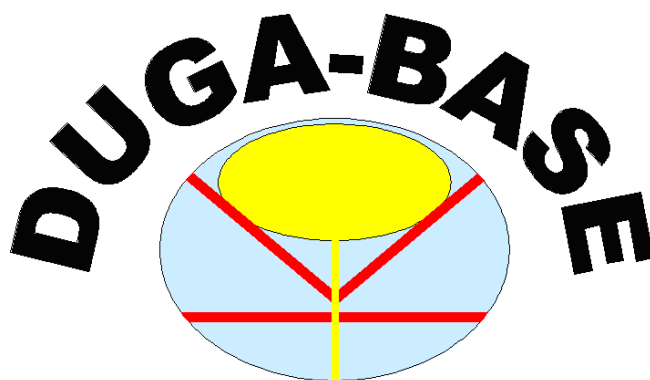


Årsrapport nr. 8 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2013

1. januar 2013 - 31. december 2013

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

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

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Jesper Kjær Hansen

Akademisk Datamanager, cand.oecon.

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

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Sdr. Boulevard 29, indgang 101, 4. sal

5000 Odense C

Tlf.: 2462 9634

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

Rapporten er udgivet d. 1. juli 2014

Indhold

1 Konklusioner og anbefalinger	4
2 Lægmandsresumé og oversigt over indikatorresultaterne.....	6
3 Resultater for indikatorer	9
4 Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet.....	59
5 Oversigt over alle indikatorer	61
6 Datagrundlag	63
7 Styregruppens medlemmer	71
Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer	72
Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer	120
Appendiks 3: Supplerende statistik.....	129
Appendiks 4: Indikatordefinitioner.....	146
Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase.....	155
Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater.....	159
Appendiks 7: Regionale kommentarer	161

1 Konklusioner og anbefalinger

Databasekomplethed

I 2013 ses en særdeles tilfredsstillende landsdækkende databasekomplethed på 92,2 %. Dette er en lille forbedring i forhold til Årsrapport 2012, hvor databasekompletheden var 91,1 %. Stort set alle offentlige sygehusafdelinger har over 95 % databasekomplethed, hvilket er meget flot. De fleste privathospitaler har en meget lavere databasekomplethed, hvorved disse bidrager uforholdsvist meget til de manglende 7,8 % i databasekomplethed. Der resterer således stadig en udfordring i at få alle privathospitalerne til at registrere alle inkontinens- og prolapsoperationer i DugaBase.

Vi kan ikke vide om privathospitalernes patienter er repræsentative for alle landets urininkontinens- og prolapspatienter. Privathospitalernes patienter udgør dog en lille andel af alle opererede patienter (4,5 %, baseret på LPR-data), hvorfor DugaBases patientpopulation qua den høje databasekomplethed og jævnt geografiske spredning må formodes at være repræsentativ.

Indikatorers datakomplethed

Indikatorers datakomplethed er kun aktuel for indikator 1, 3, 6, 7, 9, 10, 19 og 20. Blandt disse er datakompletheden 80 % for indikator 1 og 58 % for indikator 6, mens den veksler fra 91 % til 99 % for de øvrige aktuelle indikatorer. For indikatorerne 3, 7, 9, 10, 19 og 20 er dette en markant forbedring i forhold til Årsrapport 2012, hvor datakompletheden vekslede fra 73,0 % til 87,5 %. For indikator 1 og 6 ses ingen forbedring i forhold til disse datakomplethed i Årsrapport 2012 (hhv. 81 % og 56 %).

Udover datakompletheden for de 8 indikatorer er der for 7 af disse (3, 6, 7, 9, 10, 19 og 20) også en del patienter, som ikke er registrerede med patientens eller lægens efterkontrolskema, hvilket medfører manglende oplysninger. Der henvises til "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", Figur B3, Tabel B1, Tabel B2, Tabel B3, Tabel B4 og Tabel B5, og herunder bemærkes, at den "reelle" datakomplethed for indikator 19 er som for indikator 3 (jf. Tabel B1) og for indikator 20 er den som for indikator 7 (jf. Tabel B3).

Derudover bevirker den store heterogenitet i afdelingernes registrering af efterkontrolskemaer (jf.

"Appendiks 3: Supplerende statistik", Tabel B7), at forskelle i indikatorresultater mellem afdelinger ikke nødvendigvis kun er klinisk begrundet. Således kan forskellene muligvis også relateres til forskelle i registreringspraksis. Derimod er der i modsætning til tidligere år ingen eller ringe association mellem datakomplethed og indikatorandele (jf. indikator 3 og 7), hvilket minimerer risikoen for selekterede patientgrupper.

Som nævnt senere i denne årsrapport (jf. "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", "Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B3") bør 90-95 % af alle DugaBase-forløb i en årsrapport have både patients og lægens efterkontrolskema, og som minimum bør mindst 80 % af disse skemaer være udfyldt med det for indikatoren relevante spørgsmål. Såfremt 90 % af DugaBase-forløbene har et efterkontrolskema og 80 % af disse har udfyldt det relevante spørgsmål fås 891 relevante patientforløb for indikatorerne 3, 9 og 19 (som omhandler urininkontinens) samt 2974 relevante patientforløb for indikatorerne 6, 7, 10 og 20 (som omhandler prolaps). Dette er i forhold til det aktuelle antal patientforløb stort set komplet for indikator 3 (885 forløb), 123 % flere for indikator 6, 6 % færre for indikator 7, 46 % flere for indikator 9, 37 % flere for indikator 10, 7 % flere for indikator 19 og stort set komplet for indikator 20 (2921 forløb). I forhold til Årsrapport 2012 er dette en forbedring for alle indikatorerne 3, 6, 7 og 10, mens det er en lille forværring for indikator 9.

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

Opfyldte og ikke-opfyldte standarder

På landsplan opfylder indikatorerne 3 (Subjektiv patientbedømmelse af succes efter operation for urininkontinens), 7 (Patienttilfredshed efter operation for prolaps), 10 (Klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps) og 11-20 den fastlagte standard. Standarden er på landsplan ikke opfyldt for indikatorerne 1 (Ventetid 30 dage), 6 (objektiv score hos prolapspatienter) eller 9 (fortsat behandlingsbehov hos urininkontinenspatienter), i særdeleshed ikke for indikator 1, som med 33,0 % ligger langt under standarden på mindst 90 %. Der er ingen markante ændringer i forhold til 2012.

Anbefalinger

Generelt er der i relation til datakomplethed fortsat et stort potentiale for forbedring svarende til indikatorresultater. Afdelingsledelsen på de enkelte afdelinger opfordres til at gennemgå den kliniske praksis på områder, hvor afdelingerne ikke opfylder en eller flere indikatorer for kritisk at vurdere mulige indsatsområder mhp. forbedring af kvaliteten.

Generelle klinisk-epidemiologiske kommentarer

Analyserne er primært deskriptive, idet talmaterialet ofte er for lille til valid statistisk dokumentation. Dette skyldes primært lav datakomplethed og disses store variationer mellem afdelingerne vanskeliggør yderligere valide sammenligninger.

DugaBase data er ligesom i årsrapporterne 2008-2012 sammenlignet med LPR data for alle urininkontinens- og prolapsoperationer, hvilket indikerer databasekompletheden. Danske studier har for LPR operationskoder vist en positiv prædiktiv værdi på 93,6-99,8% (Ugeskrift for Læger 2001, 163(41), 5662-64; Ugeskrift for Læger 2002, 164(39), 4539-45; Ugeskrift for Læger 2009, 171(6), 404-8), hvorfor de aktuelle LPR operationskoder sandsynligvis har en tilsvarende høj positiv prædiktiv værdi.

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

Formandskabets påtegning

Styregruppen for DugaBase har i 2013 arbejdet på at sikre, at databasekompletheden fortsat kunne bibeholdes på det ønskede niveau på landsplan på minimum 90%. Dette er lykkedes, idet databasekompletheden samlet set er fastholdt på et stabilt højt niveau siden 2011. Desværre er der stadig en lav databasekomplethed for de private klinker (32,0% for inkontinens og 25,6% for prolaps). Styregruppen har i efteråret 2013 skrevet til både Sundhedsstyrelsen og de private klinikker og gjort opmærksom på de manglende indberetninger til DugaBase.

Fra 1. januar 2013 har det været muligt at indberette endnu en subjektiv patientbedømmelse (PGI-I) for både inkontinens og prolaps, hvilket har medført øgning i antallet af indikatorer fra 14 til 16. Det er glædeligt, at der allerede fra starten af har været en høj indrapportering (93%) af PGI-I – og at alle afdelinger opfylder standarden.

I 2013 har styregruppen initieret et projekt, som skal munde ud i, at hver afdeling får mulighed for elektronisk at udtrække egne data fra DugaBase især mhp. kvalitetsudviklingen inden for den kirurgiske behandling af inkontinens og prolaps. Arbejdet vil pågå ind i 2014.

I det forgangne år er der blevet udarbejdet ny hjemmeside for DugaBase med nyt layout, se www.dugabase.dk

Forskning med data fra DugaBase er stigende. Bl.a. er et ph.d. projekt med data fra DugaBase er forsvaret og godkendt i 2013 (Rikke Guldberg: "Clinical epidemiological studies in women undergoing surgery for urogynaecological disorders"). Et andet ph.d. projekt pågår (Margrethe Foss Hansen: "Regional variation i behandlingskvalitet – kirurgisk behandling af kvinder med urininkontinens"). Desuden er der udleveret data til en forskningsgruppe i Australien til en international opgørelse over inkontinens og prolaps operationer på verdensplan.

Styregruppen arbejder i øjeblikket på:

1. Rapportdannelse med egne data fra de enkelte afdelinger både til kvalitetsudvikling og for at fremme datakompletheden ved mulighed for at udtrække manglende data indrapporteringer.
2. Der arbejdes fortsat på en entydig definition af fortsat behandlingsbehov for inkontinenspatienter (indikator 9). Der er stor forskel i resultaterne mellem afdelinger, hvilket kan skyldes forskellige definitioner/tolkning af hvad fortsat behandlingsbehov er.
3. Tilretning af procedurekodelisten i samarbejde med Dansk Urogynækologisk Selskab.
4. Afklaring af manglende forbedring i indikator 1 – ventetid (30 dage).

2 Lægmandsresumé og oversigt over indikatorresultaterne

Baggrund

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

Hyppigheden af urogynækologiske lidelser stiger pga. det øgede antal ældre. Urininkontinens optræder med en hyppighed af 25-45% og nedsynkning hos 7-25% af befolkningen. Hver 4. danske kvinde kan forvente at blive opereret for urininkontinens eller nedsynkning i løbet af sit liv, og deraf vil yderligere hver 5. kvinde få foretaget en recidiv operation. Så det er et stort antal af den danske kvindelige befolkning som bliver opereret for urininkontinens og/eller prolaps.

DugaBase

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

Hvor mange forløb indberettes?

I 2013 er der indberettet i alt 7.840 operative indgreb. Det forventes, at mindst 90% af alle operationer indberettes til DugaBase (databasekompletheden). I 2013 blev 95,0% af alle operationer for inkontinens og 91,3% af alle prolapsoperationer indrapporteret. Derved opfylder DugaBase således kravet om databasekomplethed. Der er dog uændret store forskelle mellem indberetninger fra offentlige sygehus og private klinikker. Offentlige sygehuse har en høj komplethed på 97,5% for inkontinens og 93,6% for prolaps. De private sygehuse/klinikker har derimod en lave databasekomplethed på 32,0% for inkontinens og 25,6% for prolaps. Det er desværre en tilbagevendende problematik med mangelfuld indberetning fra private sygehuse/klinikker.

For de enkelte operative forløb kan der forekomme mangler i oplysninger om bestemte dele (datakomplethed). Det er en fortsat stigning i datakompletheden fra 2011 og fremefter. Vigtigt er det, at indberetningen af flere af de variable som indgår i indikatorberegninger er stigende. Det er tilfredsstillende, at der sideløbende med den høje databasekomplethed også er en stigende tendens for datakomplethed.

Kvalitet i behandlingen

Til vurdering af kvaliteten af behandlingen har DugaBase nu 16 mål for kvalitet (indikatorer), et antal der er udvidet med 2 fra sidste år. Alle indikatorerne fremgår af Tabel 1, side 8. For størsteparten af indikatorerne er kvalitetskravet opfyldt. For to indikatorer (6 og 9) er kvalitetskravet ikke helt opfyldt men dog inden for rækkevidde. For indikator 1 (ventetid 30 dage) er der uændret manglende opfyldelse af kvalitetskravet om at $\leq 90\%$ efter henvisningsdatoen skal være set til forundersøgelse. De to ny indikatorer som er subjektiv patientbedømmelse efter hhv. inkontinens og prolaps viser høj patienttilfredshed (93%) efter operation, hvilket svarer til internationale resultater.

Fremtiden

Styregruppen arbejder på at sikre nem adgang til egne data mhp. kvalitetsudvikling og for at fremme datakompletheden. Styregruppen ønsker desuden fortsat at fremme forskning med udgangspunkt i DugaBase. Styregruppen arbejder i øjeblikket på:

1. Rapportdannelse med egne data fra de enkelte afdelinger både til kvalitetsudvikling og for at fremme datakompletheden ved mulighed for at udtrække manglende data indrapporteringer.

2. Der arbejdes fortsat på en entydig definition af fortsat behandlingsbehov for inkontinenspatienter (indikator 9). Der er stor forskel i resultaterne mellem afdelinger, hvilket kan skyldes forskellige definitioner/tolkning af hvad fortsat behandlingsbehov er.
3. Tilretning af procedurekodelisten i samarbejde med Dansk Urogynækologisk Selskab.
4. Afklaring af manglende forbedring i indikator 1 – ventetid (30 dage).

DugaBase er særdeles velfungerende med høj databasekomplethed, stigende datakomplethed og vedvarende udvikling og justering af kvalitetsindikatorer.

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

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse					
			2013	2012	2011	2010	2009	2008
Indikator 1: Ventetid (30 dage), henvisning-forundersøgelse	≥ 90%	20	33 (32-34)	33 (32-35)	32 (31-34)	30 (29-31)	23 (22-24)	34 (32-36)
Indikator 3: Urininkontinens, Subjektiv patient-bedømmelse af succes	≥ 70%	1	77 (74-79)	76 (73-78)	76 (73-78)	68 (65-72)	62 (57-66)	63 (58-68)
Indikator 6: Prolaps, Objektiv score hos patienter opereret for prolaps	≥ 90%	42	78 (75-80)	77 (75-79)	79 (77-81)	79 (77-81)	78 (75-80)	77 (74-80)
Indikator 7: Prolaps, Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation	≥ 80%	1	85 (84-86)	85 (84-87)	85 (83-86)	80 (78-82)	77 (75-79)	78 (75-81)
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens	≤ 10%	8	14 (12-17)	14 (12-17)	13 (11-16)	16 (14-19)	14 (11-17)	23 (18-29)
Indikator 10: Prolaps, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps	≤ 10%	7	8 (6-9)	8 (7-9)	8 (7-10)	8 (7-10)	12 (10-14)	12 (10-14)
Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens	≤ 5%	0			2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-3)	2 (1-4)
Indikator 12: Recidivop. (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens	≤ 10%	0						3 (1-4)
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps	≤ 5%	0			4 (3-4)	4 (3-4)	4 (3-5)	4 (3-5)
Indikator 14: Recidivop. (5 år) forreste komp. efter operation for prolaps	≤ 10%	0						7 (6-9)
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps	≤ 5%	0			3 (2-4)	3 (2-5)	3 (2-4)	3 (2-5)
Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps	≤ 10%	0						4 (3-7)
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps	≤ 5%	0			3 (2-4)	2 (2-3)	2 (2-3)	3 (2-5)
Indikator 18: Recidivop. (5 år) bagerste komp. efter operation for prolaps	≤ 10%	0						5 (3-6)
Indikator 19: Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation (PGI-I skala)	≥ 90%	7	93 (91-95)					
Indikator 20: Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation (PGI-I skala)	≥ 90%	9	93 (92-94)					

3 Resultater for indikatorer

Generelt

Vejledninger i læsning af tabeller og figurer samt fortolkning af resultater findes i "Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater" (side 159).

Ved sammenligninger med foregående år bemærkes følgende:

- "OUH Odense Universitetshospital" og "OUH Svendborg Sygehus" fra forudgående årsrapporter rapporteres i denne rapport samlet som "OUH Odense Universitetshospital"
- "Sygehus Sønderjylland, Haderslev" og "Sygehus Sønderjylland, Sønderborg" fra forudgående årsrapporter rapporteres i denne rapport samlet som "Sygehus Sønderjylland"

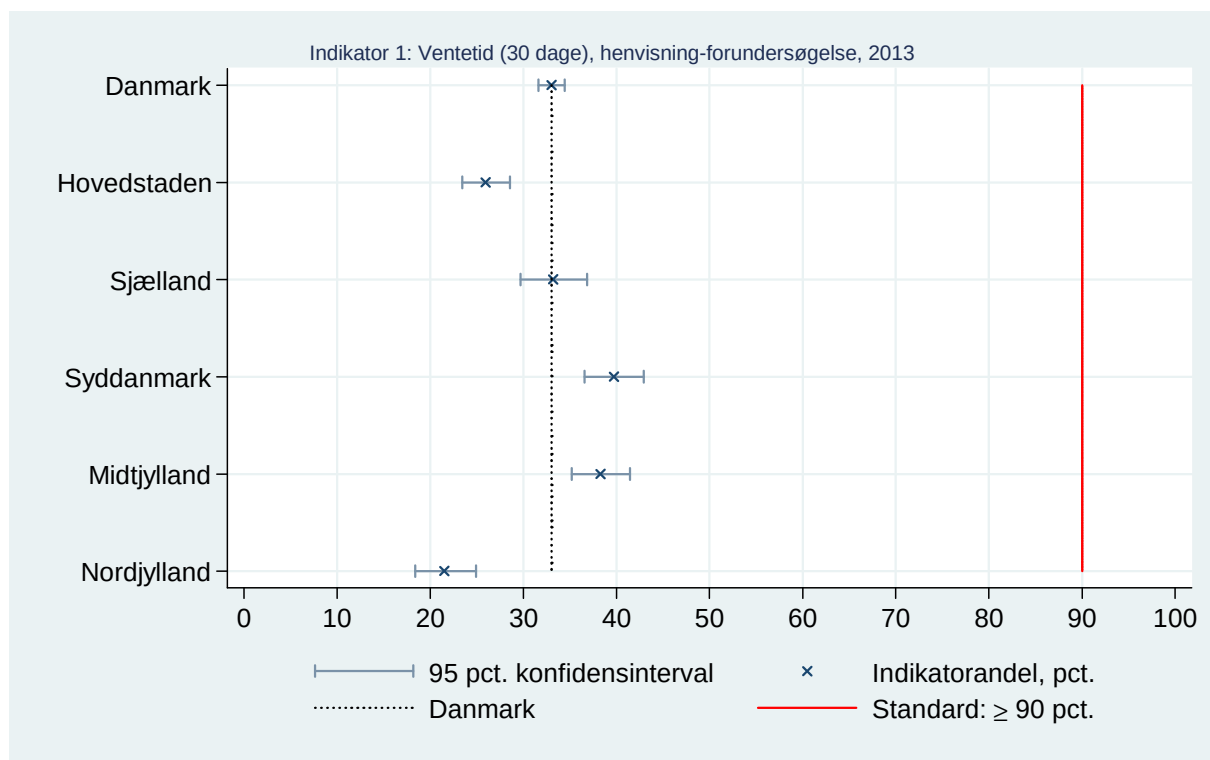
Indikator 1

Ventetid (30 dage)

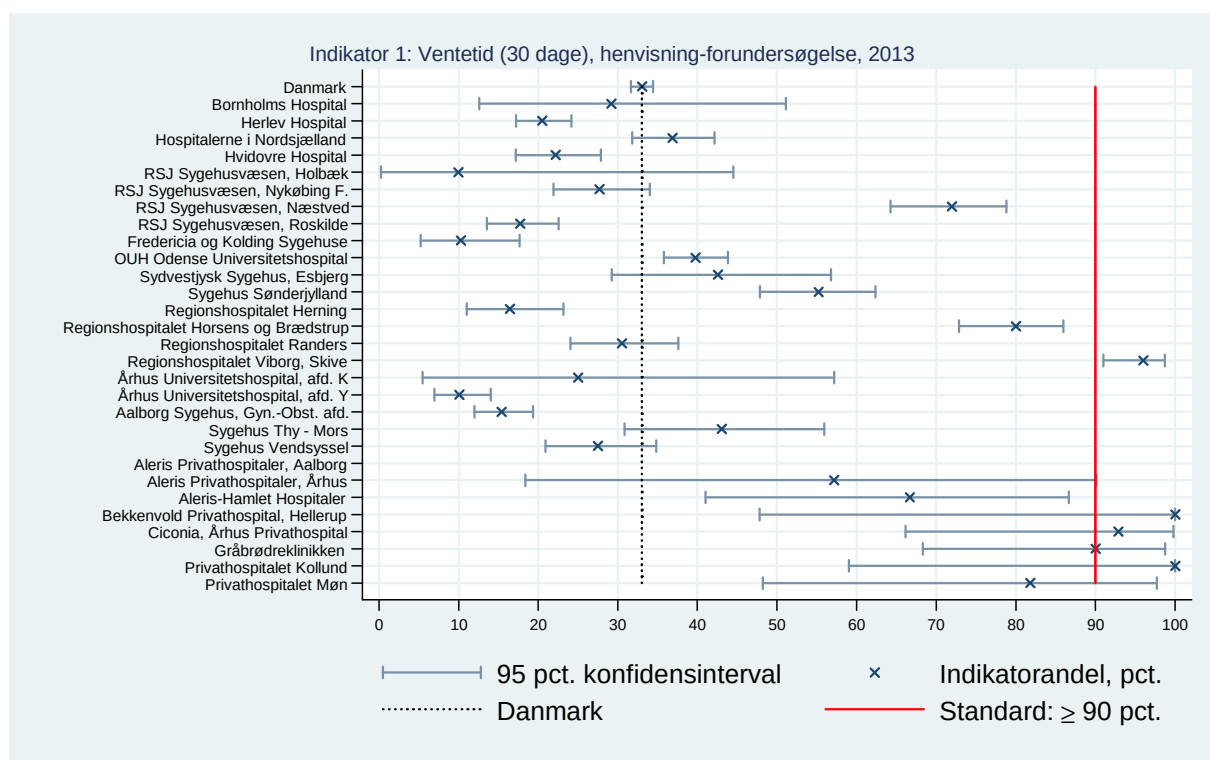
Tabel 2 - Resultater for indikator 1

Indikator 01	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Pct.	2013 (95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
Danmark	Nej	1476 / 4469	1090 (20)	33,0	(31,6-34,4)	33,4	32,3
Hovedstaden	Nej	303 / 1168	143 (11)	25,9	(23,4-28,6)	32,4	21,9
Sjælland	Nej	229 / 690	138 (17)	33,2	(29,7-36,8)	30,7	30,7
Syddanmark	Nej	377 / 949	432 (31)	39,7	(36,6-42,9)	35,3	39,4
Midtjylland	Nej	363 / 948	334 (26)	38,3	(35,2-41,5)	36,1	37,6
Nordjylland	Nej	136 / 632	25 (4)	21,5	(18,4-24,9)	26,0	24,2
Hovedstaden	Nej	303 / 1168	143 (11)	25,9	(23,4-28,6)	32,4	21,9
Bornholms Hospital	Nej	7 / 24	3 (11)	29,2	(12,6-51,1)	-	57,1
Herlev Hospital	Nej	112 / 546	31 (5)	20,5	(17,2-24,1)	22,9	26,2
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	129 / 350	44 (11)	36,9	(31,8-42,1)	36,9	22,5
Hvidovre Hospital	Nej	55 / 248	65 (21)	22,2	(17,2-27,9)	39,3	14,3
Sjælland	Nej	229 / 690	138 (17)	33,2	(29,7-36,8)	30,7	30,7
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Nej	1 / 10	1 (9)	10,0	(0,3-44,5)	19,7	22,1
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	62 / 224	76 (25)	27,7	(21,9-34,0)	29,5	28,9
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Nej	113 / 157	17 (10)	72,0	(64,3-78,8)	65,6	82,4
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Nej	53 / 299	44 (13)	17,7	(13,6-22,5)	24,2	27,0
Syddanmark	Nej	377 / 949	432 (31)	39,7	(36,6-42,9)	35,3	39,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	11 / 107	2 (2)	10,3	(5,2-17,7)	34,0	14,6
OUH Odense Universitetshospital	Nej	237 / 596	166 (22)	39,8	(35,8-43,8)	33,7	51,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	23 / 54	245 (82)	42,6	(29,2-56,8)	11,9	14,8
Sygehus Sønderjylland	Nej	106 / 192	19 (9)	55,2	(47,9-62,4)	68,2	70,2
Midtjylland	Nej	363 / 948	334 (26)	38,3	(35,2-41,5)	36,1	37,6
Regionshospitalet Herning	Nej	26 / 158	0 (0)	16,5	(11,0-23,2)	49,4	53,7
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Nej	124 / 155	10 (6)	80,0	(72,8-86,0)	79,4	71,3
Regionshospitalet Randers	Nej	58 / 190	28 (13)	30,5	(24,1-37,6)	29,1	19,5
Regionshospitalet Silkeborg	- / -	- / -	-	-	-	-	57,1
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	121 / 126	141 (53)	96,0	(91,0-98,7)	100,0	100,0
Århus Universitetshospital, afd. K	Nej	3 / 12	1 (8)	25,0	(5,5-57,2)	33,3	50,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	31 / 307	154 (33)	10,1	(7,0-14,0)	14,8	19,2
Nordjylland	Nej	136 / 632	25 (4)	21,5	(18,4-24,9)	26,0	24,2
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Nej	61 / 396	12 (3)	15,4	(12,0-19,3)	20,6	21,8

Sygehus Thy - Mors	Nej	28 / 65	1 (2)	43,1	(30,8-56,0)	47,4	61,3
Sygehus Vendsyssel	Nej	47 / 171	12 (7)	27,5	(20,9-34,8)	26,0	16,9
Privathospitaler	Ja*	68 / 82	18 (18)	82,9	(73,0-90,3)	78,9	85,4
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	100,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	5 (100)	-		-	100,0
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		- / -		-		100,0	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja*	4 / 7	2 (22)	57,1	(18,4-90,1)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Nej	12 / 18	3 (14)	66,7	(41,0-86,7)	57,1	69,2
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	87,5	63,6
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	13 / 14	2 (13)	92,9	(66,1-99,8)	100,0	90,9
Gråbrødreklinikken	Ja	18 / 20	2 (9)	90,0	(68,3-98,8)	90,9	98,0
Privathospitalet Kollund	Ja	7 / 7	1 (13)	100,0	(59,0-100,0)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja*	9 / 11	3 (21)	81,8	(48,2-97,7)	74,2	70,6
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		100,0	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 1

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 20 %, dvs. kompletheden er 80 %. De uoplyste forløb skyldes både manglende oplysninger om dato for henvisning og/eller dato for forundersøgelse (data ikke vist). Esbjerg har 82 %, Viborg/Skive har 53 % og Aleris/Aalborg har 100 % uoplyste forløb, mens de resterende afdelinger ligger tættere på landsgennemsnittets 20 %.

På landsplan har 33,0 % af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90 %. Dette er omtrent som i 2012, hvor 33,4 % havde en ventetid på højst 30 dage. Ingen af regionerne opfylder standarden, men der er nogen variation mellem dem spændende fra 21,5 % for Region Nordjylland til 39,7 % for Region Syddanmark (Figur 1).

Blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder kun Viborg/Skive, Ciconia/Århus Privathospital og Gråbrødreklinikken standarden, mens Privathospitalet Møn ikke opfylder standarden, omend dets konfidensinterval omfatter de 90 %.

Der er stor variation mellem de offentlige sygehuse. Blandt sygehuse med mindst 10 relevante patientforløb, som ikke opfylder indikatoren, har Næstved og Horsens/Brædstrup en andel på over 60 %, mens de øvrige andel er under 60 %.

Figur B2 (side 120) viser fordelingen af ventetiderne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2013.

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt, og kun 3 afdelinger opfylder standarden.

Styregruppens kommentarer til indikator 1

Den mediane ventetid er 47 dage (Figur B2, side 120) og let stigende fra 45 dage i 2012, så styregruppen må konstatere, at der ikke er tegn på at det går i den rigtige retning.

Kun et offentligt sygehus (Viborg/Skive lever op til standarden).

Det er der flere forklaringer på. Der er et udtryk for manglende ressourcer på de enkelte afdelinger til at se de henviste så hurtigt samt at der er forskellige registreringspraksis.

Det skal være datoen for første kontakte på afdelingen, som skal anvendes i beregning af ventetiden uanset om det er en sygeplejerske, fysioterapeut eller lægekontakt. Flere afdelinger har tilkendegivet, at registreringspraksis er at det er den dato, hvor lægen beslutter operation og udfylder forundersøgelseskemaet, der registreres. Hvilket ikke nødvendigvis er den første kontakt i afdelingen.

Anbefalinger til indikator 1

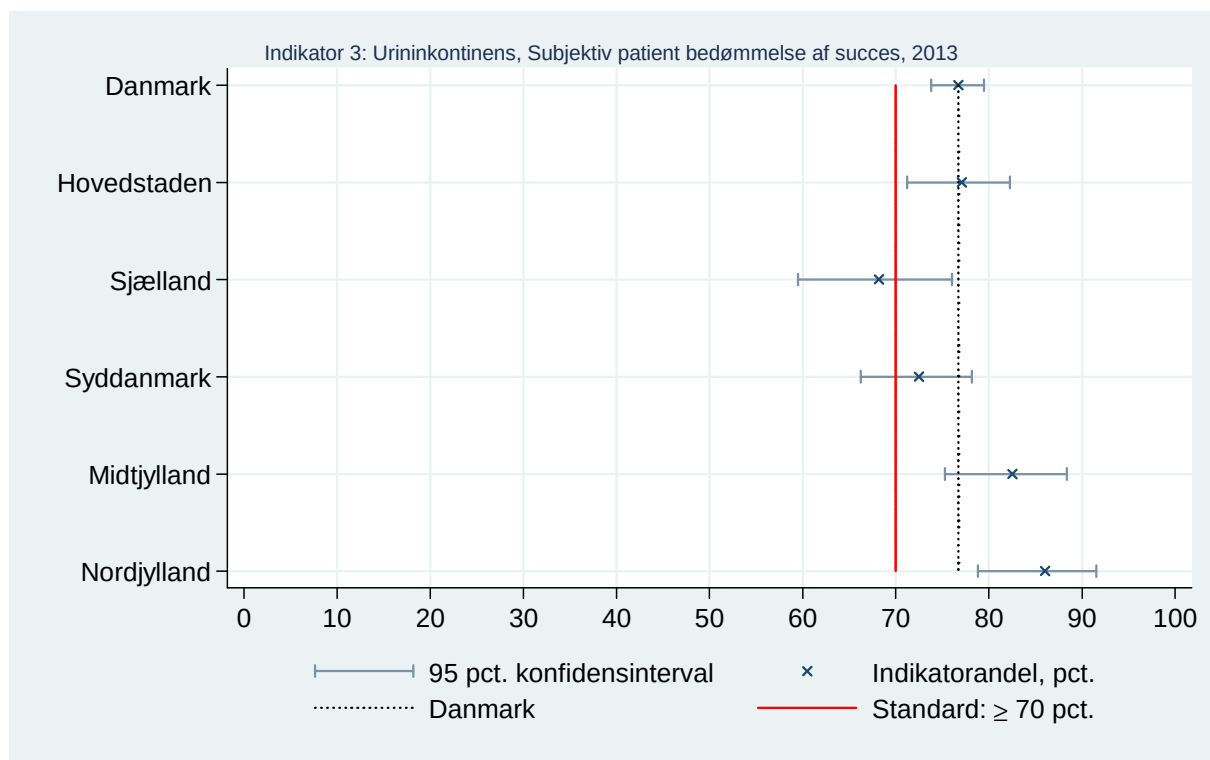
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes med den nuværende standard på baggrund af gældende lovgivning. Styregruppen vil se på årsagerne til den manglende opfyldelse herunder forskellig registreringspraksis og få det præciseret i Brugermanualen for DugaBase.

Indikator 3

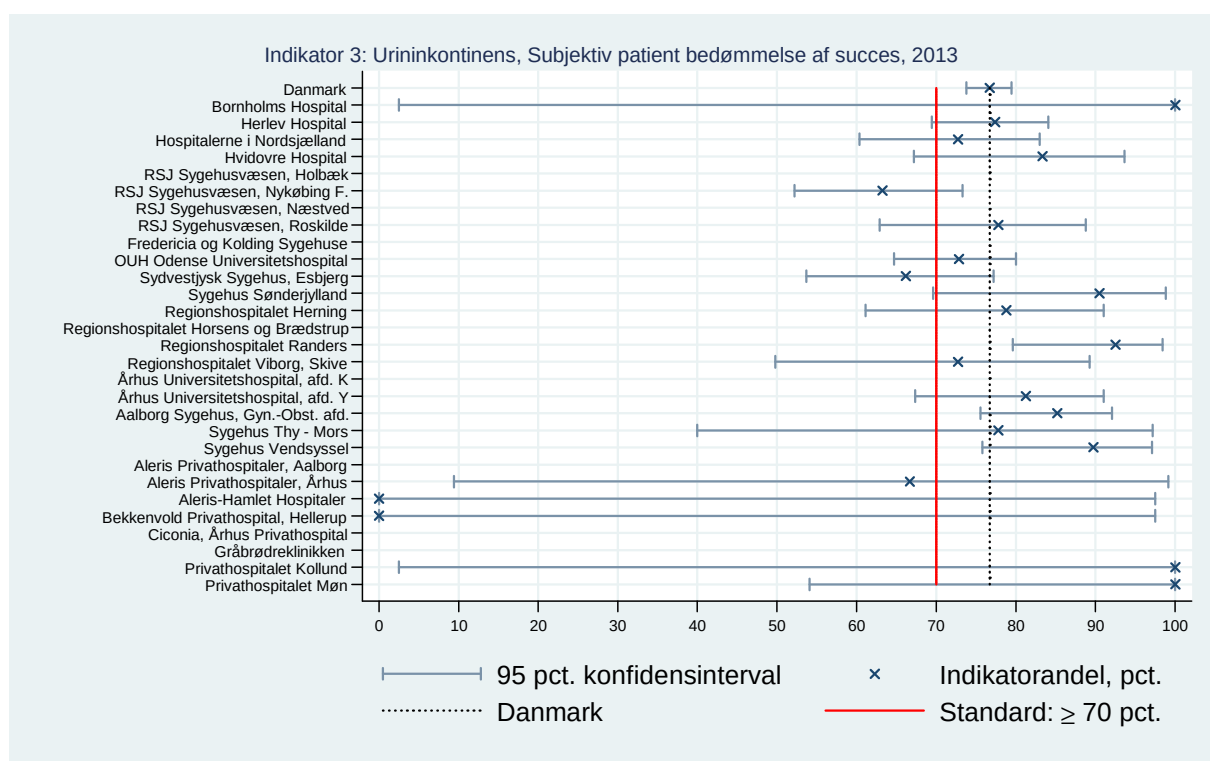
Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af urininkontinens

Tabel 3 - Resultater for indikator 3

Indikator 03	Std. ≥ 70% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2013 Pct.	(95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
Danmark	Ja	679 / 885	8 (1)	76,7	(73,8-79,5)	75,7	75,5
Hovedstaden	Ja	185 / 240	1 (0)	77,1	(71,2-82,2)	79,2	77,5
Sjælland	Ja*	90 / 132	0 (0)	68,2	(59,5-76,0)	69,7	75,3
Syddanmark	Ja	166 / 229	0 (0)	72,5	(66,2-78,2)	64,1	61,6
Midtjylland	Ja	118 / 143	5 (3)	82,5	(75,3-88,4)	82,4	82,2
Nordjylland	Ja	111 / 129	1 (1)	86,0	(78,8-91,5)	83,5	83,5
Hovedstaden	Ja	185 / 240	1 (0)	77,1	(71,2-82,2)	79,2	77,5
Bornholms Hospital	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	-	-
Herlev Hospital	Ja	106 / 137	0 (0)	77,4	(69,4-84,1)	82,2	79,4
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	48 / 66	0 (0)	72,7	(60,4-83,0)	72,3	77,0
Hvidovre Hospital	Ja	30 / 36	1 (3)	83,3	(67,2-93,6)	82,5	72,2
Sjælland	Ja*	90 / 132	0 (0)	68,2	(59,5-76,0)	69,7	75,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		50,0	80,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	55 / 87	0 (0)	63,2	(52,2-73,3)	67,9	70,6
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	35 / 45	0 (0)	77,8	(62,9-88,8)	75,0	84,0
Syddanmark	Ja	166 / 229	0 (0)	72,5	(66,2-78,2)	64,1	61,6
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		-	87,5
OUH Odense Universitetshospital	Ja	102 / 140	0 (0)	72,9	(64,7-80,0)	73,3	60,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	45 / 68	0 (0)	66,2	(53,7-77,2)	50,0	43,5
Sygehus Sønderjylland	Ja	19 / 21	0 (0)	90,5	(69,6-98,8)	64,5	80,0
Midtjylland	Ja	118 / 143	5 (3)	82,5	(75,3-88,4)	82,4	82,2
Regionshospitalet Herning	Ja	26 / 33	0 (0)	78,8	(61,1-91,0)	82,5	80,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		-	81,3
Regionshospitalet Randers	Ja	37 / 40	0 (0)	92,5	(79,6-98,4)	87,5	69,2
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		-	83,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	16 / 22	2 (8)	72,7	(49,8-89,3)	91,4	88,0
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		100,0	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	39 / 48	3 (6)	81,3	(67,4-91,1)	70,8	82,6
Nordjylland	Ja	111 / 129	1 (1)	86,0	(78,8-91,5)	83,5	83,5
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	69 / 81	0 (0)	85,2	(75,6-92,1)	84,0	83,0
Sygehus Thy - Mors	Ja	7 / 9	0 (0)	77,8	(40,0-97,2)	90,9	84,6
Sygehus Vendsyssel	Ja	35 / 39	1 (3)	89,7	(75,8-97,1)	79,2	84,6
Privathospitaler	Ja	9 / 12	1 (8)	75,0	(42,8-94,5)	77,8	66,7
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja*	2 / 3	0 (0)	66,7	(9,4-99,2)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja*	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	66,7	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja*	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		100,0	-
Gråbrødreklinikken		0 / 0	0	-		100,0	80,0
Privathospitalet Kollund	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)	75,0	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 1 %, dvs. kompletheden er 99 %. Ingen afdelinger har en høj andel af uoplyste forløb.

På landsplan oplever 76,7 % af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 70 % er opfyldt. Dette er uændret i forhold til 2012 hvor standarden var 75,7 %. Der er nogen variation mellem regionerne. Region Sjælland opfylder med en andel på 68,2 % ikke indikator 3, men standarden er indeholdt i konfidensintervallet. De øvrige fire regioner opfylder standarden, med højeste andel på 86,0 % for Region Nordjylland.

Blandt de 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Odense, Sønderjylland, Herning, Randers, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg, Vendsyssel). De resterende 2 afdelinger (Nykøbing F., Esbjerg) opfylder ikke standarden, men deres øverste 95% konfidensgrænse ligger over standarden.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2013.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 76,7 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 70 %. Datakompletheden er 99 %, og ingen afdelinger afviger markant fra dette. Således er forskelle mellem afdelingerne i modsætning til tidligere ikke associerede til forskelle i datakomplethed.

Styregruppens kommentarer til indikator 3

DugaBase har indikatorer for patienternes selvrapporterede tilfredshed (internationalt kaldet "patient reported outcome measures" og forkortes PROMs i modsætning til mange andre databaser. Alle afdelinger opfylder standarden (enkelte afdelinger under standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet). Andelen af forløb har været tilfredsstillende stigende over årene.

Anbefalinger til indikator 3

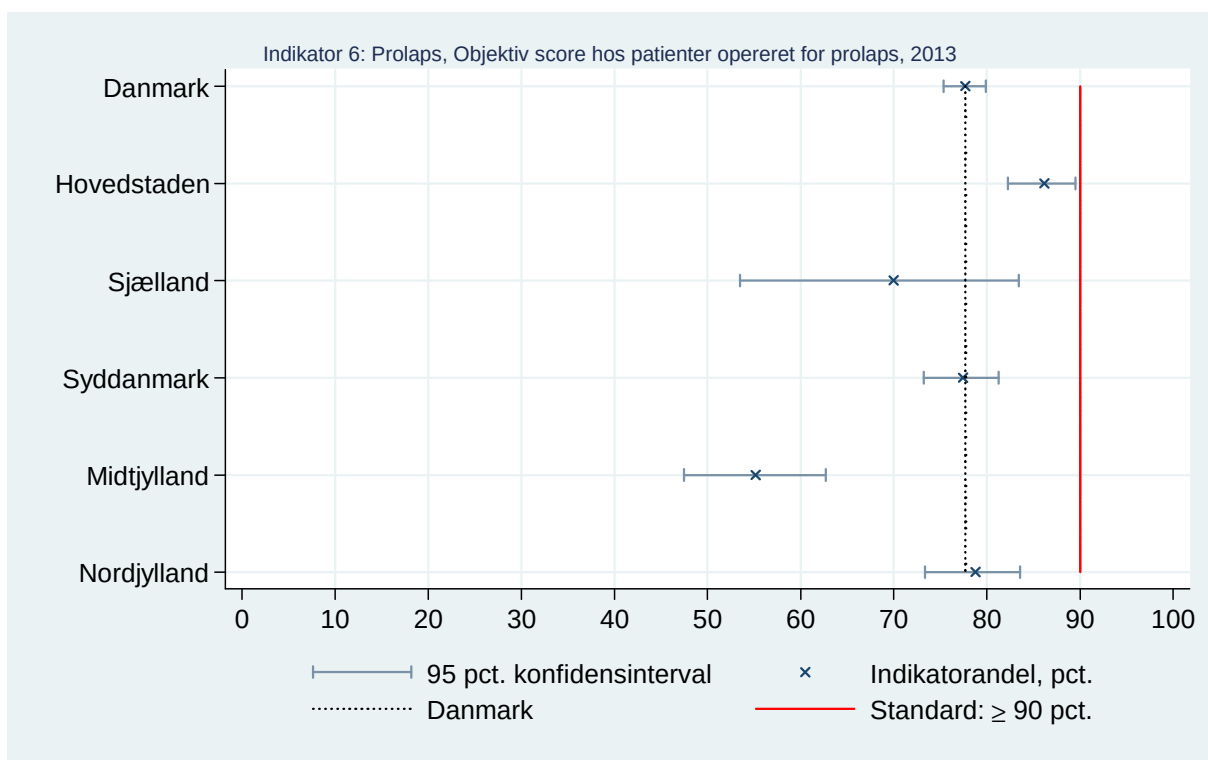
Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form.

Indikator 6

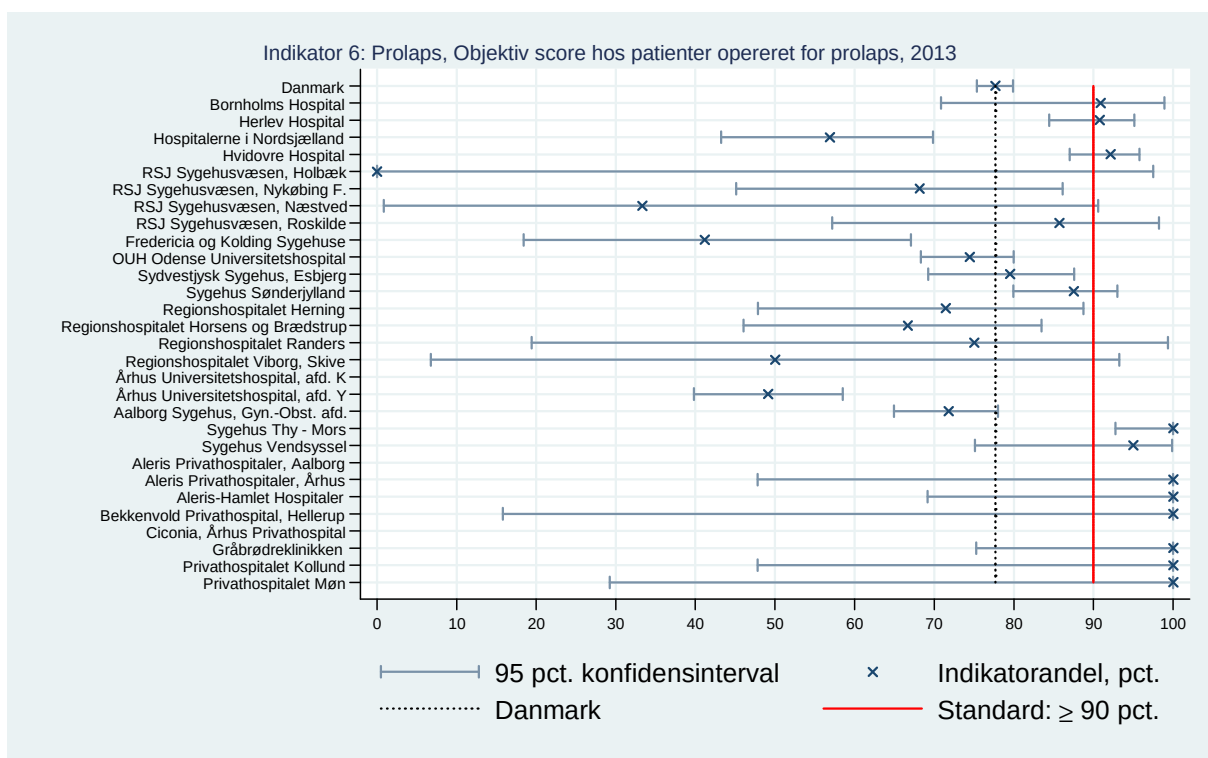
Prolaps – Objektiv score hos patienter opereret for prolaps

Tabel 4 - Resultater for indikator 6

Indikator 06	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2013 Pct.	(95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
Danmark	Nej	1037 / 1335	983 (42)	77,7	(75,3-79,9)	77,3	78,7
Hovedstaden	Nej	324 / 376	498 (57)	86,2	(82,3-89,5)	83,1	85,7
Sjælland	Nej	28 / 40	111 (74)	70,0	(53,5-83,4)	70,0	77,3
Syddanmark	Nej	343 / 443	156 (26)	77,4	(73,2-81,2)	72,5	77,7
Midtjylland	Nej	96 / 174	118 (40)	55,2	(47,5-62,7)	69,7	65,8
Nordjylland	Nej	208 / 264	93 (26)	78,8	(73,4-83,6)	81,4	81,6
Hovedstaden	Nej	324 / 376	498 (57)	86,2	(82,3-89,5)	83,1	85,7
Bornholms Hospital	Ja	20 / 22	1 (4)	90,9	(70,8-98,9)	-	100,0
Herlev Hospital	Ja	118 / 130	284 (69)	90,8	(84,4-95,1)	78,5	82,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	33 / 58	195 (77)	56,9	(43,2-69,8)	51,9	61,5
Hvidovre Hospital	Ja	153 / 166	18 (10)	92,2	(87,0-95,8)	94,6	93,4
Sjælland	Nej	28 / 40	111 (74)	70,0	(53,5-83,4)	70,0	77,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja*	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	76,9	66,7
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	15 / 22	25 (53)	68,2	(45,1-86,1)	74,4	84,7
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	1 / 3	1 (25)	33,3	(0,8-90,6)	50,0	100,0
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja*	12 / 14	85 (86)	85,7	(57,2-98,2)	61,5	73,0
Syddanmark	Nej	343 / 443	156 (26)	77,4	(73,2-81,2)	72,5	77,7
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	7 / 17	70 (80)	41,2	(18,4-67,1)	44,2	57,1
OUH Odense Universitetshospital	Nej	172 / 231	35 (13)	74,5	(68,3-80,0)	66,3	62,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	66 / 83	21 (20)	79,5	(69,2-87,6)	82,1	87,9
Sygehus Sønderjylland	Ja*	98 / 112	30 (21)	87,5	(79,9-93,0)	91,2	89,6
Midtjylland	Nej	96 / 174	118 (40)	55,2	(47,5-62,7)	69,7	65,8
Regionshospitalet Herning	Nej	15 / 21	96 (82)	71,4	(47,8-88,7)	70,4	63,3
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Nej	18 / 27	6 (18)	66,7	(46,0-83,5)	87,8	90,3
Regionshospitalet Randers	Ja*	3 / 4	2 (33)	75,0	(19,4-99,4)	71,4	100,0
Regionshospitalet Silkeborg	- / -	- / -	-	-	-	-	85,7
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	2 / 4	2 (33)	50,0	(6,8-93,2)	62,5	80,0
Århus Universitetshospital, afd. K	0 / 0	0	-	-	-	-	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	58 / 118	12 (9)	49,2	(39,8-58,5)	62,4	59,2
Nordjylland	Nej	208 / 264	93 (26)	78,8	(73,4-83,6)	81,4	81,6
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Nej	140 / 195	65 (25)	71,8	(64,9-78,0)	73,0	76,5
Sygehus Thy - Mors	Ja	49 / 49	1 (2)	100,0	(92,7-100,0)	93,7	91,5
Sygehus Vendsyssel	Ja	19 / 20	27 (57)	95,0	(75,1-99,9)	92,1	94,2
Privathospitaler	Ja	38 / 38	7 (16)	100,0	(90,7-100,0)	100,0	90,9
Aagaard Gynækologiske Klinik	- / -	- / -	-	-	-	-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0 / 0	2 (100)	-	-	-	-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	- / -	-	-	-	-	-	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	5 / 5	1 (17)	100,0	(47,8-100,0)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	10 / 10	3 (23)	100,0	(69,2-100,0)	100,0	100,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	2 / 2	0 (0)	100,0	(15,8-100,0)	100,0	100,0
Ciconia, Århus Privathospital	0 / 0	0	-	-	-	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	13 / 13	0 (0)	100,0	(75,3-100,0)	100,0	90,9
Privathospitalet Kollund	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	3 / 3	1 (25)	100,0	(29,2-100,0)	100,0	83,3
Privathospitalet Skørping	- / -	-	-	-	-	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø	- / -	-	-	-	-	100,0	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 6

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 42 %, dvs. kompletheden er 58 %. Blandt afdelingerne med mindst 10 relevante patientforløb er der stor variation i % uoplyste forløb, spændende fra 0 % (Gråbrødreklinikken) til 86 % (Roskilde).

På landsplan har 77,7% af patienterne en samlet score (i forhold til hymenal plan) på ≤ 1 . Konfidensintervallet omfatter ikke standarden på 90%, hvorfor denne ikke er opfyldt. Ingen af regionerne opfylder standarden, og der er nogen variation mellem disse, spændende fra 55,2 % for Region Midtjylland til 86,2 % for Region Hovedstaden.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 7 standarden (Bornholm, Herlev, Hvidovre, Thy/Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet, Gråbrødreklinikken), 2 opfylder ikke standarden, men deres øverste 95 % konfidensgrænse er mindst 90 % (Roskilde, Sønderjylland), mens de resterende 9 ikke opfylder standarden og deres øverste 95 % konfidensgrænse er under 90 % (Nordsjælland, Nykøbing F., Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Herning, Horsens/Brædstrup, Århus Afd. Y., Aalborg).

Figur 6 viser, at der er nogen variation mellem afdelingerne, og konfidensintervallerne er brede. Tabel 4 indikerer ikke umiddelbart nogen association mellem komplethed og andel (jf. kommentarerne til indikator 3), hvilket bekræftes i Figur B4 (se "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer"). Datakompletheden var 50,0 % i Årsrapport 2011 og 56,0 % i Årsrapport 2012, dvs. der ikke ses en tendens til forbedring eller forværring af denne.

Vi har derudover erstattet x-aksen i Figur B4 med andelen af alle prolapspatienter, som havde udfyldt spørgeskemaet, men her ses heller ingen positiv association, fraset for 2007-2010 (data ikke vist).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2013.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 6

Styregruppen noterer sig, at standarden på landsplan ikke er opfyldt. Andelen har ligget stabilt på 77-79% i hele databasens levetid, og således ikke den store fremgang over tid. Der er meget varierende datakomplethed på forskellige afdelinger, hvilket bl.a. afspejler, at de fleste afdelinger kun foretager objektiv kontrol af patienter med subjektive gener. Langt de fleste bliver ikke set til en opfølgende lægekontrol efter operation. Det betyder, at succesraten "kun" måles på de patienter med subjektive gener efter operation og vil dermed fremstå som værende mindre end den i virkeligheden er. Standarden er fra starten af sat højt mhp. kvalitetsudvikling over tid.

Styregruppen må konstatere at denne indikator ikke lever op til sit oprindelige formål, idet langt de fleste patienter ikke rutinemæssigt ses til kontrol. Samtidig er der stor forskel i follow-up blandt afdelingerne i Danmark og der forefindes ingen national eller international evidensbaseret retningslinje vedr. follow-up efter operation.

Anbefalinger til indikator 6

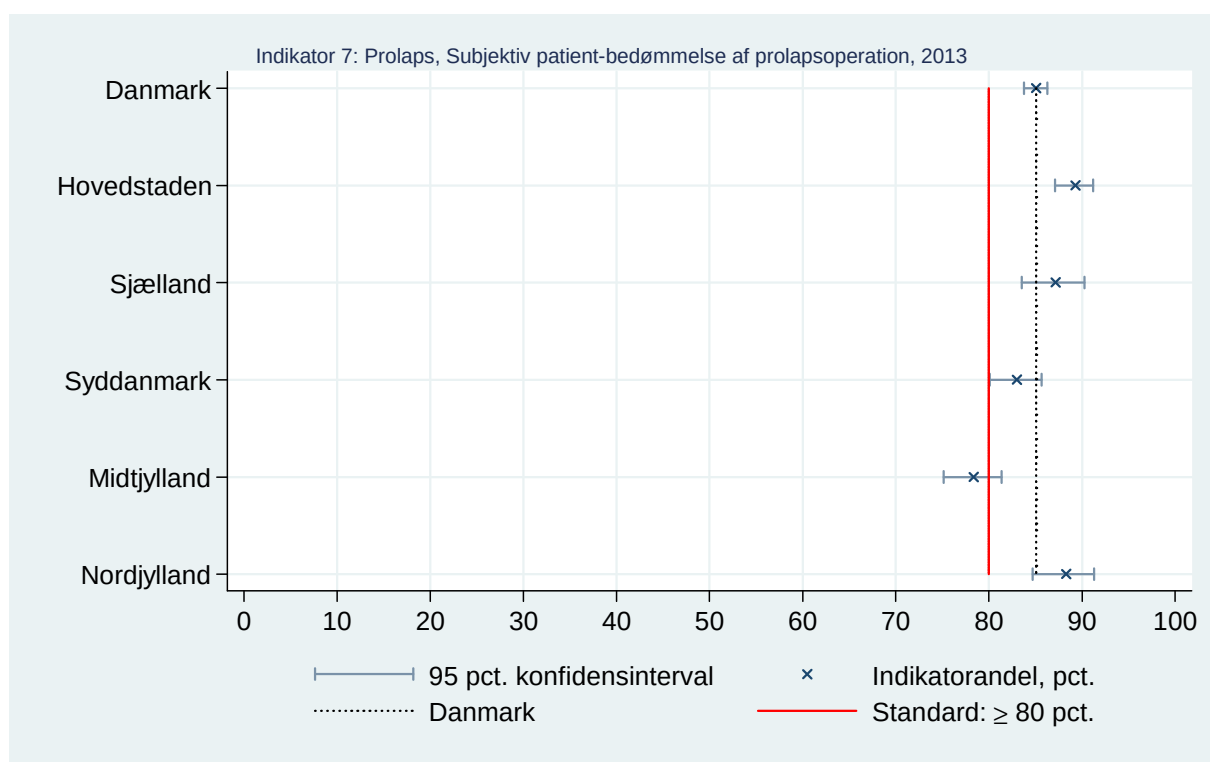
Styregruppen vedtager derfor at denne indikator udgår fremadrettet, da der er for lille patient volumen registreret til at den er relevant. Det besluttet samtidig at den fremadrettet skal indgå i Appendix som en deskriptiv opgørelse.

Indikator 7

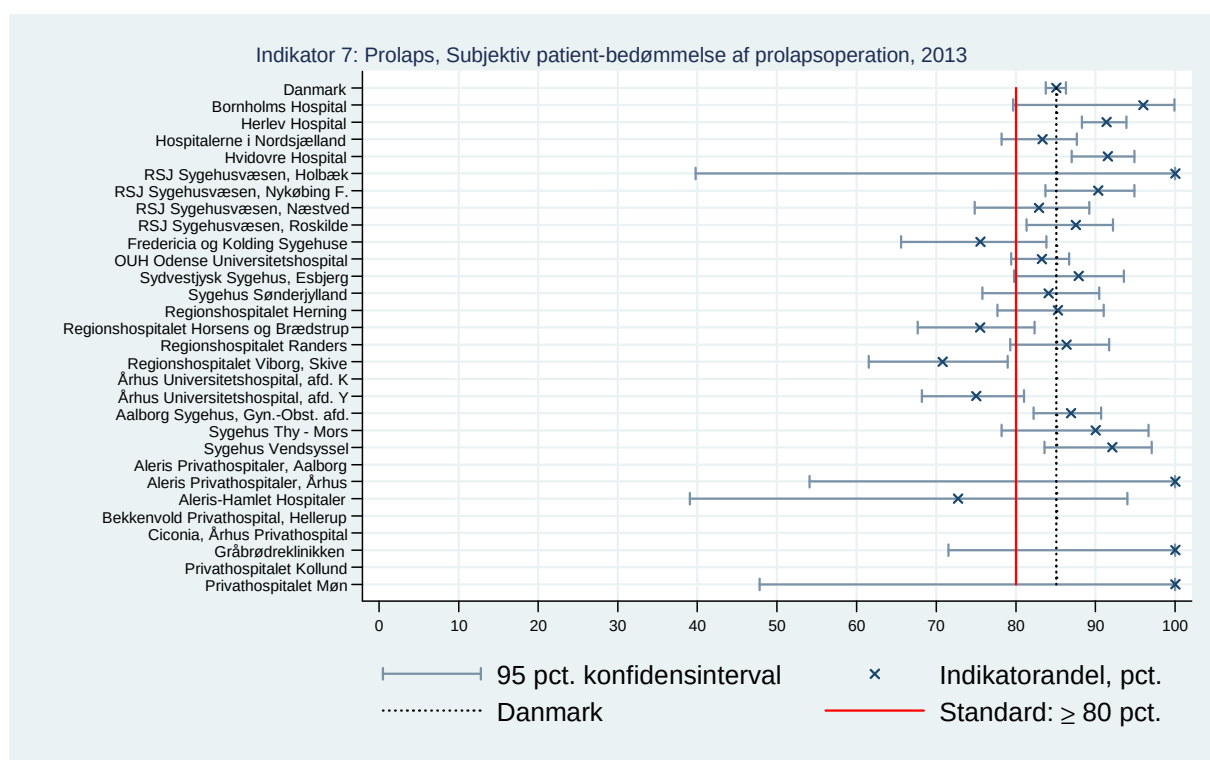
Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse af operation

Tabel 5 - Resultater for indikator 7

Indikator 07	Std. ≥ 80% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2013 Pct.	(95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
Danmark	Ja	2699 / 3173	41 (1)	85,1	(83,8-86,3)	85,3	84,5
Hovedstaden	Ja	816 / 914	5 (1)	89,3	(87,1-91,2)	88,6	89,6
Sjælland	Ja	353 / 405	13 (3)	87,2	(83,5-90,3)	85,6	88,3
Syddanmark	Ja	606 / 730	7 (1)	83,0	(80,1-85,7)	80,9	75,8
Midtjylland	Ja*	547 / 698	12 (2)	78,4	(75,1-81,4)	81,6	78,4
Nordjylland	Ja	347 / 393	2 (1)	88,3	(84,7-91,3)	90,2	90,1
Hovedstaden	Ja	816 / 914	5 (1)	89,3	(87,1-91,2)	88,6	89,6
Bornholms Hospital	Ja	24 / 25	0 (0)	96,0	(79,6-99,9)	-	-
Herlev Hospital	Ja	382 / 418	2 (0)	91,4	(88,3-93,9)	83,9	89,6
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	215 / 258	0 (0)	83,3	(78,2-87,7)	91,8	87,8
Hvidovre Hospital	Ja	195 / 213	3 (1)	91,5	(87,0-94,9)	91,1	92,0
Sjælland	Ja	353 / 405	13 (3)	87,2	(83,5-90,3)	85,6	88,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	4 / 4	0 (0)	100,0	(39,8-100,0)	78,9	37,5
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	112 / 124	2 (2)	90,3	(83,7-94,9)	81,9	82,4
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	97 / 117	11 (9)	82,9	(74,8-89,2)	65,7	66,7
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	140 / 160	0 (0)	87,5	(81,4-92,2)	91,4	93,0
Syddanmark	Ja	606 / 730	7 (1)	83,0	(80,1-85,7)	80,9	75,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	71 / 94	2 (2)	75,5	(65,6-83,8)	77,7	79,9
OUH Odense Universitetshospital	Ja	358 / 430	4 (1)	83,3	(79,4-86,7)	83,9	74,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	87 / 99	1 (1)	87,9	(79,8-93,6)	74,3	42,9
Sygehus Sønderjylland	Ja	90 / 107	0 (0)	84,1	(75,8-90,5)	81,0	87,1
Midtjylland	Ja*	547 / 698	12 (2)	78,4	(75,1-81,4)	81,6	78,4
Regionshospitalet Herning	Ja	104 / 122	2 (2)	85,2	(77,7-91,0)	85,7	78,6
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	108 / 143	2 (1)	75,5	(67,6-82,3)	81,8	80,2
Regionshospitalet Randers	Ja	114 / 132	1 (1)	86,4	(79,3-91,7)	90,4	83,0
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		-	78,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	Nej	80 / 113	4 (3)	70,8	(61,5-79,0)	78,2	86,9
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	141 / 188	3 (2)	75,0	(68,2-81,0)	72,7	73,5
Nordjylland	Ja	347 / 393	2 (1)	88,3	(84,7-91,3)	90,2	90,1
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	232 / 267	1 (0)	86,9	(82,2-90,7)	89,7	90,0
Sygehus Thy - Mors	Ja	45 / 50	0 (0)	90,0	(78,2-96,7)	87,5	88,4
Sygehus Vendsyssel	Ja	70 / 76	1 (1)	92,1	(83,6-97,0)	92,5	91,0
Privathospitaler	Ja	30 / 33	2 (6)	90,9	(75,7-98,1)	100,0	75,0
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja*	8 / 11	1 (8)	72,7	(39,0-94,0)	100,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		100,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	11 / 11	1 (8)	100,0	(71,5-100,0)	100,0	100,0
Privathospitalet Kollund		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Møn	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	100,0	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		100,0	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 1 %, dvs. komplettheden er 99 %. Kun Næstved har en lidt højere andel af uoplyste (9 %).

På landsplan har 85,1 % ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 78,4 % for Region Midtjylland til 89,3 % for Region Hovedstaden. Region Midtjylland opfylder ikke standarden, men den øverste konfidensgrænse ligger over standarden, mens de øvrige 4 regioner opfylder standarden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 16 standarden (Bornholm, Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Nykøbing F, Næstved, Roskilde, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Randers, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), 4 afdelinger opfylder ikke standarden, men deres øverste 95 % konfidensgrænse er mindst 80 % (Fredericia/Kolding, Horsens/Brædstrup, Århus Afd. Y, Aleris-Hamlet), mens 1 (Viborg/Skive) ikke opfylder standarden og dens øverste 95 % konfidensgrænse er under 80 %.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2013.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 85,1 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %. Med en flot kompletthed på 99 % konkluderes, at variationen mellem afdelingerne ikke er relateret til forskelle i datakompletthed.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Denne indikator er baseret på patienternes selvrapporterede tilfredshed (PROMs). Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden på nær en enkelt afdeling. Desuden bemærkes en flot kompletthed (99%).

Anbefalinger til indikator 7

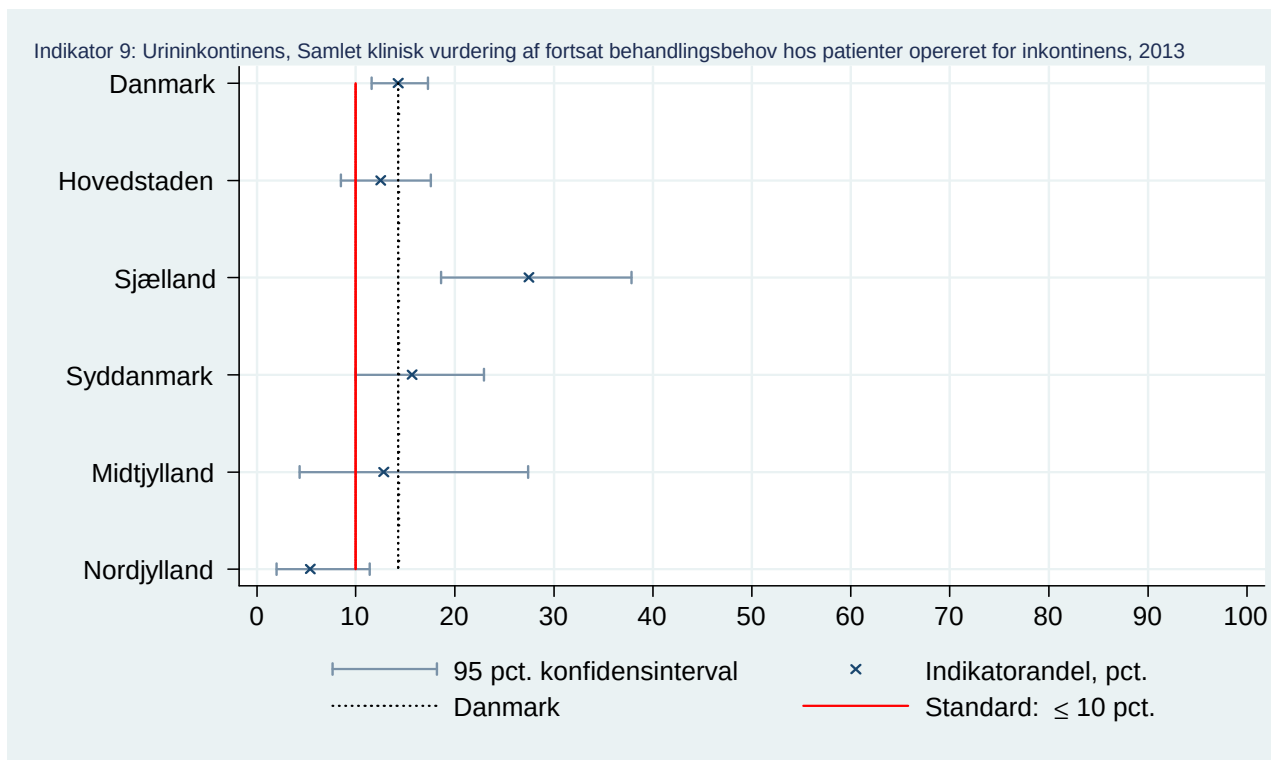
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form.

Indikator 9

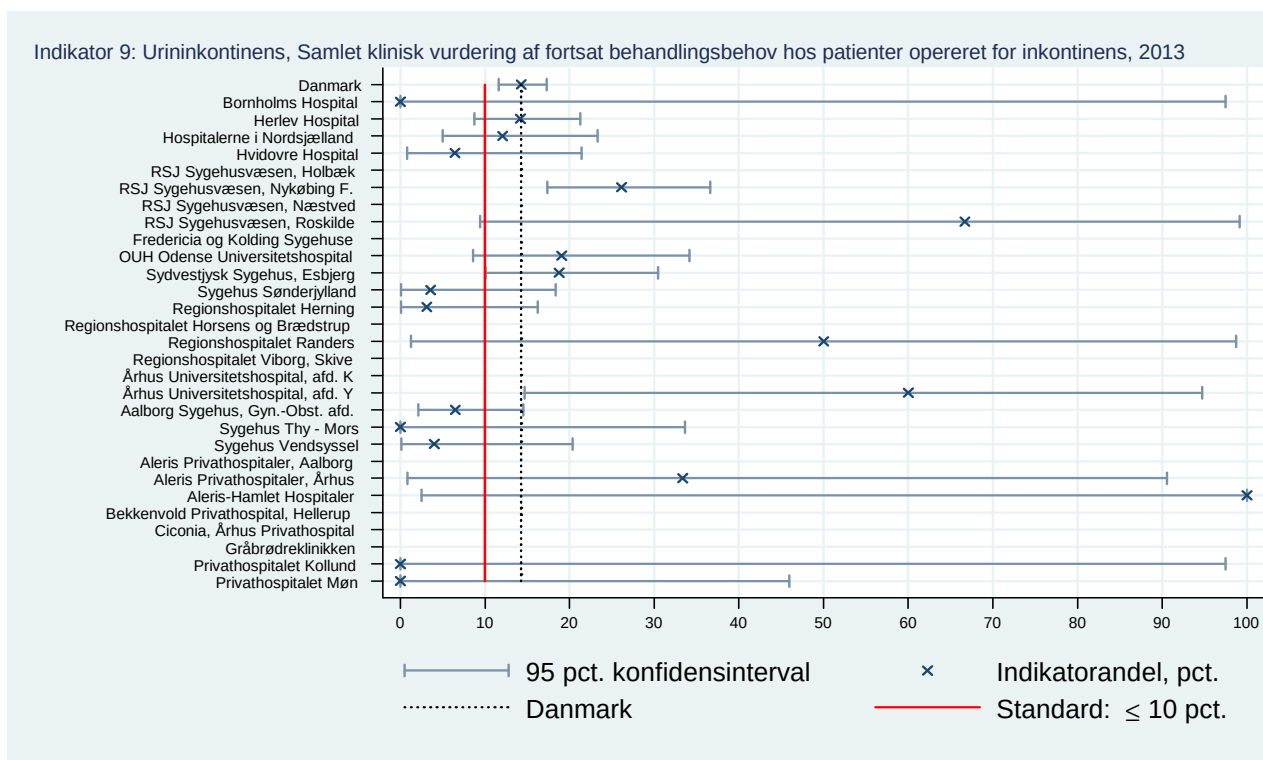
Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

Tabel 6 - Resultater for indikator 9

Indikator 09	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2013 Pct. (95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.	
Danmark	Nej	87 / 610	55 (8)	14,3	(11,6-17,3)	14,5	13,3
Hovedstaden	Ja*	28 / 224	7 (3)	12,5	(8,5-17,6)	7,8	14,9
Sjælland	Nej	25 / 91	30 (25)	27,5	(18,6-37,8)	23,8	21,1
Syddanmark	Ja*	21 / 134	11 (8)	15,7	(10,0-23,0)	20,0	14,0
Midtjylland	Ja*	5 / 39	3 (7)	12,8	(4,3-27,4)	13,5	9,8
Nordjylland	Ja	6 / 111	3 (3)	5,4	(2,0-11,4)	9,5	9,2
Hovedstaden	Ja*	28 / 224	7 (3)	12,5	(8,5-17,6)	7,8	14,9
Bornholms Hospital	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	-
Herlev Hospital	Ja*	19 / 134	3 (2)	14,2	(8,8-21,3)	6,5	14,7
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja*	7 / 58	3 (5)	12,1	(5,0-23,3)	8,8	15,5
Hvidovre Hospital	Ja	2 / 31	1 (3)	6,5	(0,8-21,4)	10,3	14,9
Sjælland	Nej	25 / 91	30 (25)	27,5	(18,6-37,8)	23,8	21,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-	100,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	23 / 88	2 (2)	26,1	(17,3-36,6)	23,3	21,1
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja*	2 / 3	28 (90)	66,7	(9,4-99,2)	50,0	16,7
Syddanmark	Ja*	21 / 134	11 (8)	15,7	(10,0-23,0)	20,0	14,0
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		-	6,3
OUH Odense Universitetshospital	Ja*	8 / 42	5 (11)	19,0	(8,6-34,1)	21,7	17,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	12 / 64	2 (3)	18,8	(10,1-30,5)	18,4	15,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	1 / 28	4 (13)	3,6	(0,1-18,3)	19,6	9,4
Midtjylland	Ja*	5 / 39	3 (7)	12,8	(4,3-27,4)	13,5	9,8
Regionshospitalet Herning	Ja	1 / 32	0 (0)	3,1	(0,1-16,2)	7,7	1,8
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		-	5,9
Regionshospitalet Randers	Ja*	1 / 2	1 (33)	50,0	(1,3-98,7)	100,0	80,0
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		-	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive		0 / 0	0	-		0,0	0,0
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		0,0	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	3 / 5	2 (29)	60,0	(14,7-94,7)	60,0	30,8
Nordjylland	Ja	6 / 111	3 (3)	5,4	(2,0-11,4)	9,5	9,2
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	5 / 77	3 (4)	6,5	(2,1-14,5)	8,2	11,2
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	4,5	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	1 / 25	0 (0)	4,0	(0,1-20,4)	17,2	7,1
Privathospitaler	Ja*	2 / 11	1 (8)	18,2	(2,3-51,8)	8,0	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		- / -		-		0,0	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja*	1 / 3	0 (0)	33,3	(0,8-90,6)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja*	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0,0	0,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		100,0	0,0
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Gråbrødreklinikken		0 / 0	0	-		0,0	0,0
Privathospitalet Kollund	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 6	1 (14)	0,0	(0,0-45,9)	6,3	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 9

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 8 %, dvs. kompletheden er 92 %. Roskilde bidrager med 28 uoplyste forløb forholdsvis meget til de i alt 55 uoplyste forløb.

