



DANSK UROGYNÆKOLOGISK DATABASE STYREGRUPPEMØDE OG NATIONAL AUDIT FOR ÅRSRAPPORT 2017

Tid: Mandag den 21. maj kl. 9.30-15.00

Sted: OUH, Kløvervænget, Indgang 93, Mødelokale 6, 5000 Odense C

Deltagere: Projektleder Ulla Darling Hansen, overlæge, Formand Gunnar Lose, Professor, overlæge, Mette Hornum Bing, overlæge, Rikke Guldborg Sørensen, afdelingslæge, ph.d., Niels Kjærgaard, overlæge, ph.d., Marianne Glavind-Kristensen, overlæge, ph.d., Helle Hare-Bruun, epidemiolog i RKKP, Frank Kjeldsen, datamanager i RKKP. Lene Sveistrup Bengtsson, repræsentant for dataansvarlig myndighed og kontaktperson fra RKKP.

Afbud: Helga Gimbel, overlæge (HG), Lasse Raaberg, overlæge, ph.d.

Referent: Lene Sveistrup Bengtsson

DAGSORDEN OG REFERAT

1. Velkomst

- Ulla bød velkommen til mødet, og gennemgik kort dagens program

2. "Siden sidst",- herunder opsamling fra seneste audit

- Ulla har deltaget i RKKP's fyraftensmøde. Herunder blev der bl.a. spurgt ind til inputs/kommentarer fra styregrupperne til RKKP's nye strategi.
Der blev vidensdelt blandt deltagerne, og et tema, der for flere databaser er gennemgående, er godkendelse fra Sundhedsdatastyrelsen (SDS), hvor databaser med et stort antal variable, bliver bedt om at redegøre for brugen samt indskrænke antallet. Lene supplerer hermed, at det er en ny procedure fra SDS, som der er blevet strammet meget op omkring, og vi kan derfor forvente, at når der skal ansøges om ny godkendelse for DUGA-basen, at der skal argumenteres for antallet, og det kan desuden også vise sig, at det vil blive nødvendigt at "slanke" omfanget af variable.
- På seneste styregruppemøde blev der talt om ønsket om et stormøde for alle klinikere osv. for bl.a. at sikre en større lokal involvering og ejerskab. Lene har sendt forespørgsel om tidspunkt, og der er ikke arbejdet så meget videre med dette, da der har været andre områder med databasen, der har taget tiden. Hvis der skal afholdes et sådan stormøde, er det noget, der skal være forankret i og styret af styregruppen. Inden skal der afklares, hvad der er formål, ramme, indhold og økonomi. Der er enighed om, at det vil være en god ide med et sådan møde, men at det med fordel kan tænkes ind i præsentation af komplikationsprojektet, når det er klar til implementering. Emnet tages op igen på et af de senere styregruppemøder.
- Komplikationsprojektet er i gang. Der er møde mellem projektgruppen i RKKP og Ulla den 5. juni. Der skal bl.a. arbejdes med beskrivelse af indikatorer. Forhåbentligt kan projektet give en bedre indberetning på komplikationer. Der er for øjeblikket ikke pålidelige data, og der er en stor andel af manglende indberetninger. Forhåbentligt vil projektet kunne gøre indberetningen nemmere, om ikke andet ved brug af fejllister, som kan hjælpe til at få indberettet de berørte patienter. Det er tidligere aftalt, at de



kommende hændelseslister på komplikationer skal trækkes 3 år tilbage fra indeksoperationen, så også senkomplikationer kommer med.

Lene orienterer om, at der desværre er en mulighed for at LPR3 kan påvirke tidsplanen for projektet, da RKKP endnu ikke har fået nogle data fra SDS.

3. Audit

- Generelle kommentarer, der skal indarbejdes i rapporten:
 - Det ønskes, at de afdelinger, hvor resultaterne falder indenfor konfidensintervallet, ikke fremhæves i kommentarerne, men udelukkende de afdelinger, der falder helt udenfor med deres resultat.
 - Under afsnit 1. Konklusioner og anbefalinger flyttes kommentarerne med forbehold for resultaterne ud, og placeres i stedet i afsnit 4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvaliteten.
 - Ved indikatorer med PROM-data, er der kommentar, at det tydeligt fremgår, at resultaterne er afhængige af patienternes tilbagemeldinger. Da disse kommentarer er generelle, fjernes de under de enkelte indikatorer, og skrives under afsnit 4.
 - Under hver overskrift skrives kort nogle ord om indikatoren. Der skal opdateres til i stedet at beskrive aktuelle år.

