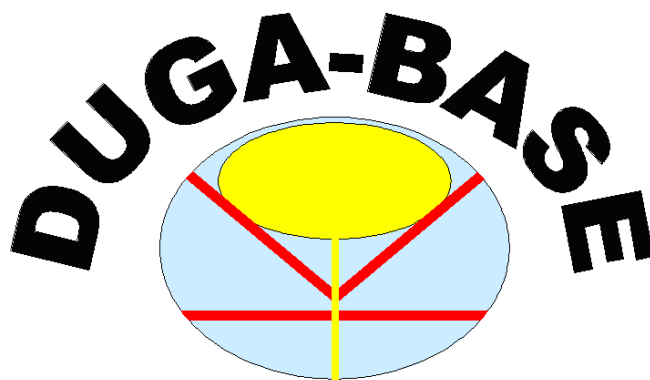


Årsrapport nr. 9 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2014

1. januar 2014 - 31. december 2014

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

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

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Lene Korshøj

Kvalitetskonsulent, Cand.scient.san

Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet & Sundhedsinformatik - Vest

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: lenekors@rm.dk

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

Rapporten er udgivet d. 30. juni 2015

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigt over alle indikatorer.....	6
3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau.....	7
3.1. Indikator 1.....	7
3.2. Indikator 3.....	11
3.3. Indikator 7.....	14
3.4. Indikator 9.....	17
3.5. Indikator 10.....	20
3.6. Indikator 11.....	23
3.7. Indikator 12.....	27
3.8. Indikator 13.....	30
3.9. Indikator 14.....	33
3.10. Indikator 15.....	36
3.11. Indikator 16.....	39
3.12. Indikator 17.....	42
3.13. Indikator 18.....	45
3.14. Indikator 19.....	48
3.15. Indikator 20.....	51
4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	54
5. Datagrundlag og metode	56
6. Styregruppens medlemmer	63
Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer	64
Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer	117
Appendiks 3: Supplerende statistik.....	124
Appendiks 4: Indikatordefinitioner.....	141
Appendiks 5: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase.....	150
Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater.....	154
Appendiks 7: Regionale kommentarer	156

1. Konklusioner og anbefalinger

Dækningsgraden

Dækningsgraden holder igen i år et stabilt højt leje og styregruppen finder dette generelt tilfredsstillende. Dette tages som udtryk for, at der på alle afdelinger er indarbejdet rutiner for hvem og hvordan man indsamler og registrerer data. Ændring i dataleverance fra LPR og overgang til LIS har dog givet anledning til fejlkilder, som først er blevet korrigeret sent, og dermed kan have medvirket til manglende indberetninger. Privathospitalerne har samlet en lavere dækningsgrad, om end denne er betydeligt forbedret i forhold til Årsrapport 2013. Der resterer 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 (4,2 %, baseret på LPR/DugaBase-data), hvorfor DugaBases patientpopulation qua den høje dækningsgrad og jævnt geografiske spredning må formodes at være repræsentativ.

Indikatorernes datakomplethed

Indikatorers datakomplethed er kun aktuel for indikator 1, 3, 7, 9, 10, 19 og 20. Blandt disse er datakompletheden 82 % for indikator 1, mens den veksler fra 90 % til 99 % for de øvrige aktuelle indikatorer. Dette er uændret i forhold til Årsrapport 2013.

Udover datakompletheden for de 7 indikatorer er der for 6 af disse (3, 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 og Tabel B4, 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 B2). Derudover bevirker den store heterogenitet i afdelingernes registrering af efterkontrolskemaer (jf.

"Appendiks 3: Supplerende statistik", Tabel B6), at forskelle i indikatorresultater mellem afdelinger ikke nødvendigvis kun er klinisk begrundet. Således kan forskellene muligvis også relateres til forskelle i registreringspraksis. For supplerende læsning henvises der til "Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer", Figur B3 og "Klinisk-epidemiologiske kommentarer" til denne.

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

For en stor del af indikatorerne gælder det, at de baserer sig på "Patient Reported Outcome Measures" (PROM) data, hvorfor opfølgning af patienterne efter operation er vigtig. Det fremgår desværre, at antallet af indsamlede data ved postoperative kontroller fortsat ikke prioriteres.

Styregruppen har ikke mulighed for at kontrollere de postoperative data for evt. selektionsbias, men; Man kunne spekulere i, at nogle afdelinger kun planlægger postoperativ kontrol for særlig komplekse patientkategorier og dermed kun indsamler postoperative data fra patienter med relativt dårligere prognoser end de ukomplicerede patienter, med en ringere indikatoropfyldelse til følge. En kvalitetsdatabase som monitorerer kirurgisk behandling, som overvejende har til formål at forbedre patienternes livskvalitet, giver ikke mening, hvis ikke man indsamler data om patienternes tilfredshed og behandlingens effekt på symptomer. Styregruppen finder det absolut nødvendigt, at afdelingerne prioriterer denne opfølgning, som ikke behøver at indebære fysisk fremmøde.

For at fremme bestræbelserne på at indsamle postoperative data, vil styregruppen indsamle og udbrede "bedste praksis" beskrivelser fra de afdelinger, som har de højeste andele af postoperative data.

Der fremkommer nu solide data vedrørende operationsrater for 2 års recidiver og på sigt også for 5 års recidiver. Styregruppen anbefaler, at disse indikatorer tillægges værdi når afdelingernes sundhedsfaglige kvalitet vurderes. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation.

Styregruppen bemærker, at patientens subjektive bedømmelse af inkontinens og prolaps operation målt ved forekomst af symptomer (indikator 3 og 7) og patientens subjektive bedømmelse af inkontinens og prolaps operation målt ved Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala (Indikator 19 og 20) supplerer hinanden og er udtryk for forskellige mål. Der afventes et videnskabelig arbejde udgående fra DugaBase, som behandler forskellige effektmål vedrørende patient reported outcome measures.

Ved årsskiftet 2015 er funktionen rapportdannelse etableret i DugaBase, således at brugerne har adgang til data fra egen institution. Styregruppen håber, at denne nye funktionalitet vil være medvirkende til at DugaBase vil blive et dynamisk værktøj for de enkelte afdelinger, ligesom det vil være nemt at identificere evt. manglende data i de enkelte forløb.

Der er planlagt undervisning i brug af denne funktion og dens muligheder for den enkelte kliniker på DUGS kursusdag i sept. 2015

Styregruppens kommentar til udmelding fra RKKP vedrørende "regel om mindre end tre i felt"

Under udarbejdelsen af denne årsrapport bliver det pludseligt og uden forvarsel meddelt fra RKKP, at tabeller med mindre end 3 i et felt ikke må medtages i årsrapporten. Dette angiveligt af hensyn til anonymitet idet man antager, at der er mulighed for at genkende forløb, der falder i celler med et antal under tre. Denne melding er ikke acceptabel for styregruppen, idet det vil medføre, at en lang række afdelingers data ikke vil kunne præsenteres.

Flere af de indikatorer som indgår i denne årsrapport (især blandt indikatorerne for recidivoperation 11-18) omhandler patientforløb med ingen eller meget få udfald. Hvis ikke celler med under tre udfald må medtages giver dette ikke mening.

Man kan vælge at "vende indikatoren om" og beskrive den som en standard for hvor mange der ikke bliver recidivopereret inden for en given periode. Således vil man kunne opnå langt flere udfald i hver celle (100 bliver opereret og 98 bliver ikke recidivopereret inden for 2 år), men i vores øjne vil den enkelte borger i lige så høj grad kunne identificere sig selv som den ene af de få personer, der havde behov for en recidivoperation.

2. Oversigt over alle indikatorer

Table 1- Indikatoroversigt, landsresultater.

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse					
			2014	2013	2012	2011	2010	2009
1: Ventetid (30 dage)	≥ 90%	18	39 (38-41)	33 (32-35)	33 (32-35)	32 (31-33)	30 (28-31)	23 (21-24)
3: UI Subj.patientbedøm. af OP	≥ 70%	1	77 (74-80)	76 (73-78)	76 (73-78)	76 (73-78)	68 (65-72)	62 (57-66)
7: POP Subj.patientbedøm af OP	≥ 80%	1	84 (82-85)	85 (83-86)	85 (84-87)	85 (83-86)	80 (78-82)	77 (75-79)
9: UI Vurd. af f.behl.behov	≤ 10%	11	15 (12-18)	16 (13-19)	15 (12-17)	13 (11-16)	16 (14-19)	14 (11-17)
10: POP Vurd. af f.behl.behov	≤ 10%	10	8 (7-10)	9 (8-10)	8 (7-9)	8 (7-10)	8 (7-10)	12 (10-14)
11: Recidiv 2år eft. slyngeop.	≤ 5%				1 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-2)	2 (1-3)
12: Recidiv 5år eft. slyngeop.	≤ 10%							2 (2-4)
13: Recidiv 2år for.komp. POP	≤ 5%				4 (3-5)	4 (3-4)	4 (3-4)	4 (4-5)
14: Recidiv 5år for.komp. POP	≤ 10%							7 (6-8)
15: Recidiv 2år midt.komp. POP	≤ 5%				2 (2-4)	2 (2-3)	3 (2-4)	2 (1-4)
16: Recidiv 5år midt.komp. POP	≤ 10%							3 (2-5)
17: Recidiv 2år bag.komp. POP	≤ 5%				2 (2-3)	3 (3-4)	2 (2-3)	3 (2-4)
18: Recidiv 5år bag.komp. POP	≤ 10%							4 (3-5)
19: UI Vurd. af OP (PGI-I)	≥ 90%	6	93 (91-94)	93 (91-94)				
20: POP Vurd. af OP (PGI-I)	≥ 90%	7	94 (93-95)	93 (92-94)				

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

3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

Generelt

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

Ved sammenligninger med foregående år bemærkes følgende:

- "OUH Odense Universitetshospital" og "OUH Svendborg Sygehus" fra årsrapporter forud for Årsrapport 2013 rapporteres i Årsrapport 2013 og i denne årsrapport samlet som "OUH Odense Universitetshospital"
- "Sygehus Sønderjylland, Haderslev" og "Sygehus Sønderjylland, Sønderborg" fra årsrapporter forud for Årsrapport 2013 rapporteres i Årsrapport 2013 og i denne årsrapport samlet som "Sygehus Sønderjylland"

Ligeledes bør det bemærkes, at nogle afdelinger har regionsfunktion og eller højt specialiseret funktion. Dette fremgår ikke umiddelbart af årsrapportens data men betyder, at patientmaterialet på disse afdelinger er selekteret, som regel med mere komplekse problemstillinger og dårligere prognoser. Der bør tages højde for dette ved sammenligning af data på tværs af afdelinger.

Oversigt over funktionsfordelingen fremgår af Specialeplanen for gynækologi og obstetrik fra Sundhedsstyrelsen.

Specielt vedrørende Gynækologisk/Obstetrisk afdeling, Århus Universitetshospital, Skejby, gør det sig gældende, at man udfører den postoperative kontrol 6 måneder efter operationen, hvorfor der ikke foreligger data fra denne kontrol for patienter opereret de sidste 3 måneder af året når input til aktuelle årsrapport "låses" primo april. Dette har betydning for indikator 3,7,9,10,19,20.

3.1. Indikator 1

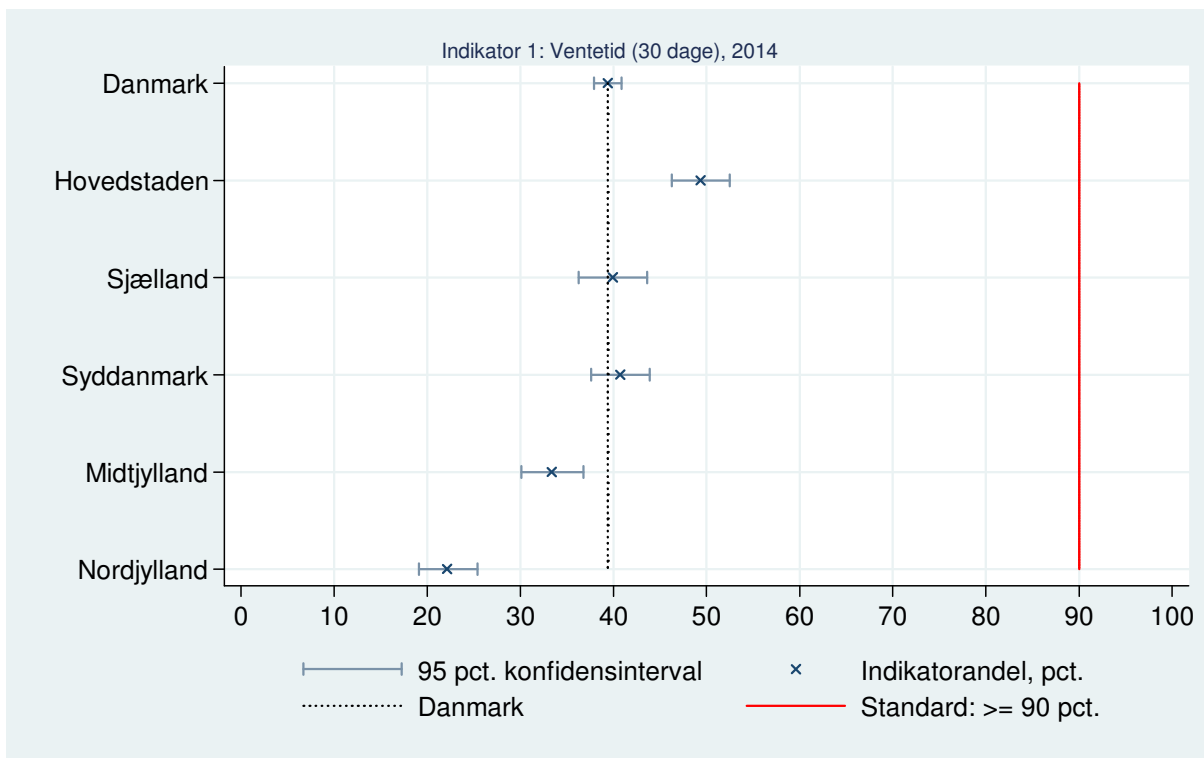
Ventetid (30 dage)

Tabel 2 - Resultater for indikator 1

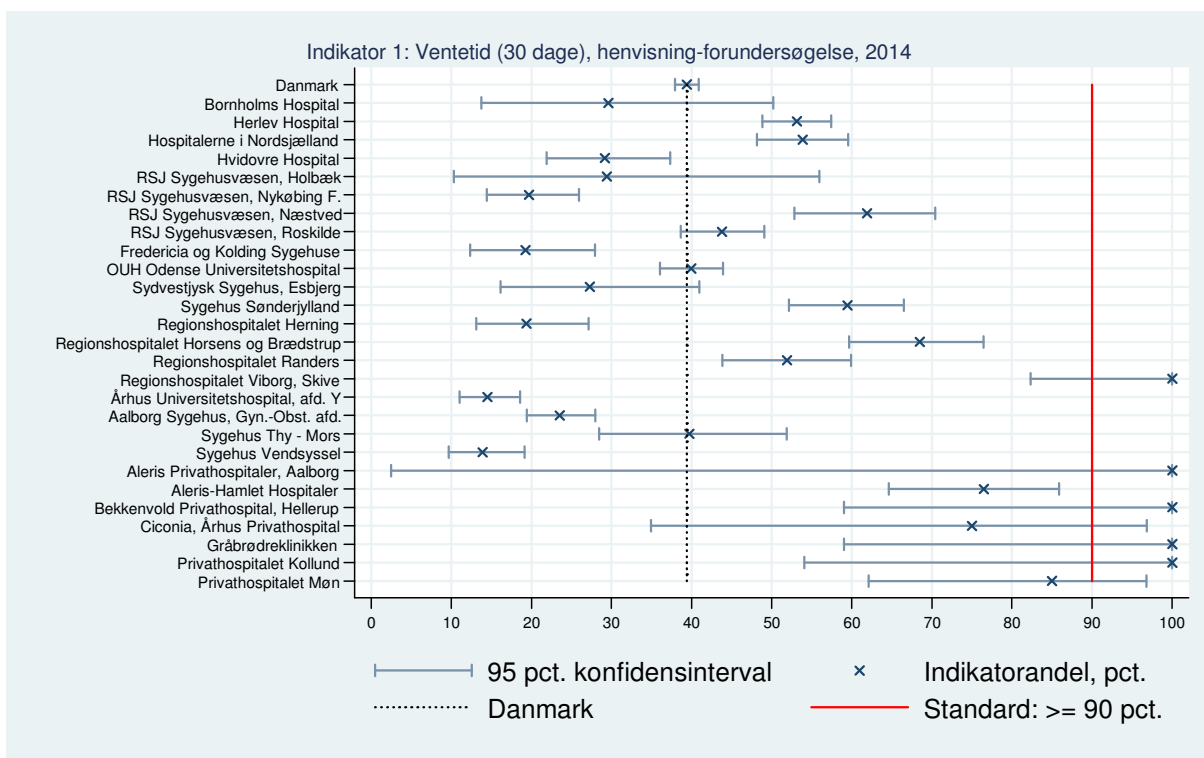
Indikator 01	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2014		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.
Danmark	Nej	1693 / 4298	953 (18)	39,4	(37,9-40,9)	33,3	33,2
Hovedstaden	Nej	503 / 1019	84 (8)	49,4	(46,2-52,5)	26,0	32,4
Sjælland	Nej	281 / 704	193 (22)	39,9	(36,3-43,6)	32,9	30,2
Syddanmark	Nej	393 / 965	360 (27)	40,7	(37,6-43,9)	39,8	34,9
Midtjylland	Nej	266 / 797	302 (27)	33,4	(30,1-36,8)	38,2	36,0
Nordjylland	Nej	154 / 696	10 (1)	22,1	(19,1-25,4)	21,1	25,9
Hovedstaden	Nej	503 / 1019	84 (8)	49,4	(46,2-52,5)	26,0	32,4
Bornholms Hospital	Nej	8 / 27	0 (0)	29,6	(13,8-50,2)	29,2	-
Herlev Hospital	Nej	287 / 540	18 (3)	53,1	(48,8-57,4)	20,7	22,4
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	166 / 308	21 (6)	53,9	(48,2-59,6)	36,7	37,1
Hvidovre Hospital	Nej	42 / 144	45 (24)	29,2	(21,9-37,3)	22,0	39,6
Sjælland	Nej	281 / 704	193 (22)	39,9	(36,3-43,6)	32,9	30,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Nej	5 / 17	69 (80)	29,4	(10,3-56,0)	10,0	20,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	39 / 198	62 (24)	19,7	(14,4-25,9)	26,9	28,7
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Nej	78 / 126	8 (6)	61,9	(52,8-70,4)	71,6	65,6
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Nej	159 / 363	54 (13)	43,8	(38,6-49,1)	17,8	24,0

Syddanmark	Nej	393 / 965	360 (27)	40,7 (37,6-43,9)	39,8	34,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	Nej	21 / 109	1 (1)	19,3 (12,3-27,9)	10,4	33,8
OUH Odense Universitetshospital	Nej	244 / 611	141 (19)	39,9 (36,0-43,9)	39,9	33,3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	15 / 55	204 (79)	27,3 (16,1-41,0)	42,6	11,2
Sygehus Sønderjylland	Nej	113 / 190	14 (7)	59,5 (52,1-66,5)	55,0	67,8
Midtjylland	Nej	266 / 797	302 (27)	33,4 (30,1-36,8)	38,2	36,0
Regionshospitalet Herning	Nej	26 / 134	0 (0)	19,4 (13,1-27,1)	16,5	49,4
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Nej	87 / 127	3 (2)	68,5 (59,7-76,5)	79,7	79,5
Regionshospitalet Randers	Nej	82 / 158	27 (15)	51,9 (43,8-59,9)	31,1	29,6
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	19 / 19	209 (92)	100,0 (82,4-100,0)	96,0	100,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	52 / 359	63 (15)	14,5 (11,0-18,6)	10,5	14,4
Nordjylland	Nej	154 / 696	10 (1)	22,1 (19,1-25,4)	21,1	25,9
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Nej	94 / 400	6 (1)	23,5 (19,4-28,0)	15,3	20,1
Sygehus Thy - Mors	Nej	29 / 73	1 (1)	39,7 (28,5-51,9)	41,9	48,9
Sygehus Vendsyssel	Nej	31 / 223	3 (1)	13,9 (9,6-19,1)	26,4	26,0
Privathospitaler	Nej	96 / 117	4 (3)	82,1 (73,9-88,5)	77,5	77,2
Aleris Privathospitaler, Aalborg		# / #	0 (0)	#	-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-	-	100,0
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-	55,6	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Nej	52 / 68	0 (0)	76,5 (64,6-85,9)	69,1	57,9
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-	-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		7 / 7	0 (0)	100,0 (59,0-100,0)	100,0	85,7
Ciconia, Århus Privathospital		6 / 8	0 (0)	75,0 (34,9-96,8)	92,3	100,0
Gråbrødreklubben		7 / 7	0 (0)	100,0 (59,0-100,0)	94,1	90,0
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-	-	-
Privathospitalet Kollund		6 / 6	0 (0)	100,0 (54,1-100,0)	100,0	-
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-	-	-
Privathospitalet Møn	Ja*	17 / 20	4 (17)	85,0 (62,1-96,8)	81,8	74,2
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-	-	100,0

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



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 18 %, dvs. kompletheden er 82 %. De uoplyste forløb skyldes både manglende oplysninger om dato for henvisning og/eller dato for forundersøgelse (data ikke vist). Holbæk har 80 %, Esbjerg har 79 % og Viborg/Skive har 92 % uoplyste forløb, mens de resterende afdelinger ligger tættere på landsgennemsnittets 18 %.

På landsplan har 39,4 % af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er meget under standarden på mindst 90 %. Dette er dog en lille forbedring i forhold til 2013, hvor 33,3 % havde en ventetid på højst 30 dage. Ingen af regionerne opfylder standarden, men der er nogen variation mellem dem spændende fra 22,1 % for Region Nordjylland til 49,4 % for Region Hovedstaden (Figur 1).

Blandt afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder kun Viborg/Skive standarden, mens Privathospitalet Møn opfylder standarden, når der tages højde for den statistiske usikkerhed. Det bemærkes dog, at kompletheden for Viborg/Skive kun er 85 hvorfor dette skal tolkes med forbehold.

Der er stor variation mellem de offentlige sygehuse. Blandt sygehuse med mindst 11 relevante patientforløb, som ikke opfylder indikatoren, har Næstved og Horsens/Brædstrup en andel på over 60 %, mens de øvrige andel er under 60 %.

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 2014.

Vi konkluderer, at standarden på landsplan ikke er opfyldt, og kun 1 afdeling opfylder standarden.

Styregruppens kommentarer til indikator 1

Kun et offentligt sygehus (Viborg/Skive) lever op til standarden. (Men her er der kun data for 18 % af afdelingens operationer.) Dette kan skyldes et kapacitetsproblem på de enkelte afdelinger til at se de henviste så hurtigt ligesom vi ved, at der eksisterer 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 men den aktuelle registreringspraksis er uhensigtsmæssig og skal forbedres. Styregruppen vil derfor arbejde for en mere hensigtsmæssig registreringspraksis som klart vil afspejle tid fra henvisning er modtaget til 1. besøg hos sundhedsfaglig person på sygehuset.

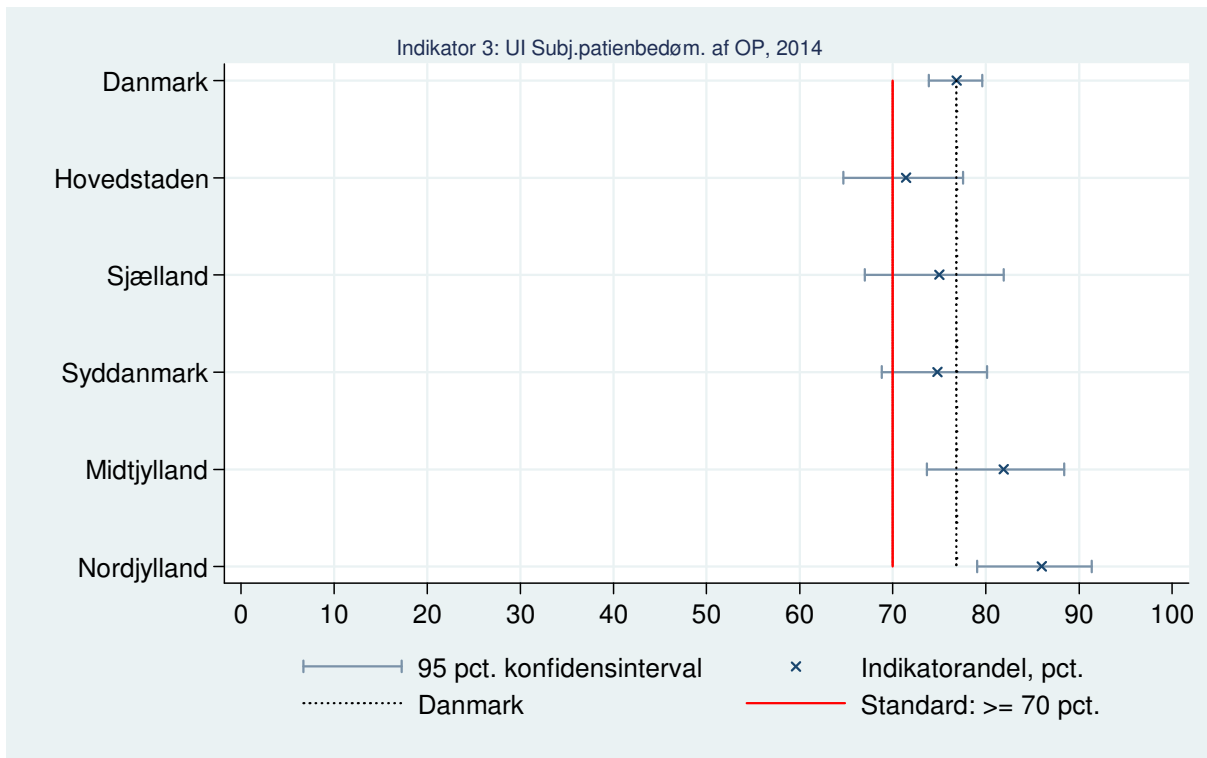
3.2. Indikator 3

Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse af urininkontinens

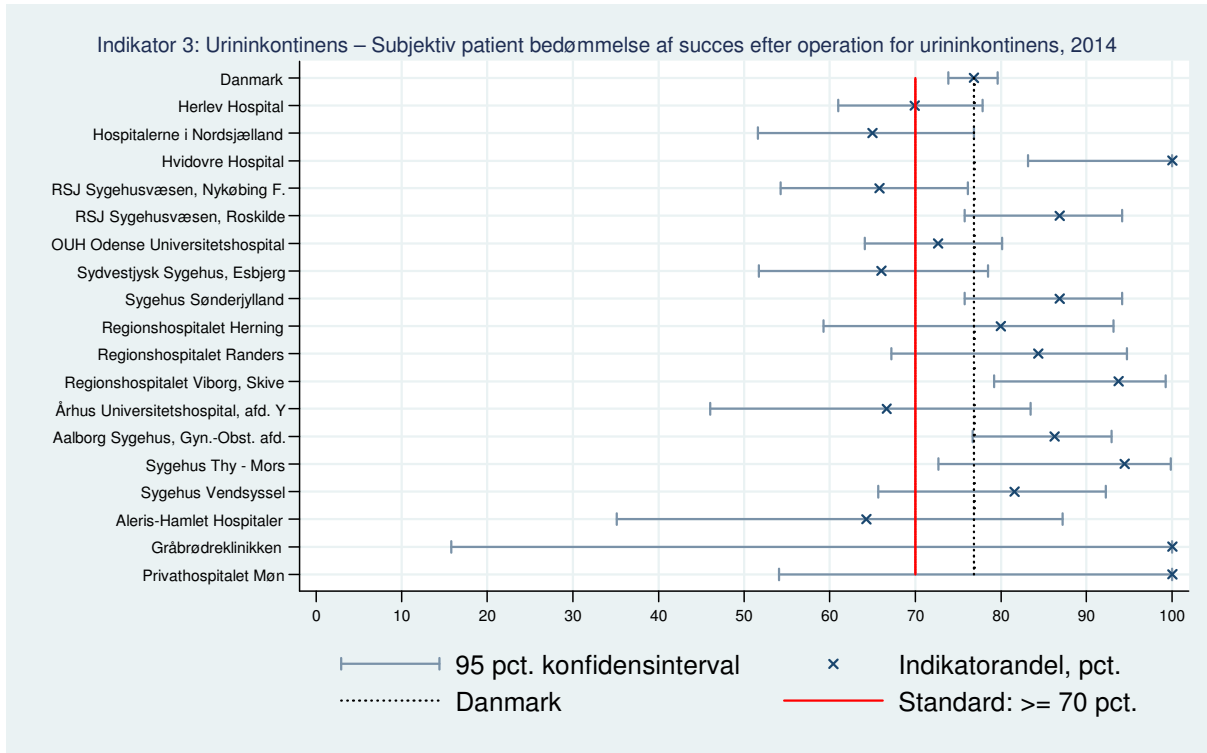
Table 3 - Resultater for indikator 3

Indikator 03	Std. ≥ 70% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 Pct. (95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.	
Danmark	Ja	660 / 859	7 (1)	76,8	(73,9-79,6)	75,8	75,6
Hovedstaden	Ja	145 / 203	0 (0)	71,4	(64,7-77,5)	77,2	79,2
Sjælland	Ja	105 / 140	1 (1)	75,0	(67,0-81,9)	66,2	70,2
Syddanmark	Ja	181 / 242	1 (0)	74,8	(68,8-80,1)	70,2	63,8
Midtjylland	Ja	95 / 116	4 (3)	81,9	(73,7-88,4)	82,6	82,4
Nordjylland	Ja	117 / 136	0 (0)	86,0	(79,0-91,4)	86,1	83,0
Hovedstaden	Ja	145 / 203	0 (0)	71,4	(64,7-77,5)	77,2	79,2
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		100,0	-
Herlev Hospital	Ja*	86 / 123	0 (0)	69,9	(61,0-77,9)	77,4	82,2
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja*	39 / 60	0 (0)	65,0	(51,6-76,9)	73,7	72,3
Hvidovre Hospital	Ja	20 / 20	0 (0)	100,0	(83,2-100,0)	83,3	82,5
Sjælland	Ja	105 / 140	1 (1)	75,0	(67,0-81,9)	66,2	70,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-	50,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	52 / 79	1 (1)	65,8	(54,3-76,1)	63,2	68,1
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	53 / 61	0 (0)	86,9	(75,8-94,2)	70,9	75,9
Syddanmark	Ja	181 / 242	1 (0)	74,8	(68,8-80,1)	70,2	63,8
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		-	-
OUH Odense Universitetshospital	Ja	93 / 128	1 (1)	72,7	(64,1-80,2)	71,1	73,6
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	35 / 53	0 (0)	66,0	(51,7-78,5)	62,2	49,3
Sygehus Sønderjylland	Ja	53 / 61	0 (0)	86,9	(75,8-94,2)	91,7	63,3
Midtjylland	Ja	95 / 116	4 (3)	81,9	(73,7-88,4)	82,6	82,4
Regionshospitalet Herning	Ja	20 / 25	0 (0)	80,0	(59,3-93,2)	78,8	82,5
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		-	-
Regionshospitalet Randers	Ja	27 / 32	0 (0)	84,4	(67,2-94,7)	92,5	87,5
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	30 / 32	0 (0)	93,8	(79,2-99,2)	72,7	91,4
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	18 / 27	4 (13)	66,7	(46,0-83,5)	81,6	70,8
Nordjylland	Ja	117 / 136	0 (0)	86,0	(79,0-91,4)	86,1	83,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	69 / 80	0 (0)	86,3	(76,7-92,9)	85,2	84,0
Sygehus Thy - Mors	Ja	17 / 18	0 (0)	94,4	(72,7-99,9)	77,8	90,9
Sygehus Vendsyssel	Ja	31 / 38	0 (0)	81,6	(65,7-92,3)	88,9	77,6
Privathospitaler	Ja	17 / 22	1 (4)	77,3	(54,6-92,2)	75,0	77,8
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-		66,7	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja*	9 / 14	0 (0)	64,3	(35,1-87,2)	75,0	66,7
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-		-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		0,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-	100,0
Gråbrødrelinikken		# / #	0 (0)	#		-	100,0
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Kollund		0 / 0	0	-		100,0	-
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Møn		6 / 6	1 (14)	100,0	(54,1-100,0)	85,7	75,0
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		-	-

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



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. komplettheden er 99 %. Ingen afdelinger har en bemærkelsesværdig høj andel af uoplyste forløb.

På landsplan oplever 76,8 % af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 70 % er opfyldt. Dette er uændret i forhold til 2013 hvor 75,8 % opfyldte indikator 3. Alle regionerne opfylder standarden. Der er nogen variation mellem regionerne, fra 71,4 % for Region Hovedstaden til 86,0 % for Region Nordjylland.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 10 standarden (Hvidovre, Roskilde, Odense, Sønderjylland, Herning, Randers, Viborg/Skive, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel). De resterende 6 afdelinger (Herlev, Nordsjælland, Nykøbing F., Esbjerg, Århus Afd. Y, Aleris-Hamlet) opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed.

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 2014.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 76,8 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 70 %. Datakomplettheden er 99 %, og ingen afdelinger afviger markant fra dette.

Styregruppens kommentarer til indikator 3

Styregruppen bemærker at indikatoren opfyldes på stabilt og højt niveau af alle afdelinger når konfidensintervallet tages i betragtning. Det beklages at der fortsat mangler data for postoperativ kontrol for en stor del af patienterne. (Se Appendiks 2, Figur B3, side 118).

Anbefalinger til indikator 3

Indikatoren er fortsat relevant og bibeholdes i sin nuværende form. Styregruppen anbefaler, at afdelingerne udfører postoperativ kontrol evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase.

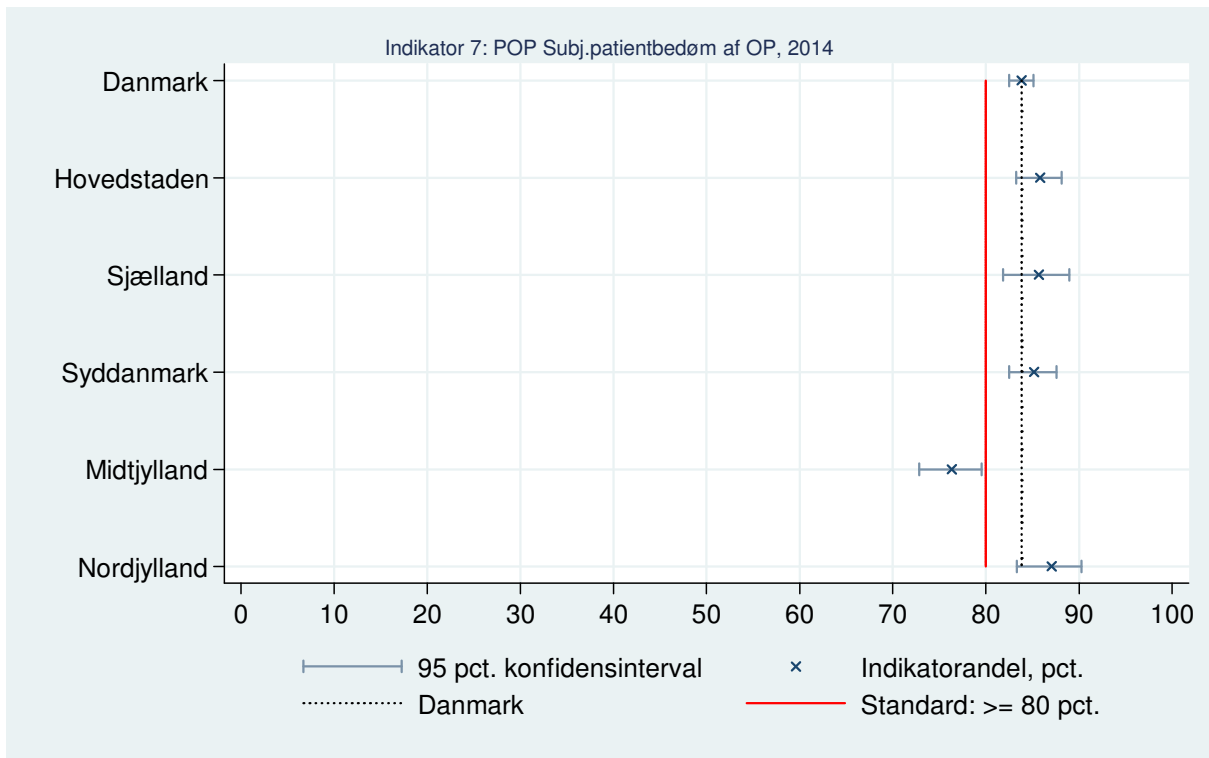
3.3. Indikator 7

Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse af operation

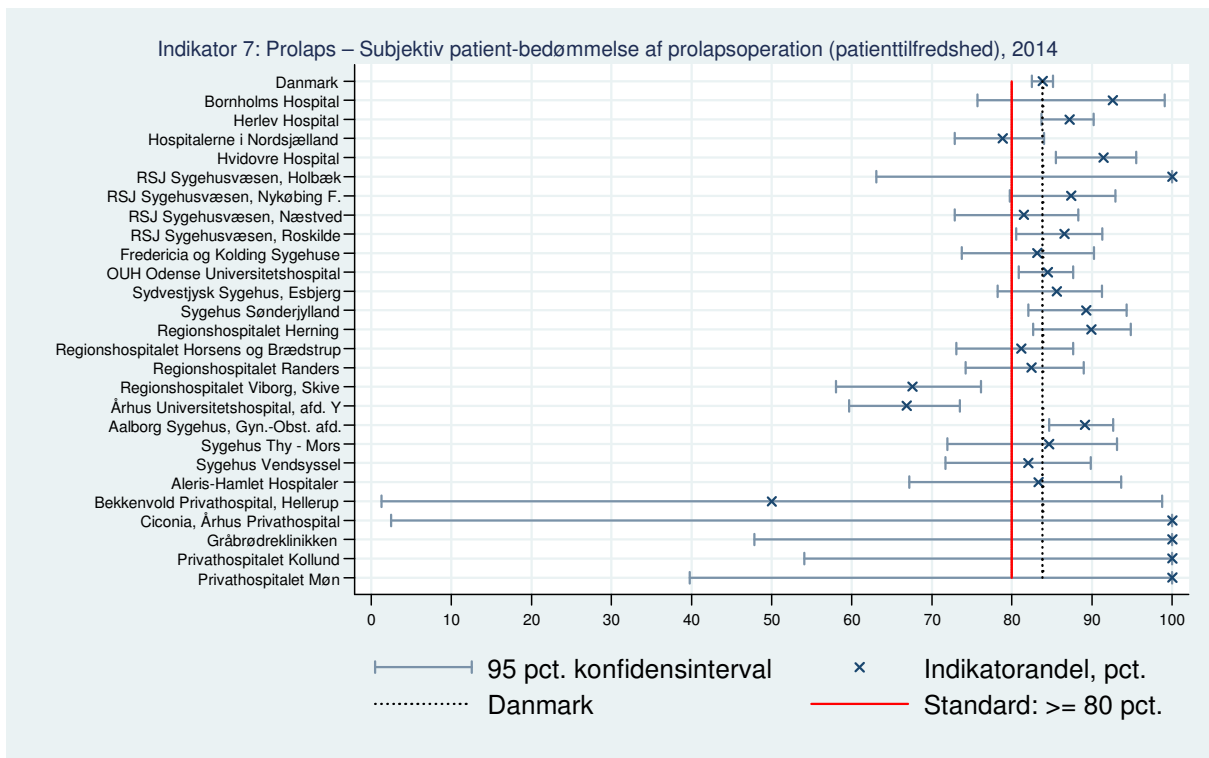
Tabel 4 - Resultater for indikator 7

Indikator 07	Std. ≥ 80% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014	2013	2012	2012
				Pct.	(95% CI)	Pct.	Pct.
Danmark	Ja	2593 / 3093	24 (1)	83,8	(82,5-85,1)	84,6	85,3
Hovedstaden	Ja	703 / 819	3 (0)	85,8	(83,3-88,2)	88,8	88,6
Sjælland	Ja	341 / 398	4 (1)	85,7	(81,8-89,0)	86,0	85,6
Syddanmark	Ja	672 / 789	5 (1)	85,2	(82,5-87,6)	83,3	80,9
Midtjylland	Nej	493 / 646	8 (1)	76,3	(72,8-79,5)	77,8	81,6
Nordjylland	Ja	337 / 387	2 (1)	87,1	(83,3-90,3)	88,1	90,2
Hovedstaden	Ja	703 / 819	3 (0)	85,8	(83,3-88,2)	88,8	88,6
Bornholms Hospital	Ja	25 / 27	0 (0)	92,6	(75,7-99,1)	96,0	-
Herlev Hospital	Ja	375 / 430	0 (0)	87,2	(83,7-90,2)	91,4	83,9
Hospitalet i Nordsjælland	Ja*	175 / 222	2 (1)	78,8	(72,9-84,0)	82,5	91,8
Hvidovre Hospital	Ja	128 / 140	1 (1)	91,4	(85,5-95,5)	90,9	91,1
Sjælland	Ja	341 / 398	4 (1)	85,7	(81,8-89,0)	86,0	85,6
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		8 / 8	0 (0)	100,0	(63,1-100,0)	100,0	77,8
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	97 / 111	2 (2)	87,4	(79,7-92,9)	90,4	82,2
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	88 / 108	2 (2)	81,5	(72,9-88,3)	82,9	65,7
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	148 / 171	0 (0)	86,5	(80,5-91,3)	84,8	91,4
Syddanmark	Ja	672 / 789	5 (1)	85,2	(82,5-87,6)	83,3	80,9
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	74 / 89	3 (3)	83,1	(73,7-90,2)	76,5	77,7
OUH Odense Universitetshospital	Ja	391 / 463	2 (0)	84,4	(80,8-87,6)	83,5	83,9
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	107 / 125	0 (0)	85,6	(78,2-91,2)	87,4	74,3
Sygehus Sønderjylland	Ja	100 / 112	0 (0)	89,3	(82,0-94,3)	84,5	81,0
Midtjylland	Nej	493 / 646	8 (1)	76,3	(72,8-79,5)	77,8	81,6
Regionshospitalet Herning	Ja	98 / 109	0 (0)	89,9	(82,7-94,9)	85,2	85,7
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	99 / 122	0 (0)	81,1	(73,1-87,7)	75,5	81,8
Regionshospitalet Randers	Ja	94 / 114	0 (0)	82,5	(74,2-88,9)	85,9	90,8
Regionshospitalet Viborg, Skive	Nej	75 / 111	2 (2)	67,6	(58,0-76,1)	70,8	78,2
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	127 / 190	6 (3)	66,8	(59,7-73,5)	73,9	72,6
Nordjylland	Ja	337 / 387	2 (1)	87,1	(83,3-90,3)	88,1	90,2
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	229 / 257	2 (1)	89,1	(84,6-92,6)	86,2	89,7
Sygehus Thy - Mors	Ja	44 / 52	0 (0)	84,6	(71,9-93,1)	90,6	87,5
Sygehus Vendsyssel	Ja	64 / 78	0 (0)	82,1	(71,7-89,8)	91,9	92,5
Privathospitaler	Ja	47 / 54	2 (4)	87,0	(75,1-94,6)	84,8	100,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	1 (100)	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-		100,0	-
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	30 / 36	0 (0)	83,3	(67,2-93,6)	76,7	100,0
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-		-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		# / #	0 (0)	#		-	100,0
Ciconia, Århus Privathospital		# / #	0 (0)	#		-	-
Gråbrødreklinikken		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	100,0	100,0
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Kollund		6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	-	-
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Møn		4 / 4	1 (20)	100,0	(39,8-100,0)	100,0	100,0
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		-	100,0

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



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



Figur 6 - Resultater for indikator 7, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 1 %, dvs. komplettheden er 99 %. Ingen afdeling afviger markant fra andelen af uoplyste forløb på landsplan.

På landsplan har 83,8 % ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Andelen på 83,8 % er stort set uændret sammenlignet med 2013 og 2012. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 76,3 % for Region Midtjylland til 87,1 % for Region Nordjylland. Region Midtjylland opfylder ikke standarden, mens de øvrige 4 regioner opfylder standarden.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 17 standarden (Bornholm, Herlev, Hvidovre, Nykøbing F, Næstved, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet), 1 afdeling opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Nordsjælland), mens 2 (Viborg/Skive, Århus Afd. Y) ikke opfylder 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 2014.

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 83,8 % 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 to. Desuden bemærkes en flot kompletthed (99%). Men da denne kompletthed ikke tager højde for alle de forløb, hvor der ikke er indlagt en postoperativ kontrol og derfor heller ikke indrapporteret data vedrørende patientens tilfredshed, må dette tages i betragtning. For de to afdelinger som ikke opfylder indikatoren bemærkes, at der kun foreligger postoperativ opfølgning for ca halvdelen af de opererede patienter. Om der foreligger en selektionsbias som negativt påvirker indikatoren vides ikke.

Anbefalinger til indikator 7

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

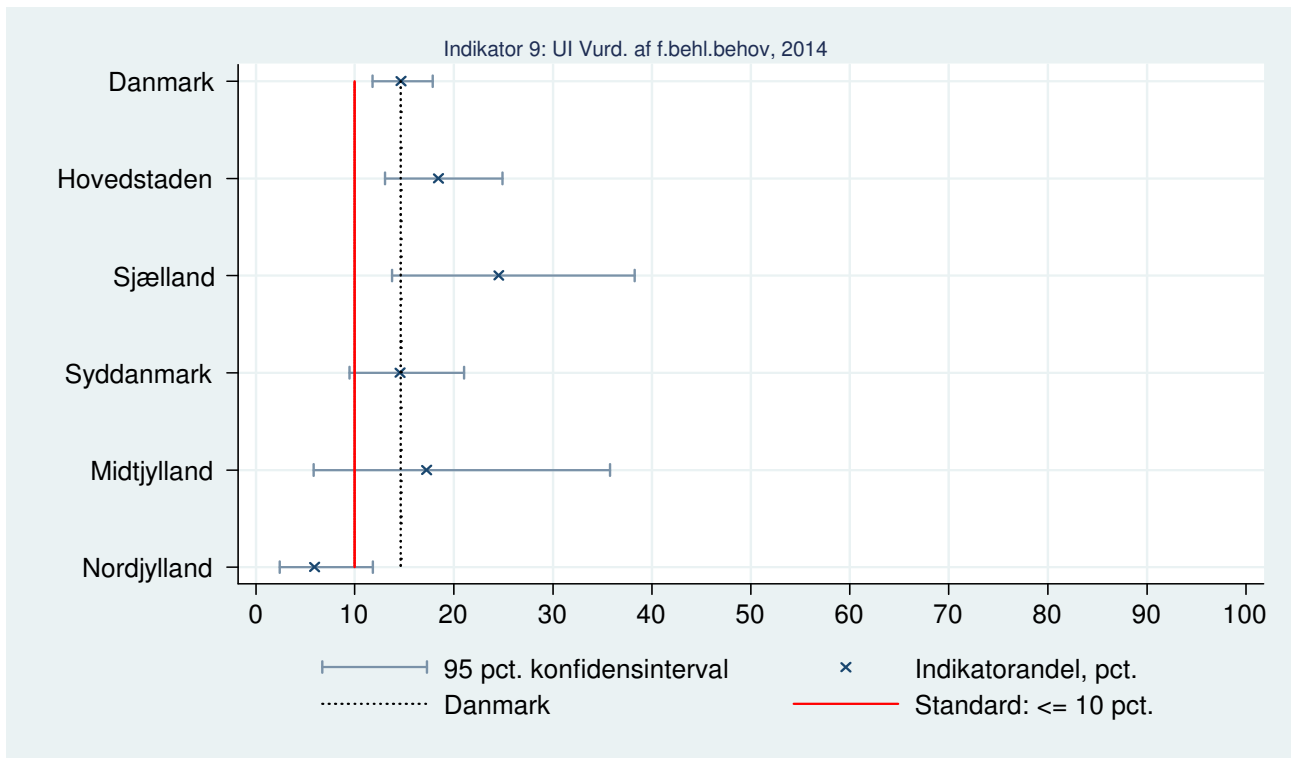
3.4. Indikator 9

Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for inkontinens

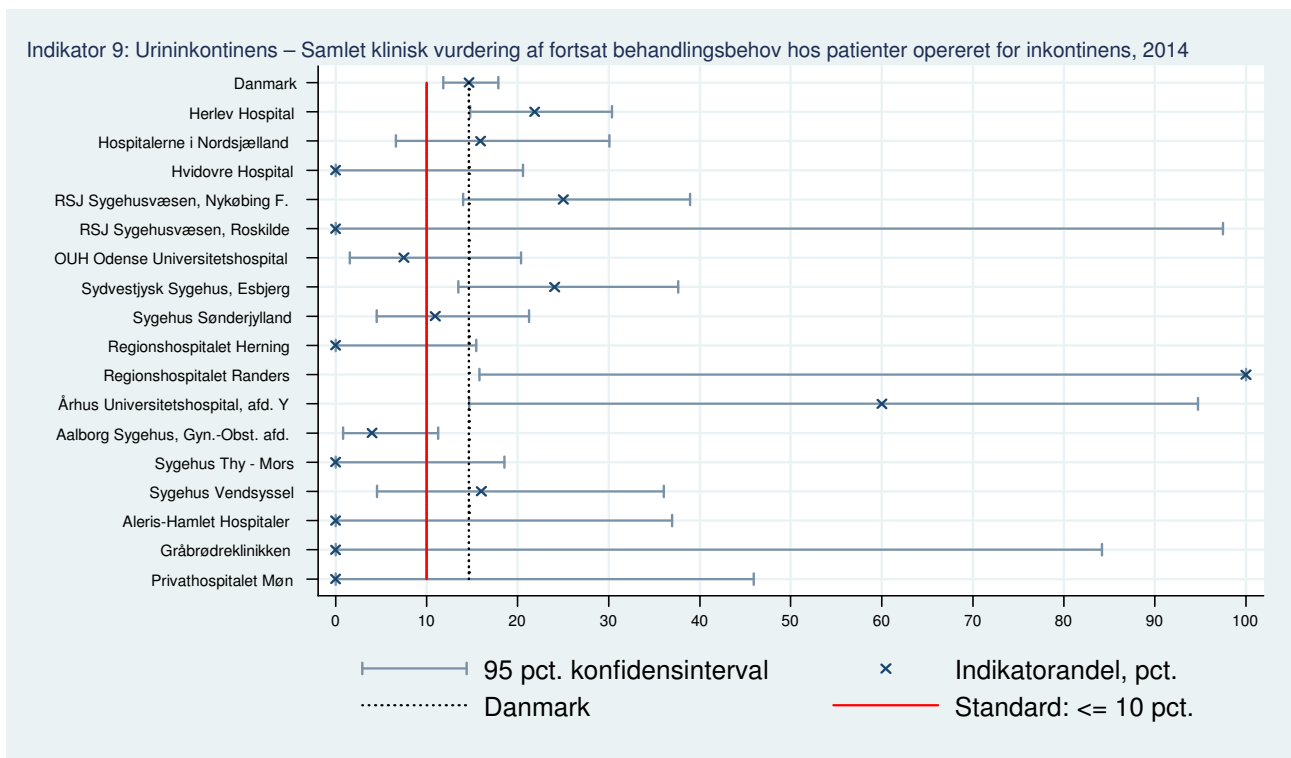
Tabel 5 - Resultater for indikator 9

Indikator 09	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 Pct. (95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.	
Danmark	Nej	81 / 553	71 (11)	14,6	(11,8-17,9)	16,0	14,8
Hovedstaden	Nej	33 / 179	13 (7)	18,4	(13,0-24,9)	12,7	7,8
Sjælland	Nej	13 / 53	43 (45)	24,5	(13,8-38,3)	29,9	24,2
Syddanmark	Ja*	23 / 158	8 (5)	14,6	(9,5-21,0)	20,0	20,3
Midtjylland	Ja*	5 / 29	2 (6)	17,2	(5,8-35,8)	12,5	13,5
Nordjylland	Ja	7 / 118	2 (2)	5,9	(2,4-11,8)	5,9	10,1
Hovedstaden	Nej	33 / 179	13 (7)	18,4	(13,0-24,9)	12,7	7,8
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		0,0	-
Herlev Hospital	Nej	26 / 119	4 (3)	21,8	(14,8-30,4)	14,2	6,5
Hospitalet i Nordsjælland	Ja*	7 / 44	9 (17)	15,9	(6,6-30,1)	12,7	8,8
Hvidovre Hospital	Ja	0 / 16	0 (0)	0,0	(0,0-20,6)	6,5	10,3
Sjælland	Nej	13 / 53	43 (45)	24,5	(13,8-38,3)	29,9	24,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Nej	13 / 52	4 (7)	25,0	(14,0-38,9)	29,0	23,1
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde		# / #	39 (98)	#		50,0	66,7
Syddanmark	Ja*	23 / 158	8 (5)	14,6	(9,5-21,0)	20,0	20,3
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		-	-
OUH Odense Universitetshospital	Ja	3 / 40	4 (9)	7,5	(1,6-20,4)	24,4	21,4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Nej	13 / 54	3 (5)	24,1	(13,5-37,6)	23,7	19,2
Sygehus Sønderjylland	Ja*	7 / 64	1 (2)	10,9	(4,5-21,2)	3,4	20,0
Midtjylland	Ja*	5 / 29	2 (6)	17,2	(5,8-35,8)	12,5	13,5
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 22	0 (0)	0,0	(0,0-15,4)	3,0	7,7
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		-	-
Regionshospitalet Randers		# / #	0 (0)	#		50,0	100,0
Regionshospitalet Viborg, Skive		0 / 0	1 (100)	-		-	0,0
Århus Universitetshospital, afd. Y		3 / 5	1 (17)	60,0	(14,7-94,7)	60,0	60,0
Nordjylland	Ja	7 / 118	2 (2)	5,9	(2,4-11,8)	5,9	10,1
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	3 / 75	2 (3)	4,0	(0,8-11,2)	6,5	8,2
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 18	0 (0)	0,0	(0,0-18,5)	0,0	4,5
Sygehus Vendsyssel	Ja*	4 / 25	0 (0)	16,0	(4,5-36,1)	6,1	20,0
Privathospitaler	Ja	0 / 16	3 (16)	0,0	(0,0-20,6)	23,5	8,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-		33,3	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 8	2 (20)	0,0	(0,0-36,9)	50,0	0,0
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-		-	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		-	100,0
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Gråbrødreklinikken		# / #	0 (0)	#		-	0,0
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Kollund		0 / 0	0	-		0,0	-
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-		-	-
Privathospitalet Møn		0 / 6	1 (14)	0,0	(0,0-45,9)	0,0	6,3
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -		-		-	-

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



Figur 7 - Resultater for indikator 9, for hele landet og per region



Figur 8 - Resultater for indikator 9, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 9

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11 %, dvs. komplettheden er 89 %. Roskilde bidrager med 39 uoplyste forløb forholdsvis meget til de i alt 71 uoplyste forløb.

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 14,6 % af patienterne, hvilket er omtrent som i 2013 og 2012. Da konfidensintervallet ikke omfatter standarden på 10 % er denne ikke opfyldt. Der er stor variation mellem regionerne, spændende fra 5,9 % for Region Nordjylland til 24,5 % for Region Sjælland. Region Nordjylland opfylder standarden, Region Syddanmark og Region Midtjylland opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed, mens Region Hovedstaden og Region Sjælland ikke opfylder standarden.

Afdelingernes andele for indikator 9 har generelt brede konfidensintervaller hvorfor resultaterne skal tolkes forsigtigt. Blandt de 11 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 5 standarden (Hvidovre, Odense, Herning, Aalborg, Thy-Mors), 3 afdelinger opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Nordsjælland, Sønderjylland, Vendsyssel), mens de resterende 3 ikke opfylder standarden (Herlev, 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 2014.

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 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. Trods gentagende kommunikation til brugerne vedrørende definitionen af "fortsat behandlingsbehov" er datakompletheden for denne indikator ikke forbedret. Hertil bemærkes at der på landsplan kun indrapporteres data fra 553 forløb ud af i alt 1164 opererede.

Anbefalinger til indikator 9

Styregruppen vedtager, at indikator 9 udgår. Dette i erkendelse af at det trods gentagende forsøg ikke er lykkedes at forbedre datakompletheden for denne indikator. Endvidere konstateres at indikator 11-18 vedrørende recidivoperationer er et langt mere validt mål for "fortsat behandlingsbehov".

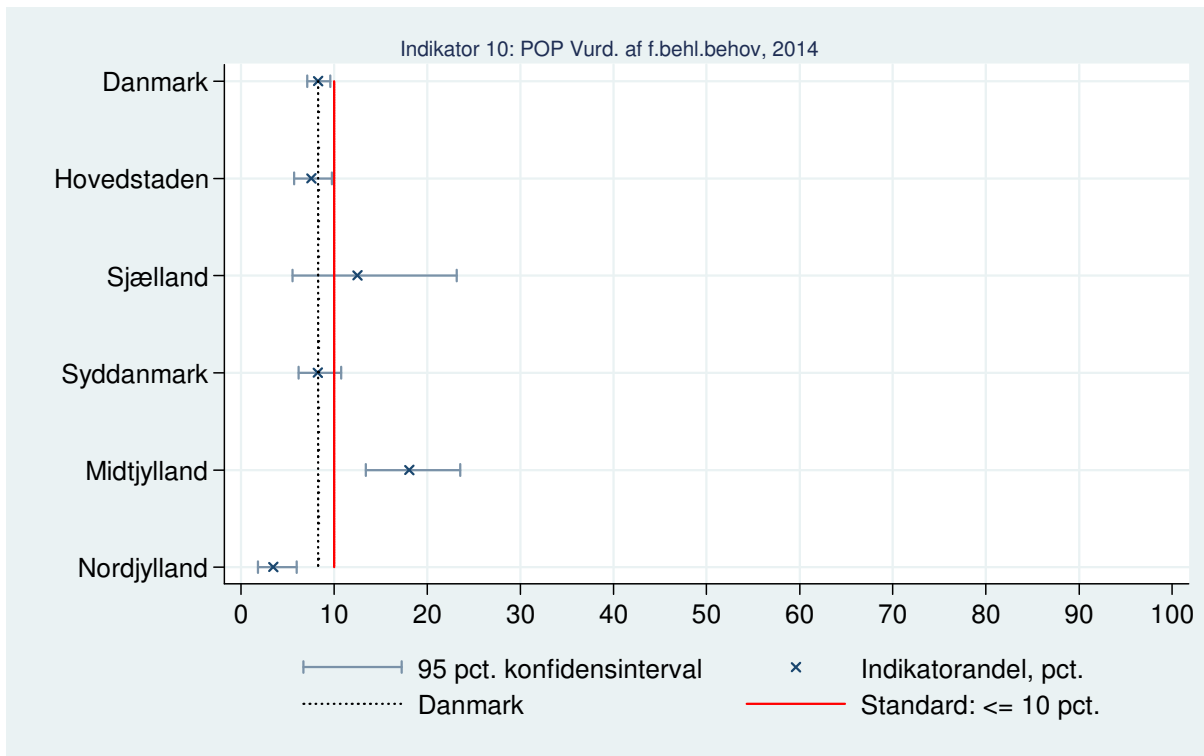
3.5. Indikator 10

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

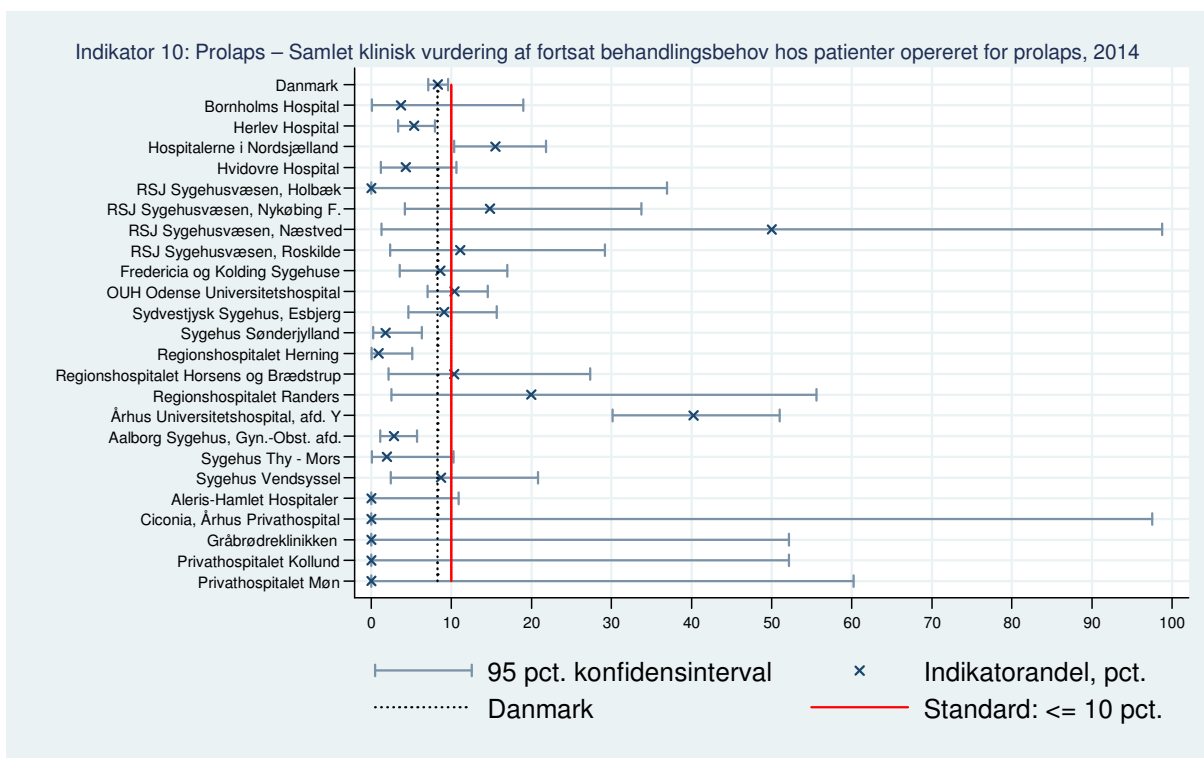
Tabel 6 - Resultater for indikator 10

Indikator 10	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 Pct. (95% CI)	2013 Pct.	2012 Pct.	
Danmark	Ja	165 / 1991	210 (10)	8,3 (7,1-9,6)	8,6	8,0	
Hovedstaden	Ja	53 / 702	65 (8)	7,5 (5,7-9,8)	5,5	6,2	
Sjælland	Ja*	8 / 64	113 (64)	12,5 (5,6-23,2)	18,9	15,3	
Syddanmark	Ja	49 / 594	14 (2)	8,2 (6,2-10,8)	9,1	10,0	
Midtjylland	Nej	43 / 238	7 (3)	18,1 (13,4-23,6)	20,6	12,3	
Nordjylland	Ja	12 / 346	7 (2)	3,5 (1,8-6,0)	3,8	3,3	
Hovedstaden	Ja	53 / 702	65 (8)	7,5 (5,7-9,8)	5,5	6,2	
Bornholms Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#	8,7	-	
Herlev Hospital	Ja	22 / 414	15 (3)	5,3 (3,4-7,9)	3,2	5,8	
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	26 / 168	39 (19)	15,5 (10,4-21,8)	9,2	10,0	
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 93	11 (11)	4,3 (1,2-10,6)	5,0	2,2	
Sjælland	Ja*	8 / 64	113 (64)	12,5 (5,6-23,2)	18,9	15,3	
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 8	2 (20)	0,0 (0,0-36,9)	100,0	18,2	
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	4 / 27	4 (13)	14,8 (4,2-33,7)	16,7	13,7	
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		# / #	0 (0)	#	0,0	25,0	
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja*	3 / 27	107 (80)	11,1 (2,4-29,2)	22,7	16,7	
Syddanmark	Ja	49 / 594	14 (2)	8,2 (6,2-10,8)	9,1	10,0	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	7 / 81	1 (1)	8,6 (3,5-17,0)	11,2	12,1	
OUH Odense Universitetshospital	Ja*	29 / 280	3 (1)	10,4 (7,0-14,5)	11,3	11,8	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	11 / 121	3 (2)	9,1 (4,6-15,7)	9,9	6,7	
Sygehus Sønderjylland	Ja	# / #	7 (6)	#	2,8	5,4	
Midtjylland	Nej	43 / 238	7 (3)	18,1 (13,4-23,6)	20,6	12,3	
Regionshospitalet Herning	Ja	# / #	0 (0)	#	2,5	2,4	
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja*	3 / 29	2 (6)	10,3 (2,2-27,4)	23,1	12,3	
Regionshospitalet Randers		# / #	0 (0)	#	28,6	33,3	
Regionshospitalet Viborg, Skive		0 / 0	0	-	25,0	33,3	
Århus Universitetshospital, afd. Y	Nej	37 / 92	5 (5)	40,2 (30,1-51,0)	33,8	20,0	
Nordjylland	Ja	12 / 346	7 (2)	3,5 (1,8-6,0)	3,8	3,3	
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	7 / 248	6 (2)	2,8 (1,1-5,7)	5,1	2,8	
Sygehus Thy - Mors	Ja	# / #	1 (2)	#	0,0	2,9	
Sygehus Vendsyssel	Ja	4 / 46	0 (0)	8,7 (2,4-20,8)	1,6	4,8	
Privathospitaler	Ja	0 / 47	4 (8)	0,0 (0,0-7,5)	3,2	0,0	
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	1 (100)	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-	0,0	-	
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 32	1 (3)	0,0 (0,0-10,9)	6,1	0,0	
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-	-	-	
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-	0,0	0,0	
Ciconia, Århus Privathospital		# / #	0 (0)	#	-	-	
Gråbrødrelinikken		0 / 5	0 (0)	0,0 (0,0-52,2)	0,0	0,0	
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-	-	-	
Privathospitalet Kollund		0 / 5	0 (0)	0,0 (0,0-52,2)	0,0	-	
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-	-	-	
Privathospitalet Møn		0 / 4	2 (33)	0,0 (0,0-60,2)	0,0	0,0	
Privathospitalet Sorana, Sorø		- / -	-	-	-	0,0	

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



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



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 10 %, dvs. komplementet er 90 %. Nordsjælland og Roskilde bidrager med henholdsvis 39 og 107 uoplyste forløb forholdsvis meget til de i alt 210 uoplyste forløb.

På landsplan er der et lille eller stort behandlingsbehov hos 8,3 % af patienterne, hvilket opfylder standarden på højst 10 %. Andelen på 8,3 % er stort set uændret i forhold til 2013 og 2012. Der er nogen variation mellem regionerne, spændende fra 3,5 % for Region Nordjylland til 18,1 % for Region Midtjylland. Region Hovedstaden, Region Syddanmark og Region Nordjylland opfylder standarden, Region Sjælland opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed, mens Region Midtjylland ikke opfylder standarden.

Blandt de 17 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 11 standarden (Bornholm, Herlev, Hvidovre, Fredericia/Kolding, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet), 4 afdelinger opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Nykøbing F, Roskilde, Odense, Horsens/Brædstrup), mens 2 afdelinger ikke opfylder standarden (Nordsjælland, Århus Afd. Y). Der er stor variation mellem afdelinger, også blandt afdelinger med forholdsvis snævre konfidensintervaller (Figur 10).

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 2014.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Standarden er opfyldt på landsplan, og den er opfyldt for 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 prolaps. Trods gentagende kommunikation til brugerne vedrørende definitionen af "fortsat behandlingsbehov" er datakompletheden for denne indikator ikke forbedret. Hertil bemærkes at der på landsplan kun indrapporteres data fra 1991 forløb ud af i alt 4096 opererede.

Anbefalinger til indikator 10

Styregruppen beslutter, at indikator 10 udgår. Dette i erkendelse af at det trods gentagende forsøg ikke er lykkedes at forbedre datakompletheden for denne indikator. Endvidere konstateres at indikator 11-18 vedrørende recidivoperationer er et langt mere validt mål for "fortsat behandlingsbehov".

Generelt vedr. recidivindikatorer 11-18

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

3.6. Indikator 11

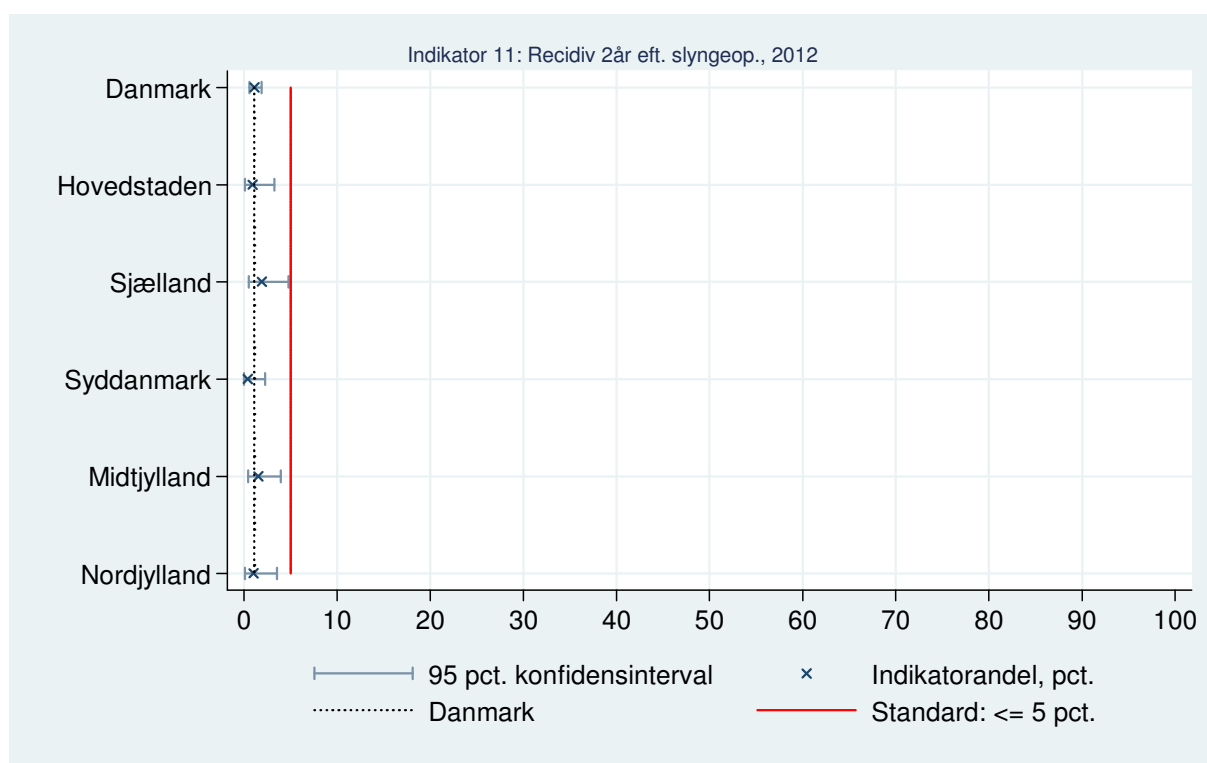
Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

Tablet 7 - Resultater for indikator 11

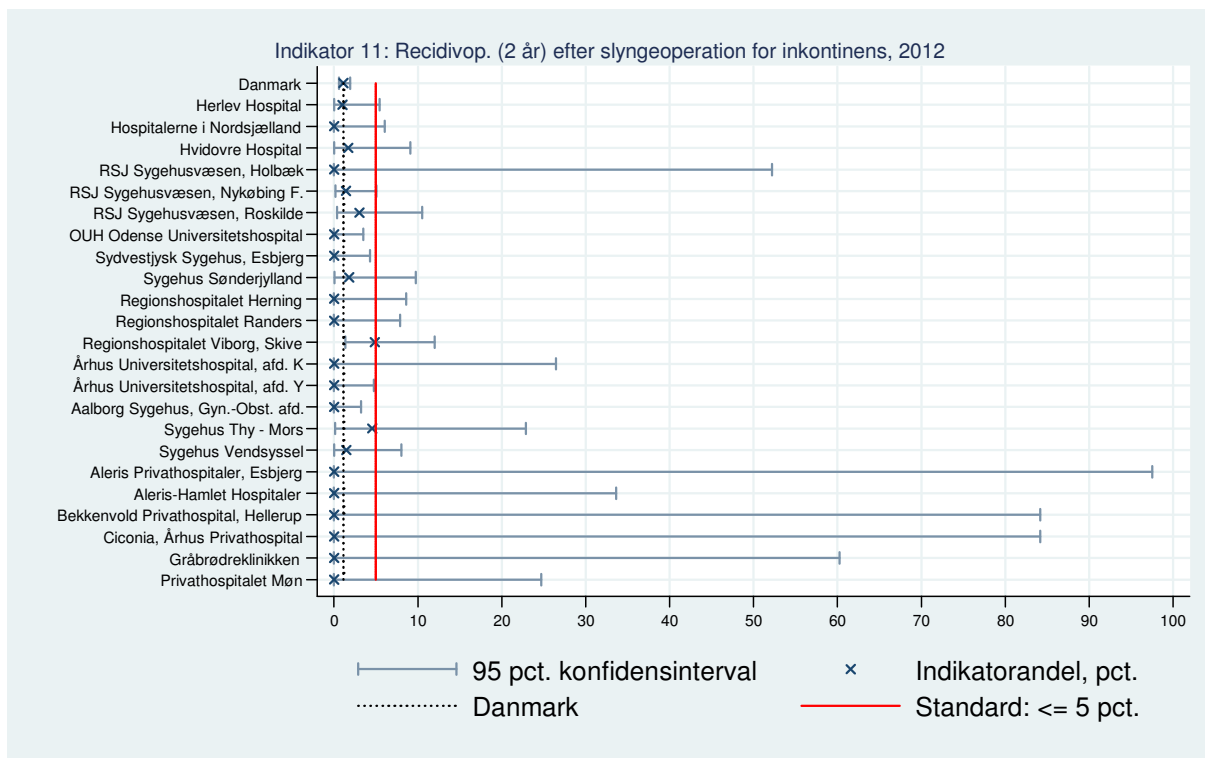
Indikator 11	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2012		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2011 Pct.	2010 Pct.
Danmark	Ja	13 / 1160	0 (0)	1,1	(0,6-1,9)	1,6	1,6
Hovedstaden	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	1,3
Sjælland	Ja	4 / 211	0 (0)	1,9	(0,5-4,8)	2,0	1,1
Syddanmark	Ja	# / #	0 (0)	#		1,5	2,3
Midtjylland	Ja	4 / 256	0 (0)	1,6	(0,4-4,0)	3,3	1,1
Nordjylland	Ja	# / #	0 (0)	#		1,6	1,7
Hovedstaden	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	1,3
Bornholms Hospital		- / -		-		-	-
Herlev Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	1,0
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	0 / 59	0 (0)	0,0	(0,0-6,1)	0,0	0,0
Hvidovre Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	3,8
Sjælland	Ja	4 / 211	0 (0)	1,9	(0,5-4,8)	2,0	1,1
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	0,0	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	# / #	0 (0)	#		2,5	1,0
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	# / #	0 (0)	#		2,0	1,6
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	0,0
Syddanmark	Ja	# / #	0 (0)	#		1,5	2,3
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		0,0	2,9
OOU Odense Universitetshospital	Ja	0 / 104	0 (0)	0,0	(0,0-3,5)	1,7	4,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 84	0 (0)	0,0	(0,0-4,3)	2,9	1,8
Sygehus Sønderjylland	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	1,1
Midtjylland	Ja	4 / 256	0 (0)	1,6	(0,4-4,0)	3,3	1,1
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 41	0 (0)	0,0	(0,0-8,6)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		0,0	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 45	0 (0)	0,0	(0,0-7,9)	2,7	0,0
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		6,7	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	4 / 82	0 (0)	4,9	(1,3-12,0)	6,2	1,2
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	0 / 76	0 (0)	0,0	(0,0-4,7)	3,6	3,8
Nordjylland	Ja	# / 3	0 (0)	#		1,6	1,7
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	0 / 112	0 (0)	0,0	(0,0-3,2)	0,0	0,0
Sygehus Thy - Mors	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	# / #	0 (0)	#		5,7	4,6
Privathospitaler	Ja	0 / 31	0 (0)	0,0	(0,0-11,2)	0,0	2,7
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	25,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		# / #	0 (0)	#		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	0,0
Aleris-Hamlet Hospitaler		0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	0,0	-

Bekkenvold Privathospital, Hellerup		# / #	0 (0)	#	0,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		# / #	0 (0)	#	0,0	0,0
Gråbrødreklinikken		0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	0,0 0,0
Privathospitalet Møn	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0	(0,0-24,7)	0,0 0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-	-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-	-	-

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



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



Figur 12 - 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 2012 har 1,1 % 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 2011 og 2010, for hvilke recidivprocenten er 1,6. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning. Alle regioner opfylder ligeledes standarden.

