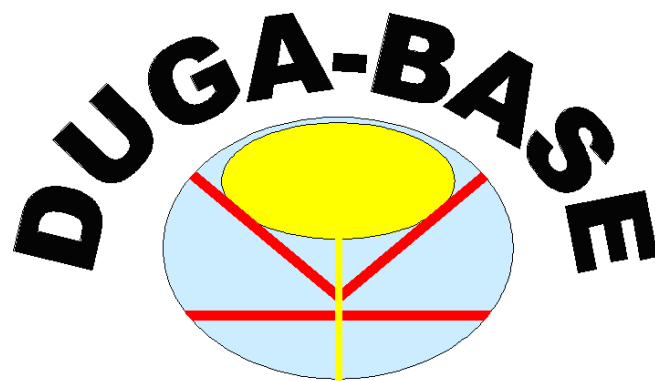


# Dansk Urogynækologisk Database



Dansk Urogynækologisk Database

## Årsrapport 2020

*1. januar 2020 – 31. december 2020*



## Rapporten udgår fra

Denne rapport er udarbejdet af Styregruppen for Dansk Urogynækologisk Database.

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

Kontaktperson for Dansk Urogynækologisk Database:

Lene Svestrup Bengtsson

Kvalitetskonsulent

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

Hedeager 3

8200 Aarhus N

Tlf.: 78 41 39 89

E-mail: [lebeng@rkkp.dk](mailto:lebeng@rkkp.dk)

Rapporten kan downloades som pdf-dokument fra [www.dugabase.dk](http://www.dugabase.dk) og fra [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk)

Rapporten er offentliggjort d. 2. september 2021



# Indhold

<b>Konklusioner og anbefalinger</b> .....	<b>4</b>
<b>Ændringer i denne rapport</b> .....	<b>5</b>
<b>Indikatorændringer</b> .....	<b>7</b>
<b>Oversigt over alle indikatorer</b> .....	<b>8</b>
<b>Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau</b> .....	<b>10</b>
Indikator 1 .....	10
Indikator 2 .....	14
Indikator 3 .....	18
Indikator 4 .....	22
Indikator 11 .....	25
Indikator 12 .....	29
Generelt vedr. recidivindikatorer 13-18 .....	33
Indikator 13 .....	33
Indikator 14 .....	36
Indikator 15a .....	40
Indikator 15b .....	44
Indikator 16a .....	48
Indikator 16b .....	52
Indikator 17 .....	56
Indikator 18 .....	59
<b>Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet</b> .....	<b>63</b>
<b>Datagrundlag og metode</b> .....	<b>65</b>
Afgrænsning af urogynækologiske operationer .....	65
Årsrapportens tilblivelse .....	66
Databasekomplethed, urininkontinensoperationer 2020 .....	68
Databasekomplethed, Prolapsoperationer 2020 .....	70
<b>Styregruppens medlemmer</b> .....	<b>72</b>
<b>Appendiks 1: Supplerende indikatoropgørelser</b> .....	<b>73</b>
<b>Appendiks 2: Supplerende statistik</b> .....	<b>76</b>
Tema 2020: Antal gennemførte operationer set i relation til nedlukning pga. Covid-19 .....	82
<b>Appendiks 3: Indikatordefinitioner</b> .....	<b>88</b>
<b>Appendiks 4: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase</b> .....	<b>94</b>
Artikler der udgår fra DugaBase .....	94
Afhandlinger der udgår fra DugaBase .....	96
Projekter hvor der er søgt om tilladelse til at anvende data fra DugaBase .....	96
<b>Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater</b> .....	<b>98</b>
Indikatorstabeller .....	98
Konfidensintervalplot .....	99
Trendgraf .....	99
Ordliste .....	100
<b>Appendiks 6: Regionale kommentarer</b> .....	<b>101</b>



## Konklusioner og anbefalinger

Nærværende årsrapport for 2020 indeholder en del ændringer i forhold til tidligere årsrapporter, dels pga. styregruppens kontinuerlige arbejde med at forbedre datakvalitet og relevans af indikatorer, og dels pga. de nedlukninger for elektive funktioner som Covid-19 pandemien har medført i 2020.

Årsrapportens tilblivelse er forudgået af et større oprydningsarbejde hvad angår programmeringen bag ved de eksisterende indikatorer og beregnede variable. Stort set hele den eksisterende programmering er gennemgået og omlagt således, at den er mere gennemskuelig og velbeskrevet.

Denne proces har været tidskrævende, men har også medvirket til at en række underliggende beregnede variable er blevet gennemgået og dette har afsløret flere u hensigtsmæssige forhold som er eller vil blive rettet.

Ligeledes er variabelisten blevet revideret og fremstår nu væsentlig mere enkel og brugervenlig.

Alt i alt mener vi, at oprydningen i programmeringen har givet databasen et væsentlig kvalitetsløft, idet omlægning af datasystem og manglende kontinuitet i programmeringen gjorde det meget vanskeligt at gennemskue kvaliteten af data.

En revision af indikatorerne er foretaget med henblik på at gøre dem mere velafgrænsede og bedre definerede hvad angår indgreb og population. Dette for at opnå større gennemsigthed af, hvad det er der måles på og for at gøre målinger mere sammenlignelige mellem afdelinger. En del indikatorer er indsnævret, hvad angår de indgrebstyper som medtages, for bedre at kunne monitorere de enkelte indgreb. Det betyder også at en del indgreb ikke længere indgår og de mindre populationer på hver afdeling, betyder større konfidensintervaller.

Disse ændringer og det faktum at Covid-19 nedlukning har ramt aktiviteten meget forskelligt, gør at sammenligninger med tidligere resultater kræver en del kendskab til lokale forhold, og skal gøres med forbehold. Styregruppen har derfor valgt, kun at rette henvendelse til de afdelinger som ikke har standarden med i konfidensintervallet for de enkelte indikatorer.

Det betydelige fald i indsamling af PROM data som udgør resultaterne i indikator 1,2,3,4, 11 og 12 skyldes formodentligt også nedlukning af elektive aktiviteter pga. Covid-19. Der er stor spredning på andelen af uoplyste resultater og styregruppen opfordrer de afdelinger, som har en høj andel, til at være opmærksomme på at få genetableret / styrket dataindsamlingen.

Som årets tema har vi valgt at illustrere udviklingen i antallet af operationer på de enkelte afdelinger opdelt efter type. Disse data vises for at kunne illustrere de svingninger i aktiviteten, som vi har observeret gennem en årerække og som vi forventer i år også vil være påvirket af Covid-19 nedlukning. Vi har gennem en årrække set et fald i antallet af prolaps- og midtural slyngeoperationer. De senere år er antallet af bulking behandlinger fordoblet. Der har ikke været nogen faglig eller organisatorisk forklaring på denne udvikling. Forklaringen ligger muligvis i offentlighedens opmærksomhed på komplikationer ved brug af mesh, som for nogle år siden kom op i pressen. Vi ønsker at dokumentere udviklingen også de kommende år.

Årets resultater viser, at der fortsat er en generel høj kvalitet som for flertallet lever op til standarderne eller ligger med begrænset variation for de indikatorer, hvor der ikke er fastsat standarder.

De afdelinger som ikke indeholder standarderne i deres konfidensintervaller på enkelte indikatorer er hovedsagelig "gangangere", hvor der allerede er startet indsatser for at opnå forbedringer. Der er dog en vis forsinkelse inden dette fremgår af data.

Styregruppen har ikke generelle anbefalinger som følge af denne rapport. Den omtalte revision af parametre ser ud til at virke efter hensigten og skal have lov at fungere i noget tid inden den kan evalueres yderligere.

Det er dog styregruppens ønske at definitionen af "recidiv stressinkontinensoperation" i fremtiden ændres til at indeholde alle former for kirurgisk behandling af stressinkontinens, og ikke længere være opdelt på slynge og bulking.

Styregruppen arbejder videre med de krav og anbefalinger som løbende kommer fra RKKP. Bl.a. skal indtastningsmodul revideres og forenkles, der skal udarbejdes en dokumentalist rapport og arbejdes med at inkludere patient repræsentant i styregruppen. Styregruppens arbejde med komplikationsregistrering har ligget stille i en periode, dels fordi indtastningsmodul Topica skal ændres og derfor ikke kan tilgås og dels fordi vi venter på en tilladelse fra sundhedsdatastyrelsen til at kunne trække komplikationsrelevante koder i LPR.





Ønsket om at registrere komplikationer er dog uformindsket og vi håber, i nær fremtid, at kunne implementere et nyt komplikationsregistreringsskema samt et nyt system til kontrol af evt. manglende indberetning.

## Ændringer i denne rapport

### Revision af indikatornummerering.

Siden databasens fødsel i 2006 er der sket en løbende tilpasning og udskiftning af indikatorer. Styregruppen har hidtil valgt at beholde den oprindelige nummerering med det resultat, at der har været store huller i talrækken og en ikke helt logisk opbygning af indikatorernes rækkefølge. Det har vi valgt at ændre fra i år således, at vi først præsenterer PROM relaterede indikatorer og dernæst objektive målbare indikatorer. Først for inkontinenskirurgi og dernæst for prolapskirurgi.

En sammenlignende tabel over nye og gamle indikatornumre findes på side 7

### Ændring af definition af primær – og recidiv kirurgi.

Hidtil har vi valgt at definere en operation som primær, hvis patienten ikke tidligere var registreret i DugaBase med operation af samme type henholdsvis inkontinens (midtretalslynge / bulking) eller prolaps (alle kompartments). Styregruppen har dels ønsket en bedre datakvalitet, således, at også operationer som ikke er registreret i DugaBase tages i betragtning. Dels har vi ønsket at bringe definitionen af ”primær” og ”recidiv” operation i overensstemmelse med internationalt anerkendte definitioner, hvor sådanne eksisterer. Det er derfor vedtaget at, fra denne årsrapport er det kirurgens markering i indtastningsmodulet som er afgørende.

### Detaljeret forklaring:

For at sikre den bedste kvalitet af data er det besluttet, at det fremadrettet er kirurgen som tager stilling til om der er tale om recidiv kirurgi. Der indføres et ”hard stop” i dataindberetningsmodulet således, at kirurgen for hver operationskode skal udfylde oplysning om ”recidiv”. Indberetningen kan ikke foretages, hvis denne oplysning ikke er udfyldt. Der skal indberettes separat for hver enkelt operationskode ved sammensatte operationer. I mellemtiden indtil denne oplysning foreligger for alle operationer benyttes, som hidtil, tidligere forekomst i DugaBase af operation i samme kompartment, hvis kirurgen ikke har udfyldt oplysning om recidiv.

Vedrørende prolaps: En primær operation defineres som den første operation som patienten gennemgår for behandling af prolaps i et givet kompartment. En recidiv operation defineres som operation i et kompartment, hvor der tidligere er opereret for prolaps.

Derved anvendes en lidt forsimplet udgave af den internationale definition<sup>1</sup>, idet den definerer ”primary surgery” som førstegangs kirurgi uanset kompartment. ”Further surgery” defineres som efterfølgende kirurgi og underinddeles i fire grupper: primær kirurgi i et andet kompartment, recidiv kirurgi i samme kompartment, kirurgi pga. komplikation, kirurgi pga. inkontinens som følge af primær kirurgi.

*For recidiv operationsindikatorerne 15 og 16 har vi ikke kunnet nå at implementere denne ændring fuldt ud, så i år har vi valgt kun at medtage operationer, hvor alle deloperationer uanset kompartment er primære operationer.*

For PROM indikatorerne 11 og 12 medtages kun primære operationer. Begrundelsen for dette er, at patienten ikke vil kunne henføre sine symptomer til et bestemt kompartment, hvis hun er opereret i flere kompartments samtidig.

Vedrørende inkontinens: Der foreligger ikke en klar definition af begreberne primær og recidiv kirurgi.

I denne årsrapport har vi derfor valgt at fastholde den hidtidige definition således, at en operation regnes som en primær operation, hvis der ikke tidligere er foretaget kirurgi med samme operationstype fordelt på typerne: Midtretal slynge og bulking. En bulking procedure efter en midtretal slynge – eller omvendt - regnes altså ikke som en recidiv operation. Fordi der ikke foreligger en klar definition af begrebet, kan vi ikke med sikkerhed vide, hvad kirurgen har lagt til grund for sin markering af recidiv i de tilfælde, hvor denne oplysning er indtastet.

---

<sup>1</sup> An International Urogynecological Association (IUGA) / International Continence Society (ICS) Joint Report on the Terminology for Female Pelvic Organ Prolapse (POP) *Neurourology and Urodynamics* 35:137–168 (2016) p.158ff



Styregruppen har besluttet at det fremadrettet skal gælde, at en recidiv inkontinensoperation er en gentaget operativ behandling uanset type. Dette skal fremgå af indtastningsmodulet således, at den behandler som indtaster oplysningen vedr. recidiv, klart kan se denne definition.

#### **Indikatorspecifikke ændringer:**

Indikatorer for recidiv kirurgi efter midturretral slynge er afskaffet fordi antallet af recidiv operationer var forsvindende lille og ikke længere kan anses for en indikator for kvalitet. Data opgøres dog stadig og kan ses i afsnittet for supplerende data.

Indikator 13 og 14 er ændret til kun at omhandle primær forreste kolporafi operationer med operationskoden KLEF00, uden andre deloperationer ved indeksoperationen.

Ligeledes er indikator 17 og 18 ændret til kun at omhandle primær bageste kolporafi operationer med operationskoden KLEF03, uden operationer i andre kompartments ved primær operationen. Mindre korrektioner i perineum, som er kodet sammen med bageste kolporafi medtages i indikatorerne.

Begrundelsen for disse ændringer har været at skærpe indikator definitionen således, at man kun ser på det hyppigst forekomne indgreb i hvert kompartment. Ligeledes har man ønsket at indsnævre patientpopulationen ved kun at se på patienter, som alene opereres i det pågældende kompartment.

Indikator 15 og 16 er opdelt således, at der rapporteres for patienter som ikke har fået fjernet livmoderen før primær operationen og for patienter som har fået fjernes livmoderen forud for primær operationen (uanset årsag). Oplysning om tidl. hysterektomi tages fra patientens selvrapporterede oplysning om dette.

Begrundelsen for opdelingen er, at der er stor forskel på kirurgiske valgmuligheder og kompleksitet ved prolaps i midterste kompartment med livmoder og uden livmoder. Da det ikke er muligt at få oplysninger om evt. forudgået hysterektomi fra LPR fra før databasens start i 2006, valgte vi at benytte patientens oplysning om tidligere fjernelse af livmoderen. Denne oplysning er valideret med en kappa kvotient på 90 i et valideringsstudie<sup>2</sup>.

Ligeledes er det besluttet at operationskoderne KLDC10; Collumamputation og KLCD10; Vaginal hysterectomi altid skal henregnes til midterste kompartment. Dette er en ændring fra tidligere, hvor der er taget forbehold for den diagnosekode som er knyttet til indgrebet. Styregruppen begrundet denne ændring med, at der ofte er lavet flere delindgreb, og kun knyttet en enkelt diagnosekode til indgrebene.

Hvis vi forsat ville kræve, at indgrebene collumamputation og vaginal hysterectomi skulle knyttes til en diagnosekode for prolaps i midterste kompartment, så ville vi frasortere 450 deloperationer alene i indikator 15a.

---

<sup>2</sup> Guldborg R, Brostrøm S, Hansen JK, Kærlev L, Gradel KO, Nørgaard BM, Kesmodel US. The Danish Urogynaecological Database - establishment, completeness, and validity. Int Urogynecol J 2013, 24(6), 983-990.



## Indikatorændringer

Der er foretaget justeringer af beregningsreglerne for alle indikatorer. Nye specifikationer kan ses i appendiks 3. Nummereringen er desuden ændret, idet den tidligere nummerering bar præg af mange ændringer i årenes løb. Nedenstående tabel viser en oversigt over indikatorerne samt nye og gamle indikatornumre.

Nyt nr.	Gl nr.	Navn
<b>Urininkontinens</b>		
1	03a	Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær slynge operation
2	19a	Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær slynge operation (PGI-I skala)
3	03b	Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation
4	19b	Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation (PGI-I skala)
udgået	11*	Recidivoperation (2 år) efter slyngeoperation for inkontinens
udgået	12*	Recidivoperation (5 år) efter slyngeoperation for inkontinens
<b>Prolaps</b>		
11	07	Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation
12	20	Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)
13	13	Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment
14	14	Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment
15a	15	Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. Hysterektomeret
15b	15	Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. Hysterektomeret
16a	16	Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. Hysterektomeret
16b	16	Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. Hysterektomeret
17	17	Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment
18	18	Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment

\* Til orientering findes disse indikatorer som supplerende opgørelser i appendiks 1



# Oversigt over alle indikatorer

## Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Format	Standard	Indikatoropfyldelse				
			Uoplyst %	01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	
			Andel	95% CI	Andel	Andel	
Indikator 01: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation	Andel	≥ 80	14	87 (84-90)	84	85	
Indikator 02: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala)	Andel	≥ 90	14	97 (95-98)	95	97	
Indikator 03: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation	Andel		17	36 (29-43)	34	31	
Indikator 04: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)	Andel		18	75 (69-81)	73	71	
Indikator 11: Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation	Andel	≥ 80	12	85 (83-86)	85	85	
Indikator 12: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)	Andel	≥ 90	13	95 (95-96)	96	95	
Indikator 13: Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment	Andel	≥ 95	0	95 (94-97)	96	94	
Indikator 14: Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment	Andel	≥ 90	0	90 (88-92)	91	91	
Indikator 15a: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	Andel		21	98 (97-99)	96	96	
Indikator 15b: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Andel		66	99 (93-100)	92	90	
Indikator 16a: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	Andel		23	93 (91-95)	94	94	
Indikator 16b: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Andel		62	87 (80-92)	88	90	
Indikator 17: Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment	Andel	≥ 95	5	97 (95-98)	98	97	



Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 18: Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment	Andel	≥ 90	4	94	(92-95)	94	93



# Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

## Indikator 1

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

Standard:  $\geq 80\%$

### Indikator 01: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation

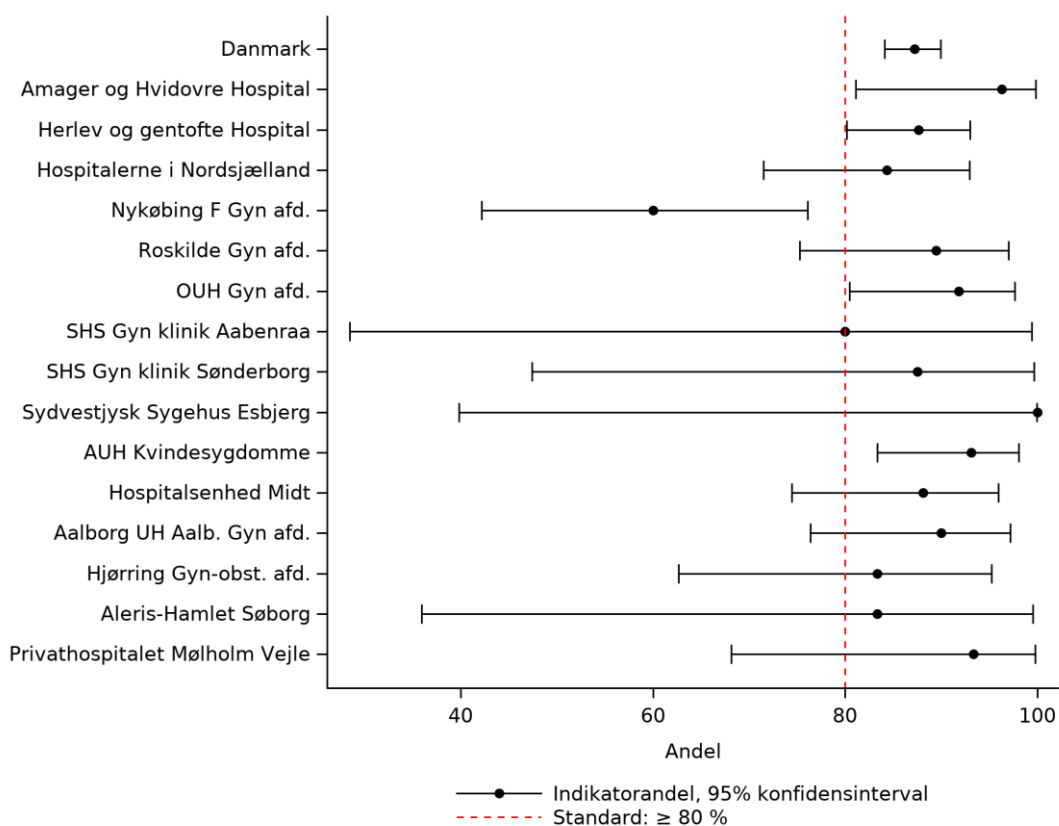
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	450 / 516	81 (14)	87	(84-90)	84	85
<b>Hovedstaden</b>	Ja	168 / 191	13 (6)	88	(82-92)	87	87
<b>Sjælland</b>	Nej	55 / 73	19 (21)	75	(64-85)	78	87
<b>Syddanmark</b>	Ja	60 / 66	34 (34)	91	(81-97)	82	84
<b>Midtjylland</b>	Ja	92 / 101	9 (8)	91	(84-96)	83	89
<b>Nordjylland</b>	Ja	56 / 64	5 (7)	88	(77-94)	81	76
<b>Hovedstaden</b>	Ja	168 / 191	13 (6)	88	(82-92)	87	87
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	26 / 27	4 (13)	96	(81-100)	90	91
Herlev og gentofte Hospital	Ja	99 / 113	5 (4)	88	(80-93)	86	85
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	43 / 51	4 (7)	84	(71-93)	88	89
<b>Sjælland</b>	Nej	55 / 73	19 (21)	75	(64-85)	78	87
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	21 / 35	9 (20)	60	(42-76)	55	45
Roskilde Gyn afd.	Ja	34 / 38	10 (21)	89	(75-97)	86	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	60 / 66	34 (34)	91	(81-97)	82	84
OUH Gyn afd.	Ja	45 / 49	24 (33)	92	(80-98)	87	82
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	4 / 5	6 (55)	80	(28-99)	59	82
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	7 / 8	4 (33)	88	(47-100)	80	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	83	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	92 / 101	9 (8)	91	(84-96)	83	89
AUH Kvindesygdomme	Ja	54 / 58	5 (8)	93	(83-98)	87	92
Hospitalsenhed Midt	Ja	37 / 42	4 (9)	88	(74-96)	83	85
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	## / #	0 (0)	100	(3-100)	72	87
<b>Nordjylland</b>	Ja	56 / 64	5 (7)	88	(77-94)	81	76
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	36 / 40	5 (11)	90	(76-97)	84	88
Aalborg UH Thisted		0 / 0				60	80
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	20 / 24	0 (0)	83	(63-95)	78	63
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	100	84
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	14 / 15	1 (6)	93	(68-100)		

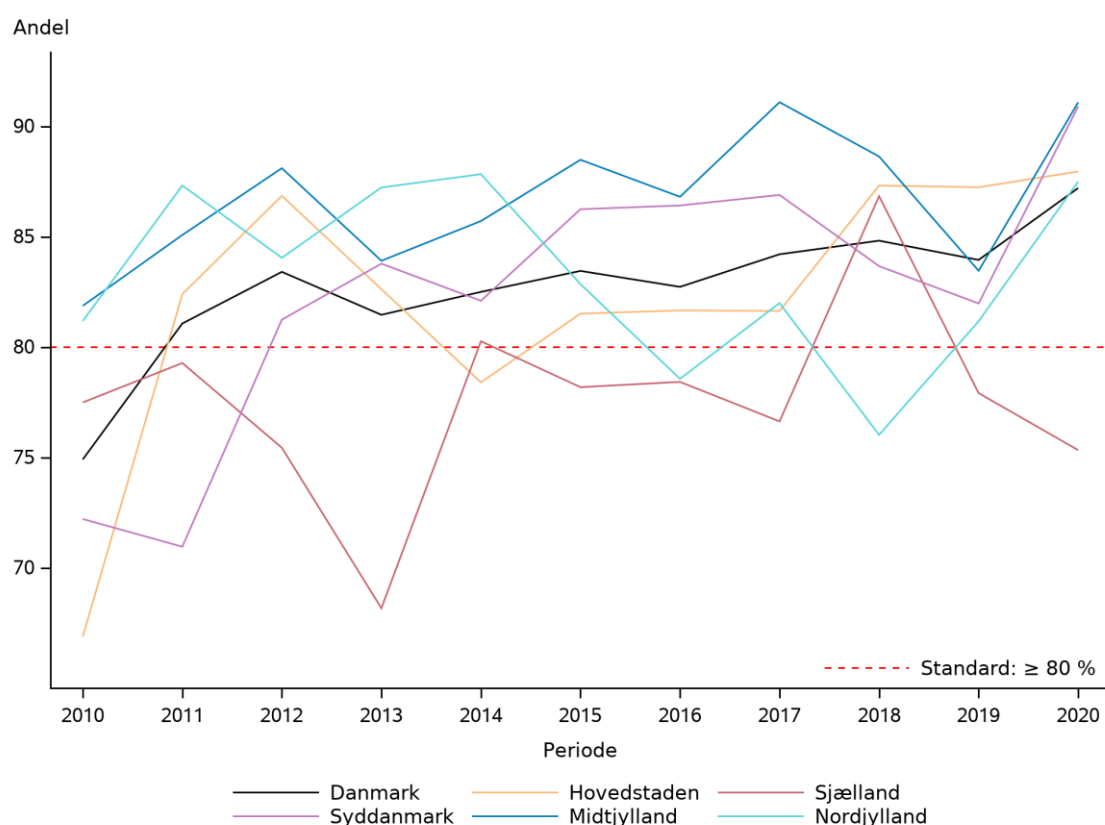


## 01: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	147	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.033	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	312	Patient ikke gennemgået slynge operation
	9	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
<b>Uoplyst:</b>	2	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
	2	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	79	Uoplyst - Ej svaret (subjektivt patientbedømmelse) i EU-skema

## Konfidensintervalplot, enheder





## Kommentar til indikator 1

### Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær slyngeoperation for urininkontinens. Primær slyngeoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase.

KLEX3G er en betegnelse som blev oprettet udelukkende til brug i DugaBase for indberetning af de så kaldte ”mini-slynger” som i en årrække blev markedsført i Danmark. I de officielle kodesystemer har denne type slynge ikke nogen speciel kode. Der er ikke fundet registreringer af KLEX3G i DugaBase de seneste 2 år (2019 og 2020).

Patienter der, i efterundersøgelsesskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

### Resultater

På landsplan indgår 516 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 14 % (81 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 86 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 55 %. Det er hovedsageligt manglende subjektiv bedømmelse af succes fra patienten i efterundersøgelsesskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan oplever 87 % (95 % CI: 84-90 %) 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 75 % (95 % CI: 64-85 %), men standarden er indeholdt i konfidensintervallet.





Af de 10 offentlige afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 9 afdelinger standarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 60 % i Nykøbing F til 96 % på Amager og Hvidovre Hospital.

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

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2010 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer

Som det gælder for alle indikatorer i denne årsrapport er definitionen af primær operation ændret. Se side 5.

Vi ser igen i år en enkelt afdeling som ikke opfylder standarden. Afdelingen har tidligere ligget under standarden og er blevet kontaktet af styregruppen med tilbud om faglig sparring.

En ny specialeplan fra maj 2020 har mindsket antallet af afdelinger som udfører denne type indgreb og nogle af de afdelinger, som er registreret med meget få indgreb, er ophørt med at udføre dem.

Det samlede antal udførte indgreb og fordelingen på de enkelte afdelinger skal ses i lyset af de meget varierende grader af nedlukning for elektiv kirurgi og ambulante opfølgning som Covid-19 pandemien har medført i 2020.

Sidste år indgik der 654 operationer, heraf 6 % uoplyste i denne indikator. Tallet i år er 597 operationer, men heraf 14 % uoplyste. Altså en betydelig nedgang i antallet af operationer og en markant stigning i antallet af uoplyste. Antallet af slyngeoperationer har vist en faldende tendens gennem flere år og indeværende rapport kan således ikke bedømme om denne udvikling fortsætter. Ligeledes kan vi ikke redegøre for årsagen til den store stigning i antallet af uoplyste, men det skønnes, at Covid-19 nedlukningen af mange elektive funktioner spiller en væsentlig rolle.

Denne indikator inkluderer alle typer midturetral slynger. I maj 2020 udgav Sundhedsstyrelsen en National Klinisk Retningslinje, hvor der gives en stærk anbefaling for at vælge den retropubiske midturetral slynge frem for transobturator midturetral slynge. I den supplerende statistik ses i Tabel A2.3. Anvendelse af KLEG10 og KLEG10A fordelt på år, 2016-2020, at andelen af transobturator slynger er faldende, men fortsat i 2020 udgjorde 25 %.

Indikatoren er en PROM faktor, hvor patienten oplyser, hvor ofte hun oplever inkontinens. Skalaen, der anvendes til kvantificering, er internationalt anerkendt og anvendes til afrapportering i international litteratur. Standarden er fastsat på baggrund af denne litteratur, hvor der rapporteres en succesrate på 80 %. Da patientens tilfredshed er afhængig af hendes udgangspunkt og forventning, kan denne indikator ikke stå alene, men skal suppleres af indikator 2 hvor Patient Global Impression-Improvement måles.

#### Anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form. Den afdeling som ikke har standarden inden for konfindensintervallet, vil blive kontaktet af styregruppen med henblik på behov for rådgivning.



