

# Dansk Urogynækologisk database

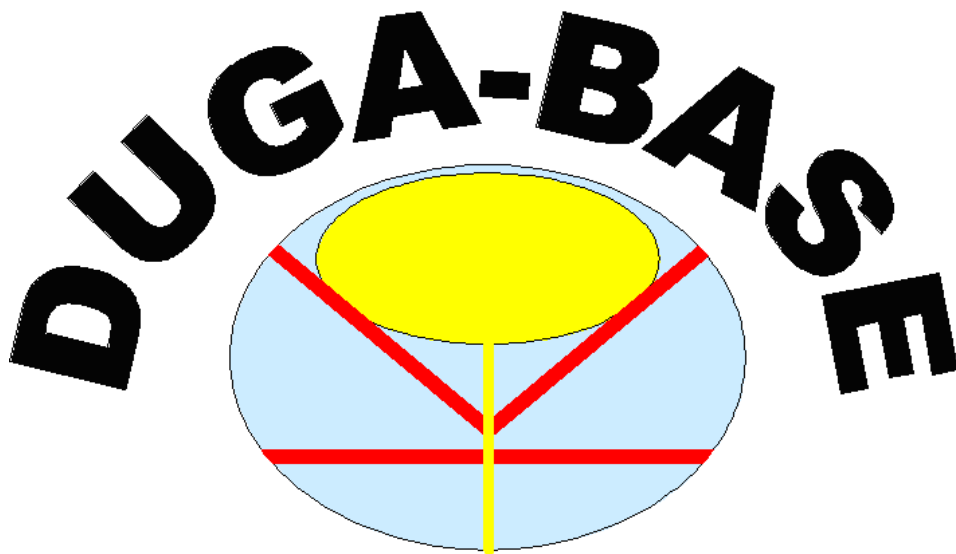
Årsrapport 2022

1. januar 2022 – 31. december 2022



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram



## Dansk Urogynækologisk Database

Dansk Urogynækologisk Database. Årsrapport 2022.  
1. januar – 31. december 2022  
© RKKP 2022

Udarbejdet af:  
Klinisk epidemiolog Helle Hare-Bruun og  
datamanager Katja Løngaard fra RKKPs Videntcenter i  
samarbejde med DugaBases projektleder, Dorte  
Teilmann-Jørgensen og formand Niels Klarskov

Årsrapporten er kommenteret og auditeret af  
styregruppen for DugaBase.

Henvendelse til:  
kontaktperson Julie Mark  
Email: jumark@rkkp.dk  
Mobil: 2479 4461

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
(RKKP)  
Hedeager 3  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Version: kommenteringsversion  
Versionsdato: 22/5 2023

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

# Indhold

Indhold	3
Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigt over indikatorer	6
Indikatorændringer	7
Samlede indikatorresultater	8
Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau	9
Indikator 1	10
Indikator 2	14
Indikator 3	18
Indikator 4	22
Indikator 11	26
Indikator 12	31
Generelt vedr. recidivindikatorer 13-18	36
Indikator 13	36
Indikator 14	40
Indikator 15a	45
Indikator 15b	49
Indikator 16a	53
Indikator 16b	58
Indikator 17	62
Indikator 18	66
Supplerende opgørelser	70
Tema 2022: Operationskapacitet for urogynækologiske operationer	93
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	99
Datagrundlag og metode	102
Afgrænsning af urogynækologiske operationer	102
Dækningsgrad	104
Styregruppe	110
Appendiks 1: Indikatordefinitioner	111
Appendiks 2: Publikationer og projekter med udgangspunkt i DugaBase	115
Appendiks 3: Regionale kommentarer	119

# Konklusioner og anbefalinger

Styregruppen har i 2022 arbejdet med fortsat at forbedre og opdatere DugaBase efter retningslinjer fra RKKP og efter ønsker fra DugaBase's brugere.

Der er etableret samarbejde med lægekolleger til udarbejdelse af Dokumentalist rapport, som skal se på evidens bag DugaBase indikatorer og standardværdier. Dokumentalist rapporten bliver udarbejdet i løbet af 2023, og det forventes, at den blandt andet vil styrke Styregruppens baggrund for fastsættelse af standarder fremadrettet.

Styregruppen har inkluderet yderligere samarbejdsparter i løbet af 2022 og det tidlige 2023. Det betyder, at styregruppen foruden repræsentanter fra de enkelte regioner, det faglige selskab, privathospitaler og RKKP nu også har repræsentant fra patientorganisation og patient inkluderet.

Årsrapporten 2022 viser fortsat generaliseret høj kvalitet på landsplan, og på regions- samt afdelingsniveau lever flertallet op til de fastsatte standarder, eller ligger med begrænset variation. De afdelinger, som ikke indeholder standardværdien i konfidensintervallet på enkelte indikatorer, er i år en blanding mellem tilkomne afdelinger og afdelinger med tidligere sete udfordringer. Det er dog tankevækkende, at dækningsgraden, dvs. andelen af indberettede forløb, for prolapsoperationer med standarden på  $\geq 90\%$  i 2022 ikke opfyldes. For enkelte afdelinger findes et fald i forhold til tidligere år, hvor standarden har været opfyldt.

Indsamling af PRO data både før og efter operation er essentielle for monitorering af den operative kvalitet. PRO data indsamlet i 2022 viser, at vi ikke er i mål med det store antal "uoplyste" og dette involverer indikatorresultater bredt. Styregruppen vil derfor gentage opfordringen om opmærksomhed på at få genetableret og styrket dataindsamlingen. Foruden bemærkning og henstilling via årsrapporten, gøres enkelte afdelinger opmærksomme på mangler med forslag om hjælp til optimering af arbejdsgange, der fremadrettet kan øge datakompletheden.

Udviklingen i antal operationer fordelt på operationstype på de enkelte afdelinger følges fortsat, og er i Årsrapport 2022 illustreret under afsnittet Tema 2022. Disse data vises for at observere udsving i aktivitet gennem en årrække. Efter Covid-19 pandemi og den efterfølgende sygeplejerskestrejke, hvor der over hele landet sås reduceret aktivitet, er der for 2022 registreret stigende aktivitet. Vi ønsker at dokumentere udviklingen også de kommende år.

I Årsrapporten 2022 ses indlæg med supplerende opgørelser med patient karakteristika i henhold til urininkontinensoperationer (slynge og bulking) og prolapsoperationer. Her findes også DugaBase indtastede data på Qmax og resturin. Da disse data fremadrettet vil blive procesindikatorer ved udredning for urininkontinens, er det, på baggrund af den mangelfulde indtastning, besluttet at ansøge RKKP om indtastningsændringer i Topica, således at der i fremtiden forventes "hard stop" funktion på denne indtastning.

I forbindelse med Audit på Årsrapporten er der fremsat ønske om, at der bør være lighed i registrering af et patientvurderet succesfuldt indgreb efter urininkontinens- og prolapsoperation. For nuværende er der diskrepans af succesmåling, idet urininkontinensoperation registreres som succesfuld, hvis patienten markerer værdi 0 og 1 (aldrig lækage eller mindre end en gang om ugen). Mens prolaps operation registreres som succes ved værdi 0 (mærker aldrig bule).

Ligeledes er Styregruppen opmærksom på, at der i spørgeskema 1A og 3A spørges om to forhold i samme spørgsmål: ”Mærker du en bule i/eller uden for skeden?” Det er uhensigtsmæssigt, idet vi ikke ved, hvad det er, patienterne svarer på. Styregruppen vil i fremtiden arbejde videre med disse udfordringer.

Styregruppen har valgt at rette henvendelse med tilbud om hjælp til målrettet indsats, til de afdelinger som ikke har den fastsatte standard indeholdt i konfidensintervallet. Der rettes også henvendelse til de afdelinger, som ikke opfylder fastsatte standard på  $\geq 90\%$  for dækningsgrad med indberetning af operationer til DugaBase. Privathospitaler som ikke indberetter til DugaBase, vil blive kontaktet af Styregruppen med henstilling og ønske om fremtidigt samarbejde.

Der er fra Styregruppen fortsat et stort ønske om bedre komplikationsregistrering. I forbindelse med DUGS årsmøde januar 2023 blev der afholdt en DugaBase seance. Det blev gennemgået, for brugere af DugaBases indtastningsmodul, hvorledes DugaBase ved optimal udnyttelse kan benyttes til komplikationsregistrering. Ambitionen er dog fortsat, at kunne trække komplikationsrelevante koder i LPR. Der afventes tilladelse fra Sundhedsdatastyrelsen, en anmodning lavet via RKKP fra Styregruppen.

Styregruppen har ikke generelle anbefalinger som følge af denne rapport.

# Oversigt over indikatorer

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 01: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation	Resultat	Andel	≥ 80 %	DUGABASE_61_003
Indikator 02: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær slynge operation (PGI-I skala)	Resultat	Andel	≥ 90 %	DUGABASE_62_003
Indikator 03: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation	Resultat	Andel		DUGABASE_63_003
Indikator 04: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation (PGI-I skala)	Resultat	Andel		DUGABASE_64_003
Indikator 11: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation	Resultat	Andel	≥ 80 %	DUGABASE_71_003
Indikator 12: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)	Resultat	Andel	≥ 90 %	DUGABASE_72_003
Indikator 13: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartment	Resultat	Andel	≥ 95 %	DUGABASE_73_002
Indikator 14: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartment	Resultat	Andel	≥ 90 %	DUGABASE_74_002
Indikator 15a: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	Resultat	Andel	≥ 95 %	DUGABASE_75_003
Indikator 15b: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Resultat	Andel	≥ 90 %	DUGABASE_76_003
Indikator 16a: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	Resultat	Andel	≥ 90 %	DUGABASE_77_003
Indikator 16b: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Resultat	Andel	≥ 85 %	DUGABASE_78_003
Indikator 17: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartment	Resultat	Andel	≥ 95 %	DUGABASE_79_002
Indikator 18: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartment	Resultat	Andel	≥ 90 %	DUGABASE_80_002

## Indikatorændringer

Der er ikke foretaget ændringer i beregningsmetoden til indikatorerne i årsrapport 2022 sammenlignet med årsrapport 2021. Dog er der ændret i opgørelsesperioden for indikator 1, 2, 3, 4, 11 og 12, som er baseret på patientrapportede data. Perioden for disse er forskudt 3 måneder, så indikatorerne opgjort på operationsforløb med operationsdato fra d. 1/10 2021-30/9 2022. Forskydningen er foretaget, fordi der anvendes data fra opfølgningen 3 måneder efter operationen i disse indikatorer. Dermed kan afdelingerne nå at indberette opfølgingsdata på alle inkluderede operationer, inden der trækkes data til årsrapporten i starten af marts. Det har været et ønske fra RKKP at kunne trække data til årsrapporten på dette tidspunkt for at sikre en årsrapportproces, hvor der er tid nok til både den indledende proces i RKKP med beregning af indikatorer og supplerende materiale, samt den efterfølgende kommenteringsproces i styregruppen.

Opgørelsesperioden for supplerende tabeller 1-10 samt figur 1 følger de forskudte indikatorer og er således opgjort for perioden 1/10 2021-30/9 2022. Supplerende tabeller 11-15 samt supplerende figur 2-6 følger kalenderåret. Nogle af disse opgørelser indeholder flere år, mens andre udelukkende er opgjort på data fra 1/1-31/12 2022. Den specifikke opgørelsesperiode for hver enkelt tabel og figur er oplyst i tabellens eller figurens overskrift.

## Indikatorpopulationer og bortfaldstabeller

Efter hver indikatortabel findes en bortfaldstabel, der beskriver, hvordan populationen i indikator Tabellen er fremkommet. Bortfaldstabellen skal forstås sådan, at der tages udgangspunkt i grundpopulationen i databasen. For DugaBase vil det sige alle inkontinens- og prolapspatienter, og både patienter der er i DugaBase og patienter, der kun er i LPR.

Ved dannelsen af den specifikke indikatorpopulation sker der en række eksklusioner. Disse sker trinvist, så det er tydeligt, hvilke kriterier der ligger til grund for eksklusionerne. Når alle eksklusioner er foretaget, er de patienter, der er relevante for indikatoropgørelsen tilbage og udgør indikatorpopulationen.

Herefter frasorteres patienter med manglende data (uoplyste) også trinvist, så årsagerne til frasortering af relevante (eller potentielt relevante) patienter tydeliggøres.

### Eksempel på bortfaldstabel (taget fra indikator 1)

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.031	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	262	Patient ikke gennemgået slyng operation
	16	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	5	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	77	Uoplyst - Ej svaret (subjektiv patientbedømmelse) i EU-skema

Alle indikatorer og alle supplerende opgørelser er baseret udelukkende på DugaBase-data. LPR-data er kun anvendt til beregning af dækningsgrad.

# Samlede indikatorresultater

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.10.2021 - 30.09.2022	2020/21	2019/20
Indikator 01: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation	≥ 80	16	90 (86-92)	89	86
Indikator 02: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær slynge operation (PGI-I skala)	≥ 90	15	98 (96-99)	96	97
Indikator 03: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation		9	33 (26-40)	35	36
Indikator 04: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation (PGI-I skala)		10	69 (62-76)	71	76
Indikator 11: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation	≥ 80	12	83 (81-84)	85	86
Indikator 12: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)	≥ 90	12	95 (94-95)	95	96
			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018
Indikator 13: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartment	≥ 95	0	95 (94-96)	94	95
			01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015
Indikator 14: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartment	≥ 90	0	93 (92-95)	91	91
			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018
Indikator 15a: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	≥ 95	12	99 (98-99)	97	98
Indikator 15b: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	≥ 90	56	93 (85-98)	92	97
			01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015
Indikator 16a: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	≥ 90	12	95 (93-96)	94	93
Indikator 16b: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	≥ 85	51	85 (77-91)	83	80
			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018
Indikator 17: Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartment	≥ 95	0	98 (97-99)	96	97
			01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015
Indikator 18: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartment	≥ 90	0	96 (95-97)	95	95



# Indikatorresultater på lands- og afdelingsniveau

## Indikator 1

Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær midtretslysning operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 80\%$

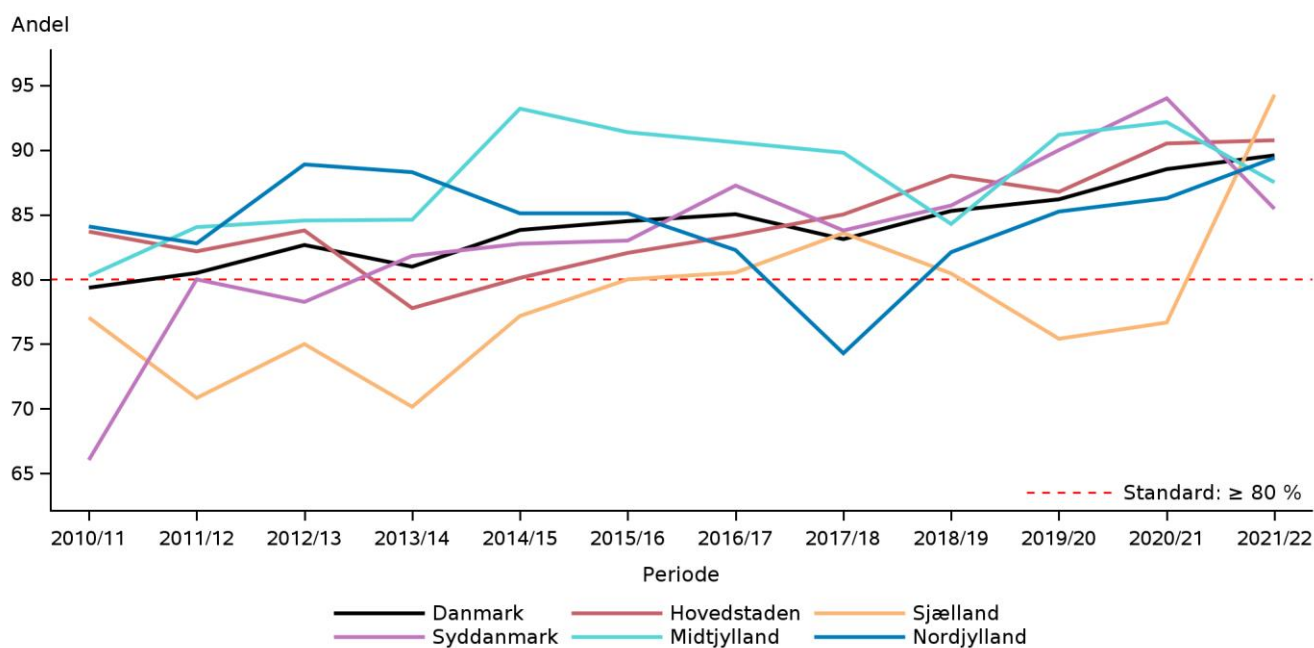
### Indikator 01: Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slyng operation

	Standard $\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.10.2021 - 30.09.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	370 / 413	77 (16)	90	(86-92)	89	86
<b>Hovedstaden</b>	Ja	108 / 119	17 (13)	91	(84-95)	91	87
<b>Sjælland</b>	Ja	33 / 35	13 (27)	94	(81-99)	77	75
<b>Syddanmark</b>	Ja	47 / 55	14 (20)	85	(73-94)	94	90
<b>Midtjylland</b>	Ja	91 / 104	4 (4)	88	(80-93)	92	91
<b>Nordjylland</b>	Ja	59 / 66	22 (25)	89	(79-96)	86	85
<b>Hovedstaden</b>	Ja	108 / 119	17 (13)	91	(84-95)	91	87
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	20 / 21	6 (22)	95	(76-100)	93	92
Herlev og gentofte Hospital	Ja	52 / 57	8 (12)	91	(81-97)	95	83
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	36 / 41	3 (7)	88	(74-96)	84	92
<b>Sjælland</b>	Ja	33 / 35	13 (27)	94	(81-99)	77	75
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	10 / 12	4 (25)	83	(52-98)	63	57
Roskilde Gyn afd.	Ja	23 / 23	9 (28)	100	(85-100)	86	87
<b>Syddanmark</b>	Ja	47 / 55	14 (20)	85	(73-94)	94	90
OUH Gyn afd.	Ja	37 / 44	10 (19)	84	(70-93)	94	90
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	9 / 10	4 (29)	90	(55-100)		100
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	## / ##	0 (0)	100	(3-100)		
<b>Midtjylland</b>	Ja	91 / 104	4 (4)	88	(80-93)	92	91
AUH Kvindesygdomme	Ja	58 / 67	0 (0)	87	(76-94)	92	92
Hospitalsenhed Midt	Ja	33 / 37	4 (10)	89	(75-97)		
Hospitalsenheden Vest Herning		0 / 0				100	80
<b>Nordjylland</b>	Ja	59 / 66	22 (25)	89	(79-96)	86	85
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	35 / 37	19 (34)	95	(82-99)	87	86
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	24 / 29	3 (9)	83	(64-94)	86	82
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)	100	88
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	21 / 22	7 (24)	95	(77-100)	88	92

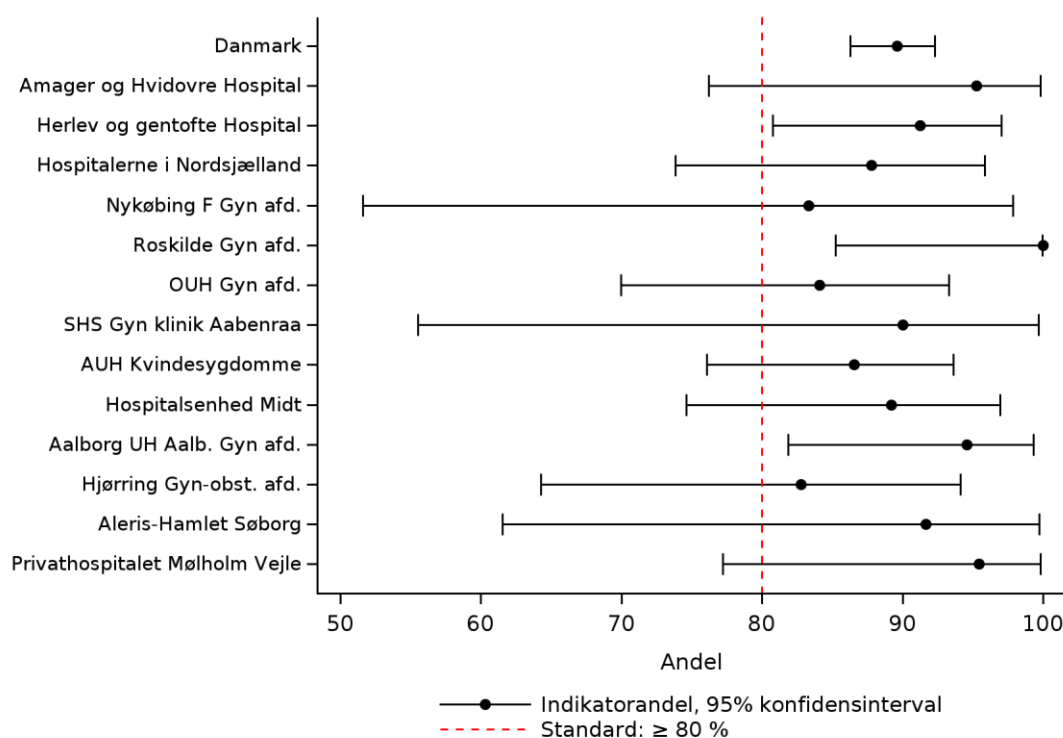
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.031	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	262	Patient ikke gennemgået slyng operation
	16	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	5	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	77	Uoplyst - Ej svaret (subjektiv patientbedømmelse) i EU-skema

Trendgraf, regioner



## 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 eller KLEG10A 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 for urininkontinens 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.

Indikator 1 er forskyd 3 måneder. Indikatorpopulationen er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Resultater

På landsplan indgår 413 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 16 % (77 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 84 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 0 og 34 % på afdelinger med mindst 10 komplette patientforløb. Det er udelukkende manglende subjektiv bedømmelse af succes fra patienten i efterundersøgelseskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan oplever 90 % (95 % CI: 86-92 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens, dvs. standarden på mindst 80 % er opfyldt. Alle 5 regioner opfylder standarden med indikatorværdier mellem 85 og 94 %.

Alle afdelinger, både offentlige og private, opfylder standarden i aktuelle periode. Indikatorværdierne varierer mellem 83 og 100 %

Trendgrafene på regionsniveau viser, at indikatoropfyldelsen svinger lidt fra år til år. I en del år har indikatoropfyldelsen ligget omkring standarden eller lige over. I aktuelle periode er standarden for første gang opfyldt i alle regioner og på alle afdelinger.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2010 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

### Diskussion og implikationer

Antallet af operationer er langsomt på vej op efter Covid-19 epidemien, trods udfordringer med sygeplejerekruttering. Der ses fortsat en del uoplyste svarende til manglende data på kontrolskema 3A. Antallet af uoplyste er i 2022 dog ikke steget trods stigning i antal operationer fra 372 til 413. Der kan ikke redegøres specifikt for årsagen til antallet af uoplyste, som på enkelte afdelinger findes op mod 25%, men prioritering af elektive funktioner kan spille en rolle.

Denne indikator inkluderer alle typer midturetral slynger. I maj 2020 udgav Sundhedsstyrelsen en National Klinisk Retningslinje, med stærk anbefaling for retropubisk midturetral slynge KLEG10 fremfor transobturator midturetral slynge KLEG10A. Af tabel 11 "Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2022" ses, at der fortsat overvejende udføres retropubisk midturetral slynge KLEG10 (n=557) fremfor transobturator midturetral slynge (n=53). Afdelinger der udfører operationer med midturetral slynger følger således Sundhedsstyrelsens anbefalinger, og transobturator midturetral slynge anvendes på speciel indikation.

For første gang opfylder alle afdelinger standarden og med generaliseret stigende tilfredshed visualiseret ved Trendgrafene på regionsniveau.

Indikatoren er en PROM faktor, hvor patienten oplyser, hvor ofte hun oplever inkontinens efter operation. Da patientens tilfredshed er afhængig af udgangspunkt og forventning, kan denne indikator ikke stå alene, men må suppleres af Indikator 2 hvor Patient Global Impression-Improvement (PGI-I) måles.

### Anbefaling

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form.

Der henstilles til, at afdelinger med mange uoplyste får kigget på arbejdsgange og procedurer for indhentning af data.

## Indikator 2

Urininkontinens: Behandlingssucces målt som patienttilfredshed (subjektiv patientbedømmelse efter primær midturetalslynge operation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 1: Indikatordefinitioner”.

Standard: ≥ 90 %

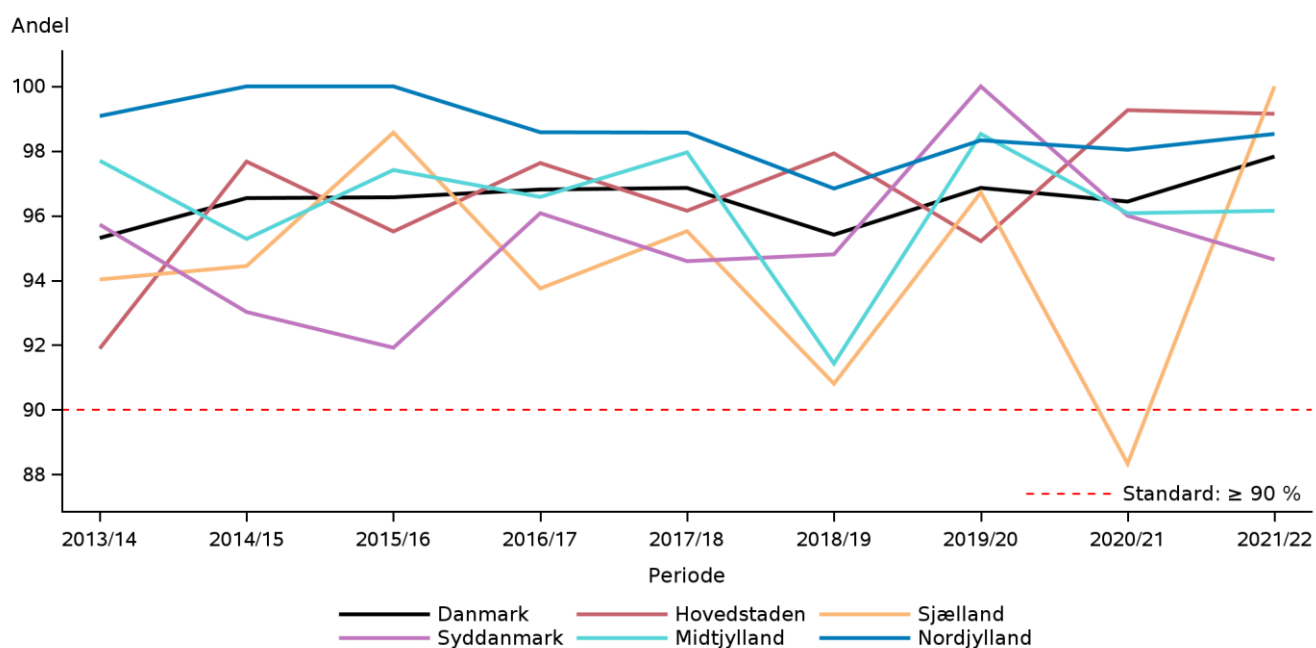
### Indikator 02: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær slynge operation (PGI-I skala)

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.10.2021 - 30.09.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	406 / 415	75 (15)	98	(96-99)	96	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	117 / 118	18 (13)	99	(95-100)	99	95
<b>Sjælland</b>	Ja	35 / 35	13 (27)	100	(90-100)	88	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	53 / 56	13 (19)	95	(85-99)	96	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	100 / 104	4 (4)	96	(90-99)	96	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	67 / 68	20 (23)	99	(92-100)	98	98
<b>Hovedstaden</b>	Ja	117 / 118	18 (13)	99	(95-100)	99	95
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	20 / 20	7 (26)	100	(83-100)	100	92
Herlev og gentofte Hospital	Ja	56 / 57	8 (12)	98	(91-100)	100	95
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	41 / 41	3 (7)	100	(91-100)	98	98
<b>Sjælland</b>	Ja	35 / 35	13 (27)	100	(90-100)	88	97
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	12 / 12	4 (25)	100	(74-100)	75	96
Roskilde Gyn afd.	Ja	23 / 23	9 (28)	100	(85-100)	97	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	53 / 56	13 (19)	95	(85-99)	96	100
OUH Gyn afd.	Ja	43 / 45	9 (17)	96	(85-99)	96	100
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	9 / 10	4 (29)	90	(55-100)		100
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	## / ##	0 (0)	100	(3-100)		
<b>Midtjylland</b>	Ja	100 / 104	4 (4)	96	(90-99)	96	99
AUH Kvindesygdomme	Ja	63 / 67	0 (0)	94	(85-98)	96	98
Hospitalsenhed Midt	Ja	37 / 37	4 (10)	100	(91-100)		
Hospitalsenheden Vest Herning			0 / 0			100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	67 / 68	20 (23)	99	(92-100)	98	98
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	39 / 39	17 (30)	100	(91-100)	97	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	28 / 29	3 (9)	97	(82-100)	100	94
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100	88
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	22 / 22	7 (24)	100	(85-100)	100	100

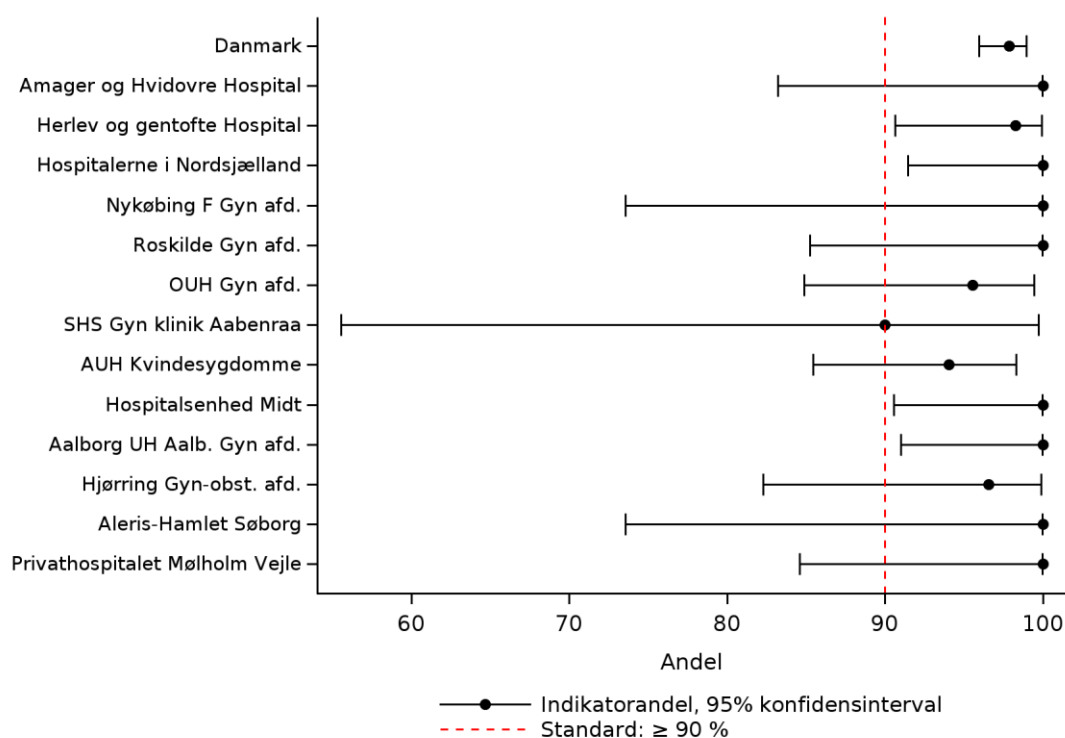
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.031	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	262	Patient ikke gennemgået slynge operation
	16	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	5	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	75	Uoplyst - Ej svaret (PGI-I skala) i EU-skema

Trendgraf, regioner



Konfidensintervalplot, enheder



**Kommentar til indikator 2**

Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala. Primær slyngeoperation er defineret som en operation med en af operationskoderne KLEG10 eller KLEG10A 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 for urininkontinens 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.

Indikator 2 er forskydt 3 måneder. Indikatorpopulationen er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 15 %, dvs. komplettheden er 85 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0-30 % på afdelinger med mindst 10 komplette patientforløb. Det er udelukkende manglende PGI-I score fra patienten i efterundersøgelsesskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan har 98 % (95 % CI: 96-99 %) svaret ”Rigtig meget bedre”, ”Meget bedre” eller ”Lidt bedre” til PGI-I skala spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Standarden er ligeledes opfyldt i alle



regioner, og der er lille variation mellem regionerne. Trendgrafene på regionsniveau viser, at alle regioner har ligget stabilt over standarden siden 2013.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2013 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

Alle afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder standarden.

#### Diskussion og implikationer

Patienttilfredsheden ligger højt, og alle afdelinger opfylder indikatoren.

Der ses lille variation mellem regioner og afdelinger.

Baggrunden for, at vi ikke forventer at nå en standard på 100% skyldes, at der i denne gruppe af patienter vil være kvinder med større udfordringer end ren stressinkontinens. Kvinderne vurderes at have gavn af en slyngeoperation, dog uden at forvente optimalt behandlet inkontinens.

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 ( $\geq 90$  vs.  $\geq 80$  %).

#### Anbefaling

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

Som beskrevet under indikator 1 opfordres afdelingerne til opmærksomhed på de mange uoplyste. AUH har ingen uoplyste, og der vil med fordel kunne hentes inspiration derfra.

### Indikator 3

Urininkontinens: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær bulking operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner".

