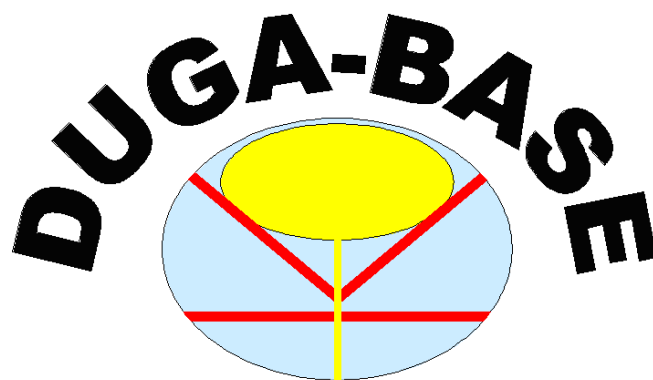


Årsrapport nr. 12 for DugaBase

Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database



Årsrapport 2017

1. januar 2017 - 31. december 2017

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

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

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Lene Sveistrup Bengtsson

Kvalitetskonsulent

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

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

c/o Regionshuset Aarhus, Olof Palmes Allé 15

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: lebeng@rkkp.dk

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

Rapporten er udgivet d. 26. april 2019

Indhold

1.	Konklusioner og anbefalinger	4
2.	Oversigt over alle indikatorer.....	6
3.	Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau	7
3.1.	Indikator 2.....	7
3.2.	Indikator 3.....	12
3.3.	Indikator 7.....	19
3.4.	Indikator 11	24
3.5.	Indikator 12.....	29
3.6.	Indikator 13.....	34
3.7.	Indikator 14.....	39
3.8.	Indikator 15.....	44
3.9.	Indikator 16.....	49
3.10.	Indikator 17.....	54
3.11.	Indikator 18.....	59
3.12.	Indikator 19.....	64
3.13.	Indikator 20.....	71
4.	Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	76
5.	Datagrundlag og metode.....	78
6.	Styregruppens medlemmer	84
7.	Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer	85
8.	Appendiks 2: Supplerende statistik	108
9.	Appendiks 3: Indikatordefinitioner	119
10.	Appendiks 4: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase	127
11.	Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater	131
12.	Appendiks 6: Regionale kommentarer	133

1. Konklusioner og anbefalinger

Styregruppens generelle kommentarer

Denne årsrapport er dannet i databehandlingsprogrammet SAS til forskel fra tidligere årsrapporter som blev dannet ved hjælp af programmet STATA. Dette skift er begrundet i ønsket om at ensrette alle databaser under RKKP. Processen har medført ca. 8 mdrs. forsinkelse på udgivelsen af rapporten, og har givet anledning til en del arbejde med at validere de databehandlings koder, som er blevet overført fra et program til et andet.

På den positive side kan det bemærkes, at den minutløse gennemgang har medført, at enkelte fejl og uklarheder er rettet. Det er vores håb, at dette vil øge rapportens anvendelighed.

Årsrapporten 2017 fremstår igen med ændringer i forhold til sidste års rapport. Den er baseret på en data-basekomplethed, der siden 2010 har ligget stabilt på over 90 % for indberettede patientforløb sammenholdt med LPR. Det er således meget komplette data, der foreligger vedrørende operationer.

For et speciale som urogynækologi, hvor vi i høj grad behandler livskvalitet, er patientens subjektive opfattelse af vores behandling (PROM indikatorerne) meget vigtige kvalitetsparametre. Det er derfor afgørende for flere indikatorer, at der indsamles data ved en postoperativ kontrol. Her ligger den landsdækkende data-komplethed mellem 88 %-91 %. Dette er igen i år en stigning i forhold til sidste årsrapport, hvor tallet var 83 %-85 %. Der er dog fortsat meget store forskelle mellem de enkelte afdelinger således, at nogle afdelinger formår at indrapportere postoperative data for over 95 % af alle forløb, mens andre ligger på omkring 70 %. Det er værd at bemærke, at PROM indikatorerne baseres på data, som for en stor dels vedkommende indhentes fra spørgeskemaer, som sendes til patienterne. Hvis patienterne ikke besvarer og returnerer disse, er der naturligvis en grænse for, hvor mange ressourcer afdelingerne kan bruge på at rykke for svar. En lav datakomplethed kan derfor også skyldes patienternes manglende interesse i at melde svar tilbage.

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

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

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

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

Ændringer skal kort omtales her:

Indikator 3, 19: Begge indikatorer er nu delt op i en a_ og en b_ således, at "a_" kun baserer sig på patienter, der er opereret med en midtturetralslynge. Ligeledes baserer "b_" sig på data fra patienter opereret med bulkingoperation.

De to operationstyper adskiller sig væsentligt på mange punkter, selvom de hovedsageligt retter sig mod samme lidelse, nemlig stressinkontinens. Det giver derfor god mening at adskille data for de to behandlingstyper, idet der også er kendte forskelle i patienttilfredshed og effektivitet.

Midtturetralslyngeoperation, som er et væsentligt større indgreb med flere og alvorligere komplikationer, har også en højere patienttilfredshed og effektivitet, hvad angår antal af lækager sammenlignet med det mindre indgreb Bulking. Bulking derimod kan tilbydes til patienter, som evt ikke er egnede til – eller ikke ønsker – det større indgreb, og som vil være tilfredse med en knapt så effektiv behandling. Der foreligger nu grad 1 evidens for, at midtturetralslynge operationer er mere effektive end bulking operationer.

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

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

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

Indsatsområder for styregruppen i 2018

2018 har været et forholdsvis stille år, hvad angår fremadrettede projekter i styregruppen. Omorganisering i RKKP og udskiftninger i gruppen af associerede RKKP-medarbejdere har medført nogle forsinkelser, og særligt har skiftet af databehandlingsprogram fra STATA til SAS medført forsinkelse af årsrapport og alle andre udviklingsarbejder.

Omstrukturering i RKKP og nye standarder for samarbejdsformen mellem styregruppen og RKKP har medført, at det komplikationsregistreringsprojekt, som lå klar fra styregruppens side, endnu ikke har kunnet implementeres.

I henhold til nye retningslinjer er der nu udarbejdet og godkendt en projektudviklingsplan, som forventes iværksat snarest.

Forskningskonsulent for DugaBase Rikke Guldberg Sørensen, som blev tilknyttet i 2016, er blevet benyttet i begrænset omfang, men til trods er DugaBase blevet benyttet i en række videnskabelige arbejder publiceret/præsenteret i 2018, som det fremgår af oversigten i appendix 5.

Fremtidige planer for DugaBase

Det øgede fokus på brug af blivende implantater ved urogynækologisk kirurgi og et holdningsskift fra myndighedernes side, øger behovet for god komplikationsregistrering. Styregruppen arbejder derfor på at få gennemført og implementeret den nye komplikationsregistrering snarest.

Året har vist, at disse data efterspørges, og at en del af historierne i presse og på sociale medier påvirker både den generelle holdning blandt patientgrupper og relevante myndigheder mere end faktuelle data, som er en stor mangelvare i debatten. Vi håber, at DugaBases komplikationsregistreringsdel vil kunne rette op på dette.

Endvidere har flere videnskabelige arbejder henledt vores opmærksomhed på, at indikatorer for recidiv prolaps operationer, som opgøres for hvert kompartment for sig, er for generelle. Der er flere operationstyper, som kan benyttes inden for det samme kompartment, og som har relativt store forskelle i reoperationsrater. Som det vil fremgå i styregruppens evaluering til hver indikator, vil der blive udarbejdet ændringer som tager højde for dette.

Botox behandling af overaktiv blære bliver fortsat ikke registreret i DugaBase. Behandlingen adskiller sig på en række punkter fra gængs kirurgisk behandling, og det diskuteres fortsat i styregruppen om behandlingen skal indgå i databasen, idet det vil kræve nogen tilretning af indrapporteringsskemaerne og måden, som den kvalitetssikres på.

2. Oversigt over alle indikatorer

Tabel 1- Indikatoroversigt, landsresultater

Indikator	Standard	Uoplyst (Pct.)	Indikatoropfyldelse					
			2017 Andel (95 % CI)	2016 Andel (95 % CI)	2015 Andel (95 % CI)	2014 Andel (95 % CI)	2013 Andel (95 % CI)	2012 Andel (95 % CI)
2: Ventetid (30 dage)	≥ 90%	6	58 (57-60)	56 (54-58)				
3: UI Subj.patientbedøm. af OP UDGÅET	≥ 70%			83 (80-85)	84 (81-86)	82 (79-85)	82 (79-84)	83 (80-85)
3a: UI Subj.patientbedøm. primær slynge-OP	≥ 80%	9	84 (81-86)					
3b: UI Subj.patientbedøm. primær bulking-OP	-	16	46 (36-55)					
7: POP Subj.patientbedøm. primær OP	≥ 80%	11	85 (83-86)	84 (83-85)	83 (82-84)	83 (82-84)	84 (83-86)	85 (84-87)
11: Recidiv 2år eft. slyngeop.	≥ 95%	0			99 (98-99)	99 (98-100)	99 (98-100)	99 (98-99)
12: Recidiv 5år eft. slyngeop.	≥ 90%	0						99 (98-99)
13: Recidiv 2år forr.komp. POP	≥ 95%	0			96 (95-96)	96 (95-96)	95 (94-96)	96 (95-97)
14: Recidiv 5år forr.komp. POP	≥ 90%	0						94 (93-95)
15: Recidiv 2år midt.komp. POP	≥ 95%	0			94 (92-95)	96 (95-97)	96 (95-97)	98 (96-98)
16: Recidiv 5år midt.komp. POP	≥ 90%	0						96 (94-97)
17: Recidiv 2år bag.komp. POP	≥ 95%	0			97 (96-98)	98 (97-98)	97 (96-97)	98 (97-98)
18: Recidiv 5år bag.komp. POP	≥ 90%	0						96 (95-97)
19: UI Vurd. af OP (PGI-I) UDGÅET	≥ 90%			96 (95-97)	96 (94-97)	96 (94-97)	96 (95-98)	
19a: UI Vurd. af primær slynge-OP (PGI-I)	≥ 90%	9	97 (95-98)					
19b: UI Vurd. af primær bulking-OP (PGI-I)	-	17	72 (63-80)					
20: POP Vurd. af primær OP (PGI-I)	≥ 90%	12	94 (93-95)	94 (93-95)	94 (93-94)	93 (92-94)	93 (92-94)	

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

3. Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

3.1. Indikator 2

Ventetid (30 dage). Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen viser andelen af operationer med en ventetid på ≤ 30 dage. Ventetiden beregnes som tid fra henvisning er modtaget til første fremmøde på sygehuset. Henvisningsdato, første fremmødedato og operationsdato er indtastet i Dugabase og hentet derfra. Forløb med mangelfuld registrering af henvisningsdato, dato for første fremmøde, eller operationsdato, og forløb hvor dato for første fremmøde ligger før henvisningsdato og/eller operationsdato ligger før dato for første fremmøde, er registreret som uoplyst i opgørelsen.

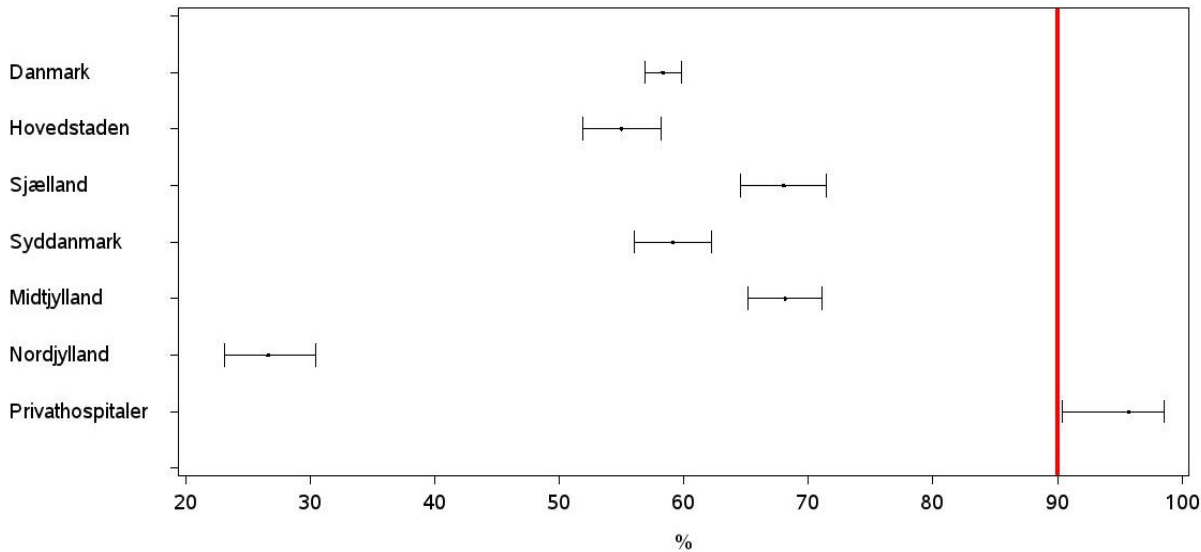
Tabel 2 - Resultater for indikator 2

Indikator 02: Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første fremmøde på sygehuset, bør være mindre end 1 måned

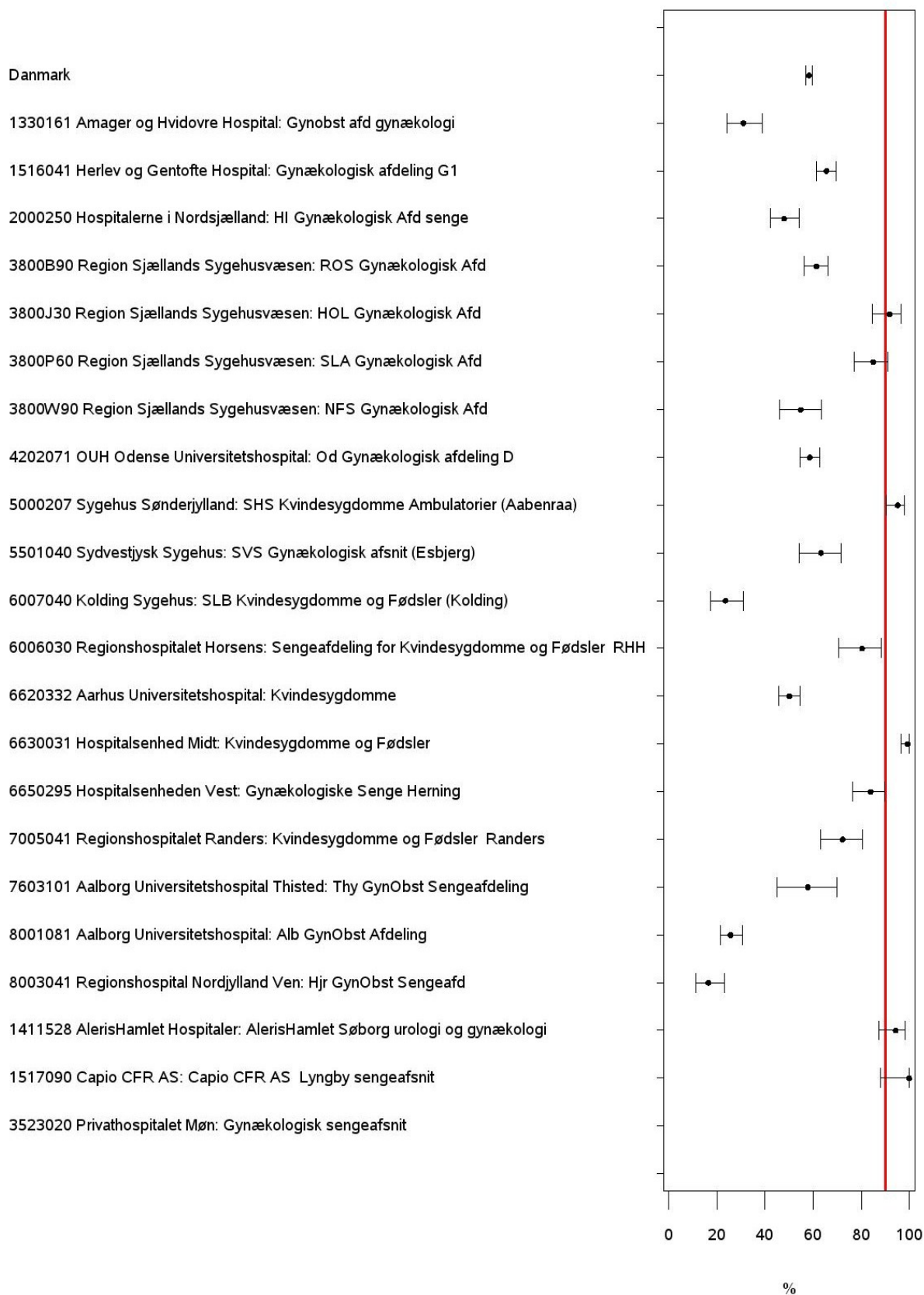
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/		01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	2.554/4.379	297 (6)	58,3	(57-60)	55,9 (54-57)	55,1 (52-58)
Hovedstaden	Nej	545/991	41 (4)	55,0	(52-58)	50,2 (47-54)	61,1 (56-67)
Sjælland	Nej	492/723	28 (4)	68,0	(65-71)	57,1 (54-60)	58,3 (51-65)
Syddanmark	Nej	580/981	107 (10)	59,1	(56-62)	57,6 (54-61)	44,0 (36-52)
Midtjylland	Nej	668/980	87 (8)	68,2	(65-71)	71,6 (68-75)	55,4 (47-64)
Nordjylland	Nej	156/586	31 (5)	26,6	(23-30)	27,5 (24-32)	33,9 (25-43)
Privathospitaler	Ja	113/118	3 (2)	95,8	(90-99)	96,5 (92-99)	81,0 (69-90)
Hovedstaden	Nej	545/991	41 (4)	55,0	(52-58)	50,2 (47-54)	61,1 (56-67)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Nej	50/161	6 (4)	31,1	(24-39)	21,1 (14-30)	22,7 (8-45)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Nej	360/549	27 (5)	65,6	(61-70)	52,5 (48-57)	44,9 (36-54)
2000250 Hospitalerne i Nord- sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Nej	135/281	8 (3)	48,0	(42-54)	58,6 (52-65)	80,8 (74-87)
Sjælland	Nej	492/723	28 (4)	68,0	(65-71)	57,1 (54-60)	58,3 (51-65)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynæ- kologisk Afd.	Nej	232/378	10 (3)	61,4	(56-66)	42,5 (38-47)	53,6 (45-62)
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynæ- kologisk Afd.	Ja	90/98	1 (1)	91,8	(85-96)	85,6 (78-91)	81,5 (62-94)
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynæ- kologisk Afd.	Nej	97/114	8 (7)	85,1	(77-91)	85,8 (79-91)	
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynæ- kologisk Afd.	Nej	73/133	9 (6)	54,9	(46-64)	48,6 (41-56)	56,5 (34-77)
Syddanmark	Nej	580/981	107 (10)	59,1	(56-62)	57,6 (54-61)	44,0 (36-52)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Nej	322/549	100 (15)	58,7	(54-63)	62,9 (57-68)	
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	140/147	0 (0)	95,2	(90-98)	88,1 (82-93)	75,7 (59-88)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Nej	81/128	7 (5)	63,3	(54-72)	45,3 (38-53)	46,9 (34-60)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Nej	37/157	0 (0)	23,6	(17-31)	22,8 (16-31)	13,2 (5-25)
Midtjylland	Nej	668/980	87 (8)	68,2	(65-71)	71,6 (68-75)	55,4 (47-64)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Nej	70/87	3 (3)	80,5	(71-88)	77,8 (66-87)	55,6 (31-78)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Nej	243/485	53 (10)	50,1	(46-55)	61,8 (57-67)	37,5 (25-51)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	164/165	3 (2)	99,4	(97-100)		
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Nej	110/131	0 (0)	84,0	(77-90)	86,6 (81-91)	78,3 (64-89)
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Nej	81/112	28 (20)	72,3	(63-80)	73,9 (66-81)	45,8 (26-67)
Nordjylland	Nej	156/586	31 (5)	26,6	(23-30)	27,5 (24-32)	33,9 (25-43)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Nej	37/64	1 (2)	57,8	(45-70)	68,8 (54-81)	60,5 (44-75)
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Nej	92/358	27 (7)	25,7	(21-31)	22,2 (18-27)	19,4 (8-36)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Nej	27/164	3 (2)	16,5	(11-23)	25,6 (19-33)	16,7 (6-33)
Privathospitaler	Ja	113/118	3 (2)	95,8	(90-99)	96,5 (92-99)	81,0 (69-90)
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	83/88	3 (3)	94,3	(87-98)	96,5 (90-99)	78,2 (65-88)
1517090 Capio CFR A/S: Capio CFR A/S - Lyngby sengeafsnit	Ja	29/29	0 (0)	100,0	(88-100)	89,5 (67-99)	-
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	##	0 (0)	#			

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



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



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 2

Indikator 2 er tiden fra henvisning til første fremmøde på afdelingen. Indikator 2 afløste i 2016 indikator 1, som var tiden fra henvisning til første speciallæge-kontakt.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 6 %, dvs. kompletheden er 94 % (Tabel 2), hvilket er en klar forbedring i forhold til 2016, hvor der var 16 % uoplyste. Andelen af uoplyste forløb varierer mellem 0 og 20 % blandt afdelingerne. De uoplyste forløb skyldes både manglende oplysninger om dato for henvisning og/eller dato for første fremmøde på afdelingen (data ikke vist).

Antallet af forløb i indikator 2 er markant højere end i 2016 (4379 i 2017 vs. 2961 i 2016). Andelen af uoplyste er, som nævnt ovenfor, reduceret, men dette er ikke nok til at forklare stigningen i populationen til indikator 2. Det er muligt, at omkodningen af databasen fra STATA til SAS kan være medvirkende til ændringen.

På landsplan har 58,3 % (95 % CI: 57-60 %) af patienterne en ventetid på højst 30 dage, hvilket er langt under standarden på mindst 90 %. Ingen af regionerne opfylder standarden, men der er nogen variation mellem dem, spændende fra 26,6 % for Region Nordjylland til 68,2 % for Region Midtjylland (Figur 1).

Blandt de offentlige hospitalsafdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 3 afdelinger standarden, mens 16 afdelinger ligger under. Der er stor variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 16,5 og 99,4 % (Tabel 2, Figur 2).

De 2 privathospitaler med mindst 10 relevante patientforløb opfylder begge standarden.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 2

Indikator 2 er defineret som tidsrummet fra henvisningen modtages til patientens første fremmøde på behandlingsstedet, dette uanset om patienten mødes af en læge eller et andet sundhedsfagligt personale.

(Kun henviste patienter, som behandles med operation, medtages i denne rapport.)

Den er således et udtryk for den kapacitet, som den enkelte afdeling har til at modtage patienter med urogynækologiske lidelser, hvis behandling indeholder et operativt indgreb. Dette er vigtigt at holde sig for øje, idet tallet ikke direkte kan siges at være et udtryk for afdelingens kapacitet for at modtage patienter med urogynækologiske lidelser. Mange af disse patienter behandles uden operative indgreb og indgår derfor ikke i denne indikator. Det bemærkes, at selv om tallet i nævneren (alle nyhenviste urogynækologiske patienter med operationsdato i 2017 med oplysning om henvisnings- og fremmødedato) er steget væsentligt i forhold til samme tal for 2016, nemlig fra 2961 til 4379, så er det faktisk lykkedes at nå en lidt højere grad af indikator opfyldelse.

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

Når indikatoren kun er opfyldt for ganske få afdelinger i landet, ser styregruppen det som et udtryk for afdelingernes manglende kapacitet til at behandle urogynækologiske lidelser. Dette er et organisatorisk problem, som påvirker de ventende patienters livskvalitet, men som næppe medfører væsentlige forringelser af behandlingsmulighederne.

Udover de klinisk epidemiologiske forbehold, skal der tages forbehold for, at en evt. forsinkelse af første fremmøde pga. patientens ønske ikke bliver monitoreret, men det forventes at være ubetydeligt.

Anbefalinger til indikator 2

Opgørelse over ventetid fra henvisning til 1. fremmøde er offentligt tilgængeligt og opdateres regelmæssigt i andre systemer (sundhed.dk), hvorfor der i styregruppen stilles spørgsmål ved relevansen af denne indikator. Især fordi man på sundhed.dk kan se ventetiden for de enkelte henvisningsdiagnoser – og altså her ikke kun fokuserer på de patienter, som behandles kirurgisk. Styregruppen mener, at denne information er væsentlig mere brugbar for den patient, som ønsker oplysning om forventet ventetid, og som kender sin egen henvisningsdiagnose, men jo typisk ikke hvilken behandling, som hun vil blive anbefalet efter udredning på sygehus. Derfor vælger vi at afskaffe indikator 2.

3.2. Indikator 3

Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær midtturetralslyng operation (3a) og primær bulking operation (3b). Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

3a: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær slyngoperation for urininkontinens. Primære (1. gangs) slyngoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3a. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

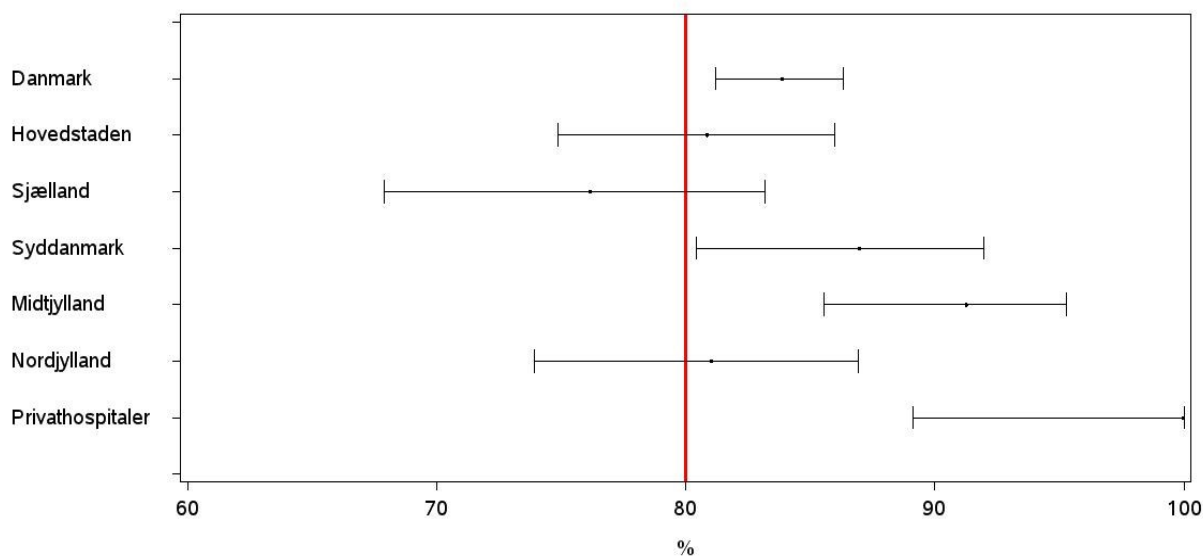
Tabel 3 - Resultater for indikator 3a (efter slyng operation)

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

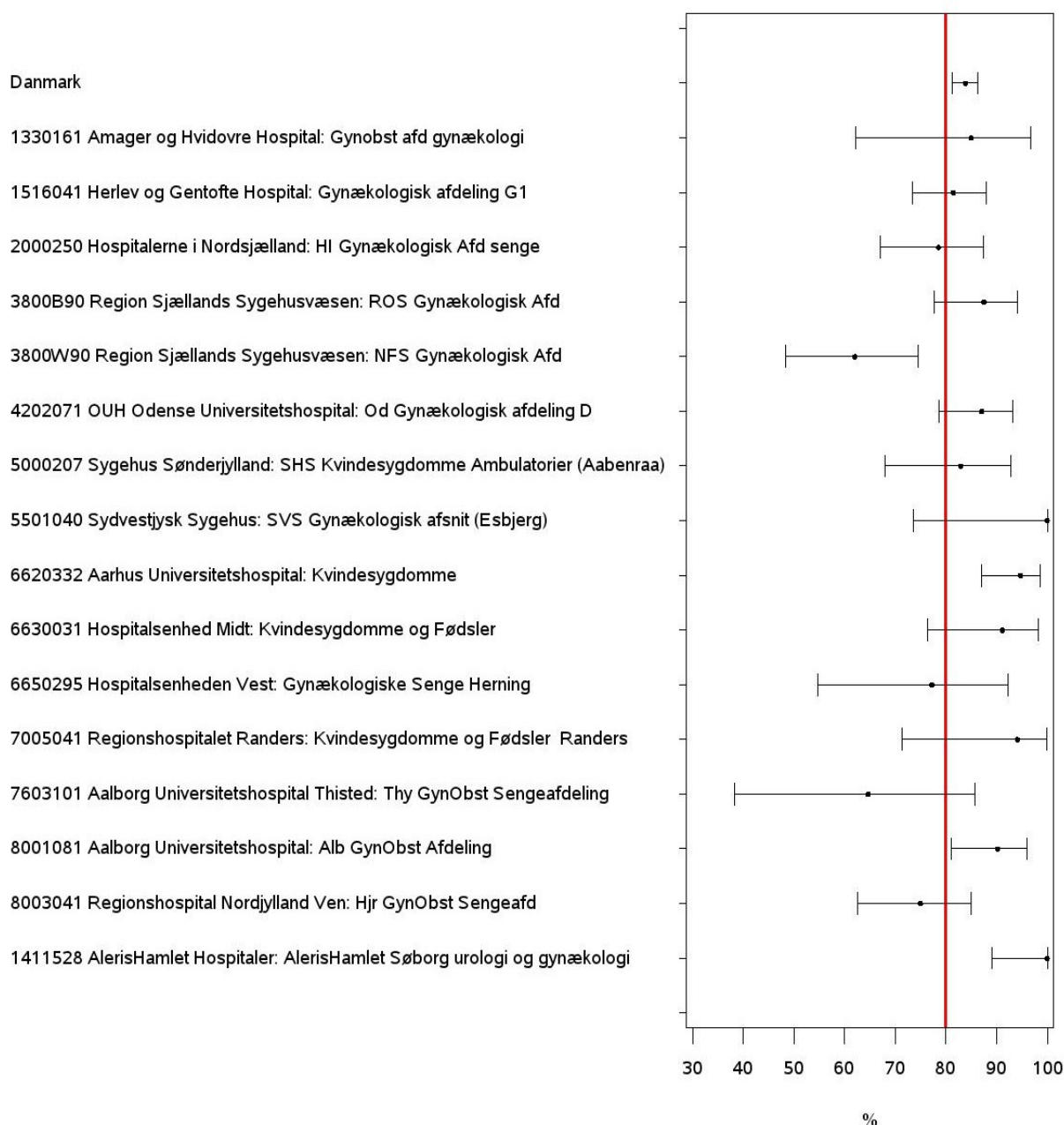
	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%	Tæller/	antal		01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	687/819	80 (9)	83,9	(81-86)	82,8 (80-85)	83,6 (81-86)	
Hovedstaden	Ja	169/209	0 (0)	80,9	(75-86)	80,9 (74-86)	82,2 (76-87)	
Sjælland	Nej	99/130	35 (21)	76,2	(68-83)	79,6 (72-86)	78,2 (72-84)	
Syddanmark	Ja	127/146	21 (13)	87,0	(80-92)	86,5 (80-91)	85,9 (80-91)	
Midtjylland	Ja	136/149	10 (6)	91,3	(86-95)	86,8 (81-91)	88,6 (82-93)	
Nordjylland	Ja	124/153	14 (8)	81,0	(74-87)	78,4 (70-85)	83,0 (74-90)	
Privathospitaler	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)	83,9 (66-95)	89,7 (76-97)	
Hovedstaden	Ja	169/209	0 (0)	80,9	(75-86)	80,9 (74-86)	82,2 (76-87)	
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	17/20	0 (0)	85,0	(62-97)	86,4 (65-97)	93,3 (78-99)	
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	97/119	0 (0)	81,5	(73-88)	82,5 (74-89)	80,7 (72-88)	
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Nej	55/70	0 (0)	78,6	(67-87)	75,0 (61-86)	78,8 (65-89)	
Sjælland	Nej	99/130	35 (21)	76,2	(68-83)	79,6 (72-86)	78,2 (72-84)	
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	63/72	28 (28)	87,5	(78-94)	77,9 (68-86)	76,6 (68-84)	
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Nej	36/58	7 (11)	62,1	(48-74)	82,7 (70-92)	81,7 (70-90)	
Syddanmark	Ja	127/146	21 (13)	87,0	(80-92)	86,5 (80-91)	85,9 (80-91)	
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	81/93	14 (13)	87,1	(79-93)	87,0 (79-93)	81,9 (73-89)	
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	34/41	5 (11)	82,9	(68-93)	83,7 (70-93)	88,7 (77-96)	

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	12/12	2 (14)	100,0	(74-100)		
Midtjylland	Ja	136/149	10 (6)	91,3	(86-95)	86,8 (81-91)	88,6 (82-93)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	72/76	2 (3)	94,7	(87-99)	95,1 (88-99)	86,1 (71-95)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	31/34	2 (6)	91,2	(76-98)	72,7 (57-85)	78,9 (63-90)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Nej	17/22	1 (4)	77,3	(55-92)	85,7 (70-95)	93,8 (79-99)
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	16/17	5 (23)	94,1	(71-100)	85,7 (67-96)	
Nordjylland	Ja	124/153	14 (8)	81,0	(74-87)	78,4 (70-85)	83,0 (74-90)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Nej	11/17	0 (0)	64,7	(38-86)	78,6 (49-95)	83,3 (59-96)
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	65/72	11 (13)	90,3	(81-96)	85,0 (73-93)	93,8 (83-99)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Nej	48/64	3 (4)	75,0	(63-85)	70,6 (56-83)	70,0 (53-83)
Privathospitaler	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)	83,9 (66-95)	89,7 (76-97)
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)	87,0 (66-97)	88,5 (70-98)

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



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



Ændringer til indikator 3

Indikator 3 er i forhold til tidligere årsrapporter ændret og opdelt i 2 indikatorer (3a og 3b). I 2016 indeholdt indikator 3 alle slyngeoperationer; i 2015 og tidligere indeholdt indikator 3 både slynge- og bulkingoperationer.

I denne (2017) årsrapport inkluderer indikator 3a alle primære slyngeoperationer, og indikator 3b inkluderer alle primære bulkingoperationer.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3a

Indikator 3a beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær slyngeoperation for urininkontinens. Primær slyngeoperation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3a. Patienter der, i efterundersøgelsesskemaet, har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

På landsplan indgår 819 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 9 % (80 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 91 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 28 %; især Randers og Roskilde skiller sig ud med hhv. 23 % og 28 % uoplyste.

På landsplan oplever 83,9 % (95 % CI: 81-86 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 80 % er opfyldt. Af de 5 regioner opfylder 4 standarden; kun Region Sjælland ligger under standarden med en indikatorværdi på 76,2 % (95 % CI: 68-83 %), men standarden er indeholdt i konfidensintervallet.

Af de 15 offentlige afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 10 afdelinger standarden og yderligere 4 afdelinger har standarden indenfor konfidensintervallet. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 62,1 % i Nykøbing F til 100 % på Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg.

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

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

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 83,9 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %. Datakompletheden er 91 %, med nogen variation mellem afdelingerne.

Styregruppens kommentarer til indikator 3a

Indikator 3 er igen ændret i forhold til tidligere år, idet der nu kun monitoreres på primære slyngeoperationer. Dette har ingen betydning for de allerfleste afdelinger i landet, som kun opererer primære slyngeoperationer. For de to afdelinger (Herlev og Århus universitetshospitaler), som må operere recidiv slyngeoperationer, har justeringen af indikatoren betydning. Det er velkendt, at recidiv operationer af denne type har langt mindre succesrater. Ved ikke at medtage recidiv operationer i indikatoren, bliver patientgrundlaget (teoretisk) mere ens for alle afdelinger, og indikatoren dermed sammenlignelig afdelingerne imellem.

Af samme årsag hæves landsgennemsnittet en smule sammenlignet med tidligere år.

Som det fremgår, har styregruppen valgt at hæve standarden for denne indikator til 80 %, hvilket svarer til den tilfredshed, som rapporteres i litteraturen. Det gør dog også, at en enkelt afdeling ikke opfylder standarden i år. Afdelingen har tidligere ligget svarende til landsgennemsnittet, og ændringen må antages at skyldes lokale forhold. Generelt er der en fin indikatoropfyldelse og en fin datakomplethed, hvor alle, med undtagelse af tre afdelinger, ligger under eller omkring 10 % uoplyste.

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

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

Endvidere skal det bemærkes, at den lave datakomplethed, som ses for nogle afdelingers vedkommende, muligvis skyldes patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser.

Styregruppens anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form. Den afdeling, som ikke opfylder indikatoren, kontaktes mhp. hjælp til yderligere analyse af tilgrundliggende årsag.

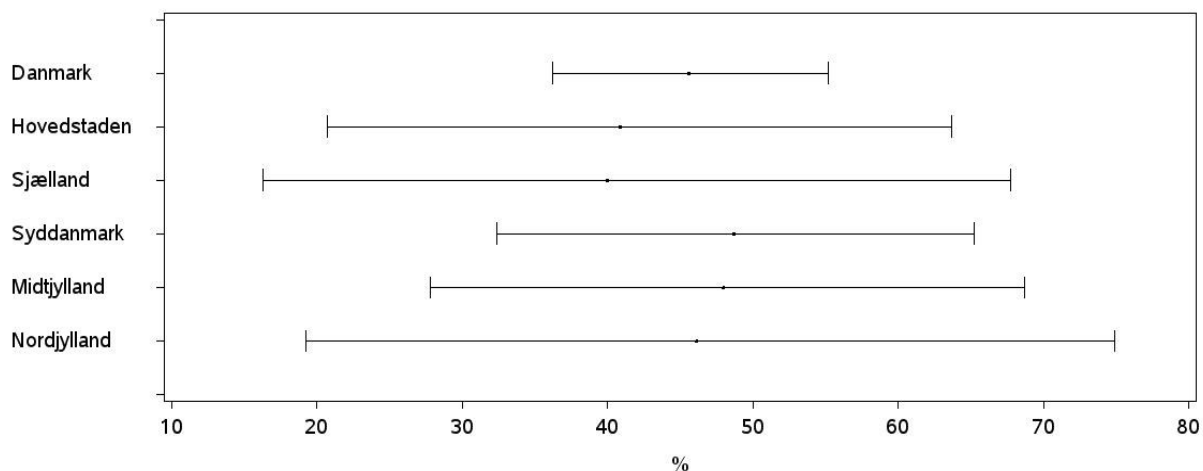
3b: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. Primære (1. gangs) bulkingoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3b. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Tabel 3b - Resultater for indikator 3b (efter Bulking operation)

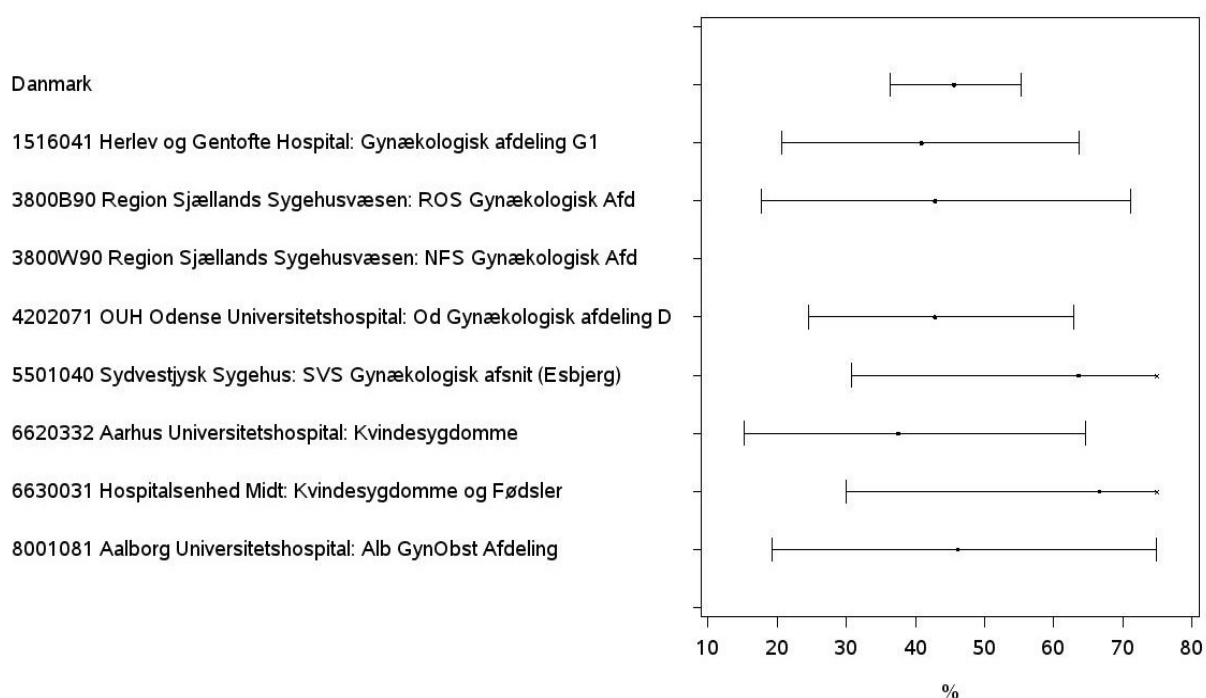
Indikator 03b: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation

	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/ nævner	antal	01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
			(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	-	52/114	21 (16)	45,6	(36-55)	32,1 (24-41)	25,2 (18-34)
Hovedstaden	-	9/22	0 (0)	40,9	(21-64)	32,0 (15-54)	23,5 (11-41)
Sjælland	-	6/15	9 (38)	40,0	(16-68)	26,5 (13-44)	11,1 (1-35)
Syddanmark	-	19/39	6 (13)	48,7	(32-65)	45,5 (30-61)	30,3 (16-49)
Midtjylland	-	12/25	0 (0)	48,0	(28-69)	21,4 (8-41)	30,0 (15-49)
Nordjylland	-	6/13	6 (32)	46,2	(19-75)	16,7 (0-64)	-
Hovedstaden	-	9/22	0 (0)	40,9	(21-64)	32,0 (15-54)	23,5 (11-41)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	-	9/22	0 (0)	40,9	(21-64)	33,3 (15-57)	25,8 (12-45)
Sjælland	-	6/15	9 (38)	40,0	(16-68)	26,5 (13-44)	11,1 (1-35)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	-	6/14	9 (39)	42,9	(18-71)	30,0 (7-65)	0,0 (0-60)
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	-	##	0 (0)	#		25,0 (10-47)	14,3 (2-43)
Syddanmark	-	19/39	6 (13)	48,7	(32-65)	45,5 (30-61)	30,3 (16-49)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	-	12/28	5 (15)	42,9	(24-63)	42,1 (20-67)	25,0 (3-65)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	-	7/11	1 (8)	63,6	(31-89)	48,0 (28-69)	32,0 (15-54)
Midtjylland	-	12/25	0 (0)	48,0	(28-69)	21,4 (8-41)	30,0 (15-49)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	-	6/16	0 (0)	37,5	(15-65)	42,9 (10-82)	55,6 (21-86)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	-	6/9	0 (0)	66,7	(30-93)	14,3 (3-36)	19,0 (5-42)
Nordjylland	-	6/13	6 (32)	46,2	(19-75)	16,7 (0-64)	-
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	-	6/13	6 (32)	46,2	(19-75)	16,7 (0-64)	-

Figur 5 - Resultater for indikator 3b, for hele landet og per region



Figur 6 - Resultater for indikator 3b, for hele landet og per afdeling



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 3b

Indikator 3b beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. Primær bulkingoperation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 3b. Patienter, der i efterundersøgelsesskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

På landsplan indgår 114 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 16 % (21 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 84 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 39 %; især Aalborg og Roskilde skiller sig ud med hhv. 32 % og 39 % uoplyste.