## Indikator 2

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

Standard: ≥ 90 %

### Indikator 02: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala)

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020	Andel 95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	497 / 513	84 (14)	97	(95-98)	95	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	184 / 190	14 (7)	97	(93-99)	96	97
<b>Sjælland</b>	Ja	68 / 73	19 (21)	93	(85-98)	94	93
<b>Syddanmark</b>	Ja	65 / 65	35 (35)	100	(94-100)	96	97
<b>Midtjylland</b>	Ja	97 / 101	9 (8)	96	(90-99)	92	97
<b>Nordjylland</b>	Ja	63 / 63	6 (9)	100	(94-100)	95	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	184 / 190	14 (7)	97	(93-99)	96	97
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	26 / 27	4 (13)	96	(81-100)	95	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	109 / 113	5 (4)	96	(91-99)	95	96
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	49 / 50	5 (9)	98	(89-100)	100	96
<b>Sjælland</b>	Ja	68 / 73	19 (21)	93	(85-98)	94	93
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	31 / 35	9 (20)	89	(73-97)	90	73
Roskilde Gyn afd.	Ja	37 / 38	10 (21)	97	(86-100)	95	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	65 / 65	35 (35)	100	(94-100)	96	97
OUH Gyn afd.	Ja	48 / 48	25 (34)	100	(93-100)	96	96
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	5 / 5	6 (55)	100	(48-100)	100	100
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	8 / 8	4 (33)	100	(63-100)	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	92	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	97 / 101	9 (8)	96	(90-99)	92	97
AUH Kvindesygdomme	Ja	56 / 58	5 (8)	97	(88-100)	91	97
Hospitalsenhed Midt	Ja	40 / 42	4 (9)	95	(84-99)	93	98
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)	94	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	63 / 63	6 (9)	100	(94-100)	95	99
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	40 / 40	5 (11)	100	(91-100)	96	100
Aalborg UH Thisted		0 / 0				100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	23 / 23	1 (4)	100	(85-100)	91	98
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	100	100
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	15 / 15	1 (6)	100	(78-100)		

Bortfald

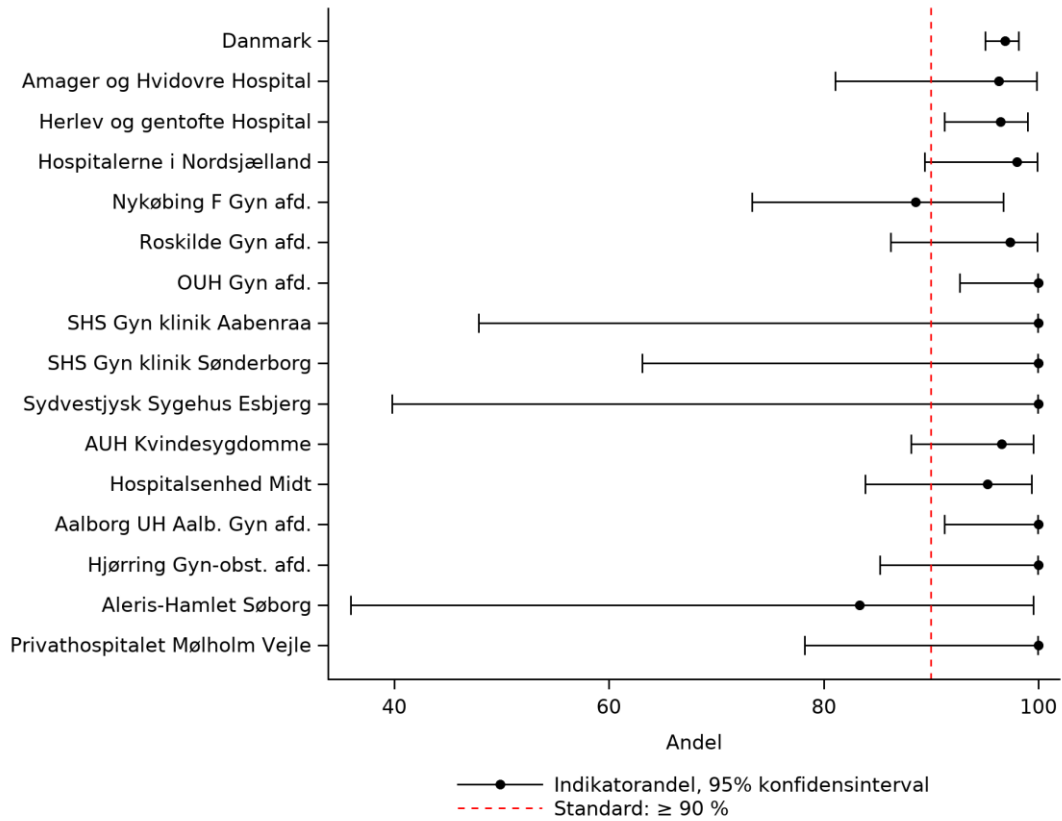
### 02: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær slynge operation (PGI-I skala)

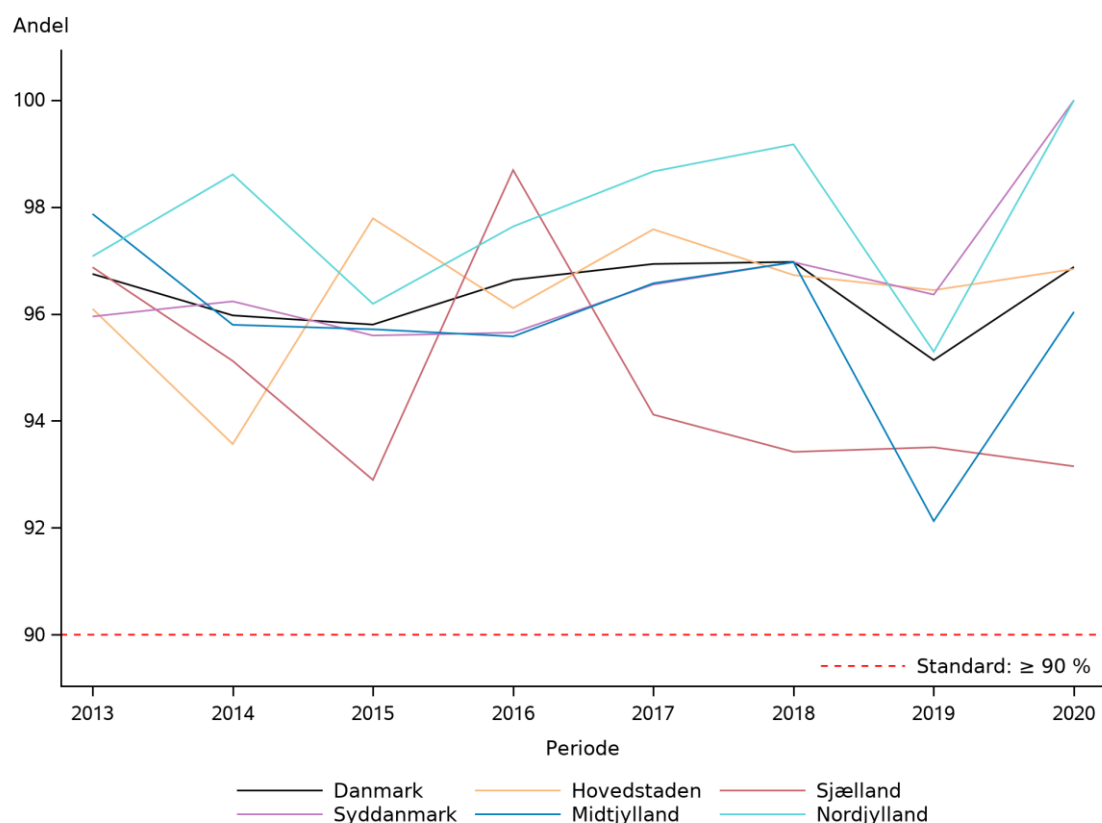
	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	147	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.033	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	312	Patient ikke gennemgået slynge operation



	Antal	Årsag
	9	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	2	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	2	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	82	Uoplyst - Ej svaret (PGI-I score) i EU-skema

## Konfidensintervalplot, enheder





## Kommentar til indikator 2

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primær slyngeoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation med en af operationskoderne KLEG10, KLEG10A eller KLEX3G registreret i DugaBase.

KLEX3G er en betegnelse som blev oprettet udelukkende til brug i DugaBase for indberetning af de så kaldte ”mini-slynger” som i en årrække blev markedsført i Danmark. I de officielle kodesystemer har denne type slynge ikke nogen speciel kode. Der er ikke fundet registreringer af KLEX3G i DugaBase de seneste 2 år (2019 og 2020).

Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

### Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 14 %, dvs. komplementet er 86 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0-55 %. Det er hovedsageligt manglende PGI-I score fra patienten i efterundersøgelsesskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan har 97 % (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. Trendgraften på regionsniveau viser, at alle regioner har ligget stabilt over standarden siden 2013.



Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2013 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

Blandt de 10 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 9 standarden; 1 afdeling (Nykøbing F) ligger lige under standarden med en indikatorværdi på 89 % men med standarden indeholdt i konfidensintervallet.

#### Diskussion og implikationer

Som det gælder for alle indikatorer i denne årsrapport er definitionen af primær operation ændret. Se side 5.

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

Svarende til de faglige bemærkninger til indikator 1, så spiller Covid-19 nedlukningen formodentlig en væsentlig rolle for faldet i antal behandlinger og øgningen i antal uoplyste. I 2019 registrerede vi 654 operationer, heraf 6 % uoplyste mod i 2020: 597 operationer og 14 % uoplyste.

Som anført i kommentar til indikator 1 blev antallet af opererende afdelinger reguleret i specialeplanen af maj 2020 og nogle afdelinger med meget få operationer er ophørt med denne funktion.

Patienttilfredsheden målt ved PGI-I er en valideret og internationalt anvendt metode, som beskriver patientens opfattelse af relativ ændring i symptomer. Indikatoren anses for at være valid og velegnet til at supplere den kvantitative rapportering af antal urininkontinens episoder pr tid, som opgøres i indikator 1 for samme patientgruppe. Som det fremgår, ligger indikatoropfyldelsen højere for dette mål end for indikator 1.

#### Anbefaling

Styregruppen tillægger indikator 2 betydning som en valid indikator for klinisk kvalitet, og den bibeholdes i sin nuværende form.



### Indikator 3

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

Standard: Ikke fastsat

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

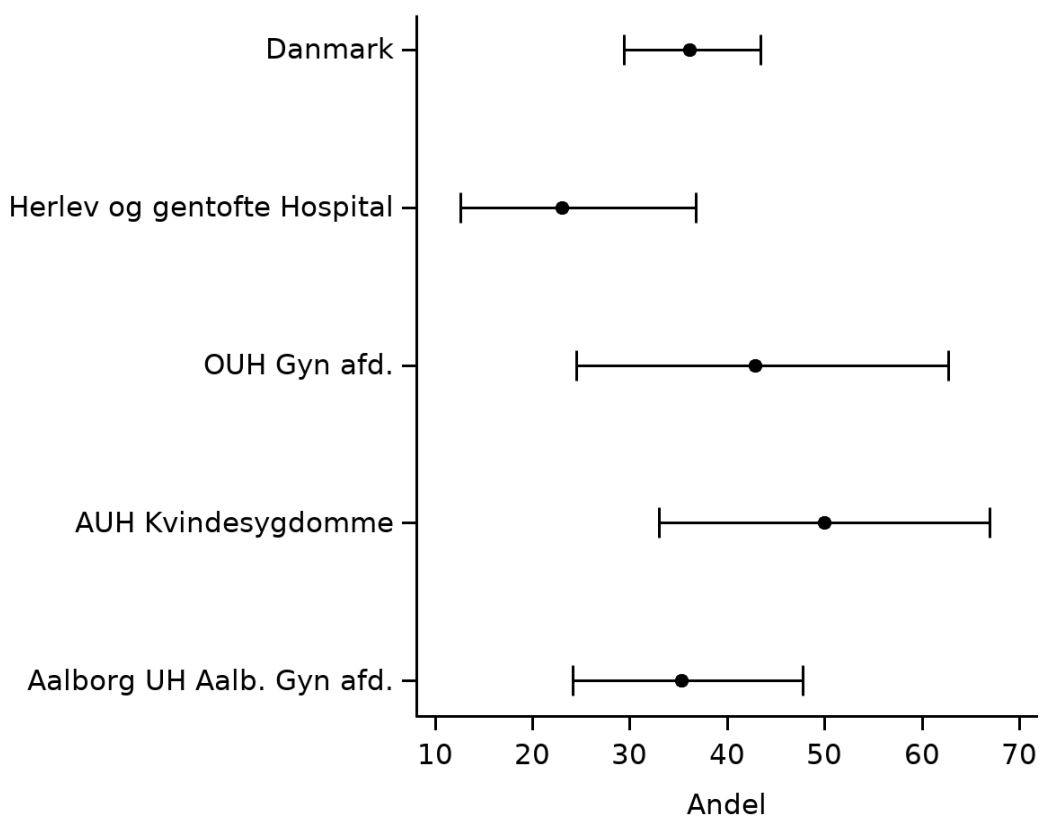
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>		68 / 188	39 (17)	36	(29-43)	34	31
<b>Hovedstaden</b>		12 / 52	1 (2)	23	(13-37)	31	38
<b>Sjælland</b>		## / #	1 (20)	50	(7-93)	29	64
<b>Syddanmark</b>		12 / 28	21 (43)	43	(24-63)	38	22
<b>Midtjylland</b>		18 / 36	5 (12)	50	(33-67)	31	20
<b>Nordjylland</b>		24 / 68	11 (14)	35	(24-48)	35	28
<b>Hovedstaden</b>		12 / 52	1 (2)	23	(13-37)	31	38
Herlev og gentofte Hospital		12 / 52	1 (2)	23	(13-37)	31	38
<b>Sjælland</b>		## / #	1 (20)	50	(7-93)	29	64
Roskilde Gyn afd.		## / #	1 (20)	50	(7-93)	29	64
<b>Syddanmark</b>		12 / 28	21 (43)	43	(24-63)	38	22
OUH Gyn afd.		12 / 28	21 (43)	43	(24-63)	38	22
<b>Midtjylland</b>		18 / 36	5 (12)	50	(33-67)	31	20
AUH Kvindesygdomme		18 / 36	5 (12)	50	(33-67)	31	20
<b>Nordjylland</b>		24 / 68	11 (14)	35	(24-48)	35	28
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		24 / 68	11 (14)	35	(24-48)	35	28

Bortfald

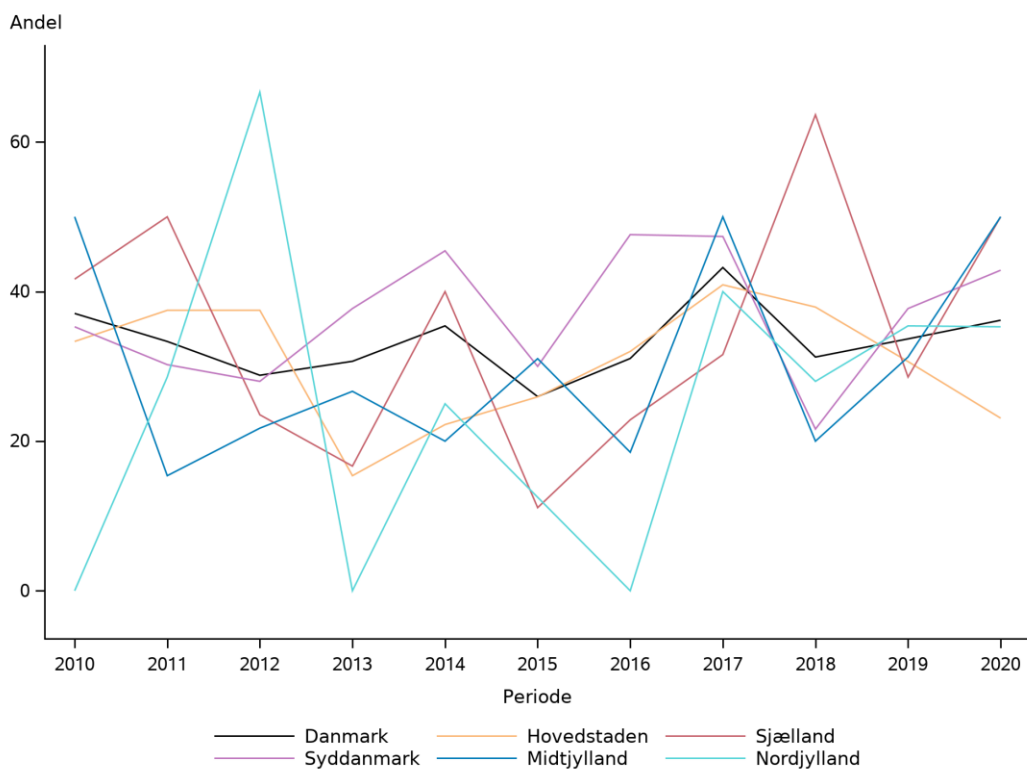
#### 03: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse efter primær bulking operation

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	147	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.033	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	615	Patient ikke gennemgået bulking operation
	78	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
<b>Uoplyst:</b>	2	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	37	Uoplyst - Ej svaret (subjektivt patientbedømmelse) i EU-skema





Trendgraf, regioner



### **Kommentar til indikator 3**

#### Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 3 beskriver den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. Primær bulkingoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase.

Patienter, der i efterundersøgelseskemaet har angivet, at de 'aldrig' (værdi 0) eller 'en gang om ugen eller mindre' (værdi 1) oplever urininkontinens, indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

#### Resultater

På landsplan indgår 188 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 17 % (39 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 83 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 43 %. Det er hovedsageligt manglende subjektiv bedømmelse af succes fra patienten i efterundersøgelseskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan oplever 36 % (95 % CI: 29-43 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. Der er endnu ikke fastsat en standard for indikator 3.

Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 23 % på Herlev-Gentofte til 50 % på AUH Kvindesygdomme blandt afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb.

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

Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatorværdien svinger en del fra år til år. Dog ses der en lille tendens til, at udsvingene er blevet mindre de senere år, og med mindre forskelle mellem de 5 regioner end tidligere. Trendgrafen viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2010 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer

Som det gælder for alle indikatorer i denne årsrapport er definitionen af primær operation ændret. Se side 5. Når indikatoren opgøres med den hidtidige definition af primær operation så bliver antallet af procedurer i 2020 til 241. Den nye definition medfører derfor en betydelig oprensning og vi antager, at tallet nu i højere grad er rensset for recidiv procedurer.

Fra 2018 til 2019 skete der en fordobling i antallet af udførte bulking procedurer i Danmark fra 110 til 219. Antallet af udførte procedurer i år er 227 (=188 oplyste + 39 uoplyste) og således på samme niveau som i 2019.

I 2019 var andelen af uoplyste procedurer 8 %, mens det i 2020 er 17 %. Om stabilisering i antal og øgningen i andel af uoplyste er påvirket af nedlukning for elektiv kirurgi i 2020 pga. Covid-19 pandemien vides ikke, men det må formodes at spille en rolle.

Behandlingen udføres på én afdeling i hver region og der ses en betydelig variation i antal procedurer imellem regionerne. Om denne variation kan tilskrives nedlukninger, som har ramt hårdere på nogle afdelinger end på andre, vides ikke.

Indikatoren ligger mellem 23-50 %, med et landsgennemsnit på 36 % og således på samme niveau som tidligere, men med betydelige udsving mellem afdelingerne.

Indikatoren er en PROM faktor, hvor patienten oplyser, hvor ofte hun oplever inkontinens. Skalaen, der anvendes til kvantificering, er internationalt anerkendt og anvendes til afrapportering i international litteratur. Indikatoren har ingen standard, idet der er en række mere komplekse faktorer, som har betydning for graden af inkontinens efter behandlingen. Det samme gør sig gældende i international litteratur. Da patientens tilfredshed er afhængig af hendes udgangspunkt og forventning, kan denne indikator ikke stå alene, men skal suppleres af indikator 4, hvor Patient Global Impression-Improvement måles.





### Anbefaling

Indikatoropfyldelsen ligger mellem 23-50 % hvilket kan genfindes i litteraturen. Styregruppen har valgt ikke at opstille en standard for denne indikator. Vi finder det dog relevant at rapportere indikatoren for at kunne orientere brugere af urogynækologiske behandlinger om, hvad der må forventes, samt give dem mulighed for at danne sig et overblik over, hvor behandlingsvolumen er størst.



## Indikator 4

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

Standard: Ikke fastsat

### Indikator 04: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)

	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
<b>Danmark</b>		141 / 187	40 (18)	75	(69-81)	73	71
<b>Hovedstaden</b>		41 / 52	1 (2)	79	(65-89)	68	79
<b>Sjælland</b>		3 / 4	1 (20)	75	(19-99)	57	73
<b>Syddanmark</b>		22 / 27	22 (45)	81	(62-94)	76	68
<b>Midtjylland</b>		25 / 36	5 (12)	69	(52-84)	56	60
<b>Nordjylland</b>		50 / 68	11 (14)	74	(61-83)	85	73
<b>Hovedstaden</b>		41 / 52	1 (2)	79	(65-89)	68	79
Herlev og gentofte Hospital		41 / 52	1 (2)	79	(65-89)	68	79
<b>Sjælland</b>		3 / 4	1 (20)	75	(19-99)	57	73
Roskilde Gyn afd.		3 / 4	1 (20)	75	(19-99)	57	73
<b>Syddanmark</b>		22 / 27	22 (45)	81	(62-94)	76	68
OUH Gyn afd.		22 / 27	22 (45)	81	(62-94)	76	68
<b>Midtjylland</b>		25 / 36	5 (12)	69	(52-84)	56	60
AUH Kvindesygdomme		25 / 36	5 (12)	69	(52-84)	56	60
<b>Nordjylland</b>		50 / 68	11 (14)	74	(61-83)	85	73
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		50 / 68	11 (14)	74	(61-83)	85	73

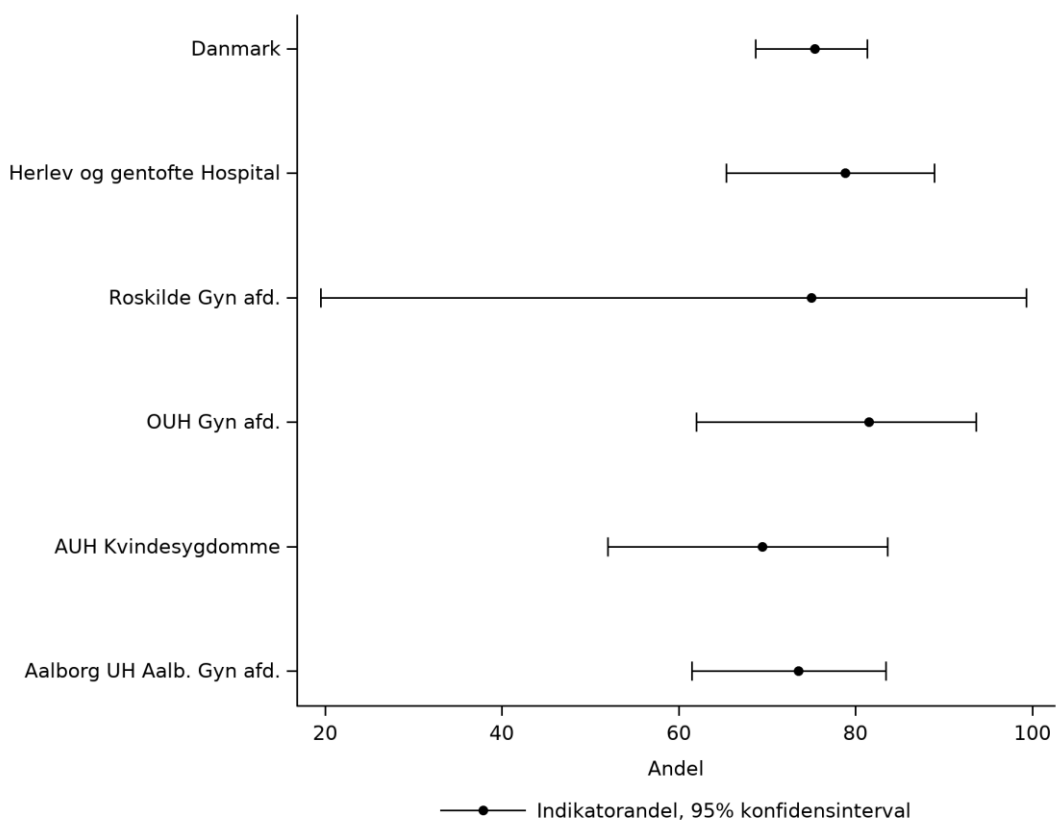
Bortfald

### 04: Inkontinens - Subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation (PGI-I skala)

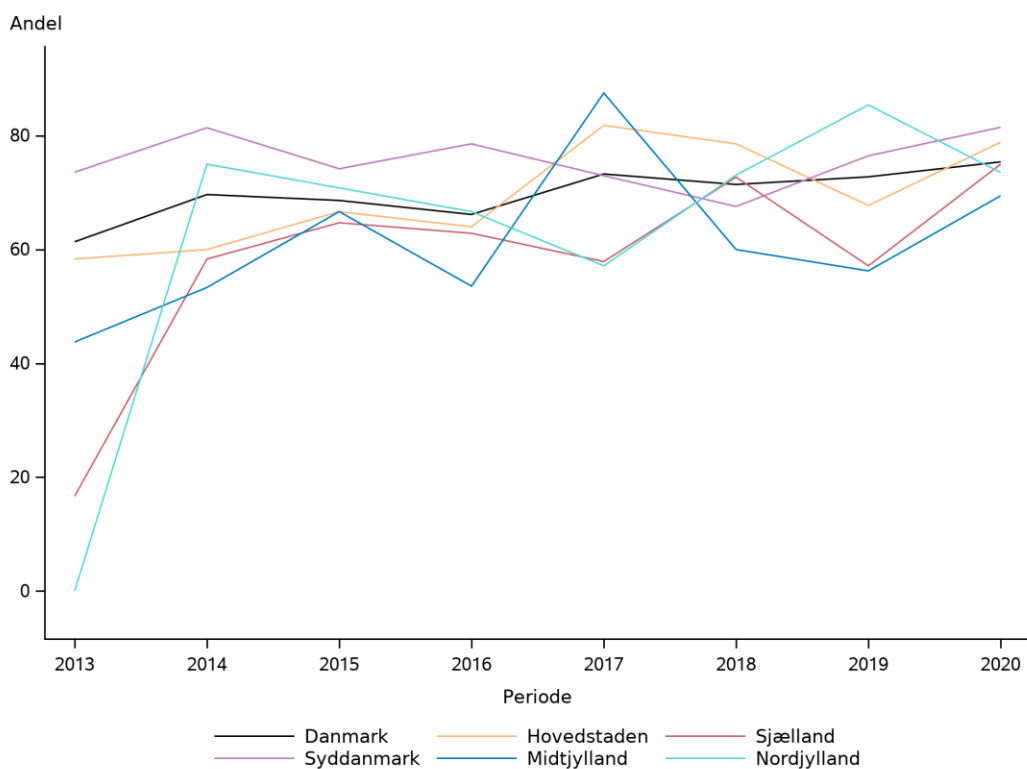
	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	147	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.033	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	615	Patient ikke gennemgået bulking operation
	78	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
<b>Uoplyst:</b>	2	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	38	Uoplyst - Ej svaret (PGI-I score) i EU-skema



## Konfidensintervalplot, enheder



## Trendgraf, regioner



## Kommentar til indikator 4

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på PGI-I skala. Primær bulkingoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation med en af operationskoderne KKDV20 eller KKDV22 registreret i DugaBase.

Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsynkning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

### Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 18 % (40 forløb), dvs. komplettheden er 82 %. Der er en nogen variation i andelen af uoplyste forløb (2 til 45 %). Det er hovedsageligt manglende PGI-I score fra patienten i efterundersøgelsesskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan har 75 % (95 % CI: 69-81 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator

Regionerne har indikatorværdier mellem 69 % og 81 %. Trendgrafen viser, at regionerne siden 2014 har haft indikatorværdier vekslede omkring ca. 50-80 % med både inter- og intraregionale udsving over årene. Trendgrafen viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2013 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

Patientpopulationen til denne indikator er lille, og kun 4 afdelinger har mindst 10 relevante patientforløb i 2020. Indikatorværdierne ligger mellem 69 % og 81 % på afdelingsniveau. Alle resultater bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

### Diskussion og implikationer

For denne indikator gælder samme overvejelser vedr. ny definition af primær operation samt ændringen i antal operationer og andelen af uoplyste pga. nedlukning som nævnt for indikator 3.

Ved sammenligning med det absolutte mål i indikator 3, vil man se, at mange patienter oplever en væsentlig forbedring trods mere end én lækage om ugen eller oftere. Landsgennemsnit på 75 % er stabilt i forhold til tidligere, mens variationen mellem afdelingerne på 69-81 % er mindsket.

Det er glædeligt at se at den generelle patienttilfredshed målt ved PGI-I bliver mere ensartet mellem afdelingerne og viser en stigende trend. Når man sammenligner med indikator 3, som monitorerer antal inkontinensepisoder over tid, så kan man se, at den øgede patienttilfredshed ikke skyldes en bedring i antallet af inkontinens episoder. Det må derfor formodes, at der sker en bedre forventningsafstemning forud for operationen.

Ved sammenligning mellem afdelinger skal man holde for øje, at behandlingen bl.a. bruges til patienter med komplekse problemstillinger, som gør dem uegnede til andre typer behandling, og for hvem en lille forbedring af kontinensfunktionen har en forholdsvis stor værdi.