Standard: Ikke fastsat

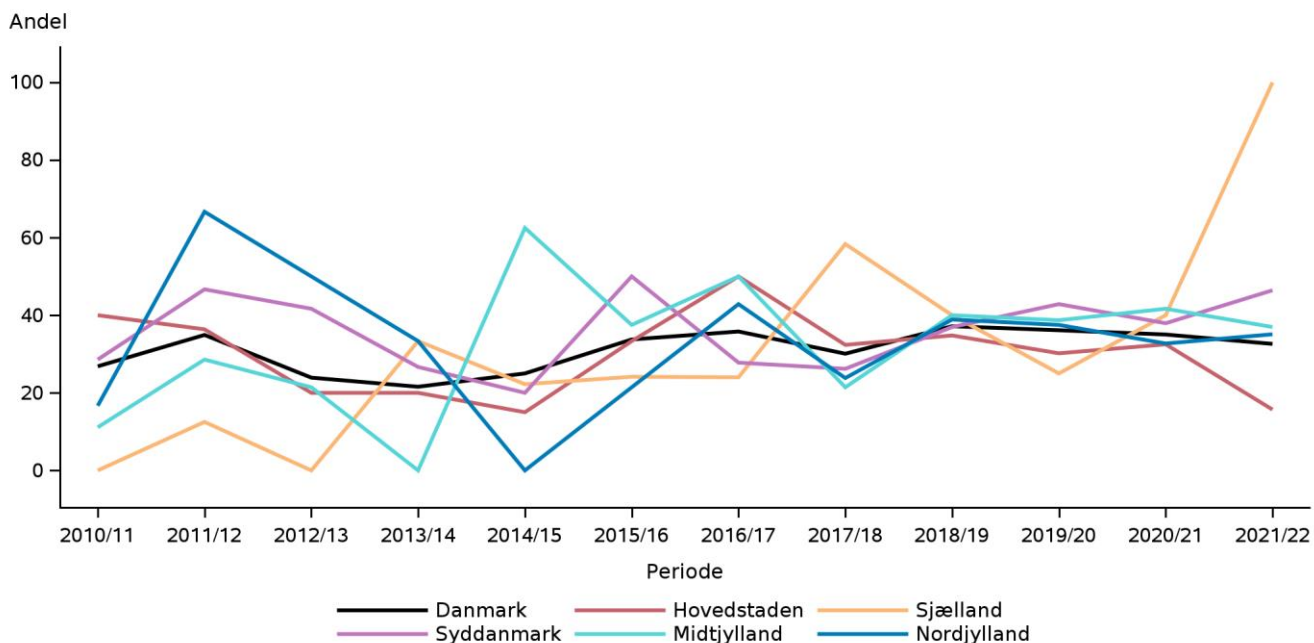
#### Indikator 03: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.10.2021 - 30.09.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
<b>Danmark</b>	60 / 184	19 (9)	33	(26-40)	35	36	
<b>Hovedstaden</b>	8 / 51	3 (6)	16	(7-29)	33	30	
<b>Sjælland</b>	## / #	3 (60)	100	(16-100)	40	25	
<b>Syddanmark</b>	13 / 28	1 (3)	46	(28-66)	38	43	
<b>Midtjylland</b>	17 / 46	1 (2)	37	(23-52)	42	39	
<b>Nordjylland</b>	20 / 57	11 (16)	35	(23-49)	33	38	
<b>Hovedstaden</b>	8 / 51	3 (6)	16	(7-29)	33	30	
Herlev og gentofte Hospital	8 / 51	3 (6)	16	(7-29)	33	30	
<b>Sjælland</b>	## / #	3 (60)	100	(16-100)	40	25	
Roskilde Gyn afd.	## / #	3 (60)	100	(16-100)	40	25	
<b>Syddanmark</b>	13 / 28	1 (3)	46	(28-66)	38	43	
OUH Gyn afd.	13 / 28	1 (3)	46	(28-66)	38	43	
<b>Midtjylland</b>	17 / 46	1 (2)	37	(23-52)	42	39	
AUH Kvindesygdomme	17 / 45	1 (2)	38	(24-53)	42	39	
Regionshospitalet Gødstrup	## / #	0 (0)	0	(0-98)			
<b>Nordjylland</b>	20 / 57	11 (16)	35	(23-49)	33	38	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	20 / 57	11 (16)	35	(23-49)	33	38	

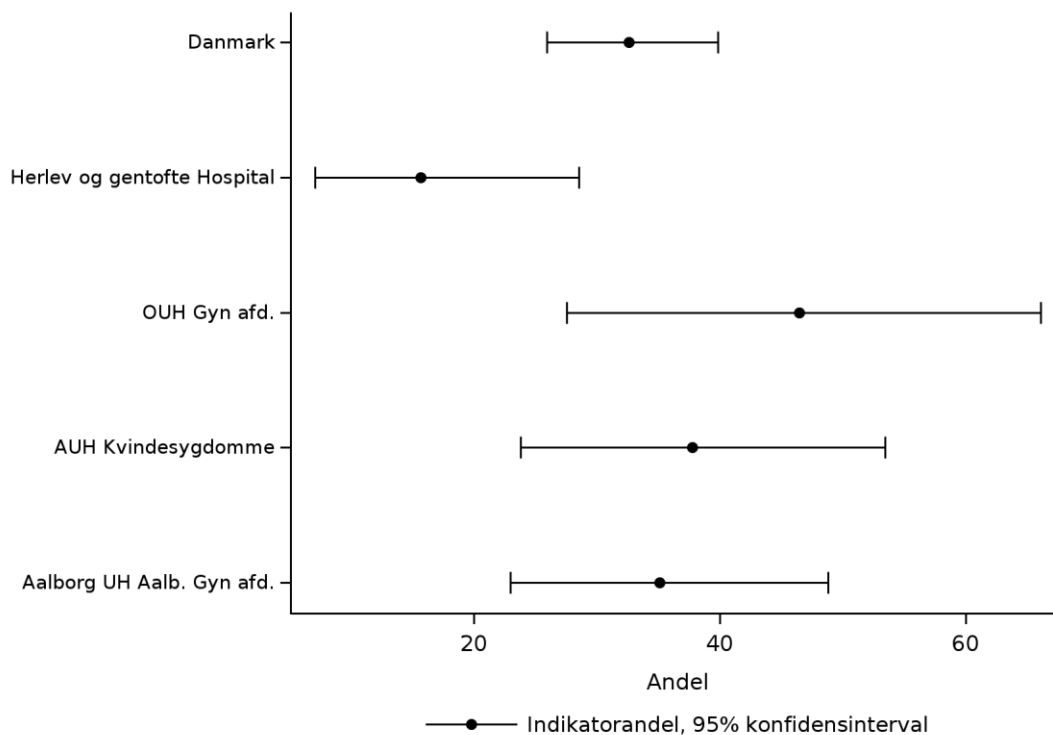
#### Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.031	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	524	Patient ikke gennemgået bulking operation
	44	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	2	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	19	Uoplyst - Ej svaret (subjektiv patientbedømmelse) i EU-skema

Trendgraf, regioner



Konfidensintervalplot, enheder



### 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 for urininkontinens 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.

Indikator 3 er forskudt 3 måneder. Indikatorpopulationen er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

#### Resultater

På landsplan indgår 184 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Der er 9 % (19 forløb) med manglende oplysninger, og datakompletheden er således 91 %. På afdelingsniveau ligger andelen af uoplyste mellem 2 og 16 % på afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb. Det er udelukkende manglende subjektiv bedømmelse af succes fra patienten i efterundersøgelseskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan oplever 33 % (95 % CI: 26-40 %) af patienterne aldrig eller højst en gang om ugen urininkontinens. Der er ikke fastsat en standard for indikator 3.

Der er en del variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 16 og 46 % 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. I aktuelle periode afviger Region Sjælland dog markant, men med meget få inkluderede patientforløb i indikatoren bør resultatet fra denne region ikke tolkes særskilt.

Trendgrafen viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2010 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer

Antallet af udførte procedurer i 2022 er 184 med 9 % uoplyste. Således et lille fald fra 2021 med 210 procedurer. Indikatoren ligger i 2022 med et landsgennemsnit på 33 % og således med et mindre fald fra de 2 foregående år (hhv. 35 % og 36 %). Dog findes i 2022 noget større variation mellem afdelinger fra 16 til 100 %. Afdelingen med 100 % har kun tilkendegivelse fra få patienter. Region Hovedstaden har halveret deres behandlingssucces monitoreret som antal inkontinens episoder over tid fra 33 % i 2021 til 16% i 2022.

Behandlingen udføres på én afdeling i hver region, og der ses fraset Region Sjælland mindre variation i antal procedurer mellem regioner. Regionshospitalet Gødstrup som i opgørelsen tegner sig for én Bulking operation tolkes som en tastefejl.

Region Nordjylland tegner sig fortsat med den største andel indgreb. Nogle afdelinger udfører proceduren ambulantly, hvilket har betydet, at gennemførelse af procedurer ikke været påvirket af mulige nedlukninger på operationsgangen.

Indikatoren er en PROM faktor, hvor patienten oplyser hvor ofte inkontinens opleves. Indikatoren har ingen standard, idet der er en række mere komplekse faktorer, som har betydning for graden af inkontinens efter behandlingen. Da patientens tilfredshed er afhængig af udgangspunkt og forventning, kan denne indikator ikke stå alene, men skal suppleres af Indikator 4, hvor Patient Global Impression-Improvement (PGI-I) måles.

#### Anbefaling

Styregruppen har diskuteret mulig standard for denne indikator, men har valgt ikke at opstille en sådan. Vi skønner, at proceduren ikke egner sig til at blive monitoreret som indikator med standard, grundet den store grad af heterogenitet i gruppen af kvinder, der tilbydes Bulking. På baggrund af dette, finder vi det ikke længere relevant at inkludere Bulking som en indikator. Proceduren bør dog fortsat monitoreres, for at kunne orientere brugere af denne urogynækologiske behandling. Indikator 3 (og 4) vil fra Årsrapport 2023 overgå til monitorering i de ”Supplerende opgørelser”.

## Indikator 4

Urininkontinens: Behandlingssucces målt som patienttilfredshed (subjektiv patientbedømmelse efter primær bulking operation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 1: Indikatordefinitioner”.

Standard: Ikke fastsat

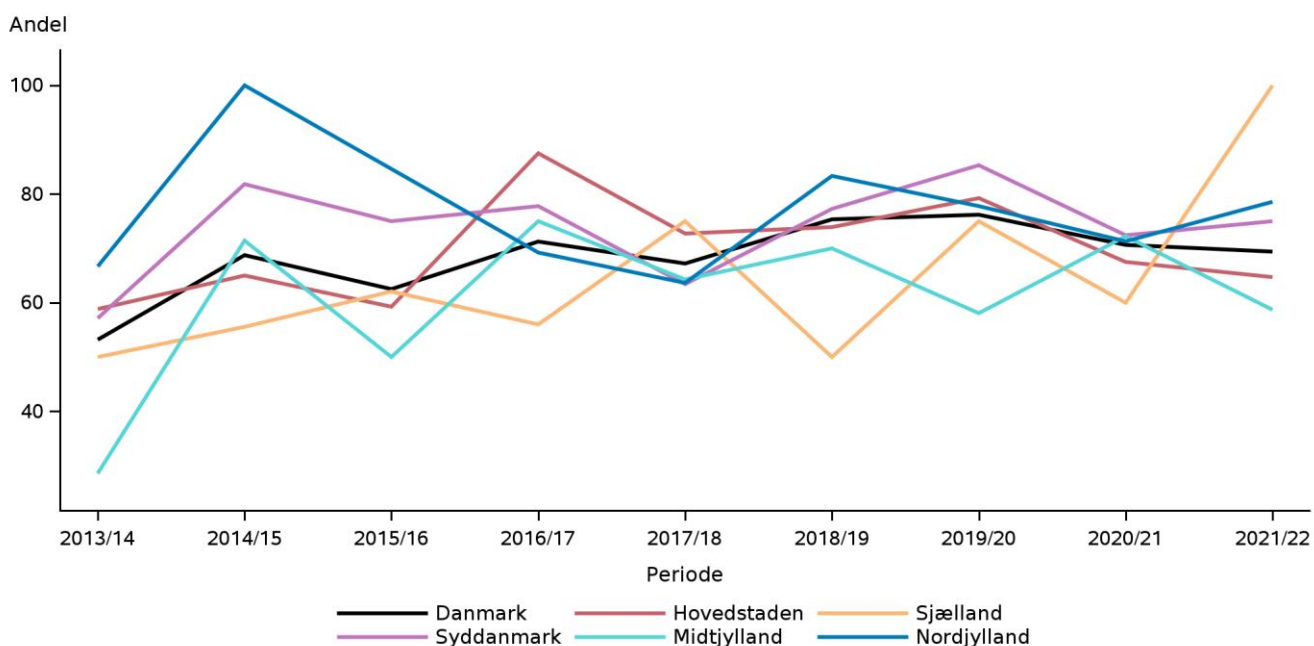
### Indikator 04: Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation (PGI-I skala)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.10.2021 - 30.09.2022	95% CI	2020/21	2019/20
				Andel		Andel	Andel
<b>Danmark</b>		127 / 183	20 (10)	69	(62-76)	71	76
<b>Hovedstaden</b>		33 / 51	3 (6)	65	(50-78)	68	79
<b>Sjælland</b>		##/##	3 (60)	100	(16-100)	60	75
<b>Syddanmark</b>		21 / 28	1 (3)	75	(55-89)	72	85
<b>Midtjylland</b>		27 / 46	1 (2)	59	(43-73)	72	58
<b>Nordjylland</b>		44 / 56	12 (18)	79	(66-88)	71	78
<b>Hovedstaden</b>		33 / 51	3 (6)	65	(50-78)	68	79
Herlev og gentofte Hospital		33 / 51	3 (6)	65	(50-78)	68	79
<b>Sjælland</b>		##/##	3 (60)	100	(16-100)	60	75
Roskilde Gyn afd.		##/##	3 (60)	100	(16-100)	60	75
<b>Syddanmark</b>		21 / 28	1 (3)	75	(55-89)	72	85
OUH Gyn afd.		21 / 28	1 (3)	75	(55-89)	72	85
<b>Midtjylland</b>		27 / 46	1 (2)	59	(43-73)	72	58
AUH Kvindesygdomme		26 / 45	1 (2)	58	(42-72)	72	58
Regionshospitalet Gødstrup		##/##	0 (0)	100	(3-100)		
<b>Nordjylland</b>		44 / 56	12 (18)	79	(66-88)	71	78
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.		44 / 56	12 (18)	79	(66-88)	71	78

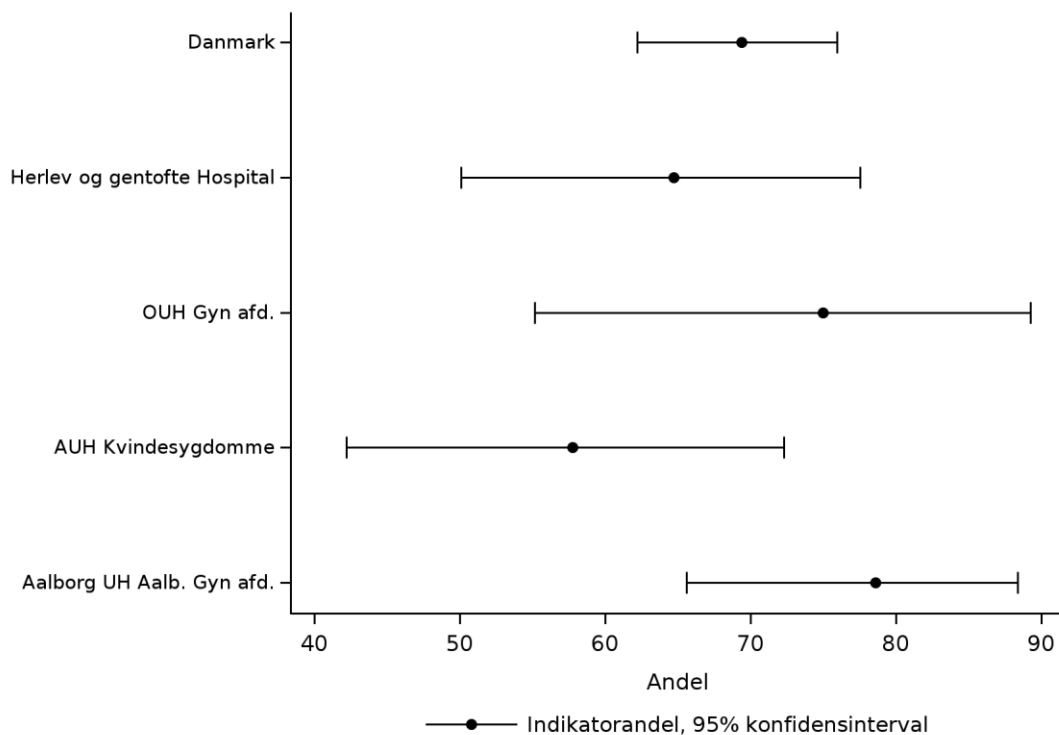
#### Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.031	Ikke registreret med en inkontinens procedurekode
	524	Patient ikke gennemgået bulking operation
	44	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	2	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	20	Uoplyst - Ej svaret (PGI-I skala) i EU-skema

Trendgraf, regioner



Konfidensintervalplot, enheder



## Kommentar til indikator 4

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på Patient Global Impression of Improvement (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 for urininkontinens 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 efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 4 er forskudt 3 måneder. Indikatorpopulationen er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

### Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 10 % (20 forløb), dvs. kompletheden er 90 %. Andelen af uoplyste forløb varierer mellem 2 og 18 % på afdelinger med mindst 10 komplette patientforløb. Det er udelukkende manglende PGI-I score fra patienten i efterundersøgelseskemaet, der er årsag til de uoplyste forløb.

På landsplan har 69 % (95 % CI: 62-76 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til PGI-I skala spørgsmålet. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator

Regionerne har indikatorværdier mellem 59 % og 79 % fraset Region Sjælland, der har meget få patientforløb i hele indikatorperioden og derfor ikke kan vurderes særskilt. Trendgrafene viser, at regionerne siden 2014 har haft indikatorværdier vekslede omkring ca. 50-80 % med både inter- og intraregionale udsving over årene.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2013 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. 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 2021. Indikatorværdierne ligger mellem 59 % og 79 % på afdelinger med mindst 10 patientforløb. Alle resultater bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

### Diskussion og implikationer

Lands gennemsnittet på 69 % er uændret sammenlignet med 2021, hvor gennemsnittet lå på 70 %, og variationen mellem afdelingerne er stort set uændret (se Trendgraf). Ved sammenligning med det absolutte mål i indikator 3, viser Indikator 4, at mange patienter oplever en forbedring trods mere end én lækage om ugen eller oftere.

Den generelle patienttilfredshed målt ved PGI-I er ensartet mellem afdelingerne, og viser over år en svagt stigende trend på regionsplan. Når man sammenligner med indikator 3, som monitorerer antal inkontinensepisoder over tid, ses det, at den øgede patienttilfredshed ikke skyldes en bedring i antallet af inkontinensepisoder. Det må derfor formodes, at der sker en bedre forventningsafstemning forud for operation eller/og reduktion i lækage mængde.

Ved sammenligning mellem afdelinger henledes opmærksomhed på, at behandlingen bl.a. bruges til patienter med komplekse problemstillinger, som gør dem uegnede til andre typer behandling, og for hvem en lille bedring af generne har stor værdi. Det kan anbefales, at se patient karakteristika for hver region i de "Supplerende opgørelser". Her illustreres desuden, at patientpopulationen i bulking indikatorerne er tungere og ældre end populationen i slyngeindikatorerne (median BMI 27,3 vs 25,5 kg/m<sup>2</sup>; median alder 64,6 vs. 49,2 år)



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

Styregruppen har valgt ikke at lave en standard for denne indikator. Gruppen af patienter som tilbydes Bulking procedure er heterogen og med stor grad af kompleksitet, hvorfor det vurderes, at fastsættelse af en standard ikke vil være hensigtsmæssigt.

Som for Indikator 3 vil Indikator 4 fremadrettet konverteres til monitorering i ”Supplerende opgørelser”, da vi finder det nødvendigt at følge udviklingen og dermed fortsætte med at give brugere af urogynækologiske behandlinger overblik og indsigt.

## Indikator 11

Prolaps: Behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær prolapsoperation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 80\%$

### Indikator 11: Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation

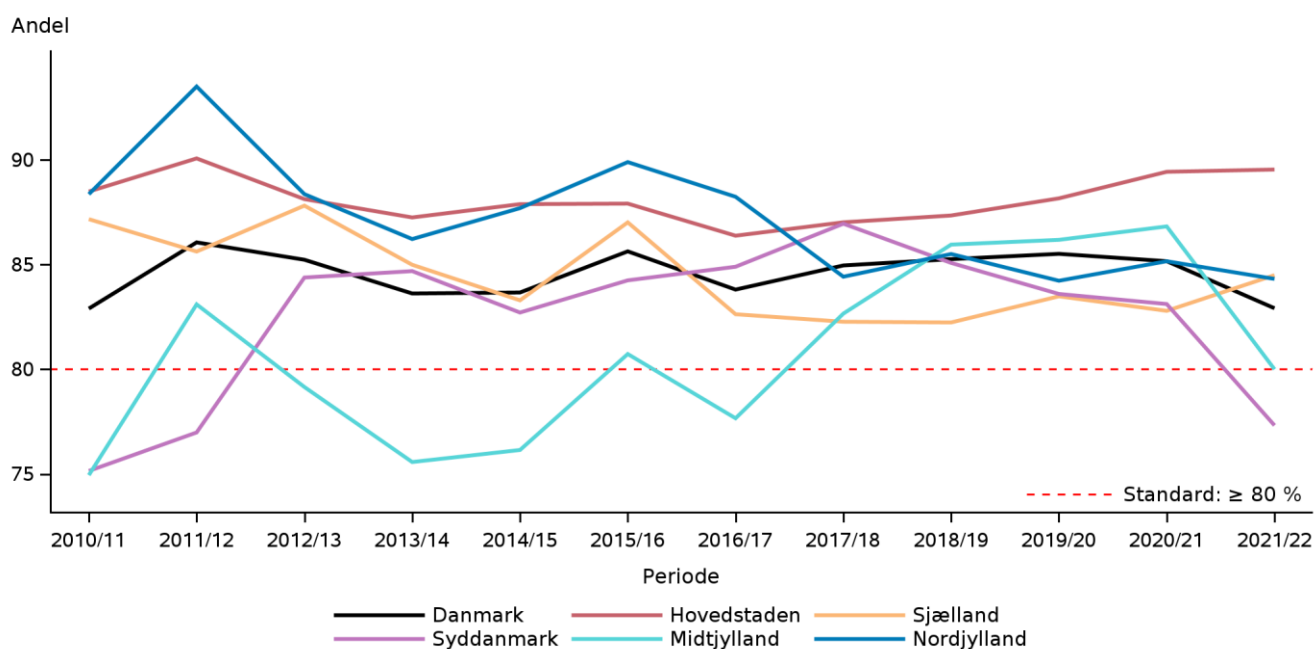
	Standard $\geq 80\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.10.2021 - 30.09.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.941 / 2.341	315 (12)	83	(81-84)	85	86
<b>Hovedstaden</b>	Ja	385 / 430	53 (11)	90	(86-92)	89	88
<b>Sjælland</b>	Ja	267 / 316	54 (15)	84	(80-88)	83	83
<b>Syddanmark</b>	Nej	358 / 463	92 (17)	77	(73-81)	83	84
<b>Midtjylland</b>	Ja	420 / 525	30 (5)	80	(76-83)	87	86
<b>Nordjylland</b>	Ja	258 / 306	56 (15)	84	(80-88)	85	84
<b>Hovedstaden</b>	Ja	385 / 430	53 (11)	90	(86-92)	89	88
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	50 / 60	25 (29)	83	(71-92)	86	82
Bornholms Hospital	Ja	17 / 20	0 (0)	85	(62-97)	100	85
Herlev og gentofte Hospital	Ja	187 / 200	19 (9)	94	(89-96)	94	90
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	131 / 150	9 (6)	87	(81-92)	83	88
<b>Sjælland</b>	Ja	267 / 316	54 (15)	84	(80-88)	83	83
Holbæk Gyn afd.	Ja	95 / 106	22 (17)	90	(82-95)	87	93
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	42 / 57	6 (10)	74	(60-84)	76	76
Roskilde Gyn afd.	Ja	49 / 57	21 (27)	86	(74-94)	77	79
Slagelse Gyn afd.	Ja	81 / 96	5 (5)	84	(76-91)	87	83
<b>Syddanmark</b>	Nej	358 / 463	92 (17)	77	(73-81)	83	84
Kolding Sygehus	Ja	94 / 108	7 (6)	87	(79-93)	88	80
OOUH Gyn afd.	Nej	179 / 246	45 (15)	73	(67-78)	82	80
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	39 / 49	20 (29)	80	(66-90)	82	93
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	## / ##	0 (0)	100	(3-100)	81	90
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Nej	45 / 59	20 (25)	76	(63-86)	83	93
<b>Midtjylland</b>	Ja	420 / 525	30 (5)	80	(76-83)	87	86
AUH Kvindesygdomme	Nej	180 / 234	3 (1)	77	(71-82)	88	88
Hospitalsenhed Midt	Ja	89 / 106	11 (9)	84	(76-90)	87	80
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	28 / 35	0 (0)	80	(63-92)	85	83
Regionshospitalet Gødstrup	Nej	26 / 37	2 (5)	70	(53-84)		
Regionshospitalet Horsens	Ja	54 / 59	5 (8)	92	(81-97)	82	93
Regionshospitalet Randers	Nej	43 / 54	9 (14)	80	(66-89)	89	86
<b>Nordjylland</b>	Ja	258 / 306	56 (15)	84	(80-88)	85	84
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	144 / 170	44 (21)	85	(78-90)	84	83
Aalborg UH Thisted	Ja	41 / 47	7 (13)	87	(74-95)	88	91
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	73 / 89	5 (5)	82	(72-89)	86	84

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 80% opfyldt			01.10.2021 - 30.09.2022	2020/21	2019/20	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Privathospitaller</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0					100
Aleris-Hamlet Esbjerg	Nej	29 / 38	0 (0)	76	(60-89)		
Aleris-Hamlet Ringsted	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)		100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	97 / 120	4 (3)	81	(73-87)	69	79
Bekkevold Hellerup	Ja	17 / 18	0 (0)	94	(73-100)	67	
CPH Privathospital A/S		0 / 0				75	50
Capio CFR A/S Lyngby						100	80
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	81 / 90	11 (11)	90	(82-95)	86	100
Privathospitalet Mølholm Århus	Ja	8 / 10	0 (0)	80	(44-97)		
Søernes Privathospital	Ja	20 / 24	15 (38)	83	(63-95)	100	

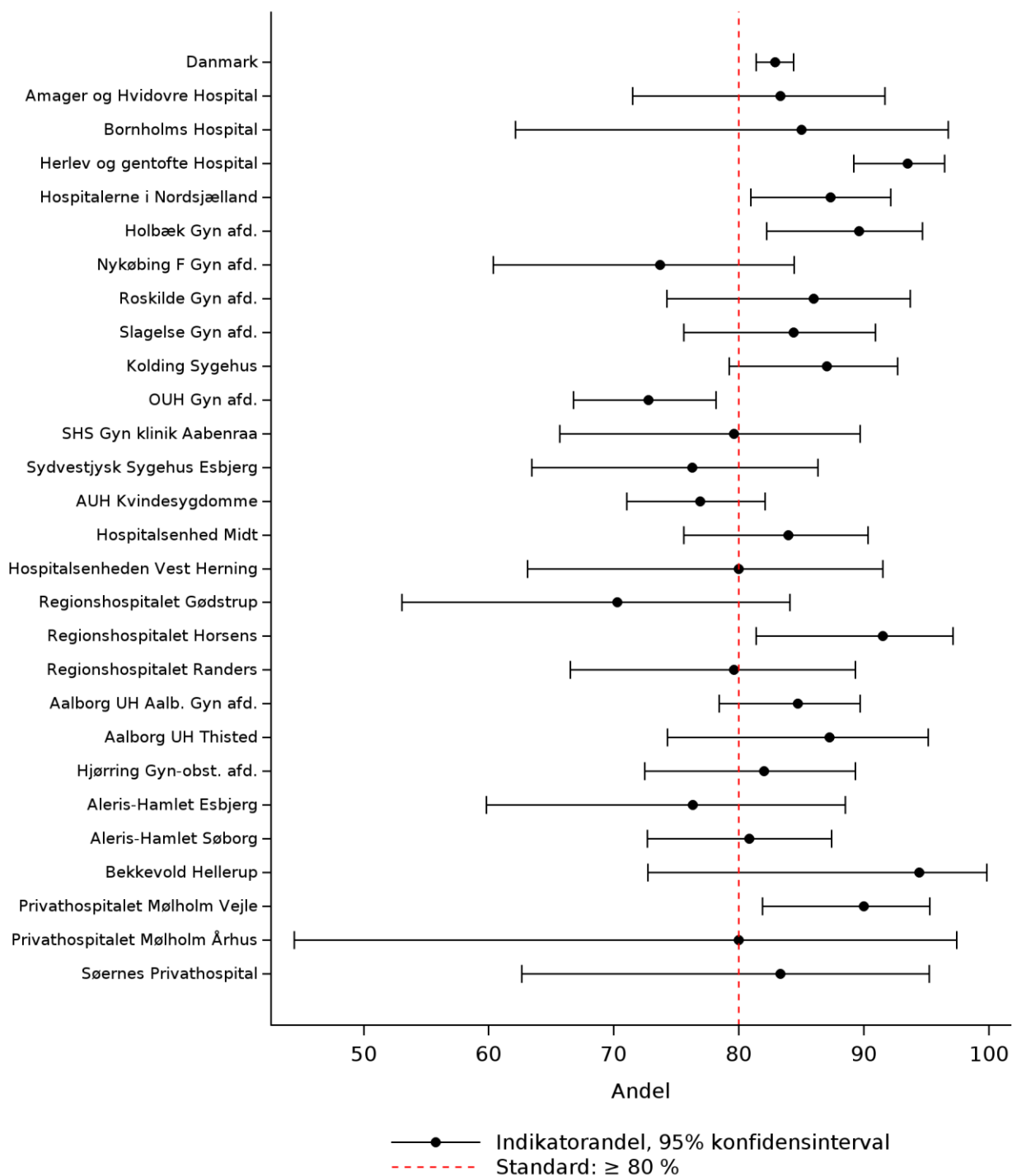
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	762	Ikke registreret med en prolaps procedurekode
	385	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	1	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	315	Uoplyst - Ej svaret (subjektiv patientbedømmelse) i EU-skema

Trendgraf, regioner



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 efterundersøgelseskemaet har svaret 'Nej (værdi 0)' i rubrik A (Har du fornemmelse af noget, der glider ud af skedeåbningen, eller kan du mærke en bule i/eller uden for skeden?), indgår i tælleren og opfylder dermed indikatoren. Forløb med manglende udfyldelse af rubrik A i patientens efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 11 er forskudt 3 måneder. Indikatorpopulationen er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

### Resultater

Der indgår 2341 komplette patientforløb i indikatoren. Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 12 % (315 forløb), dvs. completheden er 88 %. Der er nogen variation i andelen af uoplyste forløb på afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb; datakompletheden på afdelingsniveau svinger fra 62 til 100 %.

På landsplan har 83 % (95 % CI: 81-84 %) ikke oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen, hvorfor standarden på mindst 80 % er opfyldt. Indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med de seneste år. I Region Syddanmark er indikatorværdien 77 % og standarden er dermed ikke opfyldt. De øvrige regioner har indikatorværdier mellem 80 og 90 %.

Der er 23 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb i aktuelle periode. Heraf opfylder de 15 afdelinger standarden, mens 8 afdelinger ligger under standarden. Det er dog kun OUH, der med sikkerhed ligger under standarden, idet både indikatorværdi og konfidensinterval er under standarden. De øvrige afdelinger har alle standarden indeholdt i konfidensintervallet.

SHS Gyn. klinik Aabenraa og Regionshospitalet Randers ligger begge lige på grænsen til at opfylde standarden med en indikatorværdi på 79,6 %, der er afrundet til 80 % 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.

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 4 år er standarden også opfyldt i Midtjylland. I aktuelle periode har alle regioner med undtagelse af Sjælland lavere indikatorværdier end den foregående periode. Hvorvidt der er tale om et tilfældigt udsving eller en tendens, må fremtidige opgørelser vise.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2010 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

### Diskussion og implikationer

Styregruppen noterer sig, at hvor der tidligere år er set stabile standarder med enkelte udsving, ses i år en del afdelinger, som ikke opfylder standarden og deraf større udsving. Der er én afdeling som ikke opfylder standarden og ikke har indikatorværdien i konfidensintervallet.

Region Syd opfylder ikke standarden, men er indeholdt i konfidensintervallet.

I Region Syddanmark opfylder OUH ikke standarden på  $\geq 80\%$  og med en indikatorværdi på 73% er værdien ikke indeholdt i konfidensintervallet. Desuden ligger Sydvestjysk Sygehus og Aabenraa under standard med hhv. 76 og knap 80%.

I Region Sjælland ligger Nykøbing Falster Sygehus stabilt under standard med 74%

I Region Midtjylland ligger AUH, Gødstrup og Randers under standarden med hhv. 77, 70 og knap 80%. Af privathospitaler er det kun Aleris-Hamlet Esbjerg der ikke opfylder standarden med indikatorværdi på 76%

Sidste år indgik der 2346 operationer i Indikator 11, heraf 15 % uoplyste. Tallet i år er stabilt med 2341 operationer, og med et fald i uoplyste til 12%.

Indikatoren beskriver patientens subjektive fornemmelse af prolaps ved kardinalsymptomet ”fornemmelse af bule i eller uden for skeden”, hvilket er den parameter, som anvendes til at definere succes i international litteratur.

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

Der rettes henvendelse til den afdeling der ikke opfylder standarden og hvor indikatorværdien ikke er indeholdt i konfidensintervallet.

#### Anbefaling

Styregruppen er blevet opmærksom på, at der er diskrepans mellem hvordan succes efter urininkontinens operation måles i forhold til succes efter prolaps operation. Se retningslinje under ”Datagrundlag og beregninger”. Om der bør være denne forskel vil vi i fremtiden kigge på, godt støttet af den kommende Dokumentalist rapport.

Derudover er Styregruppen blevet opmærksom på, at der i Spørgeskema 1A og 3A spørges om patienten mærker buler i/eller uden for skeden. Ved at spørge til bule i skeden, er der risiko for overfortolkning af symptomer på recidiv, og vi får ikke svar på det vi egentligt ønsker viden om. Det korrekte i flg. Styregruppen ville være, at spørge, om patienten mærker en bule uden for skeden. I sætningen ligger desuden 2 spørgsmål (i eller uden for) hvorfor vi ikke ved hvad det er patienten egentlig svarer på.

Vi anbefaler derfor en ændring at spørgsmålene i skema 1A og 3A hvor svarmuligheden ”bule i skeden” slettes.

