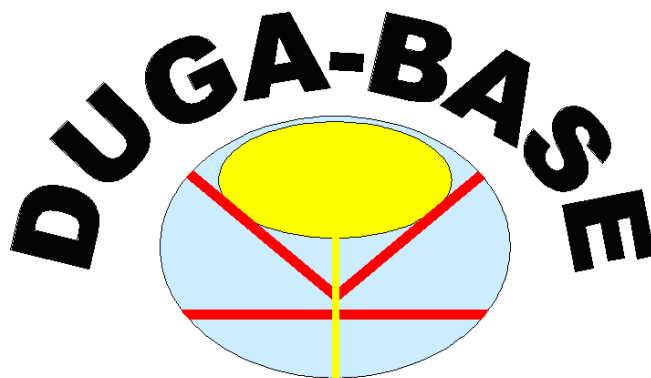


Årsrapport nr. 14

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2019

1. januar 2019 - 31. december 2019

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

Datamanager Katja Løngaard og Klinisk epidemiolog Helle Hare-Bruun, RKKP's Videncenter, Afdeling for databaseområde 3: Psykiatri, gynækologi/obstetrik og kroniske sygdomme, har udarbejdet analyser og epidemiologisk kommentering til hele rapporten.

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Lene Sveistrup Bengtsson

Kvalitetskonsulent

RKKP's Videncenter – Afdeling for databaseområde 3: Psykiatri, gynækologi/obstetrik og kroniske sygdomme

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: lebeng@rkkp.dk

Rapporten kan downloades som pdf-dokument fra [databasens side på RKKP.dk](#)

Rapporten er udgivet d. 25. november 2020



Indhold

Konklusioner og anbefalinger	4
Data fra LPR3	5
Oversigt over alle indikatorer	5
Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau	6
Indikator 3a	6
Indikator 3b	10
Indikator 7	13
Indikator 11	17
Indikator 12	20
Indikator 13	24
Indikator 14	27
Indikator 15	31
Indikator 16	34
Indikator 17	38
Indikator 18	41
Indikator 19a	45
Indikator 19b	49
Indikator 20	52
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	56
Datagrundlag og metode	58
Databasekomplethed, urininkontinensoperationer 2019	60
Databasekomplethed, Prolapsoperationer 2019	62
Styregruppens medlemmer	64
Appendiks 1: Supplerende indikatoropgørelser	65
Supplerende Indikator 13a	66
Supplerende Indikator 13b	68
Supplerende Indikator 15c	70
Supplerende Indikator 15d	70
Supplerende Indikator 17a	71
Supplerende Indikator 17b	73
Appendiks 2: Supplerende statistik	74
Appendiks 3: Indikatordefinitioner	82
Definitioner for supplerende indikatorer	88
Appendiks 4: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase	90
Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater	94
Indikatortabeller	94
Kontrolldiagram	95
Trendgraf	95
Funnelplot	95
Appendiks 6: Regionale kommentarer	97



Konklusioner og anbefalinger

Hermed årsrapporten 2019 som er forsinket ca. 4 mdr. og dermed udkommer i november 2020 pga. overgang fra LPR2 til LPR3. Årsrapporten 2018 udkom også med stor forsinkelse pga. omlægning af databehandlingssystem. For begge rapporter betyder det, at de afdelinger som har brug for at reagere på deres egne resultater har meget kort tid at reagere i inden næste års dataindsamling begynder.

Overordnet bemærker styregruppen, at tendensen gennem de sidste ca. 5 år med fald i antal af urogynækologiske operationer fortsætter og den indbyrdes fordeling af operationstyper ændres.

Sundhedsstyrelsen har reageret på dette og i seneste specialeplan fra maj 2020 er antallet af afdelinger som udfører bulking og midturetral slynge operationer reduceret. En ændring som altså ikke har betydning for tallene i denne årsrapport.

Det mindre antal operationer pr afdeling bevirker, at flere afdelinger udfører så få operationer at konfidensintervallet omkring deres indikatorresultat bliver meget stort og dermed deres mulighed for at indeholde standarden i konfidensintervallet. Som konsekvens af dette har styregruppen i år valgt at kontakte de afdelinger som har vist en tendens til at score under standarden, uanset konfidensintervallet, i år og i ét af de forudgående 2 år.

Generelt ses en fin opfyldelse af standarder for stort set alle indikatorer. Der er nogle få afdelinger som ligger under standarderne i flere indikatorer og har gjort det i flere år. Vi ved det tager tid at implementere ændringer og vi opfordrer igen afdelingerne til at henvende sig, hvis de har behov for hjælp til analyse af deres data / ændring af kliniske arbejdsgange.

Styregruppen noterer sig, at det generelt går fremad med datakompletheden om end langsomt og fortsat med nogen spredning mellem afdelingerne.

Styregruppen har i flere år ønsket at gøre indikatorerne mere præcise, hvilket betyder opdeling på mindre grupper af opererede. I år har vi set på indikatorerne for recidivoperation for prolaps: Indikator 13-18. Resultatet kan ses i appendiks 1.

Processen med dette har vist os, at programmering af datatræk er en kompliceret proces og pga. servernedbrud kort inden fristen for aflevering af årsrapporten, har vi ikke kunnet lave nødvendige justeringer for nogle af de supplerende indikatorer, hvorfor de udgår fra årsrapporten.

Ligeledes har vi set, at den ønskede opdeling i indgrebsspecifikke indikatorer ikke er meningsfuld for en række af de mindre hyppige indgreb pga. den store statistiske usikkerhed på små tal.

Alt i alt har vi gjort os nyttige erfaringer, som vil blive brugt til formulering af nye indikatorer, men de indikatorer som er fremstillet i appendiks 1 giver ikke meget ny viden.

En anden nyskabelse i rapporten er styregruppens ønske om at udvælge skiftende fokusområder, som kan indgå i rapporten i håb om at bidrage til den faglige diskussion.

I år er valget faldet på brug af profylaktisk antibiotika ved midturetral slynge operationer. Resultatet kan ses i tabel A2.4.

Styregruppen modtager gerne ønsker til fremtidige fokusområder.

Privathospitalerne udfører fortsat en mindre del af det samlede antal operationer. Enkelte større enheder indrapporterer data konsistent og ligger på højde med offentlige afdelinger med hensyn til indikatoropfyldelse.

Da det pt. ikke er muligt at få oplyst data fra LPR3 vedrørende "privat betalere" men udelukkende patienter henvist på den offentlige ventetidsgaranti, så kender vi ikke de reelle tal for datakomplethed for privathospitalerne. Styregruppen har svært ved at se, at det skulle være i privathospitalernes interesse. Privathospitalernes repræsentation i styregruppen er pt. vakant, og vi har desværre ikke noget samarbejde med dem.



Data fra LPR3

Årsrapporten indeholder for første gang data fra LPR3, det nye Landspatientregister, som blev udrullet i foråret 2019. Der indgår specifikt LPR-data i indikator 7, 13, 14, 15, 16, 17, 18, og 20, og supplerende tabel A2.2. Disse opgørelser skal derfor tolkes med forsigtighed.

Oversigt over alle indikatorer

Indikatoroversigt, landsresultater

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse (95% CI)		
				01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
Indikator 03a: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation	Andel	≥ 80	6	84 (81-87)	85 (82-87)	84 (81-86)
Indikator 03b: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation	Andel		8	35 (28-42)	31 (23-40)	44 (35-53)
Indikator 07: Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation	Andel	≥ 80	11	86 (84-87)	85 (83-86)	85 (83-86)
Indikator 19a: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala)	Andel	≥ 90	6	95 (93-97)	97 (95-98)	97 (95-98)
Indikator 19b: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)	Andel		9	73 (66-79)	72 (63-80)	71 (62-79)
Indikator 20: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)	Andel	≥ 90	11	96 (95-96)	95 (94-96)	94 (93-95)
Indikator	Format	Standard	%	01.01.2017 - 31.12.2017	01.01.2016 - 31.12.2016	01.01.2015 - 31.12.2015
*Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens	Andel	≥ 95	0	100 (99-100)	99 (98-99)	99 (98-99)
*Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps	Andel	≥ 95	0	96 (95-97)	96 (95-97)	96 (95-96)
*Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps	Andel	≥ 95	0	94 (92-96)	93 (91-95)	93 (92-95)
*Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps	Andel	≥ 95	0	98 (98-99)	98 (97-98)	97 (96-98)
Indikator	Format	Standard	%	01.01.2014 - 31.12.2014	01.01.2013 - 31.12.2013	01.01.2012 - 31.12.2012
**Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens	Andel	≥ 90	0	99 (98-100)	99 (98-100)	98 (98-99)
**Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps	Andel	≥ 90	0	93 (92-94)	92 (91-93)	94 (93-95)
**Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps	Andel	≥ 90	0	92 (90-94)	93 (91-94)	96 (94-97)
**Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps	Andel	≥ 90	0	96 (95-97)	95 (94-96)	96 (95-97)

*OBS: 2 års tidsforskydning. Aktuelle år er 2017.

**OBS: 5 års tidsforskydning. Aktuelle år er 2014.



Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

Indikator 3a

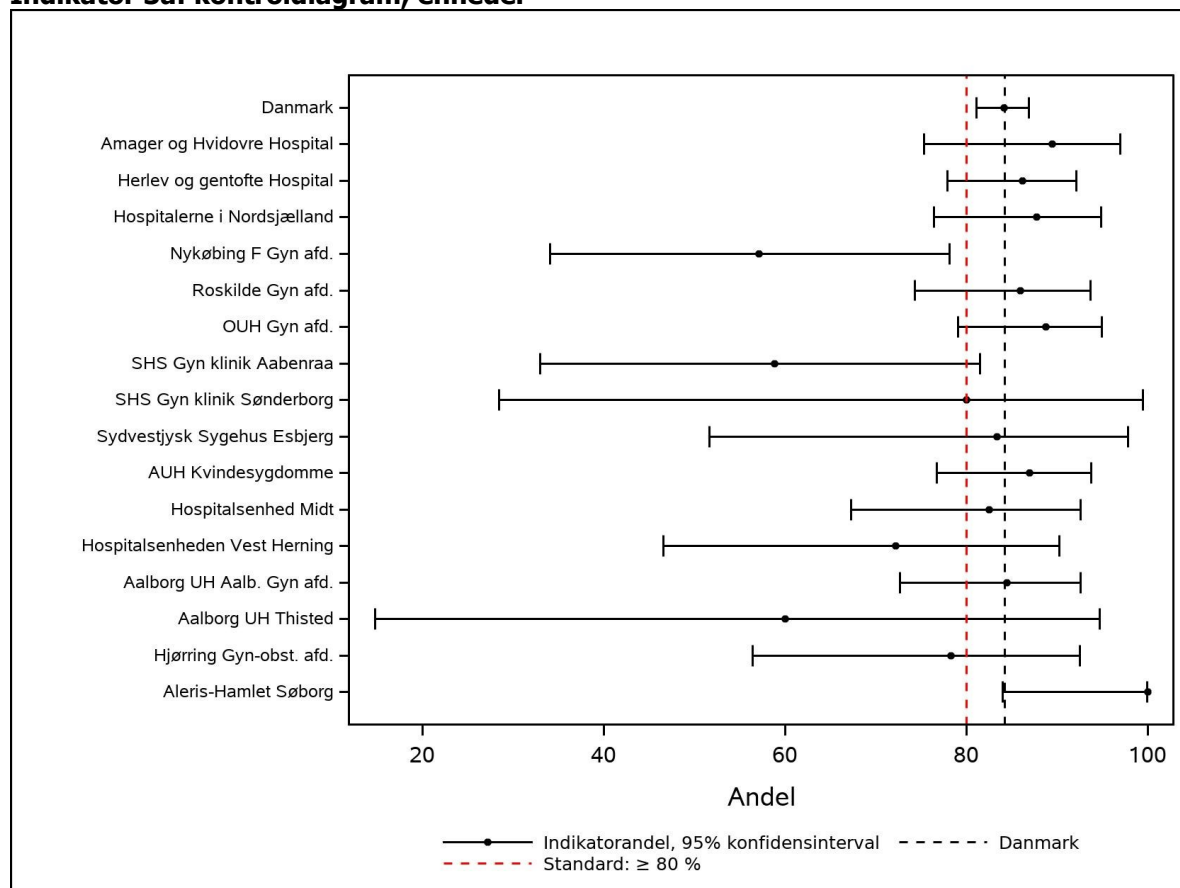
Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær midturetalslynge operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 03a: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation

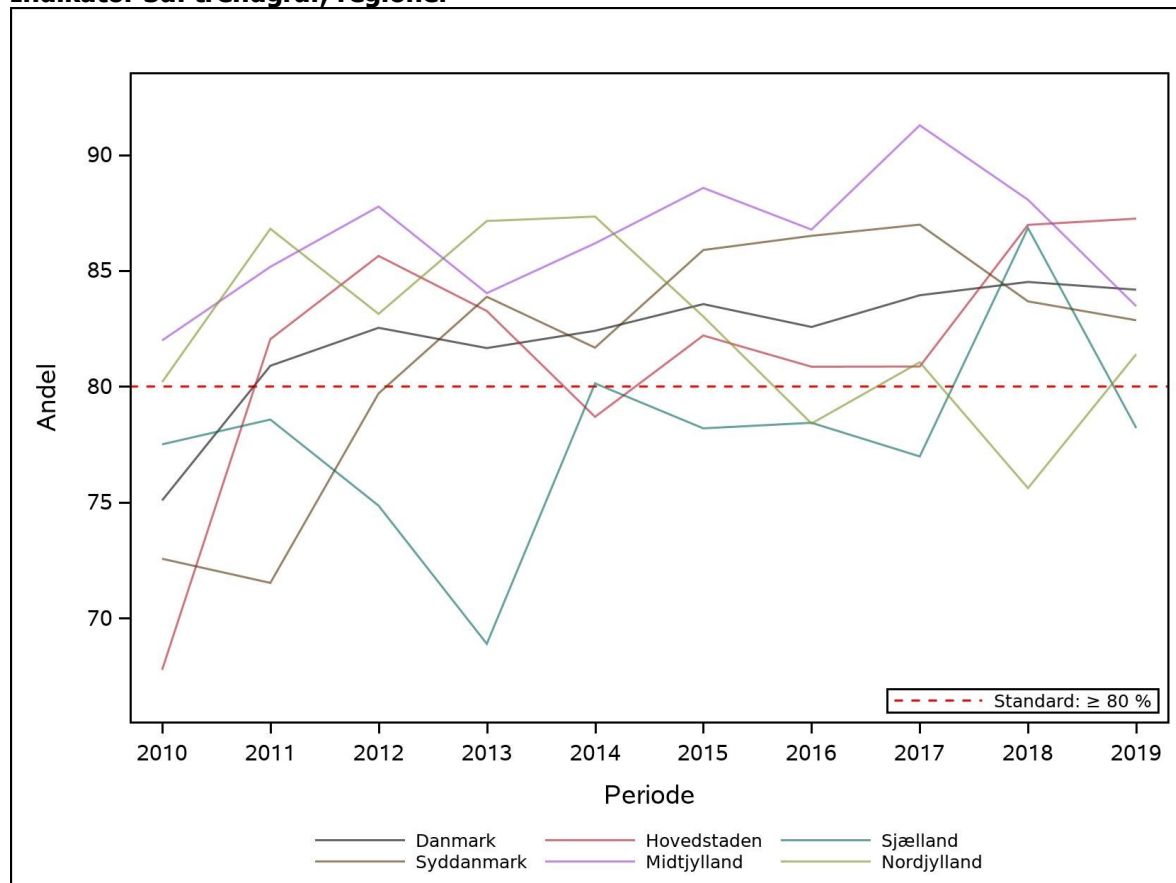
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	516 / 613	41 (6)	84	(81-87)	85 (82-87)	84 (81-86)
Hovedstaden	Ja	171 / 196	5 (2)	87	(82-92)	87 (82-91)	81 (75-86)
Sjælland	Nej	61 / 78	11 (12)	78	(67-87)	87 (77-94)	77 (69-84)
Syddanmark	Ja	87 / 105	19 (15)	83	(74-90)	84 (75-90)	87 (80-92)
Midtjylland	Ja	106 / 127	2 (2)	83	(76-89)	88 (81-93)	91 (86-95)
Nordjylland	Ja	70 / 86	3 (3)	81	(72-89)	76 (67-83)	81 (74-87)
Hovedstaden	Ja	171 / 196	5 (2)	87	(82-92)	87 (82-91)	81 (75-86)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	34 / 38	2 (5)	89	(75-97)	91 (76-98)	85 (62-97)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	87 / 101	2 (2)	86	(78-92)	85 (77-91)	82 (73-88)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	50 / 57	1 (2)	88	(76-95)	89 (79-95)	79 (67-87)
Sjælland	Nej	61 / 78	11 (12)	78	(67-87)	87 (77-94)	77 (69-84)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	12 / 21	5 (19)	57	(34-78)	45 (17-77)	63 (49-75)
Roskilde Gyn afd.	Ja	49 / 57	6 (10)	86	(74-94)	94 (85-98)	88 (78-94)
Syddanmark	Ja	87 / 105	19 (15)	83	(74-90)	84 (75-90)	87 (80-92)
OUH Gyn afd.	Ja	63 / 71	16 (18)	89	(79-95)	82 (72-90)	87 (79-93)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	10 / 17	1 (6)	59	(33-82)	82 (48-98)	83 (68-93)
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	4 / 5	0 (0)	80	(28-99)		
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	10 / 12	2 (14)	83	(52-98)	100 (66-100)	100 (74-100)
Midtjylland	Ja	106 / 127	2 (2)	83	(76-89)	88 (81-93)	91 (86-95)
AUH Kvindesygdomme	Ja	60 / 69	0 (0)	87	(77-94)	91 (81-96)	95 (87-99)
Hospitalsenhed Midt	Ja	33 / 40	2 (5)	83	(67-93)	85 (72-94)	91 (76-98)
Hospitalsenheden Vest Herning	Nej	13 / 18	0 (0)	72	(47-90)	87 (66-97)	77 (55-92)
Regionshospitalet Randers		0 / 0					94 (71-100)
Nordjylland	Ja	70 / 86	3 (3)	81	(72-89)	76 (67-83)	81 (74-87)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	49 / 58	0 (0)	84	(73-93)	86 (75-94)	90 (81-96)
Aalborg UH Thisted	Nej	3 / 5	1 (17)	60	(15-95)	80 (44-97)	65 (38-86)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	18 / 23	2 (8)	78	(56-93)	64 (50-76)	75 (63-85)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	21 / 21	1 (5)	100	(84-100)	84 (60-97)	100 (89-100)



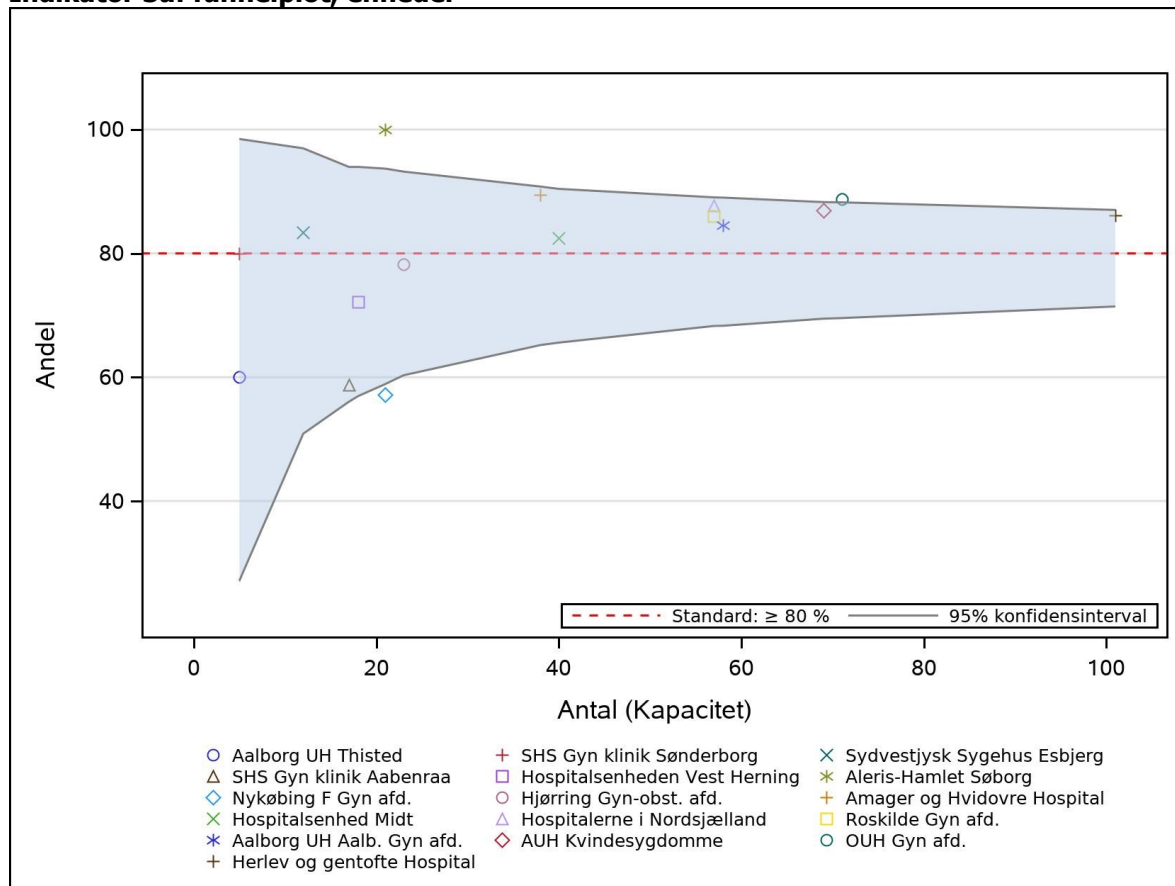
Indikator 3a: kontrolldiagram, enheder



Indikator 3a: trendgraf, regioner



Indikator 3a: funnelplot, enheder



Funnelplottet viser afdelingernes opnåede indikatorresultater mod patientpopulationens størrelse (antal patientforløb). Den røde vandrette linje angiver den fastsatte standard og det skraverede område er 95 % konfidensintervallet omkring standarden. Tragten bliver mindre ud af x-aksen fordi resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på. Afdelinger som ligger uden for det skraverede område har resultater, der med stor sandsynlighed ligger over eller under den fastsatte standard for indikatoren.

Kommentar til indikator 3a

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 3a beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær slyngeoperation for urininkontinens. Primær slyngeoperation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. KLEX3G er en betegnelse som blev oprettet udelukkende til brug i DugaBase for indberetning af de så kaldte "mini- slynger" som i en årrække blev markedsført i Danmark. I de officielle codesystemer har denne type slynge ikke nogen speciel kode. Patienter med første operation i aktuelle år indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3a. Patienter der, i efterundersøgelsesskemaet, har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Resultater

På landsplan indgår 613 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 6 % (41 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 94 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 18 %.

På landsplan oplever 84 % (95 % CI: 81-87 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 80 % er opfyldt. Af de 5 regioner opfylder 4 standarden; kun Region Sjælland ligger under standarden med en indikatorværdi på 78 % (95 % CI: 67-87 %), men standarden er indeholdt i konfidensintervallet.



Af de 13 offentlige afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 9 afdelinger standarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 57 % i Nykøbing F til 89 % på Amager og Hvidovre Hospital og OUH.

Kun et enkelt privathospital bidrager med patienter til denne indikator. Her er standarden opfyldt med en indikatorværdi på 100 %.

Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatoropfyldelsen svinger lidt fra år til år, men den ligger generelt over eller lige omkring standarden.

Funnelplottet på afdelingsniveau illustrerer, at de afdelinger, der ligger under standarden, generelt har få patienter sammenlignet med de øvrige afdelinger. Kun en enkelt afdeling (Nykøbing F) ligger udenfor konfidensintervallet omkring standarden (det skraverede område) og opfylder således med sikkerhed ikke standarden.

Diskussion og implikationer

Som det fremgår, er der kun én afdeling, som ikke opfylder indikatoren, hvilket er én mindre end sidste år. Samtidig bemærkes det, at der er stabil indikatoropfyldelse på landsplan og for langt de fleste afdelinger. Antallet af slyngeoperationer i Danmark er faldet markant gennem de senere år. Tendensen er ens over hele landet og medfører, at nogle afdelinger udfører ganske få operationer. Den statistiske usikkerhed gør det vanskeligt at bedømme kvalitet på disse afdelinger på baggrund af de indberettede data.

Det faldende antal operationer giver anledning til refleksion vedrørende antal operationer, som er nødvendigt for at opretholde de rette kompetencer, som er nødvendige for at kunne diagnosticere, stille indikation og udføre operation og pleje. Ikke bare for den opererende læge, men for hele teamet af sundhedsprofessionelle omkring patienten.

Der kan selvfølgelig være andre årsager end manglende faglighed som spiller ind på målingen. 5 afdelinger har uoplyste data på 10-20 %, blandt disse er der 2 afdelinger som ligger under standarden. Antallet af uoplyste på landsplan er 6 % og således en forbedring fra sidste års 11 % om end antallet af afdelinger med mere end 10 % uoplyste stadig er højt.

Sundhedsstyrelsen har reageret på tendensen til færre operationer og indskrænket antallet af afdelinger som udfører midturetral slynge operationer.

Indikatoren er en PROM faktor, hvor patienten oplyser, hvor ofte hun oplever inkontinens. Skalaen, der anvendes til kvantificering, er internationalt anerkendt og anvendes til afrapportering i international litteratur. Standarden er fastsat på baggrund af denne litteratur, hvor der rapporteres en succesrate på 80%. Da patientens tilfredshed er afhængig af hendes udgangspunkt og forventning, kan denne indikator ikke stå alene, men skal suppleres af indikator 19a hvor Patient Global Impression-Improvement måles.

Anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form. De afdelinger, som ikke opfylder indikatoren i 2019 og i minimum et af de to forudgående år, kontaktes mhp. hjælp til yderligere analyse af tilgrundliggende årsag, evt. bedre strukturering af postoperativ indsamling af data.



Indikator 3b

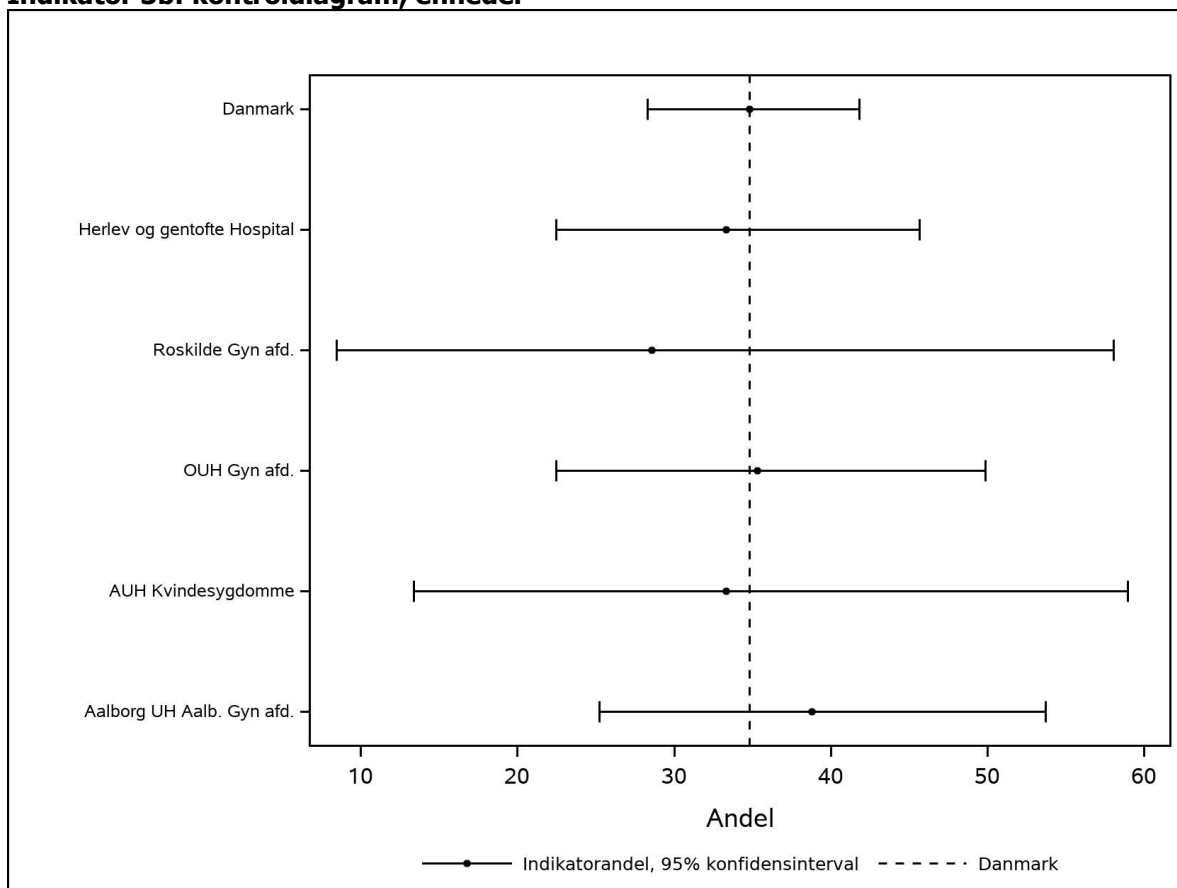
Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær bulking operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 03b: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation

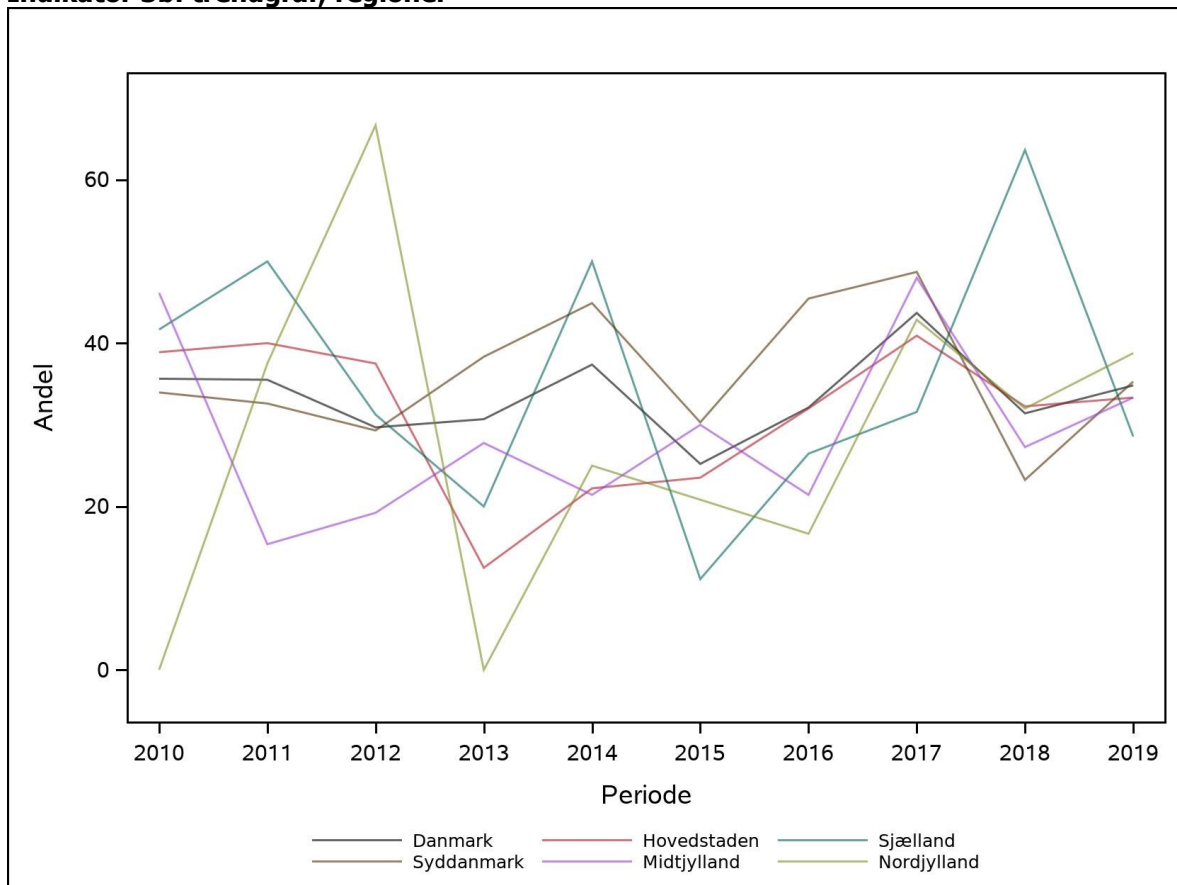
	Uoplyst			Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
Danmark		70 / 201	18 (8)	35	(28-42)	31 (23-40)	44 (35-53)
Hovedstaden		23 / 69	0 (0)	33	(22-46)	32 (17-51)	41 (21-64)
Sjælland		4 / 14	3 (18)	29	(8-58)	64 (31-89)	32 (13-57)
Syddanmark		18 / 51	11 (18)	35	(22-50)	23 (12-39)	49 (32-65)
Midtjylland		6 / 18	1 (5)	33	(13-59)	27 (6-61)	48 (28-69)
Nordjylland		19 / 49	3 (6)	39	(25-54)	32 (15-54)	43 (18-71)
Hovedstaden		23 / 69	0 (0)	33	(22-46)	32 (17-51)	41 (21-64)
Herlev og gentofte Hospital		23 / 69	0 (0)	33	(22-46)	32 (17-51)	41 (21-64)
Sjælland		4 / 14	3 (18)	29	(8-58)	64 (31-89)	32 (13-57)
Nykøbing F Gyn afd.		0 / 0					0 (0-98)
Roskilde Gyn afd.		4 / 14	3 (18)	29	(8-58)	64 (31-89)	33 (13-59)
Syddanmark		18 / 51	11 (18)	35	(22-50)	23 (12-39)	49 (32-65)
OUH Gyn afd.		18 / 51	11 (18)	35	(22-50)	23 (12-39)	43 (24-63)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		0 / 0					64 (31-89)
Midtjylland		6 / 18	1 (5)	33	(13-59)	27 (6-61)	48 (28-69)
AUH Kvindesygdomme		6 / 18	1 (5)	33	(13-59)	27 (6-61)	38 (15-65)
Hospitalsenhed Midt		0 / 0					67 (30-93)
Nordjylland		19 / 49	3 (6)	39	(25-54)	32 (15-54)	43 (18-71)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		19 / 49	3 (6)	39	(25-54)	32 (15-54)	43 (18-71)



Indikator 3b: kontrolldiagram, enheder



Indikator 3b: trendgraf, regioner



Kommentar til indikator 3b

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 3b beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. Primær bulkingoperation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i aktuelle år indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3b. Patienter, der i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Resultater

På landsplan indgår 201 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 8 % (18 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 92 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 18 %.

På landsplan oplever 35 % (95 % CI: 28-42 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. Der er endnu ikke fastsat en standard for indikator 3b.

Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 29 % i Roskilde til 39 % i Aalborg blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Generelt er antallet af forløb pr. afdeling begrænset, og resultaterne i indikator 3b skal derfor tolkes med forsigtighed.

Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatorværdien svinger en del fra år til år. Dog ses der en lille tendens til, at udsvingene er blevet mindre de senere år, og med mindre forskelle mellem de 5 regioner end tidligere.

Diskussion og implikationer

Der er sket en øgning fra 111 operationer i 2018 til 219 operationer i 2019, således næsten en fordobling. Denne øgning er generel i hele landet, men nogle afdelinger har mere end fordoblet antallet af udførte bulking operationer, mens andre har en beskeden øgning. Den store variation fra år til år, har formodentlig en række årsager, hvor den negative omtale af blivende mesh ved prolapsoperationer i medierne kan være én, idet skepsis overfor mesh kan have medført, at patienter og læger har flyttet sig fra slyngeoperation til bulking operation.

Der kan ikke umiddelbart peges på ændringer i kliniske vejledninger eller andre tungtvejende faglige årsager.

Andelen af uoplyste er 8 % og dermed en klar forbedring fra sidste år, hvor den var 18 %. Der er dog fortsat stor variation mellem afdelingernes evne til at indberette denne postoperativt indsamlede PROM faktor, men intervallet er snævret ind fra 0-41 % til 0-18 %.

Indikatoren ligger mellem 29-39 %, med et landsgennemsnit på 35 % og således på samme niveau, men med mindre udsving end tidligere.

Som for indikator 3a, er indikatoren en PROM faktor, hvor patienten oplyser, hvor ofte hun oplever inkontinens. Skalaen, der anvendes til kvantificering, er internationalt anerkendt og anvendes til afrapportering i international litteratur. Indikatoren har ingen standard, idet der er en række mere komplekse faktorer, som har betydning for graden af inkontinens efter behandlingen. Det samme gør sig gældende i international litteratur. Da patientens tilfredshed er afhængig af hendes udgangspunkt og forventning, kan denne indikator ikke stå alene, men skal suppleres af indikator 19b, hvor Patient Global Impression-Improvement måles.

Anbefaling

Indikatoropfyldelsen ligger mellem 29-39% hvilket kan genfindes i litteraturen. Styregruppen har valgt ikke at opstille en standard for denne indikator. Vi finder det dog relevant at rapportere indikatoren for at kunne orientere brugere af urogynækologiske behandlinger om, hvad der må forventes, samt give dem mulighed for at danne sig et overblik over, hvor behandlingsvolumen er størst.



