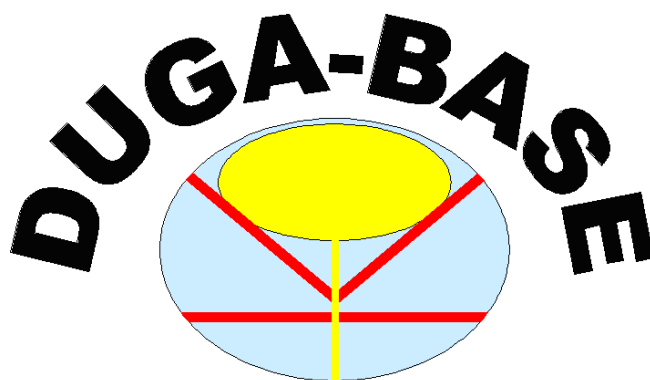


Årsrapport nr. 11 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2016

1. januar 2016 - 31. december 2016

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:

Lene Korshøj

Kvalitetskonsulent, Cand.scient.san

Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet & Sundhedsinformatik - Vest

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: lenekors@rm.dk

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

Rapporten er udgivet d. 30. juni 2017

Indhold

1.	Konklusioner og anbefalinger	4
2.	Oversigt over alle indikatorer	6
3.	Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau	7
3.1.	Indikator 2.....	7
3.2.	Indikator 3.....	10
3.3.	Indikator 7.....	14
3.4.	Indikator 11.....	17
3.5.	Indikator 12.....	20
3.6.	Indikator 13.....	23
3.7.	Indikator 14.....	26
3.8.	Indikator 15.....	29
3.9.	Indikator 16.....	32
3.10.	Indikator 17.....	35
3.11.	Indikator 18.....	38
3.12.	Indikator 19.....	41
3.13.	Indikator 20.....	44
4.	Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	47
5.	Datagrundlag og metode.....	49
6.	Styregruppens medlemmer	56
7.	Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer	57
8.	Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer	100
9.	Appendiks 3: Supplerende statistik	103
10.	Appendiks 4: Indikatordefinitioner	119
11.	Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase	132
12.	Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater	137
13.	Appendiks 7: Regionale kommentarer	141

1. Konklusioner og anbefalinger

Styregruppens generelle kommentarer

Årsrapporten 2016 fremstår med igen med ændringer i forhold til sidste års rapport. Den er baseret på en databasekomplethed der, siden 2010 har ligget stabilt på over 90% for indberettede patientforløb sammenholdt med LPR. Det er således meget komplette data der foreligger vedrørende operationer.

For et speciale som urogynækologi, hvor vi i høj grad behandler livskvalitet, er patientens subjektive opfattelse af vores behandling (PROM indikatorerne) meget vigtige kvalitetsparametre. Det er derfor afgørende for flere indikatorer, at der indsamles data ved en postoperativ kontrol. Her ligger den landsdækkende datakomplethed "kun" mellem 83%-85%. Dette er dog en markant stigning i forhold til sidste årsrapport, hvor tallet var 76%-79%. Der er dog fortsat meget store forskelle mellem de enkelte afdelinger således at nogle afdelinger formår at indrapportere postoperative data for over 95% af alle forløb, mens andre ligger på omkring 75%.

Indikatorresultaterne viser igen i år en generel stabil høj opfyldelse. Enkelte afdelinger har udsving på enkelte indikatorer, og disse afdelinger er allerede i gang med relevante subanalyser af data, med henblik på at klarlægge årsager til udsvinget. Styregruppens kommentarer findes i relation til de enkelte indikatorer. Der er dog et par generelle bemærkninger som vi gerne vil henlede læserens opmærksomhed på;

- Alle indikatorer på nær 19 og 20, måler absolutte værdier, og siger således ikke noget om opnået forbedring. Da vi behandler symptomer hvor sværhedsgraden, hyppigheden og den oplevede påvirkning af livskvalitet varierer meget mellem de enkelte patienter, vil mange patienter opleve behandlingen som en væsentlig forbedring – selvom den evt ikke opfylder standarden for en given indikator.
- Ved læsning af indikatorer som vedrører behandling af inkontinens, så må man være opmærksom på, at de kirurgiske behandlinger som beskrives i denne rapport hovedsageligt retter sig mod stressinkontinens (anstrengelsesinkontinens) og ikke mod urgeinkontinens (tranginkontinens). De patienter som lider af blandingsinkontinens (begge typer) vil i mange tilfælde fortsat opleve urgeinkontinens efter behandlingen.
- Vedrørende indikatorer for behandling af prolaps, skal man være opmærksom på, at patienter som har prolaps i flere kompartments ikke vil kunne mærke forskel på symptomerne fra de enkelte kompartments. Når man så (i henhold til god praksis) vælger at operere et kompartment ad gangen, for at undgå stramninger i vagina, så vil patienten muligvis fortsat opleve symptomer fra det tilbageværende kompartment, trods en succesfuld kirurgisk behandling.

Som anført baserer denne rapport sig på store mængder meget solide data, og datagrundlaget må siges at tilhøre et af de meget få landsdækkende urogynækologiske datasæt i verden. Vi har derfor valgt at vise enkelte supplerende analyser, som vi finder af stor faglig værdi. Disse analyser findes i appendiks 3, og drukner derfor lidt i den overvældende mængde obligatoriske data, men styregruppen vil gerne henlede den fagligt interesseredes opmærksomhed på dette.

Ved læsning af rapporten vil den opmærksomme læser komme ud for nogle ændringer i forhold til tidligere rapporter som man bør være opmærksom på ved sammenligning med tidligere års resultater. Disse er resultatet af styregruppens arbejde med at styrke kvaliteten og relevansen af data.

Ændringer skal kort omtales her:

Indikator 2: Indikatordefinitionen er præciseret, og vi har nu stor sikkerhed for at alle indberetter ventetid fra henvisning er modtaget til patienten tilbydes 1 besøg på sygehus.

Indikator 3, 19: For begge indikatorer baserer data sig nu kun på patienter, der er opereret med en midturetralslynge og indeholder altså ikke længere data fra patienter opereret med en såkaldt bulkingoperation. De to operationstyper adskiller sig væsentligt på mange punkter selvom de hovedsageligt retter sig mod samme lidelse, nemlig stressinkontinens. Det giver derfor god mening at adskille data fra de to behandlingstyper idet der også er kendte forskelle i patienttilfredshed og effektivitet.

Midturetralslyngeoperation som er et væsentligt større indgreb med flere og alvorligere komplikationer, har også en højere patienttilfredshed og effektivitet, hvad angår antal af lækager sammenlignet med det mindre indgreb Bulking. Bulking derimod kan tilbydes til patienter som evt ikke er egnede til- eller ikke ønsker- det større indgreb, og som vil være tilfredse med en knapt så effektiv behandling.

Ved denne "oprensning" af data er en sammenligning mellem afdelinger også mere real, idet der ikke skal tages højde for forskellige andele af de to behandlingstyper.

Indikator 11-18: Fra denne årsrapport er alle recidiv operationer taget ud af "indeks" operationerne.

D.v.s. at hvis operationen 2 hhv 5 år tidligere IKKE var den første prolaps operation i det pågældende kompartment, så indgår den ikke i data. Dette er indført for at kunne sammenligne afdelinger uanset om deres patientmateriale hovedsageligt udgøres af primæroperationer eller om der er en andel af recidiv operationer, som har en større risiko for re- recidiv.

Indsatsområder for styregruppen i 2016

Styregruppen har i 2016 fortsat sit arbejde med indberetning af komplikationer. Der er dels indført mulighed for at oprette såkaldte "komplikationsforløb" – dvs forløb hvor patienten behandles for en komplikation til en forudgående urogynækologisk operation, hvor forløbet i DugaBase vedrørende den primære operation forlængst er afsluttet. Dette har tidligere ikke været muligt.

Med inspiration fra hysterectomidatabasen arbejdes der med et helt nyt koncept for, hvordan afdelingerne kan hjælpes til at opnå en bedre indberetning af komplikationer.

Konceptet går i korthed ud på, at relevante komplikationskoder trækkes i LPR for patienter, der har gennemgået en urogynækologisk operation inden for et afgrænset tidsinterval. Disse data sammenholdes med komplikationer indberettet i DugaBase, og hvis man finder forløb i LPR som ikke er indberettet til DugaBase, bliver den ansvarlige afdeling bedt om at tage stilling til rigtigheden af en evt komplikation. Dette forventes indført i 2018. Forskningskonsulent for DugaBase Rikke Guldborg Sørensen har fungeret i hele 2016 og dette har medført, at flere forskningsprojekter har fået et kvalitetsmæssigt løft, ligesom flere er blevet en realitet pga denne mulighed for støtte.

Fremtidige planer for DugaBase

Foreløbig lægger styregruppen stor vægt på at få implementeret en bedre registrering af komplikationer og der arbejdes intensivt med dette.

Audit viser, at indikatorerne kan præciseres yderligere ved at underopdele det datamateriale som indgår i dem, for bedre at kunne sammenligne data imellem afdelinger som måske har forskellige grundpopulationer. Siden 2015 har det været muligt at behandle urgeinkontinens på gynækologiske afdelinger med injektion af Botox i blæremusklen. Denne behandling indgår ikke i DugaBase, men det er hensigten at inkludere den for at kunne monitorere dette nye tiltag. Da behandlingen på flere punkter adskiller sig fra de kirurgiske behandlinger som nu monitoreres i DugaBase, kræves der dog nogle tilpasninger inden det giver mening at inddrage den. Styregruppen vil sætte dette arbejder i gang når komplikationsregistreringen er implementeret.

2. Oversigt over alle indikatorer

Table 1- Indikatoroversigt, landsresultater

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse						
			2016	2015	2014	2013	2012	2011	
2: Ventetid (30 dage)	≥ 90%	16	56 (54-58)						
3: UI Subj.patientbedøm. af OP	≥ 70%	15	83 (80-85)	84 (81-86)	82 (79-85)	82 (79-84)	83 (80-85)	81 (78-83)	
7: POP Subj.patientbedøm af OP	≥ 80%	16	84 (83-85)	83 (82-84)	83 (82-84)	84 (83-86)	85 (84-87)	84 (83-86)	
11: Recidiv 2år eft. slyngeop.	≥ 95%				99 (98-100)	99 (98-100)	99 (98-99)	98 (98-99)	
12: Recidiv 5år eft. slyngeop.	≥ 90%							98 (97-99)	
13: Recidiv 2år for.komp. POP	≥ 95%				96 (95-96)	95 (94-96)	96 (95-97)	96 (96-97)	
14: Recidiv 5år for.komp. POP	≥ 90%							94 (93-95)	
15: Recidiv 2år midt.komp. POP	≥ 95%				96 (95-97)	96 (95-97)	98 (96-98)	98 (97-99)	
16: Recidiv 5år midt.komp. POP	≥ 90%							96 (95-97)	
17: Recidiv 2år bag.komp. POP	≥ 95%				98 (97-98)	97 (96-97)	98 (97-98)	97 (96-98)	
18: Recidiv 5år bag.komp. POP	≥ 90%							96 (95-97)	
19: UI Vurd. af OP (PGI-I)	≥ 90%	15	96 (95-97)	96 (94-97)	96 (94-97)	96 (95-98)			
20: POP Vurd. af OP (PGI-I)	≥ 90%	17	94 (93-95)	94 (93-94)	93 (92-94)	93 (92-94)			

Indikatorer for recidiv (indikator 11-18) opgøres med en tidsforskydning på enten 2 eller 5 år

3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

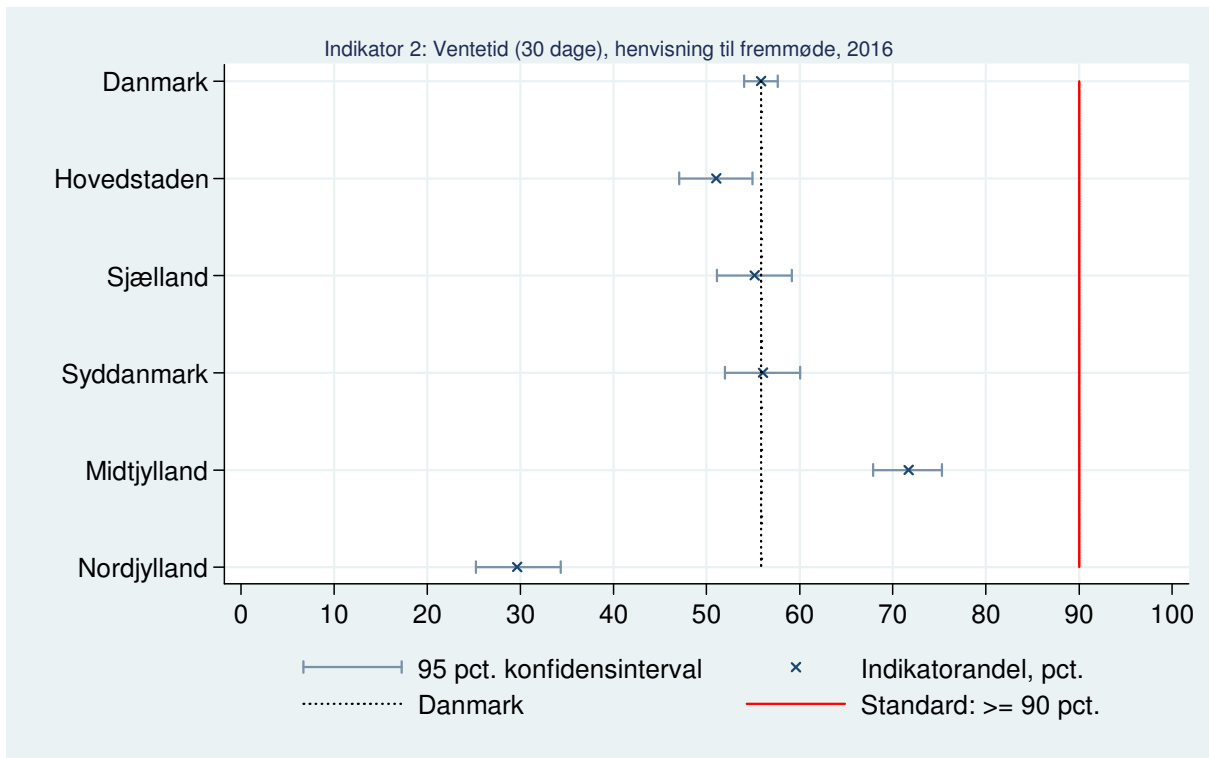
3.1. Indikator 2

Ventetid (30 dage). Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

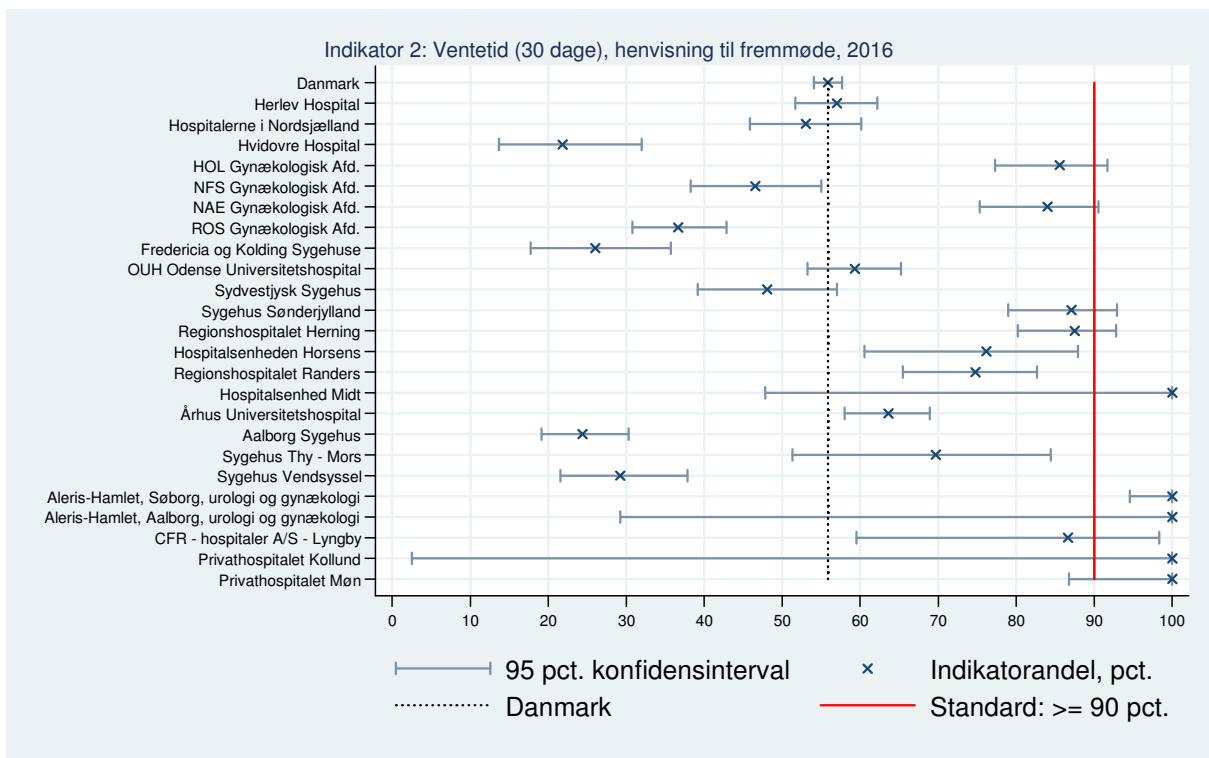
Tabel 2 - Resultater for indikator 2

Indikator 02	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år	
				Pct.	(95% CI)
Danmark	Nej	1654 / 2961	561 (16)	55,9	(54,0-57,7)
Hovedstaden	Nej	328 / 643	37 (5)	51,0	(47,1-54,9)
Sjælland	Nej	336 / 609	31 (5)	55,2	(51,1-59,2)
Syddanmark	Nej	338 / 603	182 (23)	56,1	(52,0-60,1)
Midtjylland	Nej	423 / 590	274 (32)	71,7	(67,9-75,3)
Nordjylland	Nej	120 / 405	35 (8)	29,6	(25,2-34,3)
Hovedstaden	Nej	328 / 643	37 (5)	51,0	(47,1-54,9)
Herlev Hospital	Nej	204 / 358	16 (4)	57,0	(51,7-62,2)
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	105 / 198	13 (6)	53,0	(45,8-60,1)
Hvidovre Hospital	Nej	19 / 87	8 (8)	21,8	(13,7-32,0)
Sjælland	Nej	336 / 609	31 (5)	55,2	(51,1-59,2)
HOL Gynækologisk Afd.	Nej	89 / 104	2 (2)	85,6	(77,3-91,7)
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	68 / 146	8 (5)	46,6	(38,3-55,0)
NAE Gynækologisk Afd.	Nej	84 / 100	10 (9)	84,0	(75,3-90,6)
ROS Gynækologisk Afd.	Nej	95 / 259	11 (4)	36,7	(30,8-42,9)
Syddanmark	Nej	338 / 603	182 (23)	56,1	(52,0-60,1)
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	26 / 100	1 (1)	26,0	(17,7-35,7)
OUH Odense Universitetshospital	Nej	162 / 273	170 (38)	59,3	(53,3-65,2)
Sydvestjysk Sygehus	Nej	62 / 129	10 (7)	48,1	(39,2-57,0)
Sygehus Sønderjylland	Nej	88 / 101	1 (1)	87,1	(79,0-93,0)
Midtjylland	Nej	423 / 590	274 (32)	71,7	(67,9-75,3)
Regionshospitalet Herning	Nej	105 / 120	1 (1)	87,5	(80,2-92,8)
Hospitalsenheden Horsens	Nej	32 / 42	1 (2)	76,2	(60,5-87,9)
Regionshospitalet Randers	Nej	80 / 107	24 (18)	74,8	(65,4-82,7)
Hospitalsenhed Midt	-	5 / 5	148 (97)	100,0	(47,8-100,0)
Århus Universitetshospital	Nej	201 / 316	100 (24)	63,6	(58,0-68,9)
Nordjylland	Nej	120 / 405	35 (8)	29,6	(25,2-34,3)
Aalborg Sygehus	Nej	59 / 242	31 (11)	24,4	(19,1-30,3)
Sygehus Thy – Mors	Nej	23 / 33	2 (6)	69,7	(51,3-84,4)
Sygehus Vendsyssel	Nej	38 / 130	2 (2)	29,2	(21,6-37,8)
Privathospitaler	Ja	109 / 111	2 (2)	98,2	(93,6-99,8)
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	66 / 66	1 (1)	100,0	(94,6-100,0)
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)
CFR – hospitaler A/S – Lyngby	Nej	13 / 15	0 (0)	86,7	(59,5-98,3)
Privathospitalet Kollund	-	# / #	1 (50)	100,0	(2,5-100,0)
Privathospitalet Møn	Ja	26 / 26	0 (0)	100,0	(86,8-100,0)

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 2

Indikator 2 er tiden fra henvisning til første fremmøde på afdelingen. Indikator 2 afløser indikator 1, som var tiden fra henvisning til første speciallæge-kontakt.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 16 %, dvs. kompletheden er 84 % (Tabel 2). De uoplyste forløb skyldes både manglende oplysninger om dato for henvisning og/eller dato for første fremmøde på afdelingen (data ikke vist). Nogle få afdelinger (OUH Odense Universitetshospital [38 %], Hospitalsenheden Midt [97 %]) bidrager især til andelen af uoplyste forløb.

På landsplan har 55,9 % af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90 %. Ingen af regionerne opfylder standarden, men der er nogen variation mellem dem, spændende fra 29,6 % for Region Nordjylland til 71,7 % for Region Midtjylland (Figur 1).

Ingen afdelinger på offentlige sygehuse med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden, men der er stor variation mellem disse (Figur 2). HOL Gynækologisk Afdeling, NAE Gynækologisk Afdeling, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens og Hospitalsenheden Randers er med andele på 74,8-87,5 % tættest på at opfylde standarden, mens hovedparten af de øvrige afdelinger har andele på under 60 %.

Blandt de 4 privathospitaler med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 3 standarden (Aleris-Hamlet/Søborg, Aleris-Hamlet/Aalborg, Privathospitalet Møn) mens CFR/Lyngby med en andel på 86,7 % næsten opfylder den, omend dette kun er baseret på 15 patientforløb.

Trendgrafer er ikke vist for denne nye indikator.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 2

Som anført er indikator 2 en erstatning for den tidligere indikator 1. Den afgørende forskel på de to er en præcisering af registreringspraksis og dermed begrebet ventetid. Den er nu utvetydigt defineret som tidsrummet fra henvisningen modtages til patientens første fremmøde på behandlingsstedet, dette uanset om patienten mødes af en læge eller et andet sundhedsfagligt personale. Tidligere har der været tvivl om præcis, hvad der skulle registreres; nogle afdelinger har registreret tidsrummet fra henvisning til operation, andre fra beslutning om operation til operation og andre igen har registreret svarende til den nuværende definition. Udover de klinisk epidemiologiske forbehold, så skal der tages forbehold for, at en evt forsinkelse af første fremmøde pga patientens ønske ikke bliver monitoreret, men det forventes at være ubetydeligt.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at patienter med urogynækologiske sygdomme som hovedregel allerede hos egen læge får en diagnose, som ikke er "livstruende" og derfor ifølge aktuel lovgivning skal behandles inden for 30 dage.

Anbefalinger til indikator 2

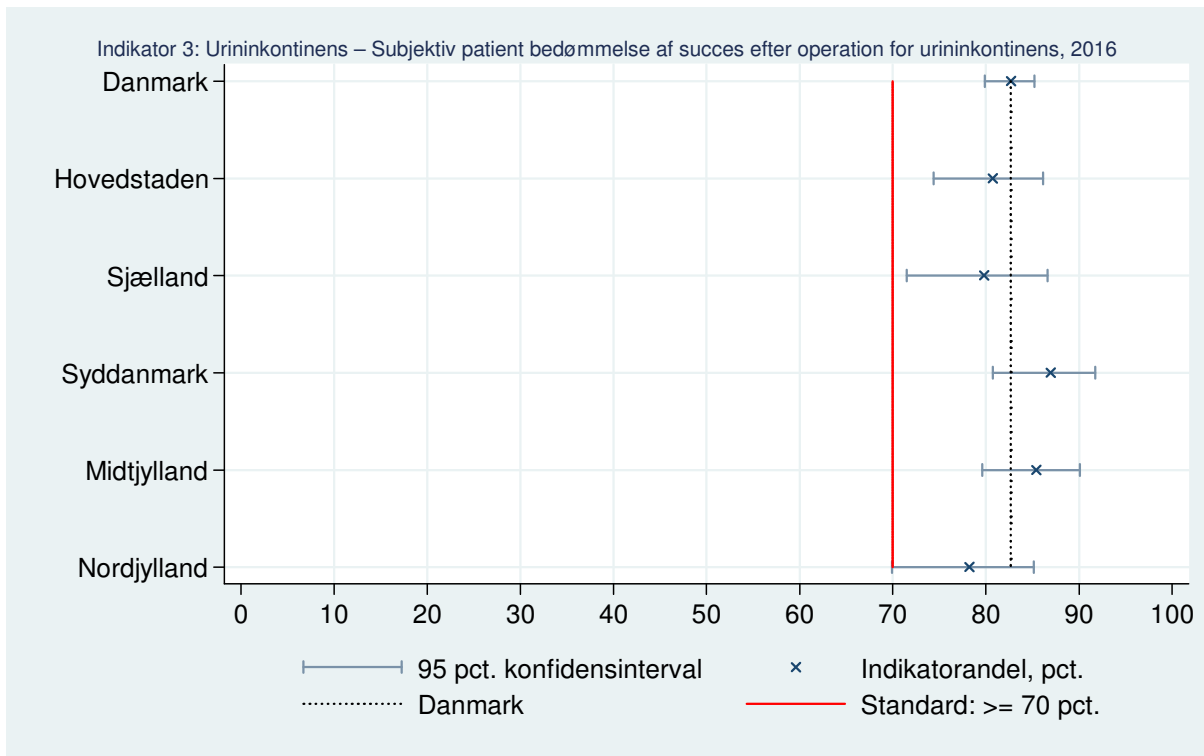
Opgørelse over ventetid fra henvisning til 1. fremmøde er offentligt tilgængeligt og opdateres regelmæssigt i andre systemer (sundhed.dk), hvorfor der i styregruppen stilles spørgsmål ved relevansen af denne indikator. Foreløbig vælger vi dog, at indikator 2 bevares i sin nuværende form.

3.2. Indikator 3

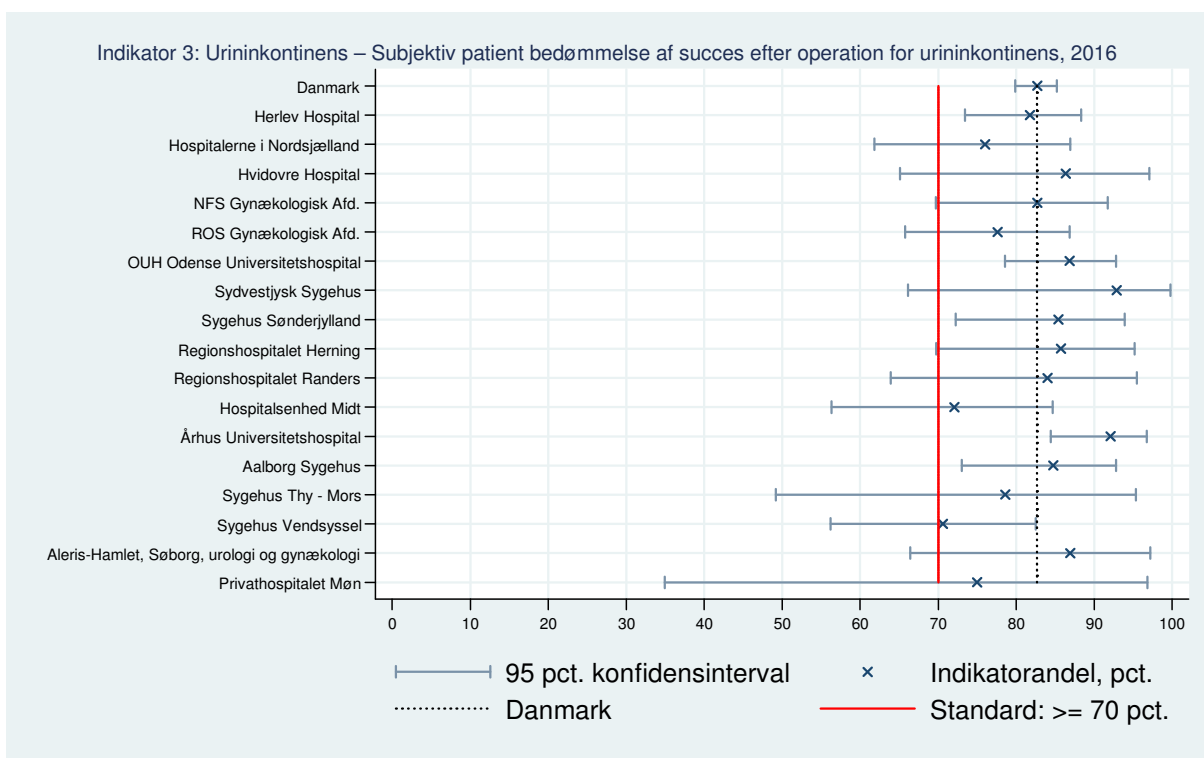
Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter midturetralslynge operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

Table 3 - Resultater for indikator 3

Indikator 03	Std. ≥ 70% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016 Pct. (95% CI)	2015 Pct.	2014 Pct.	
Danmark	Ja	673 / 814	148 (15)	82,7 (79,9-85,2)	83,8	82,2	
Hovedstaden	Ja	151 / 187	3 (2)	80,7 (74,4-86,1)	82,0	78,3	
Sjælland	Ja	95 / 119	44 (27)	79,8 (71,5-86,6)	79,3	80,7	
Syddanmark	Ja	140 / 161	40 (20)	87,0 (80,8-91,7)	85,5	82,2	
Midtjylland	Ja	164 / 192	26 (12)	85,4 (79,6-90,1)	89,1	84,9	
Nordjylland	Ja	97 / 124	24 (16)	78,2 (69,9-85,1)	83,5	86,8	
Hovedstaden	Ja	151 / 187	3 (2)	80,7 (74,4-86,1)	82,0	78,3	
Herlev Hospital	Ja	94 / 115	1 (1)	81,7 (73,5-88,3)	80,4	75,7	
Hospitallerne i Nordsjælland	Ja	38 / 50	2 (4)	76,0 (61,8-86,9)	78,8	75,0	
Hvidovre Hospital	Ja	19 / 22	0 (0)	86,4 (65,1-97,1)	93,3	100,0	
Sjælland	Ja	95 / 119	44 (27)	79,8 (71,5-86,6)	79,3	80,7	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	43 / 52	6 (10)	82,7 (69,7-91,8)	81,7	75,4	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	52 / 67	38 (36)	77,6 (65,8-86,9)	78,2	84,7	
Syddanmark	Ja	140 / 161	40 (20)	87,0 (80,8-91,7)	85,5	82,2	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	86 / 99	28 (22)	86,9 (78,6-92,8)	82,3	81,8	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	13 / 14	4 (22)	92,9 (66,1-99,8)	100,0	76,0	
Sygehus Sønderjylland	Ja	41 / 48	8 (14)	85,4 (72,2-93,9)	87,0	85,5	
Midtjylland	Ja	164 / 192	26 (12)	85,4 (79,6-90,1)	89,1	84,9	
Regionshospitalet Herning	Ja	30 / 35	0 (0)	85,7 (69,7-95,2)	93,8	80,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	21 / 25	8 (24)	84,0 (63,9-95,5)	97,1	81,8	
Hospitalsenhed Midt	Ja	31 / 43	10 (19)	72,1 (56,3-84,7)	77,5	93,8	
Århus Universitetshospital	Ja	82 / 89	8 (8)	92,1 (84,5-96,8)	90,6	82,8	
Nordjylland	Ja	97 / 124	24 (16)	78,2 (69,9-85,1)	83,5	86,8	
Aalborg Sygehus	Ja	50 / 59	18 (23)	84,7 (73,0-92,8)	94,0	86,4	
Sygehus Thy – Mors	Ja	11 / 14	0 (0)	78,6 (49,2-95,3)	84,2	94,4	
Sygehus Vendsyssel	Ja	36 / 51	6 (11)	70,6 (56,2-82,5)	70,0	84,9	
Privathospitaler	Ja	26 / 31	11 (26)	83,9 (66,3-94,5)	88,1	80,8	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	20 / 23	3 (12)	87,0 (66,4-97,2)	85,7	72,2	
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	-	100,0	
Privathospitalet Møn	-	6 / 8	8 (50)	75,0 (34,9-96,8)	92,9	100,0	



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

Indikator 3 er i forhold til tidligere årsrapporter ændret, idet den før har omfattet bulking (koderne KKDV20 og KKDV22), som fra og med denne årsrapport er ekskluderet. Beregningerne uden bulking er desuden implementeret på data forud for denne årsrapport. Derved kan der i denne årsrapport sammenlignes over tid, men ikke med indikator 3 fra tidligere årsrapporter.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 15 %, dvs. kompletheden er 85 % (Tabel 3). Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0-1 % for Herlev, Hvidovre, Herning og Sygehus Thy-Mors til 36 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan oplever 82,7 % af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 70 % er opfyldt. Dette er uændret i forhold til 2015 og 2014 hvor henholdsvis 83,8 % og 82,2 % opfyldte standarden. Alle regionerne opfylder standarden, og der er lille variation mellem dem.

Alle 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 70,0 % for Sygehus Vendsyssel til 92,9 % for Sydvestjysk Sygehus.

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.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 82,7 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 70 %. Datakompletheden er 81 %, med stor variation mellem afdelingerne.

Styregruppens kommentarer til indikator 3

Ændringen af indikatorens definition til kun at indeholde midturetralslynger gør styrken af indikatoren stærkere end tidligere. Det skyldes den kendte forskel i effektivitet og patienttilfredshed på midturetral slynger og bulking operationer. Den tidligere definition af indikatoren indeholdt begge operationstyper og den enkelte afdelings resultat var derfor påvirket af andelen af de to operationstyper.

Med den nuværende definition bliver sammenligningsgrundlaget mellem afdelinger meget bedre. Ved læsning af resultaterne bør man dog være opmærksom på, at nogle afdelinger har en ringe datakomplethed, hvorfor disse afdelingers resultater må tages med forbehold.

Resultaterne for bulking operationer kan ses i "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", Tabel B1 – Supplerende analyse for indikator 3 (kun bulking), side 101. Her fremgår det tydeligt at effektiviteten af Bulking er langt lavere end af midturetral slyngerne og at der er en del variation mellem afdelingerne. (Landsgennemsnit på 33.3 % varierende mellem 55 -17% for de enkelte afdelinger – dog forbehold for lav datakomplethed hos de afdelinger som scorer bedst).

Som en overordnet bemærkning både til indikator 3: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter kontinensoperation, bør det bemærkes, at der er stor individuel variation i, hvorledes lidelsernes sværhedsgrad opleves. Indikatorerens absolutte værdi vil ikke afspejle de patienter som præoperativt har hyppige symptomer og måske oplever en væsentlig reduktion uden dog at nå indikatormålet.

Det ligeledes vigtigt at bemærke, at både midturetralslyngeoperation og bulking hovedsageligt retter sig mod den type urininkontinens som kaldes stressinkontinens og ikke mod urgeinkontinens, som er en anden type urininkontinens. De to typer ses dog ofte samtidig. Det er derfor vigtigt at sammenholde indikator 3 med indikatorer 19 som udtrykker patienttilfredshed.

Anbefalinger til indikator 3

Da indikatoren blev indført dækkede den som nævnt både bulking og midturetral slynger og på baggrund af dette valgte styregruppen en standard på 70 % som skulle opnå at inkontinens episoder begrænsede sig til 1 gang om ugen eller mindre. Med den nuværende definition, hvor kun midturetral slynger indgår, vedtager styregruppen, at standarden i fremtidige årsrapporter skal hæves til 80%.

For fortsat at monitorere Bulking behandlinger foreslår styregruppen, at der indføres en ny indikator som omhandler Bulking behandling. Der fastlægges ikke en standard for denne indikator idet patientpopulationerne som modtager denne behandling kan være meget forskellige fra afdeling til afdeling. Det giver derfor ikke mening at anlægge en standard for alle.

Ved læsning af opgørelsen vedr Bulking behandling i denne rapport: Tabel B1 appendiks 2 (side 100) ses, at der er stor variation mellem afdelingerne. Landsgennemsnittet ligger dog helt i overensstemmelse med interantional litteratur: ca 1/3 bliver kureret (Svarende til indikator 3 som beskriver hyppighed for inkontinens efter behandling) – og ca 2 /3 oplever en bedring uden at bliver kontinente svarende til Tabel B2 appendiks 2 (side 101)(Indikator 19 PGI-I: Oplevelse af forbedring af tilstanden).

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne er omhyggelige med at indsamle data fra en postoperativ kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase.

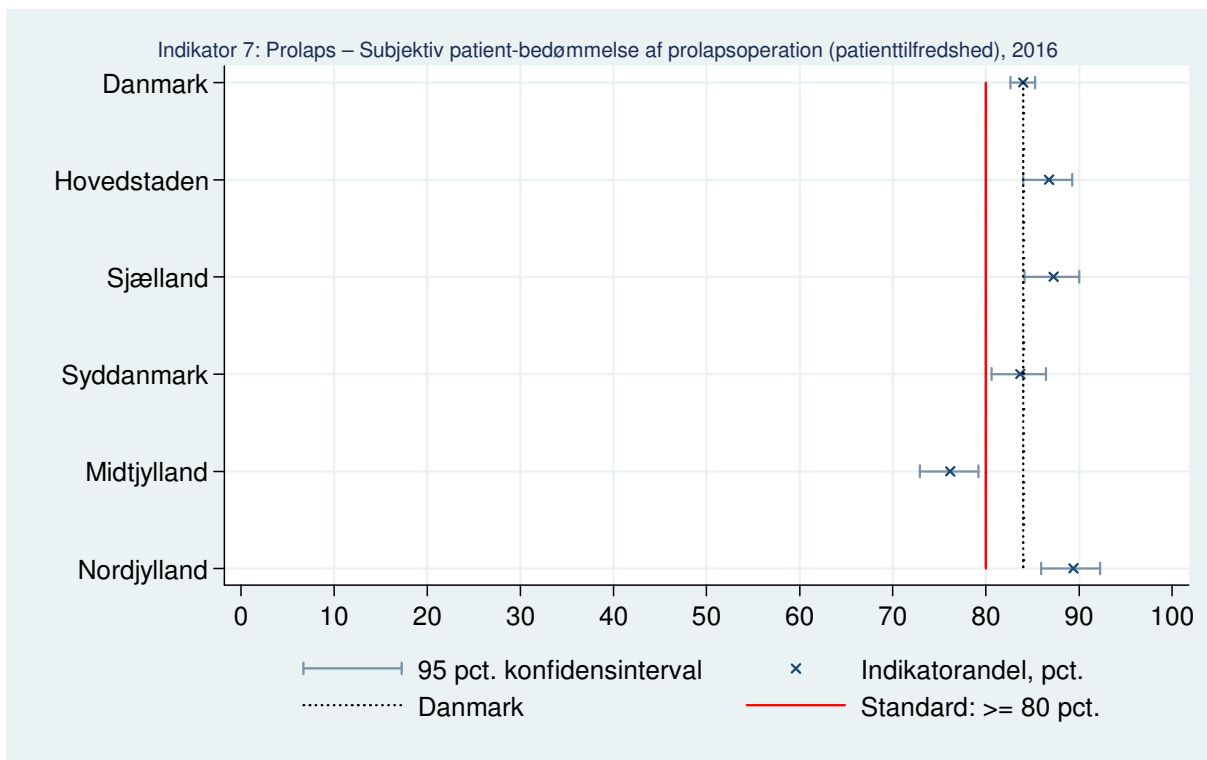
3.3. Indikator 7

Prolaps – Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

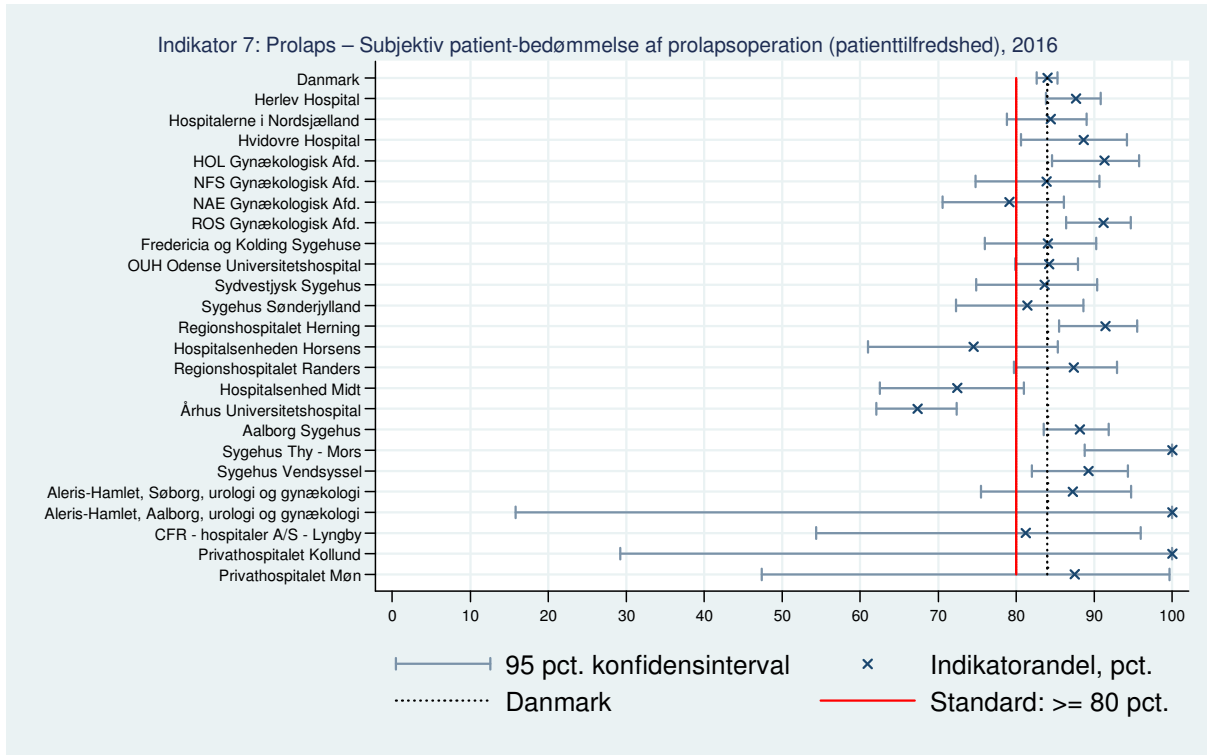
Table 4 - Resultater for indikator 7

Indikator 07	Std. ≥ 80% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016 Pct. (95% CI)	2015 Pct.	2014 Pct.	
Danmark	Ja	2578 / 3069	601 (16)	84,0 (82,7-85,3)	83,2	83,0	
Hovedstaden	Ja	585 / 674	18 (3)	86,8 (84,0-89,3)	87,0	85,4	
Sjælland	Ja	460 / 527	151 (22)	87,3 (84,1-90,0)	85,2	85,6	
Syddanmark	Ja	544 / 650	188 (22)	83,7 (80,6-86,5)	81,4	84,2	
Midtjylland	Nej	562 / 738	181 (20)	76,2 (72,9-79,2)	76,5	74,5	
Nordjylland	Ja	354 / 396	50 (11)	89,4 (85,9-92,2)	87,2	86,8	
Hovedstaden	Ja	585 / 674	18 (3)	86,8 (84,0-89,3)	87,0	85,4	
Herlev Hospital	Ja	320 / 365	7 (2)	87,7 (83,9-90,9)	89,5	87,2	
Hospitallerne i Nordsjælland	Ja	179 / 212	6 (3)	84,4 (78,8-89,0)	81,9	78,7	
Hvidovre Hospital	Ja	86 / 97	5 (5)	88,7 (80,6-94,2)	90,2	91,6	
Sjælland	Ja	460 / 527	151 (22)	87,3 (84,1-90,0)	85,2	85,6	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	105 / 115	25 (18)	91,3 (84,6-95,8)	89,2	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	78 / 93	7 (7)	83,9 (74,8-90,7)	81,3	87,7	
NAE Gynækologisk Afd.	Nej	91 / 115	33 (22)	79,1 (70,6-86,1)	81,8	81,5	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	186 / 204	86 (30)	91,2 (86,4-94,7)	86,8	85,9	
Syddanmark	Ja	544 / 650	188 (22)	83,7 (80,6-86,5)	81,4	84,2	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	95 / 113	17 (13)	84,1 (76,0-90,3)	78,6	83,5	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	288 / 342	126 (27)	84,2 (79,9-87,9)	80,6	83,1	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	82 / 98	35 (26)	83,7 (74,8-90,4)	88,8	83,8	
Sygehus Sønderjylland	Ja	79 / 97	10 (9)	81,4 (72,3-88,6)	78,9	89,6	
Midtjylland	Nej	562 / 738	181 (20)	76,2 (72,9-79,2)	76,5	74,5	
Regionshospitalet Herning	Ja	128 / 140	2 (1)	91,4 (85,5-95,5)	83,5	89,9	
Hospitalsenheden Horsens	Nej	41 / 55	8 (13)	74,5 (61,0-85,3)	80,4	81,1	
Regionshospitalet Randers	Ja	97 / 111	34 (23)	87,4 (79,7-92,9)	86,1	82,8	
Hospitalsenhed Midt	Nej	71 / 98	34 (26)	72,4 (62,5-81,0)	72,8	68,6	
Århus Universitetshospital	Nej	225 / 334	103 (24)	67,4 (62,0-72,4)	68,9	63,5	
Nordjylland	Ja	354 / 396	50 (11)	89,4 (85,9-92,2)	87,2	86,8	
Aalborg Sygehus	Ja	223 / 253	34 (12)	88,1 (83,5-91,9)	86,3	89,0	
Sygehus Thy – Mors	Ja	31 / 31	3 (9)	100,0 (88,8-100,0)	92,3	84,9	
Sygehus Vendsyssel	Ja	100 / 112	13 (10)	89,3 (82,0-94,3)	86,6	82,2	
Privathospitaler	Ja	73 / 84	13 (13)	86,9 (77,8-93,3)	90,3	88,2	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	48 / 55	4 (7)	87,3 (75,5-94,7)	87,7	85,1	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	2 (50)	100,0 (15,8-100,0)	100,0	100,0	
CFR – hospitaler A/S – Lyngby	Ja	13 / 16	2 (11)	81,3 (54,4-96,0)	-	-	
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	-	100,0	
Privathospitalet Kollund	-	3 / 3	0 (0)	100,0 (29,2-100,0)	-	100,0	
Privathospitalet Møn	-	7 / 8	5 (38)	87,5 (47,3-99,7)	100,0	100,0	

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



Figur 5 - Resultater for indikator 7, for hele landet og per region



Figur 6 - 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 % (Tabel 4). Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb, fra 1 % for Regionshospitalet Herning til 30 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan har 84,0 % ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Andelen på 84,0 % er stort set uændret sammenlignet med 2015 og 2014. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 76,2 % for Region Midtjylland til 89,4 % for Region Nordjylland. Region Midtjylland opfylder ikke standarden på mindst 80 %, mens de øvrige 4 regioner opfylder standarden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Randers, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg, CFR/Lyngby), mens 4 ikke opfylder standarden (NAE Gynækologisk Afd., Horsens, Hospitalsenheden Midt, Århus Universitetshospital). Blandt disse 4 afdelinger er det kun Århus Universitetshospital hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 67,4 % for Århus Universitetshospital til 100,0 % for Thy-Mors.

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.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 84,0 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Denne indikator er baseret på patienternes selvrapporterede tilfredshed (PROMs). Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger på nær én opfylder standarden, hvis konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskednen.

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes, at forskelle kan være udtryk for case-mix. Som eksempel kan nævnes, at man på en enkelt Universitetshospitals afdeling udelukkende udfører recidiv operationer, som hører under regions- og højt specialiserede funktioner iht. specialeplanen, hvilket alt andet lige har en lavere succesrate uden at dette er udtryk for dårligere kvalitet. På mange afdelinger udgør andelen af uoplyste forløb mellem 20 – 30 % af produktionen og dette bør selvfølgelig tages ad notam når resultaterne tolkes.

Som en overordnet bemærkning til 7: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter prolapsoperation, bør det bemærkes, at der er stor individuel variation i, hvorledes lidelsens sværhedsgrad opleves. Indikatorrens absolutte værdier ikke vil afspejle de patienter som præoperativt har hyppige symptomer og måske oplever en væsentlig reduktion uden dog at nå indikatormålet. Det er derfor vigtigt at sammenholde indikatorer 7 med indikator 20 som udtrykker patienttilfredshed.

Anbefalinger til indikator 7

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne er omhyggelige med at indsamle data fra en postoperativ kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. For at tilgodese muligheden for at sammenligne resultater afdelingerne imellem har styregruppen besluttet, at recidiv operationer skal udgå af denne indikator i fremtidige årsrapporter.

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.

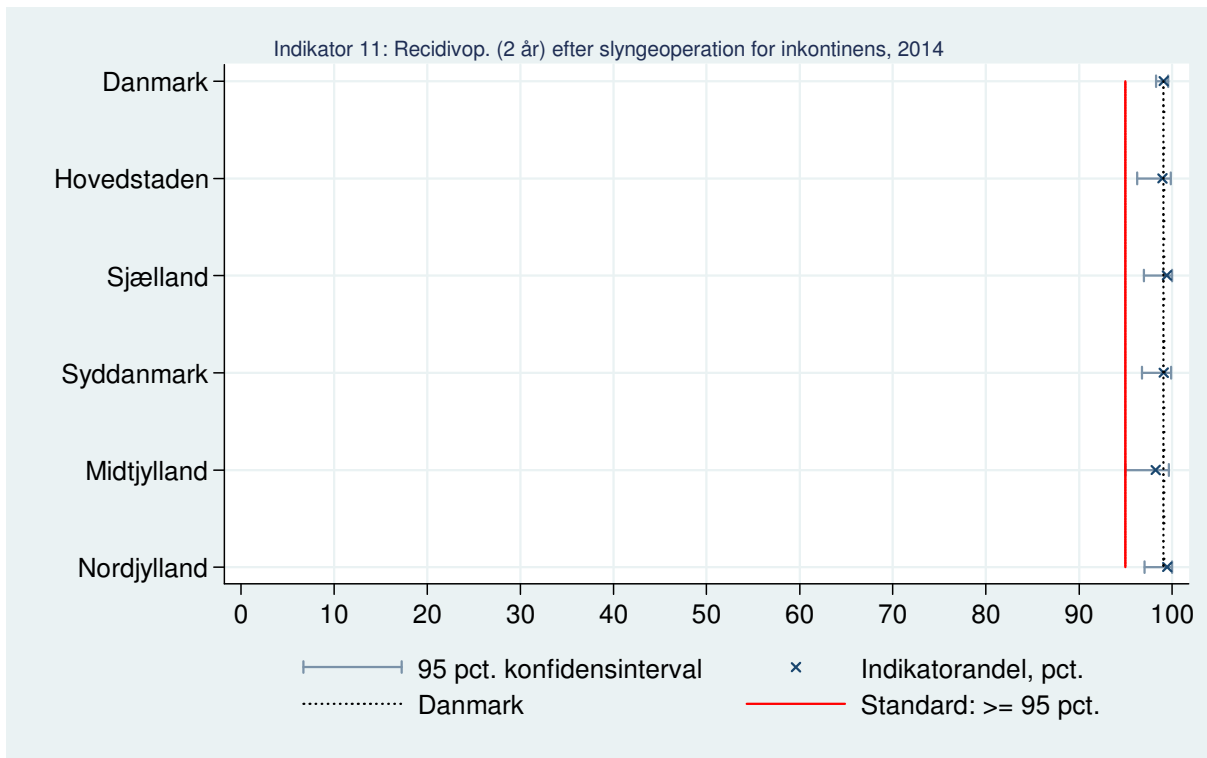
3.4. Indikator 11

Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

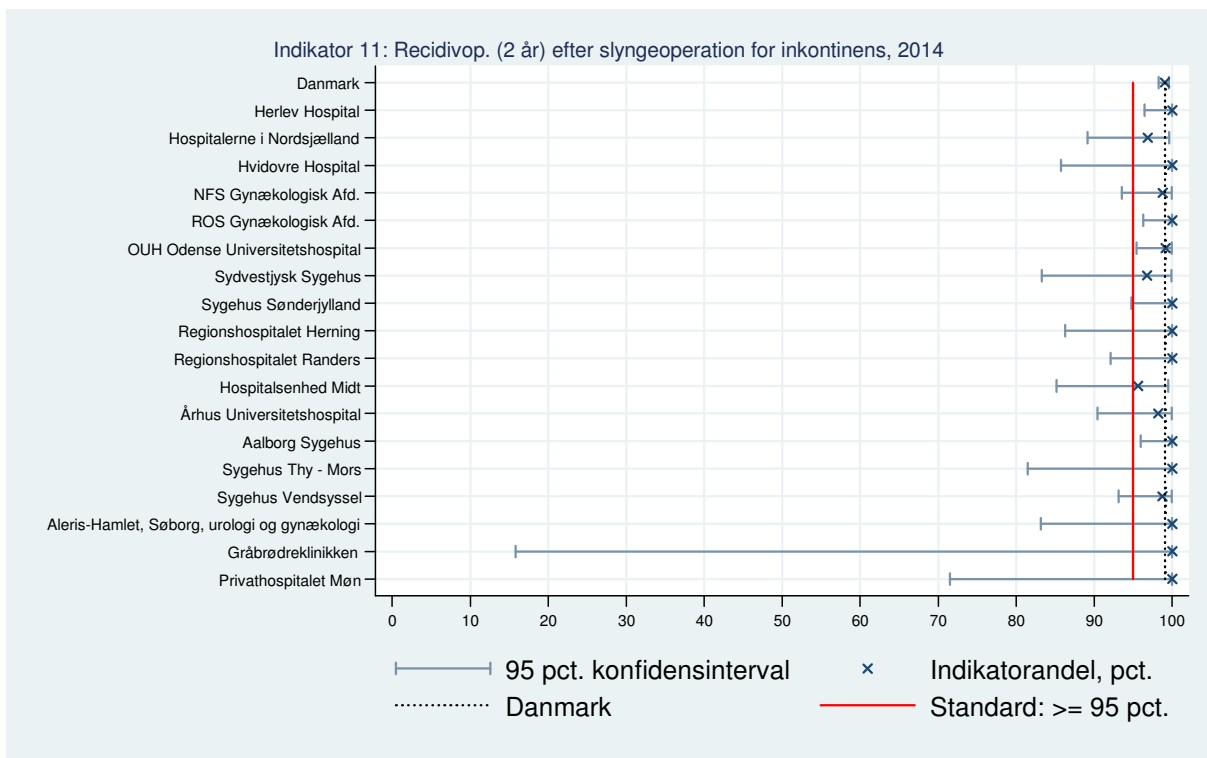
Tabel 5 - Resultater for indikator 11

Indikator 11	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2014		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.
Danmark	Ja	978 / 987	0 (0)	99,1	(98,3-99,6)	99,2	98,9
Hovedstaden	Ja	189 / 191	0 (0)	99,0	(96,3-99,9)	99,6	99,1
Sjælland	Ja	180 / 181	0 (0)	99,4	(97,0-100,0)	98,8	98,1
Syddanmark	Ja	218 / 220	0 (0)	99,1	(96,8-99,9)	98,7	99,6
Midtjylland	Ja	169 / 172	0 (0)	98,3	(95,0-99,6)	100,0	98,8
Nordjylland	Ja	186 / 187	0 (0)	99,5	(97,1-100,0)	98,9	99,0
Hovedstaden	Ja	189 / 191	0 (0)	99,0	(96,3-99,9)	99,6	99,1
Herlev Hospital	Ja	103 / 103	0 (0)	100,0	(96,5-100,0)	100,0	99,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	62 / 64	0 (0)	96,9	(89,2-99,6)	100,0	100,0
Hvidovre Hospital	Ja	24 / 24	0 (0)	100,0	(85,8-100,0)	97,6	98,3
Sjælland	Ja	180 / 181	0 (0)	99,4	(97,0-100,0)	98,8	98,1
HOL Gynækologisk Afd.		- / -		-		-	100,0
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	83 / 84	0 (0)	98,8	(93,5-100,0)	98,9	98,6
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	97 / 97	0 (0)	100,0	(96,3-100,0)	98,6	96,9
Syddanmark	Ja	218 / 220	0 (0)	99,1	(96,8-99,9)	98,7	99,6
OUH Odense Universitetshospital	Ja	119 / 120	0 (0)	99,2	(95,4-100,0)	98,6	100,0
Sydvestjysk Sygehus	Ja	30 / 31	0 (0)	96,8	(83,3-99,9)	100,0	100,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	69 / 69	0 (0)	100,0	(94,8-100,0)	97,4	98,2
Midtjylland	Ja	169 / 172	0 (0)	98,3	(95,0-99,6)	100,0	98,8
Regionshospitalet Herning	Ja	25 / 25	0 (0)	100,0	(86,3-100,0)	100,0	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	45 / 45	0 (0)	100,0	(92,1-100,0)	100,0	100,0
Hospitalsenhed Midt	Ja	44 / 46	0 (0)	95,7	(85,2-99,5)	100,0	96,1
Århus Universitetshospital	Ja	55 / 56	0 (0)	98,2	(90,4-100,0)	100,0	100,0
Nordjylland	Ja	186 / 187	0 (0)	99,5	(97,1-100,0)	98,9	99,0
Aalborg Sygehus	Ja	90 / 90	0 (0)	100,0	(96,0-100,0)	98,0	100,0
Sygehus Thy – Mors	Ja	18 / 18	0 (0)	100,0	(81,5-100,0)	100,0	95,5
Sygehus Vendsyssel	Ja	78 / 79	0 (0)	98,7	(93,1-100,0)	100,0	98,5
Privathospitaler	Ja	36 / 36	0 (0)	100,0	(90,3-100,0)	100,0	100,0
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	20 / 20	0 (0)	100,0	(83,2-100,0)	100,0	100,0
Aleris–Hamlet, Esbjerg, urologi og gynækologi		- / -		-		-	100,0
Gråbrødreklinikken	-	# / #	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	100,0
Privathospitalet Kollund		- / -		-		100,0	-
Privathospitalet Møn	Ja	11 / 11	0 (0)	100,0	(71,5-100,0)	100,0	100,0

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



Figur 7 - Resultater for indikator 11, for hele landet og per region



Figur 8 - 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 2014 har 99,1 % ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2013 (99,2 %) og 2012 (98,9 %). Der er lille variation mellem regionerne, som alle opfylder standarden.

Alle 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, NFS Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg, Privathospitalet Møn). Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 9 patienter ud af en population på 987 recidivopereres inden for 2 år. Indikatoren indeholder kun midturethralislynge operationer – og altså ikke bulking.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Under supplerende analyser i denne årsrapport har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturethralislynge operationer fordelt på transobturator slynger versus retropubiske slynger på landsplan. Resultaterne af denne analyse kan ses i Figur B10, side 116.

Anbefalinger til indikator 11

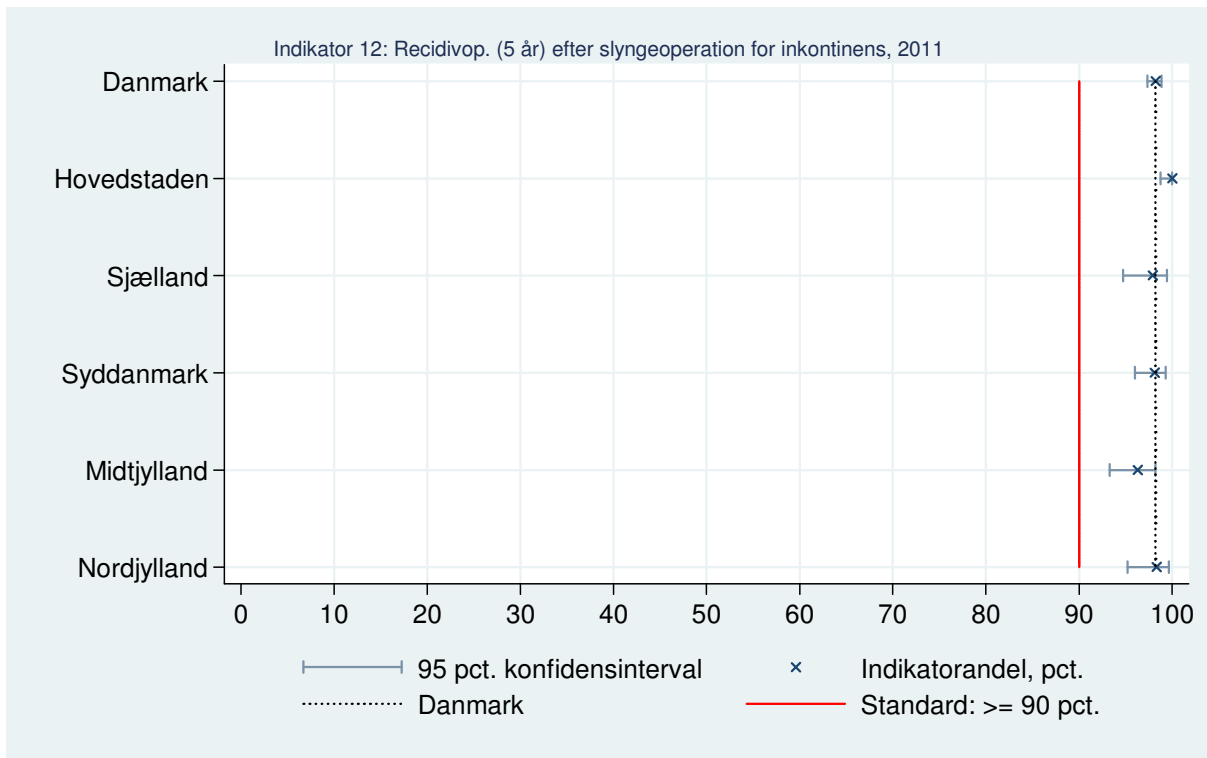
Indikatoren bibeholdes i sin nuværende form.