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 14,3 % af patienterne. Da konfidensintervallet ikke omfatter standarden på 10 % er denne ikke opfyldt. Der er stor variation mellem regionerne, spændende fra 5,4 % for Region Nordjylland til 27,5 % for Region Sjælland. Region Nordjylland opfylder standarden, Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Midtjylland opfylder ikke standarden, men deres nederste 95 % konfidensgrænse er højst 10 %, mens Region Sjælland ikke opfylder standarden, og den nederste 95 % konfidensgrænse er over 10 %.

Afdelingernes andele for indikator 9 har generelt brede konfidensintervaller hvorfor resultaterne skal tolkes forsigtigt. Blandt de 10 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 5 standarden (Hvidovre, Sønderjylland, Herning, Aalborg, Vendsyssel), 3 afdelinger opfylder ikke standarden, men deres nederste 95 % konfidensgrænse er højst 10 % (Herlev, Nordsjælland, Odense), mens de resterende 2 ikke opfylder standarden og deres nederste 95 % konfidensgrænse er over 10 % (Nykøbing F, Esbjerg).

Det kan virke paradoksalt, at standarden er opfyldt for de fleste afdelinger, men ikke på landsplan. Dette skyldes de enkelte afdelingers forholdsvis brede konfidensintervaller, som på landsplan indsnævres på grund af det større antal operationer.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2013.

Vi konkluderer, at standarden ikke er opfyldt på landsplan.

Styregruppens kommentarer til indikator 9

Standarden ikke er opfyldt på landsplan, men den er opfyldt for langt de fleste afdelinger medtagende 95% konfidensintervallet. Der konstateres en betydelig variation mellem afdelingerne.

En del af forklaringen skal formentlig findes i den svingende datakomplethed. Som tidligere – både internt i styregruppen og fra flere afdelinger – har det været fremført, at det ikke er entydigt defineret, hvad der forstås ved "fortsat behandlingsbehov" hos patienter opereret for inkontinens. Det arbejdes fortsat på at få udarbejde en entydig definition. Det har været foreslået, at fortsat behandlingsbehov defineres som fortsat behov for operativ intervention for at optimere behandlingsresultatet.

Anbefalinger til indikator 9

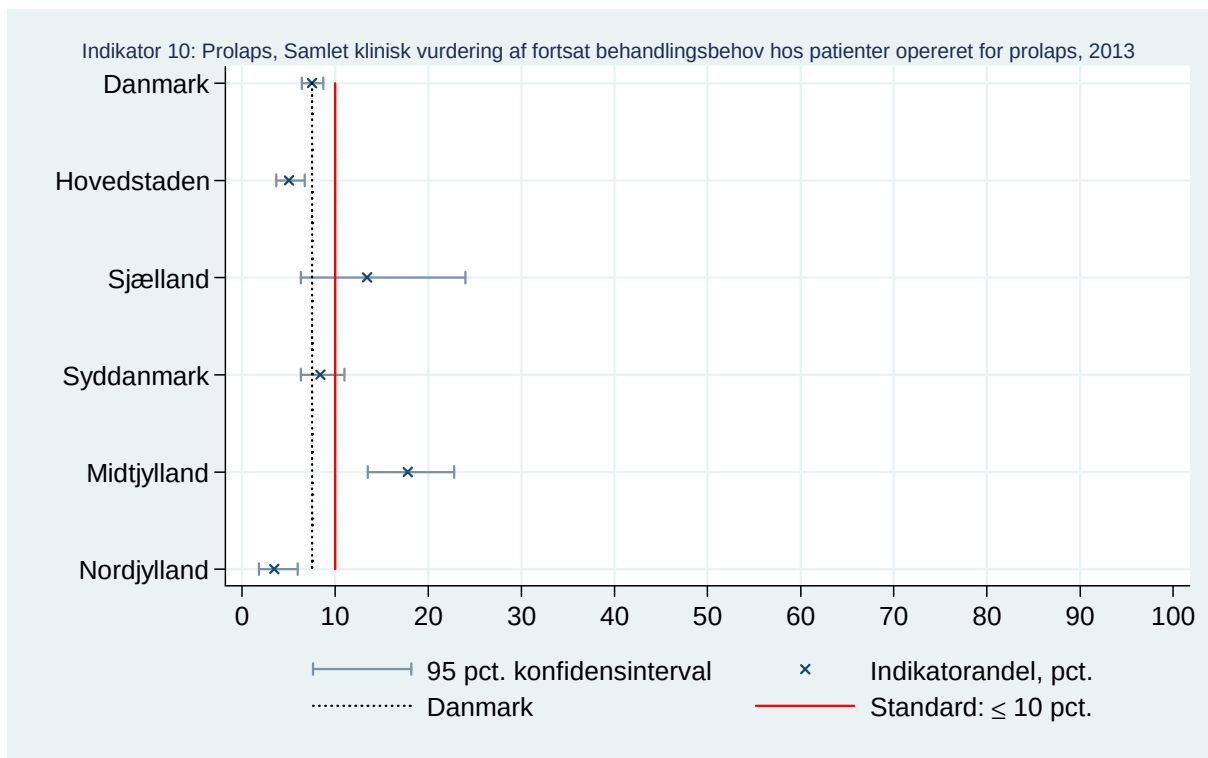
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Styregruppen arbejder fortsat på at formulere en entydig definition af begrebet "fortsat behandlingsbehov" og få det tydeliggjort i Bruger manualen til DugaBase.

Indikator 10

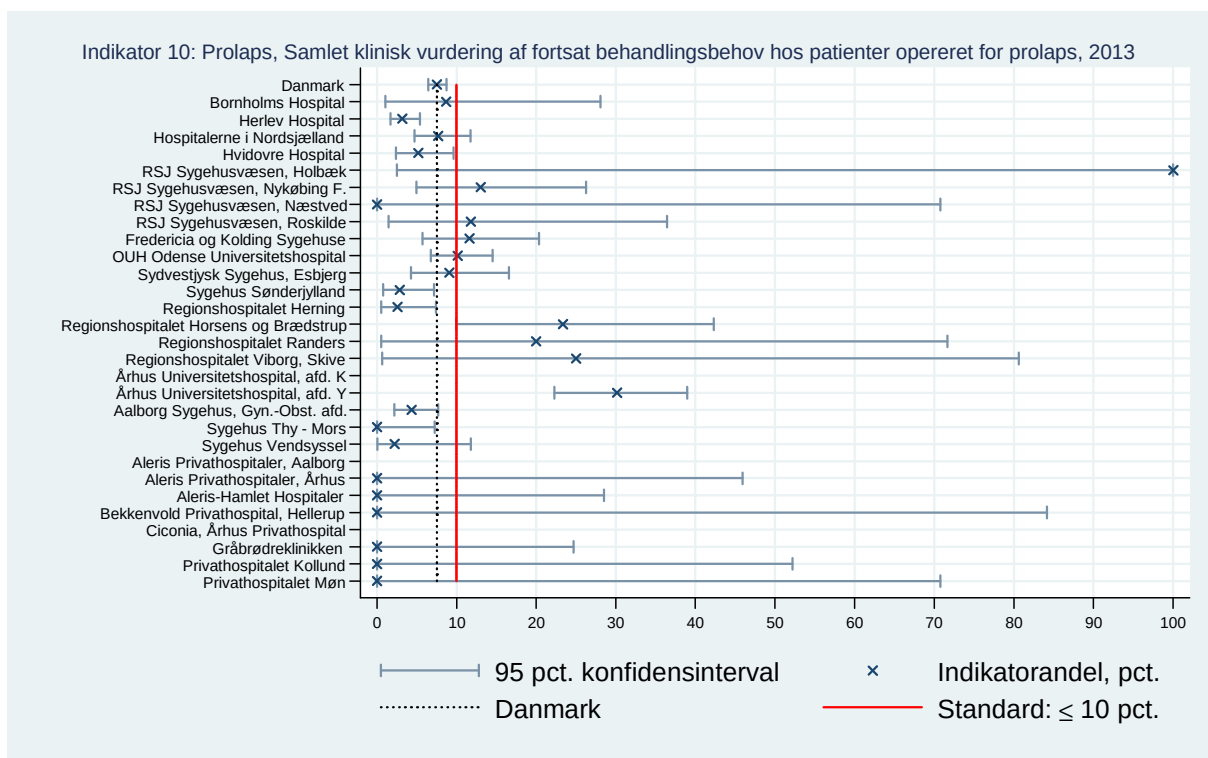
Prolaps – Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps

Tabel 7 - Resultater for indikator 10

Indikator 10	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2013		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2012 Pct.	2011 Pct.
Danmark	Ja	163 / 2167	151 (7)	7,5	(6,4-8,7)	8,0	8,4
Hovedstaden	Ja	43 / 852	22 (3)	5,0	(3,7-6,7)	6,2	6,6
Sjælland	Ja*	9 / 67	84 (56)	13,4	(6,3-24,0)	15,4	9,3
Syddanmark	Ja	49 / 581	18 (3)	8,4	(6,3-11,0)	10,0	8,8
Midtjylland	Nej	50 / 281	11 (4)	17,8	(13,5-22,8)	12,4	18,6
Nordjylland	Ja	12 / 346	11 (3)	3,5	(1,8-6,0)	3,3	3,4
Hovedstaden	Ja	43 / 852	22 (3)	5,0	(3,7-6,7)	6,2	6,6
Bornholms Hospital	Ja	2 / 23	0 (0)	8,7	(1,1-28,0)	-	0,0
Herlev Hospital	Ja	13 / 408	6 (1)	3,2	(1,7-5,4)	5,8	4,7
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	19 / 247	6 (2)	7,7	(4,7-11,8)	10,0	10,1
Hvidovre Hospital	Ja	9 / 174	10 (5)	5,2	(2,4-9,6)	2,2	6,0
Sjælland	Ja*	9 / 67	84 (56)	13,4	(6,3-24,0)	15,4	9,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja*	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	18,2	13,3
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	6 / 46	1 (2)	13,0	(4,9-26,3)	13,7	11,5
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	0 / 3	1 (25)	0,0	(0,0-70,8)	25,0	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja*	2 / 17	82 (83)	11,8	(1,5-36,4)	17,2	7,4
Syddanmark	Ja	49 / 581	18 (3)	8,4	(6,3-11,0)	10,0	8,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	10 / 86	1 (1)	11,6	(5,7-20,3)	12,1	10,4
OUH Odense Universitetshospital	Ja*	26 / 256	10 (4)	10,2	(6,7-14,5)	11,8	7,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	9 / 99	5 (5)	9,1	(4,2-16,6)	6,7	13,4
Sygehus Sønderjylland	Ja	4 / 140	2 (1)	2,9	(0,8-7,2)	5,4	6,7
Midtjylland	Nej	50 / 281	11 (4)	17,8	(13,5-22,8)	12,4	18,6
Regionshospitalet Herning	Ja	3 / 116	1 (1)	2,6	(0,5-7,4)	2,4	8,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	7 / 30	3 (9)	23,3	(9,9-42,3)	12,3	9,1
Regionshospitalet Randers	Ja*	1 / 5	1 (17)	20,0	(0,5-71,6)	37,5	33,3
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		-	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	1 / 4	2 (33)	25,0	(0,6-80,6)	33,3	33,3
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	38 / 126	4 (3)	30,2	(22,3-39,0)	19,7	29,0
Nordjylland	Ja	12 / 346	11 (3)	3,5	(1,8-6,0)	3,3	3,4
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	11 / 252	8 (3)	4,4	(2,2-7,7)	2,8	3,7
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 49	1 (2)	0,0	(0,0-7,3)	2,9	4,2
Sygehus Vendsyssel	Ja	1 / 45	2 (4)	2,2	(0,1-11,8)	4,8	1,6
Privathospitaler	Ja	0 / 40	5 (11)	0,0	(0,0-8,8)	0,0	4,2
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	2 (100)	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 11	2 (15)	0,0	(0,0-28,5)	0,0	0,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0,0	0,0
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0	(0,0-24,7)	0,0	0,0
Privathospitalet Kollund	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 3	1 (25)	0,0	(0,0-70,8)	0,0	16,7
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		0,0	-



Figur 11 - Resultater for indikator 10, for hele landet og per region



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 7 %, dvs. kompletheden er 93 %. Roskilde bidrager med sine 82 uoplyste forløb forholdsvis meget til de i alt 151 uoplyste forløb.

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 7,5 % af patienterne, hvilket opfylder standarden på højst 10 %. Der er nogen variation mellem regionerne, spændende fra 3,5 % for Region Nordjylland til 17,8 % for Region Midtjylland. Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland opfylder standarden, Region Sjælland opfylder ikke standarden, men dets nederste 95 % konfidensgrænse er under 10 %, mens Region Midtjylland ikke opfylder standarden, og dens nederste 95 % konfidensgrænse er over 10 %.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Bornholm, Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet, Gråbrødreklinikken), 5 afdelinger opfylder ikke standarden, men deres nederste 95 % konfidensgrænse er højst 10 % (Nykøbing F, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Horsens/Brædstrup), mens Århus Afd. Y ikke opfylder standarden, og den nederste 95 % konfidensgrænse er over 10 %. Der er stor variation mellem afdelinger, også blandt afdelinger med forholdsvis snævre konfidensintervaller (Figur 12).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2013.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Styregruppen noterer sig, at næsten alle afdelinger opfylder standarden, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet).

Til trods for en entydig definition på "fortsat behandlingsbehov" udarbejdet som fornyet operation i samme kompartment, så ser det ikke ud til at have ændret andelen af forløb, hvor der vurderes et fortsat behandlingsbehov

Anbefalinger til indikator 10

Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form.

Samtidig skal der præciseres overfor de registrerende afdelinger og i Brugermanualen til DugaBase, at "fortsat behandlingsbehov" skal tolkes som behov for et nyt operativt indgreb i samme kompartment.

Generelt vedr. recidivindikatorer 11-18

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

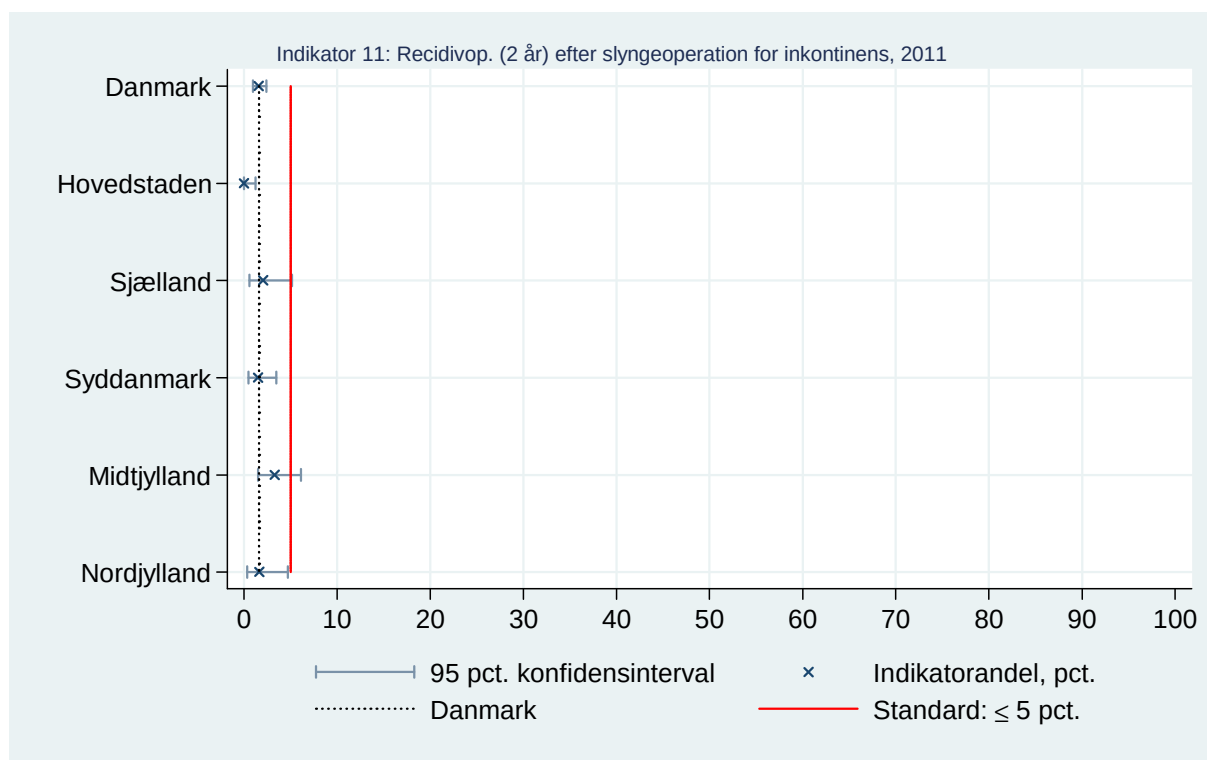
Indikator 11

Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

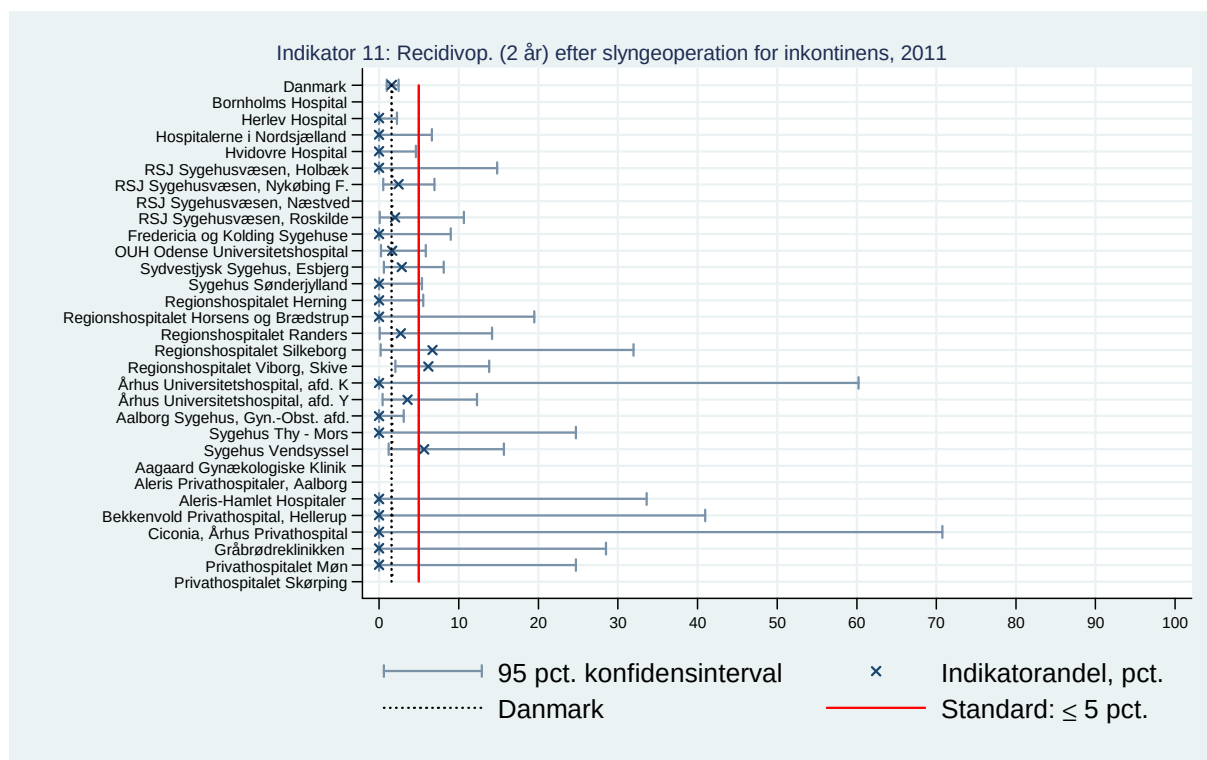
Tabel 8 - Resultater for indikator 11

Indikator 11	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2011		Tidligere år 2010 2009	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	21 / 1323	0 (0)	1,6	(1,0-2,4)	1,6	1,7
Hovedstaden	Ja	0 / 294	0 (0)	0,0	(0,0-1,2)	1,3	0,0
Sjælland	Ja	4 / 196	0 (0)	2,0	(0,6-5,1)	1,1	2,4
Syddanmark	Ja	5 / 332	0 (0)	1,5	(0,5-3,5)	2,3	2,6
Midtjylland	Ja	9 / 275	0 (0)	3,3	(1,5-6,1)	1,1	0,8
Nordjylland	Ja	3 / 183	0 (0)	1,6	(0,3-4,7)	1,7	3,8
Hovedstaden	Ja	0 / 294	0 (0)	0,0	(0,0-1,2)	1,3	0,0
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	0 / 162	0 (0)	0,0	(0,0-2,3)	1,0	0,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	0 / 54	0 (0)	0,0	(0,0-6,6)	0,0	0,0
Hvidovre Hospital	Ja	0 / 78	0 (0)	0,0	(0,0-4,6)	3,8	0,0
Sjælland	Ja	4 / 196	0 (0)	2,0	(0,6-5,1)	1,1	2,4
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0	(0,0-14,8)	0,0	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	3 / 123	0 (0)	2,4	(0,5-7,0)	1,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	1 / 50	0 (0)	2,0	(0,1-10,6)	1,6	2,4
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		0,0	-
Syddanmark	Ja	5 / 332	0 (0)	1,5	(0,5-3,5)	2,3	2,6
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	0 / 39	0 (0)	0,0	(0,0-9,0)	2,9	1,4
OUH Odense Universitetshospital	Ja	2 / 121	0 (0)	1,7	(0,2-5,8)	4,0	1,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	3 / 105	0 (0)	2,9	(0,6-8,1)	1,8	2,4
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 67	0 (0)	0,0	(0,0-5,4)	1,1	7,1
Midtjylland	Ja	9 / 275	0 (0)	3,3	(1,5-6,1)	1,1	0,8
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 65	0 (0)	0,0	(0,0-5,5)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0-19,5)	0,0	5,0
Regionshospitalet Randers	Ja	1 / 37	0 (0)	2,7	(0,1-14,2)	0,0	0,0
Regionshospitalet Silkeborg	Ja*	1 / 15	0 (0)	6,7	(0,2-31,9)	0,0	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	5 / 81	0 (0)	6,2	(2,0-13,8)	1,2	1,2
Århus Universitetshospital, afd. K	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	0,0	0,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	2 / 56	0 (0)	3,6	(0,4-12,3)	3,8	0,0
Nordjylland	Ja	3 / 183	0 (0)	1,6	(0,3-4,7)	1,7	3,8
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	0 / 117	0 (0)	0,0	(0,0-3,1)	0,0	1,8
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0	(0,0-24,7)	0,0	-
Sygehus Vendsyssel	Ja*	3 / 53	0 (0)	5,7	(1,2-15,7)	4,6	6,9
Privathospitaler	Ja	0 / 43	0 (0)	0,0	(0,0-8,2)	2,7	5,1
Aagaard Gynækologiske Klinik		0 / 0	0	-		25,0	0,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		-	-

Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-	0,0	22,2
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-	0,0	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0 (0,0-33,6)	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	0 / 7	0 (0)	0,0 (0,0-41,0)	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0 (0,0-70,8)	0,0	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0 (0,0-28,5)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0 (0,0-24,7)	0,0	0,0
Privathospitalet Skørping		0 / 0	0	-	-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 11

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

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2011 har 1,6 % fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2009 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 1,7 og 1,6. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning. Alle regioner opfylder ligeledes standarden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Århus Afd. Y, Aalborg, Thy/Mors, Gråbrødreklinikken, Privathospitalet Møn), mens 3 ikke opfylder standarden, men deres nederste 95% konfidensgrænse er højst 5 % (Silkeborg, Viborg/Skive, Vendsyssel). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2011.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan og for langt de fleste afdelinger, (3 afdelinger er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er tilfredsstillende og flot.

Anbefalinger til indikator 11

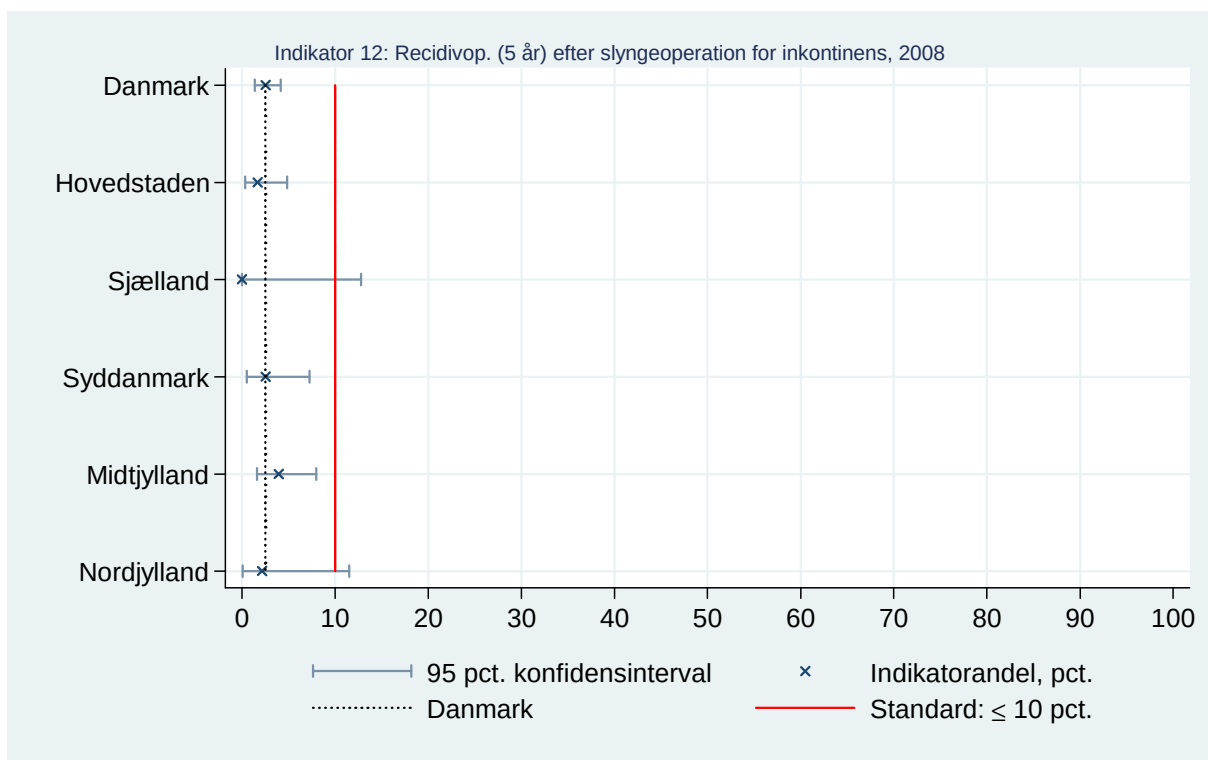
Indikatoren skønnes er relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i recidiv indikatorerne er interessant og vil blive fulgt tæt. Ved fortsat lav andel af recidiv fremadrettet kan en justering af standarden overvejes. Da dette er en nyere indikator så lades standarden være uændret på 5%.

Indikator 12

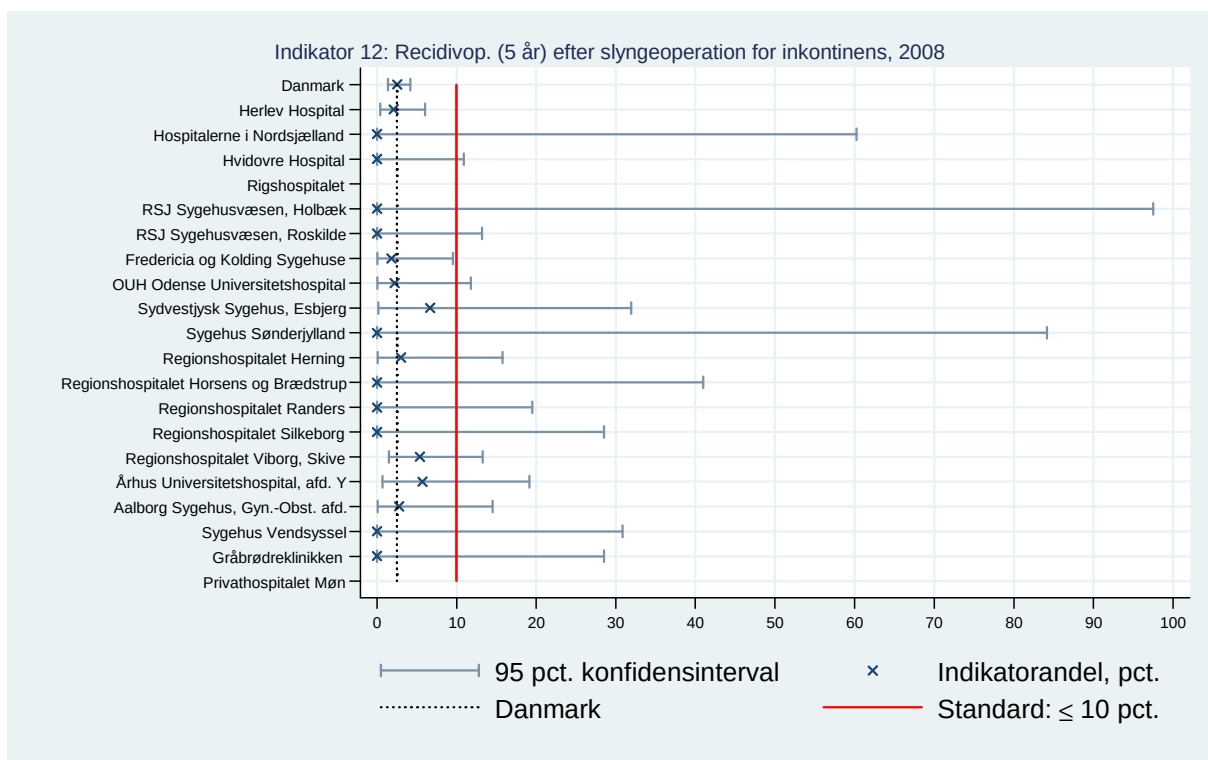
Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

Tabel 9 - Resultater for indikator 12

Indikator 12	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2008		2007	2006
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	14 / 557	0 (0)	2,5	(1,4-4,2)	1,8	0,9
Hovedstaden	Ja	3 / 178	0 (0)	1,7	(0,3-4,8)	1,8	0,0
Sjælland	Ja	0 / 27	0 (0)	0,0	(0,0-12,8)	0,0	0,0
Syddanmark	Ja	3 / 118	0 (0)	2,5	(0,5-7,3)	0,7	0,0
Midtjylland	Ja	7 / 177	0 (0)	4,0	(1,6-8,0)	3,0	20,0
Nordjylland	Ja	1 / 46	0 (0)	2,2	(0,1-11,5)	-	-
Hovedstaden	Ja	3 / 178	0 (0)	1,7	(0,3-4,8)	1,8	0,0
Herlev Hospital	Ja	3 / 142	0 (0)	2,1	(0,4-6,0)	1,0	0,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	0,0	-
Hvidovre Hospital	Ja	0 / 32	0 (0)	0,0	(0,0-10,9)	4,1	0,0
Rigshospitalet		0 / 0	0	-		0,0	0,0
Sjælland	Ja	0 / 27	0 (0)	0,0	(0,0-12,8)	0,0	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	0 / 26	0 (0)	0,0	(0,0-13,2)	0,0	0,0
Syddanmark	Ja	3 / 118	0 (0)	2,5	(0,5-7,3)	0,7	0,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	1 / 56	0 (0)	1,8	(0,0-9,6)	0,0	0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	1 / 45	0 (0)	2,2	(0,1-11,8)	2,2	0,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	1 / 15	0 (0)	6,7	(0,2-31,9)	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0,0	0,0
Midtjylland	Ja	7 / 177	0 (0)	4,0	(1,6-8,0)	3,0	20,0
Regionshospitalet Herning	Ja	1 / 33	0 (0)	3,0	(0,1-15,8)	4,1	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 7	0 (0)	0,0	(0,0-41,0)	0,0	100,0
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0-19,5)	0,0	-
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	-	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	4 / 74	0 (0)	5,4	(1,5-13,3)	5,2	0,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	2 / 35	0 (0)	5,7	(0,7-19,2)	0,0	0,0
Nordjylland	Ja	1 / 46	0 (0)	2,2	(0,1-11,5)	-	-
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	1 / 36	0 (0)	2,8	(0,1-14,5)	-	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 10	0 (0)	0,0	(0,0-30,8)	-	-
Privathospitaler	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	-	-
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-		-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2008 hvor databasekompletheden var lav, og der har været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2008 har 2,5 % fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2007, for hvilke recidivprocenten er 1,8.

Grundet den lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning, og de opfylder alle standarden.

Alle 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden på højst 10 % (Herlev, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Herning, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2008.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er meget flot. Opgørelsen beror dog på operationer udført i 2008, hvor databasekompletheden var beskeden. Resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 12

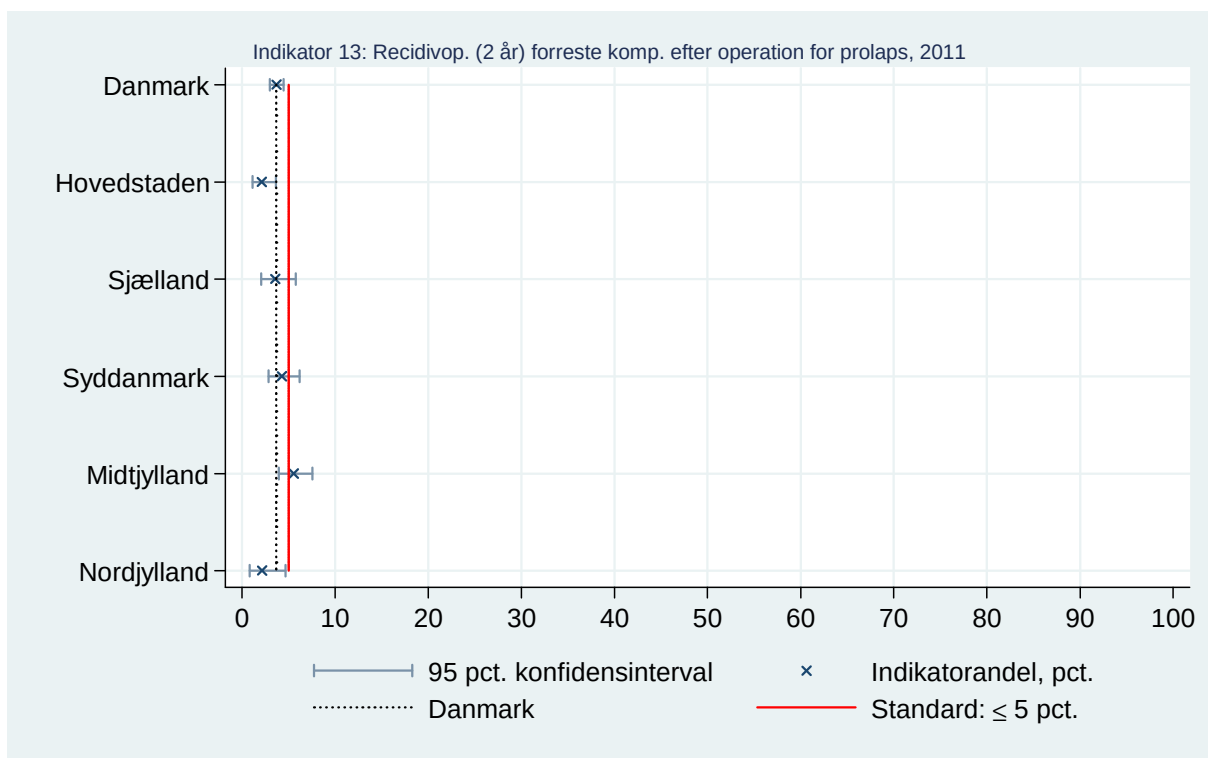
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt. Ved fortsat lav andel af recidiv fremadrettet kan en justering af standarden overvejes. Da dette er en nyere indikator så lades standarden være uændret.

Indikator 13

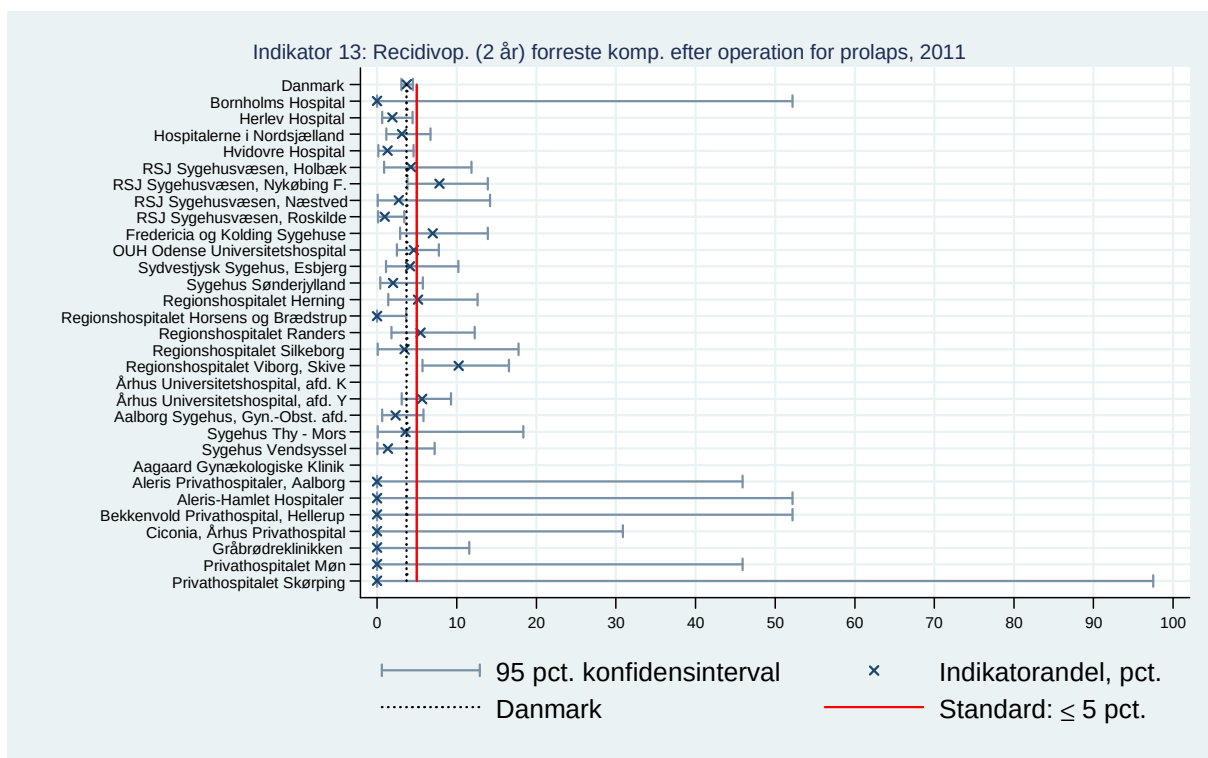
Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

Tabel 10 - Resultater for indikator 13

Indikator 13	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Pct.	2011 (95% CI)	2010 Pct.	2009 Pct.
Danmark	Ja	100 / 2707	0 (0)	3,7	(3,0-4,5)	3,6	4,2
Hovedstaden	Ja	13 / 610	0 (0)	2,1	(1,1-3,6)	2,7	3,0
Sjælland	Ja	16 / 445	0 (0)	3,6	(2,1-5,8)	2,4	2,7
Syddanmark	Ja	27 / 629	0 (0)	4,3	(2,8-6,2)	4,3	4,8
Midtjylland	Ja*	38 / 684	0 (0)	5,6	(4,0-7,5)	4,9	5,5
Nordjylland	Ja	6 / 276	0 (0)	2,2	(0,8-4,7)	1,9	3,4
Hovedstaden	Ja	13 / 610	0 (0)	2,1	(1,1-3,6)	2,7	3,0
Bornholms Hospital	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Herlev Hospital	Ja	5 / 259	0 (0)	1,9	(0,6-4,4)	3,3	2,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	6 / 191	0 (0)	3,1	(1,2-6,7)	2,5	6,8
Hvidovre Hospital	Ja	2 / 155	0 (0)	1,3	(0,2-4,6)	1,9	2,0
Sjælland	Ja	16 / 445	0 (0)	3,6	(2,1-5,8)	2,4	2,7
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	3 / 71	0 (0)	4,2	(0,9-11,9)	1,4	-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	10 / 128	0 (0)	7,8	(3,8-13,9)	6,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	1 / 37	0 (0)	2,7	(0,1-14,2)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	2 / 209	0 (0)	1,0	(0,1-3,4)	1,2	2,7
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		2,4	0,0
Syddanmark	Ja	27 / 629	0 (0)	4,3	(2,8-6,2)	4,3	4,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	7 / 100	0 (0)	7,0	(2,9-13,9)	4,1	4,1
OUH Odense Universitetshospital	Ja	13 / 282	0 (0)	4,6	(2,5-7,8)	6,0	5,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	4 / 97	0 (0)	4,1	(1,1-10,2)	5,3	0,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	3 / 150	0 (0)	2,0	(0,4-5,7)	1,8	4,9
Midtjylland	Ja*	38 / 684	0 (0)	5,6	(4,0-7,5)	4,9	5,5
Regionshospitalet Herning	Ja*	4 / 78	0 (0)	5,1	(1,4-12,6)	0,0	4,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 99	0 (0)	0,0	(0,0-3,7)	2,6	0,9
Regionshospitalet Randers	Ja*	5 / 92	0 (0)	5,4	(1,8-12,2)	3,6	6,5
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	1 / 29	0 (0)	3,4	(0,1-17,8)	4,7	3,8
Regionshospitalet Viborg, Skive	Nej	14 / 137	0 (0)	10,2	(5,7-16,6)	8,8	10,6
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	14 / 249	0 (0)	5,6	(3,1-9,3)	5,5	5,1
Nordjylland	Ja	6 / 276	0 (0)	2,2	(0,8-4,7)	1,9	3,4
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	4 / 173	0 (0)	2,3	(0,6-5,8)	0,5	3,8
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	1 / 28	0 (0)	3,6	(0,1-18,3)	5,0	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	1 / 75	0 (0)	1,3	(0,0-7,2)	5,4	1,8
Privathospitaler	Ja	0 / 63	0 (0)	0,0	(0,0-5,7)	4,7	5,4
Aagaard Gynækologiske Klinik		0 / 0	0	-		0,0	4,5
Aleris Privathospitaler, Aalborg	Ja	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	-	20,0
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		25,0	18,2
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		33,3	0,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 10	0 (0)	0,0	(0,0-30,8)	0,0	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 30	0 (0)	0,0	(0,0-11,6)	2,4	0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	0,0	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 13

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

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2011 har 3,7 % fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2009 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 4,2 og 3,6. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning. Region Midtjylland opfylder ikke standarden, men dens nedre 95 % konfidensgrænse er under 5 %. De øvrige fire regioner opfylder standarden.

Blandt de 22 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 16 standarden på 5 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Næstved, Roskilde, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Horsens/Brædstrup, Silkeborg, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Ciconia, Gråbrødreklinikken), 5 opfylder ikke standarden, men deres nederste 95 % konfidensgrænse er højst 5 % (Nykøbing F, Fredericia/Kolding, Herning, Randers, Århus Afd. Y), mens 1 opfylder ikke standarden, og den nederste 95 % konfidensgrænse er over 5 % (Viborg/skive). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2011.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 13

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for de flest afdelinger. For enkelte afdelinger gælder det at andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet). En enkelt afdeling (Viborg) opfylder ikke standarden.

Anbefalinger til indikator 13

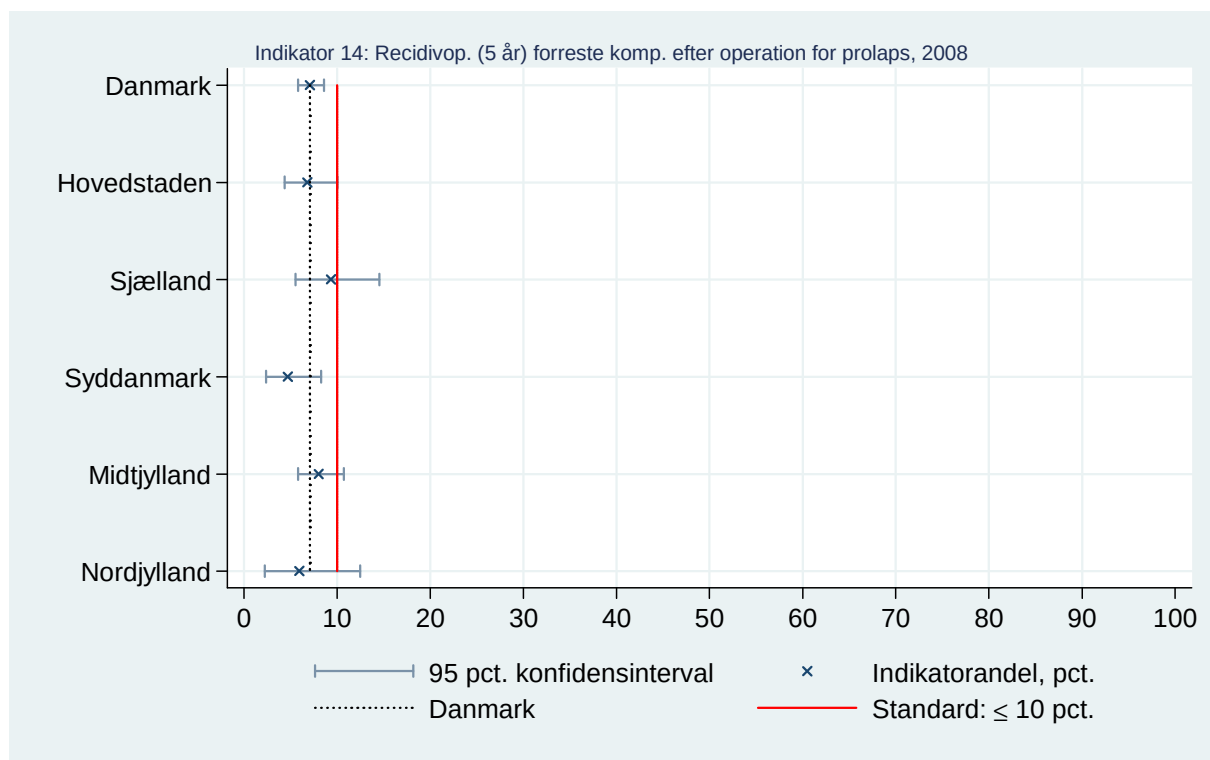
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

Indikator 14

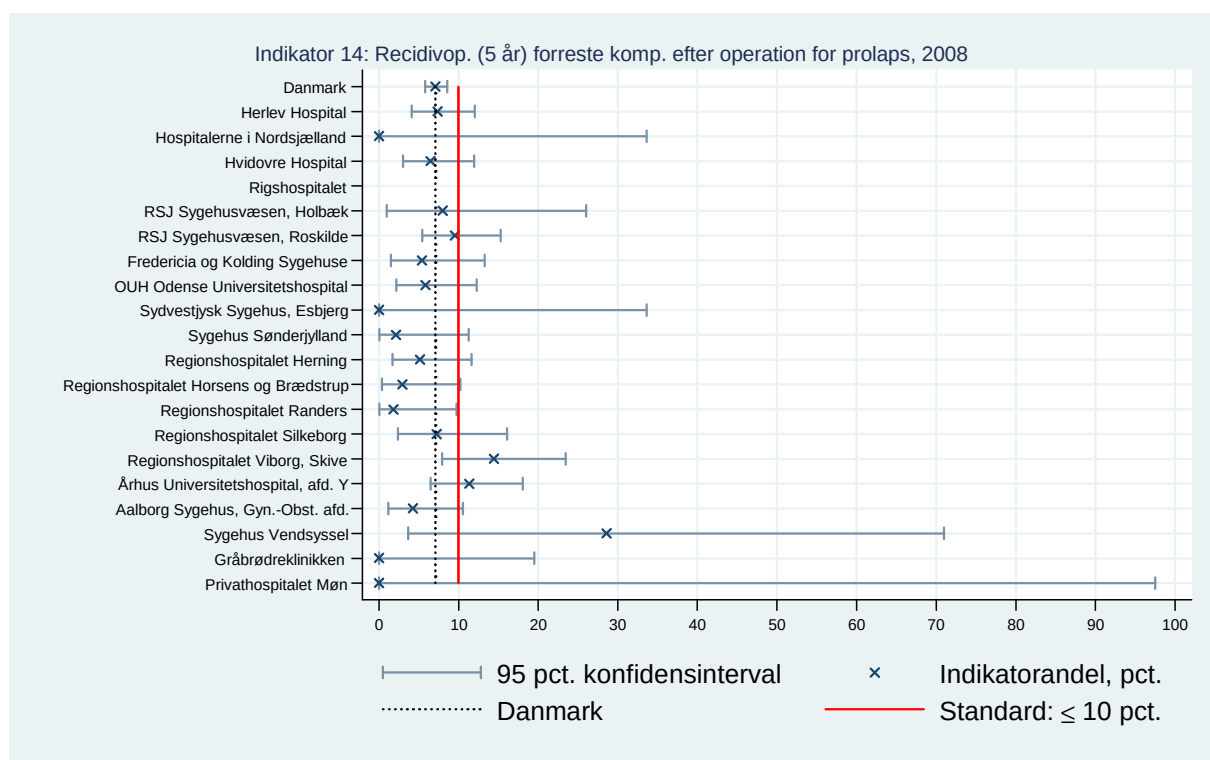
Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps

Tabel 11 - Resultater for indikator 14

Indikator 14	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Pct.	2008 (95% CI)	2007 Pct.	2006 Pct.
Danmark	Ja	98 / 1383	0 (0)	7,1	(5,8-8,6)	5,1	4,6
Hovedstaden	Ja	23 / 338	0 (0)	6,8	(4,4-10,0)	4,6	6,2
Sjælland	Ja	17 / 182	0 (0)	9,3	(5,5-14,5)	4,6	0,0
Syddanmark	Ja	11 / 233	0 (0)	4,7	(2,4-8,3)	6,6	2,2
Midtjylland	Ja	41 / 511	0 (0)	8,0	(5,8-10,7)	4,2	0,0
Nordjylland	Ja	6 / 101	0 (0)	5,9	(2,2-12,5)	17,6	0,0
Hovedstaden	Ja	23 / 338	0 (0)	6,8	(4,4-10,0)	4,6	6,2
Herlev Hospital	Ja	14 / 190	0 (0)	7,4	(4,1-12,1)	4,0	6,8
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	6,1	-
Hvidovre Hospital	Ja	9 / 139	0 (0)	6,5	(3,0-11,9)	4,4	6,1
Rigshospitalet		0 / 0	0	-		14,3	0,0
Sjælland	Ja	17 / 182	0 (0)	9,3	(5,5-14,5)	4,6	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	2 / 25	0 (0)	8,0	(1,0-26,0)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	15 / 157	0 (0)	9,6	(5,4-15,3)	4,6	0,0
Syddanmark	Ja	11 / 233	0 (0)	4,7	(2,4-8,3)	6,6	2,2
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	4 / 74	0 (0)	5,4	(1,5-13,3)	6,1	0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	6 / 103	0 (0)	5,8	(2,2-12,2)	7,6	2,4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	0,0	-
Sygehus Sønderjylland	Ja	1 / 47	0 (0)	2,1	(0,1-11,3)	0,0	-
Midtjylland	Ja	41 / 511	0 (0)	8,0	(5,8-10,7)	4,2	0,0
Regionshospitalet Herning	Ja	5 / 97	0 (0)	5,2	(1,7-11,6)	1,0	-
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	2 / 68	0 (0)	2,9	(0,4-10,2)	5,1	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	1 / 55	0 (0)	1,8	(0,0-9,7)	0,0	-
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	5 / 69	0 (0)	7,2	(2,4-16,1)	0,0	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	13 / 90	0 (0)	14,4	(7,9-23,4)	10,0	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	15 / 132	0 (0)	11,4	(6,5-18,0)	6,1	-
Nordjylland	Ja	6 / 101	0 (0)	5,9	(2,2-12,5)	17,6	0,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	4 / 94	0 (0)	4,3	(1,2-10,5)	23,1	-
Sygehus Vendsyssel	Ja*	2 / 7	0 (0)	28,6	(3,7-71,0)	0,0	0,0
Privathospitaler	Ja	0 / 18	0 (0)	0,0	(0,0-18,5)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0-19,5)	-	-
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 14

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2008 hvor databasekompletheden var lav, og der har været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2008 har 7,1 % fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10 % er opfyldt på landsplan. For operationer i 2007 fik 5,1 % en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Alle regioner opfylder standarden, og der er lille variation mellem dem, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 15 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden på 10 % (Herlev, Hvidovre, Holbæk, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Aalborg, Gråbrødreklinikken). Viborg/Skive og Århus Afd. Y opfylder ikke standarden, men den nedre 95 % konfidensgrænse er under 10 %. Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2008.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 ud af 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (for enkelte afdelinger er andelen over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i 2008, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 14

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

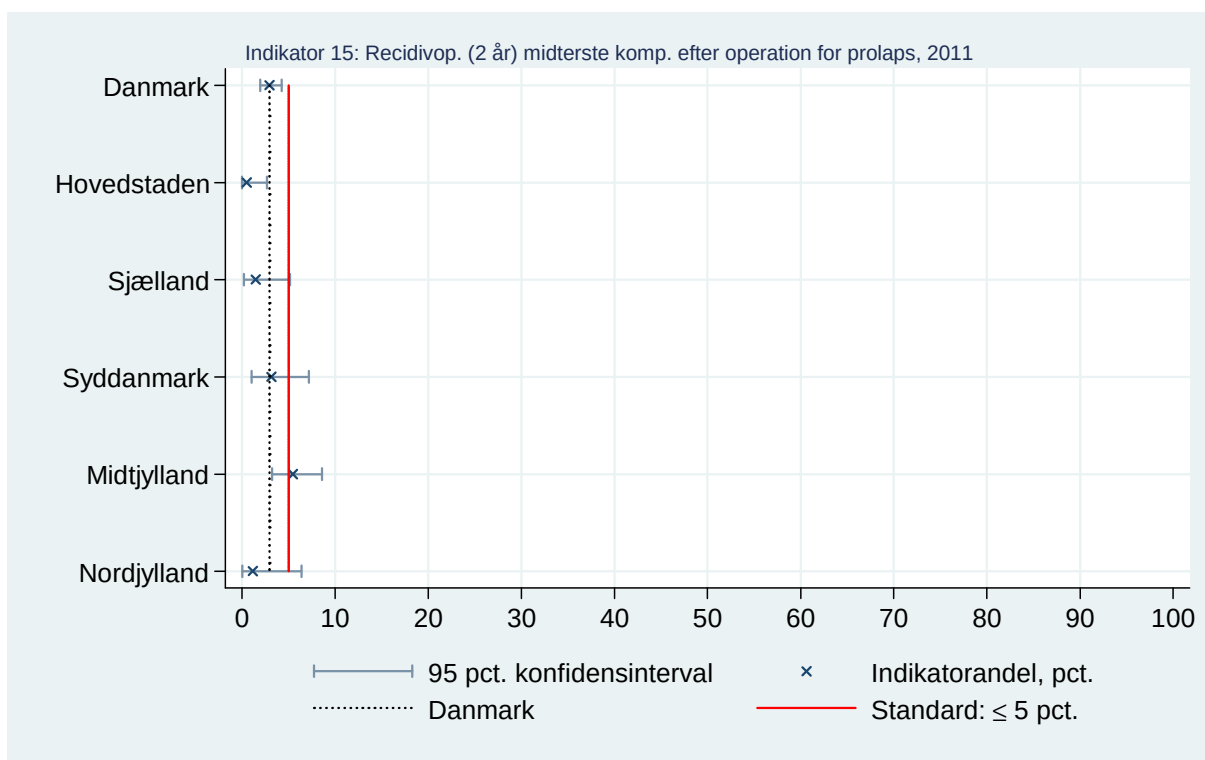
Indikator 15

Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps

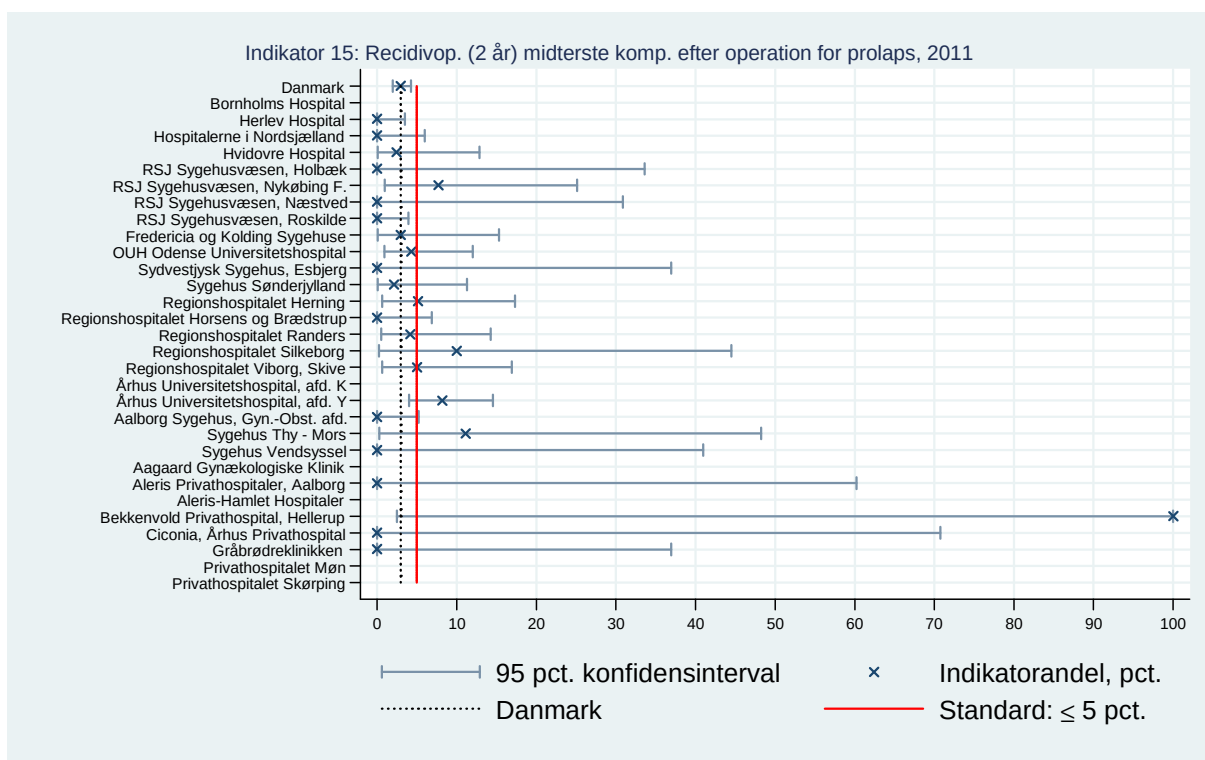
Tabel 12 - Resultater for indikator 15

Indikator 15	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2011		Tidligere år 2010 2009	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	27 / 913	0 (0)	3,0	(2,0-4,3)	3,3	2,6
Hovedstaden	Ja	1 / 205	0 (0)	0,5	(0,0-2,7)	3,8	1,4
Sjælland	Ja	2 / 137	0 (0)	1,5	(0,2-5,2)	1,9	2,3
Syddanmark	Ja	5 / 159	0 (0)	3,1	(1,0-7,2)	1,2	4,4
Midtjylland	Ja*	17 / 311	0 (0)	5,5	(3,2-8,6)	4,9	2,8
Nordjylland	Ja	1 / 85	0 (0)	1,2	(0,0-6,4)	3,6	2,4
Hovedstaden	Ja	1 / 205	0 (0)	0,5	(0,0-2,7)	3,8	1,4
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		-	-
Herlev Hospital	Ja	0 / 104	0 (0)	0,0	(0,0-3,5)	4,0	2,3
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	0 / 60	0 (0)	0,0	(0,0-6,0)	6,3	0,0
Hvidovre Hospital	Ja	1 / 41	0 (0)	2,4	(0,1-12,9)	2,0	0,0
Sjælland	Ja	2 / 137	0 (0)	1,5	(0,2-5,2)	1,9	2,3
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	0,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	2 / 26	0 (0)	7,7	(0,9-25,1)	3,6	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	0 / 10	0 (0)	0,0	(0,0-30,8)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	0 / 92	0 (0)	0,0	(0,0-3,9)	1,7	2,4
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		0,0	0,0
Syddanmark	Ja	5 / 159	0 (0)	3,1	(1,0-7,2)	1,2	4,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	1 / 34	0 (0)	2,9	(0,1-15,3)	2,0	4,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	3 / 70	0 (0)	4,3	(0,9-12,0)	0,0	3,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 8	0 (0)	0,0	(0,0-36,9)	6,7	0,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	1 / 47	0 (0)	2,1	(0,1-11,3)	0,0	14,3
Midtjylland	Ja*	17 / 311	0 (0)	5,5	(3,2-8,6)	4,9	2,8
Regionshospitalet Herning	Ja*	2 / 39	0 (0)	5,1	(0,6-17,3)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 52	0 (0)	0,0	(0,0-6,8)	7,0	2,0
Regionshospitalet Randers	Ja	2 / 48	0 (0)	4,2	(0,5-14,3)	2,9	0,0
Regionshospitalet Silkeborg	Ja*	1 / 10	0 (0)	10,0	(0,3-44,5)	0,0	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	2 / 40	0 (0)	5,0	(0,6-16,9)	6,1	4,7
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	10 / 122	0 (0)	8,2	(4,0-14,6)	6,1	5,3
Nordjylland	Ja	1 / 85	0 (0)	1,2	(0,0-6,4)	3,6	2,4
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	0 / 69	0 (0)	0,0	(0,0-5,2)	3,9	2,6
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja*	1 / 9	0 (0)	11,1	(0,3-48,2)	0,0	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 7	0 (0)	0,0	(0,0-41,0)	0,0	0,0
Privathospitaler	Ja*	1 / 16	0 (0)	6,3	(0,2-30,2)	0,0	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik		0 / 0	0	-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 0	0	-		-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja*	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0,0	-

Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 8	0 (0)	0,0	(0,0-36,9)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-		0,0	-
Privathospitalet Skørping		0 / 0	0	-		-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 15

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

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2011 har 3,0 % fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2009 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 2,6 og 3,3. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning. 4 regioner (Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark, Nordjylland) opfylder standarden, og Region Midtjylland opfylder ikke standarden, men dens nedre 95 % konfidensgrænse er under 5 %.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 12 standarden på 5 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Næstved, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Horsens/Brædstrup, Randers, Viborg/Skive, Aalborg) mens de resterende 4 ikke opfylder standarden, men deres nederste 95 % konfidensgrænse er højst 5 % (Nykøbing F, Herning, Silkeborg, Århus Afd. Y). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2011.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 ud af 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot og tilfredsstillende.