Indikator 7

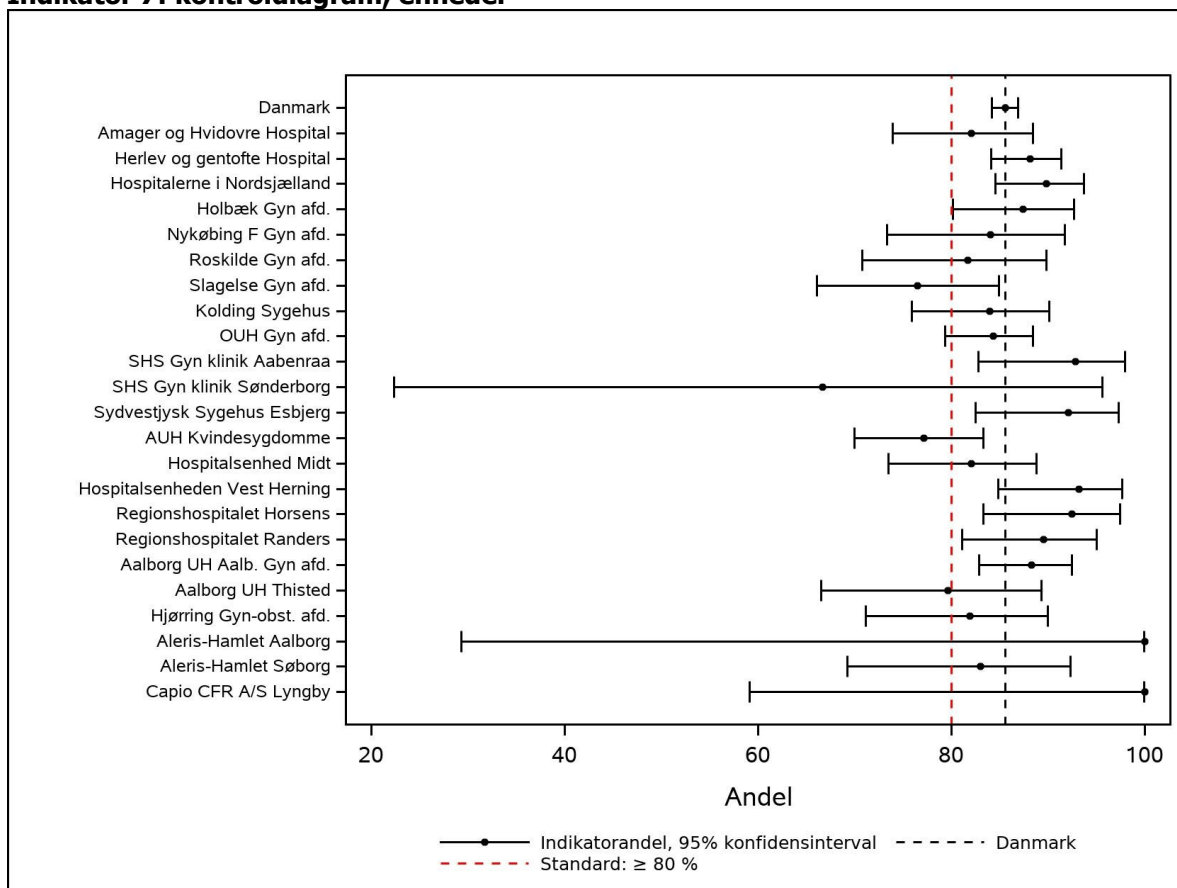
Prolaps – Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation. Detaljerede indikator-definitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 07: Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation

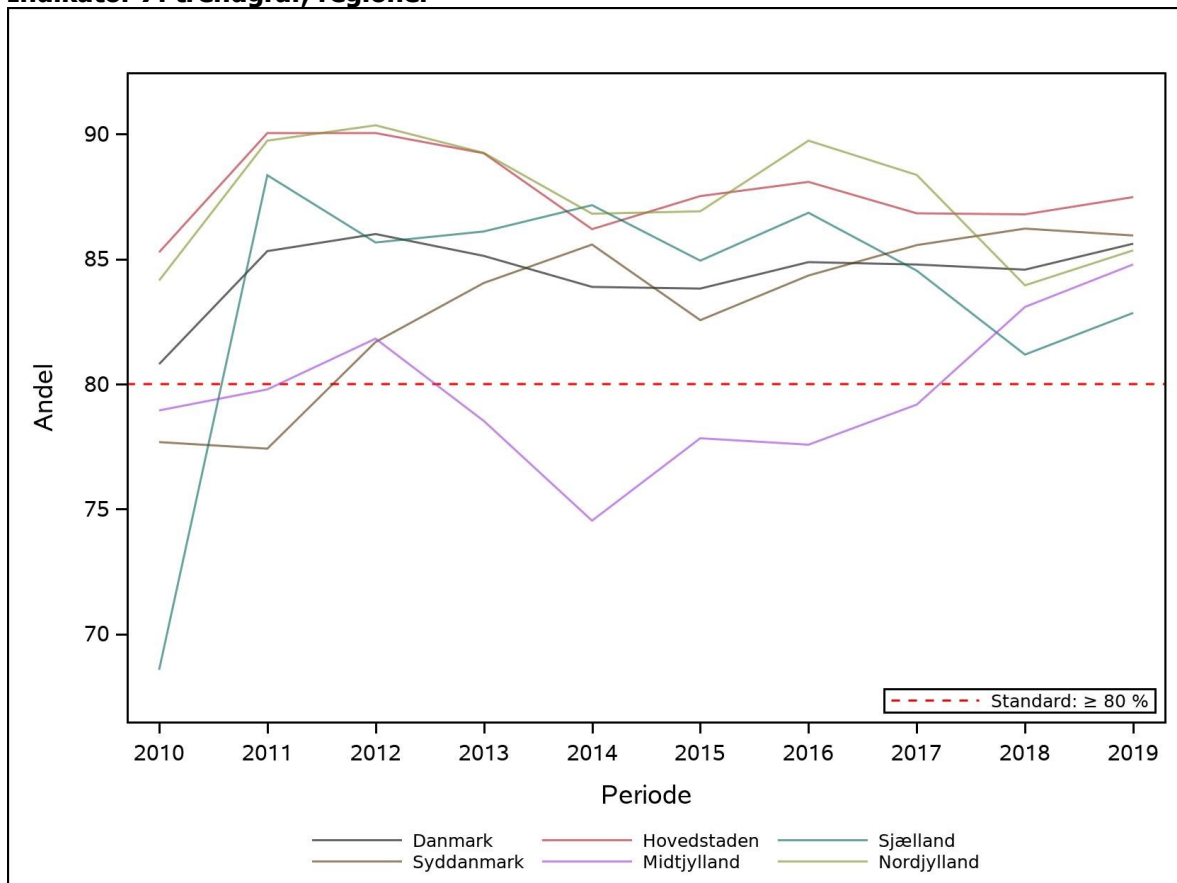
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.993 / 2.329	293 (11)	86	(84-87)	85 (83-86)	85 (83-86)
Hovedstaden	Ja	545 / 623	31 (5)	87	(85-90)	87 (84-89)	87 (84-89)
Sjælland	Ja	285 / 344	62 (15)	83	(78-87)	81 (76-86)	85 (81-88)
Syddanmark	Ja	428 / 498	111 (18)	86	(83-89)	86 (83-89)	86 (83-88)
Midtjylland	Ja	418 / 493	42 (8)	85	(81-88)	83 (80-86)	79 (76-82)
Nordjylland	Ja	268 / 314	43 (12)	85	(81-89)	84 (79-88)	88 (84-92)
Hovedstaden	Ja	545 / 623	31 (5)	87	(85-90)	87 (84-89)	87 (84-89)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	96 / 117	22 (16)	82	(74-89)	78 (69-86)	85 (78-90)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	282 / 320	4 (1)	88	(84-91)	90 (87-93)	92 (88-94)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	167 / 186	5 (3)	90	(85-94)	86 (81-90)	80 (74-85)
Sjælland	Ja	285 / 344	62 (15)	83	(78-87)	81 (76-86)	85 (81-88)
Holbæk Gyn afd.	Ja	104 / 119	13 (10)	87	(80-93)	82 (74-89)	89 (79-95)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	58 / 69	13 (16)	84	(73-92)	80 (59-93)	81 (67-90)
Roskilde Gyn afd.	Ja	58 / 71	9 (11)	82	(71-90)	84 (75-91)	89 (84-93)
Slagelse Gyn afd.	Nej	65 / 85	27 (24)	76	(66-85)	73 (57-86)	72 (61-82)
Syddanmark	Ja	428 / 498	111 (18)	86	(83-89)	86 (83-89)	86 (83-88)
Kolding Sygehus	Ja	94 / 112	9 (7)	84	(76-90)	90 (83-95)	83 (76-89)
OUH Gyn afd.	Ja	220 / 261	66 (20)	84	(79-88)	85 (81-89)	85 (81-89)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	52 / 56	11 (16)	93	(83-98)	82 (65-93)	86 (76-93)
SHS Gyn klinik Sønderborg	Nej	4 / 6	0 (0)	67	(22-96)		
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	58 / 63	25 (28)	92	(82-97)	86 (75-93)	91 (82-96)
Midtjylland	Ja	418 / 493	42 (8)	85	(81-88)	83 (80-86)	79 (76-82)
AUH Kvindesygdomme	Nej	125 / 162	7 (4)	77	(70-83)	77 (70-83)	69 (62-75)
Hospitalsenhed Midt	Ja	87 / 106	13 (11)	82	(73-89)	84 (77-90)	83 (74-90)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	68 / 73	1 (1)	93	(85-98)	87 (78-93)	92 (85-96)
Regionshospitalet Horsens	Ja	61 / 66	5 (7)	92	(83-97)	84 (74-91)	83 (73-91)
Regionshospitalet Randers	Ja	77 / 86	16 (16)	90	(81-95)	88 (80-93)	83 (74-90)
Nordjylland	Ja	268 / 314	43 (12)	85	(81-89)	84 (79-88)	88 (84-92)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	166 / 188	31 (14)	88	(83-93)	87 (81-91)	89 (83-93)
Aalborg UH Thisted	Nej	43 / 54	8 (13)	80	(66-89)	76 (61-87)	95 (84-99)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	59 / 72	4 (5)	82	(71-90)	83 (74-90)	84 (74-91)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3 / 3	3 (50)	100	(29-100)	100 (40-100)	
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	39 / 47	0 (0)	83	(69-92)	79 (62-91)	83 (69-92)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	63 (24-91)	100 (88-100)
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	1 (100)				



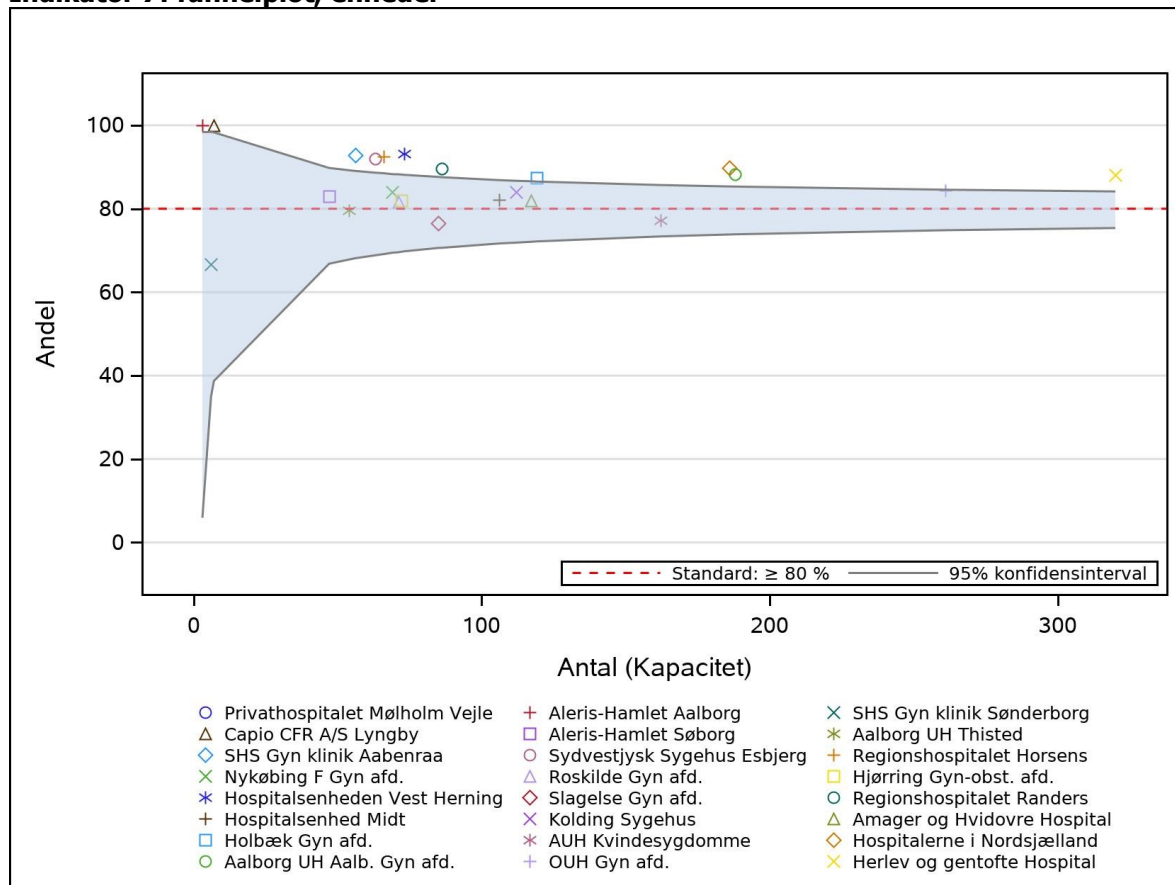
Indikator 7: kontrolldiagram, enheder



Indikator 7: trendgraf, regioner



Indikator 7: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 7

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 7 er en opgørelse af behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation for prolaps. Primære (1. gangs) prolapsoperationer (primære defineret som aldrig tidligere prolapsopereret ifølge DugaBase) indgår i indikatorpopulationen. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har svaret 'Nej (værdi 0)' i rubrik A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?), indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Resultater

Der indgår 2336 komplette patientforløb i indikatoren. Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11 % (293 forløb), dvs. kompletheden er 89 % (Tabel 4). Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb på offentlige afdelinger; datakompletheden på afdelingsniveau svinger fra 72 til 100 %.

På landsplan har 86 % (95 % CI: 84-87 %) ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med de seneste år. Der er lille variation mellem regionerne fra 83 % i Region Sjælland til 87 % i Region Hovedstaden og alle regioner opfylder således standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden, mens 3 ikke opfylder standarden (Slagelse Gyn afd., AUH Kvindesygdomme og Aalborg UH Thisted), dog har alle 3 afdelinger standarden indeholdt i konfidensintervallet som illustreret i funnelplottet. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 67 % i Næstved til 93 % i Aabenraa og Herning.

Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatoren har ligget stabilt over standard i 4 af de 5 regioner siden 2012. Kun Region Midtjylland har ligget under standarden, men de seneste 2 år er standarden også opfyldt i Midtjylland.



Diskussion og implikationer

Det samlede antal prolaps operationer har vist faldende tendens gennem nogle år, og dette fortsætter i 2019 om end faldet "kun" er fra 2674 i 2018 til 2629 i 2019. Det er især Region Hovedstaden og Region Midt, som har et fald, mens Region Sjælland øger antallet.

Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden, hvis konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskeden. Det bemærkes dog, at nogle afdelinger mangler oplysninger på helt op mellem 20 og 30 % af patienterne. Dette giver selvfølgelig nogen usikkerhed vedrørende den rapporterede tilfredshed.

Indikatoren beskriver patientens subjektive fornemmelse af prolaps ved kardinal symptomet "fornemmelse af en bule i eller uden for skeden", hvilket er den parameter som anvendes til at definere succes i international litteratur. Denne PROM indsamles ca. 3 mdr. postoperativt. Dette interval er et kompromis mellem længere opfølgningstid og ønsket om at få opfølgningsdata fra det foregående med i årsrapporten som skal udkommet 1.7. det følgende år.

Ved sammenligning imellem afdelinger skal man holde sig for øje, at afdelinger med regionsfunktion og højt-specialiseret funktion får henvist flere patienter med komplekse problemstillinger, omend der kun måles på primær operationer. Indikatoren regnes som valid.

Anbefaling

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. Da indikatoren indeholder alle typer af førstegangs prolaps operationer vil der være et stort case-mix når man sammenligner afdelinger idet nogle typer prolapsindgreb kun foregår på afdelinger med regionsfunktion. Styregruppen overvejer at opdele denne indikator på enkelte indgreb / grupper af indgreb.



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 den afdeling, som udførte den oprindelige operation.

Indikator 11

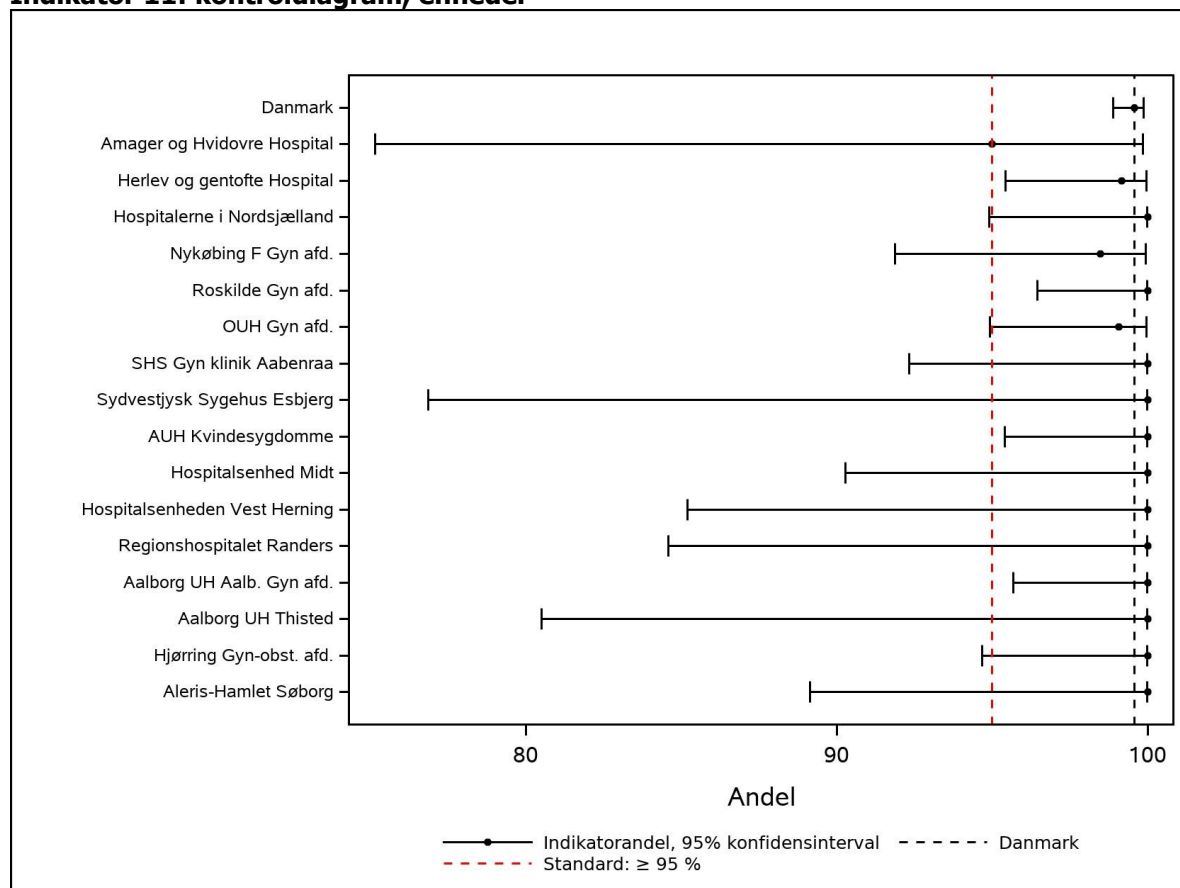
Ingen recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

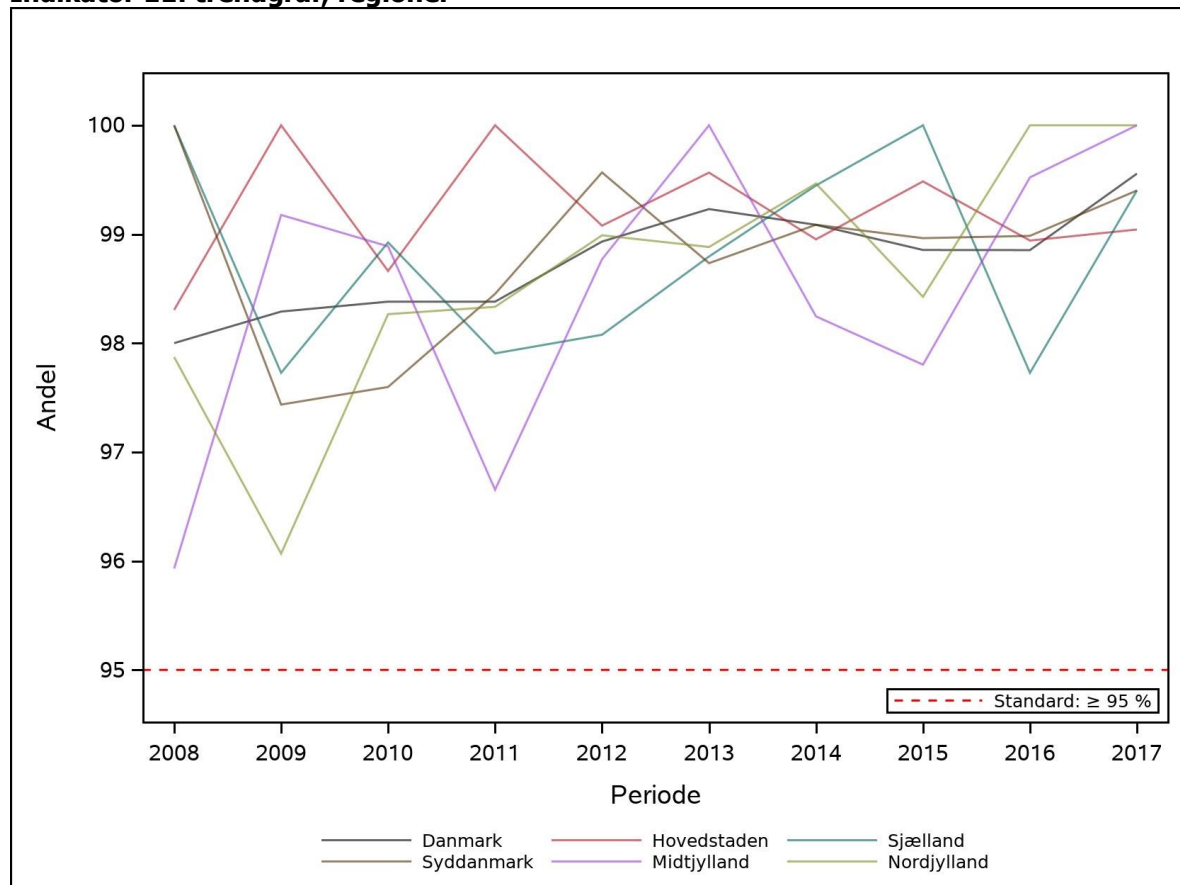
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	897 / 901	0 (0)	100	(99-100)	99 (98-99)	99 (98-99)
Hovedstaden	Ja	207 / 209	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (97-100)
Sjælland	Ja	166 / 167	0 (0)	99	(97-100)	98 (94-99)	100 (98-100)
Syddanmark	Ja	166 / 167	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (96-100)
Midtjylland	Ja	159 / 159	0 (0)	100	(98-100)	100 (97-100)	98 (94-99)
Nordjylland	Ja	167 / 167	0 (0)	100	(98-100)	100 (98-100)	98 (94-100)
Hovedstaden	Ja	207 / 209	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (97-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	19 / 20	0 (0)	95	(75-100)	100 (85-100)	100 (89-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	118 / 119	0 (0)	99	(95-100)	99 (95-100)	99 (95-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	70 / 70	0 (0)	100	(95-100)	98 (90-100)	100 (93-100)
Sjælland	Ja	166 / 167	0 (0)	99	(97-100)	98 (94-99)	100 (98-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	65 / 66	0 (0)	98	(92-100)	98 (91-100)	100 (94-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	101 / 101	0 (0)	100	(96-100)	97 (93-99)	100 (98-100)
Syddanmark	Ja	166 / 167	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (96-100)
OUH Gyn afd.	Ja	106 / 107	0 (0)	99	(95-100)	98 (94-100)	98 (94-100)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	46 / 46	0 (0)	100	(92-100)	100 (94-100)	100 (94-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	100 (81-100)	100 (79-100)
Midtjylland	Ja	159 / 159	0 (0)	100	(98-100)	100 (97-100)	98 (94-99)
AUH Kvindesygdomme	Ja	78 / 78	0 (0)	100	(95-100)	100 (96-100)	98 (90-100)
Hospitalsenhed Midt	Ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	98 (90-100)	95 (86-99)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	23 / 23	0 (0)	100	(85-100)	100 (90-100)	100 (89-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100 (90-100)	100 (90-100)
Nordjylland	Ja	167 / 167	0 (0)	100	(98-100)	100 (98-100)	98 (94-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	83 / 83	0 (0)	100	(96-100)	100 (95-100)	100 (94-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	17 / 17	0 (0)	100	(80-100)	100 (77-100)	94 (73-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	67 / 67	0 (0)	100	(95-100)	100 (94-100)	98 (88-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	92 (75-99)	97 (82-100)
Privathospitalet Møn		0 / 0				100 (79-100)	95 (76-100)



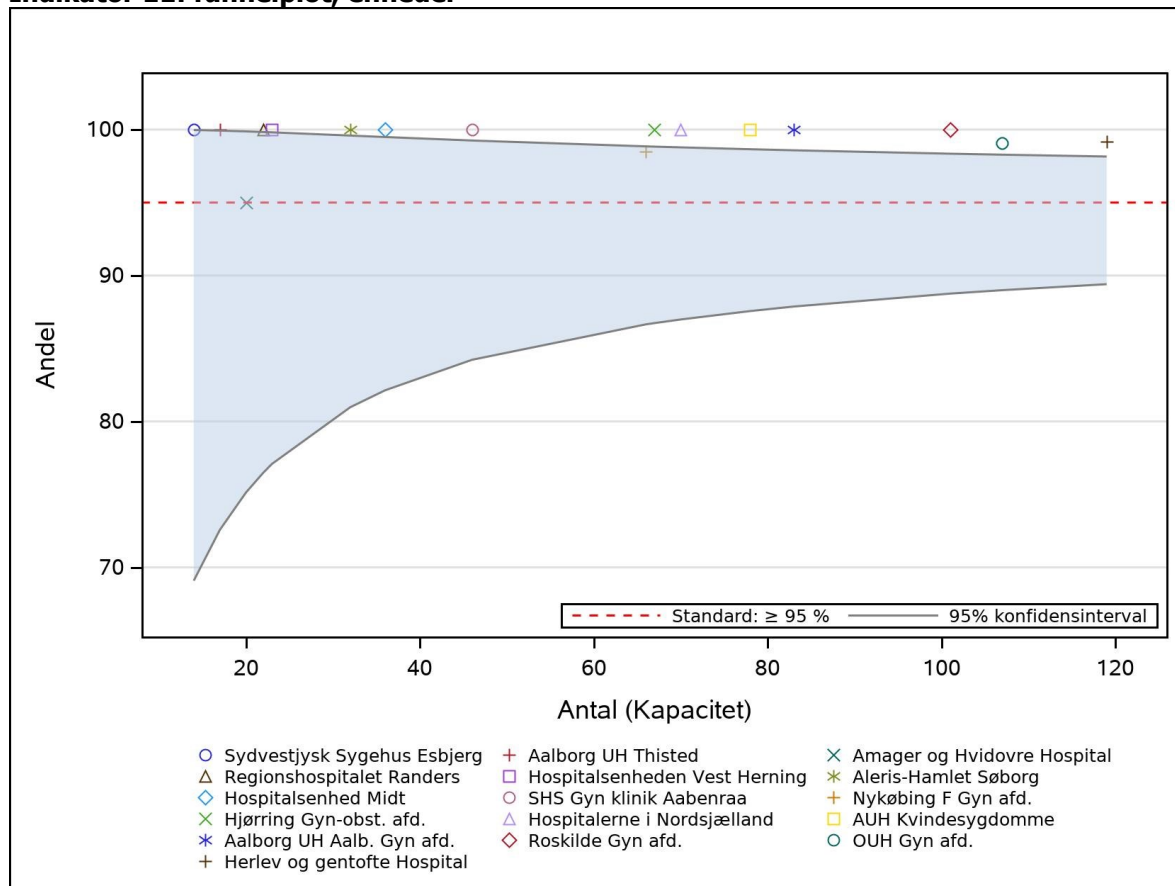
Indikator 11: kontrolldiagram, enheder



Indikator 11: trendgraf, regioner



Indikator 11: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 11

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær slyngeoperation, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2017. Alle patienter med primær slyngeoperation (operationskoder: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G) i 2017 indgår i patientpopulationen (nævneren). KLEX3G er en betegnelse som blev oprettet udelukkende til brug i DugaBase for indberetning af de så kaldte "mini- slynger" som i en årrække blev markedsført i Danmark. I de officielle codesystemer har denne type slynge ikke nogen speciel kode. Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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 2017 har 897 ud af 901 patienter ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan (af-rundet indikatorværdi 100 % (95 % CI: 99-100 %)). Dette er på niveau med resultaterne for de foregående år. Der er lille variation mellem regionerne, som alle opfylder standarden. Ligeledes er standarden opfyldt på alle offentlige og private afdelinger.

Trendgrafen på regionsniveau understreger den høje indikatoropfyldelse, idet alle regioner har ligget over standarden på 95 % siden 2008. Funnelplottet viser ligeledes en ensartet høj indikatorværdi og opfyldelse af standarden på afdelingsniveau i aktuelle år (2017).

Diskussion, implikationer og anbefaling for denne indikator ses efter indikator 12



Indikator 12

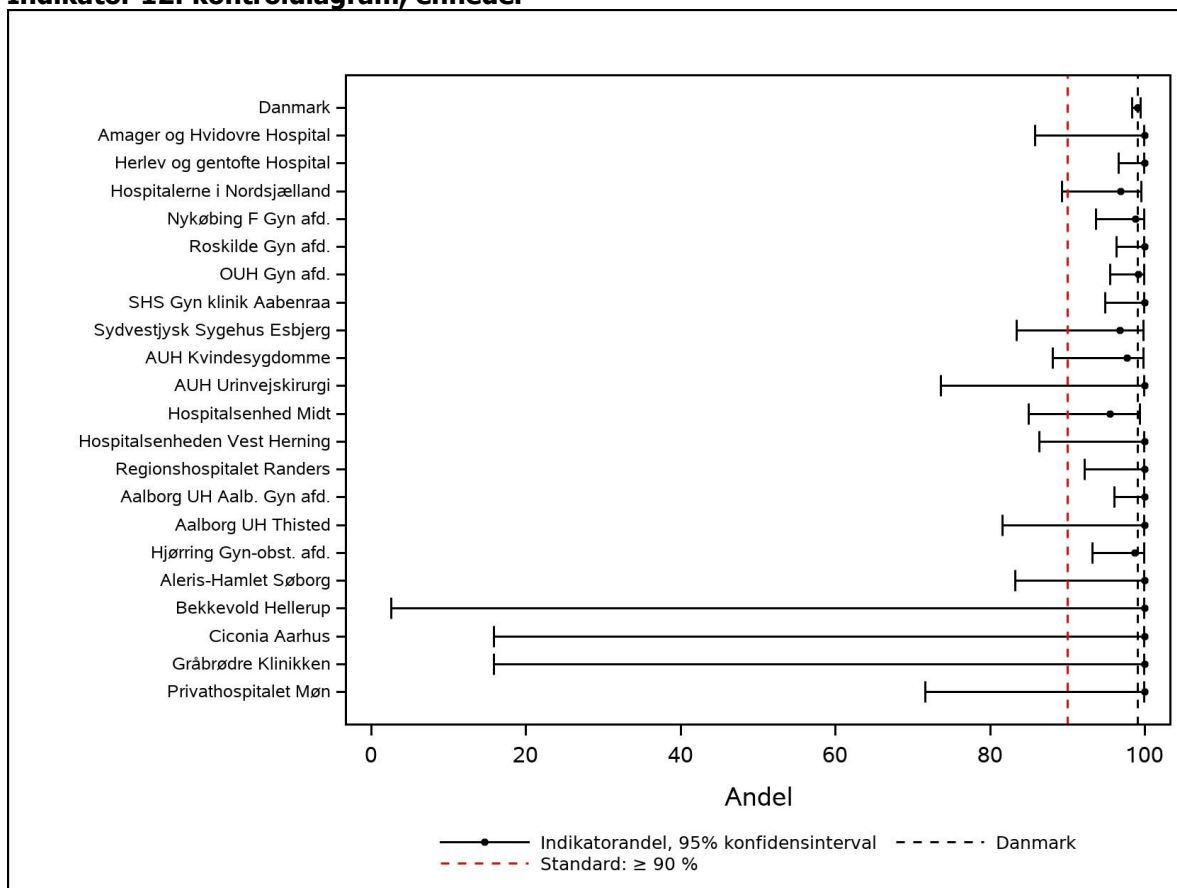
Ingen recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

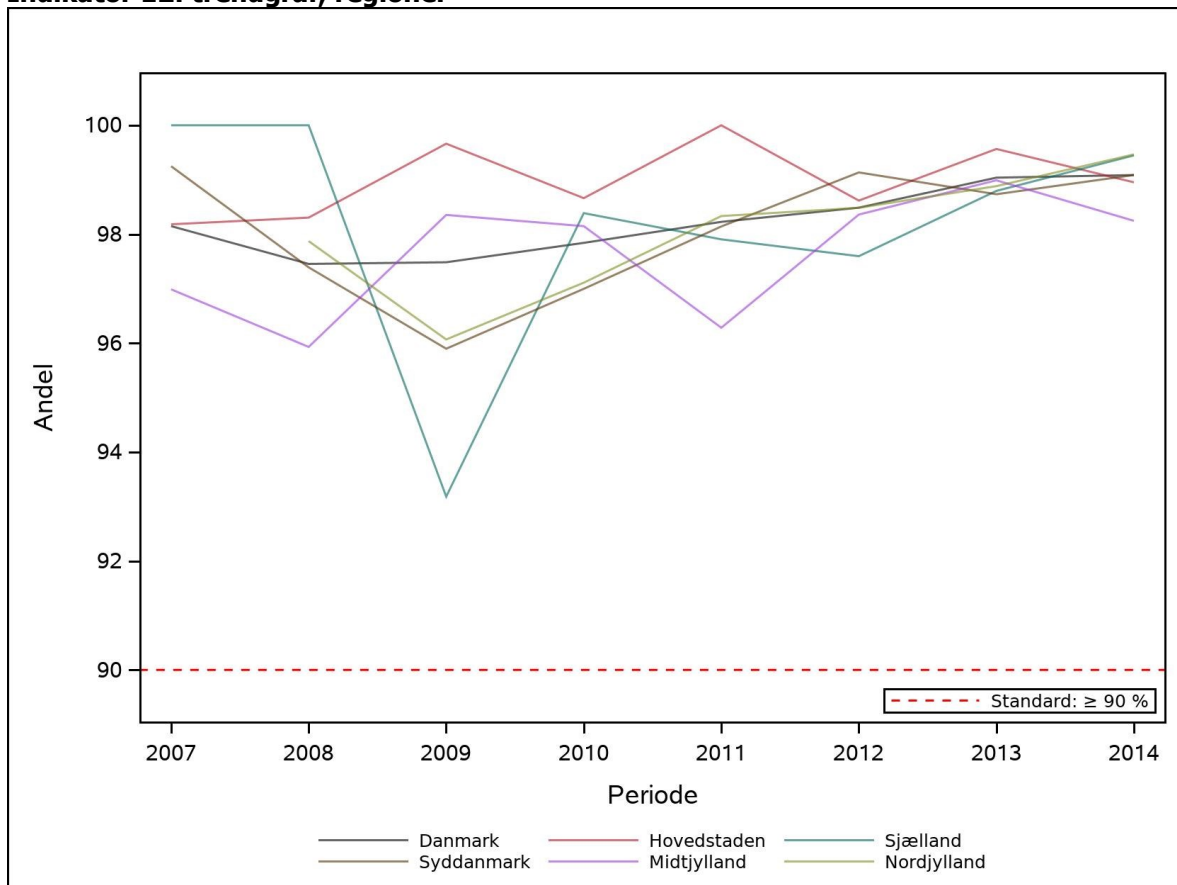
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2014 - 31.12.2014		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			Andel	95% CI	2013 Andel (95% CI)	2012 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	976 / 985	0 (0)	99	(98-100)	99 (98-100)	98 (98-99)
Hovedstaden	Ja	189 / 191	0 (0)	99	(96-100)	100 (98-100)	99 (96-100)
Sjælland	Ja	180 / 181	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	98 (94-99)
Syddanmark	Ja	217 / 219	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (97-100)
Midtjylland	Ja	168 / 171	0 (0)	98	(95-100)	99 (96-100)	98 (96-100)
Nordjylland	Ja	186 / 187	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	98 (96-100)
Hovedstaden	Ja	189 / 191	0 (0)	99	(96-100)	100 (98-100)	99 (96-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	98 (87-100)	98 (91-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	103 / 103	0 (0)	100	(96-100)	100 (97-100)	99 (95-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	62 / 64	0 (0)	97	(89-100)	100 (95-100)	98 (91-100)
Sjælland	Ja	180 / 181	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	98 (94-99)
Holbæk Gyn afd.		0 / 0					100 (48-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	83 / 84	0 (0)	99	(94-100)	99 (94-100)	99 (95-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	97 / 97	0 (0)	100	(96-100)	99 (93-100)	95 (87-99)
Syddanmark	Ja	217 / 219	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (97-100)
OUH Gyn afd.	Ja	118 / 119	0 (0)	99	(95-100)	99 (95-100)	99 (95-100)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	69 / 69	0 (0)	100	(95-100)	97 (86-100)	98 (89-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	30 / 31	0 (0)	97	(83-100)	100 (94-100)	100 (96-100)
Midtjylland	Ja	168 / 171	0 (0)	98	(95-100)	99 (96-100)	98 (96-100)
AUH Kvindesygdomme	Ja	43 / 44	0 (0)	98	(88-100)	97 (89-100)	100 (95-100)
AUH Urinvejskirurgi	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100 (74-100)	100 (74-100)
Hospitalsenhed Midt	Ja	43 / 45	0 (0)	96	(85-99)	100 (92-100)	95 (87-99)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	25 / 25	0 (0)	100	(86-100)	100 (90-100)	100 (91-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	45 / 45	0 (0)	100	(92-100)	100 (92-100)	100 (92-100)
Nordjylland	Ja	186 / 187	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	98 (96-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	90 / 90	0 (0)	100	(96-100)	98 (93-100)	99 (95-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	100 (66-100)	100 (84-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	78 / 79	0 (0)	99	(93-100)	100 (95-100)	97 (90-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aarhus		0 / 0				100 (16-100)	
Aleris-Hamlet Esbjerg		0 / 0					100 (3-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100 (74-100)	100 (63-100)
Bekkevoild Hellerup	Ja	## / ##	0 (0)	100	(3-100)	100 (3-100)	100 (16-100)
Ciconia Aarhus	Ja	## / ##	0 (0)	100	(16-100)	100 (29-100)	100 (16-100)
Gråbrødre Klinikken	Ja	## / ##	0 (0)	100	(16-100)	100 (29-100)	
Privathospitalet Kollund		0 / 0				100 (3-100)	
Privathospitalet Møn	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	100 (63-100)	100 (75-100)