3.5. Indikator 12

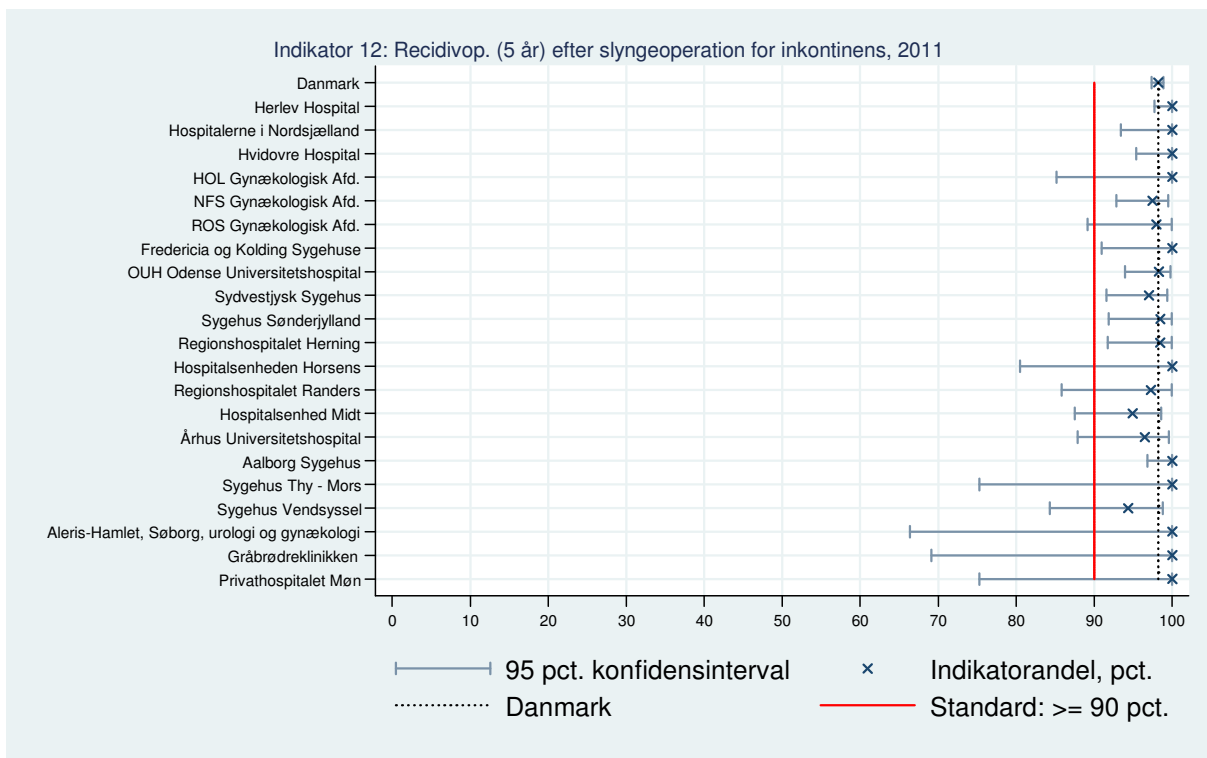
Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

Tabel 6 - Resultater for indikator 12

Indikator 12	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2011 Pct. (95% CI)	2010 Pct.	2009 Pct.	
Danmark	Ja	1276 / 1299	0 (0)	98,2 (97,4-98,9)	97,9	97,5	
Hovedstaden	Ja	292 / 292	0 (0)	100,0 (98,7-100,0)	98,7	99,7	
Sjælland	Ja	188 / 192	0 (0)	97,9 (94,8-99,4)	98,4	93,0	
Syddanmark	Ja	317 / 323	0 (0)	98,1 (96,0-99,3)	97,1	95,9	
Midtjylland	Ja	260 / 270	0 (0)	96,3 (93,3-98,2)	98,1	98,4	
Nordjylland	Ja	177 / 180	0 (0)	98,3 (95,2-99,7)	97,1	96,1	
Hovedstaden	Ja	292 / 292	0 (0)	100,0 (98,7-100,0)	98,7	99,7	
Herlev Hospital	Ja	160 / 160	0 (0)	100,0 (97,7-100,0)	98,9	99,5	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0 (93,4-100,0)	100,0	100,0	
Hvidovre Hospital	Ja	78 / 78	0 (0)	100,0 (95,4-100,0)	96,2	100,0	
Sjælland	Ja	188 / 192	0 (0)	97,9 (94,8-99,4)	98,4	93,0	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	23 / 23	0 (0)	100,0 (85,2-100,0)	100,0	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	117 / 120	0 (0)	97,5 (92,9-99,5)	99,0	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	48 / 49	0 (0)	98,0 (89,1-99,9)	96,7	92,7	
Syddanmark	Ja	317 / 323	0 (0)	98,1 (96,0-99,3)	97,1	95,9	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	39 / 39	0 (0)	100,0 (91,0-100,0)	97,1	97,1	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	115 / 117	0 (0)	98,3 (94,0-99,8)	93,2	96,4	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	98 / 101	0 (0)	97,0 (91,6-99,4)	98,1	97,6	
Sygehus Sønderjylland	Ja	65 / 66	0 (0)	98,5 (91,8-100,0)	98,9	89,3	
Midtjylland	Ja	260 / 270	0 (0)	96,3 (93,3-98,2)	98,1	98,4	
Regionshospitalet Herning	Ja	64 / 65	0 (0)	98,5 (91,7-100,0)	100,0	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	17 / 17	0 (0)	100,0 (80,5-100,0)	100,0	95,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	36 / 37	0 (0)	97,3 (85,8-99,9)	100,0	95,7	
Hospitalsenhed Midt	Ja	75 / 79	0 (0)	94,9 (87,5-98,6)	97,5	98,7	
Århus Universitetshospital	Ja	55 / 57	0 (0)	96,5 (87,9-99,6)	97,1	98,7	
Nordjylland	Ja	177 / 180	0 (0)	98,3 (95,2-99,7)	97,1	96,1	
Aalborg Sygehus	Ja	114 / 114	0 (0)	100,0 (96,8-100,0)	100,0	98,2	
Sygehus Thy – Mors	Ja	13 / 13	0 (0)	100,0 (75,3-100,0)	100,0	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	50 / 53	0 (0)	94,3 (84,3-98,8)	92,3	93,0	
Privathospitaler	Ja	42 / 42	0 (0)	100,0 (91,6-100,0)	97,2	94,9	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	-	9 / 9	0 (0)	100,0 (66,4-100,0)	-	-	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	-	100,0	
Gråbrødreklinikken	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0 (69,2-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Møn	Ja	13 / 13	0 (0)	100,0 (75,3-100,0)	100,0	100,0	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	- / -	-	-	75,0	100,0	



Figur 9 - Resultater for indikator 12, for hele landet og per region



Figur 10 - 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. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2011 hvor dækningsgraden for inkontinensoperationer var 92,7 %, og antal primære operationer har således høj statistisk validitet.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2011 har 98,2 % ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2010 og 2009, om end sammenligningen med 2009 skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad (59,9 %).

Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Alle de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken, Privathospitalet Møn). Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 1,8 % recidiv opereres inden for 5 år, hvilket på landsplan svarer til 23 patienter.

Indikatoren indeholder kun midturrethral slynge operationer – og altså ikke bulking.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Under supplerende analyser i denne årsrapport har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturrethral slynge operationer fordelt på transobturator slynger versus retropubiske slynger på landsplan.

Resultaterne af denne analyse kan ses i Figur B10, side 116.

Anbefalinger til indikator 12

Indikatoren bevares i sin nuværende form.

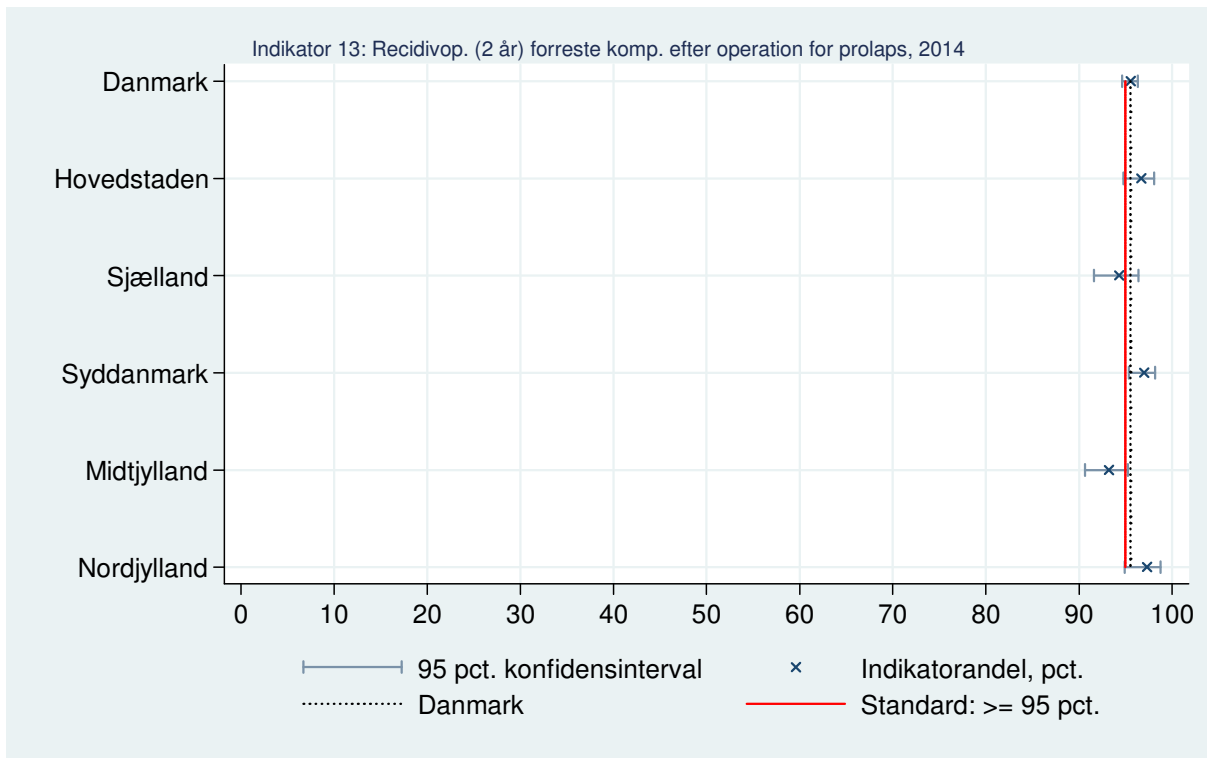
.

3.6. Indikator 13

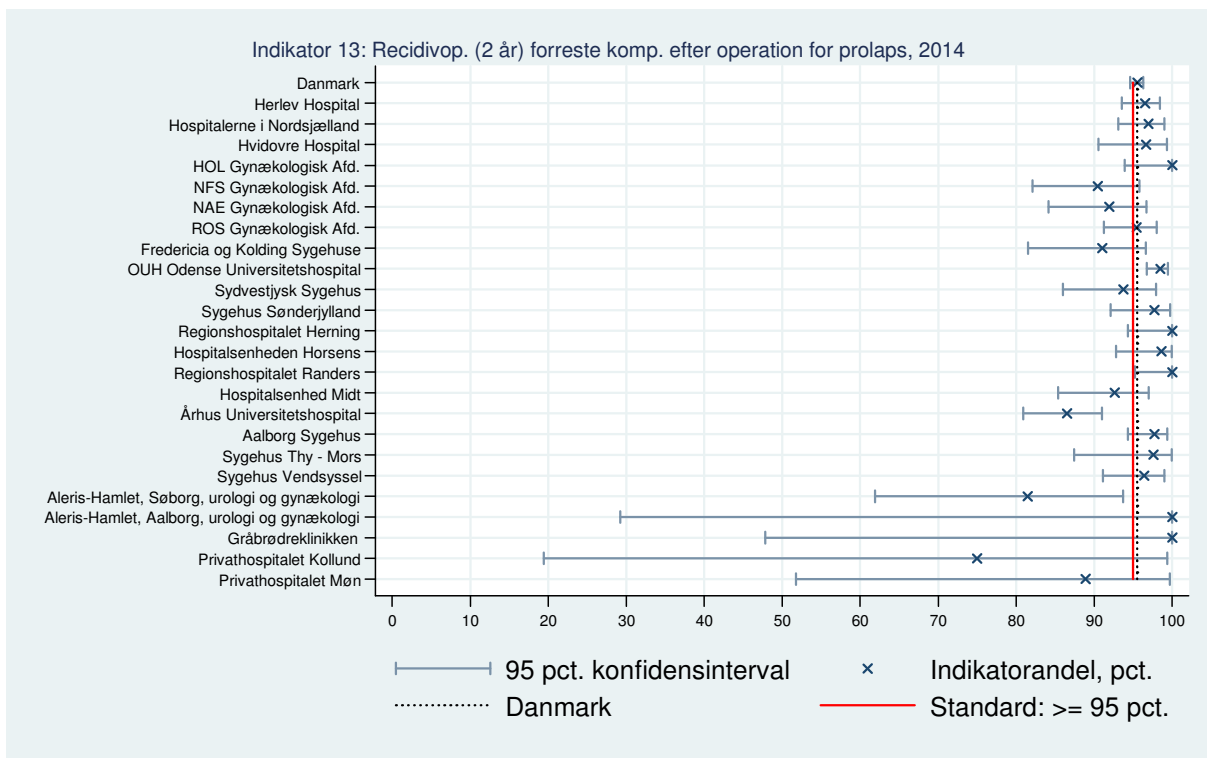
Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

Table 7 - Resultater for indikator 13

Indikator 13	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 Pct. (95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.	
Danmark	Ja	2337 / 2446	0 (0)	95,5 (94,6-96,3)	94,7	95,9	
Hovedstaden	Ja	499 / 516	0 (0)	96,7 (94,8-98,1)	96,0	95,9	
Sjælland	Nej	383 / 406	0 (0)	94,3 (91,6-96,4)	93,1	95,0	
Syddanmark	Ja	616 / 635	0 (0)	97,0 (95,4-98,2)	93,9	94,9	
Midtjylland	Nej	467 / 501	0 (0)	93,2 (90,6-95,3)	94,4	97,4	
Nordjylland	Ja	323 / 332	0 (0)	97,3 (94,9-98,8)	96,4	96,9	
Hovedstaden	Ja	499 / 516	0 (0)	96,7 (94,8-98,1)	96,0	95,9	
Herlev Hospital	Ja	252 / 261	0 (0)	96,6 (93,6-98,4)	98,0	98,1	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	160 / 165	0 (0)	97,0 (93,1-99,0)	93,7	95,0	
Hvidovre Hospital	Ja	87 / 90	0 (0)	96,7 (90,6-99,3)	95,3	93,8	
Sjælland	Nej	383 / 406	0 (0)	94,3 (91,6-96,4)	93,1	95,0	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	59 / 59	0 (0)	100,0 (93,9-100,0)	100,0	98,4	
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	76 / 84	0 (0)	90,5 (82,1-95,8)	95,9	96,4	
NAE Gynækologisk Afd.	Nej	80 / 87	0 (0)	92,0 (84,1-96,7)	91,7	90,3	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	168 / 176	0 (0)	95,5 (91,2-98,0)	91,7	94,8	
Syddanmark	Ja	616 / 635	0 (0)	97,0 (95,4-98,2)	93,9	94,9	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	61 / 67	0 (0)	91,0 (81,5-96,6)	92,2	93,9	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	393 / 399	0 (0)	98,5 (96,8-99,4)	92,9	94,5	
Sydvestjysk Sygehus	Nej	75 / 80	0 (0)	93,8 (86,0-97,9)	97,8	92,8	
Sygehus Sønderjylland	Ja	87 / 89	0 (0)	97,8 (92,1-99,7)	95,4	98,2	
Midtjylland	Nej	467 / 501	0 (0)	93,2 (90,6-95,3)	94,4	97,4	
Regionshospitalet Herning	Ja	63 / 63	0 (0)	100,0 (94,3-100,0)	96,1	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	74 / 75	0 (0)	98,7 (92,8-100,0)	96,0	98,9	
Regionshospitalet Randers	Ja	75 / 75	0 (0)	100,0 (95,2-100,0)	97,4	100,0	
Hospitalsenhed Midt	Nej	88 / 95	0 (0)	92,6 (85,4-97,0)	87,5	89,3	
Århus Universitetshospital	Nej	167 / 193	0 (0)	86,5 (80,9-91,0)	95,4	98,4	
Nordjylland	Ja	323 / 332	0 (0)	97,3 (94,9-98,8)	96,4	96,9	
Aalborg Sygehus	Ja	174 / 178	0 (0)	97,8 (94,3-99,4)	95,6	97,2	
Sygehus Thy – Mors	Ja	41 / 42	0 (0)	97,6 (87,4-99,9)	95,7	95,7	
Sygehus Vendsyssel	Ja	108 / 112	0 (0)	96,4 (91,1-99,0)	98,7	96,9	
Privathospitaler	Nej	49 / 56	0 (0)	87,5 (75,9-94,8)	95,8	95,2	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Nej	22 / 27	0 (0)	81,5 (61,9-93,7)	94,1	100,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	3 / 3	0 (0)	100,0 (29,2-100,0)	100,0	83,3	
Gråbrødreklinikken	-	5 / 5	0 (0)	100,0 (47,8-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Kollund	-	3 / 4	0 (0)	75,0 (19,4-99,4)	100,0	-	
Privathospitalet Møn	-	8 / 9	0 (0)	88,9 (51,8-99,7)	100,0	90,0	



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



Figur 12 - 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 2014 har 95,5 % ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. De 95,5 % afviger ikke fra operationer i 2013 og 2012, i hvilke henholdsvis 94,7 % og 95,9 % ikke fik en recidivoperation. Tre regioner (Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Nordjylland) opfylder standarden, mens de 2 øvrige regioner ikke opfylder den, men begge disses 95 % konfidensintervaller overlapper standarden. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden på mindst 95 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., OUH Odense Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel), mens 7 afdelinger ikke opfylder standarden (NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Sydvestjysk Sygehus, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Aleris-Hamlet/Søborg). Blandt disse 7 afdelinger er det kun Århus Universitetshospital hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 13 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, omend variationen mellem afdelinger er lille.

Styregruppens kommentarer til indikator 13

I år ses en lille forbedring af indikatoropfyldelsen og dermed er indikatoren opfyldt på landsplan. Der er forholdsvis lille variation mellem afdelingerne og de afdelinger som ikke opfylder indikatoren ligger ikke langt fra den. Kun en enkelt afdeling har ikke standarden inden for sit konfidensinterval. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Det er velkendt at recidiv af prolaps i forreste kompartment er hyppigt forekommende (ca 25%) og antallet af patienter, der opereres for recidiv, er formodentlig langt mindre end den egentlige recidiv rate.

Anbefalinger til indikator 13

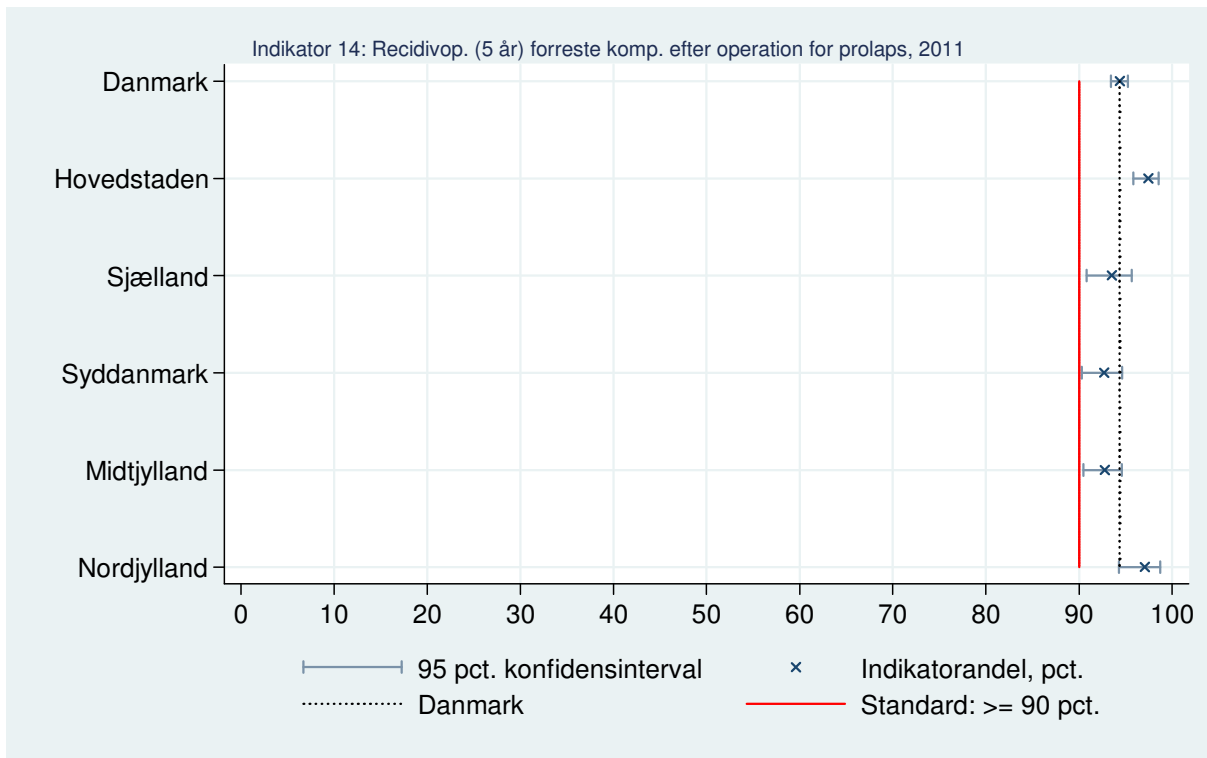
Indikatoren bevares uændret.

3.7. Indikator 14

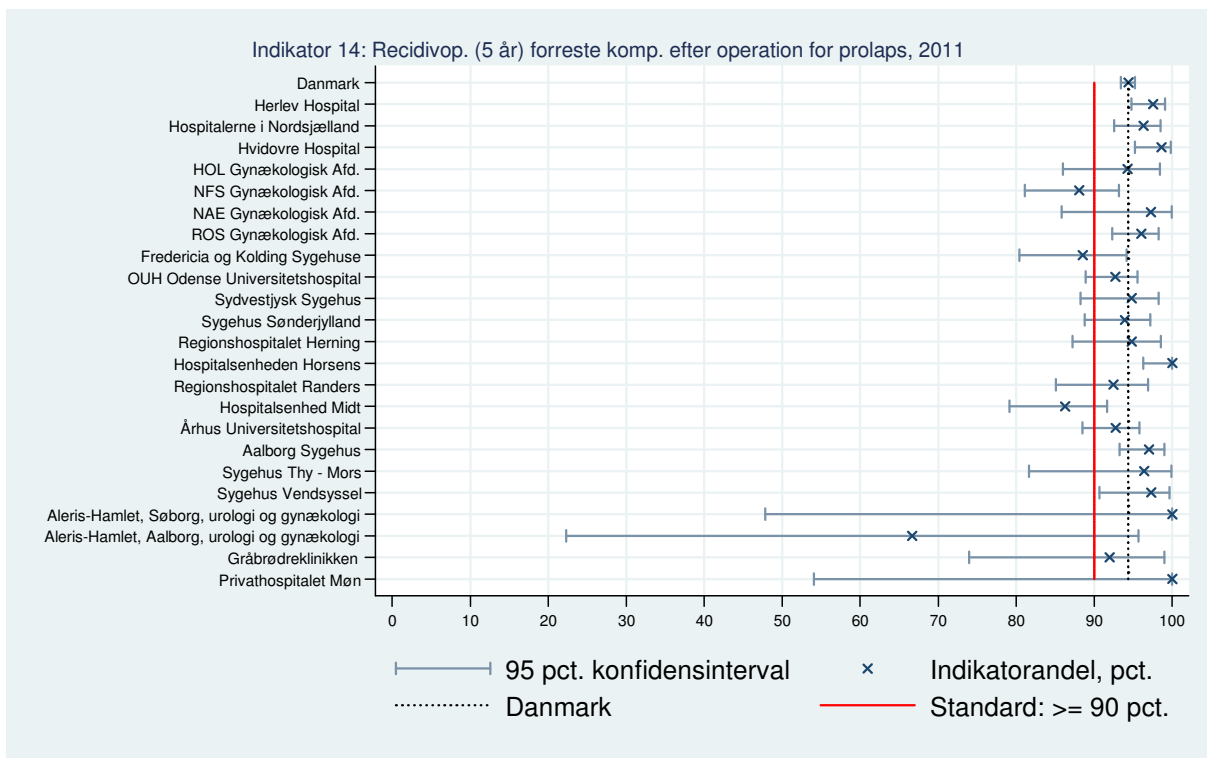
Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

Tabel 8 - Resultater for indikator 14

Indikator 14	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2011 Pct. (95% CI)	2010 Pct.	2009 Pct.	
Danmark	Ja	2455 / 2601	0 (0)	94,4 (93,4-95,2)	94,7	93,4	
Hovedstaden	Ja	572 / 587	0 (0)	97,4 (95,8-98,6)	96,3	95,1	
Sjælland	Ja	406 / 434	0 (0)	93,5 (90,8-95,7)	95,0	94,2	
Syddanmark	Ja	558 / 602	0 (0)	92,7 (90,3-94,6)	93,7	91,5	
Midtjylland	Ja	601 / 648	0 (0)	92,7 (90,5-94,6)	94,3	92,4	
Nordjylland	Ja	264 / 272	0 (0)	97,1 (94,3-98,7)	95,8	94,6	
Hovedstaden	Ja	572 / 587	0 (0)	97,4 (95,8-98,6)	96,3	95,1	
Herlev Hospital	Ja	242 / 248	0 (0)	97,6 (94,8-99,1)	95,4	95,8	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	183 / 190	0 (0)	96,3 (92,6-98,5)	96,7	92,2	
Hvidovre Hospital	Ja	147 / 149	0 (0)	98,7 (95,2-99,8)	97,3	95,9	
Sjælland	Ja	406 / 434	0 (0)	93,5 (90,8-95,7)	95,0	94,2	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	66 / 70	0 (0)	94,3 (86,0-98,4)	97,3	-	
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	111 / 126	0 (0)	88,1 (81,1-93,2)	87,7	-	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	36 / 37	0 (0)	97,3 (85,8-99,9)	-	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	193 / 201	0 (0)	96,0 (92,3-98,3)	98,2	94,2	
Syddanmark	Ja	558 / 602	0 (0)	92,7 (90,3-94,6)	93,7	91,5	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	85 / 96	0 (0)	88,5 (80,4-94,1)	93,9	93,3	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	243 / 262	0 (0)	92,7 (88,9-95,6)	92,2	90,7	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	91 / 96	0 (0)	94,8 (88,3-98,3)	93,6	83,3	
Sygehus Sønderjylland	Ja	139 / 148	0 (0)	93,9 (88,8-97,2)	95,3	90,0	
Midtjylland	Ja	601 / 648	0 (0)	92,7 (90,5-94,6)	94,3	92,4	
Regionshospitalet Herning	Ja	73 / 77	0 (0)	94,8 (87,2-98,6)	98,3	93,7	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	98 / 98	0 (0)	100,0 (96,3-100,0)	97,4	99,1	
Regionshospitalet Randers	Ja	86 / 93	0 (0)	92,5 (85,1-96,9)	96,3	88,9	
Hospitalsenhed Midt	Nej	113 / 131	0 (0)	86,3 (79,2-91,6)	90,7	88,2	
Århus Universitetshospital	Ja	205 / 221	0 (0)	92,8 (88,5-95,8)	94,1	93,3	
Nordjylland	Ja	264 / 272	0 (0)	97,1 (94,3-98,7)	95,8	94,6	
Aalborg Sygehus	Ja	164 / 169	0 (0)	97,0 (93,2-99,0)	96,2	93,5	
Sygehus Thy – Mors	Ja	27 / 28	0 (0)	96,4 (81,7-99,9)	95,0	100,0	
Sygehus Vendsyssel	Ja	73 / 75	0 (0)	97,3 (90,7-99,7)	94,6	98,2	
Privathospitaler	Ja	54 / 58	0 (0)	93,1 (83,3-98,1)	90,6	91,8	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	-	5 / 5	0 (0)	100,0 (47,8-100,0)	-	-	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	4 / 6	0 (0)	66,7 (22,3-95,7)	-	80,0	
Aleris–Hamlet, Herning, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	-	100,0	
Gråbrødreklinikken	Ja	23 / 25	0 (0)	92,0 (74,0-99,0)	95,1	100,0	
Privathospitalet Møn	-	6 / 6	0 (0)	100,0 (54,1-100,0)	88,9	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	- / -	-	-	100,0	90,9	



Figur 13 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per region



Figur 14 - 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. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2011 hvor dækningsgraden for prolapsoperationer var 90,2 %, og antal primære operationer har således høj statistisk validitet.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2011 har 94,4 % ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2010 og 2009, om end sammenligningen med 2009 skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad (63,9 %).

Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken). De 3 afdelinger, som ikke opfylder standarden (NFS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, Hospitalsenhed Midt) har alle andele hvis 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle 16 ud af 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes), hvilket er tilfredsstillende.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Det er velkendt at recidiv af prolaps i forreste kompartment er hyppigt forekommende (ca 25%) og antallet af patienter der opereres for recidiv er formodentlig langt mindre end den egentlige recidiv rate.

Anbefalinger til indikator 14

Styregruppen tillægger indikator 14 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

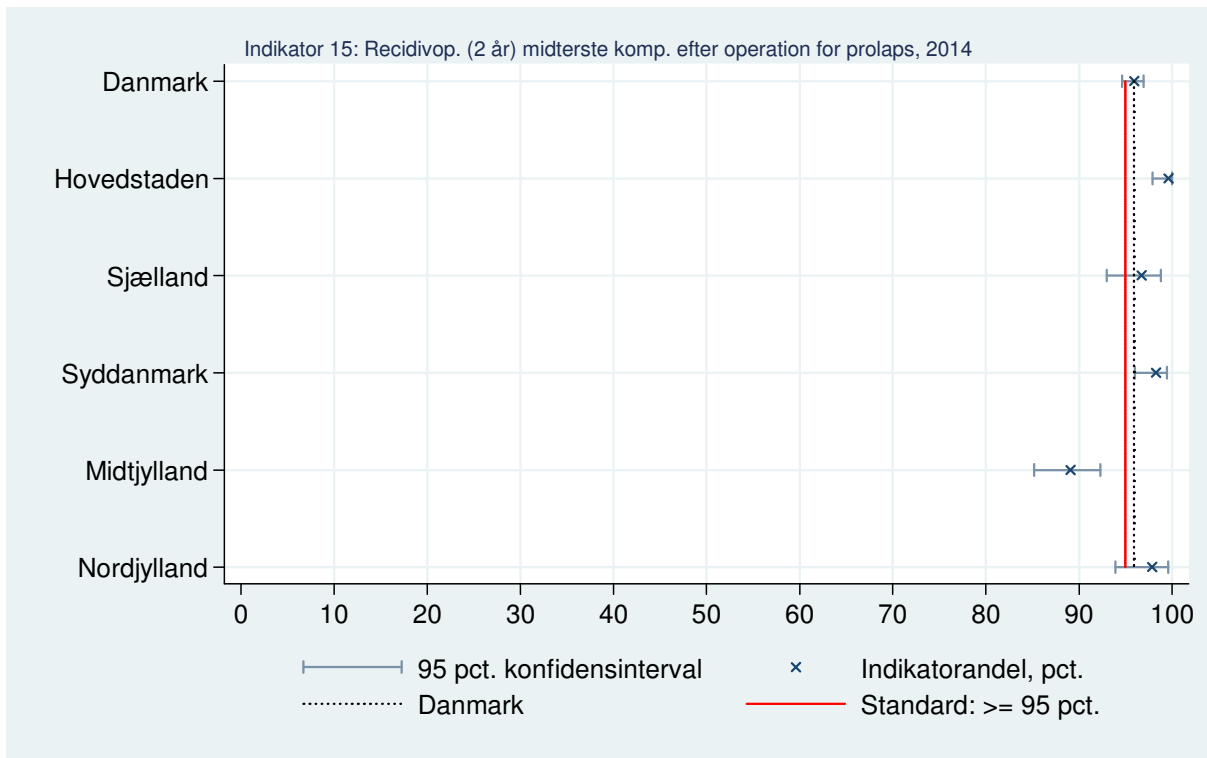
3.8. Indikator 15

Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

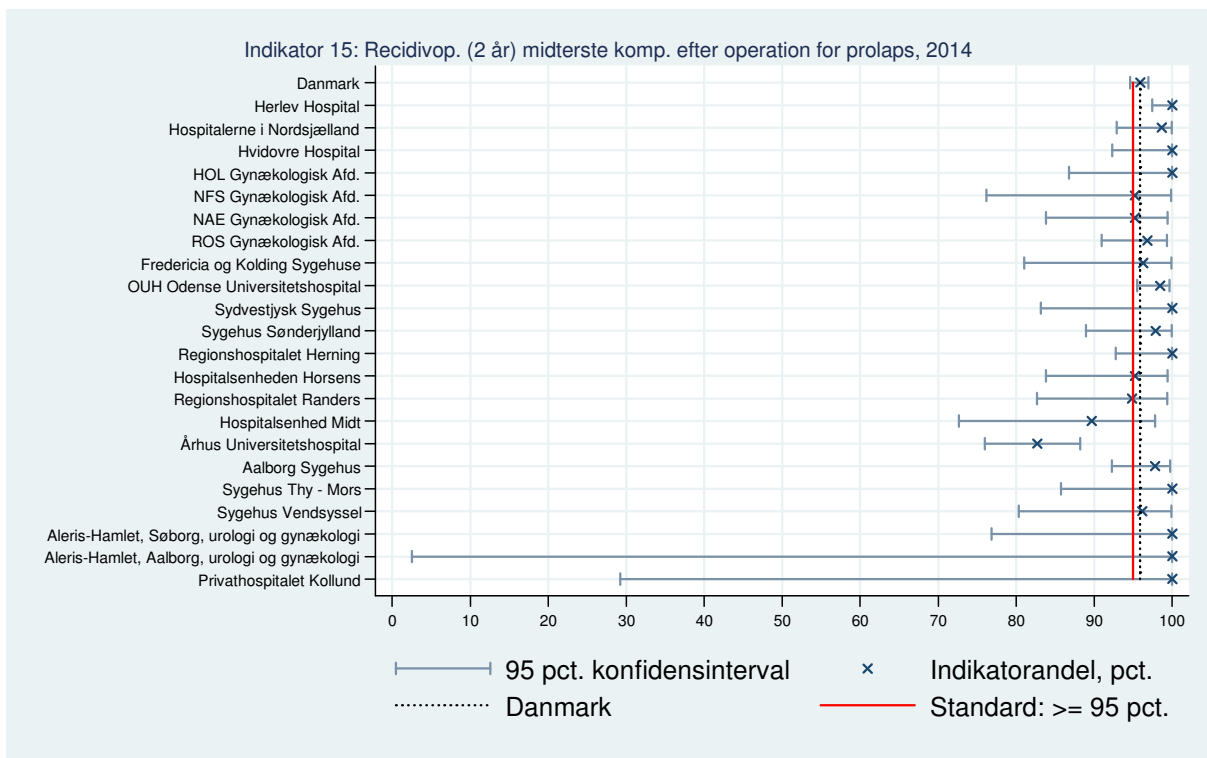
Tabel 9 - Resultater for indikator 15

Indikator 15	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 Pct. (95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.	
Danmark	Ja	1172 / 1222	0 (0)	95,9 (94,6-96,9)	96,0	97,5	
Hovedstaden	Ja	263 / 264	0 (0)	99,6 (97,9-100,0)	98,1	98,8	
Sjælland	Ja	177 / 183	0 (0)	96,7 (93,0-98,8)	96,6	95,9	
Syddanmark	Ja	284 / 289	0 (0)	98,3 (96,0-99,4)	97,8	96,9	
Midtjylland	Nej	286 / 321	0 (0)	89,1 (85,2-92,3)	92,1	96,8	
Nordjylland	Ja	138 / 141	0 (0)	97,9 (93,9-99,6)	97,6	100,0	
Hovedstaden	Ja	263 / 264	0 (0)	99,6 (97,9-100,0)	98,1	98,8	
Herlev Hospital	Ja	142 / 142	0 (0)	100,0 (97,4-100,0)	100,0	98,9	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	75 / 76	0 (0)	98,7 (92,9-100,0)	95,0	100,0	
Hvidovre Hospital	Ja	46 / 46	0 (0)	100,0 (92,3-100,0)	98,3	97,2	
Sjælland	Ja	177 / 183	0 (0)	96,7 (93,0-98,8)	96,6	95,9	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	26 / 26	0 (0)	100,0 (86,8-100,0)	-	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	20 / 21	0 (0)	95,2 (76,2-99,9)	100,0	93,3	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	40 / 42	0 (0)	95,2 (83,8-99,4)	96,5	93,5	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	91 / 94	0 (0)	96,8 (91,0-99,3)	95,7	97,1	
Syddanmark	Ja	284 / 289	0 (0)	98,3 (96,0-99,4)	97,8	96,9	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	26 / 27	0 (0)	96,3 (81,0-99,9)	100,0	97,2	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	191 / 194	0 (0)	98,5 (95,5-99,7)	97,3	95,0	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	20 / 20	0 (0)	100,0 (83,2-100,0)	100,0	100,0	
Sygehus Sønderjylland	Ja	47 / 48	0 (0)	97,9 (88,9-99,9)	98,2	100,0	
Midtjylland	Nej	286 / 321	0 (0)	89,1 (85,2-92,3)	92,1	96,8	
Regionshospitalet Herning	Ja	49 / 49	0 (0)	100,0 (92,7-100,0)	95,1	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	40 / 42	0 (0)	95,2 (83,8-99,4)	93,0	98,3	
Regionshospitalet Randers	Nej	37 / 39	0 (0)	94,9 (82,7-99,4)	100,0	100,0	
Hospitalsenhed Midt	Nej	26 / 29	0 (0)	89,7 (72,6-97,8)	97,2	96,2	
Århus Universitetshospital	Nej	134 / 162	0 (0)	82,7 (76,0-88,2)	87,2	93,3	
Nordjylland	Ja	138 / 141	0 (0)	97,9 (93,9-99,6)	97,6	100,0	
Aalborg Sygehus	Ja	89 / 91	0 (0)	97,8 (92,3-99,7)	97,5	100,0	
Sygehus Thy – Mors	Ja	24 / 24	0 (0)	100,0 (85,8-100,0)	94,1	100,0	
Sygehus Vendsyssel	Ja	25 / 26	0 (0)	96,2 (80,4-99,9)	100,0	100,0	
Privathospitaler	Ja	24 / 24	0 (0)	100,0 (85,8-100,0)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	14 / 14	0 (0)	100,0 (76,8-100,0)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	100,0 (2,5-100,0)	100,0	100,0	
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	100,0	100,0	
Privathospitalet Kollund	-	3 / 3	0 (0)	100,0 (29,2-100,0)	100,0	-	
Privathospitalet Møn	-	- / -	-	-	100,0	100,0	

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



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



Figur 16 - 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 2014 har 95,9 % ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2013 og 2012 (henholdsvis 96,0 % og 97,5 %). 4 ud af 5 regioner (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark, Region Nordjylland) opfylder standarden. Region Midtjylland opfylder med 89,1 % ikke standarden, og dens 95 % konfidensinterval overlapper ikke standarden. Der er lille variation mellem regionerne, fraset Region Midtjylland.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 17 standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg) mens 3 afdelinger ikke opfylder standarden (Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital). Der er lille variation mellem afdelingerne, fraset Århus Universitetshospital, som også er eneste afdeling hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden.

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.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 17 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger på nær en (når konfidensintervallet medregnes), hvilket er tilfredsstillende.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Særligt for prolaps i midterste kompartment er der større variation i lidelsens karakter, idet det er af betydning om patienten tidligere er opereret med fjernelse af livmoderhalsen eller livmoderen. Ligeledes er der flere muligheder for valg af operationstype, hvorfor sammenligninger afdelingerne imellem skal tolkes med forsigtighed.

Anbefalinger til indikator 15

Styregruppen tillægger indikator 15 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

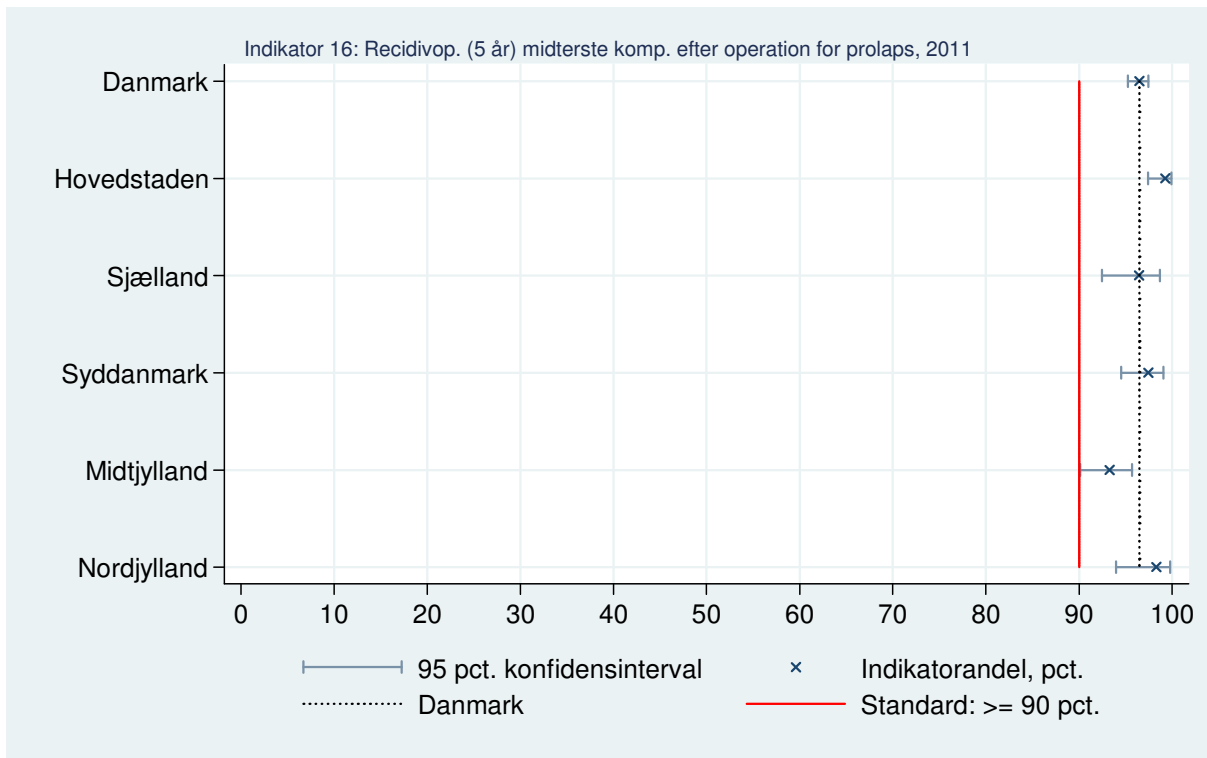
3.9. Indikator 16

Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

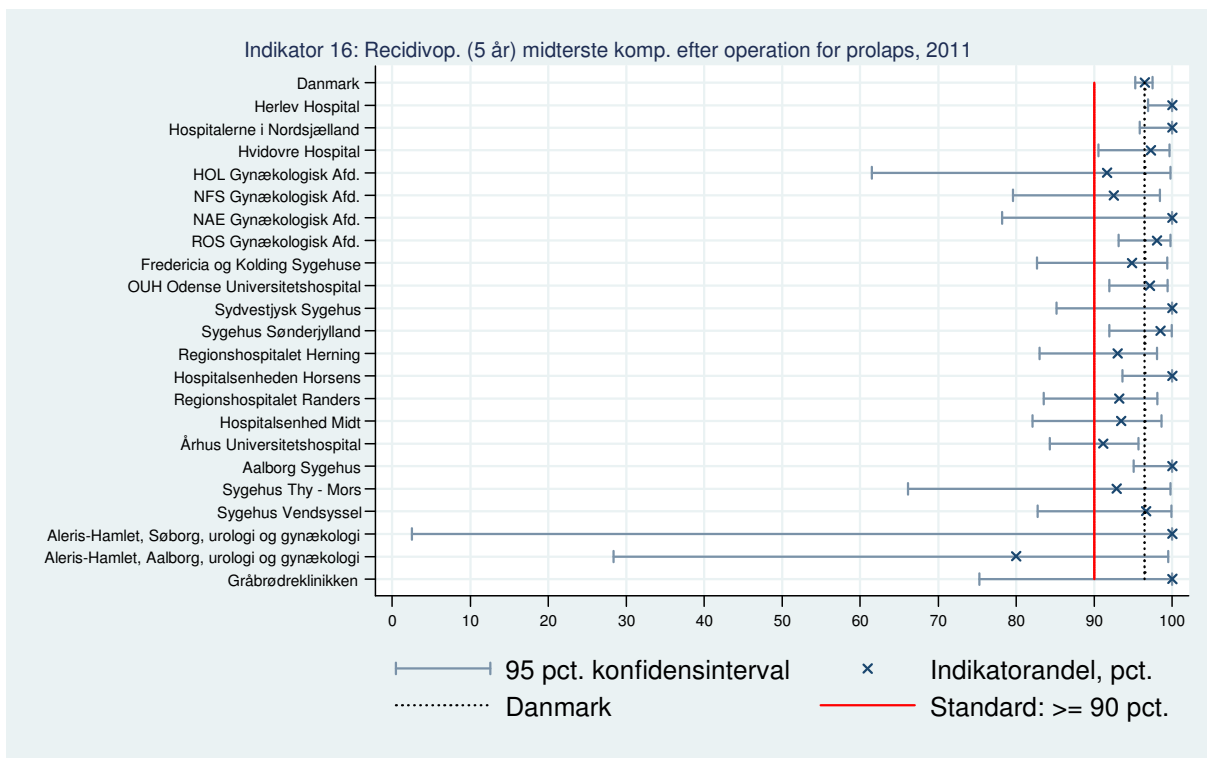
Tabel 10 - Resultater for indikator 16

Indikator 16	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2011 Pct. (95% CI)	2010 Pct.	2009 Pct.	
Danmark	Ja	1126 / 1167	0 (0)	96,5 (95,3-97,5)	96,5	96,7	
Hovedstaden	Ja	276 / 278	0 (0)	99,3 (97,4-99,9)	97,4	96,3	
Sjælland	Ja	164 / 170	0 (0)	96,5 (92,5-98,7)	97,9	100,0	
Syddanmark	Ja	229 / 235	0 (0)	97,4 (94,5-99,1)	98,7	95,5	
Midtjylland	Ja	320 / 343	0 (0)	93,3 (90,1-95,7)	93,3	96,1	
Nordjylland	Ja	115 / 117	0 (0)	98,3 (94,0-99,8)	96,6	98,0	
Hovedstaden	Ja	276 / 278	0 (0)	99,3 (97,4-99,9)	97,4	96,3	
Herlev Hospital	Ja	117 / 117	0 (0)	100,0 (96,9-100,0)	96,3	98,0	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	87 / 87	0 (0)	100,0 (95,8-100,0)	95,1	91,7	
Hvidovre Hospital	Ja	72 / 74	0 (0)	97,3 (90,6-99,7)	100,0	94,9	
Sjælland	Ja	164 / 170	0 (0)	96,5 (92,5-98,7)	97,9	100,0	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	11 / 12	0 (0)	91,7 (61,5-99,8)	100,0	-	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	37 / 40	0 (0)	92,5 (79,6-98,4)	94,9	-	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	15 / 15	0 (0)	100,0 (78,2-100,0)	-	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	101 / 103	0 (0)	98,1 (93,2-99,8)	98,7	100,0	
Syddanmark	Ja	229 / 235	0 (0)	97,4 (94,5-99,1)	98,7	95,5	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	37 / 39	0 (0)	94,9 (82,7-99,4)	98,4	96,7	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	103 / 106	0 (0)	97,2 (92,0-99,4)	98,8	97,7	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	23 / 23	0 (0)	100,0 (85,2-100,0)	96,6	100,0	
Sygehus Sønderjylland	Ja	66 / 67	0 (0)	98,5 (92,0-100,0)	100,0	71,4	
Midtjylland	Ja	320 / 343	0 (0)	93,3 (90,1-95,7)	93,3	96,1	
Regionshospitalet Herning	Ja	53 / 57	0 (0)	93,0 (83,0-98,1)	94,7	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	56 / 56	0 (0)	100,0 (93,6-100,0)	91,2	95,2	
Regionshospitalet Randers	Ja	55 / 59	0 (0)	93,2 (83,5-98,1)	98,0	100,0	
Hospitalsenhed Midt	Ja	43 / 46	0 (0)	93,5 (82,1-98,6)	94,4	95,9	
Århus Universitetshospital	Ja	103 / 113	0 (0)	91,2 (84,3-95,7)	91,0	92,3	
Nordjylland	Ja	115 / 117	0 (0)	98,3 (94,0-99,8)	96,6	98,0	
Aalborg Sygehus	Ja	73 / 73	0 (0)	100,0 (95,1-100,0)	96,0	97,7	
Sygehus Thy – Mors	Ja	13 / 14	0 (0)	92,9 (66,1-99,8)	100,0	100,0	
Sygehus Vendsyssel	Ja	29 / 30	0 (0)	96,7 (82,8-99,9)	100,0	100,0	
Privathospitaler	Ja	22 / 24	0 (0)	91,7 (73,0-99,0)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	100,0 (2,5-100,0)	-	-	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	4 / 5	0 (0)	80,0 (28,4-99,5)	-	-	
Gråbrødreklinikken	Ja	13 / 13	0 (0)	100,0 (75,3-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Møn	-	- / -	-	-	100,0	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	- / -	-	-	-	100,0	

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



Figur 17 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per region



Figur 18 - 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. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2011 hvor dækningsgraden for prolapsoperationer var 90,2 %, og antal primære operationer har således høj statistisk validitet.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2011 har 96,5 % ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2010 og 2009, om end sammenligningen med 2009 skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad (63,9 %). Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder alle standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken). Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 16

Indikatoren er opfyldt på landsplan – og for alle afdelinger.

Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Særligt for prolaps i midterste kompartment er der større variation i lidelsens karakter idet, det er af betydning om patienten tidligere er opereret med fjernelse af livmoderhalsen eller livmoderen. Ligeledes er der flere muligheder for valg af operationstype, hvorfor sammenligninger afdelingerne imellem skal tolkes med forsigtighed.

Anbefalinger til indikator 16

Styregruppen tillægger indikator 16 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

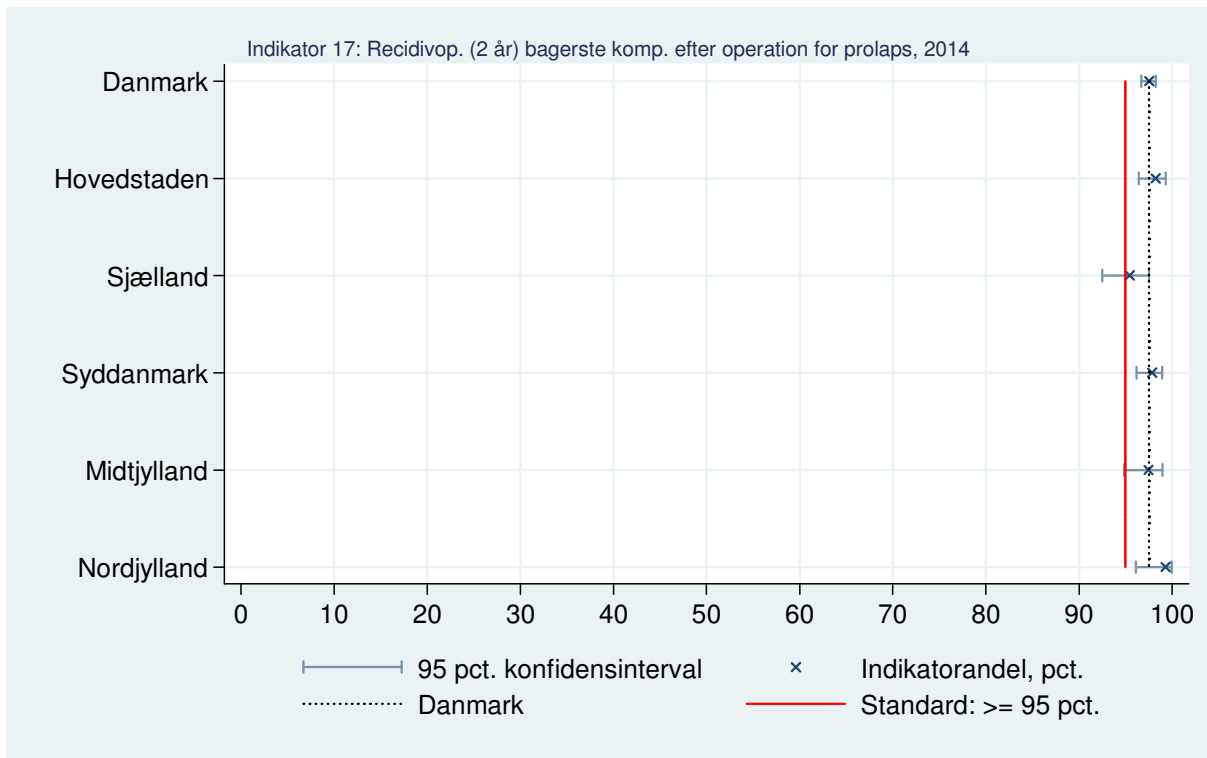
3.10. Indikator 17

Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

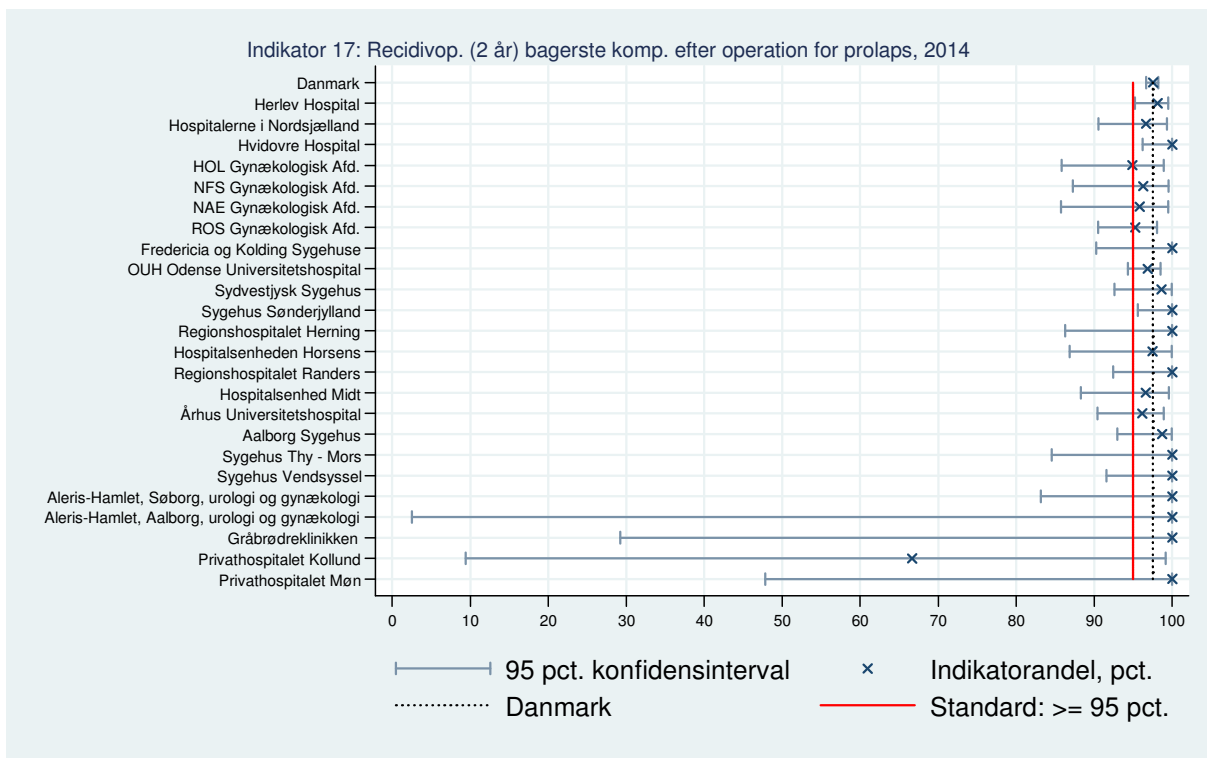
Tabel 11 - Resultater for indikator 17

Indikator 17	Std. ≥ 95% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 Pct. (95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.	
Danmark	Ja	1630 / 1671	0 (0)	97,5 (96,7-98,2)	96,7	97,6	
Hovedstaden	Ja	392 / 399	0 (0)	98,2 (96,4-99,3)	97,7	97,7	
Sjælland	Ja	295 / 309	0 (0)	95,5 (92,5-97,5)	95,2	95,3	
Syddanmark	Ja	501 / 512	0 (0)	97,9 (96,2-98,9)	97,2	98,5	
Midtjylland	Ja	268 / 275	0 (0)	97,5 (94,8-99,0)	94,4	98,3	
Nordjylland	Ja	140 / 141	0 (0)	99,3 (96,1-100,0)	97,3	97,7	
Hovedstaden	Ja	392 / 399	0 (0)	98,2 (96,4-99,3)	97,7	97,7	
Herlev Hospital	Ja	209 / 213	0 (0)	98,1 (95,3-99,5)	98,2	98,6	
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	87 / 90	0 (0)	96,7 (90,6-99,3)	96,8	96,0	
Hvidovre Hospital	Ja	96 / 96	0 (0)	100,0 (96,2-100,0)	97,7	97,9	
Sjælland	Ja	295 / 309	0 (0)	95,5 (92,5-97,5)	95,2	95,3	
HOL Gynækologisk Afd.	Nej	56 / 59	0 (0)	94,9 (85,9-98,9)	100,0	100,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	52 / 54	0 (0)	96,3 (87,3-99,5)	98,0	94,1	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	46 / 48	0 (0)	95,8 (85,7-99,5)	96,2	94,7	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	141 / 148	0 (0)	95,3 (90,5-98,1)	92,9	94,7	
Syddanmark	Ja	501 / 512	0 (0)	97,9 (96,2-98,9)	97,2	98,5	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	36 / 36	0 (0)	100,0 (90,3-100,0)	96,4	100,0	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	311 / 321	0 (0)	96,9 (94,3-98,5)	97,6	97,7	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	72 / 73	0 (0)	98,6 (92,6-100,0)	91,4	98,7	
Sygehus Sønderjylland	Ja	82 / 82	0 (0)	100,0 (95,6-100,0)	100,0	100,0	
Midtjylland	Ja	268 / 275	0 (0)	97,5 (94,8-99,0)	94,4	98,3	
Regionshospitalet Herning	Ja	25 / 25	0 (0)	100,0 (86,3-100,0)	100,0	100,0	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	39 / 40	0 (0)	97,5 (86,8-99,9)	94,9	96,6	
Regionshospitalet Randers	Ja	47 / 47	0 (0)	100,0 (92,5-100,0)	97,9	100,0	
Hospitalsenhed Midt	Ja	57 / 59	0 (0)	96,6 (88,3-99,6)	98,1	98,7	
Århus Universitetshospital	Ja	100 / 104	0 (0)	96,2 (90,4-98,9)	88,3	97,1	
Nordjylland	Ja	140 / 141	0 (0)	99,3 (96,1-100,0)	97,3	97,7	
Aalborg Sygehus	Ja	76 / 77	0 (0)	98,7 (93,0-100,0)	97,3	94,4	
Sygehus Thy – Mors	Ja	22 / 22	0 (0)	100,0 (84,6-100,0)	100,0	100,0	
Sygehus Vendsyssel	Ja	42 / 42	0 (0)	100,0 (91,6-100,0)	95,3	100,0	
Privathospitaler	Ja	34 / 35	0 (0)	97,1 (85,1-99,9)	97,9	87,5	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	20 / 20	0 (0)	100,0 (83,2-100,0)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	100,0 (2,5-100,0)	0,0	100,0	
Gråbrødreklinikken	-	3 / 3	0 (0)	100,0 (29,2-100,0)	100,0	100,0	
Privathospitalet Kollund	-	# / 3	0 (0)	66,7 (9,4-99,2)	100,0	-	
Privathospitalet Møn	-	5 / 5	0 (0)	100,0 (47,8-100,0)	100,0	100,0	

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



Figur 19 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per region



Figur 20 - 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 2014 har 97,5 % ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2013 og 2012, med andele på henholdsvis 96,7 % og 97,6 %. Alle 5 regioner opfylder standarden og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 19 standarden på mindst 95 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg). En afdeling (HOL Gynækologisk Afd.) opfylder ikke standarden, men dens 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 19 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 17

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes), hvilket er tilfredsstillende.