Anbefalinger til indikator 15

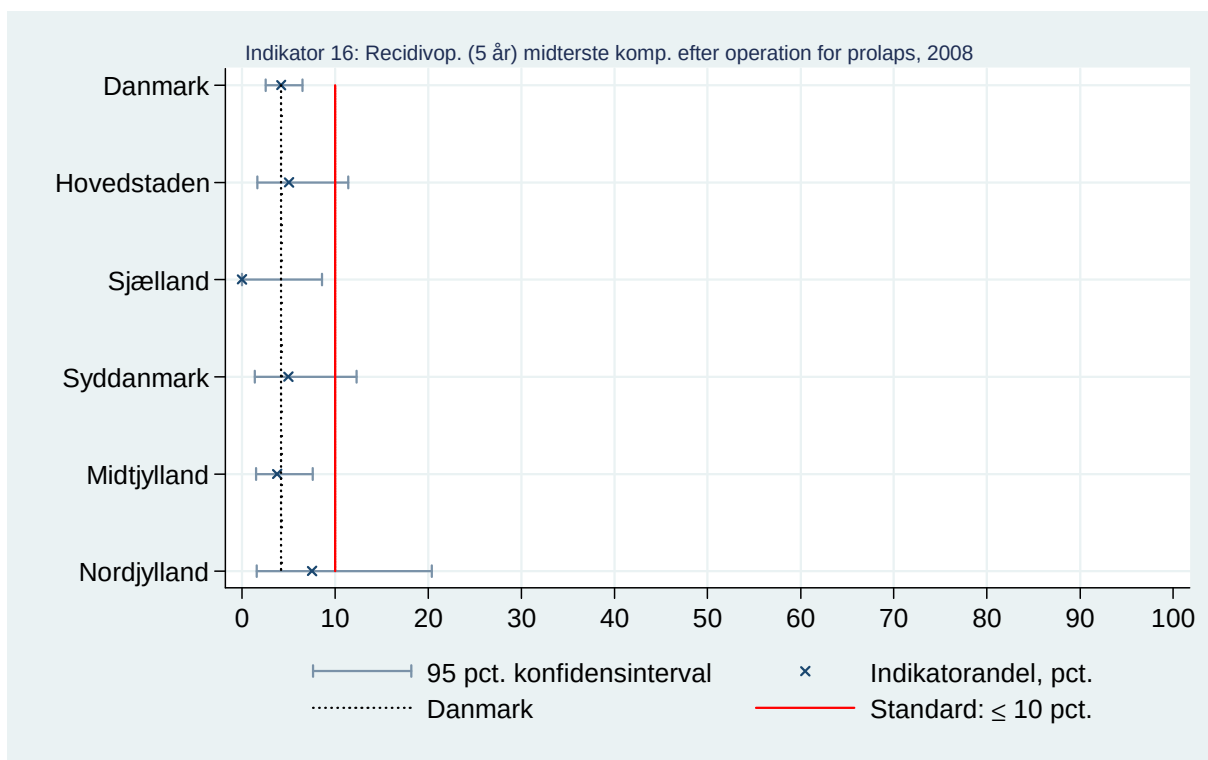
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

Indikator 16

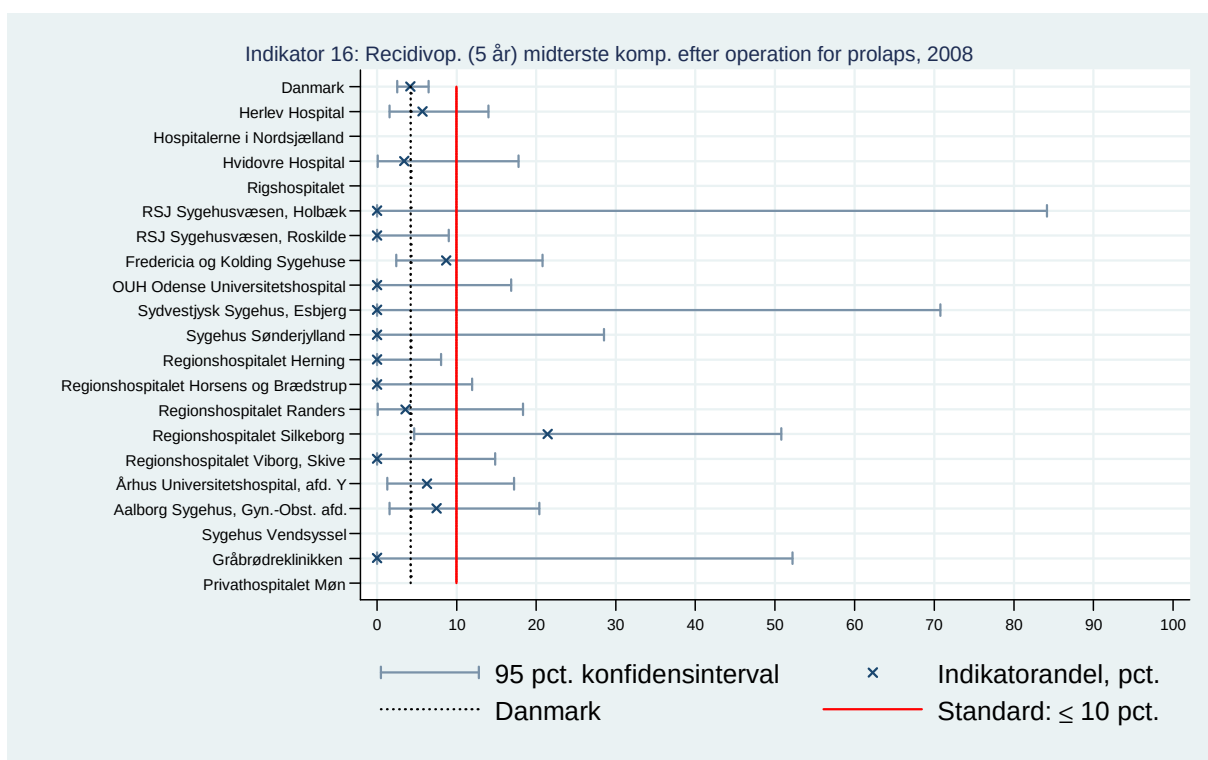
Recidivoperation (5 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps

Tabel 13 - Resultater for indikator 16

Indikator 16	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Pct.	2008 (95% CI)	2007 Pct.	2006 Pct.
Danmark	Ja	19 / 451	0 (0)	4,2	(2,6-6,5)	4,1	1,9
Hovedstaden	Ja	5 / 99	0 (0)	5,1	(1,7-11,4)	4,8	0,0
Sjælland	Ja	0 / 41	0 (0)	0,0	(0,0-8,6)	0,0	-
Syddanmark	Ja	4 / 80	0 (0)	5,0	(1,4-12,3)	4,2	4,0
Midtjylland	Ja	7 / 186	0 (0)	3,8	(1,5-7,6)	5,3	0,0
Nordjylland	Ja	3 / 40	0 (0)	7,5	(1,6-20,4)	0,0	-
Hovedstaden	Ja	5 / 99	0 (0)	5,1	(1,7-11,4)	4,8	0,0
Herlev Hospital	Ja	4 / 70	0 (0)	5,7	(1,6-14,0)	0,0	0,0
Hospitalerne i Nordsjælland		0 / 0	0	-		0,0	-
Hvidovre Hospital	Ja	1 / 29	0 (0)	3,4	(0,1-17,8)	9,8	0,0
Rigshospitalet		0 / 0	0	-		0,0	0,0
Sjælland	Ja	0 / 41	0 (0)	0,0	(0,0-8,6)	0,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	0 / 39	0 (0)	0,0	(0,0-9,0)	0,0	-
Syddanmark	Ja	4 / 80	0 (0)	5,0	(1,4-12,3)	4,2	4,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	4 / 46	0 (0)	8,7	(2,4-20,8)	3,8	-
OUH Odense Universitetshospital	Ja	0 / 20	0 (0)	0,0	(0,0-16,8)	5,0	4,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0,0	-
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	-	-
Midtjylland	Ja	7 / 186	0 (0)	3,8	(1,5-7,6)	5,3	0,0
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 44	0 (0)	0,0	(0,0-8,0)	0,0	-
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	0 / 29	0 (0)	0,0	(0,0-11,9)	0,0	-
Regionshospitalet Randers	Ja	1 / 28	0 (0)	3,6	(0,1-18,3)	0,0	-
Regionshospitalet Silkeborg	Ja*	3 / 14	0 (0)	21,4	(4,7-50,8)	-	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0	(0,0-14,8)	0,0	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	3 / 48	0 (0)	6,3	(1,3-17,2)	14,3	0,0
Nordjylland	Ja	3 / 40	0 (0)	7,5	(1,6-20,4)	0,0	-
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	3 / 40	0 (0)	7,5	(1,6-20,4)	0,0	-
Sygehus Vendsyssel		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitaler	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	-	-
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-		-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 16

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2008 hvor databasekompletheden var lav, og der har været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2008 har 4,2 % fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10 % er opfyldt på landsplan. Dette resultat er uændret i forhold til operationer i 2007 hvor 4,1 % fik en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Alle regioner opfylder standarden, og der er lille variation mellem dem, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 13 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden på 10 % (Herlev, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg). Silkeborg opfylder ikke standarden, men den nedre 95 % konfidensgrænse er under 10 %. Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2008.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 ud af 13 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 16

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (for en enkelt afdeling er andelen over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot og tilfredsstillende. Databasekompletheden var dog beskedent i 2008, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 16

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

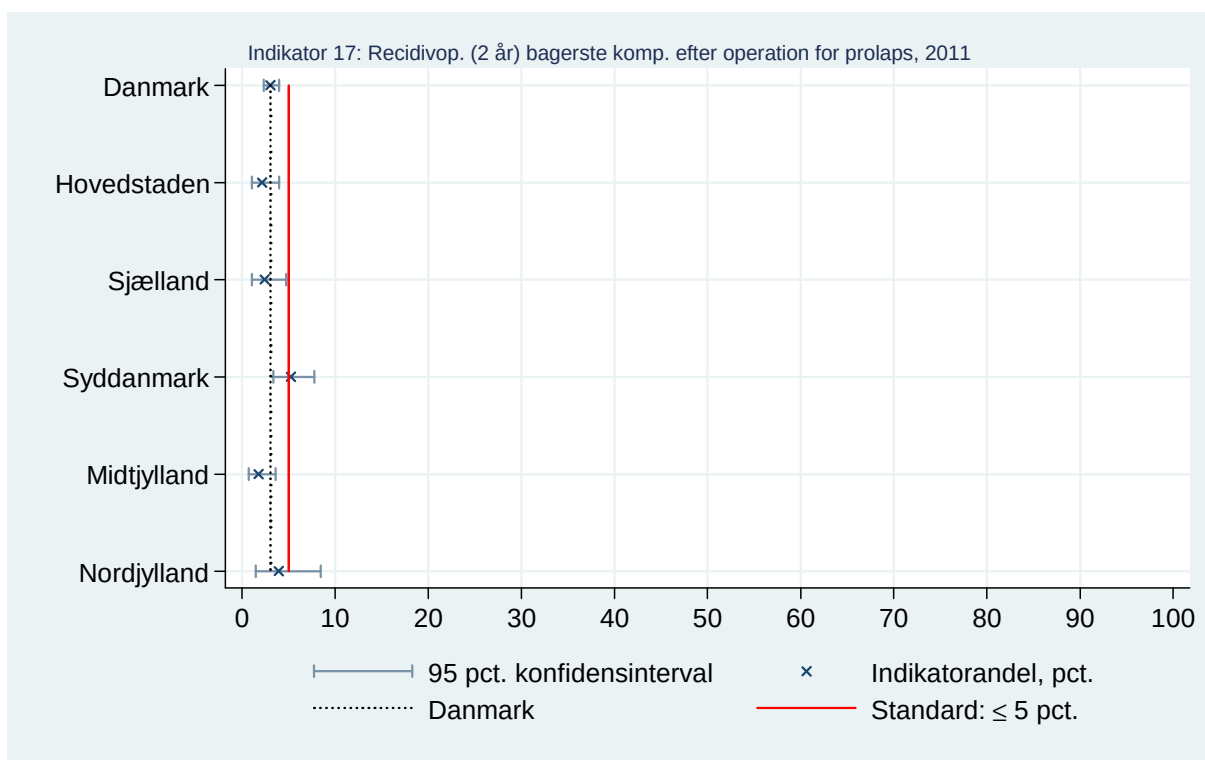
Indikator 17

Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

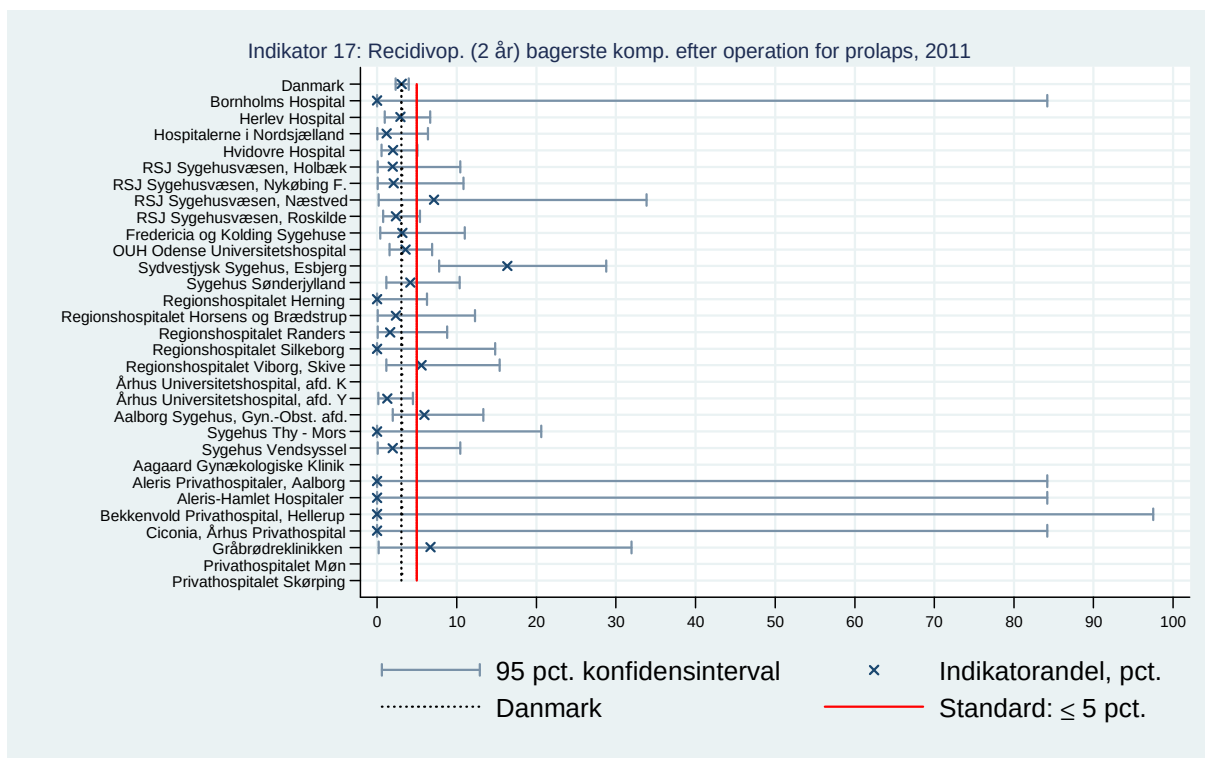
Tabel 14 - Resultater for indikator 17

Indikator 17	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2011		Tidligere år 2010 2009	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	55 / 1794	0 (0)	3,1	(2,3-4,0)	2,3	2,5
Hovedstaden	Ja	10 / 459	0 (0)	2,2	(1,0-4,0)	2,0	2,4
Sjælland	Ja	8 / 328	0 (0)	2,4	(1,1-4,7)	1,2	3,7
Syddanmark	Ja*	23 / 438	0 (0)	5,3	(3,4-7,8)	3,6	2,0
Midtjylland	Ja	7 / 396	0 (0)	1,8	(0,7-3,6)	2,3	2,0
Nordjylland	Ja	6 / 151	0 (0)	4,0	(1,5-8,4)	2,2	3,8
Hovedstaden	Ja	10 / 459	0 (0)	2,2	(1,0-4,0)	2,0	2,4
Bornholms Hospital	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	-	-
Herlev Hospital	Ja	5 / 172	0 (0)	2,9	(1,0-6,7)	2,9	1,7
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	1 / 85	0 (0)	1,2	(0,0-6,4)	3,1	6,4
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 200	0 (0)	2,0	(0,5-5,0)	0,9	1,4
Sjælland	Ja	8 / 328	0 (0)	2,4	(1,1-4,7)	1,2	3,7
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	1 / 51	0 (0)	2,0	(0,0-10,4)	1,9	-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	1 / 49	0 (0)	2,0	(0,1-10,9)	0,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	1 / 14	0 (0)	7,1	(0,2-33,9)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	5 / 214	0 (0)	2,3	(0,8-5,4)	1,4	3,8
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		0,0	0,0
Syddanmark	Ja*	23 / 438	0 (0)	5,3	(3,4-7,8)	3,6	2,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	2 / 63	0 (0)	3,2	(0,4-11,0)	6,2	1,7
OUH Odense Universitetshospital	Ja	8 / 224	0 (0)	3,6	(1,6-6,9)	2,5	2,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	9 / 55	0 (0)	16,4	(7,8-28,8)	6,3	0,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	4 / 96	0 (0)	4,2	(1,1-10,3)	1,2	0,0
Midtjylland	Ja	7 / 396	0 (0)	1,8	(0,7-3,6)	2,3	2,0
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 57	0 (0)	0,0	(0,0-6,3)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	1 / 43	0 (0)	2,3	(0,1-12,3)	7,1	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	1 / 61	0 (0)	1,6	(0,0-8,8)	0,0	0,0
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 23	0 (0)	0,0	(0,0-14,8)	0,0	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	3 / 54	0 (0)	5,6	(1,2-15,4)	4,9	6,3
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-		-	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	2 / 158	0 (0)	1,3	(0,2-4,5)	2,4	3,0
Nordjylland	Ja	6 / 151	0 (0)	4,0	(1,5-8,4)	2,2	3,8
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja*	5 / 84	0 (0)	6,0	(2,0-13,3)	3,4	2,6
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.		- / -		-		-	-
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 16	0 (0)	0,0	(0,0-20,6)	0,0	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	1 / 51	0 (0)	2,0	(0,0-10,4)	0,0	7,1
Privathospitaler	Ja	1 / 22	0 (0)	4,5	(0,1-22,8)	0,0	2,9
Aagaard Gynækologiske Klinik		0 / 0	0	-		0,0	0,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	-	0,0
Aleris Privathospitaler, Herning		- / -		-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Odense		- / -		-		0,0	6,3
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		0,0	0,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	-	-
Ciconia, Århus Privathospital	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0,0	-

Gråbrødreklinikken	Ja*	1 / 15	0 (0)	6,7	(0,2-31,9)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-		0,0	-
Privathospitalet Skørping		0 / 0	0	-		-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 17

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

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2011 har 3,1 % fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 5 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke meget fra operationer i 2009 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 2,5 og 2,3. 4 regioner (Hovedstaden, Sjælland, Midtjylland, Nordjylland) opfylder standarden, mens Region Syddanmark ikke opfylder standarden, men dens nederste 95 % konfidensgrænse er højst 5 %. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 16 standarden på 5 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Århus Afd. Y, Thy/Mors, Vendsyssel), 4 opfylder ikke standarden, men deres nederste 95 % konfidensgrænse er højst 5 % (Næstved, Viborg/Skive, Aalborg, Gråbrødrekliniken), mens 1 ikke opfylder standarden og den nederste 95 % konfidensgrænse er over 5 % (Esbjerg). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer i 2011.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 16 ud af 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 17

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (eller andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Dog er der en enkelt afdeling (Esbjerg), som ikke opfylder standarden.

Anbefalinger til indikator 17

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

Indikator 18

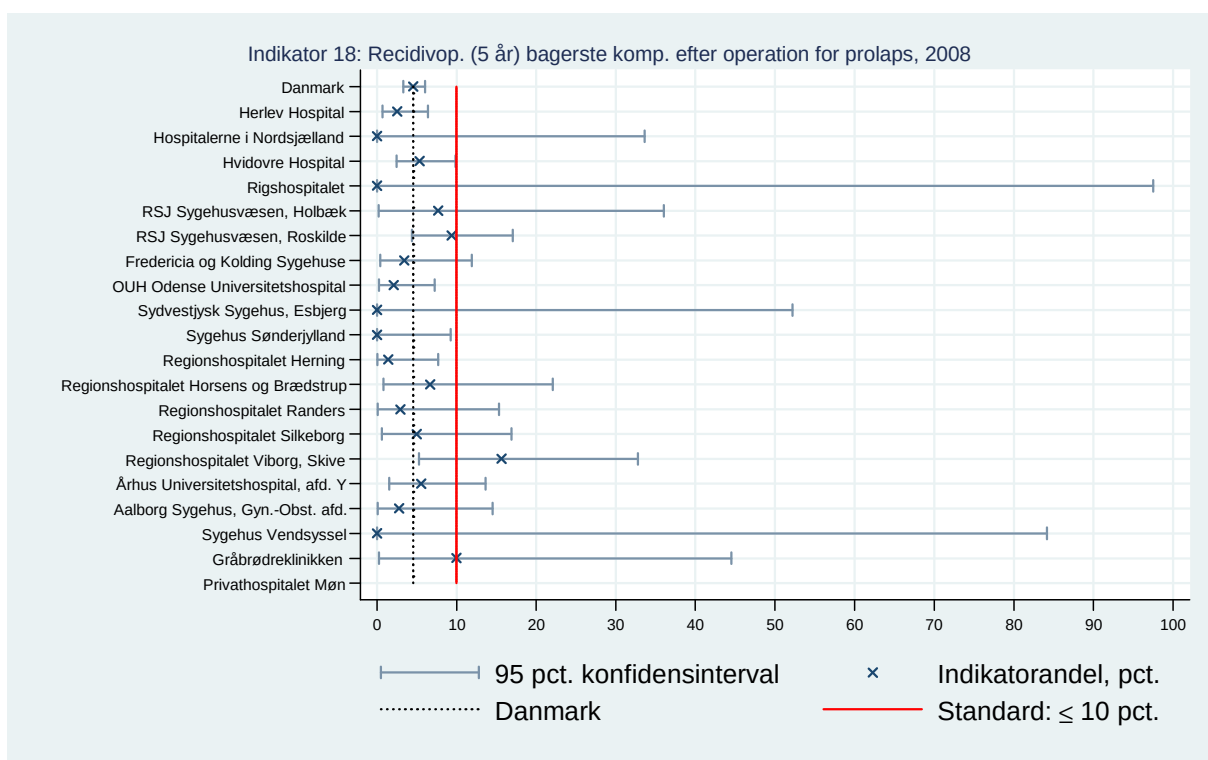
Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

Tabel 15 - Resultater for indikator 18

Indikator 18	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2008		Tidligere år 2007 2006	
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	44 / 969	0 (0)	4,5	(3,3-6,0)	4,4	4,6
Hovedstaden	Ja	13 / 336	0 (0)	3,9	(2,1-6,5)	5,9	5,6
Sjælland	Ja	10 / 109	0 (0)	9,2	(4,5-16,2)	7,7	0,0
Syddanmark	Ja	4 / 198	0 (0)	2,0	(0,6-5,1)	1,4	3,1
Midtjylland	Ja	15 / 278	0 (0)	5,4	(3,1-8,7)	1,9	0,0
Nordjylland	Ja	1 / 38	0 (0)	2,6	(0,1-13,8)	0,0	-
Hovedstaden	Ja	13 / 336	0 (0)	3,9	(2,1-6,5)	5,9	5,6
Herlev Hospital	Ja	4 / 157	0 (0)	2,5	(0,7-6,4)	5,4	5,9
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	4,2	-
Hvidovre Hospital	Ja	9 / 169	0 (0)	5,3	(2,5-9,9)	6,1	5,6
Rigshospitalet	Ja	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	25,0	0,0
Sjælland	Ja	10 / 109	0 (0)	9,2	(4,5-16,2)	7,7	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	1 / 13	0 (0)	7,7	(0,2-36,0)	-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	9 / 96	0 (0)	9,4	(4,4-17,1)	7,7	0,0
Syddanmark	Ja	4 / 198	0 (0)	2,0	(0,6-5,1)	1,4	3,1
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	2 / 58	0 (0)	3,4	(0,4-11,9)	0,0	0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	2 / 97	0 (0)	2,1	(0,3-7,3)	2,1	3,2
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	0,0	-
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 38	0 (0)	0,0	(0,0-9,3)	-	-
Midtjylland	Ja	15 / 278	0 (0)	5,4	(3,1-8,7)	1,9	0,0
Regionshospitalet Herning	Ja	1 / 70	0 (0)	1,4	(0,0-7,7)	1,2	-
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	2 / 30	0 (0)	6,7	(0,8-22,1)	0,0	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	1 / 34	0 (0)	2,9	(0,1-15,3)	0,0	-
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	2 / 40	0 (0)	5,0	(0,6-16,9)	-	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	5 / 32	0 (0)	15,6	(5,3-32,8)	0,0	-
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	4 / 72	0 (0)	5,6	(1,5-13,6)	5,3	-
Nordjylland	Ja	1 / 38	0 (0)	2,6	(0,1-13,8)	0,0	-
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	1 / 36	0 (0)	2,8	(0,1-14,5)	0,0	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 2	0 (0)	0,0	(0,0-84,2)	0,0	-
Privathospitaler	Ja	1 / 10	0 (0)	10,0	(0,3-44,5)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	1 / 10	0 (0)	10,0	(0,3-44,5)	-	-
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-	-	-	-



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 18

Få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i at en afdeling ikke opfylder indikatoren. Derudover er resultaterne baseret på primære operationer i 2008 hvor databasekompletheden var lav, og der har været en forholdsvis lav databasekomplethed i årene umiddelbart derefter. Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2008 har 4,5 % fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10 % er opfyldt på landsplan. Blandt operationer i 2007 havde 4,4 % en recidivoperation indenfor 5 år, hvilket ikke afviger fra operationer i 2008. Grundet den meget lave databasekomplethed i 2006 (hvor DugaBase startede i april) kommenteres disse resultater ikke her. Alle regioner opfylder indikatoren, men der er nogen variation mellem disse, også når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 15 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden på 10 % (Herlev, Hvidovre, Holbæk, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Århus Afd. Y, Aalborg, Gråbrødreklinikken), og 1 opfylder ikke standarden, men den nederste 95 % konfidensgrænse er højst 10 % (Viborg/skive). Der er lille variation mellem afdelingerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. De store fluktuationer ses stort set kun for afdelinger med lavt antal patienter i tælleren og/eller i nævneren. Overordnet er der således ingen bemærkelsesværdige fluktuationer for 2008.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 18

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for anden gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, (for en enkelt afdeling (Viborg) er andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet), hvilket er flot. Databasekompletheden var dog beskeden i 2008, og resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold.

Anbefalinger til indikator 18

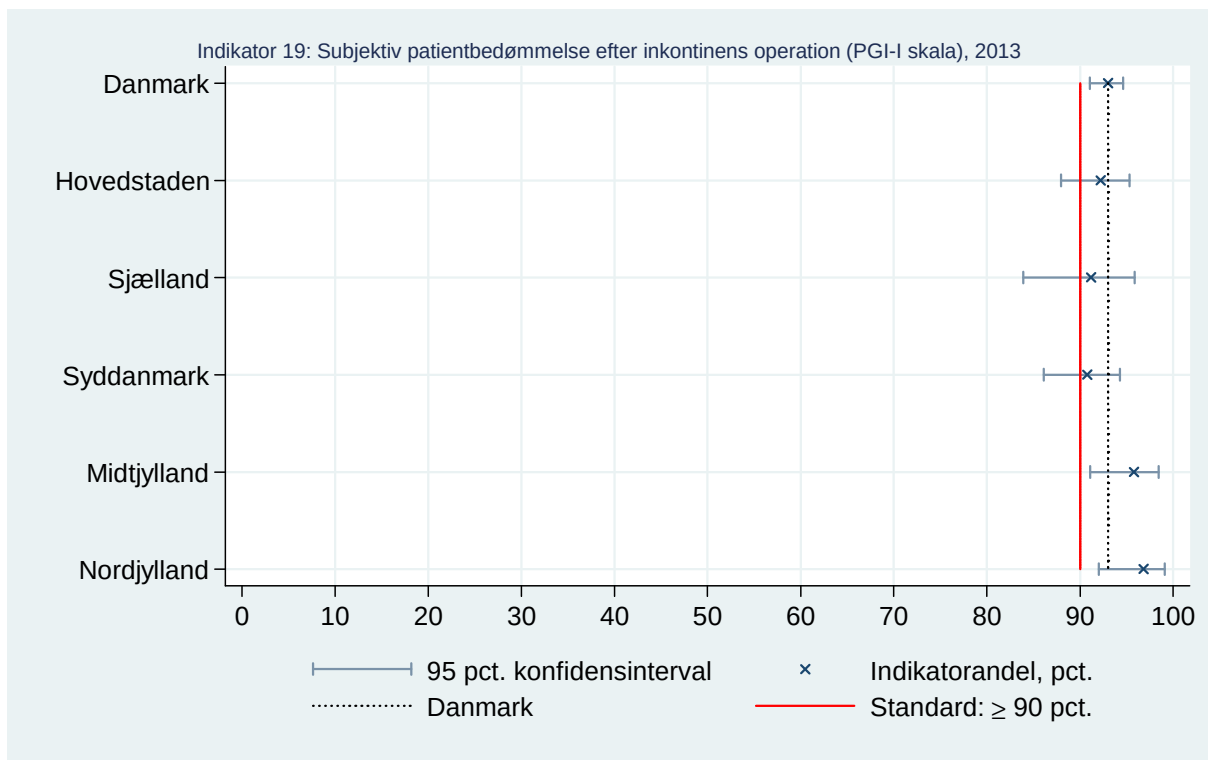
Indikatoren skønnes fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Udviklingen i indikatoren over tid vil blive fulgt tæt.

Indikator 19

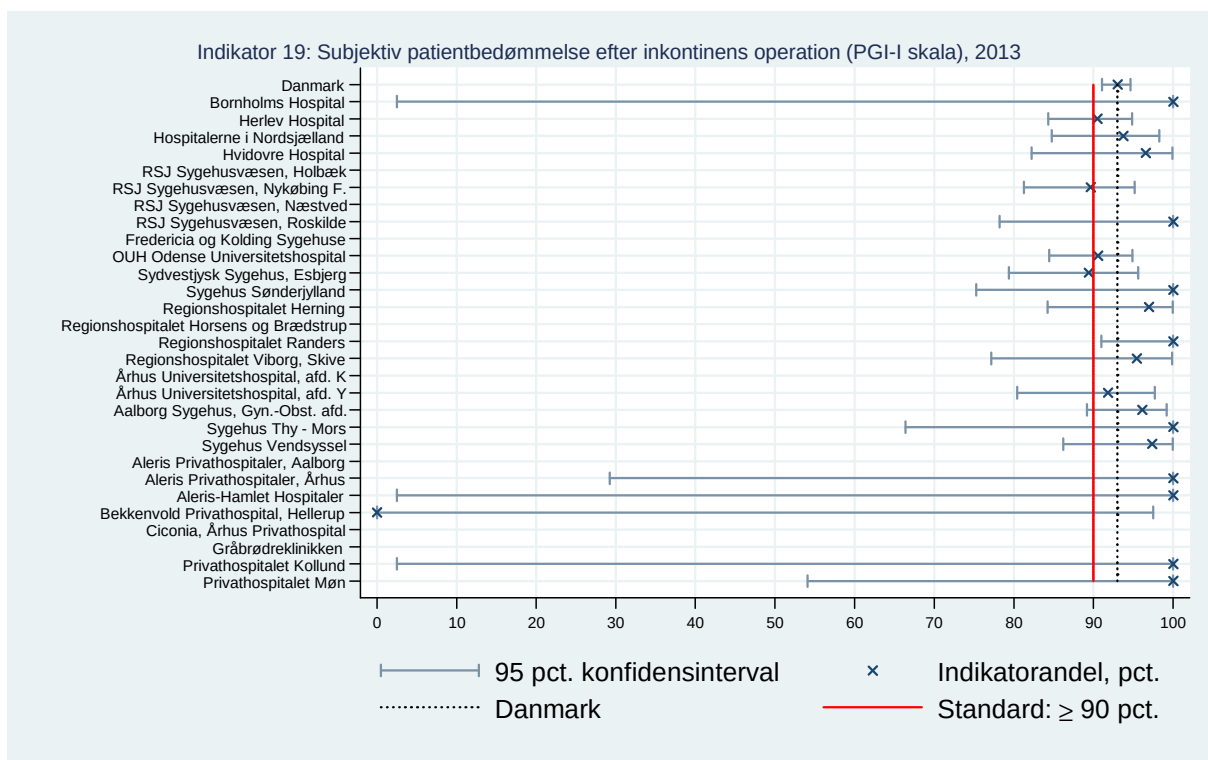
Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation (PGI-I skala)

Tabel 16 - Resultater for indikator 19

Indikator 19	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2013	
				Pct.	(95% CI)
Danmark	Ja	772 / 830	63 (7)	93,0	(91,1-94,7)
Hovedstaden	Ja	213 / 231	10 (4)	92,2	(88,0-95,3)
Sjælland	Ja	93 / 102	30 (23)	91,2	(83,9-95,9)
Syddanmark	Ja	197 / 217	12 (5)	90,8	(86,1-94,3)
Midtjylland	Ja	137 / 143	5 (3)	95,8	(91,1-98,4)
Nordjylland	Ja	121 / 125	5 (4)	96,8	(92,0-99,1)
Hovedstaden	Ja	213 / 231	10 (4)	92,2	(88,0-95,3)
Bornholms Hospital	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)
Herlev Hospital	Ja	124 / 137	0 (0)	90,5	(84,3-94,9)
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	60 / 64	2 (3)	93,8	(84,8-98,3)
Hvidovre Hospital	Ja	28 / 29	8 (22)	96,6	(82,2-99,9)
Sjælland	Ja	93 / 102	30 (23)	91,2	(83,9-95,9)
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-	
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	78 / 87	0 (0)	89,7	(81,3-95,2)
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-	
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	15 / 15	30 (67)	100,0	(78,2-100,0)
Syddanmark	Ja	197 / 217	12 (5)	90,8	(86,1-94,3)
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	125 / 138	2 (1)	90,6	(84,4-94,9)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	59 / 66	2 (3)	89,4	(79,4-95,6)
Sygehus Sønderjylland	Ja	13 / 13	8 (38)	100,0	(75,3-100,0)
Midtjylland	Ja	137 / 143	5 (3)	95,8	(91,1-98,4)
Regionshospitalet Herning	Ja	32 / 33	0 (0)	97,0	(84,2-99,9)
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-	
Regionshospitalet Randers	Ja	39 / 39	1 (3)	100,0	(91,0-100,0)
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	21 / 22	2 (8)	95,5	(77,2-99,9)
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-	
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	45 / 49	2 (4)	91,8	(80,4-97,7)
Nordjylland	Ja	121 / 125	5 (4)	96,8	(92,0-99,1)
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	75 / 78	3 (4)	96,2	(89,2-99,2)
Sygehus Thy - Mors	Ja	9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)
Sygehus Vendsyssel	Ja	37 / 38	2 (5)	97,4	(86,2-99,9)
Privathospitaler	Ja	11 / 12	1 (8)	91,7	(61,5-99,8)
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-	
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	Ja*	0 / 1	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-	
Gråbrødreklinikken		0 / 0	0	-	
Privathospitalet Kollund	Ja	1 / 1	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)
Privathospitalet Møn	Ja	6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)



Figur 29 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per region



Figur 30 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 7 %, dvs. kompletheden er 93 %. Især bidrager Hvidovre, Sønderjylland og i særdeleshed Roskilde forholdsvis meget til de i alt 63 uoplyste forløb.

På landsplan har 93,0 % 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 regionerne opfylder ligeledes standarden, og der er lille variation mellem disse.

Blandt de 14 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Odense, Sønderjylland, Herning, Randers, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg, Vendsyssel), og 2 afdelinger opfylder ikke standarden, men deres øverste 95 % konfidensgrænse er mindst 90 % (Nykøbing F, Esbjerg). Der er generelt lille variation mellem afdelingerne (Figur 30).

Da det er første år denne indikator opgøres er der ikke vist trendgrafer (jf. "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer").

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 af 14 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 19

Denne indikator er ny og registrering af PGI-I indført januar 2013. Det er derfor med stor tilfredshed, at styregruppen kan konstatere at allerede fra starten af, så er der en høj indrapportering samt at standarden er opfyldt (eller at andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet).

Anbefalinger til indikator 19

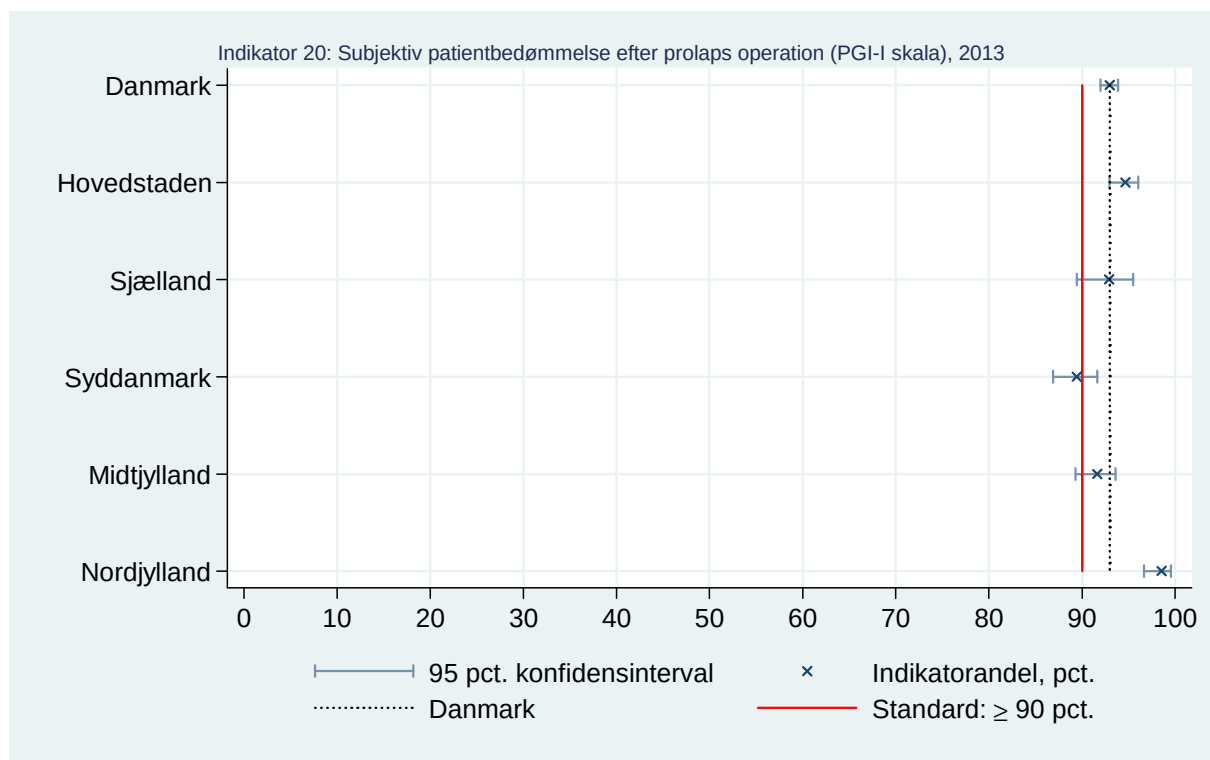
PGI-I er en vigtig registrering af patientens subjektive bedømmelse af operationseffekten. Indikator 19 vil blive fulgt med stor interesse fremover.

Indikator 20

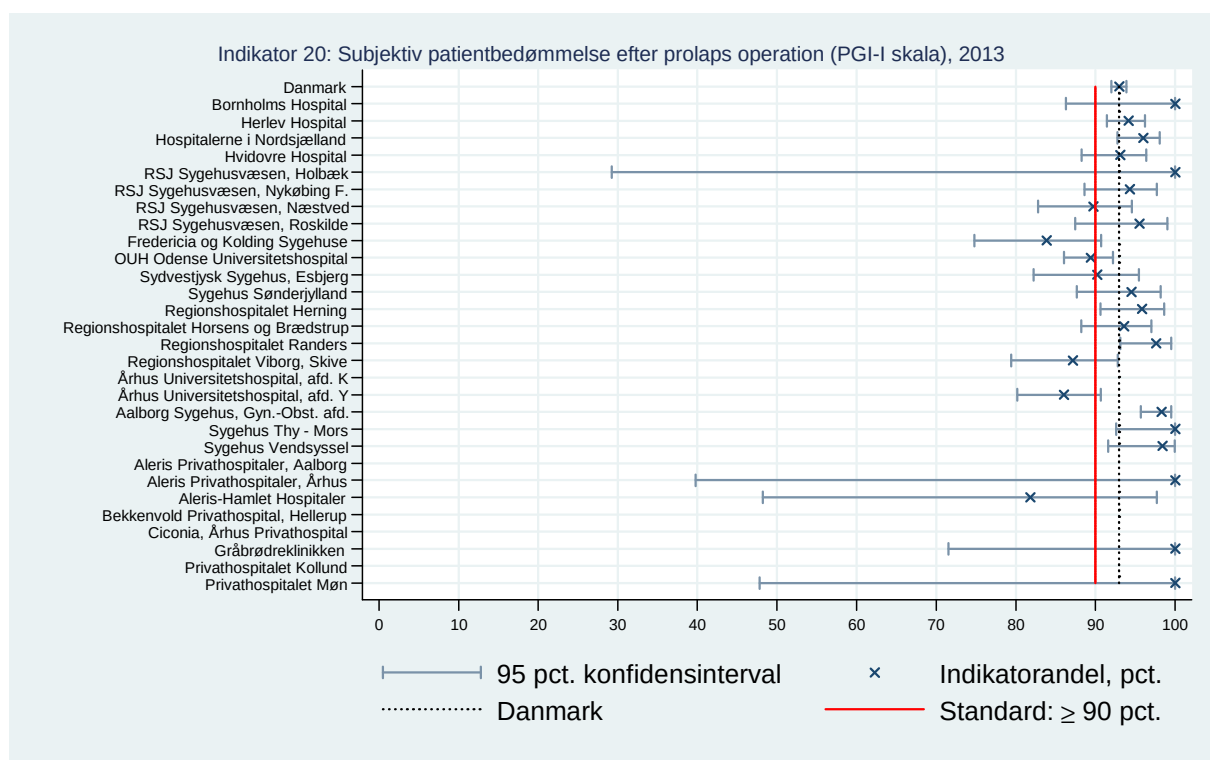
Subjektiv patientbedømmelse efter prolapsoperation (PGI-I skala)

Tabel 17 - Resultater for indikator 20

Indikator 20	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2013 (95% CI)	
				Pct.	
Danmark	Ja	2716 / 2921	293 (9)	93,0	(92,0-93,9)
Hovedstaden	Ja	814 / 860	59 (6)	94,7	(92,9-96,1)
Sjælland	Ja	288 / 310	108 (26)	92,9	(89,5-95,5)
Syddanmark	Ja*	618 / 691	46 (6)	89,4	(86,9-91,6)
Midtjylland	Ja	625 / 682	28 (4)	91,6	(89,3-93,6)
Nordjylland	Ja	342 / 347	48 (12)	98,6	(96,7-99,5)
Hovedstaden	Ja	814 / 860	59 (6)	94,7	(92,9-96,1)
Bornholms Hospital	Ja	25 / 25	0 (0)	100,0	(86,3-100,0)
Herlev Hospital	Ja	387 / 411	9 (2)	94,2	(91,4-96,2)
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	240 / 250	8 (3)	96,0	(92,8-98,1)
Hvidovre Hospital	Ja	162 / 174	42 (19)	93,1	(88,3-96,4)
Sjælland	Ja	288 / 310	108 (26)	92,9	(89,5-95,5)
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	3 / 3	1 (25)	100,0	(29,2-100,0)
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	116 / 123	3 (2)	94,3	(88,6-97,7)
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	105 / 117	11 (9)	89,7	(82,8-94,6)
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	64 / 67	93 (58)	95,5	(87,5-99,1)
Syddanmark	Ja*	618 / 691	46 (6)	89,4	(86,9-91,6)
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	78 / 93	3 (3)	83,9	(74,8-90,7)
OUH Odense Universitetshospital	Ja*	371 / 415	19 (4)	89,4	(86,0-92,2)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	83 / 92	8 (8)	90,2	(82,2-95,4)
Sygehus Sønderjylland	Ja	86 / 91	16 (15)	94,5	(87,6-98,2)
Midtjylland	Ja	625 / 682	28 (4)	91,6	(89,3-93,6)
Regionshospitalet Herning	Ja	116 / 121	3 (2)	95,9	(90,6-98,6)
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	132 / 141	4 (3)	93,6	(88,2-97,0)
Regionshospitalet Randers	Ja	122 / 125	8 (6)	97,6	(93,1-99,5)
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	95 / 109	8 (7)	87,2	(79,4-92,8)
Århus Universitetshospital, afd. K		0 / 0	0	-	
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	160 / 186	5 (3)	86,0	(80,2-90,7)
Nordjylland	Ja	342 / 347	48 (12)	98,6	(96,7-99,5)
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	231 / 235	33 (12)	98,3	(95,7-99,5)
Sygehus Thy - Mors	Ja	48 / 48	2 (4)	100,0	(92,6-100,0)
Sygehus Vendsyssel	Ja	63 / 64	13 (17)	98,4	(91,6-100,0)
Privathospitaler	Ja	29 / 31	4 (11)	93,5	(78,6-99,2)
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-	
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja	4 / 4	2 (33)	100,0	(39,8-100,0)
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja*	9 / 11	1 (8)	81,8	(48,2-97,7)
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-	
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-	
Gråbrødreklinikken	Ja	11 / 11	1 (8)	100,0	(71,5-100,0)
Privathospitalet Kollund		0 / 0	0	-	
Privathospitalet Møn	Ja	5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)



Figur 31 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per region



Figur 32 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 20

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 9 %, dvs. kompletheden er 91 %. Især bidrager Hvidovre, Sønderjylland, Vendsyssel og i særdeleshed Roskilde forholdsvis meget til de i alt 293 uoplyste forløb.

På landsplan har 93,0 % 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 %. 4 regioner (Hovedstaden, Sjælland, Midtjylland, Nordjylland) opfylder ligeledes standarden, mens Region Syddanmark ikke opfylder standarden, men dens øverste 95 % konfidensgrænse er mindst 90 %. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 15 standarden (Bornholm, Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Nykøbing F, Roskilde, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel, Gråbrødreklinikken), og 6 opfylder ikke standarden, men deres øverste 95 % konfidensgrænse er mindst 90 % (Næstved, Fredericia/Kolding, Odense, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aleris-Hamlet). Der er generelt lille variation mellem afdelingerne (Figur 32).

Da det er første år denne indikator opgøres er der ikke vist trendgrafer (jf. "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer").

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 15 af 21 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 20

Denne indikator er ny og registrering af PGI-I indført januar 2013. Det er derfor med stor tilfredshed, at styregruppen kan konstatere at allerede fra starten af, så er der en høj indrapportering samt at standarden er opfyldt (eller at andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet).

Anbefalinger til indikator 20

PGI-I er en vigtig registrering af patientens subjektive bedømmelse af operationseffekten. Indikator 20 vil blive fulgt med stor interesse fremover.

4 Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Baggrund

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede (genital prolaps), blære, urinrør (urininkontinens) og endetarm (afføringsinkontinens). Lidelserne er ikke livstruende men betyder ofte invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet, bl.a. social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv. Prævalens for urininkontinens er 25-45%, genital prolaps 7-25% og anal inkontinens 11-15%, og pga. et øget antal ældre medborgere stigende. Behandling og diagnostik er omkostningstungt for samfundet. En dansk opgørelse af Løwenstein et al (2014) har vist, at livstidsrisikoen for prolaps operation for en dansk kvinde på 80 år er 18,7%. En international opgørelse af Abdelfattah et al (2011) har vist en livstidsrisiko for urininkontinens eller prolaps operation på 12,2% og 19% risiko for recidiv operation. Så det er et stort antal af den danske kvindelige befolkning som bliver opereret for urininkontinens og/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 drives af en styregruppe nedsat af DUGS. Der er sikret repræsentation for hver af landets Regioner samt en repræsentant fra privat sygehussektoren. Derudover omfatter Styregruppen repræsentanter fra Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd) og for den ansvarlige offentlige myndighed, Region Syddanmark. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklingspulje for Klinisk Kvalitet, og der blev i 2011 givet en 3-årig bevilling for årene 2012-2014. Der er ændret i bevillingspraksis, således at der fremadrettet bevilliges for 1 år i stedet for 3 år. Der forventes i juli 2014 tilsagn om en 1-årig bevilling.

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

Resultater

Databasekompletheden er steget over tid, for inkontinensoperationer fra 14% i 2006 til 95,0 i 2013 og for prolapsoperationer fra 12% i 2006 til 91,3% i 2013. Mens databasekompletheden for inkontinens for offentlige sygehuse er høj er den desværre fortsat lav for privatklinikker på trods af styregruppens henvendelse til privatklinikkerne: 32% for inkontinens, og 25,6% for prolaps. Datakompletheden er stigende. 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 enkelte afdelinger for at tilbyde mulighed for udtræk over forløb for den enkelte indikator til intern afklaring af hvori der er evt. forbedringsmuligheder.

Der er aktuelt udvalgt 16 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. I 2013 var standarden for 13 af de 16 indikatorer opfyldt. Som for 2012 gælder det, at for to indikatorer var standarden tæt på at være opfyldt. For én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulant besøg) har standarden i hele perioden været langt fra at være opfyldt. Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser af succes er opfyldt for både de "gamle" indikatorer 6 og 9 samt for de nye indikatorer 19 og 20 (PGI-I). Recidiv opgørelser er foretaget for andet år i årsrapport sammenhæng og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidiv operationer.

Diskussion og kliniske implikationer

Det er ambitionen, at data bruges til klinisk kvalitetssikring og forskning. Brugerfladen er opgraderet til et mere brugervenligt format (Topica4). Det medfører, at det bliver muligt at trække egne lokale data direkte

ud af databasen for at sikre hurtig opdagelse af ændringer i behandlingskvaliteten. Der arbejdes på at udbygge funktionen til udtræk af egne data.

Styregruppen ønsker fortsat at fremme brugen af data fra DugaBase til forskning, der kan fremme kvalitetsudviklingen i specialet. Der er et afsluttet ph.d.-projekt med validering af database og opgørelse af subjektiv patientbedømmelse og et i gangværende med udgangspunkt i DugaBase data om livskvalitet og regionale behandlingsforskelle. Styregruppen har talt om at udarbejde et ide-katalog til evt. interesserede, som henvender sig til DugaBase.

Konklusion

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

5 Oversigt over alle indikatorer

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

Indikatorområde	Indikator	Type	Format	Standard
år) midterste kompartment efter operation for prolaps	on, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år. Midterste kompartment			
16. Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år. Midterste kompartment	Resultat	Andel	Højst 10 %
17. Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år. Bagerste kompartment	Resultat	Andel	Højst 5 %
18. Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi i samme kompartment som ved patientens førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år. Bagerste kompartment	Resultat	Andel	Højst 10 %
19. Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter operation (PGI-I skala)	Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten 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".	Resultat	Andel	Mindst 90 %
20. Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse efter operation (PGI-I skala)	Antal prolaps patientforløb hvor patienten 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".	Resultat	Andel	Mindst 90 %

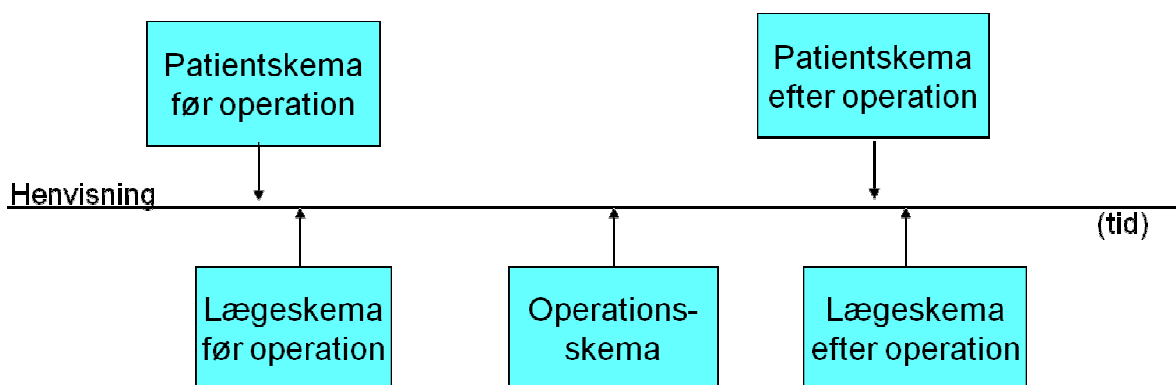
6 Datagrundlag

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 16.04.2014, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2013 indtil denne dato.

Data er oprenset således, at der kun indgår patientforløb med valide cpr-numre (41 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. fejl i personnummeroplysninger). Desuden er patienter, der var under 18 år på operationstidspunktet, udeladt (11 patienter er ekskluderet fra datagrundlaget p.g.a. alder).

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

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



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.

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

Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og KCEB-Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejdsgange aftalt i foråret 2014, udkast er udarbejdet i maj måned og tilretninger af rapporten er sket ved et styregruppemøde i juni måned. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

Analyser og epidemiologi

Analyser og epidemiologisk kommentering er udført af KCEB-Syd (akademisk datamanager, ph.d. Michael Due Larsen og epidemiolog, ph.d. Kim Oren Gradel).

Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2012, 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 "2012" eller "år 2012". Direkte tal fra Årsrapport 2012, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 18 og Tabel 19, betegnes "Årsrapport 2012".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed

I forbindelse med opgørelse af databasekomplethed har KCEB-Syd rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Appendiks 4: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket pr. 10.4.2014.

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

Kriterier for opgørelse af databasekomplethed

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

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

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

3. Patienten er 18 år eller derover på operationsdatoen

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

- a. en af følgende urininkontinens-koder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96
- b. eller en af følgende prolaps-koder: KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97. Dertil kommer koderne KLCD10 og KLDC10 i kombination med aktionsdiagnose DN81* (LPR)

Tabel 18 - Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2013 – 31-12-2013

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Danmark	1303	1238	95,0	14
Region Hovedstaden	267	261	97,8	3
Hvidovre Hospital	46	43	93,5	1
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	45	43	95,6	1
Gynækologisk ambulatorium	1	0	0,0	0
Herlev Hospital	142	139	97,9	0
Gynækologisk afdeling G-1	142	139	97,9	0
Hospitalerne i Nordsjælland	79	79	100,0	1
HI Gynækologisk Afd., senge	79	79	100,0	1
Bornholms Hospital	0	0	.	1
Kirurgisk sengeafs.	0	0	.	1
Region Sjælland	204	200	98,0	0
Region Sjællands Sygehusvæsen	204	200	98,0	0
ROS Gynækologisk Afd.	81	80	98,8	0
NFS Gynækologisk Afd.	123	120	97,6	0
Region Syddanmark	350	343	98,0	0
OUH Odense Universitetshospital	176	176	100,0	0
Od Gynækologisk afdeling D	176	176	100,0	0
Sygehus Sønderjylland	41	40	97,6	0
SHS Gynækologisk Klinik Sengeafdeling (Sønderborg)	40	40	100,0	0
SHS Urinvejsklinikken Dagkirurgi (Sønderborg)	1	0	0,0	0
Sydvestjysk Sygehus	133	127	95,5	0
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	132	127	96,2	0
SVS Urologisk afsnit (Esbjerg)	1	0	0,0	0
Region Midtjylland	244	235	96,3	3
Aarhus Universitetshospital	106	103	97,2	1
Urinvejskirurgisk Afdeling K	15	13	86,7	0
Gynækologisk afdeling Y	91	90	98,9	1
Hospitalsenhed Midt	53	52	98,1	2
Kvindeafdeling Viborg	53	52	98,1	2
Hospitalsenheden Vest	34	34	100,0	0
Gynækologiske Senge Herning	34	34	100,0	0
Regionshospitalet Randers	51	46	90,2	0
Gynækol./obstetrisk afd. G	51	46	90,2	0
Region Nordjylland	188	183	97,3	3
Sygehus Thy - Mors	10	9	90,0	0
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	10	9	90,0	0
Aalborg Universitetshospital	109	107	98,2	2
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	107	107	100,0	2
Alb Urologisk afd.	2	0	0,0	0
Sygehus Vendsyssel	69	67	97,1	1
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	69	67	97,1	1
Privathospitaler	50	16	32,0	5
Aleris-Hamlet Hospitaler	21	2	9,5	0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	21	2	9,5	0
Center for Rygkirurgi A/S	1	1	100,0	0
Bekkevoild Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	1	1	100,0	0
Københavns Privathospital A/S	1	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Operationsafdeling	1	0	0,0	0
Teres Hospitalet København	1	0	0,0	0
Teres Hospitalet København, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	7	7	100,0	1
Gynækologisk sengeafsnit	7	7	100,0	1
Gråbrødreklinikken	4	2	50,0	1
Gråbrødreklinikken, beh.afsnit	4	2	50,0	1
Privathospitalet Kollund	2	1	50,0	0
Privathospitalet Kollund, beh.afsnit	2	1	50,0	0
Privathospitalet Mølholm	8	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	8	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	0	0	.	3
Aleris Privathospitaler Århus, beh.afsnit	0	0	.	3
Ciconia, Århus Privathospital	3	3	100,0	0
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	3	3	100,0	0
AROS Privathospital	2	0	0,0	0
AROS Privathospital, beh. afsnit	2	0	0,0	0

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 18

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2013 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2013. Tabel 18 viser desuden, at 14 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Disse 14 operationer kan også registreres i både nævner og tæller, så databasekompletheden bliver $[(1238 + 14)/(1303 + 14)] \times 100 = 95,1 \%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,1%) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 95,0 %. I Årsrapport 2012 var der 1476 urininkontinensoperationer, heraf 1356 (91,9 %) i DugaBase, og databasekompletheden er således i 2013 forbedret med 3,1 %. Det absolutte antal operationer, baseret på LPR-data, er faldet med 11,7 % i forhold til Årsrapport 2012. Næsten alle offentlige sygehuse har over 95 % databasekomplethed. Kun 3 sygehuse med et betydende antal operationer har under 95 % databasekomplethed, men alle 3 har mindst 90 % databasekomplethed (Hvidovre: 93,5 %; Randers: 90,2 %; Thy-Mors: 90,0 %).

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

I Årsrapport 2012 var databasekompletheden for privathospitaler 35,8 %, mens den i 2013 er 32,0 %, dvs. den er lidt lavere. Blandt de 11 privathospitaler, som iflg. LPR har opereret for urininkontinens har de 6 (Aleris-Hamlet, Center for Rygkirurgi A/S, Privathospitalet Møn, Gråbrødreklinikken, Kollund, Ciconia) også registreringer i DugaBase. Kun Center for Rygkirurgi A/S, Privathospitalet Møn og Ciconia, som tilsammen har udført 12 af de 50 "LPR-operationer", har over 90 % databasekomplethed. I LPR udgør operationer på privathospitaler 3,8 %, mens de i DugaBase udgør 1,3 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 18 øges databasekompletheden fra 95,0 % til 97,5 % (altså en stigning på 2,5 procent-point), og såfremt alle privathospitalernes 50 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 97,6 % (altså en stigning på 2,6 procentpoint). Med den høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med ca. halvdelen af de 5,0 %, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 95,0 % og de ideelle 100 %.

Tabel 18 viser antal registrerede operationer. De 1303 operationer i LPR er fordelt på 1275 patienter, heraf 1249 (98,0 %) med 1 operation, 24 (1,9 %) med 2 operationer og 2 (0,2 %) med 3 operationer. De 1252 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 14 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 1229 patienter, heraf 1208 (98,3 %) med 1 operation, 19 (1,5 %) med 2 operationer og 2 (0,2 %) med 3 operationer.

Vi konkluderer, at for urininkontinensoperationer ses en meget høj databasekomplethed. Denne kan forbedres yderligere såfremt flere privathospitaler registrerer alle deres urininkontinensoperationer i DugaBase.

Tabel 19 - Databasekomplethed i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2013 – 31-12-2013

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Danmark	4522	4130	91,3	58
Region Hovedstaden	1042	1012	97,1	4
Rigshospitalet	2	0	0,0	0
Gynækologisk klinik Y, heldøgn	2	0	0,0	0
Hvidovre Hospital	272	260	95,6	2
Kir. gastroenterol. operation	1	0	0,0	0
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	270	260	96,3	2
Gynækologisk ambulatorium	1	0	0,0	0
Herlev Hospital	429	425	99,1	0
Gynækologisk afdeling G-1	429	425	99,1	0
Hospitalerne i Nordsjælland	310	302	97,4	2
HI Gynækologisk Afd., senge	310	302	97,4	2
Bornholms Hospital	29	25	86,2	0
Kirurgisk sengeafs.	29	25	86,2	0
Region Sjælland	702	596	84,9	6
Region Sjællands Sygehusvæsen	702	596	84,9	6
ROS Gynækologisk Afd.	260	257	98,8	2
HOL Kirurgisk Afd.	1	0	0,0	0
HOL Gynækologisk Afd.	100	11	11,0	0
NAE Gynækologisk Afd.	169	168	99,4	4
NFS Gynækologisk Afd.	172	160	93,0	0
Region Syddanmark	1025	1005	98,0	7
OUH Odense Universitetshospital	568	563	99,1	2
Od Gynækologisk afdeling D	568	563	99,1	2
Sygehus Sønderjylland	173	171	98,8	2
SHS Gynækologisk Klinik Sengeafdeling (Sønderborg)	172	171	99,4	2
SHS Gynækologisk Klinik Dagkirurgi (Haderslev)	1	0	0,0	0
Sydvestjysk Sygehus	175	165	94,3	1
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	175	165	94,3	1
Fredericia og Kolding Sygehuse	109	106	97,2	2
Gyn.-Obst. afdeling, Kolding	108	106	98,1	2
Ortopædkirurgisk afdeling, Kolding	1	0	0,0	0
Region Midtjylland	1050	1015	96,7	13
Hospitalsenheden Horsens	166	162	97,6	0
Gynækologisk sengeafdeling - HEH	166	162	97,6	0
Aarhus Universitetshospital	363	357	98,3	4
Plastikkirurgisk Afdeling Z	1	0	0,0	0
Kirurgisk Afdeling P	2	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Gynækologisk afdeling Y	360	357	99,2	4
Hospitalsenhed Midt	217	205	94,5	6
Kvindeafdeling Viborg	217	205	94,5	6
Hospitalsenheden Vest	123	122	99,2	1
Gynækologiske Senge Herning	123	122	99,2	1
Regionshospitalet Randers	181	169	93,4	2
Gynækol./obstetrisk afd. G	181	169	93,4	2
Region Nordjylland	492	448	91,1	9
Sygehus Thy - Mors	75	52	69,3	1
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	74	52	70,3	1
Thy Akut Modtageafdeling	1	0	0,0	0
Aalborg Universitetshospital	296	286	96,6	5
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	295	286	96,9	5
Alb Kir Gastro. afd. A	1	0	0,0	0
Sygehus Vendsyssel	121	110	90,9	3
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	121	110	90,9	3
Privathospitaler	211	54	25,6	19
Teres Hospitalet Parken	1	0	0,0	0
Teres Hospitalet Parken, beh.afsnit	1	0	0,0	0
Aleris-Hamlet Hospitaler	114	17	14,9	1
Gynækologi, kirurgisk afsnit	95	17	17,9	1
Dagkirurgisk klinik	2	0	0,0	0
Aleris-Hamlet, Søborg, kirurgi	1	0	0,0	0
Aleris-Hamlet, Aarhus, kirurgi	1	0	0,0	0
Aleris-Hamlet, Aarhus, urologi og gynækologi	7	0	0,0	0
Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	2	0	0,0	0
Aleris-Hamlet, Esbjerg, urologi og gynækologi	5	0	0,0	0
Aleris-Hamlet, Herning, urologi og gynækologi	1	0	0,0	0
Center for Rygkirurgi A/S	5	3	60,0	0
Ortopæd. - og neurokirurgisk sengeafdeling	1	0	0,0	0
Bekkevold Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	4	3	75,0	0
Københavns Privathospital A/S	6	0	0,0	0
Sengeafdeling	6	0	0,0	0
SagaNordic ApS	2	0	0,0	0
SagaNordic ApS, beh.afsnit	2	0	0,0	0
Privathospitalet Møn	6	5	83,3	1
Gynækologisk sengeafsnit	6	5	83,3	1
Gråbrødreklinikken	14	10	71,4	6
Gråbrødreklinikken, beh.afsnit	14	10	71,4	6
Privathospitalet Kollund	7	7	100,0	0
Privathospitalet Kollund, beh.afsnit	7	7	100,0	0
Privathospitalet Mølholm	40	0	0,0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	40	0	0,0	0
Aleris Privathospitaler	2	2	100,0	9
Aleris Privathospitaler Århus, beh.afsnit	0	0	.	6
Aleris privathospitaler Aalborg, beh.afsnit	2	2	100,0	3
Ciconia, Århus Privathospital	11	10	90,9	2
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	11	10	90,9	2
Viborg Privathospital	1	0	0,0	0
Viborg Privathospital, beh. afsnit	1	0	0,0	0
Teres Hospitalet Aalborg	2	0	0,0	0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR	Heraf i Duga	Komplethed, pct.	Kun i Duga
Teres Hospitalet Aalborg, sengeafsnit	1	0	0,0	0
Teres Hospitalet Aalborg, ambulant kirurgi	1	0	0,0	0

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 19

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2013 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2013. Det ses desuden, at 58 operationer var registrerede i DugaBase, men ikke i LPR. Såfremt disse 58 operationer inkluderes i både tæller og nævner bliver databasekompletheden $[(4130 + 58)/(4522 + 58)] \times 100 = 91,4 \%$. Dette er udeladt her idet LPR er vedtaget som gold standard, og ændringen i databasekomplethed (+0,1 %) er desuden ubetydelig. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 91,3 %. I Årsrapport 2012 var der også 4522 prolapsoperationer, heraf 4106 (90,8 %) i DugaBase, og databasekompletheden er således i praksis uændret i 2013.

De fleste offentlige sygehuse har over 95 % databasekomplethed. 8 sygehuse har under 95 % databasekomplethed, men kun 3 af disse har under 90 % databasekomplethed (Holbæk: 10,9 %; Bornholm: 86,2 %; Thy-Mors: 69,3 %). I Årsrapport 2012 havde 4 sygehuse med >10 patienter (Bornholm, Holbæk, Næstved, Thy/Mors) under 90 % databasekomplethed.

Der er lille variation i databasekomplethed mellem alle regionerne, undtagen Region Sjælland, hvis databasekomplethed kun er 84,9 % grundet Holbæks lavere databasekomplethed.

I Årsrapport 2012 var databasekompletheden for privathospitaler 22,5 %, mens den i 2013 er 25,6 %, dvs. stort set uændret. Kun 7 af de 13 privathospitaler med "LPR-operationer" (Aleris-Hamlet betegnet som ét hospital på trods af forskellige geografiske placeringer) har registreret nogle af disse i DugaBase (Aleris-Hamlet, Center for Rygkirurgi A/S, Privathospitalet Møn, Gråbrødreklinikken, Privathospitalet Kollund, Aleris Privathospitaler, Ciconia). Disse 7 privathospitaler har en databasekomplethed fra 14,9 % til 100,0 %, dvs. der ses en stor variation. I LPR udgør operationer på privathospitaler 4,7 %, mens de i DugaBase udgør 1,3 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 19 øges databasekompletheden fra 91,3 % til 94,5 % (altså en stigning på 3,1 procentpoint), og såfremt alle privathospitalernes 211 operationer i LPR også registreres i DugaBase øges databasekompletheden til 94,8 % (altså en stigning på 3,5 procentpoint). Med den meget høje databasekomplethed for offentlige sygehuse bidrager privathospitalerne således med godt en tredjedel af de 8,7 %, som udgør differencen mellem den aktuelle databasekomplethed på 91,3 % og de ideelle 100%.

Tabel 19 viser antal registrerede operationer. De 4522 operationer i LPR er fordelt på 4452 patienter, heraf 4384 (98,5 %) med 1 operation, 66 (1,5 %) med 2 operationer og 2 med 3 operationer. De 4188 operationer i DugaBase (idet vi inkluderer de 58 operationer, som ikke var registrerede i LPR) er fordelt på 4137 patienter, heraf 4088 (98,8 %) med 1 operation, 47 (1,1 %) med 2 operationer og 2 med 3 operationer.

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

Datakomplethed for udvalgte variable

Udover databasekompletheden er kompletheden af de registrerede data på det enkelte patientforløb (datakompletheden) af stor betydning for validiteten af resultaterne. Til illustration af datakompletheden er det i Tabel 20 angivet, om der for nøglevariable, herunder de som anvendes til indikatorberegning, er oplysninger eller ej.

Tabel 20- Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2012 og 2013

Ref. ^b	Beskrivelse	2012			2013		
		I alt ^a	Oplyst		I alt ^a	Oplyst	
		Antal	Antal	Pct.	Antal	Antal	Pct.
03	Patientoplysninger om oplevelse af urin inkontinens - hos de patienter, der har gennemgået efterundersøgelse og som er opereret for inkontinens	1086	998	91,8	893	885	99,1
06	Oplysning om nedsynkningsgrad (prolapsgrad) - hos patienter, der er opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2570	1441	56,0	2318	1335	57,5
07	Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	3268	2779	85,0	3214	3173	98,7
09	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	864	766	88,6	665	610	91,7
10	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2570	2255	87,7	2318	2167	93,4
Alko	Alkoholoplysninger- hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	5744	3400	59,1	5559	2331	41,9
Ryge	Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	5744	4305	74,9	5559	4633	83,3

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

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 20

De viste variables komplethed varierer fra 41,9 % til 99,1 %.

I forhold til 2012 er datakompletheden større for indikator 3 (odds ratio [95% konfidensinterval] 9,8 [4,7-23,4]), indikator 7 (13,6 [9,8-19,3]), indikator 9 (1,4 [1,0-2,1]), indikator 10 (2,0 [1,6-2,5]) og rygeoplysninger (1,7 [1,5-1,8]), den er uændret for indikator 6 (1,06 [0,95-1,19]), mens den er mindre for alkoholoplysninger (0,50 [0,46-0,54]).

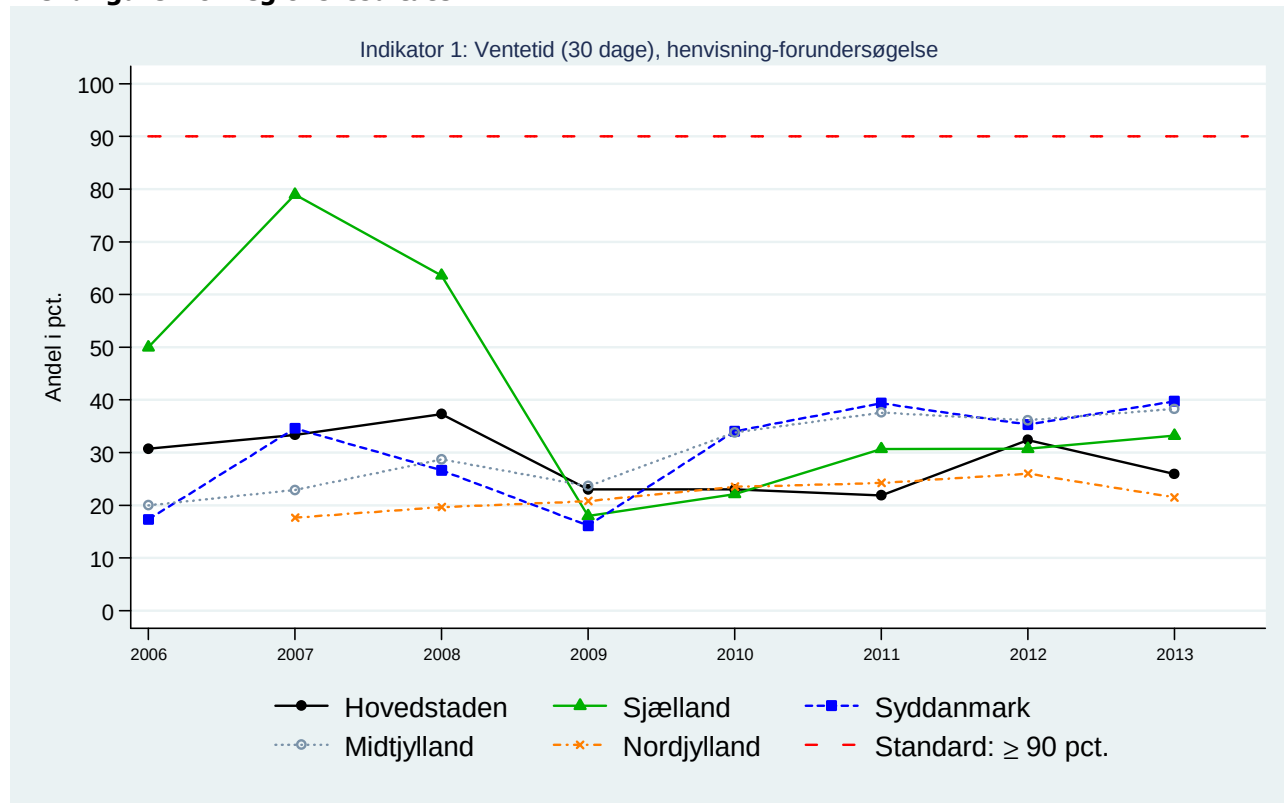
Det konkluderes forsigtigt, at såfremt de her beskrevne variable er repræsentative for datakompletheden af alle DugaBases variable er datakompletheden forbedret i 2013 sammenlignet med 2012. Af en eller anden grund udgør alkoholoplysninger en markant undtagelse fra dette. Der er dog andre opgørelser, som indikerer, at datakompletheden ikke er forbedret i forhold til 2012 (Figur B3, Tabel B7).