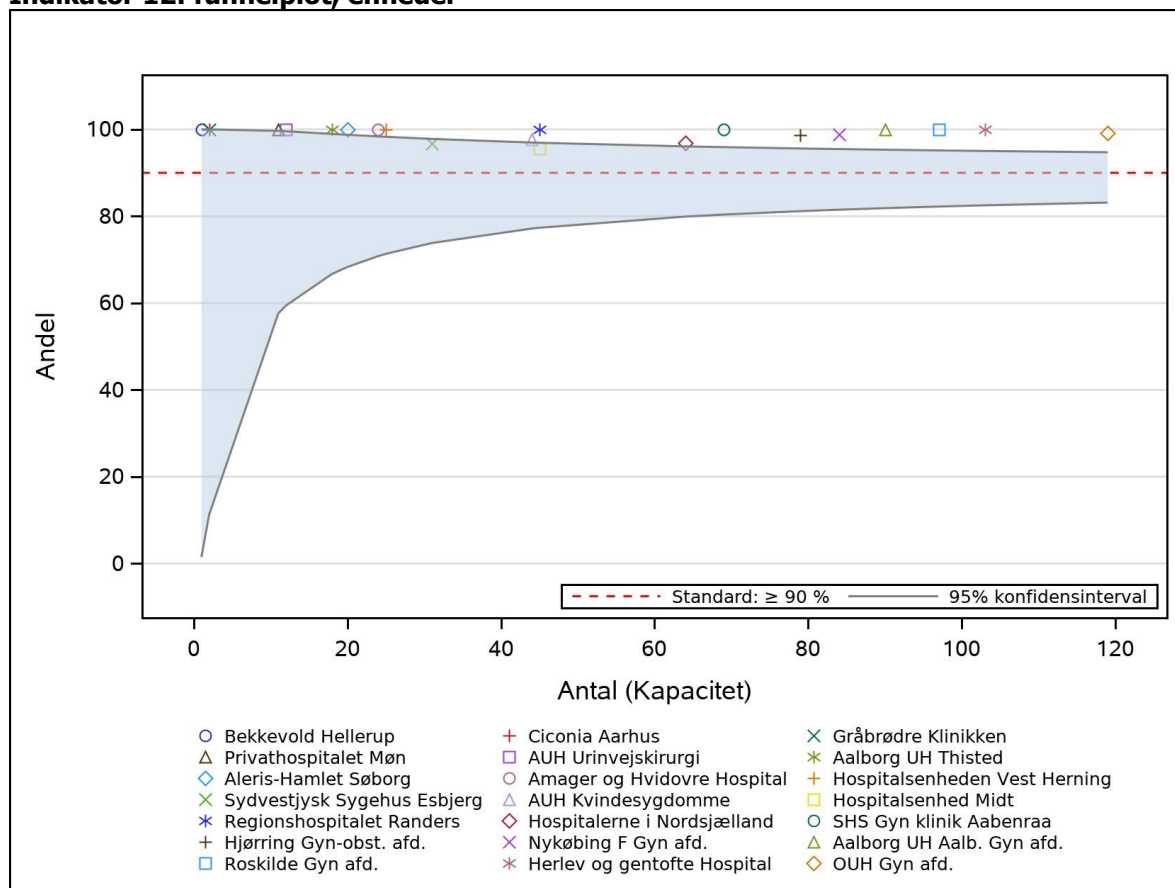
Indikator 12: kontrolldiagram, enheder



Indikator 12: trendgraf, regioner



Indikator 12: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 12

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær slyngeoperation, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2014. Alle patienter med primær slyngeoperation (operationskoder: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G) i 2014 indgår i patientpopulationen (nævneren). KLEX3G er en betegnelse som blev oprettet udelukkende til brug i DugaBase for indberetning af de så kaldte "mini-slynger" som i en årrække blev markedsført i Danmark. I de officielle kodesystemer har denne type slynge ikke nogen speciel kode. Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2014 har 99 % (95 % CI: 98-100 %) 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 de foregående år. Variationen mellem regionerne er minimal, og alle regioner opfylder standarden. Det understreges også i denne indikator i trendgrafen på regionsniveau, hvor alle regioner har ligget over standarden på 95 % siden 2007/2008.

Ligeledes opfylder alle afdelinger standarden på mindst 90 %, og variationen mellem afdelingerne er begrænset. Dette illustreres også i funnelplottet, med en ensartet høj indikatorværdi og opfyldelse af standarden på afdelingsniveau i aktuelle år (2017).

Diskussion og implikationer for indikator 11 og indikator 12

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger. Kun 4 patienter ud af en population på 901 recidivopereres inden for 2 år og kun 9 patienter ud af en population på 985 recidivopereres inden for 5 år. Indikatoren indeholder kun midturethral slynge operationer– og altså ikke bulking.



Indikatoren viser, at recidiv operation udføres sjældent og derfor ligger alle landets afdelinger pænt over standarden. Dette billede har været stabilt i flere år.

Recidiv operation efter primær midturetral slynge operation har generelt en dårlig prognose og bør kun udføres på helt særlige indikationer. Derfor er det en højt specialiseret funktion, som kun udføres på to afdelinger i landet.

Indikatoren har derfor begrænset værdi, idet det vil være få patienter, som tilbydes en recidiv operation, og frekvensen af recidivoperationer kan næppe ses som et kvalitetsmål for holdbarheden af den primært udførte operation.

Under supplerende analyser i denne årsrapport, har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturethal slynge operationer fordelt på transobturator slynger versus retropubiske slynger på landsplan. Resultaterne af denne analyse kan ses i figur A2.1.

Anbefaling

Indikatoren slettes.

For at opnå et bedre mål for holdbarheden af midturetral slynge operationer, vil det være optimalt at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. behandling med tidsmæssig afstand til indeksoperationen.



Indikator 13

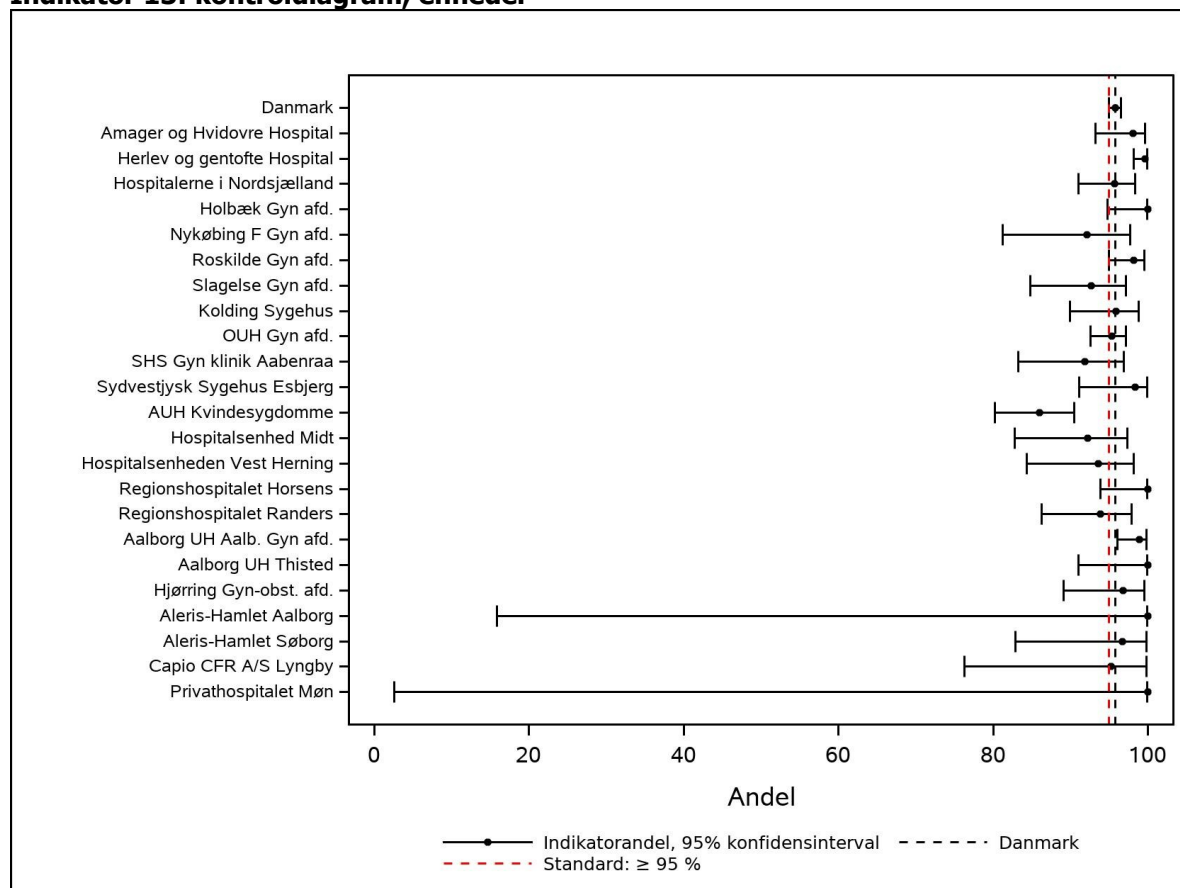
Ingen recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

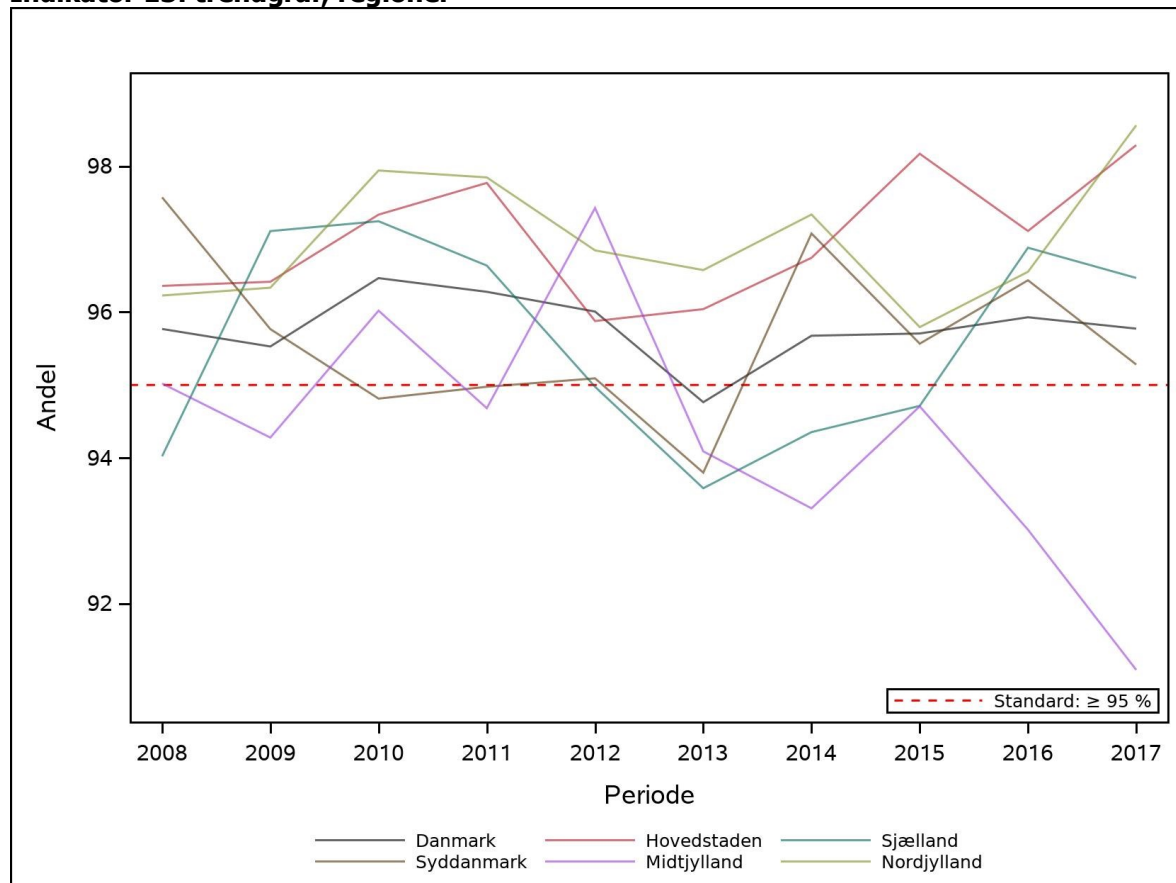
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.152 / 2.247	0 (0)	96	(95-97)	96 (95-97)	96 (95-96)
Hovedstaden	Ja	517 / 526	0 (0)	98	(97-99)	97 (95-98)	98 (97-99)
Sjælland	Ja	355 / 368	0 (0)	96	(94-98)	97 (95-98)	95 (92-97)
Syddanmark	Ja	545 / 572	0 (0)	95	(93-97)	96 (94-98)	96 (94-97)
Midtjylland	Nej	409 / 449	0 (0)	91	(88-94)	93 (90-95)	95 (92-96)
Nordjylland	Ja	274 / 278	0 (0)	99	(96-100)	97 (94-98)	96 (93-98)
Hovedstaden	Ja	517 / 526	0 (0)	98	(97-99)	97 (95-98)	98 (97-99)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	101 / 103	0 (0)	98	(93-100)	99 (92-100)	99 (94-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	282 / 283	0 (0)	100	(98-100)	97 (94-99)	99 (97-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	134 / 140	0 (0)	96	(91-98)	97 (92-99)	96 (92-99)
Sjælland	Ja	355 / 368	0 (0)	96	(94-98)	97 (95-98)	95 (92-97)
Holbæk Gyn afd.	Ja	68 / 68	0 (0)	100	(95-100)	98 (93-100)	100 (96-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	47 / 51	0 (0)	92	(81-98)	94 (86-98)	91 (82-96)
Roskilde Gyn afd.	Ja	164 / 167	0 (0)	98	(95-100)	97 (94-99)	94 (90-97)
Slagelse Gyn afd.	Nej	76 / 82	0 (0)	93	(85-97)	97 (91-99)	93 (85-98)
Syddanmark	Ja	545 / 572	0 (0)	95	(93-97)	96 (94-98)	96 (94-97)
Kolding Sygehus	Ja	94 / 98	0 (0)	96	(90-99)	92 (84-97)	97 (91-100)
OUH Gyn afd.	Ja	324 / 340	0 (0)	95	(92-97)	98 (96-99)	96 (93-97)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	68 / 74	0 (0)	92	(83-97)	96 (88-99)	91 (84-96)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	59 / 60	0 (0)	98	(91-100)	95 (87-98)	98 (93-100)
Midtjylland	Nej	409 / 449	0 (0)	91	(88-94)	93 (90-95)	95 (92-96)
AUH Kvindesygdomme	Nej	159 / 185	0 (0)	86	(80-91)	87 (82-92)	95 (91-98)
Hospitalsenhed Midt	Nej	59 / 64	0 (0)	92	(83-97)	93 (85-97)	90 (83-96)
Hospitalsenheden Vest Herning	Nej	58 / 62	0 (0)	94	(84-98)	100 (96-100)	97 (90-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	57 / 57	0 (0)	100	(94-100)	95 (84-99)	97 (88-100)
Regionshospitalet Randers	Nej	76 / 81	0 (0)	94	(86-98)	98 (92-100)	96 (89-99)
Nordjylland	Ja	274 / 278	0 (0)	99	(96-100)	97 (94-98)	96 (93-98)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	174 / 176	0 (0)	99	(96-100)	98 (95-100)	97 (93-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	39 / 39	0 (0)	100	(91-100)	96 (80-100)	98 (90-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	61 / 63	0 (0)	97	(89-100)	93 (86-97)	92 (84-97)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)	100 (16-100)	100 (40-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	29 / 30	0 (0)	97	(83-100)	95 (82-99)	88 (71-96)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	100 (63-100)	
Privathospitalet Kollund						100 (29-100)	100 (40-100)
Privathospitalet Møn	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (72-100)	100 (48-100)



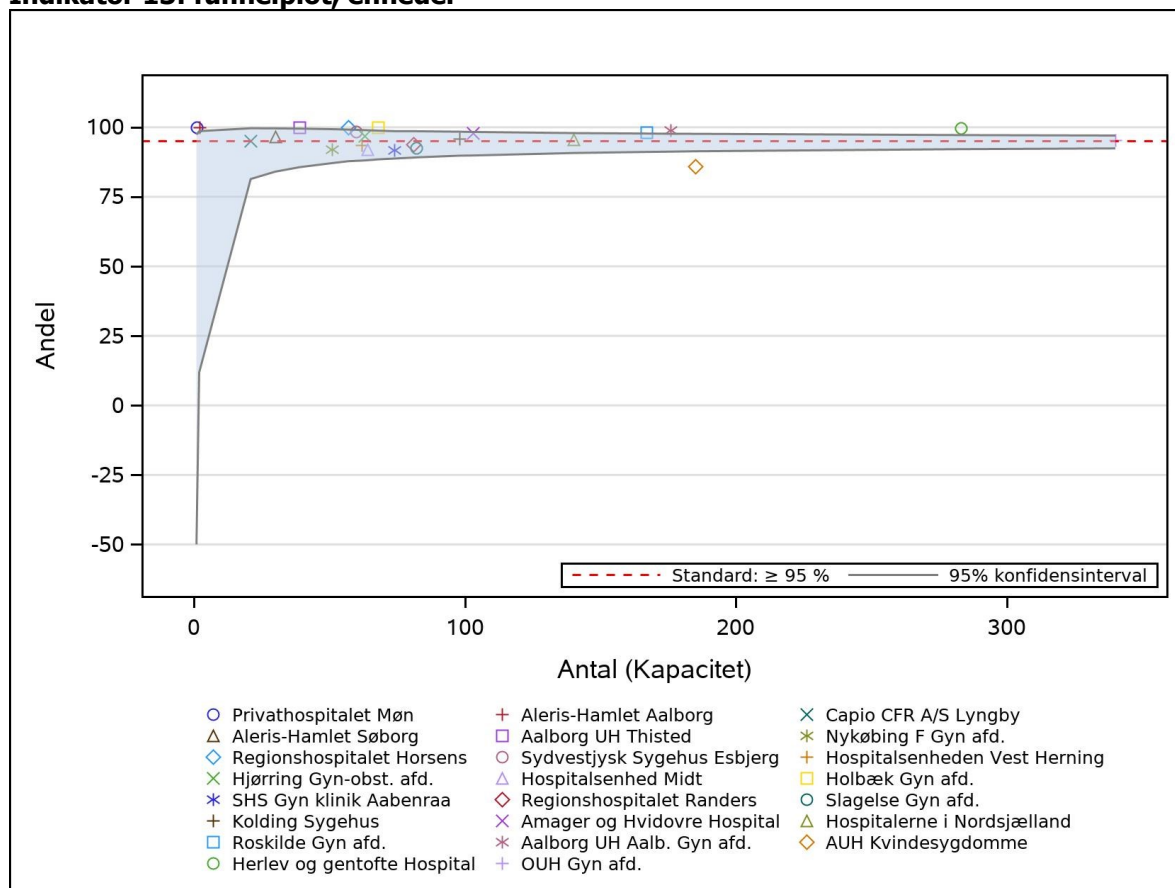
Indikator 13: kontroldiagram, enheder



Indikator 13: trendgraf, regioner



Indikator 13: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 13

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2017. Alle patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartiment i 2017 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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 kompartiment i 2017 har 96 % (95 % CI: 95-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Indikatorværdien på landsplan er på niveau med tidligere år.

Fire regioner opfylder standarden, mens en enkelt region (Midtjylland) ligger under standarden med en indikatorværdi på 91 %. I øvrigt er der lille variation mellem regionerne. Trendgrafen på regionsniveau viser begrænset variation over de seneste 10 år både mellem regionerne og inden for hver region. Indikatoren har med få udsving ligget tæt på eller opfyldt standarden i alle regioner i alle årene.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden på mindst 95 %. De 7 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har indikatorværdier mellem 86 og 94 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for 6 af de 7 afdelinger. Dette er illustreret i funnelplottet, hvor det ses, at kun en enkelt afdeling (AUH Kvindesygdomme) ligger under konfidensintervallet omkring standarden (det skraverede område), mens de øvrige afdelinger ligger indenfor eller over konfidensintervallet omkring standarden. Variationen mellem afdelingerne er således begrænset.

Se i øvrigt supplerende opgørelser til indikator 13 i Appendiks 1.

Diskussion, implikationer og anbefaling for denne indikator ses efter indikator 14



Indikator 14

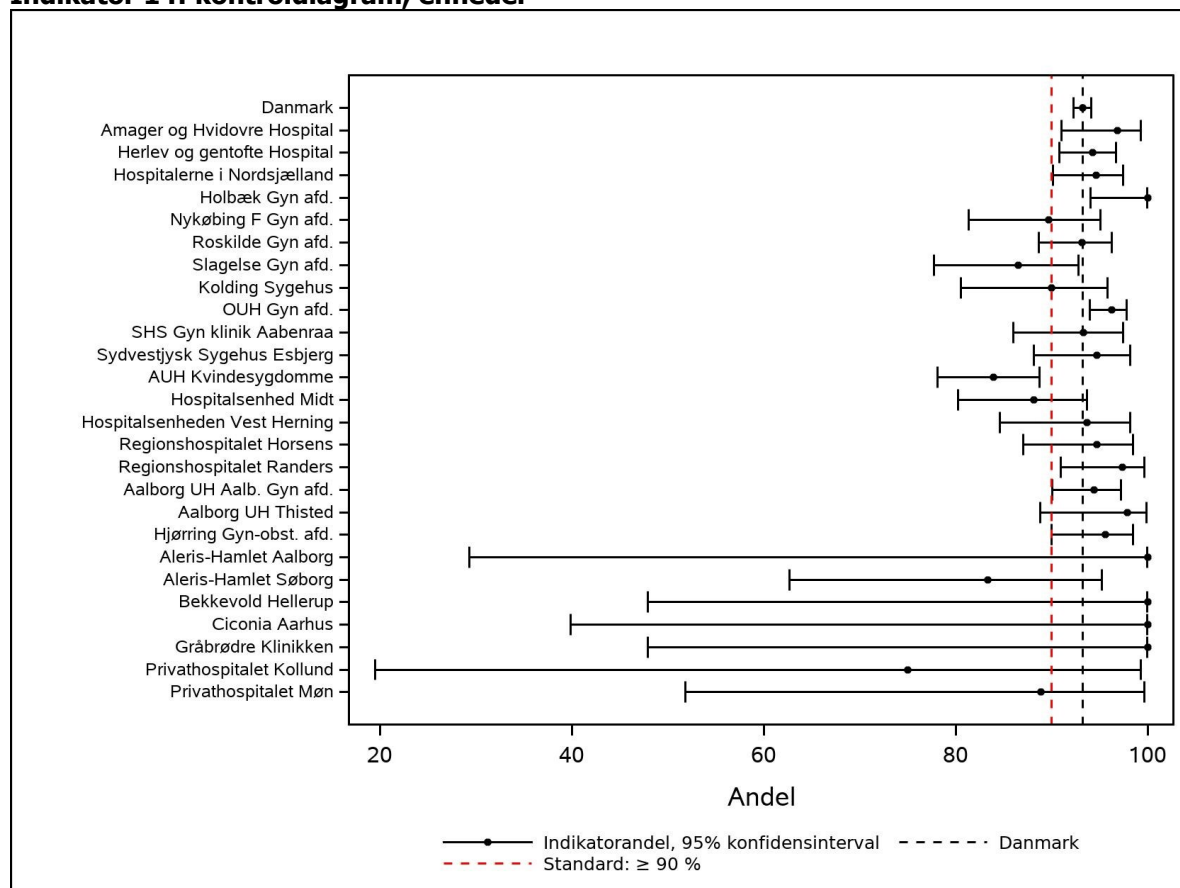
Ingen recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

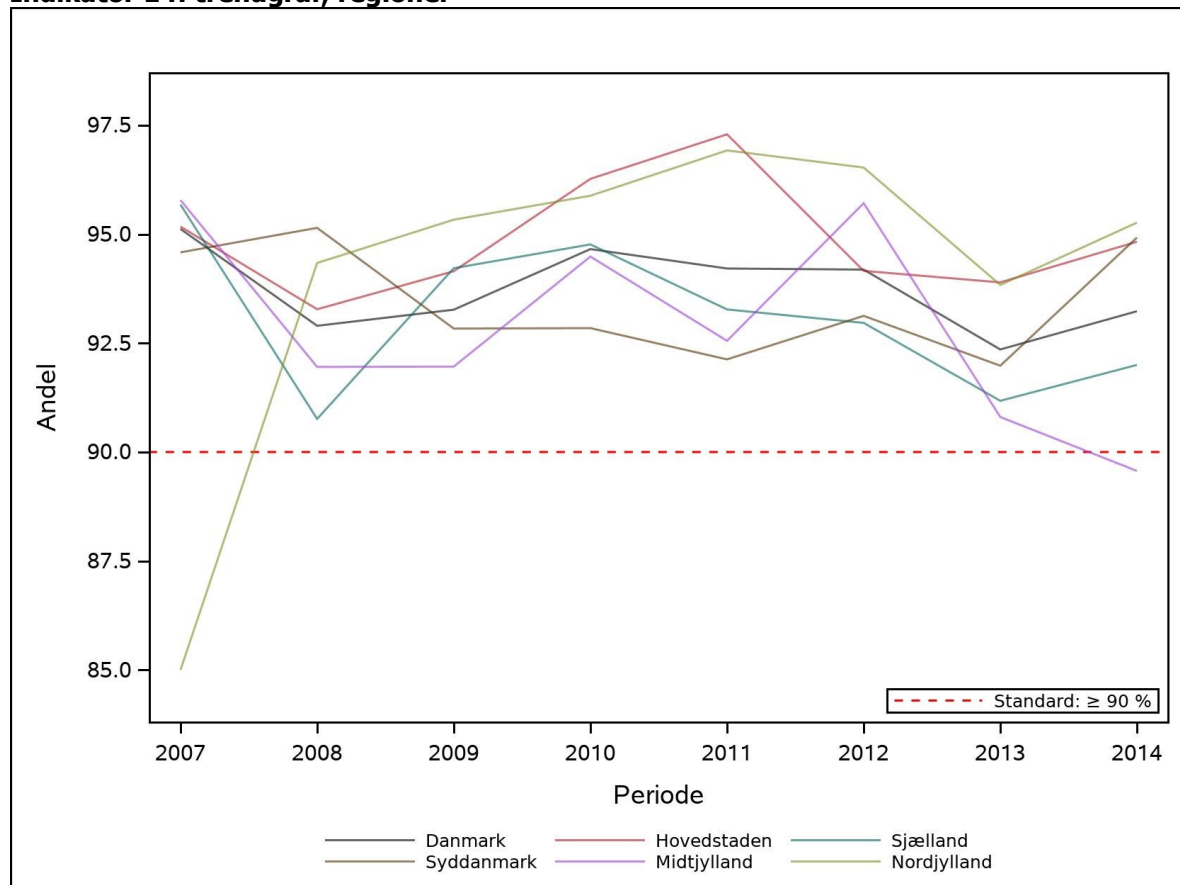
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2014 - 31.12.2014		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			Andel	95% CI	2013 Andel (95% CI)	2012 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.328 / 2.497	0 (0)	93	(92-94)	92 (91-93)	94 (93-95)
Hovedstaden	Ja	495 / 522	0 (0)	95	(93-97)	94 (92-96)	94 (92-96)
Sjælland	Ja	391 / 425	0 (0)	92	(89-94)	91 (88-94)	93 (90-95)
Syddanmark	Ja	617 / 650	0 (0)	95	(93-96)	92 (90-94)	93 (91-95)
Midtjylland	Nej	455 / 508	0 (0)	90	(87-92)	91 (88-93)	96 (94-97)
Nordjylland	Ja	322 / 338	0 (0)	95	(92-97)	94 (90-96)	97 (94-98)
Hovedstaden	Ja	495 / 522	0 (0)	95	(93-97)	94 (92-96)	94 (92-96)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	91 / 94	0 (0)	97	(91-99)	93 (88-97)	91 (85-95)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	246 / 261	0 (0)	94	(91-97)	95 (92-98)	96 (92-98)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	158 / 167	0 (0)	95	(90-98)	92 (87-96)	95 (91-97)
Sjælland	Ja	391 / 425	0 (0)	92	(89-94)	91 (88-94)	93 (90-95)
Holbæk Gyn afd.	Ja	59 / 59	0 (0)	100	(94-100)	100 (72-100)	97 (89-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	78 / 87	0 (0)	90	(81-95)	93 (86-97)	93 (85-97)
Roskilde Gyn afd.	Ja	177 / 190	0 (0)	93	(89-96)	92 (86-96)	94 (89-97)
Slagelse Gyn afd.	Nej	77 / 89	0 (0)	87	(78-93)	87 (80-93)	88 (77-94)
Syddanmark	Ja	617 / 650	0 (0)	95	(93-96)	92 (90-94)	93 (91-95)
Kolding Sygehus	Ja	63 / 70	0 (0)	90	(80-96)	91 (83-96)	93 (86-97)
OUH Gyn afd.	Ja	382 / 397	0 (0)	96	(94-98)	91 (87-93)	93 (89-95)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	83 / 89	0 (0)	93	(86-97)	94 (87-97)	95 (88-99)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	89 / 94	0 (0)	95	(88-98)	95 (90-99)	93 (86-97)
Midtjylland	Nej	455 / 508	0 (0)	90	(87-92)	91 (88-93)	96 (94-97)
AUH Kvindesygdomme	Nej	162 / 193	0 (0)	84	(78-89)	90 (85-94)	97 (94-99)
Hospitalsenhed Midt	Nej	89 / 101	0 (0)	88	(80-94)	85 (77-91)	88 (80-93)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	59 / 63	0 (0)	94	(85-98)	94 (85-98)	98 (91-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	71 / 75	0 (0)	95	(87-99)	93 (86-97)	99 (94-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	74 / 76	0 (0)	97	(91-100)	95 (89-98)	96 (91-99)
Nordjylland	Ja	322 / 338	0 (0)	95	(92-97)	94 (90-96)	97 (94-98)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	169 / 179	0 (0)	94	(90-97)	93 (88-96)	97 (93-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	46 / 47	0 (0)	98	(89-100)	97 (85-100)	95 (85-99)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	107 / 112	0 (0)	96	(90-99)	95 (87-99)	96 (91-99)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100 (16-100)	43 (10-82)
Aleris-Hamlet Aarhus		0 / 0				80 (28-99)	
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	20 / 24	0 (0)	83	(63-95)	94 (81-99)	100 (74-100)
Bekkevoild Hellerup	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)	100 (29-100)	100 (3-100)
Ciconia Aarhus	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100 (63-100)	75 (19-99)
Gråbrødre Klinikken	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)	100 (72-100)	
Privathospitalet Kollund	Nej	3 / 4	0 (0)	75	(19-99)	100 (59-100)	
Privathospitalet Møn	Nej	8 / 9	0 (0)	89	(52-100)	100 (29-100)	80 (44-97)
Privathospitalet Sorana, Sorø							100 (40-100)



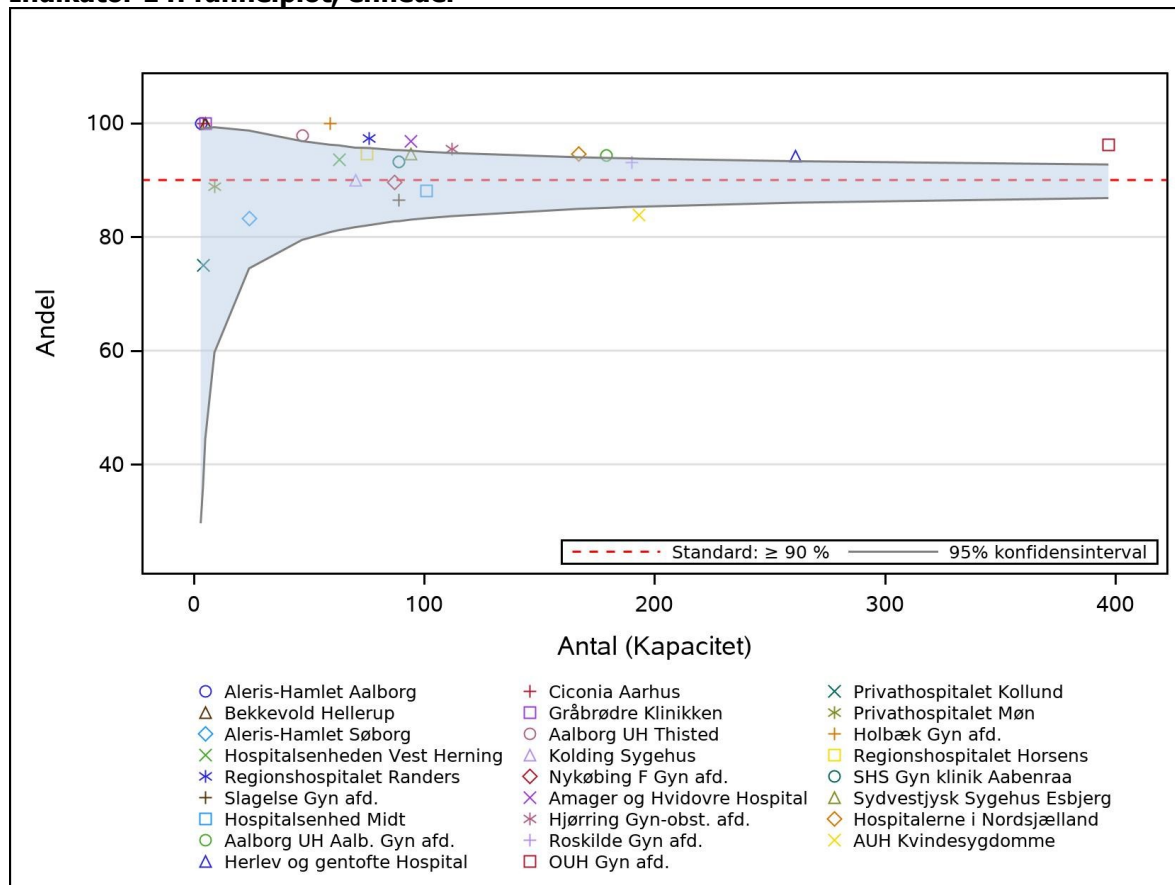
Indikator 14: kontroldiagram, enheder



Indikator 14: trendgraf, regioner



Indikator 14: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 14

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2014. Alle patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartiment i 2014 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartiment i 2014 har 93 % (95 % CI: 92-94 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Der er lille variation mellem regionerne; 4 regioner opfylder standarden, mens Region Midtjylland ligger lige på grænsen til at opfylde standarden.

Af de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 15 standarden på mindst 90 %. De 5 afdelinger, som ikke opfylder standarden (Nykøbing F, Næstved, AUH Kvindesygdomme, Hospitalsenhed Midt og Aleris-Hamlet Søborg), har indikatorværdier ned til 83 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for 4 af afdelingerne. Dette er illustreret i funnelplottet, hvor det ses, at kun AUH Kvindesygdomme ligger under konfidensintervallet omkring standarden (det skraverede område).

Trendgrafen viser, at alle regioner har ligget stabilt over standarden for indikatoren siden 2008; kun i aktuelle år ses et mindre dyk i Region Midtjylland.