Bagerste kompartment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bugheleindhold bag livmoderen / skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Anbefalinger til indikator 17

Styregruppen tillægger indikator 17 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

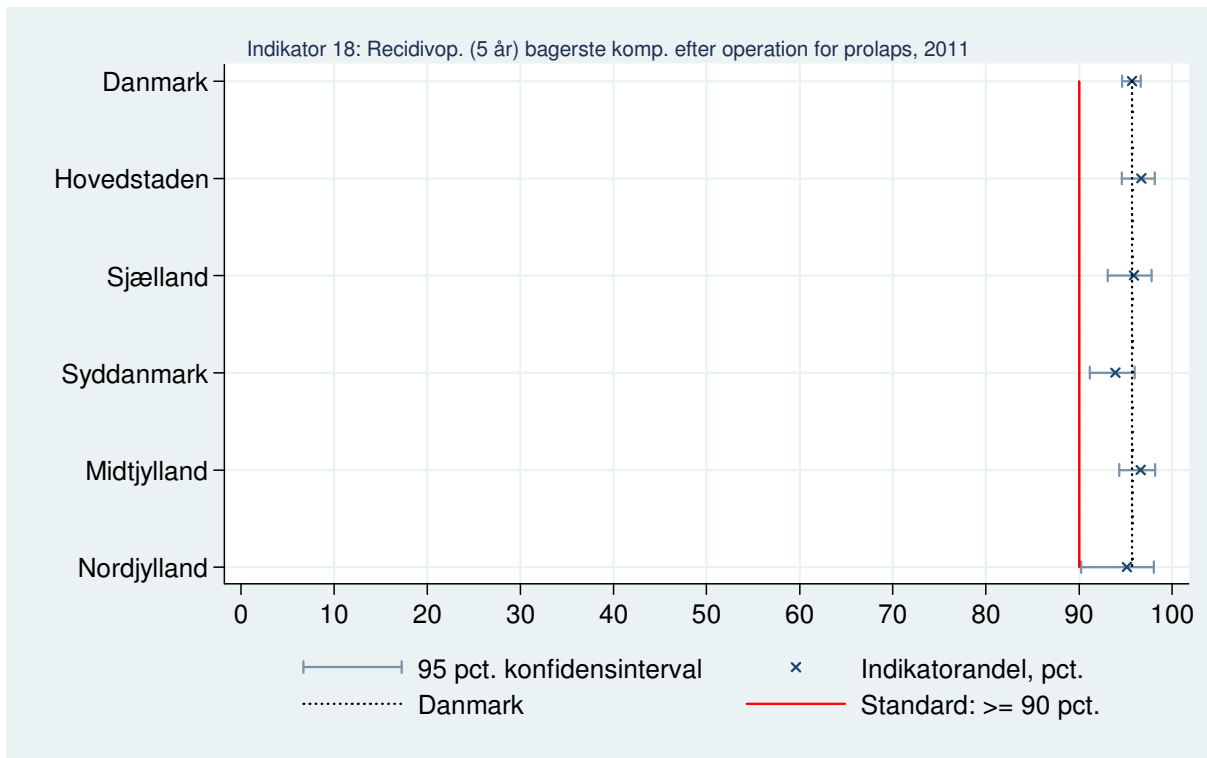
3.11. Indikator 18

Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

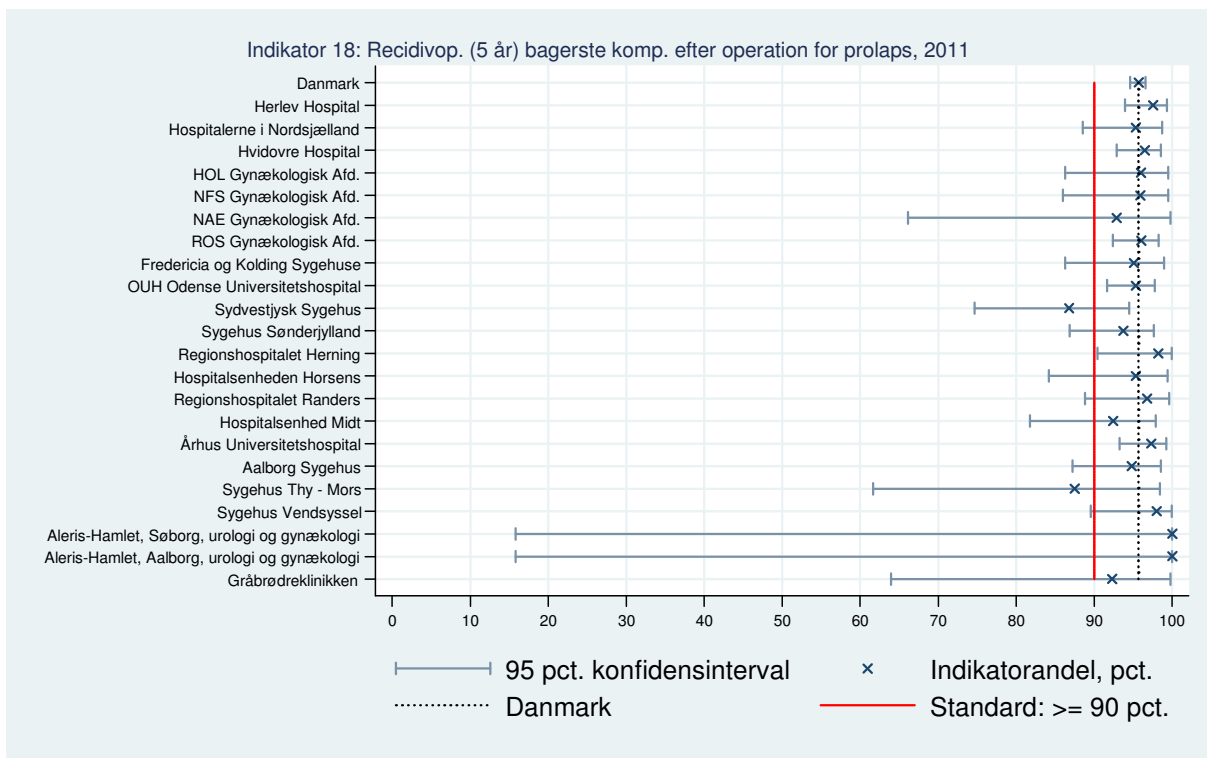
Tabel 12 - Resultater for indikator 18

Indikator 18	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2011 Pct. (95% CI)	2010 Pct.	2009 Pct.	
Danmark	Ja	1669 / 1744	0 (0)	95,7 (94,6-96,6)	96,6	95,9	
Hovedstaden	Ja	436 / 451	0 (0)	96,7 (94,6-98,1)	97,5	96,5	
Sjælland	Ja	304 / 317	0 (0)	95,9 (93,1-97,8)	98,0	94,2	
Syddanmark	Ja	400 / 426	0 (0)	93,9 (91,2-96,0)	94,8	97,9	
Midtjylland	Ja	373 / 386	0 (0)	96,6 (94,3-98,2)	96,4	95,6	
Nordjylland	Ja	137 / 144	0 (0)	95,1 (90,2-98,0)	97,7	95,3	
Hovedstaden	Ja	436 / 451	0 (0)	96,7 (94,6-98,1)	97,5	96,5	
Herlev Hospital	Ja	162 / 166	0 (0)	97,6 (93,9-99,3)	97,6	97,7	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	82 / 86	0 (0)	95,3 (88,5-98,7)	95,2	89,9	
Hvidovre Hospital	Ja	192 / 199	0 (0)	96,5 (92,9-98,6)	98,0	98,1	
Sjælland	Ja	304 / 317	0 (0)	95,9 (93,1-97,8)	98,0	94,2	
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	48 / 50	0 (0)	96,0 (86,3-99,5)	98,1	-	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	47 / 49	0 (0)	95,9 (86,0-99,5)	95,1	-	
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	13 / 14	0 (0)	92,9 (66,1-99,8)	-	-	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	196 / 204	0 (0)	96,1 (92,4-98,3)	98,5	94,0	
Syddanmark	Ja	400 / 426	0 (0)	93,9 (91,2-96,0)	94,8	97,9	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	58 / 61	0 (0)	95,1 (86,3-99,0)	92,3	96,6	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	206 / 216	0 (0)	95,4 (91,7-97,8)	95,5	98,3	
Sydvestjysk Sygehus	Nej	46 / 53	0 (0)	86,8 (74,7-94,5)	93,5	100,0	
Sygehus Sønderjylland	Ja	90 / 96	0 (0)	93,8 (86,9-97,7)	96,6	100,0	
Midtjylland	Ja	373 / 386	0 (0)	96,6 (94,3-98,2)	96,4	95,6	
Regionshospitalet Herning	Ja	55 / 56	0 (0)	98,2 (90,4-100,0)	98,3	98,5	
Hospitalsenheden Horsens	Ja	41 / 43	0 (0)	95,3 (84,2-99,4)	90,2	97,8	
Regionshospitalet Randers	Ja	60 / 62	0 (0)	96,8 (88,8-99,6)	97,8	100,0	
Hospitalsenhed Midt	Ja	49 / 53	0 (0)	92,5 (81,8-97,9)	91,9	93,2	
Århus Universitetshospital	Ja	145 / 149	0 (0)	97,3 (93,3-99,3)	97,0	93,0	
Nordjylland	Ja	137 / 144	0 (0)	95,1 (90,2-98,0)	97,7	95,3	
Aalborg Sygehus	Ja	73 / 77	0 (0)	94,8 (87,2-98,6)	96,5	97,4	
Sygehus Thy – Mors	Nej	14 / 16	0 (0)	87,5 (61,7-98,4)	100,0	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	50 / 51	0 (0)	98,0 (89,6-100,0)	100,0	89,3	
Privathospitaler	Ja	19 / 20	0 (0)	95,0 (75,1-99,9)	94,9	90,9	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	100,0 (15,8-100,0)	-	-	
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	0 (0)	100,0 (15,8-100,0)	-	100,0	
Aleris–Hamlet, Herning, urologi og gynækologi	-	- / -	-	-	-	100,0	
Gråbrødreklinikken	Ja	12 / 13	0 (0)	92,3 (64,0-99,8)	95,7	100,0	
Privathospitalet Møn	-	- / -	-	-	100,0	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	-	- / -	-	-	100,0	100,0	

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



Figur 21 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per region



Figur 22 - 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. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Resultaterne er baseret på primære operationer i 2011 hvor dækningsgraden for prolapsoperationer var 90,2 %, og antal primære operationer har således høj statistisk validitet.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2011 har 95,7 % ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2010 og 2009, om end sammenligningen med 2009 skal tolkes med forsigtighed grundet en noget lavere dækningsgrad (63,9 %). Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden på mindst 90 % (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., Fredericia/Kolding, OUH Odense Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Randers, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), mens 2 afdelinger (Sydvestjysk Sygehus, Thy-Mors) ikke opfylder standarden, omend deres 95 % konfidensinterval overlapper standarden. Der er lille variation mellem afdelingerne.

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.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 18 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 18

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes), hvilket er tilfredsstillende.

Bagerste kompartment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bughuleindhold bag livmoderen / skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Anbefalinger til indikator 18

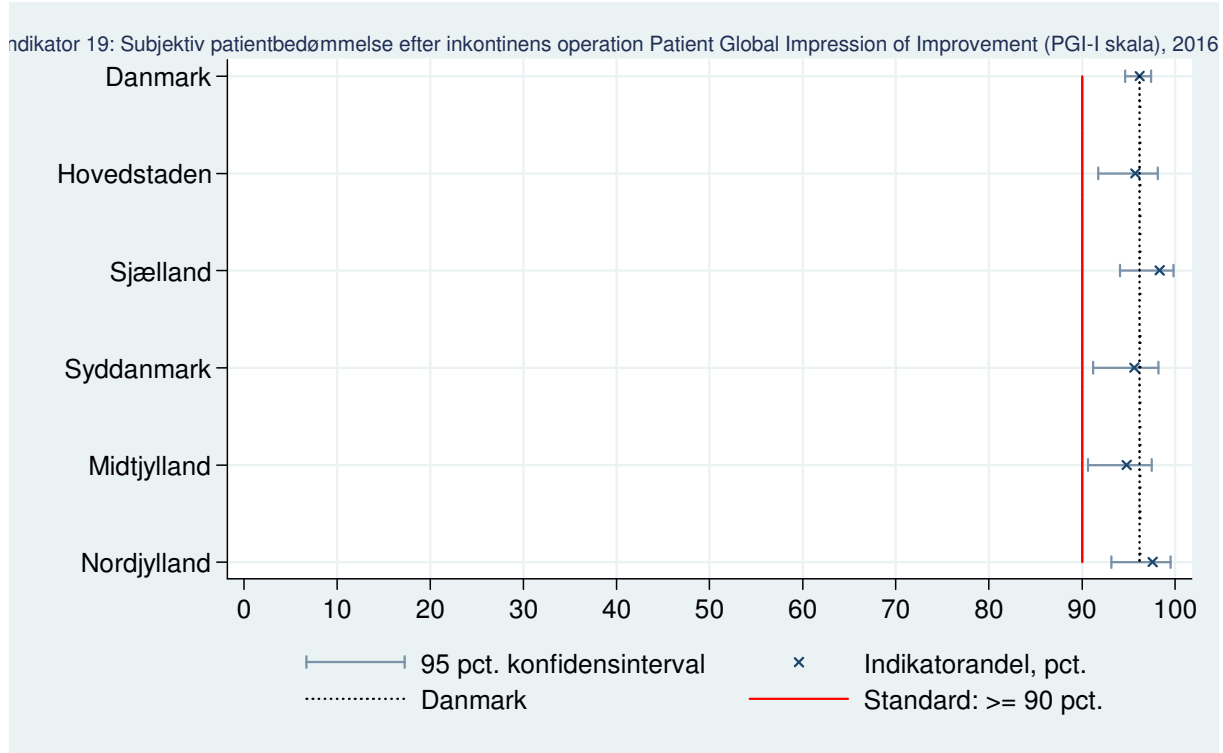
Styregruppen tillægger indikator 18 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

3.12. Indikator 19

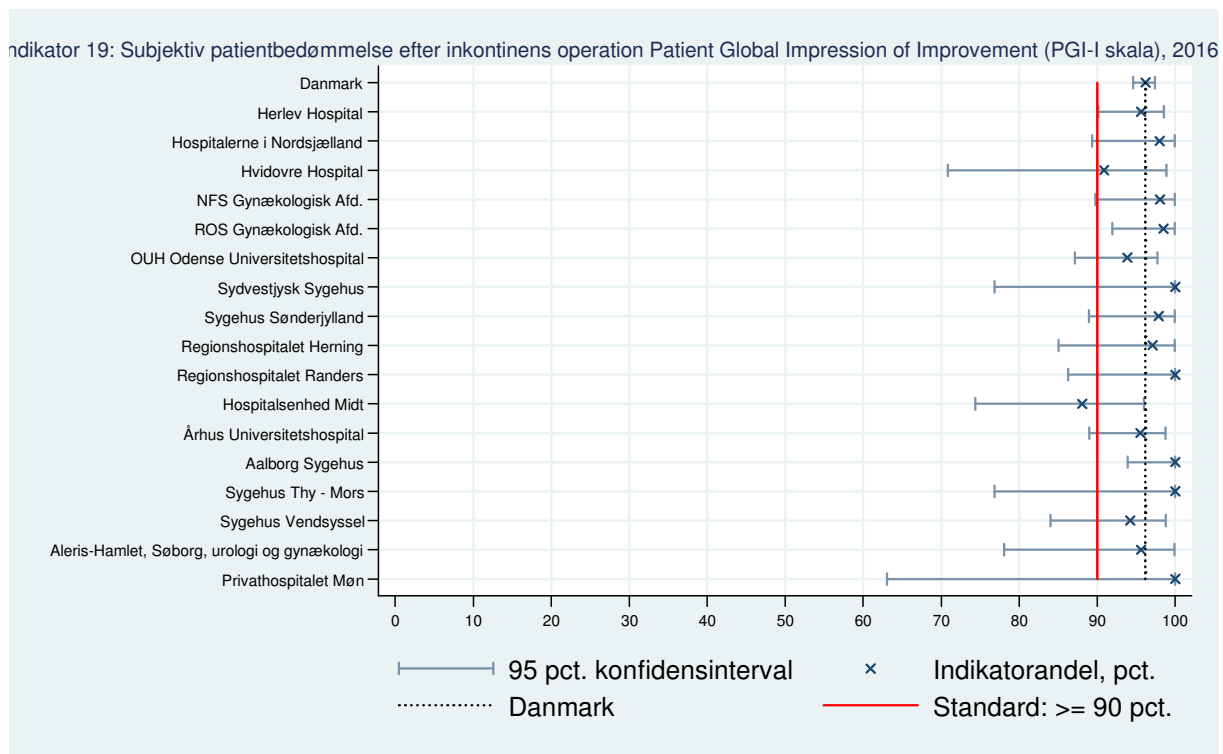
Behandlingssucces for inkontinensoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

Tabel 13 - Resultater for indikator 19

Indikator 19	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016 Pct. (95% CI)	2015 Pct.	2014 Pct.	
Danmark	Ja	783 / 814	148 (15)	96,2 (94,6-97,4)	96,0	95,8	
Hovedstaden	Ja	179 / 187	3 (2)	95,7 (91,7-98,1)	97,4	92,9	
Sjælland	Ja	117 / 119	44 (27)	98,3 (94,1-99,8)	93,3	95,2	
Syddanmark	Ja	153 / 160	41 (20)	95,6 (91,2-98,2)	95,7	96,4	
Midtjylland	Ja	182 / 192	26 (12)	94,8 (90,6-97,5)	96,4	95,8	
Nordjylland	Ja	122 / 125	23 (16)	97,6 (93,1-99,5)	96,3	98,6	
Hovedstaden	Ja	179 / 187	3 (2)	95,7 (91,7-98,1)	97,4	92,9	
Herlev Hospital	Ja	110 / 115	1 (1)	95,7 (90,1-98,6)	96,4	91,4	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	49 / 50	2 (4)	98,0 (89,4-99,9)	98,1	93,1	
Hvidovre Hospital	Ja	20 / 22	0 (0)	90,9 (70,8-98,9)	100,0	100,0	
Sjælland	Ja	117 / 119	44 (27)	98,3 (94,1-99,8)	93,3	95,2	
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	51 / 52	6 (10)	98,1 (89,7-100,0)	95,0	93,8	
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	66 / 67	38 (36)	98,5 (92,0-100,0)	92,4	96,7	
Syddanmark	Ja	153 / 160	41 (20)	95,6 (91,2-98,2)	95,7	96,4	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	92 / 98	29 (23)	93,9 (87,1-97,7)	92,6	95,3	
Sydvestjysk Sygehus	Ja	14 / 14	4 (22)	100,0 (76,8-100,0)	100,0	96,0	
Sygehus Sønderjylland	Ja	47 / 48	8 (14)	97,9 (88,9-99,9)	100,0	98,4	
Midtjylland	Ja	182 / 192	26 (12)	94,8 (90,6-97,5)	96,4	95,8	
Regionshospitalet Herning	Ja	34 / 35	0 (0)	97,1 (85,1-99,9)	100,0	96,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	25 / 25	8 (24)	100,0 (86,3-100,0)	100,0	96,8	
Hospitalsenhed Midt	Nej	37 / 42	11 (21)	88,1 (74,4-96,0)	95,0	93,8	
Århus Universitetshospital	Ja	86 / 90	7 (7)	95,6 (89,0-98,8)	90,9	96,8	
Nordjylland	Ja	122 / 125	23 (16)	97,6 (93,1-99,5)	96,3	98,6	
Aalborg Sygehus	Ja	59 / 59	18 (23)	100,0 (93,9-100,0)	100,0	100,0	
Sygehus Thy – Mors	Ja	14 / 14	0 (0)	100,0 (76,8-100,0)	100,0	100,0	
Sygehus Vendsyssel	Ja	49 / 52	5 (9)	94,2 (84,1-98,8)	90,0	96,1	
Privathospitaler	Ja	30 / 31	11 (26)	96,8 (83,3-99,9)	100,0	100,0	
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	22 / 23	3 (12)	95,7 (78,1-99,9)	100,0	100,0	
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	-	100,0	
Privathospitalet Møn	-	8 / 8	8 (50)	100,0 (63,1-100,0)	100,0	100,0	



Figur 23 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per region



Figur 24 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19

Indikator 19 er i forhold til tidligere årsrapporter ændret, idet den før har omfattet bulking (koderne KKDV20 og KKDV22), som fra og med denne årsrapport er ekskluderet. Beregningerne uden bulking er desuden implementeret på data forud for denne årsrapport. Derved kan der i denne årsrapport sammenlignes over tid, men ikke med indikator 19 fra tidligere årsrapporter.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 15 %, dvs. kompletheden er 85 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % for Hvidovre, Regionshospitalet Herning og Thy-Mors til 36 % for ROS Gynækologisk Afd.

På landsplan har 96,2 % svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle regioner opfylder og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden (Herlev, Hospitalet i Nordsjælland, Hvidovre, ROS Gynækologisk Afd., OUH Odense Universitetshospital, Sygehus Sønderjylland, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Randers, Århus Universitetshospital, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet/Søborg). 3 afdelinger (NFS Gynækologisk Afd., Sydvestjysk Sygehus, Hospitalsenhed Midt) opfylder ikke standarden, og blandt disse har kun Sydvestjysk Sygehus et 95 % konfidensinterval, som overlapper standarden.

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. Overordnet er der ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 13 af 16 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 19

Ændringen af indikatorens definition til kun at indeholde midturetralslynger gør styrken af indikatoren stærkere end tidligere. Det skyldes den kendte forskel i effektivitet og patienttilfredshed på midturetral slynger og bulking operationer. Den tidligere definition af indikatoren indeholdt begge operationstyper og den enkelte afdelings resultat var derfor påvirket af andelen af de to operationstyper.

Med den nuværende definition bliver sammenligningsgrundlaget mellem afdelinger meget bedre. Ved læsning af resultaterne bør man dog være opmærksom på, at nogle afdelinger har en ringe datakomplethed, hvorfor disse afdelingers resultater må tages med forbehold. Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator er 85 %, hvilket er en stigning i forhold til tidligere.

Indikatoren er baseret på patienternes selvrapporterede tilfredshed (PROM). Styregruppen bemærker, at standarden opfyldes på stabilt og højt niveau af alle afdelinger når konfidensintervallet tages i betragtning.

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes, at forskelle kan være udtryk for case-mix. Endvidere må man være forsigtig med at tolke på resultater fra afdelinger som har en lav datakomplethed.

Anbefalinger til indikator 19

Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes, men for at mindske forskelle mellem afdelingerne pga forskelle i andelen af primære / recidivoperationer, er det besluttet at indikatoren fra næste årsrapport udelukkende baseres på primære operationer. Styregruppen anbefaler, at afdelingerne fortsat arbejder med at opnå en bedre datakomplethed for den postoperative kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase.

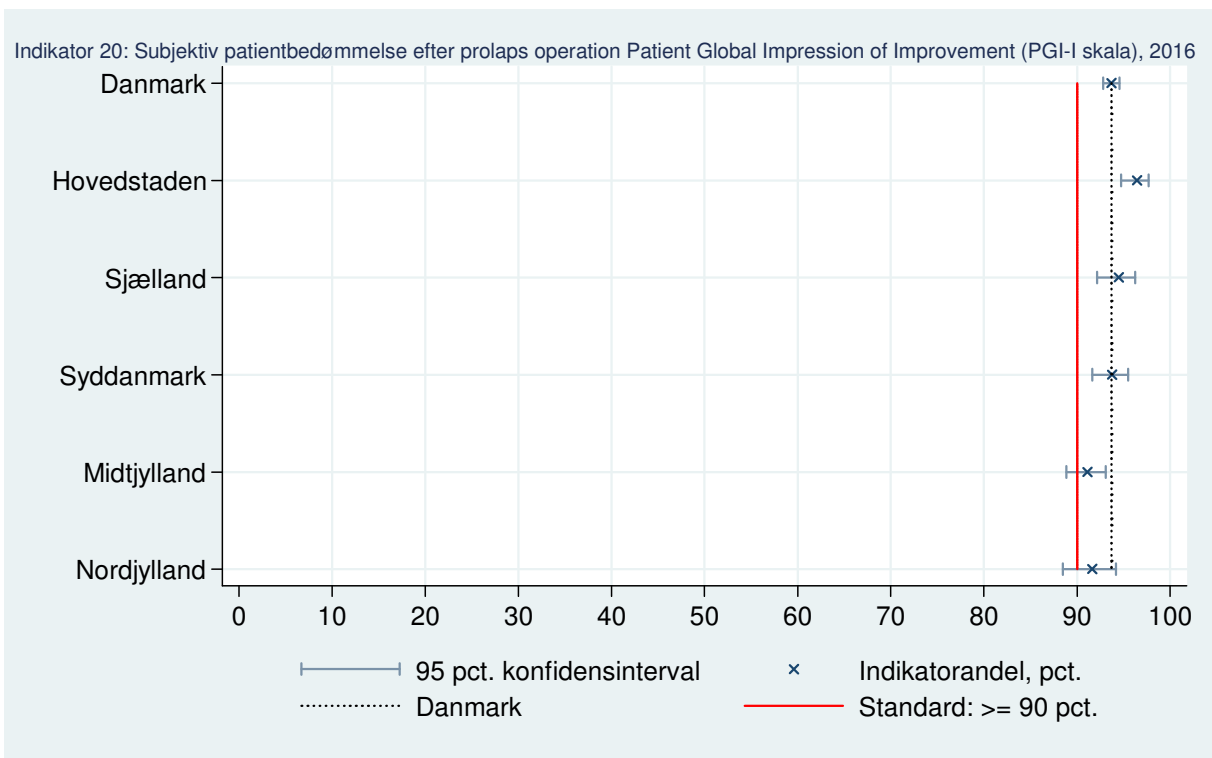
3.13. Indikator 20

Behandlingssucces for prolapsoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 4: Indikatordefinitioner", side 119.

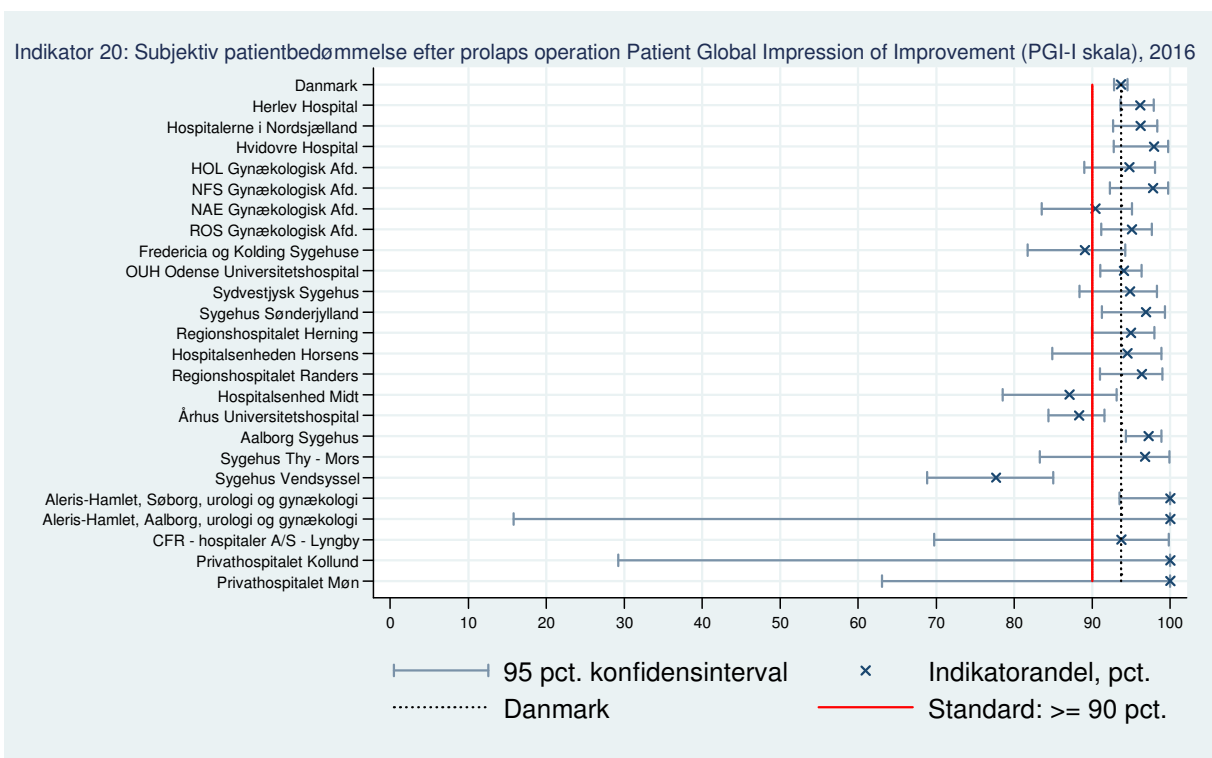
Tabel 14 - Resultater for indikator 20

Indikator 20	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016	(95% CI)	2015	2014
				Pct.		Pct.	Pct.
Danmark	Ja	2862 / 3054	616 (17)	93,7	(92,8-94,5)	93,5	93,0
Hovedstaden	Ja	650 / 674	18 (3)	96,4	(94,7-97,7)	95,8	95,2
Sjælland	Ja	496 / 525	153 (23)	94,5	(92,2-96,3)	92,5	95,1
Syddanmark	Ja	603 / 643	195 (23)	93,8	(91,6-95,5)	91,4	89,9
Midtjylland	Ja	668 / 733	186 (20)	91,1	(88,8-93,1)	92,3	91,7
Nordjylland	Ja	362 / 395	51 (11)	91,6	(88,5-94,2)	96,2	96,6
Hovedstaden	Ja	650 / 674	18 (3)	96,4	(94,7-97,7)	95,8	95,2
Herlev Hospital	Ja	351 / 365	7 (2)	96,2	(93,6-97,9)	94,0	94,5
Hospitallerne i Nordsjælland	Ja	204 / 212	6 (3)	96,2	(92,7-98,4)	98,4	95,0
Hvidovre Hospital	Ja	95 / 97	5 (5)	97,9	(92,7-99,7)	96,7	97,8
Sjælland	Ja	496 / 525	153 (23)	94,5	(92,2-96,3)	92,5	95,1
HOL Gynækologisk Afd.	Ja	109 / 115	25 (18)	94,8	(89,0-98,1)	95,3	87,5
NFS Gynækologisk Afd.	Ja	89 / 91	9 (9)	97,8	(92,3-99,7)	94,4	95,6
NAE Gynækologisk Afd.	Ja	104 / 115	33 (22)	90,4	(83,5-95,1)	92,0	95,4
ROS Gynækologisk Afd.	Ja	194 / 204	86 (30)	95,1	(91,2-97,6)	91,3	95,0
Syddanmark	Ja	603 / 643	195 (23)	93,8	(91,6-95,5)	91,4	89,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	98 / 110	20 (15)	89,1	(81,7-94,2)	90,2	86,2
OUH Odense Universitetshospital	Ja	319 / 339	129 (28)	94,1	(91,0-96,4)	92,0	91,1
Sydvestjysk Sygehus	Ja	92 / 97	36 (27)	94,8	(88,4-98,3)	91,7	87,5
Sygehus Sønderjylland	Ja	94 / 97	10 (9)	96,9	(91,2-99,4)	89,5	90,4
Midtjylland	Ja	668 / 733	186 (20)	91,1	(88,8-93,1)	92,3	91,7
Regionshospitalet Herning	Ja	133 / 140	2 (1)	95,0	(90,0-98,0)	92,2	97,2
Hospitalsenheden Horsens	Ja	52 / 55	8 (13)	94,5	(84,9-98,9)	98,9	97,5
Regionshospitalet Randers	Ja	107 / 111	34 (23)	96,4	(91,0-99,0)	98,5	96,4
Hospitalsenhed Midt	Nej	81 / 93	39 (30)	87,1	(78,5-93,2)	91,1	89,4
Århus Universitetshospital	Nej	295 / 334	103 (24)	88,3	(84,4-91,6)	87,4	85,2
Nordjylland	Ja	362 / 395	51 (11)	91,6	(88,5-94,2)	96,2	96,6
Aalborg Sygehus	Ja	245 / 252	35 (12)	97,2	(94,4-98,9)	98,8	97,9
Sygehus Thy – Mors	Ja	30 / 31	3 (9)	96,8	(83,3-99,9)	95,4	96,1
Sygehus Vendsyssel	Nej	87 / 112	13 (10)	77,7	(68,8-85,0)	90,9	93,8
Privathospitaler	Ja	83 / 84	13 (13)	98,8	(93,5-100,0)	97,2	86,2
Aleris–Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	55 / 55	4 (7)	100,0	(93,5-100,0)	96,4	79,5
Aleris–Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	-	# / #	2 (50)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	100,0
CFR – hospitaler A/S – Lyngby	Ja	15 / 16	2 (11)	93,8	(69,8-99,8)	-	-
Gråbrødreklinikken	-	- / -	-	-	-	-	100,0
Privathospitalet Kollund	-	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	-	100,0
Privathospitalet Møn	-	8 / 8	5 (38)	100,0	(63,1-100,0)	100,0	100,0

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.



Figur 25 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per region



Figur 26 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 20

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 17 %, dvs. komplementet er 83 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 1 % for Regionshospitalet Herning til 30 % for ROS Gynækologisk Afd. og Hospitalsenhed Midt.

På landsplan har 93,7 % svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle 5 regioner opfylder ligeledes standarden, omend der er nogen variation mellem disse, fra 91,1 % for Region Midtjylland til 96,4 % for Region Hovedstaden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden (Herlev, Hospitalerne i Nordsjælland, Hvidovre, HOL Gynækologisk Afd., NFS Gynækologisk Afd., NAE Gynækologisk Afd., ROS Gynækologisk Afd., OUH Odense Universitetshospital, Sydvestjysk Sygehus, Sygehus Sønderjylland, Hospitalsenheden Horsens, Regionshospitalet Herning, Regionshospitalet Randers, Aalborg Sygehus, Thy-Mors, Aleris-Hamlet/Søborg, Gråbrødreklinikken) mens 4 afdelinger (Fredericia/Kolding, Hospitalsenhed Midt, Århus Universitetshospital, Vendsyssel) ikke opfylder standarden. Blandt disse 4 afdelinger er det kun Vendsyssel hvis 95 % konfidensinterval ikke overlapper standarden. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne, med Vendsyssel som en undtagelse (77,7 %, hvor næstlaveste andel er Hospitalsenheden Midt med 87,1 %).

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 17 af 21 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 20

Denne indikator er baseret på patienternes selvrapporterede tilfredshed (PROM). Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger på nær én opfylder standarden når konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskedent.

Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator kun er 83% og at der er en stor variation mellem afdelingerne.

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes, at forskelle kan være udtryk for case-mix. Endvidere må man være forsigtig med at tolke på resultater fra afdelinger som har en lav datakomplethed.

Anbefalinger til indikator 20

Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes, men for at mindske forskelle mellem afdelingerne pga forskelle i andelen af primære / recidivoperationer, er det besluttet at indikatoren fra næste årsrapport udelukkende baseres på primære operationer.

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne fortsat arbejder med at opnå en bedre datakomplethed for den postoperative kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase.

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 stigende pga. et øget antal ældre medborgere. Behandling og diagnostik er omkostningstungt for samfundet. En dansk opgørelse af Løwenstein et al (2014) har vist, at livstidsrisikoen for prolapsoperation for en dansk kvinde på 80 år er 18,7 %. En international opgørelse af Abdel-fattah et al (2011) har vist en livstidsrisiko for urininkontinens eller prolaps operation på 12,2 % og 19 % risiko for recidiv operation.

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 er nu blevet en landsdækkende klinisk database under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og den ledes af en styregruppe nedsat af DUGS. Der er sikret repræsentation for hver af landets regioner samt en repræsentant fra den private sygesektor. Derudover omfatter styregruppen repræsentanter fra RKKP, og for den ansvarlige offentlige myndighed, Region Syddanmark. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udvalgtepulje for Klinisk Kvalitet, og der blev i 2014 givet en 3-årig bevilling for årene 2015-2017.

Formålet med DugaBase er at beskrive omfanget og kvaliteten af operationer for urininkontinens og prolaps samt at overvåge nye operationsmetoder/kirurgiske implantater. 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 kan indtastes direkte.

Som anført er de behandlinger som DugaBase monitorerer, ikke livstruende, men de berører en forholdsvis stor gruppe kvinder og har stor betydning for kvindernes livskvalitet. Det er ofte meget individuelt hvor meget et givent symptom påvirker livskvaliteten, hvilket i monitorerings sammenhæng er en udfordring. Styregruppen finder det derfor vigtigt at understrege vigtigheden af PROM baserede indikatorer. Ligeledes er der ofte flere muligheder for behandling, som medfører igen forskellige fordele og risici for patienten. Særligt udgør recidiv operationer en udfordring idet det er kendt at der mindre effekt, større risiko og mindre patienttilfredshed efter disse. I de seneste år har styregruppen forsøgt at "rense" indikatorerne således at sammenligning mellem afdelinger bliver mere real.

Resultater

Dækningsgraden er steget over tid, for inkontinensoperationer fra 14 % i 2006 til 94,0 % i 2013 og har siden 2011 ligget over 90 %. For prolapsoperationer fra 12 % i 2006 til 90,8 % i 2012 og også denne har ligget stabilt over 90 % siden 2011. Mens dækningsgraden for offentlige sygehuse er høj, har der været gjort et stort arbejde for at øge indberetningerne fra de private sygehuse. Tendensen i år er, at enten så indberettes 100 % af udførte operationer eller også så indberettes man slet ikke. Dette giver en dækningsgrad for privathospitalerne på 67 % for inkontinensoperationer og 64 % for prolapsoperationer, således stort set uændret i forhold til dækningsgraden i 2014. Validiteten af de indberettede data er vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data. Styregruppen vil i tilfælde af manglende opfyldelse af standarden tage skriftlig kontakt til de pågældende afdelinger for at tilbyde mulighed for yderligere analyser af data til intern afklaring af årsager.

Der er aktuelt udvalgt 13 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. I 2015 er standarden for 12 af de 13 indikatorer opfyldt. For én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulante besøg) har standarden i hele perioden været langt fra opfyldt og standarden (at 90 % af henviste patienter

skal ses inden for 30 dage efter modtaget henvisning) skal ses som en ønskelig målsætning. Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser er opfyldt for både de "absolutte værdimål" indikatorer 3 og 7 samt for "ændringsmål" indikatorer 19 og 20 (PGI-I). Opgørelser af recidivoperationer er foretaget på baggrund af det år hvor primær operationen fandt sted og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidiv operationer.

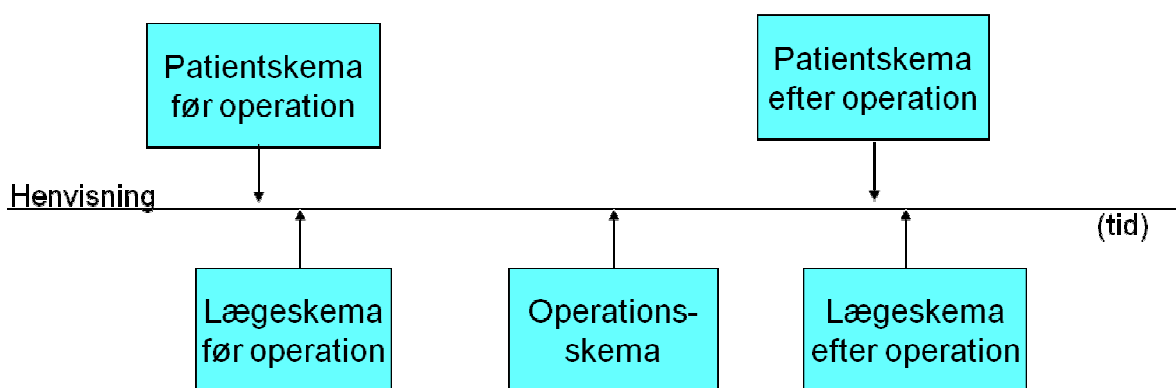
5. Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 19.04.2017, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2016 indtil denne dato.

Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre. Desuden er patienter, der var under 18 år på operationstidspunktet, udeladt.

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

Flowet i et DugaBase-forløb er skitseret i Figur B1. Forløbet består af følgende delelementer: henvisningsoplysninger, udredningsoplysninger (lægeskema og patientskema før operation), operationsoplysninger (operationskema) og kontroloplysninger (lægeskema og patientskema efter operation).



Figur B1 - Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb

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

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

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

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

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

Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og KCEB-Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejdsgange aftalt i foråret 2017, 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 (biostatistiker Pavithra Mariadas 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 2015, 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 "2015" eller "år 2015". Direkte tal fra Årsrapport 2015, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 15 og Tabel 16, betegnes "Årsrapport 2015".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til dækningsgrad

I forbindelse med opgørelse af dækningsgrad har KCEB-Syd rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Styregruppen bemærker den halvering i brugen af implantater ved prolapsoperationer som skete efter 2012, hvor der dels var en del faglig debat, dels offentlig debat og dels var indført restriktioner på hvilke afdelinger som måtte bruge implantater via den netop indførte speciale planlægning. Tilsyneladende har antallet af operationer med anvendelse af implantat stabiliseret sig til omkring 100 årligt. Endvidere bemærkes at antallet af syntetiske implantater er stigende gennem de sidste 2 år, hvor biologiske implantater er faldende. De syntetiske implantater bruges helt overvejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og KLEF53A Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh a.m. "Uphold".

Appendiks 4: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket pr. 10.4.2017.

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

Kriterier for opgørelse af dækningsgrad

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

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)

Tabel 15 - Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2016 – 31-12-2016

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, pct.
Danmark	1247	1167	93,6
Region Hovedstaden	227	220	96,9
Herlev Hospital	143	140	97,9
Hospitalerne i Nordsjælland	59	58	98,3
Hvidovre Hospital	25	22	88,0
Region Sjælland	249	223	89,6
NFS Gynækologisk Afd.	112	103	92,0
ROS Gynækologisk Afd.	137	120	87,6
Region Syddanmark	272	267	98,2
OUH Odense Universitetshospital	159	156	98,1
Sydvestjysk Sygehus	56	55	98,2
Sygehus Sønderjylland	57	56	98,3
Region Midtjylland	272	256	94,1
Regionshospitalet Herning	36	35	97,2
Regionshospitalet Randers	38	33	86,8
Hospitalsenhed Midt	85	80	94,1
Århus Universitetshospital	113	108	95,6
Region Nordjylland	160	158	98,8
Aalborg Sygehus	89	87	97,8
Sygehus Thy - Mors	14	14	100,0
Sygehus Vendsyssel	57	57	100,0
Privathospitaler	67	43	64,2
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	27	26	96,3
CFR hospitaler A/S - Odense ambulatorium	#	0	0,0
Privathospitalet Kollund	#	#	100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle	19	0	0,0
Privathospitalet Møn	18	16	88,9

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

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 15

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2016 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2016. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 93,6 %. I Årsrapport 2015 var der 1230 urininkontinensoperationer, heraf 1145 (93,1 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i 2016 stort set uændret.

Blandt de 15 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 11 afdelinger mindst 95 % dækningsgrad, mens de resterende 4 afdelinger har fra 86,8 % til 94,1 % dækningsgrad.

Den høje dækningsgrad for de offentlige sygehuse afspejles i den lille variation mellem regionernes dækningsgrad, fraset en lidt lavere dækningsgrad for Region Sjælland (89,6 %).

I Årsrapport 2015 var dækningsgraden for privathospitaler 72,6 %, mens den i 2016 er 64,2 %, dvs. der er sket et lille fald. Overordnet har privathospitalerne en dækningsgrad, som enten er næsten 0 % eller 100 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 15 øges dækningsgraden fra 93,6 % til 95,3 % (altså en stigning på 1,7 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 67 operationer i LPR/DugaBase også registreres i DugaBase øges dækningsgraden til 95,5 % (altså en stigning på 1,9 procentpoint).

Vi konkluderer, at for urininkontinensoperationer ses en meget høj dækningsgrad.

Tabel 16 - Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2016 – 31-12-2016

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, pct.
Danmark	3952	3670	92,9
Hovedstaden	740	692	93,5
Bornholms Hospital	29	0	0,0
Herlev Hospital	379	372	98,2
Hospitalerne i Nordsjælland	219	218	99,5
Hvidovre Hospital	113	102	90,3
Sjælland	753	678	90,0
HOL Gynækologisk Afd.	141	140	99,3
NFS Gynækologisk Afd.	110	100	90,9
NAE Gynækologisk Afd.	156	148	94,9
ROS Gynækologisk Afd.	346	290	83,8
Syddanmark	869	838	96,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	135	130	96,3
OUH Odense Universitetshospital	479	468	97,7
Sydvestjysk Sygehus	143	133	93,0
Sygehus Sønderjylland	112	107	95,5
Midtjylland	974	919	94,4
Regionshospitalet Herning	142	142	100,0
Regionshospitalet Randers	172	145	84,3
Hospitalsenheden Horsens	66	63	95,5
Hospitalsenhed Midt	148	132	89,2
Århus Universitetshospital	446	437	98,0
Nordjylland	472	446	94,5
Aalborg Sygehus	298	287	96,3
Sygehus Thy - Mors	43	34	79,1
Sygehus Vendsyssel	131	125	95,4
Privathospitaler	144	97	67,4
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	60	59	98,3
Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	5	4	80,0
Aleris-Hamlet, Esbjerg, urologi og gynækologi	3	0	0,0
CFR hospitaler A/S - Odense ambulatorium	3	0	0,0
CFR hospitaler A/S – Lyngby sengeafsnit	23	18	78,3
Privathospitalet Kollund	3	3	100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle	30	0	0,0
Privathospitalet Møn	13	13	100,0
Aagaard Gynækologiske Klinik	4	0	0,0

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 16

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2016 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2016. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 92,9 %. I Årsrapport 2015 var der også 4117 prolapsoperationer, heraf 3832 (93,1 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i praksis uændret i 2016.

Blandt de 20 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 11 afdelinger mindst 95 % dækningsgrad, 8 afdelinger rangerer fra 79,1 % til 94,9 % dækningsgrad og 1 afdeling (Bornholm) har 0 % dækningsgrad.

Der er generelt lille variation i dækningsgrad mellem alle regionerne.

I Årsrapport 2015 var dækningsgraden for privathospitaler 54,4 %, mens den i 2016 er 67,4 %, dvs. der er sket en forbedring. Overordnet har privathospitalerne en dækningsgrad, som enten er næsten 0 % eller 100 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 16 øges dækningsgraden fra 92,9 % til 93,8 % (altså en stigning på 0,9 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 144 operationer i LPR/DugaBase også registreres i DugaBase øges dækningsgraden til 94,1 % (altså en stigning på 1,2 procentpoint).

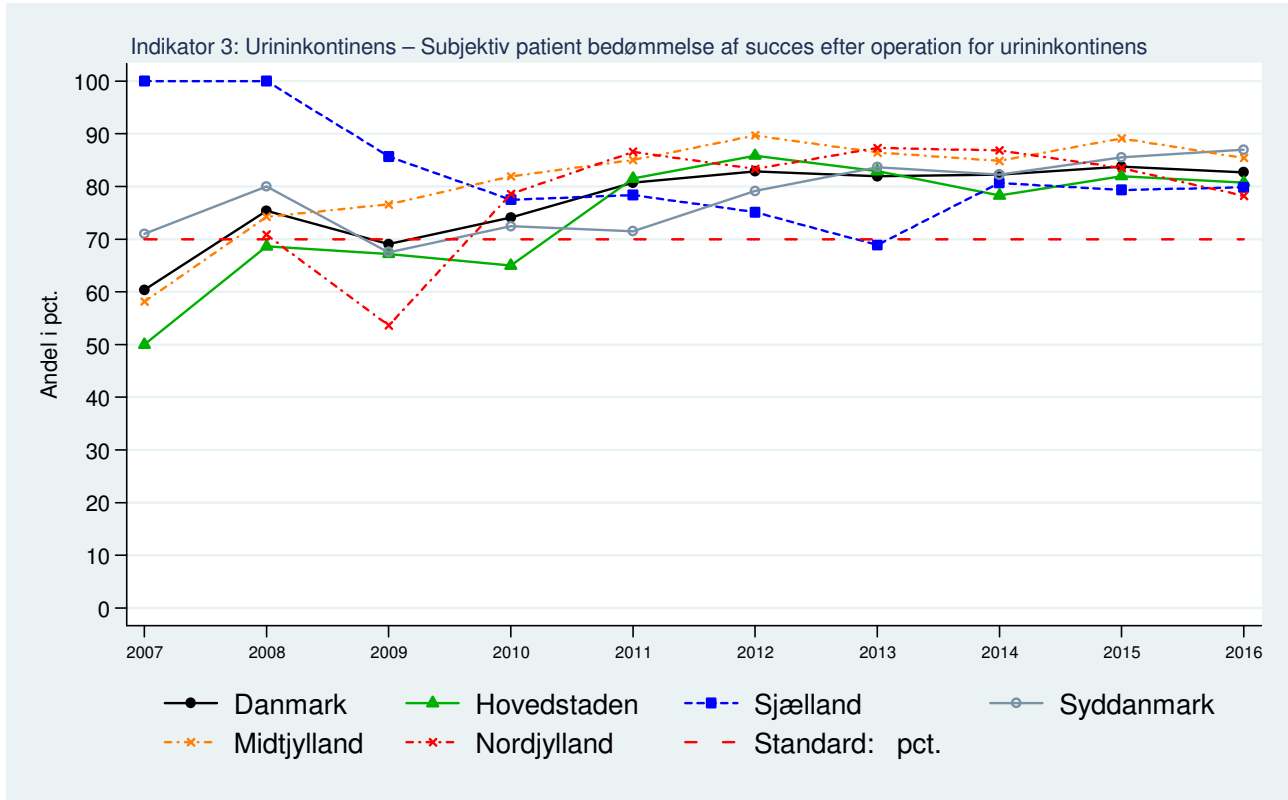
Vi konkluderer, at for prolapsoperationer ses en meget høj dækningsgrad.

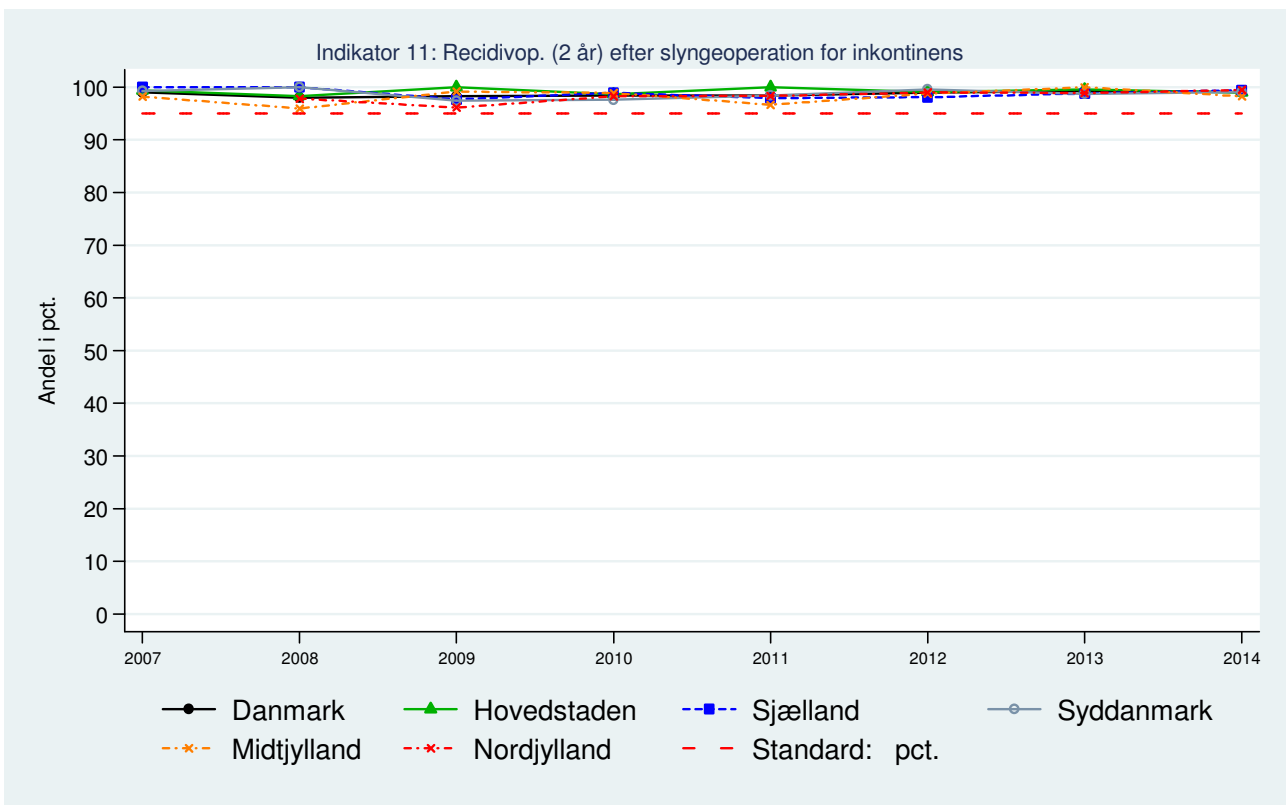
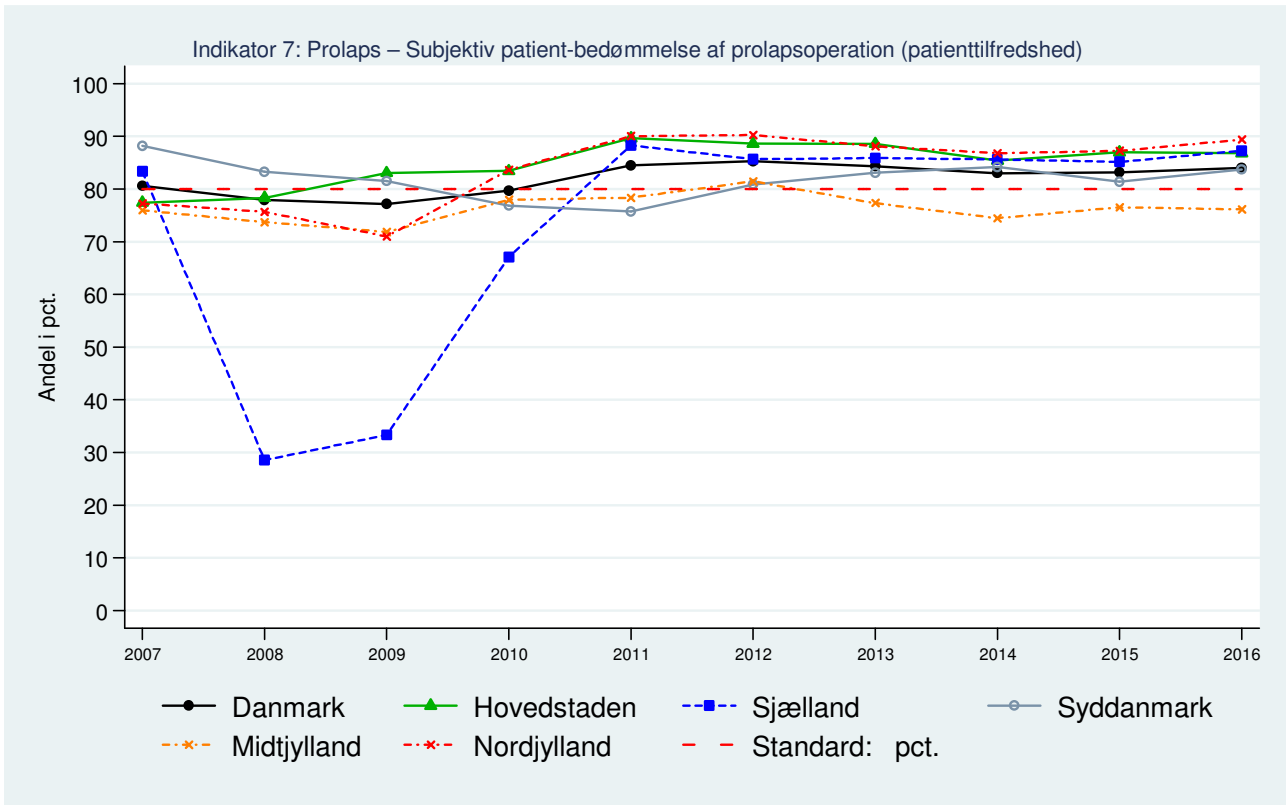
6. Styregruppens medlemmer

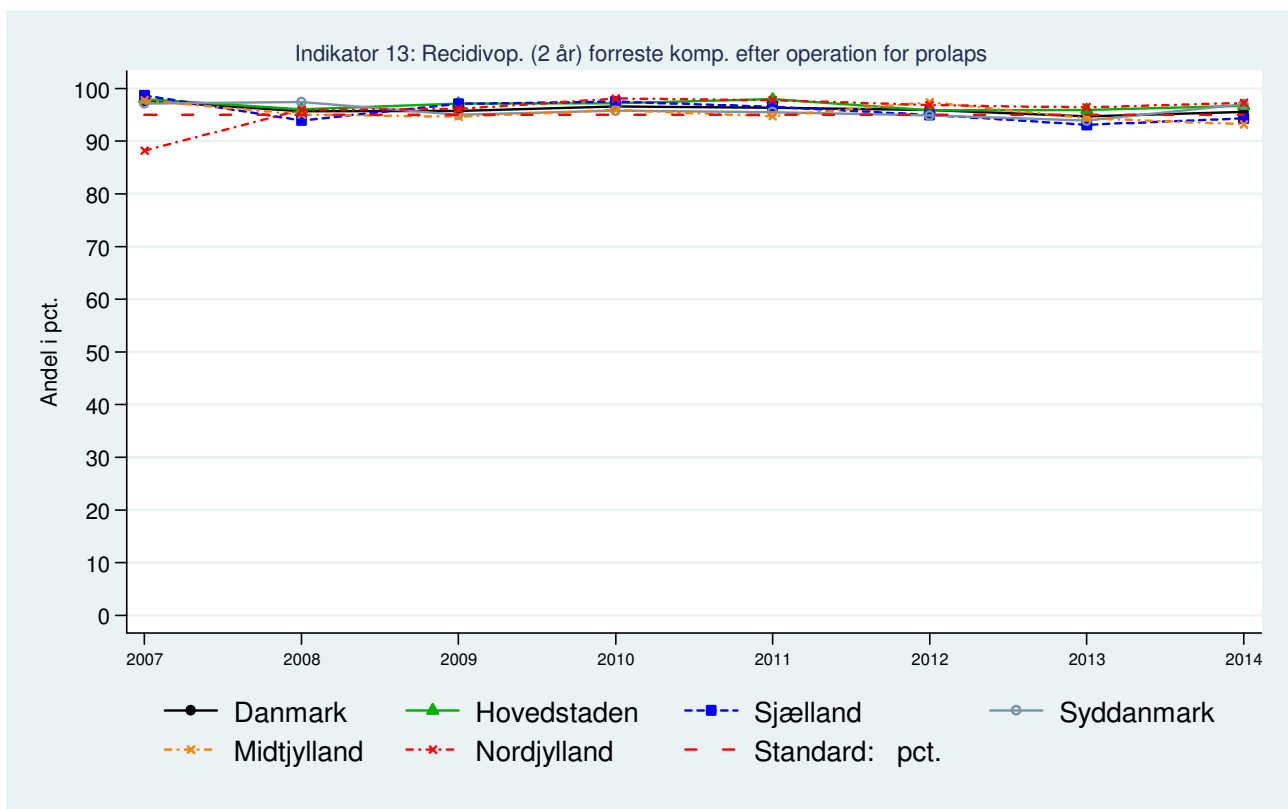
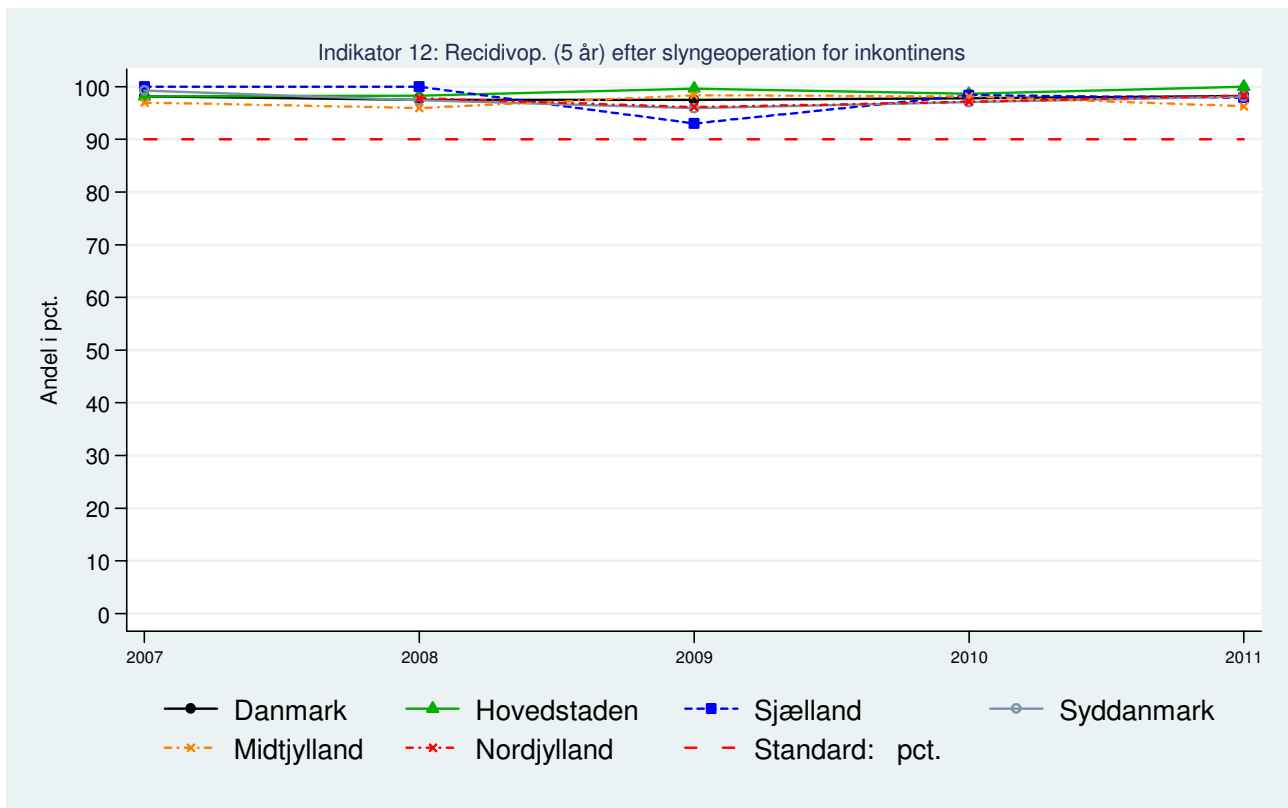
Formand			
Gunnar Lose, Professor, Overlæge, dr. med	Herlev Hospital	44888266 23419238	GULO@glo.regionh.dk
Projektleder			
Ulla Darling Hansen, Overlæge	Odense Universitetshospital	65412350 40202529	Ulla.darling.hansen@rsyd.dk
Medlemmer fra hver region			
Hovedstaden			
Mette Hornum Bing, Overlæge	Herlev Hospital	24252816	Mette.Hornum.Bing@regionh.dk
Sjælland			
Helga Gimbel, Overlæge, dr.med	Nykøbing Falster sygehus	56515404 26703714	helga@dadlnet.dk
Syddanmark			
Leyla Atay, Overlæge	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	79185680 28849169	Leyla.Atay@rsyd.dk
Midtjylland			
Karl Møller Bek, Overlæge, ph.d	Aarhus Universitetshospital	89495566 24261745	BEK@ki.au.dk
Nordjylland			
Niels Kjærgaard, afd. Læge, ph.d	Aalborg Universitetshospital		nikj@rn.dk
Repræsentant for Privatklinikken			
Lasse Raaberg, Overlæge, ph.d	Holbæk Sygehus	61549917	lasseraaberg@gmail.com
Lægeseekretær			
Line Thorn, Lægeseekretær	DugaBase sekretariatet, Odense Universitetshospital	21680817/ 65412330	Line.thorn@rsyd.dk
Dataansvarlig myndighed			
Vera Ibsen, Konstitueret afdelingsleder	Afdelingen for Kvalitet og forskning, Region Syddanmark		Vera.Ibsen2@rsyd.dk
Klinisk epidemiolog			
Kim Oren Gradel, Senior dyrlæge, ph.d	Center for Klinisk Epidemiologi og Forskningsenheden for Klinisk Epidemiologi	21158085	Kim.gradel@rsyd.dk
Biostatistikker/datamanager			
Pavithra Mariadas, MSc Matematik	RKKP	51428431	pamari@rkkp.dk
Kontaktperson RKKP			
Lene Korshøj	RKKP	7841 3989	LENKOR@rkkp.dk