På landsplan oplever 45,6 % (95 % CI: 36-55 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. Der er endnu ikke fastsat en standard for indikator 3b.

Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 37,5 % på Aarhus Universitetshospital til 66,7 % på Hospitalsenhed Midt blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

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

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

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 45,6 % indikatoren. Datakompletheden er 84 %, med nogen variation mellem afdelingerne.

Styregruppens kommentarer til indikator 3b

Resultaterne for bulking operationer har i den seneste årsrapport været vist i en supplerende analyse i appendiks. Vi har nu valgt at medtage disse resultater som en ny indikator, dog i første omgang uden standard. Vi har valgt kun at rapportere for primær bulking behandling til trods for, at det er kendt, at bulking behandling har en begrænset varighed og skal gentages ca. hvert 3. år for at bevare effekt. Recidiv operation ved denne behandling rapporteres at have samme effekt som primær operation. I praksis viser det sig, at det er forholdsvis få patienter, som ønsker behandlingen gentaget.

Det fremgår, at effektiviteten for Bulking er langt lavere end for midturetralslyngerne, og at der er en del variation mellem afdelingerne. Landsgennemsnit på 45 % varierende mellem 40-50 % for de enkelte regioner (vi vælger at referere tal regionsvis, idet der udføres så forholdsvis få bulkingbehandlinger, at det for nogle afdelinger ikke er meningsfyldt at referere deres meget få behandlinger – der skal også tages forbehold for lav datakomplethed hos de afdelinger, som scorer bedst).

Overordnet bemærkning både til indikator 3a og 3b: For behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter kontinensoperation, bør det bemærkes, at der er stor individuel variation i, hvorledes lidelsens sværhedsgrad opleves. Indikatorernes absolutte værdi vil ikke afspejle de patienter, som præoperativt har hyppige symptomer, og måske oplever en væsentlig reduktion uden dog at nå indikatorens mål.

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

Endvidere skal det bemærkes, at den lave datakomplethed, som ses for nogle afdelingers vedkommende, muligvis skyldes patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser.

Styregruppens anbefaling

Indikatoropfyldelsen ligger mellem 30 og 60 % svarende til litteraturen. Styregruppen har valgt ikke at opstille en standard for denne indikator. Vi finder det dog relevant at rapportere indikatoren for at kunne orientere brugere af urogynækologiske behandlinger om, hvad der må forventes samt give dem mulighed for at danne sig et overblik over, hvor behandlingsvolumen er størst.

3.3. Indikator 7

Prolaps – Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær prolapsoperation. Primære (1. gangs) prolapsoperationer indgår i indikatorpopulationen. Operationer, hvor patienten i efterundersøgelseskemaet har svaret 'Nej (værdi 0)' i rubrik A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?), indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

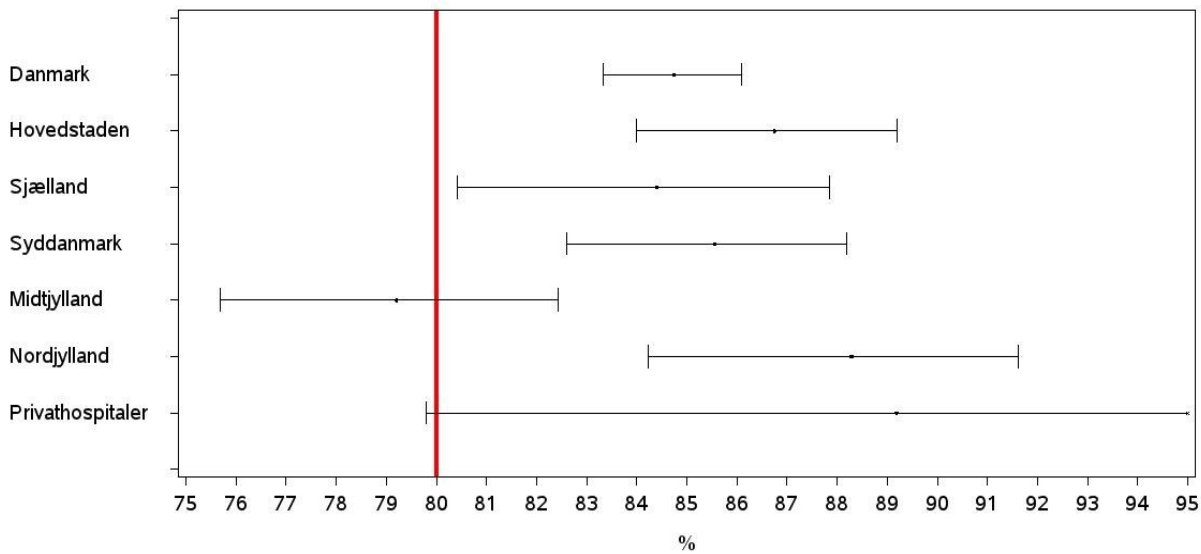
Tabel 4 - Resultater for indikator 7

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

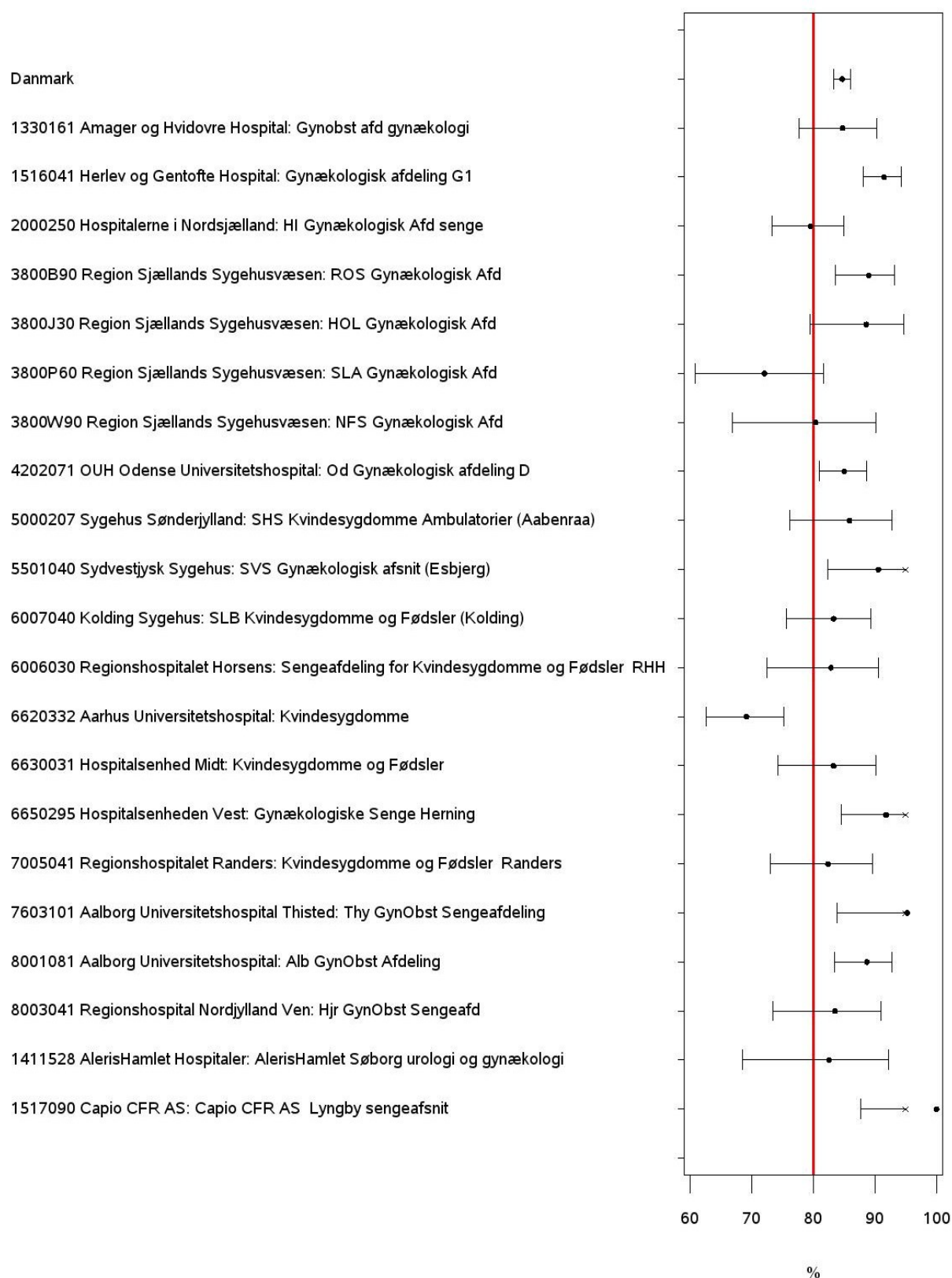
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.283/2.694	343 (11)	84,7	(83-86)	85,0 (84-86)	83,8 (82-85)
Hovedstaden	Ja	596/687	12 (2)	86,8	(84-89)	88,1 (85-91)	87,5 (85-90)
Sjælland	Ja	330/391	101 (21)	84,4	(80-88)	87,1 (84-90)	84,9 (81-88)
Syddanmark	Ja	551/644	119 (16)	85,6	(83-88)	84,3 (81-87)	82,6 (80-85)
Midtjylland	Nej	461/582	59 (9)	79,2	(76-82)	77,7 (74-81)	77,8 (74-81)
Nordjylland	Ja	279/316	50 (14)	88,3	(84-92)	89,7 (86-93)	86,9 (83-90)
Privathospitaler	Ja	66/74	2 (3)	89,2	(80-95)	87,8 (78-94)	87,9 (77-95)
Hovedstaden	Ja	596/687	12 (2)	86,8	(84-89)	88,1 (85-91)	87,5 (85-90)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	117/138	4 (3)	84,8	(78-90)	88,4 (80-94)	92,0 (84-97)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	323/353	4 (1)	91,5	(88-94)	90,2 (86-93)	90,6 (87-93)
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Nej	156/196	4 (2)	79,6	(73-85)	84,6 (79-89)	81,2 (75-86)
Sjælland	Ja	330/391	101 (21)	84,4	(80-88)	87,1 (84-90)	84,9 (81-88)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	162/182	37 (17)	89,0	(84-93)	90,5 (86-94)	85,2 (80-90)
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	70/79	17 (18)	88,6	(79-95)	89,7 (82-95)	90,6 (81-96)
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Nej	57/79	38 (32)	72,2	(61-82)	80,2 (72-87)	81,4 (72-89)
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Ja	41/51	9 (15)	80,4	(67-90)	84,6 (75-92)	83,5 (75-90)
Syddanmark	Ja	551/644	119 (16)	85,6	(83-88)	84,3 (81-87)	82,6 (80-85)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	302/355	73 (17)	85,1	(81-89)	86,9 (83-90)	82,5 (78-86)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80%			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5000207 Sygehus Sønderjyl- land: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	67/78	10 (11)	85,9	(76-93)	79,5 (70-87)	79,2 (70-87)
5501040 Sydvestjysk Syge- hus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	77/85	17 (17)	90,6	(82-96)	82,6 (73-90)	89,4 (82-95)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	105/126	19 (13)	83,3	(76-89)	82,4 (74-89)	78,9 (69-87)
Midtjylland	Nej	461/582	59 (9)	79,2	(76-82)	77,7 (74-81)	77,8 (74-81)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	63/76	4 (5)	82,9	(73-91)	74,5 (60-86)	81,2 (71-89)
6620332 Aarhus Universi- tetshospital: Kvindesygdom- me	Nej	153/221	20 (8)	69,2	(63-75)	66,0 (60-72)	68,9 (62-76)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	80/96	9 (9)	83,3	(74-90)	77,4 (67-86)	73,5 (63-83)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	90/98	1 (1)	91,8	(85-96)	92,4 (86-96)	82,7 (74-89)
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	75/91	25 (22)	82,4	(73-90)	87,7 (80-93)	86,4 (79-92)
Nordjylland	Ja	279/316	50 (14)	88,3	(84-92)	89,7 (86-93)	86,9 (83-90)
7603101 Aalborg Universi- tetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	40/42	4 (9)	95,2	(84-99)		91,7 (82-97)
8001081 Aalborg Universi- tetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	173/195	33 (14)	88,7	(83-93)	88,9 (84-93)	86,2 (81-90)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.- Obst. Sengeafd.	Ja	66/79	13 (14)	83,5	(74-91)	88,3 (81-94)	85,7 (78-92)
Privathospitaler	Ja	66/74	2 (3)	89,2	(80-95)	87,8 (78-94)	87,9 (77-95)
1411528 Aleris-Hamlet Hos- pitalet: Aleris-Hamlet, Sø- borg, urologi og gynækologi	Ja	38/46	0 (0)	82,6	(69-92)	89,1 (76-96)	84,1 (70-93)
1517090 Capio CFR A/S: Capio CFR A/S - Lyngby sengeafsnit	Ja	28/28	1 (3)	100,0	(88-100)	81,3 (54-96)	-

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



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



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Indikator 7 er en opgørelse af behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation for prolaps.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 11 %, dvs. kompletheden er 89 % (Tabel 4). Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb på offentlige afdelinger, fra 1 % for Herlev/Gentofte og Herning til 32 % for Roskilde.

På landsplan har 84,7 % (95 % CI: 83-86 %) ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med 2016 og 2015. Der er lille variation mellem regionerne, spændende fra 79,2 % for Region Midtjylland til 88,3 % for Region Nordjylland.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden, mens 3 ikke opfylder standarden (Hospitalet i Nordsjælland, Slagelse og Århus Universitetshospital), heraf har to afdelinger standarden indeholdt i konfidensintervallet. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 69,2 % for Århus Universitetshospital til 100,0 % for privathospitalet CFR, Lyngby.

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

Vi konkluderer, at på landsplan opfylder 84,7 % indikatoren, hvilket opfylder standarden på mindst 80 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Denne indikator er baseret på patienternes selvrapporterede tilfredshed (PROMs). Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger på nær én opfylder standarden, hvis konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskeden. Det bemærkes dog, at nogle afdelinger mangler oplysninger på helt op mellem 20 og 30 % af patienterne. Dette giver selvfølgelig stor usikkerhed vedrørende den rapporterede tilfredshed. Den lave datakomplethed, som ses for nogle afdelingers vedkommende, skyldes muligvis patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser.

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

Anbefalinger til indikator 7

Styregruppen anbefaler, at afdelingerne er omhyggelige med at indsamle data fra en postoperativ kontrol, evt. blot ved udsendelse af spørgeskema, og at der på baggrund af dette indberettes data til DugaBase. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.

Generelt vedr. recidivindikatorer 11-18

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

3.4. Indikator 11

Ingen recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær slyngeoperation, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015. Alle patienter med primær slynge-operation (operationskoder: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G) i 2015 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

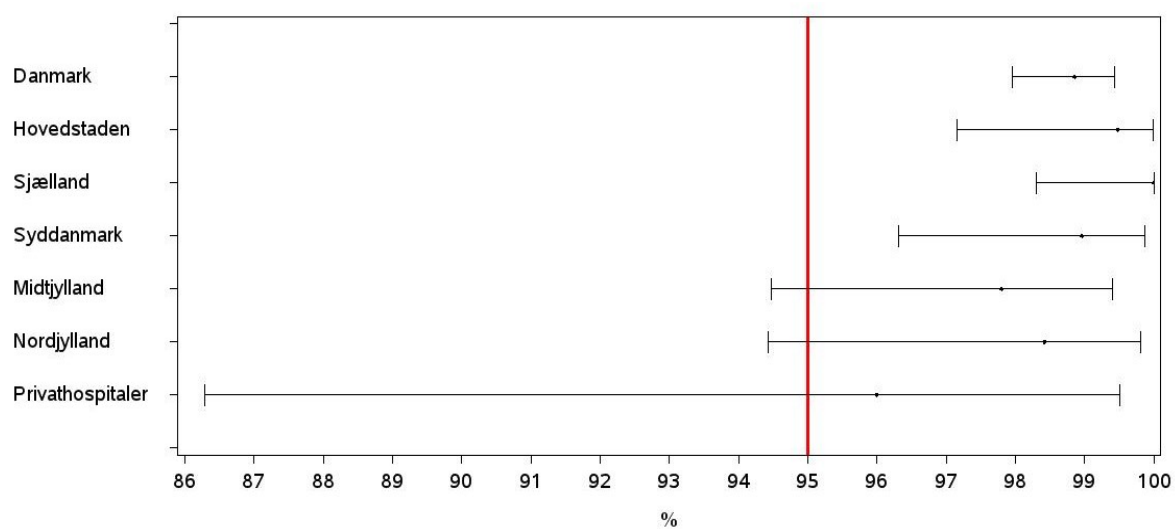
Tabel 5 - Resultater for indikator 11

Indikator 11: Ingen recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens

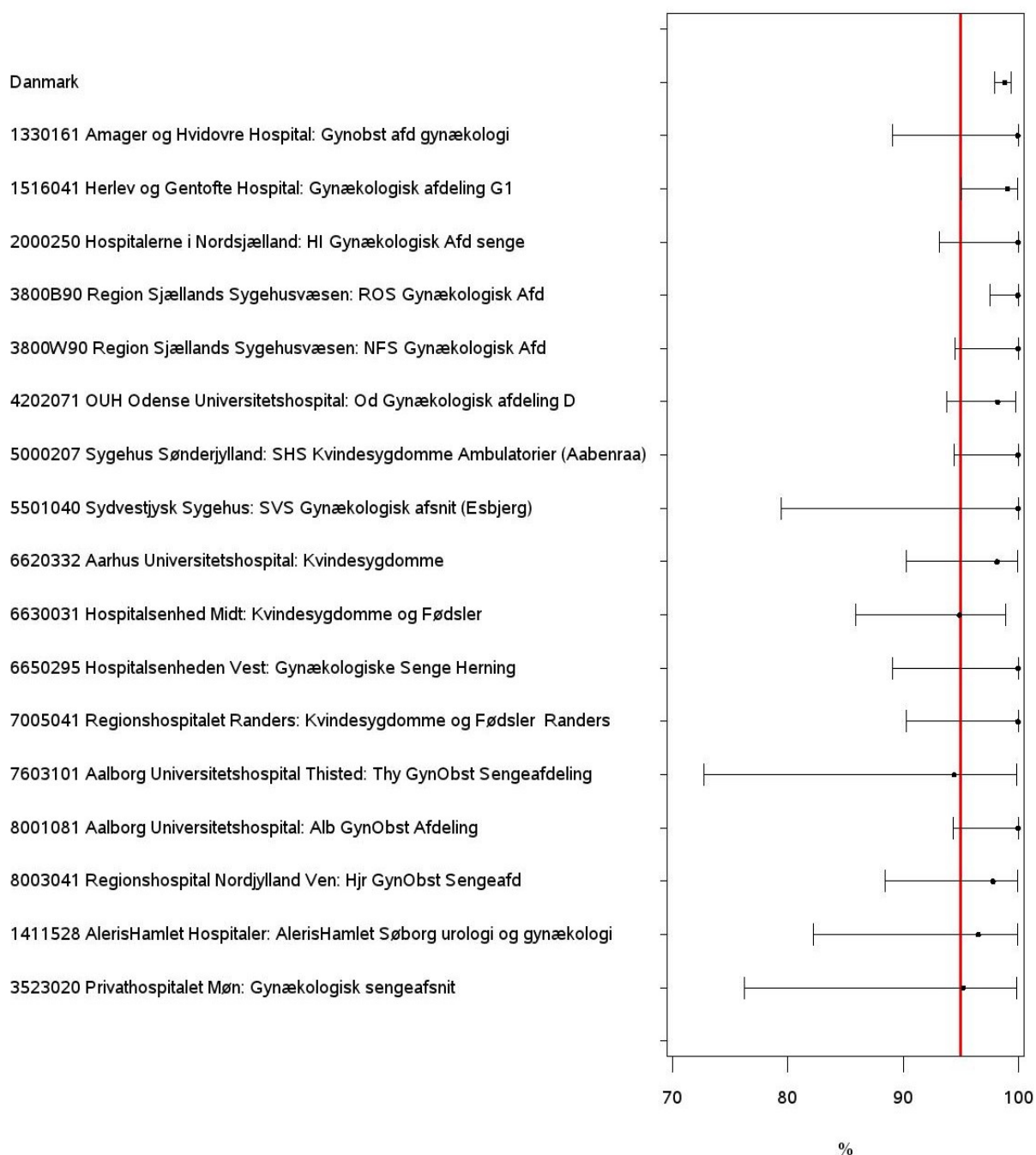
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	950/961	0 (0)	98,9	(98-99)		
Hovedstaden	Ja	193/194	0 (0)	99,5	(97-100)		
Sjælland	Ja	215/215	0 (0)	100,0	(98-100)		
Syddanmark	Ja	191/193	0 (0)	99,0	(96-100)		
Midtjylland	Ja	178/182	0 (0)	97,8	(94-99)		
Nordjylland	Ja	125/127	0 (0)	98,4	(94-100)		
Privathospitaler	Ja	48/50	0 (0)	96,0	(86-100)		
Hovedstaden	Ja	193/194	0 (0)	99,5	(97-100)		
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)		
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	109/110	0 (0)	99,1	(95-100)		
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	52/52	0 (0)	100,0	(93-100)		
Sjælland	Ja	215/215	0 (0)	100,0	(98-100)		
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	150/150	0 (0)	100,0	(98-100)		
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Ja	65/65	0 (0)	100,0	(94-100)		
Syddanmark	Ja	191/193	0 (0)	99,0	(96-100)		
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	111/113	0 (0)	98,2	(94-100)		
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	64/64	0 (0)	100,0	(94-100)		

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	16/16	0 (0)	100,0	(79-100)		
Midtjylland	Ja	178/182	0 (0)	97,8	(94-99)		
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	54/55	0 (0)	98,2	(90-100)		
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Nej	56/59	0 (0)	94,9	(86-99)	95,6 (85-99)	
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)		
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	36/36	0 (0)	100,0	(90-100)		
Nordjylland	Ja	125/127	0 (0)	98,4	(94-100)		
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Nej	17/18	0 (0)	94,4	(73-100)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	63/63	0 (0)	100,0	(94-100)		
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	45/46	0 (0)	97,8	(88-100)		
Privathospitaler	Ja	48/50	0 (0)	96,0	(86-100)		
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	28/29	0 (0)	96,6	(82-100)		
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	20/21	0 (0)	95,2	(76-100)		

Figur 9 - Resultater for indikator 11, for hele landet og per region



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



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Indikator 11 er en opgørelse af andelen af slynge-opererede patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015.

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 2015 har 98,9 % (95 % CI: 98-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette er på niveau med resultaterne for de foregående år (2014: 99,1; 2013: 99,2 %). Der er lille variation mellem regionerne, som alle 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.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau.

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Standarden er opfyldt på landsplan og for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 11 patienter ud af en population på 961 recidivopereres inden for 2 år. Indikatoren indeholder kun midturethralslynge-operationer– og altså ikke bulking.

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

Under supplerende analyser i denne årsrapport, har styregruppen valgt at se på recidiv operationsrater for midturethralslynge-operationer fordelt på transobturator slynger versus retropubiske slynger på landsplan. Resultaterne af denne analyse kan ses i Figur B9, side 117.

Anbefalinger til indikator 11

Indikatoren bibeholdes i sin nuværende form.

3.5. Indikator 12

Ingen recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

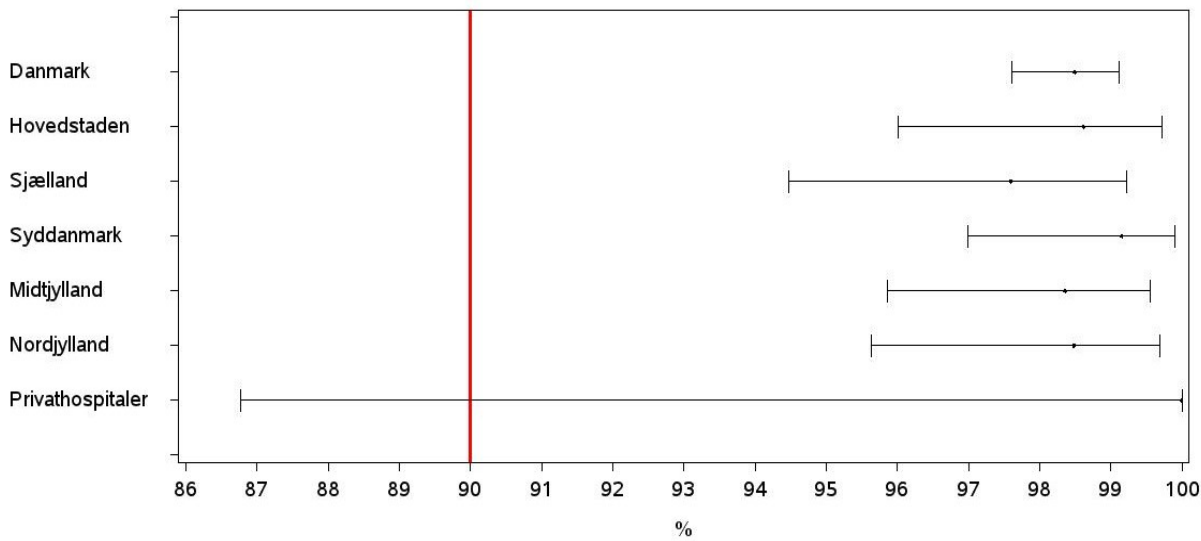
Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær slyngeoperation, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012. Alle patienter med primær slynge-operation (operationskoder: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G) i 2012 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

Tabel 6 - Resultater for indikator 12
Indikator 12: Ingen recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens

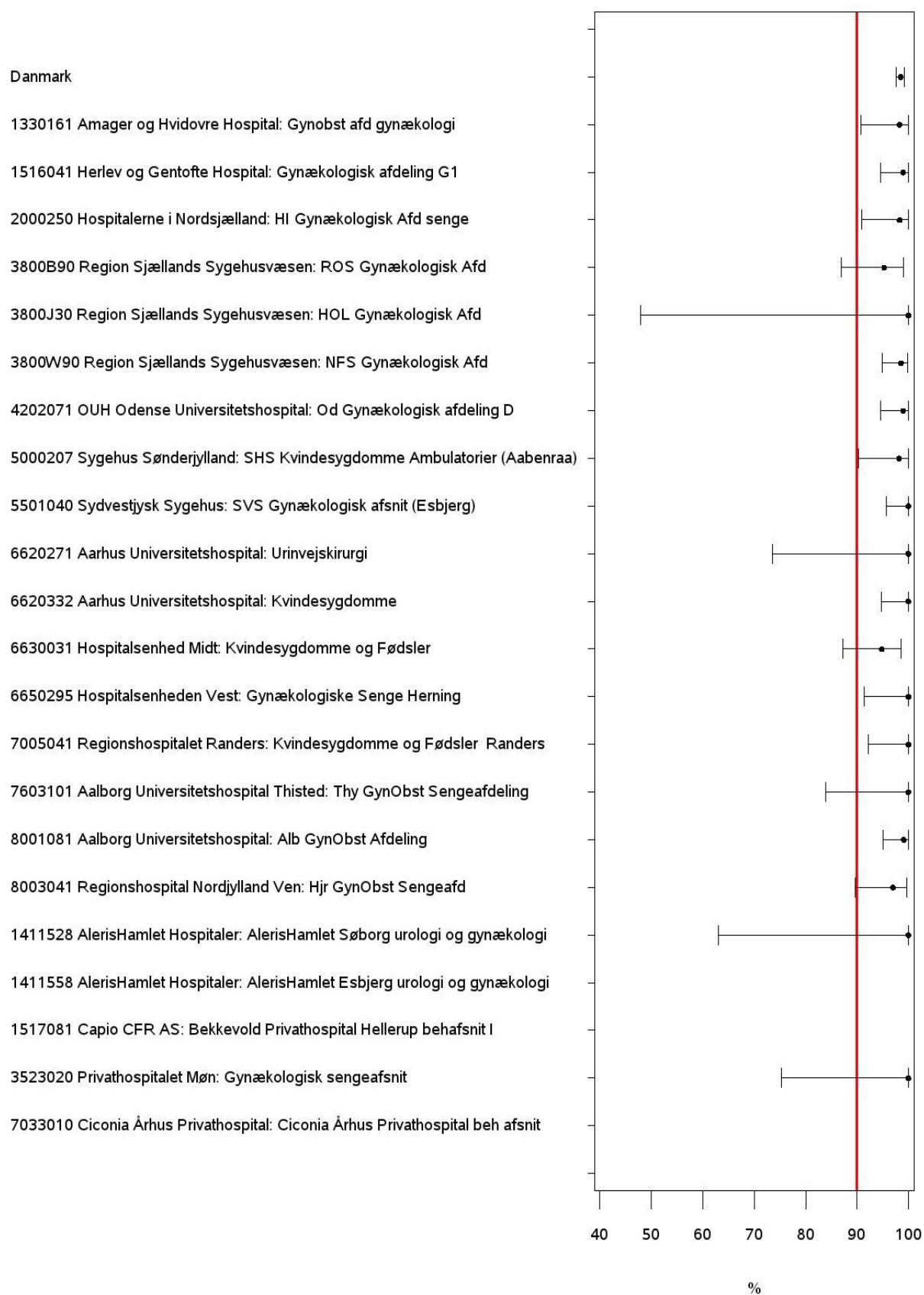
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/		01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.113/1.130	0 (0)	98,5	(98-99)	98,2 (97-99)	97,9 (97-99)
Hovedstaden	Ja	214/217	0 (0)	98,6	(96-100)		
Sjælland	Ja	203/208	0 (0)	97,6	(94-99)	97,9 (95-99)	
Syddanmark	Ja	235/237	0 (0)	99,2	(97-100)	98,1 (96-99)	97,1 (95-99)
Midtjylland	Ja	240/244	0 (0)	98,4	(96-100)	96,3 (93-98)	98,1 (96-99)
Nordjylland	Ja	195/198	0 (0)	98,5	(96-100)		97,1 (93-99)
Privathospitaler	Ja	26/26	0 (0)	100,0	(87-100)		
Hovedstaden	Ja	214/217	0 (0)	98,6	(96-100)		
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	57/58	0 (0)	98,3	(91-100)		
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	99/100	0 (0)	99,0	(95-100)		
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	58/59	0 (0)	98,3	(91-100)		
Sjælland	Ja	203/208	0 (0)	97,6	(94-99)	97,9 (95-99)	
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	61/64	0 (0)	95,3	(87-99)		
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	5/5	0 (0)	100,0	(48-100)		
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Ja	137/139	0 (0)	98,6	(95-100)	97,5 (93-99)	
Syddanmark	Ja	235/237	0 (0)	99,2	(97-100)	98,1 (96-99)	97,1 (95-99)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	98/99	0 (0)	99,0	(95-100)		93,2 (85-98)
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	54/55	0 (0)	98,2	(90-100)		
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	83/83	0 (0)	100,0	(96-100)	97,0 (92-99)	

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%		antal	01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Midtjylland	Ja	240/244	0 (0)	98,4	(96-100)	96,3 (93-98)	98,1 (96-99)
6620271 Aarhus Universitetshospital: Urinvejskirurgi	Ja	12/12	0 (0)	100,0	(74-100)		
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	69/69	0 (0)	100,0	(95-100)		
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	73/77	0 (0)	94,8	(87-99)	94,9 (87-99)	
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	41/41	0 (0)	100,0	(91-100)		
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	45/45	0 (0)	100,0	(92-100)		
Nordjylland	Ja	195/198	0 (0)	98,5	(96-100)		97,1 (93-99)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	21/21	0 (0)	100,0	(84-100)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	109/110	0 (0)	99,1	(95-100)		
8003041 Regionshospitalet Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	65/67	0 (0)	97,0	(90-100)	94,3 (84-99)	92,2 (83-97)
Privathospitaler	Ja	26/26	0 (0)	100,0	(87-100)		
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	8/8	0 (0)	100,0	(63-100)		-
1411558 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Esbjerg, urologi og gynækologi	Ja	##	0 (0)	#		-	-
1517081 Capio CFR A/S: Bekkevold Privathospital Hellerup, beh. afsnit I	Ja	##	0 (0)	#			-
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	13/13	0 (0)	100,0	(75-100)		
7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	Ja	##	0 (0)	#			100,0 (3-100)

Figur 11 - Resultater for indikator 12, for hele landet og per region



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



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Indikator 12 er en opgørelse af andelen af slynge-opererede patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012.

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

Blandt slyngeoperationer for urininkontinens i 2012 har 98,5 % (95 % CI: 98-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger, med de små tal in mente, ikke fra de foregående år (2011: 98,2; 2010: 97,9). Variationen mellem regionerne er minimal, og alle regioner opfylder standarden.

Ligeledes opfylder alle afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb standarden på mindst 90 %, og variationen mellem afdelingerne er begrænset.

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

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

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger, hvilket er tilfredsstillende. Kun 17 patienter ud af 1130 opereres for recidiv stressinkontinens inden for 5 år.

Indikatoren indeholder kun midturethralslynge-operationer – og altså ikke bulking.

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

Resultaterne af denne analyse kan ses i Figur B9, side 117.

Anbefalinger til indikator 12

Indikatoren bevares i sin nuværende form.