Diskussion og implikationer for indikator 13 og indikator 14

For indikator 13 (recidiv operation inden for 2 år) er der kun en enkelt afdeling, som ikke indeholder standarden i konfidensintervallet, men der er fortsat 4 andre afdelinger som inden for de seneste 3 år ikke har



opfyldt standarden 2 gange. For indikator 14 (recidiv operation inden for 5 år) ses den samme afdeling (AUH) ikke at indeholde standarden inden for konfidensintervallet, mens 2 andre offentlige afdelinger og en privat ikke har opfyldt standarden 2 gange inden for de sidste 3 år. Indikatoren dækker over forskellige operationstyper, som alle anvendes i forreste kompartment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").

Det faktum, at indikatorerne indeholder flere forskellige operationskoder, gør dem mindre specifikke og styregruppen har arbejdet med alternative indikatordefinitioner for at opnå mere specifikke mål. Det viser sig dog, at en mere specifik opdeling gør patientgrundlaget så lille, at opdelingen ikke er meningsfuld. Et foreløbigt resultat kan ses i appendiks 1, hvor også styregruppens overvejelser fremgår.

Indikatorens validitet skal derfor ses i lyset af ovenstående.

Anbefaling

Indikatorerne ændres fremadrettet. Se venligst appendiks 1.

For at opnå et bedre mål for holdbarheden af prolapsoperationer, vil det være optimalt at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. behandling med tidsmæssig afstand til indeksoperationen.



Indikator 15

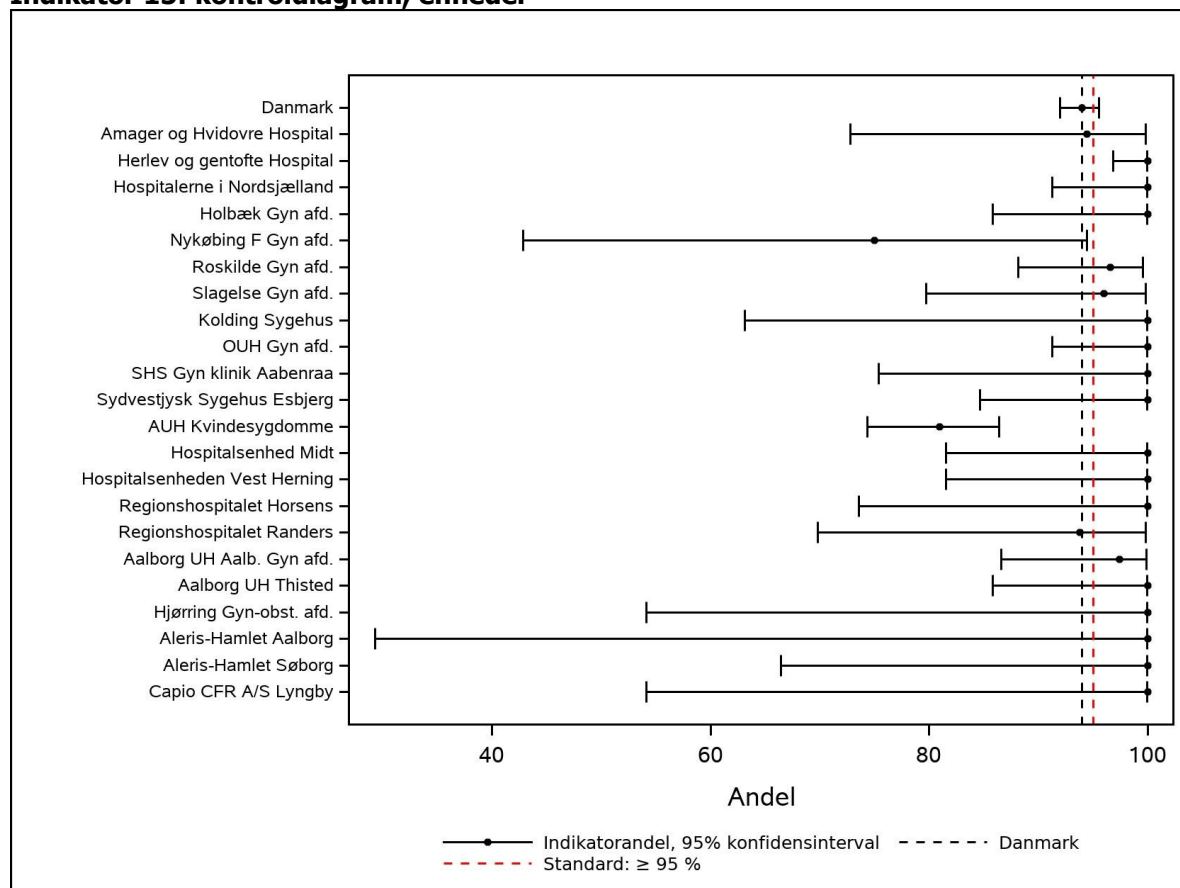
Ingen recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps

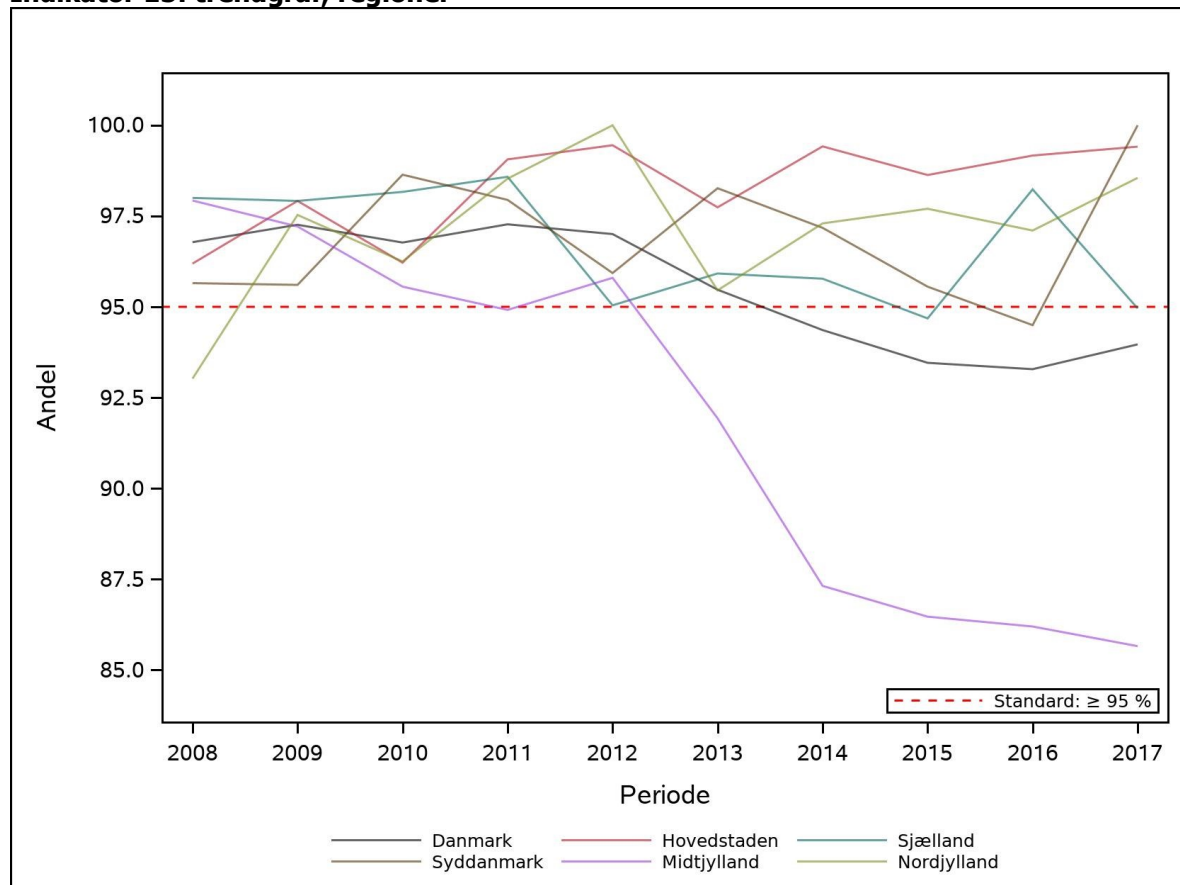
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			Andel	95% CI	2016 Andel (95% CI)	2015 Andel (95% CI)
Danmark	Nej	654 / 696	0 (0)	94	(92-96)	93 (91-95)	93 (92-95)
Hovedstaden	Ja	169 / 170	0 (0)	99	(97-100)	99 (95-100)	99 (95-100)
Sjælland	Ja	113 / 119	0 (0)	95	(89-98)	98 (95-100)	95 (90-97)
Syddanmark	Ja	83 / 83	0 (0)	100	(96-100)	94 (88-98)	96 (91-98)
Midtjylland	Nej	203 / 237	0 (0)	86	(81-90)	86 (82-90)	86 (82-90)
Nordjylland	Ja	68 / 69	0 (0)	99	(92-100)	97 (90-100)	98 (92-100)
Hovedstaden	Ja	169 / 170	0 (0)	99	(97-100)	99 (95-100)	99 (95-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	17 / 18	0 (0)	94	(73-100)	100 (74-100)	100 (80-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	112 / 112	0 (0)	100	(97-100)	99 (93-100)	99 (94-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	40 / 40	0 (0)	100	(91-100)	100 (88-100)	97 (86-100)
Sjælland	Ja	113 / 119	0 (0)	95	(89-98)	98 (95-100)	95 (90-97)
Holbæk Gyn afd.	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	98 (89-100)	100 (92-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	9 / 12	0 (0)	75	(43-95)	91 (59-100)	77 (55-92)
Roskilde Gyn afd.	Ja	56 / 58	0 (0)	97	(88-100)	98 (92-100)	96 (89-99)
Slagelse Gyn afd.	Ja	24 / 25	0 (0)	96	(80-100)	100 (92-100)	97 (83-100)
Syddanmark	Ja	83 / 83	0 (0)	100	(96-100)	94 (88-98)	96 (91-98)
Kolding Sygehus	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	100 (77-100)	100 (77-100)
OUH Gyn afd.	Ja	40 / 40	0 (0)	100	(91-100)	91 (82-97)	95 (88-99)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	100 (79-100)	100 (85-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100 (66-100)	86 (57-98)
Midtjylland	Nej	203 / 237	0 (0)	86	(81-90)	86 (82-90)	86 (82-90)
AUH Kvindesygdomme	Nej	140 / 173	0 (0)	81	(74-86)	82 (77-87)	84 (77-89)
Hospitalsenhed Midt	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	96 (80-100)	94 (73-100)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	100 (84-100)	89 (72-98)
Regionshospitalet Horsens	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	92 (62-100)	92 (73-99)
Regionshospitalet Randers	Nej	15 / 16	0 (0)	94	(70-100)	100 (79-100)	100 (77-100)
Nordjylland	Ja	68 / 69	0 (0)	99	(92-100)	97 (90-100)	98 (92-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	38 / 39	0 (0)	97	(87-100)	100 (92-100)	98 (90-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	92 (62-100)	97 (82-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	90 (55-100)	100 (16-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100 (3-100)	100 (54-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	9 / 9	0 (0)	100	(66-100)	100 (75-100)	100 (85-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	100 (59-100)	
Privathospitalet Kollund						100 (16-100)	100 (29-100)
Privathospitalet Møn		0 / 0				100 (3-100)	100 (16-100)



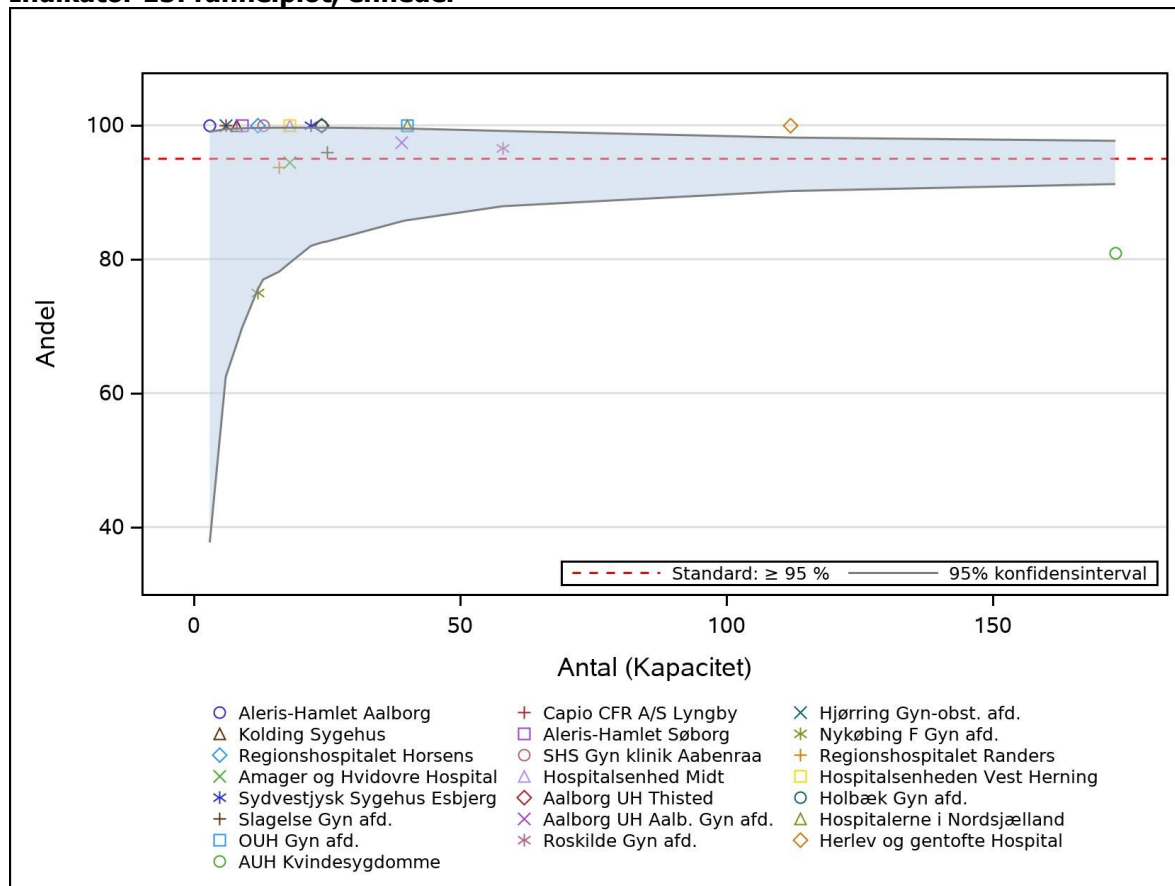
Indikator 15: kontroldiagram, enheder



Indikator 15: trendgraf, regioner



Indikator 15: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 15

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2017. Alle patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2017 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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 kompartiment i 2017 har 94 % (95 % CI 92-96 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, og standarden på mindst 95 % er dermed ikke opfyldt på landsplan, men standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet.

Af de 5 regioner er standarden opfyldt i 4 Regioner. Kun Region Midtjylland opfylder med hhv. 86 % ikke standarden. Der er lille variation mellem regionerne, fraset Region Midtjylland. Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatorværdien har ligget stabilt omkring eller over standarden siden 2008 i de fleste regioner. Dog skiller Region Midtjylland sig ud med en indikatoropfyldelse, der har været faldende og ligget under standarden siden 2013.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 13 standarden, mens 4 afdelinger ikke opfylder standarden – heraf har 3 afdelinger (Amager og Hvidovre Hospital, Nykøbing F og Randers) dog standarden indeholdt i konfidensintervallet. Kun AUH Kvindesygdomme ligger udenfor konfidensintervallet omkring standarden, som illustreret i funnelplottet. Indikatorværdierne på afdelingsniveau varierer fra 75-100 %.

Se i øvrigt supplerende opgørelser til indikator 15 i Appendiks 1.

Diskussion, implikationer og anbefaling for denne indikator ses efter indikator 16



Indikator 16

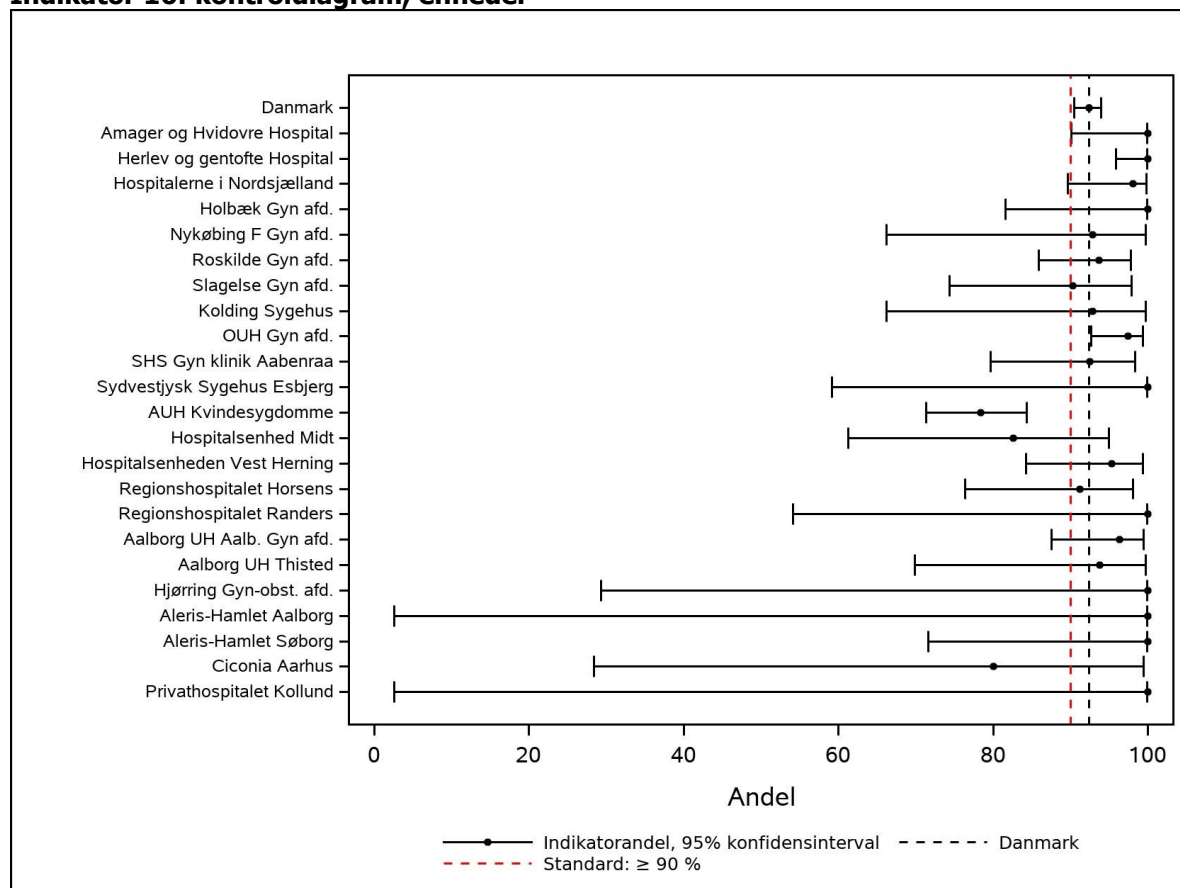
Ingen recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps

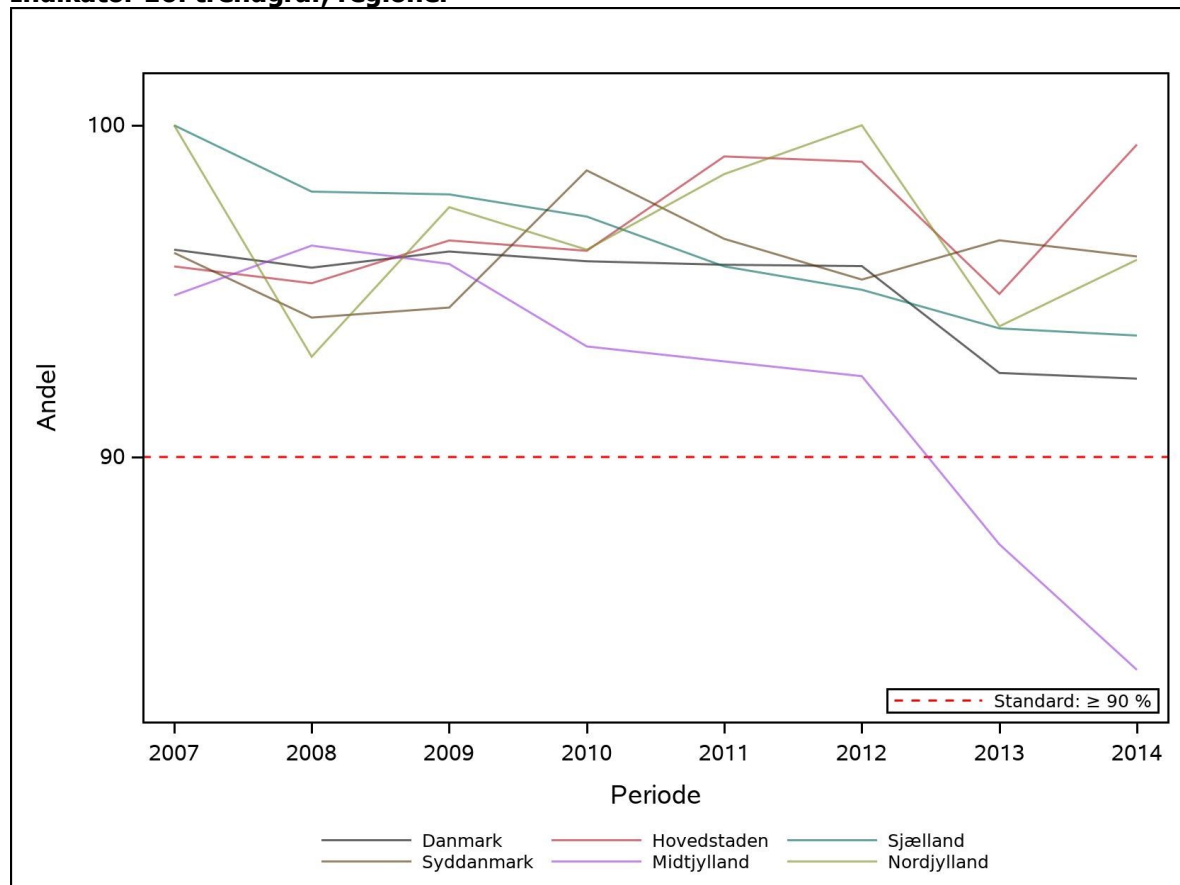
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2014 - 31.12.2014		2013	2012
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	786 / 851	0 (0)	92	(90-94)	93 (91-94)	96 (94-97)
Hovedstaden	Ja	171 / 172	0 (0)	99	(97-100)	95 (91-98)	99 (96-100)
Sjælland	Ja	133 / 142	0 (0)	94	(88-97)	94 (87-98)	95 (90-98)
Syddanmark	Ja	170 / 177	0 (0)	96	(92-98)	97 (93-99)	95 (91-98)
Midtjylland	Nej	224 / 268	0 (0)	84	(79-88)	87 (83-91)	92 (88-95)
Nordjylland	Ja	71 / 74	0 (0)	96	(89-99)	94 (85-98)	100 (96-100)
Hovedstaden	Ja	171 / 172	0 (0)	99	(97-100)	95 (91-98)	99 (96-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	35 / 35	0 (0)	100	(90-100)	92 (79-98)	98 (89-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	86 / 86	0 (0)	100	(96-100)	100 (96-100)	99 (93-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	50 / 51	0 (0)	98	(90-100)	88 (75-95)	100 (94-100)
Sjælland	Ja	133 / 142	0 (0)	94	(88-97)	94 (87-98)	95 (90-98)
Holbæk Gyn afd.	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)		100 (79-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	100 (75-100)	92 (74-99)
Roskilde Gyn afd.	Ja	74 / 79	0 (0)	94	(86-98)	92 (78-98)	96 (87-100)
Slagelse Gyn afd.	Ja	28 / 31	0 (0)	90	(74-98)	94 (83-99)	92 (75-99)
Syddanmark	Ja	170 / 177	0 (0)	96	(92-98)	97 (93-99)	95 (91-98)
Kolding Sygehus	Ja	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	94 (71-100)	96 (82-100)
OUH Gyn afd.	Ja	113 / 116	0 (0)	97	(93-99)	96 (91-99)	93 (86-97)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	37 / 40	0 (0)	93	(80-98)	98 (89-100)	100 (92-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100 (40-100)	91 (59-100)
Midtjylland	Nej	224 / 268	0 (0)	84	(79-88)	87 (83-91)	92 (88-95)
AUH Kvindesygdomme	Nej	127 / 162	0 (0)	78	(71-84)	83 (77-89)	88 (80-93)
Hospitalsenhed Midt	Nej	19 / 23	0 (0)	83	(61-95)	94 (79-99)	96 (78-100)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	41 / 43	0 (0)	95	(84-99)	96 (81-100)	90 (73-98)
Regionshospitalet Horsens	Ja	31 / 34	0 (0)	91	(76-98)	88 (76-96)	98 (90-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	95 (74-100)	100 (87-100)
Nordjylland	Ja	71 / 74	0 (0)	96	(89-99)	94 (85-98)	100 (96-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	53 / 55	0 (0)	96	(87-100)	94 (84-99)	100 (93-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	15 / 16	0 (0)	94	(70-100)	89 (52-100)	100 (86-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100 (40-100)	100 (40-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (3-100)	100 (16-100)
Aleris-Hamlet Aarhus		0 / 0				100 (3-100)	
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	100 (69-100)	
Ciconia Aarhus	Nej	4 / 5	0 (0)	80	(28-99)		100 (16-100)
Gråbrødre Klinikken		0 / 0				100 (48-100)	
Privathospitalet Kollund	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (3-100)	
Privathospitalet Møn		0 / 0					100 (29-100)



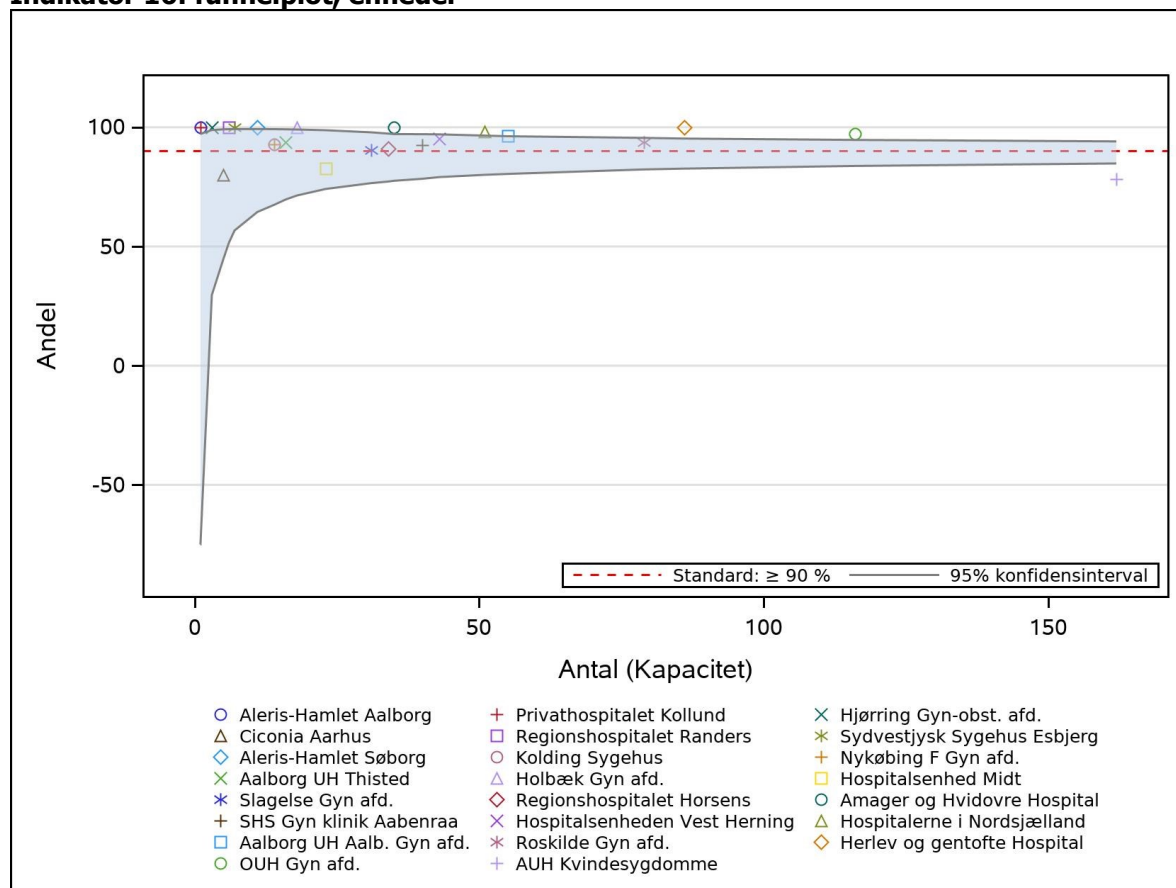
Indikator 16: kontroldiagram, enheder



Indikator 16: trendgraf, regioner



Indikator 16: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 16

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2014. Alle patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2014 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartiment i 2014 har 92 % (95 % CI: 90-94 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan.

Af de 5 regioner er standarden opfyldt i 4 (Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Nordjylland). Region Midtjylland opfylder med 84 % ikke standarden. I lighed med indikator 15 viser trendgrafen, at regionsresultaterne har ligget stabilt over standarden siden 2007, men at der ses en faldende indikatoropfyldelse i Region Midtjylland fra 2013.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 15 standarden på mindst 90 %. Kun AUH Kvindesygdomme ligger med en indikatorværdi på 78 % under standarden både på indikatorværdi og konfidensinterval (se funnelplot). Den anden afdeling, der ligger under standarden (Hospitalsenhed Midt) har indikatorværdien indeholdt i konfidensintervallet. Der er i øvrigt lille variation mellem afdelingerne.



Diskussion og implikationer for indikator 15 og indikator 16

Indikator 15 er ikke opfyldt på landsplan og det skyldes overvejende den manglende indikatoropfyldelse på AUH kvindeafdeling, som er den afdeling i landet, som laver flest operationer, som indgår i denne indikator. Trendgrafen viser, at den faldende tendens har stået på i nogle år. Afdelingen har ændret praksis i 2019 dels hvad angår valg af operationsmetode, idet antallet af sacrospinøse fiksationer af vaginaltop (KLEF53b) eller uterus (KLCG20) er faldet, mens brugen af collumamputation (KLDC10) er steget. Dels hvad angår valg af suturmateriale ved sacrospinøs fiksation. Disse ændringer vil først monitoreres i disse indikatorer i 2021 og 2024.

Landets øvrige afdelinger har stabile værdier uden væsentlig variation.

Indikatorerne dækker over forskellige operationstyper, som alle anvendes i midterste kompartment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").

Det faktum, at indikatorerne indeholder flere forskellige operationskoder, gør dem mindre specifikke og styregruppen har arbejdet med alternative indikatordefinitioner for at opnå mere specifikke mål. Det viser sig dog, at en mere specifik opdeling gør patientgrundlaget så lille, at opdelingen ikke er meningsfuld. Et foreløbigt resultat kan ses i appendiks 1, hvor også styregruppens overvejelser fremgår.

Anbefaling

Indikatorerne ændres fremadrettet. Se venligst styregruppens overvejelser i appendiks 1.

For at opnå et bedre mål for holdbarheden af prolapsoperationer, vil det være optimalt at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. behandling med tidsmæssig afstand til indeksoperationen.



Indikator 17

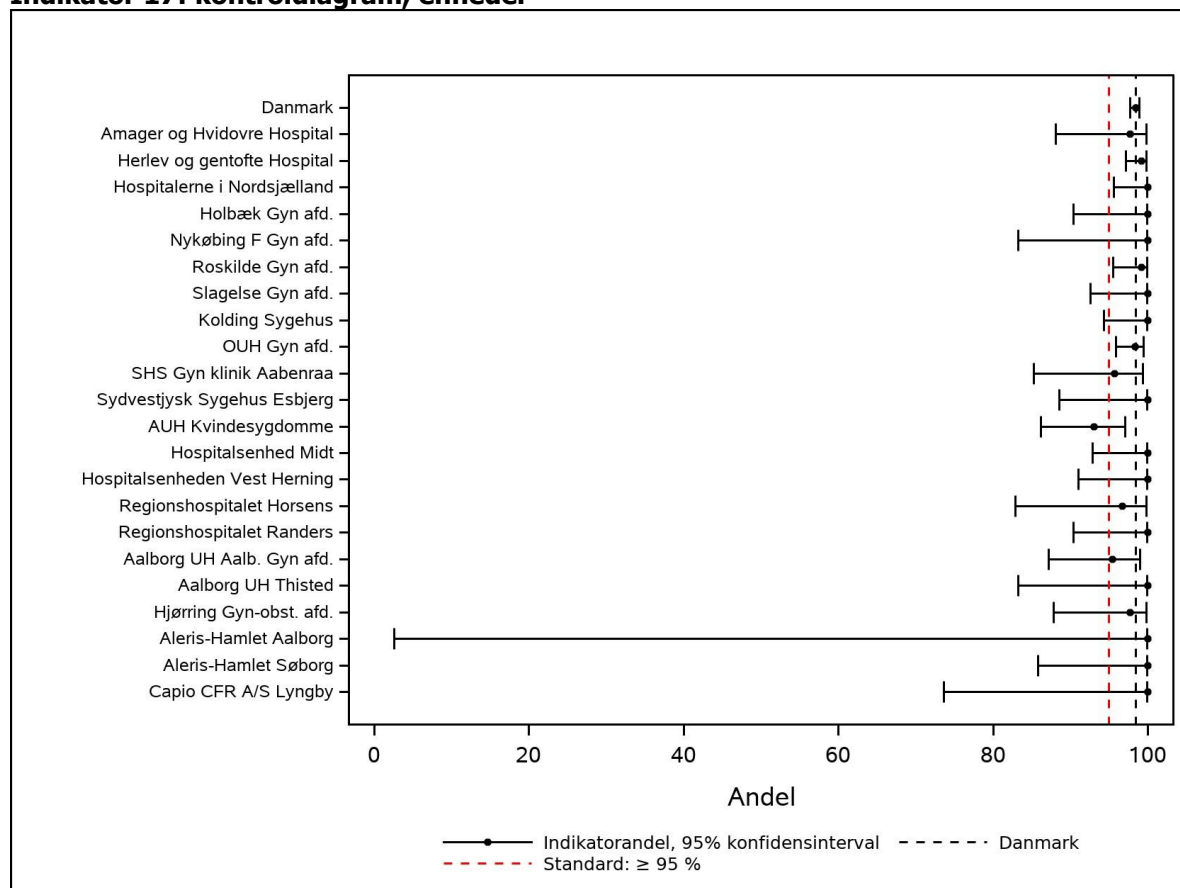
Ingen recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