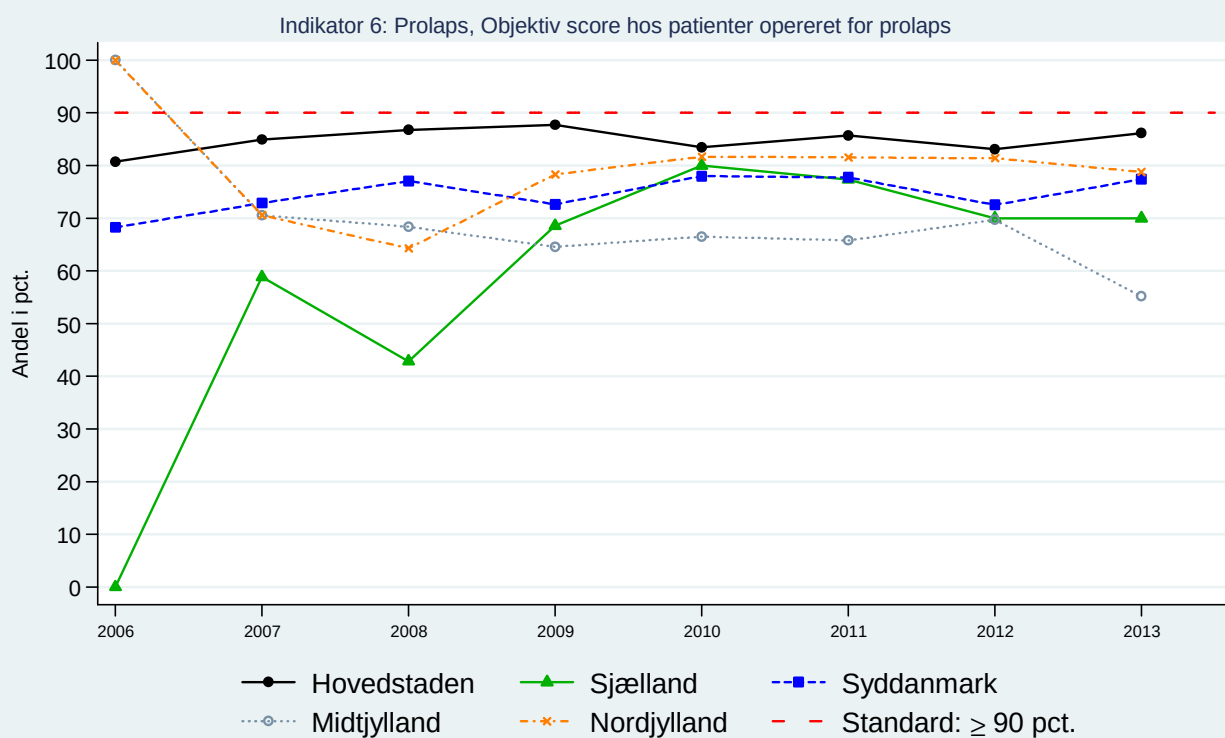
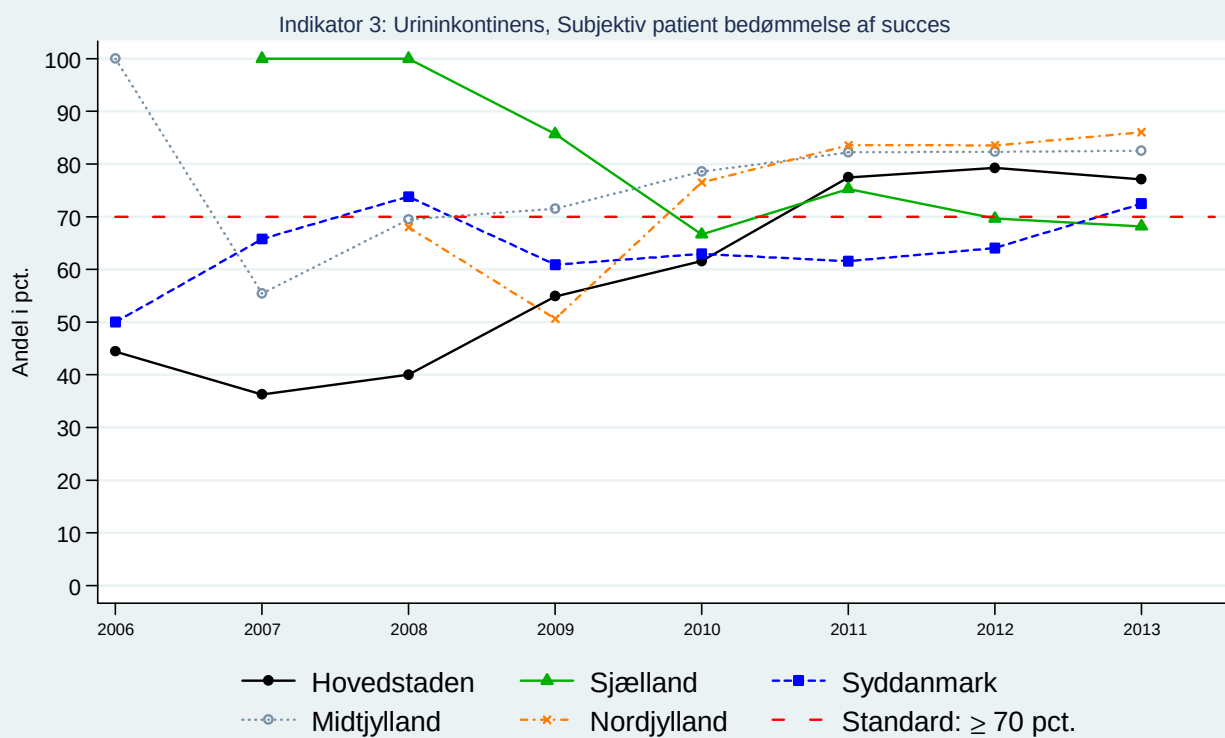
7 Styregruppens medlemmer

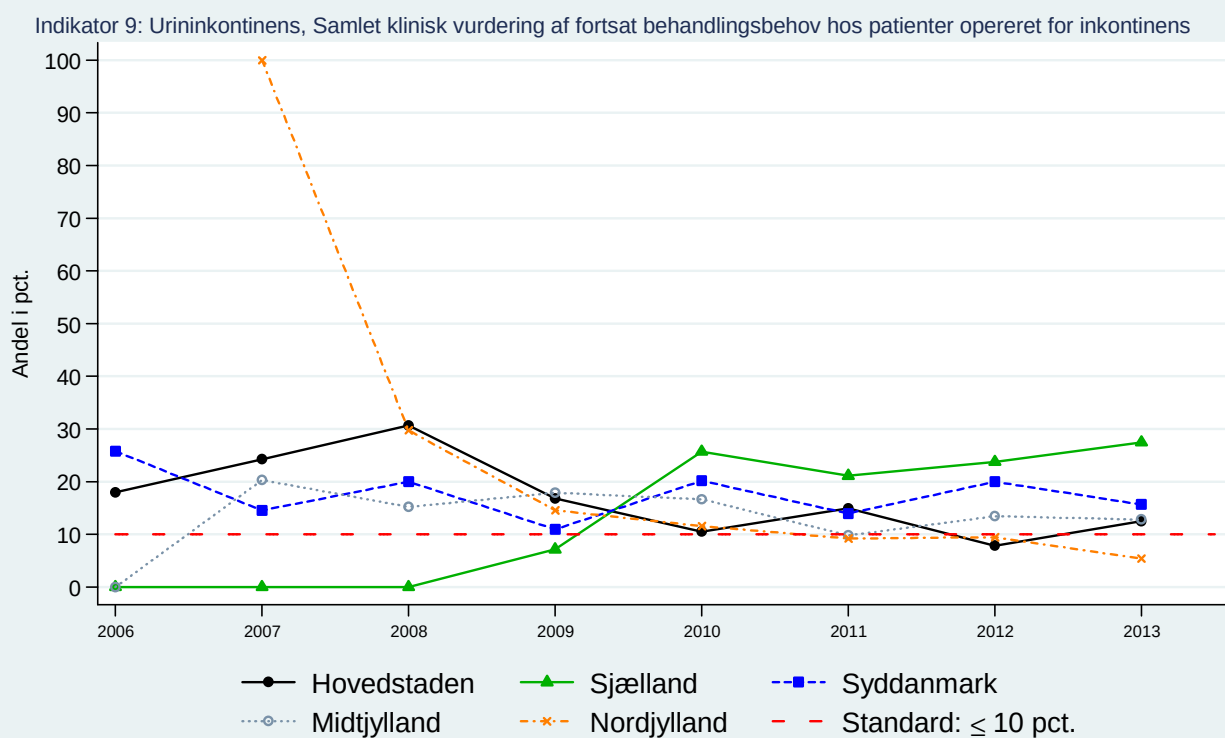
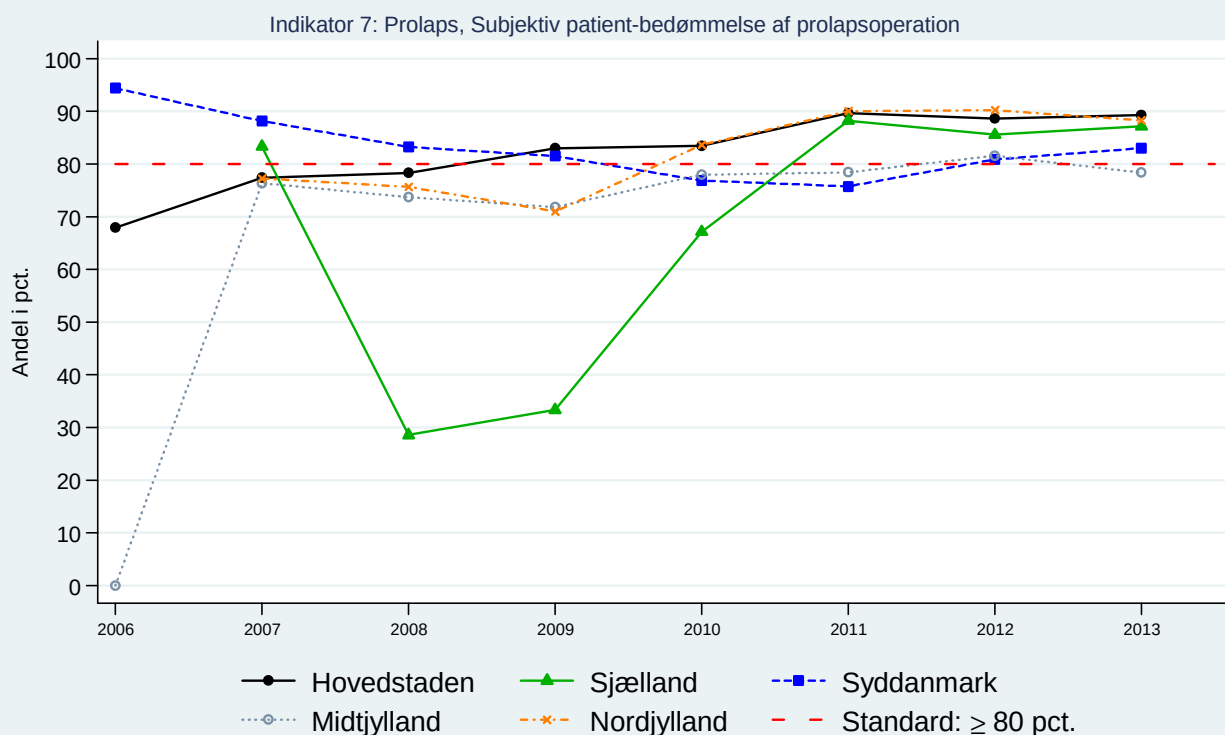
Formandskab	Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, Herlev Hospital
Øvrige medlemmer	Overlæge, ph.d. Karl Møller Bek, Aarhus Universitetshospital
	Overlæge Ulla Darling Hansen, Odense Universitetshospital (projektleder september 2013-januar 2014)
	Overlæge Ulla R. Hviid, Herlev Hospital
	Projektleder: Overlæge, adj. lektor, ph.d. Ulrik Schiøler Kesmodel, Aarhus Universitetshospital og Institut for Klinisk Medicin, Aarhus Universitet (til og med august 2013)
	Projektleder: Læge, ph.d. Rikke Guldberg Sørensen, Sygehus Lillebælt (fra og med februar 2014)
	Sekretær Malene K. Larsen, DugaBase sekretariatet, Aarhus Universitetshospital (til og med september 2013)
	Sekretær Line Thorn, DugaBase sekretariatet, Odense Universitetshospital (fra og med oktober 2013)
	Overlæge Lisbeth Mørup, Aarhus Universitetshospital/Aalborg, afsnit Nord
	Overlæge, forskningslektor, dr. med. Helga Gimbel, Nykøbing Falster Sygehus (fra september 2013)
	Overlæge, ph.d. Lasse Raaberg, Gråbrødreklinikken, Odense, repræsentant for privatklinikker
Epidemiolog	Senior dyrlæge, ph.d. Kim Oren Gradel, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)
Dataansvarlig myndighed	Afdelingschef Mads C. Haugaard, Sundhedsstaben, Repræsentant fra Region Syddanmark
Kontaktperson	Akademisk Datamanager, cand.oecon. Jesper Kjær Hansen, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)
Datamanagement	Akademisk Datamanager, cand.pharm, ph.d. Michael Due Larsen, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)

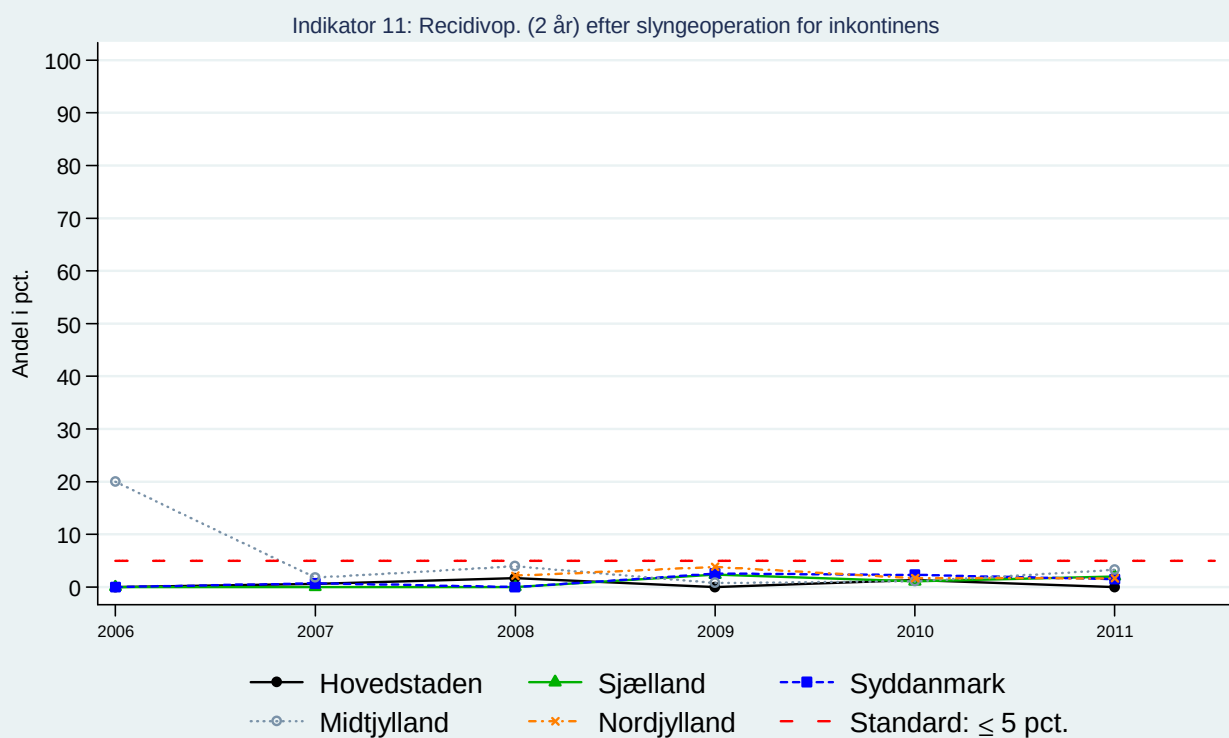
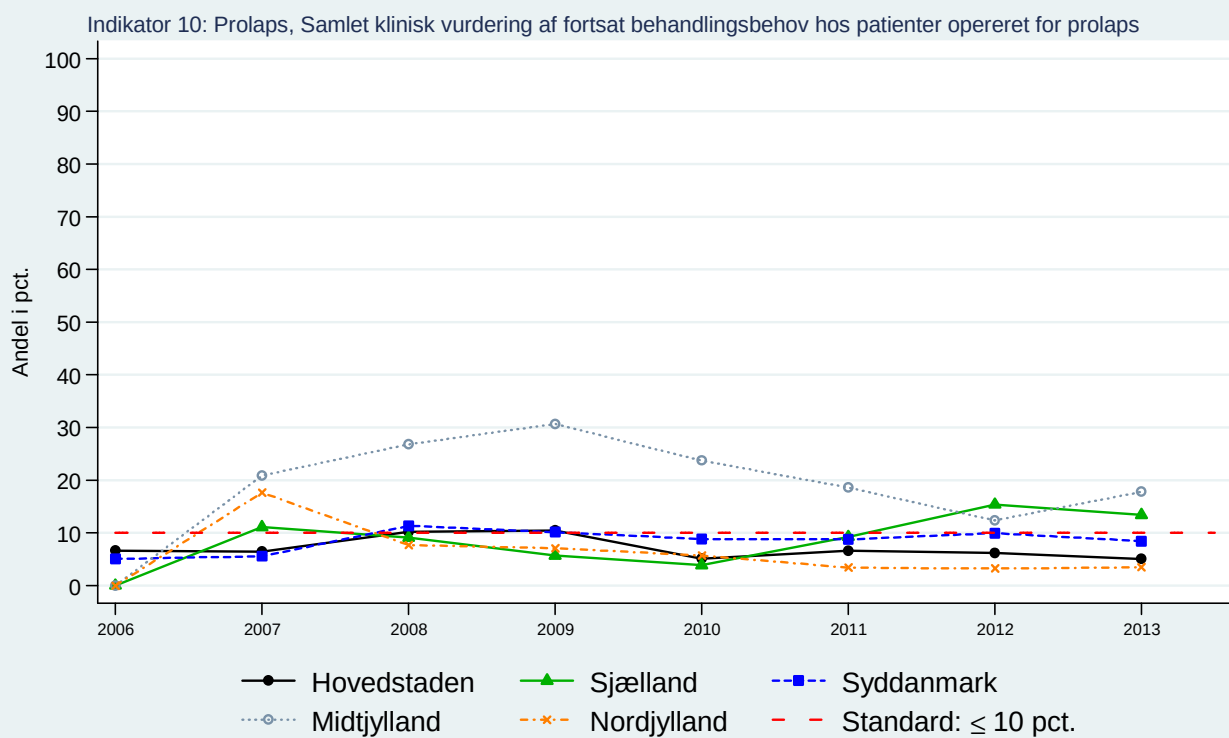
Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

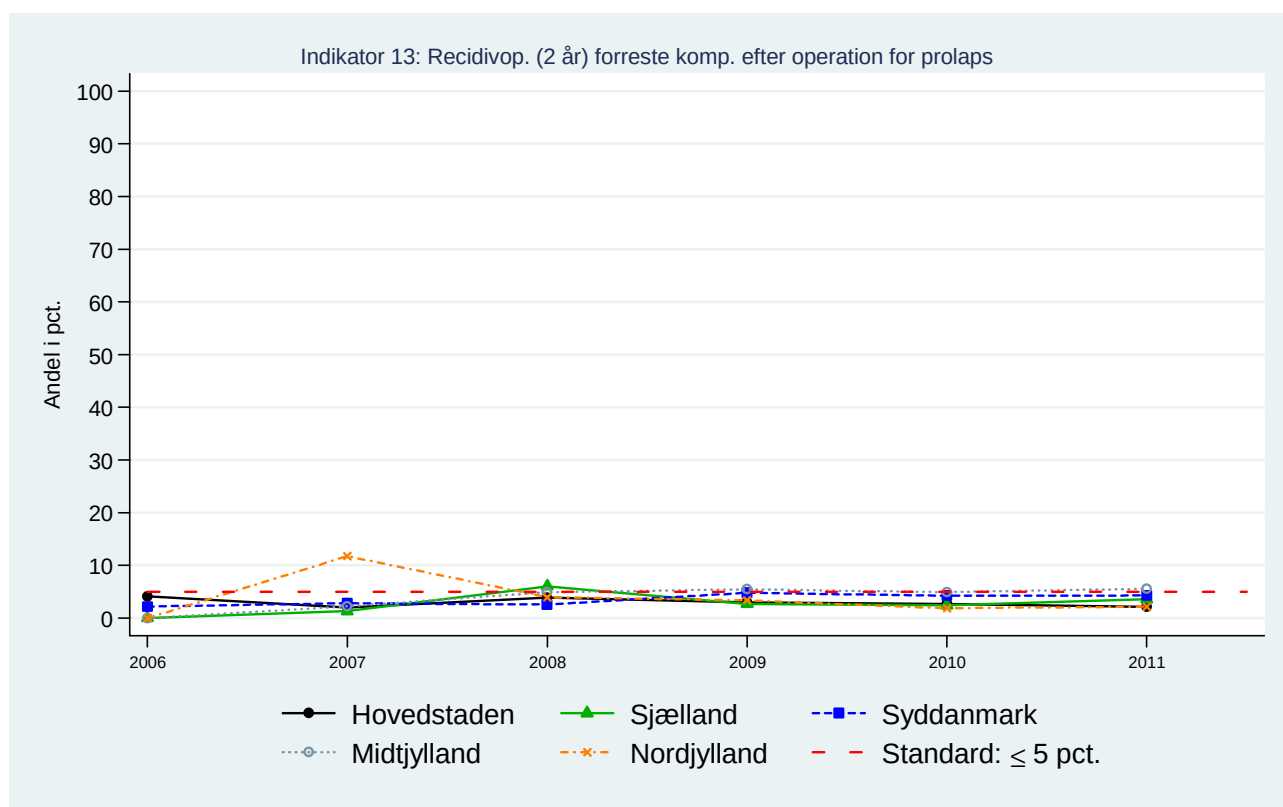
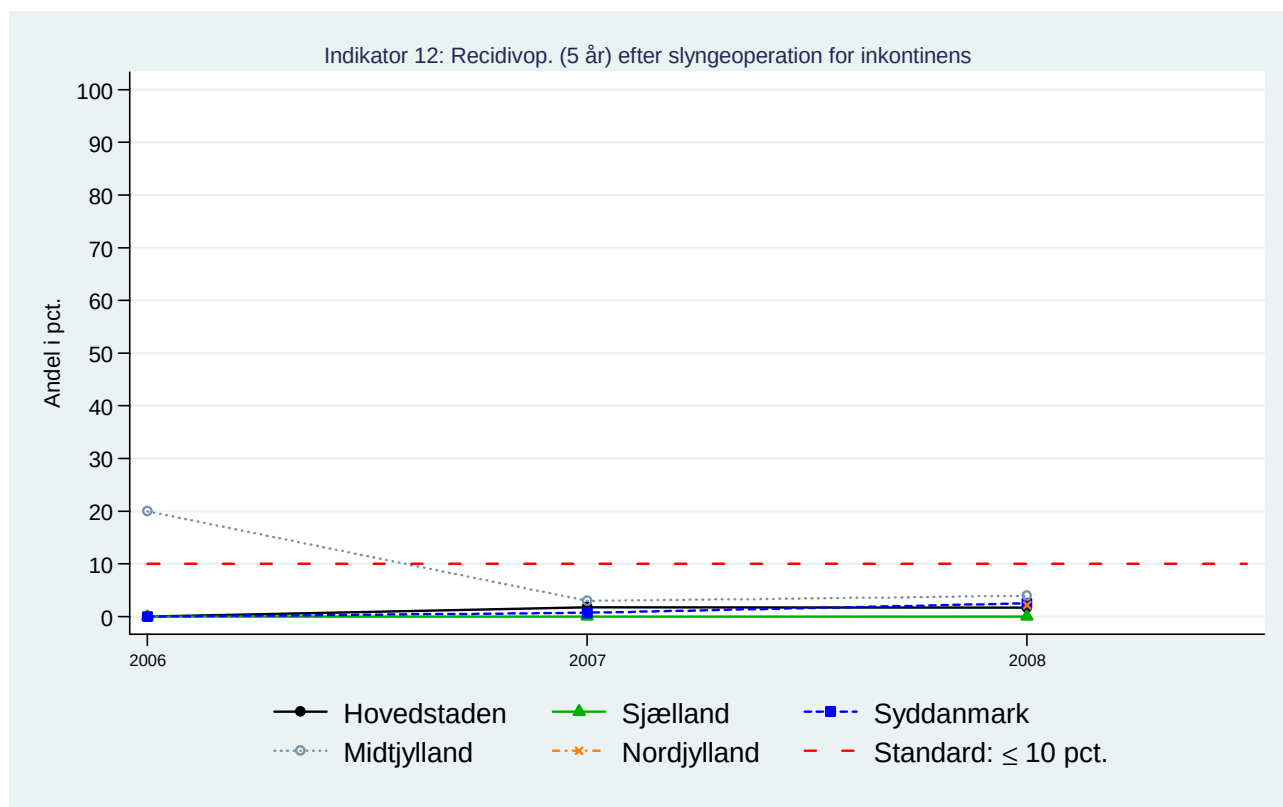
Trendfigurer for regionsresultater

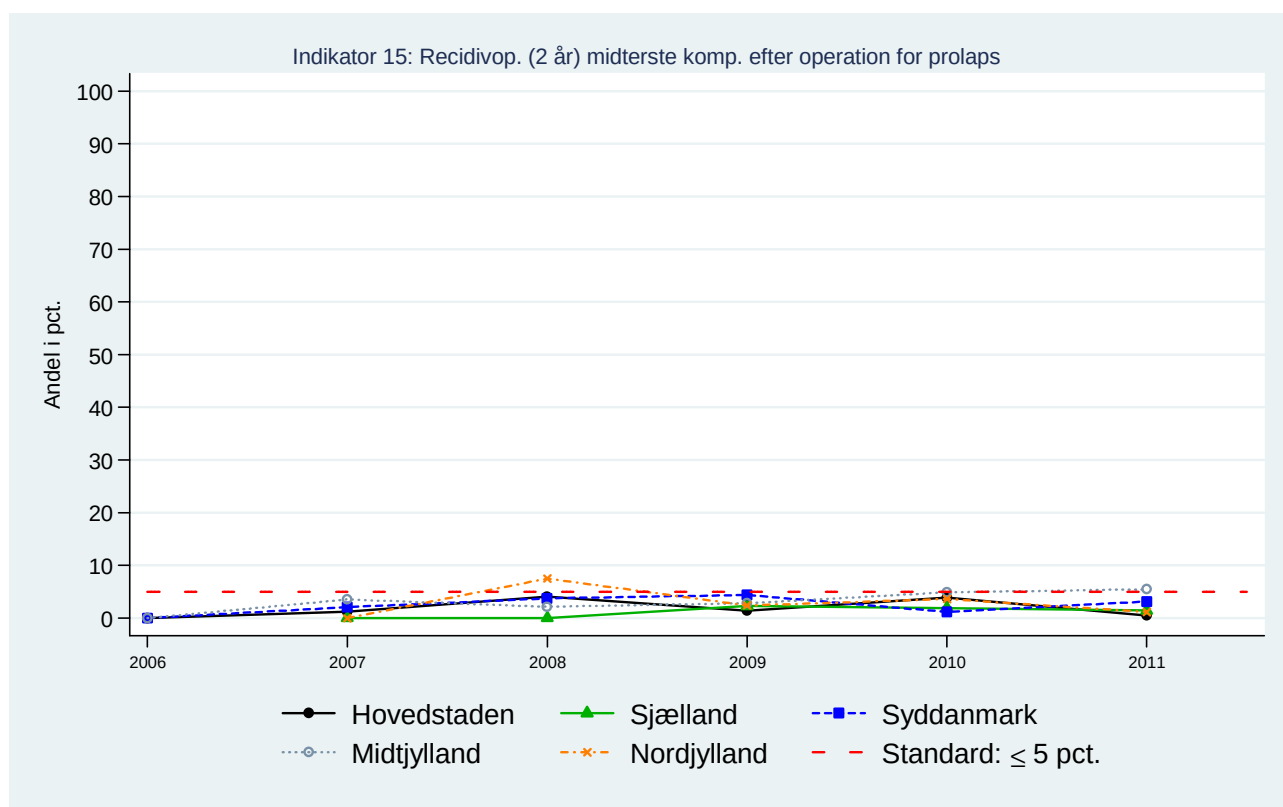
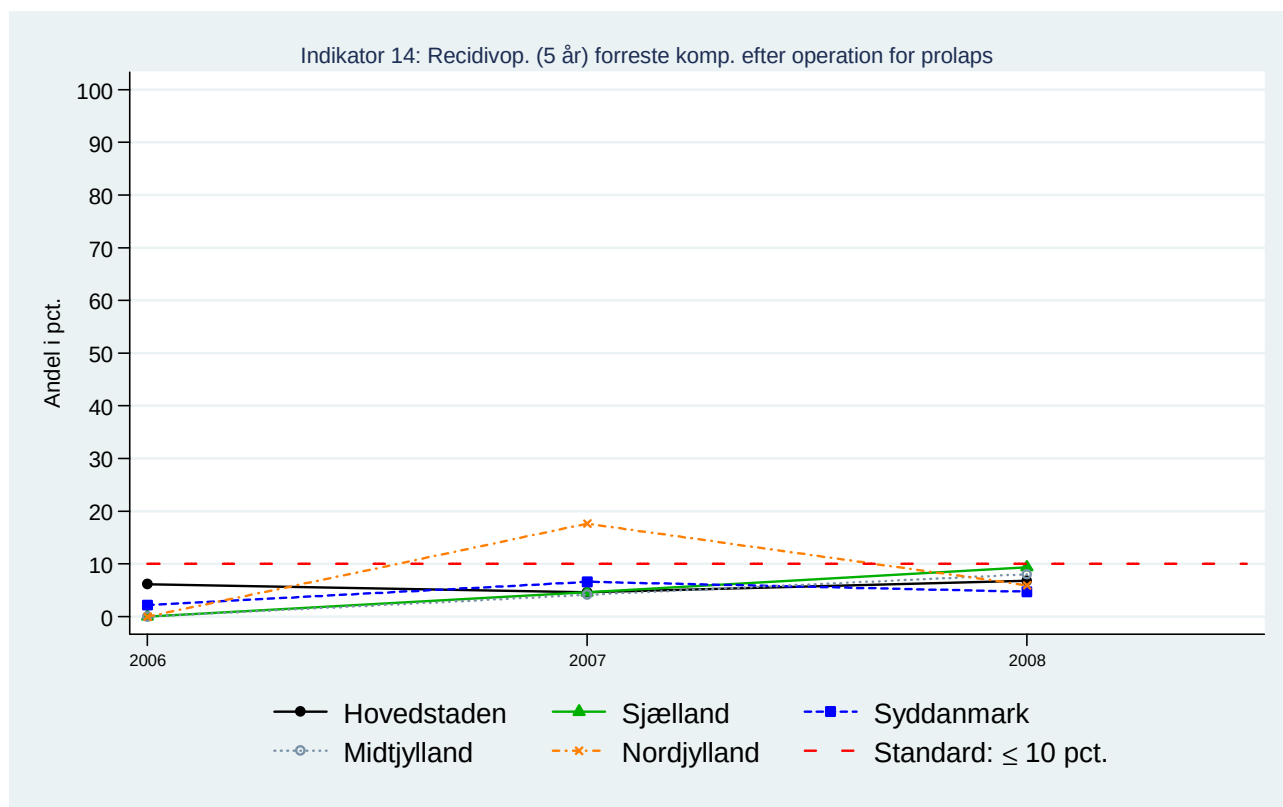


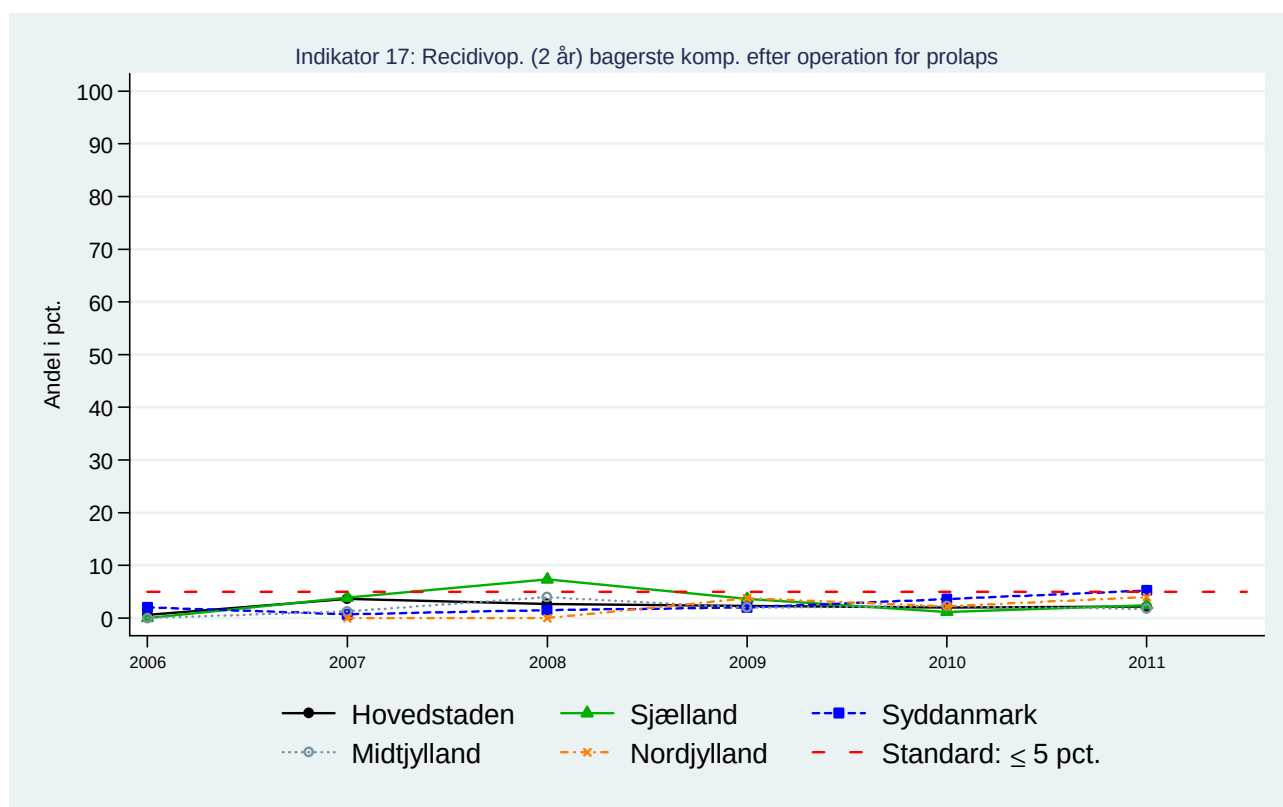
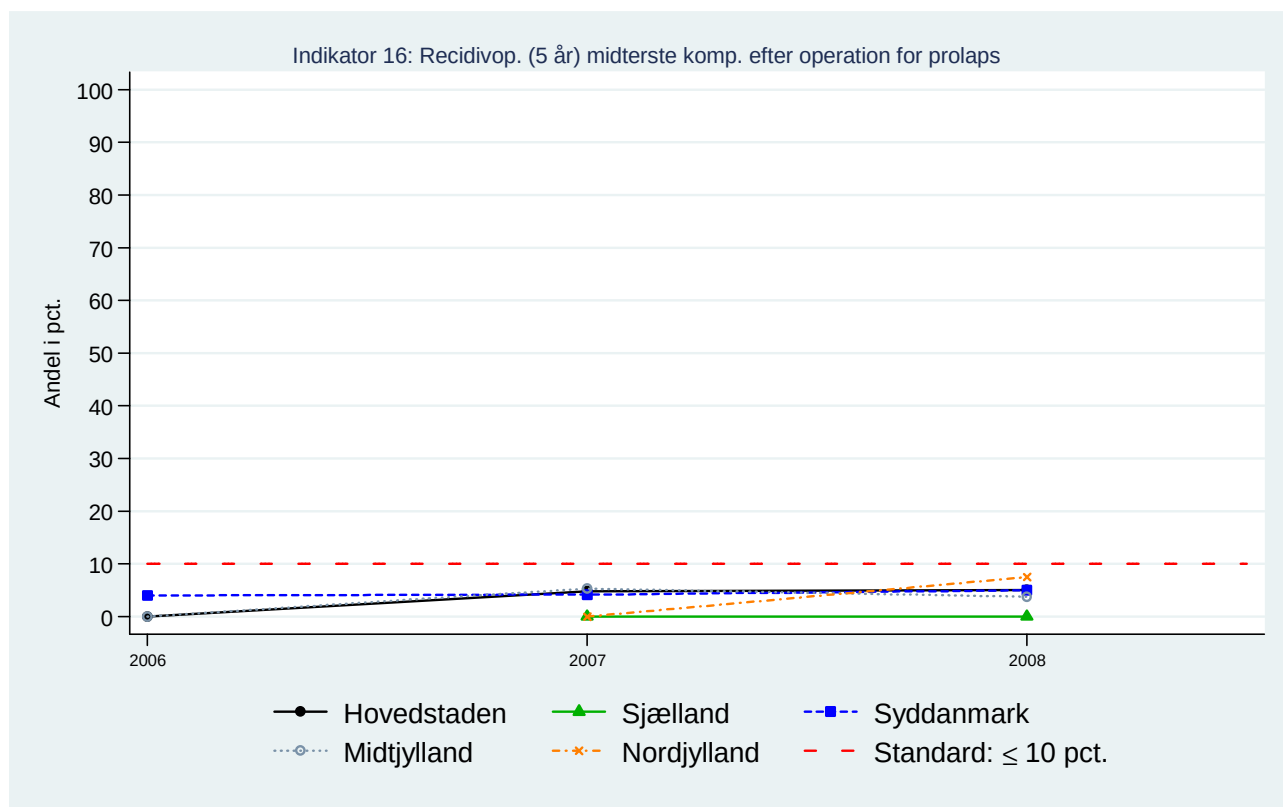


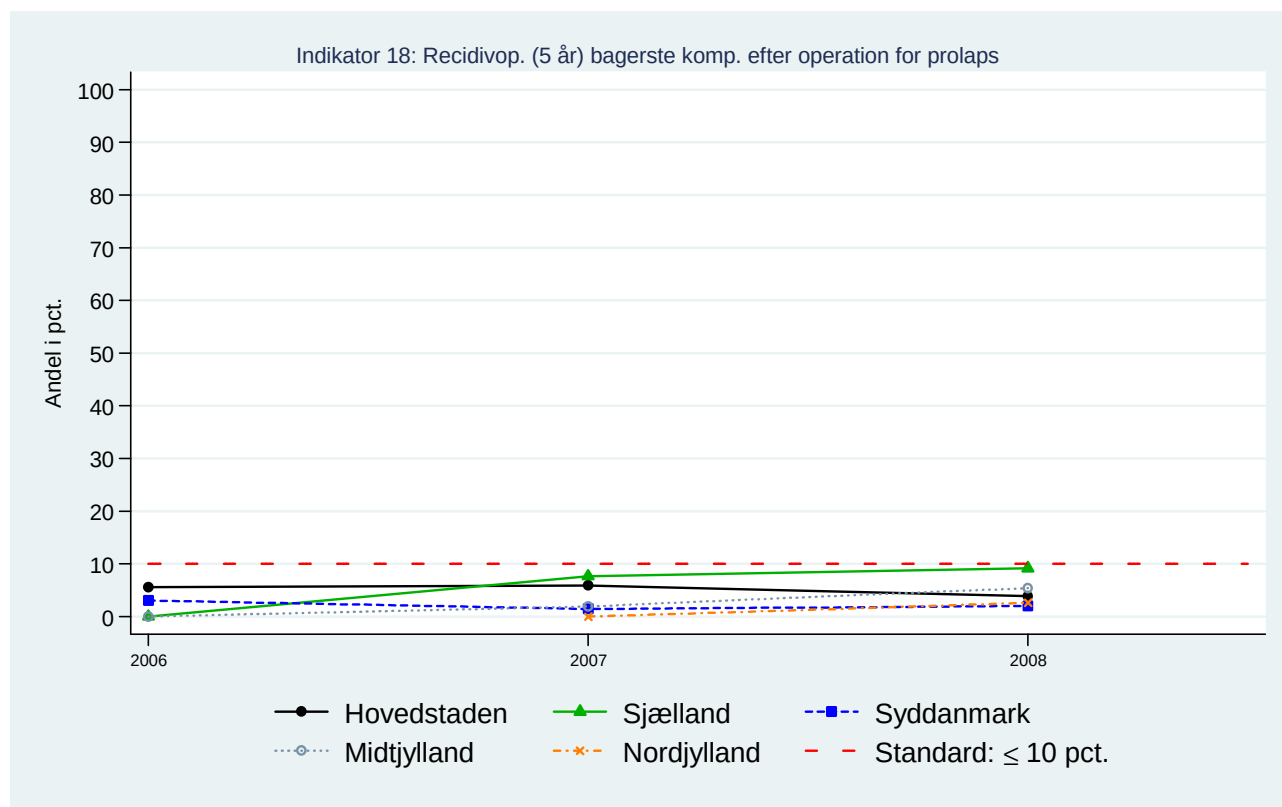




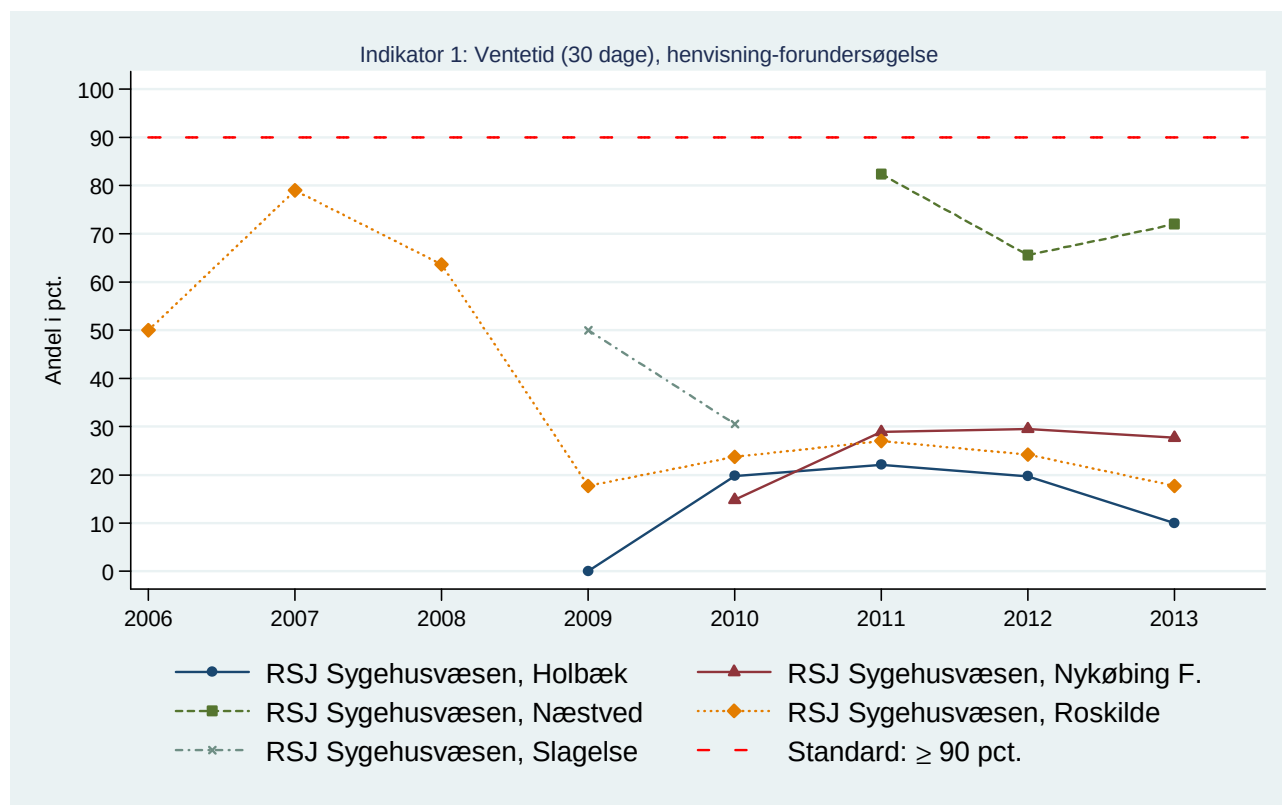
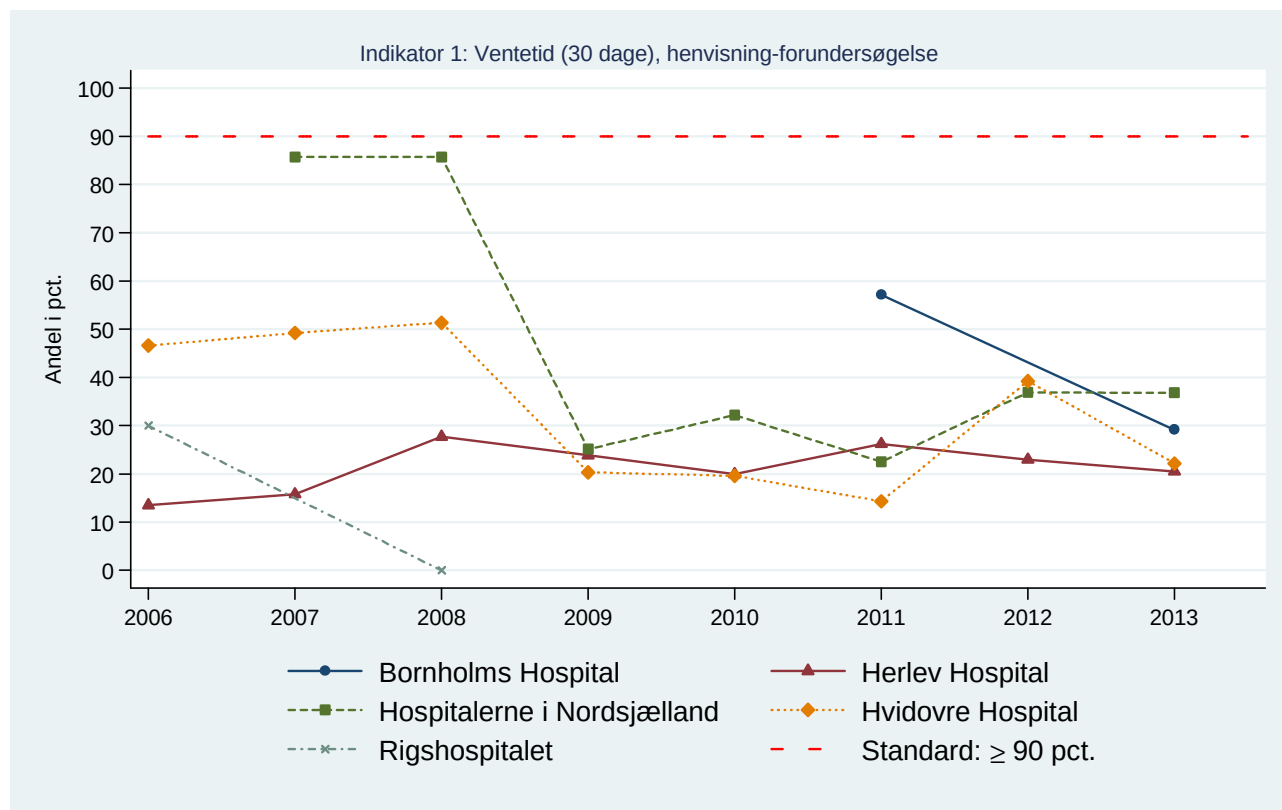


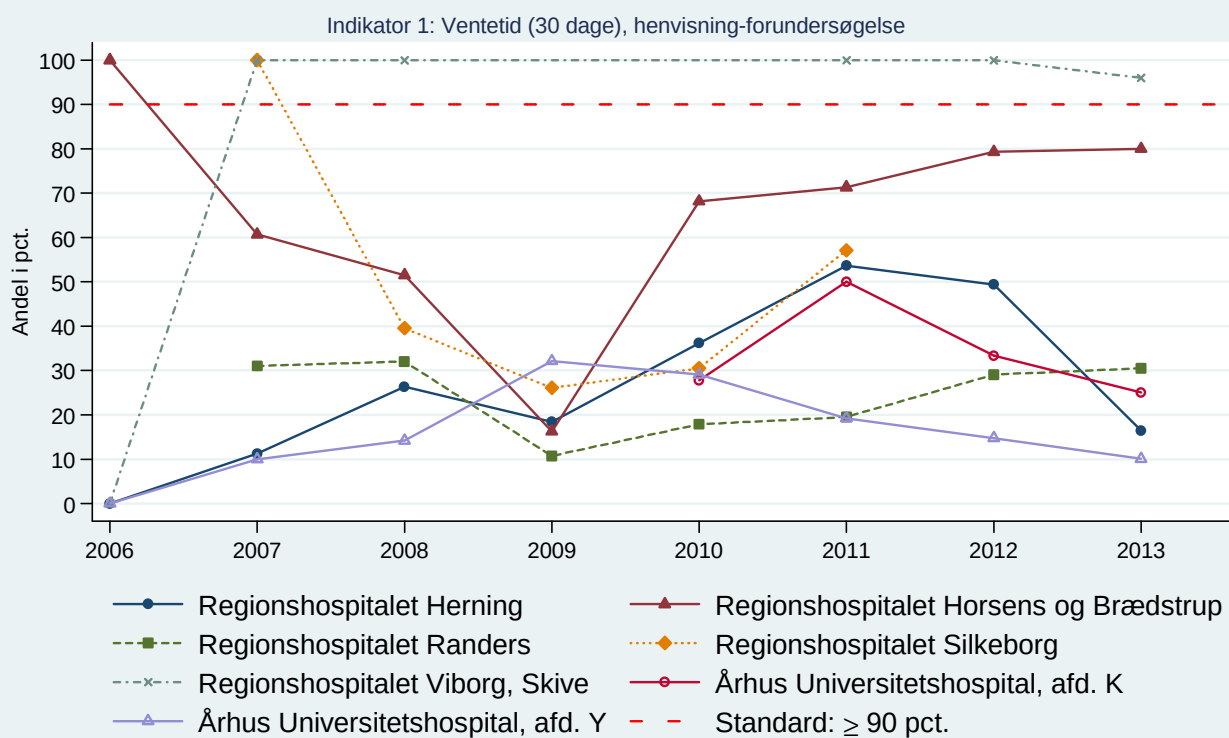
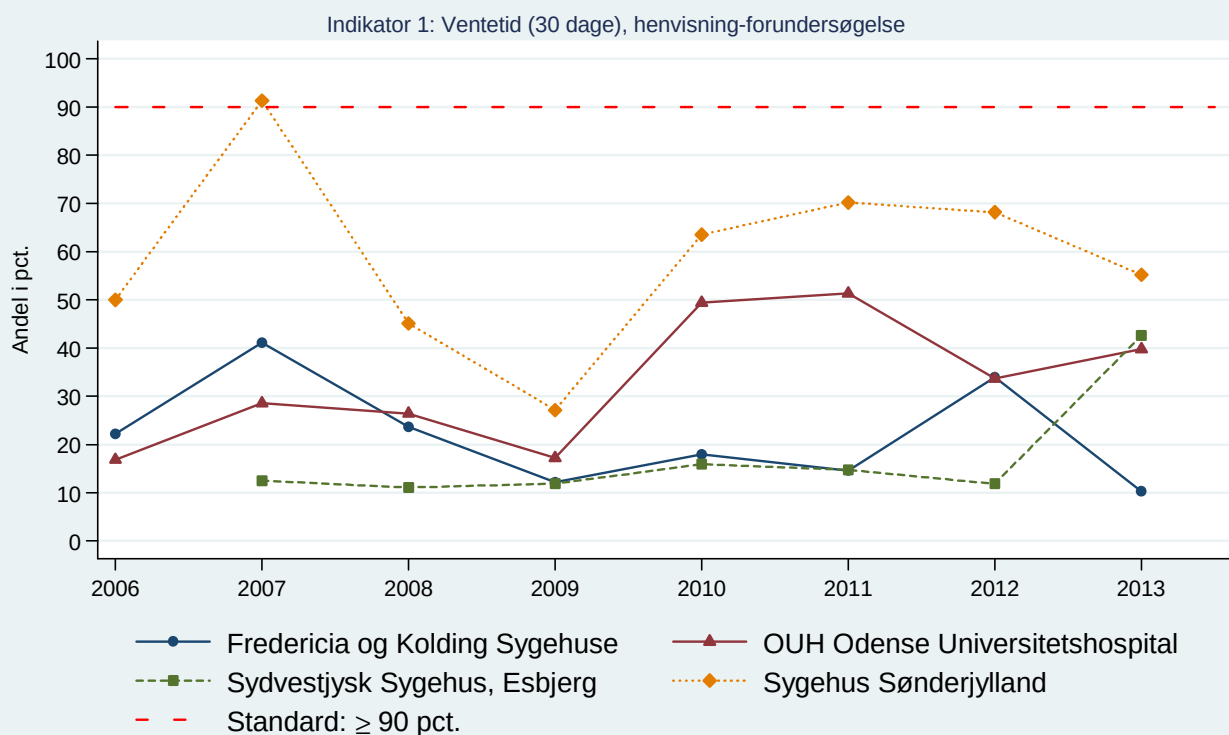


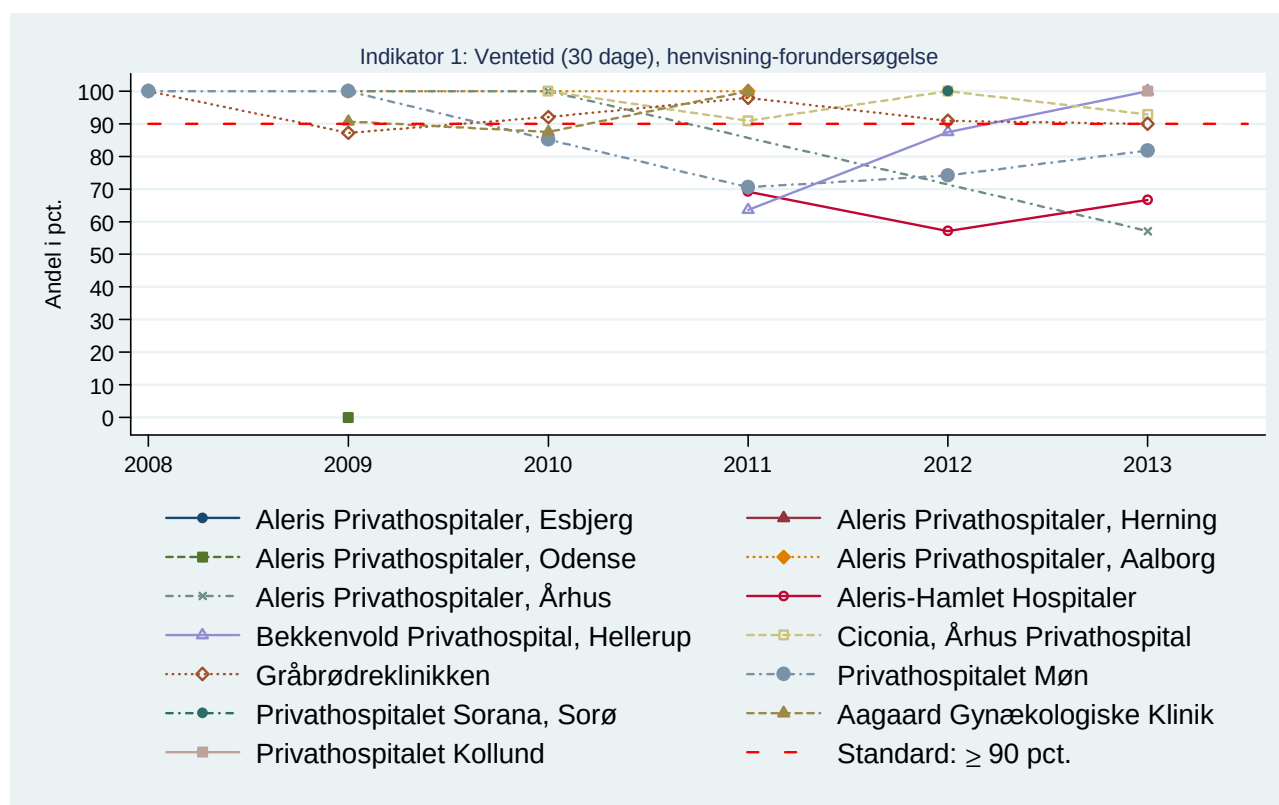
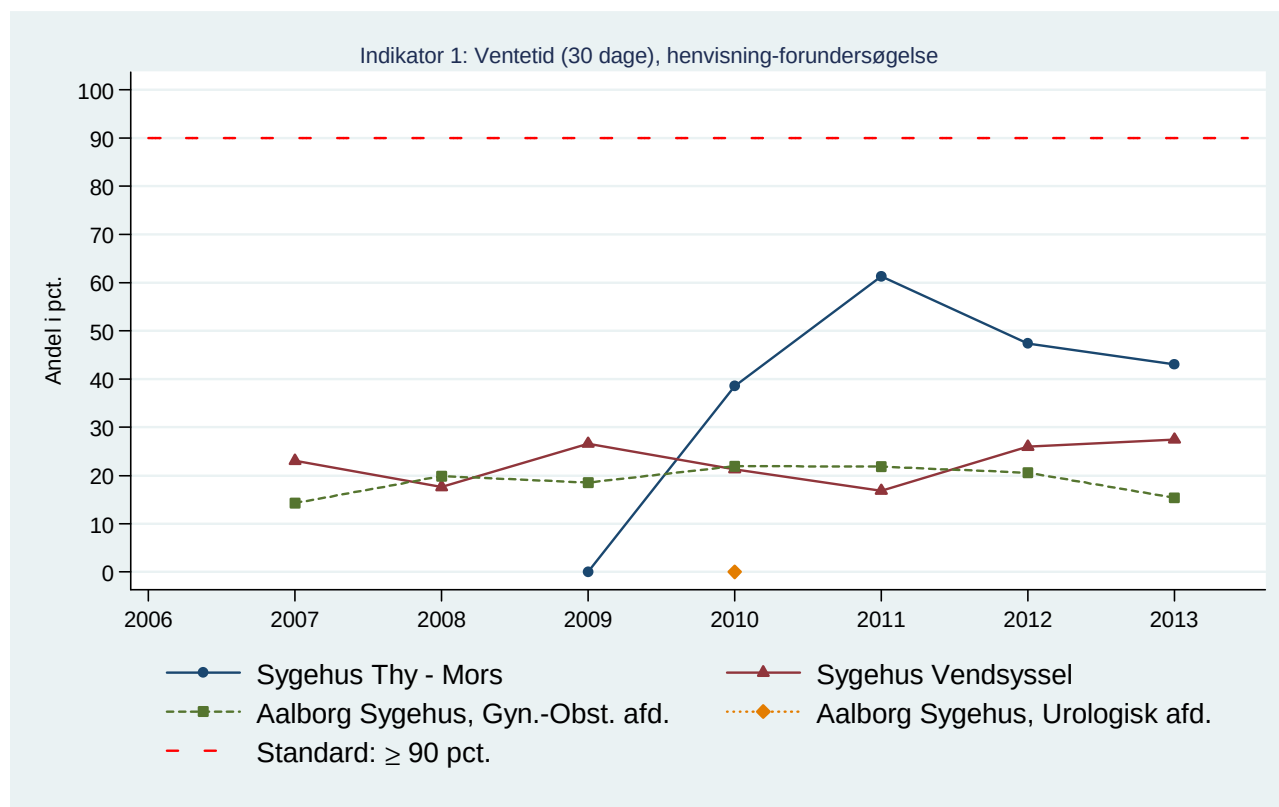


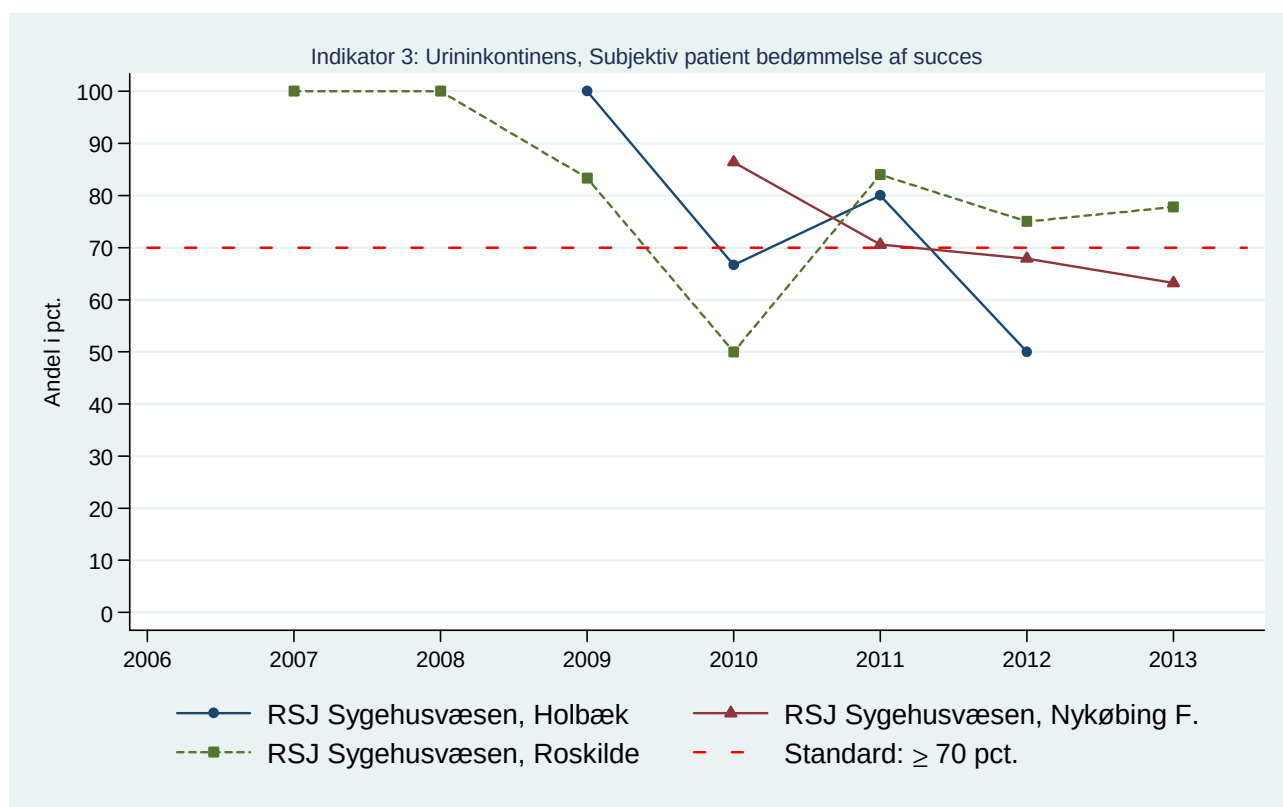
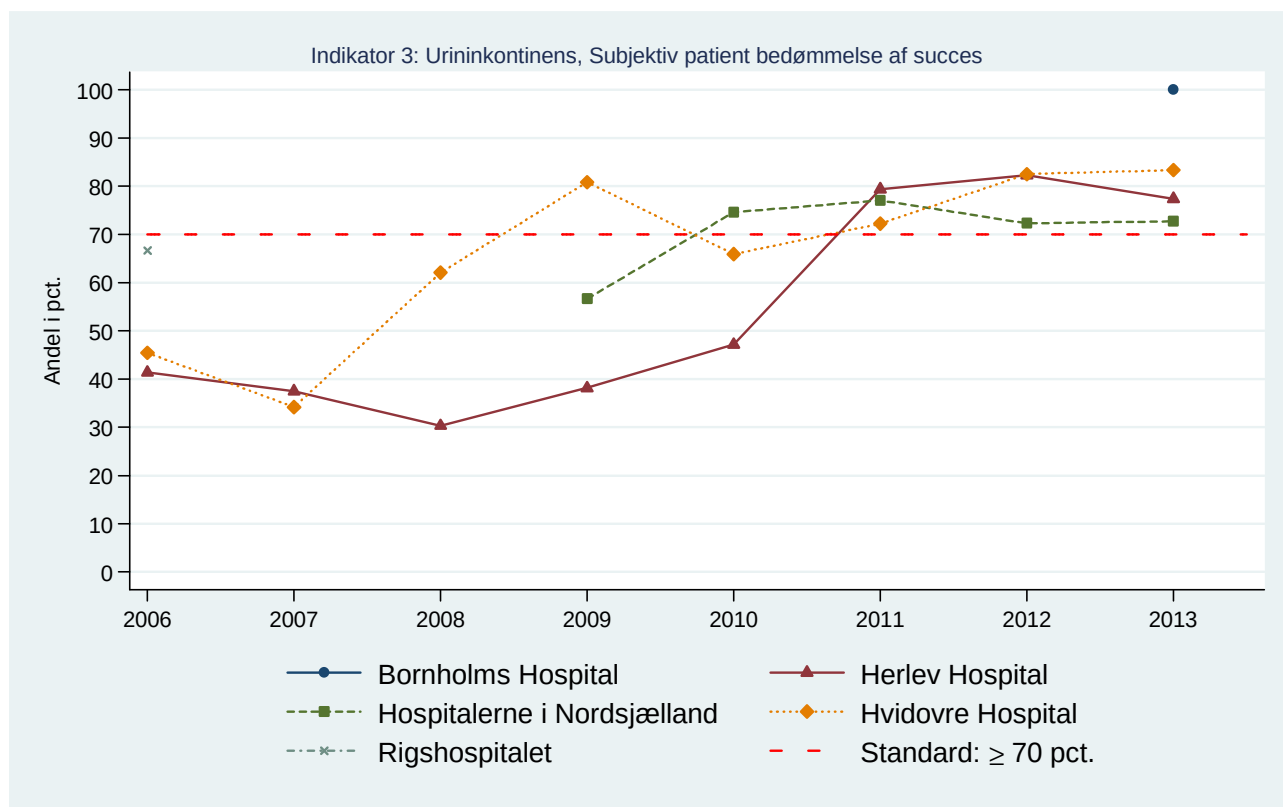


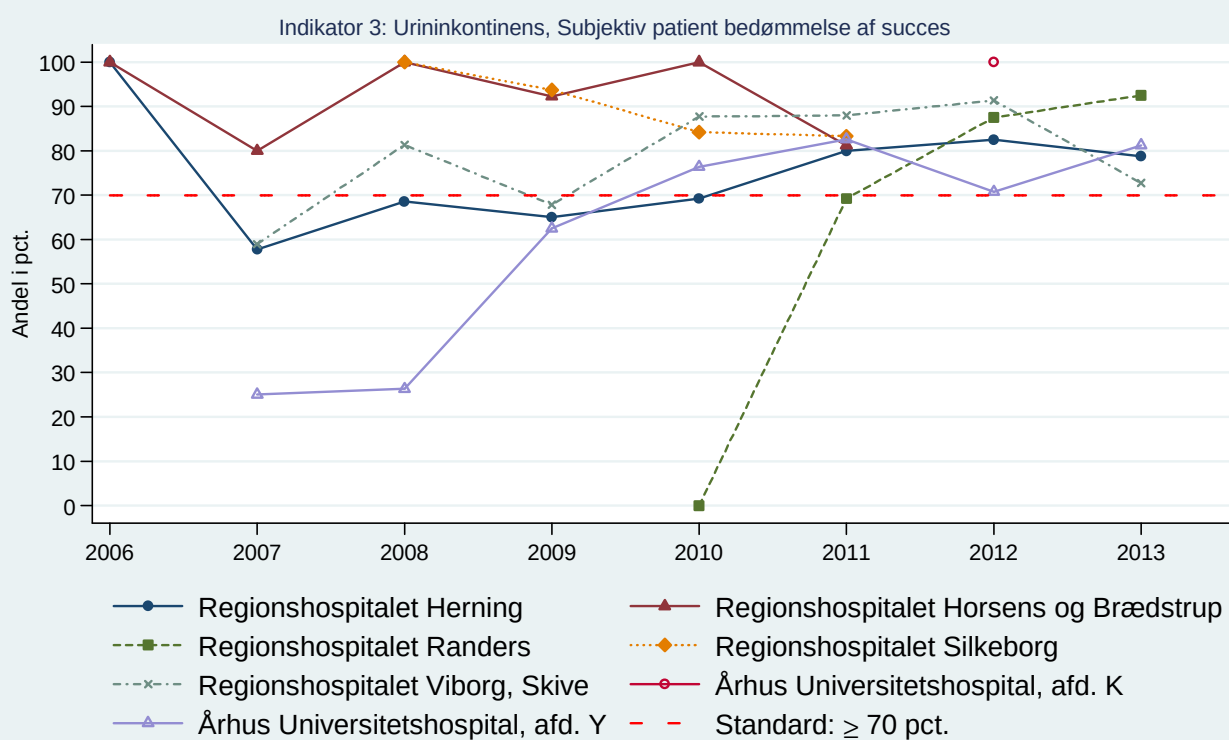
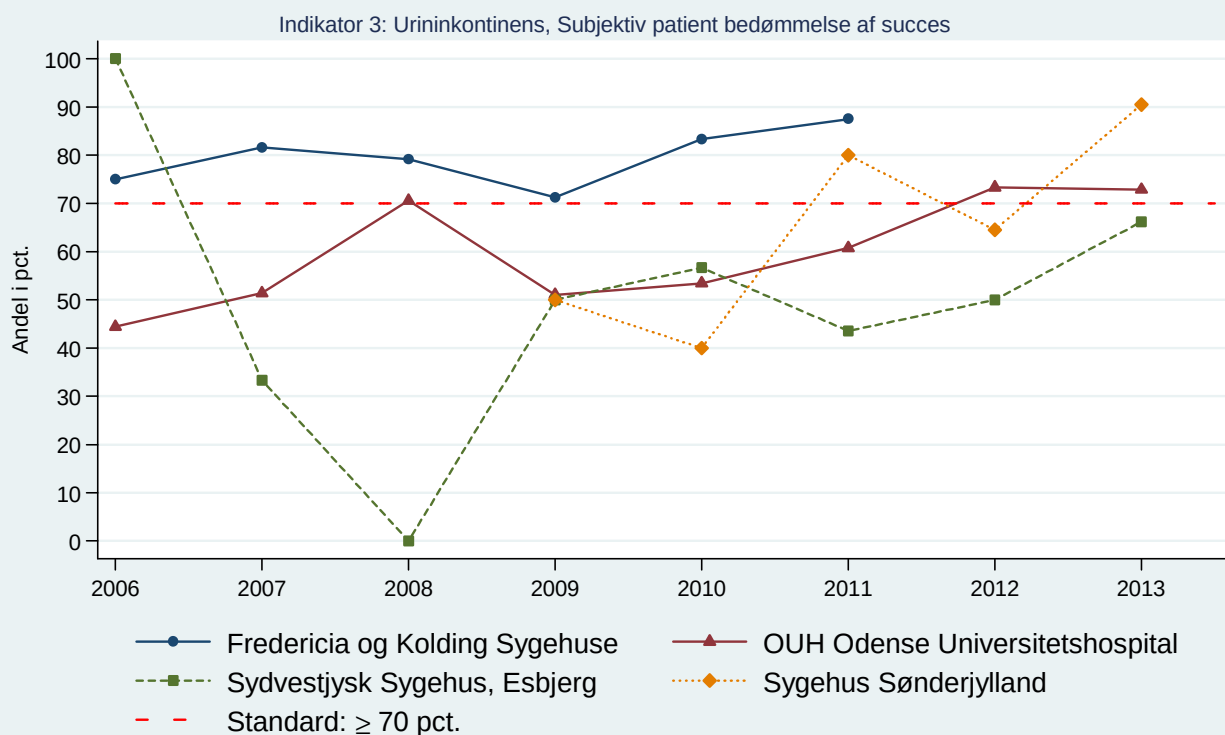
Trendfigurer pr. indikator og afdeling

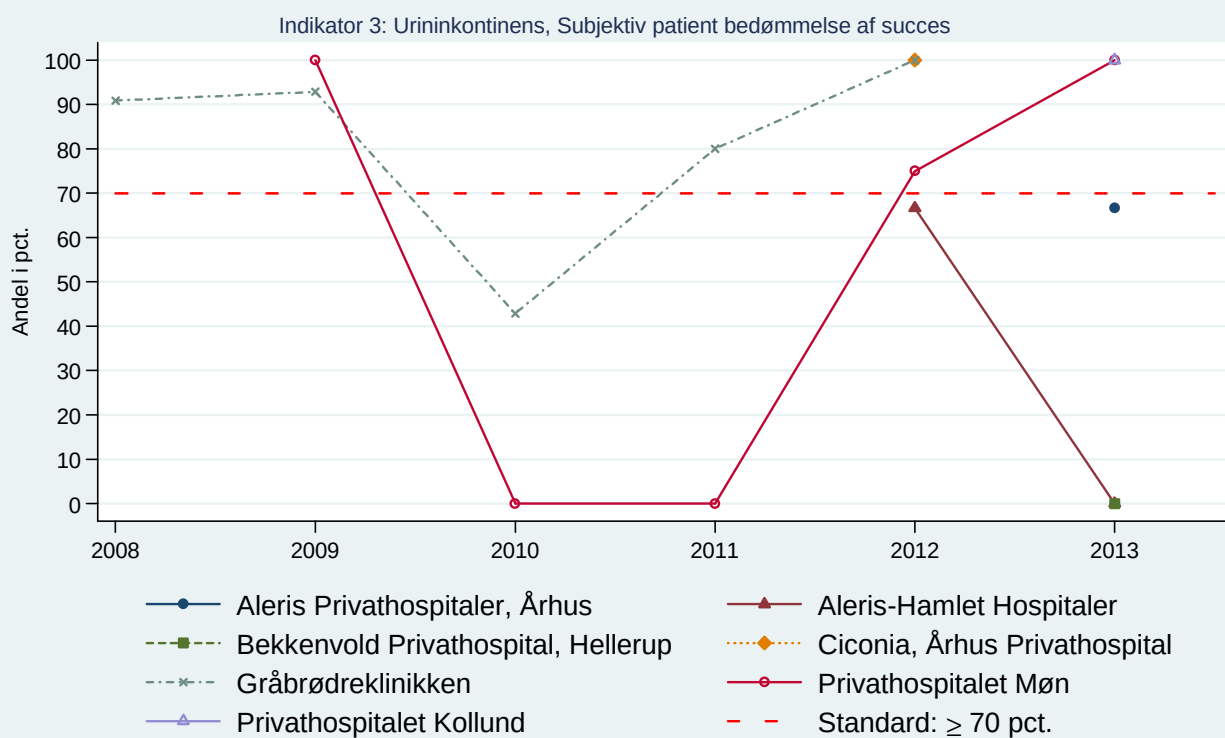
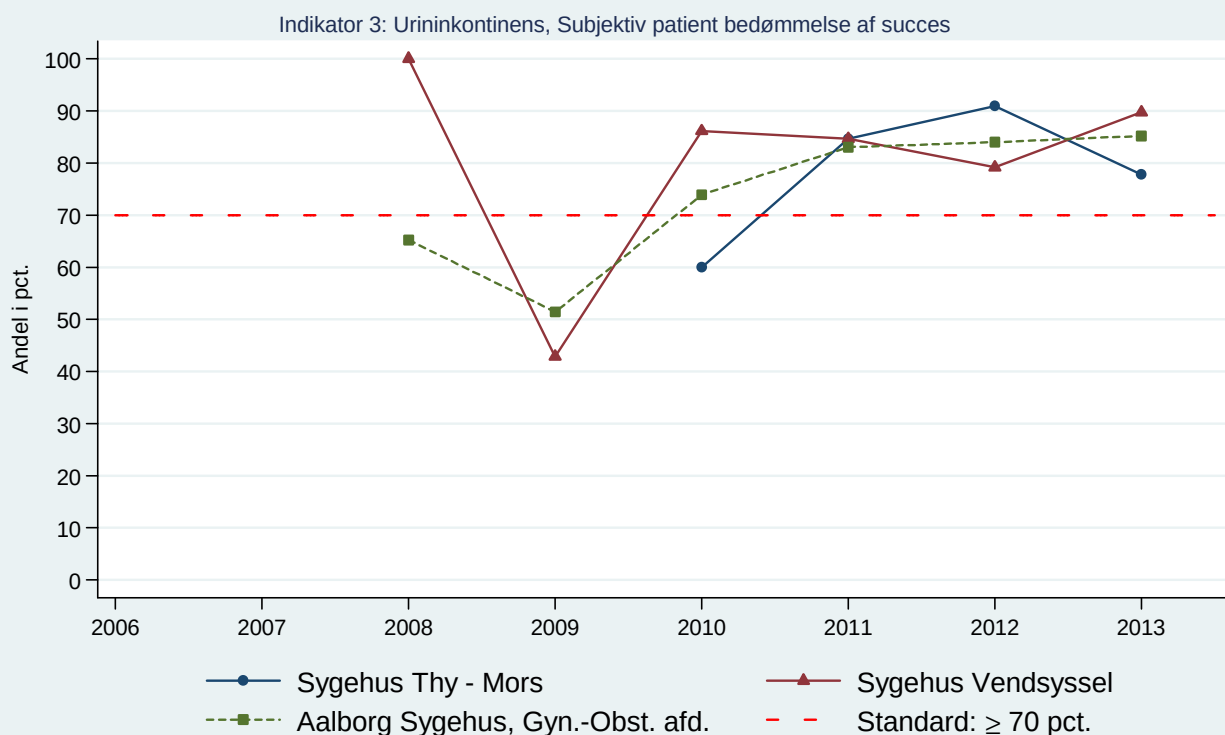


