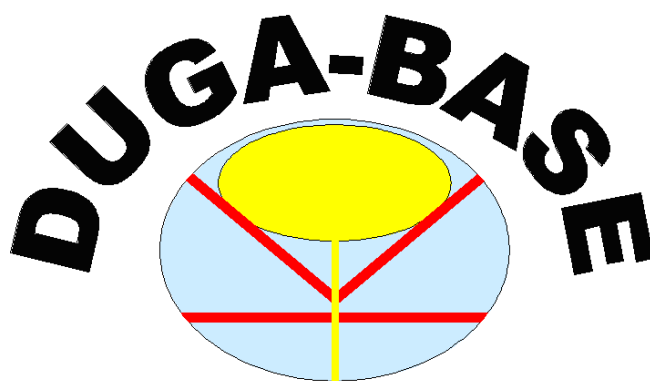


Årsrapport nr. 7 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2012

1. januar 2012 - 31. december 2012

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik (KCEB-Syd) har udarbejdet analyser og epidemiologisk kommentering til hele rapporten.

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Jesper Kjær Hansen

Akademisk Datamanager, cand.oecon.

Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd),

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Sdr. Boulevard 29, indgang 101, 4. sal

5000 Odense C

Tlf.: 2462 9634

Rapporten kan downloades som pdf-dokument fra hjemmesiderne www.dugabase.dk og <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitetsdata/kliniske-kvalitetsdatabaser/planlagt-kirugi/urogynaekologiske-operationer/>

Rapporten er udgivet d. 3. juli 2013

Indhold

1 Konklusioner og anbefalinger	4
2 Lægmandsresumé og oversigt over indikatorresultaterne.....	6
3 Resultater for indikatorer	9
4 Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet.....	61
5 Oversigt over alle indikatorer	62
6 Datagrundlag	64
7 Styregruppens medlemmer	73
Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer	74
Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer	121
Appendiks 3: Supplerende statistik.....	132
Appendiks 4: Indikatordefinitioner.....	150
Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase.....	159
Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater.....	163
Appendiks 7: Regionale kommentarer	165

1 Konklusioner og anbefalinger

Databasekomplethed

I 2012 ses en landsdækkende databasekomplethed på 91,1%. Dette er som i Årsrapport 2011, hvor databasekompletheden var 90,8%. Stort set alle offentlige sygehusafdelinger har over 90% databasekomplethed. De fleste privathospitaler har en databasekomplethed langt under 90%, hvorved disse bidrager uforholdsvis meget til de manglende 8,9% i datakomplethed. Privathospitalernes databasekomplethed på 25,3% er derudover en forværring i forhold til 37,4% i Årsrapport 2011. Der resterer således stadig en udfordring i at få alle privathospitalerne til at registrere alle inkontinens- og prolapsoperationer 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.

Indikatorers datakomplethed

Indikatorers datakomplethed er kun aktuel for indikator 1, 3, 6, 7, 9 og 10. Blandt disse er datakompletheden 56% for indikator 6, mens den veksler fra 81% til 91% for de øvrige aktuelle indikatorer. I Årsrapport 2011 havde indikator 6 en datakomplethed på 50%, mens den for indikator 1, 3, 7, 9 og 10 vekslede fra 73,0% til 87,5%, dvs. der i Årsrapport 2012 ses en lille forbedring. Alle indikatorerne, bortset fra indikator 6, opfylder kravet om 80% datakomplethed.

Udover datakompletheden for de 6 indikatorer er der for 5 af disse (3, 6, 7, 9 og 10) også en del patienter, som ikke er registrerede med patientens eller lægens efterkontrolskema (jf. "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", Figur B2, Tabel B1, Tabel B2, Tabel B3, Tabel B4 og Tabel B5), hvilket medfører manglende oplysninger. Derudover bevirker den store heterogenitet i afdelingernes registrering af efterkontrolskemaer (jf. "Appendiks 3: Supplerende statistik", Tabel B7), 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. "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", Figur B3, Figur B4 og Figur B5).

Som nævnt senere i denne årsrapport (jf. "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", "Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B2") 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 998 relevante patientforløb for indikatorerne 3 og 9 samt 3010 relevante patientforløb for indikatorerne 6, 7 og 10. Dette er i forhold til det aktuelle antal forløb 9% flere forløb for indikator 3, 136% flere for indikator 6, 20% flere for indikator 7, 41% flere for indikator 9 og 50% 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.

Om opgørelse af datakomplethed også fremover skal baseres på de patientforløb, hvor der foreligger relevant opfølgning i form af fx patientskema eller lægeskema, eller fremover bør baseres på alle indberettede operationer (jf. Tabel B1-Tabel B5), vil blive diskuteret i forhold til kommende årsrapporter.

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), indikator 10 (Klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps) samt de nyligt introducerede indikatorer 11-18 den fastlagte standard. Standarden er på landsplan næsten opfyldt for de øvrige indikatorer, bortset fra indikator 1 (Ventetid 30 dage), som med 33,0% ligger langt under standarden på mindst 90%. I forhold til 2011 er andelen for indikator 6 forværret (χ^2 -test, $p = 0,01$; OR [95% KI] = 0,75 [0,61-0,92]), mens der ingen signifikante forskelle er for indikatorerne 1, 3, 7, 9 og 10. For indikatorerne 11-18 er der heller ingen bemærkelsesværdige forskelle i forhold til sammenlignelige år (jf. i øvrigt de klinisk-epidemiologiske kommentarer til de enkelte indikatorer).

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.

Generelle klinisk-epidemiologiske kommentarer

Analysen er primært deskriptiv, 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, Årsrapport 2010 og Årsrapport 2011 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.

Formandskabets påtegning

Styregruppen for DugaBase har i 2012 arbejdet på at sikre, at databasekompletheden kunne bibeholdes på det ønskede niveau på landsplan på minimum 90%. Dette er lykkedes, idet databasekompletheden samlet set er fastholdt på samme niveau som i 2011. Mens databasekompletheden generelt er fastholdt på de offentlige afdelinger, er der sket et markant fald i databasekompletheden for de private klinikker: Fra 44,2% i 2011 til 35,8% i 2012 for inkontinens, og fra 34,6% i 2011 til 22,5% i 2012 for prolaps. Styregruppen vil gøre Sundhedsstyrelsen opmærksom på denne uheldige tendens.

Selv om datakompletheden kan forbedres en del, er det glædeligt, at validiteten af de indberettede data er vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data (Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase).

Antallet af indikatorer har ændret sig fra 7 til nu 14, idet der er indført en række indikatorer for recidiv.

Tolkningen af de første resultater skal tages med forbehold pga. den begrænsede databasekomplethed i DugaBases første år, og i modsætning til de eksisterende indikatorer er der sket en vis centralisering af recidivoperationerne, og hyppigheden bør derfor nok primært vurderes på regionsniveau snarere end på afdelingsniveau. Indikatorerne bliver spændende at følge i de kommende år.

Desuden færdiggjorde styregruppen i 2012 arbejdet med at revidere databasens registreringsskemaer, og det store arbejde med at opgradere DugaBase til Topica4 blev i praksis færdiggjort i 2012 mhp. opstart i januar 2013.

Styregruppen har ønsket at sikre nem adgang til data mhp. forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen inden for urogynækologien. I 2012 blev antallet af projekter med udgangspunkt i DugaBase fordoblet, bl.a. med et nyt ph.d.-projekt (Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase).

Styregruppen arbejder i øjeblikket på:

1. Strategi mhp. at optimere datakompletheden.
2. Elektronisk udgave af patientskemaer mhp. mulighed for direkte udfyldelse på nettet.
3. Ny hjemmeside.
4. At 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.
5. Entydig definition af fortsat behandlingsbehov for inkontinenspatienter (indikator 9).

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

2 Lægmandsresumé og oversigt over indikatorresultaterne

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.

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.

Hvor mange forløb indberettes?

Det forventes, at mindst 90% af alle operationer indberettes til DugaBase (databasekompletheden). I 2012 blev 91,9% af alle operationer for inkontinens og 90,8% af alle prolapsoperationer indrapporteret og DugaBase opfylder således kravet om databasekomplethed. Tallene dækker imidlertid ligesom i 2011 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 faldet fra 44,2% i 2011 til 35,8% i 2012 for inkontinens og fra 34,6% i 2011 til 22,5% for prolaps.

For de enkelte forløb kan der stadig mangle oplysninger om bestemte dele (datakomplethed). Det ser imidlertid ud til datakompletheden er forbedret i 2012 sammenlignet med 2011. Således ser et DugaBase-forløb fra 2012 ud til overordnet at have flere oplysninger end et DugaBase-forløb fra 2011. Det er glædeligt, at parallelt med den gode databasekomplethed i 2012 er datakompletheden tilsyneladende også forbedret.

Kvalitet i behandlingen

Til vurdering af kvaliteten af behandlingen har DugaBase hidtil anvendt i alt 7 mål for kvalitet (indikatorer), et antal der nu er udvidet til 14. Indikatorerne fremgår af Tabel 1. For indikator 3, 7, 10 og 11-18 er kvalitetskravet opfyldt. For 2 indikatorer (6 og 9) er kvalitetskravet ikke helt opfyldt men dog inden for rækkevidde. For en enkelt (1) er der et stykke vej endnu.

Tabel 1 - Indikatoroversigt, landsresultater.
Indikatorer for recidiv (indikator 11-18) opgøres med en tidsforskydning på enten 2 eller 5 år

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse					
			2012	2011	2010	2009	2008	2007
Indikator 1: Ventetid (30 dage)	≥ 90%	19	33 (32-35)	32 (31-34)	30 (29-31)	23 (22-24)	34 (32-36)	36 (34-38)
Indikator 3: Urininkontinens, Subjektiv patient bedømmelse af succes	≥ 70%	9	77 (74-80)	76 (73-78)	68 (65-72)	62 (57-66)	63 (58-68)	52 (46-58)
Indikator 6: Prolaps, Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	≥ 90%	44	79 (77-82)	79 (77-81)	79 (77-81)	78 (75-81)	78 (74-81)	78 (75-81)
Indikator 7: Prolaps, Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	≥ 80%	16	85 (84-87)	85 (83-86)	80 (78-81)	77 (75-79)	78 (75-80)	81 (77-84)
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	≤ 10%	11	14 (11-17)	13 (11-16)	16 (14-19)	14 (11-17)	23 (18-29)	20 (16-25)
Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	≤ 10%	12	7 (6-8)	8 (7-9)	8 (7-10)	12 (10-14)	12 (10-14)	8 (6-11)
Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens	≤ 5%	0			2 (1-3)	2 (1-3)	2 (1-4)	1 (1-3)
Indikator 12: Recidivop. (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens	≤ 10%	0						2 (1-4)
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps	≤ 5%	0			4 (3-4)	4 (3-5)	4 (3-5)	2 (1-3)
Indikator 14: Recidivop. (5 år) forreste komp. efter operation for prolaps	≤ 10%	0						5 (4-7)
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps	≤ 5%	0			3 (2-5)	3 (2-4)	3 (2-5)	2 (1-4)
Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps	≤ 10%	0						4 (2-7)
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps	≤ 5%	0			2 (2-3)	2 (2-3)	3 (2-5)	3 (2-4)
Indikator 18: Recidivop. (5 år) bagerste komp. efter operation for prolaps	≤ 10%	0						4 (3-6)

Fremtiden

Styregruppen har ønsket at sikre nem adgang til data mhp. forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen inden for urogynækologien. I 2012 blev antallet af projekter med udgangspunkt i DugaBase fordoblet.

Styregruppen arbejder i øjeblikket på:

1. Strategi mhp. at optimere datakompletheden.
2. Elektronisk udgave af patientskemaer mhp. mulighed for direkte udfyldelse på nettet.
3. Ny hjemmeside.
4. At 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.
5. Entydig definition af fortsat behandlingsbehov for inkontinenspatienter (indikator 9).

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

3 Resultater for indikatorer

Generelt

Vejledninger i læsning af tabeller og figurer samt fortolkning af resultater findes i "Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater" (side 163).

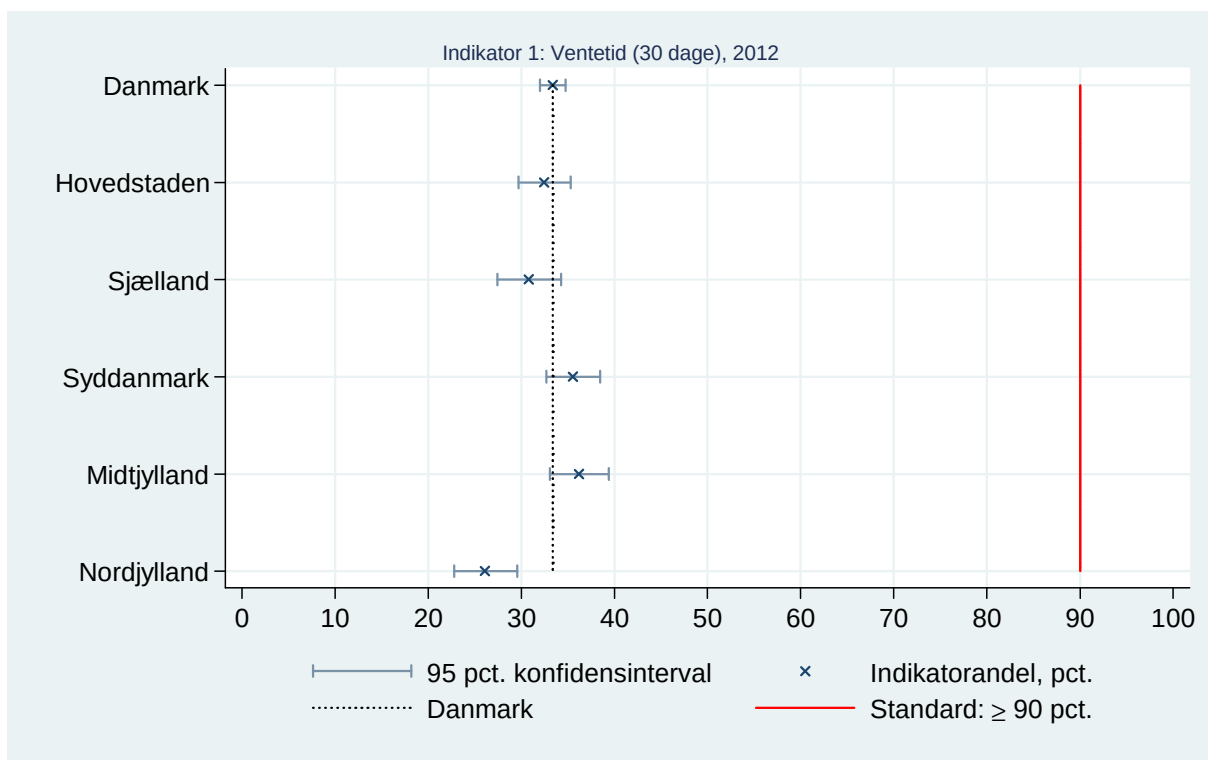
Indikator 1

Ventetid (30 dage)

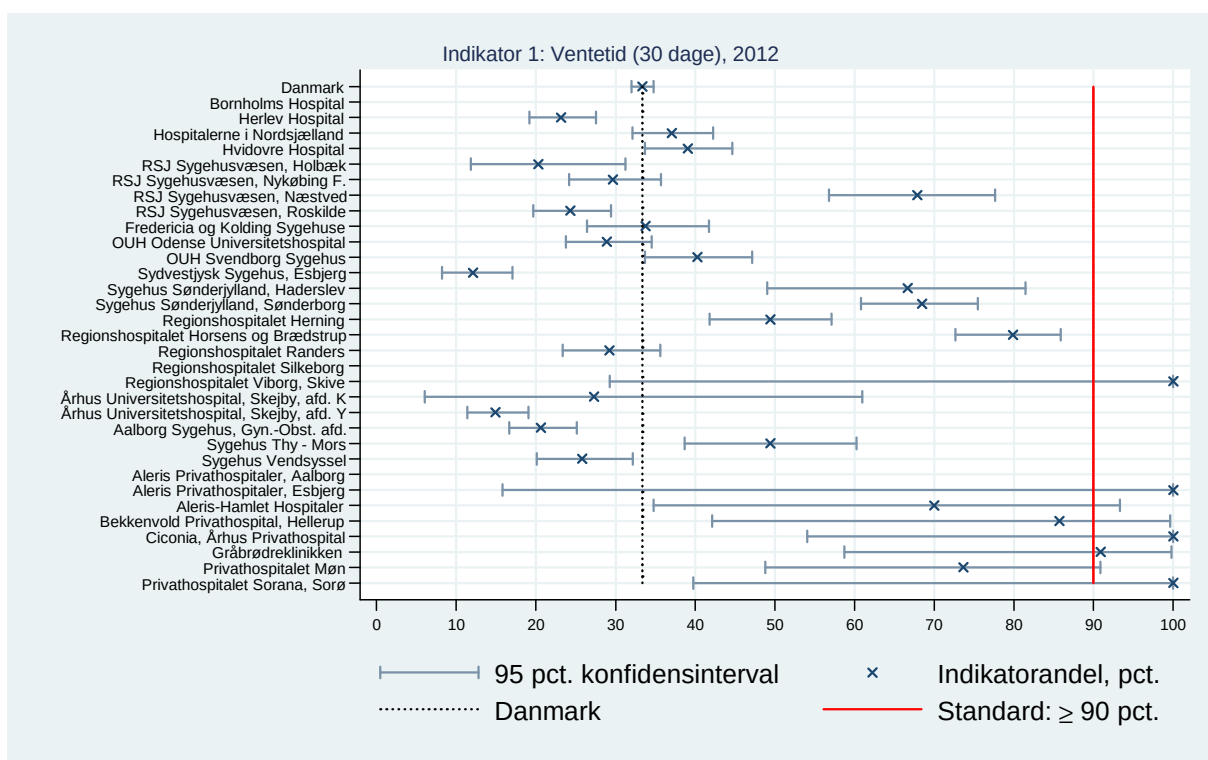
Tabel 2 - Resultater for indikator 1

Indikator 01	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2012		Tidligere år 2011 2010	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Nej	1529 / 4581	1060 (19)	33,4	(32,0-34,8)	32,3	29,9
Hovedstaden	Nej	356 / 1097	110 (9)	32,5	(29,7-35,3)	21,9	23,0
Sjælland	Nej	225 / 731	123 (14)	30,8	(27,4-34,3)	30,6	22,2
Syddanmark	Nej	388 / 1092	302 (22)	35,5	(32,7-38,5)	39,4	34,1
Midtjylland	Nej	334 / 923	453 (33)	36,2	(33,1-39,4)	37,6	33,7
Nordjylland	Nej	177 / 679	49 (7)	26,1	(22,8-29,5)	24,2	23,5
Privathospitaler	Ja*	49 / 59	23 (28)	83,1	(71,0-91,6)	85,4	89,9
Hovedstaden	Nej	356 / 1097	110 (9)	32,5	(29,7-35,3)	21,9	23,0
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		57,1	-
Herlev Hospital	Nej	95 / 410	20 (5)	23,2	(19,2-27,6)	26,2	19,9
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	136 / 367	51 (12)	37,1	(32,1-42,2)	22,6	32,2
Hvidovre Hospital	Nej	125 / 320	39 (11)	39,1	(33,7-44,6)	14,3	19,6
Sjælland	Nej	225 / 731	123 (14)	30,8	(27,4-34,3)	30,6	22,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Nej	15 / 74	9 (11)	20,3	(11,8-31,2)	21,9	19,8
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	76 / 256	56 (18)	29,7	(24,2-35,7)	28,9	14,8
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Nej	57 / 84	13 (13)	67,9	(56,8-77,6)	82,4	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Nej	77 / 317	45 (12)	24,3	(19,7-29,4)	27,0	23,8
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	30,6
Syddanmark	Nej	388 / 1092	302 (22)	35,5	(32,7-38,5)	39,4	34,1
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	53 / 157	1 (1)	33,8	(26,4-41,7)	14,6	17,9
OUH Odense Universitetshospital	Nej	83 / 287	132 (32)	28,9	(23,7-34,5)	47,1	51,1
OUH Svendborg Sygehus	Nej	87 / 216	18 (8)	40,3	(33,7-47,1)	55,5	47,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	28 / 231	112 (33)	12,1	(8,2-17,0)	14,8	15,9
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Nej	24 / 36	8 (18)	66,7	(49,0-81,4)	76,1	59,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	113 / 165	31 (16)	68,5	(60,8-75,5)	68,1	67,3
Midtjylland	Nej	334 / 923	453 (33)	36,2	(33,1-39,4)	37,6	33,7
Regionshospitalet Herning	Nej	86 / 174	7 (4)	49,4	(41,8-57,1)	53,7	36,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Nej	123 / 154	15 (9)	79,9	(72,7-85,9)	71,3	67,9
Regionshospitalet Randers	Nej	66 / 226	23 (9)	29,2	(23,4-35,6)	19,5	17,9
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		57,1	30,5
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	3 / 3	287 (99)	100,0	(29,2-100,0)	100,0	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	Nej	3 / 11	2 (15)	27,3	(6,0-61,0)	50,0	27,8
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Nej	53 / 355	119 (25)	14,9	(11,4-19,1)	19,2	29,0
Nordjylland	Nej	177 / 679	49 (7)	26,1	(22,8-29,5)	24,2	23,5
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Nej	77 / 373	28 (7)	20,6	(16,6-25,1)	21,8	22,0

Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	0,0
Sygehus Thy - Mors	Nej	44 / 89	4 (4)	49,4	(38,7-60,2)	61,3	38,6
Sygehus Vendsyssel	Nej	56 / 217	17 (7)	25,8	(20,1-32,2)	16,8	21,3
Privathospitaler	Ja*	49 / 59	23 (28)	83,1	(71,0-91,6)	85,4	89,9
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		100,0	87,5
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	6 (100)	-		100,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	Ja	2 / 2	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	-	-
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja*	7 / 10	1 (9)	70,0	(34,8-93,3)	69,2	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja*	6 / 7	1 (13)	85,7	(42,1-99,6)	63,6	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)	90,9	100,0
Gråbrødreklinikken	Ja	10 / 11	7 (39)	90,9	(58,7-99,8)	98,0	92,1
Privathospitalet Møn	Ja*	14 / 19	7 (27)	73,7	(48,8-90,9)	70,6	85,2
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø	Ja	4 / 4	0 (0)	100,0	(39,8-100,0)	-	-



Figur 1- Resultater for indikator 1, for hele landet og per region



Figur 2- Resultater for indikator 1, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 1

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 19%, dvs. kompletheden er 81%. De uoplyste forløb skyldes især manglende oplysninger om dato for forundersøgelse (data ikke vist). Viborg/Skive har 99% og Aleris/Aalborg har 100% uoplyste forløb, mens andre afdelinger (Odense, Esbjerg, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y, Aleris/Aalborg, Gråbrødreklinikken, Privathospitalet Møn) også har en forholdsvis høj andel af uoplyste, spændende fra 25% til 39%.

På landsplan har 33,4% af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90%. Dette er omtrent som i 2011, hvor 32,3% havde en ventetid på højst 30 dage. Ingen af regionerne opfylder standarden, og der er lille variation mellem dem (Figur 1).

Blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder kun privathospitalet Gråbrødreklinikken standarden, mens Privathospitalet Møn ikke opfylder standarden, omend dets øverste konfidensgrænse er lige over 90%.

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

Figur B1 (side 121) viser fordelingen af ventetiderne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2012.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 1

Der har været et generelt ønske fra mange klinikere om at justere standarden for indikatoren med den begrundelse, at man i en klinisk virkelighed med et stigende antal henvisninger inden for gynækologien må prioritere opgaverne, og patienter med urininkontinens og genital prolaps vil i denne sammenhæng ofte vurderes inden for rimelige grænser at kunne vente længere på diagnostik og behandling sammenlignet med andre patientgrupper. Styregruppen har diskuteret denne problemstilling og stillede sig egentlig positivt overfor at justere standarden.

Styregruppen må imidlertid konstatere, at Folketinget ved 3. behandling den 19. december 2012 vedtog *Lov om ændring af sundhedsloven og lov om klage- og erstatningsadgang inden for sundhedsvæsenet*, hvoraf det fremgår af § 82 b, at der "til personer, der er henvist til udredning på sygehus, jf. § 79, yder regionsrådet i bopælsregionen udredning ved sit sygehusvæsen, andre regioners sygehuse eller private sygehuse og klinikker, som regionen har indgået aftale med, jf. § 75, stk. 2, inden for 1 måned, såfremt det er fagligt muligt, jf. dog stk. 2. *Stk. 2.* Såfremt det ikke er muligt at udrede personen inden for 1 måned, jf. stk. 1, skal regionsrådet inden for samme måned udarbejde en plan for det videre udredningsforløb." Der er således politisk ønske om en maksimal ventetid på 30 dage, og styregruppen vurderer ikke, at det er realistisk eller ønskeligt at modarbejde et politisk, lovfæstet ønske. En anmodning om at ændre standarden skal godkendes af Sundhedsstyrelsen, hvilket næppe er realistisk i denne situation.

Den mediane ventetid er 45 dage (Figur B1), så styregruppen vurderer, at det på sigt kunne være realistisk at opfylde indikatoren.

Anbefalinger til indikator 1

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes med den nuværende standard på baggrund af gældende lovgivning.

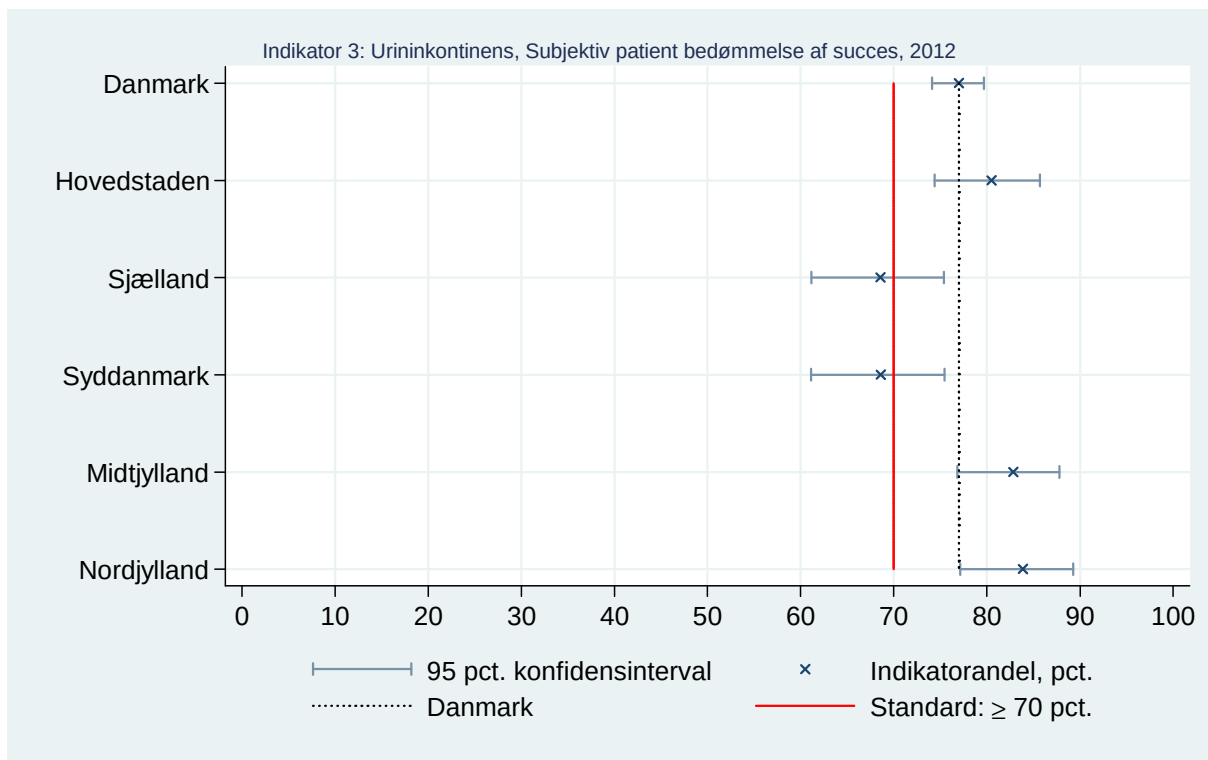
Indikator 3

Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af urininkontinens

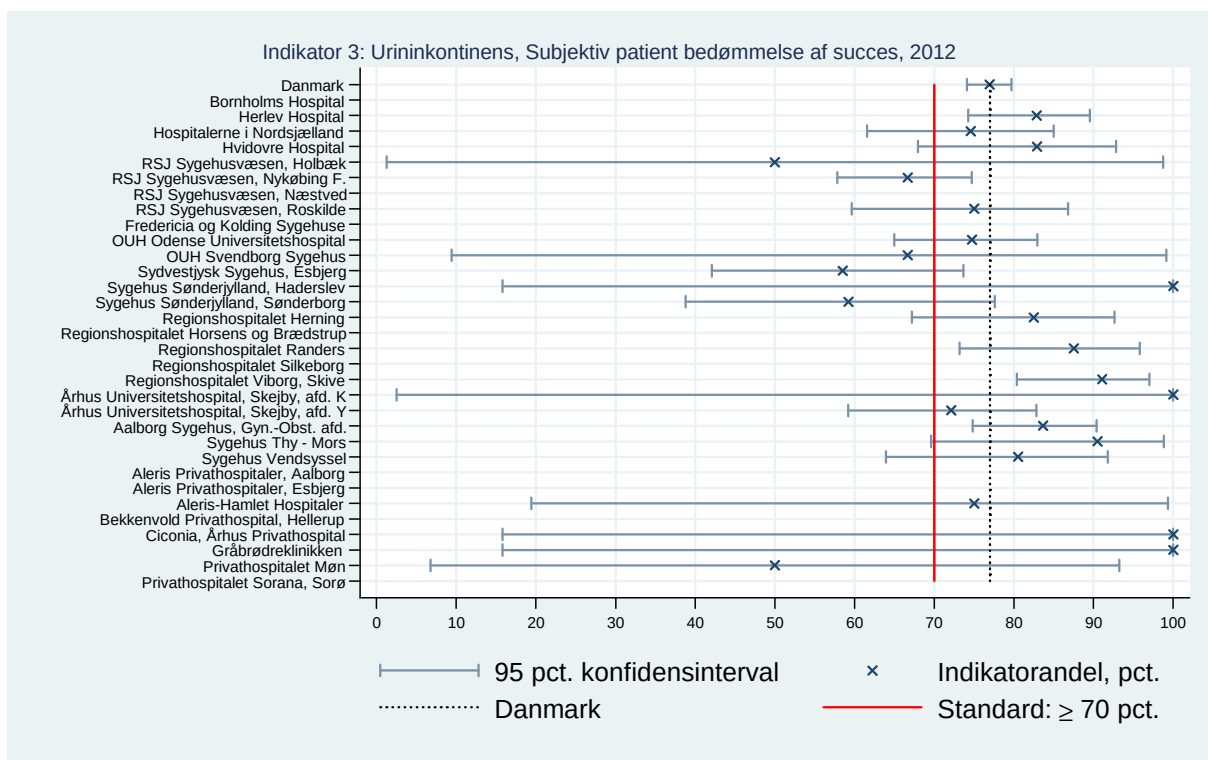
Tabel 3 - Resultater for indikator 3

Indikator 03	Std. ≥ 70% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2012		Tidligere år 2011 2010	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	706 / 917	87 (9)	77,0	(74,1-79,7)	75,7	68,2
Hovedstaden	Ja	165 / 205	18 (8)	80,5	(74,4-85,7)	77,5	61,6
Sjælland	Ja*	120 / 175	9 (5)	68,6	(61,1-75,4)	75,3	66,0
Syddanmark	Ja*	118 / 172	39 (18)	68,6	(61,1-75,5)	62,1	62,8
Midtjylland	Ja	164 / 198	8 (4)	82,8	(76,8-87,8)	82,2	78,6
Nordjylland	Ja	130 / 155	3 (2)	83,9	(77,1-89,3)	83,5	76,5
Privathospitaler	Ja	9 / 12	10 (45)	75,0	(42,8-94,5)	66,7	33,3
Hovedstaden	Ja	165 / 205	18 (8)	80,5	(74,4-85,7)	77,5	61,6
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	87 / 105	1 (1)	82,9	(74,3-89,5)	79,4	47,1
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	44 / 59	2 (3)	74,6	(61,6-85,0)	77,0	74,6
Hvidovre Hospital	Ja	34 / 41	15 (27)	82,9	(67,9-92,8)	72,2	65,9
Sjælland	Ja*	120 / 175	9 (5)	68,6	(61,1-75,4)	75,3	66,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja*	1 / 2	3 (60)	50,0	(1,3-98,7)	80,0	66,7
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	86 / 129	4 (3)	66,7	(57,8-74,7)	70,6	86,4
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	33 / 44	2 (4)	75,0	(59,7-86,8)	84,0	48,0
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	-
Syddanmark	Ja*	118 / 172	39 (18)	68,6	(61,1-75,5)	62,1	62,8
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		87,5	83,3
OUH Odense Universitetshospital	Ja	74 / 99	1 (1)	74,7	(65,0-82,9)	60,6	55,6
OUH Svendborg Sygehus	Ja*	2 / 3	4 (57)	66,7	(9,4-99,2)	66,7	25,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	24 / 41	24 (37)	58,5	(42,1-73,7)	45,0	56,2
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	2 / 2	1 (33)	100,0	(15,8-100,0)	-	-
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja*	16 / 27	9 (25)	59,3	(38,8-77,6)	80,0	40,0
Midtjylland	Ja	164 / 198	8 (4)	82,8	(76,8-87,8)	82,2	78,6
Regionshospitalet Herning	Ja	33 / 40	1 (2)	82,5	(67,2-92,7)	80,0	69,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		81,3	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	35 / 40	1 (2)	87,5	(73,2-95,8)	69,2	0,0
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		83,3	84,2
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	51 / 56	2 (3)	91,1	(80,4-97,0)	88,0	87,7
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	Ja	1 / 1	1 (50)	100,0	(2,5-100,0)	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja	44 / 61	3 (5)	72,1	(59,2-82,9)	82,6	76,4
Nordjylland	Ja	130 / 155	3 (2)	83,9	(77,1-89,3)	83,5	76,5
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	82 / 98	0 (0)	83,7	(74,8-90,4)	83,0	73,9
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	19 / 21	0 (0)	90,5	(69,6-98,8)	84,6	60,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	29 / 36	3 (8)	80,6	(64,0-91,8)	84,6	86,1
Privathospitaler	Ja	9 / 12	10 (45)	75,0	(42,8-94,5)	66,7	33,3
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	-

Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	3 / 4	2 (33)	75,0	(19,4-99,4)	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	2 / 2	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	2 / 2	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	80,0	42,9
Privathospitalet Møn	Ja*	2 / 4	8 (67)	50,0	(6,8-93,2)	0,0	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-		-	-



Figur 3- Resultater for indikator 3, for hele landet og per region



Figur 4- Resultater for indikator 3, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 9%, dvs. kompletheden er 91%. Blandt afdelinger med mange forløb har især Hvidovre, Esbjerg og Sønderborg en høj andel af uoplyste forløb (henholdsvis 27%, 37% og 25%). Blandt afdelinger med færre forløb har især Holbæk, Svendborg, Aleris-Hamlet og Privathospitalet Møn en høj andel af uoplyste forløb.

På landsplan oplever 77,0% af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 70% er opfyldt. I 2011 blev standarden for første gang opfyldt på landsplan¹ (se evt. "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer"). Der er nogen variation mellem regionerne, spænnende fra 68,6% for Region Sjælland og Region Syddanmark til 83,9% for Region Nordjylland.

Blandt de 15 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Odense, Herning, Randers, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel). De resterende 3 afdelinger (Nykøbing F., Esbjerg, Haderslev) opfylder ikke standarden, men deres øverste 95% konfidensgrænse ligger over standarden.

Figur 4 viser, at der er nogen variation mellem afdelingerne, og mange konfidensintervaller er brede. I Årsrapport 2011 indikerede tabellen for indikator 3 desuden en positiv association mellem komplethed og andelen for opfyldelse af indikator 3 (dvs. højere komplethed var associeret med en højere andel af tilfredse patienter, mens lavere komplethed var associeret med en lavere andel af tilfredse patienter). Vi har derfor også i Årsrapport 2012 tilføjet en figur (Figur B3, som findes i "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer"), som separat for årene 2007-2008, 2009-2010, 2011 og 2012 viser associationer mellem datakomplethed og andelen, som opfylder indikator 3. En positiv association er tydeligst i 2007-2008 og 2009-2010. I 2011, og især i 2012, er det nogle få afdelinger, som bidrager til den positive association. En udelukkelse af disse få afdelinger vil derfor annullere den positive association. Det er som nævnt foroven også nogle få afdelinger, som bidrager til de uoplyste 9%. Datakompletheden for indikator 3 er løbende forbedret gennem de sidste år, idet denne var 68,2% i Årsrapport 2010 og 80,9% i Årsrapport 2011. Vi har desuden erstattet x-aksen i Figur B3 med andelen af alle urininkontinenspatienter, som havde udfyldt spørgeskemaet. Her ses ikke nogen positiv association i 2007-2011, men en positiv association ses i 2012 (data ikke vist). Der kan være mange årsager til denne diskrepans, jf. kommentarer til Figur B2 (se "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer").

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2012.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 77,0% indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 70%. I forhold til tidligere år er datakompletheden forbedret og der er mindre variation mellem afdelingernes andele. Dette kan indikere, at forskelle mellem afdelingerne i højere grad end tidligere skyldes reelle kliniske forskelle, og derfor i mindre grad er relateret til forskelle i datakomplethed, som kan resultere i selekterede patientgrupper.

Styregruppens kommentarer til indikator 3

DugaBase adskiller sig bl.a. fra en række andre databaser ved at have indikatorer for patienternes selvrapporterede tilfredshed, patient reported outcome measures (PROMs). Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden (eller andelen er under standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), og at andelen af forløb, hvor indikatoren er opfyldt er stigende. Det er meget flot.

Anbefalinger til indikator 3

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form.

¹ I "Årsrapport 2011" blev beskrevet, at standarden blev opfyldt første gang i 2010, men iht. RKKP-regler for skabeloner til årsrapporter rapporteres resultaterne for 2010 nu som ikke opfyldt, men med øvre 95% konfidensgrænse over standarden (dvs. "ja*"). Der henvises til "Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater".

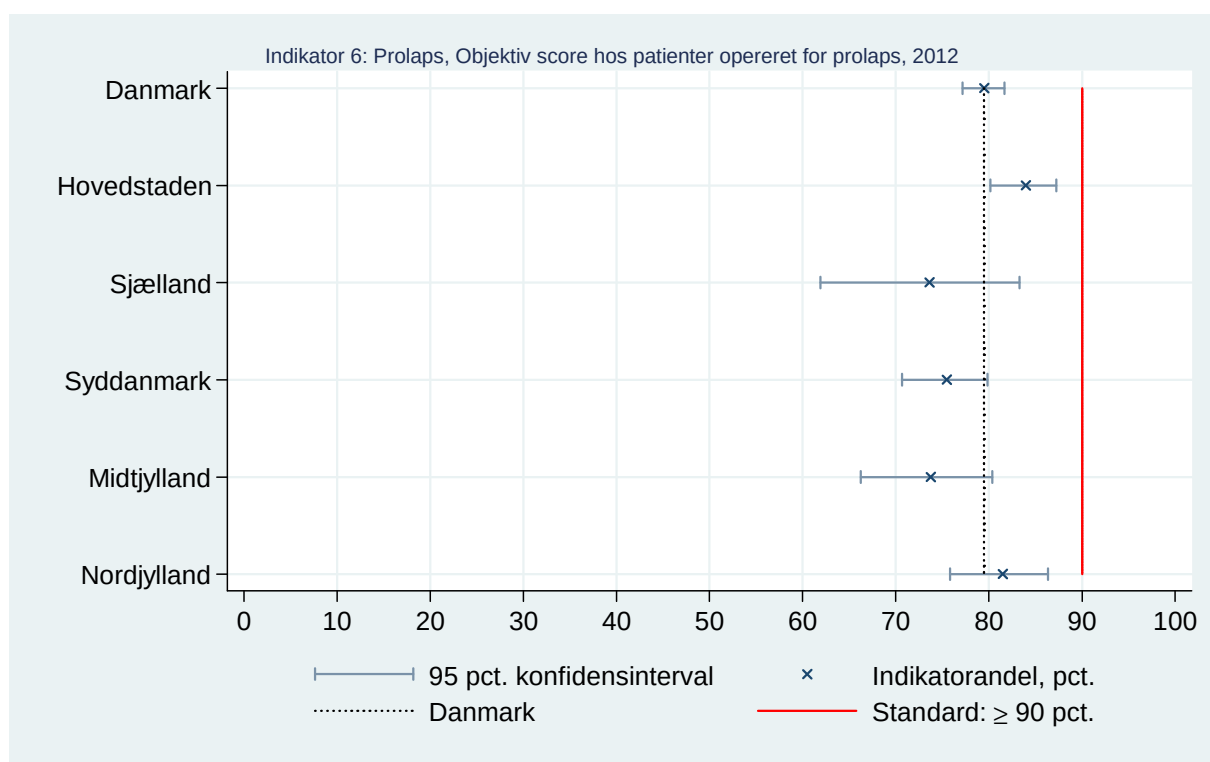
Indikator 6

Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps

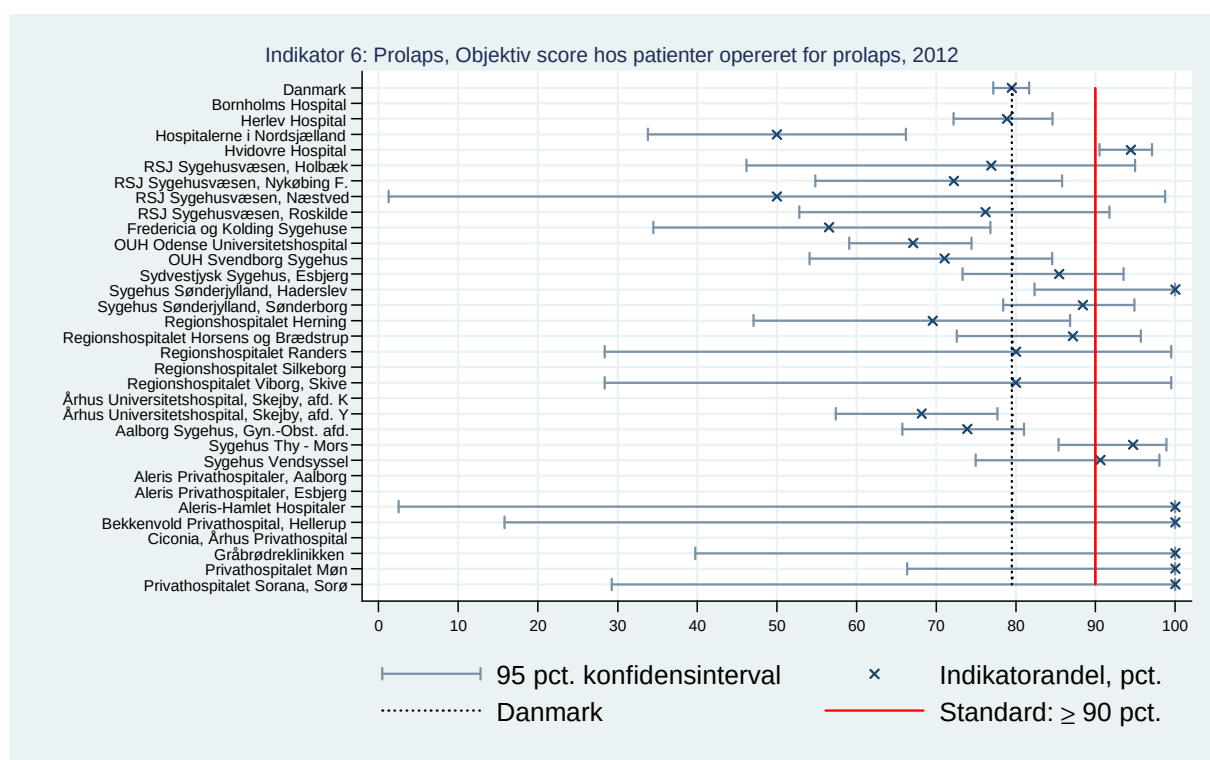
Tabel 4 - Resultater for indikator 6

Indikator 06	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2012		2011	2010
				Pct. (95% CI)		Pct.	Pct.
Danmark	Nej	1012 / 1273	1009 (44)	79,5 (77,2-81,7)		79,0	79,5
Hovedstaden	Nej	366 / 436	364 (46)	83,9 (80,2-87,3)		85,6	83,5
Sjælland	Nej	53 / 72	169 (70)	73,6 (61,9-83,3)		77,3	80,5
Syddanmark	Nej	271 / 359	208 (37)	75,5 (70,7-79,9)		78,0	78,0
Midtjylland	Nej	118 / 160	126 (44)	73,8 (66,2-80,4)		66,8	66,7
Nordjylland	Nej	185 / 227	139 (38)	81,5 (75,8-86,3)		81,6	81,7
Privathospitaler	Ja	19 / 19	3 (14)	100,0 (82,4-100,0)		90,9	94,2
Hovedstaden	Nej	366 / 436	364 (46)	83,9 (80,2-87,3)		85,6	83,5
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		100,0	-
Herlev Hospital	Nej	142 / 180	129 (42)	78,9 (72,2-84,6)		82,0	77,8
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	20 / 40	216 (84)	50,0 (33,8-66,2)		60,0	46,5
Hvidovre Hospital	Ja	204 / 216	19 (8)	94,4 (90,5-97,1)		93,4	93,6
Sjælland	Nej	53 / 72	169 (70)	73,6 (61,9-83,3)		77,3	80,5
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja*	10 / 13	0 (0)	76,9 (46,2-95,0)		66,7	76,9
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	26 / 36	40 (53)	72,2 (54,8-85,8)		84,7	82,1
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	1 / 2	5 (71)	50,0 (1,3-98,7)		100,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja*	16 / 21	124 (86)	76,2 (52,8-91,8)		73,0	81,9
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	75,0
Syddanmark	Nej	271 / 359	208 (37)	75,5 (70,7-79,9)		78,0	78,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	13 / 23	84 (79)	56,5 (34,5-76,8)		57,4	74,6
OUH Odense Universitetshospital	Nej	104 / 155	48 (24)	67,1 (59,1-74,4)		57,8	59,7
OUH Svendborg Sygehus	Nej	27 / 38	38 (50)	71,1 (54,1-84,6)		81,0	50,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	47 / 55	7 (11)	85,5 (73,3-93,5)		87,8	85,7
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	19 / 19	4 (17)	100,0 (82,4-100,0)		86,1	95,5
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja*	61 / 69	27 (28)	88,4 (78,4-94,9)		90,8	95,7
Midtjylland	Nej	118 / 160	126 (44)	73,8 (66,2-80,4)		66,8	66,7
Regionshospitalet Herning	Nej	16 / 23	101 (81)	69,6 (47,1-86,8)		64,3	83,3
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	34 / 39	2 (5)	87,2 (72,6-95,7)		90,3	78,9
Regionshospitalet Randers	Ja*	4 / 5	1 (17)	80,0 (28,4-99,5)		100,0	0,0
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		85,7	81,8
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	4 / 5	1 (17)	80,0 (28,4-99,5)		80,0	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Nej	60 / 88	21 (19)	68,2 (57,4-77,7)		60,4	62,9
Nordjylland	Nej	185 / 227	139 (38)	81,5 (75,8-86,3)		81,6	81,7
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Nej	102 / 138	89 (39)	73,9 (65,8-81,0)		76,5	76,6
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	54 / 57	7 (11)	94,7 (85,4-98,9)		91,5	94,2
Sygehus Vendsyssel	Ja	29 / 32	43 (57)	90,6 (75,0-98,0)		94,2	96,4
Privathospitaler	Ja	19 / 19	3 (14)	100,0 (82,4-100,0)		90,9	94,2
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	-

Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	1 / 1	1 (50)	100,0	(2,5-100,0)	100,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	2 / 2	1 (33)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	4 / 4	0 (0)	100,0	(39,8-100,0)	90,9	91,2
Privathospitalet Møn	Ja	9 / 9	1 (10)	100,0	(66,4-100,0)	83,3	100,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	-	-



Figur 5- Resultater for indikator 6, for hele landet og per region



Figur 6- Resultater for indikator 6, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 6

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 44%, dvs. kompletheden er 56%. Det er især Nordsjælland, Roskilde, Fredericia/Kolding og Herning, som med uoplyste andele fra 79% til 86% bidrager til den høje andel af uoplyste forløb.

På landsplan har 79,5% af patienterne en samlet score (i forhold til hymenal plan) på ≤ 1 . Konfidensintervallet omfatter ikke standarden på 90%, hvorfor denne ikke er opfyldt. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 73,6% for Region Sjælland til 81,5% for Region Nordjylland.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 4 standarden (Hvidovre, Haderslev, Thy/Mors, Vendsyssel), 5 opfylder ikke standarden, men deres øverste 95% konfidensgrænse er mindst 90% (Holbæk, Roskilde, Esbjerg, Sønderborg, Horsens/Brædstrup), mens de resterende ikke opfylder standarden og deres øverste 95% konfidensgrænse er under 90% (Herlev, Nordsjælland, Nykøbing F., Fredericia/Kolding, Odense, Svendborg, Herning, Skejby Afd. Y., Aalborg).

Figur 6 viser, at der er nogen variation mellem afdelingerne, og konfidensintervallerne er brede. Tabel 4 indikerer ikke umiddelbart nogen association mellem komplethed og andel (jf. kommentarerne til indikator 3), hvilket bekræftes i Figur B4 (se "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer"). Datakompletheden var 65,3% i Årsrapport 2010 og 50,0% i Årsrapport 2011, dvs. der ikke ses en tendens til forbedring eller forværring af denne.

Vi har derudover erstattet x-aksen i Figur B3 med andelen af alle prolapspatienter, som havde udfyldt spørgeskemaet, men her ses heller ingen positiv association (data ikke vist).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2012.

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt. Andelen har ligget på 75-80% i hele DugaBases levetid.

Styregruppens kommentarer til indikator 6

Styregruppen noterer sig, at standarden på landsplan ikke er opfyldt. Andelen har ligget stabilt på 75-80% i hele databasens levetid, og der er dermed ikke en tendens til forbedring af resultaterne. Der er meget varierende datakomplethed på forskellige afdelinger, hvilket bl.a. afspejler, at nogle afdelinger kun foretager objektiv kontrol af patienter med subjektive gener, hvilket vil betyde, at succesraten synes mindre end den i virkeligheden er. Standarden sat højt mhp. kvalitetsudvikling over tid.

Anbefalinger til indikator 6

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Fremadrettet bør det diskuteres, hvordan man i vurderingen af resultaterne tager hensyn til, at nogle afdelinger kun foretager objektiv kontrol af patienter med subjektive gener, hvilket vil betyde, at succesraten synes mindre end den i virkeligheden er.

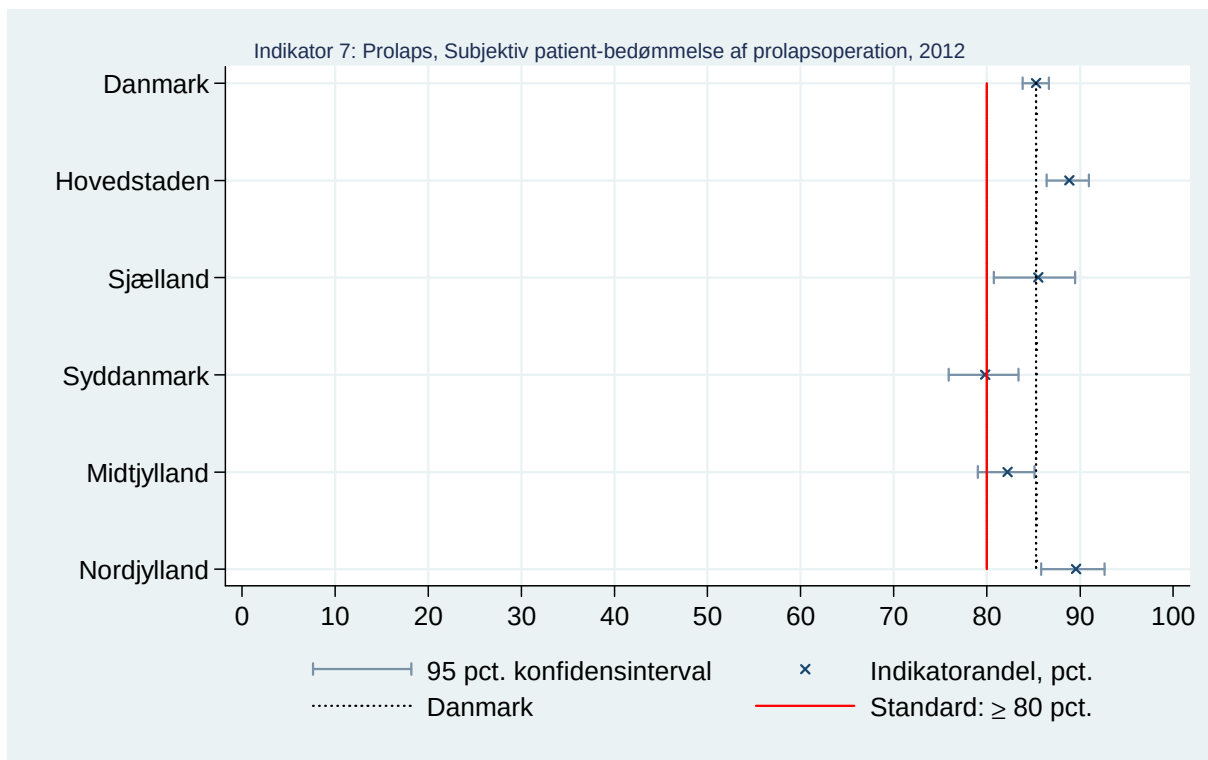
Indikator 7

Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse af operation

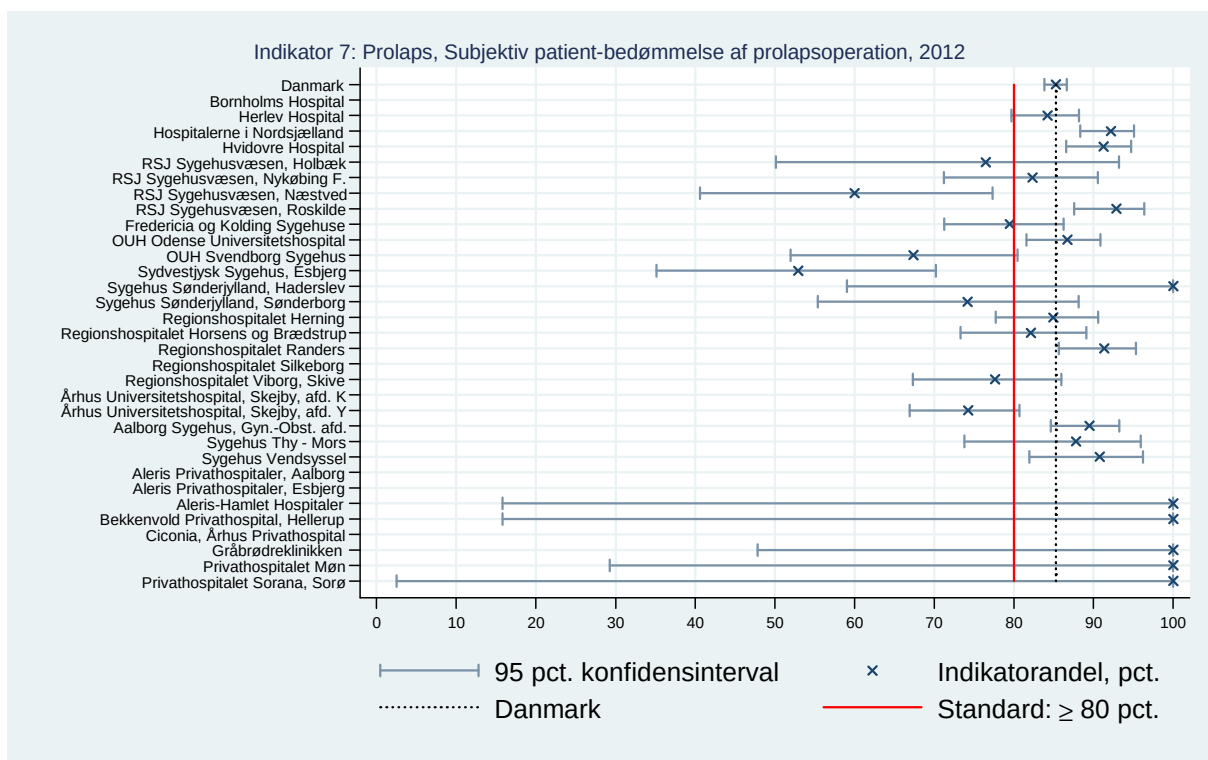
Tabel 5 - Resultater for indikator 7

Indikator 07	Std. ≥ 80% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2012		2011	2010
				Pct. (95% CI)		Pct.	Pct.
Danmark	Ja	2132 / 2500	483 (16)	85,3 (83,8-86,6)		84,6	79,7
Hovedstaden	Ja	693 / 780	43 (5)	88,8 (86,4-91,0)		89,6	83,4
Sjælland	Ja	230 / 269	128 (32)	85,5 (80,7-89,5)		88,6	67,1
Syddanmark	Ja*	372 / 466	221 (32)	79,8 (75,9-83,4)		75,7	76,8
Midtjylland	Ja	523 / 636	26 (4)	82,2 (79,0-85,1)		78,6	78,0
Nordjylland	Ja	301 / 336	57 (15)	89,6 (85,8-92,6)		90,1	83,6
Privathospitaler	Ja	13 / 13	8 (38)	100,0 (75,3-100,0)		75,0	81,5
Hovedstaden	Ja	693 / 780	43 (5)	88,8 (86,4-91,0)		89,6	83,4
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	257 / 305	4 (1)	84,3 (79,7-88,2)		89,6	49,1
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	248 / 269	9 (3)	92,2 (88,3-95,1)		87,8	86,0
Hvidovre Hospital	Ja	188 / 206	30 (13)	91,3 (86,5-94,7)		92,0	90,1
Sjælland	Ja	230 / 269	128 (32)	85,5 (80,7-89,5)		88,6	67,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja*	13 / 17	43 (72)	76,5 (50,1-93,2)		37,5	60,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	56 / 68	34 (33)	82,4 (71,2-90,5)		82,4	66,7
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Nej	18 / 30	50 (63)	60,0 (40,6-77,3)		66,7	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	143 / 154	1 (1)	92,9 (87,6-96,4)		93,5	69,0
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	-
Syddanmark	Ja*	372 / 466	221 (32)	79,8 (75,9-83,4)		75,7	76,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	97 / 122	5 (4)	79,5 (71,3-86,3)		79,9	78,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	196 / 226	8 (3)	86,7 (81,6-90,9)		81,9	81,9
OUH Svendborg Sygehus	Ja*	31 / 46	122 (73)	67,4 (52,0-80,5)		0,0	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	18 / 34	40 (54)	52,9 (35,1-70,2)		40,7	52,4
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	7 / 7	13 (65)	100,0 (59,0-100,0)		100,0	-
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja*	23 / 31	33 (52)	74,2 (55,4-88,1)		86,7	95,7
Midtjylland	Ja	523 / 636	26 (4)	82,2 (79,0-85,1)		78,6	78,0
Regionshospitalet Herning	Ja	113 / 133	1 (1)	85,0 (77,7-90,6)		79,3	78,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	83 / 101	2 (2)	82,2 (73,3-89,1)		80,2	70,1
Regionshospitalet Randers	Ja	137 / 150	17 (10)	91,3 (85,6-95,3)		82,6	16,7
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		78,3	85,7
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	66 / 85	3 (3)	77,6 (67,3-86,0)		86,9	81,8
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja*	124 / 167	3 (2)	74,3 (66,9-80,7)		73,8	78,5
Nordjylland	Ja	301 / 336	57 (15)	89,6 (85,8-92,6)		90,1	83,6
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	196 / 219	5 (2)	89,5 (84,7-93,2)		90,0	83,1
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	36 / 41	23 (36)	87,8 (73,8-95,9)		88,4	72,7
Sygehus Vendsyssel	Ja	69 / 76	29 (28)	90,8 (81,9-96,2)		91,0	90,6
Privathospitaler	Ja	13 / 13	8 (38)	100,0 (75,3-100,0)		75,0	81,5
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	-

Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	2 / 2	0 (0)	100,0 (15,8-100,0)	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	2 / 2	1 (33)	100,0 (15,8-100,0)	-	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0 (47,8-100,0)	100,0	90,9
Privathospitalet Møn	Ja	3 / 3	5 (63)	100,0 (29,2-100,0)	0,0	40,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø	Ja	1 / 1	2 (67)	100,0 (2,5-100,0)	-	-



Figur 7- Resultater for indikator 7, for hele landet og per region



Figur 8- Resultater for indikator 7, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 16%, dvs. kompletheden er 84%. Det er især Holbæk, Nykøbing F, Næstved, Svendborg, Esbjerg, Sønderborg, Thy/Mors og Vendsyssel, som med mange forløb og høje andele af uoplyste forløb (spændende fra 28% til 73%) bidrager til den høje andel af uoplyste forløb.

På landsplan har 85,3% ikke oplevet nedglidningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80% er opfyldt. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 79,8% for Region Syddanmark til 89,6% for Region Nordjylland.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Nykøbing F, Roskilde, Odense, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel), 6 afdelinger opfylder ikke standarden, men deres øverste 95% konfidensgrænse er mindst 80% (Holbæk, Fredericia/Kolding, Svendborg, Sønderborg, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y), mens de resterende 2 ikke opfylder standarden og deres øverste 95% konfidensgrænse er under 80% (Næstved, Esbjerg).

Figur 8 viser, at der er nogen variation mellem afdelingerne, og mange konfidensintervaller er brede. Tabel 5 indikerer desuden en positiv association mellem datakomplethed og andelen for opfyldelse af indikator 7. Vi har derfor tilføjet en figur (Figur B5, som findes i "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer"), som separat for årene 2007-2008, 2009-2010, 2011 og 2012 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. Denne tendens er dog mest tydelig for årene 2007-2008 og 2009-2010. Datakompletheden for indikator 7 er løbende forbedret gennem de sidste år, idet denne var 65,3% i Årsrapport 2010 og 73,0% i Årsrapport 2011. Figur B5 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 B4 med andelen af alle prolapspatienter, som har udfyldt spørgeskemaet, men her ses ikke samme positive association (data ikke vist).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2012.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 85,3% indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80%. Det er svært at vurdere hvorvidt variationen mellem afdelingerne skyldes reelle kliniske forskelle, eller er relateret til forskelle i datakomplethed, som kan resultere i selekterede patientgrupper.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

DugaBase adskiller sig bl.a. fra en række andre databaser ved at have indikatorer for patienternes selvrapporterede tilfredshed, patient reported outcome measures (PROMs). Styregruppen noterer sig, at næsten alle afdelinger opfylder standarden, og at andelen af forløb, hvor indikatoren er opfyldt er let stigende. Kun Bornholm har ikke indberettet nogen forløb (0 ud af 25 i LPR). Styregruppen vil følge op på dette men vurderer i øvrigt resultaterne som flotte.

Anbefalinger til indikator 7

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form.

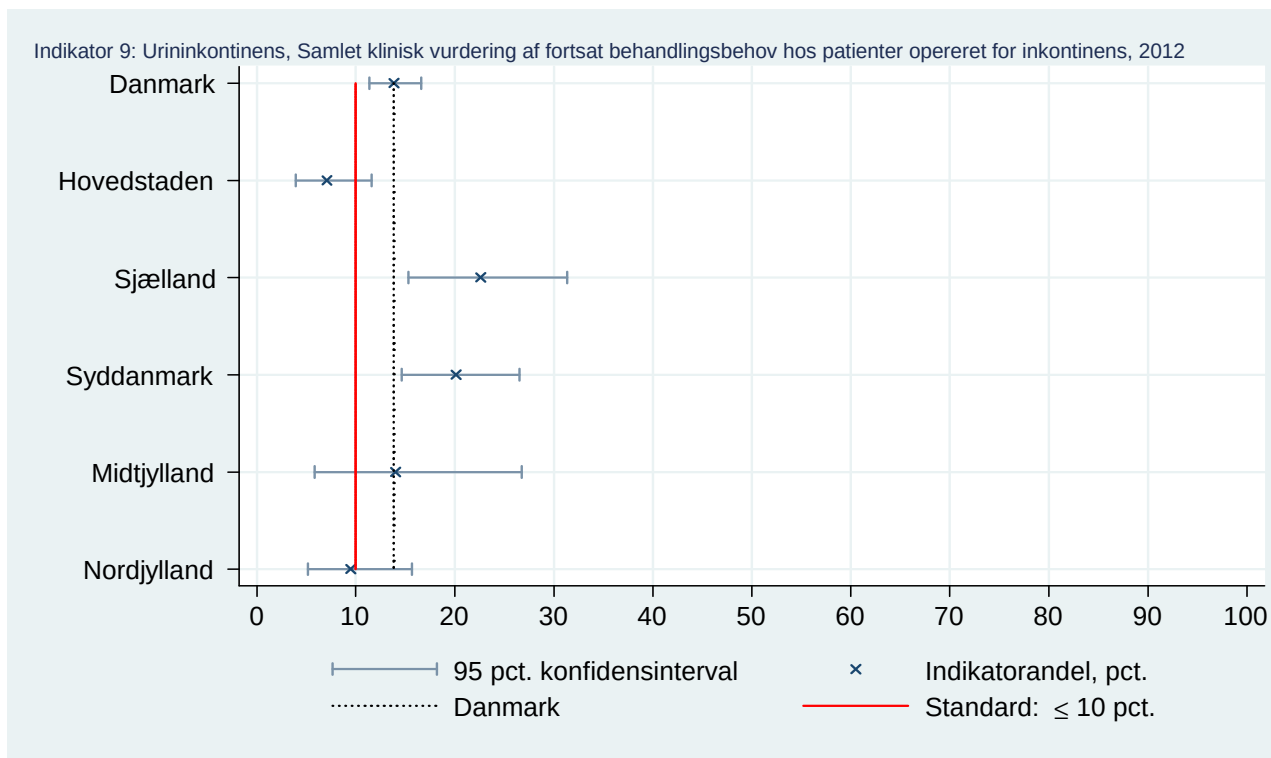
Indikator 9

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

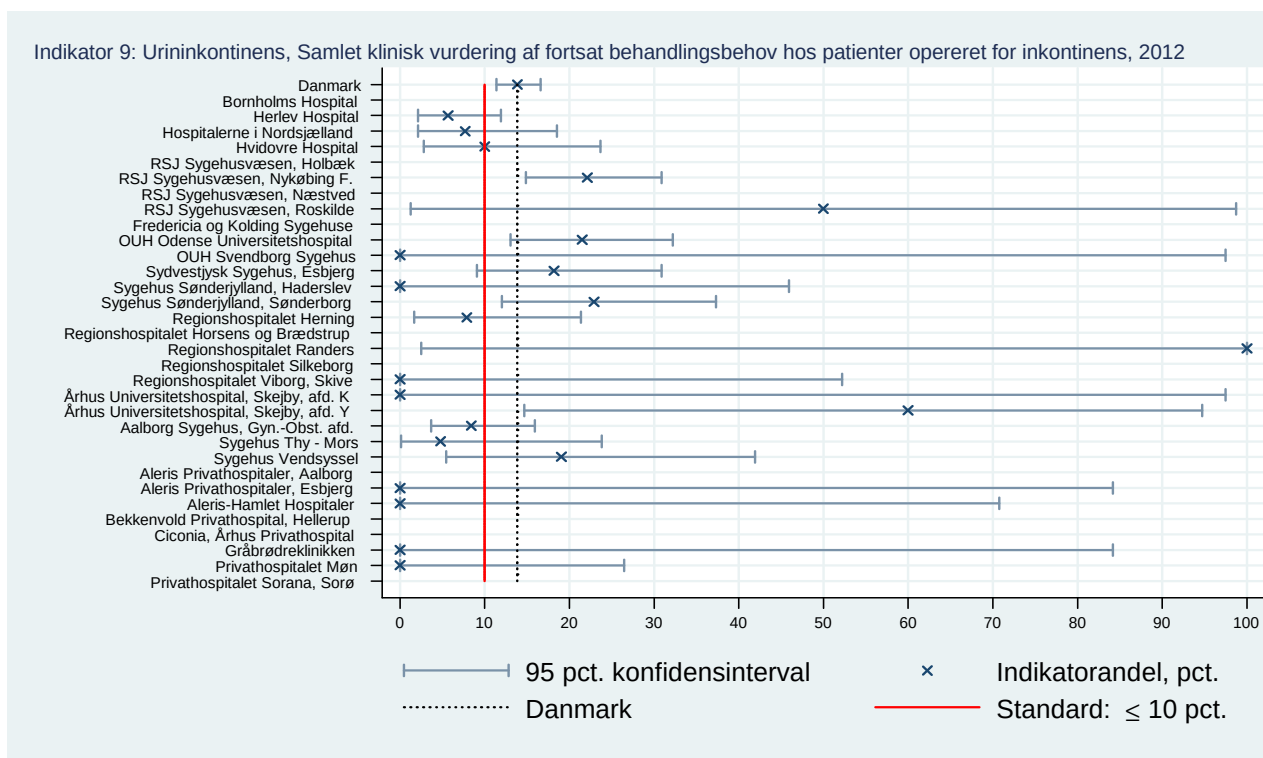
Tabel 6 - Resultater for indikator 9

Indikator 09	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2012		Tidligere år 2011 2010	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Nej	98 / 708	85 (11)	13,8	(11,4-16,6)	13,3	16,2
Hovedstaden	Ja	14 / 198	9 (4)	7,1	(3,9-11,6)	15,0	10,5
Sjælland	Nej	26 / 115	48 (29)	22,6	(15,3-31,3)	22,2	26,1
Syddanmark	Nej	38 / 189	12 (6)	20,1	(14,6-26,5)	13,7	20,2
Midtjylland	Ja*	7 / 50	10 (17)	14,0	(5,8-26,7)	9,0	16,7
Nordjylland	Ja	13 / 137	6 (4)	9,5	(5,1-15,7)	9,2	11,6
Privathospitaler	Ja	0 / 19	0 (0)	0,0	(0,0-17,6)	0,0	17,6
Hovedstaden	Ja	14 / 198	9 (4)	7,1	(3,9-11,6)	15,0	10,5
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	6 / 106	1 (1)	5,7	(2,1-11,9)	14,7	9,4
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	4 / 52	5 (9)	7,7	(2,1-18,5)	15,8	12,3
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 40	3 (7)	10,0	(2,8-23,7)	14,9	12,2
Sjælland	Nej	26 / 115	48 (29)	22,6	(15,3-31,3)	22,2	26,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		100,0	50,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	25 / 113	18 (14)	22,1	(14,9-30,9)	22,5	53,8
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja*	1 / 2	30 (94)	50,0	(1,3-98,7)	16,7	17,3
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	-
Syddanmark	Nej	38 / 189	12 (6)	20,1	(14,6-26,5)	13,7	20,2
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		6,3	7,6
OUH Odense Universitetshospital	Nej	17 / 79	4 (5)	21,5	(13,1-32,2)	19,1	25,7
OUH Svendborg Sygehus	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	6,3	29,4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	10 / 55	1 (2)	18,2	(9,1-30,9)	14,3	26,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	0,0	21,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Nej	11 / 48	7 (13)	22,9	(12,0-37,3)	9,8	3,3
Midtjylland	Ja*	7 / 50	10 (17)	14,0	(5,8-26,7)	9,0	16,7
Regionshospitalet Herning	Ja	3 / 38	2 (5)	7,9	(1,7-21,4)	1,8	13,8
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		5,9	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja*	1 / 1	1 (50)	100,0	(2,5-100,0)	75,0	-
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		0,0	5,9
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	0 / 5	4 (44)	0,0	(0,0-52,2)	0,0	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Nej	3 / 5	3 (38)	60,0	(14,7-94,7)	33,3	54,5
Nordjylland	Ja	13 / 137	6 (4)	9,5	(5,1-15,7)	9,2	11,6
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	8 / 95	2 (2)	8,4	(3,7-15,9)	11,2	18,7
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	1 / 21	0 (0)	4,8	(0,1-23,8)	0,0	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja*	4 / 21	4 (16)	19,0	(5,4-41,9)	7,1	5,5
Privathospitaler	Ja	0 / 19	0 (0)	0,0	(0,0-17,6)	0,0	17,6
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	-	-
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		0,0	-

Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-	-	-
Gråbrødrelinikken	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0 (0,0-84,2)	0,0	37,5
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)	0,0	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-	-	-



Figur 9- Resultater for indikator 9, for hele landet og per region



Figur 10- Resultater for indikator 9, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 9

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11%, dvs. kompletheden er 89%. Roskilde og Nykøbing F bidrager med henholdsvis 30 og 18 uoplyste forløb forholdsvis meget til de i alt 85 uoplyste forløb.