3.6. Indikator 13

Ingen recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015. Alle patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartment i 2015 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

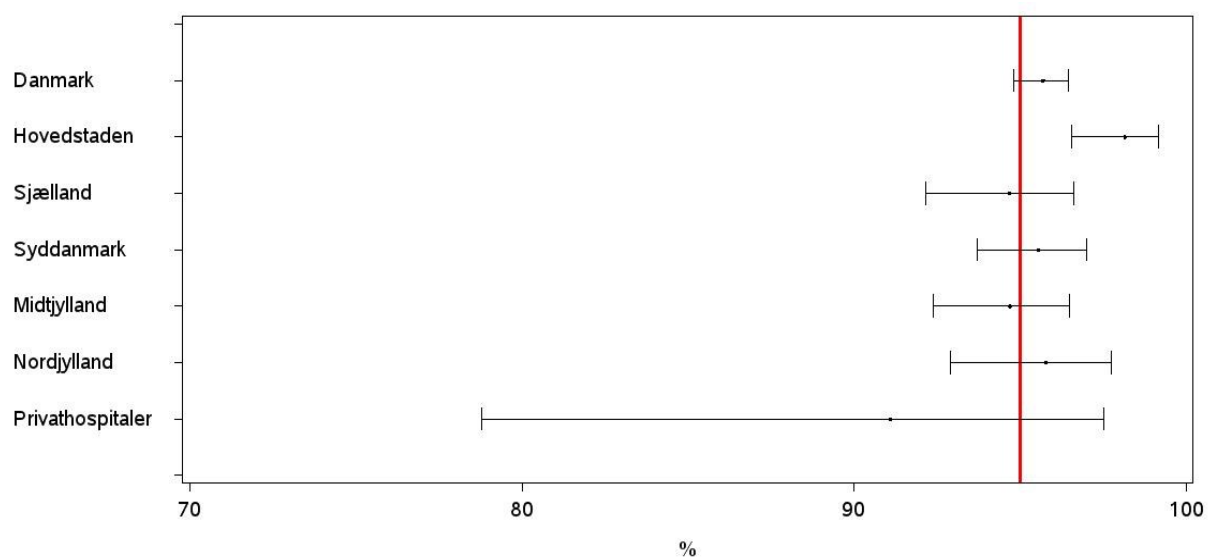
Tabel 7 - Resultater for indikator 13

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

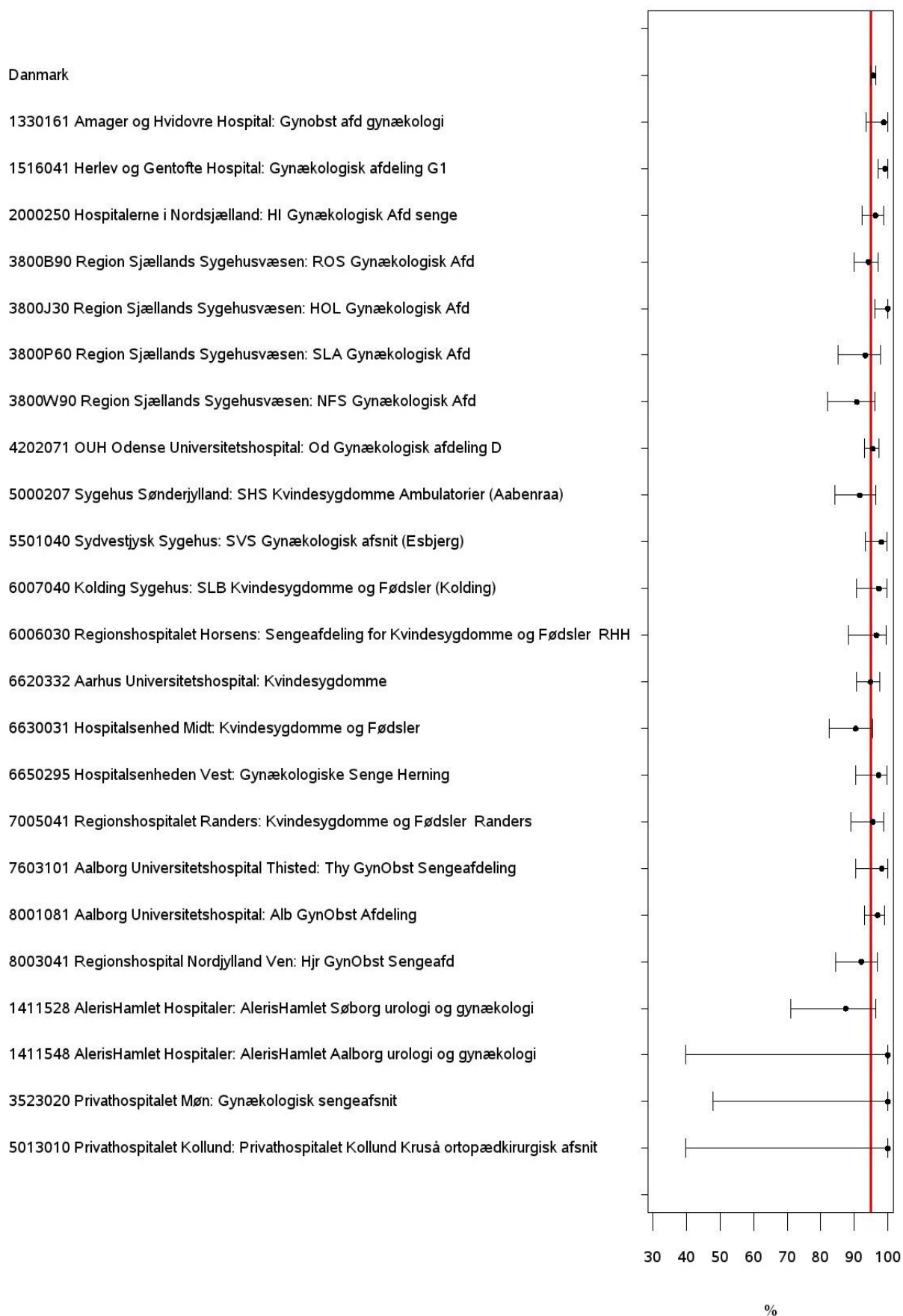
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%			01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.340/2.445	0 (0)	95,7	(95-96)	95,7 (95-96)	94,8 (94-96)
Hovedstaden	Ja	483/492	0 (0)	98,2	(97-99)	96,7 (95-98)	96,0 (94-97)
Sjælland	Nej	411/434	0 (0)	94,7	(92-97)	94,4 (92-96)	93,6 (91-96)
Syddanmark	Ja	626/655	0 (0)	95,6	(94-97)	97,1 (95-98)	93,8 (92-96)
Midtjylland	Nej	483/510	0 (0)	94,7	(92-96)	93,3 (91-95)	94,1 (92-96)
Nordjylland	Ja	296/309	0 (0)	95,8	(93-98)	97,3 (95-99)	96,6 (94-98)
Privathospitaler	Nej	41/45	0 (0)	91,1	(79-98)	90,7 (80-97)	
Hovedstaden	Ja	483/492	0 (0)	98,2	(97-99)	96,7 (95-98)	96,0 (94-97)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	83/84	0 (0)	98,8	(94-100)	96,8 (91-99)	95,4 (91-98)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	242/244	0 (0)	99,2	(97-100)	96,6 (94-98)	98,1 (96-99)
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	158/164	0 (0)	96,3	(92-99)	97,0 (93-99)	93,8 (89-97)
Sjælland	Nej	411/434	0 (0)	94,7	(92-97)	94,4 (92-96)	93,6 (91-96)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Nej	181/192	0 (0)	94,3	(90-97)	95,8 (92-98)	92,6 (87-96)
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	91/91	0 (0)	100,0	(96-100)		
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Nej	70/75	0 (0)	93,3	(85-98)	92,1 (84-97)	91,9 (85-96)
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Nej	69/76	0 (0)	90,8	(82-96)	89,7 (81-95)	96,1 (90-99)
Syddanmark	Ja	626/655	0 (0)	95,6	(94-97)	97,1 (95-98)	93,8 (92-96)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	365/382	0 (0)	95,5	(93-97)	98,5 (97-99)	92,8 (90-95)
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Nej	87/95	0 (0)	91,6	(84-96)		95,5 (90-99)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%			01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	101/103	0 (0)	98,1	(93-100)	94,7 (88-98)	97,3 (92-99)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	73/75	0 (0)	97,3	(91-100)	91,4 (82-97)	91,3 (83-96)
Midtjylland	Nej	483/510	0 (0)	94,7	(92-96)	93,3 (91-95)	94,1 (92-96)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	57/59	0 (0)	96,6	(88-100)		96,0 (90-99)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Nej	184/194	0 (0)	94,8	(91-98)	86,5 (81-91)	95,4 (91-98)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Nej	85/94	0 (0)	90,4	(83-96)	93,1 (86-97)	86,3 (79-92)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	71/73	0 (0)	97,3	(90-100)		96,1 (89-99)
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	86/90	0 (0)	95,6	(89-99)		97,4 (93-99)
Nordjylland	Ja	296/309	0 (0)	95,8	(93-98)	97,3 (95-99)	96,6 (94-98)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	55/56	0 (0)	98,2	(90-100)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	159/164	0 (0)	97,0	(93-99)	97,8 (94-99)	95,6 (91-98)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafdel.	Nej	82/89	0 (0)	92,1	(84-97)	96,4 (91-99)	
Privathospitaler	Nej	41/45	0 (0)	91,1	(79-98)	90,7 (80-97)	
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Nej	28/32	0 (0)	87,5	(71-96)	87,5 (68-97)	
1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)		
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	5/5	0 (0)	100,0	(48-100)		
5013010 Privathospitalet Kollund: Privathospitalet Kollund, Kruså ortopædkirurgisk afsnit	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)	75,0 (19-99)	

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



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



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 13

Indikator 13 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i forreste kompartiment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015.

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

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartiment i 2015 har 95,7 % (95 % CI: 95-96 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Indikatorværdien på landsplan er på niveau med 2014 og 2013, hvor henholdsvis 95,7 % og 94,8 % ikke fik en recidivoperation. Tre regioner (Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Nordjylland) opfylder standarden, mens de 2 øvrige regioner ligger lige under standarden – begge med en indikatorværdi på 94,7 %, men begge disses 95 % konfidensintervaller overlapper standarden. Der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 12 standarden på mindst 95 %. De 8 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har indikatorværdier mellem 87,5 og 94,8 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for alle afdelinger. Variationen mellem afdelingerne er således begrænset.

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

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for 12 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb, omend variationen mellem afdelinger er lille.

Styregruppens kommentarer til indikator 13

Indikatoropfyldelsen er stabilt høj på landsplan og stort set uden variation fra tidligere år. Der er forholdsvis lille variation mellem afdelingerne, og de afdelinger, som ikke opfylder indikatoren, ligger ikke langt fra den. Alle afdelinger har standarden inden for deres konfidensinterval. Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Indikatoren indeholder også forskellige operationstyper, som alle anvendes i forreste kompartiment. Da brugen af operationstype varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119).

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

Anbefalinger til indikator 13

Indikatoren bevares uændret. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.

3.7. Indikator 14

Ingen recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012. Alle patienter med primær prolapsoperation i forreste kompartment i 2012 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

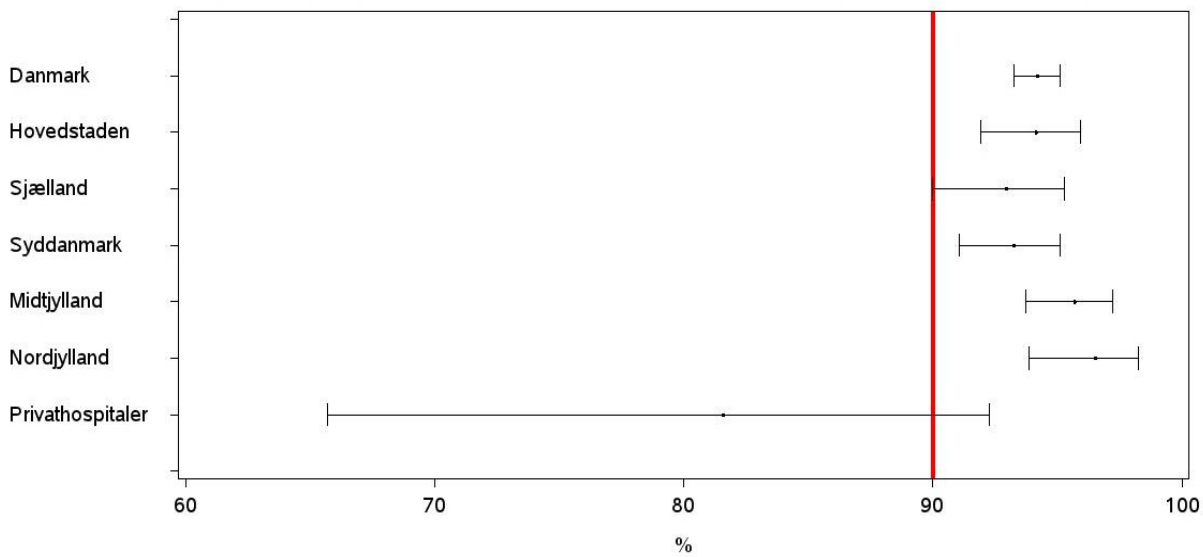
Tabel 8 - Resultater for indikator 14

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

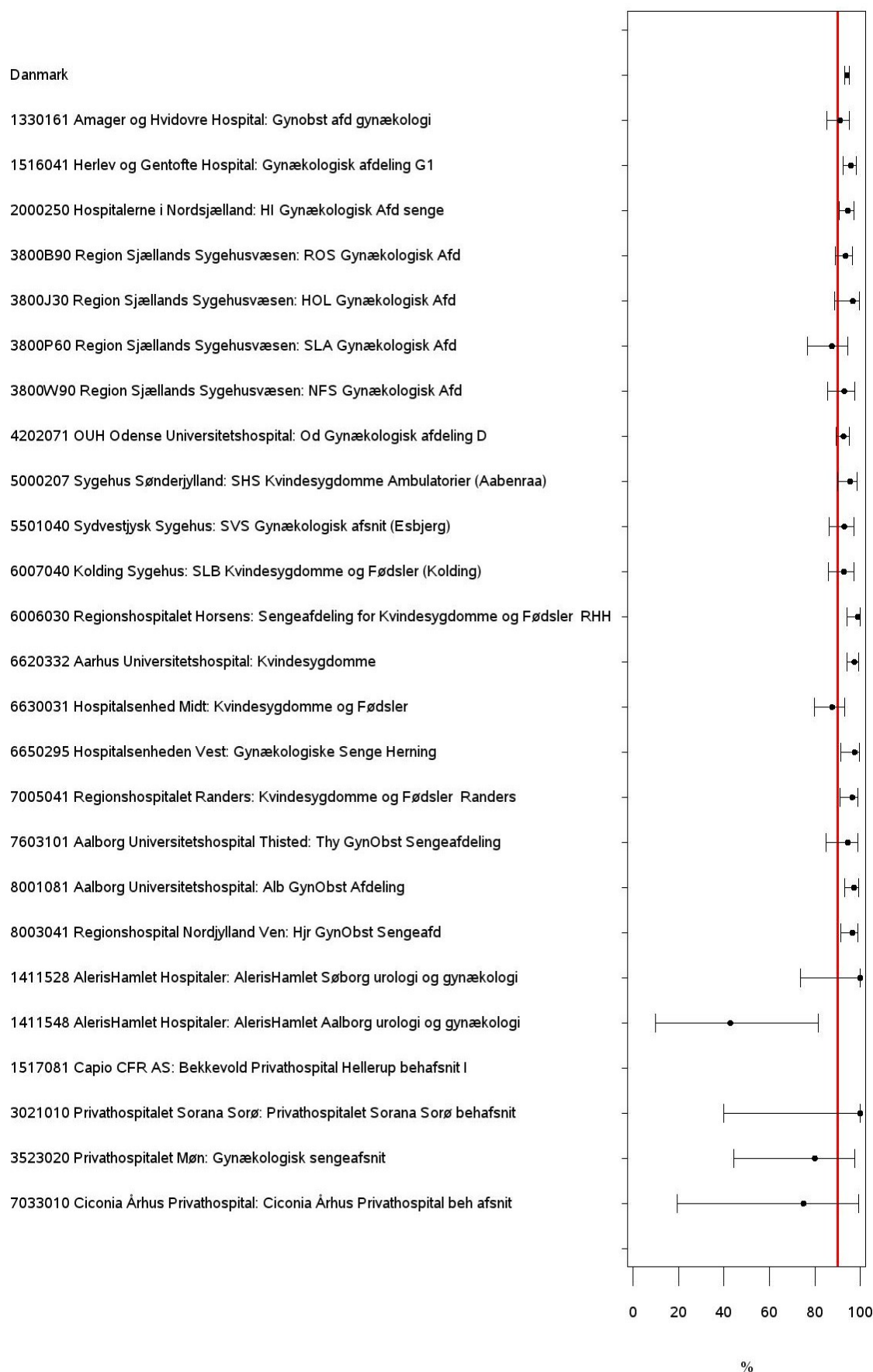
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/		01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.410/2.558	0 (0)	94,2	(93-95)	94,3 (93-95)	94,7 (94-95)
Hovedstaden	Ja	548/582	0 (0)	94,2	(92-96)	97,3 (96-98)	96,3 (94-98)
Sjælland	Ja	370/398	0 (0)	93,0	(90-95)	93,3 (91-95)	94,8 (92-97)
Syddanmark	Ja	597/640	0 (0)	93,3	(91-95)	92,6 (90-95)	93,1 (91-95)
Midtjylland	Ja	558/583	0 (0)	95,7	(94-97)	92,6 (90-94)	94,5 (92-96)
Nordjylland	Ja	306/317	0 (0)	96,5	(94-98)	96,9 (94-99)	95,9 (93-98)
Privathospitaler	Nej	31/38	0 (0)	81,6	(66-92)	93,2 (84-98)	91,2 (82-97)
Hovedstaden	Ja	548/582	0 (0)	94,2	(92-96)	97,3 (96-98)	96,3 (94-98)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	134/147	0 (0)	91,2	(85-95)		97,3 (93-99)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	207/216	0 (0)	95,8	(92-98)	97,1 (94-99)	95,9 (93-98)
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	207/219	0 (0)	94,5	(91-97)	96,4 (93-99)	95,8 (91-98)
Sjælland	Ja	370/398	0 (0)	93,0	(90-95)	93,3 (91-95)	94,8 (92-97)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	175/187	0 (0)	93,6	(89-97)	96,1 (92-98)	
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	59/61	0 (0)	96,7	(89-100)	93,2 (85-98)	
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Nej	56/64	0 (0)	87,5	(77-94)		-
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Ja	80/86	0 (0)	93,0	(85-97)	87,9 (81-93)	87,1 (78-93)
Syddanmark	Ja	597/640	0 (0)	93,3	(91-95)	92,6 (90-95)	93,1 (91-95)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	304/328	0 (0)	92,7	(89-95)	93,2 (90-96)	91,4 (87-95)
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	109/114	0 (0)	95,6	(90-99)	93,9 (89-97)	95,3 (91-98)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	93/100	0 (0)	93,0	(86-97)	94,5 (89-98)	91,5 (85-96)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	91/98	0 (0)	92,9	(86-97)	87,9 (81-93)	94,5 (89-98)
Midtjylland	Ja	558/583	0 (0)	95,7	(94-97)	92,6 (90-94)	94,5 (92-96)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	92/93	0 (0)	98,9	(94-100)		
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	187/192	0 (0)	97,4	(94-99)	92,8 (89-96)	94,4 (91-97)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Nej	92/105	0 (0)	87,6	(80-93)	85,8 (79-91)	91,1 (84-96)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	78/80	0 (0)	97,5	(91-100)	94,9 (88-99)	
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	109/113	0 (0)	96,5	(91-99)	92,5 (85-97)	96,4 (90-99)
Nordjylland	Ja	306/317	0 (0)	96,5	(94-98)	96,9 (94-99)	95,9 (93-98)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	52/55	0 (0)	94,5	(85-99)	95,3 (84-99)	95,3 (84-99)
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	144/148	0 (0)	97,3	(93-99)	96,7 (93-99)	95,5 (92-98)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	110/114	0 (0)	96,5	(91-99)		96,8 (91-99)
Privathospitaler	Nej	31/38	0 (0)	81,6	(66-92)	93,2 (84-98)	91,2 (82-97)
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	12/12	0 (0)	100,0	(74-100)		-
1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	Nej	3/7	0 (0)	42,9	(10-82)	66,7 (22-96)	
1517081 Capió CFR A/S: Bekkevold Privathospital Hellerup, beh. afsnit I	Ja	##	0 (0)	#			-
3021010 Privathospitalet Sorana, Sorø: Privathospitalet Sorana, Sorø, beh. afsnit	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)	-	-
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Nej	8/10	0 (0)	80,0	(44-97)		
7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	Nej	3/4	0 (0)	75,0	(19-99)		

Figur 15 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per region



Figur 16 - Resultater for indikator 14, for hele landet og per afdeling



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 14

Indikator 14 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i forreste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012.

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

Blandt prolapsoperationer i forreste kompartment i 2012 har 94,2 % (95 % CI: 93-95 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2011 og 2010. Der er lille variation mellem regionerne, og alle regionerne opfylder standarden.

Af de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden på mindst 90 %. De 3 afdelinger, som ikke opfylder standarden (Slagelse, Hospitalsenhed Midt, Privathospitalet Møn), har alle indikatorværdier mellem 80,0 og 87,6 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for alle 3 afdelinger. Der er således lille variation mellem afdelingerne.

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

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan samt for alle regioner og 18 ud af 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Standarden er opfyldt på landsplan samt for alle afdelinger (når konfidensintervallet medregnes), på nær et enkelt privathospital.

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

Indikatoren indeholder også forskellige operationstyper som alle anvendes i forreste kompartment. Da brugen af operationstype varierer imellem afdelingerne bør der tages højde for dette ved sammenligning. (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119).

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

Anbefalinger til indikator 14

Styregruppen tillægger indikator 14 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.

3.8. Indikator 15

Ingen recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015. Alle patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2015 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

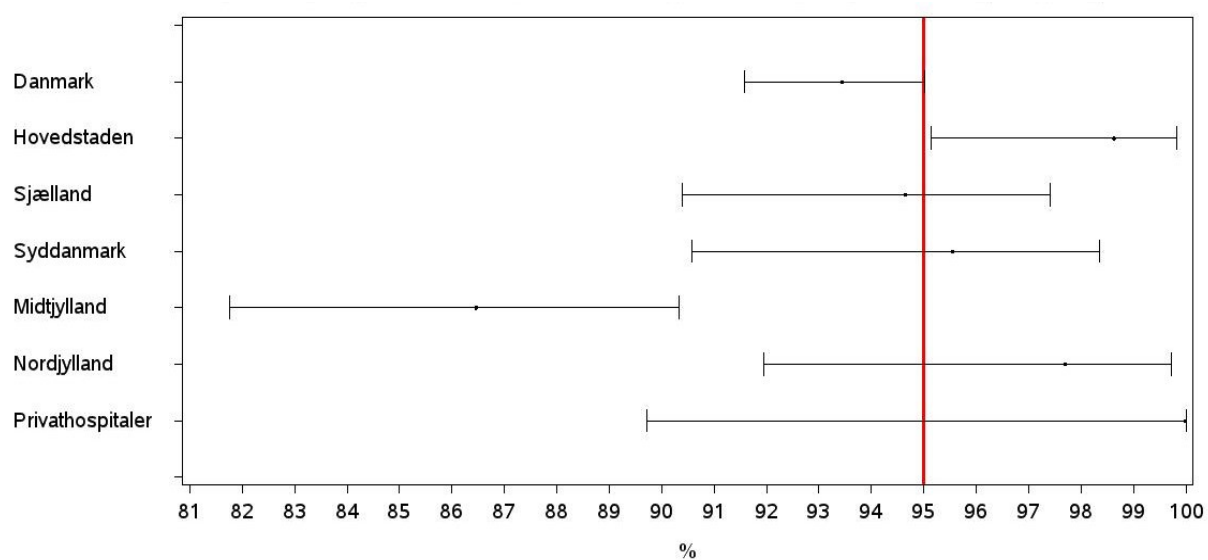
Tabel 9 - Resultater for indikator 15

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

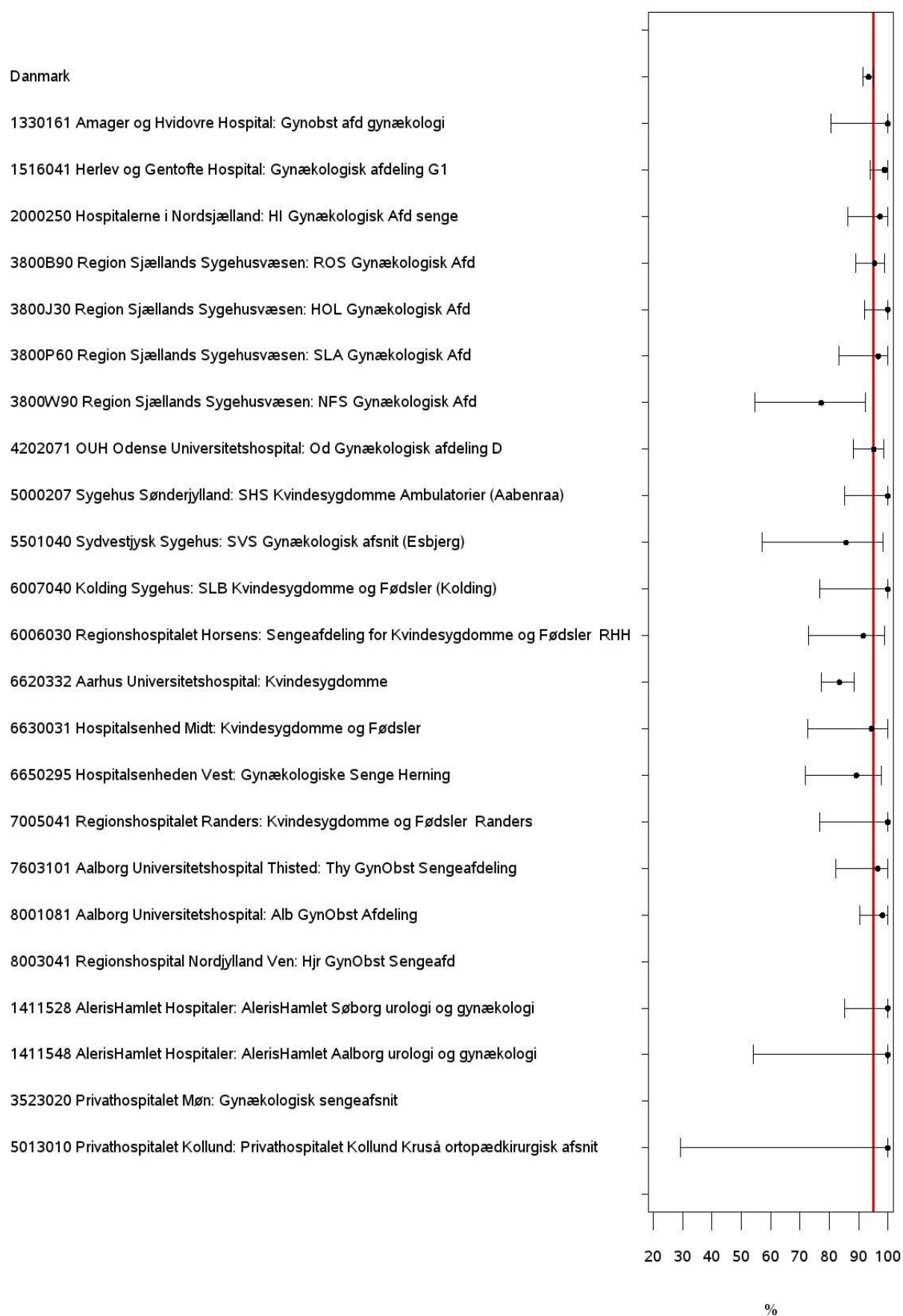
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Nej	799/855	0 (0)	93,5	(92-95)	94,4 (93-96)	95,5 (94-97)
Hovedstaden	Ja	144/146	0 (0)	98,6	(95-100)		97,7 (94-99)
Sjælland	Nej	177/187	0 (0)	94,7	(90-97)	95,8 (91-98)	95,9 (90-99)
Syddanmark	Ja	129/135	0 (0)	95,6	(91-98)	97,2 (94-99)	
Midtjylland	Nej	230/266	0 (0)	86,5	(82-90)	87,3 (83-91)	91,9 (88-95)
Nordjylland	Ja	85/87	0 (0)	97,7	(92-100)		95,5 (87-99)
Privathospitaler	Ja	34/34	0 (0)	100,0	(90-100)		
Hovedstaden	Ja	144/146	0 (0)	98,6	(95-100)		97,7 (94-99)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	17/17	0 (0)	100,0	(80-100)		
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	90/91	0 (0)	98,9	(94-100)		
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	37/38	0 (0)	97,4	(86-100)		93,9 (83-99)
Sjælland	Nej	177/187	0 (0)	94,7	(90-97)	95,8 (91-98)	95,9 (90-99)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	85/89	0 (0)	95,5	(89-99)	96,2 (89-99)	94,4 (81-99)
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	45/45	0 (0)	100,0	(92-100)		-
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Ja	30/31	0 (0)	96,8	(83-100)	93,5 (79-99)	
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Nej	17/22	0 (0)	77,3	(55-92)		
Syddanmark	Ja	129/135	0 (0)	95,6	(91-98)	97,2 (94-99)	
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	80/84	0 (0)	95,2	(88-99)	97,4 (93-99)	
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	23/23	0 (0)	100,0	(85-100)		

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Nej	12/14	0 (0)	85,7	(57-98)		
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	14/14	0 (0)	100,0	(77-100)		
Midtjylland	Nej	230/266	0 (0)	86,5	(82-90)	87,3 (83-91)	91,9 (88-95)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Nej	22/24	0 (0)	91,7	(73-99)	94,1 (80-99)	92,2 (81-98)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Nej	152/182	0 (0)	83,5	(77-89)	82,1 (75-88)	88,5 (82-93)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Nej	17/18	0 (0)	94,4	(73-100)	87,0 (66-97)	
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Nej	25/28	0 (0)	89,3	(72-98)		
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	14/14	0 (0)	100,0	(77-100)		
Nordjylland	Ja	85/87	0 (0)	97,7	(92-100)		95,5 (87-99)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	28/29	0 (0)	96,6	(82-100)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	55/56	0 (0)	98,2	(90-100)		
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafdel.	Ja	##	0 (0)	#			
Privathospitaler	Ja	34/34	0 (0)	100,0	(90-100)		
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	23/23	0 (0)	100,0	(85-100)		
1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	Ja	6/6	0 (0)	100,0	(54-100)	100,0 (3-100)	100,0 (3-100)
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	##	0 (0)	#		-	-
5013010 Privathospitalet Kollund: Privathospitalet Kollund, Kruså ortopædkirurgisk afsnit	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	100,0 (3-100)	100,0 (3-100)

Figur 17 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per region



Figur 18 - Resultater for indikator 15, for hele landet og per afdeling



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 15

Indikator 15 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i midterste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015.

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 2015 har 93,5 % (95 % CI 92-95 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, og standarden på mindst 95 % er dermed ikke opfyldt på landsplan, men standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet.

Patientpopulationen i indikator 15 er noget lavere i denne årsrapport end i 2016-rapporten (855 vs. 1222 patienter i nævneren). I forbindelse med omkodningen af databasen fra STATA til SAS viste det sig, at der har været en fejl i STATA-kodningen som resulterede i, at der tidligere fejlagtigt blev inkluderet for mange patienter med prolapsoperation i midterste kompartment. Fejlen er rettet i SAS-koden, og dette er årsagen til de lavere patientantal i denne indikator samt indikator 16.

Af de 5 regioner er standarden opfyldt i 3 (Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Nordjylland). Region Sjælland og Region Midtjylland opfylder med hhv. 94,7 % og 86,5 % ikke standarden. Der er lille variation mellem regionerne, fraset Region Midtjylland.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 13 standarden, mens 6 afdelinger ikke opfylder standarden – heraf har 4 afdelinger dog standarden indeholdt i konfidensintervallet. Indikatorværdierne på afdelingsniveau varierer fra 77,3-100 %.

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

Vi konkluderer, at standarden ikke er opfyldt på landsplan. I 3 ud af 5 regioner og 13 ud af 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb er standarden opfyldt.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

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

Anbefalinger til indikator 15

Styregruppen mener, at indikator 15 bør suppleres med en indikator, som skelner mellem vaginaltopsprolaps og prolaps af uterus, idet der er væsentlig forskel på operationsmetoder ved de to tilstande. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette. Den afdeling, som gennem flere år ikke har opfyldt standarden, vil blive kontaktet mhp. hjælp til supplerende analyser for at klarlægge evt. tilgrundliggende årsag.

3.9. Indikator 16

Ingen recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012. Alle patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2012 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

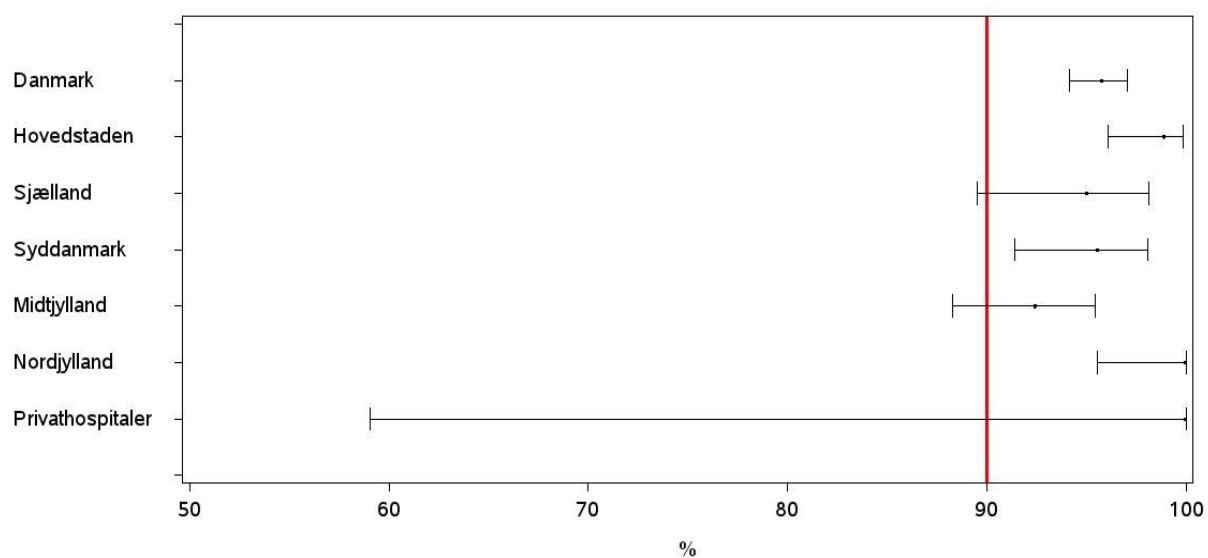
Tabel 10 - Resultater for indikator 16

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

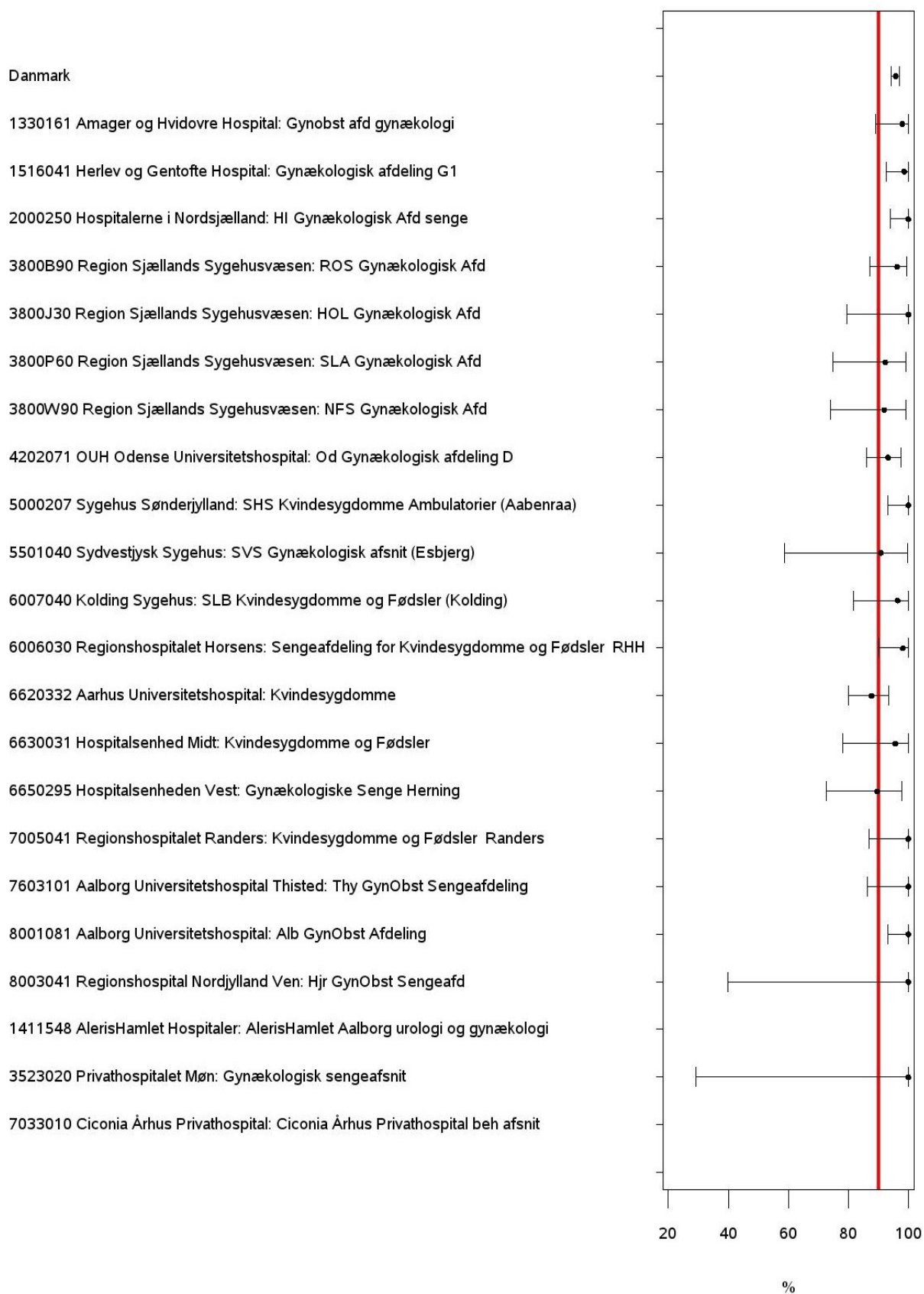
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	775/809	0 (0)	95,8	(94-97)	95,8 (94-97)	96,0 (94-97)
Hovedstaden	Ja	180/182	0 (0)	98,9	(96-100)		96,2 (92-98)
Sjælland	Ja	115/121	0 (0)	95,0	(90-98)	95,7 (91-98)	97,2 (92-99)
Syddanmark	Ja	172/180	0 (0)	95,6	(91-98)	96,4 (92-99)	
Midtjylland	Ja	220/238	0 (0)	92,4	(88-95)	92,9 (89-96)	93,3 (90-96)
Nordjylland	Ja	81/81	0 (0)	100,0	(96-100)		96,3 (89-99)
Privathospitaler	Ja	7/7	0 (0)	100,0	(59-100)	88,2 (64-99)	
Hovedstaden	Ja	180/182	0 (0)	98,9	(96-100)		96,2 (92-98)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	48/49	0 (0)	98,0	(89-100)		
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	72/73	0 (0)	98,6	(93-100)		96,0 (90-99)
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	60/60	0 (0)	100,0	(94-100)		94,3 (81-99)
Sjælland	Ja	115/121	0 (0)	95,0	(90-98)	95,7 (91-98)	97,2 (92-99)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	52/54	0 (0)	96,3	(87-100)		
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	16/16	0 (0)	100,0	(79-100)		
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Ja	24/26	0 (0)	92,3	(75-99)		-
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Ja	23/25	0 (0)	92,0	(74-99)	88,5 (70-98)	92,9 (76-99)
Syddanmark	Ja	172/180	0 (0)	95,6	(91-98)	96,4 (92-99)	
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	83/89	0 (0)	93,3	(86-97)	95,8 (88-99)	
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	52/52	0 (0)	100,0	(93-100)		

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	10/11	0 (0)	90,9	(59-100)		
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	27/28	0 (0)	96,4	(82-100)	93,8 (79-99)	
Midtjylland	Ja	220/238	0 (0)	92,4	(88-95)	92,9 (89-96)	93,3 (90-96)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	53/54	0 (0)	98,1	(90-100)		91,5 (80-98)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Nej	93/106	0 (0)	87,7	(80-93)	90,4 (83-95)	91,6 (85-96)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	22/23	0 (0)	95,7	(78-100)	93,0 (81-99)	94,6 (82-99)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Nej	26/29	0 (0)	89,7	(73-98)	95,0 (83-99)	
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	26/26	0 (0)	100,0	(87-100)	90,9 (78-97)	
Nordjylland	Ja	81/81	0 (0)	100,0	(96-100)		96,3 (89-99)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	25/25	0 (0)	100,0	(86-100)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	52/52	0 (0)	100,0	(93-100)		95,8 (88-99)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)		
Privathospitaler	Ja	7/7	0 (0)	100,0	(59-100)	88,2 (64-99)	
1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	Ja	##/##	0 (0)	#		75,0 (19-99)	-
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	3/3	0 (0)	100,0	(29-100)	-	100,0 (3-100)
7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	Ja	##/##	0 (0)	#			100,0 (3-100)

Figur 19 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per region



Figur 20 - Resultater for indikator 16, for hele landet og per afdeling



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 16

Indikator 16 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i midterste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012.

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

Blandt prolapsoperationer i midterste kompartment i 2012 har 95,8 % (95 % CI: 94-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2011 og 2010. Der er lille variation mellem regionerne, og alle regioner opfylder standarden.

Patientpopulationen i indikator 16 er noget lavere i denne årsrapport end i 2016-rapporten (809 vs. 1167 patienter i nævneren). I forbindelse med omkodningen af databasen fra STATA til SAS viste det sig, at der har været en fejl i STATA-kodningen, som resulterede i, at der tidligere fejlagtigt blev inkluderet for mange patienter med prolapsoperation i midterste kompartment. Fejlen er rettet i SAS-koden, og dette er årsagen til de lavere patientantal i denne indikator samt indikator 15.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 16 standarden på mindst 90 %. Kun Aarhus Universitetshospital og Hospitalsenheden Vest opfylder med indikatorværdier på hhv. 87,7 % og 89,7 % ikke standarden, men standarden er indeholdt i konfidensintervallerne for de 2 afdelinger. Der er i øvrigt lille variation mellem afdelingerne.

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

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau samt for 16 af 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 16

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

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

Anbefalinger til indikator 16

Styregruppen mener, at indikator 16 bør suppleres med en indikator, som skelner mellem vaginaltopsprolaps og prolaps af uterus, idet der er væsentlig forskel på operationsmetoder ved de to tilstande. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.