- Emner til afklaring:
 - Der er usikkerhed omkring, hvorvidt det er data fra LPR eller fra selve databaseindberetningen, der bruges til registrering på primær operation. Frank undersøger dette. Der er i den forbindelse også tvivl om, hvordan det håndteres med samtidige operationer, som f.eks. i flere kompartments, hvor den ene er primær, og den anden er sekundær.
 - Det er ikke helt klart, hvilke patienter/koder, der indgår i både primær- og recidiv. Det kan ikke umiddelbart ses, om de ønskede ændringer er foretaget før datatrækket. Helle tjekker op på dette.

- **Afsnit 2:**
Tabellen opdateres, så indikator 2 udgår.

- **Indikator 3: Urininkontinens- subjektiv bedømmelse af behandlingssucces**
 - a. **Efter primær slyng operation**
Landsgennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden indenfor konfidensintervallet på nær en enkelt afdeling, der falder udenfor.
Konklusion og anbefalinger
Indikator og standard bibeholdes.
Der tages kontakt til Nykøbing, hvor de bedes om at kigge på deres tal.
 - b. **Efter primær bulking operation**
Der er sket et mindre fald fra 2017, men data ligner data fra 2016. Der er i hver region kun ét behandlingssted, hvorfor regionsopgørelsen er magen til behandlingsstedet. Kontrolgrammet for regionsresultatet slettes derfor.
Det bemærkes, at talmaterialet er småt.
Konklusion og anbefalinger
Der er ingen standard, hvilket ikke vurderes aktuelt for øjeblikket. Indikator bibeholdes.



- **Indikator 7: Prolaps- Subjektiv bedømmelse af operation**

Lands gennemsnittet lever op til standarden. Alle afdelinger lever op til standarden indenfor konfidensintervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Indikator 11: Recidiv operation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden, på nær en enkelt, som er indenfor konfidensintervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Indikator 12:**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Indikator 13: Recidiv operation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden indenfor konfidensintervallet på nær en enkelt afdeling, der falder udenfor.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes. Der tages kontakt til AUH, hvor de bedes om at kigge på deres tal.

- **Indikator 14: Recidiv operation (5 år) forreste kompartment efter operation for prolaps**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden, på nær to, som begge er indenfor konfidensintervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Indikator 15: Recidiv operation (2 år) midterste kompartment efter operation for prolaps**

Lands gennemsnittet lever ikke op til standard. 5 afdelinger ligger under standard, men indenfor konfidensinterval. En enkelt afdeling ligger under, også med intervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes. AUH kontaktes angående deres resultater.

- **Indikator 16: Recidiv operation (5 år) midterste kompartment efter operation for prolaps**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden indenfor konfidensintervallet på nær en enkelt afdeling, der falder udenfor.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes. AUH kontaktes angående deres resultater.

- **Indikator 17: Recidiv operation (2 år) bagerste kompartment efter operation for prolaps**

Lands gennemsnittet lever op til standarden. Alle afdelinger lever op til standarden indenfor



konfidensintervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Indikator 18: Recidiv operation (5 år) bagerste kompartiment efter operation for prolaps**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden, på nær en enkelt, som er indenfor konfidensintervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Indikator 19: Subjektiv patientbedømmelse efter inkontinens operation (PGI-I skala)**

- a. **efter primær slyngeoperation**

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden, på nær en enkelt, som er indenfor konfidensintervallet.

- b. **efter primær bulking operation**

Der er ingen standard for denne indikator. Det vurderes, at der stadig er for få patienter til at fastsætte en standard.

Der er i hver region kun ét behandlingssted, hvorfor regionsopførelsen er magen til behandlingsstedet. Kontrol diagrammet for regionsresultatet slettes derfor.