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 13,8% af patienterne. Da konfidensintervallet ikke omfatter standarden på 10% er denne ikke opfyldt. Der er stor variation mellem regionerne, spændende fra 7,1% for Region Hovedstaden til 22,6% for Region Sjælland.

Afdelingernes andele for indikator 9 har generelt brede konfidensintervaller hvorfor resultaterne skal tolkes forsigtigt. Blandt de 12 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 7 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Herning, Aalborg, Thy/Mors, Privathospitalet Møn), 2 afdelinger opfylder ikke standarden, men deres nederste 95% konfidensgrænse er højst 10% (Esbjerg, Vendsyssel), mens de resterende 3 ikke opfylder standarden og deres nederste 95% konfidensgrænse er over 10% (Nykøbing F, Odense, Sønderborg).

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.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2012.

Vi konkluderer, at standarden ikke er opfyldt på landsplan.

Styregruppens kommentarer til indikator 9

Styregruppen noterer sig, at standarden ikke er opfyldt på landsplan, men nok så vigtigt at der er betydelig variation mellem afdelingerne. En del af forklaringen skal formentlig findes i den svingende datakomplethed. Det har tidligere – både internt i styregruppen og fra flere afdelinger – været fremført, at det ikke er entydigt defineret, hvad der forstås ved "fortsat behandlingsbehov" hos patienter opereret for inkontinens. Det har været foreslået, at fortsat behandlingsbehov defineres som fortsat behov for operativ intervention for at optimere behandlingsresultatet. Styregruppen vil i 2013 forsøge at formulere en entydig definition af begrebet "fortsat behandlingsbehov".

Anbefalinger til indikator 9

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form, men styregruppen vil i 2013 forsøge at formulere en entydig definition af begrebet "fortsat behandlingsbehov".

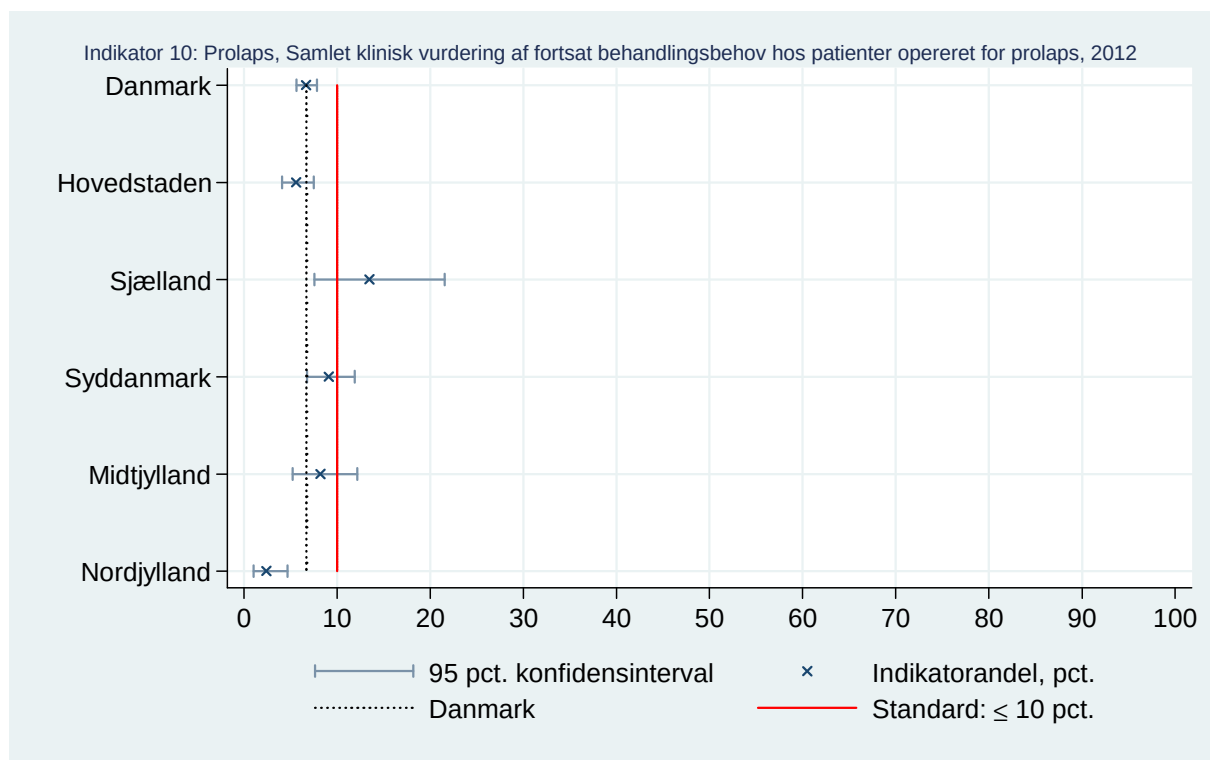
Indikator 10

Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

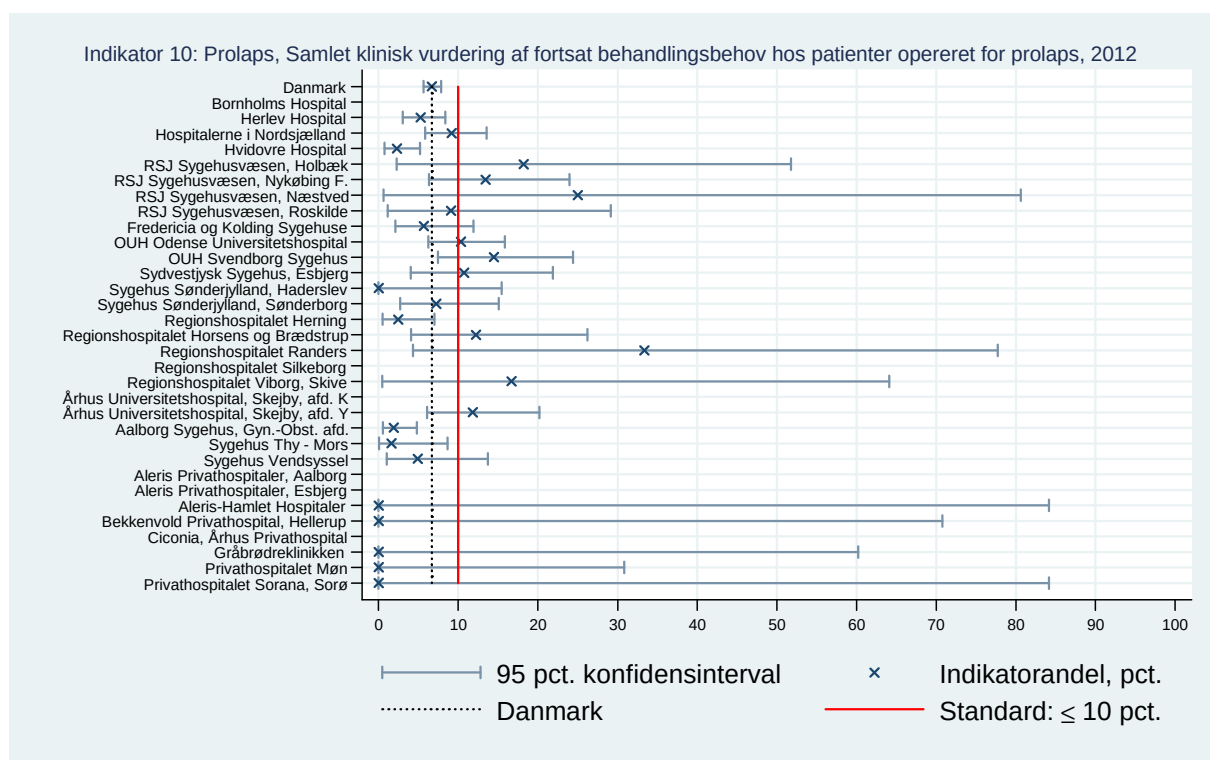
Tabel 7 - Resultater for indikator 10

Indikator 10	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2012	2011	2010	
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	
Danmark	Ja	134 / 2008	274 (12)	6,7 (5,6-7,9)	8,3	8,3	
Hovedstaden	Ja	43 / 765	35 (4)	5,6 (4,1-7,5)	6,5	5,1	
Sjælland	Ja*	14 / 104	137 (57)	13,5 (7,6-21,6)	9,3	3,1	
Syddanmark	Ja	47 / 517	50 (9)	9,1 (6,8-11,9)	8,7	8,9	
Midtjylland	Ja	22 / 268	18 (6)	8,2 (5,2-12,2)	18,3	23,6	
Nordjylland	Ja	8 / 333	33 (9)	2,4 (1,0-4,7)	3,4	5,7	
Privathospitaler	Ja	0 / 21	1 (5)	0,0 (0,0-16,1)	4,2	2,1	
Hovedstaden	Ja	43 / 765	35 (4)	5,6 (4,1-7,5)	6,5	5,1	
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-	0,0	-	
Herlev Hospital	Ja	16 / 305	4 (1)	5,2 (3,0-8,4)	4,7	3,8	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	22 / 240	16 (6)	9,2 (5,8-13,5)	9,8	10,2	
Hvidovre Hospital	Ja	5 / 220	15 (6)	2,3 (0,7-5,2)	6,0	2,8	
Sjælland	Ja*	14 / 104	137 (57)	13,5 (7,6-21,6)	9,3	3,1	
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja*	2 / 11	2 (15)	18,2 (2,3-51,8)	13,3	3,0	
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	9 / 67	9 (12)	13,4 (6,3-24,0)	11,5	11,1	
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	1 / 4	3 (43)	25,0 (0,6-80,6)	0,0	-	
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	2 / 22	123 (85)	9,1 (1,1-29,2)	7,4	2,4	
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -	-	-	-	0,0	
Syddanmark	Ja	47 / 517	50 (9)	9,1 (6,8-11,9)	8,7	8,9	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	6 / 106	1 (1)	5,7 (2,1-11,9)	10,5	7,7	
OUH Odense Universitetshospital	Ja*	18 / 174	29 (14)	10,3 (6,2-15,9)	8,6	8,5	
OUH Svendborg Sygehus	Ja*	11 / 76	0 (0)	14,5 (7,5-24,4)	5,0	17,4	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	6 / 56	6 (10)	10,7 (4,0-21,9)	13,5	13,8	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	0 / 22	1 (4)	0,0 (0,0-15,4)	0,0	3,3	
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	6 / 83	13 (14)	7,2 (2,7-15,1)	9,1	0,0	
Midtjylland	Ja	22 / 268	18 (6)	8,2 (5,2-12,2)	18,3	23,6	
Regionshospitalet Herning	Ja	3 / 122	2 (2)	2,5 (0,5-7,0)	8,3	5,0	
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	5 / 41	0 (0)	12,2 (4,1-26,2)	9,1	30,0	
Regionshospitalet Randers	Ja*	2 / 6	0 (0)	33,3 (4,3-77,7)	33,3	100,0	
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-	0,0	7,7	
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	1 / 6	0 (0)	16,7 (0,4-64,1)	33,3	-	
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-	-	-	
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja*	11 / 93	16 (15)	11,8 (6,1-20,2)	28,4	31,5	
Nordjylland	Ja	8 / 333	33 (9)	2,4 (1,0-4,7)	3,4	5,7	
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	4 / 210	17 (7)	1,9 (0,5-4,8)	3,7	6,4	
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -	-	-	-	-	
Sygehus Thy - Mors	Ja	1 / 62	2 (3)	1,6 (0,0-8,7)	4,2	5,8	
Sygehus Vendsyssel	Ja	3 / 61	14 (19)	4,9 (1,0-13,7)	1,7	3,0	
Privathospitaler	Ja	0 / 21	1 (5)	0,0 (0,0-16,1)	4,2	2,1	
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -	-	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -	-	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -	-	-	-	-	

Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0 (0,0-84,2)	0,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0 (0,0-70,8)	0,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-	-	-
Gråbrødrelinikken	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)	0,0	3,2
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 10	0 (0)	0,0 (0,0-30,8)	16,7	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø	Ja	0 / 2	1 (33)	0,0 (0,0-84,2)	-	-



Figur 11- Resultater for indikator 10, per region



Figur 12- Resultater for indikator 10, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 12%, dvs. kompletheden er 88%. Roskilde bidrager med sine 123 uoplyste forløb forholdsvis meget til de i alt 274 uoplyste forløb.

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 6,7% af patienterne, hvilket opfylder standarden på højst 10%. Der er nogen variation mellem regionerne, spændende fra 2,4% for Region Nordjylland til 13,5% for Region Sjælland.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Haderslev, Sønderborg, Herning, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel), mens de resterende 7 afdelinger ikke opfylder standarden, men deres nederste 95% konfidensgrænse er højst 10% (Holbæk, Nykøbing F, Odense, Svendborg, Esbjerg, Horsens/Brædstrup, Skejby Afd. Y).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2012.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), og at andelen af forløb, hvor der vurderes et fortsat behandlingsbehov er faldende.

Det har tidligere – 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. Dette er nu entydigt defineret som fornyet operation i samme kompartment.

Anbefalinger til indikator 10

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form.

Generelt vedr. recidivindikatorer 11-18

Bemærk venligst at recidivindikatorer er opgjort efter tidspunktet for den primære operation, hvorfor disse indikatorer opgøres med 2 eller 5 års tidsforskydning. Recidivoperationen tildeles ligeledes den afdeling, som udførte den oprindelige operation.

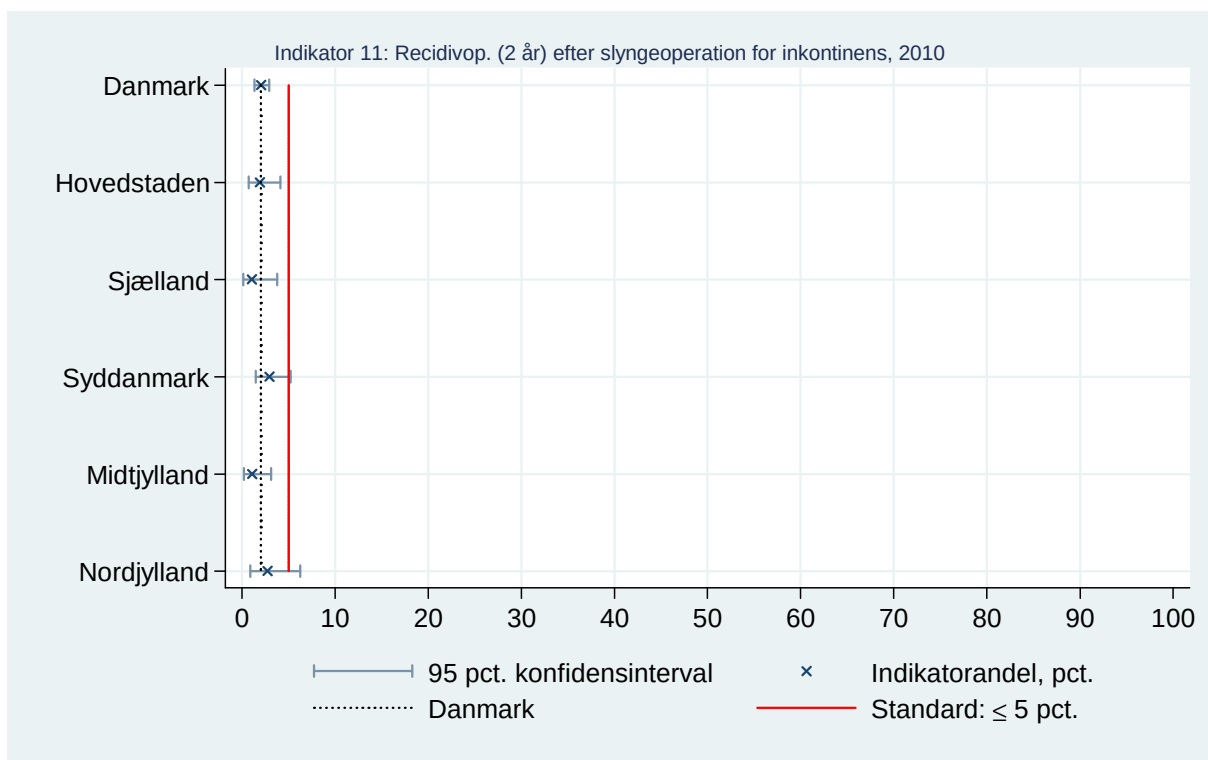
Indikator 11

Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

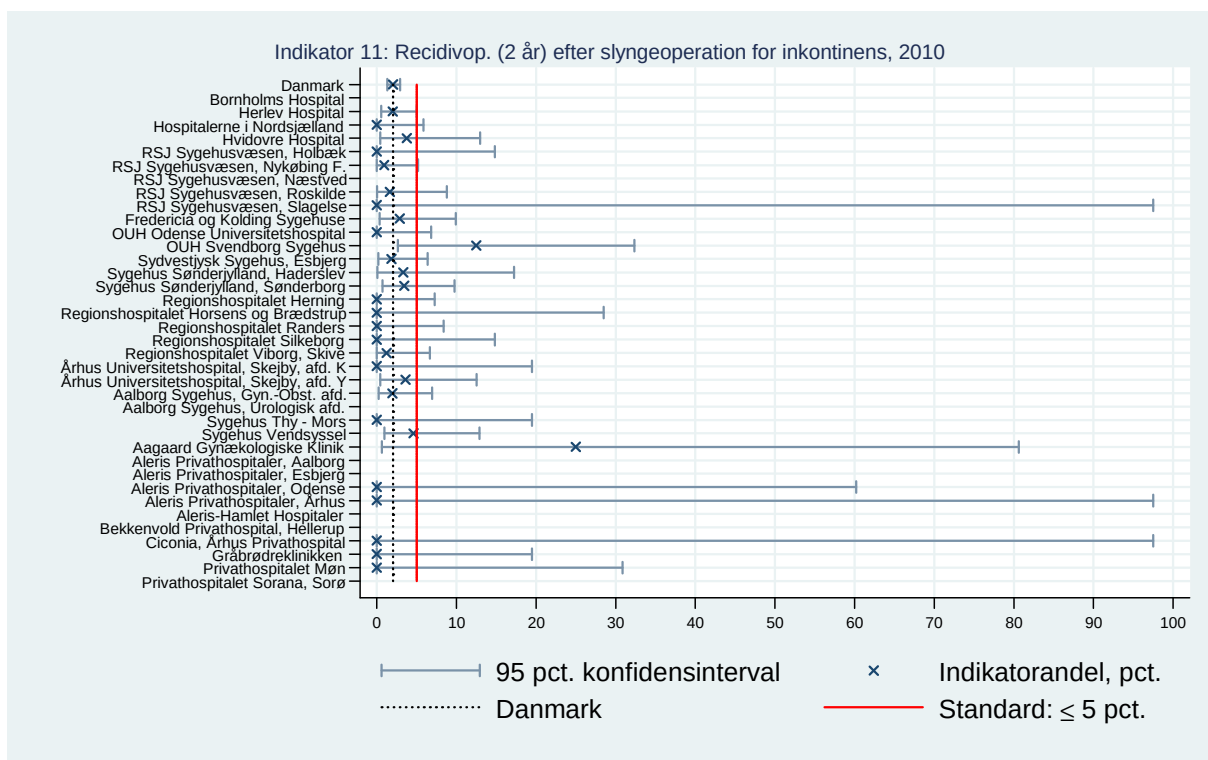
Tabel 8 - Resultater for indikator 11

Indikator 11	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2010	2009	2008	
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.	
Danmark	Ja	28 / 1375	0 (0)	2,0 (1,4-2,9)	1,9	2,4	
Hovedstaden	Ja	6 / 314	0 (0)	1,9 (0,7-4,1)	0,0	2,2	
Sjælland	Ja	2 / 190	0 (0)	1,1 (0,1-3,8)	2,4	0,0	
Syddanmark	Ja	11 / 373	0 (0)	2,9 (1,5-5,2)	2,1	0,0	
Midtjylland	Ja	3 / 278	0 (0)	1,1 (0,2-3,1)	2,0	5,0	
Nordjylland	Ja	5 / 183	0 (0)	2,7 (0,9-6,3)	3,8	2,2	
Privathospitaler	Ja	1 / 37	0 (0)	2,7 (0,1-14,2)	5,0	0,0	
Hovedstaden	Ja	6 / 314	0 (0)	1,9 (0,7-4,1)	0,0	2,2	
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-	-	-	
Herlev Hospital	Ja	4 / 200	0 (0)	2,0 (0,5-5,0)	0,0	2,8	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	0 / 61	0 (0)	0,0 (0,0-5,9)	0,0	0,0	
Hvidovre Hospital	Ja	2 / 53	0 (0)	3,8 (0,5-13,0)	0,0	0,0	
Rigshospitalet		- / -		-	-	-	
Sjælland	Ja	2 / 190	0 (0)	1,1 (0,1-3,8)	2,4	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0 (0,0-14,8)	0,0	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	1 / 105	0 (0)	1,0 (0,0-5,2)	-	-	
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-	-	-	
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	1 / 61	0 (0)	1,6 (0,0-8,8)	2,4	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-	-	
Syddanmark	Ja	11 / 373	0 (0)	2,9 (1,5-5,2)	2,1	0,0	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	2 / 70	0 (0)	2,9 (0,3-9,9)	1,4	0,0	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	0 / 52	0 (0)	0,0 (0,0-6,8)	2,0	0,0	
OUH Svendborg Sygehus	Ja*	3 / 24	0 (0)	12,5 (2,7-32,4)	0,0	0,0	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	2 / 110	0 (0)	1,8 (0,2-6,4)	2,4	0,0	
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	1 / 30	0 (0)	3,3 (0,1-17,2)	0,0	0,0	
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	3 / 87	0 (0)	3,4 (0,7-9,7)	7,1	-	
Midtjylland	Ja	3 / 278	0 (0)	1,1 (0,2-3,1)	2,0	5,0	
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 49	0 (0)	0,0 (0,0-7,3)	0,0	3,0	
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0 (0,0-28,5)	5,0	0,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 42	0 (0)	0,0 (0,0-8,4)	0,0	0,0	
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0 (0,0-14,8)	0,0	0,0	
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	1 / 81	0 (0)	1,2 (0,0-6,7)	1,2	6,7	
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0 (0,0-19,5)	0,0	-	
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja	2 / 55	0 (0)	3,6 (0,4-12,5)	3,6	8,1	
Nordjylland	Ja	5 / 183	0 (0)	2,7 (0,9-6,3)	3,8	2,2	
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	2 / 101	0 (0)	2,0 (0,2-7,0)	1,8	2,8	
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		0 / 0	0	-	-	-	
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0 (0,0-19,5)	-	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	3 / 65	0 (0)	4,6 (1,0-12,9)	6,9	0,0	

Privathospitaler	Ja	1 / 37	0 (0)	2,7 (0,1-14,2)	5,0	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	Ja*	1 / 4	0 (0)	25,0 (0,6-80,6)	0,0	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-	0,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-	-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-	-	-
Aleris Privathospitaler, Odense	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)	22,2	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 0	0	-	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0 (0,0-19,5)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 10	0 (0)	0,0 (0,0-30,8)	0,0	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-	-	-



Figur 13- Resultater for indikator 11, for hele landet og per region



Figur 14- Resultater for indikator 11, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2010 har 2,0% fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5% er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2008 og 2009, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 2,4 og 1,9. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 24 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 23 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Haderslev, Sønderborg, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Skejby Afd. K, Skejby Afd. Y, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel), mens Svendborg ikke opfylder standarden, men dens nederste 95% konfidensgrænse er højst 5%. Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2010.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 11

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

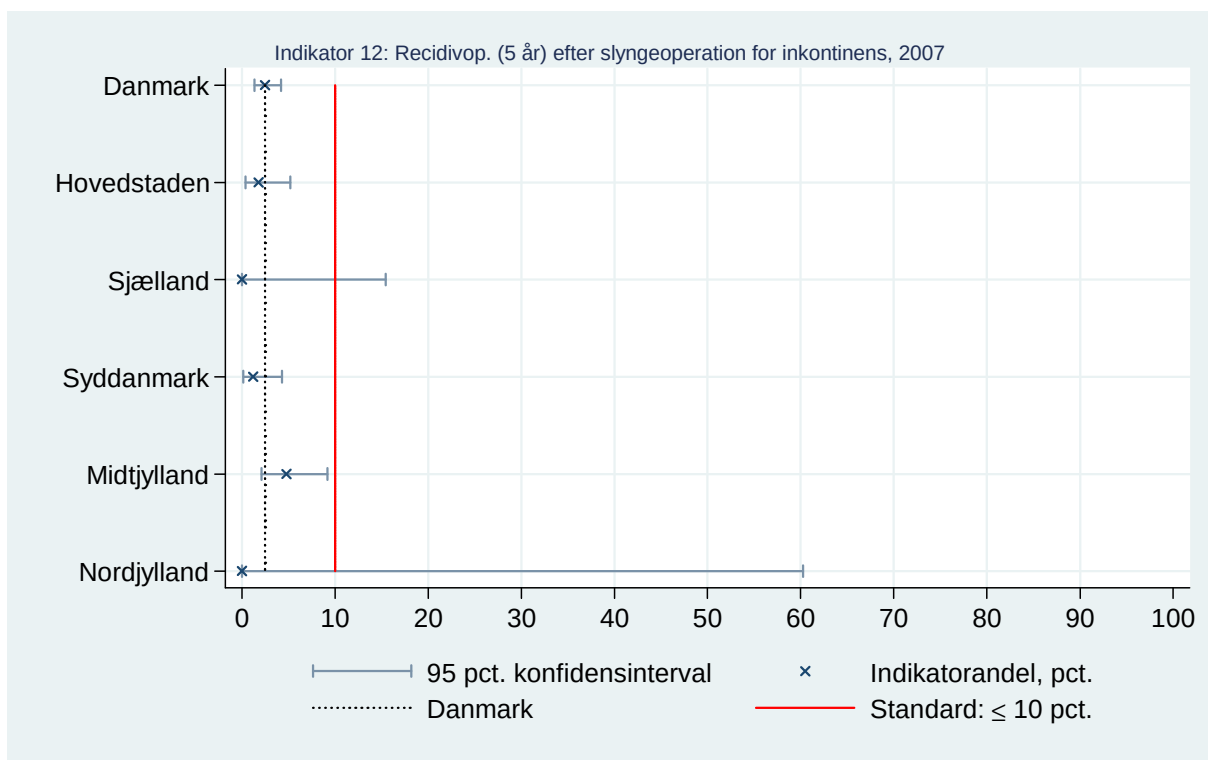
Indikator 12

Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

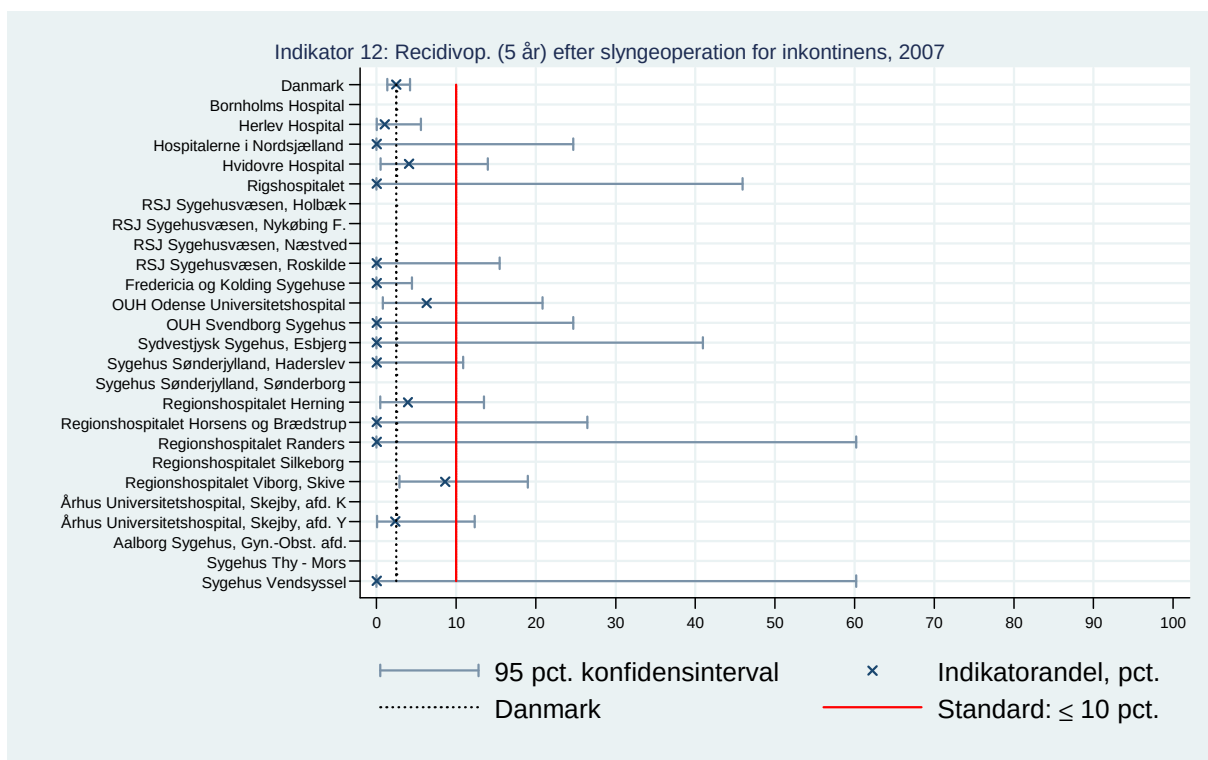
Tabel 9 - Resultater for indikator 12

Indikator 12	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år
				2007	2006	2006
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	13 / 525	0 (0)	2,5 (1,3-4,2)		0,9
Hovedstaden	Ja	3 / 166	0 (0)	1,8 (0,4-5,2)		0,0
Sjælland	Ja	0 / 22	0 (0)	0,0 (0,0-15,4)		0,0
Syddanmark	Ja	2 / 165	0 (0)	1,2 (0,1-4,3)		0,0
Midtjylland	Ja	8 / 168	0 (0)	4,8 (2,1-9,2)		20,0
Nordjylland	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-
Hovedstaden	Ja	3 / 166	0 (0)	1,8 (0,4-5,2)		0,0
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-
Herlev Hospital	Ja	1 / 98	0 (0)	1,0 (0,0-5,6)		0,0
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0 (0,0-24,7)		-
Hvidovre Hospital	Ja	2 / 49	0 (0)	4,1 (0,5-14,0)		0,0
Rigshospitalet	Ja	0 / 6	0 (0)	0,0 (0,0-45,9)		0,0
Sjælland	Ja	0 / 22	0 (0)	0,0 (0,0-15,4)		0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	0 / 22	0 (0)	0,0 (0,0-15,4)		0,0
Syddanmark	Ja	2 / 165	0 (0)	1,2 (0,1-4,3)		0,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	0 / 81	0 (0)	0,0 (0,0-4,5)		0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	2 / 32	0 (0)	6,3 (0,8-20,8)		0,0
OUH Svendborg Sygehus	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0 (0,0-24,7)		-
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 7	0 (0)	0,0 (0,0-41,0)		0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	0 / 32	0 (0)	0,0 (0,0-10,9)		0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		0 / 0	0	-		-
Midtjylland	Ja	8 / 168	0 (0)	4,8 (2,1-9,2)		20,0
Regionshospitalet Herning	Ja	2 / 51	0 (0)	3,9 (0,5-13,5)		0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)		100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	5 / 58	0 (0)	8,6 (2,9-19,0)		0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja	1 / 43	0 (0)	2,3 (0,1-12,3)		0,0
Nordjylland	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.		0 / 0	0	-		-
Sygehus Thy - Mors		0 / 0	0	-		-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-

Anm.: Privathospitaler er udeladt af tabellen, da der ikke findes resultater for disse i ovennævnte perioder.



Figur 15- Resultater for indikator 12, for hele landet og per region



Figur 16- Resultater for indikator 12, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2007 hvor databasekompletheden var lav, og derudover har der været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2007 har 2,5% fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10% er opfyldt på landsplan. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Alle 12 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden på 10% (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Svendborg, Haderslev, Herning, Horsens/Brædstrup, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2007.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 12

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

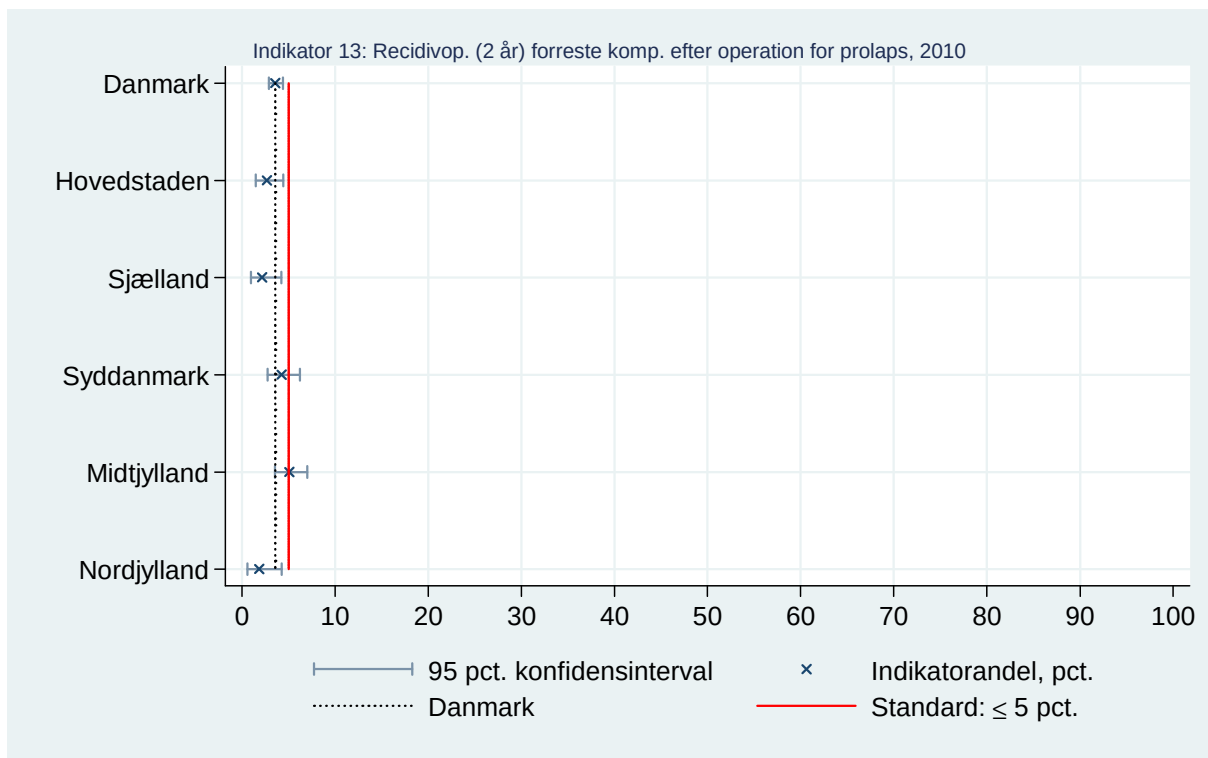
Indikator 13

Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

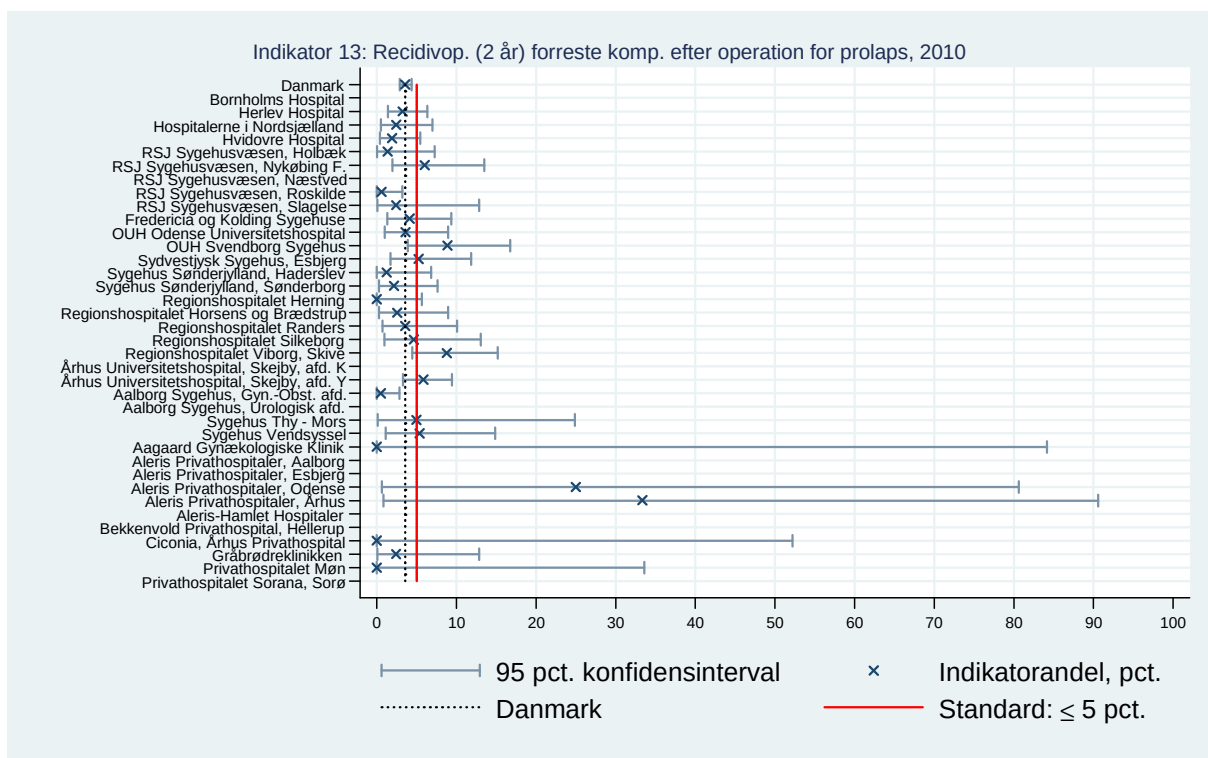
Tabel 10 - Resultater for indikator 13

Indikator 13	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2010		Tidligere år 2009 2008	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	89 / 2485	0 (0)	3,6	(2,9-4,4)	4,2	4,3
Hovedstaden	Ja	14 / 524	0 (0)	2,7	(1,5-4,4)	3,0	3,8
Sjælland	Ja	8 / 369	0 (0)	2,2	(0,9-4,2)	2,7	6,0
Syddanmark	Ja	25 / 588	0 (0)	4,3	(2,8-6,2)	4,8	2,6
Midtjylland	Ja*	34 / 671	0 (0)	5,1	(3,5-7,0)	5,5	4,9
Nordjylland	Ja	5 / 269	0 (0)	1,9	(0,6-4,3)	3,4	4,0
Privathospitaler	Ja	3 / 64	0 (0)	4,7	(1,0-13,1)	5,4	0,0
Hovedstaden	Ja	14 / 524	0 (0)	2,7	(1,5-4,4)	3,0	3,8
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	8 / 245	0 (0)	3,3	(1,4-6,3)	2,0	4,2
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	3 / 122	0 (0)	2,5	(0,5-7,0)	6,8	0,0
Hvidovre Hospital	Ja	3 / 157	0 (0)	1,9	(0,4-5,5)	2,0	3,6
Rigshospitalet		- / -		-		-	-
Sjælland	Ja	8 / 369	0 (0)	2,2	(0,9-4,2)	2,7	6,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	1 / 74	0 (0)	1,4	(0,0-7,3)	-	4,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	5 / 83	0 (0)	6,0	(2,0-13,5)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	1 / 171	0 (0)	0,6	(0,0-3,2)	2,7	6,4
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	Ja	1 / 41	0 (0)	2,4	(0,1-12,9)	0,0	-
Syddanmark	Ja	25 / 588	0 (0)	4,3	(2,8-6,2)	4,8	2,6
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	5 / 121	0 (0)	4,1	(1,4-9,4)	4,1	4,1
OUH Odense Universitetshospital	Ja	4 / 111	0 (0)	3,6	(1,0-9,0)	2,3	1,9
OUH Svendborg Sygehus	Ja*	8 / 90	0 (0)	8,9	(3,9-16,8)	13,5	2,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	5 / 95	0 (0)	5,3	(1,7-11,9)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	1 / 79	0 (0)	1,3	(0,0-6,9)	4,8	2,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	2 / 92	0 (0)	2,2	(0,3-7,6)	5,0	-
Midtjylland	Ja*	34 / 671	0 (0)	5,1	(3,5-7,0)	5,5	4,9
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 63	0 (0)	0,0	(0,0-5,7)	4,9	3,1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	2 / 78	0 (0)	2,6	(0,3-9,0)	0,9	1,5
Regionshospitalet Randers	Ja	3 / 84	0 (0)	3,6	(0,7-10,1)	6,5	0,0
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	3 / 64	0 (0)	4,7	(1,0-13,1)	3,8	4,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	11 / 125	0 (0)	8,8	(4,5-15,2)	10,6	10,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja*	15 / 257	0 (0)	5,8	(3,3-9,4)	5,1	6,8
Nordjylland	Ja	5 / 269	0 (0)	1,9	(0,6-4,3)	3,4	4,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	1 / 193	0 (0)	0,5	(0,0-2,9)	3,8	3,2
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		0 / 0	0	-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	1 / 20	0 (0)	5,0	(0,1-24,9)	0,0	-
Sygehus Vendsyssel	Ja*	3 / 56	0 (0)	5,4	(1,1-14,9)	1,8	14,3
Privathospitaler	Ja	3 / 64	0 (0)	4,7	(1,0-13,1)	5,4	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	4,5	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		20,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		0,0	-

Aleris Privathospitaler, Odense	Ja*	1 / 4	0 (0)	25,0	(0,6-80,6)	18,2	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja*	1 / 3	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	0,0	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 0	0	-		-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Gråbrødrelinikken	Ja	1 / 41	0 (0)	2,4	(0,1-12,9)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	-	0,0
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-		-	-



Figur 17 - Resultater for indikator 13, for hele landet og per region



Figur 18 - Resultater for indikator 13, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 13

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2010 har 3,6% fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5% er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2008 og 2009, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 4,3 og 4,2. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 23 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 17 standarden på 5% (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Roskilde, Slagelse, Fredericia/Kolding, Odense, Haderslev, Sønderborg, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Aalborg, Thy/Mors, Gråbrødreklinikken) mens de resterende 6 ikke opfylder standarden, men deres nederste 95% konfidensgrænse er højst 5% (Nykøbing F, Svendborg, Esbjerg, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y, Vendsyssel). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2010.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 17 ud af 23 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 13

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 13

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

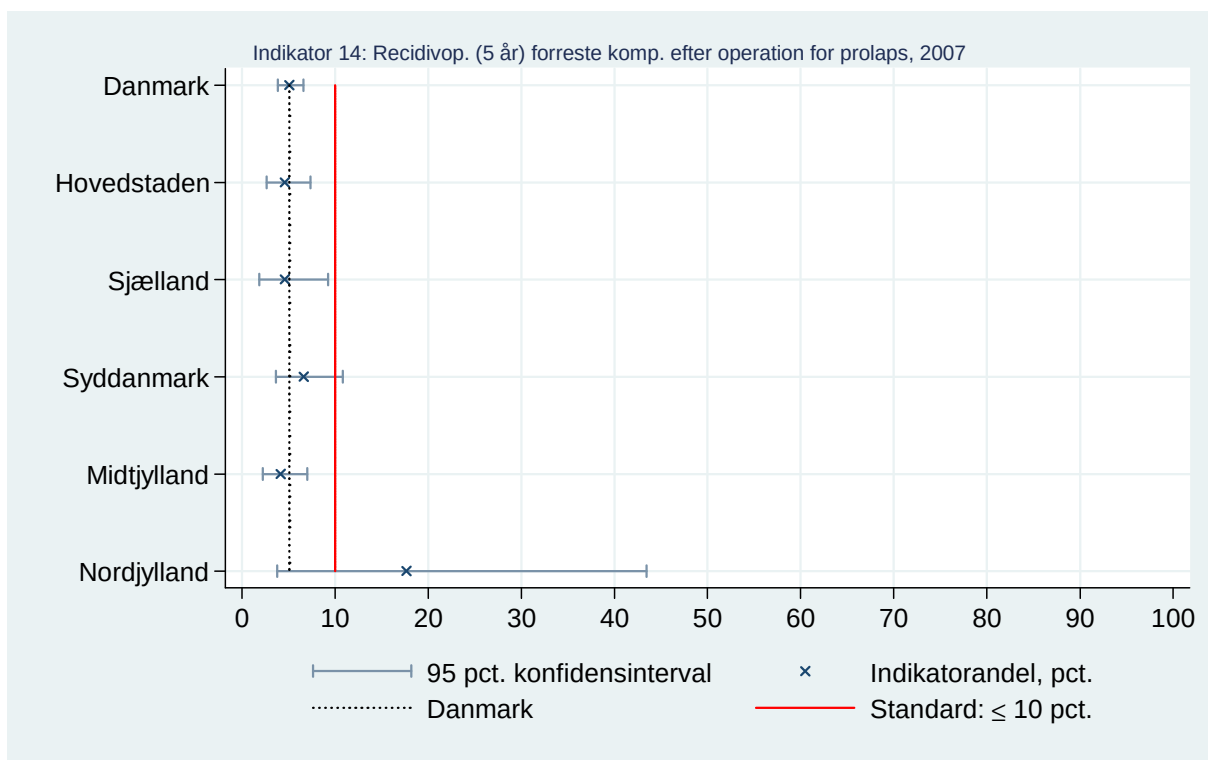
Indikator 14

Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

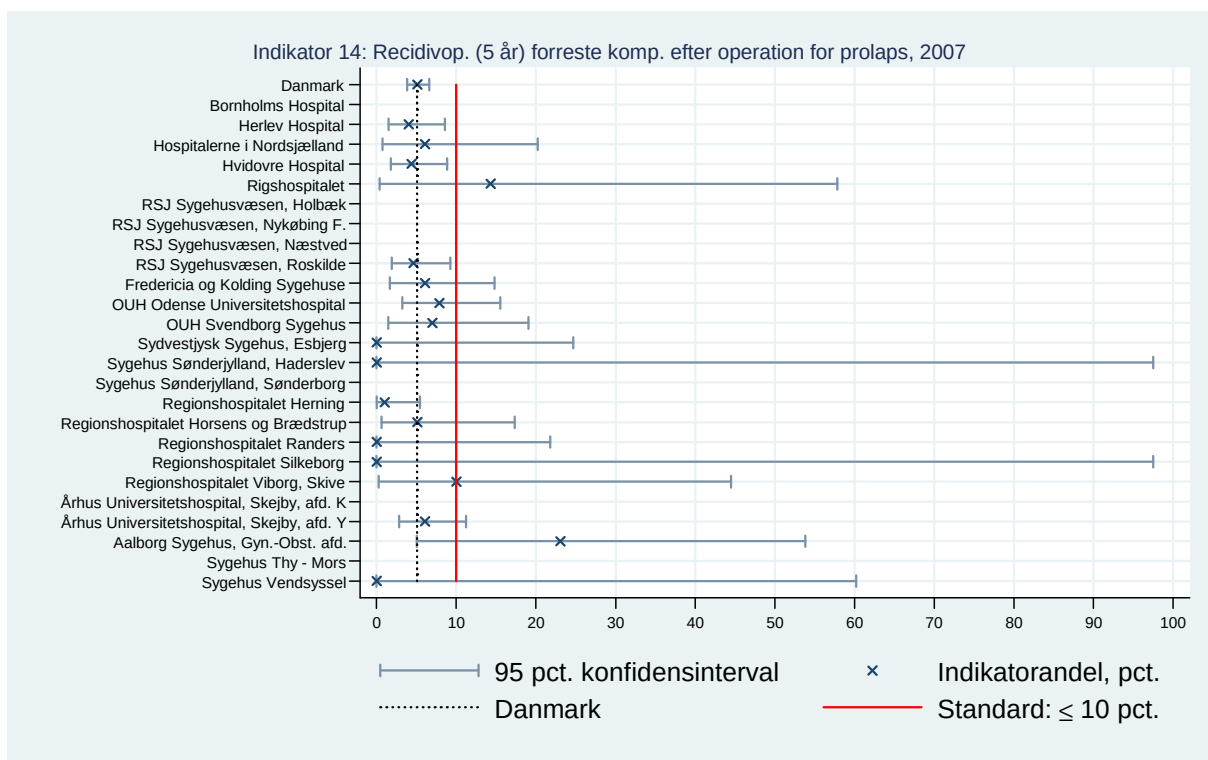
Tabel 11 - Resultater for indikator 14

Indikator 14	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2007 Pct. (95% CI)	Tidligere år 2006 Pct.
Danmark	Ja	53 / 1042	0 (0)	5,1 (3,8-6,6)	4,6
Hovedstaden	Ja	16 / 348	0 (0)	4,6 (2,7-7,4)	6,2
Sjælland	Ja	7 / 152	0 (0)	4,6 (1,9-9,3)	0,0
Syddanmark	Ja	14 / 212	0 (0)	6,6 (3,7-10,8)	2,2
Midtjylland	Ja	13 / 313	0 (0)	4,2 (2,2-7,0)	0,0
Nordjylland	Ja*	3 / 17	0 (0)	17,6 (3,8-43,4)	0,0
Hovedstaden	Ja	16 / 348	0 (0)	4,6 (2,7-7,4)	6,2
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-	-
Herlev Hospital	Ja	6 / 149	0 (0)	4,0 (1,5-8,6)	6,8
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	2 / 33	0 (0)	6,1 (0,7-20,2)	-
Hvidovre Hospital	Ja	7 / 159	0 (0)	4,4 (1,8-8,9)	6,1
Rigshospitalet	Ja*	1 / 7	0 (0)	14,3 (0,4-57,9)	0,0
Sjælland	Ja	7 / 152	0 (0)	4,6 (1,9-9,3)	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.		0 / 0	0	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	7 / 152	0 (0)	4,6 (1,9-9,3)	0,0
Syddanmark	Ja	14 / 212	0 (0)	6,6 (3,7-10,8)	2,2
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	4 / 66	0 (0)	6,1 (1,7-14,8)	0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	7 / 89	0 (0)	7,9 (3,2-15,5)	2,4
OUH Svendborg Sygehus	Ja	3 / 43	0 (0)	7,0 (1,5-19,1)	-
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0 (0,0-24,7)	-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		0 / 0	0	-	-
Midtjylland	Ja	13 / 313	0 (0)	4,2 (2,2-7,0)	0,0
Regionshospitalet Herning	Ja	1 / 100	0 (0)	1,0 (0,0-5,4)	-
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	2 / 39	0 (0)	5,1 (0,6-17,3)	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 15	0 (0)	0,0 (0,0-21,8)	-
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	1 / 10	0 (0)	10,0 (0,3-44,5)	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja	9 / 148	0 (0)	6,1 (2,8-11,2)	-
Nordjylland	Ja*	3 / 17	0 (0)	17,6 (3,8-43,4)	0,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja*	3 / 13	0 (0)	23,1 (5,0-53,8)	-
Sygehus Thy - Mors		0 / 0	0	-	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)	0,0

Anm.: Privathospitaler er udeladt af tabellen, da der ikke findes resultater for disse i ovennævnte perioder.



Figur 19 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per region



Figur 20 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 14

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2007 hvor databasekompletheden var lav, og derudover har der været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2007 har 5,1% fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10% er opfyldt på landsplan. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden på 10% (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Svendborg, Esbjerg, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y). Aalborg opfylder ikke standarden, men det nedre 95% konfidensgrænse er under 10%. Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2007.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 13 ud af 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 14

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

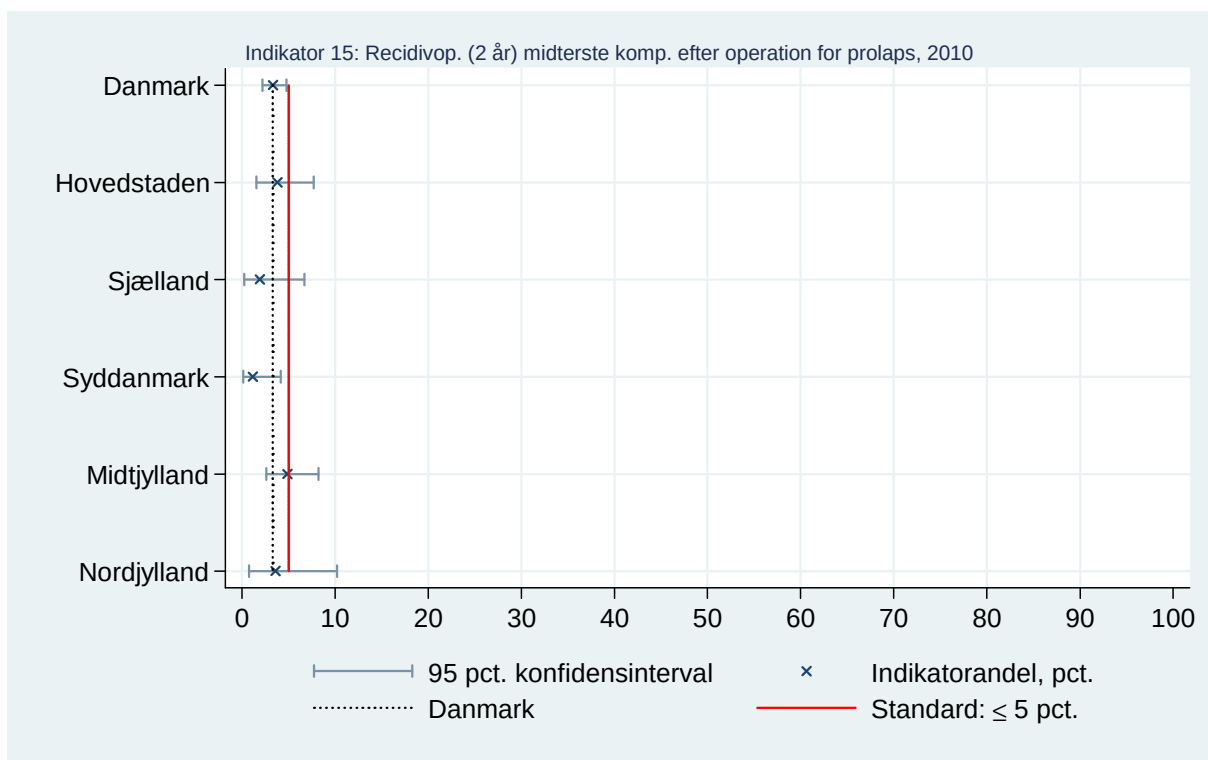
Indikator 15

Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps

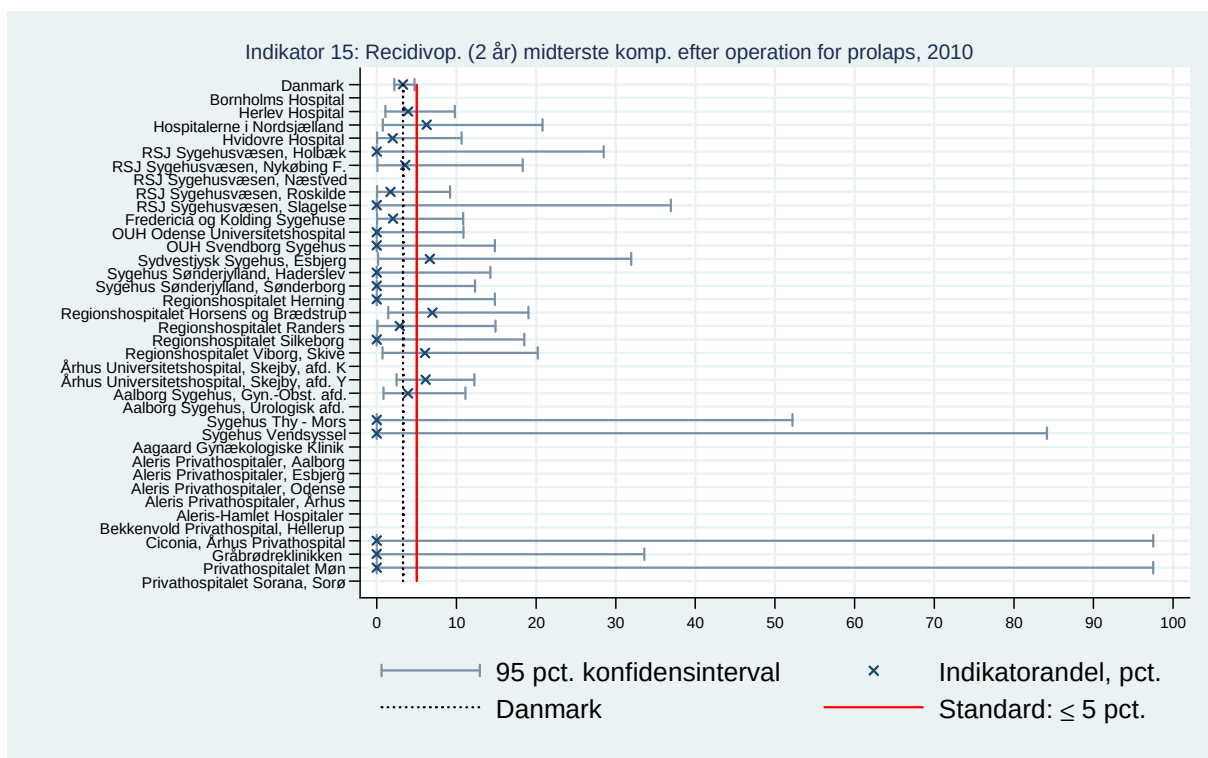
Tabel 12 - Resultater for indikator 15

Indikator 15	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2010		Tidligere år 2009 2008	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	27 / 819	0 (0)	3,3	(2,2-4,8)	2,6	3,1
Hovedstaden	Ja	7 / 183	0 (0)	3,8	(1,6-7,7)	1,4	4,0
Sjælland	Ja	2 / 105	0 (0)	1,9	(0,2-6,7)	2,3	0,0
Syddanmark	Ja	2 / 171	0 (0)	1,2	(0,1-4,2)	4,4	3,8
Midtjylland	Ja	13 / 266	0 (0)	4,9	(2,6-8,2)	2,8	2,2
Nordjylland	Ja	3 / 83	0 (0)	3,6	(0,8-10,2)	2,4	7,5
Privathospitaler	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	0,0	0,0
Hovedstaden	Ja	7 / 183	0 (0)	3,8	(1,6-7,7)	1,4	4,0
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	4 / 101	0 (0)	4,0	(1,1-9,8)	2,3	4,3
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja*	2 / 32	0 (0)	6,3	(0,8-20,8)	0,0	-
Hvidovre Hospital	Ja	1 / 50	0 (0)	2,0	(0,1-10,6)	0,0	3,4
Rigshospitalet		- / -		-		-	-
Sjælland	Ja	2 / 105	0 (0)	1,9	(0,2-6,7)	2,3	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	-	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	1 / 28	0 (0)	3,6	(0,1-18,3)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	1 / 58	0 (0)	1,7	(0,0-9,2)	2,4	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	Ja	0 / 8	0 (0)	0,0	(0,0-36,9)	0,0	-
Syddanmark	Ja	2 / 171	0 (0)	1,2	(0,1-4,2)	4,4	3,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	1 / 49	0 (0)	2,0	(0,1-10,9)	4,0	6,5
OUH Odense Universitetshospital	Ja	0 / 32	0 (0)	0,0	(0,0-10,9)	4,3	0,0
OUH Svendborg Sygehus	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0	(0,0-14,8)	0,0	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	1 / 15	0 (0)	6,7	(0,2-31,9)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	0 / 24	0 (0)	0,0	(0,0-14,2)	-	0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	0 / 28	0 (0)	0,0	(0,0-12,3)	14,3	-
Midtjylland	Ja	13 / 266	0 (0)	4,9	(2,6-8,2)	2,8	2,2
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0	(0,0-14,8)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	3 / 43	0 (0)	7,0	(1,5-19,1)	2,0	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	1 / 35	0 (0)	2,9	(0,1-14,9)	0,0	3,6
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 18	0 (0)	0,0	(0,0-18,5)	0,0	21,4
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	2 / 33	0 (0)	6,1	(0,7-20,2)	4,7	0,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja*	7 / 114	0 (0)	6,1	(2,5-12,2)	5,3	0,0
Nordjylland	Ja	3 / 83	0 (0)	3,6	(0,8-10,2)	2,4	7,5
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	3 / 76	0 (0)	3,9	(0,8-11,1)	2,6	7,5
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		0 / 0	0	-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	0,0	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0,0	-
Privathospitaler	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	0,0	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik		0 / 0	0	-		0,0	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		-	-

Aleris Privathospitaler, Odense		0 / 0	0	-	-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 0	0	-	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0 (0,0-33,6)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-	-	-



Figur 21 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per region



Figur 22 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 15

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2010 har 3,3% fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5% er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2008 og 2009, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 3,1 og 2,6. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 14 standarden på 5% (Herlev, Hvidovre, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Svendborg, Haderslev, Sønderborg, Herning, Randers, Silkeborg, Aalborg) mens de resterende 5 ikke opfylder standarden, men deres nederste 95% konfidensgrænse er højst 5% (Nordsjælland, Esbjerg, Horsens/Brædstrup, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2010.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 14 ud af 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 15

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

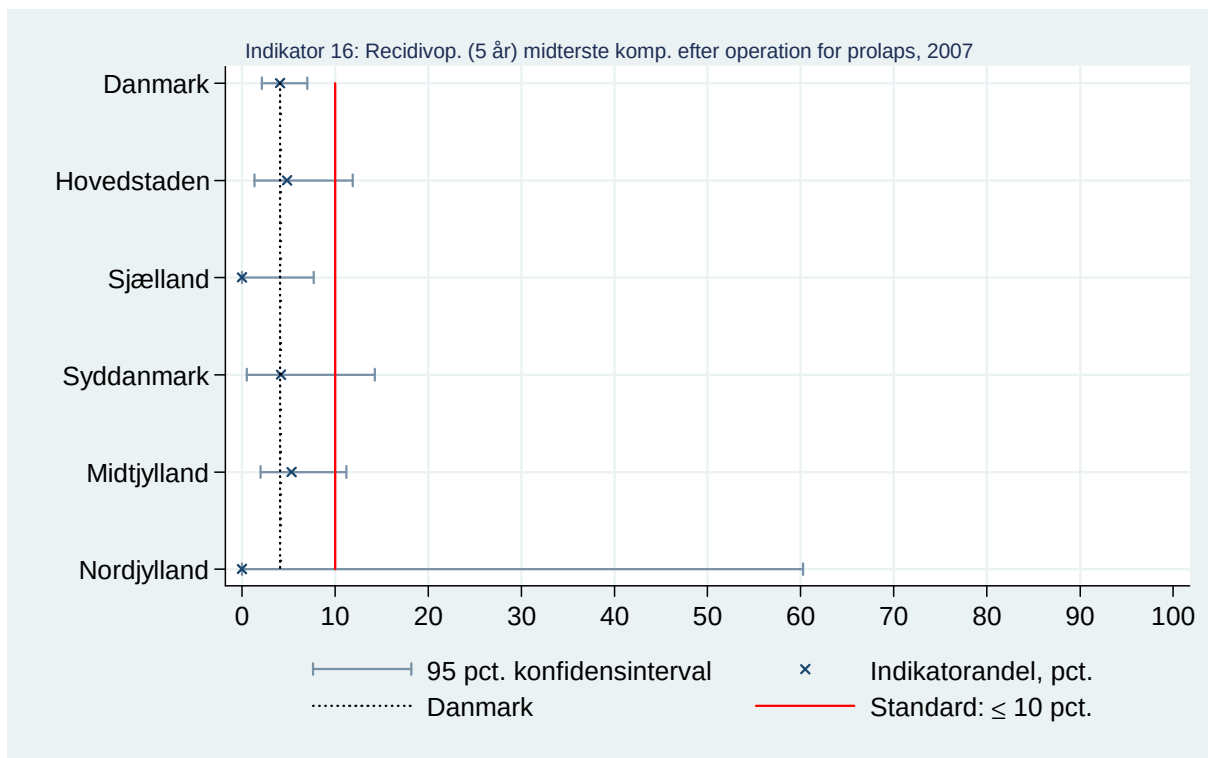
Indikator 16

Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps

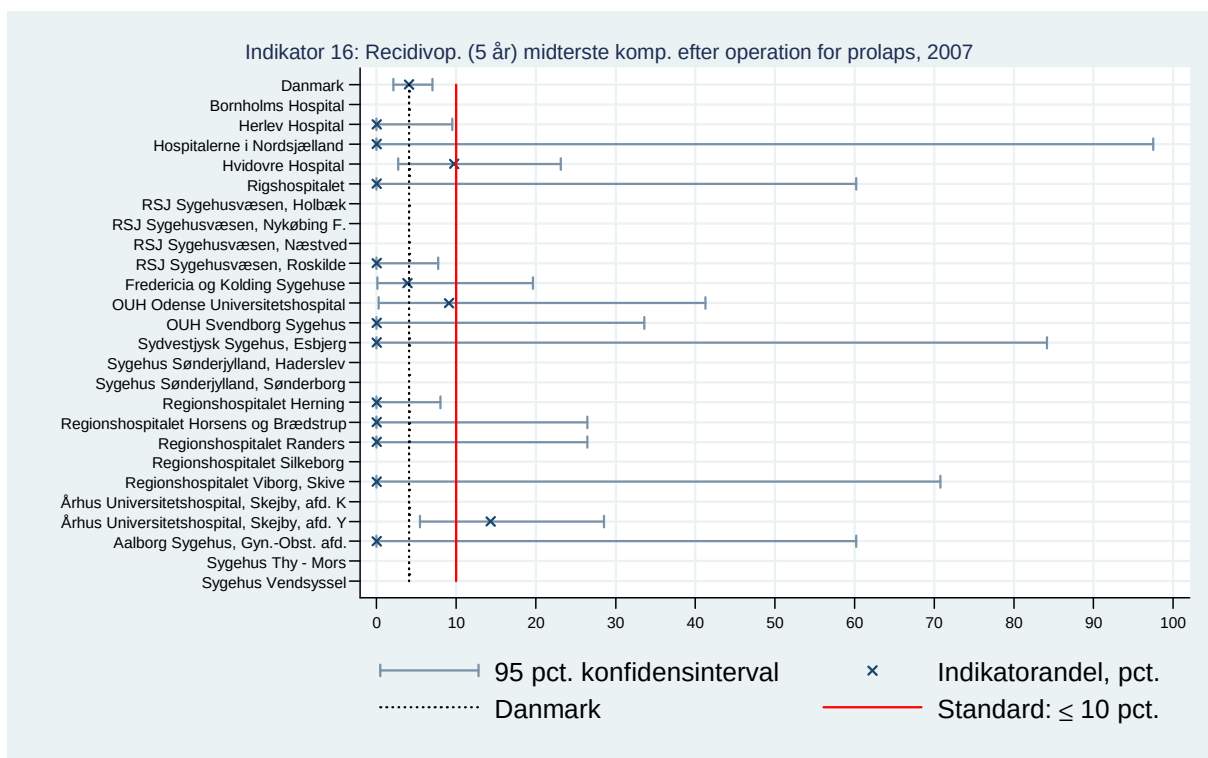
Tabel 13 - Resultater for indikator 16

Indikator 16	Std. ≤ 10%		Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år
	Opfyldt	Tæller/ nævner		2007	2006	
				Pct. (95% CI)	Pct.	
Danmark	Ja	12 / 294	0 (0)	4,1 (2,1-7,0)		1,9
Hovedstaden	Ja	4 / 83	0 (0)	4,8 (1,3-11,9)		0,0
Sjælland	Ja	0 / 46	0 (0)	0,0 (0,0-7,7)		-
Syddanmark	Ja	2 / 48	0 (0)	4,2 (0,5-14,3)		4,0
Midtjylland	Ja	6 / 113	0 (0)	5,3 (2,0-11,2)		0,0
Nordjylland	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-
Hovedstaden	Ja	4 / 83	0 (0)	4,8 (1,3-11,9)		0,0
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-
Herlev Hospital	Ja	0 / 37	0 (0)	0,0 (0,0-9,5)		0,0
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)		-
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 41	0 (0)	9,8 (2,7-23,1)		0,0
Rigshospitalet	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		0,0
Sjælland	Ja	0 / 46	0 (0)	0,0 (0,0-7,7)		-
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	0 / 46	0 (0)	0,0 (0,0-7,7)		-
Syddanmark	Ja	2 / 48	0 (0)	4,2 (0,5-14,3)		4,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	1 / 26	0 (0)	3,8 (0,1-19,6)		-
OUH Odense Universitetshospital	Ja	1 / 11	0 (0)	9,1 (0,2-41,3)		4,0
OUH Svendborg Sygehus	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0 (0,0-33,6)		-
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0 (0,0-84,2)		-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev		0 / 0	0	-		-
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		0 / 0	0	-		-
Midtjylland	Ja	6 / 113	0 (0)	5,3 (2,0-11,2)		0,0
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 44	0 (0)	0,0 (0,0-8,0)		-
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)		-
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)		-
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0 (0,0-70,8)		-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja*	6 / 42	0 (0)	14,3 (5,4-28,5)		0,0
Nordjylland	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0 (0,0-60,2)		-
Sygehus Thy - Mors		0 / 0	0	-		-
Sygehus Vendsyssel		0 / 0	0	-		-

Anm.: Privathospitaler er udeladt af tabellen, da der ikke findes resultater for disse i ovennævnte perioder.