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

## Indikator 12

Prolaps: Behandlingssucces målt som patienttilfredshed (subjektiv patientbedømmelse efter primær prolapsoperation) målt på PGI-I skala. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 1: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 90\%$

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

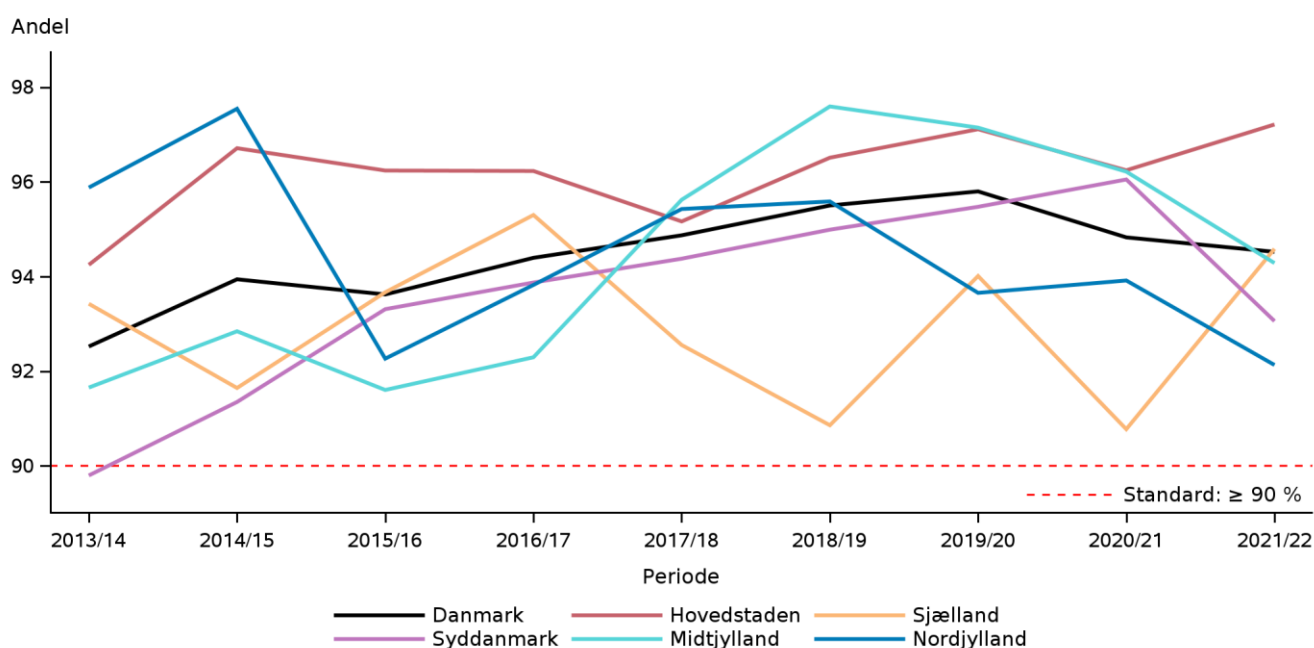
	Standard $\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.10.2021 - 30.09.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.209 / 2.337	319 (12)	95	(94-95)	95	96
<b>Hovedstaden</b>	Ja	419 / 431	52 (11)	97	(95-99)	96	97
<b>Sjælland</b>	Ja	297 / 314	56 (15)	95	(91-97)	91	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	429 / 461	94 (17)	93	(90-95)	96	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	495 / 525	30 (5)	94	(92-96)	96	97
<b>Nordjylland</b>	Ja	281 / 305	57 (16)	92	(89-95)	94	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	419 / 431	52 (11)	97	(95-99)	96	97
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	59 / 60	25 (29)	98	(91-100)	97	95
Bornholms Hospital	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	194 / 200	19 (9)	97	(94-99)	97	98
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	146 / 151	8 (5)	97	(92-99)	94	97
<b>Sjælland</b>	Ja	297 / 314	56 (15)	95	(91-97)	91	94
Holbæk Gyn afd.	Ja	101 / 106	22 (17)	95	(89-98)	93	96
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	52 / 57	6 (10)	91	(81-97)	85	95
Roskilde Gyn afd.	Ja	54 / 55	23 (29)	98	(90-100)	95	93
Slagelse Gyn afd.	Ja	90 / 96	5 (5)	94	(87-98)	88	92
<b>Syddanmark</b>	Ja	429 / 461	94 (17)	93	(90-95)	96	95
Kolding Sygehus	Ja	104 / 107	8 (7)	97	(92-99)	97	96
OUH Gyn afd.	Ja	224 / 246	45 (15)	91	(87-94)	97	93
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	47 / 48	21 (30)	98	(89-100)	93	100
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	## / ##	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Nej	53 / 59	20 (25)	90	(79-96)	94	97
<b>Midtjylland</b>	Ja	495 / 525	30 (5)	94	(92-96)	96	97
AUH Kvindesygdomme	Ja	225 / 234	3 (1)	96	(93-98)	98	98
Hospitalsenhed Midt	Ja	98 / 106	11 (9)	92	(86-97)	94	95
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	34 / 35	0 (0)	97	(85-100)	93	95
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	34 / 37	2 (5)	92	(78-98)		
Regionshospitalet Horsens	Ja	58 / 59	5 (8)	98	(91-100)	100	99
Regionshospitalet Randers	Nej	46 / 54	9 (14)	85	(73-93)	94	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	281 / 305	57 (16)	92	(89-95)	94	94
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	160 / 169	45 (21)	95	(90-98)	95	95

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.10.2021 - 30.09.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Aalborg UH Thisted	Ja	45 / 47	7 (13)	96	(85-99)	88	89
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	76 / 89	5 (5)	85	(76-92)	94	93
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0					100
Aleris-Hamlet Esbjerg	Ja	35 / 38	0 (0)	92	(79-98)		
Aleris-Hamlet Ringsted	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)		100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	116 / 120	4 (3)	97	(92-99)	93	92
Bekkevold Hellerup	Ja	18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	100	
CPH Privathospital A/S		0 / 0				75	100
Capio CFR A/S Lyngby						100	100
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	87 / 90	11 (11)	97	(91-99)	93	100
Privathospitalet Mølholm Århus	Ja	9 / 10	0 (0)	90	(55-100)		
Søernes Privathospital	Ja	22 / 24	15 (38)	92	(73-99)	100	

Bortfald

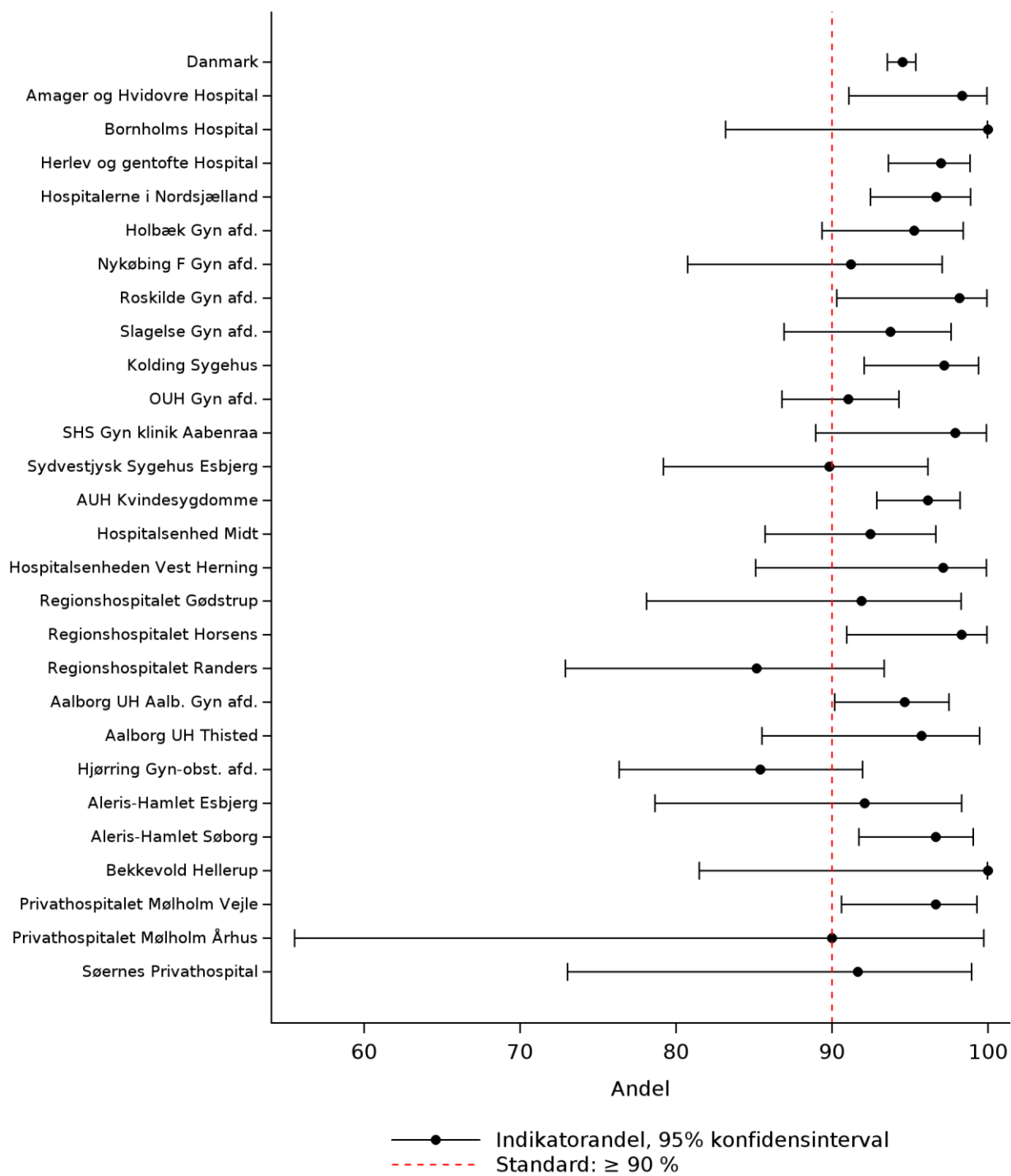
	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	369	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	762	Ikke registreret med en prolaps procedurekode
	385	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	1	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	319	Uoplyst - Ej svaret (PGI-I skala) i EU-skema

Trendgraf, regioner





Konfidensintervalplot, enheder



## Kommentar til indikator 12

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på Patient Global Impression of Improvement (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 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 efterundersøgelseskema er registreret som uoplyst i opgørelsen.

Indikator 12 er forskudt 3 måneder. Indikatorpopulationen er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

### Resultater

Andelen af uoplyste forløb er på landsplan 12 % (319 operationsforløb), dvs. kompletheden er 88 %. Der er stor variation i andelen af uoplyste forløb, fra 0 % på flere afdelinger til 38 % på Søernes Privathospital.

På landsplan har 95 % (95 % CI: 94-95 %) svaret "Rigtig meget bedre", "Meget bedre" eller "Lidt bedre" til PGI-I skala spørgsmålet, hvilket opfylder standarden på mindst 90 %. Alle 5 regioner opfylder ligeledes standarden med indikatorværdier mellem 92 % og 97 %.

Der er generelt lille variation mellem afdelingerne med indikatorværdier mellem 85 % og 100 %. Blandt de 26 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 23 standarden; Regionshospitalet Randers og Hjørring Gyn-obst. afd. ligger under standarden med indikatorværdier på 85 %, standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet for begge afdelinger.

Sydvestjysk Sygehus Esbjerg 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.

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 blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

### Diskussion og implikationer

Alle regioner opfylder standarden. 3 afdelinger opfylder ikke standarden, men indikatorværdien er indeholdt i konfidensintervallet. Styregruppen noterer sig, at de afdelinger, der ikke opfylder standarden, har mærkbare fald i indikatorværdierne fra opgørelsen i Årsrapport 2021.

Det bemærkes, at datakomplethed på landsplan for denne indikator i år er steget fra 85 % i 2021 til 88 %. Dog findes Søernes Privathospital med andel uoplyste på 38 %.

I henhold til andelen af "uoplyste", er der stor variation mellem afdelingerne, hvor nogle har mellem 0-3 % uoplyste, mens Roskilde og Amager og Hvidovre Hospital har 29 % samt Sygehus Sønderjylland, Aabenraa har 30 % uoplyste.

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.

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 operation.

#### Anbefaling

Det anbefales, at afdelinger med høj andel af ”uoplyste” får kigget på afdelingens praksis. Der kan med fordel hentes inspiration ved afdelinger må få ”uoplyste”. Styregruppen yder gerne bistand med råd og vejledning.

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

## 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 operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 95\%$

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

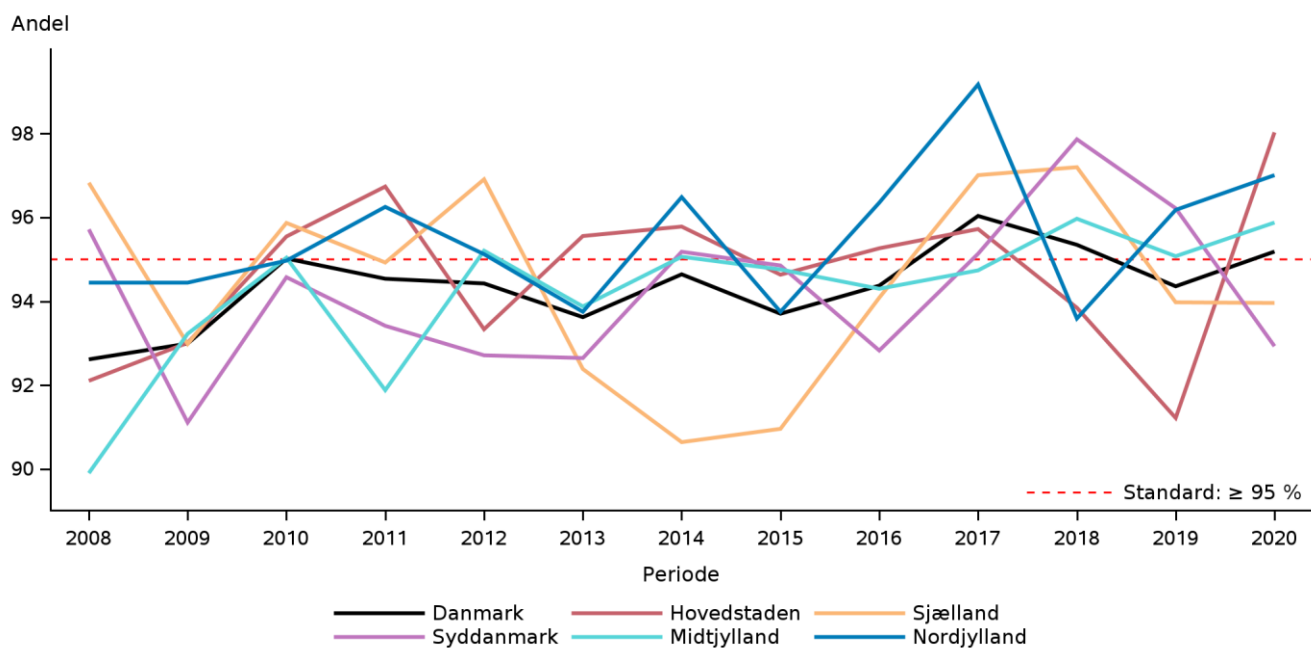
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$ opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	850 / 893	0 (0)	95	(94-96)	94	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	149 / 152	0 (0)	98	(94-100)	91	94
<b>Sjælland</b>	Nej	140 / 149	0 (0)	94	(89-97)	94	97
<b>Syddanmark</b>	Nej	184 / 198	0 (0)	93	(88-96)	96	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	186 / 194	0 (0)	96	(92-98)	95	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	162 / 167	0 (0)	97	(93-99)	96	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	149 / 152	0 (0)	98	(94-100)	91	94
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	41 / 41	0 (0)	100	(91-100)	88	97
Bornholms Hospital	Ja	3 / 3	0 (0)	100	(29-100)	100	92
Herlev og gentofte Hospital	Ja	43 / 44	0 (0)	98	(88-100)	94	96
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	62 / 64	0 (0)	97	(89-100)	92	92
<b>Sjælland</b>	Nej	140 / 149	0 (0)	94	(89-97)	94	97
Holbæk Gyn afd.	Ja	49 / 51	0 (0)	96	(87-100)	98	98
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	30 / 32	0 (0)	94	(79-99)	92	94
Roskilde Gyn afd.	Ja	21 / 22	0 (0)	95	(77-100)	93	97
Slagelse Gyn afd.	Nej	40 / 44	0 (0)	91	(78-97)	90	100
<b>Syddanmark</b>	Nej	184 / 198	0 (0)	93	(88-96)	96	98
Kolding Sygehus	Ja	38 / 40	0 (0)	95	(83-99)	95	97
OUH Gyn afd.	Nej	64 / 71	0 (0)	90	(81-96)	95	99
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	25 / 29	0 (0)	86	(68-96)	100	93
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	44 / 45	0 (0)	98	(88-100)	96	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	186 / 194	0 (0)	96	(92-98)	95	96
AUH Kvindesygdomme	Ja	41 / 43	0 (0)	95	(84-99)	92	87
Hospitalsenhed Midt	Nej	35 / 37	0 (0)	95	(82-99)	94	92
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	41 / 42	0 (0)	98	(87-100)	98	100
Regionshospitalet Horsens	Nej	30 / 32	0 (0)	94	(79-99)	92	100

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Regionshospitalet Randers	Ja	39 / 40	0 (0)	98	(87-100)	98	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	162 / 167	0 (0)	97	(93-99)	96	94
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	93 / 95	0 (0)	98	(93-100)	95	92
Aalborg UH Thisted	Ja	23 / 23	0 (0)	100	(85-100)	100	92
Hjørring Gyn-obst. afd.	Nej	46 / 49	0 (0)	94	(83-99)	97	98
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0				100	100
Aleris-Hamlet Ringsted		0 / 0				67	83
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	15 / 18	0 (0)	83	(59-96)	100	83
CPH Privathospital A/S		0 / 0				67	
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	## / ##	0 (0)	100	(16-100)	100	100
Privathospitalet Mølholm Vejle	Nej	12 / 13	0 (0)	92	(64-100)		

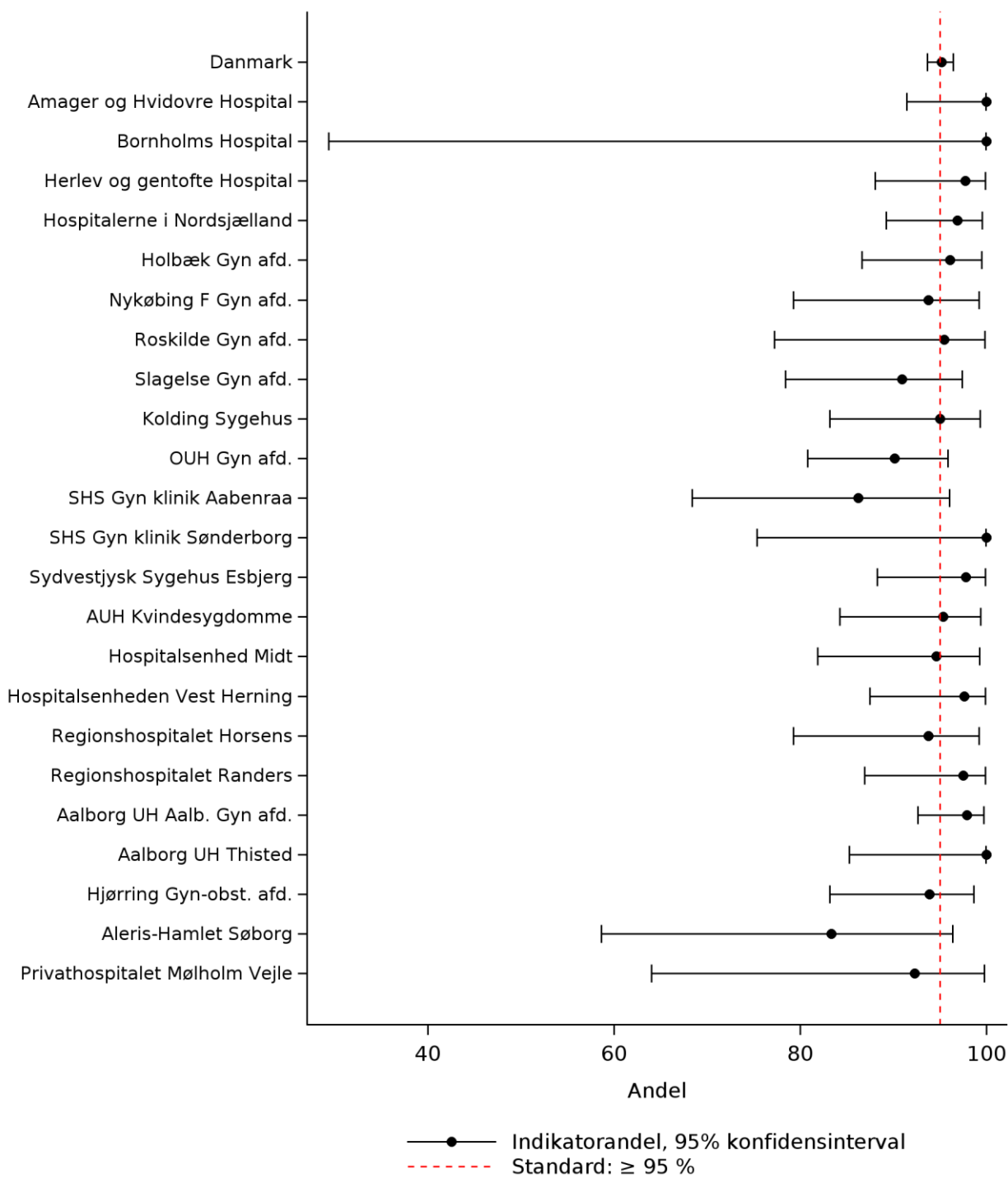
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	178	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	1.951	Ej prolaps i forreste kompartiment (KLEF00)
	1.073	Ej mono-operation
	80	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	12	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase

Trendgraf, regioner



Konfidensintervalplot, enheder



## Kommentar til indikator 13

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2020.

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

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 kompartiment uden andre deloperationer i 2020 har 95 % (95 % CI: 94-96 %) 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 (Sjælland og Syddanmark) ligger lige under standarden med indikatorværdier på hhv. 94 og 93 %. I øvrigt er der lille variation mellem regionerne.

Blandt de 22 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 13 standarden på mindst 95 %. De 9 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har indikatorværdier mellem 83 og 94 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for alle 9 afdelinger. Variationen mellem afdelingerne er således begrænset. Hospitalsenhed Midt ligger lige på grænsen til at opfylde standarden med en indikatorværdi på 94,6 %, der er afrundet til 95 % 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.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. 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 kompartiment efter operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartiment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner".

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 14: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartiment

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017 Andel	95% CI	2016 Andel	2015 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	872 / 933	0 (0)	93	(92-95)	91	91
<b>Hovedstaden</b>	Ja	175 / 187	0 (0)	94	(89-97)	91	91
<b>Sjælland</b>	Ja	158 / 167	0 (0)	95	(90-98)	91	88
<b>Syddanmark</b>	Ja	213 / 226	0 (0)	94	(90-97)	90	93
<b>Midtjylland</b>	Ja	191 / 209	0 (0)	91	(87-95)	89	91
<b>Nordjylland</b>	Ja	112 / 120	0 (0)	93	(87-97)	94	90
<b>Hovedstaden</b>	Ja	175 / 187	0 (0)	94	(89-97)	91	91
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	49 / 52	0 (0)	94	(84-99)	100	93
Bornholms Hospital	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	89	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	49 / 51	0 (0)	96	(87-100)	84	92
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	70 / 77	0 (0)	91	(82-96)	93	88
<b>Sjælland</b>	Ja	158 / 167	0 (0)	95	(90-98)	91	88
Holbæk Gyn afd.	Ja	35 / 36	0 (0)	97	(85-100)	97	100
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	25 / 26	0 (0)	96	(80-100)	79	79
Roskilde Gyn afd.	Ja	61 / 64	0 (0)	95	(87-99)	97	93
Slagelse Gyn afd.	Ja	37 / 41	0 (0)	90	(77-97)	88	82
<b>Syddanmark</b>	Ja	213 / 226	0 (0)	94	(90-97)	90	93
Kolding Sygehus	Ja	60 / 65	0 (0)	92	(83-97)	89	95
OUH Gyn afd.	Ja	93 / 99	0 (0)	94	(87-98)	92	92
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	85	94
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	39 / 41	0 (0)	95	(83-99)	92	92
<b>Midtjylland</b>	Ja	191 / 209	0 (0)	91	(87-95)	89	91
AUH Kvindesygdomme	Ja	28 / 30	0 (0)	93	(78-99)	79	93
Hospitalsenhed Midt	Nej	31 / 36	0 (0)	86	(71-95)	88	83
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	39 / 43	0 (0)	91	(78-97)	90	100
Regionshospitalet Horsens	Ja	42 / 43	0 (0)	98	(88-100)	91	100
Regionshospitalet Randers	Nej	51 / 57	0 (0)	89	(78-96)	95	89
<b>Nordjylland</b>	Ja	112 / 120	0 (0)	93	(87-97)	94	90
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	78 / 86	0 (0)	91	(82-96)	97	91
Aalborg UH Thisted	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	100	92
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	88	88

#### Privathospitaler

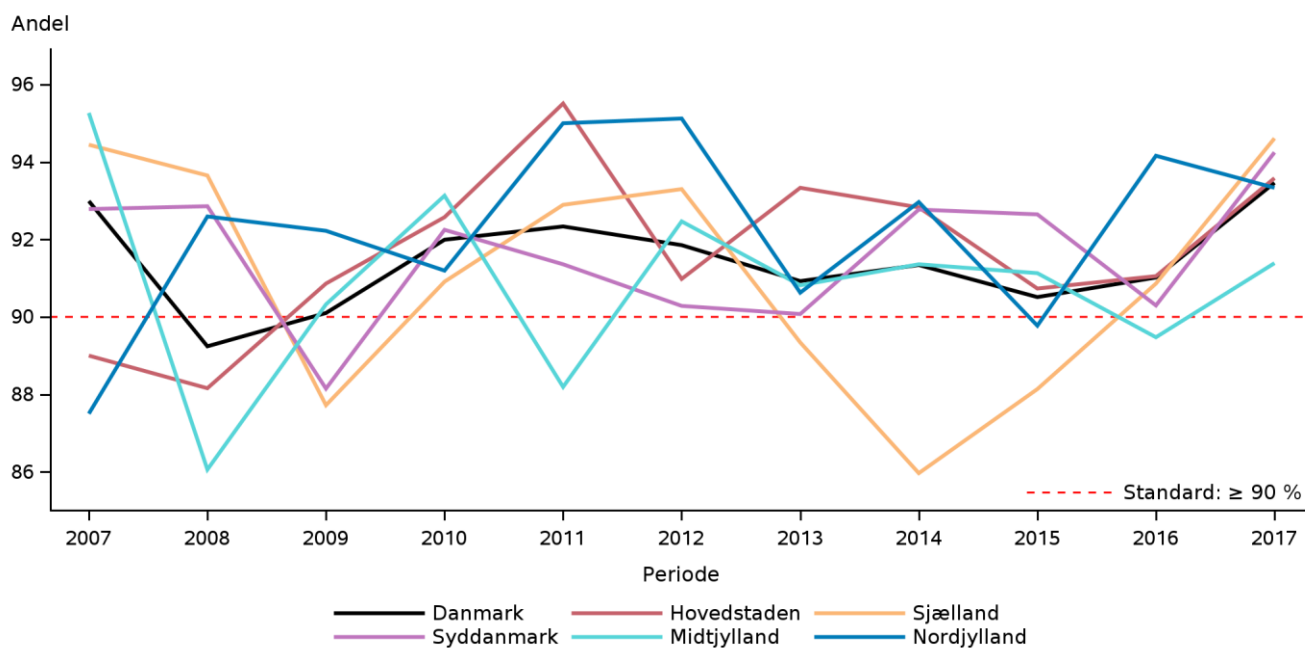


	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			Andel	95% CI	2016 Andel	2015 Andel
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	90	71
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	11 / 12	0 (0)	92	(62-100)	100	
Privathospitalet Møn	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)	100	100

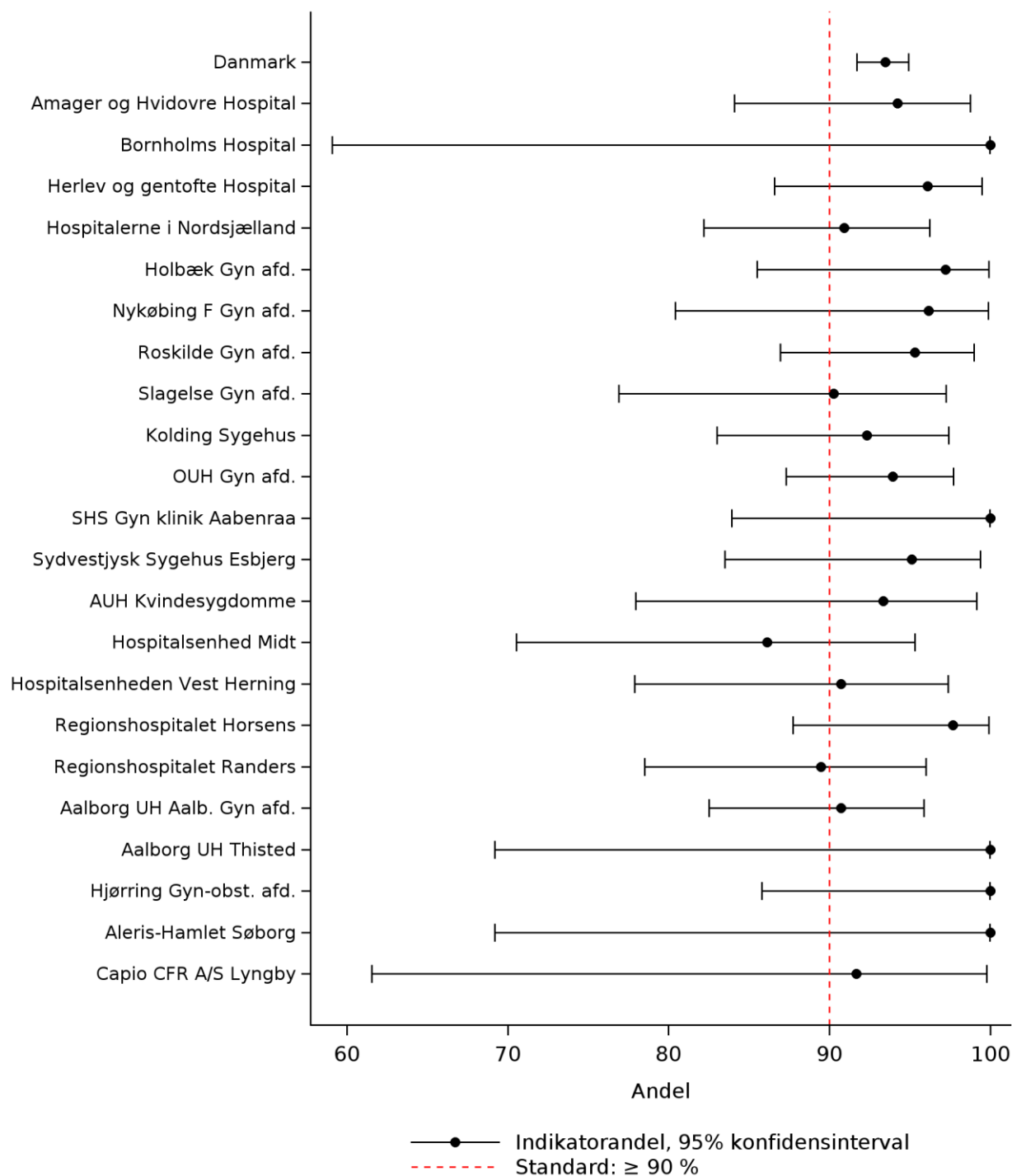
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	365	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	2.331	Ej prolaps i forreste kompartiment (KLEF00)
	1.387	Ej mono-operation
	109	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	10	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase

Trendgraf, regioner



Konfidensintervalplot, enheder



## Kommentar til indikator 14

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af patienter med primær operation for prolaps (KLEF00) udelukkende i forreste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2017.

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

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 2017 har 93 % (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 lille variation mellem regionerne; alle regioner opfylder standarden med indikatorværdier mellem 91 og 95 %.

Af de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder de 19 standarden på mindst 90 %. Dette er en væsentlig forbedring i forhold til sidste årsrapport, hvor godt halvdelen af afdelingerne opfyldte standarden. Især på Herlev-Gentofte Hospital, Nykøbing F Gyn afd., SHS Gyn klinik Aabenraa, AUH Kvindesygdomme og Hjørring Gyn-obst. afd. ses en klar forbedring med indikatorresultater, der er forbedret med 12-17 %-point.

De 2 afdelinger, som ikke opfylder standarden, er Hospitalsenhed Midt og Regionshospitalet Randers med indikatorværdier på hhv. 86 og 89 %. Standarden er dog indeholdt i konfidensintervallet for begge afdelinger.

Trendgrafene på regionsniveau viser, at indikatoren for blot 2. gang er opfyldt i alle regioner samtidig. Sidst dette skete var i 2012 (primæroperationer foretaget i 2012).

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

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

Som recidiv operation regnes ethvert indgreb, som kan henføres til forreste kompartiment. Se indikator definitioner i appendiks 1. Indsnævringen af primær operationer betyder, 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.

For indikator 13 opfylder 2 regioner ikke standarden og 9 afdelinger har indikatorværdier under standard, men alle med indikatorværdier indeholdt i konfidensintervallet.

For indikator 14 opfylder alle regioner standarden og kun 2 afdelinger har indikatorværdier under standard, men alle indeholdt i konfidensintervallet. Der ses lille variation mellem afdelinger og af Trendgrafene tydeliggøres forbedringer i 4 ud af 5 regioner.

Styregruppen har diskuteret om standarden på  $\geq 95$  % i Indikator 13 er for høj, eftersom standarden på landsgennemsnittet akkurat opfyldes og indikatoren i 2021 ikke var opfyldt (94 %). Standarden er et udtryk for recidiv operationer og ikke for det reelle recidiv. Dog ses af litteraturen baseret på danske tal (se henvisninger i afsnit ”Beskrivelse af sygdomsområdet og behandlingskvalitet”), at den totale risiko for re-operation af prolaps er 11,5%, hvorfor det på den baggrund kunne give mening, at sænke

standarden til  $\geq 90\%$ . I hhv. 2018 og 2017 var standarden imidlertid opfyldt, hvorfor der for nuværende ikke foretages yderligere i forhold til reduktion af standarden.

#### Anbefaling

Indikatoren for både 13 og 14 fortsætter i nuværende form, men vil fremadrettet fortsat blive diskuteret - og forventes godt støttet af Dokumentalistrapport som er under udarbejdelse.

Da forekomst af recidiv operation kun er et indirekte mål for kirurgisk kvalitet, kunne man ønske at opnå et bedre mål for varighed af prolapsoperationer, f.eks. ved at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. anden behandling med øget tidsmæssig afstand til primære operation. Styregruppen fortsætter sit arbejde med afsøgning af forskellige modeller og muligheder inden for lovgivningens og ressourceforbrugets rammer.

## Indikator 15a

Ingen recidivoperation (2 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartment hvor patienten ikke er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner". Uoplyst antal er forløb, hvor der ikke er oplysninger om, hvorvidt der tidligere er foretaget hysterektomi.