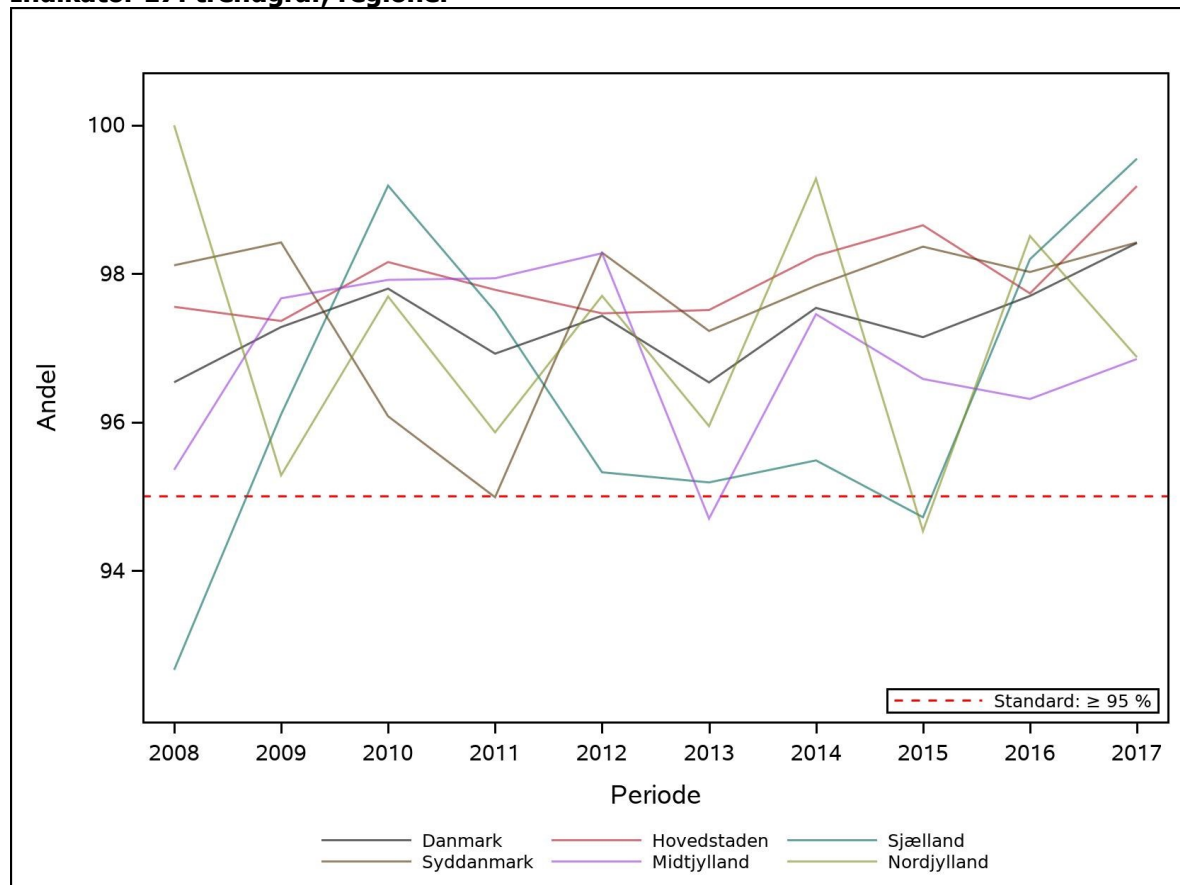
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015	
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.365 / 1.387	0 (0)	98	(98-99)	98 (97-98)	97 (96-98)
Hovedstaden	Ja	363 / 366	0 (0)	99	(98-100)	98 (95-99)	99 (97-100)
Sjælland	Ja	221 / 222	0 (0)	100	(98-100)	98 (96-99)	95 (91-97)
Syddanmark	Ja	374 / 380	0 (0)	98	(97-99)	98 (96-99)	98 (97-99)
Midtjylland	Ja	246 / 254	0 (0)	97	(94-99)	96 (93-98)	97 (93-99)
Nordjylland	Ja	124 / 128	0 (0)	97	(92-99)	99 (95-100)	95 (89-98)
Hovedstaden	Ja	363 / 366	0 (0)	99	(98-100)	98 (95-99)	99 (97-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	43 / 44	0 (0)	98	(88-100)	89 (74-97)	99 (93-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	239 / 241	0 (0)	99	(97-100)	99 (96-100)	99 (96-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	81 / 81	0 (0)	100	(96-100)	99 (94-100)	98 (92-100)
Sjælland	Ja	221 / 222	0 (0)	100	(98-100)	98 (96-99)	95 (91-97)
Holbæk Gyn afd.	Ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	97 (89-100)	94 (86-98)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100 (85-100)	92 (80-98)
Roskilde Gyn afd.	Ja	118 / 119	0 (0)	99	(95-100)	98 (94-100)	96 (91-99)
Slagelse Gyn afd.	Ja	47 / 47	0 (0)	100	(92-100)	100 (93-100)	95 (82-99)
Syddanmark	Ja	374 / 380	0 (0)	98	(97-99)	98 (96-99)	98 (97-99)
Kolding Sygehus	Ja	62 / 62	0 (0)	100	(94-100)	100 (92-100)	100 (93-100)
OUH Gyn afd.	Ja	238 / 242	0 (0)	98	(96-100)	97 (94-99)	99 (96-100)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	44 / 46	0 (0)	96	(85-99)	98 (88-100)	95 (86-99)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	30 / 30	0 (0)	100	(88-100)	100 (92-100)	100 (92-100)
Midtjylland	Ja	246 / 254	0 (0)	97	(94-99)	96 (93-98)	97 (93-99)
AUH Kvindesygdomme	Nej	93 / 100	0 (0)	93	(86-97)	93 (86-97)	95 (89-99)
Hospitalsenhed Midt	Ja	49 / 49	0 (0)	100	(93-100)	94 (81-99)	95 (84-99)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	39 / 39	0 (0)	100	(91-100)	100 (93-100)	100 (91-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	29 / 30	0 (0)	97	(83-100)	94 (71-100)	100 (89-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	100 (94-100)	94 (81-99)
Nordjylland	Ja	124 / 128	0 (0)	97	(92-99)	99 (95-100)	95 (89-98)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	62 / 65	0 (0)	95	(87-99)	97 (91-100)	92 (83-97)
Aalborg UH Thisted	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100 (82-100)	100 (85-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	42 / 43	0 (0)	98	(88-100)	100 (91-100)	97 (84-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (16-100)	100 (3-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	95 (74-100)	100 (82-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100 (54-100)	
Privathospitalet Kollund						100 (16-100)	100 (40-100)
Privathospitalet Møn		0 / 0				100 (3-100)	100 (16-100)



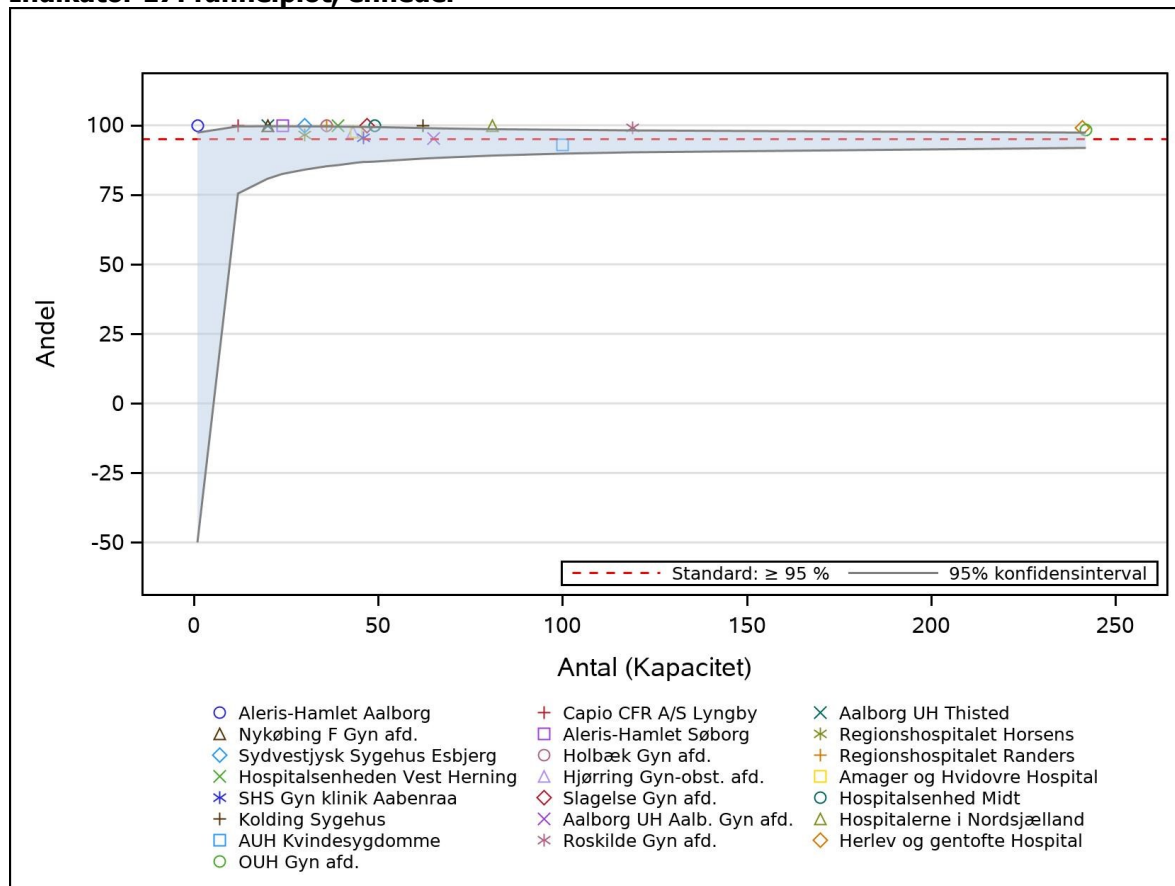
Indikator 17: kontroldiagram, enheder



Indikator 17: trendgraf, regioner



Indikator 17: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 17

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2017. Alle patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartiment i 2017 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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 kompartiment i 2017 har 98 % (95 % CI: 98-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Alle 5 regioner opfylder standarden og der er lille variation mellem regionerne. Trendgrafen på regionsniveau viser, at alle regioner har opfyldt eller været tæt på at opfylde standarden hvert år siden 2009.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 20 standarden på mindst 95 %. Kun AUH Kvindesygdomme ligger under standarden med en indikatorværdi på 93 %. Funnelploppet viser, at ingen afdelinger ligger under konfidensintervallet omkring standarden, og variationen mellem afdelinger er lille.

Se i øvrigt supplerende opgørelser til indikator 17 i Appendiks 1.

Diskussion, implikationer og anbefaling for denne indikator ses efter indikator 18



Indikator 18

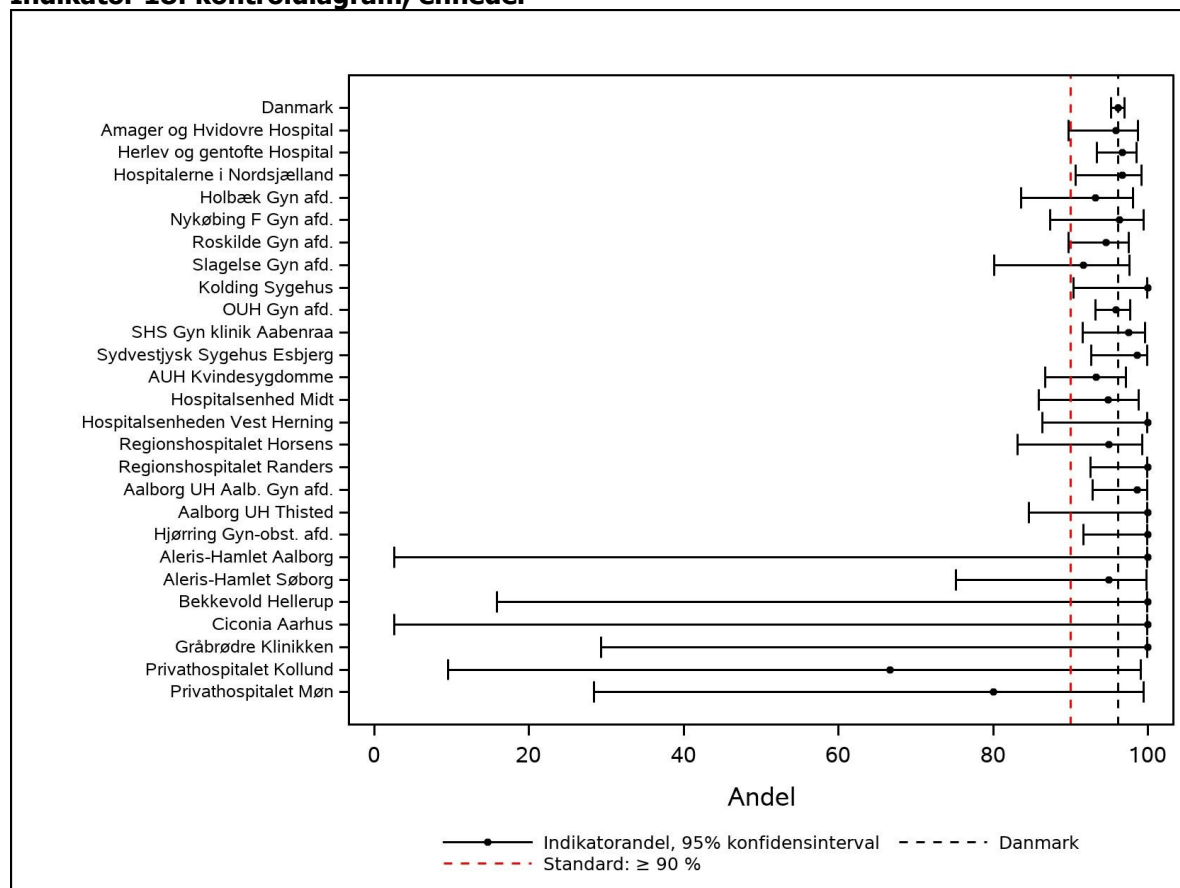
Ingen recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

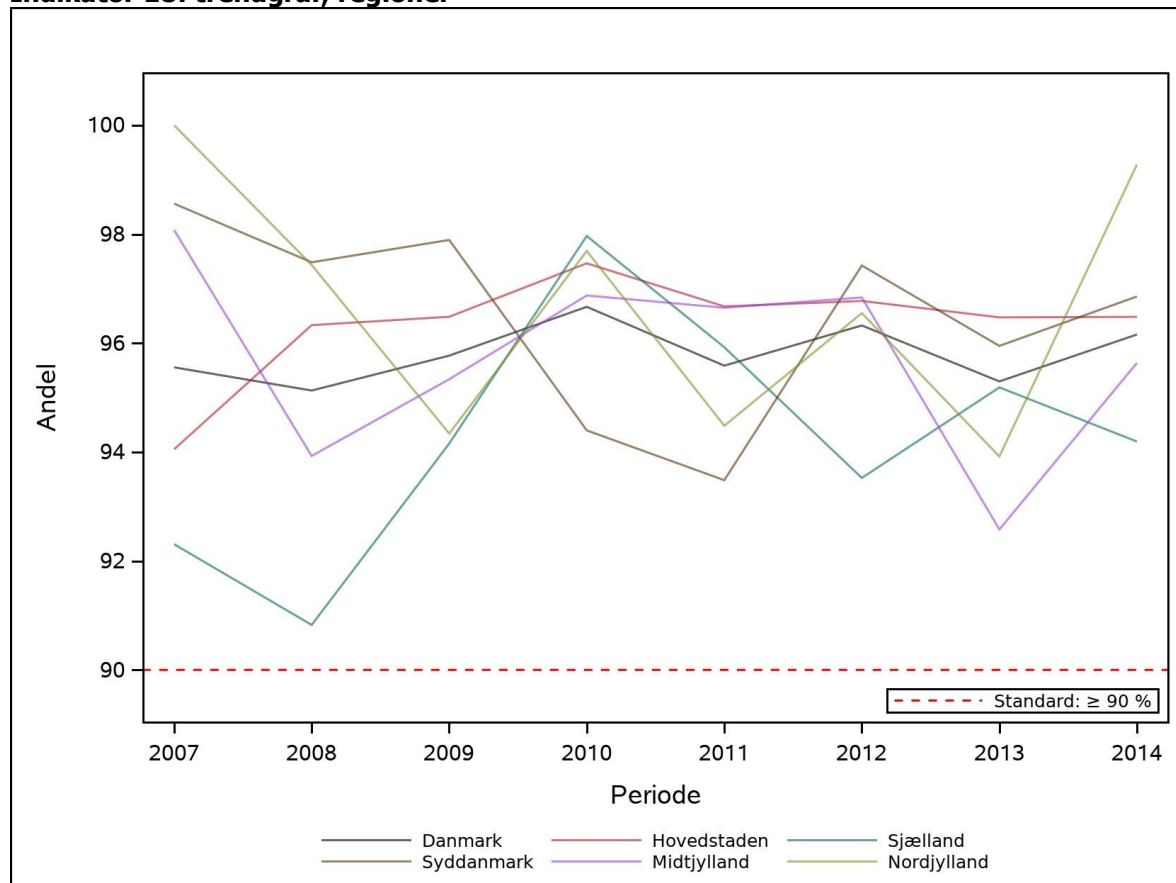
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2014 - 31.12.2014		2013	2012
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.602 / 1.666	0 (0)	96	(95-97)	95 (94-96)	96 (95-97)
Hovedstaden	Ja	384 / 398	0 (0)	96	(94-98)	96 (94-98)	97 (95-98)
Sjælland	Ja	292 / 310	0 (0)	94	(91-97)	95 (91-98)	94 (90-96)
Syddanmark	Ja	493 / 509	0 (0)	97	(95-98)	96 (94-98)	97 (96-99)
Midtjylland	Ja	263 / 275	0 (0)	96	(93-98)	93 (89-95)	97 (94-98)
Nordjylland	Ja	138 / 139	0 (0)	99	(96-100)	94 (89-97)	97 (93-99)
Hovedstaden	Ja	384 / 398	0 (0)	96	(94-98)	96 (94-98)	97 (95-98)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	92 / 96	0 (0)	96	(90-99)	97 (93-99)	97 (94-99)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	205 / 212	0 (0)	97	(93-99)	97 (93-99)	96 (92-99)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	87 / 90	0 (0)	97	(91-99)	95 (88-98)	96 (90-99)
Sjælland	Ja	292 / 310	0 (0)	94	(91-97)	95 (91-98)	94 (90-96)
Holbæk Gyn afd.	Ja	55 / 59	0 (0)	93	(84-98)	100 (16-100)	98 (87-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	52 / 54	0 (0)	96	(87-100)	98 (89-100)	94 (84-99)
Roskilde Gyn afd.	Ja	141 / 149	0 (0)	95	(90-98)	93 (85-97)	94 (89-97)
Slagelse Gyn afd.	Ja	44 / 48	0 (0)	92	(80-98)	96 (87-100)	87 (72-96)
Syddanmark	Ja	493 / 509	0 (0)	97	(95-98)	96 (94-98)	97 (96-99)
Kolding Sygehus	Ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	93 (76-99)	98 (91-100)
OUH Gyn afd.	Ja	305 / 318	0 (0)	96	(93-98)	97 (94-99)	97 (94-99)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	80 / 82	0 (0)	98	(91-100)	97 (90-99)	97 (90-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	72 / 73	0 (0)	99	(93-100)	91 (81-97)	99 (93-100)
Midtjylland	Ja	263 / 275	0 (0)	96	(93-98)	93 (89-95)	97 (94-98)
AUH Kvindesygdomme	Ja	97 / 104	0 (0)	93	(87-97)	88 (80-94)	97 (92-99)
Hospitalsenhed Midt	Ja	56 / 59	0 (0)	95	(86-99)	94 (84-99)	96 (89-99)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	25 / 25	0 (0)	100	(86-100)	93 (80-98)	100 (92-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	38 / 40	0 (0)	95	(83-99)	95 (83-99)	93 (84-98)
Regionshospitalet Randers	Ja	47 / 47	0 (0)	100	(92-100)	98 (89-100)	98 (92-100)
Nordjylland	Ja	138 / 139	0 (0)	99	(96-100)	94 (89-97)	97 (93-99)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	74 / 75	0 (0)	99	(93-100)	92 (84-97)	93 (84-98)
Aalborg UH Thisted	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100 (88-100)	98 (87-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	42 / 42	0 (0)	100	(92-100)	93 (81-99)	100 (94-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	0 (0-98)	100 (3-100)
Aleris-Hamlet Aarhus		0 / 0				100 (16-100)	
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	19 / 20	0 (0)	95	(75-100)	100 (83-100)	100 (3-100)
Bekkevold Hellerup	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)		60 (15-95)
Ciconia Aarhus	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (48-100)	100 (3-100)
Gråbrødre Klinikken	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100 (72-100)	
Privathospitalet Kollund	Nej	##	0 (0)	67	(9-99)	100 (54-100)	
Privathospitalet Møn	Nej	4 / 5	0 (0)	80	(28-99)	100 (16-100)	100 (54-100)



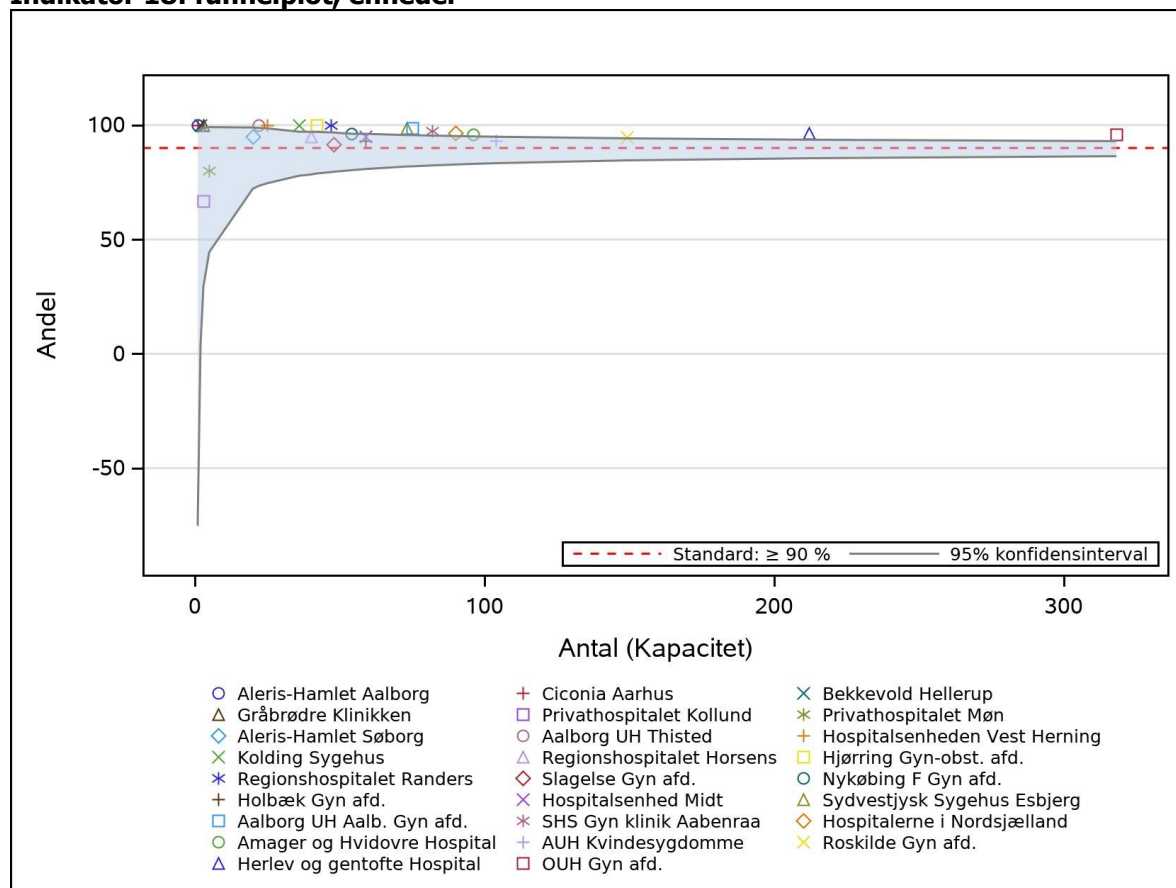
Indikator 18: kontrolldiagram, enheder



Indikator 18: trendgraf, regioner



Indikator 18: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 18

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2014. Alle patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment i 2014 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Resultater

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

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2014 har 96 % (95 % CI: 95-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Der er lille variation mellem regionerne, og alle regioner opfylder ligeledes standarden. Trendgrafen viser, at alle regioner har ligget stabilt over standarden helt tilbage til 2007.

Alle 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden på mindst 90 %. Variationen mellem afdelingerne er i øvrigt lille, som det ses af kontrolplot og funnelplot på afdelingsniveau.

Diskussion og implikationer for indikator 17 og indikator 18

Indikatoropfyldelsen er stabilt høj på landsplan og stort set uden variation fra tidligere år. Der er forholdsvis lille variation mellem afdelingerne. En enkelt afdeling opfylder ikke standarden for indikator 17 i to ud af de seneste 3 år om end standarden ligger inden for konfidensintervallet.

Indikatorerne dækker over forskellige operationstyper, som alle anvendes i bagerste kompartment. Da brugen af operationstyper varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner").



Det faktum, at indikatorerne indeholder flere forskellige operationskoder gør dem mindre specifikke og styregruppen har arbejdet med alternative indikatordefinitioner for at opnå mere specifikke mål. Det viser sig dog, at en mere specifik opdeling gør patientgrundlaget så lille, at opdelingen ikke er meningsfuld. Et foreløbigt resultat kan ses i appendiks 1, hvor også styregruppens overvejelser fremgår.

Anbefaling

Indikatoren ændres fremadrettet. Se venligst appendiks 1.

For at opnå et bedre mål for holdbarheden af prolapsoperationer, vil det være optimalt at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om evt. symptomer og behandling med tidsmæssig afstand til indeksoperationen.



Indikator 19a

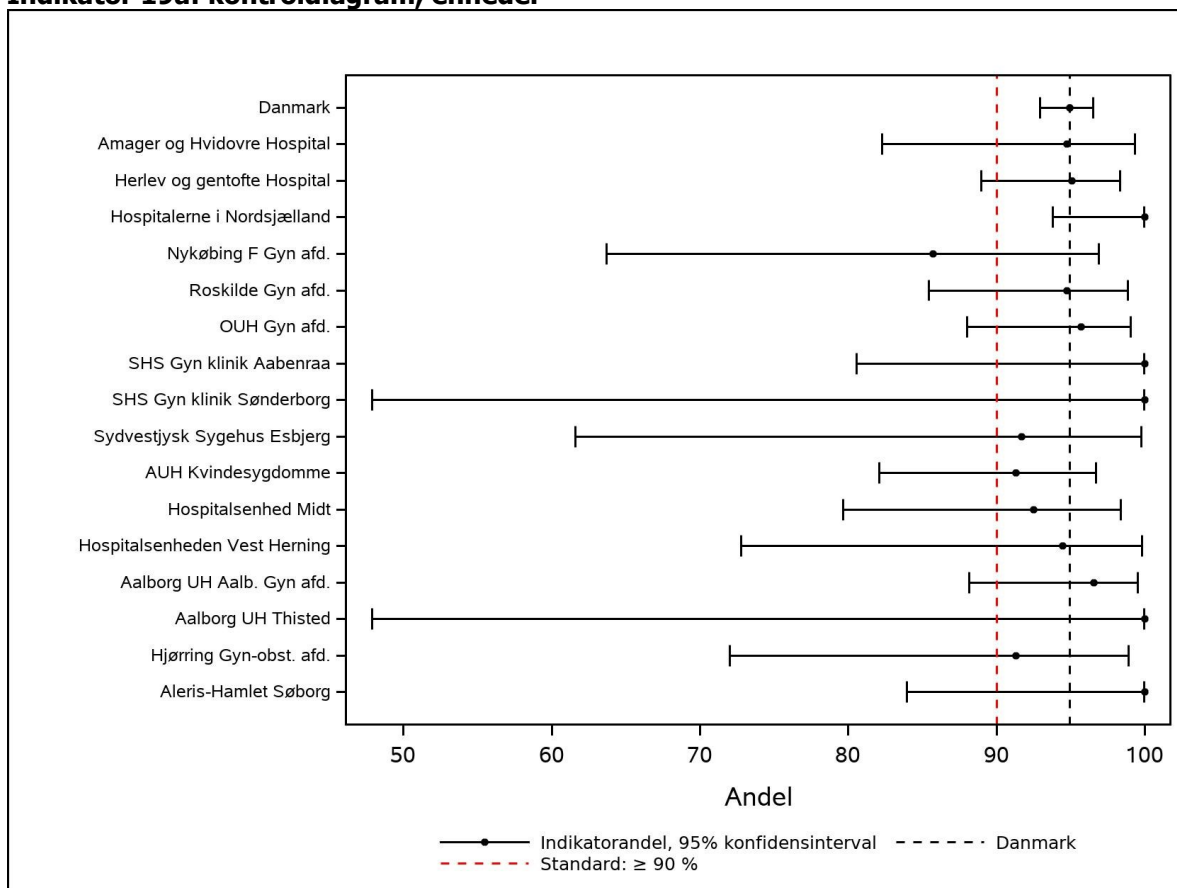
Behandlingssucces for inkontinensoperation (subjektiv patientbedømmelse efter primær slyngeoperation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 19a: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala)

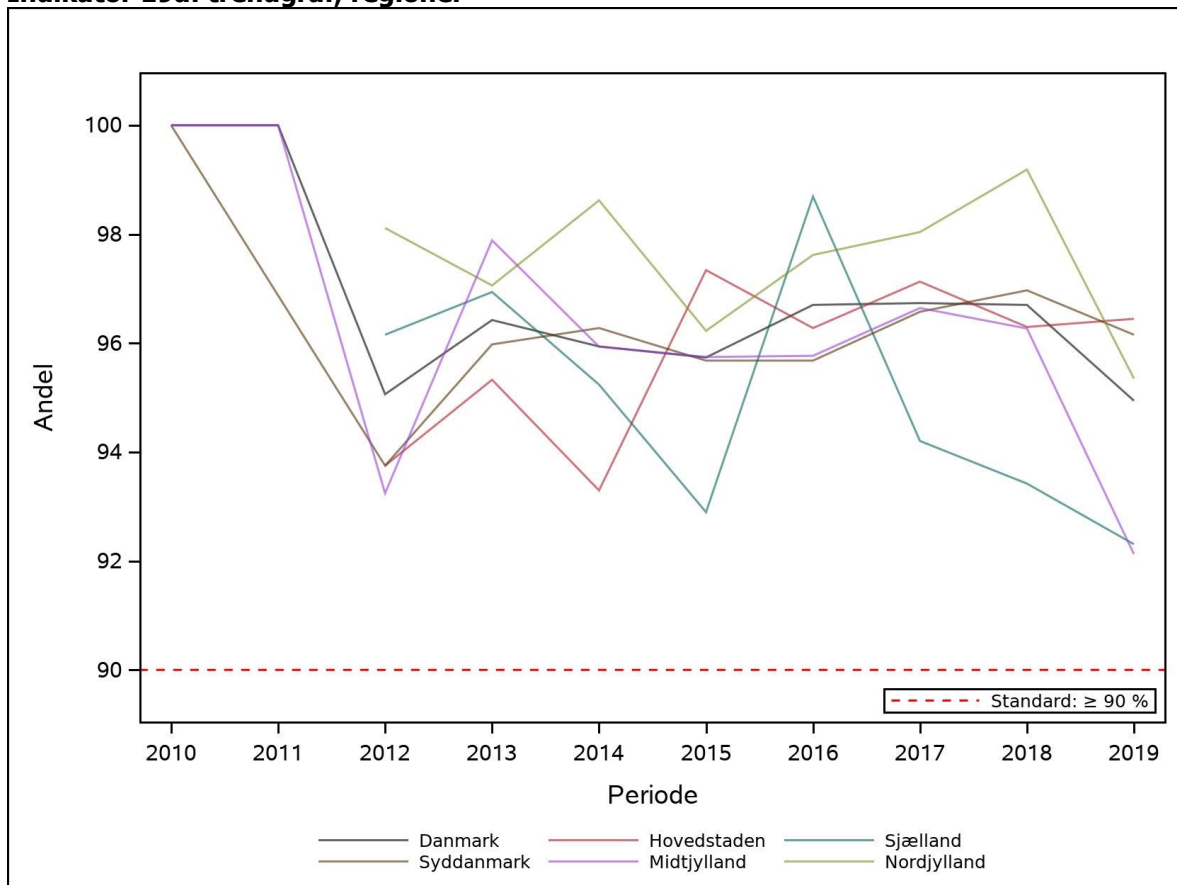
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	582 / 613	41 (6)	95	(93-97)	97 (95-98)	97 (95-98)
Hovedstaden	Ja	190 / 197	4 (2)	96	(93-99)	96 (93-98)	97 (94-99)
Sjælland	Ja	72 / 78	11 (12)	92	(84-97)	93 (85-98)	94 (89-97)
Syddanmark	Ja	100 / 104	20 (16)	96	(90-99)	97 (91-99)	97 (92-99)
Midtjylland	Ja	117 / 127	2 (2)	92	(86-96)	96 (92-99)	97 (92-99)
Nordjylland	Ja	82 / 86	3 (3)	95	(89-99)	99 (96-100)	98 (94-100)
Hovedstaden	Ja	190 / 197	4 (2)	96	(93-99)	96 (93-98)	97 (94-99)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	36 / 38	2 (5)	95	(82-99)	100 (90-100)	95 (75-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	97 / 102	1 (1)	95	(89-98)	95 (90-99)	99 (95-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	57 / 57	1 (2)	100	(94-100)	96 (88-99)	94 (86-98)
Sjælland	Ja	72 / 78	11 (12)	92	(84-97)	93 (85-98)	94 (89-97)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	18 / 21	5 (19)	86	(64-97)	73 (39-94)	88 (77-95)
Roskilde Gyn afd.	Ja	54 / 57	6 (10)	95	(85-99)	97 (89-100)	99 (93-100)
Syddanmark	Ja	100 / 104	20 (16)	96	(90-99)	97 (91-99)	97 (92-99)
OUH Gyn afd.	Ja	67 / 70	17 (20)	96	(88-99)	96 (89-99)	95 (88-98)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	17 / 17	1 (6)	100	(80-100)	100 (72-100)	100 (91-100)
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)		
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	11 / 12	2 (14)	92	(62-100)	100 (66-100)	100 (74-100)
Midtjylland	Ja	117 / 127	2 (2)	92	(86-96)	96 (92-99)	97 (92-99)
AUH Kvindesygdomme	Ja	63 / 69	0 (0)	91	(82-97)	95 (87-99)	97 (91-100)
Hospitalsenhed Midt	Ja	37 / 40	2 (5)	93	(80-98)	98 (89-100)	97 (85-100)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	17 / 18	0 (0)	94	(73-100)	96 (78-100)	91 (71-99)
Regionshospitalet Randers		0 / 0					100 (80-100)
Nordjylland	Ja	82 / 86	3 (3)	95	(89-99)	99 (96-100)	98 (94-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	56 / 58	0 (0)	97	(88-100)	100 (94-100)	100 (95-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	5 / 5	1 (17)	100	(48-100)	100 (69-100)	88 (64-99)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	21 / 23	2 (8)	91	(72-99)	98 (90-100)	98 (92-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	21 / 21	1 (5)	100	(84-100)	100 (82-100)	100 (89-100)



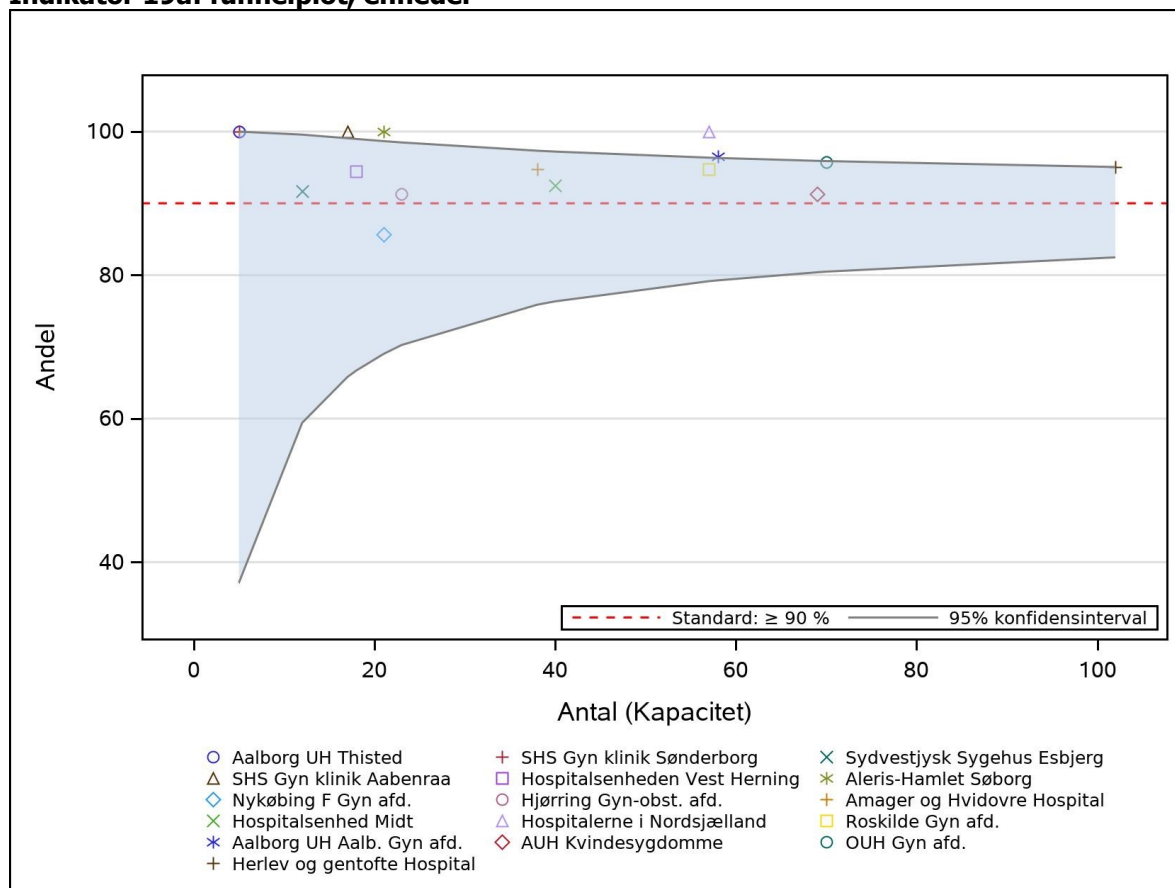
Indikator 19a: kontrolldiagram, enheder



Indikator 19a: trendgraf, regioner



Indikator 19a: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 19a

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primære (1. gangs) slyngeoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. KLEX3G er en betegnelse som blev oprettet udelukkende til brug i DugaBase for indberetning af de så kaldte "mini- slynger" som i en årrække blev markedsført i Danmark. I de officielle codesystemer har denne type slynge ikke nogen speciel kode. Patienter med første operation i aktuelle år indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 19a. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 6 %, dvs. kompletheden er 94 %. Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0-20 %.

På landsplan har 95 % (95 % CI: 93-97 %) 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 %. Standarden er ligeledes opfyldt i alle regioner, og der er lille variation mellem regionerne. Trendgrafen på regionsniveau viser, at alle regioner har ligget stabilt over standarden siden 2012.

Blandt de 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden; 1 afdeling (Nykøbing F) ligger lige under standarden med en indikatorværdi på 86 % men med standarden indeholdt i konfidensintervallet. Dette er illustreret i funnelplottet.