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

### Anbefaling

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



## Indikator 11

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

Standard:  $\geq 80\%$

### Indikator 11: Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation

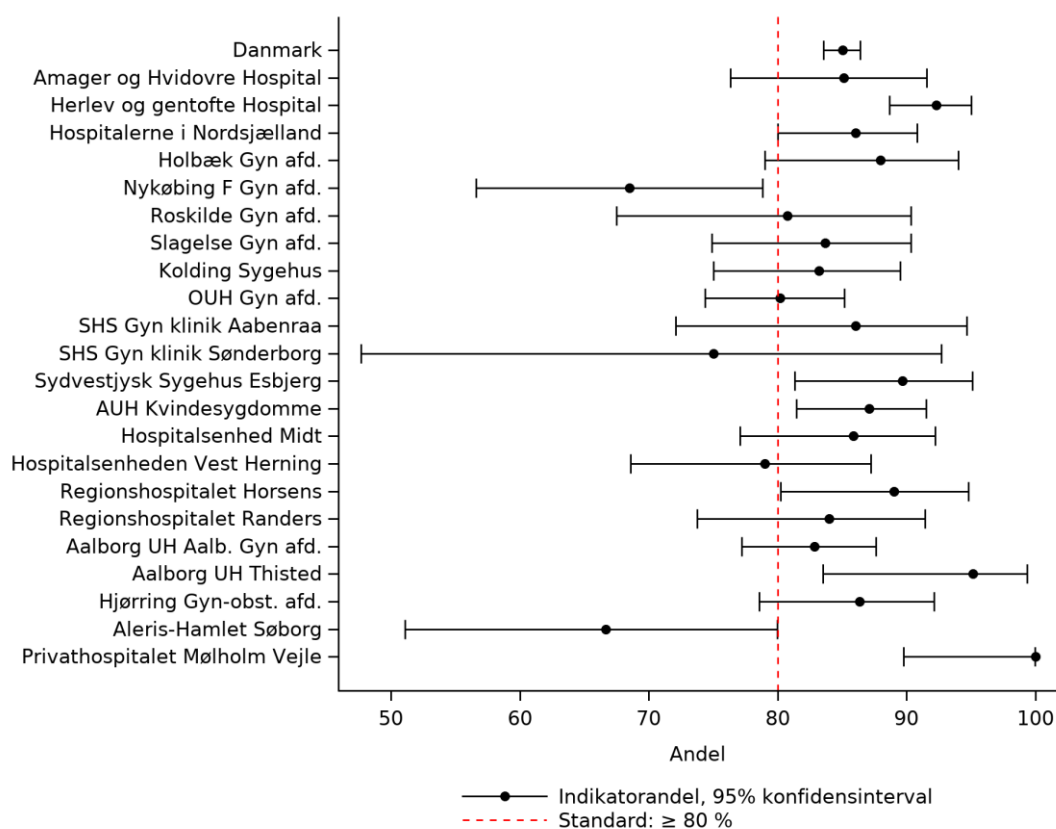
	Standard $\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.969 / 2.316	327 (12)	85	(83-86)	85	85
<b>Hovedstaden</b>	Ja	503 / 564	36 (6)	89	(86-92)	88	86
<b>Sjælland</b>	Ja	247 / 306	58 (16)	81	(76-85)	83	81
<b>Syddanmark</b>	Ja	399 / 481	114 (19)	83	(79-86)	84	87
<b>Midtjylland</b>	Ja	441 / 516	58 (10)	85	(82-88)	86	84
<b>Nordjylland</b>	Ja	313 / 367	52 (12)	85	(81-89)	85	84
<b>Hovedstaden</b>	Ja	503 / 564	36 (6)	89	(86-92)	88	86
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	80 / 94	17 (15)	85	(76-92)	82	79
Herlev og gentofte Hospital	Ja	275 / 298	8 (3)	92	(89-95)	89	90
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	148 / 172	11 (6)	86	(80-91)	89	84
<b>Sjælland</b>	Ja	247 / 306	58 (16)	81	(76-85)	83	81
Holbæk Gyn afd.	Ja	73 / 83	23 (22)	88	(79-94)	88	82
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	50 / 73	9 (11)	68	(57-79)	85	78
Roskilde Gyn afd.	Ja	42 / 52	12 (19)	81	(67-90)	82	84
Slagelse Gyn afd.	Ja	82 / 98	14 (13)	84	(75-90)	77	75
<b>Syddanmark</b>	Ja	399 / 481	114 (19)	83	(79-86)	84	87
Kolding Sygehus	Ja	94 / 113	6 (5)	83	(75-90)	83	91
OUH Gyn afd.	Ja	178 / 222	63 (22)	80	(74-85)	82	86
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	37 / 43	11 (20)	86	(72-95)	91	83
SHS Gyn klinik Sønderborg	Nej	12 / 16	6 (27)	75	(48-93)	71	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	78 / 87	28 (24)	90	(81-95)	91	86
<b>Midtjylland</b>	Ja	441 / 516	58 (10)	85	(82-88)	86	84
AUH Kvindesygdomme	Ja	162 / 186	23 (11)	87	(81-92)	79	80
Hospitalsenhed Midt	Ja	79 / 92	8 (8)	86	(77-92)	81	84
Hospitalsenheden Vest Herning	Nej	64 / 81	4 (5)	79	(69-87)	94	86
Regionshospitalet Horsens	Ja	73 / 82	5 (6)	89	(80-95)	92	84
Regionshospitalet Randers	Ja	63 / 75	18 (19)	84	(74-91)	91	86
<b>Nordjylland</b>	Ja	313 / 367	52 (12)	85	(81-89)	85	84
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	179 / 216	34 (14)	83	(77-88)	87	85
Aalborg UH Thisted	Ja	39 / 41	5 (11)	95	(83-99)	82	78
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	95 / 110	13 (11)	86	(79-92)	81	83
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg						100	100
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	30 / 45	3 (6)	67	(51-80)	85	80
Capio CFR A/S Lyngby	Nej	##	1 (25)	67	(9-99)	100	63
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	34 / 34	5 (13)	100	(90-100)		

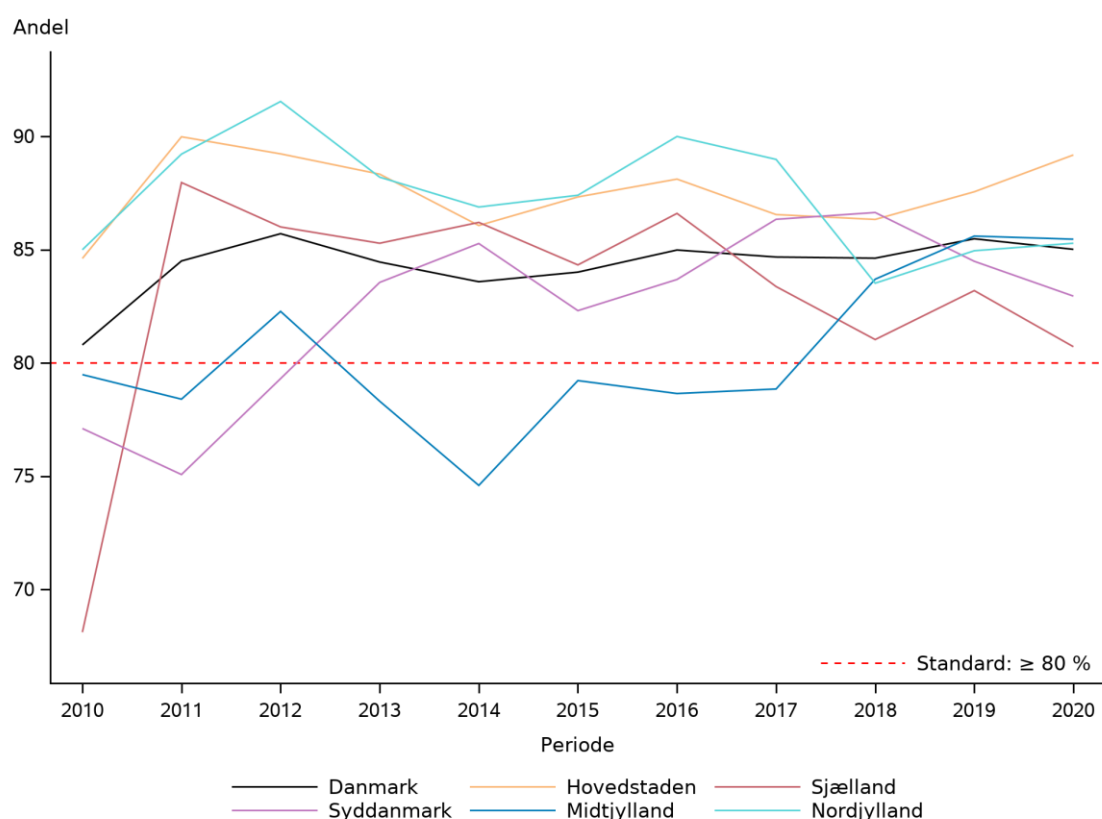


## 11: Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af primær prolapsoperation

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	147	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	909	Ikke registreret med en prolaps procedurekode
	381	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
<b>Uoplyst:</b>	20	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
	327	Uoplyst - Ej svaret (subjektivt patientbedømmelse) i EU-skema

## Konfidensintervalplot, enheder





## Kommentar til indikator 11

### Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 11 er en opgørelse af behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation for prolaps. Primær prolapsoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLCD10, KLDC10 og KLED00 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i et specifikt kompartiment registreret i DugaBase.

Operationer, hvor patienten i efterundersøgelsesskemaet 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 efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

### Resultater

Der indgår 2316 komplette patientforløb i indikatoren. Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 12 % (327 forløb), dvs. komplettheden er 88 %. Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb på offentlige afdelinger; datakomplettheden på afdelingsniveau svinger fra 73 til 97 %.

På landsplan har 85 % (95 % CI: 83-86 %) ikke oplevet nedsynknings symptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med de seneste år. Der er lille variation mellem regionerne fra 81 % i Region Sjælland til 89 % i Region Hovedstaden.

Blandt de 22 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 18 standarden, mens 4 ikke opfylder standarden (Nykøbing F Gyn afd., SHS Gyn Klinik Sønderborg, Hospitalsenheden Vest Herning og Aleris-Hamlet



Søborg). Kun Nykøbing F Gyn afd. har ikke standarden indeholdt i konfidensintervallet og opfylder dermed ikke indikatorstandarden. Der er nogen variation mellem afdelingerne, fra 67 % på Aleris-Hamlet Søborg til 100 % på Privathospitalet Mølholm, Vejle.

Trendgrafene på regionsniveau viser, at indikatoren har ligget stabilt over standard i 4 af de 5 regioner siden 2012. Kun Region Midtjylland har ligget under standarden, men de seneste 3 år er standarden også opfyldt i Midtjylland.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2010 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer

Som det gælder for alle indikatorer i denne årsrapport er definitionen af primær operation ændret. Se side 5.

Styregruppen noterer sig at alle afdelinger på nær én opfylder standarden hvis konfidensintervallet medregnes og at der generelt er en stabilisering af landsresultatet på ca. 85 %. Der ses ikke store udsving fraset blandt de afdelinger med mindre antal operationer.

Det samlede antal udførte prolapsoperationer og fordelingen på de enkelt afdelinger skal ses i lyset af de meget varierende grader af nedlukning for elektiv kirurgi og ambulante opfølgning som Covid-19 pandemien har medført i 2020.

Sidste år indgik der 2629 operationer, heraf 11 % uoplyste i denne indikator. Tallet i år er 2643 operationer, men heraf 12 % uoplyste. Således ikke udsving på det samlede resultat.

Indikatoren beskriver patientens subjektive fornemmelse af prolaps ved kardinal symptomet ”fornemmelse af en bule i eller uden for skeden”, hvilket er den parameter som anvendes til at definere succes i international litteratur. Denne PROM indsamles ca. 3 mdr. postoperativt. Dette interval er et kompromis mellem længere opfølgningstid og ønsket om at få opfølgningsdata fra det foregående år med i årsrapporten som skal udkomme 1. juli det følgende år.

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

#### Anbefaling

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

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





## Indikator 12

Behandlings succes for primær prolapsoperation målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 12: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)

	Standard $\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.201 / 2.306	337 (13)	95	(95-96)	96	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	548 / 564	36 (6)	97	(95-98)	97	95
<b>Sjælland</b>	Ja	283 / 306	58 (16)	92	(89-95)	91	92
<b>Syddanmark</b>	Ja	452 / 478	117 (20)	95	(92-96)	96	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	498 / 514	60 (10)	97	(95-98)	97	97
<b>Nordjylland</b>	Ja	342 / 362	57 (14)	94	(92-97)	95	96
<b>Hovedstaden</b>	Ja	548 / 564	36 (6)	97	(95-98)	97	95
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	91 / 94	17 (15)	97	(91-99)	97	93
Herlev og gentofte Hospital	Ja	291 / 298	8 (3)	98	(95-99)	97	96
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	166 / 172	11 (6)	97	(93-99)	97	94
<b>Sjælland</b>	Ja	283 / 306	58 (16)	92	(89-95)	91	92
Holbæk Gyn afd.	Ja	77 / 83	23 (22)	93	(85-97)	98	93
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	67 / 73	9 (11)	92	(83-97)	86	96
Roskilde Gyn afd.	Ja	49 / 52	12 (19)	94	(84-99)	91	90
Slagelse Gyn afd.	Ja	90 / 98	14 (13)	92	(85-96)	87	93
<b>Syddanmark</b>	Ja	452 / 478	117 (20)	95	(92-96)	96	95
Kolding Sygehus	Ja	111 / 113	6 (5)	98	(94-100)	97	96
OUH Gyn afd.	Ja	201 / 219	66 (23)	92	(87-95)	96	95
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	41 / 43	11 (20)	95	(84-99)	98	83
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	16 / 16	6 (27)	100	(79-100)	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	83 / 87	28 (24)	95	(89-99)	97	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	498 / 514	60 (10)	97	(95-98)	97	97
AUH Kvindesygdomme	Ja	181 / 186	23 (11)	97	(94-99)	96	96
Hospitalsenhed Midt	Ja	88 / 91	9 (9)	97	(91-99)	96	94
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	76 / 81	4 (5)	94	(86-98)	100	99
Regionshospitalet Horsens	Ja	81 / 82	5 (6)	99	(93-100)	97	100
Regionshospitalet Randers	Ja	72 / 74	19 (20)	97	(91-100)	99	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	342 / 362	57 (14)	94	(92-97)	95	96
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	209 / 216	34 (14)	97	(93-99)	94	95
Aalborg UH Thisted	Nej	36 / 41	5 (11)	88	(74-96)	97	98
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	97 / 105	18 (15)	92	(86-97)	95	96
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg						100	100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	41 / 45	3 (6)	91	(79-98)	98	98
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	3 / 3	1 (25)	100	(29-100)	100	88
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	34 / 34	5 (13)	100	(90-100)		

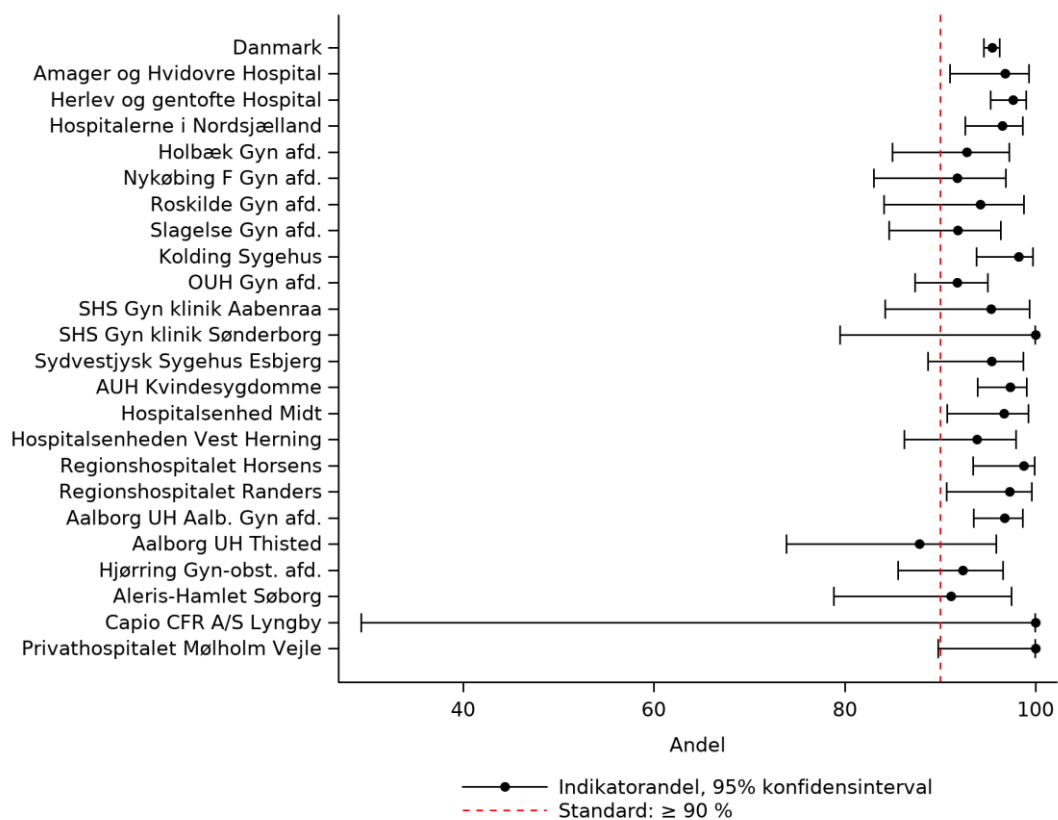


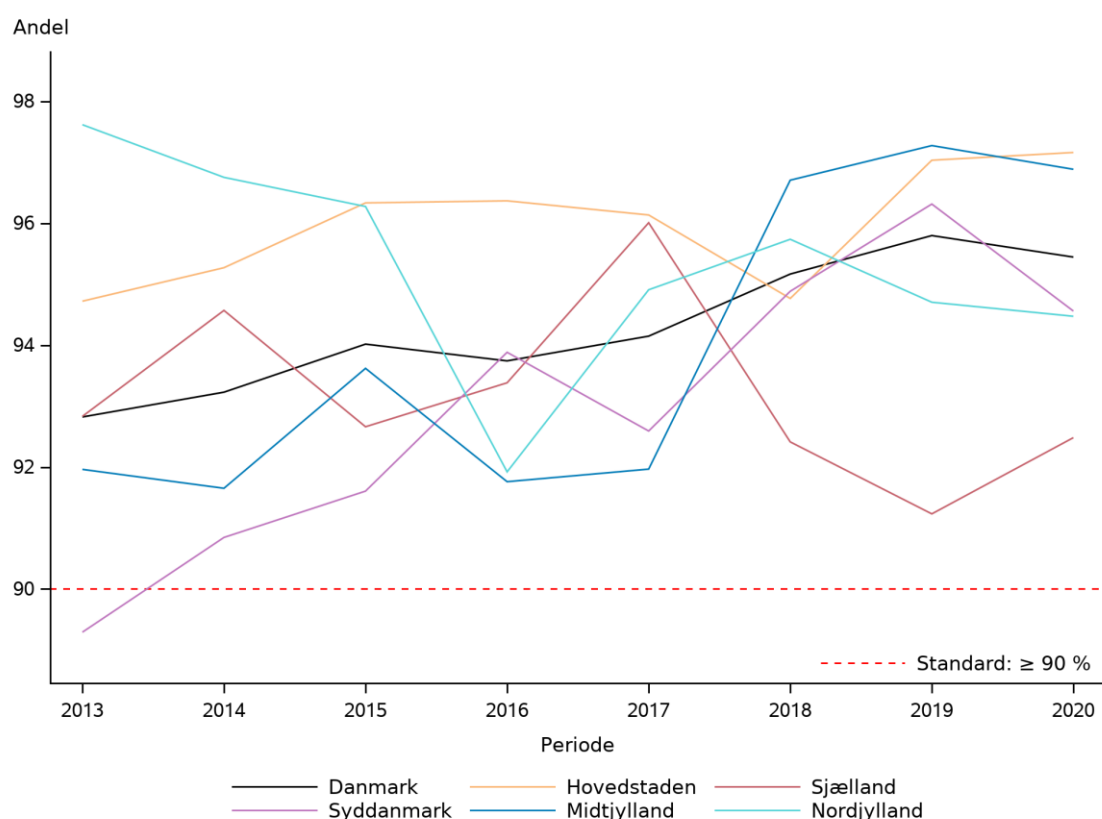
Bortfald

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

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	147	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	909	Ikke registreret med en prolaps procedurekode
	381	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	20	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	337	Uoplyst - Ej svaret (PGI-I score) i EU-skema

Konfidensintervalplot, enheder





## Kommentar til indikator 12

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på PGI-I skala. Primær prolapsoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLCD10, KLDC10 og KLED00 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i et specifikt kompartiment registreret i DugaBase.

Patienter der, i 'spørgeskema til patienter med nedsyning og/eller urininkontinens – EFTER', har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'meget bedre' eller 'lidt bedre', indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af spørgsmålet i patientens efterundersøgelsesskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

### Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 13 % (337 operationsforløb), dvs. kompletheden er 87 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 3 % på Herlev og Gentofte Hospital til 27 % på SHS Gyn klinik Sønderborg.

På landsplan har 95 % (95 % CI: 95-96 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til "Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala" spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle 5 regioner opfylder ligeledes standarden med indikatorværdier, der spænder fra 92 % til 97 %.

Blandt de 22 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 21 standarden; Aalborg UH Thisted ligger under standarden med en indikatorværdi på 88 %, standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet. Der er generelt lille variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 88 % og 100 %.



Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatoren har været opfyldt hvert år i alle 5 regioner siden 2014. Trendgrafen viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2013 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer

Styregruppen noterer sig, at alle afdelinger opfylder standarden, når konfidensintervallet medregnes, og at forskellen fra sidste år er beskedent. Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator i år er faldet til 87 %. Det må formodes at reduktion af elektive funktioner som følge af Covid-19 nedlukning kan være medvirkende til dette. Der er stadig stor variation mellem afdelingerne, hvor nogle har 3 % uoplyste og andre har over 25 %.

Patienttilfredsheden målt ved PGI-I er en valideret og internationalt anvendt metode, som beskriver patientens opfattelse af relativ ændring i symptomer. Indikatoren anses for at være valid og velegnet til at supplere den kvantitative rapportering af prolaps symptomer pr tid, som opgøres i indikator 11 for samme patientgruppe. Denne PROM indsamles ca. 3 mdr. postoperativt. Dette interval er et kompromis mellem længere opfølgningstid og ønsket om at få opfølgningsdata fra det foregående med i årsrapporten som skal udkomme 1. juli det følgende år. Ved sammenligning imellem afdelinger skal man holde sig for øje, at afdelinger med regionsfunktion og højt specialiseret funktion får henvist flere patienter med komplekse problemstillinger, omend der kun måles på primær operationer. Indikatoren regnes som valid.

#### Anbefaling

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

Da indikatoren indeholder alle typer af førstegangs prolaps operationer vil der være et stort case-mix når man sammenligner afdelinger idet nogle typer prolapsindgreb kun foregår på afdelinger med regionsfunktion.

Styregruppen overvejer at opdele denne indikator på enkelte indgreb / grupper af indgreb.



## Generelt vedr. recidivindikatorer 13-18

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

### Indikator 13

Ingen recidivoperation (2 år) i forreste kompartment efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 95\%$

#### Indikator 13: Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$ opfyldt			01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel	2016 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	866 / 909	0 (0)	95	(94-97)	96	94
<b>Hovedstaden</b>	Nej	172 / 183	0 (0)	94	(89-97)	96	96
<b>Sjælland</b>	Ja	104 / 107	0 (0)	97	(92-99)	96	93
<b>Syddanmark</b>	Ja	184 / 190	0 (0)	97	(93-99)	95	93
<b>Midtjylland</b>	Ja	238 / 248	0 (0)	96	(93-98)	94	94
<b>Nordjylland</b>	Nej	146 / 156	0 (0)	94	(89-97)	99	96
<b>Hovedstaden</b>	Nej	172 / 183	0 (0)	94	(89-97)	96	96
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	32 / 33	0 (0)	97	(84-100)	94	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	50 / 52	0 (0)	96	(87-100)	98	92
Hospitalet i Nordsjælland	Nej	90 / 98	0 (0)	92	(85-96)	95	97
<b>Sjælland</b>	Ja	104 / 107	0 (0)	97	(92-99)	96	93
Holbæk Gyn afd.	Ja	39 / 40	0 (0)	98	(87-100)	100	100
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	16 / 17	0 (0)	94	(71-100)	96	85
Roskilde Gyn afd.	Ja	32 / 33	0 (0)	97	(84-100)	97	93
Slagelse Gyn afd.	Ja	17 / 17	0 (0)	100	(80-100)	93	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	184 / 190	0 (0)	97	(93-99)	95	93
Kolding Sygehus	Ja	35 / 36	0 (0)	97	(85-100)	94	91
OUH Gyn afd.	Ja	92 / 93	0 (0)	99	(94-100)	94	96
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	13 / 15	0 (0)	87	(60-98)	100	91
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	44 / 46	0 (0)	96	(85-99)	98	92
<b>Midtjylland</b>	Ja	238 / 248	0 (0)	96	(93-98)	94	94
AUH Kvindesygdomme	Nej	27 / 31	0 (0)	87	(70-96)	97	88
Hospitalsenhed Midt	Nej	59 / 64	0 (0)	92	(83-97)	89	93
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	47 / 47	0 (0)	100	(92-100)	93	98
Regionshospitalet Horsens	Ja	52 / 52	0 (0)	100	(93-100)	100	91
Regionshospitalet Randers	Ja	53 / 54	0 (0)	98	(90-100)	93	96
<b>Nordjylland</b>	Nej	146 / 156	0 (0)	94	(89-97)	99	96
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	96 / 104	0 (0)	92	(85-97)	99	99
Aalborg UH Thisted	Nej	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	39 / 40	0 (0)	98	(87-100)	100	90

#### Privathospitaler



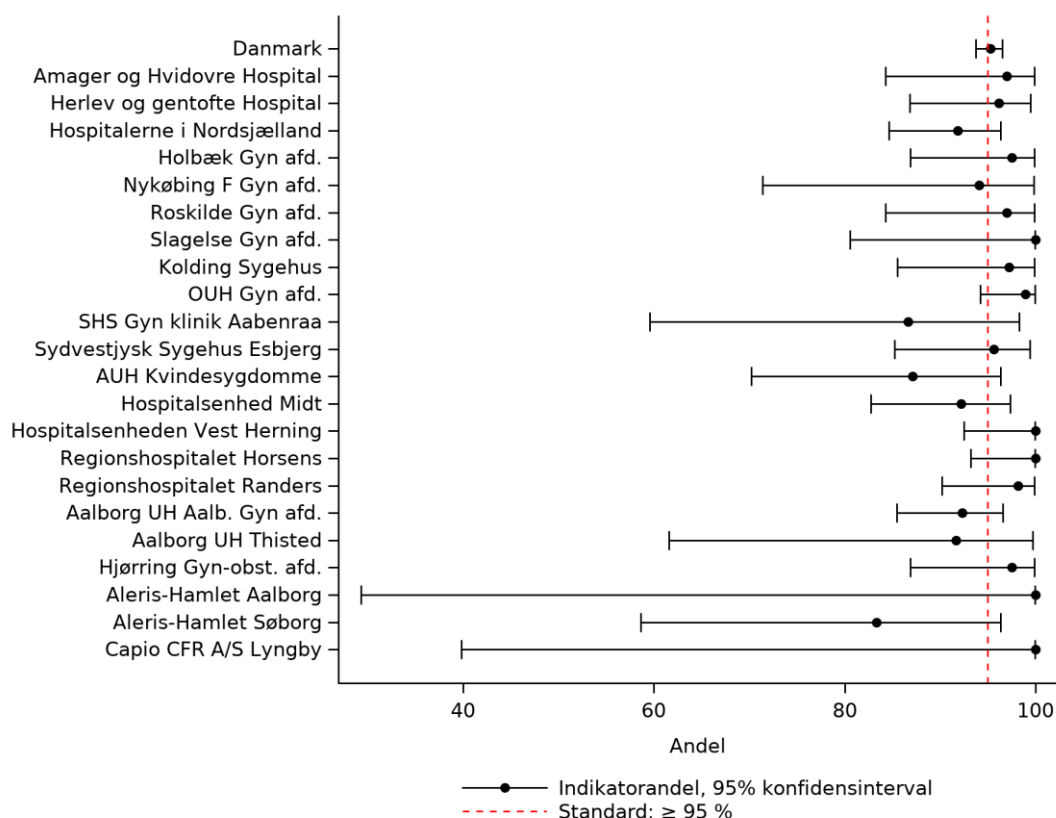
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel	2016 Andel
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100	100
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	15 / 18	0 (0)	83	(59-96)	100	90
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	92	100
Privathospitalet Møn						100	100

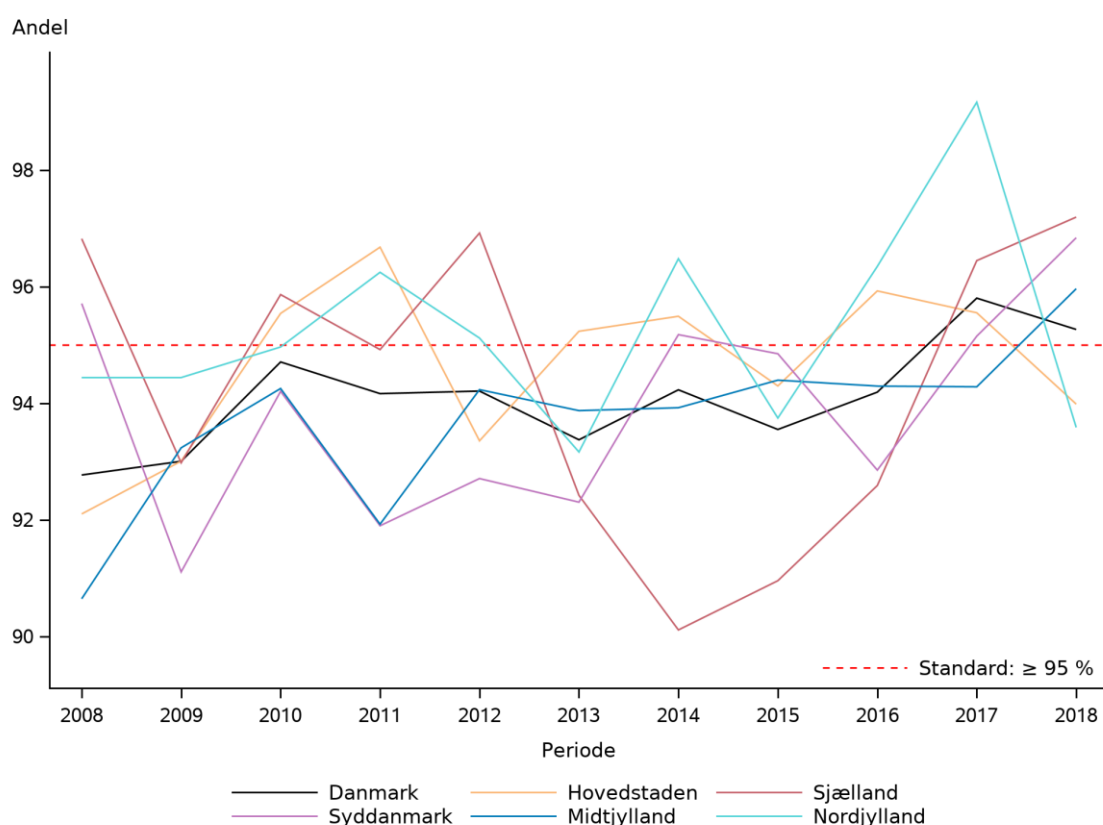
Bortfald

### 13: Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartiment

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	293	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	2.054	Ej forreste kompartiment m. KLEF00
	1.153	Patient ikke mono-opereret
	128	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	3	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase

### Konfidensintervalplot, enheder





### Kommentar til indikator 13

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2018.

Primær operation er defineret som en KLEF00-operation registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i forreste kompartment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Blandt primære KLEF00-prolapsoperationer i forreste kompartment uden andre deloperationer i 2018 har 95 % (95 % CI: 94-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan.

Tre regioner opfylder standarden, mens to regioner (Hovedstaden og Nordjylland) ligger lige under standarden med indikatorværdier på 94 %. I øvrigt er der 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 83 og 94 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for alle 8 afdelinger. Variationen mellem afdelingerne er således begrænset.

Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

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



## Indikator 14

Ingen recidivoperation (5 år) i forreste kompartment efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 3: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 14: Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment

	Standard $\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2015 - 31.12.2015		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2014 Andel	2013 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	980 / 1.086	0 (0)	90	(88-92)	91	91
<b>Hovedstaden</b>	Ja	174 / 193	0 (0)	90	(85-94)	92	93
<b>Sjælland</b>	Nej	156 / 177	0 (0)	88	(82-93)	85	89
<b>Syddanmark</b>	Ja	252 / 272	0 (0)	93	(89-95)	93	90
<b>Midtjylland</b>	Ja	226 / 250	0 (0)	90	(86-94)	90	91
<b>Nordjylland</b>	Nej	158 / 176	0 (0)	90	(84-94)	93	90
<b>Hovedstaden</b>	Ja	174 / 193	0 (0)	90	(85-94)	92	93
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	28 / 30	0 (0)	93	(78-99)	95	91
Herlev og gentofte Hospital	Ja	60 / 65	0 (0)	92	(83-97)	93	93
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	86 / 98	0 (0)	88	(80-94)	91	94
<b>Sjælland</b>	Nej	156 / 177	0 (0)	88	(82-93)	85	89
Holbæk Gyn afd.	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100	100
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	33 / 42	0 (0)	79	(63-90)	89	91
Roskilde Gyn afd.	Ja	69 / 74	0 (0)	93	(85-98)	84	93
Slagelse Gyn afd.	Nej	32 / 39	0 (0)	82	(66-92)	82	81
<b>Syddanmark</b>	Ja	252 / 272	0 (0)	93	(89-95)	93	90
Kolding Sygehus	Ja	37 / 39	0 (0)	95	(83-99)	86	87
OUH Gyn afd.	Ja	98 / 107	0 (0)	92	(85-96)	96	86
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	33 / 35	0 (0)	94	(81-99)	91	91
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	84 / 91	0 (0)	92	(85-97)	93	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	226 / 250	0 (0)	90	(86-94)	90	91
AUH Kvindesygdomme	Ja	37 / 40	0 (0)	93	(80-98)	85	89
Hospitalsenhed Midt	Nej	59 / 73	0 (0)	81	(70-89)	85	86
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	40 / 40	0 (0)	100	(91-100)	91	93
Regionshospitalet Horsens	Ja	34 / 34	0 (0)	100	(90-100)	94	92
Regionshospitalet Randers	Nej	56 / 63	0 (0)	89	(78-95)	96	94
<b>Nordjylland</b>	Nej	158 / 176	0 (0)	90	(84-94)	93	90
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	86 / 95	0 (0)	91	(83-96)	91	89
Aalborg UH Thisted	Ja	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)	100	86
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	61 / 69	0 (0)	88	(78-95)	95	93
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Aleris-Hamlet Aarhus							67
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	10 / 14	0 (0)	71	(42-92)	80	94
Bekkevold Hellerup						100	100
Ciconia Aarhus							100





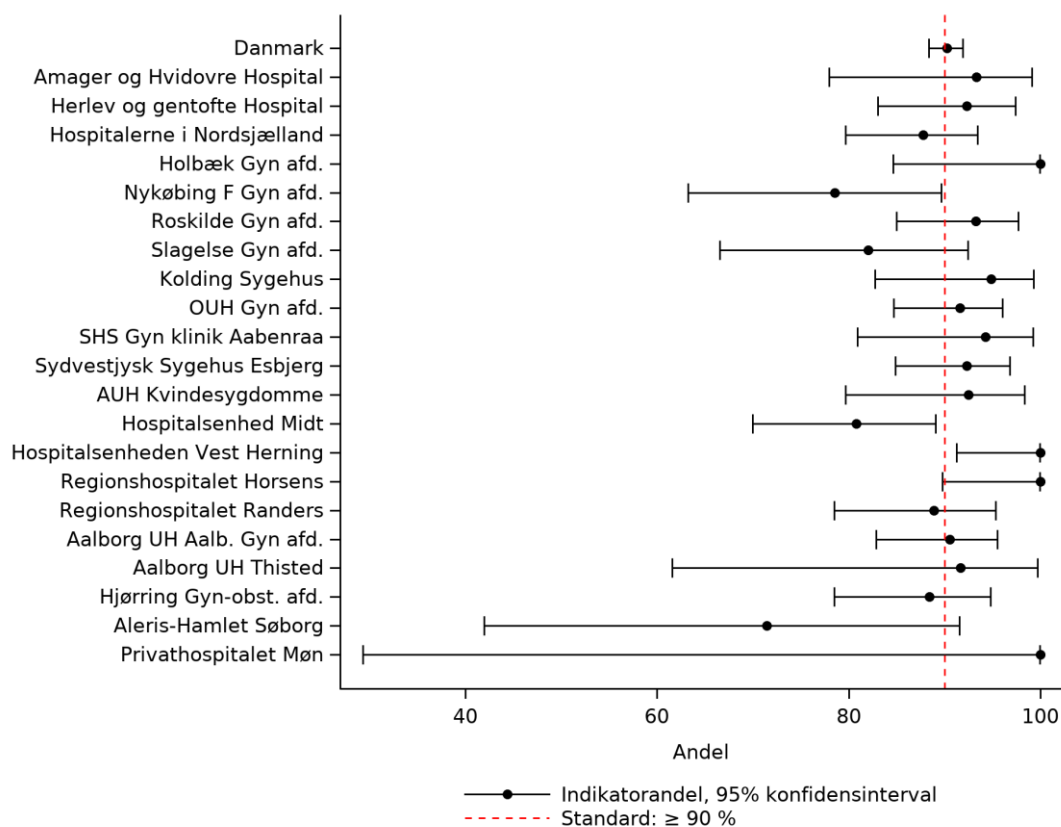
	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2015 - 31.12.2015	Tidligere år			
	≥ 90% opfyldt			Tæller/ nævner	Andel	95% CI	Andel
Privathospitalet Møn	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	88	50

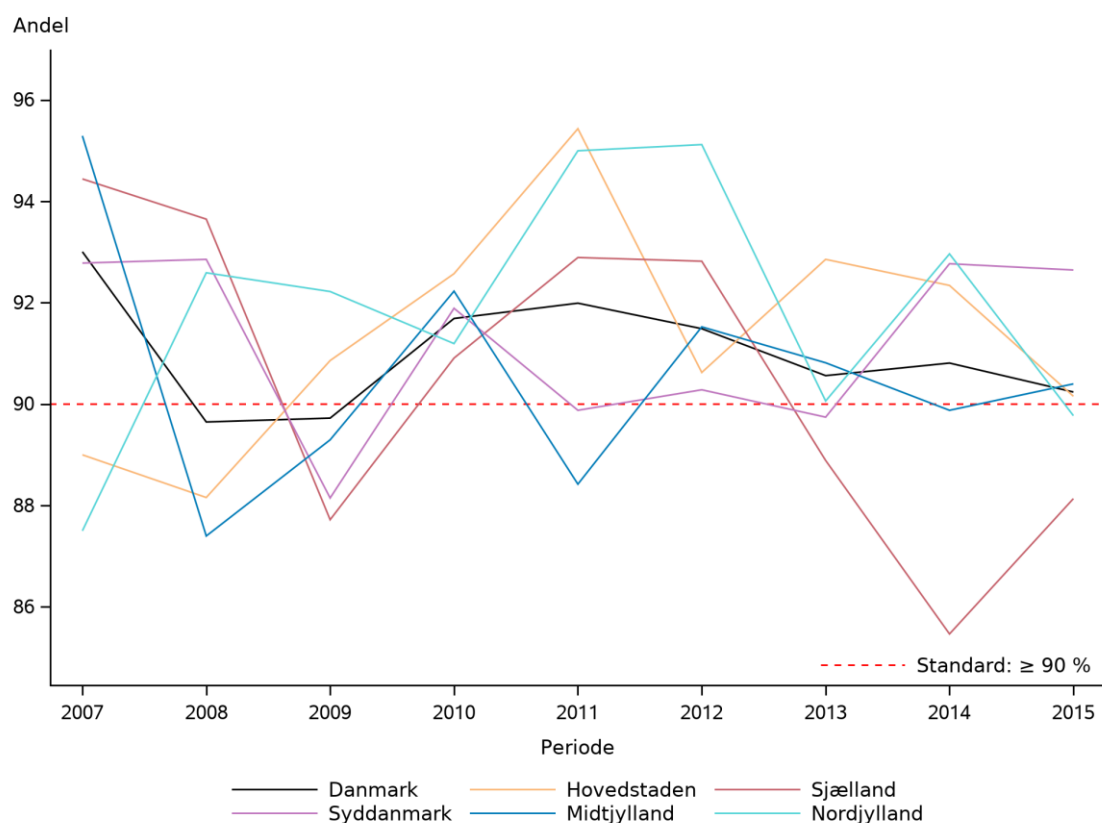
Bortfald

#### 14: Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	299	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	2.452	Ej forreste kompartment m. KLEF00
	1.390	Patient ikke mono-opereret
	121	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	14	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase

#### Konfidensintervalplot, enheder





## Kommentar til indikator 14

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2015.

Primær operation er defineret som en KLEF00-operation registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i forreste kompartiment registreret i DugaBase.

### Resultater

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

Blandt primære KLEF00-prolapsoperationer i forreste kompartiment uden andre deloperationer i 2015 har 90 % (95 % CI: 88-92 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Der er lille variation mellem regionerne; 3 regioner opfylder standarden, Region Sjælland ligger en smule under standarden med en indikatorværdi på 88 %; Region Nordjylland ligger lige på grænsen til at opfylde standarden med en indikatorværdi på 89,8 %, der er afrundet til 90 % i indikatortabellen. Den umiddelbare inkonsistens mellem indikatorværdien og "Nej" i kolonnen "standard opfyldt" i indikatortabellen dækker altså over, at indikatorværdien er afrundet, men ja/nej defineres på baggrund af den eksakte indikatorværdi.

Af de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 13 standarden på mindst 90 %. De 7 afdelinger, som ikke opfylder standarden (Hospitalet i Nordsjælland, Nykøbing F Gyn afd., Slagelse Gyn afd., Hospitalsenhed Midt, Regionshospitalet Randers, Hjørring Gyn-obst. afd. og Aleris-Hamlet Søborg), har indikatorværdier ned til 71 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for 6 af afdelingerne.



Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer for indikator 13 og indikator 14

For disse indikatorer ændres både den generelle nye definition af primær operation og den indikator specifikke ændring fra at monitorere enhver operation i forreste kompartment, til kun at inkludere mono-operation med Forreste kolporafi, KLEF00 som indeks operation. Se begrundelse i afsnittet: Indikatorspecifikke ændringer, side 5. Som recidiv operation regnes ethvert indgreb, som kan henregnes til forreste kompartment. Set indikator definitioner i appendiks 3.

Ved disse ændringer er det intentionen at gøre indikatoren mere veldefineret således, at sammenligninger afdelinger imellem bliver mere reelle. Indsnævringen af indeksoperationer gør imidlertid også, at mange afdelinger kommer ned på et antal indgreb, hvor den statistiske usikkerhed bliver stor og få recidiv operationer kan medføre, at man ikke kan opfylde indikatoren.

Pga. ovennævnte, undlader vi sammenligning med tidligere resultater.

Indikatorerne er begge opfyldt på landsplan. En del afdelinger har resultater under standarderne, men kun Hospitalsenhed Midt har ikke standarden indeholdt i sit konfidens interval for indikator 14. Styregruppen finder ikke anledning til at komme med generelle anbefalinger på baggrund af dette. Hospitalsenhed Midt vil modtage en henvendelse med tilbud om hjælp til analyse af tilgrundliggende årsag.

#### Anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form.

Da forekomst af recidiv operation kun er et indirekte mål for kirurgisk kvalitet, kunne man ønske at opnå et bedre mål for holdbarheden af prolapsoperationer, ved at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. anden behandling med tidsmæssig afstand til indeksoperationen.



## Indikator 15a

Ingen recidivoperation (2 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartiment hvor patienten ikke er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 3: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 95\%$

### Indikator 15a: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartiment, ej tidl. hysterektomeret

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel	2016 Andel
<b>Danmark</b>		708 / 722	194 (21)	98	(97-99)	96	96
<b>Hovedstaden</b>		184 / 186	25 (12)	99	(96-100)	99	99
<b>Sjælland</b>		83 / 84	33 (28)	99	(94-100)	94	98
<b>Syddanmark</b>		150 / 152	72 (32)	99	(95-100)	99	98
<b>Midtjylland</b>		192 / 200	46 (19)	96	(92-98)	89	90
<b>Nordjylland</b>		84 / 85	14 (14)	99	(94-100)	98	97
<b>Hovedstaden</b>		184 / 186	25 (12)	99	(96-100)	99	99
Amager og Hvidovre Hospital		20 / 20	2 (9)	100	(83-100)	93	100
Herlev og gentofte Hospital		112 / 112	18 (14)	100	(97-100)	99	98
Hospitalerne i Nordsjælland		52 / 54	5 (8)	96	(87-100)	100	100
<b>Sjælland</b>		83 / 84	33 (28)	99	(94-100)	94	98
Holbæk Gyn afd.		33 / 34	6 (15)	97	(85-100)	100	98
Nykøbing F Gyn afd.		3 / 3	3 (50)	100	(29-100)	87	93
Roskilde Gyn afd.		32 / 32	21 (40)	100	(89-100)	92	98
Slagelse Gyn afd.		15 / 15	3 (17)	100	(78-100)	96	100
<b>Syddanmark</b>		150 / 152	72 (32)	99	(95-100)	99	98
Kolding Sygehus		38 / 38	9 (19)	100	(91-100)	100	100
OUH Gyn afd.		91 / 91	47 (34)	100	(96-100)	99	96
SHS Gyn klinik Aabenraa		12 / 12	7 (37)	100	(74-100)	100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		9 / 11	9 (45)	82	(48-98)	100	100
<b>Midtjylland</b>		192 / 200	46 (19)	96	(92-98)	89	90
AUH Kvindesygdomme		67 / 73	28 (28)	92	(83-97)	80	82
Hospitalsenhed Midt		46 / 48	12 (20)	96	(86-99)	100	97
Hospitalsenheden Vest Herning		16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens		19 / 19	1 (5)	100	(82-100)	100	93
Regionshospitalet Randers		44 / 44	5 (10)	100	(92-100)	96	97
<b>Nordjylland</b>		84 / 85	14 (14)	99	(94-100)	98	97
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		56 / 56	11 (16)	100	(94-100)	99	98
Aalborg UH Thisted		6 / 6	1 (14)	100	(54-100)	100	93
Hjørring Gyn-obst. afd.		22 / 23	2 (8)	96	(78-100)	95	96
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0	4 (100)			100	100
Aleris-Hamlet Søborg		11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	100	100
Capio CFR A/S Lyngby		4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100	100



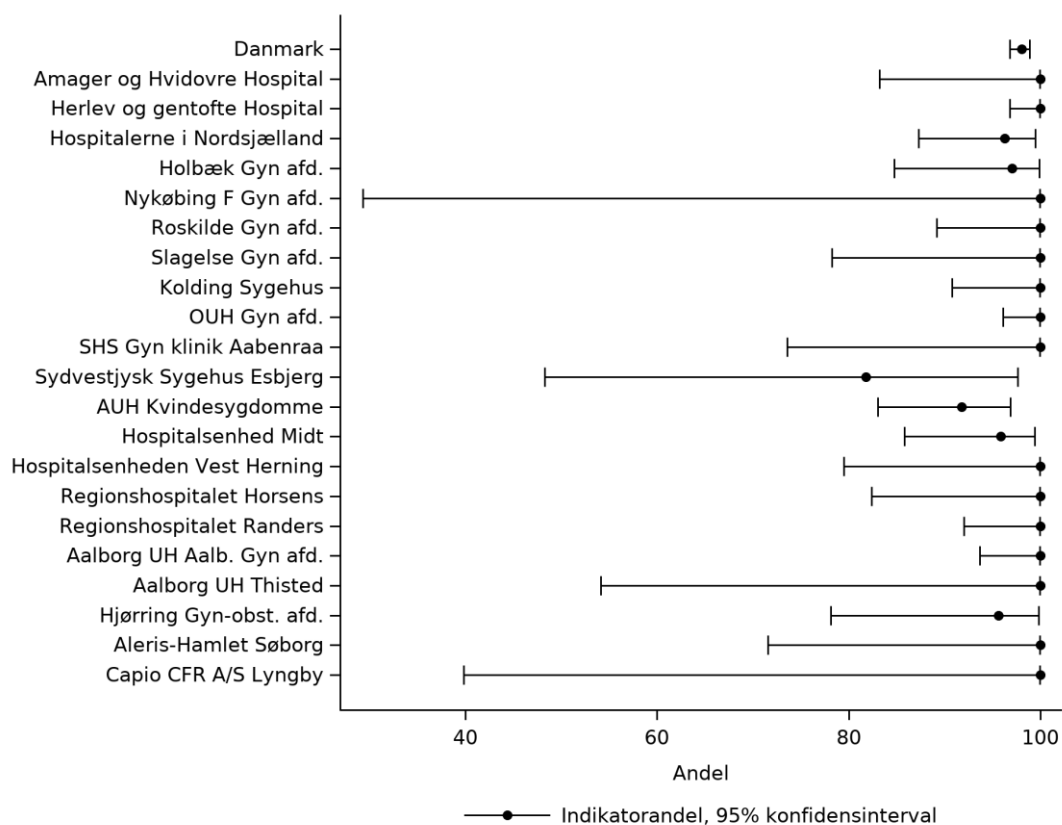
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år
			antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel 95% CI	2017 Andel
Privathospitalet Kollund		0 / 0			100

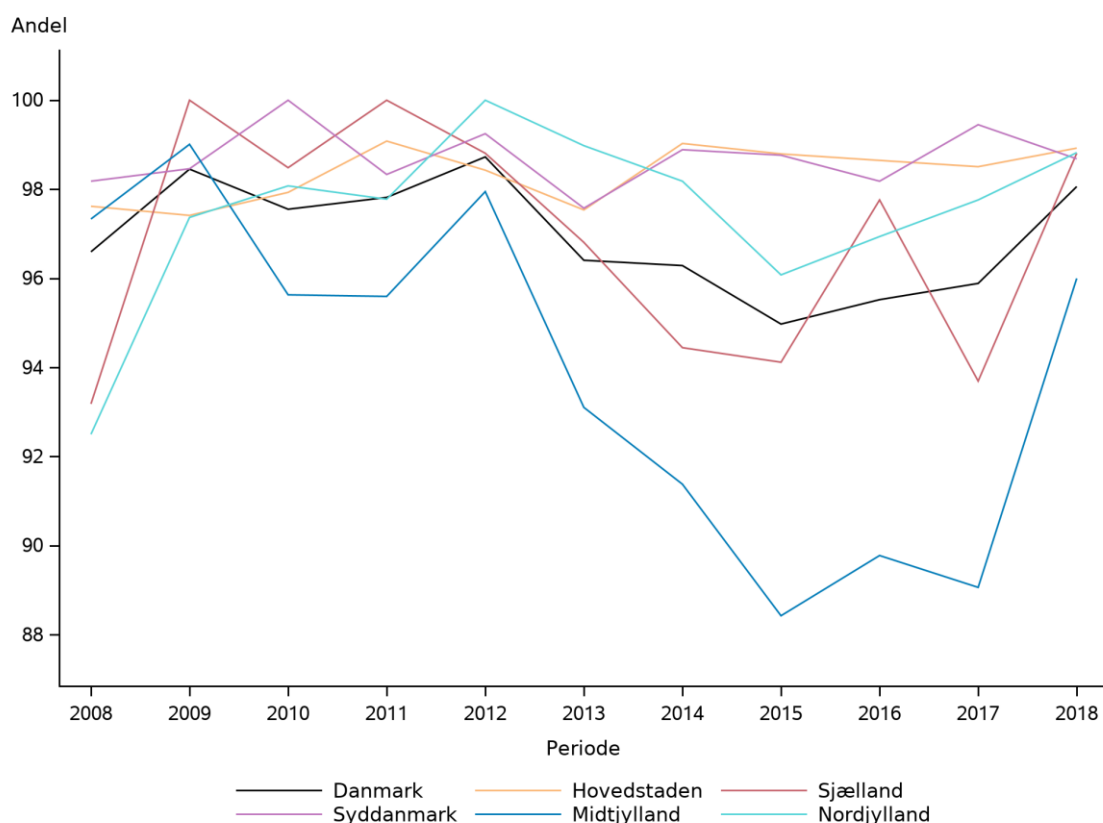
Bortfald

### 15a: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	293	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.129	Ej midterste kompartment
	163	Tidligere hysterektomeret
	38	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	1	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	77	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	117	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

### Konfidensintervalplot, enheder





### Kommentar til indikator 15a

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af ikke tidligere hysterektomerede patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2018.

Primær operation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i midterste kompartiment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 21 % (194 operationsforløb), dvs. kompletheden er 79 %. Årsagerne til uoplyste forløb er, at det er uklart, om der er tale om en primær- eller recidivoperation i 2018 (77 forløb), eller at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen (117 forløb).

Blandt patienter, der ikke tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2018 har 98 % (95 % CI 97-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation. Der er foreløbig ikke fastsat en standard for denne indikator.

Indikatorresultaterne på regionsniveau varierer fra 96 % i Region Midtjylland til 99 % i de fire øvrige regioner.



Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatorværdien stort set har ligget stabilt over 94 % i alle regioner med undtagelse af Region Midtjylland siden 2009. I Region Midtjylland har der været et dyk fra 2013 til 2017 hvor indikatorværdien har ligget mellem 88 og 92 %, men i 2018 er der sket en klar forbedring, og indikatorværdien er nu på niveau med de øvrige regioner.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

Blandt de 18 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb varierer indikatorresultaterne fra 82 % på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg til 100 % på flere afdelinger.

Diskussion og implikationer og anbefalinger følger efter indikator 16a



## Indikator 15b

Ingen recidivoperation (2 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartment hvor patienten er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 3: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 95\%$

### Indikator 15b: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel	2016 Andel
<b>Danmark</b>		76 / 77	147 (66)	99	(93-100)	92	90
<b>Hovedstaden</b>		24 / 24	8 (25)	100	(86-100)	100	100
<b>Sjælland</b>		12 / 12	33 (73)	100	(74-100)	89	96
<b>Syddanmark</b>		18 / 19	60 (76)	95	(74-100)	100	83
<b>Midtjylland</b>		10 / 10	32 (76)	100	(69-100)	69	74
<b>Nordjylland</b>		12 / 12	10 (45)	100	(74-100)	100	100
<b>Hovedstaden</b>		24 / 24	8 (25)	100	(86-100)	100	100
Amager og Hvidovre Hospital		##	1 (50)	100	(3-100)		
Herlev og gentofte Hospital		23 / 23	7 (23)	100	(85-100)	100	100
Hospitalerne i Nordsjælland		0 / 0				100	100
<b>Sjælland</b>		12 / 12	33 (73)	100	(74-100)	89	96
Holbæk Gyn afd.		##	6 (86)	100	(3-100)	100	100
Nykøbing F Gyn afd.		0 / 0	3 (100)				100
Roskilde Gyn afd.		10 / 10	21 (68)	100	(69-100)	88	95
Slagelse Gyn afd.		##	3 (75)	100	(3-100)		100
<b>Syddanmark</b>		18 / 19	60 (76)	95	(74-100)	100	83
Kolding Sygehus		##	9 (82)	100	(16-100)	100	
OUH Gyn afd.		16 / 17	35 (67)	94	(71-100)	100	78
SHS Gyn klinik Aabenraa		0 / 0	7 (100)			100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		0 / 0	9 (100)				
<b>Midtjylland</b>		10 / 10	32 (76)	100	(69-100)	69	74
AUH Kvindesygdomme		9 / 9	18 (67)	100	(66-100)	68	76
Hospitalsenhed Midt		0 / 0	12 (100)				50
Regionshospitalet Horsens		##	1 (50)	100	(3-100)	100	
Regionshospitalet Randers		0 / 0	1 (100)				
<b>Nordjylland</b>		12 / 12	10 (45)	100	(74-100)	100	100
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		9 / 9	7 (44)	100	(66-100)	100	100
Aalborg UH Thisted		##	1 (50)	100	(3-100)	100	
Hjørring Gyn-obst. afd.		##	2 (50)	100	(16-100)		100
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0	4 (100)				
Aleris-Hamlet Søborg		0 / 0					100
Capio CFR A/S Lyngby		0 / 0					100



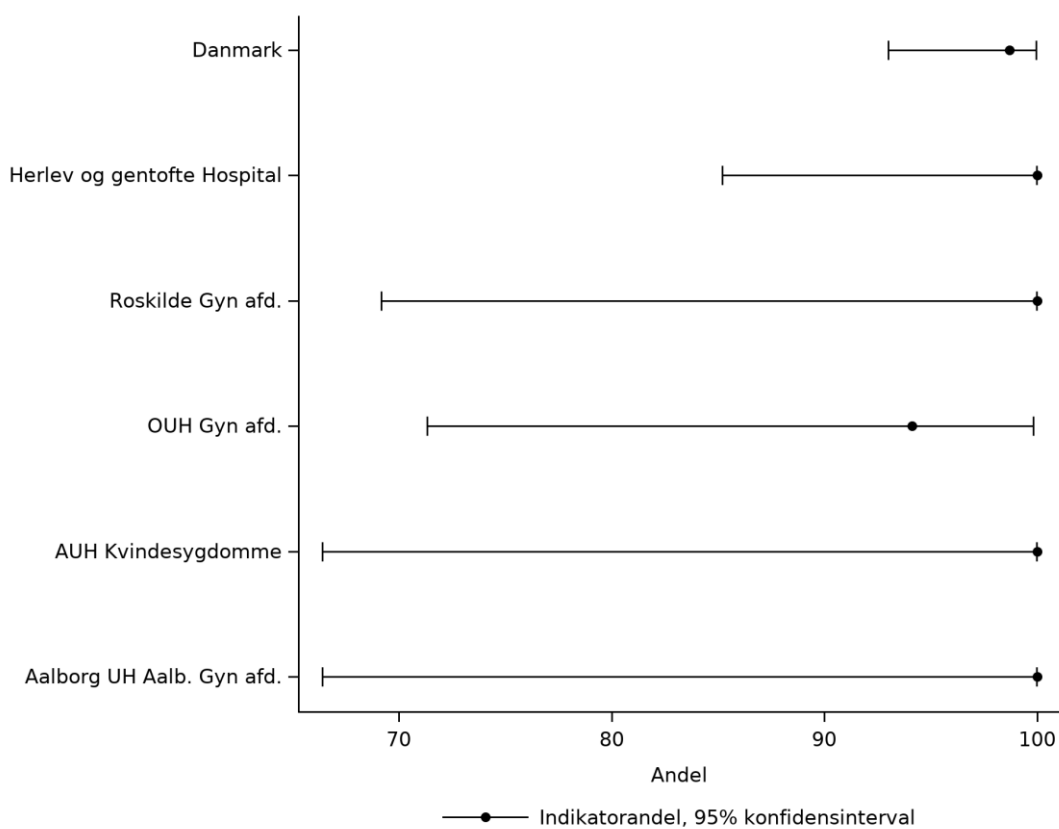


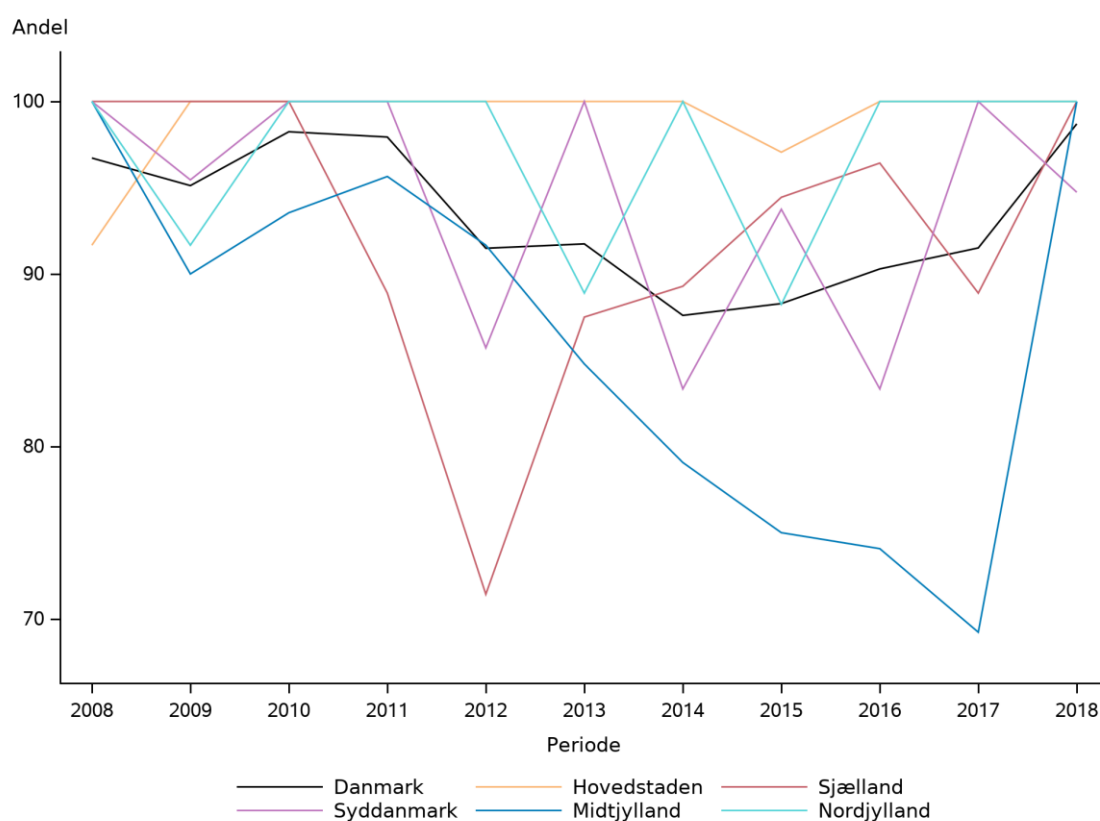
Bortfald

### 15b: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	293	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.129	Ej midterste kompartment
	831	Ej tidligere hysterektomeret
	61	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
<b>Uoplyst:</b>	2	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
	30	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	117	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

#### Konfidensintervalplot, enheder





### Kommentar til indikator 15b

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af tidligere hysterektomerede patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2018.

Primær operation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i midterste kompartment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 66 % (147 operationsforløb), dvs. kompletheden er 34 %. Årsagerne til uoplyste forløb er, at det er uklart, om der er tale om en primær- eller recidivoperation i 2018 (30 forløb), eller at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen (117 forløb).

Blandt patienter, der tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2018 har 99 % (95 % CI 93-100 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation. Der er foreløbig ikke fastsat en standard for denne indikator.

Indikatorresultaterne på regionsniveau varierer fra 95 % i Region Syddanmark til 100 % i de øvrige regioner.

Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.