Standard: ≥ 95 %

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

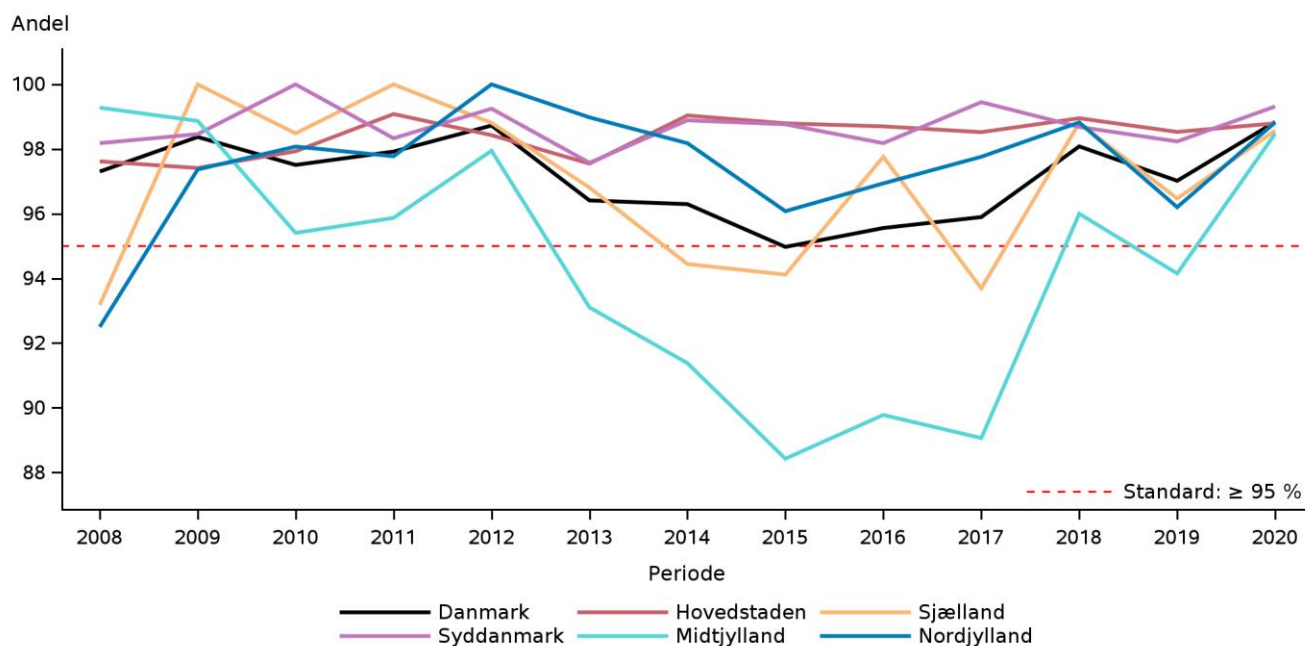
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/nævner	antal (%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	680 / 688	92 (12)	99	(98-99)	97	98
<b>Hovedstaden</b>	Ja	164 / 166	4 (2)	99	(96-100)	99	99
<b>Sjælland</b>	Ja	69 / 70	22 (24)	99	(92-100)	96	99
<b>Syddanmark</b>	Ja	145 / 146	42 (22)	99	(96-100)	98	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	194 / 197	12 (6)	98	(96-100)	94	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	84 / 85	12 (12)	99	(94-100)	96	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	164 / 166	4 (2)	99	(96-100)	99	99
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	17 / 17	1 (6)	100	(80-100)	91	100
Bornholms Hospital	Ja	5 / 5	1 (17)	100	(48-100)	100	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	108 / 108	1 (1)	100	(97-100)	99	100
Hospitalerne i Nordsjælland	Nej	34 / 36	1 (3)	94	(81-99)	100	96
<b>Sjælland</b>	Ja	69 / 70	22 (24)	99	(92-100)	96	99
Holbæk Gyn afd.	Ja	20 / 20	6 (23)	100	(83-100)	100	97
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	9 / 10	7 (41)	90	(55-100)	90	100
Roskilde Gyn afd.	Ja	12 / 12	5 (29)	100	(74-100)	100	100
Slagelse Gyn afd.	Ja	28 / 28	4 (13)	100	(88-100)	94	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	145 / 146	42 (22)	99	(96-100)	98	99
Kolding Sygehus	Ja	47 / 48	3 (6)	98	(89-100)	100	100
OUH Gyn afd.	Ja	70 / 70	25 (26)	100	(95-100)	97	100
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	11 / 11	1 (8)	100	(72-100)	100	100
SHS Gyn klinik Sønderborg		0 / 0	1 (100)				
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	17 / 17	12 (41)	100	(80-100)	100	82
<b>Midtjylland</b>	Ja	194 / 197	12 (6)	98	(96-100)	94	96
AUH Kvindesygdomme	Ja	86 / 88	4 (4)	98	(92-100)	94	92
Hospitalsenhed Midt	Ja	32 / 32	3 (9)	100	(89-100)	89	96
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	13 / 13	1 (7)	100	(75-100)	100	100
Regionshospitalet Horsens	Ja	33 / 33	1 (3)	100	(89-100)	90	100
Regionshospitalet Randers	Ja	30 / 31	3 (9)	97	(83-100)	100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	84 / 85	12 (12)	99	(94-100)	96	99
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	62 / 63	3 (5)	98	(91-100)	98	100

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Aalborg UH Thisted	Ja	6 / 6	5 (45)	100	(54-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	16 / 16	4 (20)	100	(79-100)	85	96
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg			0 / 0			100	
Aleris-Hamlet Ringsted	Ja	## / #	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	14 / 14	0 (0)	100	(77-100)	100	100
CPH Privathospital A/S			0 / 0			100	
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	## / #	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	8 / 8	0 (0)	100	(63-100)		

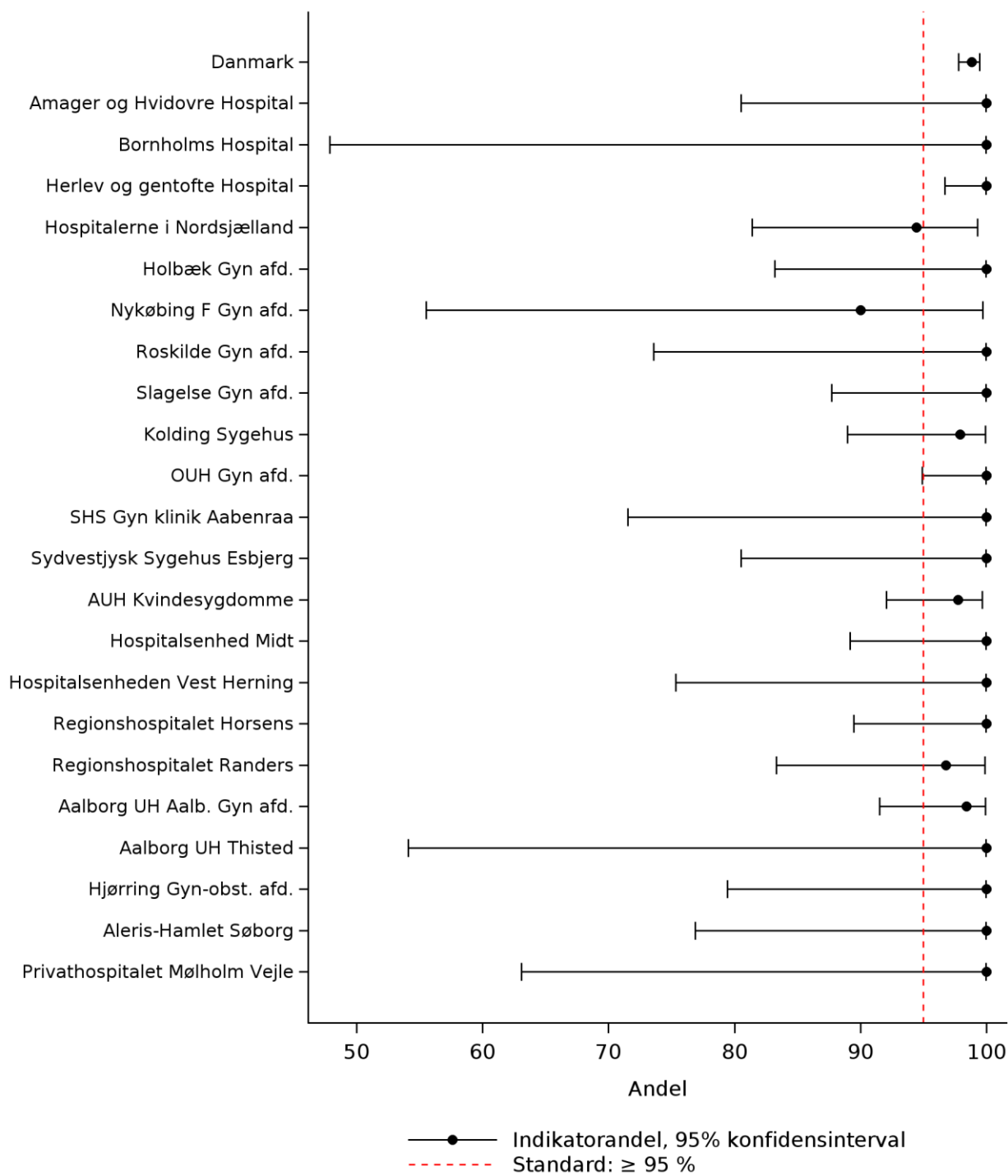
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	178	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	2.977	Ej prolaps i midterste kompartment
	139	Tidligere hysterektomeret
	112	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	1	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	92	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

Trendgraf, regioner



Konfidensintervalplot, enheder



## Kommentar til indikator 15a

### Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af ikke tidligere hysterektomerede patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2020.

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

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 12 % (92 operationsforløb), dvs. komplementet er 88 %. Årsagen til de uoplyste forløb er at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen. De uoplyste består formodentlig af en blanding af kvinder, der tidligere har fået foretaget hysterektomi og kvinder, der ikke tidligere har fået foretaget hysterektomi. Kvinder, der tidligere har fået foretaget hysterektomi, skal ikke indgå i indikatoren, men da denne oplysning ikke er indberettet til databasen, indgår kvinderne som "uoplyste" i både indikator 15a og 15b.

Blandt patienter, der ikke tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2010 har 99 % (95 % CI 98-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation. Standarden på 95 % er således opfyldt på landsplan.

På regionsniveau er standarden opfyldt i alle 5 regioner med indikatorværdier på 98-99 %.

Af de 19 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 17 standarden. De 2 afdelinger der ikke opfylder standarden (Hospitalet i Nordsjælland og Nykøbing F Gyn afd.), har indikatorværdier på hhv. 94 og 90 %, og de har begge standarden indeholdt i konfidensintervallet. Nykøbing F har kun 10 relevante patientforløb, og et enkelt recidiv er således nok til, at afdelingen ikke opfylder standarden i denne indikator.

Trendgrafene 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 siden 2018 er der sket en klar forbedring, og indikatorværdien er nu fuldstændig på niveau med de øvrige regioner.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

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 1: Indikatordefinitioner". Uoplyst antal er forløb, hvor der ikke er oplysninger om, hvorvidt der tidligere er foretaget hysterektomi.

Standard:  $\geq 90\%$

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

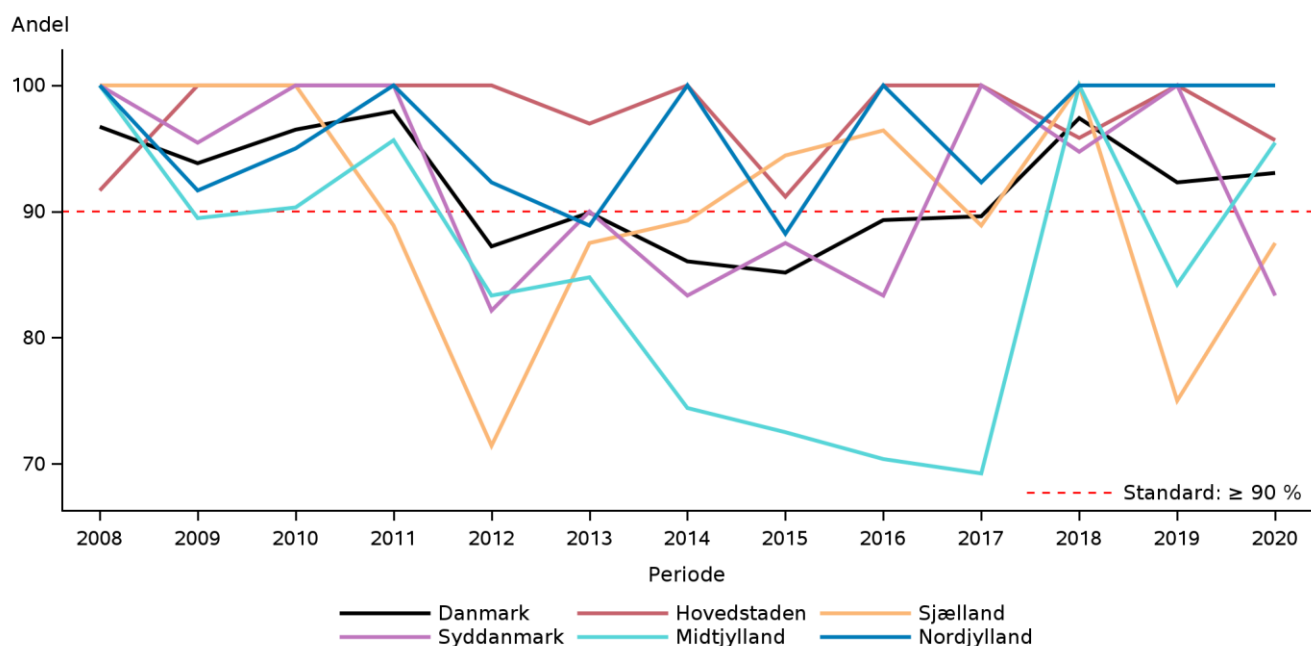
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	67 / 72	92 (56)	93	(85-98)	92	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	22 / 23	4 (15)	96	(78-100)	100	96
<b>Sjælland</b>	Nej	7 / 8	22 (73)	88	(47-100)	75	100
<b>Syddanmark</b>	Nej	10 / 12	42 (78)	83	(52-98)	100	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	21 / 22	12 (35)	95	(77-100)	84	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	7 / 7	12 (63)	100	(59-100)	100	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	22 / 23	4 (15)	96	(78-100)	100	96
Amager og Hvidovre Hospital		0 / 0	1 (100)				100
Bornholms Hospital		0 / 0	1 (100)				
Herlev og gentofte Hospital	Ja	22 / 23	1 (4)	96	(78-100)	100	96
Hospitalerne i Nordsjælland		0 / 0	1 (100)			100	
<b>Sjælland</b>	Nej	7 / 8	22 (73)	88	(47-100)	75	100
Holbæk Gyn afd.	Ja	## / #	6 (86)	100	(3-100)		100
Nykøbing F Gyn afd.		0 / 0	7 (100)			0	
Roskilde Gyn afd.	Nej	6 / 7	5 (42)	86	(42-100)	86	100
Slagelse Gyn afd.		0 / 0	4 (100)				100
<b>Syddanmark</b>	Nej	10 / 12	42 (78)	83	(52-98)	100	95
Kolding Sygehus		0 / 0	3 (100)			100	100
OUH Gyn afd.	Nej	10 / 12	25 (68)	83	(52-98)	100	94
SHS Gyn klinik Aabenraa		0 / 0	1 (100)				
SHS Gyn klinik Sønderborg		0 / 0	1 (100)				
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		0 / 0	12 (100)				
<b>Midtjylland</b>	Ja	21 / 22	12 (35)	95	(77-100)	84	100
AUH Kvindesygdomme	Ja	19 / 20	4 (17)	95	(75-100)	82	100
Hospitalsenhed Midt		0 / 0	3 (100)			100	
Hospitalsenheden Vest Herning		0 / 0	1 (100)			100	
Regionshospitalet Horsens		0 / 0	1 (100)				100
Regionshospitalet Randers	Ja	## / #	3 (60)	100	(16-100)		
<b>Nordjylland</b>	Ja	7 / 7	12 (63)	100	(59-100)	100	100
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	7 / 7	3 (30)	100	(59-100)	100	100

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel 95% CI	2019 Andel	2018 Andel
Aalborg UH Thisted		0 / 0	5 (100)			100
Hjørring Gyn-obst. afd.		0 / 0	4 (100)			100

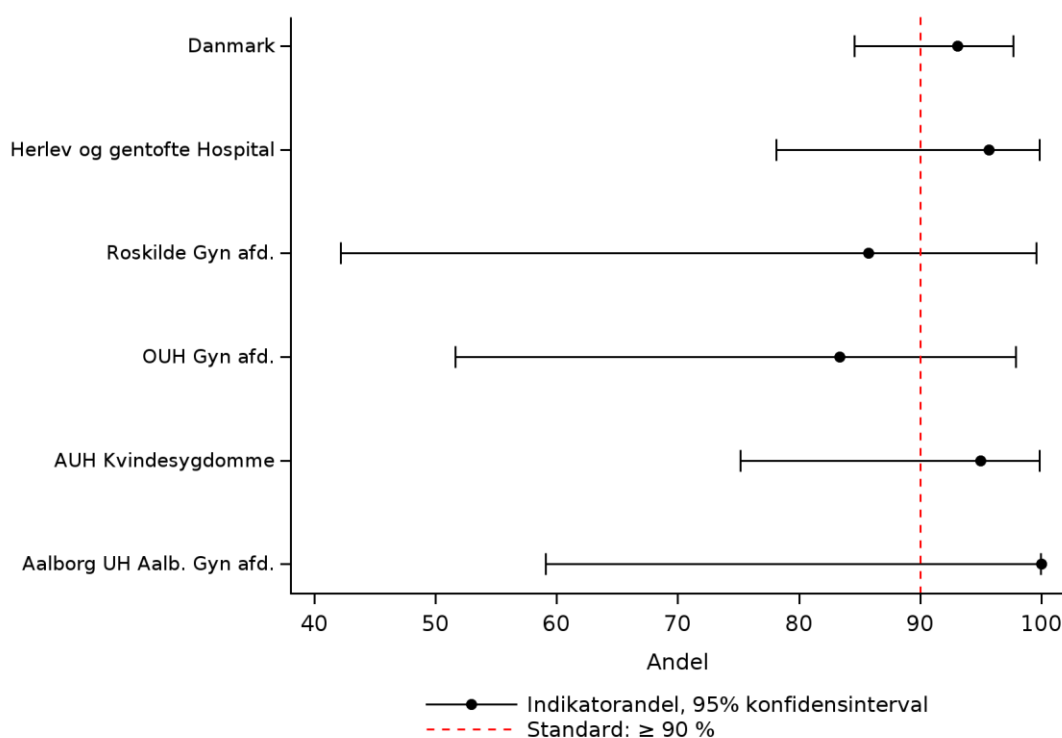
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	178	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	2.977	Ej prolaps i midterste kompartment
	794	Ej tidligere hysterektomeret
	73	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	1	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	92	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

Trendgraf, regioner



## 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 2020.

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

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 56 % (92 operationsforløb), dvs. komplementet er 44 %. Årsagen til de uoplyste forløb er, at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen. De uoplyste består formodentlig af en blanding af kvinder, der tidligere har fået foretaget hysterektomi og kvinder, der ikke tidligere har fået foretaget hysterektomi. Kvinder, der har bevaret uterus, skal ikke indgå i indikatoren, men da denne oplysning ikke er indberettet til databasen, indgår kvinderne som "uoplyste" i både indikator 15a og 15b.

Blandt patienter, der tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartment i 2020 har 93 % (95 % CI 85-98 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation.

Standarden er fastsat til 90 %, hvilket er opfyldt i 3 af de 5 regioner. Region Sjælland og Region Syddanmark opfylder ikke standarden med indikatorværdier på hhv. 88 og 83 %. Dog er der i Region Sjælland kun inkluderet 8 relevante patientforløb, og resultatet bør derfor ikke tolkes selvstændigt. Ligeledes har Region Nordjylland kun inkluderet 7 relevante patientforløb, og dette resultat bør derfor heller ikke danne grundlag for selvstændig tolkning.

Kun 3 afdelinger har mere end 10 relevante patientforløb; indikatorresultaterne varierer fra 83-96 %. Alle resultater på afdelingsniveau bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

Diskussion og implikationer og Anbefaling følger efter indikator 16b

## Indikator 16a

Ingen recidivoperation (5 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartment hvor patienten ikke er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner". Uoplyst antal er forløb, hvor der ikke er oplysninger om, hvorvidt der tidligere er foretaget hysterektomi.

Standard:  $\geq 90\%$

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

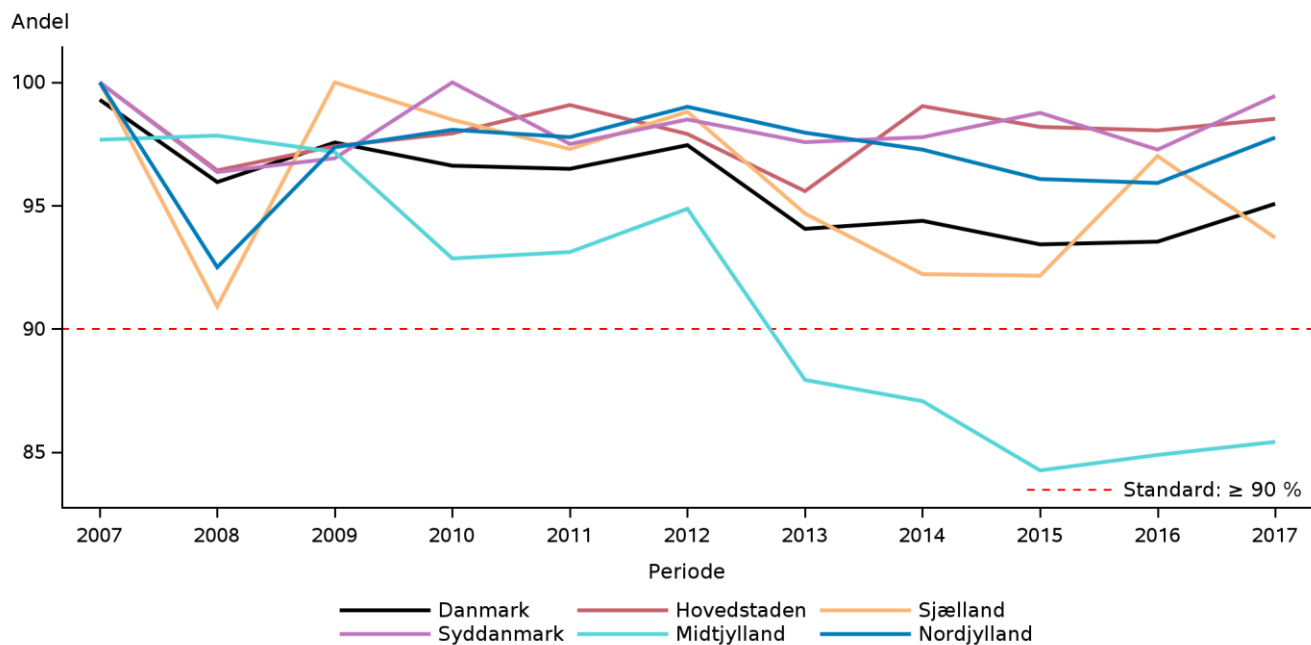
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	95% CI	2016 Andel	2015 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	811 / 853	111 (12)	95	(93-96)	94	93
<b>Hovedstaden</b>	Ja	200 / 203	11 (5)	99	(96-100)	98	98
<b>Sjælland</b>	Ja	104 / 111	39 (26)	94	(87-97)	97	92
<b>Syddanmark</b>	Ja	181 / 182	38 (17)	99	(97-100)	97	99
<b>Midtjylland</b>	Nej	164 / 192	14 (7)	85	(80-90)	85	84
<b>Nordjylland</b>	Ja	131 / 134	6 (4)	98	(94-100)	96	96
<b>Hovedstaden</b>	Ja	200 / 203	11 (5)	99	(96-100)	98	98
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	26 / 28	2 (7)	93	(76-99)	100	100
Bornholms Hospital	Ja	## / #	1 (33)	100	(16-100)	83	
Herlev og gentofte Hospital	Ja	117 / 118	7 (6)	99	(95-100)	98	99
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	55 / 55	1 (2)	100	(94-100)	100	96
<b>Sjælland</b>	Ja	104 / 111	39 (26)	94	(87-97)	97	92
Holbæk Gyn afd.	Ja	24 / 24	3 (11)	100	(86-100)	95	100
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	13 / 15	3 (17)	87	(60-98)	93	67
Roskilde Gyn afd.	Ja	45 / 49	13 (21)	92	(80-98)	98	93
Slagelse Gyn afd.	Ja	22 / 23	20 (47)	96	(78-100)	100	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	181 / 182	38 (17)	99	(97-100)	97	99
Kolding Sygehus	Ja	33 / 33	6 (15)	100	(89-100)	95	100
OUH Gyn afd.	Ja	103 / 104	23 (18)	99	(95-100)	96	100
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	19 / 19	3 (14)	100	(82-100)	100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	26 / 26	6 (19)	100	(87-100)	100	88
<b>Midtjylland</b>	Nej	164 / 192	14 (7)	85	(80-90)	85	84
AUH Kvindesygdomme	Nej	73 / 98	3 (3)	74	(65-83)	73	79
Hospitalsenhed Midt	Ja	33 / 33	3 (8)	100	(89-100)	97	95
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	24 / 24	0 (0)	100	(86-100)	100	83
Regionshospitalet Horsens	Ja	13 / 13	1 (7)	100	(75-100)	93	84
Regionshospitalet Randers	Nej	21 / 24	7 (23)	88	(68-97)	97	97
<b>Nordjylland</b>	Ja	131 / 134	6 (4)	98	(94-100)	96	96
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	78 / 79	3 (4)	99	(93-100)	97	98
Aalborg UH Thisted	Ja	17 / 17	1 (6)	100	(80-100)	93	97

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/nævner	antal (%)	01.01.2017 - 31.12.2017 Andel	95% CI	2016 Andel	2015 Andel
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	36 / 38	2 (5)	95	(82-99)	96	87
<b>Privathospitaller</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	## / #	1 (33)	100	(16-100)	100	100
Aleris-Hamlet Ringsted		0 / 0	2 (100)				
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	100	100
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100	
Privathospitalet Kollund, Kruså						100	
Privathospitalet Møn		0 / 0					100

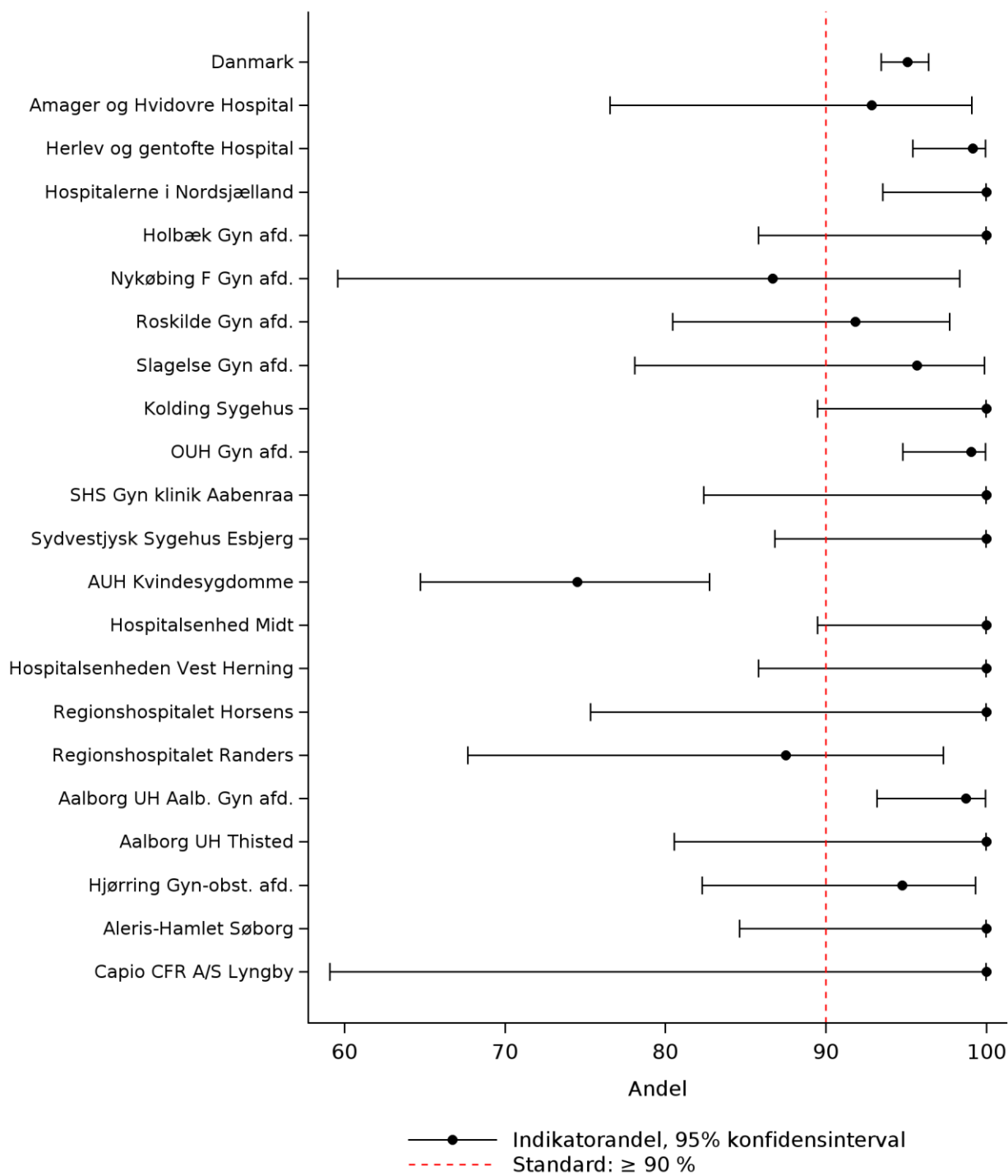
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	365	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.432	Ej prolaps i midterste kompartiment
	210	Tidligere hysterektomeret
	164	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
<b>Uoplyst:</b>	111	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

Trendgraf, regioner



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 2017.

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

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 12 % (111 operationsforløb), dvs. kompletheden er 88 %. Årsagen til de uoplyste forløb er, at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen. De uoplyste består formodentlig af en blanding af kvinder, der tidligere har fået foretaget hysterektomi og kvinder, der ikke tidligere har fået foretaget hysterektomi. Kvinder, der tidligere har fået foretaget hysterektomi, skal ikke indgå i indikatoren, men da denne oplysning ikke er indberettet til databasen, indgår kvinderne som "uoplyste" i både indikator 16a og 16b.

Blandt patienter, der ikke tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2017 har 95 % (95 % CI 93-96 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation.

Standarden er fastsat til 90 %, hvilket er opfyldt på landsplan og i 4 af de 5 regioner. Kun Region Midtjylland opfylder ikke standarden med en indikatorværdi på 85 %.

Af de 20 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 17 standarden. Nykøbing F Gyn afd., AUH Kvindesygdomme og Regionshospitalet Randers ligger under standarden med indikatorresultater mellem 74 og 88 %. AUH Kvindesygdomme er dog den eneste afdeling, der med sikkerhed ligger under standarden, idet standarden ikke er indeholdt i konfidensintervallet for denne afdeling.

Trendgrafene på regionsniveau viser, at indikatorværdien stort set har ligget stabilt over 90 % i 4 af de 5 regioner siden 2008, men med lidt større variation mellem regionerne de seneste år. Region Midtjylland skiller sig dog ud med faldende indikatorværdier siden 2013.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2007 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

### Diskussion og implikationer for 15a og 16a

På landsplan opfyldes standarden for Indikator 15a med 99 % og alle regioner ligger ligeledes højt med 98-99 %. Kun en enkelt afdeling opfylder ikke standarden, men har indikatorværdien indeholdt i konfidensintervallet.

Indikator 16a er ligeledes opfyldt på landsplan med landsgennemsnit på 95 %. 4 ud af 5 regioner opfylder standarden. 3 afdelinger opfylder ikke standarden, men kun AUH har ikke indikatorværdien indeholdt i konfidensintervallet. Som det illustreres ved Trendgrafene for Indikator 15a har AUH siden 2018-19 arbejdet på at mindske recidiv operationer i midterste kompartiment med bevaret uterus, og vi forventer at AUH i fremtiden opfylder indikatoren.



Andelen af "uoplyste" forløb er på landsplan 12 %. Årsagen til de "uoplyste" forløb er, at patienten ikke har svaret på, om de tidligere har fået fjernet livmoderen.

Styregruppen har i 2022 arbejdet på alternative måder til at få andelen af "uoplyste" bragt ned, eftersom andelen af "uoplyste" ses at være en generel udfordring. Styregruppen har derfor besluttet at indgive ønske til RKKP om justering i indtastningsmodulet Topica. Det er et ønske, at hysterektomi status bliver flyttet fra patientskemaet 1A til forundersøgelseskemaet 1B. Her vil det være den læge, der undersøger patienten og planlægger operation, som indtaster, om der er bevaret uterus. Alternativt kan der arbejdes for at få tilladelse fra Sundhedsdatastyrelsen til at trække oplysningen fra LPR.

#### Anbefaling

Styregruppen fastsatte ved Årsrapport 2021 standard for indikator 15a og 16a til hhv.  $\geq 95$  % og  $\geq 90$  %. Der findes ikke behov for justering, og indikatoren for både 15a og 16a bevares i sin nuværende form.

## Indikator 16b

Ingen recidivoperation (5 år) efter primær operation for prolaps i midterste kompartment hvor patienten er hysterektomeret forud for den primære operation. Detaljerede indikatordefinitioner ses i "Appendiks 1: Indikatordefinitioner". Uoplyst antal er forløb, hvor der ikke er oplysninger om, hvorvidt der tidligere er foretaget hysterektomi.