3.10. Indikator 17

Ingen recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015. Alle patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment i 2015 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

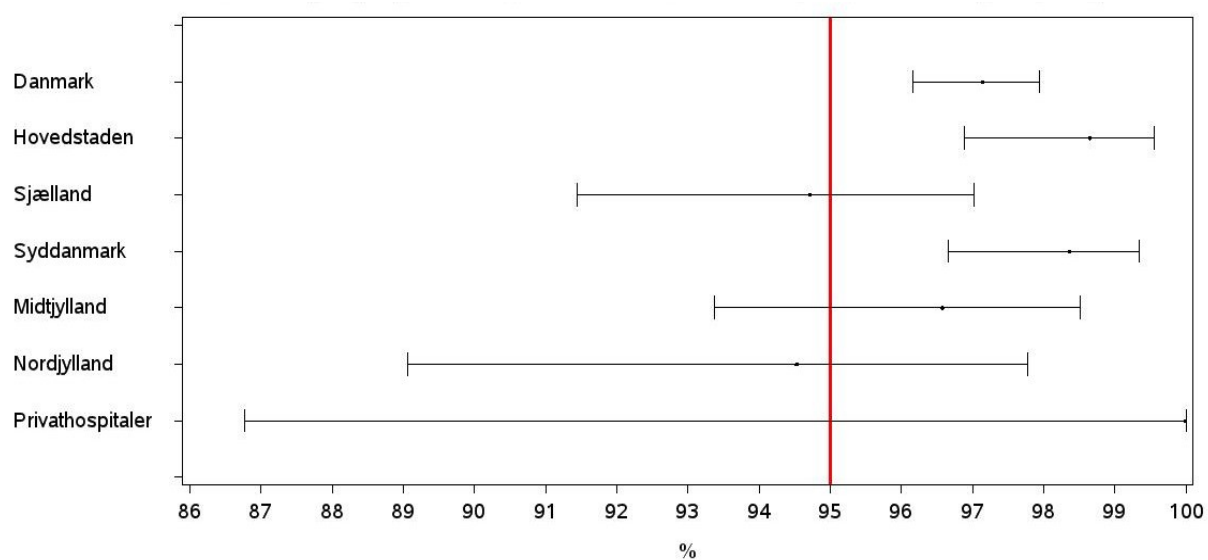
Tabel 11 - Resultater for indikator 17

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

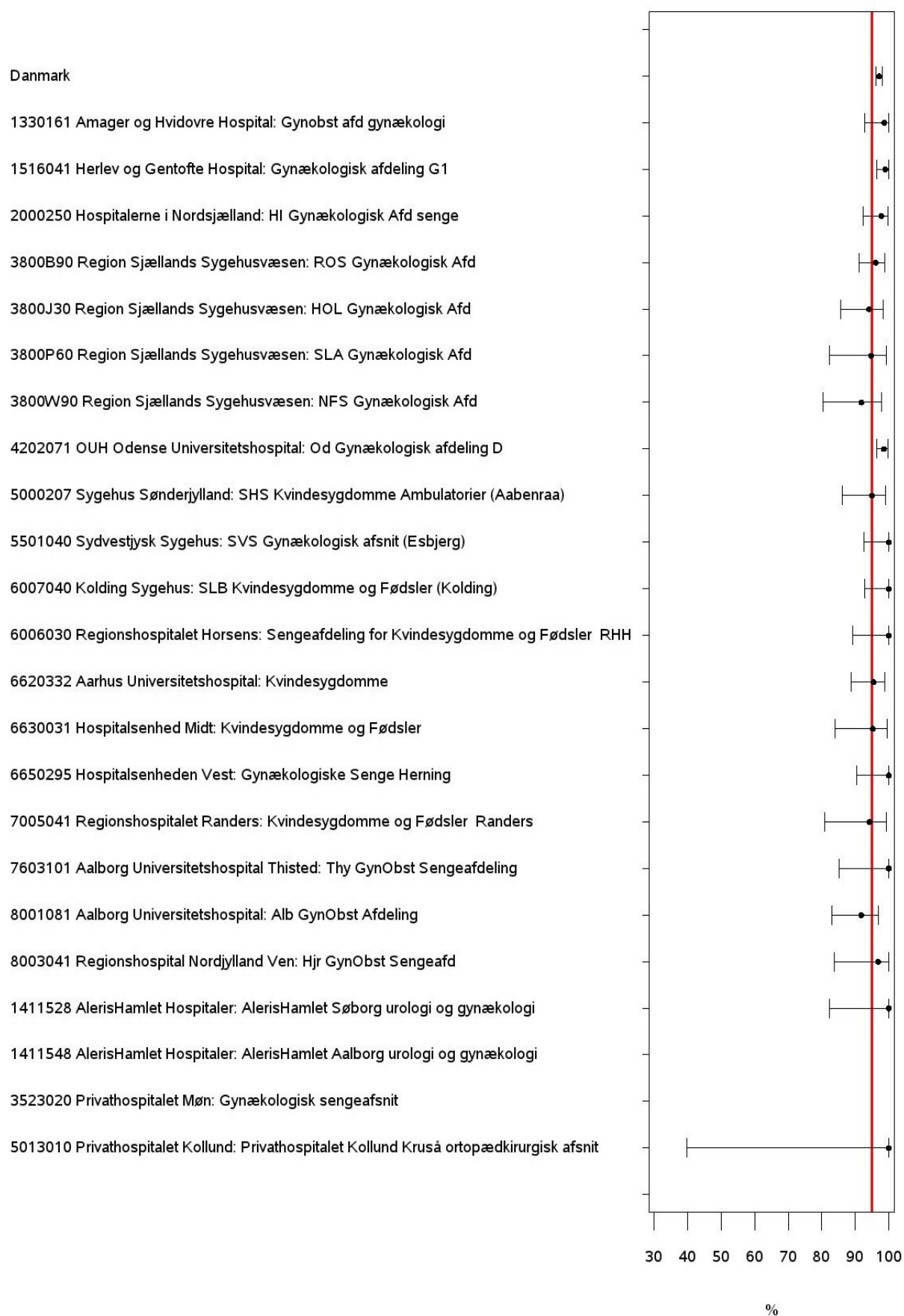
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%			01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.429/1.471	0 (0)	97,1	(96-98)	97,5 (97-98)	96,5 (96-97)
Hovedstaden	Ja	366/371	0 (0)	98,7	(97-100)	98,2 (96-99)	97,5 (96-99)
Sjælland	Nej	269/284	0 (0)	94,7	(91-97)	95,5 (93-98)	95,2 (91-98)
Syddanmark	Ja	421/428	0 (0)	98,4	(97-99)	97,8 (96-99)	97,2 (95-99)
Midtjylland	Ja	226/234	0 (0)	96,6	(93-99)	97,5 (95-99)	94,7 (91-97)
Nordjylland	Nej	121/128	0 (0)	94,5	(89-98)		95,9 (91-98)
Privathospitaler	Ja	26/26	0 (0)	100,0	(87-100)		
Hovedstaden	Ja	366/371	0 (0)	98,7	(97-100)	98,2 (96-99)	97,5 (96-99)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	75/76	0 (0)	98,7	(93-100)		97,7 (94-99)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	201/203	0 (0)	99,0	(96-100)	98,1 (95-99)	98,1 (95-99)
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	90/92	0 (0)	97,8	(92-100)	96,7 (91-99)	95,7 (89-99)
Sjælland	Nej	269/284	0 (0)	94,7	(91-97)	95,5 (93-98)	95,2 (91-98)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	124/129	0 (0)	96,1	(91-99)	95,3 (91-98)	92,9 (85-97)
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Nej	64/68	0 (0)	94,1	(86-98)	94,9 (86-99)	
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Nej	36/38	0 (0)	94,7	(82-99)	95,8 (86-99)	
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Nej	45/49	0 (0)	91,8	(80-98)		
Syddanmark	Ja	421/428	0 (0)	98,4	(97-99)	97,8 (96-99)	97,2 (95-99)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	268/272	0 (0)	98,5	(96-100)	96,9 (94-98)	97,6 (95-99)
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	57/60	0 (0)	95,0	(86-99)		

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%			01.01.2015 - 31.12.2015		2014	2013
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	47/47	0 (0)	100,0	(92-100)		91,4 (81-97)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	49/49	0 (0)	100,0	(93-100)		
Midtjylland	Ja	226/234	0 (0)	96,6	(93-99)	97,5 (95-99)	94,7 (91-97)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)		94,9 (83-99)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	84/88	0 (0)	95,5	(89-99)	96,2 (90-99)	89,2 (82-94)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	40/42	0 (0)	95,2	(84-99)		
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	37/37	0 (0)	100,0	(91-100)		
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Nej	33/35	0 (0)	94,3	(81-99)		
Nordjylland	Nej	121/128	0 (0)	94,5	(89-98)		95,9 (91-98)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	23/23	0 (0)	100,0	(85-100)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Nej	67/73	0 (0)	91,8	(83-97)		94,8 (87-99)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	31/32	0 (0)	96,9	(84-100)		95,3 (84-99)
Privathospitaler	Ja	26/26	0 (0)	100,0	(87-100)		
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	19/19	0 (0)	100,0	(82-100)		
1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	Ja	##/##	0 (0)	#		100,0 (3-100)	0,0 (0-98)
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	##/##	0 (0)	#			
5013010 Privathospitalet Kollund: Privathospitalet Kollund, Kruså ortopædkirurgisk afsnit	Ja	4/4	0 (0)	100,0	(40-100)	66,7 (9-99)	

Figur 21 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per region



Figur 22 - Resultater for indikator 17, for hele landet og per afdeling



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 17

Indikator 17 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i bagerste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2015.

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 2015 har 97,1 % ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger ikke fra operationer i 2014 og 2013 med andele på henholdsvis 97,5 % og 96,5 %. Af de 5 regioner opfylder 4 standarden. Kun Region Sjælland ligger lige under standarden med en indikatorværdi på 94,7 %. Der er i øvrigt lille variation mellem regionerne.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 15 standarden på mindst 95 %. De 5 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har indikatorværdier mellem 91,8 % og 94,7 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallerne for alle 5 afdelinger. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne.

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

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan, i 4 ud af 5 regioner samt for 15 ud af 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 17

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

Bagerste kompartment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bugheleindhold bag livmoderen/skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Indikatoren indeholder derfor forskellige operationstyper, som alle anvendes i bagerste kompartment. Da brugen af operationstype varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119).

Anbefalinger til indikator 17

Styregruppen tillægger indikator 17 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.

3.11. Indikator 18

Ingen recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012. Alle patienter med primær prolapsoperation i bagerste kompartment i 2012 indgår i patientpopulationen (nævneren). Patienter, der *ikke* har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, indgår i tælleren.

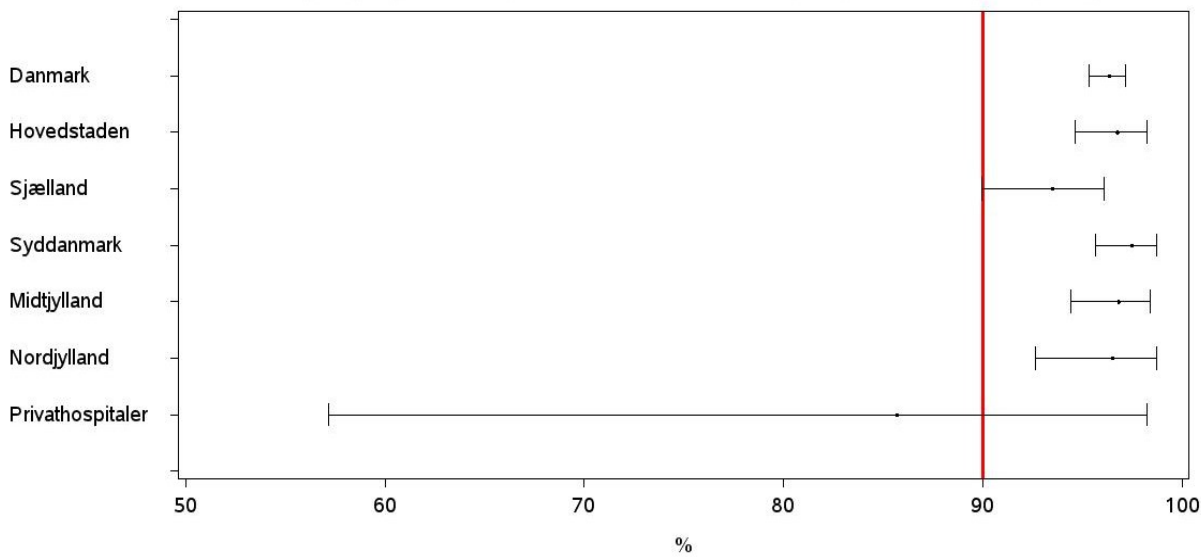
Tabel 12- Resultater for indikator 18

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

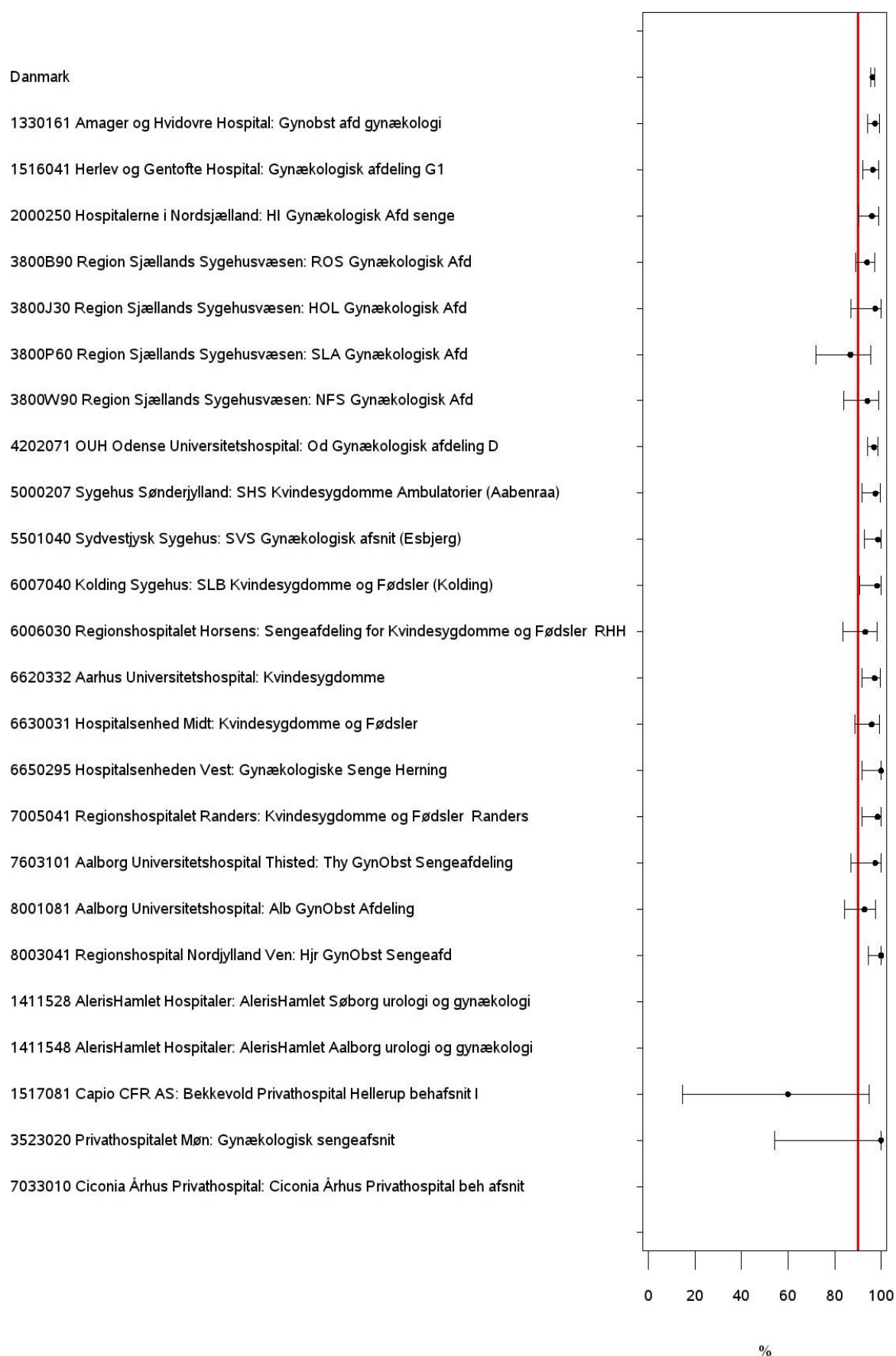
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	1.666/1.729	0 (0)	96,4	(95-97)	95,7 (95-97)	96,7 (96-98)
Hovedstaden	Ja	420/434	0 (0)	96,8	(95-98)	96,7 (95-98)	97,5 (96-99)
Sjælland	Ja	260/278	0 (0)	93,5	(90-96)	95,9 (93-98)	98,0 (95-99)
Syddanmark	Ja	469/481	0 (0)	97,5	(96-99)	93,9 (91-96)	94,8 (92-97)
Midtjylland	Ja	337/348	0 (0)	96,8	(94-98)	96,6 (94-98)	96,9 (95-98)
Nordjylland	Ja	168/174	0 (0)	96,6	(93-99)	94,5 (89-98)	
Privathospitaler	Nej	12/14	0 (0)	85,7	(57-98)		94,9 (83-99)
Hovedstaden	Ja	420/434	0 (0)	96,8	(95-98)	96,7 (95-98)	97,5 (96-99)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	186/191	0 (0)	97,4	(94-99)	96,5 (93-99)	98,0 (95-99)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	136/141	0 (0)	96,5	(92-99)	97,6 (94-99)	97,6 (94-99)
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	98/102	0 (0)	96,1	(90-99)	95,3 (89-99)	95,2 (87-99)
Sjælland	Ja	260/278	0 (0)	93,5	(90-96)	95,9 (93-98)	98,0 (95-99)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	140/149	0 (0)	94,0	(89-97)	96,1 (92-98)	
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.	Ja	39/40	0 (0)	97,5	(87-100)		
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.	Nej	33/38	0 (0)	86,8	(72-96)		-
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Ja	48/51	0 (0)	94,1	(84-99)		95,1 (83-99)
Syddanmark	Ja	469/481	0 (0)	97,5	(96-99)	93,9 (91-96)	94,8 (92-97)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	257/265	0 (0)	97,0	(94-99)	95,3 (92-98)	95,6 (91-98)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2012 - 31.12.2012		2011	2010
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	81/83	0 (0)	97,6	(92-100)	93,8 (87-98)	96,6 (90-99)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	74/75	0 (0)	98,7	(93-100)	86,8 (75-95)	93,5 (84-98)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Ja	57/58	0 (0)	98,3	(91-100)	95,1 (86-99)	92,3 (84-97)
Midtjylland	Ja	337/348	0 (0)	96,8	(94-98)	96,6 (94-98)	96,9 (95-98)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	55/59	0 (0)	93,2	(84-98)	95,3 (84-99)	90,2 (77-97)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	102/105	0 (0)	97,1	(92-99)	97,3 (93-99)	97,5 (94-99)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	72/75	0 (0)	96,0	(89-99)	92,5 (82-98)	91,9 (78-98)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	43/43	0 (0)	100,0	(92-100)		
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	65/66	0 (0)	98,5	(92-100)		
Nordjylland	Ja	168/174	0 (0)	96,6	(93-99)	94,5 (89-98)	
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	39/40	0 (0)	97,5	(87-100)	87,5 (62-98)	
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	65/70	0 (0)	92,9	(84-98)	93,6 (86-98)	96,5 (90-99)
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	64/64	0 (0)	100,0	(94-100)		
Privathospitaler	Nej	12/14	0 (0)	85,7	(57-98)		94,9 (83-99)
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	##/##	0 (0)	#			-
1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi	Ja	##/##	0 (0)	#			-
1517081 Capio CFR A/S: Bekkevold Privathospital Hellerup, beh.afsnit I	Nej	3/5	0 (0)	60,0	(15-95)	100,0 (3-100)	-
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	Ja	6/6	0 (0)	100,0	(54-100)	-	
7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit	Ja	##/##	0 (0)	#			100,0 (3-100)

Figur 23 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per region



Figur 24 - Resultater for indikator 18, for hele landet og per afdeling



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 18

Indikator 18 er en opgørelse af andelen af patienter, der har fået foretaget prolapsoperation i bagerste kompartment, som ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2012.

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

Blandt prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2012 har 96,4 % (95 % CI: 95-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Dette afviger med de små tal in mente ikke fra operationer i 2011 og 2010 med andele på henholdsvis 95,7 % og 96,7 %. Der er lille variation mellem regionerne, og alle regioner opfylder standarden.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden på mindst 90 %. Kun Slagelse ligger under standarden med en indikatorværdi på 86,8 %, men standarden er indeholdt i konfidensintervallet. Variationen mellem afdelingerne er i øvrigt lille.

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

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau samt for 18 ud af 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

Styregruppens kommentarer til indikator 18

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

Bagerste kompartment er defineret som nedsynkning af bagerste skedevæg og/eller nedsynkning af bughuleindhold bag livmoderen/skedetoppen (rectoceler og/eller enteroceler). Ved sammenligninger mellem afdelinger må man være opmærksom på, at denne indikator ikke tager højde for forskelle i population og operationsindikation. Indikatoren indeholder derfor forskellige operationstyper, som alle anvendes i bagerste kompartment. Da brugen af operationstype varierer imellem afdelingerne, bør der tages højde for dette ved sammenligning (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119).

Anbefalinger til indikator 18

Styregruppen tillægger indikator 18 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet, og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette.

3.12. Indikator 19

Behandlingssucces for inkontinensoperation (subjektiv patientbedømmelse efter primær slyngeoperation (19a) og primær bulking operation (19b)) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

19a: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primære (1. gangs) slyngeoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 19a. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

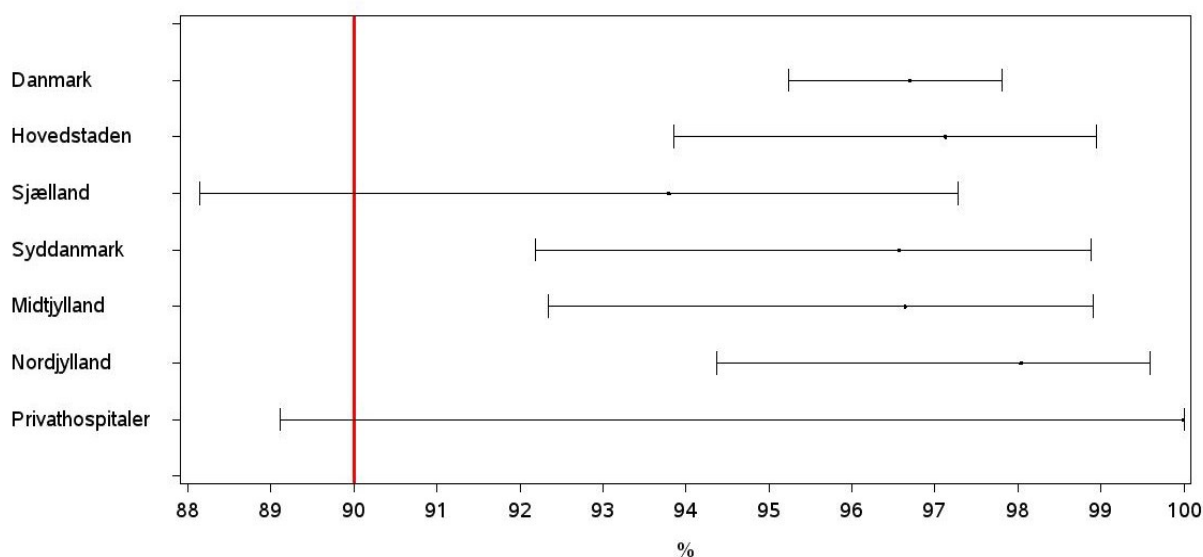
Tabel 13 - Resultater for indikator 19a

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

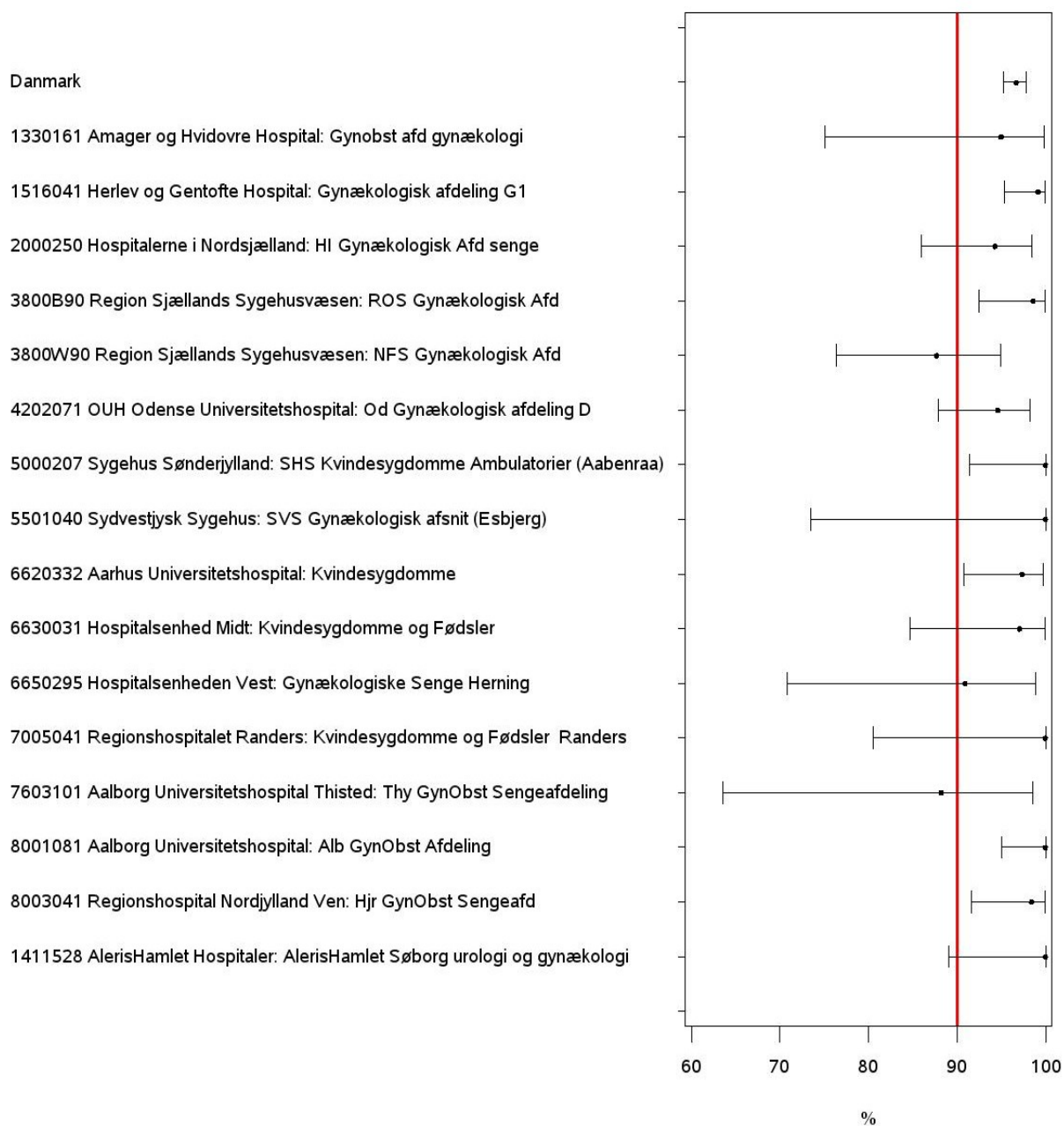
	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/	antal		01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	791/818	81 (9)	96,7	(95-98)	96,7 (95-98)	95,7 (94-97)	
Hovedstaden	Ja	203/209	0 (0)	97,1	(94-99)	96,3 (92-98)	97,3 (94-99)	
Sjælland	Ja	121/129	36 (22)	93,8	(88-97)		92,9 (88-96)	
Syddanmark	Ja	141/146	21 (13)	96,6	(92-99)	95,7 (91-98)	95,7 (91-98)	
Midtjylland	Ja	144/149	10 (6)	96,6	(92-99)	95,8 (92-98)	95,7 (91-98)	
Nordjylland	Ja	150/153	14 (8)	98,0	(94-100)		96,2 (91-99)	
Privathospitaler	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)			
Hovedstaden	Ja	203/209	0 (0)	97,1	(94-99)	96,3 (92-98)	97,3 (94-99)	
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	19/20	0 (0)	95,0	(75-100)	90,9 (71-99)		
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	118/119	0 (0)	99,2	(95-100)	96,5 (91-99)	96,3 (91-99)	
2000250 Hospitalerne i Nord-sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	66/70	0 (0)	94,3	(86-98)			
Sjælland	Ja	121/129	36 (22)	93,8	(88-97)		92,9 (88-96)	
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	Ja	71/72	28 (28)	98,6	(93-100)		91,9 (86-96)	
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	Nej	50/57	8 (12)	87,7	(76-95)		95,0 (86-99)	
Syddanmark	Ja	141/146	21 (13)	96,6	(92-99)	95,7 (91-98)	95,7 (91-98)	
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	88/93	14 (13)	94,6	(88-98)	93,9 (87-98)	92,5 (85-97)	
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	41/41	5 (11)	100,0	(91-100)			

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%			01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	12/12	2 (14)	100,0	(74-100)		
Midtjylland	Ja	144/149	10 (6)	96,6	(92-99)	95,8 (92-98)	95,7 (91-98)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Ja	74/76	2 (3)	97,4	(91-100)		89,2 (75-97)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	33/34	2 (6)	97,1	(85-100)	88,4 (75-96)	94,7 (82-99)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	20/22	1 (4)	90,9	(71-99)		
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	17/17	5 (23)	100,0	(80-100)		
Nordjylland	Ja	150/153	14 (8)	98,0	(94-100)		96,2 (91-99)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Nej	15/17	0 (0)	88,2	(64-99)		
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	72/72	11 (13)	100,0	(95-100)		
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	63/64	3 (4)	98,4	(92-100)	94,2 (84-99)	90,0 (76-97)
Privathospitaler	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)		
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	32/32	0 (0)	100,0	(89-100)		

Figur 25 - Resultater for indikator 19a, for hele landet og per region



Figur 26 - Resultater for indikator 19a, for hele landet og per afdeling



Ændringer til indikator 19

Indikator 19 er i forhold til tidligere årsrapporter ændret og opdelt i 2 indikatorer (19a og 19b). I 2016 indeholdt indikator 19 alle slyngeoperationer; i 2015 og tidligere indeholdt indikator 19 både slynge- og bulkingoperationer.

I denne (2017) årsrapport inkluderer indikator 19a alle primære slyngeoperationer, og indikator 19b inkluderer alle primære bulkingoperationer.

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19a

Indikator 19a beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Patienter, der i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EF-TER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 9 %, dvs. kompletheden er 91 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % på flere afdelinger til 28 % i Roskilde.

På landsplan har 96,7 % (95 % CI: 95-98 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Standarden er ligeledes opfyldt i alle regioner, og der er lille variation mellem regionerne.

Blandt de 16 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 14 standarden; 2 afdelinger ligger lige under standarden med indikatorværdier på hhv. 87,7 % og 88,2 % (NFS Gynækologisk Afd. og Aalborg Universitetshospital) men med standarden indeholdt i konfidensintervallerne.

Trendgrafer, både for regioner og afdelinger, ses i "Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer". Af overskuelighedshensyn vises disse grafer uden konfidensintervaller, og fluktuationer skal således sammenholdes med tabellernes absolutte tal. Overordnet er der ingen bemærkelsesværdige fluktuationer.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau, samt for 14 af 16 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 19a

Indikator 19 er ændret i forhold til tidligere år, idet der nu kun monitoreres på primære slyngeoperationer. Dette har ingen betydning for de allerfleste afdelinger i landet, som kun opererer primære slyngeoperationer. For de to afdelinger (Herlev og Århus universitetshospitaler), som må operere recidiv slyngeoperationer har justeringen af indikatoren betydning. Det er velkendt, at recidivoperationer af denne type har langt mindre succesrater. Ved ikke at medtage recidiv operationer i indikatoren, bliver patientgrundlaget (teoretisk) mere ens for alle afdelinger og indikatoren dermed sammenlignelig afdelingerne imellem. Af samme årsag hæves landsgennemsnittet en smule sammenlignet med tidligere år.

Som det fremgår, ligger patienttilfredsheden højt, og alle afdelinger opfylder indikatoren når konfidensintervallet medregnes.

Som en overordnet bemærkning både til indikator 19a og 19b: For behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter kontinensoperation, bør det bemærkes, at der er stor individuel variation i, hvorledes lidelsernes sværhedsgrad opleves. Indikatorens relative værdi gør dem til et vigtigt supplement til indikator 3a og 3b, hvor der måles på absolutte værdier, hvilket ikke vil afspejle de patienter, som præoperativt har hyppige symptomer og måske oplever en væsentlig reduktion uden dog at nå indikatormålet.

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

Endvidere skal det bemærkes, at den lave datakomplethed, som ses for nogle afdelingers vedkommende muligvis skyldes patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser.

Anbefalinger til indikator 19a

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

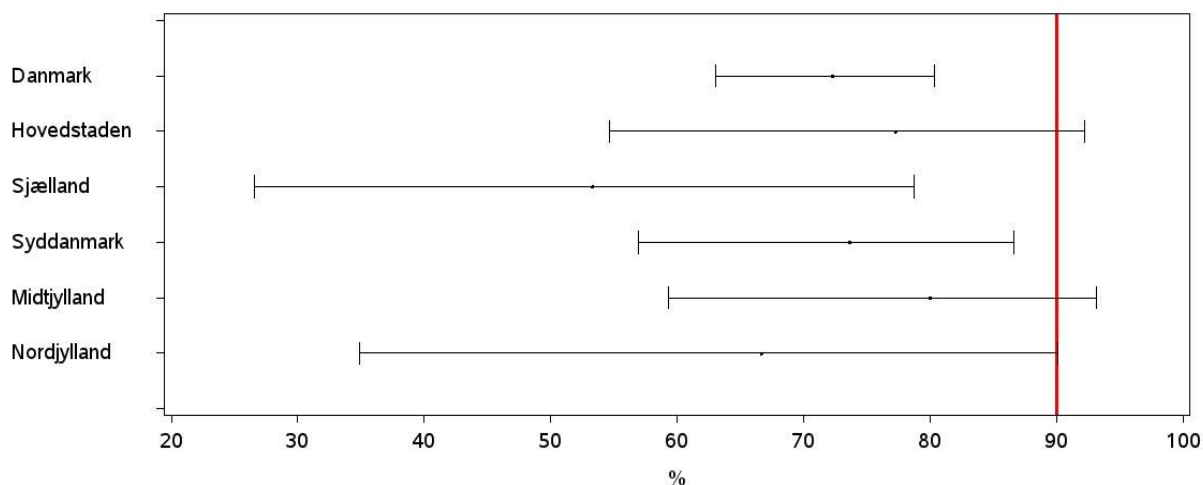
19b: Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primære (1. gangs) bulkingoperationer for urininkontinens indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation på en patient med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 19b. Patienter der, i spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER, har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Tabel 14 - Resultater for indikator 19b

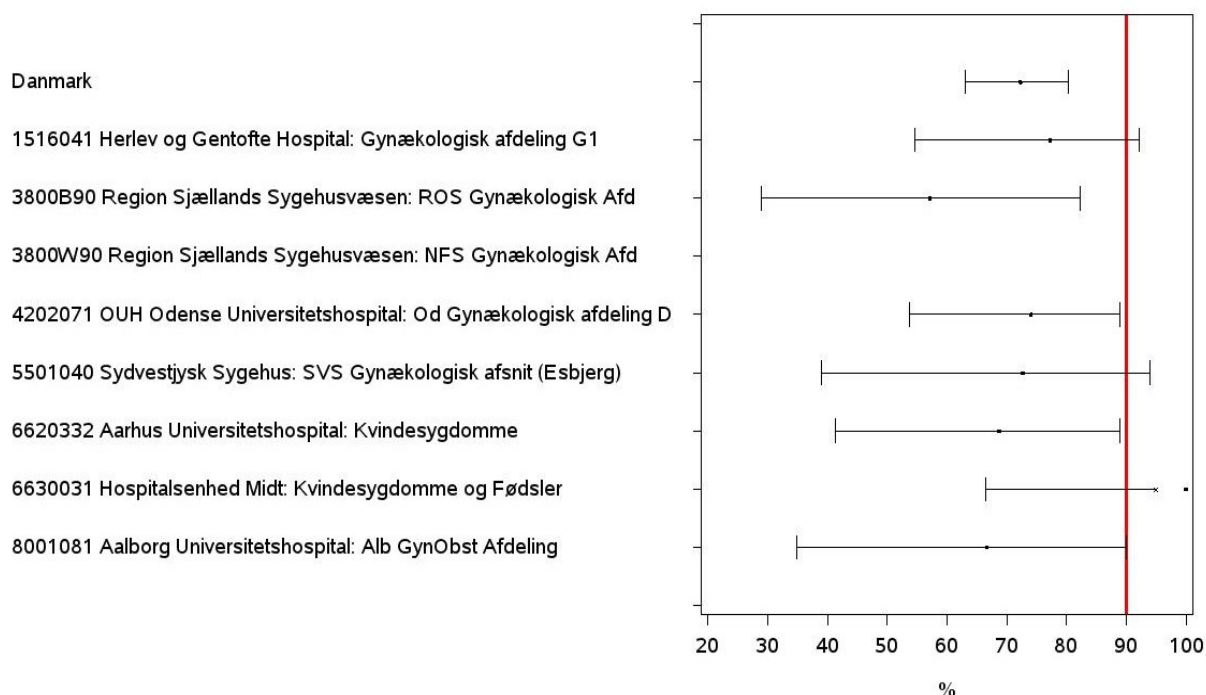
Indikator 19b: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Tæller/	antal	01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	81/112	23 (17)	72,3	(63-80)	67,4 (59-75)	68,1 (59-77)
Hovedstaden	17/22	0 (0)	77,3	(55-92)	60,0 (39-79)	67,6 (49-83)
Sjælland	8/15	9 (38)	53,3	(27-79)	64,7 (46-80)	64,7 (38-86)
Syddanmark	28/38	7 (16)	73,7	(57-87)	79,5 (65-90)	70,6 (53-85)
Midtjylland	20/25	0 (0)	80,0	(59-93)	55,2 (36-74)	67,9 (48-84)
Nordjylland	8/12	7 (37)	66,7	(35-90)		-
Hovedstaden	17/22	0 (0)	77,3	(55-92)	60,0 (39-79)	67,6 (49-83)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	17/22	0 (0)	77,3	(55-92)	61,9 (38-82)	71,0 (52-86)
Sjælland	8/15	9 (38)	53,3	(27-79)	64,7 (46-80)	64,7 (38-86)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.	8/14	9 (39)	57,1	(29-82)		33,3 (1-91)
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.	##	0 (0)	#		54,2 (33-74)	71,4 (42-92)
Syddanmark	28/38	7 (16)	73,7	(57-87)	79,5 (65-90)	70,6 (53-85)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	20/27	6 (18)	74,1	(54-89)	78,9 (54-94)	77,8 (40-97)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	8/11	1 (8)	72,7	(39-94)	80,0 (59-93)	68,0 (46-85)
Midtjylland	20/25	0 (0)	80,0	(59-93)	55,2 (36-74)	67,9 (48-84)
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	11/16	0 (0)	68,8	(41-89)	57,1 (18-90)	62,5 (24-91)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	9/9	0 (0)	100,0	(66-100)	54,5 (32-76)	70,0 (46-88)
Nordjylland	8/12	7 (37)	66,7	(35-90)		-
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	8/12	7 (37)	66,7	(35-90)		-

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



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



Klinisk-epidemiologiske kommentarer til indikator 19b

Indikator 19b beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Patienter, der i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 17 %, dvs. komplettheden er 83 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb fra 0 % på flere afdelinger til 39 % i Roskilde.

På landsplan har 72,3 % (95 % CI: 63-80 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet. Regionerne har indikatorværdier mellem 53,5 % og 80 %. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator.

Patientpopulationen til denne indikator er lille, og kun 6 afdelinger har mindst 10 relevante patientforløb i 2017. Indikatorværdierne ligger mellem 57,1 % og 77,3 % på afdelingsniveau. Alle resultater bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

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.

Styregruppens kommentarer til indikator 19b

Resultaterne for bulkingoperationer har i den seneste årsrapport været vist i en supplerende analyse i appendiks. Vi har nu valgt at medtage disse resultater som en ny indikator, dog i første omgang uden standard.

Vi har valgt kun at rapportere for primær bulkingbehandling til trods for, at det er kendt, at bulkingbehandling har en begrænset varighed og skal gentages ca. hvert 3. år for at bevare effekt. Recidiv operation ved denne behandling rapporteres at have samme effekt som primær operation. I praksis viser det sig, at det er forholdsvis få patienter, som ønsker behandlingen gentaget.

Det fremgår tydeligt, at den subjektive bedømmelse af Bulking er en del lavere end for midturetralslyngerne, og at der er en del variation mellem regionerne. Landsgennemsnit på 71,8 % varierende mellem 42-83 % for de enkelte regioner (vi vælger at referere tal regionsvis, idet der udføres så forholdsvis få bulkingbehandlinger, at det for nogle afdelinger ikke er meningsfyldt at referere deres meget få behandlinger).

Som en overordnet bemærkning både til indikator 19a og 19b: For behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter kontinensoperation, bør det bemærkes, at der er stor individuel variation i, hvorledes lidelsens sværhedsgrad opleves. Indikatorens relative værdi gør dem til et vigtigt supplement til indikator 3a og 3b, hvor der måles på absolutte værdier, hvilket ikke vil afspejle de patienter, som præoperativt har hyppige symptomer, og måske oplever en væsentlig reduktion uden dog at nå indikatorens målet.