Alle 16 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder standarden (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Nykøbing F, Roskilde, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Randers, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Privathospitalet Møn). 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 2014.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Denne gang med endnu mere valide tal idet stort set alle offentlige afdelinger indrapporterede over 90% af deres forløb i 2012, hvor en evt. 1. gangsoperation blev udført. Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 11

Styregruppen tillægger indikator 11 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

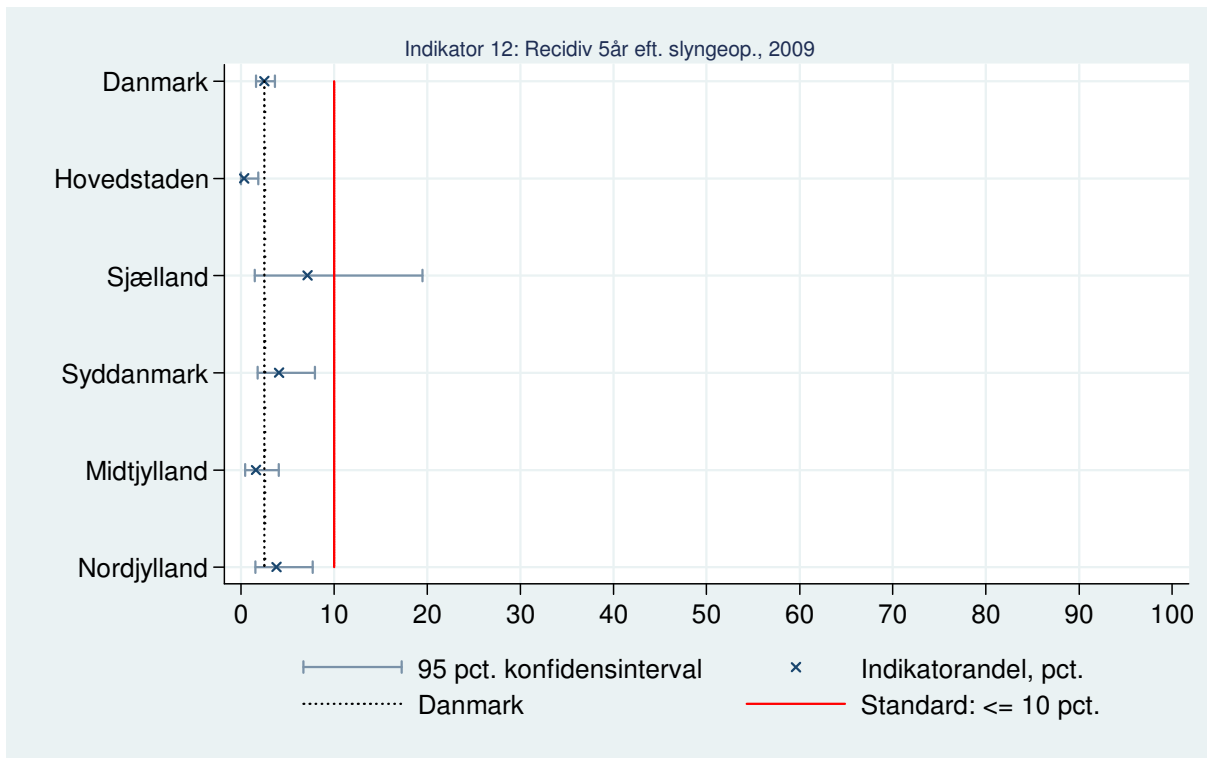
3.7. Indikator 12

Recidivoperation (5 år) efter slyngoperation for inkontinens

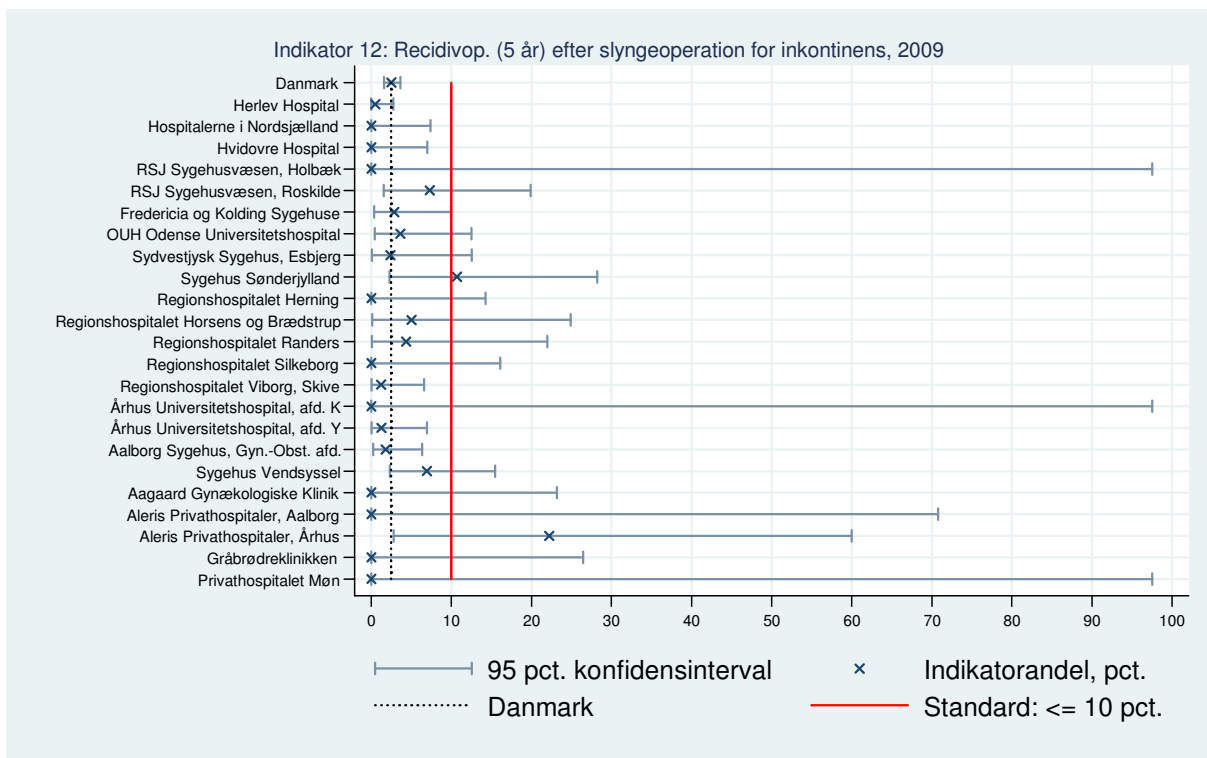
Table 8 - Resultater for indikator 12

Indikator 12	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2009 Pct. (95% CI)	2008 Pct.	2007 Pct.	
Danmark	Ja	25 / 1006	0 (0)	2,5 (1,6-3,6)	2,5	1,8	
Hovedstaden	Ja	# / #	0 (0)	#	1,7	1,8	
Sjælland	Ja	3 / 42	0 (0)	7,1 (1,5-19,5)	0,0	0,0	
Syddanmark	Ja	8 / 195	0 (0)	4,1 (1,8-7,9)	2,5	0,7	
Midtjylland	Ja	4 / 249	0 (0)	1,6 (0,4-4,1)	4,0	3,0	
Nordjylland	Ja	7 / 183	0 (0)	3,8 (1,6-7,7)	2,2	-	
Hovedstaden	Ja	# / #	0 (0)	#	1,7	1,8	
Herlev Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#	2,1	1,0	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	0 / 48	0 (0)	0,0 (0,0-7,4)	0,0	0,0	
Hvidovre Hospital	Ja	0 / 51	0 (0)	0,0 (0,0-7,0)	0,0	4,1	
Rigshospitalet		- / -		-	-	0,0	
Sjælland	Ja	3 / 42	0 (0)	7,1 (1,5-19,5)	0,0	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		# / #	0 (0)	#	0,0	-	
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	3 / 41	0 (0)	7,3 (1,5-19,9)	0,0	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		0 / 0	0	-	-	-	
Syddanmark	Ja	8 / 195	0 (0)	4,1 (1,8-7,9)	2,5	0,7	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	# / #	0 (0)	#	1,8	0,0	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	# / #	0 (0)	#	2,2	2,2	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	# / #	0 (0)	#	6,7	0,0	
Sygehus Sønderjylland	Ja*	3 / 28	0 (0)	10,7 (2,3-28,2)	0,0	0,0	
Midtjylland	Ja	4 / 249	0 (0)	1,6 (0,4-4,1)	4,0	3,0	
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 24	0 (0)	0,0 (0,0-14,2)	3,0	4,1	
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	0,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	0,0	
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 21	0 (0)	0,0 (0,0-16,1)	0,0	-	
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	# / #	0 (0)	#	5,4	5,2	
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	# / #	0 (0)	#	5,7	0,0	
Nordjylland	Ja	7 / 183	0 (0)	3,8 (1,6-7,7)	2,2	-	
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	# / #	0 (0)	#	2,8	-	
Sygehus Thy - Mors		0 / 0	0	-	-	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	5 / 72	0 (0)	6,9 (2,3-15,5)	0,0	-	
Privathospitaler	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik	Ja	0 / 14	0 (0)	0,0 (0,0-23,2)	-	-	
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 3	0 (0)	0,0 (0,0-70,8)	-	-	
Aleris Privathospitaler, Herning		0 / 0	0	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Århus		# / #	0 (0)	#	-	-	
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)	0,0	-	
Privathospitalet Møn		# / #	0 (0)	#	-	-	

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



Figur 13 - Resultater for indikator 12, for hele landet og per region



Figur 14 - 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 2009 hvor dækningsgraden var lav (59,9 % for inkontinens). Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2009 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 2008 og 2007, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 2,5 og 1,8. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning, og alle regionerne opfylder standarden.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder 17 standarden på højst 10 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg, Vendsyssel, Aagaard, Gråbrødreklivnikken) mens 1 afdeling (Sønderjylland) opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed. 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 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 17 ud af 18 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Opgørelsen beror dog på operationer udført i 2009, hvor dækningsgraden var beskedent. Resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold i år, men vil allerede fra næste årsrapport være mere valide. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 12

Styregruppen bemærker, at indikator 12 allerede fra næste år vil få betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

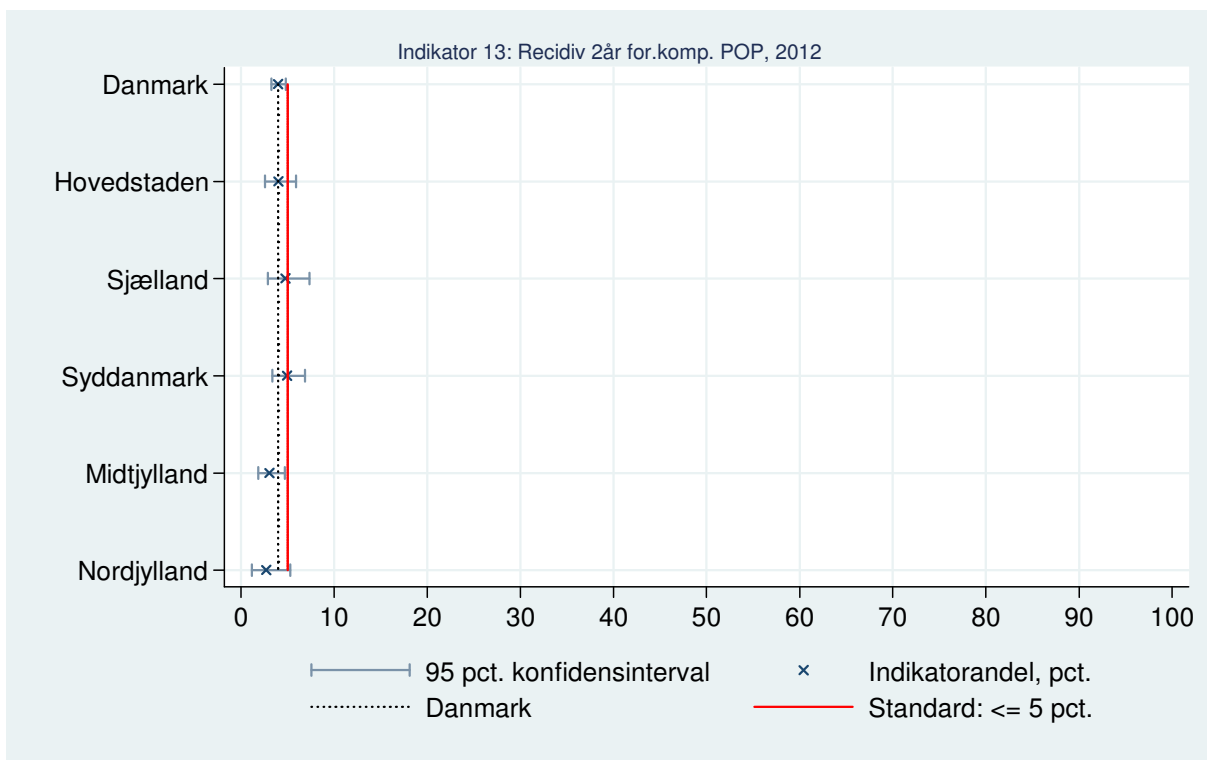
3.8. Indikator 13

Recidivoperation (2 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps

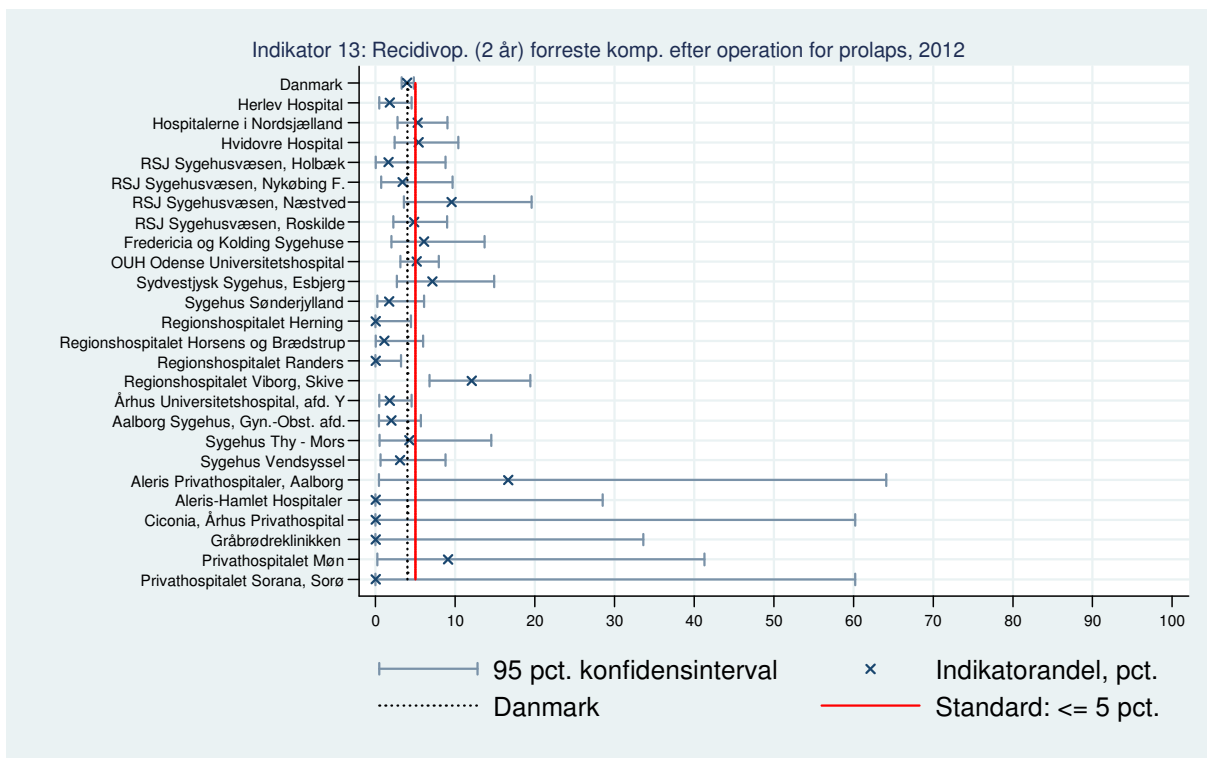
Table 9 - Resultater for indikator 13

Indikator 13	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2012		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2011 Pct.	2010 Pct.
Danmark	Ja	104 / 2611	0 (0)	4,0	(3,3-4,8)	3,7	3,6
Hovedstaden	Ja	24 / 599	0 (0)	4,0	(2,6-5,9)	2,1	2,7
Sjælland	Ja	19 / 398	0 (0)	4,8	(2,9-7,4)	3,6	2,4
Syddanmark	Ja	32 / 650	0 (0)	4,9	(3,4-6,9)	4,3	4,3
Midtjylland	Ja	19 / 624	0 (0)	3,0	(1,8-4,7)	5,5	5,1
Nordjylland	Ja	8 / 295	0 (0)	2,7	(1,2-5,3)	2,2	1,9
Hovedstaden	Ja	24 / 599	0 (0)	4,0	(2,6-5,9)	2,1	2,7
Bornholms Hospital		- / -		-		0,0	-
Herlev Hospital	Ja	4 / 223	0 (0)	1,8	(0,5-4,5)	1,9	3,3
Hospitalet i Nordsjælland	Ja*	12 / 228	0 (0)	5,3	(2,7-9,0)	3,1	2,5
Hvidovre Hospital	Ja*	8 / 148	0 (0)	5,4	(2,4-10,4)	1,3	1,9
Sjælland	Ja	19 / 398	0 (0)	4,8	(2,9-7,4)	3,6	2,4
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	# / #	0 (0)	#		4,2	1,4
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	3 / 88	0 (0)	3,4	(0,7-9,6)	7,9	6,0
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	6 / 63	0 (0)	9,5	(3,6-19,6)	2,7	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	9 / 186	0 (0)	4,8	(2,2-9,0)	1,0	1,2
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	2,4
Syddanmark	Ja	32 / 650	0 (0)	4,9	(3,4-6,9)	4,3	4,3
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	5 / 82	0 (0)	6,1	(2,0-13,7)	7,0	4,1
OUH Odense Universitetshospital	Ja*	19 / 368	0 (0)	5,2	(3,1-7,9)	4,6	6,0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja*	6 / 84	0 (0)	7,1	(2,7-14,9)	4,1	5,2
Sygehus Sønderjylland	Ja	# / #	0 (0)	#		2,0	1,8
Midtjylland	Ja	19 / 624	0 (0)	3,0	(1,8-4,7)	5,5	5,1
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 81	0 (0)	0,0	(0,0-4,5)	5,1	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	2,6
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 113	0 (0)	0,0	(0,0-3,2)	5,4	3,6
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		3,4	6,2
Regionshospitalet Viborg, Skive	Nej	14 / 116	0 (0)	12,1	(6,8-19,4)	10,2	8,8
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	4 / 223	0 (0)	1,8	(0,5-4,5)	5,6	5,5
Nordjylland	Ja	8 / 295	0 (0)	2,7	(1,2-5,3)	2,2	1,9
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	3 / 151	0 (0)	2,0	(0,4-5,7)	2,3	0,5
Sygehus Thy - Mors	Ja	# / #	0 (0)	#		3,6	5,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	3 / 97	0 (0)	3,1	(0,6-8,8)	1,3	5,4
Privathospitaler	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	4,7
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		# / #	0 (0)	#		0,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	28,6
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0	(0,0-28,5)	0,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		0,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	0,0	0,0
Gråbrødreklubben		0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	0,0	2,4
Privathospitalet Møn	Ja*	# / #	0 (0)	#		0,0	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		0,0	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)	-	-

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



Figur 15 - Resultater for indikator 13, for hele landet og per region



Figur 16 - 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 2012 har 4,0 % 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 2011 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 3,7 og 3,6. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning. Alle 5 regioner opfylder standarden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder 13 standarden på 5 % (Herlev, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Århus Afd. Y, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet), 7 opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Nordsjælland, Hvidovre, Næstved, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Privathospitalet Møn), mens 1 ikke opfylder standarden (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 i 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 13 ud af 21 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 13

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Denne gang med endnu mere valide tal idet stort set alle offentlige afdelinger indrapporterede over 90% af deres forløb i 2012, hvor en evt. 1. gangsoperation blev udført. Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger på nær én, (under hensyn til statistisk usikkerhed) hvilket er tilfredsstillende. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 13

Styregruppen tillægger indikator 13 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

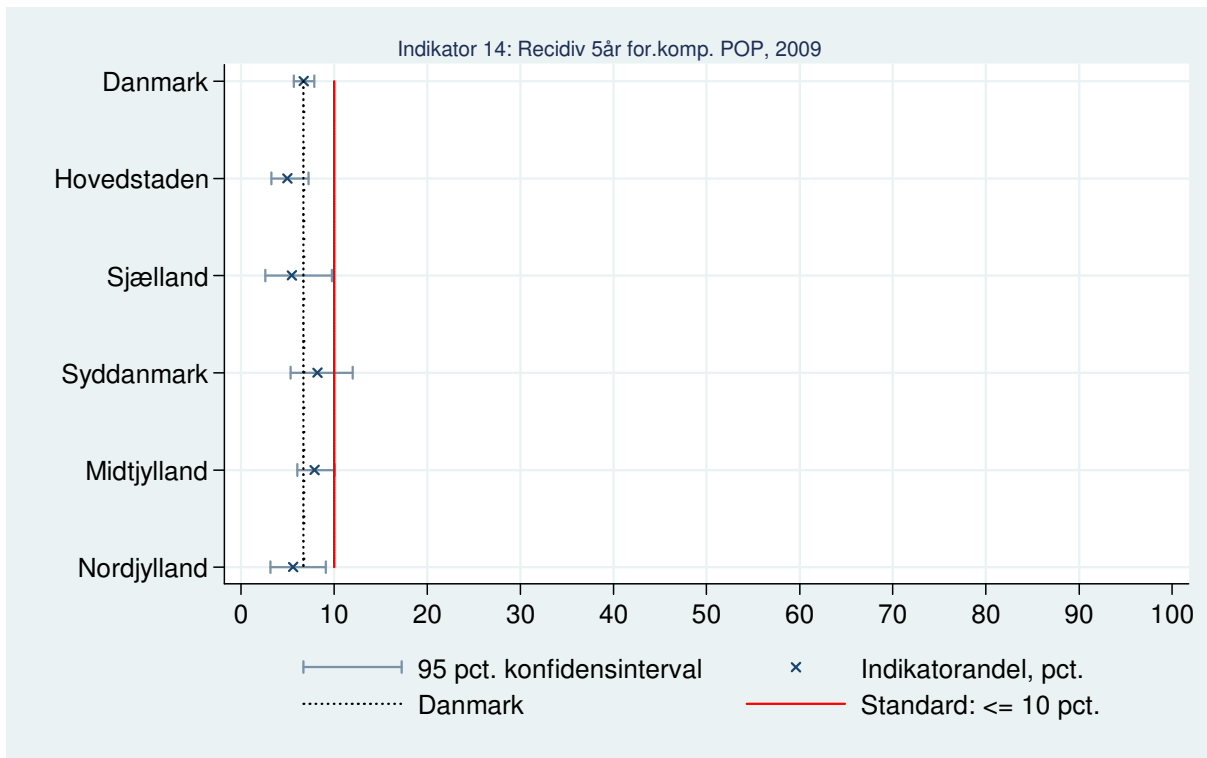
3.9. Indikator 14

Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps

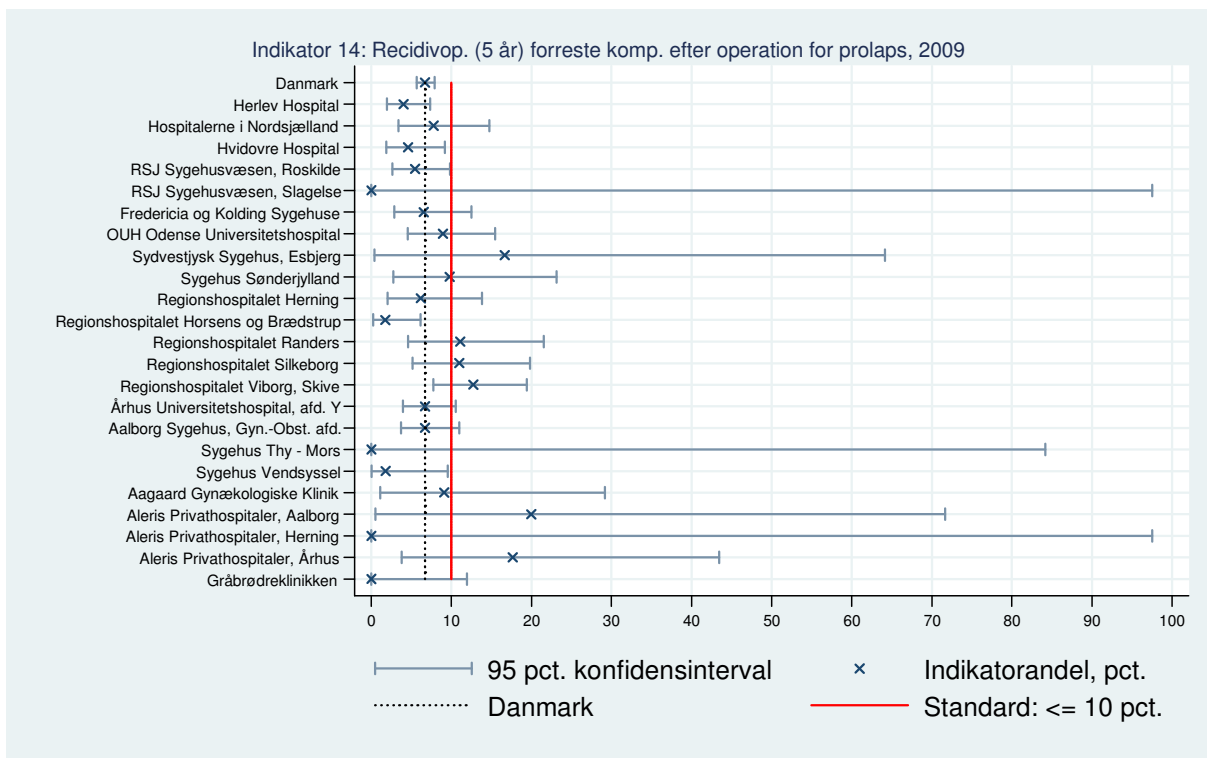
Tabel 10 - Resultater for indikator 14

Indikator 14	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2009	(95% CI)	2008	2007
				Pct.		Pct.	Pct.
Danmark	Ja	138 / 2055	0 (0)	6,7	(5,7-7,9)	7,1	5,1
Hovedstaden	Ja	25 / 503	0 (0)	5,0	(3,2-7,2)	6,8	4,6
Sjælland	Ja	10 / 184	0 (0)	5,4	(2,6-9,8)	9,3	4,6
Syddanmark	Ja	24 / 292	0 (0)	8,2	(5,3-12,0)	4,7	6,5
Midtjylland	Ja	58 / 735	0 (0)	7,9	(6,0-10,1)	8,0	4,1
Nordjylland	Ja	15 / 267	0 (0)	5,6	(3,2-9,1)	5,9	17,6
Hovedstaden	Ja	25 / 503	0 (0)	5,0	(3,2-7,2)	6,8	4,6
Herlev Hospital	Ja	10 / 247	0 (0)	4,0	(2,0-7,3)	7,4	4,0
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	8 / 103	0 (0)	7,8	(3,4-14,7)	0,0	6,1
Hvidovre Hospital	Ja	7 / 153	0 (0)	4,6	(1,9-9,2)	6,5	4,4
Rigshospitalet		- / -		-		-	14,3
Sjælland	Ja	10 / 184	0 (0)	5,4	(2,6-9,8)	9,3	4,6
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		8,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	10 / 183	0 (0)	5,5	(2,7-9,8)	9,6	4,6
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		# / #	0 (0)	#		-	-
Syddanmark	Ja	24 / 292	0 (0)	8,2	(5,3-12,0)	4,7	6,5
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	8 / 122	0 (0)	6,6	(2,9-12,5)	5,4	6,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	11 / 123	0 (0)	8,9	(4,5-15,4)	5,8	7,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg		# / #	0 (0)	#		0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	4 / 41	0 (0)	9,8	(2,7-23,1)	2,1	0,0
Midtjylland	Ja	58 / 735	0 (0)	7,9	(6,0-10,1)	8,0	4,1
Regionshospitalet Herning	Ja	5 / 81	0 (0)	6,2	(2,0-13,8)	5,2	1,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	# / #	0 (0)	#		2,9	5,0
Regionshospitalet Randers	Ja*	7 / 63	0 (0)	11,1	(4,6-21,6)	1,8	0,0
Regionshospitalet Silkeborg	Ja*	9 / 82	0 (0)	11,0	(5,1-19,8)	7,2	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	18 / 141	0 (0)	12,8	(7,7-19,4)	14,4	10,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	17 / 253	0 (0)	6,7	(4,0-10,5)	11,4	6,1
Nordjylland	Ja	15 / 267	0 (0)	5,6	(3,2-9,1)	5,9	17,6
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	14 / 209	0 (0)	6,7	(3,7-11,0)	4,3	23,1
Sygehus Thy - Mors		# / #	0 (0)	#		-	-
Sygehus Vendsyssel	Ja	# / #	0 (0)	#		28,6	0,0
Privathospitaler	Ja	6 / 74	0 (0)	8,1	(3,0-16,8)	0,0	-
Aagaard Gynækologiske Klinik	Ja	# / #	0 (0)	#		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		# / #	0 (0)	#		-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		# / #	0 (0)	#		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja*	3 / 17	0 (0)	17,6	(3,8-43,4)	-	-
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 29	0 (0)	0,0	(0,0-11,9)	0,0	-
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-		0,0	-

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



Figur 17 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per region



Figur 18 - 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 2009 hvor dækningsgraden var lav (63,9 % for prolapsoperationer). Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2009 har 6,7 % fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10 % er opfyldt på landsplan. For operationer i 2008 og 2007 fik henholdsvis 7,1 % og 5,1 % en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation. Alle regioner opfylder standarden, og der er lille variation mellem dem, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden på 10 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Århus Afd. Y, Aalborg, Vendsyssel, Aagaard, Gråbrødreklinikken), mens de resterende 4 opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Aleris/Århus). 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 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 14 ud af 18 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger (når der tages højde for den statistiske usikkerhed), hvilket er tilfredsstillende. Opgørelsen beror dog på operationer udført i 2009, hvor dækningsgraden var beskeden. Resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold i år, men vil allerede fra næste årsrapport være mere valide. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 14

Styregruppen bemærker, at indikator 14 allerede fra næste år vil få betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

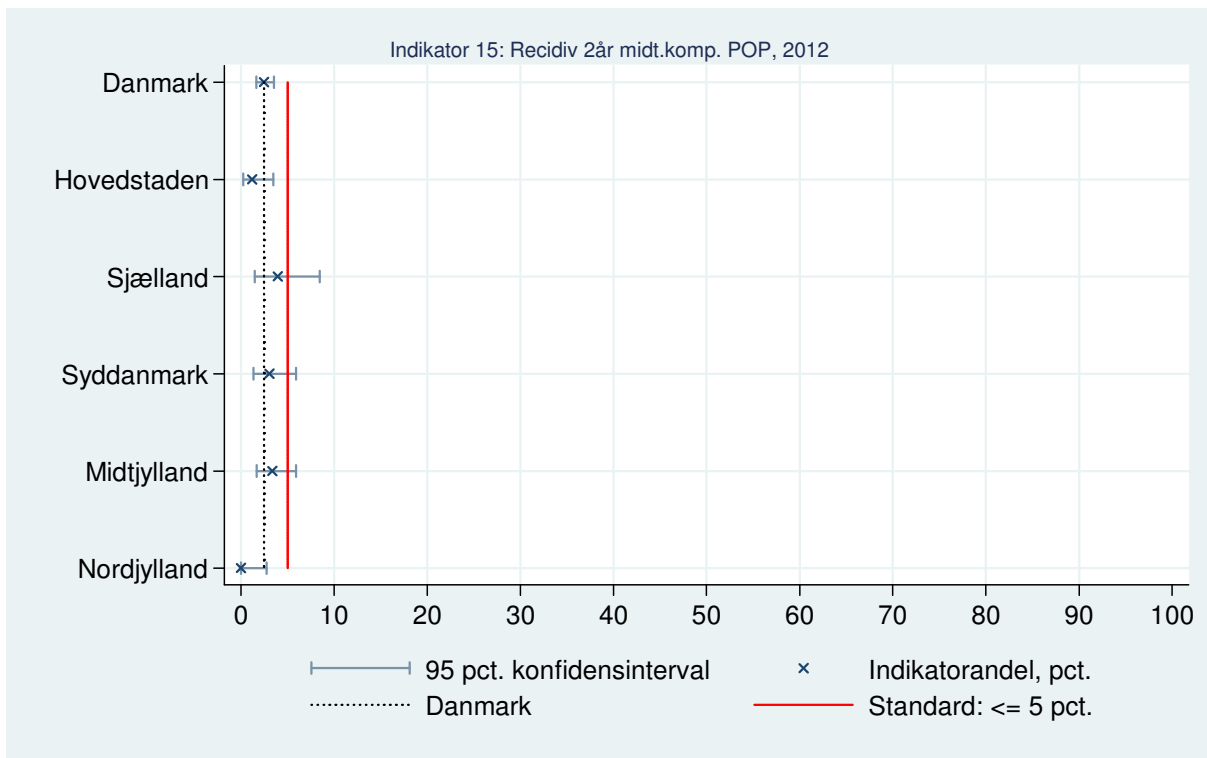
3.10. Indikator 15

Recidivoperation (2 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps

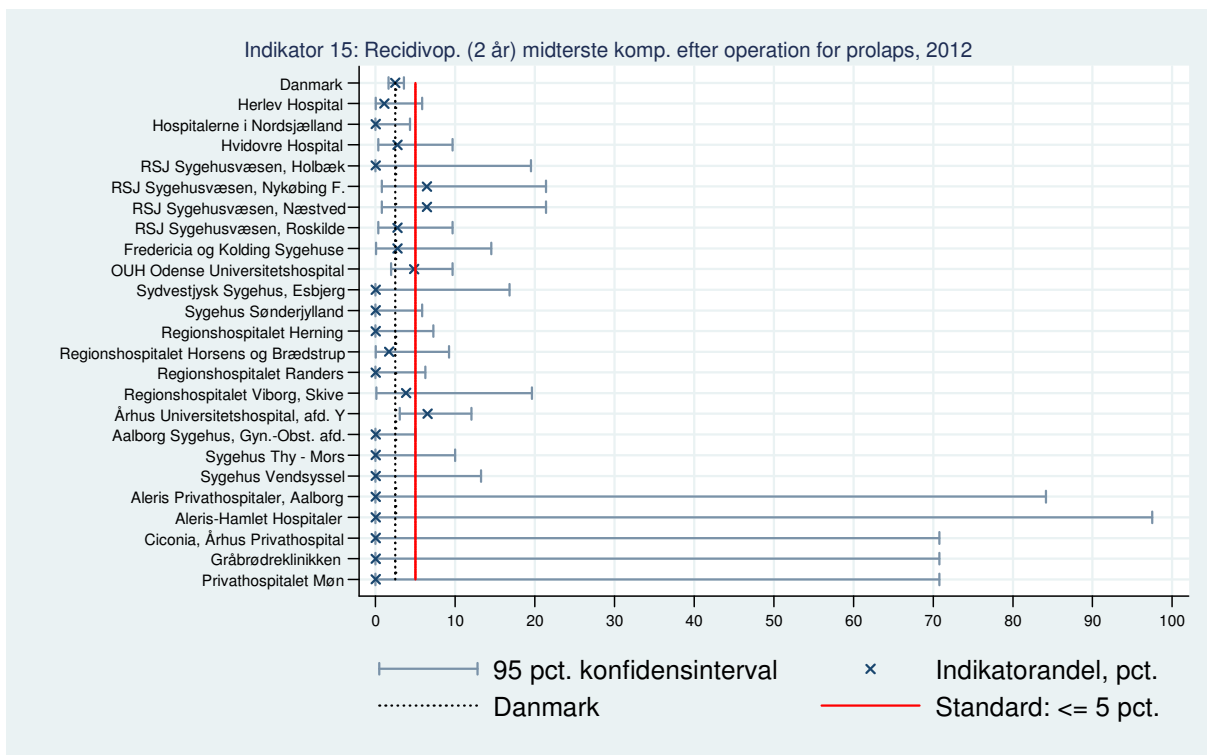
Tabel 11 - Resultater for indikator 15

Indikator 15	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2012 Pct.	(95% CI)	2011 Pct.	2010 Pct.
Danmark	Ja	28 / 1135	0 (0)	2,5	(1,6-3,5)	2,4	2,9
Hovedstaden	Ja	3 / 249	0 (0)	1,2	(0,2-3,5)	0,7	3,0
Sjælland	Ja	6 / 151	0 (0)	4,0	(1,5-8,4)	1,2	1,4
Syddanmark	Ja	8 / 262	0 (0)	3,1	(1,3-5,9)	2,1	1,3
Midtjylland	Ja	11 / 328	0 (0)	3,4	(1,7-5,9)	4,7	4,9
Nordjylland	Ja	0 / 133	0 (0)	0,0	(0,0-2,7)	1,7	3,3
Hovedstaden	Ja	3 / 249	0 (0)	1,2	(0,2-3,5)	0,7	3,0
Bornholms Hospital		- / -		-		-	-
Herlev Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	3,5
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	0 / 84	0 (0)	0,0	(0,0-4,3)	0,0	4,9
Hvidovre Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#		2,7	1,2
Sjælland	Ja	6 / 151	0 (0)	4,0	(1,5-8,4)	1,2	1,4
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0-19,5)	0,0	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	# / #	0 (0)	#		5,0	2,5
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	# / #	0 (0)	#		0,0	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	1,3
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	0,0
Syddanmark	Ja	8 / 262	0 (0)	3,1	(1,3-5,9)	2,1	1,3
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	# / #	0 (0)	#		2,4	1,6
OOU Odense Universitetshospital	Ja	7 / 145	0 (0)	4,8	(2,0-9,7)	2,8	1,2
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	0 / 20	0 (0)	0,0	(0,0-16,8)	0,0	3,4
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 61	0 (0)	0,0	(0,0-5,9)	1,5	0,0
Midtjylland	Ja	11 / 328	0 (0)	3,4	(1,7-5,9)	4,7	4,9
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 49	0 (0)	0,0	(0,0-7,3)	3,5	2,6
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	# / #	0 (0)	#		0,0	6,9
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 57	0 (0)	0,0	(0,0-6,3)	3,4	2,0
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		8,3	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	# / #	0 (0)	#		4,3	5,6
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	9 / 138	0 (0)	6,5	(3,0-12,0)	7,5	6,6
Nordjylland	Ja	0 / 133	0 (0)	0,0	(0,0-2,7)	1,7	3,3
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	0 / 72	0 (0)	0,0	(0,0-5,0)	0,0	3,8
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 35	0 (0)	0,0	(0,0-10,0)	7,1	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 26	0 (0)	0,0	(0,0-13,2)	3,3	0,0
Privathospitaler	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0	(0,0-26,5)	4,0	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		# / #	0 (0)	#		0,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	-
Aleris-Hamlet Hospitaler		# / #	0 (0)	#		0,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		50,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0,0	0,0
Gråbrødreklubben		0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	0,0	0,0
Privathospitalet Møn		0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	-	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-		-	-

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



Figur 19 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per region



Figur 20 - 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 2012 har 2,5 % 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 2011 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 2,4 og 2,9. Der er lille variation mellem regionerne, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning. Alle 5 regioner opfylder standarden.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder 16 standarden på 5 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Viborg/Skive, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel) mens de resterende 3 opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Nykøbing F, Næstved, 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 i 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 16 ud af 19 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Denne gang med endnu mere valide tal idet stort set alle offentlige afdelinger indrapporterede over 90% af deres forløb i 2012, hvor en evt. 1. gangsoperation blev udført. Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger (når der tages højde for statistisk usikkerhed), hvilket er tilfredsstillende. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 15

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

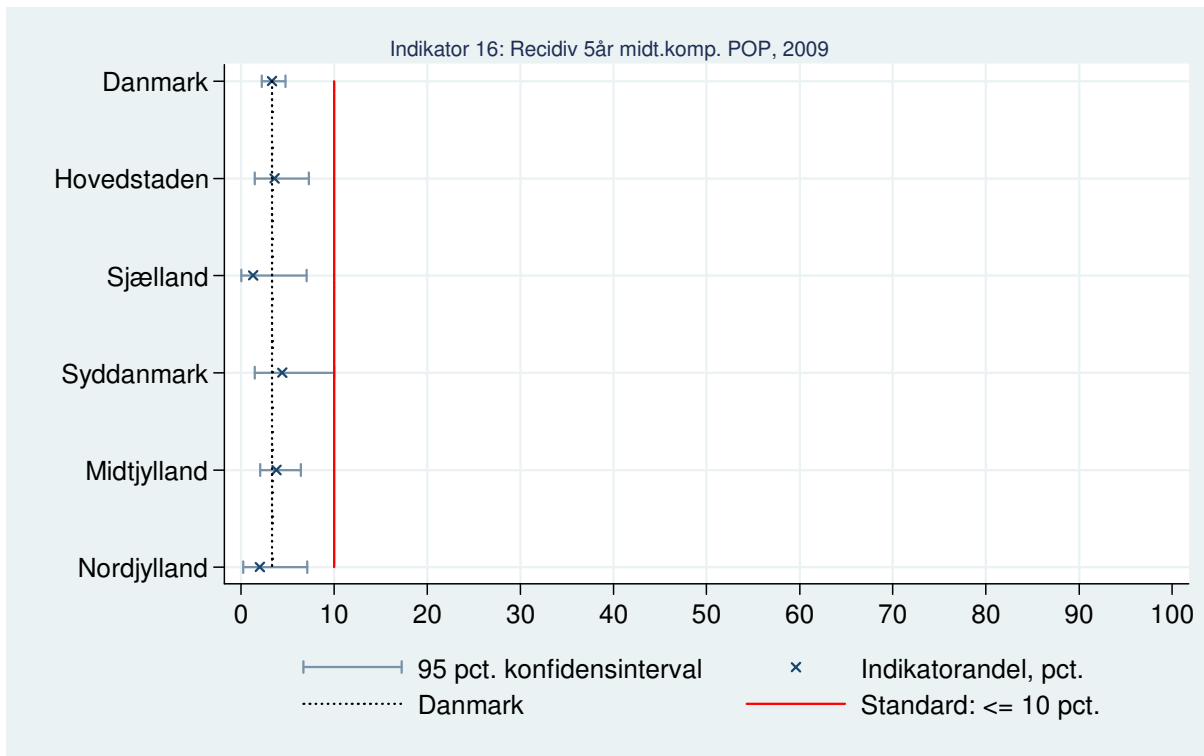
3.11. Indikator 16

Recidivoperation (5 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps

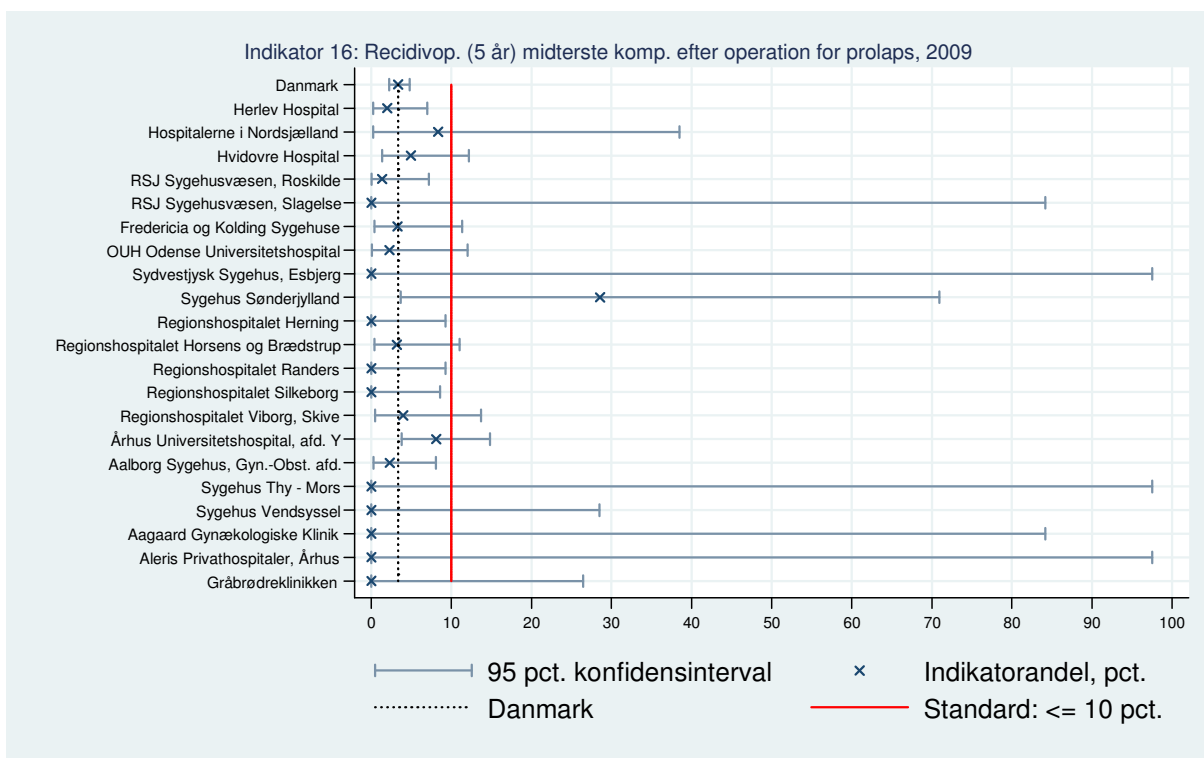
Table 12 - Results for indicator 16

Indikator 16	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2009 Pct. (95% CI)	2008 Pct.	2007 Pct.	
Danmark	Ja	28 / 839	0 (0)	3,3 (2,2-4,8)	3,9	2,9	
Hovedstaden	Ja	7 / 194	0 (0)	3,6 (1,5-7,3)	4,1	3,0	
Sjælland	Ja	# / #	0 (0)	#	5,3	0,0	
Syddanmark	Ja	5 / 113	0 (0)	4,4 (1,5-10,0)	3,7	2,7	
Midtjylland	Ja	13 / 341	0 (0)	3,8 (2,0-6,4)	3,1	4,5	
Nordjylland	Ja	# / #	0 (0)	#	5,9	0,0	
Hovedstaden	Ja	7 / 194	0 (0)	3,6 (1,5-7,3)	4,1	3,0	
Herlev Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#	4,4	0,0	
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	0,0	
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 81	0 (0)	4,9 (1,4-12,2)	3,6	5,3	
Rigshospitalet		- / -		-	-	0,0	
Sjælland	Ja	# / #	0 (0)	#	5,3	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-	0,0	-	
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	# / #	0 (0)	#	5,7	0,0	
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		# / #	0 (0)	#	-	-	
Syddanmark	Ja	5 / 113	0 (0)	4,4 (1,5-10,0)	3,7	2,7	
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	# / #	0 (0)	#	7,1	2,9	
OUH Odense Universitetshospital	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	2,6	
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg		# / #	0 (0)	#	0,0	0,0	
Sygehus Sønderjylland		# / #	0 (0)	#	0,0	-	
Midtjylland	Ja	13 / 341	0 (0)	3,8 (2,0-6,4)	3,1	4,5	
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 38	0 (0)	0,0 (0,0-9,3)	0,0	0,0	
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	0,0	
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 38	0 (0)	0,0 (0,0-9,3)	3,2	0,0	
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	0 / 41	0 (0)	0,0 (0,0-8,6)	15,0	-	
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	# / #	0 (0)	#	0,0	0,0	
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	9 / 111	0 (0)	8,1 (3,8-14,8)	5,9	11,8	
Nordjylland	Ja	# / #	0 (0)	#	5,9	0,0	
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	# / #	0 (0)	#	5,9	0,0	
Sygehus Thy - Mors		# / #	0 (0)	#	-	-	
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 11	0 (0)	0,0 (0,0-28,5)	-	-	
Privathospitaler	Ja	0 / 15	0 (0)	0,0 (0,0-21,8)	0,0	-	
Aagaard Gynækologiske Klinik		# / #	0 (0)	#	-	-	
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Herning		0 / 0	0	-	-	-	
Aleris Privathospitaler, Århus		# / #	0 (0)	#	-	-	
Gråbrødreklinikken	Ja	0 / 12	0 (0)	0,0 (0,0-26,5)	0,0	-	
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-	-	-	

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



Figur 21 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per region



Figur 22 - 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 2009 hvor dækningsgraden var lav (63,9 % for prolapsoperationer). Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2009 har 3,3 % 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 2008 og 2007 hvor henholdsvis 3,9 % og 2,9 % fik en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation. Alle regioner opfylder standarden, og der er lille variation mellem dem, især når de brede konfidensintervaller tages i betragtning.

Alle 15 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder standarden på 10 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg, Vendsyssel, Gråbrødeklinikken). 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 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle 15 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 16

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Opgørelsen beror dog på operationer udført i 2009, hvor dækningsgraden var beskedent. Resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold i år, men vil allerede fra næste årsrapport være mere valide. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 16

Styregruppen bemærker, at indikator 16 allerede fra næste år vil kunne tillægges betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

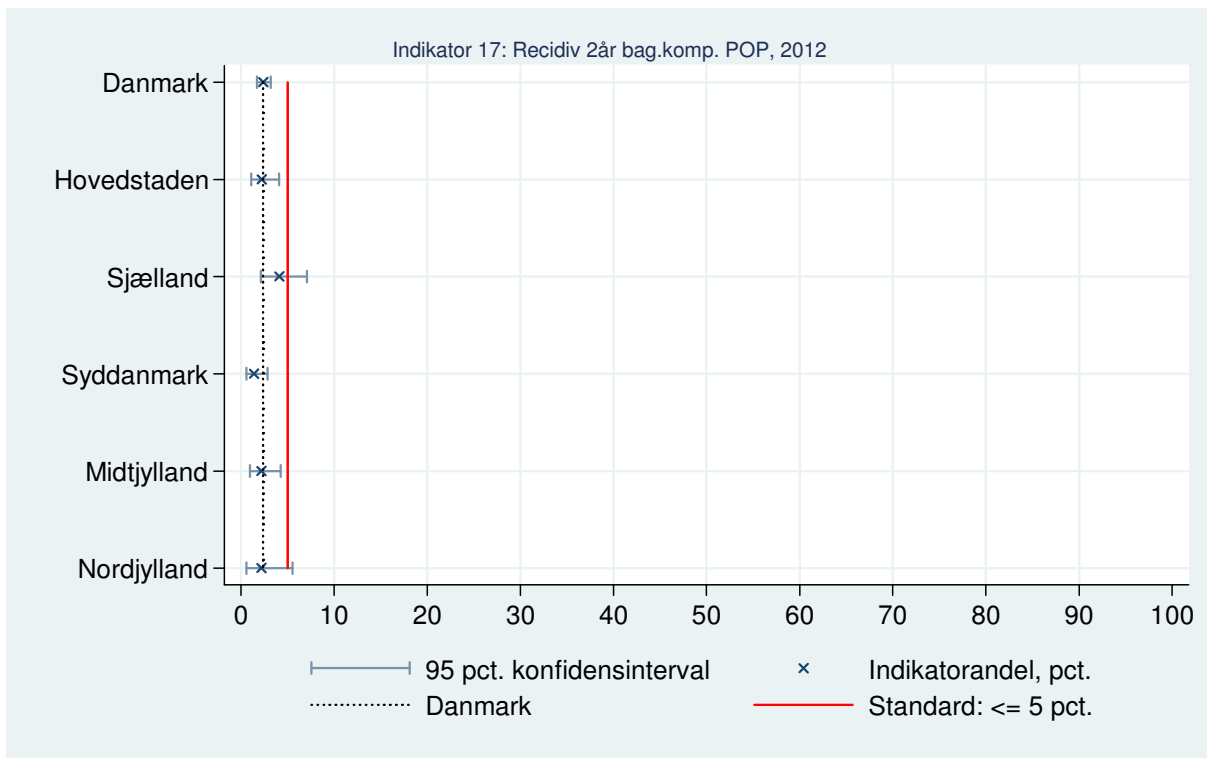
3.12. Indikator 17

Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

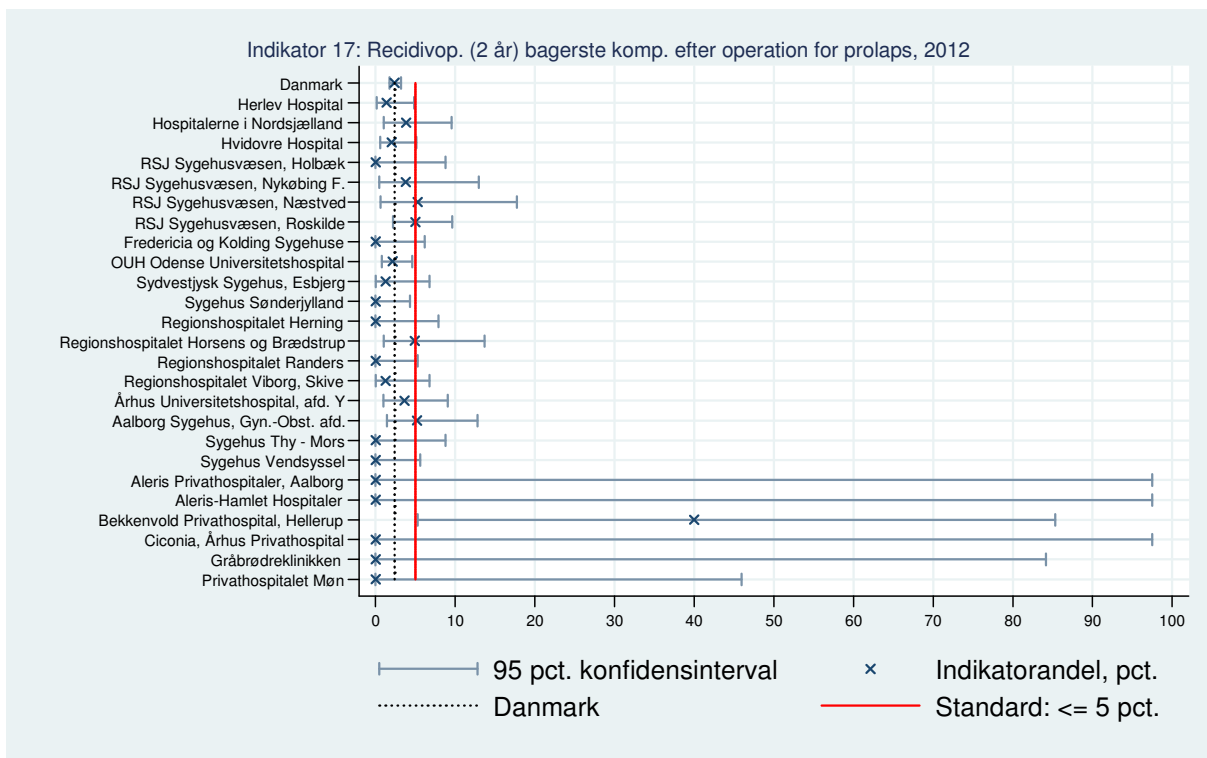
Tablet 13 - Resultater for indikator 17

Indikator 17	Std. ≤ 5% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2012 Pct.	(95% CI)	2011 Pct.	2010 Pct.
Danmark	Ja	43 / 1801	0 (0)	2,4	(1,7-3,2)	3,3	2,3
Hovedstaden	Ja	10 / 447	0 (0)	2,2	(1,1-4,1)	2,6	2,0
Sjælland	Ja	12 / 291	0 (0)	4,1	(2,1-7,1)	2,4	1,2
Syddanmark	Ja	7 / 502	0 (0)	1,4	(0,6-2,9)	5,3	3,6
Midtjylland	Ja	8 / 364	0 (0)	2,2	(1,0-4,3)	2,3	2,3
Nordjylland	Ja	4 / 181	0 (0)	2,2	(0,6-5,6)	4,0	2,2
Hovedstaden	Ja	10 / 447	0 (0)	2,2	(1,1-4,1)	2,6	2,0
Bornholms Hospital		- / -		-		0,0	-
Herlev Hospital	Ja	# / #	0 (0)	#		2,9	2,9
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	4 / 104	0 (0)	3,8	(1,1-9,6)	3,4	3,1
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 196	0 (0)	2,0	(0,6-5,1)	2,0	0,9
Sjælland	Ja	12 / 291	0 (0)	4,1	(2,1-7,1)	2,4	1,2
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	Ja	0 / 40	0 (0)	0,0	(0,0-8,8)	2,0	1,9
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	# / #	0 (0)	#		2,0	0,0
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja*	# / #	0 (0)	#		7,1	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	8 / 160	0 (0)	5,0	(2,2-9,6)	2,3	1,4
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		- / -		-		-	0,0
Syddanmark	Ja	7 / 502	0 (0)	1,4	(0,6-2,9)	5,3	3,6
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	0 / 58	0 (0)	0,0	(0,0-6,2)	3,2	6,2
OUH Odense Universitetshospital	Ja	6 / 280	0 (0)	2,1	(0,8-4,6)	3,6	2,5
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	# / #	0 (0)	#		16,4	6,3
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 84	0 (0)	0,0	(0,0-4,3)	4,2	1,1
Midtjylland	Ja	8 / 364	0 (0)	2,2	(1,0-4,3)	2,3	2,3
Regionshospitalet Herning	Ja	0 / 45	0 (0)	0,0	(0,0-7,9)	0,0	0,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	3 / 61	0 (0)	4,9	(1,0-13,7)	2,3	7,1
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 68	0 (0)	0,0	(0,0-5,3)	3,2	0,0
Regionshospitalet Silkeborg		- / -		-		0,0	0,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	# / #	0 (0)	#		5,6	4,9
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	4 / 110	0 (0)	3,6	(1,0-9,0)	1,9	2,4
Nordjylland	Ja	4 / 181	0 (0)	2,2	(0,6-5,6)	4,0	2,2
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja*	4 / 77	0 (0)	5,2	(1,4-12,8)	6,0	3,4
Sygehus Thy - Mors	Ja	0 / 40	0 (0)	0,0	(0,0-8,8)	0,0	0,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	0 / 64	0 (0)	0,0	(0,0-5,6)	2,0	0,0
Privathospitaler	Ja*	# / 3	0 (0)	#		4,5	0,0
Aagaard Gynækologiske Klinik		- / -		-		-	0,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		# / #	0 (0)	#		0,0	-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus		- / -		-		-	0,0
Aleris-Hamlet Hospitaler		# / #	0 (0)	#		0,0	-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		# / #	0 (0)	#		0,0	-
Ciconia, Århus Privathospital		# / #	0 (0)	#		0,0	0,0
Gråbrødreklinikken		# / #	0 (0)	#		6,7	0,0
Privathospitalet Møn		0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	-	0,0
Privathospitalet Skørping		- / -		-		-	-
Privathospitalet Sorana, Sorø		0 / 0	0	-		-	-

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



Figur 23 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per region



Figur 24 - 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 2012 har 2,4 % 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 2011 og 2010, for hvilke recidivprocenten er henholdsvis 3,3 og 2,3. Alle 5 regioner opfylder standarden, og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder 17 standarden på 5 % (Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Thy/Mors, Vendsyssel) og de resterende 2 afdelinger opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Næstved, Aalborg). 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 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 17 ud af 19 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 17

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Denne gang med endnu mere valide tal idet stort set alle offentlige afdelinger indrapporterede over 90% af deres forløb i 2012, hvor en evt. 1. gangsoperation blev udført. Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger (når der tages hensyn til statistisk usikkerhed), hvilket er tilfredsstillende. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 17

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

3.13. Indikator 18

Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps

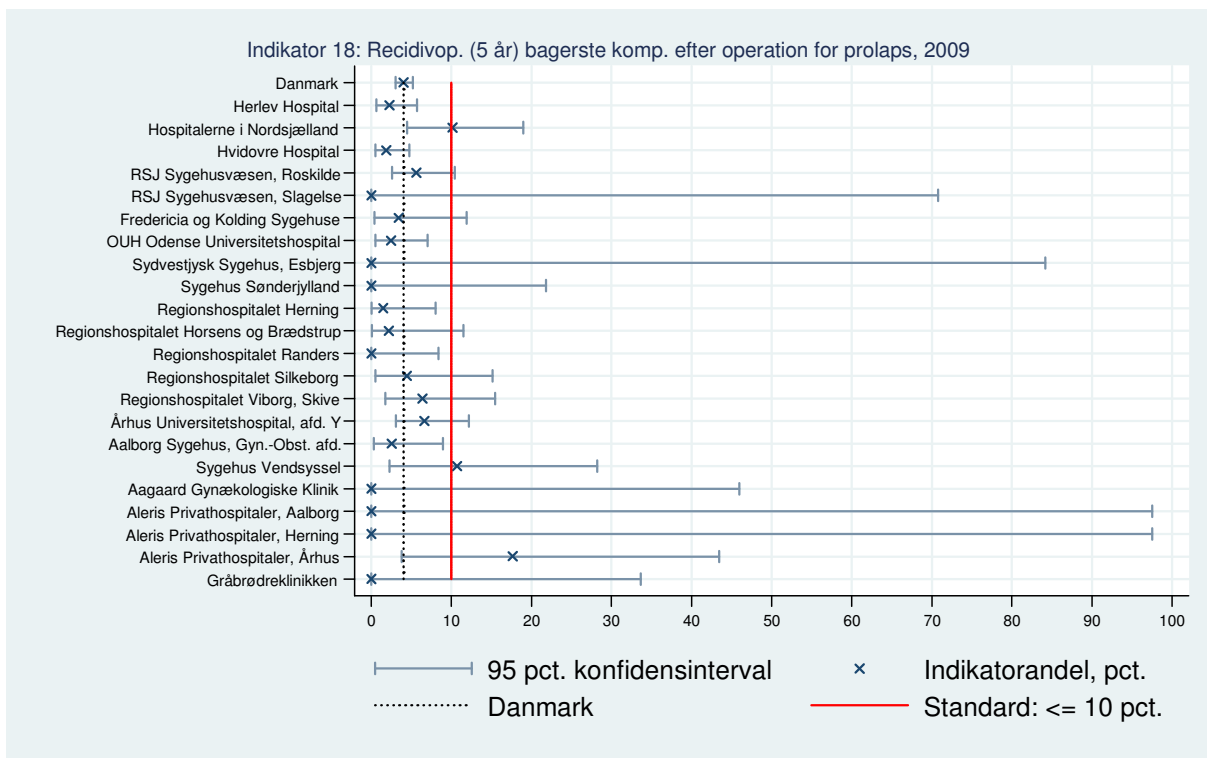
Table 14 - Results for indicator 18

Indikator 18	Std. ≤ 10% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2009		Tidligere år	
				Pct.	(95% CI)	2008 Pct.	2007 Pct.
Danmark	Ja	55 / 1367	0 (0)	4,0	(3,0-5,2)	4,7	4,4
Hovedstaden	Ja	16 / 468	0 (0)	3,4	(2,0-5,5)	3,9	5,9
Sjælland	Ja	9 / 163	0 (0)	5,5	(2,6-10,2)	9,1	7,7
Syddanmark	Ja	5 / 197	0 (0)	2,5	(0,8-5,8)	2,0	1,4
Midtjylland	Ja	17 / 399	0 (0)	4,3	(2,5-6,7)	6,0	1,9
Nordjylland	Ja	5 / 106	0 (0)	4,7	(1,5-10,7)	2,6	0,0
Hovedstaden	Ja	16 / 468	0 (0)	3,4	(2,0-5,5)	3,9	5,9
Herlev Hospital	Ja	4 / 176	0 (0)	2,3	(0,6-5,7)	2,5	5,4
Hospitalet i Nordsjælland	Ja*	8 / 79	0 (0)	10,1	(4,5-19,0)	0,0	4,2
Hvidovre Hospital	Ja	4 / 213	0 (0)	1,9	(0,5-4,7)	5,3	6,1
Rigshospitalet		- / -		-		0,0	25,0
Sjælland	Ja	9 / 163	0 (0)	5,5	(2,6-10,2)	9,1	7,7
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		7,1	-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	9 / 160	0 (0)	5,6	(2,6-10,4)	9,4	7,7
RSJ Sygehusvæsen, Slagelse		0 / 3	0 (0)	0,0	(0,0-70,8)	-	-
Syddanmark	Ja	5 / 197	0 (0)	2,5	(0,8-5,8)	2,0	1,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja	# / #	0 (0)	#		3,4	0,0
OUH Odense Universitetshospital	Ja	3 / 122	0 (0)	2,5	(0,5-7,0)	2,1	2,1
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg		# / #	0 (0)	#		0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland	Ja	0 / 15	0 (0)	0,0	(0,0-21,8)	0,0	-
Midtjylland	Ja	17 / 399	0 (0)	4,3	(2,5-6,7)	6,0	1,9
Regionshospitalet Herning	Ja	# / #	0 (0)	#		2,8	1,2
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	# / #	0 (0)	#		9,1	0,0
Regionshospitalet Randers	Ja	0 / 42	0 (0)	0,0	(0,0-8,4)	2,9	0,0
Regionshospitalet Silkeborg	Ja	# / #	0 (0)	#		5,0	-
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	4 / 63	0 (0)	6,3	(1,8-15,5)	15,6	0,0
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja	9 / 136	0 (0)	6,6	(3,1-12,2)	5,6	5,3
Nordjylland	Ja	5 / 106	0 (0)	4,7	(1,5-10,7)	2,6	0,0
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	# / #	0 (0)	#		2,7	0,0
Sygehus Thy - Mors		0 / 0	0	-		-	-
Sygehus Vendsyssel	Ja*	3 / 28	0 (0)	10,7	(2,3-28,2)	0,0	0,0
Privathospitaler	Ja	3 / 34	0 (0)	8,8	(1,9-23,7)	10,0	-
Aagaard Gynækologiske Klinik		0 / 6	0 (0)	0,0	(0,0-45,9)	-	-
Aleris Privathospitaler, Aalborg		# / #	0 (0)	#		-	-
Aleris Privathospitaler, Herning		# / #	0 (0)	#		-	-
Aleris Privathospitaler, Århus	Ja*	3 / 17	0 (0)	17,6	(3,8-43,4)	-	-
Gråbrødreklinikken		0 / 9	0 (0)	0,0	(0,0-33,6)	10,0	-
Privathospitalet Møn		0 / 0	0	-		-	-

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



Figur 25 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per region



Figur 26 - 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 2009 hvor dækningsgraden var lav (63,9 % for prolapsoperationer). Resultaterne bør derfor tolkes med disse forbehold in mente.

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartiment i 2009 har 4,0 % fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på højst 10 % er opfyldt på landsplan. Blandt operationer i 2008 og 2007 havde henholdsvis 4,7 % og 4,4 % en recidivoperation indenfor 5 år, hvilket ikke afviger fra operationer i 2009. Alle regioner opfylder indikatoren, og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden på 10 % (Herlev, Hvidovre, Roskilde, Fredericia/Kolding, Odense, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Silkeborg, Viborg/Skive, Århus Afd. Y, Aalborg) mens de resterende 3 opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Nordsjælland, Vendsyssel, Aleris/Århus). 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 2014.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 13 af 16 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 18

Indikatoren er indført i 2012 og optræder nu for tredje gang i årsrapporten. Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger (når der tages højde for statistisk usikkerhed), hvilket er tilfredsstillende. Opgørelsen beror dog på operationer udført i 2009, hvor dækningsgraden var beskedent. Resultaterne skal derfor tolkes med et vist forbehold i år, men vil allerede fra næste årsrapport være mere valide. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. "Flergangs-recidiver" indgår ikke i denne indikator.

Anbefalinger til indikator 18

Styregruppen bemærker, at indikator 18 allerede fra næste år vil kunne tillægges betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form.

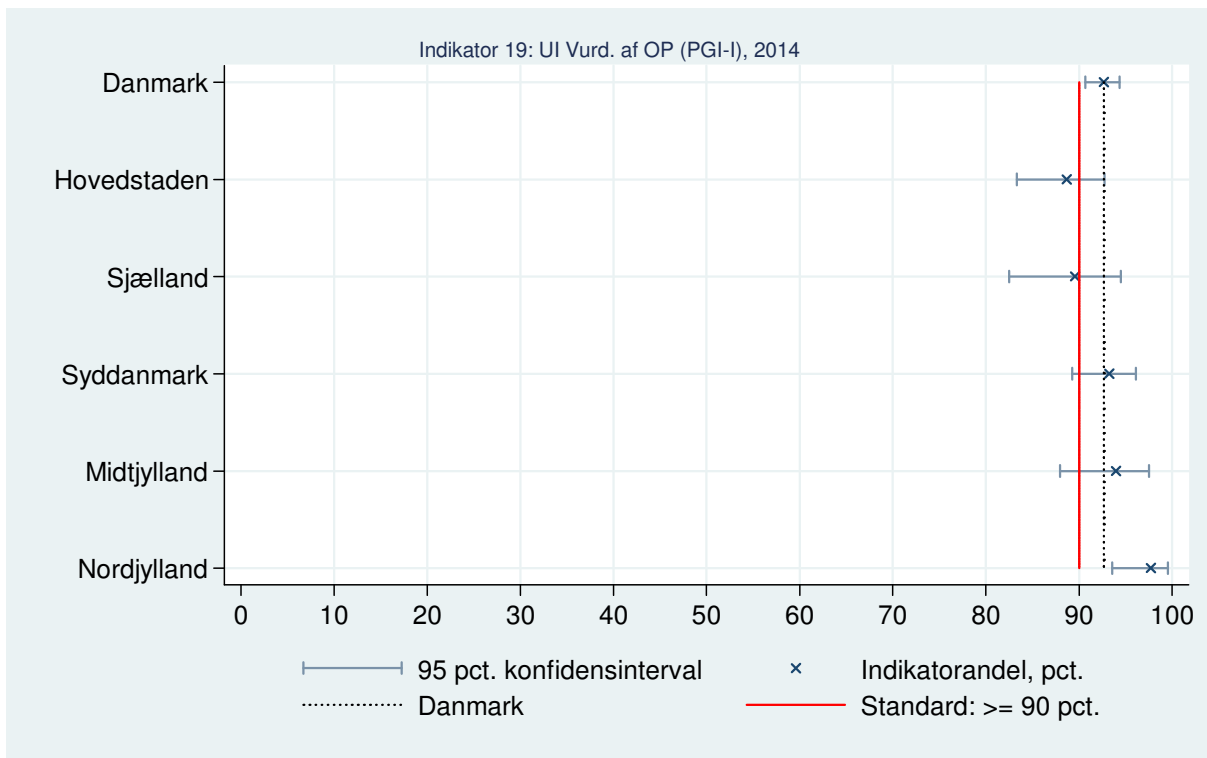
3.14. Indikator 19

Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation (PGI-I skala)

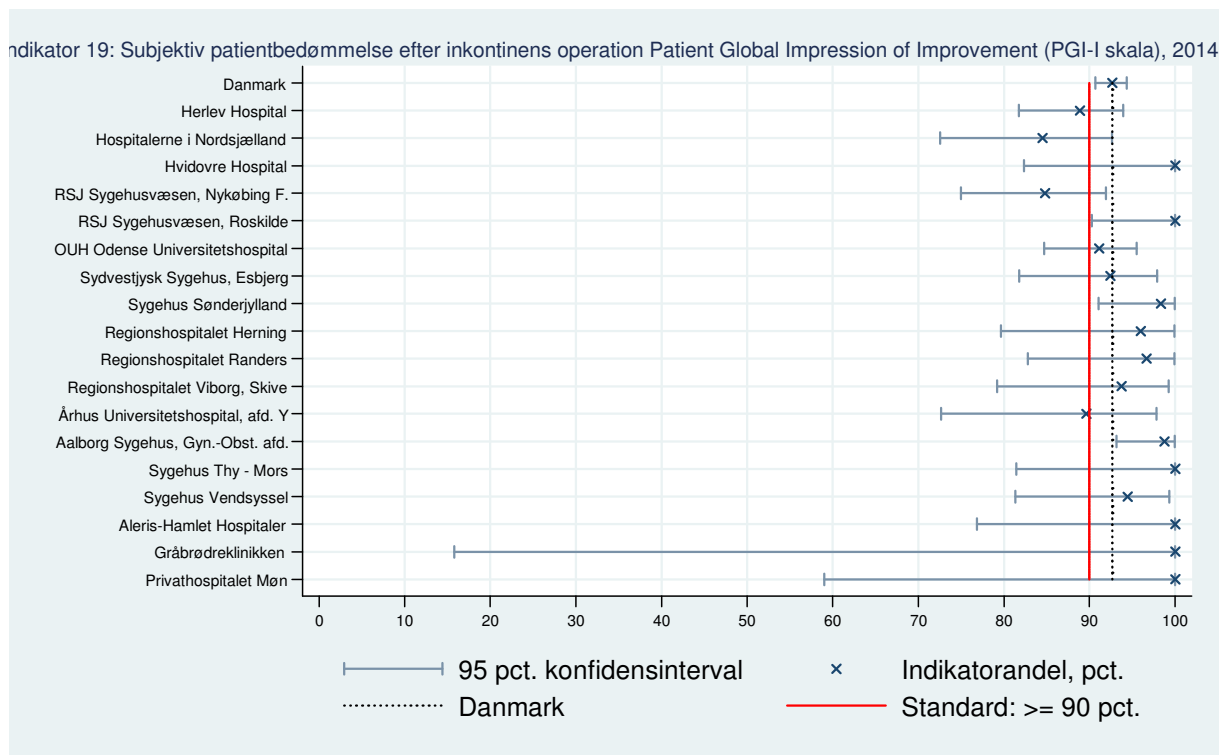
Table 15 - Results for indicator 19

Indikator 19	Std. ≥ 90%			Aktuelle år		Tidligere år
	Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Pct.	2014 (95% CI)	2013 Pct.
Danmark	Ja	758 / 818	48 (6)	92,7	(90,7-94,4)	92,8
Hovedstaden	Ja*	172 / 194	9 (4)	88,7	(83,3-92,8)	92,1
Sjælland	Ja*	103 / 115	26 (18)	89,6	(82,5-94,5)	91,4
Syddanmark	Ja	221 / 237	6 (2)	93,2	(89,3-96,1)	90,1
Midtjylland	Ja	109 / 116	4 (3)	94,0	(88,0-97,5)	95,8
Nordjylland	Ja	130 / 133	3 (2)	97,7	(93,5-99,5)	96,4
Hovedstaden	Ja*	172 / 194	9 (4)	88,7	(83,3-92,8)	92,1
Bornholms Hospital		0 / 0	0	-		100,0
Herlev Hospital	Ja*	104 / 117	6 (5)	88,9	(81,7-93,9)	90,5
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja*	49 / 58	2 (3)	84,5	(72,6-92,7)	93,2
Hvidovre Hospital	Ja	19 / 19	1 (5)	100,0	(82,4-100,0)	96,6
Sjælland	Ja*	103 / 115	26 (18)	89,6	(82,5-94,5)	91,4
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja*	67 / 79	1 (1)	84,8	(75,0-91,9)	89,7
RSJ Sygehusvæsen, Næstved		0 / 0	0	-		-
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	36 / 36	25 (41)	100,0	(90,3-100,0)	100,0
Syddanmark	Ja	221 / 237	6 (2)	93,2	(89,3-96,1)	90,1
Fredericia og Kolding Sygehuse		0 / 0	0	-		-
OUH Odense Universitetshospital	Ja	113 / 124	5 (4)	91,1	(84,7-95,5)	90,4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	49 / 53	0 (0)	92,5	(81,8-97,9)	87,5
Sygehus Sønderjylland	Ja	59 / 60	1 (2)	98,3	(91,1-100,0)	100,0
Midtjylland	Ja	109 / 116	4 (3)	94,0	(88,0-97,5)	95,8
Regionshospitalet Herning	Ja	24 / 25	0 (0)	96,0	(79,6-99,9)	97,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup		0 / 0	0	-		-
Regionshospitalet Randers	Ja	29 / 30	2 (6)	96,7	(82,8-99,9)	100,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja	30 / 32	0 (0)	93,8	(79,2-99,2)	95,5
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	26 / 29	2 (6)	89,7	(72,6-97,8)	92,0
Nordjylland	Ja	130 / 133	3 (2)	97,7	(93,5-99,5)	96,4
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	78 / 79	1 (1)	98,7	(93,1-100,0)	96,2
Sygehus Thy - Mors	Ja	18 / 18	0 (0)	100,0	(81,5-100,0)	100,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	34 / 36	2 (5)	94,4	(81,3-99,3)	96,2
Privathospitaler	Ja	23 / 23	0 (0)	100,0	(85,2-100,0)	95,0
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	0	-		-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-		100,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	Ja	14 / 14	0 (0)	100,0	(76,8-100,0)	100,0
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-		-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		0 / 0	0	-		0,0
Ciconia, Århus Privathospital		0 / 0	0	-		-
Gråbrødreklubben		# / #	0 (0)	#		-
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-		-
Privathospitalet Kollund		0 / 0	0	-		100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-		-
Privathospitalet Møn		7 / 7	0 (0)	100,0	(59,0-100,0)	100,0

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



Figur 27 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per region



Figur 28 - Resultater for indikator 19, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 6 %, dvs. komplementet er 94 %. Især bidrager Roskilde meget med 25 ud af de i alt 48 uoplyste forløb.