Diskussion og implikationer

Som det fremgår, ligger patienttilfredsheden højt, og alle afdelinger opfylder indikatoren når konfidensintervallet medregnes. Den eneste afdeling som skiller sig ud har et forholdsvis lavt volumen, hvorfor få udfald gør en stor forskel. Afdelingen lå også under standarden sidste år, og har formodentlig ikke kunne nå at implementere ændringer i praksis.

Patienttilfredsheden målt ved PGI-I er en valideret og internationalt anvendt metode, som beskriver patientens opfattelse af relativ ændring i symptomer. Indikatoren anses for at være valid og velegnet til at supplere den kvantitative rapportering af antal urininkontinens episoder pr tid, som opgøres i indikator 3a for samme patientgruppe. Som det fremgår, ligger indikatoropfyldelsen højere for dette mål end for indikator 3a.

Anbefaling

Styregruppen tillægger indikator 19a betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet, og den bibeholdes i sin nuværende form.



Indikator 19b

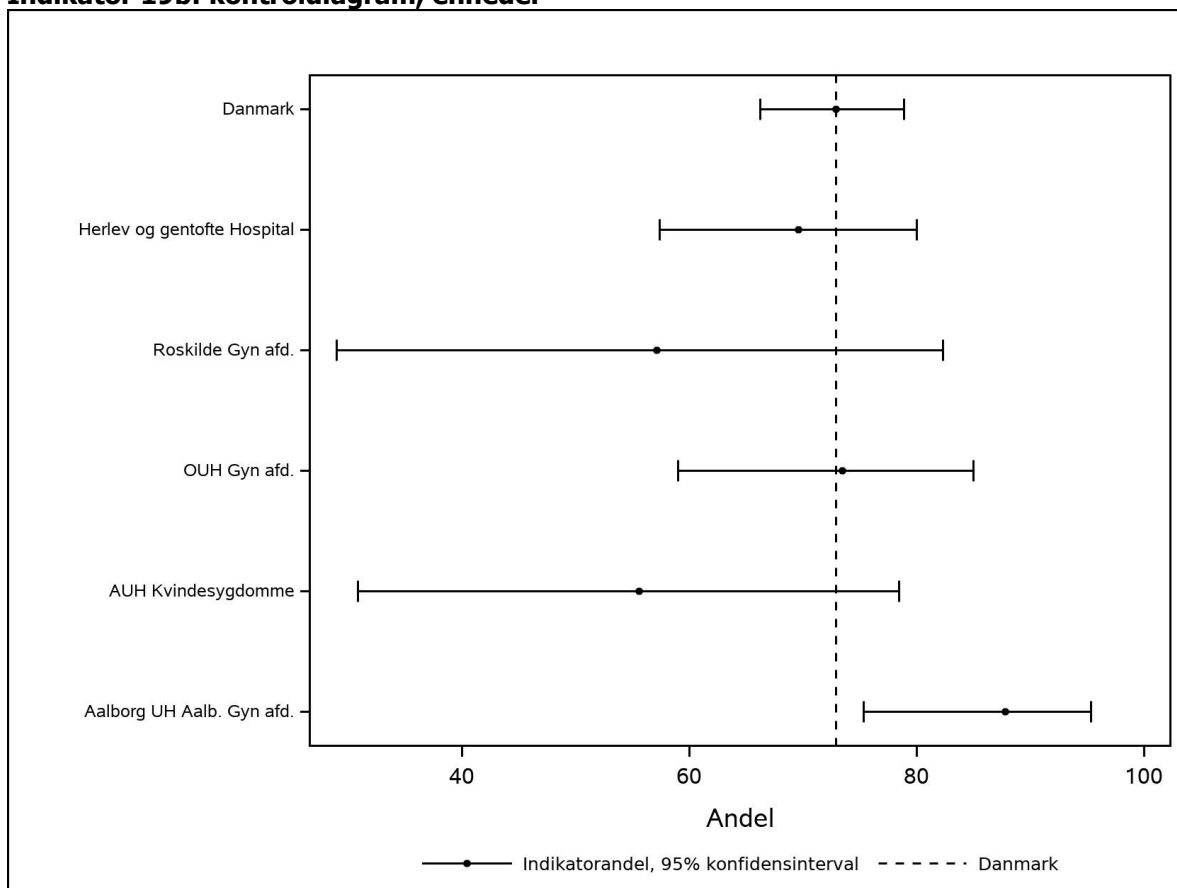
Behandlingssucces for inkontinensoperation (subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 19b: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)

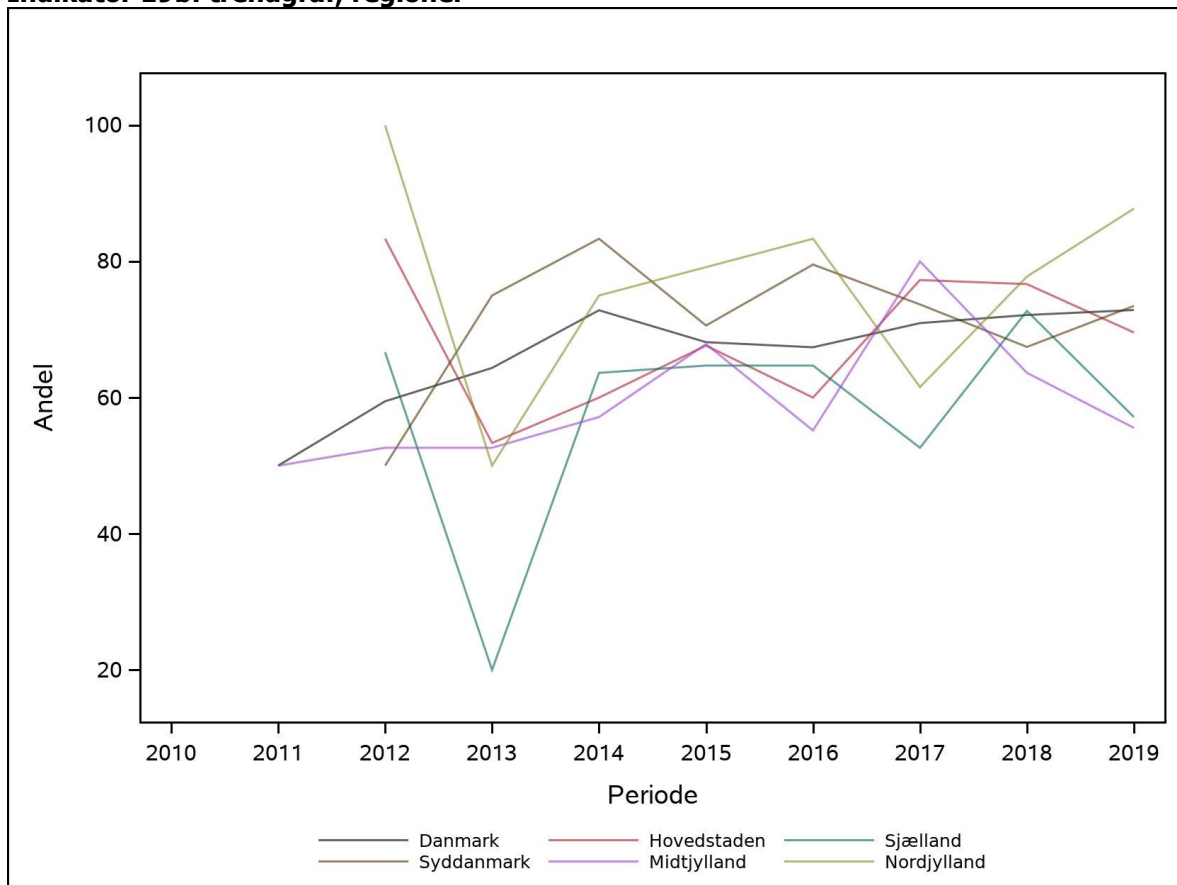
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2019 - 31.12.2019		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
Danmark		145 / 199	20 (9)	73	(66-79)	72 (63-80)	71 (62-79)
Hovedstaden		48 / 69	0 (0)	70	(57-80)	77 (58-90)	77 (55-92)
Sjælland		8 / 14	3 (18)	57	(29-82)	73 (39-94)	53 (29-76)
Syddanmark		36 / 49	13 (21)	73	(59-85)	67 (51-81)	74 (57-87)
Midtjylland		10 / 18	1 (5)	56	(31-78)	64 (31-89)	80 (59-93)
Nordjylland		43 / 49	3 (6)	88	(75-95)	78 (58-91)	62 (32-86)
Hovedstaden		48 / 69	0 (0)	70	(57-80)	77 (58-90)	77 (55-92)
Herlev og gentofte Hospital		48 / 69	0 (0)	70	(57-80)	77 (58-90)	77 (55-92)
Sjælland		8 / 14	3 (18)	57	(29-82)	73 (39-94)	53 (29-76)
Nykøbing F Gyn afd.		0 / 0					0 (0-98)
Roskilde Gyn afd.		8 / 14	3 (18)	57	(29-82)	73 (39-94)	56 (31-78)
Syddanmark		36 / 49	13 (21)	73	(59-85)	67 (51-81)	74 (57-87)
OUH Gyn afd.		36 / 49	13 (21)	73	(59-85)	67 (51-81)	74 (54-89)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		0 / 0					73 (39-94)
Midtjylland		10 / 18	1 (5)	56	(31-78)	64 (31-89)	80 (59-93)
AUH Kvindesygdomme		10 / 18	1 (5)	56	(31-78)	64 (31-89)	69 (41-89)
Hospitalsenhed Midt		0 / 0					100 (66-100)
Nordjylland		43 / 49	3 (6)	88	(75-95)	78 (58-91)	62 (32-86)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		43 / 49	3 (6)	88	(75-95)	78 (58-91)	62 (32-86)



Indikator 19b: kontrolldiagram, enheder



Indikator 19b: trendgraf, regioner



Kommentar til indikator 19b

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primære (1. gangs) bulkingoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i aktuelle år indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 19b. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 9 %, dvs. kompletheden er 91 %. Der er en nogen variation i andelen af uoplyste forløb (0 til 21 %).

På landsplan har 73 % (95 % CI: 66-79 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator

Regionerne har indikatorværdier mellem 56 % og 88 %. Trendgrafen viser, at regionerne siden 2014 har haft indikatorværdier vekslede omkring ca. 50-80 % med både inter- og intraregionale udsving over årene.

Patientpopulationen til denne indikator er lille, og kun 5 afdelinger har mindst 10 relevante patientforløb i 2018. Indikatorværdierne ligger mellem 56 % og 88 % på afdelingsniveau. Alle resultater bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

Diskussion og implikationer

Antallet af operationer er steget og andelen af uoplyste er faldet fra 19% til 9%. Der er stadig store forskelle mellem afdelingerne på andelen af uoplyste (0 – 21%).

Det fremgår, at den subjektive bedømmelse af Bulking er en del lavere end for midturetralslyngerne, og at der er en del variation mellem afdelingerne. Ved sammenligning med det absolutte mål i Indikator 3b, vil man se, at mange patienter oplever en væsentlig forbedring trods mere end én lækage om ugen eller oftere. Landsgennemsnit på 73 % er stabilt i forhold til tidligere, mens variationen mellem afdelingerne på 56-88 % er øget en smule idet en enkelt afdeling har formået at hæve sit i forvejen højde niveau. Ved sammenligning mellem afdelinger skal man holde for øje, at behandlingen bl.a. bruges til patienter med komplekse problemstillinger, som gør dem uegnede til andre typer behandling, og for hvem en lille forbedring af kontinensfunktionen har en forholdsvis stor værdi.

Patienttilfredsheden målt ved PGI-I er en valideret og international anvendt metode, som beskriver patientens opfattelse af relativ ændring i symptomer. Indikatoren anses for at være valid og velegnet til at supplere den kvantitative rapportering af antal urininkontinens episoder pr tid, som opgøres i indikator 3b for samme patientgruppe.

Anbefaling

Pga. den større usikkerhed ved denne behandling har styregruppen valgt ikke at opstille en standard for denne indikator. Vi finder det dog relevant at rapportere indikatoren for at kunne orientere brugere af urogynækologiske behandlinger om, hvad der må forventes samt give dem mulighed for at danne sig et overblik over, hvor behandlingsvolumen er størst.



Indikator 20

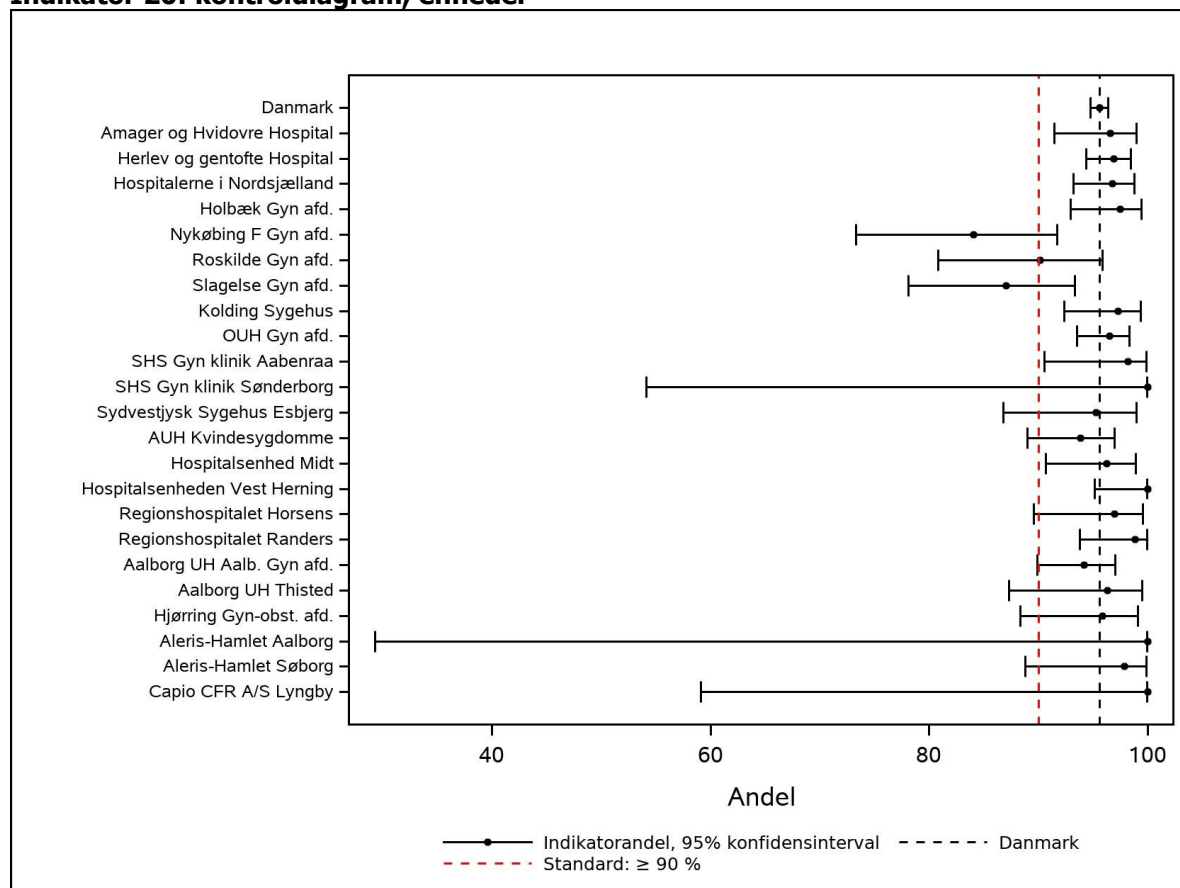
Behandlingssucces for primær prolapsoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 80.

Indikator 20: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)

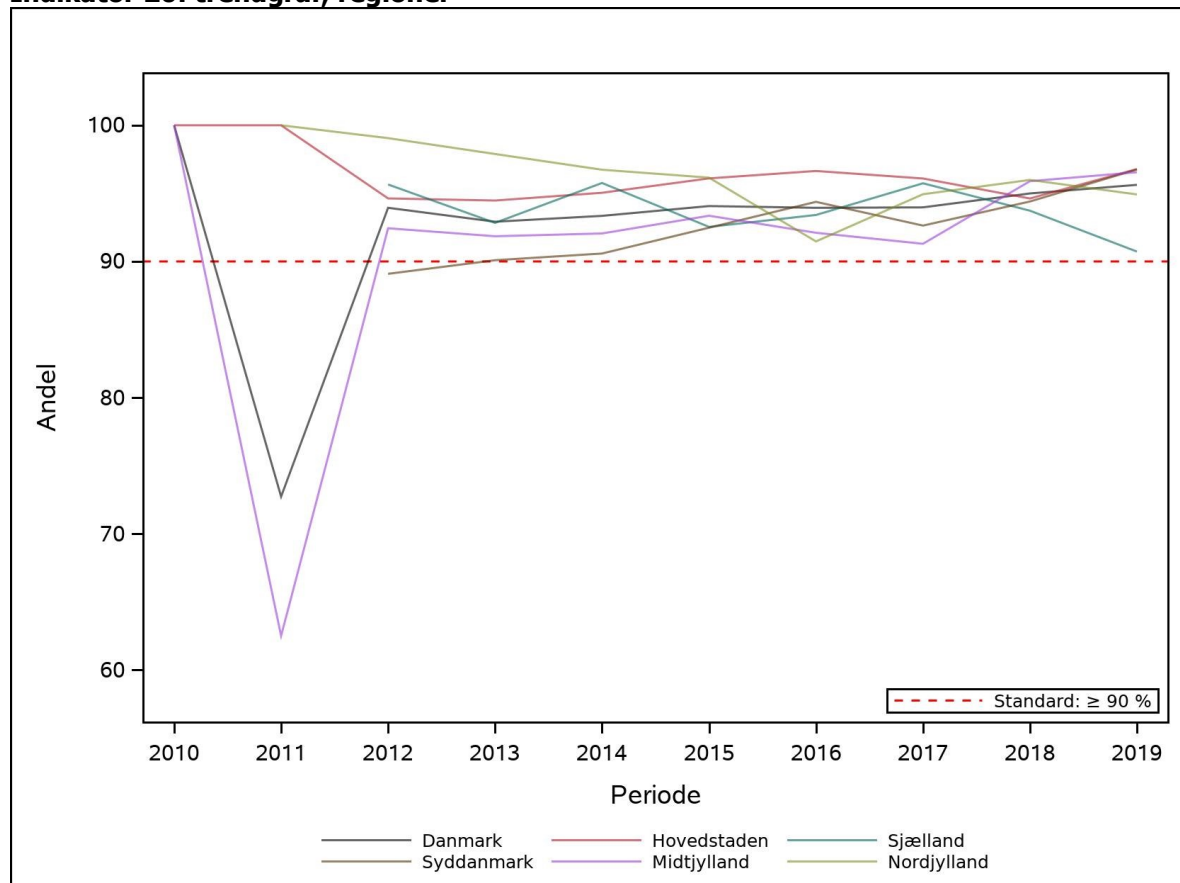
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.223 / 2.325	297 (11)	96	(95-96)	95 (94-96)	94 (93-95)
Hovedstaden	Ja	602 / 622	32 (5)	97	(95-98)	95 (93-96)	96 (94-97)
Sjælland	Ja	313 / 345	61 (15)	91	(87-94)	94 (90-96)	96 (93-97)
Syddanmark	Ja	477 / 493	116 (19)	97	(95-98)	94 (92-96)	93 (90-95)
Midtjylland	Ja	476 / 493	42 (8)	97	(95-98)	96 (94-97)	91 (89-93)
Nordjylland	Ja	299 / 315	42 (12)	95	(92-97)	96 (93-98)	95 (92-97)
Hovedstaden	Ja	602 / 622	32 (5)	97	(95-98)	95 (93-96)	96 (94-97)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	112 / 116	23 (17)	97	(91-99)	92 (86-97)	96 (91-98)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	310 / 320	4 (1)	97	(94-98)	96 (93-98)	97 (95-99)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	180 / 186	5 (3)	97	(93-99)	94 (90-97)	94 (90-97)
Sjælland	Ja	313 / 345	61 (15)	91	(87-94)	94 (90-96)	96 (93-97)
Holbæk Gyn afd.	Ja	117 / 120	12 (9)	98	(93-99)	93 (86-97)	92 (84-97)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	58 / 69	13 (16)	84	(73-92)	96 (80-100)	92 (81-98)
Roskilde Gyn afd.	Ja	64 / 71	9 (11)	90	(81-96)	93 (85-97)	97 (93-99)
Slagelse Gyn afd.	Nej	74 / 85	27 (24)	87	(78-93)	98 (87-100)	99 (93-100)
Syddanmark	Ja	477 / 493	116 (19)	97	(95-98)	94 (92-96)	93 (90-95)
Kolding Sygehus	Ja	108 / 111	10 (8)	97	(92-99)	96 (90-99)	84 (76-90)
OUH Gyn afd.	Ja	248 / 257	70 (21)	96	(93-98)	94 (91-97)	94 (91-97)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	55 / 56	11 (16)	98	(90-100)	82 (65-93)	94 (86-98)
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)		
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	60 / 63	25 (28)	95	(87-99)	98 (92-100)	98 (92-100)
Midtjylland	Ja	476 / 493	42 (8)	97	(95-98)	96 (94-97)	91 (89-93)
AUH Kvindesygdomme	Ja	152 / 162	7 (4)	94	(89-97)	92 (87-96)	86 (80-90)
Hospitalsenhed Midt	Ja	102 / 106	13 (11)	96	(91-99)	95 (90-98)	93 (86-97)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	73 / 73	1 (1)	100	(95-100)	99 (94-100)	100 (96-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	64 / 66	5 (7)	97	(89-100)	100 (96-100)	93 (85-98)
Regionshospitalet Randers	Ja	85 / 86	16 (16)	99	(94-100)	98 (94-100)	93 (85-97)
Nordjylland	Ja	299 / 315	42 (12)	95	(92-97)	96 (93-98)	95 (92-97)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	178 / 189	30 (14)	94	(90-97)	96 (92-98)	94 (89-97)
Aalborg UH Thisted	Ja	52 / 54	8 (13)	96	(87-100)	98 (88-100)	100 (92-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	69 / 72	4 (5)	96	(88-99)	95 (89-98)	95 (88-99)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3 / 3	3 (50)	100	(29-100)	100 (40-100)	
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	46 / 47	0 (0)	98	(89-100)	97 (85-100)	98 (88-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	88 (47-100)	86 (67-96)
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	1 (100)				



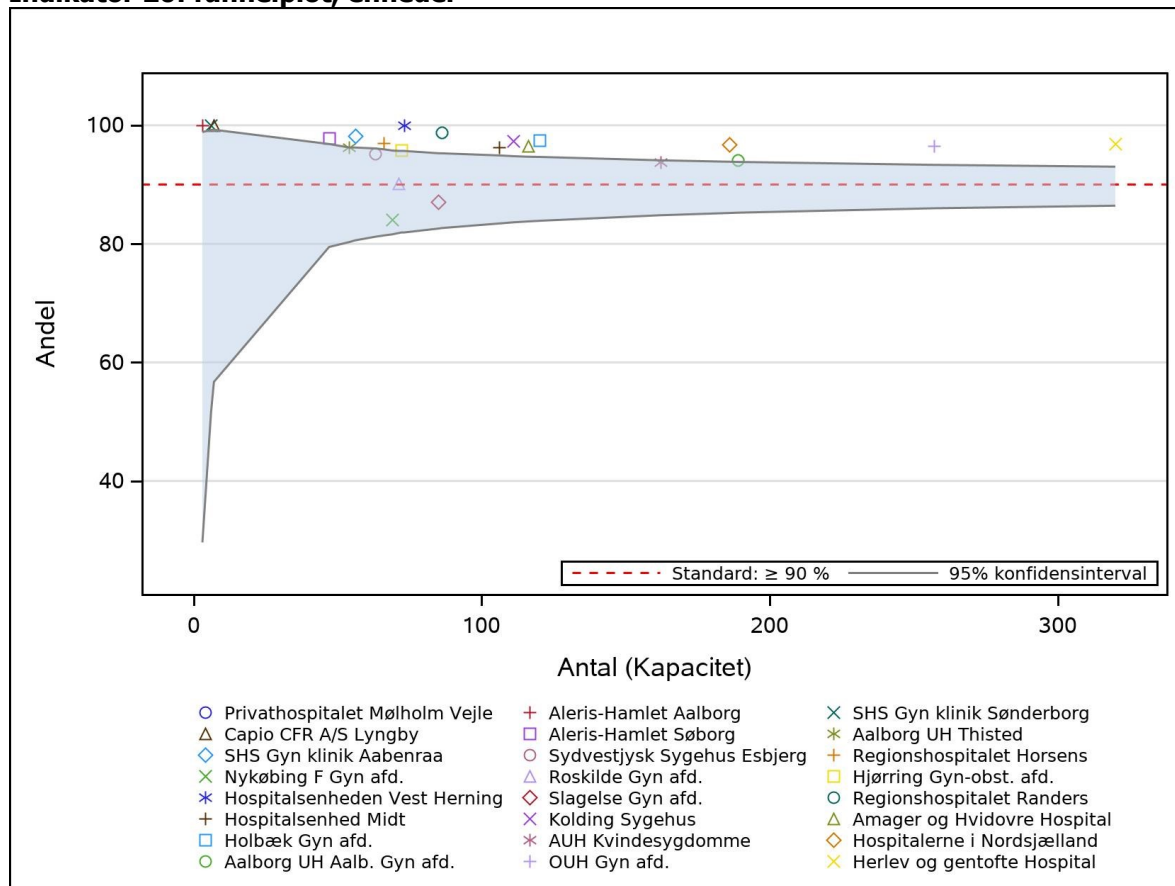
Indikator 20: kontroldiagram, enheder



Indikator 20: trendgraf, regioner



Indikator 20: funnelplot, enheder



Kommentar til indikator 20

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på PGI-I skala. Primære (1. gangs) prolapsoperationer indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation med en relevant operationskode registreret i DugaBase. Patienter med første operation i aktuelle år indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere prolapsoperation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 20. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11 %, dvs. komplettheden er 89 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % på flere afdelinger til 28 % på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.

På landsplan har 96 % (95 % CI: 95-96 %) 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 med indikatorværdier, der spænder fra 91 % til 97 %. Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatoren har været opfyldt hvert år i alle 5 regioner siden 2013.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden; Nykøbing F og Slagelse ligger under standarden med indikatorværdier på hhv. 84 % og 87 %, standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet for begge afdelinger. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 84 % og 100 %.



Diskussion og implikationer

Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden, når konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskeden. Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator i år er 89 %, og således på samme høje niveau som sidste år. Der er stadig stor variation mellem afdelingerne, hvor nogle har 0 % uoplyste og andre har over 25%.

Patienttilfredsheden målt ved PGI-I er en valideret og internationalt anvendt metode, som beskriver patientens opfattelse af relativ ændring i symptomer. Indikatoren anses for at være valid og velegnet til at supplere den kvantitative rapportering af prolaps symptomer pr tid, som opgøres i indikator 7 for samme patientgruppe. Denne PROM indsamles ca. 3 mdr. postoperativt. Dette interval er et kompromis mellem længere opfølgningstid og ønsket om at få opfølgningsdata fra det foregående med i årsrapporten som skal udkommet 1.7. det følgende år.

Ved sammenligning imellem afdelinger skal man holde sig for øje, at afdelinger med regionsfunktion og højt-specialiseret funktion får henvist flere patienter med komplekse problemstillinger, omend der kun måles på primær operationer. Indikatoren regnes som valid.

Anbefaling

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. Da indikatoren indeholder alle typer af førstegangs prolaps operationer vil der være et stort case-mix når man sammenligner afdelinger idet nogle typer prolapsindgreb kun foregår på afdelinger med regionsfunktion. Styregruppen overvejer at opdele denne indikator på enkelte indgreb / grupper af indgreb.



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 af inkontinens eller prolaps.

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 med repræsentation fra DUGS' bestyrelse. Der er sikret repræsentation for hver af landets regioner samt en repræsentant fra den private sygehussektor. Pt. er der vakancer for Region Nord og den private sygehussektor. Derudover omfatter styregruppen repræsentanter fra RKKP, og for den dataansvarlige myndighed, Region Midtjylland. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklingspulje for Klinisk Kvalitet, og der er givet en 3-årig bevilling for årene 2020-2023.

Formålet med DugaBase er at beskrive omfanget og kvaliteten af operationer for urininkontinens og prolaps samt at overvåge nye operationsmetoder. 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.

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 vigtigt at skelne mellem anatomisk prolaps som vil ses i en eller anden grad hos ca. 40 % af alle kvinder som har født børn og subjektiv prolaps som er kvindens opfattelse af symptomer og som forekommer hos lagt færre. Da anatomisk prolaps tidligere har været brugt ved især rapportering om recidiv efter operation, er det vigtigt at lave denne distinktion ved læsning af litteratur. Det er ofte meget individuelt, hvor meget et givent symptom påvirker livskvaliteten, hvilket i monitorerings sammenhæng er en udfordring. Styregruppen vil derfor understrege vigtigheden af PROM baserede indikatorer. Ligeledes er der ofte flere muligheder for behandling, som igen medfører forskellige fordele og risici for patienten. Særligt udgør recidiv operationer en udfordring, idet det er kendt, at der er mindre effekt, større risiko og mindre patienttilfredshed efter disse.

Dækningsgrad og indikatorer

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. 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 14 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. Af de 14 indikatorer har 2 endnu ikke fået fastsat en standard. I 2019 er standarden for 11 af de 12 indikatorer med fastsat standard opfyldt.

Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser er opfyldt for både de "absolutte værdimål" indikator 3a og 7 samt for "ændringsmål" indikator 19a og 20 (PGI-I). Opgørelser af recidivoperationer er foretaget på baggrund af det år, hvor primæroperationen fandt sted og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidivoperationer.



Ud over de 14 officielle indikatorer er der i aktuelle rapport medtaget supplerende opgørelser til indikator 13, 15 og 17 (se appendiks 1). Styregruppen vil vurdere disse opgørelser og tage stilling til, om de fremover skal inkluderes i indicatorsættet som officielle indikatorer.

Generelle kommentarer og forbehold

Alle indikatorer, på nær 19a, 19b og 20, måler absolutte værdier, og siger således ikke noget om opnået relativ 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, 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 blandingssinkontinens (begge typer), vil i mange tilfælde fortsat opleve urgeinkontinens efter behandlingen, hvilket kan påvirke indikatoropfyldelsen.

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 (i henhold til god praksis) vælger at operere et kompartment ad gangen for at undgå stramninger i vagina, vil patienten muligvis fortsat opleve symptomer fra det tilbageværende kompartment, trods en succesfuld kirurgisk behandling.

Opgørelserne tager ikke højde for det casemix som forekommer pga. demografi, socioøkonomiske faktorer og henvisningsmønster. Generelt antages det, at der forekommer flere komplicerede cases på de store sygehuse end på de mindre. Vi har forsøgt at udligne forskelle mellem afdelinger ved udelukkende at se på primær-operationer i indikatorerne 3, 7, 19 og 20. En primær prolaps operation (indikator 7 og 20) bliver defineret som: Der er aldrig tidligere registreret en prolapsoperation (uanset kompartment) i DugaBase på denne patient. For slyngeoperation (Indikator 3a og 19a) er definitionen, at der aldrig tidligere er registreret en midturretal slyngeoperation i DugaBase. For Bulkingbehandling (Indikator 3b og 19b) at der aldrig tidligere er registreret en bulkingbehandling (operationskode KKDV20 og KKDV22) i DugaBase. Denne definition gør selvfølgelig, at patienter som er opereret før 2006, hvor DugaBase blev oprettet, eller hvor den tidligere operation ikke er registreret i DugaBase pga. manglende databasekomplethed, vil indgå som primært opererede. Definitionen giver derfor anledning til forbehold, som dog vil mindskes med tiden.



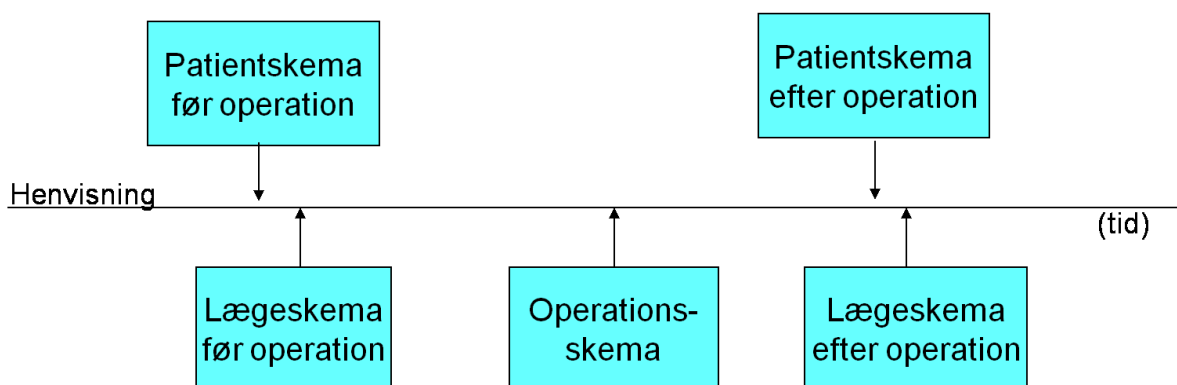
Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er trukket d. 28. september 2020, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2019 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 skal oprettes i databasen, hvis de gennemgår en urogynækologisk operation. Data indsamles igennem hele patientforløbet: Fra henvisning, forundersøgelse, operation og efterkontrol samt ved et eventuelt nyt forløb som følge af en komplikation til en tidligere operation. 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 Scandihhealth 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.

Flowet i et DugaBase-forløb er skitseret i Figur B1. Forløbet består af følgende delelementer: henvisningsoplysninger, udredningsoplysninger (lægeskema og patientskema før operation), operationsoplysninger (operationsskema) og kontroloplysninger (lægeskema og patientskema efter operation). Hertil kommer mulighed for oprettelse af et "komplikationsforløb". Et komplikationsforløb oprettes, hvis en patient, som tidligere er opereret med en urogynækologisk operation som er registreret i DugaBase, efter afslutningen af DugaBase forløbet, henvises med et symptom, som må antages at være en komplikation til den forudgående urogynækologiske operation. Komplikationsforløb er ikke illustreret i nedenstående.



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

Henvisningsoplysningerne omfatter henvisningsdiagnose, personoplysninger og administrative oplysninger om datoer etc.

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

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

Kontroloplysninger er i alt væsentligt en gentagelse af udredningsoplysningerne vedr. symptomer, gener og behandlingsbehov, som sammenlignes med udredningsoplysningerne for at undersøge ændring i patientens tilstand. Herudover registreres eventuelle komplikationer og bivirkninger i den mellemliggende periode. Disse oplysninger indhentes for langt størstedelen ved, at der udsendes spørgeskemaer til patienterne 3 mdr postoperativt, som patienterne så skal returnere. Nogle foretager telefoninterview, og enkelte har en frem-mødekontrol efter 3 mdr.

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 RKKP. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

Analyser og epidemiologi

Analyser og epidemiologisk kommentering er udført af RKKP (datamanager Katja Løngaard og epidemiolog Helle Hare-Bruun).

Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2018, 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 "2018" eller "år 2018". Direkte tal fra Årsrapport 2018, betegnes "Årsrapport 2018".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed

I forbindelse med opgørelse af databasekomplethed (også kaldet dækningsgrad) har RKKP rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes inden for sygdomsområdet (jf. "Appendiks 3: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket d. 10. september 2020.

Opgørelse af databasekomplethed 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 databasekomplethed

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

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

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

3. Patienten er 18 år eller derover på operationsdatoen

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

a. en af følgende urininkontinens-koder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEX3G, KLEG20, KLEG96

eller

b. en af følgende prolaps-koder: KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97. Dertil kommer koderne KLCD10, KLDC10 og KLED00 i kombination med aktionsdiagnose DN81* (LPR).



Databasekomplethed, urininkontinensoperationer 2019

Indikator 31: Dækningsgrad - Andel inkontinens operationer der findes i Dugabase i forhold til inkontinens operationer i Dugabase og/eller LPR

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
Danmark	Ja	913 / 943	0 (0)	97	(95-98)	93 (91-95)	92 (90-94)
Hovedstaden	Ja	289 / 290	0 (0)	100	(98-100)	99 (97-100)	98 (95-99)
Sjælland	Nej	108 / 123	0 (0)	88	(81-93)	84 (77-89)	93 (89-96)
Syddanmark	Ja	193 / 196	0 (0)	98	(96-100)	96 (92-98)	97 (94-99)
Midtjylland	Ja	153 / 161	0 (0)	95	(90-98)	90 (85-94)	87 (82-91)
Nordjylland	Ja	148 / 149	0 (0)	99	(96-100)	95 (91-98)	96 (93-99)
Hovedstaden	Ja	289 / 290	0 (0)	100	(98-100)	99 (97-100)	98 (95-99)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	41 / 41	0 (0)	100	(91-100)	100 (90-100)	100 (85-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	190 / 190	0 (0)	100	(98-100)	99 (96-100)	97 (94-99)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	58 / 59	0 (0)	98	(91-100)	99 (93-100)	99 (92-100)
Sjælland	Nej	108 / 123	0 (0)	88	(81-93)	84 (77-89)	93 (89-96)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	26 / 30	0 (0)	87	(69-96)	57 (34-78)	85 (75-92)
Roskilde Gyn afd.	Nej	82 / 93	0 (0)	88	(80-94)	88 (81-94)	98 (94-100)
Syddanmark	Ja	193 / 196	0 (0)	98	(96-100)	96 (92-98)	97 (94-99)
OUH Gyn afd. + amb.	Ja	156 / 159	0 (0)	98	(95-100)	96 (91-98)	96 (92-99)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	100 (79-100)	100 (92-100)
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)		
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	100 (74-100)	100 (88-100)
Midtjylland	Ja	153 / 161	0 (0)	95	(90-98)	90 (85-94)	87 (82-91)
AUH Kvindesygdomme	Ja	93 / 97	0 (0)	96	(90-99)	98 (92-100)	97 (92-99)
AUH Urinvejskirurgi	Nej	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0 (0-22)	0 (0-37)
Hospitalsenhed Midt	Ja	42 / 43	0 (0)	98	(88-100)	100 (93-100)	82 (69-91)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	100 (86-100)	100 (85-100)
Regionshospitalet Randers		0 / 0					73 (54-88)
Nordjylland	Ja	148 / 149	0 (0)	99	(96-100)	95 (91-98)	96 (93-99)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd. + dagafs.	Ja	117 / 117	0 (0)	100	(97-100)	98 (94-100)	96 (91-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	100 (69-100)	100 (80-100)
Hjørring Gyn-obst. afd. + amb.	Ja	25 / 26	0 (0)	96	(80-100)	90 (80-96)	96 (88-99)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100 (83-100)	94 (80-99)
Capio CFR A/S Odense		0 / 0				0 (0-98)	0 (0-98)
Privathospitalet Mølholm Vejle	Nej	0 / 2	0 (0)	0	(0-84)	18 (2-52)	0 (0-14)
Privathospitalet Møn							0 (0-71)

Databasekomplethed (dækningsgrad), pct. = (Heraf i DugaBase / I LPR og/eller DugaBase) × 100.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed, urininkontinensoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2019 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2019. Uanset at LPR er gold standard, kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 97 %. Antallet af urininkontinensoperationer er på niveau med 2018, men databasekompletheden er steget lidt. Dette kan hænge sammen med, at årsrapporten er blevet udskudt nogle måneder pga. implementering af LPR3 i databasens programmering.