Det diskuteres, hvorvidt det vil være en god ide at lave en opførelse på bulkingoperation efter en slyngeoperation og omvendt.

Der skal i kommentarer henvises til at se i supplerende statistik.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard/ikke standard bibeholdes.

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

Lands gennemsnittet lever op til standard. Alle afdelinger lever op til standarden, på nær en enkelt, som er indenfor konfidensintervallet.

Konklusion og anbefalinger

Indikator og standard bibeholdes.

- **Databasekomplethed**

Er opdelt for hhv. urininkontinens og prolaps. Dette fastholdes. Der fremgår patienter på afsnit/afdelinger, som ikke fremgår af mangellister o.lign. Det afklares, hvilke patienter, det omhandler, og hvorfor de fremgår således.

Privathospitalerne har som helhed en ringe databasekomplethed. Der er et par enkelte, der falder særligt ud med manglende indberetning. Det anbefales, at Lasse Raaberg, der er privathospitalernes repræsentant i styregruppen, tager kontakt til disse hospitaler for forklaring og udredning af årsag.

- **Afsnit 5: Styregruppens medlemmer**

Oversigten mangler opdatering. Alle bedes sende deres kontaktinfo osv. til Lene, som vil sørge for at få den revideret med de rigtige oplysninger.

Appendiks 2: Supplerende figurer og tabeller for udvalgte indikatorer



Tabel A2.1: Der er stor variation på afdelingerne. Ulla laver en henvendelse til de afdelinger, der gør det rigtig godt mhp., hvordan det lykkedes dem.

Figur A2.1: Slettes. Ikke relevant at have med hver gang, men kun en gang imellem.

Figur A2.2: Slettes.

Figur A2.3: Slettes. Det vil være mere relevant med at se på en udvikling over tid.

Tabel A2.2: De medtagne operationskoder tjekkes igennem igen. Det skal sikres, de stemmer overens med inklusionskriterierne. Der ønskes også en angivelse af, hvor data trækkes fra.

Tabel A2.2: Det besluttet, at der kun skal ske laves en opgørelse af patientforløb, hvor der er inkontinens- og prolabsindgreb i samme operation.

Figur A2.4: Slettes.

Figur A2.5: Slettes.

Figur A2.6: Slettes.

Figur A2.7: Slettes.

Figur A2.8: Der er usikkerhed omkring resultatet. Frank gennemgår beregningen.

Tabel A2.4, A2.5, A2.6: Tabellerne afspejler dårlig registreringspraksis, og giver derfor sandsynligvis ikke et retvisende billede, da der formodes at være en stor underrapportering. Det besluttet, at A2.4 og A2.6 ikke skal med. Som kommentar skal der noget med omkring manglende validitet og underindberetning. Desuden en beskrivelse af, hvordan fordelingen af komplikationer er.

- **Eventuelt**

- **DUGA-base hjemmeside:** Til seneste audit blev der talt om at flytte hjemmesiden til RKKP's hjemmeside. Lene har undersøgt det hos RKKP, og det kan godt lade sig gøre. Der er enighed om, at det vil være en god ide. Lene og Ulla arbejder videre med det som en senere opgave.
- **Vacant plads i styregruppen:** Som tidligere besluttet, skal der laves et opslag om ledig plads i styregruppen fra Region Syddanmark. Ulla laver et udkast til opslag, som skal på DUGS hjemmeside. Er der flere ansøgere, udpeger DUGS et medlem, som regionen efterfølgende skal godkende.
- **One-pager:** RKKP er begyndt at udgive en 1-sides publikation af nogle årsrapporter, som offentliggøres i Ugeskrift for læger. Der er fra styregruppen stor interesse i at der i forbindelse med den kommende årsrapport for DUGA-basen laves en sådan one-pager. Lene tager det med retur til RKKP.
- **Fremtidige møder:** Mødet i oktober var ikke kommet med dagsordenen ud. Der er desuden brug for et yderligere møde, da der sandsynligvis vil være brug for beslutninger ift. komplikationsprojekt.

Der er planlagt følgende møder:

- Onsdag den 11. september
- Torsdag den 24. oktober
- Tirsdag den 3. december