På landsplan har 92,7 % svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland opfylder standarden, mens Region Hovedstaden og Region Sjælland opfylder standarden når der tages hensyn til den statistiske usikkerhed. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden (Hvidovre, Roskilde, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Randers, Viborg/Skive, Aalborg, Thy/Mors, Vendsyssel, Aleris-Hamlet), mens de resterende 4 afdelinger opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Herlev, Nordsjælland, Nykøbing F, Århus Afd. Y). Der er generelt lille variation mellem afdelingerne (Figur 28).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. Overordnet er der ingen bemærkelsesværdige fluktuationer, men dette skal tolkes forsigtigt da data kun er opgjort for 2 år.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 af 16 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 19

Registrering af PGI-I blev indført januar 2013. Det er derfor med stor tilfredshed, at styregruppen kan konstatere, at der fortsat er en høj indrapportering samt, at standarden er opfyldt (eller at andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet).

Det bemærkes dog, at også denne vigtige indikator lider under manglende indberetning af data efter operationen. Således foreligger der kun data for 818 patienter ud af 1164 opererede på landsplan.

Anbefalinger til indikator 19

Styregruppen tillægger indikator 19 betydning og anbefaler, at afdelingerne udfører en postoperativ kontrol evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. Indikatoren bevares i sin nuværende form. Se styregruppens konklusion og anbefaling vedrørende Patient Reported Outcome Measures, s. 4.

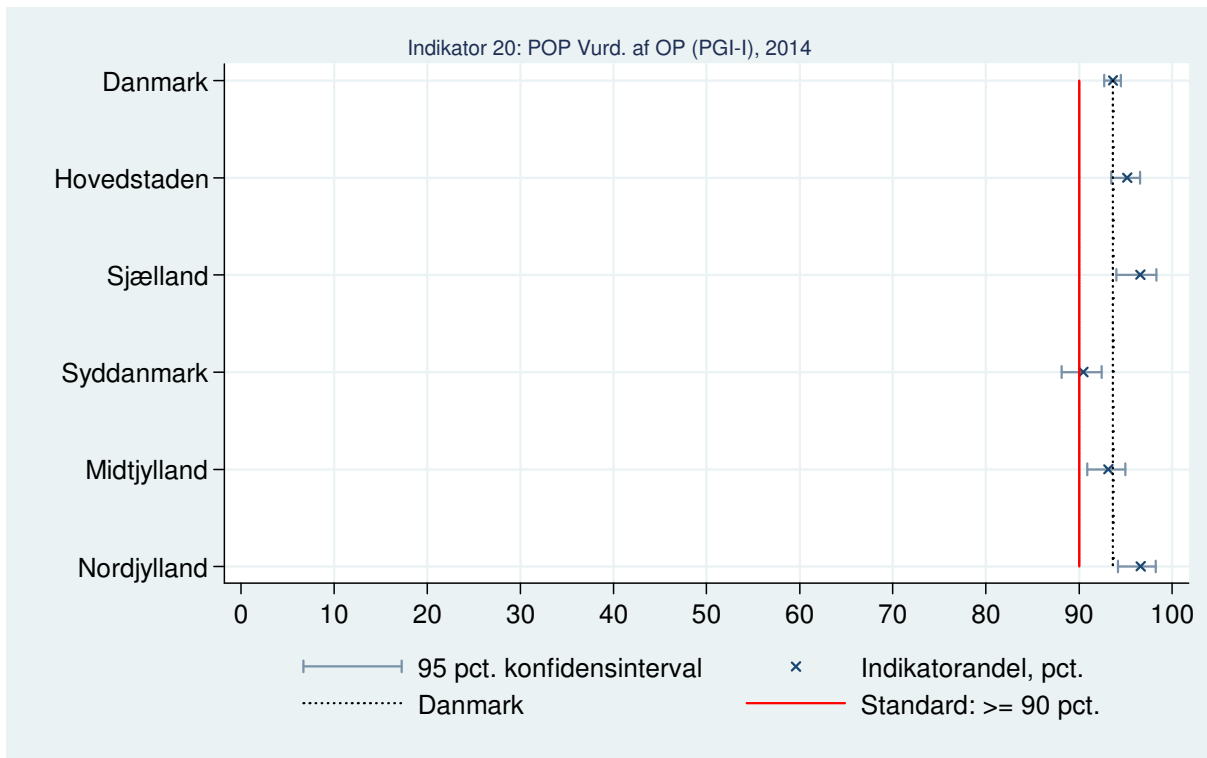
3.15. Indikator 20

Subjektiv patientbedømmelse efter prolapsoperation (PGI-I skala)

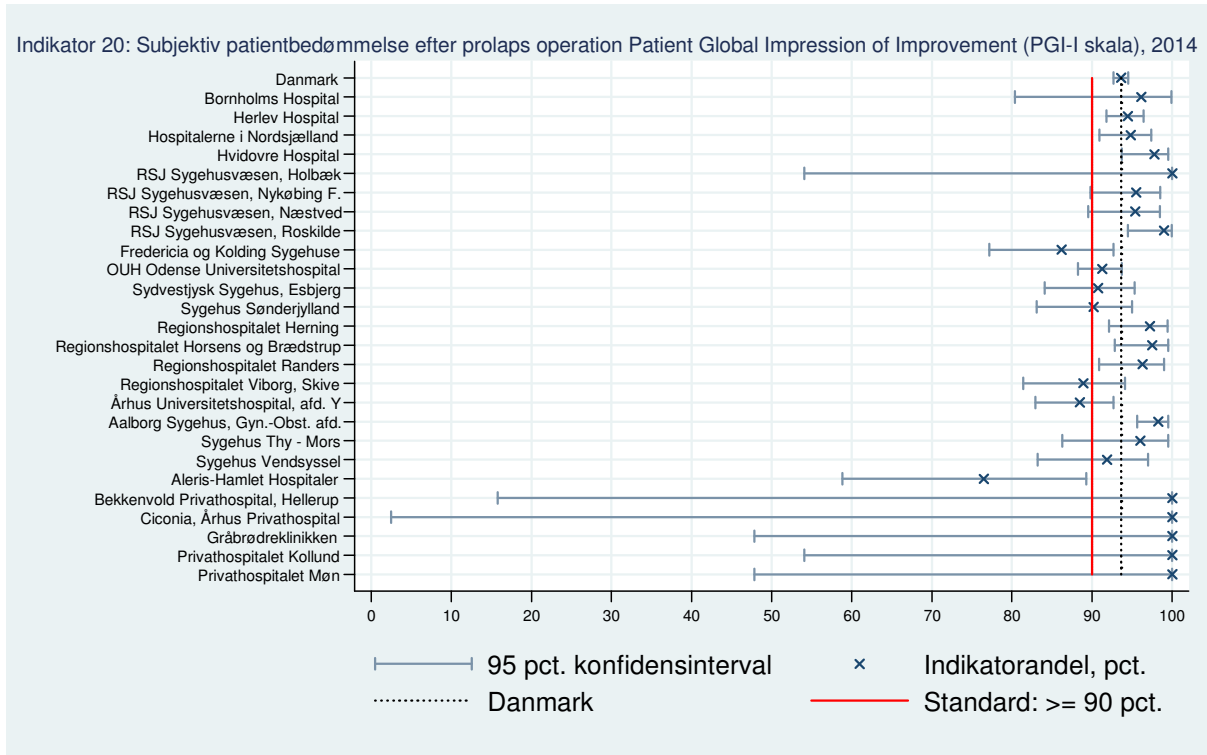
Table 16 - Results for indicator 20

Indikator 20	Std. ≥ 90% Opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst Antal (Pct.)	Aktuelle år 2014		Tidligere år 2013
				Pct.	(95% CI)	Pct.
Danmark	Ja	2729 / 2914	203 (7)	93,7	(92,7-94,5)	92,9
Hovedstaden	Ja	752 / 790	32 (4)	95,2	(93,5-96,6)	94,7
Sjælland	Ja	313 / 324	78 (19)	96,6	(94,0-98,3)	92,9
Syddanmark	Ja	691 / 764	30 (4)	90,4	(88,1-92,4)	90,0
Midtjylland	Ja	584 / 627	27 (4)	93,1	(90,9-95,0)	91,2
Nordjylland	Ja	344 / 356	33 (8)	96,6	(94,2-98,2)	97,9
Hovedstaden	Ja	752 / 790	32 (4)	95,2	(93,5-96,6)	94,7
Bornholms Hospital	Ja	25 / 26	1 (4)	96,2	(80,4-99,9)	100,0
Herlev Hospital	Ja	392 / 415	15 (3)	94,5	(91,8-96,5)	94,2
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	202 / 213	11 (5)	94,8	(90,9-97,4)	95,9
Hvidovre Hospital	Ja	133 / 136	5 (4)	97,8	(93,7-99,5)	93,3
Sjælland	Ja	313 / 324	78 (19)	96,6	(94,0-98,3)	92,9
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk		6 / 6	2 (25)	100,0	(54,1-100,0)	100,0
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	Ja	106 / 111	2 (2)	95,5	(89,8-98,5)	94,4
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	Ja	103 / 108	2 (2)	95,4	(89,5-98,5)	89,7
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	Ja	98 / 99	72 (42)	99,0	(94,5-100,0)	94,9
Syddanmark	Ja	691 / 764	30 (4)	90,4	(88,1-92,4)	90,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	Ja*	75 / 87	5 (5)	86,2	(77,1-92,7)	84,5
OUH Odense Universitetshospital	Ja	407 / 446	19 (4)	91,3	(88,2-93,7)	89,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	Ja	108 / 119	6 (5)	90,8	(84,1-95,3)	91,3
Sygehus Sønderjylland	Ja	101 / 112	0 (0)	90,2	(83,1-95,0)	94,7
Midtjylland	Ja	584 / 627	27 (4)	93,1	(90,9-95,0)	91,2
Regionshospitalet Herning	Ja	105 / 108	1 (1)	97,2	(92,1-99,4)	95,9
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	Ja	117 / 120	2 (2)	97,5	(92,9-99,5)	93,8
Regionshospitalet Randers	Ja	105 / 109	5 (4)	96,3	(90,9-99,0)	97,7
Regionshospitalet Viborg, Skive	Ja*	96 / 108	5 (4)	88,9	(81,4-94,1)	87,2
Århus Universitetshospital, afd. Y	Ja*	161 / 182	14 (7)	88,5	(82,9-92,7)	85,0
Nordjylland	Ja	344 / 356	33 (8)	96,6	(94,2-98,2)	97,9
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	Ja	228 / 232	27 (10)	98,3	(95,6-99,5)	97,5
Sygehus Thy - Mors	Ja	48 / 50	2 (4)	96,0	(86,3-99,5)	98,0
Sygehus Vendsyssel	Ja	68 / 74	4 (5)	91,9	(83,2-97,0)	98,9
Privathospitaler	Ja*	45 / 53	3 (5)	84,9	(72,4-93,3)	90,2
Aleris Privathospitaler, Aalborg		0 / 0	1 (100)	-		-
Aleris Privathospitaler, Esbjerg		0 / 0	0	-		-
Aleris Privathospitaler, Århus		0 / 0	0	-		80,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	Nej	26 / 34	2 (6)	76,5	(58,8-89,3)	87,5
Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi		0 / 0	0	-		-
Bekkenvold Privathospital, Hellerup		# / #	0 (0)	#		-
Ciconia, Århus Privathospital		# / #	0 (0)	#		-
Gråbrødreklinikken		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	100,0
Københavns Privathospital		0 / 0	0	-		-
Privathospitalet Kollund		6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)	-
Privathospitalet Mølholm Vejle		0 / 0	0	-		-
Privathospitalet Møn		5 / 5	0 (0)	100,0	(47,8-100,0)	100,0

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



Figur 29 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per region



Figur 30 - Resultater for indikator 20, for hele landet og per afdeling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 20

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 7 %, dvs. komplementet er 93 %. Især bidrager Roskilde meget med 72 ud af de i alt 203 uoplyste forløb.

På landsplan har 93,7 % svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle 5 regioner opfylder ligeledes standarden, og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 11 relevante patientforløb opfylder de 16 standarden (Bornholm, Herlev, Nordsjælland, Hvidovre, Nykøbing F, Næstved, Roskilde, Odense, Esbjerg, Sønderjylland, Herning, Horsens/Brædstrup, Randers, Aalborg, Thy-Mors, Vendsyssel), 3 opfylder standarden når der tages højde for den statistiske usikkerhed (Fredericia/Kolding, Viborg/Skive, Århus Afd. Y), mens 1 ikke opfylder standarden (Aleris-Hamlet Hospitaler). Der er generelt lille variation mellem afdelingerne (Figur 30).

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. Overordnet er der ingen bemærkelsesværdige fluktuationer, men dette skal tolkes forsigtigt da data kun er opgjort for 2 år.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 16 af 20 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 20

Registrering af PGI-I indført januar 2013. Det er derfor med tilfredshed, at styregruppen kan konstatere, at der fortsat er en høj indrapportering samt, at standarden er opfyldt (eller at andelen er over standarden, men standarden er indeholdt i 95% konfidensintervallet) for alle afdelinger på nær én.

Det bemærkes dog, at også denne vigtige indikator lider under manglende indberetning af data efter operationen. Således foreligger der kun data for 2609 patienter ud af 4082 opererede på landsplan.

Anbefalinger til indikator 20

Styregruppen tillægger indikator 20 betydning og anbefaler, at afdelingerne udfører en postoperativ kontrol evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. Indikatoren bevares i sin nuværende form. Se styregruppens konklusion og anbefaling vedrørende Patient Reported Outcome Measures, s. 4.

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 2014 givet en 3-årig bevilling for årene 2015-2017.

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

Resultater

Dækningsgraden er steget over tid, for inkontinensoperationer fra 14% i 2006 til 94,0% i 2013 og har siden 2011 ligget over 90 %. For prolapsoperationer fra 12% i 2006 til 90,8% i 2012 og også denne har ligget stabilt over 90% siden 2011. Mens dækningsgraden for offentlige sygehuse er høj, har der været gjort et stort arbejde for at øge indberetningerne fra de private sygehuse. Tendensen i år er, at enten så indberettes 100% af udførte operationer eller også så indberettes man slet ikke. Dette giver en dækningsgrad for private hospitalerne på 56,3% for inkontinensoperationer og 48,6% for prolapsoperationer, således en forbedring i forhold til dækningsgraden i 2013: 32% for inkontinens, og 25,6% for prolaps. Datakompletheden er stignende. 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 15 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. I 2014 var standarden for 13 af de 15 indikatorer opfyldt. Som for 2013 gælder det, at indikatorer 9 ikke opfylder standarden, men det bemærkes at denne indikator har været svær at definere og derfor baserer sig på et mindre datakomplethed end de øvrige indikatorer (tabel 1 - Indikatoroversigt, landsresultater). Af samme grund overvejer styregruppen at lade denne indikator udgå. For én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulante 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. I år er det med tilfredshed vi ser at også recidivoperationer med 5 års interval opfylder standarden.

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.

Konklusion

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

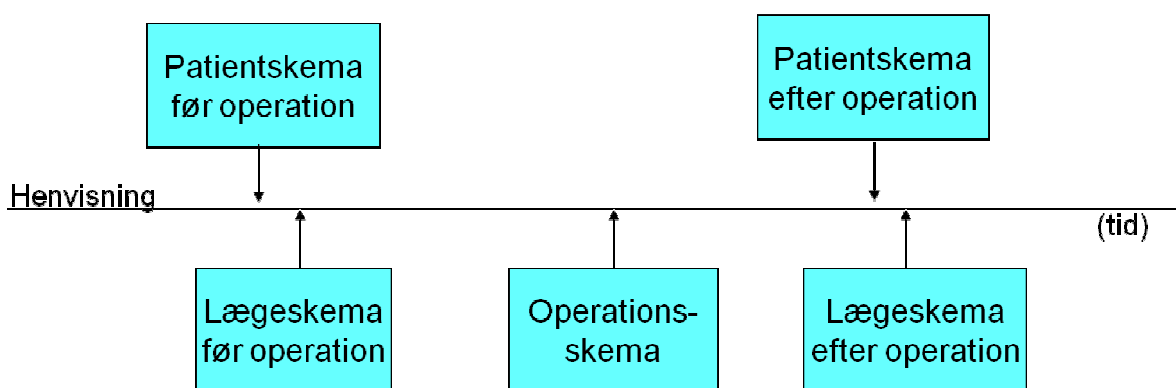
5. Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er udtrukket pr. 13.04.2015, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2014 indtil denne dato.

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

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

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



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

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

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

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

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

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

Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og KCEB-Syd. I forbindelse med årsrapportens tilblivelse er arbejdsgange aftalt i foråret 2015, 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 2013, 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 "2013" eller "år 2013". Direkte tal fra Årsrapport 2013, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 17 og Tabel 18, betegnes "Årsrapport 2013".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til dækningsgrad

I forbindelse med opgørelse af dækningsgrad har KCEB-Syd rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Appendiks 4: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket pr. 11.3.2015.

Opgørelse af dækningsgrad er opdelt i urininkontinens- og prolapsoperationer. Der vises antal registrerede relevante operationer i LPR og/eller i DugaBase, fordelt på regioner, sygehuse og afdelinger, samt andelen af disse, som er registreret i DugaBase. Dette afviger således fra foregående årsrapporter hvor nævneren kun omfattede LPR-data. Denne afvigelse har tidligere medført en ubetydelig forskel i dækningsgraden på 0,1 %, hvorfor der uden problemer kan sammenlignes med tidligere årsrapport.

Kriterier for opgørelse af dækningsgrad

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

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

2. Operationsdato er ens i DugaBase og LPR – plus/minus 31 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 17 - Dækningsgrad i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01-01-2014 – 31-12-2014

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, pct.
Danmark	1257	1164	92,6
Region Hovedstaden	228	220	96,5
Hvidovre Hospital	26	23	88,5
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	23	23	100,0
Herlev Hospital	124	124	100,0
Gynækologisk afdeling G-1	124	124	100,0
Hospitalerne i Nordsjælland	78	73	93,6
HI Gynækologisk Afd., senge	75	73	97,3
Region Sjælland	238	223	93,7
Region Sjællands Sygehusvæsen	238	223	93,7
NFS Gynækologisk Afd.	122	116	95,1
ROS Gynækologisk Afd.	109	107	98,2
Region Syddanmark	308	304	98,7
OUH Odense Universitetshospital	151	149	98,7
Od Gynækologisk afdeling D	151	149	98,7
Sygehus Sønderjylland	72	71	98,6
Gynækologisk afdeling	71	71	100,0
Sydvestjysk Sygehus	85	84	98,8
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	84	84	100,0
Region Midtjylland	219	185	84,5
Regionshospitalet Herning	25	25	100,0
Gynakologisk / Obstetrisk afdeling	25	25	100,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	65	54	83,1
Kvindesygdomme og Fodslar	54	54	100,0
Regionshospitalet Randers	47	45	95,7
Gynækol./obstetrisk afd. G	45	45	100,0
Århus Universitetshospital	82	61	74,4
Århus Universitetshospital, afd. Y	62	61	98,4
Region Nordjylland	200	196	98,0
Sygehus Thy - Mors	18	18	100,0
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	18	18	100,0
Aalborg Sygehus	102	101	99,0
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	101	101	100,0
Sygehus Vendsyssel	80	77	96,3
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	80	80	100,0
Privathospitaler	64	36	56,3
Aleris Privathospitaler	29	20	69,0
Gynækologi, kirurgisk afsnit	20	20	100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	9	0	0,0
CFR hospitaler A/S	#	#	
Bekkevold Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	#	#	
Privathospitalet Møn	11	11	100,0
Gynækologisk sengeafsnit	11	11	100,0
Gråbrødreklinikken	4	#	
Gråbrødreklinikken, beh.afsnit	4	#	
Privathospitalet Mølholm Vejle	17	0	0,0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	17	0	0,0

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, pct.
Ciconia, Århus Privathospital	#	#	
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	#	#	

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

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 17

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2014 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2014. Uanset at LPR er gold standard kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 92,6 %. I Årsrapport 2013 var der 1317 urininkontinensoperationer (1303 i LPR, og 14 som kun var i DugaBase), heraf 1238 (94,0 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i 2014 stort set uændret, dog med en lille forværring på 1,4 %.

Alle gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse har over 95 % dækningsgrad.

Den høje dækningsgrad for de offentlige sygehuse afspejles i den lille variation mellem regionernes dækningsgrad, fraset en lidt lavere dækningsgrad for Region Midtjylland (84,5 %) hvilket skyldes LPR-registreringer af urininkontinensoperationer på andre afdelinger end gynækologiske/obstetriske afdelinger i Viborg/Skive og Århus Universitetshospital.

I Årsrapport 2013 var dækningsgraden for privathospitaler 32,0 %, mens den i 2014 er 56,3 %, dvs. der er sket en betragtelig stigning. Overordnet har privathospitalerne enten 100 % eller 0 % dækningsgrad. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 17 øges dækningsgraden fra 92,6 % til 94,6 % (altså en stigning på 2,0 procent-point), og såfremt alle privathospitalernes 64 operationer i LPR/DugaBase også registreres i DugaBase øges dækningsgraden til 94,8 % (altså en stigning på 2,2 procentpoint).

Tabel 17 viser antal registrerede operationer. De 1257 operationer i LPR og/eller i DugaBase er fordelt på 1228 patienter, heraf 1199 (97,6 %) med 1 operation og 29 (2,4 %) med 2 operationer. De 1164 operationer (forløb) i DugaBase er fordelt på 1141 patienter, heraf 1118 (98,0 %) med 1 operation og 23 (2,0 %) med 2 operationer.

Vi konkluderer, at for urininkontinensoperationer ses en meget høj dækningsgrad. Denne kan forbedres yderligere såfremt flere privathospitaler registrerer alle deres urininkontinensoperationer i DugaBase. Der er ikke her taget stilling til om urininkontinensoperationer, som er registrerede i LPR af andre afdelinger end gynækologisk/obstetriske afdelinger på offentlige sygehuse, bør registreres i DugaBase eller om disse er fejlregistreringer.

Tabel 18 - Dækningsgrad i DugaBase ved sammenkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01-01-2014 – 31-12-2014

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, pct.
Danmark	4475	4096	91,5
Region Hovedstaden	912	885	97,0
Hvidovre Hospital	175	166	94,9
Gyn.-obst. afd. /gynækologi	166	166	100,0
Herlev Hospital	441	436	98,9
Gynækologisk afdeling G-1	441	436	98,9
Hospitalet i Nordsjælland	267	256	95,9
HI Gynækologisk Afd., senge	264	256	97,0
Bornholms Hospital	29	27	93,1
Kirurgisk afdeling	27	27	100,0
Region Sjælland	768	676	88,0
Region Sjællands Sygehusvæsen	768	676	88,0
HOL Gynækologisk Afd.	141	86	61,0
NAE Gynækologisk Afd.	134	134	100,0
NFS Gynækologisk Afd.	154	145	94,2
ROS Gynækologisk Afd.	335	311	92,8
Region Syddanmark	1062	1024	96,4
OUH Odense Universitetshospital	634	604	95,3
Od Gynækologisk afdeling D	633	604	95,4
Sygehus Sønderjylland	137	135	98,5
Gynækologisk afdeling	136	135	99,3
Sydvestjysk Sygehus	180	175	97,2
SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	176	175	99,4
Fredericia og Kolding Sygehuse	111	110	99,1
Gyn,-Obst. afdeling, Kolding	110	110	100,0
Region Midtjylland	1023	914	89,3
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	150	130	86,7
Kvindeafdelingen	142	130	91,5
Regionshospitalet Herning	109	109	100,0
Gynækologisk / Obstetrisk afdeling	109	109	100,0
Regionshospitalet Viborg, Skive	218	174	79,8
Kvindesygdomme og Fodsler	192	174	90,6
Regionshospitalet Randers	173	140	80,9
Gynækol./obstetrisk afd. G	173	140	80,9
Århus Universitetshospital	373	361	96,8
Århus Universitetshospital, afd. Y	365	361	98,9
Region Nordjylland	531	510	96,0
Sygehus Thy - Mors	65	56	86,2
Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	65	56	86,2
Aalborg Sygehus	311	305	98,1
Alb Gyn.-Obst. Afdeling	306	305	99,7
Sygehus Vendsyssel	155	149	96,1
Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	154	149	96,7
Privathospitaler	179	87	48,6
Aleris Privathospitaler	71	50	70,4

Region/Hospital/Afdeling	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, pct.
Aleris Privathospitaler Esbjerg, beh.afsnit	5	0	0,0
Aleris Privathospitaler Århus, beh.afsnit	5	0	0,0
Aleris privathospitaler Aalborg, beh.afsnit	5	#	
Gynækologi, kirurgisk afsnit	49	49	100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	7	0	0,0
CFR hospitaler A/S	9	6	66,7
Bekkevoild Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	6	6	100,0
Ortopæd. og neurokirurgisk operationsafdeling	3	0	0,0
CFR hospitaler A/S	18	0	0,0
Sengeafdeling	18	0	0,0
Privathospitalet Møn	15	13	86,7
Gynækologisk sengeafsnit	15	13	86,7
Gråbrødreklinikken	10	6	60,0
Gråbrødreklinikken, beh.afsnit	10	6	60,0
Privathospitalet Kollund	6	6	100,0
Privathospitalet Kollund, beh.afsnit	6	6	100,0
Privathospitalet Mølholm Vejle	42	0	0,0
Privathospitalet Mølholm Vejle, beh.afsnit	42	0	0,0
Ciconia, Århus Privathospital	8	6	75,0
Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	8	6	75,0

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

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 18

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2014 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2014. Uanset at LPR er gold standard kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 91,5 %. I Årsrapport 2013 var der 4580 prolapsoperationer, heraf 4130 (90,2 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således steget en anelse i 2014.

De fleste gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse har over 95 % dækningsgrad. Dog har nogle få afdelinger under 95 % dækningsgrad (Holbæk, Nykøbing F, Roskilde, Horsens/Brædstrup, Viborg/Skive, Randers, Thy/Mors), men de fleste af disse er tæt på de 95 % fraset Holbæk (61,0 %), Randers (80,9 %) og Thy/Mors (86,2 %).

Der er generelt lille variation i dækningsgrad mellem alle regionerne. Dog er dækningsgraden lidt lavere for Region Sjælland og Region Midtjylland grundet de ovenfor nævnte offentlige sygehuse.

I Årsrapport 2013 var dækningsgraden for privathospitaler 25,6 %, mens den i 2014 er 48,6 %, dvs. der er sket en betragtelig forbedring. Overordnet har privathospitalerne enten 100 % eller 0 % dækningsgrad. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 18 øges dækningsgraden fra 91,5 % til 93,3 % (altså en stigning på 1,8 procent-point), og såfremt alle privathospitalernes 179 operationer i LPR/DugaBase også registreres i DugaBase øges dækningsgraden til 93,6 % (altså en stigning på 2,1 procentpoint).

Tabel 18 viser antal registrerede operationer. De 4475 operationer i LPR er fordelt på 4402 patienter, heraf 4.332 (98,4 %) med 1 operation, 68 (1,5 %) med 2 operationer, 1 med 3 operationer og 1 med 4 operationer. De 4096 operationer (forløb) i DugaBase er fordelt på 4030 patienter, heraf 3966 (98,4 %) med 1 operation, 63 (1,5 %) med 2 operationer og 1 med 4 operationer.

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

Datakomplethed for udvalgte variable

Udover dækningsgraden 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 19 angivet, om der for nøglevariable, herunder de som anvendes til indikatorberegning, er oplysninger eller ej.

Tabel 19- Datakomplethed for nøglevariable, patienter med operationsdato i 2013 og 2014

Ref. ^b	Beskrivelse	2013			2014		
		I alt ^a	Oplyst	Pct.	I alt ^a	Oplyst	Pct.
		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	963	955	99,2	866	859	99,2
07	Patientoplysninger om oplevelse af nedglidningssymptomer - hos de patienter der er opereret for prolaps og som har udfyldt patientskema for efterundersøgelse	3433	3389	98,7	3117	3093	99,2
09	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for inkontinens - hos patienter opereret for inkontinens og med udfyldt lægeskema for efterundersøgelse	718	652	90,8	624	553	88,6
10	Oplysning om fortsat behandlingsbehov for nedsynkning - hos patienter opereret for prolaps og som har skema for lægens efterundersøgelse	2491	2315	92,9	2201	1991	90,5
Alko	Alkoholoplysninger- hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (feltet 'Antal genstande om ugen')	5504	2329	42,3	5723	2168	37,9
Ryge	Rygeoplysninger - hos patienter med udfyldt patientskema før behandling (Sammenstillet af felterne 'Ryger du?' i hhv. basis og udvidet model)	5504	4620	83,9	5723	4658	81,4

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 19

De viste variables komplethed varierer fra 37,9 % til 99,2 %. Der er ingen betydende afvigelser i forhold til kompletheden for disse udvalgte variable i 2013.

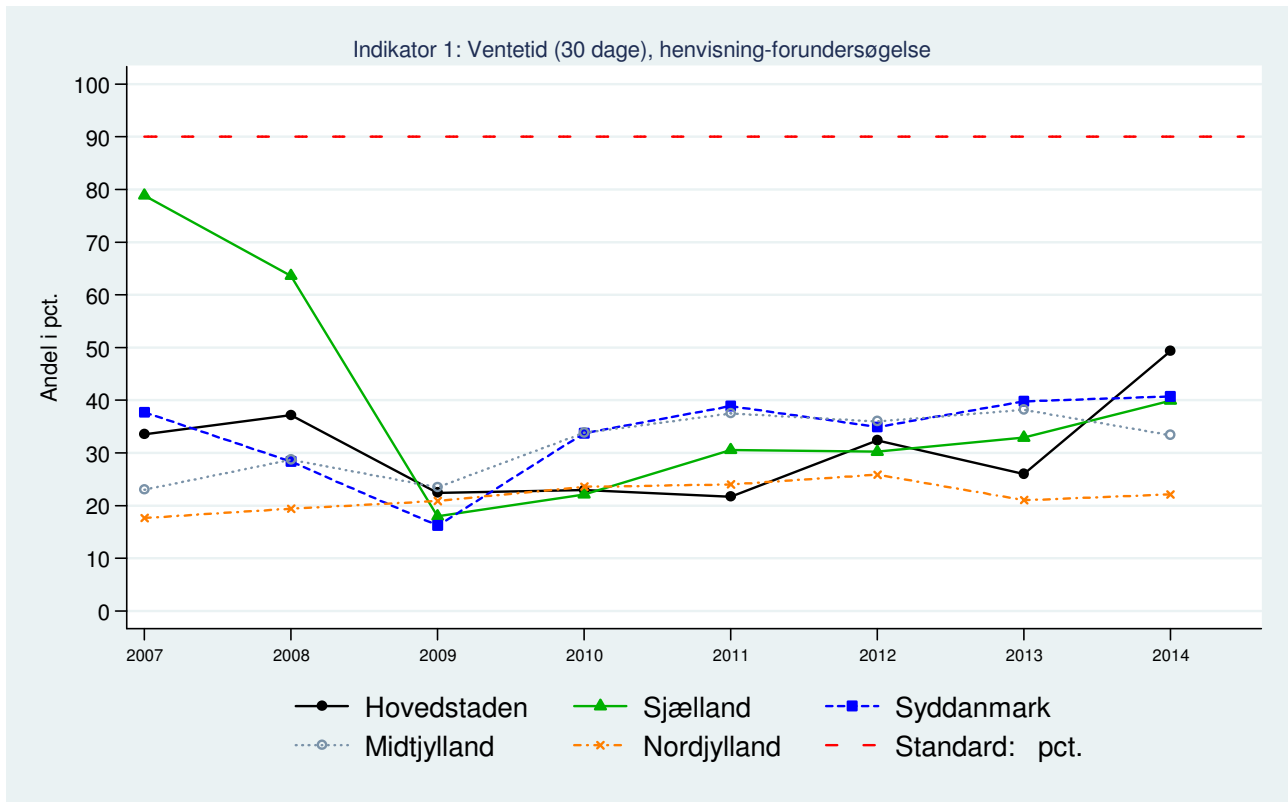
Der henvises desuden til Figur B3 og Tabel B6.

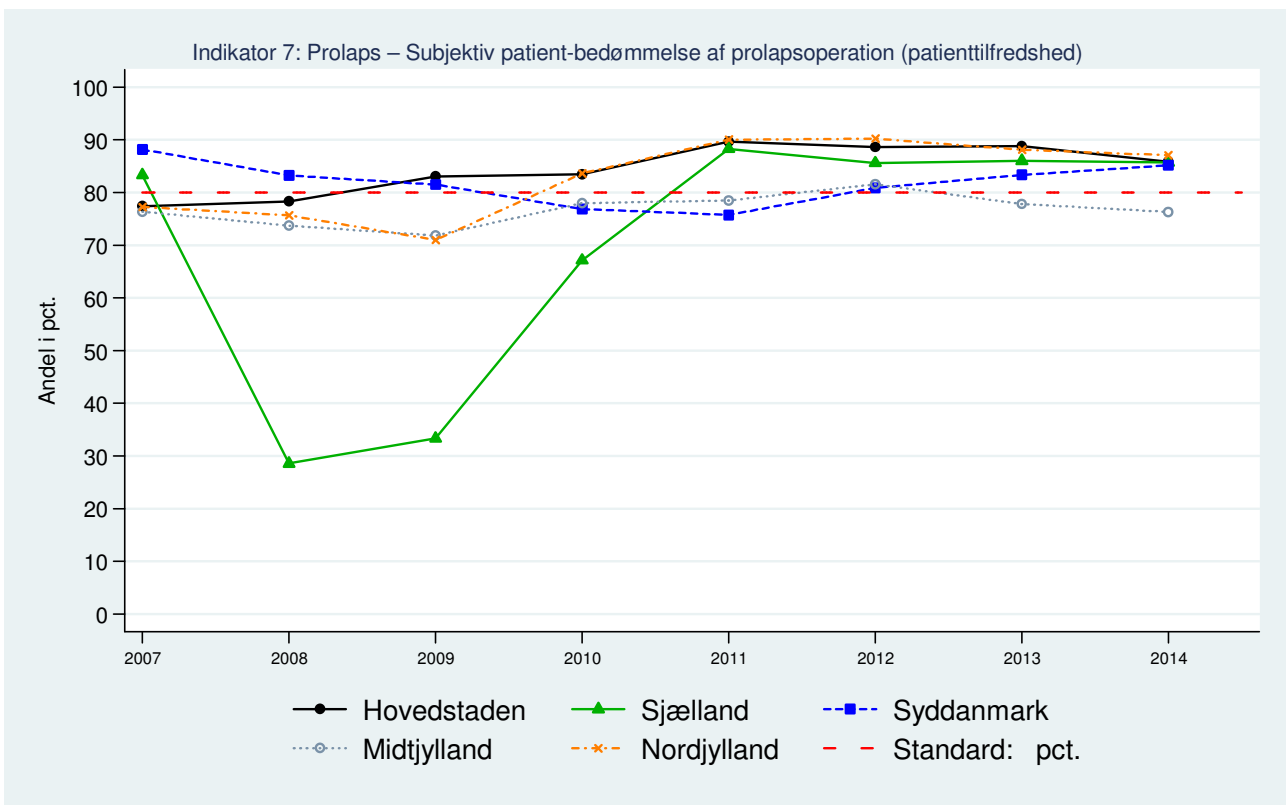
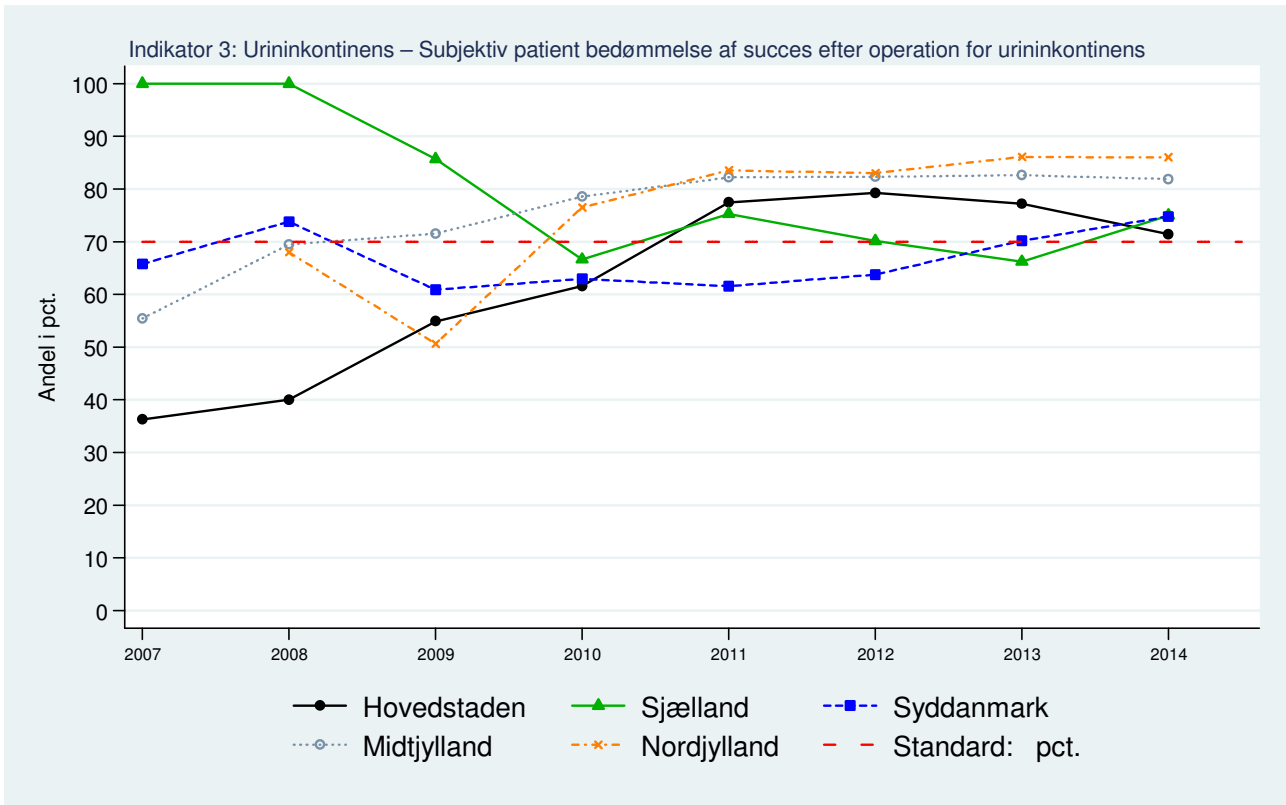
6. Styregruppens medlemmer

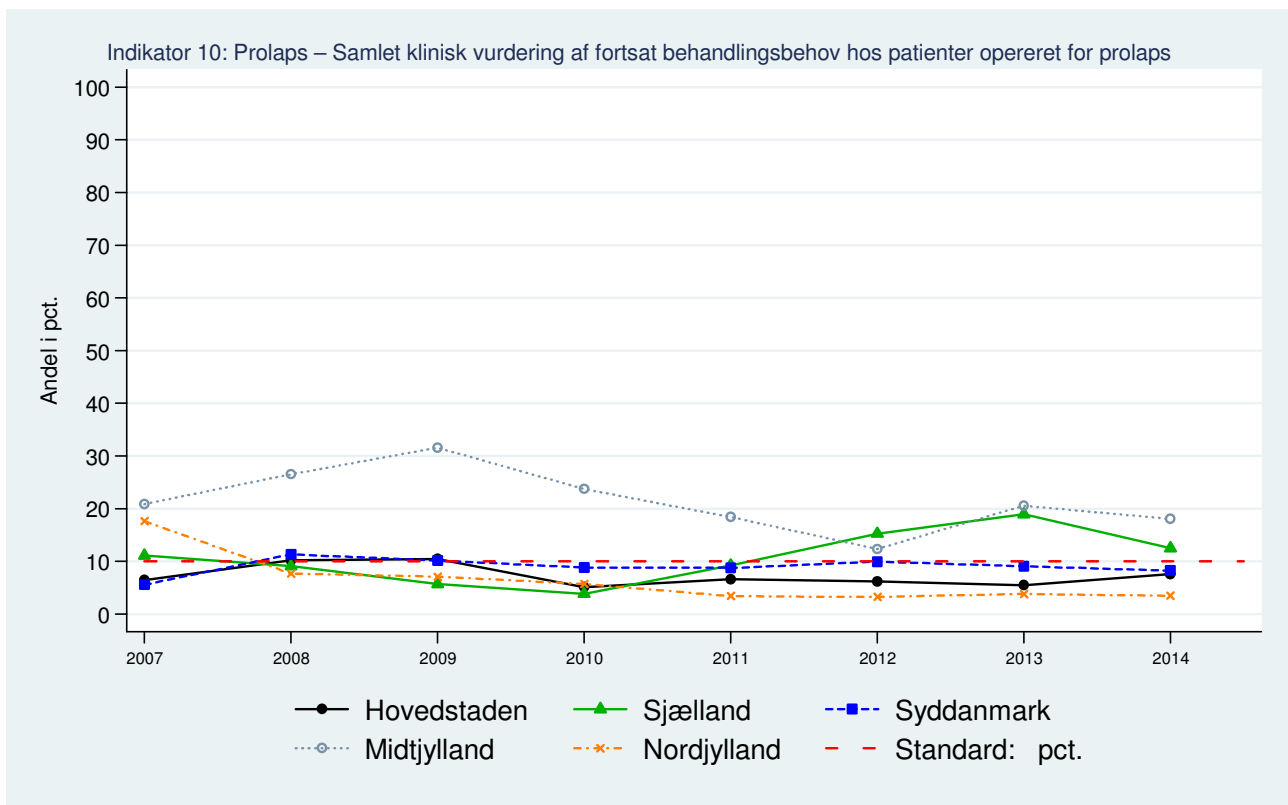
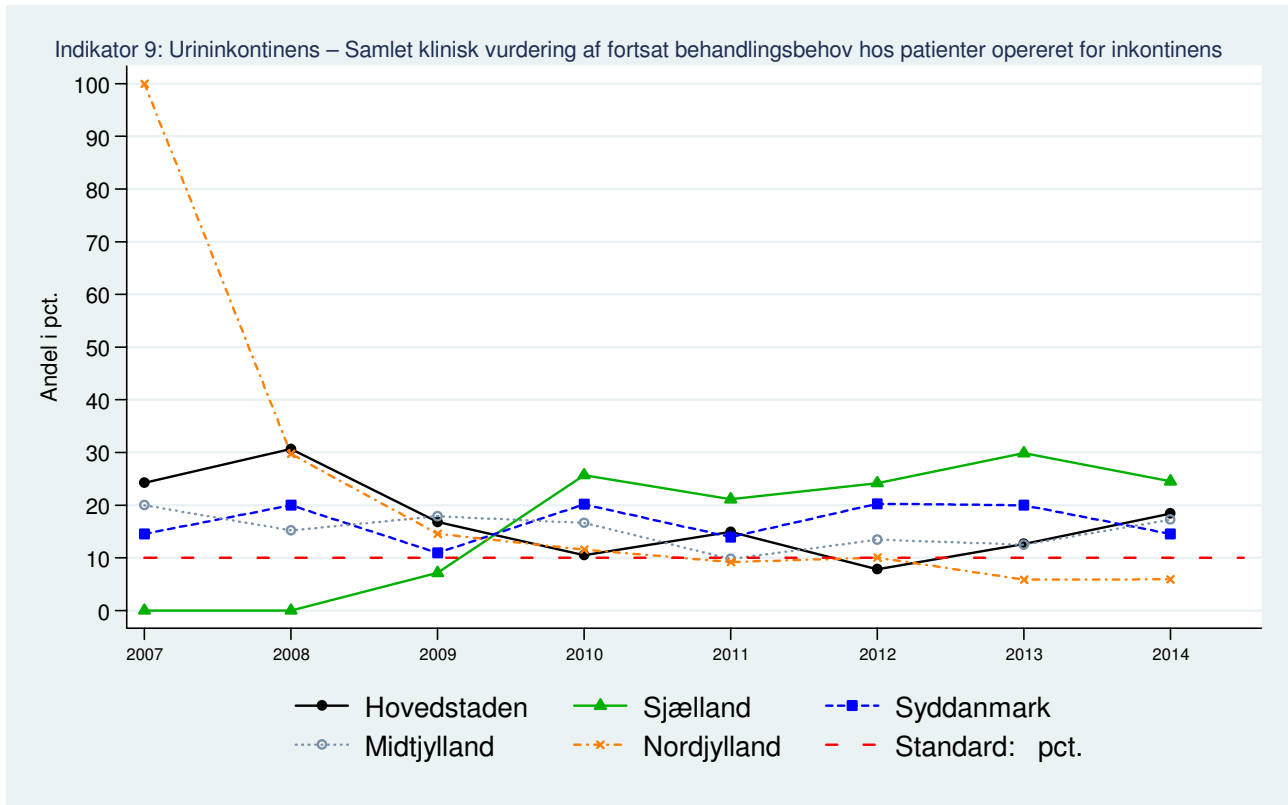
Formandskab	Professor, overlæge, dr.med. Gunnar Lose, Herlev Hospital
Øvrige medlemmer	Overlæge, ph.d. Karl Møller Bek, Aarhus Universitetshospital
	Overlæge Ulla Darling Hansen, Odense Universitetshospital (projektleder)
	Overlæge Leyla Atay, Esbjerg Sygehus
	Læge Niels Kjærgaard, Aalborg Sygehus
	Sekretær Line Thorn, DugaBase sekretariatet, Odense Universitetshospital
	Læge Mette Hornum Bing, Herlev Sygehus
	Overlæge, forskningslektor, dr. med. Helga Gimbel, Nykøbing Falster Sygehus (fra september 2013)
	Overlæge, ph.d. Lasse Raaberg, Gråbrødreklinikken, Odense, repræsentant for privatklinikker
Epidemiolog	Senior Dyr læge, 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	Kvalitetskonsulent, Lene Korshøj, Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik (KCKS-Vest)
Datamanagement	Akademisk Datamanager, cand.pharm, ph.d. Michael Due Larsen, Kompetencecenter for Epidemiologi og Biostatistik Syd (KCEB-Syd)

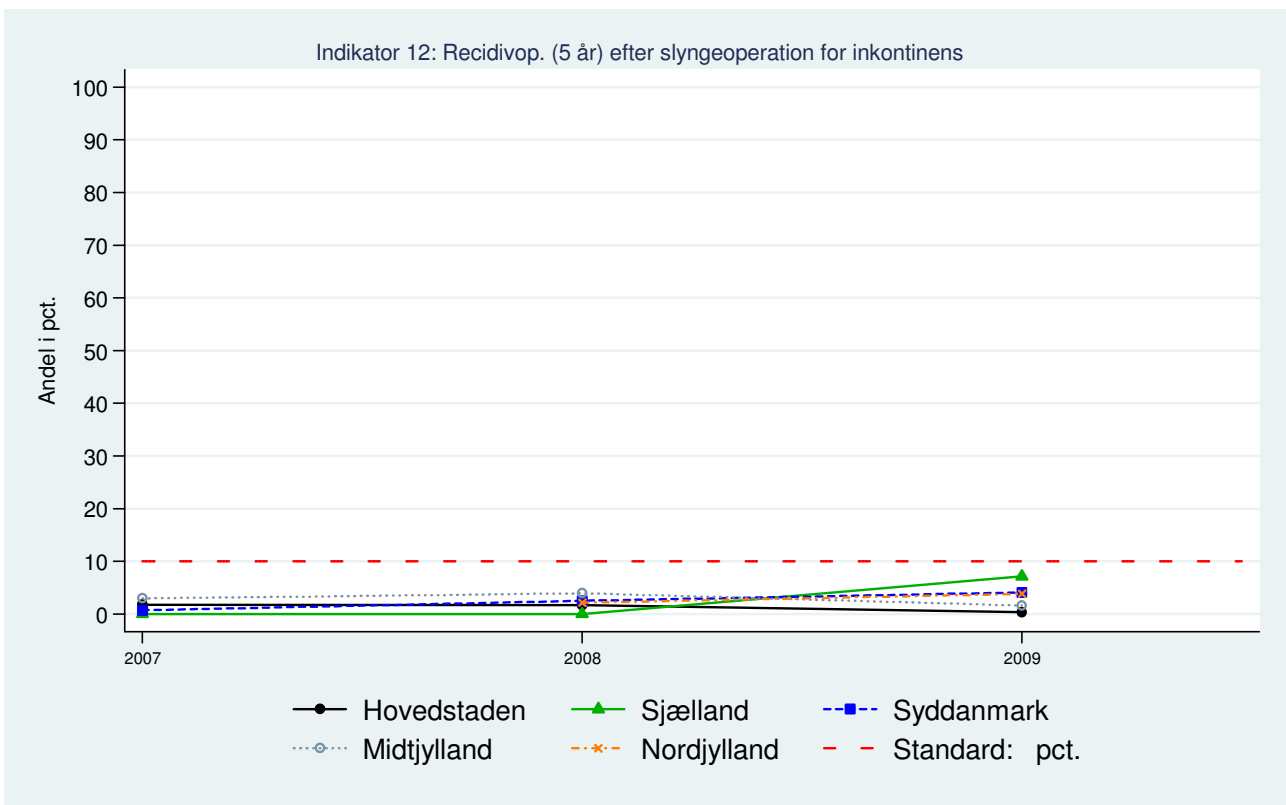
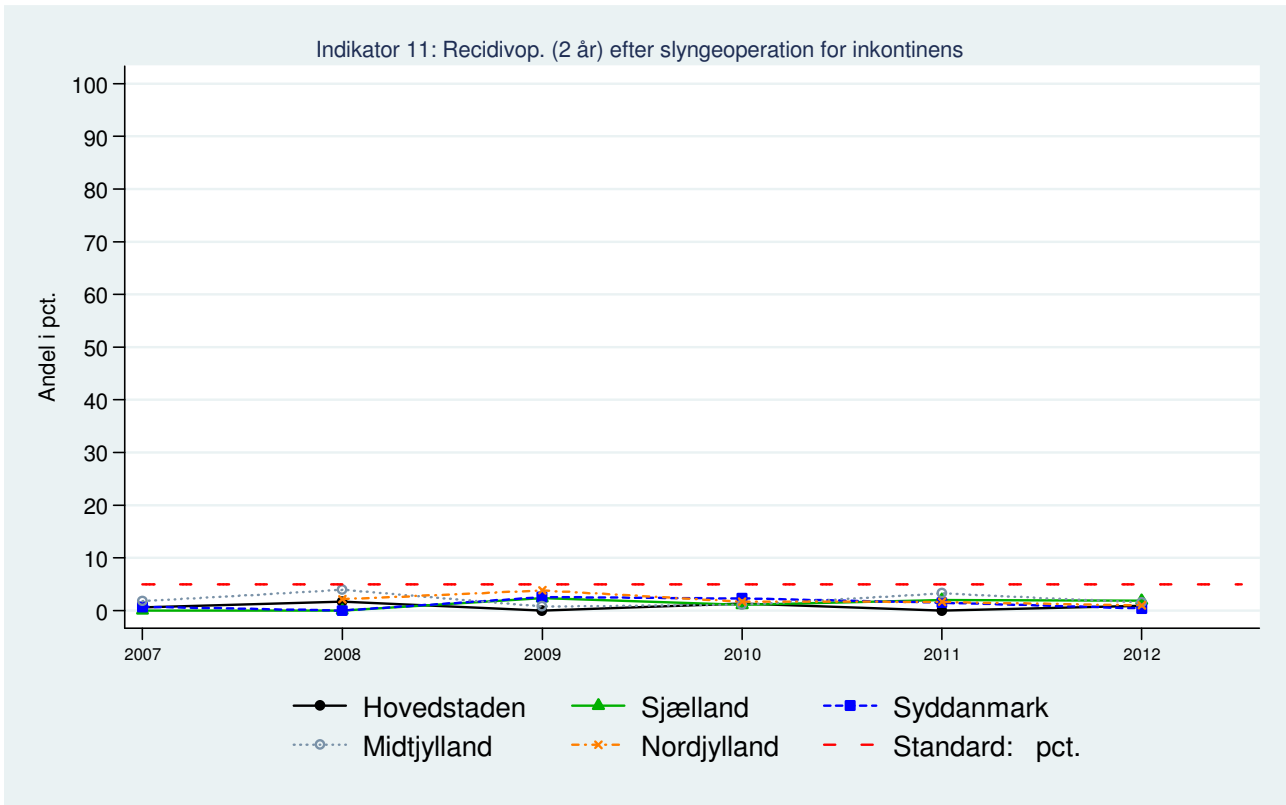
Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

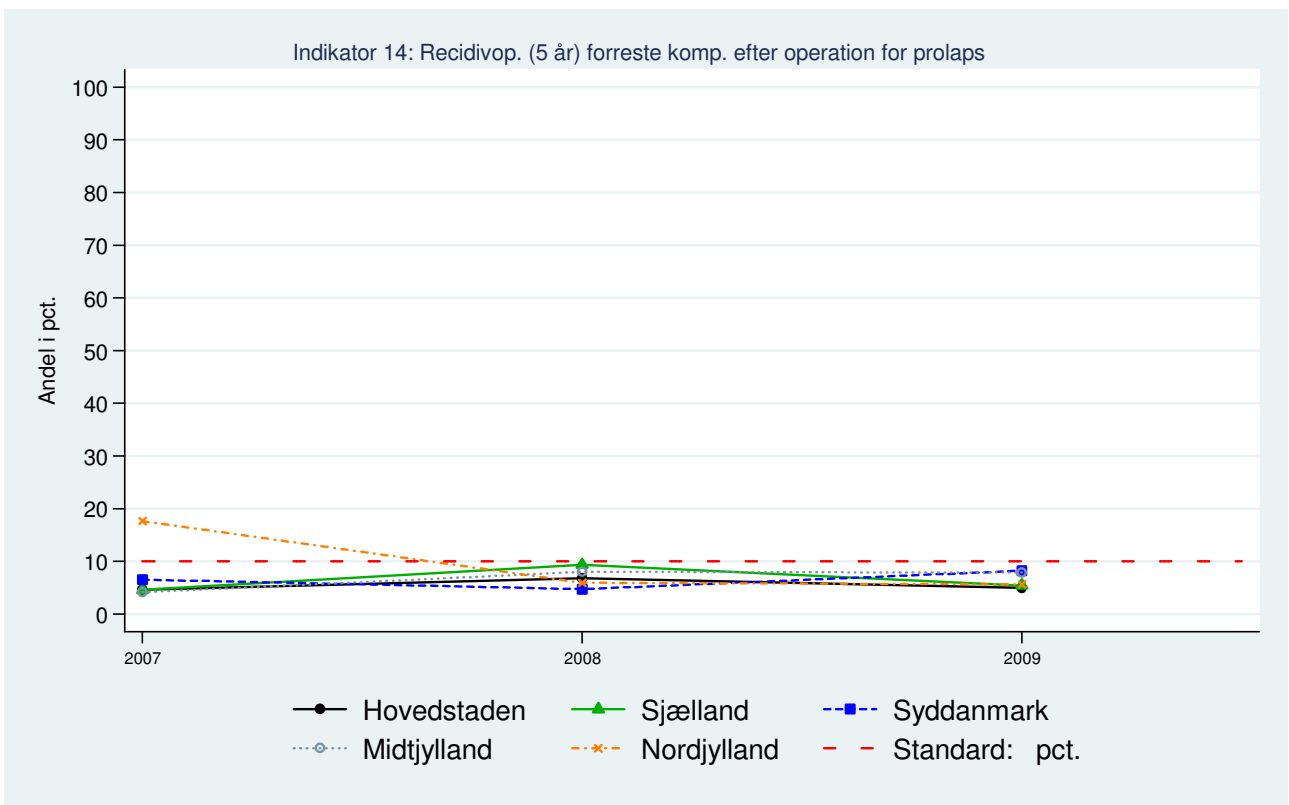
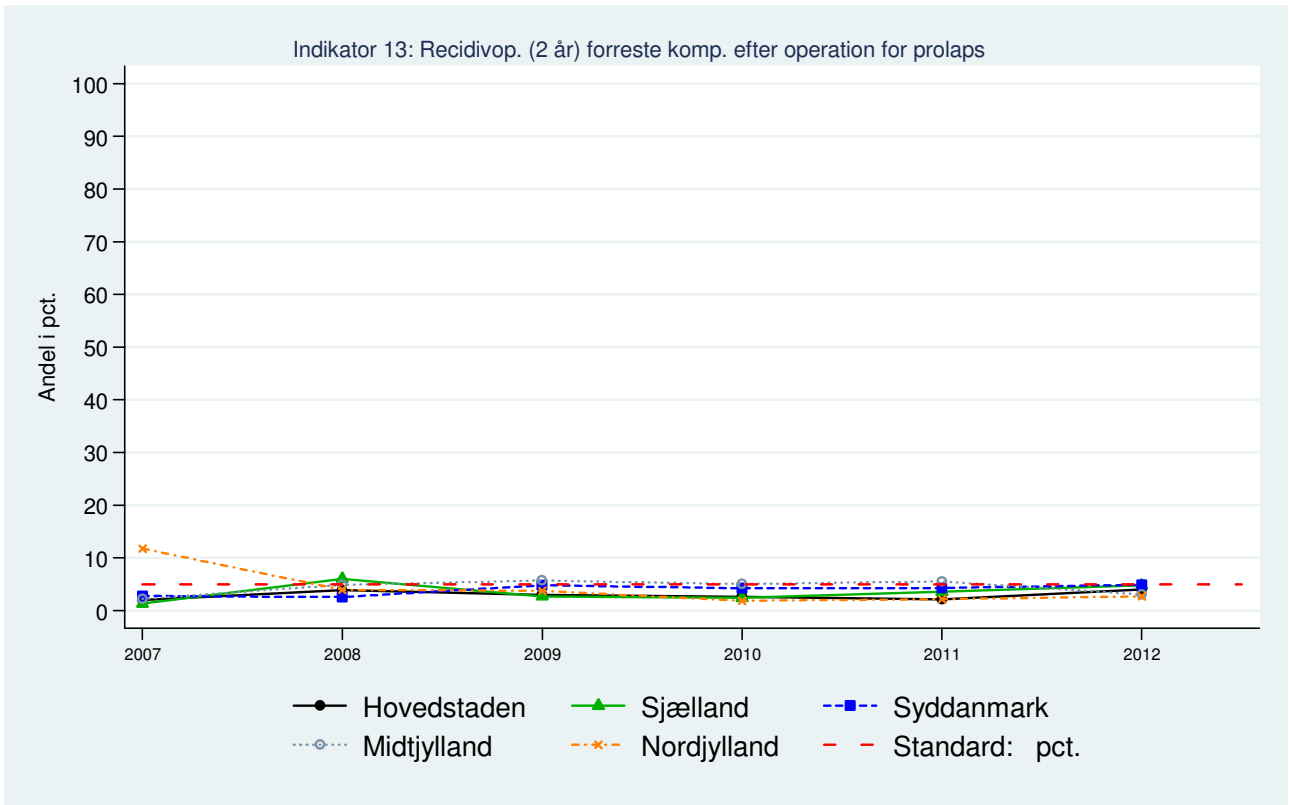
Trendfigurer for regionsresultater

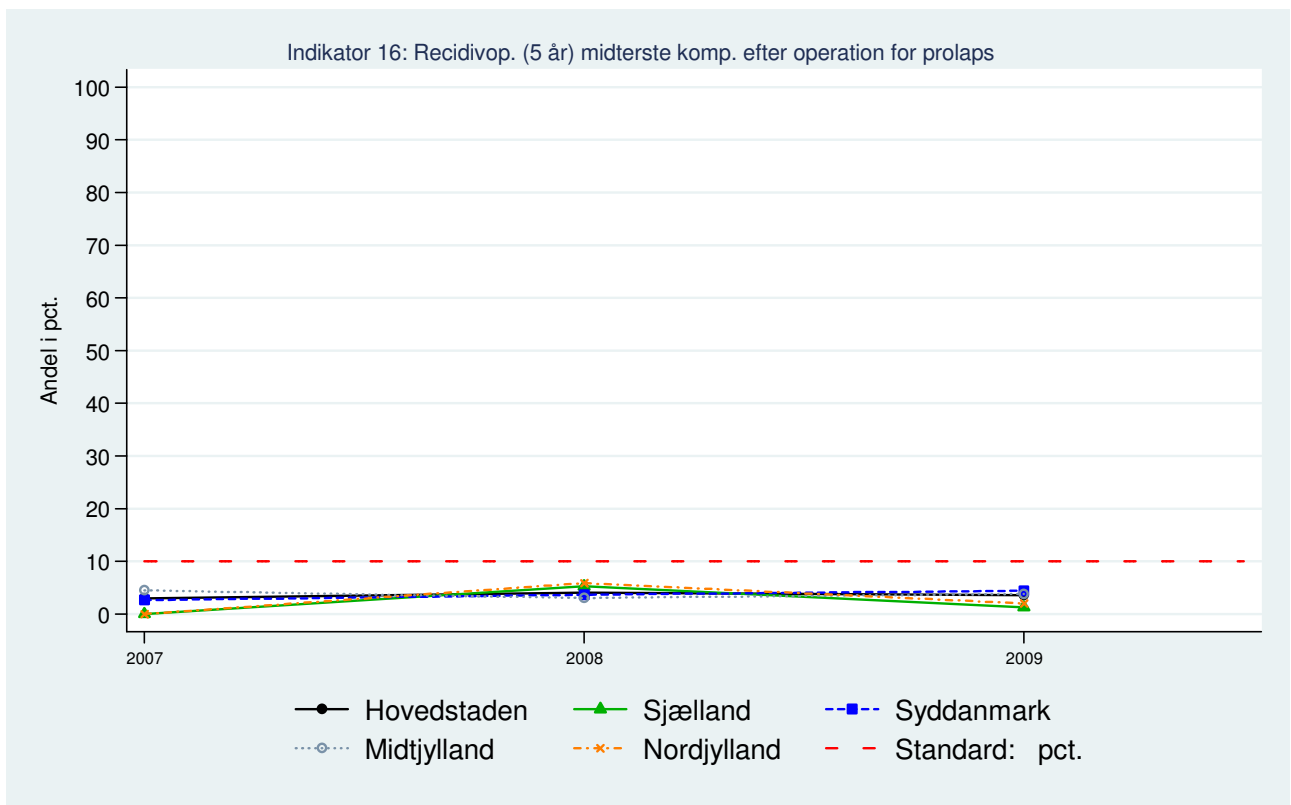
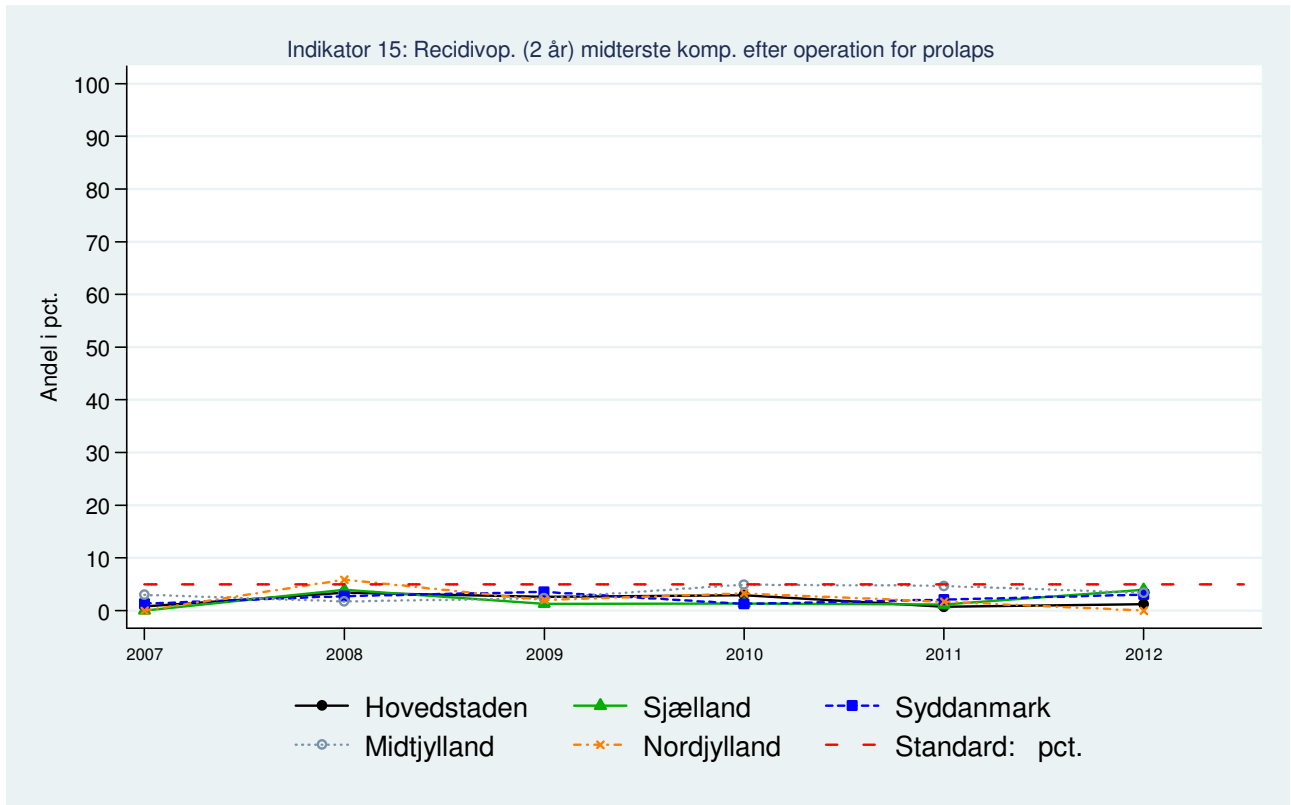


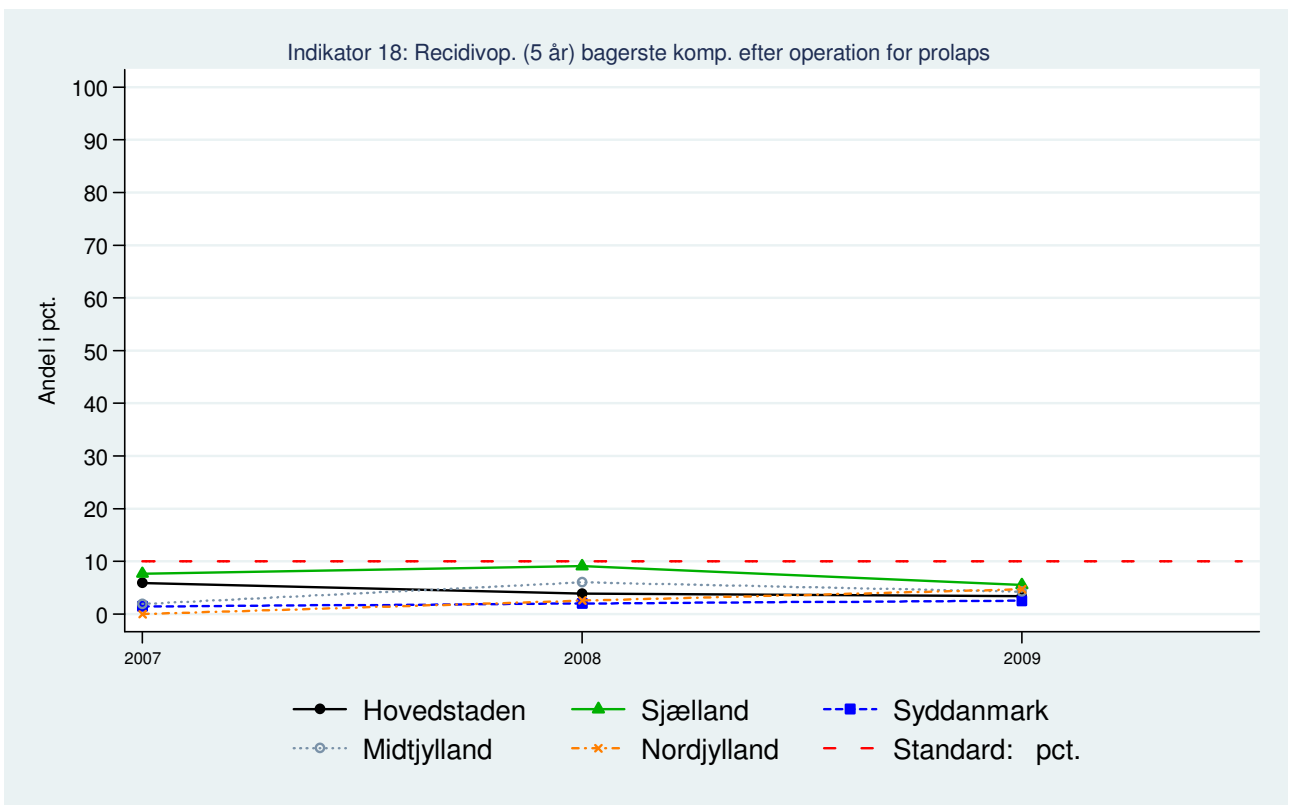
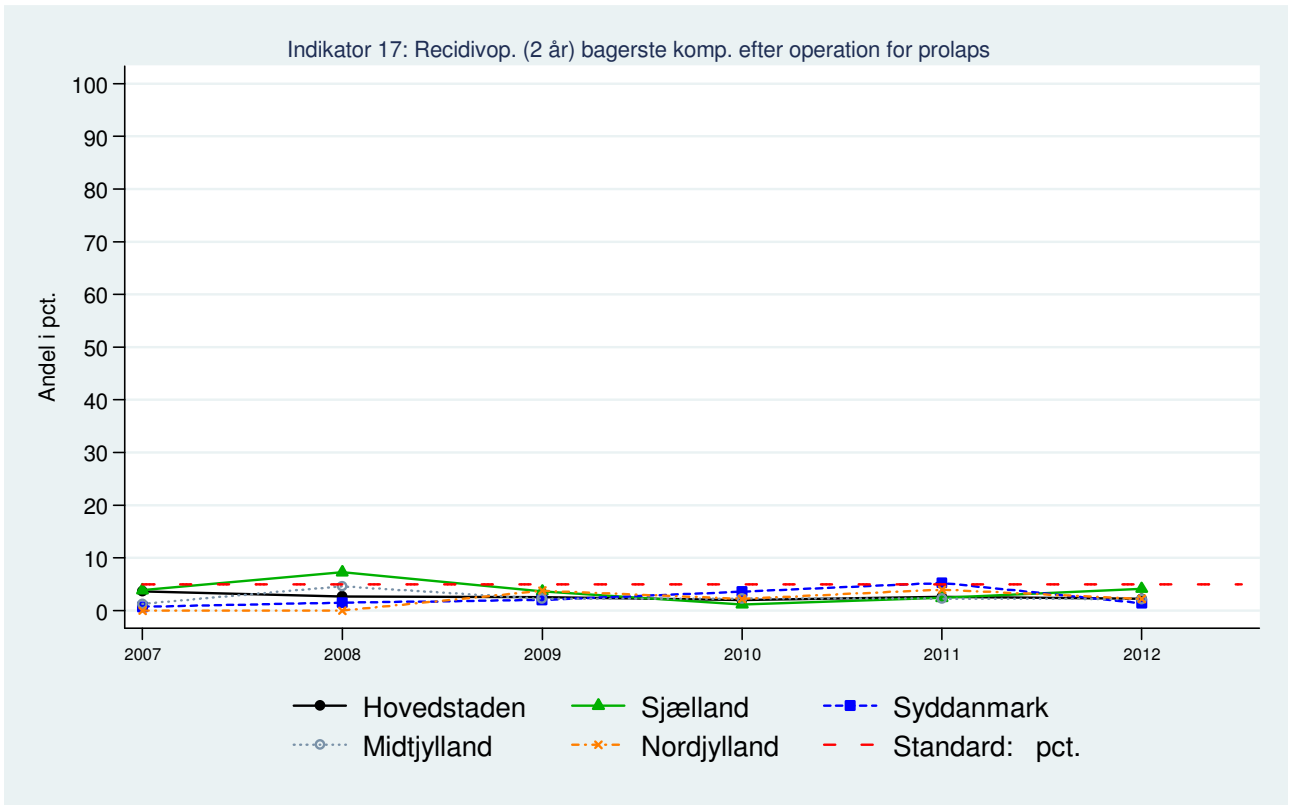