Kun 3 afdelinger har mere end 10 relevante patientforløb; indikatorresultaterne varierer fra 94-100 %. Alle resultater på afdelingsniveau bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

Diskussion og implikationer og Anbefaling følger efter indikator 16b



## Indikator 16a

Ingen recidivoperation (5 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartiment hvor patienten ikke er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 3: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 16a: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartiment, ej tidl. hysterektomeret

	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2015 - 31.12.2015 Andel	95% CI	2014 Andel	2013 Andel
<b>Danmark</b>	725 / 776	233 (23)	93	(91-95)	94	94	
<b>Hovedstaden</b>	163 / 166	25 (13)	98	(95-100)	99	96	
<b>Sjælland</b>	94 / 102	91 (47)	92	(85-97)	92	95	
<b>Syddanmark</b>	160 / 162	64 (28)	99	(96-100)	98	98	
<b>Midtjylland</b>	182 / 216	30 (12)	84	(79-89)	87	88	
<b>Nordjylland</b>	98 / 102	17 (14)	96	(90-99)	97	98	
<b>Hovedstaden</b>	163 / 166	25 (13)	98	(95-100)	99	96	
Amager og Hvidovre Hospital	13 / 13	7 (35)	100	(75-100)	100	94	
Herlev og gentofte Hospital	100 / 101	15 (13)	99	(95-100)	99	100	
Hospitalerne i Nordsjælland	50 / 52	3 (5)	96	(87-100)	99	91	
<b>Sjælland</b>	94 / 102	91 (47)	92	(85-97)	92	95	
Holbæk Gyn afd.	19 / 19	27 (59)	100	(82-100)			
Nykøbing F Gyn afd.	8 / 12	14 (54)	67	(35-90)	83	100	
Roskilde Gyn afd.	51 / 55	30 (35)	93	(82-98)	94	95	
Slagelse Gyn afd.	16 / 16	20 (56)	100	(79-100)	90	93	
<b>Syddanmark</b>	160 / 162	64 (28)	99	(96-100)	98	98	
Kolding Sygehus	26 / 26	8 (24)	100	(87-100)	95	100	
OUH Gyn afd.	94 / 94	44 (32)	100	(96-100)	99	96	
SHS Gyn klinik Aabenraa	26 / 26	8 (24)	100	(87-100)	94	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	14 / 16	4 (20)	88	(62-98)	100	100	
<b>Midtjylland</b>	182 / 216	30 (12)	84	(79-89)	87	88	
AUH Kvindesygdomme	77 / 98	24 (20)	79	(69-86)	78	80	
Hospitalsenhed Midt	19 / 20	3 (13)	95	(75-100)	86	94	
Hospitalsenheden Vest Herning	33 / 40	1 (2)	83	(67-93)	96	88	
Regionshospitalet Horsens	21 / 25	0 (0)	84	(64-95)	90	89	
Regionshospitalet Randers	32 / 33	2 (6)	97	(84-100)	95	96	
<b>Nordjylland</b>	98 / 102	17 (14)	96	(90-99)	97	98	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	54 / 55	12 (18)	98	(90-100)	98	96	
Aalborg UH Thisted	31 / 32	2 (6)	97	(84-100)	95	100	
Hjørring Gyn-obst. afd.	13 / 15	3 (17)	87	(60-98)	96	100	
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg	5 / 5	2 (29)	100	(48-100)	100	100	
Aleris-Hamlet Aarhus						100	
Aleris-Hamlet Søborg	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100	100	
Bekkevold Hellerup					100		



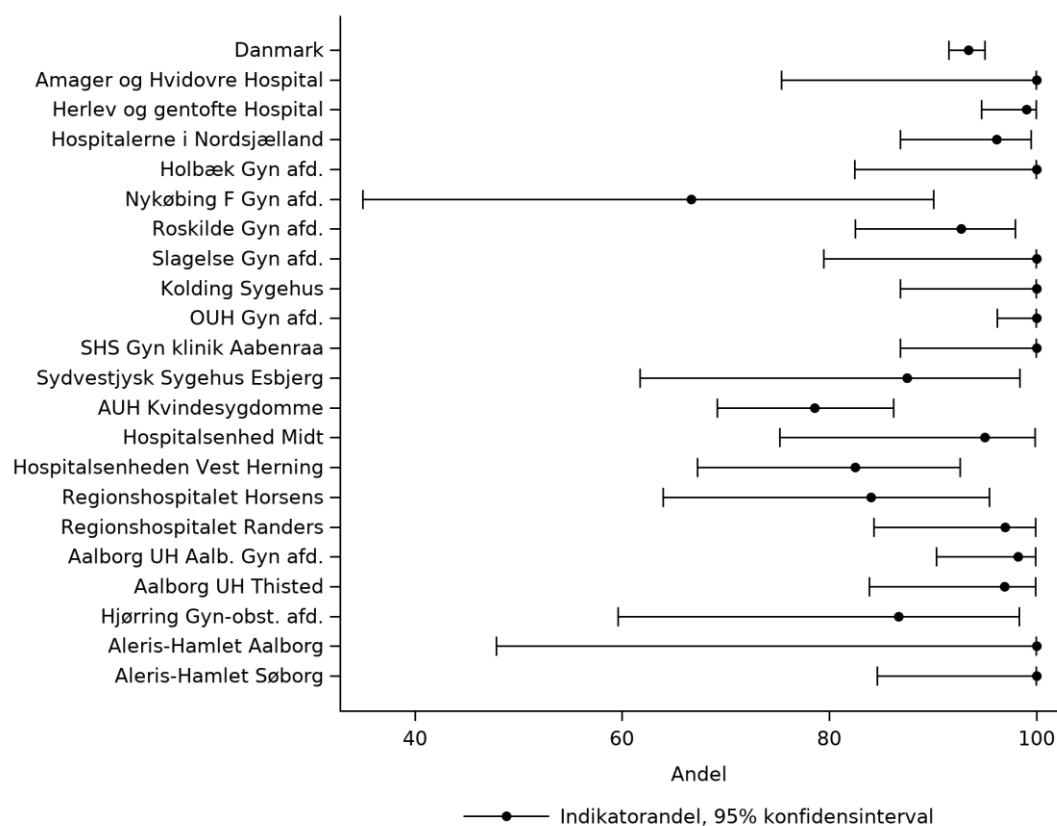
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2015 - 31.12.2015 Andel 95% CI	2014 Andel	2013 Andel	
Ciconia Aarhus						75	
Gråbrødre Klinikken		0 / 0					100
Privathospitalet Kollund		0 / 0	3 (100)			100	
Privathospitalet Møn		#/#	1 (50)	100	(3-100)		100

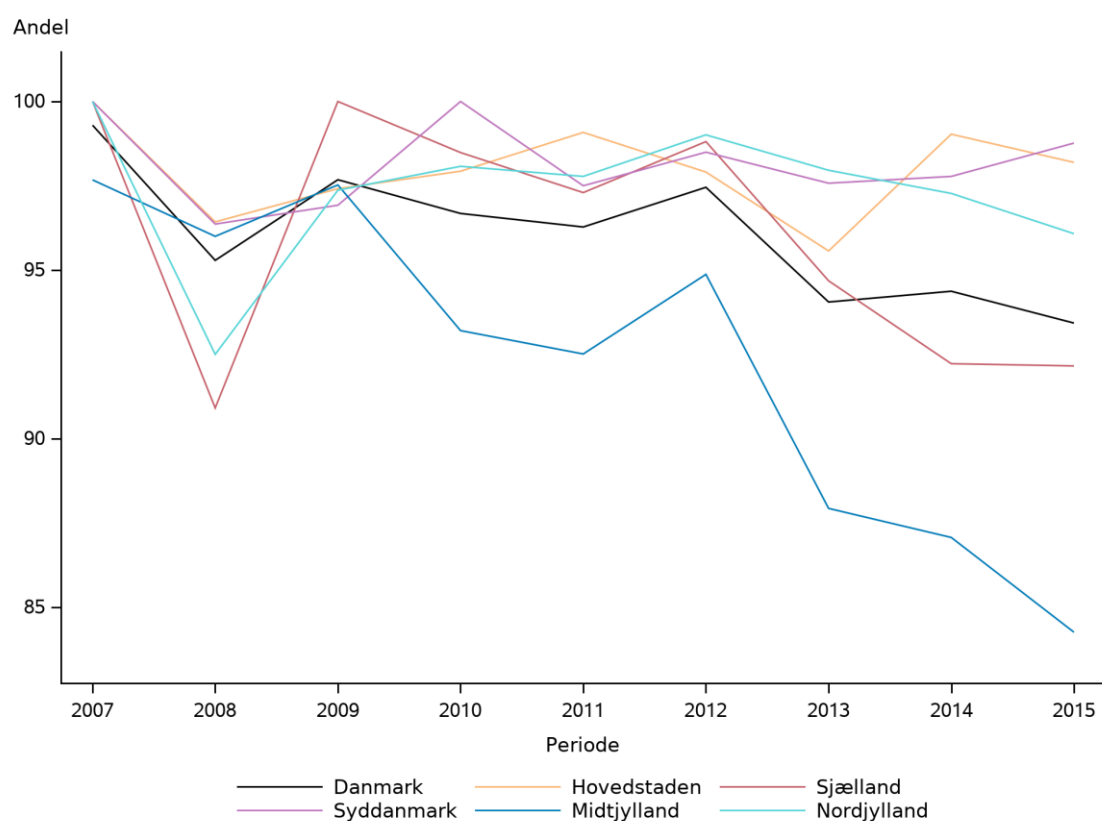
Bortfald

### 16a: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	299	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.786	Ej midterste kompartment
	219	Tidligere hysterektomeret
	45	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	4	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	65	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	168	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

Konfidensintervalplot, enheder





### Kommentar til indikator 16a

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af ikke tidligere hysterektomerede patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2015.

Primær operation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i midterste kompartiment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 23 % (233 operationsforløb), dvs. kompletheden er 77 %. Årsagerne til uoplyste forløb er, at det er uklart, om der er tale om en primær- eller recidivoperation i 2015 (65 forløb), eller at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen (168 forløb).

Blandt patienter, der ikke tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2015 har 93 % (95 % CI 91-95 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation. Der er foreløbig ikke fastsat en standard for denne indikator.

Indikatorresultaterne på regionsniveau varierer fra 84 % i Region Midtjylland til 99 % i Region Syddanmark.



Trendgrafen på regionsniveau viser, at indikatorværdien stort set har ligget stabilt over 90 % i alle regioner siden 2008, men med lidt større variation mellem regionerne de seneste år.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2007 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

Blandt de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb varierer indikatorresultaterne fra 67 % på Nykøbing F Gyn afd. til 100 % på flere afdelinger.

#### Diskussion og implikationer

Dette er en ny version af indikatoren for recidiv operation i midterste kompartment. Begrundelsen for ændringen beskrives i afsnittet: Indikatorspecifikke ændringer, side 5.

Efter at have erfaret at ca. 500 operationer ville udgå som uoplyste fordi operationskoderne for collumamputation (KLDC10) og vaginal hysterectomi (KLCD10) ville udgå, fordi de ikke var koblet til en diagnosekode for prolaps i midterste kompartment (DN812-5), besluttede styregruppen at revidere indikatordefinitionen til den nuværende. Et indgreb med kode for collumamputation (KLDC10) eller vaginal hysterectomi (KLCD10) henregnes nu til midterste kompartment uanset diagnosekode.

For indikator 15a (Recidiv operation inden for 2 år) ses, at kun 14 patienter på landsplan opereres for recidiv prolaps inden for 2 år. Da der er tale om små tal gør få operationer en stor forskel for den enkelt afdeling, men generelt er der stor lighed mellem afdelingernes resultater.

For indikator 16a (Recidiv operation inden for 5 år) ses, at alle afdelinger med mere end 10 operationer har et indikator resultat på mellem 74 og 100 %. De fleste afdelinger ligger med et resultat over 90%, og kun to afdelinger ligger under 80%

Risikoen for recidiv operation for prolaps i midterste kompartment angives i international litteratur til mellem 1,3% og 37% (population, studiedesign, observationsperiode og operationsmetoder varierer i studierne)<sup>34</sup>. Et dansk register studie som havde en observationsperiode på 20 år fandt en risiko på 8% for recidiv operation i midterste kompartment<sup>5</sup>. Indikator resultatet ligger således på samme niveau som i litteraturen.

#### Anbefaling

Indikatoren bevares i sin nuværende form, og standard fastlægges efter evaluering af de næste årsresultater.

---

<sup>3</sup> Diwadkar GB, Barber MD, Feiner B, Maher C, Jelovsek JE. Complication and reoperation rates after apical vaginal prolapse surgical repair: a systematic review. *Obstetrics and gynecology*. 2009;113(2 Pt 1):367-73.

<sup>4</sup> P.1887ff, Abrams P, Cardozo L, Wein A. Incontinence 6th Edition. (ICI-ICS, ed.). International Continence Society, Bristol UK; 2017. [https://www.ics.org/publications/ici\\_6/Incontinence\\_6th\\_Edition\\_2017\\_eBook\\_v2.pdf](https://www.ics.org/publications/ici_6/Incontinence_6th_Edition_2017_eBook_v2.pdf)

<sup>5</sup> Løwenstein, E., Møller, L.A., Laigaard, J. et al. Reoperation for pelvic organ prolapse: a Danish cohort study with 15–20 years' follow-up. *Int Urogynecol J* 29, 119–124 (2018).



## Indikator 16b

Ingen recidivoperation (5 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartiment hvor patienten er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 3: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 90\%$

**Indikator 16b: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartiment, tidl. hysterektomeret**

	Standard opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/nævner	antal (%)	01.01.2015 - 31.12.2015 Andel	95% CI	2014 Andel	2013 Andel
<b>Danmark</b>	111 / 128	207 (62)	87	(80-92)	88	90	
<b>Hovedstaden</b>	33 / 34	11 (24)	97	(85-100)	100	100	
<b>Sjælland</b>	17 / 18	90 (83)	94	(73-100)	89	88	
<b>Syddanmark</b>	14 / 16	57 (78)	88	(62-98)	83	90	
<b>Midtjylland</b>	30 / 40	33 (45)	75	(59-87)	79	83	
<b>Nordjylland</b>	14 / 17	10 (37)	82	(57-96)	100	89	
<b>Hovedstaden</b>	33 / 34	11 (24)	97	(85-100)	100	100	
Amager og Hvidovre Hospital	0 / 0	4 (100)			100	100	
Herlev og gentofte Hospital	29 / 30	6 (17)	97	(83-100)	100	100	
Hospitalerne i Nordsjælland	4 / 4	1 (20)	100	(40-100)	100	100	
<b>Sjælland</b>	17 / 18	90 (83)	94	(73-100)	89	88	
Holbæk Gyn afd.	0 / 0	27 (100)					
Nykøbing F Gyn afd.	#/#	12 (86)	50	(1-99)	50	100	
Roskilde Gyn afd.	16 / 16	31 (66)	100	(79-100)	92	86	
Slagelse Gyn afd.	0 / 0	20 (100)			100		
<b>Syddanmark</b>	14 / 16	57 (78)	88	(62-98)	83	90	
Kolding Sygehus	0 / 0	8 (100)			100		
OUH Gyn afd.	13 / 15	37 (71)	87	(60-98)	76	89	
SHS Gyn klinik Aabenraa	#/#	8 (89)	100	(3-100)	100	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0 / 0	4 (100)			100		
<b>Midtjylland</b>	30 / 40	33 (45)	75	(59-87)	79	83	
AUH Kvindesygdomme	28 / 38	28 (42)	74	(57-87)	77	82	
Hospitalsenhed Midt	0 / 0	3 (100)			100	100	
Hospitalsenheden Vest Herning	0 / 0				100		
Regionshospitalet Horsens	#/#	0 (0)	100	(3-100)	100	100	
Regionshospitalet Randers	#/#	2 (67)	100	(3-100)			
<b>Nordjylland</b>	14 / 17	10 (37)	82	(57-96)	100	89	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	13 / 16	7 (30)	81	(54-96)	100	89	
Aalborg UH Thisted	#/#	1 (50)	100	(3-100)			
Hjørring Gyn-obst. afd.	0 / 0	2 (100)					
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg	0 / 0	2 (100)					
Aleris-Hamlet Søborg	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100	100	
Ciconia Aarhus					100		
Privathospitalet Kollund	0 / 0	3 (100)					





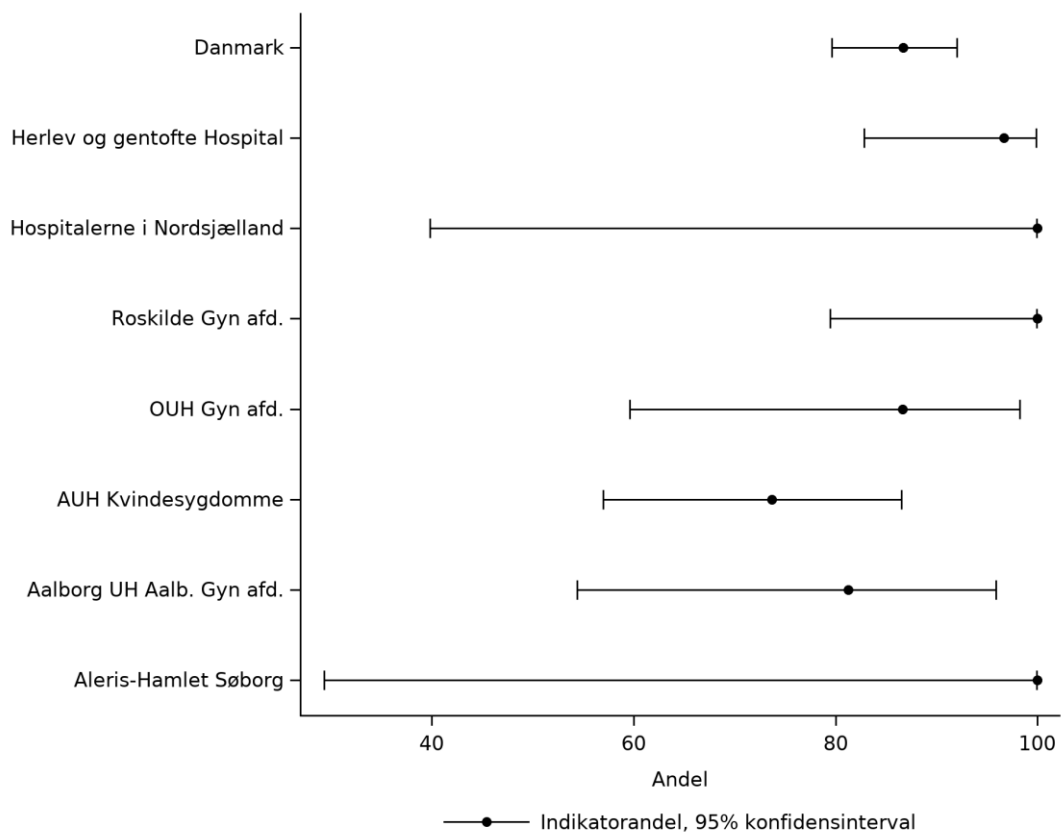
	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2015 - 31.12.2015	Andel 95% CI	2014	2013
Privathospitalet Møn		0 / 0	1 (100)				

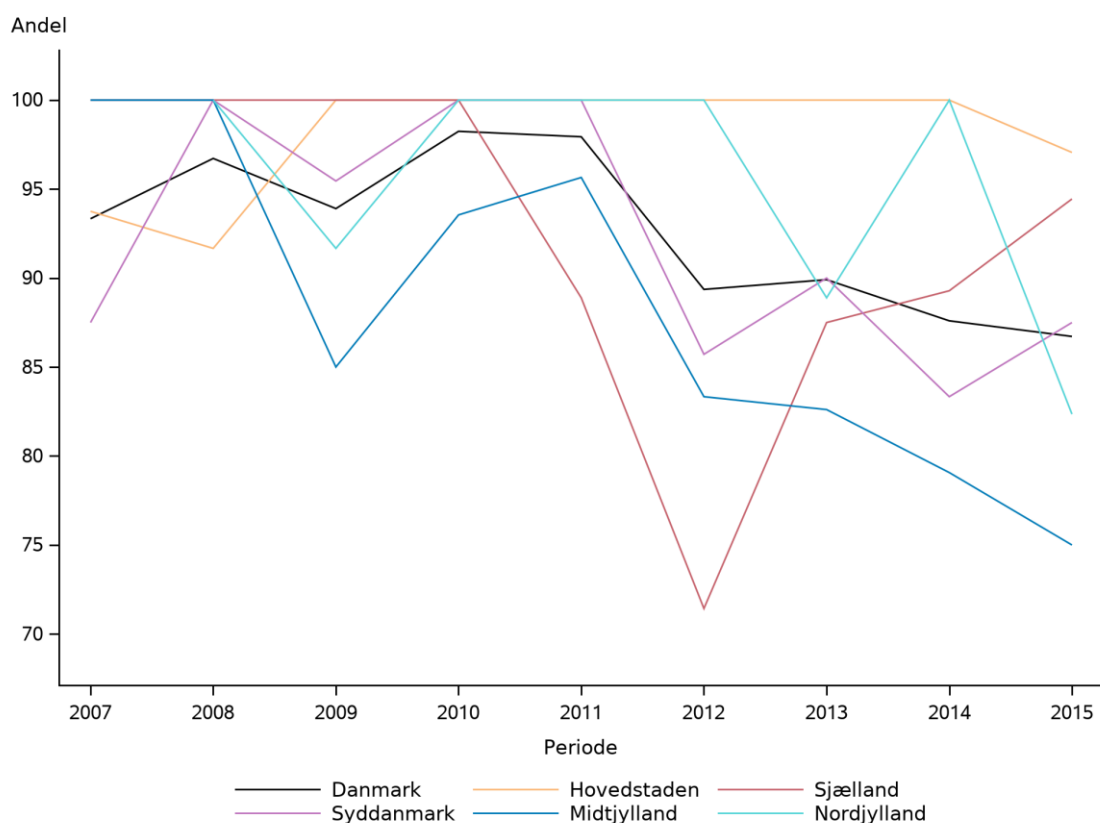
Bortfald

### 16b: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	299	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.786	Ej midterste kompartment
	876	Ej tidligere hysterektomeret
	59	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	7	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	39	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv
	168	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

### Konfidensintervalplot, enheder





### Kommentar til indikator 16b

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af tidligere hysterektomerede patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2015.

Primær operation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10 registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i midterste kompartiment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 62 % (207 operationsforløb), dvs. kompletheden er 38 %. Årsagerne til uoplyste forløb er, at det er uklart, om der er tale om en primær- eller recidivoperation i 2015 (39 forløb), eller at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen (168 forløb).

Blandt patienter, der tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2015 har 87 % (95 % CI 80-92 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation. Der er foreløbig ikke fastsat en standard for denne indikator.

Indikatorresultaterne på regionsniveau varierer fra 75 % i Region Midtjylland til 97 % i Region Hovedstaden.

Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.



Kun 5 afdelinger har mere end 10 relevante patientforløb; indikatorresultaterne varierer fra 74-100 %. Alle resultater på afdelingsniveau bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

#### Diskussion og implikationer

Dette er en ny version af indikatoren for recidiv operation i midterste kompartment. Begrundelsen for ændringen beskrives i afsnittet: Indikatorspecifikke ændringer, side 5.

Der indgår kun 77 operationer i indikator 15b (2 år) og 121 operationer i indikator 16b (5 år) og antallet af afdelinger med mere end 10 operationer er henholdsvis bare 2 og 5. Der ses en lav recidiv operationsrisiko i hele landet og de små tal gør, at data skal fortolkes med store usikkerhedsintervaller.

Desværre er der en meget stor andel af uoplyste for disse indikatorer (66% og 62%). Dette skyldes, at styregruppen har valgt at lade alle patienter med manglende oplysning om hysterectomistatus udgå som uoplyste for alle indikatorer i midterste kompartment. Da gruppen af tidligere hysterectomerede (populationen for indikator 15b og 16b) er langt mindre end populationen for indikator 15a og 16a, bliver andelen af uoplyste høj for 15b og 16b. Begrundelsen for at lade denne oplysning definere patientens tilhørsforhold – og ikke at supplere med inddeling på baggrund af operationskode, skyldes at der har hersket uklarhed om hvilke koder der skal anvendes til hysterectomi med samtidig suspension og hvilke der er forbeholdt suspension af vaginaltop efter tidligere hysterectomi

Recidiv operationsraten ligger på 1% for 2 års recidiv operation (Indikator 15b) og på 13% for 5 års recidiv operation (Indikator 16b). Det ses i Indikator 16b at alle afdelinger med mere end 10 operationer har en risiko for recidiv operation på under 25%.

Det er vanskeligt at finde international litteratur som separat beskriver risiko for recidiv operation for prolaps efter tidligere hysterectomi, idet de fleste opgørelser er lavet for prolaps i midterste kompartment, uden specifikation af hysterectomistatus. Værdierne fundet i denne indikator vurderes til at være forventelige.

#### Anbefaling

Indikatorerne anses for at være relevante og beholdes i deres nuværende form. Styregruppen fastlægger en standard for indikatorerne, når de er opgjort for nogle år.

Endvidere bør der arbejdes på at forbedre kodepraksis, så den bliver i overensstemmelse med Dansk Urogynækologisk Selskabs anbefalinger.



## Indikator 17

Ingen recidivoperation (2 år) i bagerste kompartment efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 3: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 95\%$

### Indikator 17: Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Andel	2016 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	770 / 797	39 (5)	97	(95-98)	98	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	207 / 211	14 (6)	98	(95-99)	99	96
<b>Sjælland</b>	Ja	107 / 109	1 (1)	98	(94-100)	97	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	216 / 226	17 (7)	96	(92-98)	99	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	148 / 154	5 (3)	96	(92-99)	97	94
<b>Nordjylland</b>	Nej	75 / 79	2 (2)	95	(88-99)	94	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	207 / 211	14 (6)	98	(95-99)	99	96
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	36 / 38	0 (0)	95	(82-99)	98	81
Herlev og gentofte Hospital	Ja	92 / 92	10 (10)	100	(96-100)	100	99
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	79 / 81	4 (5)	98	(91-100)	97	99
<b>Sjælland</b>	Ja	107 / 109	1 (1)	98	(94-100)	97	97
Holbæk Gyn afd.	Ja	58 / 58	0 (0)	100	(94-100)	97	98
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100	95
Roskilde Gyn afd.	Nej	30 / 32	1 (3)	94	(79-99)	99	96
Slagelse Gyn afd.	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	94	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	216 / 226	17 (7)	96	(92-98)	99	98
Kolding Sygehus	Ja	34 / 35	0 (0)	97	(85-100)	100	100
OUH Gyn afd.	Ja	138 / 144	17 (11)	96	(91-98)	98	97
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	12 / 14	0 (0)	86	(57-98)	96	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	32 / 33	0 (0)	97	(84-100)	100	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	148 / 154	5 (3)	96	(92-99)	97	94
AUH Kvindesygdomme	Ja	33 / 34	5 (13)	97	(85-100)	93	97
Hospitalsenhed Midt	Ja	43 / 45	0 (0)	96	(85-99)	100	90
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	30 / 31	0 (0)	97	(83-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens	Nej	17 / 19	0 (0)	89	(67-99)	93	73
Regionshospitalet Randers	Ja	25 / 25	0 (0)	100	(86-100)	100	96
<b>Nordjylland</b>	Nej	75 / 79	2 (2)	95	(88-99)	94	99
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	17 / 19	1 (5)	89	(67-99)	86	97
Aalborg UH Thisted	Ja	15 / 15	1 (6)	100	(78-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	43 / 45	0 (0)	96	(85-99)	97	100
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	##/##	0 (0)	100	(16-100)	100	100
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)	89	94
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	##/##	0 (0)	100	(16-100)	100	100
Privathospitalet Kollund	Ja	##/##	0 (0)	100	(16-100)		
Privathospitalet Møn							100

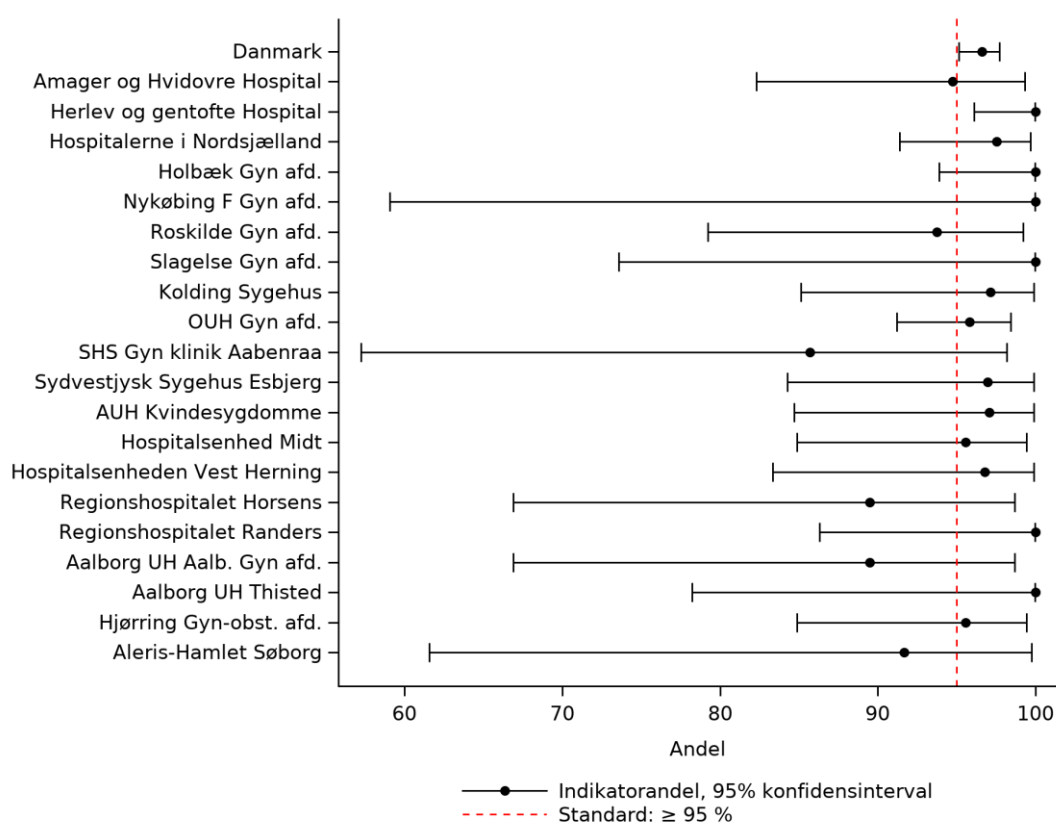


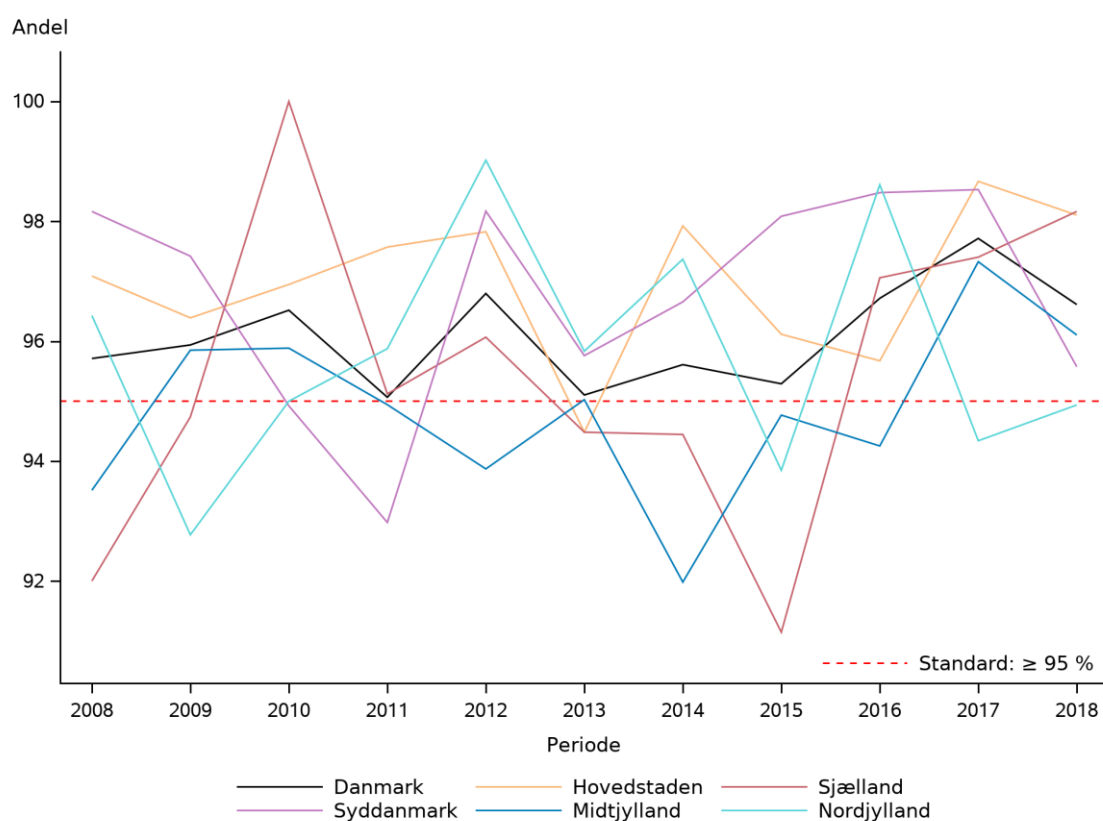
Bortfald

### 17: Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	293	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.116	Ej bagerste kompartment m. KLEF03
	261	Patient ikke mono-opereret
	31	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	3	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	39	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv

#### Konfidensintervalplot, enheder





### Kommentar til indikator 17

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær operation for prolaps (KLEF03 + evt. en af følgende koder: KLFE00, KLFE10, KLFE10A, KLFE20, KLFE96) i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2018.