Standard:  $\geq 85\%$

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

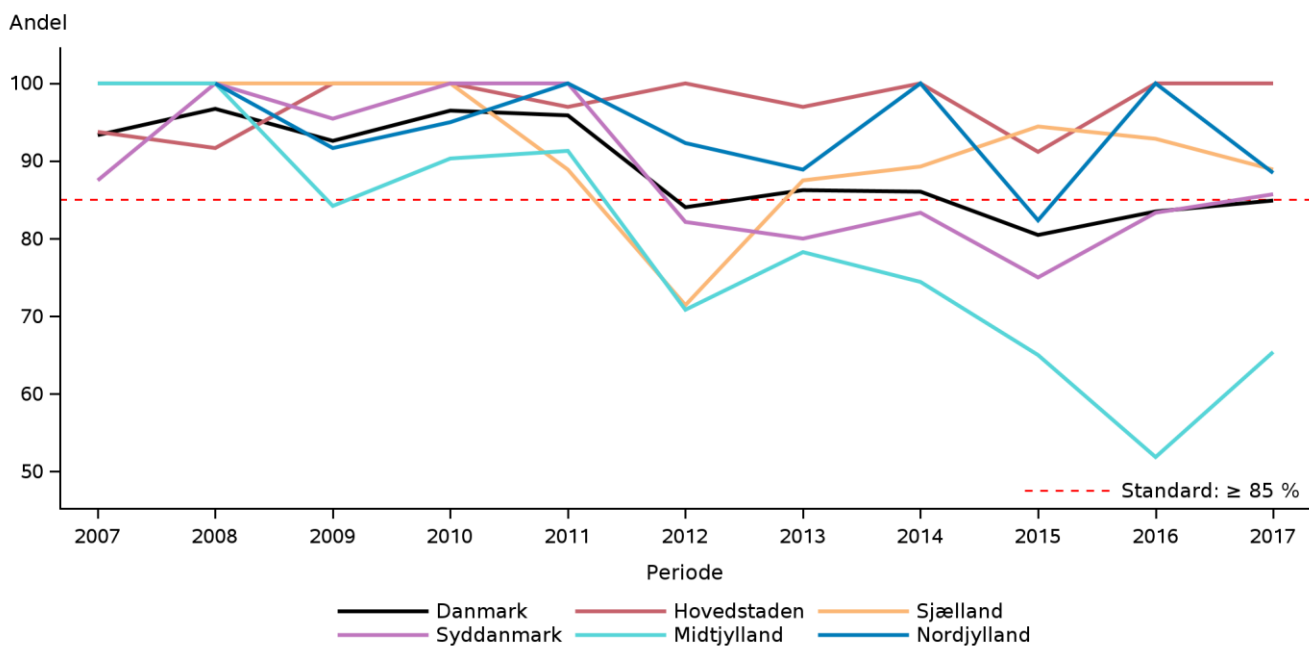
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 85\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	90 / 106	111 (51)	85	(77-91)	83	80
<b>Hovedstaden</b>	Ja	24 / 24	11 (31)	100	(86-100)	100	91
<b>Sjælland</b>	Ja	8 / 9	39 (81)	89	(52-100)	93	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	18 / 21	38 (64)	86	(64-97)	83	75
<b>Midtjylland</b>	Nej	17 / 26	14 (35)	65	(44-83)	52	65
<b>Nordjylland</b>	Ja	23 / 26	6 (19)	88	(70-98)	100	82
<b>Hovedstaden</b>	Ja	24 / 24	11 (31)	100	(86-100)	100	91
Amager og Hvidovre Hospital		0 / 0	2 (100)				
Bornholms Hospital		0 / 0	1 (100)				
Herlev og gentofte Hospital	Ja	21 / 21	7 (25)	100	(84-100)	100	90
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	3 / 3	1 (25)	100	(29-100)	100	100
<b>Sjælland</b>	Ja	8 / 9	39 (81)	89	(52-100)	93	94
Holbæk Gyn afd.	Ja	## / #	3 (75)	100	(3-100)	100	
Nykøbing F Gyn afd.		0 / 0	3 (100)			100	50
Roskilde Gyn afd.	Ja	7 / 8	13 (62)	88	(47-100)	91	100
Slagelse Gyn afd.		0 / 0	20 (100)			100	
<b>Syddanmark</b>	Ja	18 / 21	38 (64)	86	(64-97)	83	75
Kolding Sygehus	Ja	## / #	6 (86)	100	(3-100)		
OUH Gyn afd.	Nej	15 / 18	23 (56)	83	(59-96)	78	73
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	## / #	3 (60)	100	(16-100)	100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		0 / 0	6 (100)				
<b>Midtjylland</b>	Nej	17 / 26	14 (35)	65	(44-83)	52	65
AUH Kvindesygdomme	Nej	16 / 25	3 (11)	64	(43-82)	52	63
Hospitalsenhed Midt		0 / 0	3 (100)			50	
Regionshospitalet Horsens	Ja	## / #	1 (50)	100	(3-100)		100
Regionshospitalet Randers		0 / 0	7 (100)				100
<b>Nordjylland</b>	Ja	23 / 26	6 (19)	88	(70-98)	100	82
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Ja	18 / 21	3 (13)	86	(64-97)	100	81
Aalborg UH Thisted	Ja	5 / 5	1 (17)	100	(48-100)		100
Hjørring Gyn-obst. afd.		0 / 0	2 (100)			100	

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017		Tidligere år	
	≥ 85% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2016 Andel	2015 Andel
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0	1 (100)				
Aleris-Hamlet Ringsted		0 / 0	2 (100)				
Aleris-Hamlet Søborg		0 / 0				100	100
Capio CFR A/S Lyngby		0 / 0				100	

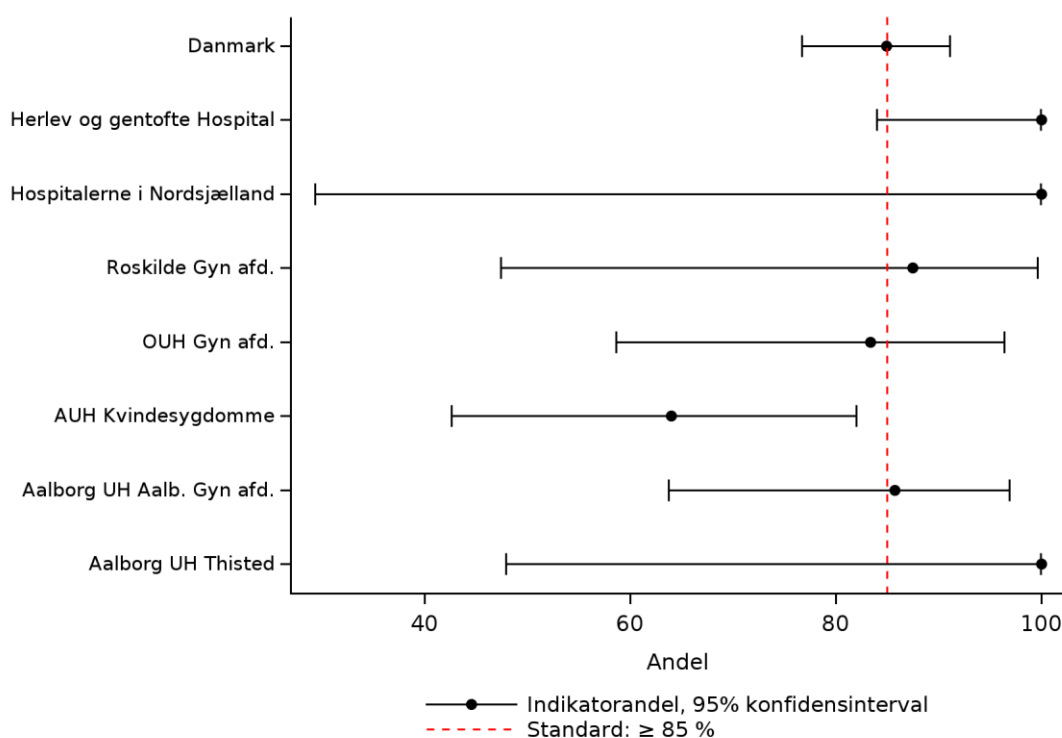
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	365	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.432	Ej prolaps i midterste kompartment
	1.001	Ej tidligere hysterektomeret
	115	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	5	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase
<b>Uoplyst:</b>	111	Uoplyst - Ej oplysning om tidligere hysterektomi

Trendgraf, regioner



## Konfidensintervalplot, enheder

**Kommentar til indikator 16b**Datagrundlag og beregningsregler

Opgørelsen beskriver andelen af tidligere hysterektomerede patienter med primær prolapsoperation i midterste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2017.

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

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 51 % (111 operationsforløb), dvs. komplettheden er 49 %. Årsagen til de uoplyste forløb er, at patienten ikke har svaret på, om hun tidligere har fået fjernet livmoderen. De uoplyste består formodentlig af en blanding af kvinder, der tidligere har fået foretaget hysterektomi og kvinder, der ikke tidligere har fået foretaget hysterektomi. Kvinder, der ikke tidligere har fået foretaget hysterektomi, skal ikke indgå i indikatoren, men da denne oplysning ikke er indberettet til databasen, indgår kvinderne som "uoplyste" i både indikator 16a og 16b.

Blandt patienter, der tidligere er hysterektomeret, og som har fået foretaget en primær prolapsoperation i midterste kompartiment i 2017 har 84,9 % (afrundet til 85 % i indikator Tabellen) (95 % CI 77-91 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation.

Standarden på 85 % er således akkurat ikke opfyldt på landsplan. I 4 af de 5 regioner er standarden opfyldt med indikatorresultater mellem 86 og 100 %. Region Midtjylland opfylder ikke standarden med en indikatorværdi på 65 %.

Kun 4 afdelinger har mere end 10 relevante patientforløb; indikatorresultaterne varierer fra 64-100 %. Alle resultater på afdelingsniveau bør tolkes med forsigtighed pga. de små patientantal.

Trendgrafene viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

#### Diskussion og implikationer for 15b og 16b

Standarden for 15b er på landsplan opfyldt med 93 %, men ikke på regionsniveau. 2 ud af 5 regioner har en indikatorværdi under 90 %, men med indikatorværdien i konfidensintervallet.

Standarden for Indikator 16b er på landsplan på decimalen ikke opfyldt med 84,9 %. Region Midtjylland opfylder ikke standarden med indikatorværdi på 64 %, men med forbedring fra 2021 (52 %). Andelen af "uoplyste" på landsplan er for de 2 indikatorer hhv. 56 og 51 % og faldet fra Årsrapport 2021 (59 og 64%). Årsagen til de uoplyste forløb er, at patienterne ikke har svaret på, om de tidligere har fået fjernet livmoderen.

Den store andel "uoplyste" skyldes, at Styregruppen har valgt, at lade alle patienter med manglende oplysning om hysterektomistatus indgå som "uoplyste" for alle indikatorer i midterste kompartiment. Da gruppen af tidligere hysterektomerede (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 hysterektomi med samtidig suspension og hvilke der er forbeholdt suspension af vaginaltop efter tidligere hysterektomi.

Der er flere mindre afdelinger som pga. få operationer med manglende registrering af hysterektomistatus får høje % tal på "uoplyste" (9 afdelinger registreres med 100%), som derved påvirker det totale billede negativt.

Styregruppen har i 2022 arbejdet på alternative måder til at få andelen af uoplyste bragt ned, eftersom andelen af uoplyste ses at være en generel udfordring. Styregruppen har derfor besluttet, at indgive ønske til RKKP om justering i indtastningsmodulet i Topica. Det er et ønske at hysterektomi status bliver flyttet fra patientskemaet 1A til forundersøgelseskemaet 1B. Her vil det være den læge, der undersøger kvinden og planlægger operation, som indtaster, om der er bevaret uterus. Alternativt kan der arbejdes for at få tilladelse fra Sundhedsdatastyrelsen til at trække oplysningen fra LPR.

#### Anbefaling

Styregruppen fastsatte ved Årsrapport 2021 standard for Indikator 15b og 16b til hhv.  $\geq 90$  % og  $\geq 85$  %. Der findes ikke behov for justering og indikatorerne beholdes i deres nuværende form.

## Indikator 17

Ingen recidivoperation (2 år) i bagerste kompartment efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 1: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 95\%$

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

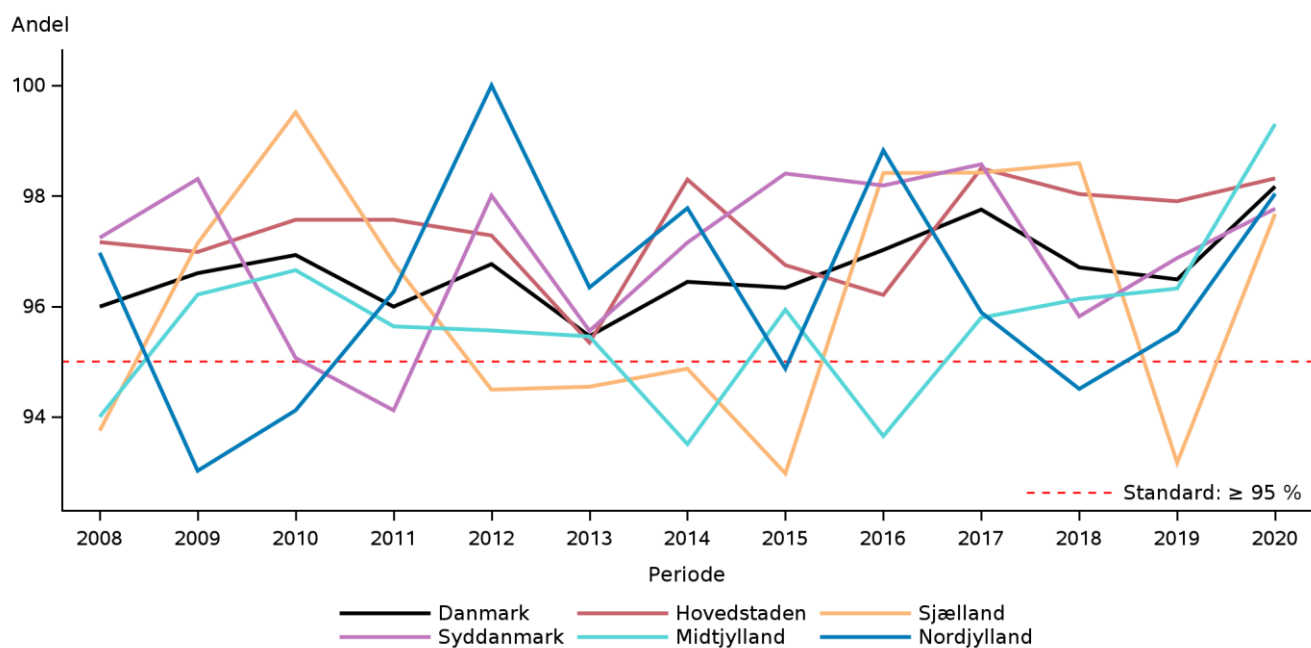
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$ opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	912 / 929	0 (0)	98	(97-99)	96	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	292 / 297	0 (0)	98	(96-99)	98	98
<b>Sjælland</b>	Ja	126 / 129	0 (0)	98	(93-100)	93	99
<b>Syddanmark</b>	Ja	219 / 224	0 (0)	98	(95-99)	97	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	142 / 143	0 (0)	99	(96-100)	96	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	100 / 102	0 (0)	98	(93-100)	96	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	292 / 297	0 (0)	98	(96-99)	98	98
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	39 / 43	0 (0)	91	(78-97)	97	95
Bornholms Hospital	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	100	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	170 / 171	0 (0)	99	(97-100)	100	99
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	79 / 79	0 (0)	100	(95-100)	93	98
<b>Sjælland</b>	Ja	126 / 129	0 (0)	98	(93-100)	93	99
Holbæk Gyn afd.	Ja	39 / 41	0 (0)	95	(83-99)	100	100
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	28 / 28	0 (0)	100	(88-100)	88	100
Roskilde Gyn afd.	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	82	96
Slagelse Gyn afd.	Ja	38 / 39	0 (0)	97	(87-100)	96	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	219 / 224	0 (0)	98	(95-99)	97	96
Kolding Sygehus	Ja	31 / 31	0 (0)	100	(89-100)	100	98
OUH Gyn afd.	Ja	124 / 128	0 (0)	97	(92-99)	97	96
SHS Gyn klinik Aabenraa	Nej	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	100	85
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	7 / 7	0 (0)	100	(59-100)	100	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	44 / 44	0 (0)	100	(92-100)	88	97
<b>Midtjylland</b>	Ja	142 / 143	0 (0)	99	(96-100)	96	96
AUH Kvindesygdomme	Ja	50 / 50	0 (0)	100	(93-100)	95	94
Hospitalsenhed Midt	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	97	98
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	26 / 26	0 (0)	100	(87-100)	100	97
Regionshospitalet Horsens	Nej	18 / 19	0 (0)	95	(74-100)	83	90
Regionshospitalet Randers	Ja	27 / 27	0 (0)	100	(87-100)	100	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	100 / 102	0 (0)	98	(93-100)	96	95
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	28 / 30	0 (0)	93	(78-99)	93	90
Aalborg UH Thisted	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	52 / 52	0 (0)	100	(93-100)	94	94

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019 Andel	2018 Andel
<b>Privathospitaller</b>							
Aleris-Hamlet Aalborg		0 / 0				100	100
Aleris-Hamlet Ringsted		0 / 0				100	80
Aleris-Hamlet Søborg	Nej	13 / 14	0 (0)	93	(66-100)	100	92
CPH Privathospital A/S	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)	100	
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	#/#	0 (0)	100	(16-100)	100	100
Privathospitalet Kollund, Kruså							100
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	17 / 17	0 (0)	100	(80-100)		

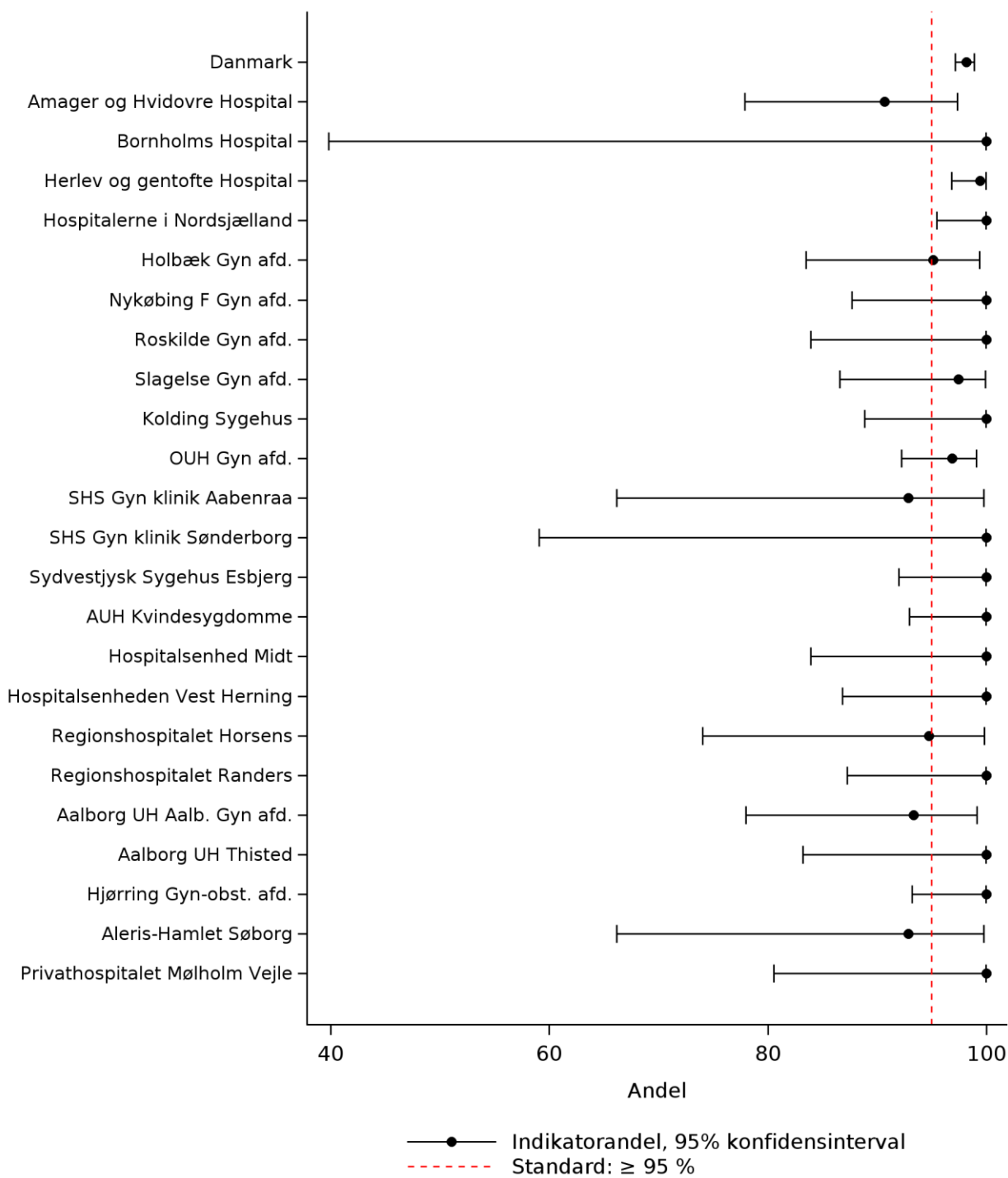
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1	Patient ikke fyldt 18 på operationstidspunktet
	178	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	2.953	Ej prolaps i bagerste kompartiment (KLEF03)
	120	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	7	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase

Trendgraf, regioner



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) udelukkende i bagerste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2020.

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 kompartiment registreret i DugaBase.

### Resultater

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 kompartiment i 2020 har 98 % (95 % CI: 97-99 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 95 % er opfyldt på landsplan. Ligeledes er standarden opfyldt i alle 5 regioner med indikatorværdier på 98-99 %.

Af de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb opfylder 16 standarden på mindst 95 %. De 5 afdelinger, der ikke opfylder standarden, har alle standarden indeholdt i konfidensintervallet. Regionshospitalet Horsens ligger lige på grænsen til at opfylde standarden med en indikatorværdi på 94,7 %, der er afrundet til 95 % 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.

I trendgrafen ses det, at variationen mellem regioner er reduceret i aktuelle år sammenlignet med tidligere år. Det er usikkert, hvorvidt dette er et tilfældigt udsving eller en tendens.

Trendgrafen viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2008 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. 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 kompartiment efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartiment. Detaljerede indikatordefinitioner ses i ”Appendiks 1: Indikatordefinitioner”.

Standard:  $\geq 90\%$

### Indikator 18: Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) udelukkende i bagerste kompartiment

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017 Andel	95% CI	2016 Andel	2015 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.154 / 1.201	0 (0)	96	(95-97)	95	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	323 / 333	0 (0)	97	(95-99)	95	96
<b>Sjælland</b>	Ja	185 / 190	0 (0)	97	(94-99)	97	91
<b>Syddanmark</b>	Ja	343 / 350	0 (0)	98	(96-99)	97	97
<b>Midtjylland</b>	Ja	196 / 214	0 (0)	92	(87-95)	92	93
<b>Nordjylland</b>	Ja	69 / 73	0 (0)	95	(87-98)	95	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	323 / 333	0 (0)	97	(95-99)	95	96
Amager og Hvidovre Hospital	Ja	42 / 44	0 (0)	95	(85-99)	82	95
Bornholms Hospital	Ja	## / ##	0 (0)	100	(16-100)	100	100
Herlev og gentofte Hospital	Ja	204 / 208	0 (0)	98	(95-99)	97	98
Hospitalet i Nordsjælland	Ja	75 / 79	0 (0)	95	(88-99)	97	94
<b>Sjælland</b>	Ja	185 / 190	0 (0)	97	(94-99)	97	91
Holbæk Gyn afd.	Ja	34 / 34	0 (0)	100	(90-100)	98	91
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	96	83
Roskilde Gyn afd.	Ja	88 / 92	0 (0)	96	(89-99)	98	94
Slagelse Gyn afd.	Ja	43 / 44	0 (0)	98	(88-100)	92	95
<b>Syddanmark</b>	Ja	343 / 350	0 (0)	98	(96-99)	97	97
Kolding Sygehus	Ja	60 / 60	0 (0)	100	(94-100)	100	100
OUH Gyn afd.	Ja	210 / 214	0 (0)	98	(95-99)	96	96
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	44 / 46	0 (0)	96	(85-99)	95	95
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	29 / 30	0 (0)	97	(83-100)	98	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	196 / 214	0 (0)	92	(87-95)	92	93
AUH Kvindesygdomme	Nej	57 / 66	0 (0)	86	(76-94)	91	93
Hospitalsenhed Midt	Ja	42 / 44	0 (0)	95	(85-99)	93	92
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	35 / 38	0 (0)	92	(79-98)	100	100
Regionshospitalet Horsens	Ja	29 / 32	0 (0)	91	(75-98)	69	90
Regionshospitalet Randers	Ja	33 / 34	0 (0)	97	(85-100)	91	89
<b>Nordjylland</b>	Ja	69 / 73	0 (0)	95	(87-98)	95	94
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	15 / 17	0 (0)	88	(64-99)	87	92
Aalborg UH Thisted	Ja	14 / 15	0 (0)	93	(68-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	40 / 41	0 (0)	98	(87-100)	100	91

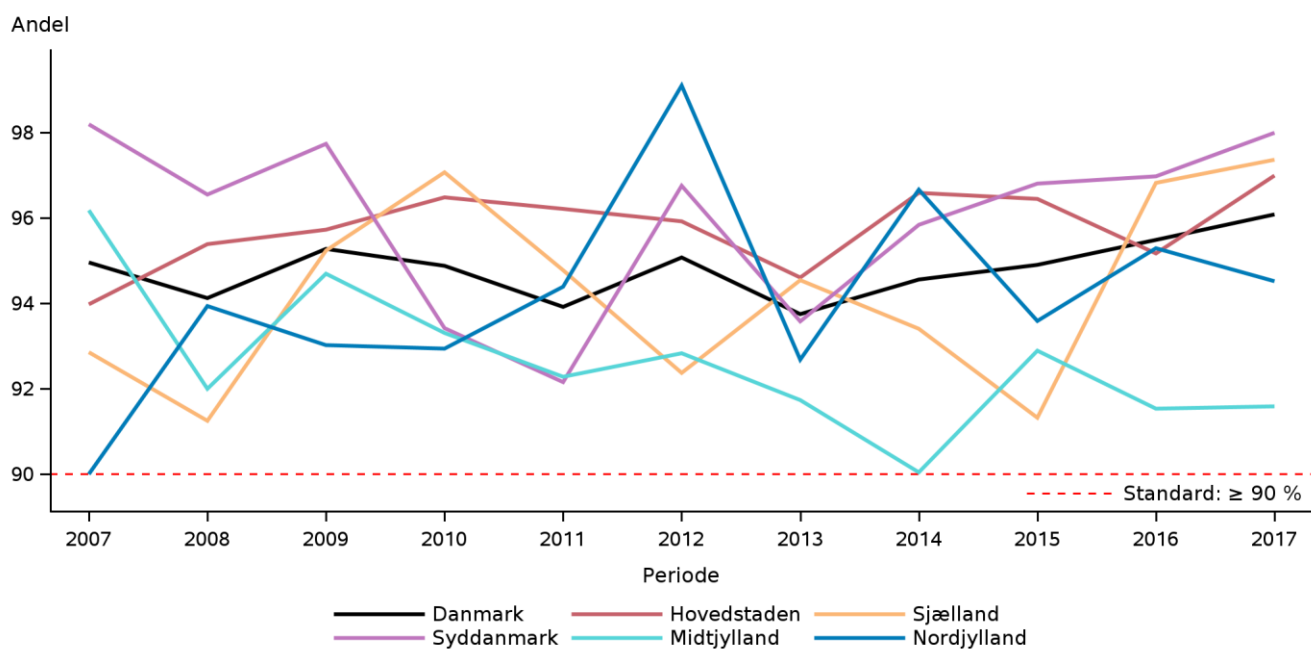
#### Privathospitaler

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	#/#	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Aleris-Hamlet Ringsted	Nej	4 / 5	0 (0)	80	(28-99)		
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	21 / 23	0 (0)	91	(72-99)	94	100
Capio CFR A/S Lyngby	Ja	12 / 12	0 (0)	100	(74-100)	100	
Privathospitalet Kollund, Kruså						100	100
Privathospitalet Møn		0 / 0				100	100

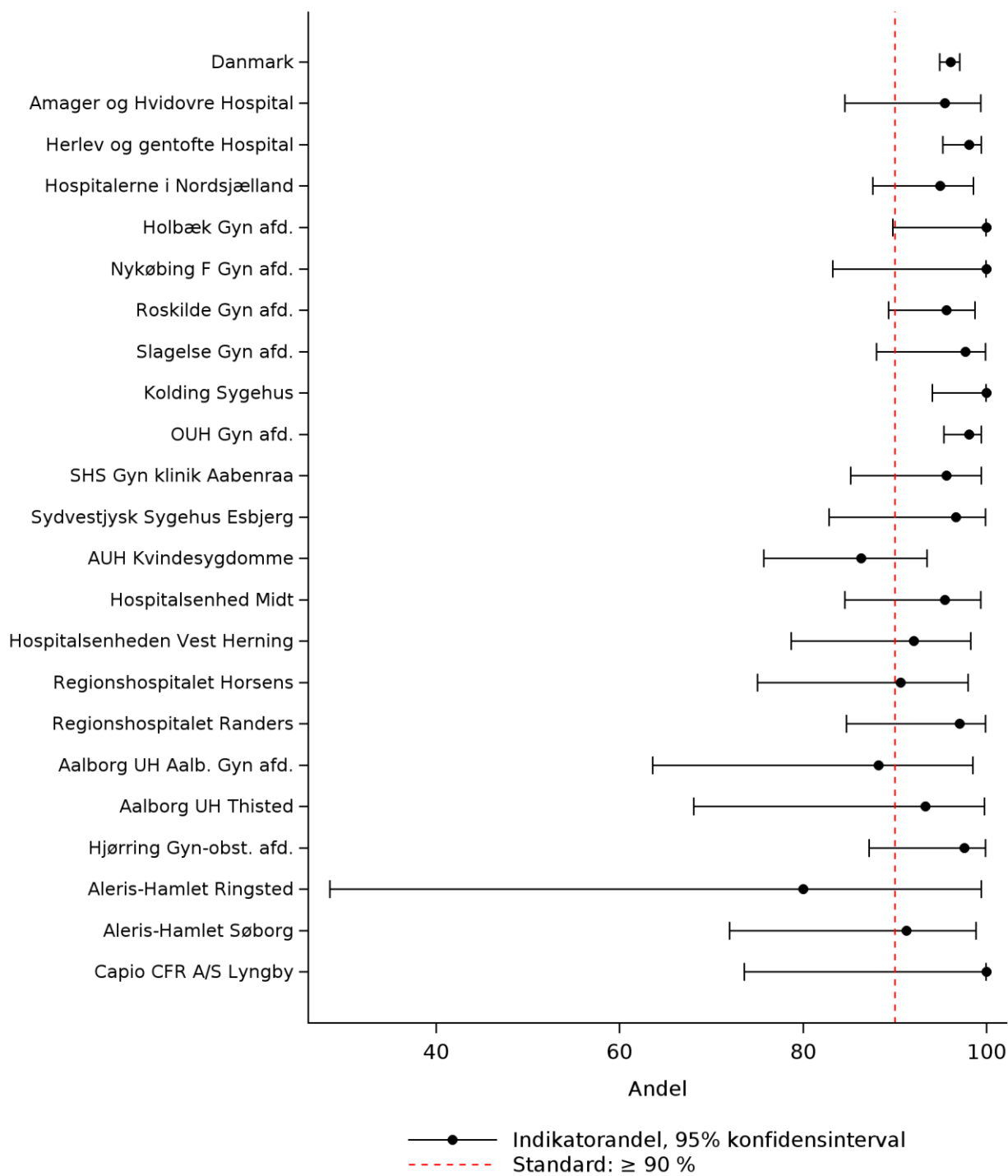
Bortfald

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	365	Registreret i LPR, manglende indtastet forløb i DugaBase
	3.439	Ej prolaps i bagerste kompartment (KLEF03)
	120	Ikke primær operation. Kirurgens markering af recidiv
	10	Ikke primær operation. Tidligere operationsforløb i DugaBase

Trendgraf, regioner



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) udelukkende i bagerste kompartiment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation i 2017.

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 kompartiment registreret i DugaBase.

### Resultater

For nogle afdelinger er antallet af operationer ikke højt, så enkelte/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 kompartiment i 2017 har 95 % (95 % CI: 95-97 %) ikke fået en recidivoperation indenfor 5 år efter den primære operation, hvorved standarden på mindst 90 % er opfyldt på landsplan. Der er minimal variation mellem regionerne; alle 5 regioner opfylder standarden med indikatorværdier mellem 92 og 98 %.

Af de 21 afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb er standarden opfyldt på 19 afdelinger. De 2 afdelinger der ikke opfylder standarden (AUH Kvindesygdomme og Aalborg UH Aalb Gyn afd.) har indikatorværdier på hhv. 86 og 88 %, og standarden er indeholdt i konfidensintervallet for begge afdelinger.

Trendgrafnen viser regionernes indikatoropfyldelse tilbage til 2007 med den nuværende beregningsmetode, der blev ændret i 2020. Tidligere års resultater er således blot til orientering og oplysning.

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

Som recidiv operation regnes ethvert indgreb som kan henføres til bageste kompartiment. Se indikator definitioner i appendiks 1. Indsnævringen af primær operationer betyder, at mange afdelinger kommer ned på et antal indgreb, hvor den statistiske usikkerhed bliver stor, og få recidiv operationer kan medføre, at indikatoren ikke opfyldes.

Indikator 17 opfyldes på landsplan med indikatorværdi på 98 % og alle regioner opfylder standarden. Illustreret i Trendgrafnen ses begrænset variation mellem regioner. Der registreres forbedring fra Årsrapport 2021. 5 afdelinger opfylder ikke standarden, men har alle indikatorværdien indeholdt i konfidensintervallet.

Indikator 18 opfyldes på landsplan med indikator værdi på 96 % og opfyldes i alle 5 regioner. Kun 2 afdelinger med mere end 10 forløb opfylder ikke standarden, men har begge indikatorværdien indeholdt i konfidensintervallet.

### Anbefaling

Da forekomst af recidiv operation kun er et indirekte mål for kirurgisk kvalitet, kunne man ønske at opnå et bedre mål for varighed af prolapsoperationer, f.eks. ved at monitorere patientgruppen med indsamling af oplysninger om tilfredshed og evt. anden behandling med øget tidsmæssig afstand til primære operation. Styregruppen fortsætter sit arbejde med afsøgning af forskellige modeller og muligheder inden for lovgivningens og ressource forbrugets rammer.

Indikatoren fortsætter i sin nuværende form.

# Supplerende opgørelser

Tabel 1A. Aldersfordeling for patienter opereret for primær urininkontinens med slyngeoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022

	Antal	Uoplyst, Antal	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
<b>Danmark</b>	490	0	50,9	49,2	43,0	56,5
<b>Hovedstaden</b>	136	0	50,8	48,9	44,0	55,4
<b>Sjælland</b>	48	0	53,9	51,5	47,1	58,9
<b>Syddanmark</b>	69	0	49,6	47,6	40,8	52,9
<b>Midtjylland</b>	108	0	49,7	48,7	41,8	55,9
<b>Nordjylland</b>	88	0	51,0	50,0	42,8	57,3
<b>Privathospitaler</b>	41	0	52,6	48,6	44,4	60,0
<b>Hovedstaden</b>	136	0	50,8	48,9	44,0	55,4
Amager og Hvidovre Hospital	27	0	53,7	50,1	46,9	58,6
Herlev og Gentofte Hospital	65	0	50,2	47,6	42,7	54,1
Hospitalerne i Nordsjælland	44	0	49,7	48,8	43,8	54,5
<b>Sjælland</b>	48	0	53,9	51,5	47,1	58,9
Nykøbing F Gyn afd.	16	0	54,9	52,8	46,8	63,7
Roskilde Gyn afd.	32	0	53,4	51,2	47,4	56,6
<b>Syddanmark</b>	69	0	49,6	47,6	40,8	52,9
OUH Gyn afd.	54	0	48,2	46,3	40,1	51,5
SHS Gyn klinik Aabenraa	14	0	55,2	53,9	41,4	64,7
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	0	#	#	#	#
<b>Midtjylland</b>	108	0	49,7	48,7	41,8	55,9
AUH Kvindesygdomme	67	0	49,8	50,4	42,9	56,4
Hospitalsenhed Midt	41	0	49,5	47,5	40,2	55,7
<b>Nordjylland</b>	88	0	51,0	50,0	42,8	57,3
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	56	0	51,0	49,6	44,6	56,6
Hjørring Gyn-obst. afd.	32	0	51,0	51,3	40,4	58,7
<b>Privathospitaler</b>	41	0	52,6	48,6	44,4	60,0
Aleris-Hamlet Søborg	12	0	48,3	45,1	39,2	57,3
Privathospitalet Mølholm Vejle	29	0	54,4	51,8	45,0	60,4

**Tabel 1B. Aldersfordeling for patienter opereret for primær urininkontinens med bulkingoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	Antal	Uoplyst, Antal	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
<b>Danmark</b>	203	0	63,7	64,6	50,5	76,8
<b>Hovedstaden</b>	54	0	67,7	73,2	53,1	79,2
<b>Sjælland</b>	5	0	55,6	51,8	49,6	53,8
<b>Syddanmark</b>	29	0	61,8	61,8	48,8	76,4
<b>Midtjylland</b>	47	0	63,5	64,7	49,8	75,0
<b>Nordjylland</b>	68	0	62,0	63,0	50,4	76,7
<b>Hovedstaden</b>	54	0	67,7	73,2	53,1	79,2
Herlev og Gentofte Hospital	54	0	67,7	73,2	53,1	79,2
<b>Sjælland</b>	5	0	55,6	51,8	49,6	53,8
Roskilde Gyn afd.	5	0	55,6	51,8	49,6	53,8
<b>Syddanmark</b>	29	0	61,8	61,8	48,8	76,4
OUH Gyn afd.	29	0	61,8	61,8	48,8	76,4
<b>Midtjylland</b>	47	0	63,5	64,7	49,8	75,0
AUH Kvindesygdomme	46	0	63,6	65,8	49,8	75,0
Regionshospitalet Gødstrup	#	0	#	#	#	#
<b>Nordjylland</b>	68	0	62,0	63,0	50,4	76,7
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	68	0	62,0	63,0	50,4	76,7

Kommentar til tabel 1A og 1B:

Tabel 1A og 1B er forskudt 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 1 og 2 (for tabel 1A) og indikator 3 og 4 (for tabel 1B). Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Styregruppens kommentar til tabel 1A og 1B:

Generelt ses, at gruppen af patienter, der får lavet slyngeoperation er yngre end patienter med bulkingoperation. På landsplan ligger median alder for kvinder der får lavet slyngeoperation på 49,2 og med meget lille variation mellem regioner og afdelinger.