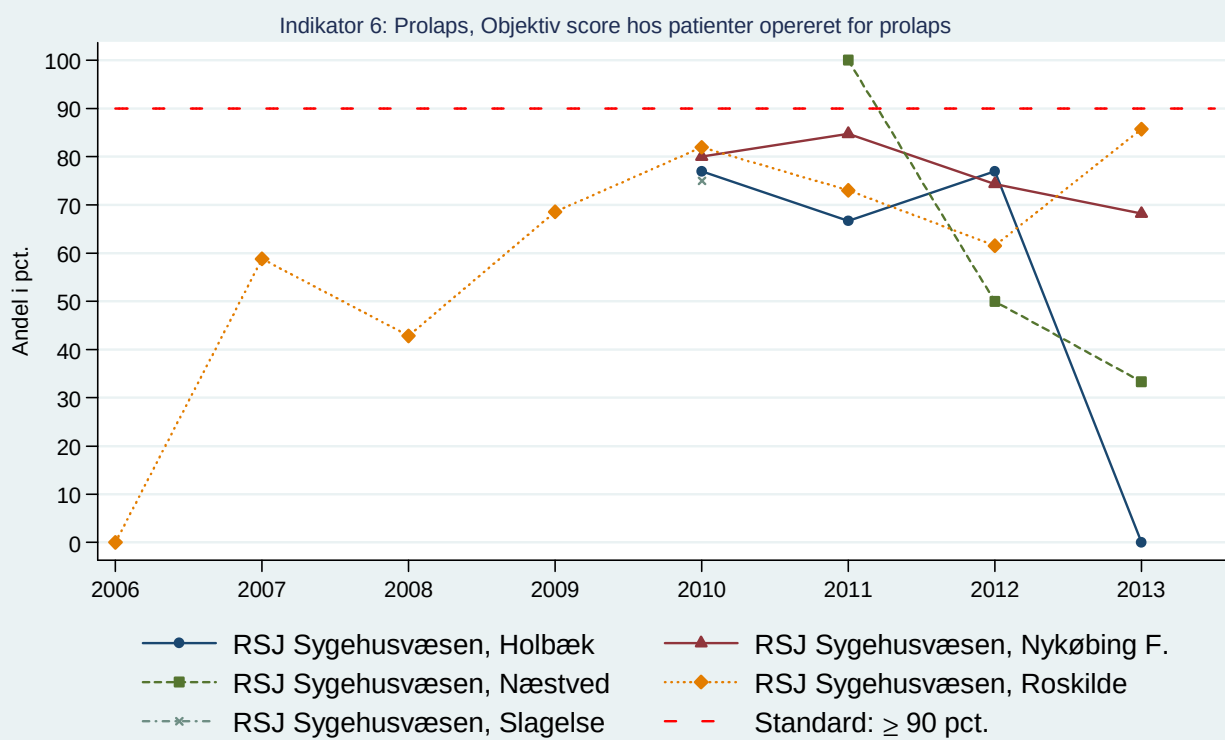
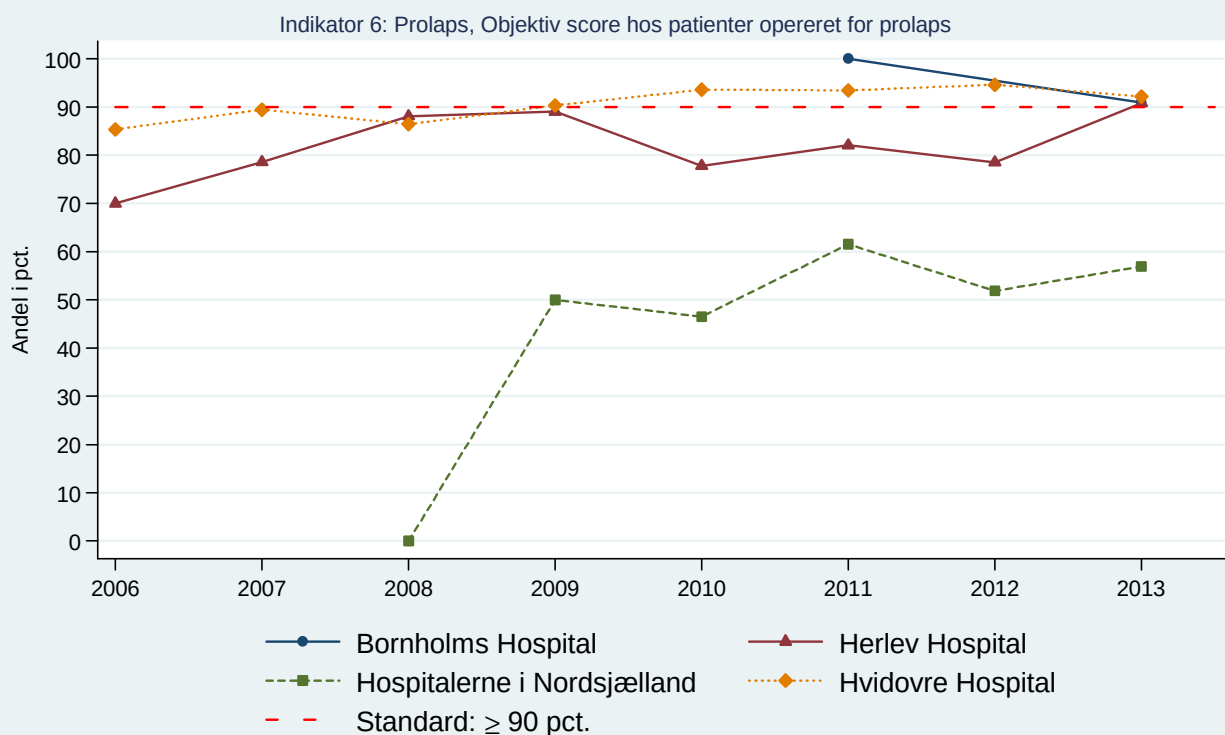


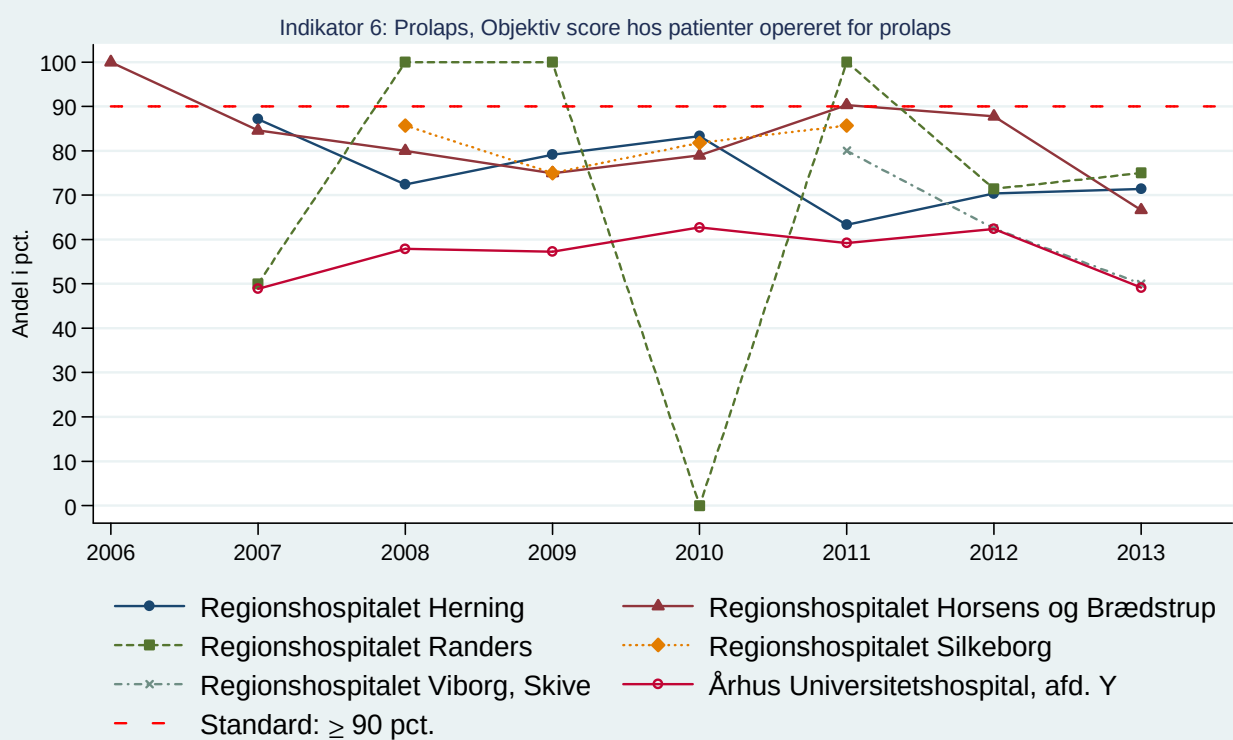
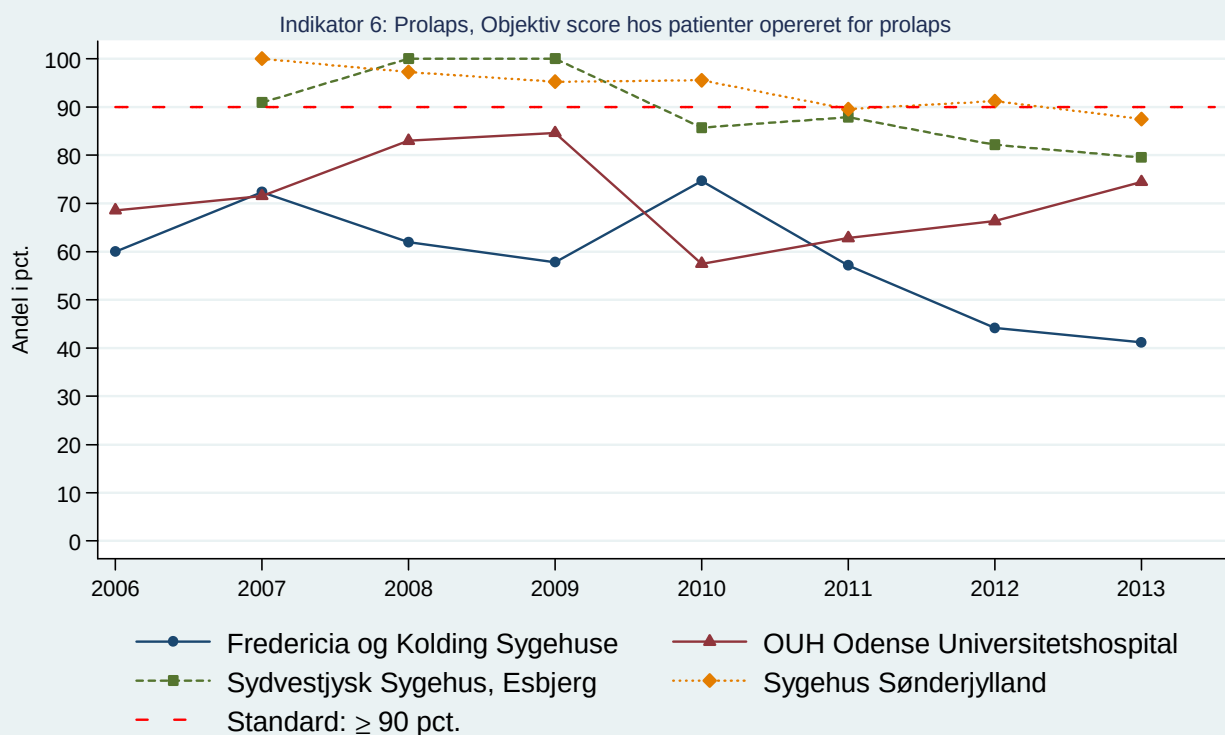


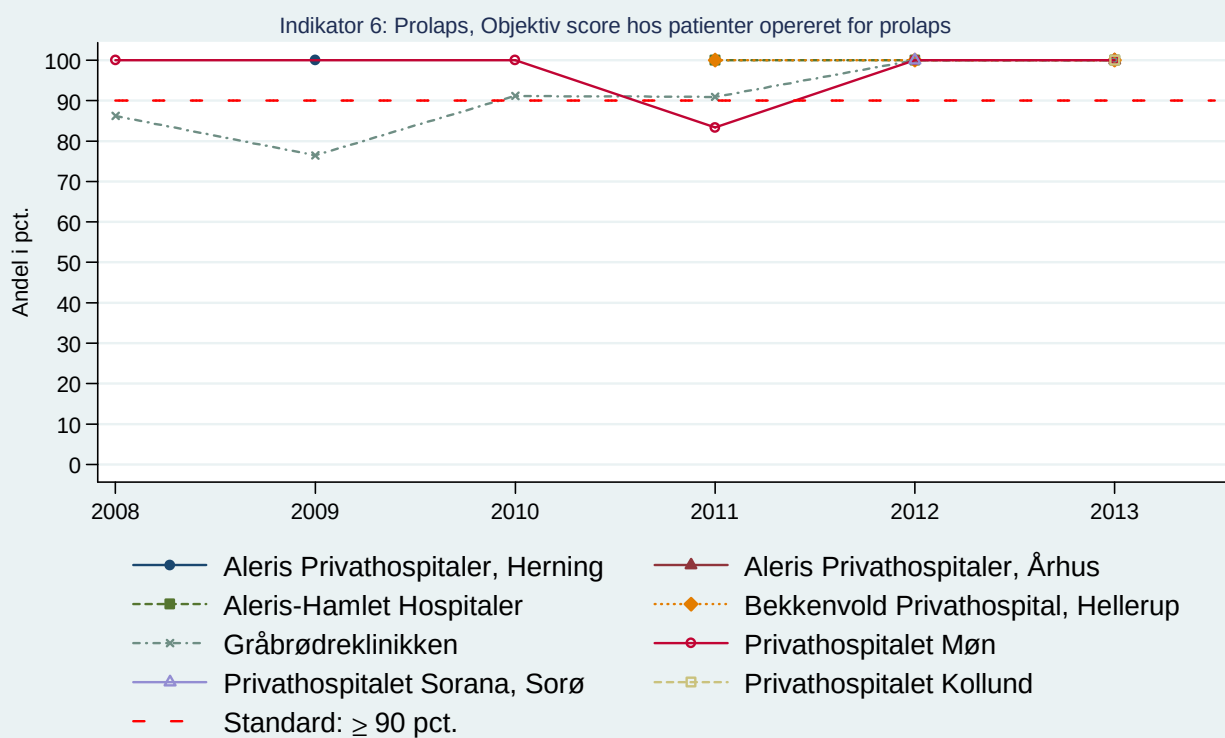
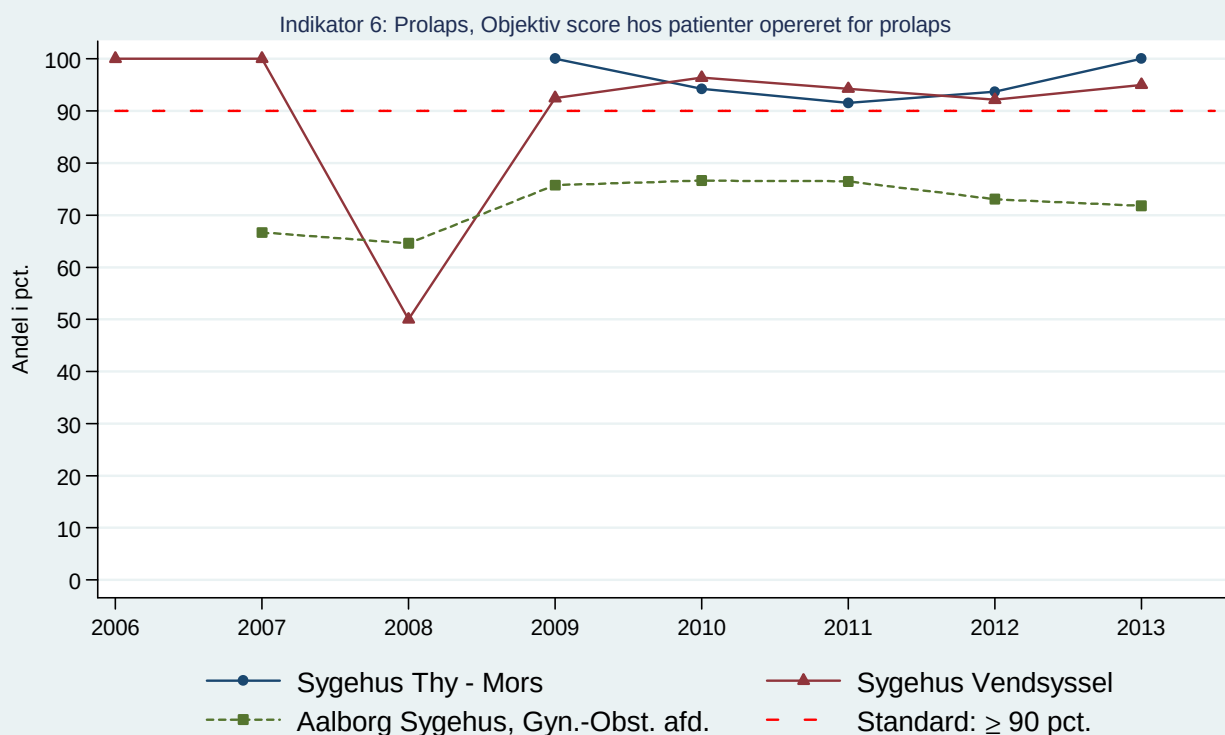


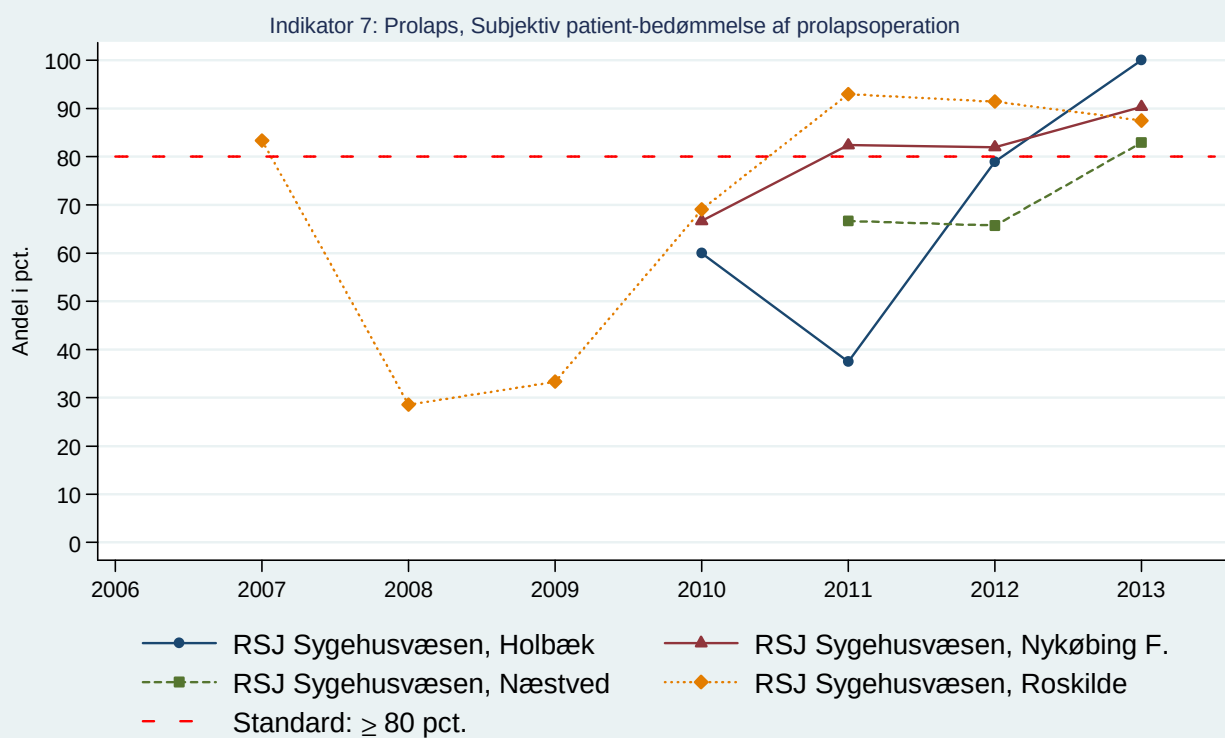
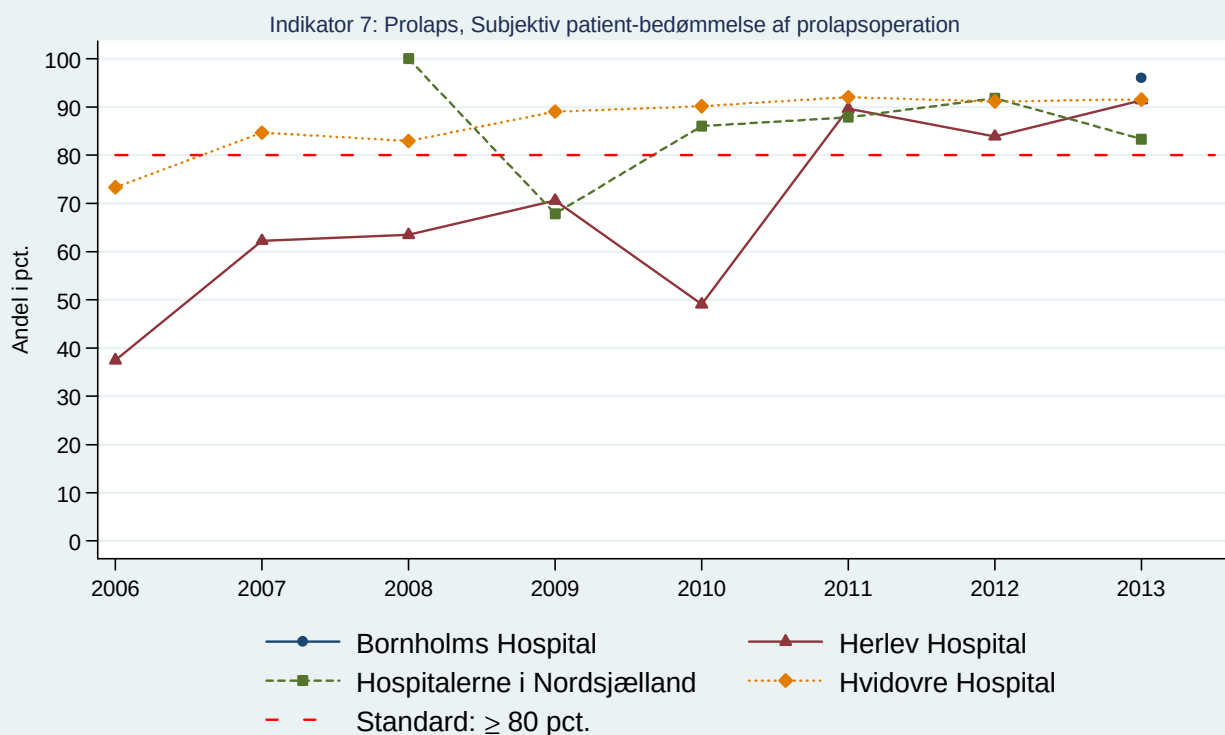


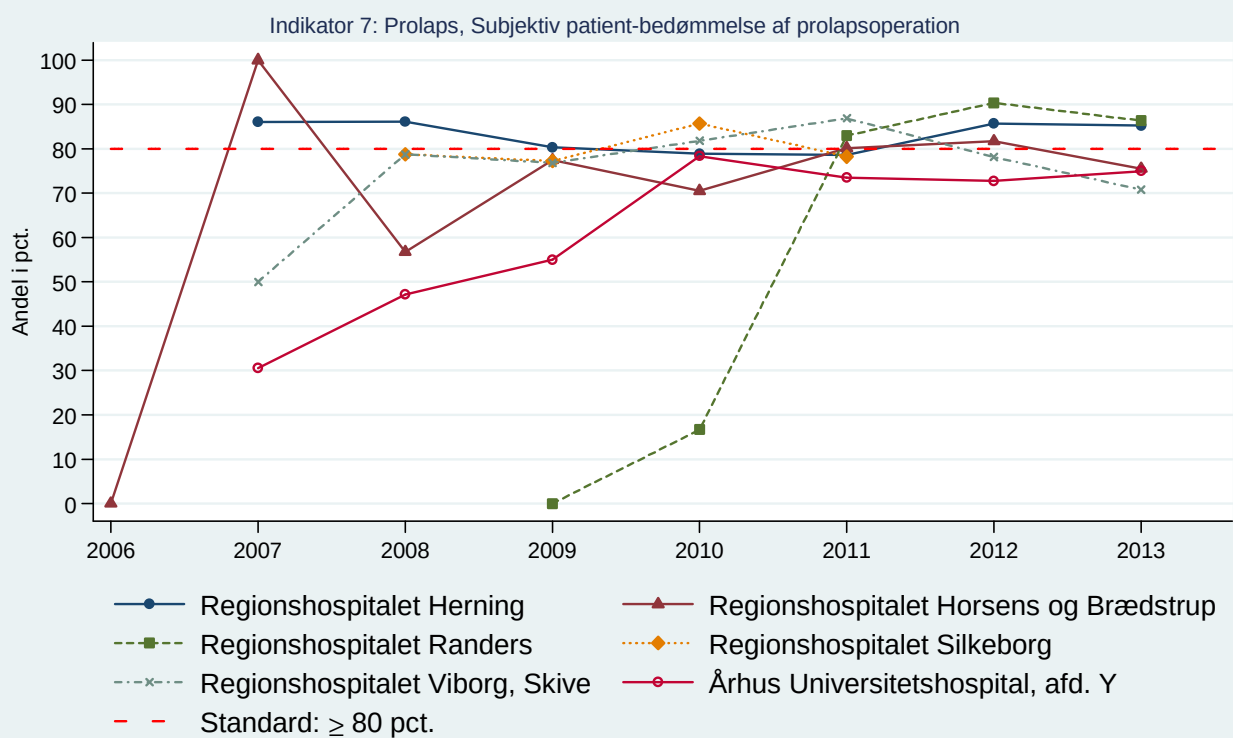
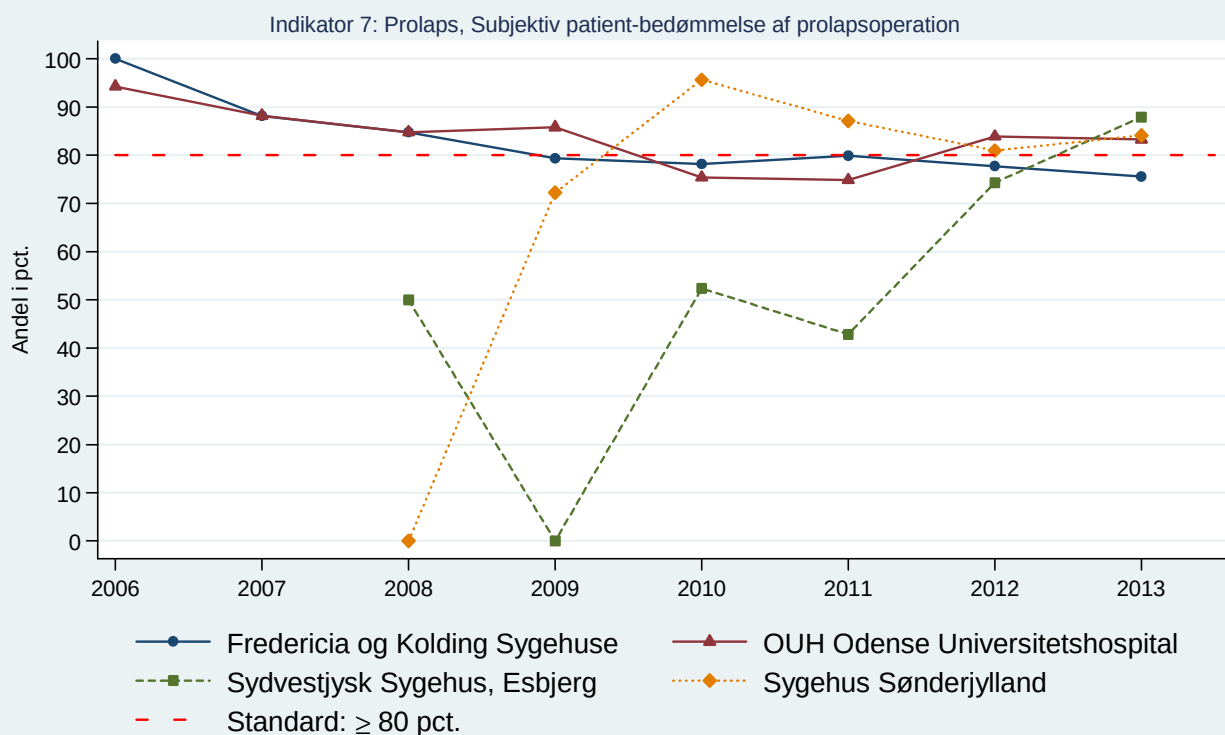


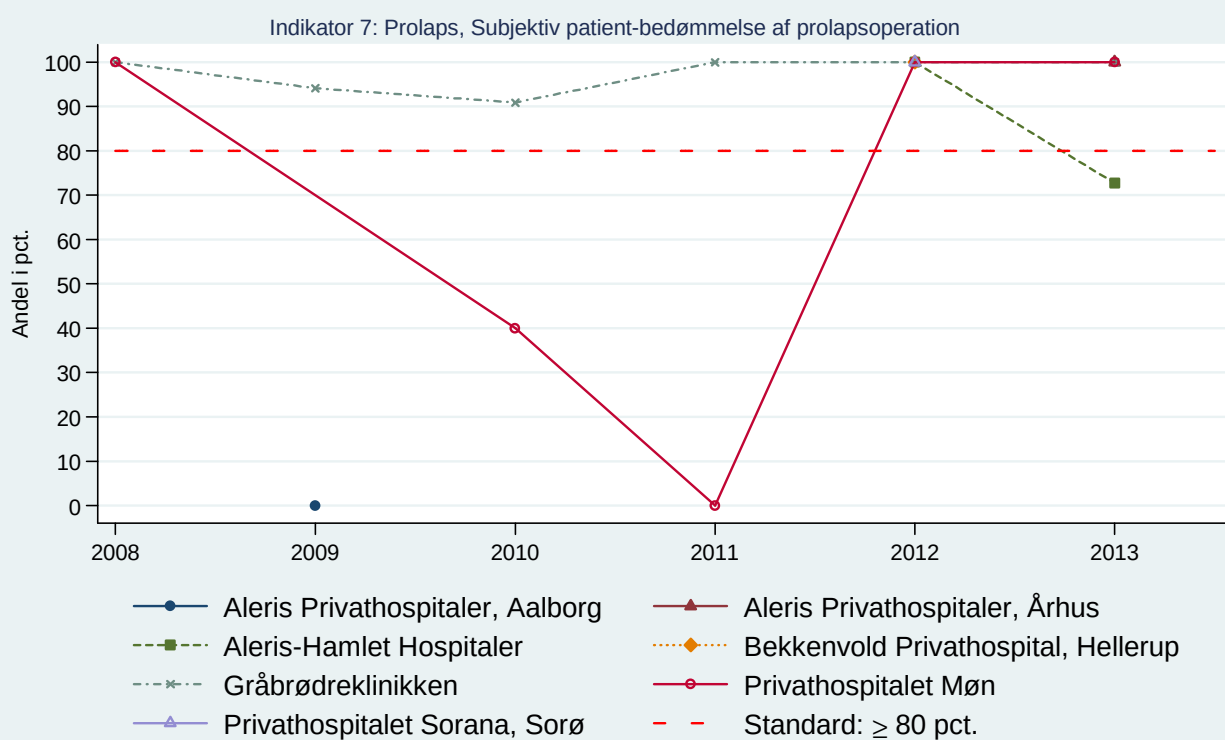
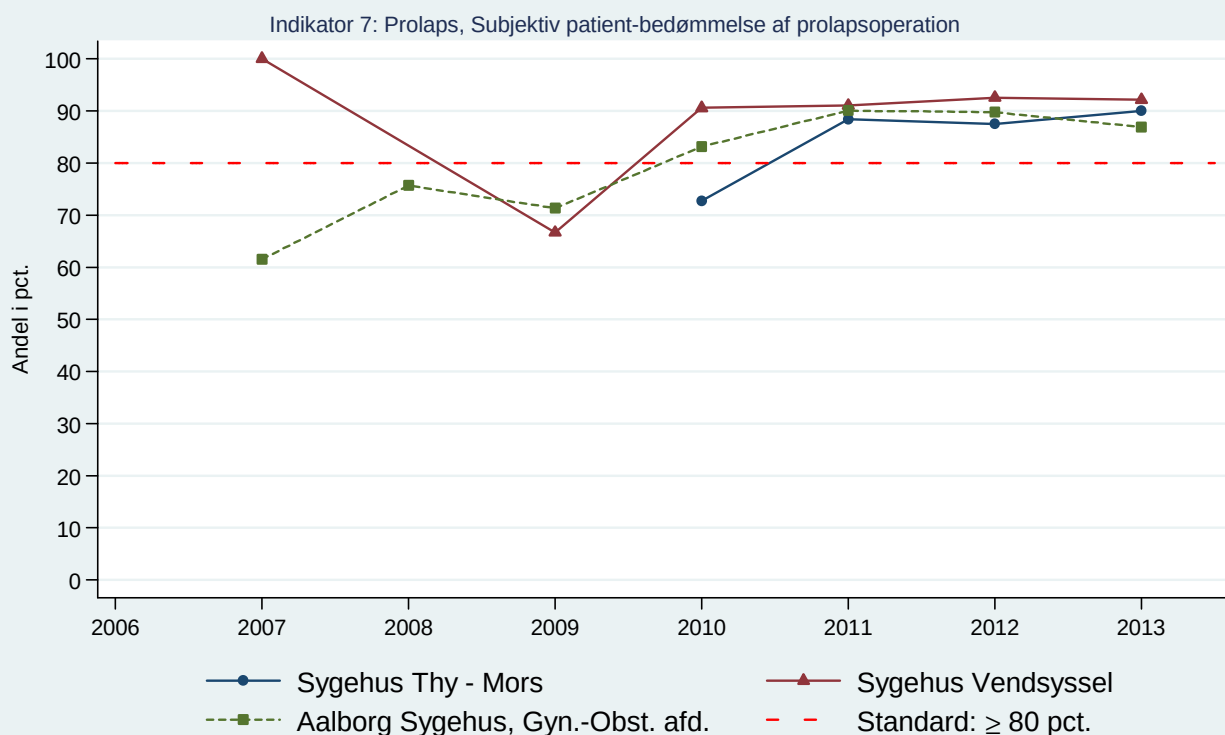




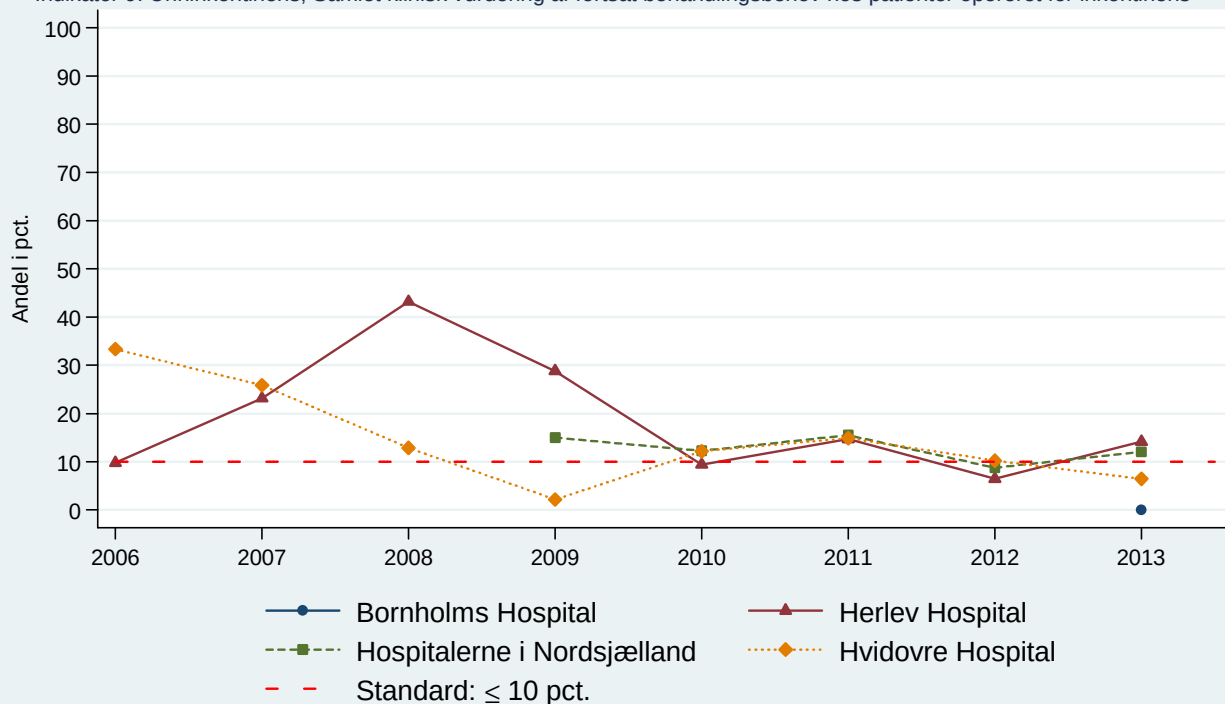




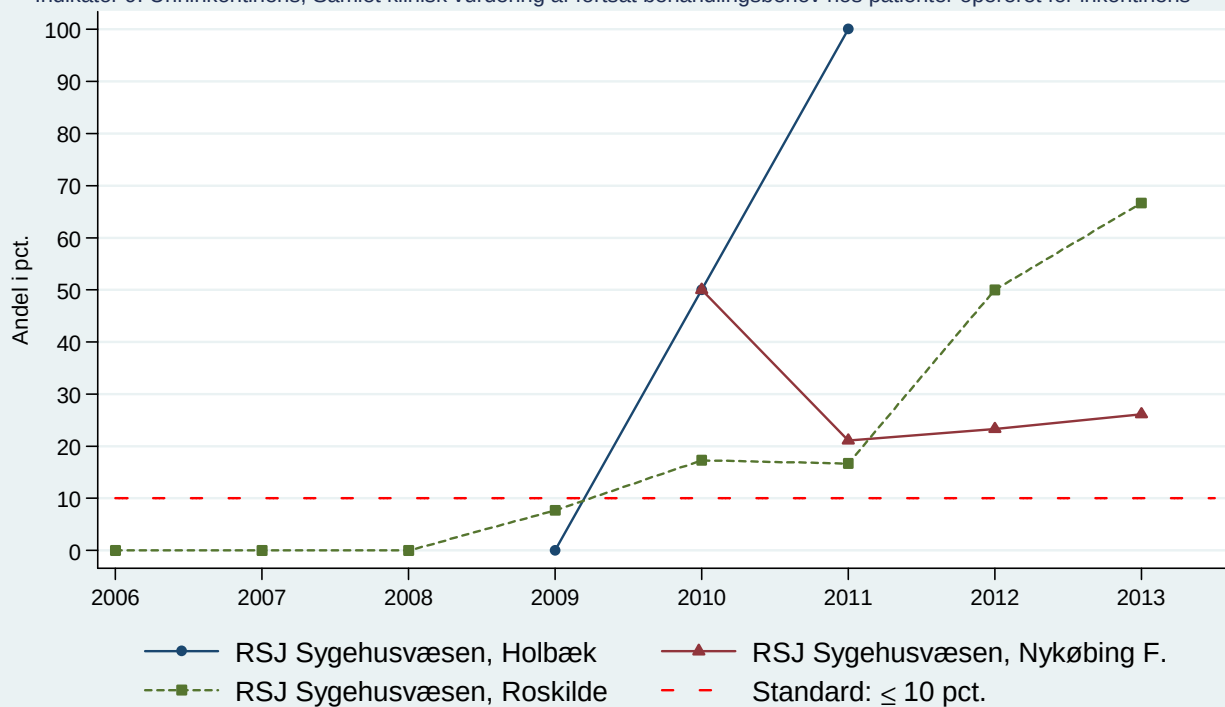




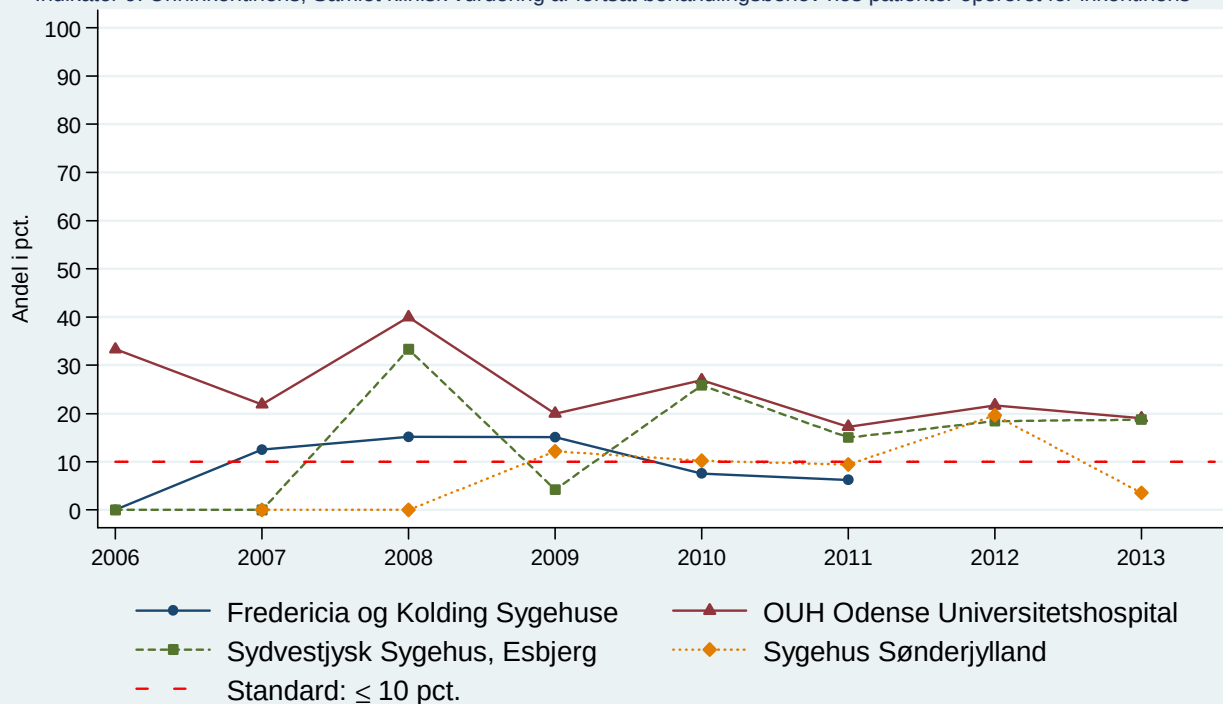
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



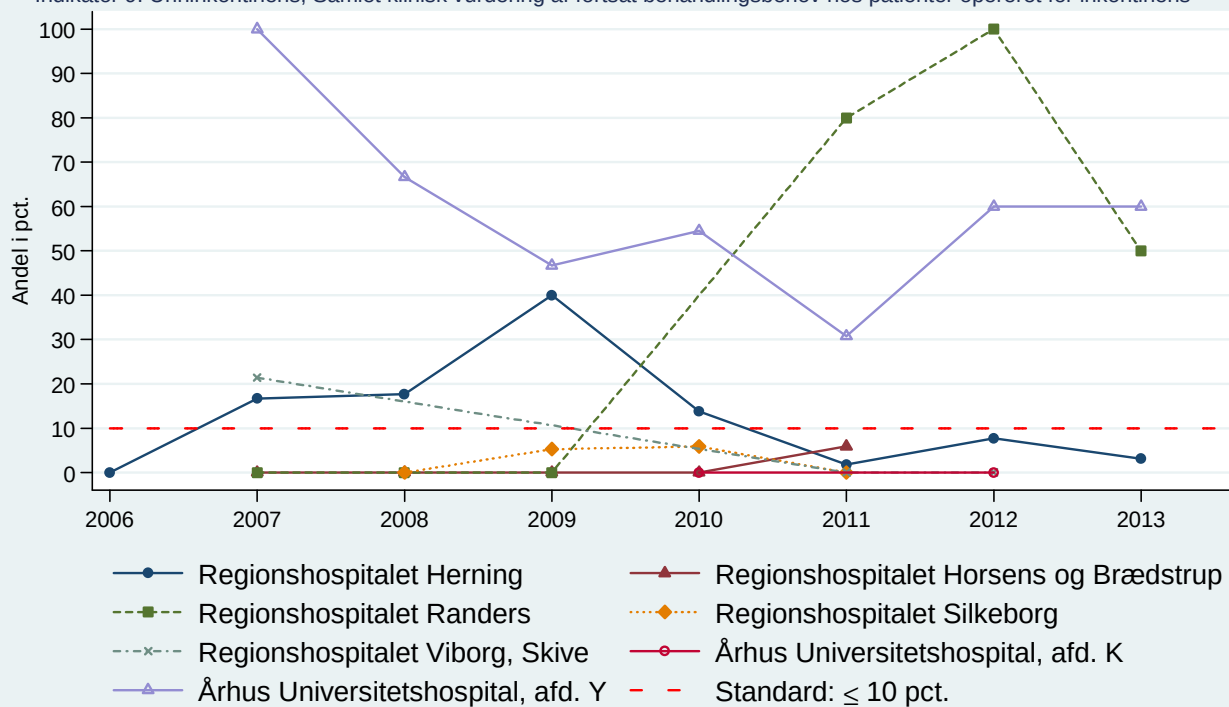
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



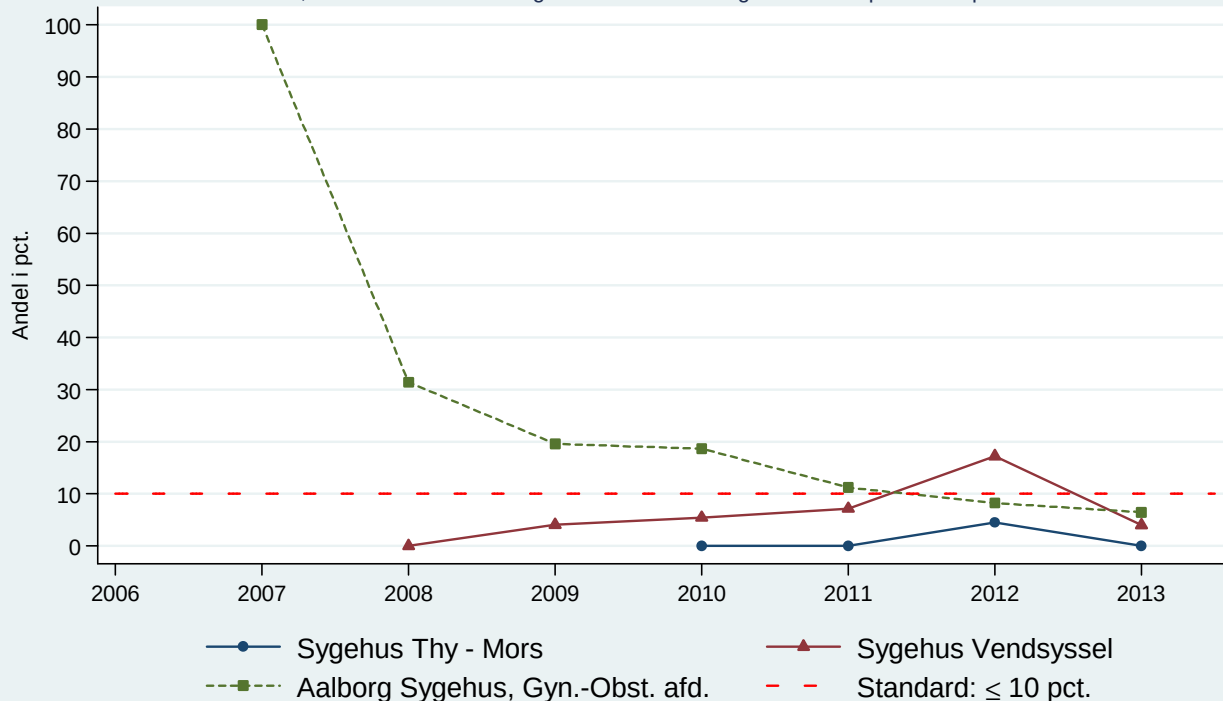
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



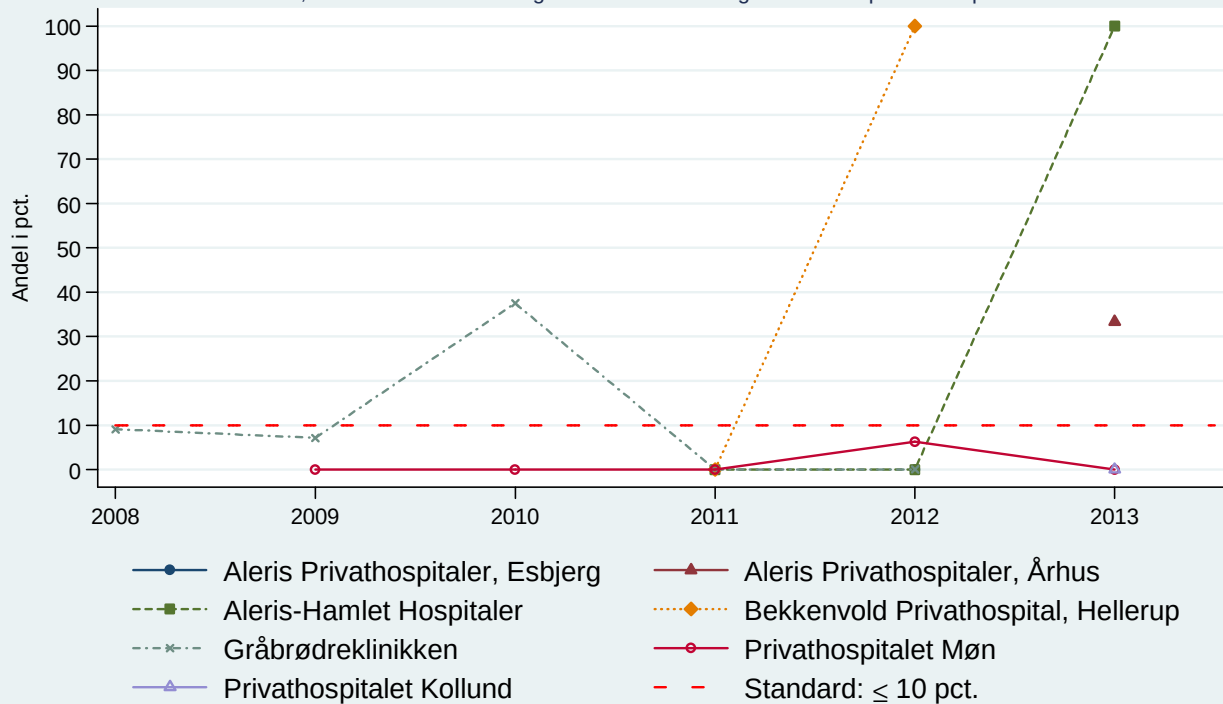
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

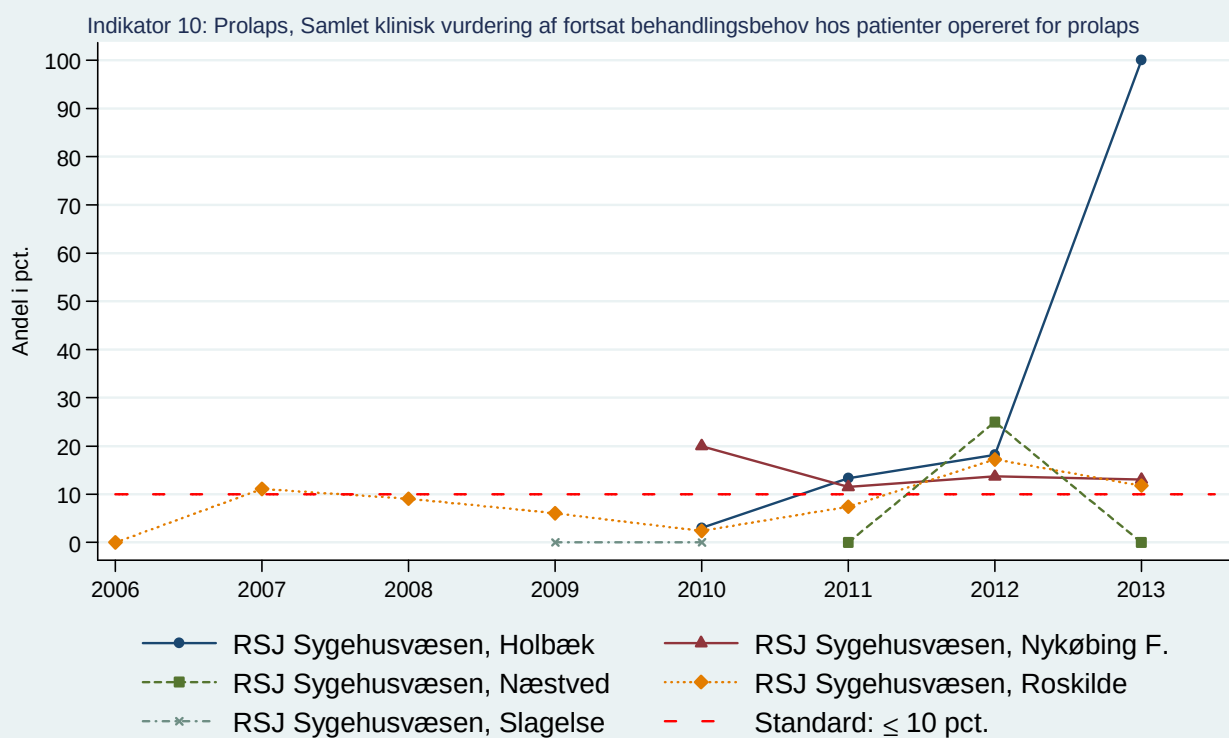
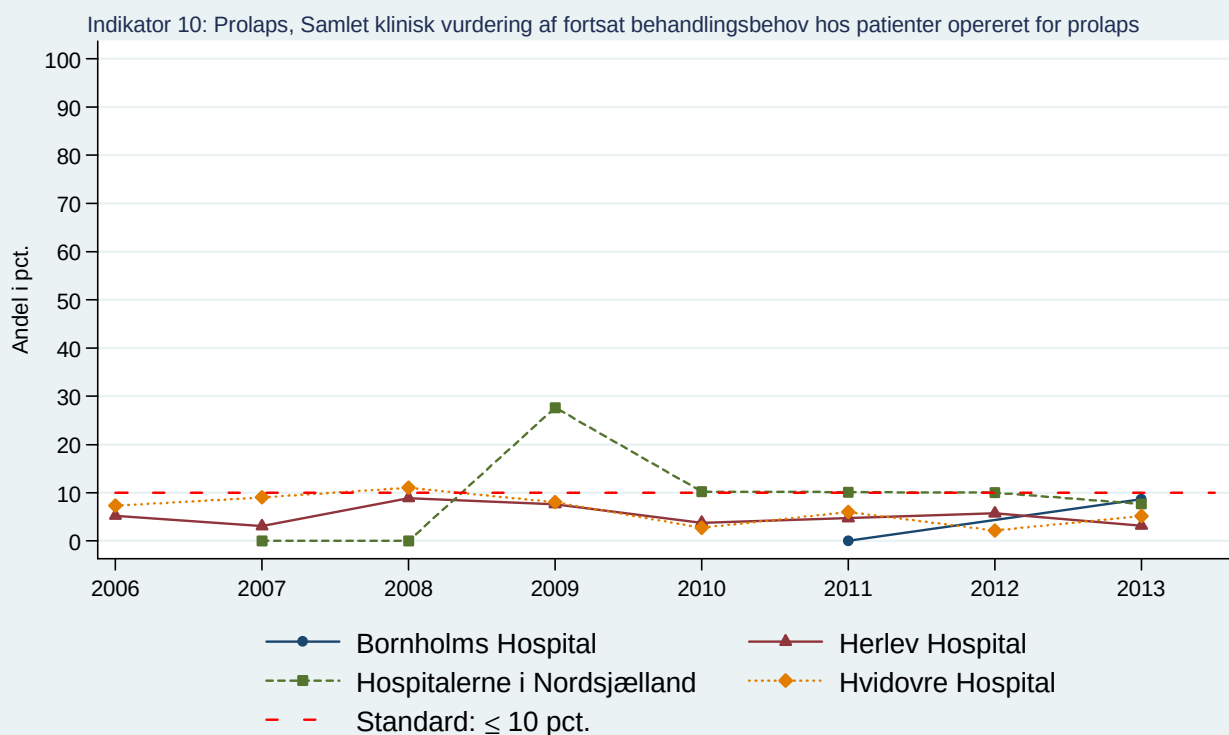


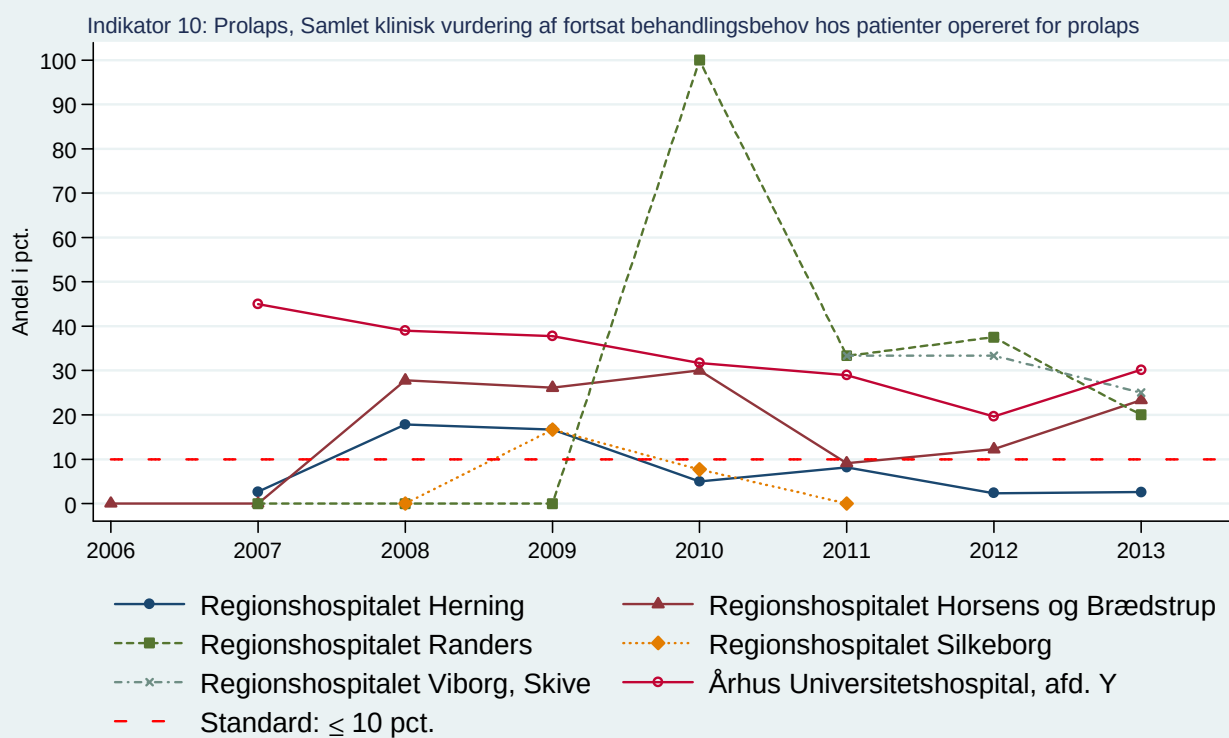
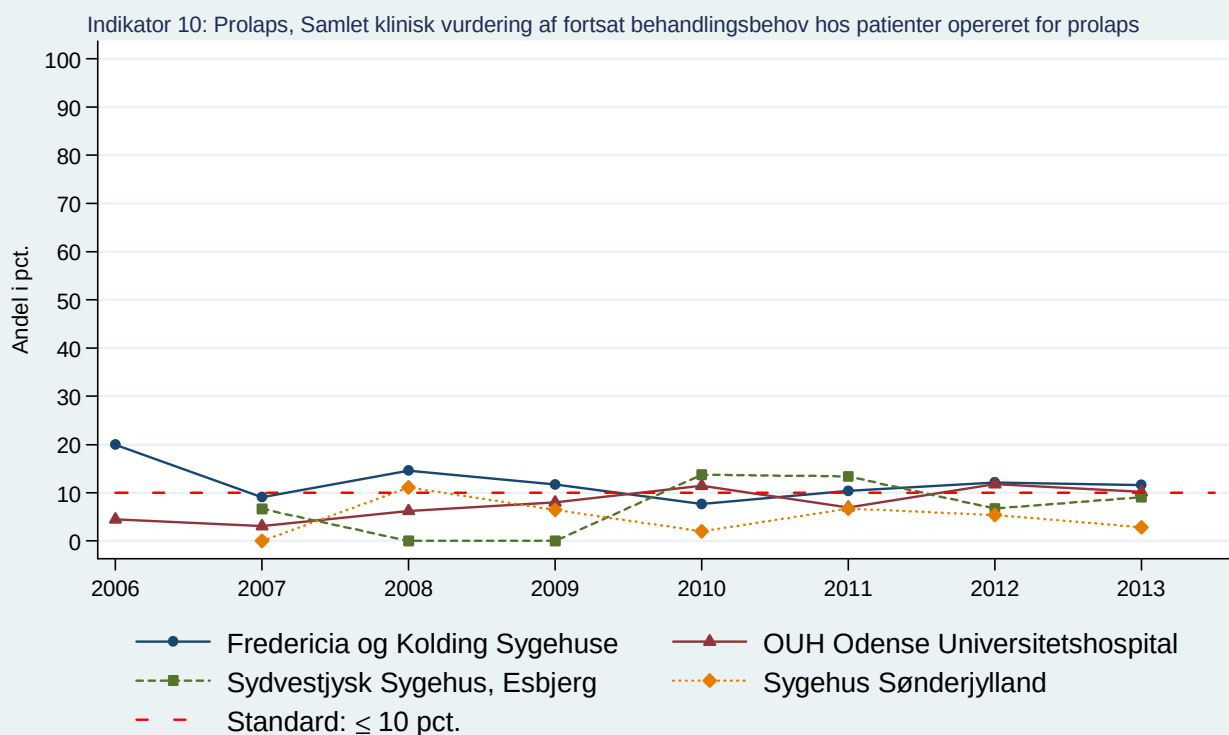
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

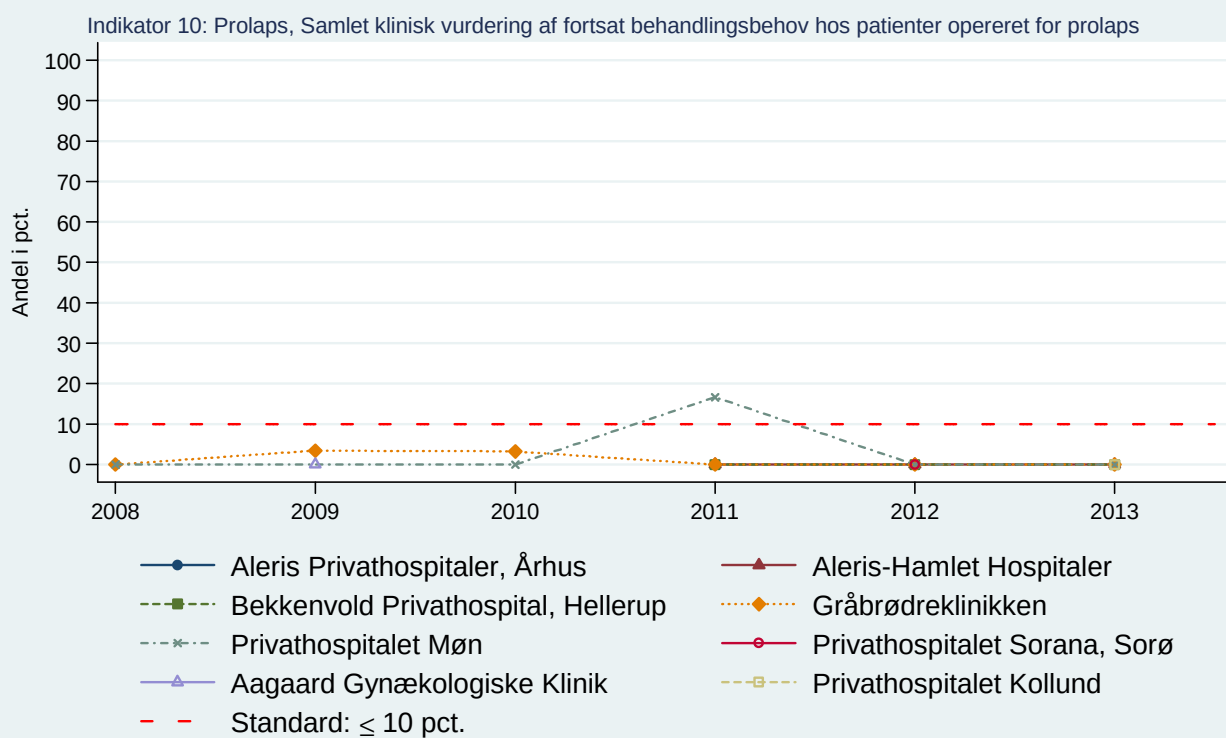
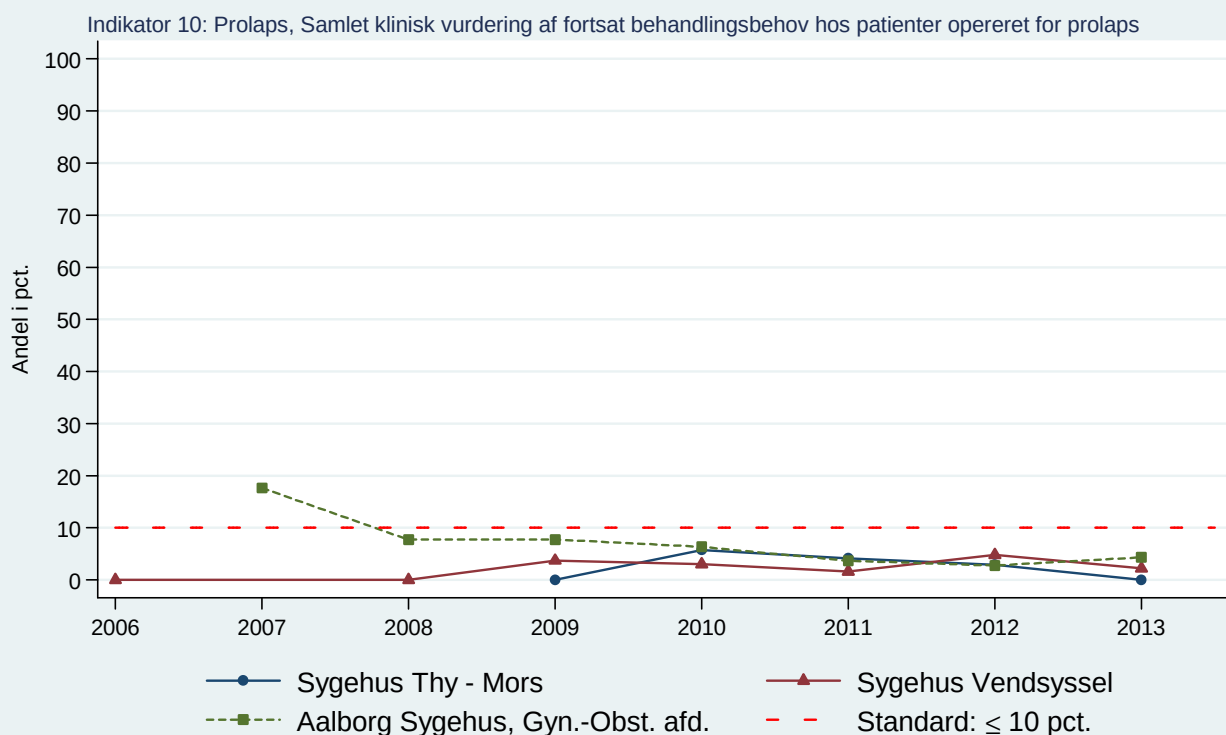


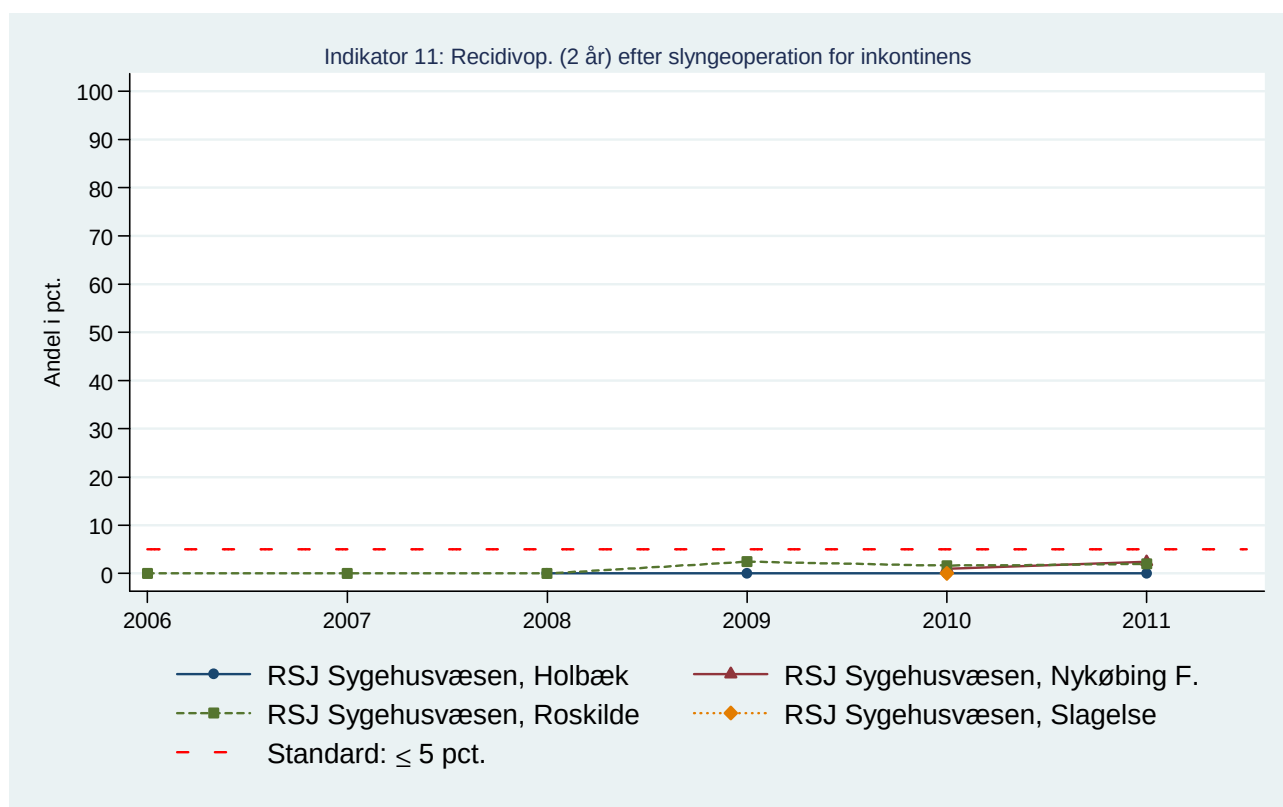
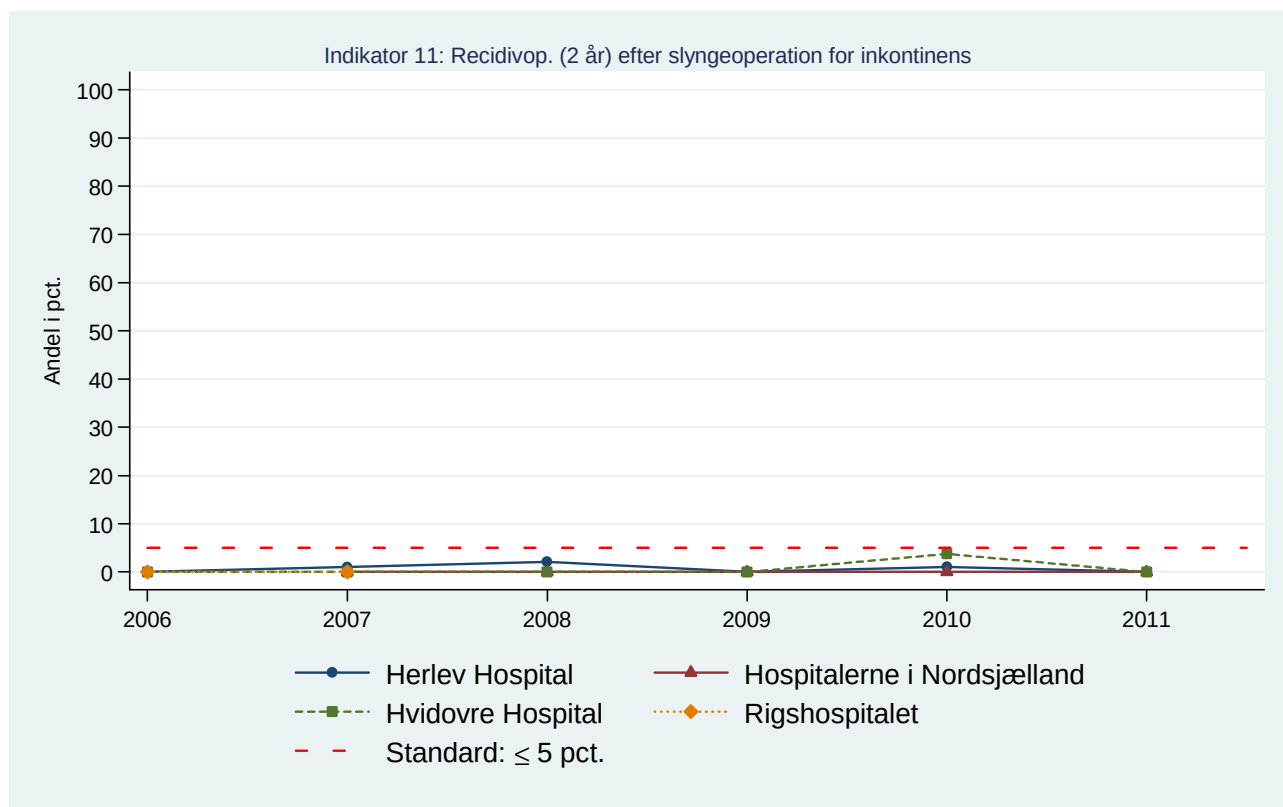
Indikator 9: Urininkontinens, Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens



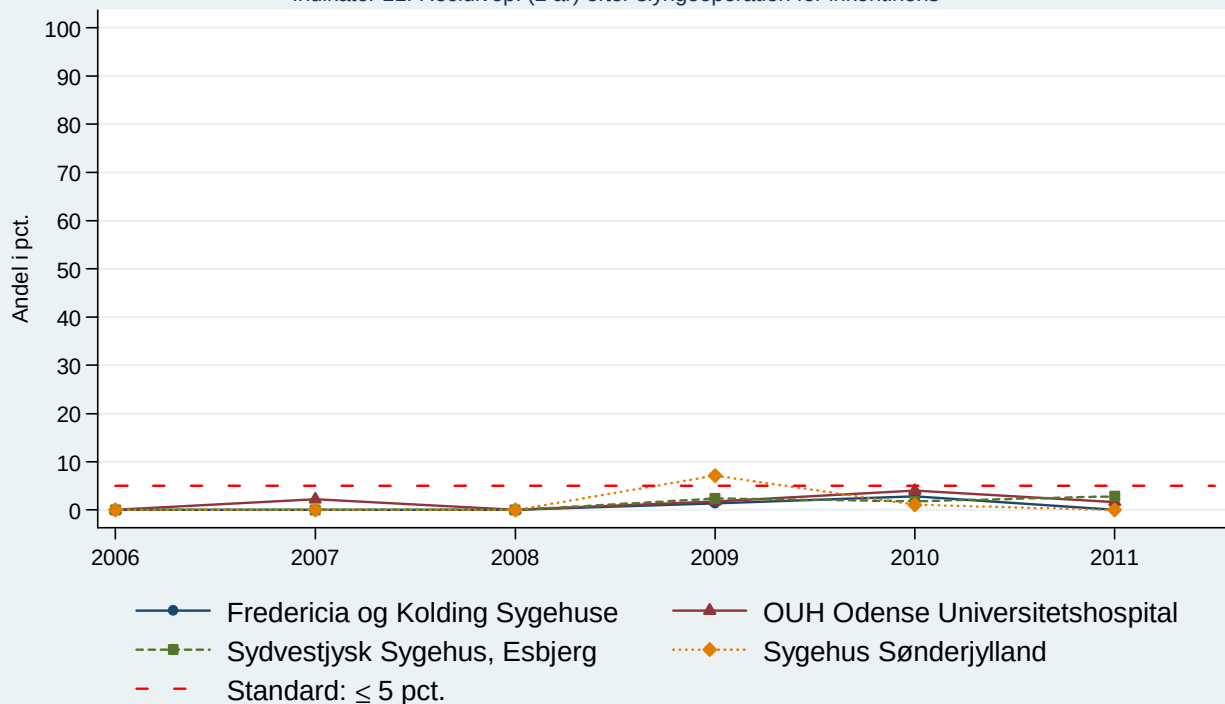




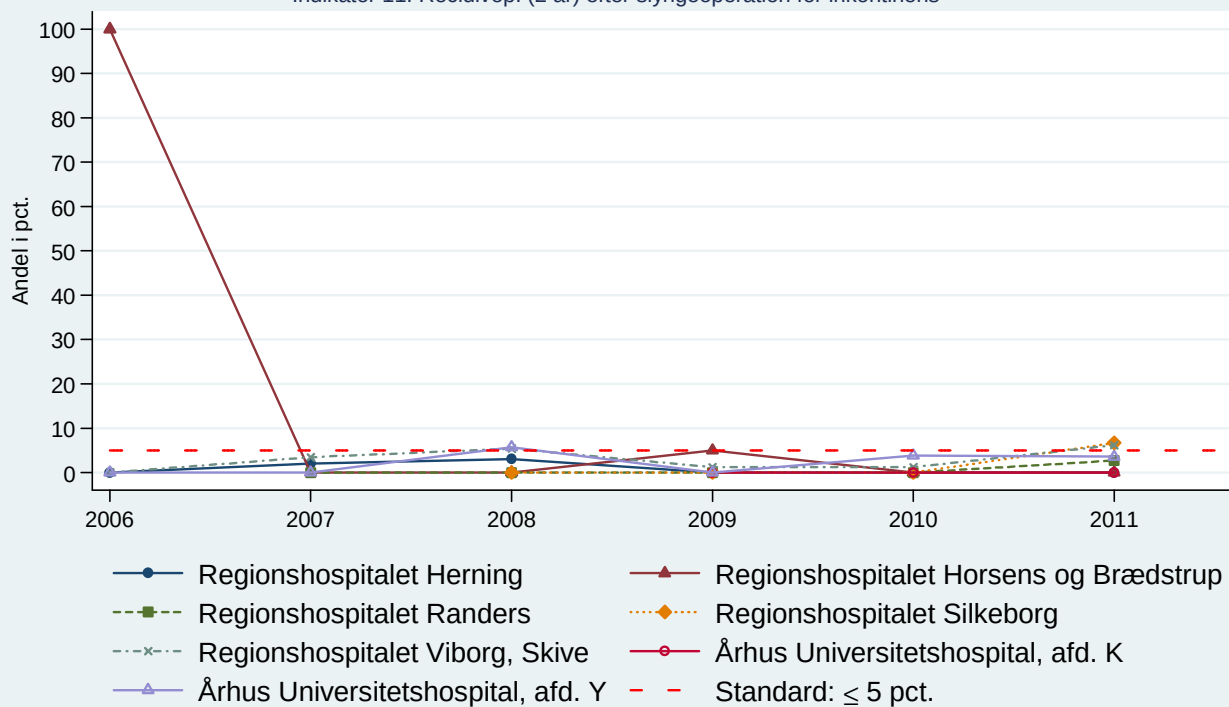




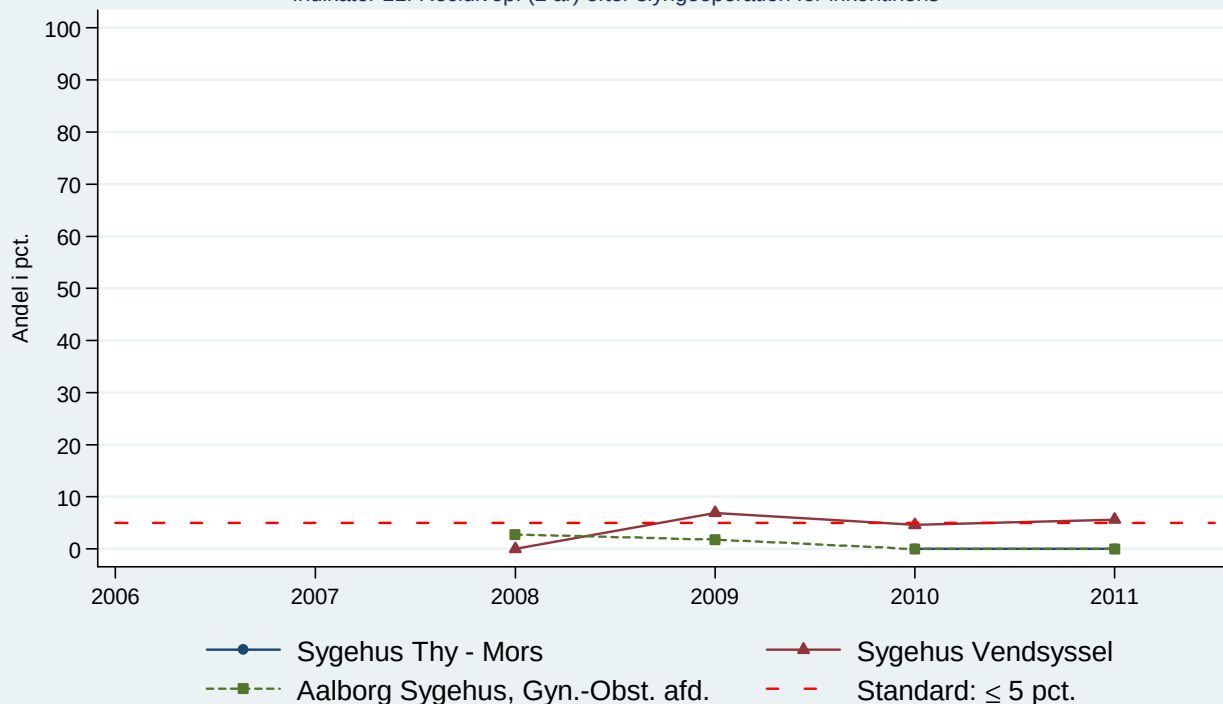
Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens



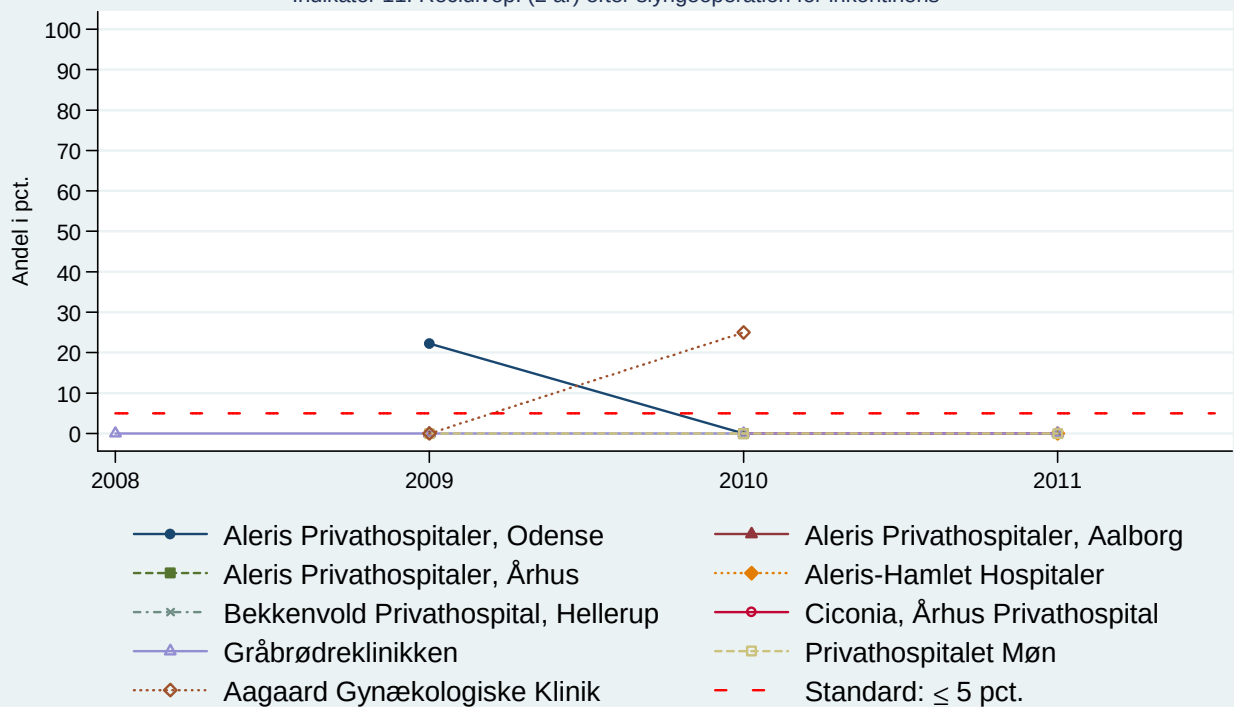
Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

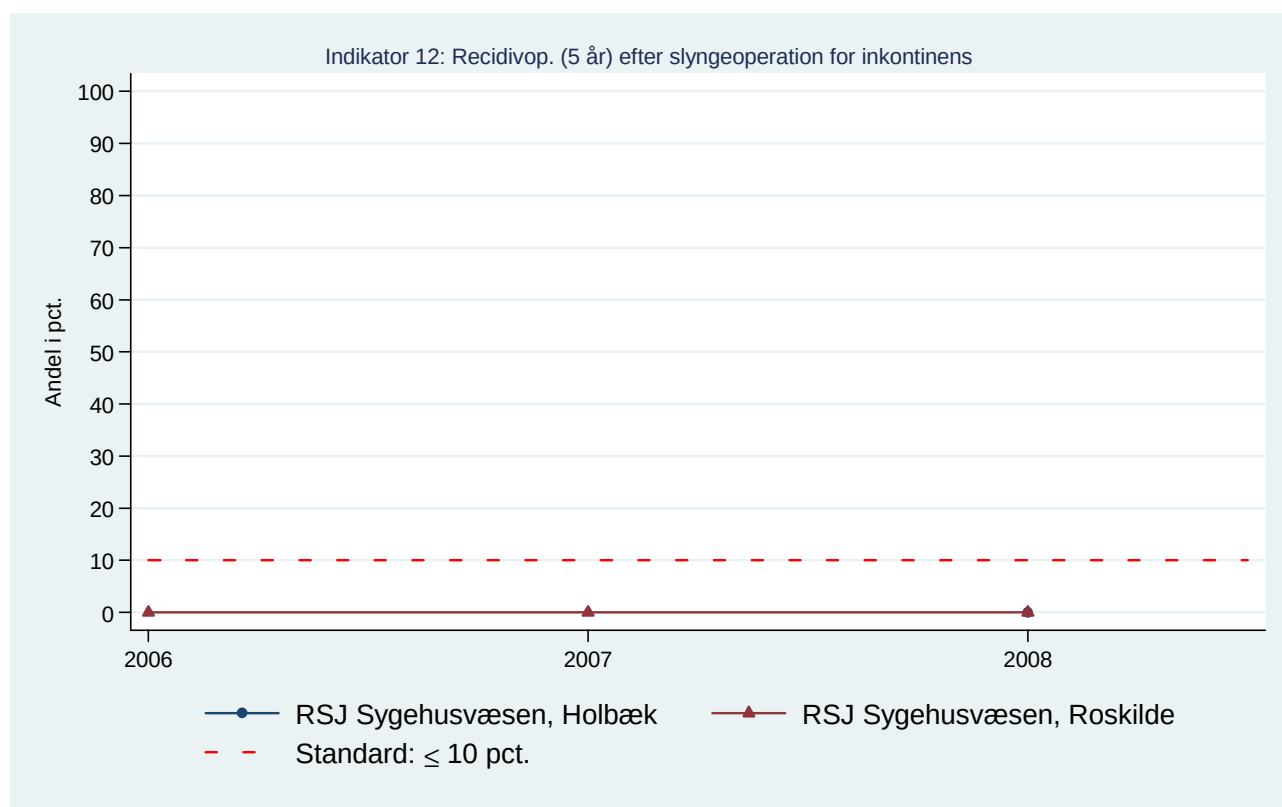
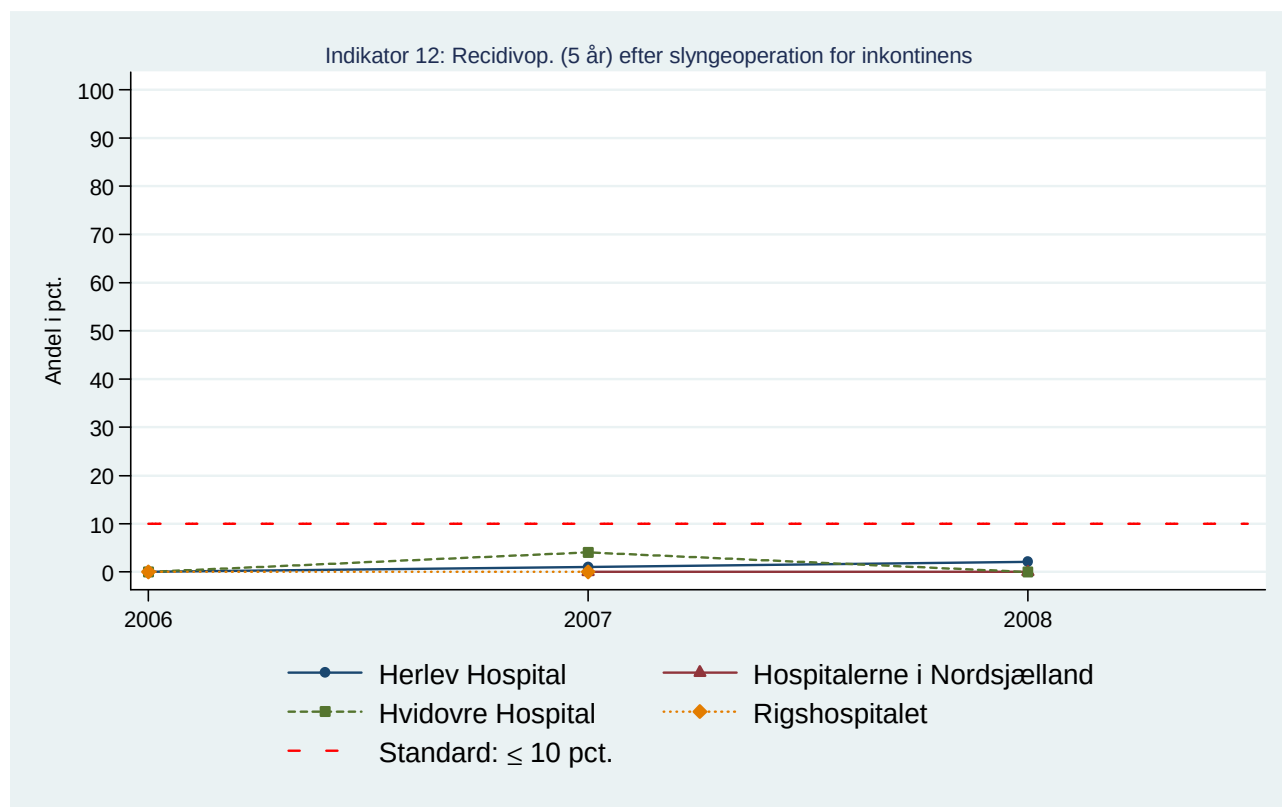


Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

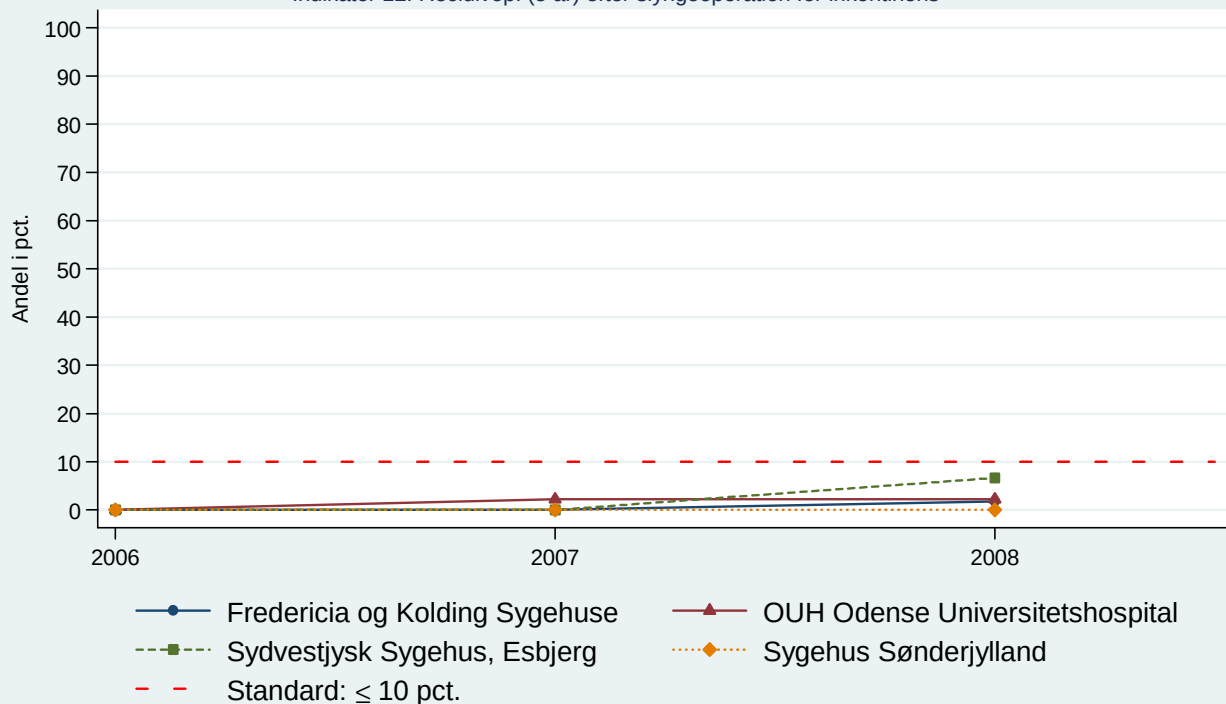


Indikator 11: Recidivop. (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

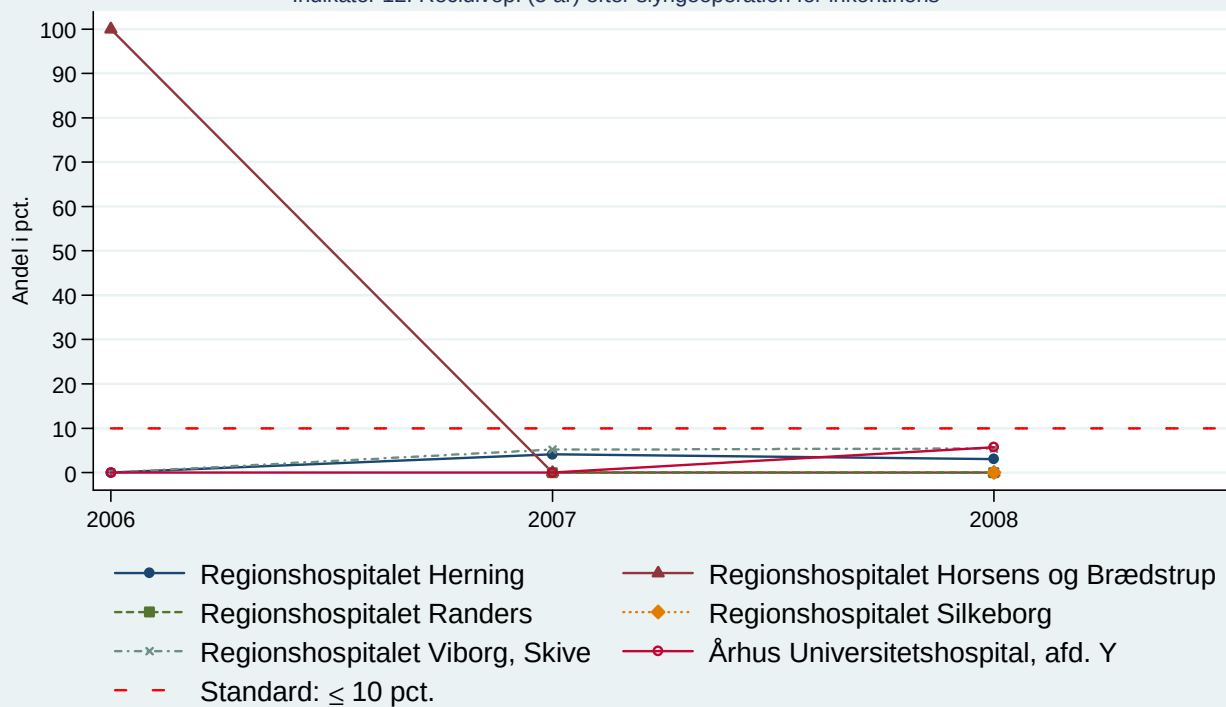


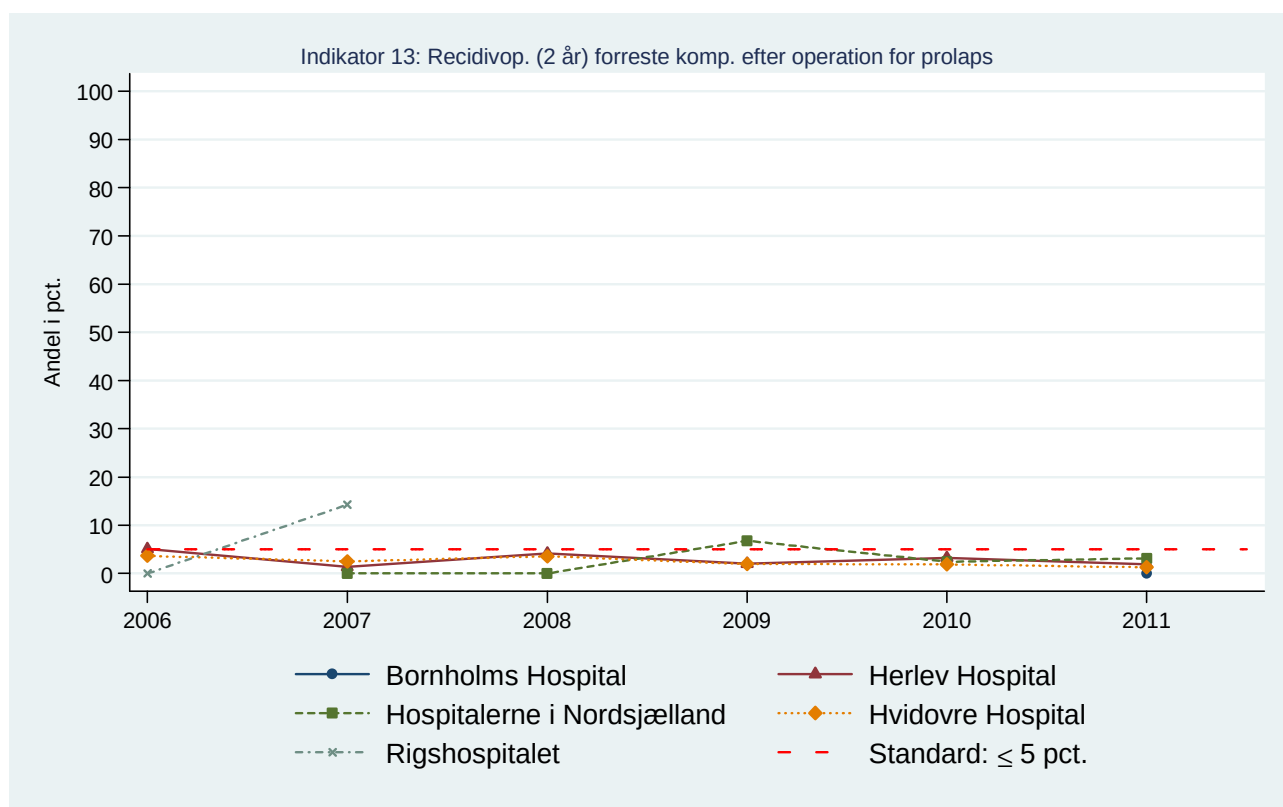
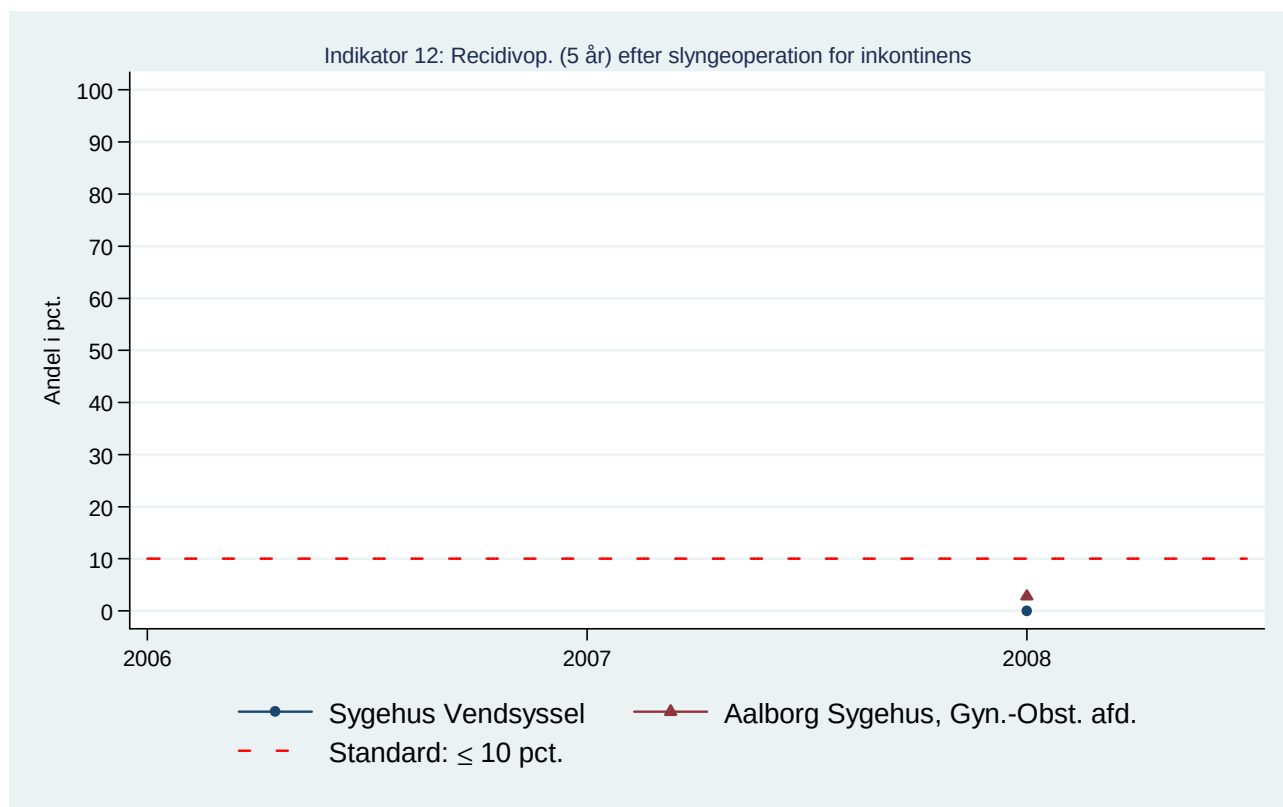


Indikator 12: Recidivop. (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

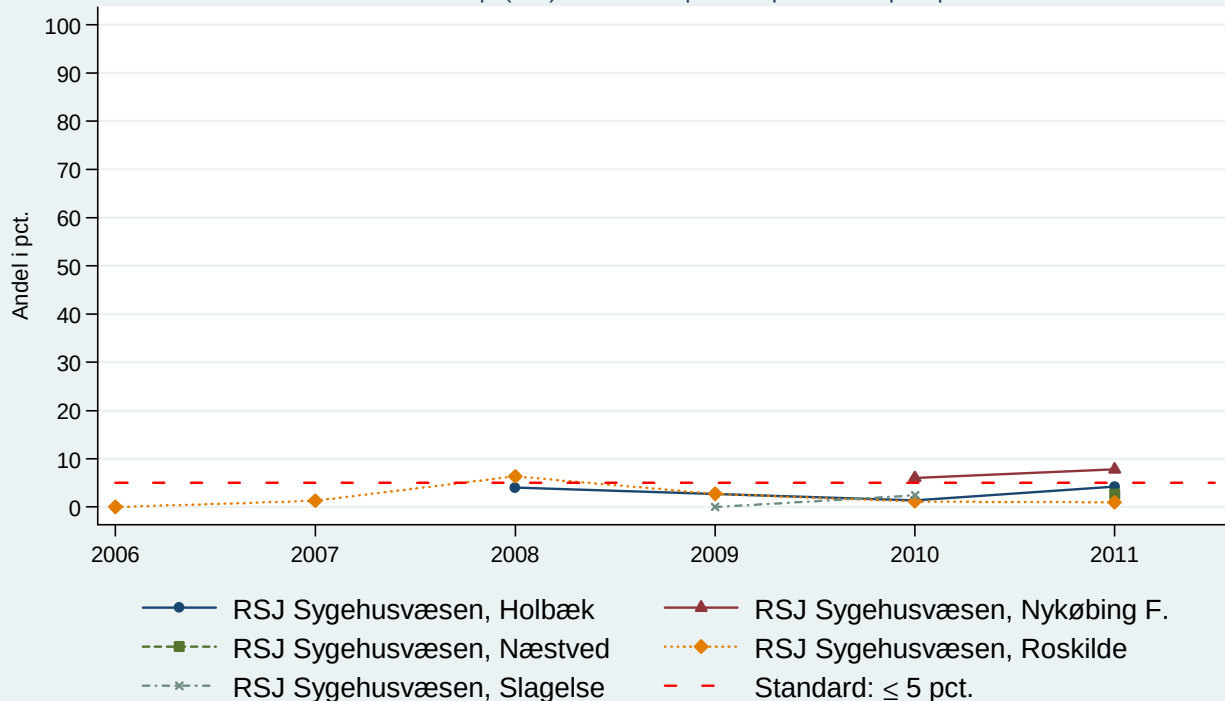


Indikator 12: Recidivop. (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

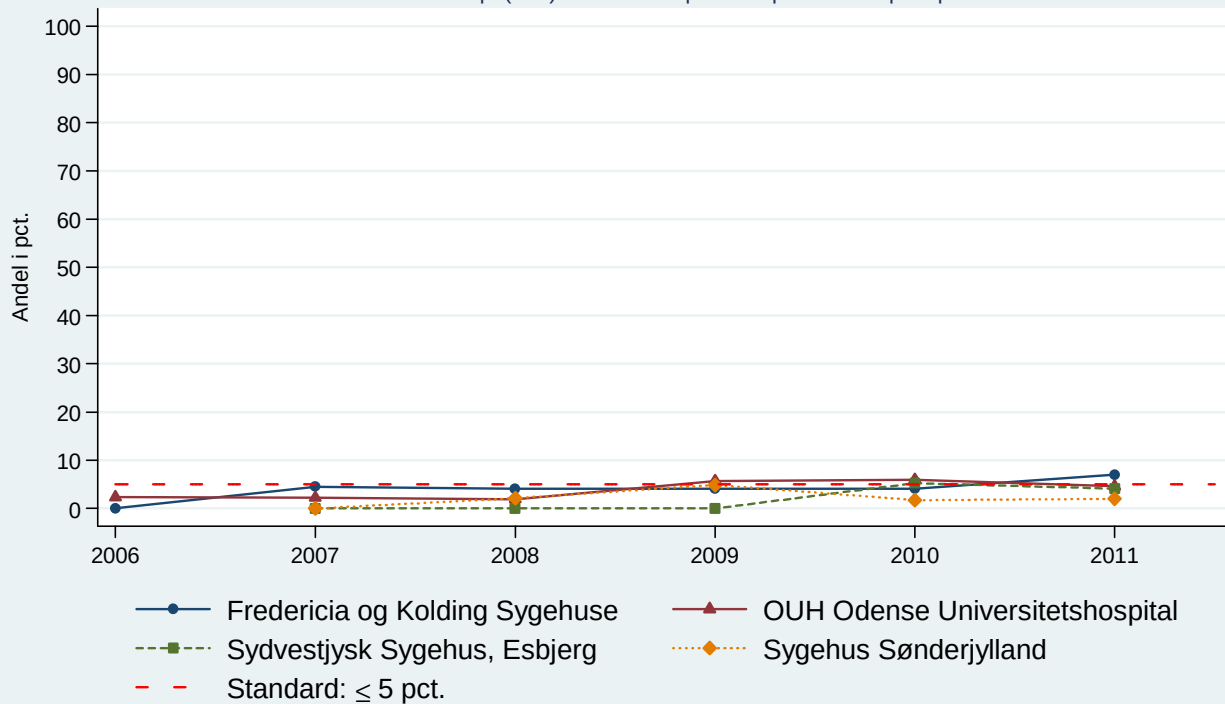




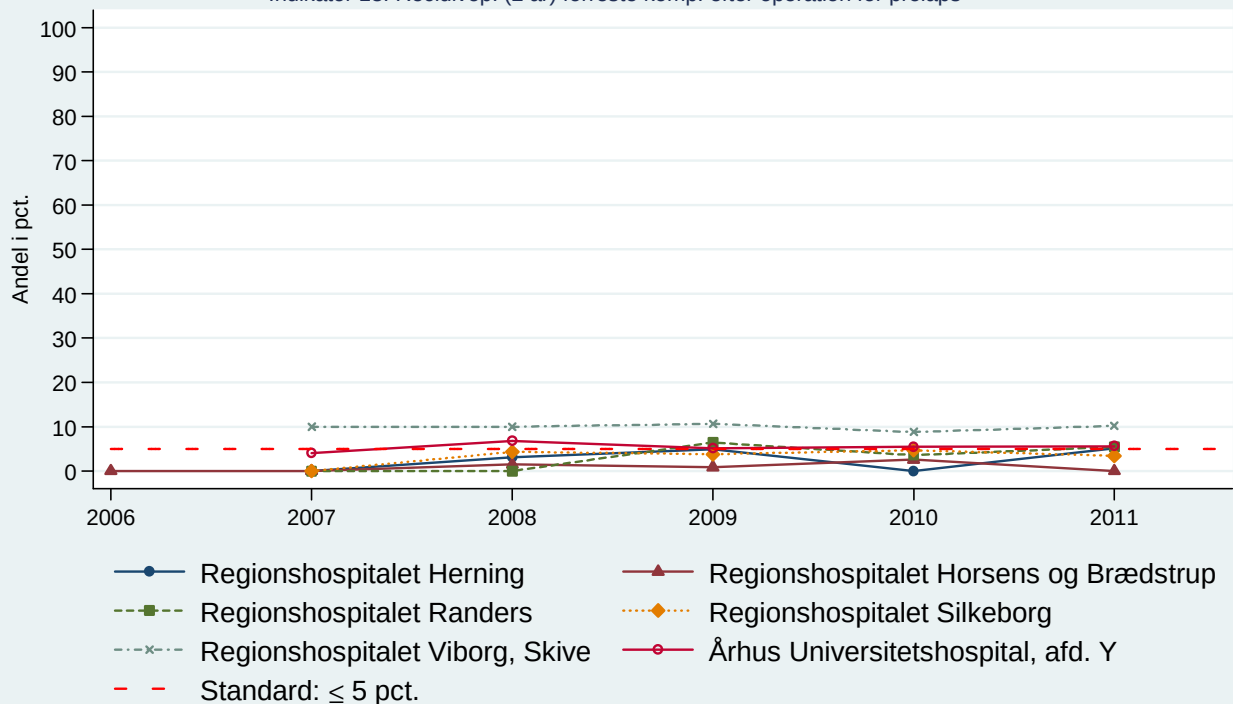
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



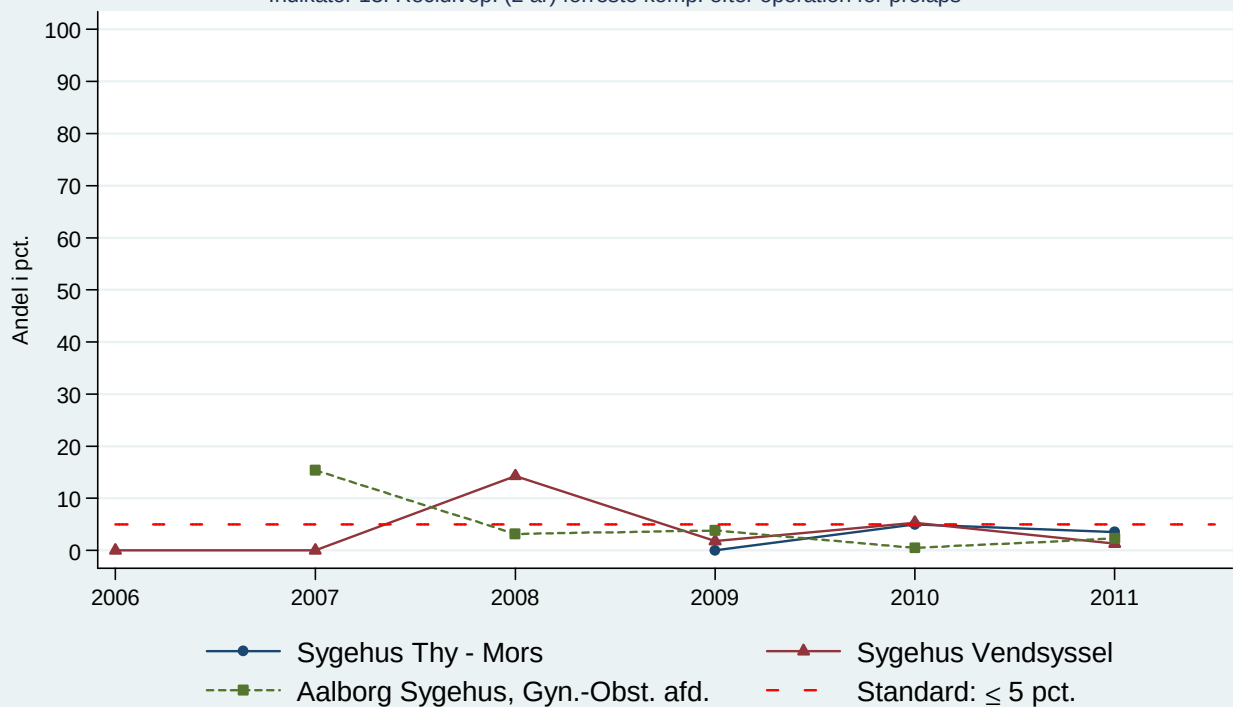
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



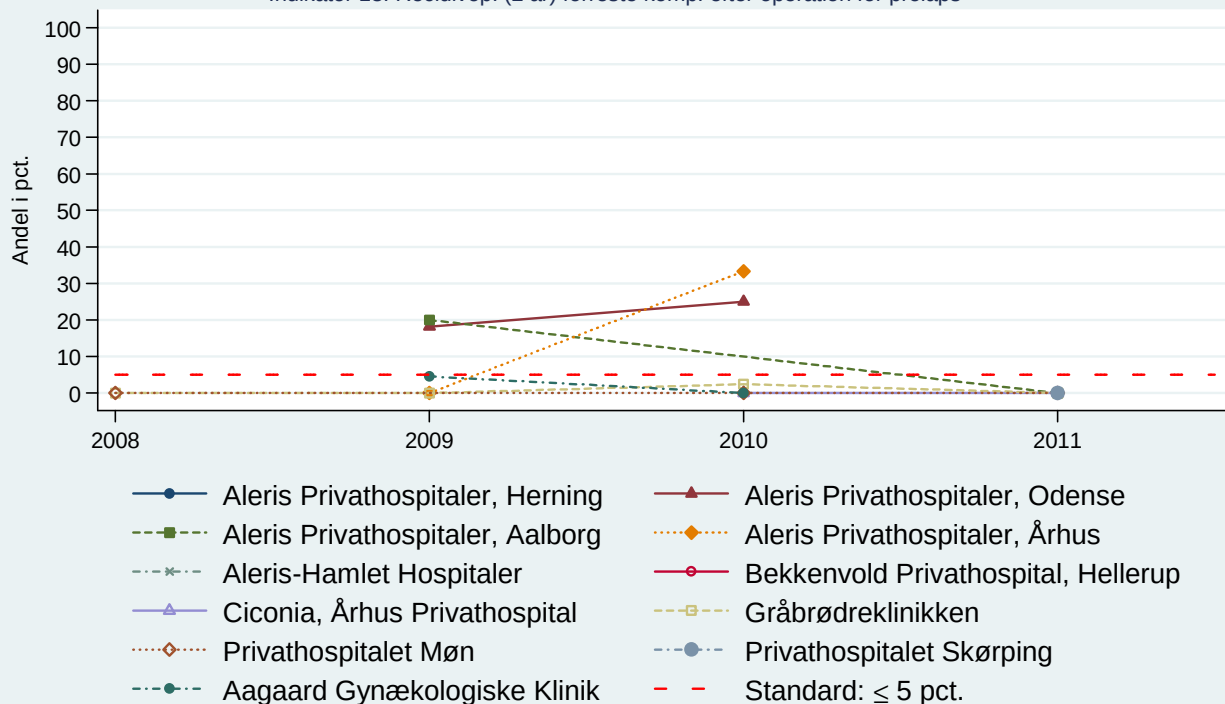
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



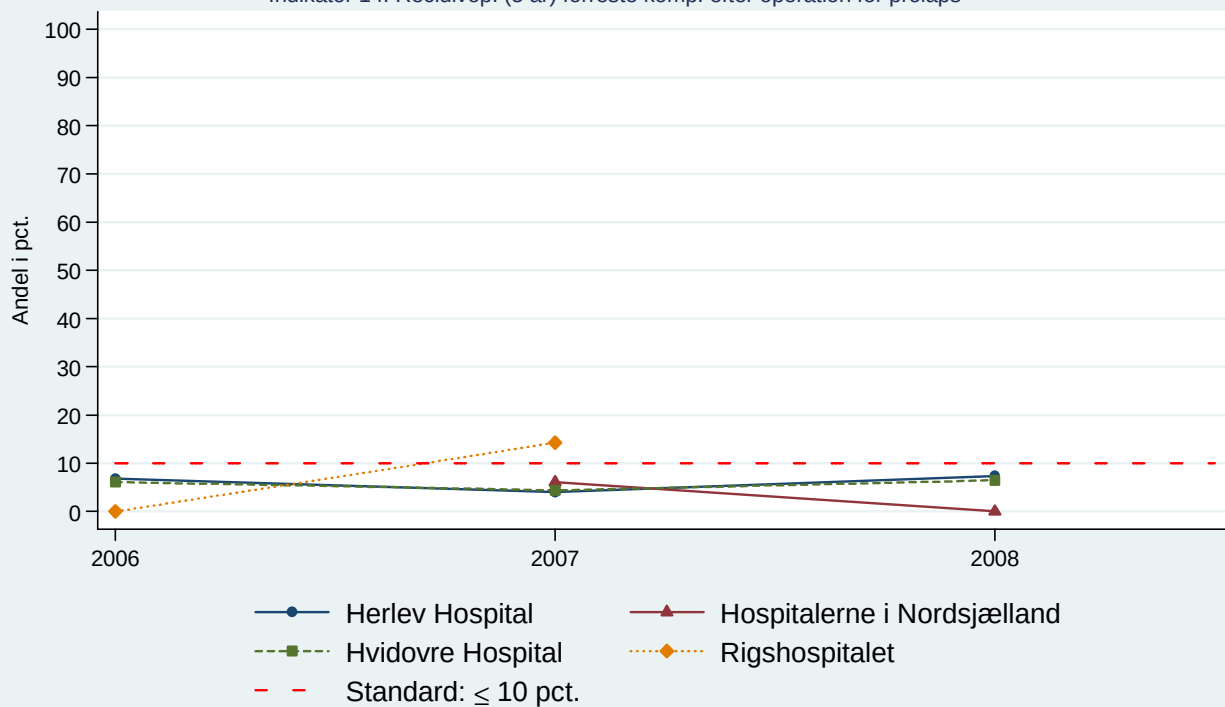
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps

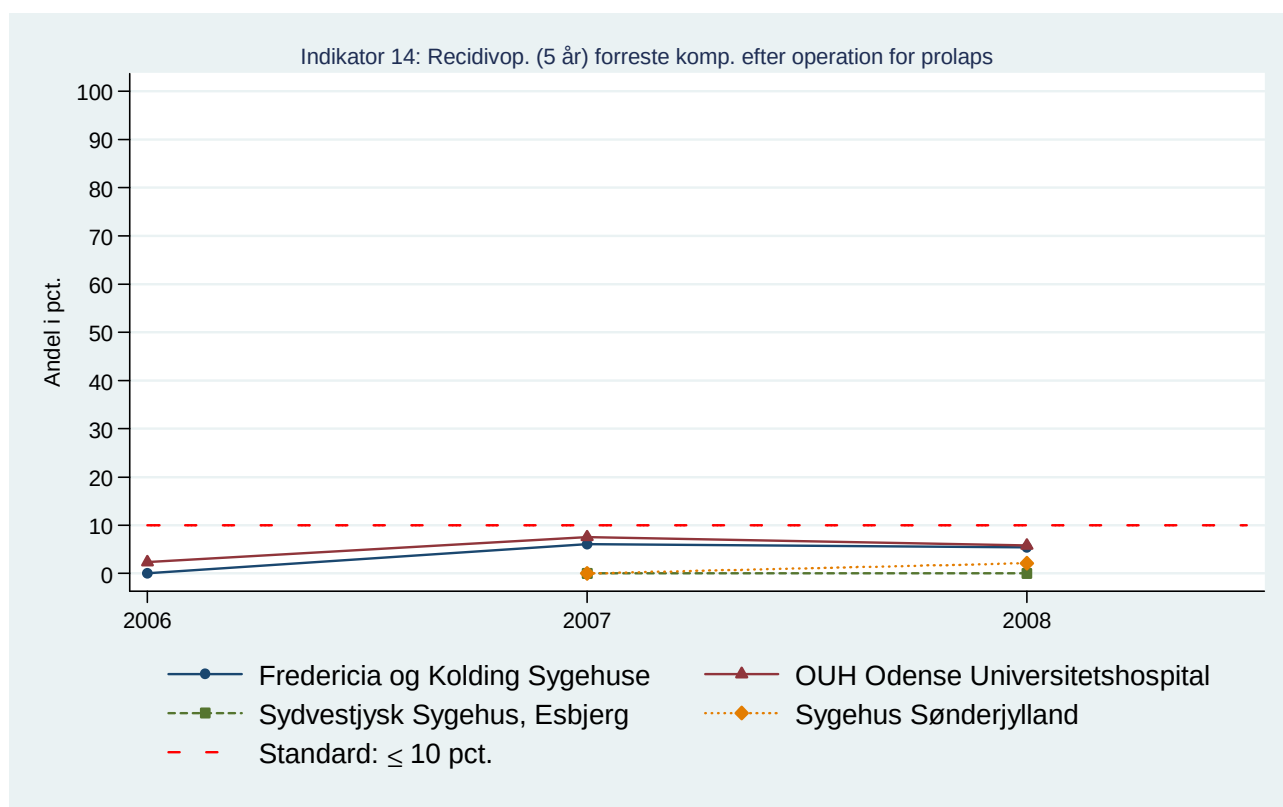
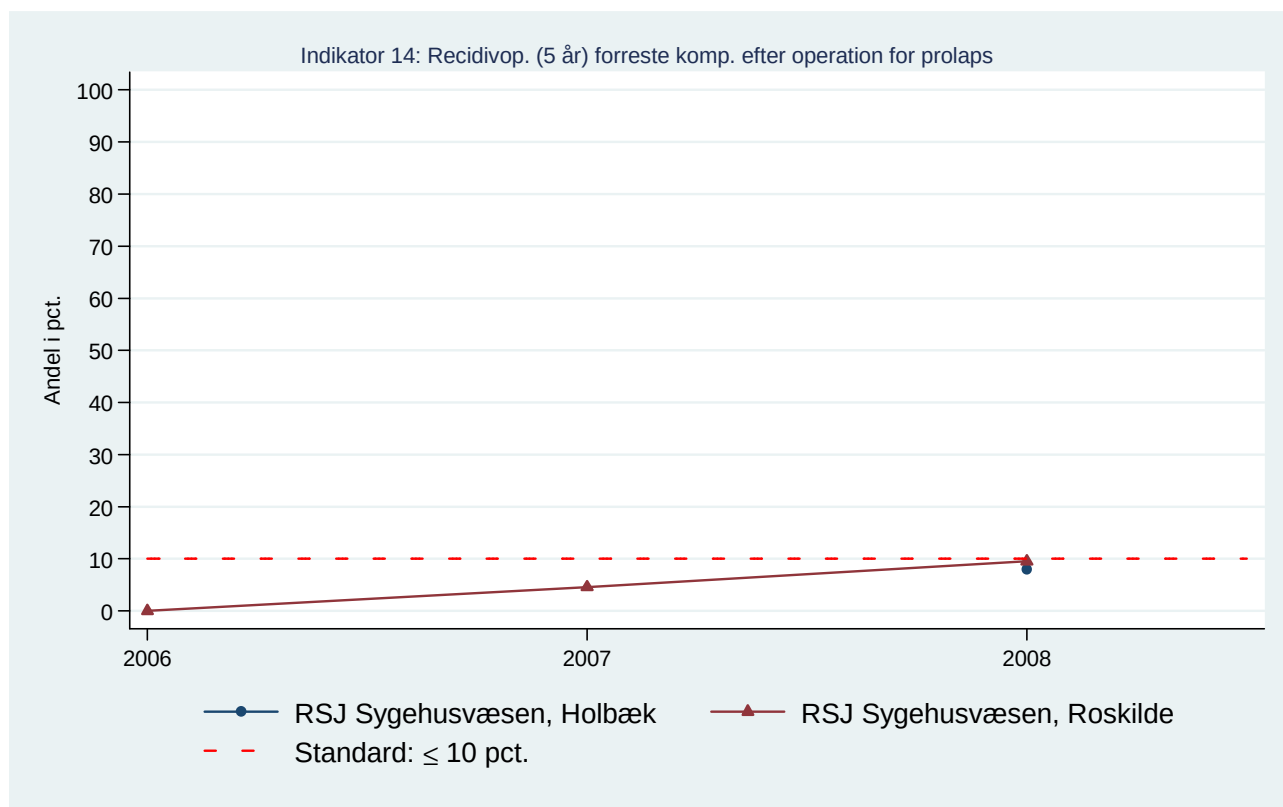


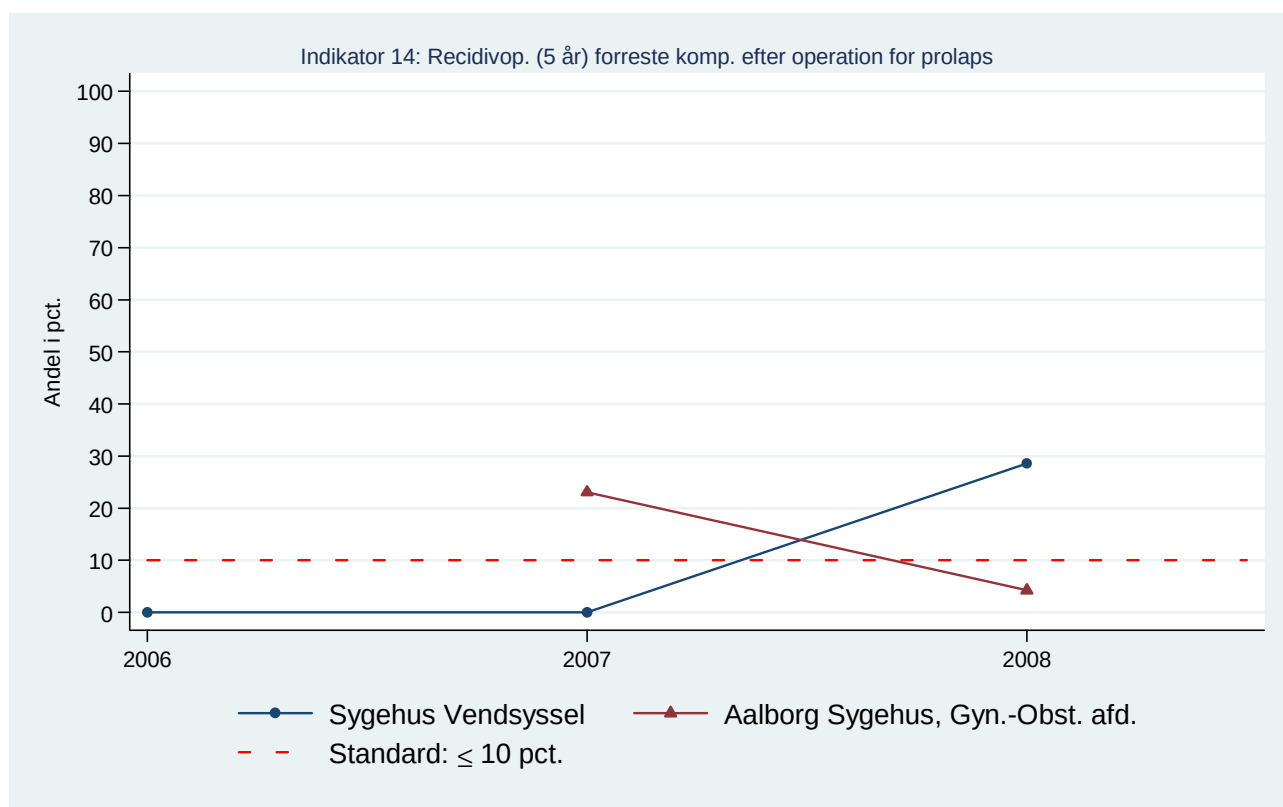
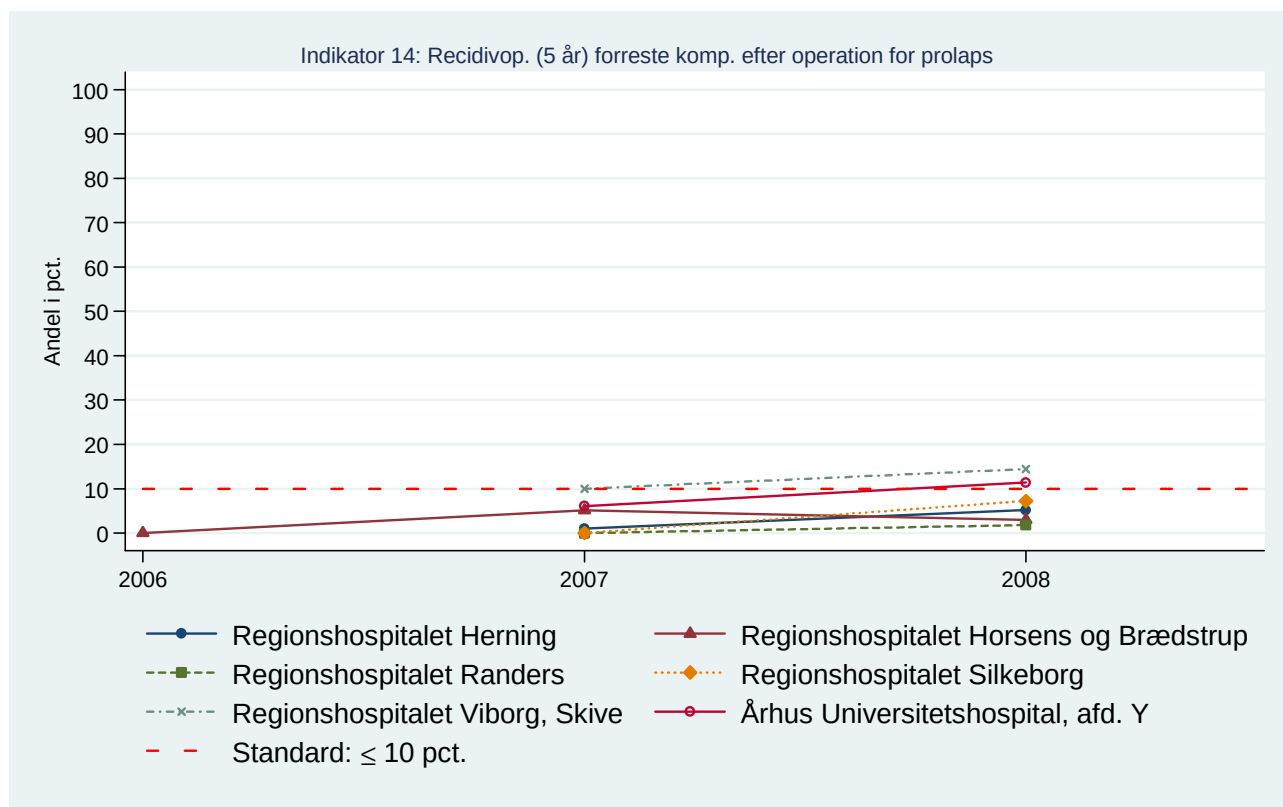
Indikator 13: Recidivop. (2 år) forreste komp. efter operation for prolaps



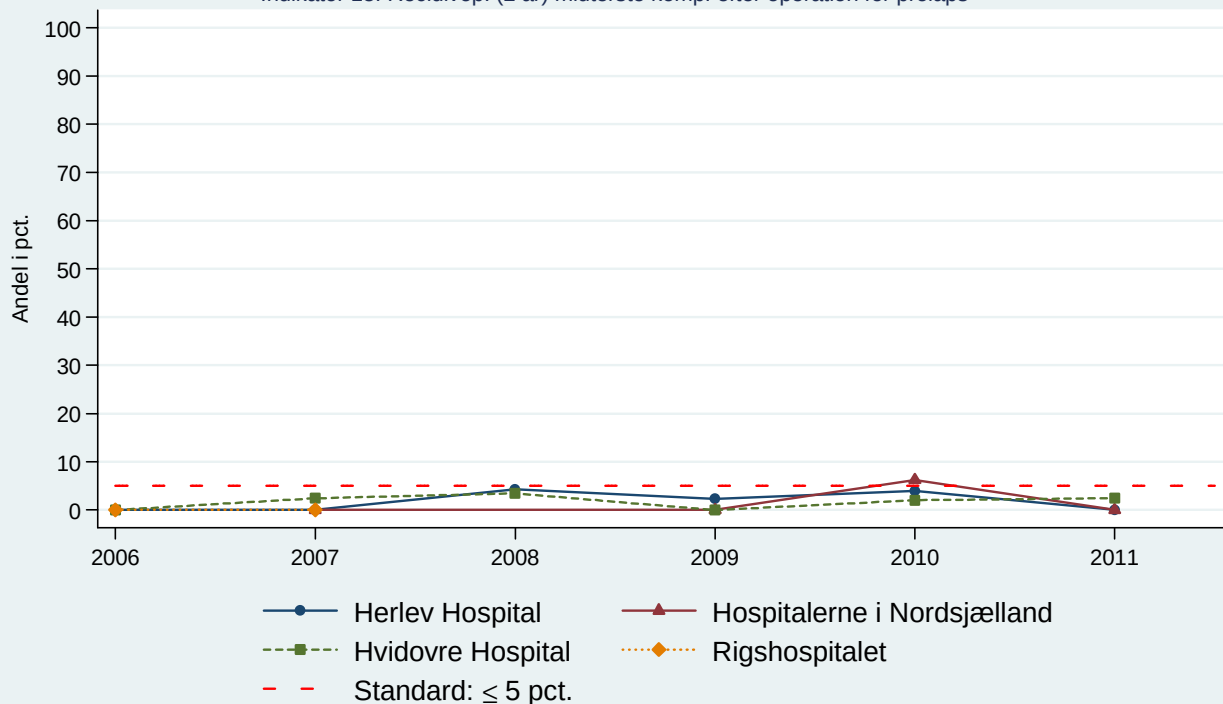
Indikator 14: Recidivop. (5 år) forreste komp. efter operation for prolaps



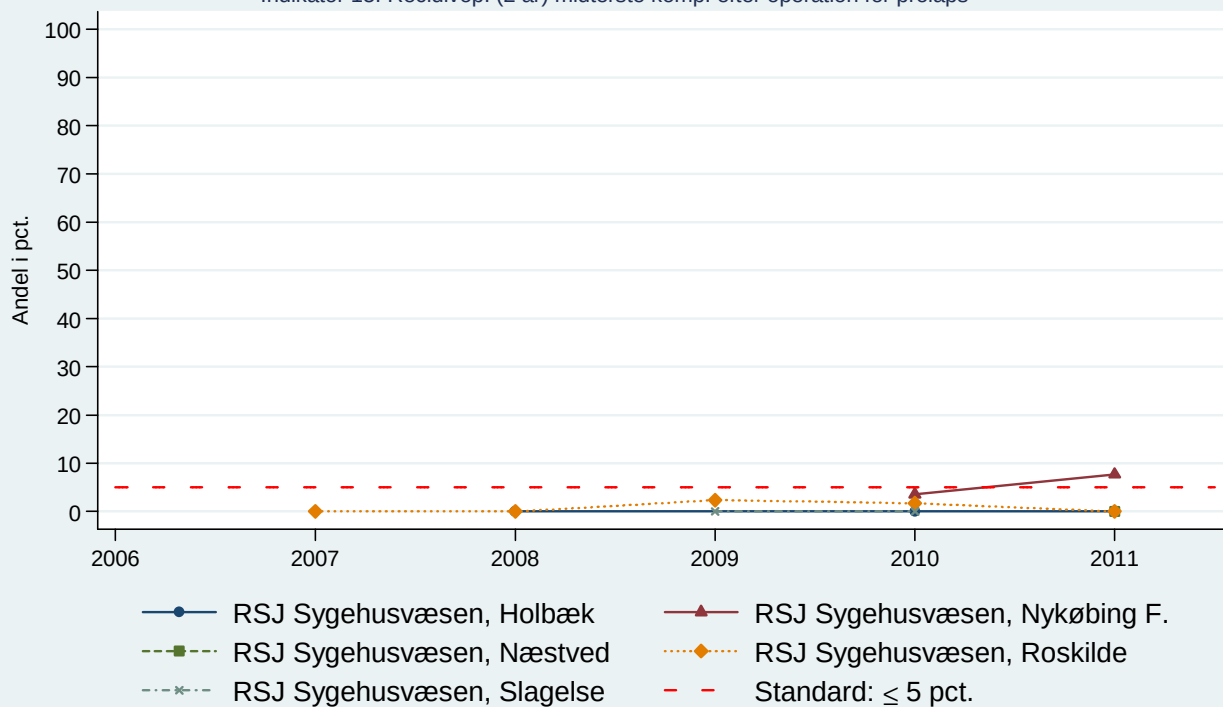




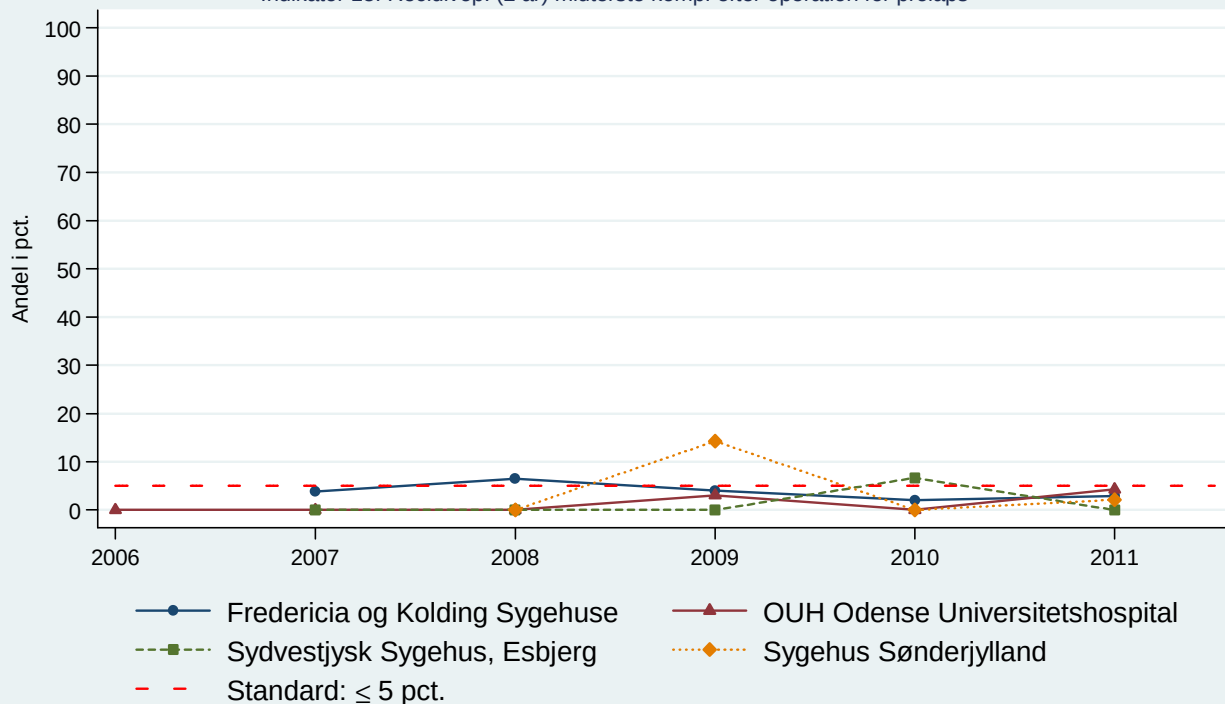
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps



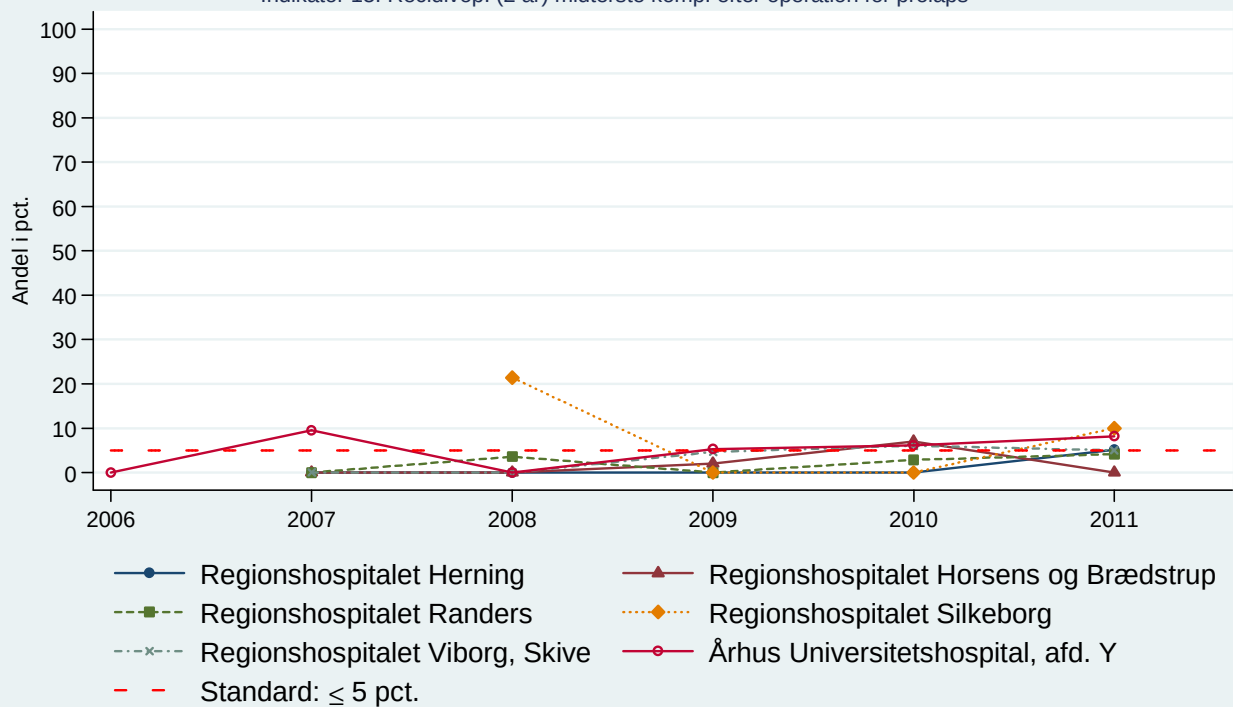
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps

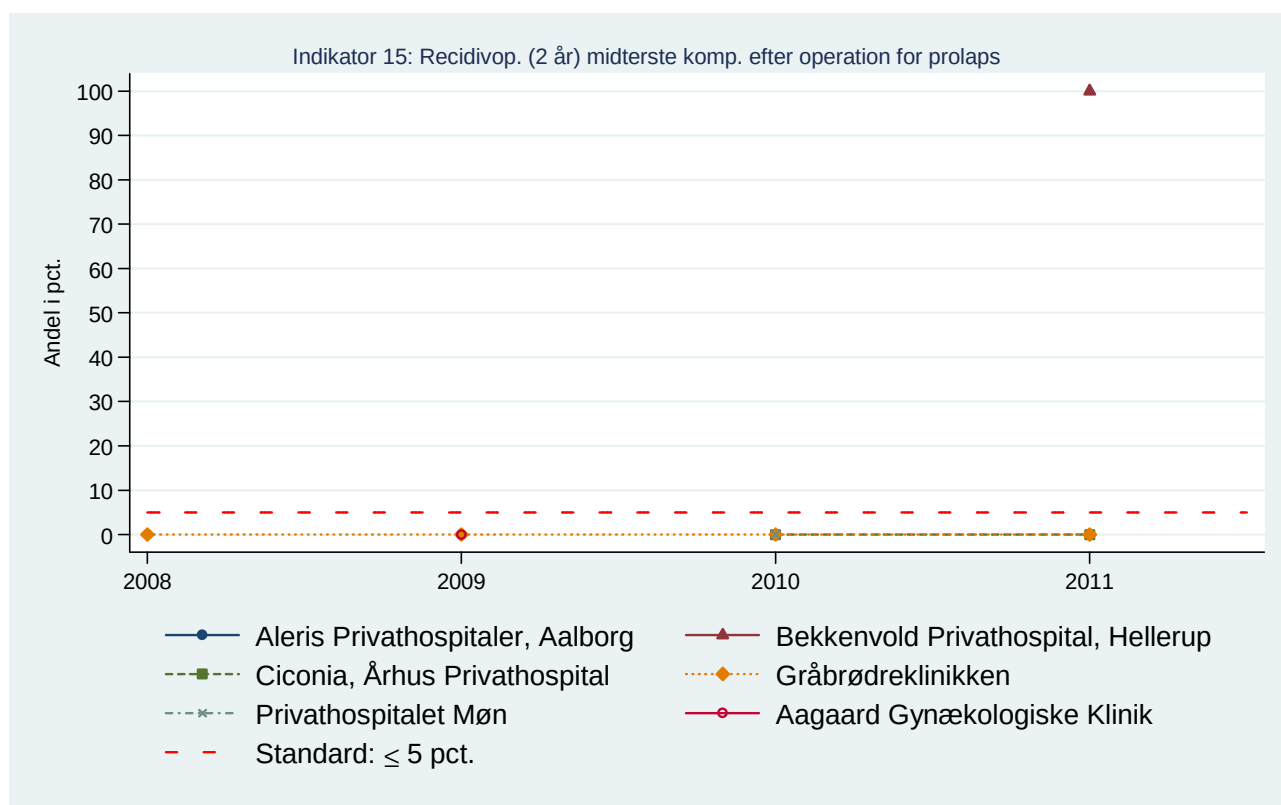
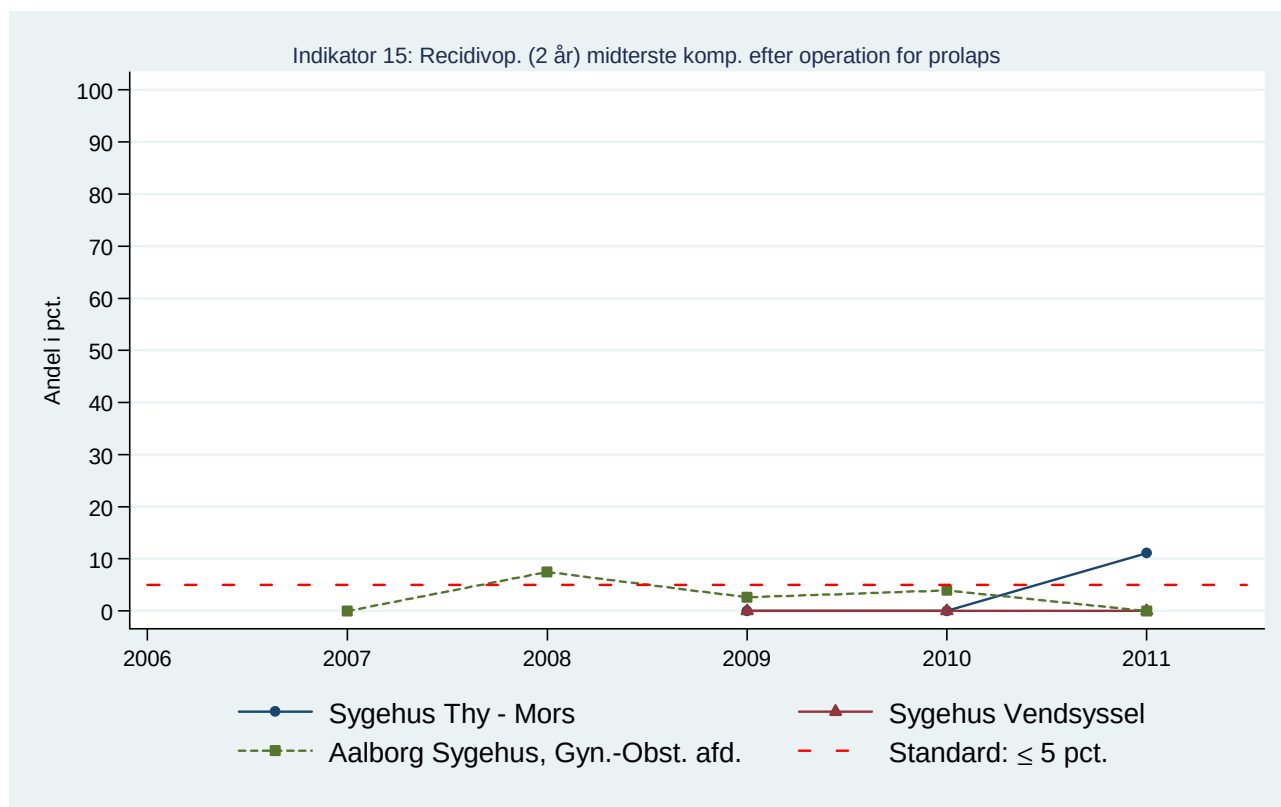


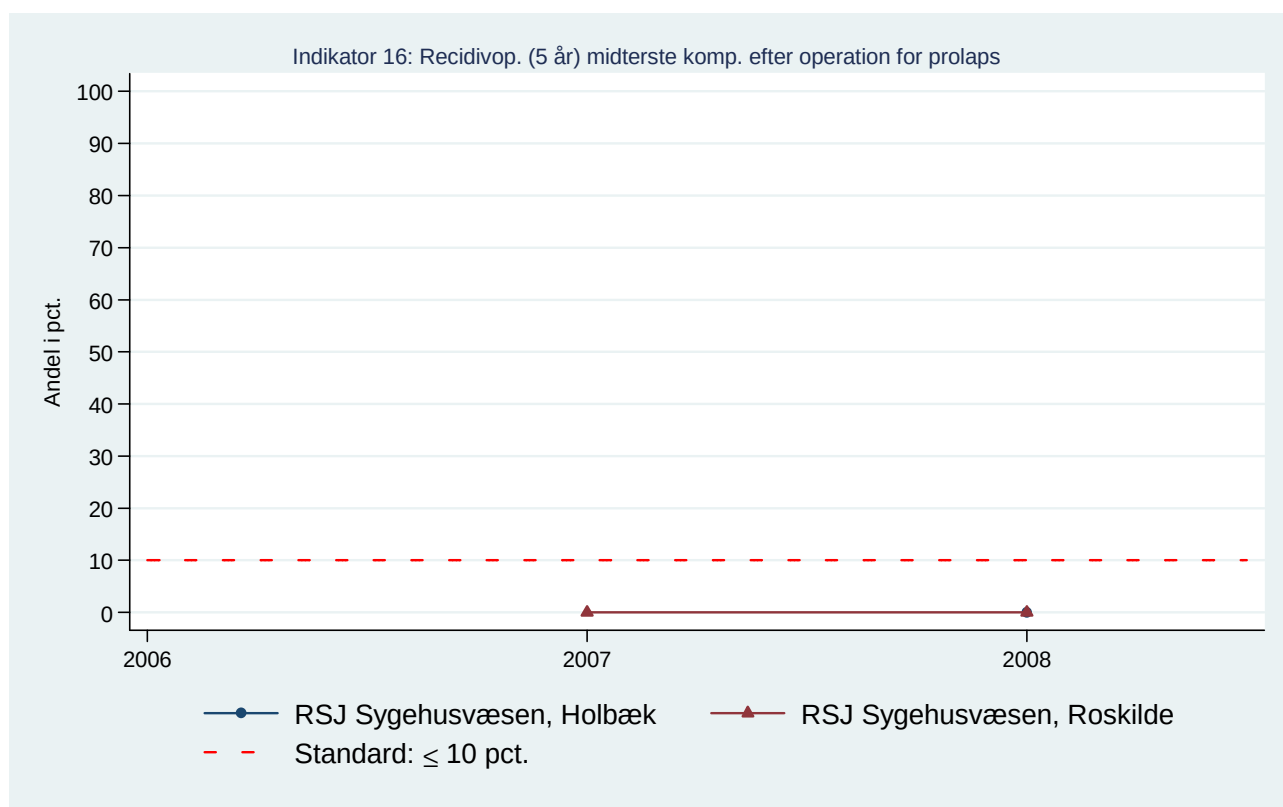
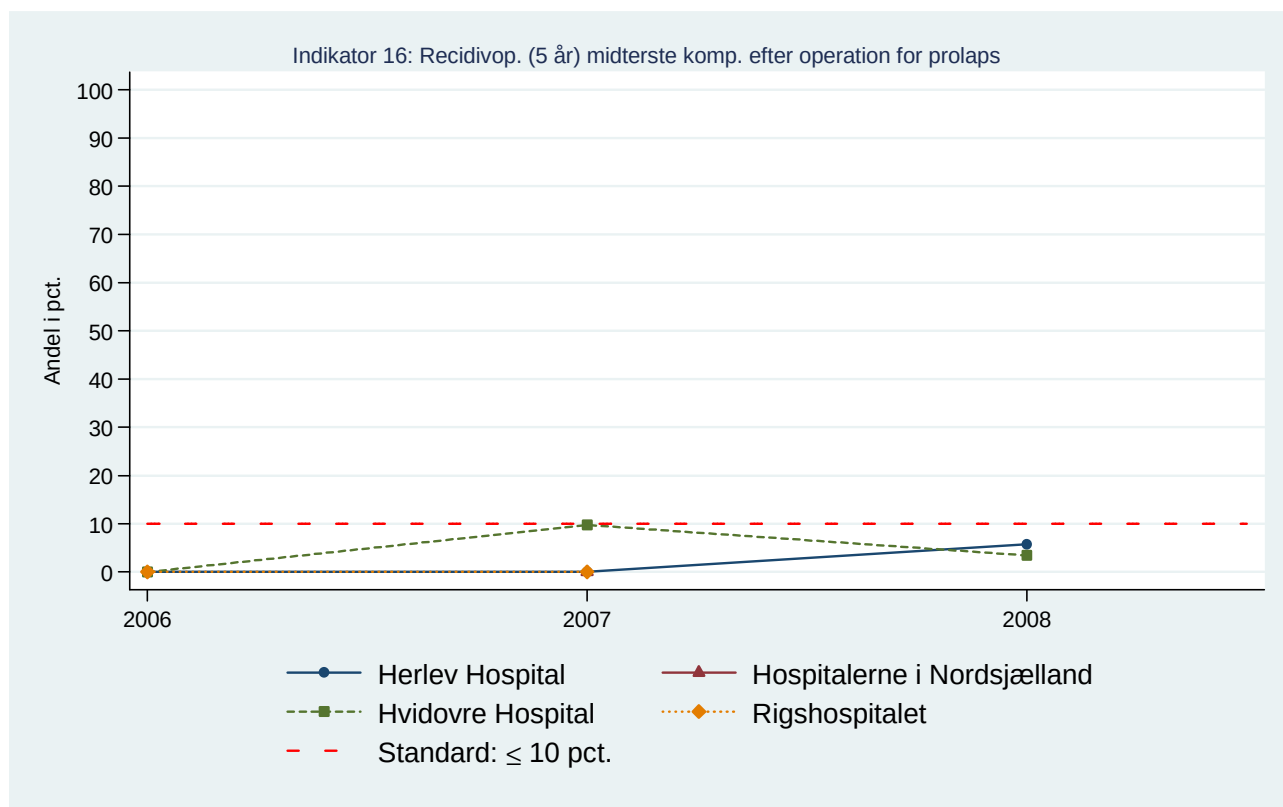
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps



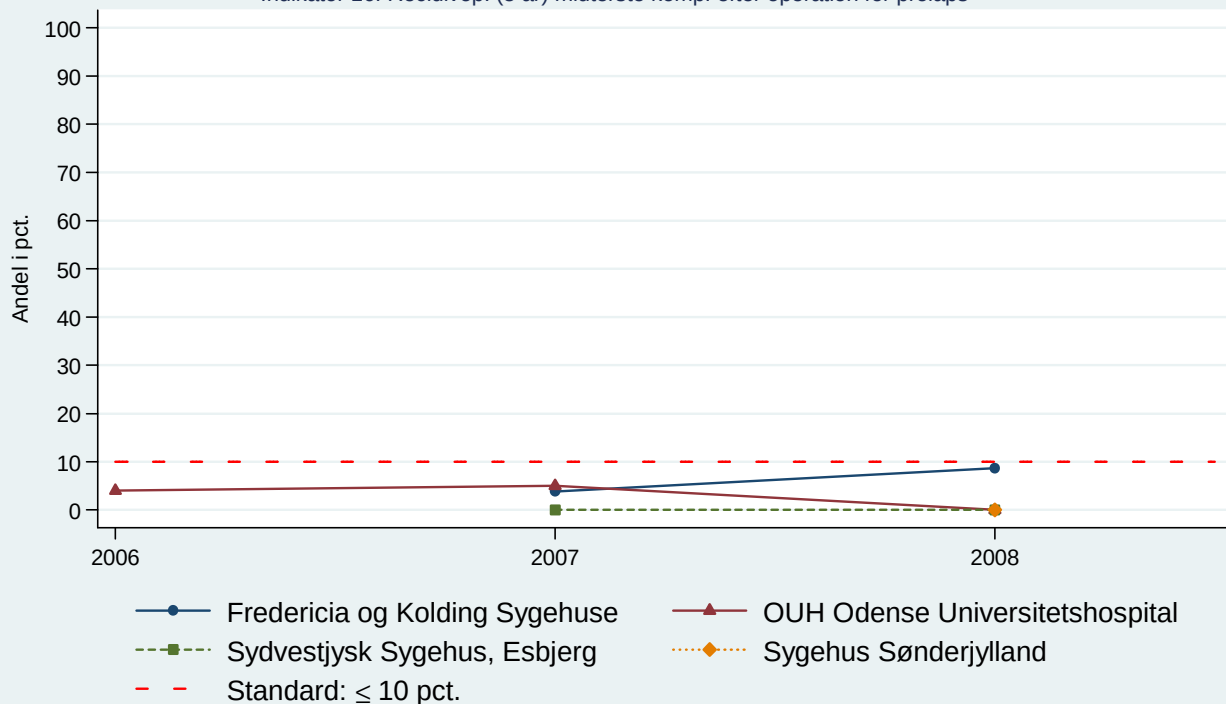
Indikator 15: Recidivop. (2 år) midterste komp. efter operation for prolaps



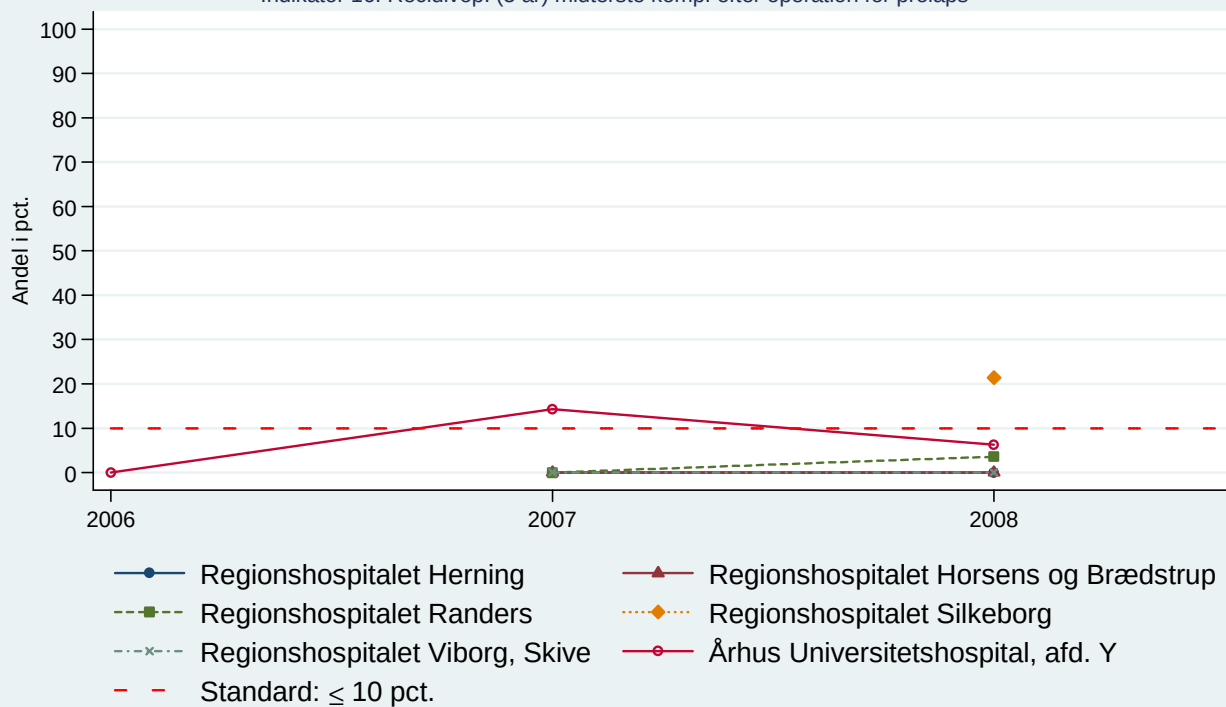




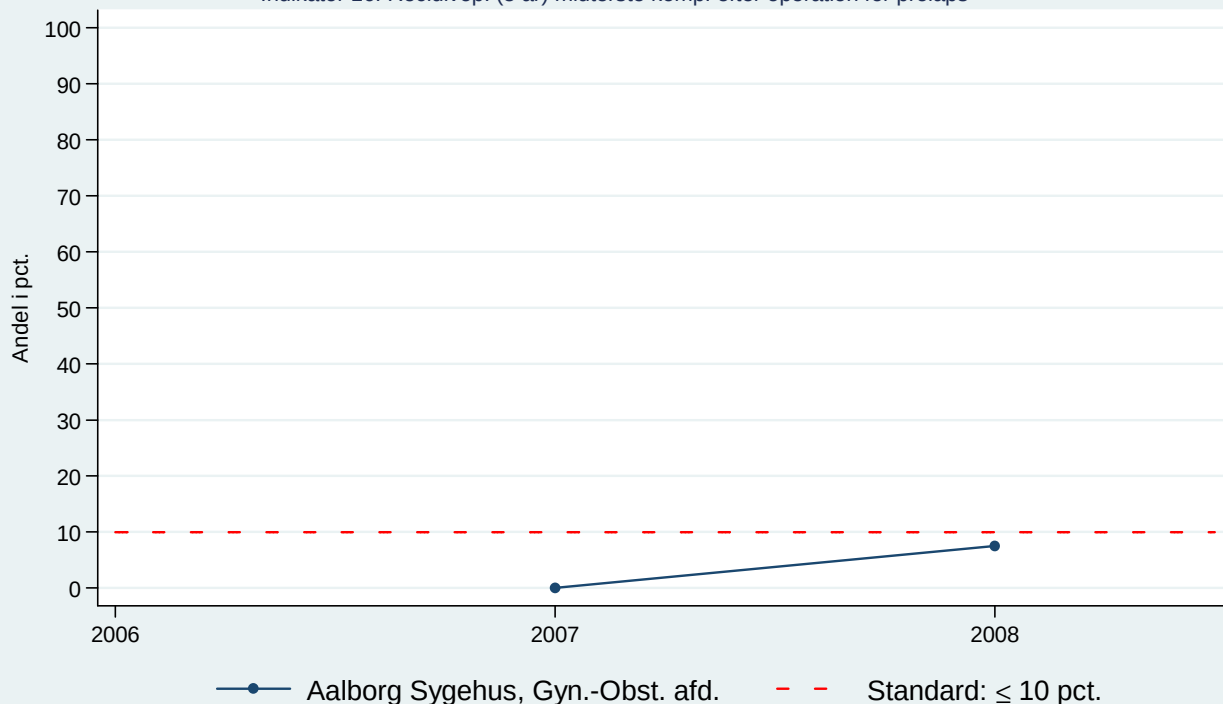
Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps



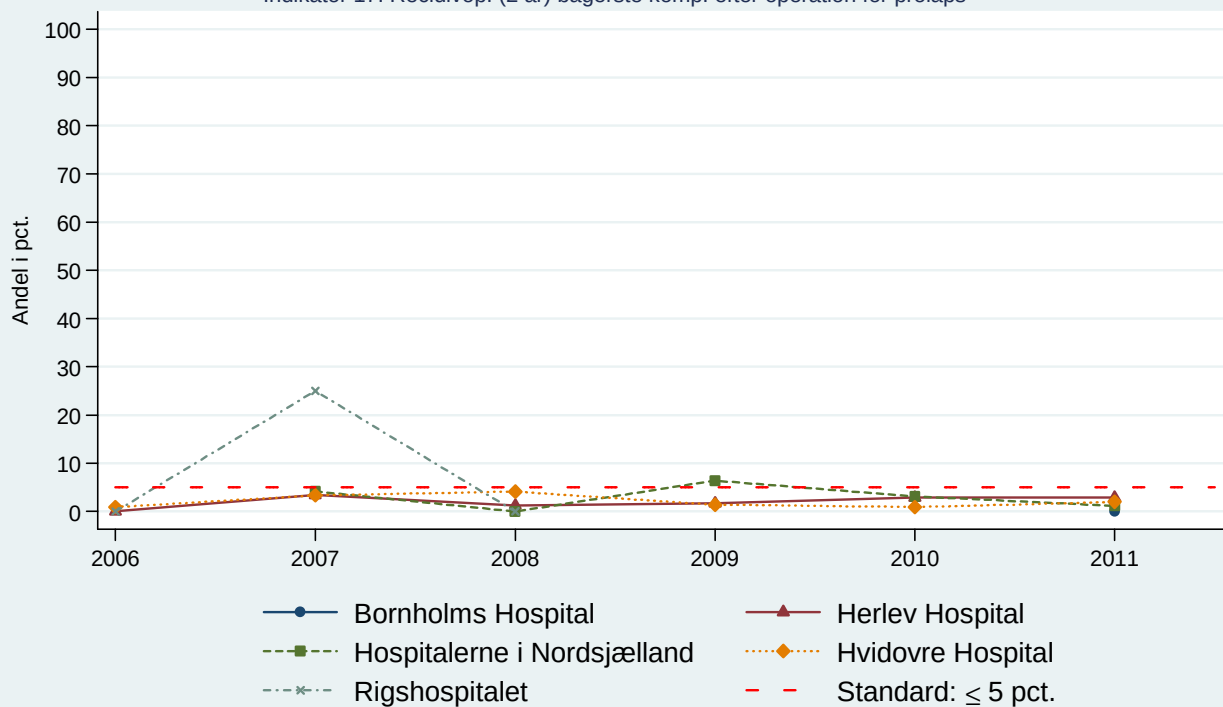
Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps



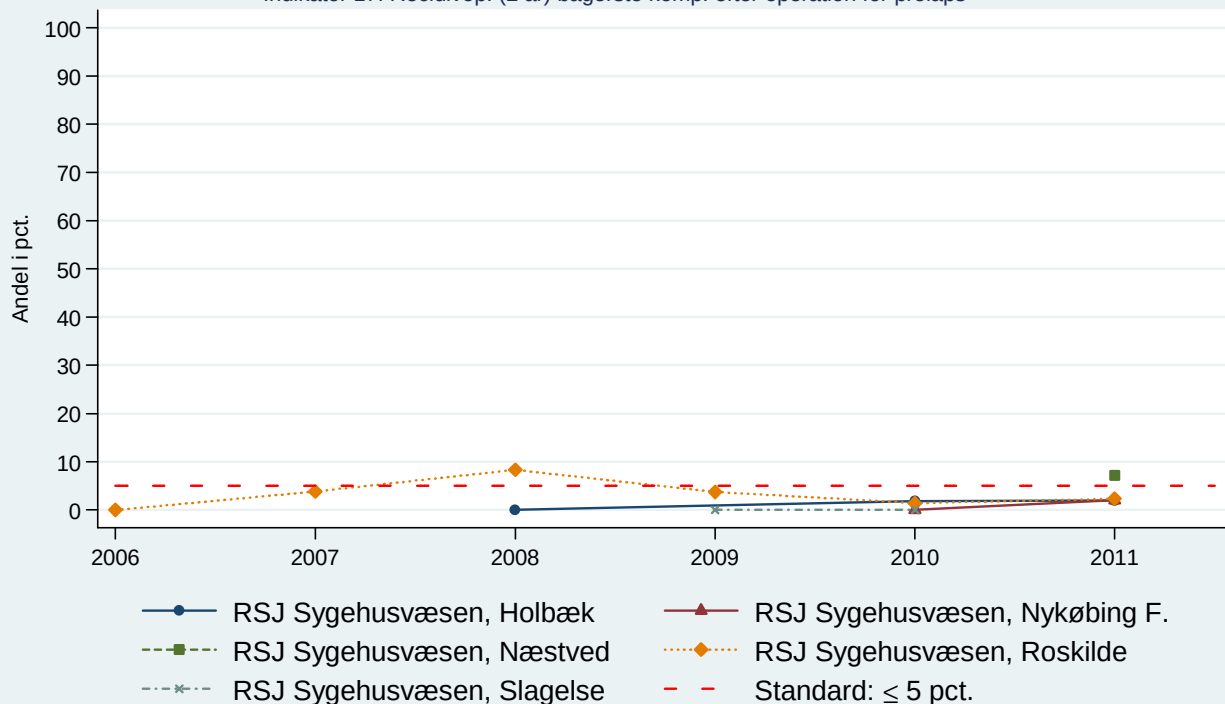
Indikator 16: Recidivop. (5 år) midterste komp. efter operation for prolaps



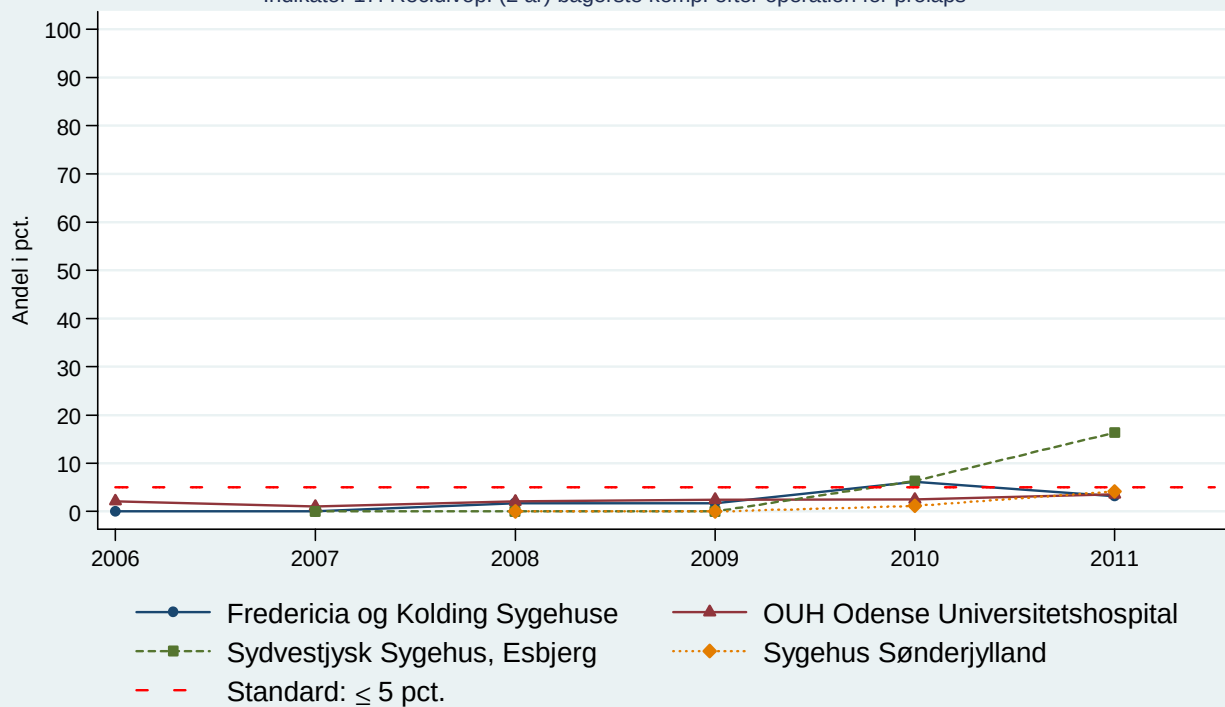
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

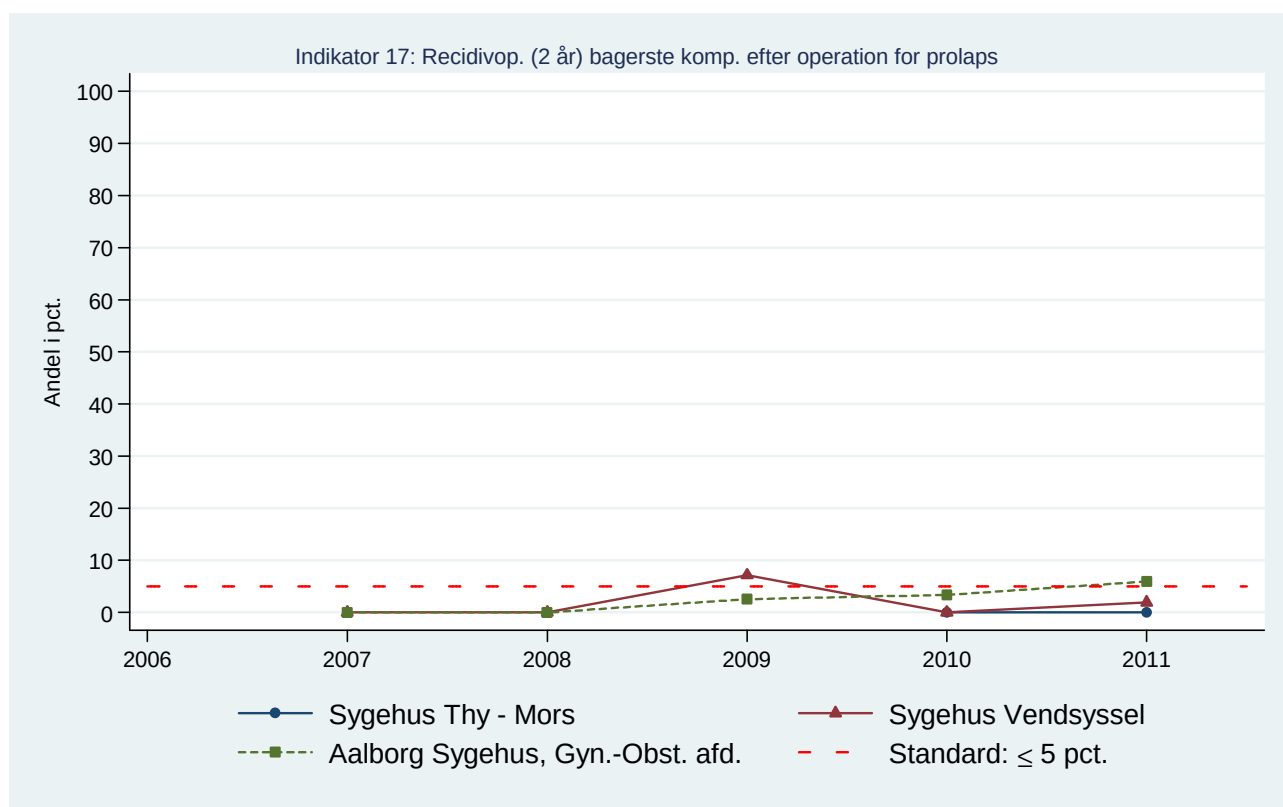
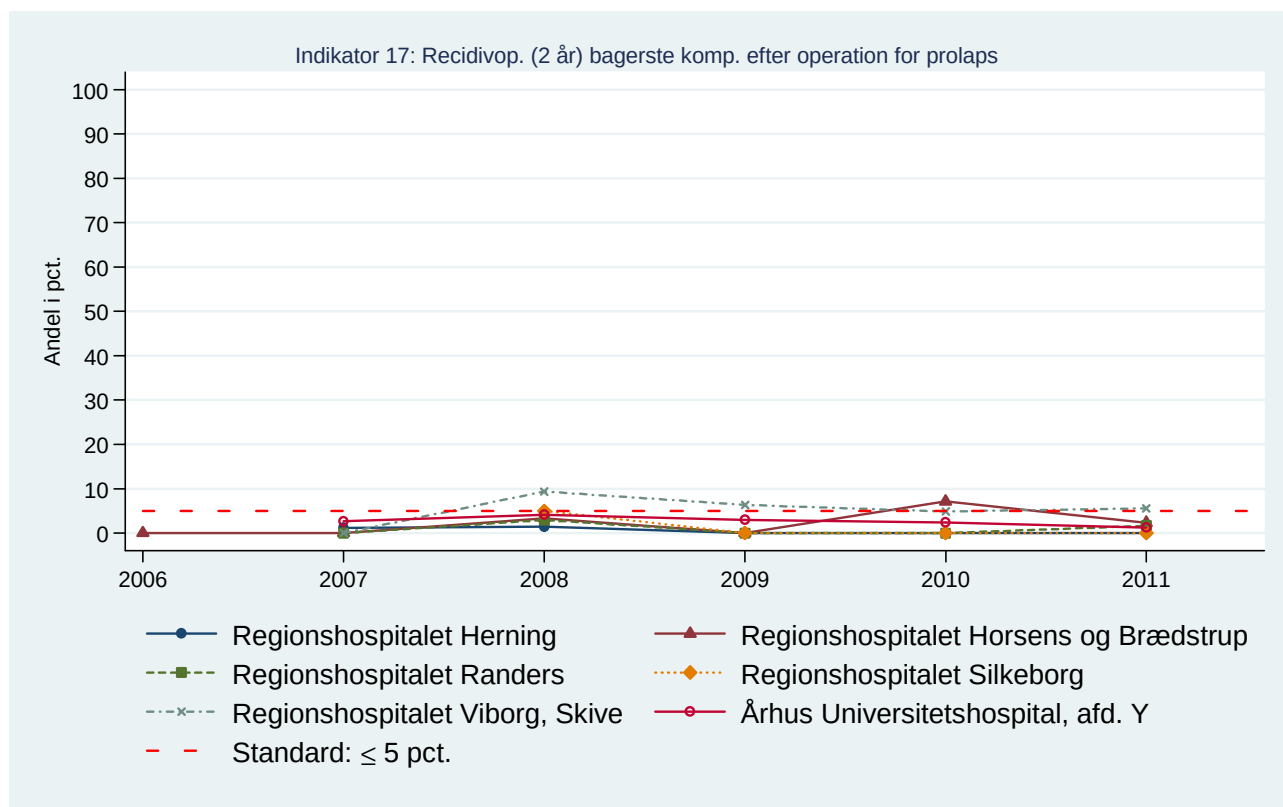


Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

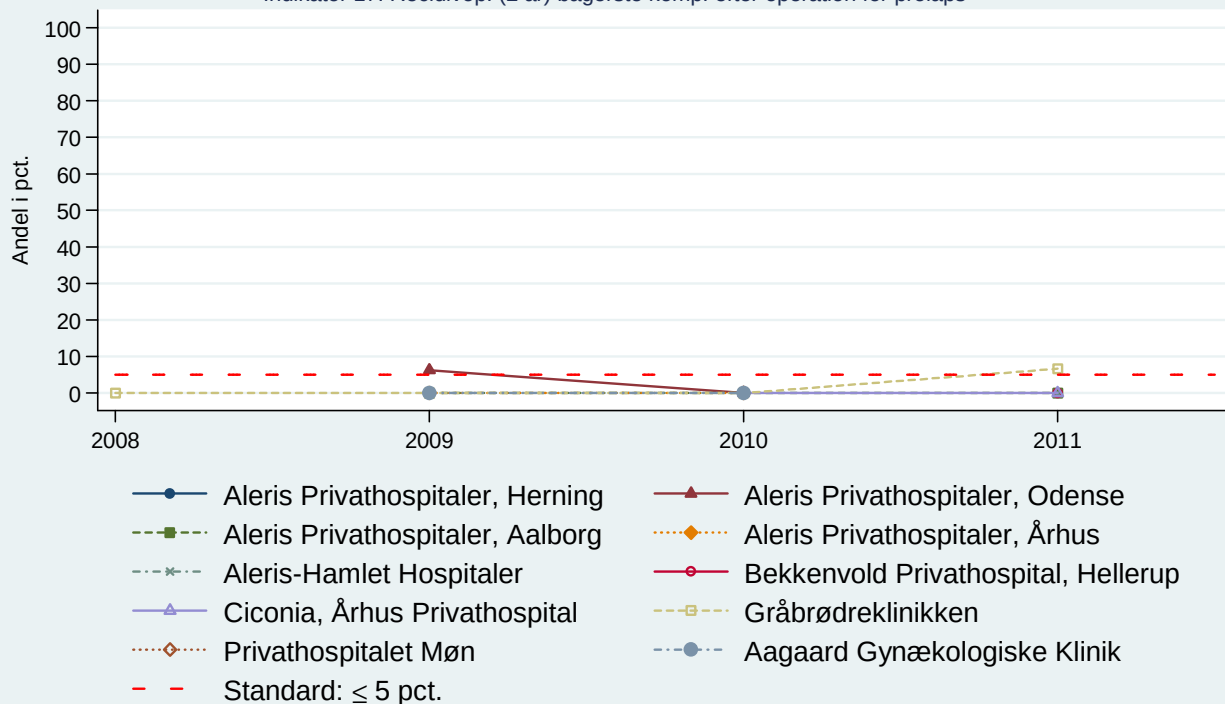


Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

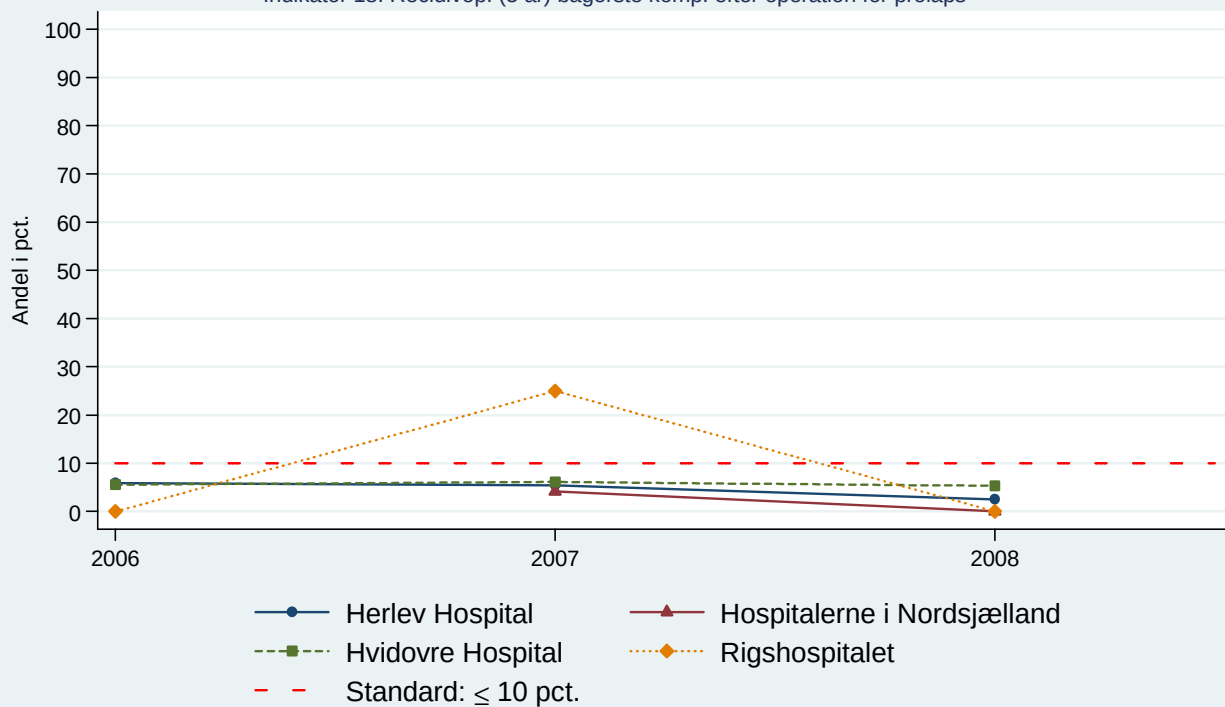




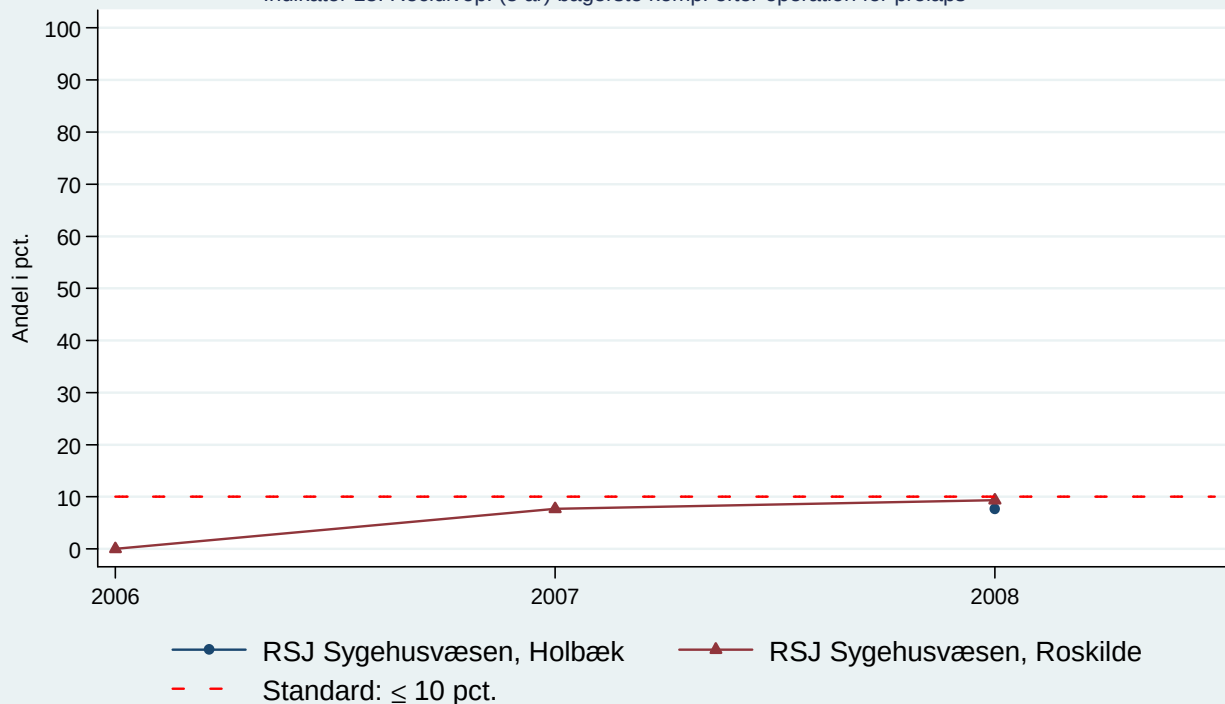
Indikator 17: Recidivop. (2 år) bagerste komp. efter operation for prolaps



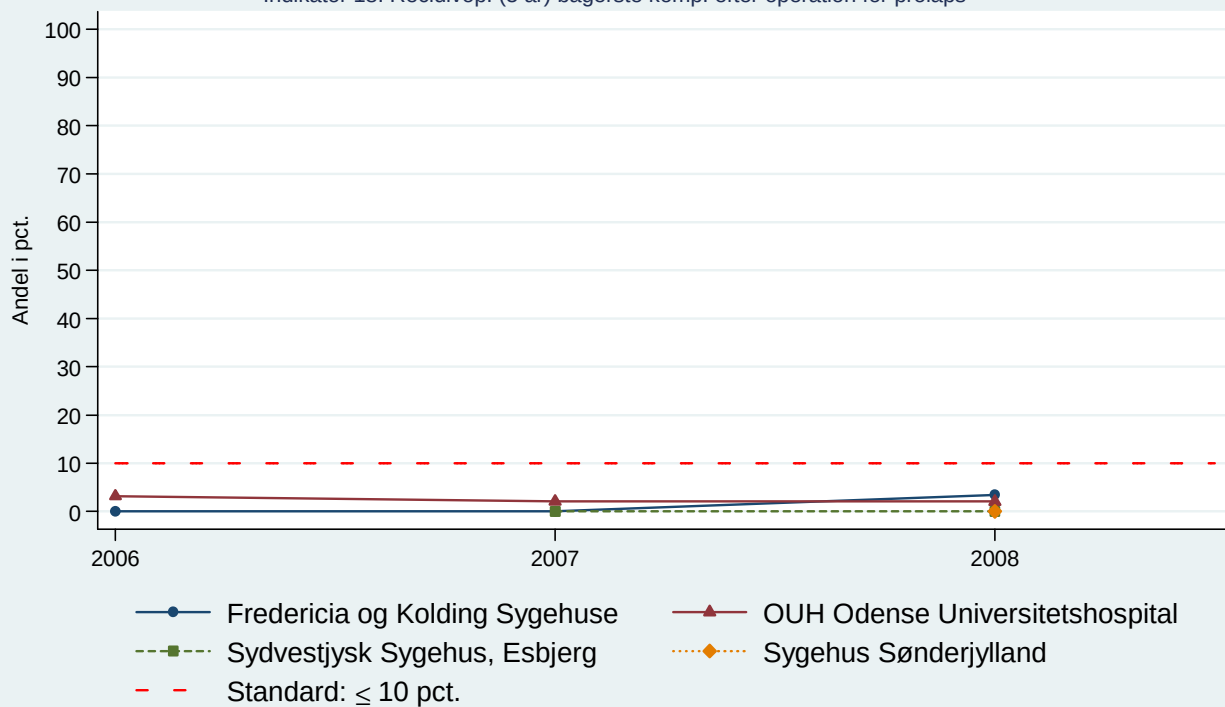
Indikator 18: Recidivop. (5 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

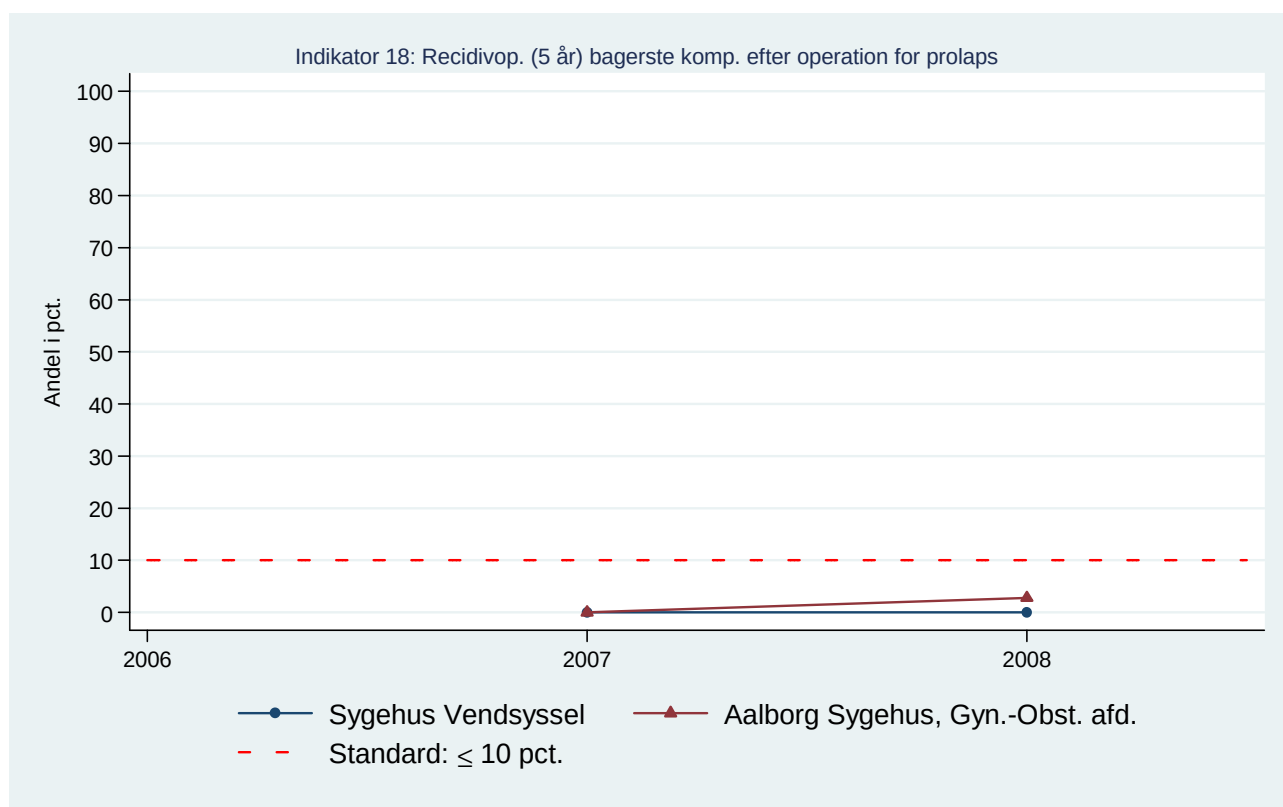
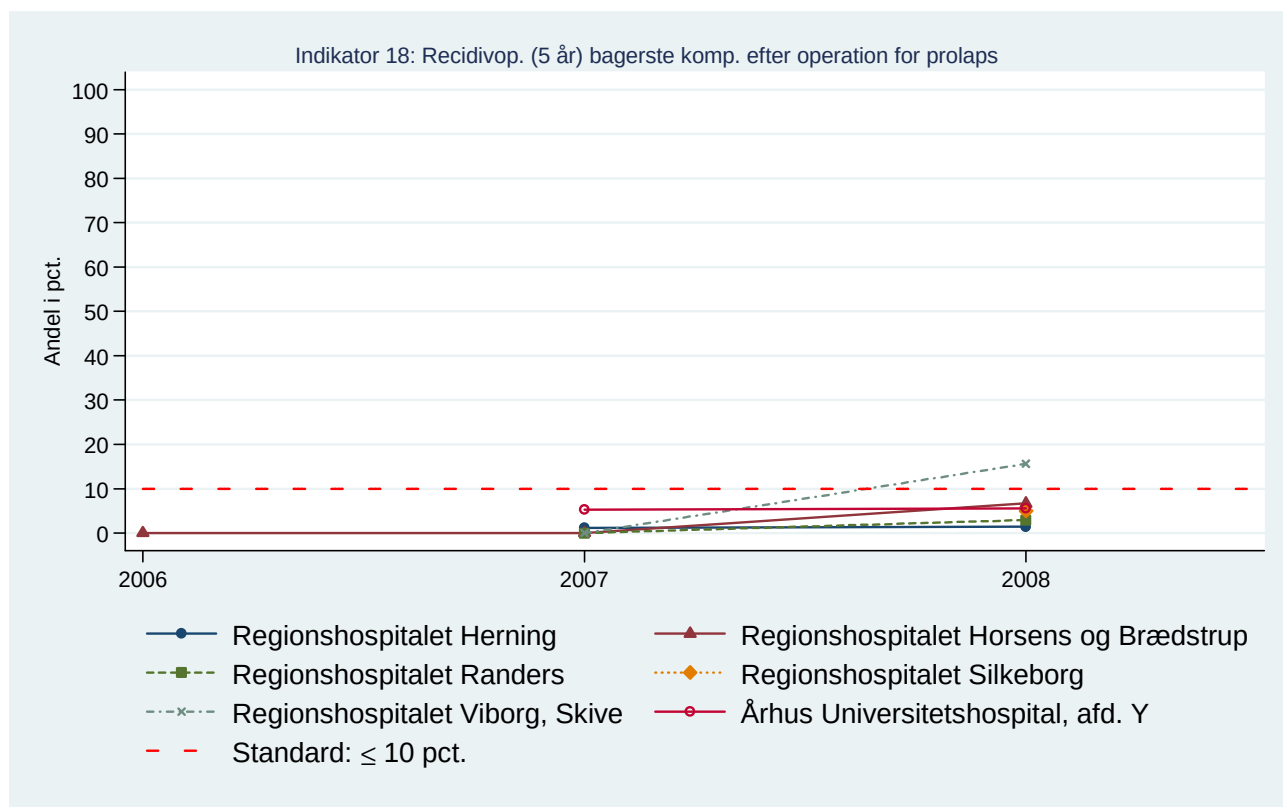


Indikator 18: Recidivop. (5 år) bagerste komp. efter operation for prolaps

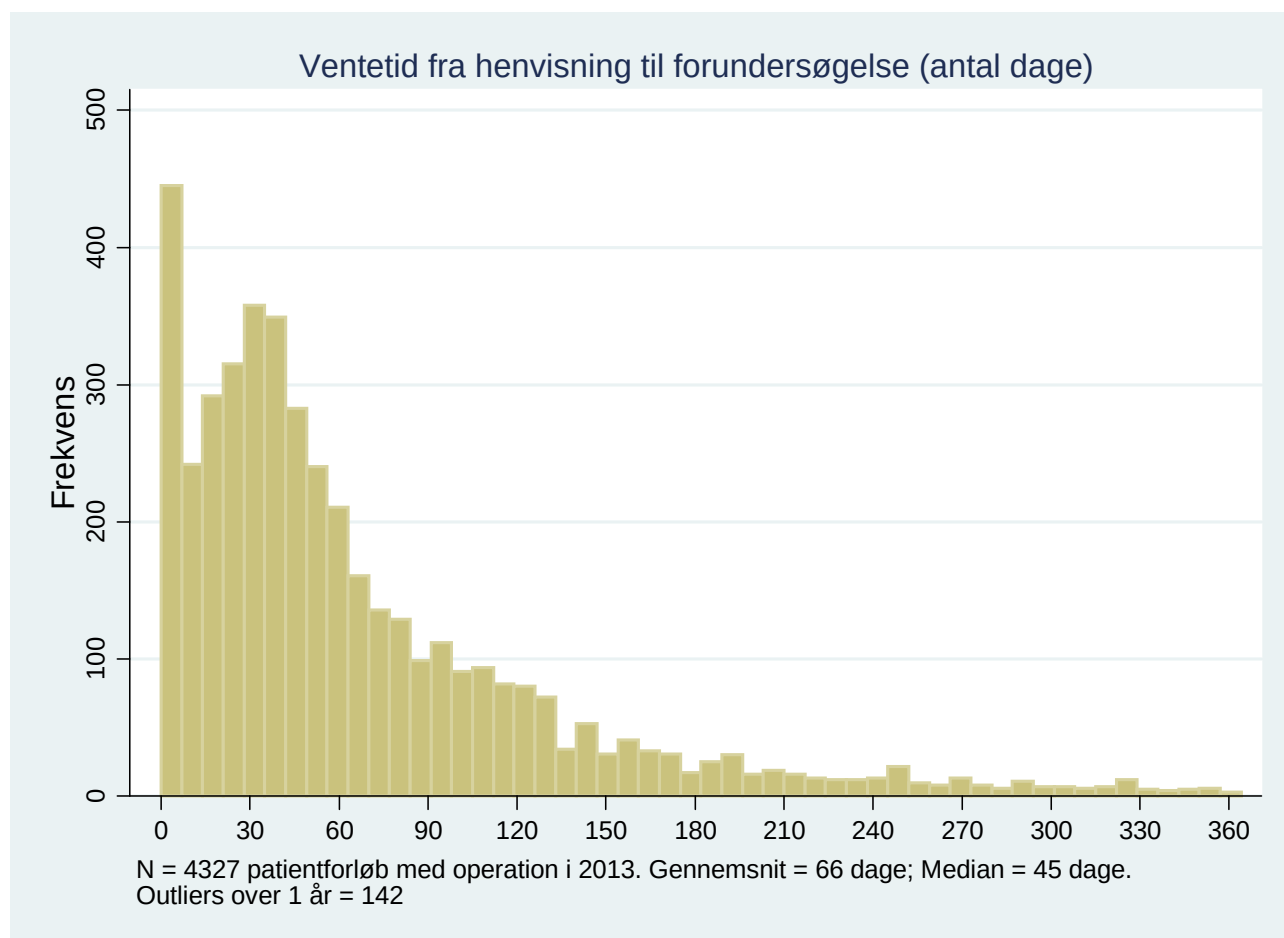


Indikator 18: Recidivop. (5 år) bagerste komp. efter operation for prolaps





Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer



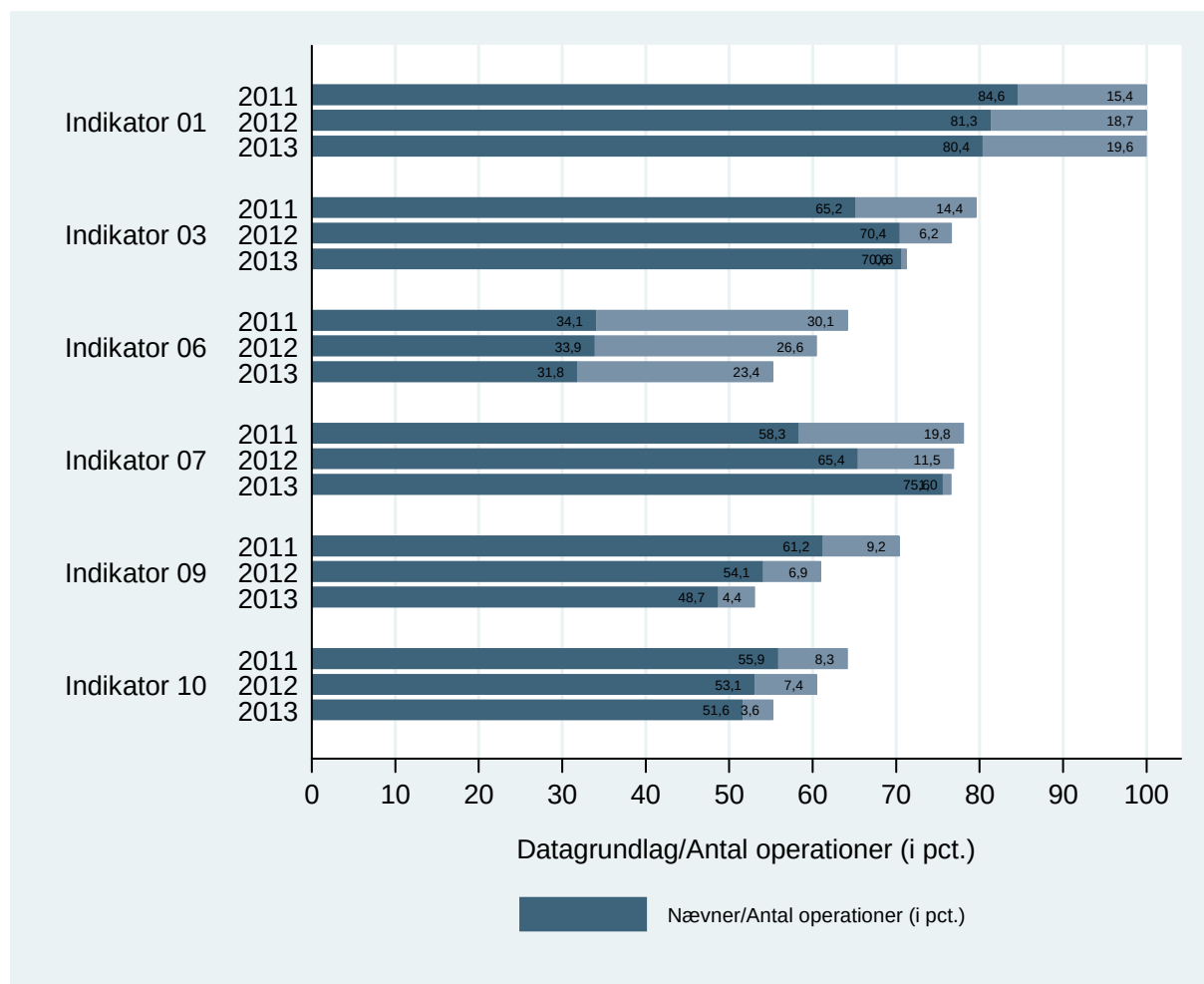
Figur B2 - Fordeling af ventetid for patienter med operation i 2013

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B2

Hver søjle repræsenterer 7 dage, dvs. 1 uge.

Fordelingen af ventetider er kraftigt "skewed to the right", hvilket blandt andet afspejles af, at den gennemsnitlige ventetid på 66 dage er noget højere end den mediane ventetid på 45 dage.

Omtrent dobbelt så mange patienter har op til 1 uges ventetid sammenlignet med 1-2 ugers ventetid. Derefter stiger antal patienter op til den mediane ventetid på 45 dage hvorefter antallet falder jævnt. De fleste patienter venter højst 180 dage. Der ses dog en "hale" af ventetider, som er længere end 180 dage. For at give et mere detaljeret billede af de kortere ventetider er i år valgt kun at vise op til 1 års ventetid på x-aksen. 142 patienter har over 1 års ventetid (ikke vist i Figur B2).



Figur B3 - Potentiel datakomplethed for alle patientforløb med operation i 2011-2013, for udvalgte indikatorer

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B3

I forrige DugaBase årsrapporter (nr. 1-6 [2006-2011]) har man for alle indikatorer, undtagen indikator 1, vist to tal i oversigtstabellerne, som potentielt kan indgå som nævnere:

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

DugaBase styregruppe har fra databasens start valgt at bruge "Datagrundlag" som nævner til beregning af datakompletheden. Dette er bibeholdt i denne årsrapport, hvor "N" heller ikke er vist i tabellerne, idet disse nu følger RKKP's skabelon for årsrapporter (implementeret i Årsrapport 2012). Ideelt set bør alle operationer følges op af både patientens og lægens efterkontrolskema, og for at give et mere fuldstændigt billede af dette forhold vises Figur B3.

I Figur B3 angiver x-aksens 100 % alle relevante operationer i perioden. Hele søjlen (dvs. både den mørke og den lyse del) angiver kolonne "Datagrundlag" divideret med kolonnen "N" (der henvises til forrige årsrapporter, til og med Årsrapport 2011). Den mørke del af søjlen angiver andelen af relevante operationer, som indgår i indikatorens nævner (indikatortabellernes kolonne "Relevante patientforløb" divideret med kolonnen

"N", som vist i årsrapporter til og med Årsrapport 2011). Til sammenligning vises data både for 2011, 2012 og 2013.

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

For eksempel ses for indikator 6, at i 2013 har 55,2 % (31,8 % + 23,4 %) af de opererede udfyldt et efterkontrolskema, men kun 31,8 % af de opererede (mørke del af søjlen, med angivelse af 31,8) har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål, hvilket betyder, at 23,4 % af de opererede (lyse del af søjlen, med angivelse af 23,4) ikke har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål.

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

For de øvrige indikatorer, som alle er baserede på efterkontrolskemaer, kan ikke forventes 100 % udfyldte efterkontrolskemaer for operationer udført i slutningen af 2013. Dog finder de fleste efterkontroller sted indenfor 120 dage efter operationen (jf. "Appendiks 3: Supplerende statistik", Figur B5 og Figur B6), og data er frosset d. 16. april 2014 (dvs. 106 dage efter årsskiftet). Derfor er der stadig plads til forbedringer mht. at kunne inkludere flere patienter i indikatorerne 3, 6, 7, 9 og 10 i forhold til de nuværende andele, som ligger i området fra 53,1 % til 79,6 %. Som et groft skøn kan tilstræbes, at 90-95 % af alle opererede patienter registreres med et udfyldt efterkontrolskema når data fryses i april året efter.

Når de 3 år sammenlignes er der for indikatorerne 3, 6, 7, 9 og 10 ikke store forskelle mht. andelen af patienter med et udfyldt efterkontrolskema. Andele af patienter, der har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål varierer noget mellem de 3 år, men overordnet ses en lille forbedring (se også Tabel 20).

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

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

Tabel B1 - Antal urininkontinensoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 3 i 2013 (operation og patientens efterundersøgelsesskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	1253	893	885	99,1	70,6
Hovedstaden	265	241	240	99,6	90,6
Sjælland	200	132	132	100,0	66,0
Syddanmark	343	229	229	100,0	66,8
Midtjylland	238	148	143	96,6	60,1
Nordjylland	186	130	129	99,2	69,4
Privathospitaler	21	13	12	92,3	57,1
Hovedstaden	265	241	240	99,6	90,6
Bornholms Hospital	1	1	1	100,0	100,0
Herlev Hospital	139	137	137	100,0	98,6
Hospitalerne i Nordsjælland	80	66	66	100,0	82,5
Hvidovre Hospital	45	37	36	97,3	80,0
Sjælland	200	132	132	100,0	66,0
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	0	0	0		
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	120	87	87	100,0	72,5
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0	0	0		
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	80	45	45	100,0	56,3
Syddanmark	343	229	229	100,0	66,8
Fredericia og Kolding Sygehuse	0	0	0		
OUH Odense Universitetshospital	176	140	140	100,0	79,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	127	68	68	100,0	53,5
Sygehus Sønderjylland	40	21	21	100,0	52,5
Midtjylland	238	148	143	96,6	60,1
Regionshospitalet Herning	34	33	33	100,0	97,1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	0	0	0		
Regionshospitalet Randers	46	40	40	100,0	87,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	54	24	22	91,7	40,7
Århus Universitetshospital, afd. K	13	0	0		0,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	91	51	48	94,1	52,7
Nordjylland	186	130	129	99,2	69,4
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	109	81	81	100,0	74,3
Sygehus Thy - Mors	9	9	9	100,0	100,0
Sygehus Vendsyssel	68	40	39	97,5	57,4
Privathospitaler	21	13	12	92,3	57,1
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0		
Aleris Privathospitaler, Århus	3	3	3	100,0	100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	2	1	1	100,0	50,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	1	1	1	100,0	100,0
Ciconia, Århus Privathospital	3	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	3	0	0		0,0
Privathospitalet Kollund	1	1	1	100,0	100,0
Privathospitalet Møn	8	7	6	85,7	75,0

a. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, hvor patientens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, hvor der findes en afkrydsning i spørgsmålet *Hvor ofte oplever du urininkontinens?* i patientens efterundersøgelsesskema.

**Tabel B2- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 6 i 2013
(operation og lægens efterundersøgelsesskema)**

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4197	2318	1335	57,6	31,8
Hovedstaden	1019	874	376	43,0	36,9
Sjælland	603	151	40	26,5	6,6
Syddanmark	1015	599	443	74,0	43,6
Midtjylland	1030	292	174	59,6	16,9
Nordjylland	457	357	264	73,9	57,8
Privathospitaler	73	45	38	84,4	52,1
Hovedstaden	1019	874	376	43,0	36,9
Bornholms Hospital	25	23	22	95,7	88,0
Herlev Hospital	425	414	130	31,4	30,6
Hospitalet i Nordsjælland	305	253	58	22,9	19,0
Hvidovre Hospital	264	184	166	90,2	62,9
Sjælland	603	151	40	26,5	6,6
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	11	1	1	100,0	9,1
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	160	47	22	46,8	13,8
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	172	4	3	75,0	1,7
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	260	99	14	14,1	5,4
Syddanmark	1015	599	443	74,0	43,6
Fredericia og Kolding Sygehuse	108	87	17	19,5	15,7
OUH Odense Universitetshospital	568	266	231	86,8	40,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	166	104	83	79,8	50,0
Sygehus Sønderjylland	173	142	112	78,9	64,7
Midtjylland	1030	292	174	59,6	16,9
Regionshospitalet Herning	124	117	21	17,9	16,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	162	33	27	81,8	16,7
Regionshospitalet Randers	171	6	4	66,7	2,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	211	6	4	66,7	1,9
Århus Universitetshospital, afd. K	0	0	0		
Århus Universitetshospital, afd. Y	362	130	118	90,8	32,6
Nordjylland	457	357	264	73,9	57,8
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	291	260	195	75,0	67,0
Sygehus Thy - Mors	53	50	49	98,0	92,5
Sygehus Vendsyssel	113	47	20	42,6	17,7
Privathospitaler	73	45	38	84,4	52,1
Aleris Privathospitaler, Aalborg	5	2	0	0,0	0,0
Aleris Privathospitaler, Århus	6	6	5	83,3	83,3
Aleris-Hamlet Hospitaler	18	13	10	76,9	55,6
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	3	2	2	100,0	66,7
Ciconia, Århus Privathospital	12	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	16	13	13	100,0	81,3
Privathospitalet Kollund	7	5	5	100,0	71,4
Privathospitalet Møn	6	4	3	75,0	50,0

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, hvor lægens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, hvor der findes en registrering af prolapsgrad i lægens efterundersøgelsesskema.

**Tabel B3- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 7 i 2013
(operation og patientens efterundersøgelsesskema)**

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4197	3214	3173	98,7	75,6
Hovedstaden	1019	919	914	99,5	89,7
Sjælland	603	418	405	96,9	67,2
Syddanmark	1015	737	730	99,1	71,9
Midtjylland	1030	710	698	98,3	67,8
Nordjylland	457	395	393	99,5	86,0
Privathospitaler	73	35	33	94,3	45,2
Hovedstaden	1019	919	914	99,5	89,7
Bornholms Hospital	25	25	25	100,0	100,0
Herlev Hospital	425	420	418	99,5	98,4
Hospitalet i Nordsjælland	305	258	258	100,0	84,6
Hvidovre Hospital	264	216	213	98,6	80,7
Sjælland	603	418	405	96,9	67,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	11	4	4	100,0	36,4
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	160	126	124	98,4	77,5
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	172	128	117	91,4	68,0
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	260	160	160	100,0	61,5
Syddanmark	1015	737	730	99,1	71,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	108	96	94	97,9	87,0
OUH Odense Universitetshospital	568	434	430	99,1	75,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	166	100	99	99,0	59,6
Sygehus Sønderjylland	173	107	107	100,0	61,8
Midtjylland	1030	710	698	98,3	67,8
Regionshospitalet Herning	124	124	122	98,4	98,4
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	162	145	143	98,6	88,3
Regionshospitalet Randers	171	133	132	99,2	77,2
Regionshospitalet Viborg, Skive	211	117	113	96,6	53,6
Århus Universitetshospital, afd. K	0	0	0		
Århus Universitetshospital, afd. Y	362	191	188	98,4	51,9
Nordjylland	457	395	393	99,5	86,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	291	268	267	99,6	91,8
Sygehus Thy - Mors	53	50	50	100,0	94,3
Sygehus Vendsyssel	113	77	76	98,7	67,3
Privathospitaler	73	35	33	94,3	45,2
Aleris Privathospitaler, Aalborg	5	0	0		0,0
Aleris Privathospitaler, Århus	6	6	6	100,0	100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	18	12	11	91,7	61,1
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	3	0	0		0,0
Ciconia, Århus Privathospital	12	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	16	12	11	91,7	68,8
Privathospitalet Kollund	7	0	0		0,0
Privathospitalet Møn	6	5	5	100,0	83,3

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, hvor patientens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, hvor der findes en afkrydsning i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?) i patientens efterundersøgelsesskema.