Primær operation er defineret som en KLEF03-operation registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i et bagerste kompartment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Blandt primære KLEF03-prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2018 har 97 % (95 % CI: 95-98 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Af de 5 regioner er standarden opfyldt i 4. Kun Region Nordjylland ligger lige under standarden med en indikatorværdi på 94,9 % (afrundet til 95 % i indikortabellen), men variationen mellem regionerne er begrænset.

Blandt de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 13 standarden på mindst 95 %. Amager og Hvidovre Hospital, Roskilde Gyn afd., SHS Gyn klinik Aabenraa, Regionshospitalet Horsens, Aalborg UH Aalb. Gyn afd. og Aleris Hamlet Søborg ligger under standarden med indikatorværdier mellem 86 og 94 %.

Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

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



## Indikator 18

Ingen recidivoperation (5 år) i bagerste kompartment efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 3: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 18: Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2015 - 31.12.2015 Andel	95% CI	2014 Andel	2013 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	855 / 913	41 (4)	94	(92-95)	94	93
<b>Hovedstaden</b>	Ja	197 / 206	5 (2)	96	(92-98)	96	94
<b>Sjælland</b>	Nej	171 / 192	1 (1)	89	(84-93)	93	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	252 / 261	28 (10)	97	(94-98)	95	94
<b>Midtjylland</b>	Ja	158 / 172	5 (3)	92	(87-95)	90	90
<b>Nordjylland</b>	Ja	60 / 65	2 (3)	92	(83-97)	95	92
<b>Hovedstaden</b>	Ja	197 / 206	5 (2)	96	(92-98)	96	94
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	52 / 55	0 (0)	95	(85-99)	97	97
Herlev og gentofte Hospital	Ja	65 / 67	4 (6)	97	(90-100)	94	97
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	80 / 84	1 (1)	95	(88-99)	96	87
<b>Sjælland</b>	Nej	171 / 192	1 (1)	89	(84-93)	93	94
Holbæk Gyn afd.	Nej	34 / 38	0 (0)	89	(75-97)	93	100
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	39 / 47	0 (0)	83	(69-92)	96	95
Roskilde Gyn afd.	Ja	67 / 74	1 (1)	91	(81-96)	92	93
Slagelse Gyn afd.	Ja	31 / 33	0 (0)	94	(80-99)	90	96
<b>Syddanmark</b>	Ja	252 / 261	28 (10)	97	(94-98)	95	94
Kolding Sygehus	Ja	39 / 39	0 (0)	100	(91-100)	100	92
OUH Gyn afd.	Ja	147 / 152	28 (16)	97	(92-99)	94	95
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	21 / 24	0 (0)	88	(68-97)	96	95
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	45 / 46	0 (0)	98	(88-100)	97	91
<b>Midtjylland</b>	Ja	158 / 172	5 (3)	92	(87-95)	90	90
AUH Kvindesygdomme	Ja	39 / 42	5 (11)	93	(81-99)	82	82
Hospitalsenhed Midt	Ja	35 / 38	0 (0)	92	(79-98)	94	92
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	29 / 29	0 (0)	100	(88-100)	95	90
Regionshospitalet Horsens	Nej	26 / 30	0 (0)	87	(69-96)	84	100
Regionshospitalet Randers	Nej	29 / 33	0 (0)	88	(72-97)	98	91
<b>Nordjylland</b>	Ja	60 / 65	2 (3)	92	(83-97)	95	92
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	23 / 25	2 (7)	92	(74-99)	88	84
Aalborg UH Thisted	Ja	9 / 9	0 (0)	100	(66-100)	100	94
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	28 / 31	0 (0)	90	(74-98)	97	94
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	## / #	0 (0)	100	(3-100)	100	0
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	93	100
Bekkevold Hellerup						100	
Ciconia Aarhus						100	100
Gråbrødre Klinikken		0 / 0				100	100



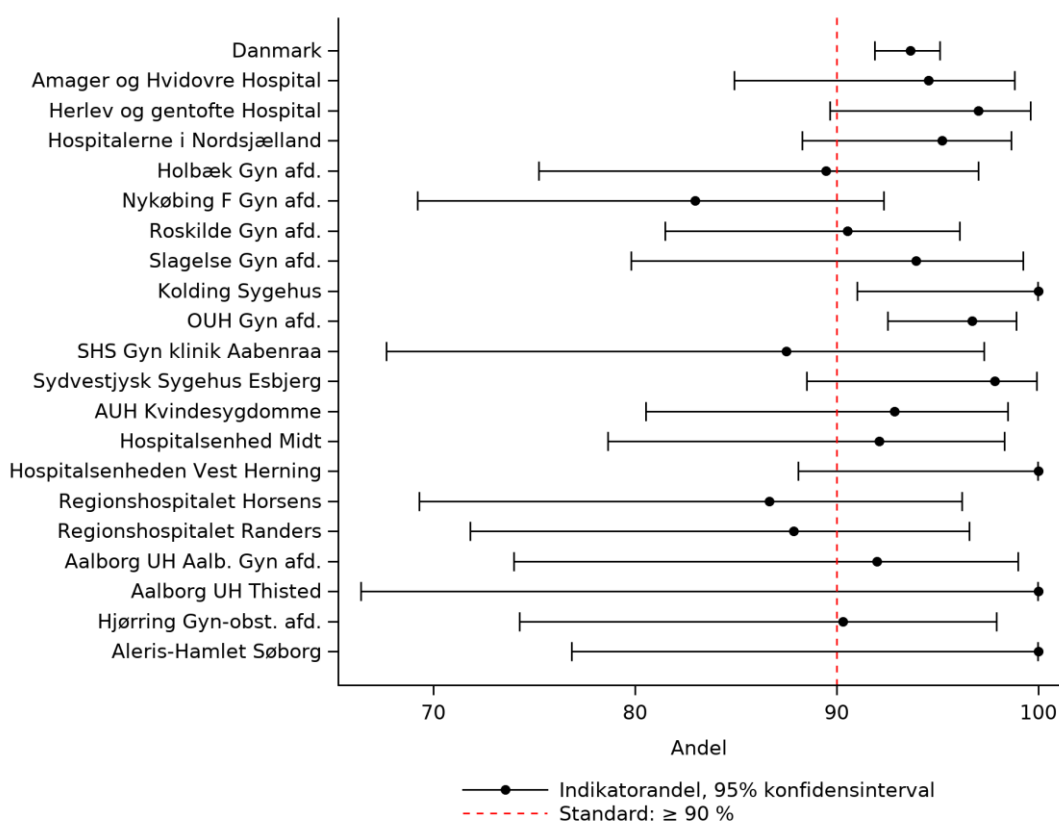
	Standard	Uoplyst Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2015 - 31.12.2015 Andel 95% CI	2014 Andel	2013 Andel	
Privathospitalet Kollund	Ja	##/##	0 (0)	100	(3-100)	0	100
Privathospitalet Møn	Ja	##/##	0 (0)	100	(3-100)	75	100

Bortfald

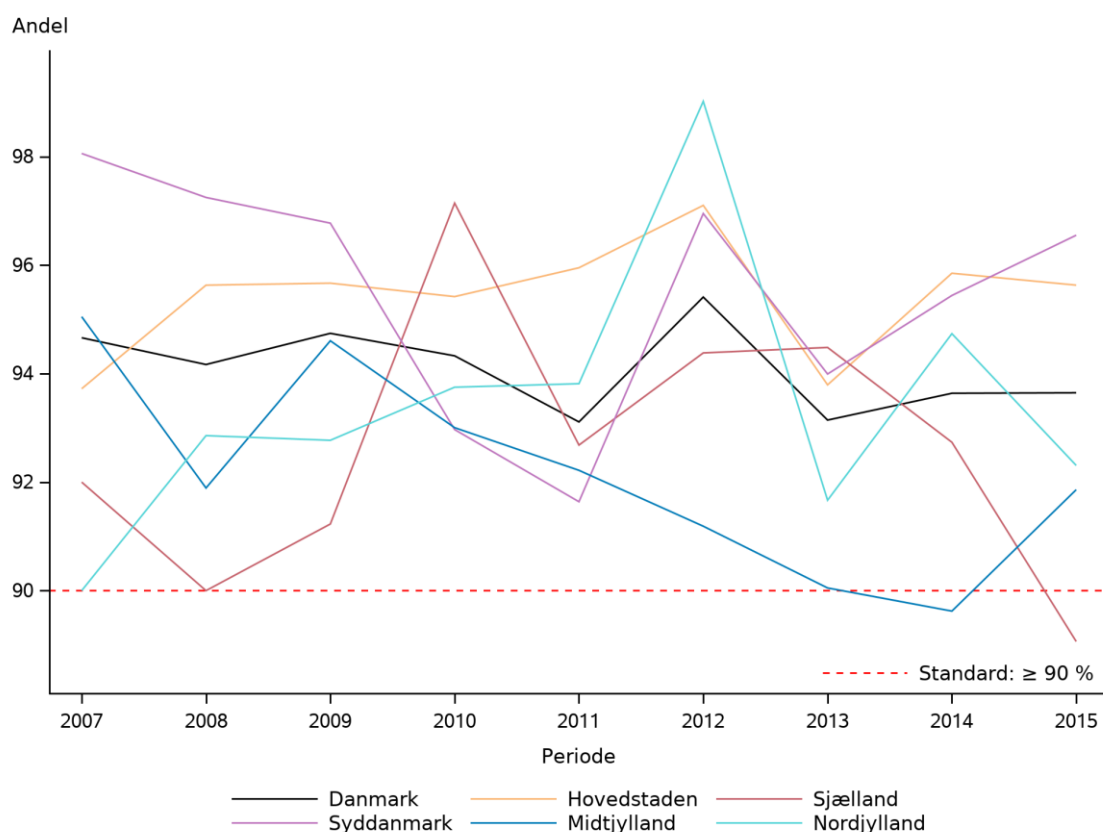
### 18: Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	299	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.668	Ej bagerste kompartment m. KLEF03
	388	Patient ikke mono-opereret
	45	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	8	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i Dugabase
<b>Uoplyst:</b>	41	Uoplyst - Uklarhed om primær/recidiv

### Konfidensintervalplot, enheder







### Kommentar til indikator 18

#### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær operation for prolaps (KLEF03 + evt. en af følgende koder: KLFE00, KLFE10, KLFE10A, KLFE20, KLFE96) i bagerste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2015.

Primær operation er defineret som en KLEF03-operation registreret i DugaBase hvor kirurgen har afkrydset, at operationen ikke er en recidiv operation, eller – hvis kirurgen har undladt afkrydsning af recidiv operation ja/nej – som første operation i et bagerste kompartment registreret i DugaBase.

#### Resultater

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

Blandt primære KLEF03-prolapsoperationer i bagerste kompartment i 2015 har 94 % (95 % CI: 92-95 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Der er lidt variation mellem regionerne; 4 af de 5 regioner opfylder standarden med indikatorværdier mellem 92 og 97 %, mens Region Sjælland ligger lige under standarden med en indikatorværdi på 89 %.

Af de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb er standarden opfyldt på 14 afdelinger. De 5 afdelinger der ikke opfylder standarden (Holbæk Gyn afd., Nykøbing F Gyn afd., SHS Gyn klinik Aabenraa, Regionshospitalet Horsens, Regionshospitalet Randers) har indikatorværdier mellem 83 og 89 %.

Trendgraften viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2007 med den nuværende beregningsmetode, der er ny fra i år. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.



### Diskussion og implikationer for indikator 17 og indikator 18

For disse indikatorer gælder både den generelle nye definition af primær operation og den indikator specifikke ændring fra at monitorere enhver operation i bageste kompartment til kun at inkludere mono-operation med bageste kolporafi, KLEF03 som indeks operation. Efter at have analyseret bortfald ved denne definition besluttede styregruppen at tillade tillægsoperationer på perineum som ofte udføres som supplement til bageste kolporafi (KLEF03) og for hvilke der eksisterer forskellig kodepraksis. Som recidiv operation regnes ethvert indgreb som kan henregnes til bageste kompartment. Se indikator definitioner i appendiks 3.

Ved disse ændringer er det intentionen at gøre indikatoren mere veldefineret således, at sammenligninger afdelinger imellem bliver mere reelle. Indsnævringen af indeksoperationer gør imidlertid også, at mange afdelinger kommer ned på et antal indgreb, hvor den statistiske usikkerhed bliver stor og få recidiv operationer kan medføre, at man ikke kan opfylde indikatoren.

Pga. ovennævnte, undlader vi sammenligning med tidligere resultater.

Indikatorerne er begge opfyldt på landsplan og de afdelinger som ikke opfylder standarderne, har dem i deres konfidensinterval.

### Anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form.

Da forekomst af recidiv operation kun er et indirekte mål for kirurgisk kvalitet, kunne man ønske at opnå et bedre mål for holdbarheden af prolapsoperationer, ved at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. anden behandling med tidsmæssig afstand til indeksoperationen.



# 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)<sup>6</sup> har vist, at livstidsrisikoen for prolapsoperation for en dansk kvinde faktisk har varieret mellem 27% i 1978 og 19% i 2008. Samme forfatter har fundet et risiko for recidiv operation på prolaps på 11,5 %<sup>7</sup>. En international opgørelse af Abdel-fattah et al (2011) har vist en livstidsrisiko for urininkontinens eller prolaps operation på 12,2 % og 19 % risiko for recidiv operation af inkontinens eller prolaps.

## Formål og opbygning

DugaBase blev initieret af en arbejdsgruppe under DSOG: Dansk Urogynækologisk Arbejdsgruppe (DUGA). Siden er DUGA nedlagt, og i stedet er oprettet Dansk Urogynækologisk Selskab (DUGS). DugaBase er nu blevet en landsdækkende klinisk database under Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) og den ledes af en styregruppe med repræsentation fra DUGS' bestyrelse. Der er sikret repræsentation for hver af landets regioner samt en repræsentant fra den private sygehussektor. Derudover omfatter styregruppen repræsentanter fra RKKP, og for den dataansvarlige myndighed, Region Midtjylland. Driften af databasen finansieres gennem en bevilling fra Regionernes Udviklingspulje for Klinisk Kvalitet, og der er givet en 3-årig bevilling for årene 2020-2023.

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

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

## Dækningsgrad og indikatorer

Dækningsgraden er steget over tid for inkontinensoperationer fra 14 % i 2006 til 94,0 % i 2013, og har siden 2011 ligget over 90 %. For prolapsoperationer fra 12 % i 2006 til 90,8 % i 2012 og også denne har ligget stabilt over 90 % siden 2011. Mens dækningsgraden for offentlige sygehuse er høj, har der været gjort et stort arbejde for at øge indberetningerne fra de private sygehuse. Validiteten af de indberettede data er vist at være særdeles god, både for administrative og kliniske data. Styregruppen vil i tilfælde af manglende opfyldelse af standarden tage skriftlig kontakt til de pågældende afdelinger for at tilbyde mulighed for yderligere analyser af data til intern afklaring af årsager.

<sup>6</sup> Løwenstein, E., Ottesen, B. & Gimbel, H. Incidence and lifetime risk of pelvic organ prolapse surgery in Denmark from 1977 to 2009. *Int Urogynecol J* 26, 49–55 (2015)

<sup>7</sup> Løwenstein, E., Møller, L.A., Laigaard, J. et al. Reoperation for pelvic organ prolapse: a Danish cohort study with 15–20 years' follow-up. *Int Urogynecol J* 29, 119–124 (2018).



Der er aktuelt udvalgt 14 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. Af de 12 indikatorer har 6 endnu ikke fået fastsat en standard. I 2020 er standarden for alle de 8 indikatorer med fastsat standard opfyldt på landsplan.

Det er interessant og værd at bemærke, at standarden for de subjektive patientbedømmelser er opfyldt for både de ”absolutte værdimål” indikator 1, 3 og 11 samt for ”ændringsmål” indikator 2, 4 og 12 (PGI-I). Opgørelser af recidivoperationer er foretaget på baggrund af det år, hvor primæroperationen fandt sted og demonstrerer en tilfredsstillende lav andel af recidivoperationer.

#### *Generelle kommentarer og forbehold*

Alle indikatorer, på nær 2, 4 og 12, måler absolutte værdier, og siger således ikke noget om opnået relativ forbedring. Da vi behandler symptomer, hvor sværhedsgraden, hyppigheden og den oplevede påvirkning af livskvalitet varierer meget mellem de enkelte patienter, vil mange patienter opleve behandlingen som en væsentlig forbedring – selvom den evt. ikke opfylder standarden for en given indikator.

Ved læsning af indikatorer som vedrører behandling af inkontinens, må man være opmærksom på, at de kirurgiske behandlinger, som beskrives i denne rapport, hovedsageligt retter sig mod stressinkontinens (anstrengelsesinkontinens) og ikke mod urgeinkontinens (tranginkontinens). De patienter, som lider af 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.

Opgørelserne tager ikke højde for det casemix som forekommer pga. demografi, socioøkonomiske faktorer og henvisningsmønstre. Generelt antages det, at der forekommer flere komplicerede cases på de store sygehuse end på de mindre.



## Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er senest opdateret d. 29. maj 2021. De kliniske afdelinger havde deadline for indberetning til DugaBase d. 10. april 2021 hvor data til årsrapporten oprindeligt blev frosset, men eventuelle indberetninger af forløb fra 2020 foretaget mellem 10. april og 29. maj 2021 indgår i årsrapporten pga. opdateringen d. 29. maj. LPR-data til årsrapporten er senest opdateret 10. maj.

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

Patienterne skal oprettes i databasen, hvis de gennemgår en urogynækologisk operation. Data indsamles igennem hele patientforløbet: Fra henvisning, forundersøgelse, operation og efterkontrol samt ved et eventuelt nyt forløb som følge af en komplikation til en tidligere operation. Topica giver mulighed for at opdele inddateringsopgaven. Gennem et oversigtsmodul holdes overblik over manglende inddateringer, og herfra kan man komplettere data. Inddatering af data foregår med Topica over internet til server hos CSC 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.

### Afgrænsning af urogynækologiske operationer

#### Urininkontinens

Urininkontinens er afgrænset til følgende operationskoder indberettet til Dugabase:

KKDG00, KKDG01, KKDG10, KKDG30, KKDG31, KKDG40, KKDG41, KKDG50, KKDG96, KKDG97, KKDV20, KKDV22, KLEG00, KLEG10, KLEG10A, KLEX3G (denne kode findes ikke i LPR, men anvendes i Dugabase/Topica), KLEG20, KLEG96

- Slyngeoperationer
  - KLEG10, KLEG10A, KLEX3G (særlig kode som kun bruges i DugaBase. Se omtale ved indikatorern)
- Bulkingoperationer
  - KKDV20, KKDV22

#### Prolaps

Prolaps er afgrænset til følgende operationskoder indberettet til Dugabase:

KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLCD10, KLDC10 og KLED00

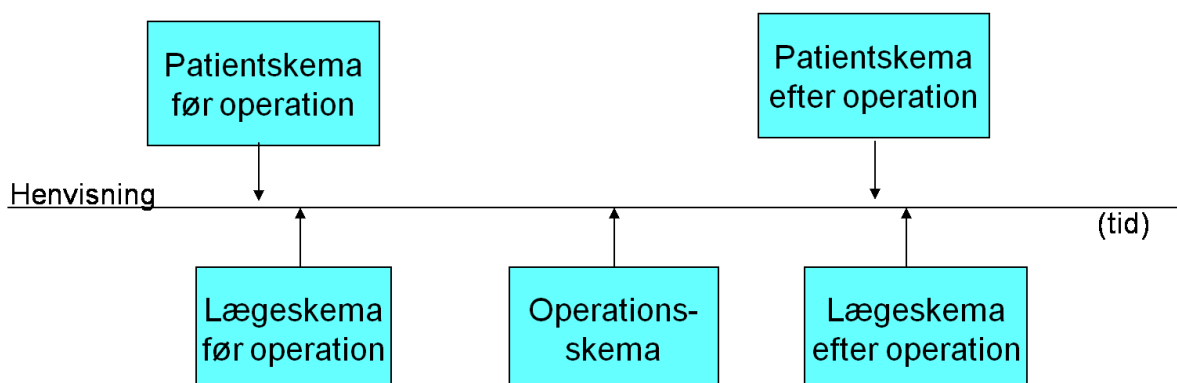
- Forreste kompartment
  - KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64
  - KLCD10 + DN811 (LPR)\*
  - KLDC10 + DN811 (LPR)\*
- Midterste kompartment
  - KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLDC10, KLCD10
- Bagerste kompartment
  - KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A
  - KLCD10 + DN816-DN817 (LPR)\*
  - KLDC10 + DN816-DN817 (LPR)\*

\*OBS! Fra 2021 vil KLCD10 og KLDC10 kun regnes som operationer i midterste kompartment uanset evt. diagnosekode.

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.



### Skematisk fremstilling af indrapportering af et DugaBase-forløb

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

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

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

Kontroloplysninger er i alt væsentligt en gentagelse af udredningsoplysningerne vedr. symptomer, gener og behandlingsbehov, som sammenlignes med udredningsoplysningerne for at undersøge ændring i patientens tilstand. Herudover registreres eventuelle komplikationer og bivirkninger i den mellemliggende periode. 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 fremmødekontrol efter 3 mdr.

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

### Årsrapportens tilblivelse

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

### Analyser og epidemiologi

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

### Sammenligning med sidste årsrapport

Det er ikke altid muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra Årsrapport 2019, 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 ”2019” eller ”år 2019”. Direkte tal fra Årsrapport 2019, betegnes ”Årsrapport 2019”.



### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed

I forbindelse med opgørelse af databasekomplethed (også kaldet dækningsgrad) har RKKP rekvireret LPR-udtræk svarende til de typiske urininkontinens- og prolapsoperationskoder, som anvendes inden for sygdomsområdet (jf. Afgrænsning af urogynækologiske operationer ovenfor). LPR-data til årsrapporten er udtrukket d. 10. maj 2021.

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

### Kriterier for opgørelse af databasekomplethed

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

1. *Match af CPR-nr. i DugaBase og LPR*
2. *Operationsdato er ens i DugaBase og LPR – plus/minus 30 dage*
3. *Patienten er 18 år eller derover på operationsdatoen*
4. *Operationen indeholder mindst ét relevant operativt indgreb svarende til afgrænsningen af urogynækologiske operationer beskrevet ovenfor*



## Databasekomplethed, urininkontinensoperationer 2020

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

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	920 / 939	0 (0)	98	(97-99)	96	93
<b>Hovedstaden</b>	Ja	290 / 293	0 (0)	99	(97-100)	100	99
<b>Sjælland</b>	Ja	101 / 112	0 (0)	90	(83-95)	88	84
<b>Syddanmark</b>	Ja	163 / 165	0 (0)	99	(96-100)	98	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	175 / 177	0 (0)	99	(96-100)	95	90
<b>Nordjylland</b>	Ja	167 / 167	0 (0)	100	(98-100)	99	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	290 / 293	0 (0)	99	(97-100)	100	99
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	31 / 31	0 (0)	100	(89-100)	100	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	204 / 204	0 (0)	100	(98-100)	100	99
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	55 / 58	0 (0)	95	(86-99)	98	99
<b>Sjælland</b>	Ja	101 / 112	0 (0)	90	(83-95)	88	84
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	46 / 47	0 (0)	98	(89-100)	87	57
Roskilde Gyn afd.	Nej	55 / 65	0 (0)	85	(74-92)	88	88
<b>Syddanmark</b>	Ja	163 / 165	0 (0)	99	(96-100)	98	96
OUH Gyn afd.	Ja	136 / 138	0 (0)	99	(95-100)	98	96
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	100	100
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	175 / 177	0 (0)	99	(96-100)	95	90
AUH Kvindesygdomme	Ja	128 / 130	0 (0)	98	(95-100)	96	98
AUH Urinvejskirurgi		0 / 0				0	0
Hospitalsenhed Midt	Ja	46 / 46	0 (0)	100	(92-100)	98	100
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	## / #	0 (0)	100	(3-100)	100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	167 / 167	0 (0)	100	(98-100)	99	95
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	143 / 143	0 (0)	100	(97-100)	100	98
Aalborg UH Thisted		0 / 0				100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	96	90
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	100	100
Capio CFR A/S Odense		0 / 0				0	0
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	18 / 19	0 (0)	95	(74-100)	0	18

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

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed, urininkontinensoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2020 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2020. Uanset at LPR er gold standard, kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.





Den landsdækkende databasekomplethed er 98 %. Antallet af urininkontinensoperationer er på niveau med 2018 og 2019. Databasekompletheden er på niveau med 2019.

Blandt de 13 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 12 afdelinger en databasekomplethed på mindst 95 %. Roskilde har en dækningsgrad på 85 %.

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



## Databasekomplethed, Prolapsoperationer 2020

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	3.017 / 3.145	0 (0)	96	(95-97)	95	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	691 / 723	0 (0)	96	(94-97)	97	99
<b>Sjælland</b>	Nej	387 / 431	0 (0)	90	(87-92)	96	81
<b>Syddanmark</b>	Ja	662 / 672	0 (0)	99	(97-99)	98	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	696 / 725	0 (0)	96	(94-97)	94	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	489 / 489	0 (0)	100	(99-100)	98	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	691 / 723	0 (0)	96	(94-97)	97	99
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	110 / 116	0 (0)	95	(89-98)	94	100
Bornholms Hospital	Nej	0 / 6	0 (0)	0	(0-46)	0	0
Herlev og gentofte Hospital	Ja	385 / 396	0 (0)	97	(95-99)	99	98
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	196 / 205	0 (0)	96	(92-98)	97	100
<b>Sjælland</b>	Nej	387 / 431	0 (0)	90	(87-92)	96	81
Holbæk Gyn afd.	Ja	107 / 107	0 (0)	100	(97-100)	98	99
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	82 / 88	0 (0)	93	(86-97)	93	52
Roskilde Gyn afd.	Nej	85 / 123	0 (0)	69	(60-77)	93	85
Slagelse Gyn afd.	Ja	113 / 113	0 (0)	100	(97-100)	100	66
<b>Syddanmark</b>	Ja	662 / 672	0 (0)	99	(97-99)	98	98
Kolding Sygehus	Ja	119 / 120	0 (0)	99	(95-100)	100	100
OUH Gyn afd.	Ja	348 / 356	0 (0)	98	(96-99)	97	96
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	55 / 56	0 (0)	98	(90-100)	100	98
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	118 / 118	0 (0)	100	(97-100)	100	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	696 / 725	0 (0)	96	(94-97)	94	98
AUH Kvindesygehus	Ja	324 / 327	0 (0)	99	(97-100)	96	99
AUH Urinvejskirurgi	Nej	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)		0
Hospitalsenhed Midt	Ja	107 / 108	0 (0)	99	(95-100)	99	100
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	85 / 85	0 (0)	100	(96-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens	Ja	87 / 89	0 (0)	98	(92-100)	93	96
Regionshospitalet Randers	Nej	93 / 113	0 (0)	82	(74-89)	84	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	489 / 489	0 (0)	100	(99-100)	98	95
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	316 / 316	0 (0)	100	(99-100)	99	98
Aalborg UH Aalb. Urologisk afd.							0
Aalborg UH Hobro						0	0
Aalborg UH Thisted	Ja	48 / 48	0 (0)	100	(93-100)	97	96
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	125 / 125	0 (0)	100	(97-100)	98	97
<b>Privathospitaler</b>							
Aagaard Gynækologiske Klinik							0
Aleris-Hamlet Aalborg						86	34
Aleris-Hamlet Aarhus						0	0



	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Aleris-Hamlet Esbjerg						0	0
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	48 / 48	0 (0)	100	(93-100)	100	98
Capio CFR A/S Lyngby	Nej	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	89	92
Capio CFR A/S Odense	Nej	0 / 7	0 (0)	0	(0-41)	0	0
Privathospitalet Kollund						0	75
Privathospitalet Mølholm Vejle	Nej	39 / 44	0 (0)	89	(75-96)	2	0

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

### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til databasekomplethed, prolapsoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2020 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2020. Uanset at LPR er gold standard, kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende databasekomplethed er 96 % i 2020. Blandt de 20 afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 18 afdelinger mindst 90 % dækningsgrad; Roskilde Gyn afd. har en databasekomplethed på 69 % og Regionshospitalet Randers har en databasekomplethed på 82 %.

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

### Styregruppens kommentarer til databasekomplethed urininkontinens og prolapsoperationer

Der ses en imponerende høj dækning på 98 % for inkontinens operationer, trods – eller måske pga. – nedlukning af aktiviteter som følge af Covid-19 pandemien.

Kun en enkelt afdeling kommer under 90 % indberetning af inkontinensoperationer.

Hvad angår prolapsoperationer holdes der også en flot dækning på 96 % og alle landets afdelinger på nær to indrapporterer over 90 %.

Det lader til at indberetningsrutiner er en fast del af hverdagen på alle afdelinger i hele landet og det er glædeligt at se, at enkelte af privathospitalerne også indberetter med fuld komplethed for patienter henvist fra det offentlige. 90 % dækningsgrad er minimumskrav til databasen fra RKKP, og styregruppen har derfor valgt at rette henvendelse til de afdelinger, som ikke lever op til dette for dels at gøre opmærksom på problemet og dels og tilbyde hjælp til evt. organisatoriske spørgsmål.