Alder for kvinder der får lavet bulkingoperationer varierer på landsplan i forhold til årsrapport 2021 mere. Herlev tilbyder bulkingoperation til noget ældre kvinder end gennemsnittet. Det kan have betydning for succes rate og dermed forklare at Herlev i 2022 fremkommer med en noget lavere indikatorværdi end de foregående år. Ligeledes ses at Roskilde har tilbudt bulking til noget yngre kvinder, men har kun lavet indgreb på 5 kvinder, og dermed et lille antal, som man skal være forsigtig at tolke på.

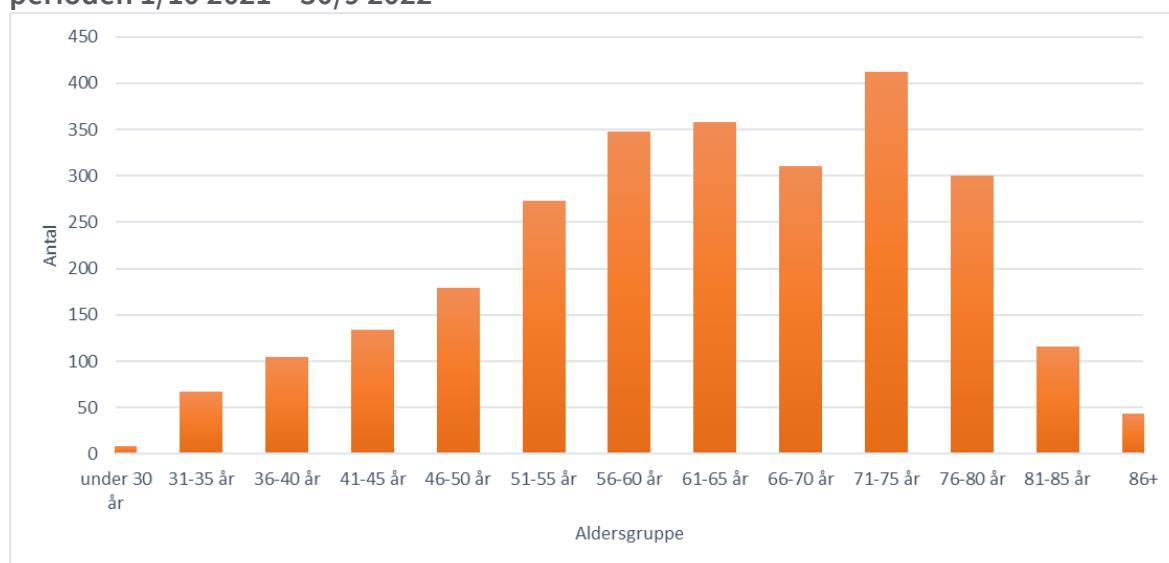
**Tabel 2. Aldersfordeling for patienter opereret for primær prolaps i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	Antal	Uoplyst, Antal	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
<b>Danmark</b>	2.656	0	63,1	64,0	54,6	73,7
<b>Hovedstaden</b>	483	0	61,7	62,4	50,8	73,4
<b>Sjælland</b>	370	0	65,0	67,5	56,5	75,1
<b>Syddanmark</b>	555	0	64,5	65,5	56,0	74,8
<b>Midtjylland</b>	555	0	62,4	63,1	53,5	73,5
<b>Nordjylland</b>	362	0	63,5	64,5	55,8	72,7
<b>Privathospitaler</b>	331	0	61,1	60,9	53,7	69,0
<b>Hovedstaden</b>	483	0	61,7	62,4	50,8	73,4
Amager og Hvidovre Hospital	85	0	56,5	54,8	45,9	66,7
Bornholms Hospital	20	0	66,2	66,7	59,1	74,3
Herlev og Gentofte Hospital	219	0	63,0	64,6	51,7	75,2
Hospitalerne i Nordsjælland	159	0	62,2	62,6	52,4	73,4
<b>Sjælland</b>	370	0	65,0	67,5	56,5	75,1
Holbæk Gyn afd.	128	0	64,2	67,6	54,2	75,0
Nykøbing F Gyn afd.	63	0	68,3	69,1	60,7	76,4
Roskilde Gyn afd.	78	0	66,1	67,3	57,6	76,4
Slagelse Gyn afd.	101	0	63,1	64,5	55,6	73,2
<b>Syddanmark</b>	555	0	64,5	65,5	56,0	74,8
Kolding Sygehus	115	0	64,4	64,8	56,2	74,4
OUH Gyn afd.	291	0	64,5	66,3	55,5	75,1
SHS Gyn klinik Aabenraa	69	0	66,9	67,9	57,0	76,5
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	0	#	#	#	#
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	79	0	62,7	63,9	55,5	72,9
<b>Midtjylland</b>	555	0	62,4	63,1	53,5	73,5
AUH Kvindesygdomme	237	0	60,4	61,3	50,3	71,1
Hospitalsenhed Midt	117	0	61,6	61,9	53,4	73,0
Hospitalsenheden Vest Herning	35	0	63,5	65,4	53,3	74,4
Regionshospitalet Gødstrup	39	0	65,6	69,4	55,6	76,1
Regionshospitalet Horsens	64	0	65,0	66,5	57,3	73,0
Regionshospitalet Randers	63	0	66,2	69,2	57,9	75,7
<b>Nordjylland</b>	362	0	63,5	64,5	55,8	72,7



	Antal	Uoplyst, Antal	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	214	0	63,0	64,0	55,3	72,6
Aalborg UH Thisted	54	0	65,5	66,0	58,5	72,2
Hjørring Gyn-obst. afd.	94	0	63,6	64,9	55,8	73,4
<b>Privathospitaler</b>	331	0	61,1	60,9	53,7	69,0
Aleris-Hamlet Esbjerg	38	0	63,2	62,4	56,8	73,6
Aleris-Hamlet Ringsted	#	0	#	#	#	#
Aleris-Hamlet Søborg	124	0	60,5	61,2	52,4	68,8
Bekkevold Hellerup	18	0	58,2	58,7	50,9	64,3
Privathospitalet Mølholm Vejle	101	0	62,3	61,8	55,9	68,3
Privathospitalet Mølholm Århus	10	0	59,7	58,4	56,0	67,4
Søernes Privathospital	39	0	58,8	58,4	52,4	69,5

**Figur 1. Aldersfordeling (5-års intervaller) for patienter opereret for primær prolaps i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**



**Kommentar til tabel 2 og figur 1:**

Tabel 2 og figur 1 er forskudt 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 11 og 12. Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

**Styregruppens kommentar til Tabel 2 og figur 1:**

Alder på kvinder der bliver prolapsopereret i Danmark varierer meget lidt på tværs af landet, inkl. patienter opereret på privathospital. Langt størstedelen af kvinder opereres for prolaps i en alder der svarer til, at de har været igennem det ønskede antal barnefødsler.

**Tabel 3A. BMI for patienter opereret for primær urininkontinens med slyngeoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

Patienter med rapporterede værdier for højde og vægt, der er vurderet til at være urealistiske (højde mindre end 120 cm eller større end 200 cm og vægt mindre end 30 kg eller større end 250 kg), er kategoriseret som uoplyste i tabel 3A, 3B og 4.

	Antal	Uoplyst, antal	Uoplyst, %	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
<b>Danmark</b>	490	52	10,6	26,0	25,5	22,7	28,6
<b>Hovedstaden</b>	136	8	5,9	25,4	25,1	22,4	28,0
Amager og Hvidovre Hospital	27	2	7,4	26,0	25,1	23,7	27,5
Herlev og Gentofte Hospital	65	4	6,2	25,3	25,2	22,0	28,0
Hospitalet i Nordsjælland	44	2	4,5	25,2	25,0	22,4	27,9
<b>Sjælland</b>	48	14	29,2	26,6	26,1	24,2	29,4
Nykøbing F Gyn afd.	16	0	0,0	27,4	26,6	24,5	29,4
Roskilde Gyn afd.	32	14	43,8	26,0	25,5	22,7	28,6
<b>Syddanmark</b>	69	7	10,1	27,1	26,1	24,2	29,8
OUH Gyn afd.	54	4	7,4	26,8	25,7	24,2	29,8
SHS Gyn klinik Aabenraa	14	2	14,3	28,4	27,7	25,8	30,7
SHS Gyn klinik Sønderborg	1	1	100,0	.	.	.	.
<b>Midtjylland</b>	108	6	5,6	25,9	25,4	22,3	28,4
AUH Kvindesygdomme	67	1	1,5	26,1	25,6	22,7	27,9
Hospitalsenhed Midt	41	5	12,2	25,5	24,8	22,3	28,6
<b>Nordjylland</b>	88	17	19,3	26,6	26,3	22,5	29,4
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	56	8	14,3	26,5	26,1	22,4	29,4
Hjørring Gyn-obst. afd.	32	9	28,1	26,7	27,1	22,8	30,1
<b>Privathospitaler</b>	41	0	0,0	24,8	24,1	22,1	27,5
Aleris-Hamlet Søborg	12	0	0,0	24,4	24,0	21,0	27,3
Privathospitalet Mølholm Vejle	29	0	0,0	25,0	24,1	22,2	28,0

**Tabel 3B. BMI for patienter opereret for primær urininkontinens med bulkingoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	Antal	Uoplyst, antal	Uoplyst, %	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
<b>Danmark</b>	203	30	14,8	27,6	27,3	23,6	31,2
<b>Hovedstaden</b>	54	4	7,4	28,2	27,5	23,8	31,5
<b>Sjælland</b>	5	4	80,0	33,6	33,6	33,6	33,6
<b>Syddanmark</b>	29	5	17,2	27,1	27,0	23,9	30,2
<b>Midtjylland</b>	47	2	4,3	27,2	26,3	23,1	30,8
<b>Nordjylland</b>	68	15	22,1	27,5	27,6	23,2	31,4
<b>Hovedstaden</b>	54	4	7,4	28,2	27,5	23,8	31,5
Herlev og Gentofte Hospital	54	4	7,4	28,2	27,5	23,8	31,5
<b>Sjælland</b>	5	4	80,0	33,6	33,6	33,6	33,6
Roskilde Gyn afd.	5	4	80,0	33,6	33,6	33,6	33,6
<b>Syddanmark</b>	29	5	17,2	27,1	27,0	23,9	30,2
OUH Gyn afd.	29	5	17,2	27,1	27,0	23,9	30,2
<b>Midtjylland</b>	47	2	4,3	27,2	26,3	23,1	30,8
AUH Kvindesygdomme	46	2	4,3	27,1	25,9	23,1	30,7
Regionshospitalet Gødstrup	#	0	0,0	#	#	#	#
<b>Nordjylland</b>	68	15	22,1	27,5	27,6	23,2	31,4
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	68	15	22,1	27,5	27,6	23,2	31,4

Kommentar til tabel 3A og 3B:

Tabel 3A og 3B er forskudt 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 1 og 2 (for tabel 3A) og indikator 3 og 4 (for tabel 3B). Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Styregruppens kommentar til Tabel 3A og 3B:

Hos kvinder der for primær inkontinens er opereret med slynge, er der på tværs af landet meget lille variation på BMI. Ligeledes på regions- og afdelingsniveau findes variationen lille.

Kvinder der får foretaget bulkingoperation ligger på median værdien højere, men ligeledes med lille variation mellem regioner, dog fraset Roskilde som registreres med noget højere BMI, dog kun registeret med 5 indgreb.

Der tilbydes bulkingoperation ét sted pr region, hvorfor værdien for Gødstrup er en tastefejl.

Tabel 4. BMI for patienter opereret for primær prolaps i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022

	Antal	Uoplyst, antal	Uoplyst, %	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
<b>Danmark</b>	2.656	214	8,1	26,6	25,7	23,2	29,1
<b>Hovedstaden</b>	483	12	2,5	25,7	25,1	22,8	28,1
<b>Sjælland</b>	370	69	18,6	27,1	25,8	23,4	30,5
<b>Syddanmark</b>	555	76	13,7	27,0	26,1	23,7	29,6
<b>Midtjylland</b>	555	14	2,5	26,4	25,6	23,0	29,4
<b>Nordjylland</b>	362	32	8,8	28,3	26,4	23,7	30,5
<b>Privathospitaler</b>	331	11	3,3	25,6	24,9	22,9	28,3
<b>Hovedstaden</b>	483	12	2,5	25,7	25,1	22,8	28,1
Amager og Hvidovre Hospital	85	4	4,7	26,6	26,1	23,0	29,0
Bornholms Hospital	20	0	0,0	26,2	25,3	23,4	28,7
Herlev og Gentofte Hospital	219	5	2,3	25,4	24,5	22,4	27,5
Hospitalerne i Nordsjælland	159	3	1,9	25,6	25,8	23,1	27,9
<b>Sjælland</b>	370	69	18,6	27,1	25,8	23,4	30,5
Holbæk Gyn afd.	128	27	21,1	26,8	25,5	23,3	29,3
Nykøbing F Gyn afd.	63	4	6,3	27,3	26,2	22,9	30,9
Roskilde Gyn afd.	78	38	48,7	27,5	26,0	23,5	30,5
Slagelse Gyn afd.	101	0	0,0	27,0	26,3	23,4	30,5
<b>Syddanmark</b>	555	76	13,7	27,0	26,1	23,7	29,6
Kolding Sygehus	115	8	7,0	27,4	26,4	24,2	29,9
OUH Gyn afd.	291	31	10,7	27,0	26,2	23,7	29,7
SHS Gyn klinik Aabenraa	69	9	13,0	26,6	25,8	23,2	30,5
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	0	0,0	#	#	#	#
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	79	28	35,4	26,4	25,4	23,6	29,0
<b>Midtjylland</b>	555	14	2,5	26,4	25,6	23,0	29,4
AUH Kvindesygdomme	237	1	0,4	26,1	25,0	22,8	29,4
Hospitalsenhed Midt	117	11	9,4	26,5	25,7	23,1	29,4
Hospitalsenheden Vest Herning	35	0	0,0	26,2	25,6	22,6	28,4
Regionshospitalet Gødstrup	39	0	0,0	28,6	27,8	25,1	31,2
Regionshospitalet Horsens	64	0	0,0	26,5	25,4	23,3	28,7
Regionshospitalet Randers	63	2	3,2	25,8	25,0	22,8	29,1
<b>Nordjylland</b>	362	32	8,8	28,3	26,4	23,7	30,5
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	214	15	7,0	27,2	26,4	23,3	30,8

	Antal	Uoplyst, antal	Uoplyst, %	Gennemsnit	Median	25 % percentil	75 % percentil
Aalborg UH Thisted	54	7	13,0	27,2	26,0	23,9	30,4
Hjørring Gyn-obst. afd.	94	10	10,6	31,5	27,1	24,2	29,8
<b>Privathospitaler</b>	331	11	3,3	25,6	24,9	22,9	28,3
Aleris-Hamlet Esbjerg	38	0	0,0	26,4	26,3	23,4	29,0
Aleris-Hamlet Ringsted	1	1	100,0	.	.	.	.
Aleris-Hamlet Søborg	124	1	0,8	25,2	24,6	22,8	27,7
Bekkevold Hellerup	18	0	0,0	25,6	24,5	21,9	29,4
Privathospitalet Mølholm Vejle	101	8	7,9	25,4	24,8	22,4	28,3
Privathospitalet Mølholm Århus	10	0	0,0	25,3	25,1	24,1	26,2
Søernes Privathospital	39	1	2,6	26,3	25,9	23,7	28,4

#### Kommentar til tabel 4:

Tabel 4 er forskydning 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 11 og 12. Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

#### Styregruppens kommentar til tabel 4:

BMI hos kvinder, der bliver prolapsopereret i Danmark, varierer meget lidt på tværs af landet, inkl. patienter opereret på privathospital.

**Tabel 5A. Rygestatus for patienter opereret for primær urininkontinens med slyngeoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

"Aldrig-ryger" og "tidligere ryger" er slået sammen i kategorien "ikke-ryger" i tabel 5A, 5B og 6.

	I alt		Ikke-ryger		Ryger		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	490	401	81,8	40	8,2	49	10,0	
<b>Hovedstaden</b>	136	118	86,8	10	7,4	8	5,9	
<b>Sjælland</b>	48	27	56,3	7	14,6	14	29,2	
<b>Syddanmark</b>	69	54	78,3	9	13,0	6	8,7	
<b>Midtjylland</b>	108	99	91,7	3	2,8	6	5,6	
<b>Nordjylland</b>	88	64	72,7	9	10,2	15	17,0	
<b>Hovedstaden</b>	136	118	86,8	10	7,4	8	5,9	
Amager og Hvidovre Hospital	27	22	81,5	#	#	#	#	
Herlev og Gentofte Hospital	65	59	90,8	#	#	#	#	
Hospitalerne i Nordsjælland	44	37	84,1	#	#	#	#	
<b>Sjælland</b>	48	27	56,3	7	14,6	14	29,2	
Nykøbing F Gyn afd.	16	9	56,3	7	43,8			
Roskilde Gyn afd.	32	18	56,3			14	43,8	
<b>Syddanmark</b>	69	54	78,3	9	13,0	6	8,7	
OUH Gyn afd.	54	43	79,6	8	14,8	3	5,6	
SHS Gyn klinik Aabenraa	14	11	78,6	#	#	#	#	
SHS Gyn klinik Sønderborg	#					#	#	
<b>Midtjylland</b>	108	99	91,7	3	2,8	6	5,6	
AUH Kvindesygdomme	67	63	94,0	#	#	#	#	
Hospitalsenhed Midt	41	36	87,8			5	12,2	
<b>Nordjylland</b>	88	64	72,7	9	10,2	15	17,0	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	56	45	80,4	4	7,1	7	12,5	
Hjørring Gyn-obst. afd.	32	19	59,4	5	15,6	8	25,0	
<b>Privathospitaler</b>								
Aleris-Hamlet Søborg	12	#	#	#	#			
Privathospitalet Mølholm Vejle	29	#	#	#	#			

**Tabel 5B. Rygestatus for patienter opereret for primær urininkontinens med bulkingoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		Ikke-ryger		Ryger		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	203	158	77,8	18	8,9	27	13,3	
<b>Hovedstaden</b>	54	44	81,5	#	#	#	#	
<b>Sjælland</b>	5	1	20,0			4	80,0	
<b>Syddanmark</b>	29	23	79,3	#	#	#	#	
<b>Midtjylland</b>	47	43	91,5	#	#	#	#	
<b>Nordjylland</b>	68	47	69,1	7	10,3	14	20,6	
<b>Hovedstaden</b>	54	44	81,5	#	#	#	#	
Herlev og Gentofte Hospital	54	44	81,5	#	#	#	#	
<b>Sjælland</b>	5	1	20,0			4	80,0	
Roskilde Gyn afd.	5	1	20,0			4	80,0	
<b>Syddanmark</b>	29	23	79,3	#	#	#	#	
OUH Gyn afd.	29	23	79,3	#	#	#	#	
<b>Midtjylland</b>	47	43	91,5	#	#	#	#	
AUH Kvindesygdomme	46	42	91,3	#	#	#	#	
Regionshospitalet Gødstrup	#	#	#	#	#	#	#	
<b>Nordjylland</b>	68	47	69,1	7	10,3	14	20,6	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	68	47	69,1	7	10,3	14	20,6	

Kommentar til tabel 5A og 5B:

Tabel 5A og 5B er forskydning 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 1 og 2 (for tabel 5A) og indikator 3 og 4 (for tabel 5B). Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Styregruppens kommentar til tabel 5A og 5B:

Rygestatus er godt oplyst i DugaBase med 13,3 % uoplyste og må derfor betragtes som et validt mål. Antallet af rygere der opereres for urininkontinens i Danmark er generelt lavt (hhv. 8,9% for slynge- og 8,2% for bulkingopererede). Blandt slyngeopererede findes markant flere rygere i Region Sjælland (dog bemærkes de mange uoplyste) og Syddanmark. Blandt bulkingopererede findes flest rygere i Region Hovedstaden og færrest i Region Midtjylland.

**Tabel 6. Rygestatus for patienter opereret for primær prolaps i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		Ikke-ryger		Ryger		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	2.656	2.217	83,5	221	8,3	218	8,2	
<b>Hovedstaden</b>	483	428	88,6	45	9,3	10	2,1	
<b>Sjælland</b>	370	256	69,2	37	10,0	77	20,8	
<b>Syddanmark</b>	555	435	78,4	43	7,7	77	13,9	
<b>Midtjylland</b>	555	500	90,1	41	7,4	14	2,5	
<b>Nordjylland</b>	362	299	82,6	32	8,8	31	8,6	
<b>Hovedstaden</b>	483	428	88,6	45	9,3	10	2,1	
Amager og Hvidovre Hospital	85	72	84,7	10	11,8	3	3,5	
Bornholms Hospital	20	15	75,0	5	25,0			
Herlev og Gentofte Hospital	219	194	88,6	20	9,1	5	2,3	
Hospitalerne i Nordsjælland	159	147	92,5	10	6,3	2	1,3	
<b>Sjælland</b>	370	256	69,2	37	10,0	77	20,8	
Holbæk Gyn afd.	128	86	67,2	7	5,5	35	27,3	
Nykøbing F Gyn afd.	63	47	74,6	12	19,0	4	6,3	
Roskilde Gyn afd.	78	35	44,9	5	6,4	38	48,7	
Slagelse Gyn afd.	101	88	87,1	13	12,9			
<b>Syddanmark</b>	555	435	78,4	43	7,7	77	13,9	
Kolding Sygehus	115	96	83,5	10	8,7	9	7,8	
OUH Gyn afd.	291	239	82,1	20	6,9	32	11,0	
SHS Gyn klinik Aabenraa	69	56	81,2	5	7,2	8	11,6	
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	#	#	#	#	#	#	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	79	43	54,4	8	10,1	28	35,4	
<b>Midtjylland</b>	555	500	90,1	41	7,4	14	2,5	
AUH Kvindesygdomme	237	221	93,2	#	#	#	#	
Hospitalsenhed Midt	117	100	85,5	6	5,1	11	9,4	
Hospitalsenheden Vest Herning	35	#	#	#	#	#	#	
Regionshospitalet Gødstrup	39	34	87,2	5	12,8			
Regionshospitalet Horsens	64	61	95,3	3	4,7			
Regionshospitalet Randers	63	50	79,4	#	#	#	#	
<b>Nordjylland</b>	362	299	82,6	32	8,8	31	8,6	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	214	180	84,1	19	8,9	15	7,0	
Aalborg UH Thisted	54	43	79,6	4	7,4	7	13,0	
Hjørring Gyn-obst. afd.	94	76	80,9	9	9,6	9	9,6	
<b>Privathospitaler</b>								
Aleris-Hamlet Esbjerg	38	#	#	#	#	#	#	
Aleris-Hamlet Ringsted	#	#	#	#	#	#	#	
Aleris-Hamlet Søborg	124	111	89,5	#	#	#	#	
Bekkevoold Hellerup	18	#	#	#	#	#	#	



	I alt		Ikke-ryger		Ryger		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Privathospitalet Mølholm Vejle	101	89	88,1	6	5,9	6	5,9	
Privathospitalet Mølholm Århus	10	10	100,0					
Søernes Privathospital	39	36	92,3	#	#	#	#	

#### Kommentar til tabel 6:

Tabel 6 er forskydning 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 11 og 12. Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

#### Styregruppens kommentar til tabel 6:

Rygestatus er godt oplyst i DugaBase og må derfor betragtes som et validt mål. Antallet af ikke-rygere blandt prolapsopererede er generelt højt i Danmark (83,5 %). Bornholms Hospital har højeste andel rygere på landsplan med 25 % (bemærk små tal). Nykøbing Falster følger efter med 19 %, med kun 6,3% uoplyste, hvor afdelinger som Holbæk, Esbjerg og Roskilde har op mod 48,7 % uoplyste og dermed reelt kan have flere rygere.

**Tabel 7A. Antal gennemførte graviditeter før operation hos patienter opereret for primær urininkontinens med slyngeoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		0		1		2		≥3		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	490	16	3,3	56	11,4	229	46,7	139	28,4	50	10,2	
<b>Hovedstaden</b>	136	5	3,7	20	14,7	70	51,5	33	24,3	8	5,9	
<b>Sjælland</b>	48	#	#	#	#	19	39,6	12	25,0	14	29,2	
<b>Syddanmark</b>	69	3	4,3	10	14,5	32	46,4	18	26,1	6	8,7	
<b>Midtjylland</b>	108	3	2,8	14	13,0	48	44,4	37	34,3	6	5,6	
<b>Nordjylland</b>	88	#	#	6	6,8	37	42,0	27	30,7	16	18,2	
<b>Hovedstaden</b>	136	5	3,7	20	14,7	70	51,5	33	24,3	8	5,9	
Amager og Hvidovre Hospital	27	3	11,1	#	#	14	51,9	7	25,9	#	#	
Herlev og Gentofte Hospital	65	#	#	8	12,3	37	56,9	15	23,1	4	6,2	
Hospitalerne i Nordsjælland	44	#	#	11	25,0	19	43,2	11	25,0	#	#	
<b>Sjælland</b>	48	#	#	#	#	19	39,6	12	25,0	14	29,2	
Nykøbing F Gyn afd.	16	#	#	#	#	8	50,0	6	37,5			
Roskilde Gyn afd.	32			#	#	11	34,4	6	18,8	14	43,8	
<b>Syddanmark</b>	69	3	4,3	10	14,5	32	46,4	18	26,1	6	8,7	
OUH Gyn afd.	54	#	#	7	13,0	28	51,9	14	25,9	3	5,6	
SHS Gyn klinik Aabenraa	14	#	#	3	21,4	4	28,6	4	28,6	#	#	
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	
<b>Midtjylland</b>	108	3	2,8	14	13,0	48	44,4	37	34,3	6	5,6	
AUH Kvindesygdomme	67	3	4,5	8	11,9	33	49,3	22	32,8	#	#	
Hospitalsenhed Midt	41			6	14,6	15	36,6	15	36,6	5	12,2	
<b>Nordjylland</b>	88	#	#	6	6,8	37	42,0	27	30,7	16	18,2	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	56	#	#	5	8,9	26	46,4	15	26,8	8	14,3	
Hjørring Gyn-obst. afd.	32			#	#	11	34,4	12	37,5	#	#	
<b>Privathospitaler</b>												
Aleris-Hamlet Søborg	12					8	66,7	4	33,3			
Privathospitalet Mølholm Vejle	29	#	#	4	13,8	15	51,7	8	27,6			

**Tabel 7B. Antal gennemførte graviditeter før operation hos patienter opereret for primær urininkontinens med bulkingoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		0		1		2		≥3		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	203	9	4,4	22	10,8	83	40,9	61	30,0	28	13,8	
<b>Hovedstaden</b>	54	#	#	9	16,7	29	53,7	13	24,1	#	#	
<b>Sjælland</b>	5	#	#							#	#	
<b>Syddanmark</b>	29	#	#			12	41,4	10	34,5	5	17,2	
<b>Midtjylland</b>	47	#	#	5	10,6	26	55,3	12	25,5	#	#	
<b>Nordjylland</b>	68	3	4,4	8	11,8	16	23,5	26	38,2	15	22,1	
<b>Hovedstaden</b>	54	#	#	9	16,7	29	53,7	13	24,1	#	#	
Herlev og Gentofte Hospital	54	#	#	9	16,7	29	53,7	13	24,1	#	#	
<b>Sjælland</b>	5	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	
Roskilde Gyn afd.	5	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	
<b>Syddanmark</b>	29	#	#			12	41,4	10	34,5	5	17,2	
OUH Gyn afd.	29	#	#			12	41,4	10	34,5	5	17,2	
<b>Midtjylland</b>	47	#	#	5	10,6	26	55,3	12	25,5	#	#	
AUH Kvindesygdomme	46	#	#	5	10,9	25	54,3	12	26,1	#	#	
Regionshospitalet Gødstrup	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	
<b>Nordjylland</b>	68	3	4,4	8	11,8	16	23,5	26	38,2	15	22,1	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	68	3	4,4	8	11,8	16	23,5	26	38,2	15	22,1	

Kommentar til tabel 7A og 7B:

Tabel 7A og 7B er forskudt 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 1 og 2 (for tabel 7A) og indikator 3 og 4 (for tabel 7B). Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Styregruppens kommentar til tabel 7A og 7B:

Antal gennemførte graviditeter hos patienter opereret for primær urininkontinens er for årsrapporten 2022 godt oplyst i DugaBase, med et landsgennemsnit for slyngeopererede på 10,2 % og bulkingopererede på 13,8 % "uoplyste". Der er procentvist flere "uoplyste" sammenlignet med Årsrapport 2021. Parameteren må fortsat betragtes som et validt mål.

Blandt slyngeopererede i Roskilde og Hjørring findes hhv. 43,8 og 25% uoplyste

Blandt bulkingopererede på OUH, AaUH og Roskilde findes hhv. 17,2%, 22,1% og 80% uoplyste. Roskilde har 4 ud af 5 forløb med uoplyste data.

I Årsrapport 2023 vil man finde supplerende opgørelse over antal gennemførte graviditeter hos patienter opereret for primær prolaps.

**Tabel 8. Antal vaginale fødsler før operation hos patienter opereret for primær prolaps i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		0		1		2		≥3		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	2.648	65	2,5	342	12,9	1.182	44,6	842	31,8	217	8,2	
<b>Hovedstaden</b>	482	12	2,5	69	14,3	248	51,5	143	29,7	10	2,1	
<b>Sjælland</b>	370	10	2,7	54	14,6	151	40,8	76	20,5	79	21,4	
<b>Syddanmark</b>	552	8	1,4	58	10,5	236	42,8	176	31,9	74	13,4	
<b>Midtjylland</b>	554	12	2,2	58	10,5	255	46,0	214	38,6	15	2,7	
<b>Nordjylland</b>	361	11	3,0	50	13,9	139	38,5	129	35,7	32	8,9	
<b>Hovedstaden</b>	482	12	2,5	69	14,3	248	51,5	143	29,7	10	2,1	
Amager og Hvidovre Hospital	84	#	#	11	13,1	42	50,0	26	31,0	#	#	
Bornholms Hospital	20			#	#	12	60,0	#	#			
Herlev og Gentofte Hospital	219	6	2,7	33	15,1	118	53,9	57	26,0	5	2,3	
Hospitalerne i Nordsjælland	159	4	2,5	23	14,5	76	47,8	54	34,0	#	#	
<b>Sjælland</b>	370	10	2,7	54	14,6	151	40,8	76	20,5	79	21,4	
Holbæk Gyn afd.	128	#	#	15	11,7	48	37,5	27	21,1	36	28,1	
Nykøbing F Gyn afd.	63	5	7,9	10	15,9	27	42,9	17	27,0	4	6,3	
Roskilde Gyn afd.	78	#	#	7	9,0	24	30,8	7	9,0	39	50,0	
Slagelse Gyn afd.	101	#	#	22	21,8	52	51,5	25	24,8			
<b>Syddanmark</b>	552	8	1,4	58	10,5	236	42,8	176	31,9	74	13,4	
Kolding Sygehus	115	#	#	10	8,7	55	47,8	40	34,8	8	7,0	
OUH Gyn afd.	291	5	1,7	37	12,7	120	41,2	100	34,4	29	10,0	
SHS Gyn klinik Aabenraa	67	#	#	5	7,5	36	53,7	17	25,4	8	11,9	
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	78			6	7,7	24	30,8	19	24,4	29	37,2	
<b>Midtjylland</b>	554	12	2,2	58	10,5	255	46,0	214	38,6	15	2,7	
AUH Kvindesygdomme	237	5	2,1	27	11,4	109	46,0	94	39,7	#	#	
Hospitalsenhed Midt	116	#	#	9	7,8	50	43,1	44	37,9	11	9,5	
Hospitalsenheden Vest Herning	35			4	11,4	15	42,9	16	45,7			
Regionshospitalet Gødstrup	39	#	#	#	#	16	41,0	20	51,3			
Regionshospitalet Horsens	64	3	4,7	10	15,6	29	45,3	22	34,4			
Regionshospitalet Randers	63	#	#	6	9,5	36	57,1	18	28,6	#	#	
<b>Nordjylland</b>	361	11	3,0	50	13,9	139	38,5	129	35,7	32	8,9	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	214	7	3,3	31	14,5	86	40,2	75	35,0	15	7,0	
Aalborg UH Thisted	54	#	#	5	9,3	20	37,0	20	37,0	7	13,0	
Hjørring Gyn-obst. afd.	93	#	#	14	15,1	33	35,5	34	36,6	10	10,8	
<b>Privathospitaler</b>												
Aleris-Hamlet Esbjerg	38	5	13,2	#	#	13	34,2	18	47,4			
Aleris-Hamlet Ringsted	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	#	
Aleris-Hamlet Søborg	123	4	3,3	24	19,5	59	48,0	35	28,5	#	#	
Bekkevoold Hellerup	18			4	22,2	11	61,1	3	16,7			

	I alt		0		1		2		>=3		Uoplyst	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Privathospitalet Mølholm Vejle	101	#	#	14	13,9	52	51,5	30	29,7	3	3,0	
Privathospitalet Mølholm Århus	10	#	#	#	#	4	40,0	#	#	#	#	
Søernes Privathospital	38			7	18,4	14	36,8	16	42,1	#	#	

#### Kommentar til tabel 8:

Tabel 8 er forskydning 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 11 og 12. Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

#### Styregruppens kommentar til tabel 8:

Antal vaginale fødsler hos patienter opereret for primær prolaps er godt oplyst i DugaBase med et landsgennemsnit på 8,2 % "uoplyste". Parameteren må derfor betragtes som et validt mål.

Blandt primært prolapsopererede på Roskilde og Holbæk Gyn. afd. samt Sydvestjysk Sygehus findes dog hhv. 50 %, 28,1 % og 37,2 % "uoplyste".

I Årsrapport 2023 vil man finde supplerende opgørelse for primære urininkontinensoperationer og antal vaginale fødsler.

**Tabel 9. Måling af Qmax før operation hos patienter opereret for primær urininkontinens med slyngeoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		Registreret		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	490	256	52,2	234	47,8	
<b>Hovedstaden</b>	136	49	36,0	87	64,0	
<b>Sjælland</b>	48	24	50,0	24	50,0	
<b>Syddanmark</b>	69	57	82,6	12	17,4	
<b>Midtjylland</b>	108	79	73,1	29	26,9	
<b>Nordjylland</b>	88	9	10,2	79	89,8	
<b>Hovedstaden</b>	136	49	36,0	87	64,0	
Amager og Hvidovre Hospital	27	11	40,7	16	59,3	
Herlev og Gentofte Hospital	65	2	3,1	63	96,9	
Hospitalerne i Nordsjælland	44	36	81,8	8	18,2	
<b>Sjælland</b>	48	24	50,0	24	50,0	
Nykøbing F Gyn afd.	16	14	87,5	2	12,5	
Roskilde Gyn afd.	32	10	31,3	22	68,8	
<b>Syddanmark</b>	69	57	82,6	12	17,4	
OUH Gyn afd.	54	50	92,6	4	7,4	
SHS Gyn klinik Aabenraa	14	6	42,9	8	57,1	
SHS Gyn klinik Sønderborg	1	1	100,0			
<b>Midtjylland</b>	108	79	73,1	29	26,9	
AUH Kvindesygdomme	67	54	80,6	13	19,4	
Hospitalsenhed Midt	41	25	61,0	16	39,0	
<b>Nordjylland</b>	88	9	10,2	79	89,8	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	56			56	100,0	
Hjørring Gyn-obst. afd.	32	9	28,1	23	71,9	
<b>Privathospitaler</b>						
Aleris-Hamlet Søborg	12	12	100,0			
Privathospitalet Mølholm Vejle	29	26	89,7	3	10,3	

Kommentar til tabel 9:

Tabel 9 er forskudt 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 1 og 2. Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Styregruppens kommentar til tabel 9:

Der ses stor andel "uoplyste" på landsplan med 47,8 %, med stor variation mellem afdelinger. Styregruppen har ønske om, at benytte Qmax som procesindikator i urininkontinensudredning før slyngeoperation. For at sikre indtastning af data, har styregruppen indgivet ønske til RKKP om ændring i indtastningsmodulet i Topica, således at indtastning af Qmax i DugaBase gøres obligatorisk med "hard stop" funktion.