Figur 23 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per region



Figur 24 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 16

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2007 hvor databasekompletheden var lav, og derudover har der været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2007 har 4,1% fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10% er opfyldt på landsplan. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 9 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 8 standarden på 10% (Herlev, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers). Skejby Afd. Y opfylder ikke standarden, men det nedre 95% konfidensgrænse er under 10%. Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2007.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 8 ud af 9 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 16

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 16

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

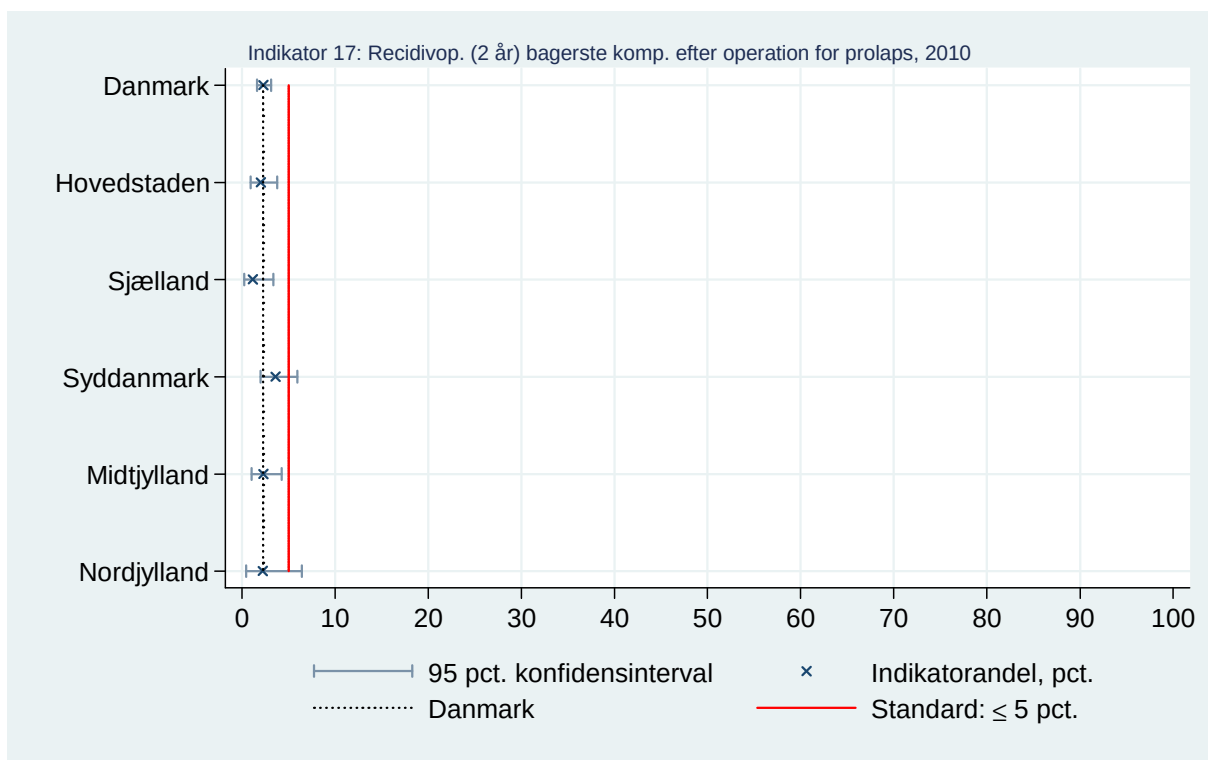
Indikator 17

Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

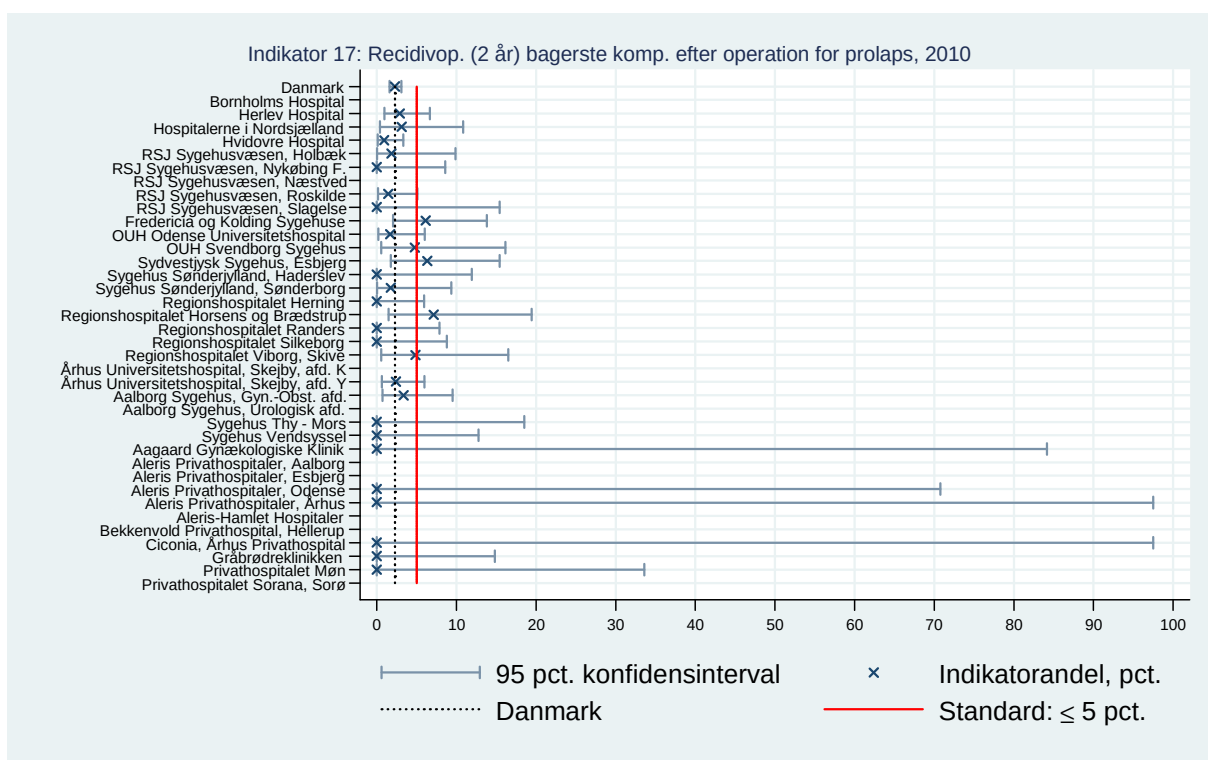
Tabel 14 - Resultater for indikator 17

Indikator 17	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2009 Pct.	2008 Pct.
Danmark	Ja	38 / 1664	0 (0)	2,3	(1,6-3,1)	2,5	3,3
Hovedstaden	Ja	9 / 450	0 (0)	2,0	(0,9-3,8)	2,4	2,7
Sjælland	Ja	3 / 256	0 (0)	1,2	(0,2-3,4)	3,7	7,3
Syddanmark	Ja	14 / 389	0 (0)	3,6	(2,0-6,0)	2,0	1,5
Midtjylland	Ja	9 / 396	0 (0)	2,3	(1,0-4,3)	2,0	4,3
Nordjylland	Ja	3 / 134	0 (0)	2,2	(0,5-6,4)	3,8	0,0
Privathospitaler	Ja	0 / 39	0 (0)	0,0	(0,0-9,0)	2,9	0,0
Hovedstaden	Ja	9 / 450	0 (0)	2,0	(0,9-3,8)	2,4	2,7
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	5 / 172	0 (0)	2,9	(1,0-6,7)	1,7	1,3
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	2 / 64	0 (0)	3,1	(0,4-10,8)	6,4	0,0
Hvidovre Hospital	Ja	2 / 214	0 (0)	0,9	(0,1-3,3)	1,4	4,1
Rigshospitalet		- / -		-		-	0,0
Sjælland	Ja	3 / 256	0 (0)	1,2	(0,2-3,4)	3,7	7,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	1 / 54	0 (0)	1,9	(0,0-9,9)	-	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	0 / 41	0 (0)	0,0	(0,0-8,6)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	2 / 139	0 (0)	1,4	(0,2-5,1)	3,8	8,3
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	Ja	0 / 22	0 (0)	0,0	(0,0-15,4)	0,0	-
Syddanmark	Ja	14 / 389	0 (0)	3,6	(2,0-6,0)	2,0	1,5
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	5 / 81	0 (0)	6,2	(2,0-13,8)	1,7	1,7
OUH Odense Universitetshospital	Ja	2 / 117	0 (0)	1,7	(0,2-6,0)	2,9	1,3
OUH Svendborg Sygehus	Ja	2 / 42	0 (0)	4,8	(0,6-16,2)	0,0	4,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	4 / 63	0 (0)	6,3	(1,8-15,5)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	Ja	0 / 29	0 (0)	0,0	(0,0-11,9)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Ja	1 / 57	0 (0)	1,8	(0,0-9,4)	0,0	-
Midtjylland	Ja	9 / 396	0 (0)	2,3	(1,0-4,3)	2,0	4,3
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 60	0 (0)	0,0	(0,0-6,0)	0,0	1,4
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	3 / 42	0 (0)	7,1	(1,5-19,5)	0,0	6,5
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 45	0 (0)	0,0	(0,0-7,9)	0,0	2,9
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 40	0 (0)	0,0	(0,0-8,8)	0,0	5,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	2 / 41	0 (0)	4,9	(0,6-16,5)	6,3	9,4
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja	4 / 168	0 (0)	2,4	(0,7-6,0)	3,0	4,2
Nordjylland	Ja	3 / 134	0 (0)	2,2	(0,5-6,4)	3,8	0,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	3 / 89	0 (0)	3,4	(0,7-9,5)	2,6	0,0
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		0 / 0	0	-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 18	0 (0)	0,0	(0,0-18,5)	-	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 27	0 (0)	0,0	(0,0-12,8)	7,1	0,0
Privathospitaler	Ja	0 / 39	0 (0)	0,0	(0,0-9,0)	2,9	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0,0	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		0,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		0,0	-

Aleris Privathospitaler, Odense	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0 (0,0-70,8)	6,3	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	0,0	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 0	0	-	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0 (0,0-97,5)	-	-
Gråbrødrelinikken	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0 (0,0-14,8)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0 (0,0-33,6)	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-	-	-



Figur 25 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per region



Figur 26 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 17

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Resultaterne bør derfor tolkes med dette forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2010 har 2,3% fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5% er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2008 og 2009, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 3,3 og 2,5. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 23 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 20 standarden på 5% (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Slagelse, Odense, Svendborg, Haderslev, Sønderborg, Herning, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Gråbrødrekliniken) mens de resterende 3 ikke opfylder standarden, men deres nederste 95% konfidensgrænse er højst 5% (Fredericia/Kolding, Esbjerg, Horsens/Brædstrup). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2010.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 20 ud af 23 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 17

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 17

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

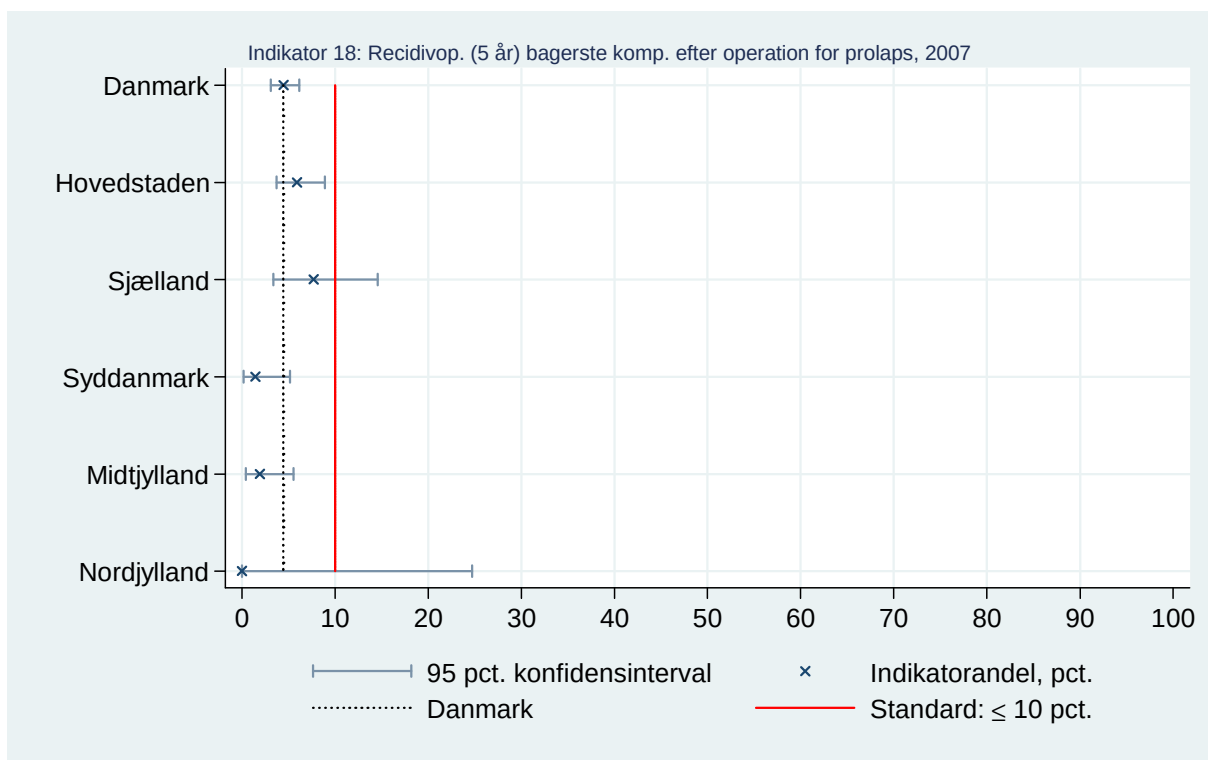
Indikator 18

Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

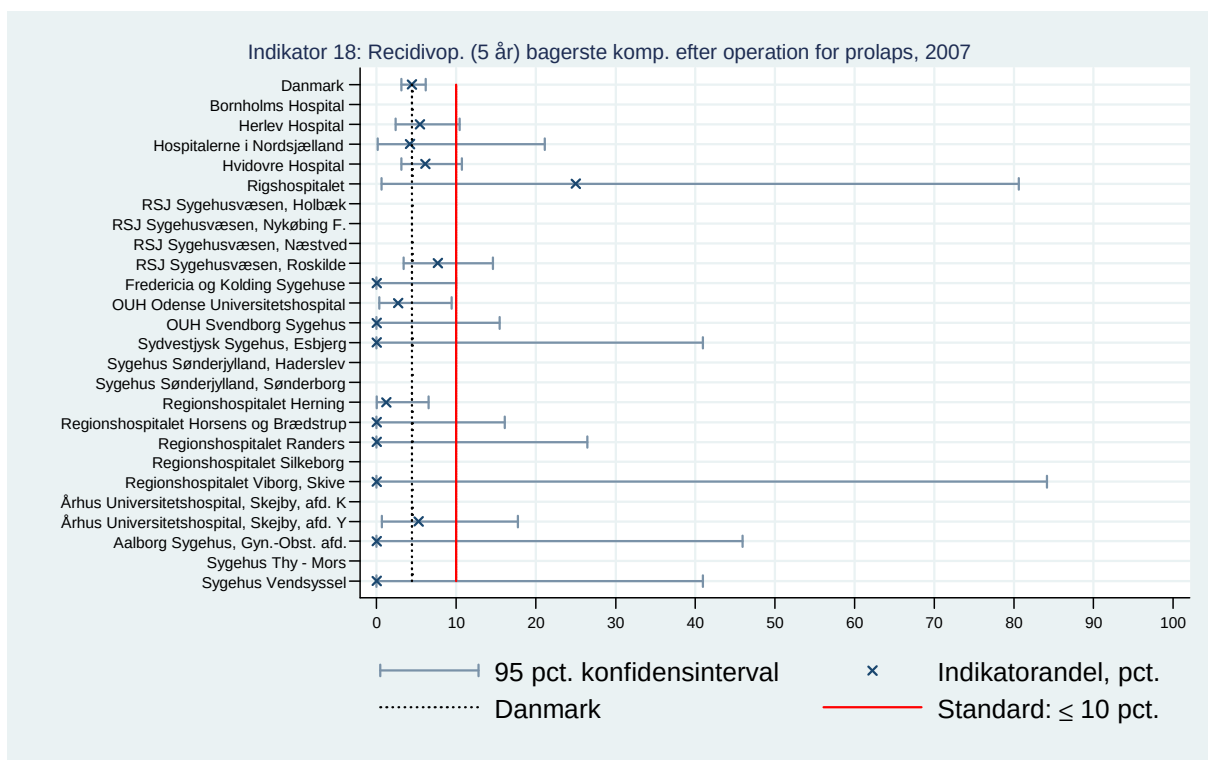
Tabel 15 - Resultater for indikator 18

Indikator 18	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år
				2007	2006	2006
				Pct. (95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	34 / 766	0 (0)	4,4 (3,1-6,1)		4,6
Hovedstaden	Ja	21 / 355	0 (0)	5,9 (3,7-8,9)		5,6
Sjælland	Ja	8 / 104	0 (0)	7,7 (3,4-14,6)		0,0
Syddanmark	Ja	2 / 138	0 (0)	1,4 (0,2-5,1)		3,1
Midtjylland	Ja	3 / 156	0 (0)	1,9 (0,4-5,5)		0,0
Nordjylland	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0 (0,0-24,7)		-
Hovedstaden	Ja	21 / 355	0 (0)	5,9 (3,7-8,9)		5,6
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-
Herlev Hospital	Ja	8 / 147	0 (0)	5,4 (2,4-10,4)		5,9
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	1 / 24	0 (0)	4,2 (0,1-21,1)		-
Hvidovre Hospital	Ja	11 / 180	0 (0)	6,1 (3,1-10,7)		5,6
Rigshospitalet	Ja*	1 / 4	0 (0)	25,0 (0,6-80,6)		0,0
Sjælland	Ja	8 / 104	0 (0)	7,7 (3,4-14,6)		0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	8 / 104	0 (0)	7,7 (3,4-14,6)		0,0
Syddanmark	Ja	2 / 138	0 (0)	1,4 (0,2-5,1)		3,1
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	0 / 35	0 (0)	0,0 (0,0-10,0)		0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	2 / 74	0 (0)	2,7 (0,3-9,4)		3,2
OUH Svendborg Sygehus	Ja	0 / 22	0 (0)	0,0 (0,0-15,4)		-
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 7	0 (0)	0,0 (0,0-41,0)		-
Sygehus Sønderjylland, Haderslev		0 / 0	0	-		-
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg		0 / 0	0	-		-
Midtjylland	Ja	3 / 156	0 (0)	1,9 (0,4-5,5)		0,0
Regionshospitalet Herning	Ja	1 / 83	0 (0)	1,2 (0,0-6,5)		-
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 21	0 (0)	0,0 (0,0-16,1)		0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)		-
Regionshospitalet Silkeborg		0 / 0	0	-		-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0 (0,0-84,2)		-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K		0 / 0	0	-		-
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	Ja	2 / 38	0 (0)	5,3 (0,6-17,7)		-
Nordjylland	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0 (0,0-24,7)		-
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	0 / 6	0 (0)	0,0 (0,0-45,9)		-
Sygehus Thy - Mors		0 / 0	0	-		-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 7	0 (0)	0,0 (0,0-41,0)		-

Anm.: Privathospitaler er udeladt af tabellen, da der ikke findes resultater for disse i ovennævnte perioder.



Figur 27 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per region



Figur 28 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 18

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2007 hvor databasekompletheden var lav, og derudover har der været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2007 har 4,4% fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10% er opfyldt på landsplan. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Der er nogen variation mellem regionerne, også når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Alle 11 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden på 10% (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Svendborg, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Skejby Afd. Y). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2007.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle 11 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 18

Indikatoren er ny og optræder for første gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i databasens første år, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 18

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

4 Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Baggrund

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede (genital prolaps), blære, urinrør (urininkontinens) og endetarm (afføringsinkontinens). Lidelserne er ikke livstruende men betyder ofte invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet, bl.a. social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv. Prævalens for urininkontinens er 25-45%, genital prolaps 7-25% og anal inkontinens 11-15%, og pga. et øget antal ældre medborgere stigende. Behandling og diagnostik er omkostningstungt for samfundet. Livstidsrisikoen for kirurgisk behandling af urininkontinens er ca. 4%, for genital prolaps ca. 10%.

Formål og opbygning

DugaBase blev initieret af en arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Siden er DUGA nedlagt og i stedet er oprettet Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS). 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 for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd) 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.

Formålet med DugaBase er at beskrive omfanget og kvaliteten af operationer for urininkontinens og prolaps. Der er lovpligtig indberetning af alle operationer. DugaBase er forløbsorienteret og udmærker sig ved, at der foruden oplysninger fra læge også til hvert forløb både før og efter operation indsamles *patient reported outcome measures* (PROMs), som anvendes i indikatorberegningerne. Der benyttes validerede skalaer. Databasen har en webbaseret indtastningsflade, hvor undersøgelsesresultater og konklusioner kan indtastes direkte.

Resultater

Databasekompletheden er steget over tid, for inkontinensoperationer fra 14% i 2006 til 92% i 2012 og for prolapsoperationer fra 12% i 2006 til 91% i 2012. Mens databasekompletheden for inkontinens for offentlige sygehuse er høj er den desværre lav for privatklinikker: 36% for inkontinens og 23% for prolaps. Datakompletheden er stigende. Validiteten af de indberettede data er vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data.

Der er aktuelt udvalgt 14 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. I 2012 var standarden for 11 af de 14 indikatorer opfyldt. For to var standarden tæt på at være opfyldt, og for én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulant besøg) har standarden i hele perioden været langt fra at være opfyldt. Det er interessant og væsentligt, at standarden for subjektiv patientbedømmelse af succes er opfyldt for både inkontinens (77% (95% sikkerhedsinterval: 74%-80%)) og prolaps (85% (84%-87%)).

Diskussion og kliniske implikationer

Det er ambitionen, at data bruges til klinisk kvalitetssikring og forskning. Der arbejdes med en opgradering af brugerfladen til et mere brugervenligt format (Topica4), der bl.a. skal gøre det muligt at trække lokale data direkte ud af databasen for at sikre hurtig opdagelse af ændringer i behandlingskvaliteten. Første del blev færdiggjort i januar 2013, da den opdaterede brugerflade blev taget i brug (opdaterede formularer).

Styregruppen ønsker også at sikre nem adgang til data mhp. forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen i specialet. Antallet af projekter der udføres med udgangspunkt i DugaBase er fordoblet i 2012, og to ph.d.-studerende er i gang med projekter, der delvis er baseret på DugaBase, bl.a. om livskvalitet og regionale behandlingsforskelle.

Konklusion

DugaBase er velfungerende og lever op til kravene om databasekomplethed. Den kan anvendes til såvel klinisk kvalitetsudvikling som forskning.

5 Oversigt over alle indikatorer

Indikatorområde	Indikator	Type	Format	Standard
1. Ventetid 30 dage	Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallægekontakt med undersøgelse, bør være højst 30 dage.	Proces	Andel	Mindst 90 %
3. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes	Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens.	Resultat	Andel	Mindst 70 %
6. Prolaps - Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	Objektiv mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad, målet er prolapsgrad $\leq$ grad 1.	Resultat	Andel	Mindst 90 %
7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.	Resultat	Andel	Mindst 80 %
9. Urininkontinens - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens	Efter urininkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov	Resultat	Andel	Højst 10 %
10. Prolaps - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov	Resultat	Andel	Højst 10 %
11. Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge indenfor 2 år efter førstegangs inkontinensoperation med slynge	Resultat	Andel	Højst 5 %
12. Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge indenfor 5 år efter førstegangs inkontinensoperation med slynge	Resultat	Andel	Højst 10 %
13. Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år. Forreste kompartment	Resultat	Andel	Højst 5 %
14. Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som	Resultat	Andel	Højst 10 %

Indikatorområde	Indikator	Type	Format	Standard
for prolaps	ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år. Forreste kompartment			
15. Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år. Midterste kompartment	Resultat	Andel	Højst 5 %
16. Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år. Midterste kompartment	Resultat	Andel	Højst 10 %
17. Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år. Bagerste kompartment	Resultat	Andel	Højst 5 %
18. Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år. Bagerste kompartment	Resultat	Andel	Højst 10 %

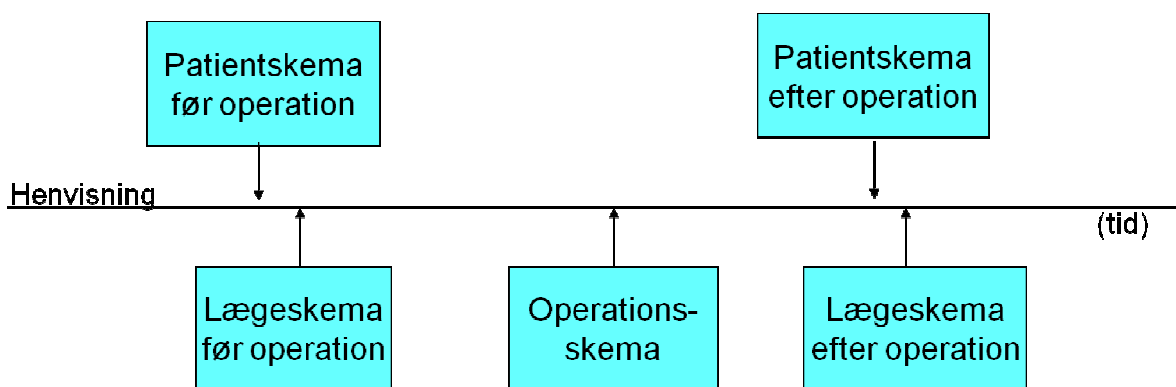
6 Datagrundlag

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 07.04.2013, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2012 indtil denne dato.

Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre (30 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. fejl i personnummeroplysninger). Desuden er patienter, der var under 18 år på operationstidspunktet, udeladt (10 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. alder).

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 indtastningsopgaven. 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 KCEB-Syd.

Flowet i et DugaBase-forløb er skitseret i Figur 29. Forløbet består af følgende delelementer: henvisningsoplysninger, udredningsoplysninger (lægeskema og patientskema før operation), operationsoplysninger (operationsskema) og kontroloplysninger (lægeskema og patientskema efter operation).



Figur 29 - Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb

Henvisningsoplysningerne 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.

Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og KCEB-Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejdsgange aftalt i foråret 2013, 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.

Analyser og epidemiologi

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

Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2011, 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 "2011" eller "år 2011". Direkte tal fra Årsrapport 2011, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 16 og Tabel 17, betegnes "Årsrapport 2011".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed

I forbindelse med opgørelse af databasekomplethed har KCEB-Syd rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Appendiks 4: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket pr. 10.4.2013.

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 16 - Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2012 – 31-12-2012

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Danmark	1.476	1.356	91,9	30
Region Hovedstaden	273	254	93,0	0
Herlev Hospital	123	108	87,8	0
Gynækologisk afdeling G-1	123	108	87,8	0
Hospitalet i Nordsjælland	77	77	100,0	0
HI Gynækologisk Afd., senge	77	77	100,0	0
Hvidovre Hospital	73	69	94,5	0
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	73	69	94,5	0
Region Sjælland	257	243	94,6	3
Region Sjællands Sygehusvæsen	257	243	94,6	3
HOL Gynækologisk Afd.	5	5	100,0	0
NFS Gynækologisk Afd.	174	163	93,7	2
ROS Gynækologisk Afd.	78	75	96,2	1
Region Syddanmark	367	334	91,0	12
OUH Odense Universitetshospital	125	113	90,4	1
Od Gynækologisk afdeling D	125	113	90,4	1
OUH Svendborg Sygehus	13	13	100,0	0
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	13	13	100,0	0
Sydvestjysk Sygehus	154	143	92,9	4
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	153	143	93,5	4
SVS Urologisk afsnit (Esbjerg)	1	0	0,0	0
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	2	1	50,0	6
Gynækologisk afdeling	2	1	50,0	6
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	73	64	87,7	1
Obstetrisk afdeling	73	64	87,7	1
Region Midtjylland	311	298	95,8	3
Regionshospitalet Herning	42	42	100,0	0
Gynækologisk afdeling H2	42	42	100,0	0
Regionshospitalet Randers	47	47	100,0	0
Gynækol./obstetrisk afd. G	47	47	100,0	0
Regionshospitalet Viborg, Skive	87	85	97,7	1
Kvindeafdeling, Viborg	86	85	98,8	1
Urologisk Afdeling, Viborg	1	0	0,0	0
Århus Universitetshospital, Skejby	135	124	91,9	2
Gynækol./obstetrisk afd. Y	117	112	95,7	2
Urinvejskirurgisk afdeling K	18	12	66,7	0
Region Nordjylland	215	208	96,7	2
Sygehus Thy - Mors	22	22	100,0	0
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	22	22	100,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Sygehus Vendsyssel	69	65	94,2	0
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	69	65	94,2	0
Aalborg Sygehus	124	121	97,6	2
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	122	121	99,2	2
Alb Urologisk afd.	1	0	0,0	0
Alb Urologisk amb.	1	0	0,0	0
Privathospitaler	53	19	35,8	10
Aleris Privathospitaler	3	2	66,7	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh.afsnit	3	2	66,7	0
Aleris-Hamlet Hospitaler	24	4	16,7	3
Gynækologi, kirurgisk afsnit	24	4	16,7	3
AROS Privathospital	3	0	0,0	0
AROS Privathospital, beh. afsnit	3	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	2	1	50,0	1
Bekkevoold Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	2	1	50,0	1
Ciconia, Århus Privathospital	1	1	100,0	1
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	1	1	100,0	1
Gråbrødreklinikken	4	4	100,0	0
Gråbrødreklinikken, beh.afsnit	4	4	100,0	0
Privathospitalet Kollund	2	0	0,0	0
Privathospitalet Kollund, beh.afsnit	2	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	2	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	2	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	11	7	63,6	5
Gynækologisk sengeafsnit	11	7	63,6	5
SagaNordic ApS	1	0	0,0	0
SagaNordic ApS, beh.afsnit	1	0	0,0	0

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 16

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2012 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2012. Tabel 16 viser desuden, at 30 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Disse 30 operationer kan også registreres i både nævner og tæller, så databasekompletheden bliver $[(1356 + 30)/(1476 + 30)] \times 100 = 92,0\%$. 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 91,9%. I Årsrapport 2011 var der 1636 urininkontinensoperationer, heraf 1516 (92,7%) i DugaBase, og databasekompletheden er således i 2012 i praksis uændret. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er faldet med 9,8% i forhold til Årsrapport 2011. Næsten alle offentlige sygehuse har over 90% databasekomplethed. Kun to sygehuse med et betydeligt antal operationer har under 90% databasekomplethed, som dog er tæt på de 90% (Herlev: 87,8%; Sønderborg: 87,7%). I alt er 22 operationer registrerede i LPR som udført på en urologisk afdeling, hvoraf 12 (54,5%) også er registrerede i DugaBase (Esbjerg, Viborg/Skive, Skejby og Aalborg har hhv. 1, 1, 18 og 2 "LPR-operationer" på en urologisk afdeling, men kun 12 operationer i Skejby er ligeledes registrerede i Du-

gaBase). Tre offentlige sygehuse (Herlev, Roskilde, Skejby) havde i Årsrapport 2011 under 90% databasekomplethed.

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

I Årsrapport 2011 var databasekompletheden for privathospitaler 44,2%, mens den i 2012 er 35,8%, dvs. der ses en lavere databasekomplethed. Blandt de 10 privathospitaler, som iflg. LPR har opereret for urininkontinens har de 6 (Aleris/Esbjerg, Aleris-Hamlet, Center for Rygkirurgi A/S, Ciconia, Gråbrødreklinikken, Møn) også registreringer i DugaBase. Kun Ciconia og Gråbrødreklinikken, som tilsammen har udført 5 af de 53 "LPR-operationer", har dog over 90% databasekomplethed. I LPR udgør operationer på privathospitaler 3,6%, mens de i DugaBase udgør 1,4%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 16 øges databasekompletheden fra 91,9% til 94,0% (altså en stigning på 2,1 procent-point), og såfremt alle privathospitalernes 53 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 94,2% (altså en stigning på 2,3 procentpoint). Med den høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med næsten en tredjedel af de 8,1%, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 91,9% og de ideelle 100%.

Tabel 16 viser antal registrerede operationer. De 1476 operationer i LPR er fordelt på 1447 patienter, heraf 1419 (98,1%) med 1 operation, 27 (1,9%) med 2 operationer og 1 (0,1%) med 3 operationer. De 1386 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 30 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 1367 patienter, heraf 1348 (98,6%) med 1 operation og 19 (1,4%) 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 17 - Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2012 – 31-12-2012

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Danmark	4.522	4.106	90,8	74
Region Hovedstaden	972	917	94,3	17
Bornholms Hospital	25	0	0,0	0
Kirurgisk ambulatorium	2	0	0,0	0
Kirurgisk sengeafs.	23	0	0,0	0
Herlev Hospital	331	311	94,0	4
Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	5	0	0,0	0
Gynækologisk afdeling G-1	326	311	95,4	4
Hospitalerne i Nordsjælland	333	330	99,1	3
HI Gynækologisk Afd., senge	333	330	99,1	3
Hvidovre Hospital	283	276	97,5	10
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	283	276	97,5	10
Region Sjælland	679	595	87,6	7
Region Sjællands Sygehusvæsen	679	595	87,6	7
HOL Gynækologisk Afd.	93	77	82,8	1
NAE Gynækologisk Afd.	129	93	72,1	2
NFS Gynækologisk Afd.	160	144	90,0	2
ROS Gynækologisk Afd.	297	281	94,6	2

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Region Syddanmark	1.046	1.005	96,1	23
Fredericia og Kolding Sygehuse	158	157	99,4	0
Gyn,-Obst. afdeling, Kolding	158	157	99,4	0
OUH Odense Universitetshospital	315	296	94,0	6
Od Gynækologisk afdeling D	315	296	94,0	6
OUH Svendborg Sygehus	214	213	99,5	2
Gynækologisk-obstetrisk afd., Sygehus Fyn	214	213	99,5	2
Sydvestjysk Sygehus	193	183	94,8	5
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	193	183	94,8	5
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	28	27	96,4	9
Gynækologisk afdeling	28	27	96,4	9
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	138	129	93,5	1
Obstetrisk afdeling	138	129	93,5	1
Region Midtjylland	1.088	1.043	95,9	16
Hospitalsenheden Horsens	169	164	97,0	2
Gynækologisk sengeafdeling - HEH	169	164	97,0	2
Regionshospitalet Herning	136	135	99,3	2
Gynækologisk afdeling H2	136	135	99,3	2
Regionshospitalet Randers	198	195	98,5	7
Gynækol./obstetrisk afd. G	198	195	98,5	7
Regionshospitalet Silkeborg	5	0	0,0	0
Gynækologisk amb./dagkir. afsnit	5	0	0,0	0
Regionshospitalet Viborg, Skive	221	199	90,0	2
Kvindeafdeling, Viborg	221	199	90,0	2
Århus Universitetshospital, Skejby	359	350	97,5	3
Gynækol./obstetrisk afd. Y	359	350	97,5	3
Region Nordjylland	533	500	93,8	7
Sygehus Thy - Mors	79	69	87,3	0
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	79	69	87,3	0
Sygehus Vendsyssel	184	166	90,2	1
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	184	166	90,2	1
Aalborg Sygehus	270	265	98,1	6
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	269	265	98,5	6
Alb Urologisk afd.	1	0	0,0	0
Privathospitaler	204	46	22,5	4
Aleris Privathospitaler	15	6	40,0	0
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh.afsnit	7	0	0,0	0
Aleris privathospitaler Aalborg, beh.afsnit	8	6	75,0	0
Aleris-Hamlet Hospitaler	83	4	4,8	0
Dagkirurgisk klinik	3	0	0,0	0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	79	4	5,1	0
Operationsstue	1	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Allerød Privathospital & Idrætsklinik	1	0	0,0	0
Allerød Privathospital & Idrætsklinik, beh.afsnit	1	0	0,0	0
ARTROS Privathospital	5	0	0,0	0
ARTROS Privathospital, sengeafsnit	5	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	7	3	42,9	3
Bekkevold Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	6	3	50,0	3
Ortopæd. og neurokirurgisk operationsafdeling	1	0	0,0	0
Ciconia, Århus Privathospital	5	4	80,0	1
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	5	4	80,0	1
Greve Privathospital	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
Gråbrødreklinikken	17	11	64,7	0
Gråbrødreklinikken, beh.afsnit	17	11	64,7	0
Københavns Privathospital A/S	7	0	0,0	0
Operationsafdeling	1	0	0,0	0
Sengeafdeling	6	0	0,0	0
Privathospitalet Danmark	1	0	0,0	0
Privathospitalet Danmark, beh.afsnit	1	0	0,0	0
Privathospitalet Kollund	5	0	0,0	0
Privathospitalet Kollund, beh.afsnit	5	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm	24	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	24	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	21	14	66,7	0
Gynækologisk sengeafsnit	21	14	66,7	0
Privathospitalet Skørping	4	0	0,0	0
Gynækologisk beh.afsnit	4	0	0,0	0
Privathospitalet Sorana, Sorø	5	4	80,0	0
Privathospitalet Sorana, Sorø, beh.afsnit	5	4	80,0	0
Roskilde Privathospital	1	0	0,0	0
Behandlingsafdeling	1	0	0,0	0
SagaNordic ApS	1	0	0,0	0
SagaNordic ApS, beh.afsnit	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital, beh. afsnit	1	0	0,0	0

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 17

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2012 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2012. Det ses desuden, at 74 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Såfremt disse 74 operationer inkluderes i både tæller og nævner bliver databasekompletheden $[(4106 + 74)/(4522 + 74)] \times 100 = 90,9\%$. 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 90,8%. I Årsrapport 2011 var der 4626 prolapsoperationer, heraf 4173 (90,2%) i DugaBase, og databasekompletheden er således i praksis uændret i 2012. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er faldet med 2,2% i forhold til Årsrapport 2011.

De fleste offentlige sygehuse har over 90% databasekomplethed. Fem sygehuse (Bornholm, Holbæk, Næstved, Silkeborg, Thy/Mors) har under 90% databasekomplethed. Blandt disse har Bornholm med 25 "LPR-operationer" og Silkeborg med 5 "LPR-operationer" ingen prolapsregistreringer i DugaBase, mens Næstved, Holbæk og Thy/Mors har henholdsvis 72,1%, 82,8% og 87,3% databasekomplethed. I Årsrapport 2011 havde 8 sygehuse med >10 patienter (Bornholm, Næstved, Haderslev, Horsens/Brædstrup, Silkeborg, Randers, Viborg/Skive, Thy/Mors) under 90% databasekomplethed.

Der er lille variation i databasekomplethed mellem alle regionerne, undtagen Region Sjælland, hvis databasekomplethed kun er 87,6% grundet Næstveds og Holbæks lavere databasekomplethed.

I Årsrapport 2011 var databasekompletheden for privathospitaler 34,6%, mens den i 2012 er 22,5%, dvs. der er sket et fald. Kun 7 af de 19 privathospitaler med "LPR-operationer" har registreret nogle af disse i DugaBase (Aleris/Aalborg, Aleris-Hamlet, Center for Rygkirurgi A/S, Ciconia, Gråbrødreklinikken, Møn, Sorana). Disse 7 privathospitaler har en databasekomplethed fra 4,8% til 80,0%, dvs. der ses en stor variation. I LPR udgør operationer på privathospitaler 4,5%, mens de i DugaBase udgør 1,1%. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 17 øges databasekompletheden fra 90,8% til 94,0% (altså en stigning på 3,2 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 204 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 94,3% (altså en stigning på 3,5 procentpoint). Med den meget høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med godt en tredjedel af de 9,2%, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 90,8% og de ideelle 100%.

Tabel 17 viser antal registrerede operationer. De 4522 operationer i LPR er fordelt på 4442 patienter, heraf 4362 (98,2%) med 1 operation og 80 (1,8%) med 2 operationer. De 4180 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 74 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 4114 patienter, heraf 4048 (98,4%) med 1 operation og 66 (1,6%) med 2 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.

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

Tabel 18 - Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2011 (N = 5.906) og 2012 (N = 5.641)

Ref. ^b	Beskrivelse	2011			2012		
		I alt ^a	Oplyst		I alt ^a	Oplyst	
		Antal	Antal	Pct.	Antal	Antal	Pct.
03	Patientoplysninger om oplevelse af urin inkontinens - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	1.236	1.012	81,9	1.004	917	91,3
06	Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2.746	1.456	53,0	2.282	1.273	55,8
07	Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	3.358	2.506	74,6	2.983	2.500	83,8
09	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	1.089	948	87,1	793	708	89,3
10	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2.746	2.392	87,1	2.282	2.008	88,0
Alko	Alkoholoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	5.906	4.390	74,3	5.641	3.362	59,6
Ryge	Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	5.906	4.564	77,3	5.641	4.228	75,0

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

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 18

De viste variables komplethed varierer fra 55,8% til 91,3%.

I forhold til 2011 er datakompletheden større for indikator 3 (odds ratio [95% konfidensinterval] 2,33 [1,78-3,07]), indikator 6 (1,12 [1,00-1,25]) og indikator 7 (1,76 [1,55-2,00]), den er uændret for indikator 9 (1,24 [0,93-1,67]) og indikator 10 (1,08 [0,91-1,29]), mens den er mindre for alkoholoplysninger (0,51 [0,47-0,55]) og rygeoplysninger (0,88 [0,81-0,96]).

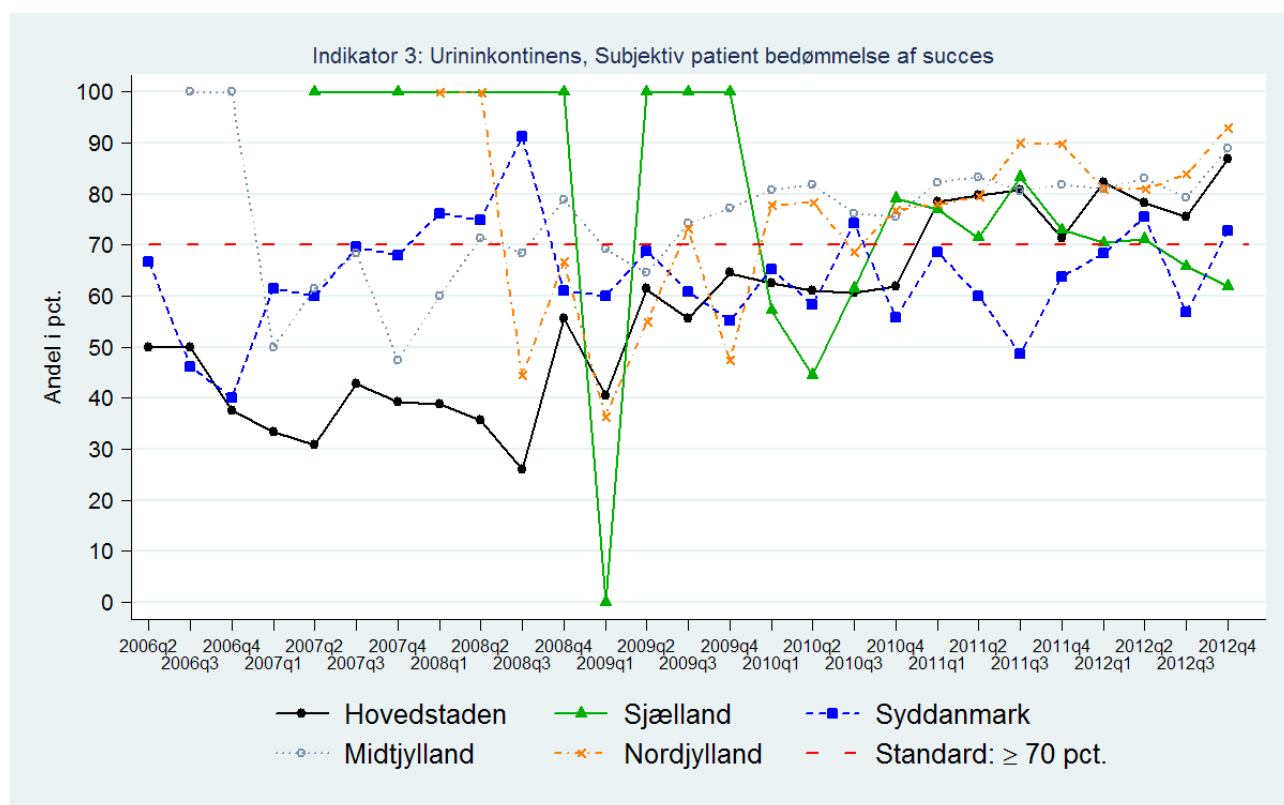
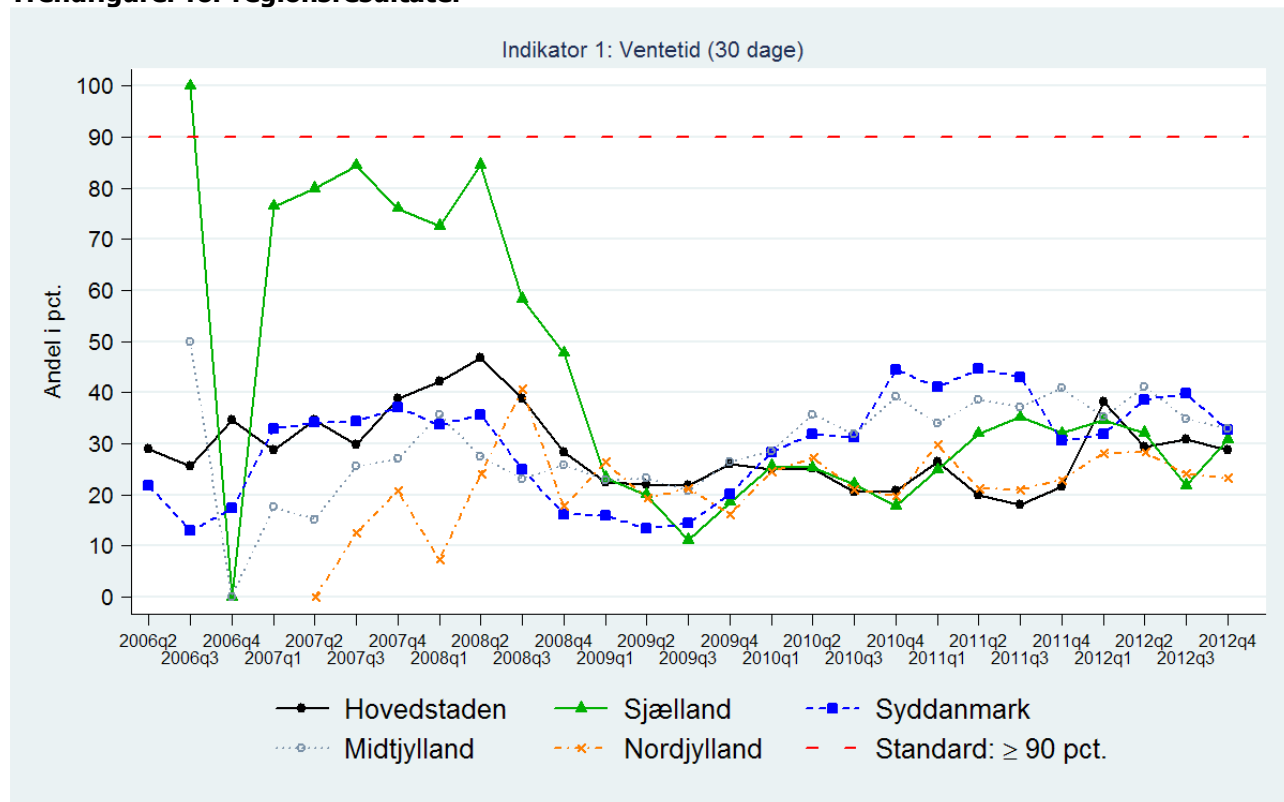
Det konkluderes forsigtigt, at såfremt de her beskrevne variable er repræsentative for datakompletheden af alle DugaBases variable er datakompletheden i store træk uændret i 2012 sammenlignet med 2011. I Årsrapport 2011 blev en overordnet stigende datakomplethed for 2011-data sammenlignet med 2010-data beskrevet, men denne trend er ikke fortsat i 2012.

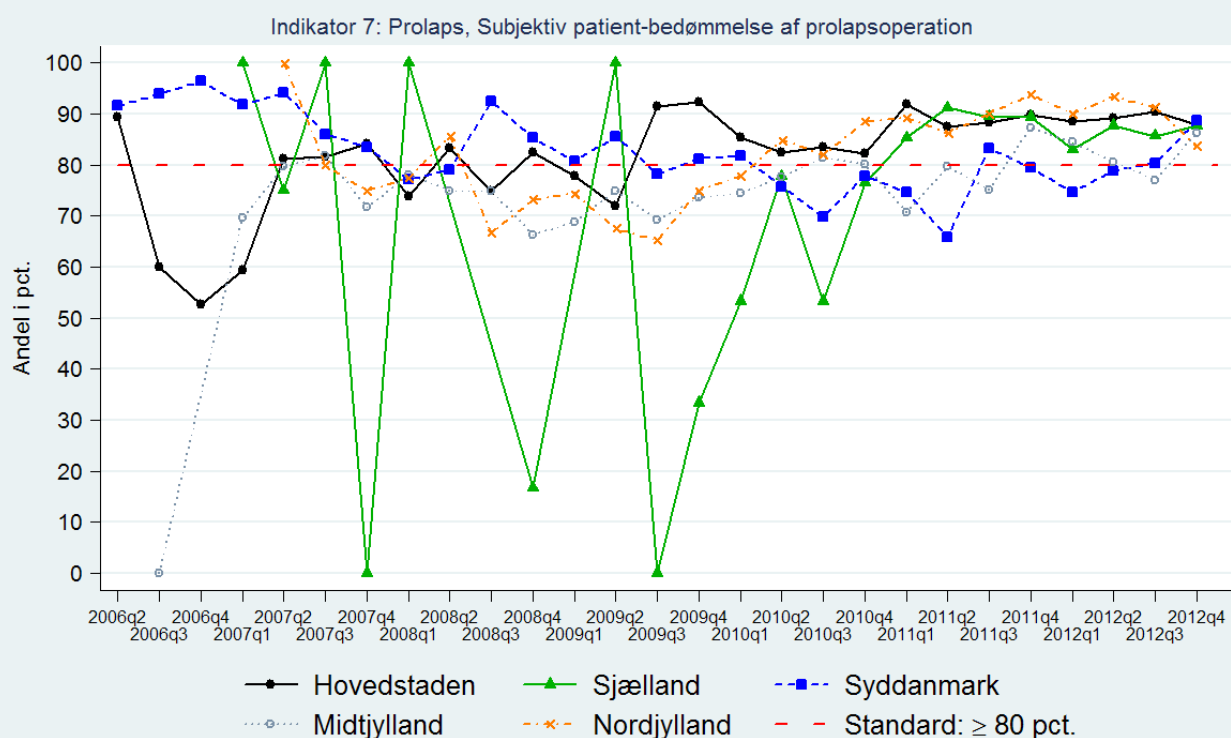
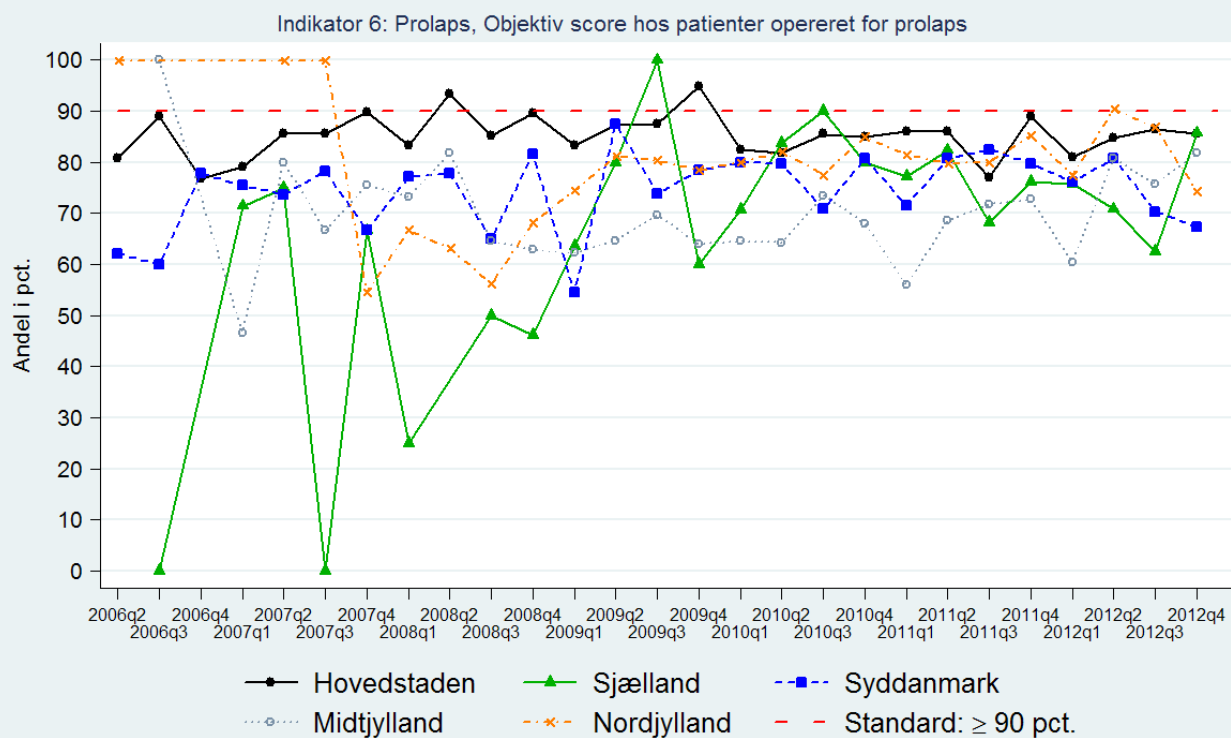
7 Styregruppens medlemmer

Formandskab	Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, Herlev Hospital
Øvrige medlemmer	Overlæge, ph.d., Karl Møller Bek, Aarhus Universitetshospital
	Overlæge Ulla Darling Hansen, Odense Universitetshospital
	Overlæge Ulla R. Hviid, Roskilde Sygehus (per 1/12 Herlev Hospital)
	Projektleder: Overlæge, adj. lektor, ph.d., Ulrik Schiøler Kesmodel, Aarhus Universitetshospital og Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet
	Sekretær Malene K. Larsen, DugaBase sekretariatet, Aarhus Universitetshospital
	Overlæge Lisbeth Mørup, Aarhus Universitetshospital/Aalborg, afsnit Nord
	Overlæge, ph.d., Lasse Raaberg, Gråbrødreklinikken, Odense, repræsentant for privatklinikker
	Overlæge, ph.d., Pia Sander, Herlev Hospital
Epidemiolog	Senior dyrlæge, ph.d. Kim Oren Gradel, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)
Dataansvarlig myndighed	Afdelingschef Mads C. Haugaard, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark
Kontaktperson	Akademisk Datamanager, cand.oecon. Jesper Kjær Hansen, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)

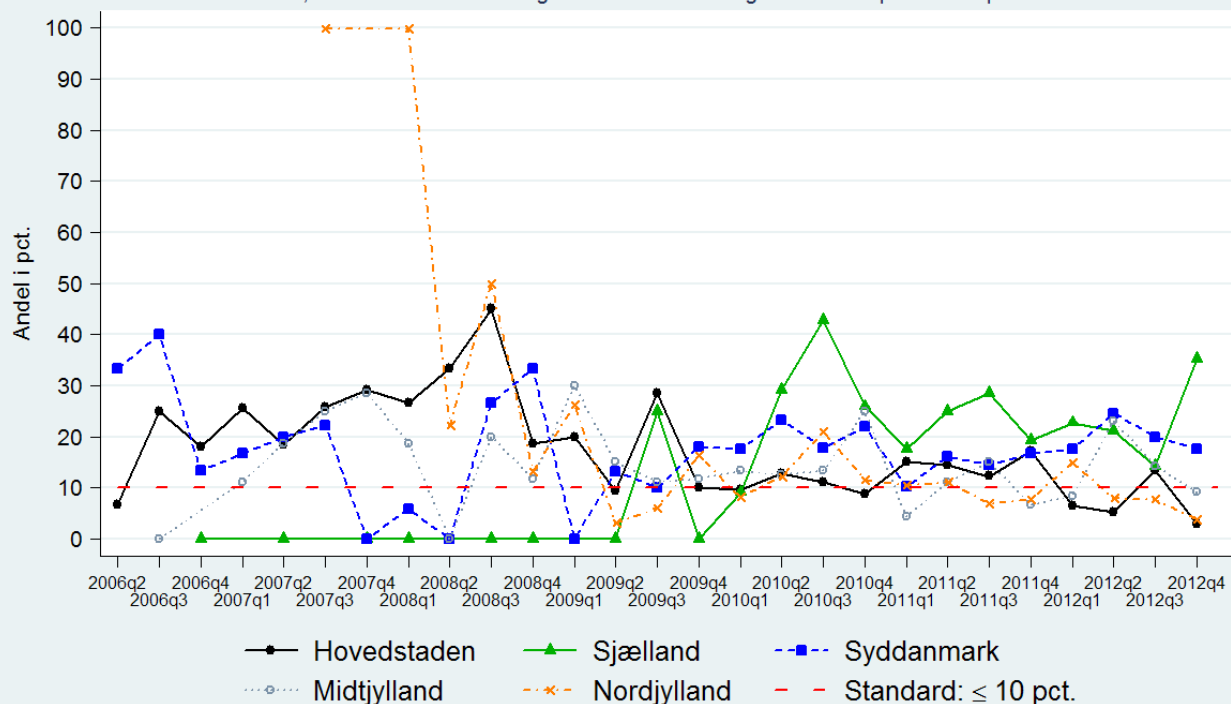
Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

Trendfigurer for regionsresultater

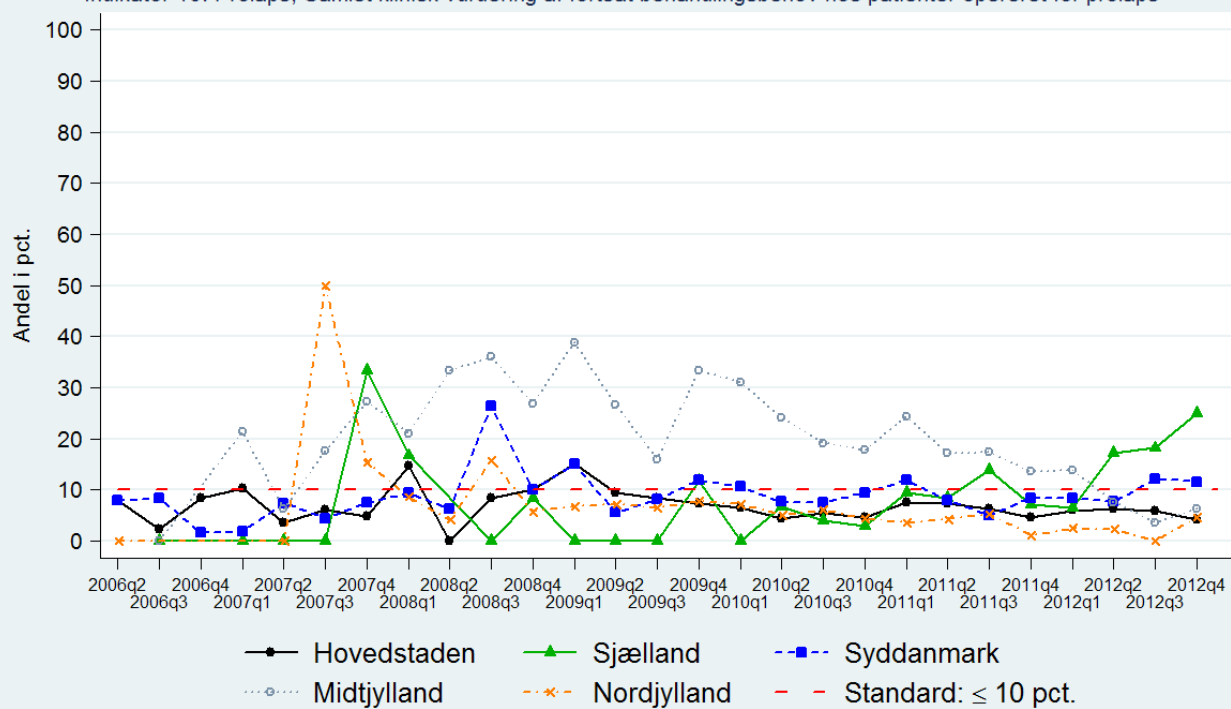


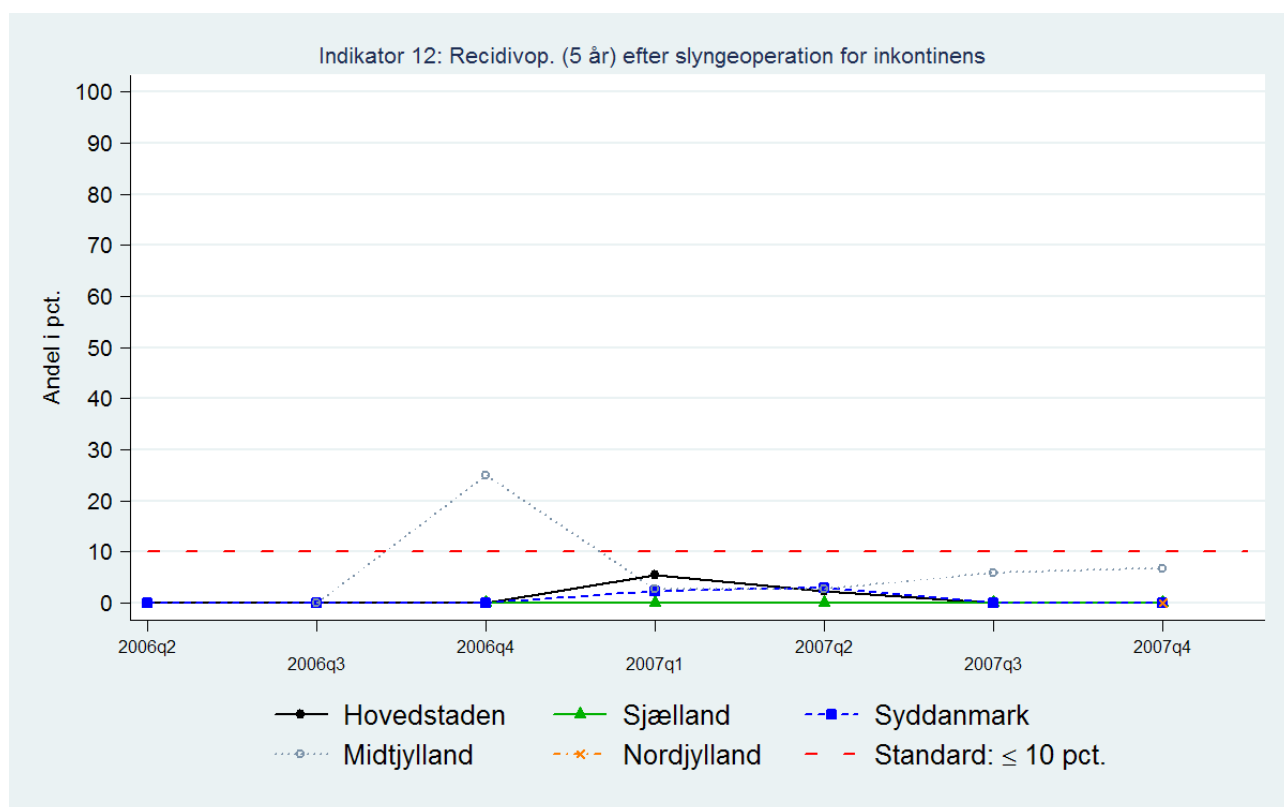
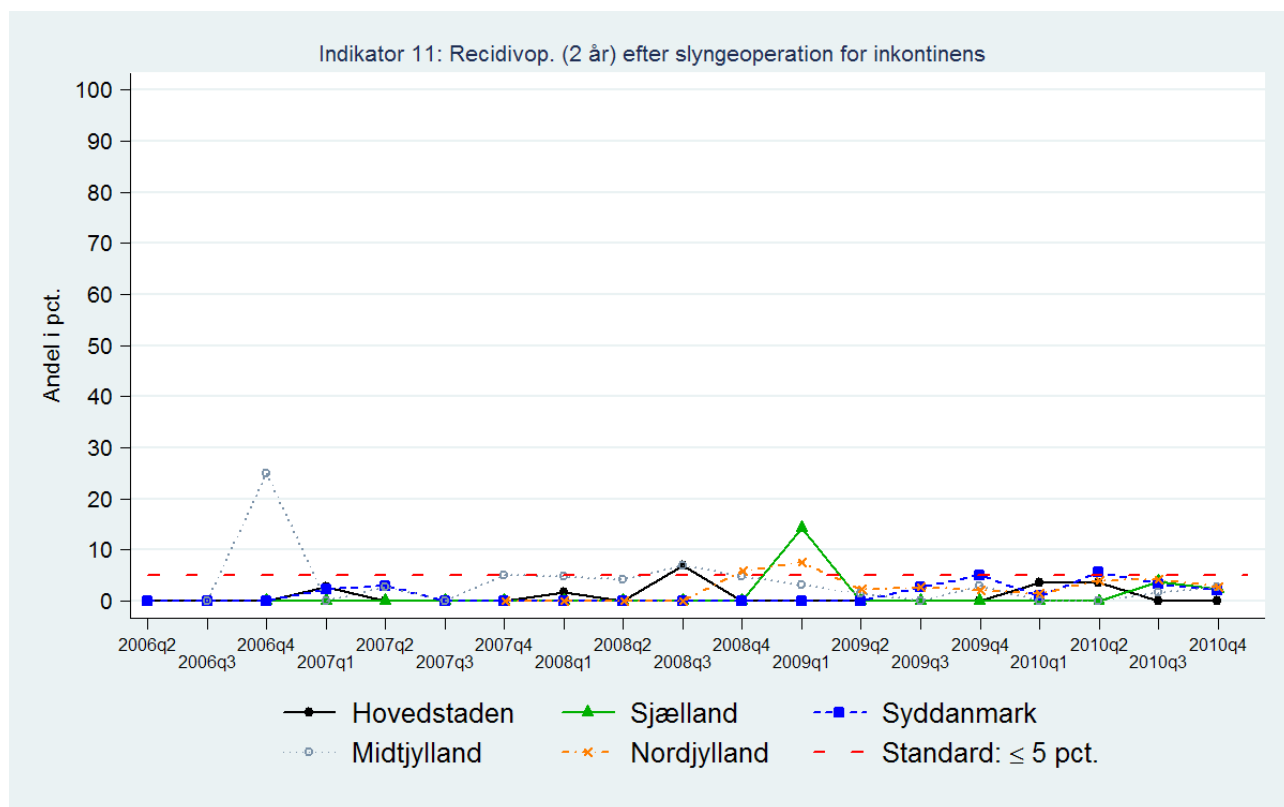


Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

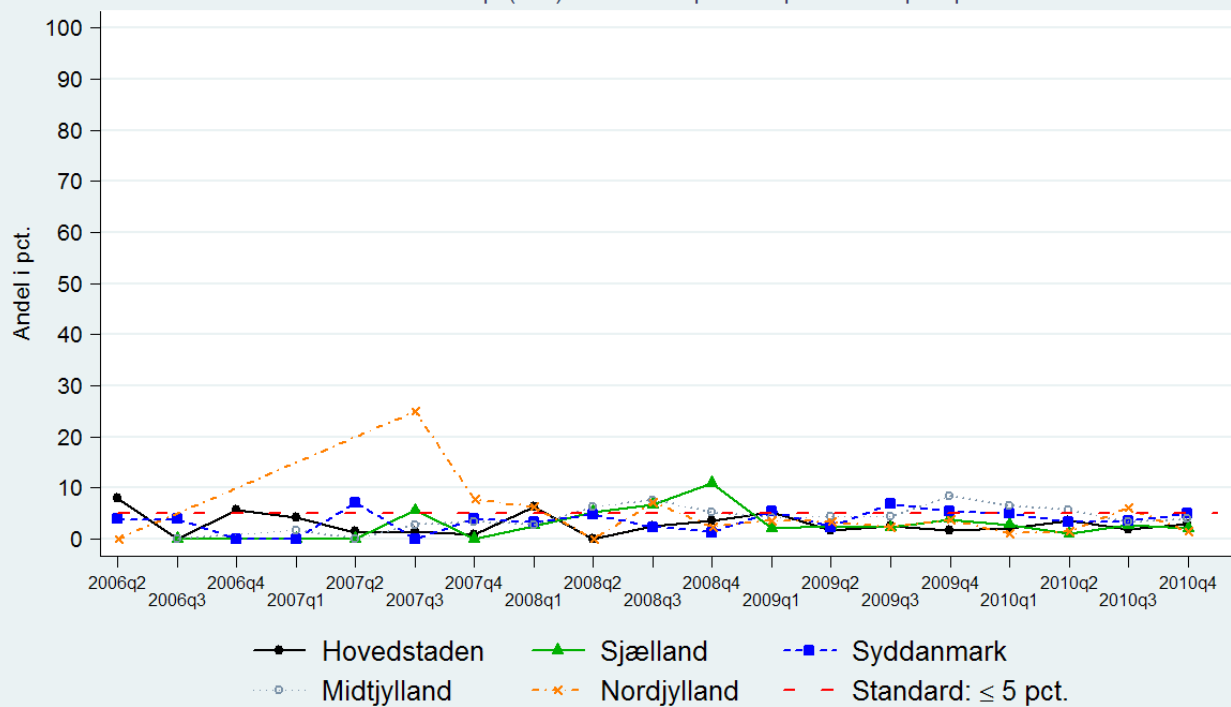


Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

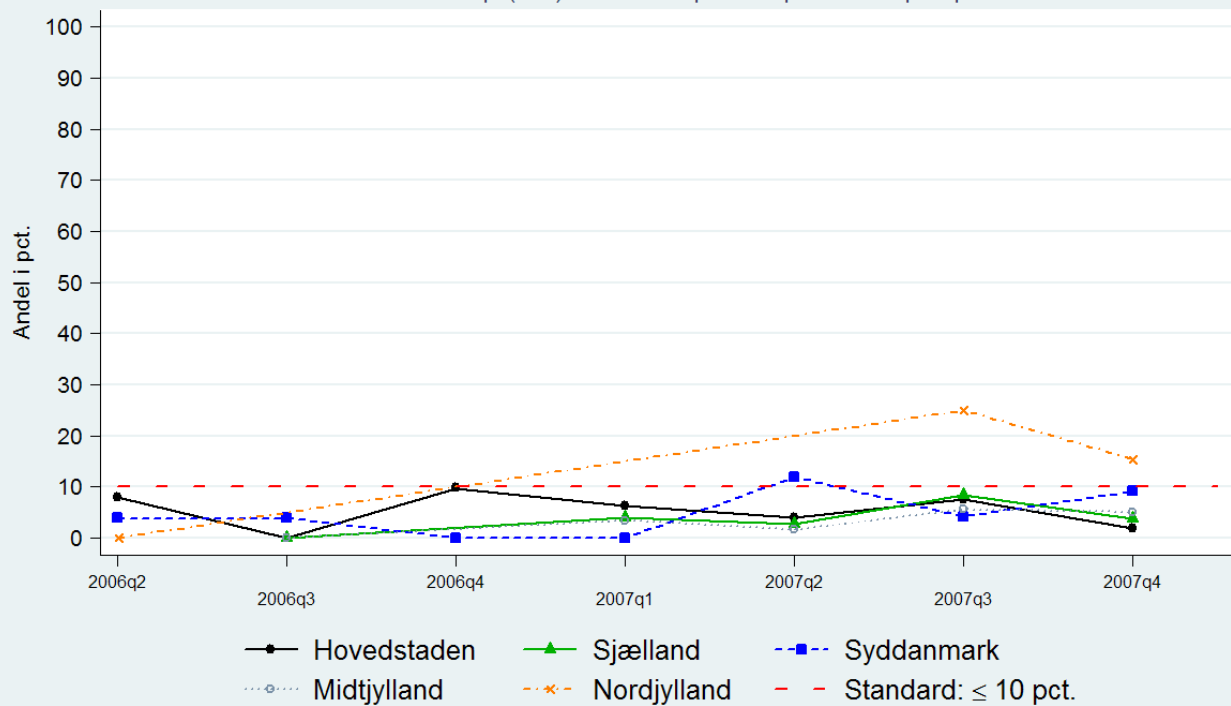




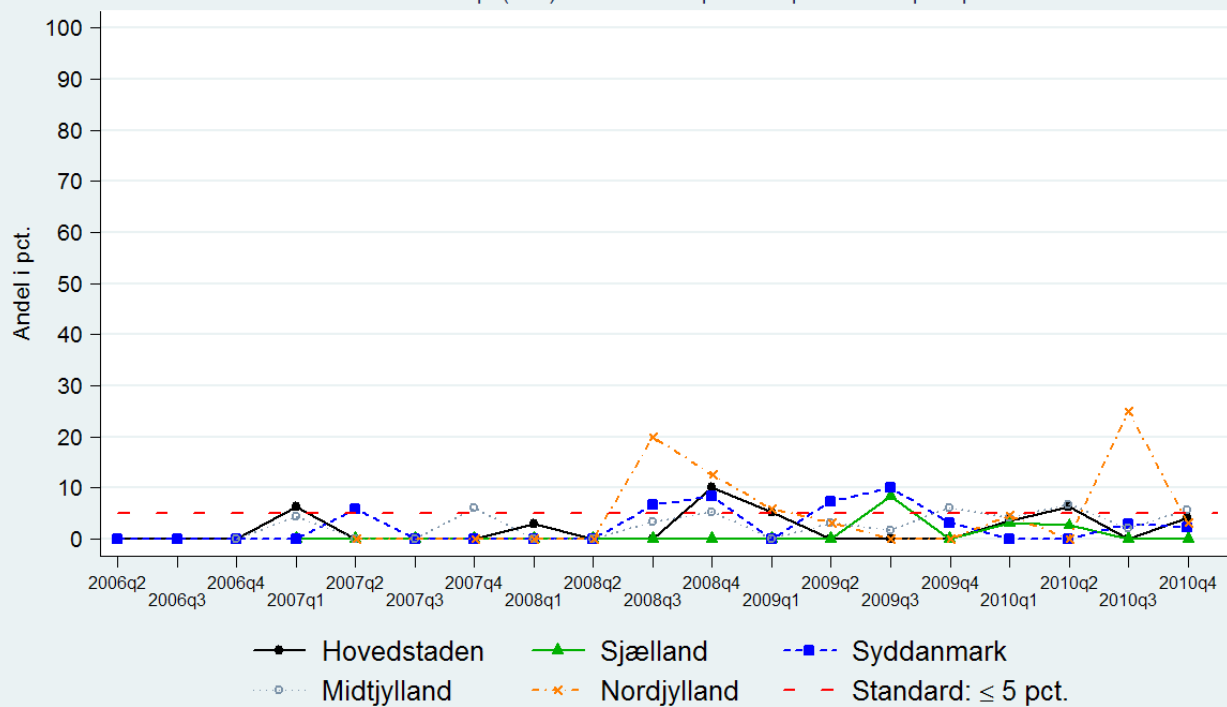
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



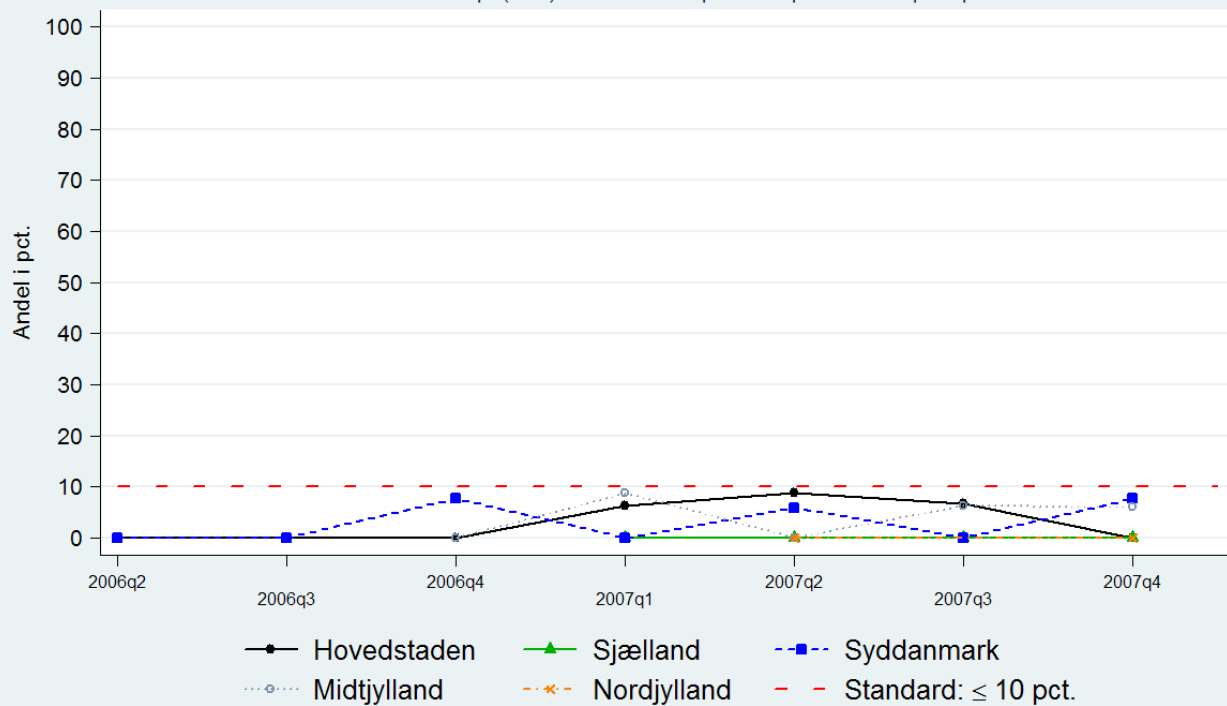
Indikator 14: Recidivop. (5 år) forreste komp. efter operation for prolaps

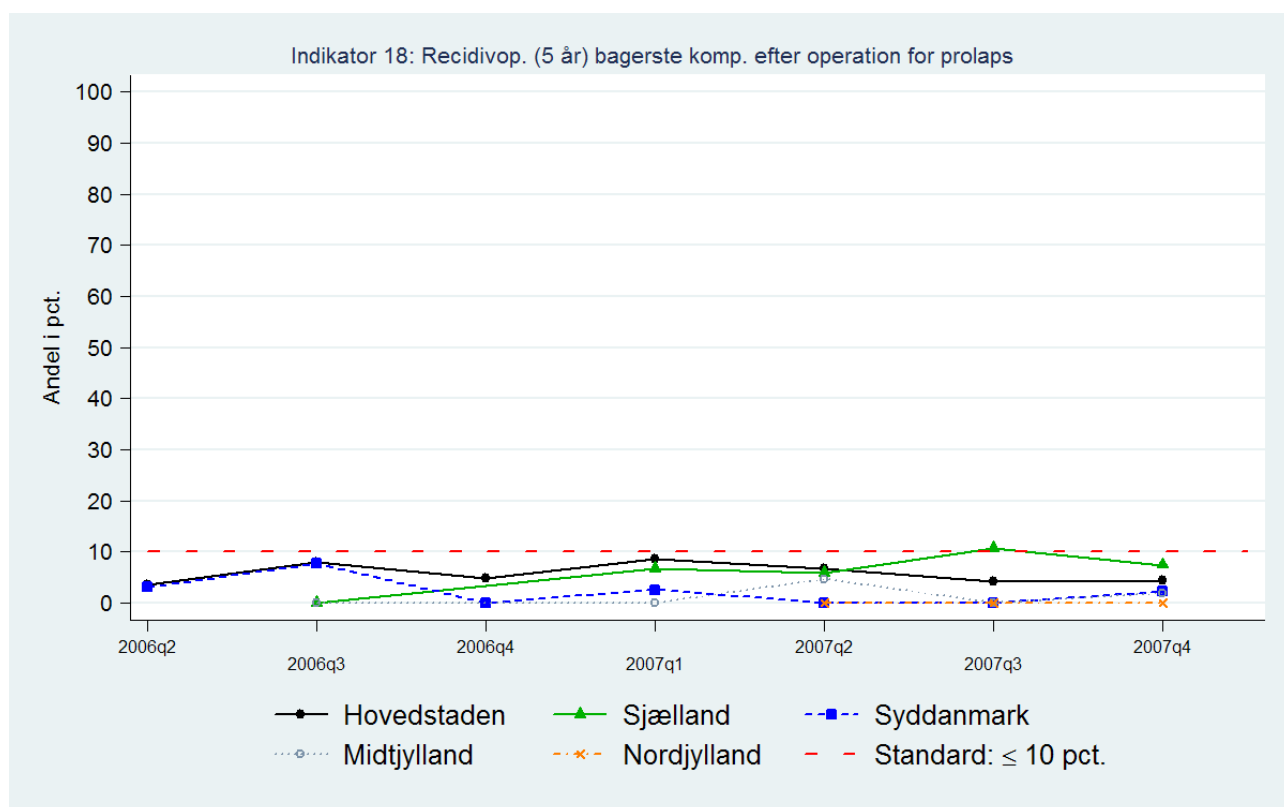
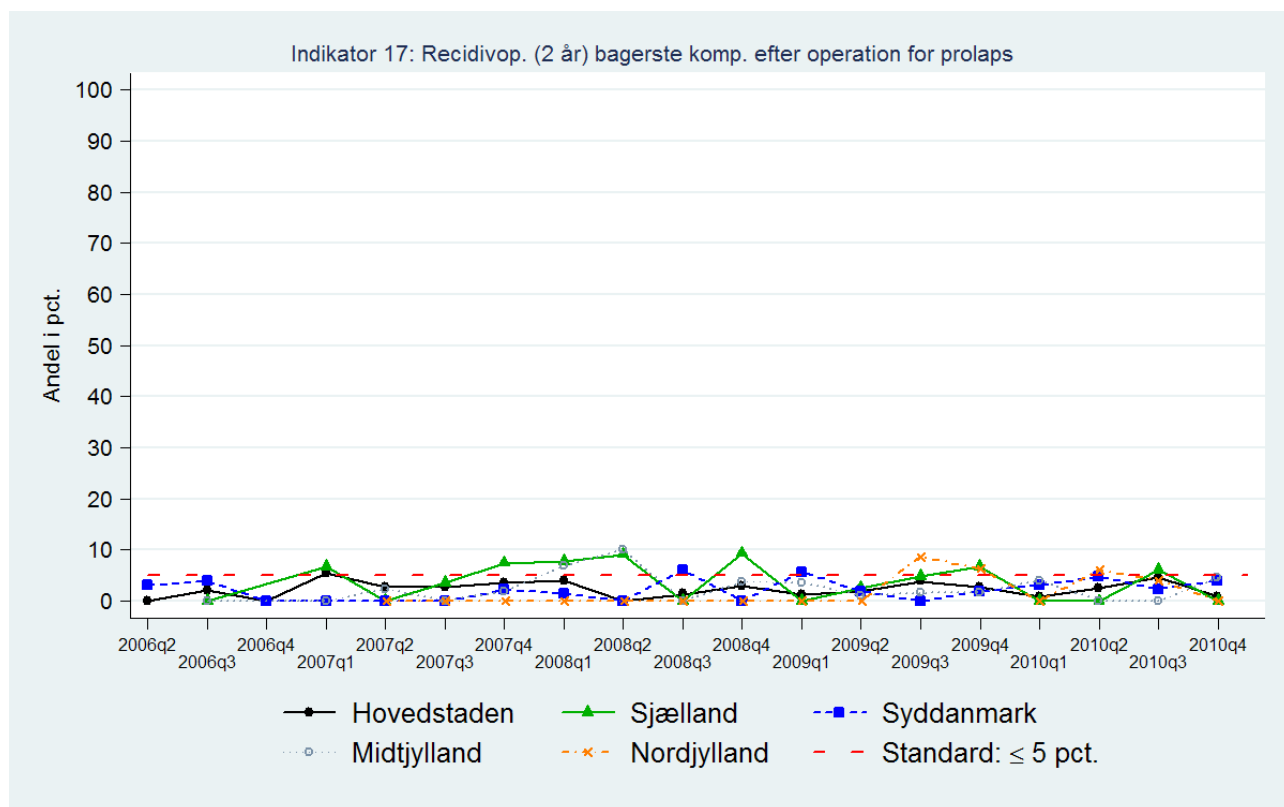


Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps

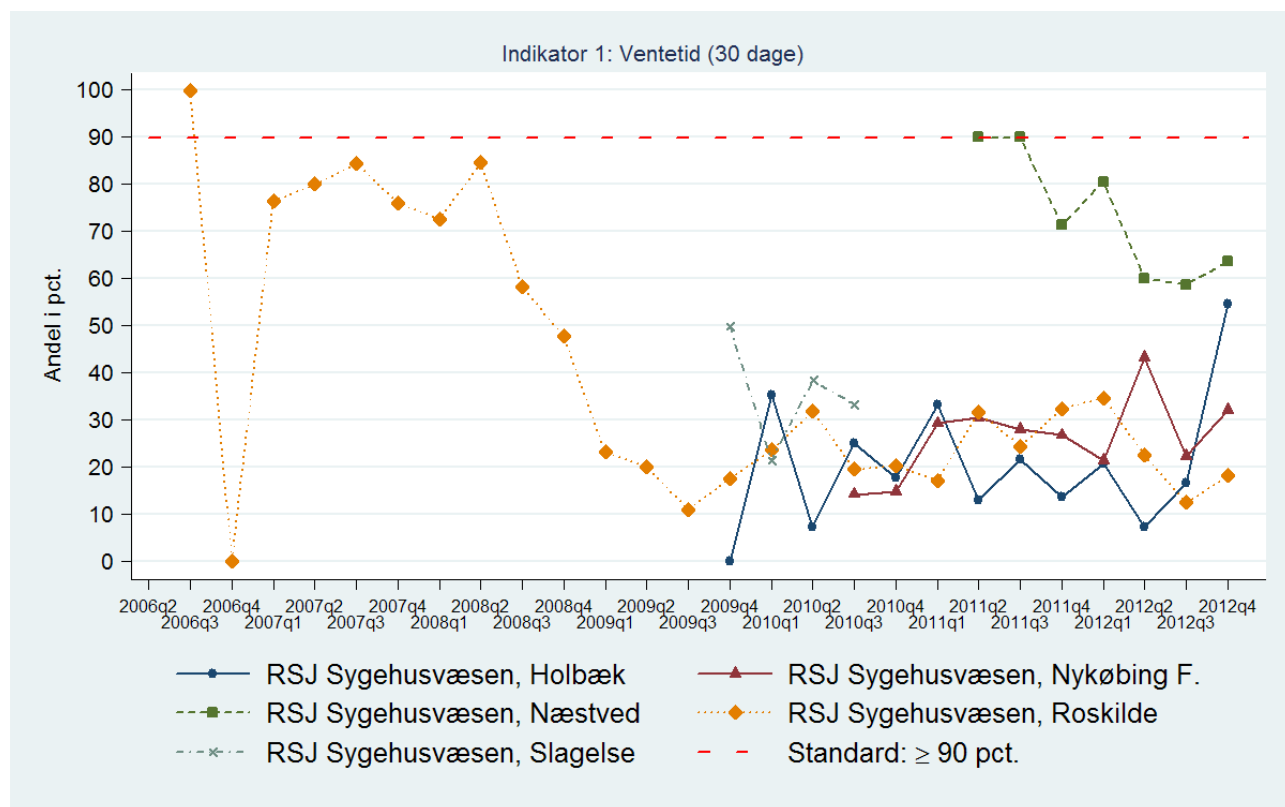
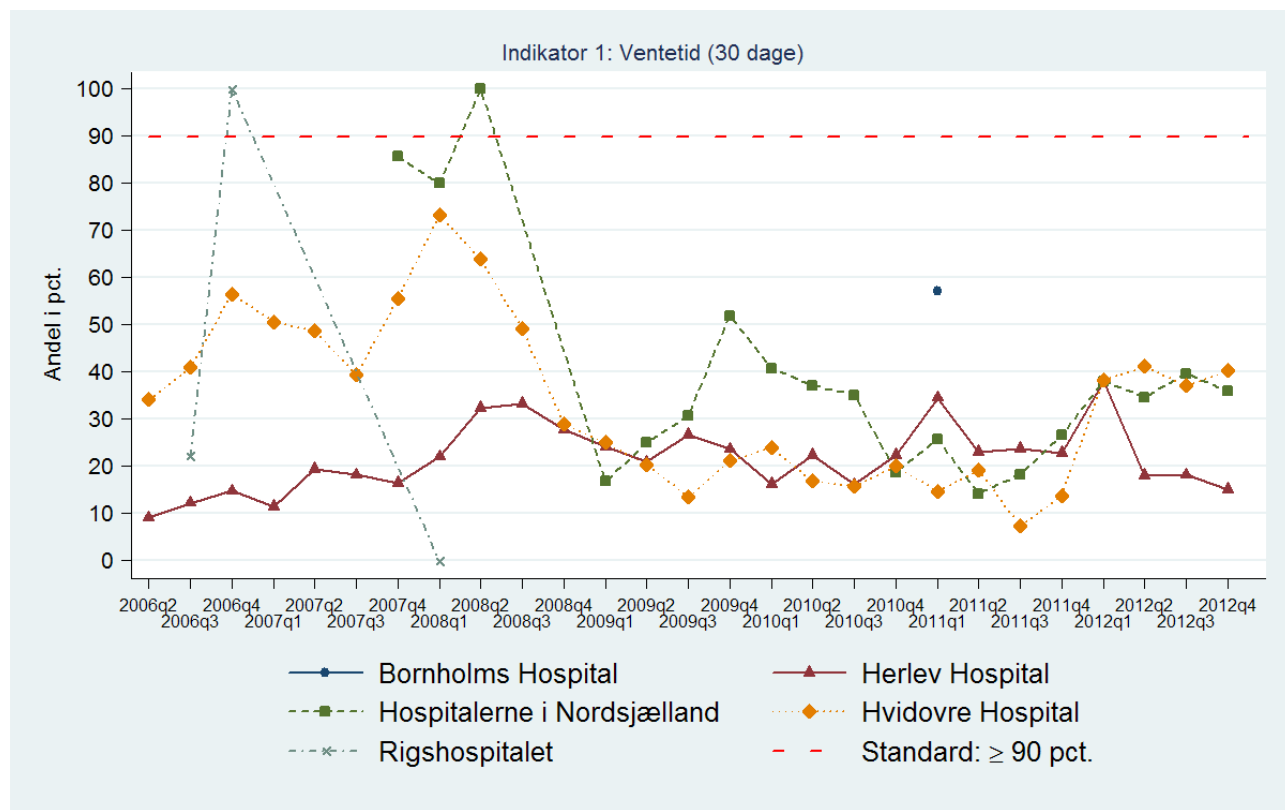


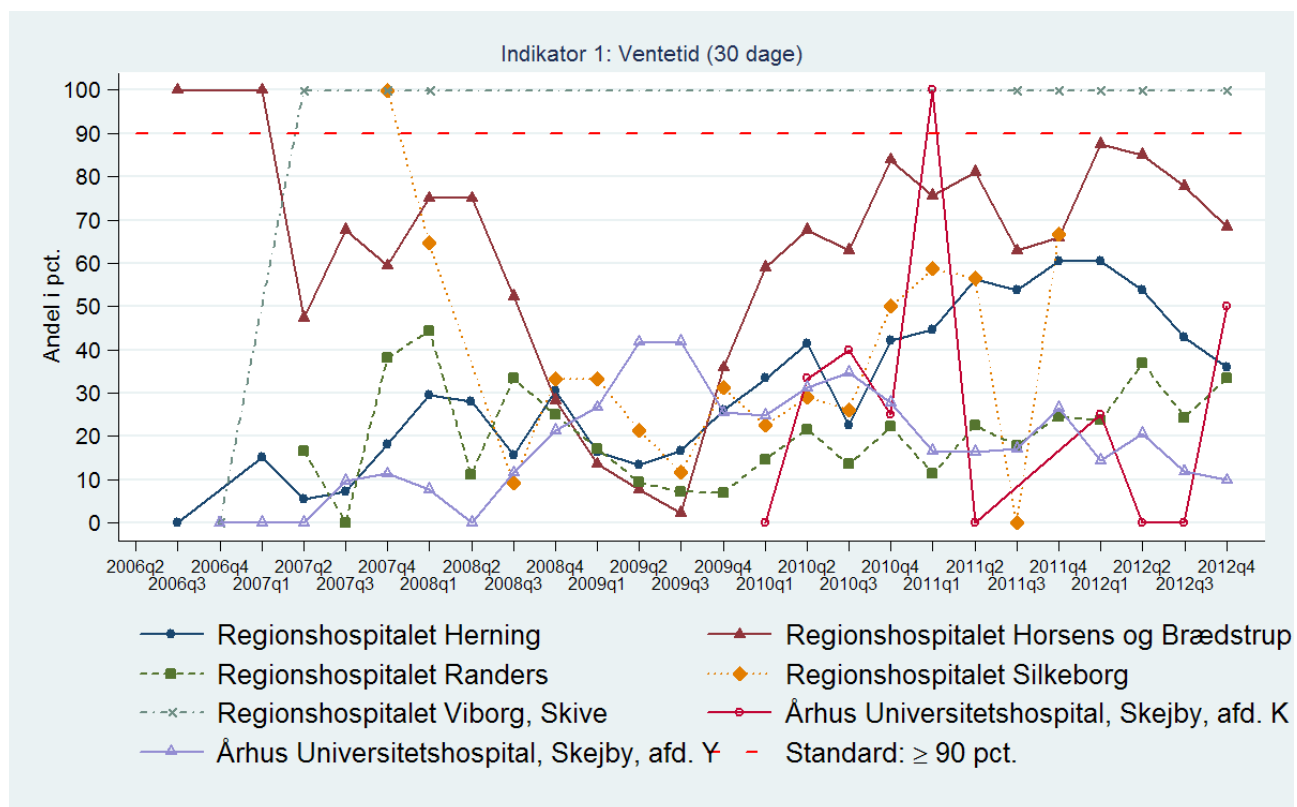
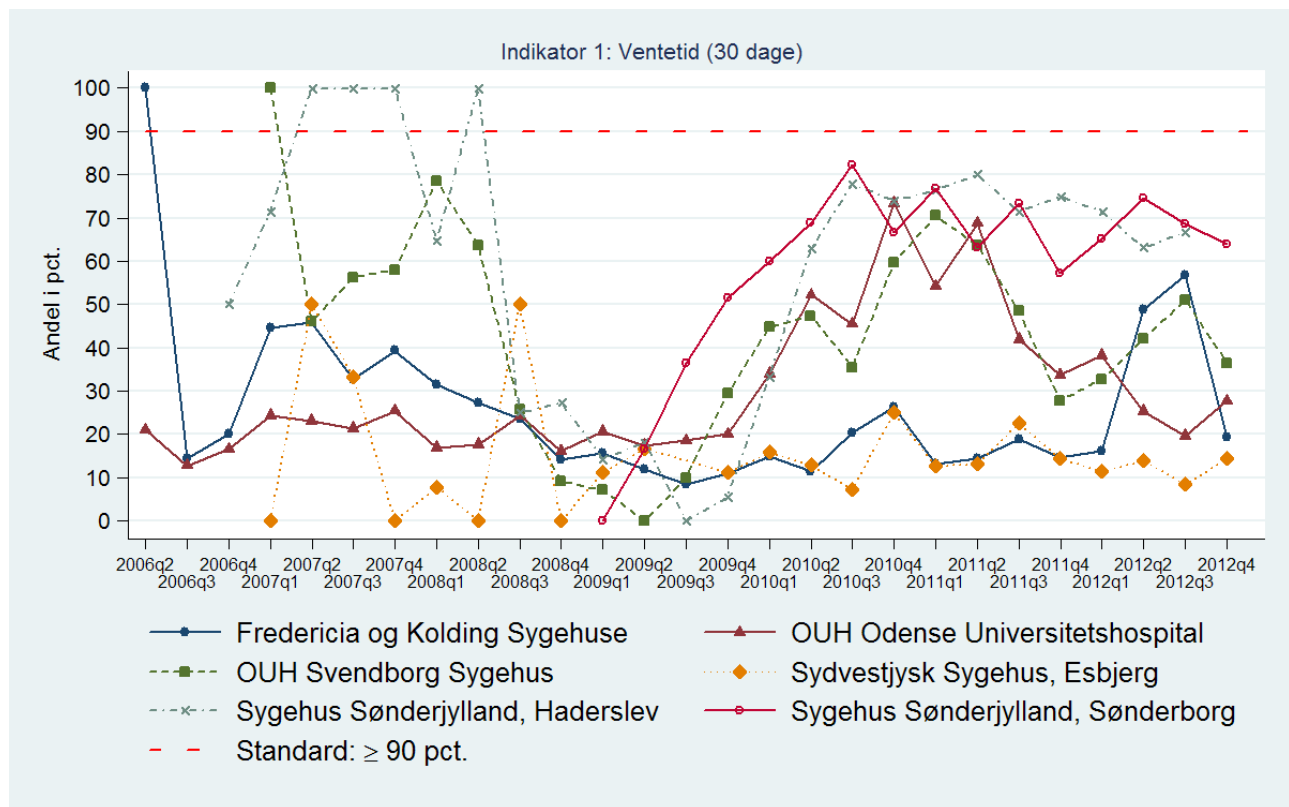
Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps

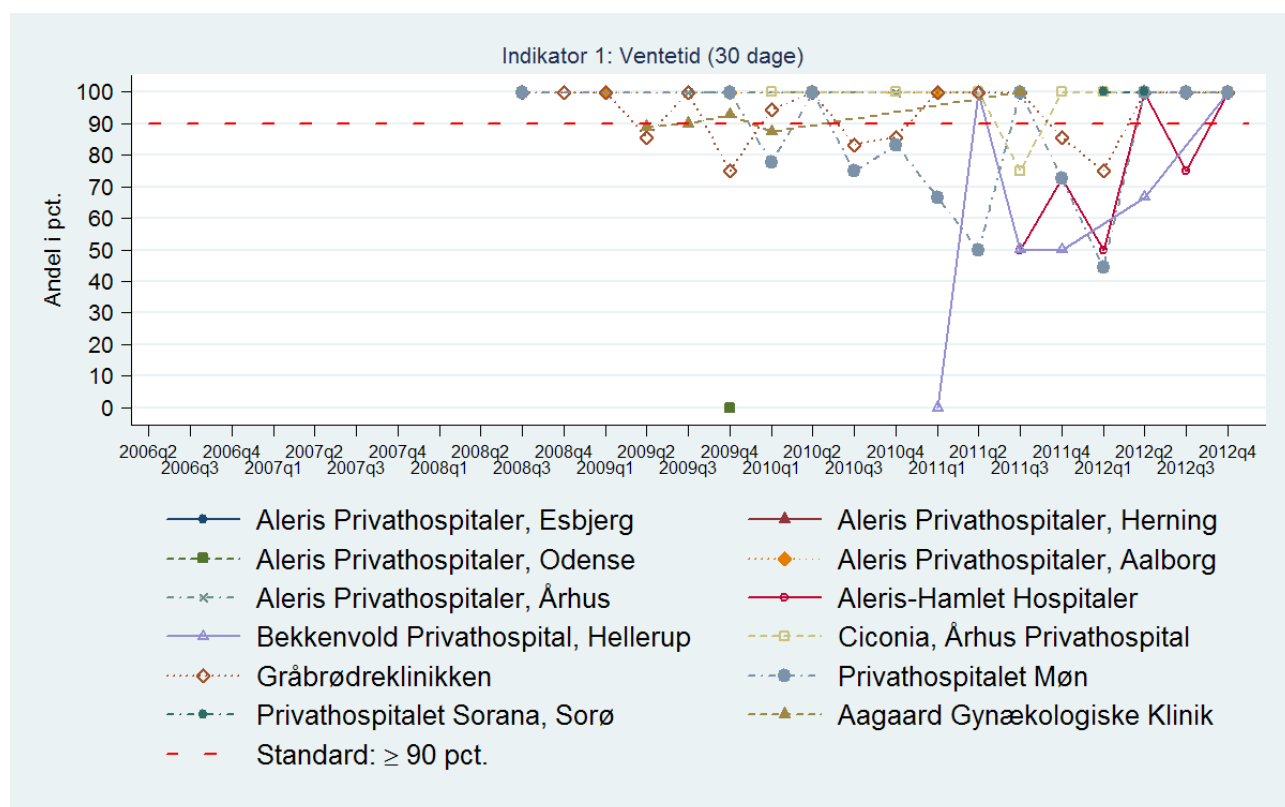
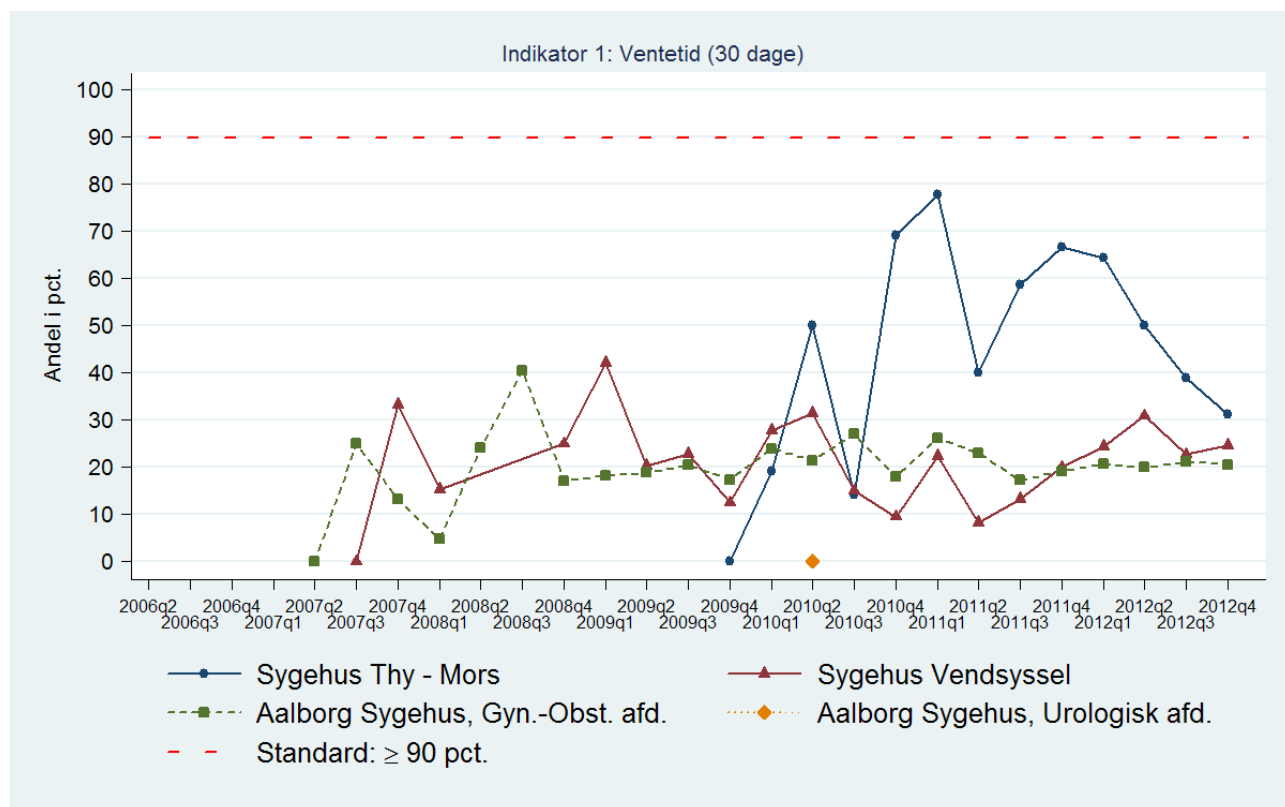


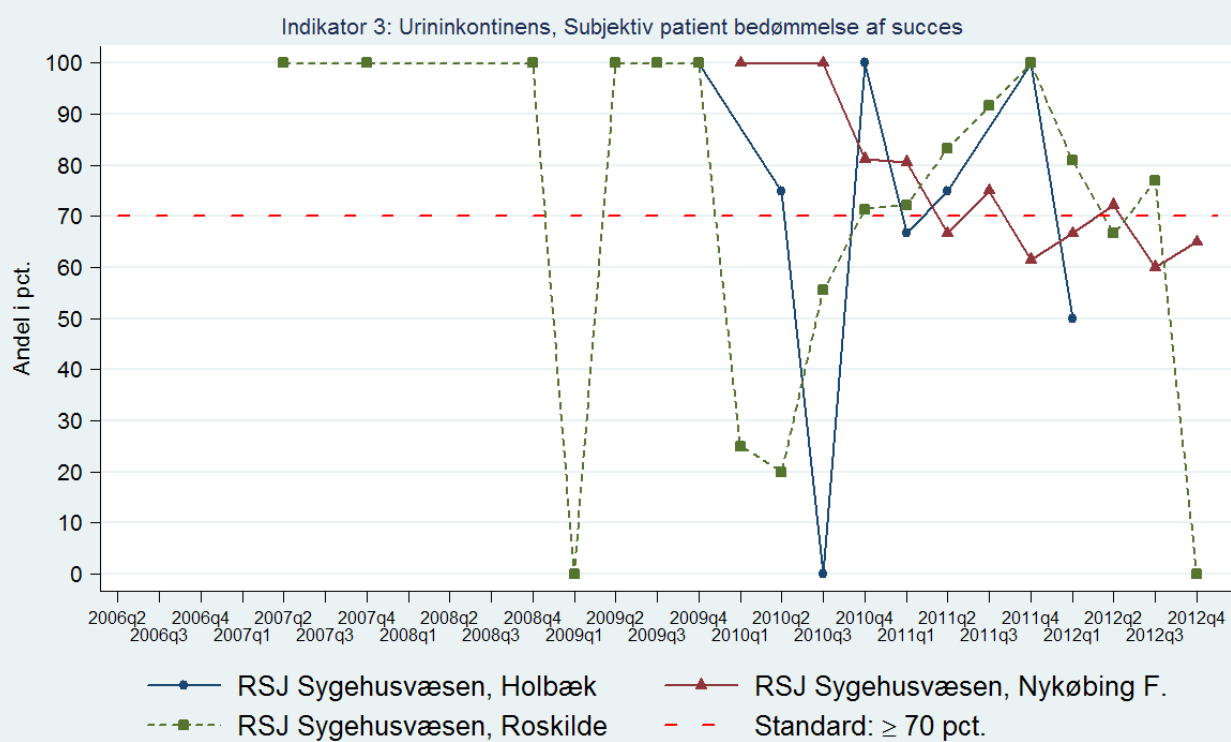
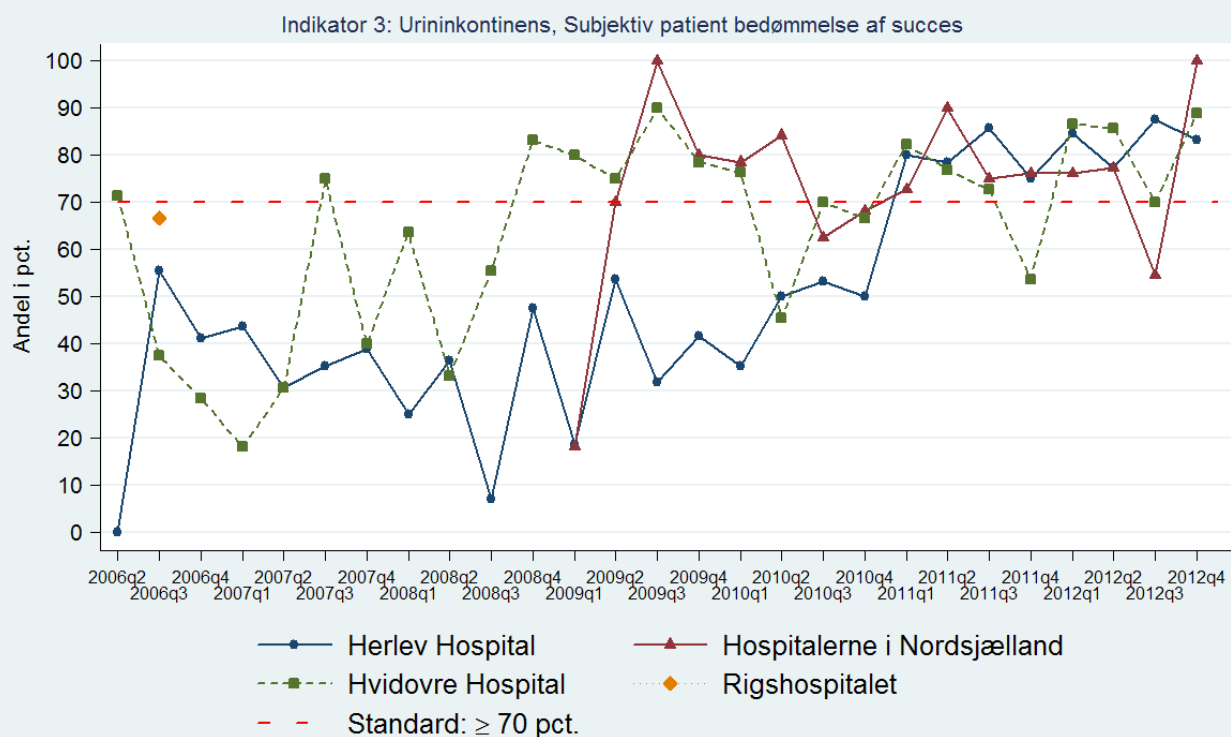


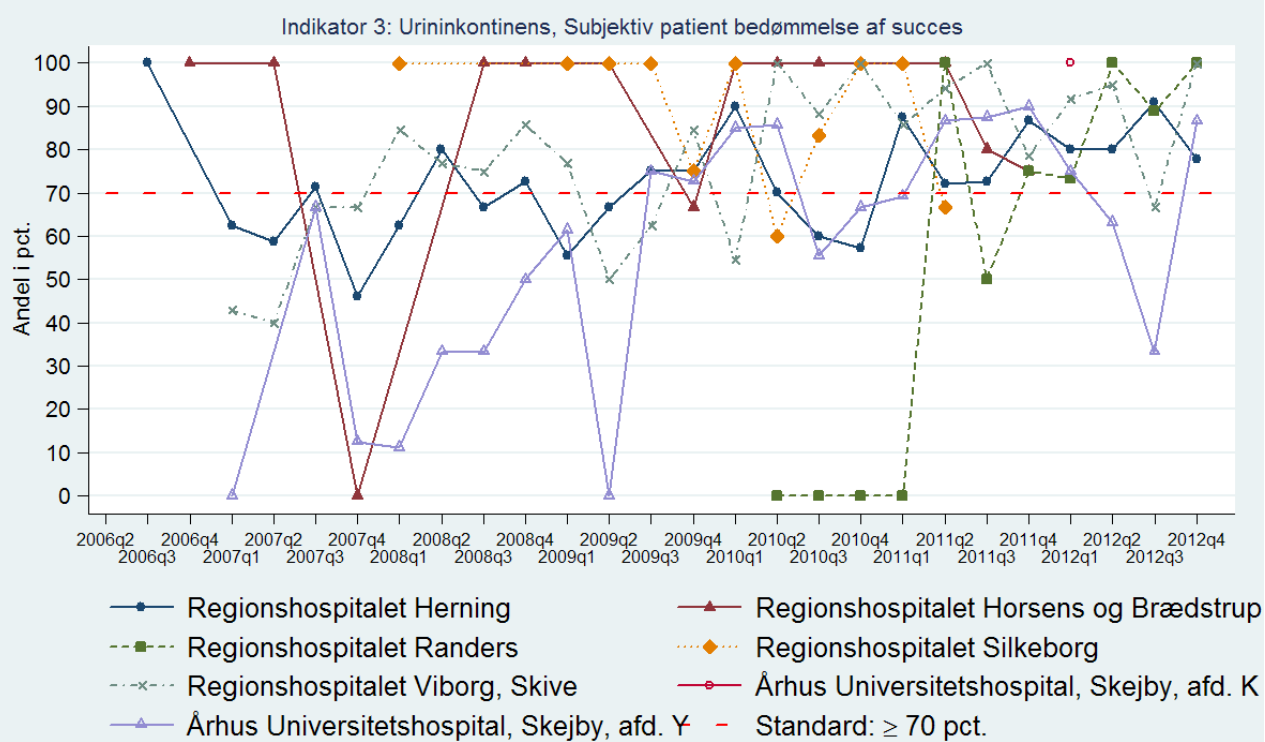
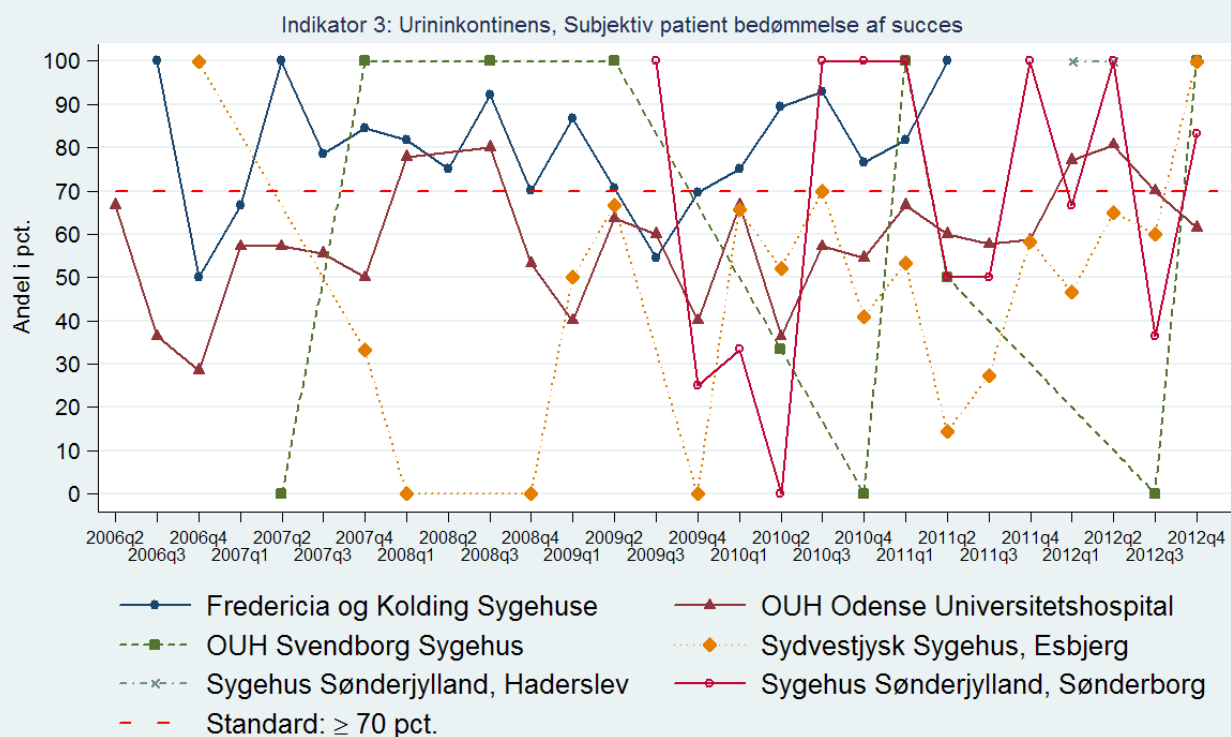
Trendfigurer pr. indikator og afdeling

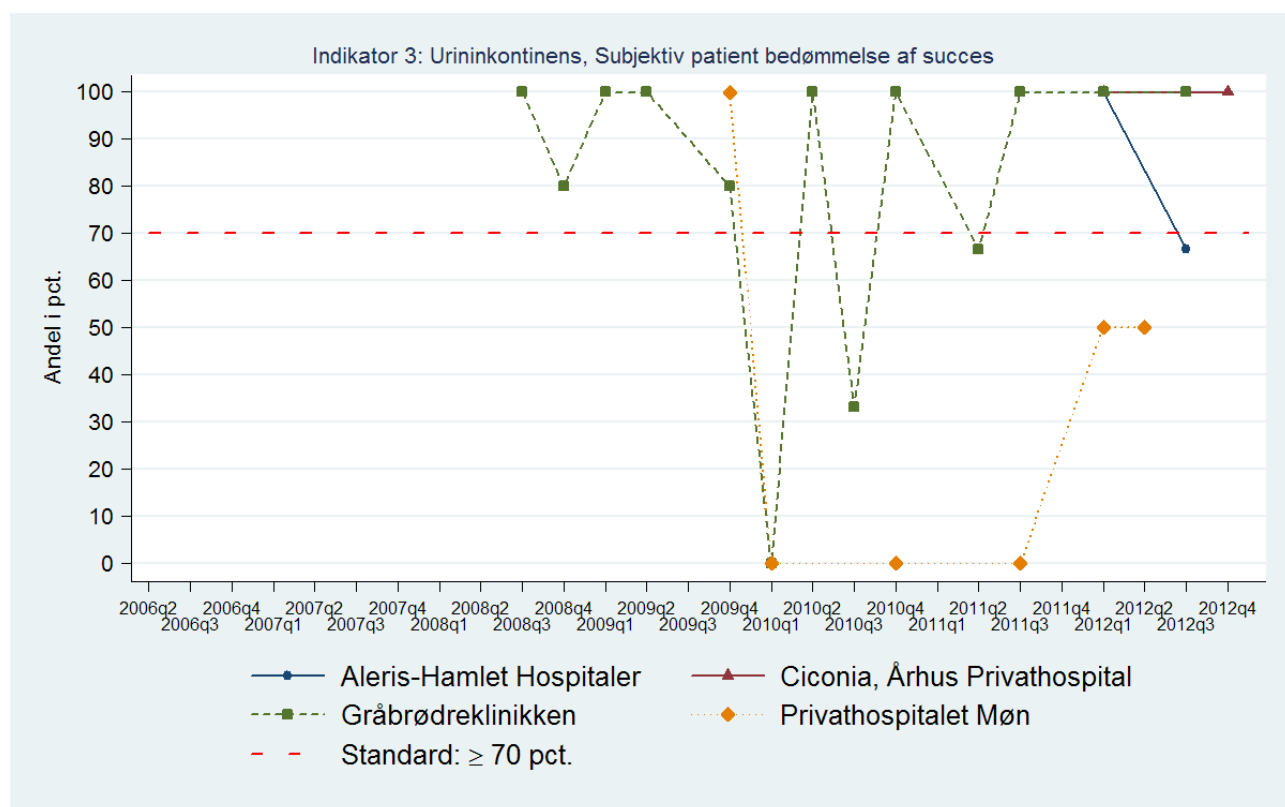
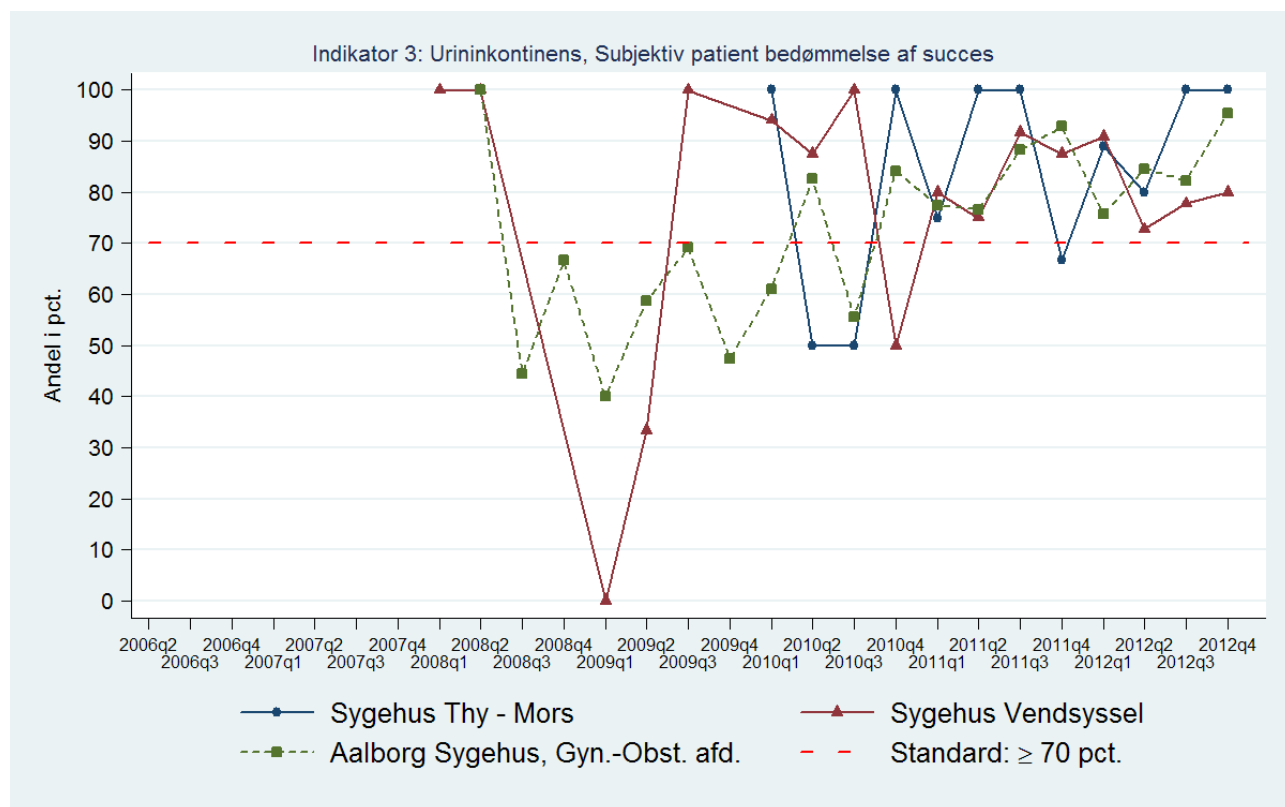


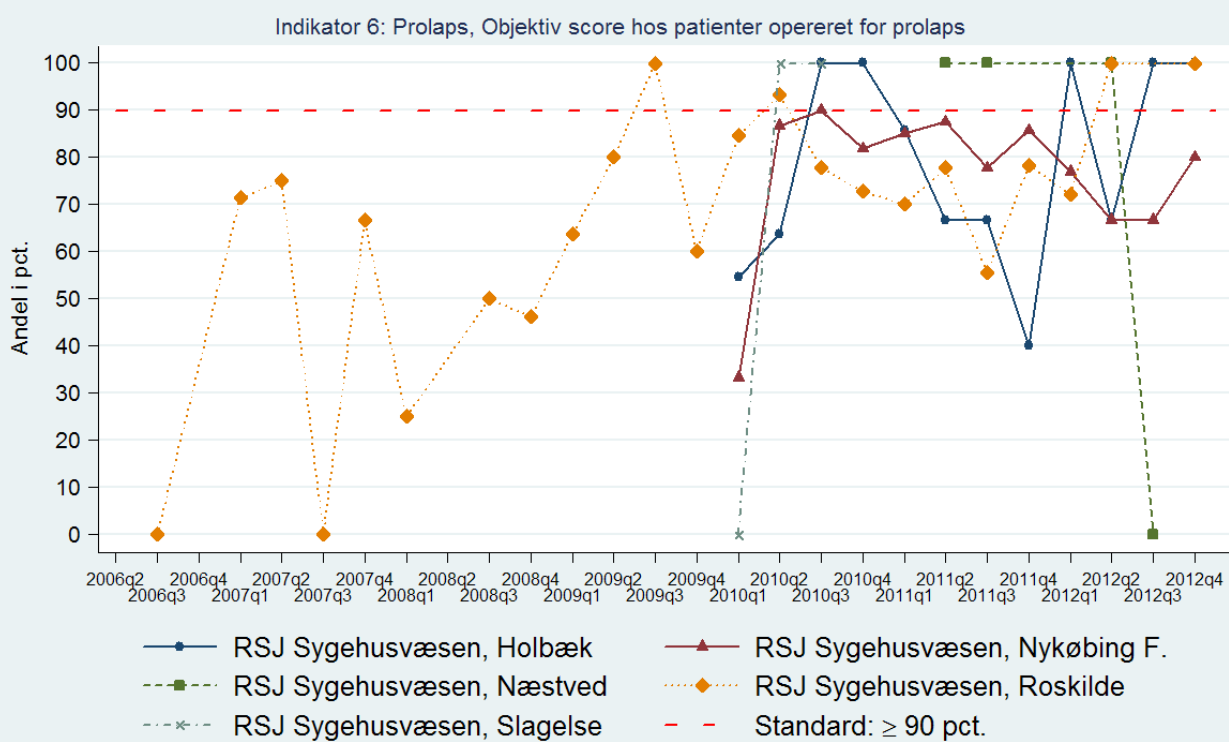
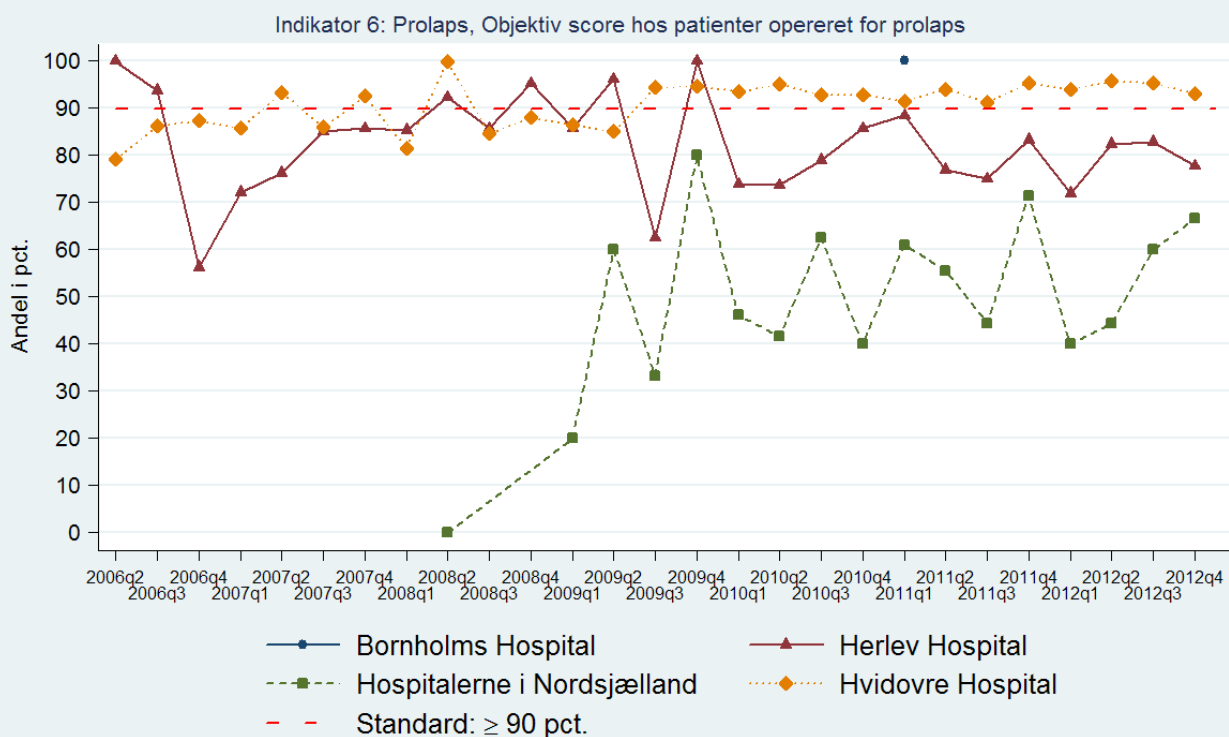


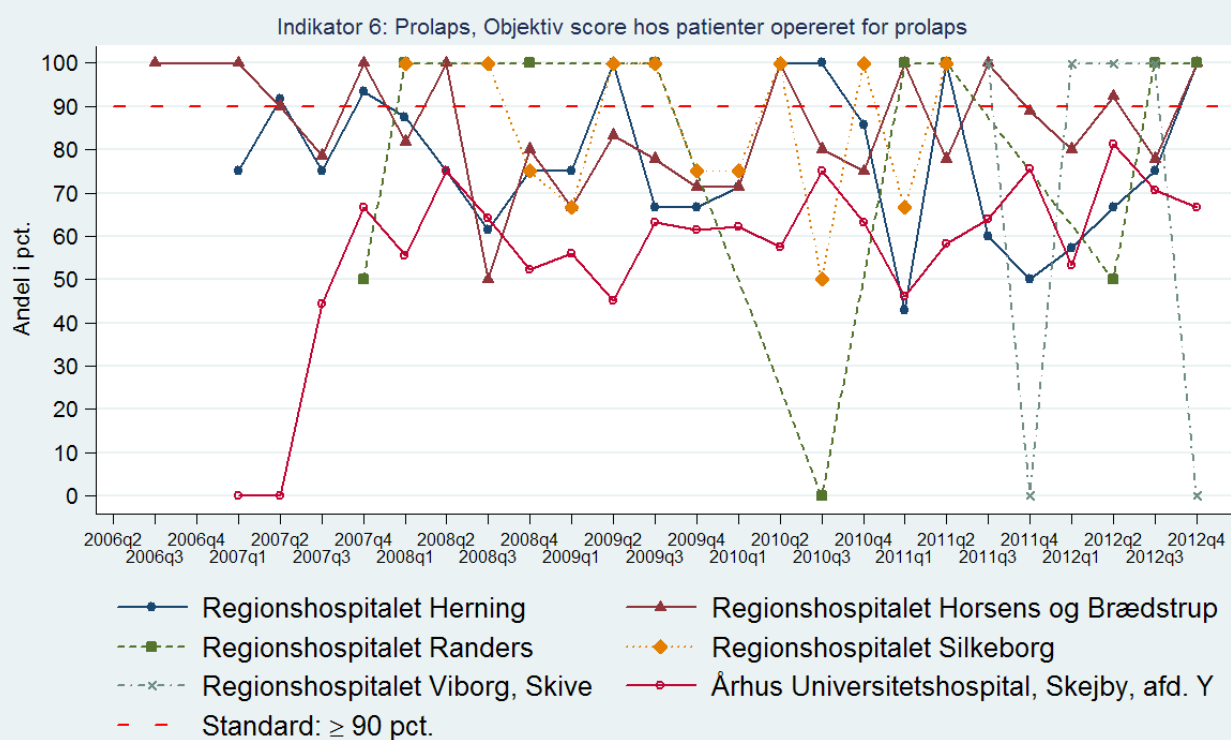
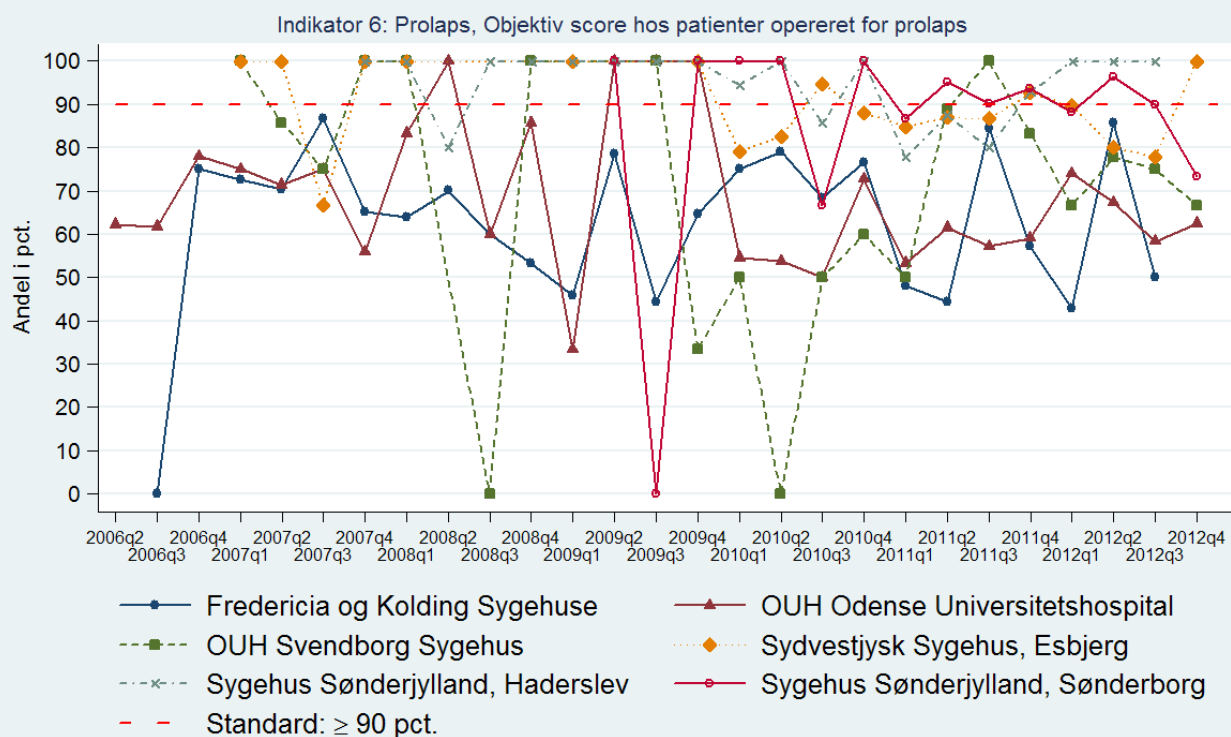


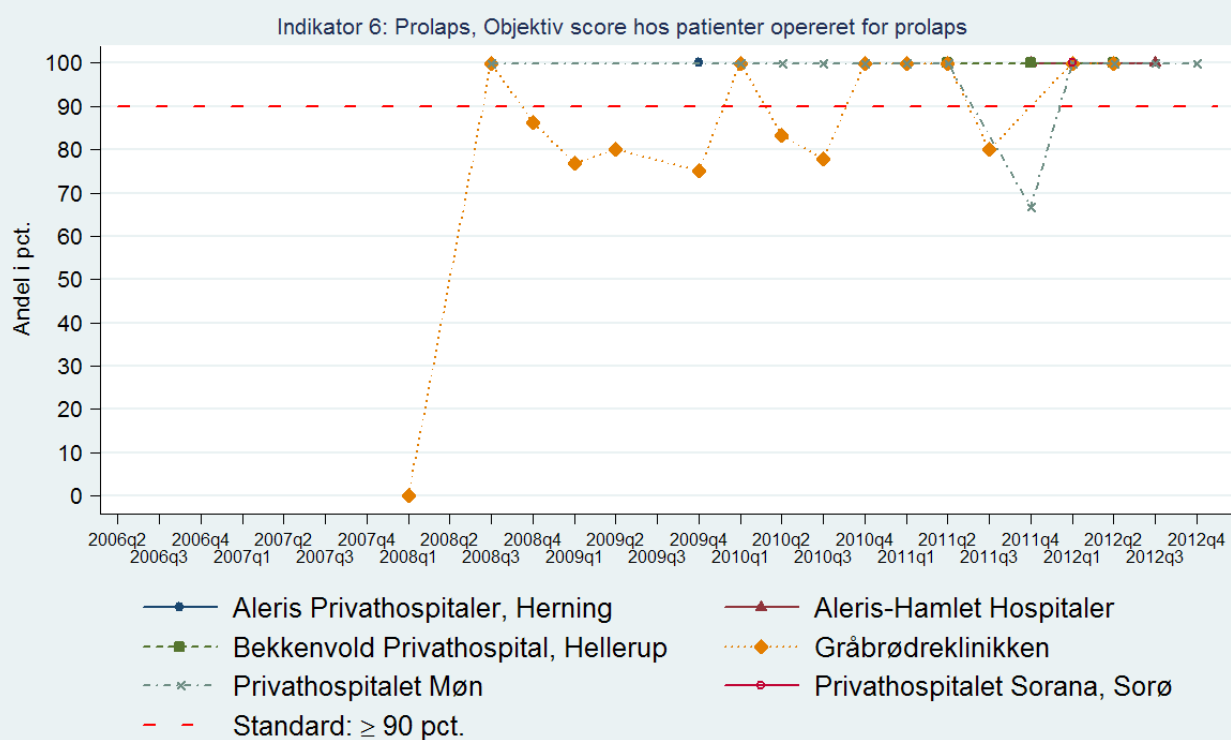
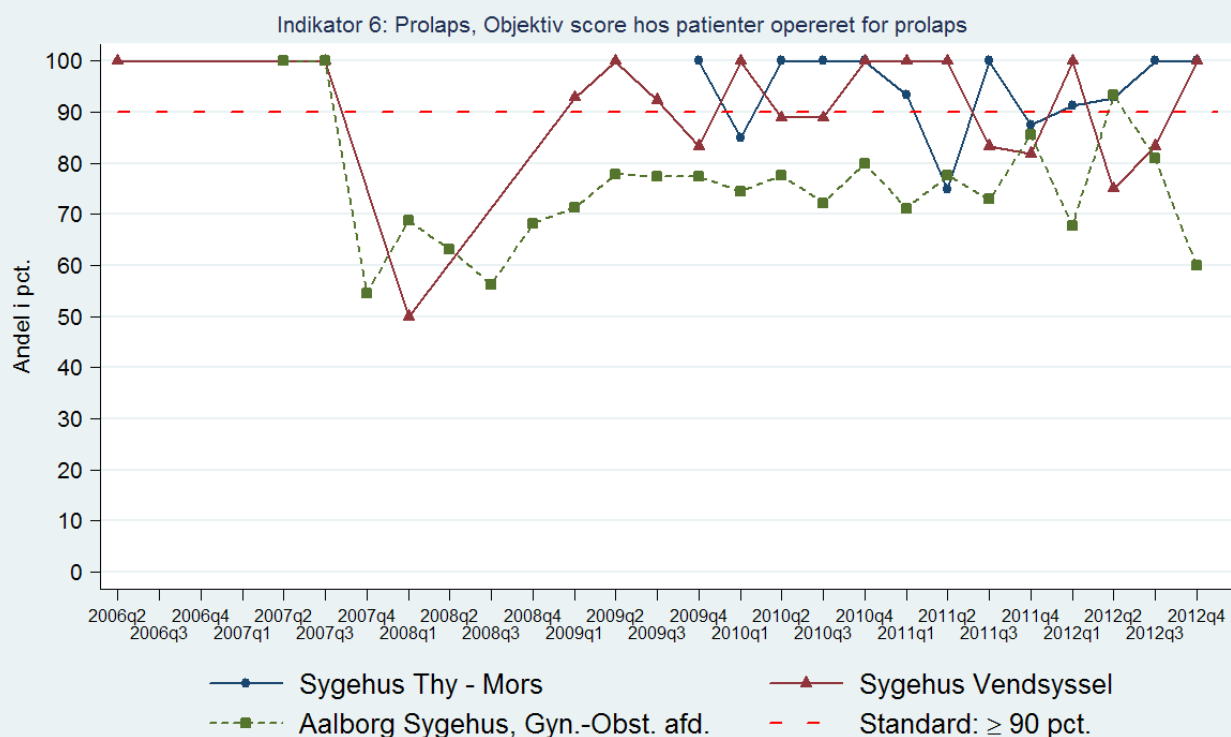


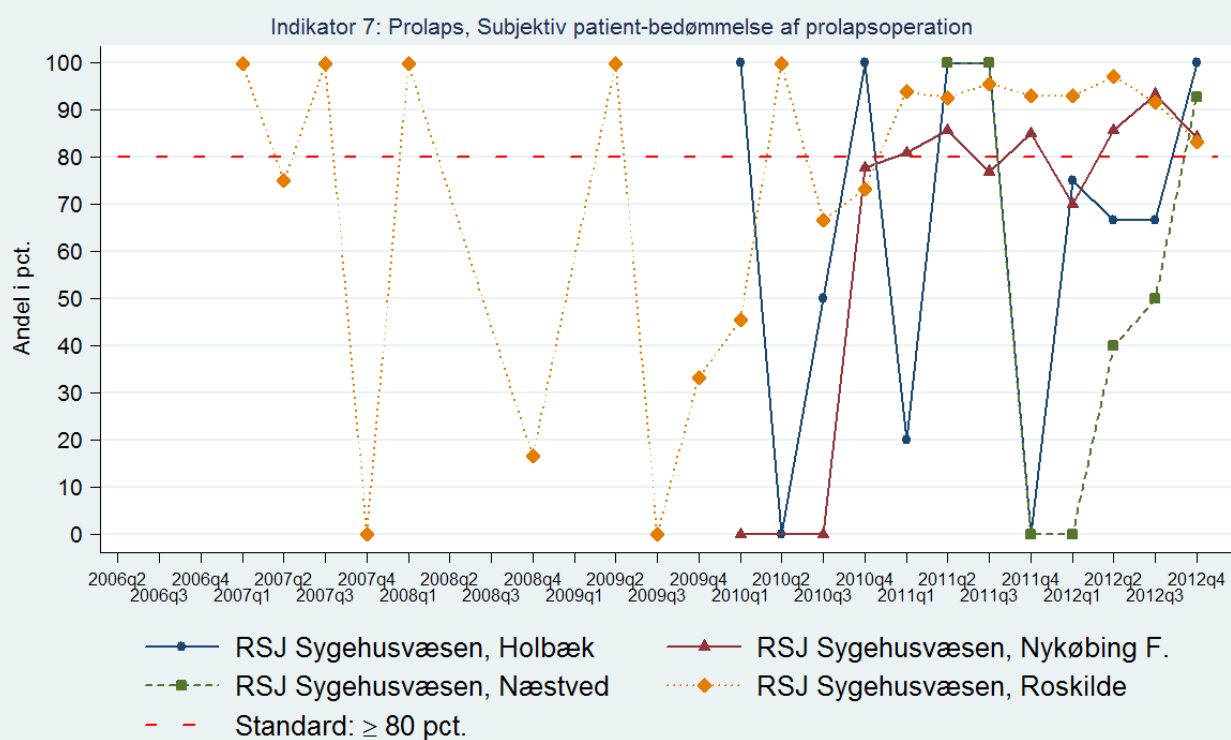
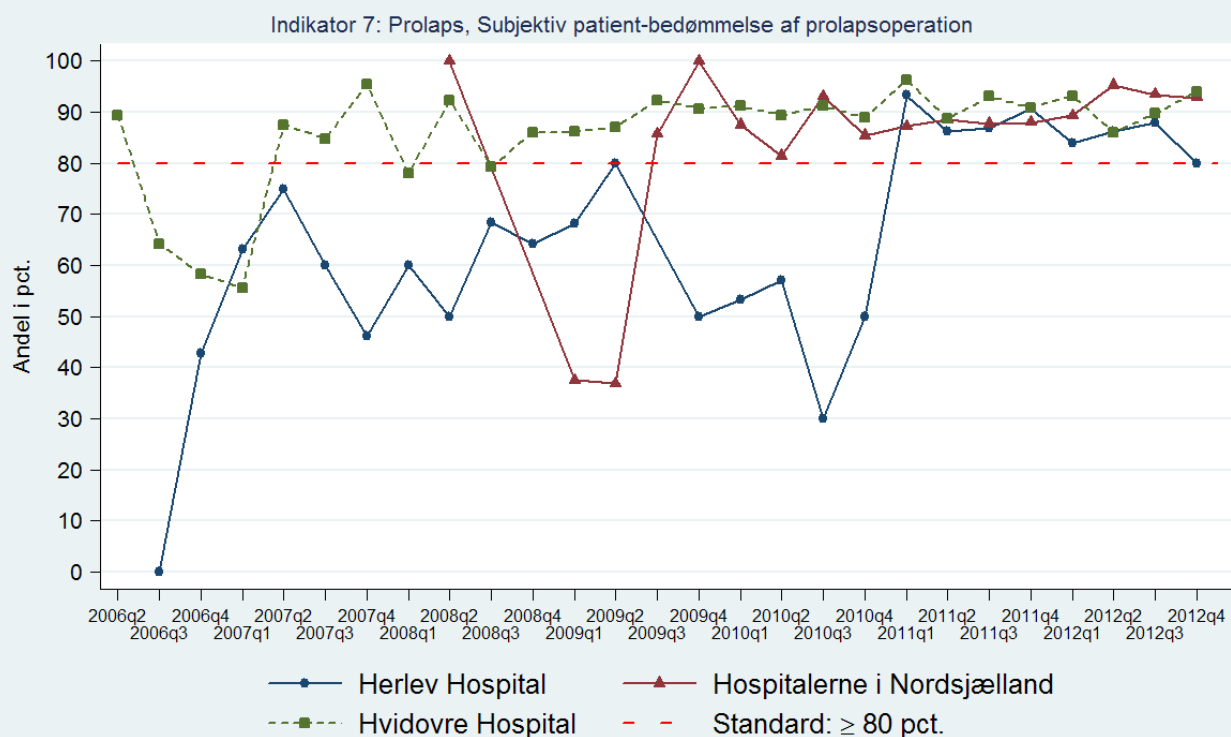