## Styregruppens medlemmer

<b>Formand</b>			
Gunnar Lose, Professor, Overlæge, dr. med.	Herlev Hospital	38688253 31510814	<a href="mailto:Gunnar.Lose@regionh.dk">Gunnar.Lose@regionh.dk</a>
<b>Projektleder</b>			
Ulla Darling Hansen, Overlæge	Odense Universitetshospital	30576843 <a href="tel:40202529">40202529</a>	<a href="mailto:Ulla.darling.hansen@rsyd.dk">Ulla.darling.hansen@rsyd.dk</a>
<b>Styregruppens medlemmer</b>			
<b>Medlemmer fra hver region</b>			
<b>Hovedstaden</b>			
Mette Hornum Bing, Overlæge, ph.d	Herlev Hospital	38689905 24252816	<a href="mailto:Mette.Hornum.Bing@regionh.dk">Mette.Hornum.Bing@regionh.dk</a>
<b>Sjælland</b>			
Helga Gimbel, Overlæge, dr.med.	Sjællands Universitets- hospital, Roskilde	56515404 26703714	<a href="mailto:helga@dadlnet.dk">helga@dadlnet.dk</a>
<b>Syddanmark</b>			
Dorte Teilmann-Jørgensen, Afdelingslæge	Odense Universitetshospital	30576546 29924931	<a href="mailto:Dorte.Teilmann-Jorgensen@rsyd.dk">Dorte.Teilmann-Jorgensen@rsyd.dk</a>
<b>Midtjylland</b>			
Mette Juul Hansen, Overlæge	Aarhus Universitetshospital	30714836 30688327	<a href="mailto:metehanse@rm.dk">metehanse@rm.dk</a>
<b>Nordjylland</b>			
Constanze Merkel, Overlæge	Regionshospital Nordjylland, Hjørring		<a href="mailto:come@rn.dk">come@rn.dk</a>
<b>Repræsentant for Privathospitaler</b>			
Rikke Guldberg, Klinikchef, speciallæge, ph.d.	Privathospitalet Mølholm		<a href="mailto:rgu@molholm.dk">rgu@molholm.dk</a>
<b>Repræsentant for DUGS</b>			
Marianne Glavind-Kristensen, Overlæge, Ph.d.	Aarhus Universitetshospital	40276937	<a href="mailto:mgk-njh@dadlnet.dk">mgk-njh@dadlnet.dk</a>
<b>Forskningskonsulent</b>			
Niels Klarskov, Professor, Overlæge, dr.med.	Herlev/Gentofte Hospital	38681406	<a href="mailto:Niels.Klarskov@regionh.dk">Niels.Klarskov@regionh.dk</a>
<b>Dataansvarlig myndighed</b>			
Repræsentant for Region Midtjylland, Lene Sveistrup Bengtsson	RKKP's videncenter	24664725	<a href="mailto:lebeng@rkkp.dk">lebeng@rkkp.dk</a>
<b>Klinisk epidemiolog</b>			
Helle Hare-Bruun	RKKP's videncenter	29214165	<a href="mailto:hehare@rkkp.dk">hehare@rkkp.dk</a>
<b>Datamanager</b>			
Katja Løngaard	RKKP's videncenter	21689271	<a href="mailto:KALOEN@rkkp.dk">KALOEN@rkkp.dk</a>
<b>Kontaktperson RKKP</b>			
Lene Sveistrup Bengtsson	RKKP's videncenter	24664725	<a href="mailto:lebeng@rkkp.dk">lebeng@rkkp.dk</a>



## Appendiks 1: Supplerende indikatoropgørelser

Recidiv efter inkontinensoperationer (hhv. slynge og bulking) opgøres ikke som indikatorer længere. Herunder ses opgørelser af recidiv efter hhv. slyngeoperation og bulking operation. De to opgørelser er identiske med de tidligere indikator 11 og 12. Definition af primær operation følger således også den tidligere definition, hvor en inkontinensoperation blev defineret som primær, hvis der ikke var registreret en tidligere inkontinensoperation i Dugabase.

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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017 Andel	2016 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	733 / 736	0 (0)	100	(99-100)	100	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	217 / 219	0 (0)	99	(97-100)	99	99
<b>Sjælland</b>	Ja	97 / 97	0 (0)	100	(96-100)	99	98
<b>Syddanmark</b>	Ja	122 / 122	0 (0)	100	(97-100)	99	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	140 / 141	0 (0)	99	(96-100)	100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	135 / 135	0 (0)	100	(97-100)	100	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	217 / 219	0 (0)	99	(97-100)	99	99
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	33 / 34	0 (0)	97	(85-100)	95	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	112 / 113	0 (0)	99	(95-100)	99	99
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	72 / 72	0 (0)	100	(95-100)	100	98
<b>Sjælland</b>	Ja	97 / 97	0 (0)	100	(96-100)	99	98
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	98	98
Roskilde Gyn afd.	Ja	85 / 85	0 (0)	100	(96-100)	100	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	122 / 122	0 (0)	100	(97-100)	99	99
OUH Gyn afd.	Ja	94 / 94	0 (0)	100	(96-100)	99	98
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	140 / 141	0 (0)	99	(96-100)	100	100
AUH Kvindesygdomme	Ja	68 / 68	0 (0)	100	(95-100)	100	100
Hospitalsenhed Midt	Ja	48 / 49	0 (0)	98	(89-100)	100	98
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	100	100
Regionshospitalet Randers		0 / 0				100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	135 / 135	0 (0)	100	(97-100)	100	100
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	65 / 65	0 (0)	100	(94-100)	100	100
Aalborg UH Thisted	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	60 / 60	0 (0)	100	(94-100)	100	100
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100	92
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	#/#	0 (0)	100	(16-100)		
Privathospitalet Møn							100

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

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2015 - 31.12.2015 Andel	95% CI	2014 Andel	2013 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	948 / 961	0 (0)	99	(98-99)	99	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	193 / 194	0 (0)	99	(97-100)	99	100
<b>Sjælland</b>	Ja	214 / 215	0 (0)	100	(97-100)	99	99
<b>Syddanmark</b>	Ja	191 / 193	0 (0)	99	(96-100)	99	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	177 / 182	0 (0)	97	(94-99)	98	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	125 / 127	0 (0)	98	(94-100)	99	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	193 / 194	0 (0)	99	(97-100)	99	100
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	100	98
Herlev og gentofte Hospital	Ja	109 / 110	0 (0)	99	(95-100)	100	100
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	52 / 52	0 (0)	100	(93-100)	97	100
<b>Sjælland</b>	Ja	214 / 215	0 (0)	100	(97-100)	99	99
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	65 / 65	0 (0)	100	(94-100)	99	99
Roskilde Gyn afd.	Ja	149 / 150	0 (0)	99	(96-100)	100	99
<b>Syddanmark</b>	Ja	191 / 193	0 (0)	99	(96-100)	99	99
OUH Gyn afd.	Ja	111 / 113	0 (0)	98	(94-100)	99	99
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	64 / 64	0 (0)	100	(94-100)	100	97
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	97	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	177 / 182	0 (0)	97	(94-99)	98	99
AUH Kvindesygdomme	Ja	53 / 55	0 (0)	96	(87-100)	98	97
AUH Urinvejskirurgi		0 / 0				100	100
Hospitalsenhed Midt	Ja	56 / 59	0 (0)	95	(86-99)	96	100
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	32 / 32	0 (0)	100	(89-100)	100	100
Regionshospitalet Randers	Ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	125 / 127	0 (0)	98	(94-100)	99	99
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	63 / 63	0 (0)	100	(94-100)	100	98
Aalborg UH Thisted	Ja	17 / 18	0 (0)	94	(73-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	45 / 46	0 (0)	98	(88-100)	99	100
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aarhus							100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	28 / 29	0 (0)	97	(82-100)	100	100
Bekkevoold Hellerup						100	100
Ciconia Aarhus						100	100
Gråbrødre Klinikken		0 / 0				100	100
Privathospitalet Kollund		0 / 0					100
Privathospitalet Møn	Ja	20 / 21	0 (0)	95	(76-100)	100	100

**Styregruppens kommentar:**

Her præsenteres de tidligere indikatorer 11 og 12 recidiv operation efter midturetral slynge operation henholdsvis 2 og 5 år efter primær operation.

Som det fremgår forekommer midturetral slyngeoperation efter tidligere slyngeoperation meget sjældent. På landsplan oplever 3 patienter at få en ny slynge inden for 2 år efter primær operation og 13 patienter oplever dette inden for 5 år.

Da det er kendt at recidiv operation har ca. 50 % lavere succes end primær midturetral slynge er det tilfredsstillende, at det er en procedure som er forbehold ganske få patienter.

Hvis der forekommer rest inkontinens efter midturetral slynge operation, er den anbefalede behandling en bulking procedure.

Denne tabel vil ikke indgå i årsrapporten fra næste år.



## Appendiks 2: Supplerende statistik

**Tabel A2.2. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2020 (N = 5659)**

Operations- kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator			
					UI	Slynge	Bulking	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	1969	34.79%	34.79%				x
KLEF03	Bageste kolporafi	1047	18.50%	53.30%				x
KLDC10 + DN81	Resektion af livmoderhals	600	10.60%	63.90%				x
KLEG10	Vaginal uretrocystopeksi med slynge	461	8.15%	72.04%	x	x		
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	306	5.41%	77.45%	x		x	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	267	4.72%	82.17%				x
KLCD10 + DN81	Vaginal hysterectomi	158	2.79%	84.96%				x
KLEG10A	Vaginal uretrocystopeksi m. slynge genn. foramen obturatum	149	2.63%	87.59%	x	x		
KLFE10	Vulvoplastik	135	2.39%	89.98%				
KUKC02	Cystoskopi	68	1.20%	91.18%				
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	59	1.04%	92.22%				x
KLFE20	Sutur af perineum	56	0.99%	93.21%				
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterectomi	54	0.95%	94.17%				x
KLEF20	Partiel kolpogleise	49	0.87%	95.03%				x
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	39	0.69%	95.72%				x
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	30	0.53%	96.25%				x
KLCG20	Hysteropeksi	29	0.51%	96.77%				x
KLDC10	Resektion af livmoderhals	29	0.51%	97.28%				x
KLEF00B	Manchesteroperation	27	0.48%	97.76%				x
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	17	0.30%	98.06%				
KLED00	Kolpektomi	16	0.28%	98.34%				x
KLEF10	Kolpoperineoplastik	14	0.25%	98.59%				x
KLEF23	Komplet kolpogleise	12	0.21%	98.80%				x
KLEE00	Sutur af vagina	9	0.16%	98.96%				
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterectomi m meche	8	0.14%	99.24%				x
KLFE00	Sutur af vulva	8	0.14%	99.10%				
KLCD10	Vaginal hysterectomi	7	0.12%	99.49%				x
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterectomi	7	0.12%	99.36%				x
KKDG30	Abdominal uretrocystopeksi med slynge	6	0.11%	99.59%	x			
KLED00 + DN81	Kolpektomi	6	0.11%	99.70%				x
KZXX00	anvendelse af robot	5	0.09%	99.79%				
KKCV05	Transluminal injektion i blære væg	4	0.07%	99.86%				
KLFE10A	Fenton-plastik	4	0.07%	99.93%				
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	1	0.02%	99.96%	x			
KLEF40A	Vaginal operation for enterocele med meche	1	0.02%	100.0%				x
KLEF43	Abdominal operation for enterocele	1	0.02%	99.98%				x
KLEF53A	Vaginal apikal kolpopeksi efter tidl. hysterectomi med meche	1	0.02%	99.95%				x

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

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

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

### Klinisk-epidemiologisk kommentar til tabel A2.2.:

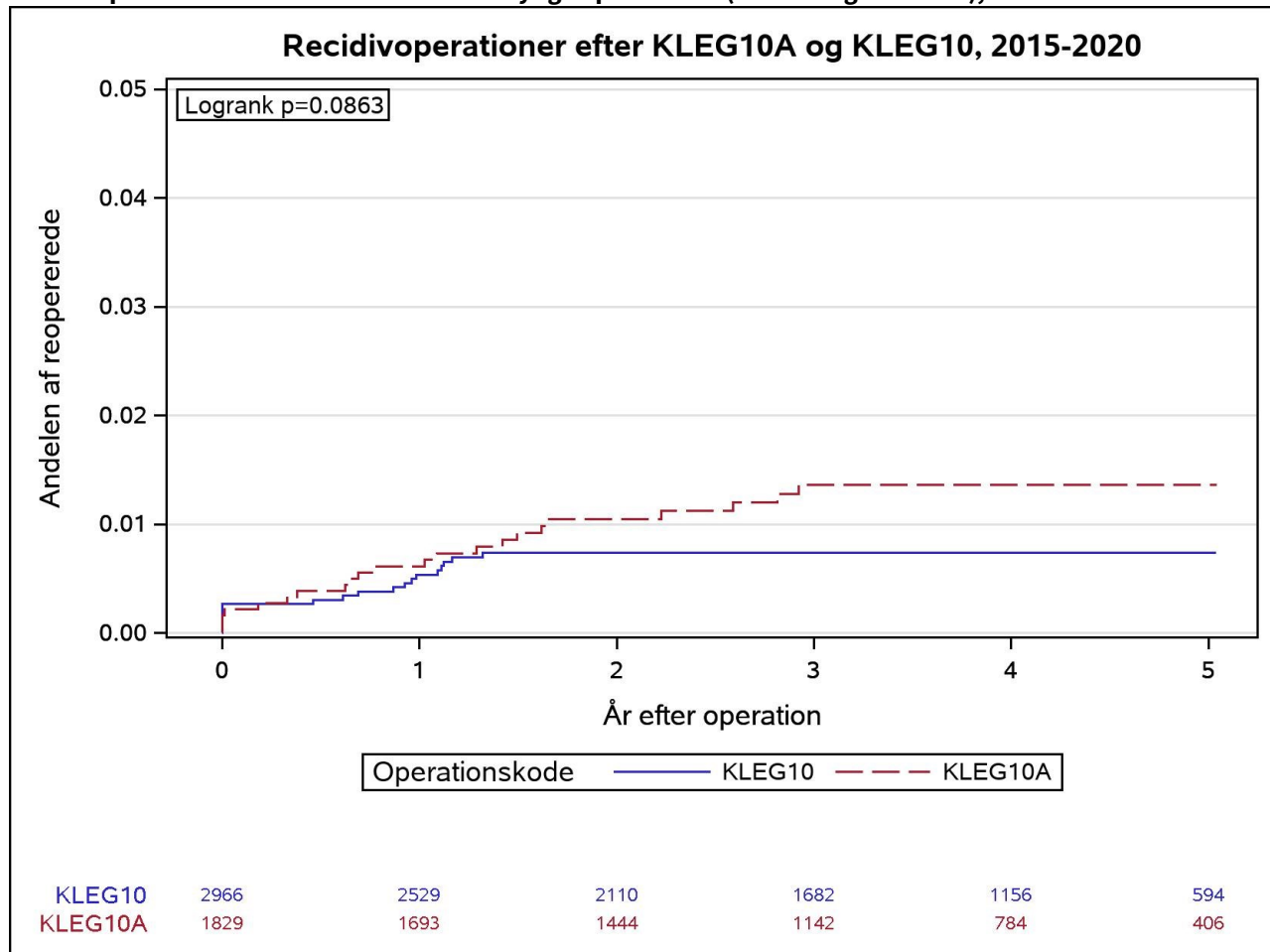
Tabellen angiver operationskoder svarende til antal operative indgreb, og der kan være udført flere typer af operative indgreb pr. operation. Data i tabellen er en kombination af oplysninger fra LPR og DugaBase.





Blandt de 5659 operative indgreb er der 313 (5,5 %) omfattende operationskoder, som ikke indgår i beregningerne af indikatorerne. Disse koder ledsages dog inden for det enkelte operationsforløb typisk af et indgreb, som er specifikt for enten urininkontinens eller prolaps.

**Recidivoperationer efter urininkontinens-slynge operationer (KLEG10 og KLEG10A), 2015-2020**



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

**Klinisk-epidemiologisk kommentar til figur A2.1.:**

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

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

Totalt set bliver ca. 1,4 % af de primære MUS-TO patienter reopereret, i modsætning til kun ca. 0,7 % af de primære MUS-RP patienter. Forskellen er dog ikke statistisk signifikant (log-rank test, p = 0.0863).

**Styregruppens kommentar til figur A2.1.:**

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

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

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

**Tabel A2.3. Anvendelse af KLEG10 og KLEG10A fordelt på år, 2016-2020**

	I alt		2016		2017		2018		2019		2020	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
KLEG10 (MUS-RP)	2430	576	59,5	546	60,7	425	57,7	425	64,5	458	75,6	
KLEG10A (MUS-TO)	1438	392	40,5	353	39,3	311	42,3	234	35,5	148	24,4	
<b>I alt</b>	<b>3868</b>	<b>968</b>	<b>100</b>	<b>899</b>	<b>100</b>	<b>736</b>	<b>100</b>	<b>659</b>	<b>100</b>	<b>606</b>	<b>100</b>	

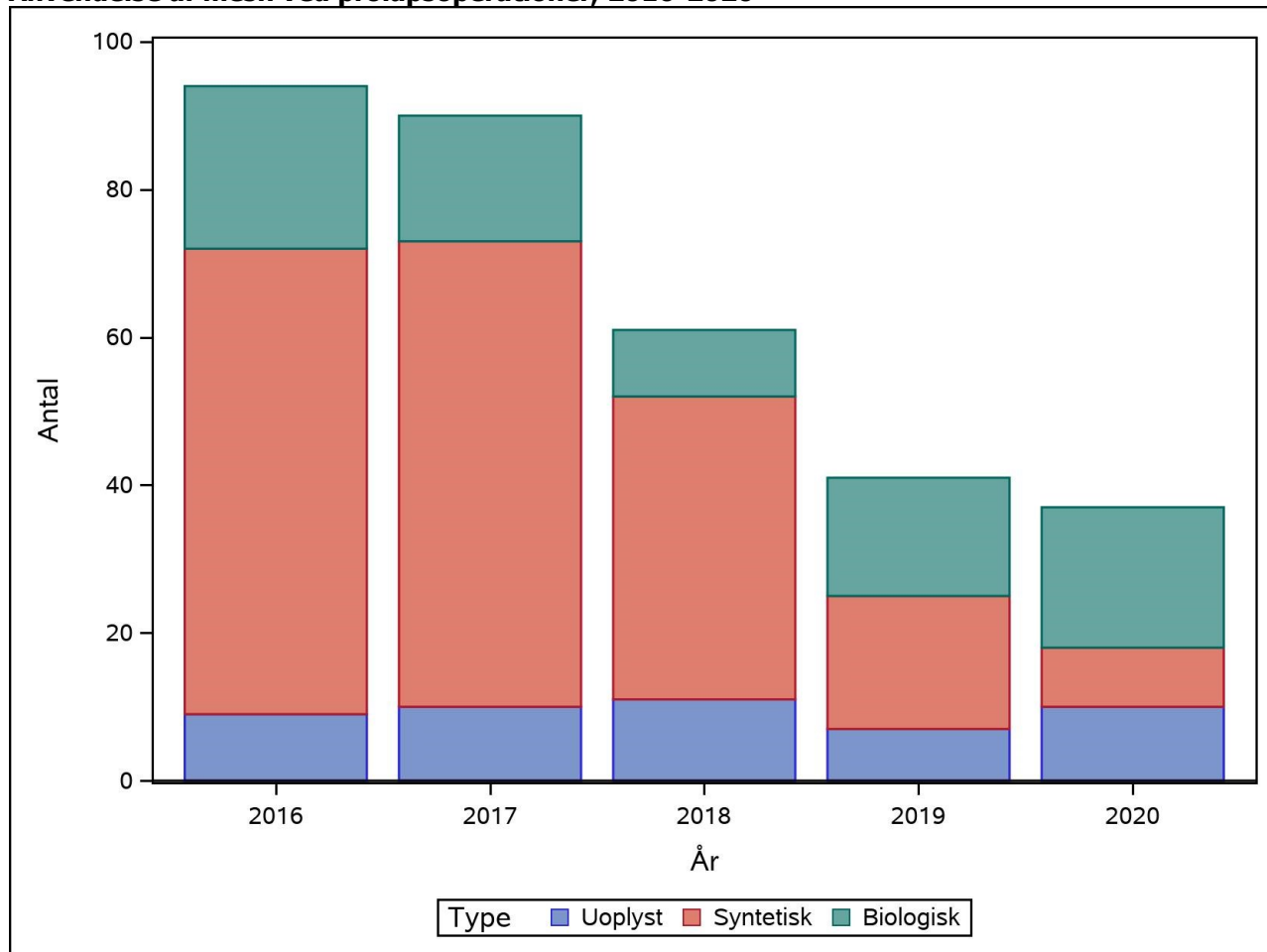
**Klinisk-epidemiologisk kommentar til tabel A2.3.:**

Tabel A2.3. viser, at det samlede antal slyngeoperationer med anvendelse af operationskoderne KLEG10 (MUS-RP) eller KLEG10A (MUS-TO) er reduceret over de seneste 5 år fra lidt mindre end 1000 indgreb i 2016 til 587 indgreb i 2020. Fordelingen mellem KLEG10 (MUS-RP) og KLEG10A (MUS-TO) er i ændring fra en anvendelse af KLEG10 på ca. 60 % og KLEG10A på ca. 40 % frem til 2018; herefter vinder brugen af KLEG10 mere frem med 65 % i 2019 og 75 % i 2020.

**Styregruppens kommentar til tabel A2.3.:**

Siden 2017 er der sket en tiltagende ændring mod brug af den retropubiske slynge (MUS-RP). Dette skyldes formodentlig opbygningen af solid evidens for at MUS-RP er at foretrække pga. færre komplikationer og færre recidivoperationer. Endelig må man forvente, at implementeringen af den nye Nationale Kliniske Retningslinje vil medføre, at brugen af MUS-TO vil blive meget begrænset.

### Anvendelse af mesh ved prolapsoperationer, 2016-2020



**Figur A2.2. Antal prolapsoperationer med mesh, 2016-2020, samt fordelingen af mesh-typer**

#### Klinisk-epidemiologiske kommentarer til figur A2.2.:

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

Antal prolapsoperationer med mesh var over 200 i 2012 (data ikke vist her, men kan ses af Årsrapport 2016). I 2015 var antallet mere end halveret, mens der sås en lille stigning i 2016 og igen et mindre fald i 2017. Det samlede antal operationer med mesh faldt i 2018 markant, og det er faldet yderligere i 2019 og 2020 og ligger nu på under 40 operationer.

Der har siden 2016 været anvendt flest syntetiske mesh-typer med stigende andel af syntetiske i forhold til biologiske typer. I 2020 er billedet anderledes; nu udgør de biologiske typer hovedparten.

#### Styregruppens kommentar til figur A2.2.:

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

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

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

**Tabel A2.4. Brug af profylaktisk antibiotika ved slyngeoperation i 2020**

	I alt		Ja	Nej		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Danmark</b>	589	376	<b>63,8</b>	186	<b>31,6</b>	27	<b>4,6</b>
<b>Hovedstaden</b>	206	170	<b>82,5</b>	33	<b>16,0</b>	3	<b>1,5</b>
<b>Sjælland</b>	95	17	<b>17,9</b>	73	<b>76,8</b>	5	<b>5,3</b>
<b>Syddanmark</b>	98	74	<b>75,5</b>	14	<b>14,3</b>	10	<b>10,2</b>
<b>Midtjylland</b>	113	46	<b>40,7</b>	63	<b>55,8</b>	4	<b>3,5</b>
<b>Nordjylland</b>	69	62	<b>89,9</b>	#	<b>2,9</b>	#	<b>7,2</b>
<b>Hovedstaden</b>	206	170	<b>82,5</b>	33	<b>16,0</b>	3	<b>1,5</b>
Amager og Hvidovre Hospital	31			#	<b>96,8</b>	#	<b>3,2</b>
Herlev og gentofte Hospital	120	117	<b>97,5</b>	3	<b>2,5</b>		
Hospitalet i Nordsjælland	55	#	<b>96,4</b>			#	<b>3,6</b>
<b>Sjælland</b>	95	17	<b>17,9</b>	73	<b>76,8</b>	5	<b>5,3</b>
Nykøbing F Gyn afd.	46	#	<b>17,4</b>	36	<b>78,3</b>	#	<b>4,3</b>
Roskilde Gyn afd.	49	9	<b>18,4</b>	37	<b>75,5</b>	3	<b>6,1</b>
<b>Syddanmark</b>	98	74	<b>75,5</b>	14	<b>14,3</b>	10	<b>10,2</b>
OUH Gyn afd.	71	68	<b>95,8</b>			3	<b>4,2</b>
SHS Gyn klinik Aabenraa	11	#	<b>9,1</b>	8	<b>72,7</b>	#	<b>18,2</b>
SHS Gyn klinik Sønderborg	12	#	<b>8,3</b>	6	<b>50,0</b>	#	<b>41,7</b>
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	4	4	<b>100,0</b>				
<b>Midtjylland</b>	113	46	<b>40,7</b>	63	<b>55,8</b>	4	<b>3,5</b>
AUH Kvindesygdomme	66	5	<b>7,6</b>	58	<b>87,9</b>	3	<b>4,5</b>
Hospitalsenhed Midt	46	41	<b>89,1</b>	#	<b>8,7</b>	#	<b>2,2</b>
Hospitalsenheden Vest Herning	#			#	<b>100,0</b>		
<b>Nordjylland</b>	69	62	<b>89,9</b>	#	<b>2,9</b>	#	<b>7,2</b>
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	45	42	<b>93,3</b>			3	<b>6,7</b>
Hjørring Gyn-obst. afd.	24	20	<b>83,3</b>	#	<b>8,3</b>	#	<b>8,3</b>
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	6	#	<b>83,3</b>	#	<b>16,7</b>		
Privathospitalet Mølholm Vejle	#	#	<b>100,0</b>				

**Klinisk-epidemiologisk kommentar til tabel A2.4.:**

Tabel A2.4. viser anvendelsen af profylaktisk antibiotika ved slyngeoperationer for urininkontinens. Alle slyngeoperationer i 2020 (primær- og recidivoperationer) er inkluderet i opgørelsen, der viser at 63,8 % fik profylaktisk antibiotika, mens 31,6 % ikke fik. Der var 4,6 % uoplyste. Der er stor variation mellem regionerne. I Region Nordjylland fik 89,9 % profylaktisk antibiotika, mens kun 17,9 % fik det i Region Sjælland.

**Styregruppens kommentar til tabel A2.4.:**

Indikatoren viser, at der er en forholdsvis stor konsistens vedr. brug eller fravalg af profylaktisk antibiotika inden for den enkelte afdeling.

7 afdelinger bruger antibiotika ret konsekvent og ligger mellem 83- 100%, mens 5 afdelinger ligger mellem 7-18%, hvor man må antage, at antibiotika kun bruges på indikation. Den store forskel inkl. variation inden for de enkelte regioner giver anledning til refleksion.

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

En enkelt dobbelt blindet RCT<sup>8</sup> fra 2010 blev afbrudt ved den første interim analyse idet man så, at infektionsraten i begge grupper var så lav, at man ikke inden for rimelig tid kunne opnå det nødvendige deltager antal. Et nordisk studie fra 2019 med ca. 150 cases i hver gruppe fandt ikke signifikant forskel på forekomst af uvi<sup>9</sup> I guidelinen fra det nationale faglige selskab (DSOG) fra 2012 tages der ikke stilling til anvendelse af antibiotika.<sup>10</sup>

I de øvrige nordiske lande bruges profylaktisk antibiotika generelt ikke ved midtretslysning-operationer. Det er styregruppens ønske at kunne koble ovenstående data til komplikationsregistrering for at kunne bidrage til afklaring af antibiotikas evt. betydning.

---

<sup>8</sup> Harmanli O, Boyer RL, Metz S, Tunitsky E, Jones KA. Double-blinded randomized trial of preoperative antibiotics in midurethral sling procedures and review of the literature. *Int Urogynecol J.* 2011 Oct;22(10):1249-53. doi: 10.1007/s00192-011-1500-6. Epub 2011 Jul 26. PMID: 21789661.

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

<sup>10</sup> <http://gynobsguideline.dk/hindsgavl/Kir%20SUI-endelig.pdf>

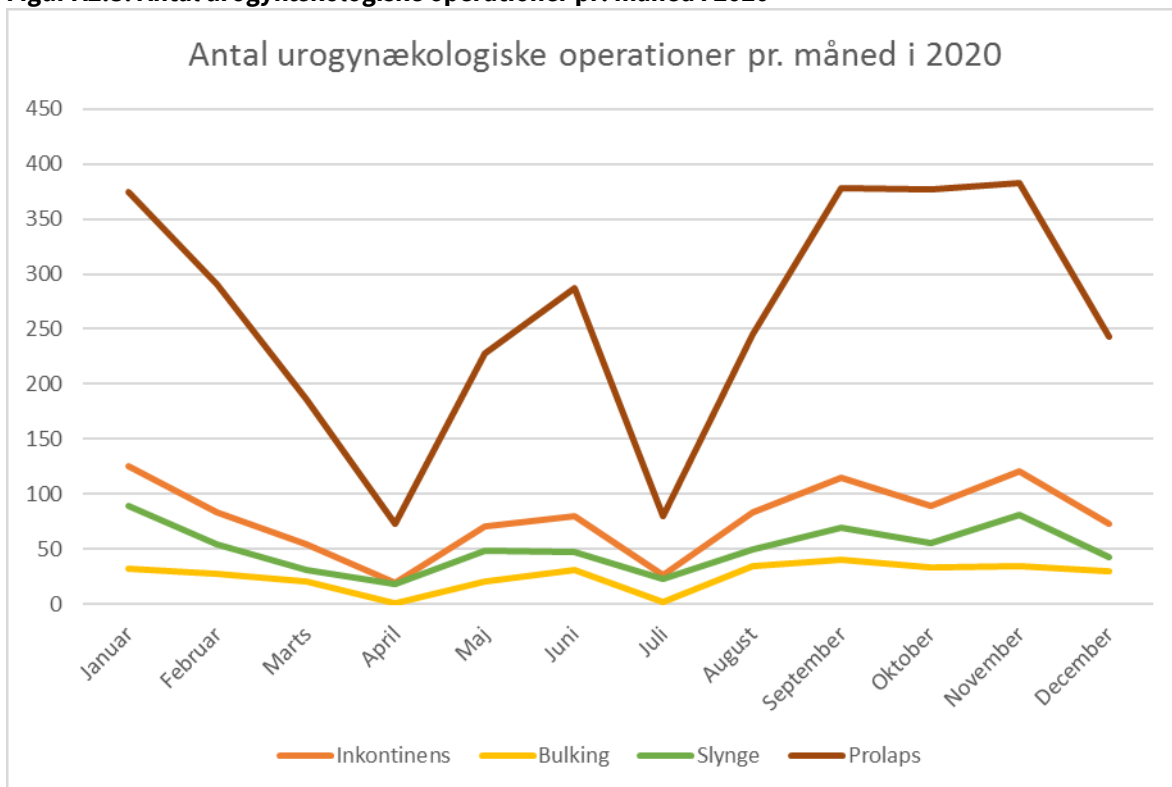


Tema 2020: Antal gennemførte operationer set i relation til nedlukning pga. Covid-19

**Tabel A2.5. Antal urogynækologiske operationer pr. måned i 2020**

	Inkontinens Antal	Bulking Antal	Slynge Antal	Prolaps Antal
Januar	125	32	89	374
Februar	84	27	54	291
Marts	54	20	31	186
April	19	#	18	73
Maj	71	21	48	228
Juni	80	31	47	287
Juli	26	#	23	80
August	84	34	50	245
September	115	40	69	378
Oktober	89	33	55	377
November	121	35	81	383
December	73	30	43	243
<b>I alt</b>	<b>941</b>	<b>306</b>	<b>608</b>	<b>3145</b>

**Figur A2.3. Antal urogynækologiske operationer pr. måned i 2020**



Styregruppens kommentar:

I året for Covid-19 pandemiens udbredelse til Europa har vi valgt at bringe deskriptive data om operationsaktivitet. Urogynækologi er i sagens natur et subspecial, som rammes med nedlukning og udsættelse af behandlinger, når der er mandskabsmangel. Vi ville derfor forvente at se en betydelig nedgang i antallet af gennemførte behandlinger for 2020.