**Tabel 10. Måling af residualurin før operation hos patienter opereret for primær urininkontinens med slyngeoperation i perioden 1/10 2021 – 30/9 2022**

	I alt		Registreret		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal
<b>Danmark</b>	490	257	52,4	233	47,6	
<b>Hovedstaden</b>	136	63	46,3	73	53,7	
<b>Sjælland</b>	48	24	50,0	24	50,0	
<b>Syddanmark</b>	69	57	82,6	12	17,4	
<b>Midtjylland</b>	108	67	62,0	41	38,0	
<b>Nordjylland</b>	88	8	9,1	80	90,9	
<b>Hovedstaden</b>	136	63	46,3	73	53,7	
Amager og Hvidovre Hospital	27	13	48,1	14	51,9	
Herlev og Gentofte Hospital	65	15	23,1	50	76,9	
Hospitalerne i Nordsjælland	44	35	79,5	9	20,5	
<b>Sjælland</b>	48	24	50,0	24	50,0	
Nykøbing F Gyn afd.	16	14	87,5	2	12,5	
Roskilde Gyn afd.	32	10	31,3	22	68,8	
<b>Syddanmark</b>	69	57	82,6	12	17,4	
OUH Gyn afd.	54	50	92,6	4	7,4	
SHS Gyn klinik Aabenraa	14	6	42,9	8	57,1	
SHS Gyn klinik Sønderborg	1	1	100,0			
<b>Midtjylland</b>	108	67	62,0	41	38,0	
AUH Kvindesygdomme	67	46	68,7	21	31,3	
Hospitalsenhed Midt	41	21	51,2	20	48,8	
<b>Nordjylland</b>	88	8	9,1	80	90,9	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	56	1	1,8	55	98,2	
Hjørring Gyn-obst. afd.	32	7	21,9	25	78,1	
<b>Privathospitaler</b>						
Aleris-Hamlet Søborg	12	12	100,0			
Privathospitalet Mølholm Vejle	29	26	89,7	3	10,3	

Kommentar til tabel 10:

Tabel 9 er forskudt 3 måneder, så populationen er identisk med populationen i indikator 1 og 2. Det er således patienter, der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022. Baggrunden for forskydningen er beskrevet på s. 7 i denne rapport.

Styregruppens kommentar til tabel 10:

Der ses stor andel "uoplyste" på landsplan med 47,6 %, med stor variation mellem afdelinger. Styregruppen har ønske om, at benytte resturin måling som procesindikator i urininkontinensudredning før slyngeoperation. For at sikre indtastning af data, har styregruppen indgivet ønske til RKKP om ændring i indtastningsmodulet i Topica, således at indtastning af resturin i DugaBase gøres obligatorisk med "hard stop" funktion.

**Tabel 11. Antal operative indgreb fordelt på indgrebstyper, for patienter med operationsdato i 2022 (N = 5939). Opgjort på kalenderår 2022 (1/1-31/12 2022)**

Operations-kode	Beskrivelse	Antal	Pct.	Kum. Pct.	Med i indikator			
					UI	Slynge	Bulking	Prolaps
KLEF00	Forreste kolporafi	2176	36.64%	36.64%				x
KLEF03	Bageste kolporafi	1115	18.77%	55.41%				x
KLDC10	Resektion af livmoderhals	757	12.75%	68.16%				x
KLEG10	Vaginal uretrocytosepsi med slynge	557	9.38%	77.54%	x	x		
KKDV22	Uretroskopisk submukøs injektionsbehandling i urinrør	271	4.56%	86.66%	x		x	
KLEF40	Vaginal operation for enterocele	271	4.56%	82.10%				x
KLCD10	Vaginal hysterektomi	132	2.22%	88.89%				x
KLFE00	Sutur af vulva	101	1.70%	90.59%				
KLEF53	Vaginal apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	83	1.40%	91.99%				x
KLFE96	Anden rekonstr. på vulva el. perineum	73	1.23%	93.21%				
KLEG10A	Vaginal uretrocytosepsi m. slynge genn. foramen obturatum	53	0.89%	94.11%	x	x		
KLEF20	Partiel kolpogleise	50	0.84%	94.95%				x
KLEF53B	Vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament	46	0.77%	96.50%				x
KUKC02	Cystoskopi	46	0.77%	95.72%				
KLEF60	Vaginal lateral kolpopeksi	44	0.74%	97.24%				x
KLCG20	Hysteropeksi	38	0.64%	97.88%				x
KLED00	Kolpektomi	34	0.57%	98.45%				
KLEE00	Sutur af vagina	25	0.42%	98.87%				
KLEF00A	Forreste kolporafi med meche	24	0.40%	99.28%				x
KKDG00	Retropubisk suspension af urinrør	9	0.15%	99.43%	x			
KKDG30	Abdominal uretrocytosepsi med slynge	8	0.13%	99.56%	x			
KLEF51	Laparoskopisk apikal kolpopeksi eft. tidligere hysterektomi	8	0.13%	99.83%				x
KLEF51A	Laparoskop. apikal kolpopeksi eft.tidl. hysterektomi m meche	8	0.13%	99.70%				x
KZXX00	Anvendelse af robot	5	0.08%	99.92%				
KLEF43	Abdominal operation for enterocele	2	0.03%	99.95%				x
KLEF03A	Bageste kolporafi med meche	1	0.02%	100.0%				x
KZXF84A	Ikke resorberbar sutur	1	0.02%	99.98%				
KZXF84C	Forsinket resorberbar sutur	1	0.02%	99.97%				

Anm.: Der kan være mere end ét indgreb pr. operation. 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.

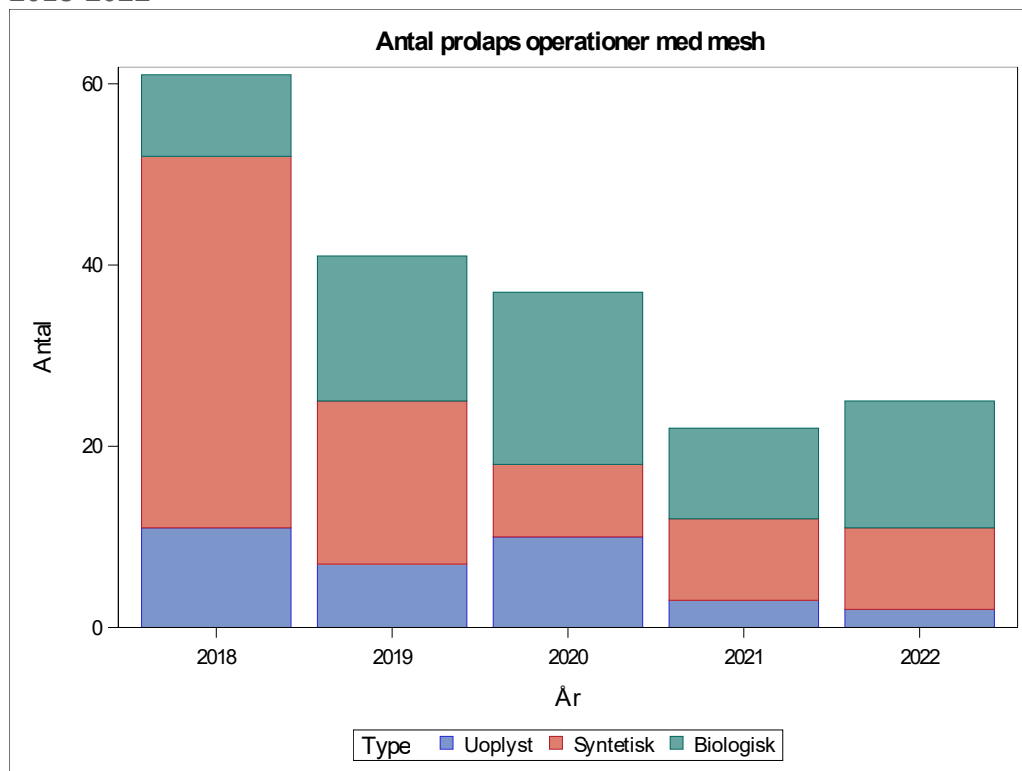
**Kommentar til tabel 11:**

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



Blandt de 5939 operative indgreb er der 273 (4,6 %) 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.

**Figur 2. Anvendelse af mesh ved prolapsoperationer, 2018-2022. Opgjort på kalenderår 2018-2022**



#### Kommentar til figur 2:

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

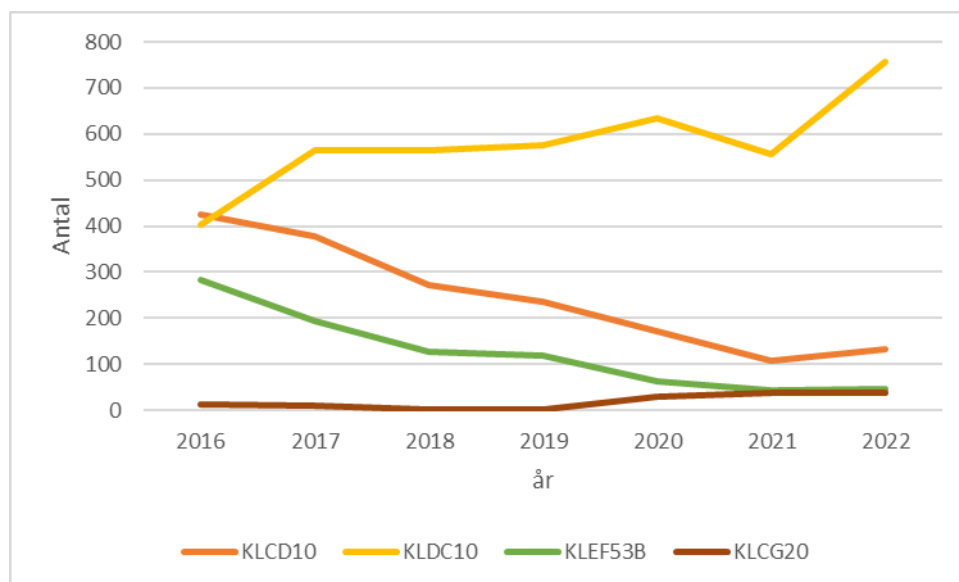
Antal prolapsoperationer med mesh var over 200 i 2012 (data ikke vist her, men kan ses af Årsrapport 2016). I 2015 var antallet mere end halveret, mens der sås en lille stigning i 2016 og igen et mindre fald i 2017. Det samlede antal operationer med mesh faldt i 2018 markant, og det er faldet yderligere i 2019 og 2020 og 2021. I 2022 steg det en lille smule igen, men det skyldes formodentlig, at det totale antal prolapsoperationer er steget sammenlignet med 2020 og 2021.

I 2018 var brugen af syntetisk mesh det foretrukne, men med relativt høj andel af "uoplyste". I 2019 er brugen af syntetisk mesh halveret og halveres yderligere i 2020. I 2021 ses mindre stigning i brugen af syntetisk mesh, men her ses betydelig nedgang i "uoplyste".

#### Styregruppens kommentar til Figur 2:

Styregruppen bemærker, at brugen af syntetisk mesh fra 2021 til 2022 er uændret, og at der samtidig er sket en reduktion i antallet af "uoplyste".

**Figur 3. Udvikling i anvendelse af procedurekoderne KLCD10, KLDC10, KLEF53B og KLCG20 fra 2016-2022. Opgjort på kalenderår 2016-2022.**



Kommentar til figur 3:

Figur 3 viser udviklingen i anvendelsen af de 4 procedurekoder KLCD10 (vaginal hysterektomi), KLDC10 (resektion af livmoderhals) KLEF53B (vaginal apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament) og KLCG20 (Hysteropeksi) i perioden 2016-2022. Samme patient kan tælle med flere gange, da nogle har flere af koderne registreret på samme operation.

Der ses et klart fald i anvendelsen af KLCD10 og KLEF53B over tid, men en klar stigning i anvendelsen af KLDC10 og en lille stigning i KLCG20 fra 2016 til 2022.

Styregruppens kommentar til figur 3:

Figur 3 illustrerer det paradigmeskifte som er sket i Danmark over de senere år, idet vi på indikationen prolaps i midterste kompartiment i højere grad laver uterus bevarende operation med collumamputation frem for vaginal hysterektomi.

Den lille stigning i hysteropeksi operationer (KLCG20) kan skyldes, at apikalt løft med bevaret uterus i højere grad kodes som dette og ikke som apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament (KLEF53B).

Faldet i operations metode KLEF53B (apikal kolpopeksi til det sakrospinøse ligament) skyldes høj recidiv rate, hvorfor denne metode benyttes i begrænset omfang.

Figuren illustrerer også den reducerede operationsaktivitet i 2021 grundet Covid-19 pandemi.

**Tabel 12. Brug af profylaktisk antibiotika ved slyngeoperation i 2022. Opgjort på kalenderår 2022 (1/1-31/12 2022)**

	I alt		Ja		Nej		Uoplyst	
	Antal	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	611	433	70,9	125	20,5	53	8,7	
<b>Hovedstaden</b>	192	172	89,6	7	3,6	13	6,8	
<b>Sjælland</b>	59	18	30,5	19	32,2	22	37,3	
<b>Syddanmark</b>	80	64	80,0	10	12,5	6	7,5	
<b>Midtjylland</b>	132	44	33,3	84	63,6	4	3,0	
<b>Nordjylland</b>	104	96	92,3	3	2,9	5	4,8	
<b>Hovedstaden</b>	192	172	89,6	7	3,6	13	6,8	
Amager og Hvidovre Hospital	27	19	70,4	#	#	#	#	
Herlev og Gentofte Hospital	112	103	92,0			9	8,0	
Hospitalerne i Nordsjælland	53	50	94,3	#	#	#	#	
<b>Sjælland</b>	59	18	30,5	19	32,2	22	37,3	
Nykøbing F Gyn afd.	16			16	100,0			
Roskilde Gyn afd.	43	18	41,9	3	7,0	22	51,2	
<b>Syddanmark</b>	80	64	80,0	10	12,5	6	7,5	
OUH Gyn afd.	61	59	96,7	#	#	#	#	
SHS Gyn klinik Aabenraa	18	5	27,8	8	44,4	5	27,8	
SHS Gyn klinik Sønderborg	#	#	#	#	#	#	#	
<b>Midtjylland</b>	132	44	33,3	84	63,6	4	3,0	
AUH Kvindesygdomme	90	4	4,4	82	91,1	4	4,4	
Hospitalsenhed Midt	42	#	#	#	#			
<b>Nordjylland</b>	104	96	92,3	3	2,9	5	4,8	
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	73	68	93,2	#	#	#	#	
Hjørring Gyn-obst. afd.	31	28	90,3			3	9,7	
<b>Privathospitaler</b>								
Aleris-Hamlet Søborg	16	#	#	#	#			
Privathospitalet Mølholm Vejle	28	24	85,7	#	#	#	#	

Kommentar til tabel 12:

Tabel 14 viser anvendelsen af profylaktisk antibiotika ved slyngeoperationer for urininkontinens. Alle slyngeoperationer i 2022 (primær- og recidivoperationer) er inkluderet i opgørelsen, der viser at 70,9 % fik profylaktisk antibiotika, mens 20,5 % ikke fik. Der var 8,7 % uoplyste. Der er stor variation mellem regionerne. I Region Nordjylland fik 92,3 % profylaktisk antibiotika, mens kun 30,5 % fik det i Region Sjælland.

Styregruppens kommentar til Tabel 12:

Der findes stor variation mellem afdelinger i forhold til registrering af profylaktisk AB i DugaBase. Med den store grad af "uoplyste" på enkelte afdelinger, er det ikke muligt at benytte DugaBase til monitorering af mulige komplikationer i relation til brug af profylaktisk AB.

Styregruppen overvejer derfor forskellige muligheder for at få optimeret på data. Mulighed for "hard stop" funktion i indtastningsmodulets Skema 2 overvejes. Et bedre forslag ville muligvis være, hvis data på AB

kunne trækkes fra et fælles register: Sygehusmedicinregisteret. Det vil Styregruppen i fremtiden se nærmere på.

Tabel 12 viser, at der er en forholdsvis stor konsistens vedr. brug eller fravalg af profylaktisk antibiotika inden for den enkelte afdeling.

9 ud af 13 afdelinger bruger antibiotika ret konsekvent og ligger mellem 85-96,7 %. 2 afdelinger med hhv. 4 og 28 % må antages at benytte antibiotika på indikation. Den store forskel og variation mellem regioner giver anledning til refleksion.

Der findes kun få undersøgelser som belyser konsekvensen af profylaktisk antibiotika. En enkelt dobbelt blindet RCT<sup>1</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 deltagerantal.

Et nordisk studie fra 2019 med ca. 150 cases i hver gruppe fandt ikke signifikant forskel på forekomst af uvi<sup>2</sup> I guidelinen fra det nationale faglige selskab (DSOG) fra 2012 tages der ikke stilling til anvendelse af antibiotika.<sup>3</sup> I de øvrige nordiske lande benyttes profylaktisk antibiotika generelt ikke ved midturtalslyngeoperationer.

Det er fortsat styregruppens ønske, at kunne koble data til komplikationsregistrering for at kunne bidrage til afklaring af antibiotikas evt. betydning.

---

<sup>1</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>2</sup> Rudnicki M, Jakobsson U, Teleman 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.

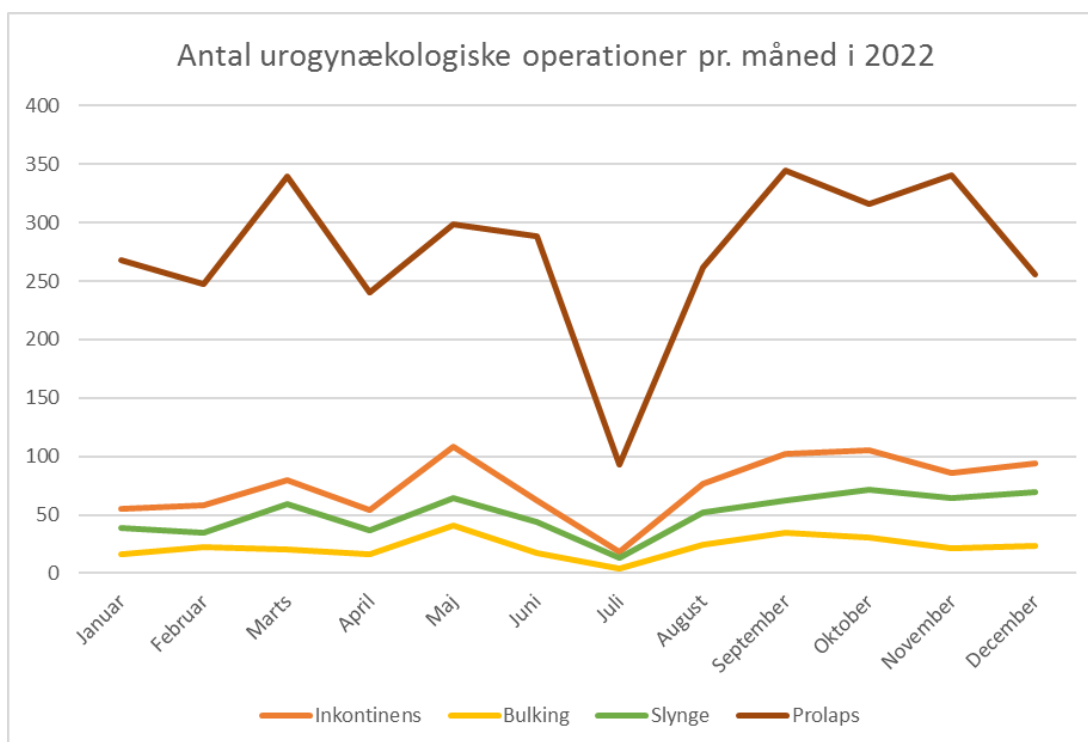
<sup>3</sup> <http://gynobsguideline.dk/hindsgavl/Kir%20SUI-endelig.pdf>

## Tema 2022: Operationskapacitet for urogynækologiske operationer

Tabel 13. Antal urogynækologiske operationer pr. måned i 2022. Opgjort på kalenderår 2022 (1/1-31/12 2022)

	Inkontinens Antal	Bulking Antal	Slynge Antal	Prolaps Antal
Januar	55	16	39	268
Februar	58	22	35	247
Marts	80	20	59	339
April	54	16	37	240
Maj	108	41	64	299
Juni	62	17	44	288
Juli	18	4	13	93
August	77	25	52	262
September	102	35	62	345
Oktober	105	31	72	316
November	86	21	64	341
December	94	23	70	256
I alt	899	271	611	3294

Figur 4. Antal urogynækologiske operationer pr. måned i 2022. Opgjort på kalenderår 2022 (1/1-31/12 2022)



Styregruppens kommentar til tabel 13 og figur 4:

2022 var ikke længere direkte udfordret af Covid-10 pandemien, men pandemien træk alligevel spor ind i 2022 i forhold til operationskapacitet. Dette blandt andet grundet ”pukkelafvikling” og rekrutterings udfordringer. Styregruppen finder det derfor fortsat relevant, at bringe deskriptive data om operationskapacitet.

Urogynækologi er i sigens natur et subspecialt, hvor patienter som udgangspunkt ikke rammes af livstruende tilstand. Derfor udfordres subspecialt med nedlukning og udsættelse af behandlinger, når der er mandskabsmangel. Forventning til 2022 var derfor også, at antal operationer fortsat ville være let reducerede i forhold til tiden før pandemien.

Som illustreret i Figur 4 ses, at vi i 2. halvdel af 2022 nærmer os en operations aktivitet på ca. 350 prolapsoperationer og ca. 100 urininkontinensoperationer pr mdr., hvilket svarer til operations aktiviteten før pandemien. Prolapsoperationer er i 2022 i højere grad end tidligere udført i det private, se Tabel 15.

**Tabel 14. Antal Urininkontinensoperationer pr. afdeling. Opgjort på kalenderår 2020-2022.**

	2020 inkontinens Antal	2021 inkontinens Antal	2022 inkontinens Antal
<b>Danmark</b>	925	696	899
<b>Hovedstaden</b>	293	190	275
<b>Sjælland</b>	101	75	67
<b>Syddanmark</b>	163	95	114
<b>Midtjylland</b>	176	109	211
<b>Nordjylland</b>	168	197	187
<b>Hovedstaden</b>	293	190	275
Amager og Hvidovre Hospital	31	17	27
Herlev og Gentofte Hospital	205	125	193
Hospitalet i Nordsjælland	57	48	55
<b>Sjælland</b>	101	75	67
Nykøbing F Gyn afd.	46	23	16
Roskilde Gyn afd.	55	52	51
<b>Syddanmark</b>	163	95	114
OUH Gyn afd.	136	86	95
SHS Gyn klinik Aabenraa	11	2	18
SHS Gyn klinik Sønderborg	12	7	1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	4		
<b>Midtjylland</b>	176	109	211
AUH Kvindesygdomme	129	88	168
Hospitalsenhed Midt	46	20	42
Hospitalsenheden Vest Herning	1	1	
Regionshospitalet Gødstrup			1
<b>Nordjylland</b>	168	197	187
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	144	177	150
Hjørring Gyn-obst. afd.	24	20	37
<b>Privathospitaler</b>			
Aleris-Hamlet Esbjerg			1
Aleris-Hamlet Søborg	6	9	16
Privathospitalet Mølholm Vejle	18	21	28

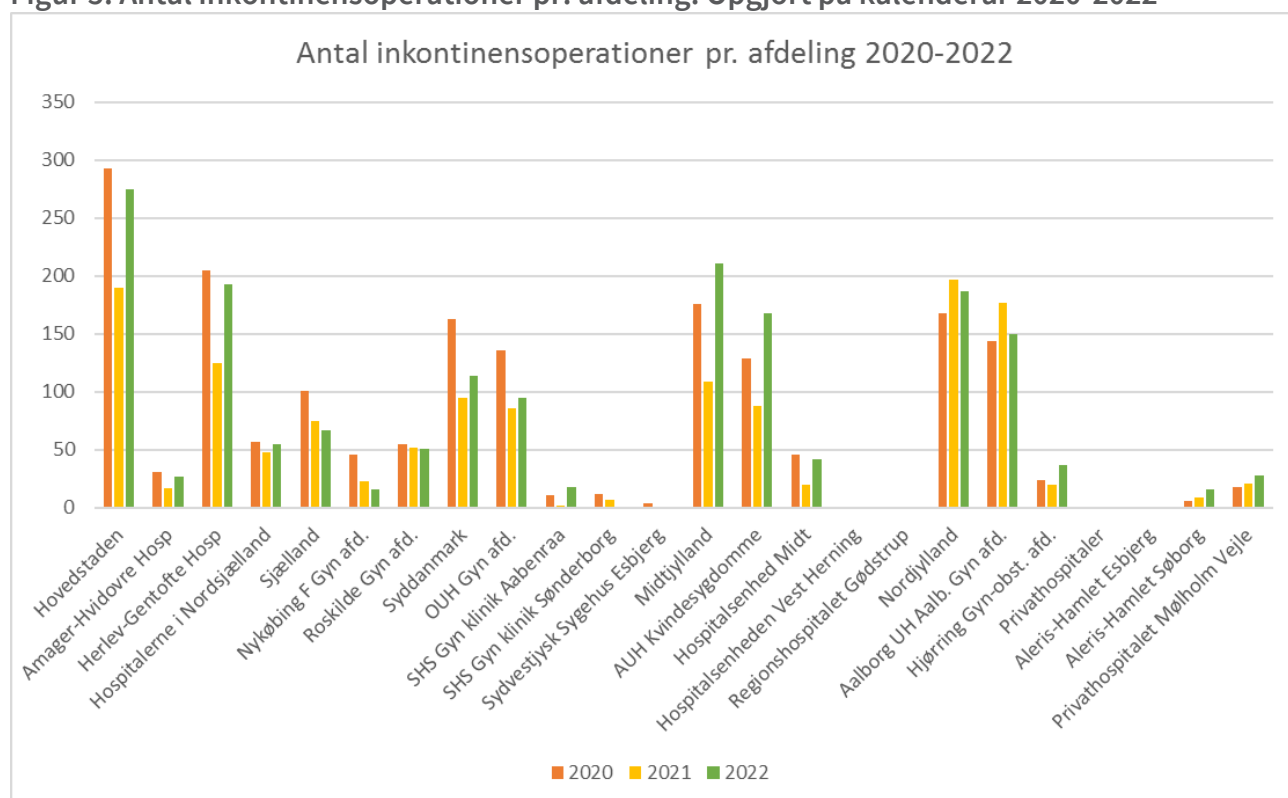
Tabel 15. Antal Prolapsoperationer pr. afdeling. Opgjort på kalenderår 2020- 2022.

	2020 prolaps Antal	2021 prolaps Antal	2022 prolaps Antal
<b>Danmark</b>	3.096	2.740	3.294
<b>Hovedstaden</b>	717	556	649
<b>Sjælland</b>	404	409	416
<b>Syddanmark</b>	664	581	654
<b>Midtjylland</b>	720	556	695
<b>Nordjylland</b>	494	446	486
<b>Hovedstaden</b>	717	556	649
Amager og Hvidovre Hospital	111	84	88
Bornholms Hospital	14	25	25
Herlev og Gentofte Hospital	395	277	362
Hospitalerne i Nordsjælland	197	170	174
<b>Sjælland</b>	404	409	416
Holbæk Gyn afd.	121	119	121
Nykøbing F Gyn afd.	83	66	54
Roskilde Gyn afd.	86	152	117
Slagelse Gyn afd.	114	72	124
<b>Syddanmark</b>	664	581	654
Kolding Sygehus	119	102	99
OUH Gyn afd.	348	320	382
SHS Gyn klinik Aabenraa	56	58	72
SHS Gyn klinik Sønderborg	23	20	2
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	118	81	99
<b>Midtjylland</b>	720	556	695
AUH Kvindesygdomme	331	246	387
Hospitalsenhed Midt	107	88	99
Hospitalsenheden Vest Herning	86	92	15
Regionshospitalet Gødstrup		1	61
Regionshospitalet Horsens	88	52	77
Regionshospitalet Randers	108	77	56
<b>Nordjylland</b>	494	446	486
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	316	288	323
Aalborg UH Thisted	53	52	49
Hjørring Gyn-obst. afd.	125	106	114
<b>Privathospitaler</b>			
Aleris-Hamlet Aalborg			9
Aleris-Hamlet Esbjerg			59
Aleris-Hamlet Ringsted	1		17
Aleris-Hamlet Søborg	49	73	148
Bekkevold Hellerup		14	10

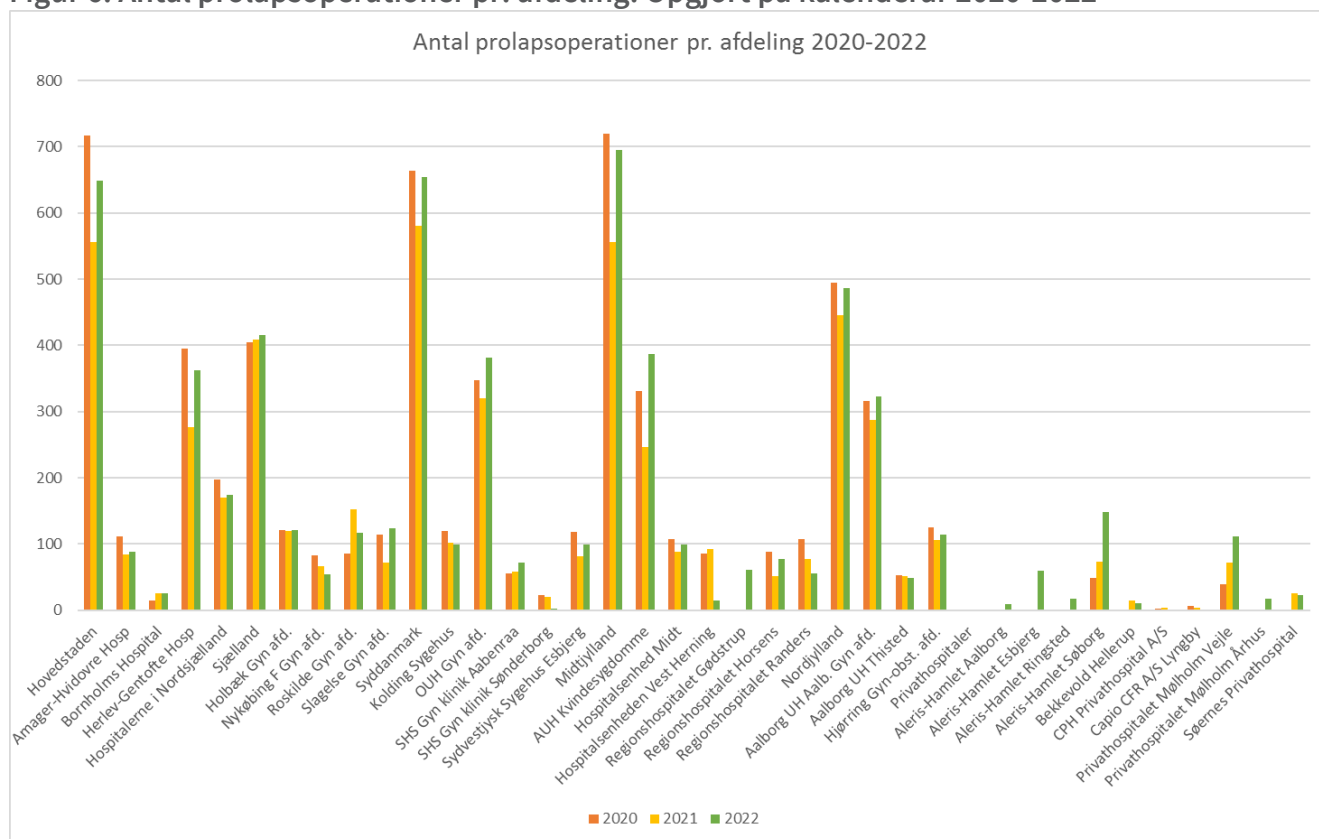


	2020 prolaps Antal	2021 prolaps Antal	2022 prolaps Antal
CPH Privathospital A/S	2	4	
Capio CFR A/S Lyngby	6	4	
Privathospitalet Mølholm Vejle	39	72	111
Privathospitalet Mølholm Århus			17
Søernes Privathospital		25	23

Figur 5. Antal inkontinensoperationer pr. afdeling. Opgjort på kalenderår 2020-2022



Figur 6. Antal prolapsoperationer pr. afdeling. Opgjort på kalenderår 2020-2022



**Styregruppens kommentar tabel 14 og 15 samt figur 5 og 6:**

Data er ikke opdelt på bulking- og slyngeoperationer, så den indbyrdes udvikling kan ikke følges i disse data.

Der ses i Årsrapport 2022 i forhold til 2021 en mere ligelig fordeling blandt de 5 store afdelinger der tilbyder både slynge- og bulkingoperationer. Aktiviteten er på landsplan næsten tilbage til aktiviteten fra 2020. Det ses på aktiviteten i Herlev, mens AUH tegner sig for en øget aktivitet. AaUH har reduceret aktivitet svarende til aktiviteten i 2020. Roskilde ligger stationært gennem de seneste 3 år, mens operationsaktiviteten på OUH fortsat er langt fra aktiviteten i 2020.

Antallet af prolapsoperationer er på landsplan øget med knap 200 operationer siden 2020. En del af den reducerede aktivitet fra 2021, må forventes at være skubbet til 2022. Man kan på den stigende aktivitet for 2022, således ikke udtale sig, om den tidligere tendens med faldende prolapsoperationsaktivitet fortsat er en realitet. Monitorering af aktivitet for 2023 må afventes.

Styregruppen må konkludere, at sundhedssystemets udfordringer med Covid-19 pandemien samt sygeplejerskestrejke og mangel på sygeplejersker rækker ind i 2022 med konsekvenser for urogynækologiens patientgrupper, dog med tydelige regionale forskelle.

# Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

## Baggrund

Urogynækologi omfatter udredning og behandling af sygdomme vedrørende funktion af bækkenbund, skede, blære, urinrør og endetarm. Det drejer sig blandt andet om følgende diagnosegrupper:

- Urininkontinens: Stress- og urge inkontinens, neurogen blæredysfunktion, fistler fra urinveje til skede og divertikler på urinrøret. Alene operationer for stressurininkontinens er omfattet af DugaBase. Nogle patienter er dog komplekse med *både* stressinkontinens og anden funktionsforstyrrelse i blæren. Patienterne kan ikke differentieres, idet databasen alene ser på operationer for stressurininkontinens.
- Nedsynkning/fremfald af bækken organer gennem skedevæggen ("Pelvic organ prolapse" (POP)). Hvor alle typer prolapsoperationer er omfattet af DugaBase.