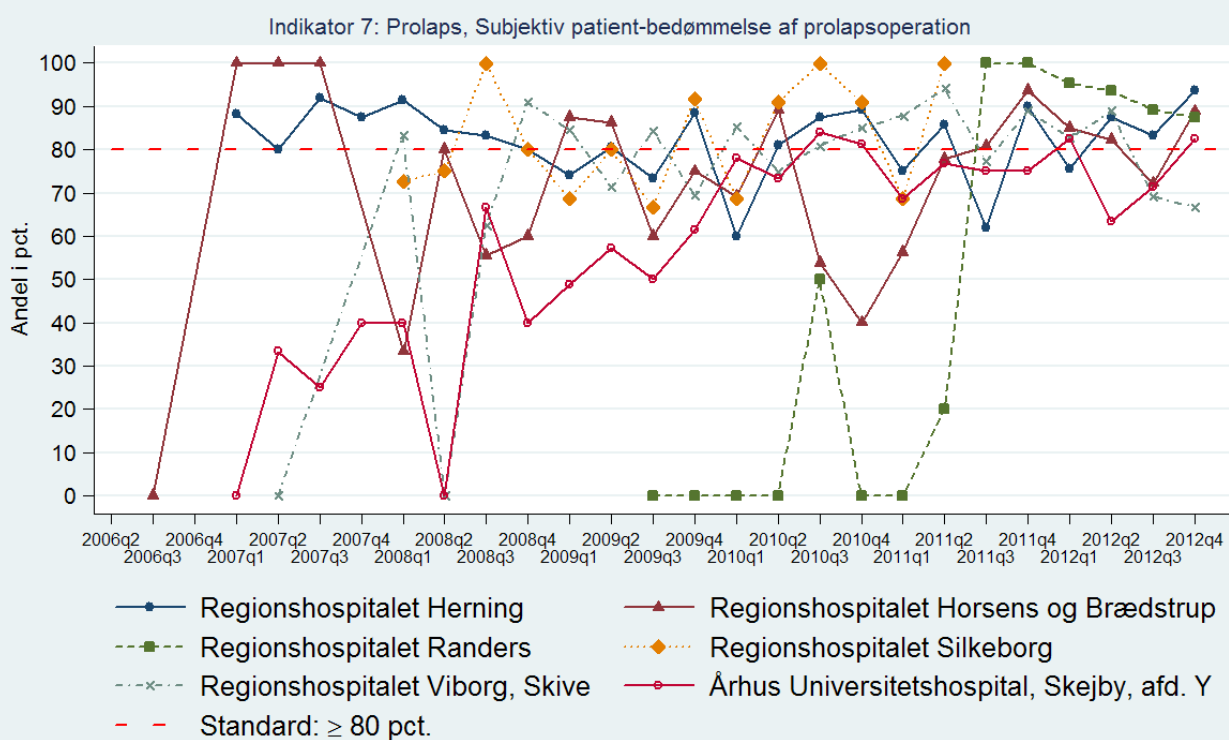
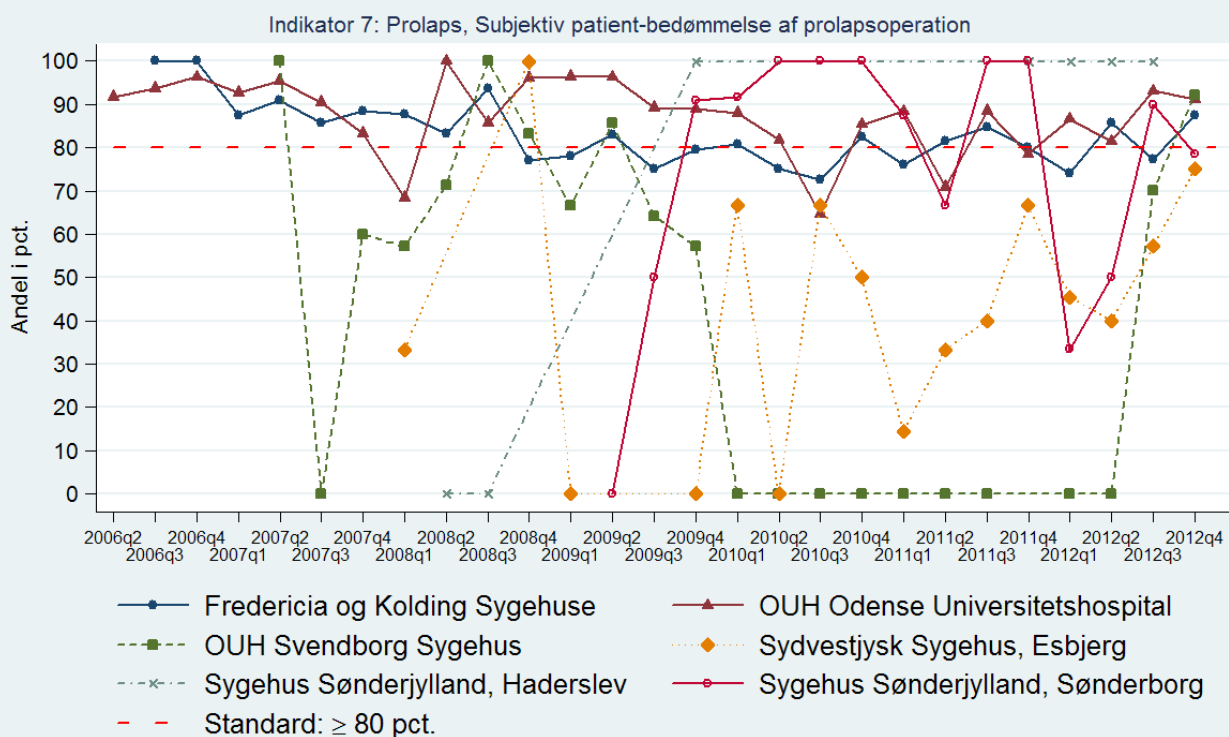


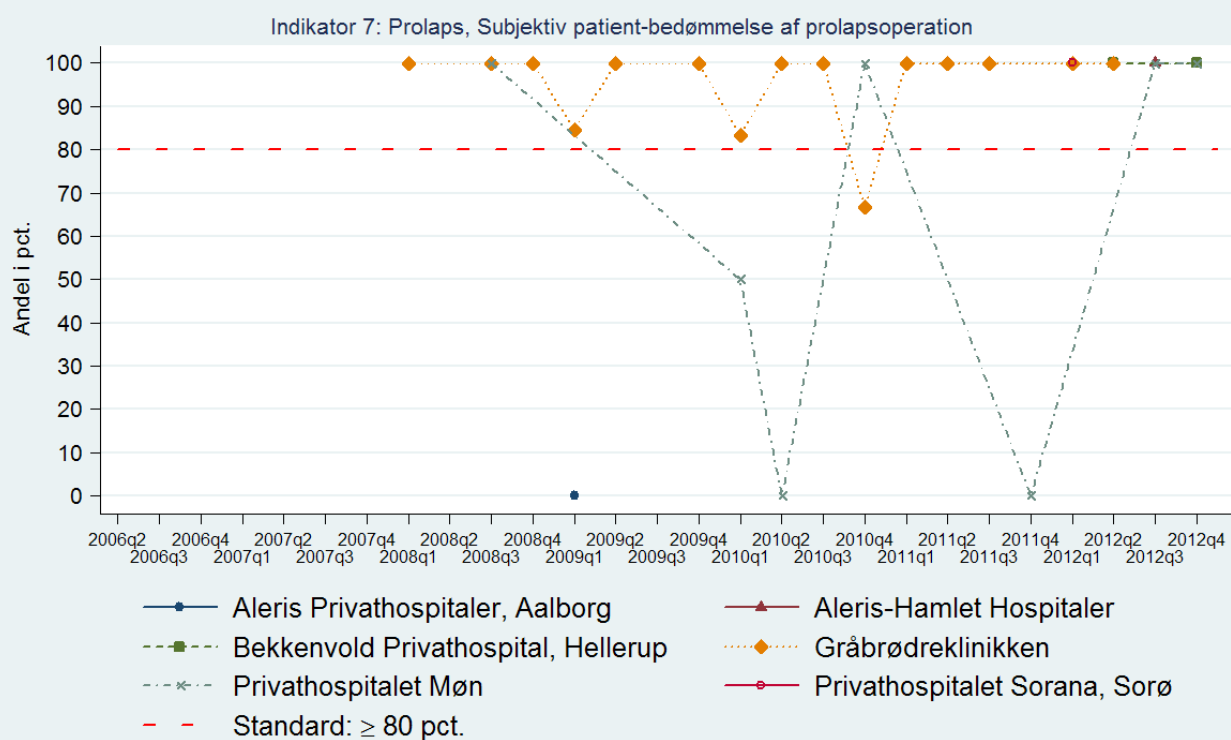
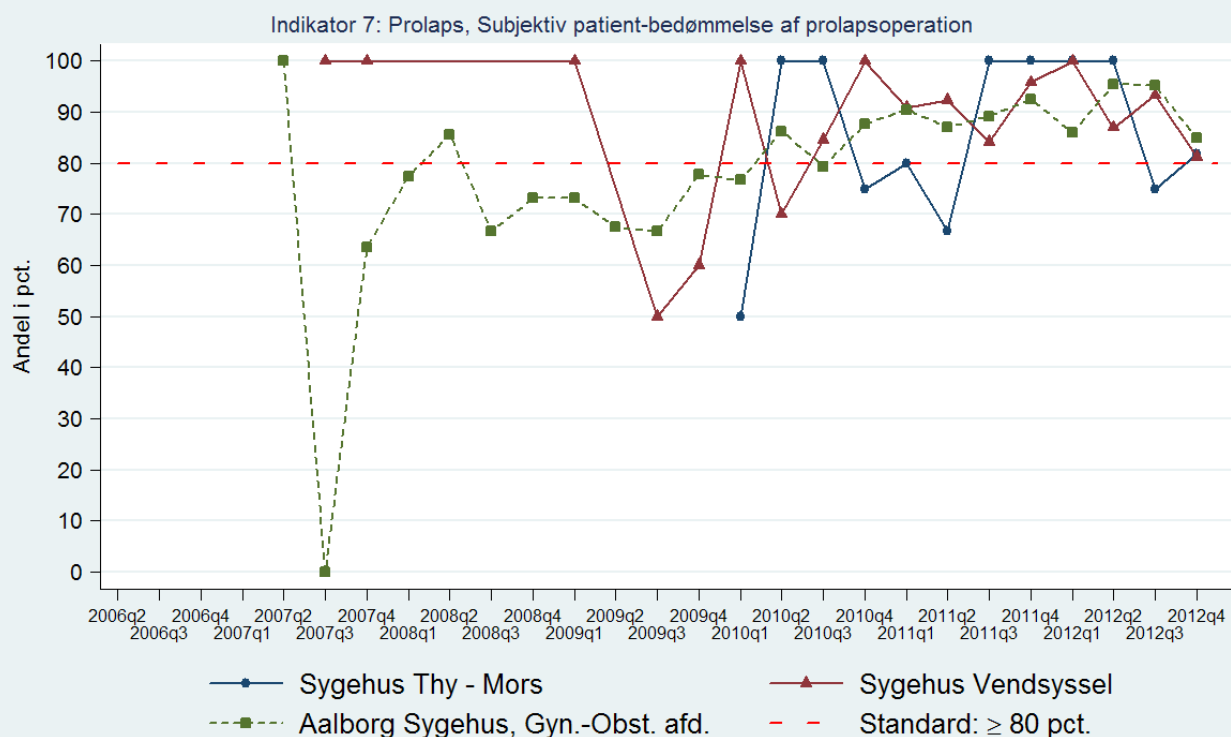




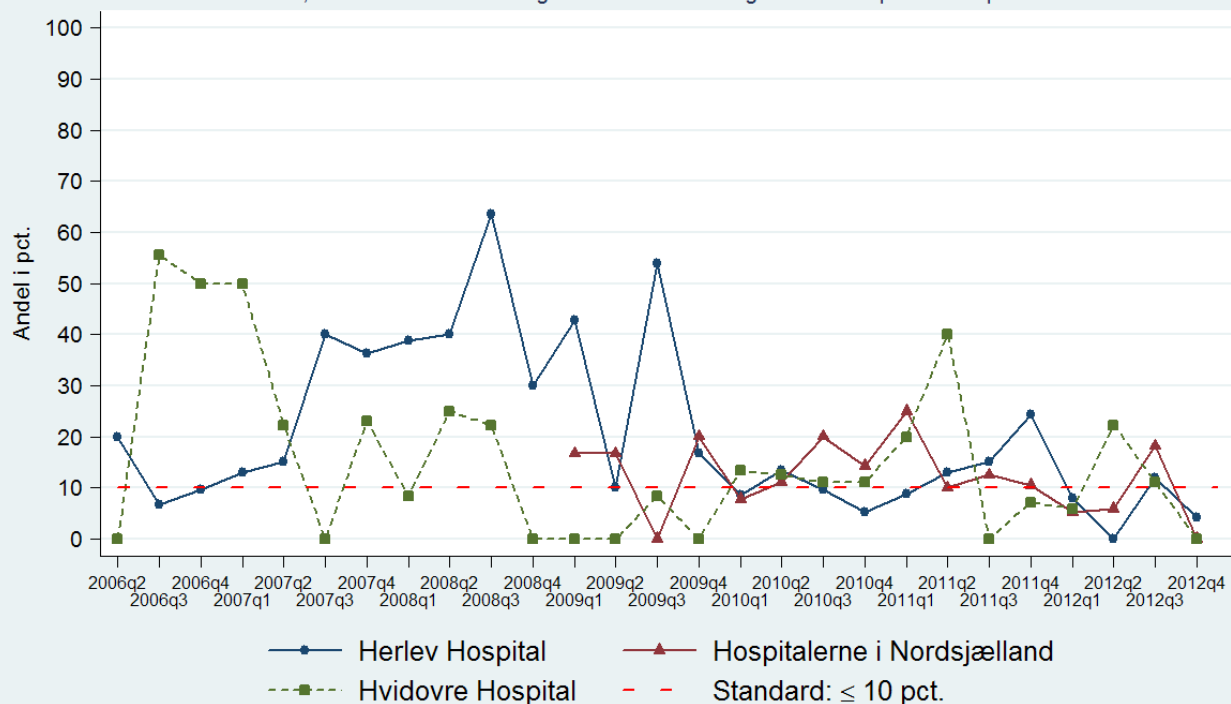




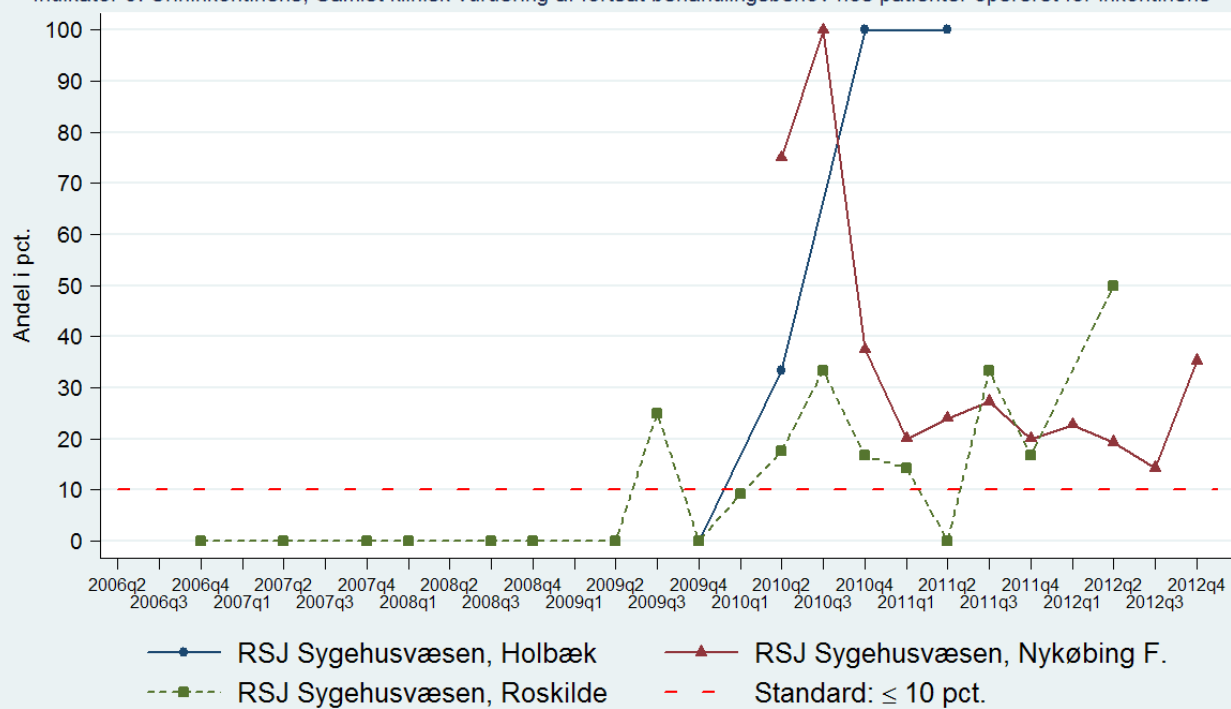




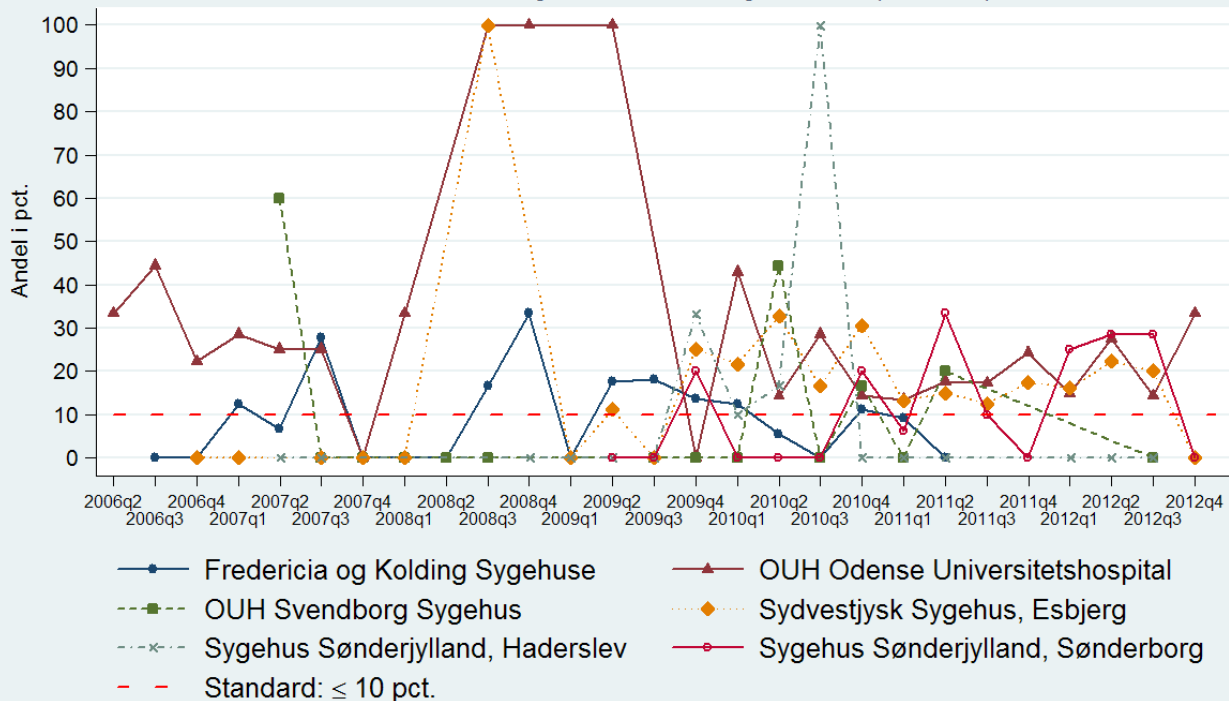
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



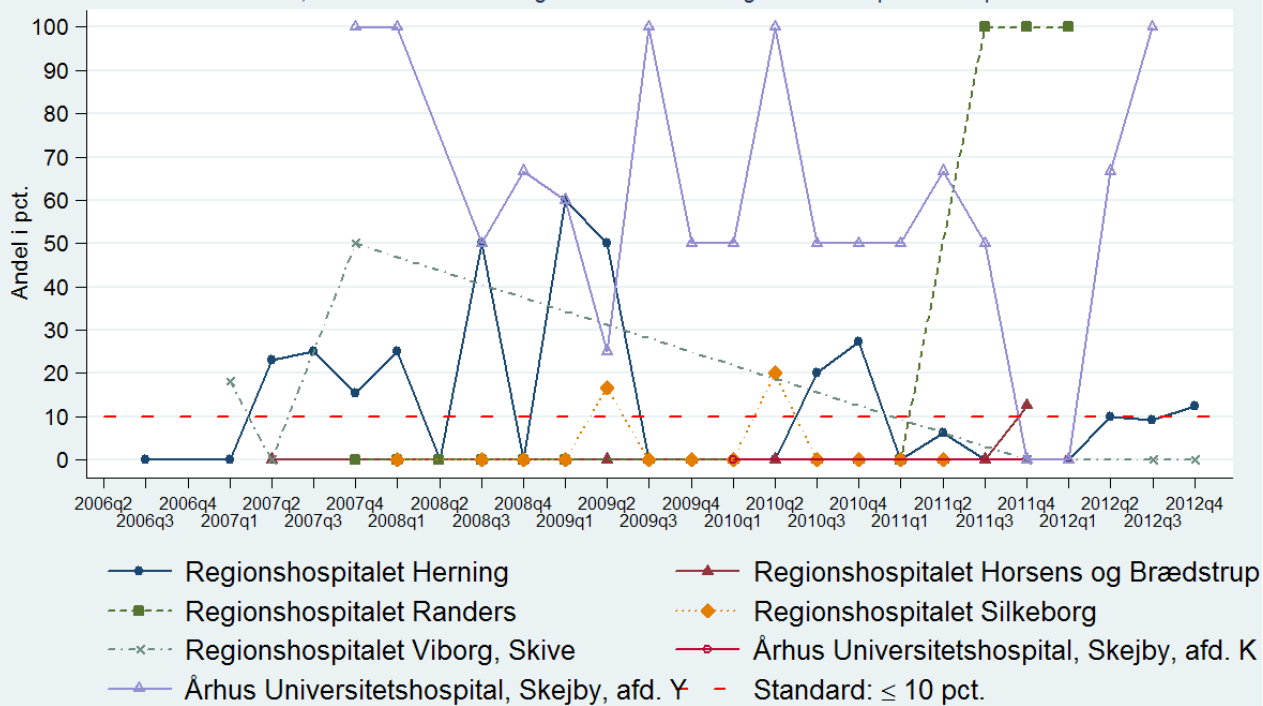
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



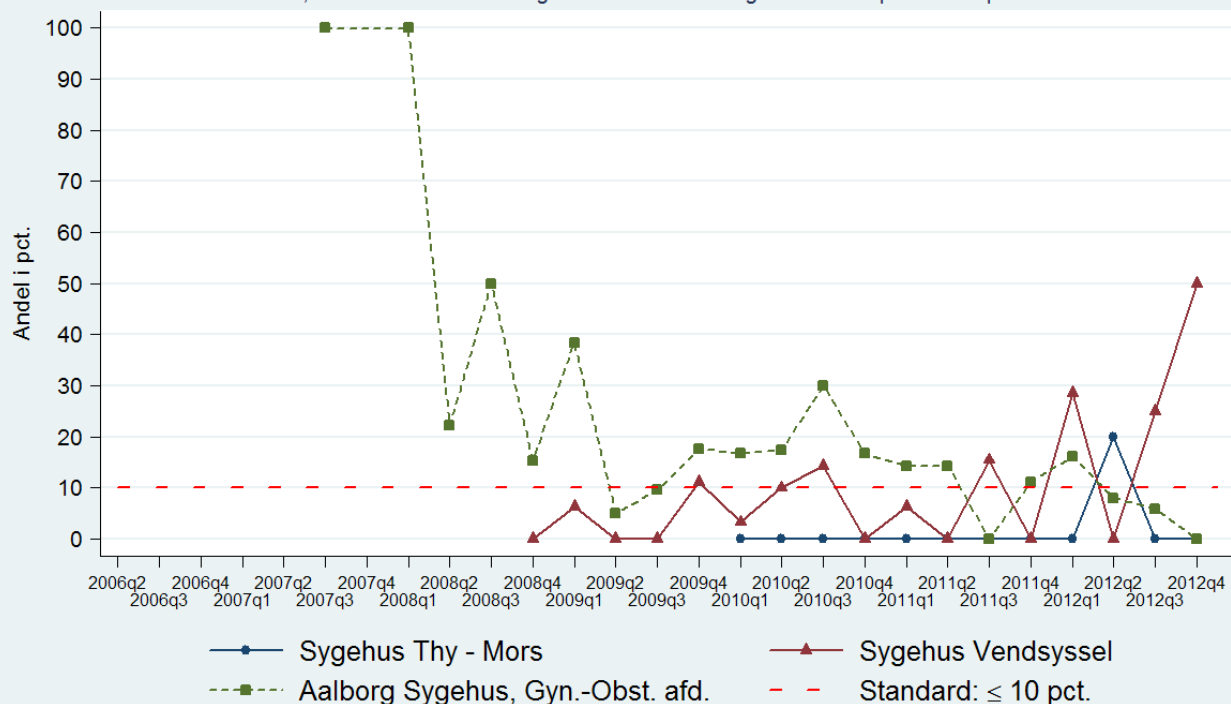
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



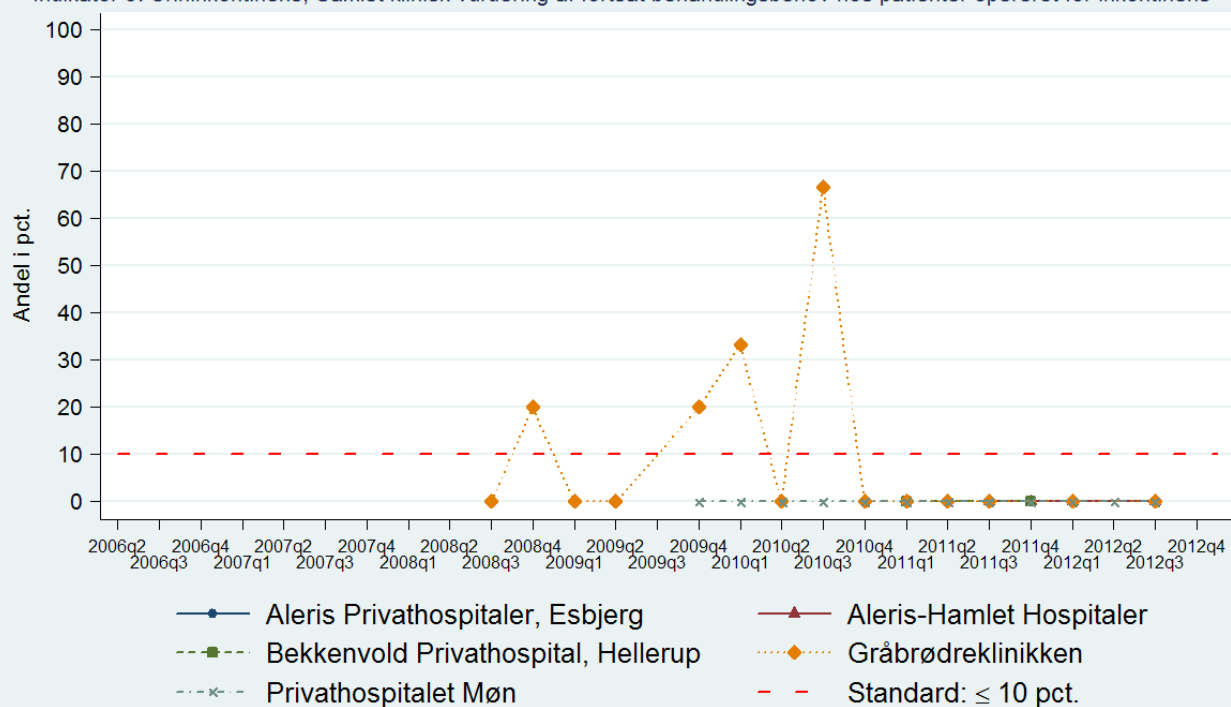
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



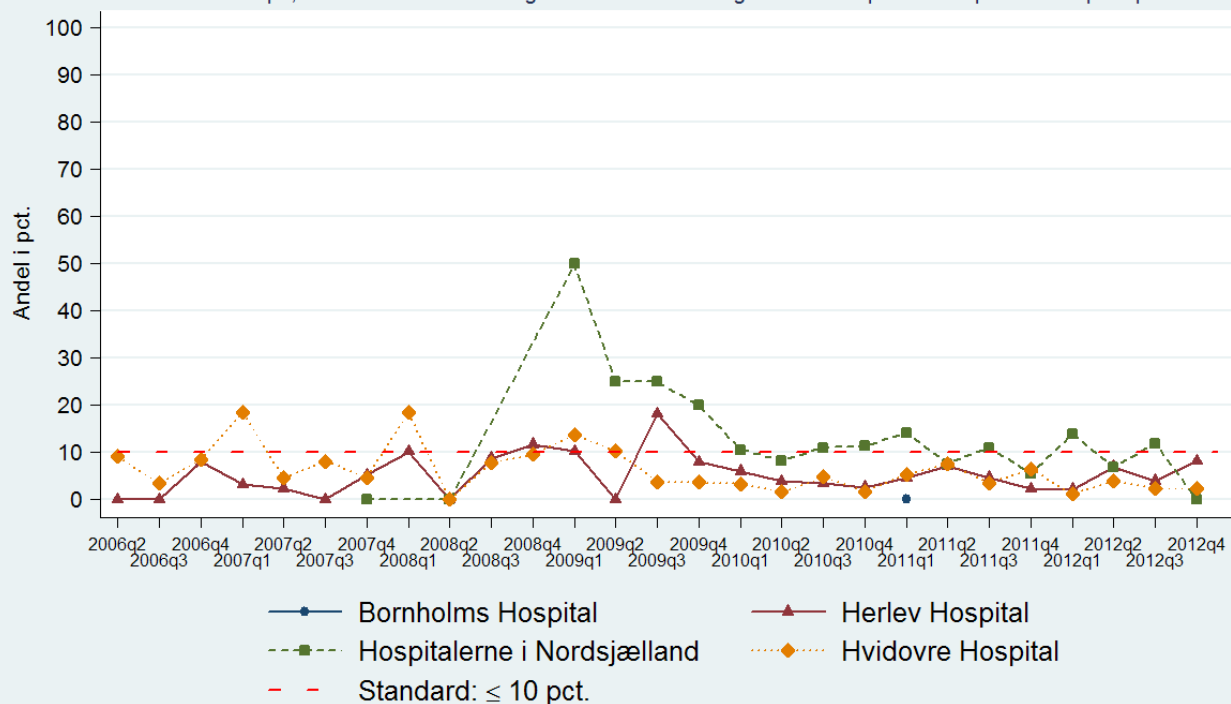
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



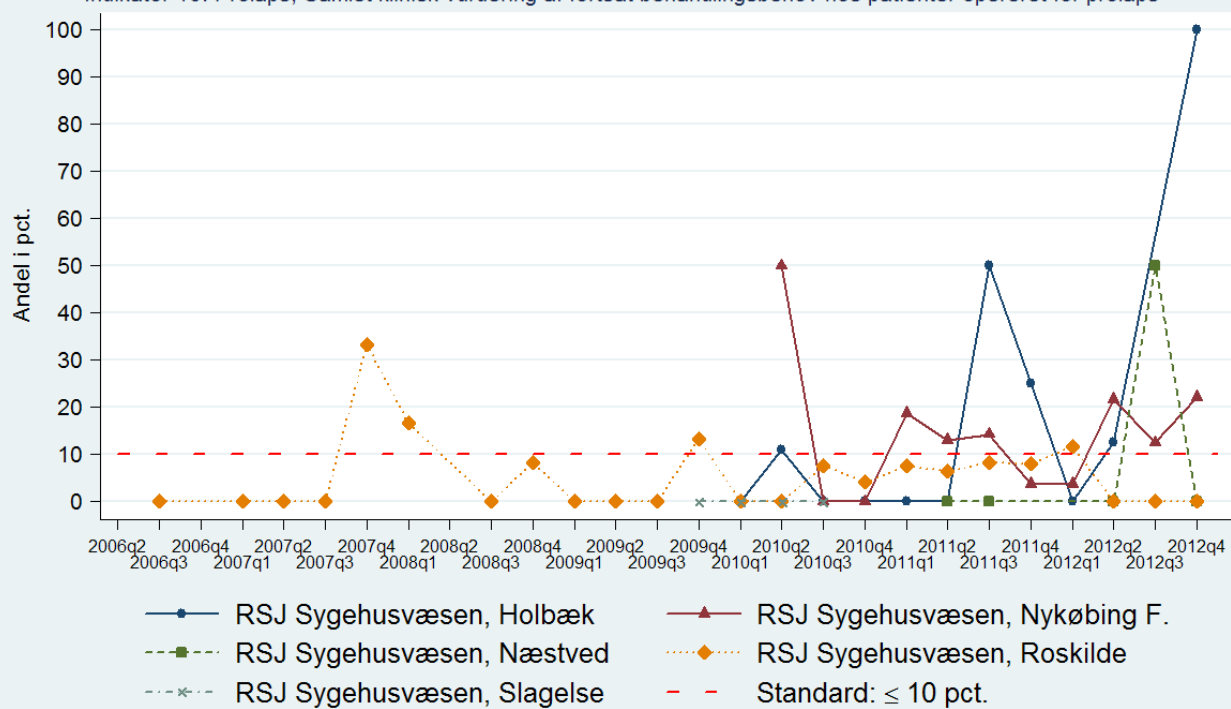
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

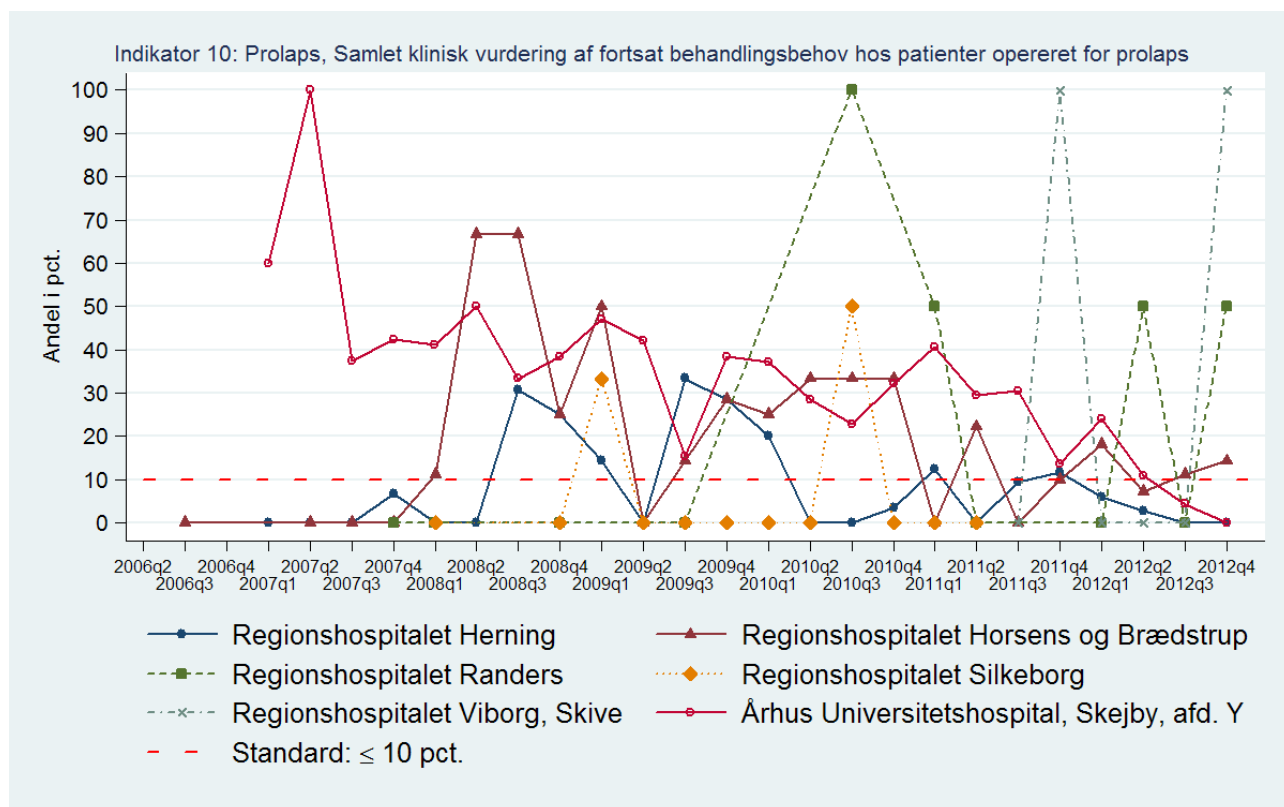
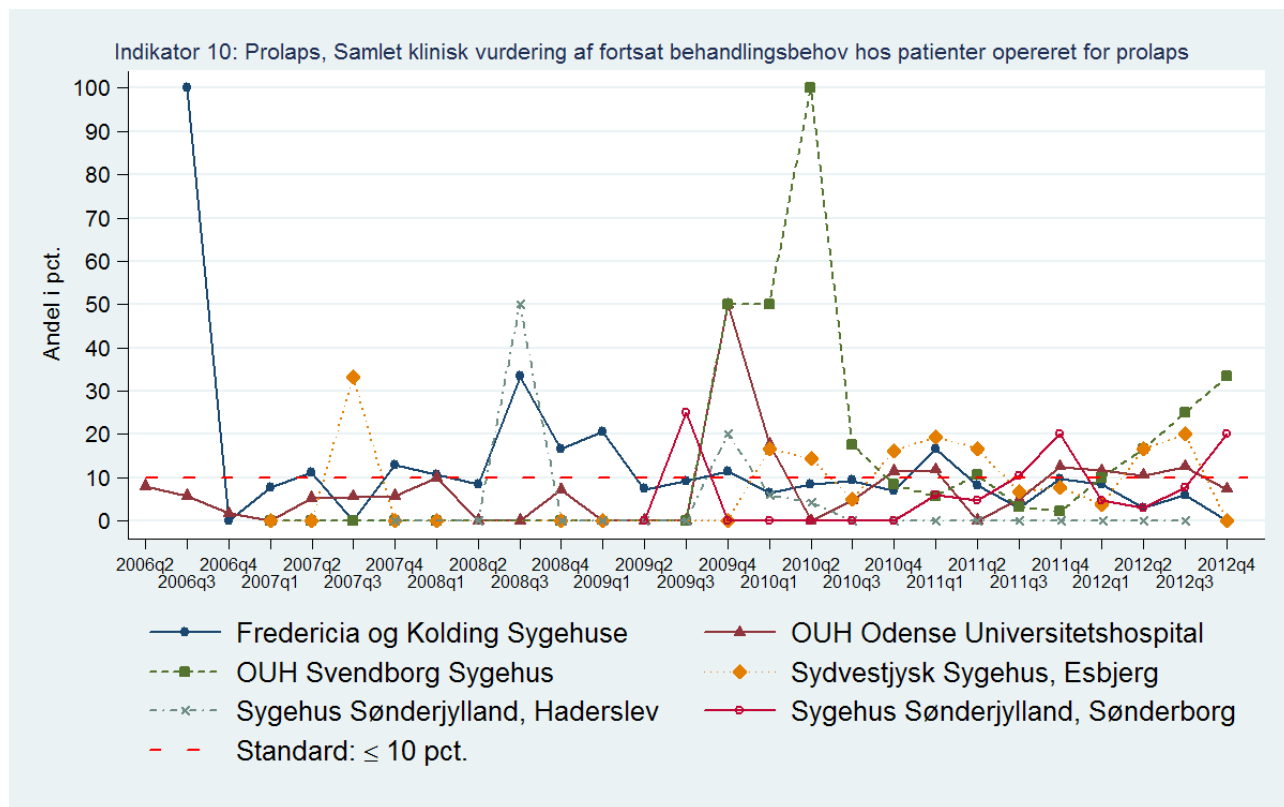


Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

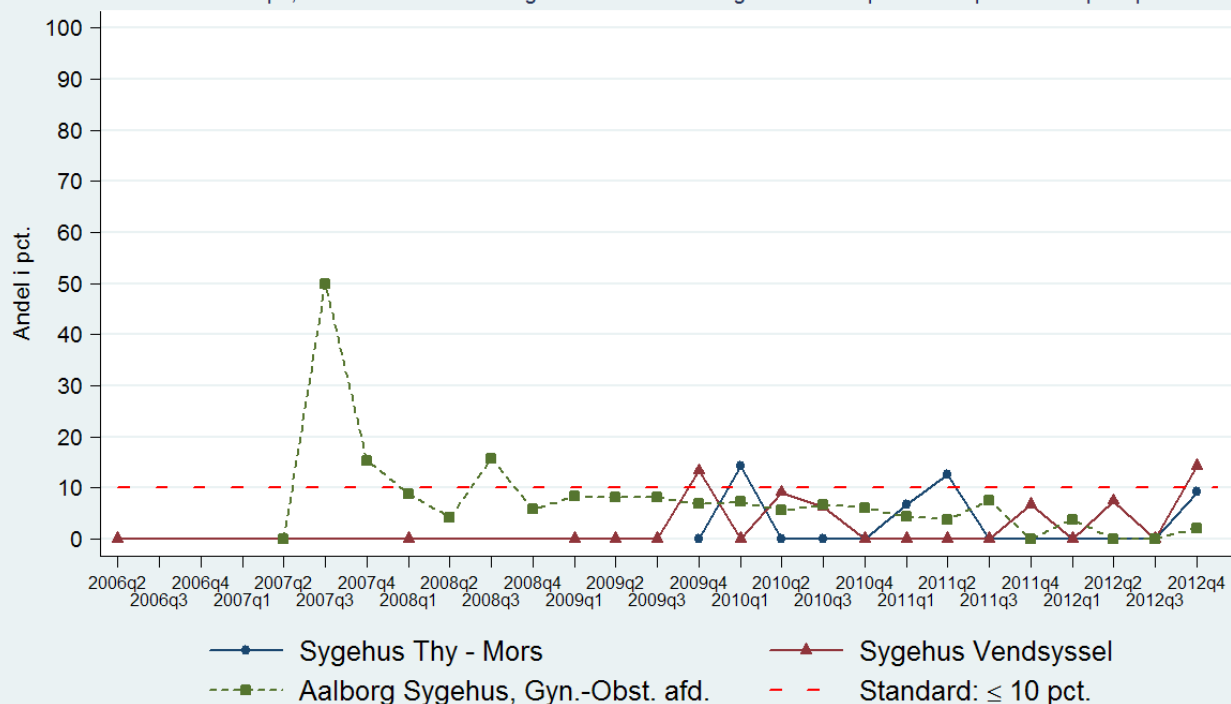


Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

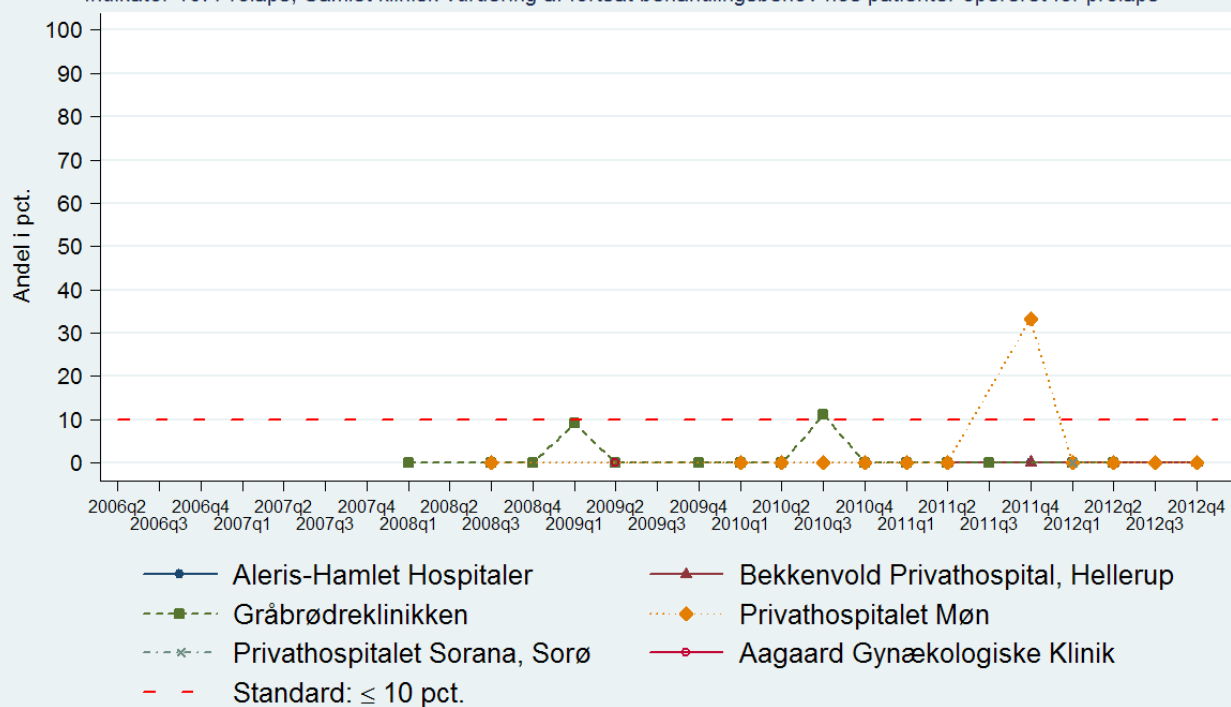


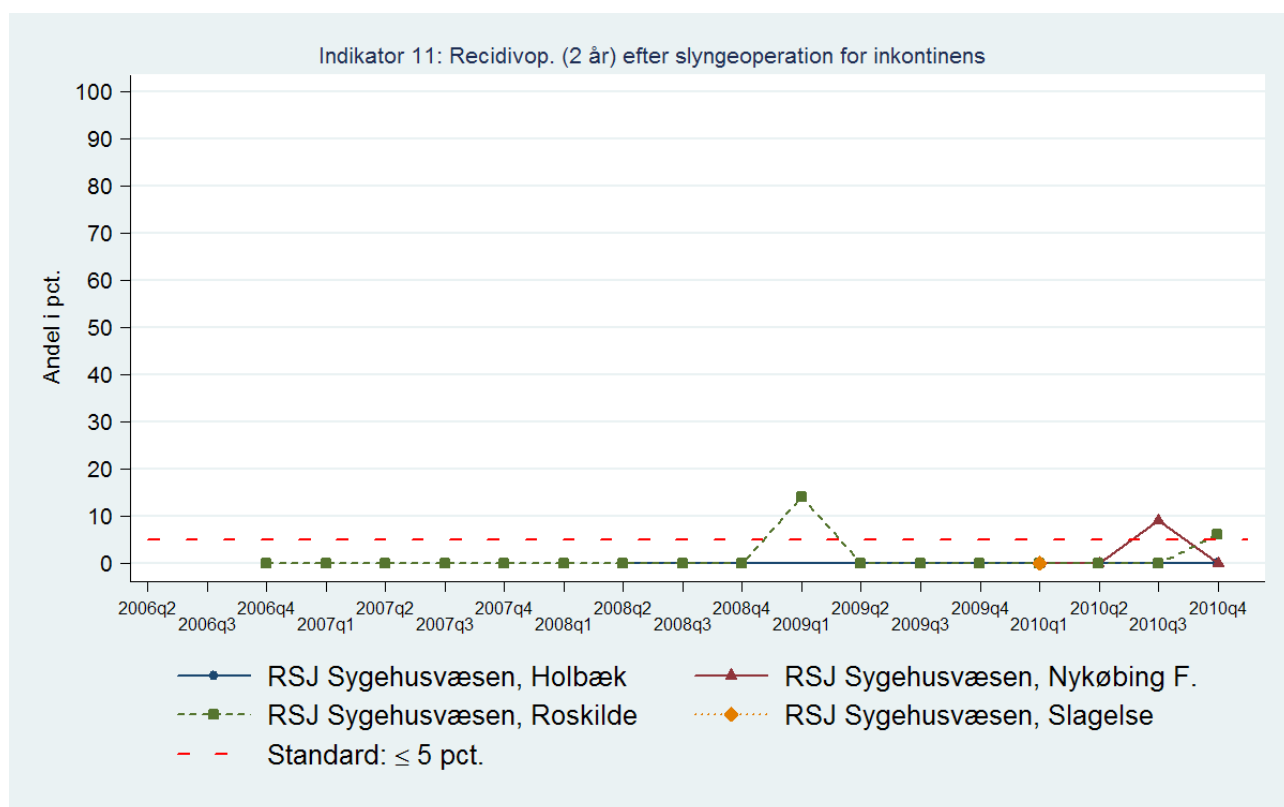
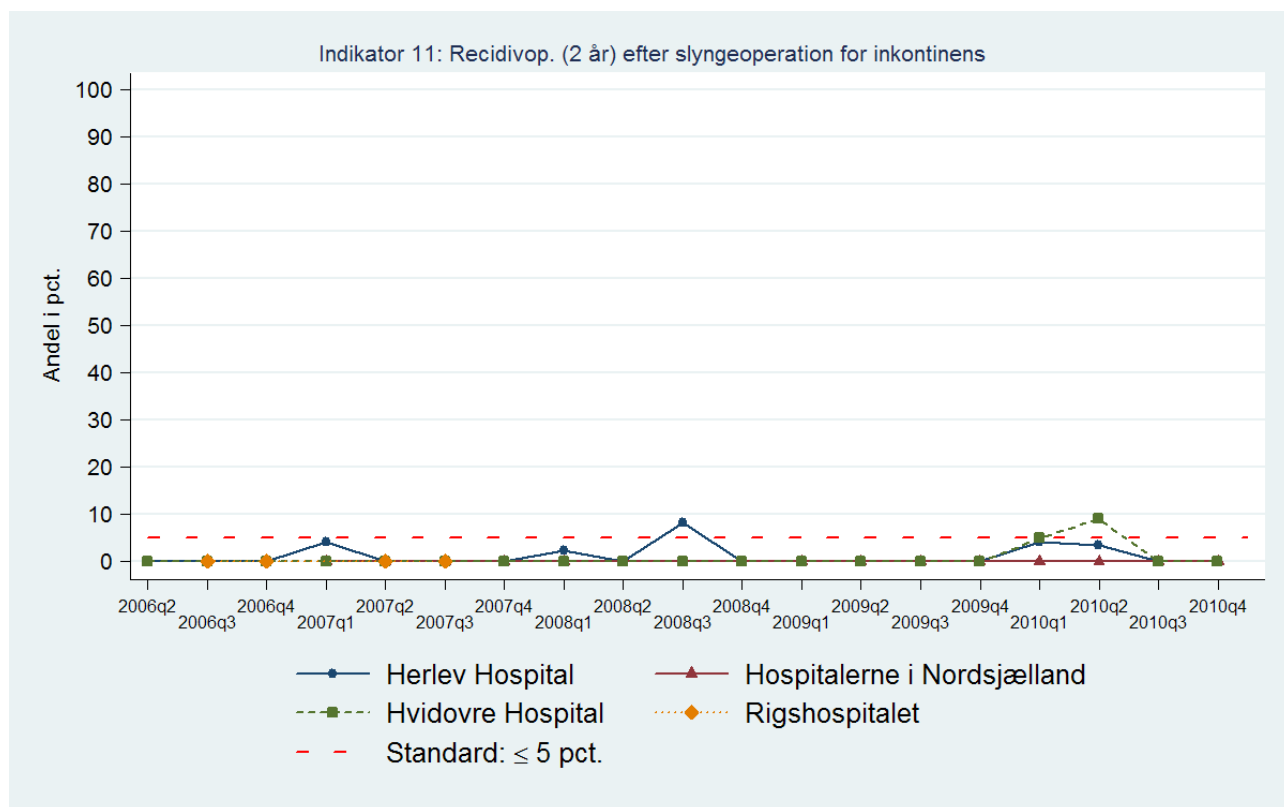


Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

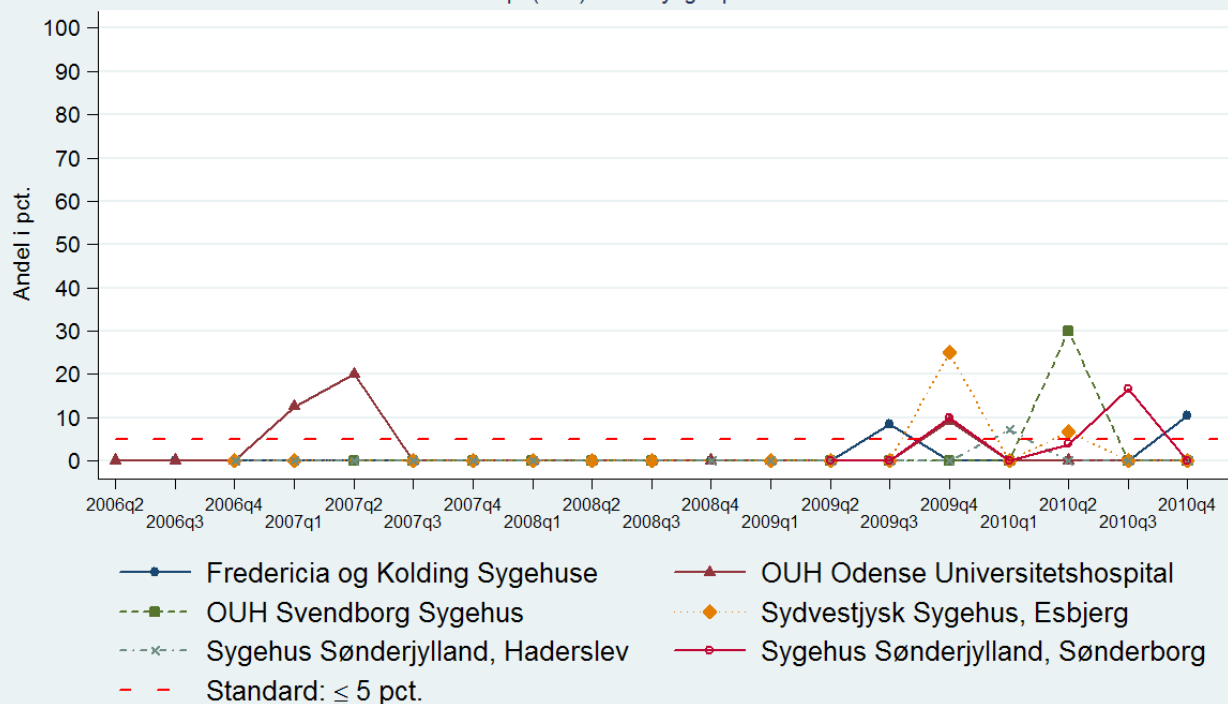


Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

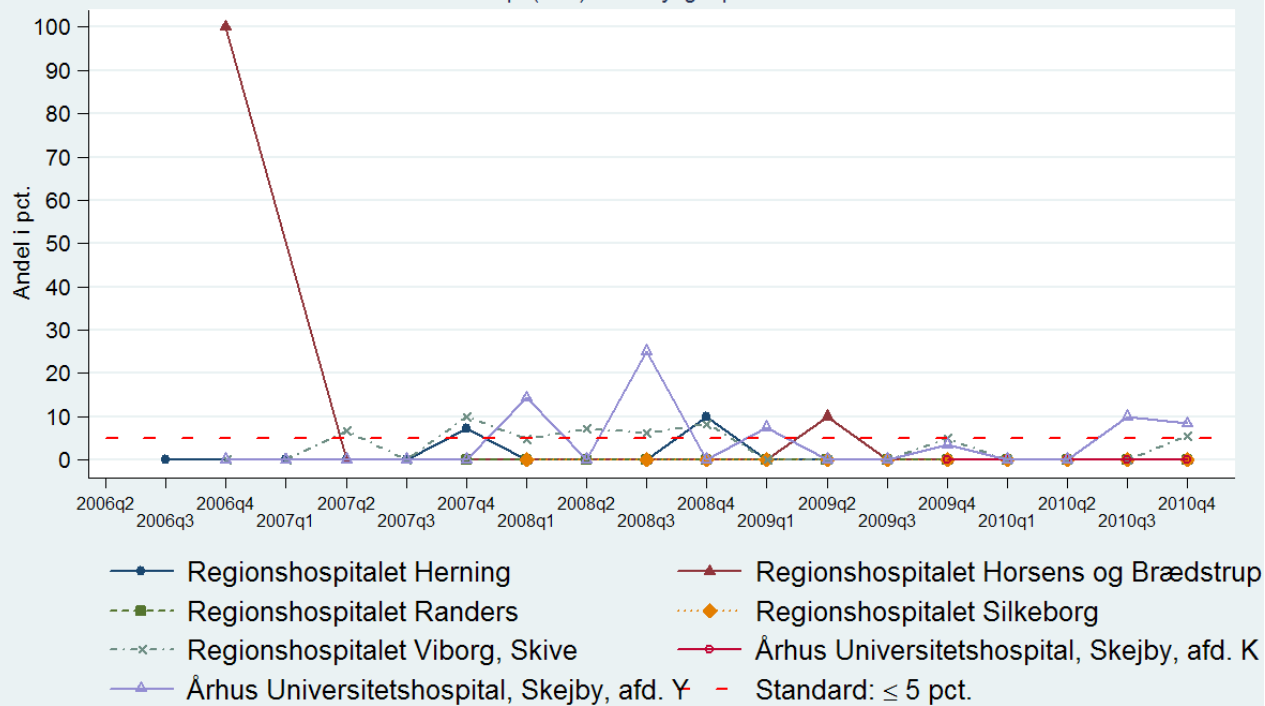


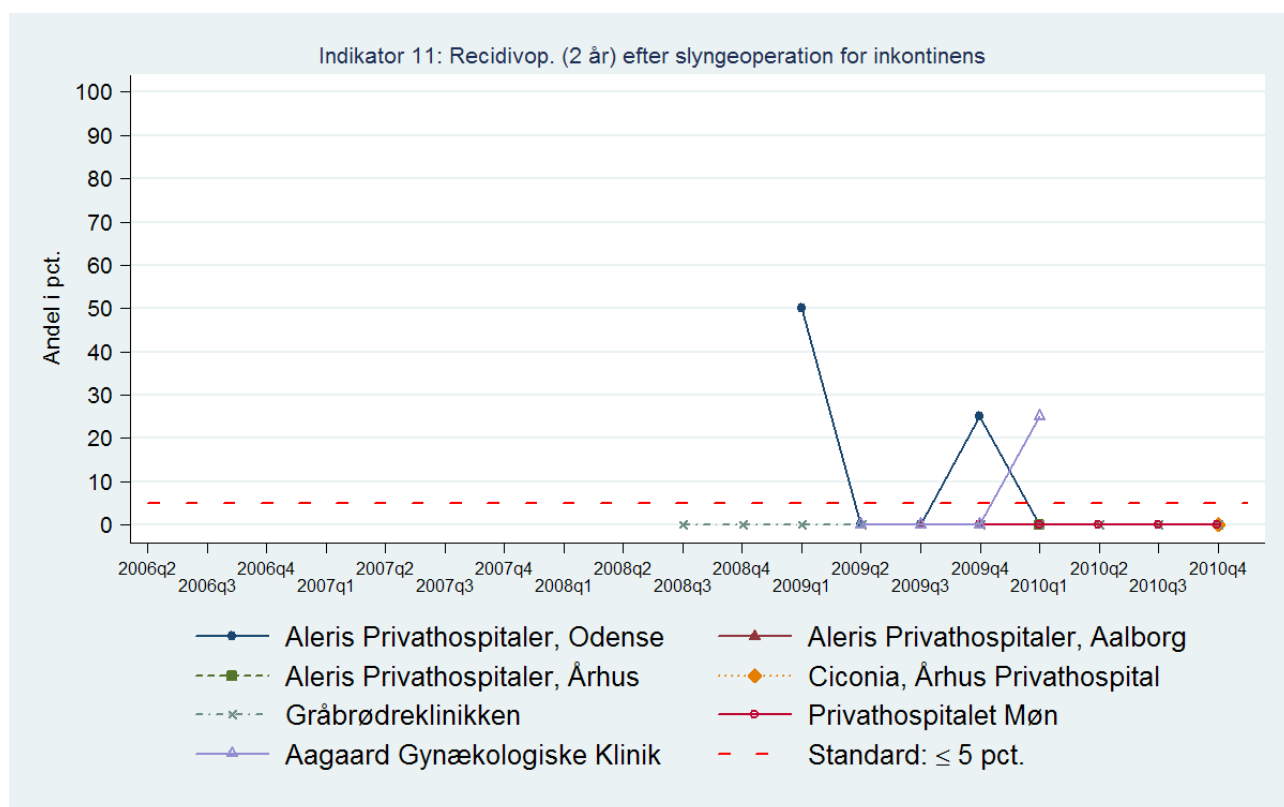
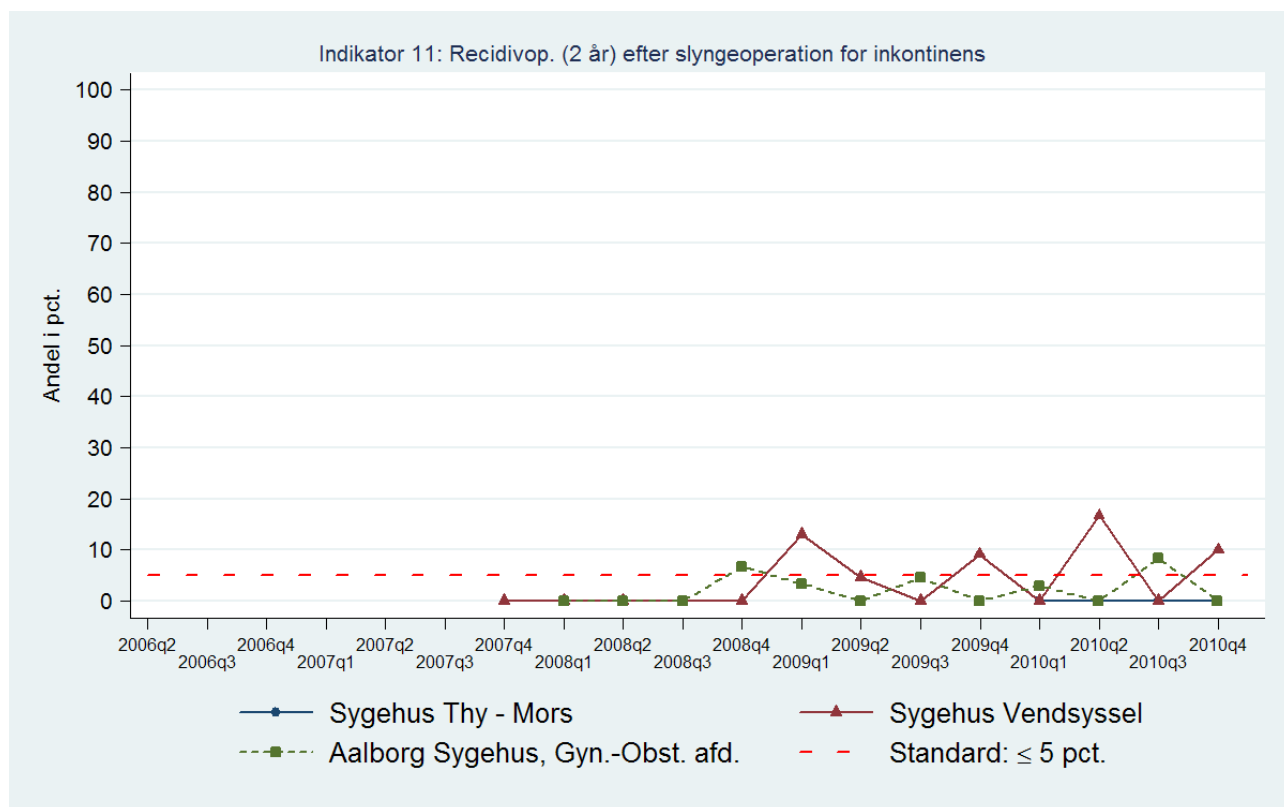


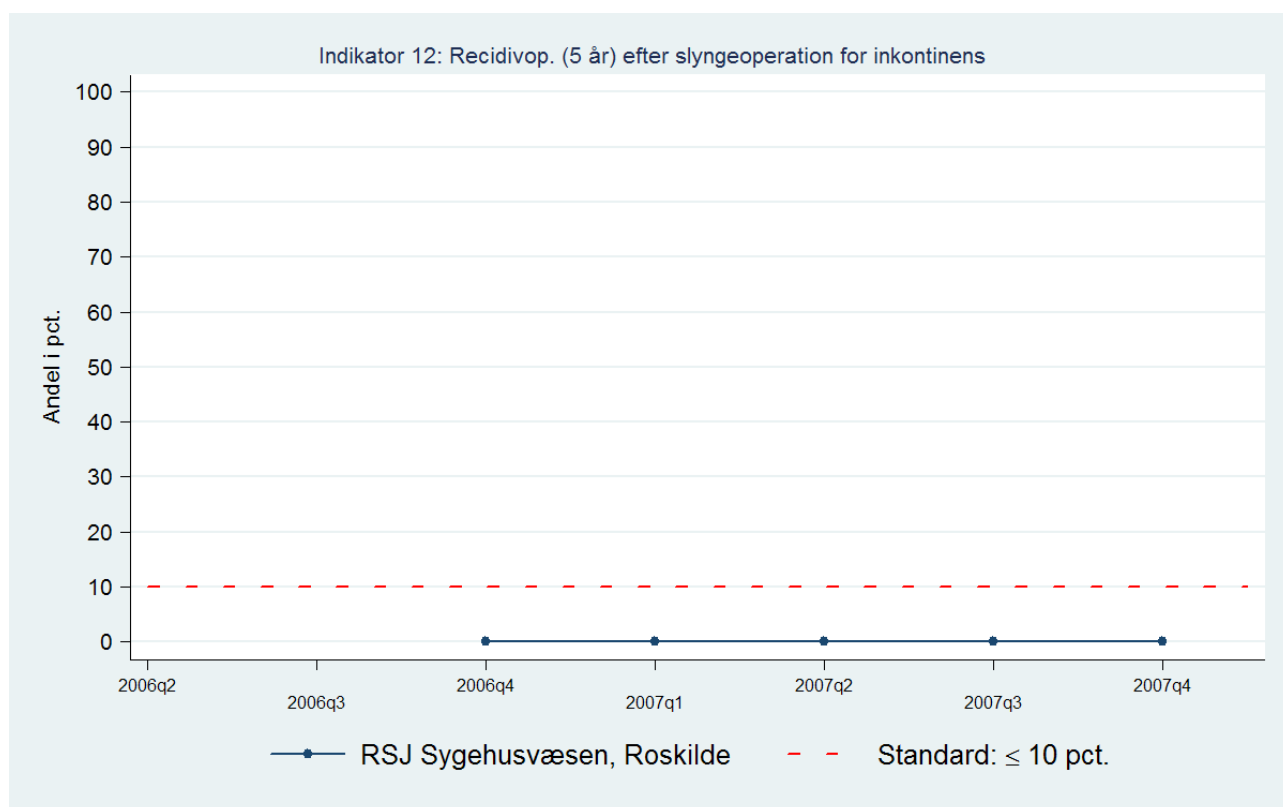
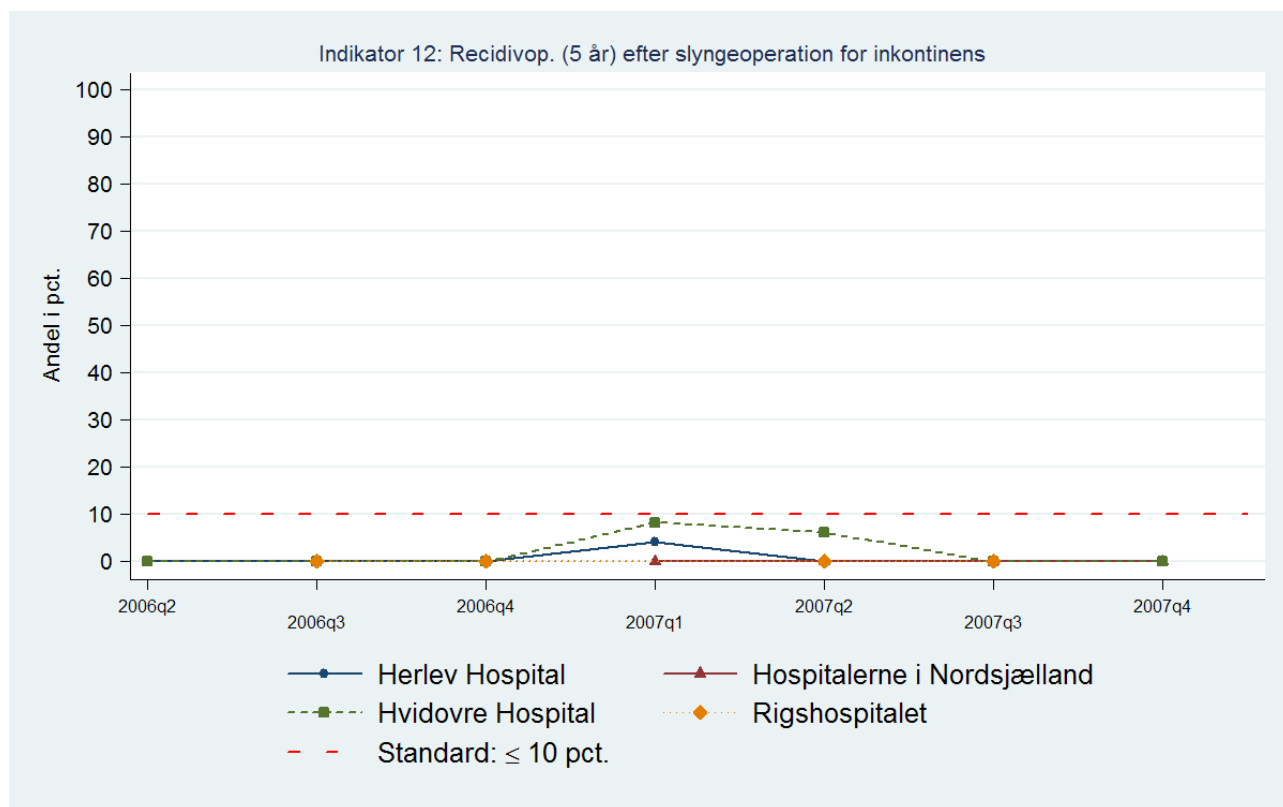
Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