## Appendiks 2

Pandemien har medført varierende grader af nedlukning af elektive behandlinger. Nogle afdelinger har været hårdt ramt især pga. udlån af sygeplejersker og yngre læger, mens andre afdelinger i langt mindre grad er blevet ramt. Af Figur A2.3 ses hvordan der i løbet af februar, marts og april skete et drastisk fald i antallet af operationer. Dette fald formodes at kunne tilskrives nedlukninger. Faldet hen over juli måned skyldes formodentlig alene sommerferieafvikling, mens faldet i december igen kan tilskrives nedlukning. Af kurven ses, at nedgangen i aktivitet rammer alle typer operationer ens.



**Tabel A2.6. Antal Urininkontinensoperationer (midtretalslynge + bulking) pr. afdeling 2018-2020**

	2018 inkontinens Antal	2019 inkontinens Antal	2020 inkontinens Antal
<b>Danmark</b>	990	953	941
<b>Hovedstaden</b>	266	290	294
<b>Sjælland</b>	142	123	112
<b>Syddanmark</b>	185	196	165
<b>Midtjylland</b>	177	161	178
<b>Nordjylland</b>	188	149	167
<b>Hovedstaden</b>	266	290	294
Amager og Hvidovre Hospital	34	41	31
Herlev og gentofte Hospital	159	190	205
Hospitalerne i Nordsjælland	73	59	58
<b>Sjælland</b>	142	123	112
Nykøbing F Gyn afd.	21	30	47
Roskilde Gyn afd.	121	93	65
<b>Syddanmark</b>	185	196	165
OUH Gyn afd.	157	159	138
SHS Gyn klinik Aabenraa	16	18	11
SHS Gyn klinik Sønderborg		5	12
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	12	14	4
<b>Midtjylland</b>	177	161	178
AUH Kvindesygdomme	88	97	130
AUH Urinvejskirurgi	15	3	#
Hospitalsenhed Midt	50	43	46
Hospitalsenheden Vest Herning	24	18	#
<b>Nordjylland</b>	188	149	167
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	111	117	143
Aalborg UH Thisted	10	6	
Hjørring Gyn-obst. afd.	67	26	24
<b>Privathospitaler</b>			
Aleris-Hamlet Søborg	20	22	6
Capio CFR A/S Odense	#	#	
Privathospitalet Mølholm Vejle	11	11	19

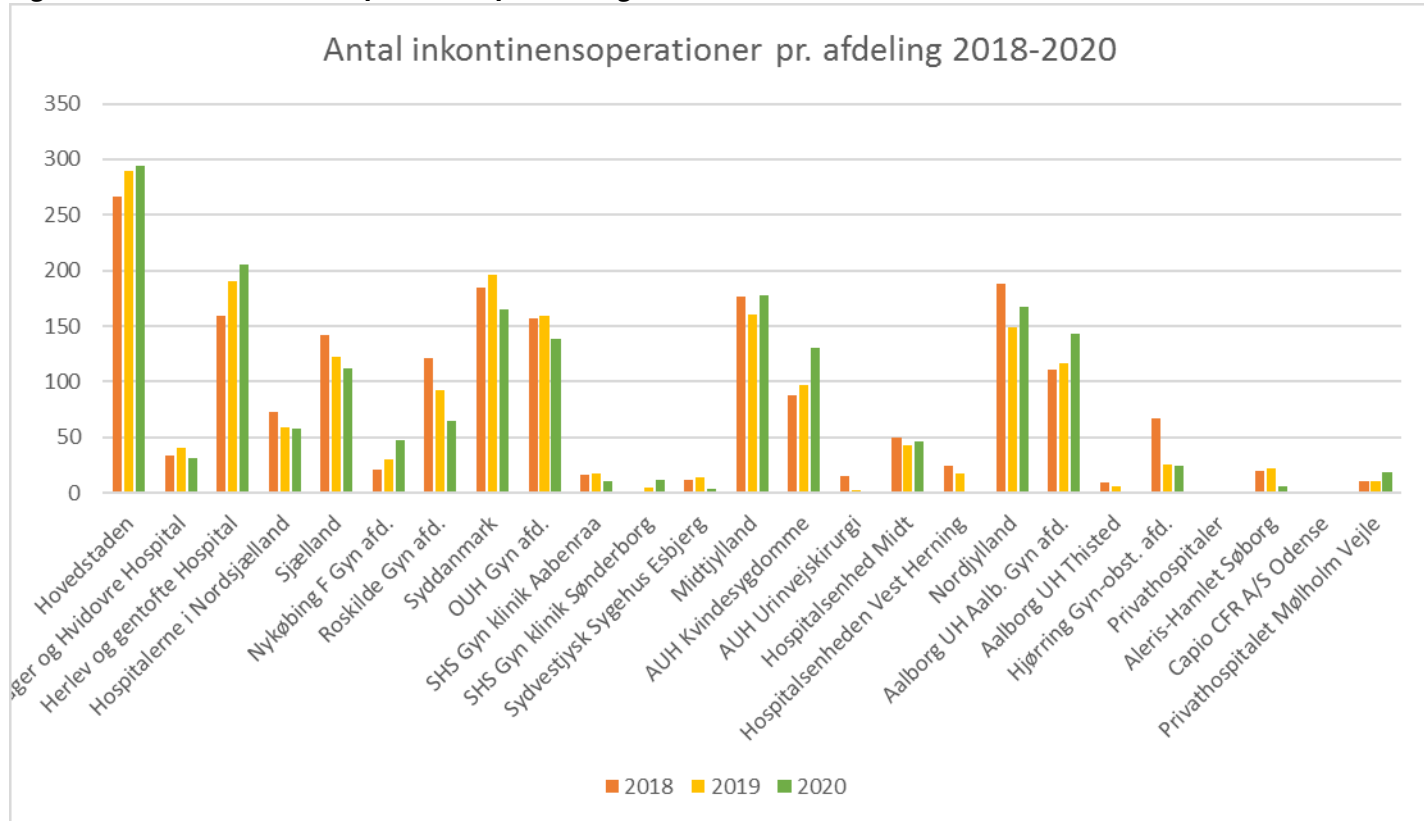


**Tabel A2.7. Antal Prolapsoperationer pr. afdeling 2018-2020**

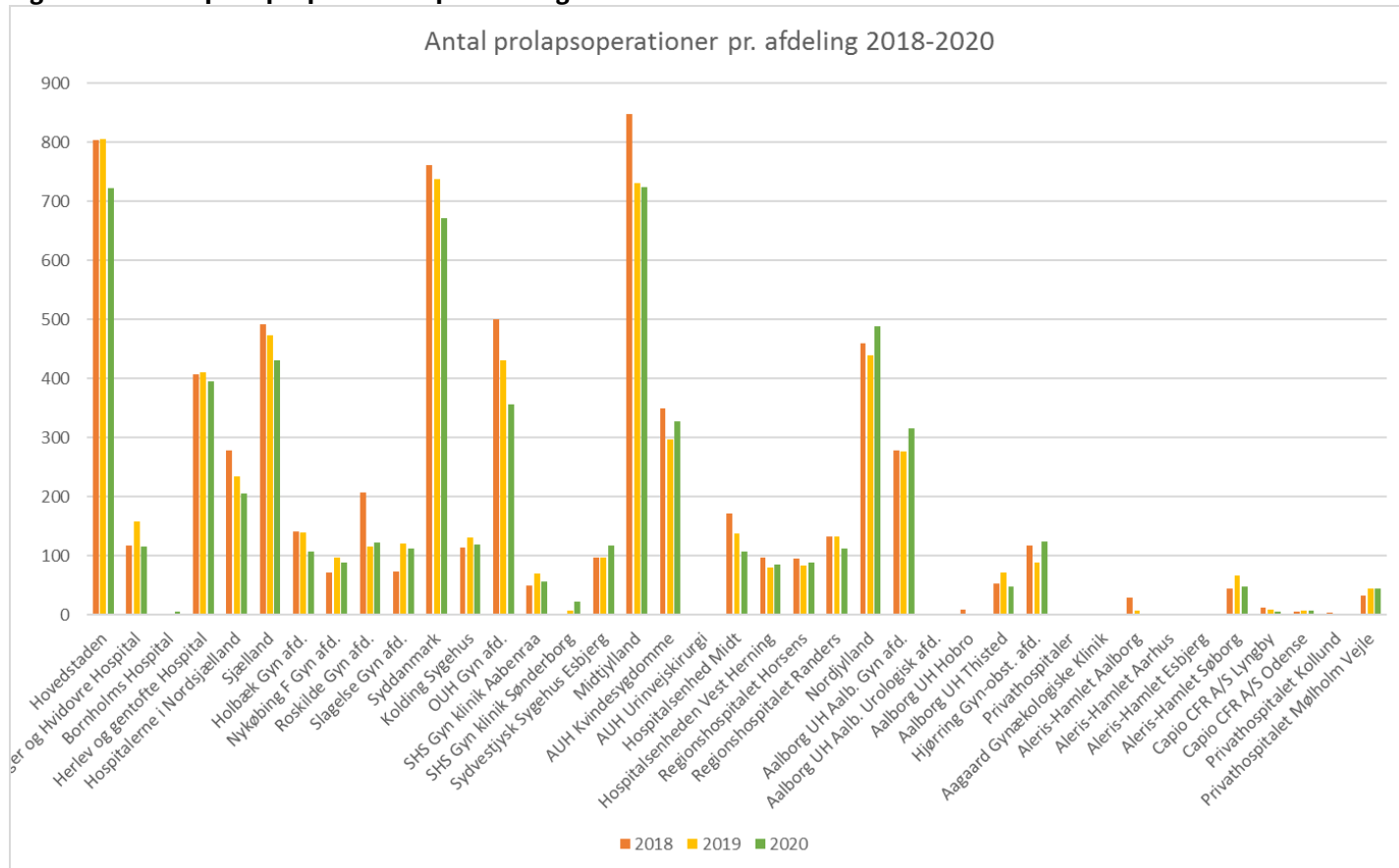
	2018 prolaps Antal	2019 prolaps Antal	2020 prolaps Antal
<b>Danmark</b>	3.497	3.322	3.145
<b>Hovedstaden</b>	804	805	723
<b>Sjælland</b>	492	473	431
<b>Syddanmark</b>	761	737	672
<b>Midtjylland</b>	848	731	725
<b>Nordjylland</b>	459	439	489
<b>Hovedstaden</b>	804	805	723
Amager og Hvidovre Hospital	117	159	116
Bornholms Hospital	#	#	6
Herlev og gentofte Hospital	407	410	396
Hospitalet i Nordsjælland	279	235	205
<b>Sjælland</b>	492	473	431
Holbæk Gyn afd.	141	140	107
Nykøbing F Gyn afd.	71	97	88
Roskilde Gyn afd.	207	115	123
Slagelse Gyn afd.	73	121	113
<b>Syddanmark</b>	761	737	672
Kolding Sygehus	114	131	120
OOUH Gyn afd.	500	431	356
SHS Gyn klinik Aabenraa	49	70	56
SHS Gyn klinik Sønderborg		8	22
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	98	97	118
<b>Midtjylland</b>	848	731	725
AUH Kvindesygdomme	349	297	327
AUH Urinvejskirurgi	#		3
Hospitalsenhed Midt	171	137	108
Hospitalsenheden Vest Herning	98	81	85
Regionshospitalet Horsens	96	83	89
Regionshospitalet Randers	133	133	113
<b>Nordjylland</b>	459	439	489
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	278	277	316
Aalborg UH Aalb. Urologisk afd.	#		
Aalborg UH Hobro	9	#	
Aalborg UH Thisted	53	72	48
Hjørring Gyn-obst. afd.	117	89	125
<b>Privathospitaler</b>			
Aagaard Gynækologiske Klinik	#		
Aleris-Hamlet Aalborg	29	7	
Aleris-Hamlet Aarhus	3	#	
Aleris-Hamlet Esbjerg	#	#	
Aleris-Hamlet Søborg	44	66	48
Capio CFR A/S Lyngby	12	9	6
Capio CFR A/S Odense	5	7	7
Privathospitalet Kollund	4	#	
Privathospitalet Mølholm Vejle	33	45	44



**Figur A2.4. Antal inkontinensoperationer pr. afdeling 2018-2020**



**Figur A2.5. Antal prolapsoperationer pr. afdeling 2018-2020**



### **Styregruppens kommentar figurA2.4+5**

Det bemærkes, at antallet af inkontinensbehandlinger på landsplan har beskedne udsving i perioden 2018-2020. Vi ser således ikke et væsentligt fald i 2020. Faktisk er der flere afdelinger som øger antallet af inkontinensbehandlinger mens det falder andre steder. Der syntes ikke at være en tydelig trend.

Data er ikke opdelt på bulking og midturetral slynge operationer, så den indbyrdes udvikling kan ikke følges i disse data, men vi ved, at antallet af slynger har været faldende, hvor i mod antallet af bulking behandlinger har været stigende i årene 2017 – 2019.

Vedrørende antallet af prolapsoperationer ses et mindre fald i 2020. Det er uvist om dette skyldes en fortsættelse af den tendens til faldende operationsaktivitet på prolapsoperationer, som vi har set over de sidste ca. 5år, hvor antallet af operationer i Danmark er faldet fra 4117 i 2015 til 3145 i 2020.

Styregruppen må således konkludere, at selvom antallet af urogynækologiske operationer har svinget i antal svarende til de nedlukningsperioder som pandemien har medført, så er det samlede antal behandlinger ikke reduceret mærkbart.





Indikator	Nævner	Tæller	Eksklusioner og uoplyste
<p>1. Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation</p> <p>Standard: <math>\geq 80\%</math></p>	<p>Antal patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	<p>Antal patientforløb, hvor der i patientens efterundersøgelsesskema 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?).</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase</li> <li>- Patient &lt; 18 år</li> <li>- Forløb ikke inkontinens-operation</li> <li>- Forløb ikke slynge-operation</li> <li>- Forløb registreret som recidiv af kirurgen</li> <li>- Forløb, hvor der er tidl. inkontinens-operation i Dugabase</li> </ul> <p><u>Uoplyst:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uklarhed om operation er primær eller recidiv*</li> <li>- Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A (subjektiv patientbedømmelse) i patientens EU-skema</li> </ul>
<p>2. Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter slynge operation, Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Standard: <math>\geq 90\%</math></p>	<p>Patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KLEG10, KLEG10A, KLEX3G</p>	<p>Patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre".</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase</li> <li>- Patient &lt; 18 år</li> <li>- Forløb ikke inkontinens-operation</li> <li>- Forløb ikke slynge-operation</li> <li>- Forløb registreret som recidiv af kirurgen</li> <li>- Forløb, hvor der er tidl. inkontinens-operation i Dugabase</li> </ul> <p><u>Uoplyst:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uklarhed om operation er primær eller recidiv*</li> <li>- Patientforløb med manglende udfyldelse af PGI-I score i patientens EU-skema</li> </ul>
<p>3. Urininkontinens – Subjektiv patient bedømmelse af succes efter bulking operation</p> <p>Standard: ikke fastsat</p>	<p>Patientforløb, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDV20, KKDV22.</p>	<p>Patientforløb, hvor der i patientens efterundersøgelsesskema 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?).</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase</li> <li>- Patient &lt; 18 år</li> <li>- Forløb ikke inkontinens-operation</li> <li>- Forløb ikke bulking-operation</li> <li>- Forløb registreret som recidiv af kirurgen</li> <li>- Forløb, hvor der er tidl. inkontinens-operation i Dugabase</li> </ul> <p><u>Uoplyst:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uklarhed om operationen er primær eller recidiv*</li> <li>- Patientforløb med manglende udfyldelse af</li> </ul>

Indikator	Nævner	Tæller	Eksklusioner og uoplyste
			rubrik A (subjektiv patientbedømmelse) i patientens EU-skema
<p>4. Urininkontinens – Subjektiv patientbedømmelse efter bulking operation, Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Standard: ikke fastsat</p>	<p>Patientforløb, der har fået foretaget urininkontinenskirurgi (én af nedenstående operationskoder) for 1. gang i opgørelsesperioden:</p> <p>KKDV20, KKDV22</p>	<p>Patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med ”Rigtig meget bedre”, ”Meget bedre” eller ”Lidt bedre”.</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase</li> <li>- Patient &lt; 18 år</li> <li>- Forløb ikke inkontinens-operation</li> <li>- Forløb ikke bulking-operation</li> <li>- Forløb registreret som recidiv af kirurgen</li> <li>- Forløb, hvor der er tidl. inkontinens-operation i Dugabase</li> </ul> <p><u>Uoplyst:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Uklarhed om operationen er primær eller recidiv*</li> <li>- Patientforløb med manglende udfyldelse af PGI-I score i patientens EU-skema</li> </ul>
<p>11. Prolaps - Subjektiv patient-bedømmelse af succes efter primær prolapsoperation</p> <p>Standard: ≥ 80 %</p>	<p>Patientforløb, hvor der er foretaget primær prolapskirurgi med en af følgende operationskoder i opgørelsesperioden:</p> <p>KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLCD10, KLDC10 og KLED00</p>	<p>Patientforløb, hvor der i patientens efterundersøgelsesskema er registreret ’Nej (værdi 0)’ i rubrikken A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule uden for skeden?).</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase</li> <li>- Patient &lt; 18 år</li> <li>- Forløb ikke prolaps-operation</li> <li>- Forløb registreret som recidiv af kirurgen</li> <li>- Forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i Dugabase</li> </ul> <p><u>Uoplyst:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A (subjektiv patientbedømmelse) i patientens EU-skema</li> </ul>
<p>12. Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse efter prolaps operation, Patient Global Impression of Improvement (PGI-I skala)</p> <p>Standard: ≥ 90 %</p>	<p>Patientforløb, hvor der er foretaget primær prolapskirurgi med en af følgende operationskoder i opgørelsesperioden:</p> <p>KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF03, KLEF03A, KLEF10, KLEF13, KLEF20, KLEF23, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLEF60, KLEF63, KLEF64, KLEF96, KLEF97, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLCD10, KLDC10 og KLED00</p>	<p>Patientforløb hvor patienten i patientens efterundersøgelsesskema har besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med ”Rigtig meget bedre”, ”Meget bedre” eller ”Lidt bedre”.</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase</li> <li>- Patient &lt; 18 år</li> <li>- Forløb ikke prolaps-operation</li> <li>- Forløb registreret som recidiv af kirurgen</li> <li>- Forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i Dugabase</li> </ul> <p><u>Uoplyst:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Patientforløb med manglende udfyldelse af PGI-I score i patientens EU-skema</li> </ul>
<p>13. Prolaps – Recidivoperation (2 år) efter</p>	<p>Patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået</p>	<p>Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som</p>	<p><u>Eksklusion:</u></p>

Indikator	Nævner	Tæller	Eksklusioner og uoplyste
mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment  Standard: $\geq 95\%$	foretaget prolaps-kirurgi i forreste kompartment med operationskoden KLEF00 uden andre deloperationer	ikke har fået foretaget prolapskirurgi Forreste kompartment indenfor 2 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10 + DN811 KLDC10 + DN811 (DN811 findes i LPR-data).	- Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeks-forløb ikke prolaps-operation i forreste komp. m. KLEF00 - Indeks-forløb ikke mono-operation m. KLEF00 - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om indeks-operationen er primær eller recidiv*
14. Prolaps – Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment  Standard: $\geq 90\%$	Patientforløb, som i opgørelsesperioden har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i forreste kompartment med operationskoden KLEF00 uden andre deloperationer	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i forreste kompartment indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF00, KLEF00A, KLEF00B, KLEF60, KLEF63, KLEF64 KLCD10 + DN811 KLDC10 + DN811 (DN811 findes i LPR-data)	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeks-forløb ikke prolaps-operation i forreste komp. m. KLEF00 - Indeks-forløb ikke mono-operation m. KLEF00 - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om indeks-operationen er primær eller recidiv*
15a. Prolaps – Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret  Standard: ikke fastsat	Patientforløb hvor patienten ikke tidligere er hysterektomeret, som i opgørelsesperioden har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment, indenfor 2 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeksforløb ikke prolaps-operation i midterste komp. - Tidl. hysterektomeret (selvrapporteret) - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om operationen er primær eller recidiv* - Spørgsmål om tidl. hysterektomi uoplyst
15b. Prolaps – Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Patientforløb hvor patienten tidligere er hysterektomeret, som i opgørelsesperioden har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment, indenfor 2 år efter den primære	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeksforløb ikke prolaps-operation i midterste komp.



Indikator	Nævner	Tæller	Eksklusioner og uoplyste
Standard: ikke fastsat	kompartment med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	- Ikke tidl. hysterektomeret (selvrapporteret) - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om operationen er primær eller recidiv* - Spørgsmål om tidl. hysterektomi uoplyst
16a. Prolaps – Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret  Standard: ikke fastsat	Patientforløb hvor patienten ikke tidligere er hysterektomeret, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10)	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment, indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeksforløb ikke prolaps-operation i midterste komp. - Tidl. hysterektomeret (selvrapporteret) - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om operationen er primær eller recidiv* - Spørgsmål om tidl. hysterektomi uoplyst
16b. Prolaps – Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret  Standard: ikke fastsat	Patientforløb hvor patienten tidligere er hysterektomeret, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment, indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF20, KLEF23, KLEF50, KLEF50A, KLEF51, KLEF51A, KLEF53, KLEF53A, KLEF53B, KLCG20, KLCG21, KLCG21A, KLED00, KLCD10, KLDC10	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeksforløb ikke prolaps-operation i midterste komp. - Ikke tidl. hysterektomeret (selvrapporteret) - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om operationen er primær eller recidiv* - Spørgsmål om tidl. hysterektomi uoplyst
17. Prolaps – Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment  Standard: ≥ 95 %	Patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi i bagerste kompartment med operationskoden KLEF03 + evt. en eller flere af følgende procedurekoder: KLFE00, KLFE10, KLFE10A, KLFE20, KLFE96	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i bagerste kompartment indenfor 2 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeks-forløb ikke prolaps-operation i bagerste komp. m. KLEF03 - Indeks-forløb ikke operation m. KLEF03 + evt. udvalgte ekstrakoder



Indikator	Nævner	Tæller	Eksklusioner og uoplyste
		KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10 + DN816-DN817 KLDC10 + DN816-DN817 (DN816-7 findes i LPR-data)	- Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om indeks-operationen er primær eller recidiv*
18. Prolaps – Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment  Standard: ≥ 90 %	Patientforløb, som i opfølgelsesperioden har fået foretaget prolaps-kirurgi i bagerste kompartment med operationskoden KLEF03 + evt. en eller flere af følgende procedurekoder: KLEF00, KLEF10, KLEF10A, KLEF20, KLEF96	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi I bagerste kompartment indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation med en af følgende operationskoder:  KLEF03, KLEF03A, KLEF40, KLEF40A, KLEF41, KLEF41A, KLEF43, KLEF43A KLCD10 + DN816-DN817 KLDC10 + DN816-DN817 (DN816-7 findes i LPR-data)	<u>Eksklusion:</u> - Indeks-forløb findes i LPR, men ikke i Dugabase - Patient < 18 år - Indeks-forløb ikke prolaps-operation i bagerste komp. m. KLEF03 - Indeks-forløb ikke operation m. KLEF03 + evt. udvalgte ekstrakoder - Indeks-forløb registreret som recidiv af kirurgen - Indeks-forløb, hvor der er tidl. prolaps-operation i samme komp. i Dugabase <u>Uoplyst:</u> - Uklarhed om indeks-operationen er primær eller recidiv*

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

#### 2015

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

#### 2016

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

#### 2017

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

#### 2018

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



12. Weltz V, Guldberg R, Larsen MD, Magnussen B, Lose G. Influence of body mass index on short-term subjective improvement and risk of reoperation after mid-urethral sling surgery. *Int Urogynecol J.* 2018 Apr;29(4):585-591.
13. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J.* 2018;29(3):431-440.
14. Husby KR, Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. *Int Urogynecol J.* 2018 Aug;29(8):1161-1171.
15. Hansen MF, Lose G, Sigurdardóttir HB, Gradel KO. A Danish national population-based cohort study of synthetic midurethral slings, 2007-2011. *Int Urogynecol J.* 2019 May;30(5):733-741. doi: 10.1007/s00192-018-3719-y. Epub 2018 Aug 2. PMID: 30073484.
16. Ugianskiene A, Kjærgaard N, Larsen T, Glavind K. What happens to urinary incontinence after pelvic organ prolapse surgery? *Int Urogynecol J.* 2019 Jul;30(7):1147-1152. doi: 10.1007/s00192-018-3677-4. Epub 2018 Jun 5. PMID: 29869693.

#### 2019

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

#### 2020

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



25. Engelbrecht K, Glavind K, Kjaergaard N. Development of cervical and uterine malignancies during follow-up after Manchester-Fothergill procedure. *Journal of Gynecological Surgery* 2020; 36:60-64.

**2020**

26. Umachanger JK, Marcussen ML, Bøggild H, Kjærgaard N, Glavind K. First-line treatment of pelvic organ prolapse and discontinuation of pessary treatment. *Int Urogynecol J.* 2020 Sep;31(9):1813-1819. doi: 10.1007/s00192-020-04338-w. Epub 2020 May 24. PMID: 32447418
27. Søgaard NB, Glavind K. Complications and re-operations after tension-free vaginal tape operation in women with stress urinary incontinence. *Int Urogynecol J.* 2021 Jan;32(1):159-166. doi: 10.1007/s00192-020-04402-5. Epub 2020 Jul 2. PMID: 32617636
28. Weltz V, Guldborg R, Larsen MD, Lose G. Body mass index influences the risk of reoperation after first-time surgery for pelvic organ prolapse. A Danish cohort study, 2010-2016. *Int Urogynecol J.* 2021 Apr;32(4):801-808. doi: 10.1007/s00192-020-04482-3. Epub 2020 Aug 11. PMID: 32780173

**Afhandlinger der udgår fra DugaBase**

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

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

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

Ansøgnings - tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	Titel
Oktober 2008	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Rikke Guldborg	OUH	Operation for urininkontinens og urogenital prolaps hos kvinder i Danmark – klinisk epidemiologiske studier med fokus på sygefravær, medicinforbrug og påvirkning af livskvalitet
Januar 2009	Styregrup- pemøde 27/1 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødreklinikke n, Odense & Sønderborg Sygehus	Symptomer og fund hos urogynækologiske patienter, der er henvist til og behandlet på, afd. D, OUH, i årene 2006 og 2007, baseret på registrering i DUGA Base.
Marts 2010	Styregrup- pemøde 15/3 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	Effekten af KLEF03 +/- KLEF20 i forhold til inkontinens for urin
Januar 2012	Styregrup- pemøde 9/5 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Brug af implantater ved urogynækologiske operationer i Danmark –
Januar 2012	Styregrup- pemøde 7/2 2012	Rikke Guldborg	OUH	Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Styregrup- pemøde 14/6 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	Regional variation i behandlingskvalitet- kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder



Appendiks 4

August 2013	Styregruppe møde 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 midturretrale slyngeoperationer
November 2015	December 2015	Cecilie K. Tolstrup	Gynækologisk Obstetrisk Afdeling Herlev & Gentofte Hospital	"Manchesteroperation versus vaginal hysterektomi i behandlingen af uterusprolaps".
September 2015	September 2015	Rikke Guldborg, Vibeke Weltz	OUH	Peri-Operative complications and patient reported outcomes after surgery for urinary incontinence or pelvic organ prolapse in obese women in Denmark
December 2016	December 2016	Michael Due Larsen, ph.d., cand. Pharm	OUH og Center for klinisk Epidemiologi	Perioperative complications following urogynaecological surgery (Senkomplikationer efter urogynækologiske operationer)
Oktober 2016	December 2016	Aiste Ugianskiene	Department of Obstetrics and Gynaecology, Aalborg University Hospital (AAUH).	Postoperative urinary incontinence after pelvic prolapse surgery
Oktober 2016	Januar 2017 Tillægsansøgning 2018	Dorte Teilmann-Jørgensen, MD	OUH	Cystocele re-operation rates dependent on apical support
November 2017		Susy Shim	Aalborg Universitets-hospital	Er der sammenhæng mellem operatørerfaring og risiko for recidiv af cystocele efter en forvægsplastikoperation?
2017		Niels Kjærgaard	Aalborg Universitets-hospital	Manchester-projekt
2017	September 2017	Yasmine Khayyami	Herlev Hospital	Urininkontinens efter operation for urogenital prolaps
2018		Susanne Axelsen	Aarhus Universitetshospital	Follow-up of incontinence operation with bulking at Aarhus University Hospital



## Appendiks 5: Vejledning i fortolkning af resultater

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

### Indikatortabeller

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

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

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

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

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

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

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

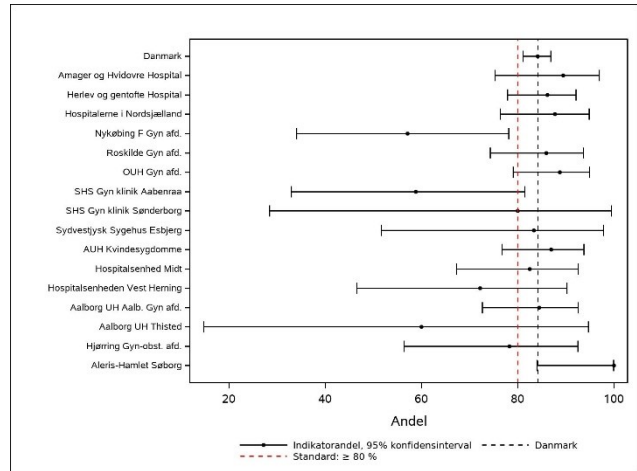
Såfremt de anførte 95% CI for indikatorværdien ikke omfatter standardgræseværdien, kan det konkluderes, at afdelingen ligger enten over eller under den opstillede standard, og at forskellen i forhold til standarden ikke kan forklares ved tilfældig variation.

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



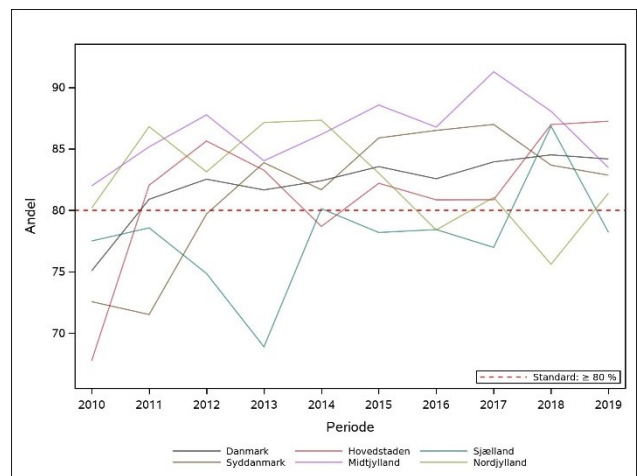
### Konfidensintervalplot

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



### Trendgraf

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



## Ordliste

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

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





## Appendiks 6: Regionale kommentarer

Der er ikke indkommet regionale kommentarer til offentliggørelse i årsrapporten.