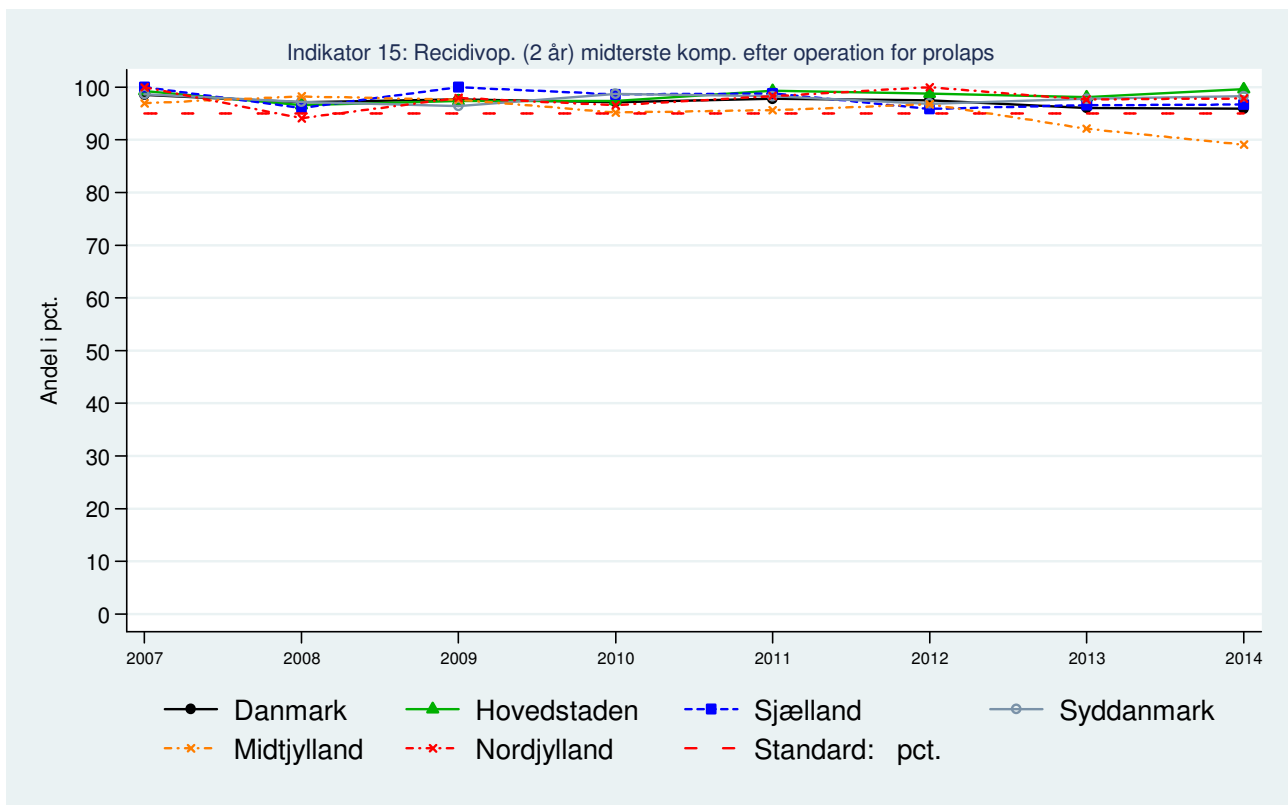
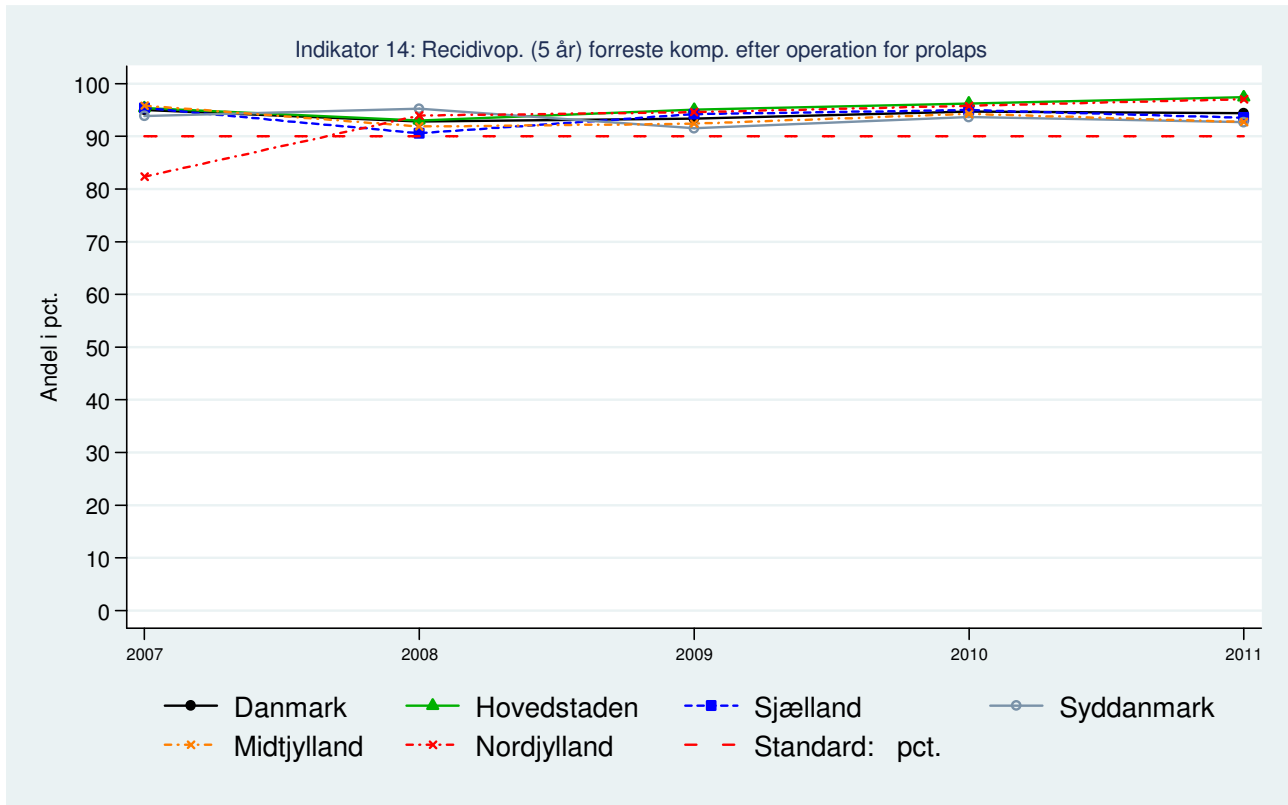
7. Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

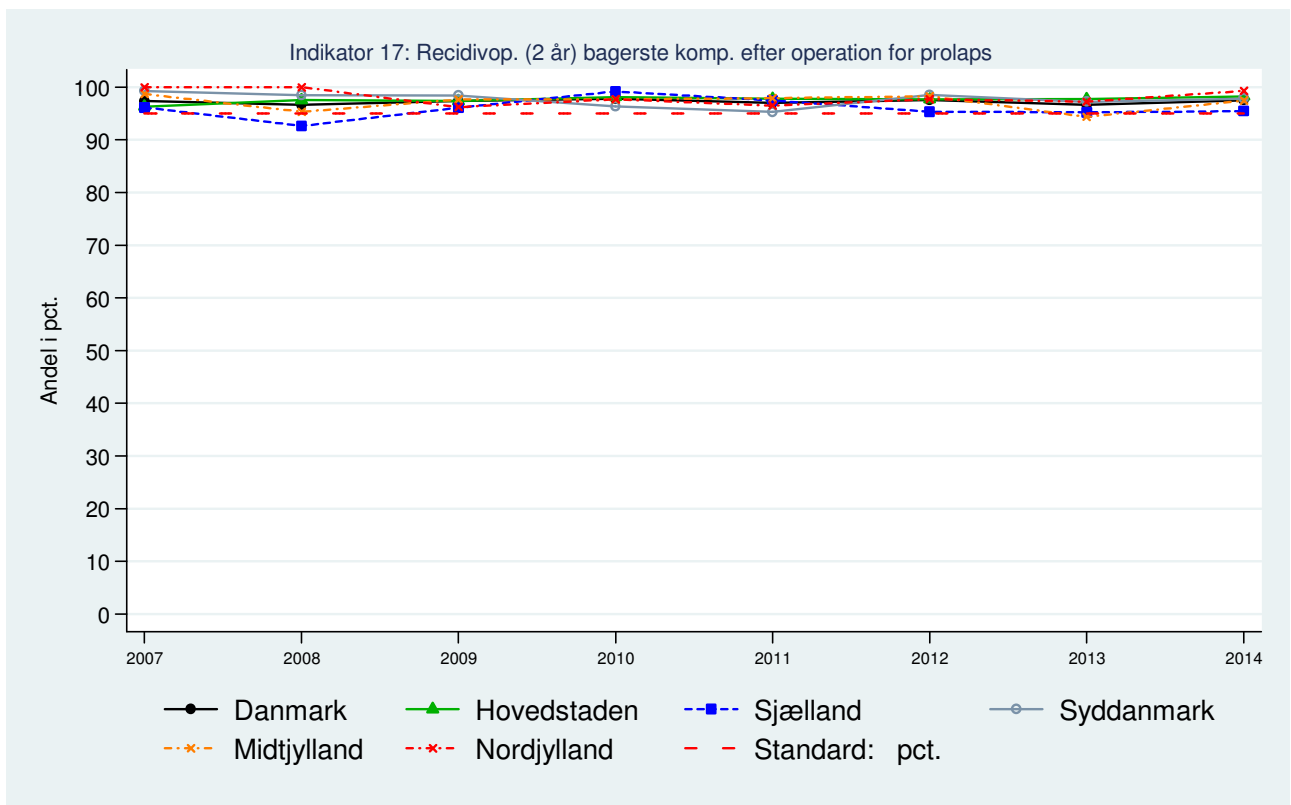
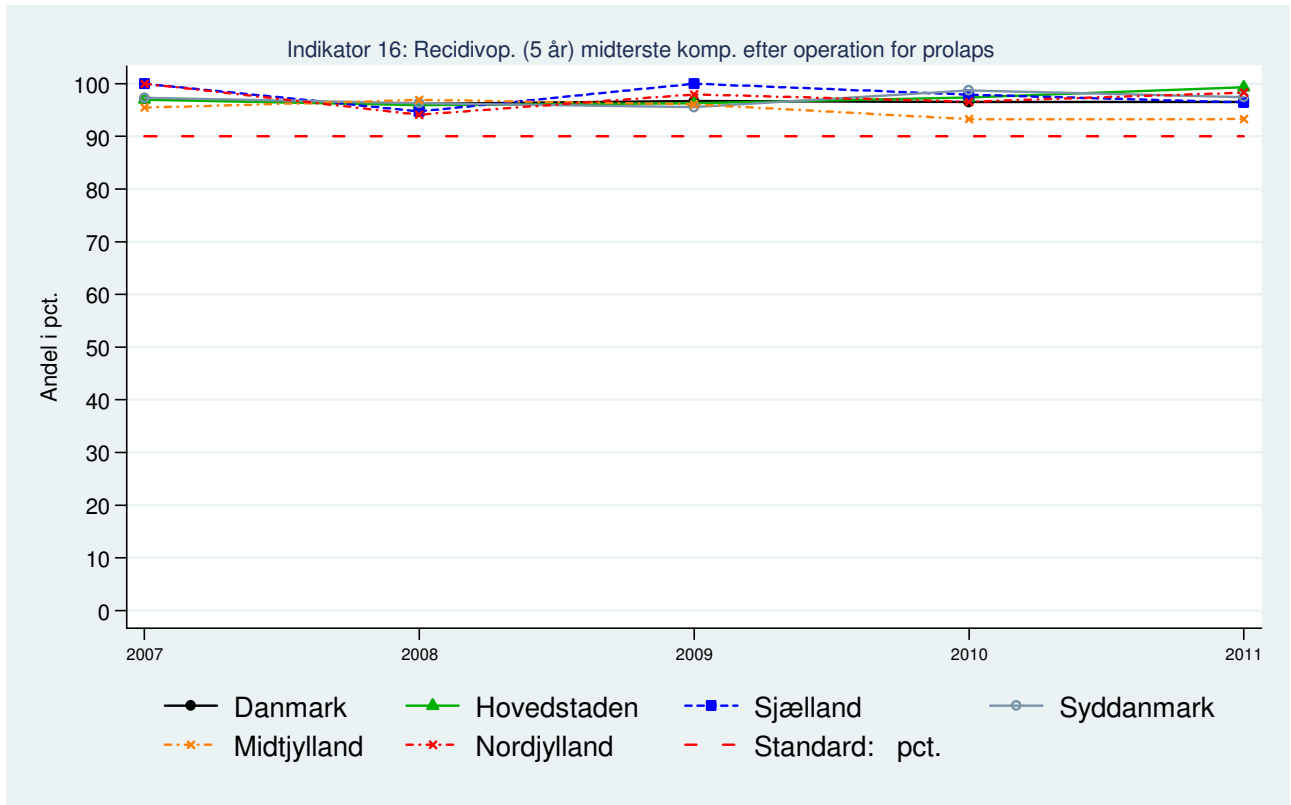
Trendfigurer for regionsresultater

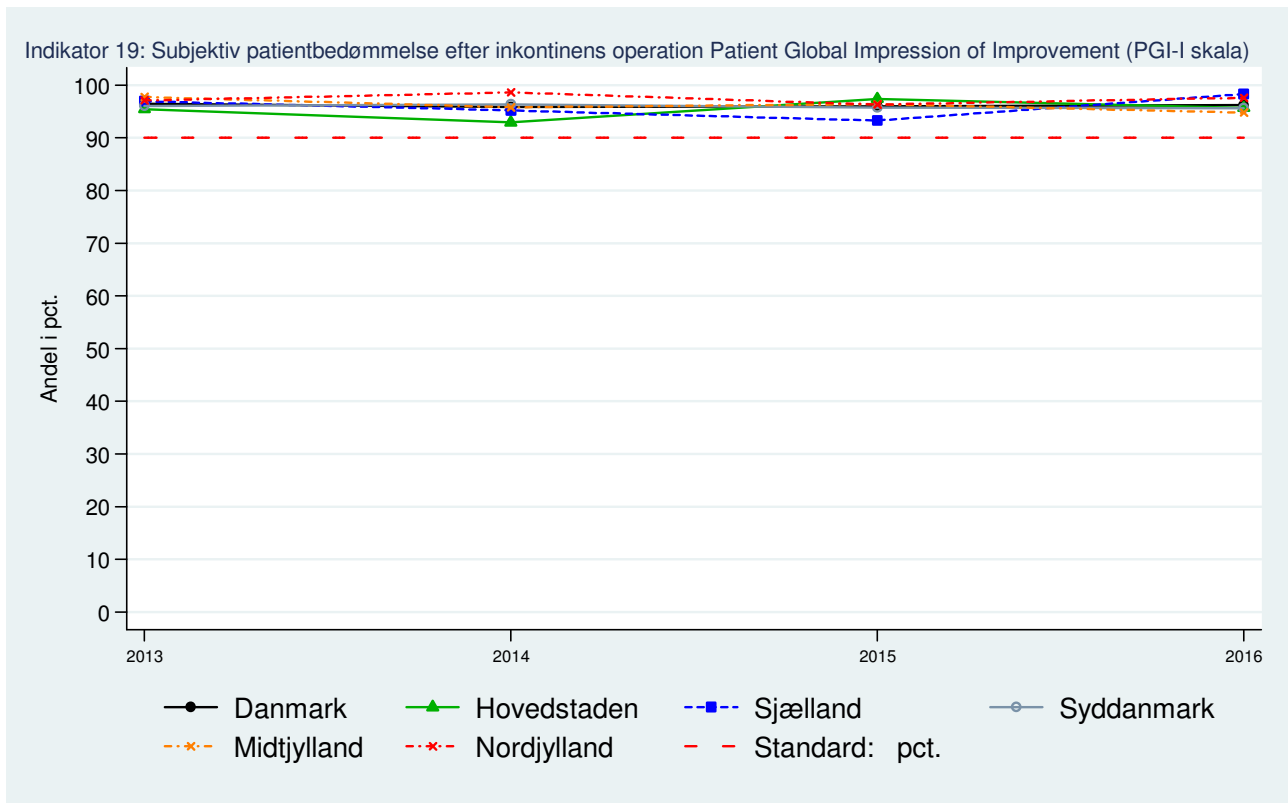
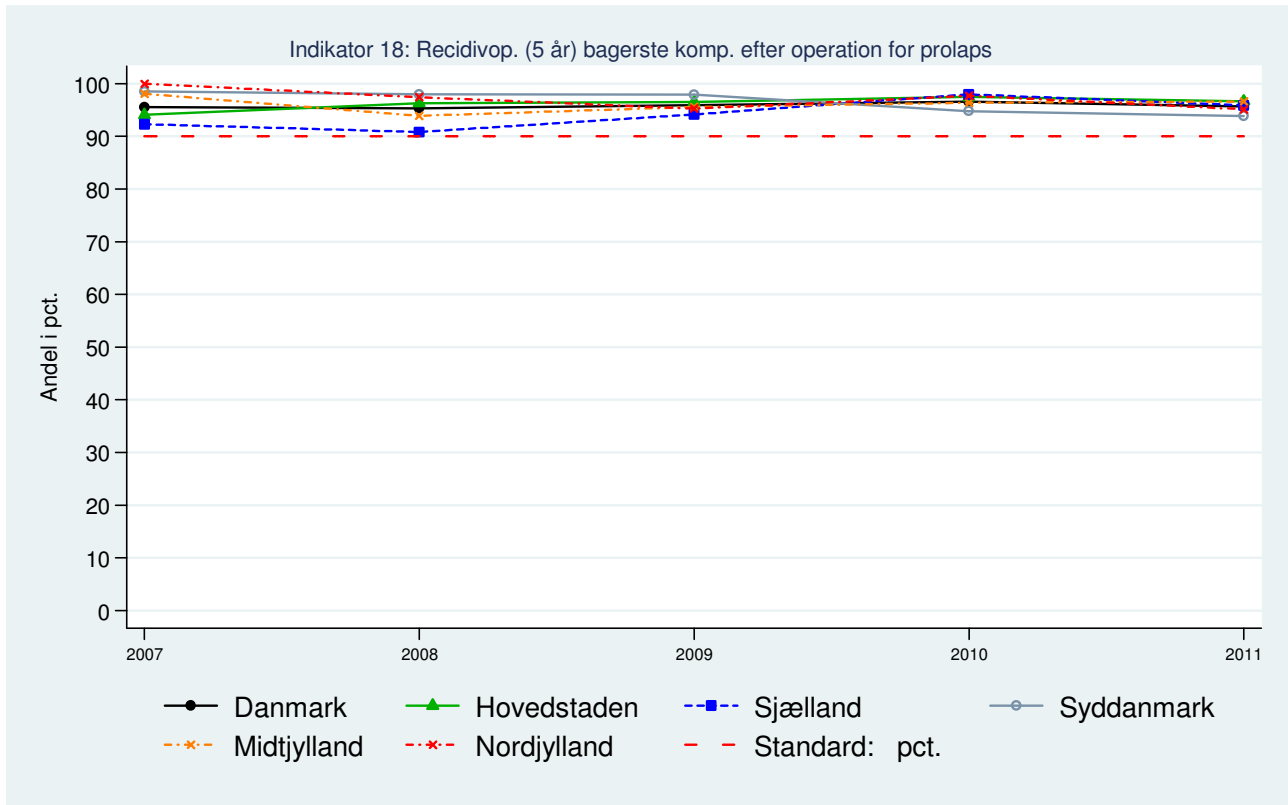




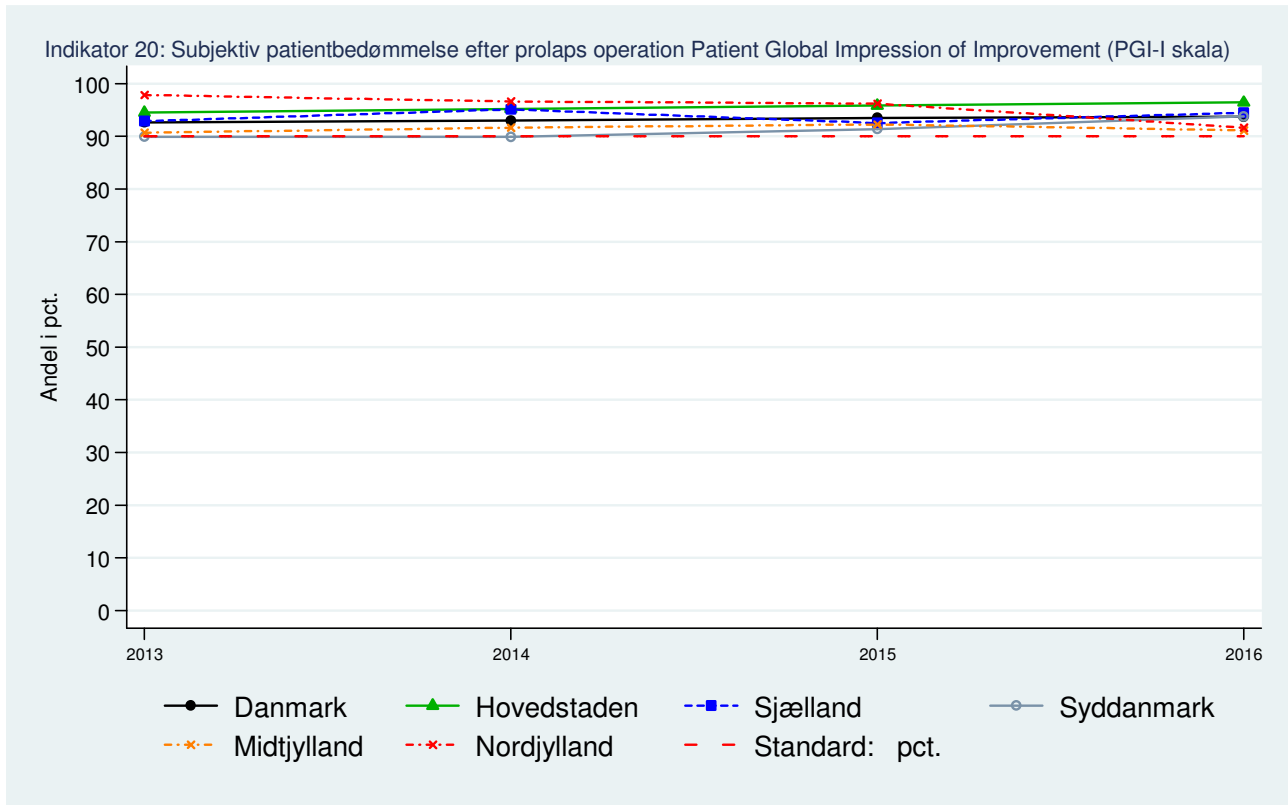




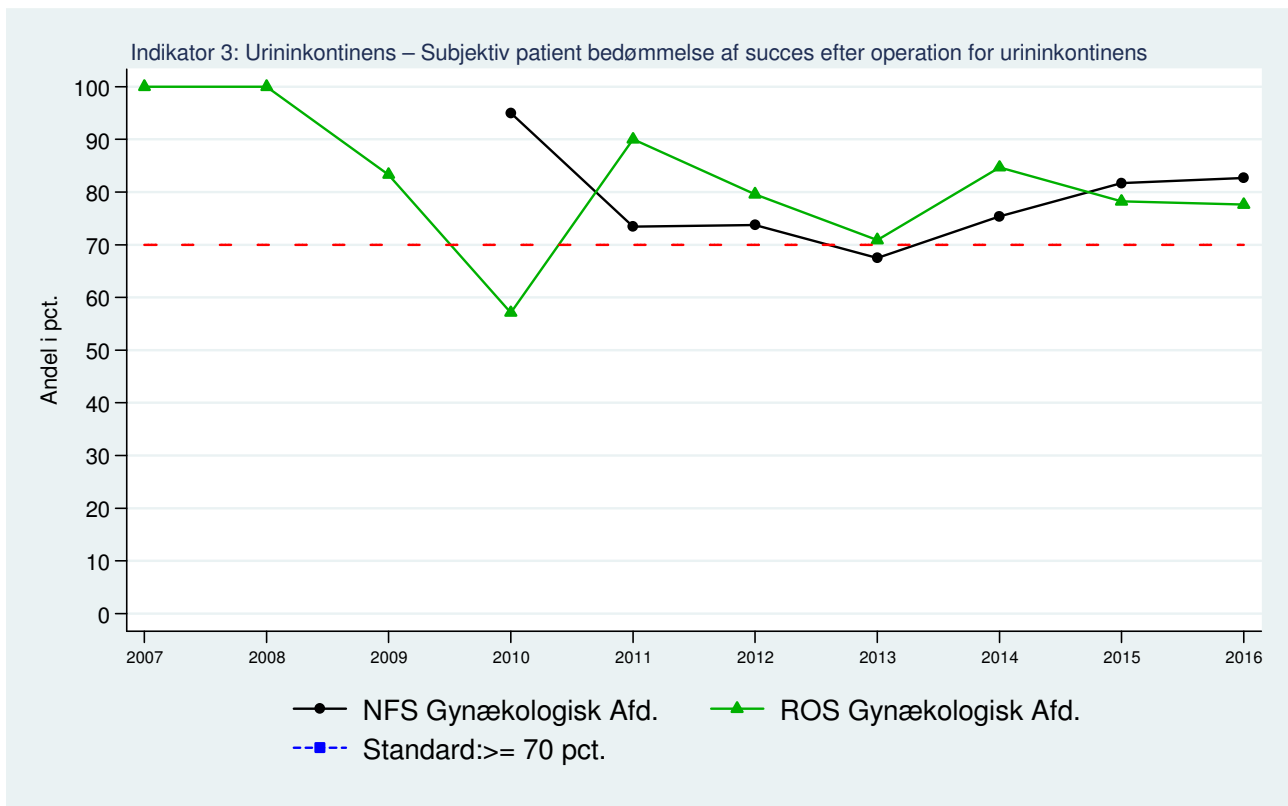
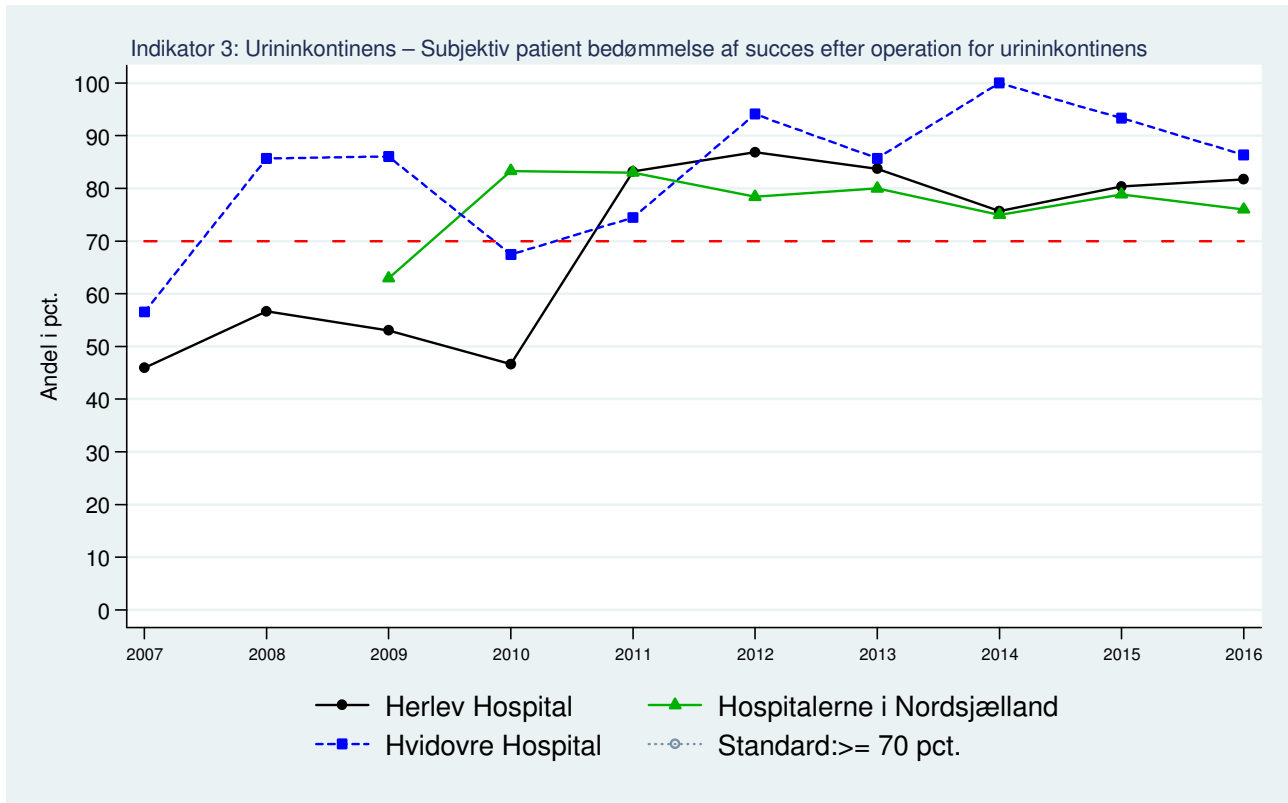


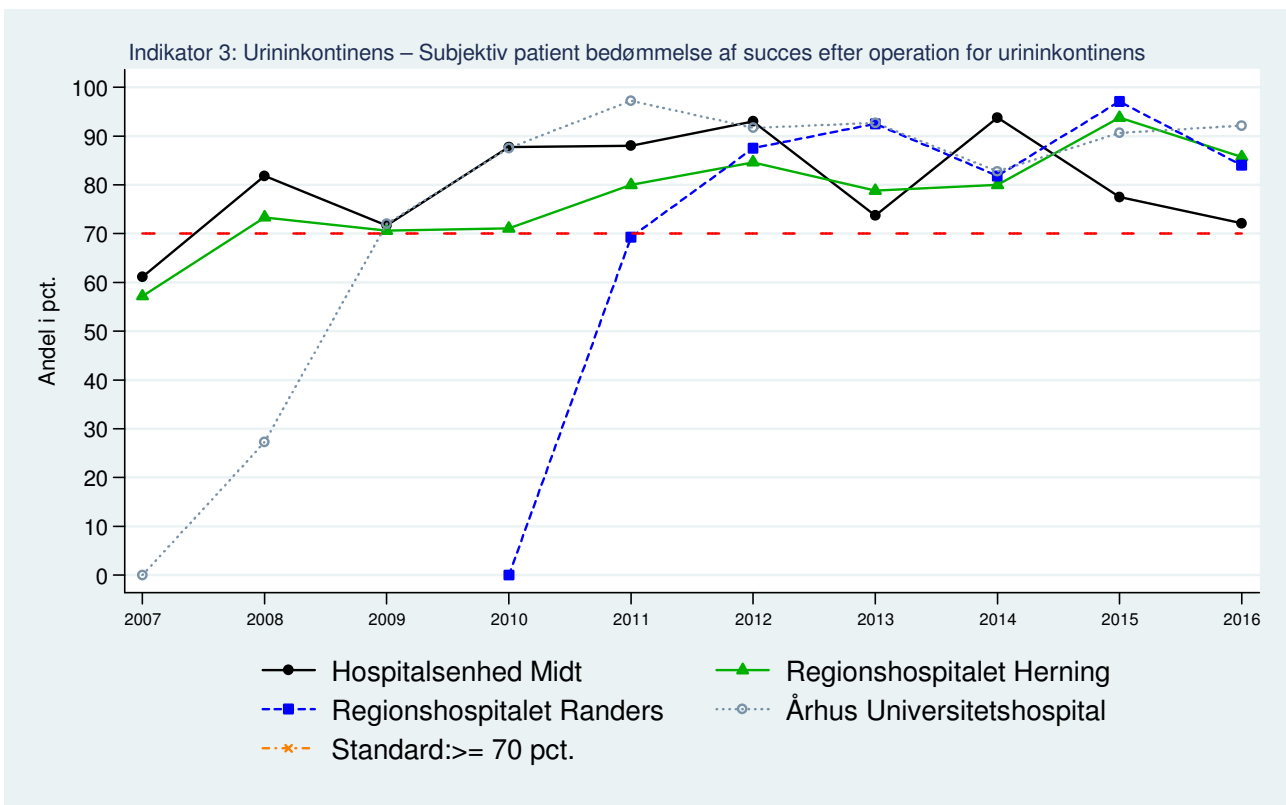
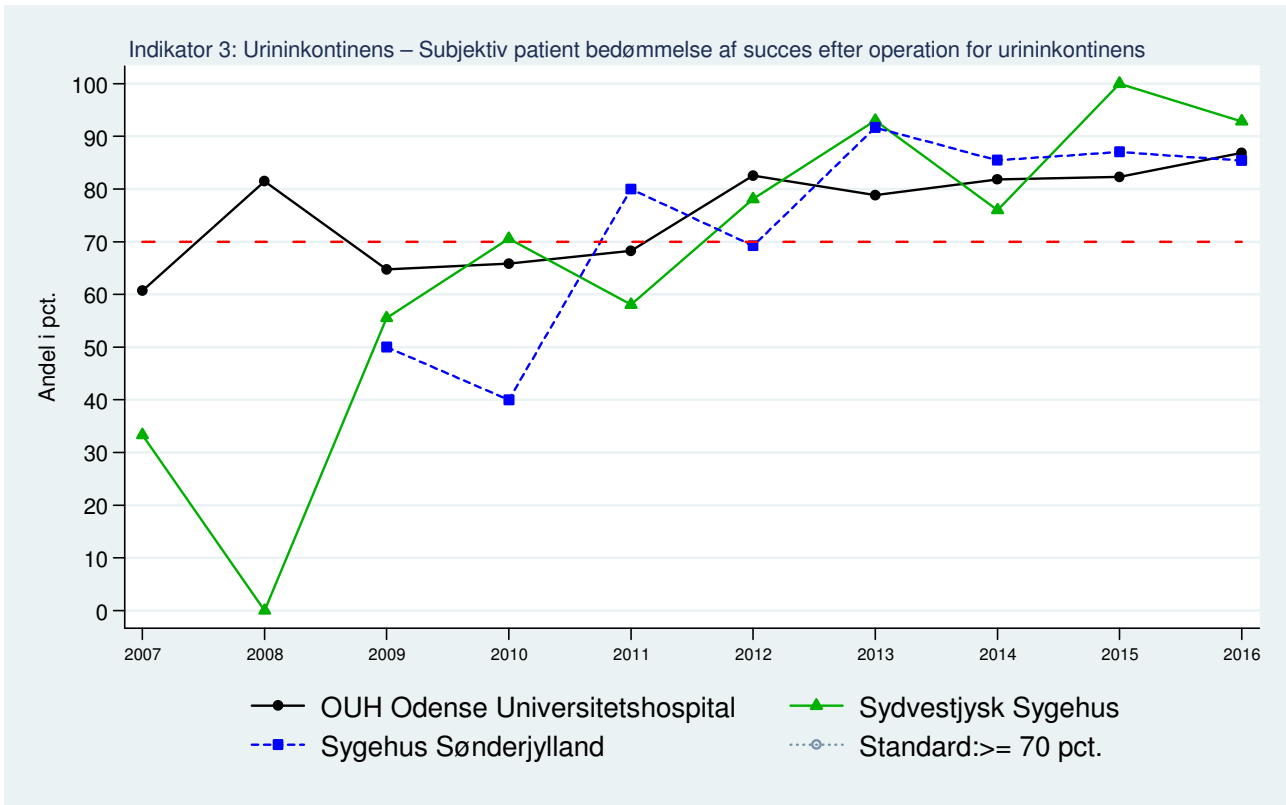


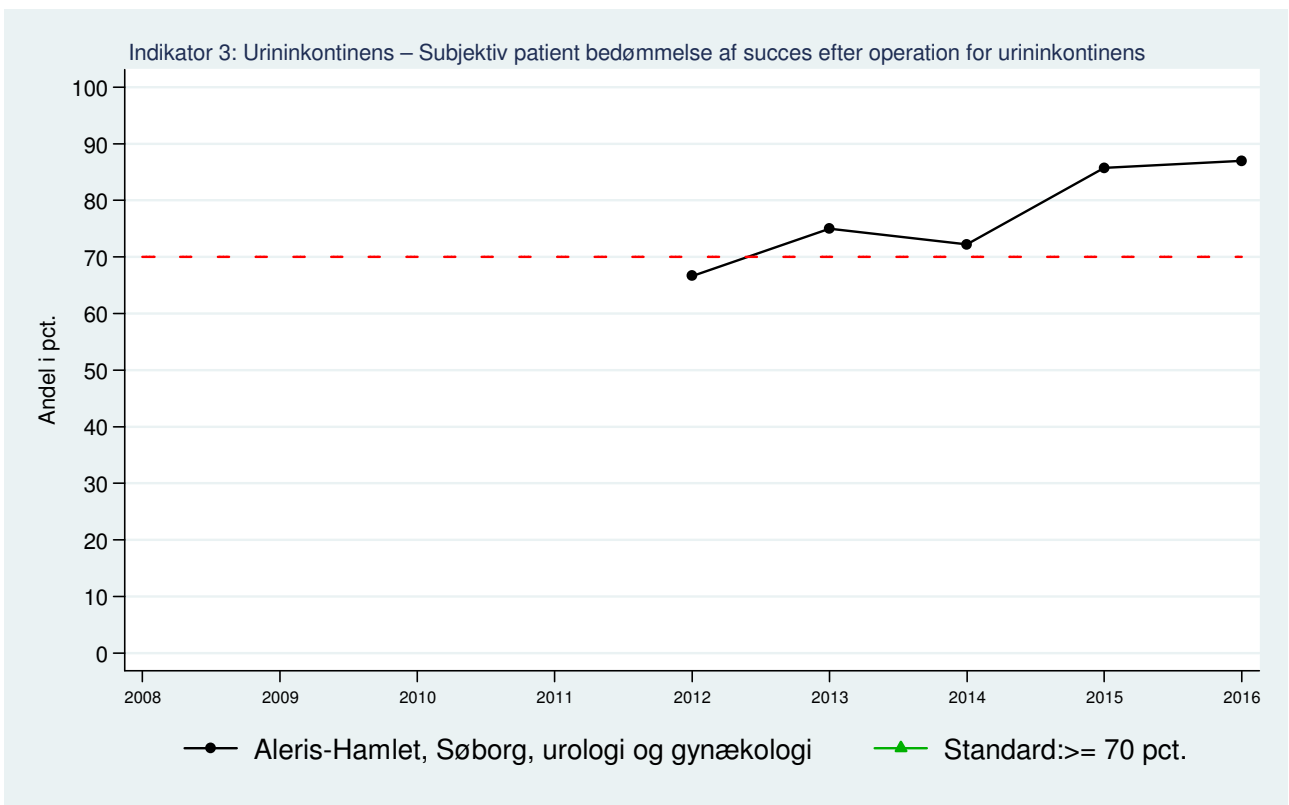
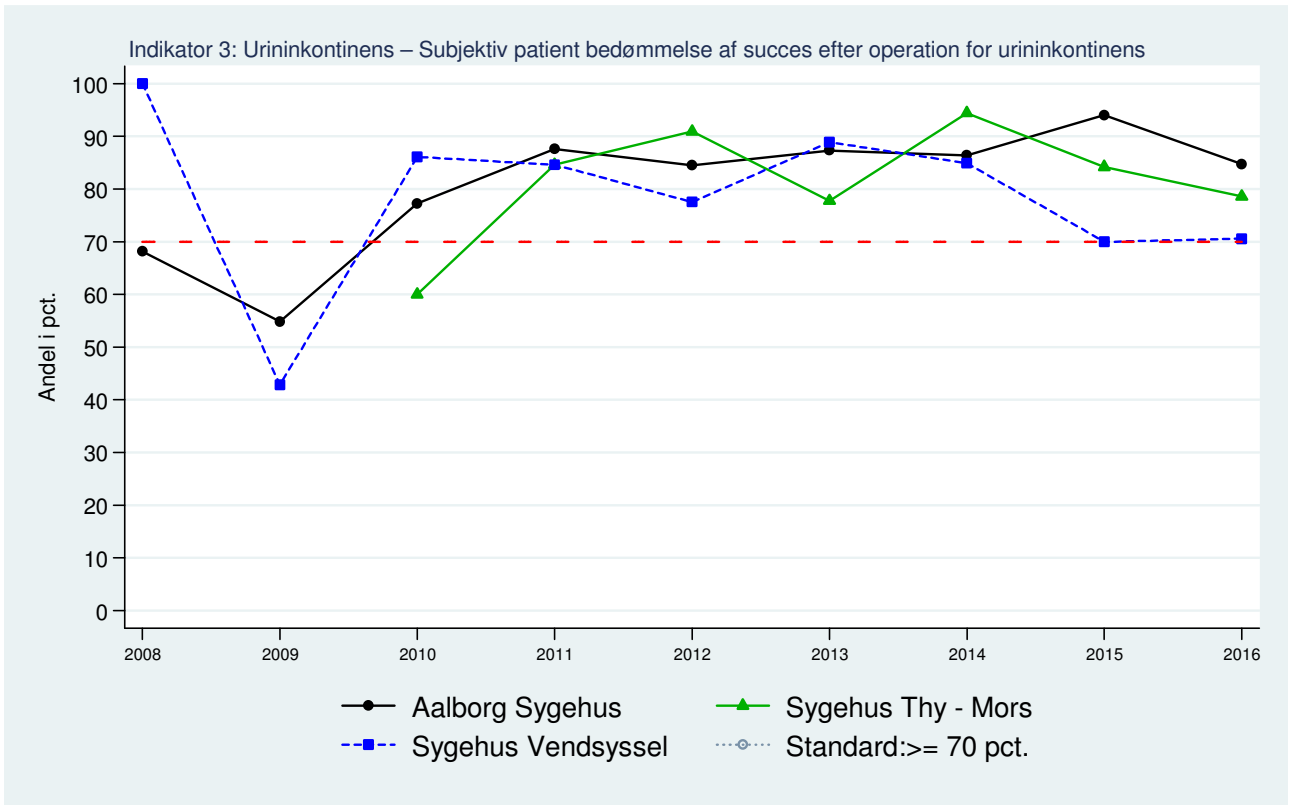
Appendiks 1

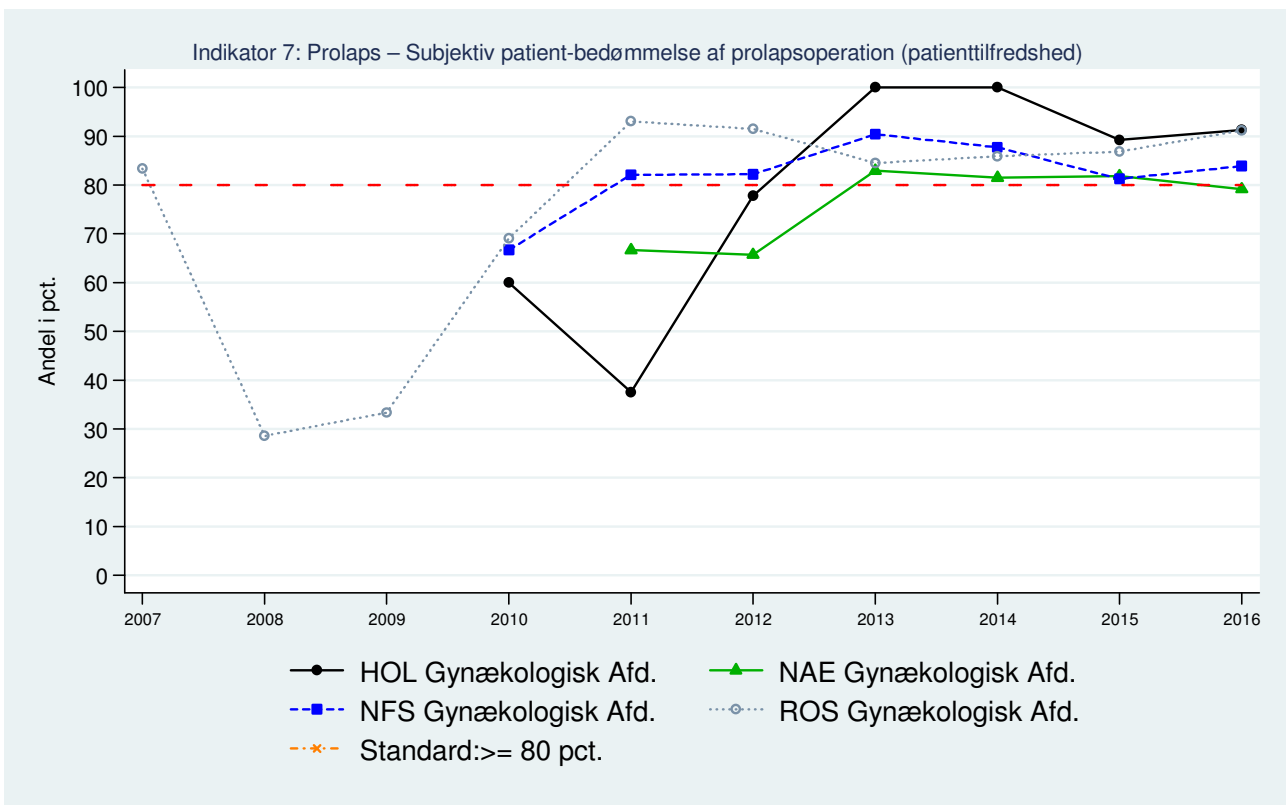
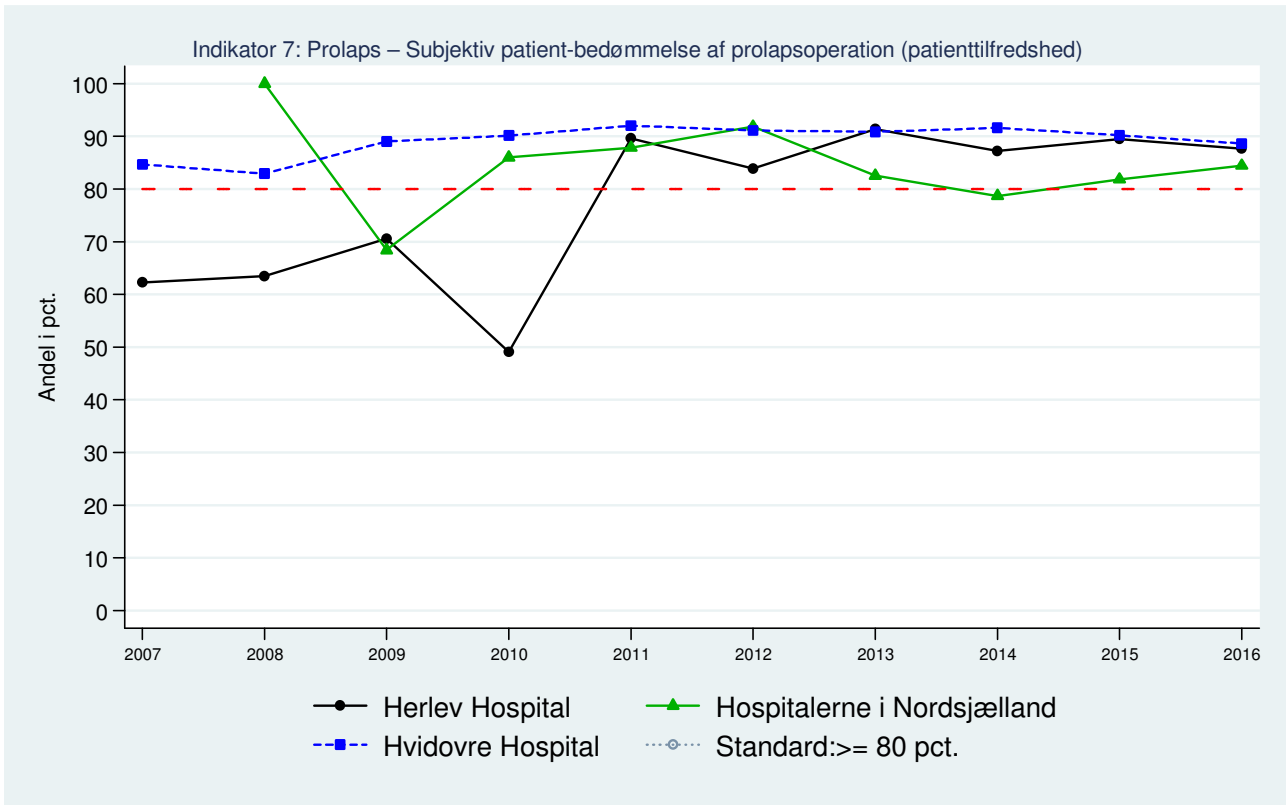


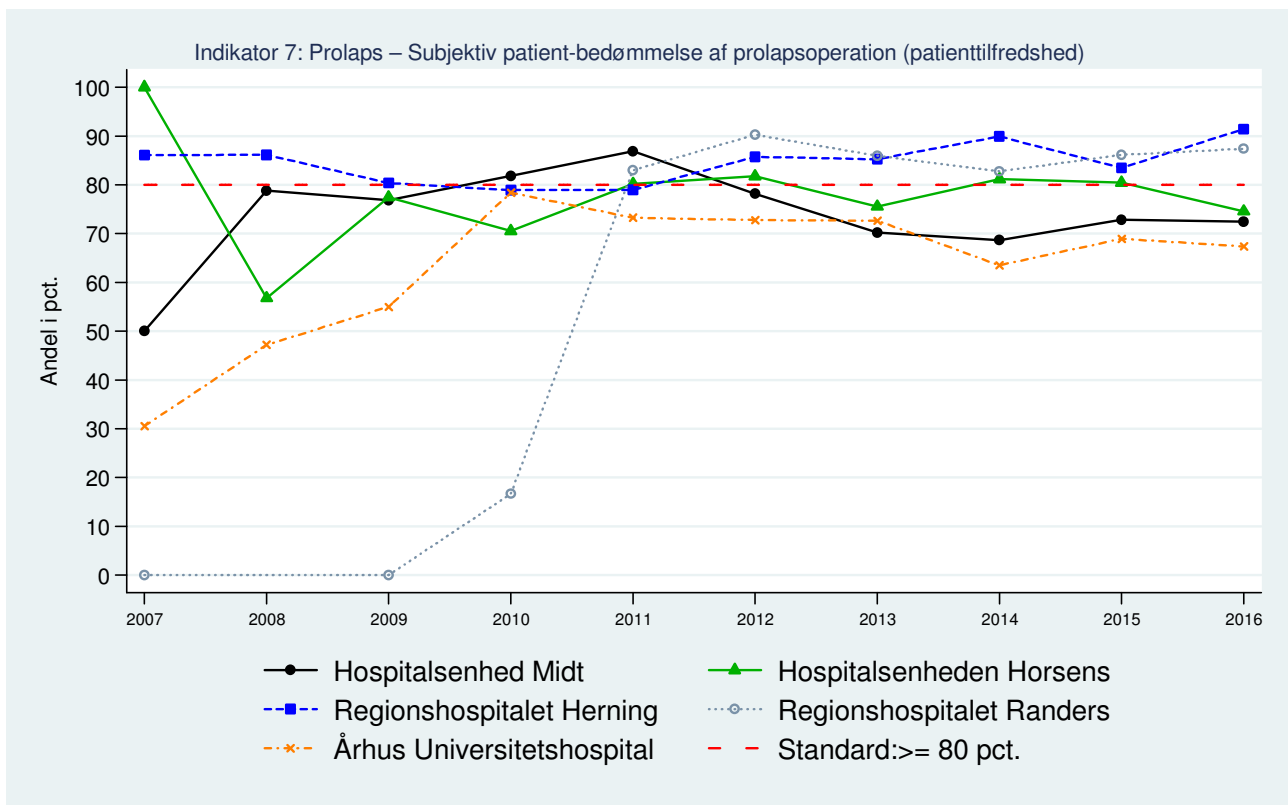
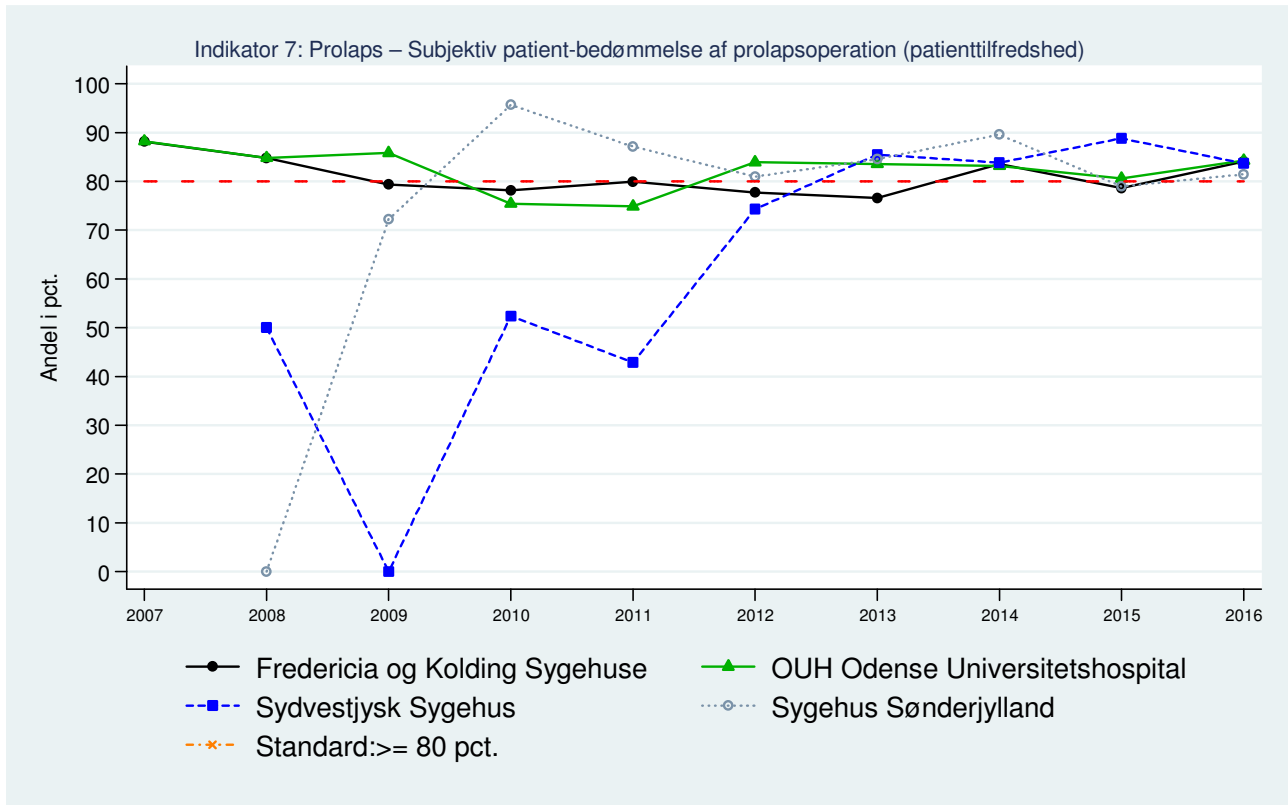
Trendfigurer pr. indikator og afdeling

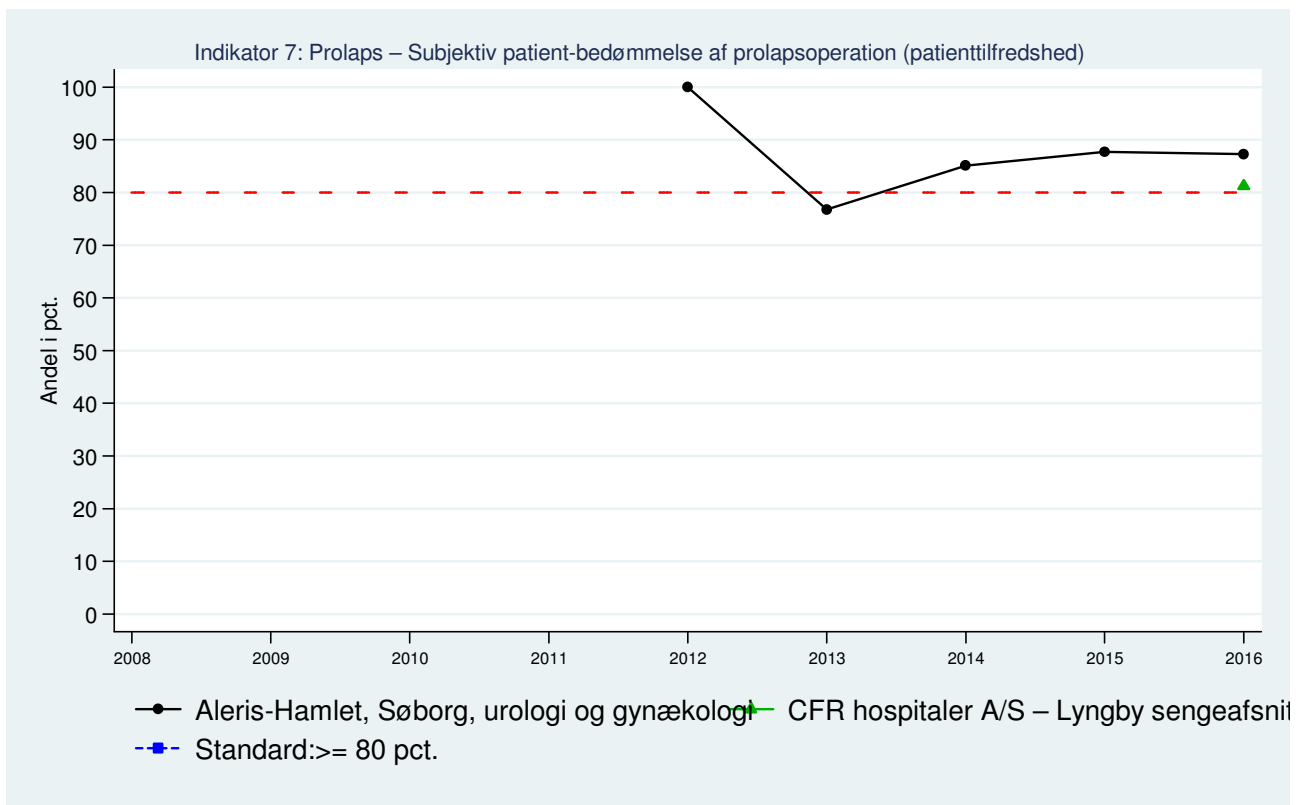
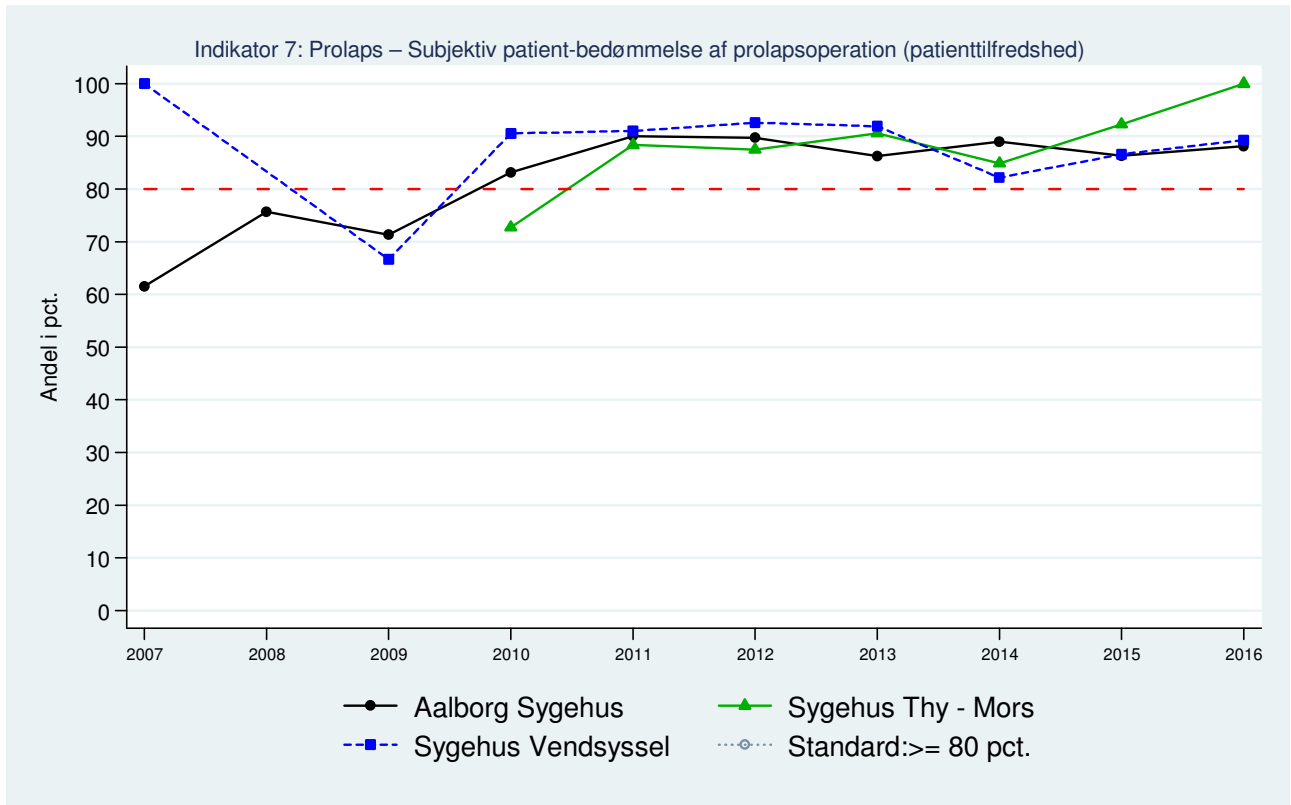