Blandt de 16 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 13 afdelinger en databasekomplethed på mindst 95 %, mens to afdelinger (Nykøbing F og Roskilde) har dækningsgrader på hhv. 87 % og 88 %. Det er typisk afdelinger med få indberetninger, der har en lav dækningsgrad, og dermed trækker den samlede dækningsgrad en smule ned.

Det kan forekomme at der er flere patienter fra privathospitaler i indikatorstabellerne end i dækningsgradstabellerne. Det skyldes, at data fra LPR kun indeholder oplysninger om patienter fra privathospitalerne, når disse er behandlet efter henvisning fra det offentlige. Indikatorerne beregnes på data fra DugaBase, hvor privathospitalerne selv har indberettet operationerne. Her er i nogle tilfælde også indberettet operationer, der ikke er finansieret af det offentlige sundhedssystem.



Databasekomplethed, Prolapsoperationer 2019

Indikator 32: Dækningsgrad - Andel prolaps operationer der findes i Dugabase i forhold til prolaps operationer i Dugabase og/eller LPR

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	3.154 / 3.280	0 (0)	96	(95-97)	93 (92-94)	93 (92-94)
Hovedstaden	Ja	780 / 810	0 (0)	96	(95-97)	99 (98-99)	96 (94-97)
Sjælland	Ja	455 / 472	0 (0)	96	(94-98)	81 (78-85)	93 (91-95)
Syddanmark	Ja	723 / 741	0 (0)	98	(96-99)	96 (95-98)	97 (96-98)
Midtjylland	Ja	691 / 735	0 (0)	94	(92-96)	97 (95-98)	93 (92-95)
Nordjylland	Ja	431 / 438	0 (0)	98	(97-99)	93 (90-95)	94 (92-96)
Hovedstaden	Ja	780 / 810	0 (0)	96	(95-97)	99 (98-99)	96 (94-97)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	149 / 158	0 (0)	94	(89-97)	100 (97-100)	99 (95-100)
Bornholms Hospital	Nej	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0 (0-98)	0 (0-34)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	404 / 416	0 (0)	97	(95-99)	98 (96-99)	97 (95-99)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	227 / 235	0 (0)	97	(93-99)	100 (98-100)	95 (91-97)
Rigshospitalet							0 (0-98)
Sjælland	Ja	455 / 472	0 (0)	96	(94-98)	81 (78-85)	93 (91-95)
Holbæk Gyn afd.	Ja	137 / 140	0 (0)	98	(94-100)	99 (96-100)	100 (96-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	91 / 97	0 (0)	94	(87-98)	52 (40-64)	83 (73-90)
Roskilde Gyn afd.	Ja	106 / 114	0 (0)	93	(87-97)	85 (79-89)	96 (94-98)
Slagelse Gyn afd.	Ja	121 / 121	0 (0)	100	(97-100)	66 (54-76)	89 (83-94)
Syddanmark	Ja	723 / 741	0 (0)	98	(96-99)	96 (95-98)	97 (96-98)
Kolding Sygehus	Ja	131 / 132	0 (0)	99	(96-100)	100 (97-100)	100 (98-100)
OUH Gyn afd. + amb.	Ja	417 / 434	0 (0)	96	(94-98)	95 (92-96)	96 (93-97)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	70 / 70	0 (0)	100	(95-100)	98 (89-100)	100 (96-100)
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)		
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	97 / 97	0 (0)	100	(96-100)	100 (96-100)	98 (94-100)
Midtjylland	Ja	691 / 735	0 (0)	94	(92-96)	97 (95-98)	93 (92-95)
AUH Kvindesygdomme	Ja	286 / 298	0 (0)	96	(93-98)	99 (97-100)	95 (93-97)
AUH Urinvejskirurgi		0 / 0				0 (0-98)	0 (0-84)
Hospitalsenhed Midt	Ja	135 / 139	0 (0)	97	(93-99)	97 (93-99)	88 (81-93)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	81 / 81	0 (0)	100	(96-100)	100 (96-100)	100 (97-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	77 / 83	0 (0)	93	(85-97)	96 (90-99)	99 (94-100)
Regionshospitalet Randers	Nej	112 / 134	0 (0)	84	(76-89)	91 (85-95)	86 (79-92)
Nordjylland	Ja	431 / 438	0 (0)	98	(97-99)	93 (90-95)	94 (92-96)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd. + dagafs.	Ja	275 / 277	0 (0)	99	(97-100)	96 (93-98)	97 (94-98)
Aalborg UH Aalb. Urologisk afd.						0 (0-84)	
Aalborg UH Hobro	Nej	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0 (0-26)	0 (0-41)
Aalborg UH Thisted	Ja	69 / 71	0 (0)	97	(90-100)	96 (87-100)	85 (73-93)
Hjørring Gyn-obst. afd. + amb.	Ja	87 / 89	0 (0)	98	(92-100)	95 (89-98)	99 (95-100)
Privathospitaler							
Aagaard Gynækologiske Klinik						0 (0-98)	0 (0-31)
Aleris-Hamlet Aalborg	Nej	6 / 7	0 (0)	86	(42-100)	34 (18-54)	29 (11-52)
Aleris-Hamlet Aarhus	Nej	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0 (0-71)	0 (0-71)
Aleris-Hamlet Esbjerg	Nej	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0 (0-84)	0 (0-60)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	60 / 60	0 (0)	100	(94-100)	98 (88-100)	94 (85-98)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	92 (62-100)	94 (79-99)
Capio CFR A/S Odense	Nej	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	0 (0-52)	0 (0-34)
Privathospitalet Kollund	Nej	0 / 1	0 (0)	0	(0-98)	75 (19-99)	
Privathospitalet Mølholm Vejle	Nej	1 / 6	0 (0)	17	(0-64)	0 (0-11)	0 (0-14)
Privathospitalet Møn							33 (1-91)



Databasekomplethed (dækningsgrad), pct. = (Heraf i DugaBase / I LPR og/eller DugaBase) × 100.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed, prolapsoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2019 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2019. Uanset at LPR er gold standard, kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 96 % i 2019. Blandt de 19 afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 18 afdelinger mindst 90 % dækningsgrad, en enkelt afdeling ligger på 84 % databasekomplethed.

Det kan forekomme at der er flere patienter fra privathospitaler i indikortabellerne end i dækningsgradstabellerne. Det skyldes, at data fra LPR kun indeholder oplysninger om patienter fra privathospitalerne, når disse er behandlet efter henvisning fra det offentlige. Indikatorerne beregnes på data fra DugaBase, hvor privathospitalerne selv har indberettet operationerne. Her er i nogle tilfælde også indberettet operationer, der ikke er finansieret af det offentlige sundhedssystem.

Styregruppens kommentarer til databasekomplethed urininkontinens og prolapsoperationer

Der ses en imponerende høj dækning på 97% for inkontinens operationer, hvilket muligvis kan hænge sammen med indførelsen af LPR3.

Styregruppen bemærker, at der er enkelte afdelinger som ikke når op på 90 % indberetning af operationer, når LPR regnes som golden standard. 90 % dækningsgrad er minimumskrav til databasen fra RKKP, og styregruppen har derfor valgt at rette henvendelse til de afdelinger, som ikke lever op til dette for dels at gøre opmærksom på problemet og dels og tilbyde hjælp til evt. organisatoriske spørgsmål. Vi bemærker, at det fortsat er i Region Sjælland, at der er udfordringer.

Hvad angår prolapsoperationer er dækning også steget fra 93% til 96% og alle landets afdelinger på nær en enkelt indrapporterer over 90%.



Styregruppens medlemmer

Formand			
Gunnar Lose, Professor, Overlæge, dr. med.	Herlev Hospital	38688253 31510814	Gunnar.Lose@regionh.dk
Projektleder			
Ulla Darling Hansen, Overlæge	Odense Universitets-hospital	30576843 40202529	Ulla.darling.hansen@rsyd.dk
Styregruppens medlemmer			
Medlemmer fra hver region			
Hovedstaden			
Mette Hornum Bing, Overlæge, ph.d.	Herlev Hospital	38689905 24252816	Mette.Hornum.Bing@regionh.dk
Sjælland			
Helga Gimbel, Overlæge, dr.med.	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	56515404 26703714	helga@dadlnet.dk
Syddanmark			
Dorte Teilmann-Jørgensen, Afdelingslæge	Odense Universitets-hospital	30576546 29924931	Dorte.Teilmann-Jorgensen@rsyd.dk
Midtjylland			
Mette Juul Hansen, Overlæge	Aarhus Universitets-hospital	30714836 privat 30688327	metehanse@rm.dk
Nordjylland			
Vacant			
Repræsentant for Privatklinikker			
Vacant			
Forskningsansvarlig			
Niels Klarskov, Professor, Overlæge, dr. med.	Herlev og Gentofte Hospital		Niels.klarskov@regionh.dk
Repræsentant for DUGS			
Marianne Glavind-Kristensen, Overlæge, Ph.d.	Aarhus Universitets-hospital	40276937	mgk-njh@dadlnet.dk
Dataansvarlig myndighed			
Repræsentant for Region Midtjylland, Lene Sveistrup Bengtsson	RKKP's videncenter	24664725	lebeng@rkkp.dk
Klinisk epidemiolog			
Helle Hare-Bruun	RKKP's videncenter	29214165	hehare@rkkp.dk
Datamanager			
Katja Løngaard	RKKP's videncenter	21689271	kaloen@rkkp.dk
Kontaktperson RKKP			
Lene Sveistrup Bengtsson	RKKP's videncenter	24664725	lebeng@rkkp.dk



Appendiks 1: Supplerende indikatoropgørelser

I dette appendiks findes en række supplerende opgørelser til indikator 13, 15 og 17.

Styregruppens kommentar til de supplerende indikatoropgørelser for recidiv operationer.

Det er velkendt, at kirurgisk behandling af prolaps ikke altid er holdbar. En årsag er sygdommens natur, hvor tilgrundliggende fødselsskade og individets bindevævskvalitet persisterer efter operativ behandling. Blandt de årsager til recidiv, som kan interverneres på, er kirurgisk kvalitet. Det er dog en kompleks størrelse som næppe kan defineres af en enkelt indikator. I den indgår faktorer som f. eks.: rigtig diagnose, kirurgens præferencer, forventningsafstemning hos patienten for blot at nævne nogle få.

Da det af flere årsager ikke har været kutyme at lave opfølgende kontroller på patienter, som ikke måtte forventes at have yderligere behandlingsbehov, har vi ikke haft mulighed for at indsamle subjektive mål for kirurgisk kvalitet fraset ved den relativ tidlige 3 mdr. postoperative kontrol. Vi har derfor valgt at bruge recidiv operation som en indikator, om end det er en mindre gruppe af patienter med symptomatisk recidiv som opereres igen.

Vi har længe målt på recidiv operation i hvert kompartment for sig, i forsøg på at måle holdbarhed af operationerne. Da der findes flere forskellige operationsprocedurer til behandling af prolaps i hvert enkelt kompartment, har disse målinger ikke kunnet monitorere den enkelte operationsprocedure.

I et forsøg på at forbedre dette, har vi i år forsøgt at opdele indikator 13,15 og 17 i mindre grupper. Resultaterne ses i det følgende. Intentionen om at lave indikatorer på hver enkelt operationskode har vi måtte opgive idet antallet af operationer i de enkelte grupper (på nær kolporafia anterior KLEF00, kolporafia posterior KLEF03 og collumamputation KLDC10) bliver så små, at den statistiske usikkerhed bliver enorm.

Som det fremgår, er indikatormålet højt for stort set alle afdelinger og variationen mellem afdelingerne er ganske lille. Så selve indikatormålingen virker ikke særlig informativ – og kan ikke bruges til kvalitetsmonitorering.

Den deskriptive statistik, som bliver tydelig i denne opdeling, er derimod meget interessant og må give anledning til yderligere refleksion og evt. analyse. Se styregruppens kommentarer efter hver enkelt tabel.

Supplerende Indikator 13a

Ingen recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps (operationskode KLEF00: Forreste kolporafi). Indikatordefinition svarende til indikator 13, men kun primære operationer med anvendelse af KLEF00 indgår.

Indikator 13a: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment jf. definition 13a

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017	95% CI	2016	2015
				Andel		Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.006 / 2.092	0 (0)	96	(95-97)	96 (95-97)	96 (95-97)
Hovedstaden	Ja	486 / 494	0 (0)	98	(97-99)	97 (95-99)	98 (97-99)
Sjælland	Ja	336 / 348	0 (0)	97	(94-98)	97 (95-98)	95 (92-97)
Syddanmark	Ja	496 / 520	0 (0)	95	(93-97)	96 (94-98)	95 (93-97)
Midtjylland	Nej	379 / 415	0 (0)	91	(88-94)	93 (91-95)	95 (93-97)
Nordjylland	Ja	259 / 263	0 (0)	98	(96-100)	97 (94-99)	96 (93-98)
Hovedstaden	Ja	486 / 494	0 (0)	98	(97-99)	97 (95-99)	98 (97-99)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	98 / 100	0 (0)	98	(93-100)	99 (92-100)	99 (93-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	264 / 265	0 (0)	100	(98-100)	97 (94-99)	99 (97-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	124 / 129	0 (0)	96	(91-99)	97 (93-99)	97 (93-99)
Sjælland	Ja	336 / 348	0 (0)	97	(94-98)	97 (95-98)	95 (92-97)
Holbæk Gyn afd.	Ja	63 / 63	0 (0)	100	(94-100)	98 (92-100)	100 (96-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	45 / 49	0 (0)	92	(80-98)	94 (85-98)	91 (82-97)
Roskilde Gyn afd.	Ja	156 / 159	0 (0)	98	(95-100)	98 (94-99)	95 (90-98)
Slagelse Gyn afd.	Nej	72 / 77	0 (0)	94	(85-98)	97 (91-99)	93 (85-98)
Syddanmark	Ja	496 / 520	0 (0)	95	(93-97)	96 (94-98)	95 (93-97)
Kolding Sygehus	Ja	86 / 90	0 (0)	96	(89-99)	92 (83-97)	97 (91-100)
OUH Gyn afd.	Ja	294 / 308	0 (0)	95	(92-97)	98 (95-99)	95 (93-97)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	62 / 67	0 (0)	93	(83-98)	95 (87-99)	91 (83-96)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	54 / 55	0 (0)	98	(90-100)	94 (86-98)	98 (92-100)
Midtjylland	Nej	379 / 415	0 (0)	91	(88-94)	93 (91-95)	95 (93-97)
AUH Kvindesygdomme	Nej	140 / 163	0 (0)	86	(80-91)	88 (82-92)	95 (90-97)
Hospitalsenhed Midt	Nej	55 / 59	0 (0)	93	(84-98)	94 (85-98)	91 (82-96)
Hospitalsenheden Vest Herning	Nej	54 / 58	0 (0)	93	(83-98)	100 (96-100)	97 (90-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	55 / 55	0 (0)	100	(94-100)	95 (83-99)	100 (93-100)
Regionshospitalet Randers	Nej	75 / 80	0 (0)	94	(86-98)	97 (91-100)	96 (89-99)
Nordjylland	Ja	259 / 263	0 (0)	98	(96-100)	97 (94-99)	96 (93-98)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	165 / 167	0 (0)	99	(96-100)	99 (97-100)	97 (93-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	38 / 38	0 (0)	100	(91-100)	96 (80-100)	98 (90-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	56 / 58	0 (0)	97	(88-100)	93 (85-97)	92 (84-97)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)	100 (16-100)	100 (40-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	27 / 28	0 (0)	96	(82-100)	94 (81-99)	86 (67-96)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	100 (63-100)	
Privathospitalet Kollund						100 (16-100)	100 (40-100)
Privathospitalet Møn	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (69-100)	100 (40-100)

Styregruppens kommentar til supplerende indikator 13a

Indikator 13a ligner i høj grad den oprindelige indikator 13 idet langt hovedparten af operationer for prolaps i forreste kompartment udgøres af operationen med koden KLEF00 = forreste kolporafi (n=2092). Det samlede antal operationer i forreste kompartment som indgår i indikator 13 er 2247. Derfor giver denne supplerende indikator ikke ny information i forhold til den oprindelige indikator 13.



Styregruppen ønsker en homogen patientgruppe i denne indikator og vælger at erstatte de oprindelige indikator 13 og 14 med nye, hvor ændringen består i, at indeks operation skal være en forreste kolporafi (KLEF00) uden nogle andre delindgreb. Ved recidiv operationen må der gerne foretages samtidig kirurgi i andre kompartments.



Supplerende Indikator 13b

Ingen recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps (operationskoder KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLCD10, kombineret med DN81.1, KLDC10, kombineret med DN81.1).

Indikatordefinition svarende til indikator 13, men kun primære operationer med anvendelse af ovenstående operationskoder indgår.

Indikator 13b: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment jf. definition 13b

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	323 / 341	0 (0)	95	(92-97)	96 (93-98)	94 (91-97)
Hovedstaden	Ja	80 / 82	0 (0)	98	(91-100)	97 (91-100)	100 (95-100)
Sjælland	Ja	56 / 57	0 (0)	98	(91-100)	98 (90-100)	93 (80-98)
Syddanmark	Nej	84 / 90	0 (0)	93	(86-98)	98 (94-100)	94 (88-98)
Midtjylland	Nej	53 / 61	0 (0)	87	(76-94)	93 (84-98)	90 (81-96)
Nordjylland	Ja	39 / 39	0 (0)	100	(91-100)	88 (70-98)	100 (86-100)
Hovedstaden	Ja	80 / 82	0 (0)	98	(91-100)	97 (91-100)	100 (95-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	100 (48-100)	100 (29-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	43 / 44	0 (0)	98	(88-100)	100 (92-100)	100 (91-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	29 / 30	0 (0)	97	(83-100)	92 (74-99)	100 (87-100)
Sjælland	Ja	56 / 57	0 (0)	98	(91-100)	98 (90-100)	93 (80-98)
Holbæk Gyn afd.	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	94 (73-100)	100 (69-100)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100 (79-100)	100 (63-100)
Roskilde Gyn afd.	Nej	17 / 18	0 (0)	94	(73-100)	100 (63-100)	78 (40-97)
Slagelse Gyn afd.	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100 (75-100)	93 (66-100)
Syddanmark	Nej	84 / 90	0 (0)	93	(86-98)	98 (94-100)	94 (88-98)
Kolding Sygehus	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	100 (54-100)	100 (81-100)
OUH Gyn afd.	Nej	61 / 66	0 (0)	92	(83-97)	98 (93-100)	94 (87-98)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	10 / 11	0 (0)	91	(59-100)	100 (66-100)	83 (52-98)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)		100 (3-100)
Midtjylland	Nej	53 / 61	0 (0)	87	(76-94)	93 (84-98)	90 (81-96)
AUH Kvindesygdomme	Nej	36 / 44	0 (0)	82	(67-92)	90 (77-97)	91 (80-98)
Hospitalsenhed Midt	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)	100 (54-100)	100 (29-100)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100 (63-100)	91 (59-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100 (40-100)	75 (35-97)
Regionshospitalet Randers	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (29-100)	100 (16-100)
Nordjylland	Ja	39 / 39	0 (0)	100	(91-100)	88 (70-98)	100 (86-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	94 (70-100)	100 (78-100)
Aalborg UH Thisted	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)	67 (9-99)	100 (54-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	86 (42-100)	100 (40-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	10 / 11	0 (0)	91	(59-100)	86 (42-100)	0 (0-98)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (3-100)	

Styregruppens kommentar til supplerende indikator 13b

Denne indikator indeholder en række operationsprocedurer som stort set kun udføres på afdelinger med regionsfunktion. Den eneste operationskode som udføres på alle afdelinger er KLDC10= collumamputation. Derfor fremgår det også, at afdelinger med regionsfunktion har betydelig flere patienter i denne indikator end afdelinger med hovedfunktion. Sammenligner man antal forreste kolporafi (KLEF00) procedurer med antal "andre" procedurer i forreste kompartment på landets universitetsafdelinger, kan man se, at andelen af "andre" svinger mellem 27%(44/163) på AUH til 14%(24/167) på AAUH. Denne forskel kan selvfølgelig forklares ved, at nogle afdelinger i højere grad udfører regionsfunktioner, men andre afdelinger behandler et



bredere udsnit af populationen. Variationen bliver mindre, hvis man sammenligner samme tal mellem regionerne. Her svinger andelen mellem 14,5 i Region Midt og 17,3% i Region Syd. Tallene er dog så beskedne, at den statistiske usikkerhed bliver så stor, at sammenligninger bliver behæftet med stor usikkerhed. Indikatoren er derfor ikke et godt kvalitetsmål.

Supplerende Indikator 15c

Ingen recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (operationskode KLDC10). Indikatordefinition svarende til indikator 15, men kun primære operationer med anvendelse af KLDC10 indgår.

Indikatoren udgår pga. fejl i programmering som ikke har kunnet rettes før deadline.

Supplerende Indikator 15d

Ingen recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps (operationskode KLCD10 kombineret med diagnosekode DN81.2-DN81.5A). Indikatordefinition svarende til indikator 15, men kun primære operationer med anvendelse af KLCD10 kombineret med DN81.2-DN81.5A indgår.

Indikatoren udgår pga. fejl i programmering som ikke har kunnet rettes før deadline.



Supplerende Indikator 17a

Ingen recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps (operationskode KLEF03: Bageste kolporafi). Indikatordefinition svarende til indikator 17, men kun primære operationer med anvendelse af KLEF03 indgår.

Indikator 17a: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment jf. definition 17a

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017	95% CI	2016	2015
Danmark	Ja	1.108 / 1.121	0 (0)	99	(98-99)	98 (97-99)	98 (97-99)
Hovedstaden	Ja	312 / 315	0 (0)	99	(97-100)	98 (96-99)	99 (98-100)
Sjælland	Ja	184 / 185	0 (0)	99	(97-100)	99 (97-100)	95 (92-98)
Syddanmark	Ja	332 / 336	0 (0)	99	(97-100)	98 (96-99)	98 (96-99)
Midtjylland	Ja	184 / 188	0 (0)	98	(95-99)	96 (92-98)	98 (94-99)
Nordjylland	Ja	69 / 70	0 (0)	99	(92-100)	99 (93-100)	97 (90-100)
Hovedstaden	Ja	312 / 315	0 (0)	99	(97-100)	98 (96-99)	99 (98-100)
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	40 / 41	0 (0)	98	(87-100)	89 (74-97)	100 (95-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	202 / 204	0 (0)	99	(97-100)	100 (98-100)	99 (97-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	70 / 70	0 (0)	100	(95-100)	99 (94-100)	99 (93-100)
Sjælland	Ja	184 / 185	0 (0)	99	(97-100)	99 (97-100)	95 (92-98)
Holbæk Gyn afd.	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	100 (94-100)	93 (82-98)
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	17 / 17	0 (0)	100	(80-100)	100 (84-100)	93 (81-99)
Roskilde Gyn afd.	Ja	91 / 92	0 (0)	99	(94-100)	98 (94-100)	98 (93-100)
Slagelse Gyn afd.	Ja	44 / 44	0 (0)	100	(92-100)	100 (92-100)	94 (81-99)
Syddanmark	Ja	332 / 336	0 (0)	99	(97-100)	98 (96-99)	98 (96-99)
Kolding Sygehus	Ja	57 / 57	0 (0)	100	(94-100)	100 (91-100)	100 (92-100)
OUH Gyn afd.	Ja	205 / 207	0 (0)	99	(97-100)	98 (95-99)	98 (96-100)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	44 / 46	0 (0)	96	(85-99)	97 (86-100)	94 (84-99)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	26 / 26	0 (0)	100	(87-100)	100 (92-100)	100 (91-100)
Midtjylland	Ja	184 / 188	0 (0)	98	(95-99)	96 (92-98)	98 (94-99)
AUH Kvindesygdomme	Nej	55 / 58	0 (0)	95	(86-99)	90 (78-97)	100 (93-100)
Hospitalsenhed Midt	Ja	37 / 37	0 (0)	100	(91-100)	96 (80-100)	94 (80-99)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	35 / 35	0 (0)	100	(90-100)	100 (92-100)	100 (90-100)
Regionshospitalet Horsens	Ja	25 / 26	0 (0)	96	(80-100)	90 (55-100)	100 (88-100)
Regionshospitalet Randers	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	100 (92-100)	93 (78-99)
Nordjylland	Ja	69 / 70	0 (0)	99	(92-100)	99 (93-100)	97 (90-100)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	96 (81-100)	92 (73-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100 (79-100)	100 (85-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	39 / 40	0 (0)	98	(87-100)	100 (89-100)	100 (87-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (16-100)	100 (3-100)
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	100 (78-100)	100 (80-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100 (48-100)	
Privathospitalet Kollund						100 (16-100)	100 (29-100)
Privathospitalet Møn		0 / 0				100 (3-100)	100 (16-100)

Styregruppens kommentar til supplerende indikator 17a

Indikator 17a ligner i høj grad den oprindelige indikator 17 idet langt hovedparten af operationer for prolaps i bageste kompartment udgøres af operationen med koden KLEF03 = bageste kolporafi (n=1221). Det samlede antal operationer i bageste kompartment, som indgår i indikator 17 er 1387. Derfor giver denne supplerende indikator ikke ny information i forhold til den oprindelige indikator 17. Styregruppen ønsker en homogen patientgruppe i denne indikator og vælger at erstatte de oprindelige indikator 17 og 18



med nye, hvor ændringen består i, at indeks operation skal være en bageste kolporafi (KLEF03) uden nogle andre delindgreb. Ved recidiv operationen må der gerne foretages samtidig kirurgi i andre kompartments.



Supplerende Indikator 17b

Ingen recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps (operationskoder KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLDC10, kombineret med DN81.6, KLCD10, kombineret med DN81.7, KLDC10, kombineret med DN81.7). Indikatordefinition svarende til indikator 17, men kun primære operationer med anvendelse af ovenstående operationskoder indgår.

Indikator 17b: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment jf. definition 17b

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
				Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	220 / 230	0 (0)	96	(92-98)	95 (91-98)	96 (93-98)
Hovedstaden	Ja	66 / 67	0 (0)	99	(92-100)	98 (91-100)	98 (93-100)
Sjælland	Ja	31 / 31	0 (0)	100	(89-100)	97 (83-100)	94 (84-99)
Syddanmark	Nej	36 / 39	0 (0)	92	(79-98)	93 (76-99)	96 (86-99)
Midtjylland	Nej	37 / 41	0 (0)	90	(77-97)	87 (72-96)	95 (83-99)
Nordjylland	Ja	45 / 47	0 (0)	96	(85-99)	97 (87-100)	95 (83-99)
Hovedstaden	Ja	66 / 67	0 (0)	99	(92-100)	98 (91-100)	98 (93-100)
Amager og Hvidovre Hospital		0 / 0				100 (3-100)	100 (66-100)
Herlev og gentofte Hospital	Ja	59 / 60	0 (0)	98	(91-100)	98 (90-100)	99 (94-100)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100 (54-100)	75 (19-99)
Sjælland	Ja	31 / 31	0 (0)	100	(89-100)	97 (83-100)	94 (84-99)
Holbæk Gyn afd.	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	83 (36-100)	100 (75-100)
Nykøbing F Gyn afd.		0 / 0				100 (3-100)	100 (29-100)
Roskilde Gyn afd.	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100 (86-100)	91 (77-98)
Slagelse Gyn afd.	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)		100 (3-100)
Syddanmark	Nej	36 / 39	0 (0)	92	(79-98)	93 (76-99)	96 (86-99)
Kolding Sygehus	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	100 (48-100)	100 (16-100)
OUH Gyn afd.	Nej	9 / 11	0 (0)	82	(48-98)	89 (52-100)	94 (73-100)
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	15 / 16	0 (0)	94	(70-100)	92 (62-100)	96 (81-100)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (16-100)	100 (3-100)
Midtjylland	Nej	37 / 41	0 (0)	90	(77-97)	87 (72-96)	95 (83-99)
AUH Kvindesygdomme	Nej	27 / 31	0 (0)	87	(70-96)	85 (66-96)	94 (79-99)
Hospitalsenhed Midt	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100 (48-100)	100 (29-100)
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)	100 (16-100)	100 (48-100)
Regionshospitalet Horsens		0 / 0				50 (1-99)	
Regionshospitalet Randers	Ja	5 / 5	0 (0)	100	(48-100)	100 (16-100)	100 (3-100)
Nordjylland	Ja	45 / 47	0 (0)	96	(85-99)	97 (87-100)	95 (83-99)
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	39 / 41	0 (0)	95	(83-99)	97 (85-100)	94 (81-99)
Aalborg UH Thisted	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100 (29-100)	100 (29-100)
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	##	0 (0)	100	(16-100)	100 (16-100)	100 (16-100)
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100 (3-100)	100 (29-100)
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	##	0 (0)	100	(3-100)	100 (3-100)	
Privathospitalet Kollund							100 (3-100)

Styregruppens kommentar til supplerende indikator 17b

Denne indikator indeholder en række operationskoder, som bruges forholdsvist sjældent til prolaps i bagerste kompartment. På samme måde som for indikator 13b (sammelig gruppe af operationer i forreste kompartment), ses en lidt ujævn fordeling af andelen af operationer på regions- og hovedfunktions-afdelinger og nogen variation mellem regionerne. Tallene er dog så beskedne, at den statistiske usikkerhed bliver så stor, at sammenligninger bliver behæftet med stor usikkerhed.

Indikatoren er derfor ikke et godt kvalitetsmål.



Appendiks 2: Supplerende statistik

Tabel A2.1. Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2019

Sygehus/Afdeling	+ Patientskema kontrol				- Patientskema kontrol				Antal operationer
	+ Læge EU		- Læge EU		+ Læge EU		- Læge EU		
	Antal	Pct	Antal	Pct	Antal	Pct	Antal	Pct	
Ukendt afdeling	79	76.7%	4	3.9%	16	15.5%	4	3.9%	103
Amager og Hvidovre Hospital	125	82.8%	22	14.6%	.	.	4	2.6%	151
Herlev og Gentofte Hospital	543	97.0%	4	0.7%	#	0.4%	11	2.0%	560
Hospitalet i Nordsjælland	334	95.2%	14	4.0%	#	0.3%	#	0.6%	351
Holbæk Gyn afd.	122	84.7%	#	1.4%	3	2.1%	17	11.8%	144
Nykøbing F Gyn afd.	35	70.0%	4	8.0%	3	6.0%	8	16.0%	50
Slagelse Gyn afd.	.	.	41	83.7%	.	.	8	16.3%	49
Roskilde Gyn afd.	32	11.3%	176	62.2%	16	5.7%	59	20.8%	283
Kolding Sygehus	111	90.2%	#	1.6%	#	1.6%	8	6.5%	123
OUH Gyn afd.	416	63.0%	152	23.0%	16	2.4%	76	11.5%	660
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	78	68.4%	5	4.4%	5	4.4%	26	22.8%	114
AUH Kvindesygdomme	112	25.9%	294	67.9%	7	1.6%	20	4.6%	433
Hospitalsenhed Midt	#	0.4%	216	92.3%	.	.	17	7.3%	234
Hospitalsenheden Vest Herning	119	96.7%	#	0.8%	.	.	3	2.4%	123
Regionshospitalet Horsens	84	90.3%	5	5.4%	#	2.2%	#	2.2%	93
Regionshospitalet Randers	#	1.5%	130	94.9%	#	1.5%	3	2.2%	137
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	283	72.2%	52	13.3%	4	1.0%	53	13.5%	392
Aalborg UH Thisted	54	88.5%	3	4.9%	#	3.3%	#	3.3%	61
Hjørring Gyn-obst. afd.	27	15.1%	136	76.0%	3	1.7%	13	7.3%	179
Aleris-Hamlet Aalborg	3	25.0%	#	16.7%	#	8.3%	6	50.0%	12
Aleris-Hamlet Søborg	61	96.8%	.	.	.	.	#	3.2%	63
Capio CFR A/S Lyngby	7	63.6%	#	9.1%	#	18.2%	#	9.1%	11
Privathospitalet Kollund	.	.	.	.	.	.	3	100.0%	3
Privathospitalet Mølholm Vejle	#	33.3%	.	.	.	.	#	66.7%	3
Danmark	2629	60.7%	1266	29.2%	87	2.0%	350	8.1%	4332

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2019 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 2019 er medtaget i tabellen.

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



Klinisk-epidemiologisk kommentar til Tabel A2.1.

Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år, vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2019 være registreret i Tabel A2.1.

På landsplan havde 60,7 % af forløbene både patientens og lægens efterkontrolskema, 29,2 % havde kun patientens efterkontrolskema, 2,0 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 8,1 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema.

Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol blandt afdelinger med mindst 10 patientforløb varierende fra 0,4 % til 97,0 % for operationer, hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende fra 0,6 % til 50,0 % for operationer, hvor hverken patient- eller lægeskema er udfyldt. Der er stor variation blandt afdelinger for udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt.

Styregruppens kommentar til Tabel A2.1.

Det bemærkes, at der er meget stor variation i, hvor stor en del af patientforløbene, der indeholder data fra postoperativ opfølgning. Som anført i Afsnit 4, behøver urogynækologiske operationer ofte ikke en fremmedkontrol efter operationen og i takt med, at økonomien strammes, bliver det sværere og sværere at prioritere indsamling af data fra patienter, som må formodes at være kommet godt igennem deres operation. Det er dog et krav for at kunne monitorere vores behandlinger, at vi får lov til at indsamle postoperative oplysninger fra alle patienter.

Som nævnt i afsnit 4, beror dataindsamlingen oftest på spørgeskemaer eller telefoniske henvendelser. Dataindsamlingen er derfor også afhængig af patienternes interesse i at besvare vores telefonopringninger eller udsendte spørgeskemaer, og forskelle mellem afdelinger kan naturligvis også skyldes forskelle i patientgruppernes deltagelse.

Styregruppen har bedt de afdelinger, hvor den postoperative opfølgning er høj, om at redegøre for deres praksis, og har formidlet denne praksis videre til de afdelinger, hvor det går mindre godt.

Der arbejdes på en mulighed for at markere, at patienten ikke reagerer på afdelingens henvendelser – således, at det vil fremgå, at manglende opfølgning er patientens valg.

Den heterogene opfølgningspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør meningsfyldte 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.

Tabel A2.2. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2019 (N = 5935)

Operations-kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator			
					UI	Slynge	Bulking	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2115	35.64%	35.64%				x
KLEF03	Bageste kolporafi	1096	18.47%	54.10%				x
KLDC10 + DN81	Resektion af livmoderhals	508	8.56%	62.66%				x
KLEG10	Vaginal uretrocytostepsi med slynge	426	7.18%	69.84%	x	x		
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	250	4.21%	74.05%	x		x	
KLEG10A	Vaginal uretrocytostepsi m. slynge genn. foramen obturatum	234	3.94%	77.99%	x	x		
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	223	3.76%	81.75%				x
KLCD10 + DN81	Vaginal hysterektomi	216	3.64%	85.39%				x
KLFE10	Vulvoplastik	139	2.34%	87.73%				
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	118	1.99%	89.72%				x
KUKC02	Cystoskopi	96	1.62%	91.34%				
KLFE20	Sutur af perineum	70	1.18%	92.52%				
KLDC10	Resektion af livmoderhals	67	1.13%	93.65%				
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	54	0.91%	94.56%				x
KLEF20	Partiel kolpoplekse	47	0.79%	95.35%				x
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	40	0.67%	96.02%				x
KLEF00B	Manchesteroperation	39	0.66%	96.68%				x
KLEF10	Kolpoperineoplastik	27	0.45%	97.14%				x
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	22	0.37%	97.51%				
KLCD10	Vaginal hysterektomi	17	0.29%	97.79%				
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	16	0.27%	98.06%				x
KLEF23	Komplet kolpoplekse	14	0.24%	98.30%				x
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	13	0.22%	98.74%				x
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterektomi med meche	13	0.22%	98.52%				x
KLEE00	Sutur af vagina	12	0.20%	98.94%				
KLFE00	Sutur af vulva	9	0.15%	99.09%				
KKCV05	Transluminal injektion i blærevæg	8	0.13%	99.49%				
KLED00	Kolpektomi	8	0.13%	99.36%				
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	8	0.13%	99.22%				x
KZXX00	anvendelse af robot	7	0.12%	99.61%				
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	5	0.08%	99.78%				x
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	5	0.08%	99.70%				x
KLFE10A	Fenton-plastik	5	0.08%	99.87%				
KKDG30	Abdominal uretrocytostepsi med slynge	2	0.03%	99.90%	x			
KLCG20	Hysteropeksi	2	0.03%	99.93%				
KKDG00	Retropubisk supension af urinrør	1	0.02%	99.98%	x			
KLED00 + DN81	Kolpektomi	1	0.02%	99.95%				x
KLEF43	Abdominal operation for enterocele	1	0.02%	99.97%				x
KUKD02	Uretroskopi	1	0.02%	100.0%				

Anm.:Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2019: 4074. Antal operationer i 2018: 4147.

a. Afkrydsning er ensbetydende med, at indgrebet tælles med i forbindelse med opgørelse af urininkontinens (hhv. slynge og bulking) - hhv. prolapsindikatorer.