Tabel B4- Antal urininkontinensoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 9 i 2013 (operation og lægens efterundersøgelsesskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	1253	665	610	91,7	48,7
Hovedstaden	265	231	224	97,0	84,5
Sjælland	200	121	91	75,2	45,5
Syddanmark	343	145	134	92,4	39,1
Midtjylland	238	42	39	92,9	16,4
Nordjylland	186	114	111	97,4	59,7
Privathospitaler	21	12	11	91,7	52,4
Hovedstaden	265	231	224	97,0	84,5
Bornholms Hospital	1	1	1	100,0	100,0
Herlev Hospital	139	137	134	97,8	96,4
Hospitalet i Nordsjælland	80	61	58	95,1	72,5
Hvidovre Hospital	45	32	31	96,9	68,9
Sjælland	200	121	91	75,2	45,5
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	0	0	0		
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	120	90	88	97,8	73,3
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0	0	0		
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	80	31	3	9,7	3,8
Syddanmark	343	145	134	92,4	39,1
Fredericia og Kolding Sygehuse	0	0	0		
OUH Odense Universitetshospital	176	47	42	89,4	23,9
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	127	66	64	97,0	50,4
Sygehus Sønderjylland	40	32	28	87,5	70,0
Midtjylland	238	42	39	92,9	16,4
Regionshospitalet Herning	34	32	32	100,0	94,1
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	0	0	0		
Regionshospitalet Randers	46	3	2	66,7	4,3
Regionshospitalet Viborg, Skive	54	0	0		0,0
Århus Universitetshospital, afd. K	13	0	0		0,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	91	7	5	71,4	5,5
Nordjylland	186	114	111	97,4	59,7
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	109	80	77	96,3	70,6
Sygehus Thy - Mors	9	9	9	100,0	100,0
Sygehus Vendsyssel	68	25	25	100,0	36,8
Privathospitaler	21	12	11	91,7	52,4
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0		
Aleris Privathospitaler, Århus	3	3	3	100,0	100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	2	1	1	100,0	50,0
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	1	0	0		0,0
Ciconia, Århus Privathospital	3	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	3	0	0		0,0
Privathospitalet Kollund	1	1	1	100,0	100,0
Privathospitalet Møn	8	7	6	85,7	75,0

a. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, hvor lægens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, hvor der findes en registrering i feltet *Behandlingsbehov (klinisk konklusion)* svarende til urininkontinens i lægens efterundersøgelsesskema.

**Tabel B5- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 10 i 2013
(operation og lægens efterundersøgelsesskema)**

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4197	2318	2167	93,5	51,6
Hovedstaden	1019	874	852	97,5	83,6
Sjælland	603	151	67	44,4	11,1
Syddanmark	1015	599	581	97,0	57,2
Midtjylland	1030	292	281	96,2	27,3
Nordjylland	457	357	346	96,9	75,7
Privathospitaler	73	45	40	88,9	54,8
Hovedstaden	1019	874	852	97,5	83,6
Bornholms Hospital	25	23	23	100,0	92,0
Herlev Hospital	425	414	408	98,6	96,0
Hospitalet i Nordsjælland	305	253	247	97,6	81,0
Hvidovre Hospital	264	184	174	94,6	65,9
Sjælland	603	151	67	44,4	11,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	11	1	1	100,0	9,1
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	160	47	46	97,9	28,8
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	172	4	3	75,0	1,7
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	260	99	17	17,2	6,5
Syddanmark	1015	599	581	97,0	57,2
Fredericia og Kolding Sygehuse	108	87	86	98,9	79,6
OUH Odense Universitetshospital	568	266	256	96,2	45,1
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	166	104	99	95,2	59,6
Sygehus Sønderjylland	173	142	140	98,6	80,9
Midtjylland	1030	292	281	96,2	27,3
Regionshospitalet Herning	124	117	116	99,1	93,5
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	162	33	30	90,9	18,5
Regionshospitalet Randers	171	6	5	83,3	2,9
Regionshospitalet Viborg, Skive	211	6	4	66,7	1,9
Århus Universitetshospital, afd. K	0	0	0		
Århus Universitetshospital, afd. Y	362	130	126	96,9	34,8
Nordjylland	457	357	346	96,9	75,7
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	291	260	252	96,9	86,6
Sygehus Thy - Mors	53	50	49	98,0	92,5
Sygehus Vendsyssel	113	47	45	95,7	39,8
Privathospitaler	73	45	40	88,9	54,8
Aleris Privathospitaler, Aalborg	5	2	0	0,0	0,0
Aleris Privathospitaler, Århus	6	6	6	100,0	100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	18	13	11	84,6	61,1
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	3	2	2	100,0	66,7
Ciconia, Århus Privathospital	12	0	0		0,0
Gråbrødreklinikken	16	13	13	100,0	81,3
Privathospitalet Kollund	7	5	5	100,0	71,4
Privathospitalet Møn	6	4	3	75,0	50,0

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, hvor lægens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2013, hvor der findes en registrering i feltet *Behandlingsbehov (klinisk konklusion)* svarende til prolaps (nedsynkning) i lægens efterundersøgelsesskema.

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

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

Sammenligning af datakompletthed og andel for indikatorer



Figur B4 - Datakomplethed (x-aksen) og andel (y-aksen) for indikator 6 for afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, med tendenslinjer, for operationsårene 2007-2013

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B4

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

Appendiks 3: Supplerende statistik

Tabel B6 - Antal indberettede patientforløb for databasen i 2013, sammenlignet med 2012 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2012	2013	2012	2013	2012	2013	2012	2013
Bornholms Hospital	8	16	4	23	0	27	0	16
Herlev Hospital	495	343	478	681	434	577	429	526
Hospitalerne i Nordsjælland	659	627	457	452	418	394	397	369
Hvidovre Hospital	492	328	607	467	360	313	337	286
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	65	4	72	6	97	11	88	15
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	274	218	336	283	329	300	309	217
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	118	163	124	205	104	174	98	106
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	952	946	484	290	381	343	324	274
Fredericia og Kolding Sygehuse	148	85	159	105	159	109	183	109
OUH Odense Universitetshospital	1400	1610	986	1428	653	762	652	634
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	297	242	348	217	350	299	256	237
Sygehus Sønderjylland	209	160	211	184	240	211	214	157
Regionshospitalet Herning	195	109	197	150	181	158	193	159
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	172	179	199	200	171	165	188	144
Regionshospitalet Randers	209	225	258	247	249	218	214	199
Regionshospitalet Silkeborg	0	0	2	0	0	0	0	0
Regionshospitalet Viborg, Skive	276	228	9	211	290	267	174	132
Århus Universitetshospital, afd. K	16	1	21	6	17	13	1	3
Århus Universitetshospital, afd. Y	654	277	575	400	474	461	353	330
Sygehus Thy - Mors	184	146	124	108	100	66	85	78
Sygehus Vendsyssel	225	160	246	184	244	183	174	167
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	786	729	515	535	396	408	352	349
Aalborg Sygehus, Urologisk afd.	0	0	2	0	0	0	0	0
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	1	0	0	2	0	2	0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	1	0	3	2	8	5	0	0
Aleris Privathospitaler, Århus	2	5	0	11	0	9	0	9
Aleris-Hamlet Hospitaler	28	6	17	20	15	21	10	21
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	8	10	10	10	9	5	5	3
Ciconia, Århus Privathospital	7	13	5	16	7	16	1	1
Gråbrødrelinikken	17	19	14	21	18	22	12	15
Privathospitalet Møn	29	17	28	18	34	14	51	13
Privathospitalet Sorana, Sorø	4	0	4	0	4	0	3	0
Privathospitalet Kollund	0	7	0	7	0	8	0	6
Danmark	7930	6874	6495	6488	5744	5559	5105	4575

a. Påbegyndte eller afsluttede indtastninger af administrative data (baseret på forekomst af henvisningsdata).

b. Påbegyndte eller afsluttede forundersøgelser skemaer (patient før-skema eller læge forundersøgelsesskema).

c. Påbegyndte eller afsluttede skemaer for operation (lægeskema).

d. Påbegyndte eller afsluttede kontrolskemaer (patientskema eller lægeskema).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B6

Tabellen opgør "rå" produktionsdata. Derfor kan tabellens kolonner ikke relateres til hinanden, da de ikke nødvendigvis dækker over de samme forløb. Eksempelvis vil der være henvisninger, som først opereres i 2014 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontroldata for opererede i 2012. De enkelte patientforløb strækker sig oftest måneder eller år fra henvisning til efterkontrol, og omfatter således hyppigt mere end et kalenderår. Afdelingerne har desuden forskellig registreringspraksis i forhold til dette tidsforløb, eksempelvis indledende registrering af forløbet ved henvisning, operation eller efterkontrol. Derfor skal sammenligninger mellem afdelingerne tolkes med disse forhold in mente.

Medmindre operationer i DugaBase udviser en udpræget sæsonvariation, som varierer mellem kalenderårene, kan vi dog sammenligne direkte mellem 2012 og 2013. Der er ingen grund til at antage, at en sådan sæsonvariation eksisterer eller at der er forskelle mellem kalenderårene.

På landsplan er der i forhold til 2012 et faldende antal henvisninger (13,3 % fald), operationer (3,2 % fald) og efterkontrolskemaer (10,4 % fald). Antal forundersøgelser er stort set det samme for begge år.

Antal registrerede operationer (ud fra LPR som gold standard) for inkontinens er faldet fra 1476 i Årsrapport 2012 til 1303 i denne årsrapport (11,7 % fald), mens antal prolapsoperationer er akkurat det samme for begge år (4522). Samlet er antal operationer således ifølge LPR faldet med 2,9 %. Dette svarer til de ovenfor nævnte 3,2 % baseret på DugaBase-data, hvilket ikke er overraskende givet den meget høje databasekomplethed.

Ud fra disse data er datakompletheden således overordnet forværret.

Tabel B7- Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2012

Afdeling ^a	Antal (pct.) + Patientskema kontrol		Antal (pct.) ÷ Patientskema kontrol		Antal operationer
	+ Læge EU	÷ Læge EU	+ Læge EU	÷ Læge EU	I alt
Herlev Hospital	283 (65,2)	1 (0,2)	142 (32,7)	8 (1,8)	434
Hospitalerne i Nordsjælland	221 (52,9)	19 (4,5)	122 (29,2)	56 (13,4)	418
Hvidovre Hospital	196 (54,4)	21 (5,8)	86 (23,9)	57 (15,8)	360
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	11 (11,3)	46 (47,4)	1 (1,0)	39 (40,2)	97
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	139 (42,2)	52 (15,8)	62 (18,8)	76 (23,1)	329
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	2 (1,9)	62 (59,6)	4 (3,8)	36 (34,6)	104
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	145 (38,1)	47 (12,3)	79 (20,7)	110 (28,9)	381
Fredericia og Kolding Sygehuse	112 (70,4)	5 (3,1)	28 (17,6)	14 (8,8)	159
OUH Odense Universitetshospital	241 (36,9)	149 (22,8)	123 (18,8)	140 (21,4)	653
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	95 (27,1)	34 (9,7)	81 (23,1)	140 (40,0)	350
Sygehus Sønderjylland	91 (37,9)	11 (4,6)	93 (38,8)	45 (18,8)	240
Regionshospitalet Herning	121 (66,9)	10 (5,5)	44 (24,3)	6 (3,3)	181
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	20 (11,7)	59 (34,5)	36 (21,1)	56 (32,7)	171
Regionshospitalet Randers	4 (1,6)	140 (56,2)	6 (2,4)	99 (39,8)	249
Regionshospitalet Viborg, Skive	6 (2,1)	120 (41,4)	8 (2,8)	156 (53,8)	290
Århus Universitetshospital, afd. K	0 (0,0)	1 (5,9)	3 (17,6)	13 (76,5)	17
Århus Universitetshospital, afd. Y	45 (9,5)	135 (28,5)	89 (18,8)	205 (43,2)	474
Sygehus Thy - Mors	68 (68,0)	0 (0,0)	25 (25,0)	7 (7,0)	100
Sygehus Vendsyssel	82 (33,6)	42 (17,2)	42 (17,2)	78 (32,0)	244
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	237 (59,8)	8 (2,0)	94 (23,7)	57 (14,4)	396
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (100,0)	0 (0,0)	2
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8 (100,0)	8
Aleris-Hamlet Hospitaler	5 (33,3)	2 (13,3)	3 (20,0)	5 (33,3)	15
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	2 (22,2)	0 (0,0)	2 (22,2)	5 (55,6)	9
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	1 (14,3)	0 (0,0)	6 (85,7)	7
Gråbrødreklinikken	5 (27,8)	2 (11,1)	2 (11,1)	9 (50,0)	18
Privathospitalet Møn	24 (70,6)	3 (8,8)	4 (11,8)	3 (8,8)	34
Privathospitalet Sorana, Sorø	3 (75,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (25,0)	4
Danmark	2158 (37,6)	970 (16,9)	1181 (20,6)	1435 (25,0)	5744

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2006-2013 for at blive medtaget som + *behandling*. Som opfølgningsdato benyttes hhv. dato for udfyldelse af kontrolskema (*Patientskema kontrol*) og dato for lægens efterundersøgelse (*Læge EU*).

- Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2006-2012 er medtaget i tabellen.
- OUH Odense Universitetshospital indberettede primært til den udvidede version af DugaBase i perioden 2006-2009, hvorfor der er relativt færre observationer i tabellen for denne afdeling (i den udvidede version mangler oplysning om dato for udfyldelse af patientens kontrolskema, hvorfor data fra den udvidede model ikke er medtaget i tabellen).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B7

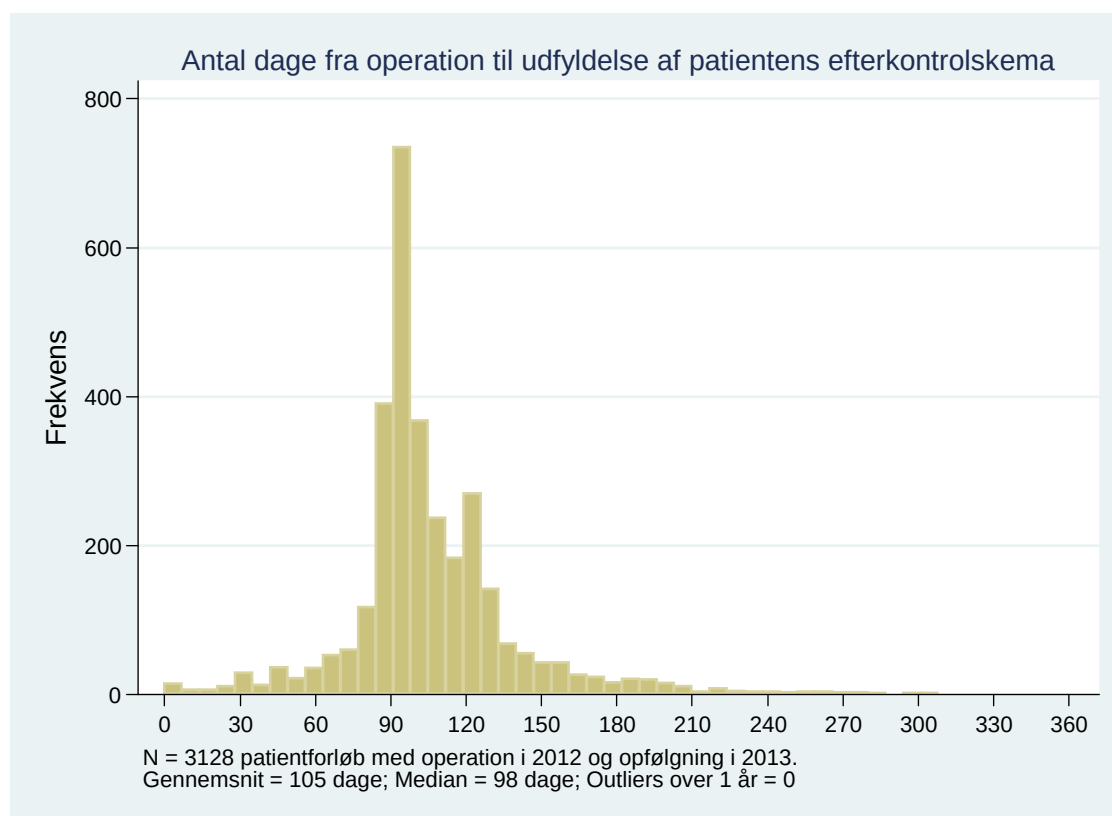
I Årsrapport 2012 viste vi de akkumulerede tal for perioden 2006-2011. For bedre at kunne sammenligne med foregående år vises i Tabel B7 kun tallene for 2012. Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur B5 og Figur B6 forneden) vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2012 være registreret i Tabel B7.

I 2006-2011 havde 44,8 % af forløbene både patientens og lægens efterkontrolskema, 19,4 % havde kun patientens efterkontrolskema, 8,7 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 27,1 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema. Overordnet afviger fordelingen for 2012 ikke fra fordelingen i 2006-2011, bortset fra en højere procent (20,6), som kun havde lægens efterkontrolskema.

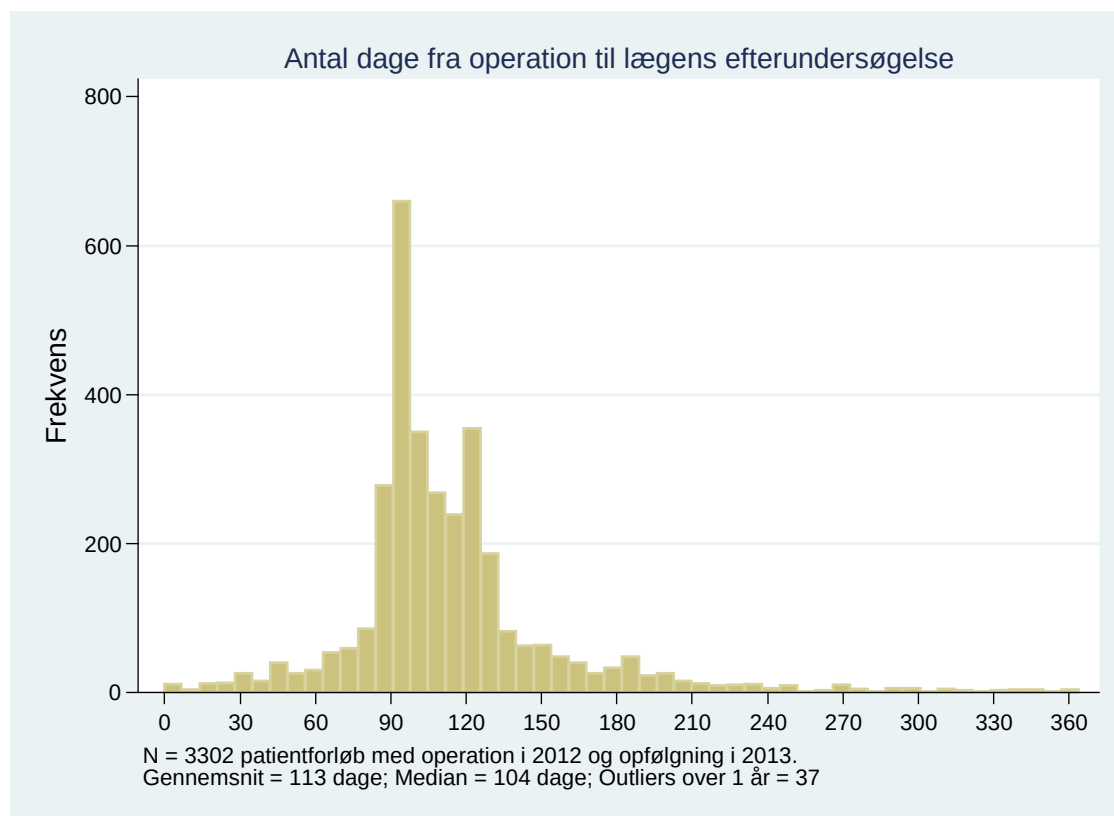
Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra 0 % til 70,4 % for operationer hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende fra 0 % til 100 % for operationer hvor hverken patient- eller lægeskema er udfyldt. Procenterne er generelt lavere for de diskordante kombinationer af disse ("patientskema udfyldt/lægeskema ikke udfyldt" eller "patientskema ikke udfyldt/lægeskema udfyldt"). Nogle afdelinger har dog en højere procentdel af udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt (Holbæk, Næstved, Horsens/Brædstrup, Randers, Viborg/Skive, Århus Afd. Y) eller af manglende patientskemaer hvor lægeskemaet er udfyldt (Herlev, Nordsjælland, Sønderjylland).

Denne 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.

Vi ser nu på fordelingen af opfølgningstiden:



Figur B5-Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2012



Figur B6-Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, for patienter med operation i 2012

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B5 og Figur B6

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens eller lægens efterkontrolskema. De fleste patienter følges op efter 60-210 dage, med højeste frekvens i 90-120 dages perioden. Meget få patienter har over 1 års opfølgningstid, hvilket også var tilfældet i Årsrapport 2012 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2012.

Tabel B8 - Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2006-2013 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Patientens forundersøgelsesskema udfyldt:	År	Alder på henvisningstidspunkt					
		Antal forløb	Antal forløb (%)	Gns.	Median	Min.	Maks.
Alle med skema udfyldt	2006	1425	100	57,2	58	14	101
	2007	2918	100,0	58,6	60	16	96
	2008	3386	100,0	59,5	61	19	97
	2009	4210	100,0	59,2	61	16	98
	2010	5013	100,0	59,0	61	16	95
	2011	5135	100,0	59,5	61	18	98
	2012	4477	100,0	60,0	61	19	96
	2013	4661	100,0	60,3	62	19	99
Patientforløb kun med registrering af prolaps-symptomer	2006	260	18,2	59,5	60	21	89
	2007	708	24,3	60,2	61	21	91
	2008	777	22,9	61,9	63	27	95
	2009	1083	25,7	62,2	63	22	91
	2010	1206	24,1	61,8	64	24	92
	2011	1312	25,6	62,4	64	26	98
	2012	1246	27,8	62,4	64	19	96
	2013	1238	26,6	62,4	64	24	94
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2006	656	46,0	55,1	55	14	97
	2007	1120	38,4	56,2	56	20	96
	2008	1255	37,1	56,8	56	19	97
	2009	1501	35,7	56,4	55	16	94
	2010	1774	35,4	55,9	55	16	95
	2011	1711	33,3	55,6	54	18	95
	2012	1319	29,5	56,2	55	23	94
	2013	1268	27,2	56,9	56	20	91
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	2006	409	28,7	60,3	60	24	101
	2007	950	32,6	60,8	61	24	95
	2008	1236	36,5	60,9	63	22	93
	2009	1465	34,8	60,3	62	19	98
	2010	1811	36,1	60,6	62	19	93
	2011	1926	37,5	61,3	63	22	95
	2012	1771	39,6	61,4	63	19	92
	2013	1957	42,0	61,6	63	24	99
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2006	100	7,0	53,9	57	19	92
	2007	140	4,8	54,5	58,5	16	91
	2008	118	3,5	57,4	62	26	90
	2009	161	3,8	56,5	57	21	86
	2010	222	4,4	56,1	56,5	19	88
	2011	186	3,6	57,0	60,5	18	88
	2012	141	3,1	55,9	57	22	85
	2013	198	4,2	56,2	58,5	19	84

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

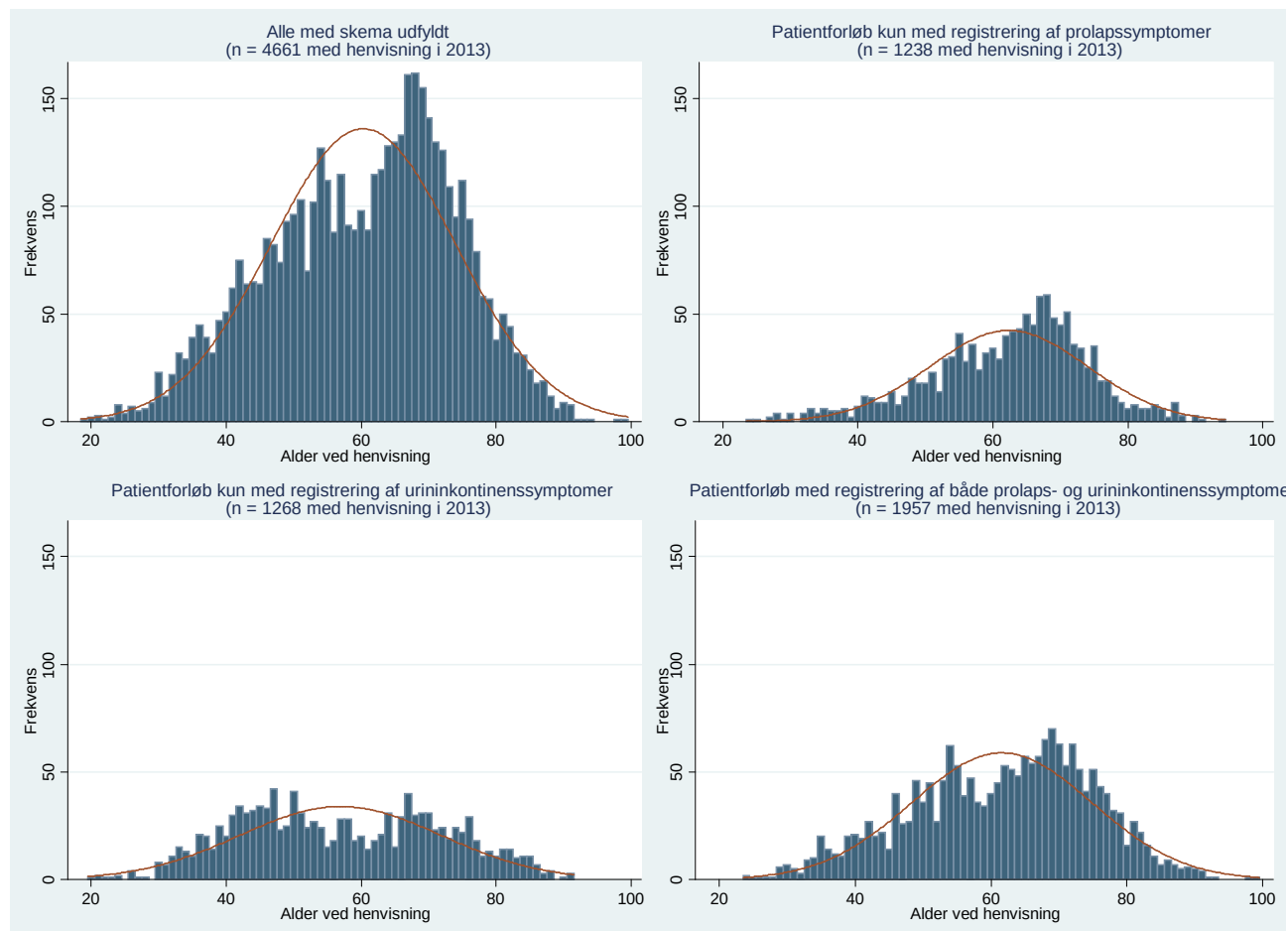
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B8

Fra 2006 til 2013 har der generelt været et stigende antal udfyldte patient forundersøgelsesskemaer. Stigningen fra 2012 til 2013 skyldes primært skemaer hvor både prolaps- og urininkontinenssymptomer er registrerede.

Patienter kun med registrering af prolapsymptomer er 6-8 år ældre end patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer, mens patienter med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer

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

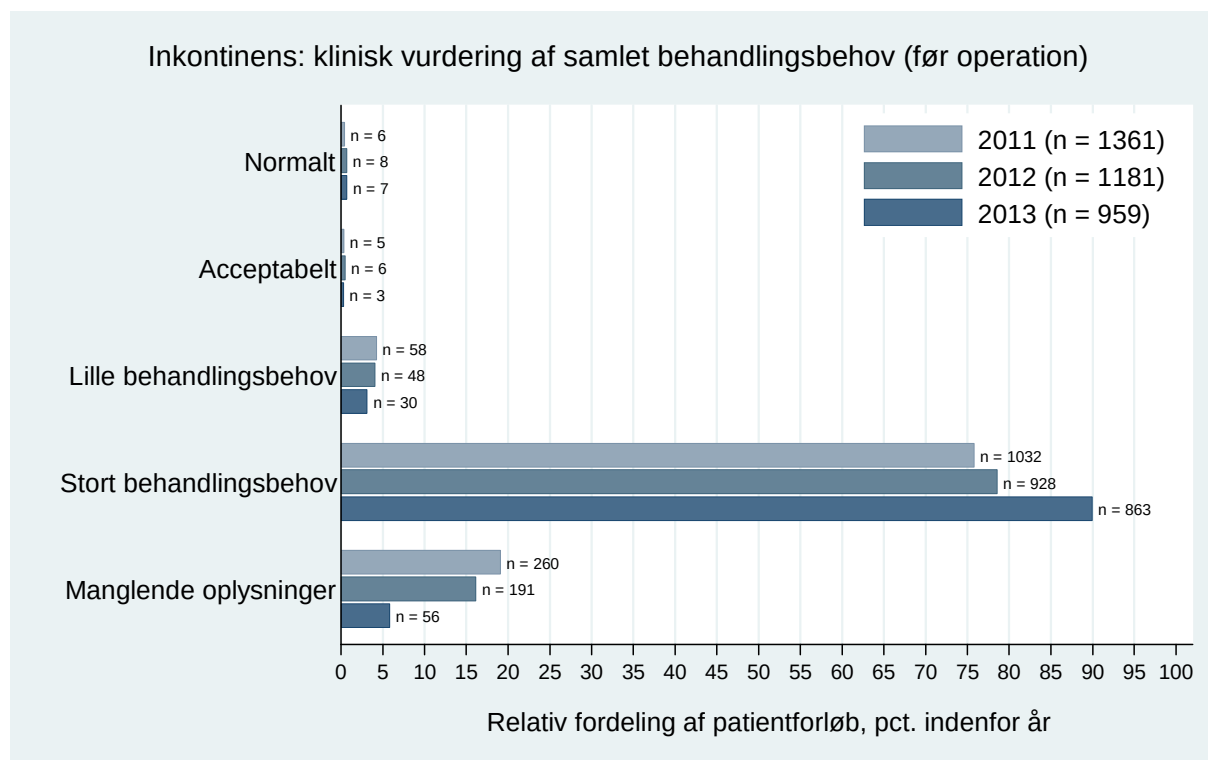
For 2013 viser vi aldersfordelingen i et histogram:



Figur B7 - Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2012 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B7

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



Figur B8 - Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens 2011-2013, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling

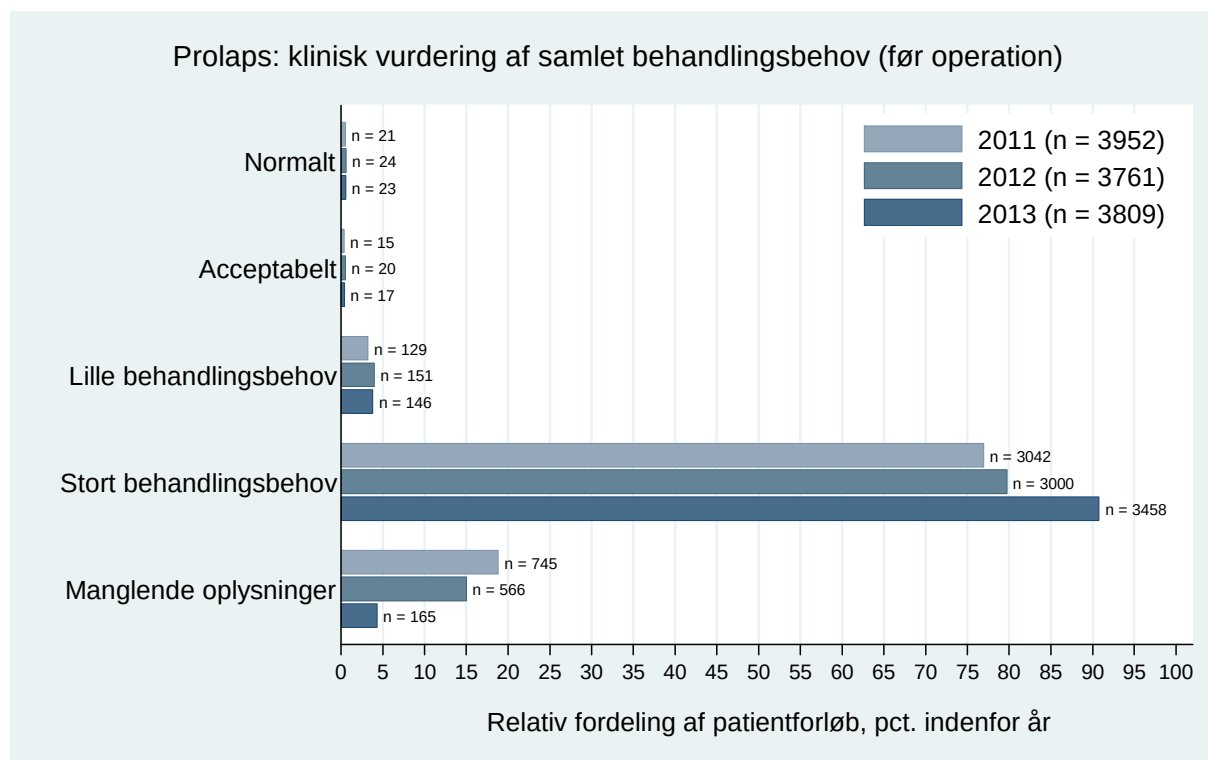
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B8

Blandt de 959 opererede urininkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 863 (90 %) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med urininkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 56 patienter (5,8 %) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er faldende fra 2011 til 2013. I forhold til 2012 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger.

Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2013, sammenlignet med 2012, tendens til flere patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,08$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 1,44 [0,94-2,23] for patienter med et stort behandlingsbehov hvor referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen).



Figur B9 - Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps 2011-2013, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B9

Blandt de 3809 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 3458 (90,8 %) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolapssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 165 patienter (4,3 %) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er nogenlunde uændret mellem årene 2011, 2012 og 2013. I forhold til 2012 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger.

Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2013, sammenlignet med 2012, tendens til flere patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,07$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 1,21 [0,98-1,49] for patienter med et stort behandlingsbehov hvor referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen).

Tabel B9 - Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2013 (N = 7.840)

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					Urininkontinens	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2.553	32,6	32,6		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1.502	19,2	51,7		X
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	685	8,7	60,5	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	587	7,5	67,9		X
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi med slynge gennem foramen obturatum	367	4,7	72,6	X	
KLFE20	Sutur af perineum	346	4,4	77,0		
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	344	4,4	81,4		X
KLDC10	Resektion af livmoderhals	330	4,2	85,6		X
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	195	2,5	88,1		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	194	2,5	90,6	X	
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	112	1,4	92,0		X
KLEF00B	Manchesteroperation	105	1,3	93,4		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	95	1,2	94,6		X
KLEF23	Komplet kolkleise	76	1,0	95,5		X
KLEF10	Kolpoperineoplastik	56	0,7	96,3		X
KLFE96	Anden rekonstruktion på vulva eller perineum	56	0,7	97,0		
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	55	0,7	97,7		X
KUKC02	Cystoskopi	31	0,4	98,1		
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	26	0,3	98,4		X
KLFE10	Vulvoplastik	19	0,2	98,6		
KLDC13	Excision af livmoderhals	19	0,2	98,9		
KLEF51A	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	17	0,2	99,1		X
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	16	0,2	99,3		X
KLFE10A	Fenton-plastik	11	0,1	99,5		
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	9	0,1	99,6		X
KKDG30	Abdominal uretrocystopeksi med slynge	7	0,1	99,7	X	
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	7	0,1	99,7		X
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi	6	0,1	99,8		X
KKCV05	Transluminal injektion i blærevæg	4	0,1	99,9		
KZXX00	anvendelse af robot	2	0,0	99,9		
KLFE00	Sutur af vulva	2	0,0	99,9		
KTTC10A	Anlæggelse af suprapubisk blærekateter	1	0,0	99,9		
KLFE96	Anden operation for prolaps eller descensus	1	0,0	99,9		X
KLEF41	Laparoskopisk operation for enterocele	1	0,0	100,0		X
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi efter tidligere hysterektomi med meche	1	0,0	100,0		X
KLEF43	Abdominal operation for enterocele	1	0,0	100,0		X
KLEF63	Abdominal lateral kolpopeksi	1	0,0	100,0		X

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2013: 5.559. Antal operative indgreb i 2013: 7.840.

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B9

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

Blandt de 7840 operative indgreb er der 491 (6,3 %, hvilket er 1,2 % mere end i Årsrapport 2012) omfattende operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne. Disse koder ledsages dog indenfor det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps. Dette evalueres nærmere i Tabel B10.

Tabel B10- Antal patientforløb med operationsdato i 2012-2013, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2012			2013		
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. Operation	1391	24,2	24,2	1237	22,3	22,3
Prolapsindgreb ifm. operation	4224	73,5	97,8	4181	75,2	97,5
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	26	0,5	98,2	16	0,3	97,8
Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)	47	0,8	99,0	47	0,8	98,6
Uoplyst	56	1,0	100,0	78	1,4	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	5744	100,0	-	5559	100,0	-

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B10

Operationskoder, som dækker urininkontinens og prolaps, udgør 97,8 % af opererede patientforløb, hvilket næsten er som i 2012, hvor de udgjorde 98,2 %. Ligeledes er andele af de forskellige operationstyper uændrede i forhold til 2012. Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang for andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps), hvorfor kun 0,8 % blandt de 6,3 % andre indgreb (nævnt i Tabel B9) ikke er udført i forbindelse med en urininkontinens- eller prolapsoperation. Kun 0,3 % får udført urininkontinens- og prolapsindgreb ved samme operation, hvilket er markant lavere end de 42,0 % af patienterne, som i deres patientskema har angivet både prolaps- og urininkontinenssymptomer (jf. Tabel B8).

Tabel B11 - Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2013

Afdeling	Antal (pct). Infektion	Antal (pct). Blæretømningsbesvær	Antal (pct). Blødning	Antal (pct). Organperforation	Antal operationer i alt
Danmark	26 (0,5)	33 (0,6)	49 (0,9)	35 (0,6)	5559
Bornholms Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	27
Herlev Hospital	10 (1,7)	7 (1,2)	6 (1,0)	2 (0,3)	577
Hospitalet i Nordsjælland	0 (0,0)	1 (0,3)	4 (1,0)	1 (0,3)	394
Hvidovre Hospital	2 (0,6)	1 (0,3)	3 (1,0)	4 (1,3)	313
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	11
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	0 (0,0)	2 (0,7)	0 (0,0)	6 (2,0)	300
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,6)	174
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	2 (0,6)	343
Fredericia og Kolding Sygehuse	1 (0,9)	1 (0,9)	2 (1,8)	0 (0,0)	109
OUH Odense Universitetshospital	4 (0,5)	5 (0,7)	9 (1,2)	5 (0,7)	762
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	1 (0,3)	0 (0,0)	1 (0,3)	0 (0,0)	299
Sygehus Sønderjylland	0 (0,0)	3 (1,4)	3 (1,4)	0 (0,0)	211
Regionshospitalet Herning	1 (0,6)	2 (1,3)	5 (3,2)	4 (2,5)	158
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	2 (1,2)	0 (0,0)	4 (2,4)	0 (0,0)	165
Regionshospitalet Randers	0 (0,0)	4 (1,8)	1 (0,5)	2 (0,9)	218
Regionshospitalet Viborg, Skive	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	267
Århus Universitetshospital, afd. K	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	13
Århus Universitetshospital, afd. Y	4 (0,9)	1 (0,2)	6 (1,3)	2 (0,4)	461
Sygehus Thy - Mors	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (1,5)	0 (0,0)	66
Sygehus Vendsyssel	0 (0,0)	0 (0,0)	1 (0,5)	0 (0,0)	183
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	1 (0,2)	5 (1,2)	2 (0,5)	5 (1,2)	408
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5
Aleris Privathospitaler, Århus	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	9
Aleris-Hamlet Hospitaler	0 (0,0)	1 (4,8)	1 (4,8)	1 (4,8)	21
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	5
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	16
Gråbrødreklinikken	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	22
Privathospitalet Møn	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	14
Privathospitalet Kollund	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B11

Til erindring gengives flg. fra Årsrapport 2012:

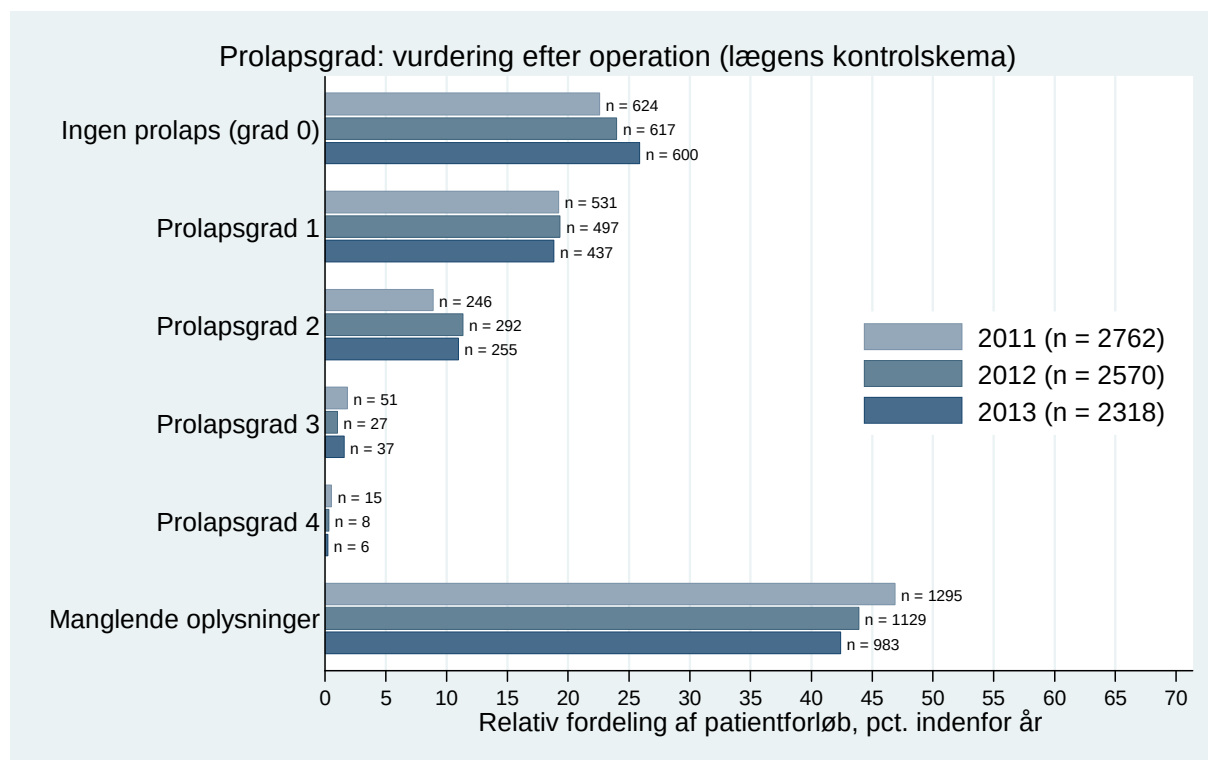
I Årsrapport 2011 fandtes Tabel 10 med overskriften "Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2011" samt Tabel 11 med overskriften "Korttidskomplikationer efter operation, opdelt efter operationsår".

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

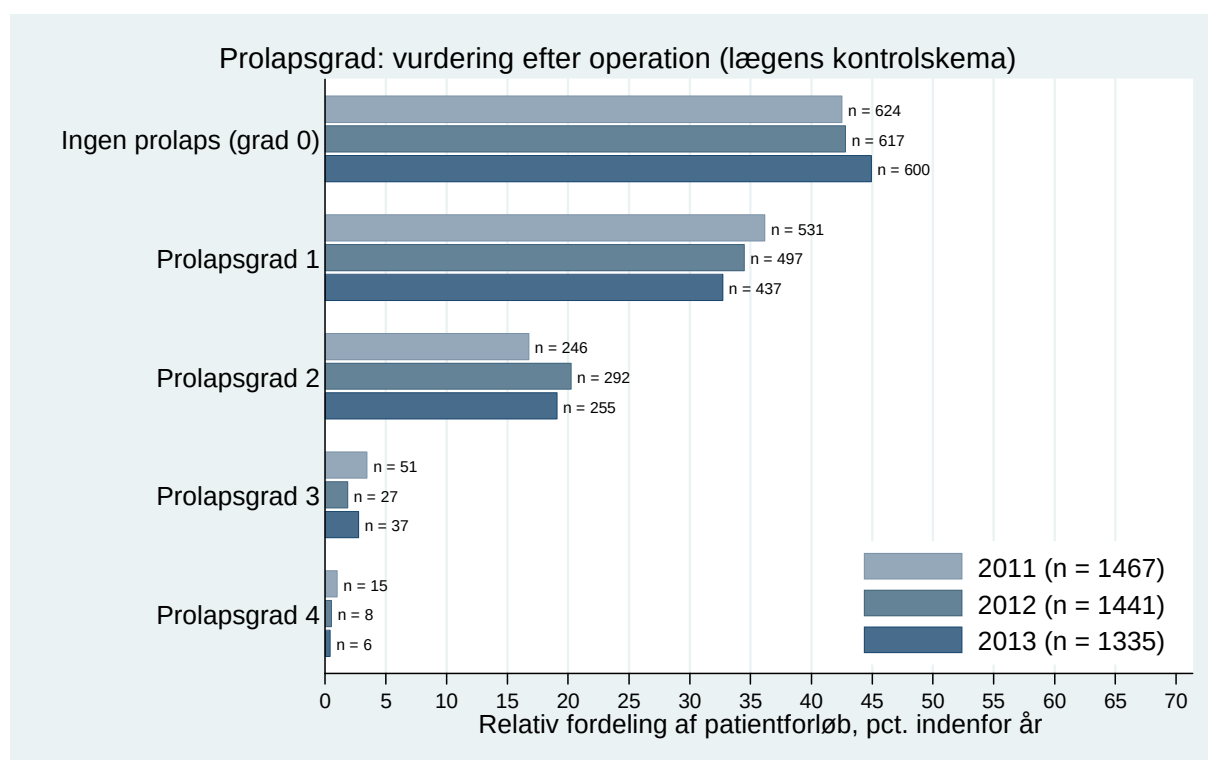
Data for 2013 vil være uden databrud, og derfor indsættes de to tabeller igen i Årsrapport 2013.

Her er dog kun indsat den tabel, som svarer til Tabel 10 i Årsrapport 2011, netop fordi dennes Tabel 11 ikke giver mening grundet databrud.

Tallene er små og indberetningen fra afdelingerne er ikke nødvendigvis konsistent. Derudover er visse komplikationer (f.eks. infektion og blødning) svære at definere, og dette er ikke forsøgt for DugaBase. Derfor er det f.eks. ikke nødvendigvis et udtryk for dårlig kvalitet hos Herlev, at 10 af de 26 rapporterede infektioner stammer fra denne afdeling.



Figur B10 - Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2011-2013



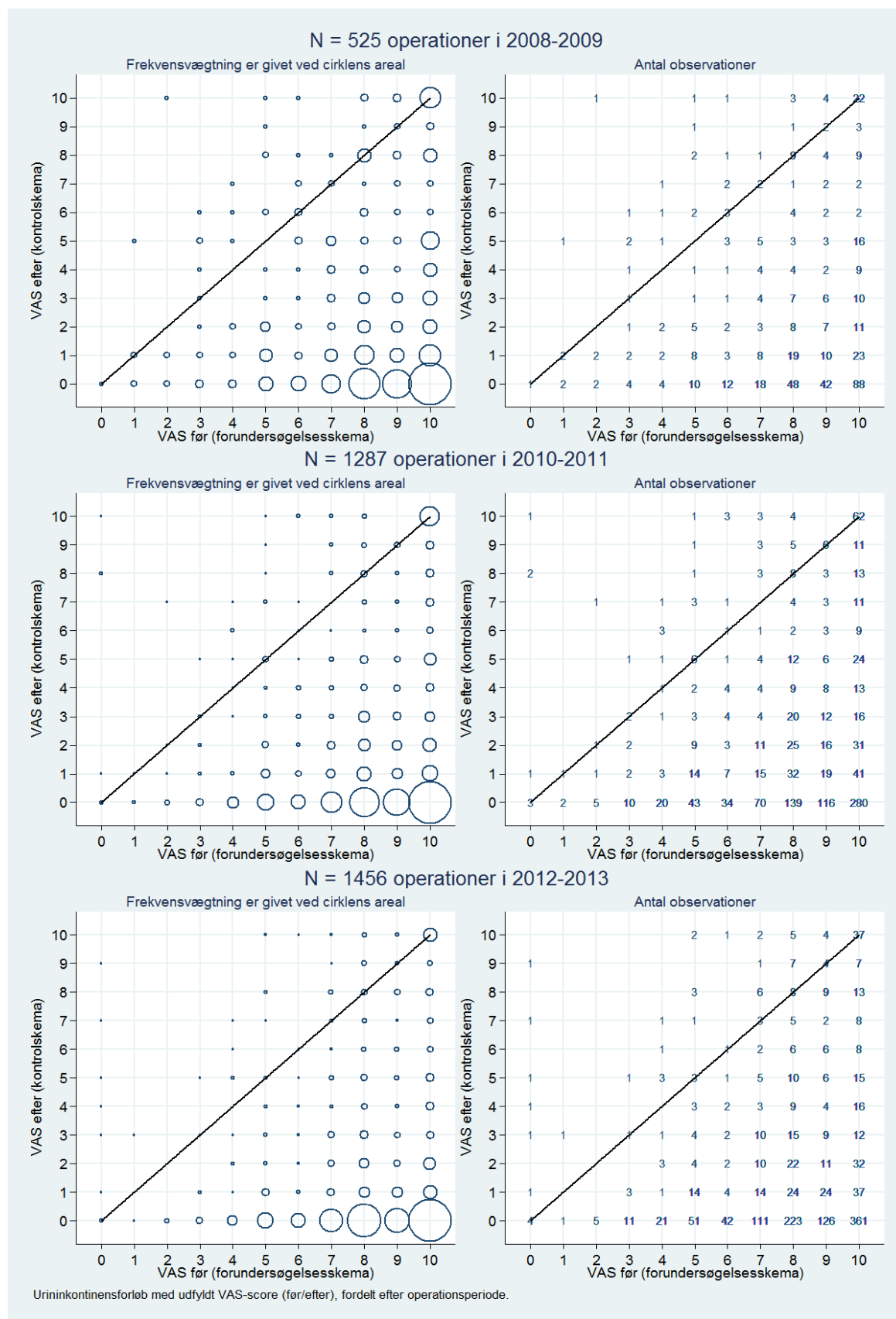
Figur B11 - Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2011-2013

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B10 og Figur B11

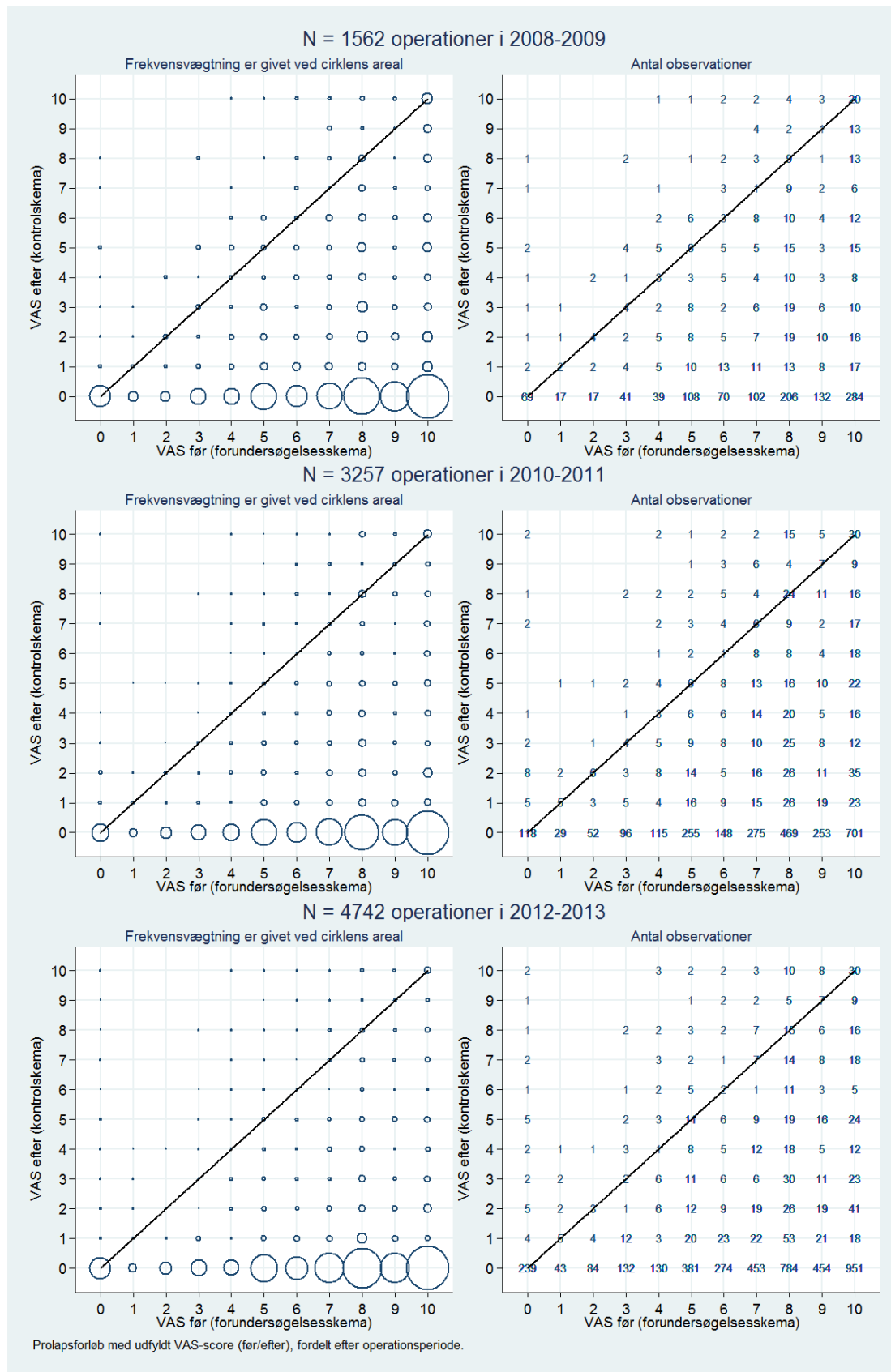
Figur B10 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2011, 2012 og 2013 var hhv. 46,9 %, 43,9 % og 42,4 %. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) var i 2011, 2012 og 2013 hhv. 41,8 %, 43,3 % og 44,7 %. Grundet den høje andel med manglende oplysning er det svært at vurdere disse tal. I Figur B11 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur B11 viser, at andelen af prolapsgrad ≤ 1 i 2011, 2012 og 2013 var hhv. 78,7 %, 77,3 % og 77,7 %. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p = 0,63$). Der er heller ikke forskel mellem prolapsgrad 0 og prolapsgrad 1 (χ^2 -test, $p = 0,19$).

Vi konkluderer, at når årene 2011, 2012 og 2013 sammenlignes er der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4, og indenfor prolapsgrad ≤ 1 er der ikke forskel mellem prolapsgrad 0 og prolapsgrad 1. Konklusionerne er generelt de samme med og uden inklusion af manglende oplysninger hvorfor vi forsigtigt antager, at de manglende oplysninger har udgjort en ikke-selekeret andel af patientgruppen for hvilken lægens skema efter operationen er udfyldt.



Figur B12 - Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B12 og Figur B13

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

For patienter med VAS-score 10 før operation er der overordnet set bedre effekt af prolapsoperationer (Figur B13) end af urininkontinensoperationer (Figur B12). Der er forholdsvis flere urininkontinenspatienter end prolapspatienter, som har VAS-score 10 både før og efter operationen. Desuden er der en forholdsvis mindre forbedring, idet urininkontinensopererede har en højere VAS-score efter operation end prolapsopererede patienter.

Der er ingen visuelle forskelle når årene sammenlignes.

Appendiks 4: Indikatordefinitioner

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
1. Ventetid 30 dage Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallæge-kontakt med undersøgelse, bør være højst 30 dage. Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med operationsdato i perioden skal man kunne beregne perioden mellem dato for henvisning og dato for første undersøgelse. ja/nej.	Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første undersøgelse. Første undersøgelsesdato skal ligge efter henvisningsdato og operationsdato skal ligge efter forundersøgelsesdato. Felter: henvisningsdato findes i den første administrative registrering, forundersøgelsesdato findes i lægeskema (forundersøgelse) og operationsdato findes i lægeskema (operation).	Antal patientforløb med mindre end ≤ 30 dage mellem dato for henvisning og første undersøgelse.	Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første undersøgelse. Forløb hvor undersøgelsesdato ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før forundersøgelsesdato.
3. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens. Standard: $\geq 70\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt. ja/nej.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens- kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der findes en eller anden afkrydsning i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?). Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema. Kirurgikoder: KKDG00, KKD01, KKD010, KKD030, KKD031, KKD040, KKD050, KKD096, KKD097, KKD020, KKD022, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.	Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i feltet A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi.
6. Prolaps - Objektiv score hos patienter opereret for	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi	Antal patientforløb med postoperativ objektiv	Manglende udfyldelse af variabelen prolapsgrad i

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
prolaps Objektiv mål for succes efter operation for prolaps vurderet ved prolapsgrad, målet er prolapsgrad $\leq$ grad 1. Standard: $\geq$ 90% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal en af variableerne i POPQ-GRADSBEREGNINGEN eller POPQ-GRADSVURDERINGEN være udfyldt.	for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering om 'prolapsgrad'. Felt: variabel for prolapsgrad findes i lægeskema for efterundersøgelse. Kirurgikoder: KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.	vurdering af prolapsgrad, dvs. registrering af samlet score (i forhold til hymenal plan), grad $\leq$ 1. Hvis der findes en POPQ-GRADSBEREGNING anvendes denne ellers anvendes POPQ-GRADSVURDERING.	skemaet 'lægens efterundersøgelse' for de med relevant udført kirurgi.
7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation. Standard: $\geq$ 80% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt. ja/nej.	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?). Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema. Kirurgikoder: KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A,	Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.		
9. Urininkontinens - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens Efter urininkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov. Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens' være udfyldt.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens'. Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens' findes i lægeskema for efterundersøgelse. Kirurgikoder: KKDG00, KKDGO1, KKDGO10, KKDGO30, KKDGO31, KKDGO40, KKDGO50, KKDGO96, KKDGO97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.	Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.	Patientforløb med manglende udfyldelse af variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til urininkontinens' hos patienter med relevant udført kirurgi.
10. Prolaps - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for prolaps Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov. Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode,	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til nedsynkning'. Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til nedsynkning' findes i lægeskema for efterundersøgelse.	Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb	Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)' svarende til nedsynkning' hos patienter med relevant udført kirurgi.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variablen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' være udfyldt. ja/nej.	Kirurgikoder: KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.		
11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden. Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs inkontinensoperation med slynge, indenfor 2 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation. Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A	Ingen
12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen	Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden. Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) efter førstegangs inkontinensoperation med slynge, indenfor 5 år efter førstegangs inkontinens slyngeoperation. Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen			
13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen
14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, 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 førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Kompletthed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Midterste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Midterste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1	Ingen

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

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
≤ 10% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Kirurgikoder: Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	lapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 5% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A,	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	
18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer Standard: ≤ 10% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 % Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Ingen
19. Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Urininkontinens patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen. Standard: ≥ 90% af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning	Antal urininkontinens patientforløb i opgørelsesperioden hvor patienten i 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER' har besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen ("Rigtig meget bedre", "Meget bedre", "Lidt bedre", "Uforandret", "Lidt værre", "Meget værre" eller "Betydelig værre"). Kirurgikoder: KKDG00, KKD01, KKD010, KKD030,	Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten 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".	Urininkontinens patientforløb, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER' uden at besvare spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
og/eller urininkontinens - EFTER', skal have besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.		
20. Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Prolaps patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen. Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER', skal have besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	Antal prolaps patientforløb i opfølgelsesperioden hvor patienten i 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' har besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen ("Rigtig meget bedre", "Meget bedre", "Lidt bedre", "Uforandret", "Lidt værre", "Meget værre" eller "Betydelig værre"). Kirurgikoder: 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 '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".	Prolaps patientforløb, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' uden at besvare spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.

Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase

Dataadgang

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

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

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

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

Artikler der udgår fra DugaBase

2011

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

2012

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

Guldborg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgaard BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database - establishment, completeness, and validity. Int Urogynecol J 2013, 24(6), 983-990.

Guldborg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgaard BM. Patient reported outcome measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J 2013, 24(7), 1127-1134.

Afhandlinger der udgår fra DugaBase

Guldborg 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.

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

Ansøgnings-tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	E-mail	Titel
Oktober 2008	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Rikke Guldborg	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk	Operation for urininkontinens og urogenital pro- laps hos kvinder i Danmark – klinisk epi- demiologiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet
Januar 2009	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødreklinikken, Odense & Sønder- borg Sygehus	raaberg@dadlnet.dk	Symptomer og fund hos urogynækologiske pati- enter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registre- ring i DUGA Base.
Marts 2010	Styregrup- pemøde 15/3 2010	Marianne Otte- sen Weincke	Hvidovre Hospital	marianne.8sen@dadlnet.dk	Effekten af KLEF03 +/- KLFE20 i forhold til in- kontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk Ulla.Darling.Hansen@rsyd.dk	Brug af implantater ved urogynækologiske ope- rationer i Danmark – prolaps (udleveret okt. 2012)
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk Ulla.Darling.Hansen@rsyd.dk	Brug af implantater ved urogynækologiske ope- rationer i Danmark – urininkontinens (udleveret aug. 2013)
Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guldborg	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk	Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	mfoss@health.sdu.dk	Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder
August 2013	Styregruppemøde 2/9 2013	Chris Maher/Nir Haya/Rikke Guldborg	University of Queensland, Bris- bane og OUH	Rikke.guldborg.soerensen@rsyd.dk	Worldwide urogynaecological surgery (Udtræk sept. 2013)

Rikke Guldberg

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

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

Projektets aktuelle status: Ph.d. afhandling er afsluttet og forsvaret d. 18. december 2013.

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

Publikationer:

Guldberg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgård BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database: establishment, completeness and validity. *Int Urogynecol J* 2013, 24(6), 983-990.

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.

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.

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

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

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

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

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

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

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

2013, Dansk Urogynækologisk Årsmøde, Skejby. Oversigt over forsvaret Phd afhandling.

Lasse Raaberg

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

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

Projektets aktuelle status: Er under statistisk bearbejdning

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

2011, ICS, Women with genital prolaps present a broad spectrum of symptoms from all organs in the pelvis

Rikke Guldberg

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

Projektets formål: 2 kandidatspecialer udgående fra Syddansk Universitet

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

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

Data er præsenteret:

2013 ved Arvid Gullstrand: Dansk Urogynækologisk årsmøde, Herlev: Implantater ved operation for genital prolaps i Danmark, 2010-2011

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

2014 Ved Lisbeth Drejer: Dansk Urogynækologisk årsmøde, Skejby: Procedure- og materialevalg ved urininkontinens operationer i Danmark, 2010-2011

2014 ved Lisbeth Drejer: NFOG kongres, juni 2014: Use of mid-urethral sling materials and bulking agents in female anti-incontinence surgeries in Denmark, 2010-2011

Rikke Guldberg

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

Projektets formål: At præsentere danske tal i guideline.

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

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

Margrethe Foss Hansen

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

Projektets formål: Det overordnede formål er at identificere strukturelle, organisatoriske og patientrelaterede faktorer, der er associeret med variation i behandlingskvalitet.

Studiet har følgende 3 delformål: 1. At beskrive at regional variation inden for den kirurgiske behandling af urininkontinenskirurgi 2007-2011, 2: At beskrive en eventuel effekt af centraliseringen af de urogynækologiske afdelinger på behandlingskvaliteten med udgangspunkt i årene 2009-11. 3: En 5 års opfølgning på reoperation af urininkontinenskirurgi i Danmark.

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

En forskningsårsstuderende tilknyttedes projektet efterår 2014 til indsamling af journaldata som skal supplere registrene med oplysninger om komplikationer. Komplikationerne skal opgøres efter Clavien-Dindos Standardklassifikation for kirurgiske komplikationer.

Udkast til 1.artikel indenfor 5års opfølgning på reoperation inden urininkontinenskirurgi er udfærdiget.

Den p.H.d. studerende har barsel 6.januar-1.oktober 2014

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

Data er præsenteret:

2012 Åben Forskerdag for Region Syddanmark, Fredericia: Regional variation i behandlingskvalitet. Kirurgisk behandling af urininkontinens hos kvinder

2014 Dansk Urogynækologisk årsmøde, Skejby: Forandringer inden for den kirurgiske behandling af urininkontinens

Fremtidigt:

-Recidiv efter kirurgisk behandling af urininkontinens (20 min), DUGS- kursus, Odense, 4.september 2014

-Recidiv efter kirurgisk behandling af urininkontinens (5 min)inviteret til at holde oplæg v. NUGA, Stockholm, Januar 2015.

Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater

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

Konfidensinterval

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

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

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

Standarden opfyldt eller ikke opfyldt

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

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

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

Tabeller med resultater for indikatorer

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

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

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

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

Figurer med resultater for indikatorer, per region (forestplots)

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

Figurer med resultater for indikatorer, per afdeling (forestplots)

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

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

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

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

Ordliste

Ord	Forklaring
Databasekompletthed	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret
Dataskompletthed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer samt Tabel 20.
Indikator ^a	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten
Kvalitet ^a	De samlede egenskaber ved en ydelse eller et produkt, der betinger ydelsens eller produktets evne til at opfylde specificerede eller alment underforståede behov og forventninger
Standard ^a	Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet

a: Kilde: Sundhedsvæsenets kvalitetsbegreber og –definitioner, Dansk Selskab for Kvalitet i Sundhedssektoren, januar 2003 (http://www.dsks.dk/filer/publikationer/kvalitetsbegreber_rapport_januar2003.pdf, accessed 25. maj 2013).

Appendiks 7: Regionale kommentarer

Kompetencecenter Syd for Epidemiologi og Biostatistik:

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

Kolding Sygehus:

Kommentar til årsrapport 2013, Dansk Urogynækologisk Database

Gennem mange år – og ikke kun i 2013- har vores afdeling været i stand til at præsentere stabilt valide, komplette data, som viser, at vi opfylder kriterierne for kvalitetskravet vedr. prolaps og inkontinens-forløbene.

Databasekomplethed: 97,2 %, tilfredsstillende og høj.

Der er en mulig fejlregistrering, da der er et forløb, som er tilskrevet ortopæd kirurgisk afdeling.

Indikatorerne:

Ikke relevante indikatorer: 3,9,19

Begrundelse: I henhold til specialeplan er der ingen inkontinensoperationer udført i 2013.

Indikator 1 (ventetid) og 6 (objektiv score hos patienter opereret for prolaps) opfylder vi ligesom i 2011 og 2012 ikke med følgende begrundelse:

Indikator 1 (ventetid): Ligesom på landsplan er indikatoren ikke opfyldt, hvilket genspejler arbejdsbelastningen og prioriteringen i henhold til ressourcefordeling indenfor de elektive gynækologiske udredninger.

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

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

DUGA-base styregruppens kommentar til indikator 6 i 2012:

"Der er meget varierende datakomplethed på forskellige afdelinger, hvilket bl.a. afspejler, at nogle afdelinger kun foretager objektiv kontrol af patienter med subjektive gener, hvilket vil betyde, at succesraten synes mindre end den i virkeligheden er."

Konklusionen er, at datakompletheden ved denne indikator kan forbedres, men at dette ikke vil gå uden omkostninger. Hvis vi skulle se alle patienter 3 mdr. efter prolapsoperation, hvoraf 75,5% er uden gener, vil vi bruge en del ressourcer fra dem, der har brug for behandling, både nyhenviste og kontrolpatienter.

Indikatorer 7, 10, 11-18, 20 er opfyldte:

Indikator 7 (Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation):

Standarden er opfyldt, når 95 % konfidensintervallet medtages, men ligger under landsgennemsnittet. Datakomplethed: 94 patientskemaer returneret til afdelingen ud af 108 mulige. Heraf 71 % uden nedglidningssymptomer.

Indikator 10(Fortsat behandlingsbehov efter prolapsoperation):

Standarten er opfyldt, når 95 % konfidensintervallet medtages, men ligger over landsgennemsnittet.

Indikator 11 og 12 (Recidiv for urininkontinens efter inkontinens-operation 2 og 5 år): Standart opfyldt

Indikator 13 (Recidiv 2 år efter operation i forreste kompartment):

Standarten er opfyldt, når 95 % konfidensintervallet medtages, men ligger over landsgennemsnittet. Afdelingen har planlagt journal-audit på de 7 forløb mhp. afdækning af evt. forklaringer.

Indikator 14 (Recidiv 5 år efter operation i forreste kompartment):

Standarten er opfyldt og ligger under landsgennemsnittet. Der skal dog tages forbehold for usikre tal pga. lav database kompletthed i 2008 (hvilket også gælder for de øvrige afdelinger i landet).

Indikator 15 (Recidiv 2 år efter operation i midterste kompartment):

Standarten er opfyldt. Vi ligger på niveau med landsgennemsnittet.

Indikator 16 (Recidiv 5 år efter operation i midterste kompartment):

Standarten er opfyldt, vi ligger over landsgennemsnittet. Der skal dog tages forbehold for usikre tal pga. lav database kompletthed i 2008 (hvilket også gælder for de øvrige afdelinger i landet).

Indikator 17 (Recidiv 2 år efter operation i bagerste kompartment):

Standarten er opfyldt. Vi ligger på niveau med landsgennemsnittet.

Indikator 18 (Recidiv 5 år efter operation i bagerste kompartment):

Standarten er opfyldt. Vi ligger under landsgennemsnittet. Der skal dog tages forbehold for usikre tal pga. lav database kompletthed i 2008 (hvilket også gælder for de øvrige afdelinger i landet).

Indikator 20 (Subjektiv patient-bedømmelse efter prolapsoperation (PGI-I skala)):

Standarten er opfyldt, når 95 % konfidensintervallet medtages, men ligger under landsgennemsnittet.

Med venlig hilsen

Carolin Hørlyck Corrinth,
overlæge

Kommentarer til Dugabase Årsrapport 2013 fra regionshospitalet, Herning

Indikator 1.

Antal pt der ses indenfor 30 dage er faldet fra 49,9% i 2012 til 16,5% i 2013(side 7, side 81).

Vi har drøftet den i den urogynækologisk gruppe.

Ifølge indikator definitionen ser vi et mulig forklaring i den måde vi registrerer det på, idet ventetid er defineret som

tid fra henvisning til forundersøgelsesdato. Forundersøgelsesdato er datoen på DUGA-skema 1A. I Herning udfylder vi

først DUGA skema, når det er besluttet at patienten skal opereres. Det besluttet ikke altid ved 1. besøg da f.eks.

-Inkontinenspatienter går til sygeplejeudredning og evt. fysioterapi

-prolapspatienter prøver ringbehandling først

-pt. Udsætter tiden osv.

Vi vil have fokus på det fremadrettet og vil optimere vores registrering mhp. At få mere validt billede af den reelle ventetid

Indikator 6

Vi opfylder den stadig ikke. Vi undersøger jo stadig kun dem med problemer(s.15). Datakomplethed 17%(s.123)

Med venlig hilsen

Sidsel Ipsen

Overlæge

Kommentarer fra Hospitalsenheden Horsens, vedr. årsrapport for 2013

Ad indikator 1: Det er stadig ikke muligt at ændre dato hvis patienten selv udsætter sin tid. Det vil således aldrig være muligt at få 100 %

I denne gruppe af patienter oplever vi også udeblivelser uden afbud, både til indledende samtale hos urosygeplejerske og hos lægerne.

Ad indikator 6: Objektiv score hos patienter der er opereret for prolaps viser dem, der er helbredt for deres prolaps ud af de patienter vi undersøger fysisk efter operationen, men det er kun de patienter der angiver gener ved telefonkonsultationen med en sygeplejerske 3 måneder efter operationen.

Ved gennemgang af de 9 patienter der har prolaps ved objektiv undersøgelse har de 6 nu prolaps i et andet område, d.v.s. opereret for rectocele og nu cystocele og omvendt, så reelt er der 3 med recidiv eller manglende effekt af operationen i samme område som primært opereret, ud af de undersøgte.

Ad indikator 7: Af de 35 ud af 143, der har angivet fortsatte gener er nogle ikke set af læge efterfølgende fordi patienterne ikke har haft behov for yderligere da de havde fået det bedre og nogle har ved efterfølgende lægeundersøgelse ikke længere prolaps men fortsatte inkontinensproblemer og andre igen har objektivt ikke prolaps længere. 6 patienter har tilkendegivet ikke at have behov for yderligere selv om de stadig har lidt nedsynkning, men ikke noget der generer dem.

Ad indikator 10: Her er 5 ud af de 30 undersøgte patienter henvist til ny operation på AUH til recidiv eller andre operationstyper som vi ikke udfører i Horsens. 2 har cystocele efter rectocele operation eller omvendt. Grundlaget er de patienter der er undersøgt af læge efter primære operation og det er kun få af de oprindeligt opererede 143 patienter, hvoraf de fleste ikke har haft behov for lægekonsultation.

Mette Tobiassen

Overlæge, kvindeafdeling