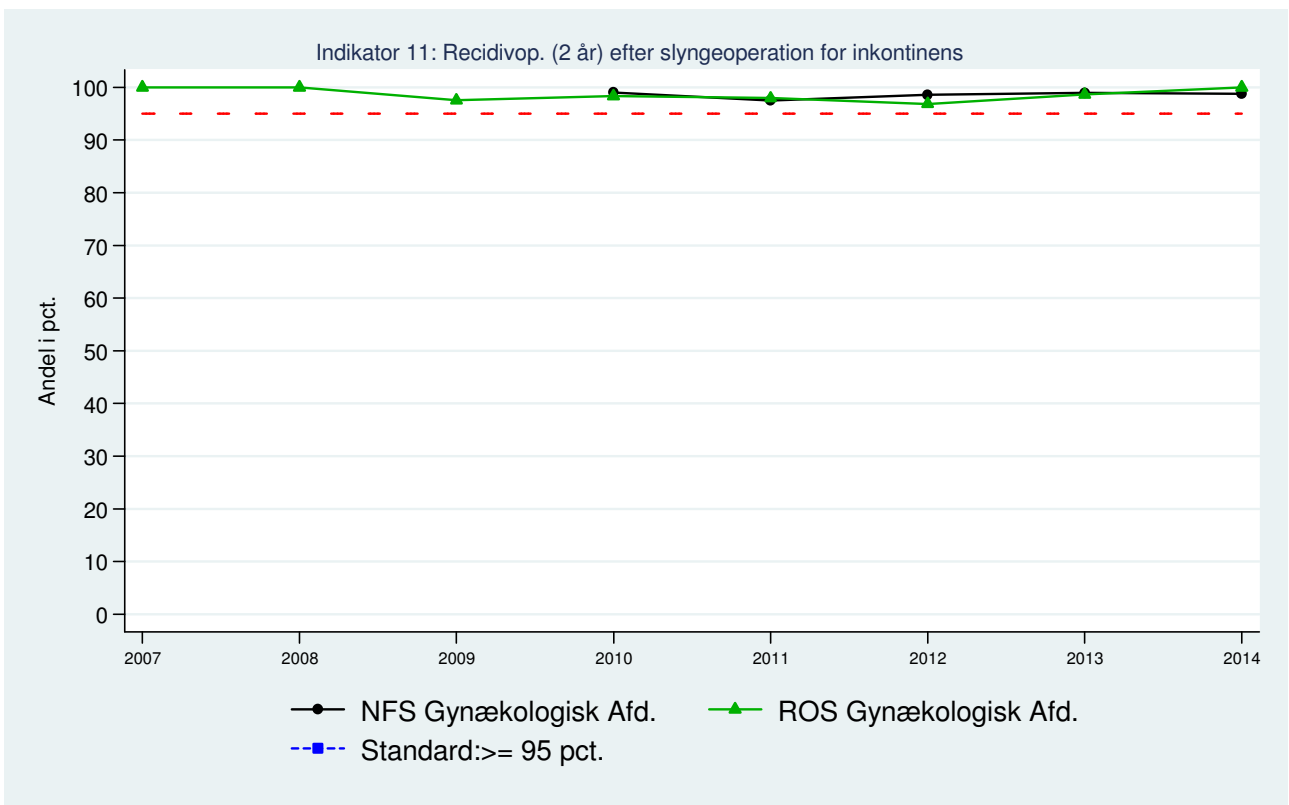
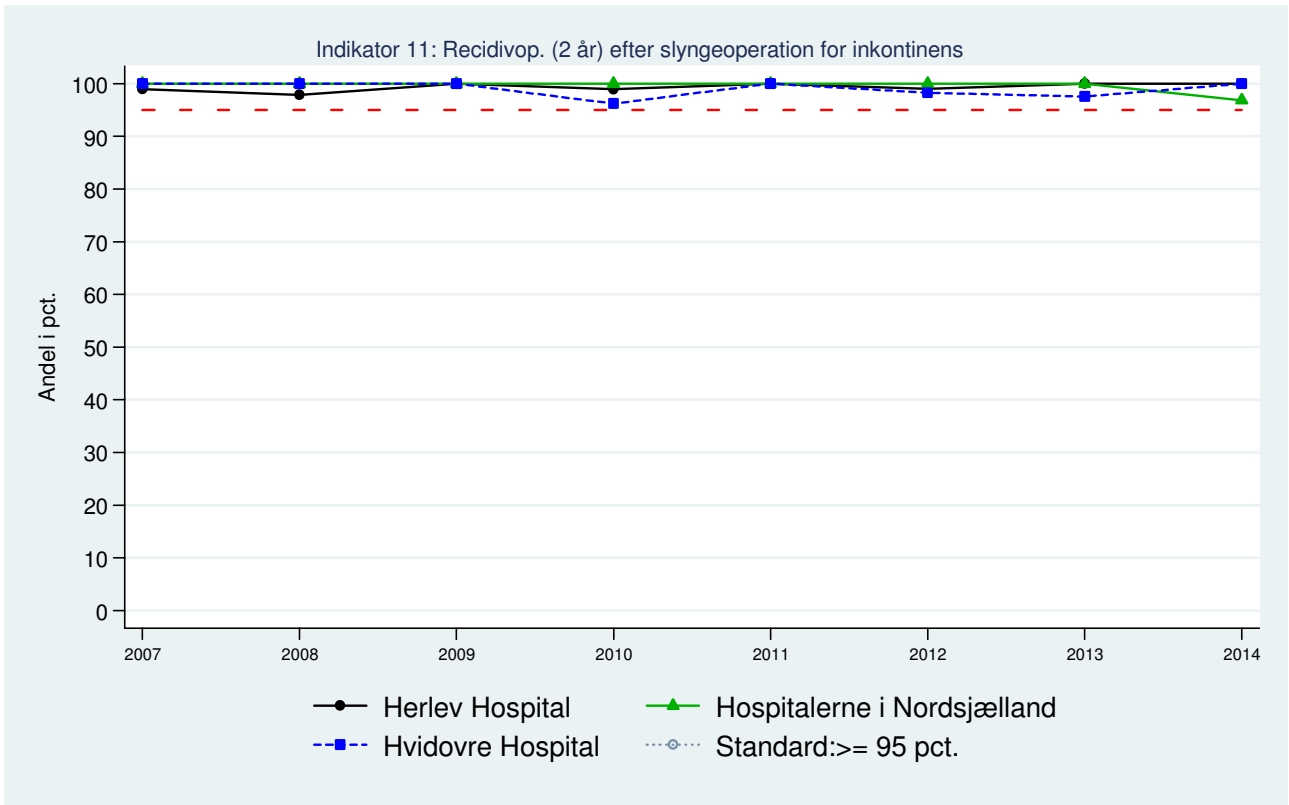


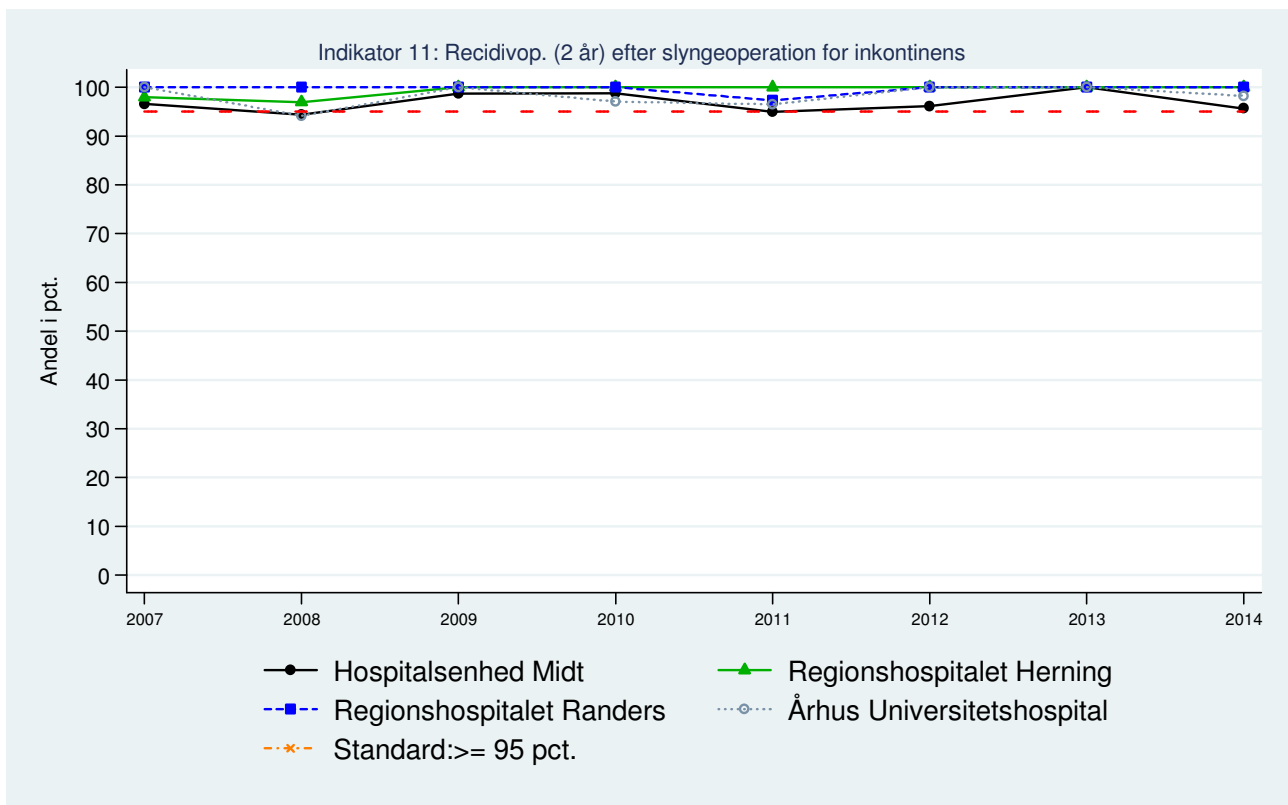
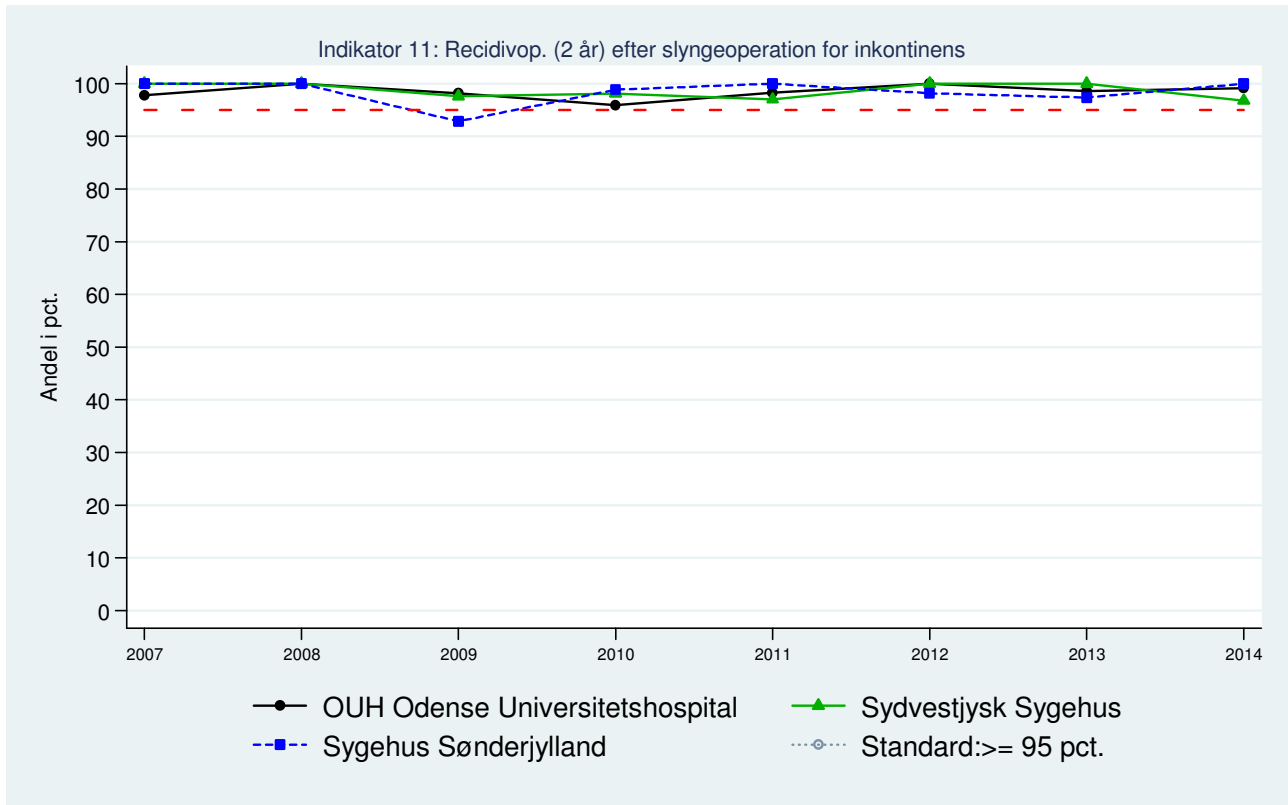




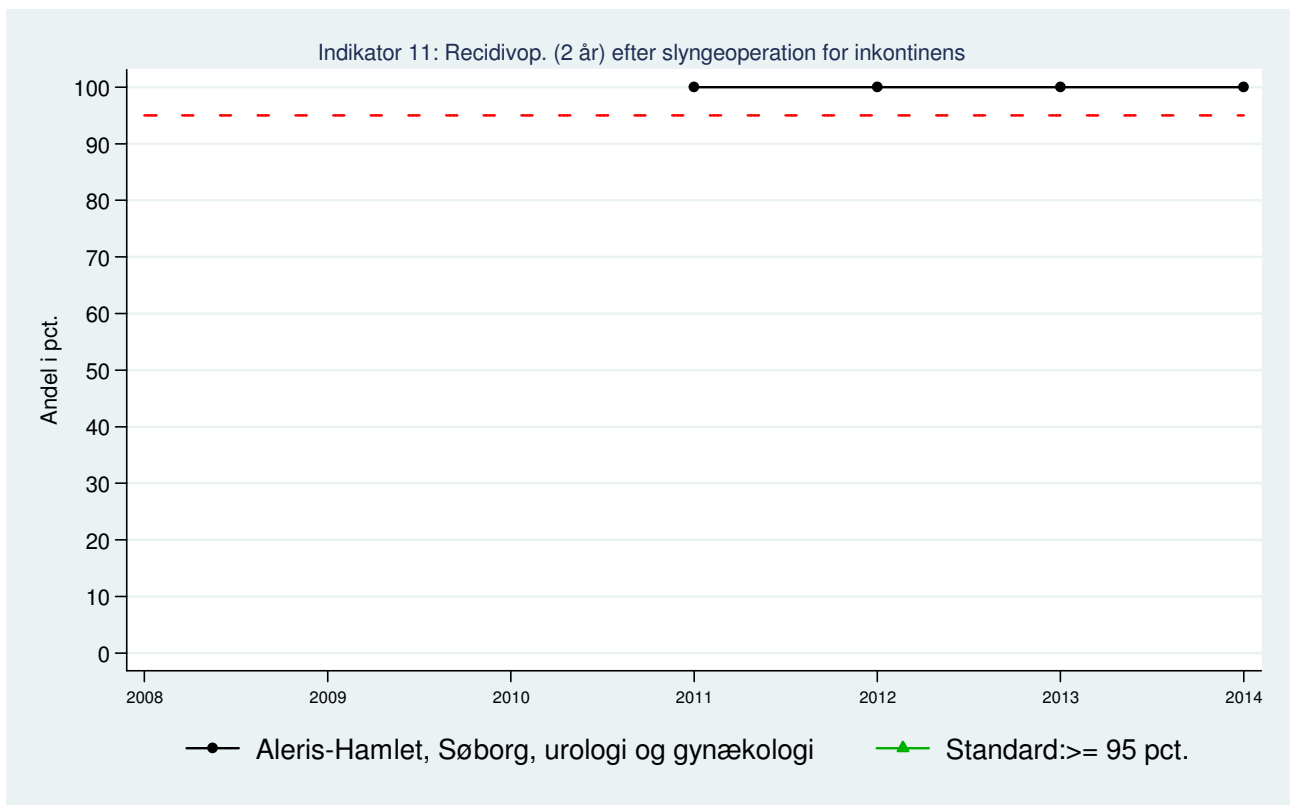
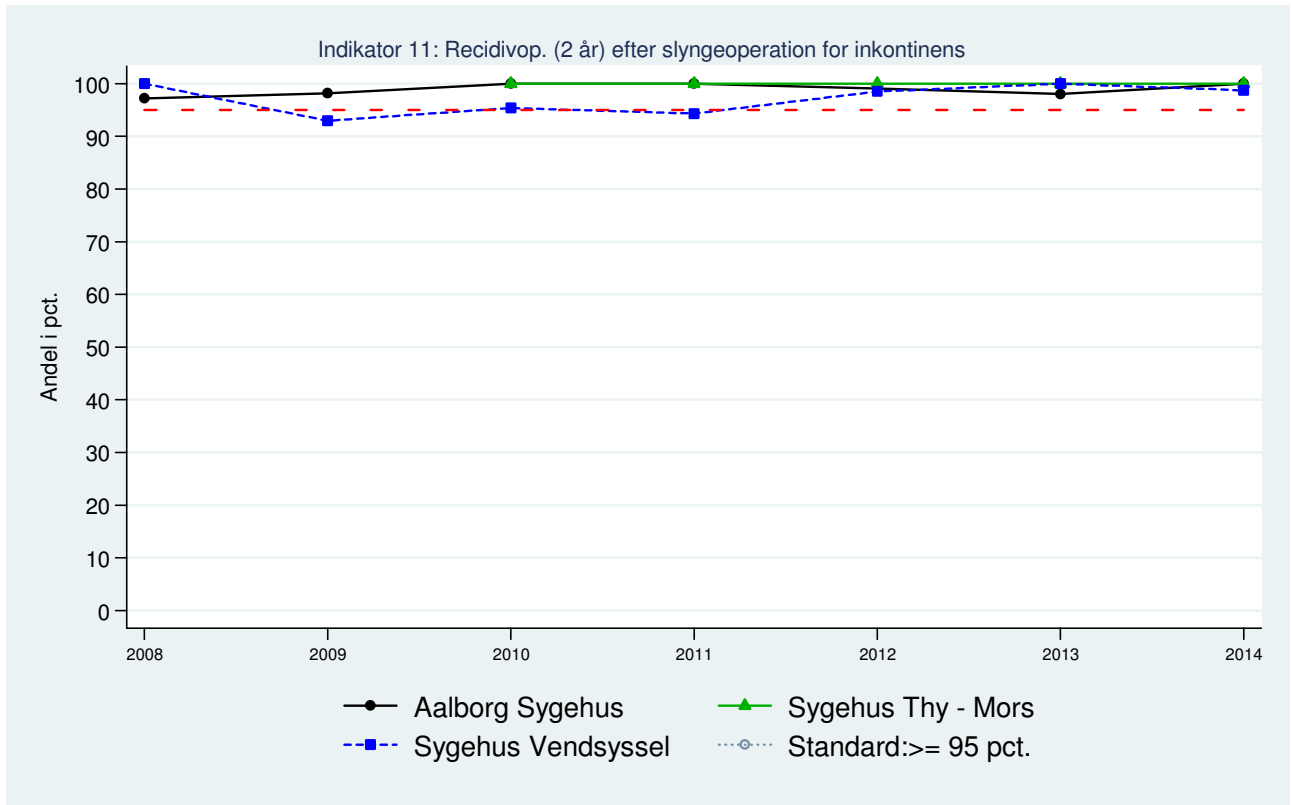


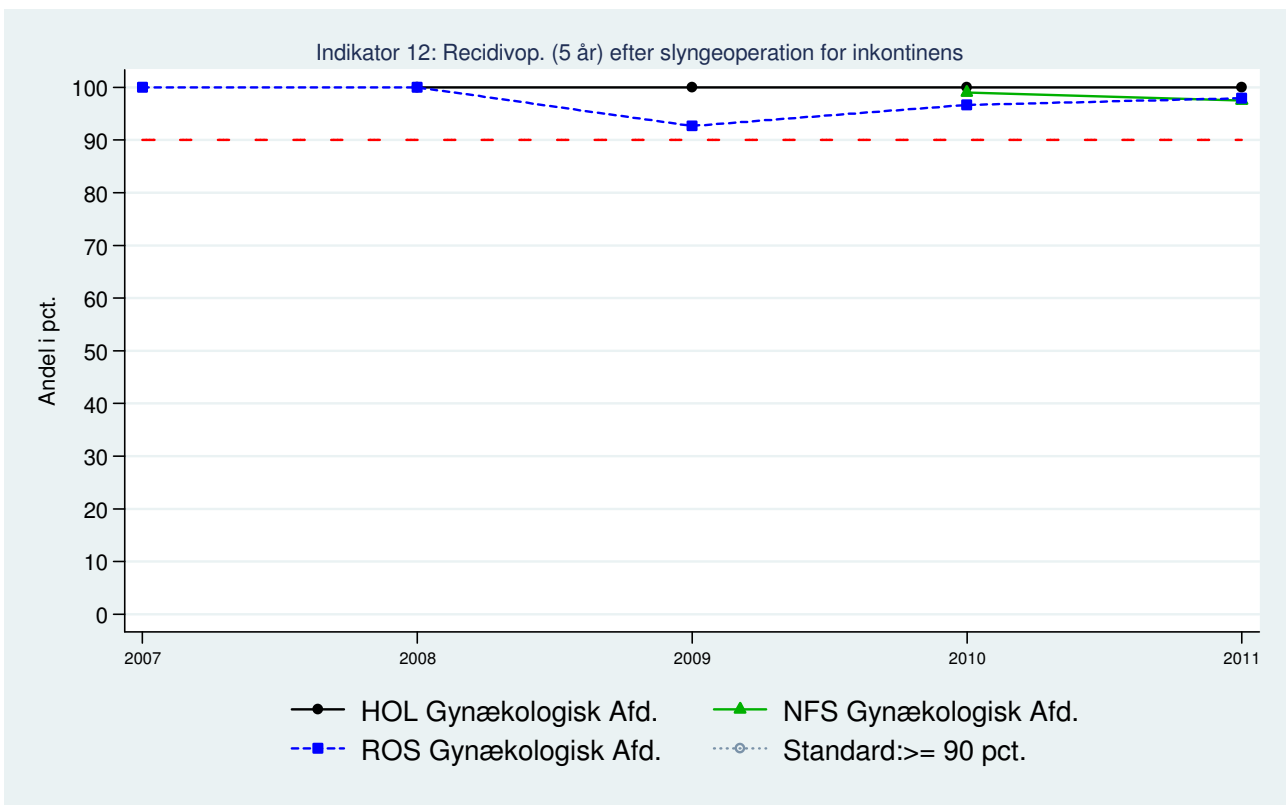
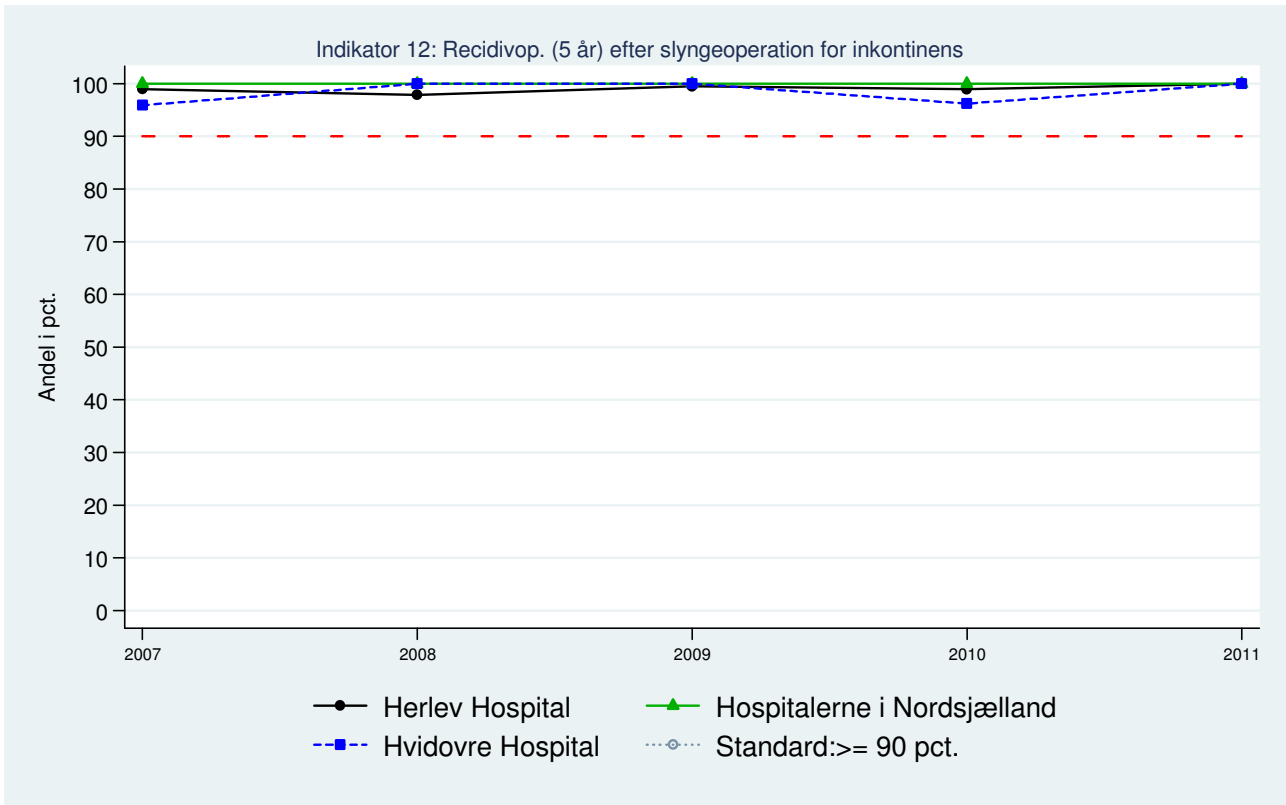


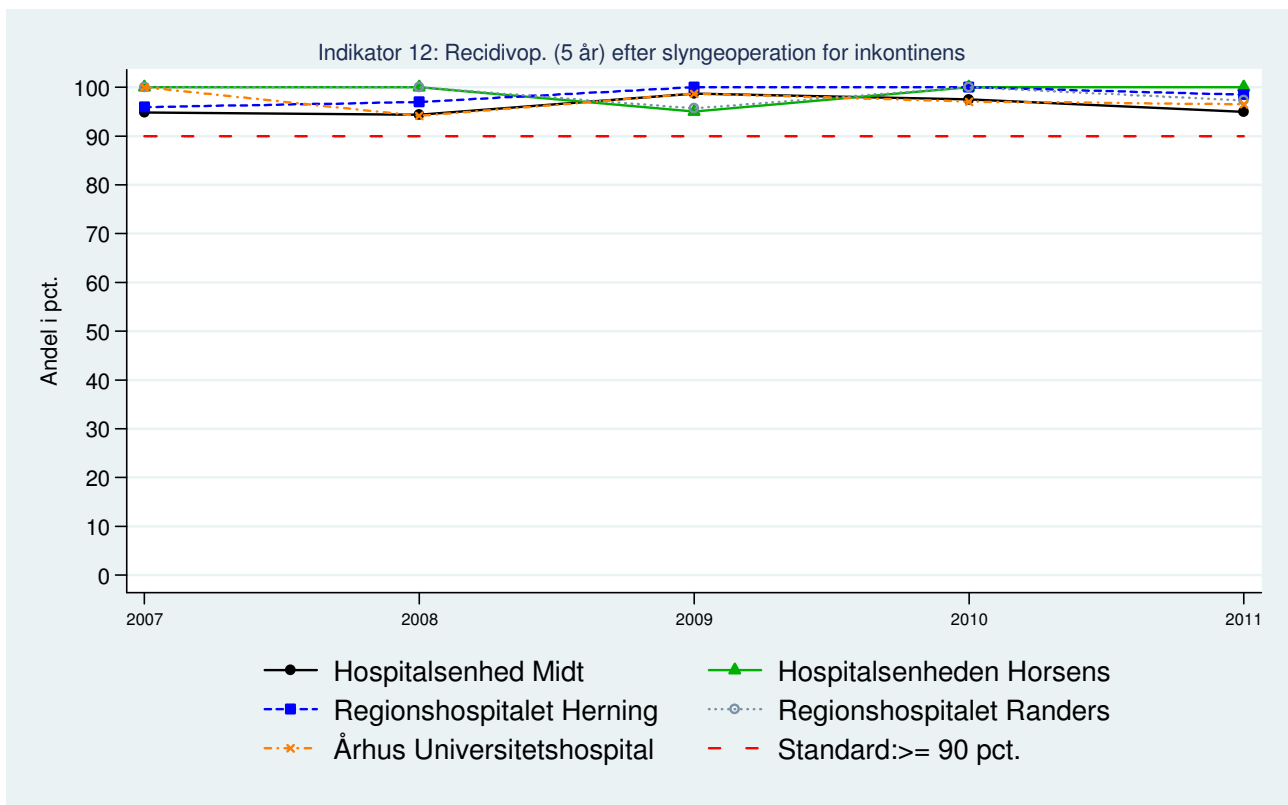
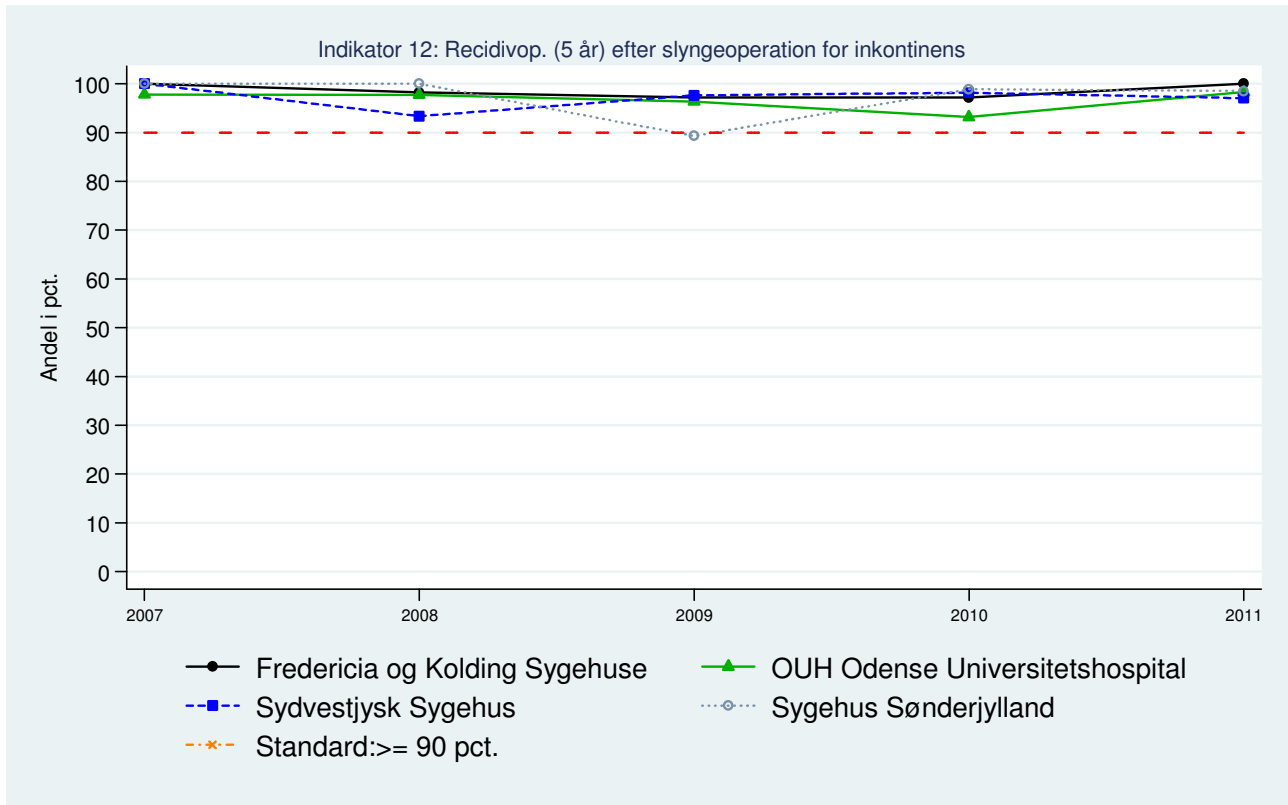




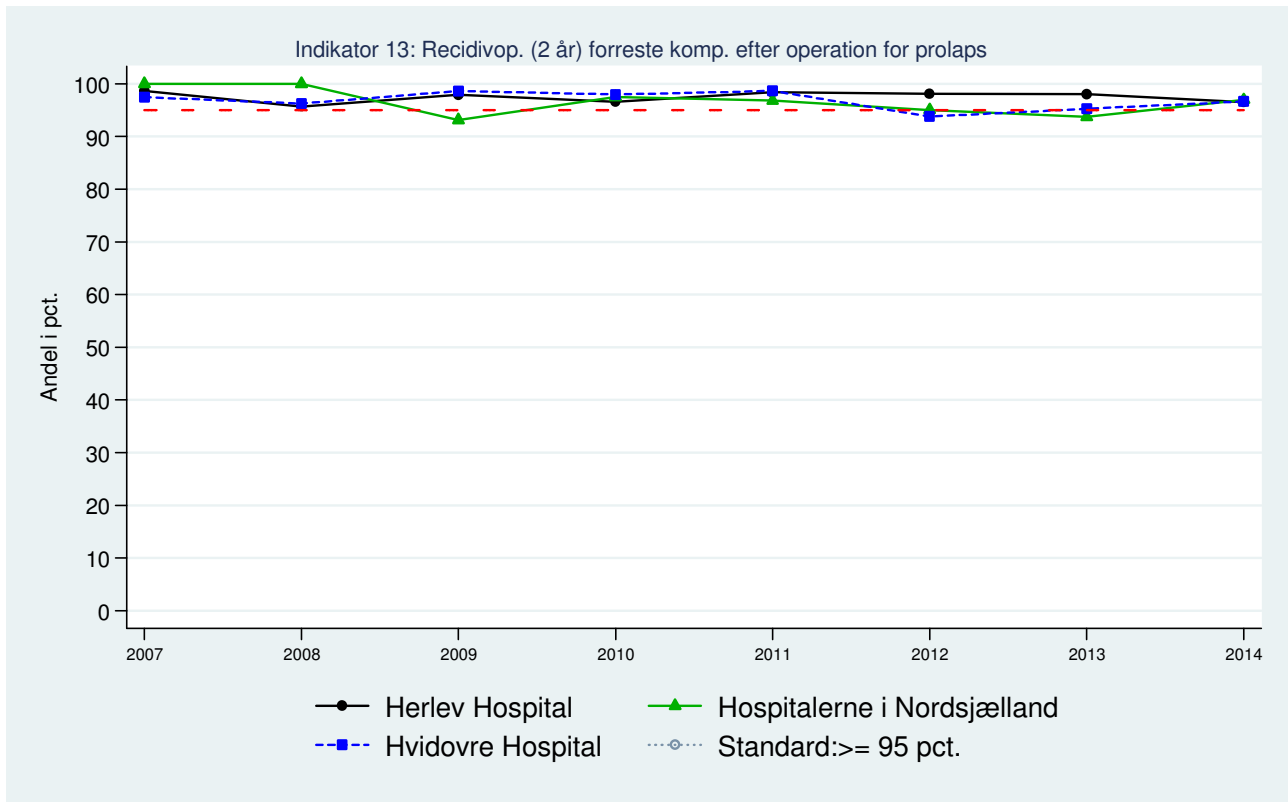
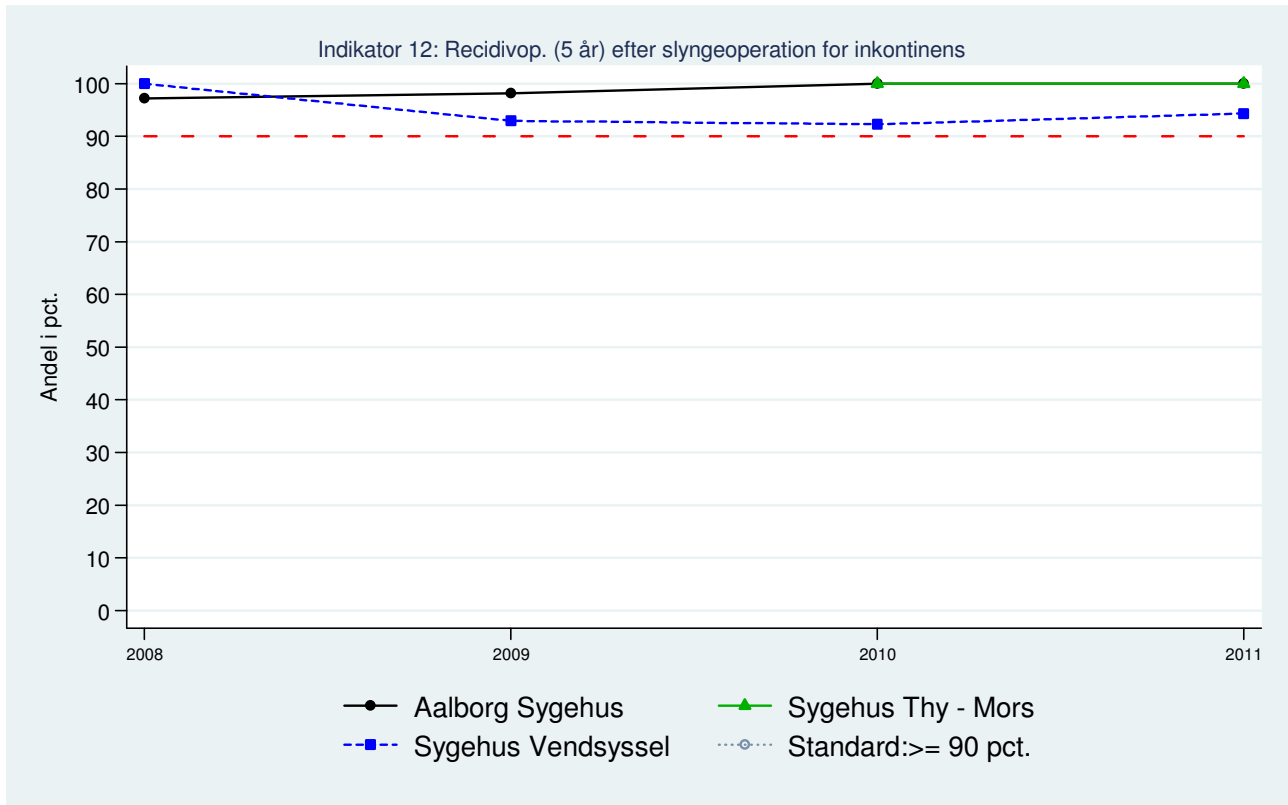
Appendiks 1

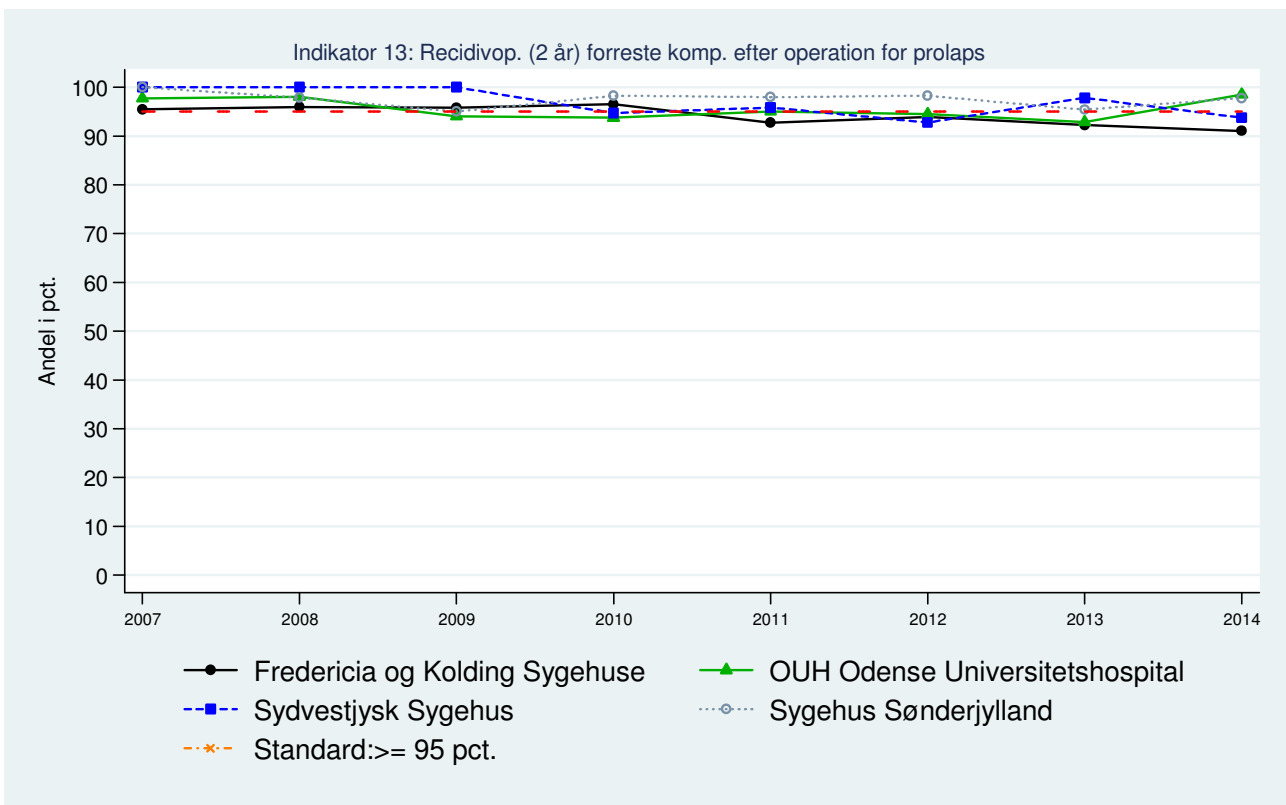
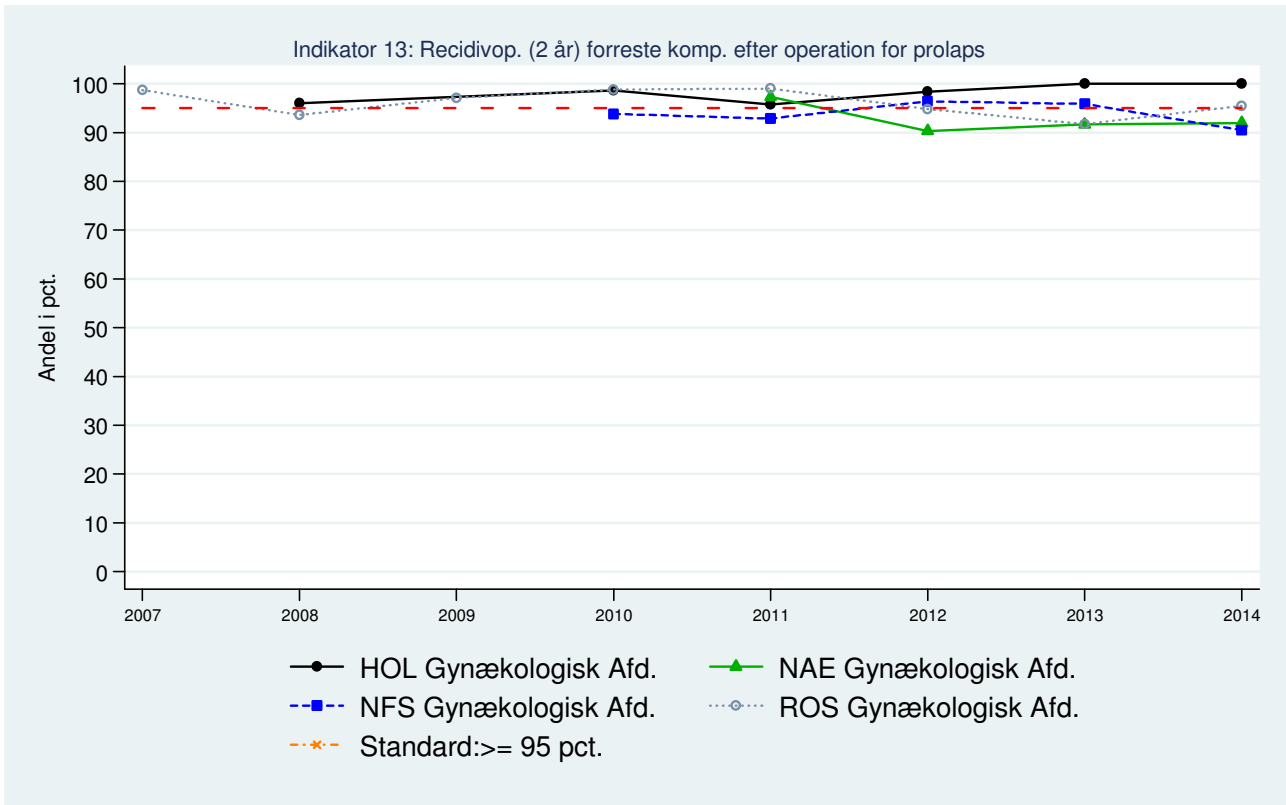


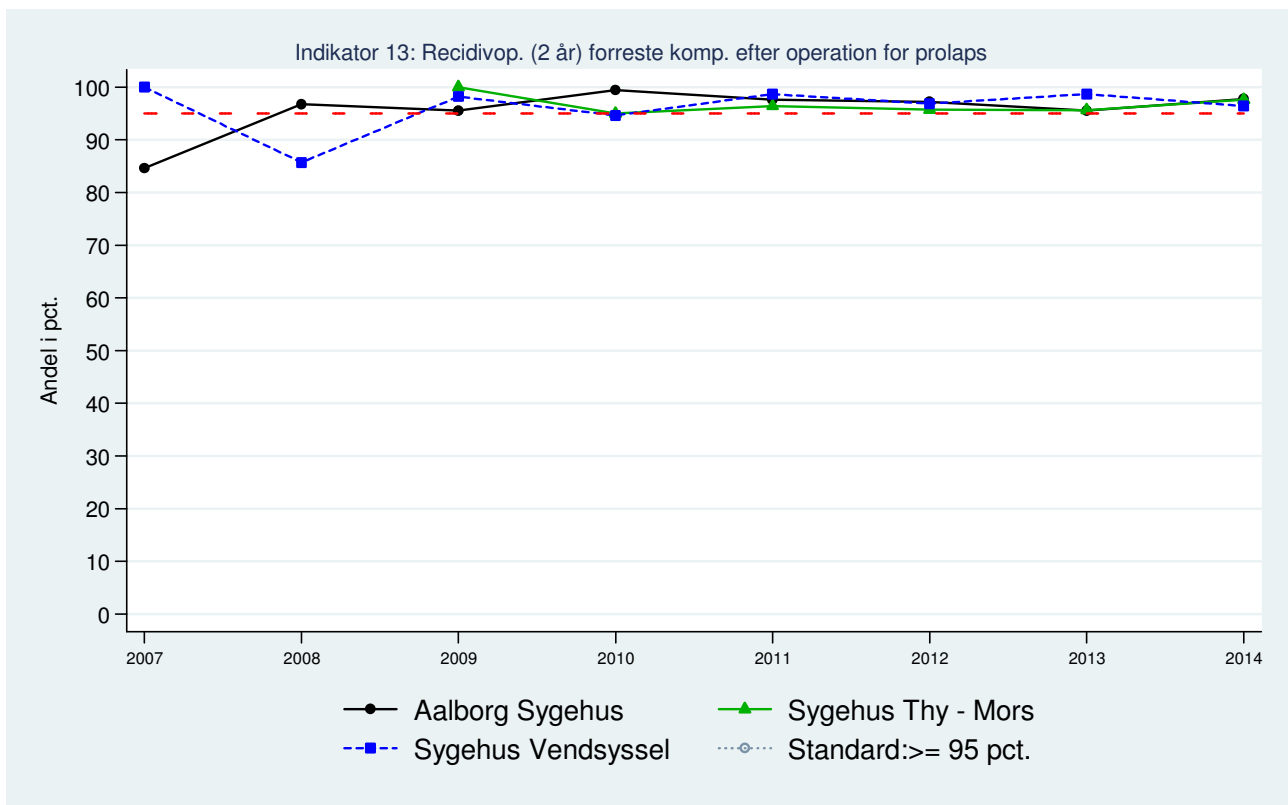
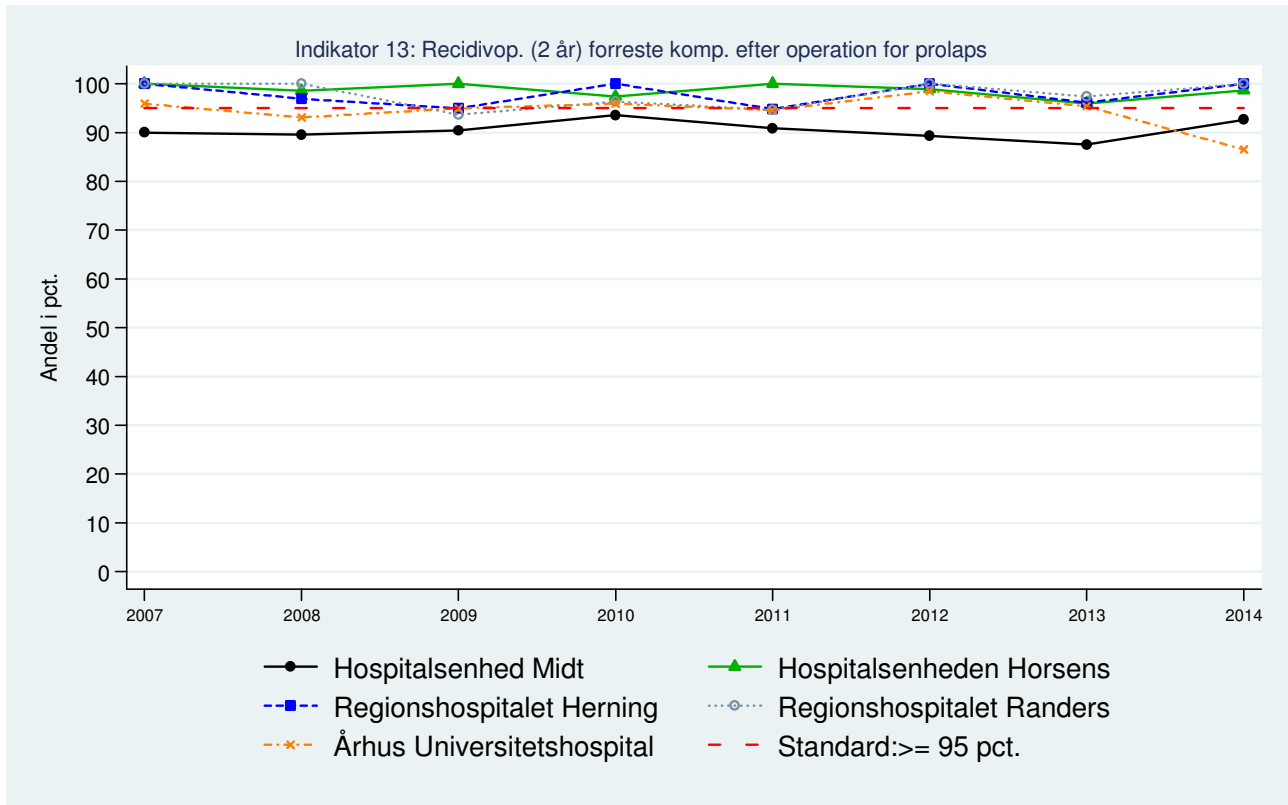




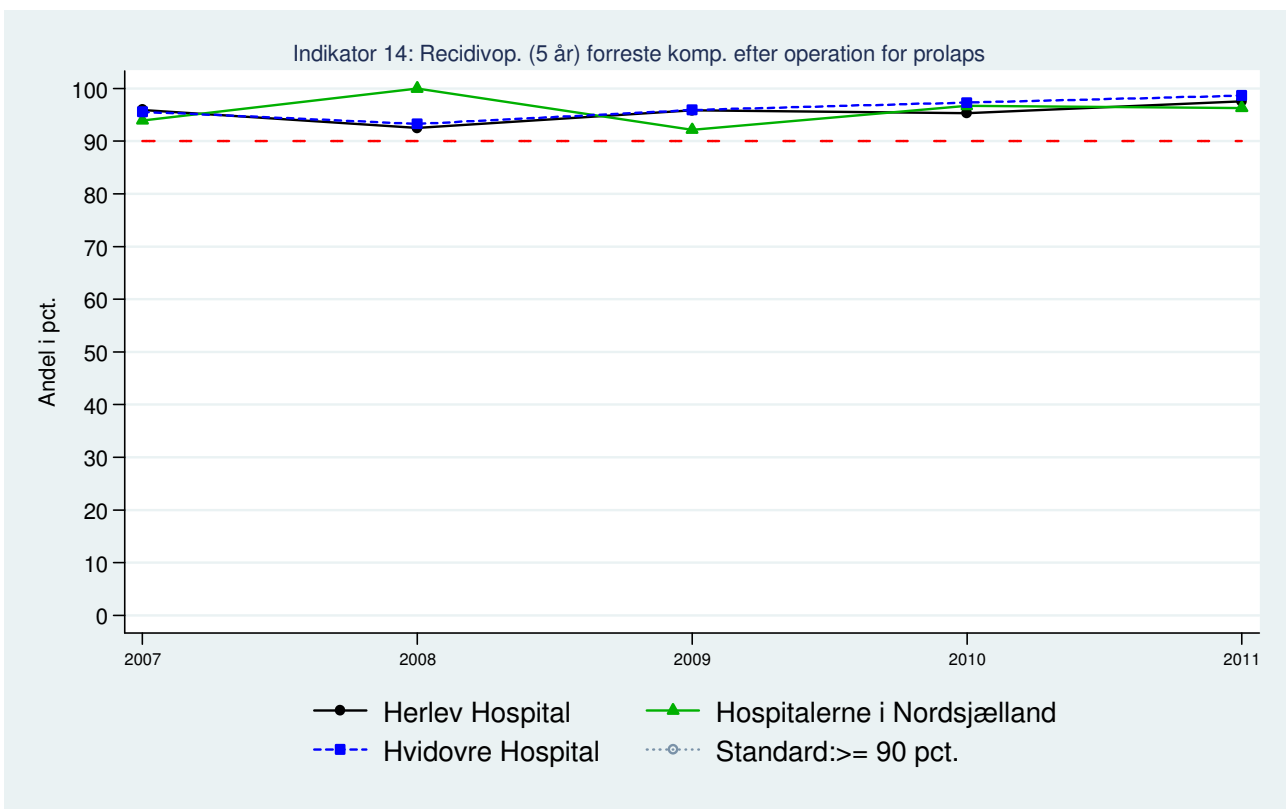
Appendiks 1

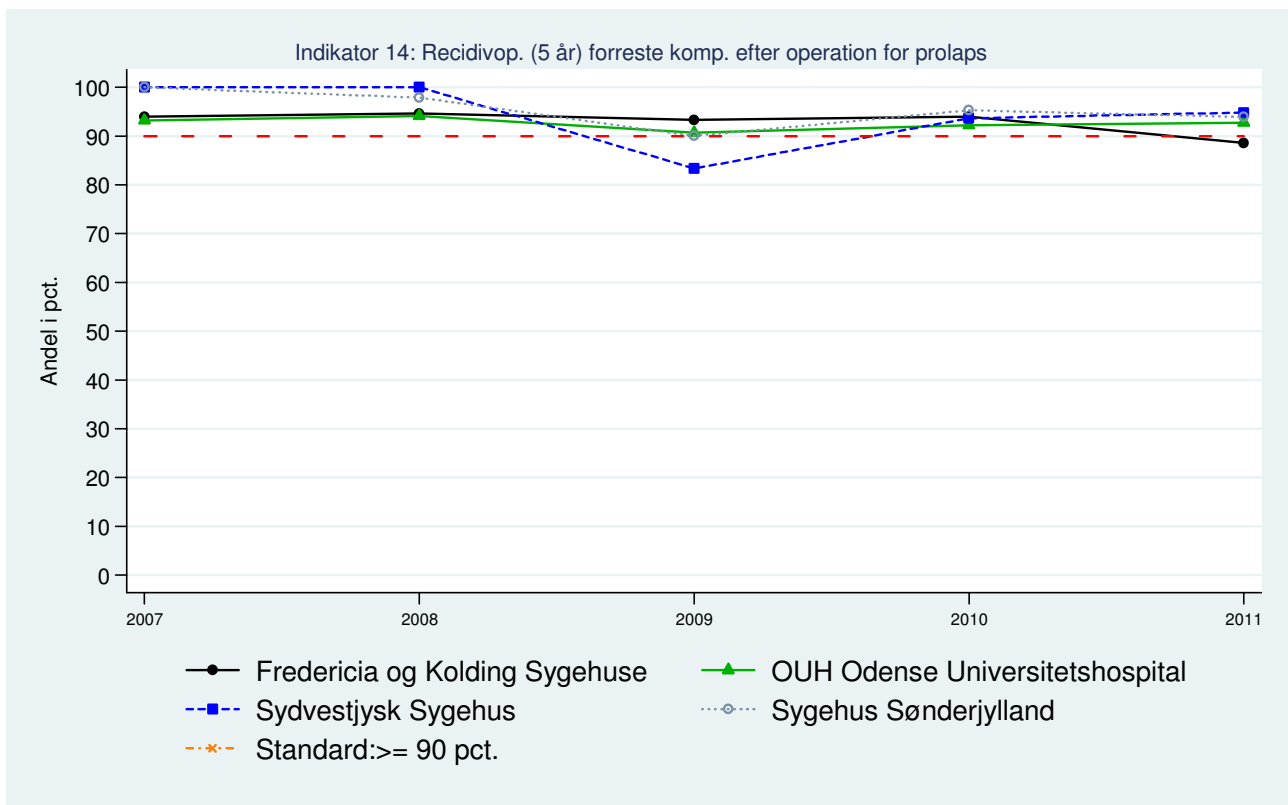
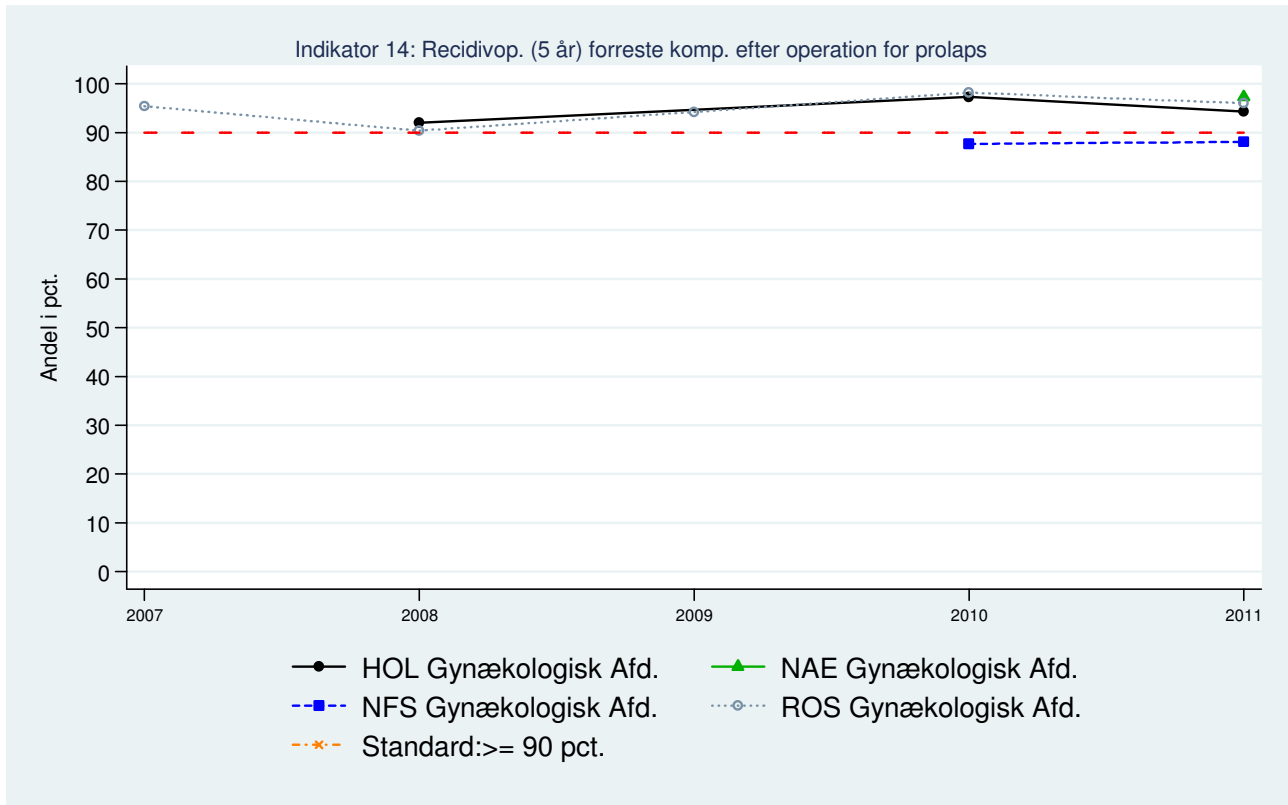


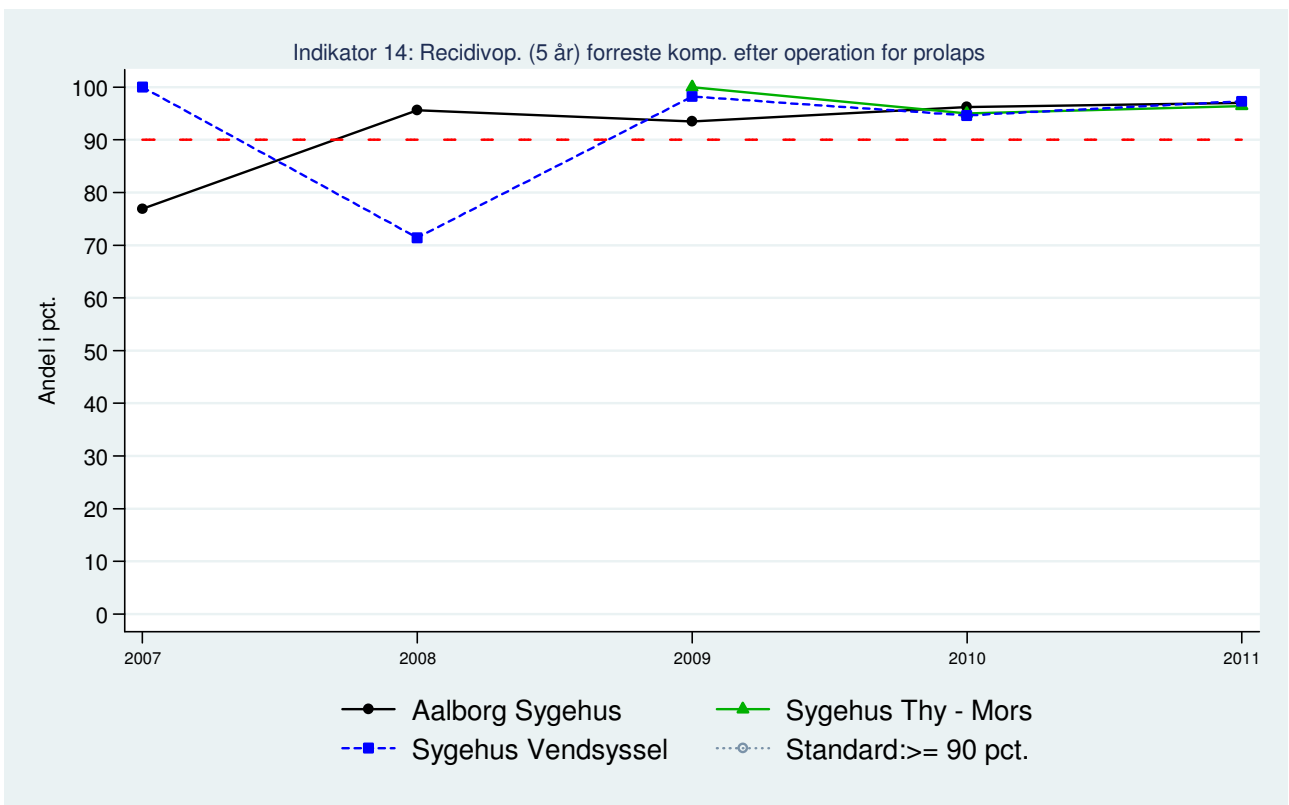
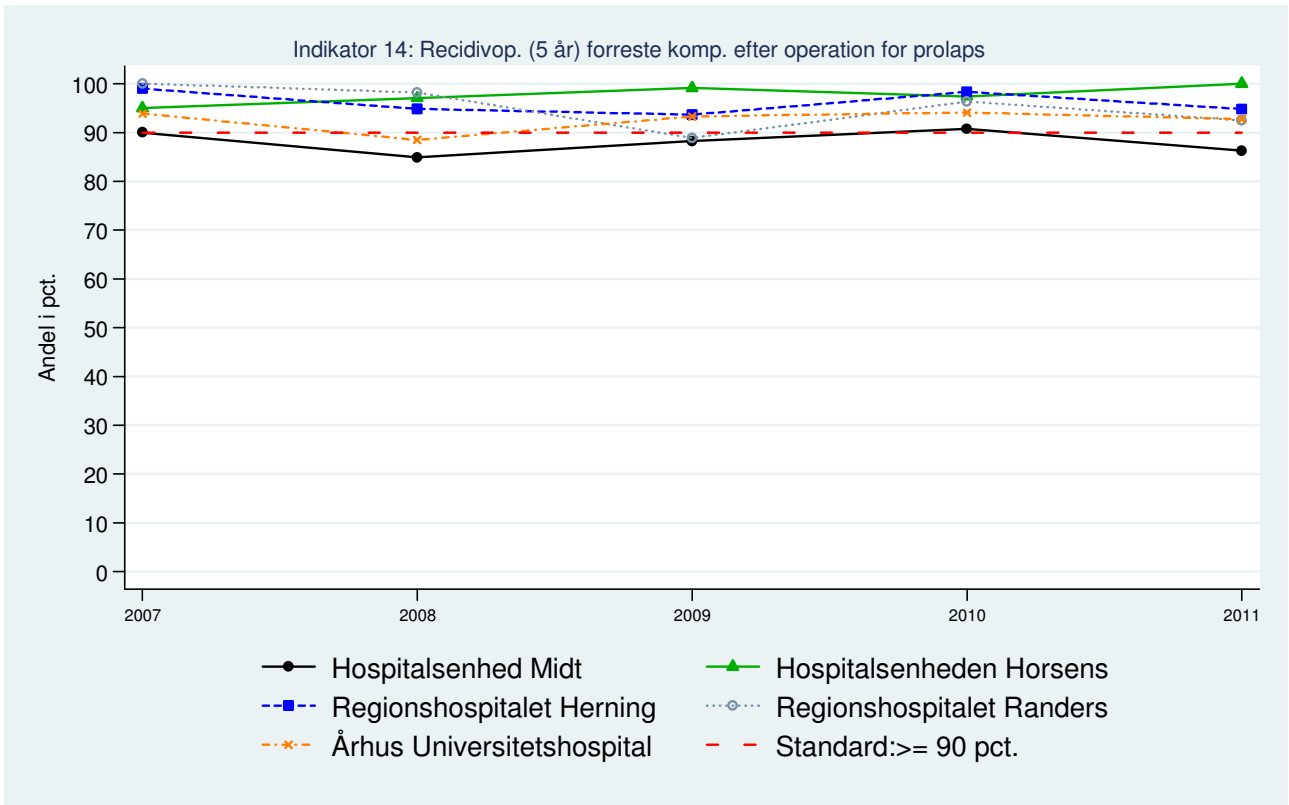