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

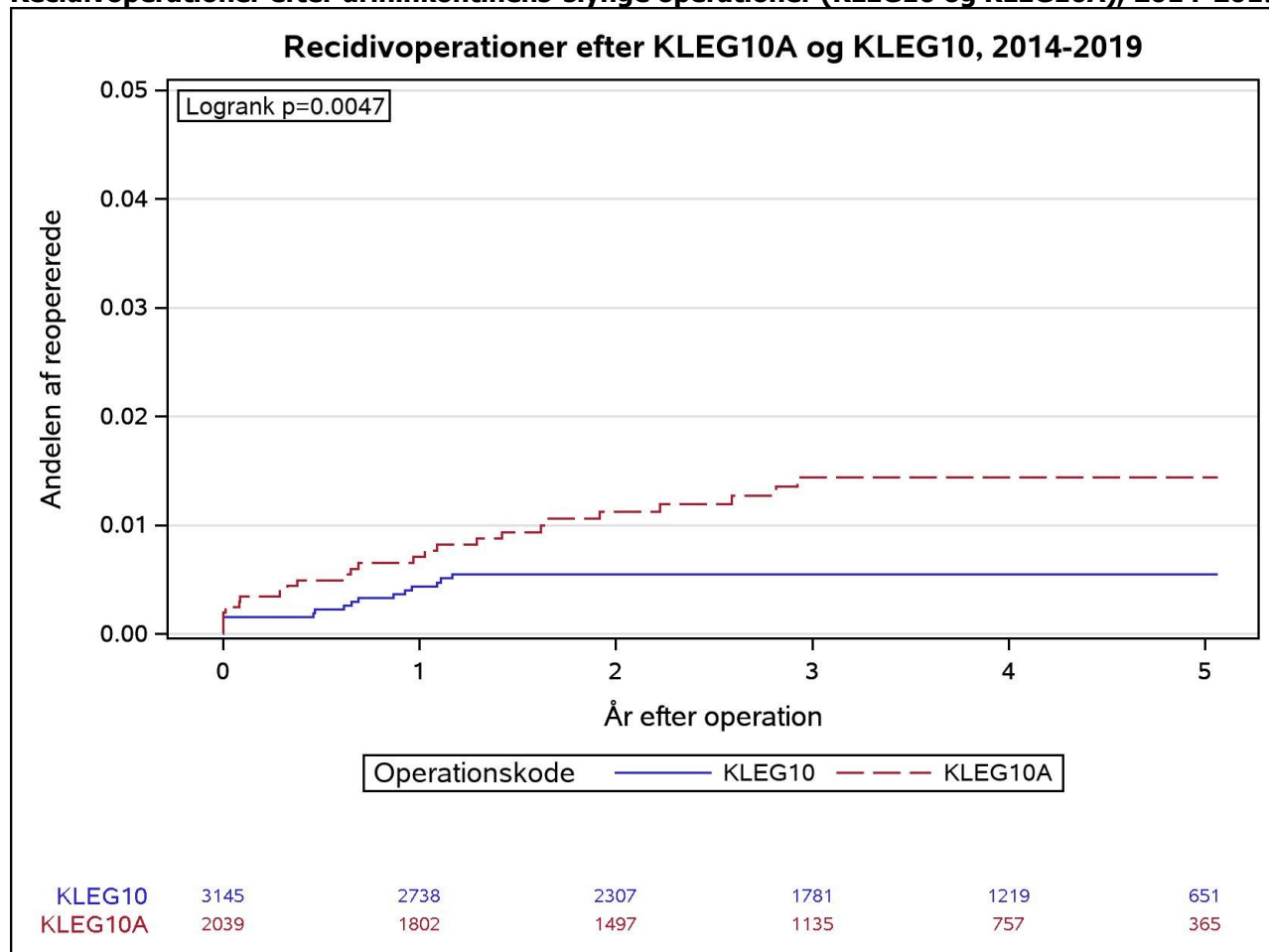
Klinisk-epidemiologisk kommentar til tabel A2.2.:

Tabellen angiver operationskoder svarende til antal operative indgreb, og der kan være udført flere typer af operative indgreb pr. operation. Data i tabellen er en kombination af oplysninger fra LPR og DugaBase.



Blandt de 5935 operative indgreb er der 463 (7,8 %) omfattende operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne. Disse koder ledsages dog inden for det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps.

Recidivoperationer efter urininkontinens-slynge operationer (KLEG10 og KLEG10A), 2014-2019



Figur A2.1. Andelen af recidivoperationer efter førstegangs operation med retropubisk slynge (SKS-kode KLEG10) eller transobturator slynge (SKS-kode KLEG10A) i 2014-2019

Klinisk-epidemiologisk kommentar til figur A2.1.:

Figuren viser reoperationsraterne efter primær midtetretral slynge retropubisk (MUS-RP) operation (KLEG10) eller mindtetretral slynge transobturator (MUS-TO) (KLEG10A) operation for urininkontinens. Tallene i bunden af figuren angiver "numbers at risk", dvs. antal indgreb, hvor der efter hhv. 0, 1, 2, 3, 4 og 5 år, endnu ikke er foretaget en recidivoperation. Kurverne viser udviklingen i recidivoperationer over tid efter primær-operationen.

I de første 12 måneder efter den primære operation med MUS-RP eller MUS-TO er der en lille forskel i reoperationsraten mellem disse to operationstyper. Derefter begynder reoperationsraten at deviere mellem MUS-RP og MUS-TO, idet flere patienter med en primær MUS-TO reopereres end patienter med en primær MUS-RP. Alle recidivoperationer efter primær MUS-RP finder sted inden for 1½ år efter den primære operation. Herefter ses ingen yderligere recidivoperationer. Efter primær MUS-TO ses recidivoperationer frem til ca. 3 år efter den primære operation.

Totalt set bliver ca. 1,4 % af de primære MUS-TO patienter reopereret, i modsætning til kun ca. 0,6 % af de primære MUS-RP patienter. Forskellen er statistisk signifikant (log-rank test, $p = 0.0047$).



Styregruppens kommentar til figur A2.1.:

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 midturethralslynge-operationer. En del patienter med recidiv af behandlingsbehov efter en midturethralslynge-operation 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.

Kurven flytter sig ikke væsentligt og resultaterne må anses for at være valide.

I 2019 kom den reviderede National Kliniske retningslinje med en konkret vejledning med hensyn til valg mellem MUS-RP og MUS-TO. På baggrund af sikre data vedrørende især blivende smerter blev MUS-RP anbefalet med en stærk anbefaling. Man må herefter forvente at antallet af MUS-TO operationer vil falde, da operationen kun bør udføres på særlige indikationer.

Som noget nyt indsætter vi en tabel for forholdet mellem de to operationskoder over tid.

Tabel A2.3. Anvendelse af KLEG10 og KLEG10A fordelt på år, 2015-2019

	I alt		2015		2016		2017		2018		2019	
	Antal	Antal		%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
KLEG10 (MUS-RP)	2546	574	58,9		576	59,5	546	60,7	425	57,7	425	64,5
KLEG10A (MUS-TO)	1690	400	41,1		392	40,5	353	39,3	311	42,3	234	35,5
I alt	4236	974	100		968	100	899	100	736	100	659	100

Klinisk-epidemiologisk kommentar til tabel A2.3.:

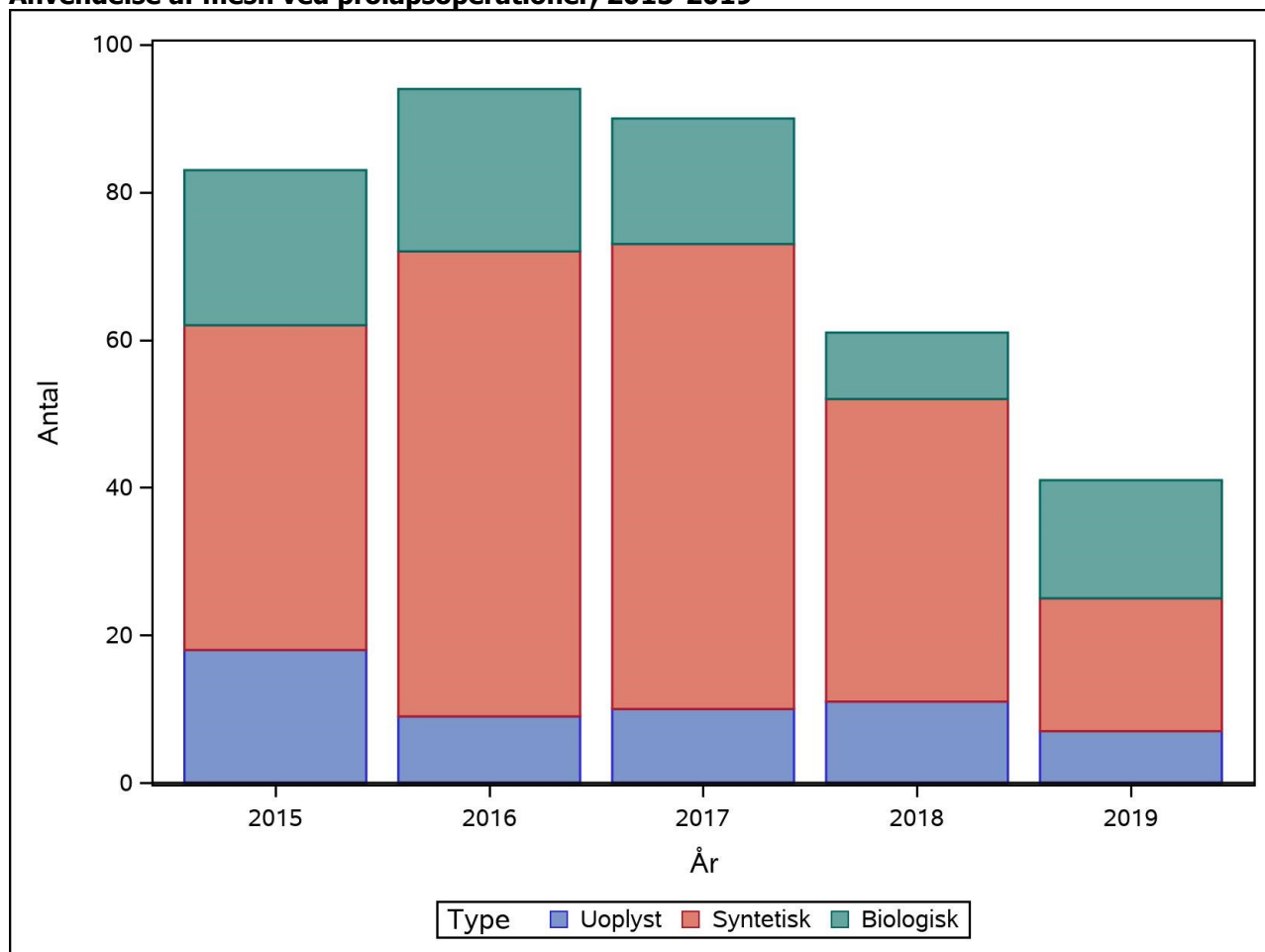
Tabel A2.3. viser, at det samlede antal slyngeoperationer med anvendelse af operationskoderne KLEG10 (MUS-RP) eller KLEG10A (MUS-TO) er reduceret over de seneste 5 år fra lidt mindre end 1000 indgreb i 2015 til 659 indgreb i 2019. Fordelingen mellem KLEG10 (MUS-RP) og KLEG10A (MUS-TO) er nogenlunde stabil med en anvendelse af KLEG10 på ca. 60 % og KLEG10 A på ca. 40 %.

Styregruppens kommentar til tabel A2.3.:

Det forventes, at antallet af KLEG10A (MUS-TO) vil reduceres drastisk, og formodentlig vil ovenstående tabel være irrelevant om få år.



Anvendelse af mesh ved prolapsoperationer, 2015-2019



Figur A2.2. Antal prolapsoperationer med mesh, 2015-2019, samt fordelingen af mesh-typer

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til figur A2.2.:

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 (data ikke vist her, men kan ses af Årsrapport 2016). I 2015 var antallet mere end halveret, mens der sås en lille stigning i 2016 og igen et mindre fald i 2017. Det samlede antal operationer med mesh faldt i 2018 markant, og det er faldet yderligere i 2019 og ligger nu på ca. 40 operationer.

Der har siden 2015 været anvendt flest syntetiske mesh-typer med stigende andel af syntetiske i forhold til biologiske typer. I 2019 er billedet lidt anderledes med kun en lille overvægt af syntetiske mesh-typer. Andelen af uoplyste er reduceret over årene; i 2019 er der mindre end 10 uoplyste.

Styregruppens kommentar til figur A2.2.:

Styregruppen bemærker, at der er sket en yderligere reduktion i brugen af syntetiske mesh – formodentlig pga., at brugen af mesh til vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi (KLEF53A) og til vaginal hysteropexi til det sacrospinøse ligament (KLCG20A) er faldet bort efter udmelding fra Lægemiddelstyrelsen og tilbagetrækning af mesh produkterne fra markedet i maj 2019.

Samme tendens så vi i årene efter 2012, hvor mesh problematikker også blev behandlet i pressen.

De syntetiske implantater bruges helt overvejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og der udføres kun ganske få af den type operationer i Danmark.

Der ses mindre svingninger i antallet af anvendte biologiske mesh, men brugen er fortsat beskednen.



Tabel A2.4. Brug af profylaktisk antibiotika ved slyngeoperation i 2019

	I alt Antal	Ja Antal	%	Nej Antal	%	Uoplyst Antal	%
Danmark	660	428	64,8	211	32,0	21	3,2
Hovedstaden	205	161	78,5	38	18,5	6	2,9
Sjælland	89	12	13,5	72	80,9	5	5,6
Syddanmark	124	116	93,5	3	2,4	5	4,0
Midtjylland	131	30	22,9	97	74,0	4	3,1
Nordjylland	89	87	97,8	#	1,1	#	1,1
Hovedstaden	205	161	78,5	38	18,5	6	2,9
Amager og Hvidovre Hospital	41	#	2,4	36	87,8	4	9,8
Herlev og gentofte Hospital	106	104	98,1	#	0,9	#	0,9
Hospitallerne i Nordsjælland	58	56	96,6	#	1,7	#	1,7
Sjælland	89	12	13,5	72	80,9	5	5,6
Nykøbing F Gyn afd.	26	3	11,5	21	80,8	#	7,7
Roskilde Gyn afd.	63	9	14,3	51	81,0	3	4,8
Syddanmark	124	116	93,5	3	2,4	5	4,0
OUH Gyn afd.	87	81	93,1	3	3,4	3	3,4
SHS Gyn klinik Aabenraa	18	16	88,9			#	11,1
SHS Gyn klinik Sønderborg	5	5	100,0				
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	14	14	100,0				
Midtjylland	131	30	22,9	97	74,0	4	3,1
AUH Kvindesygdomme	71	6	8,5	62	87,3	3	4,2
Hospitalsenhed Midt	42	24	57,1	17	40,5	#	2,4
Hospitalsenheden Vest Herning	18			18	100,0		
Nordjylland	89	87	97,8	#	1,1	#	1,1
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	58	56	96,6	#	1,7	#	1,7
Aalborg UH Thisted	6	6	100,0				
Hjørring Gyn-obst. afd.	25	25	100,0				
Privathospitaler							
Aleris-Hamlet Søborg	22	22	100,0				

Klinisk-epidemiologisk kommentar til tabel A2.4.:

Tabel A2.4. viser anvendelsen af profylaktisk antibiotika ved slyngeoperationer for urininkontinens. Alle slyngeoperationer i 2019 (primær- og recidivoperationer) er inkluderet i opgørelsen, der viser at 64,8 % fik profylaktisk antibiotika, mens 32 % ikke fik. Der var 3,2 % uoplyste. Der er stor variation mellem regionerne. I Region Nordjylland fik 97,8 % profylaktisk antibiotika, mens kun 13,5 % fik det i Region Sjælland. I Region Nordjylland og Region Syddanmark blev der anvendt profylaktisk antibiotika ved størsteparten af slyngeoperationerne på alle afdelinger; i Region Hovedstaden og Region Midtjylland varierede brugen fra afdeling til afdeling, mens alle afdelinger i Region Sjælland havde en lav andel, der fik profylaktisk antibiotika i forbindelse med slyngeoperation.

Styregruppens kommentar til tabel A2.4.:

Indikatoren viser, at der er en forholdsvis stor konsistens vedr. brug eller fravalg af profylaktisk antibiotika inden for den enkelte afdeling. Kun Hospitalsenhed Midt i Region Midt med 57 % ligger midt i intervallet. Det oplyses fra regionens repræsentant at tallet formodentlig skyldes, at afdelingen ændrede praksis ca. midt på året 2019 og nu ikke bruger profylaktisk antibiotika som resten af Region Midt. 11 afdelinger bruger antibiotika ret konsekvent og ligger mellem 88- 100%, mens 4 afdelinger ligger mellem 2- 14 %, hvor man må antage, at antibiotika kun bruges på indikation. Den store forskel inkl. variation inden for de enkelte regioner giver anledning til refleksion.

Der findes kun få undersøgelser som belyser konsekvensen af profylaktisk antibiotika.



En enkelt dobbelt blindet RCT¹ fra 2010 blev afbrudt ved den første interim analyse idet man så, at infektionsraten i begge grupper var så lav, at man ikke inden for rimelig tid kunne opnå det nødvendige deltager antal.

Et nordisk studie fra 2019 med ca. 150 cases i hver gruppe fandt ikke signifikant forskel på forekomst af uvi². I guidelinen fra det nationale faglige selskab (DSOG) tages der ikke stilling til anvendelse af antibiotika.

I de øvrige nordiske lande bruges profylaktisk antibiotika generelt ikke ved midt-uretral slynge operationer.

¹Harmanli O, Boyer RL, Metz S, Tunitsky E, Jones KA. Double-blinded randomized trial of preoperative antibiotics in midurethral sling procedures and review of the literature. *Int Urogynecol J*. 2011 Oct;22(10):1249-53. doi: 10.1007/s00192-011-1500-6. Epub 2011 Jul 26. PMID: 21789661.

²Rudnicki M, Jakobsson U, Teleman P. Impact of per-operative antibiotics on the urinary tract infection rate following mid-urethral sling surgery for urinary incontinence: a randomized controlled trial. *Int Urogynecol J*. 2020 Aug;31(8):1545-1550. doi: 10.1007/s00192-019-04156-9. Epub 2019 Nov 27. PMID: 31776620.



Appendiks 3: Indikatordefinitioner

Opdateret juni 2020

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
3a. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter slynge operation Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær operation for urininkontinens. Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej). Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	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?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
3b. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter bulking operation Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær operation for urininkontinens. Standard: ikke fastsat Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej). Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KKDV20, KKDV22.	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?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation Patienttilfredshed efter primær operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation. Standard: ≥ 80 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt (ja/nej). Rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operations-koder) for 1. gang i opgørelsesperioden: Kirurgikoder (blot én af følgende): KLCD10 + DN81* - ekskl. DN816A, KLDC10 + DN81* - ekskl. DN816A KLED00 + DN81* - ekskl. DN816A KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.	Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens Slyngeoperation for inkontinens efter primær slyngeoperation for inkontinens. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden. Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter primær inkontinensoperation med slynge, indenfor 2 år efter primær inkontinens slyngeoperation. Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	Ingen
12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens Slyngeoperation for inkontinens efter primær slyngeoperation for inkontinens. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden. Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter primær inkontinensoperation med slynge, indenfor 5 år efter primær inkontinens slyngeoperation.	Ingen



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Komplethed af dataregistrering: 90 %		Kirurgikoder (blot én af følgende): KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	
13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen
14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen
15 Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer.	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang.	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation.	Ingen



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN812-DN815* KLDC10, kombineret med DN812-DN815*	tion, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN812-DN815* KLDC10, kombineret med DN812-DN815*	
16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN812-DN815* KLDC10, kombineret med DN812-DN815*	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN812-DN815* KLDC10, kombineret med DN812-DN815*	Ingen
17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A,	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende):	Ingen



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10, kombineret med DN816-DN817 KLDC10, kombineret med DN816-DN817	Bagerste kompartiment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10, kombineret med DN816-DN817 KLDC10, kombineret med DN816-DN817	
18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartiment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartiment ved begge operationer. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartiment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartiment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10, kombineret med DN816-DN817 KLDC10, kombineret med DN816-DN817	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartiment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartiment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10, kombineret med DN816-DN817 KLDC10, kombineret med DN816-DN817	Ingen
19a. Subjektiv patientbedømmelse efter slyngoperation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Subjektiv patientbedømmelse efter primær slyngoperation for urininkontinens målt på PGI-I skala. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
19b. Subjektiv patientbedømmelse efter bulkingoperation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:	Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-	Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmålet baseret på



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens målt på PGI-I skala. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	KKDV20, KKDV22	I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
20. Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Subjektiv patientbedømmelse efter primær operation for prolaps målt på PGI-I skala. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	Antal patientforløb, der har fået foretaget primær prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: 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.	Antal prolaps patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	Prolaps patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.

Definitioner for supplerende indikatorer

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
13a Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi med anvendelse af operationskoden KLEF00: Forreste kolporafi (Der kan være anvendt andre operationskoder i kombination med KLEF00)	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i forreste kompartment indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen
13ab Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi med anvendelse af en af operationskoderne KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLCD10, kombineret med DN81.1, KLDC10, kombineret med DN81.1 (Der kan være anvendt andre operationskoder i kombination med ovennævnte koder)	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i forreste kompartment indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen
17a Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi med anvendelse af operationskoden KLEF03: Bageste kolporafi (Der kan være anvendt andre operationskoder i kombination med KLEF03)	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i bagerste kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A	Ingen



Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
		KLCD10, kombineret med DN816-DN817 KLDC10, kombineret med DN816-DN817	
17b Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi med anvendelse af en af operationskoderne KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLDC10, kombineret med DN81.6, KLCD10, kombineret med DN81.7, KLDC10, kombineret med DN81.7 (Der kan være anvendt andre operationskoder i kombination med ovennævnte koder)	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i bagerste kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10, kombineret med DN816-DN817 KLDC10, kombineret med DN816-DN817	Ingen

Appendiks 4: 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/>
Ansøgningsskema (som Word-fil) findes også via dette link.

Artikler der udgår fra DugaBase

2011

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

2012

2. Kesmodel US, Bæk KM, Gradel KO, Guldberg 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.
3. Guldberg 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.
4. Guldberg 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

5. Haya N, Baessler K, Christmann-Schmid C, de Tayrac R, Dietz V, Guldberg 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.
6. Guldberg R. Clinical epidemiological studies of women undergoing surgery for urogynaecological disorders. Dan Med J 2015, 62(10): B5154

2016

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

2017

9. Hansen, MF, Lose G., Kesmodel US, Gradel KO. 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;28(9):1309-1317.
10. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Inger Lindquist AS, Larsen T, Glavind K. Retrospective study on de novo postoperative urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;219:10-14.

2018

11. Hansen MF. Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. Dan Med J. 2018 Feb;65(2): B5447.
12. Weltz V, Guldberg R, Larsen MD, Magnussen B, Lose G. Influence of body mass index on short-term subjective improvement and risk of reoperation after mid-urethral sling surgery. Int Urogynecol J. 2018 Apr;29(4):585-591.



13. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J*. 2018;29(3):431-440.
14. Husby KR, Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. *Int Urogynecol J*. 2018 Aug;29(8):1161-1171.
15. Hansen MF, Lose G, Sigurdardóttir HB, Gradel KO. A Danish national population-based cohort study of synthetic midurethral slings, 2007-2011. *Int Urogynecol J*. 2019 May;30(5):733-741. doi: 10.1007/s00192-018-3719-y. Epub 2018 Aug 2. PMID: 30073484.
16. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Larsen T, Glavind K. What happens to urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery? *Int Urogynecol J*. 2019 Jul;30(7):1147-1152. doi: 10.1007/s00192-018-3677-4. Epub 2018 Jun 5. PMID: 29869693.

2019

17. Larsen MD, Guldberg R, Lose G. Perioperative cardiovascular complications following urogynecological operations. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(1):61-67.
18. Husby KR, Lose G, Klarskov N. Trends in apical prolapse surgery between 2010 and 2016 in Denmark. *Int Urogynecol J*. 2020 Feb;31(2):321-327. doi: 10.1007/s00192-018-3852-7. Epub 2019 Jan 4. PMID: 30610266.
19. Husby KR, Larsen MD, Lose G, Klarskov N (2019) Surgical treatment of primary uterine prolapse: a comparison of vaginal native tissue surgical techniques. *Int Urogynecol J* 30:1887–1893. <https://doi.org/10.1007/s00192-019-03950-9>

2020

20. Khayyami Y, Elmelund M, Lose G, Klarskov N. De novo urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery-a national database study. *Int Urogynecol J*. 2020 Feb;31(2):305-308. doi: 10.1007/s00192-019-04041-5. Epub 2019 Jul 13. PMID: 31302717.
21. Husby KR, Larsen MD, Lose G, Klarskov N. Surgical repair of vaginal vault prolapse; a comparison between ipsilateral uterosacral ligament suspension and sacrospinous ligament fixation-a nationwide cohort study. *Int Urogynecol J*. 2020 Sep 8. doi: 10.1007/s00192-020-04515-x. Epub ahead of print. PMID: 32897459.
22. Valtersson E, Husby KR, Elmelund M, Klarskov N. Evaluation of suture material used in anterior colporrhaphy and the risk of recurrence. *Int Urogynecol J*. 2020 Oct;31(10):2011-2018. doi: 10.1007/s00192-020-04415-0. Epub 2020 Jul 7. PMID: 32638062.
23. Umachanger JK, Marcussen ML, Bøggild H, Kjærgaard N, Glavind K. First-line treatment of pelvic organ prolapse and discontinuation of pessary treatment. *Int Urogynecol J*. 2020 Sep;31(9):1813-1819. doi: 10.1007/s00192-020-04338-w. Epub 2020 May 24. PMID: 32447418
24. Søgaard NB, Glavind K. Complications and re-operations after tension-free vaginal tape operation in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J*. 2020 Jul 2. doi: 10.1007/s00192-020-04402-5. Online ahead of print. PMID: 32617636
25. Engelbrekt K, Glavind K, Kjærgaard N. Development of cervical and uterine malignancies during follow-up after Manchester-Fothergill procedure. *Journal of Gynecological Surgery* 2020; 36:60-64.

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, Copenhagen University, 2016



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

Ansøgnings - tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	Titel
Oktober 2008	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Rikke Guldborg	OUH	Operation for urininkontinens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet
Januar 2009	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødrekliniken, Odense & Sønderborg Sygehus	Symptomer og fund hos urogynækologiske patienter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.
Marts 2010	Styregrup- pemøde 15/3 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	Effekten af KLEF03 +/- KLEF20 i forhold til inkontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Brug af implantater ved urogynækologiske operationer i Danmark –
Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guldborg	OUH	Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder
August 2013	Styregruppe- møde 2/9 2013	Chris Maher/Nir Haya/Rikke Guldborg	University of Queensland, Bris- bane og OUH	Worldwide urogynaecological surgery (Udtræk sept. 2013)
2015	August 2015, over- læge, til pro- jektet "	Pinar Bor	Regionshospitalet Randers	Er profylaktisk antibiotika nødvendig ved midturetrale slyngeoperationer
November 2015	December 2015	Cecilie K. Tol- strup	Gynækologisk Obstetrisk Afde- ling Herlev & Gen- tofte Hospital	"Manchesteroperation versus vaginal hysterectomi i behandlingen af uterusprolaps".
September 2015	September 2015	Rikke Guldborg, Vibeke Weltz	OUH	Peri-Operative complications and patient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark
December 2016	December 2016	Michael Due Larsen, ph.d., cand. Pharm	OUH og Center for klinisk Epide- miologi	Perioperative complications following urogynaecological surgery (Senkomplikationer efter urogynækologiske operationer)
Oktober 2016	December 2016	Aiste Ugianskiene	Department of Obstetrics and Gynaecology, Aalborg Univer- sity Hospital (AAUH).	Postoperative urinary incontinence after pelvic prolapse surgery
Oktober 2016	Januar 2017 Tillægsan- søgning 2018	Dorte Teil- mann-Jørgen- sen, MD	OUH	Cystocele re-operation rates dependent on apical support
November 2017		Susy Shim	Aalborg Universi- tets-hospital	Er der sammenhæng mellem operatørfaring og risiko for recidiv af cystocele efter en forvægsplastikoperation?



2017		Niels Kjær-gaard	Aalborg Universi-tets-hospital	Manchester-projekt
2017	September 2017	Yasmine Khayyami	Herlev Hospital	Urininkontinens efter operation for urogenital prolaps
2018		Susanne Axel-sen	Aarhus Universi-tetshospital	Follow-up of incontinence operation with bulking at Aarhus University Hos-pital

Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater

Nedenstående vejledning giver en beskrivelse af, hvorledes resultaterne i årsrapporten kan læses.

Indikatortabeller

For de enkelte indikatorer er data opgjort på både afdelings-, regions- og landsniveau. Data præsenteres i tabeller som eksemplificeret herunder med indikator 3a:

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2019 - 31.12.2019		Tidligere år	
	≥ 80%	Tæller/		Andel	95% CI	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
	opfyldt	nævner					
Danmark	Ja	516 / 613	41 (6)	84	(81-87)	85 (82-87)	84 (81-86)
Hovedstaden	Ja	171 / 196	5 (2)	87	(82-92)	87 (82-91)	81 (75-86)
Sjælland	Nej	61 / 78	11 (12)	78	(67-87)	87 (77-94)	77 (69-84)
Syddanmark	Ja	87 / 105	19 (15)	83	(74-90)	84 (75-90)	87 (80-92)
Midtjylland	Ja	106 / 127	2 (2)	83	(76-89)	88 (81-93)	91 (86-95)
Nordjylland	Ja	70 / 86	3 (3)	81	(72-89)	76 (67-83)	81 (74-87)

Standard Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højst må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et ">" foran procentværdien angiver at indikatorværdien mindst må antage denne for at standard er opfyldt.

Standard opfyldt Angiver, hvorvidt indikatorværdien for aktuelle år opfylder den opsatte standard. I det aktuelle eksempel er standarden på > 90%. I indikatortabellerne angives om standarden er opfyldt.

Tæller/nævner Angiver det samlede antal patienter der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringsskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.

Uoplyst Angiver antal og andel af patienter, hvor der mangler data.

Aktuelle år (95% CI) Angiver indikatorværdi inkl. 95% sikkerhedsintervaller (95% CI) for henholdsvis afdelingen, regionen og hele landet. Sikkerhedsintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

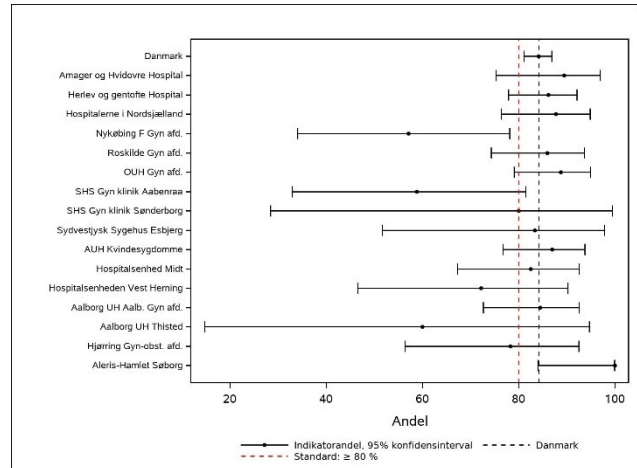
Såfremt de anførte 95% CI for indikatorværdien ikke omfatter standardgrænseværdien, kan det konkluderes, at afdelingen ligger enten over eller under den opstillede standard, og at forskellen i forhold til standarden ikke kan forklares ved tilfældig variation.

Tidligere år (95% CI) Angiver indikatorværdi og sikkerhedsinterval i de to foregående opgørelsesperioder.



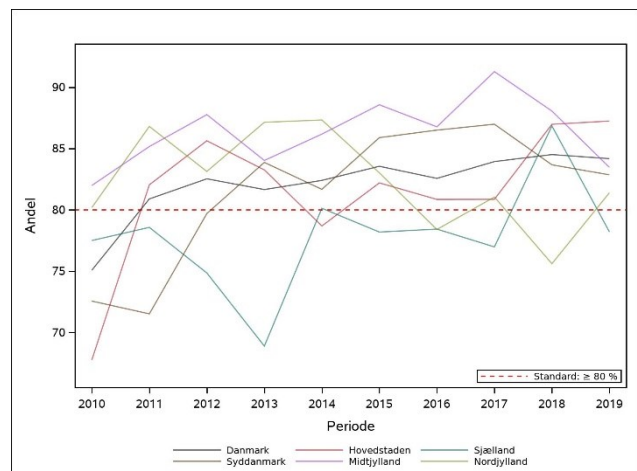
Kontrolldiagram

Grafisk præsentation af resultaterne for hver region. Diagrammerne giver en oversigt over den fastsatte standard (lodret, stiplede rød linje), landsgennemsnittet (lodret, stiplede sort linje) landsresultatet og afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator (sorte prikker) angivet med tilhørende 95 % konfidensintervaller (sorte vandrette streger).



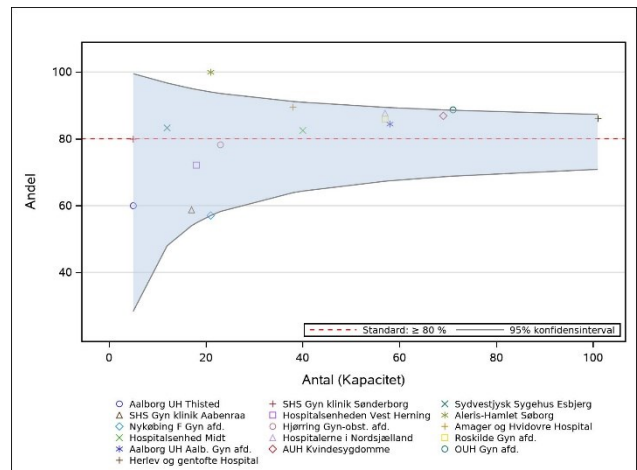
Trendgraf

Med henblik på at give et enkelt visuelt indtryk af, hvordan indikatorværdien har udviklet sig over tid i de enkelte regioner og på landsplan, er der i trendgrafen angivet indikatorværdierne for aktuelle samt tidligere opgørelsesperioder. Den røde vandrette stiplede linje angiver den fastsatte standard.



Funnelplot

Denne figur viser afdelingernes opnåede indikatorresultater mod patientpopulationens størrelse (antal patientforløb). Den røde vandrette linje angiver den fastsatte standard og det skraverede område er 95% konfidensintervallet omkring standarden. Tragten bliver mindre ud af x-aksen fordi resultatet er mere sikkert jo flere patientforløb, det er baseret på. Afdelinger som ligger udenfor det skraverede område har resultater, der med stor sandsynlighed ligger over eller under den fastsatte standard for indikatoren.



Ordliste

Ord	Forklaring
Databasekomplethed	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret og/eller DugaBase. Kaldes også dækningsgrad.
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).



Appendiks 6: Regionale kommentarer

Resultater og kommentarer i afsnittet "Regionale kommentarer" er uden for regi af RKKP, som dermed ikke indestår for validiteten.

Kommentar fra Region Nordjylland:

Årsrapporten består af 14 indikatorer for operativ behandling af urininkontinens og prolaps. Nogle indikatorer er PROM- indikatorer for subjektiv opfattelse af behandling, andre er recidiv-indikatorer (2-og 5- års risiko for recidiv).

Ved alle indikatorer ligger RHN uden statistisk signifikant afvigelse fra målopfyldelsen.

Indikator 3a: Urininkontinens- behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation med midtturetralslynge er den eneste indikator hvor RHN kun ligger på 78% og således under målopfyldelsen på 80%. Derfor blev alle journaler af de 25 patienter gennemset, for at finde de manglende oplysninger efter operation for to patienter.

På grund af det relativt ringe antal af slynge-operationer i 2019 (pga. lægemangel) kan allerede de 2 patienter være årsagen til at målopfyldelsen ikke kun nås. Der arbejdes på at opnå en datakomplethed af 100% for at undgå talmæssige uregelmæssigheder.