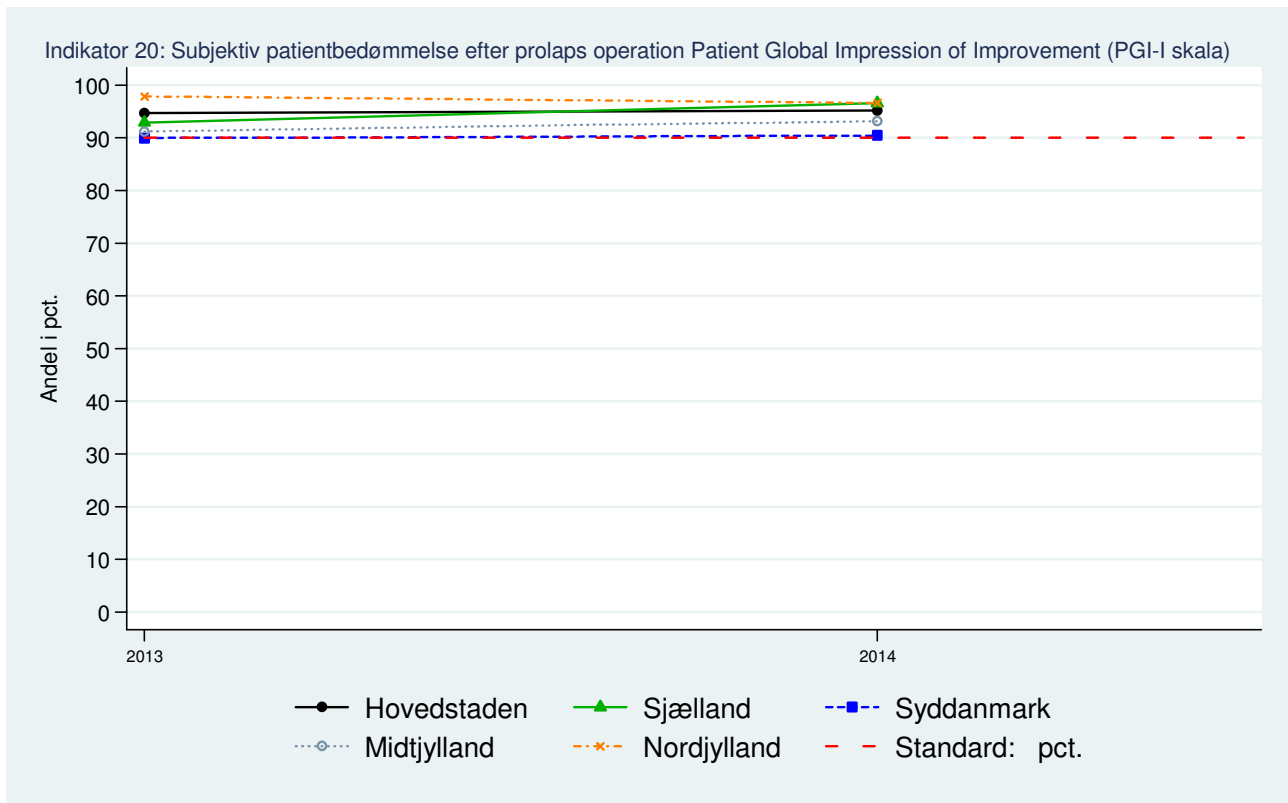
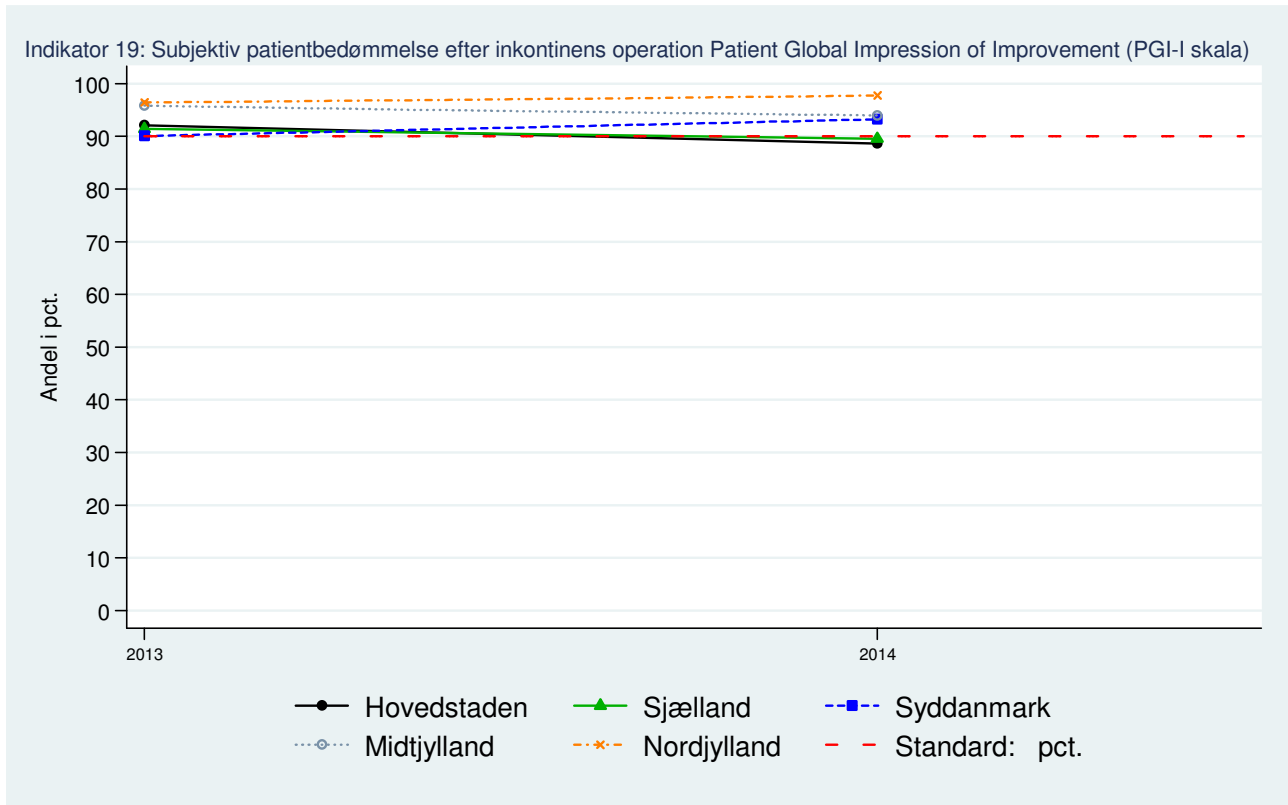




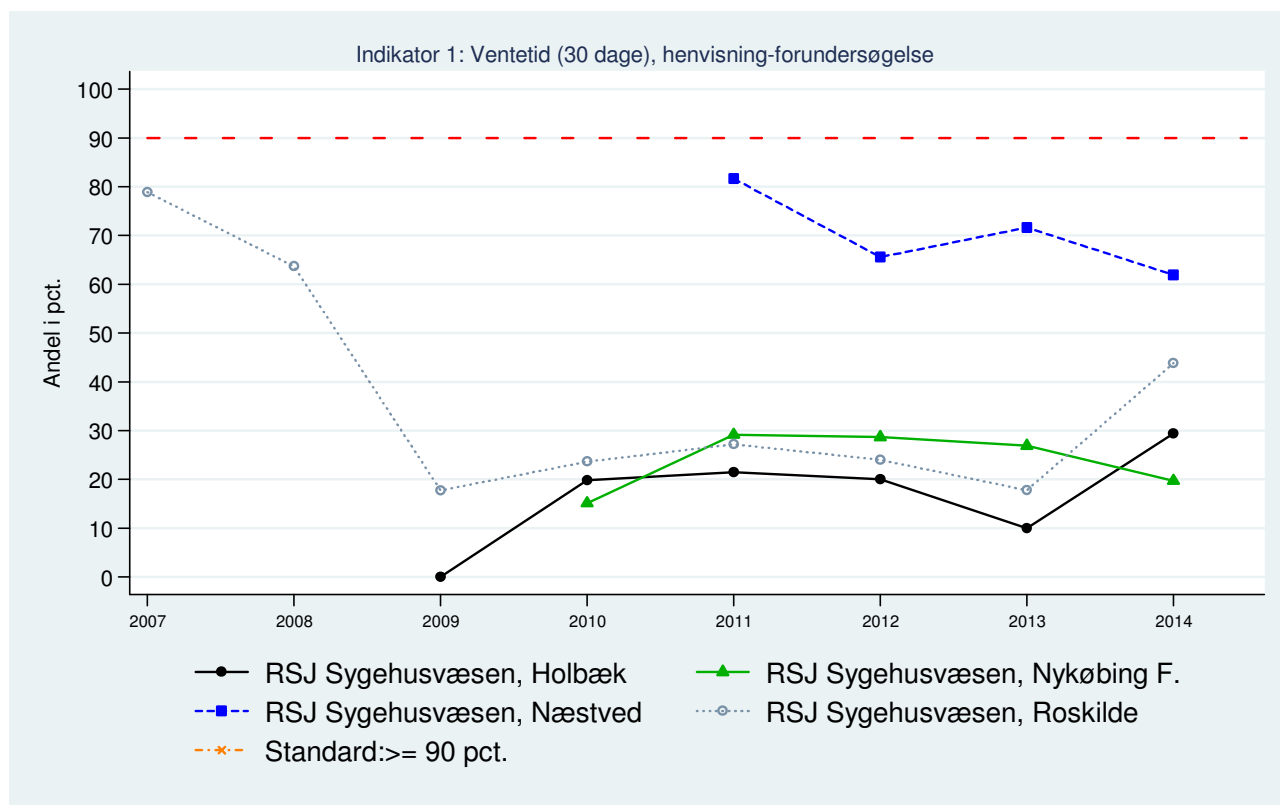
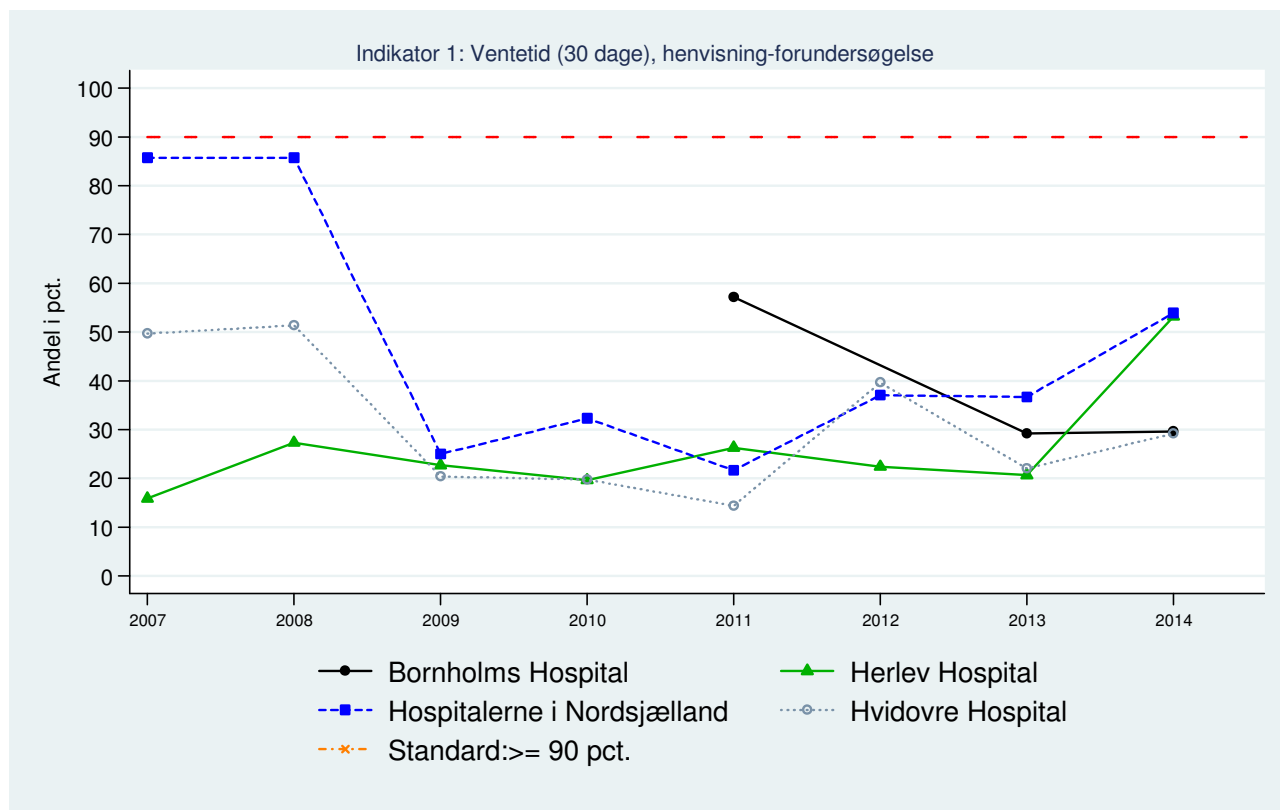


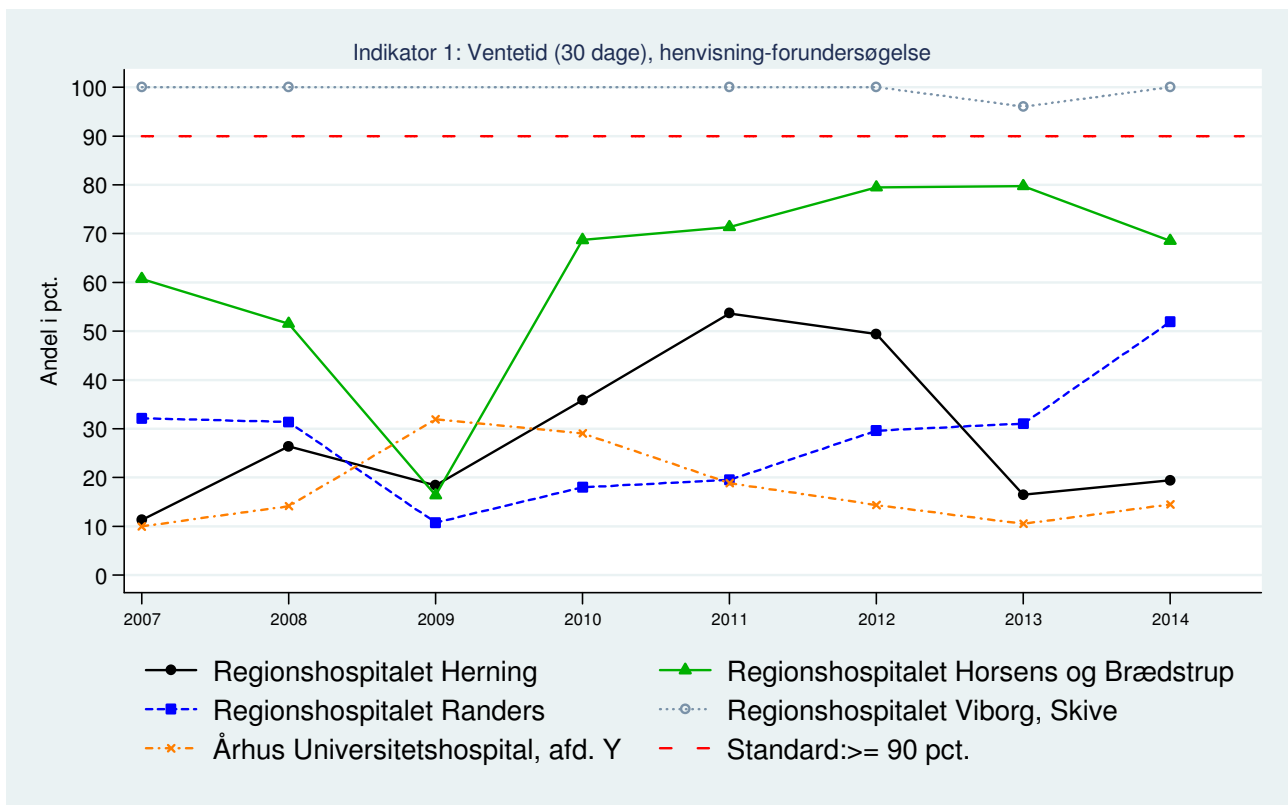
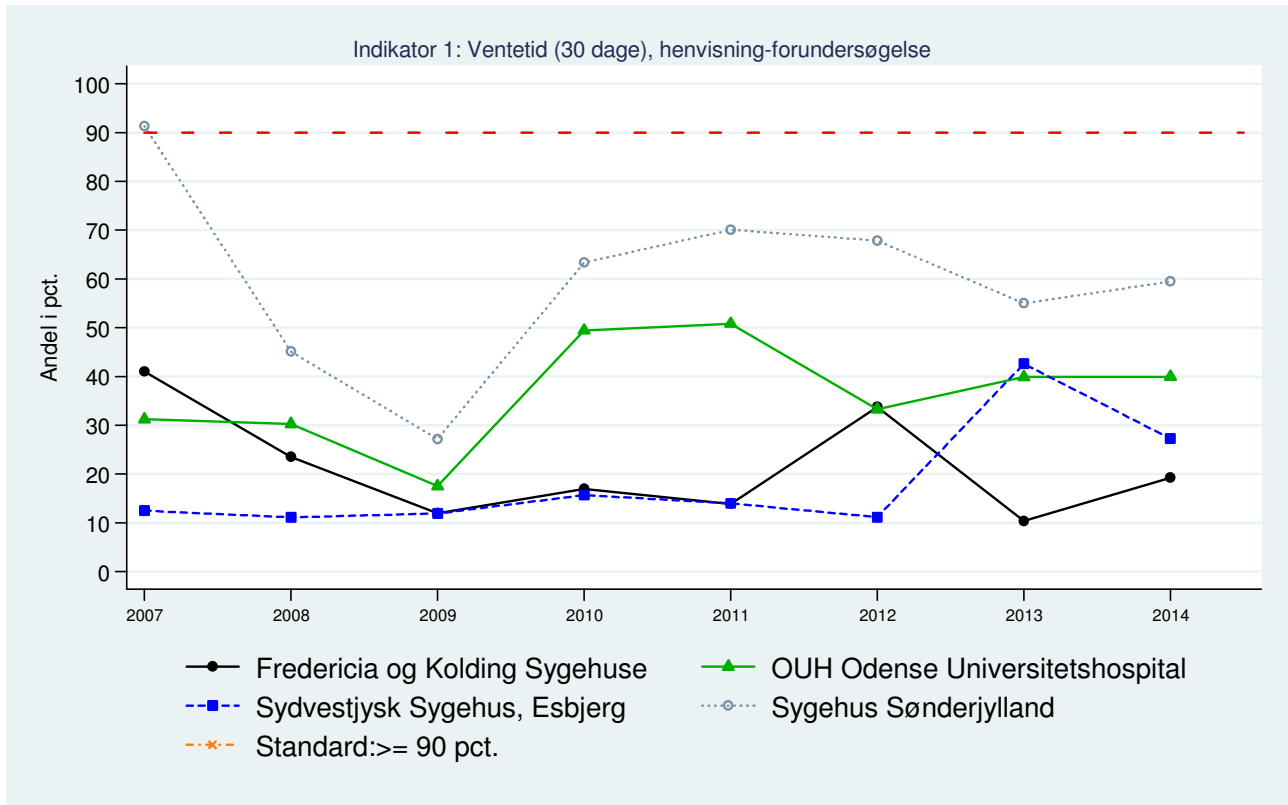


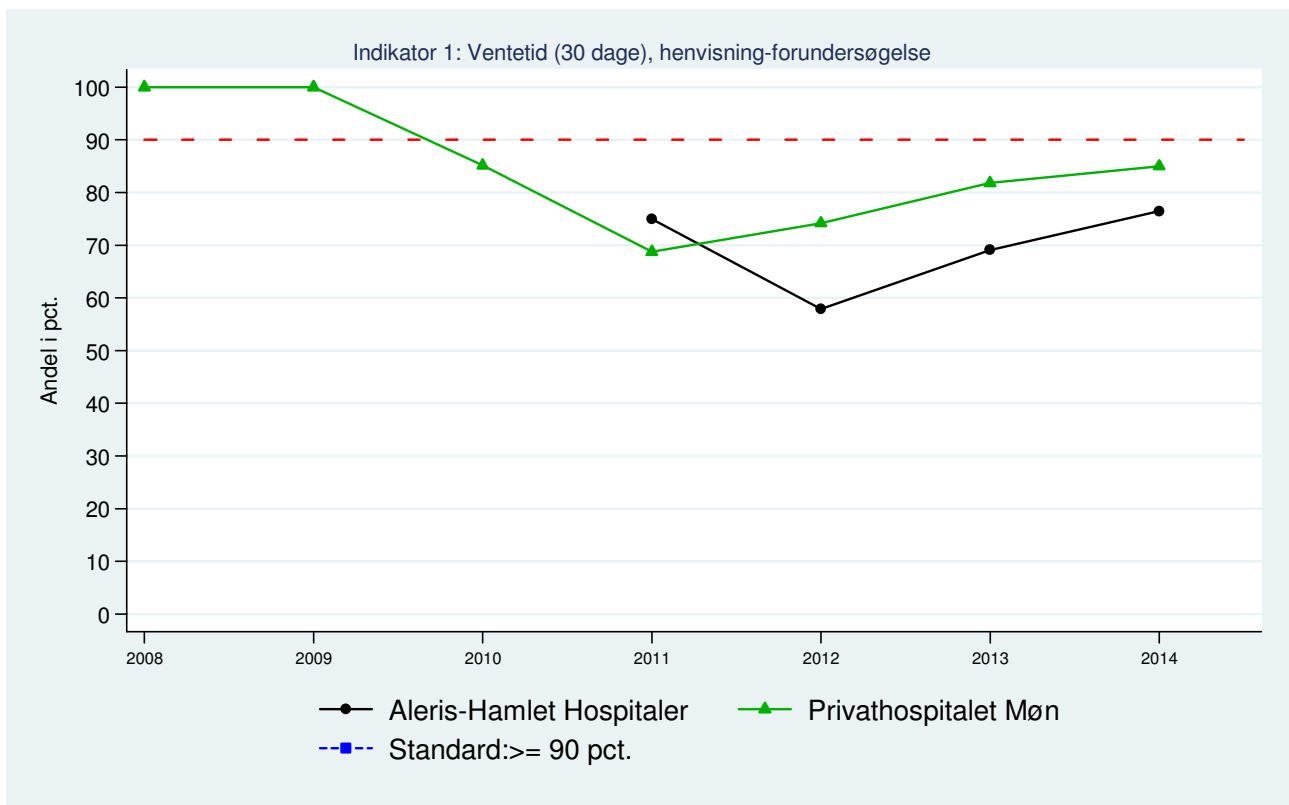
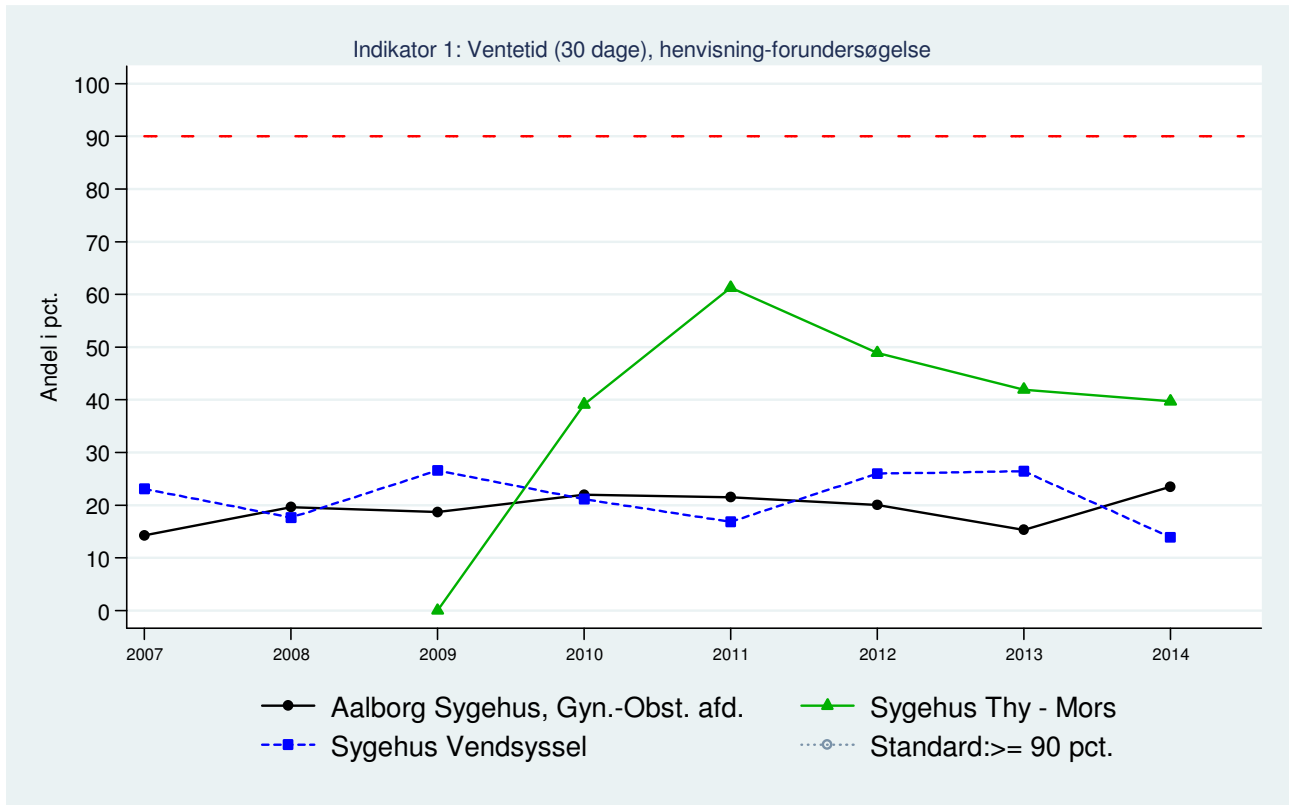
Appendiks 1

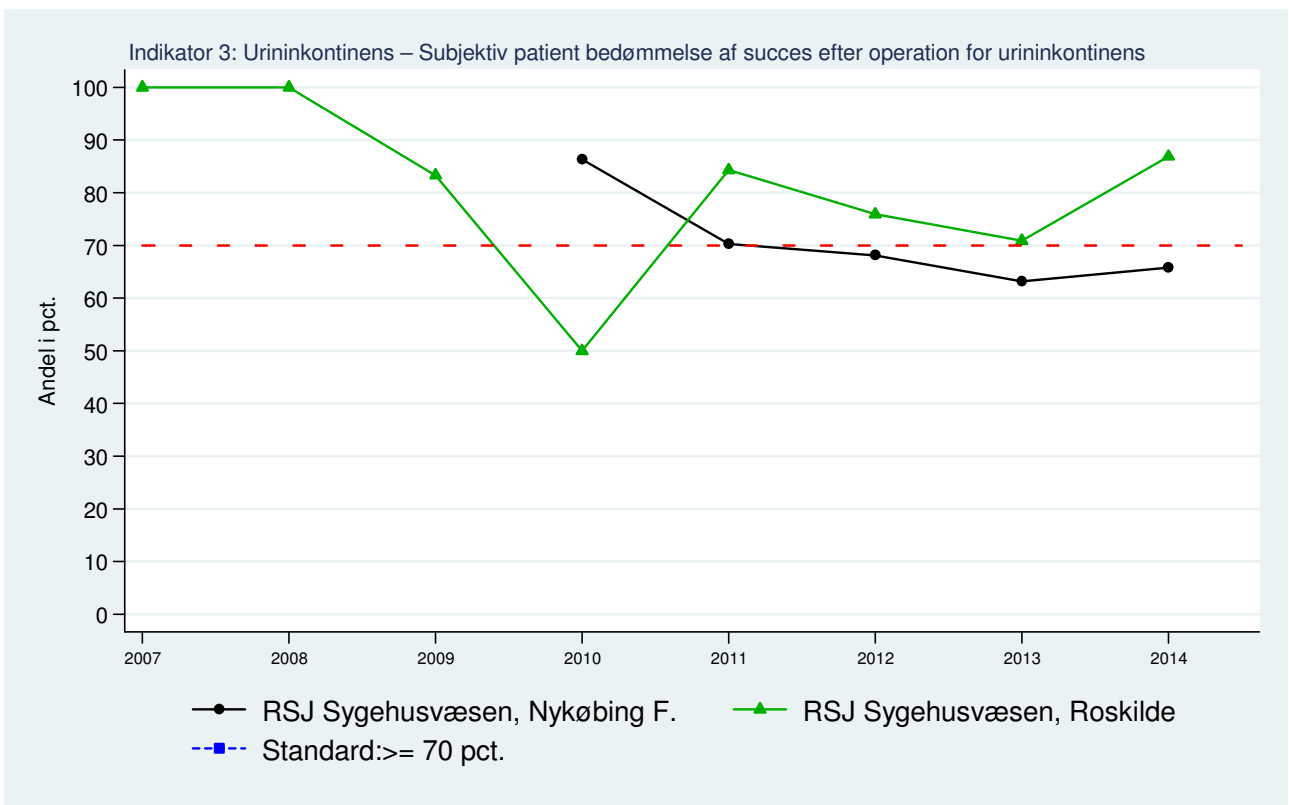
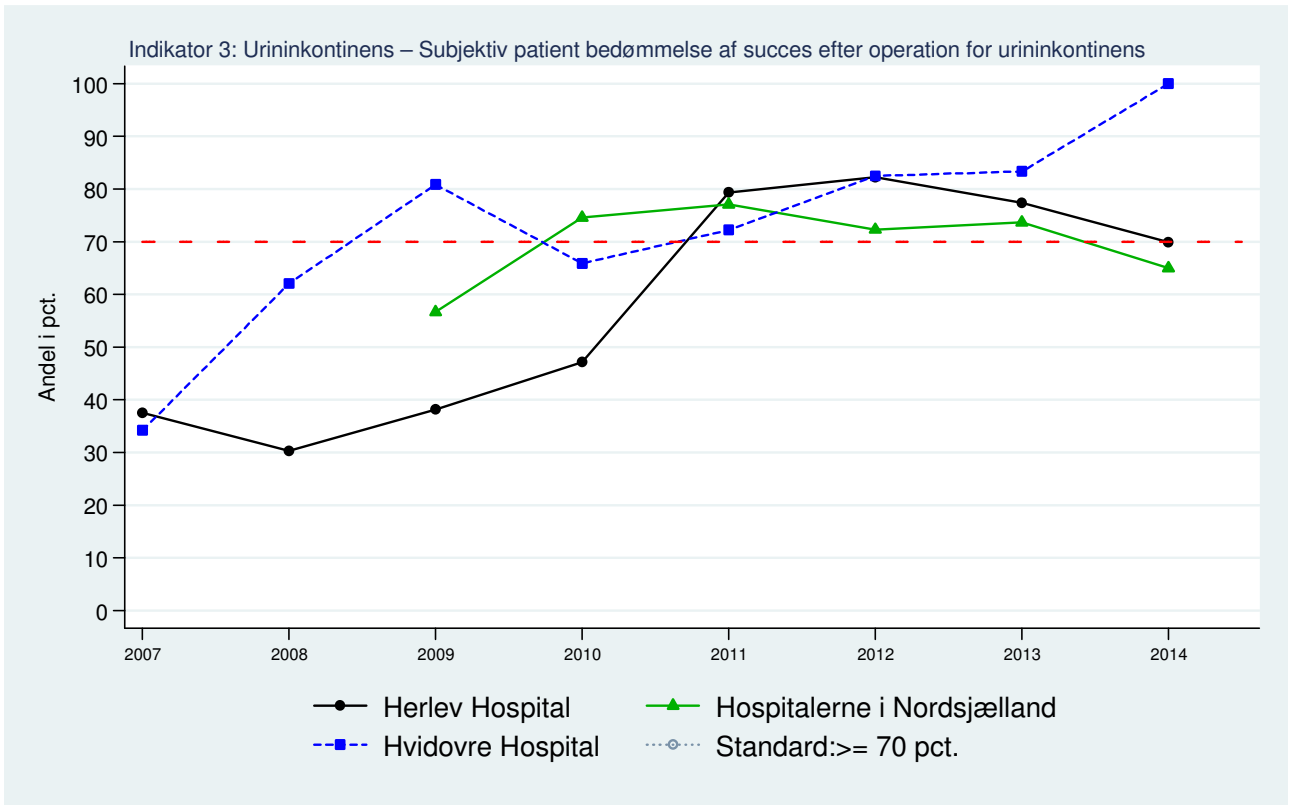


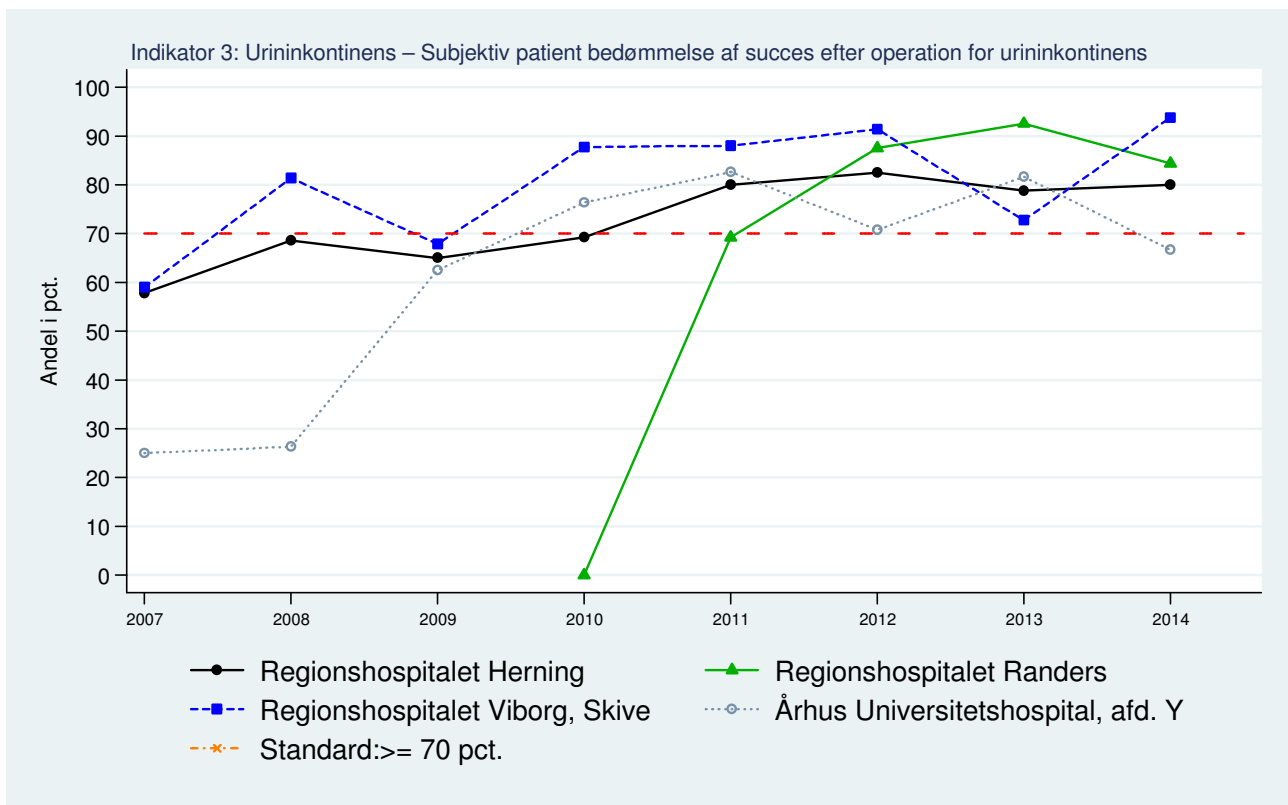
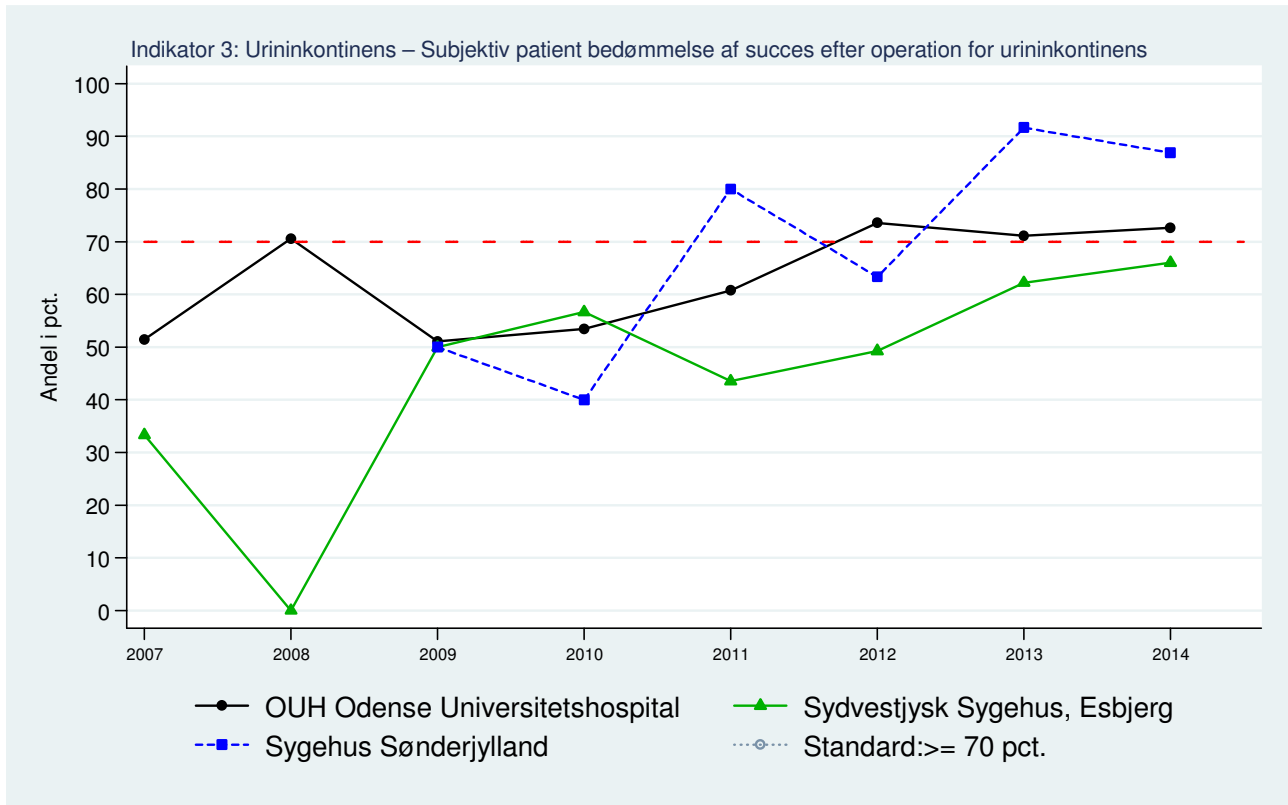
Trendfigurer pr. indikator og afdeling

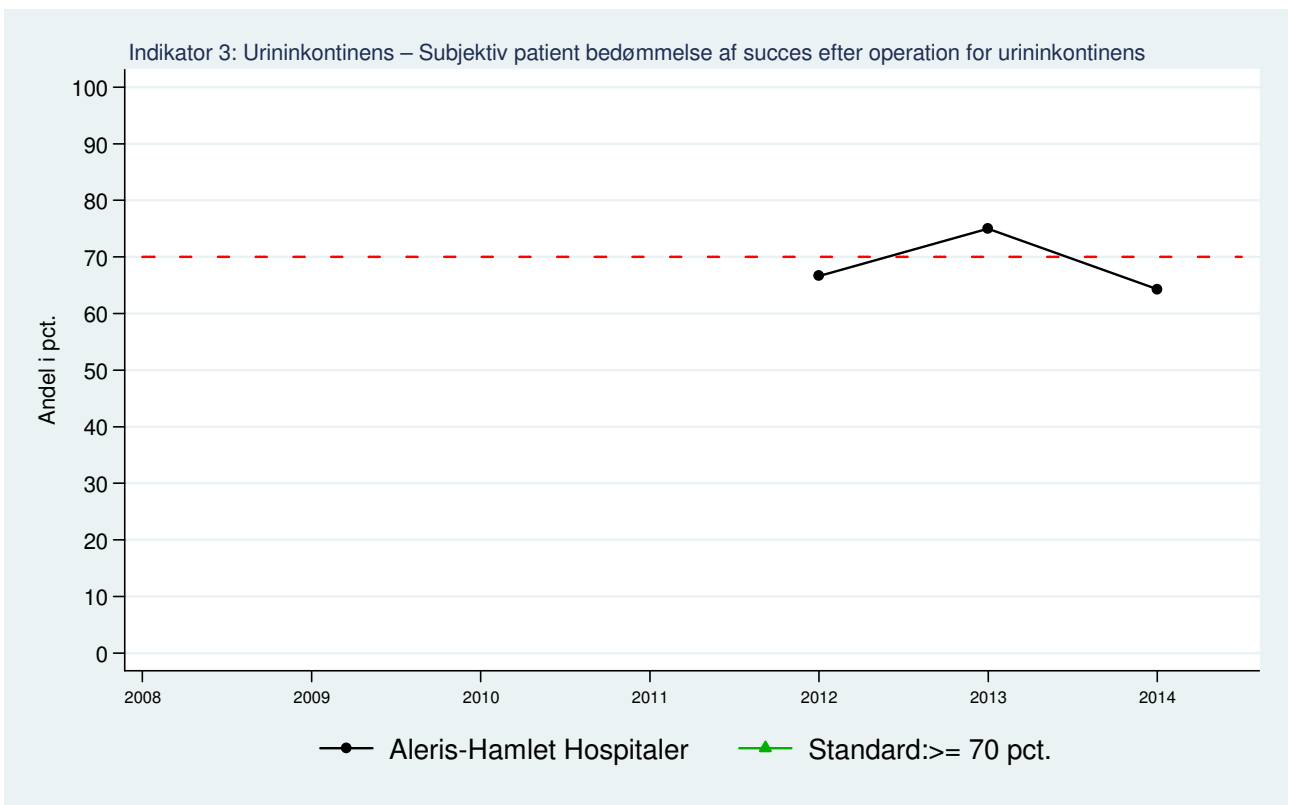
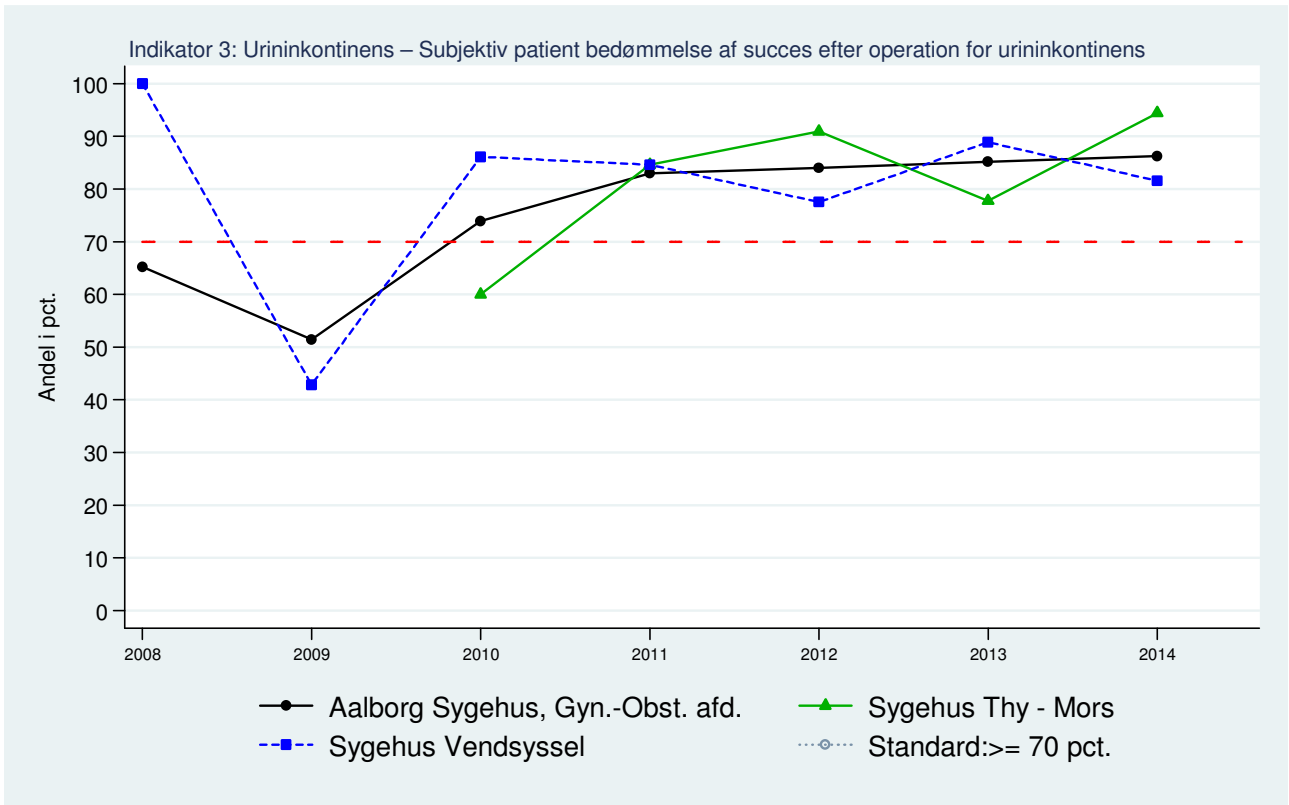


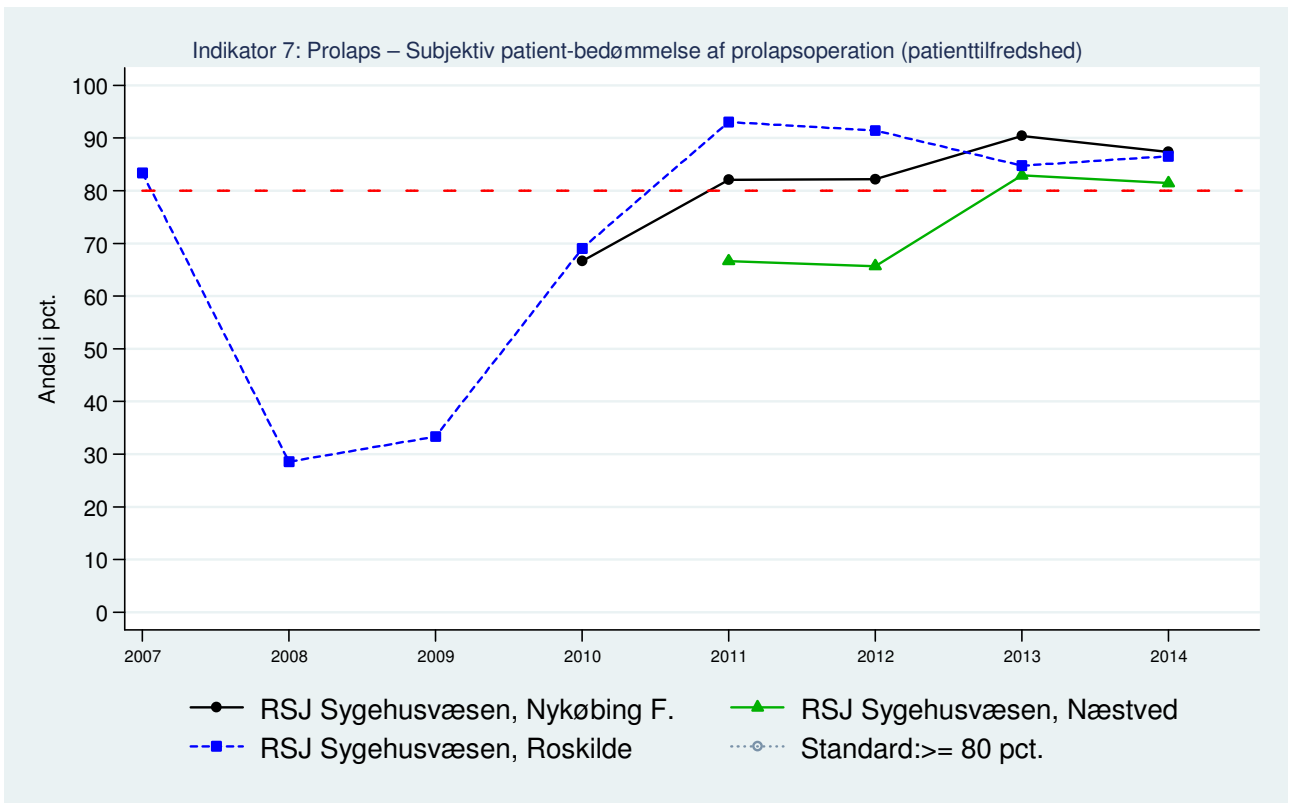
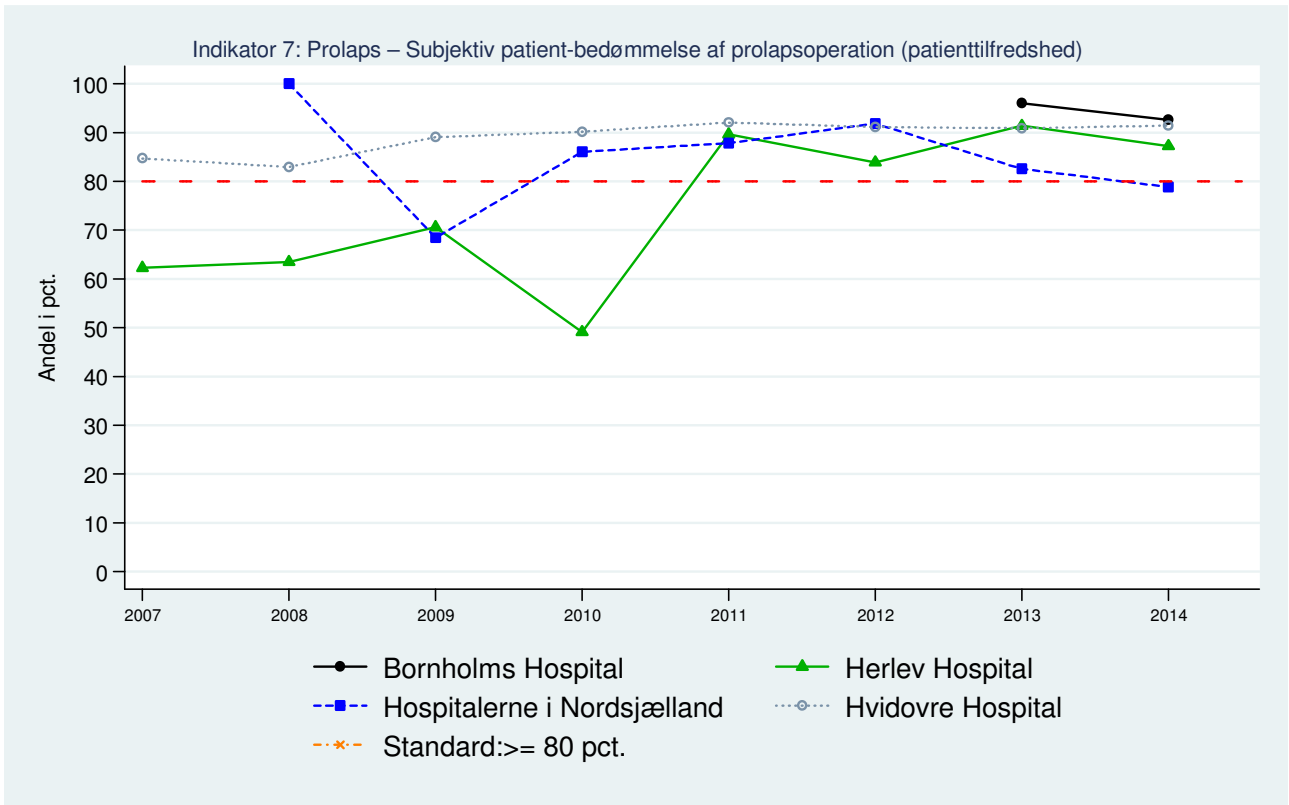


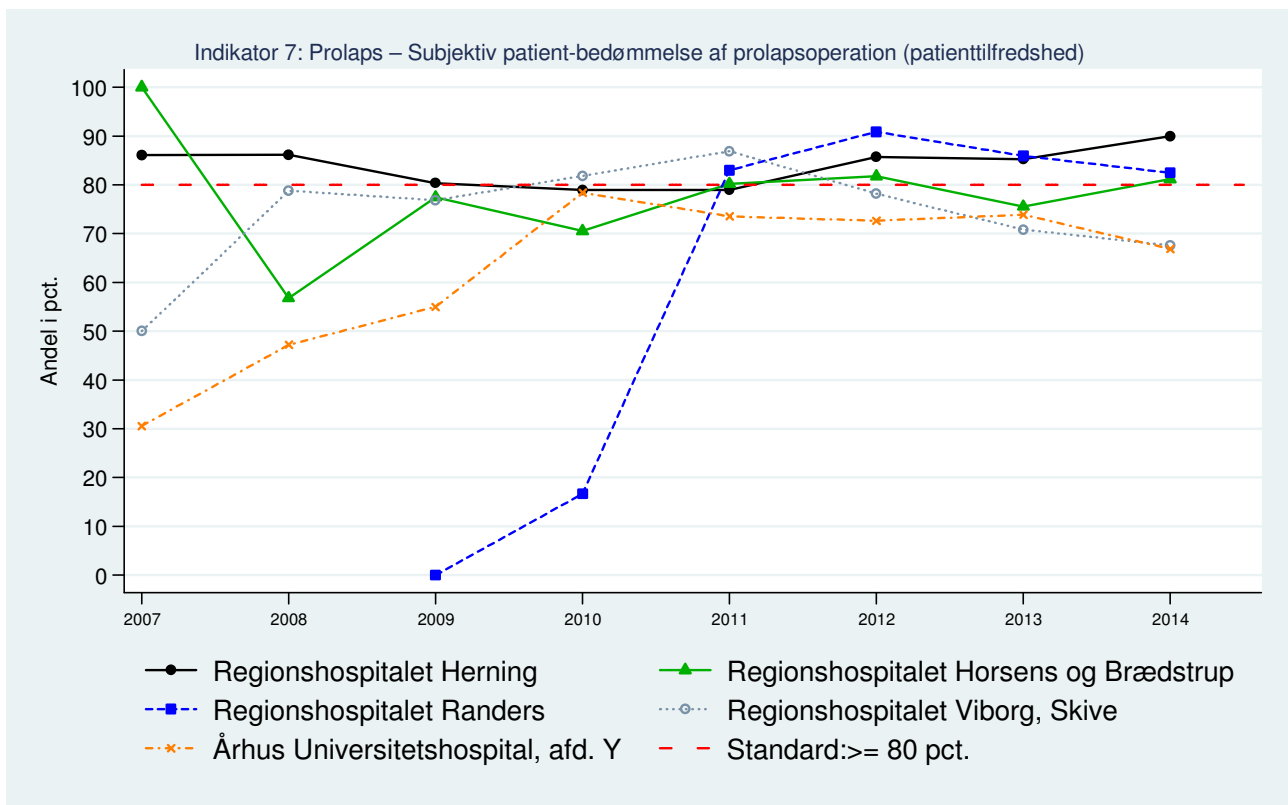
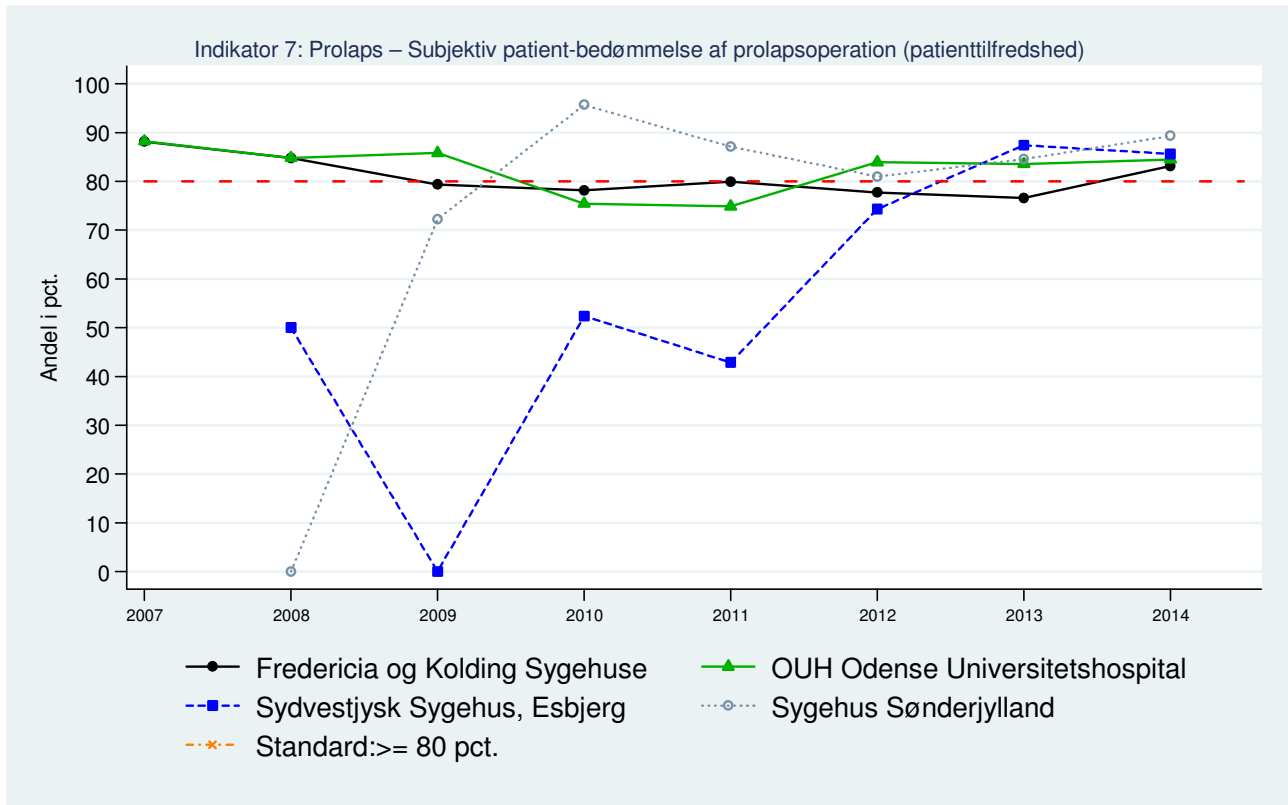


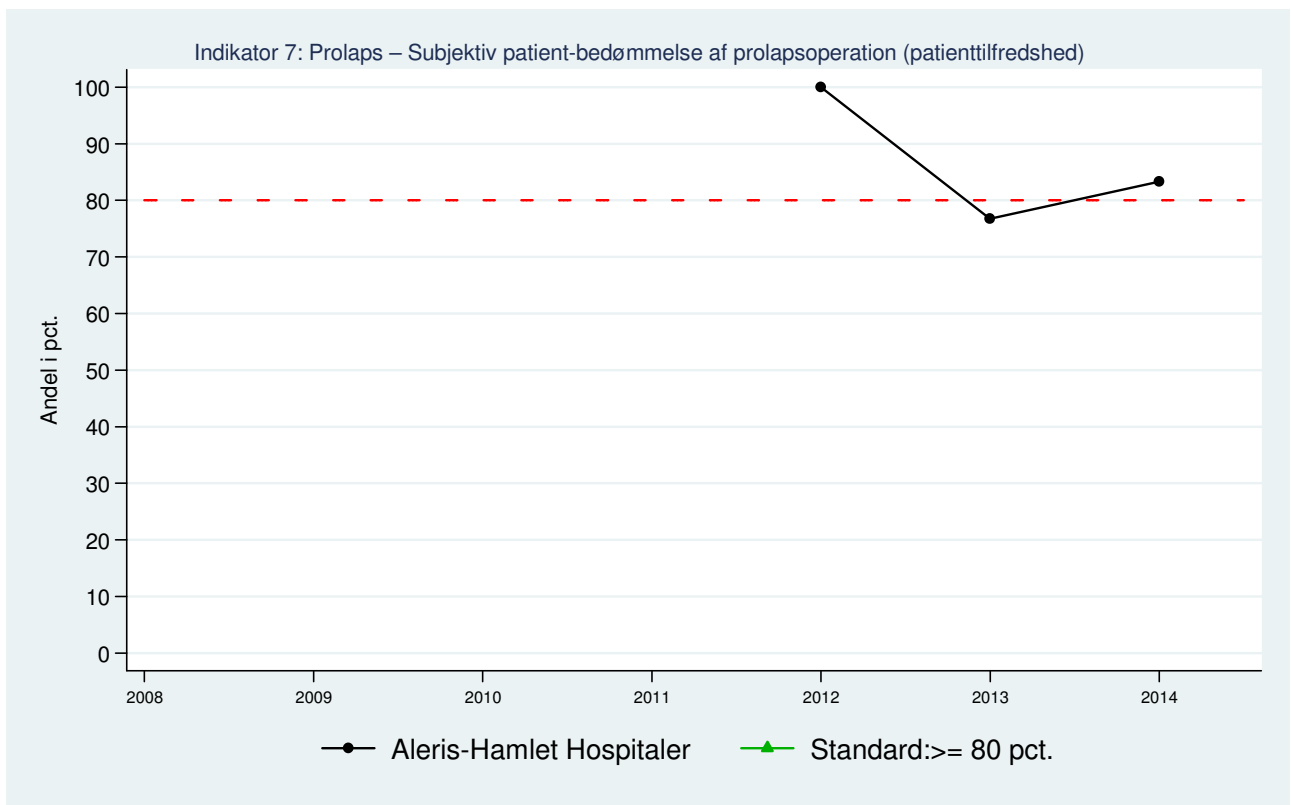
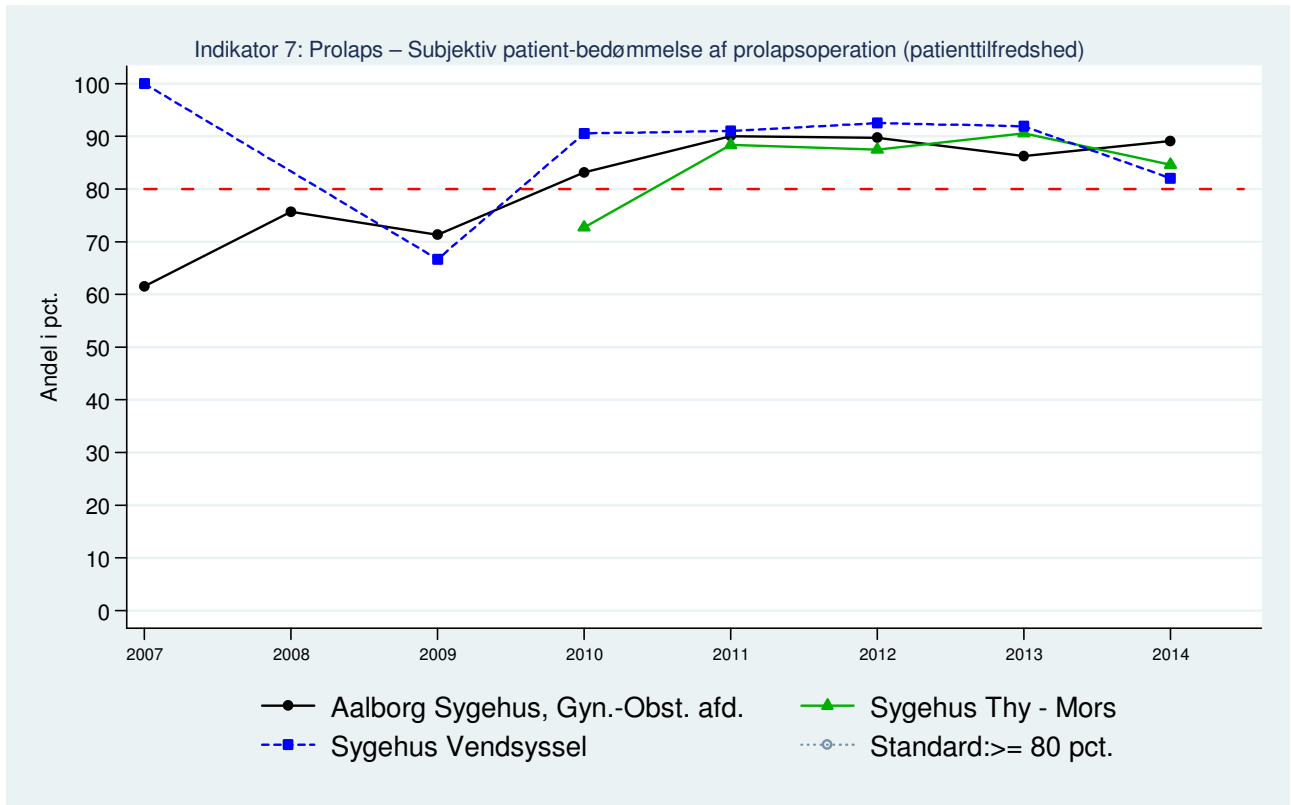


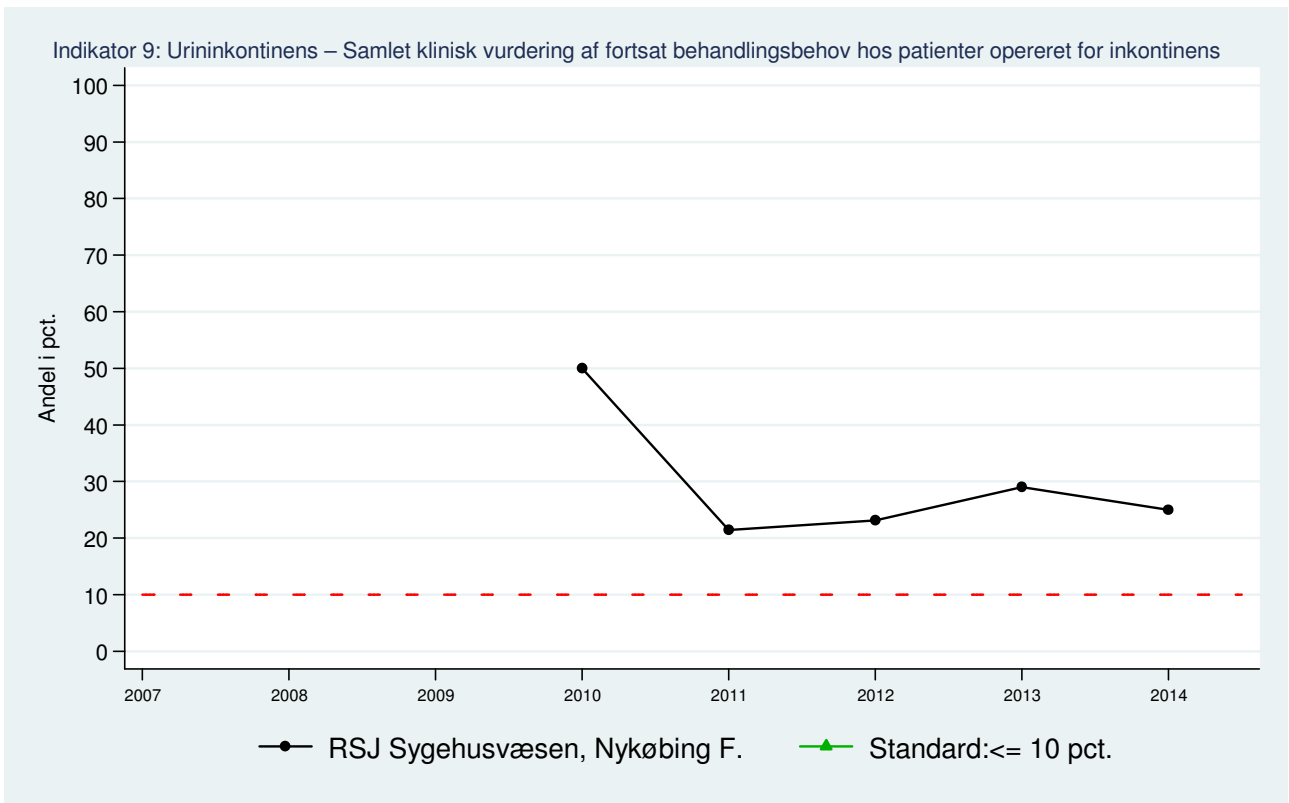
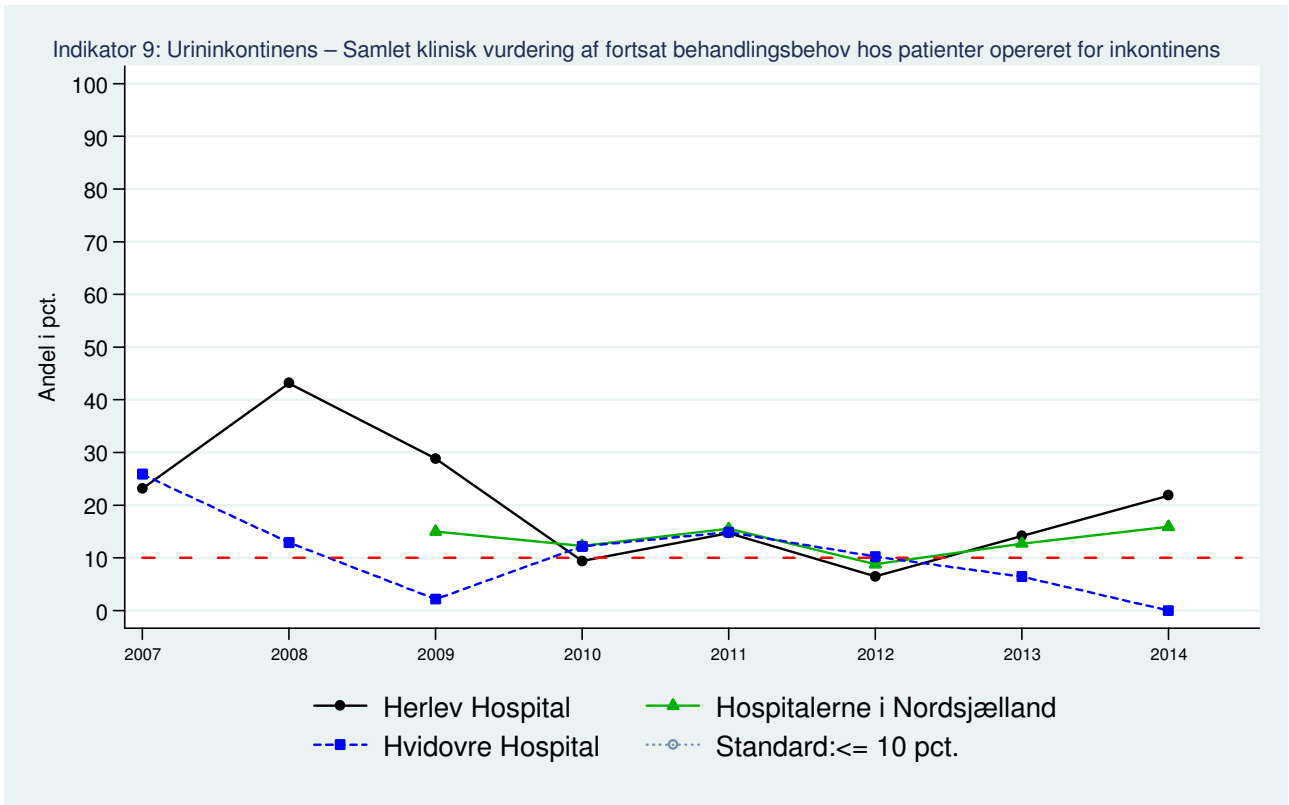


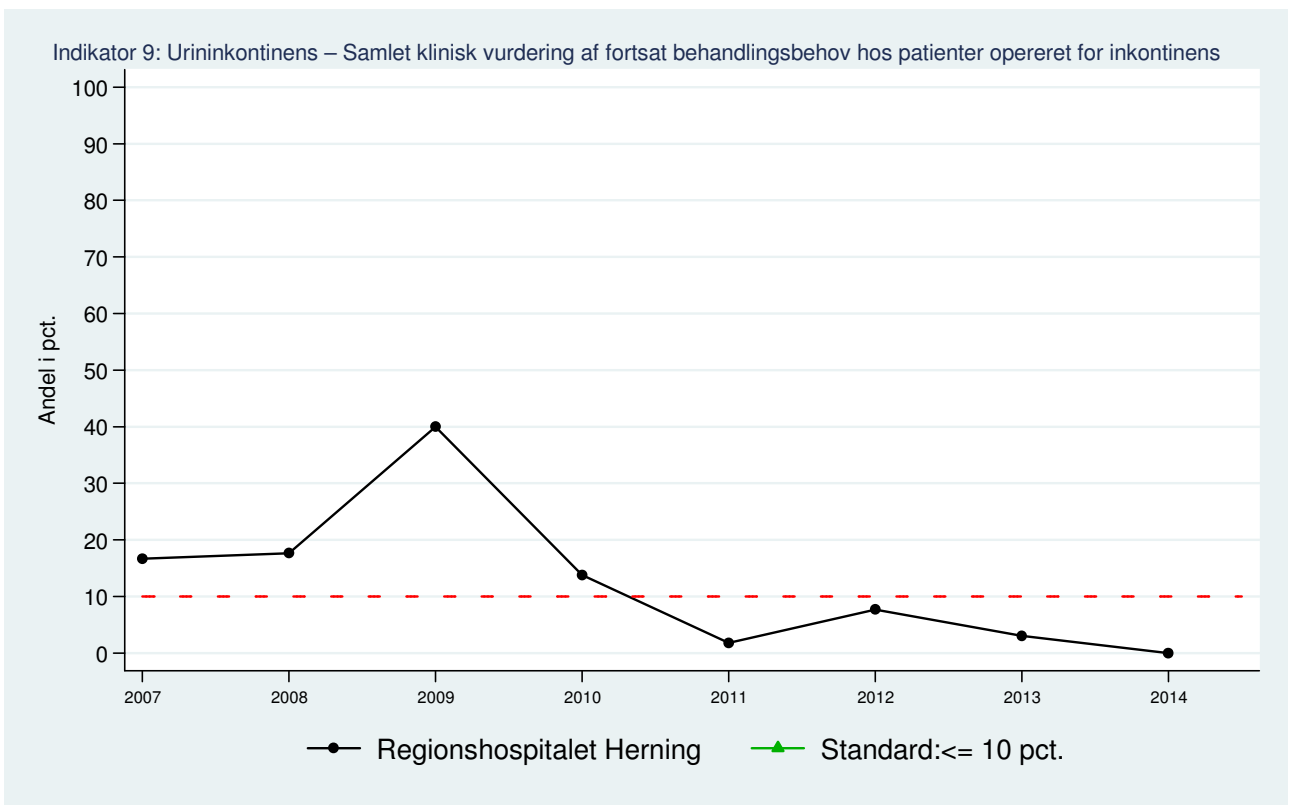
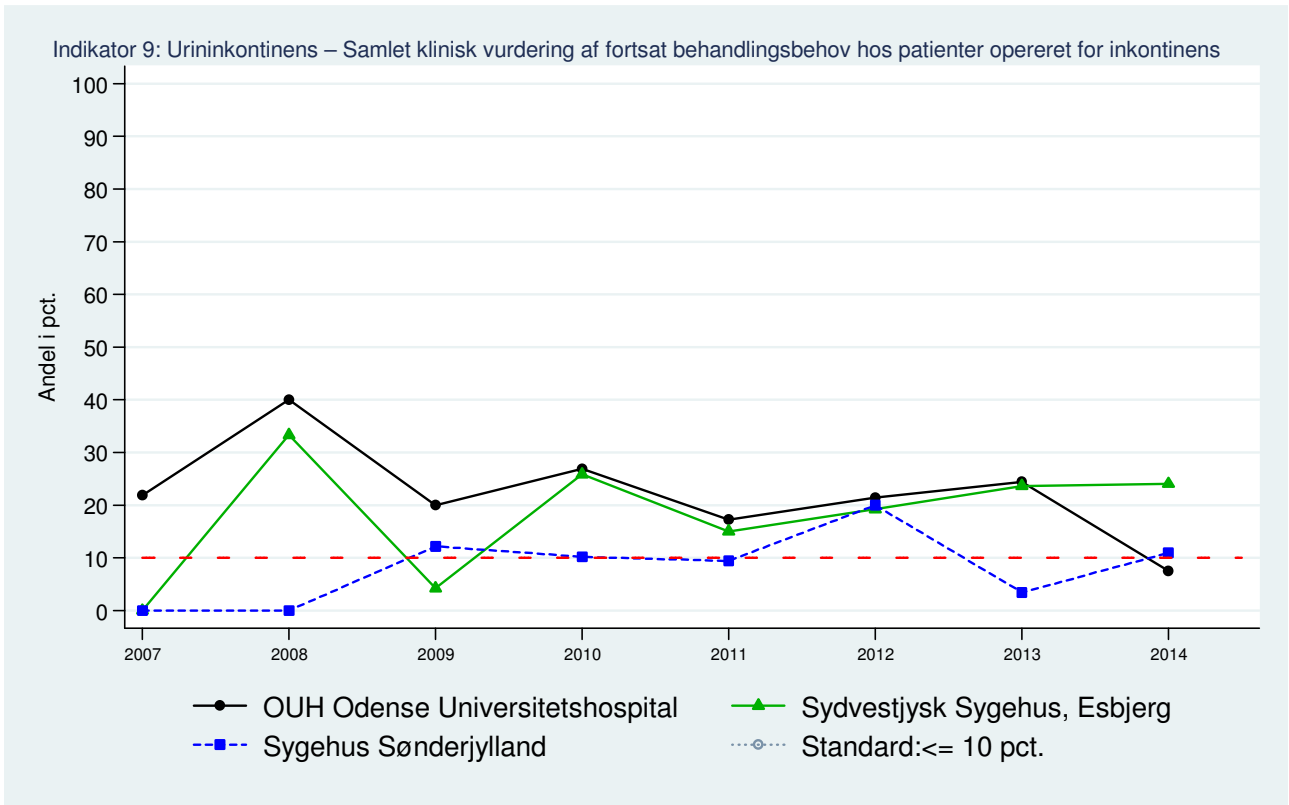