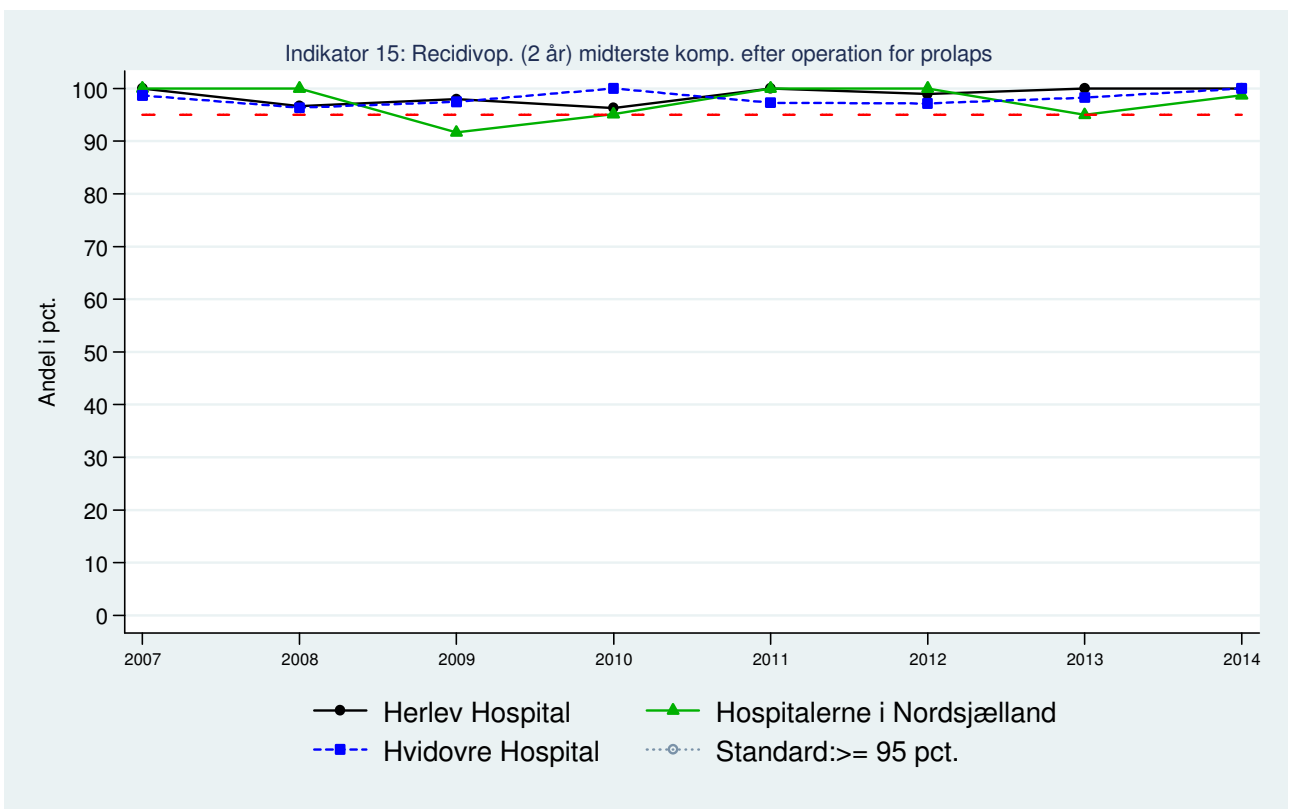
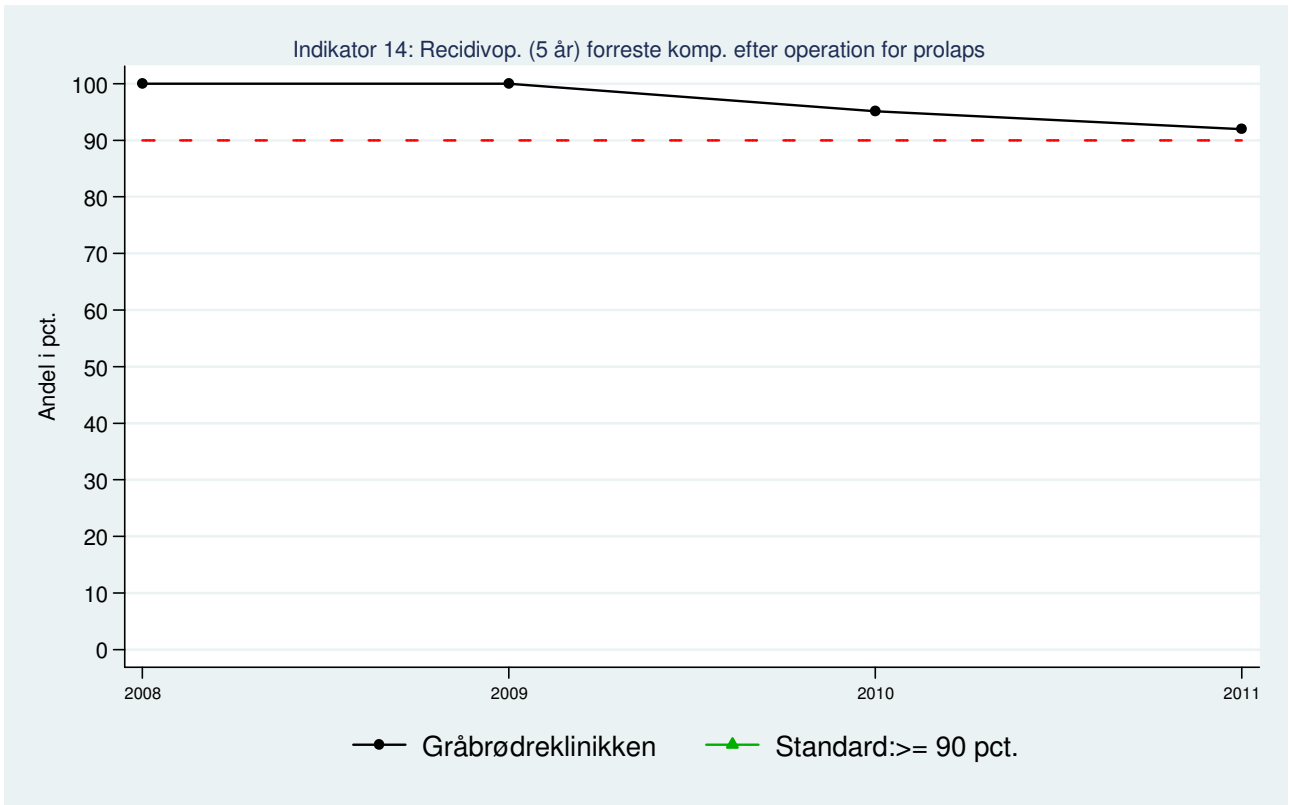
Appendiks 1

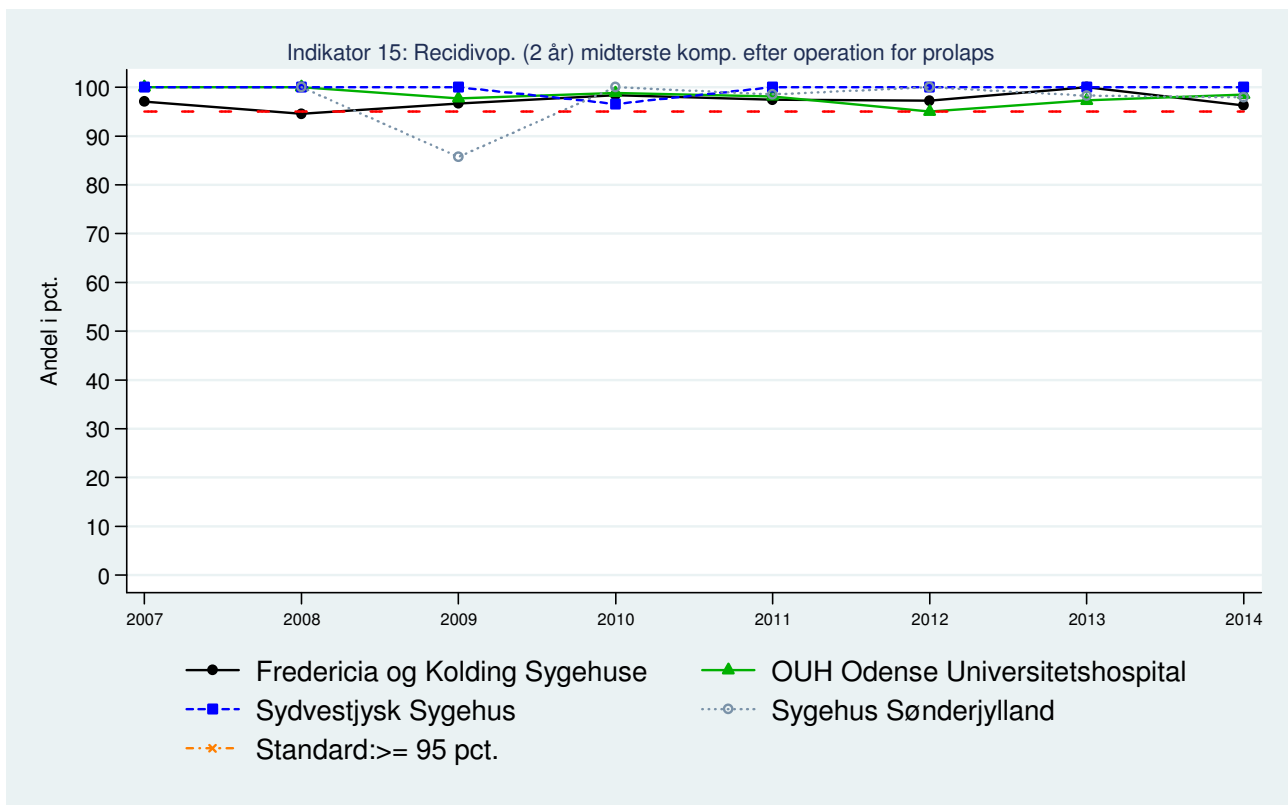
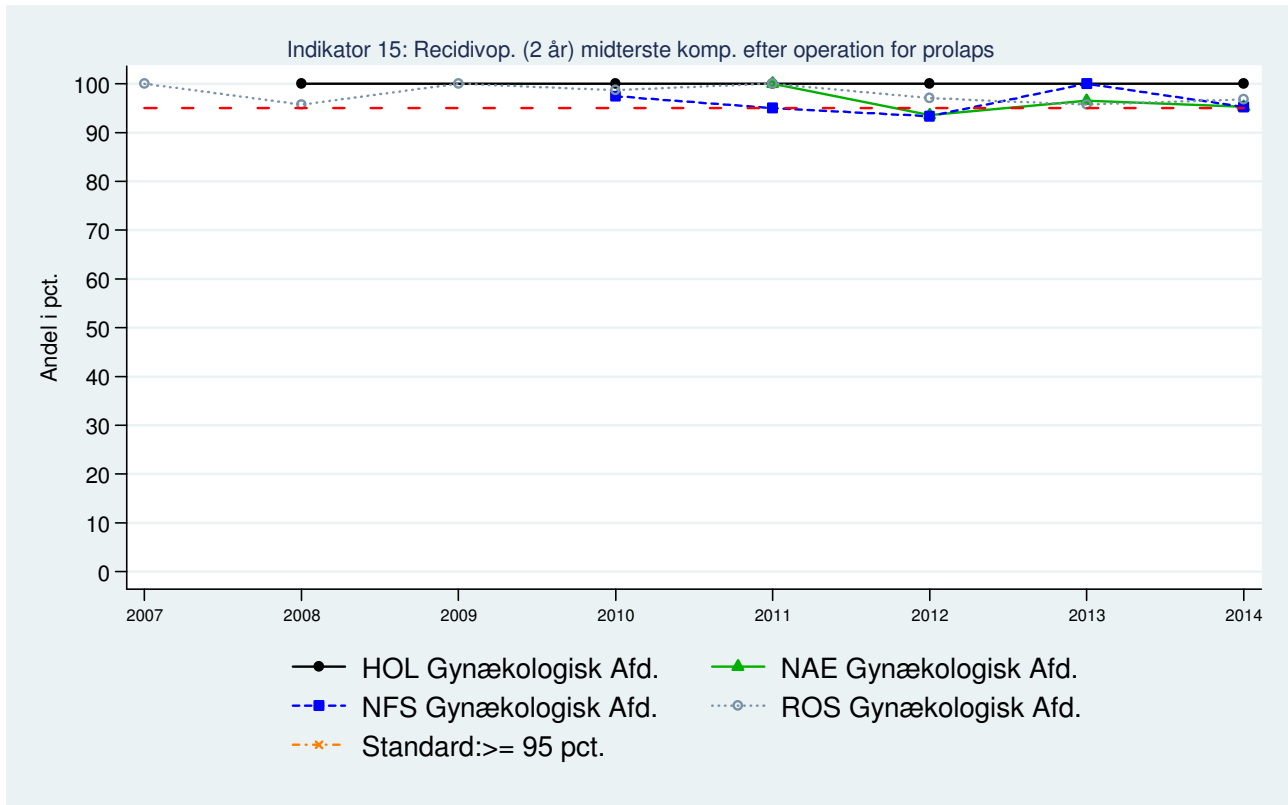


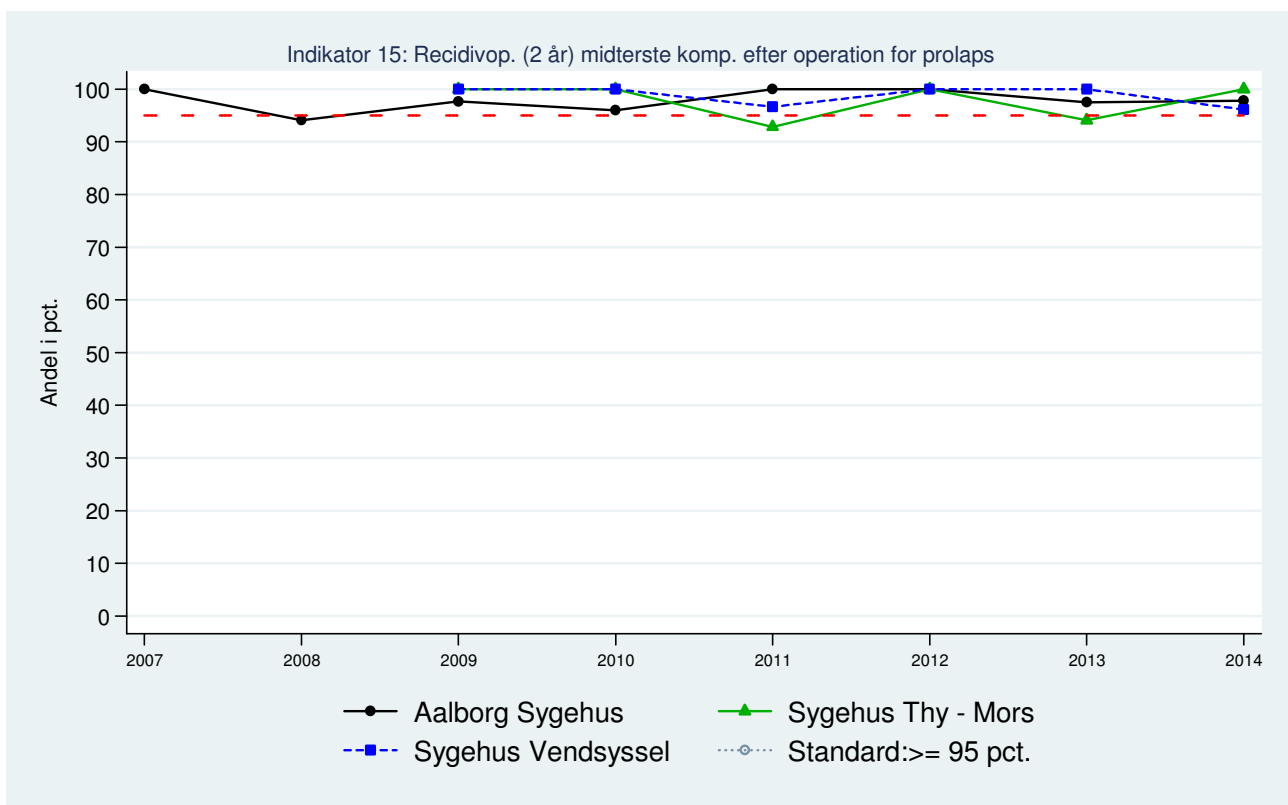
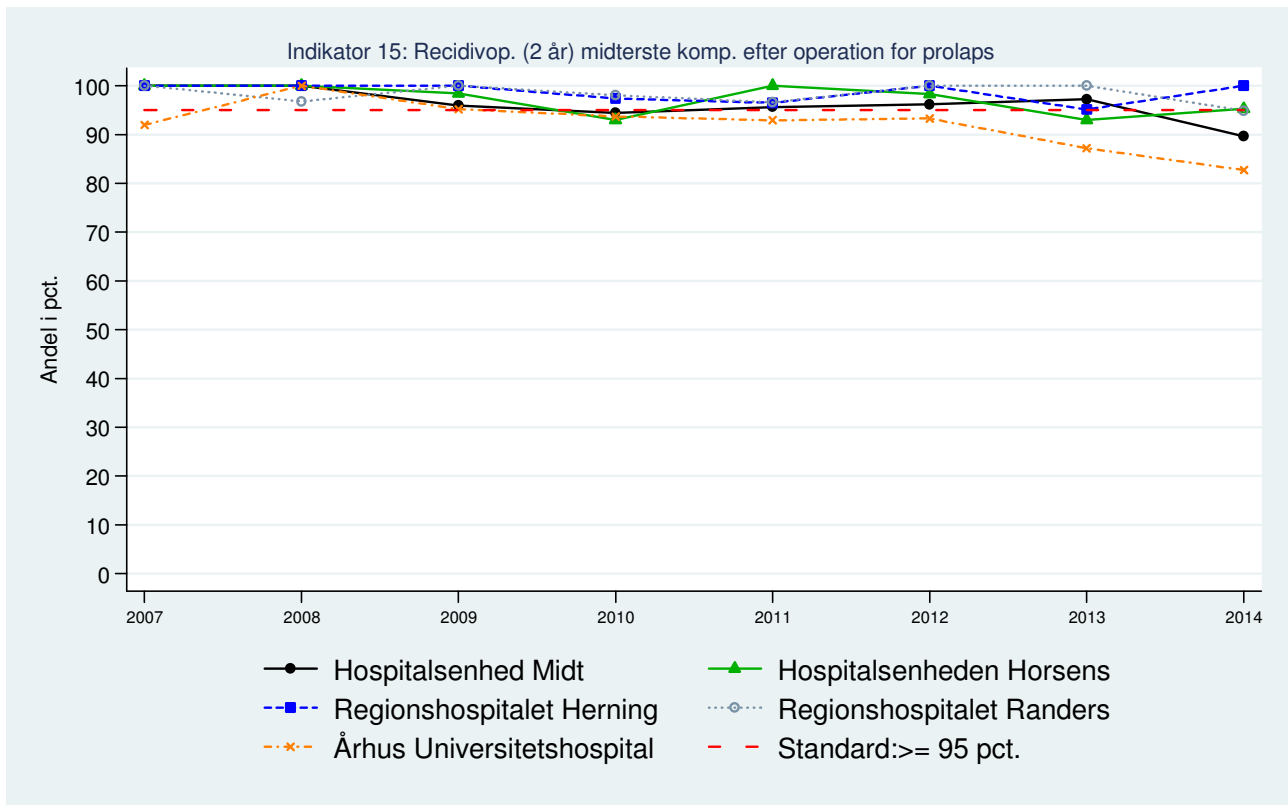


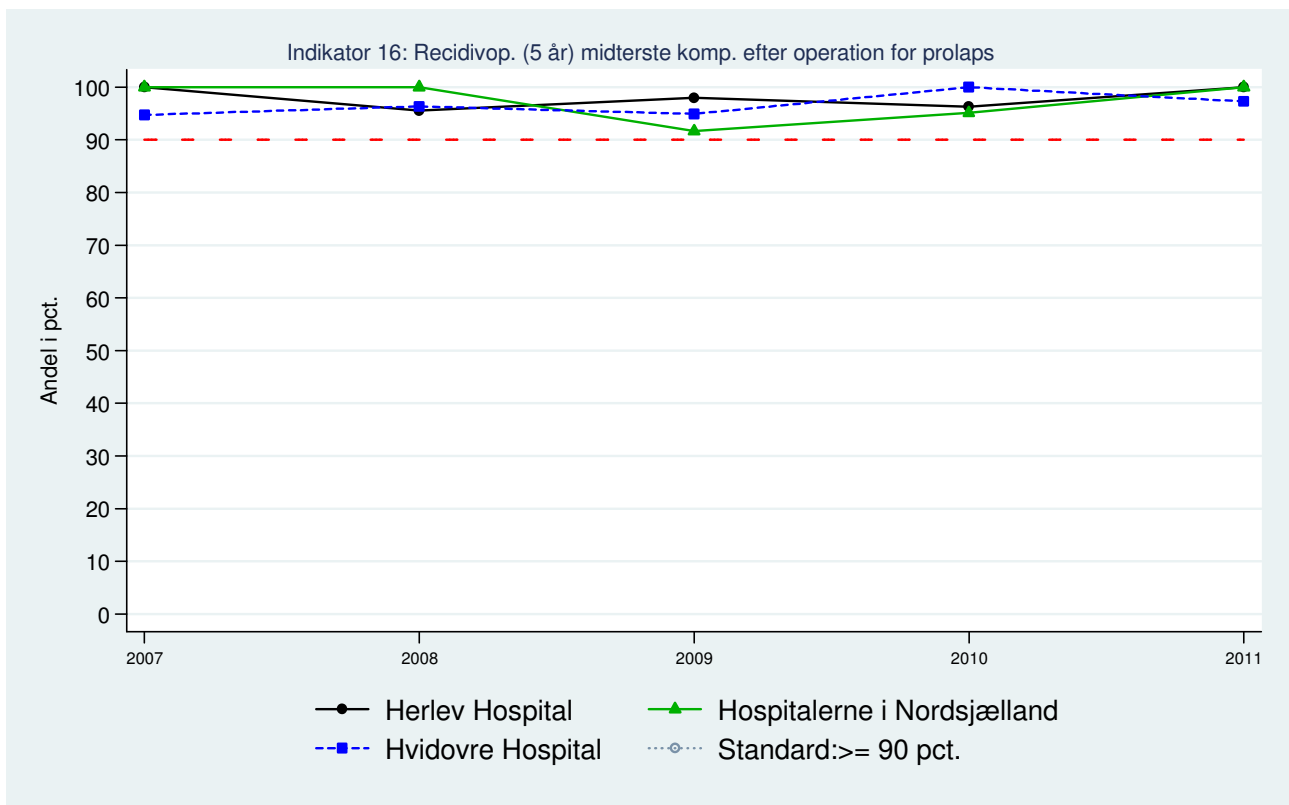
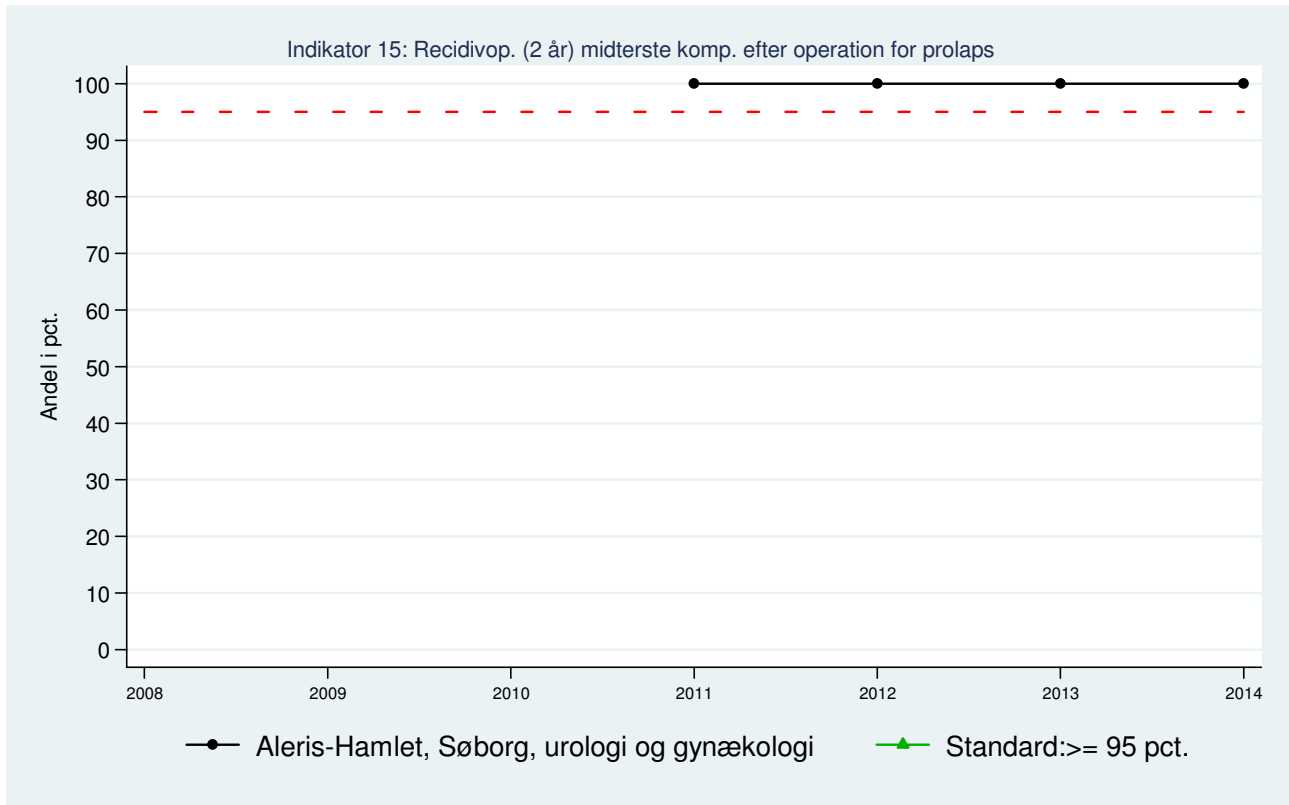


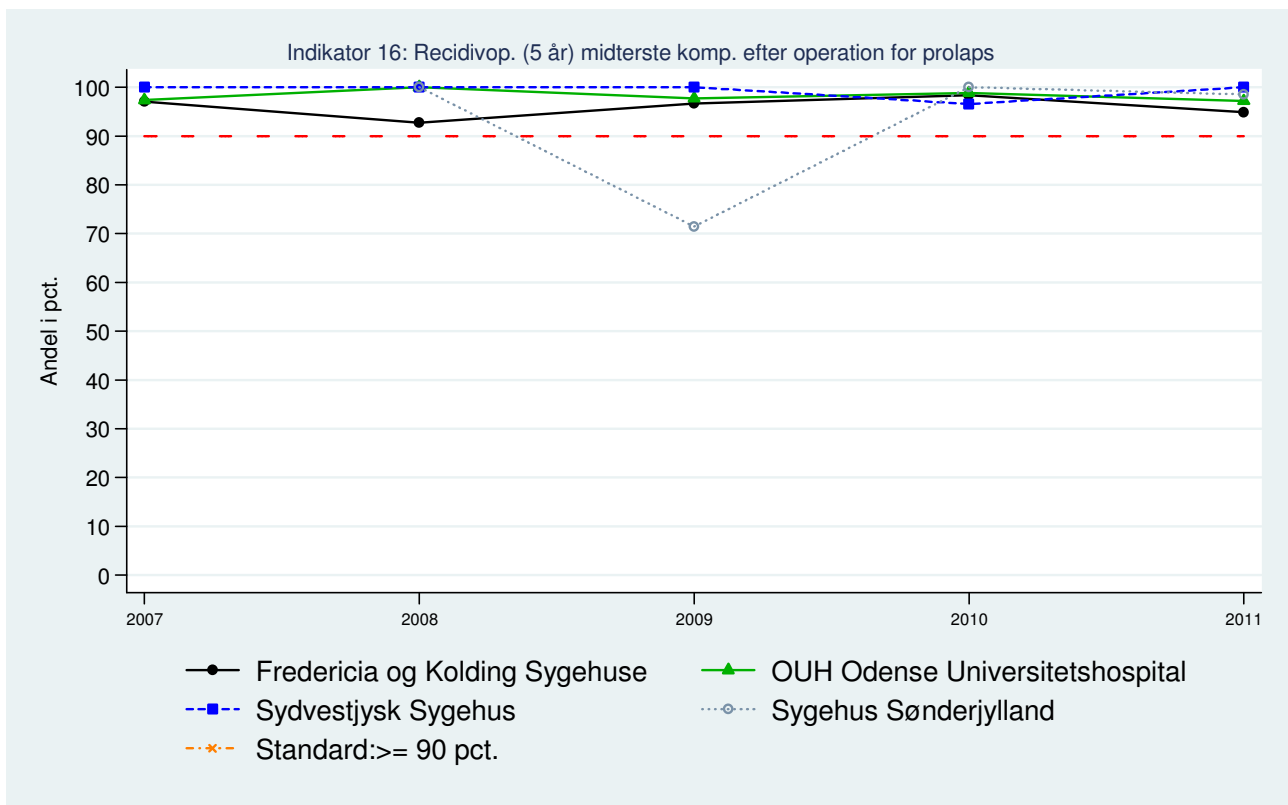
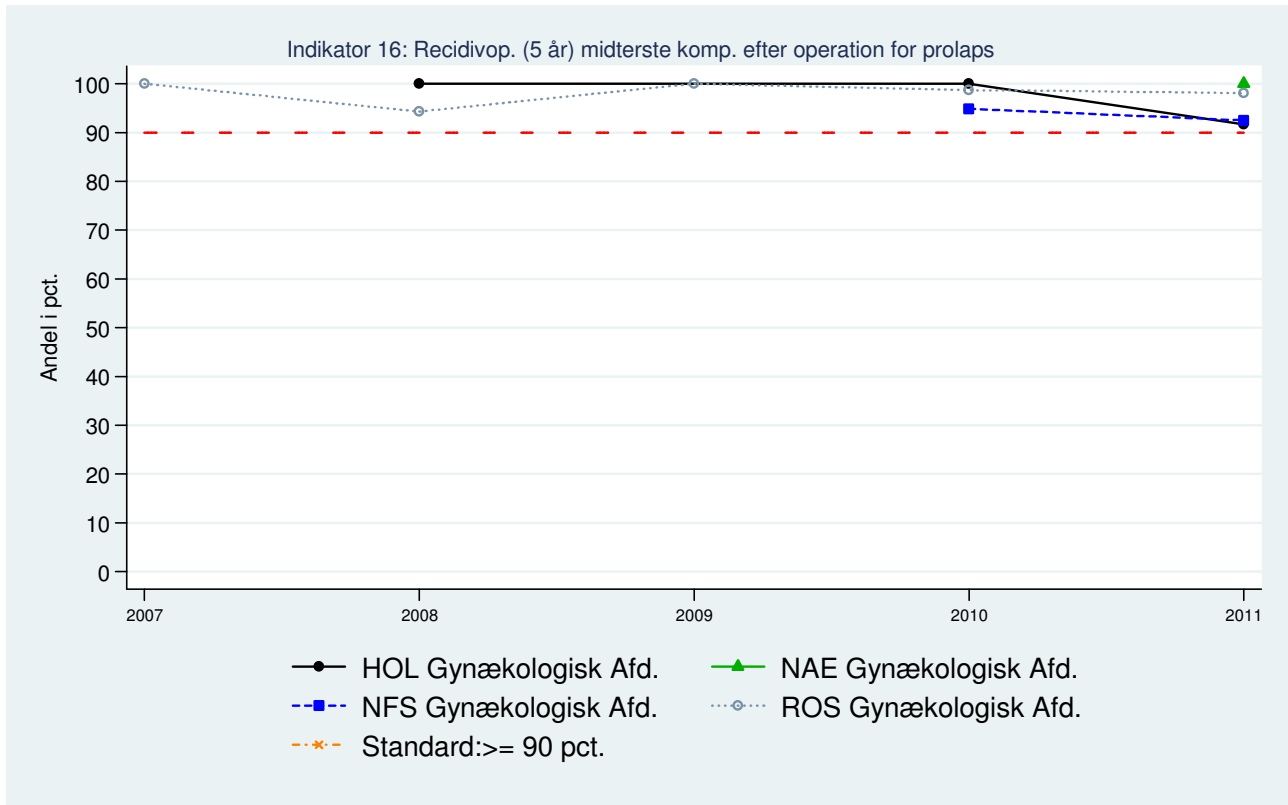
Appendiks 1

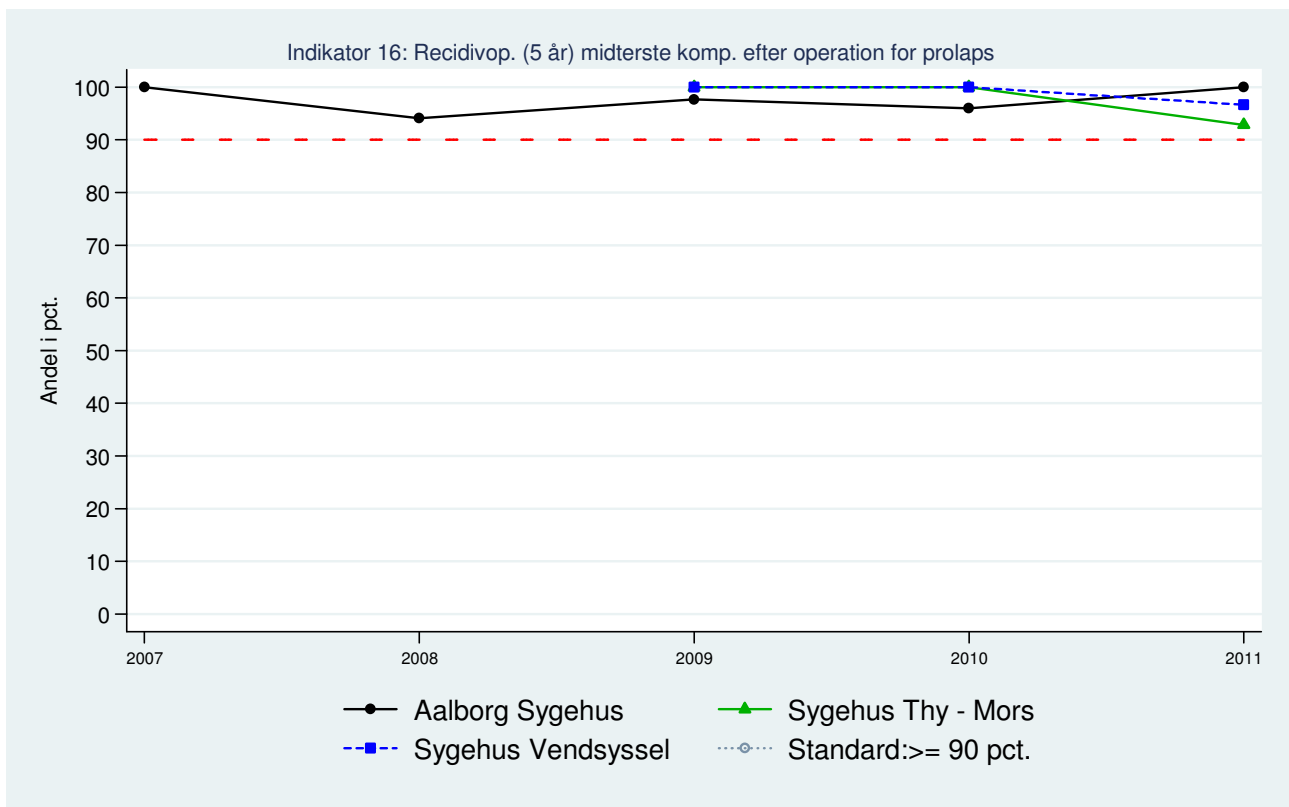




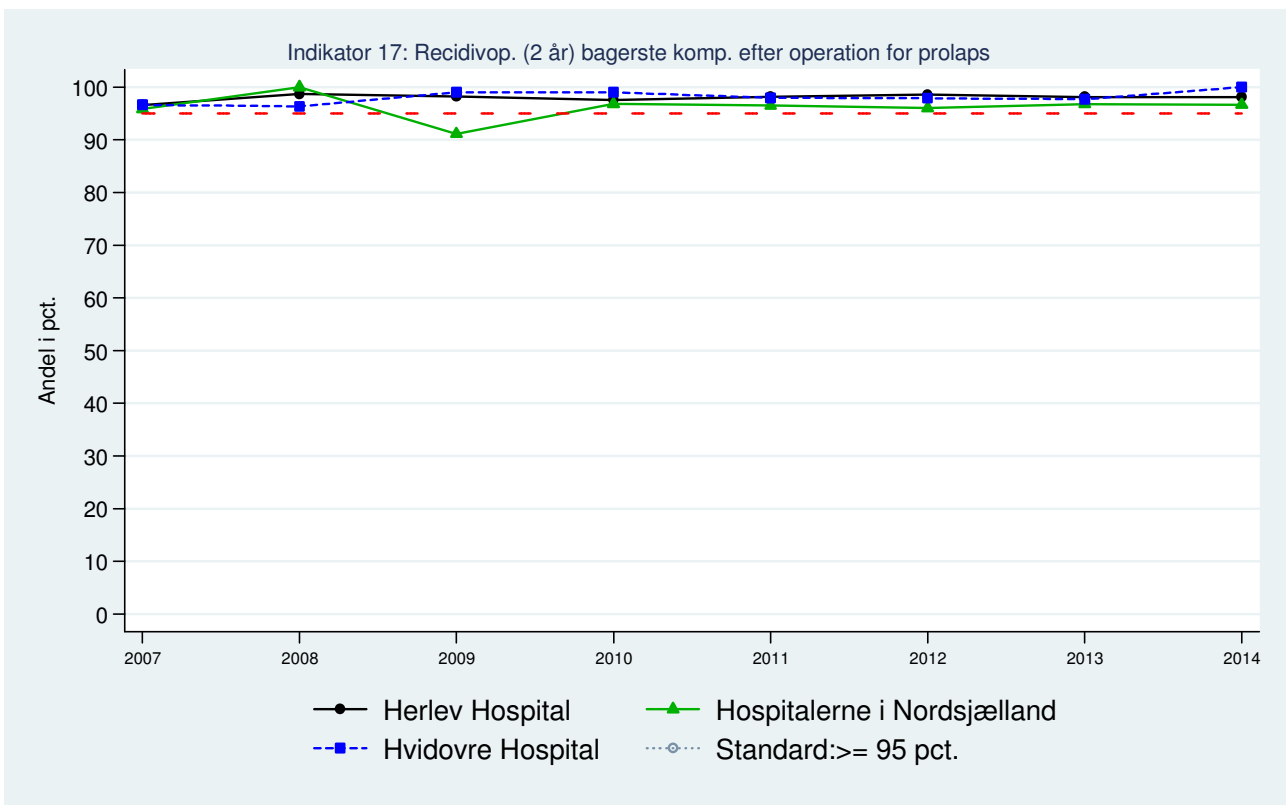
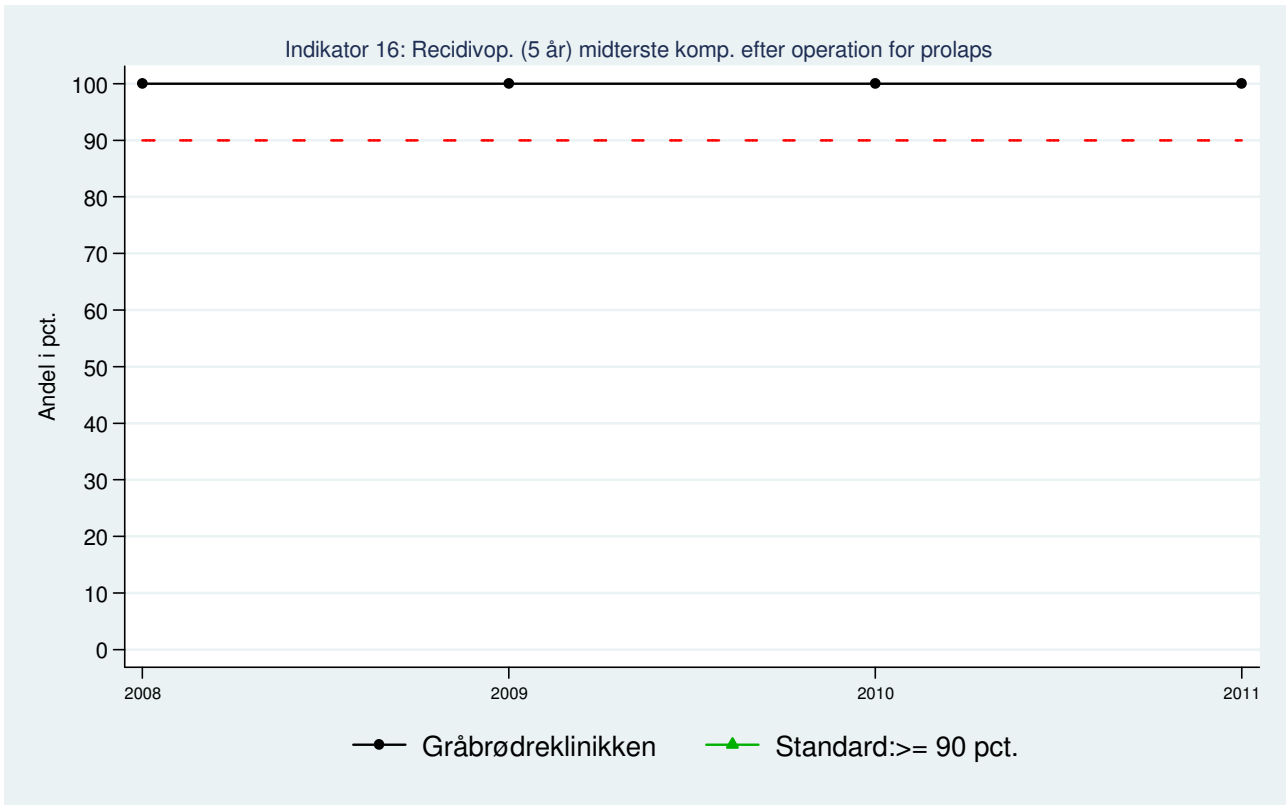


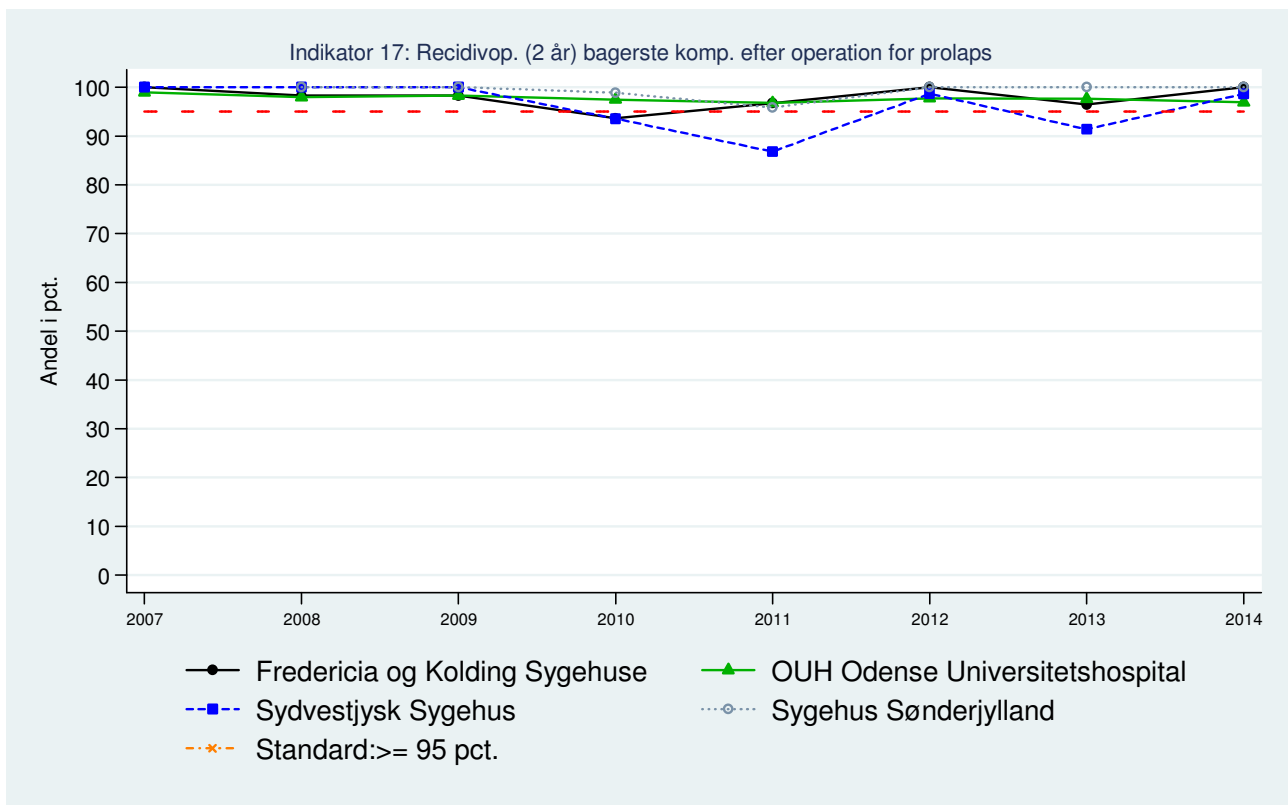
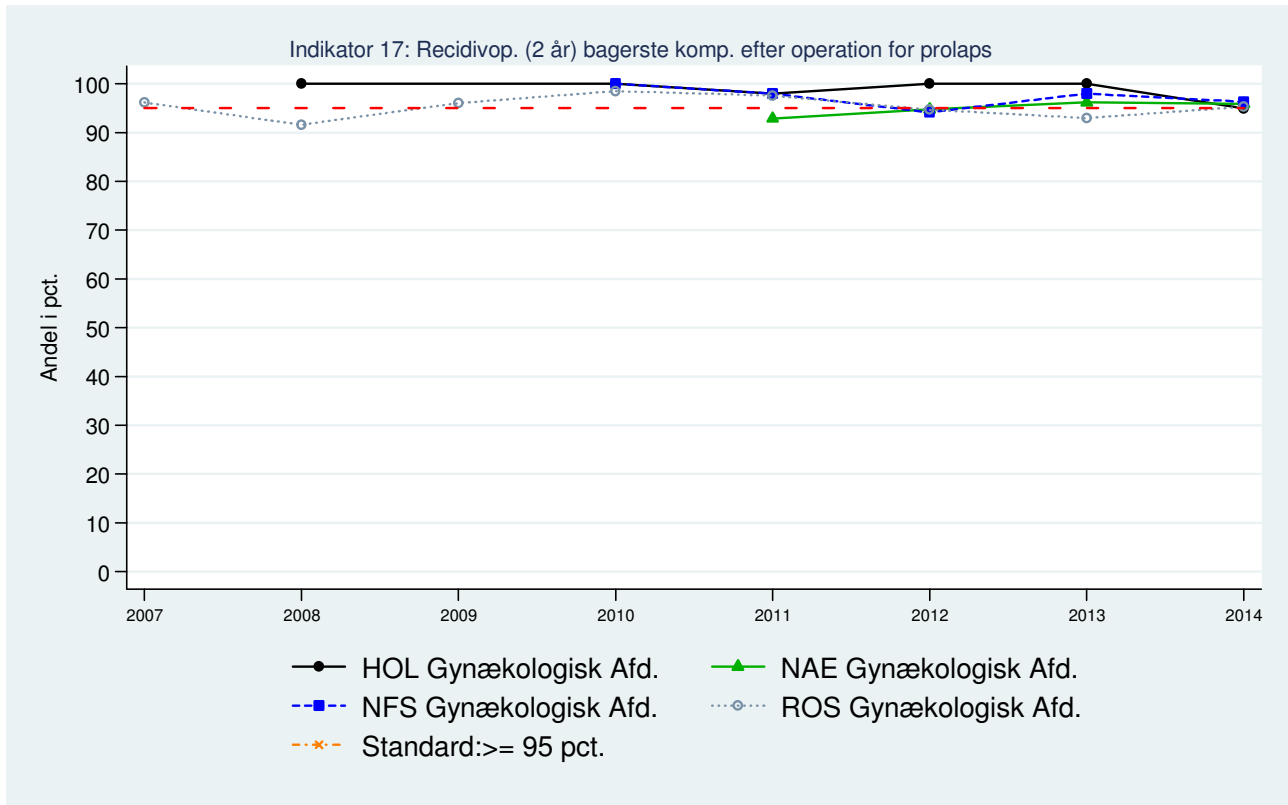




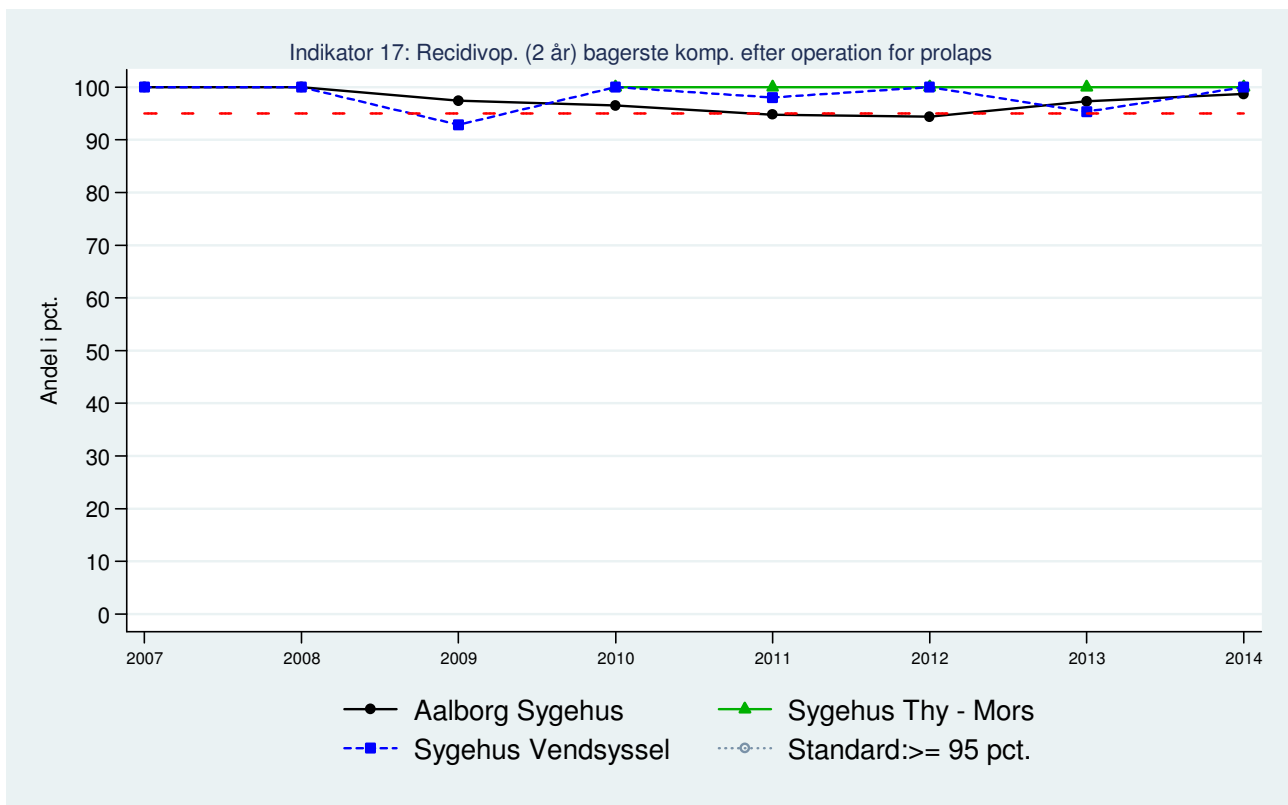
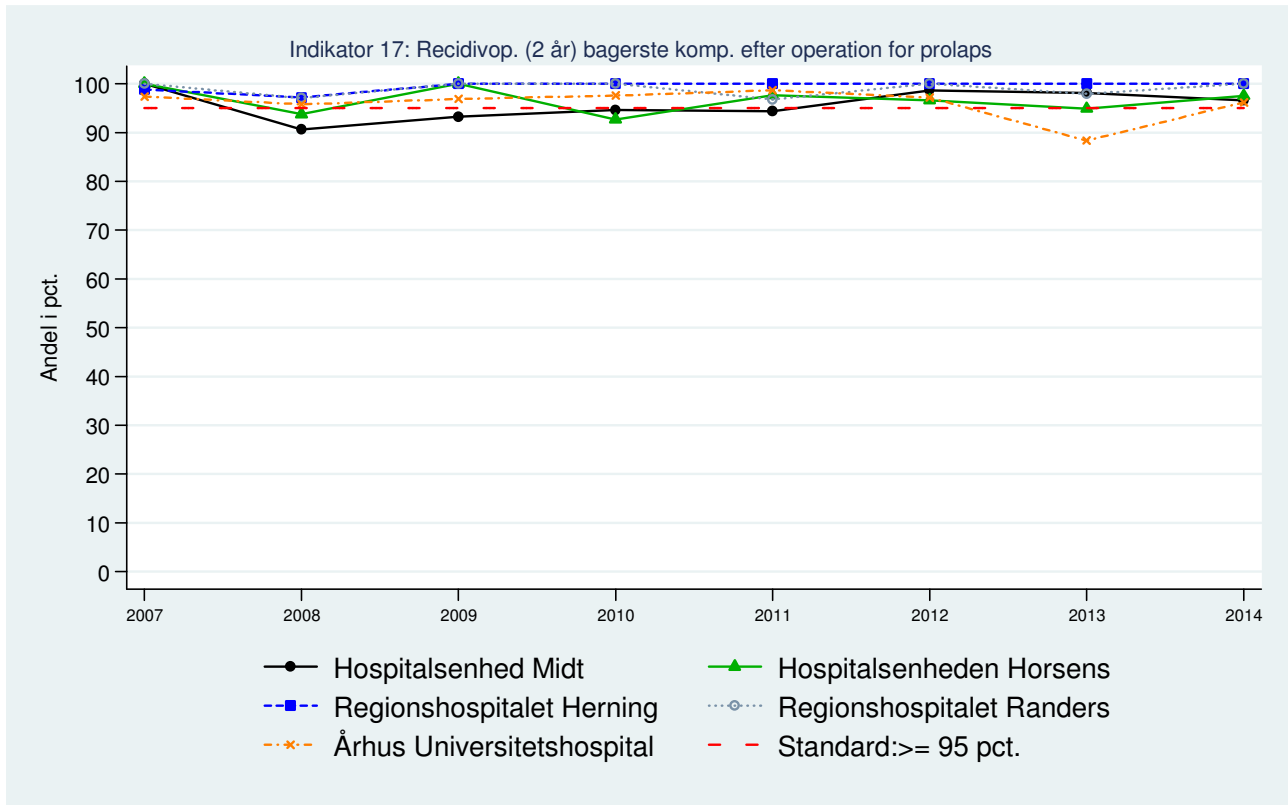


Appendiks 1

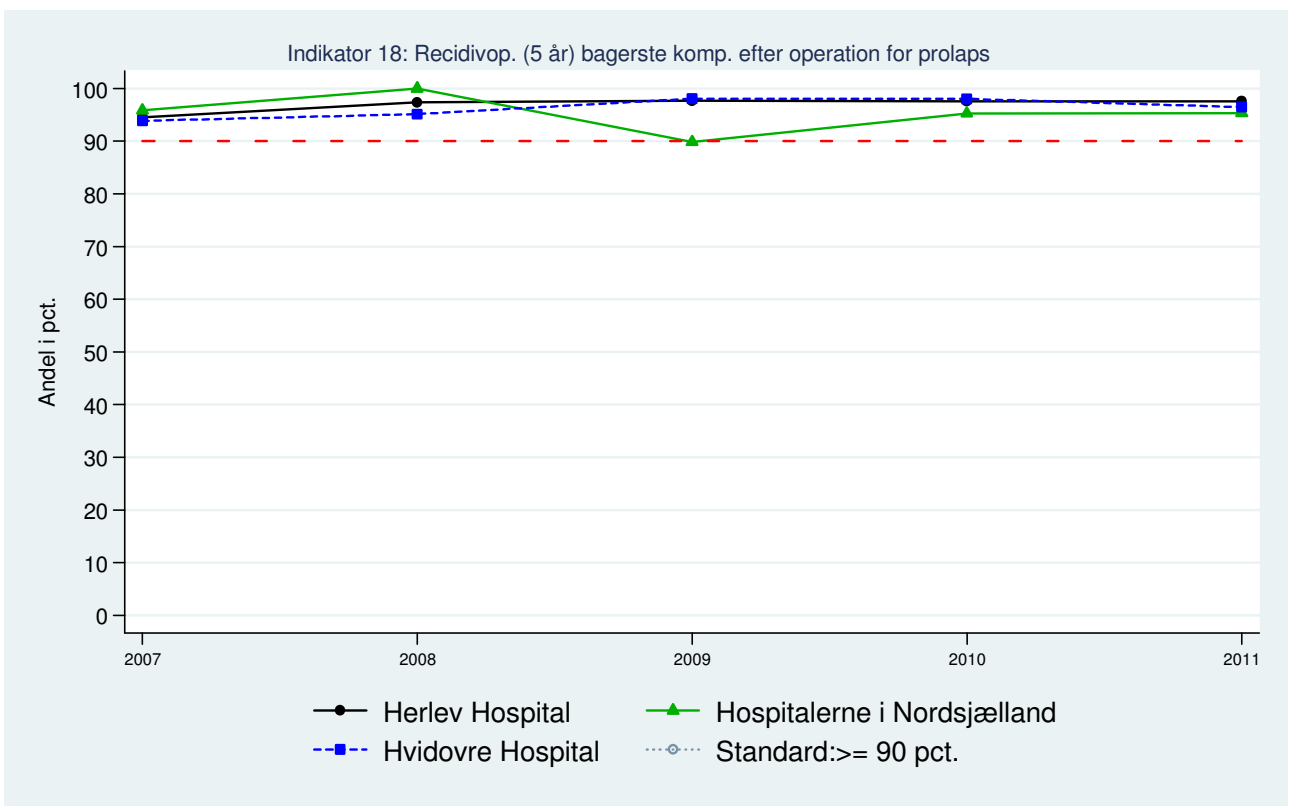
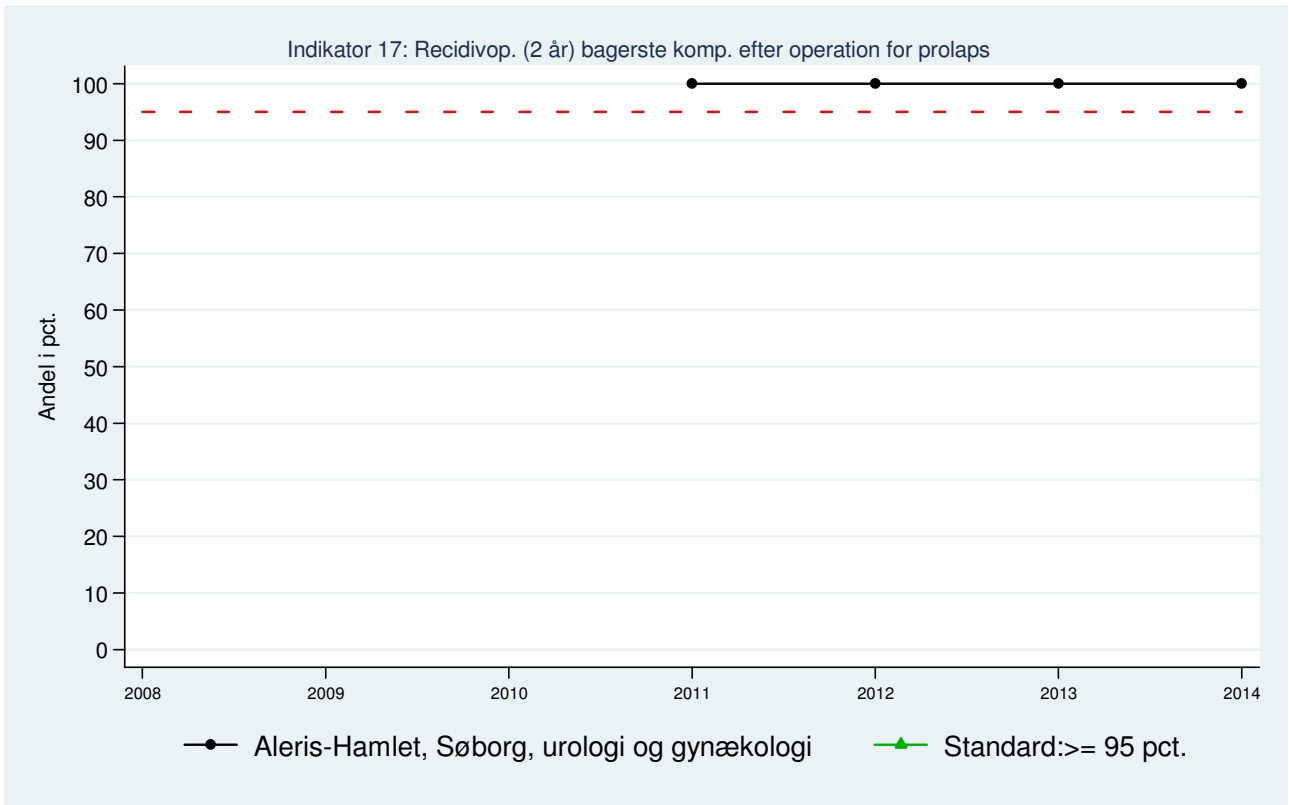