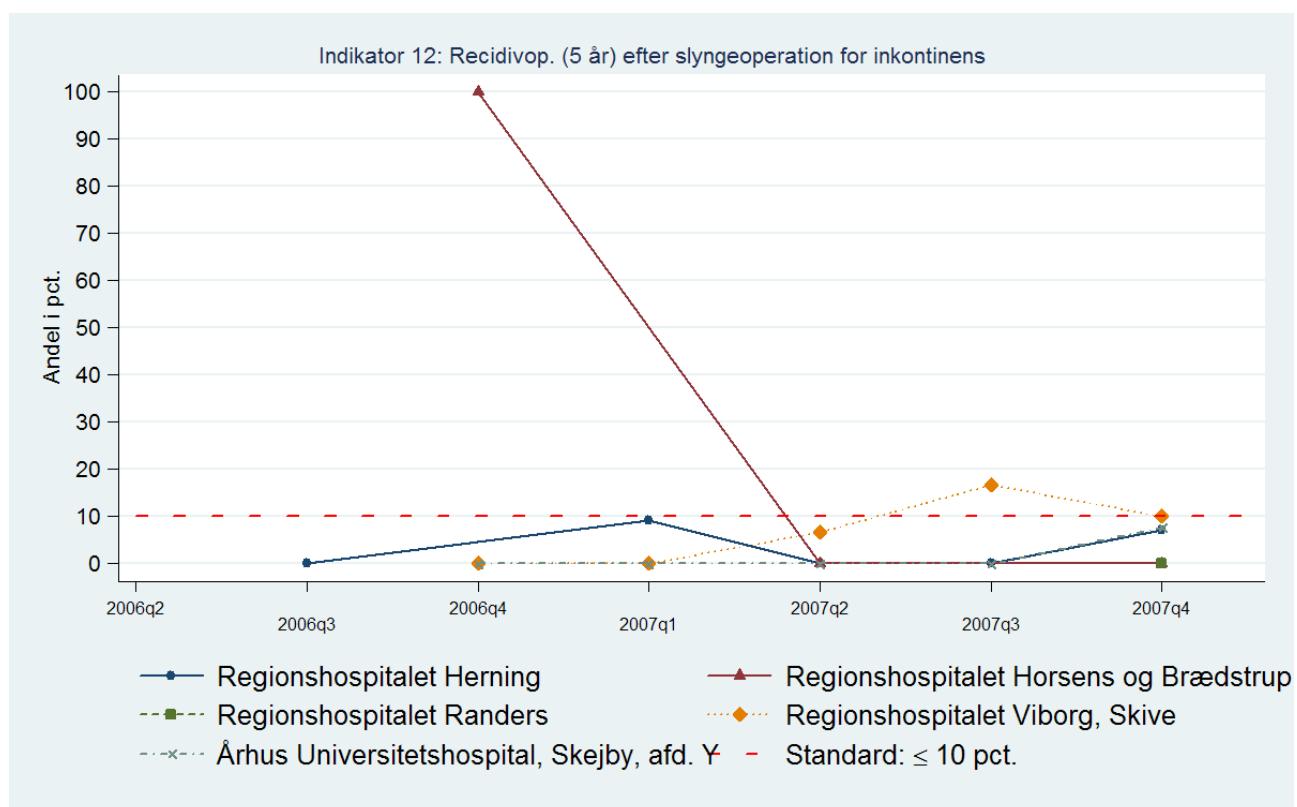
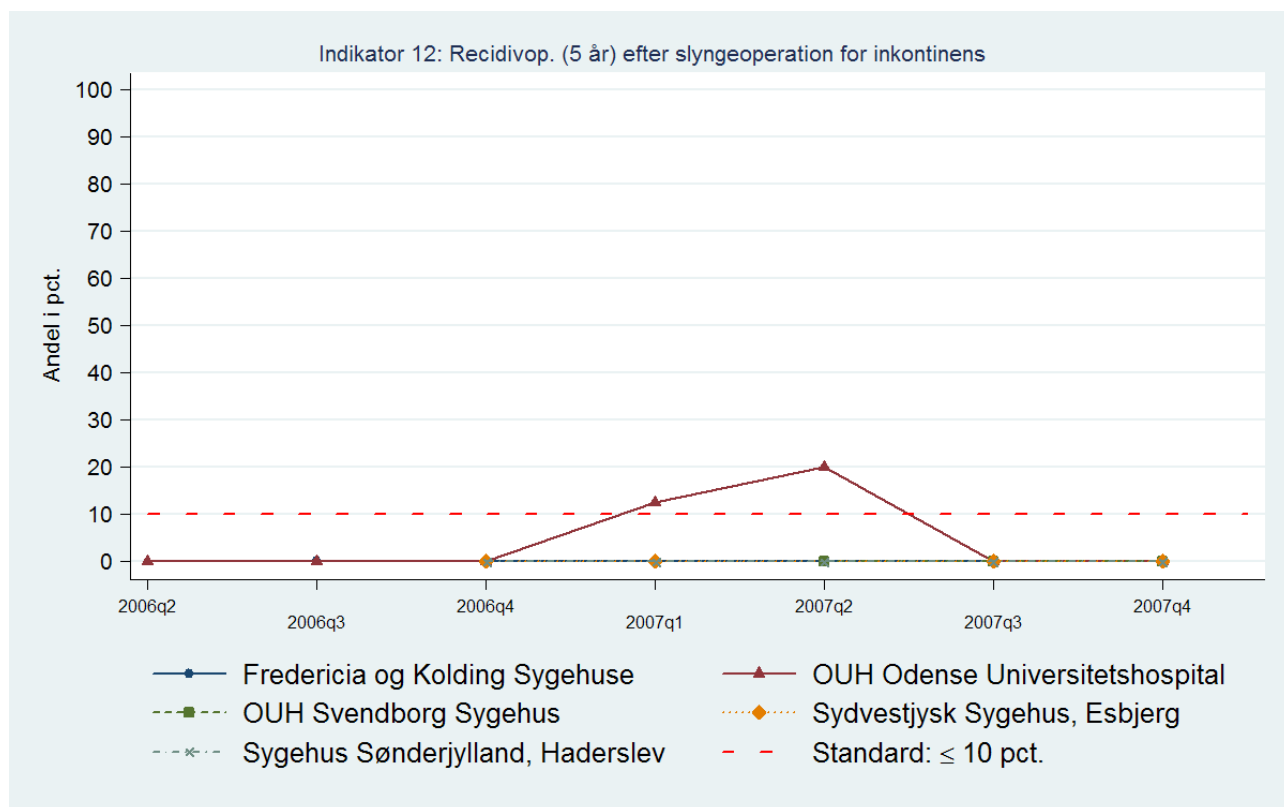


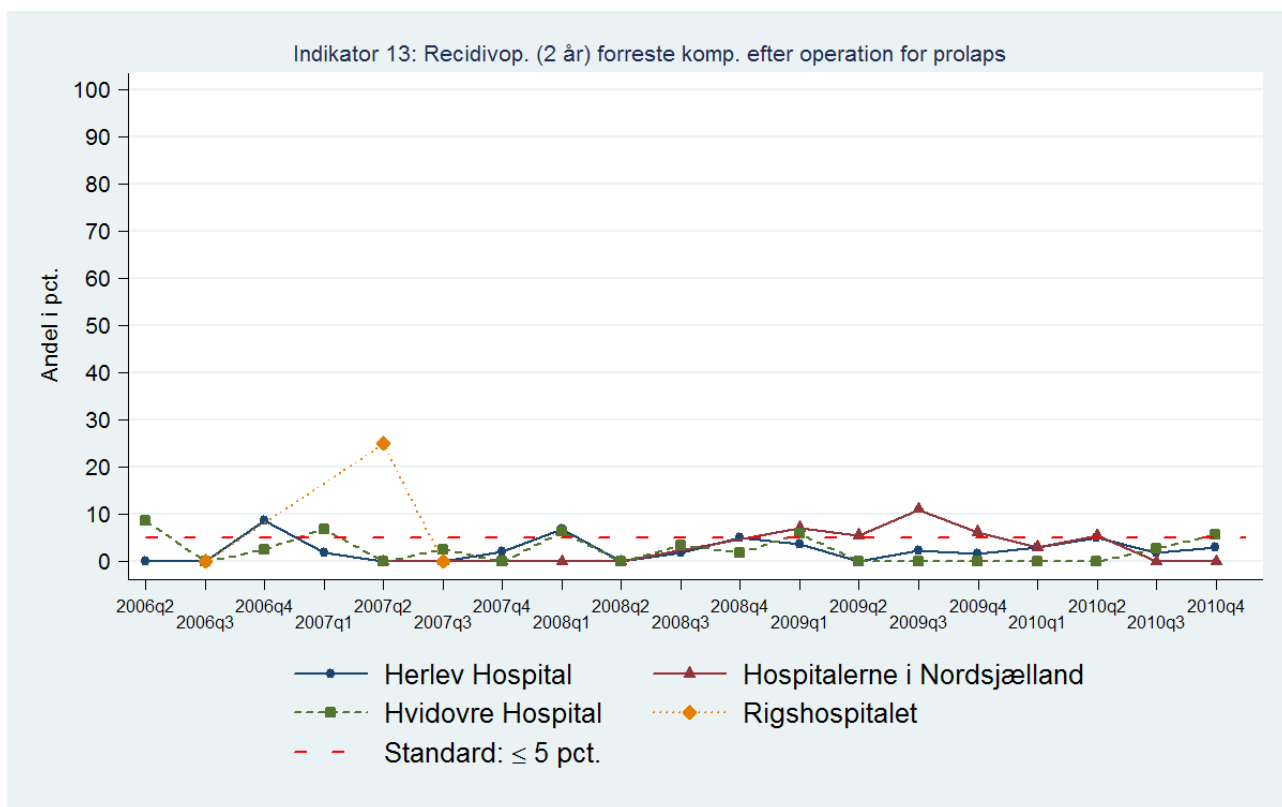
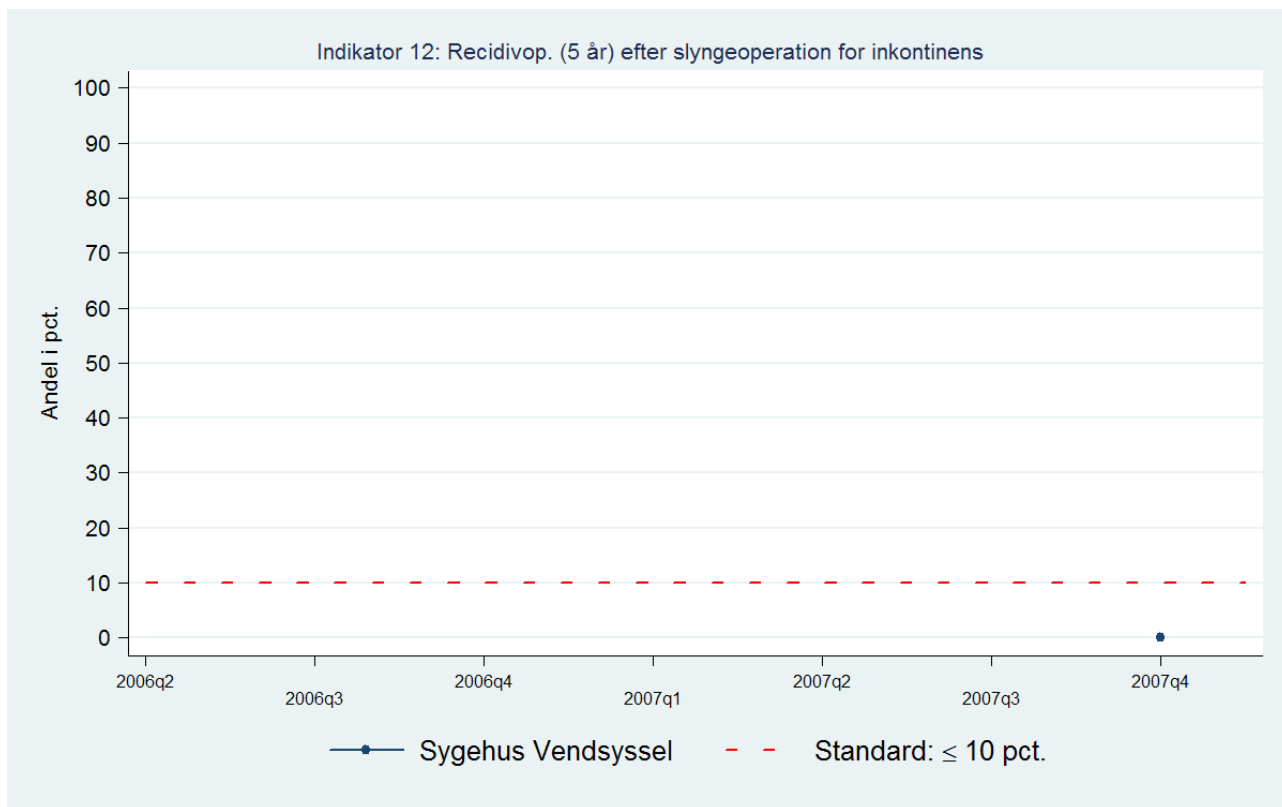
Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens



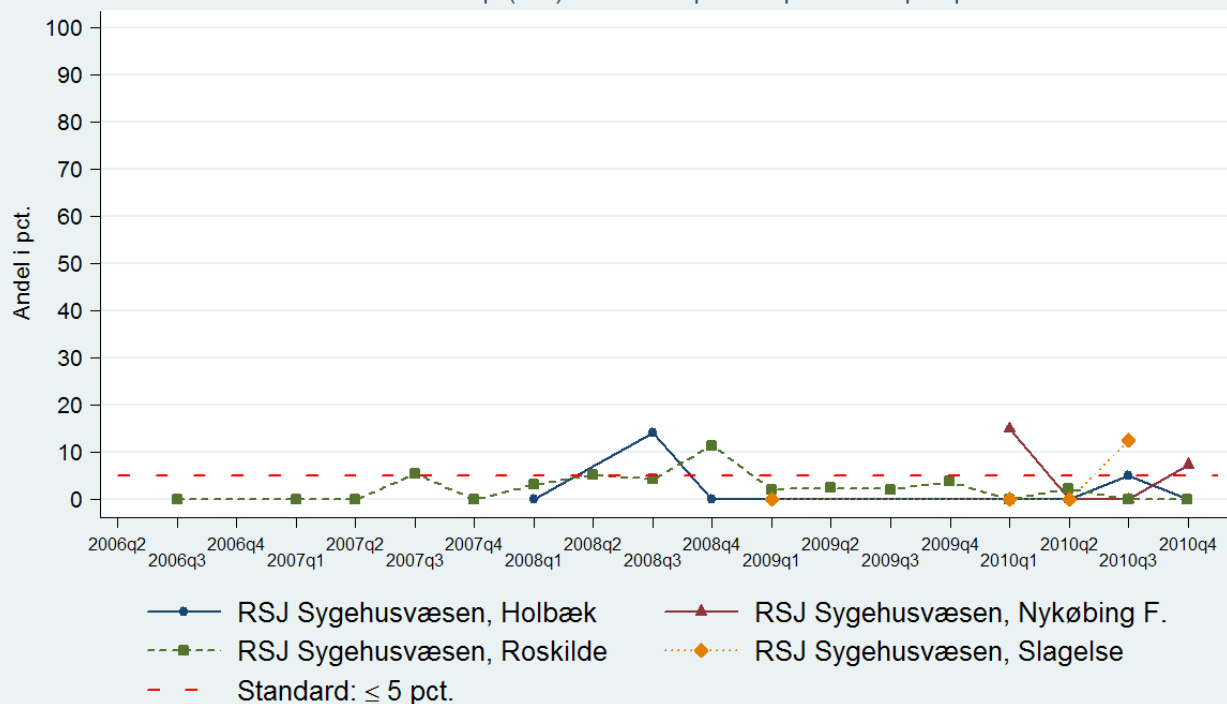




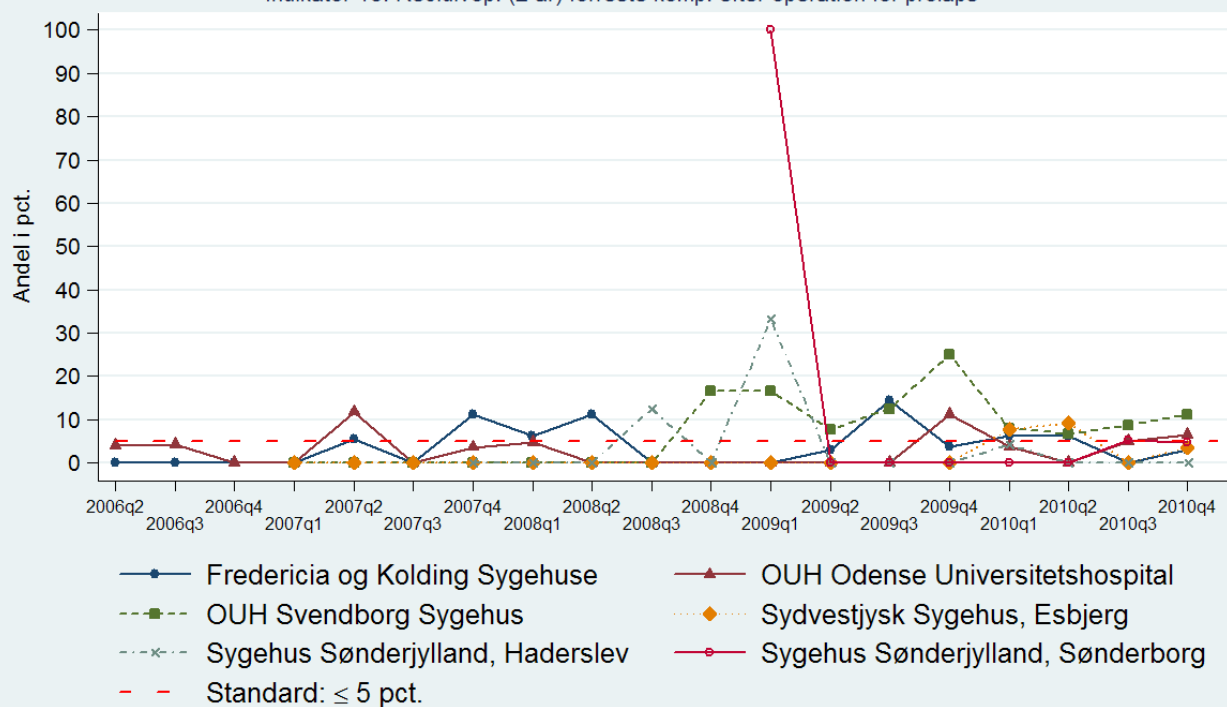




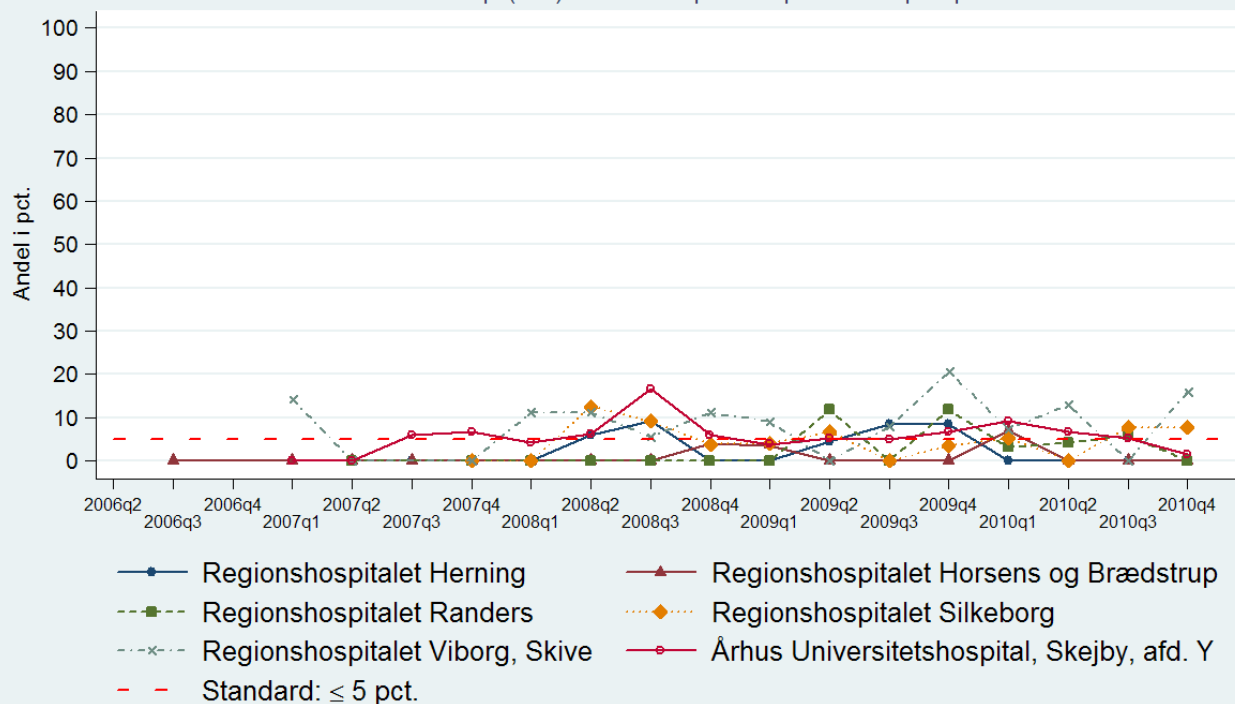
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



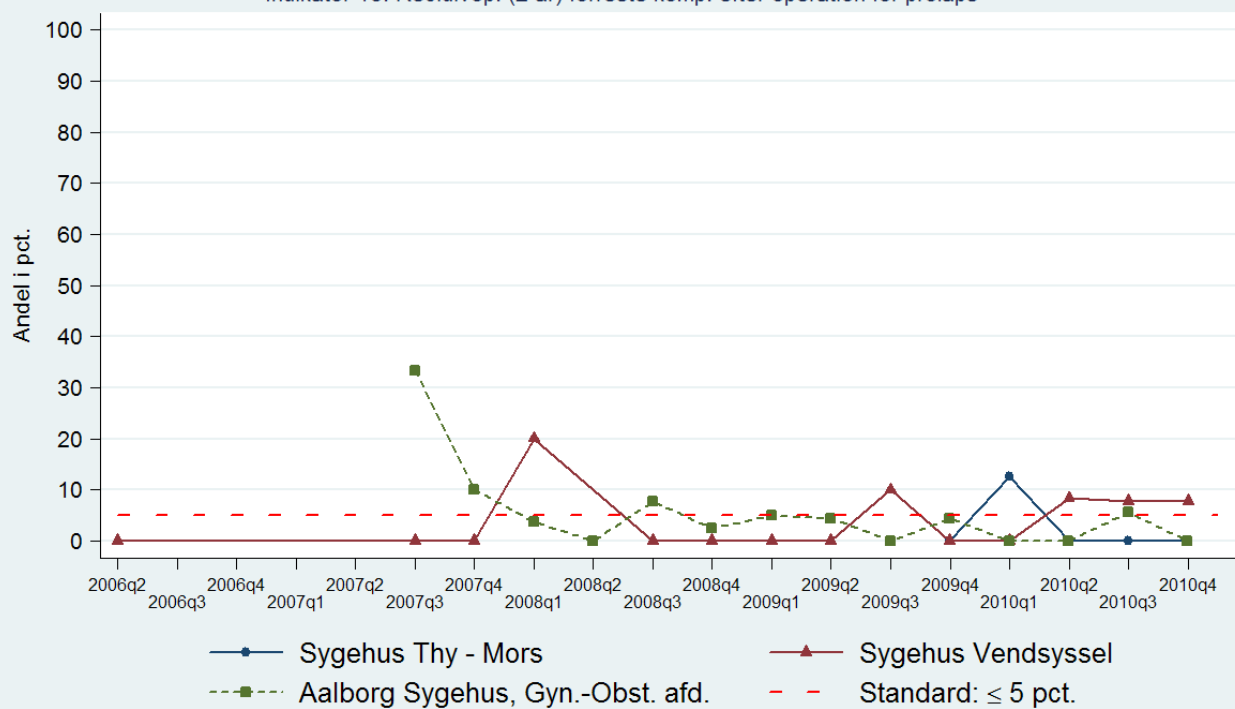
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



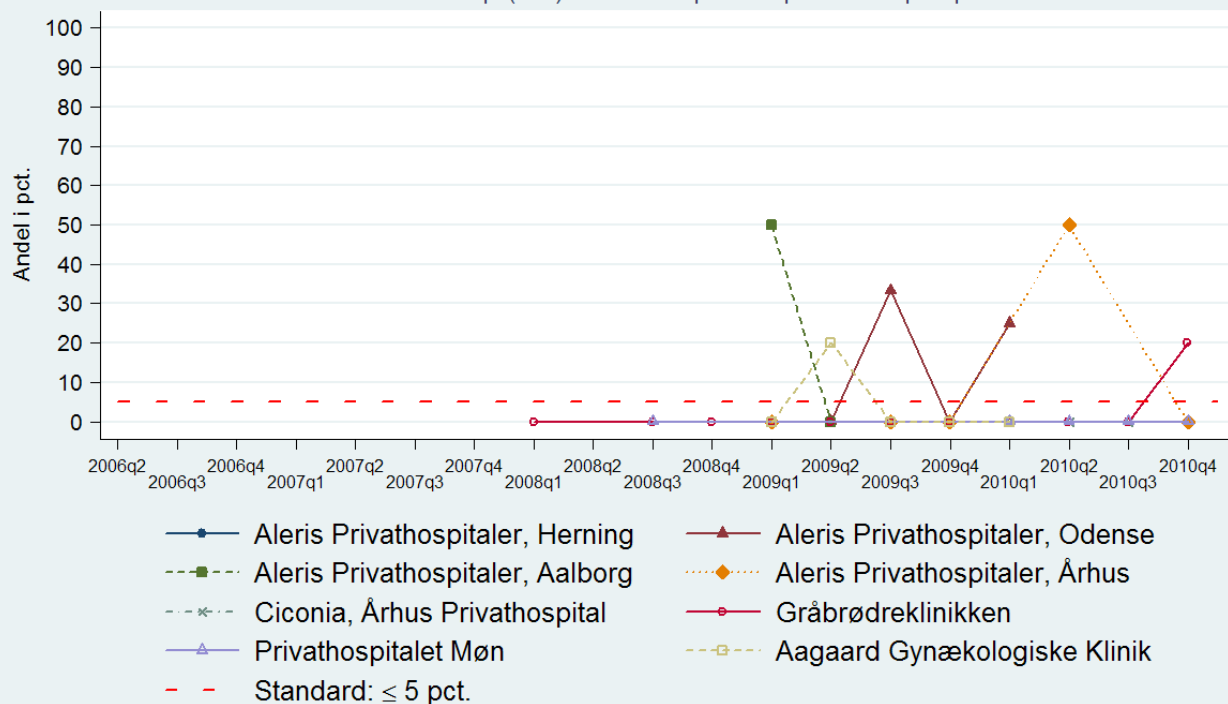
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



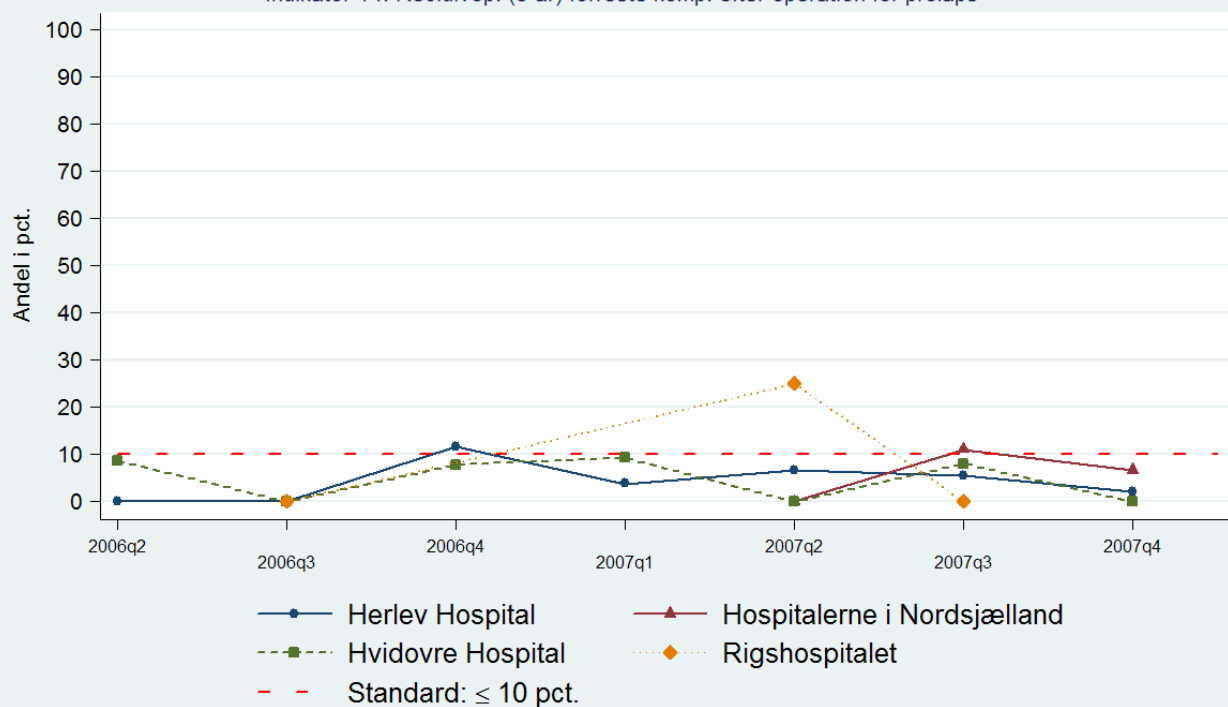
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps

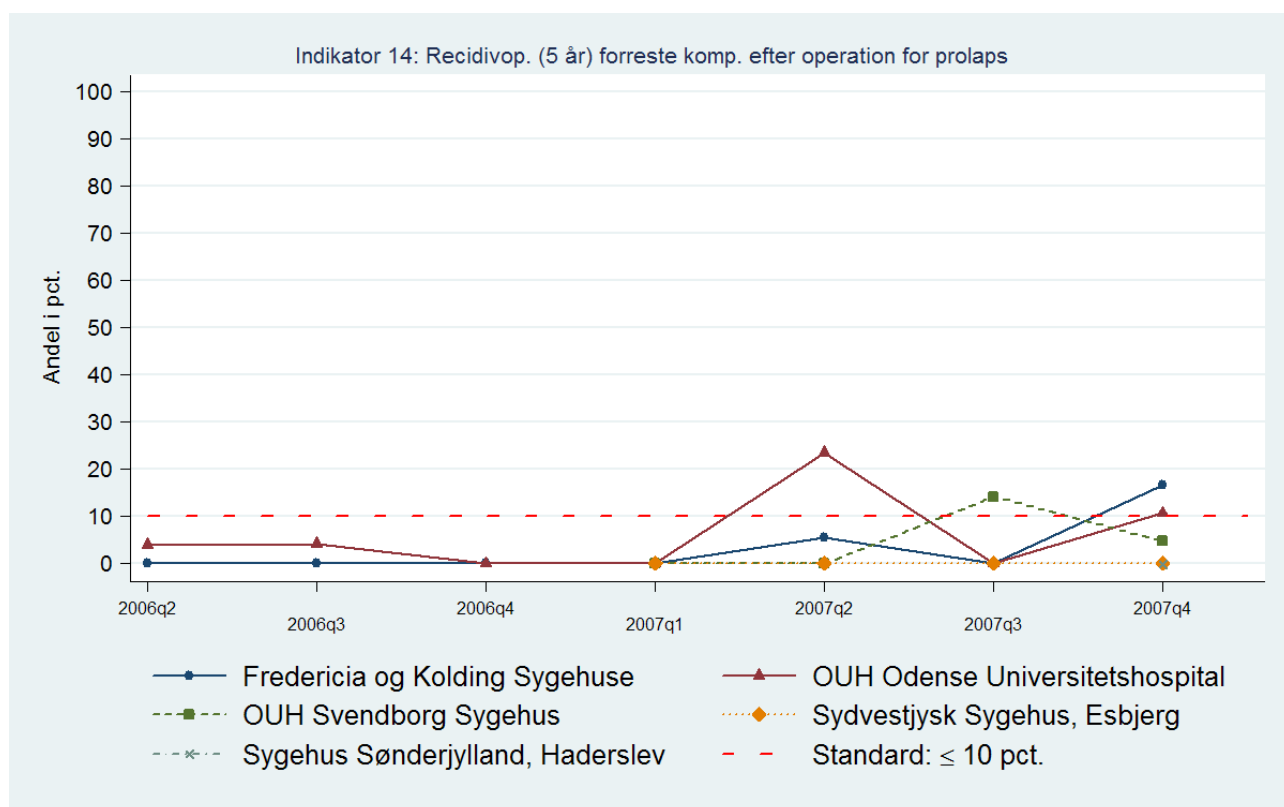
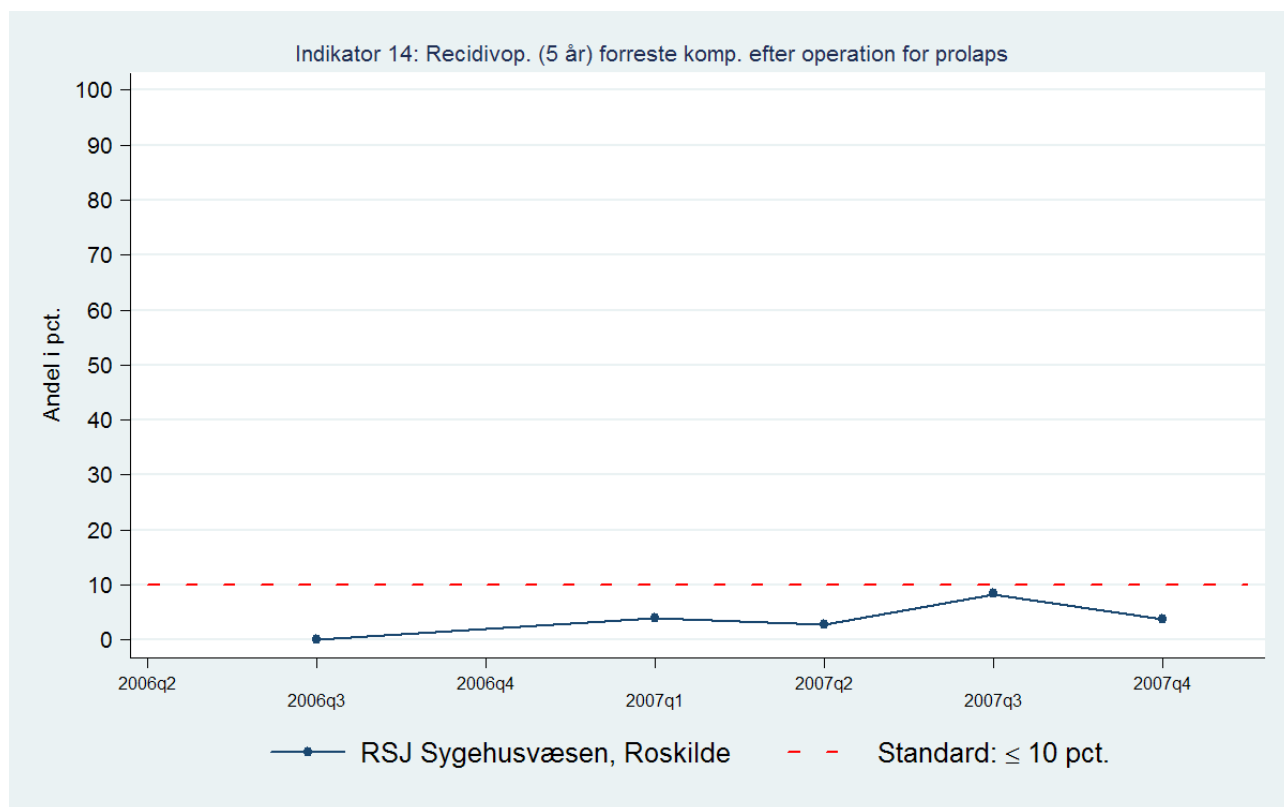


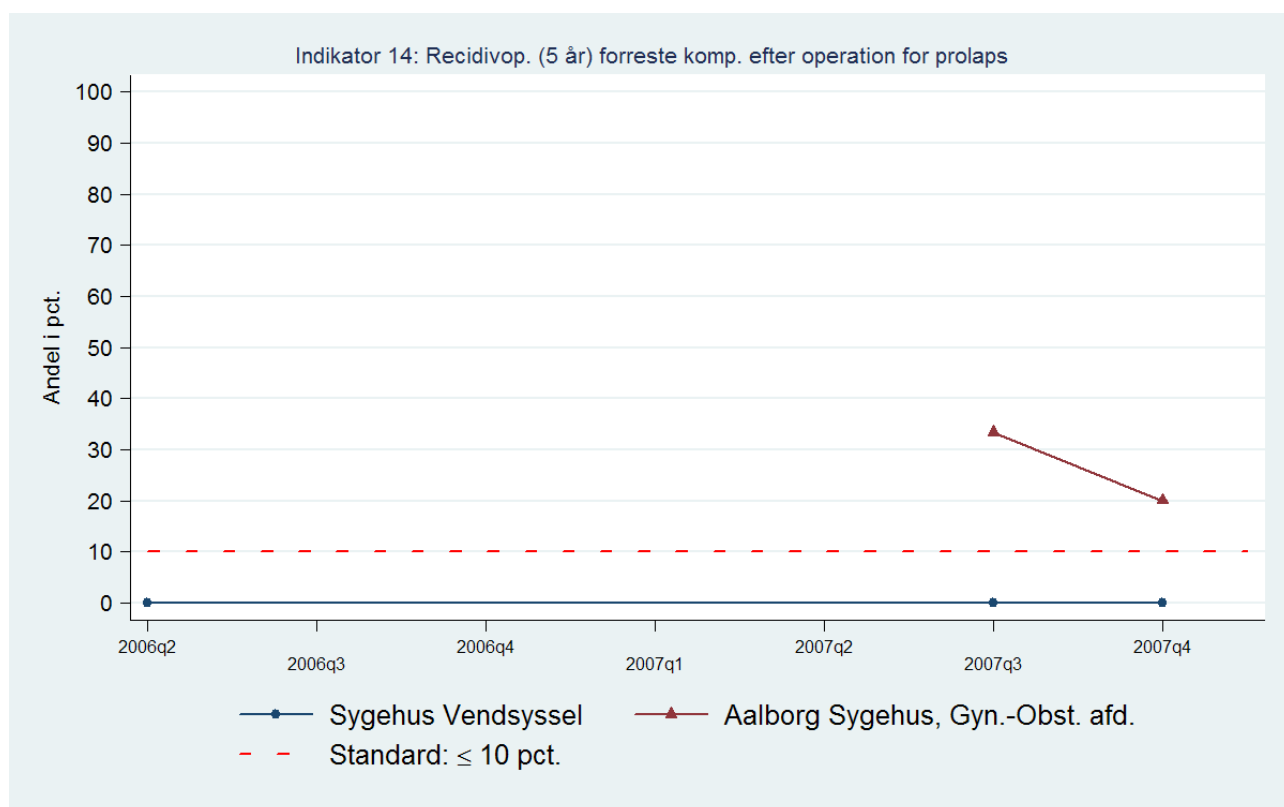
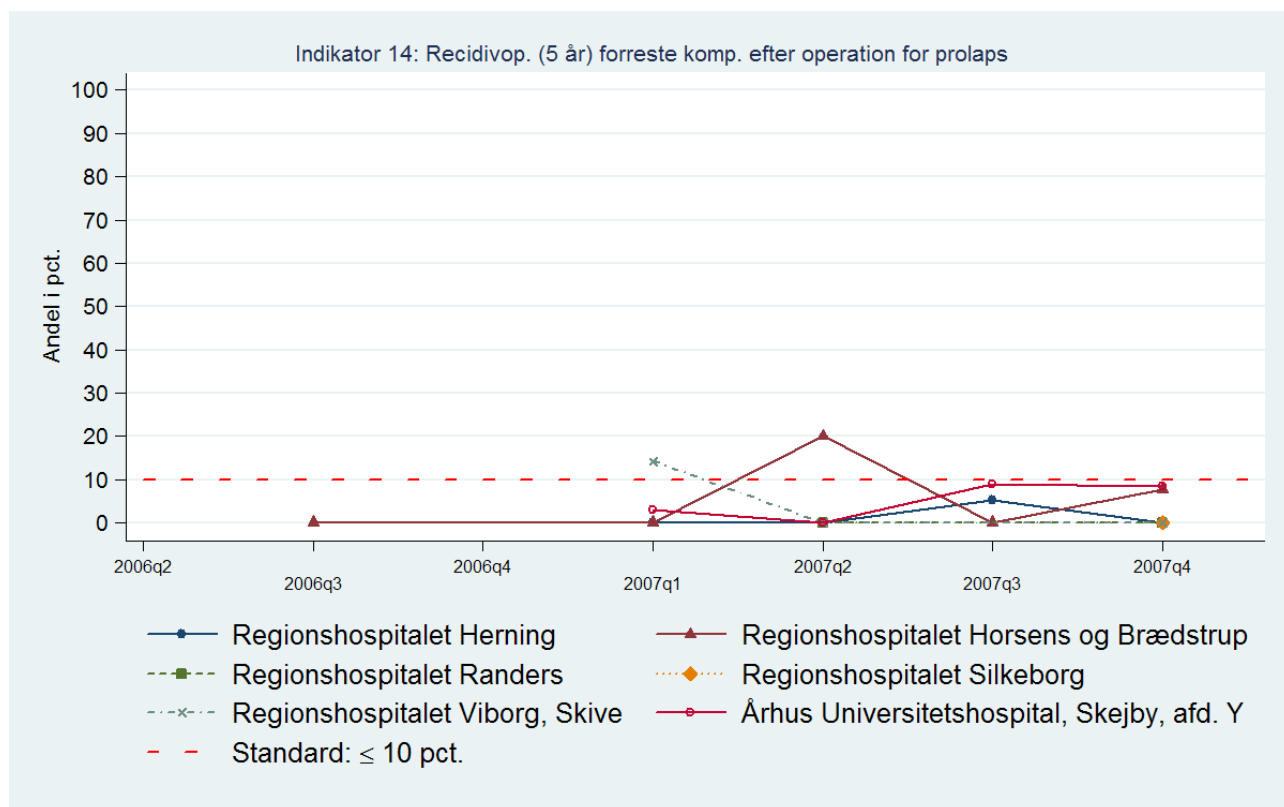
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



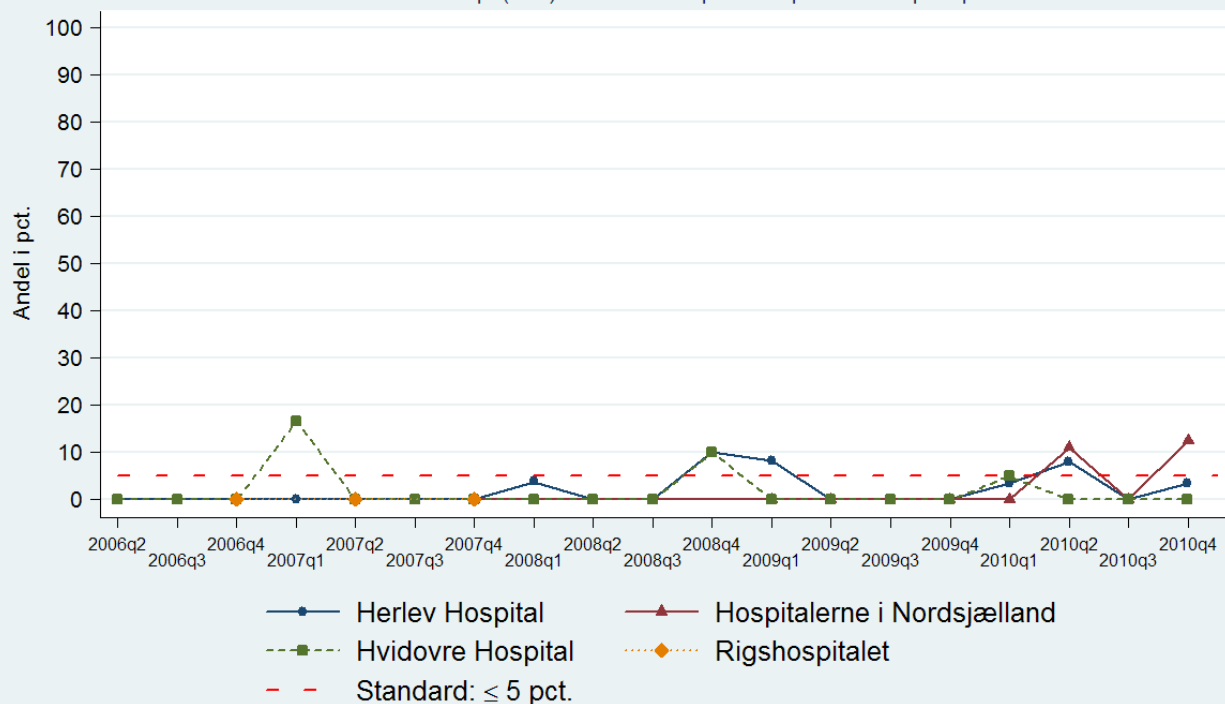
Indikator 14: Recidivop. (5 år) forreste komp. efter operation for prolaps



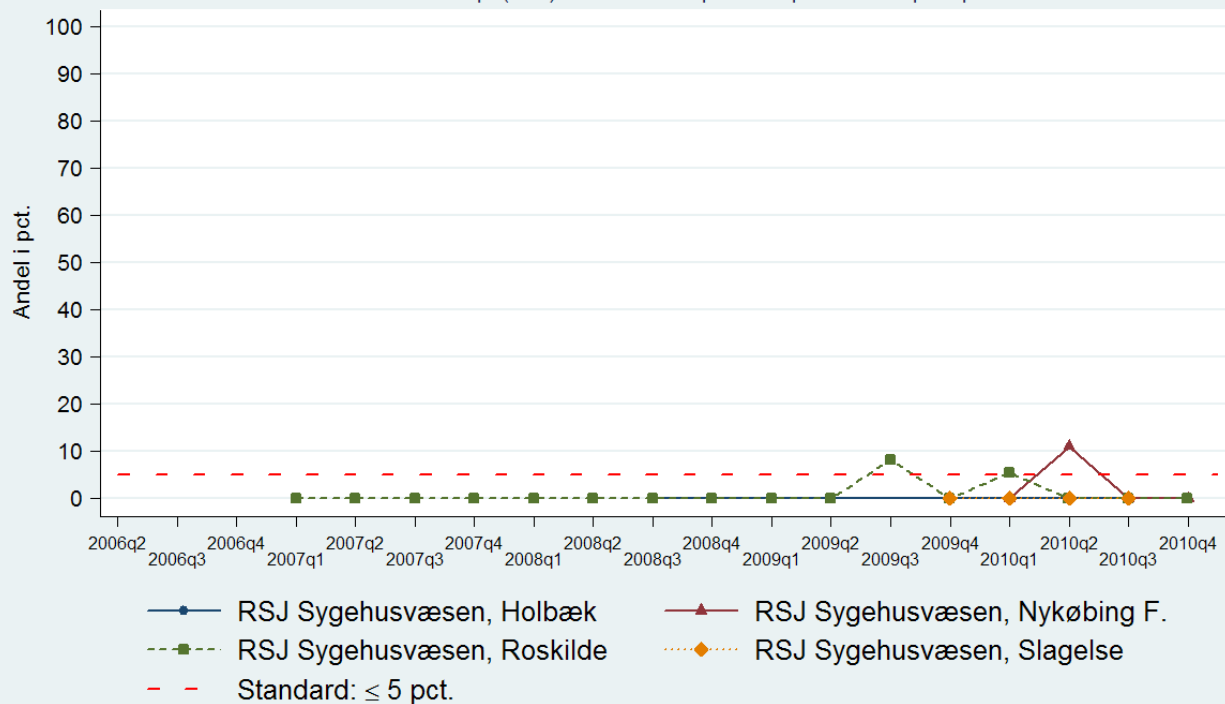




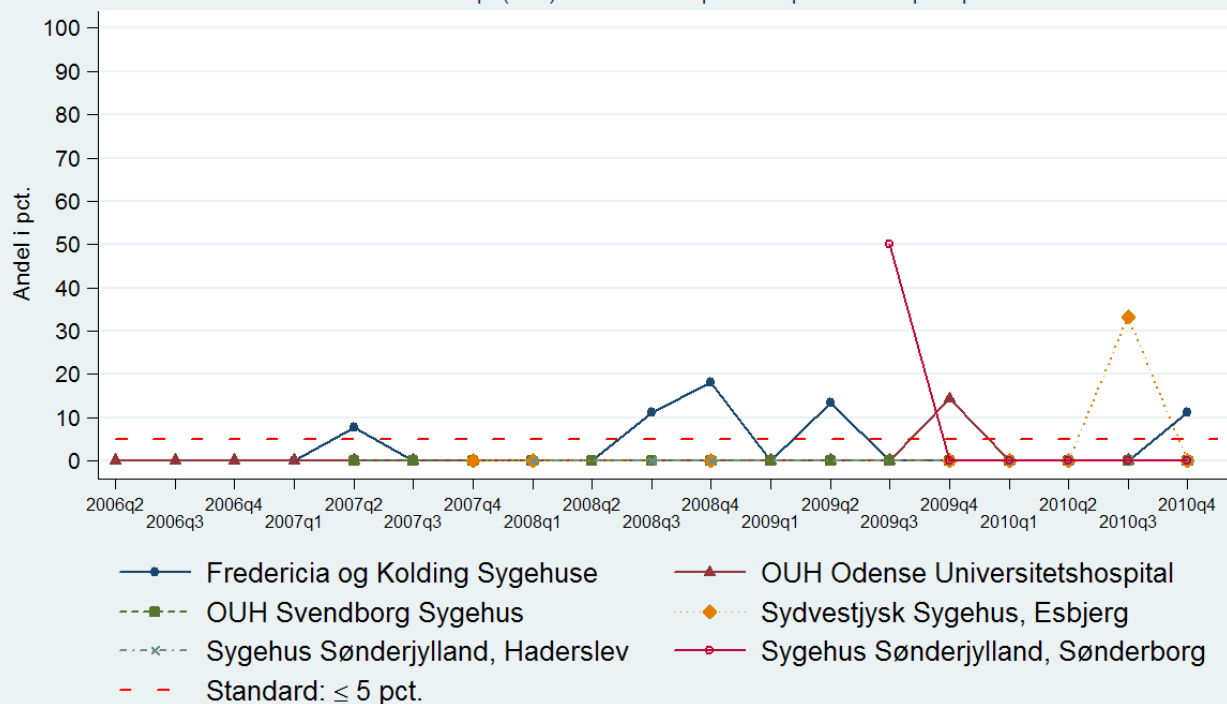
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps



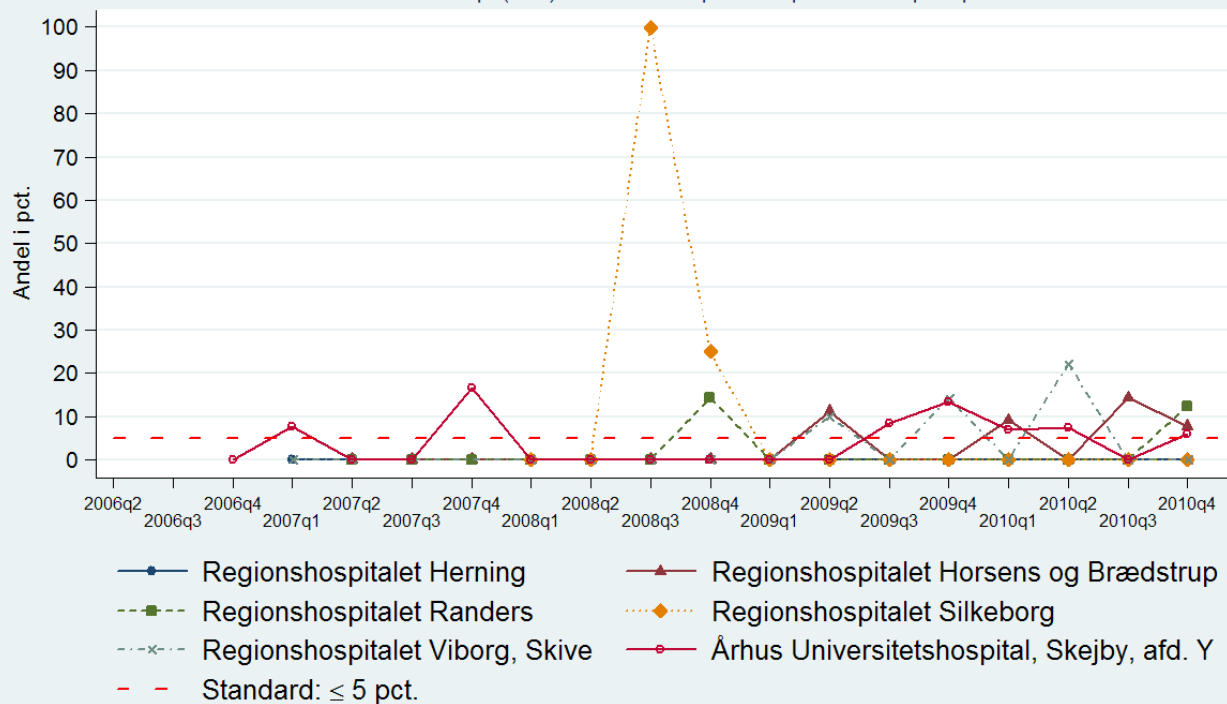
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps

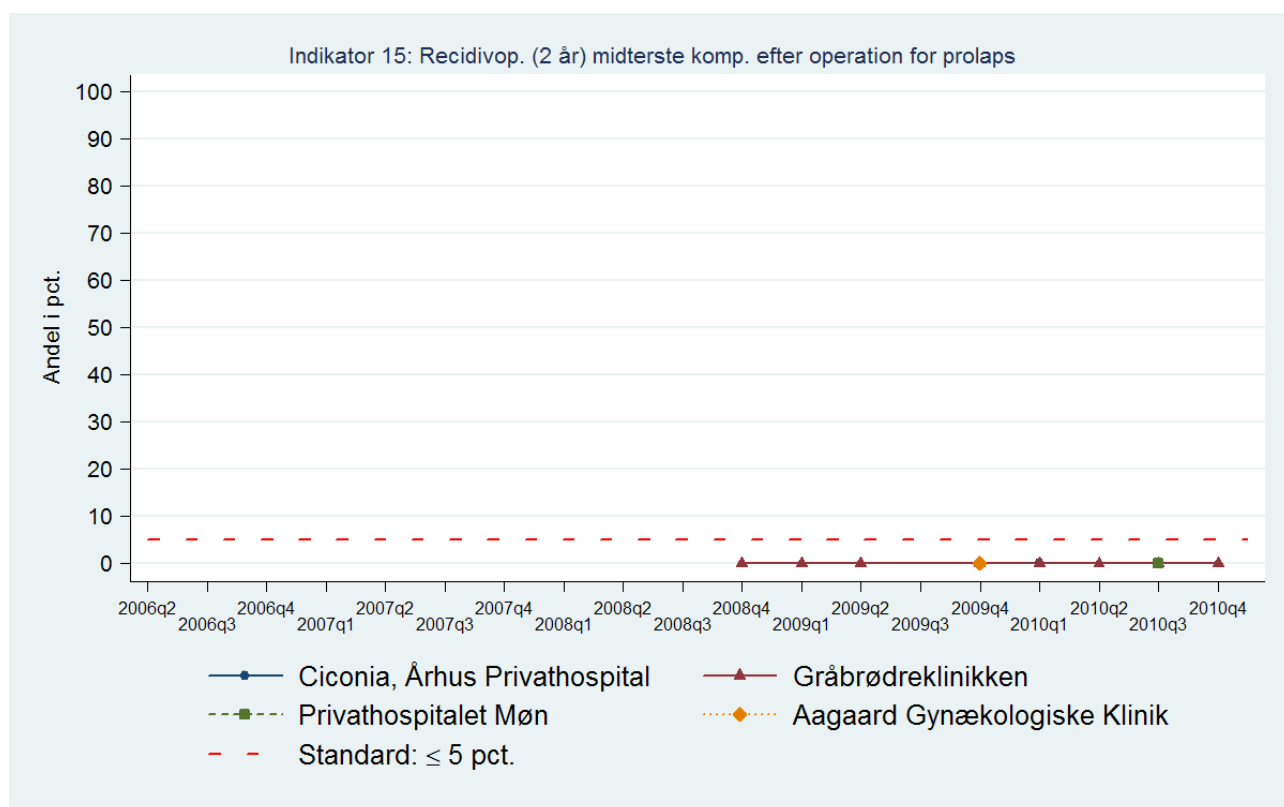
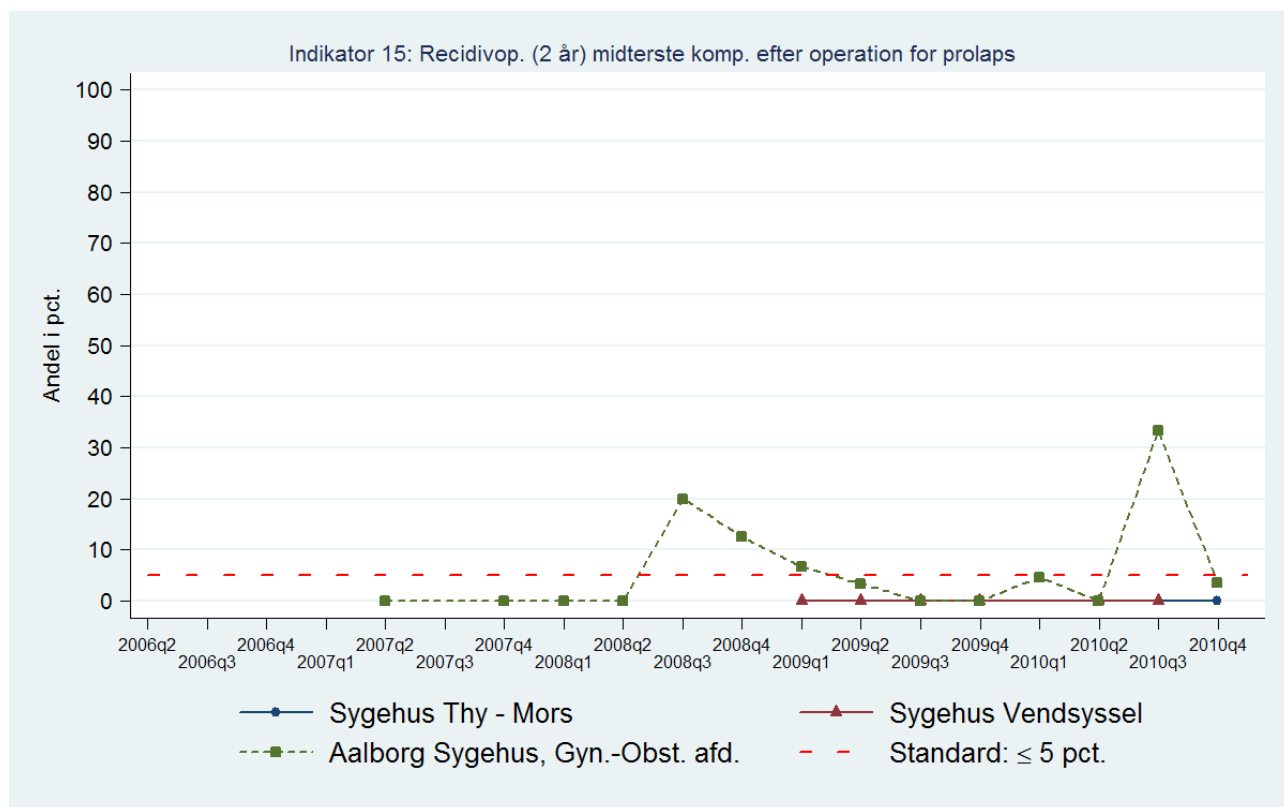


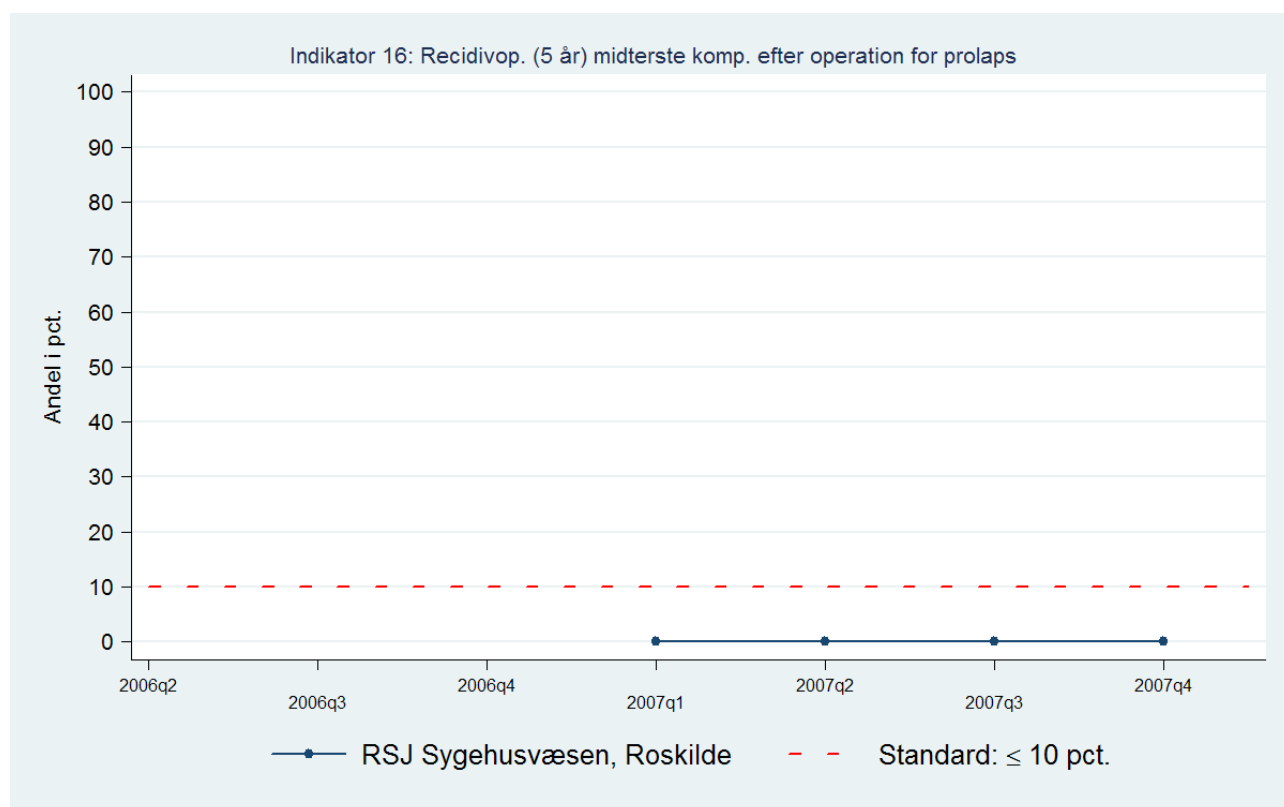
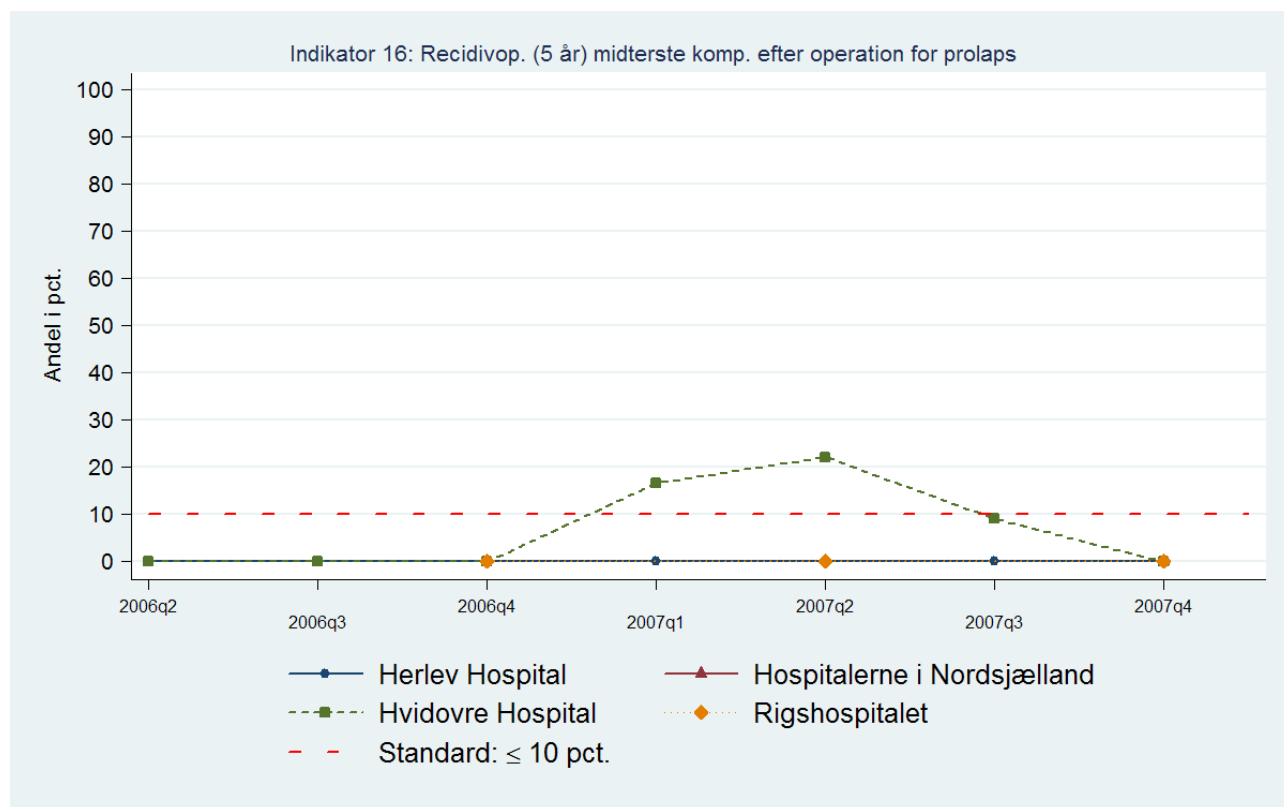
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps

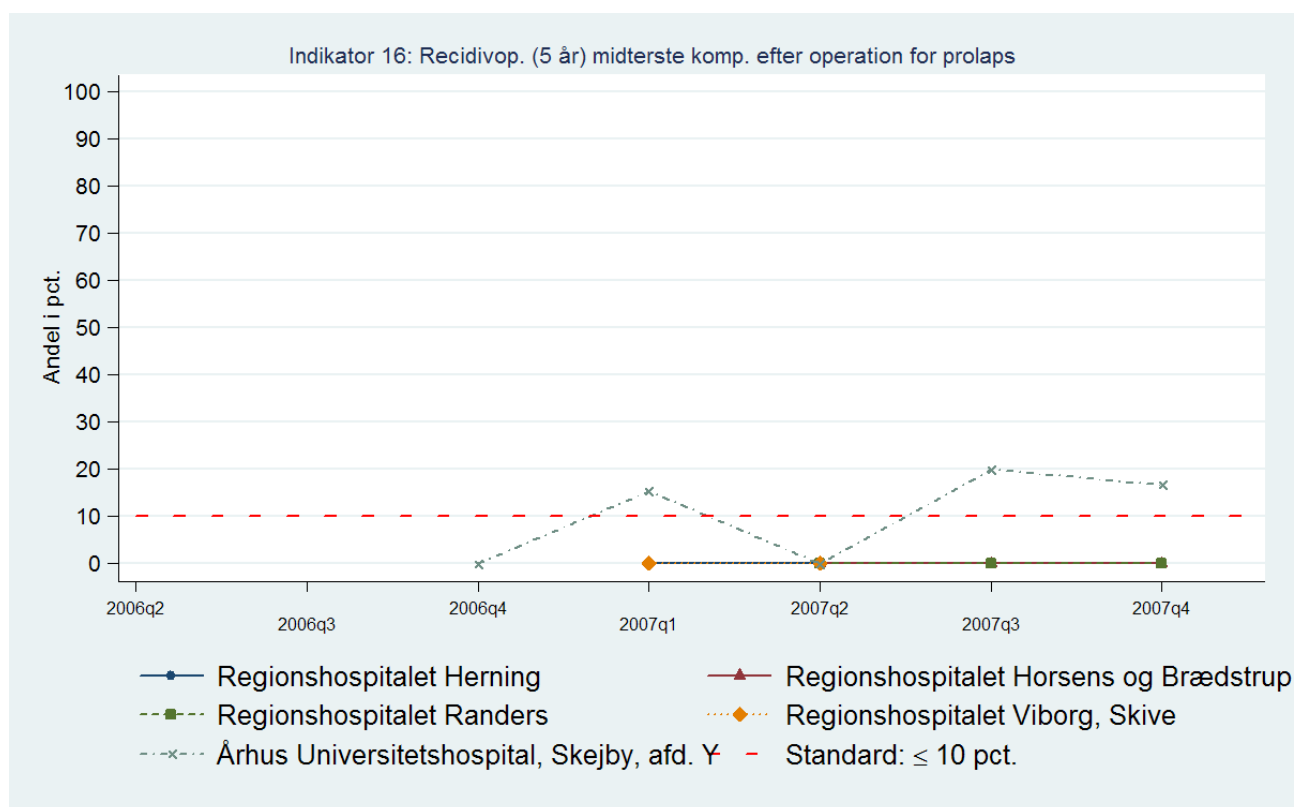
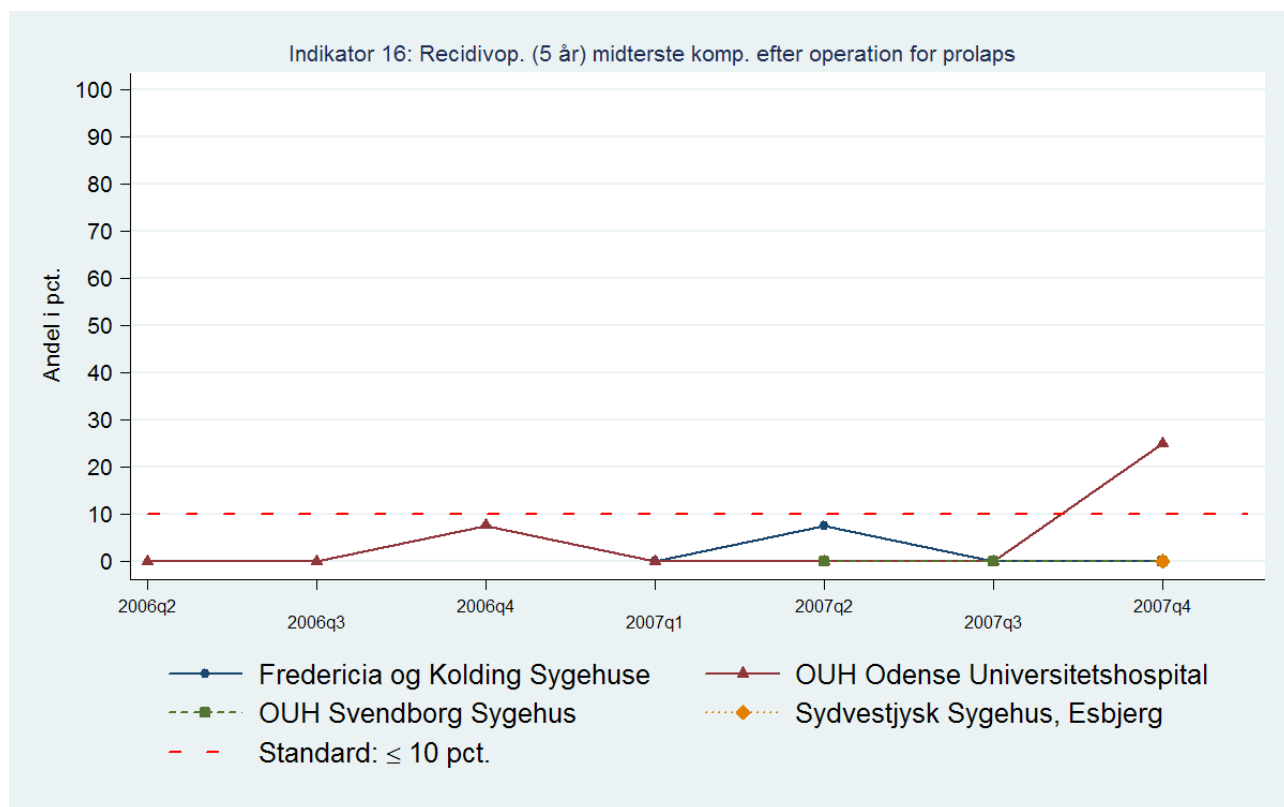


Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps

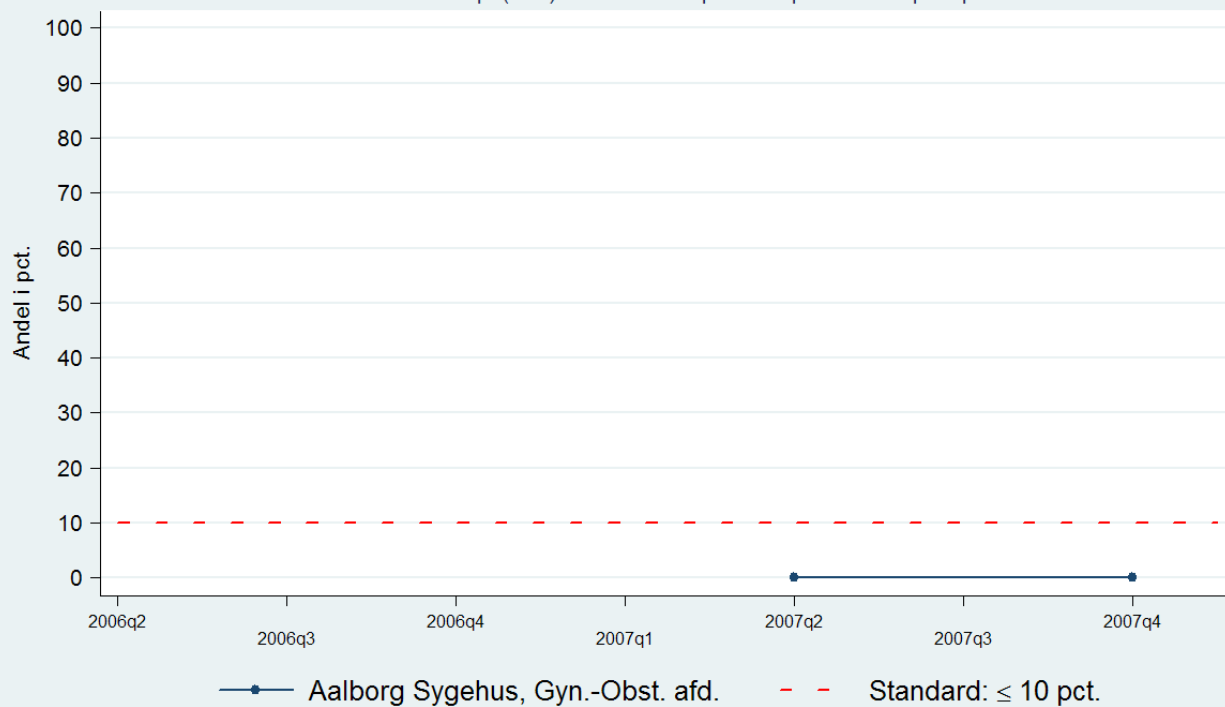




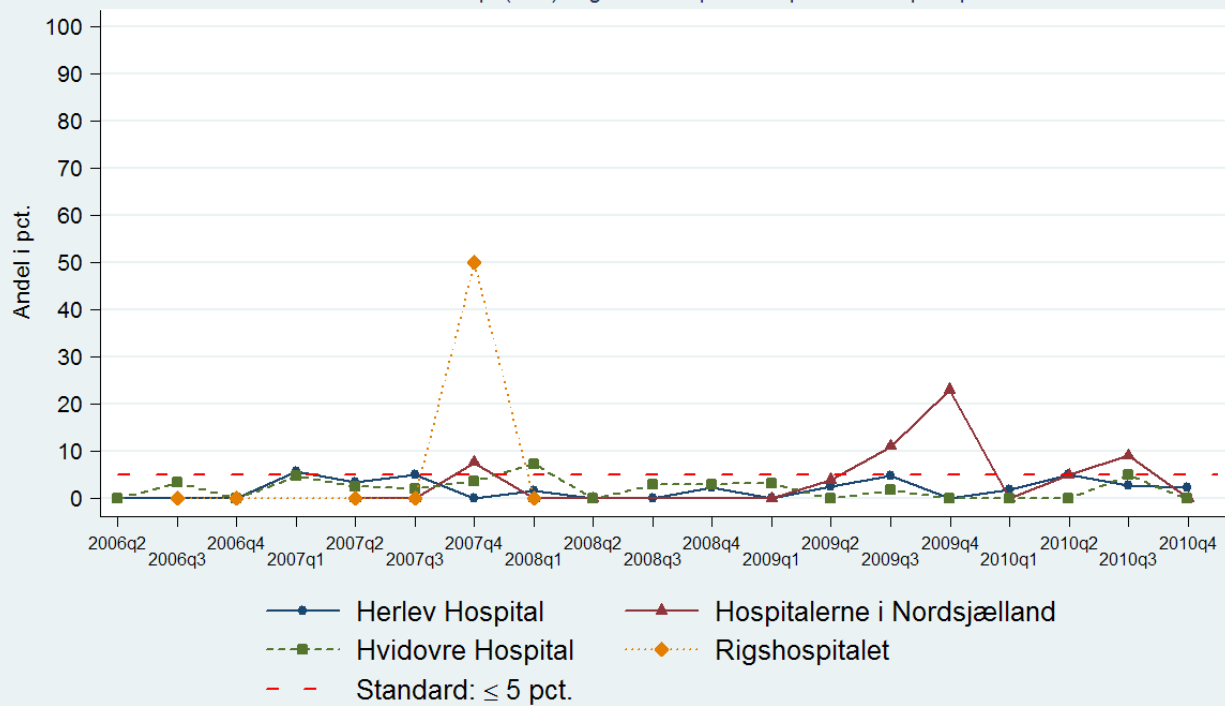


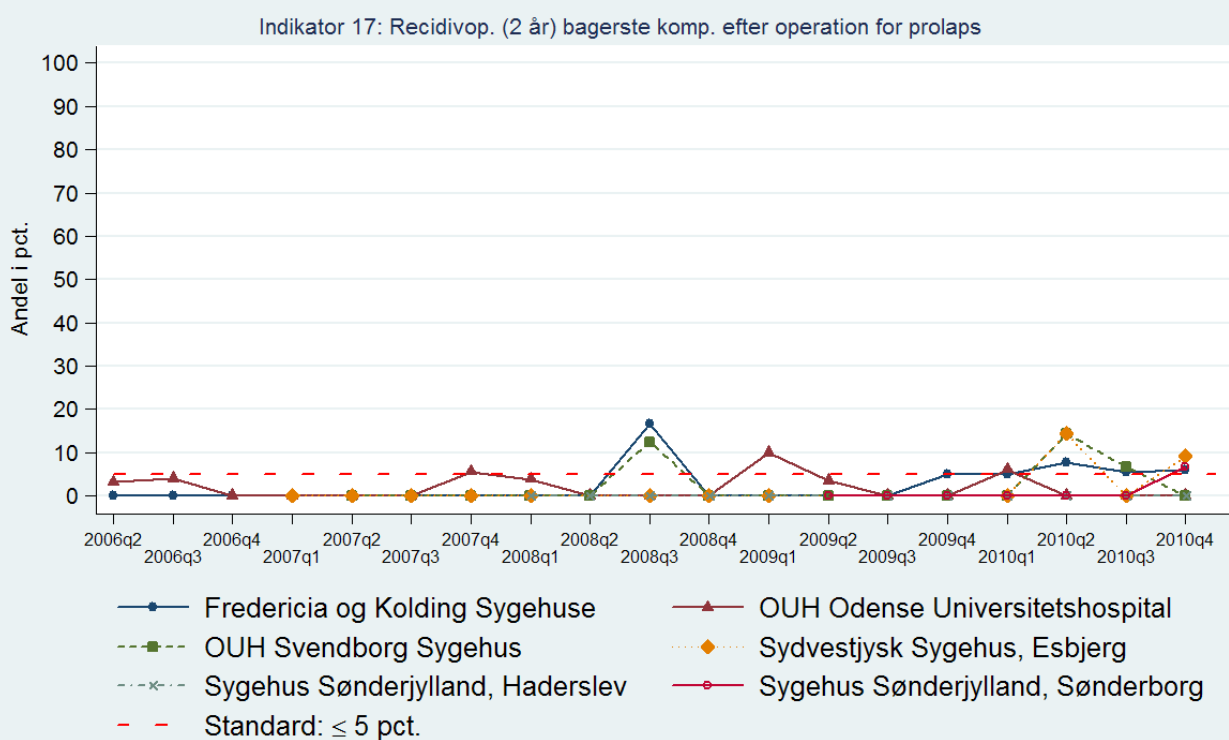
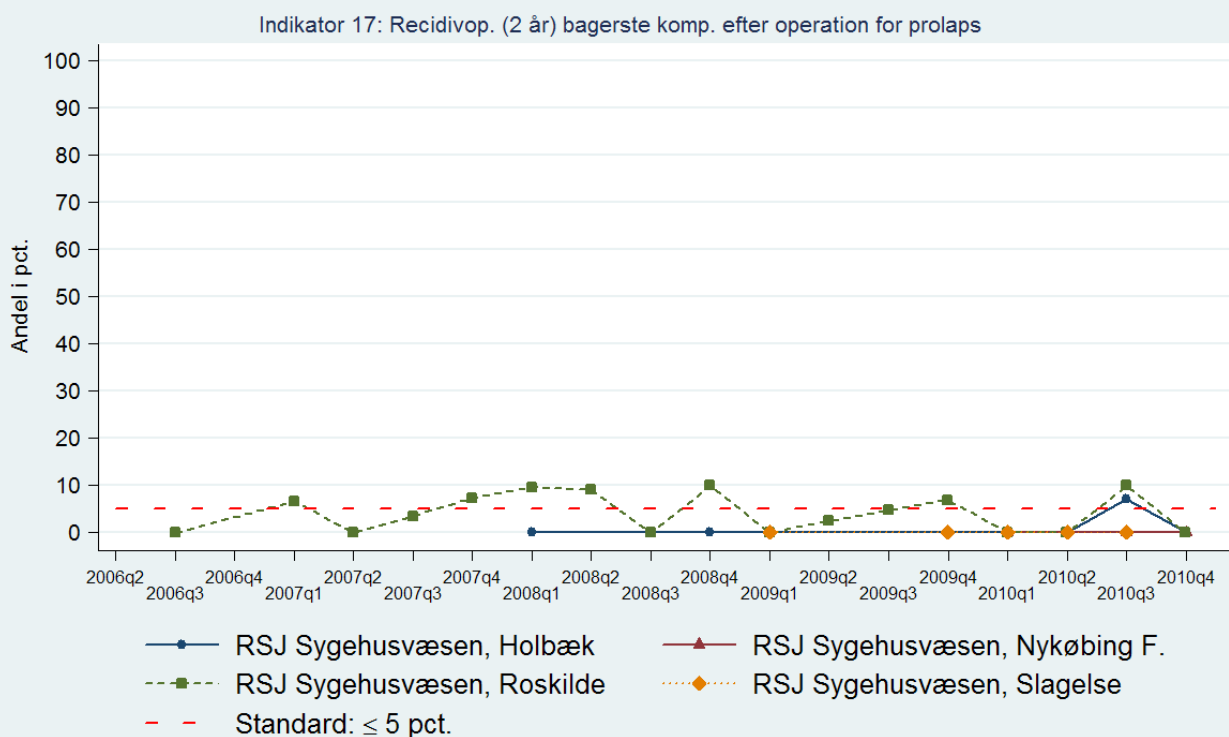


Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps

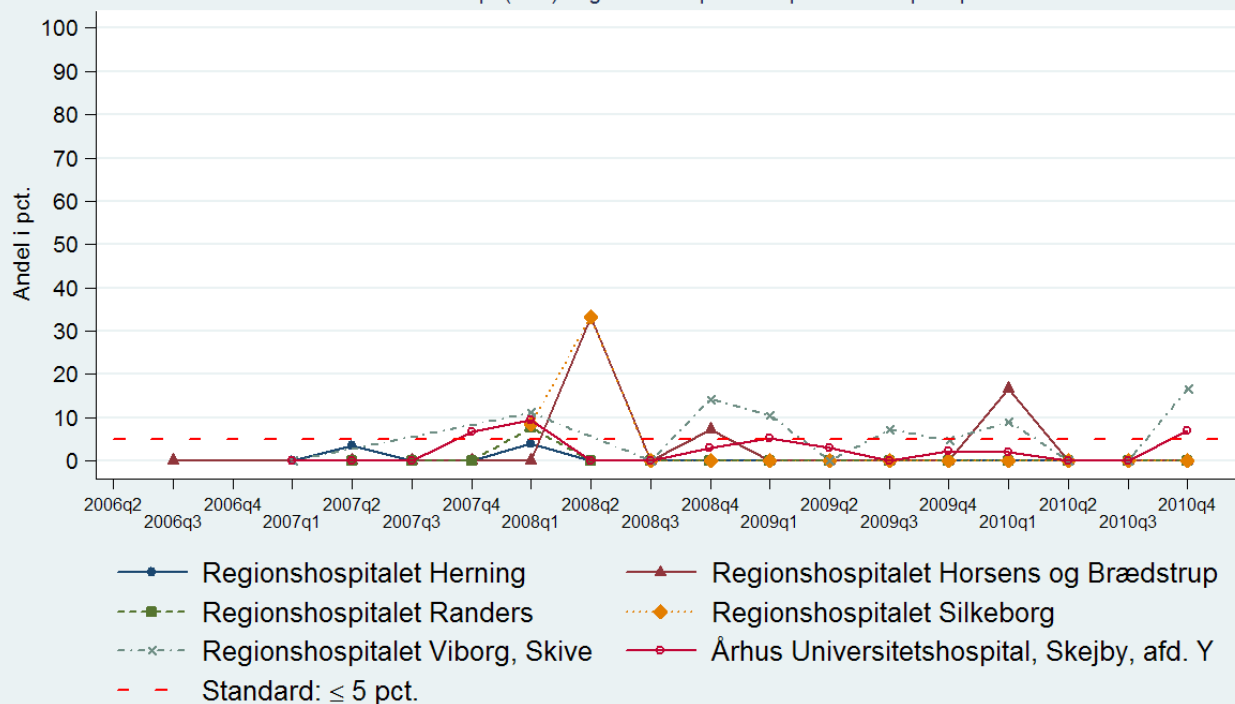


Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

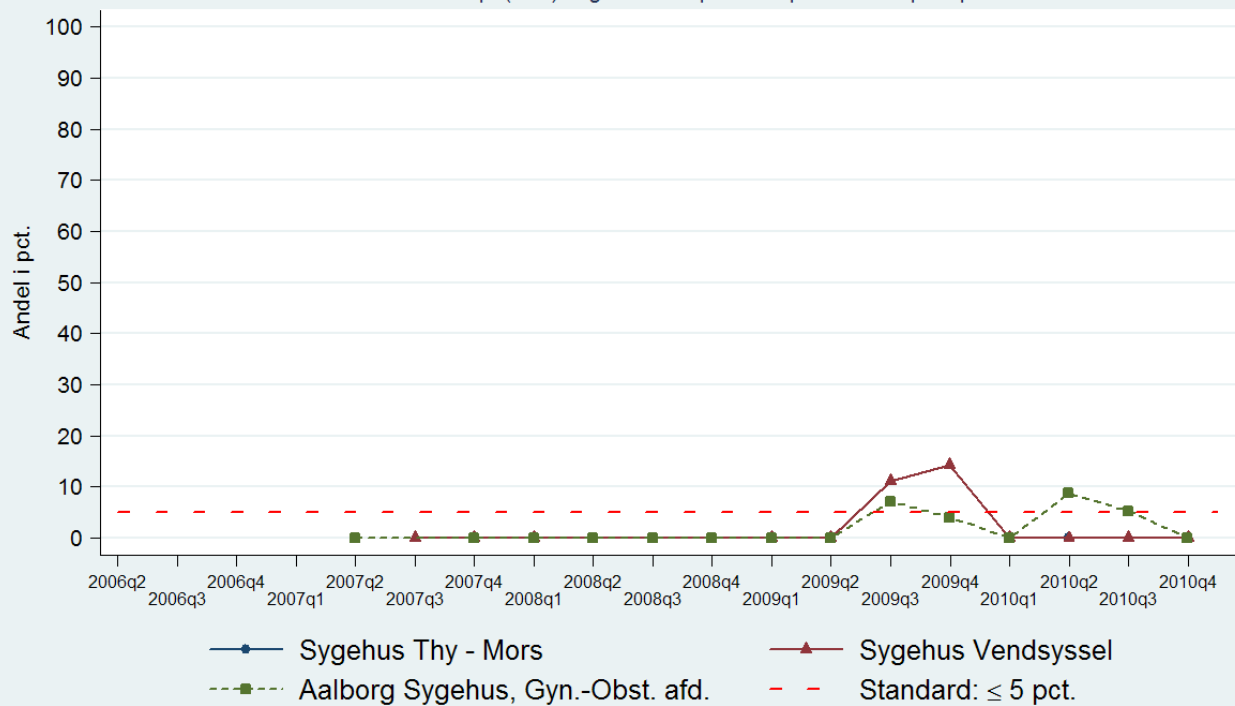




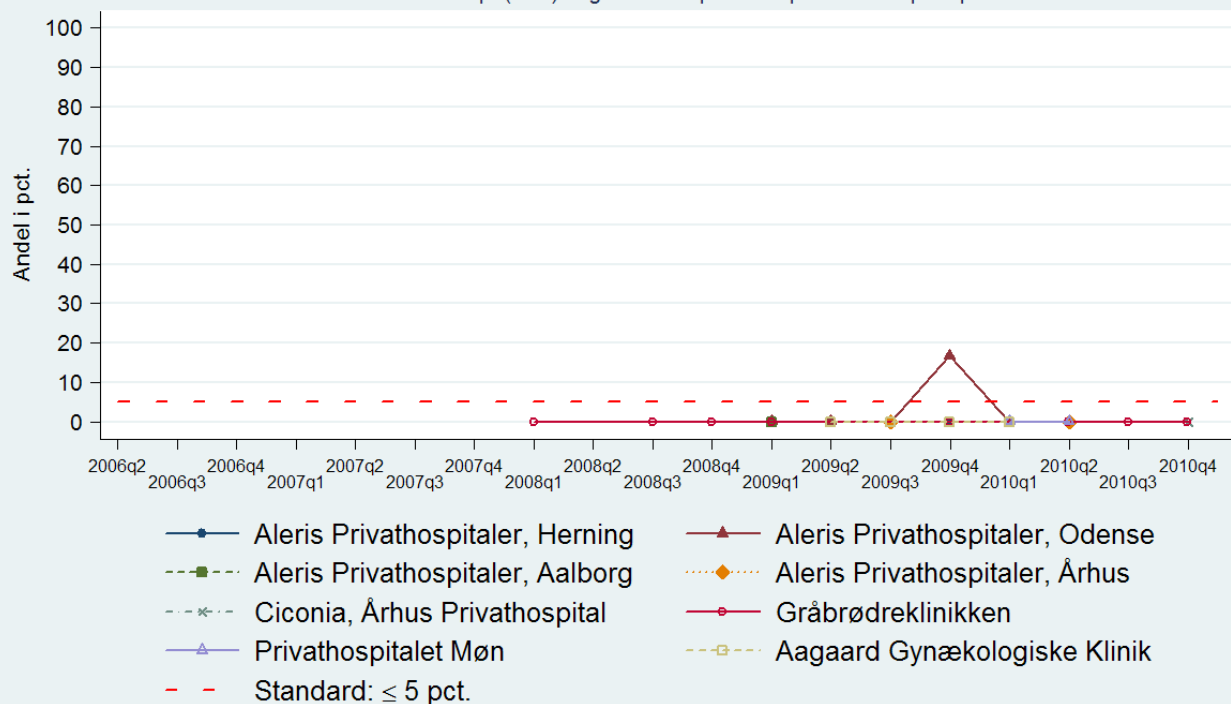
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps



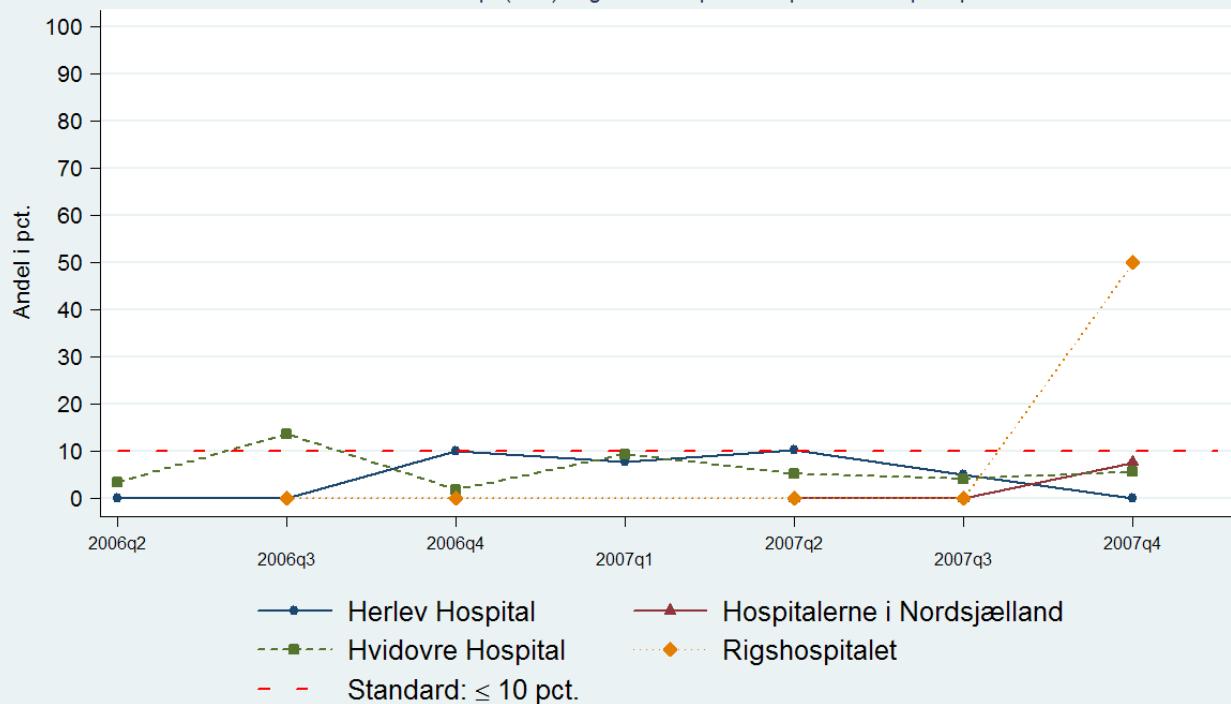
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

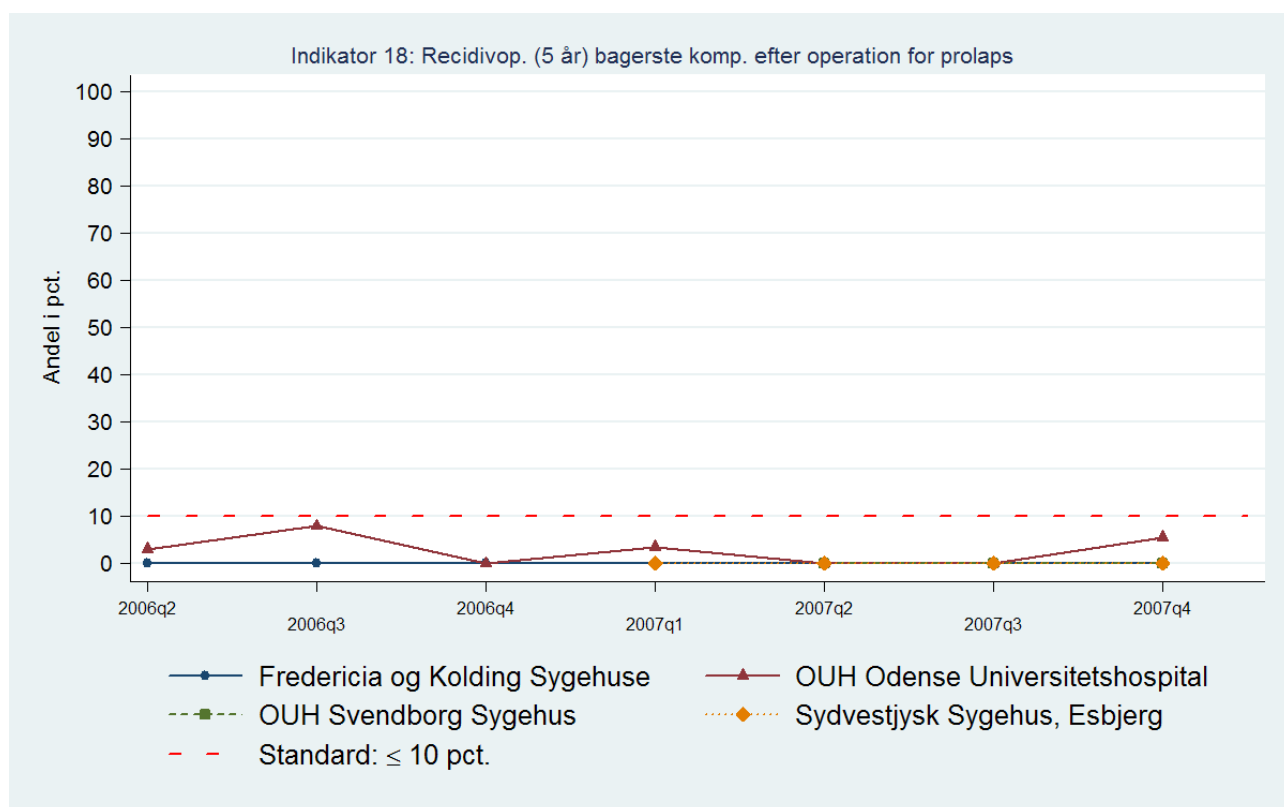
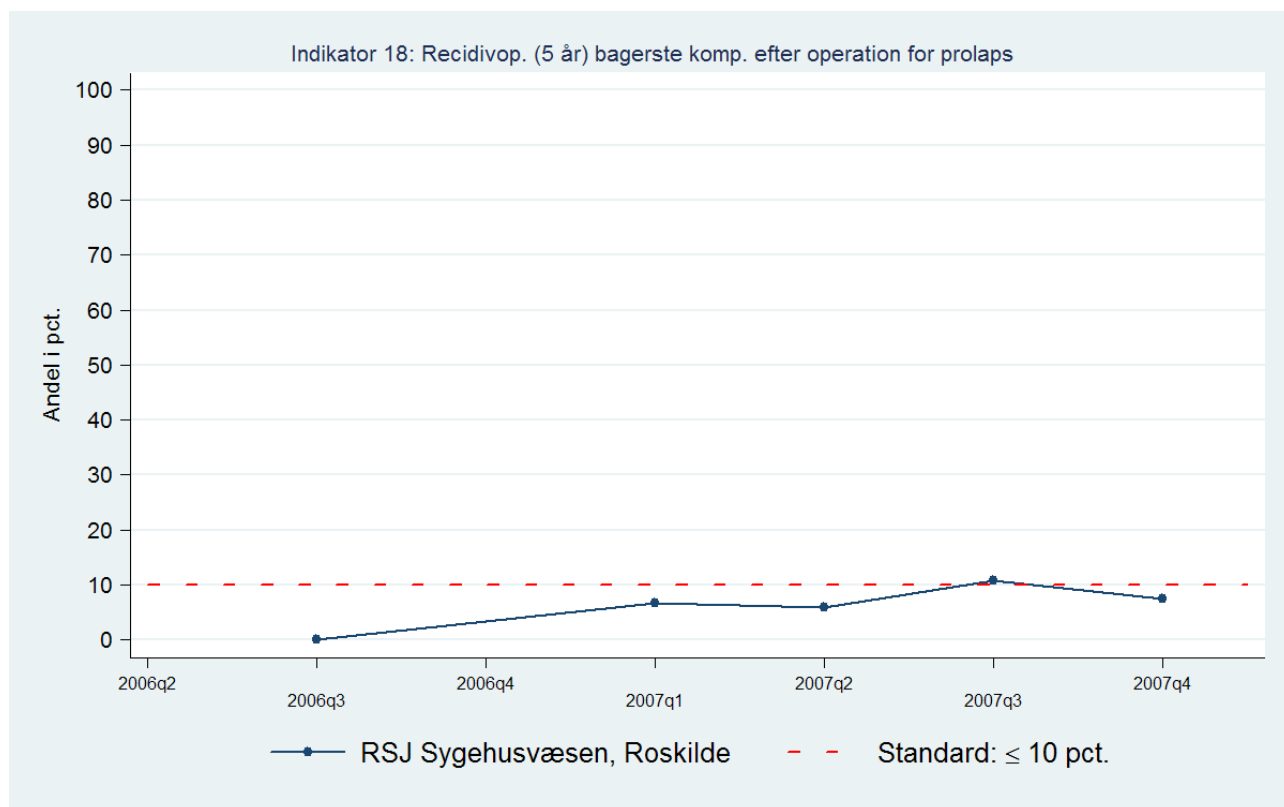


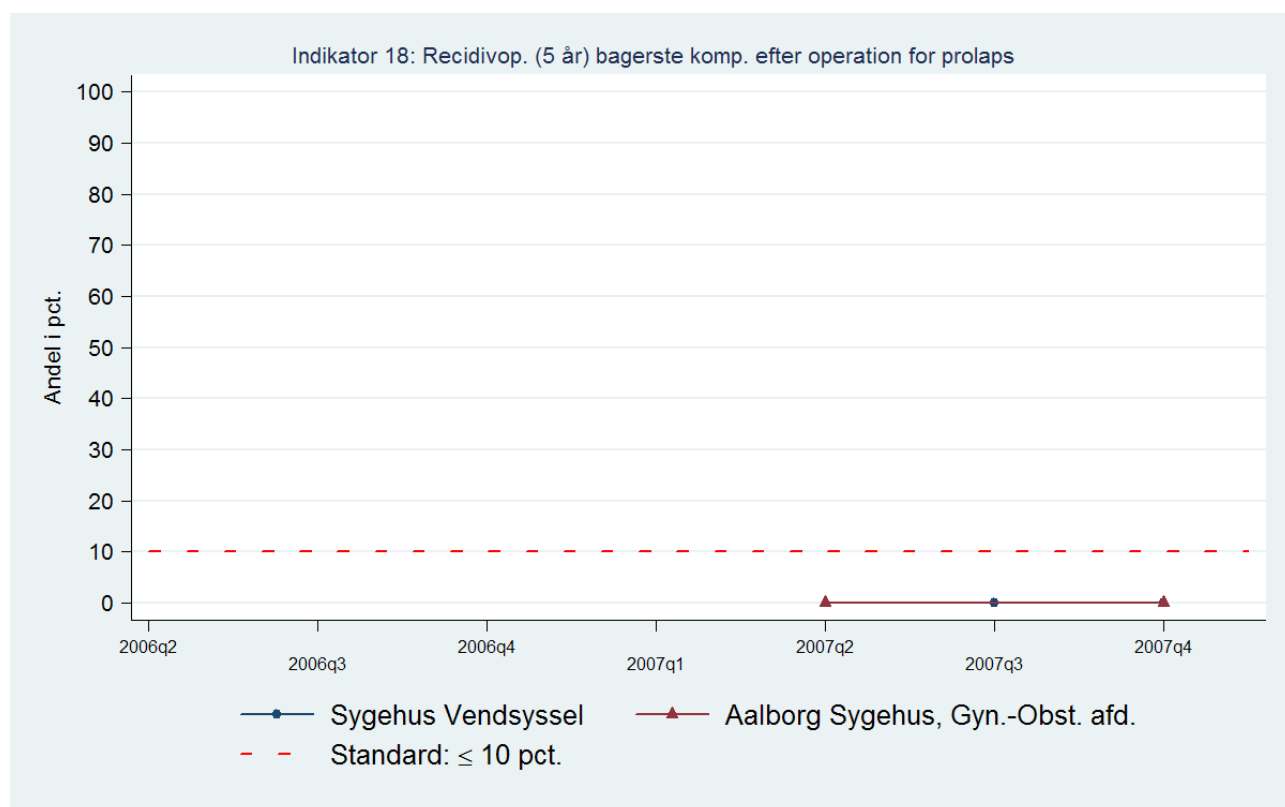
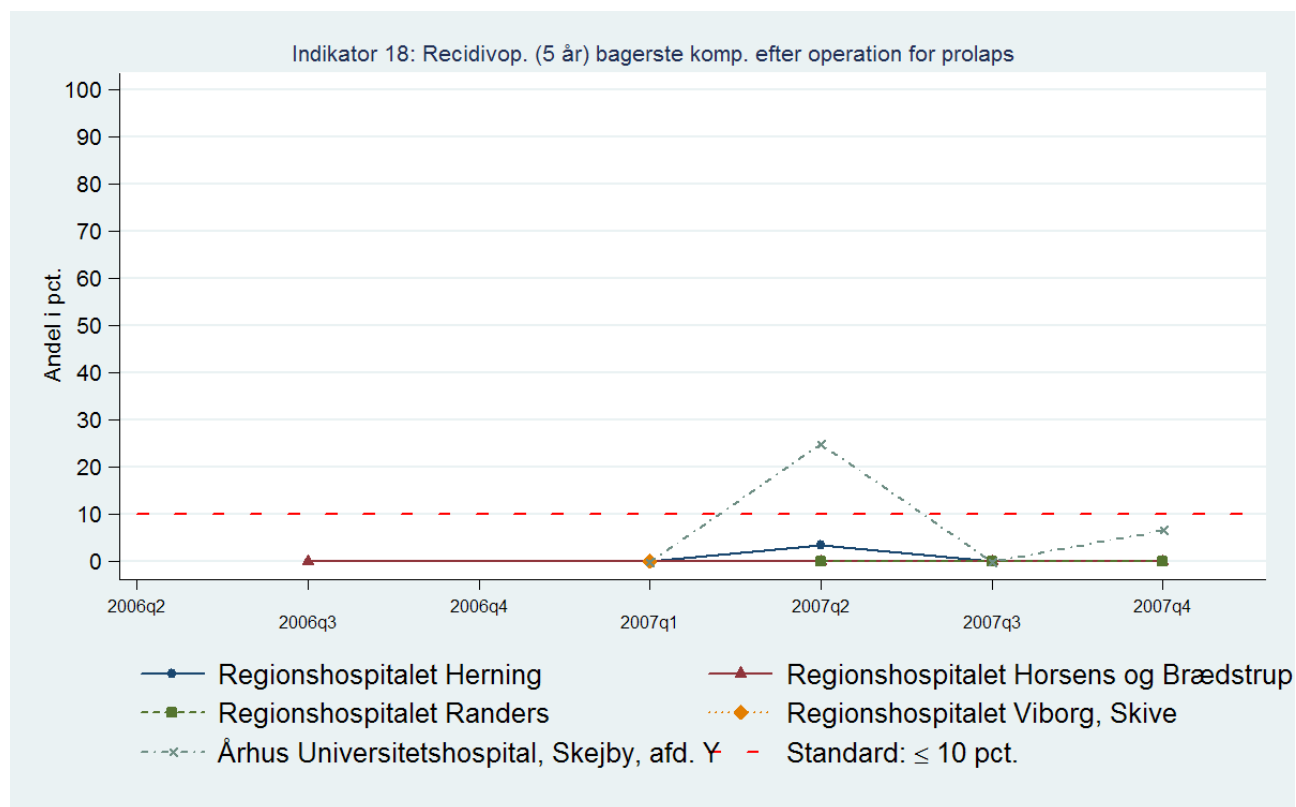
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps



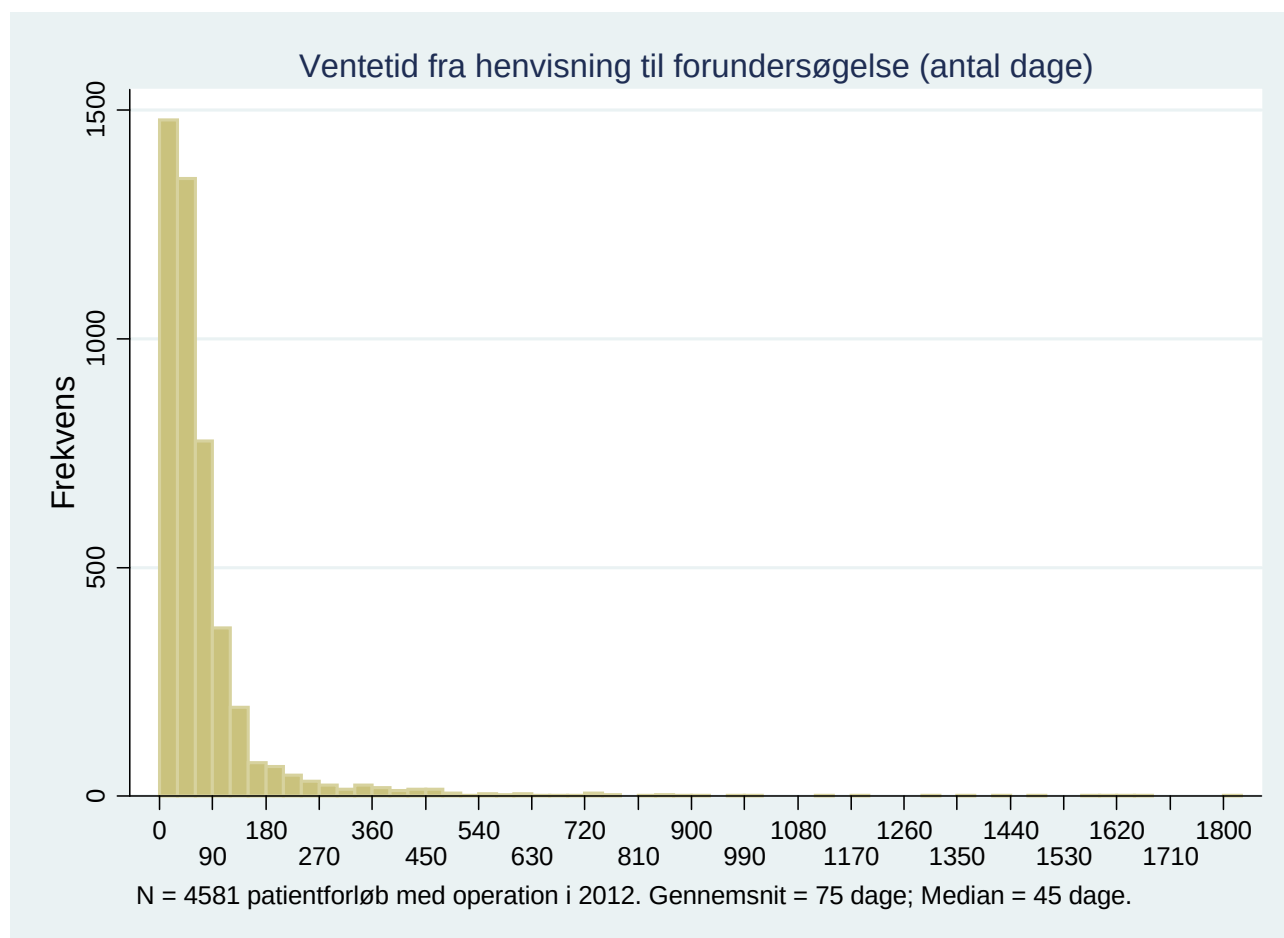
Indikator 18: Recidivop. (5 år) bagerste komp. efter operation for prolaps







Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer



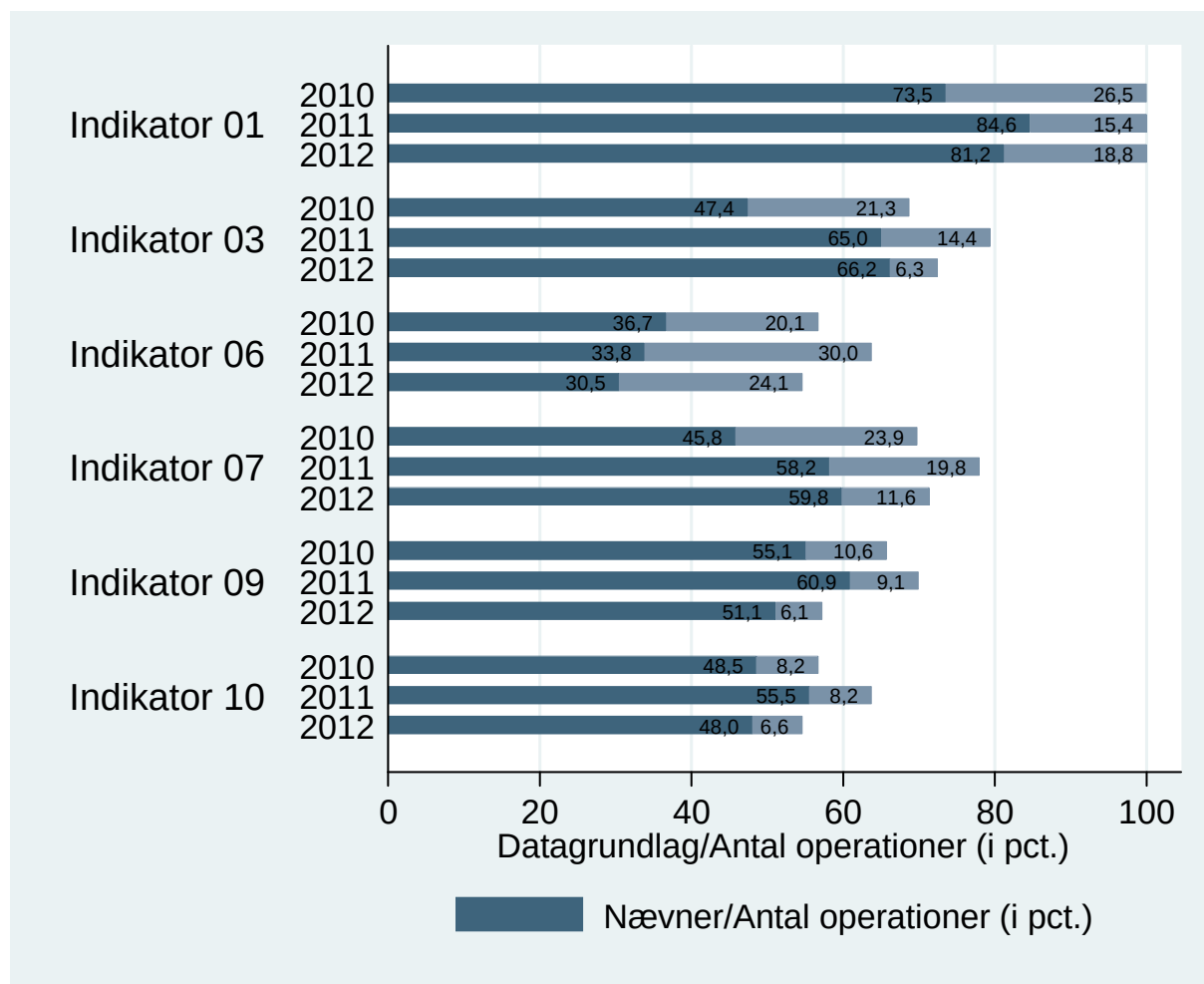
Figur B1 - Fordeling af ventetid for patienter med operation i 2012

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B1

Hver søjle repræsenterer 30 dage. Dvs. kun den første søjle opfylder standarden på højst 30 dages ventetid.

Fordelingen af ventetider er kraftigt "skewed to the right", hvilket blandt andet afspejles af, at den gennemsnitlige ventetid på 75 dage er noget højere end den mediane ventetid på 45 dage.

Antal patienter falder jævnt, især i 0-180 dages perioden, og de fleste patienter venter højst 180 dage. Der ses dog en "hale" af ventetider, som er længere end 180 dage.



Figur B2 - Potentiel datakomplethed for alle patientforløb med operation i 2010-2012, for udvalgte indikatorer

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B2

I forrige DugaBase årsrapporter har man for alle indikatorer, undtagen indikator 1, vist to tal i oversigtstabellerne, som potentielt kan indgå som nævnere:

- "N", som angav antal relevante operationer i perioden
- "Datagrundlag", som angav antal relevante operationer i perioden for hvilke et efterkontrolskema (patientens for indikator 3 og 7; lægens for indikator 6, 9 og 10) var udfyldt

DugaBase styregruppe har fra databasens start valgt at bruge "Datagrundlag" som nævner til beregning af datakompletheden. Dette er bibeholdt i denne årsrapport, hvor "N" heller ikke er vist i tabellerne, idet disse nu følger RKKP's skabelon for årsrapporter. Ideelt set bør alle operationer føles op af både patientens og lægens efterkontrolskema, og for at give et mere fuldstændigt billede af dette forhold vises Figur B2.

I Figur B2 angiver x-aksens 100% alle relevante operationer i perioden. Hele søjlen (dvs. både den mørke og den lyse del) angiver kolonne "Datagrundlag" divideret med kolonnen "N" (der henvises til forrige årsrapporter). Den mørke del af søjlen angiver andelen af relevante operationer, som indgår i indikatorens nævner (indikatorstabellernes kolonne "Relevante patientforløb" divideret med kolonnen "N", som vist i forrige årsrapporter). Til sammenligning vises data både for 2010, 2011 og 2012.

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 6, 9 og 10).

For eksempel ses for indikator 3, at i 2012 har 72,5% (66,2% + 6,3%) af de opererede udfyldt et efterkontrolskema, men kun 66,2% af de opererede (mørke del af søjlen, med angivelse af 66,2) har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål, hvilket betyder, at 6,3% af de opererede (lyse del af søjlen, med angivelse af 6,3) 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 2012. Dog finder de fleste efterkontroller sted indenfor 120 dage efter operationen (jf. "Appendiks 3: Supplerende statistik", Figur B6 og Figur B7), og data er frosset d. 7. april 2013 (dvs. 98 dage efter årsskiftet). Derfor er der stadig plads til forbedringer mht. at kunne inkludere flere patienter i indikatorerne 3, 6, 7, 9 og 10 i forhold til de nuværende andele, som ligger i området fra 54,6% til 79,4%. 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.

Når de 3 år sammenlignes er der for indikatorerne 3, 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 varierer noget mellem de 3 år, men der ses ingen tydelige tendenser til markant forbedring eller forværring.

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

De følgende 5 tabeller viser ovenstående i tabelform, opdelt på regioner og afdelinger.

Tabel B1 - Antal urininkontinensoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 3 i 2012 (operation og patientens efterundersøgelsesskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	1.386	1.004	917	91,3	66,2
Hovedstaden	254	223	205	91,9	80,7
Sjælland	246	184	175	95,1	71,1
Syddanmark	346	211	172	81,5	49,7
Midtjylland	301	206	198	96,1	65,8
Nordjylland	210	158	155	98,1	73,8
Privathospitaler	29	22	12	54,5	41,4
Hovedstaden	254	223	205	91,9	80,7
Herlev Hospital	108	106	105	99,1	97,2
Hospitalerne i Nordsjælland	77	61	59	96,7	76,6
Hvidovre Hospital	69	56	41	73,2	59,4
Sjælland	246	184	175	95,1	71,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	5	5	2	40,0	40,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	165	133	129	97,0	78,2
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0	0	0	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	76	46	44	95,7	57,9
Syddanmark	346	211	172	81,5	49,7
Fredericia og Kolding Sygehuse	0	0	0	-	-
OUH Odense Universitetshospital	114	100	99	99,0	86,8
OUH Svendborg Sygehus	13	7	3	42,9	23,1
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	147	65	41	63,1	27,9
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	7	3	2	66,7	28,6
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	65	36	27	75,0	41,5
Midtjylland	301	206	198	96,1	65,8
Regionshospitalet Herning	42	41	40	97,6	95,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	0	0	0	-	-
Regionshospitalet Randers	47	41	40	97,6	85,1
Regionshospitalet Viborg, Skive	86	58	56	96,6	65,1
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	12	2	1	50,0	8,3
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	114	64	61	95,3	53,5
Nordjylland	210	158	155	98,1	73,8
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	123	98	98	100,0	79,7
Sygehus Thy - Mors	22	21	21	100,0	95,5
Sygehus Vendsyssel	65	39	36	92,3	55,4
Privathospitaler	29	22	12	54,5	41,4
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0	-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	2	0	0	-	0,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	7	6	4	66,7	57,1
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	2	0	0	-	0,0
Ciconia, Århus Privathospital	2	2	2	100,0	100,0
Gråbrødreklinikken	4	2	2	100,0	50,0
Privathospitalet Møn	12	12	4	33,3	33,3
Privathospitalet Sorana, Sorø	0	0	0	-	-

a. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2012, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2012, hvor patientens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2012, hvor der findes en afkrydsning i spørgsmålet *Hvor ofte oplever du urininkontinens?* i patientens efterundersøgelsesskema.

**Tabel B2- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 6 i 2012
(operation og lægens efterundersøgelsesskema)**

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4.180	2.282	1.273	55,8	30,5
Hovedstaden	934	800	436	54,5	46,7
Sjælland	602	241	72	29,9	12,0
Syddanmark	1.028	567	359	63,3	34,9
Midtjylland	1.059	286	160	55,9	15,1
Nordjylland	507	366	227	62,0	44,8
Privathospitaler	50	22	19	86,4	38,0
Hovedstaden	934	800	436	54,5	46,7
Herlev Hospital	315	309	180	58,3	57,1
Hospitalet i Nordsjælland	333	256	40	15,6	12,0
Hvidovre Hospital	286	235	216	91,9	75,5
Sjælland	602	241	72	29,9	12,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	78	13	13	100,0	16,7
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	146	76	36	47,4	24,7
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	95	7	2	28,6	2,1
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	283	145	21	14,5	7,4
Syddanmark	1.028	567	359	63,3	34,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	157	107	23	21,5	14,6
OUH Odense Universitetshospital	302	203	155	76,4	51,3
OUH Svendborg Sygehus	215	76	38	50,0	17,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	188	62	55	88,7	29,3
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	36	23	19	82,6	52,8
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	130	96	69	71,9	53,1
Midtjylland	1.059	286	160	55,9	15,1
Regionshospitalet Herning	137	124	23	18,5	16,8
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	166	41	39	95,1	23,5
Regionshospitalet Randers	202	6	5	83,3	2,5
Regionshospitalet Viborg, Skive	201	6	5	83,3	2,5
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	0	0	0		
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	353	109	88	80,7	24,9
Nordjylland	507	366	227	62,0	44,8
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	271	227	138	60,8	50,9
Sygehus Thy - Mors	69	64	57	89,1	82,6
Sygehus Vendsyssel	167	75	32	42,7	19,2
Privathospitaler	50	22	19	86,4	38,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	6	0	0		0,0
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	0	0		
Aleris-Hamlet Hospitaler	4	2	1	50,0	25,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	6	3	2	66,7	33,3
Ciconia, Århus Privathospital	5	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	11	4	4	100,0	36,4
Privathospitalet Møn	14	10	9	90,0	64,3
Privathospitalet Sorana, Sorø	4	3	3	100,0	75,0

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, hvor lægens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, hvor der findes en registrering af prolapsgrad i lægens efterundersøgelsesskema.

Tabel B3- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 7 i 2012 (operation og patientens efterundersøgelsesskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4.180	2.983	2.500	83,8	59,8
Hovedstaden	934	823	780	94,8	83,5
Sjælland	602	397	269	67,8	44,7
Syddanmark	1.028	687	466	67,8	45,3
Midtjylland	1.059	662	636	96,1	60,1
Nordjylland	507	393	336	85,5	66,3
Privathospitaler	50	21	13	61,9	26,0
Hovedstaden	934	823	780	94,8	83,5
Herlev Hospital	315	309	305	98,7	96,8
Hospitalerne i Nordsjælland	333	278	269	96,8	80,8
Hvidovre Hospital	286	236	206	87,3	72,0
Sjælland	602	397	269	67,8	44,7
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	78	60	17	28,3	21,8
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	146	102	68	66,7	46,6
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	95	80	30	37,5	31,6
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	283	155	154	99,4	54,4
Syddanmark	1.028	687	466	67,8	45,3
Fredericia og Kolding Sygehuse	157	127	122	96,1	77,7
OUH Odense Universitetshospital	302	234	226	96,6	74,8
OUH Svendborg Sygehus	215	168	46	27,4	21,4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	188	74	34	45,9	18,1
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	36	20	7	35,0	19,4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	130	64	31	48,4	23,8
Midtjylland	1.059	662	636	96,1	60,1
Regionshospitalet Herning	137	134	133	99,3	97,1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	166	103	101	98,1	60,8
Regionshospitalet Randers	202	167	150	89,8	74,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	201	88	85	96,6	42,3
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	0	0	0		
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	353	170	167	98,2	47,3
Nordjylland	507	393	336	85,5	66,3
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	271	224	219	97,8	80,8
Sygehus Thy - Mors	69	64	41	64,1	59,4
Sygehus Vendsyssel	167	105	76	72,4	45,5
Privathospitaler	50	21	13	61,9	26,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	6	0	0		0,0
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	0	0		
Aleris-Hamlet Hospitaler	4	2	2	100,0	50,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	6	3	2	66,7	33,3
Ciconia, Århus Privathospital	5	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	11	5	5	100,0	45,5
Privathospitalet Møn	14	8	3	37,5	21,4
Privathospitalet Sorana, Sorø	4	3	1	33,3	25,0

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, hvor patientens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, hvor der findes en afkrydsning i rubrikken A (*Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?*) i patientens efterundersøgelsesskema.

Tabel B4- Antal urininkontinensoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 9 i 2012 (operation og lægens efterundersøgelsesskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	1.386	793	708	89,3	51,1
Hovedstaden	254	207	198	95,7	78,0
Sjælland	246	163	115	70,6	46,7
Syddanmark	346	201	189	94,0	54,6
Midtjylland	301	60	50	83,3	16,6
Nordjylland	210	143	137	95,8	65,2
Privathospitaler	29	19	19	100,0	65,5
Hovedstaden	254	207	198	95,7	78,0
Herlev Hospital	108	107	106	99,1	98,1
Hospitalerne i Nordsjælland	77	57	52	91,2	67,5
Hvidovre Hospital	69	43	40	93,0	58,0
Sjælland	246	163	115	70,6	46,7
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	5	0	0		0,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	165	131	113	86,3	68,5
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0	0	0		
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	76	32	2	6,3	2,6
Syddanmark	346	201	189	94,0	54,6
Fredericia og Kolding Sygehuse	0	0	0		
OUH Odense Universitetshospital	114	83	79	95,2	69,3
OUH Svendborg Sygehus	13	1	1	100,0	7,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	147	56	55	98,2	37,4
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	7	6	6	100,0	85,7
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	65	55	48	87,3	73,8
Midtjylland	301	60	50	83,3	16,6
Regionshospitalet Herning	42	40	38	95,0	90,5
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	0	0	0		
Regionshospitalet Randers	47	2	1	50,0	2,1
Regionshospitalet Viborg, Skive	86	9	5	55,6	5,8
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	12	1	1	100,0	8,3
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	114	8	5	62,5	4,4
Nordjylland	210	143	137	95,8	65,2
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	123	97	95	97,9	77,2
Sygehus Thy - Mors	22	21	21	100,0	95,5
Sygehus Vendsyssel	65	25	21	84,0	32,3
Privathospitaler	29	19	19	100,0	65,5
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0		
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	2	2	2	100,0	100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	7	3	3	100,0	42,9
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	2	0	0		0,0
Ciconia, Århus Privathospital	2	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	4	2	2	100,0	50,0
Privathospitalet Møn	12	12	12	100,0	100,0
Privathospitalet Sorana, Sorø	0	0	0		

a. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2012, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2012, hvor lægens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2012, hvor der findes en registrering i feltet *Behandlingsbehov (klinisk konklusion)* svarende til urininkontinens i lægens efterundersøgelsesskema.

Tabel B5- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 10 i 2012 (operation og lægens efterundersøgelsesskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4.180	2.282	2.008	88,0	48,0
Hovedstaden	934	800	765	95,6	81,9
Sjælland	602	241	104	43,2	17,3
Syddanmark	1.028	567	517	91,2	50,3
Midtjylland	1.059	286	268	93,7	25,3
Nordjylland	507	366	333	91,0	65,7
Privathospitaler	50	22	21	95,5	42,0
Hovedstaden	934	800	765	95,6	81,9
Herlev Hospital	315	309	305	98,7	96,8
Hospitalerne i Nordsjælland	333	256	240	93,8	72,1
Hvidovre Hospital	286	235	220	93,6	76,9
Sjælland	602	241	104	43,2	17,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	78	13	11	84,6	14,1
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	146	76	67	88,2	45,9
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	95	7	4	57,1	4,2
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	283	145	22	15,2	7,8
Syddanmark	1.028	567	517	91,2	50,3
Fredericia og Kolding Sygehuse	157	107	106	99,1	67,5
OUH Odense Universitetshospital	302	203	174	85,7	57,6
OUH Svendborg Sygehus	215	76	76	100,0	35,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	188	62	56	90,3	29,8
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	36	23	22	95,7	61,1
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	130	96	83	86,5	63,8
Midtjylland	1.059	286	268	93,7	25,3
Regionshospitalet Herning	137	124	122	98,4	89,1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	166	41	41	100,0	24,7
Regionshospitalet Randers	202	6	6	100,0	3,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	201	6	6	100,0	3,0
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	0	0	0		
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	353	109	93	85,3	26,3
Nordjylland	507	366	333	91,0	65,7
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	271	227	210	92,5	77,5
Sygehus Thy - Mors	69	64	62	96,9	89,9
Sygehus Vendsyssel	167	75	61	81,3	36,5
Privathospitaler	50	22	21	95,5	42,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	6	0	0		0,0
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	0	0		
Aleris-Hamlet Hospitaler	4	2	2	100,0	50,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	6	3	3	100,0	50,0
Ciconia, Århus Privathospital	5	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	11	4	4	100,0	36,4
Privathospitalet Møn	14	10	10	100,0	71,4
Privathospitalet Sorana, Sorø	4	3	2	66,7	50,0

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

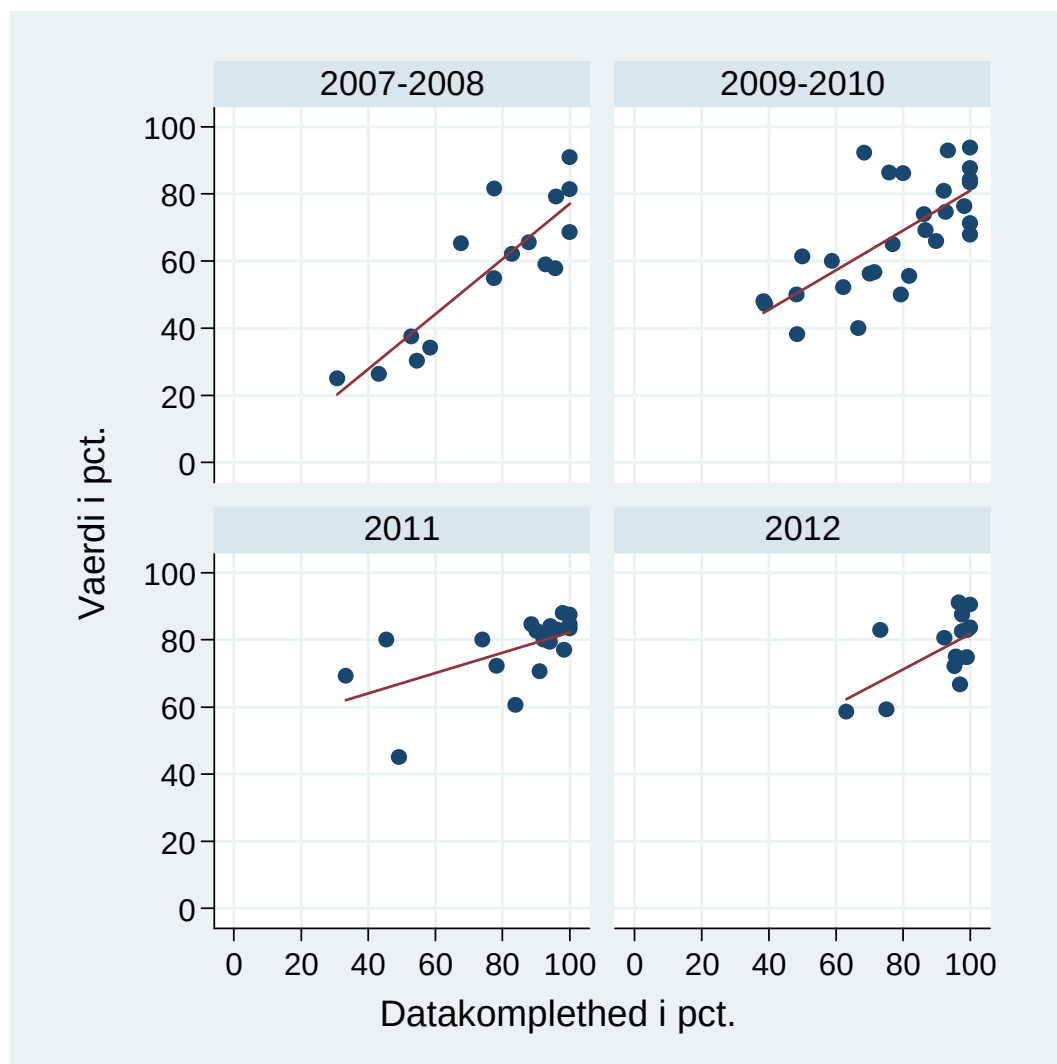
b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, hvor lægens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2012, hvor der findes en registrering i feltet *Behandlingsbehov (klinisk konklusion)* svarende til prolaps (nedsynkning) i lægens efterundersøgelsesskema.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B1, Tabel B2, Tabel B3, Tabel B4 og Tabel B5

Der er stor variation mellem afdelingerne, både (som tidligere vist) for den officielt vedtagne kompletthed og for den "reelle" kompletthed.

Sammenligning af datakompletthed og andel for indikatorer



Figur B3 - Datakomplethed (x-aksen) og andel (y-aksen) for indikator 3 for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårene 2007-2012

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B3

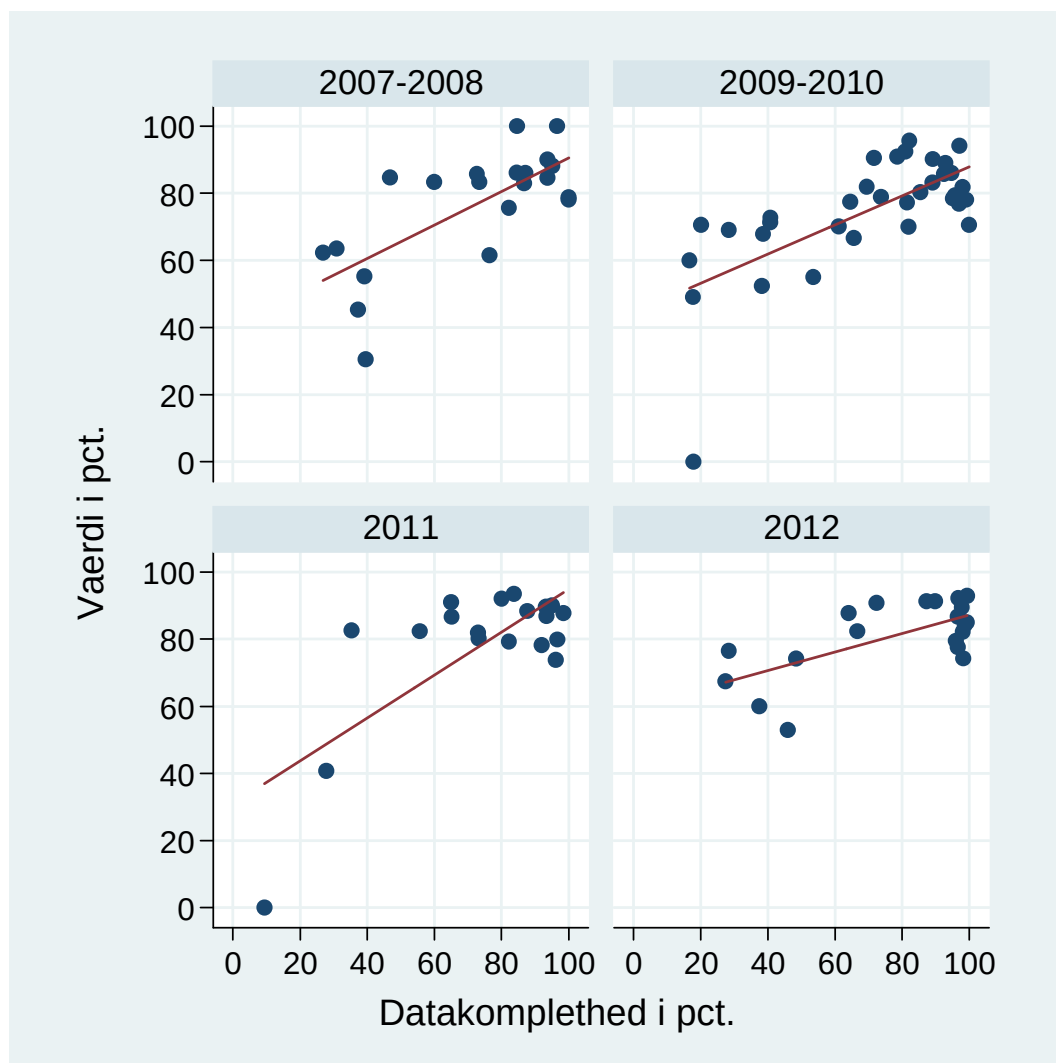
Der henvises til de klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3 (se afsnit "3 Resultater for indikatorer").



Figur B4 - Datakomplethed (x-aksen) og andel (y-aksen) for indikator 6 for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårene 2007-2012

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B4

Der henvises til de klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 6 (se afsnit "3 Resultater for indikatorer").



Figur B5 - Datakomplethed (x-aksen) og andel (y-aksen) for indikator 7 for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårene 2007-2012

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B5

Der henvises til de klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7 (se afsnit "3 Resultater for indikatorer").

Appendiks 3: Supplerende statistik

Tabel B6 - Antal indberettede patientforløb for databasen i 2012, sammenlignet med 2011 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2011	2012	2011	2012	2011	2012	2011	2012
Bornholms Hospital	0	0	7	0	8	0	8	0
Herlev Hospital	557	288	575	428	577	430	570	440
Hospitalet i Nordsjælland	446	626	386	434	365	418	306	398
Hvidovre Hospital	891	463	792	611	388	359	342	340
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	92	55	117	69	128	83	92	88
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	433	250	369	310	324	312	242	306
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	208	96	65	121	52	97	21	98
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	805	935	568	429	390	362	299	312
Fredericia og Kolding Sygehuse	173	119	192	156	236	158	290	193
OUH Odense Universitetshospital	1.147	1.171	576	784	365	419	312	467
OUH Svendborg Sygehus	234	198	245	208	231	234	159	200
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	314	185	347	248	347	343	288	248
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	73	26	70	38	77	44	64	48
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	201	138	225	155	204	196	130	167
Regionshospitalet Herning	197	165	218	204	212	181	221	196
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	170	161	214	198	164	169	182	192
Regionshospitalet Randers	205	191	204	255	190	249	152	215
Regionshospitalet Silkeborg	30	0	48	2	66	0	55	0
Regionshospitalet Viborg, Skive	285	272	15	7	288	290	155	176
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	6	5	5	9	4	13	0	1
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	988	585	785	532	474	474	393	357
Sygehus Thy - Mors	178	173	103	115	64	93	60	85
Sygehus Vendsyssel	173	188	191	230	200	234	186	173
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	818	762	536	509	426	401	395	353
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.	0	0	1	1	0	0	1	0
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	2	0	2	0	0	2	0	2
Aleris Privathospitaler, Aalborg	1	0	6	3	10	6	2	0
Aleris-Hamlet Hospitaler	17	16	15	14	14	11	4	11
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	11	8	11	10	13	8	7	5
Ciconia, Århus Privathospital	14	6	12	5	13	7	0	1
Gråbrødreklinikken	54	14	55	14	54	18	25	12
Privathospitalet Møn	20	16	25	19	20	26	19	43
Privathospitalet Skørping	0	0	1	0	1	0	0	0
Privathospitalet Sorana, Sorø	0	4	0	4	0	4	0	3
Aagaard Gynækologiske Klinik	2	0	2	0	1	0	0	0
Danmark	8.745	7.116	6.983	6.122	5.906	5.641	4.980	5.130

- a. Påbegyndte eller afsluttede indtastninger af administrative data (baseret på forekomst af henvisningsdata).
b. Påbegyndte eller afsluttede forundersøgelses skemaer (patient før-skema eller læge forundersøgelsesskema).
c. Påbegyndte eller afsluttede skemaer for operation (lægeskema).
d. Påbegyndte eller afsluttede kontrolskemaer (patientskema eller lægeskema).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B6

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 2013 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontroldata for opererede i 2011. 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.

Medmindre operationer i DugaBase udviser en udpræget sæsonvariation, som varierer mellem kalenderårene, kan vi dog sammenligne direkte mellem 2011 og 2012. Der er ingen grund til at antage, at en sådan sæsonvariation eksisterer eller at der er forskelle mellem kalenderårene.

På landsplan er der i forhold til 2011 et faldende antal henvisninger (18,6% fald), forundersøgelser (12,3% fald) og operationer (4,5% fald), mens der ses en lille stigning i antal efterkontrolskemaer (3,0% stigning). De fleste afdelinger afviger ikke fra de her skitserede tendenser på landsplan.

Antal registrerede operationer (ud fra LPR som gold standard) for inkontinens er faldet fra 1636 i Årsrapport 2011 til 1476 i denne årsrapport (9,8% fald), mens antal prolapsoperationer udviser et mindre fald (4626 i Årsrapport 2011 og 4522 i denne årsrapport – 2,2% fald). Samlet er antal operationer således ifølge LPR faldet med 4,2%. Dette svarer til de ovenfor nævnte 4,5% baseret på DugaBase-data, hvilket ikke er overraskende givet den uændrede databasekomplethed fra Årsrapport 2011 til Årsrapport 2012.

Overordnet er datakompletheden således forværret, med undtagelse af en lille forbedring for efterkontrolskemaer, hvilket er glædeligt da data fra disse bruges til indikatorerne 3, 6, 7, 9 og 10.

Tabel B7 - Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2006-2011

Afdeling ^a	Antal (pct.) + Patientskema kontrol		Antal (pct.) ÷ Patientskema kontrol		Antal operationer
	+ Læge EU	÷ Læge EU	+ Læge EU	÷ Læge EU	I alt
Bornholms Hospital	6 (75,0)	2 (25,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8
Herlev Hospital	1.747 (60,9)	279 (9,7)	55 (1,9)	787 (27,4)	2.868
Hospitalerne i Nordsjælland	592 (59,2)	192 (19,2)	14 (1,4)	202 (20,2)	1.000
Hvidovre Hospital	1.471 (79,7)	101 (5,5)	44 (2,4)	229 (12,4)	1.845
Rigshospitalet	0 (0,0)	3 (6,0)	0 (0,0)	47 (94,0)	50
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	57 (20,2)	111 (39,4)	6 (2,1)	108 (38,3)	282
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	215 (37,3)	77 (13,4)	153 (26,6)	131 (22,7)	576
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	6 (11,5)	36 (69,2)	0 (0,0)	10 (19,2)	52
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	462 (30,9)	107 (7,2)	114 (7,6)	813 (54,3)	1.496
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse	0 (0,0)	1 (1,9)	7 (13,5)	44 (84,6)	52
Fredericia og Kolding Sygehuse	890 (69,0)	136 (10,6)	113 (8,8)	150 (11,6)	1.289
OUH Odense Universitetshospital ^b	368 (20,8)	202 (11,4)	686 (38,8)	511 (28,9)	1.767
OUH Svendborg Sygehus	253 (39,3)	144 (22,4)	22 (3,4)	224 (34,8)	643
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	397 (46,2)	53 (6,2)	211 (24,5)	199 (23,1)	860
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	193 (58,5)	63 (19,1)	33 (10,0)	41 (12,4)	330
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	130 (27,3)	4 (0,8)	140 (29,4)	202 (42,4)	476
Regionshospitalet Herning	430 (42,4)	455 (44,8)	14 (1,4)	116 (11,4)	1.015
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	179 (25,9)	416 (60,1)	12 (1,7)	85 (12,3)	692
Regionshospitalet Randers	27 (4,3)	337 (53,7)	8 (1,3)	256 (40,8)	628
Regionshospitalet Silkeborg	65 (14,2)	144 (31,4)	27 (5,9)	223 (48,6)	459
Regionshospitalet Viborg, Skive	18 (1,6)	581 (50,0)	5 (0,4)	557 (48,0)	1.161
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. K	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (12,5)	21 (87,5)	24
Århus Universitetshospital, Skejby, afd. Y	474 (23,3)	801 (39,3)	147 (7,2)	615 (30,2)	2.037
Sygehus Thy - Mors	133 (96,4)	0 (0,0)	1 (0,7)	4 (2,9)	138
Sygehus Vendsyssel	384 (62,7)	54 (8,8)	63 (10,3)	111 (18,1)	612
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	1.327 (86,2)	26 (1,7)	45 (2,9)	141 (9,2)	1.539
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.	1 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Aleris Privathospitaler, Herning	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	0 (0,0)	1
Aleris Privathospitaler, Odense	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (2,3)	43 (97,7)	44
Aleris Privathospitaler, Aalborg	2 (8,0)	4 (16,0)	1 (4,0)	18 (72,0)	25
Aleris Privathospitaler, Århus	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11 (100,0)	11
Aleris-Hamlet Hospitaler	4 (28,6)	1 (7,1)	0 (0,0)	9 (64,3)	14
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	7 (53,8)	1 (7,7)	2 (15,4)	3 (23,1)	13
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	24 (100,0)	24
Gråbrødreklinikken	132 (60,6)	3 (1,4)	12 (5,5)	71 (32,6)	218
Privathospitalet Møn	43 (84,3)	3 (5,9)	5 (9,8)	0 (0,0)	51
Privathospitalet Skørping	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (100,0)	1
Aagaard Gynækologiske Klinik	1 (1,9)	3 (5,7)	0 (0,0)	49 (92,5)	53
Danmark	10.014 (44,8)	4.340 (19,4)	1.945 (8,7)	6.056 (27,1)	22.355

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2006-2012 for at blive medtaget som + *behandling*. Som opfølgningsdato benyttes hhv. dato for udfyldelse af kontrolskema (*Patientskema kontrol*) og dato for lægens efterundersøgelse (*Læge EU*).

a. Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2006-2011 er medtaget i tabellen.

b. OUH Odense Universitetshospital indberettede primært til den udvidede version af DugaBase i perioden 2006-2009, hvorfor der er relativt færre 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).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B7

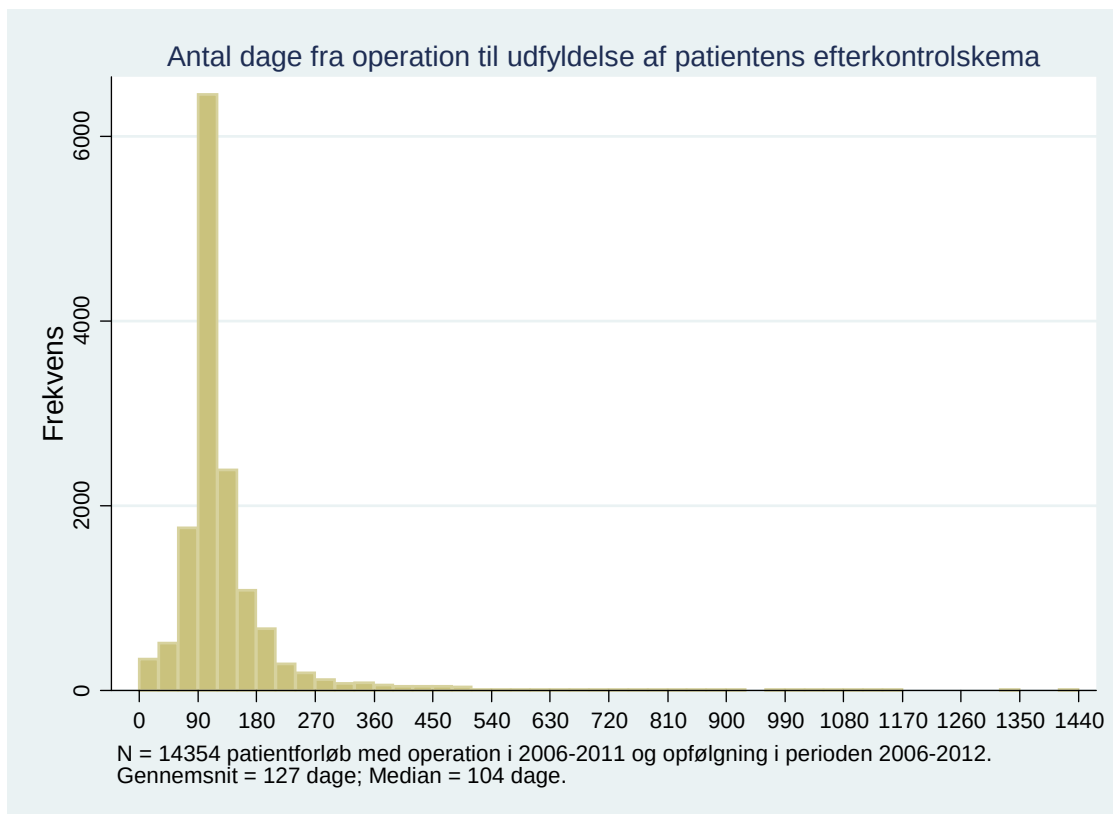
Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur B6 og Figur B7 forneden) viser vi denne gang alle patienter opereret i 2006-2011.

Der tages forbehold for, at Tabel B7 omhandler patienter opereret i 2006-2011, mens de resterende data i årsrapporten omhandler patienter opereret i 2012; dvs. at sammenligninger med indikatorer kun er valide såfremt afdelingerne ikke efter 2011 har ændret deres procedurer for efterkontrol.

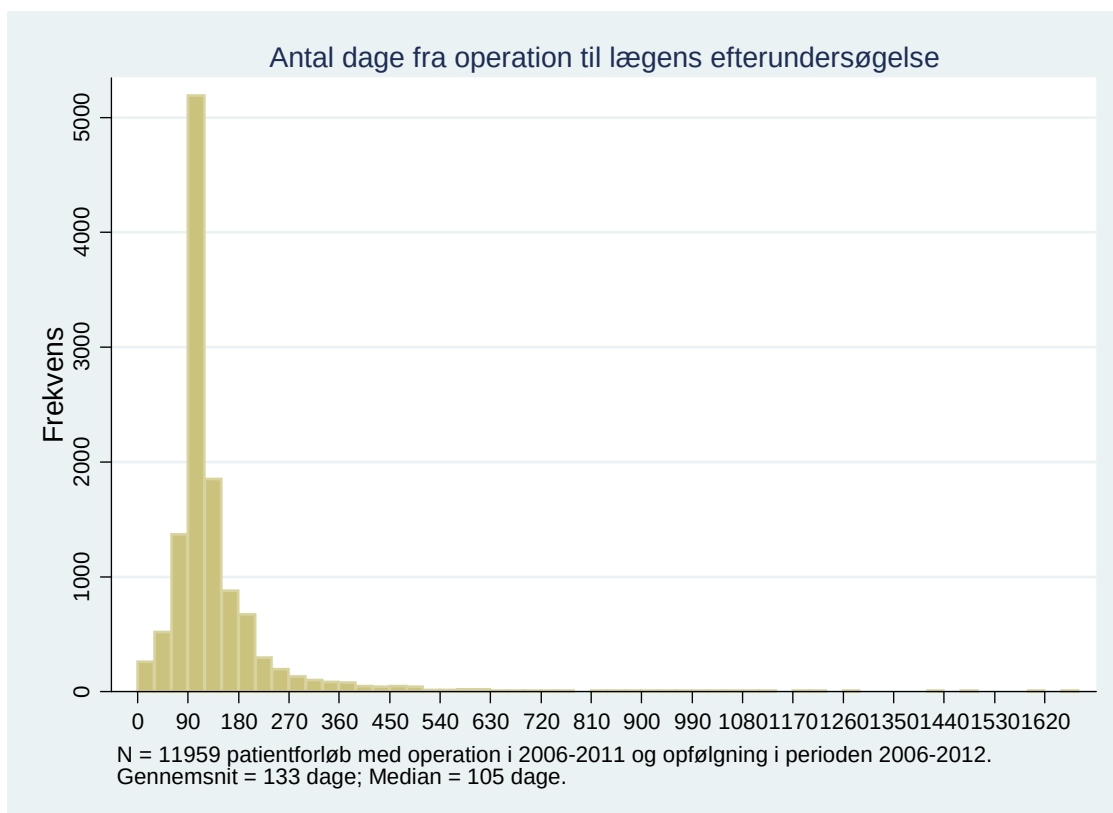
Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra afdelinger for hvilke der for >80% af patienterne efter operationen er udfyldt både patient- og lægeskema (Thy/Mors, Aalborg) til afdelinger, hvor der for >80% af patienterne efter operationen hverken er udfyldt patient- eller lægeskema (Rigshospitalet, Slagelse, Aleris Odense, Aleris Århus, Ciconia, 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 (Holbæk, Næstved, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Skejby Afd. Y) eller af manglende patientskemaer hvor lægeskemaet er udfyldt (Nykøbing F, Odense, Esbjerg, Sønderborg).

Denne heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfyldte fortolkninger af indikatorer. I denne årsrapport er dette illustreret med scatterplots for visse indikatorer (Se "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", Figur B3 for indikator 3, Figur B4 for indikator 6 og Figur B5 for indikator 7), som indikerer mulige associationer mellem datakomplethed og indikatorandele. Vi kan således ikke altid 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 B6-Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2006- 2011



Figur B7-Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, operation i 2006-2011

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B6 og Figur B7

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens eller lægens efterkontrolskema. 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 2011 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2011.

Tabel B8 - Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2006-2012 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Patientens forundersøgelsesskema 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	2.914	100,0	58,6	60	16	96
	2008	3.385	100,0	59,5	61	19	97
	2009	4.208	100,0	59,2	61	16	98
	2010	4.994	100,0	59,0	61	16	95
	2011	5.024	100,0	59,6	61	18	98
	2012	3.557	100,0	60,4	62	19	96
Patientforløb kun med registrering af prolapssymptomer	2006	259	18,2	59,4	60	21	89
	2007	707	24,3	60,2	61	21	91
	2008	776	22,9	61,9	63	27	95
	2009	1.082	25,7	62,2	63	25	91
	2010	1.201	24,0	61,8	64	24	92
	2011	1.290	25,7	62,4	64	26	98
	2012	1.023	28,8	62,6	64	19	96
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2006	656	46,1	55,1	55	14	97
	2007	1.118	38,4	56,2	56	20	96
	2008	1.254	37,0	56,8	56	19	97
	2009	1.501	35,7	56,3	55	16	94
	2010	1.768	35,4	56,0	55	16	95
	2011	1.656	33,0	55,6	54	19	95
	2012	989	27,8	56,9	56	23	94
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2006	408	28,7	60,2	60	24	101
	2007	949	32,6	60,8	61	24	95
	2008	1.237	36,5	60,9	63	22	93
	2009	1.464	34,8	60,3	62	19	98
	2010	1.803	36,1	60,6	62	19	93
	2011	1.897	37,8	61,3	63	22	95
	2012	1.423	40,0	61,7	63	19	92
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	118	3,5	57,4	62	26	90
	2009	161	3,8	56,5	57	21	86
	2010	222	4,4	56,1	56,5	19	88
	2011	181	3,6	57,3	62	18	88
	2012	122	3,4	55,4	56,5	22	85

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B8

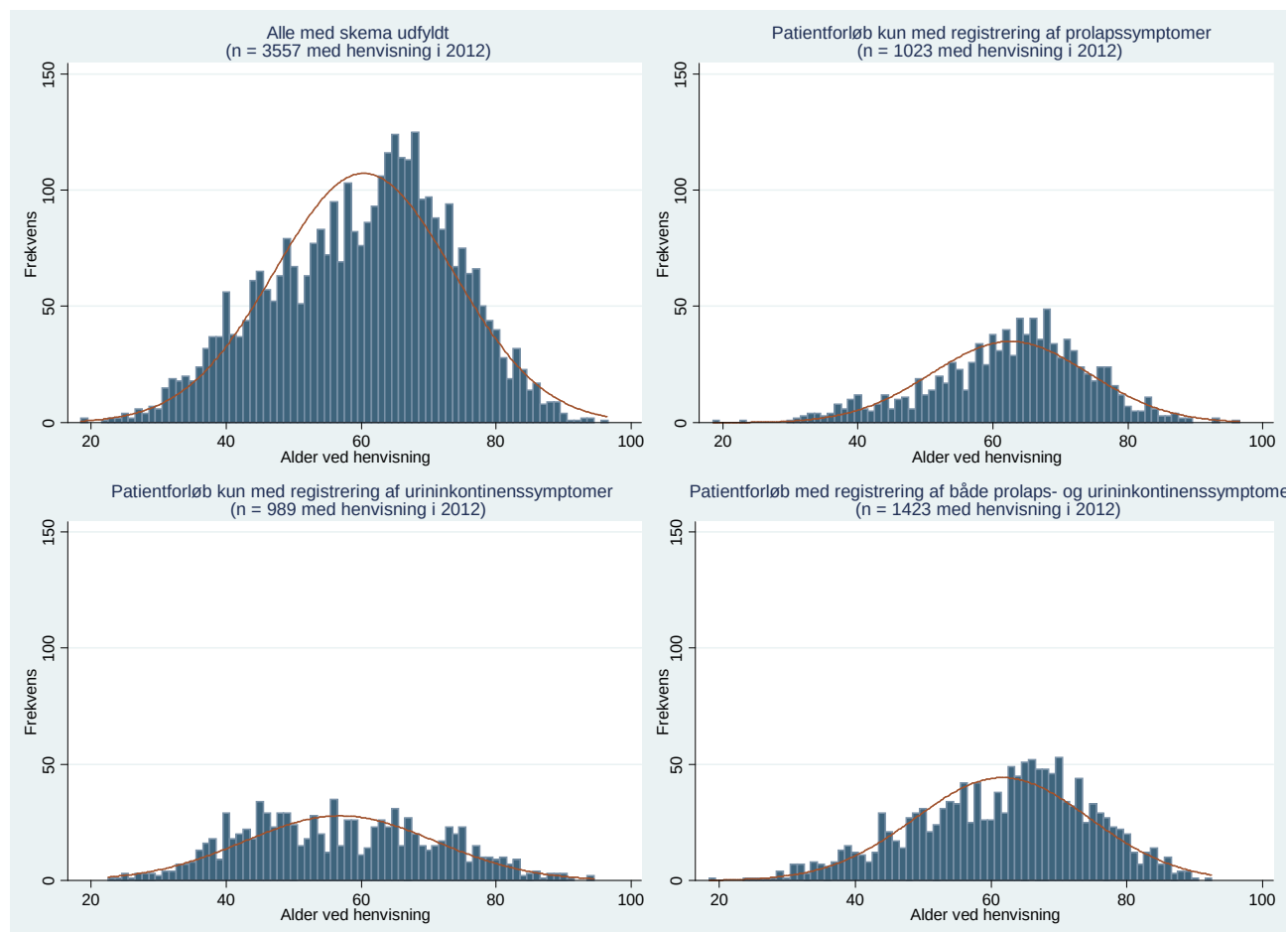
I Årsrapport 2011 blev kommenteret, at der i forhold til 2010 var 578 færre udfyldte patient forundersøgelsesskemaer (11,7%), men det ses foroven, at der er efterregistreret en del efter Årsrapport 2011. Såfremt det samme ses for data fra 2012 giver det ingen mening at kommentere disse data i forhold til 2011.

Fra 2006 til 2011 har der generelt været et stigende antal udfyldte patient forundersøgelsesskemaer, både generelt og indenfor de 3 kategorier med oplysninger om symptomer (kun prolaps, kun urininkontinens, både prolaps og urininkontinens).

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. 5 år ældre. Der er små afvigelser i både medianalder og gennemsnitlig alder, både mellem patientgrupperne og år. I alle årene er der et bredt aldersspektrum (fra 18 til 101 år på henvisningstidspunktet).

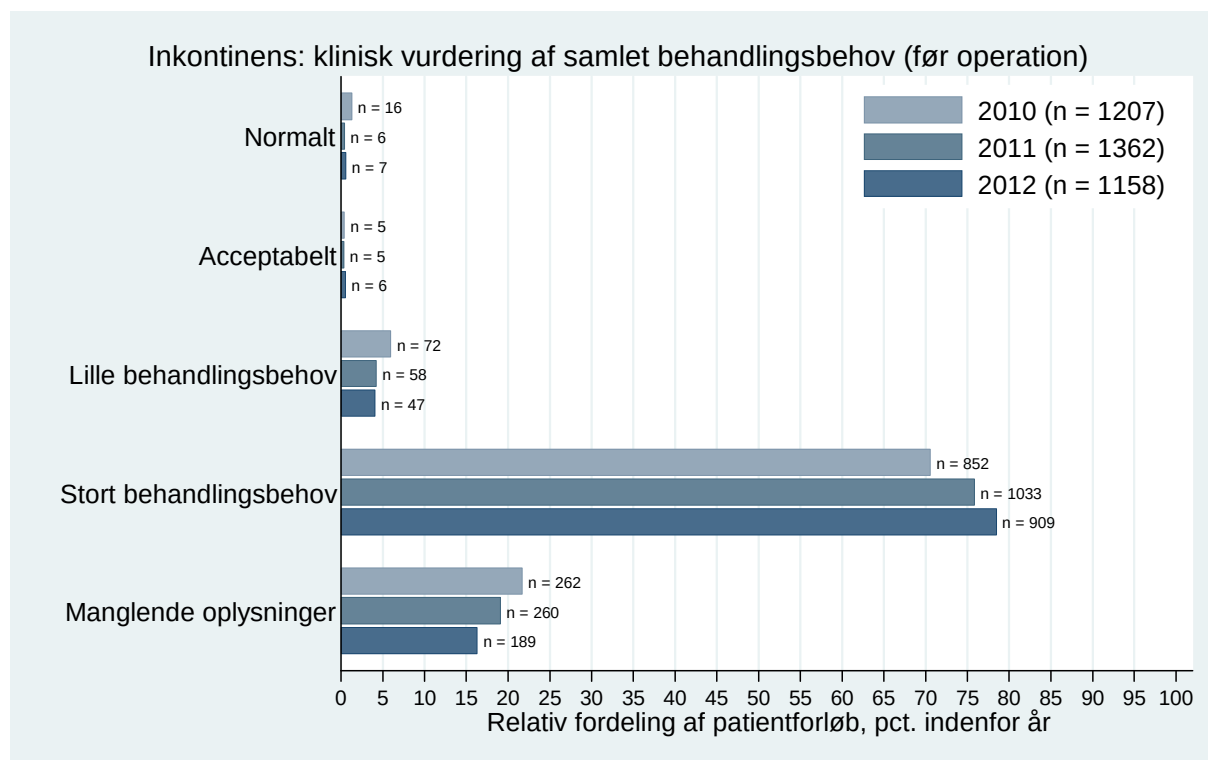
For 2012 viser vi aldersfordelingen i et histogram:



Figur B8 - Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2012 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B8

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 B9 - Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens 2009-2012, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling

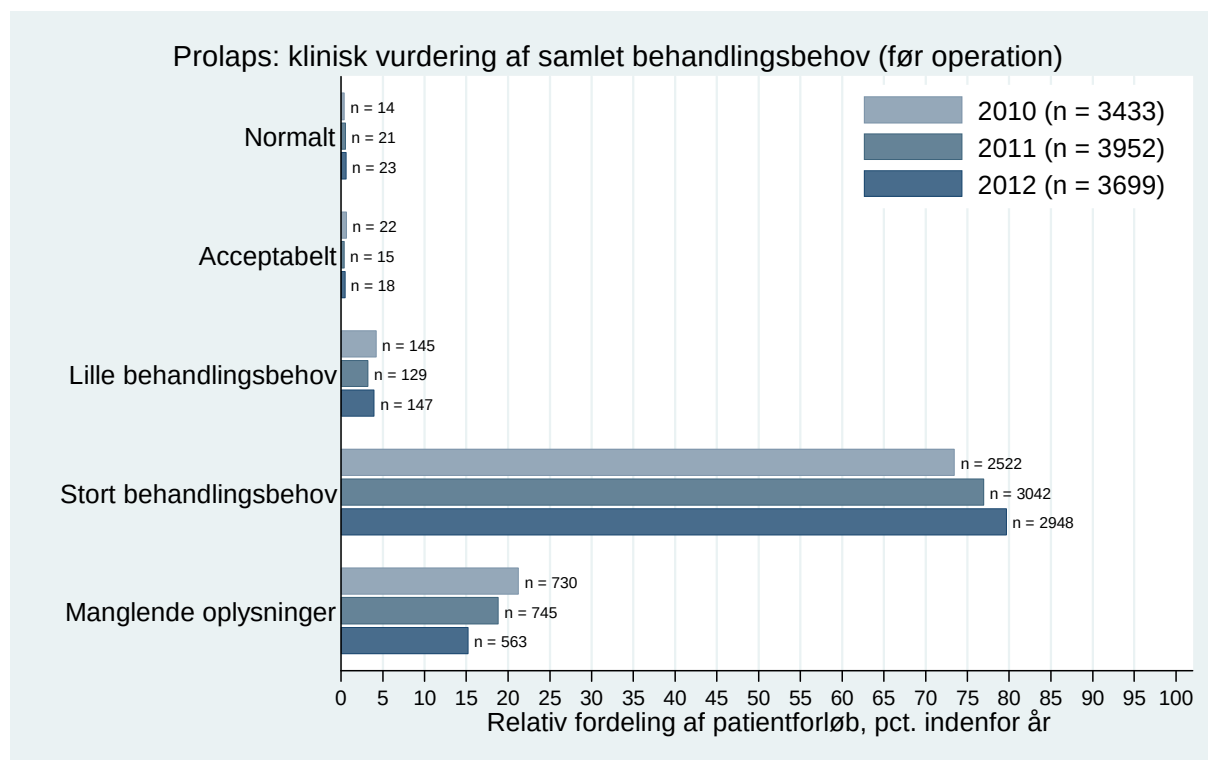
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B9

Blandt de 1158 opererede urininkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 909 (79%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med urininkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 257 patienter (16,3%, dvs. som for prolapspatienter) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2010, over 2011, til 2012. I forhold til 2011 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger.

Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2012, sammenlignet med 2011, ikke signifikant flere patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,95$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 1,01 [0,70-1,47] for patienter med et stort behandlingsbehov hvor referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen).



Figur B10 - Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps 2010-2012, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B10

Blandt de 3699 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 2948 (80%) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolapssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 563 patienter (15,2%) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er stigende fra 2010, over 2011, til 2012. I forhold til 2011 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger.

Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2012, sammenlignet med 2011, ikke signifikant flere patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,14$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 0,85 [0,68-1,06] for patienter med et stort behandlingsbehov hvor referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen).

Tabel B9 - Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2012 (N = 7.768)

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2.396	30,8	30,8		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1.535	19,8	50,6		X
KLEG10	Vaginal uretrocytostepsi med slynge	681	8,8	59,4	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	638	8,2	67,6		X
KLEG10A	Vaginal uretrocytostepsi med slynge gennem foramen obturatum	454	5,8	73,4	X	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	357	4,6	78,0		X
KLFE20	Sutur af perineum	291	3,7	81,8		
KLDC10	Resektion af livmoderhals	208	2,7	84,4		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	173	2,2	86,7		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	170	2,2	88,9	X	
KLEF00B	Manchesteroperation	116	1,5	90,4		X
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	93	1,2	91,6		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	89	1,1	92,7		X
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	73	0,9	93,6		X
KLEF23	Komplet kolpoplekse	66	0,8	94,5		X
KKDV20	Submukøs injektionsbehandling i urinrør	56	0,7	95,2	X	
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	49	0,6	95,8		X
KLEE10	Rekonstruktion i vagina med transplantat eller lap	49	0,6	96,5		X
KLEF96	Anden operation for prolaps eller descensus	42	0,5	97,0		X
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	37	0,5	97,5		X
KLFE10	Vulvoplastik	28	0,4	97,9		
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	24	0,3	98,2		
KLDC13	Excision af livmoderhals	17	0,2	98,4		
KLEF51A	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	16	0,2	98,6		X
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	14	0,2	98,8		X
KLFE10A	Fenton-plastik	11	0,1	98,9		
KLEF13	Kolpoperineoplastik med vaginal hysterektomi	10	0,1	99,0		X
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	9	0,1	99,2		X
KLCD00	Total hysterektomi	6	0,1	99,2		
KLEW96	Anden operation på vagina	6	0,1	99,3		
KLEG00	Vaginal uretrocytostepsi	6	0,1	99,4	X	
KKDG30	Abdominal uretrocytostepsi med slynge	6	0,1	99,5	X	
KLCD11	Laparoskopisk assisteret vaginal hysterektomi	6	0,1	99,5		
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	6	0,1	99,6	X	
KLEF10	Kolpoperineoplastik	5	0,1	99,7		X
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	4	0,1	99,7		X
KLEE00	Sutur af vagina	3	0,0	99,8		
KKDG20	Abdominal vaginopeksi	2	0,0	99,8		
KLCC10	Supravaginal hysterektomi	2	0,0	99,8		

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KKDG96	Anden operation på urinrør ved inkontinens	2	0,0	99,8	X	
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	2	0,0	99,9		X
KLEG20	Vaginal bækkenbundsplastik med deling af levatorer	2	0,0	99,9	X	
KKDG10	Abdominovaginal suspension af blærehals	2	0,0	99,9	X	
KKDG01	Perkutan endoskopisk retropubisk suspension af urinrør	1	0,0	99,9	X	
KLEF97	Anden laparoskopisk operation for prolaps eller descensus	1	0,0	99,9		X
KLEF41A	Laparoskopisk operation for enterocele med mesh	1	0,0	100,0		X
KKCV05	Transluminal injektion i blærevæg	1	0,0	100,0		
KLEG96	Anden vaginal inkontinensoperation	1	0,0	100,0	X	
KLEF41	Laparoskopisk operation for enterocele	1	0,0	100,0		X

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2012: 5.641. Antal operative indgreb i 2012: 7.768.

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B9

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

Blandt de 7768 operative indgreb er der 397 (5,1%, hvilket er som i Årsrapport 2011) 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 B10.

Tabel B10- Antal patientforløb med operationsdato i 2011-2012, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2011		2012			
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1.521	25,8	25,8	1.363	24,2	24,2
Prolapsindgreb ifm. operation	4.271	72,3	98,1	4.157	73,7	97,9
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	36	0,6	98,7	23	0,4	98,3
Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)	55	0,9	99,6	46	0,8	99,1
Uoplyst	23	0,4	100,0	52	0,9	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	5.906	100,0	-	5.641	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).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B10

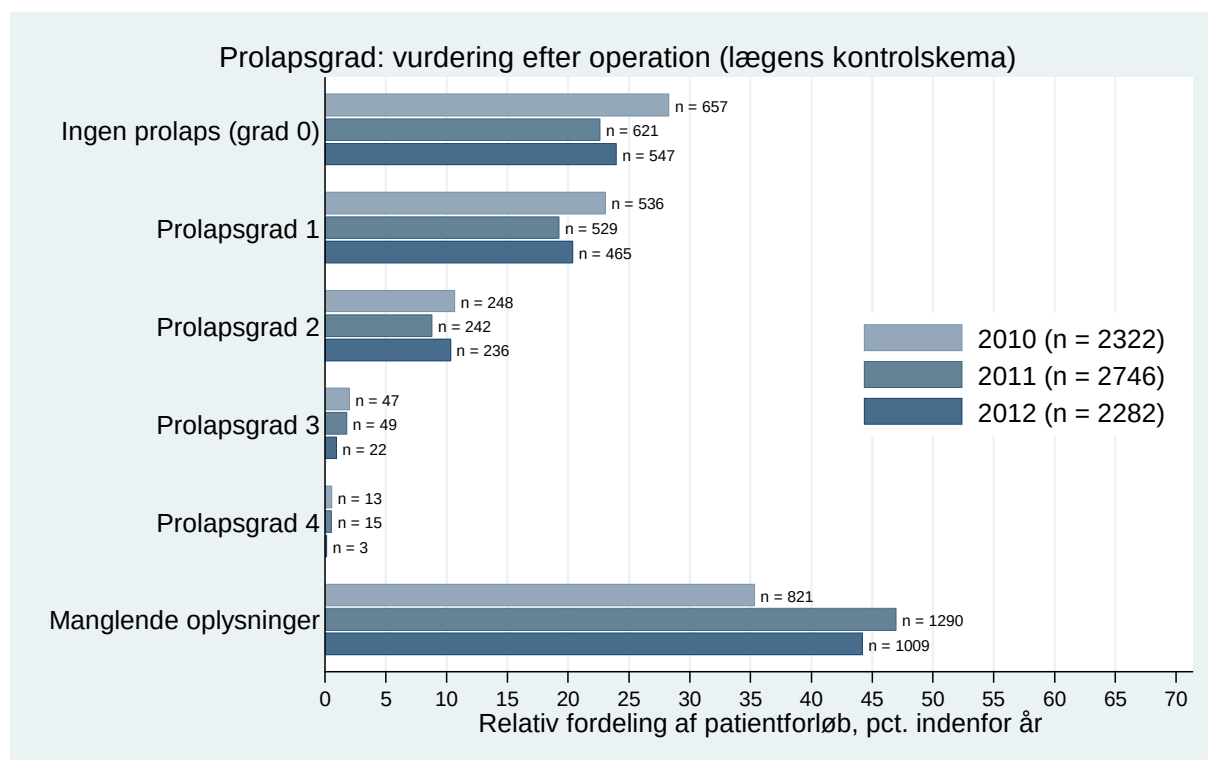
Operationskoder, som dækker urininkontinens og prolaps, udgør 98,3% af opererede patientforløb, hvilket næsten er som i 2011, hvor de udgjorde 98,7%. Ligeledes er andele af de forskellige operationstyper uændrede i forhold til 2011. Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang for andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps), hvorfor kun 0,8% blandt de 5,1% andre indgreb (nævnt i Tabel B9) ikke er udført i forbindelse med en urininkontinens- eller prolapsoperation. Kun 0,4% får udført urininkontinens- og prolapsindgreb ved samme operation, hvilket er markant lavere end de 40,0% af patienterne, som i deres patient-skema har angivet både prolaps- og urininkontinenssymptomer (jf. Tabel B8).

Korttidskomplikationer

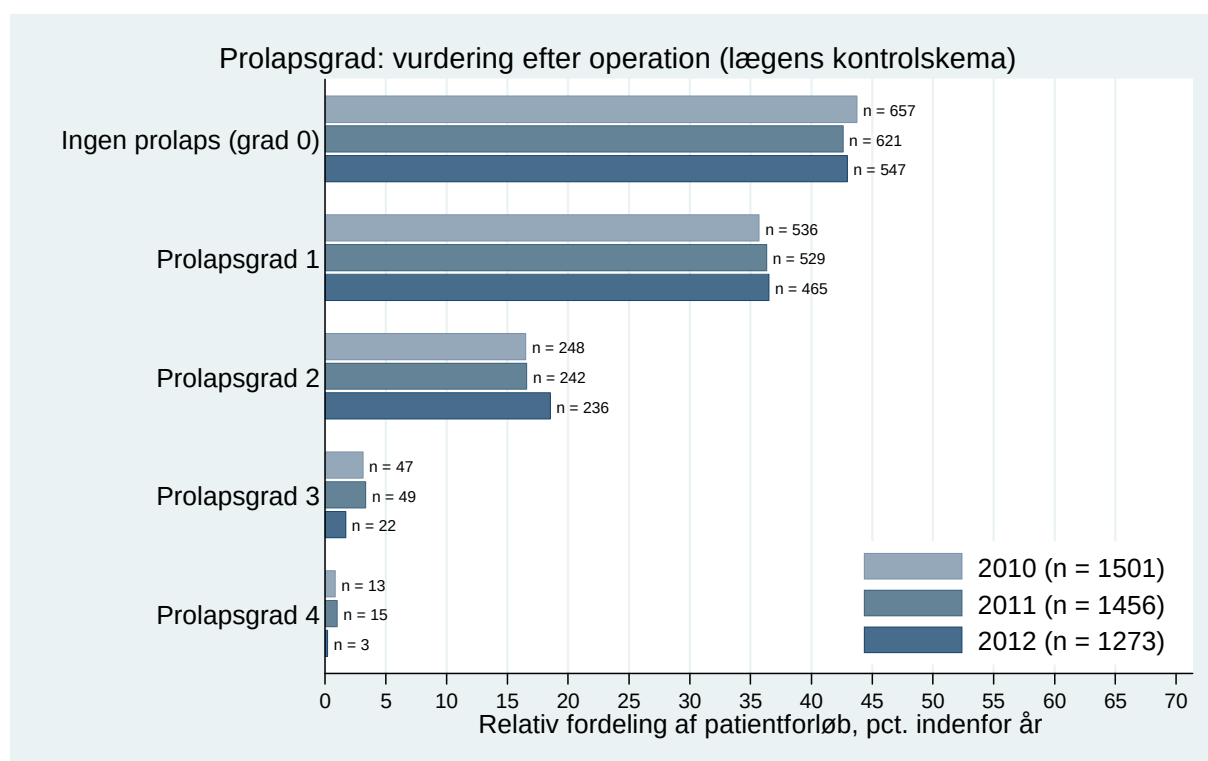
I Årsrapport 2011 fandtes Tabel 10 med overskriften "Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2011" samt Tabel 11 med overskriften "Korttidskomplikationer efter operation, opdelt efter operationsår".

Disse tabeller findes ikke i denne årsrapport, da der forekommer databrud i opgørelsesperioden, og derfor vil de være misvisende.

Data for 2013 vil være uden databrud, og derfor indsættes de to tabeller igen i Årsrapport 2013.



Figur B11 - Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2010-2012



Figur B12 - Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2010-2012

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B11 og Figur B12

Figur B11 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2010, 2011 og 2012 var hhv. 35,4%, 47,0% og 44,2%. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) var i 2010, 2011 og 2012 hhv. 51,4%, 41,9% og 44,4%. Grundet den høje andel med manglende oplysning er det svært at vurdere disse tal. I Figur B12 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur B12 viser, at andelen af prolapsgrad ≤ 1 i 2010, 2011 og 2012 var hhv. 79,5%, 79,0% og 79,5%. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p = 0,93$). Der er heller ikke forskel mellem prolapsgrad 0 og prolapsgrad 1 (χ^2 -test, $p = 0,84$).

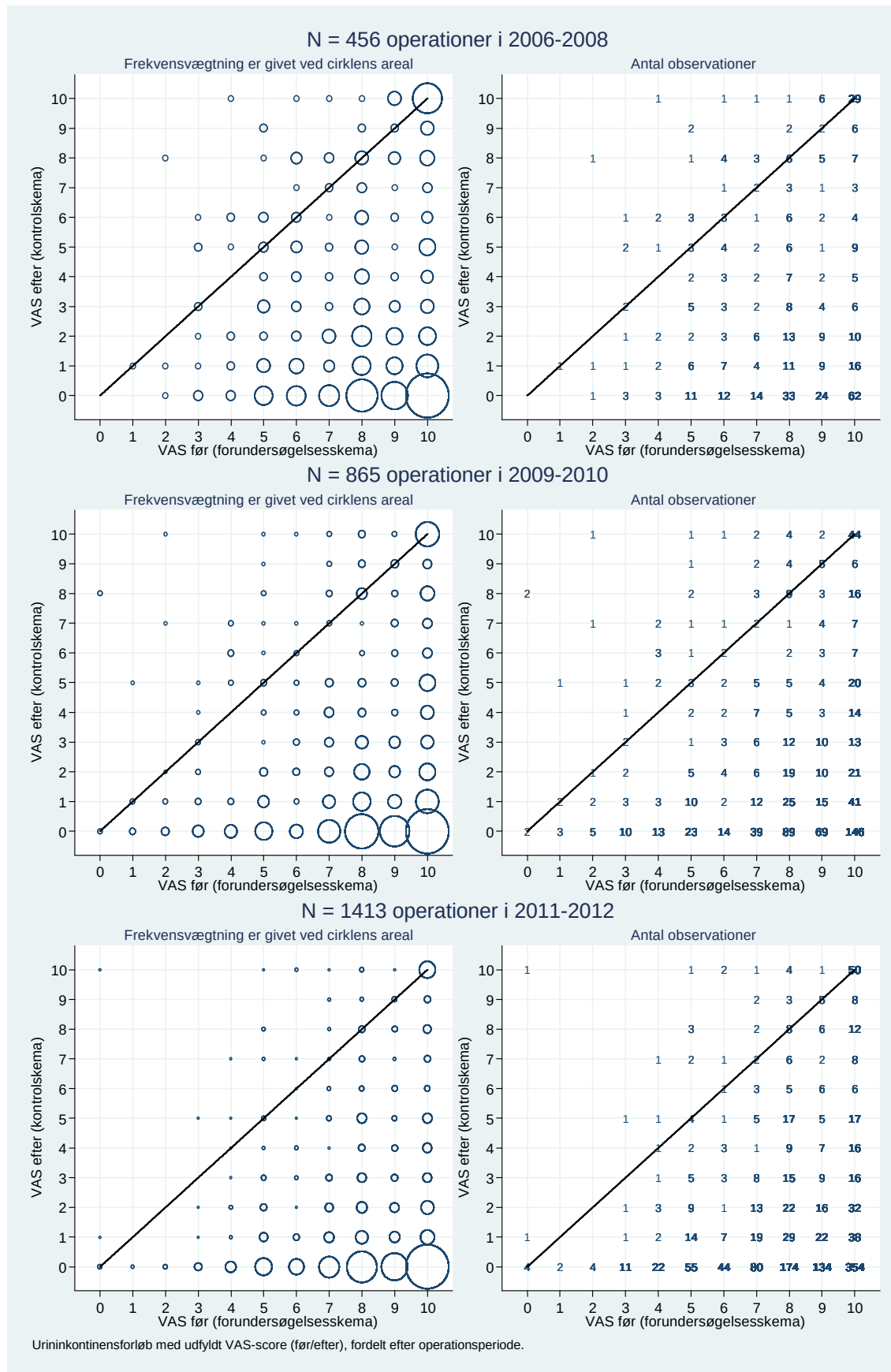
Vi konkluderer, at når årene 2010, 2011 og 2012 sammenlignes er der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4, og indenfor prolapsgrad ≤ 1 er der ikke forskel mellem prolapsgrad 0 og prolapsgrad 1. Konklusionerne er generelt de samme med og uden inklusion af manglende oplysninger hvorfor vi forsigtigt antager, at de manglende oplysninger har udgjort en ikke-selekeret andel af patientgruppen for hvilken lægens skema efter operationen er udfyldt.

Målinger af residualurin og blevægt

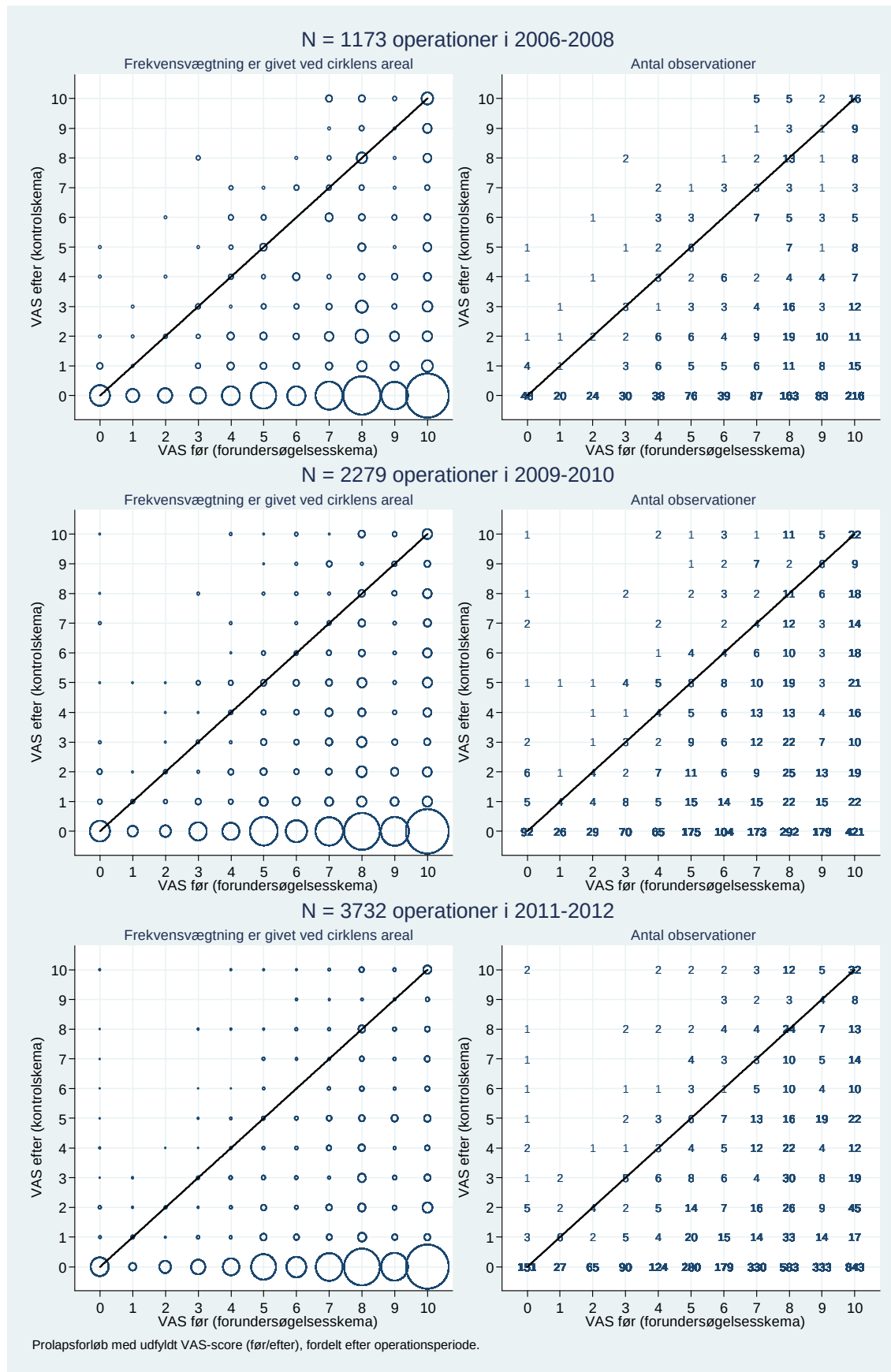
I Årsrapport 2011 fandtes følgende:

- Tabel 12 med overskriften "Urininkontinens/residualurin for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse"
- Figur 9 med overskriften "Fordeling af blevægtmålinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse"
- Figur 10 med overskriften "Fordeling af residualurin målinger for patientforløb med operation for urininkontinens i 2006-2011, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse"

Disse vises ikke i denne og fremtidige årsrapporter, da data ikke længere indgår i aktuelle indikatorer, og data er og har været behæftede med stor usikkerhed grundet små tal.



Figur B13- Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)



Figur B14- Prolaps: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B13 og Figur B14

Figurerne 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 B14) end af urininkontinensoperationer (Figur B13). 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.

Appendiks 4: Indikatordefinitioner

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
1. Ventetid 30 dage Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallæge-kontakt med undersøgelse, bør være højst 30 dage. Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene. 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.	Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første undersøgelse. Første undersøgelsesdato skal ligge efter henvisningsdato og operationsdato skal ligge efter forundersøgelsesdato. Felter: henvisningsdato findes i den første administrative registrering, forundersøgelsesdato findes i lægeskema (forundersøgelse) og operationsdato findes i lægeskema (operation).	Antal patientforløb med mindre end ≤ 30 dage mellem dato for henvisning og første undersøgelse.	Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første undersøgelse. Forløb hvor undersøgelsesdato ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før forundersøgelsesdato.
3. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens. Standard: $\geq 70\%$ af patientforløbene. 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.	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?). Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema. Kirurgikoder: KKDG00, KKD01, KKD010, KKD030, KKD031, KKD040, KKD050, KKD096, KKD097, KKD020, KKD022, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.	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?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi.
6. Prolaps - Objektiv score hos patienter opereret for	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi	Antal patientforløb med postoperativ objektiv	Manglende udfyldelse af variabelen prolapsgrad i

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
prolaps Objektiv mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad, målet er prolapsgrad $\leq$ grad 1. Standard: $\geq$ 90% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal en af variableerne i POPQ-GRADSBEREGNINGEN eller POPQ-GRADSVURDERINGEN være udfyldt.	for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering om 'prolapsgrad'. Felt: variabel for prolapsgrad findes i lægeskema for efterundersøgelse. 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.	vurdering af prolapsgrad, dvs. registrering af samlet score (i forhold til hymenal plan), grad $\leq$ 1. Hvis der findes en POPQ-GRADSBEREGNING anvendes denne ellers anvendes POPQ-GRADSVURDERING.	skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.
7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation. Standard: $\geq$ 80% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt. ja/nej.	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi 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 udenfor skeden?). Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema. Kirurgikoder (blot én af følgende): KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B,	Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.		
9. Urininkontinens - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens Efter urininkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov. Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens' være udfyldt.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens'. Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens' findes i lægeskema for efterundersøgelse. Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKD01, KKD010, KKD030, KKD031, KKD040, KKD050, KKD096, KKD097, KKD020, KKD022, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.	Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.	Patientforløb med manglende udfyldelse af variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens' hos patienter med relevant udført kirurgi.
10. Prolaps - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov. Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene.	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'. Felt:	Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb	Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til nedsynkning' hos patienter med relevant udført kirurgi.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Komplethed af dataregistre- ring: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret ske- ma for lægens efterundersø- gelse skal variabelen 'behand- lingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' være udfyldt. ja/nej.	variabel for 'behandlings- behov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' findes i lægeskema for efterundersøgelse. 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.		
11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens Slyngeoperation for inkonti- nens efter førstegangs slynge- operation for inkontinens Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Komplethed af dataregistre- ring: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført før- stegangsoperationen	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkon- tinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgø- relsesperioden. Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstå- ende operationskoder) efter førstegangs inkon- tinensoperation med slynge, indenfor 2 år efter førstegangs inkon- tinens slyngeoperation. Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96	Ingen
12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens Slyngeoperation for inkonti- nens efter førstegangs slynge- operation for inkontinens	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkon- tinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgø- relsesperioden.	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstå- ende operationskoder) efter førstegangs inkon-	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDGO1, KKDGO10, KKDGO30, KKDGO31, KKDGO40, KKDGO41, KKDGO50, KKDGO96, KKDGO97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96	tinensoperation med slynge, indenfor 5 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation. Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDGO1, KKDGO10, KKDGO30, KKDGO31, KKDGO40, KKDGO41, KKDGO50, KKDGO96, KKDGO97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96	
13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen
14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende):	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
ring: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	
15 Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
		med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLDC10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLDC10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Ingen
18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLDC10, kombineret med DN81.7	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLDC10, kombineret med DN81.7	med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	

Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase

Dataadgang

Hvis man ønsker at anvende egne, lokale data fra DugaBase eller aggregerede data fra andre afdelinger/hele landet til rent kvalitetsformål kan du gøre det uden protokol og særlig ansøgning, så længe anvendelsen er omfattet af de generelle retningslinjer for brug af kliniske kvalitetsdata.

Hvis man ønsker at anvende data på individniveau fra andre afdelinger til kvalitetsformål, eller hvis man ønsker at anvende data til forskning, skal der søges om lov til det. Der findes en detaljeret vejledning om forskningsadgang på

http://www.rkkp.dk/files/Subsites/RKKP/De%20Kliniske%20Kvalitetsdatabaser/Forskningsadgang/Vejledning_forskningsadgang.pdf

Ansøgningsskema findes på

<http://www.rkkp.dk/de+kliniske+kvalitetsdatabaser/forskningsadgang+til+data+fra+de+kliniske+kvalitetsdatabaser>

Artikler der udgår fra DugaBase

2011

Kesmodel US, Mørup L, Hviid UR, Sander UR, Sander P, Bek KM, Hansen UD, Lose G. Private klinikker for-sømmer at indberette. Ugeskr Læger 2011;173(46):2971.

2012

Kesmodel US, Bæk KM, Gradel KO, Guldborg R, Hansen JK, Hansen UD, Haugaard MC, Hviid U, Lose G, Mørup L, Raaberg L, Sander P. Dansk Urogynækologisk Database. Ugeskr Læger 2012;174(42):2540.

Guldborg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgaard BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database - establishment, completeness, and validity. Int Urogynecol J 2012 (online ahead of print). doi: 10.1007/s00192-012-1968-8

Guldborg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgaard BM. Patient reported outcome measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J 2012 (online ahead of print). doi: 10.1007/s00192-012-1979-5

Projekter hvor der er søgt om tilladelse til at anvende data fra DugaBase

Ansøgnings-tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	E-mail	Titel
Oktober 2008	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Rikke Guldborg	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@ouh.regionssyddanmark.dk	Operation for urininkontinens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemio- logiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet
Januar 2009	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødreklinikken, Odense & Sønder- borg Sygehus	raaberg@dadlnet.dk	Symptomer og fund hos urogy- nækologiske patienter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.
Marts 2010	Styregrup- pemøde 15/3 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	marianne.8sen@dadlnet.dk	Effekten af KLEF03 +/- KLEF20 i forhold til inkontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Han- sen	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@ouh.regionssyddanmark.dk Ulla.Darling.Hansen@ouh.regionssyddanmark.dk	Brug af implantater ved urogy- nækologiske operationer i Dan- mark
Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guldborg	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@ouh.regionssyddanmark.dk	Kirurgisk behandling af stress- inkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	mfoss@health.sdu.dk	Regional variation i behandlings- kvalitet- kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder

Rikke Guldberg Sørensen

Projektets titel: *Operation for urininkontinens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet*

Projektets formål: PhD projekt med to del-studier med data fra DugaBase

Projektets aktuelle status: Ph.d. afhandling under udarbejdelse, hvori de to del-studier indgår.

Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):

Publikationer:

- 1) Guldberg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgård BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database: establishment, completeness and validity. Int Urogynecol J DOI 10.1007/s00192-012-1968-8
- 2) Guldberg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgård BM. Patient reported outcome measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J DOI 10.1007/s00192-012-1979-5

Projekterne er præsenteret af Rikke Guldberg til følgende kongresser/møder:

2011, NUGA bi-annual meeting, Bergen, Norge: Symptoms and quality of life after surgery for pelvic organ prolapse in Denmark

2011, Dansk Urogynækologisk Årsmøde, Skejby. Symptomer og livskvalitet efter inkontinensoperation i Danmark

2011 9th Congress of the European Society of Gynecology, København: Symptoms and quality of life after surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark

2012, International Urogynecology Association Kongres, Sydney, Australien: The Danish Urogynaecological Database – establishment, completeness and validity, 2006-2011

2012, NFOG, Bergen, Norge: The Danish Urogynaecological Database- Establishment, completeness, and validity

2012, NFOG, Norge: Patient reported outcome measures on female urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011

Lasse Raaberg

Projektets titel: *Symptomer og fund hos patienter henvist med urogynækologiske problemstillinger.*

Projektets formål: At undersøge sammenhæng mellem symptomer og objektive fund på baggrund af den udvidede udgave af DUGA base.

Projektets aktuelle status: Er under statistisk bearbejdning

Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):

2011, ICS, Oplysninger følger.

Rikke Guldberg Sørensen

Projektets titel: *Brug af implantater ved urogynækologiske operationer i Danmark*

Projektets formål: 2 kandidatspecialer udgående fra Syddansk Universitet

Projektets aktuelle status: Første kandidatspeciale er afsluttet. Andet kandidatspeciale er planlagt til afvikling i efteråret 2013.

Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):

Data er præsenteret:

Ved Arvid Gullstrand: DUGS årsmøde, Herlev: Implantater ved operation for genital prolaps i Danmark, 2010-2011

Ved Ulla Darling Hansen: IUGA kongres, Dublin 2013: POP surgery in Denmark 2010-2011 with focus on the use of implants and recurrent surgery

Rikke Guldberg Sørensen

Projektets titel: *Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)*

Projektets formål: At præsentere danske tal i guideline.

Projektets aktuelle status: Guideline færdig – men DugaBase-data udgik af den endelig version.

Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.): Ingen

Margrethe Foss Hansen

Projektets titel: Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af kvinder med urininkontinens

Projektets formål: At beskrive variation i behandlingskvalitet mellem de uro- gynækologiske afdelinger i Danmark i perioden 2007-2011 samt beskrive en eventuel effekt af centraliseringen på kvaliteten med udgangspunkt i årene 2009-2011.

At identificere strukturelle, organisatoriske og patientrelaterede faktorer, der er associeret med variation i behandlingskvalitet

Projektets aktuelle status: Projektets dataudtræk blev leveret i slutningen af 2012 og arbejdet med kodning af data er i gang.

Yderligere arbejdes med at tilknytte en forskningsårsstuderende til projektet til indsamling af journaldata, som skal supplere registrene med oplysninger om komplikationer. Dertil foreligger et journalskema på baggrund af Clavien-Dindos Standard- Klassifikation af kirurgiske komplikationer samt protokol.

Publikationer på baggrund af projektet (abstracts, artikler, rapporter osv.):

Abstract (Åben Forskerdag, Fredericia, 26.april 2012)

Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater

De følgende vejledninger vedrører afsnit "3 Resultater for indikatorer", hvori indgår resultater med statistiske begreber:

Konfidensinterval

Som udgangspunkt udgør en population en tilfældig stikprøve af en baggrundspopulation. I baggrundspopulationen findes en sand, men ukendt, værdi, som estimeres i stikprøven.

Et konfidensinterval angives med en procentsats, som ofte er 95%. Et 95% konfidensinterval angiver, at den sande værdi, som ønskes estimeret, med 95% sandsynlighed ligger i konfidensintervallet.

95% konfidensintervaller vises i afsnittets tabeller og figurer. Alle konfidensintervaller i denne årsrapport er beregnet som eksakte binomiale konfidensintervaller. Der findes forskellige måder at beregne konfidensintervaller på, som ikke omtales nærmere her. Uanset hvilken metode man vælger til beregning af konfidensintervaller er disse mindre valide når de findes i et område, der nærmer sig yderpoler (0% eller 100% for indikatorandele).

Standarden opfyldt eller ikke opfyldt

I denne årsrapport har RKKP iht. skabelonen for årsrapporter fastlagt følgende kriterier, som findes i tabeller med resultater for indikatorer, anden kolonne:

- "Ja":
Andelen er **over** standarden på **mindst** X %
eller
Andelen er **under** standarden på **højst** X %
Ovenstående gælder uanset om standarden på X % er indeholdt i 95% konfidensintervallerne eller ikke
- "Ja*":
Andelen er **under** standarden på **mindst** X %, men standarden **er** indeholdt i 95% konfidensintervallerne
eller
Andelen er **over** standarden på **højst** X %, men standarden **er** indeholdt i 95% konfidensintervallerne
- "Nej":
Andelen er **under** standarden på **mindst** X %, og standarden er **ikke** indeholdt i 95% konfidensintervallerne
eller
Andelen er **over** standarden på **højst** X %, og standarden er **ikke** indeholdt i 95% konfidensintervallerne

Ovenstående metoder og kriterier afviger lidt fra de, som blev brugt i Årsrapport 2011, og derfor kan forekomme små afvigelser for de samme andele. Betydningen af disse afvigelser er minimal ved sammenligning af resultater mellem Årsrapport 2011 og Årsrapport 2012.

Tabeller med resultater for indikatorer

Disse tabeller viser resultater på landsplan samt for regioner og afdelinger.

- Kolonnen "Std. opfyldt: Mindst/Højst X%" angiver om indikatoren er opfyldt ("Ja", "Ja*" eller "Nej" i henhold til kriterier forklaret ovenfor)
- Kolonnen "Tæller/nævner" viser tællerpopulationen samt nævnerpopulationen efter eksklusioner. Eksklusionskriterier for de enkelte indikatorer fremgår af beregningsreglerne (jf. Appendiks 4: Indikatordefinitioner)
- Kolonnen "Uoplyst Antal (%)" angiver procentdelen af potentielle nævnerforløb, som er ekskluderet (i henhold til kriterier som vist i Appendiks 4: Indikatordefinitioner). Den er komplementær til kom-

pletheden, således at 100 minus kompletthed er lig uoplyste i procent. Komplettheden er udregnet som "Nævner" (vist i tabellen) divideret med antal potentielle nævnerforløb (ikke vist i tabellen), som derefter er ganget med 100 for at få resultatet i procent

- Kolonnen "Aktuelle år" angiver andelen (95% konfidensintervaller), som opfylder indikatoren. Andelen er udregnet som "Tæller" divideret med "Nævner", som derefter er ganget med 100 for at få andelen i procent.
- Kolonnen/kolonnerne "Tidligere år" angiver andelen for tidligere opgørelsesperioder (år). Andelen er udregnet som "Tæller" divideret med "Nævner", som derefter er ganget med 100 for at få andelen i procent

Figurer med resultater for indikatorer, per region (forestplots)

Regionens andel angives med et kryds, og 95% konfidensintervallerne angives med de "liggende T'er".

Figurer med resultater for indikatorer, per afdeling (forestplots)

Afdelingens andel angives med et kryds, og 95% konfidensintervallerne angives med de "liggende T'er".

Den følgende vejledning vedrører figurer i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer":

Figurer med udvikling af indikatorer over tid, per region og per afdeling

Disse angiver, for hver region/afdeling, udviklingen i andele over tid på kvartalsniveau. Figurerne er uden angivelse af konfidensintervaller, hvorfor de skal fortolkes ekstra forsigtigt.

Ordliste

Ord	Forklaring
Databasekompletthed	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret
Dataskompletthed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer samt Tabel 18.
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.dsks.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf, accessed 25. maj 2013).

Appendiks 7: Regionale kommentarer

I det følgende er indsat kommentarer, som er indkommet i forbindelse med regional høring af indikatorresultaterne fra DugaBase årsrapport 2012.

Kommentarer til årsrapport 2012 for Gynækologisk Afdeling, Sygehus Lillebælt, Kolding

Indhold af teksten aftalt med ledende overlæge Kurt Klünder.

Gennem mange år har vores afdeling været i stand til at præsentere stabilt valide, komplette data, som viser, at vi opfylder kriterierne for kvalitetskravet vedr. POP og inkontinens-forløbene.

Indikatorerne 1 (ventetid) og 6 (objektiv score hos patienter opereret for prolaps) opfylder vi ligesom i 2011 ikke med følgende begrundelse:

Indikator 1 (ventetid): Der er desværre ikke på nuværende tidspunkt mulighed for, at der kan ændres på vores praksis i nævneværdig grad.

Indikator 6 (objektiv score hos patienter opereret for prolaps): Vi ser ikke alle patienter 3 måneder postoperativt til kontrol, men indkalder ud fra Dugaskema 3a patienter med gener til en kontrol i Gynækologisk Ambulatorium.

Her har vi ikke intention om at ændre vores praksis på baggrund af den stabile kvalitet og i forhold til regionens generelle krav om at nedbringe antallet af kontrolbesøg som ikke primært giver værdi for patienten.

I 2012 har vi - i henhold til specialeplanen - ikke foretaget inkontinensoperationer med slynge, hvorfor der ikke eksisterer data for indikator 3 og indikator 9.

De to nye indikatorer 11 og 12 viser, at vi har haft 2 recidiv operationer 2 år efter slyngeoperation. Vi er dog sikre på, at vi ikke har foretaget operationer for inkontinens i tidsrummet. Der er foretaget 2 operation med indikation bånderosion, hvilket ikke er en recidiv, men en komplikation.

Ligeledes beskriver de nye indikatorerne 13, 14, 15, 16, 17 og 18, at vi har foretaget et mindre antal af foretagne recidivoperationer efter tidligere POP operation. Indikatorerne er opfyldte. Men efter vores opfattelse har vi ikke udført recidiv prolapsoperationer (derunder forstået recidiv POP i samme kompartment). Vi kan umiddelbart ikke forklare disse data og spekulerer, hvordan tallene bliver trukket ud af databasen og data bliver dannet.

Derfor vil vi bede om at få disse CPR-numre, så vi kan kontrollere, om der er sket en fejlregistrering fra vores side.

Overlæge Carolin Hørlyck Corrinth

Kommentarer til årsrapport 2012 for DugaBase fra Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y, AUH

Databasekomplethed:

For inkontinensoperationer (95,7%) og prolapsoperationer (97,5%) ligger vi over landsgennemsnittet og opfylder gældende krav. Vi arbejder på, at nå 100% men dette måske ikke muligt, idet manglende data skyldes fejregistrering, som ikke kan rettes selv efter opsamling fra mangellisterne.

Indikator 1 - ventetid.

Denne indikator er irrelevant for monitorering i klinisk kvalitetsdatabase, idet ventetiden er bestemt af ressourcemæssige forhold, som den enkelte afdeling ikke har den store indflydelse på. Eksempelvis er der indført regionsfunktion for recidivprolaps, hvilket har medført øget patientflow til afd Y fra regionssygehuse-
ne uden tilførsel af ressourcer.

Indikator 3 - subjektiv tilfredshed urininkontinens (standard: >70%)

Opfyldt - Skejby 72,1 (59,2-82,9) - Landsgennemsnit 77,0 (74,1-79,7)

Indikator 6 - Objektiv score prolaps pt (standard >90%)

Ikke opfyldt - Skejby 68,2% (57,4-77,7) - Landsgennemsnit 79,5% (77,2-81,7)

Vi har kun objektiv score på 88 patienter ud af 359 opererede. Dette skyldes formentlig overvejende, at ptt. med simpel prolaps kontrolleres telefonisk - dvs kun kontrol af subjektive gener.

Vi har derfor kun objektiv score på de patienter, der ses i afdelingen - og disse patienter, er dem med problemer inkl. muligt recidiv. Den objektive succes-rate må derfor blive lavere, end hvis vi undersøgte alle patienter.

Vi opererer overvejende patienter med recidiv prolaps - og disse patienter har en højere risiko for operativ failure end primært opererede patienter. Dette kan også forklare den lavere succesrate.

Indikator 7 - subjektiv score hos prolaps patienter (standard > 80%)

Delvist opfyldt - Skejby 74,3% (66,9-80,7)- Landsgennemsnit 85,3% (83,8-86,6)

Vi opererer i høj grad patienter med recidiv prolaps - og disse patienter har en højere risiko for operativ failure, hvilket kan forklare den lavere succesrate.

Indikator 9 - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens (standard < 10%)

Nej - Skejby 60,0 (14,7-94,7) - Landsgennemsnit 13,8 (11,4-16,6)

Der indgår kun data fra 5 patienter ud af 117 inkontinenspatienter. Data derfor inkonklusive!
På landsplan er der ligeledes lav datakomplethed, idet der kun indgår 708 ud af 1356 ptt.

Indikator 10 - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps (standard <10%)

Delvist opfyldt - Skejby 11,8 (6,1-20,2) Landsplan 6,7 (5,6-7,9)

Vi opererer overvejende patienter med recidiv prolaps - og disse patienter har en højere risiko for operativ failure, hvilket også kan forklare den lavere succesrate.

Indikator 11-18: Recidiv-operationer:

Helt eller delvist opfyldt.

Overordnede kommentarer:

Datakomplethed:

Det er et stort problem, at der mangler data på så mange patienter både på Skejby og i hele landet. Data er derfor vanskelige at tolke. Det kræver en aktiv indsats at imødekomme dette problem - en mulighed kunne være mangellister for inkomplette data på linje med de lister, som udsendes for manglende databasekomplethed.

Sammenligning af afdelinger:

Dette giver kun begrænset mening, idet patientgrundlaget ikke er sammenligneligt. En afdeling med overvægt af patienter med avanceret prolaps eller recidivprolaps vil per definition have et anderledes outcome end en afdeling som varetager behandling af patienter med simpel prolaps. Behandling af recidivprolaps er i hver region centraliseret og man kunne snarere sammenligne på regions niveau.

Det samme gælder kirurgisk behandling af urin-inkontinens. Ex. er Bulking centraliseret i Region Midt til Skejby. Denne procedure har succesrater, der ligger langt under slyngeoperationer. Det er derfor ikke meningsfyldt at sammenligne outcomes for afdelinger som udelukkende praktiserer slyngeoperationer med afdelinger der har varetager både bulking og slyngeoperationer.

Ligeledes er patienter, der tidligere er behandlet for urin-inkontinens, centraliserede til afdelinger, der vil få en lavere succes-rate ved behandling end afdelinger, der kun varetager primær inkontinens behandling.

Indikatorer for operativ succes:

Det er påfaldende, at man har valgt, at indikator for objektiv succes efter prolaps er højere end den subjektive score, idet der er evidens for, at patienttilfredsheden efter en operation generelt er højere end den objektive cure rate.

Med de valgte indikatorer er det svært at leve op til selv bedste standard.

Recidiv-indikatorer:

Det er ikke klart defineret, hvordan disse tal hentes. Er der tale om pt primært opereret i egen afdeling eller blot pt, der tidligere er opereret?? Under alle omstændigheder er recidiv operationer iht specialeplanen centraliserede, så afdelinger, der varetager disse operationer, vil få svært ved at opfylde disse indikatorer. Dertil kommer, at operationer for recidiv i sig selv har højere recidivrate.

Indikator for recidivprolaps er sat til < 5% efter 2 år og < 10% efter 5 år. Dette er meget optimistiske recidivrate! Iht litteraturen er der op til 30% recidivrate efter prolapskirurgi - selv med kort opfølgning. Ved follow up 5 år efter operation for cystocele har vi fundet, at 24% havde objektivt recidiv, mens 87% var uden bulesymptomer og 73% syntes operationen havde hjulpet på deres symptomer. 11% allerede var opereret for recidiv (Greisen et al 2012).

Det kan være fornuftigt at sætte niveauet for behandling højt, så vi alle har noget at stræbe efter. Men mange af indikatorerne har et urealistisk mål, der ikke kan lade sig gøre at nå. Dette bliver meget problematisk, når kvalitetsdatabaserne får politisk bevågenhed. Det er varslet at man fremadrettet vil bruge databaserne som budgetstyrende redskaber, så afdelinger der ikke opfylder indikatorerne kan straffes økonomisk. Det er simpelthen ikke rimeligt med den nuværende form for databasen.

På vegne af Gynækologisk-Obstetrisk afdeling Y, AUH
Marianne Glavind-Kristensen, overlæge ph.d