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

Endvidere skal det bemærkes, at den lave datakomplethed, som ses for nogle afdelingers vedkommende muligvis skyldes patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser

Styregruppens anbefaling til indikator 19b

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

3.13. Indikator 20

Behandlingssucces for primær prolapsoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119.

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på PGI-I skala. Primære (1. gangs) prolapsoperationer indgår i indikatorpopulationen. Primær operation er defineret som første operation med en relevant operationskode registreret i DugaBase. Patienter med første operation i 2017 indgår som primært opererede. Patienter med en tidligere operation (tilbage til 2006) med en af disse koder i DugaBase indgår ikke i indikatorpopulationen til indikator 20. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

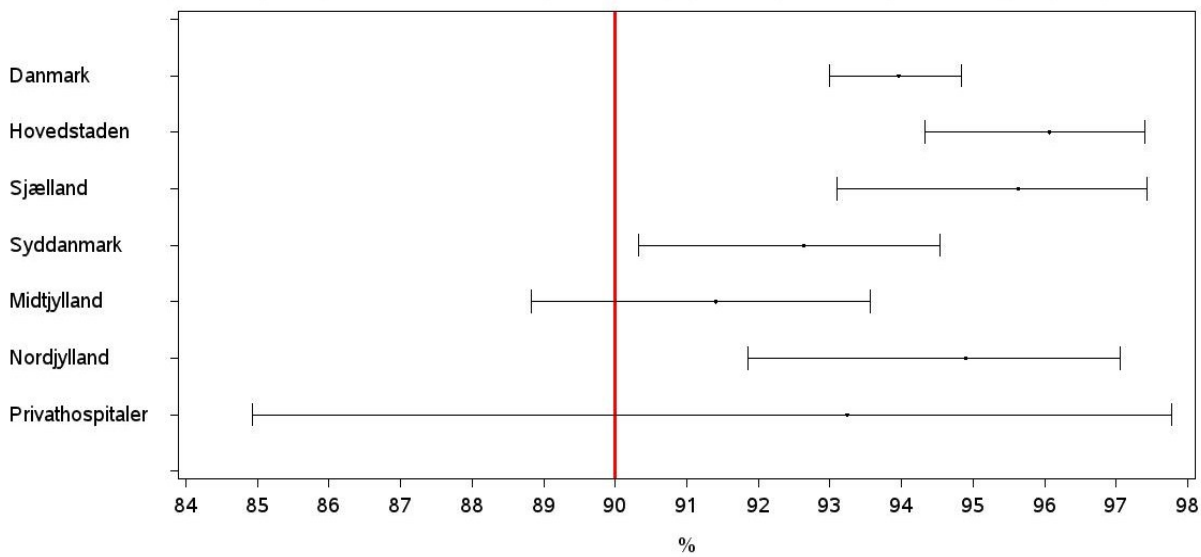
Tabel 15 - Resultater for indikator 20

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

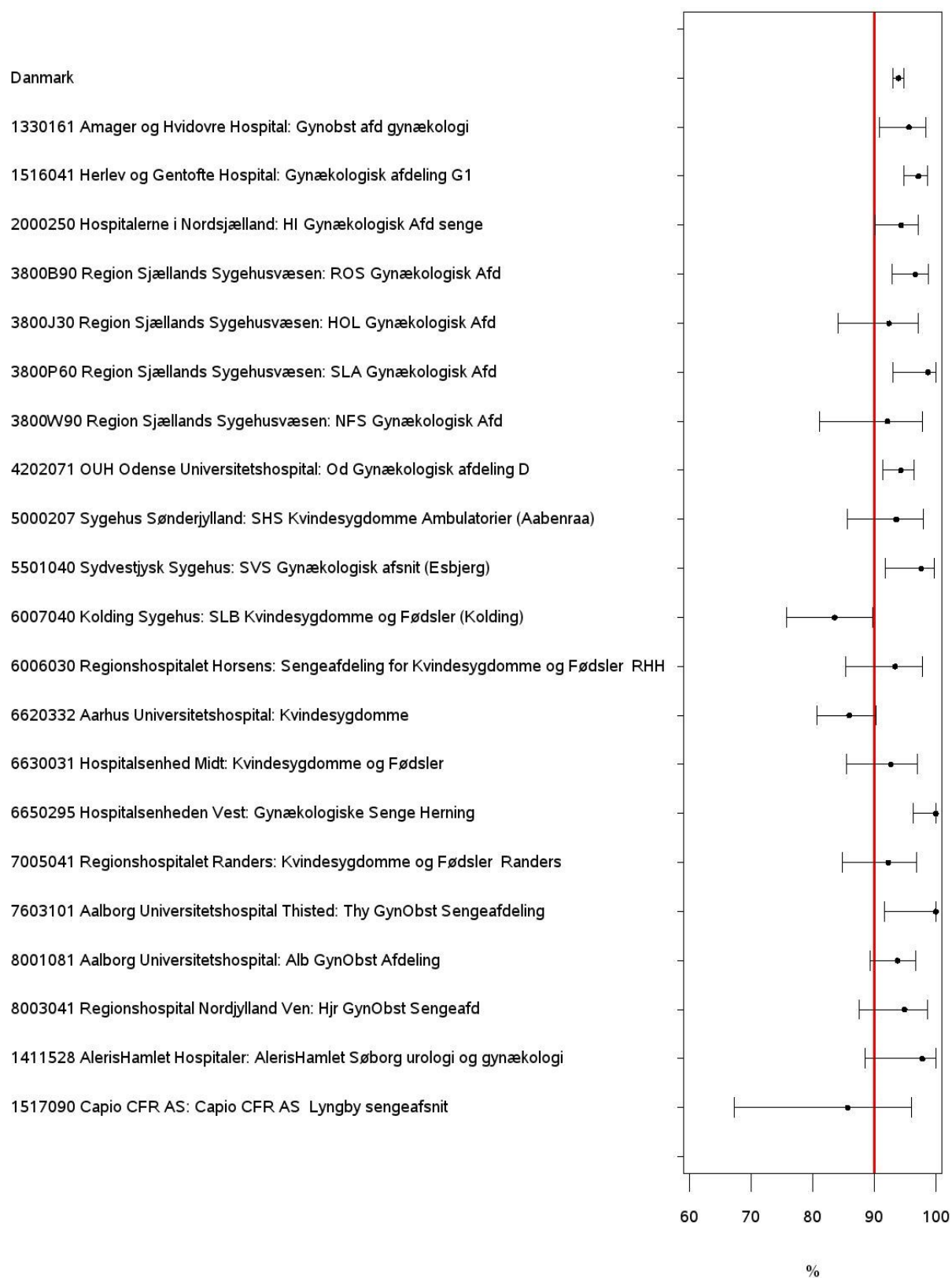
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Danmark	Ja	2.522/2.684	353 (12)	94,0	(93-95)	94,0 (93-95)	94,1 (93-95)
Hovedstaden	Ja	660/687	12 (2)	96,1	(94-97)	96,6 (95-98)	96,1 (94-97)
Sjælland	Ja	372/389	103 (21)	95,6	(93-97)	93,7 (91-96)	92,5 (90-95)
Syddanmark	Ja	591/638	125 (16)	92,6	(90-95)	94,4 (92-96)	92,5 (90-94)
Midtjylland	Ja	532/582	59 (9)	91,4	(89-94)	92,1 (90-94)	93,3 (91-95)
Nordjylland	Ja	298/314	52 (14)	94,9	(92-97)	91,5 (88-94)	96,2 (94-98)
Privathospitaler	Ja	69/74	2 (3)	93,2	(85-98)		
Hovedstaden	Ja	660/687	12 (2)	96,1	(94-97)	96,6 (95-98)	96,1 (94-97)
1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi	Ja	132/138	4 (3)	95,7	(91-98)		96,6 (90-99)
1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1	Ja	343/353	4 (1)	97,2	(95-99)	96,4 (94-98)	94,3 (91-97)
2000250 Hospitalerne i Nord- sjælland: HI Gynækologisk Afd., senge	Ja	185/196	4 (2)	94,4	(90-97)	96,4 (93-99)	
Sjælland	Ja	372/389	103 (21)	95,6	(93-97)	93,7 (91-96)	92,5 (90-95)
3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynæ- kologisk Afd.	Ja	175/181	38 (17)	96,7	(93-99)	93,0 (89-96)	90,7 (86-94)
3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynæ- kologisk Afd.	Ja	73/79	17 (18)	92,4	(84-97)	94,4 (88-98)	
3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynæ- kologisk Afd.	Ja	77/78	39 (33)	98,7	(93-100)	90,1 (83-95)	91,9 (84-97)
3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynæ- kologisk Afd.	Ja	47/51	9 (15)	92,2	(81-98)		94,6 (88-98)
Syddanmark	Ja	591/638	125 (16)	92,6	(90-95)	94,4 (92-96)	92,5 (90-94)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%		antal	01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D	Ja	333/353	75 (18)	94,3	(91-97)	95,4 (92-97)	93,3 (90-96)
5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)	Ja	73/78	10 (11)	93,6	(86-98)	96,6 (90-99)	90,6 (83-95)
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)	Ja	83/85	17 (17)	97,6	(92-100)	94,5 (88-98)	93,0 (86-97)
6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)	Nej	102/122	23 (16)	83,6	(76-90)	89,5 (82-95)	90,8 (83-96)
Midtjylland	Ja	532/582	59 (9)	91,4	(89-94)	92,1 (90-94)	93,3 (91-95)
6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH	Ja	71/76	4 (5)	93,4	(85-98)		
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	Nej	190/221	20 (8)	86,0	(81-90)	89,5 (85-93)	88,3 (83-93)
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	Ja	89/96	9 (9)	92,7	(86-97)	87,7 (78-94)	91,4 (83-96)
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning	Ja	98/98	1 (1)	100,0	(96-100)	95,4 (90-98)	91,8 (85-96)
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers	Ja	84/91	25 (22)	92,3	(85-97)	95,3 (89-98)	
Nordjylland	Ja	298/314	52 (14)	94,9	(92-97)	91,5 (88-94)	96,2 (94-98)
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling	Ja	42/42	4 (9)	100,0	(92-100)		95,0 (86-99)
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling	Ja	181/193	35 (15)	93,8	(89-97)	97,6 (94-99)	
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	Ja	75/79	13 (14)	94,9	(88-99)	77,7 (68-85)	91,3 (84-96)
Privathospitaler	Ja	69/74	2 (3)	93,2	(85-98)		
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi	Ja	45/46	0 (0)	97,8	(88-100)		95,3 (84-99)
1517090 Capio CFR A/S: Capio CFR A/S - Lyngby sengeafsnit	Nej	24/28	1 (3)	85,7	(67-96)		-

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

Indikator 20 beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren.

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 12 %, dvs. komplettheden er 88 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % på Aleris-Hamlet, Søborg til 33 % i Slagelse.

På landsplan har 94,0 % (95 % CI: 93-95 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle 5 regioner opfylder ligeledes standarden med indikatorværdier, der spænder fra 91,4 % for Region Midtjylland til 96,1 % for Region Hovedstaden.

Blandt de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden, mens 3 afdelinger (Kolding, Aarhus Universitetshospital og privathospitalet CFR Lyngby) ligger under standarden med indikatorværdier mellem 83,6 og 86 %, alle med standarden indeholdt i konfidensintervallerne. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 83,6 % og 100 %.

Vi konkluderer, at standarden er opfyldt på landsplan og regionsniveau samt for 18 af 21 afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 20

Indikatoren er justeret i forhold til tidligere år, idet den nu kun indeholder primære operationer. Denne ændring blev implementeret for at øge sammenligneligheden mellem afdelingerne. Det skal samtidig bemærkes, at prolaps er et vidt begreb, som dækker over forskellige sværhedsgrader og forskellige lokalisationer i underlivet (kompartments). Det bliver derfor også behandlet med forskellige operationstyper. Indikatoren dækker alle operationer for prolaps, og er altså ikke inddelt efter operationstype. (Se "Appendiks 3: Indikatordefinitioner", side 119). Vi mener, at ved dette valg om at fremstille data på denne måde, kan de bruges af den patient, som henvises med prolaps, og som ikke på henvisningstidspunktet ved, hvilken type behandling endsige operation hun vil blive anbefalet/få mulighed for at vælge. Vi anerkender dog, at det også er ønskværdigt at monitorere tilfredshed fordelt på operationstype.

Specialeplanen har medført, at recidivoperationer samles på afdelinger med regionsfunktion, som i tidligere opgørelser har opereret flere komplekse patienter med forventet dårligere tilfredshed. Denne form for case-mix skulle være elimineret i denne opgørelse.

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

Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator i år er 88 %, og således er steget 5 % i forhold til sidste år. Denne udvikling er bestemt positiv. Der er stadig stor variation mellem afdelingerne, hvor nogle har 100 % datakomplethed og andre bare 67 %.

Med hensyn til fortolkningen af de enkelte afdelingers standardopfyldelse, så skal det bemærkes, at forskelle kan være udtryk for case-mix. Endvidere skal det bemærkes, at den lave datakomplethed som ses for nogle afdelingers vedkommende muligvis skyldes patienternes manglende tilbagemelding på udsendte spørgeskemaer eller besvarelse af telefoniske henvendelser

Anbefalinger til indikator 20

Styregruppen tillægger indikator 20 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet og den bibeholdes i sin nuværende form. For i fremtiden at kunne monitorere på de enkelte operationstyper, vil der blive udarbejdet nye indikatorer mhp. dette. De afdelinger, som har en lav datakomplethed, opfordres til at forbedre dette.

4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Baggrund

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede (genital prolaps), blære, urinrør (urininkontinens) og endetarm (afføringsinkontinens). Lidelserne er ikke livstruende, men betyder ofte invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet, bl.a. social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv. Prævalens for urininkontinens er 25-45 %, genital prolaps 7-25 % og anal inkontinens 11-15 %, og stigende pga. et øget antal ældre medborgere. Behandling og diagnostik er omkostningstungt for samfundet. En dansk opgørelse af Løwenstein et al (2014) har vist, at livstidsrisikoen for prolapsoperation for en dansk kvinde på 80 år er 18,7 %. En international opgørelse af Abdel-fattah et al (2011) har vist en livstidsrisiko for urininkontinens eller prolaps operation på 12,2 % og 19 % risiko for recidiv operation af inkontinens eller prolaps.

Formål og opbygning

DugaBase blev initieret af en arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Siden er DUGA nedlagt, og i stedet er oprettet Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS). DugaBase er nu blevet en landsdækkende klinisk database under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og den ledes af en styregruppe nedsat af DUGS. Der er sikret repræsentation for hver af landets regioner samt en repræsentant fra den private sygesektor. Derudover omfatter styregruppen repræsentanter fra RKKP, og for den ansvarlige offentlige myndighed, Region Midtjylland. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklingspulje for Klinisk Kvalitet, og der er givet en 3-årig bevilling for årene 2018-2020.

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

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

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 indberetter man slet ikke. Dette giver en dækningsgrad for privathospitalerne på 52 % for både inkontinensoperationer og prolapsoperationer, hvilket er noget lavere end i 2016. Validiteten af de indberettede data er vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data. Styregruppen vil i tilfælde af manglende opfyldelse af standarden tage skriftlig kontakt til de pågældende afdelinger for at tilbyde mulighed for yderligere analyser af data til intern afklaring af årsager.

Der er aktuelt udvalgt 15 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. Af de 15 indikatorer har 2 endnu ikke fået fastsat en standard. I 2017 er standarden for 11 af de 13 indikatorer med fastsat standard opfyldt. For én indikator (ventetid fra henvisning til 1. ambulante besøg) har standarden i hele perioden været langt fra opfyldt, og standarden (at 90 % af henviste patienter skal ses inden for 30 dage efter modtaget henvisning) skal ses som en ønskelig målsætning. Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser er opfyldt for både de "absolutte værdimål" indikator 3a, 3b og 7 samt for "ændringsmål" indikator 19a, 19b og 20 (PGI-I). Opgørelser af recidivoperati-

oner er foretaget på baggrund af det år, hvor primæroperationen fandt sted og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidivoperationer.

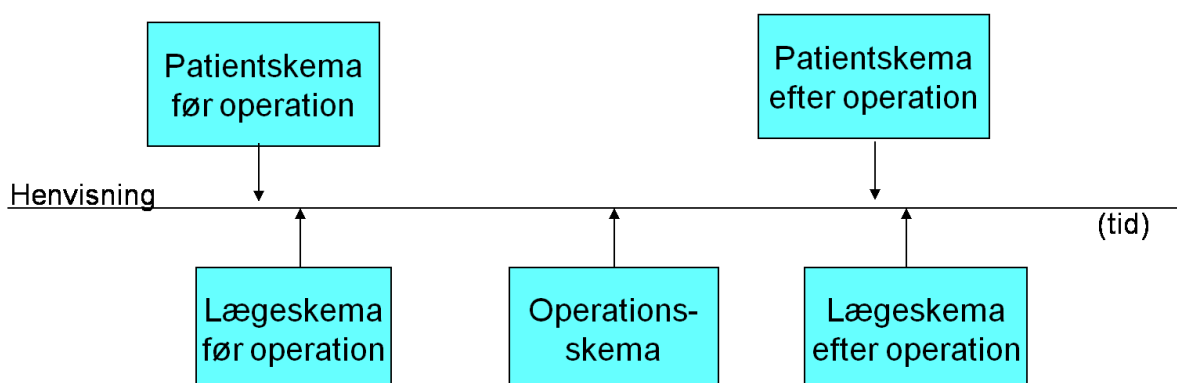
5. Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er udtrukket d. 23/11 2018, og de kliniske afdelinger har således haft mulighed for indberetning af data for 2017 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.

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



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

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

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

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

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

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

Årsrapportens tilblivelse

Der er løbende afholdt møder mellem databasens projektleder og RKKP. Løbende kommunikation er opretholdt via e-mail.

I forbindelse med interne omstruktureringer i RKKP er Dugabase blevet omkodet fra statistikprogrammet Stata til SAS, så al databehandling, analyser og beregninger nu foretages i SAS. Det er selvfølgelig intentionen, at dette ikke skal få indflydelse på resultaterne, men det er trods alt forventeligt, at der kan ske minimale ændringer, da det ikke altid er muligt at lave beregningerne på præcis samme måde i 2 forskellige statistikprogrammer.

Analyser og epidemiologi

Analyser og epidemiologisk kommentering er udført af RKKP (SAS-konsulent Christian Park Kjeldsen, data-manager Frank Kjeldsen og epidemiolog Helle Hare-Bruun).

Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2016, 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 "2016" eller "år 2016". Direkte tal fra Årsrapport 2016, eksempelvis som nævnt i kommentarerne til Tabel 15 og Tabel 16, betegnes "Årsrapport 2016".

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til dækningsgrad

I forbindelse med opgørelse af dækningsgrad har RKKP rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes indenfor sygdomsområdet (jf. "Appendiks 3: Indikatordefinitioner" samt nedenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket d. 23/11 2018.

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

Kriterier for opgørelse af dækningsgrad

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

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

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

3. Patienten er 18 år eller derover på operationsdatoen

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

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

Tabel 16 - Databasekomplethed i DugaBase ved samkørsel med LPR, urininkontinensoperationer, 01.01.2017 – 31.12.2017

	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i DugaBase	Komplethed, %
Danmark	1.172	1.075	91,7
Hovedstaden	250	244	97,6
Sjælland	215	195	90,7
Syddanmark	228	222	97,4
Midtjylland	220	192	87,3
Nordjylland	197	190	96,4
Privathospitaler	62	32	51,6
Hovedstaden	250	244	97,6
1330161 Amager og Hvidovre Hospital	22	22	100
1516041 Herlev og Gentofte Hospital	156	152	97,4
2000250 Hospitalerne i Nordsjælland	72	70	97,2
Sjælland	215	195	90,7
3800B90 ROS Gynækologisk Afd.	130	124	95,4
3800W90 NFS Gynækologisk Afd.	85	71	83,5
Syddanmark	228	222	97,4
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gyn afd D	148	148	100
4202079 OUH Odense Universitetshospital: Od Gyn amb D	6	0	0
5000207 Sygehus Sønderjylland (Aabenraa)	46	46	100
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gyn (Esbjerg)	28	28	100
Midtjylland	220	192	87,3
6620271 Aarhus Universitetshospital: Urinvejskirurgi	8	0	0
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	102	102	100
6620337 Aarhus Universitetshospital: Dagkirurgi - Kvindesygdomme og Fødsler	3	0	0
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	45	45	100
6630039 Hospitalsenhed Midt: Kvindeklinikken	9	0	0
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gyn senge Herning	23	23	100
7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler	30	22	73,3
Nordjylland	197	190	96,4
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst.	17	17	100
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afd	107	106	99,1
8001086 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn dagafs	3	0	0
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	68	67	98,5
8003049 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.Obst. Amb.	2	0	0
Privathospitaler	62	32	51,6
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Søborg	34	32	94,1
1517050 Capiro CFR A/S: Odense sengeafsnit	1	0	0
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	3	0	0
6010010 Privathospitalet Mølholm: Vejle	24	0	0

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel 16

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2017 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2017. Uanset at LPR er gold standard, kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 91,7 %. I Årsrapport 2016 var der 1247 urininkontinensoperationer, heraf 1167 (93,6 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i 2017 stort set uændret.

Blandt de 15 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 13 afdelinger mindst 95 % dækningsgrad, mens to afdelinger (Randers og Nykøbing F) har dækningsgrader på hhv. 73,3 % og 83,5 %. Det er typisk afdelinger med få indberetninger, der har en lav dækningsgrad, og dermed trækker den samlede dækningsgrad ned.

I Årsrapport 2015 var dækningsgraden for privathospitaler 72,6 %, i 2016 var den 64,2 % og i 2017 er den 51,6 %, dvs. der er sket fald de 2 seneste år. Overordnet har privathospitalerne en dækningsgrad, som enten er næsten 0 % eller 100 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 15, øges dækningsgraden fra 91,7 % til 94,0 % (altså en stigning på 2,3 procentpoint).

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

Tabel 17 - Databasekomplethed i DugaBase ved samkørsel med LPR, prolapsoperationer, 01.01.2017 – 31.12.2017

	I LPR og/eller DugaBase	Heraf i Komplethed, DugaBase	%
Danmark	3.898	3.614	92,7
Hovedstaden	836	798	95,5
Sjælland	602	557	92,5
Syddanmark	892	867	97,2
Midtjylland	939	875	93,2
Nordjylland	457	428	93,7
Privathospitaler	172	89	51,7
Hovedstaden	836	798	95,5
1301522 Rigshospitalet	1	0	0
1330161 Amager og Hvidovre Hospital	147	145	98,6
1516041 Herlev og Gentofte Hospital	442	430	97,3
2000250 Hospitalerne i Nordsjælland	236	223	94,5
4001049 Bornholms Hospital	10	0	0
Sjælland	602	557	92,5
3800B90 ROS Gynækologisk Afd.	279	265	95
3800J30 HOL Gynækologisk Afd.	99	99	100
3800P60 SLA Gynækologisk Afd.	137	122	89,1
3800W90 NFS Gynækologisk Afd.	87	71	81,6
Syddanmark	892	867	97,2
4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gyn afd D	503	501	99,6
4202079 OUH Odense Universitetshospital: Od Gyn amb D	21	0	0
5000207 Sygehus Sønderjylland (Aabenraa)	102	102	100
5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gyn (Esbjerg)	109	107	98,2
6007040 Kolding Sygehus	157	157	100
Midtjylland	939	875	93,2
6006030 Regionshospitalet Horsens	91	90	98,9
6620271 Aarhus Universitetshospital: Urinvejskirurgi	2	0	0
6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme	444	436	98,2
6620337 Aarhus Universitetshospital: Dagkirurgi - Kvindesygdomme og Fødsler	15	0	0
6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler	123	123	100
6630039 Hospitalsenhed Midt: Kvindeklinikken	17	0	0
6650295 Hospitalsenheden Vest: Gyn senge Herning	108	108	100
7005041 Regionshospitalet Randers	139	118	84,9
Nordjylland	457	428	93,7
7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst.	60	49	81,7
8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afd	280	279	99,6
8001086 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn dagafs	9	0	0
800108H Aalborg Universitetshospital: Gyn.amb.Hobro	7	0	0
8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.	100	100	100
8003049 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.Obst. Amb.	1	0	0
Privathospitaler	172	89	51,7
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Søborg	63	59	93,7
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aarhus	3	0	0
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aalborg	21	0	0
1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Esbjerg	4	0	0
1517050 Capió CFR A/S: Odense sengeafsnit	9	0	0
1517050 Capió CFR A/S: Lyngby sengeafsnit	33	29	87,9
3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit	3	1	33,3
6010010 Privathospitalet Mølholm: Vejle	25	0	0
7057010 Aagaard Gynækologiske Klinik	11	0	0

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 prolapsoperationer i 2017 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2017. Uanset at LPR er gold standard, kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 92,7 % i 2017. I Årsrapport 2016 var der 3952 prolapsoperationer, heraf 3670 (92,9 %) i DugaBase, og dækningsgraden er således i praksis uændret i 2017.

Blandt de 23 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 14 afdelinger mindst 95 % dækningsgrad, 5 afdelinger rangerer fra 81,6 % til 94,5 % dækningsgrad og 4 afdelinger har en dækningsgrad på 0 %.

Der er generelt lille variation i dækningsgrad mellem alle regionerne.

I Årsrapport 2015 var dækningsgraden for privathospitaler 54,4 %, i 2016 var den 67,4 %, mens den i 2017 er 51,7 %. Dvs. efter en forbedring fra 2015 til 2016 er dækningsgraden nu faldet tilbage til samme niveau som i 2015. Overordnet har privathospitalerne en dækningsgrad, som enten er næsten 0 % eller 100 %. Såfremt privathospitalerne udelukkes fra Tabel 16 øges dækningsgraden fra 92,7 % til 94,6 % (altså en stigning på 1,9 procentpoint).

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

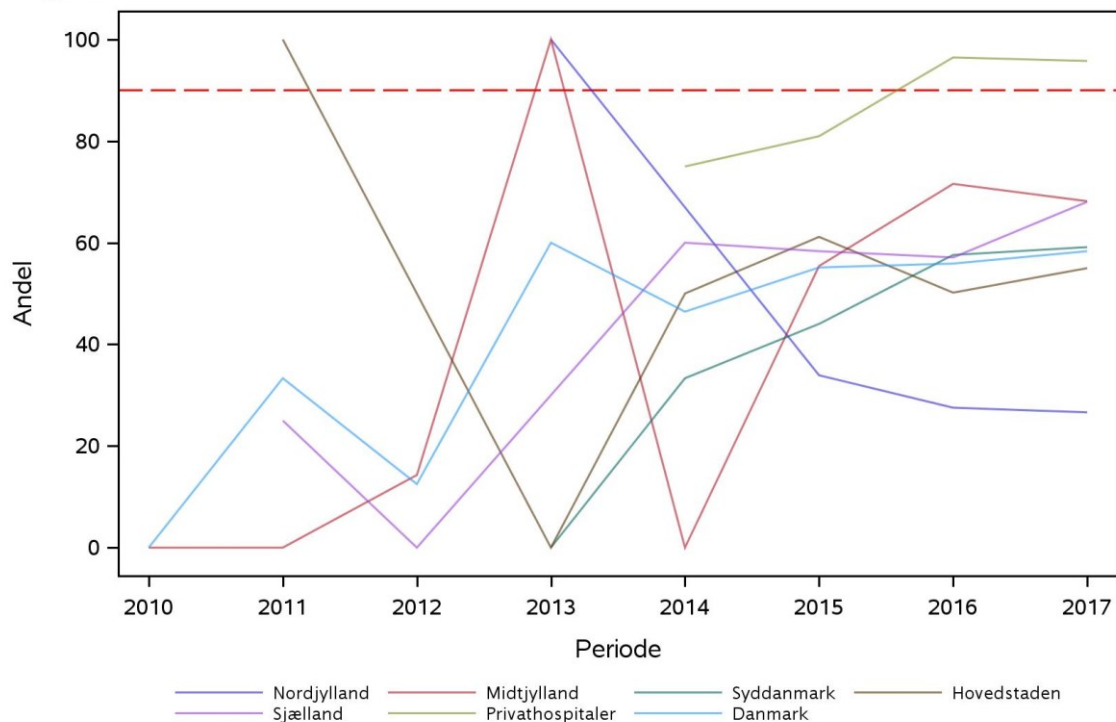
6. Styregruppens medlemmer

Formand			
Gunnar Lose, Professor, Overlæge, dr. med.	Herlev Hospital	44888266 23419238	GULO@glo.regionh.dk
Projektleder			
Ulla Darling Hansen, Overlæge	Odense Universitetshospital	65412350 40202529	Ulla.darling.hansen@rsyd.dk
Medlemmer fra hver region			
Hovedstaden			
Mette Hornum Bing, Overlæge	Herlev Hospital	24252816	Mette.Hornum.Bing@regionh.dk
Sjælland			
Helga Gimbel, Overlæge, dr.med.	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	56515404 26703714	helga@dadlnet.dk
Syddanmark			
Vacant			
Midtjylland			
Rikke Guldberg Sørensen, Afdelingslæge, ph.d	Aarhus Universitetshospital	89495566 24261745	rigsoe@rm.dk
Nordjylland			
Niels Kjærgaard, afd. Læge, ph.d.	Aalborg Universitetshospital		niki@rn.dk
Repræsentant for Privatklinikken			
Lasse Raaberg, Overlæge, ph.d.	Holbæk Sygehus	61549917	lasseraaberg@gmail.com
Dataansvarlig myndighed			
Repræsentant for Region Midtjylland, Lene Svestrup Bengtsson	RKKP- Videncenter	24664725	lebeng@rkkp.dk
Klinisk epidemiolog			
Helle Hare-Bruun	RKKP- Videncenter	29214165	hehare@rkkp.dk
Datamanager			
Frank Kjeldsen	RKKP- Videncenter	24679572	frakje@rkkp.dk
Kontaktperson RKKP			
Lene Svestrup Bengtsson	RKKP- Videncenter	24664725	lebeng@rkkp.dk

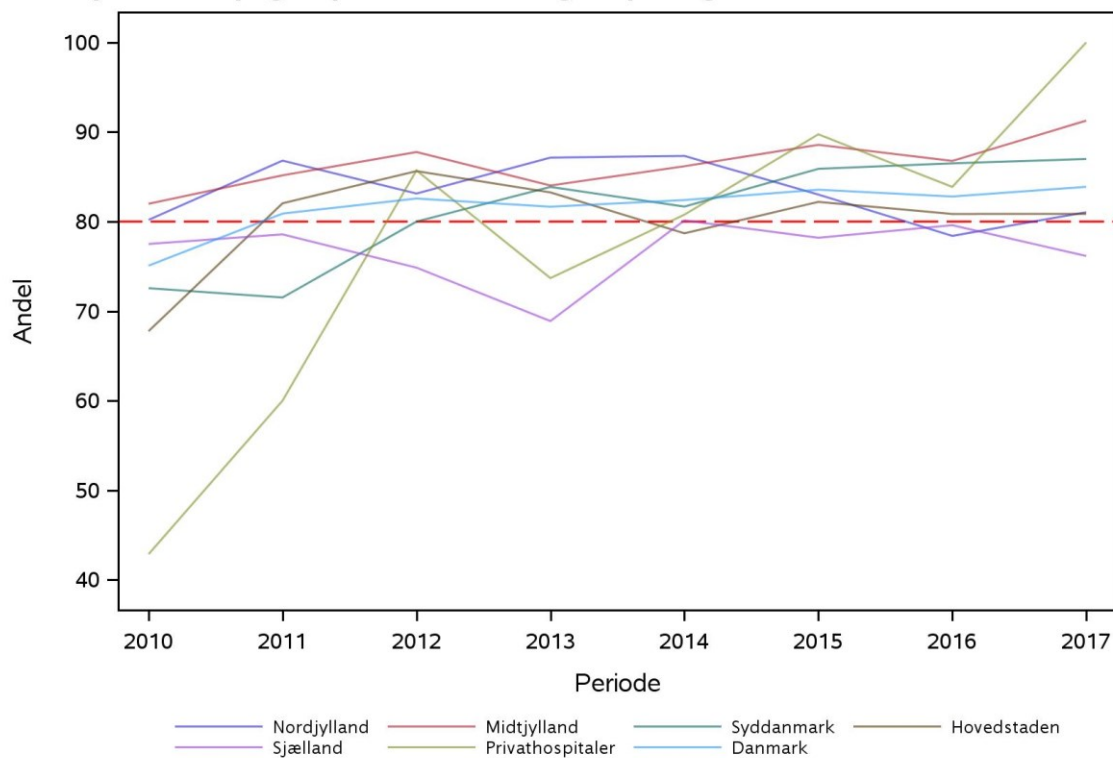
7. Appendiks 1: Supplerende trendfigurer til indikatorer

Trendfigurer for regionsresultater

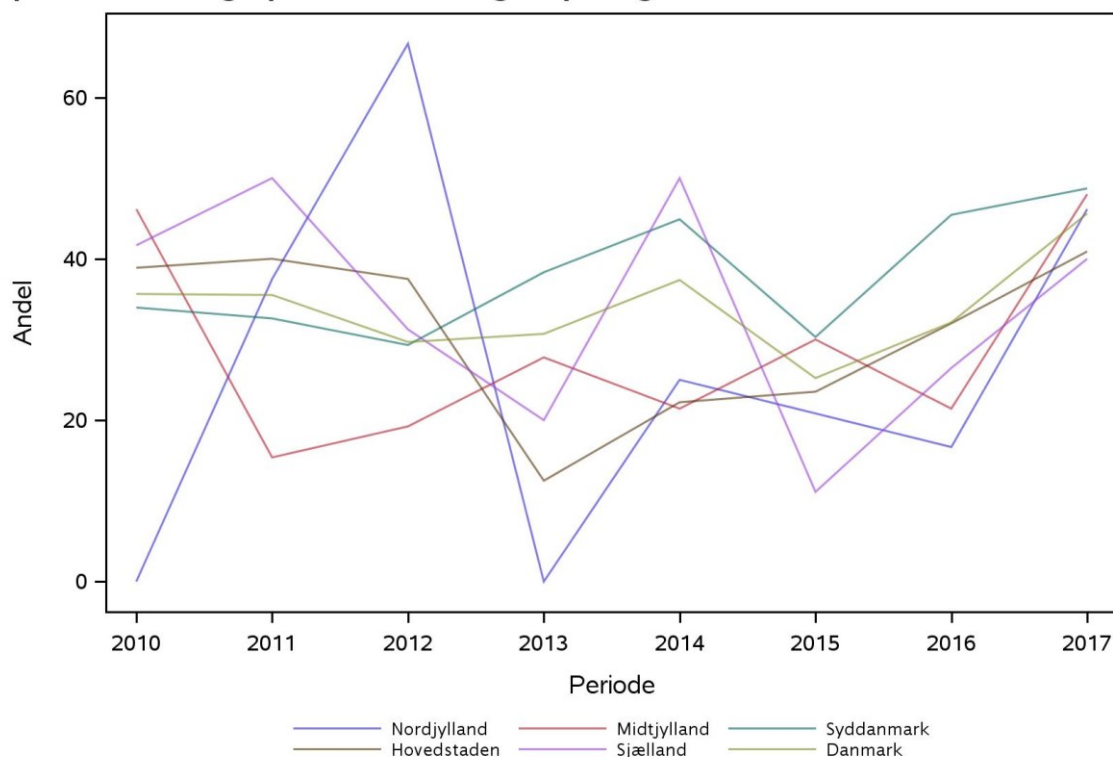
Indikator 02: Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første fremmøde på sygehuset, bør være mindre end 1 måned. Trendgraf på regionsniveau.



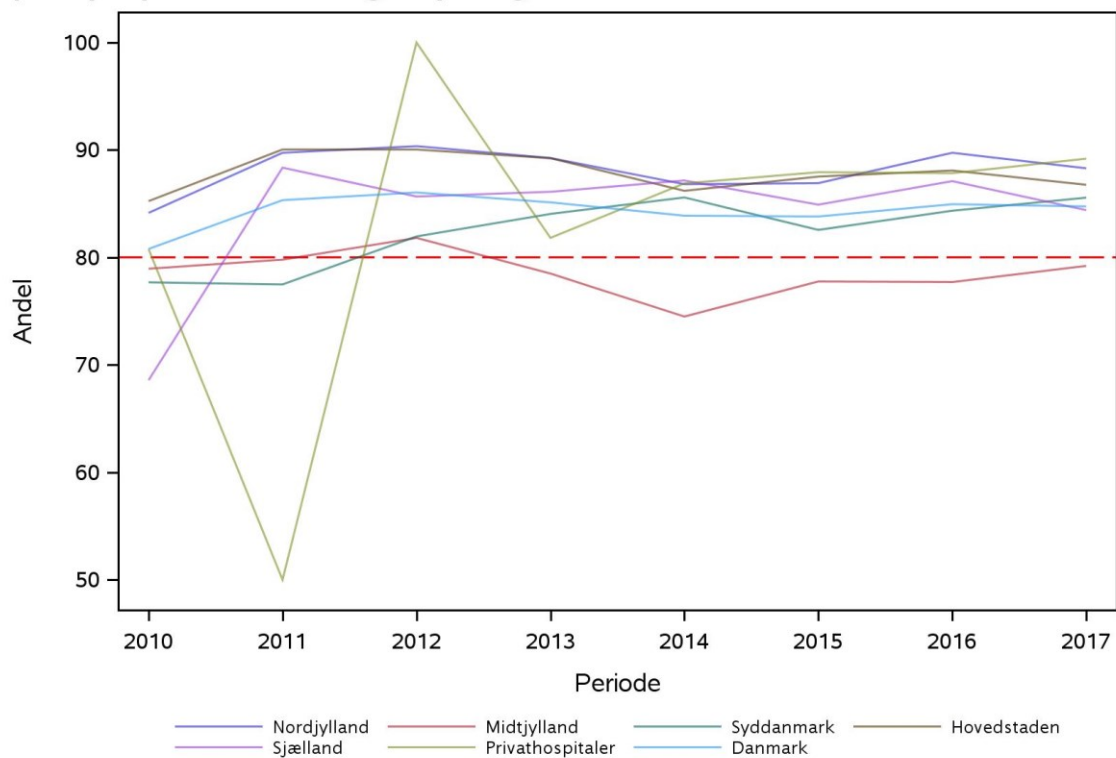
Indikator 03a: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation. Trendgraf på regionsniveau.



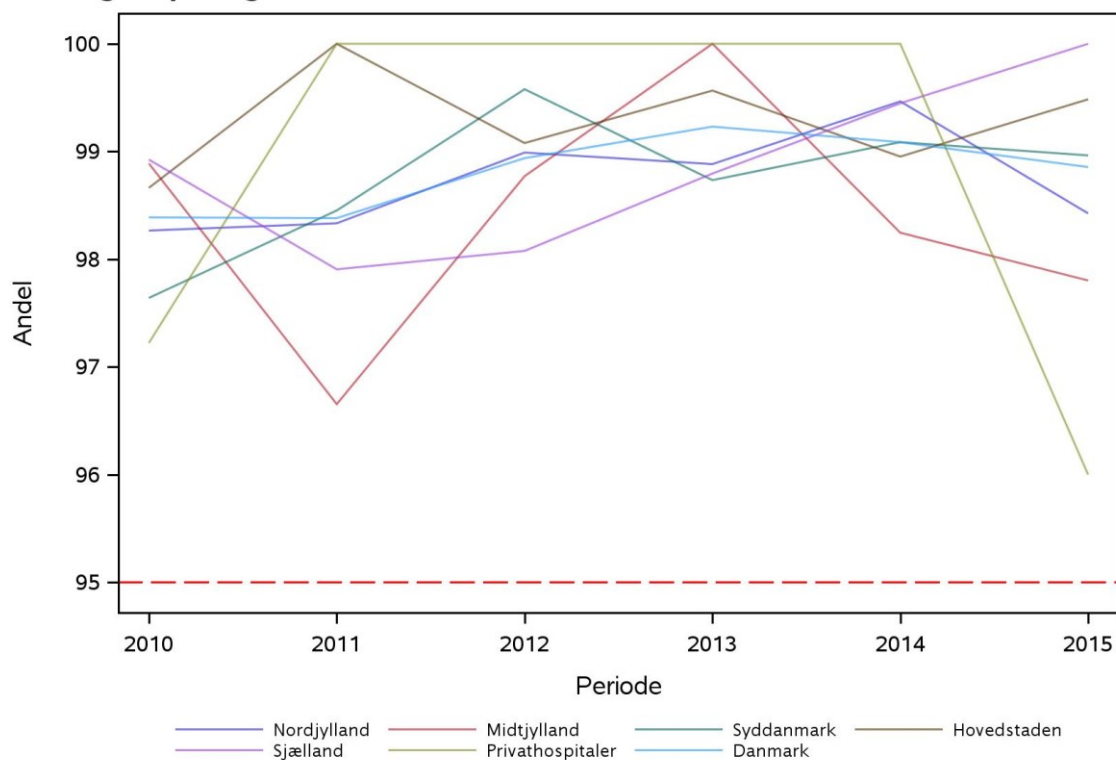
Indikator 03b: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation. Trendgraf på regionsniveau.