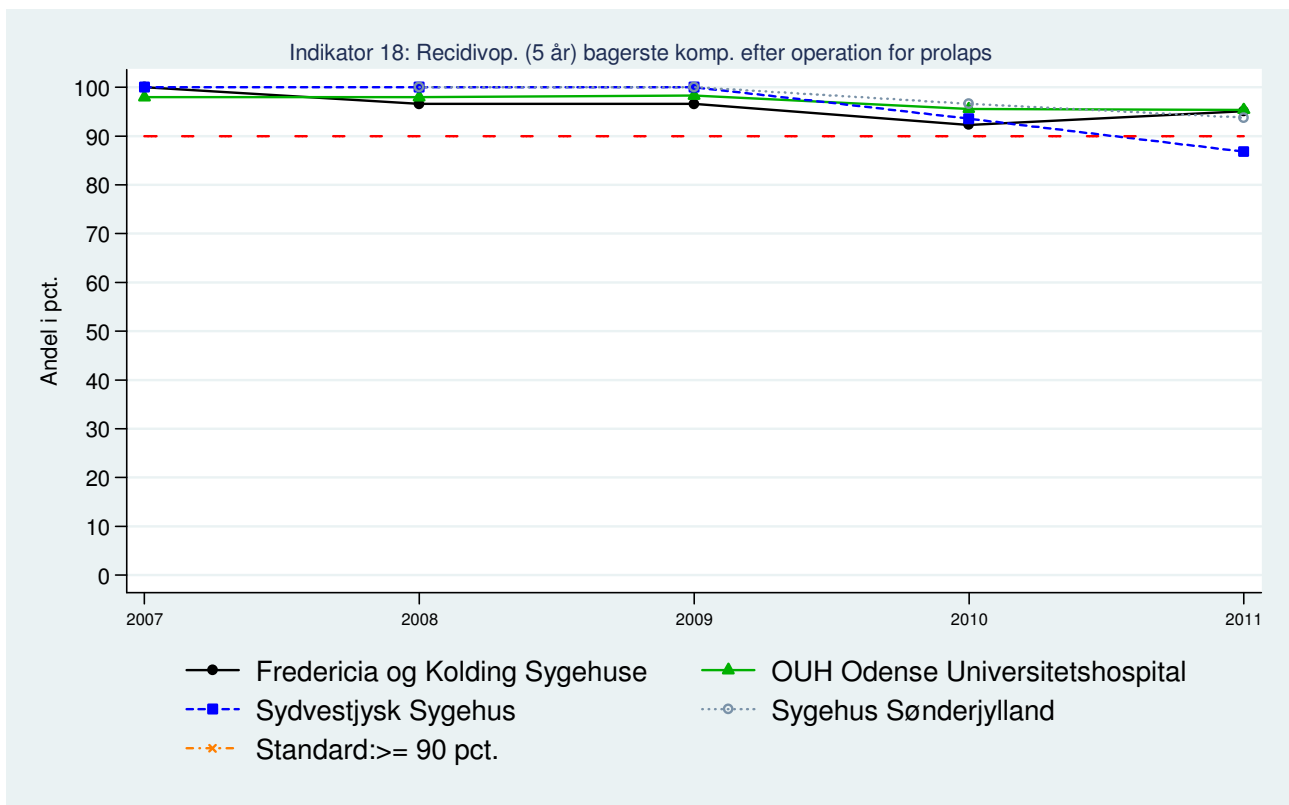
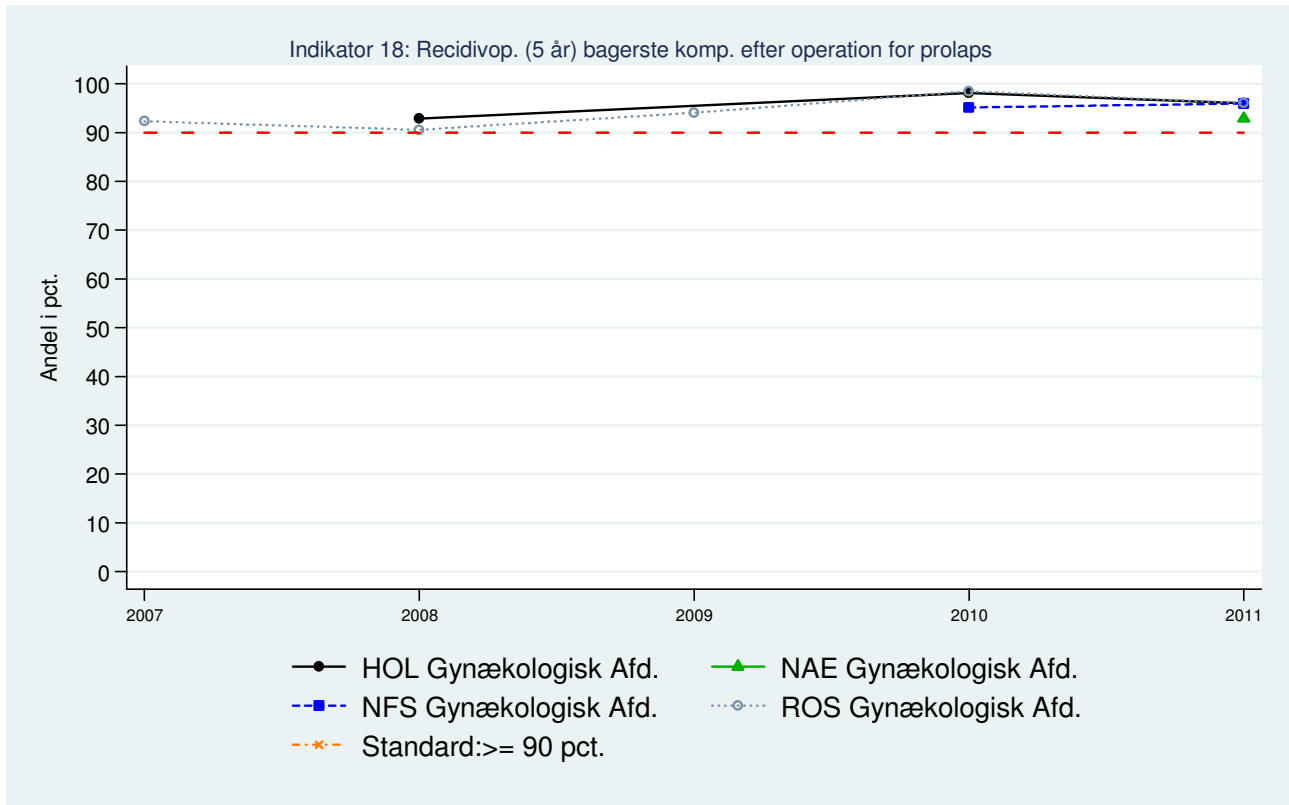


Appendiks 1

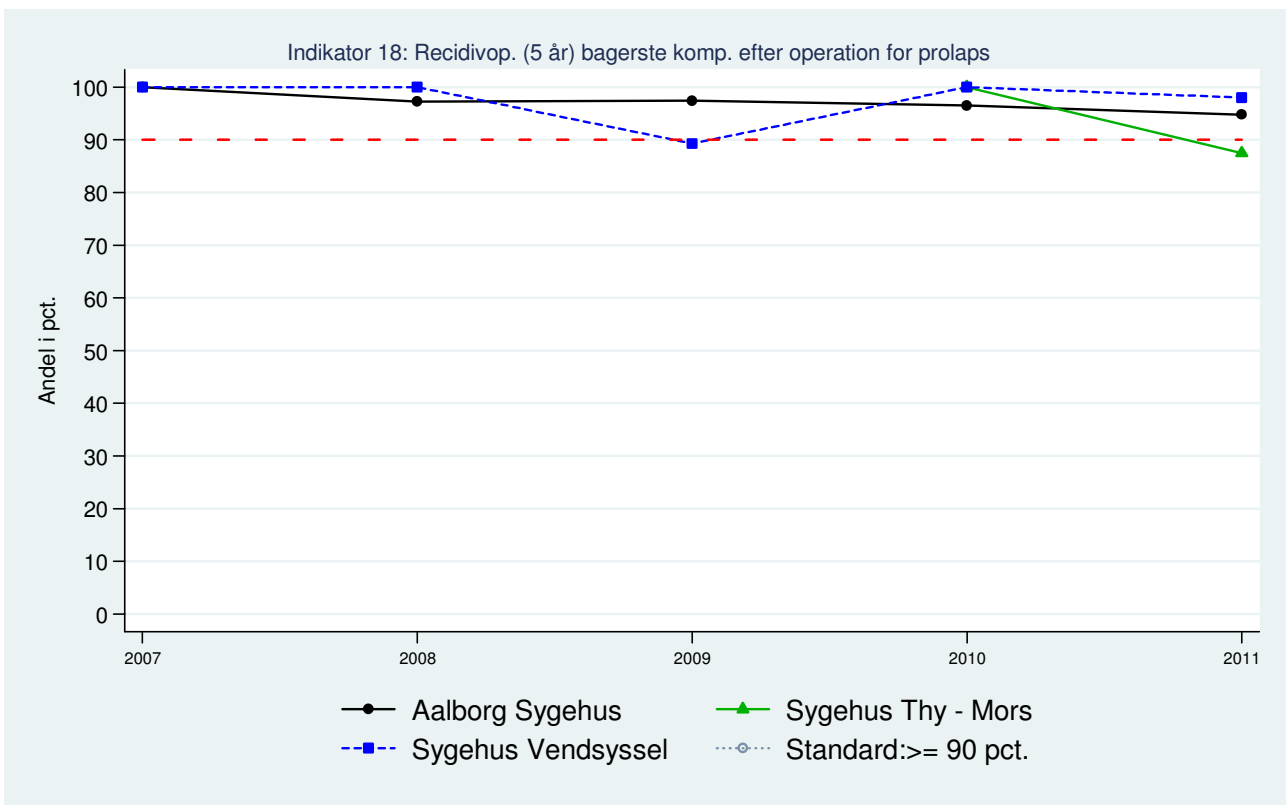
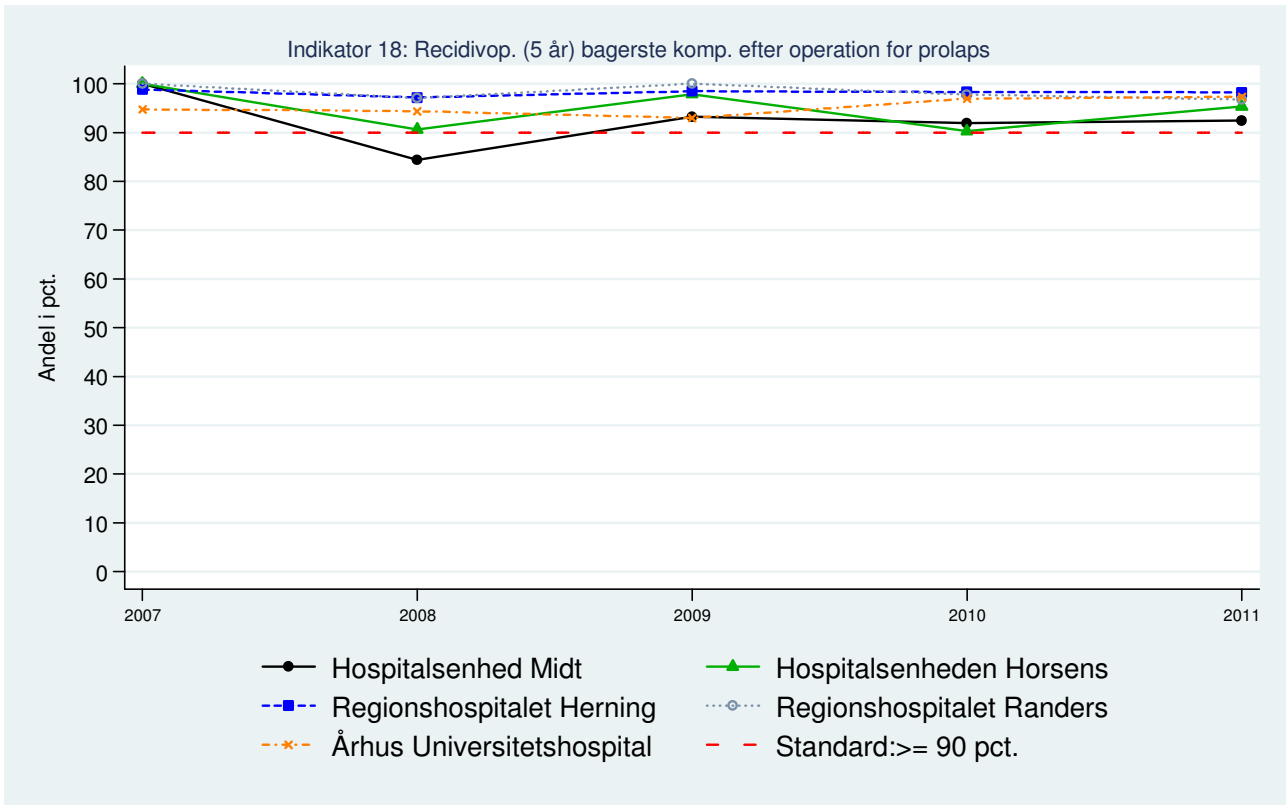


Appendiks 1

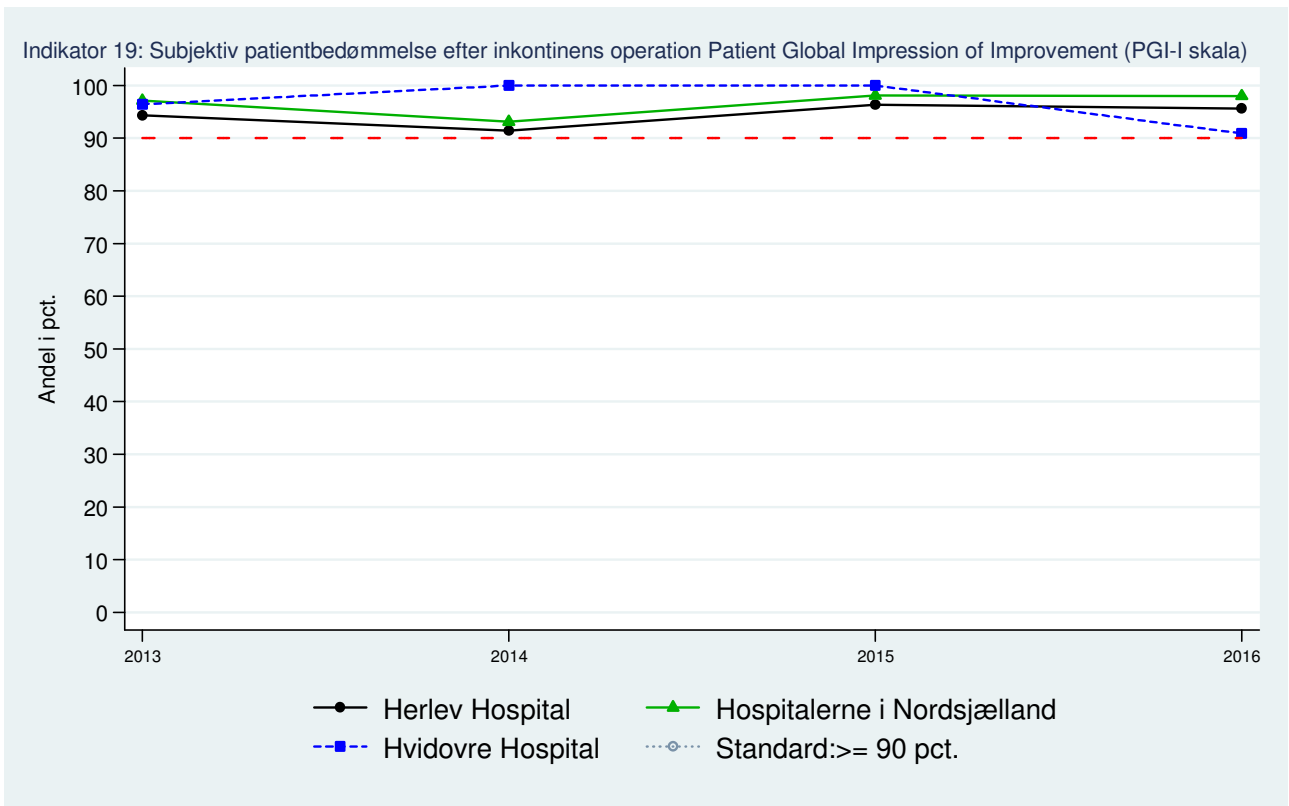
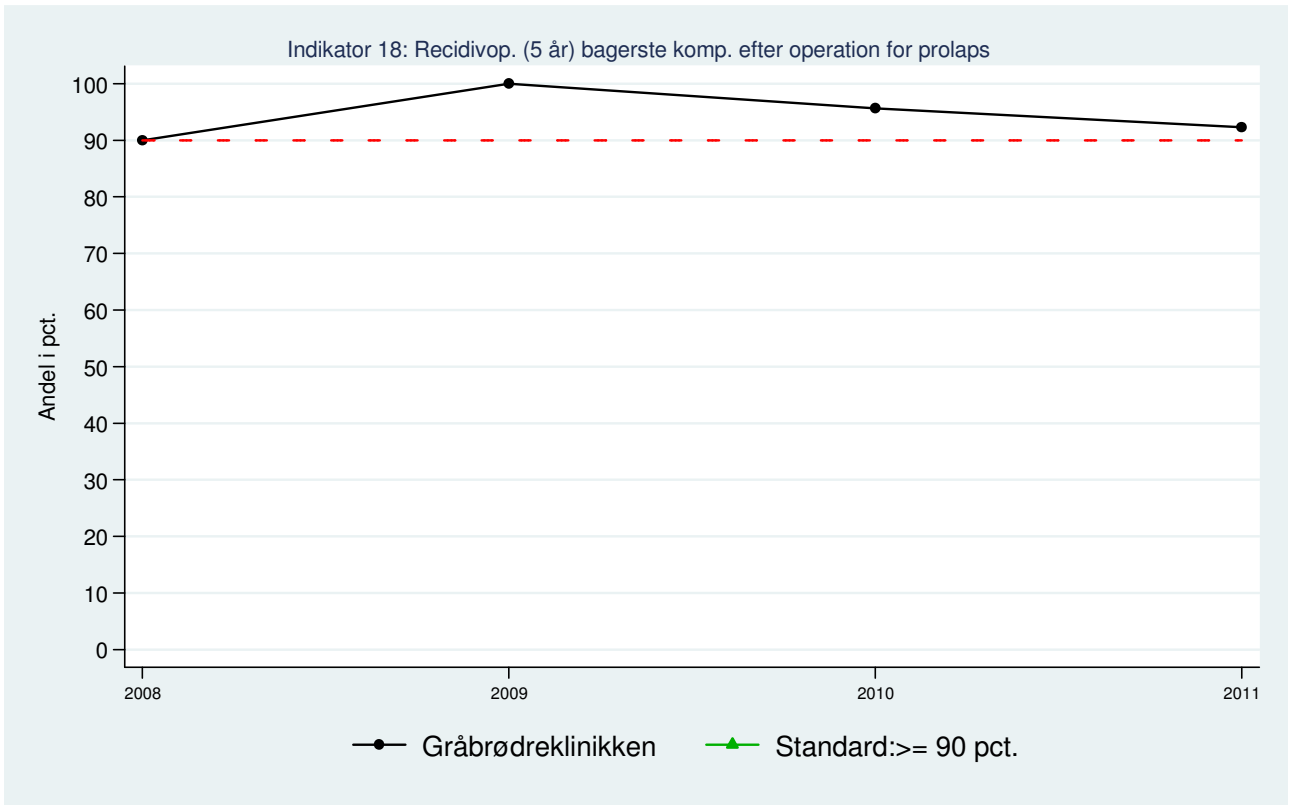




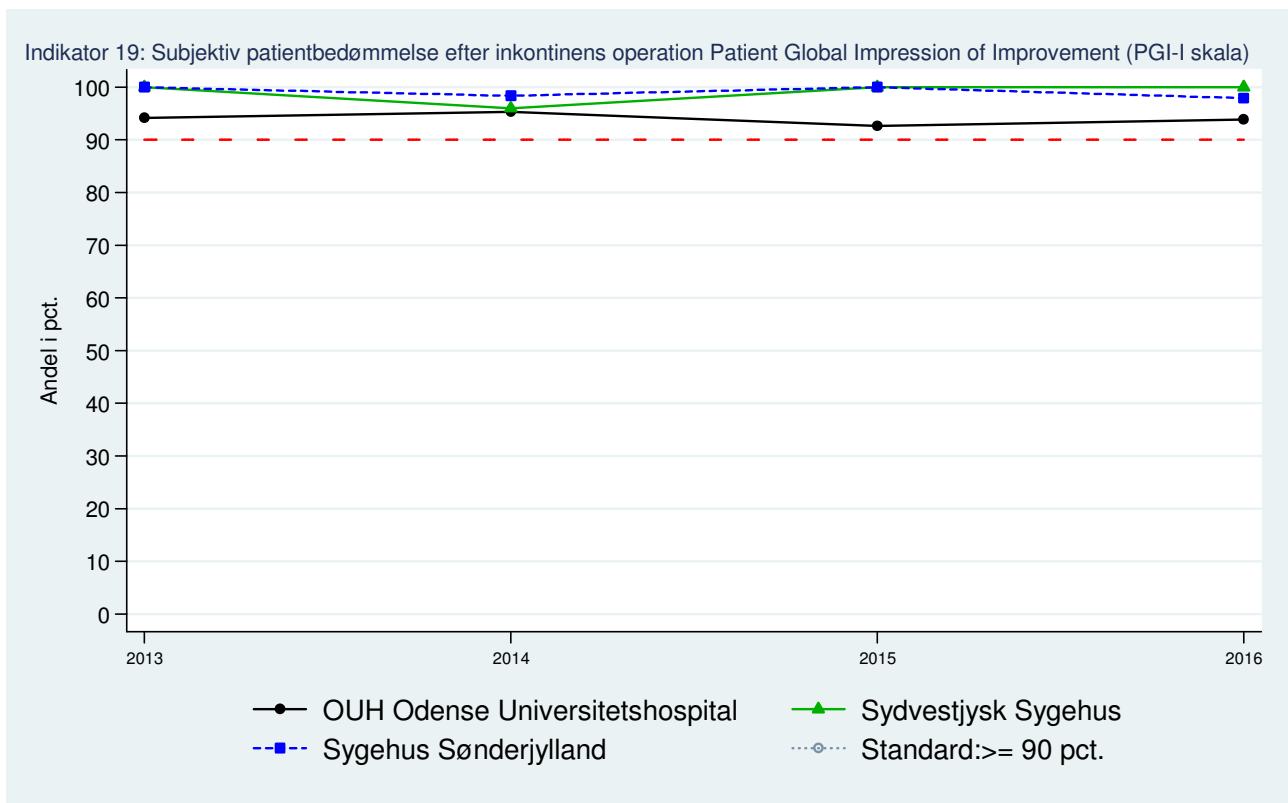
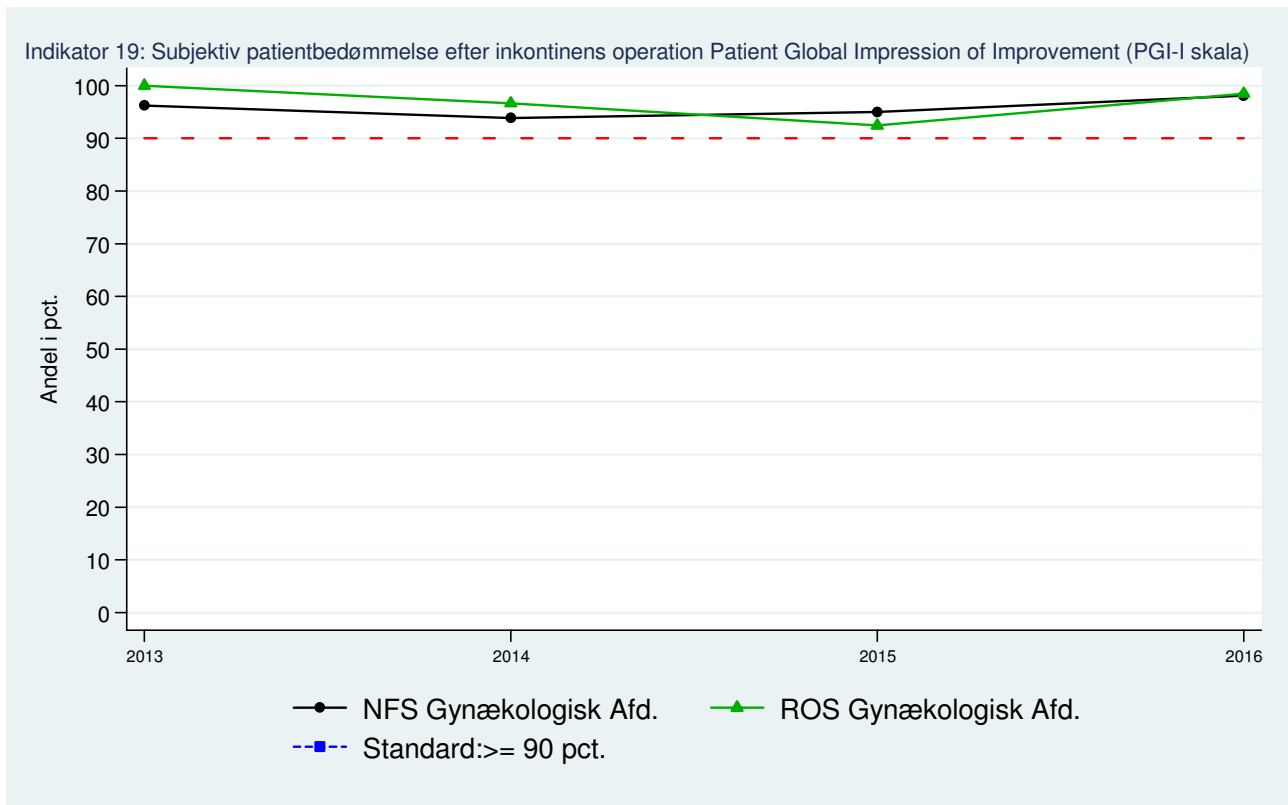
Appendiks 1



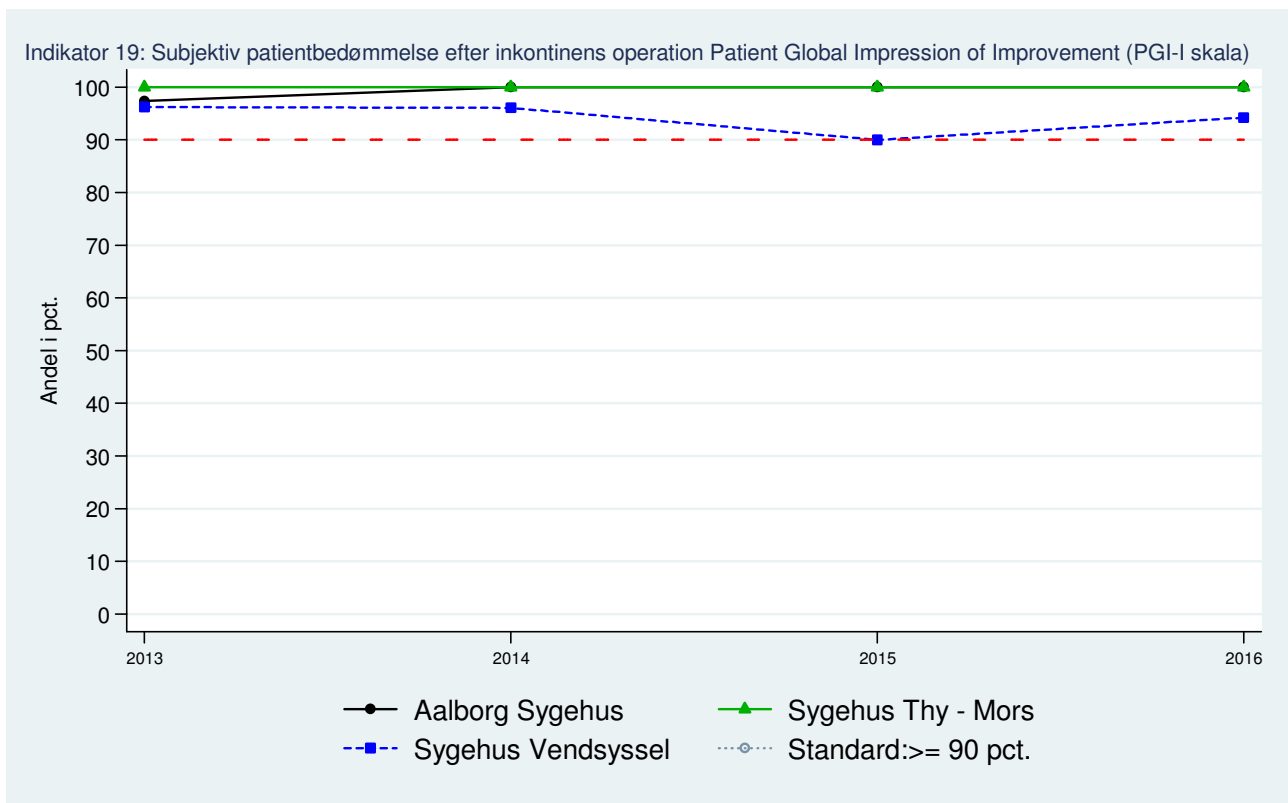
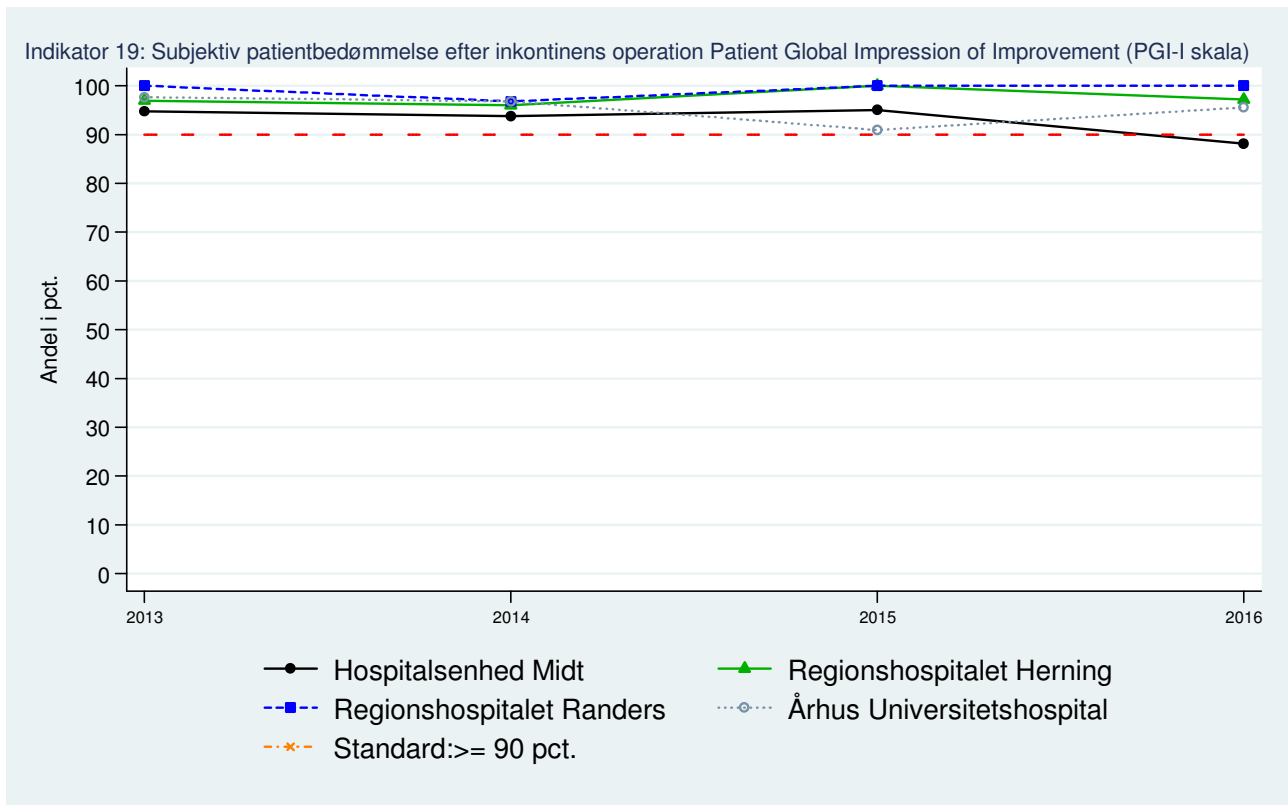
Appendiks 1



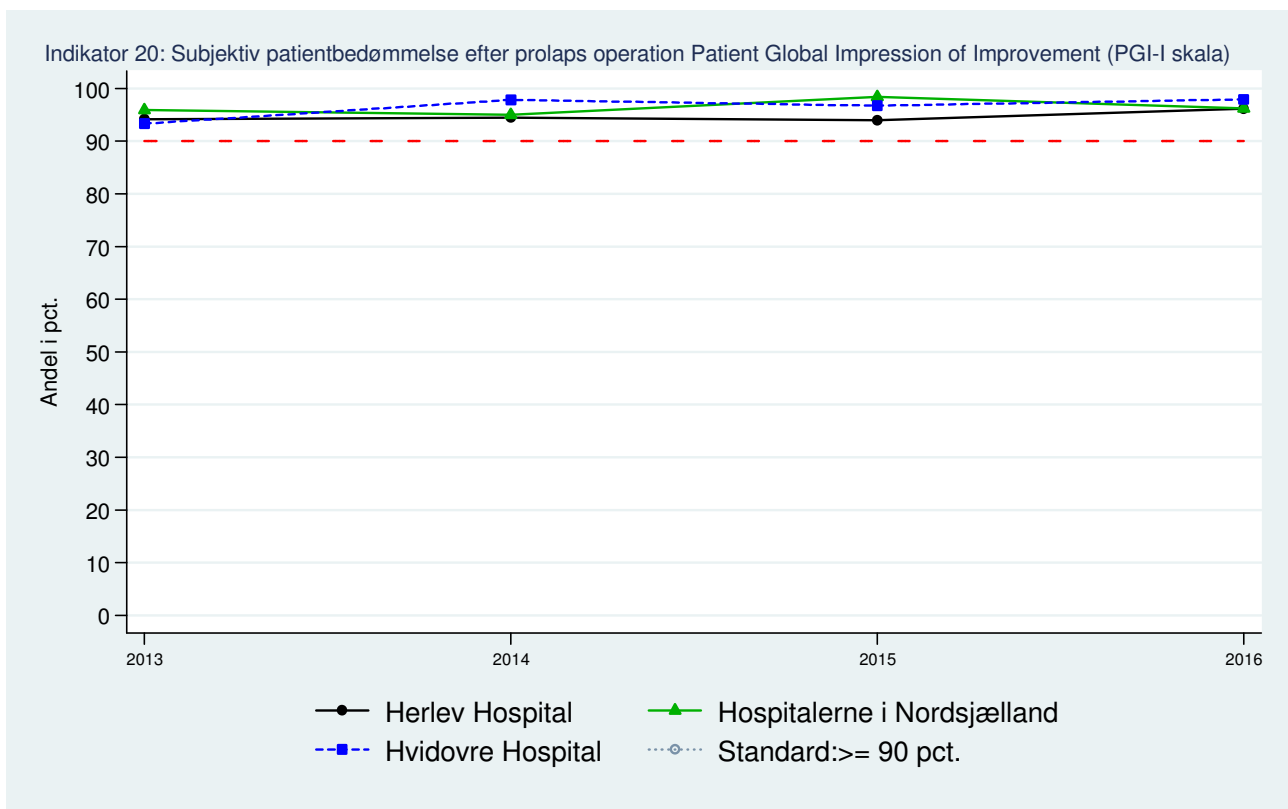
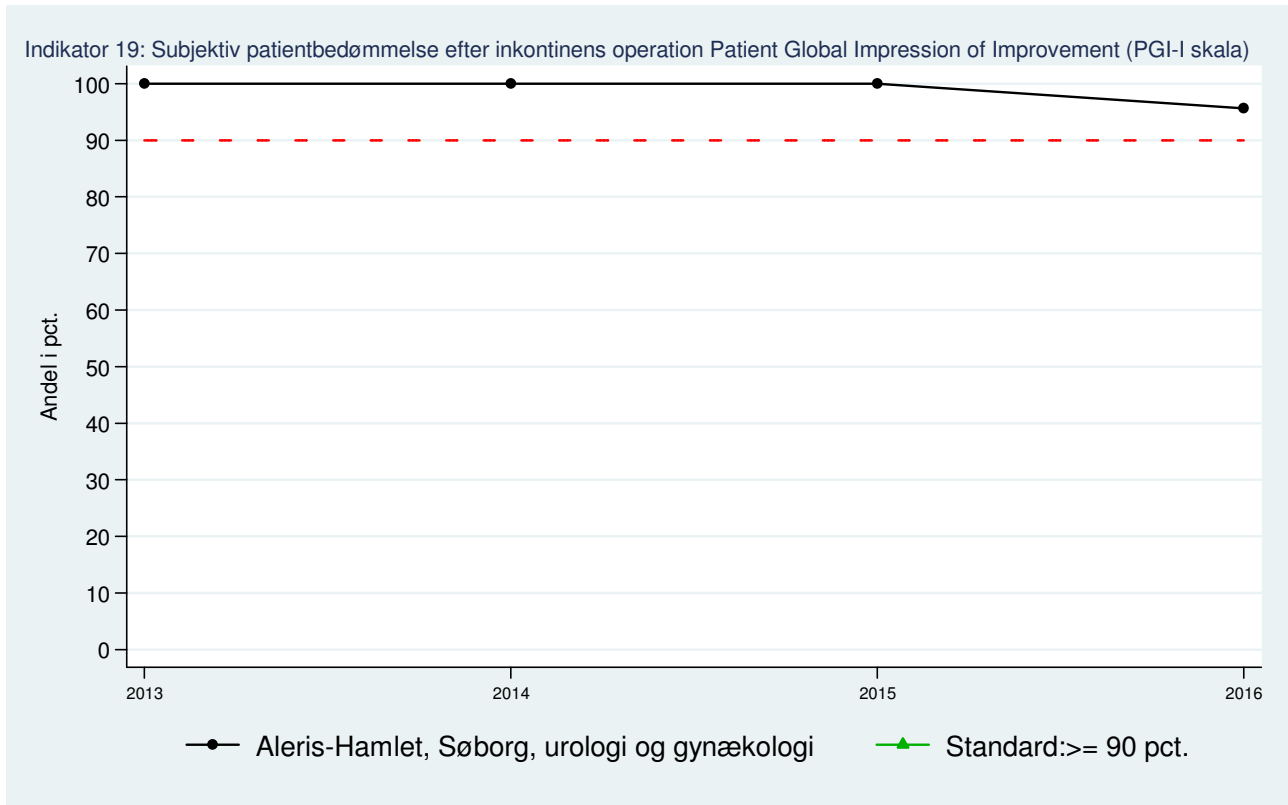
Appendiks 1



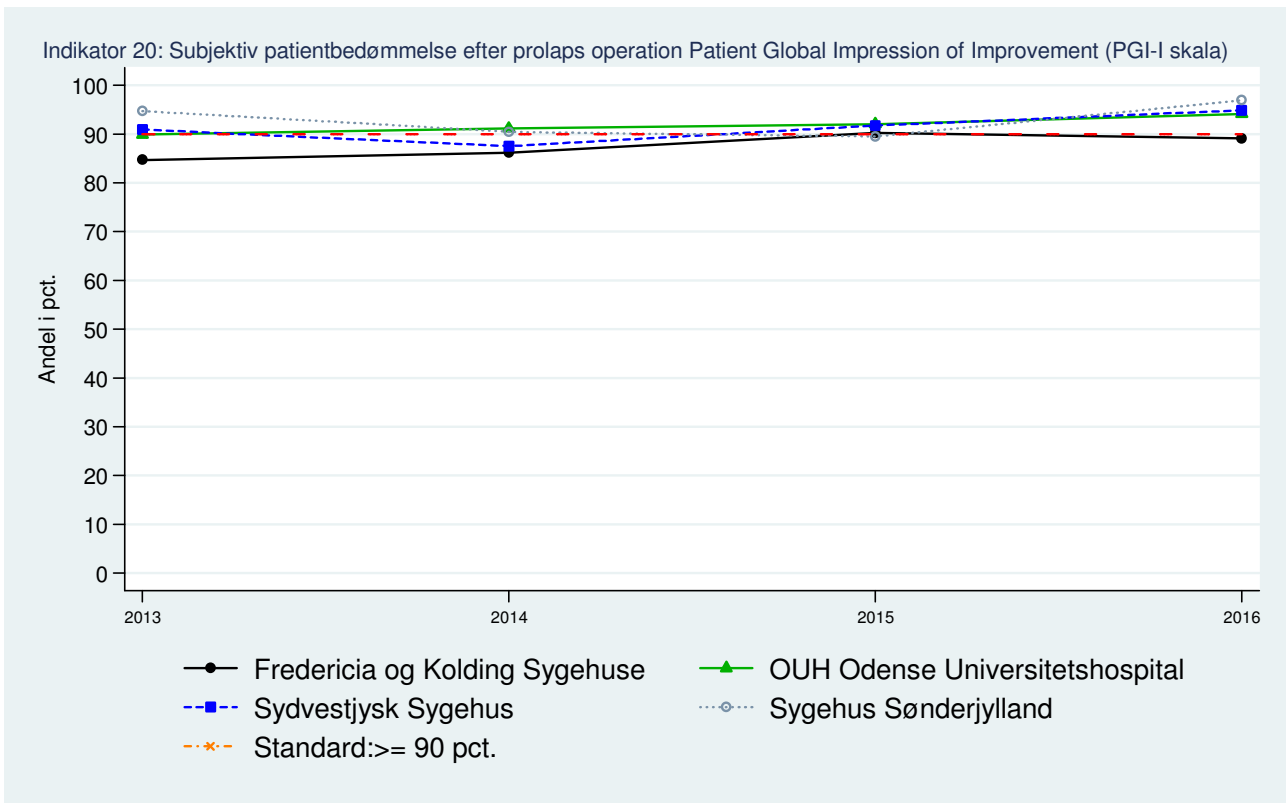
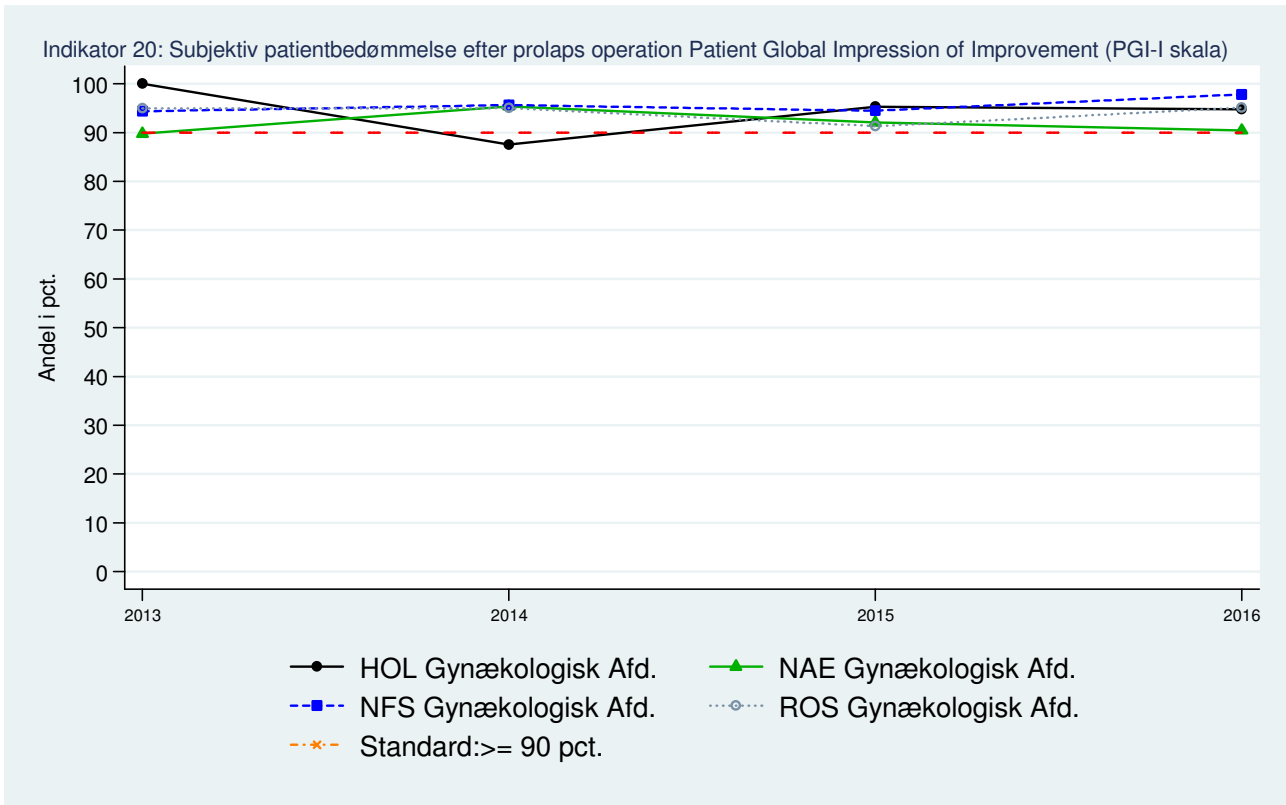
Appendiks 1



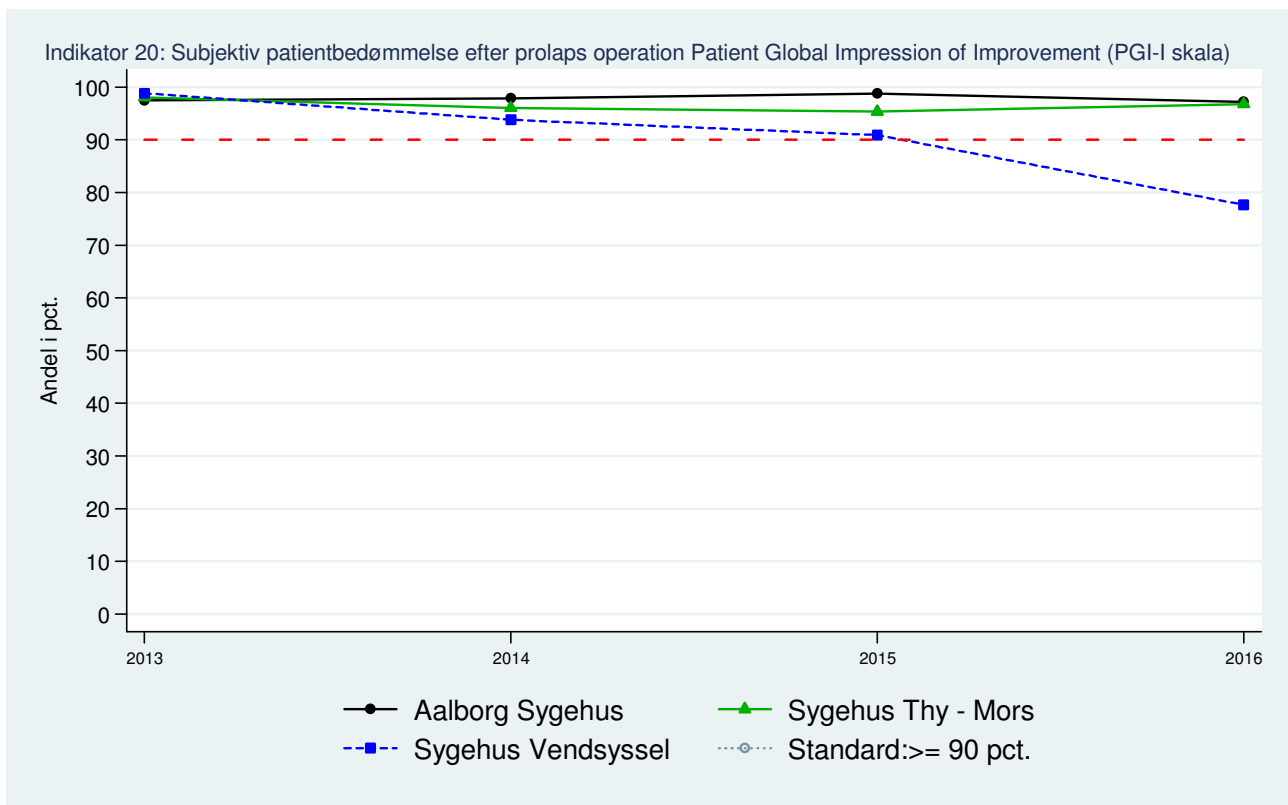
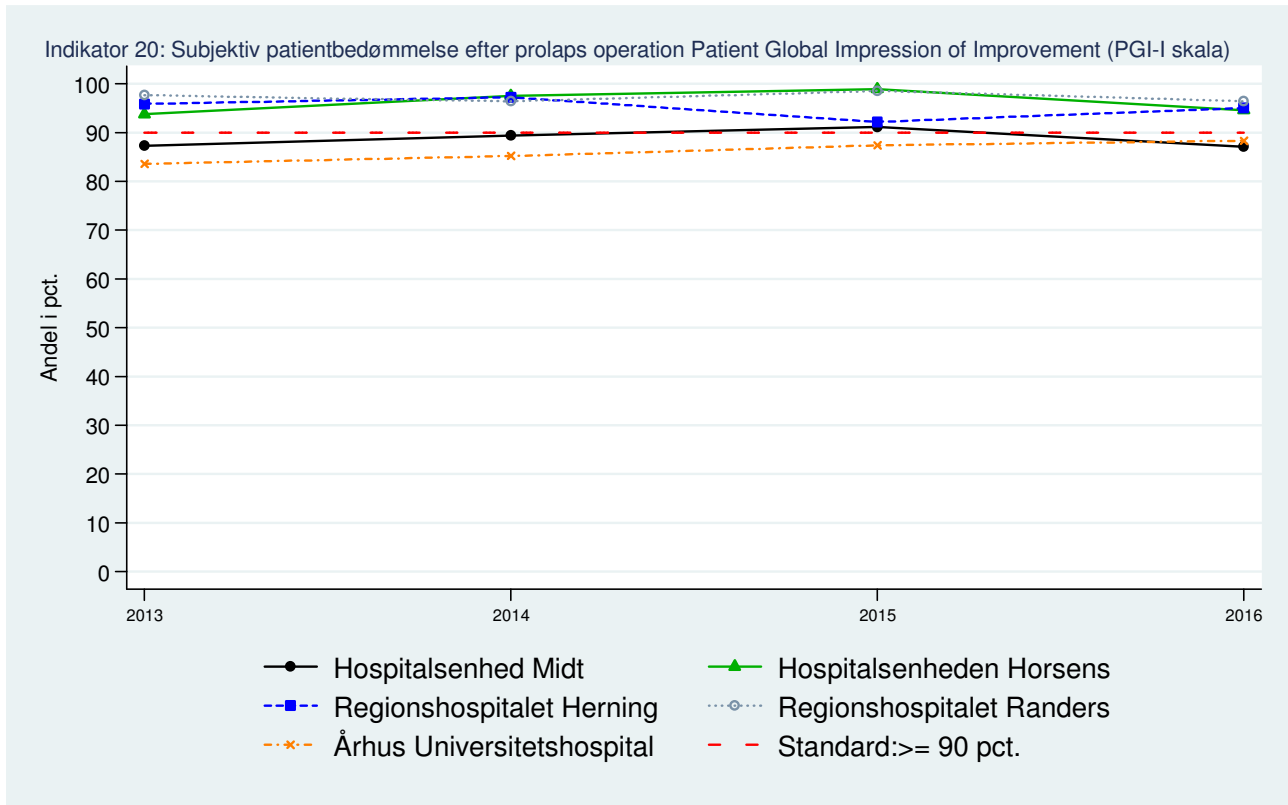
Appendiks 1



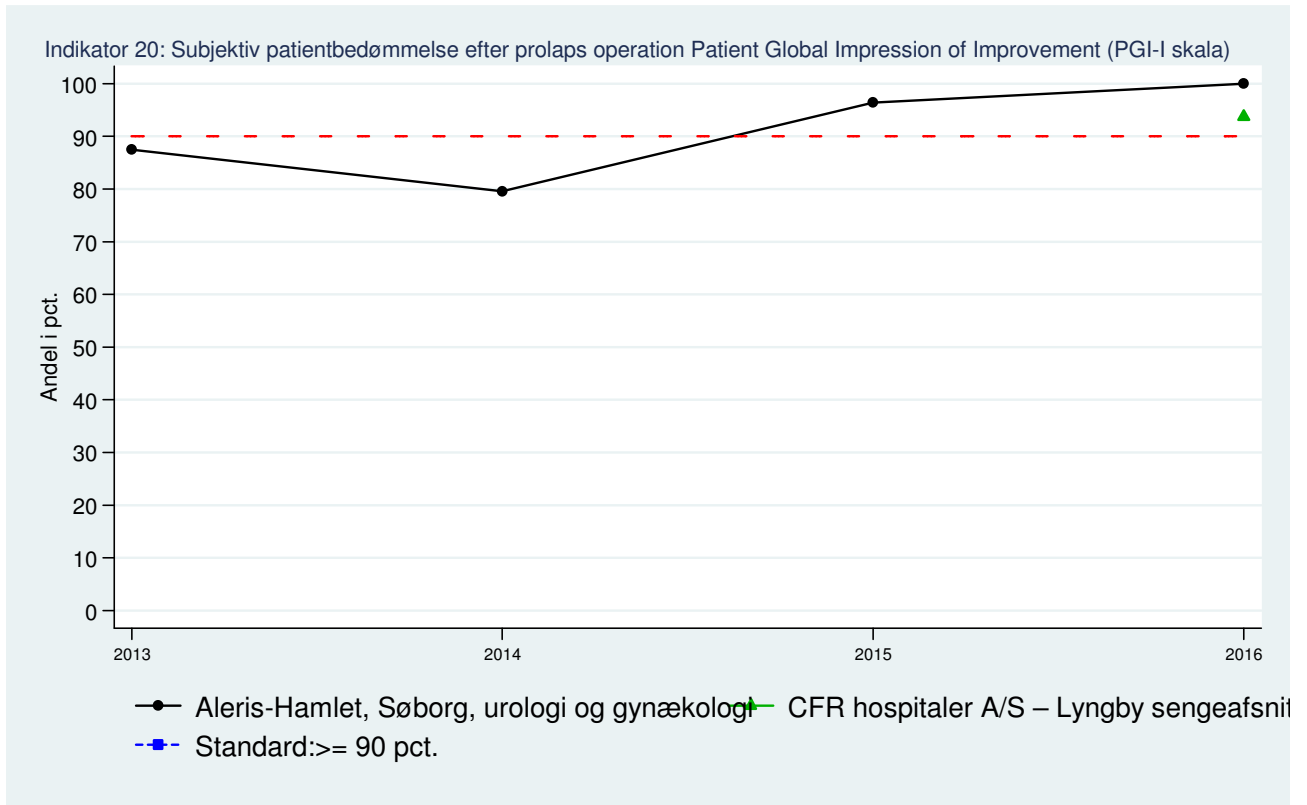
Appendiks 1



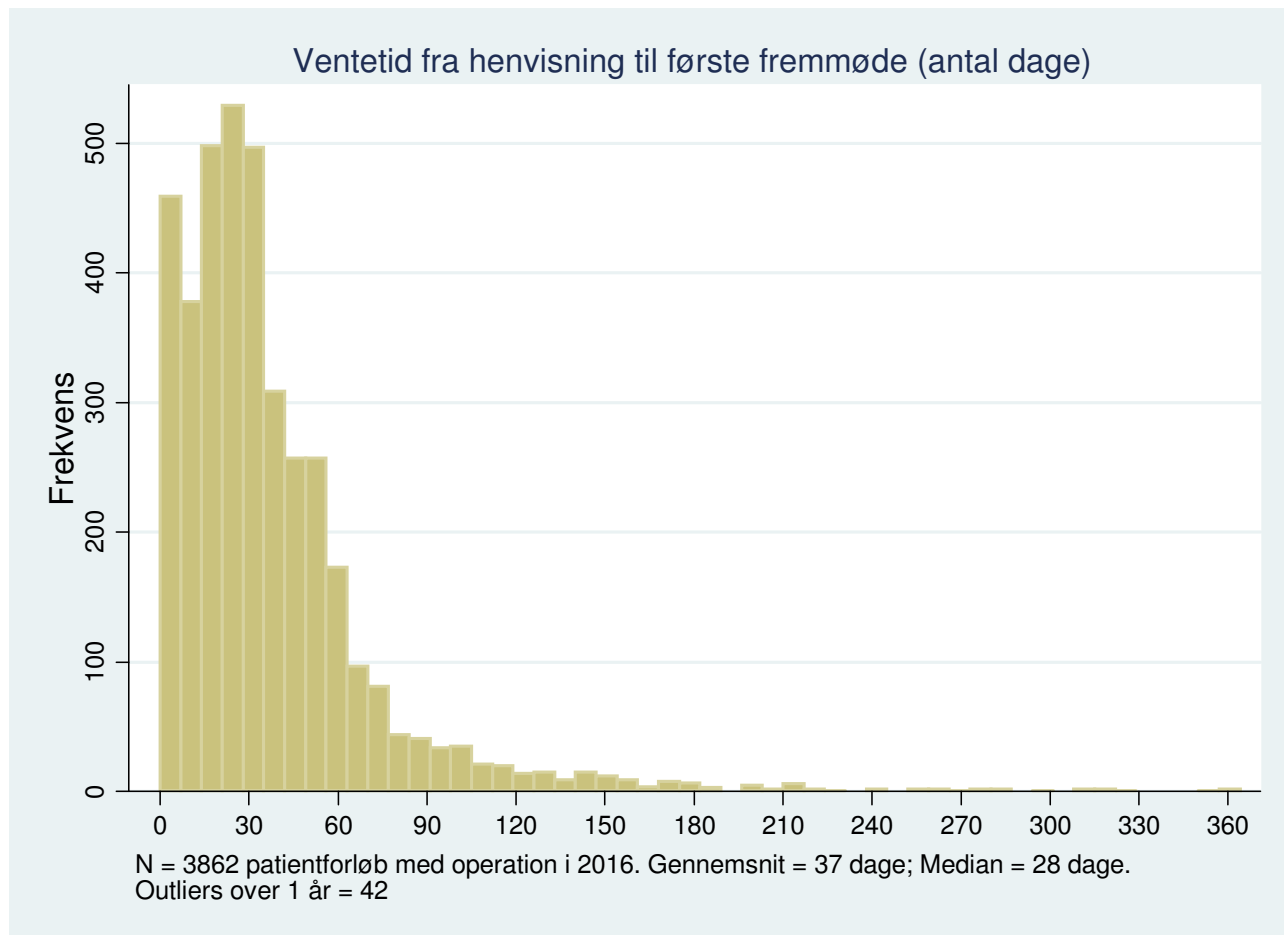
Appendiks 1



Appendiks 1



8. Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer



Figur B2– Fordeling af ventetid for patienter med operation i 2016

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B2

Hver søjle repræsenterer 7 dage, dvs. 1 uge.

Fordelingen af ventetider er "skewed to the right", hvilket blandt andet afspejles af, at den gennemsnitlige ventetid på 37 dage er højere end den mediane ventetid på 28 dage.

Antal patienter stiger op til den mediane ventetid på 28 dage hvorefter antallet falder jævnt. De fleste patienter venter højst 180 dage. Der ses dog en "hale" af ventetider, som er længere end 180 dage. For at give et mere detaljeret billede af de kortere ventetider er valgt kun at vise op til 1 års ventetid på x-aksen. 43 patienter har over 1 års ventetid (ikke vist i Figur B2).

Tabel B1– Supplerende analyse for indikator 3 (kun bulking)

Indikator 03	Std. ≥ 70% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016 Pct. (95% CI)	2015 Pct.	2014 Pct.	
Danmark	Nej	53 / 157	48 (23)	33,8 (26,4-41,7)	24,4	35,1	
Hovedstaden	Nej	9 / 30	0 (0)	30,0 (14,7-49,4)	24,3	21,7	
Sjælland	Nej	10 / 41	19 (32)	24,4 (12,4-40,3)	13,6	35,0	
Syddanmark	Nej	25 / 49	17 (26)	51,0 (36,3-65,6)	27,0	42,1	
Midtjylland	Nej	8 / 32	6 (16)	25,0 (11,5-43,4)	29,0	22,2	
Nordjylland	-	# / 5	5 (50)	20,0 (0,5-71,6)	-	40,0	
Hovedstaden	Nej	9 / 30	0 (0)	30,0 (14,7-49,4)	24,3	21,7	
Herlev Hospital	Nej	8 / 24	0 (0)	33,3 (15,6-55,3)	27,3	31,3	
Hospitalerne i Nordsjælland	-	# / 6	0 (0)	16,7 (0,4-64,1)	0,0	0,0	
Sjælland	Nej	10 / 41	19 (32)	24,4 (12,4-40,3)	13,6	35,0	
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	8 / 36	9 (20)	22,2 (10,1-39,2)	10,5	26,7	
ROS Gynækologisk Afd.	-	# / 5	10 (67)	40,0 (5,3-85,3)	33,3	60,0	
Syddanmark	Nej	25 / 49	17 (26)	51,0 (36,3-65,6)	27,0	42,1	
OOU Odense Universitetshospital	Nej	10 / 18	11 (38)	55,6 (30,8-78,5)	20,0	23,8	
Sydvestjysk Sygehus	Nej	15 / 31	6 (16)	48,4 (30,2-66,9)	29,6	51,4	
Sygehus Sønderjylland	-	- / -	-	-	-	100,0	
Midtjylland	Nej	8 / 32	6 (16)	25,0 (11,5-43,4)	29,0	22,2	
Hospitalsenhed Midt	Nej	4 / 23	4 (15)	17,4 (5,0-38,8)	18,2	100,0	
Århus Universitetshospital	-	4 / 9	2 (18)	44,4 (13,7-78,8)	55,6	12,5	
Nordjylland	-	# / 5	5 (50)	20,0 (0,5-71,6)	-	40,0	
Aalborg Sygehus	-	# / 5	5 (50)	20,0 (0,5-71,6)	-	40,0	

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i tæller eller nævner.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B1

Tabel B1 forekommer første gang i denne årsrapport, da indikator 3 tidligere har inkluderet bulking (SKS-koderne KKDV20 og KKDV22). Der ses væsentligt dårligere resultater end for indikator 3, og ingen af de 5 afdelinger med mindst 10 patientforløb opfylder denne supplerende indikator. Disse 5 afdelingers andele varierer fra 17,4 % til 55,6 %, altså væsentligt under indikator 3's standard på 70 %.

Tabel B2– Supplerende analyse for indikator 19 (kun bulking)

Indikator 19	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016	(95% CI)	2015	2014
				Pct.		Pct.	Pct.
Danmark	Nej	110 / 158	47 (23)	69,6	(61,8-76,7)	66,4	72,4
Hovedstaden	Nej	20 / 30	0 (0)	66,7	(47,2-82,7)	67,6	57,9
Sjælland	Nej	25 / 41	19 (32)	61,0	(44,5-75,8)	66,7	52,9
Syddanmark	Nej	40 / 49	17 (26)	81,6	(68,0-91,2)	65,8	82,1
Midtjylland	Nej	20 / 33	5 (13)	60,6	(42,1-77,1)	65,5	75,0
Nordjylland	-	5 / 5	5 (50)	100,0	(47,8-100,0)	-	80,0
Hovedstaden	Nej	20 / 30	0 (0)	66,7	(47,2-82,7)	67,6	57,9
Herlev Hospital	Nej	16 / 24	0 (0)	66,7	(44,7-84,4)	72,7	66,7
Hospitalerne i Nordsjælland	-	4 / 6	0 (0)	66,7	(22,3-95,7)	25,0	42,9
Sjælland	Nej	25 / 41	19 (32)	61,0	(44,5-75,8)	66,7	52,9
NFS Gynækologisk Afd.	Nej	20 / 36	9 (20)	55,6	(38,1-72,1)	68,4	46,7
ROS Gynækologisk Afd.	-	5 / 5	10 (67)	100,0	(47,8-100,0)	50,0	100,0
Syddanmark	Nej	40 / 49	17 (26)	81,6	(68,0-91,2)	65,8	82,1
OUH Odense Universitetshospital	Nej	14 / 18	11 (38)	77,8	(52,4-93,6)	72,7	70,0
Sydvestjysk Sygehus	Nej	26 / 31	6 (16)	83,9	(66,3-94,5)	63,0	88,6
Sygehus Sønderjylland	-	- / -	-	-	-	-	100,0
Midtjylland	Nej	20 / 33	5 (13)	60,6	(42,1-77,1)	65,5	75,0
Hospitalsenhed Midt	Nej	14 / 24	3 (11)	58,3	(36,6-77,9)	66,7	100,0
Århus Universitetshospital	-	6 / 9	2 (18)	66,7	(29,9-92,5)	62,5	71,4
Nordjylland	-	5 / 5	5 (50)	100,0	(47,8-100,0)	-	80,0
Aalborg Sygehus	-	5 / 5	5 (50)	100,0	(47,8-100,0)	-	80,0

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B2

Tabel B2 forekommer første gang i denne årsrapport, da indikator 19 tidligere har inkluderet bulking (SKS-koderne KKDV20 og KKDV22). Der ses væsentligt dårligere resultater end for indikator 19, og ingen af de 5 afdelinger med mindst 10 patientforløb opfylder denne supplerende indikator. Disse 5 afdelingers andele varierer fra 55,6 % til 83,9 %, altså noget under indikator 19's standard på 90 %.

9. Appendiks 3: Supplerende statistik

Table B3- Antal indberettede patientforløb for databasen i 2016, sammenlignet med 2015 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2015	2016	2015	2016	2015	2016	2015	2016
Hospitalerne i Nordsjælland	548	618	333	336	317	279	301	274
Herlev Hospital	484	315	514	609	545	518	574	500
Hvidovre Hospital	132	142	133	163	149	124	93	101
HOL Gynækologisk Afd.	135	128	124	121	128	141	76	107
NFS Gynækologisk Afd.	216	212	261	211	257	210	80	162
NAE Gynækologisk Afd.	101	128	114	146	117	148	#	#
ROS Gynækologisk Afd.	983	1078	513	372	585	562	500	533
Fredericia og Kolding Sygehuse	107	123	105	140	116	131	94	103
OUH Odense Universitetshospital	1857	664	656	639	686	643	363	434
Sydvestjysk Sygehus	197	131	37	20	229	190	193	155
Sygehus Sønderjylland, Haderslev	223	125	176	156	200	163	160	185
Hospitalsenheden Horsens	90	69	107	89	99	67	40	76
Regionshospitalet Herning	158	145	132	164	150	179	140	185
Regionshospitalet Randers	189	152	173	164	177	179	5	10
Hospitalsenhed Midt	10	12	228	218	238	212	0	0
Århus Universitetshospital, Afd. Y	416	506	516	554	475	552	159	146
Århus Universitetshospital, Afd. K	0	0	0	0	0	0	4	0
Aalborg Sygehus	842	945	465	532	363	377	281	346
Sygehus Thy - Mors	151	114	117	93	85	48	67	52
Sygehus Vendsyssel	195	167	159	201	169	186	29	56
Aleris Privathospitaler, Søborg	95	95	92	92	96	85	71	82
Aleris Privathospitaler, Aalborg	9	#	9	3	9	4	7	#
Privathospitalet Kollund	6	3	5	3	5	4	#	3
Privathospitalet Møn	14	31	18	28	30	30	25	19
CFR hospitaler A/S	#	17	#	18	0	19	0	13
Danmark	7160	5922	4988	5072	5225	5051	3266	3544

- 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).
 #: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B3

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 2017 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontrollata for opererede i 2015. 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 2015 og 2016. 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 Årsrapport 2015 et faldende antal henvisninger (17,3 % fald) og operationer (3,3 % fald), mens der er stigninger for forundersøgelser (1,7 % stigning) og efterkontrollskemaer (8,5 % stigning).

Antal registrerede operationer (ud fra LPR og/eller DugaBase som gold standard) for inkontinens er steget fra 1230 i Årsrapport 2015 til 1247 i denne årsrapport (Tabel 15), dvs. det stort set er uændret. Antal registrerede operationer (ud fra LPR og/eller DugaBase som gold standard) for prolaps er faldet fra 4117 i Årsrapport 2015 til 3952 i denne årsrapport (Tabel 16), dvs. et fald på 4,0 %. Samlet er der således ud fra LPR og/eller DugaBase som gold standard et fald på 2,8 %, hvilket stort set er det samme som faldet i 3,3 % for udfyldte operationsskemaer.

Tabel B4 – Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2015

Afdeling ^a	Antal (pct.) + Patientskema kontrol		Antal (pct.) ÷ Patientskema kontrol		Antal operationer
	+ Læge EU	÷ Læge EU	+ Læge EU	÷ Læge EU	I alt
Herlev Hospital	392 (72,5)	0 (0,0)	137 (25,3)	12 (2,2)	541
Hospitalerne i Nordsjælland	183 (58,8)	14 (4,5)	104 (33,4)	10 (3,2)	311
Hvidovre Hospital	58 (39,2)	25 (16,9)	32 (21,6)	33 (22,3)	148
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	38 (29,7)	3 (2,3)	61 (47,7)	26 (20,3)	128
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	45 (16,5)	77 (28,2)	53 (19,4)	98 (35,9)	273
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	#	65 (53,3)	0 (0,0)	55 (45,1)	122
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	286 (57,0)	#	181 (36,1)	33 (6,6)	502
Fredericia og Kolding Sygehuse	59 (51,3)	#	45 (39,1)	9 (7,8)	115
OUH Odense Universitetshospital	233 (34,6)	155 (23,0)	132 (19,6)	153 (22,7)	673
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	117 (51,5)	4 (1,8)	66 (29,1)	40 (17,6)	227
Sygehus Sønderjylland	111 (56,1)	#	69 (34,8)	17 (8,6)	198
Regionshospitalet Herning	91 (60,7)	3 (2,0)	52 (34,7)	4 (2,7)	150
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	30 (30,3)	29 (29,3)	32 (32,3)	8 (8,1)	99
Regionshospitalet Randers	#	108 (58,7)	3 (1,6)	71 (38,6)	184
Århus Universitetshospital, afd. Y	88 (18,6)	114 (24,2)	60 (12,7)	210 (44,5)	472
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	181 (50,6)	24 (6,7)	110 (30,7)	43 (12,0)	358
Sygehus Thy - Mors	49 (54,4)	#	32 (35,6)	8 (8,9)	90
Sygehus Vendsyssel	25 (14,4)	87 (50,0)	13 (7,5)	49 (28,2)	174
Aleris-Hamlet, Søborg	54 (55,1)	0 (0,0)	29 (29,6)	15 (15,3)	98
Aleris-Hamlet, Aalborg	7 (58,3)	0 (0,0)	0 (0,0)	5 (41,7)	12
Privathospitalet Kollund	0 (0,0)	0 (0,0)	#	3 (60,0)	5
Privathospitalet Møn	18 (51,4)	3 (8,6)	4 (11,4)	10 (28,6)	35
Danmark	2069 (42,1)	717 (14,6)	1217 (24,8)	912 (18,6)	4915

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2015 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 2015 er medtaget i tabellen.

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B4

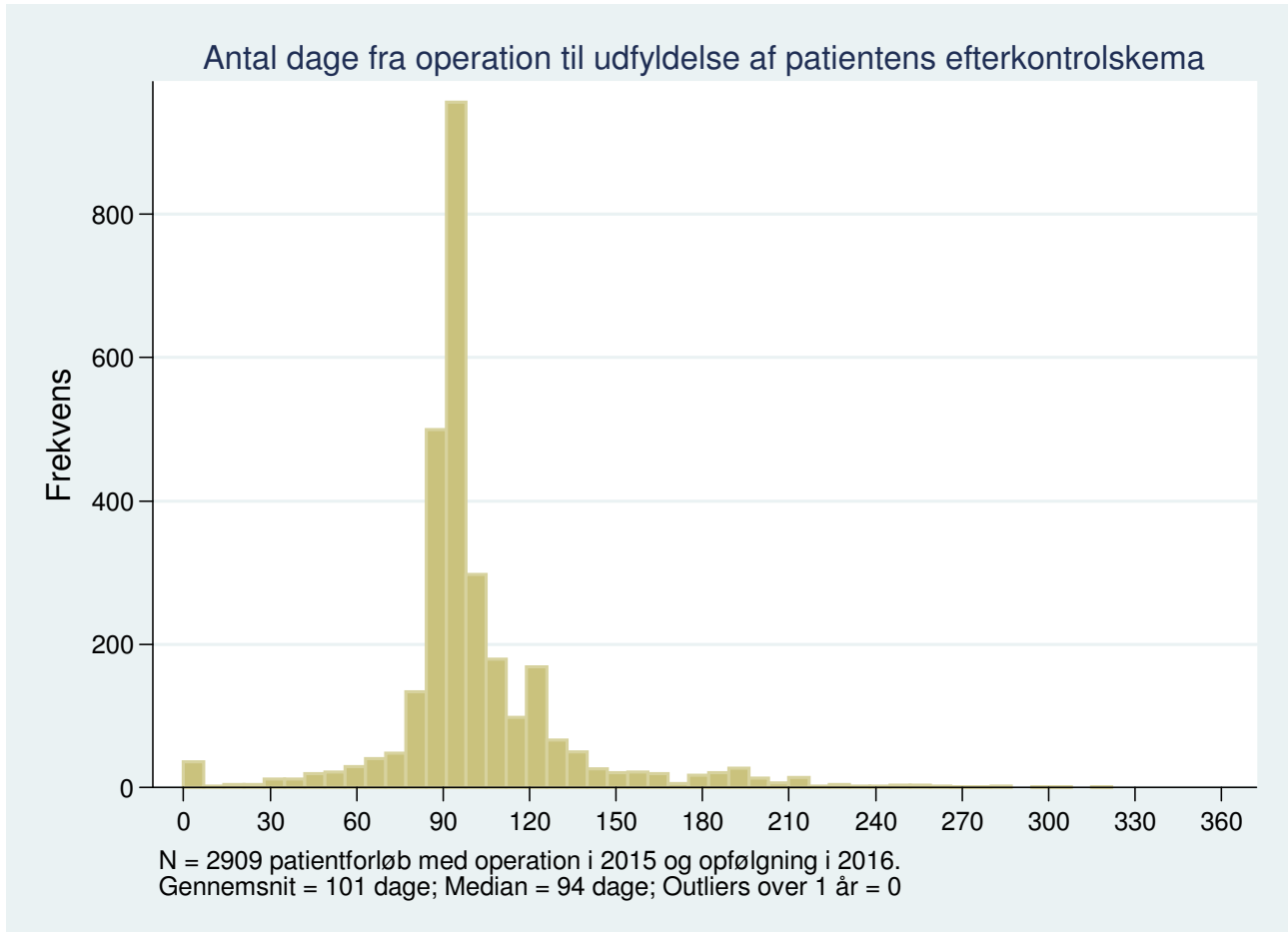
Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur B3 og Figur B4, se forneden) vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2015 være registreret i Tabel B4.

På landsplan havde 41,1 % af forløbene både patientens og lægens efterkontrolskema, 14,6 % havde kun patientens efterkontrolskema, 24,8 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 18,6 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema.

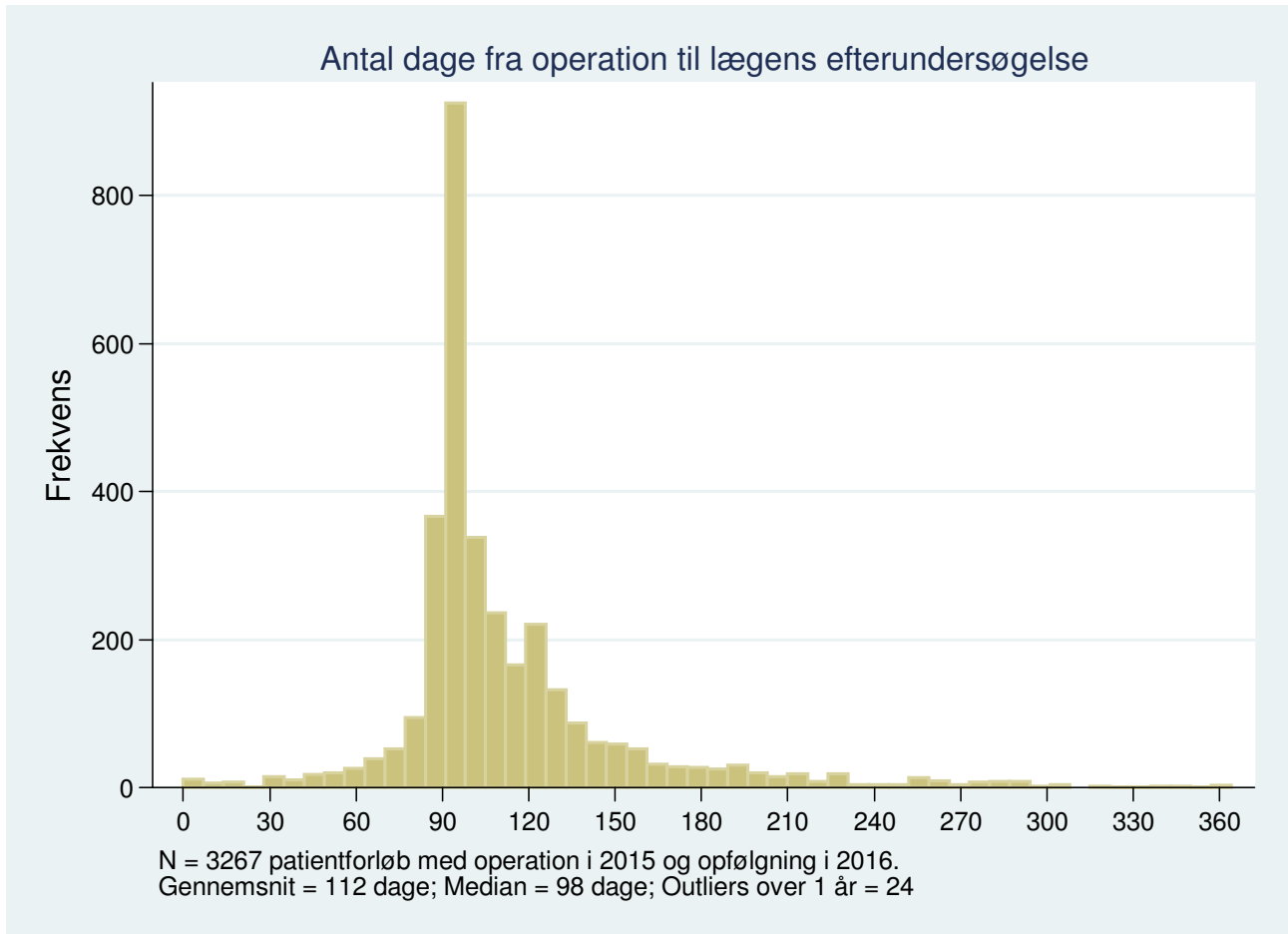
Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, blandt afdelinger med mindst 10 patientforløb varierende fra 1 % til 73 % for operationer hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende fra 2 % til 45 % for operationer hvor hverken patient- eller lægeskema er udfyldt. Procenterne er generelt lavere for de diskordante kombinationer af disse ("patientskema udfyldt/lægeskema ikke udfyldt" eller "patientskema ikke udfyldt/lægeskema udfyldt"). Ligeledes er der stor variation blandt afdelinger for udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt samt for manglende patientskemaer hvor lægeskemaet er udfyldt.

Denne heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfulde fortolkninger af indikatorer. 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 B3 - Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2015



Figur B4 - Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, for patienter med operation i 2015

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B3 og Figur B4:

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens eller lægens efterkontrollskema. De fleste patienter følges op efter 60-210 dage, med højeste frekvens i 90-140 dages perioden. Meget få patienter har over 1 års opfølgningstid, hvilket også var tilfældet i Årsrapport 2015 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2015.

Tabel B5- Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2007-2016 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Patientens forundersøgelseskema udfyldt:	År	Antal forløb	Antal forløb (%)	Alder på henvisningstidspunkt			
				Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2007	2690	100.0	58.5	60	16	96
	2008	3192	100.0	59.4	61	19	97
	2009	4049	100.0	59.3	61	16	98
	2010	4836	100.0	59.1	61	16	95
	2011	4960	100.0	59.6	61	18	98
	2012	4384	100.0	59.9	61	19	96
	2013	5452	100.0	59.9	61	19	99
	2014	5095	100.0	60.6	62	17	108
	2015	4678	100.0	60.5	62	14	96
	2016	3678	100.0	60.4	62	19	95
Patientforløb kun med registrering af prolapsymptomer	2007	651	24.2	60.2	61	21	91
	2008	726	22.7	61.9	63	27	95
	2009	1035	25.6	62.2	63	22	91
	2010	1152	23.8	61.9	64	24	92
	2011	1271	25.6	62.3	64	26	98
	2012	1216	27.7	62.4	64	19	96
	2013	1399	25.7	62.0	64	24	94
	2014	1358	26.7	62.3	64	21	96
	2015	1160	24.8	63.0	65	26	93
	2016	1083	29.4	62.3	64	25	93
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2007	1068	39.7	56.3	56	20	96
	2008	1212	38.0	56.8	57	19	97
	2009	1460	36.1	56.5	56	16	94
	2010	1729	35.8	56.0	55	16	95
	2011	1666	33.6	55.9	54	18	95
	2012	1333	30.4	56.2	55	23	94
	2013	1571	28.8	56.5	55	20	97
	2014	1454	28.5	57.3	56	17	108
	2015	1378	29.5	56.4	55	14	96
	2016	923	25.1	55.1	52	19	95
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2007	849	31.6	60.7	61	24	95
	2008	1146	35.9	60.8	63	22	93
	2009	1400	34.6	60.3	62	19	98
	2010	1738	35.9	60.7	63	19	93
	2011	1844	37.2	61.4	63	22	95
	2012	1696	38.7	61.3	63	19	92
	2013	2260	41.5	61.2	63	24	99
	2014	2057	40.4	62.2	64	23	95
	2015	1937	41.4	62.1	64	19	94
	2016	1568	42.6	62.4	64	26	95
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2007	122	04.5	52.8	56.5	16	91
	2008	108	03.4	57.0	62	26	90
	2009	154	03.8	56.2	57	21	86
	2010	217	04.5	56.0	57	19	88
	2011	179	03.6	56.9	61	18	87
	2012	139	03.2	56.0	57	22	85
	2013	222	04.1	56.2	58	19	84
	2014	226	04.4	58.1	62	18	91
	2015	203	04.3	58.4	61	15	90
	2016	104	02.8	57.4	57.5	19	88

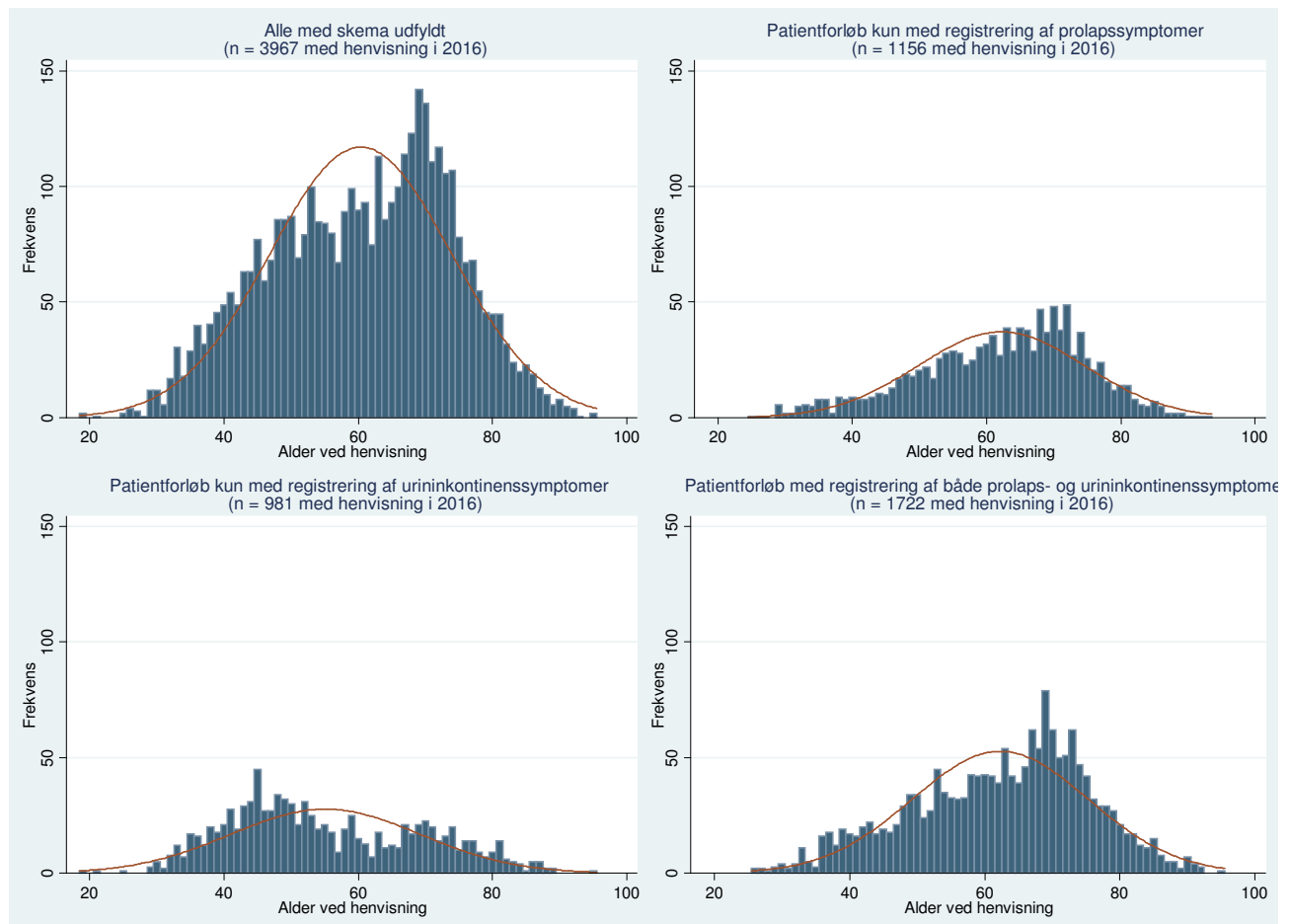
Anm, De fire nederste kategorier er gensidigt udelukkende og summerer således, at det svarer til kategorien *Alle med skema udfyldt*

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B5:

Fra 2007 til 2013 har der generelt været et stigende antal udfyldte patient forundersøgelsesskemaer, men dette antal er faldet i 2014, og videre i 2015 og 2016. Dette gælder uanset om skemaerne omfatter urininkontinens, prolaps eller urininkontinens/prolaps.

Patienter kun med registrering af prolapsymptomer samt med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer er 5-6 år ældre end patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer. Udover dette er der ingen betydende afvigelser i medianalder eller gennemsnitlig alder, hverken mellem patientgrupperne eller år. I alle årene er der et bredt aldersspektrum (fra 14 til 108 år på henvisningstidspunktet).

For 2015 viser vi aldersfordelingen i et histogram:



Figur B5 - Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2016 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer Figur B5:

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

Tabel B6- Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2016 (N = 6902)

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					UI	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2381	34.50	34.50		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1275	18.47	52.97		X
KLEG10	Vaginal uretrocytostopeksi med slynge	575	8.33	61.30	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	412	5.97	67.27		X
KLDC10	Resektion af livmoderhals	397	5.75	73.02		X
KLEG10A	Vaginal uretrocytostopeksi m. slynge genn. foramen obturatum	382	5.53	78.56	X	
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	271	3.93	82.48		X
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	250	3.62	86.11		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	205	2.97	89.08	X	
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	119	1.72	90.80		X
KLFE20	Sutur af perineum	116	1.68	92.48		
KUKC02	Cystoskopi	89	1.29	93.77		
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	71	1.03	94.80		X
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterektomi med meche	52	0.75	95.55		X
KLFE10	Vulvoplastik	47	0.68	96.23		
KLEF10	Kolpoperineoplastik	41	0.59	96.83		X
KLEF00B	Manchesteroperation	38	0.55	97.38		X
KLEF23	Komplet kolpoplekse	28	0.41	97.78		X
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	27	0.39	98.17		X
KLFE00	Sutur af vulva	23	0.33	98.51		
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	20	0.29	98.80		X
KLEE00	Sutur af vagina	17	0.25	99.04		
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	16	0.23	99.28		
KZXX00	anvendelse af robot	10	0.14	99.42		
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	9	0.13	99.55		X
KLCG20	Hysteropeksi	9	0.13	99.68		
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	5	0.07	99.75		X
KKDG30	Abdominal uretrocytostopeksi med slynge	4	0.06	99.81	X	
KLFE10A	Fenton-plastik	4	0.06	99.87		
KUKD02	Uretroskopi	#	#	#		
KLEF20	Partiel kolpoplekse	#	#	#		
KKCV05	Transluminal injektion i blærevæg	#	#	#		
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	#	#	#	X	
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	#	#	#		X
KLEF41A	Laparoskopisk operation for enterocele med meche	#	#	#		X
KLDC13	Excision af livmoderhals	#	#	#		

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2016: 4822. Antal operative indgreb i 2015: 6902.

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

#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B6:

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

Blandt de 6902 operative indgreb er der 337 (4,9 %, hvilket er 0,3 procentpoints mindre end i Årsrapport 2015) 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, jf. Tabel B7:

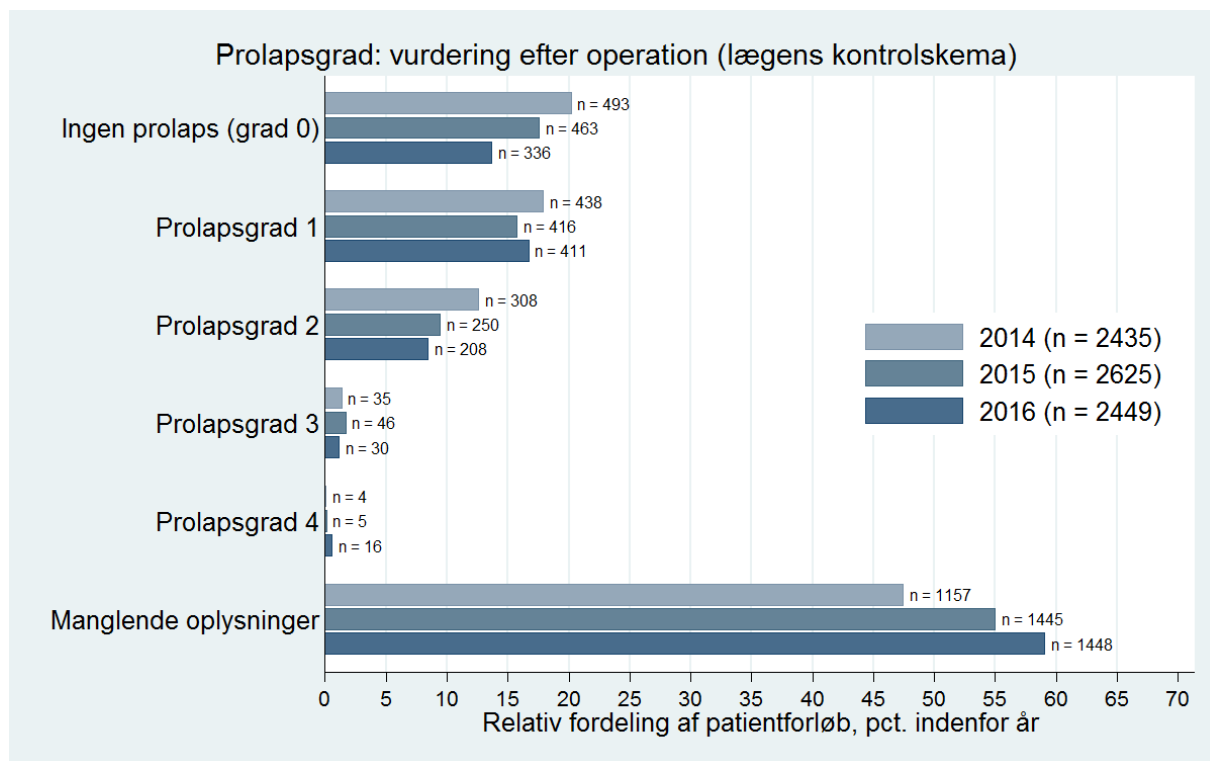
Tabel B7 - Antal patientforløb med operationsdato i 2015-2016, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2015			2016		
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1146	22.7	22.7	1152	23.9	23.9
Prolapsindgreb ifm. operation	3890	77.0	99.7	3655	75.8	99.7
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	13	0.3	100.0	15	0.3	100.0
Antal patientforløb med operation, i alt	5049	100.0		4822	100.0	

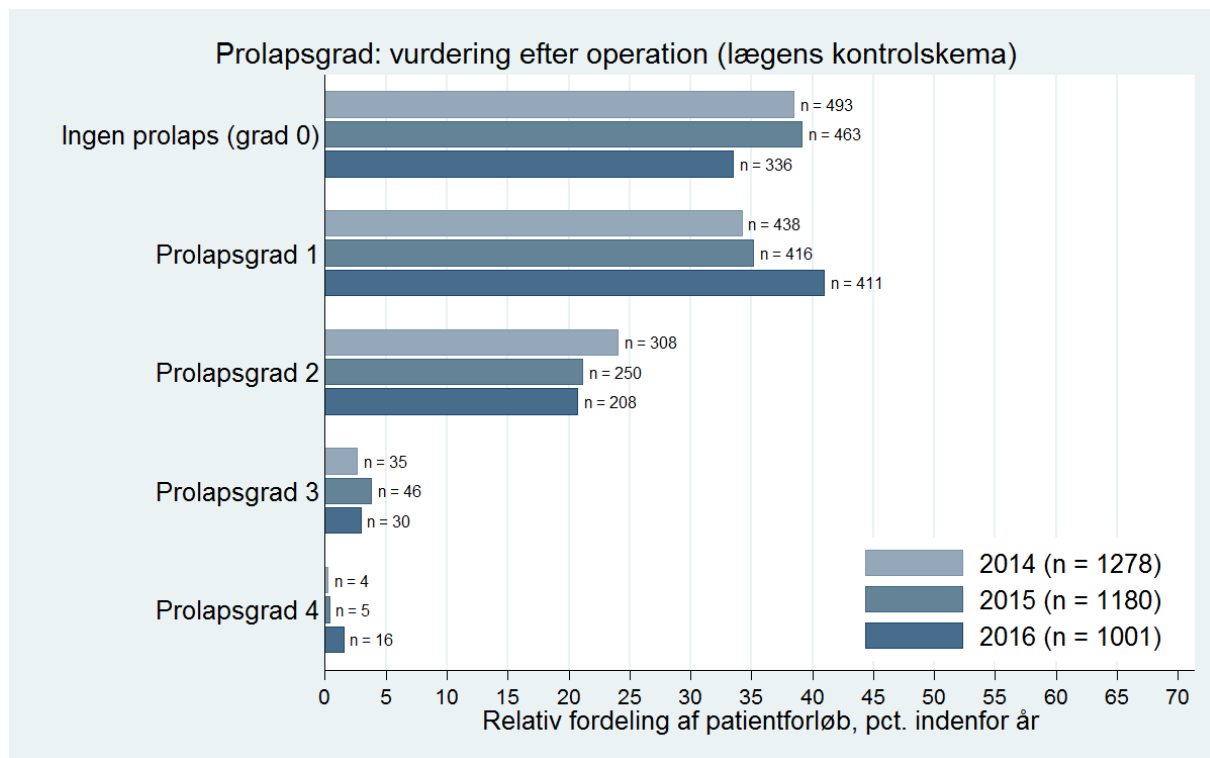
Anm. Operationstype-kategorier er gensidigt udelukkende, idet kategorierne Urininkontinens-, Prolaps- samt Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang i forhold til gruppen Andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B7:

Af datatekniske hensyn er kategorierne "Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)" samt "Uoplyst" udelukket af Tabel B7. Disse 2 kategorier har i de foregående år udgjort ca. 2 % af alle indgrebstyper. Blandt de øvrige operationer ses både inkontinens- og prolapsindgreb i forbindelse med samme operation næsten ikke.



Figur B6 - Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2014-2016



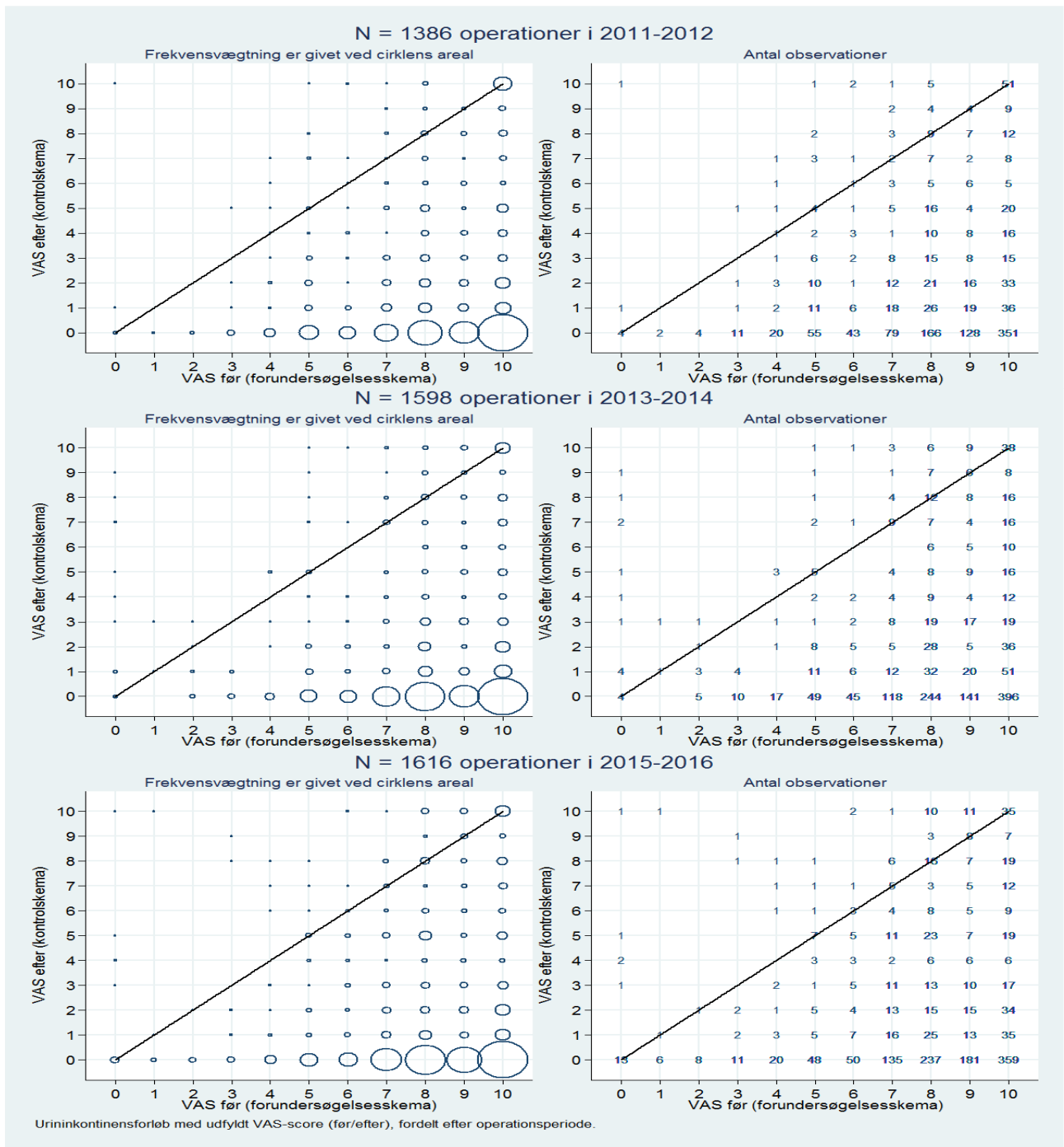
Figur B7 - Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2014-2016

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B6 og Figur B7:

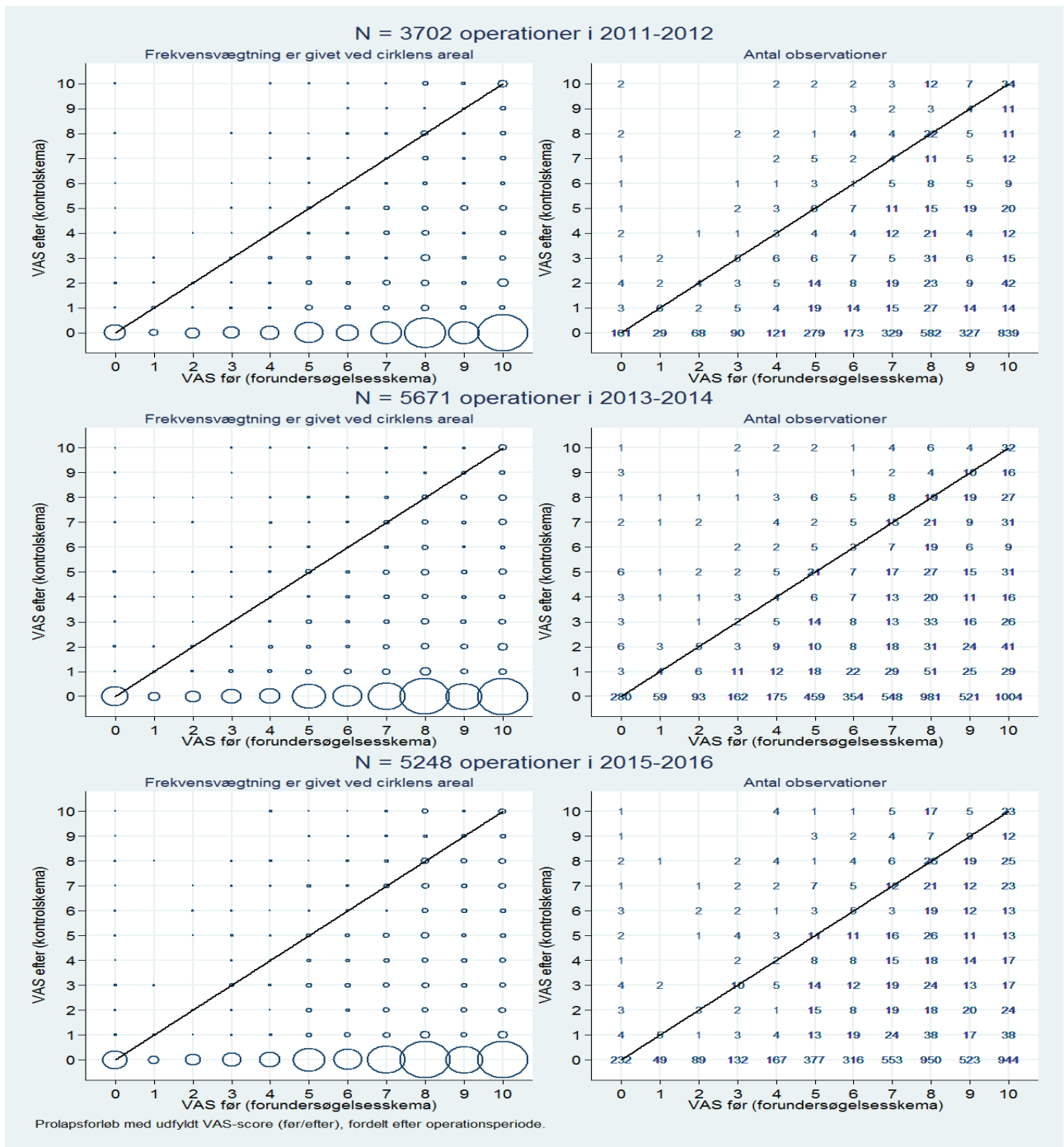
Figur B6 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2014, 2015 og 2016 var hhv. 47,5 %, 55,0 % og 59,1 %, dvs. en stigende andel af manglende oplysninger. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som indgik i den nu annullerede indikator 6) var i 2014, 2015 og 2016 hhv. 38,2 %, 33,5 % og 30,5 %, dvs. en faldende andel (χ^2 trend test, $p < 10^{-5}$). Grundet den høje andel med manglende oplysning er det svært at vurdere disse tal. I Figur B7 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur B7 viser, at andelen af prolapsgrad ≤ 1 i 2014, 2015 og 2016 var hhv. 72,8 %, 74,5 % og 74,6 %. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p = 0,54$).

Konklusionerne for andelen med prolapsgrad ≤ 1 afhænger således af om forløb med manglende oplysninger er inkluderet eller ej, hvilket kan indikere, at patienter med manglende oplysninger har udgjort en selekteret andel af patientgruppen for hvilken lægens skema efter operationen er udfyldt. Dette er i som i Årsrapport 2015 (se denne).



Figur B8 - Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)



Figur B9 - Prolaps: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)

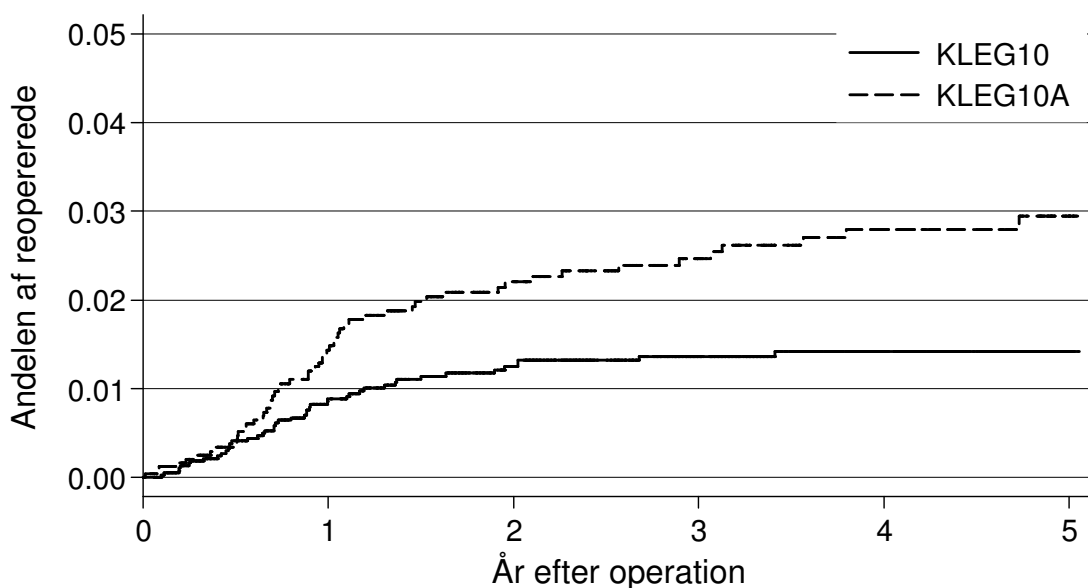
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B8 og Figur B9:

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 B9) end af urininkontinensoperationer (Figur B8). 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.

Recidivoperationer efter KLEG10A og KLEG10, 2010-2016



Number at risk	0	1	2	3	4	5
KLEG10:	3809	3233	2673	2065	1415	762
KLEG10A:	2434	2046	1655	1308	956	510

Figur B10 - Andelen af recidivoperationer efter førstegangs operation med retropubisk slynge (SKS-kode KLEG10) eller transobturator slynge (SKS-kode KLEG10A) i 2010-2016

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B10:

I de første 6 måneder efter den primære operation med midt-urethral slynge (retropubisk slynge [SKS-kode KLEG10] eller transobturator slynge [SKS-kode KLEG10A]) er der ingen forskel i reoperationsraten mellem disse to operationstyper. Derefter begynder reoperationsraten at deviere mellem retropubisk slynge og transobturator slynge, idet flere patienter med en primær transobturator slynge-operation reopereres end patienter med en primær retropubisk slynge-operation. Efter 5 år er ca. 3,0 % af de primære transobturator slynge-operationspatienter reopereret, i modsætning til kun ca. 1,4 % af de primære retropubisk slynge-operationspatienter. Denne forskel er statistisk signifikant (log-rank test, $p = 0.0006$). I en Cox regressionsanalyse beregnedes en hazard ratio (95 % konfidensinterval) på 2,0 (1,3-2,9).

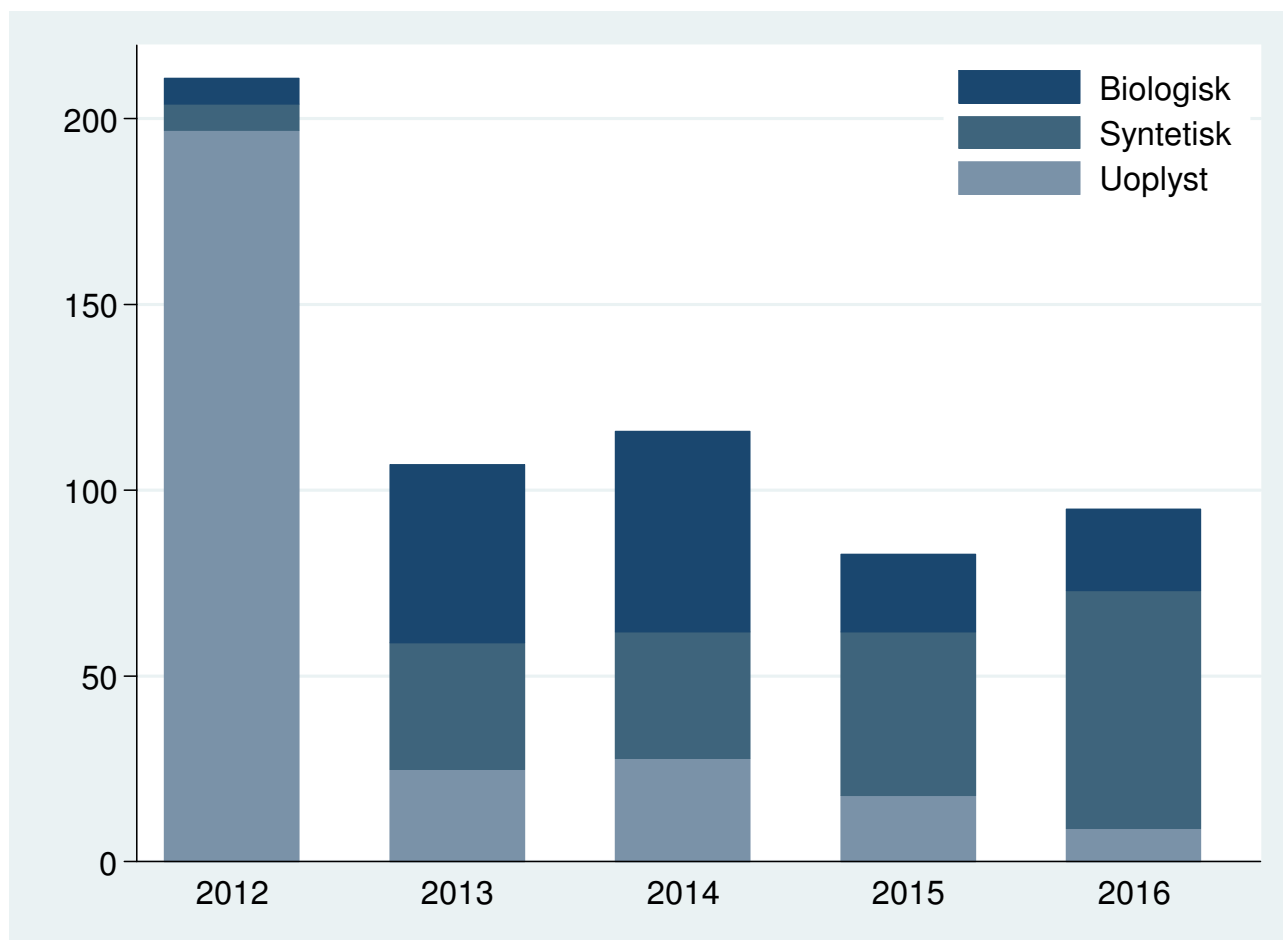
Styregruppens kommentarer til Figur B10:

Styregruppen har valgt at lave denne analyse fordi den supplerer eksisterende tal vedrørende forskelle i recidiv operationsrater for de to typer slynge operationer. Ved læsning af tallene er det vigtigt at være opmærksom på, at der udelukkende ses på midt-urethral slyngeoperationer. En del patienter med recidiv af behandlingsbehov efter en midt-urethral slyngeoperation vil blive behandlet med Bulking, og dette fremgår ikke af denne analyse. Ligeledes er det vigtigt at være opmærksom på, at hvor koden KLEG10 næsten udelukkende dækker over TVT operationer, så indeholder koden KLEG10A flere forskellige typer transobturator slynger så som TVT-O og TOT.

En Cochrane analyse publiceret i 2015 viser, at den relative risiko for recidiv operation ved langtids follow-up (>5 år) er 8,79 (3,36- 23,00). Det poolede patientmateriale i denne opgørelse er 344 primære transobturator slynger og 351 primære retropubiske slynger.

Vi kan her præsentere et datamateriale som nærmer sig den 10 dobbelte størrelse. Tallene er i sagens natur registerdata og kan ikke direkte sammenlignes med ovenstående. Tendenserne er dog ens og vores data viser, at der generelt er færre som recidivopereres end i ovennævnte undersøgelser.

Et dansk registerstudie baseret på LPR data fra 1998-2007 (Am J Obstet Gynecol 2016;214:263.e1-8) indeholder recidivoperationsrater for flere operationstyper. Tallene for retropubiske / transobturator slynger viser samme tendens.



Figur B11 - Antal prolapsoperationer med mesh, 2011-2015, samt fordelingen af mesh-typer

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B11:

I 2012 begyndte man så småt at registrere mesh-typer i DugaBase, men dette blev først effektivt implementeret i 2013.

Antal prolapsoperationer med mesh var over 200 i 2012 (også i 2011, data ikke vist her, men kan ses af Årsrapport 2015). I 2013 og 2014 var antallet halveret, i 2015 sås en yderligere reduktion, mens der er sket en lille stigning i 2016.

Beklageligvis er der i tidligere årsrapporter, hvor denne figur vises, ombyttet mellem biologiske og syntetiske mesh-typer. Ovenstående figur viser de korrekte forhold for alle årene 2012-2016.

Fordelingen mellem syntetiske og biologiske typer var nogenlunde den samme i 2013 og 2014, mens der i 2015 og 2016 var forholdsvis flere syntetiske typer. Derudover var der både i 2015 og 2016 – sammenlignet med forudgående år (især 2012) - også en mindre andel af uoplyste typer.

Styregruppens kommentarer til Figur B11:

Styregruppen bemærker den halvering i brugen af implantater ved prolapsoperationer som skete efter 2012, hvor der dels var en del faglig debat, dels offentlig debat og dels var indført restriktioner på hvilke afdelinger som måtte bruge implantater via den netop indførte speciale planlægning. Tilsyneladende har antallet af operationer med anvendelse af implantat stabiliseret sig til omkring 100 årligt. Endvidere bemærkes at antallet af syntetiske implantater er stigende gennem de sidste 2 år, hvor biologiske implantater er faldende. De syntetiske implantater bruges helt overvejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og KLEF53A Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh a.m. "Uphold".

10. Appendiks 4: Indikatordefinitioner

Senest opdateret 18. maj 2017 af Kim O. Gradel

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>2. Ventetid 30 dage</p> <p>Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første fremmøde på afdelingen bør være højst 30 dage.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med operationsdato i perioden skal man kunne beregne perioden mellem dato for henvisning og dato for første fremmøde på afdelingen.</p>	<p>Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første fremmøde på afdelingen. Dato for første fremmøde på afdelingen skal ligge på eller efter henvisningsdato og operationsdato skal ligge på eller efter dato for første fremmøde på afdelingen.</p> <p>Felter: henvisningsdato samt dato for første fremmøde på afdelingen findes i den første administrative registrering, og operationsdato findes i lægeskema (operation).</p>	<p>Antal patientforløb med mindre end ≤ 30 dage mellem dato for henvisning og dato for første fremmøde på afdelingen.</p>	<p>Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første fremmøde på afdelingen.</p> <p>Forløb hvor dato for første fremmøde på afdelingen ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før dato for første fremmøde på afdelingen</p>
<p>BEMÆRKNING: Indikator 2 er gældende fra og med januar 2016, hvor den afløser indikator 1.</p>			

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>3. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes</p> <p>Subjektiv patient bedømmelse af succes efter midturedslyng operation for urininkontinens.</p> <p>Standard: $\geq 70\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej).</p> <p>Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelseskema.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation</p> <p>Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt (ja/nej).</p> <p>Rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?) findes i patientens efterundersøgelseskema.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden:</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens.</p> <p>Standard: ≥ 95% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opfølgelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs inkontinensoperation med slynge, indenfor 2 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens.</p> <p>Standard: ≥ 90% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opfølgelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs inkontinensoperation med slynge, indenfor 5 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation.</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende): KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 95% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke 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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke 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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>15 Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 95% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>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</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke 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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>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</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>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</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke 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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>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</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 95% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke 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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.</p> <p>Standard: ≥ 90% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke 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).</p> <p>Kirurgikoder (blot én af følgende):</p> <p>Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>19. Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Urininkontinens patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelseskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opfølgelsesperioden:</p> <p>KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96, KLEX3G.</p>	<p>Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelseskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".</p>	<p>Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelseskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>20. Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Prolaps patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelseskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget prolaps-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden:</p> <p>KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal prolaps patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelseskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".</p>	<p>Prolaps patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelseskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelseskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelseskema.</p>

11. 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 via linket

<http://www.rkkp.dk/forskning/>

Ansøgningseskema (som Word-fil) findes også via dette link.

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 2013, 24(6), 983-990.

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 2013, 24(7), 1127-1134.

2015

Haya N, Baessler K, Christmann-Schmid C, de Tayrac R, Dietz V, Guldborg R, Mascarenhas T, Nussler E, Ballard E, Ankardal M, Boudemaghe T, Wu JM, Maher CF. Prolapse and continence surgery in countries of the Organization for Economic Cooperation and Development in 2012. Am J Obstet Gynecol 2015, 212(6): 755.e1-755.e27.

Guldborg R. Clinical epidemiological studies of women undergoing surgery for urogynaecological disorders. Dan Med J 2015, 62(10): B5154

2016

Larsen MD, Lose G, Guldborg R, Gradel KO. Discrepancies between patient-reported outcome measures when assessing urinary incontinence or pelvic- prolapse surgery. Int Urogynecol J 2016;27(4):537-543.

Hansen UD, Gradel KO, Larsen, MD. Danish Urogynaecological Database. Clin Epidemiol 2016, Oct 25;8:709-712

2017

Hansen, M.F., Lose, G., Kesmodel, U.S. et al. A national population-based cohort study of urethral injection therapy for female stress and mixed urinary incontinence: the Danish Urogynaecological Database, 2007–2011 Int Urogynecol J (2017). doi:10.1007/s00192-017-3265-z

Afhandlinger der udgår fra DugaBase

Guldberg R: Clinical epidemiological studies in women undergoing surgery for urogynaecological disorders. PhD Thesis, Center of Clinical Epidemiology, Odense University Hospital, and Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, 2013.

Hansen MF: Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. PhD Thesis, Center of Clinical Epidemiology, Odense University Hospital, and Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, 2016.

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

Ansøgnings-tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institu-tion	E-mail	Titel	Rapporteret
Oktober 2008	Styregrup-pemøde 27/1 2009	Rikke Guld-berg	OUH	Rik-ke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk	Operation for urininkonti-nens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på syge-fravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet	Guldberg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgård BM, Kesmodel US. The Danish Urogynae-cological Database: establishment, completeness and validity. Int Urogynecol J 2013, 24(6), 983-990. Guldberg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgaard BM. Patient reported out-come measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J 2013, 24(7), 1127-1134. Guldberg R: Clinical epidemiological studies in women undergoing surgery for urogynae-cological disorders. PhD Thesis, Center of Clinical Epidemiology, Odense University Hospital, and Faculty of Health Sciences, University of Southern Denmark, 2013.
Januar 2009	Styregrup-pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødre-klubben, Odense & Sønder-borg Syge-hus	raaberg@dadlnet.dk	Symptomer og fund hos urogynækologiske patien-ter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.	Poster nr 905 ICS 2011
Marts 2010	Styregrup-pemøde 15/3 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	marianne.8sen@dadlnet.dk	Effekten af KLEF03 +/- KLFE20 i forhold til inkonti-nens for urin	Adspurgt d. 14.6.2016
Januar 2012	Styregrup-pemøde 9/5 2012	Rikke Guld-berg Ulla Darling Hansen	OUH	Rik-ke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk Ul-la.Darling.Hansen@rsyd.dk	Brug af implantater ved urogynækologiske operati-oner i Danmark – prolaps (udleveret okt. 2012)	Oral Poster, IUGA 2013 Abstract 128, Int Urogynecol J (2013) 24 (Suppl 1):S1–S152
Januar 2012	Styregrup-pemøde 9/5 2012	Rikke Guld-berg Ulla Darling Hansen	OUH	Rik-ke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk Ul-la.Darling.Hansen@rsyd.dk	Brug af implantater ved urogynækologiske operati-oner i Danmark – urin-in-kontinens (udleveret aug. 2013)	NFOG kongres, juni 2014: Use of mid-urethral sling materials and bulking agents in female anti-incontinence surgeries in Den-mark, 2010-2011.

Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guld- berg	OUH	Rikke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk	Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)	Oplysning brug til guideline arbejde
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	mfoss@health.sdu.dk	Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder	Hansen, M.F., Lose, G., Kesmodel, U.S. et al. A national population-based cohort study of urethral injection therapy for female stress and mixed urinary incontinence: the Danish Urogynaecological Database, 2007–2011 Int Urogynecol J (2017). doi:10.1007/s00192-017-3265-z
August 2013	Styregrup- pemøde 2/9 2013	Chris Maher/Nir Haya/Rikke Guldberg	University of Queensland, Brisbane og OUH	Rikke.guldberg.soerensen@rsyd.dk	Worldwide urogynaecological surgery (Udtræk sept. 2013)	Haya N, Baessler K, Christmann-Schmid C, et al. Prolapse and continence surgery in countries of the Organization for Economic Cooperation and Development in 2012. Am J Obstet Gynecol. 2015;212(6):755.e1-e755.e27. doi:10.1016/j.ajog.2015.02.017. Under udarbejdelse.
September 2015	September 2015	Rikke Guldberg m.fl	OUH	Rikke.Guldberg.Soerensen@rsyd.dk	Peri-Operative complications and patient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark	
November 2015	December 2015	Cecilie Krogs- trup	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling Herlev & Gentofte Hospital	caecilie.krogsgaard.tolstrup@regionh.dk	”Manchesteroperation versus vaginal hysterectomi i behandlingen af uterusprolaps”.	Oral presentation, NUGA 27.4.2017 Reykjavik
December 2016	December 2016	Michael Due Larsen, ph.d., cand. Pharm	OUH og Center for klinisk Epidemiologi	michael.due.larsen@rsyd.dk	Perioperative complications following urogynaecological surgery (Senkomplikationer efter urogynækologiske operationer)	
Oktober 2016	December 2016	Aiste Ugianskiene, MD,	Department of Obstetrics and Gy-	nikj@rn.dk (Niels Kjær-gaard)	Postoperative urinary incontinence after pelvic prolapse surgery	

			naecology, Aalborg University Hospital (AAUH).			
Oktober 2016	Januar 2017	Dorte Teil- mann- Jørgensen, MD	OUH	dorte.teilmann- jorgensen@rsyd.dk	Cystocele re-operation rates dependent on apical support	Oral presentation, NUGA 27.4.2017 Reykja- vik

12. Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater

De følgende vejledninger vedrører afsnittet "Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau", 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, men kun for afdelinger/regioner med mindst 10 patientforløb:

- "Ja":
Andelen er lig med eller **over** standarden på **mindst** X %
eller
Andelen er lig med eller **under** standarden på **højst** X %
- "Nej":
Andelen er **under** standarden på **mindst** X %
eller
Andelen er **over** standarden på **højst** X %

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", 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. Styregruppen bemærker den halvering i brugen af implantater ved prolapsoperationer som skete efter 2012, hvor der dels var en del faglig debat, dels offentlig debat og dels var indført restriktioner på hvilke afdelinger som måtte bruge implantater via den netop indførte speciale planlægning. Tilsyneladende har antallet af operationer med anvendelse af implantat stabiliseret sig til omkring 100 årligt. Endvidere bemærkes at antallet af syntetiske implantater er stigende gennem de sidste 2 år, hvor biologiske implantater er faldende. De syntetiske implantater bruges helt over vejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og KLEF53A Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh a.m. "Uphold".

- Appendiks 4: Indikatordefinitioner")
- Kolonnen "Uoplyst Antal (%)" angiver procentdelen af potentielle nævnerforløb, som er ekskluderet (i henhold til kriterier som vist i Styregruppen bemærker den halvering i brugen af implantater ved prolapsoperationer som skete efter 2012, hvor der dels var en del faglig debat, dels offentlig debat og dels var indført restriktioner på hvilke afdelinger som måtte bruge implantater via den netop indførte speciale planlægning. Tilsyneladende har antallet af operationer med anvendelse af implantat stabiliseret sig til omkring 100 årligt. Endvidere bemærkes at antallet af syntetiske implantater er stigende gennem de sidste 2 år, hvor biologiske implantater er faldende. De syntetiske implantater bruges helt overvejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og KLEF53A Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh a.m. "Uphold".

- Appendiks 4: Indikatordefinitioner"). Den er komplementær til kompletheden, således at 100 minus komplethed er lig uoplyste i procent. Kompletheden 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
Dækningsgrad	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret og/eller DugaBase
Datakomplethed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer
Indikator ^a	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet
Kvalitet ^a	evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten
Standard ^a	Et mål, der anvendes til en forholds­mæssig vurdering af en ydelses kvalitet

a: Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2016 (<http://dsk.dk/publikationer/>, klik på "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling" og nederst på siden på "Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og -definitioner & Metodehåndbog i Kvalitetsudvikling", hvorved pdf-filen uploades. Accessed 2. maj 2017).

13. Appendiks 7: Regionale kommentarer

Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik:

Resultater og kommentarer i afsnittet "Regionale kommentarer" er udenfor regi af Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik, som dermed ikke indestår for validiteten.