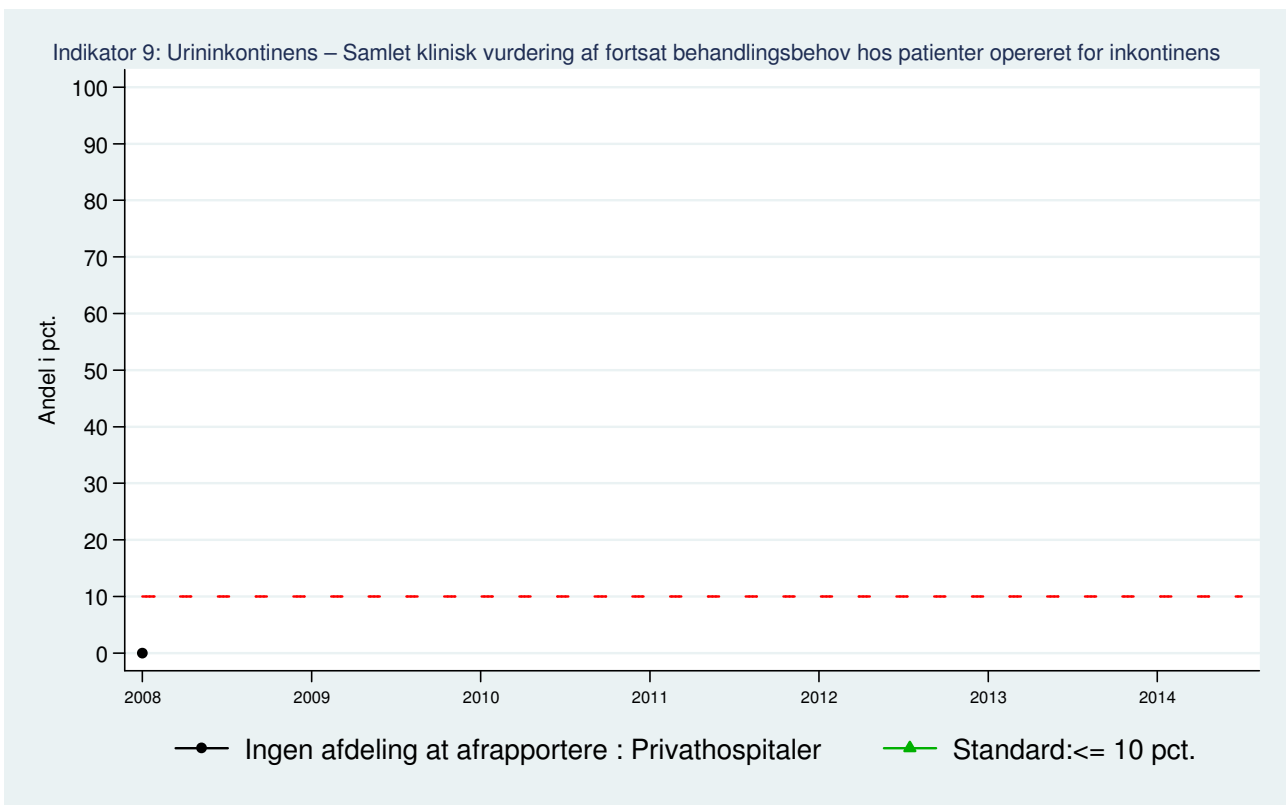
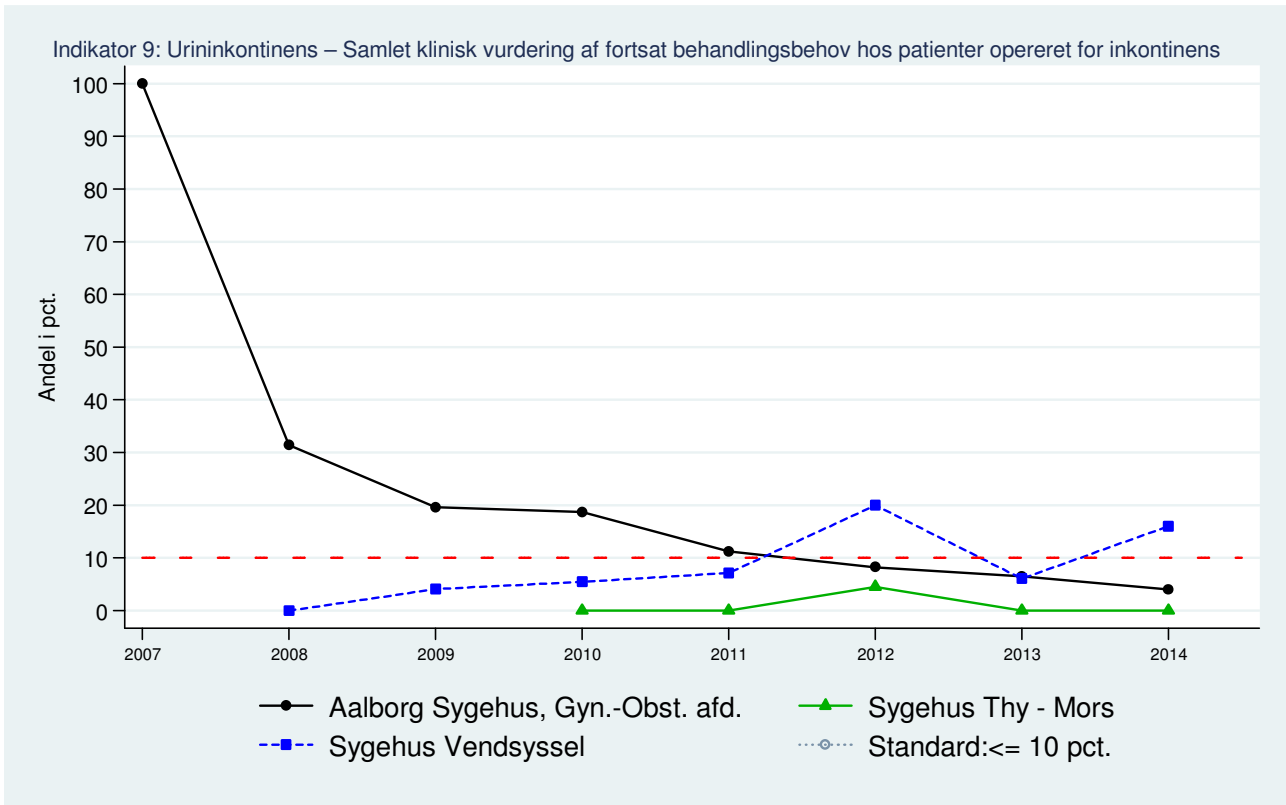


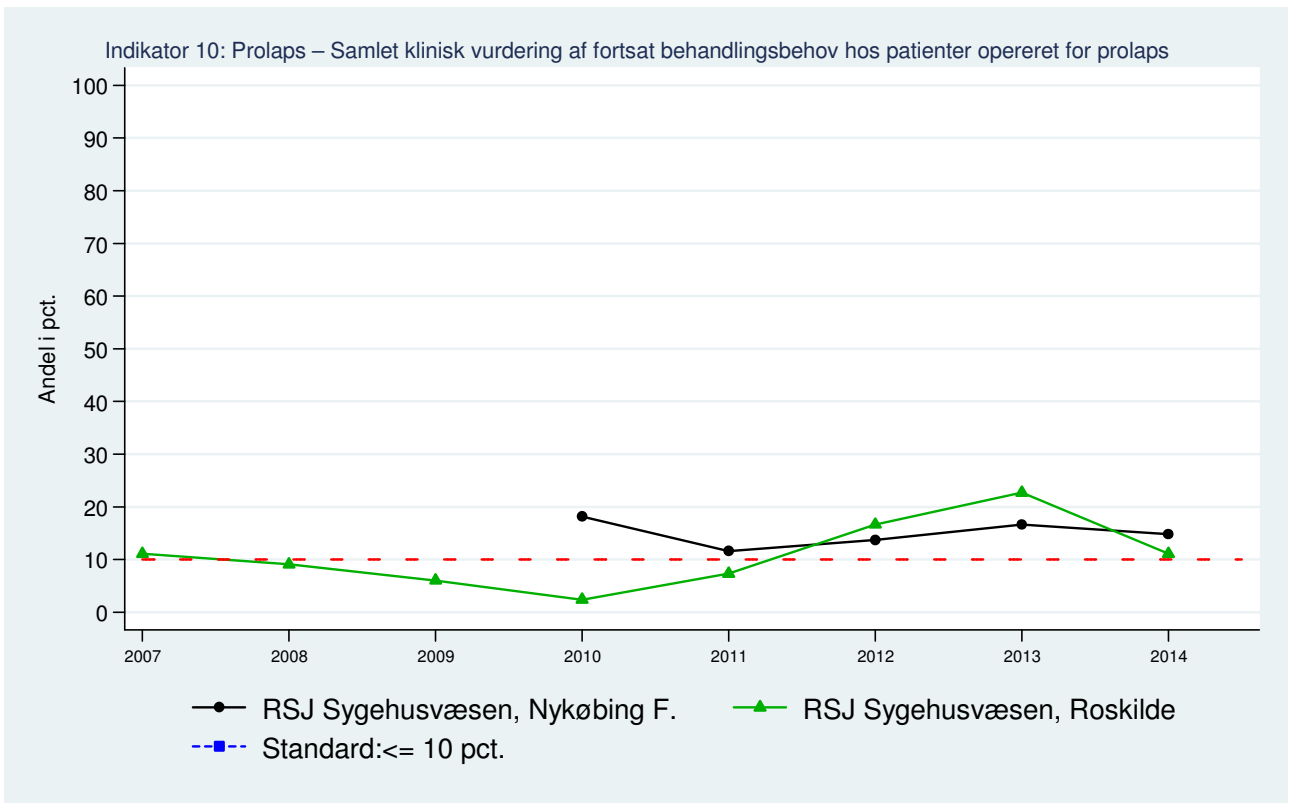
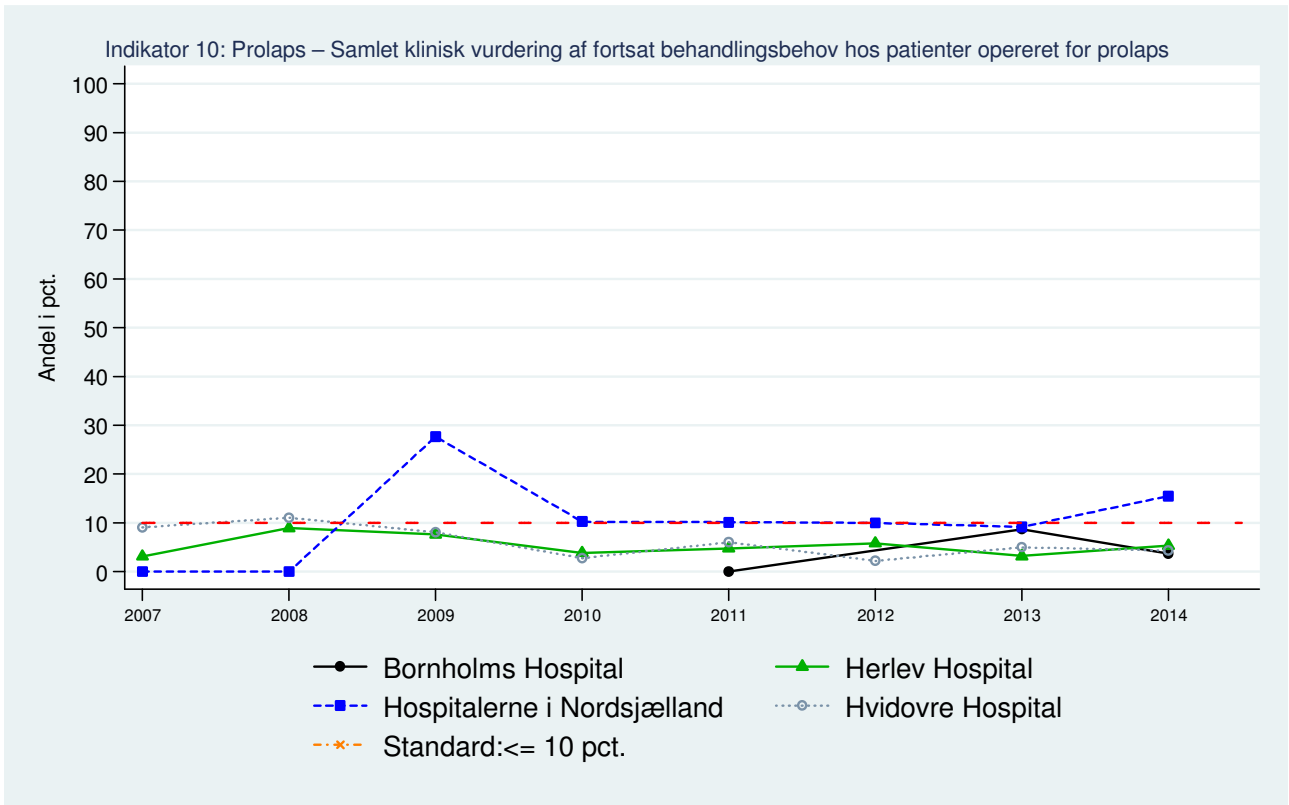


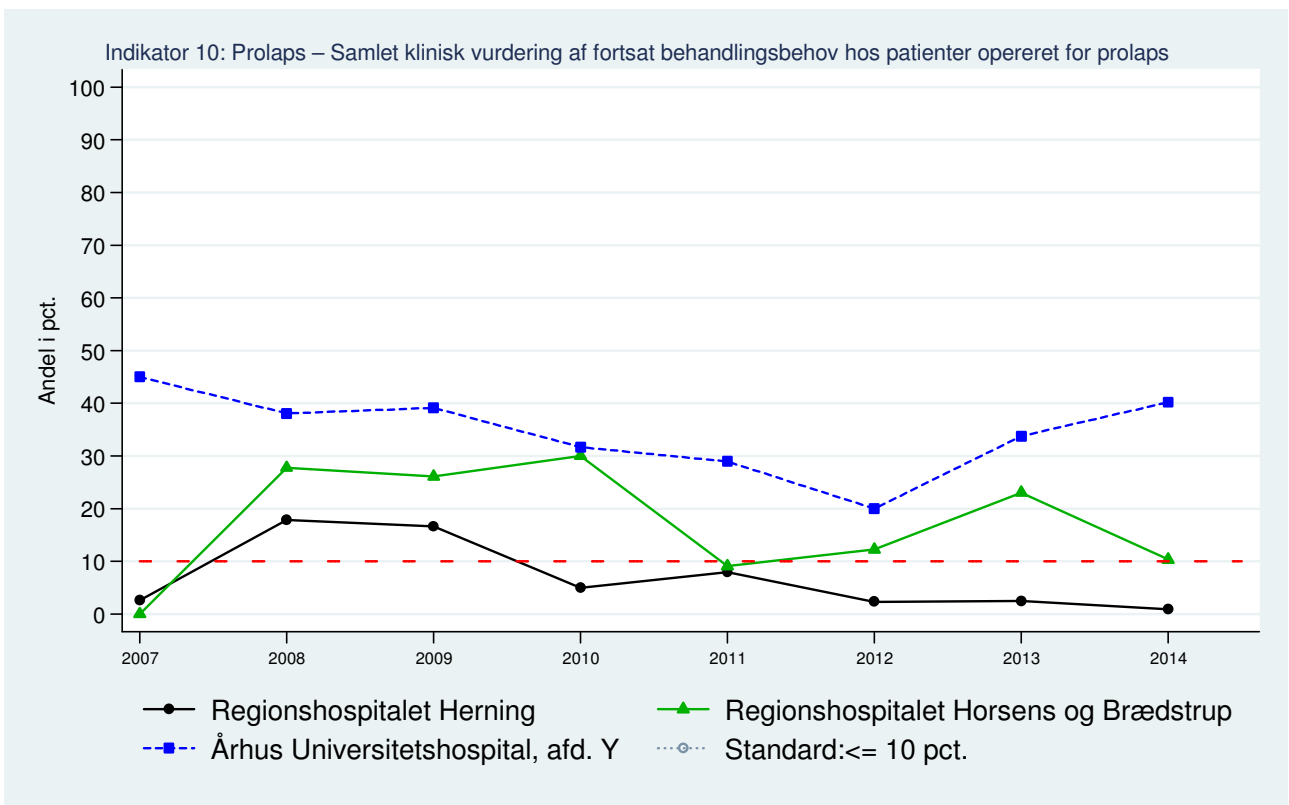
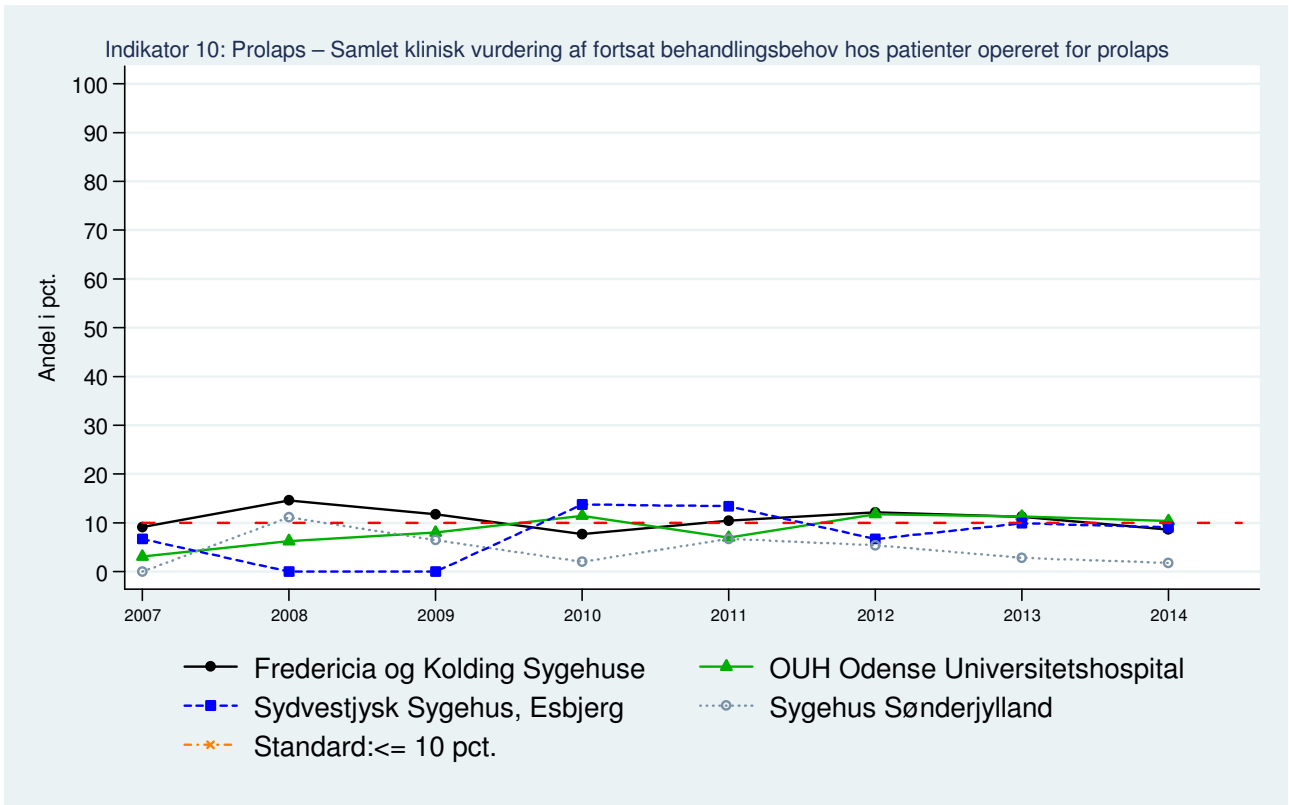


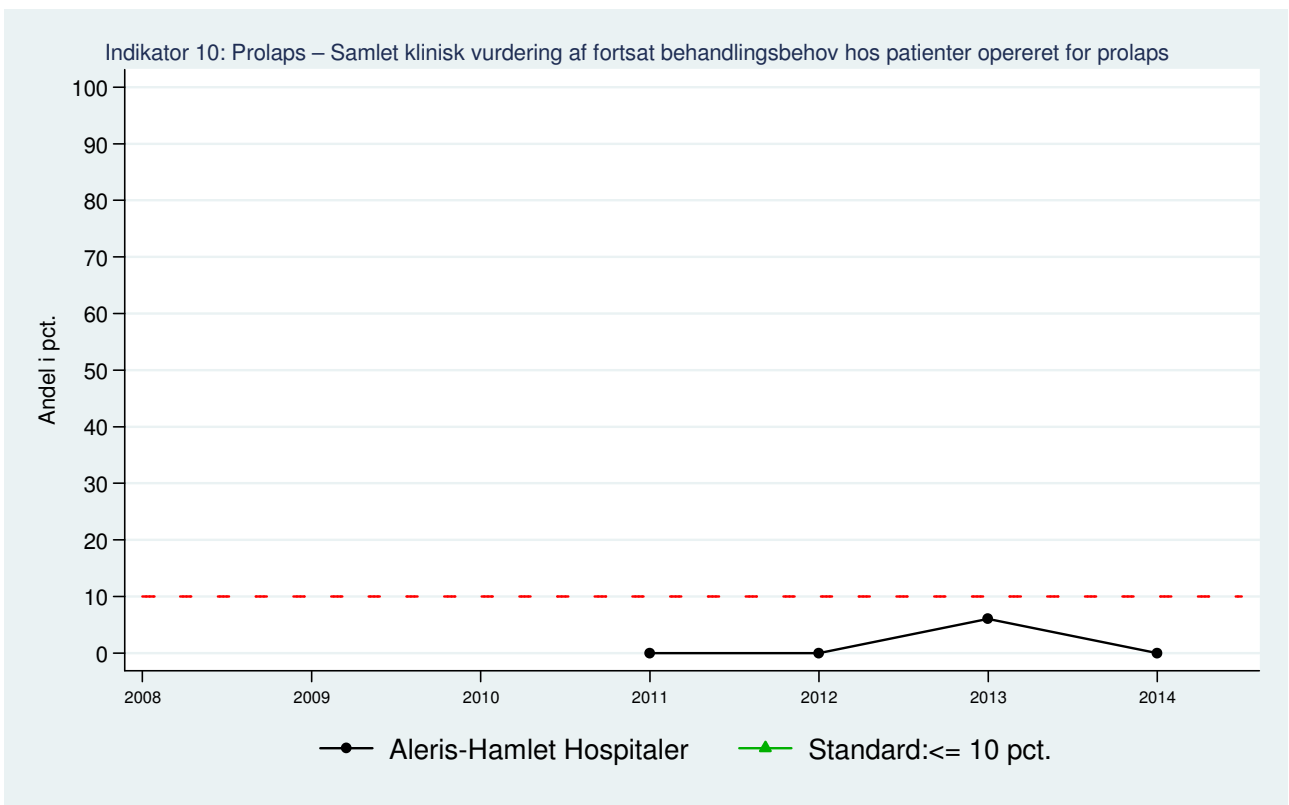
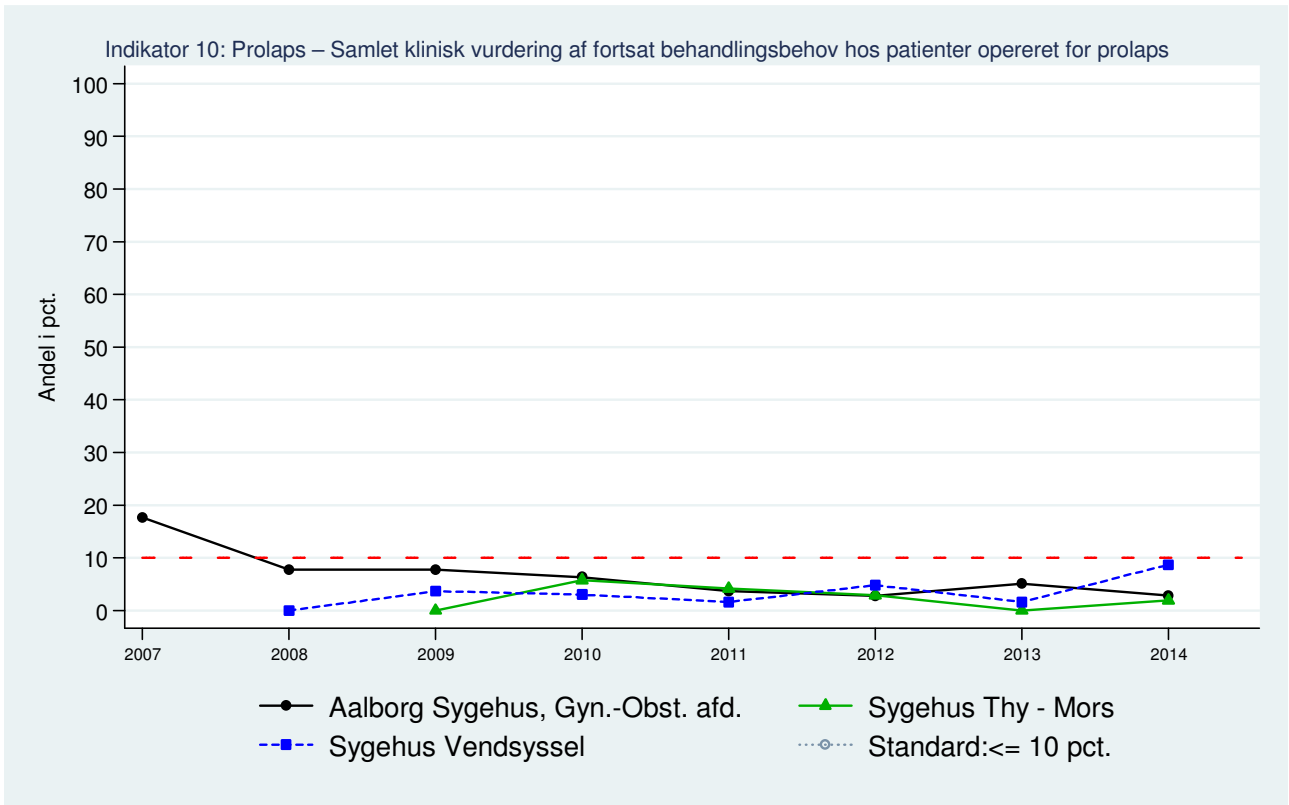


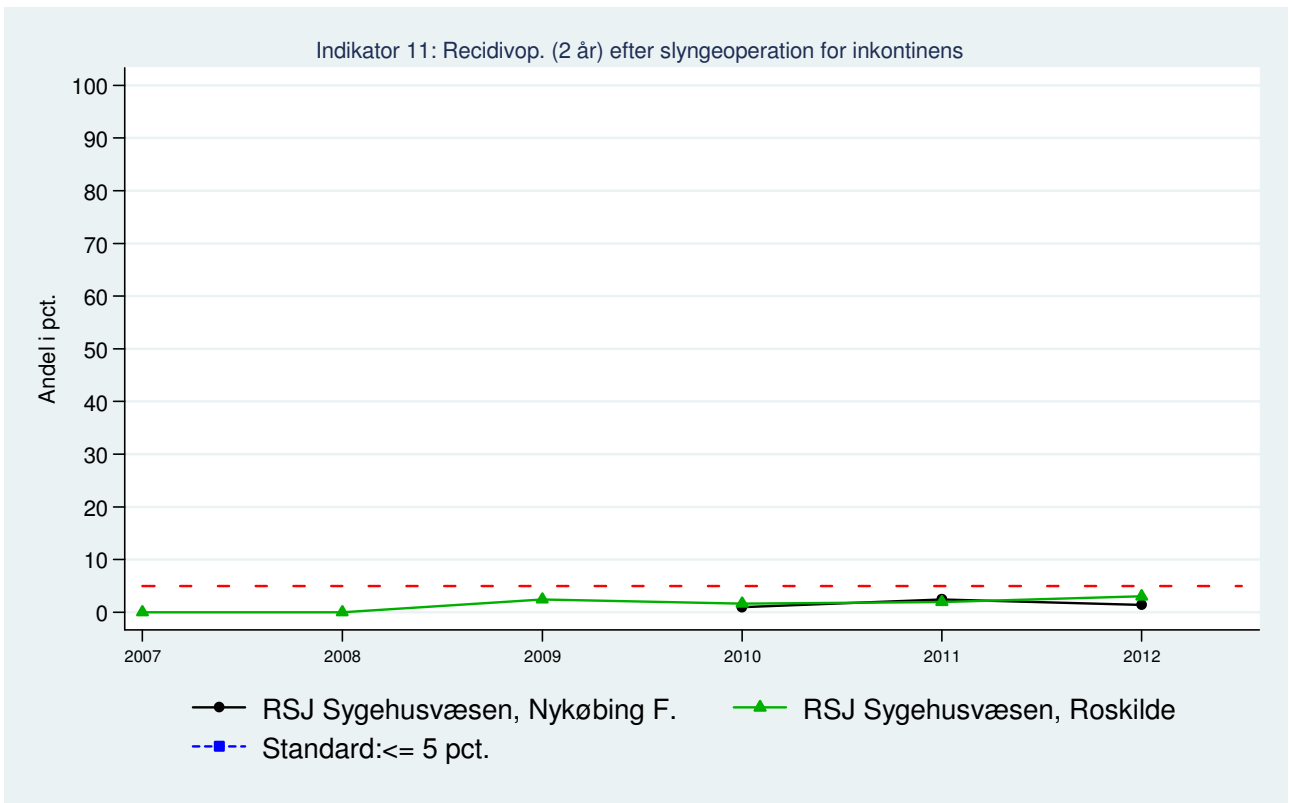
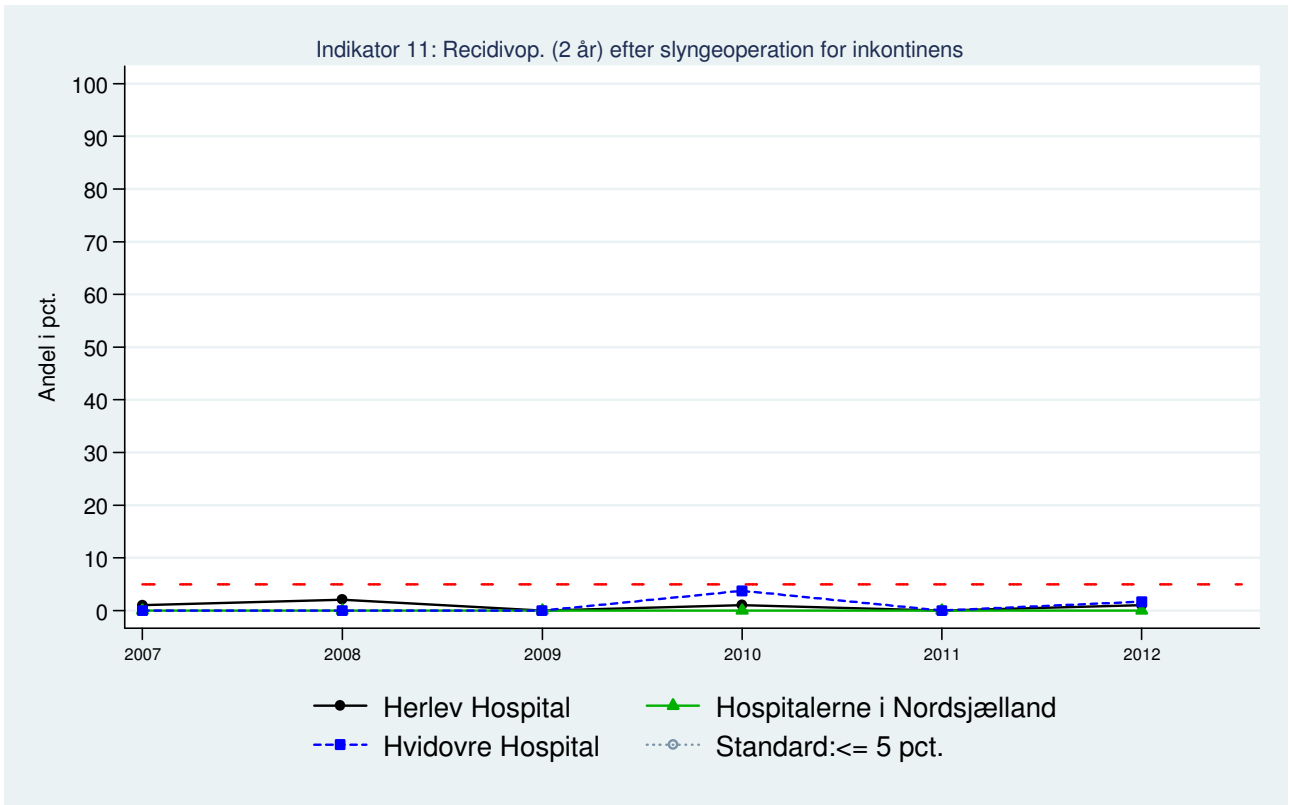


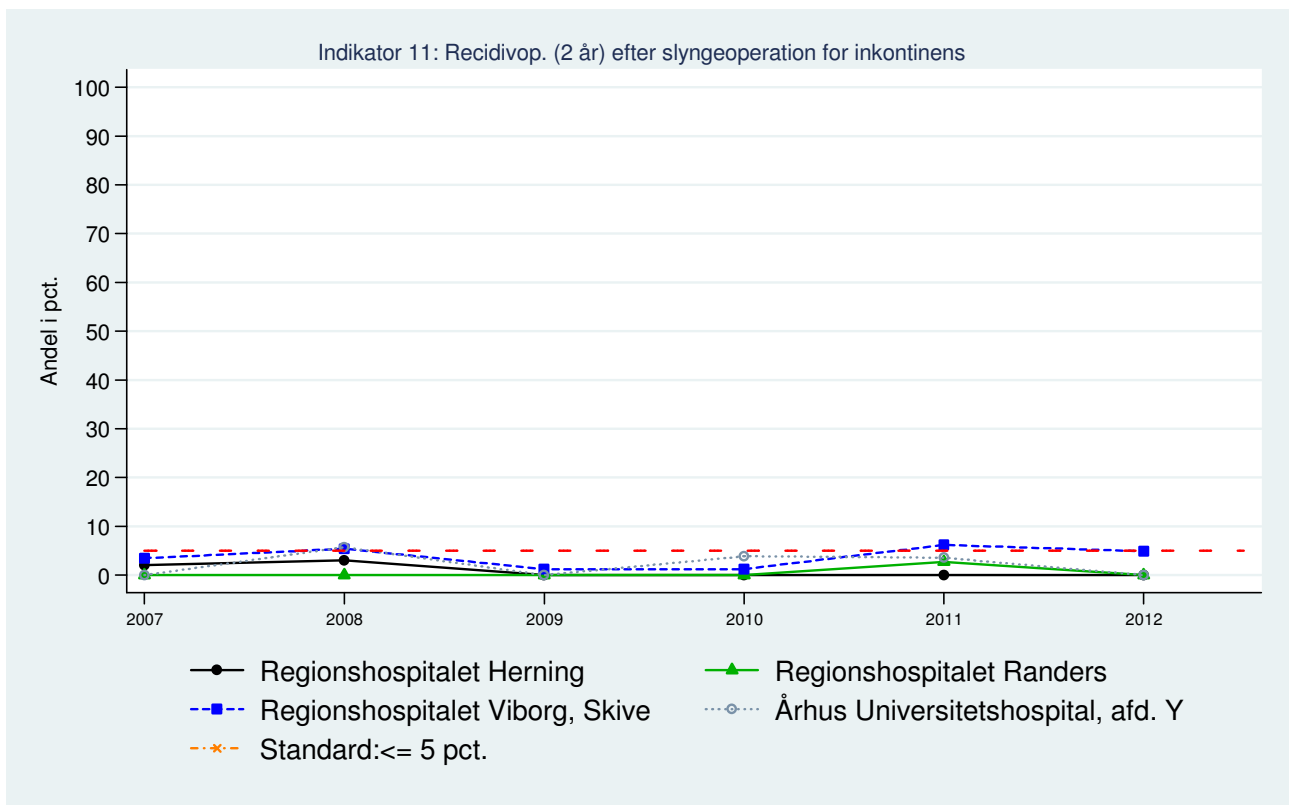
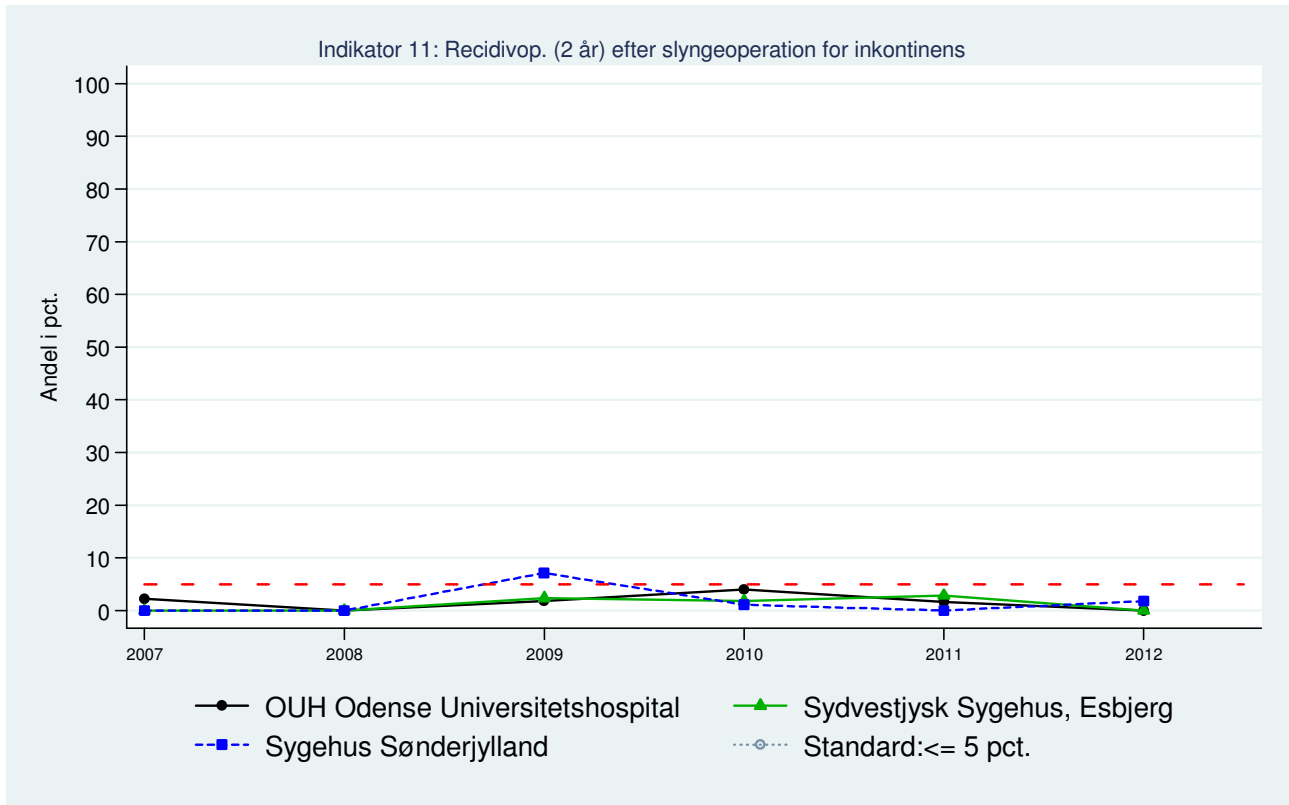


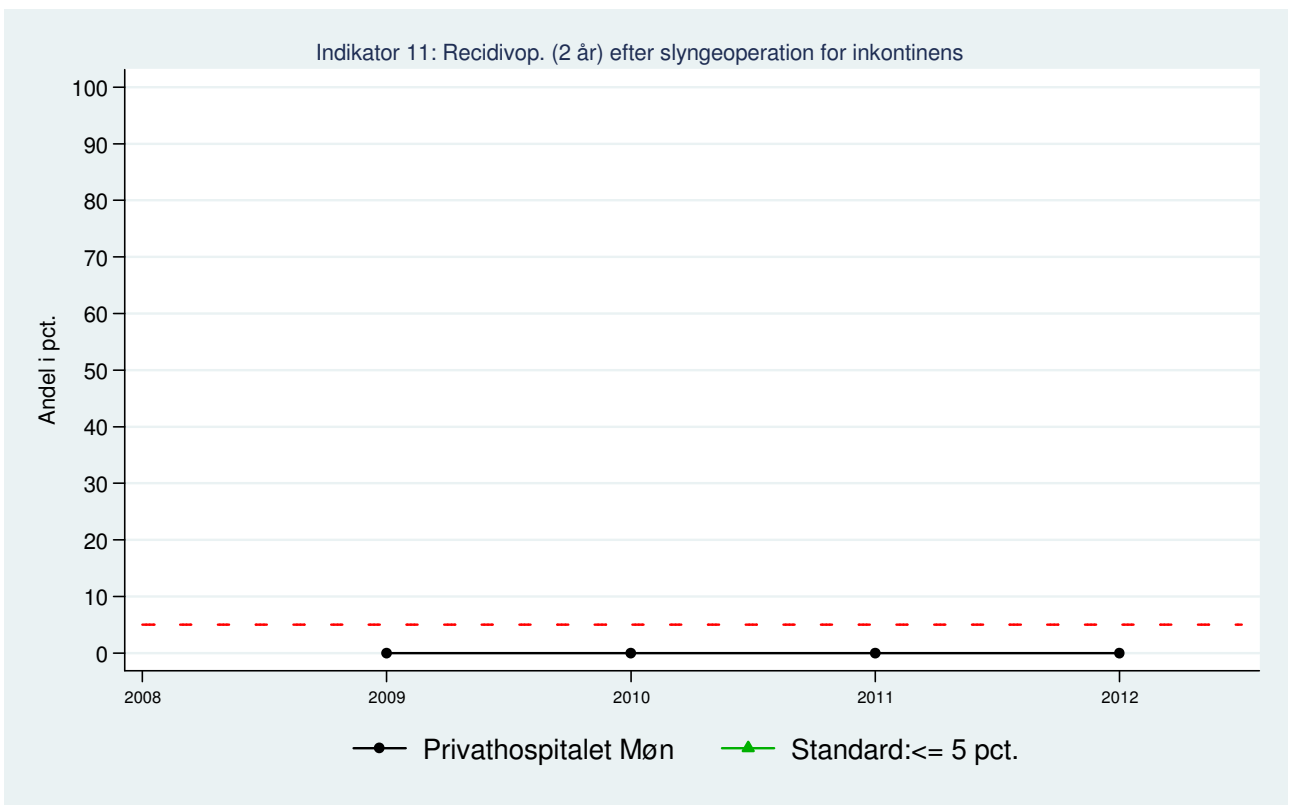
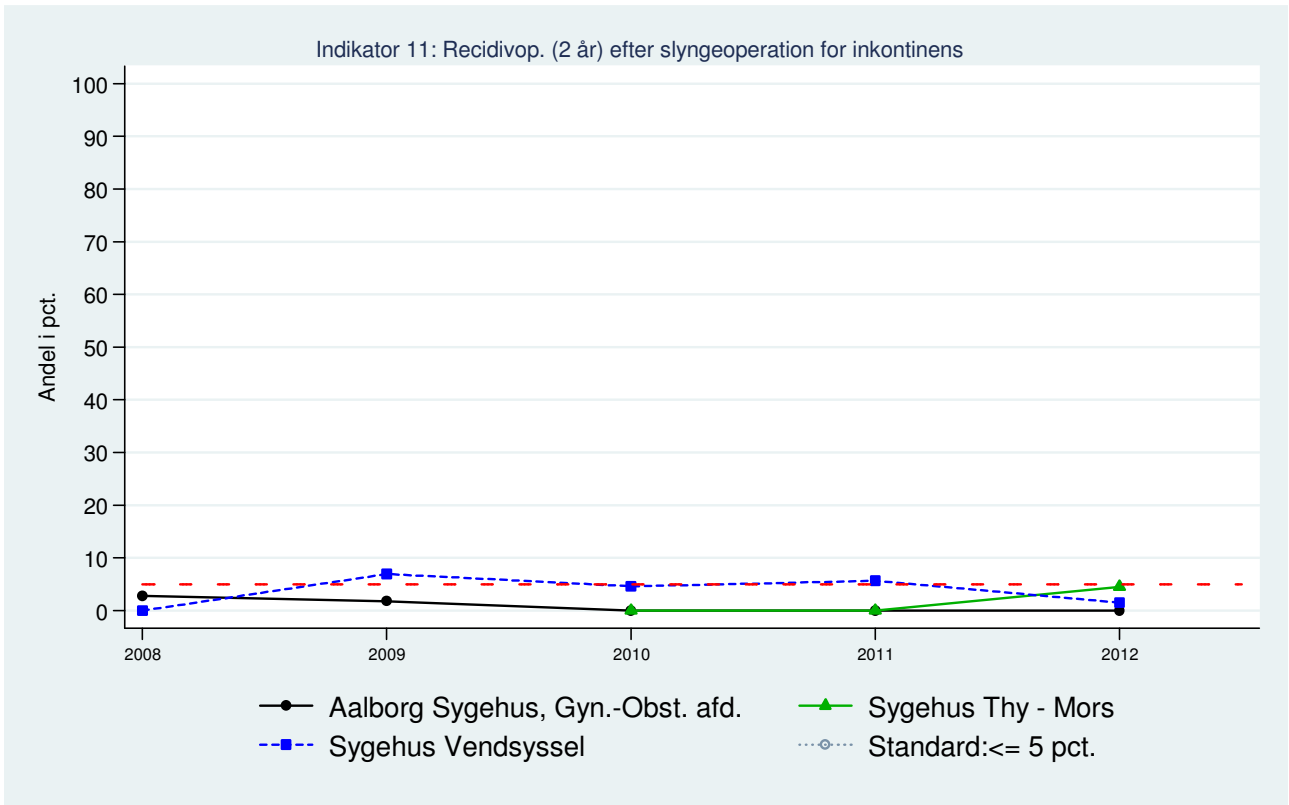


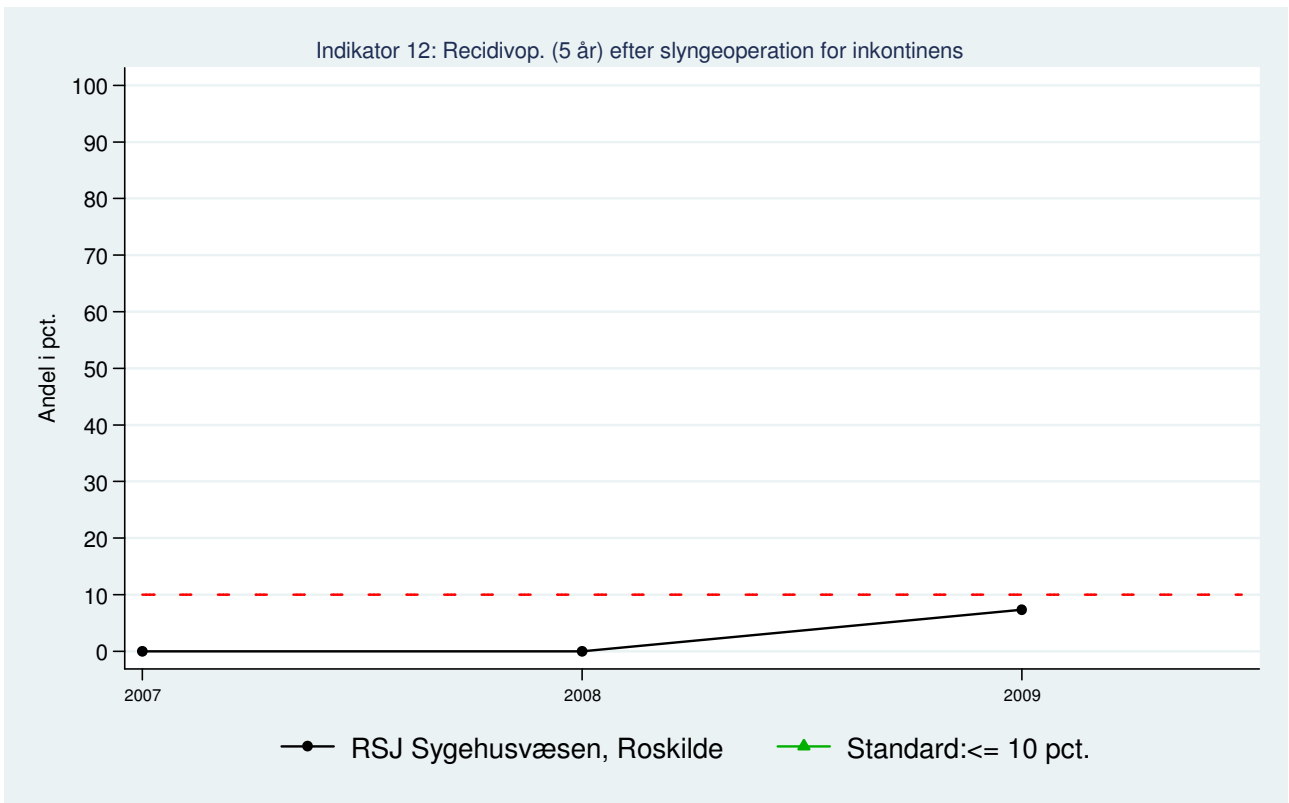
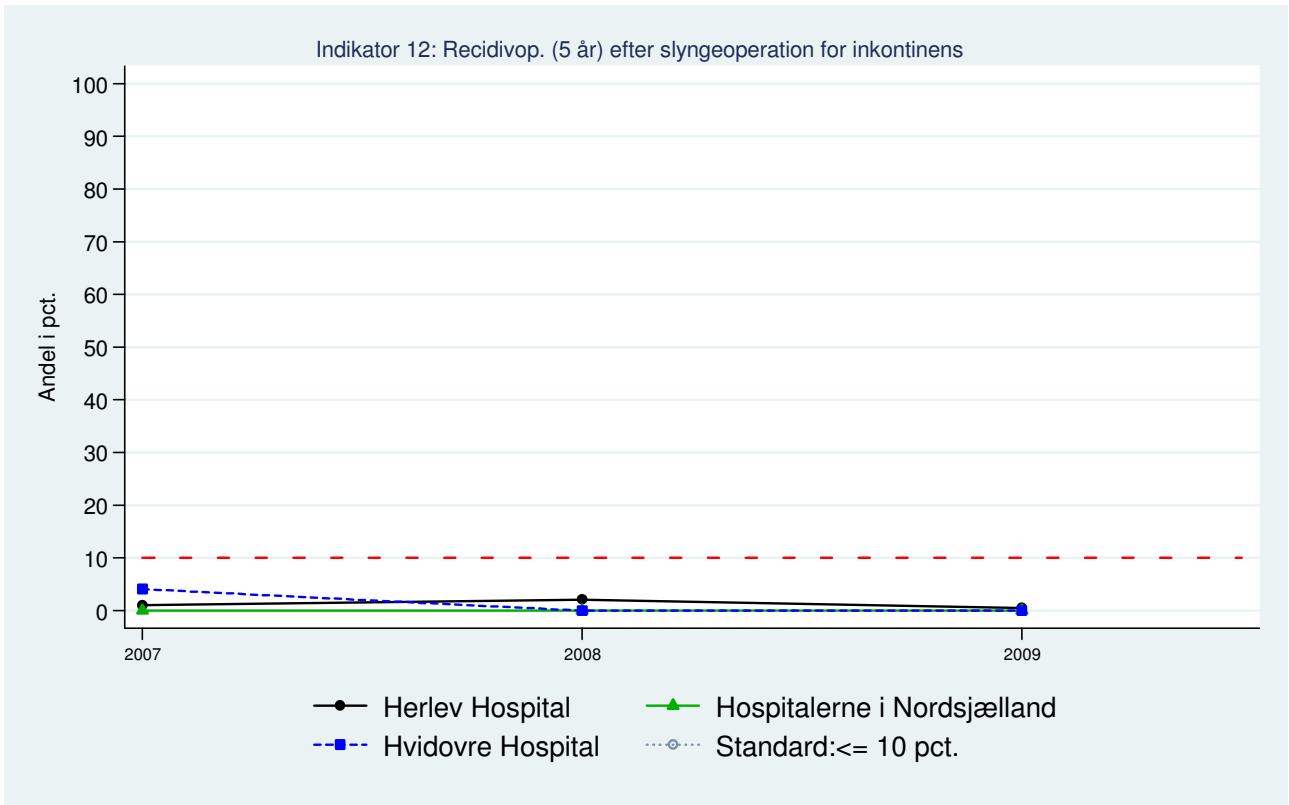


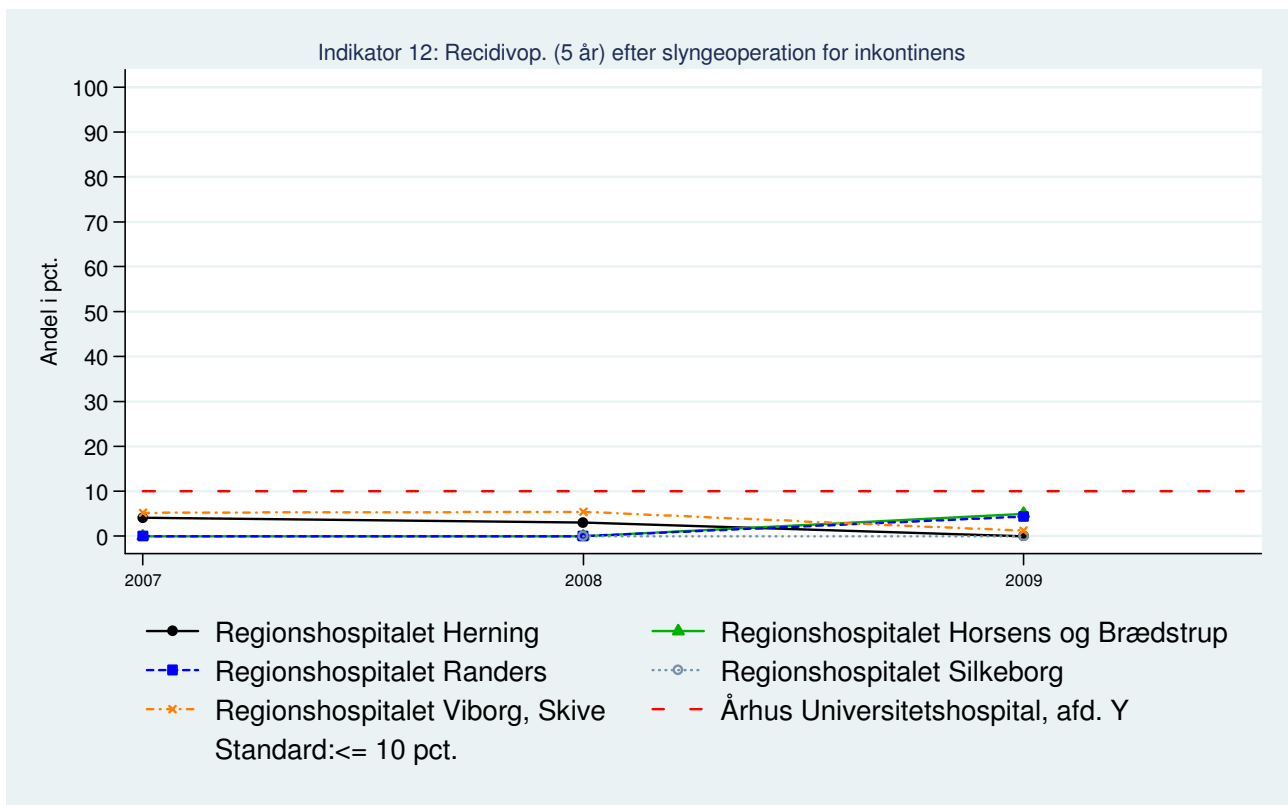
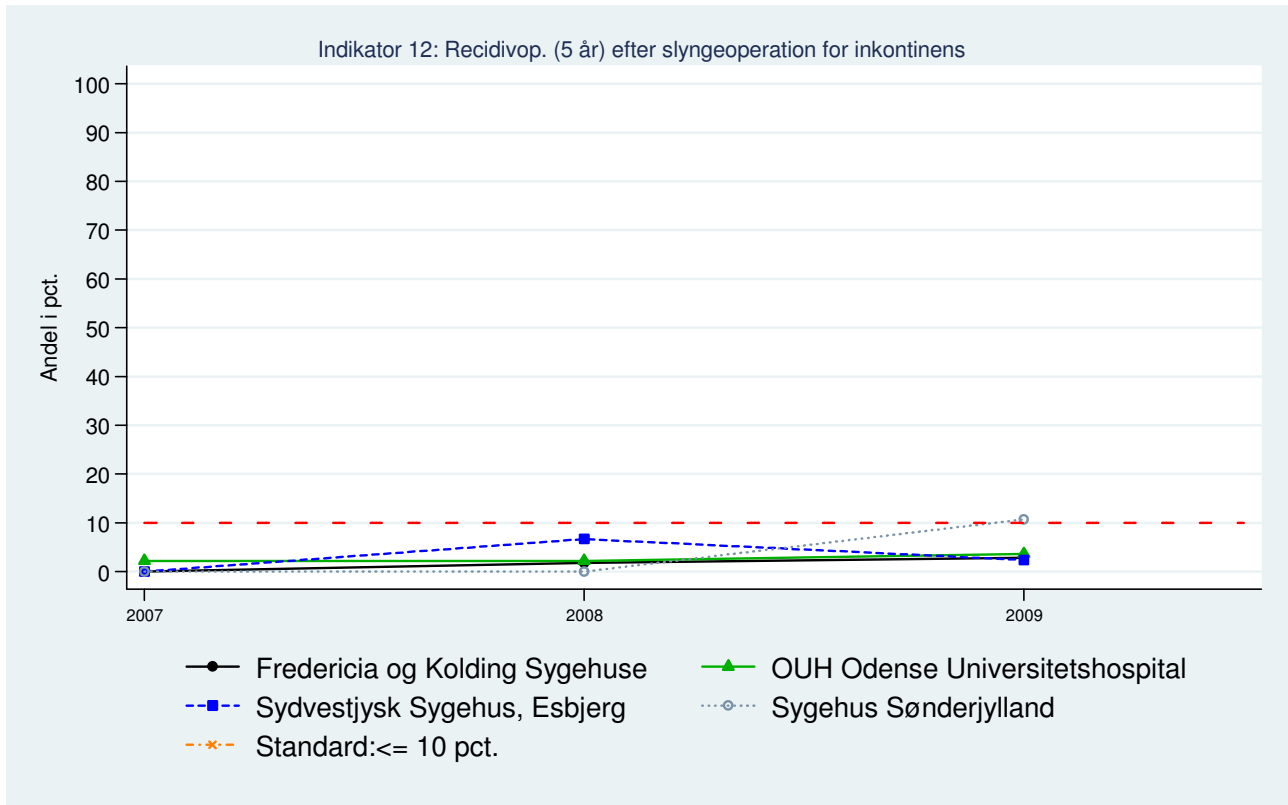


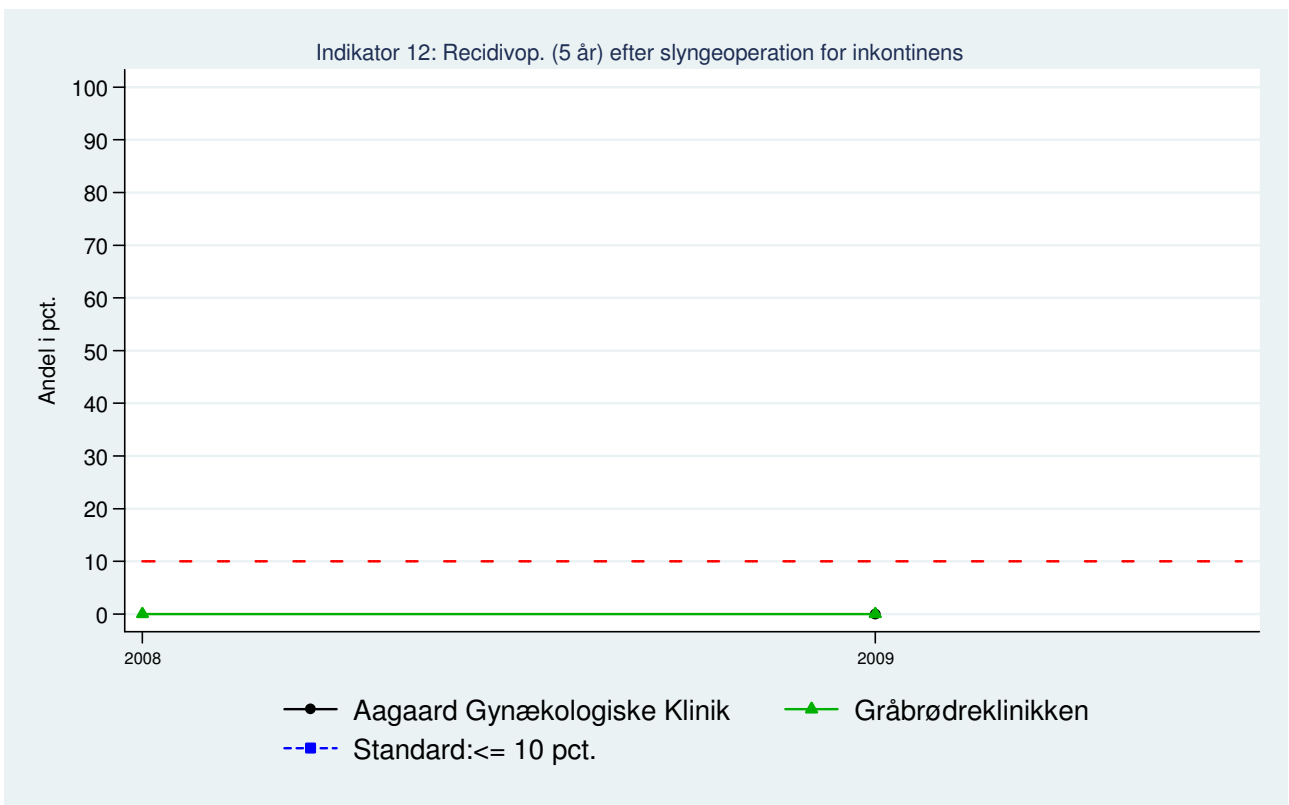
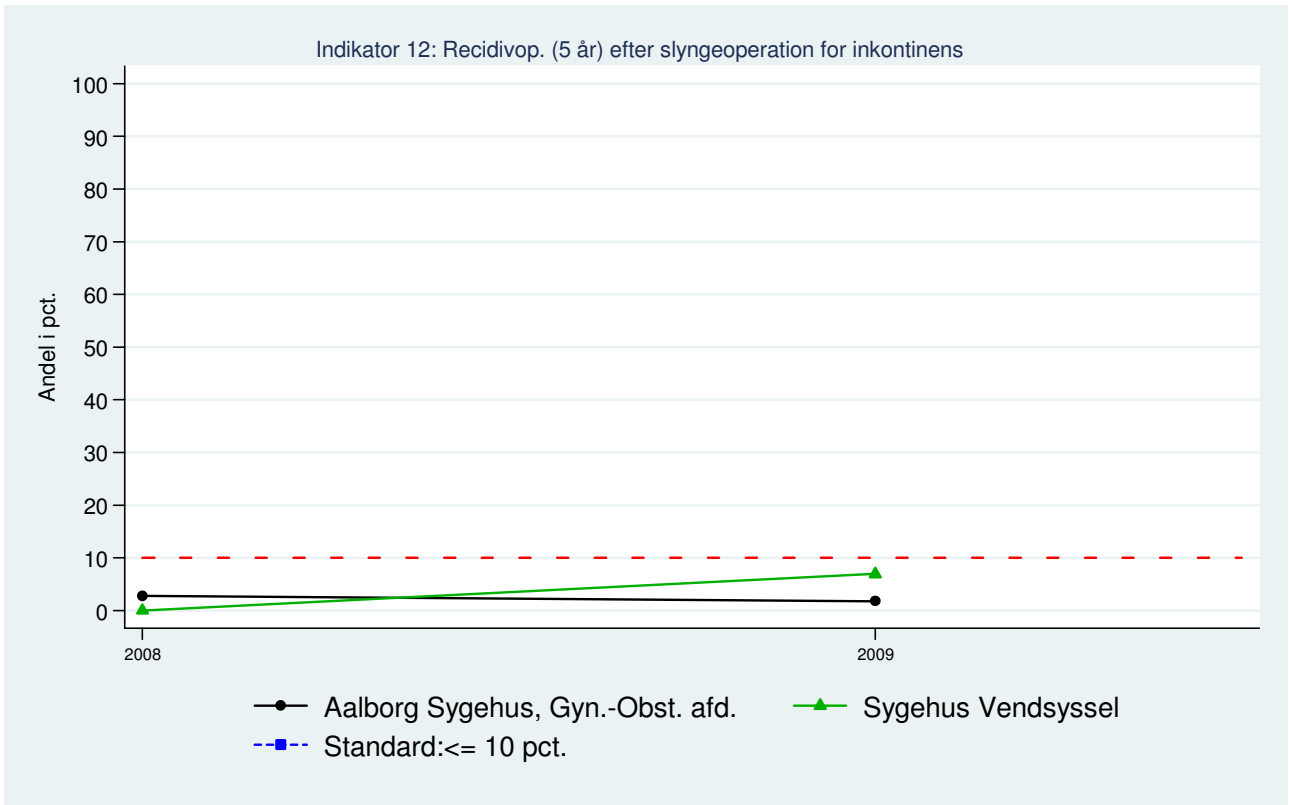


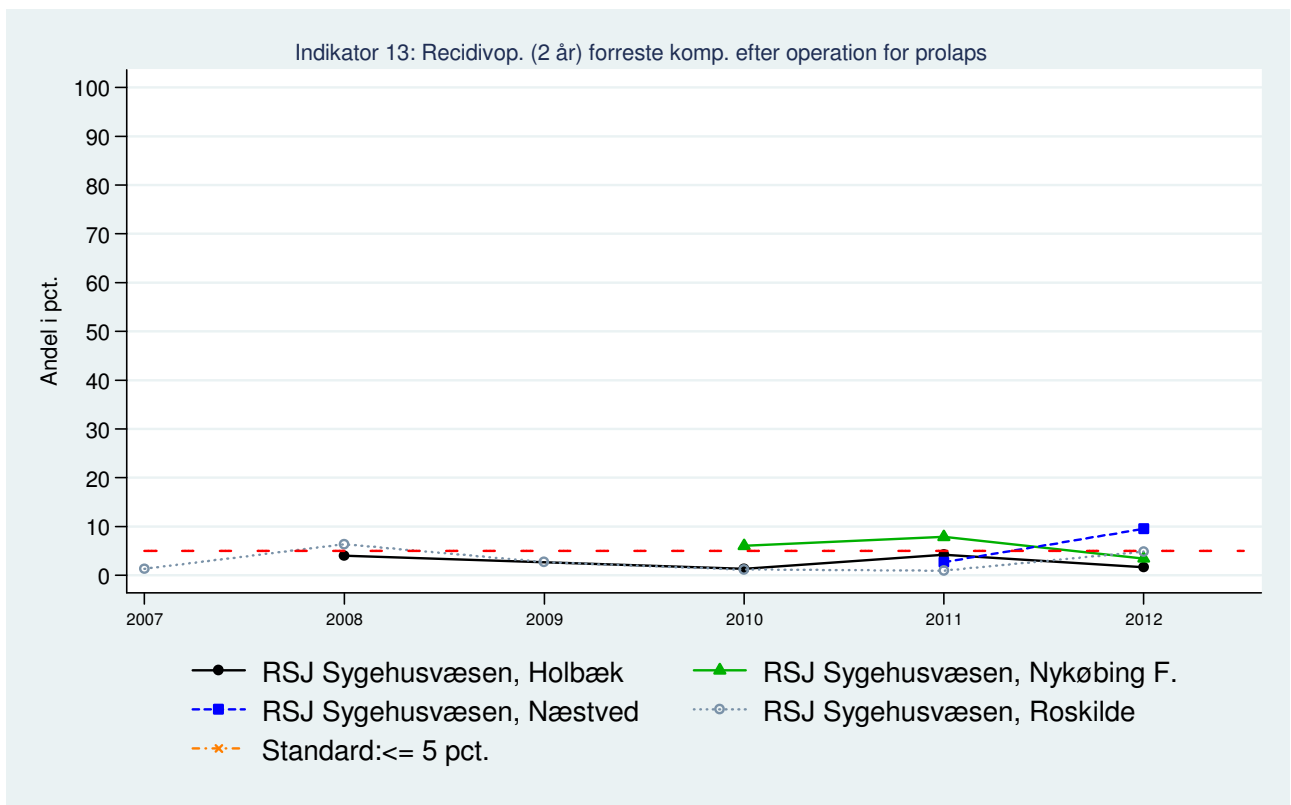
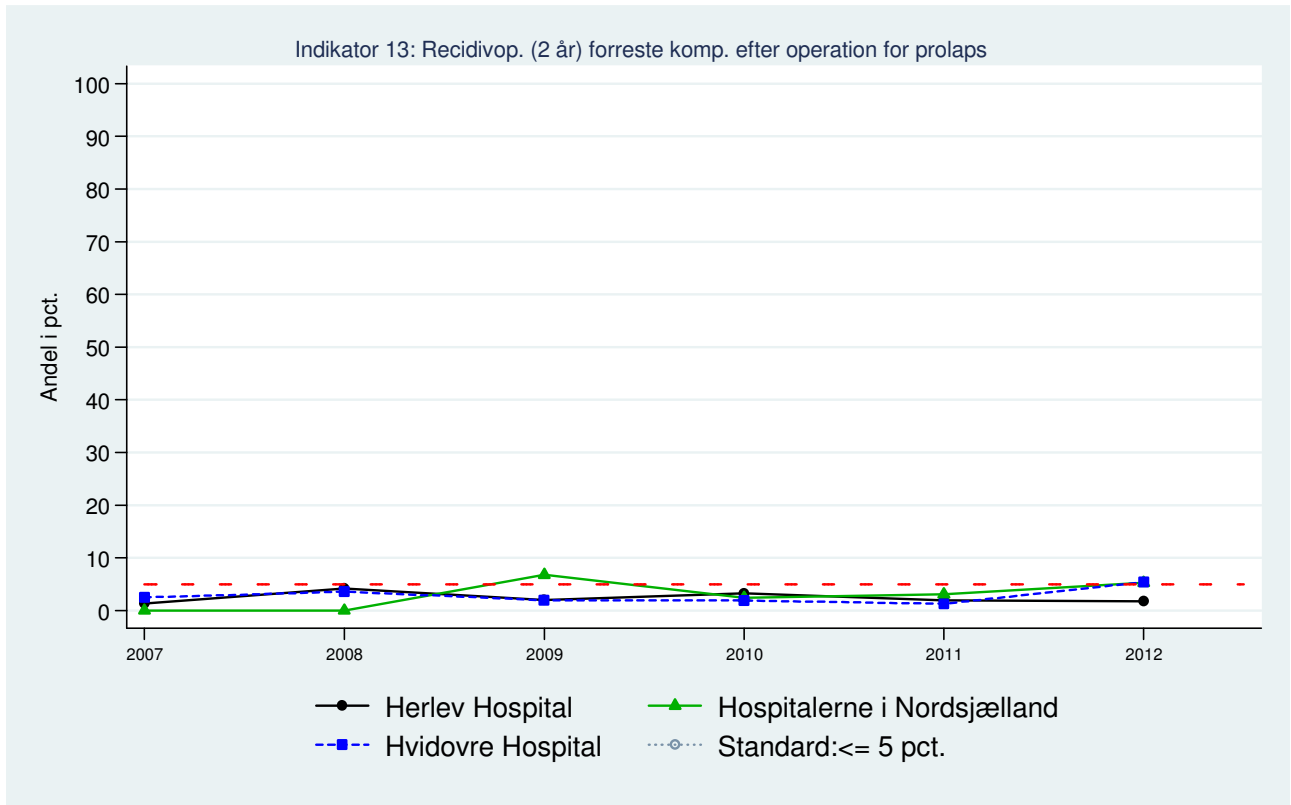


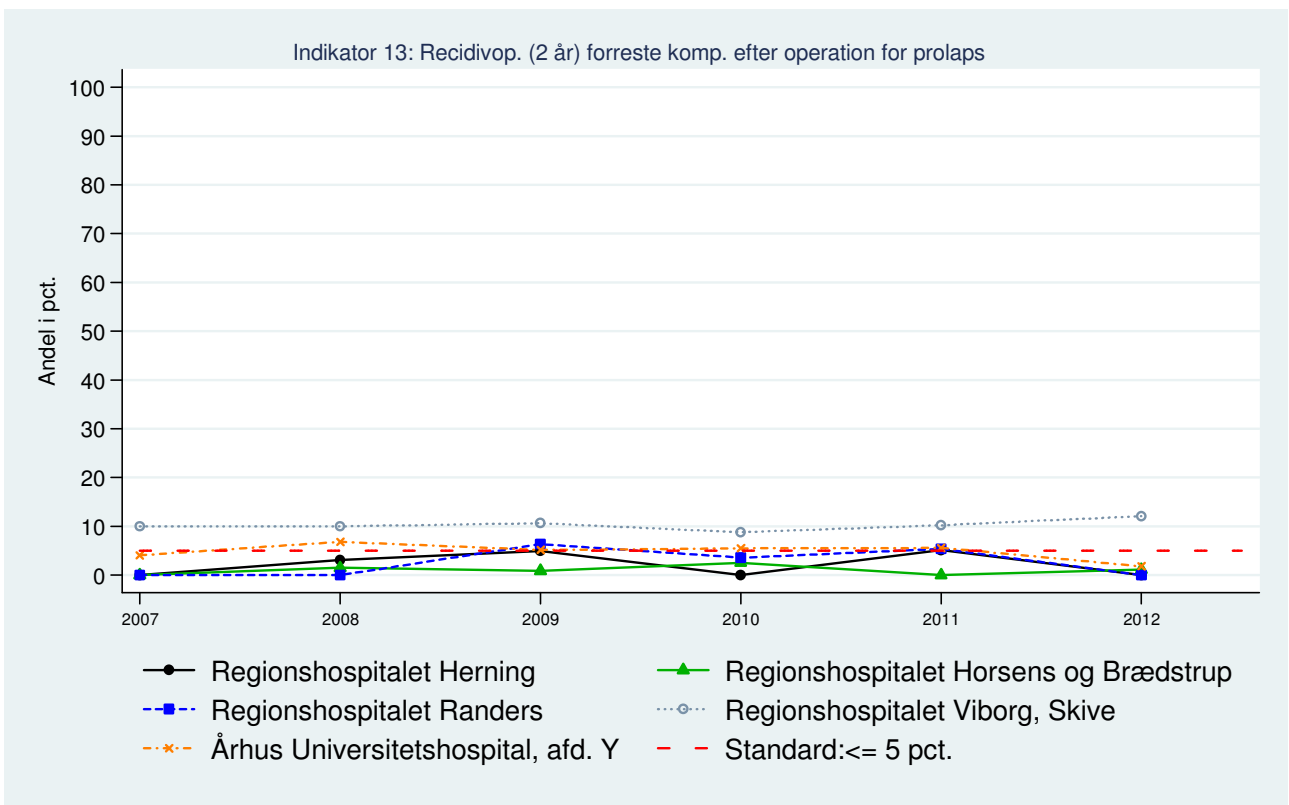
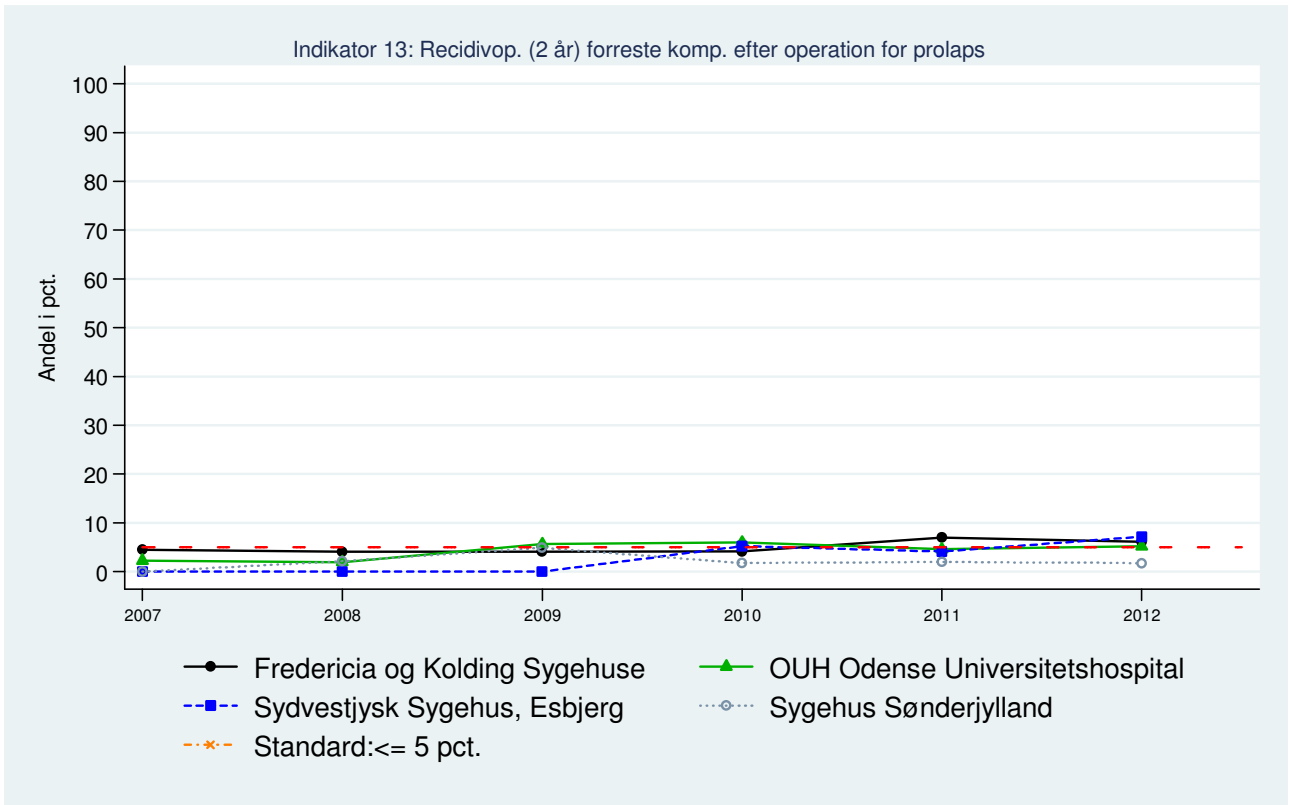


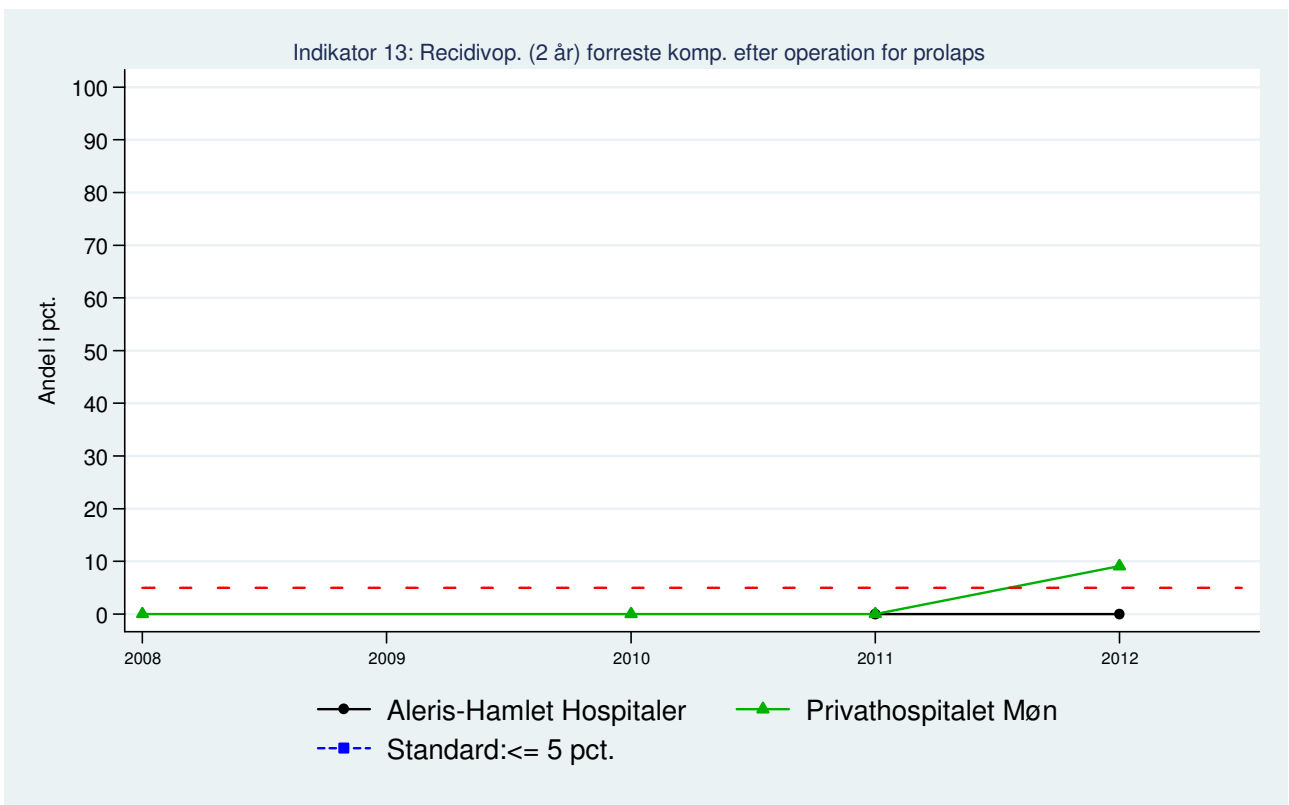
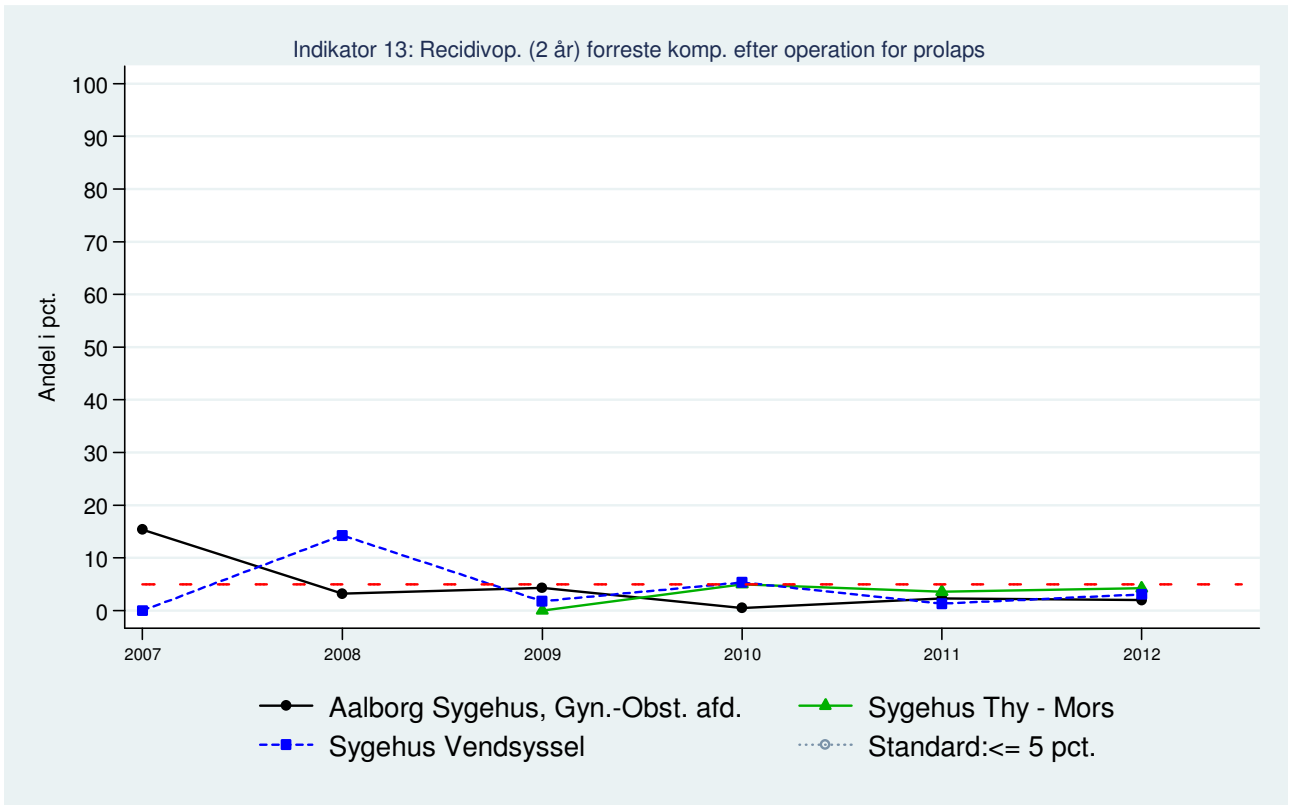


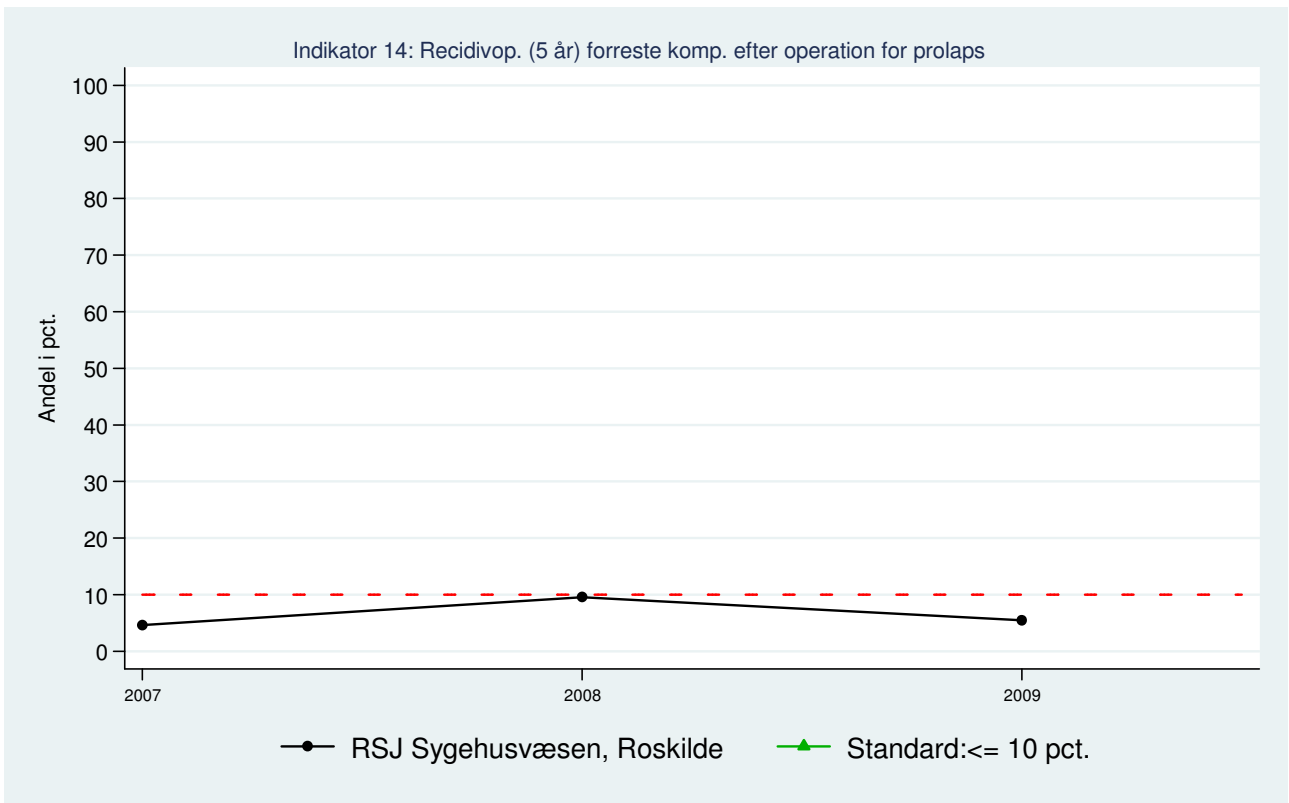
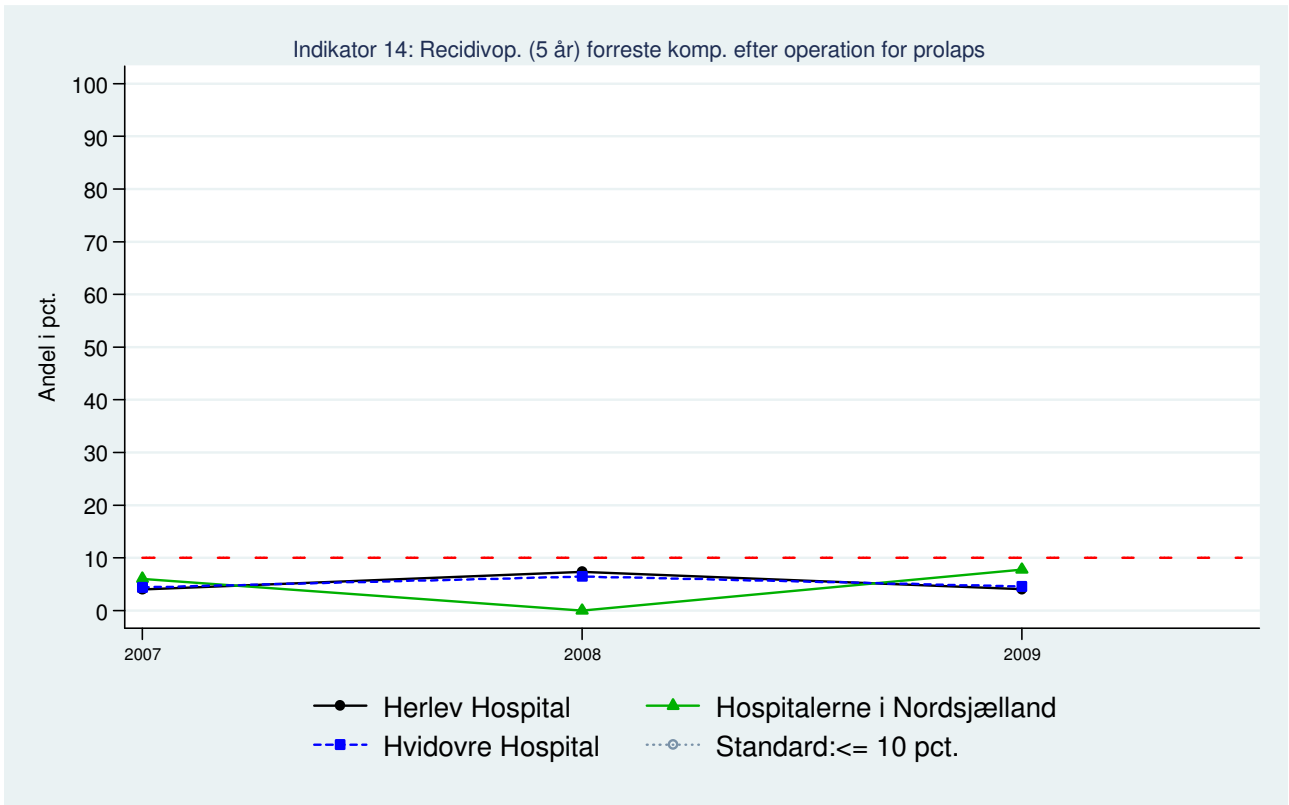


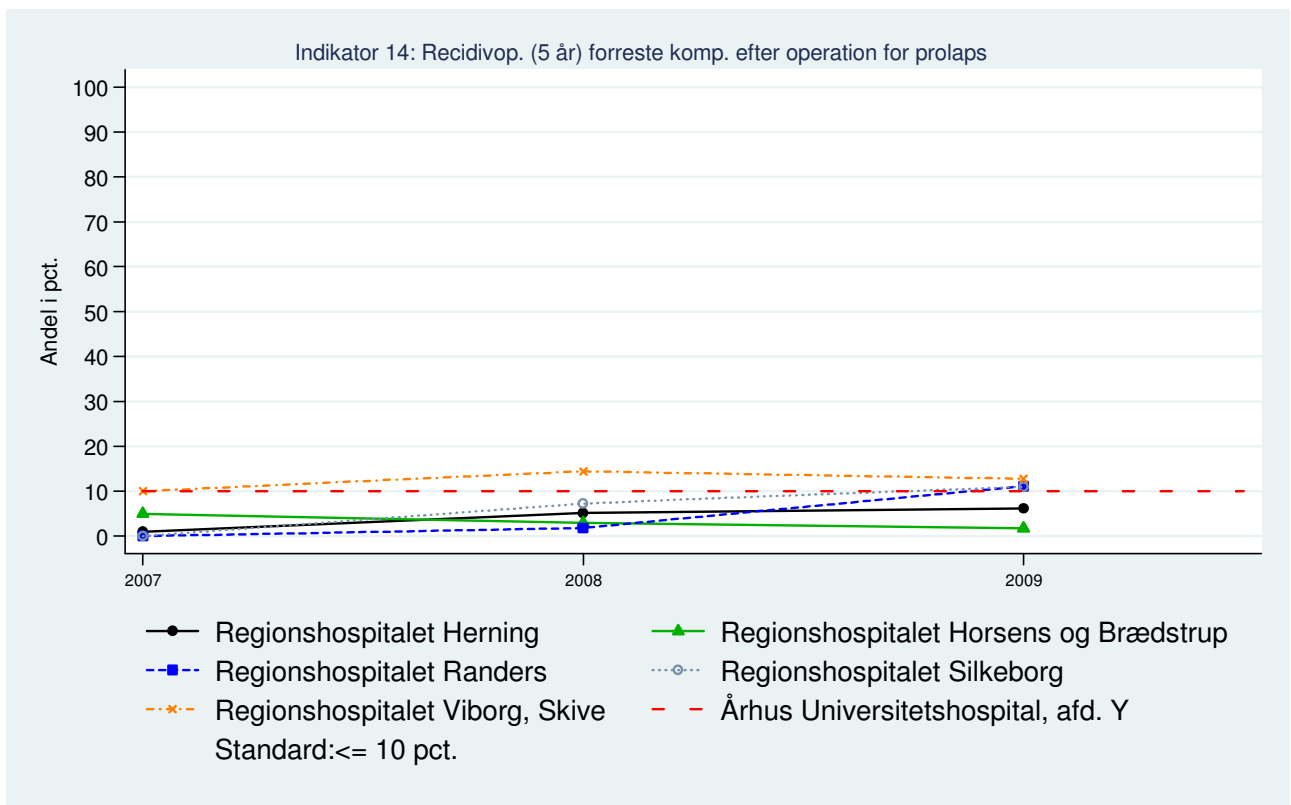
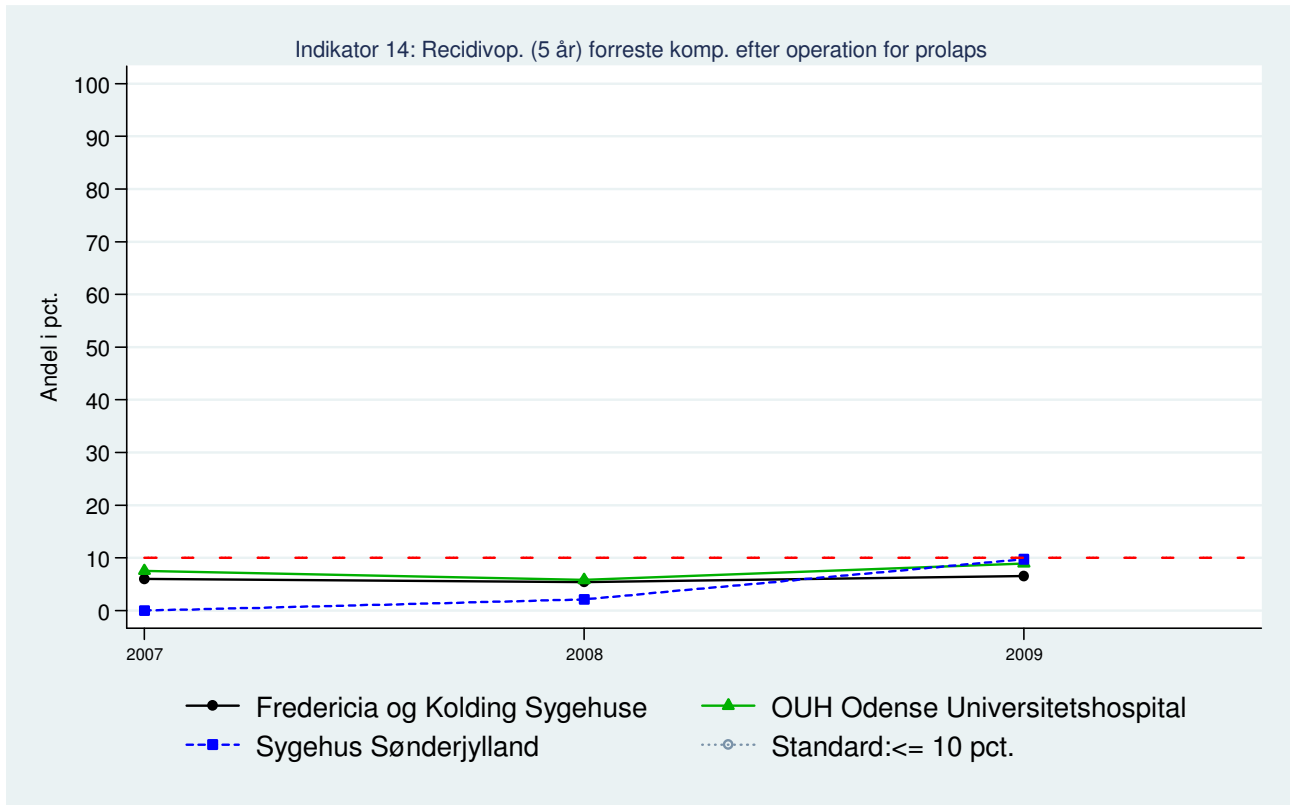


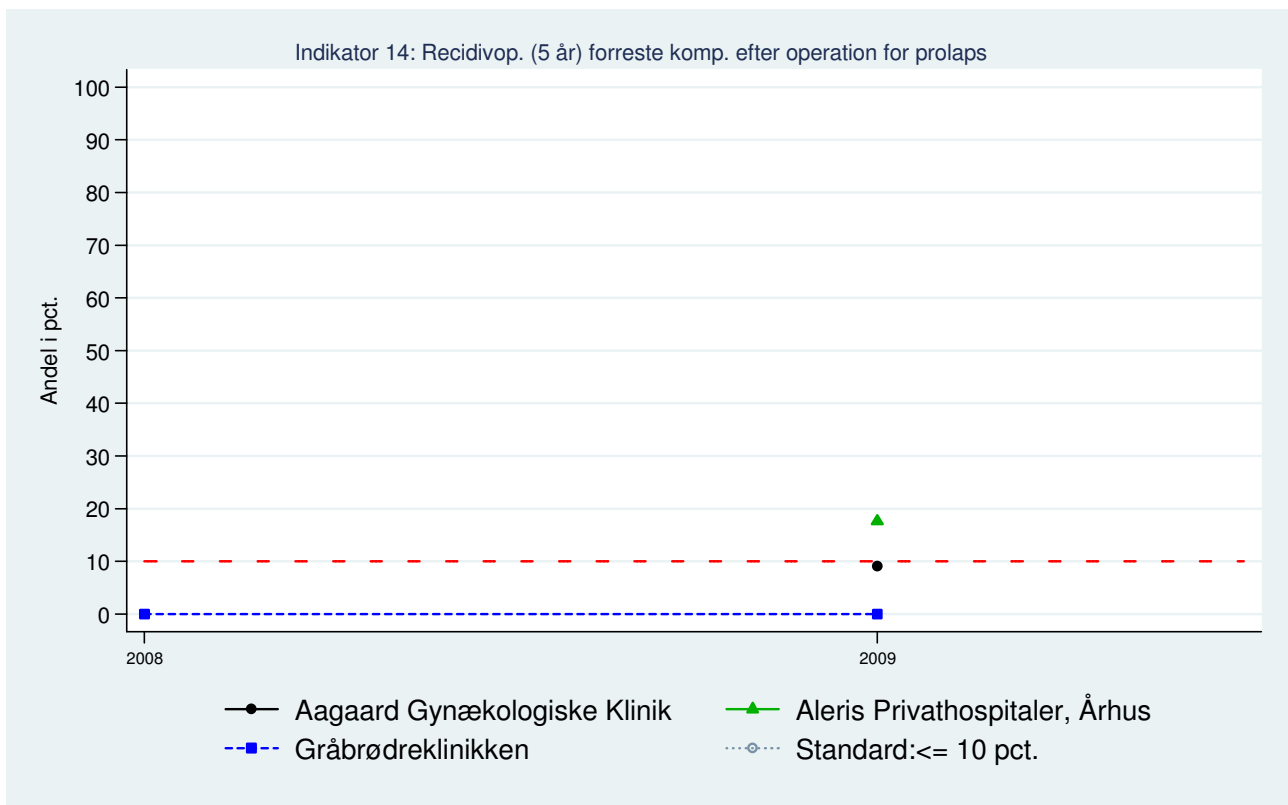
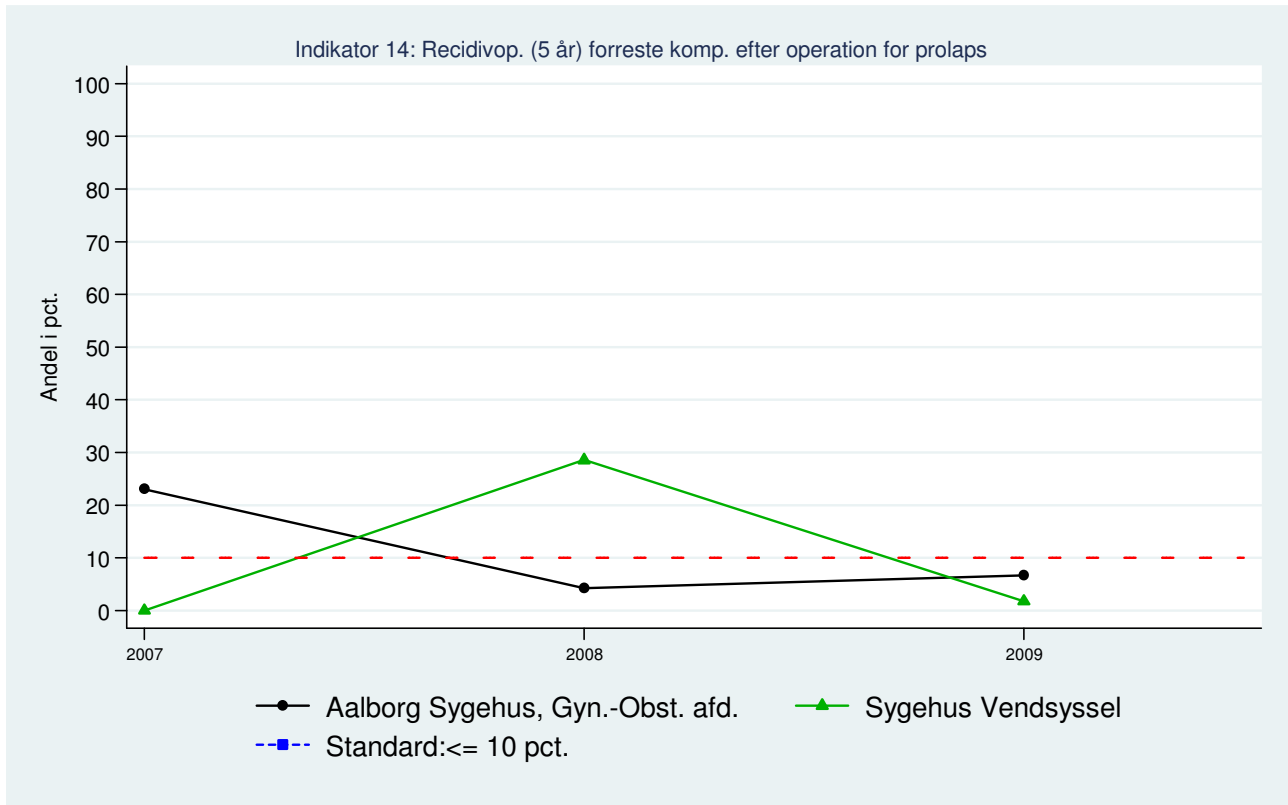


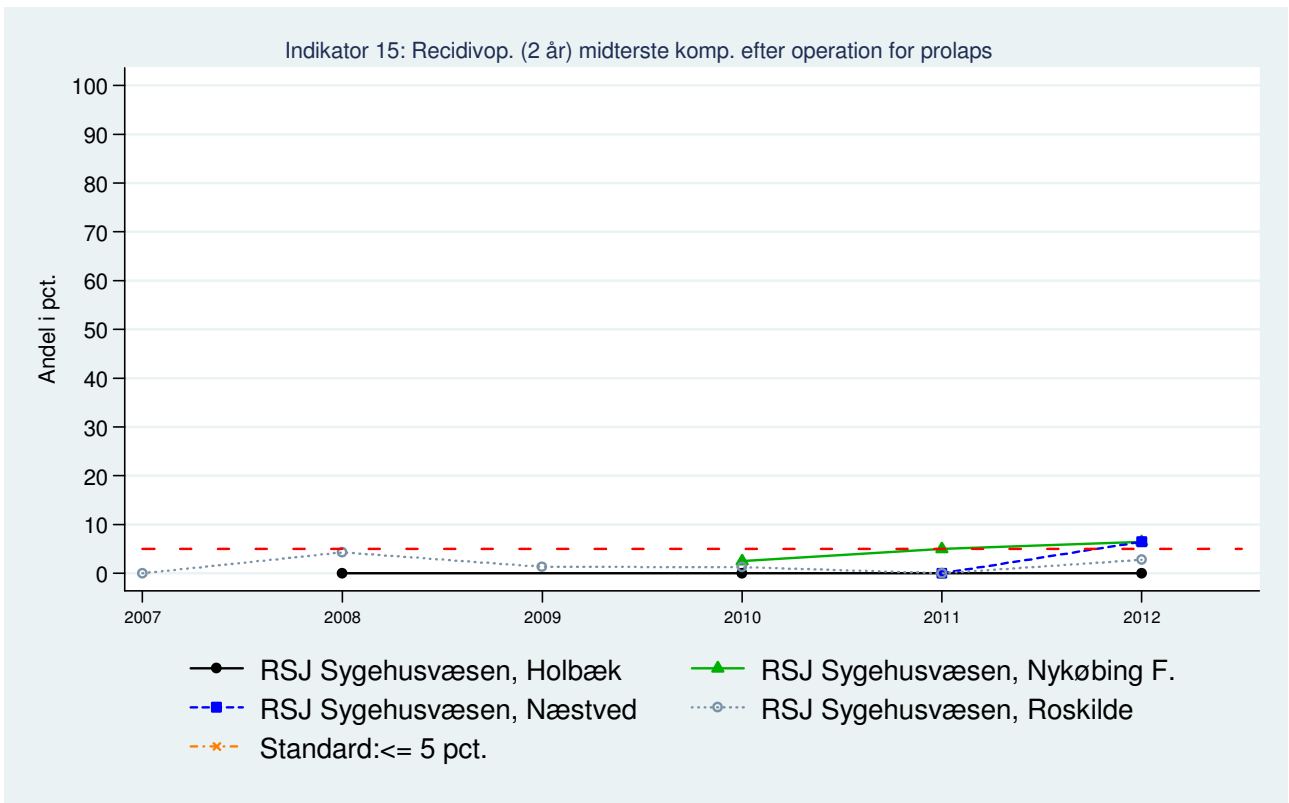
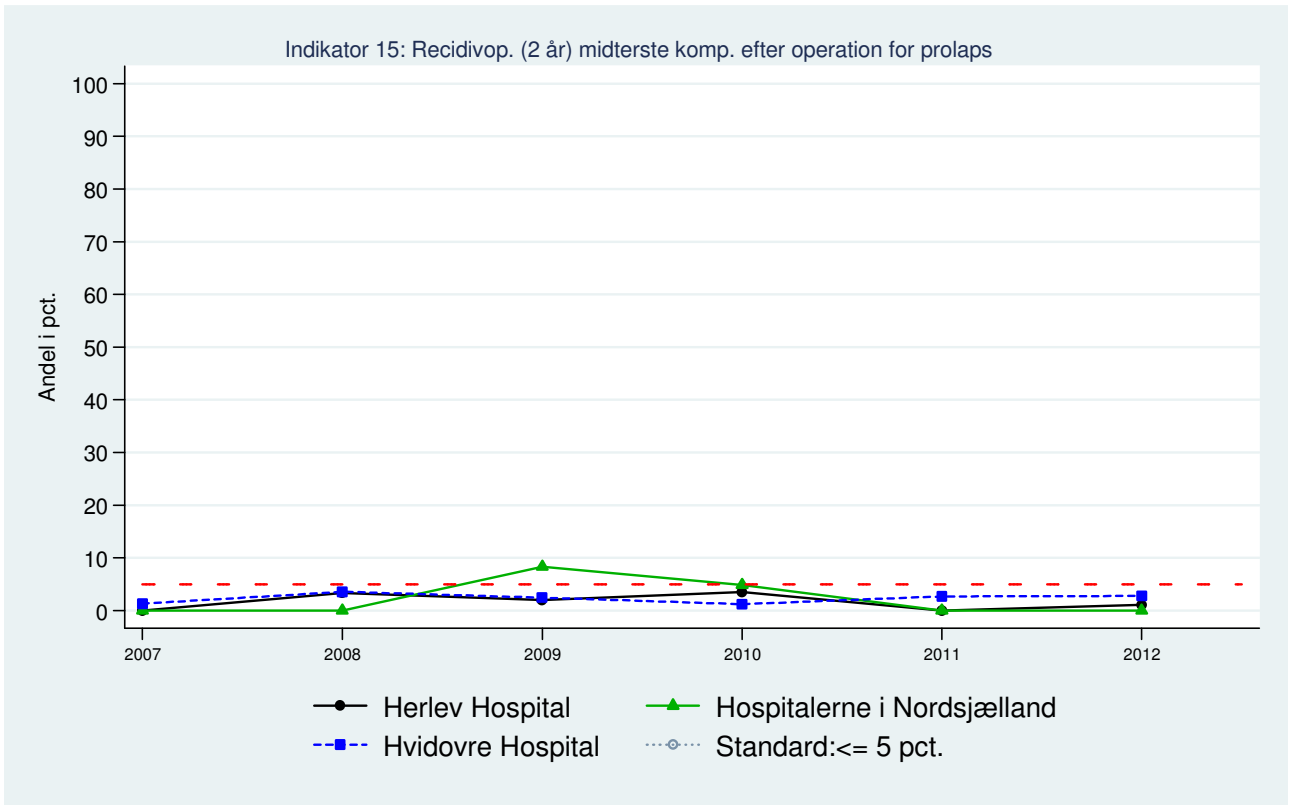


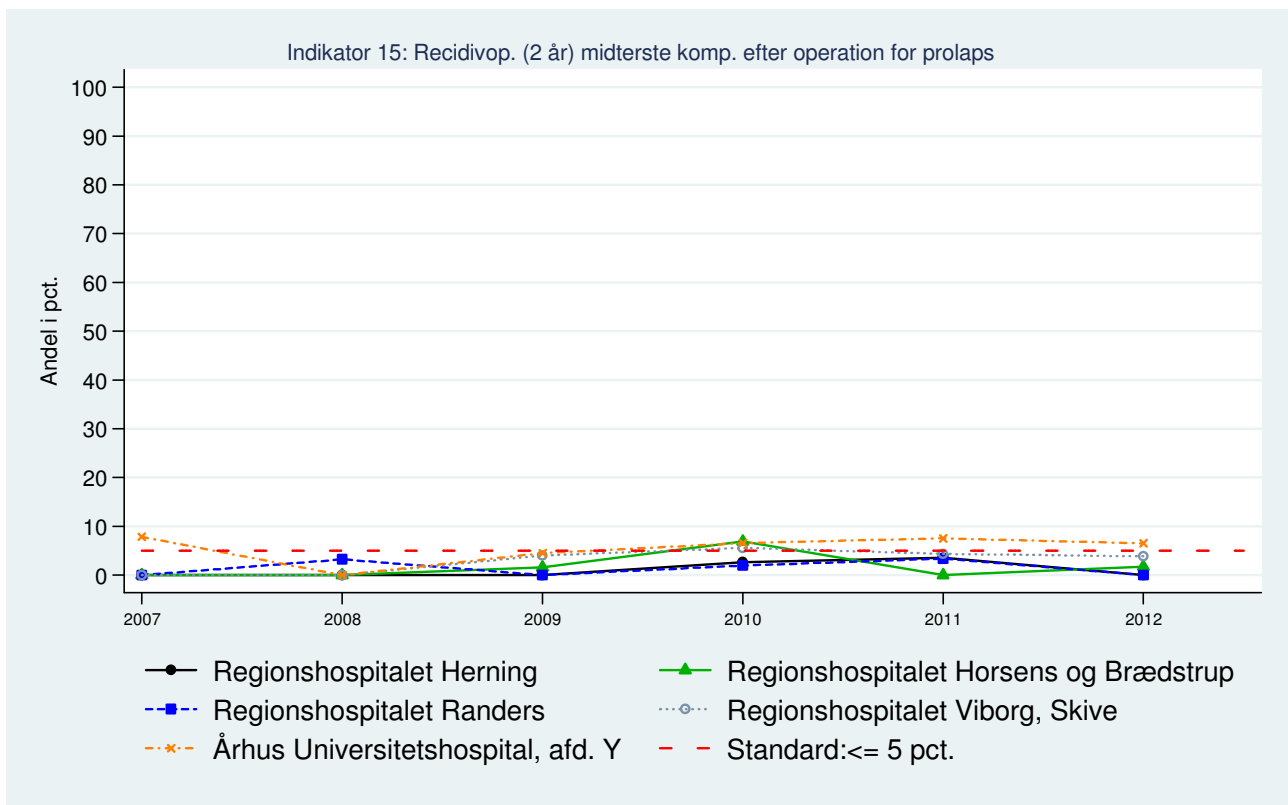
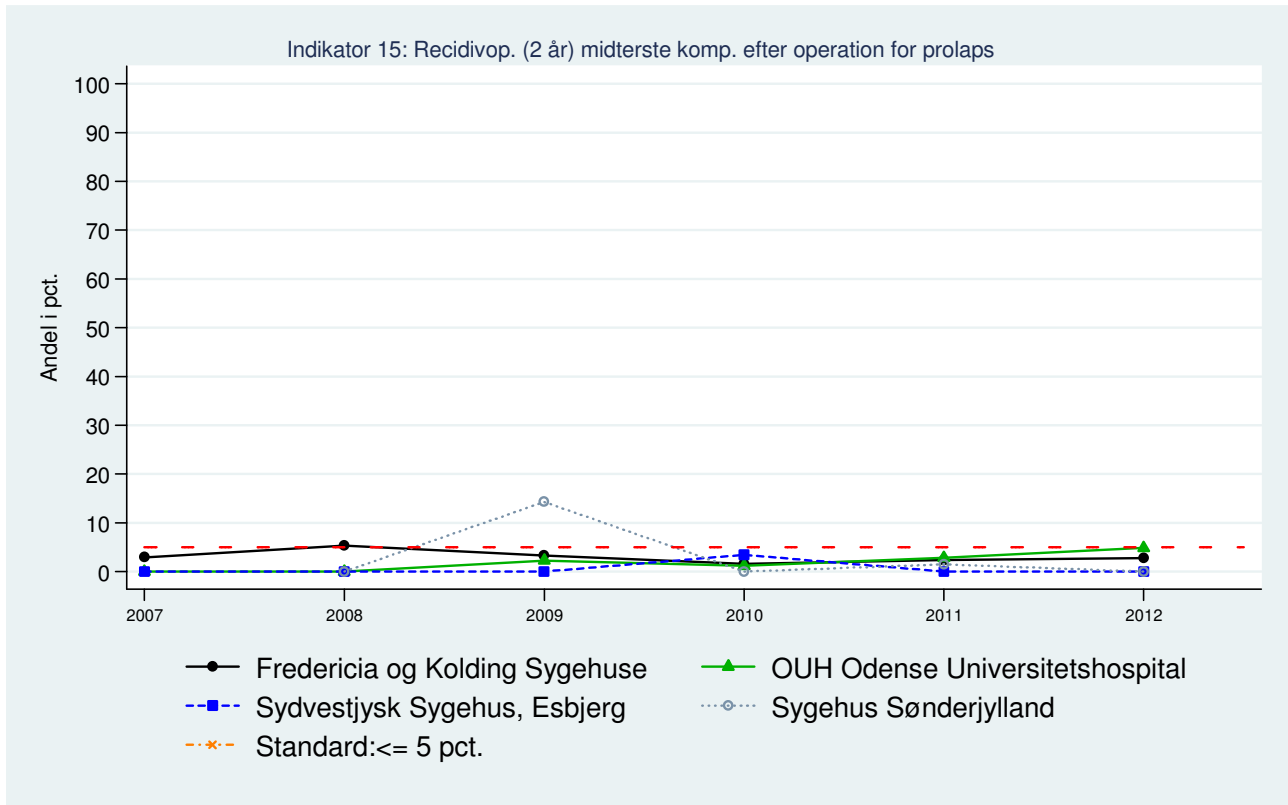


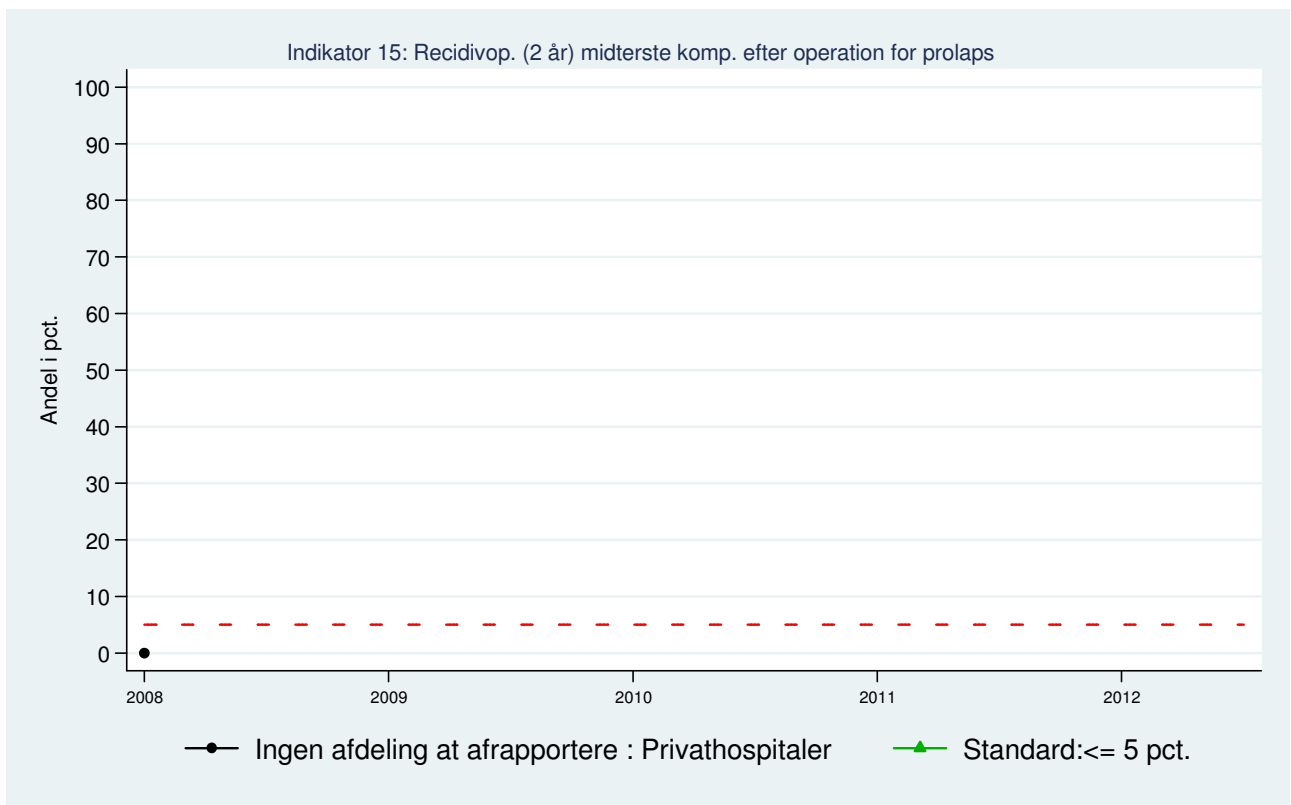
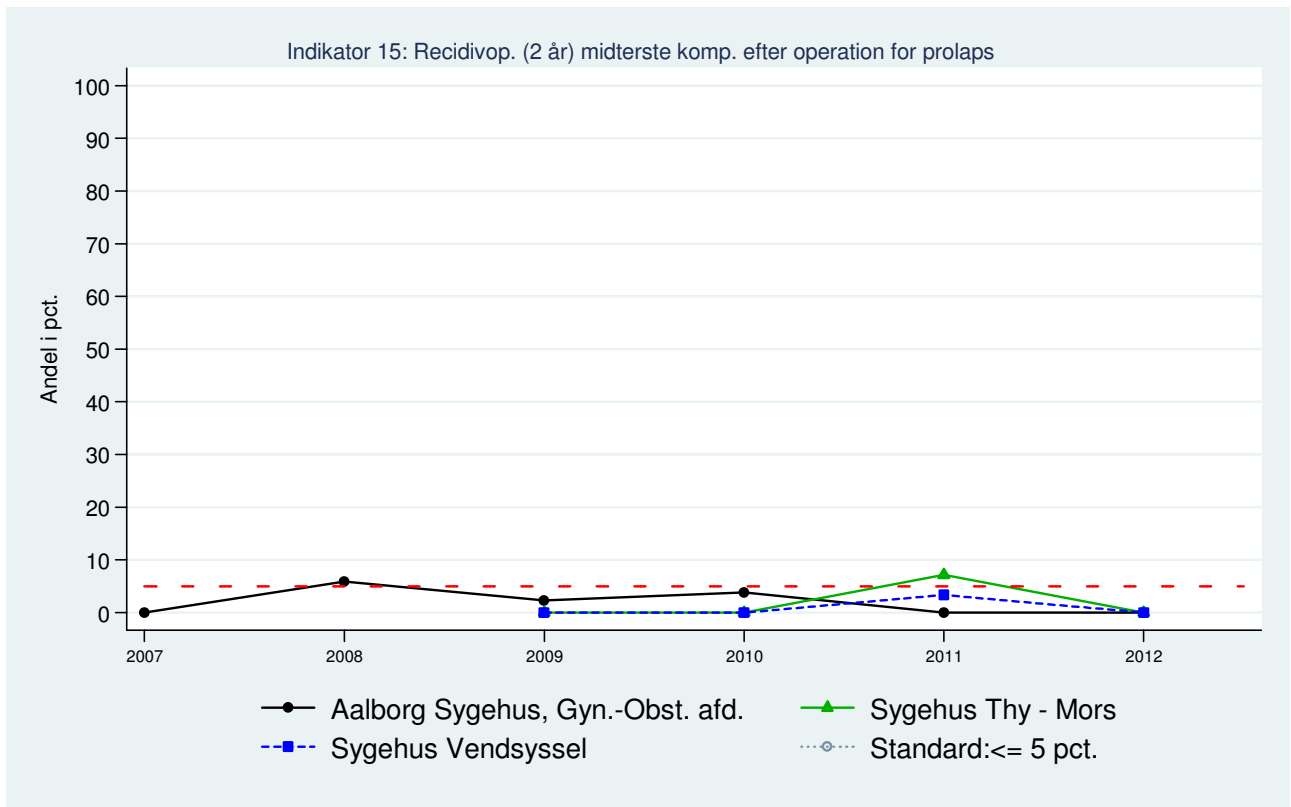


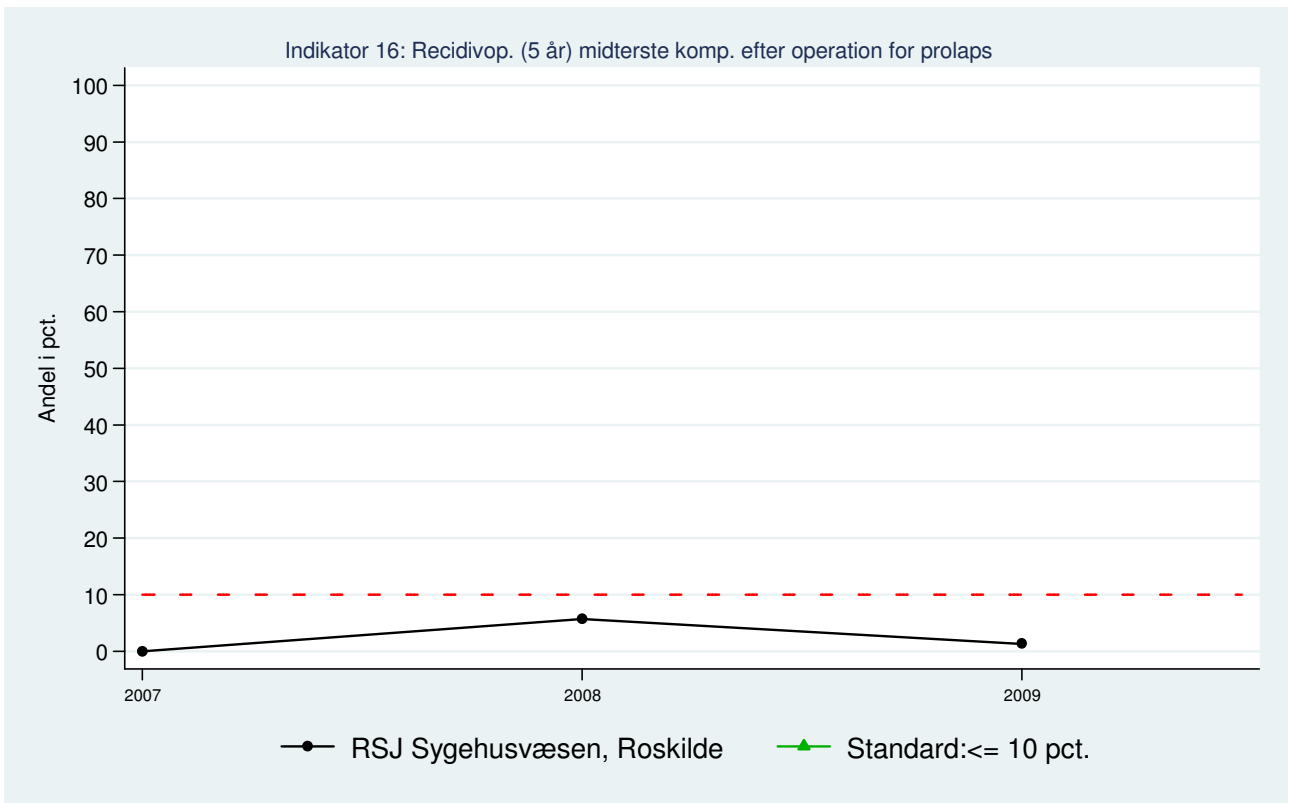
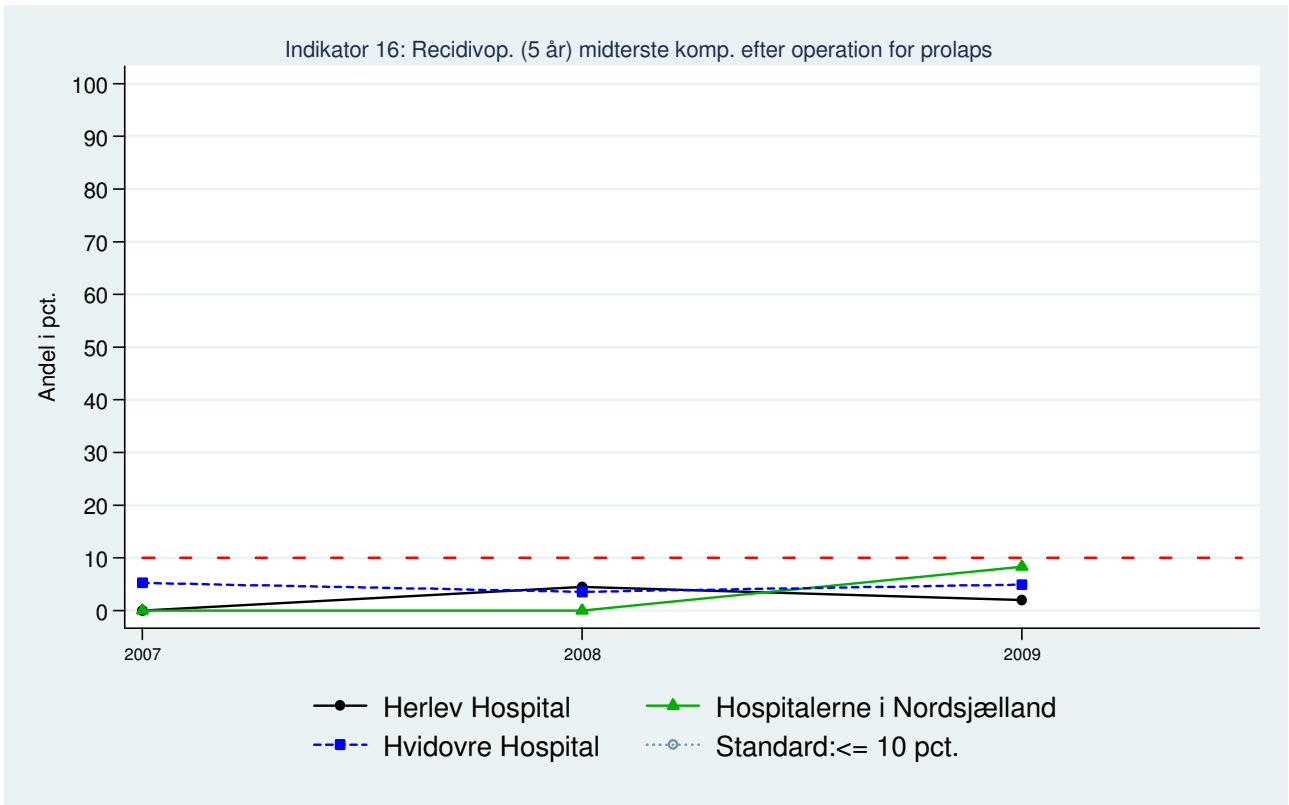


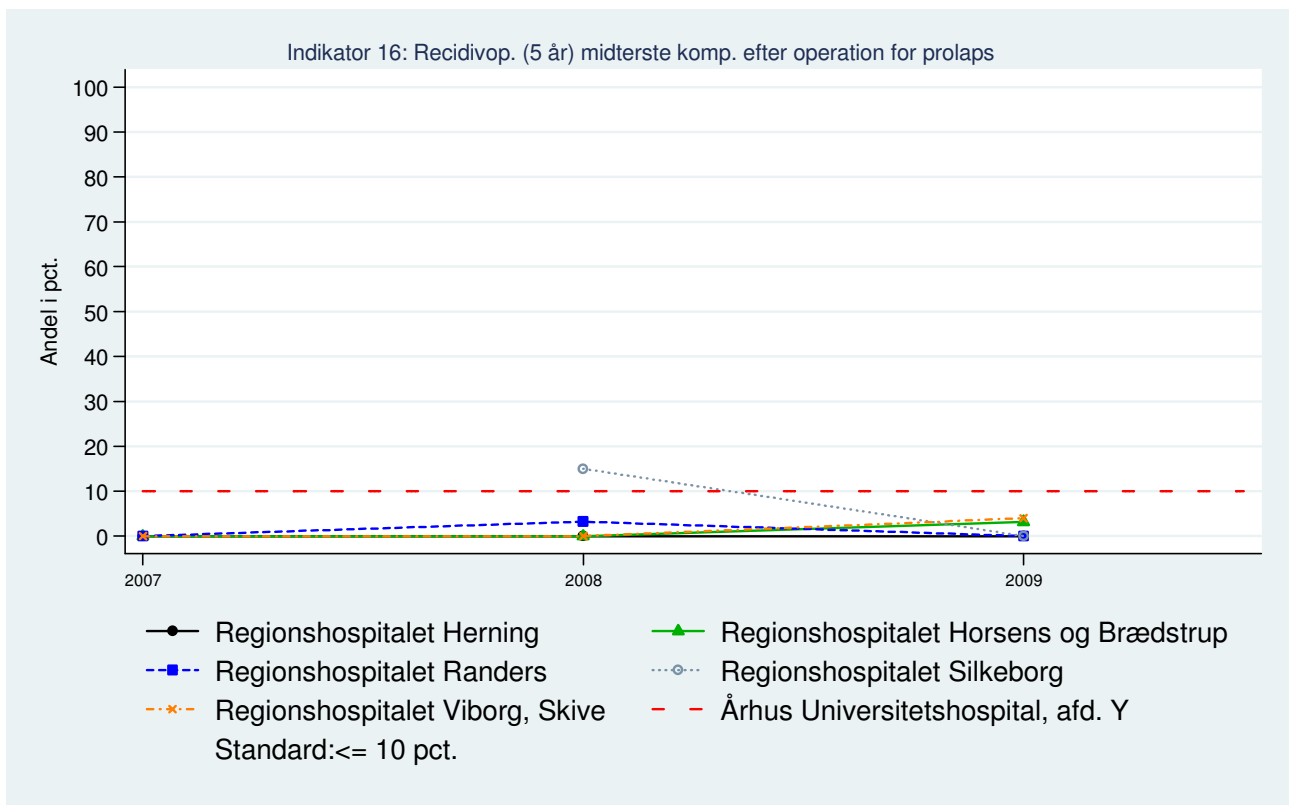
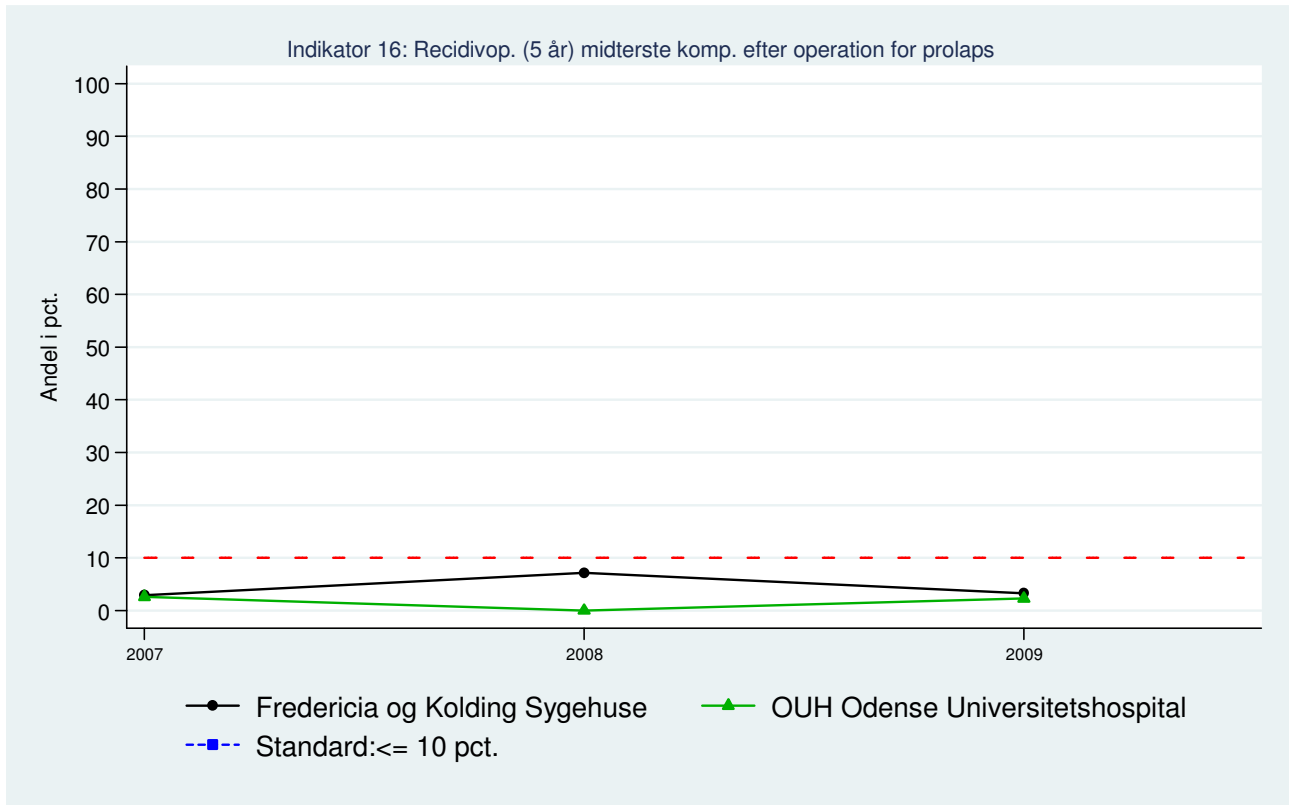


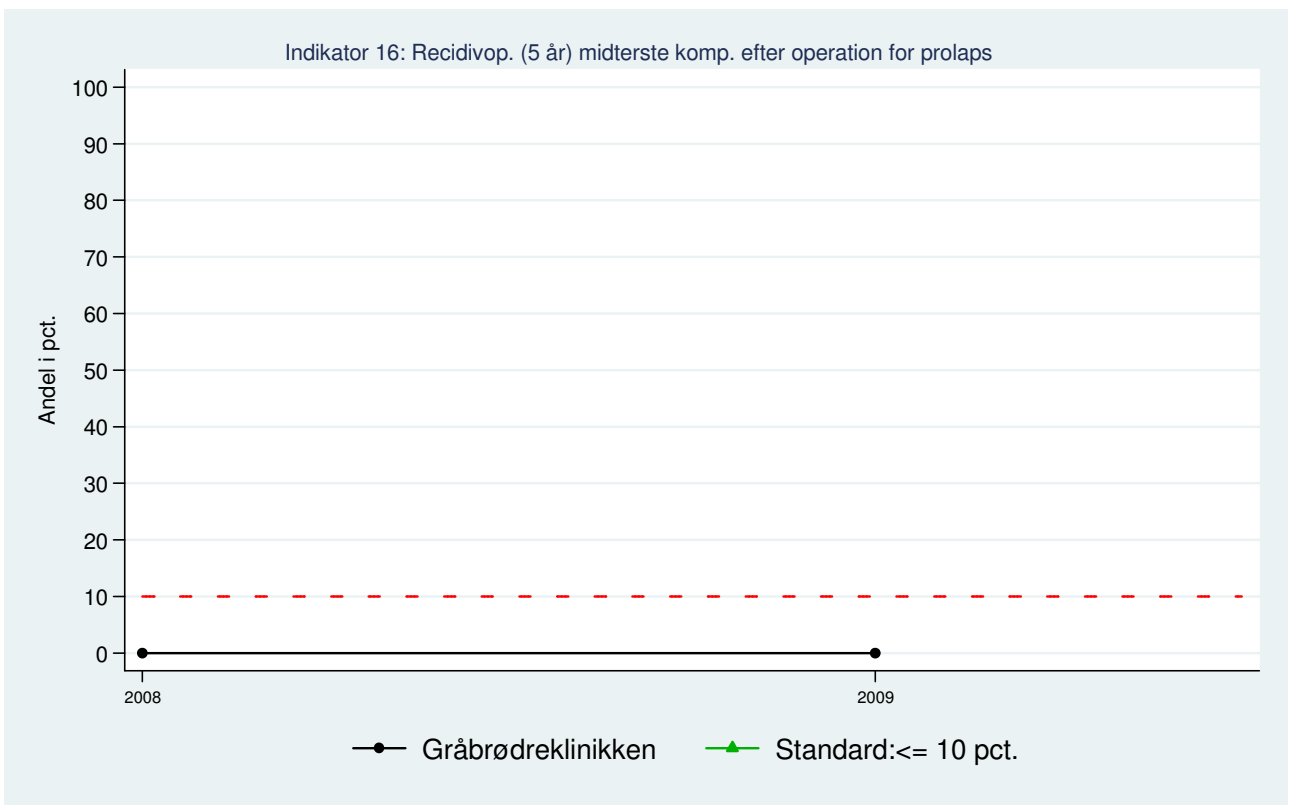
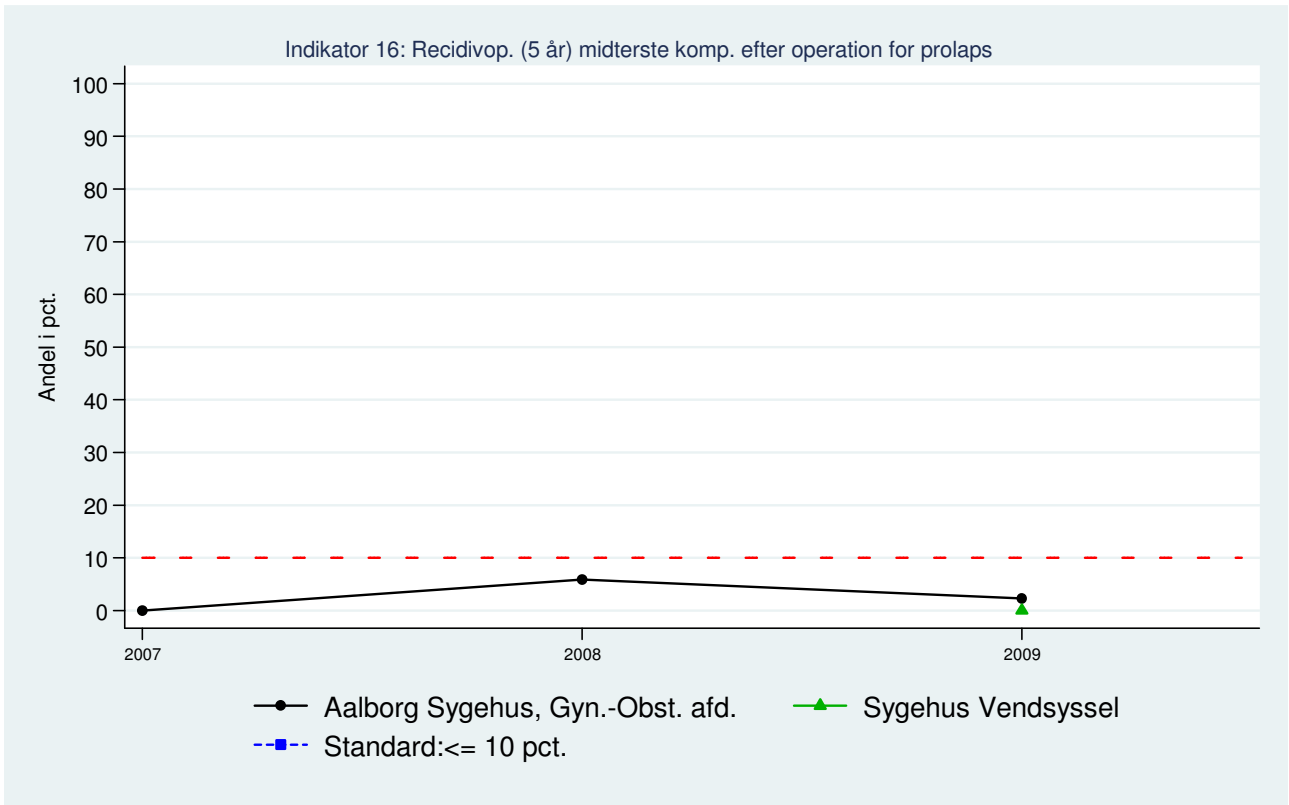


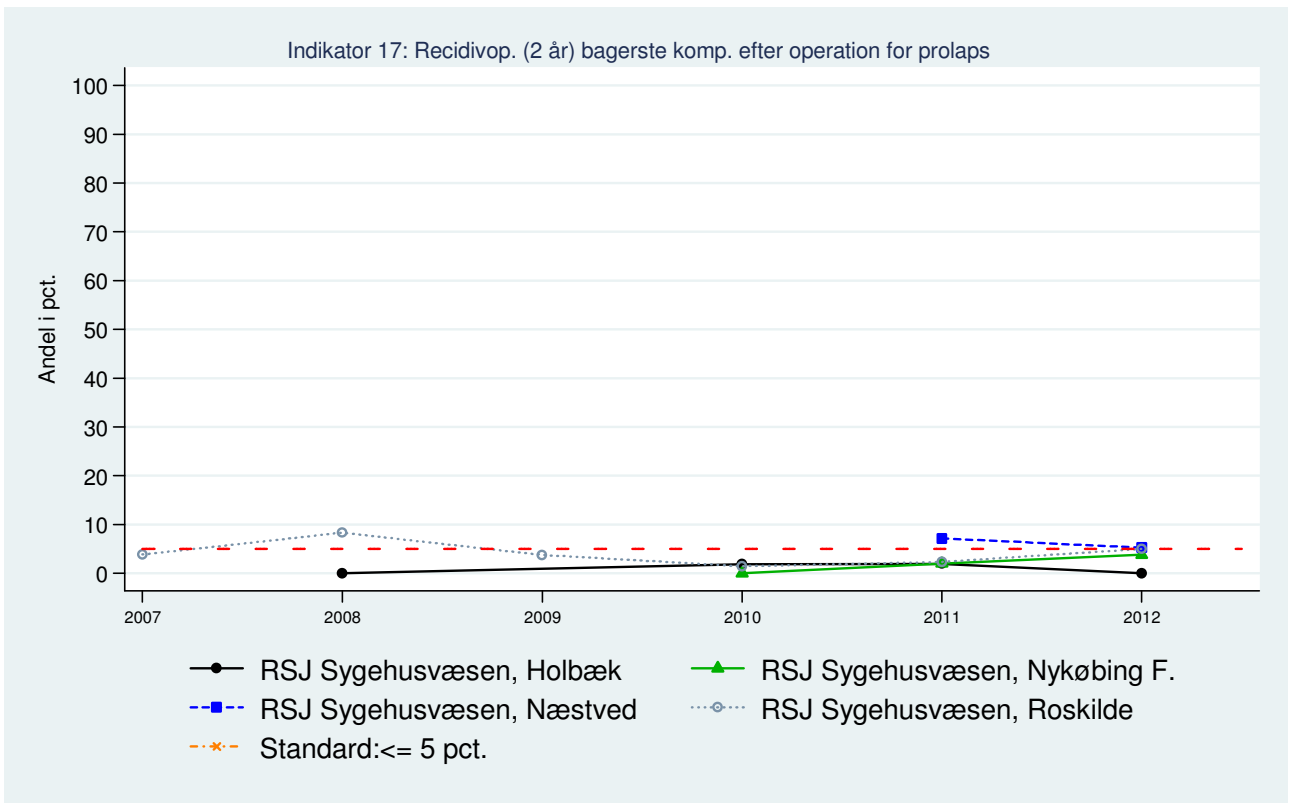
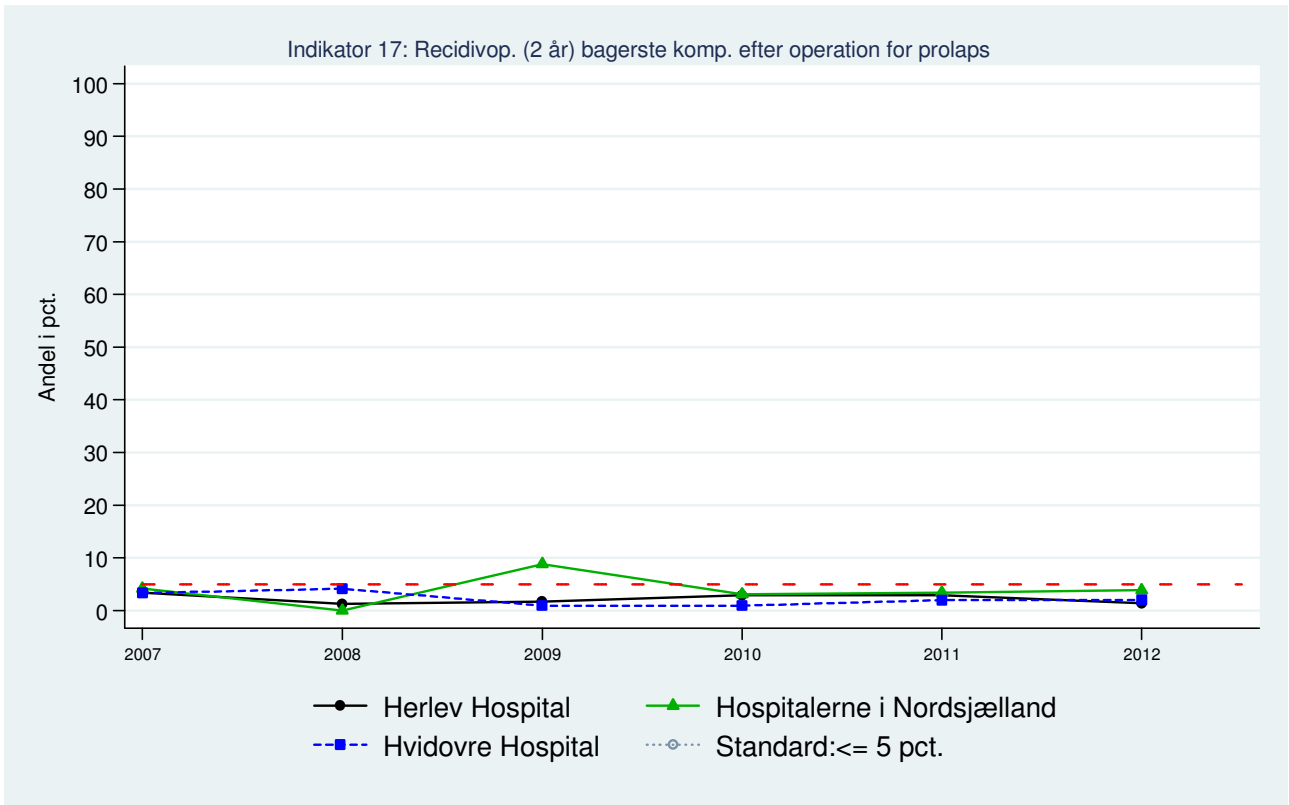


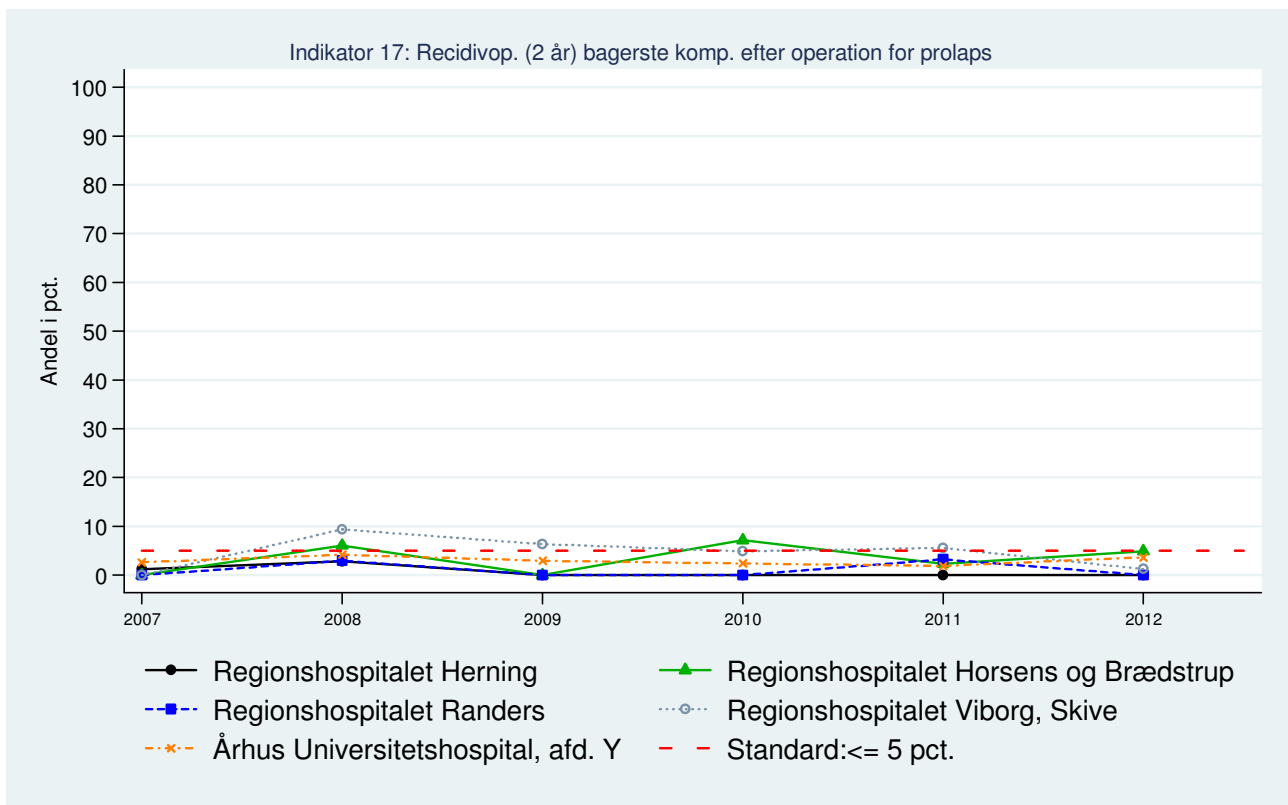
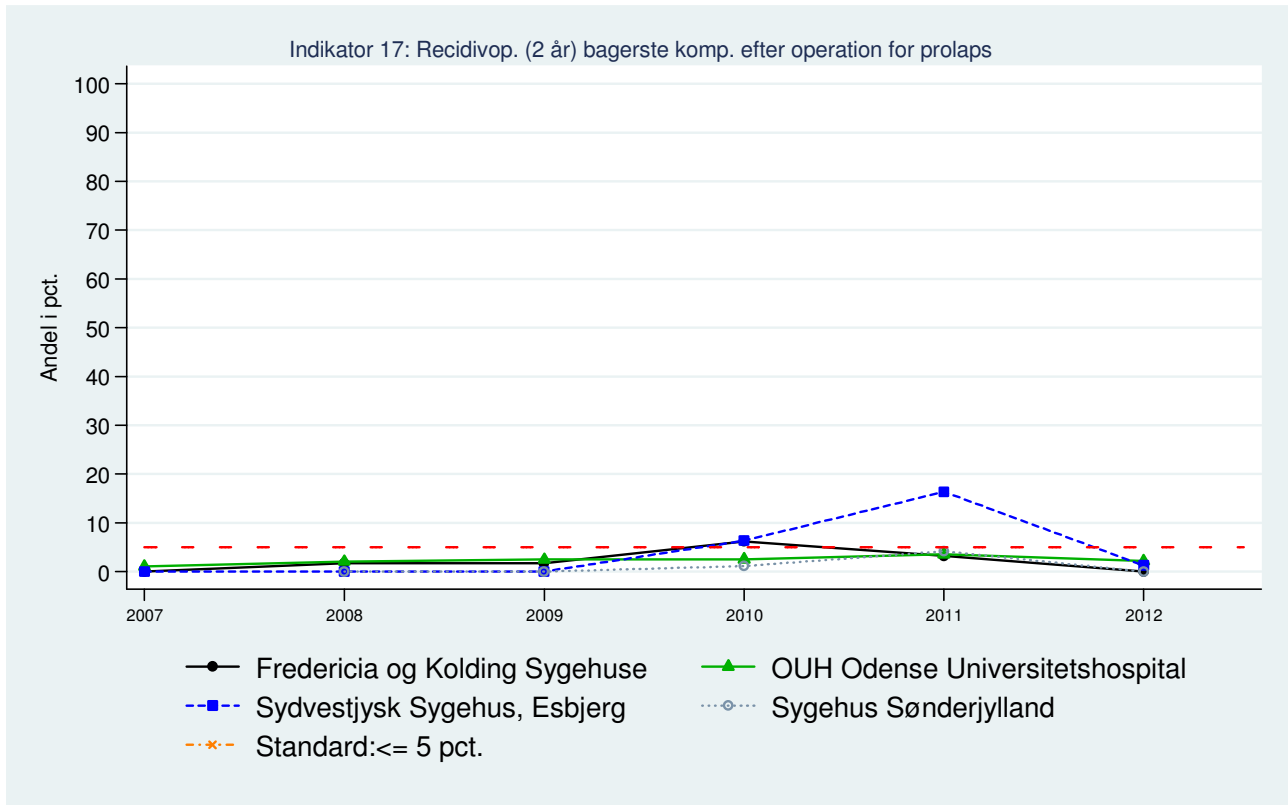


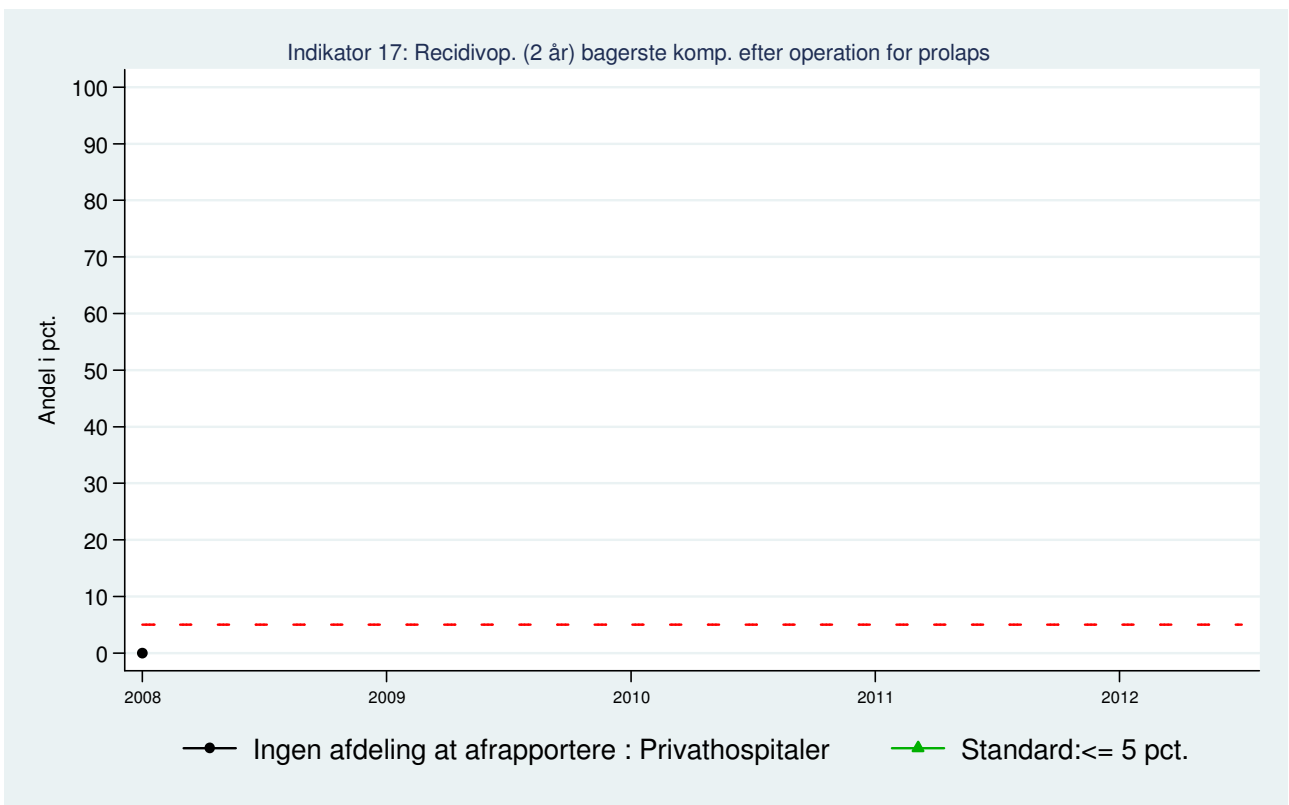
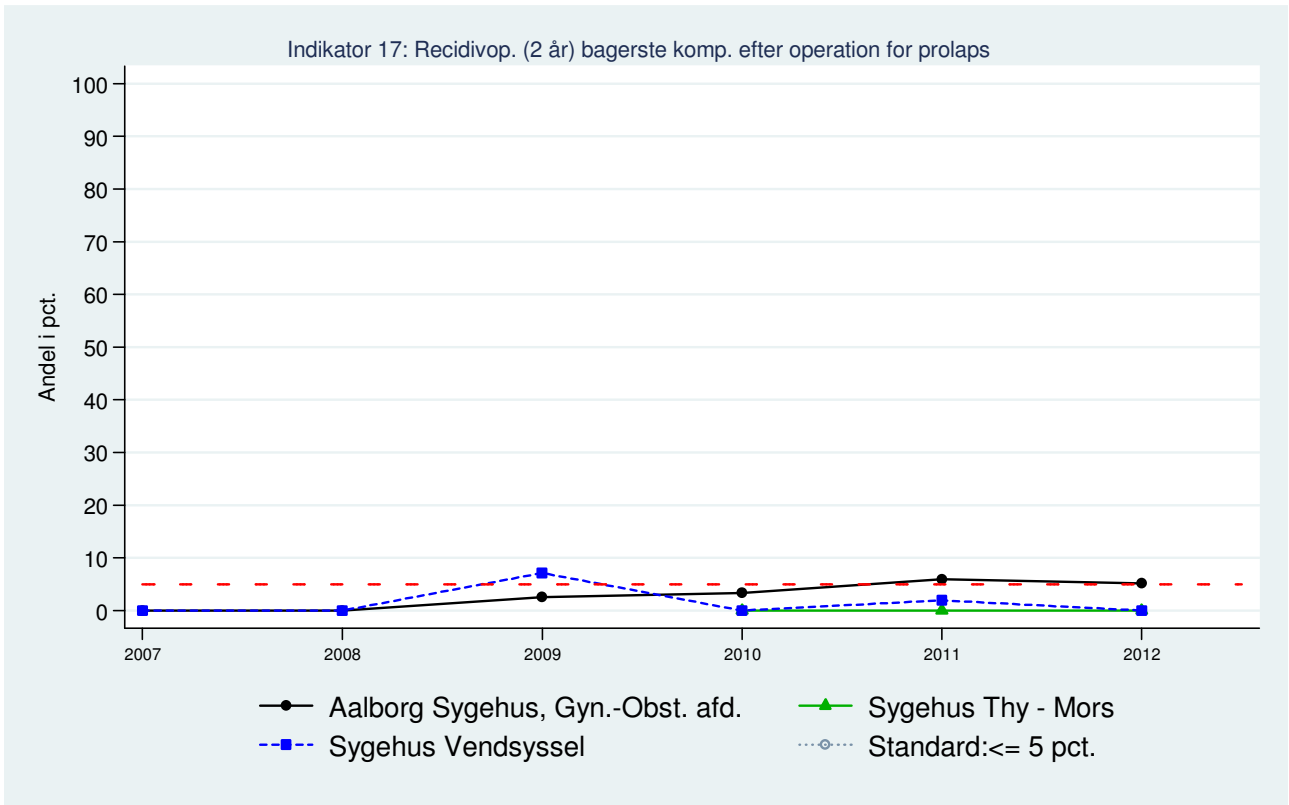


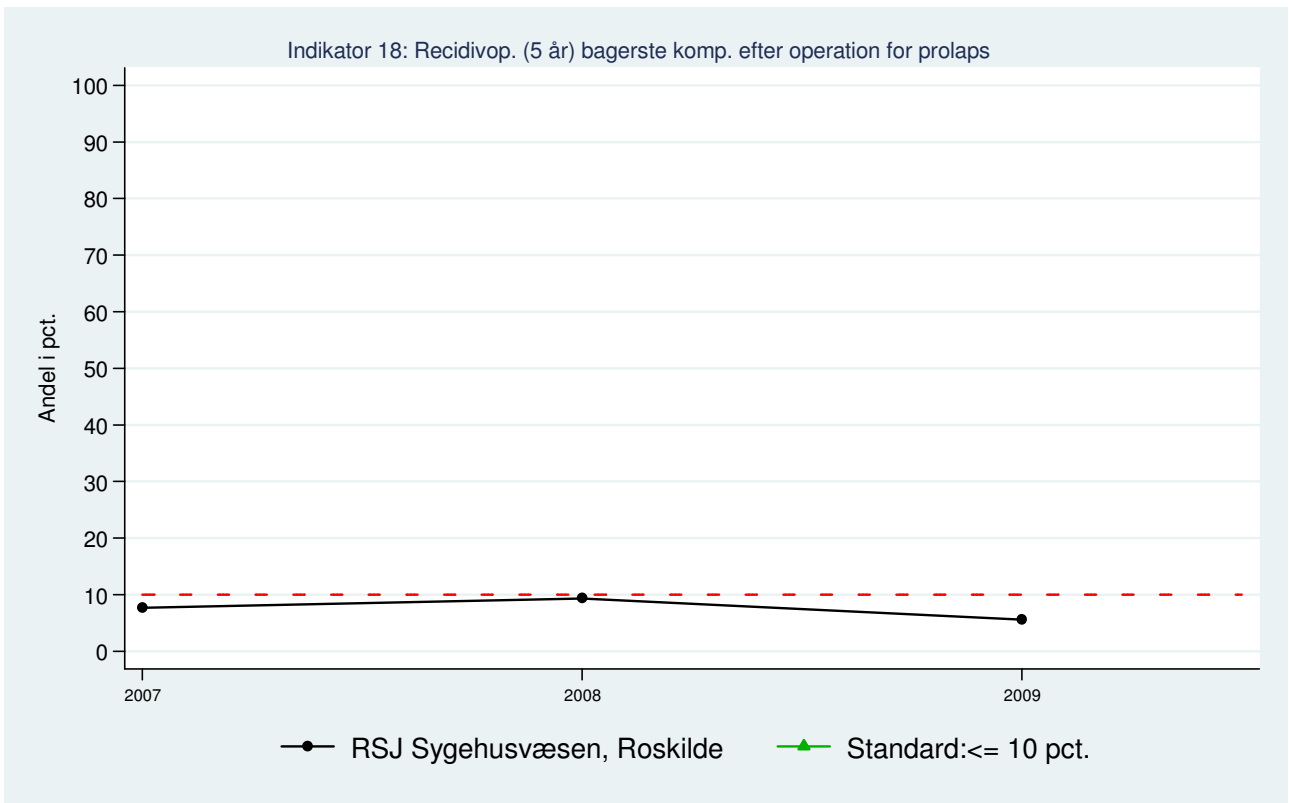
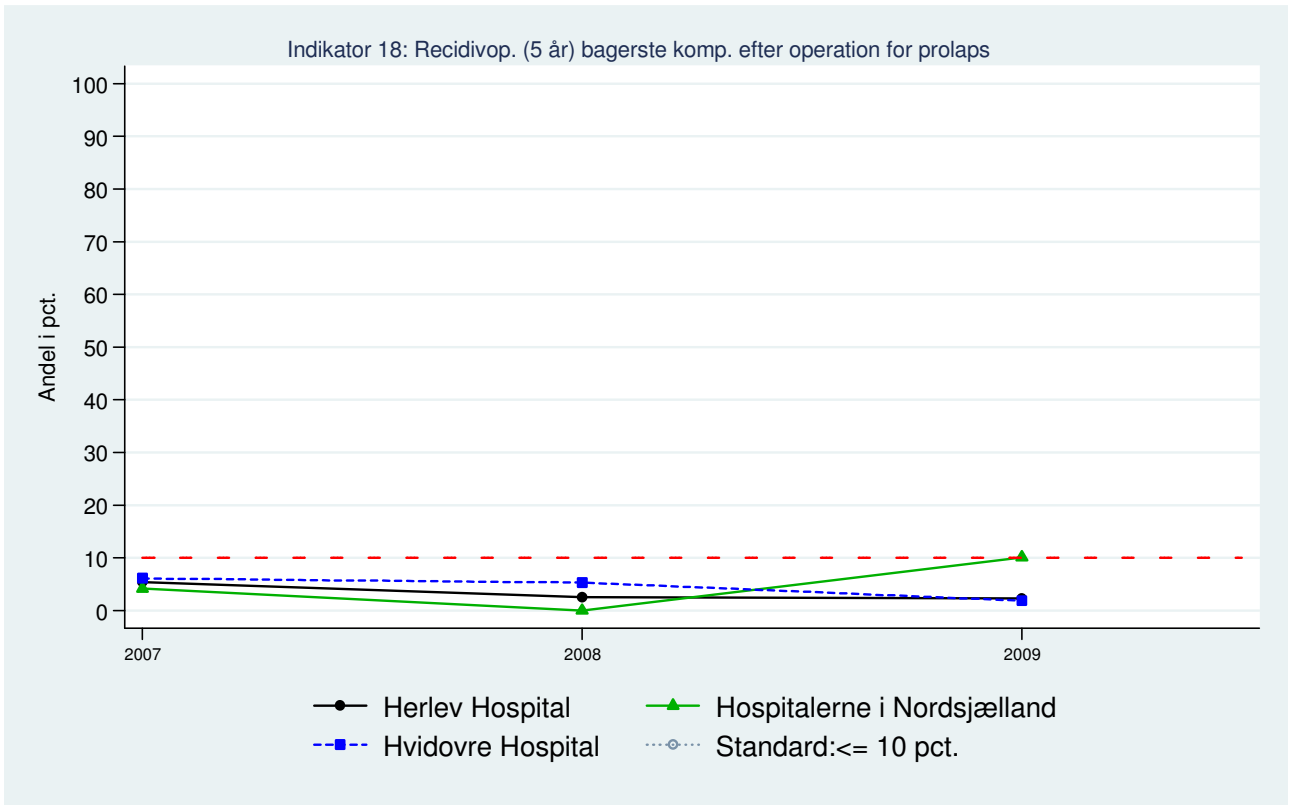


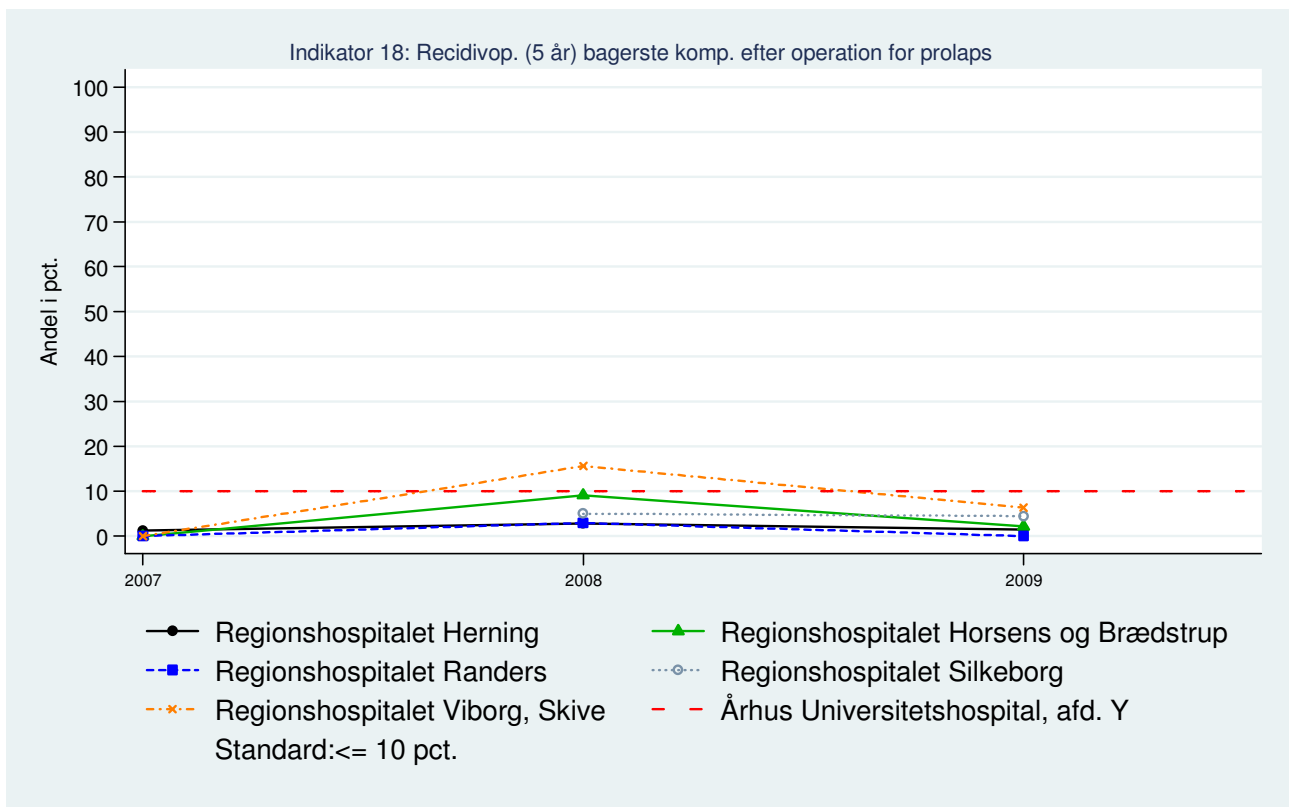
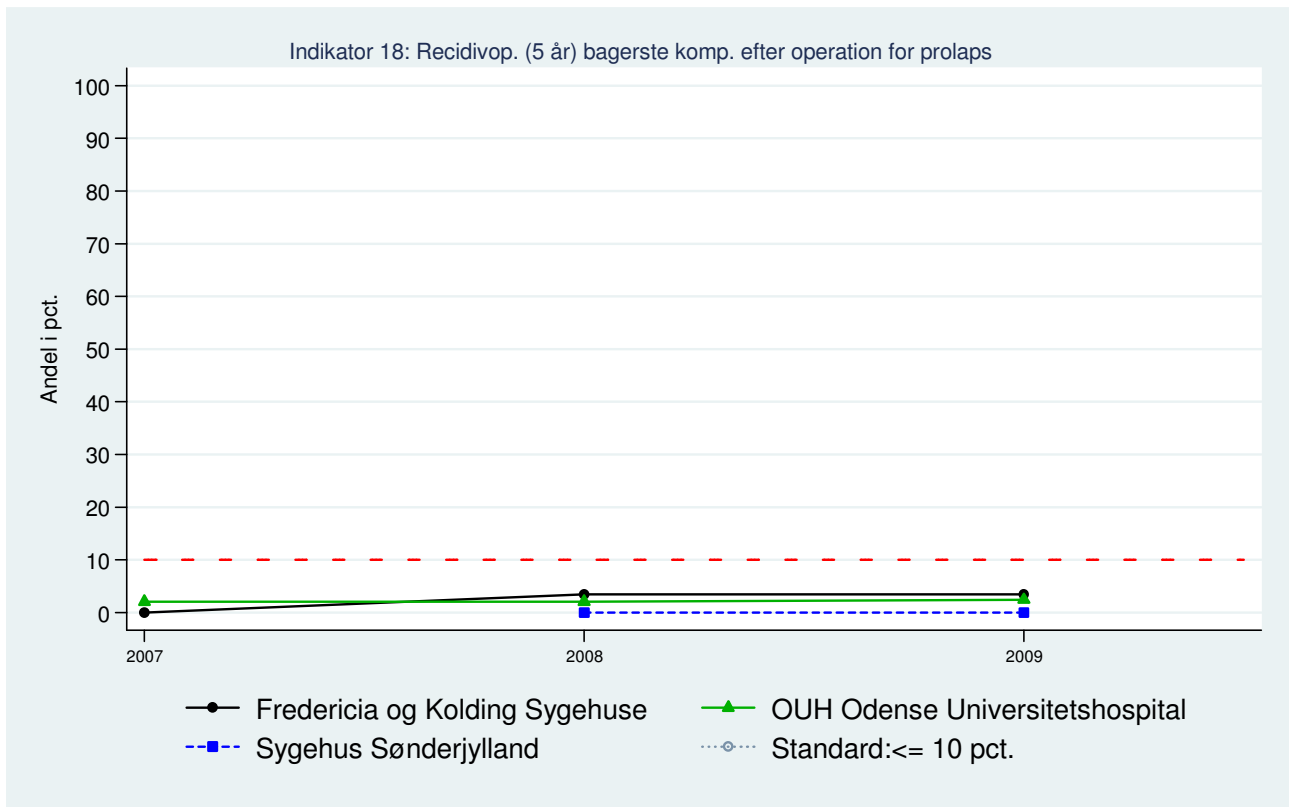


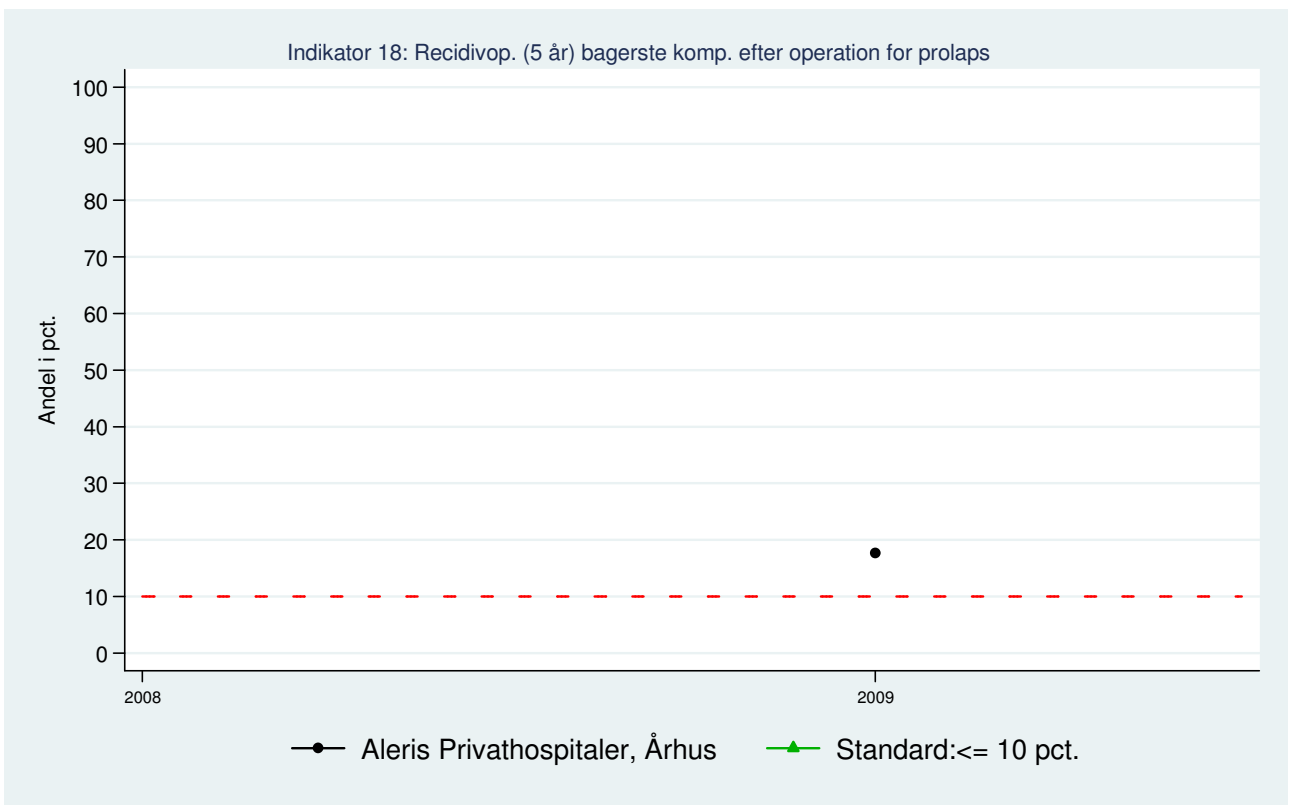
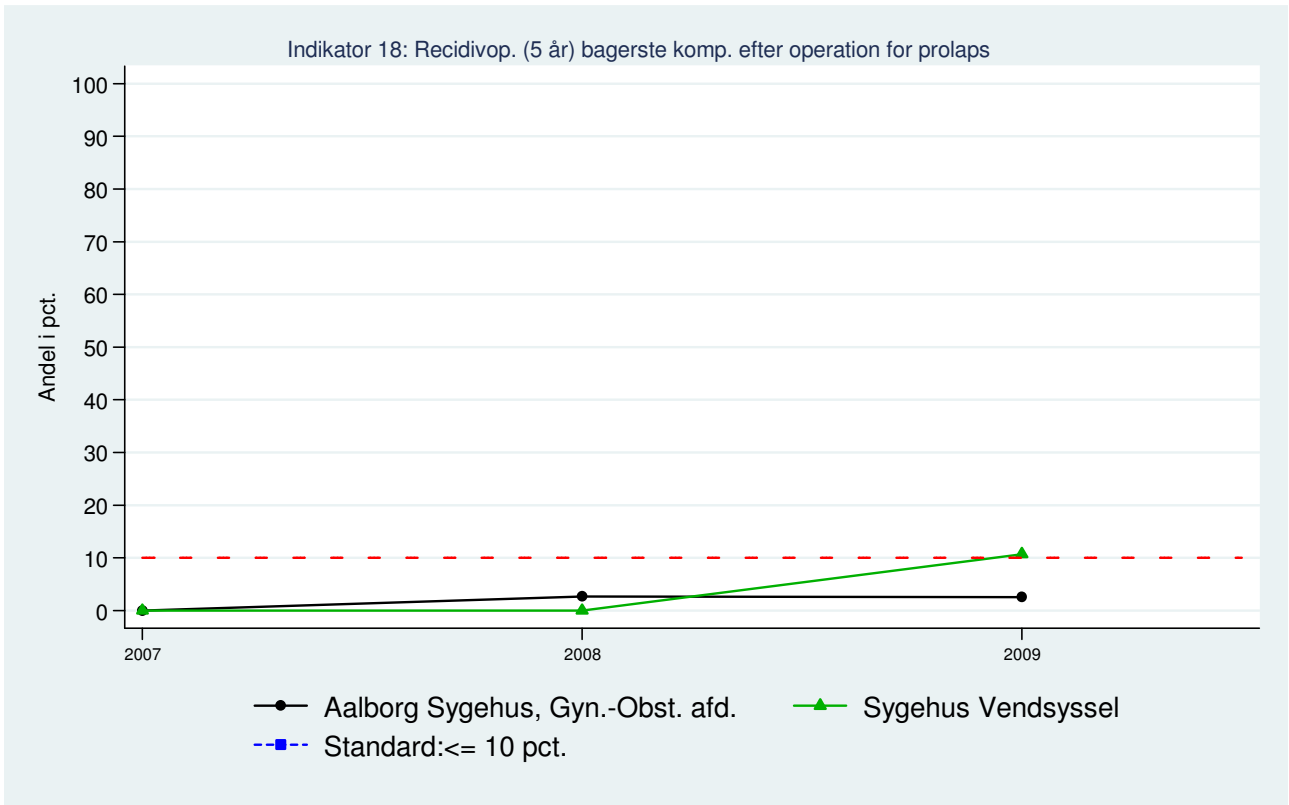


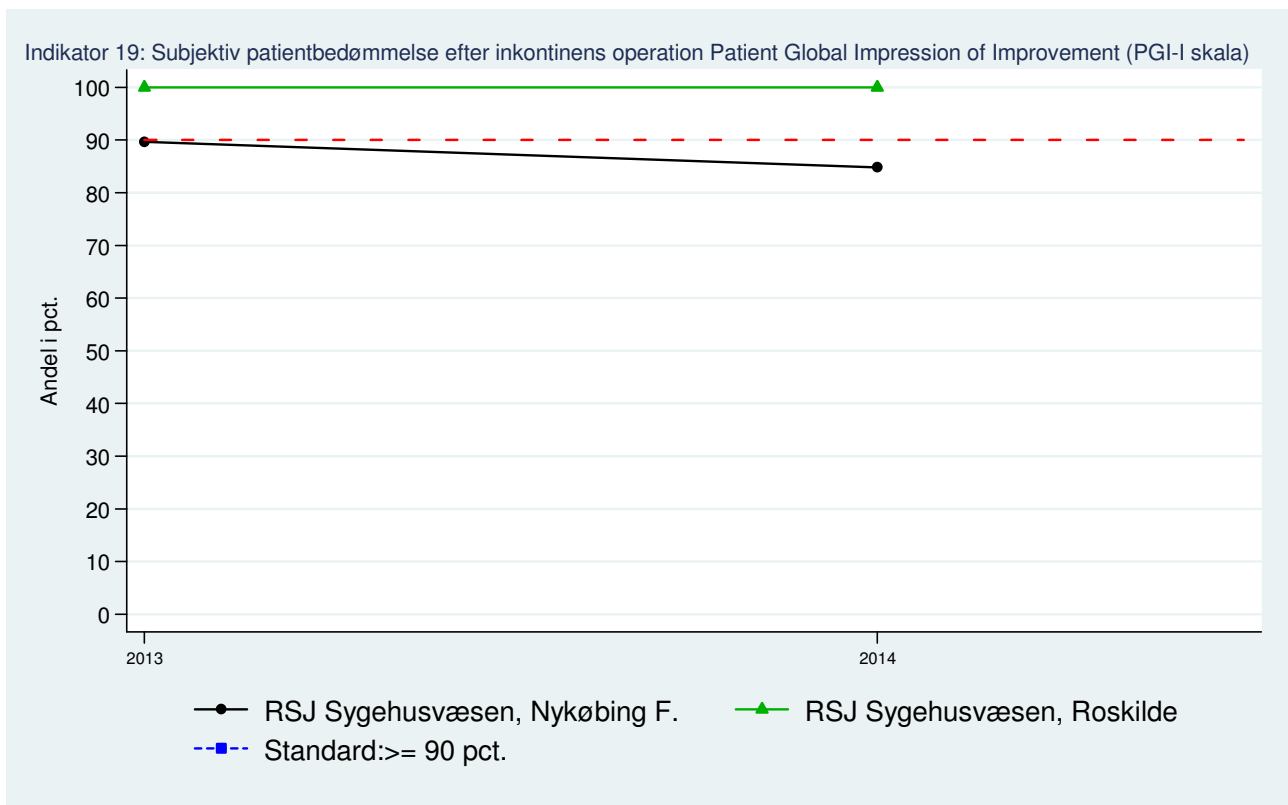
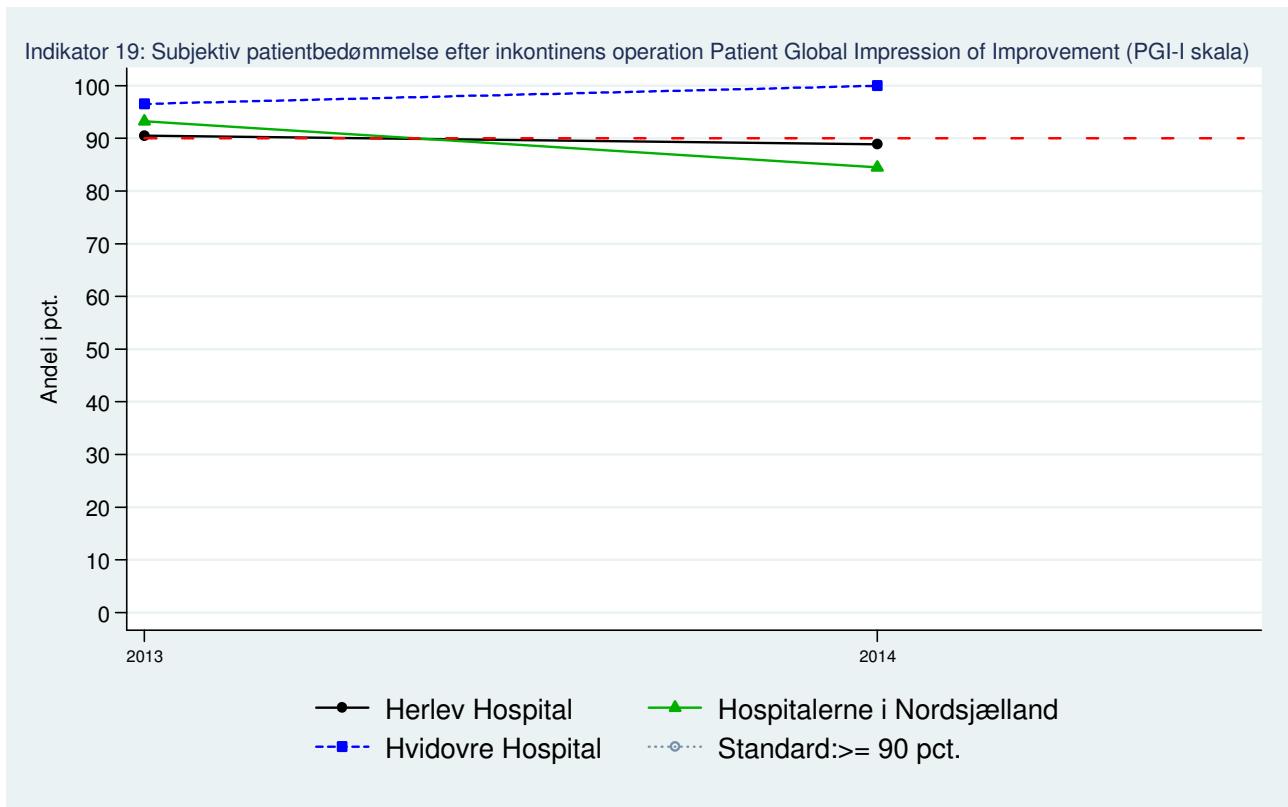


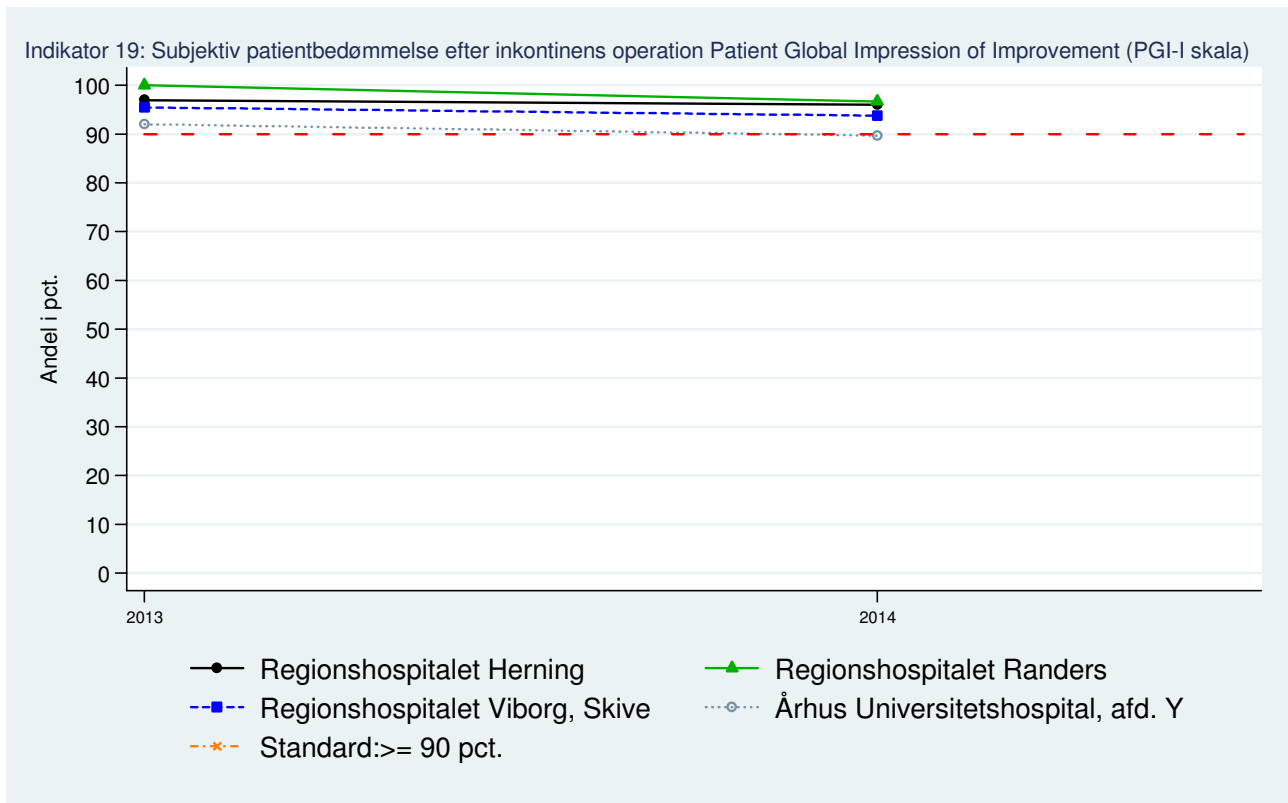
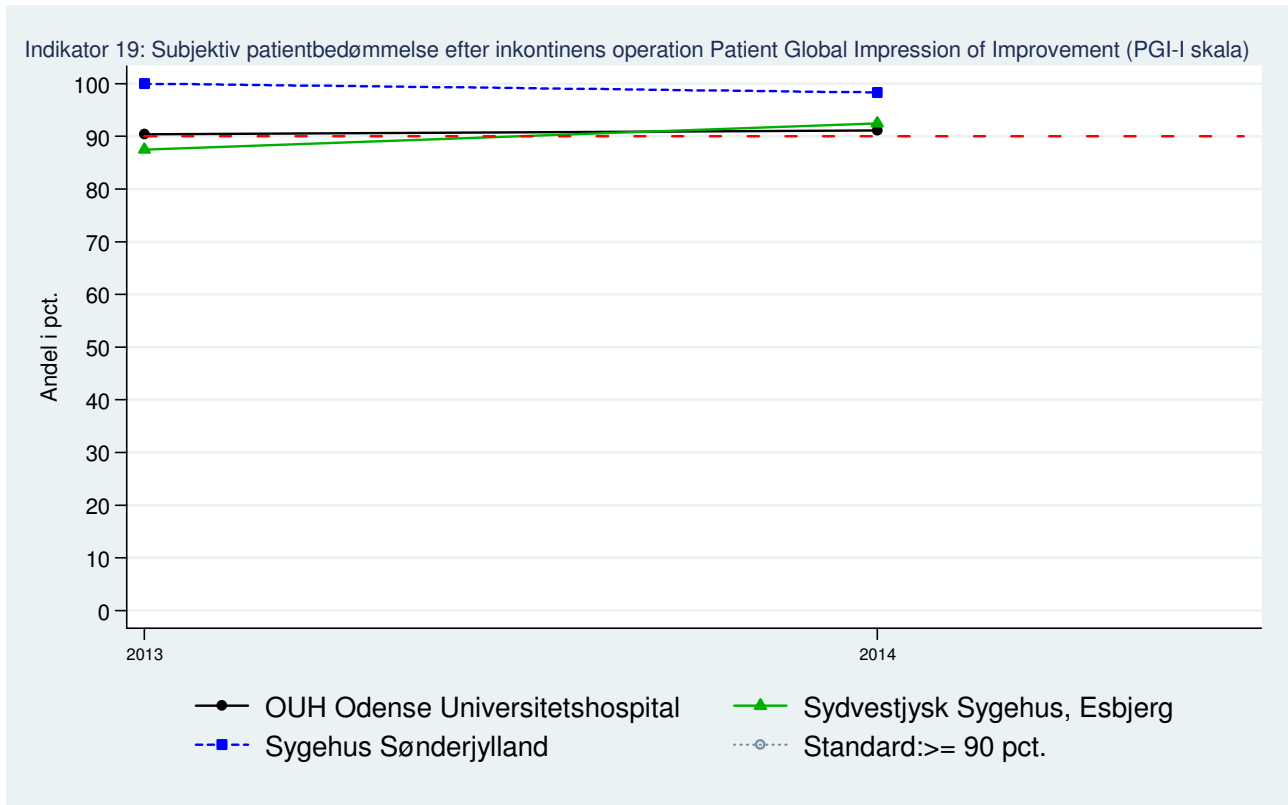




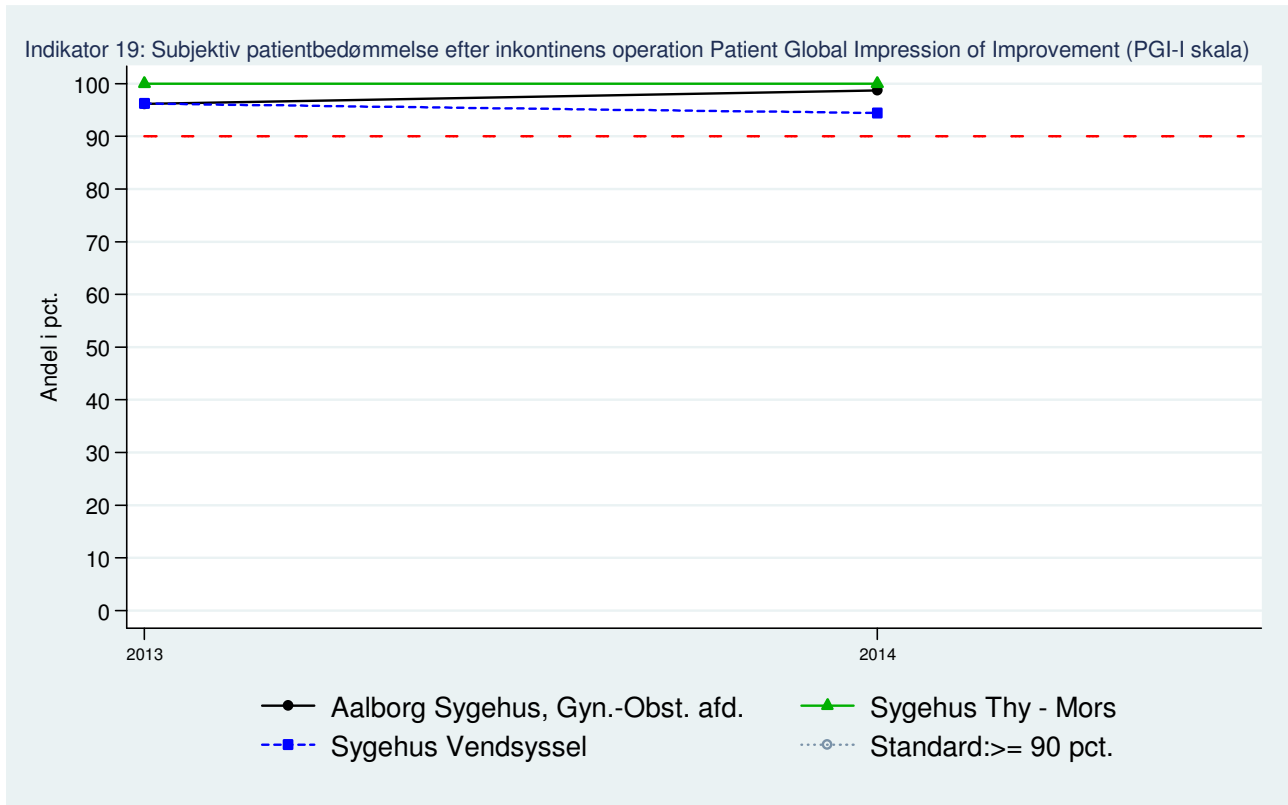




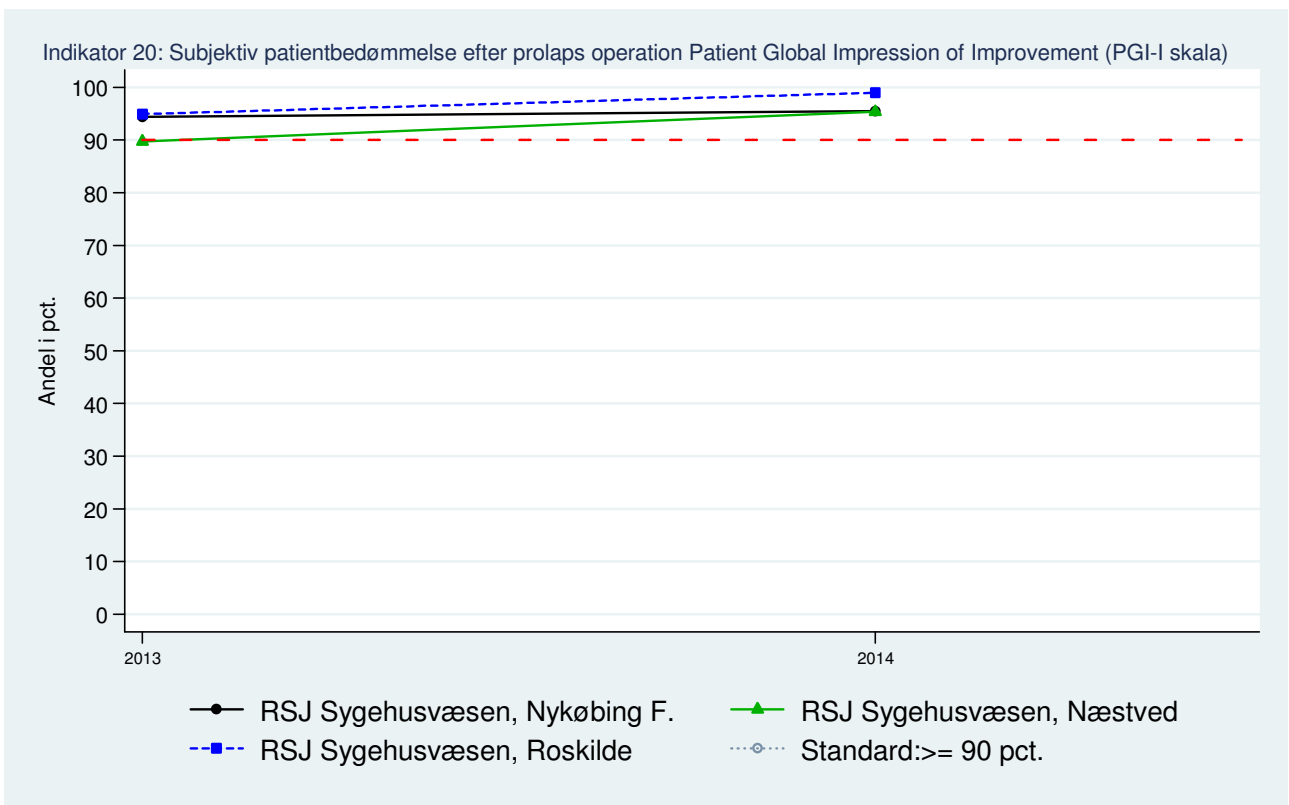
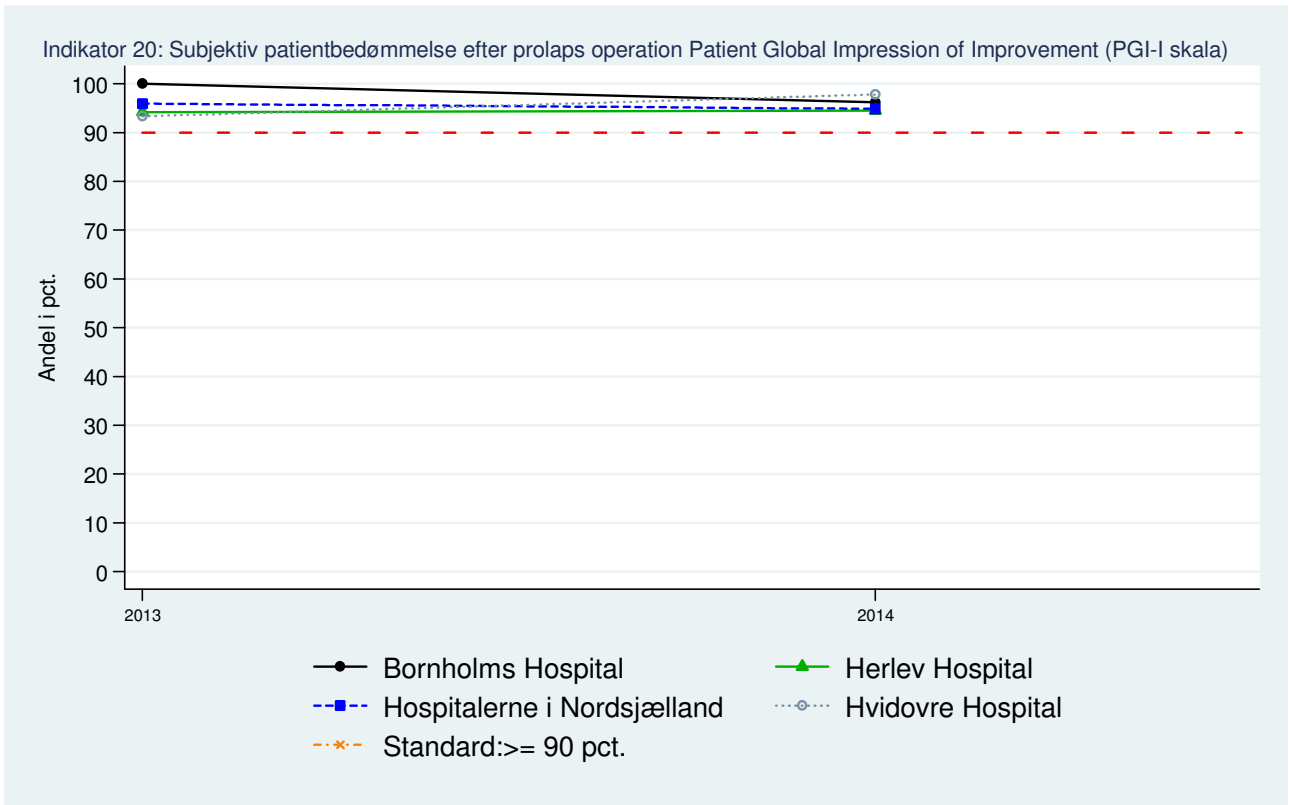




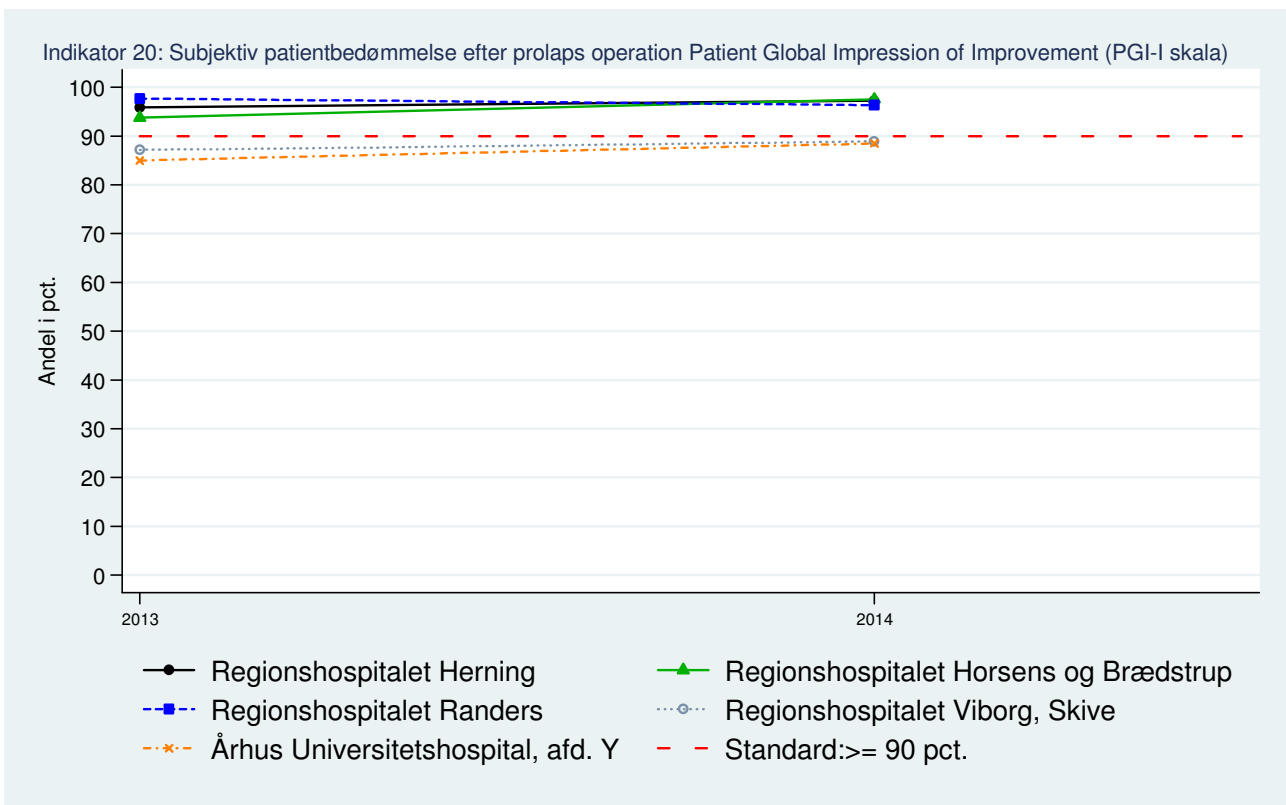
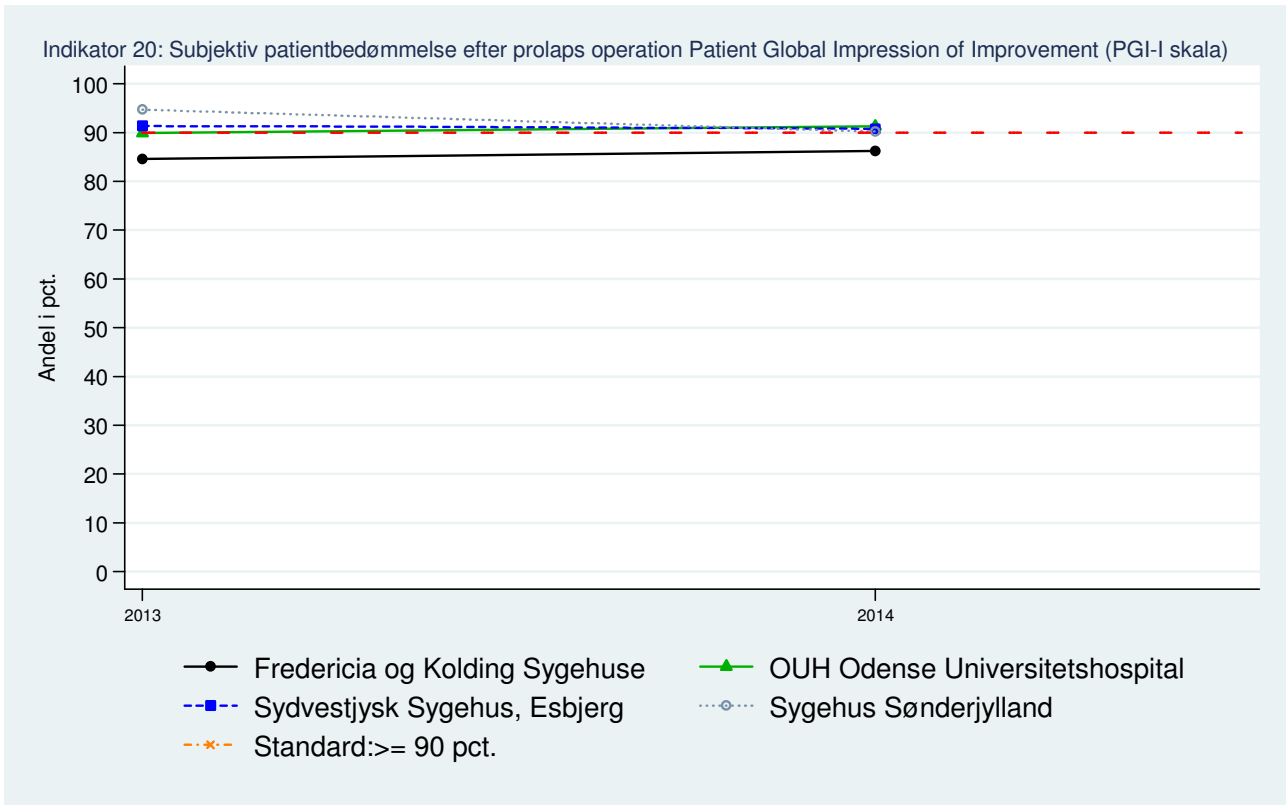
Appendiks 1

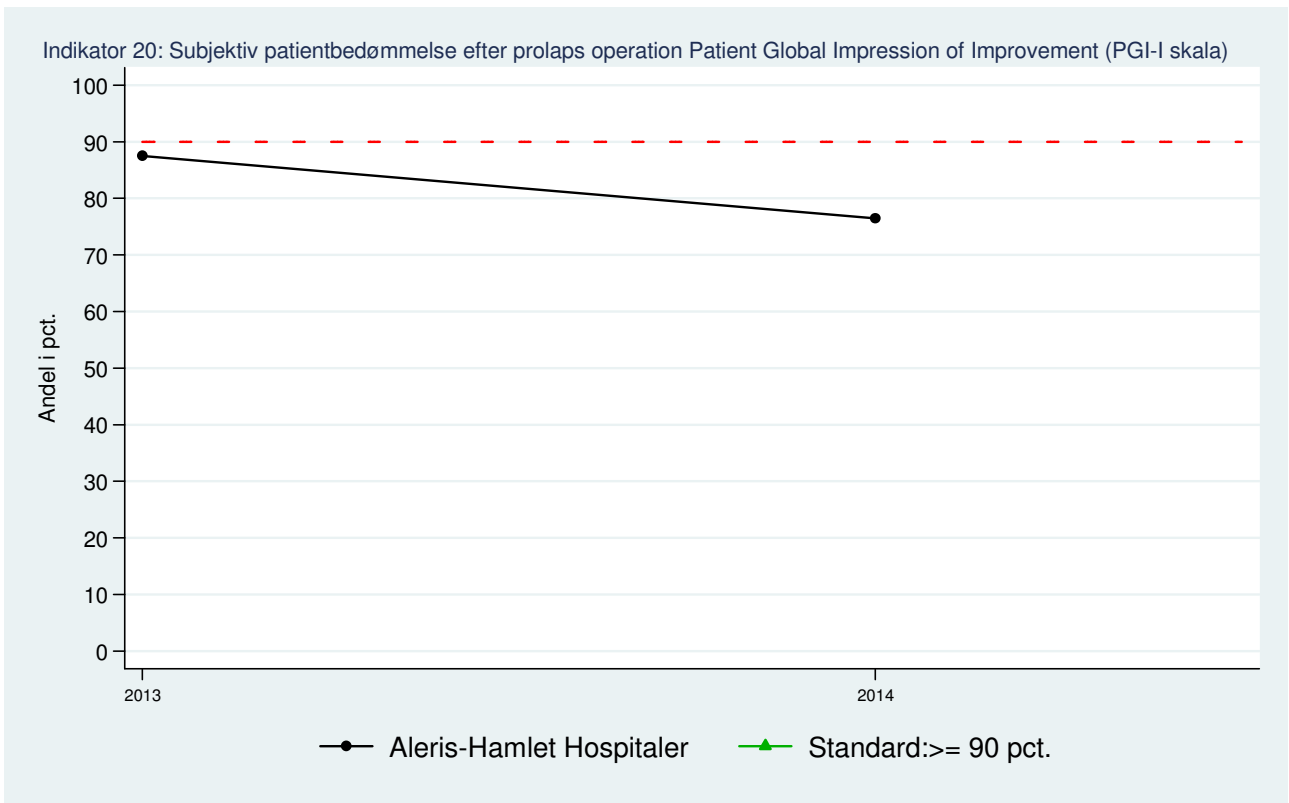
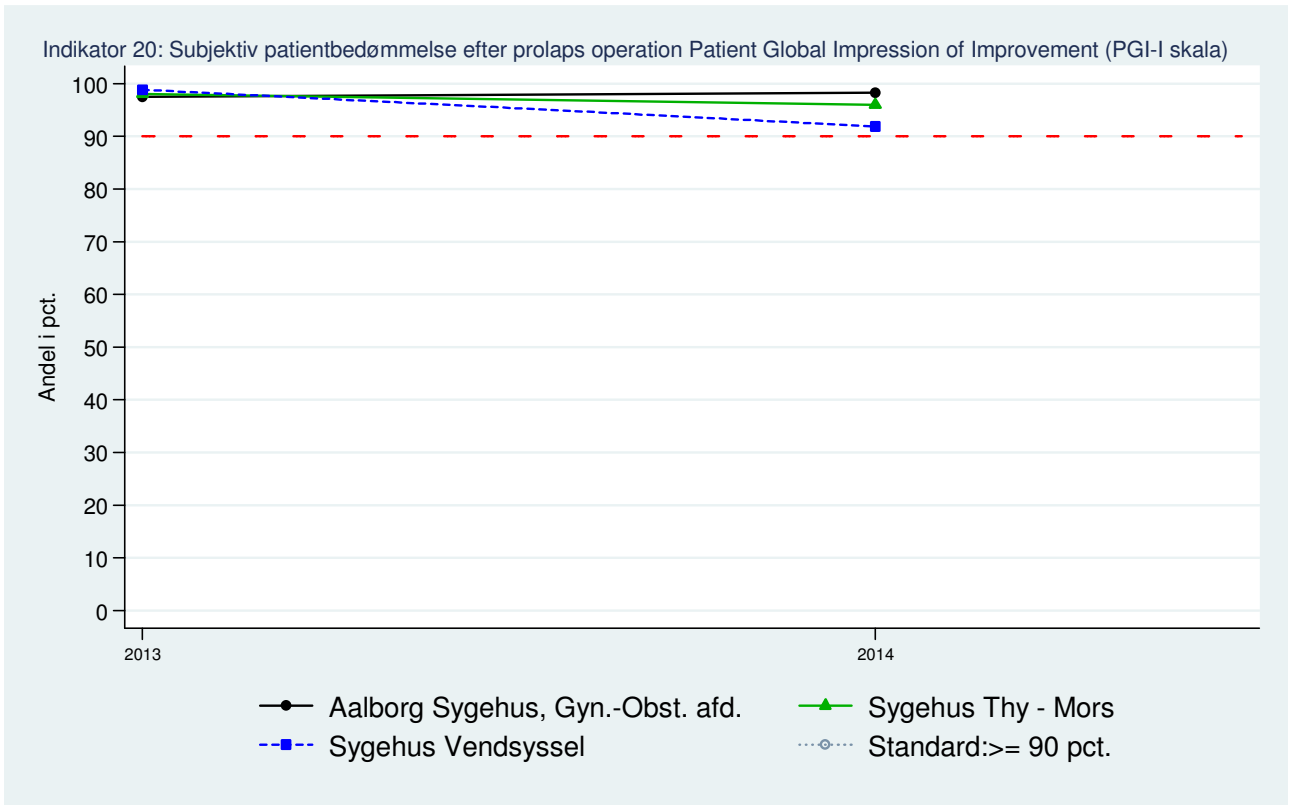


Appendiks 1

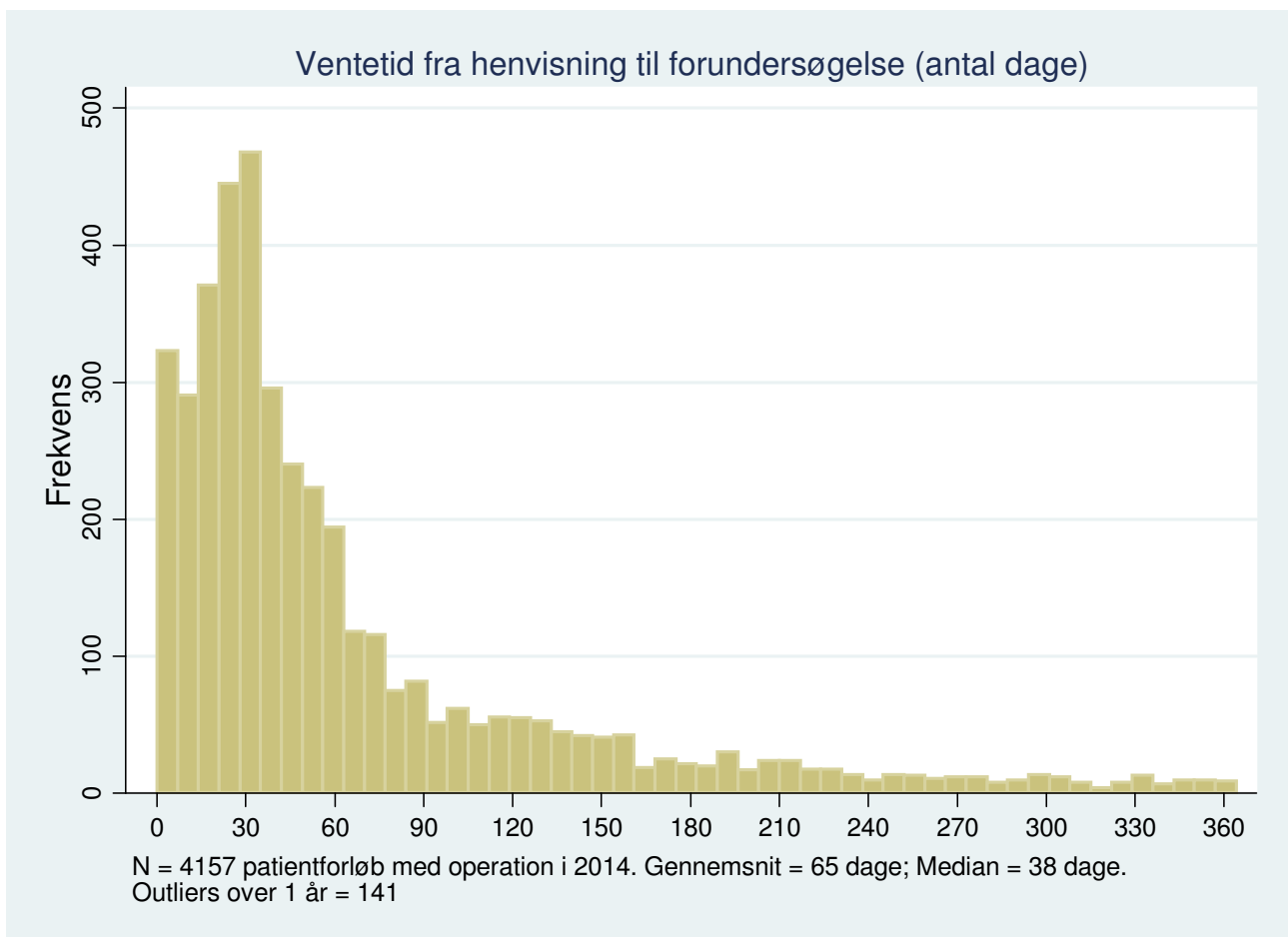


Appendiks 1





Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer



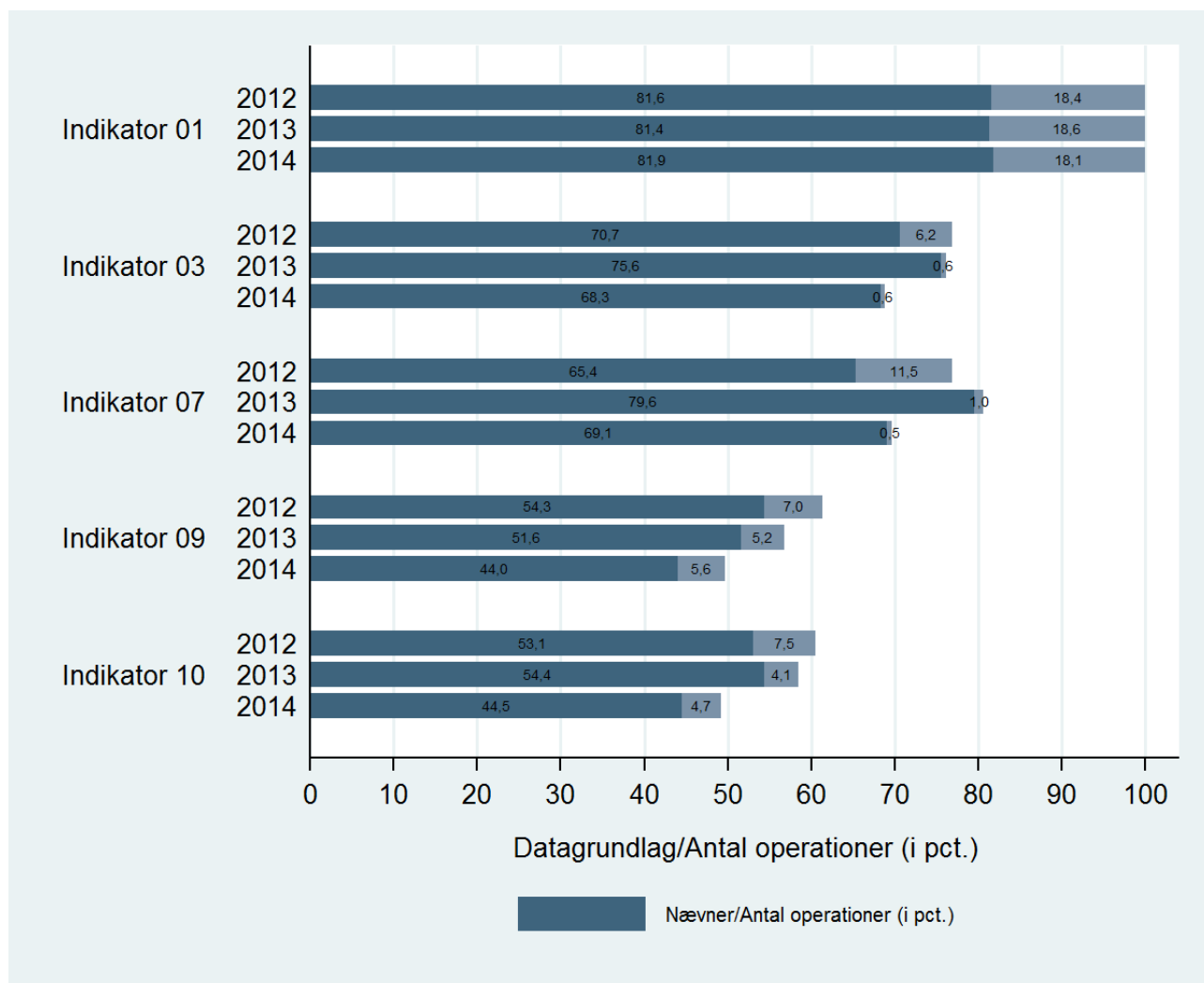
Figur B2 - Fordeling af ventetid for patienter med operation i 2014

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 65 dage er noget højere end den mediane ventetid på 38 dage.

Antal patienter stiger op til den mediane ventetid på 38 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. 141 patienter har over 1 års ventetid (ikke vist i Figur B2).



Figur B3 - Potentiel datakomplethed for alle patientforløb med operation i 2012-2014, 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 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 2012, 2013 og 2014.

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 9 og 10).

For eksempel ses for indikator 9, at i 2014 har 49,6 % (44,0 % + 5,6 %) af de opererede udfyldt et efterkontrolskema, men kun 44,0 % af de opererede (mørke del af søjlen, med angivelse af 44,0) har besvaret det for indikatoren relevante spørgsmål, hvilket betyder, at 5,6 % af de opererede (lyse del af søjlen, med angivelse af 5,6) 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 2014. Dog finder de fleste efterkontroller sted indenfor 120 dage efter operationen (jf. "Appendiks 3: Supplerende statistik", Figur B4 og Figur B5), og data er frosset d. 13. april 2015 (dvs. 103 dage efter årsskiftet). Derfor er der stadig plads til forbedringer mht. at kunne inkludere flere patienter i indikatorerne 3, 7, 9 og 10 i forhold til de nuværende andele, som ligger i området fra 49,6 % til 80,6 %. 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.

For alle indikatorerne 3, 7, 9 og 10 er der i 2014 i sammenligning med 2012 og 2013 en mindre andel af udfyldte efterkontrolskemaer. Til gengæld er der i 2014 patientskemaerne (indikator 3 og 7) en større andel af patienter, som har udfyldt det for indikatoren relevante spørgsmål. For lægeskemaer (indikator 9 og 10) er der ingen forskel i andelen af udfyldte spørgsmål når 2014 sammenlignes med 2012 og 2013.

De følgende 4 tabeller viser ovenstående i tabelform, opdelt på regioner og afdelinger.

Table B1 - Antal urininkontinensoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 3 i 2014 (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	1164	866	859	99,2	73,8
Region Hovedstaden	220	203	203	100,0	92,3
Region Sjælland	223	141	140	99,3	62,8
Region Syddanmark	304	243	242	99,6	79,6
Region Midtjylland	185	120	116	96,7	62,7
Region Nordjylland	196	136	136	100,0	69,4
Region Hovedstaden	220	203	203	100,0	92,3
Herlev Hospital	124	123	123	100,0	99,2
Hospitalet i Nordsjælland	73	60	60	100,0	82,2
Hvidovre Hospital	23	20	20	100,0	87,0
Region Sjælland	223	141	140	99,3	62,8
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	116	80	79	98,8	68,1
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	107	61	61	100,0	57,0
Region Syddanmark	304	243	242	99,6	79,6
OUH Odense Universitetshospital	149	129	128	99,2	85,9
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	84	53	53	100,0	63,1
Sygehus Sønderjylland	71	61	61	100,0	85,9
Region Midtjylland	185	120	116	96,7	62,7
Regionshospitalet Randers	45	32	32	100,0	71,1
Århus Universitetshospital, afd. Y	61	31	27	87,1	44,3
Region Nordjylland	196	136	136	100,0	69,4
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	101	80	80	100,0	79,2
Sygehus Thy - Mors	18	18	18	100,0	100,0
Sygehus Vendsyssel	77	38	38	100,0	49,4
Privathospitaler	36	23	22	95,7	61,1
Aleris-Hamlet Hospitaler	20	14	14	100,0	70,0
Privathospitalet Møn	11	7	6	85,7	54,5

a. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2014, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2014, hvor patientens efterundersøgelsesskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2014, hvor der findes en afkrydsning i spørgsmålet *Hvor ofte oplever du urininkontinens?* i patientens efterundersøgelsesskema.

Table B2- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 7 i 2014 (operation og patientens efterundersøgelseskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4096	3117	3093	99,2	75,5
Region Hovedstaden	885	822	819	99,6	92,5
Region Sjælland	676	402	398	99,0	58,9
Region Syddanmark	1024	794	789	99,4	77,1
Region Midtjylland	914	654	646	98,8	70,7
Region Nordjylland	510	389	387	99,5	75,9
Region Hovedstaden	885	822	819	99,6	92,5
Bornholms Hospital	27	27	27	100,0	100,0
Herlev Hospital	436	430	430	100,0	98,6
Hospitalerne i Nordsjælland	256	224	222	99,1	86,7
Hvidovre Hospital	166	141	140	99,3	84,3
Region Sjælland	676	402	398	99,0	58,9
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	86	8	8	100,0	9,3
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	145	113	111	98,2	76,6
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	134	110	108	98,2	80,6
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	311	171	171	100,0	55,0
Region Syddanmark	1024	794	789	99,4	77,1
Fredericia og Kolding Sygehuse	110	92	89	96,7	80,9
OUH Odense Universitetshospital	604	465	463	99,6	76,7
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	175	125	125	100,0	71,4
Sygehus Sønderjylland	135	112	112	100,0	83,0
Region Midtjylland	914	654	646	98,8	70,7
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	130	122	122	100,0	93,8
Regionshospitalet Randers	140	114	114	100,0	81,4
Århus Universitetshospital, afd. Y	361	196	190	96,9	52,6
Region Nordjylland	510	389	387	99,5	75,9
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	305	259	257	99,2	84,3
Sygehus Thy - Mors	56	52	52	100,0	92,9
Sygehus Vendsyssel	149	78	78	100,0	52,3
Privathospitaler	87	56	54	96,4	62,1
Aleris-Hamlet Hospitaler	49	36	36	100,0	73,5
Gråbrødreklinikken	6	5	5	100,0	83,3
Privathospitalet Kollund	6	6	6	100,0	100,0
Privathospitalet Møn	13	5	4	80,0	30,8

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2014, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2014, hvor patientens efterundersøgelseskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2014, 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 efterundersøgelseskema.

Table B3- Antal urininkontinensoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 9 i 2013 (operation og lægens efterundersøgelseskema)

Afdeling	Antal operationer (1)	Datagrundlag (2)	Nævner (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	1164	624	553	88,6	47,5
Region Hovedstaden	220	192	179	93,2	81,4
Region Sjælland	223	96	53	55,2	23,8
Region Syddanmark	304	166	158	95,2	52,0
Region Midtjylland	185	31	29	93,5	15,7
Region Nordjylland	196	120	118	98,3	60,2
Region Hovedstaden	220	192	179	93,2	81,4
Herlev Hospital	124	123	119	96,7	96,0
Hospitalet i Nordsjælland	73	53	44	83,0	60,3
Hvidovre Hospital	23	16	16	100,0	69,6
Region Sjælland	223	96	53	55,2	23,8
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	116	56	52	92,9	44,8
Region Syddanmark	304	166	158	95,2	52,0
OUH Odense Universitetshospital	149	44	40	90,9	26,8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	84	57	54	94,7	64,3
Sygehus Sønderjylland	71	65	64	98,5	90,1
Region Midtjylland	185	31	29	93,5	15,7
Århus Universitetshospital, afd. Y	61	6	5	83,3	8,2
Region Nordjylland	196	120	118	98,3	60,2
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	101	77	75	97,4	74,3
Sygehus Thy - Mors	18	18	18	100,0	100,0
Sygehus Vendsyssel	77	25	25	100,0	32,5
Privathospitaler	36	19	16	84,2	44,4
Aleris-Hamlet Hospitaler	20	10	8	80,0	40,0
Privathospitalet Møn	11	7	6	85,7	54,5

- Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.
- Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, hvor lægens efterundersøgelseskema er indleveret.
- Antal patientforløb med urininkontinensoperation i 2013, hvor der findes en registrering i feltet *Behandlingsbehov (klinisk konklusion)* svarende til urininkontinens i lægens efterundersøgelseskema.

Tabel B4- Antal prolapsoperationer, datagrundlag og datakomplethed for indikator 10 i 2014 (operation og lægens efterundersøgelseskema)

Afdeling	Antal operationer ^a (1)	Datagrundlag ^b (2)	Nævner ^c (3)	Datakomplethed i pct. (3)/(2)	"Reel" Datakomplethed i pct. (3)/(1)
Danmark	4096	2201	1991	90,5	48,6
Region Hovedstaden	885	767	702	91,5	79,3
Region Sjælland	676	177	64	36,2	9,5
Region Syddanmark	1024	608	594	97,7	58,0
Region Midtjylland	914	245	238	97,1	26,0
Region Nordjylland	510	353	346	98,0	67,8
Region Hovedstaden	885	767	702	91,5	79,3
Bornholms Hospital	27	27	27	100,0	100,0
Herlev Hospital	436	429	414	96,5	95,0
Hospitalerne i Nordsjælland	256	207	168	81,2	65,6
Hvidovre Hospital	166	104	93	89,4	56,0
Region Sjælland	676	177	64	36,2	9,5
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	86	10	8	80,0	9,3
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	145	31	27	87,1	18,6
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	311	134	27	20,1	8,7
Region Syddanmark	1024	608	594	97,7	58,0
Fredericia og Kolding Sygehuse	110	82	81	98,8	73,6
OUH Odense Universitetshospital	604	283	280	98,9	46,4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	175	124	121	97,6	69,1
Sygehus Sønderjylland	135	119	112	94,1	83,0
Region Midtjylland	914	245	238	97,1	26,0
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	130	31	29	93,5	22,3
Regionshospitalet Randers	140	10	10	100,0	7,1
Århus Universitetshospital, afd. Y	361	97	92	94,8	25,5
Region Nordjylland	510	353	346	98,0	67,8
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	305	254	248	97,6	81,3
Sygehus Thy - Mors	56	53	52	98,1	92,9
Sygehus Vendsyssel	149	46	46	100,0	30,9
Privathospitaler	87	51	47	92,2	54,0
Aleris-Hamlet Hospitaler	49	33	32	97,0	65,3
Gråbrødreklinikken	6	5	5	100,0	83,3
Privathospitalet Kollund	6	5	5	100,0	83,3
Privathospitalet Møn	13	6	4	66,7	30,8

a. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2014, jf. indikatordefinition i Appendiks 4: Indikatordefinitioner.

b. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2014, hvor lægens efterundersøgelseskema er indleveret.

c. Antal patientforløb med prolapsoperation i 2014, hvor der findes en registrering i feltet *Behandlingsbehov (klinisk konklusion)* svarende til prolaps (nedsynkning) i lægens efterundersøgelseskema.

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

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

Appendiks 3: Supplerende statistik

Tabel B5- Antal indberettede patientforløb for databasen i 2014, sammenlignet med 2013 (både opererede og ikke-opererede patienter)

Sygehus/Afdeling	Henvisning ^a		Forundersøgelse ^b		Operation ^c		Efterkontrol ^d	
	2013	2014	2013	2014	2013	2014	2013	2014
Bornholms Hospital	28	15	29	21	27	28	14	35
Herlev Hospital	536	361	684	560	576	581	514	574
Hospitalerne i Nordsjælland	662	515	435	325	395	341	334	320
Hvidovre Hospital	345	192	444	248	313	190	245	150
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	55	44	9	16	12	96	#	11
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	239	165	273	219	300	270	146	126
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	170	122	188	130	174	135	7	4
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	963	809	313	384	344	462	183	205
Fredericia og Kolding Sygehuse	113	89	107	108	109	110	99	99
OUH Odense Universitetshospital	1627	2047	713	726	763	767	316	378
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	291	165	57	52	299	265	201	200
Sygehus Sønderjylland	228	146	217	161	211	205	151	207
Regionshospitalet Herning	126	122	144	156	158	135	153	132
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	190	115	195	135	165	134	46	53
Regionshospitalet Randers	231	183	213	191	219	185	9	15
Regionshospitalet Viborg, Skive	228	11	196	255	269	242	12	4
Århus Universitetshospital, afd. K	#	0	4	0	13	0	3	0
Århus Universitetshospital, afd. Y	400	315	388	534	464	429	179	146
Gynækologisk Ambulatorium G, Randers	9	0	4	0	0	0	0	0
Sygehus Vendsyssel	203	189	185	220	187	226	101	99
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	744	717	519	470	409	408	331	351
Sygehus Thy - Mors	154	130	91	124	68	75	77	72
Aleris Privathospitaler, Esbjerg	#	0	0	0	0	0	0	0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	#	#	#	#	4	#	0	0
Aleris Privathospitaler, Århus	6	0	9	0	10	0	10	0
Aleris-Hamlet Hospitaler	66	70	70	70	72	69	32	50
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	10	5	10	5	5	7	3	#
Ciconia, Århus Privathospital	13	7	16	8	16	8	0	#
Gråbrødreklinikken	20	10	21	10	22	11	14	12
Privathospitalet Møn	20	14	19	17	14	24	12	13
Privathospitalet Kollund	7	6	7	6	8	6	6	5
Danmark	7687	6565	5561	5152	5626	5410	3200	3263

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B5

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 2015 (hvis de overhovedet opereres), samt efterkontrollata for opererede i 2013. 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 2013 og 2014. 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 2013 et faldende antal henvisninger (14,6 % fald), forundersøgelser (7,4 % fald) og operationer (3,8 % fald). Antal efterkontrollskemaer er stort set det samme for begge år.

Antal registrerede operationer (ud fra LPR som gold standard) for inkontinens er faldet fra 1303 i Årsrapport 2013 til 1257 i denne årsrapport (3,5 % fald), hvilket korrelerer fint med de 3,8 % fald for udfyldte operationsskemaer. Antal registrerede operationer (ud fra LPR som gold standard) for prolaps er faldet fra 4522 i Årsrapport 2013 til 4475 i denne årsrapport (1,0 % fald), hvilket er mindre end de 3,8 % fald for udfyldte operationsskemaer¹.

Ud fra disse data er datakompletheden således overordnet forværret.

¹ Det er før nævnt (jf. Tabel 17 og Tabel 18), at gold standard i Årsrapport var LPR, mens den i denne årsrapport er LPR og/eller DugaBase, men dette ændrer kun ca. 0,1 procentpoint, hvorfor tallene kan sammenlignes.

Tabel B6- Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2013

Afdeling ^a	Antal (pct.) + Patientskema kontrol		Antal (pct.) ÷ Patientskema kontrol		Antal operationer
	+ Læge EU	÷ Læge EU	+ Læge EU	÷ Læge EU	
Bornholms Hospital	13 (50,0)	2 (7,7)	11 (42,3)	0 (0,0)	26
Herlev Hospital	363 (64,8)	4 (0,7)	180 (32,1)	13 (2,3)	560
Hospitalerne i Nordsjælland	188 (48,8)	18 (4,7)	145 (37,7)	34 (8,8)	385
Hvidovre Hospital	161 (52,1)	23 (7,4)	58 (18,8)	67 (21,7)	309
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	#	3 (25,0)	#	7 (58,3)	12
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	81 (29,1)	46 (16,5)	60 (21,6)	91 (32,7)	278
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	#	75 (43,6)	#	93 (54,1)	172
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	112 (32,9)	93 (27,4)	43 (12,6)	92 (27,1)	340
Fredericia og Kolding Sygehuse	63 (58,3)	#	36 (33,3)	7 (6,5)	108
OUH Odense Universitetshospital	165 (22,1)	227 (30,5)	153 (20,5)	200 (26,8)	745
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	112 (38,2)	20 (6,8)	83 (28,3)	78 (26,6)	293
Sygehus Sønderjylland	80 (38,1)	0 (0,0)	95 (45,2)	35 (16,7)	210
Regionshospitalet Herning	105 (66,5)	#	46 (29,1)	5 (3,2)	158
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	15 (9,3)	48 (29,6)	27 (16,7)	72 (44,4)	162
Regionshospitalet Randers	5 (2,3)	122 (56,2)	5 (2,3)	85 (39,2)	217
Regionshospitalet Viborg, Skive	5 (1,9)	99 (37,2)	#	161 (60,5)	266
Århus Universitetshospital, afd. Y	88 (19,3)	103 (22,6)	72 (15,8)	193 (42,3)	456
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	230 (57,2)	14 (3,5)	107 (26,6)	51 (12,7)	402
Sygehus Thy - Mors	47 (74,6)	0 (0,0)	14 (22,2)	#	63
Sygehus Vendsyssel	60 (32,6)	53 (28,8)	32 (17,4)	39 (21,2)	184
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	4 (100,0)	4
Aleris Privathospitaler, Århus	10 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	10
Aleris-Hamlet Hospitaler	19 (26,8)	#	21 (29,6)	29 (40,8)	71
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	0 (0,0)	0 (0,0)	#	#	4
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	15 (100,0)	15
Gråbrødreklinikken	9 (47,4)	0 (0,0)	3 (15,8)	7 (36,8)	19
Privathospitalet Kollund	#	0 (0,0)	5 (62,5)	#	8
Privathospitalet Møn	8 (57,1)	#	4 (28,6)	#	14
Danmark	1943 (35,3)	957 (17,4)	1206 (21,9)	1398 (25,4)	5504

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

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 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*).

a. Kun afdelinger, som har indberettet operationer til DugaBase i 2013 er medtaget i tabellen.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B6

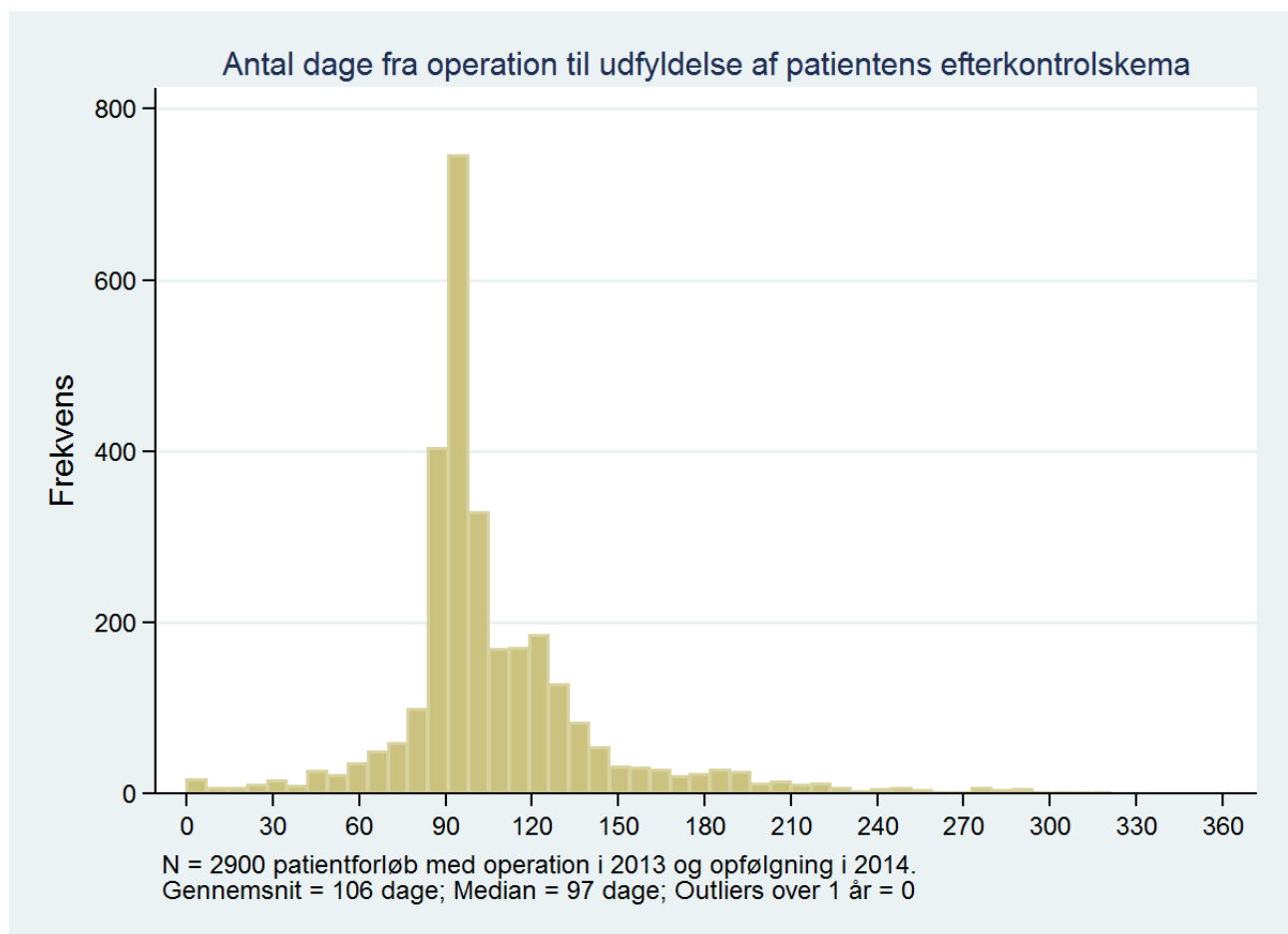
Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur B4 og Figur B5 forinden) vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2013 være registreret i Tabel B6.

35,3 % af forløbene havde både patientens og lægens efterkontrolskema, 17,4 % havde kun patientens efterkontrolskema, 21,9 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 25,4 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema.

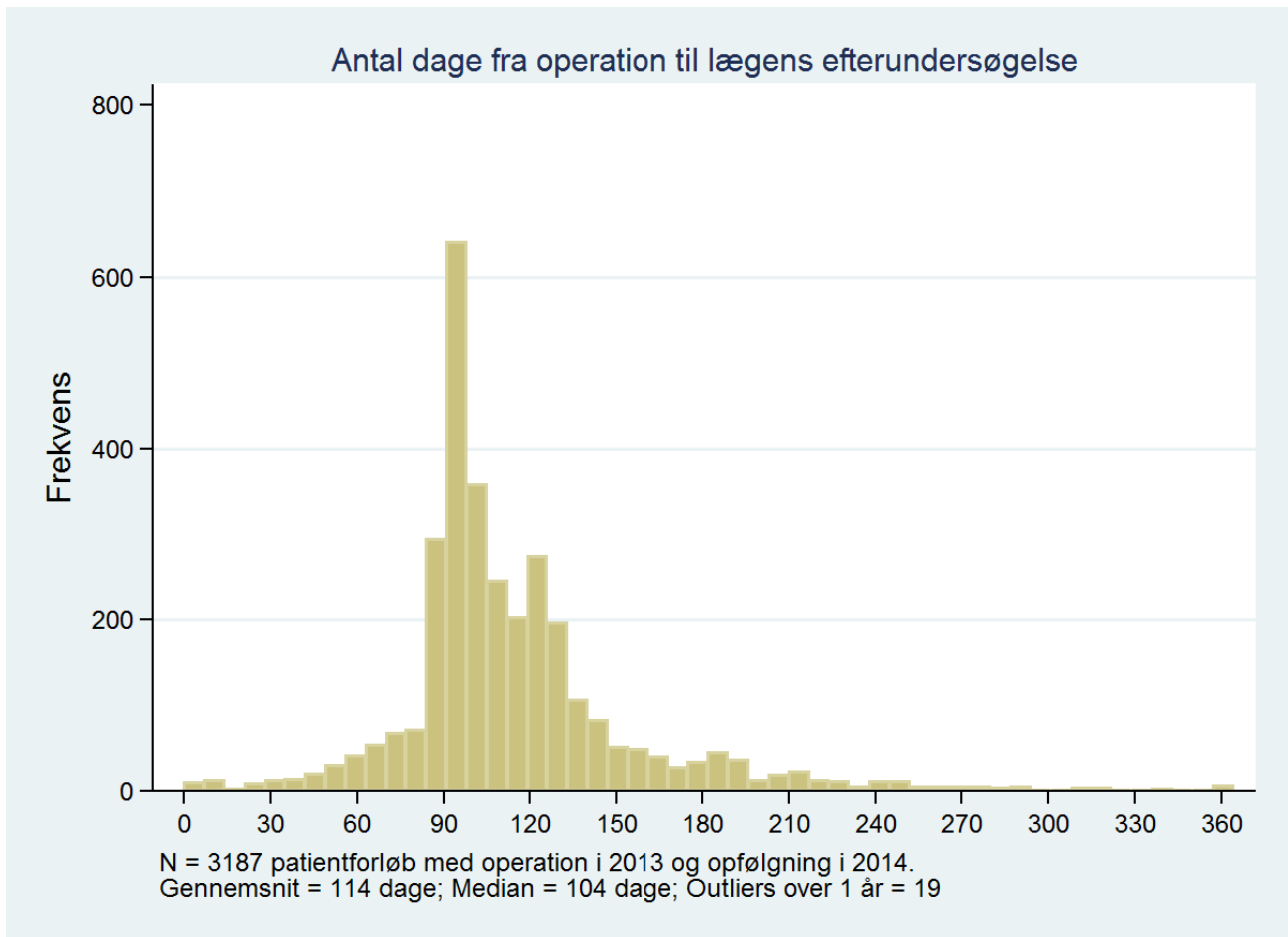
Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, varierende fra 0 % til 100 % for operationer hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende fra 0 % til 100 % for operationer hvor hverken patient- eller lægeskema er udfyldt. Procenterne er generelt lavere for de diskordante kombinationer af disse ("patientskema udfyldt/lægeskema ikke udfyldt" eller "patientskema ikke udfyldt/lægeskema udfyldt"). Ligeledes er der stor variation blandt afdelinger for udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt samt for manglende patientskemaer hvor lægeskemaet er udfyldt.

Denne heterogene opfølgingspraksis blandt afdelingerne vanskeliggør 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 B4-Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2013



Figur B5-Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, for patienter med operation i 2013

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B4 og Figur B5

Tiden fra operationen til efterkontrol er ens uanset om efterkontrol omfattes af patientens eller lægens efterkontrollskema. De fleste patienter følges op efter 60-210 dage, med højeste frekvens i 90-140 dages perioden. Meget få patienter har over 1 års opfølgningstid, hvilket også var tilfældet i Årsrapport 2013 og grunden til, at vi i denne rapport har inkluderet patienter til og med år 2013.

Tabel B7 - Fordeling og alder hos patienter med henvisningsdato i 2007-2014 (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	2007	2916	100.0	58.6	60	16	96
	2008	3388	100.0	59.5	61	19	97
	2009	4211	100.0	59.2	61	16	98
	2010	5021	100.0	59.0	61	16	95
	2011	5142	100.0	59.5	61	18	98
	2012	4564	100.0	59.9	61	19	96
	2013	5503	100.0	59.9	62	19	99
	2014	4493	100.0	61.1	63	17	108
Patientforløb kun med registrering af prolaps-symptomer	2007	707	24.2	60.2	61	21	91
	2008	778	23.0	61.9	63	27	95
	2009	1084	25.7	62.2	63	22	91
	2010	1207	24.0	61.8	64	24	92
	2011	1312	25.5	62.4	64	26	98
	2012	1265	27.7	62.3	64	19	96
	2013	1434	26.1	62.0	64	24	94
	2014	1226	27.3	62.7	64	25	96
Patientforløb kun med registrering af urininkontinenssymptomer	2007	1119	38.4	56.2	56	20	96
	2008	1256	37.1	56.8	56	19	97
	2009	1501	35.6	56.3	55	16	94
	2010	1778	35.4	55.9	55	16	95
	2011	1715	33.4	55.6	54	18	95
	2012	1357	29.7	56.1	55	23	94
	2013	1554	28.2	56.4	55	20	97
	2014	1215	27.0	57.9	57	17	108
Patientforløb med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer	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	1814	36.1	60.6	62	19	93
	2011	1929	37.5	61.3	63	22	95
	2012	1800	39.4	61.4	63	19	92
	2013	2297	41.7	61.4	63	24	99
	2014	1837	40.9	62.5	64	25	95
Skema udfyldt, men ingen symptomer registreret	2007	140	04.8	54.5	58.5	16	91
	2008	118	03.5	57.4	62	26	90
	2009	161	03.8	56.5	57	21	86
	2010	222	04.4	56.1	56.5	19	88
	2011	186	03.6	57.0	60.5	18	88
	2012	142	03.1	56.0	57.5	22	85
	2013	218	04.0	56.4	58	19	84
	2014	215	04.8	58.6	62	18	91

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

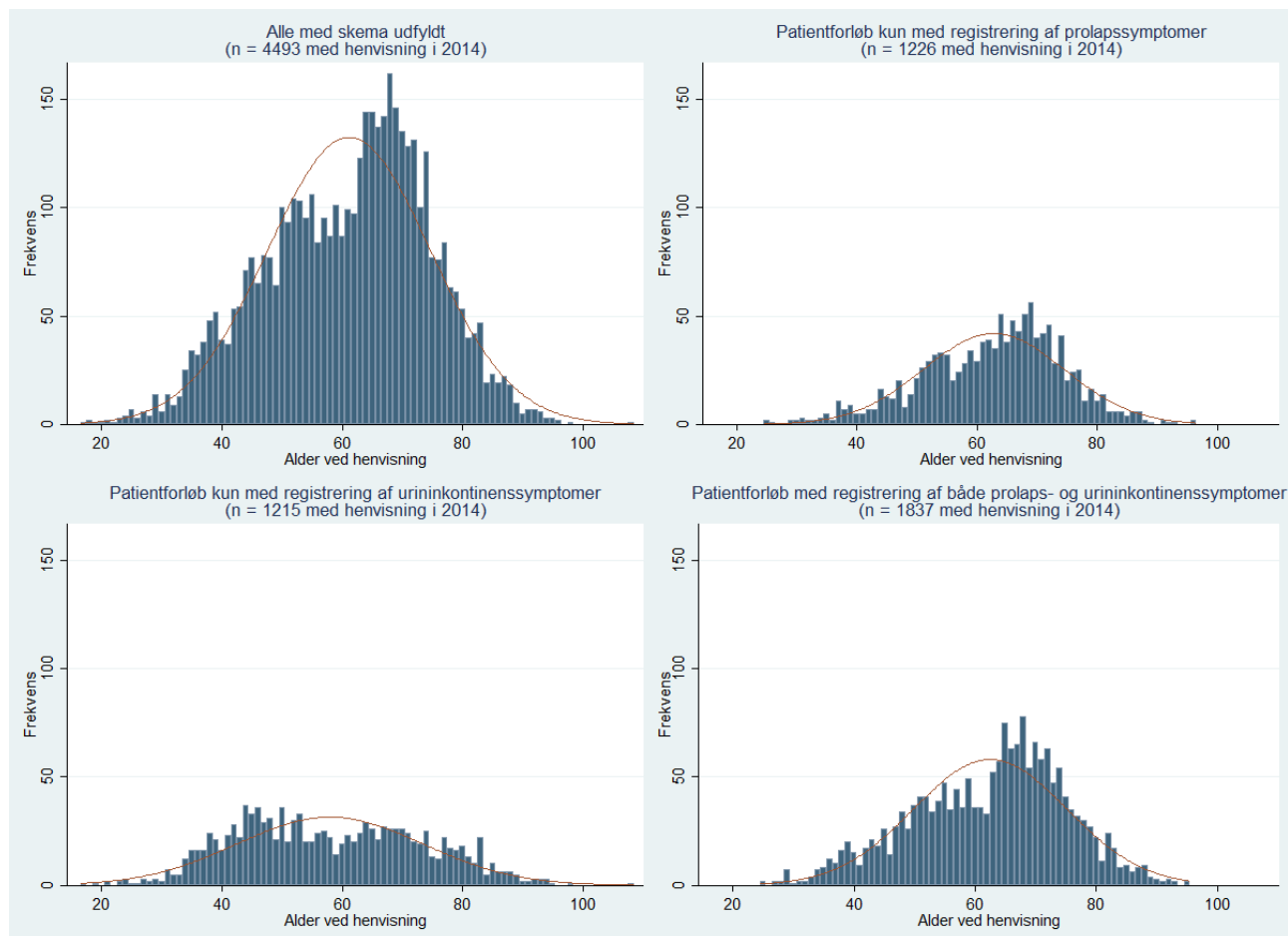
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B7

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

Patienter kun med registrering af prolapsymptomer samt med registrering af både prolaps- og urininkontinenssymptomer er 4-5 år ældre end patienter kun med registrering af urininkontinenssymptomer. Der er

ingen betydende afvigelser i medianalder eller gennemsnitlig alder, hverken mellem patientgrupperne eller år. I alle årene er der et bredt aldersspektrum (fra 18 til 108 år på henvisningstidspunktet).

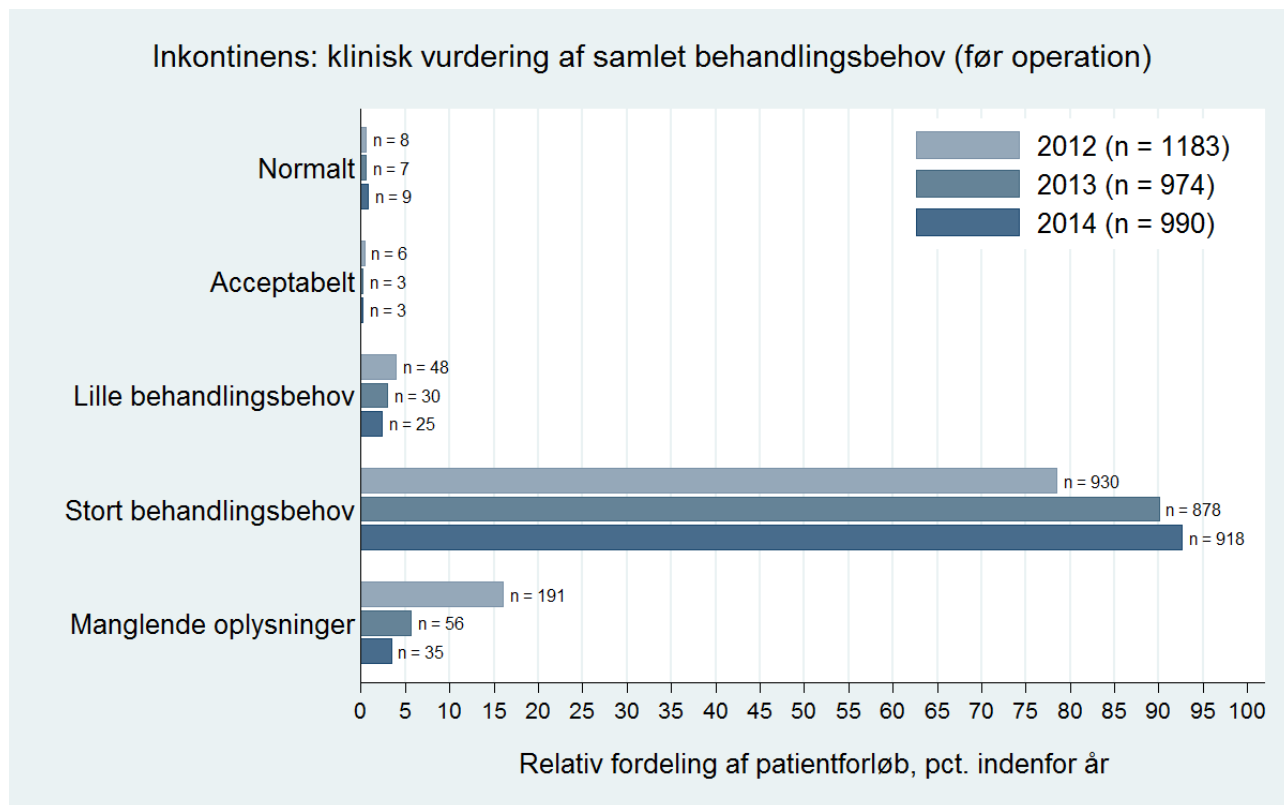
For 2013 viser vi aldersfordelingen i et histogram:



Figur B6 - Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2013 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B6

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 B7 - Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for urininkontinens 2012-2014, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling

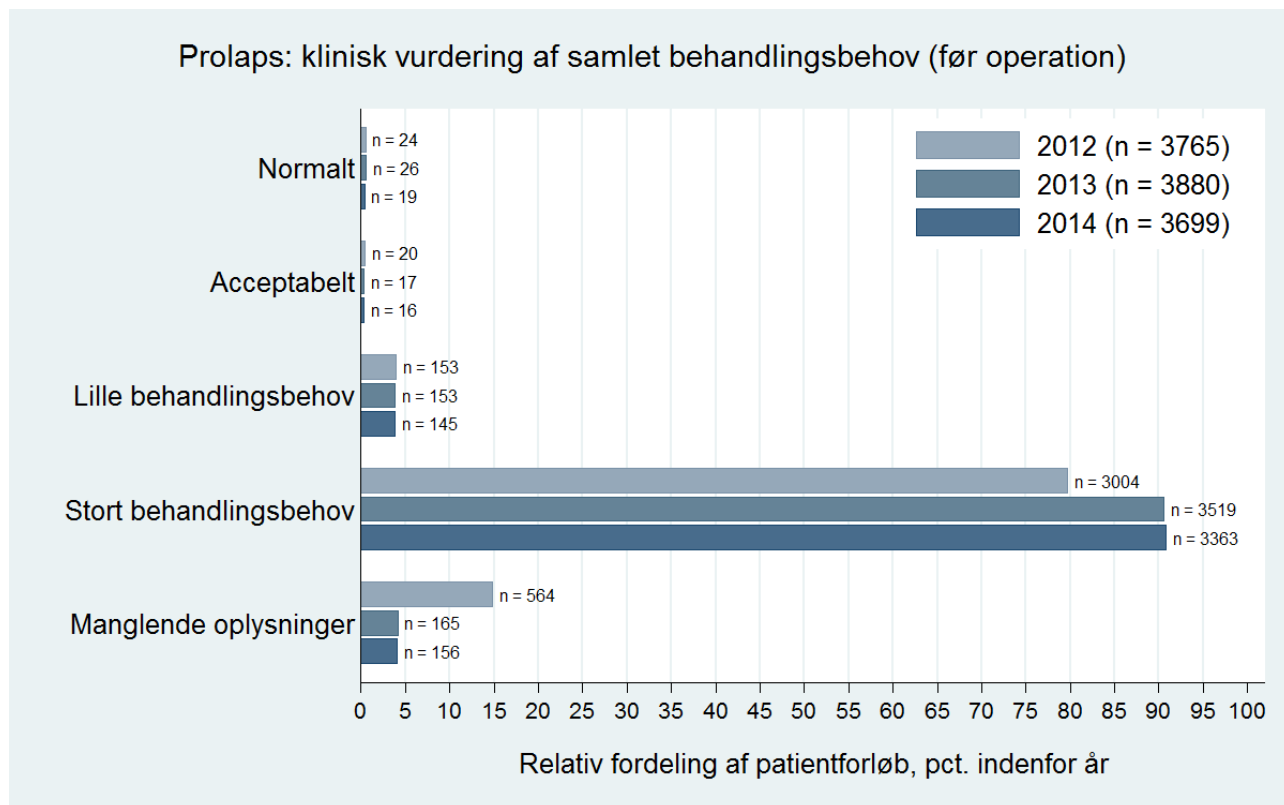
Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B7

Blandt de 990 opererede urininkontinenspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 918 (92,7 %) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med urininkontinenssymptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 35 patienter (3,5 %) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er faldende fra 2012 til 2013, mens 2013 ikke afviger i forhold til 2014. I forhold til 2013 har forholdsvis flere patienter et stort behandlingsbehov, og forholdsvis færre patienter har manglende oplysninger.

Når patienter med manglende oplysninger udelukkes er der i 2014, sammenlignet med 2013, ingen forskel i andelen af patienter med et stort behandlingsbehov (χ^2 -test, $p = 0,60$; odds ratio [95% konfidensinterval] = 1,13 [0,70-1,84], referencegruppen er de 3 øvrige patientgrupper slået sammen).



Figur B8 - Klinisk samlet vurdering af behandlingsbehov hos patienter, der er opereret for prolaps 2012-2014, og hvor der er udfyldt lægeskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B8

Blandt de 3699 opererede prolapspatienter med et udfyldt lægeskema før behandling havde 3363 (90,9 %) et stort behandlingsbehov. Dvs. at patienter med prolaps symptomer overordnet repræsenterer en patientgruppe med en væsentlig problemstilling og et stort behandlingsbehov.

For 156 patienter (4,2 %) var der manglende oplysninger om behandlingsbehovet.

Antallet af registrerede forløb er nogenlunde uændret mellem årene 2012, 2013 og 2014. I forhold til 2013 er andelen af patienter med et stort behandlingsbehov samt patienter med manglende oplysninger uændret.

Tabel B8 - Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2014 (N = 7.677)

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator ^a	
					UI	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2503	32,6	32,6		X
KLEF03	Bageste kolporafi	1576	20,5	53,1		X
KLEG10	Vaginal uretrocytoseksi med slynge	624	8,1	61,3	X	
KLCD10	Vaginal hysterektomi	554	7,2	68,5		X
KLDC10	Resektion af livmoderhals	386	5,0	73,5		X
KLEG10A	Vaginal uretrocytoseksi m. slynge genn. foramen obturatum	352	4,6	78,1	X	
KLFE20	Sutur af perineum	333	4,3	82,4		
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	306	4,0	86,4		X
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	183	2,4	88,8	X	
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	168	2,2	91,0		X
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	168	2,2	93,2		X
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	87	1,1	94,3		X
KLEF00B	Manchesteroperation	77	1,0	95,3		X
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	59	0,8	96,1		X
KLEF23	Komplet kolpoplekse	51	0,7	96,7		X
KLEF10	Kolpoperineoplastik	47	0,6	97,4		X
KUKC02	Cystoskopi	41	0,5	97,9		
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	30	0,4	98,3		
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterektomi med meche	26	0,3	98,6		X
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	24	0,3	98,9		X
KLDC13	Excision af livmoderhals	18	0,2	99,2		
KLFE10	Vulvoplastik	14	0,2	99,3		
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	12	0,2	99,5		X
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	10	0,1	99,6		X
KLFE10A	Fenton-plastik	9	0,1	99,8		
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	5	0,1	99,8		X
KKDG30	Abdominal uretrocytoseksi med slynge	4	0,1	99,9	X	
KZXX00	anvendelse af robot	3	0,0	99,9		
KLFE00	Sutur af vulva	3	0,0	99,9		
KLEF63	Abdomial lateral kolpopeksi	#	#			X
KKCV05	Transluminal injektion i blære væg	#	#			
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	#	#		X	
KLEF41	Laparoskopisk operation for enterocele	#	#			X

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

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2014: 5251. Antal operative indgreb i 2014: 7.677.

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B8

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

Blandt de 7677 operative indgreb er der 452 (5,9 %, hvilket er 0,4 % mindre end i Årsrapport 2013) omfattende operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne. Disse koder ledsages dog indenfor det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps, jf. Tabel B9.

Tabel B9 - Antal patientforløb med operationsdato i 2013-2014, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2013			2014		
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1245	22,7	22,7	1155	22,0	22,0
Prolapsindgreb ifm. operation	4225	77,0	99,7	4087	77,8	99,8
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	18	0,3	100,0	9	0,2	100,0
Antal patientforløb med operation, i alt	5488	100,0	-	5251	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 B9

Af datatekniske hensyn er kategorierne "Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)" samt "Uoplyst" udelukket af Tabel B9, som derfor afviger fra Tabel B10 i Årsrapport 2013. Disse 2 kategorier har i de foregående år udgjort ca. 2 % af alle indgrebstyper. Blandt de øvrige operationer ses både inkontinens- og prolapsindgreb i forbindelse med samme operation næsten ikke.

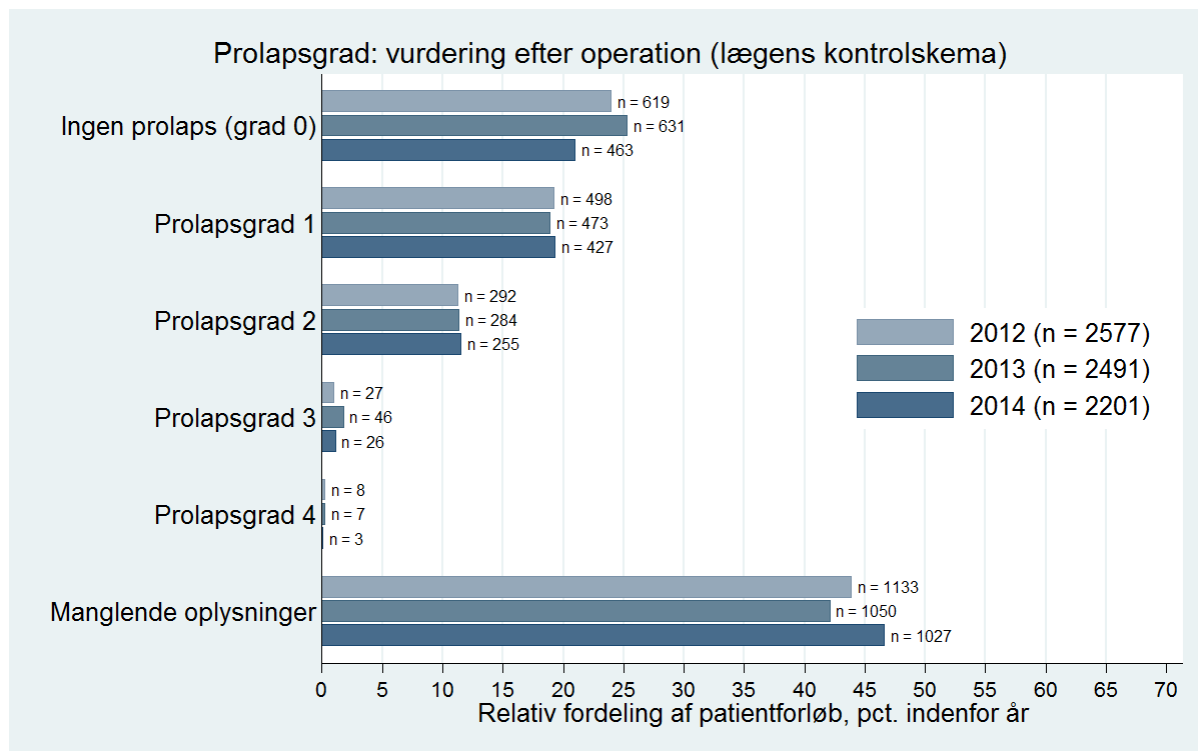
Tabel B10 - Korttidskomplikationer efter operation, patientforløb med operation i 2014

Afdeling	Antal (pct). Infektion	Antal (pct). Blæretømningsbesvær	Antal (pct). Blødning	Antal (pct). Organperforation	Antal operationer i alt
Danmark	22 (0,4)	23 (0,4)	52 (1,0)	26 (0,5)	5251
Bornholms Hospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	27
Herlev Hospital	6 (1,1)	4 (0,7)	8 (1,4)	1 (0,2)	558
Hospitalerne i Nordsjælland	0 (0,0)	#	0 (0,0)	0 (0,0)	329
Hvidovre Hospital	#	0 (0,0)	3 (1,6)	0 (0,0)	189
RSJ Sygehusvæsen, Holbæk	#	#	3 (3,5)	0 (0,0)	86
RSJ Sygehusvæsen, Nykøbing F.	#	#	1 (0,4)	3 (1,2)	260
RSJ Sygehusvæsen, Næstved	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	134
RSJ Sygehusvæsen, Roskilde	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	#	417
Fredericia og Kolding Sygehuse	0 (0,0)	#	5 (4,5)	0 (0,0)	110
OUH Odense Universitetshospital	3 (0,4)	5 (0,7)	11 (1,5)	7 (0,9)	752
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	#	0 (0,0)	3 (1,2)	0 (0,0)	259
Sygehus Sønderjylland	0 (0,0)	#	4 (2,0)	3 (1,5)	204
Regionshospitalet Herning	#	3 (2,2)	#	4 (3,0)	134
Regionshospitalet Horsens og Brædstrup	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	130
Regionshospitalet Randers	0 (0,0)	#	0 (0,0)	4 (2,2)	185
Regionshospitalet Viborg, Skive	0 (0,0)	0 (0,0)	#	#	228
Århus Universitetshospital, afd. Y	4 (0,9)	#	7 (1,7)	#	422
Aalborg Sygehus, Gyn.-Obst. afd.	#	#	#	0 (0,0)	406
Sygehus Thy - Mors	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (4,1)	0 (0,0)	74
Sygehus Vendsyssel	#	#	0 (0,0)	0 (0,0)	226
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	1
Aleris-Hamlet Hospitaler	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	68
Bekkenvold Privathospital, Hellerup	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
Ciconia, Århus Privathospital	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	8
Gråbrødreklubben	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	7
Privathospitalet Kollund	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	6
Privathospitalet Møn	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	24

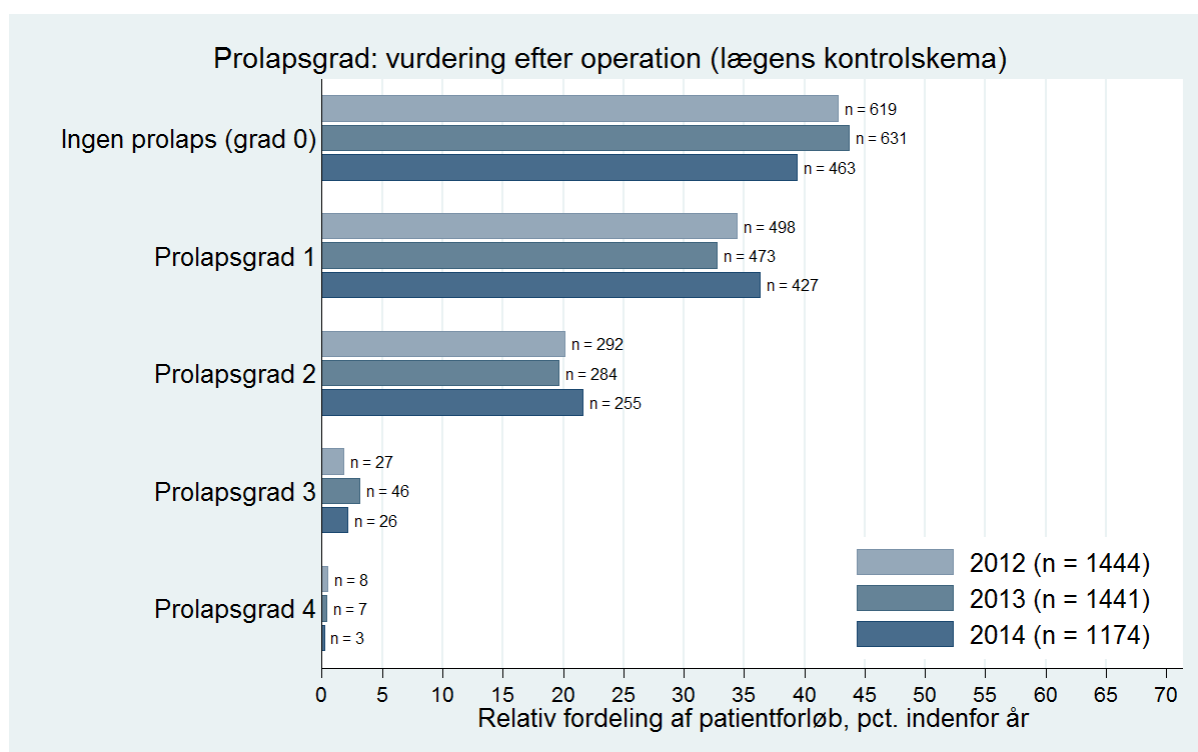
#: Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to forløb i cellen.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B10

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 såfremt en afdeling har en relativ høj andel af komplikationer nævnt i Tabel B10.



Figur B9 - Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2012-2014



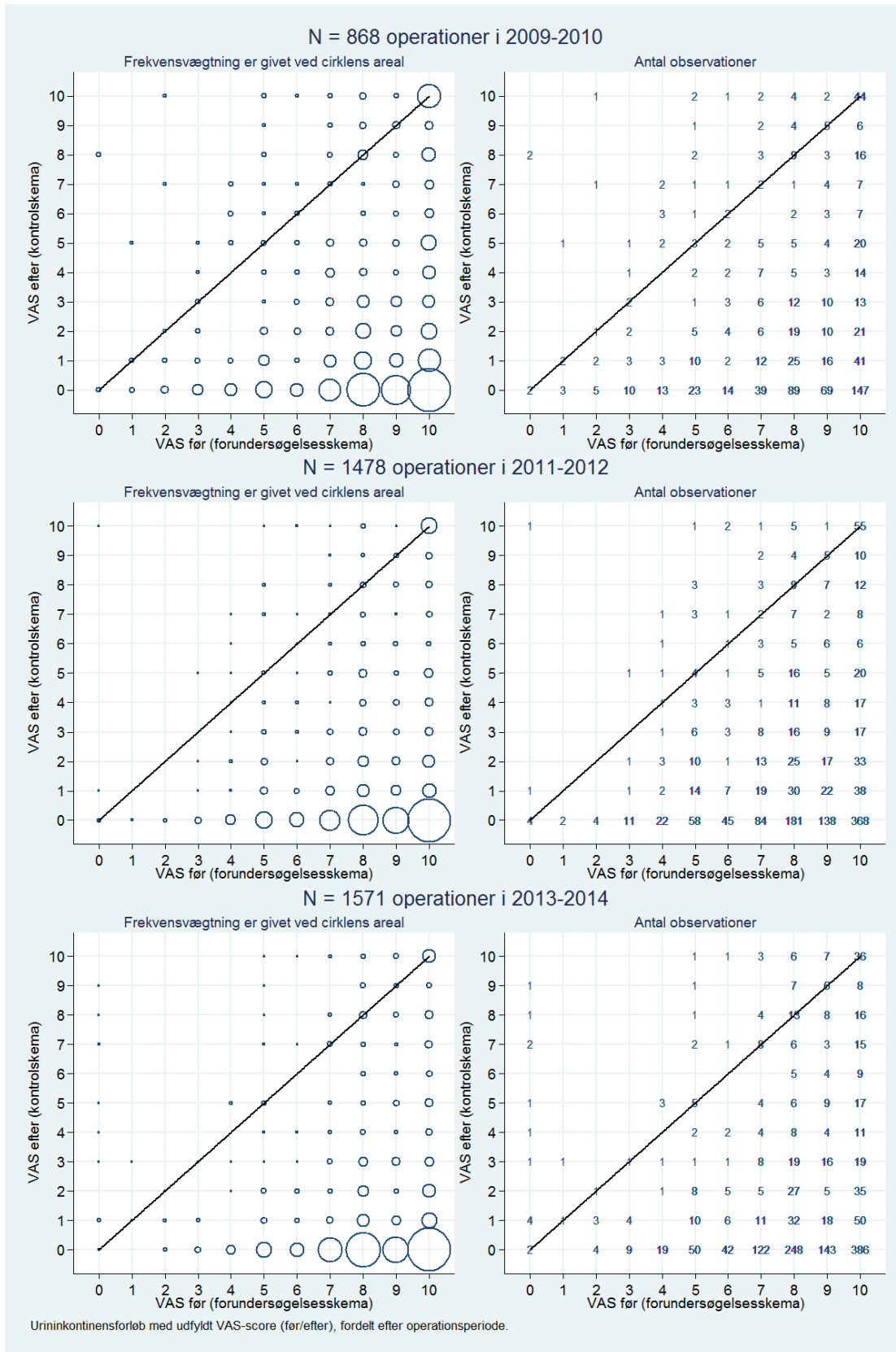
Figur B10 - Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2012-2014

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B9 og Figur B10

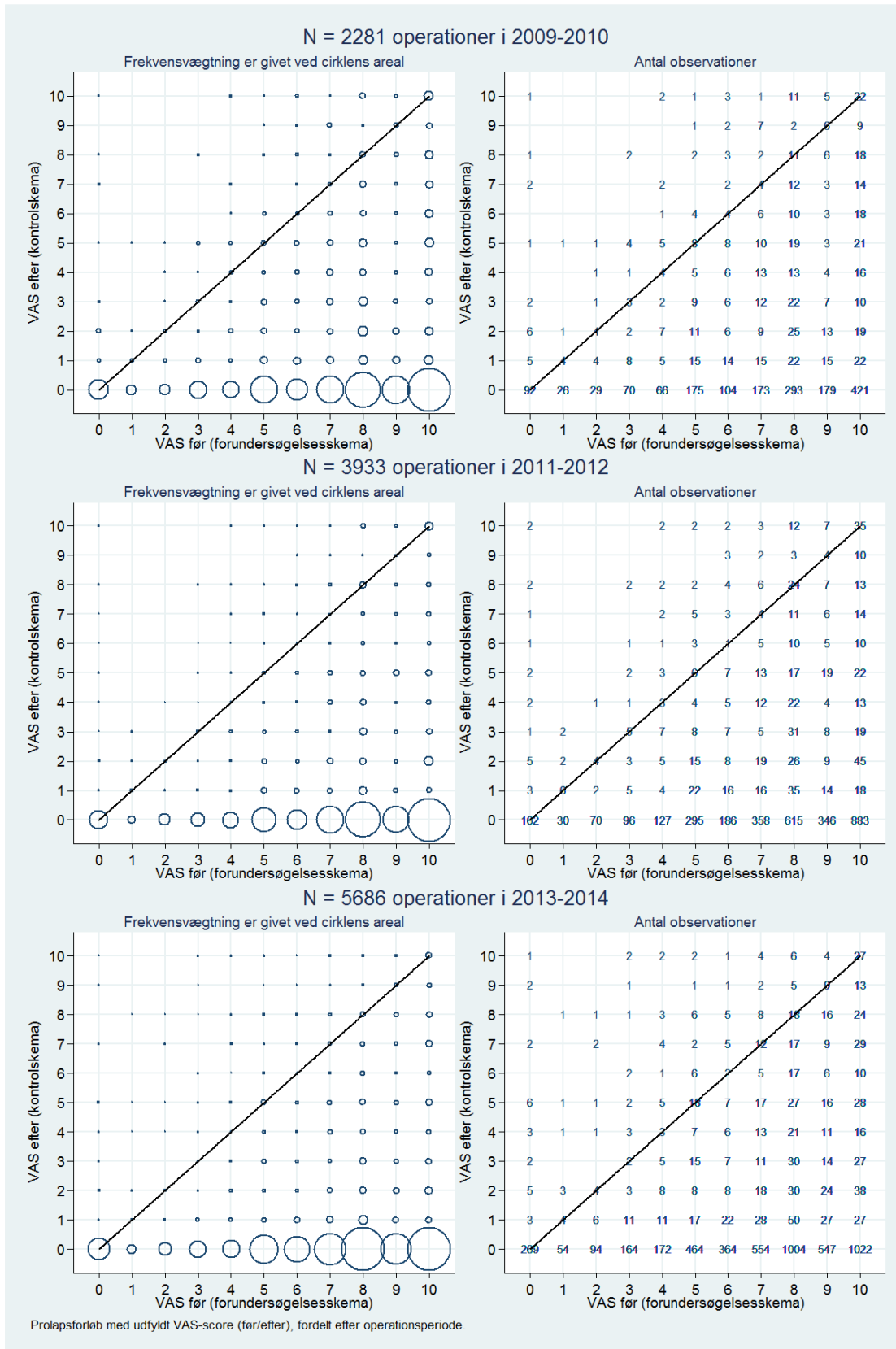
Figur B9 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2012, 2013 og 2014 var hhv. 44,0 %, 42,2 % og 46,7 %. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som bruges til beregning af indikator 6) var i 2012, 2013 og 2014 hhv. 43,3 %, 44,3 % og 40,4 %. Grundet den høje andel med manglende oplysning er det svært at vurdere disse tal. I Figur B10 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur B10 viser, at andelen af prolapsgrad ≤ 1 i 2012, 2013 og 2014 var hhv. 77,4 %, 76,6 % og 75,8 %. Når årene sammenlignes var der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4 (χ^2 -test, $p = 0,65$).

Vi konkluderer, at når årene 2012, 2013 og 2014 sammenlignes er der ikke forskel mellem prolapsgrad ≤ 1 og prolapsgrad 2-4. 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 B11 - Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B11 og Figur B12

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

For patienter med VAS-score 10 før operation er der overordnet set bedre effekt af prolapsoperationer (Figur B12) end af urininkontinensoperationer (Figur B11). 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
<p>1. Ventetid 30 dage</p> <p>Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første speciallæge-kontakt med undersøgelse, bør være højst 30 dage.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med operationsdato i perioden skal man kunne beregne perioden mellem dato for henvisning og dato for første undersøgelse. ja/nej.</p>	<p>Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første undersøgelse.</p> <p>Første undersøgelsesdato skal ligge på eller efter henvisningsdato og operationsdato skal ligge på eller efter forundersøgelsesdato.</p> <p>Felter: henvisningsdato findes i den første administrative registrering, forundersøgelsesdato findes i lægeskema (forundersøgelse) og operationsdato findes i lægeskema (operation).</p>	<p>Antal patientforløb med mindre end ≤ 30 dage mellem dato for henvisning og første undersøgelse.</p>	<p>Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første undersøgelse.</p> <p>Forløb hvor undersøgelsesdato ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før forundersøgelsesdato.</p>
<p>3. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes</p> <p>Subjektiv patient bedømmelse af succes efter operation for urininkontinens.</p> <p>Standard: $\geq 70\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens- kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der findes en eller anden afkrydsning i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).</p> <p>Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelseskema.</p> <p>Kirurgikoder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i feltet A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema for de med relevant udført kirurgi.</p>
<p>7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af pro-</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi</p>	<p>Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>lapsoperation</p> <p>Patienttilfredshed efter operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation.</p> <p>Standard: $\geq 80\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for patientens efterundersøgelse skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer)være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der samtidig er en eller anden form for registrering i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule udenfor skeden?).</p> <p>Felt: Rubrikken (A) findes i patientens efterundersøgelsesskema.</p> <p>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.</p>	<p>efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p>	<p>A i patientens efterundersøgelses-skema for de med relevant udført kirurgi.</p>
<p>9. Urininkontinens - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlingsbehov hos patienter opereret for urininkontinens</p> <p>Efter urininkontinensoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: $\leq 10\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion)</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden, og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens'.</p> <p>Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder: KKDG00, KKDG01,</p>	<p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb.</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til urininkontinens' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>svarende til urininkontinens' være udfyldt.</p>	<p>KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.</p>		
<p>10. Prolaps - Samlet klinisk vurdering af fortsat behandlings-behov hos patienter opereret for prolaps</p> <p>Efter prolapsoperation bør der ikke være et stort eller lille fortsat behandlingsbehov.</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: For mindst 80% af forløbene med relevant operationskode, og hvor der er indleveret skema for lægens efterundersøgelse skal variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' være udfyldt. ja/nej.</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder), og hvor der er en eller anden registrering i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning'.</p> <p>Felt: variabel for 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' findes i lægeskema for efterundersøgelse.</p> <p>Kirurgikoder: KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.</p>	<p>Antal patientforløb hvor der er registreret et stort eller lille behandlingsbehov ved kontrolbesøg efter operativt indgreb</p>	<p>Patientforløb med manglende udfyldelse af i variabelen 'behandlingsbehov (klinisk konklusion) svarende til nedsynkning' hos patienter med relevant udført kirurgi.</p>
<p>11 Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Standard: ≤ 5% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opfølgelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A</p>	<p>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.</p> <p>Kirurgikoder:</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>		KLEG10, KLEG10A	
<p>12 Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Slyngeoperation for inkontinens efter førstegangs slyngeoperation for inkontinens</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget inkontinenskirurgi med slynge (én af nedenstående operationskoder) i opgørelsesperioden.</p> <p>Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A</p>	<p>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.</p> <p>Kirurgikoder: KLEG10, KLEG10A</p>	Ingen
<p>13 Recidivoperation (2 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartiment ved begge operationer</p> <p>Standard: ≤ 5% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartiment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Forreste kompartiment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartiment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 2 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Forreste kompartiment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	Ingen
<p>14 Recidivoperation (5 år) forreste kompartiment efter operation for prolaps</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-</p>	<p>Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget</p>	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
<p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>	<p>kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	<p>prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Forreste kompartment: KLEF00, KLEF00A, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10, kombineret med DN81.1 KLDC10, kombineret med DN81.1</p>	
<p>15 Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer</p> <p>Standard: ≤ 5% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: 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</p>	<p>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).</p> <p>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</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
<p>16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartiment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartiment ved begge operationer</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>	<p>Antal patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartiment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Midterste kompartiment: 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</p>	<p>Antal patientforløb med recidivoperation, dvs. som har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartiment som ved førstegangs prolapsoperation, indenfor 5 år efter førstegangs prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Midterste kompartiment: 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</p>	<p>Ingen</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
<p>17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer</p> <p>Standard: ≤ 5% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført førstegangsoperationen</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7</p>	<p>Antal patientforløb 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).</p> <p>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</p>	Ingen
<p>18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps</p> <p>Operation for prolaps efter førstegangs prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer</p> <p>Standard: ≤ 10% af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 90 %</p> <p>Opgørelsestidspunkt: Dato for førstegangsoperationen</p> <p>Indikatoren opgøres på den afdeling, som har udført før-</p>	<p>Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolapskirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data).</p> <p>Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7</p>	<p>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).</p> <p>Kirurgikoder: Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret</p>	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
stegangsoperationen	KLDC10, kombineret med DN81.7	med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	
<p>19. Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Urininkontinens patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER', skal have besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>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").</p> <p>Kirurgikoder: KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEG20, KLEG96.</p>	<p>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".</p>	<p>Urininkontinens patientforløb, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' uden at besvare spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.</p>
<p>20. Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Prolaps patientforløb hvor patienten har anført, at hun har fået det bedre efter operationen.</p> <p>Standard: $\geq 90\%$ af patientforløbene.</p> <p>Komplethed af dataregistrering: 80% af patienter, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER', skal have besvaret spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.</p>	<p>Antal prolaps 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").</p> <p>Kirurgikoder: KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A,</p>	<p>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".</p>	<p>Prolaps patientforløb, som har besvaret 'Spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens - EFTER' uden at besvare spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen.</p>

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.		

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 Laeger 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 prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet
Januar 2009	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødreklinikken, Odense & Sønder- borg Sygehus	raaberg@dadlnet.dk	Symptomer og fund hos urogynækologiske patienter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.
Marts 2010	Styregrup- pemøde 15/3 2010	Marianne Otte- sen Weincke	Hvidovre Hospital	marianne.8sen@dadlnet.dk	Effekten af KLEF03 +/- KLEF20 i forhold til inkontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Rikke.Guldborg.Soerensen@rsyd.dk Ulla.Darling.Hansen@rsyd.dk	Brug af implantater ved urogynækologiske operationer 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 operationer 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 Guldborg

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 endelige 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 behandlingskvaliteten.

Studiet har følgende 3 formål: 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:

DugaBase er koblet med øvrige registre og datanalyse er i gang. Behandlingskvaliteten udgøres subjektivt ud fra ICQ-SF i DugaBase samt objektivt ud fra komplikationer indhentet ved en standardiseret journalgennemgang i hele DK ved forskningsårs-studerende (indskrevet 1.9.2014-1.9.2015)Komplikationerne efter opgjort efter Clavien-Dindos Standardklassifikation for kirurgiske komplikationer. Strukturelt måles der på afdelingsvolumen og kirurgvolumen.

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

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.

2014 Dansk Urogynækologisk kursusdag, Odense: Recidiv efter kirurgisk behandling af urininkontinens.

2015 NUGA, Stockholm "Recurrence after midurethral slings-what do we do?"

2015 Åben Forskerdag for Region Syddanmark, Fredericia: Reoperation for urinary incontinence- a nationwide cohort study,1998-2007.

2015 ICS, Montreal, Canada, oktober 2015, abstract accepteret til mundtlig præsentation

1.Reoperation for urinary incontinence- a nationwide cohort study, 1998-2007(submittet)

2.Repeat surgery after failed midurethral slings (under indsendelse)

Hrefna Bóel Sigurðardóttir

Forskningsårsstuderende, Herlev Hospital.

Projektets titel:

Status på komplikationer ved urininkontinenskirurgi i årene 2007-2011 i Danmark.

Projektets formål:

Formålet med projektet er at opgøre komplikationer til urininkontinens kirurgi i Danmark over en fem årig periode, samt at opgøre disse komplikationer efter Clavien-Dindo-Standard Klassifikationen - en skala der bygger på i hvor høj en grad en komplikation kræver behandlingsmæssig indgriben.

Projektets aktuelle status:

Fra efteråret 2014 til foråret 2015 blev der gennemgået i alt 495 journaler fra 22 urogynækologiske afdelinger i Danmark. Inden dataindsamlingen blev der udarbejdet et journalskema, som var udgangspunktet for den standardiserede journalgennemgang. Informationer omhandlede bla., patientforhold, præoperativ udredning, diagnoser og procedurer, samt eventuelle komplikationer (perioperative, kort – og langtidskomplikationer) i relation til operationen. Aktuelt er databearbejdning i gang og derefter skal resultater samles i en artikel.

Fremtidigt:

Der skal udarbejdes en artikel og stiles mod en publikation i et relevant tidsskrift.

Appendiks 6: Vejledning i fortolkning af resultater

De følgende vejledninger vedrører afsnittet "3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau", hvori indgår resultater med statistiske begreber:

Konfidensinterval

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

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

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

Standarden opfyldt eller ikke opfyldt

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

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

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 komplettheden, 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
Dækningsgrad	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret
Datakomplethed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer samt Tabel 19.
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.

Kommentarer til DugaBasens årsrapport for 2014:

Kontroltidspunkt efter operationer:

Ikke alle afdelinger har samme kontrolregime. Således har nogle afdelinger alle patienter til kontrol, mens andre afdelinger kun har patienter til klinisk kontrol, såfremt patienterne har problemer efter operation. De forskellige kontrolregimer vil afspejle sig i resultaterne. På Aarhus Universitetshospital kontrolleres næsten alle ved telefonisk kontrol 3 eller 6 måneder efter operation - kun patienter med problemer ses til klinisk kontrol. Flere patienter træffes ikke pr telefon, og vi får derfor ikke opfølgning efter operation. Patienter, der ikke træffes til telefonisk kontrol og som er tilfredse med resultatet antages overvejende ikke selv at tage initiativ til at kontakte afdelingen for at fortælle om det gode resultat. Derimod forventes patienter med suboptimalt resultat eller følgevirkninger, som kan relateres til operationen, i større grad selv at tage kontakt til afdelingen, hvis de ikke er truffet telefonisk. Ofte vil denne gruppe patienter have taget kontakt inden 3 eller 6 måneders telefonisk kontrol og i databasen blive registreret med data fra samtale og undersøgelse. På denne baggrund må man formode, at afdelingen får data med en overrepræsentation af ikke tilfredse patienter. Andre afdelinger kontrollerer alle – også de tilfredse. For at kunne sammenligne tallene må man have samme regime i hele landet. DugaBasen opfordres derfor til at lave en landsdækkende vejledning for kontrol.

Dugabasens datagrundlag:

Indtastning af data for 2014 blev afsluttet 13. april 2015. På Aarhus Universitetshospital kontrolleres patienter efter avanceret prolaps-operation med telefonisk kontrol 6 mdr efter operation.

Det er derfor ikke muligt at få opfølgende kontrol-data på de patienter, der er opereret i de sidste 2½ måneder af 2014.

Dugabasen opfordres til at forlænge data-indsamlingsperioden, så klinisk relevant kontrol kan indgå i materialet.

Sammenligning af afdelinger:

Specialeplanen for urogynækologi giver uens patient populationer på de enkelte afdelinger. Ex er mesh-kirurgi højt specialiseret behandling, som kun varetages på to afdelinger. Tilsvarende er operation for recidiv prolaps en regionsfunktion. Resultaterne af prolaps behandling er forskellig hos patienter, som opereres for primær prolaps og patienter med recidiv prolaps med større recidiv risiko hos recidiv patienter. Det er derfor ikke relevant at lave landsgennemsnit eller at sammenligne alle afdelinger, idet patientpopulationerne ikke er sammenlignelige.

Dugabasen opfordres derfor til at lave relevante sammenligninger - ex på om der er tale om højt specialiseret funktion, regionsfunktioner, eller hovedfunktion - herunder om der er tale om recidivoperation.

Urogynækologerne, Aarhus Universitetshospital.