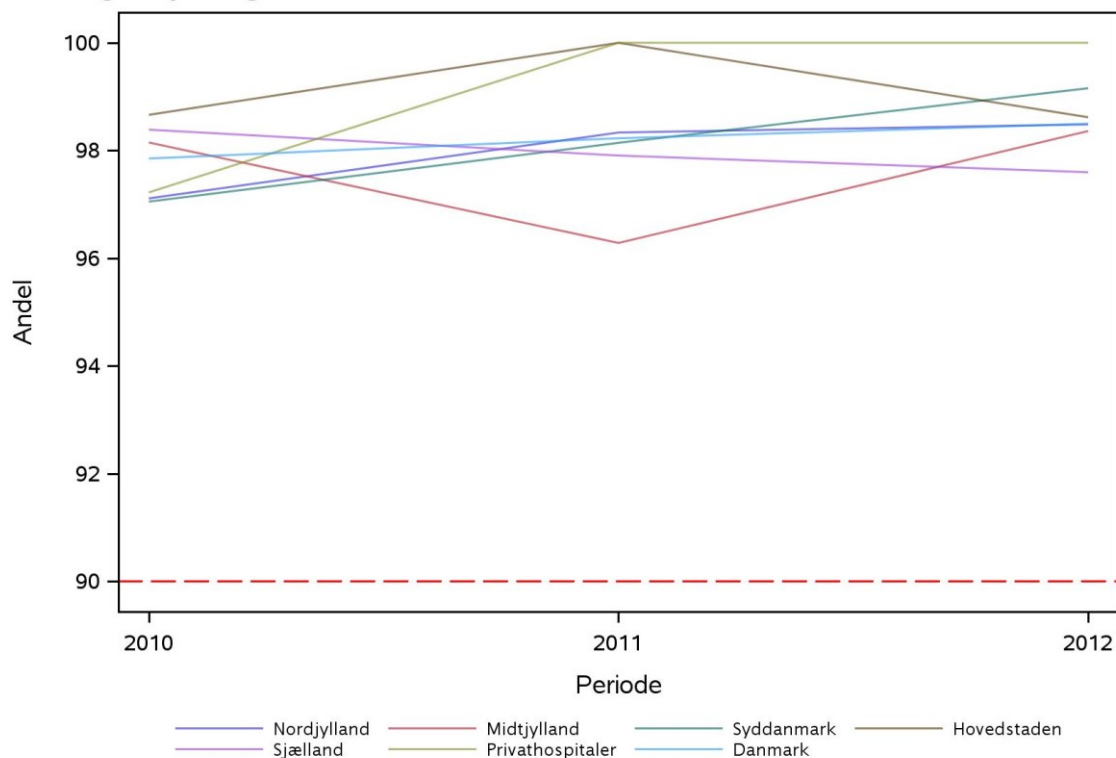
Indikator 07: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation. Trendgraf på regionsniveau.



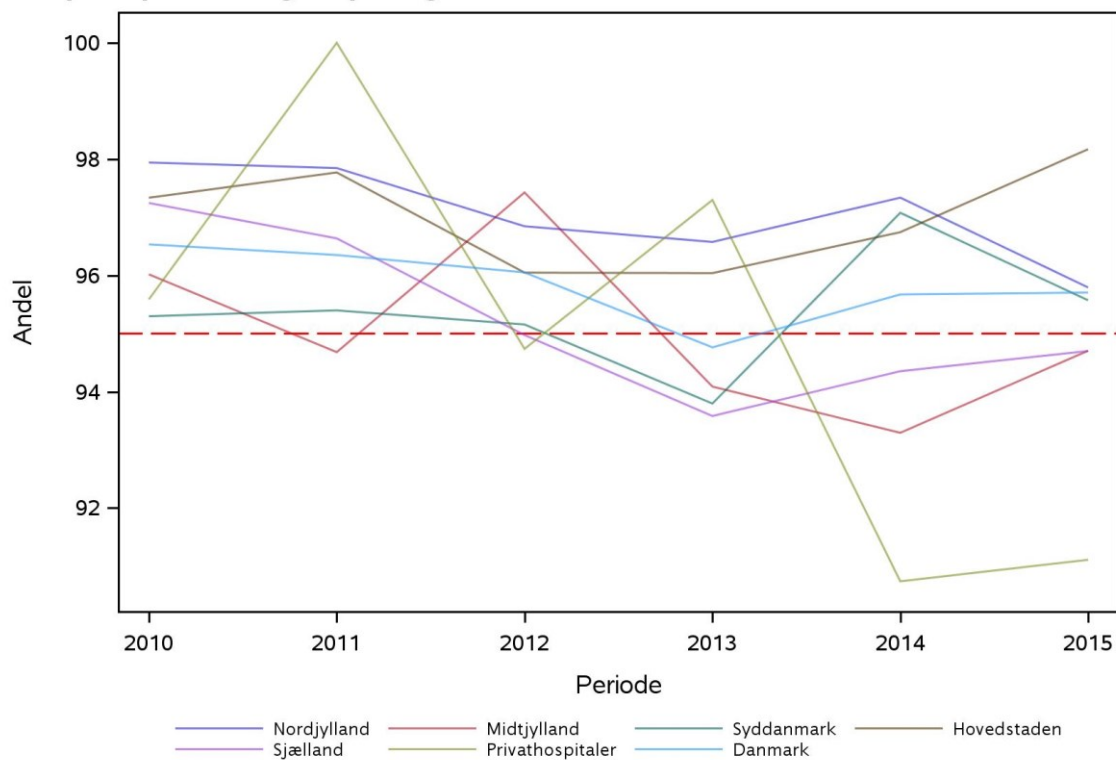
Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Trendgraf på regionsniveau.



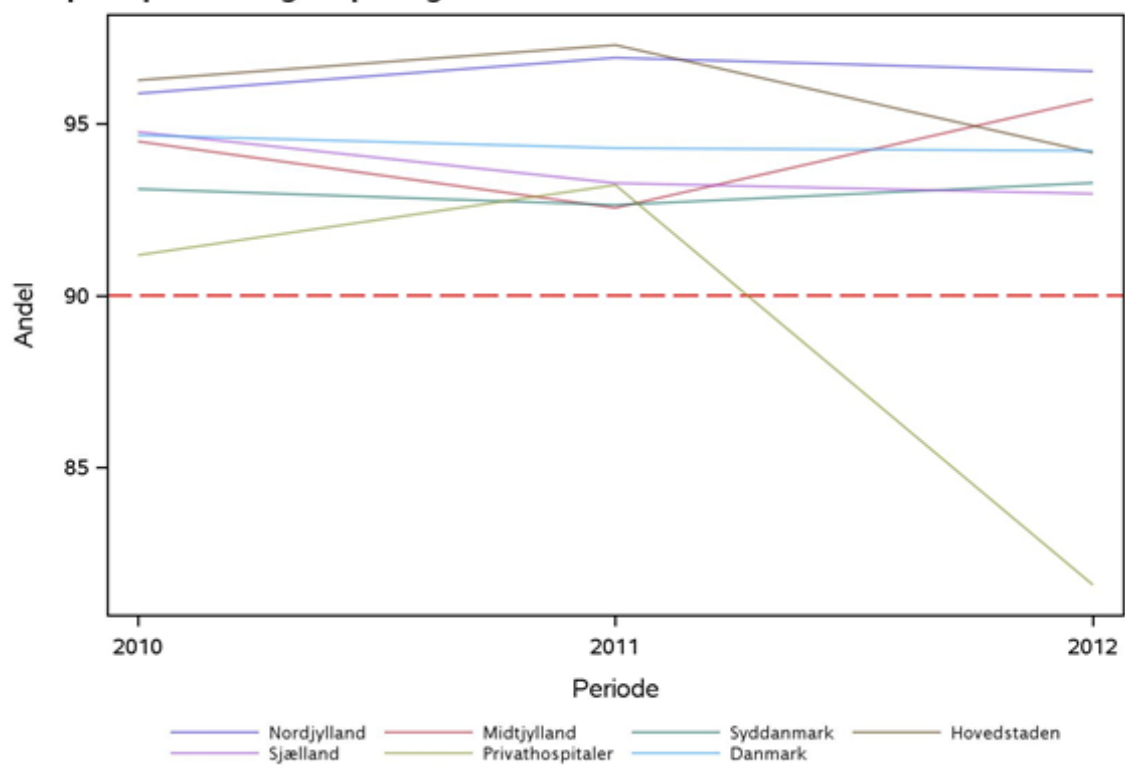
Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Trendgraf på regionsniveau.



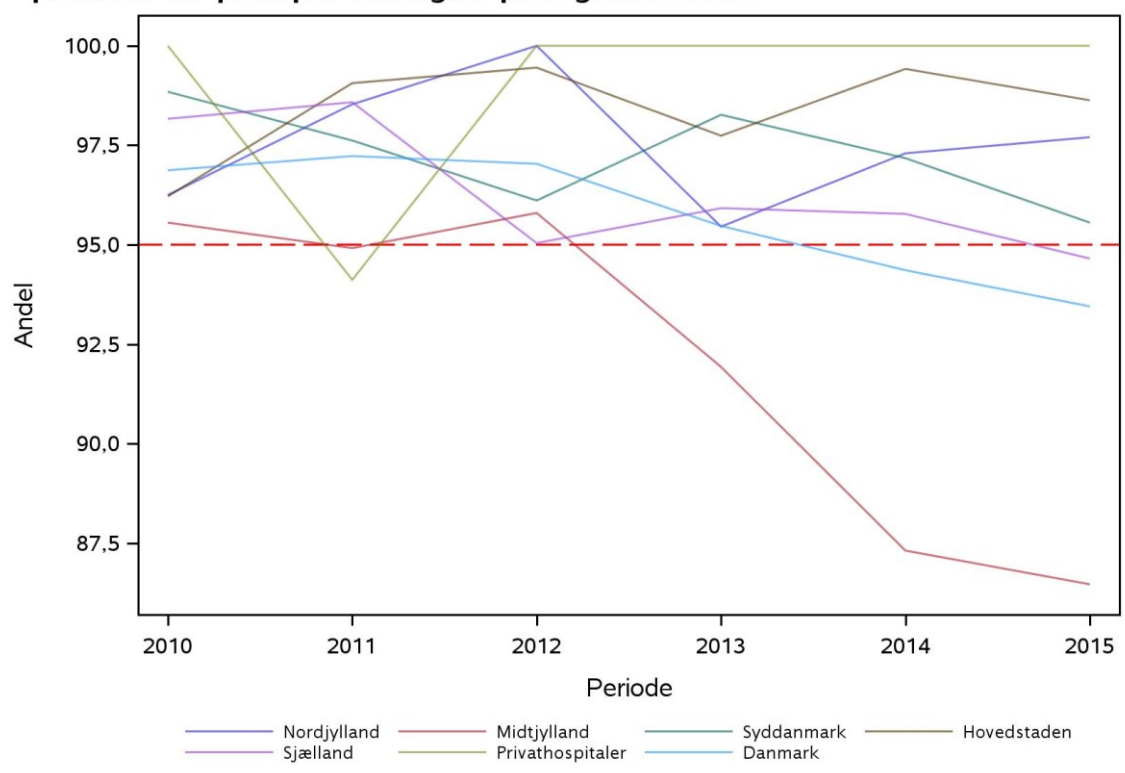
Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på regionsniveau.



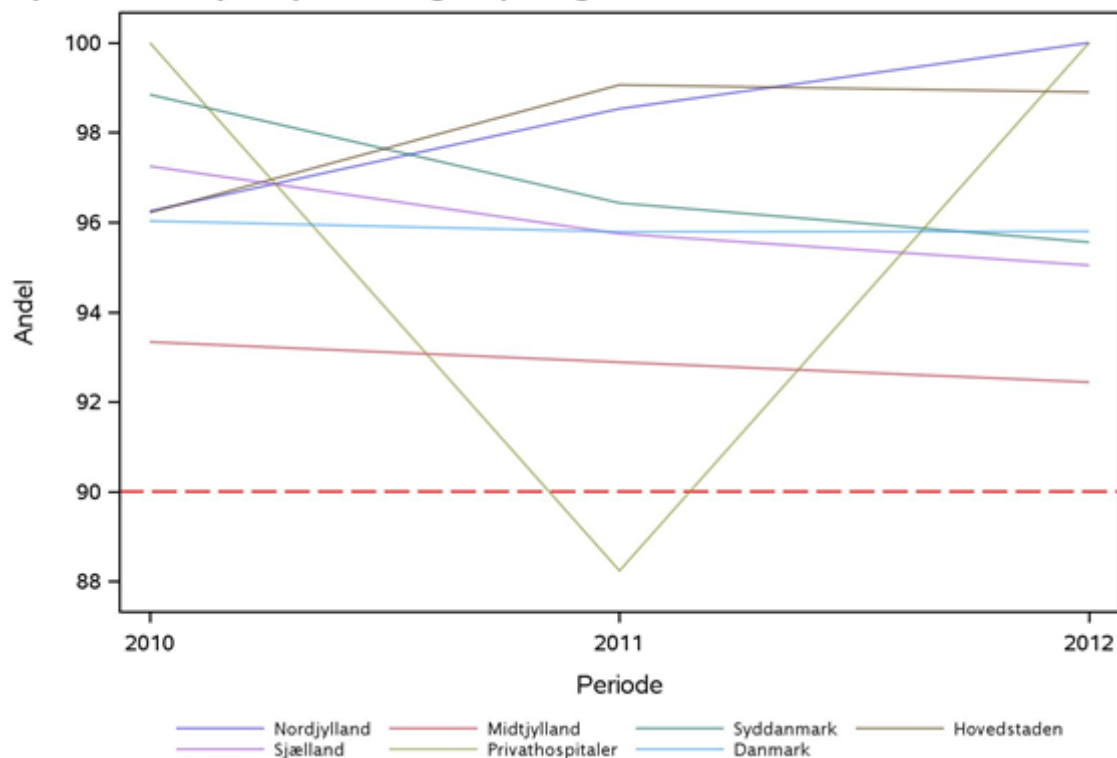
Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på regionsniveau.



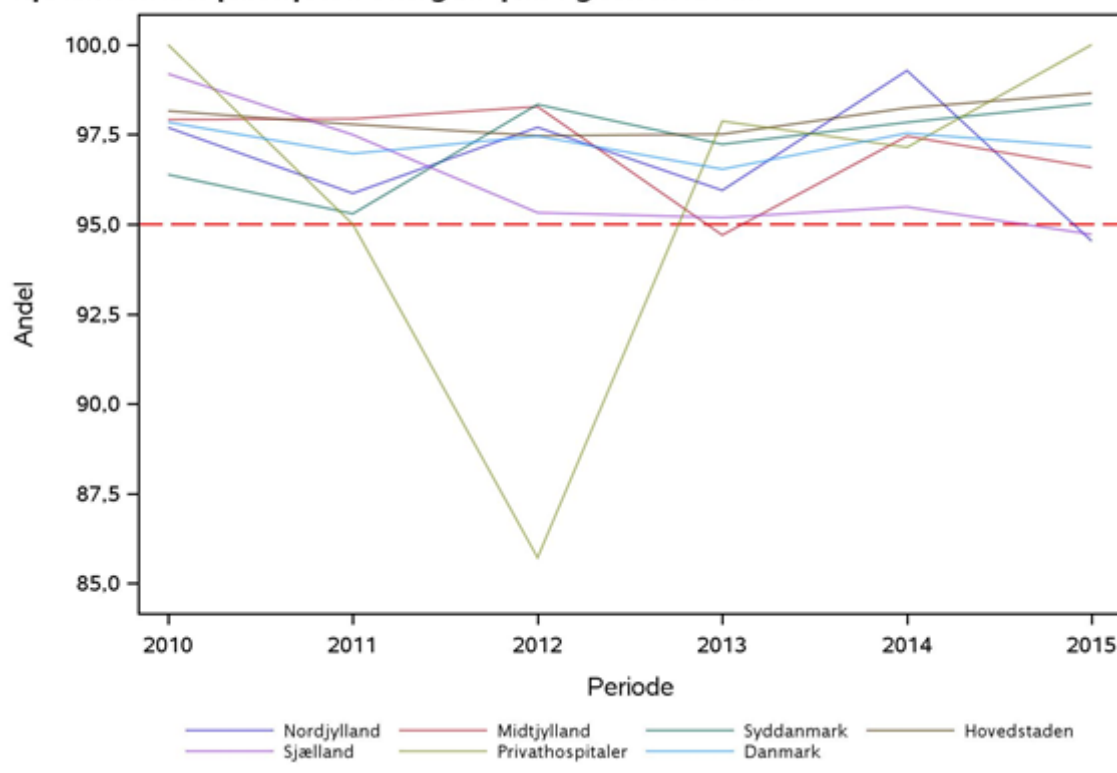
Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på regionsniveau.



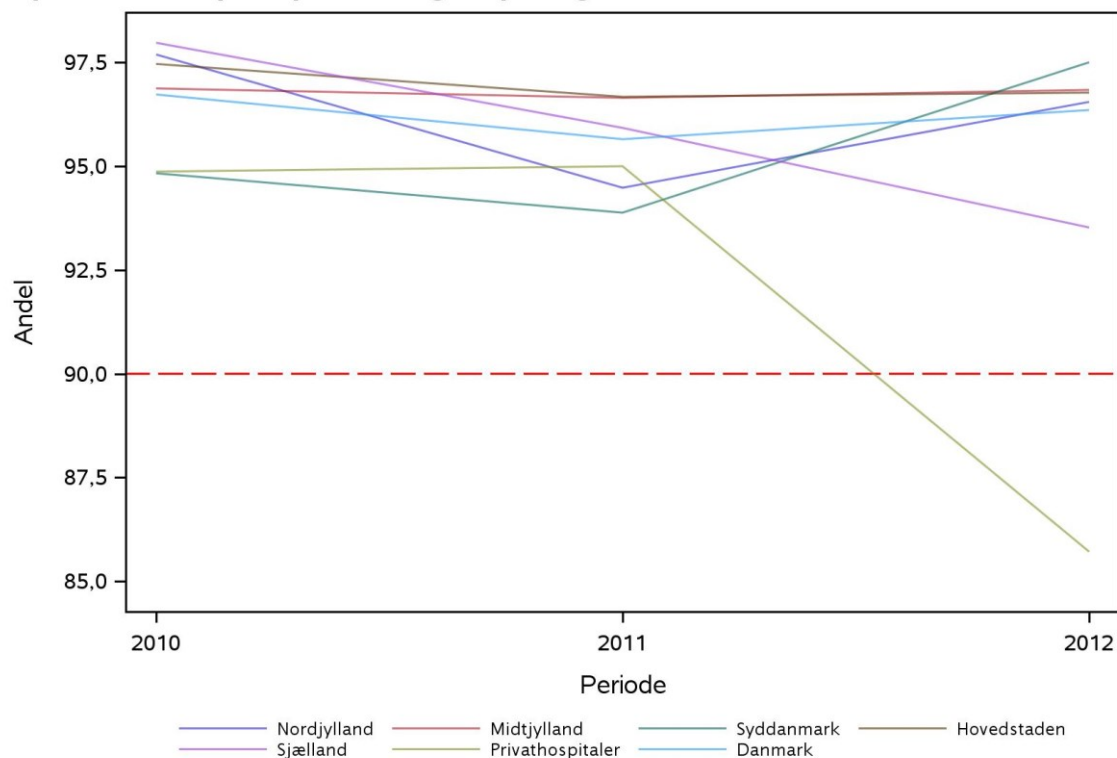
Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på regionsniveau.



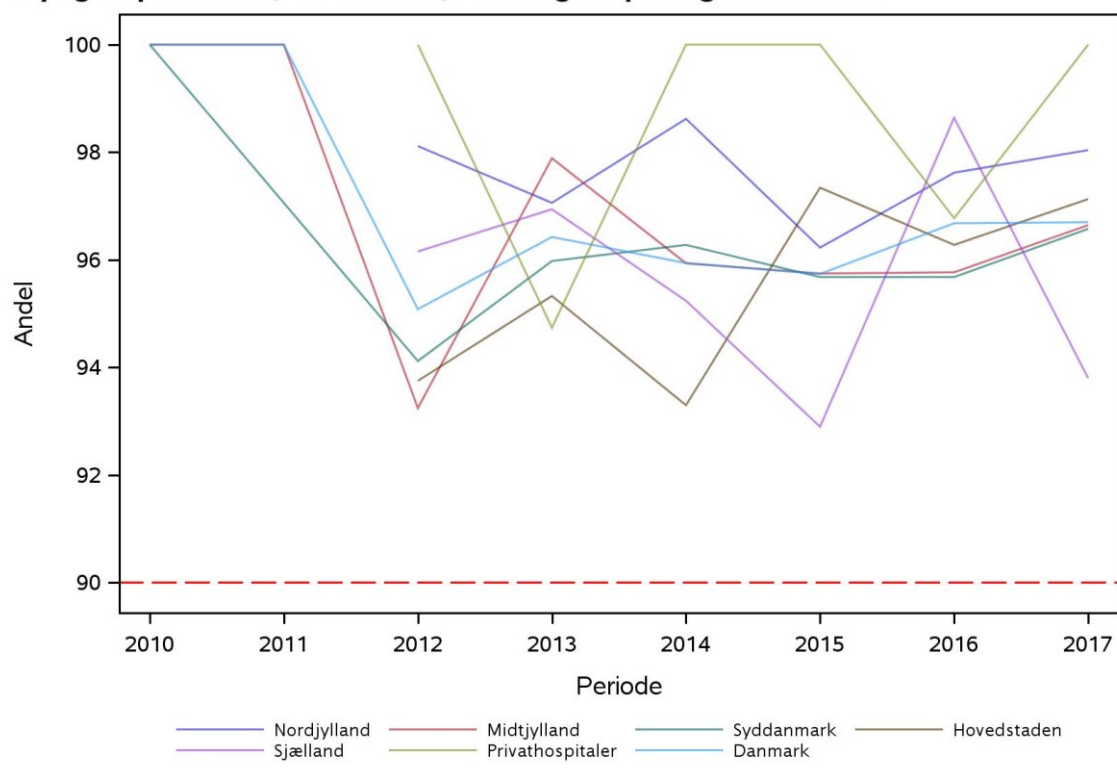
Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på regionsniveau.



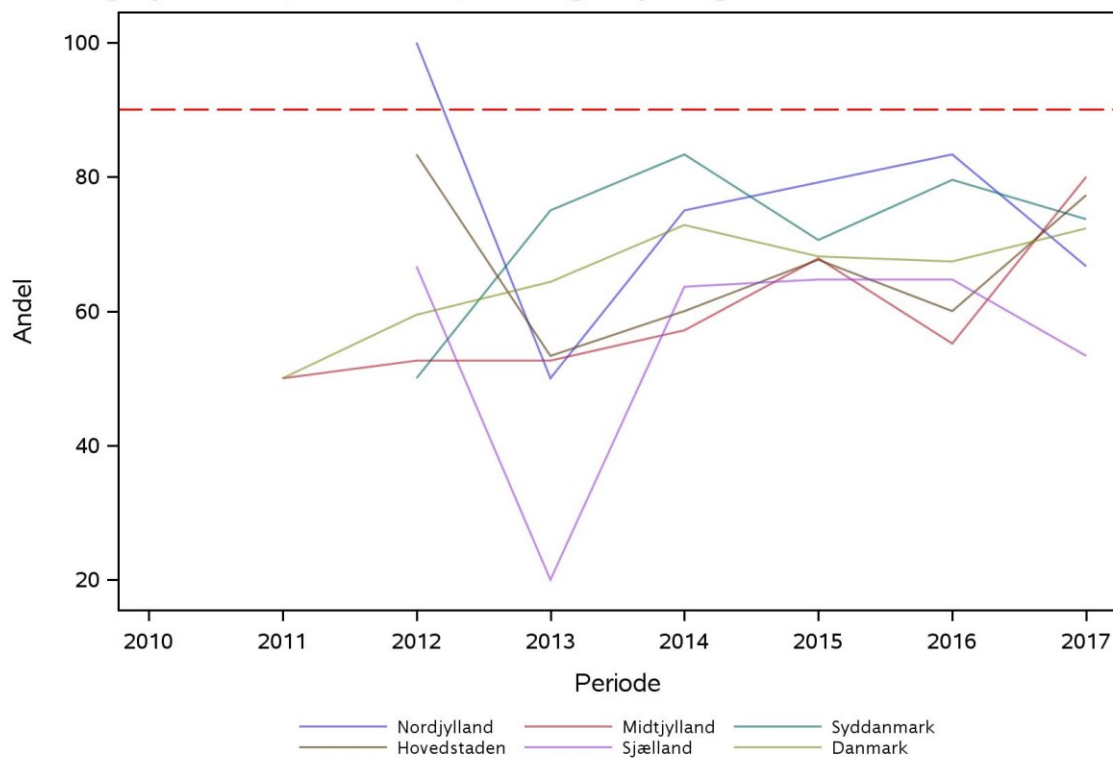
Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på regionsniveau.



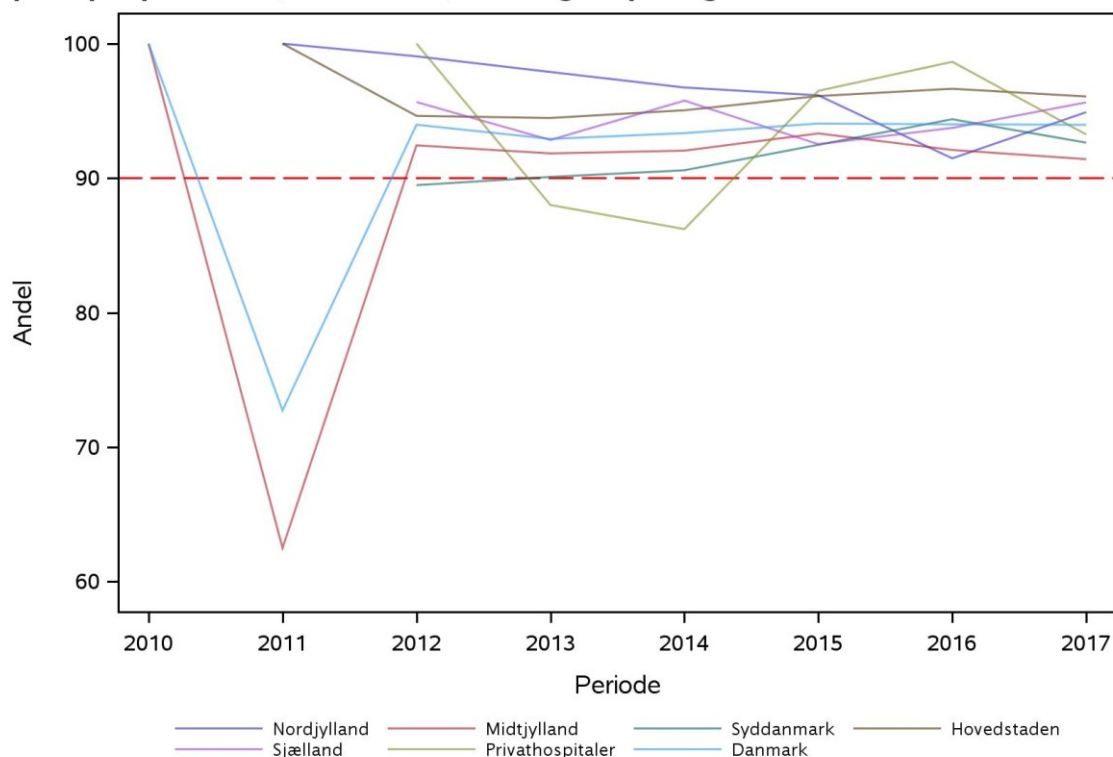
Indikator 19a: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 19b: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala). Trendgraf på regionsniveau.

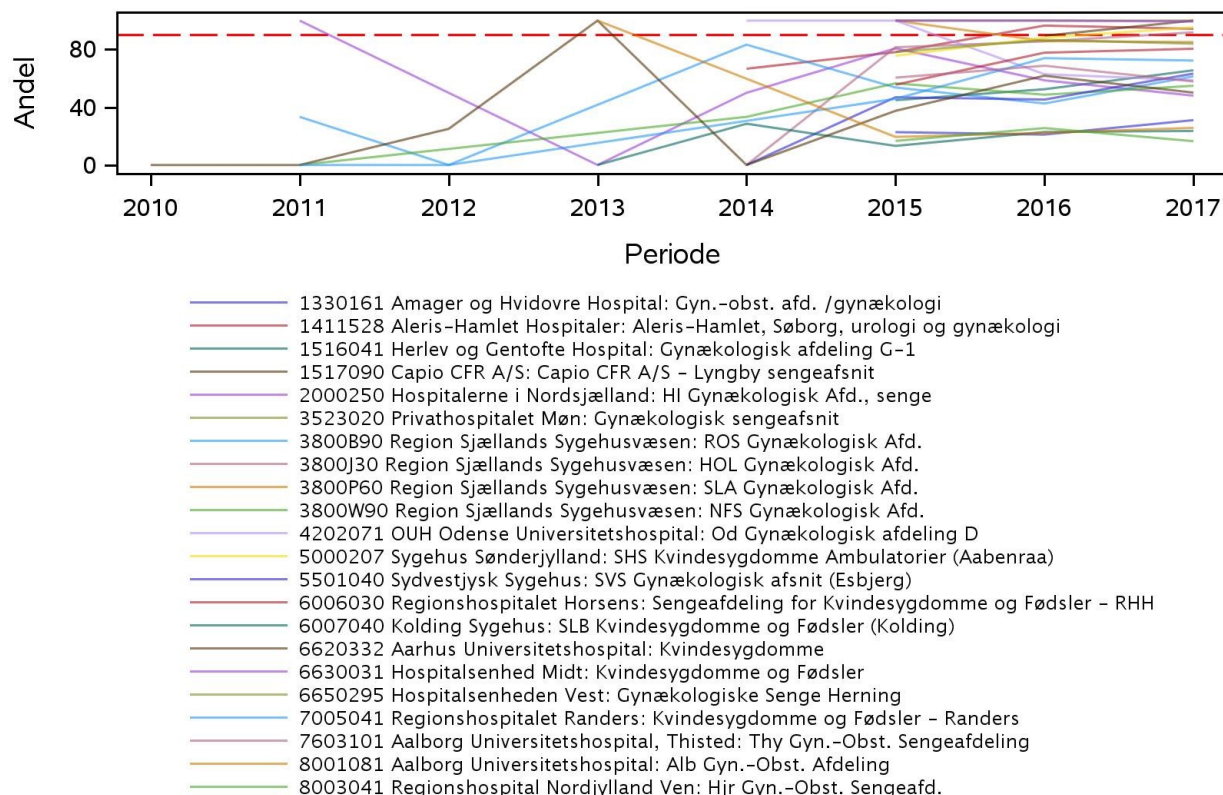


Indikator 20: Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala). Trendgraf på regionsniveau.

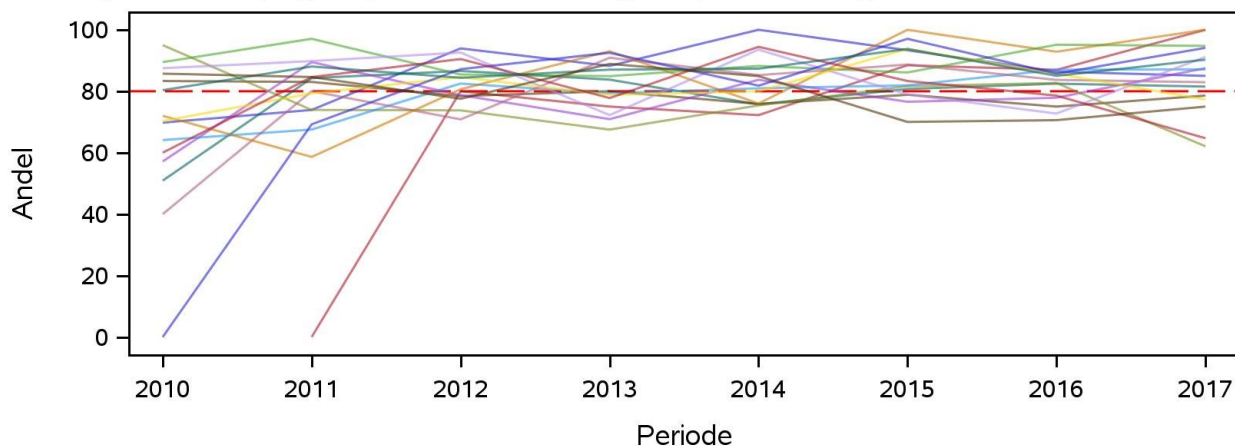


Trendfigurer pr. indikator og afdeling

Indikator 02: Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første fremmøde på sygehuset, bør være mindre end 1 måned. Trendgraf på afdelingsniveau.

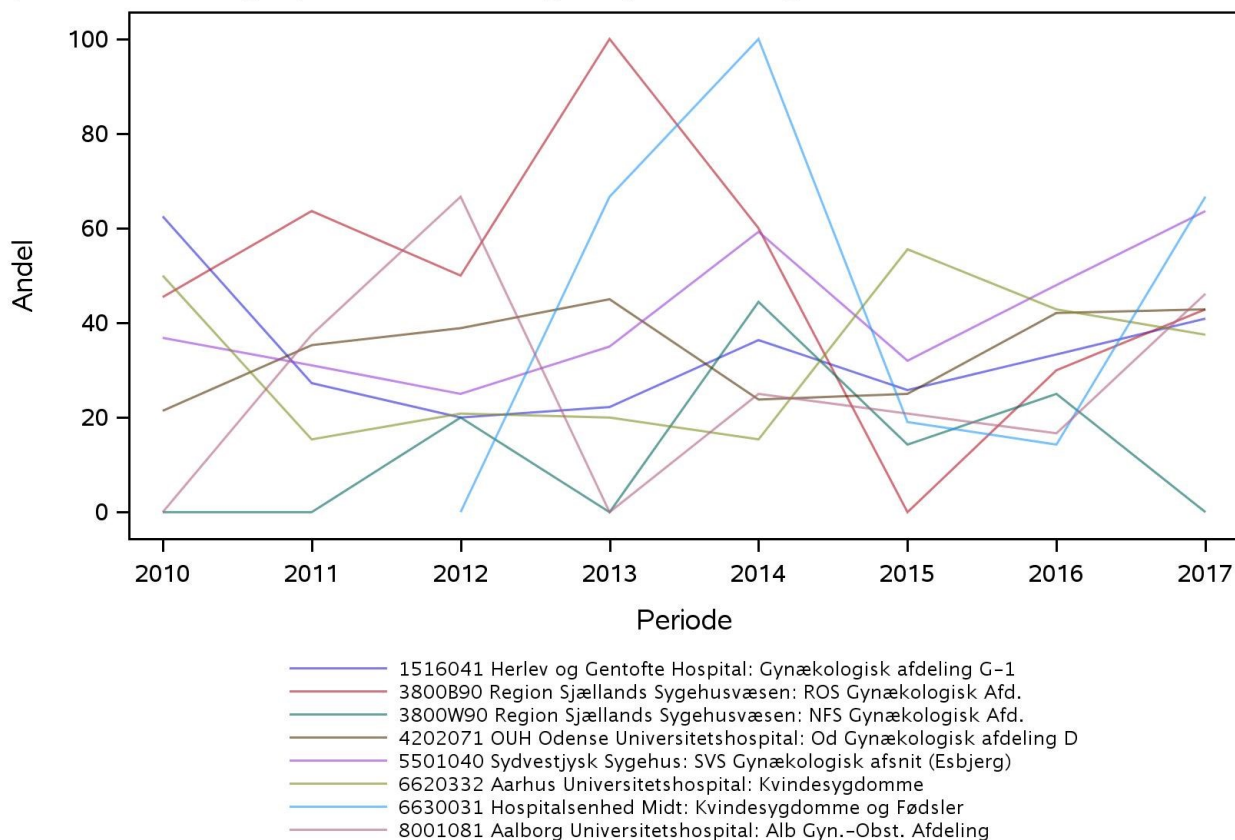


Indikator 03a: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation. Trendgraf på afdelingsniveau.

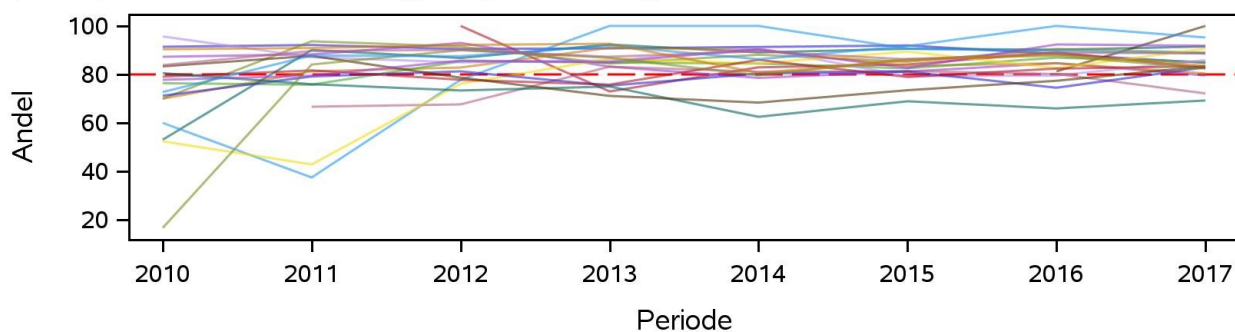


- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler – Randers
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafdel.

Indikator 03b: Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 07: Prolaps – Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation. Trendgraf på afdelingsniveau.

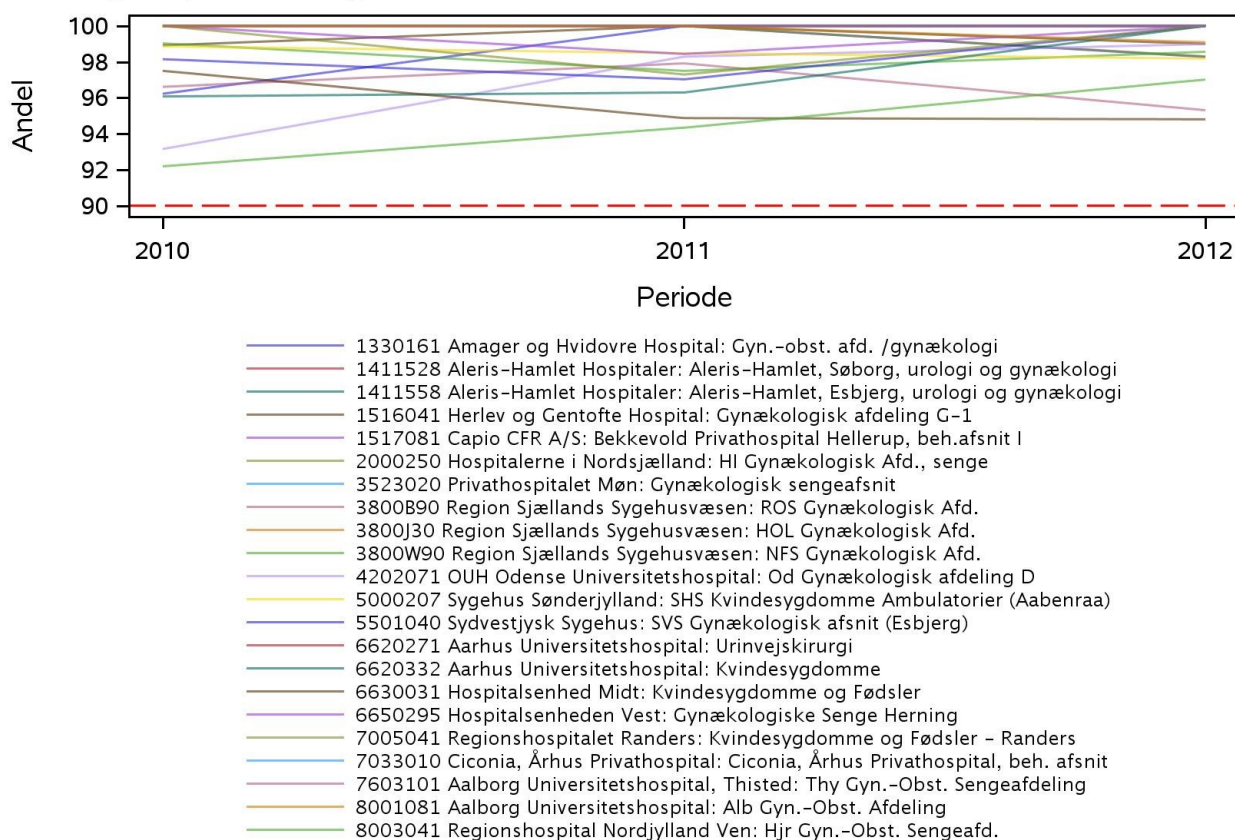


- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 1517090 Caphio CFR A/S: Caphio CFR A/S – Lyngby sengeafsnit
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler – RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler – Randers
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

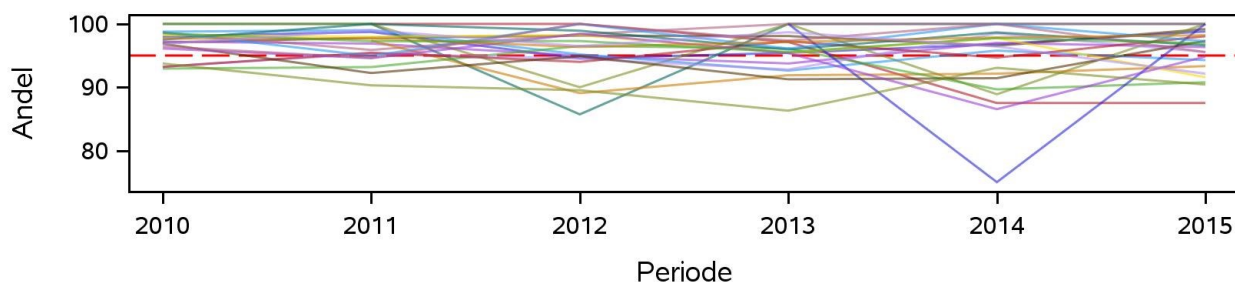
Indikator 11: Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 12: Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens. Trendgraf på afdelingsniveau.

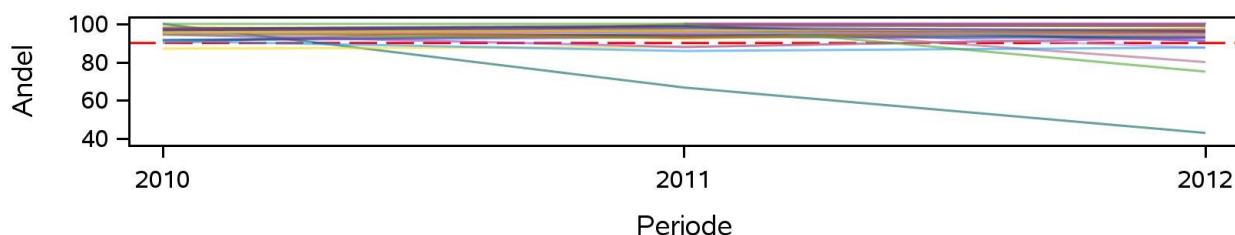


Indikator 13: Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på afdelingsniveau.



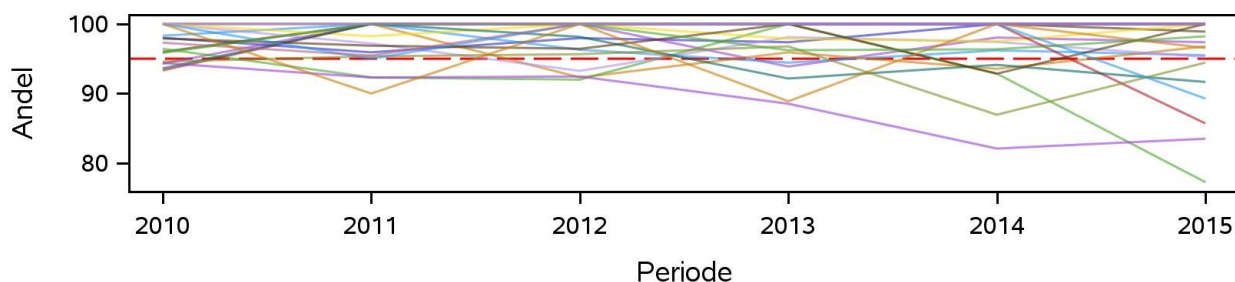
- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5013010 Privathospitalet Kollund: Privathospitalet Kollund, Kruså ortopædkirurgisk afsnit
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

Indikator 14: Recidivoperation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på afdelingsniveau.



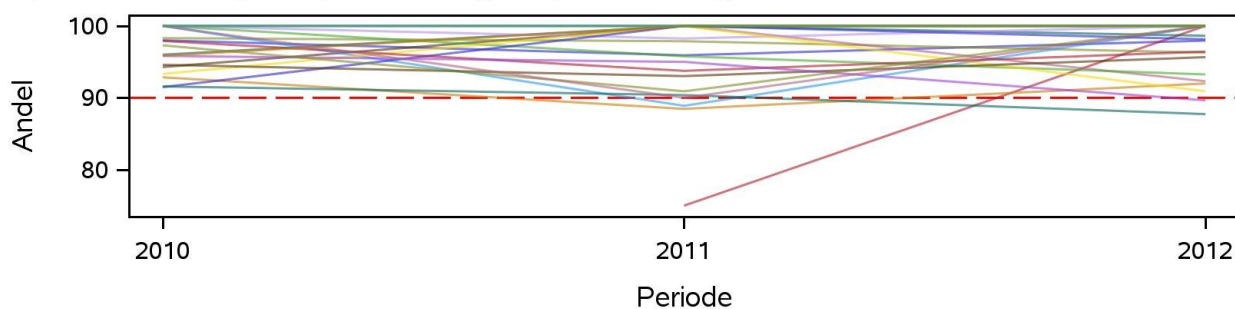
- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 1517081 Capio CFR A/S: Bekkevold Privathospital Hellerup, beh.afsnit I
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3021010 Privathospitalet Sorana, Sorø: Privathospitalet Sorana, Sorø, beh.afsnit
- 3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers
- 7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

Indikator 15: Recidivoperation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på afdelingsniveau.



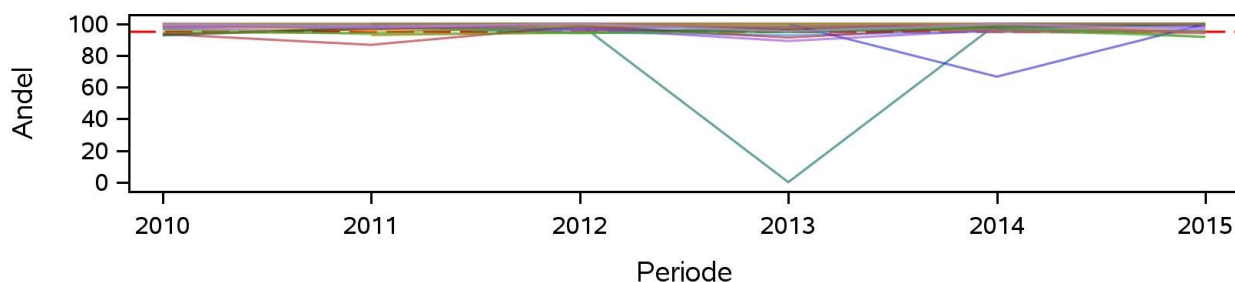
- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5013010 Privathospitalet Kollund: Privathospitalet Kollund, Kruså ortopædkirurgisk afsnit
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

Indikator 16: Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på afdelingsniveau.



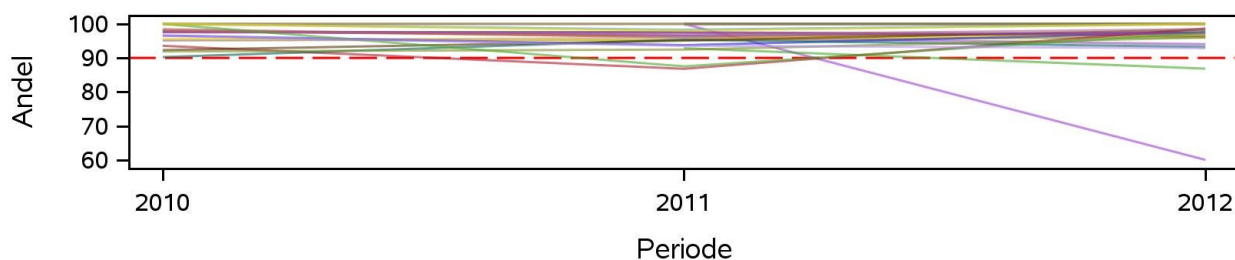
- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers
- 7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

Indikator 17: Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på afdelingsniveau.



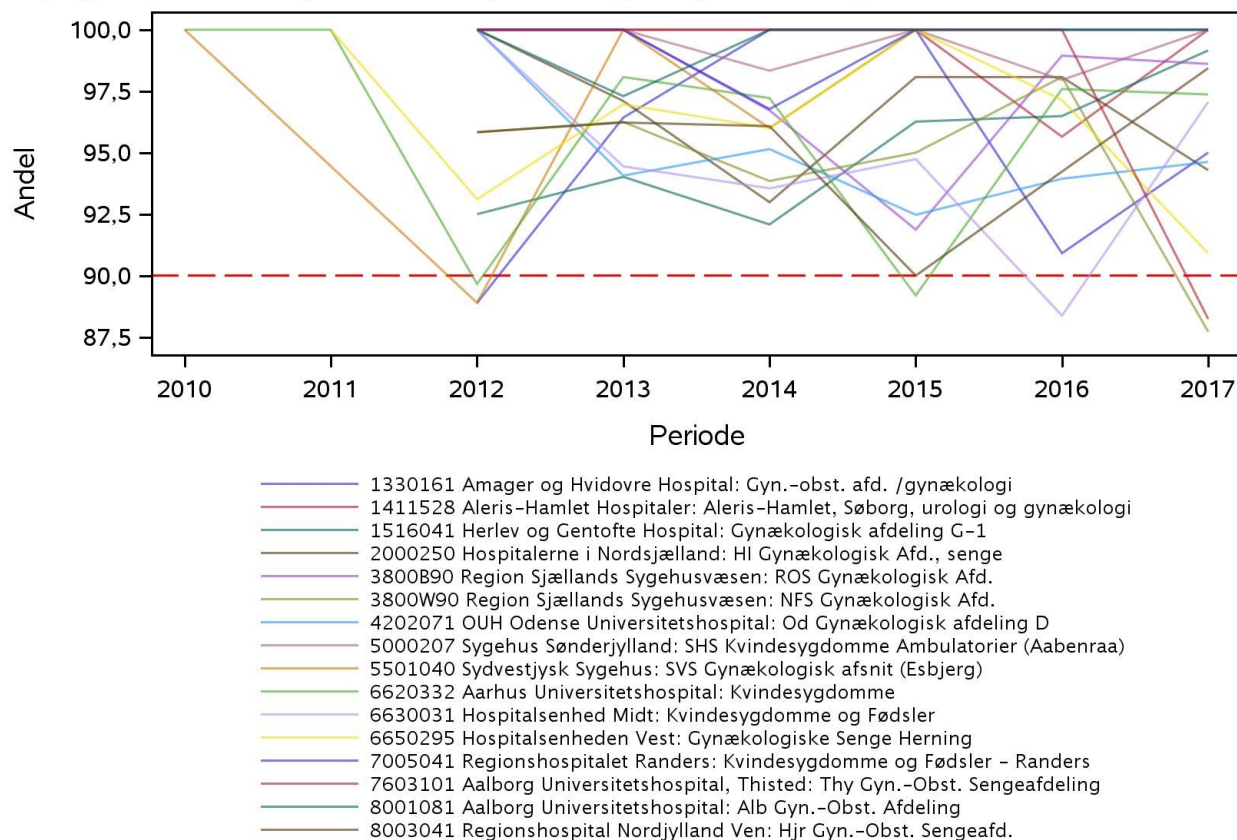
- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5013010 Privathospitalet Kollund: Privathospitalet Kollund, Kruså ortopædkirurgisk afsnit
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

Indikator 18: Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps. Trendgraf på afdelingsniveau.

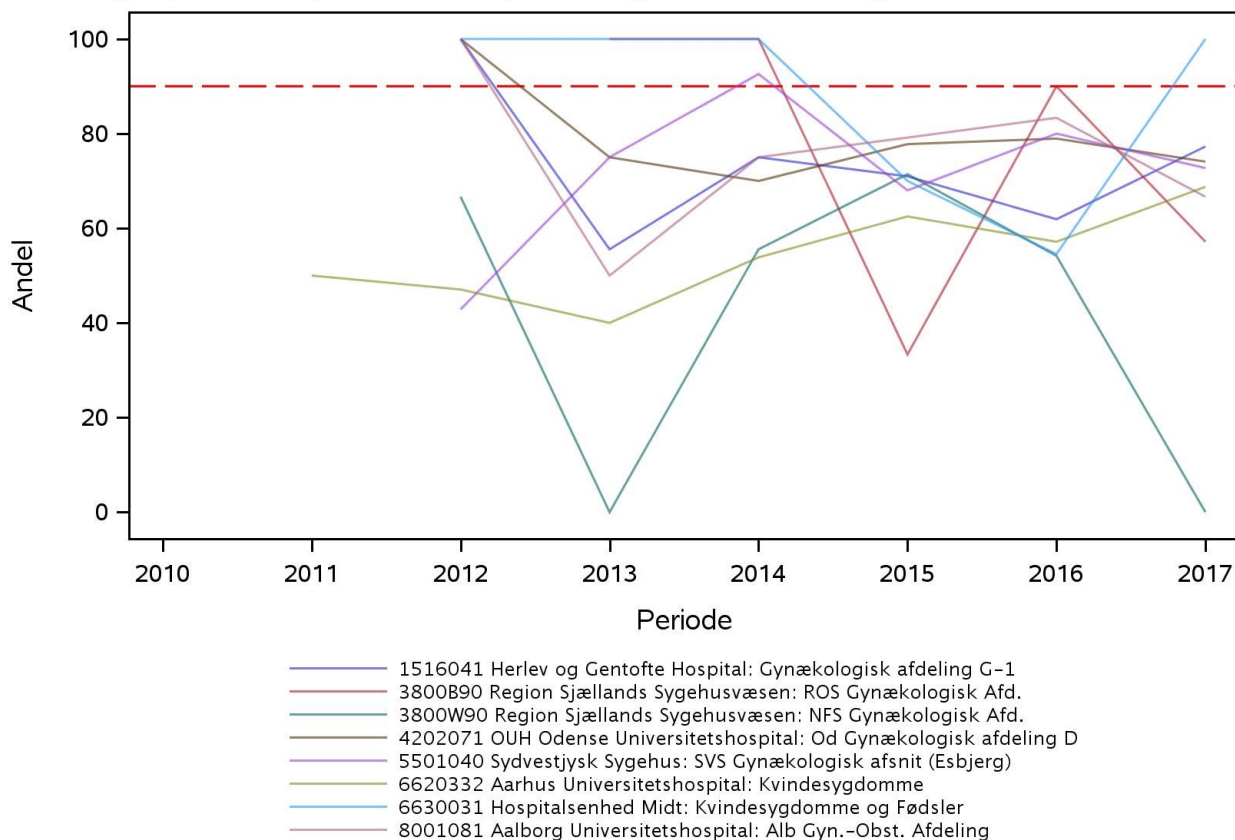


- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1411548 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Aalborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 1517081 Caphio CFR A/S: Bekkevoild Privathospital Hellerup, beh.afsrit I
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3523020 Privathospitalet Møn: Gynækologisk sengeafsnit
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler - RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler - Randers
- 7033010 Ciconia, Århus Privathospital: Ciconia, Århus Privathospital, beh. afsnit
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

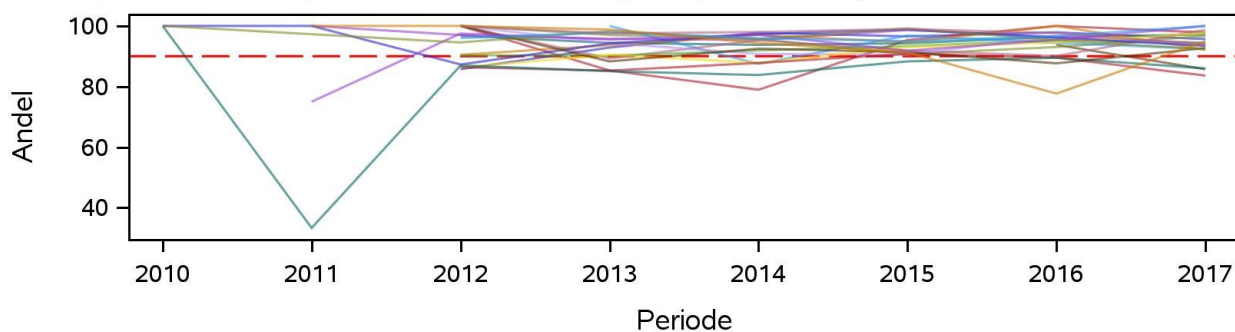
Indikator 19a: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala). Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 19b: Inkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala). Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 20: Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala). Trendgraf på afdelingsniveau.



- 1330161 Amager og Hvidovre Hospital: Gyn.-obst. afd. /gynækologi
- 1411528 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aleris-Hamlet, Søborg, urologi og gynækologi
- 1516041 Herlev og Gentofte Hospital: Gynækologisk afdeling G-1
- 1517090 Caphio CFR A/S: Caphio CFR A/S – Lyngby sengeafsnit
- 2000250 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Gynækologisk Afd., senge
- 3800B90 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Gynækologisk Afd.
- 3800J30 Region Sjællands Sygehusvæsen: HOL Gynækologisk Afd.
- 3800P60 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Gynækologisk Afd.
- 3800W90 Region Sjællands Sygehusvæsen: NFS Gynækologisk Afd.
- 4202071 OUH Odense Universitetshospital: Od Gynækologisk afdeling D
- 5000207 Sygehus Sønderjylland: SHS Kvindesygdomme Ambulatorier (Aabenraa)
- 5501040 Sydvestjysk Sygehus: SVS Gynækologisk afsnit (Esbjerg)
- 6006030 Regionshospitalet Horsens: Sengeafdeling for Kvindesygdomme og Fødsler – RHH
- 6007040 Kolding Sygehus: SLB Kvindesygdomme og Fødsler (Kolding)
- 6620332 Aarhus Universitetshospital: Kvindesygdomme
- 6630031 Hospitalsenhed Midt: Kvindesygdomme og Fødsler
- 6650295 Hospitalsenheden Vest: Gynækologiske Senge Herning
- 7005041 Regionshospitalet Randers: Kvindesygdomme og Fødsler – Randers
- 7603101 Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Gyn.-Obst. Sengeafdeling
- 8001081 Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-Obst. Afdeling
- 8003041 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Gyn.-Obst. Sengeafd.

8. Appendiks 2: Supplerende statistik

Tabel B1– Fordeling på opfølgningstyper for patientforløb med operation i 2017

Sygehus/Afdeling ^a	+ Patientskema kontrol				- Patientskema kontrol				Antal operationer
	+ Læge EU		- Læge EU		+ Læge EU		- Læge EU		
	Antal	Pct	Antal	Pct	Antal	Pct	Antal	Pct	
Ukendt afdeling	31	96,9%	#	3,1%	.	.	.	.	#
133016 Amager og Hvidovre Hospital	100	80,6%	20	16,1%	.	.	4	3,2%	124
151604 Herlev og Gentofte Hospital	508	98,1%	#	0,4%	.	.	8	1,5%	#
200025 Hospitalerne i Nordsjælland	268	96,4%	4	1,4%	.	.	6	2,2%	278
3800B9 ROS Gynækologi-Obstetrik	384	61,3%	19	3,0%	149	23,8%	74	11,8%	626
3800J3 HOL Gynækologi-Obstetrik	111	78,7%	6	4,3%	6	4,3%	18	12,8%	141
3800P6 SLA Gynækologi-Obstetrik	#	1,4%	118	79,7%	#	1,4%	26	17,6%	148
3800W9 NFS Gynækologi-Obstetrik	141	66,8%	39	18,5%	13	6,2%	18	8,5%	211
420207 OUH Odense Universitetshospital	382	59,2%	107	16,6%	54	8,4%	102	15,8%	645
500020 Sygehus Sønderjylland	148	90,8%	#	0,6%	10	6,1%	4	2,5%	#
550104 Sydvestjysk Sygehus	142	73,6%	7	3,6%	11	5,7%	33	17,1%	193
600704 Kolding Sygehus	121	92,4%	#	1,5%	4	3,1%	4	3,1%	#
600603 Regionshospitalet Horsens	57	83,8%	5	7,4%	#	1,5%	5	7,4%	#
662033 Aarhus Universitetshospital	219	39,7%	284	51,5%	16	2,9%	32	5,8%	551
663003 Hospitalsenhed Midt	.	.	175	79,5%	.	.	45	20,5%	220
665029 Hospitalsenheden Vest	176	98,3%	#	0,6%	.	.	#	1,1%	179
700504 Regionshospitalet Randers	6	3,1%	142	74,3%	#	0,5%	42	22,0%	#
760310 Aalborg Universitetshospital, Thisted	43	86,0%	3	6,0%	#	2,0%	3	6,0%	#
800108 Aalborg Universitetshospital, Aalborg	316	83,6%	12	3,2%	4	1,1%	46	12,2%	378
800304 Regionshospital Nordjylland, Vendsyssel	37	19,9%	130	69,9%	14	7,5%	5	2,7%	186
141152 Aleris-Hamlet Hospitaler: Søborg	80	92,0%	.	.	.	.	7	8,0%	87
141154 Aleris-Hamlet Hospitaler: Aalborg	#	25,0%	#	25,0%	.	.	#	50,0%	#
151709 Capio CFR A/S: Lyngby	16	84,2%	#	5,3%	#	5,3%	#	5,3%	#
352302 Privathospitalet Møn	16	53,3%	#	3,3%	12	40,0%	#	3,3%	#
501301 Privathospitalet Kollund: Kruså	3	75,0%	.	.	.	.	#	25,0%	#
Danmark	3308	63,9%	1081	20,9%	299	5,8%	489	9,4%	5177

Anm.: Opfølgning efter operation skal være registreret i perioden 2017 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 2017 er medtaget i tabellen.

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B1

Da tiden fra operation til både patientens og lægens efterkontrolskema for langt de fleste patienters vedkommende er under 1 år (jf. Figur B2 og Figur B3, se nedenfor), vil langt de fleste efterkontrolskemaer for forløb i 2017 være registreret i Tabel B1.

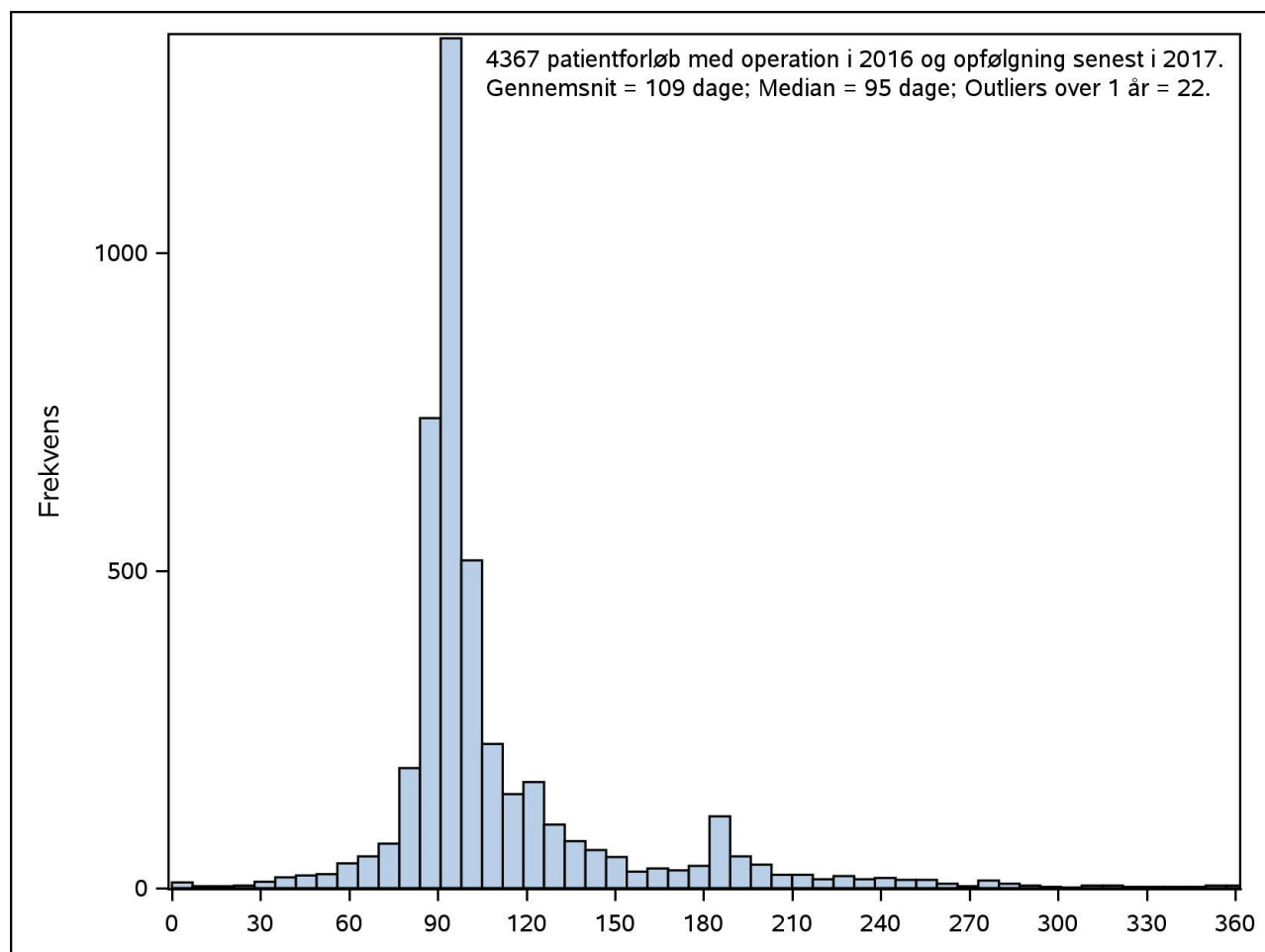
På landsplan havde 63,9 % af forløbene både patientens og lægens efterkontrolskema, 20,9 % havde kun patientens efterkontrolskema, 5,8 % havde kun lægens efterkontrolskema, mens 9,4 % hverken havde patientens eller lægens efterkontrolskema.

Der ses stor forskel i afdelingernes procedurer for efterkontrol, blandt afdelinger med mindst 10 patientforløb varierende fra 1 % til 98 % for operationer hvor både patient- og lægeskema er udfyldt, og varierende

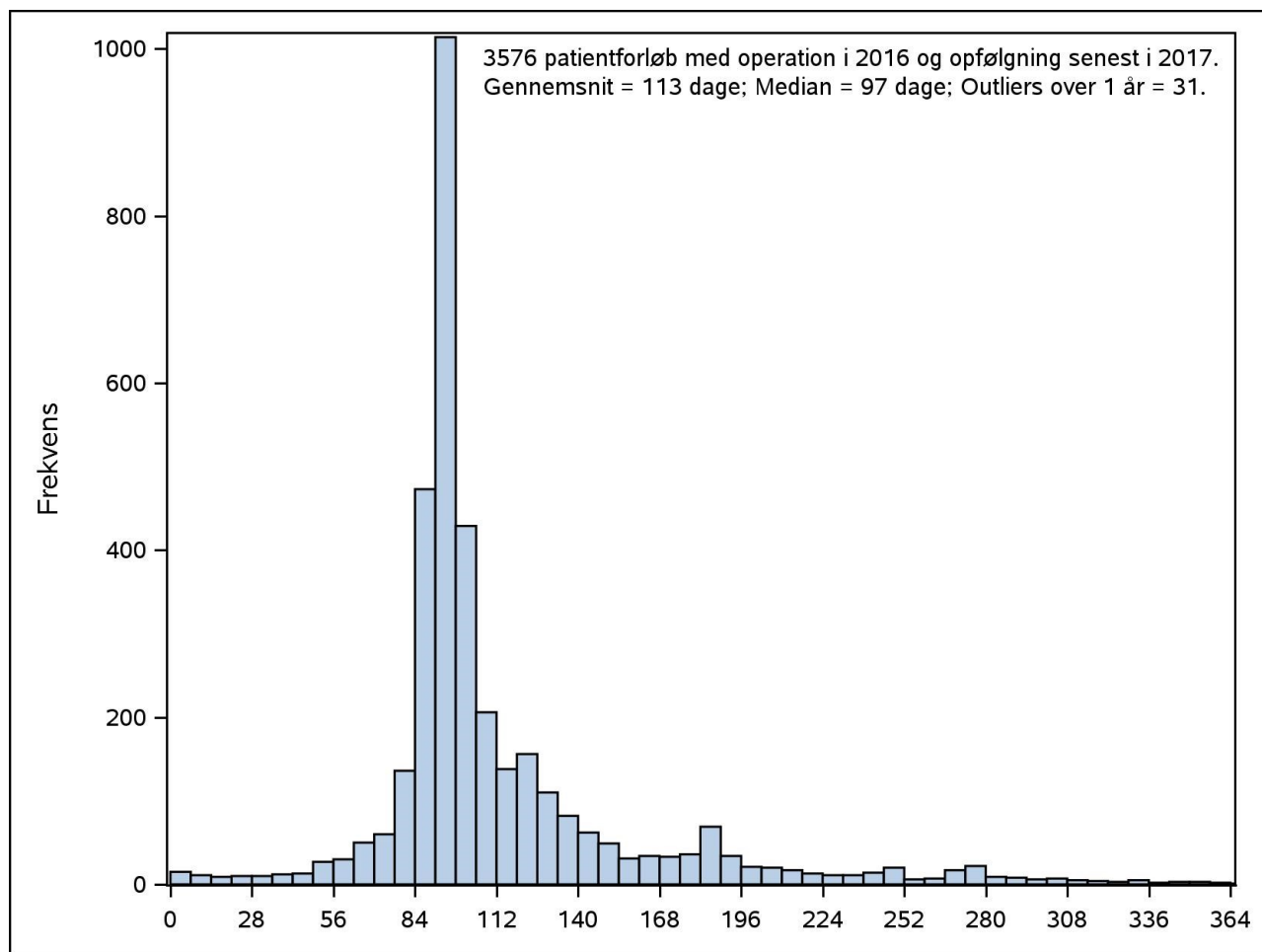
fra 1 % til 22 % for operationer, hvor hverken patient- eller lægeskema er udfyldt. Der er stor variation blandt afdelinger for udfyldte patientskemaer, hvor lægeskemaet ikke er udfyldt.

Den 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 B2 - Fordeling af opfølgningstid, patientens efterkontrol, operation i 2017

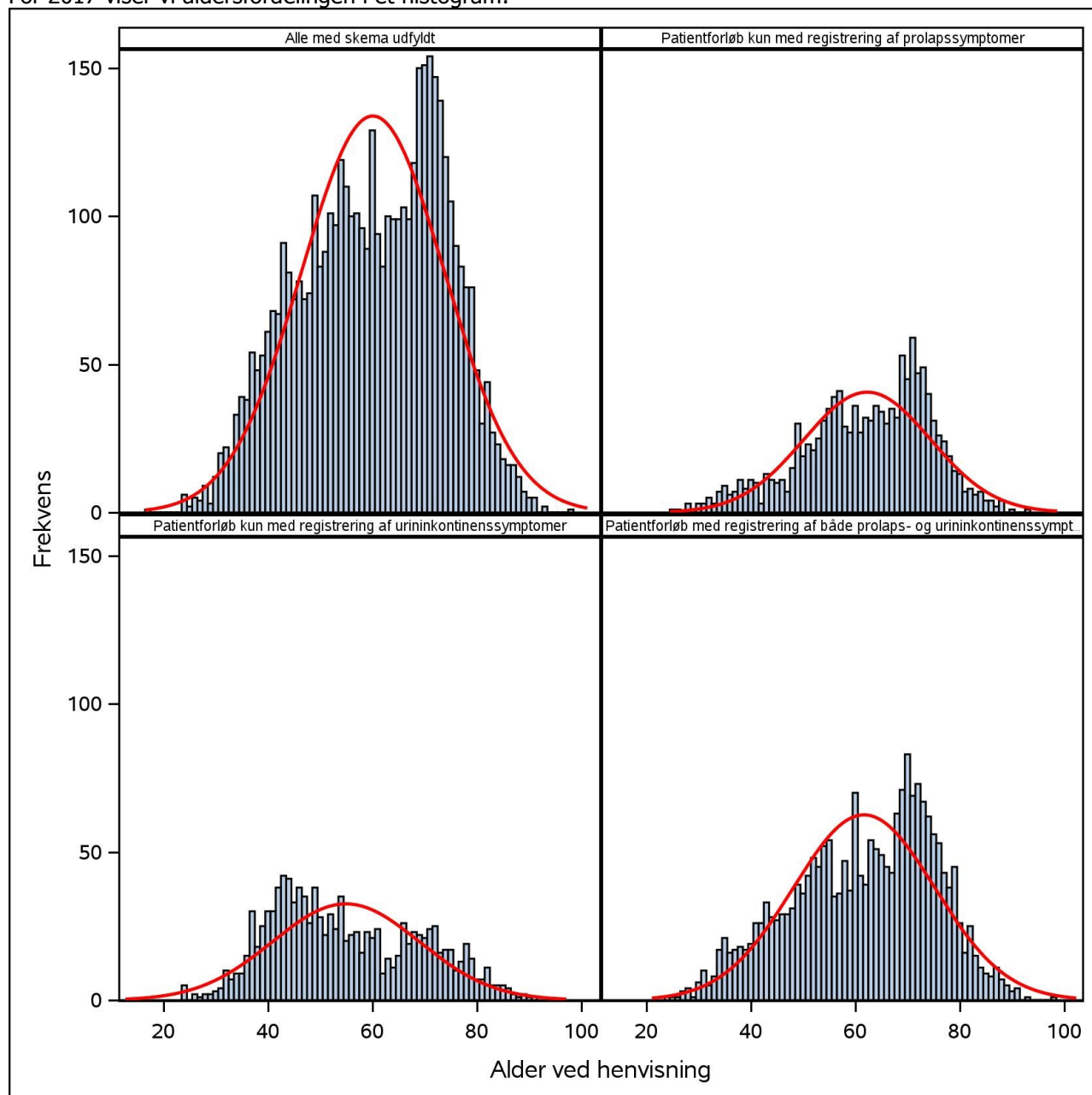


Figur B3 - Fordeling af opfølgningstid, lægens efterundersøgelse, for patienter med operation i 2017

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B2 og Figur B3:

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 2016.

For 2017 viser vi aldersfordelingen i et histogram:



Figur B4 - Aldersfordeling ved henvisning hos patienter med henvisningsdato i 2017 (både opererede og ikke-opererede patienter), hvor der samtidig er udfyldt patientskema før behandling

Klinisk-epidemiologiske kommentarer Figur B4:

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

Tabel B2 - Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2017 (N = 6961)

Operations-kode	Beskrivelse	Antal	%	Kum. %	Med i indikator ^a			
					UI	Slynge	Bulking	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2356	33,85	33,85				x
KLEF03	Bageste kolporafi	1322	18,99	52,84				x
KLEG10	Vaginal uretrocytostepsi med slynge	548	7,87	60,71	x	x		
KLEG10A	Vaginal uretrocytostepsi m. slynge genn. foramen obturatum	354	5,09	65,80	x	x		
KLDC10 + DN81	Resektion af livmoderhals	345	4,96	70,75				x
KLCD10 + DN81	Vaginal hysterektomi	316	4,54	75,29				x
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	284	4,08	79,37				x
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	194	2,79	82,16				x
KUKC02	Cystoskopi	171	2,46	84,61				
KKCV05	Transluminal injektion i blærevæg	163	2,34	86,96				
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	156	2,24	89,20	x		x	
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	119	1,71	90,91				x
KLFE20	Sutur af perineum	108	1,55	92,46				
KLFE10	Vulvoplastik	105	1,51	93,97				
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	68	0,98	94,94				x
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterektomi med meche	62	0,89	95,83				x
KLEF00B	Manchesteroperation	58	0,83	96,67				x
KLEF10	Kolpoperineoplastik	38	0,55	97,21				x
KLEF20	Partiel kolpoplekse	34	0,49	97,70				x
KLEF23	Komplet kolpoplekse	31	0,45	98,15				x
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	22	0,32	98,46				x
KLEX3G		16	0,23	98,69	x	x		
KLFE00	Sutur af vulva	16	0,23	98,92				
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	15	0,22	99,14				
KLEE00	Sutur af vagina	12	0,17	99,31				
KLCG20	Hysteropeksi	10	0,14	99,45				
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	7	0,10	99,55				x
KZXX00	anvendelse af robot	7	0,10	99,66				
KLFE10A	Fenton-plastik	6	0,09	99,74				
KKDG30	Abdominal uretrocytostepsi med slynge	3	0,04	99,78	x			
KLED00 + DN81	Kolpektomi	3	0,04	99,83				x
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	3	0,04	99,87				x
KLEF50	Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	3	0,04	99,91				x
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	2	0,03	99,94				x
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	2	0,03	99,97				x
KLEF50A	Abdominal apikal kolpopeksi eft. tidl. hysterektomi m. meche	1	0,01	99,99				x
KUKD02	Uretroskopi	1	0,01	100,00				

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. Antal operationer i 2017: 4941. Antal operationer i 2016: 5177.

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

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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B2:

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

Blandt de 6961 operative indgreb er der 614 (8,8 %) 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 B2:

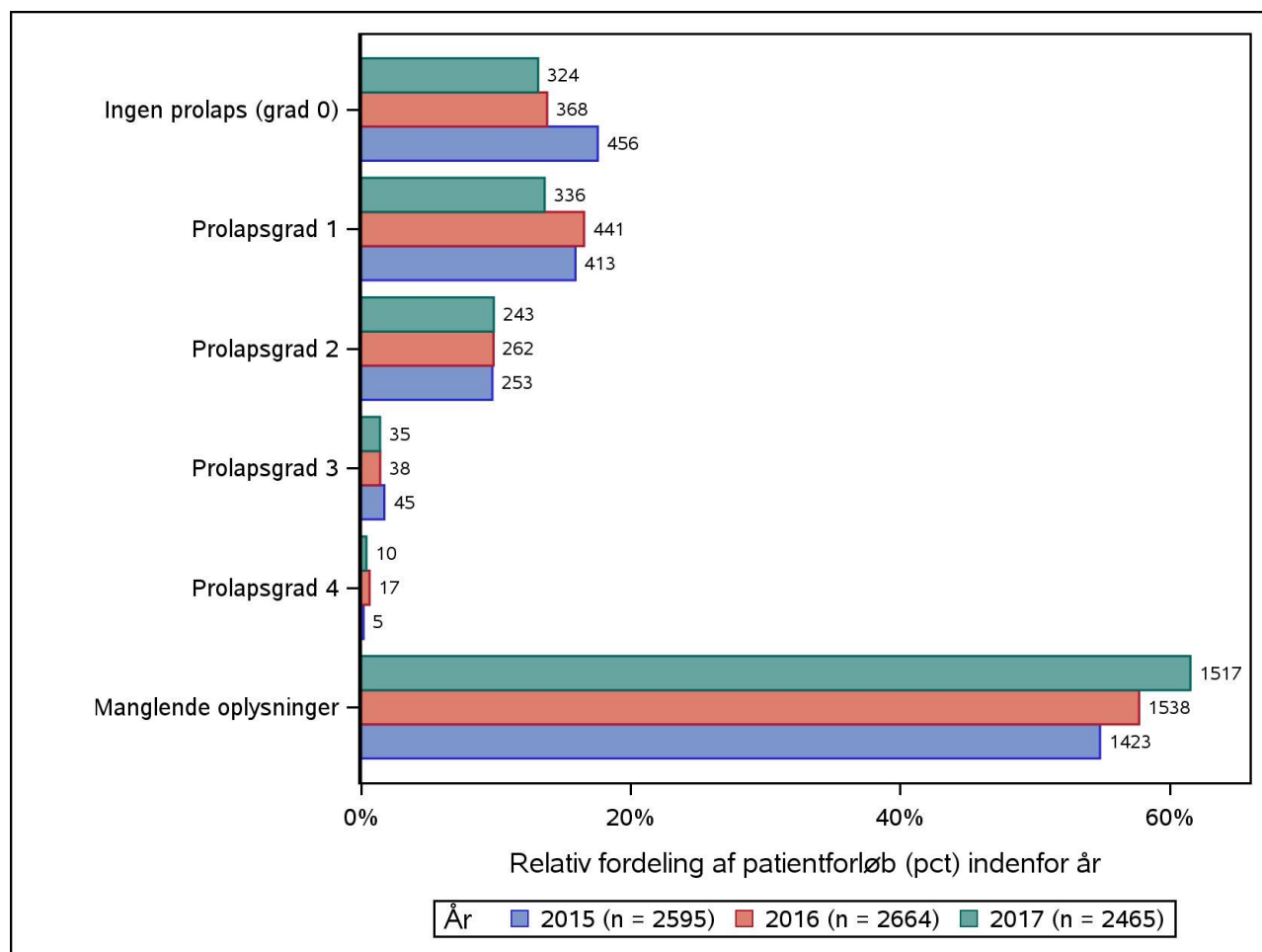
Tabel B3 - Antal patientforløb med operationsdato i 2016-2017, fordelt på indgrebstyper

Operationstype	2017			2016		
	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Antal	Pct.	Kum. Pct.
Inkontinensindgreb ifm. operation	1064	22,7 %	22,7 %	1172	23,8 %	23,8 %
Prolapsindgreb ifm. operation	3619	77,1 %	99,7 %	3746	75,9 %	99,7 %
Både inkontinens- og prolapsindgreb ifm. samme operation	13	0,3 %	100 %	15	0,3 %	100 %
Antal patientforløb med operation, i alt	4696	100 %	100 %	4933	100 %	100 %

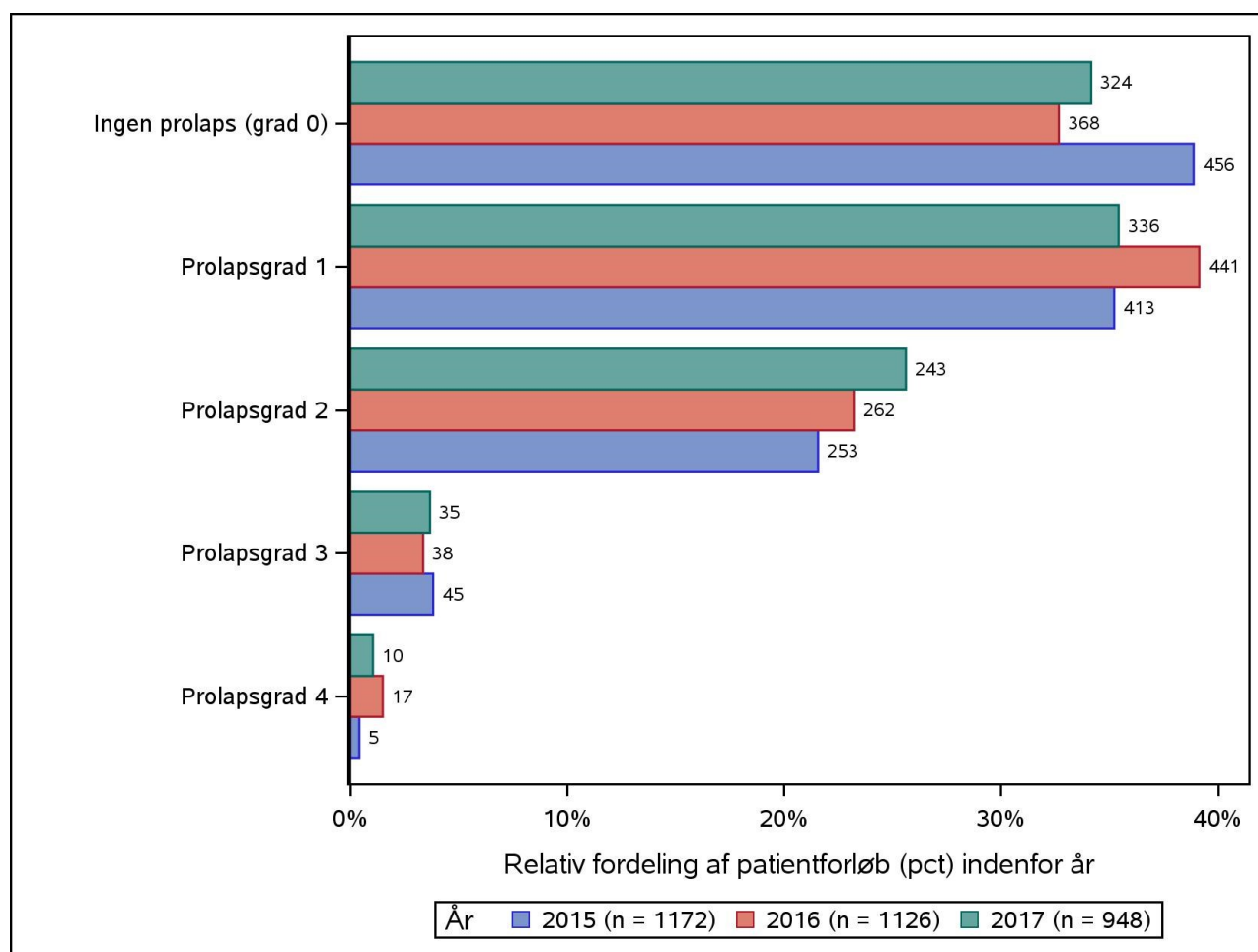
Anm. Operationstype-kategorier er gensidigt udelukkende, idet kategorierne Urininkontinens-, Prolaps- samt Urininkontinens- og prolapsindgreb har forrang i forhold til gruppen Andre indgreb (ikke urininkontinens eller prolaps).

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Tabel B3:

Af datatekniske hensyn er kategorierne "Andre indgreb (ikke inkontinens eller prolaps)" samt "Uoplyst" udelukket af Tabel B2. Disse 2 kategorier har i de foregående år udgjort ca. 2 % af alle indgrebstyper. Blandt de øvrige operationer ses både inkontinens- og prolapsindgreb i forbindelse med samme operation næsten ikke.



Figur B5 - Prolapsgrad efter operation – for patienter med operation for prolaps, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2015-2017



Figur B6 - Prolapsgrad efter operation (uden kategorien 'Manglende oplysninger') – for patienter, hvor der samtidig er indleveret skema for lægens efterundersøgelse, 2015-2017

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B5 og Figur B6:

Figur B5 viser, at andelen af manglende oplysninger i 2015, 2016 og 2017 var hhv. 54,8 %, 57,7 % og 61,5 %, dvs. en stigende andel af manglende oplysninger. Andelen af prolapsgrad ≤ 1 (som indgik i den nu annullerede indikator 6) var i 2015, 2016 og 2017 hhv. 33,5 %, 30,4 % og 26,8 %, dvs. en faldende andel. Grundet den høje andel med manglende oplysning er det svært at vurdere disse tal. I Figur B6 vises prolapsgraden derfor med eksklusion af manglende oplysninger.

Figur B6 viser, at andelen af prolapsgrad ≤ 1 i 2015, 2016 og 2017 var hhv. 74,1 %, 71,8 % og 69,6 %. Således ses der også, når de uoplyste er sorteret fra, en faldende andel med prolapsgrad ≤ 1 . Det er ikke testet om faldet er statistisk signifikant.

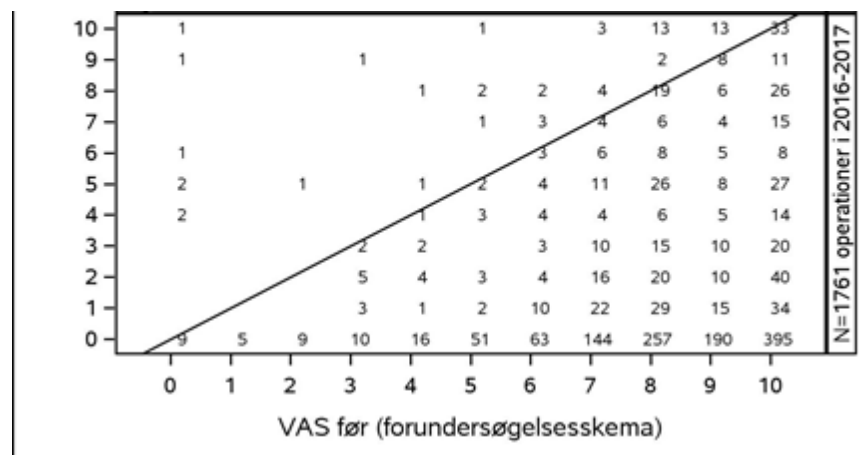
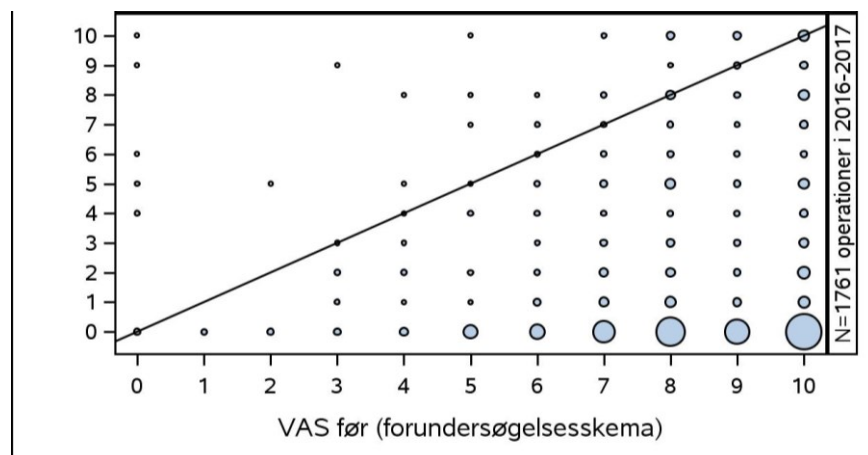
Konklusionerne for andelen med prolapsgrad ≤ 1 afhænger således ikke af, om forløb med manglende oplysninger er inkluderet eller ej. Dette indikerer, at patienter med manglende oplysninger ikke udgør en selekteret andel af patientgruppen i forhold til, om lægens skema efter operationen er udfyldt eller ej.

Styregruppens kommentar:

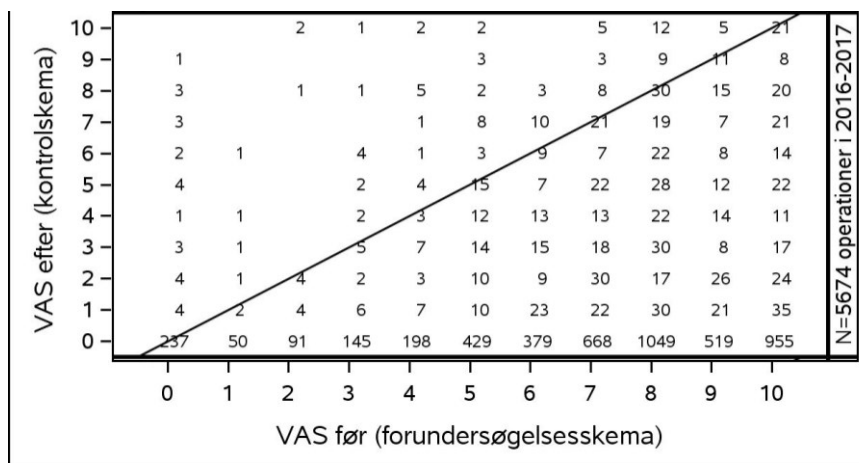
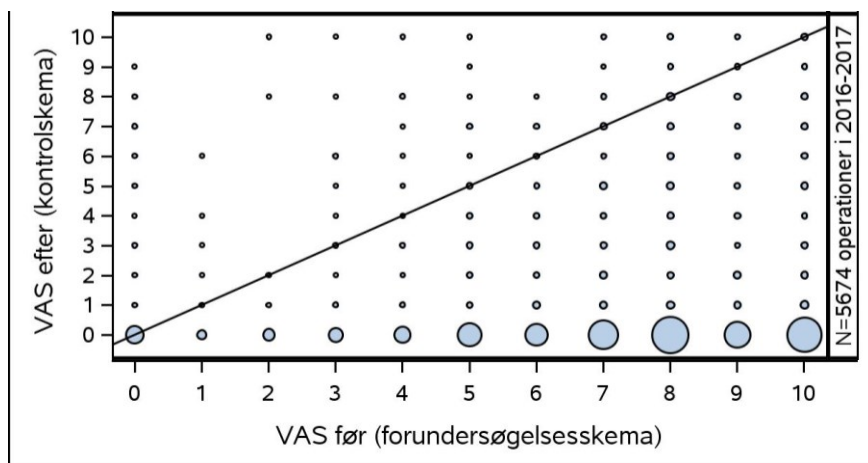
Bedømmelse af postoperativ prolapsgrad kræver, at patienten undersøges af en læge ved en postoperativ kontrol. Fagligt set har den postoperative prolapsgrad kun betydning, hvis patienten har symptomer og planlagte kontroller af symptomløse patienter giver derfor ikke mening.

Den øgede andel af uoplyste skyldes formodentlig, at afdelingerne i højere grad kun udfører behovsbestemte postoperative undersøgelser.

Derfor er det et godt resultat, når der blandt de postoperative undersøgelser, som registreres, findes den samme fordeling af prolapsgrader som i tidligere år.



Figur B7 - Urininkontinens: VAS-score før og efter operation (mindre er bedre)



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

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B7 og Figur B8:

Figurerne giver en visuel oversigt over tilfredshed iht. VAS-scoren før og efter operationen. Til højre figurer med eksakt antal patienter, og til venstre ses de tilsvarende figurer med cirkler, hvor arealet repræsenterer 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 B8) end af urininkontinensoperationer (Figur B7). 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.

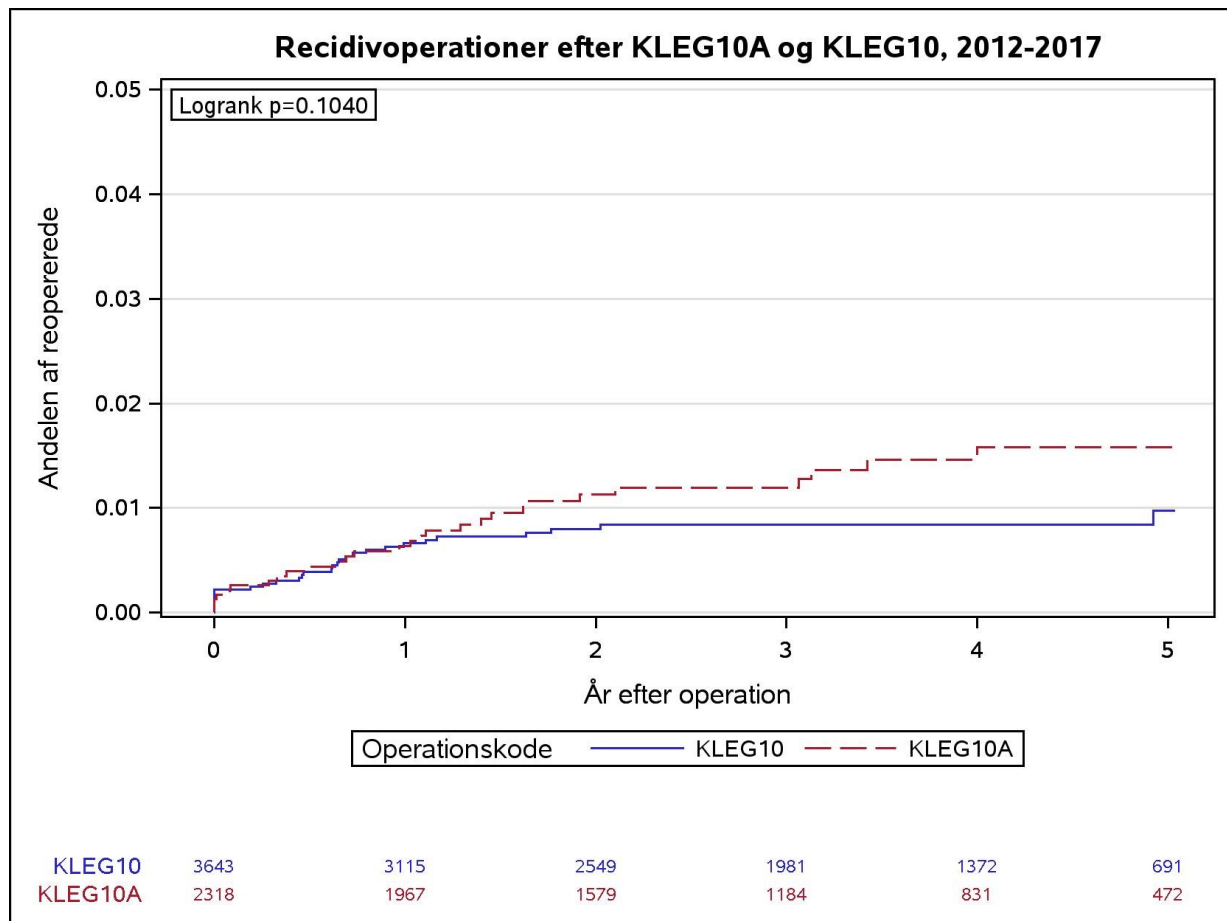
Der er ingen visuelle forskelle, når årene sammenlignes.

Styregruppens kommentar:

Ved tolkning af denne figur er det vigtigt at holde sig for øje, at den kirurgiske behandling af inkontinens kun retter sig mod stressinkontinens. Patienter, der lider af blandingsinkontinens, vil stadig opleve urgeinkontinens, som vil påvirke deres livskvalitet, uden at dette er udtryk for en dårlig operativ kvalitet.

Ligeledes kan der for patienter opereret for prolaps forekomme symptomer, som påvirker livskvaliteten og som en teknisk vellykket operation ikke har været rettet imod.

Det bemærkes, at en stor del af patienterne i begge grupper oplever en stor forbedring i VAS score.



Figur B9 - Andelen af recidivoperationer efter førstegangs operation med retropubisk slynge (SKS-kode KLEG10) eller transobturator slynge (SKS-kode KLEG10A) i 2012-2017

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B9:

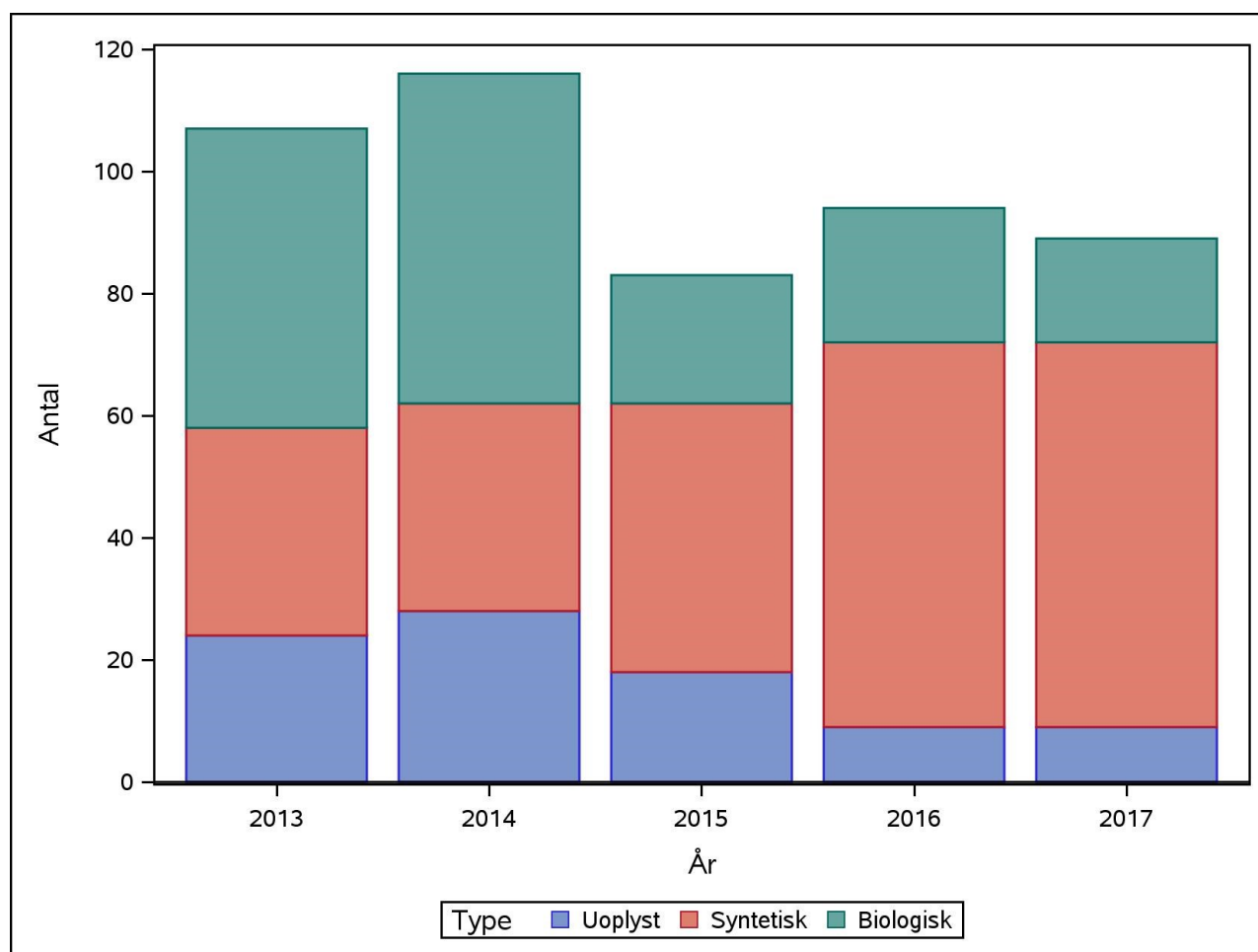
I de første 12 måneder efter den primære operation med midtarethral slynge (retropubisk slynge [SKS-kode KLEG10] eller transobturator slynge [SKS-kode KLEG10A]) er der ingen forskel i reoperationsraten mellem disse to operationstyper. Derefter begynder reoperationsraten at deviere mellem retropubisk slynge og transobturator slynge, idet flere patienter med en primær transobturator slynge-operation reopereres end patienter med en primær retropubisk slynge-operation. Efter 5 år er ca. 1,5 % af de primære transobturator slynge-operationspatienter reopereret, i modsætning til kun ca. 1,0 % af de primære retropubisk slynge-operationspatienter. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant (log-rank test, $p = 0.10$).

Styregruppens kommentarer til Figur B9:

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

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

Vi kan her præsentere et datamateriale, som nærmer sig den 10-dobbelte størrelse. Tallene er i sagens natur registerdata og kan ikke direkte sammenlignes med ovenstående. Vores data viser, at der generelt er færre som recidivopereres end i ovennævnte undersøgelser, og at der ikke er signifikant forskel på reoperationsraterne på retropubiske og transobturator slynger efter 5 år.



Figur B10 - Antal prolapsoperationer med mesh, 2013-2017, samt fordelingen af mesh-typer

Klinisk-epidemiologiske kommentarer til Figur B10:

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

Antal prolapsoperationer med mesh var over 200 i 2012 (data ikke vist her, men kan ses af Årsrapport 2016). I 2013 og 2014 var antallet halveret, i 2015 sås en yderligere reduktion, mens der sås en lille stigning i 2016 og igen et mindre fald i 2017.

Fordelingen mellem syntetiske og biologiske typer var nogenlunde den samme i 2013 og 2014, mens der i 2015 var forholdsvis flere syntetiske typer og i 2016 og 2017 en yderligere stigning i antallet og andelen af syntetiske mesh-typer. Derudover er andelen af uoplyste reduceret over årene og ligger i 2016 og 2017 på < 10 operationer.

Styregruppens kommentarer til Figur B10:

Tilsyneladende har antallet af operationer med anvendelse af implantat stabiliseret sig til lidt under 100 årligt. Det bemærkes at antallet af syntetiske implantater er stabilt gennem de sidste 2 år, hvor biologiske implantater er faldende. De syntetiske implantater bruges helt overvejende i operationer med KLEF51A Laparoskopisk abdominal sakrokolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh og KLEF53A Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl hysterectomi m mesh a.m. "Uphold".

Da der tidligere har været en kraftig reduktion i brugen af implantater efter den offentlige debat om emnet i 2012, ser vi med interesse på om den medieomtale, som har fundet sted i efteråret 2018, vil få betydning for fremtidige opgørelser.

9. Appendiks 3: Indikatordefinitioner

Senest opdateret 21. februar 2019

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
2. Ventetid 30 dage Tid fra modtagelse af henvisningen på sygehuset til første fremmøde på afdelingen bør være højst 30 dage. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med operationsdato i perioden skal man kunne beregne perioden mellem dato for henvisning og dato for første fremmøde på afdelingen.	Samlet antal patientforløb med operationsdato inden for opgørelsesperioden, og samtidig skal der findes henvisningsdato og dato for første fremmøde på afdelingen. Dato for første fremmøde på afdelingen skal ligge på eller efter henvisningsdato og operationsdato skal ligge på eller efter dato for første fremmøde på afdelingen. Felter: henvisningsdato samt dato for første fremmøde på afdelingen findes i den første administrative registrering, og operationsdato findes i lægeskema (operation).	Antal patientforløb med mindre end ≤ 30 dage mellem dato for henvisning og dato for første fremmøde på afdelingen.	Forløb med mangelfuld registrering af operationsdato, henvisningsdato eller dato for første fremmøde på afdelingen. Forløb hvor dato for første fremmøde på afdelingen ligger før henvisningsdato og/eller hvor operationsdato ligger før dato for første fremmøde på afdelingen
BEMÆRKNING: Indikator 2 er gældende fra og med januar 2016, hvor den afløste indikator 1.			
3a. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter slynge operation Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær operation for urininkontinens. Standard: ≥ 80 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej). Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
3b. Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter bulking operation Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær operation for urininkontinens. Standard: ikke fastsat Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (urininkontinens) være udfyldt (ja/nej). Rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KKDV20, KKDV22.	Antal patientforløb, hvor der er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi 1)' i rubrikken A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
7. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af prolapsoperation Patienttilfredshed efter primær operation for prolaps – der bør ikke være nedglidningssymptomer efter operation. Standard: ≥ 80 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: For mindst 80 % af forløbene med relevant operationskode skal rubrikken A (nedsynkningssymptomer) være udfyldt (ja/nej). Rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?) findes i patientens efterundersøgelsesskema.	Antal patientforløb, hvor der er foretaget kirurgi for prolaps (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: Kirurgikoder (blot én af følgende): KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.	Antal patientforløb, som i spørgeskemaet for efterundersøgelse har registreret 'Nej (værdi 0)' i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema for de med relevant udført kirurgi, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde rubrik A, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.

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

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

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	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	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 KLDC10, kombineret med DN81.5A	
16 Recidivoperation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B KLED00, kombineret med DN81* KLCD10, kombineret med DN81.2 KLDC10, kombineret med DN81.2 KLCD10, kombineret med DN81.3 KLDC10, kombineret med DN81.3 KLCD10, kombineret med DN81.3A KLDC10, kombineret med DN81.3A KLCD10, kombineret med DN81.4 KLDC10, kombineret med DN81.4 KLCD10, kombineret med DN81.5 KLDC10, kombineret med DN81.5 KLCD10, kombineret med DN81.5A	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Midterste kompartment: 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	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
	KLDC10, kombineret med DN81.5A	KLCD10, kombineret med DN81.5A KLDC10, kombineret med DN81.5A	
17 Recidivoperation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 95 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 2 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Ingen
18 Recidivoperation (5 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps Operation for prolaps efter primær prolapsoperation, i samme kompartment ved begge operationer. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 90 %	Antal patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi, der entydigt kan henføres til et kompartment (én af nedenstående operationskoder, hvor DN81* fås fra LPR-data) for 1. gang. Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Antal patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi (én af nedenstående operationskoder) i samme kompartment som ved primær prolapsoperation, indenfor 5 år efter primær prolapsoperation (DN81* fås fra LPR-data). Kirurgikoder (blot én af følgende): Bagerste kompartment: KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLDC10, kombineret med DN81.6 KLCD10, kombineret med DN81.7 KLDC10, kombineret med DN81.7	Ingen

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
19a. Subjektiv patientbedømmelse efter slynge operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Subjektiv patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens målt på PGI-I skala. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KLEG10, KLEG10A, KLEX3G	Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
19b. Subjektiv patientbedømmelse efter bulking operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens målt på PGI-I skala. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene. Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KKDV20, KKDV22	Antal urininkontinens patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	Urininkontinens patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.
20. Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala) Subjektiv patientbedømmelse efter primær operation for prolaps målt på PGI-I skala. Standard: ≥ 90 % af patientforløbene.	Antal patientforløb, der har fået foretaget primær prolaps-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden: KLCD10, KLDC10, KLEE10, KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A,	Antal prolaps patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".	Prolaps patientforløb med manglende udfyldelse af patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, dvs. både de, som har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema, uden at udfylde spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen, samt de, som ikke har udfyldt patientens efterundersøgelsesskema.

Indikatorer	Nævner	Tæller	Ekskluderede forløb
Komplethed af dataregistrering: 80 % af patienter, som har besvaret patientens efterundersøgelsesskema, spørgsmål baseret på PGI-I skalaen.	KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97.		

10. Appendiks 4: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase

Dataadgang

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

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

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

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

Artikler der udgår fra DugaBase

2011

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

2012

2. Kesmodel US, Bæk KM, Gradel KO, Guldberg R, Hansen JK, Hansen UD, Haugaard MC, Hviid U, Lose G, Mørup L, Raaberg L, Sander P. Dansk Urogynækologisk Database. Ugeskr Læger 2012;174(42):2540.
3. Guldberg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgaard BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database - establishment, completeness, and validity. Int Urogynecol J 2013, 24(6), 983-990.
4. Guldberg R, Kesmodel US, Hansen JK, Gradel KO, Brostrøm S, Kærlev L, Nørgaard BM. Patient reported outcome measures in women undergoing surgery for urinary incontinence and pelvic organ prolapse in Denmark, 2006-2011. Int Urogynecol J 2013, 24(7), 1127-1134.

2015

5. Haya N, Baessler K, Christmann-Schmid C, de Tayrac R, Dietz V, Guldberg R, Mascarenhas T, Nussler E, Ballard E, Ankardal M, Boudemaghe T, Wu JM, Maher CF. Prolapse and continence surgery in countries of the Organization for Economic Cooperation and Development in 2012. Am J Obstet Gynecol 2015, 212(6):755.e1-755.e27.
6. Guldberg R. Clinical epidemiological studies of women undergoing surgery for urogynaecological disorders. Dan Med J 2015, 62(10): B5154

2016

7. Larsen MD, Lose G, Guldberg R, Gradel KO. Discrepancies between patient-reported outcome measures when assessing urinary incontinence or pelvic- prolapse surgery. Int Urogynecol J 2016;27(4):537-543.
8. Hansen UD, Gradel KO, Larsen, MD. Danish Urogynaecological Database. Clin Epidemiol 2016, 25;8:709-712

2017

9. Hansen, MF, Lose G., Kesmodel US, Gradel KO. A national population-based cohort study of urethral injection therapy for female stress and mixed urinary incontinence: the Danish Urogynaecological Database, 2007–2011 Int Urogynecol J 2017;28(9):1309-1317.
10. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Inger Lindquist AS, Larsen T, Glavind K. Retrospective study on de novo postoperative urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery. Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol. 2017;219:10-14.

2018

11. Hansen MF. Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. Dan Med J. 2018 Feb;65(2): B5447.

12. Weltz V, Guldberg R, Larsen MD, Magnussen B, Lose G. Influence of body mass index on short-term subjective improvement and risk of reoperation after mid-urethral sling surgery. *Int Urogynecol J*. 2018 Apr;29(4):585-591.
13. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI, Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J*. 2018;29(3):431-440.
14. Husby KR, Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. *Int Urogynecol J*. 2018 Aug;29(8):1161-1171.
15. Hansen MF, Lose G, Sigurdardóttir HB, Gradel KO. A Danish national population-based cohort study of synthetic midurethral slings, 2007-2011. *Int Urogynecol J*. 2018 Aug [Epub ahead of print]
16. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Larsen T, Glavind K. What happens to urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery? *Int Urogynecol J*. 2018 [Epub ahead of print]
- 2019**
17. Larsen MD, Guldberg R, Lose G. Perioperative cardiovascular complications following urogynecological operations. *Acta Obstet Gynecol Scand*. 2019;98(1):61-67.
18. Husby KR, Lose G, Klarskov N. Trends in apical prolapse surgery between 2010 and 2016 in Denmark. *Int Urogynecol J*. 2019 [Epub ahead of print]

Afhandlinger der udgår fra DugaBase

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

Hansen MF: Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. PhD Thesis, Copenhagen University, 2016

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

Ansøgnings - tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	Titel
Oktober 2008	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Rikke Guldborg	OUH	Operation for urininkontinens og uro- genital 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	Gråbrødreklinik- ken, Odense & Sønderborg Sy- gehus	Symptomer og fund hos urogynækolo- giske 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	Effekten af KLEF03 +/- KLFE20 i for- hold til inkontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Brug af implantater ved urogynækolo- giske operationer i Danmark –
Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guldborg	OUH	Kirurgisk behandling af stress- inkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	Regional variation i behandlingskvali- tet- kirurgisk behandling af urinkonti- nens hos kvinder
August 2013	Styregrup- pemøde 2/9 2013	Chris Maher/Nir Haya/Rikke Guldborg	University of Queensland, Brisbane og OUH	Worldwide urogynaecological surgery (Udtræk sept. 2013)
2015	August 2015, overlæge, til projektet "	Pinar Bor	Regionshospitalet Randers	Er profylaktisk antibiotika nødvendig ved midturetrale slyngeoperationer
November 2015	December 2015	Cecilie K. Tol- strup	Gynækologisk Obstetrisk Afde- ling Herlev & Gentofte Hospital	"Manchesteroperation versus vaginal hysterektomi i behandlingen af uterus- prolaps".
September 2015	September 2015	Rikke Guldborg, Vibeke Weltz	OUH	Peri-Operative complications and pa- tient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark
December 2016	December 2016	Michael Due Larsen, ph.d., cand. Pharm	OUH og Center for klinisk Epide- miologi	Perioperative complications following urogynaecological surgery (Senkompli- kationer efter urogynækologiske ope- rationer)
Oktober 2016	December 2016	Aiste Ugian- skiene	Department of Obstetrics and Gynaecology, Aalborg University Hospital (AAUH).	Postoperative urinary incontinence after pelvic prolapse surgery
Oktober 2016	Januar 2017 Tillægsan- søgning 2018	Dorte Teil- mann- Jørgensen, MD	OUH	Cystocele re-operation rates depend- ent on apical support
November 2017		Susy Shim	Aalborg Universi- tets-hospital	Er der sammenhæng mellem operatør- erfaring og risiko for recidiv af cystocele efter en forvægsplastikope- ration?
2017		Niels Kjærgaard	Aalborg Universi- tets-hospital	Manchester-projekt
2017	September 2017	Yasmine Khayyami	Herlev Hospital	Urininkontinens efter operation for urogenital prolaps

Appendiks 4

2018		Susanne Axelsen	Aarhus Universitetshospital	Follow-up of incontinence operation with bulking at Aarhus University Hospital
------	--	-----------------	-----------------------------	--

11. Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater

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

Konfidensinterval

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

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

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

Standarden opfyldt eller ikke opfyldt

I denne årsrapport har RKKP iht. skabelonen for årsrapporter fastlagt følgende kriterier, som findes i tabeller med resultater for indikatorer, anden kolonne, men kun for afdelinger/regioner med mindst 10 patientforløb:

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

Tabeller med resultater for indikatorer

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

- Kolonnen "Std. opfyldt: Mindst/Højst X %" angiver om indikatoren er opfyldt ("Ja", eller "Nej" i henhold til kriterier forklaret ovenfor).
- Kolonnen "Tæller/nævner" viser tællerpopulationen samt nævnerpopulationen efter eksklusioner. Eksklusionskriterier for de enkelte indikatorer fremgår af beregningsreglerne (jf. Appendiks 3: Indikatordefinitioner)
- Kolonnen "Uoplyst Antal (%)" angiver procentdelen af potentielle nævnerforløb, som er ekskluderet (i henhold til kriterier som vist i Appendiks 3: Indikatordefinitioner). Den er komplementær til kompletheden, således at 100 minus komplethed er lig uoplyste i procent. Kompletheden er udregnet som "Nævner" (vist i tabellen) divideret med antal potentielle nævnerforløb (ikke vist i tabellen), som derefter er ganget med 100 for at få resultatet i procent
- Kolonnen "Aktuelle år" angiver andelen (95 % konfidensintervaller), som opfylder indikatoren. Andelen er udregnet som "Tæller" divideret med "Nævner", som derefter er ganget med 100 for at få andelen i procent.
- Kolonnen/kolonnerne "Tidligere år" angiver andelen for tidligere opgørelsesperioder (år). Andelen er udregnet som "Tæller" divideret med "Nævner", som derefter er ganget med 100 for at få andelen i procent

Figurer med resultater for indikatorer, per region (forestplots)

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

Figurer med resultater for indikatorer, per afdeling (forestplots)

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

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

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

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

Ordliste

Ord	Forklaring
Dækningsgrad	Antal DugaBase-forløb i forhold til antal operationer i Landspatientregisteret og/eller DugaBase
Datakomplethed	Antal registreringer for en variabel i forhold til antal relevante DugaBase-forløb. Se desuden specifikke definitioner for de enkelte indikatorer
Indikator ^a	En målbar variabel som anvendes til at overvåge og evaluere kvalitet
Kvalitet ^a	evne til (ud fra specificerede eller underforståede forventninger) at skabe det ønskede resultat for patienten
Standard ^a	Et mål, der anvendes til en forholdsmæssig vurdering af en ydelses kvalitet

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

12. Appendiks 6: Regionale kommentarer

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

Kommentar fra Kvindesygdomme og fødsler, Kolding til årsrapport 2017 Dansk Urogynækologisk Database

Kolding Sygehus

- en del af Sygehus Lillebælt

Kvindesygdom og fødsler

Kontakt: Carolin Hørlyck Corrinth
carolin.horlyck.corrinth@
slb.regionsyddanmark.dk
Direkte tlf. 62513

25.03.2019

Side 1 af 1

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

Indikatorerne:

I henhold til specialeplan er der ingen inkontinensoperationer udført siden 2012.

Alle indikatorer er opfyldte, bortset fra:

Indikator 1 (ventetid): ikke opfyldt, hvilket afspejler arbejdsbelastningen og ressourcefordeling indenfor de elektive gynækologiske udrednings- og behandlingsforløb. Der er mangel på urogynækologiske læger på landsplan. Vi har forsøgt at reducere ventetid ved, at pt. med inkontinens ser en sygeplejerske ved det første besøg. Pt. med prolaps har dog formentligt mest gavn af en lægelig vurdering først. I øvrigt har ventetiden ændret sig en del hen over den sidste års tid, således er disse tal egentl. forældede og årsrapport 2018 ville være mere relevant at se på.

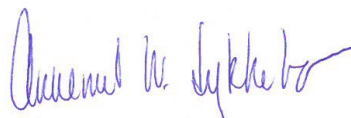
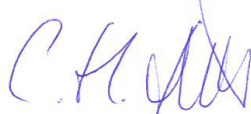
Indikator 20: Behandlingssucces for prolapsoperation målt på PGI-I skala: Opfyldes ikke. Der er 83,6%, som er tilfredse efter POP operation. (Mål 95%) Der er tidligere konkluderet ved audit – se kommentar til årsrapport 2016- at patienterne misforstår spørgsmålet.

I 2017 svarer patienterne stadigvæk skriftligt på dette spørgsmål. Fra 2018 har vi lavet dette om, således at de skriftlige spørgsmål, som nemt kunne misforstås, erstattes af en telefonkonsultation. Er der tvivl om resultatet eller er patienten ikke tilfreds, tilbydes hun et besøg i ambulatorium til undersøgelse.

Vi har vurderet, at der ikke er behov for at lave audit på denne markør, men at man med spænding ser på DUGAbase årsrapport 2018, som forhåbentligt snart vil være tilgængelig.

Med venlig hilsen
Carolin Hørlyck Corrinth, DUGAbase ansvarlig overlæge
Annemette Lykkebo, ledende overlæge

26/3-2019



Region Syddanmark