Lidelserne er ikke livstruende, men betyder ofte invaliderende forringelser af patienternes livskvalitet, bl.a. social isolation, indskrænket aktivitetsniveau og forringet sexliv. Prævalens for urininkontinens og prolaps er stigende med alderen.

En dansk undersøgelse fra 2000 viste, at 16 % af alle kvinder i alderen 40-60 år er urininkontinente, mens andelen stiger til 50 % for kvinder over 75 år (1).

En dansk opgørelse fra 2014 har vist, at aldersfordeling blandt prolaps opererede kvinder i Danmark ændrede sig i perioden fra 1978-2008, således at det oftere var den ældre kvinde i forhold til den yngre som fik prolaps operation i 2008 sammenlignet med 1978. Man fandt, at livstidsrisiko for at få en prolaps operation i en alder af 80 år i 2008 var 19 % sammenlignet med tal fra 1978 hvor livstidsrisiko var 27 % (2).

Et dansk studie fra 2018 viste, at den totale risiko for reoperation af prolaps var 11,5 % (3). Kvinder som fik lavet primær prolaps operation i alderen 18 - 49 år havde reoperationsrate på 26,9 %, hvorimod kvinder som fik primær prolaps operation i alderen 50 til 90+ år havde reoperationsrate på 10,1 %.

Til sammenligning viser en opgørelse blandt kvinder fra Storbritannien (2011), der har født vaginalt, at livstidsrisiko for kvinder i en alder af 80 år for operation grundet urininkontinens eller prolaps var 12,2 %, med risiko for recidiv operation på 19 % (4).

## 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.

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 for gener, som DugaBase monitorerer, ikke livstruende tilstande, 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 monitoreringssammenhæng er en udfordring. Styregruppen vil derfor understrege vigtigheden af PROM baserede indikatorer. Der findes desuden andre muligheder for behandling end den kirurgiske, som medfører fordele og ulemper. Der gøres opmærksom på, at særligt recidiv operationer udgør en udfordring, idet det er kendt, at der er mindre effekt 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.

Der er aktuelt udvalgt 14 indikatorer, som dækker både læge- og patientrapporterede kvalitetsmål. Af de 14 indikatorer har 2 ikke en fastsat standard. I 2022 er standarden for 11 af de 12 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, og 11 samt for "ændringsmål" indikator 2, 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 urgency inkontinens (tranginkontinens). De patienter, som lider af blandingsinkontinens (begge typer), vil i mange tilfælde fortsat opleve urgency inkontinens 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.

### Referencer:

- (1) Møller LA, Lose G, Jørgensen T. The prevalence and bothersomeness of lower urinary tract symptoms in women 40-60 years of age. *Acta Obstet Gynecol Scand* 2000;79(4):298-305.
- (2) 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)
- (3) 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).
- (4) [Mohamed Abdel-Fattah](#) et al. Primary and repeat surgical treatment for female pelvic organ prolapse and incontinence in parous women in the UK: a register linkage study. DOI: [10.1136/bmjopen-2011-000206](https://doi.org/10.1136/bmjopen-2011-000206) (2011).

# Datagrundlag og metode

Data til årsrapporten er senest opdateret d. 27. marts 2023. De kliniske afdelinger havde deadline for indberetning til DugaBase d. 12. marts 2022 hvor data til årsrapporten blev frosset, LPR-data til årsrapporten er senest opdateret 8. marts 2023.

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 (it-system, der er specialdesignet til indberetning af data for kliniske kvalitetsdatabaser) giver mulighed for at opdele inddateringsopgaven. Gennem et oversigtsmodul holdes overblik over manglende inddateringer, og herfra kan man komplettere data.

## 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, KLEG20, KLEG96

- Slyngeoperationer
  - KLEG10, KLEG10A
- Bulkingoperationer
  - KKDV20, KKDV22

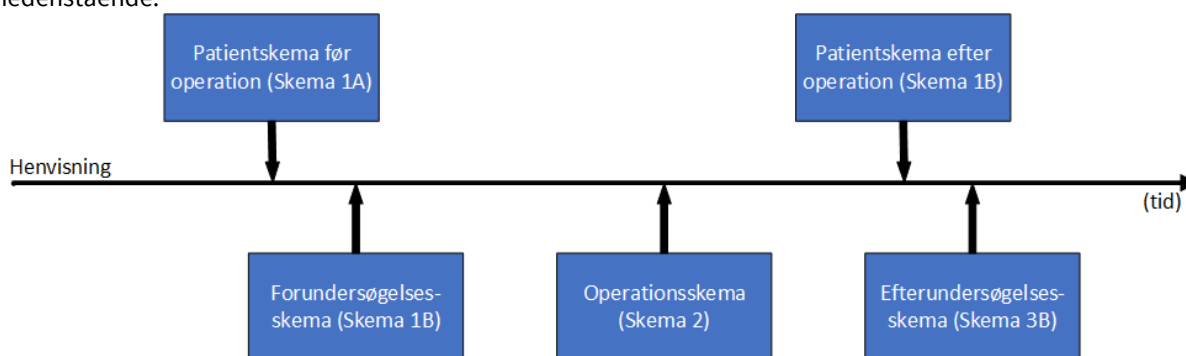
### Prolaps

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
- 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

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

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

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

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

Kontroloplysninger er i alt væsentligt en gentagelse af udredningsoplysningerne vedr. symptomer, gener og behandlingsbehov, som sammenlignes med udredningsoplysningerne for at undersøge ændring i patientens tilstand. Herudover registreres eventuelle komplikationer og bivirkninger i den mellemliggende periode. Disse oplysninger indhentes for langt størstedelen ved, at der udsendes spørgeskemaer til patienterne 3 mdr postoperativt, som patienterne så skal returnere. Nogle foretager telefoninterview, og enkelte har en 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 operationskema, 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 2021, 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 ”2021” eller ”år 2021”. Direkte tal fra Årsrapport 2021, betegnes ”Årsrapport 2021”.

## Dækningsgrad

I forbindelse med opgørelse af dækningsgrad (også kaldet databasekomplethed) 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. 8. marts 2023.

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

## Kriterier for opgørelse af dækningsgrad

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

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



## Dækningsgrad, urininkontinensoperationer. Opgjort på kalenderår 2022 (1/1-31/12 2022)

Dækningsgrad - Andel inkontinens operationer der findes i DugaBase i forhold til inkontinens operationer i DugaBase og/eller LPR

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2022 - 31.12.2022	Andel	95% CI	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	899 / 979	0 (0)	92	(90-93)	98	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	275 / 297	0 (0)	93	(89-95)	99	97
<b>Sjælland</b>	Nej	67 / 89	0 (0)	75	(65-84)	94	90
<b>Syddanmark</b>	Ja	114 / 118	0 (0)	97	(92-99)	100	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	211 / 213	0 (0)	99	(97-100)	99	99
<b>Nordjylland</b>	Nej	187 / 212	0 (0)	88	(83-92)	100	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	275 / 297	0 (0)	93	(89-95)	99	97
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	27 / 31	0 (0)	87	(70-96)	94	94
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	193 / 210	0 (0)	92	(87-95)	99	99
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	55 / 56	0 (0)	98	(90-100)	100	93
<b>Sjælland</b>	Nej	67 / 89	0 (0)	75	(65-84)	94	90
Nykøbing F Gyn afd.	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100	98
Roskilde Gyn afd.	Nej	51 / 73	0 (0)	70	(58-80)	91	85
<b>Syddanmark</b>	Ja	114 / 118	0 (0)	97	(92-99)	100	98
OUH Gyn afd.	Ja	95 / 97	0 (0)	98	(93-100)	100	98
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	18 / 20	0 (0)	90	(68-99)	100	100
SHS Gyn klinik Sønderborg	Ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	100	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg		0 / 0					100
<b>Midtjylland</b>	Ja	211 / 213	0 (0)	99	(97-100)	99	99
AUH Kvindesygdomme	Ja	168 / 170	0 (0)	99	(96-100)	99	99
Hospitalsenhed Midt	Ja	42 / 42	0 (0)	100	(92-100)	100	100
Hospitalsenheden Vest Herning		0 / 0				100	100
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)		
<b>Nordjylland</b>	Nej	187 / 212	0 (0)	88	(83-92)	100	100
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	150 / 174	0 (0)	86	(80-91)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	37 / 38	0 (0)	97	(86-100)	100	100
<b>Privathospitaler</b>							
Aleris-Hamlet Esbjerg	Ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)		
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100	100
Capio CFR A/S Odense		0 / 0				0	
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	28 / 30	0 (0)	93	(78-99)	91	95
Privathospitalet Mølholm Århus	Nej	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0	

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

Kommentar til dækningsgrad, urininkontinensoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for urininkontinensoperationer i 2022 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for urininkontinens i 2022. Uanset at LPR er gold standard, kan data for urininkontinensoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 92 %. Af de 11 gynækologiske/obstetriske afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 8 afdelinger en dækningsgrad på mindst 90 %. Amager og Hvidovre Hospital, Roskilde Gyn afd. og Aalborg UH Aalb. Gyn afd. har dækningsgrader mellem 70 og 87 %.

## Dækningsgrad, Prolapsoperationer Opgjort på kalenderår 2022 (1/1-31/12 2022)

Dækningsgrad - Andel prolaps operationer der findes i DugaBase i forhold til prolaps operationer i DugaBase og/eller LPR

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>	Nej	3.294 / 3.671	0 (0)	90	(89-91)	94	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	649 / 703	0 (0)	92	(90-94)	92	95
<b>Sjælland</b>	Nej	416 / 493	0 (0)	84	(81-87)	91	89
<b>Syddanmark</b>	Ja	654 / 675	0 (0)	97	(95-98)	98	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	695 / 711	0 (0)	98	(96-99)	98	98
<b>Nordjylland</b>	Nej	486 / 615	0 (0)	79	(76-82)	100	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	649 / 703	0 (0)	92	(90-94)	92	95
Amager og Hvidovre Hospital	Nej	88 / 101	0 (0)	87	(79-93)	83	90
Bornholms Hospital	Ja	25 / 25	0 (0)	100	(86-100)	100	93
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	362 / 384	0 (0)	94	(91-96)	95	98
Hospitalerne i Nordsjælland	Ja	174 / 189	0 (0)	92	(87-95)	92	94
Rigshospitalet	Nej	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	0	0
<b>Sjælland</b>	Nej	416 / 493	0 (0)	84	(81-87)	91	89
Holbæk Gyn afd.	Ja	121 / 123	0 (0)	98	(94-100)	99	100
Nykøbing F Gyn afd.	Nej	54 / 70	0 (0)	77	(66-86)	94	94
Roskilde Gyn afd.	Nej	117 / 170	0 (0)	69	(61-76)	82	70
Slagelse Gyn afd.	Ja	124 / 130	0 (0)	95	(90-98)	96	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	654 / 675	0 (0)	97	(95-98)	98	98
Kolding Sygehus	Ja	99 / 101	0 (0)	98	(93-100)	96	99
OUH Gyn afd.	Ja	382 / 385	0 (0)	99	(98-100)	99	97
SHS Gyn klinik Aabenraa	Ja	72 / 78	0 (0)	92	(84-97)	94	98
SHS Gyn klinik Sønderborg	Nej	2 / 5	0 (0)	40	(5-85)	95	100
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Ja	99 / 106	0 (0)	93	(87-97)	98	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	695 / 711	0 (0)	98	(96-99)	98	98
AUH Kvindesygdomme	Ja	387 / 395	0 (0)	98	(96-99)	98	100
AUH Urinvejskirurgi	Nej	0 / 2	0 (0)	0	(0-84)	0	0
Hospitalsenhed Midt	Ja	99 / 100	0 (0)	99	(95-100)	99	99
Hospitalsenheden Vest Herning	Ja	15 / 16	0 (0)	94	(70-100)	100	98
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	61 / 61	0 (0)	100	(94-100)	100	
Regionshospitalet Horsens	Ja	77 / 78	0 (0)	99	(93-100)	96	98
Regionshospitalet Randers	Ja	56 / 59	0 (0)	95	(86-99)	97	96
<b>Nordjylland</b>	Nej	486 / 615	0 (0)	79	(76-82)	100	100
Aalborg UH Aalb. Gyn afd.	Nej	323 / 385	0 (0)	84	(80-87)	100	100
Aalborg UH Hobro	Nej	0 / 53	0 (0)	0	(0-7)		
Aalborg UH Thisted	Ja	49 / 51	0 (0)	96	(87-100)	100	100
Hjørring Gyn-obst. afd.	Ja	114 / 126	0 (0)	90	(84-95)	100	100

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Privathospitaler</b>							
Adeas Parken						0	
Aleris-Hamlet Aalborg	Ja	9 / 10	0 (0)	90	(55-100)	0	0
Aleris-Hamlet Aarhus	Nej	0 / 13	0 (0)	0	(0-25)	0	0
Aleris-Hamlet Esbjerg	Ja	59 / 63	0 (0)	94	(85-98)		0
Aleris-Hamlet Ringsted	Ja	17 / 17	0 (0)	100	(80-100)		100
Aleris-Hamlet Søborg	Ja	148 / 150	0 (0)	99	(95-100)	99	96
Bekkevold Hellerup	Ja	10 / 10	0 (0)	100	(69-100)	100	
CPH Privathospital A/S						27	40
Capio CFR A/S Hellerup	Nej	0 / 33	0 (0)	0	(0-11)	0	0
Capio CFR A/S Lyngby						100	86
Capio CFR A/S Odense	Nej	0 / 8	0 (0)	0	(0-37)	0	0
Privathospitalet Kollund, Fredericia							0
Privathospitalet Mølholm Vejle	Ja	111 / 115	0 (0)	97	(91-99)	99	89
Privathospitalet Mølholm Århus	Nej	17 / 21	0 (0)	81	(58-95)	0	0
Søernes Privathospital	Nej	23 / 34	0 (0)	68	(49-83)	78	

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

#### Kommentar til dækningsgrad, prolapsoperationer

Udtræk fra Landspatientregisteret (LPR) omfattende alle SKS-koder for prolapsoperationer i 2022 blev sammenlignet med patienter registreret i DugaBase med en operationsdato for prolaps i 2022. Uanset at LPR er gold standard, kan data for prolapsoperationer i LPR naturligvis også være fejlbehæftede.

Den landsdækkende dækningsgrad er 90 % i 2022. Blandt de 22 afdelinger på de offentlige sygehuse med mindst 10 operationer i LPR og/eller DugaBase har 17 afdelinger mindst 90 % dækningsgrad; Amager og Hvidovre Hospital, Nykøbing F Gyn afd., Roskilde Gyn afd., Aalborg UH Aalb Gyn afd. og Aalborg UH Hobro har dækningsgrader mellem 0 og 87 %.

#### Styregruppens kommentarer til dækningsgrad urininkontinens og prolapsoperationer

For inkontinensoperationer ses dækningsgrad på landsplan med 92 %. Et fald fra 98 % i 2021. 8 afdelinger har en dækningsgrad på mindst 90%, mens Roskilde, Amager og Hvidovre og AaUH Aalb har dækningsgrader på hhv. 70%, 87 og 86%. Alle 3 afdelinger lå i 2021 med dækningsgrader > 90%.

For prolapsoperationer er dækningsgraden i 2022 på 90 %. Vi opfylder ikke standarden da indikatorværdien ligger på decimalen under 90 %. 2 ud af 5 regioner opfylder ikke standarden. Amager og Hvidovre Hospital har en dækningsgrad på 87 % som er en forbedring fra 2021. Roskilde Gyn afd. og Nykøbing F Gyn afd. er begge faldet markant siden 2021 og tegner sig for dækningsgrader på hhv. 69 og 77 %. AaUH Aalb er faldet fra 100 til 84 %.

Privathospitalerne indtager hele spekteret fra 0-100 %. Mølholm Århus og Søernes Privathospital falder under standarden med hhv. 81 og 68 %. Aleris-Hamlet Aarhus og Capio Hellerup og Odense indberetter ikke prolapsoperationer til DugaBase (0 %).

Styregruppen har et stort ønske, om at indberetningsrutiner bliver en fast del af hverdagen på gynækologiske afdelinger i hele landet. Det er glædeligt, at enkelte privathospitaler også indberetter med kompletthed.

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, dels for at gøre opmærksom på problemet og dels for at tilbyde hjælp til eventuelle organisatoriske spørgsmål.

Af tabellen over dækningsgrad for prolapsoperationer i 2022 ses, at Rigshospitalet er noteret for 4 operationer i LPR men uden indtastning i DugaBase. Det skyldes, at patienter er blevet opereret med en procedurekode som benyttes i urogynækologien. Patienterne er ikke opereret med prolaps indikation og skal derfor ikke registreres i DugaBase.

Ligeledes tegner Urinvejskirurgisk AUH sig for 2 prolaps operationer. Cystektomerede patienter er i højrisiko for prolaps. Disse 2 patienter er opereret efter cystektomi med en procedurekode benyttet i urogynækologisk regi. Patienterne er ikke opereret med prolaps indikation og skal derfor ikke registreres i DugaBase.

AaUH Hobro er i LPR registeret med 53 prolapsoperationer. Disse er ikke registeret i DugaBase. I skrivende stund er det endnu ikke klart hvilken registrerings teknikalitet der skal udbedres, for at operationerne registreres korrekt. Der arbejdes i samarbejde med afdelingen på, at få bragt denne teknikalitet i orden.

# Styregruppe

<b>Formand</b>	
Niels Klarskov, Professor, Overlæge, dr.med.	Herlev/Gentofte Hospital
<b>Projektleder</b>	
Dorte Teilmann-Jørgensen, Afdelingslæge	Odense Universitetshospital
<b>Styregruppens medlemmer</b>	
Medlemmer fra hver region	
<b>Hovedstaden</b>	
Mette Hornum Bing, Overlæge, ph.d	Herlev Hospital
<b>Sjælland</b>	
Lene Poulsen, Overlæge	Roskilde sygehus
<b>Syddanmark</b>	
Carolin Hørlyck Corrinth, Overlæge	Sygehus Lillebælt, Kolding
<b>Midtjylland</b>	
Mette Juul Hansen, Overlæge	Aarhus Universitetshospital
<b>Nordjylland</b>	
Constanze Merkel, Overlæge	Regionshospital Nordjylland, Hjørring
<b>Repræsentant for Privathospitaler</b>	
Rikke Guldborg, Klinikchef, speciallæge, ph.d.	Privathospitalet, Mølholm
<b>Patient/Pårørenderepræsentant</b>	
Lærke Skærlund	Patientrepræsentant
Jonas Hammer Hermansen	Pårørenderepræsentant
<b>Repræsentant for DUGS</b>	
Marianne Glavind-Kristensen, Overlæge, Ph.d.	Aarhus Universitetshospital
<b>Forskningskonsulent</b>	
Niels Klarskov, Professor, Overlæge, dr.med.	Herlev/Gentofte Hospital
<b>Dataansvarlig myndighed</b>	
Repræsentant for Region Midtjylland, Julie Mark	RKKP's videncenter
<b>Klinisk epidemiolog</b>	
Helle Hare-Bruun	RKKP's videncenter
<b>Datamanager</b>	
Katja Løngaard	RKKP's videncenter
<b>Kontaktperson RKKP</b>	
Julie Mark	RKKP's videncenter

# Appendiks 1: Indikatordefinitioner

Beregningsregler for alle indikatorer ses nedenfor. For yderligere information om indikatordefinitioner samt flowcharts se <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/Databases.aspx?db2=1000000287>

Indikator-nummer	Indikatornavn	Beskrivelse	Indikatorpopulation (nævner)	Definition af tæller	Datakomplethed	Indikatorid
01	1 Patient-bedømmelse slynge	Urininkontinens - Subjektiv patient-bedømmelse af succes efter primær slyngeoperation	Patienter, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (operationskoder: KLEG10, KLEG10A) for 1. gang i aktuelle opgørelsesperiode	Patienter i nævneren hvor der i patientens efterundersøgelsesskema (EU-skema) er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi1)' i rubrik A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A (subjektiv patientbedømmelse) i patientens EU-skema kategoriseres som uoplyst	DUGABASE_61_002
02	2 Patientbedøm (PGI-I) slynge	Urininkontinens - Subjektiv patient-bedømmelse af succes efter primær slyngeoperation (PGI-I skala)	Patienter, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (operationskoder: KLEG10, KLEG10A) for 1. gang i aktuelle opgørelsesperiode	Patienter i nævneren hvor der i patientens efterundersøgelsesskema er besvaret spørgsmålet baseret på PGI-I skalaen med 'Rigtig meget bedre', 'Meget bedre' eller 'Lidt bedre'	Patientforløb med manglende udfyldelse af PGI-I score i patientens EU-skema kategoriseres som uoplyst	DUGABASE_62_002
03	3 Patient-bedømmelse bulking	Urininkontinens - Subjektiv patient-bedømmelse af succes efter primær bulkingoperation	Patienter, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (operationskoder: KKDV20, KKDV22) for 1. gang i aktuelle opgørelsesperiode	Patienter i nævneren hvor der i patientens efterundersøgelsesskema (EU-skema) er foretaget afkrydsning i felterne 'Aldrig (værdi 0)', eller 'ja, en gang om ugen eller mindre (værdi1)' i rubrik A (Hvor ofte oplever du urininkontinens?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A (subjektiv patientbedømmelse) i patientens EU-skema kategoriseres som uoplyst	DUGABASE_63_002

<b>04</b>	4 Patientbedøm (PGI-I) bulking	Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulkingoperation (PGI-I skala)	Patienter, der har fået foretaget urininkontinens-kirurgi (operationskoder: KKDV20, KKDV22) for 1. gang i aktuelle opgørelsesperiode	Patienter i nævneren hvor der i patientens efterundersøgelsesskema er besvaret spørgsmålet baseret på PGI-Iskalaen med 'Rigtig meget bedre', 'Meget bedre' eller 'Lidt bedre'	Patientforløb med manglende udfyldelse af PGI-I score i patientens EU-skema kategoriseres som uoplyst	DUGABASE_64_002
<b>11</b>	11 Patient bedømmelse prolaps	Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation	Patienter, der har fået foretaget primærprolapskirurgi i opgørelsesperioden. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder	Patienter i nævneren hvor der i patientens efterundersøgelsesskema (EU-skema) 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?).	Patientforløb med manglende udfyldelse af rubrik A (subjektiv patientbedømmelse) i patientens EU-skema kategoriseres som uoplyst	DUGABASE_71_002
<b>12</b>	12 Patientbedøm (PGI-I) prolaps	Prolaps – Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation (PGI-I skala)	Patienter, der har fået foretaget primærprolapskirurgi i opgørelsesperioden. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder	Patienter i nævneren hvor der i patientens efterundersøgelsesskema er besvaret spørgsmålet baseret på PGI-Iskalaen med 'Rigtig meget bedre', 'Meget bedre' eller 'Lidt bedre'	Patientforløb med manglende udfyldelse af PGI-I score i patientens EU-skema kategoriseres som uoplyst	DUGABASE_72_002
<b>13</b>	13 Recidiv 2 år, KLEF00	Recidivoperation (2 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment	Patienter, som i opgørelsesperioden (2år før aktuelle år) har fået foretaget 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 2 år efter den primære prolapsoperation. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Ingen uoplyste	DUGABASE_73_002
<b>14</b>	14 Recidiv 5 år, KLEF00	Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment	Patienter, som i opgørelsesperioden (5år før aktuelle år) har fået foretaget 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. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Ingen uoplyste	DUGABASE_74_002



<b>15a</b>	15a Reci. 2år midtkomp ej hyst	Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	Patienter der ikke tidligere er hysterektomeret, som i opgørelsesperioden (2 år før aktuelleår) har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder.	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment indenfor 2 år efter den primære prolapsoperation. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Patientforløb hvor spørgsmål om tidligere hysterektomi er uoplyst kategoriseres som uoplyst.	DUGABASE_75_002
<b>15b</b>	15b Reci. 2år midtkomp hyst	Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Patienter der tidligere er hysterektomeret, som i opgørelsesperioden (2 år før aktuelleår) har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder.	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment indenfor 2 år efter den primære prolapsoperation. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Patientforløb hvor spørgsmål om tidligere hysterektomi er uoplyst kategoriseres som uoplyst.	DUGABASE_76_002
<b>16a</b>	16a Reci. 5år midtkomp ej hyst	Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. hysterektomeret	Patienter der ikke tidligere er hysterektomeret, som i opgørelsesperioden (5 år før aktuelleår) har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder.	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Patientforløb hvor spørgsmål om tidligere hysterektomi er uoplyst kategoriseres som uoplyst.	DUGABASE_77_002
<b>16b</b>	16b Reci. 5år midtkomp hyst	Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret	Patienter der tidligere er hysterektomeret, som i opgørelsesperioden (5 år før aktuelleår) har fået foretaget primær prolaps-kirurgi i midterste kompartment. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder.	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i midterste kompartment indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Patientforløb hvor spørgsmål om tidligere hysterektomi er uoplyst kategoriseres som uoplyst.	DUGABASE_78_002

<b>17</b>	17 Recidiv 2 år, KLEF03	Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment	Patienter, som i opgørelsesperioden (2år før aktuelle år) har fået foretaget prolaps-kirurgi i bagerste kompartment med operationskoden KLEF03 + evt følgende deloperationer: 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. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Ingen uoplyste	DUGABASE_79_002
<b>18</b>	18 Recidiv 5 år, KLEF03	Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment	Patienter, som i opgørelsesperioden (5år før aktuelle år) har fået foretaget prolaps-kirurgi i bagerste kompartment med operationskoden KLEF03 + evt følgende deloperationer: KLFE00, KLFE10, KLFE10A, KLFE20, KLFE96	Patientforløb uden recidivoperation, dvs. som ikke har fået foretaget prolapskirurgi i bagerste kompartment indenfor 5 år efter den primære prolapsoperation. Se flowchart for specifikation af inkluderede operationskoder for recidivoperation	Ingen uoplyste	DUGABASE_80_002

# Appendiks 2: 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/>  
Ansøgningskema (som Word-fil) findes også via dette link.

## Artikler der udgår fra DugaBase

### 2011

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

### 2012

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

### 2015

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

### 2016

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

**2017**

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

**2018**

11. Hansen MF. Surgical treatment for urinary incontinence in women - Danish nationwide cohort studies. *Dan Med J.* 2018 Feb;65(2): B5447.
12. Weltz V, Guldberg R, Larsen MD, Magnussen B, Lose G. Influence of body mass index on short-term subjective improvement and risk of reoperation after mid-urethral sling surgery. *Int Urogynecol J.* 2018 Apr;29(4):585-591.
13. Tolstrup CK, Husby KR, Lose G, Kopp TI Viborg PH, Kesmodel US, Klarskov N. The Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: a matched historical cohort study. *Int Urogynecol J.* 2018;29(3):431-440.
14. Husby KR, Tolstrup CK, Lose G, Klarskov N. Manchester-Fothergill procedure versus vaginal hysterectomy with uterosacral ligament suspension: an activity-based costing analysis. *Int Urogynecol J.* 2018 Aug;29(8):1161-1171.
15. Hansen MF, Lose G, Sigurdardóttir HB, Gradel KO. A Danish national population-based cohort study of synthetic midurethral slings, 2007-2011. *Int Urogynecol J.* 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, Kjærgaard N. Development of cervical and uterine malignancies during follow-up after Manchester-Fothergill procedure. *Journal of Gynecological Surgery* 2020; 36:60-64.
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
- 2021**
28. Weltz V, Guldberg 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
29. Khayyami Y, Elmelund M, Klarskov N. Urinary incontinence before and after pelvic organ prolapse surgery-A national database study. *Int Urogynecol J.* 2021 Aug;32(8):2119-2123. doi: 10.1007/s00192-021-04738-6. Epub 2021 Feb 26. PMID: 33635353

## Afhandlinger der udgår fra DugaBase

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

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

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

Ansøgnings-tidspunkt	Bevilget	Ansøger(e)	Institution	Projekt-titel
Oktober 2008	Januar 2009	Rikke Guldberg	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	Januar 2009	Lasse Raaberg	Gråbrødre-klinikken, 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	Marts 2010	Marianne Ottesen Weincke	Hvidovre Hospital	Effekten af KLEF03 +/- KLFE20 i forhold til inkontinens for urin
Januar 2012	Maj 2012	Rikke Guldborg Ulla Darling Hansen	OUH	Brug af implantater ved urogynækologiske operationer i Danmark
Januar 2012	Februar 2012	Rikke Guldborg	OUH	Kirurgisk behandling af stress-inkontinens (Guidelinearbejde)
Maj 2012	Juni 2012	Margrethe Foss Hansen	SDU/KU	Regional variation i behandlingskvalitet – kirurgisk behandling af urinkontinens hos kvinder
August 2013	September 2013	Chris Maher/Nir Haya/Rikke Guldborg	University of Queensland, Brisbane og OUH	Worldwide urogynaecological surgery (Udtræk sept. 2013)
2015	August 2015	Pinar Bor	Regionshospitalet Randers	Er profylaktisk antibiotika nødvendig ved midt-uretrale slyngeoperationer
November 2015	December 2015	Cecilie K. Tolstrup	Herlev & Gentofte Hospital	”Manchesteroperation versus vaginal hysterectomi 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	Aalborg Universitetshospital	Postoperative urinary incontinence after pelvic prolapse surgery
Oktober 2016	Januar 2017 Tillægsans. 2018	Dorte Teilmann-Jørgensen, MD	OUH	Cystocele re-operation rates dependent on apical support
November 2017		Susy Shim	Aalborg Universitetshospital	Er der sammenhæng mellem operatørerfaring og risiko for recidiv af cystocele efter en forvægsplastikoperation?
2017		Niels Kjærgaard	Aalborg Universitetshospital	Manchester-projekt
2017	September 2017	Yasmine Khayami	Herlev Hospital	Urininkontinens efter operation for urogenital prolaps
2018	August 2018	Susanne Axelsen	Aarhus Universitetshospital	Follow-up of incontinence operation with bulking at Aarhus University Hospital
2019	Oktober 2019	Michael Due Larsen	OUH	Kirurgisk behandling af prolaps i det midterste kompartment
2020	Maj 2020	Josephine Clausen	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Validering af psykometriske egenskaber for spørgeskemaerne om urinlækage (ICIQ-UI SF) og overaktiv blære (ICIQ-OAB 08/04)
2020	Januar 2020	Karen Guldbrandsen	Aalborg Universitetshospital	Patientmål efter bagvægsplastik
2020	Maj 2020	Aiste Ugianskiene	Aalborg Universitetshospital	Langtidsopfølgning af patienter efter kolpektomi eller Le Fort kolpokleise operationer på Aalborg Universitetshospital
2020	Marts 2021	Karen Ruben Husby	Herlev Hospital	Urogenitalt prolaps og gynækologisk cancer
Juni 2021	Oktober 2021	Dorte Teilmann-Jørgensen	OUH	The <b>D</b> anish <b>v</b> ag <b>I</b> nal <b>V</b> ault prolapse ( <b>DIVA</b> ) study - Operation of choice, risk of recurrence and quality of life

# Appendiks 3: Regionale kommentarer

## Region Hovedstaden

Ingen kommentarer

## Region Sjælland

### Indikator 1

Sjællands Universitetshospital, Roskilde har 28 % uoplyste, indikatoren er opfyldt, antal operationer pr antal urogynækolog er sammenligneligt med lignende afdelinger. Styregruppens henstilling om at se på procedure for indhentning af data, tages til efterretning og afdelingen har skærpet fokus på dette.

### Indikator 2

Sjællands Universitetshospital, Roskilde skal ved opfølgning i skema 3A have fokus på og være ekstra opmærksom på at spørge ind til specifikt stressinkontinenssymptomer og være sikker på at registrere således at data er direkte overførbare til DUGAbasen.

### Indikator 3 og 4

Sjællands Universitetshospital, Roskilde har i store dele af den aktuelle periode ikke haft urogynækologer ansat til at foretage Bulking. Vi forventer en markant stigning i antallet af indgreb i indeværende periode således at antal af relevante patientforløb kommer over 10 og medvirke til monitorering og evaluering af denne behandling fremadrettet.

Der er igen mangelfuld registrering af efterundersøgelsen (60%).

Det giver mening at se på patientkarakteristika som BMI og alder for denne procedure. Det stemmer overens med de observationer vi oplever for Sjællands Universitetshospital, Roskilde og det er godt at have dette indgreb til denne sværere population, som indeholder større kompleksitet og flere kontraindikationer for TVT.

### Indikator 11 og 12

Igen for stor andel uoplyste (29%). Sjællands Universitetshospital, Roskilde skal have mere fokus på denne del af registreringen. For indikator 12 ligger vi dog med sikkerhed indikatoren idet konfidensintervallet fuldt ligger over grænsen på 90 %.

### Indikator 13 (2 år)

Slagelse Gynækologisk Afdeling: Det høje recidivtal for recidiv 2 år KLEF00 på 91% i 2020, hvor afdelingen ikke opfylder standarden kan forklares grundet følgende:

- H2-læger som operatører, selvom prolapsoperationerne foretages under supervision.
- Afdelingen oplever ofte at når sygeplejerskerne sammen med patienterne over telefon udfylder 3 mdr. kontrol skema (3A skema/efterundersøgelsesskemaet) svarer en del at de oplever symptomer for prolaps, men når de efterfølgende kommer til kontrol hos lægen, er disse symptomer ikke til stede eller i meget mindre grad. Hvilket giver et misvisende billede, da skemaet som sygeplejerske udfylder med patienten efter operation er allerede indberettet i DUGABASEN.

Afdelingen vil fremadrettet vente med at indberette til DUGABASEN til lægen har undersøgt patienten og kan bekræfte eller afkræfte, hvorvidt der er tale om en sandelig recidiv eller mistanke mm.

### Indikator 15b og 16b

Indtil nu mange af disse operationer som sarkospinøs fiksation (KLEF53B), denne procedure ved vi har høj recidivrate og denne procedure ændres til procedurer med lavere recidivrisiko i aktuelle periode.

Afdelingen vil fremadrettet lægge vægt på at informationen +/- hysterectomi forud for operation er registreret, tillige optimere diagnose og operationskodning ved indikation og operation.

Roskilde støtter styregruppens forslag om at hysterectomi status flyttes fra skema 1A til skema 1B.

Supplerende opgørelser

Inkontinenskirurgi/BMI, alder.

Patienter der tilbydes Bulking i Sjællands Universitetshospital, Roskilde er yngre end landsgennemsnit. Det kan være et pseudomål for at disse f.eks. har for højt BMI til at blive tilbudt TVT. Dette understøttes i at patienter der tilbydes bulking i Sjællands Universitetshospital, Roskilde har højere BMI end landsgennemsnit. Dog er tallene små og mangelfulde.

Tabel 7A og 7B:

Sjællands Universitetshospital, Roskilde er enige i at residualurin og Q-maks bliver hardstop indtastninger, således at det sikres at disse parametre er taget i betragtning inden indstilling til operation.

Tabel 12 antibiotikaproylakse ved MUS

Sjællands Universitetshospital, Roskilde uoplyst 51,2 %. Det skal bemærkes at det er standard at der anvendes antibiotikaproylakse ved slyngeoperationer.

### **Region Syddanmark**

Ingen kommentarer

### **Region Midtjylland**

Ingen kommentarer

### **Region Nordjylland**

Ingen kommentarer





rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram