

SAMMENHÆNG OG KVALITET

I HELE SUNDHEDSVÆSENET

Sammenhæng og kvalitet i hele sundhedsvæsenet

Vores sundhedsvæsen har stået og står fortsat over for en ekstraordinær situation på bagkant af bl.a. en Coronapandemi og konflikten på sygeplejeområdet. Flere patienter har fået udskudt deres behandling. Derfor er der brug for, at alle dele af sundhedsvæsenet løfter, private som offentlige. Udfordringerne har vist os værdien af et endnu tættere samarbejde mellem sundhedsvæsenets aktører og nødvendigheden heraf, hvis vi skal klare de udfordringer der ligger forud.

Patienterne skal kunne mærke det tættere samarbejde mellem aktørerne, og at de bevæger sig i et sammenhængende sundhedsvæsen. Når de går ind ad døren til enten et offentligt eller privat tilbud, så skal de kunne forvente, at kvaliteten og dermed også patientsikkerheden er den samme begge steder.

Danske Regioner og Sundhed Danmark har siden 2019 arbejdet på en kvalitetsmodel for privathospitaler og klinikker. Modellen er unik, idet det er den første af sin slags, og vi er nu klar til at kunne præsentere resultaterne for det første år. Modellen skal fremover kunne bidrage med dataunderbygget viden om kvaliteten af behandlingen i privat regi. Kvalitetsmodellen vil over de kommende år blive udvidet med data fra eksempelvis den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelse (LUP), Patientrapporteret data (PRO) mm. Denne viden skal bidrage til kernen i kvalitetsarbejdet, som er at skabe større værdi for patienten og mere viden og sammenhæng på tværs af sundhedsvæsenet.

Det er vigtigt at understrege, at modellen ikke sammenligner de enkelte hospitaler og klinikker med hinanden. Derimod giver modellen mulighed for, at de enkelte hospitaler har overblik over, hvor de kan forbedre deres egen kvalitet.

Vi håber, at I tager godt imod dette nye tiltag i arbejdet med kvalitet.



Helene Probst, lægefaglig direktør
Danske Regioner



Jakob Rixen, Branchedirektør
Sundhed Danmark

Ny kvalitetsmodel for privathospitaler og klinikker

Arbejdet med kvalitet er et væsentligt parameter i udviklingen af det danske sundhedsvæsen, herunder også udviklingen af de private hospitaler og klinikker, som en del af det samlede sundhedsvæsen.

Kernen i arbejdet med kvalitet er at skabe større værdi for patienten. Arbejdet med kvalitet skal understøtte en udvikling i sundhedsvæsenet, hvor der leveres bedre kvalitet i udredningen, behandlingen og genoptræningen med fokus på de resultater, der har betydning for patienten. Samtidig skal arbejdet med kvalitet understøtte, at der leveres mest mulig sundhed for pengene.

Derfor har Danske Regioner og Sundhed Danmark aftalt at udvikle en ny datadrevet kvalitetsmodel for privathospitaler og klinikker, der modtager patienter i forhold til det udvidede frie sygehusvalg og ret til hurtig udredning. Kvalitetsmodellen lægger sig op ad de 8 nationale mål, som er en del af det nationale kvalitetsprogram.

Konkret har kvalitetsmodellen for privathospitaler og klinikker til formål, at:

- Sikre den faglige udvikling
- Sikre ensartet høj kvalitet og derigennem minimere uhensigtsmæssig variation mellem de private hospitaler og klinikker
- Udvikle og dokumentere den kliniske kvalitet i udredning og behandling
- Skabe værdi for patienterne
- Bidrage til vidensdeling
- Udnytte ressourcerne i sundhedsvæsenet effektivt
- Sikre at kvalitetsarbejdet er i tråd med det overordnede nationale kvalitetsprogram
- Understøtte øvrige politiske ønsker og prioriteringer for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet

Ny kvalitetsmodel og Det nationale kvalitetsprogram

Den nye kvalitetsmodel for privathospitaler og klinikker skal sikre, at de private leverandører arbejder i samme retning mod højere kvalitet som resten af sundhedsvæsenets aktører. Endvidere vil modellen gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

Målsætninger og indholdet i den ny kvalitetsmodel for private hospitaler og klinikker er udviklet i tråd med intentionerne i Det Nationale Kvalitetsprogram. Hovedfokus for kvalitetsmodellen for de private hospitaler og klinikker er de 8 nationale mål for sundhedsvæsenet under kvalitetsprogrammet.

De 8 nationale mål for sundhedsvæsenet udgør en af hjørnesteenene i det nationale kvalitetsprogram. For at kunne måle på disse er der udvalgt en række indikatorer, som konkretiserer de overordnede mål og gør det muligt at måle på disse.

Dette er den første udgivelse af kvalitetsmodellen for privathospitaler og klinikker. Antallet af indikatorer i denne rapport er på 43. De indikatorer der er udvalgt til modellen, er forsøgt spejlet i de indikatorer der måles på under de 8 nationale mål. Modellen indeholder for nuværende kun indikatorer inden for 1 af de 8 nationale mål. Det drejer sig om mål 4 - *Behandling af høj kvalitet*. Det forventes, at modellen snarligt udvides med indikatorer inden for yderligere to nationale mål: *Mål 5 - Hurtig udredning og behandling* og *mål 6 - Øget patientinddragelse*.

Kvalitetsmodellen gengiver målopfyldelse på samme måde som den nationale model gennem en "trafiklysmodel" der indikerer, hvordan det enkelte privathospital eller klinik præsterer i forhold til de enkelte indikatorer under de nationale mål der indgår i kvalitetsmodellen, herunder udviklingen set i forhold til tidligere år.

Der laves en årlig statusrapport, hvor målopfyldelsen i forhold til de udvalgte indikatorer fremgår.

Nedenfor forklares modellen mere uddybende i forhold til betydningen og forståelsen af de enkelte indikatorer samt indikatoroversigten.

Betydning og forståelse af indikatoroversigten for kvalitetsmodellen

Danske Regioner har lavet en aftale med Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) om levering af kvartalsvis data for privathospitalernes og klinikernes resultater.

I rapporten præsenteres en tabel over complethedegrad og indikatoropfyldelse for det enkelte privathospital eller klinik, hvor der er indgået aftale med Danske Regioner. Tabellerne angiver en indikation for, om det specifikke privathospital eller klinik summeret opfylder målopfyldelseskriterierne for de enkelte indikatorer, der er medtaget fra den specifikke database.

Det vurderes, hvorvidt det specifikke privathospital eller klinik opfylder de aftalte målopfyldelseskriterier og udviklingen sammenholdes med sidste års resultat.

Data for årsrapporterne er opgjort i årstal, dvs. 12 måneders data sammenlagt, og vil derfor være forenelige med tallene for de offentliggjorte årsrapporter.

Sundhed Danmark og Danske Regioner har aftalt at værdierne, som farvekodningen refererer til, skal afhænge af de tilhørende konfidensintervaller, som også er præsenteret i årsrapporterne. Bemærk, at konfidensintervallernes beregningsmetode kan variere på tværs af årsrapporterne.

Ved sammenlægning af matriklerne benyttes gennemsnittet på de tilhørende konfidensintervaller (den øvre og nedre grænse). Dette har hovedsagelig to implikationer, 1) det kan gøre et bredt (smalt) konfidensinterval mindre (større), 2) det kan styrke/mindske troværdigheden af værdien og konfidensintervallernes præcision. Dette gør sig kun gældende ved sammenlægningen af matrikler og der bør derfor tages højde for ovenstående i nedenstående tabeller.

Standard

Farvekoden af privathospitalernes standard afhænger af om 1) det enkelte privathospital indrapporteret opfylder den givne standard, 2) privathospitalets konfidensinterval øvre/nedre grænse ligger indenfor den givne standard. Hvis privathospitalet opfylder standard, får den farven grøn, hvis standard ikke opfyldes, men konfidensintervallets øvre eller nedre grænse ligger indenfor standarden så får den farven gul, hvis hverken disse to argumenter opfyldes så får hospitalet farven rød.

Udvikling

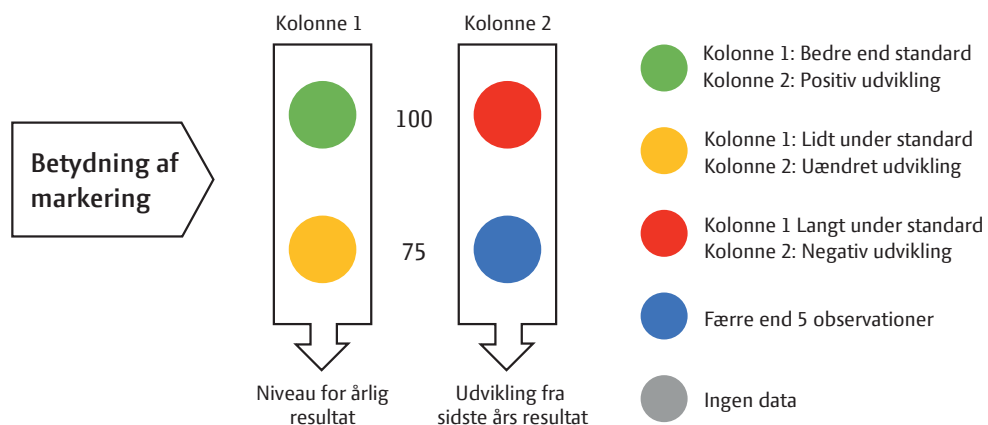
Farvekoden for privathospitalernes udvikling fra år til år er beregnet som følgende: Grøn tildes hvis den positive udvikling har været større end 5 procentpoint, gul tildes hvis udviklingen har været mellem negativ 10 procentpoint til positiv 5 procentpoint, rød tildes hvis udviklingen har været mere end 10 procentpoint negativ.

Andet

Farven blå gives ved færre end 5 observationer og farven grå gives ved ingen observationer. Variablen udvikling har den samme definition som i kvalitetsrapporten.

Komplethedsggraden, også kaldet dækningsgraden, angiver den andel af de opererede eller behandlede patienter, der indberettes manuelt til databasen i forhold til de registreringer foretaget til landspatientregisteret.

Lyskrydstabellen giver et visuelt indblik i såvel præstationen for det aktuelle år, på baggrund af de angivne standarder, som udviklingen fra det foregående år. Det vil dertil være muligt for den enkelte matrikel at følge egen udvikling.



Behandling af høj kvalitet: Kliniske kvalitetsdatabaser

Tabellerne for komplethedsgaden og indikatoroversigten er præsenteret nedenfor opdelt på databaserne. Definitionerne og fortolkningen af tabellerne er beskrevet ovenfor.

Tal repræsenteret i kvalitetsmodellen er baseret på dataleverance fra RKKP. Den rapporterede databases tal er opgjort i årstal, dvs. 12 måneders data sammenlagt, og vil derfor være forenelige med tallene for de offentliggjorte årsrapporter.

Dansk Korsbånds Register (DKRR)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2022, med opgørelsesperiode fra 1. juli 2021 til og med 30. juni 2022, som var udgivet i december 2022.

Link til rapport:

[Dansk Korsbånds Rekonstruktions Register \(DKRR\) - RKKP](#) – under Årsrapport.

DKRR – Dansk korsbånd rekonstruktions register blev etableret i 2005. Registeret indeholder data omkring korsbåndsrekonstruktioner, som defineres ved, at korsbåndet erstattes med enten den centrale tredjedel af knæskalsenen og skinnebensfremspringet, den centrale tredjedel af lårsenen med et stykke knæskal eller én af senerne fra hasemuskulaturen. Dårligt fungerende rekonstruktioner har betydelige implikationer for patienternes trivsel og medfører ofte nedsat erhvervsevne samt behov for reoperation.

Komplethedsoversigten (Standard >90%).

Enhedsnavn	2021/2022		2020/2021		2019/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Adeas	99,6 %		88,5 %		95,3 %	
Aleris-Hamlet	74,1 %		73,6 %		72,8 %	
Capio	95,2 %		71,4 %		71,2 %	
CPH Privathospital	48,0 %		47,4 %		26,1 %	
Privathospitalet Danmark	100,0 %		100,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Kollund	82,6 %		81,3 %		94,4 %	
Privathospitalet Mølholm	95,6 %		93,0 %		85,7 %	



















I årsrapporten for 2021/22 var dækningsgraden for primære ACL-rekonstruktioner på 87,1% i forhold til Landspatientregistret sammenlignet med 83 % dækningsgraden i 2020/21.

For ACL-revisions rekonstruktioner var 2021/22 dækningsgraden på 89,1% i forhold til Landspatientregistret sammenlignet med 86,9% dækningsgraden i 2020/21.

For flerligament rekonstruktioner var 2021/22 dækningsgraden på 91,6% i forhold til Landspatientregistret sammenlignet med 86,5% dækningsgraden i 2020/21.

Således ligger dækningsgraden lidt under standarden på de 90%. Dette kan nok tilskrives den væsentlige procedureændring, hvor afdelingerne selv skal indhente mangellister i de enkelte regioners IT datasystemer.

Indikator 1 - Reoperation af anden årsag end revision inden for 1 år: Reoperation af anden årsag end revision inden for 1 år (Standard < 10%).


Enhedsnavn	2020/2021			2019/2020		
	Standard	2020/2021	Udvikling	Standard	2019/2020	Udvikling
Adeas		12,6 %			5,0 %	
Aleris-Hamlet		4,5 %			9,6 %	
Capio		6,9 %			5,8 %	
CPH Privathospital		0,0 %			40,0 %	
Privathospitalet Danmark		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Kollund		0,0 %			12,5 %	
Privathospitalet Mølholm		8,7 %			4,2 %	

I årsrapporten for 2021/22 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på <10%, og indikatoren opfylder standarden på 6,3% (95% CI: 5,2-7,5%).

Det fremgår på landsplan, at 6,3% af patienterne med primær ACL operation fra 1/7-2020 til 30/6-2021 reopereret inden for 1 år. Dette er et lille fald sammenlignet med sidste år. Alle regioner og privathospitalerne opfylder samlet standarden i aktuelle opgørelsesperiode. Der er to offentlige afdelinger og fire privathospitaler, der ikke opfylder standarden. Særligt på privathospitalerne er der tale om relativt små tal, og derfor er den statistiske usikkerhed høj. Reoperationsraten for privathospitaler ligger samlet i 2020/21 på 5,4% (95% CI: 3,5-7,9%). Dette er et fald sammenlignet med sidste år, som var på 6,9%.

Vurdering af reoperationer, som en indikator for kvalitet, skal som nævnt i tidligere årsrapport tolkes varsomt, og kan selvfølgelig ikke stå alene, idet nogle af de afdelinger med høj reoperationsrate kan være et udtryk for, at der laves hyppigere og grundigere opfølgninger på patienterne. Dog er de fleste afdelinger med høj reoperationsrate i 2020/21, afdelinger, hvor der ikke er foretaget mange primære ACL-operationer, og derfor skal de høje tal tages med forbehold grundet høj statistisk usikkerhed.

Indikator 3 - Sidedforskel i Knæløshed: Andel af alle primæroperationer som har mindre end eller lig 3 mm side forskel i knæløshed ved 1 års klinisk kontrol (Standard > 90%).

Enhedsnavn	2021/2020			2020/2019		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Adeas		100,0 %			100,0 %	
Aleris-Hamlet		96,8 %			99,5 %	
Capio		100,0 %			99,4 %	
CPH Privathospital		-			-	
Privathospitalet Danmark		100,0 %			-	
Privathospitalet Kollund		100,0 %			-	
Privathospitalet Mølholm		96,7 %			88,5 %	

I årsrapporten for 2021/22 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på >90%, og indikatoren opfylder standarden på 96,5% (95% CI: 95,3-97,5%).

Det nævnes, at der er regionale- og afdelingsforskelle i andelen af patienter, hvor sidedforskel kan beregnes, da det afhænger af antallet af patienter, der ses til 1-års kontrol. Dette kan påvirke de viste resultater skævt, hvis gruppen af patienter der ses, har tendens til at have sidedforskel større end eller lig med 3 mm. Direkte sammenligning af afdelinger kan ikke foretages på grund af forskelle i casemix.

På landsplan havde 96,5% af patienterne opereret mellem 1/7-2020 og 30/6-2021 \leq 3 mm sidedforskel i knæløshed ved 1-års klinisk kontrol. Dette er et lille fald sammenlignet med de sidste år. Det skal bemærkes, at der igen i år er færre patienter i indikatoren. I den aktuelle opgørelsesperiode indgår 1.098 patienter, som har været til 1-års kontrol, mod 1.450 patienter for to år siden. Alle regioner opfylder standarden, og kun en enkelt afdeling med få patienter opfylder ikke standarden. Privathospitalerne opfylder alle standarden med en samlet andel på 98,7% (95% CI: 96,3-99,7%).

Indikator 4 – Revision inden for 2 år: Andel af primæroperationer som er revideret (dvs. reopereret med ny korsbåndsoperationer) inden for 2 år efter operation (Standard < 5%).

Enhedsnavn	2020/2019	
	Standard	Udvikling
Adeas	 0,0 %	
Aleris-Hamlet	 3,3 %	
Capio	 0,0 %	
CPH Privathospital	 0,0 %	
Privathospitalet Danmark	 0,0 %	
Privathospitalet Kollund	 0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	 4,4 %	

I årsrapporten for 2021/22 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på <5%, og indikatoren opfylder standarden på 1,3% (95% CI: 0,9-2,0%).

Det nævnes, at indikatoren er direkte påvirket af sidste års dækningsgrad for revisioner, der i 2019/2020 varierede fra 64,7% til 100 % på regionsniveau og var 76,6% for privathospitaler.

På landsplan blev 1,3 % af patienter med primær ACL operation fra 1/7-2019 til 30/6-2020 reopereret inden for 2 år, hvilket er et lille fald sammenlignet med de sidste år. Standarden er opfyldt for alle regionerne, og kun to offentlige afdelinger opfylder ikke standarden i perioden – begge har dog et lavt antal revisioner. Privathospitalerne opfylder standarden med en andel af revisioner på 0,9% (95% CI: 0,3-2,2%). Én privat afdeling opfylder ikke standarden.

Bemærk, der er tale om ganske få patienter i hver region, hvorfor resultaterne skal fortolkes med varsomhed.

Dansk Knæalloplastik Register (DKR)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2022, med opgørelsesperiode fra 1. april 2022 til og med 28. februar 2023, som var udgivet i september 2023.

DKR – Dansk knæalloplastik registeret blev etableret i 1997. Registeret indeholder data omkring knæalloplastikker som omfatter, operationer med kunstigt knæled tilbudt til patienter med svære smerter forårsaget af et knæ, der er ødelagt af slid- eller leddegigt. Væsentlig del af registeret er, at præsentere resultaterne af operationer med indsættelse af knæprotese og derved forbedre patientbehandlingen samt mindske antallet af komplikationer og revisioner.

Link til rapport: [Dansk Knæalloplastik Register \(DKR\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

Det skal bemærkes at opgørelsesperioden for årsrapporten er kun 11 måneder. Årsagen til dette er, at Dansk Knæalloplastik Register skulle overgå til det nye indberetningssystem, KIP, 1. marts 2023, hvilket var indenfor den planlagte opgørelsesperiode.

Komplethedsoversigten (Standard > 90%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	91,5 %		98,2 %		80,4 %	
Adeas	93,5 %		100,0 %		75,6 %	
Aleris-Hamlet	84,3 %		95,9 %		91,2 %	
Capio	90,3 %		98,4 %		88,4 %	
CPH Privathospital	81,5 %		66,2 %		52,6 %	
Privathospitalet Danmark	100,0 %		100,0 %		82,1 %	
Privathospitalet Kollund	92,5 %		95,2 %		93,4 %	
Privathospitalet Mølholm	94,0 %		100,0 %		100,0 %	

På landsplan, er den samlede komplethedegrad for primære operationer 92,8% for året 2022. Alle regioner lever op til standarden, men et nyt indbetningsmodul kan have bidraget til et generelt fald i komplethedegrad. Privathospitalet på landsplan lever ikke op til standarden med 89,3%. 6 ud af 8 privathospitaler i komplethedsoversigten opfylder standarden på 90%.

Indikator 1A - Genindlæg. primær knæ artrose TKA: Andel af alle patienter med primær total knæalloplastik (TKA) på baggrund af primær artrose, der genindlægges tidligst dagen efter eller senest 30 dage efter udskrivelse og med en varighed af mindst 2 (Standard < 2.8%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	● 2,7 %	●	● 1,5 %	●	● 0,0 %	●
Adeas	● 3,7 %	●	● 3,5 %	●	● 1,6 %	●
Aleris-Hamlet	● 2,3 %	●	● 1,8 %	●	● 2,7 %	●
Caplo	● 2,5 %	●	● 1,9 %	●	● 1,8 %	●
CPH Privathospital	● 1,1 %	●	● 0,0 %	●	● 5,9 %	●
Privathospitalet Danmark	● 3,1 %	●	● 6,6 %	●	● -	●
Privathospitalet Kollund	● 0,0 %	●	● 1,9 %	●	● 0,0 %	●
Privathospitalet Mølholm	● 1,5 %	●	● 1,6 %	●	● 0,0 %	●

På landsplan er standarden ikke opfyldt, da andelen af genindlæggelser for patienter med primær TKA indsat pga. primær artrose er 2,8% i aktuelle år (01.04.2022-28.02.2023).

I årsrapporten for 2022/23 fremgår det, at standarden ikke er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på <2,8%, og indikatoren opfylder ikke standarden på 2,8% (95% CI: 2,4-3,2%).

Det nævnes, at andelen af genindlæggelser for patienter med primær TKA indsat pga. primær artrose er 2,8% i aktuelle år (01.04.2022-28.02.2023). Andelen af genindlæggelser for patienter med TKA på landsplan har ligget stabilt over de sidste år. Standarden er opfyldt for 3 regioner, og 22 offentlige afdelinger opfylder standarden, 12 opfylder ikke standarden. Privathospitalerne opfylder standarden på 2,4% (95% CI: 1,8-3,1%).

Bemærk, at yderligere to afdelinger afviger fra standarden, når der tages højde for den statistiske usikkerhed omkring standarden.

Indikator 1B - Genindlæg. primær knæ artrose UKA: Andel af alle patienter med primær medial unikomparmental knæalloplastik (UKA) på baggrund af primær artrose, der genindlægges tidligst dagen efter eller senest 30 dage efter udskrivelse og med en var (Standard < 1.4%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	0,0 %	●	0,0 %	●	7,9 %	●
Adeas	0,7 %	●	0,0 %	●	0,0 %	●
Aleris-Hamlet	0,5 %	●	0,4 %	●	0,7 %	●
Capio	1,1 %	●	0,0 %	●	1,1 %	●
Privathospitalet Danmark	0,0 %	●	0,0 %	●	-	●
Privathospitalet Kollund	4,3 %	●	0,0 %	●	0,0 %	●
Privathospitalet Mølholm	2,0 %	●	0,0 %	●	0,0 %	●

I årsrapporten for 2022 fremgår det, at standarden ikke er opfyldt på landsplan. Standarden er opfyldt på landsplan på mindre end 1,4%, og indikatoren opfylder ikke standarden på 1,5% (95% CI: 1,1-2,0%). To ud af fem hospitaler opfylder standarden.

Det vurderes, at kvaliteten er statistisk usikker, hvis et lavt antal operationer er udført på det enkelte hospital. På fem afdelinger, er der udført ≤20 operationer for denne patientgruppe. Dette er i modsætning til 14 sidste år.

Privathospitalerne opfylder standarden på 1,2% (95% CI: 0,6-2,0%), og seks privathospitaler opfylder ikke standarden.


Dansk Rygdatabase (DaRD)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2021, med opgørelsesperiode fra 1. juli 2020 til og med 30. juni 2021, som var udgivet i december 2022.

DaRD - Dansk Rygdatabase blev etableret i 2017. Formålet med databasen er at monitorere og forbedre kvaliteten af behandlingen for patienter med rygsmerter i Danmark. Databasen omfatter nydiagnosticerede patienter med non-inflammatoriske (ikke betændelsesbetinget) og non-maligne (ikke ondartede) rygsmerter set på offentlige og private hospitaler.

Link til rapport: [Dansk Rygdatabase - RKKP](#) - under Årsrapport.

Indikator 5A - Smertebehandling, uden tidligere forbrug: Andelen af patienter med rygsmerter, der ikke anvender opioider ved første hospitalskontakt, og som ikke anvender opioider 3 mdr. efter (Standard $\geq 90\%$).







Enhedsnavn	2021/2020			2020/2019		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		86,2 %			-	
Adeas		92,0 %			93,4 %	
Aleris-Hamlet		88,4 %			89,2 %	
AROS Privathospital		-			-	
Capio		88,5 %			91,0 %	
CPH Privathospital		87,1 %			91,8 %	
Privathospitalet Danmark		-			-	
Privathospitalet Kollund		89,3 %			95,8 %	
Privathospitalet Mølholm		91,7 %			91,0 %	

I årsrapporten for 2020/21 fremgår det, at standarden ikke er opfyldt på landsplan. Standarden er opfyldt på landsplan på mindst 90%, og indikatoren opfylder ikke standarden på 88% (95% CI: 87-88%).

I perioden mellem 1/7-2020 og 30/6-2021, med 88% af patienterne, som fortsat ikke er i stærk smertestillende behandling 3 måneder efter første kontakt. Privathospitalerne ligger på 89% (95% CI: 88-90%), og opfylder ikke standarden. Privathospitalerne ligger dog højere end landsgennemsnittet.

Der ses en mindre regional variation. Selvom indikatormålet ikke er nået, vurderes resultatet positivt, da det ligger lige under standarden.

Indikator 6 – Cancer: Andelen af patienter med rygmerter, der har fået en cancerdiagnose inden for ét år efter første hospitalskontakt (Standard ≤ 2%).

Enhedsnavn	2021/2020			2020/2019		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		0,9 %			-	
Adeas		0,9 %			2,6 %	
Aleris-Hamlet		0,6 %			1,1 %	
AROS Privathospital		-			12,5 %	
Capio		1,2 %			1,4 %	
CPH Privathospital		0,8 %			0,2 %	
Privathospitalet Danmark		-			-	
Privathospitalet Kollund		1,6 %			1,6 %	
Privathospitalet Mølholm		0,6 %			1,3 %	

I årsrapporten for 2020/21 er standarden opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på ≤ 2%, og indikatoren opfylder standarden på 1,2% (95% CI: 1,1-1,3%).

Det nævnes, at 739 patienter har fået stillet en kræftdiagnose et år efter første hospitalskontakt. Dette er tilsvarende procenten for indikatorens standard opfyldelse, hvilket er på niveau med forrige år jævnført trend-grafen.

De fem regioner og privathospitalerne opfylder på mellem 0,9-1,5% alle op til standarden. Der ses ingen forskel i indikatoropfyldelsen, når der opdeles på afdelinger.

Dansk Hoftealloplastisk Register (DHR)

Beskrivelsen er baseret på årsrapporten fra 2022, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2022 til og med 31. december 2022, som var udgivet i juni 2023.

DHR - Dansk Hoftealloplastisk Register blev etableret i 1995. Registeret har til formål, at forbedre behandlingskvaliteten af patienter, der får indopereret et kunstigt hofteled - en hofteprotese. Operationen er i udgangspunktet målrettet til mennesker med slidgigt, leddegigt eller anden lignende hoftelidelse. Registeret omhandler også revisioner, altså reoperationer. Der indberettes ca. 11.000 primære hoftealloplastikker og 1.300 revisionsoperationer årligt.

Link til rapport: [Dansk Hoftealloplastisk Register \(DHR\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

Indikator 1A - Dækningsgrad for DHR - primæroperationer: Andel af primær total hoftealloplastisk (THA) operationer som indberettes til DHR sammenlignet med Landspatientregistret (Standard $\geq 95\%$).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	91,6 %		97,5 %		48,1 %	
Adeas	99,8 %		99,8 %		96,2 %	
Aleris-Hamlet	97,3 %		96,0 %		76,2 %	
Capio	97,8 %		99,4 %		90,6 %	
CPH Privathospital	67,3 %		94,1 %		39,6 %	
Privathospitalet Danmark	47,8 %		94,3 %		0,0 %	
Privathospitalet Kollund	97,4 %		100,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Mølholm	100,0 %		100,0 %		100,0 %	





I årsrapporten for 2022 er standarden opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på $\geq 95\%$, og indikatoren opfylder standarden på 98,1% (95% CI: 97,8-98,3%).

Det nævnes, at 98,1% af patienter som har fået en primær THA, også er registreret i DHR. Standarden har været opfyldt de sidste 10 år.

Privathospitalerne ligger på 94,7%.

Der er en generel stigning i antal operationer i 2022 ift. 2021 på 20%. 29% af operationer i 2022 er udført på privathospitaler mod 26% i 2021.

Indikator 3A – Reoperation i samme hofte inden for 2 år efter primær THA: Andel af primær THA som reopereres i samme hofte uanset årsag inden for 2 år efter operationsdato (Standard $\leq 6\%$).

Enhedsnavn	2020	
	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 0,0 %	
Adeas	 10,3 %	
Aleris-Hamlet	 5,6 %	
Capio	 10,9 %	
CPH Privathospital	 0,0 %	
Privathospitalet Danmark	 -	
Privathospitalet Kollund	 8,3 %	
Privathospitalet Mølholm	 1,8 %	

I årsrapporten for 2022 er standarden opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på $\leq 6\%$, og indikatoren opfylder standarden på 5,7% (95% CI: 5,2-6,1%).

Tre ud af fem regioner opfyldte standarden. Sammenlignet med sidste år, er der sket en lille stigning i standarden.

Privathospitalet opfyldte ikke standarden på 7,8% (95 % CI: 6,5-9,2%), men 4 ud af 8 privathospitaler opfyldte standarden.

På afdelingsniveau opfyldte 18 offentlige afdelinger ikke standarden. 4 afdelinger falder uden for den øvre grænse for standardens konfidensinterval, og afviger dermed fra standarden. Nævnte er også gældende når der tages højde for statistisk usikkerhed omkring standarden.

Indikator 4A – 5 års overlevelse af primær THA opdelt på årskohorter: Andel af primær THA operationer, som ikke er revideret, uanset årsag, indenfor 5 år efter operationsdato (Standard $\geq 95\%$).

Dansk Hoftealloplastik Register har meddelt, at data for indikatoren ikke er tilgængeligt. Dette skyldes, at det først er efter fem år, at man kan opgøre indikatoren der ser på andel af primær THA operationer, som ikke er revideret, uanset årsag, indenfor 5 år efter operationsdato.

Senest mulige data for indikatoren er fra 2017.

Dansk Herniedatabase (DHDB) - Inguinalhernier

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2022, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2022 til og med 31. december 2022.

Link til rapport: [Dansk Herniedatabase \(DHDB\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

DHDB - Dansk Herniedatabase blev etableret i 1998 for inguinalhernie hos voksne. Inguinalhernie/lysebrok, er en udposning af bughulen gennem en svækkelse af bugvæggen i lysken. I visse tilfælde vil lysebrokken omfatte dele af tyndtarmen og som kan føre, i visse tilfælde, til indeklemt brok som er en tilstand med kraftige smerter og ømhed, der ofte kræver akut operation. Behandlingen for inguinalhernie vil i 5% af tilfældene føre til kroniske smerter i operationsområdet og derfor er behandling af høj kvalitet vigtigt for at kunne reducere varige mén hos patienten.

Dækningsgrad

I årsrapporten for 2022 er der ingen standard, hvorfor denne ikke er medtaget i rapporten.

Indikator 1A - 1-års-reop. efter lap. Indgreb: Re-operationsrate for recidiv efter primært laparoskopisk indgreb < 12 mdr. efter primært indgreb for inguinalhernie (Standard <1,5%).





































Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		0,0 %			0,0 %	
Adeas		1,5 %			2,1 %	
Aleris-Hamlet		5,3 %			2,4 %	
Capio		2,7 %			3,7 %	
CPH Privathospital		0,7 %			1,8 %	
Nørmark Privathospital		0,0 %			4,0 %	
Privathospitalet Danmark		0,0 %			-	
Privathospitalet Kollund		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		1,2 %			0,0 %	
Søernes Privathospital		2,0 %			-	

I årsrapporten for 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på mindre end 5%, og indikatoren opfylder standarden på 1,3% (95% CI: 1,0-1,7%).

Blandt de indberettende offentlige enheder opfyldte 14 ud af 18 standarden. Privathospitaler opfylder ikke standarden på 1,9% (95% CI: 1,4-2,6%). 7 ud af 20 indrapporterede privathospitaler opfylder ikke standarden.

Rapporten indeholder ikke data for indikatoren for 2022, men senest 2021.

Indikator 1B – 1-års-reop efter Lichtenstein: Re-operationsrate for recidiv efter primært Lichtenstein indgreb < 12 mdr. efter primært indgreb (Standard <1,5%).

Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		22,2 %			-	
Adeas		-			-	
Aleris-Hamlet		3,8 %			0,0 %	
Capio		0,8 %			0,0 %	
CPH Privathospital		0,0 %			-	
Nørmark Privathospital		-			-	
Privathospitalet Kollund		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		0,0 %			0,0 %	
Søernes Privathospital		-			-	

I årsrapporten fra 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på < 1,5%, og indikatoren opfylder standarden på 1,2% (95 CI: 0,8-1,9%).

Blandt indberettende offentlige enheder opfylder 15 standarden, mens fem ikke gør. Privathospitalerne opfylder ikke standarden på 2,9% (95% CI: 1,2-6,0%). Det fremgår, at 13 ud af 18 indrapporterende privathospitaler opfylder standarden.

Rapporten indeholder ikke data for indikatoren for 2022, men for 2021.

Indikator 2 - Laparoskopisk kirurgi, kvinder: Anvendelse af laparoskopisk kirurgi ved primær, elektiv operation for lyske eller femoralhernie blandt kvinder (Standard >95%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	100,0 %		100,0 %		-	
Adeas	97,7 %		100,0 %		-	
Aleris-Hamlet	99,5 %		98,7 %		100,0 %	
Capio	92,9 %		89,4 %		89,1 %	
CPH Privathospital	94,4 %		93,8 %		100,0 %	
Nørmark Privathospital	100,0 %		100,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Danmark	94,1 %		100,0 %		-	
Privathospitalet Kollund	100,0 %		-		-	
Privathospitalet Mølholm	100,0 %		95,0 %		100,0 %	
Søernes Privathospital	-		-		-	

I årsrapporten fra 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på >95%, og indikatoren opfylder standarden på 97% (95% CI: 95,6-98,0%).

Af de indberettende enheder opfylder 10 af de 18 offentlige standarden. Privathospitalerne opfylder standarden på 98,6% (95% CI: 96,8-99,5%), og 16 af de 19 indberettende privathospitaler opfylder standarden.

Dansk Herniedatabase (DHDB) - Ventralhernier

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2022, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2022 til og med 31. december 2022.

Link til rapport: [Dansk Herniedatabase \(DHDB\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

DHDB - Dansk Herniedatabase blev etableret i 2007 for ventralhernie hos voksne. Ventralhernie er arbrok som opstår i bugvæggen efter en tidligere operation gennem bugvæggen. Brokket viser sig som en udposning på forsiden eller på siden af maven. Ventralhernie forekommer enten efter en operation eller kan i visse tilfælde være medfødt. Herniet kan medføre smerte og andet ubehag, samt at være kosmetisk skræmmende. En høj kvalitet af behandlingen vil medføre en forhøjet livsglæde hos patienten.

Dækningsgrad

I årsrapporten for 2022 er der ingen standard, hvorfor denne ikke er medtaget i rapporten.

Indikator 3A - Genindl, 90d (KJAE*, KJAF*): Akut genindlæggelse ≤ 90 dage efter primær operation umbilical- eller epigastrielhernie (Standard <10%).

Indikator enhed: %

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	0,0 %		0,0 %		-	
Adeas	3,0 %		0,0 %		7,7 %	
Aleris-Hamlet	2,0 %		2,2 %		1,5 %	
Capio	4,0 %		2,0 %		1,8 %	
CPH Privathospital	1,9 %		0,0 %		0,0 %	
Nørmark Privathospital	11,8 %		0,0 %		7,7 %	
Privathospitalet Danmark	3,8 %		0,0 %		-	
Privathospitalet Kollund	3,7 %		16,7 %		0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	2,4 %		0,0 %		2,0 %	
Søernes Privathospital	0,0 %		0,0 %		-	

I årsrapporten fra 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på <5%, og indikatoren opfylder standarden på 5,0% (95% CI: 4,1-6,0%).

Blandt offentlige indberettende enheder opfylder 18 ud af 21 standarden i opgørelsesperioden. For privathospitaler var andelen af genindlæggelser 3,1% (95% CI: 2,0-4,5%) i perioden, og standarden er således opfyldt. I alt opfylder 17 ud af 19 privathospitaler standarden i perioden.

Bemærk, at resultater tolkes med varsomhed. Antallet af patienter regionalt og nationalt er lavt, hvorfor resultaterne er meget følsomme overfor selv små udsving som måtte forekomme.

Indikator 3B - Genindl, 90d (incis < 10cm): Akut genindlæggelse ≤ 90 dage efter primær operation, incisionalhernier, tværdiameter < 10 cm

I årsrapporten for 2022 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Indikator 3C - Genindl, 90d (incis ≥ 10cm): Akut genindlæggelse ≤ 90 dage efter primær operation, incisionalhernier, tværdiameter ≥ 10 cm

I årsrapporten for 2022 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Indikator 3D - Genindl, 90d (stomi): Akut genindlæggelse ≤ 90 dage efter primær operation, stomihernier

I årsrapporten for 2022 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Indikator 4A - Akut reop (KJAE*,KJAF*): Reoperationsrate ≤ 30 dage efter primær operation umbilical- eller epigastrielhernie (Standard <3%).








Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● - ●	●
Adeas	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●
Aleris-Hamlet	● 0,2 % ●	●	● 0,3 % ●	●	● 0,3 % ●	●
Capio	● 0,3 % ●	●	● 0,5 % ●	●	● 0,0 % ●	●
CPH Privathospital	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●
Nørmark Privathospital	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●
Privathospitalet Danmark	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● - ●	●
Privathospitalet Kollund	● 3,7 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● 10,0 % ●	●
Privathospitalet Mølholm	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● 2,0 % ●	●
Søernes Privathospital	● 0,0 % ●	●	● 0,0 % ●	●	● - ●	●

I årsrapporten fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på < 3%, og indikatoren opfylder standarden på 0,8% (95% CI: 0,5-1,3%).

Privathospitalerne opfylder ligeledes standarden i perioden 0,4% (95% CI: 0,1-1,0%). Blandt de indrapporterende enheder opfylder 18 af 19 standarden i perioden.

Bemærk, at resultater tolkes med varsomhed. Antallet af patienter er lavt, hvorfor resultaterne er meget følsomme overfor selv små udsving som måtte forekomme.

Indikator 4B – Akut reop (incis < 10cm): Reoperationsrate ≤30 dage efter primær operation, incisionalhernier, tværdiameter < 10 cm (Standard <5%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 -		 -		 -	
Adeas	 -		 -		 -	
Aleris-Hamlet	 1,8 %		 0,0 %		 0,0 %	
Capio	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
CPH Privathospital	 -		 -		 -	
Privathospitalet Danmark	 -		 -		 -	
Privathospitalet Kollund	 -		 -		 -	
Privathospitalet Mølholm	 0,0 %		 -		 20,0 %	

I årsrapporten for 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på 5%, og indikatoren opfylder standarden på 1,1% (95% CI: 0,3-2,9%).

Det nævnes, at der var fire reoperationer indenfor 30 dage efter primær operation for incisionalhernie med tværdiameter < 10 cm ud af 349 udførte operationer. Privathospitalerne opfylder standarden på 1,4% (95% CI: 0,0-0,7%).

Indikator 4C – Akut reop (incis ≥ 10cm): Reoperationsrate ≤30 dage efter primær operation, incisionalhernier, tværdiameter ≥ 10 cm (Standard <10%).

Indikator enhed: %

Operationen var ikke udført på privathospitaler i opgørelsesperioden, hvorfor den ikke indgår i rapporten.

Indikator 4D - Akut reop (stomi): Reoperationsrate ≤ 30 dage efter primær operation, stomihernier (Standard <10%).

Indikator enhed: %

Indikatoren viser, i årsrapporten for 2022, at der var syv reoperationer indenfor 30 dage efter primær operation for stomihernier ud af 92 udførte operationer. Andelen af reoperationer på landsplan var 7,6% med 95% CI 3,1-15,1 %. Standarden var opfyldt på <10%.

Da antallet af operationer er så lavt for privathospitaler, kommenteres der ikke på resultatet af diskretionshen-syn. Grundet det, medtages tabellen ikke.

Indikator 6A - Mors, 90d (KJAE*,KJAF*): Mortalitet ≤ 90 dage efter primær operation for umbilical- eller epigastrielhernie (Standard <0.2%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-	-
Adeas	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Aleris-Hamlet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Capio	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
CPH Privathospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Nørmark Privathospital	5,9 %	5,9 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Privathospitalet Danmark	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-	-
Privathospitalet Kollund	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Privathospitalet Mølholm	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Søernes Privathospital	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	-	-

I årsrapport for 2022 viser indikatoren mortalitet indenfor 90 dage efter primær operation for umbilical- eller epigastrielhernie. Bemærk, at indikatoren ikke kommenteres yderligere, da antallet af observationer for privathospitalerne havde < 3 dødsfald indenfor 90 dage efter primær operation for umbilical- eller epigastrielhernie.

Indikator 6B - Mors, 90d (incis < 10cm): Mortalitet ≤ 90 dage efter primær operation, incisionalhernier, tværdiameter < 10 cm (Standard <0.5%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 -		 -		 -	
Adeas	 -		 -		 -	
Aleris-Hamlet	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
Capio	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
CPH Privathospital	 -		 -		 -	
Privathospitalet Danmark	 -		 -		 -	
Privathospitalet Kollund	 -		 -		 -	
Privathospitalet Mølholm	 0,0 %		 -		 0,0 %	

I årsrapporten for 2022 viser indikatoren mortalitet indenfor 90 dage efter operation ved incisionalhernie med tværdiameter < 10 cm. På landsplan var standarden på < 0,5% opfyldt. Privathospitalerne havde ingen dødsfald indenfor 90 dage efter operation ved incisionalhernie med tværdiameter < 10 cm.

Indikator 6C - Mors, 90d (incis ≥ 10cm): Mortalitet ≤ 90 dage efter primær operation, incisionalhernier, tværdiameter ≥ 10 cm (Standard <1%).

Operationen var ikke udført på privathospitaler i opgørelsesperioden, hvorfor den ikke indgår i rapporten.

Indikator 6D - Mors, 90d (stomi): Mortalitet ≤ 90 dage efter primær operation, stomihernier (Standard <1%).

Indikatoren viser, i årsrapporten for 2022, at der ingen dødsfald forekom på et privathospital, hvorfor den ikke indgår i rapporten.

Indikator 7B - KJAE*/KJAF* opr m mesh: Anvendelse af mesh ved elektive operationer for umbilical- eller epigastrielhernie (Standard >75%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	85,0 %		93,8 %		-	
Adeas	61,2 %		22,7 %		30,8 %	
Aleris-Hamlet	86,1 %		83,9 %		92,5 %	
Capio	49,8 %		45,2 %		48,2 %	
CPH Privathospital	88,9 %		100,0 %		90,9 %	
Nørmark Privathospital	47,1 %		14,3 %		30,8 %	
Privathospitalet Danmark	88,5 %		63,6 %		-	
Privathospitalet Kollund	92,6 %		83,3 %		80,0 %	
Privathospitalet Mølholm	96,5 %		98,1 %		91,8 %	
Søernes Privathospital	61,5 %		43,8 %		-	

I årsrapporten for 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på >75%, og indikatoren opfylder standarden på 82,6% (95% CI: 80,9-84,2%).

I alt 17 af de 21 offentlige indberettende enheder opfyldte standarden. Privathospitalerne opfyldte standarden med en andel på 78,2% (95% CI: 75,2-81,0%). Af indberettende privathospitaler opfyldte 13 ud af 19 standarden.

Indikator 7C - Incisionalhernie m mesh: Andel elektive indgreb for incisionalhernie med indsættelse af mesh (Standard >95%).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	-		-		-	
Adeas	-		-		-	
Aleris-Hamlet	81,8 %		97,2 %		97,1 %	
Capio	58,3 %		66,7 %		58,3 %	
CPH Privathospital	-		-		-	
Privathospitalet Danmark	-		-		-	
Privathospitalet Kollund	-		-		-	
Privathospitalet Mølholm	100,0 %		100,0 %		100,0 %	

I årsrapporten for 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på >95%, og indikatoren opfylder standarden på 95,3% (95% CI: 93,2-97,0%).

For offentlige indberettende enheder opfyldte 13 af 18 standarden. Privathospitalerne opfyldte ikke standarden med en andel på 85,2% (95% CI: 75,6-92,1%). Af indberettende privathospitaler opfyldte 9 ud af 14 standarden.

Indikator 7D: Anvendelse af mesh ved elektive operationer for stomihernie (Standard >90%).

I årsrapporten for 2022 viser, indikator 7D ventralhernieindgreb med indsættelse af mesh for stomihernie. På landsplanen var standarden på > 90% ikke opfyldt med en andel på 90% og 95% CI 82,4%-95,1%. På grund af at antallet af operationer er så lavt for privathospitaler, kommenteres der ikke på resultatet af diskretionshensyn, hvorfor tabellen ikke medtages.

Dansk Urogynækologisk Database – (DUGABASE) – Inkontinens

DUGABASE – Dansk Urogynækologisk Databasens styregruppen har i 2021 arbejdet med at forbedre Dansk Urogynækologisk Database efter krav og anbefaling fra RKKP.

Beskrivelse er baseret på årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022.

Link til rapport: [Dansk Urogynækologisk Database \(DugaBase\) - RKKP](#) - under Årsrapport.





















Indtastningsmodulet er revideret og forenklet samt repræsentant fra patientorganisation er inkluderet i styregruppen.

Indikator 31 – Dækningsgrad - Andel inkontinens operationer der findes i Dugabase i forhold til inkontinens operationer i Dugabase og/eller LPR (Standard $\geq 90\%$).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	100,0 %		100,0 %		100,0 %	
Capio	-		-		-	
CPH Privathospital	-		-		-	
Privathospitalet Kollund	-		-		-	
Privathospitalet Mølholm	84,8 %		80,8 %		94,7 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022 er dækningsgraden for inkontinensoperationer på landsplan er 92% i 2022, hvilket af et fald fra 98% i 2021. Således er standarden på mindst 90% opfyldt. Privathospitalerne opfylder også standarden. Dækningsgraden for inkontinensoperationer har ligget over 90% siden 2011.

Indikator 1 – Urininkontinens - Subjektiv patient bedømmelse af succes efter primær slynge operation (Standard $\geq 80\%$).





















Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		91,7 %			100,0 %	
Capio		-			-	
CPH Privathospital		-			-	
Privathospitalet Kollund		-			-	
Privathospitalet Mølholm		95,5 %			87,5 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på $\geq 80\%$, og indikatoren opfylder standarden på 90% (95% CI: 86-92%).

Privathospitalerne opfylder standarden med 89% (95% CI: 79-96%).

Bemærk, at antallet af operationer er langsomt på vej op efter Covid-19 epidemien.

Indikator 2 – Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær slynge operation (PGI-I skala) (Standard $\geq 90\%$).

Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		100,0 %			100,0 %	
Capio		-			-	
CPH Privathospital		-			-	
Privathospitalet Kollund		-			-	
Privathospitalet Mølholm		100,0 %			100,0 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022, viser indikator 1 den subjektive patient-bedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala. Standarden på 98% (95% CI: 96-99%) er opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på mindst 90%, og alle regioner opfylder standarden med lille variation mellem dem.

På afdelingsniveau opfylder alle afdelinger med mindst 10 relevante patientforløb standarden, og alle regioner opfylder indikatoren.

Bemærk, at indikator 2 er forskudt 3 måneder, og indeholder således patienter der er opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022.

Indikator 3 – Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation

Indikator 3, viser den subjektive patientbedømmelse af behandlingssucces efter primær bulkingoperation for urininkontinens. I årsrapporten for 2022 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Indikator 4 – Urininkontinens - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær bulking operation (PGI-I skala)

Indikator 4, viser den subjektive patientbedømmelse efter primær bulkingoperation for urininkontinens på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala. I årsrapporten for 2022 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Dansk Urogynækologisk Database (DUGABASE) - Prolaps

Beskrivelse er baseret på årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022.

Link til rapport: [Dansk Urogynækologisk Database \(DugaBase\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

DUGABASE – Dansk Urogynækologisk Databasens styregruppen har i 2021 arbejdet med at forbedre Dansk Urogynækologisk Database efter krav og anbefaling fra RKKP.





















Indtastningsmodulet er revideret og forenklet samt repræsentant fra patientorganisation er inkluderet i styregruppen.

Indikator 32 – Dækningsgrad - Andel prolaps operationer der findes i Dugabase i forhold til prolaps operationer i Dugabase og/eller LPR (Standard $\geq 90\%$).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	95,8 %		75,3 %		85,0 %	
Capio	19,6 %		45,0 %		37,5 %	
CPH Privathospital	-		26,7 %		40,0 %	
Privathospitalet Kollund	-		-		-	
Privathospitalet Mølholm	94,1 %		93,5 %		84,8 %	

Det fremgår af årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022, at dækningsgraden for inkontinensoperationer på landsplan er 90% i 2022. Således er standarden på mindst 90% ikke opfyldt, da indikatorværdien ligger på decimalen under 90%. For privathospitaler opfyldte 6 ud af 11 hospitaler standarden, tre privathospitaler indberetter ikke prolapsoperationer til databasen, og to privathospitaler opfyldte ikke standarden. Dækningsgraden for prolapsoperationer har ligget over 90% siden 2011.





















Indikator 11 Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation (Standard ≥ 80 %).

Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		89,9 %			69,1 %	
Capio		94,4 %			80,0 %	
CPH Privathospital		-			-	
Privathospitalet Kollund		-			-	
Privathospitalet Mølholm		89,0 %			86,2 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022 er indikator 11 en opgørelse af behandlingssucces målt på hyppighed af symptomer efter primær operation for prolaps. Standarden på mindst 80% er opfyldt på landsplan, da 83% (95% CI: 81-84%) hospitaler ikke har oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen. 4 ud af 5 regioner opfylder standarden, og indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med de seneste år. For privathospitaler opfyldte syv ud af otte indrapporterende standarden.

Bemærk yderligere, at indikator 3 er forskudt 3 måneder og indeholder patienter opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022.











Indikator 12 - Prolaps - Subjektiv patientbedømmelse af succes efter primær prolapsoperation (PGI-I skala) (Standard ≥ 95 %).

Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		97,8 %			92,7 %	
Capio		100,0 %			100,0 %	
CPH Privathospital		-			-	
Privathospitalet Kollund		-			-	
Privathospitalet Mølholm		96,0 %			93,1 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022 viser indikator 12 den subjektive patientbedømmelse efter primær prolapsoperation på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala. Standarden på mindst 90% er opfyldt på landsplan, da 95% (95% CI: 94-95%) patienter har svaret positiv til PGI-I skala spørgsmålet. Alle regioner og privathospitaler opfyldte standarden.

Bemærk, at indikatoren er forskudt 3 måneder og indeholder patienter opereret i perioden 1. oktober 2021-30. september 2022.

Indikator 13 - Prolaps - Recidivoperation (2 år) forreste kompartment efter operation for prolaps (Standard $\geq 95\%$).











Enhedsnavn	2020	
	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 83,3 %	
Capio	 -	
CPH Privathospital	 -	
Privathospitalet Kollund	 -	
Privathospitalet Mølholm	 92,3 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022 viser indikator 13 andelen af patienter med primær operation for prolaps udelukkende i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation. Standarden på mindst 95% er opfyldt på landsplan, da 95% (95% CI: 94-96%) ikke har fået recidivoperation indenfor 2 år.

Tre ud af fem regioner opfyldte standarden, og der ses en lille variation mellem regionerne. Det oplyses ikke i rapporten, hvorvidt privathospitaler (samlet) opfylder standarden eller ej. Bemærk, at det dog fremgår af rapporten at seks privathospitaler indgår i databasen. Af de seks oplyses det, at ét privathospital opfylder standarden, to opfylder ikke standarden, og tre rapporterer ikke data.

Bemærk yderligere, at indikatoren beskriver udelukkende patienter i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2020. Resultater bør tolkes med forsigtighed. Dette skyldes, at nogle afdelingers andele af operationer ikke er højt, så enkelte/få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfyldte indikatoren.

Indikator 17 - Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment (Standard ≥ 95 %).

Enhedsnavn	2020	
	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 92,9 %	
Capio		
CPH Privathospital		
Privathospitalet Kollund		
Privathospitalet Mølholm	 100,0 %	

I årsrapporten for 1. januar 2022 – 31. december 2022, er standarden på 98% (95% CI: 97-99%) opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på mindst 95%. Alle regioner opfyldte standarden med indikatorværdier på 98-99%. Tre ud af fire privathospitaler opfyldte standarden.

Bemærk, at indikatoren beskriver udelukkende patienter i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation indenfor 2 år efter den primære operation i 2020.

Resultater bør tolkes med forsigtighed. Dette skyldes, at nogle afdelingers andele af operationer ikke er højt, så enkelte/få "ekstra" recidivoperationer kan resultere i, at en afdeling ikke opfyldte indikatoren.

Indikator 15B - Recidivoperation (2 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment

I årsrapporten for 2022 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Indikator 14 - Recidivoperation (5 år) efter mono-operation for prolaps (KLEF00) i forreste kompartment (Standard ≥ 90 %).

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data).

Indikator 16A - Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, ej tidl. Hysterektomeret

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data). Herudover er der heller ikke fastsat en standard for denne.

Indikator 16B - Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps i midterste kompartment, tidl. hysterektomeret

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data). Herudover er der heller ikke fastsat en standard for denne.

Indikator 18 - Recidivoperation (5 år) efter operation for prolaps (KLEF03) i bagerste kompartment (Standard ≥ 90 %).

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data).

Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database (DHHD)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2021, med opgørelsesperiode fra 1. juni 2021 til og med 31. maj 2022, som var udgivet i november 2022.

Link til rapport: [Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database \(DHHD\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

DHHD - Hysterektomi omfatter fjernelse af livmoderen ofte grundet generende muskelknuder, blødningsforstyrrelser og svulster. Behandlingen med hysterektomi kan resultere i blodprop eller skader i bughulen og det er derfor vigtigt, at behandlingen sker med høj kvalitet. Formålet med databasen er at tjene som markør for den samlede kirurgisk kvalitet på det gynækologiske felt.

Hysteroskopi er den lægefaglig betegnelse for en kikkertundersøgelse via skeden eller på maven af det kvindelige kønsorgan. Behandlingen har til formål at opdage unormale forhold (anomaliteter) i livmoderen hos kvinden. Ved høj kvalitet af behandlingen vil eventuelle anomaliteter kunne behandles inden en betydelig reduktion af livskvalitet hos patient indtræffer. Formålet af databasen er at tjene som markør for den samlede kirurgisk kvalitet på det gynækologiske felt.

Hysterektomier

Indikator 3 - Hysterektomi, antibiotikaproylaxse. Andel hysterektomier hvor der er givet antibiotikaproylaxse (Standard $\geq 95\%$).

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	40,8 %		88,5 %		93,0 %	
AROS Privathospital	-		-		-	
Capio	66,7 %		50,0 %		26,3 %	
Privathospitalet Mølholm	90,7 %		98,1 %		90,6 %	
Søernes Privathospital	75,0 %		62,5 %		-	

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022 nævnes, at der er sket et mindre fald i andelen af kvinder, der får antibiotikaproylaxse, sammenlignet med de sidste to perioder.

På landsplan var standarden ikke opfyldt på 86,9% (95% CI: 85,4-88,3%). Standarden var opfyldt på mindst 95%. Det ses, at to ud af fem regioner opfyldte standarden. For privathospitalerne opfyldte to ud af ni privathospitaler standarden.

Af de 26 afdelinger med mindst 10 patientforløb var standarden opfyldt på 12 afdelinger. Heraf lå 10 afdelinger under den nedre kontrolgrænse omkring standarden. Syv af disse havde mindst 10 patientforløb. Der er i det aktuelle år ses mindre fald i indikatoropfyldelsen på tværs af alle regioner.

Bemærk, at der har været udfordringer med forsinket datafangst, hvorfor estimater i den givne periode skal tolkes med forsigtighed.

Indikator 4 - Hysterektomi, tranexamsyreprofylakse. Andel hysterektomier hvor der er givet tranexamsyreprofylakse (Standard $\geq 95\%$).





















Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	40,1 %		82,3 %		69,5 %	
AROS Privathospital	-		-		-	
Capio	61,9 %		56,3 %		21,1 %	
Privathospitalet Mølholm	90,7 %		98,1 %		92,2 %	
Søernes Privathospital	75,0 %		62,5 %		-	

På landsplan var standarden ikke opfyldt på 85,2% (95% CI: 83,8-86,7%). Standarden var opfyldt på mindst 95%. Regionerne opfyldte ikke standarden. To ud af ni privathospitaler opfyldte standarden. Af de 26 afdelinger med mindst 10 patientforløb var standarden opfyldt på 12 afdelinger. Heraf lå 10 afdelinger under den nedre kontrolgrænse omkring standarden. Syv af disse havde mindst 10 patientforløb. Der er i det aktuelle år ses mindre fald i indikatoropfyldelsen på tværs af alle regioner.

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022 nævnes, at der er sket et mindre fald i andelen af kvinder, som får tranexamsyre peoperativt, sammenlignet med de seneste to perioder.

Bemærk, at der har været udfordringer med forsinket datafangst, hvorfor estimer i den givne periode skal tolkes med forsigtighed.

Indikator 6a – Hyst.kompl., Infektioner, kirurgisk afle. Hysterektomi komplikationer. Infektioner, direkte kirurgisk afledt (Standard <1%).

Enhedsnavn	2021/2020			2020/2019		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		4,5 %			0,7 %	
AROS Privathospital		-			-	
Capio		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		0,0 %			0,0 %	
Søernes Privathospital		0,0 %			-	

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022, omhandler indikatoren kvinder med vaginaltopsraktur indenfor 6 måneder efter total hysterektomi mellem 01.06-2020-31.05.2021.

På landsplan var standarden opfyldt på 0,8% (95% CI: 0,5-1,2%). Standarden var opfyldt på under 1%. Regionerne opfyldte standarden. Tre ud af fem privathospitaler opfyldte standarden, og på afdelingsniveau lå indikatorværdien mellem 0-7,1%.

Bemærk, at resultater fra indikatoren tolkes med forsigtighed, da antallet af kvinder med vaginaltopsraktur var tilsvarende 20 ud af hysterektomerede, hvorfor hver enkelt patient fra eller til kan have stor betydning ift. opfyldelse af standard. Bemærk yderligere, at otte afdelinger med ≥ 10 patientforløb ikke opfyldte standarden, men at alle regioner overholdt standarden i det indeholdte konfidensinterval. Således er afvigelseerne ikke signifikante.

Indikator 7 Minor - Hysterktomi komplikation. Minor komplikationer (Standard <6%).

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	15,3 %		7,1 %		8,8 %	
AROS Privathospital	-		-		-	
Capio	14,3 %		6,3 %		0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	0,0 %		5,7 %		7,8 %	
Søernes Privathospital	0,0 %		12,5 %		-	

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022, er standarden på 8,8% (95% CI: 7,7-10,1%) ikke opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på under 6%. For regionerne opfyldte ingen standarden, mens tre ud af seks privathospitaler opfyldte gjorde. På afdelingsniveau opfyldte 4 ud af 26 afdelinger med mindst 10 patientforløb i det aktuelle år standarden. Fem afdelinger ligger udenfor konfidensintervallet omkring standarden.

Indikatoren ligger stabilt sammenlignet med foregående år. Dette er til trods af formodet selektion af svære operationer som følge af corona-nedlukninger, sygeplejerskestrejken og nedsat operativ kapacitet.

Bemærk, der er lavet en mindre ændring i indikator 7 Minor, idet peroperativ blødning ikke længere indgår i indikatoren som en minor komplikation. Tilsammen udgør indikator 7 Minor og indikator 7 Major det totale antal komplikationer efter elektiv hysterektomi på benign indikation.

Indikator 7 Major – Hysterktomi komplikationer. Major komplikationer (Standard <4%).

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	22,0 %		7,1 %		6,4 %	
AROS Privathospital	-		-		-	
Capio	2,4 %		6,3 %		10,5 %	
Privathospitalet Mølholm	7,4 %		5,7 %		4,7 %	
Søernes Privathospital	0,0 %		0,0 %		-	

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022, er standarden på 4,7% (95% CI: 3,9-5,7%) ikke opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på under 4%. Én ud af fem regioner opfyldte standarden, og seks ud af ni privathospitaler opfyldte standarden. På afdelingsniveau varierede indikatorværdien mellem 0 og 10,3% for afdelinger med mindst 10 patientforløb. Af 26 afdelinger med mindst 10 patientforløb i det aktuelle år opfyldte 15 standarden.

I de seneste fire år anes en tendens til, at andelen af komplikationer er reduceret tættere på 4-6%. I perioden 2012/23-2016/17 lå niveauet stabilt mellem 4-7%.

Bemærk, at sammen udgør indikator 7 Minor og indikator 7 Major det totale antal komplikationer efter elektiv hysterektomi på benign indikation.

Indikator 7b – Postoperativ blødningskomplikationer (Standard < 3%).

Indikator enhed: %

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	12,0 %		8,9 %		8,0 %	
AROS Privathospital	-		-		-	
Capio	9,5 %		0,0 %		5,3 %	
Privathospitalet Mølholm	0,0 %		1,9 %		1,6 %	
Søernes Privathospital	0,0 %		0,0 %		-	

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022, er standarden 3,2% (95% CI: 2,5-4,1%) ikke opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på under 3%. To ud af fem regioner opfyldte standarden, og fire ud af ni privathospitaler opfyldte standarden.

På afdelingsniveau opfyldte 26 afdelinger med mindst 10 patientforløb i det aktuelle år standarden på indikativt værdi. De resterende 11 som ikke opfyldte standarden har indikatorværdier på mellem 3 og 15,4%.

Det seneste år er indikatoren uændret sammenlignet med foregående år.

Bemærk, at resultater kan være påvirket af selektion af sværere operationer som er blevet prioriteret under corona-nedlukning, sygeplejerskestrejken og nedsat operationskapacitet.

Indikator 7c – Hysterektomi komplikation. Infektioner, direkte kirurgisk afledt (Standard <3%).

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	12,0 %		3,5 %		3,0 %	
AROS Privathospital	-		-		-	
Capio	7,1 %		6,3 %		5,3 %	
Privathospitalet Mølholm	0,0 %		3,8 %		3,1 %	
Søernes Privathospital	0,0 %		12,5 %		-	

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022, er standarden på 4,0% (95% CI: 3,2-4,9%) ikke opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på under 3%. Én ud af fem regioner opfyldte standarden, og fire ud af ni privathospitaler opfyldte standarden.

På afdelingsniveau opfyldte ti afdelinger med mindst 10 patientforløb i den aktuelle periode standarden.

Andelen med infektioner er stort set uændret sammenlignet med sidste år.

Indikator 9 - Hysterektomi, Re-operation inden for 30 dage postoperativt (Standard ≤3%).

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	10,7 %	4,4 %	4,6 %			
AROS Privathospital	-	-	-			
Capio	2,4 %	0,0 %	5,3 %			
Privathospitalet Mølholm	0,0 %	0,0 %	1,6 %			
Søernes Privathospital	0,0 %	0,0 %	-			

I årsrapporten for 1. juni 2021 – 31. maj 2022, er standarden på 2,2% (95% CI: 1,6-2,9%) opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på under 3%. Alle regioner opfyldte standarden, og otte ud af ni privathospitaler opfyldte standarden.

Andelen af re-operationer er gradvist reduceret de seneste 10 år. Siden 2017/18 har indikatoren været opfyldt med undtagelse af enkelte udslag i de enkelte regioner.

Bemærk, at implementering af national retningslinje vedrørende brug af tranexamsyre ved benign hysterektomi her vist sig at kunne reducere forekomsten af re-operationer. DHHD's mål er opfyldt igen i år.

Indikator 10 - Hysterektomi, Mortalitet (Standard ≤0%).

Enhedsnavn	2022/2021		2021/2020		2020/2019	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
AROS Privathospital	-	-	-			
Capio	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Privathospitalet Mølholm	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %	0,0 %
Søernes Privathospital	0,0 %	0,0 %	-			

Indikator 10 beskriver andelen af elektive hysterektomier foretaget på benign indikation, hvor patienten dør (af alle årsager) ≤ 30 dage efter hysterektomien. Ingen patienter døde indenfor 30 dage efter hysterektomien, hvorfor standarden var opfyldt på 0%. Privathospitalerne opfyldte standarden.

Bemærk, at data for mortalitet hentes fra CPR-registret via vitalstatus, dvs. alle dødsårsager medtages.

Hysteroskopi

Indikator 102 mfl.

Omfattet af note vedr. rapportens side 122.

I årsrapporten side 122 står således:

"I forbindelse med databearbejdning af årets datatræk, styregruppemødets overvejelser og årets nationale auditmøde er der fundet væsentlige fejl i kodningen af hysteroskopi-indikatorerne. Fejlen berører alle indikatorer, og trods ekstra kørsler om kodepraksis har det ikke været muligt at nå at rette op på fejlen inden offentliggørelsen. Årets hysteroskopieresultater er derfor fjernet fra denne rapport."

Grundet dette, er det ikke muligt at udarbejde lyskrydsmodeller med tilhørende kommentering for følgende indikatorer:

103a, 103bl, 103bll, 103c, 104b, 105b

Indikator 104c - Recidiv-operation. Re-myomektomi eller hysterektomi inden-for 5 år efter primærindgreb (Standard <20%).

Indikator enhed: %

Data er ikke tilgængelig for indikatoren. Aktuelle år er 2015/16, hvorfor indikatoren udelades.

Indikator 105c - Recidiv-operation: Re-embolisering, myomektomi eller hysterektomi indenfor 5 år efter primærindgreb (Standard <20%).

Indikator enhed: %

Data er ikke tilgængelig for indikatoren. Aktuelle år er 2015/16, hvorfor indikatoren udelades.









Dansk Fedmeregister/Databasen for Behandling af Svær Overvægt (DFR/DBSO)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2021, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2022 til og med 31. december 2022, som var udgivet i november 2022.

DFR/DBSO - Dansk Fedmekirurgiregister blev etableret i 2010. Registeret har til formål at monitorere og højne kvaliteten af fedme- og plastikkirurgiske indgreb efter massivt vægttab (bariatisk). Privathospitaller og -kirurgi udfører udelukkende bariatisk plastikkirurgisk indgreb, som primært omfatter sleeve gastrektomi eller gastric bypass. Foruden en forbedret livskvalitet hos patienten så reduceres dødeligheden hos patienter der har fået foretaget en bariatisk plastikkirurgisk indgreb.

Link til rapport: [Databasen for Behandling af Svær Overvægt \(DBSO\) - RKKP](#) - under Årsrapport.

Indikator 1a - Genindlæggelse (30 dage)(GB): Andelen af patienter, der gen-indlægges akut indenfor 30 dage (lap. gastric bypass) (Standard $\leq 10\%$).

Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		2,2 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		4,9 %			5,8 %	









I årsrapporten for 1. januar – 31. december 2021, er standarden på 7% (95% SI: 5-9%) opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt på $\leq 10\%$, som privathospitalerne også opfyldte.

På offentlige afdelingsniveau opfyldte seks ud af syv afdelinger standarden, og for privathospitaler var det 2 ud af 2. Der er et lille patientgrundlag, og da indikatorresultatet er placeret inden for 95% SI af standarden, kan afdelingen som ikke opfyldte standarden ikke kan udelukkes med sikkerhed.

Risikoen for akut genindlæggelse er stort set uændret på samtlige afdelinger fra 2019 til nu, uden at overstige den givet standard.

Bemærk, at ved flere akutte indlæggelser vil den enkelte patient kun indgå med én genindlæggelse. Det er også gældende, at samtlige institutioner som indberetter til LPR, er omfattet, dvs. at også akutte genindlæggelser på andre afdelinger, end hvor selve operationen foregik, vil indgå.

Indikator 2a – Mortalitet (30 dage): Andelen af patienter, der dør indenfor 30 dage efter fedmekirurgisk operation (Standard $\leq 0,5\%$).

Enhedsnavn	2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Aleris-Hamlet		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		0,0 %			0,0 %	

I årsrapporten for 1. januar – 31. december 2021, er standarden opfyldt på landsplan, da ingen patienter af 1.792 opererede patienter døde indenfor 30 dage. Standarden er såvel også opfyldt på alle afdelinger.

Dødeligheden holder sig fortsat på et meget lavt niveau. Det indikerer dels en hensigtsmæssig udvælgelse af patienter, og dels et optimalt perioperativt behandlingsforløb. I perioden 2010-2020 har der kun været 6 dødsfald indenfor 30 dage blandt 17.232 patienter. Dette er tilsvarende en 30 dages mortalitet på 0,03%. Resultatet er på niveau med de bedste internationale resultater.

Bemærk, at der pr. 1. januar 2021 er indført en supplerende indikator (2b), som viser risikoen for at dø 30 dage til 5 år efter kirurgisk behandling for svær overvægt. Der er endnu ikke fastsat en standard for denne supplerende indikator. Populationen udgør patienter, der undergik kirurgi i perioden 1. januar 2016 – 31. december 2016 (n=801). Heraf døde kun 3 patienter i opfølgingsperioden, som er tilsvarende 0,4% (95% SI: 0,1-1,1%)

Dansk Skulderalloplastik Register (DSR)

DSR – Dansk Skulderalloplastik Register blev etableret i 2004. Formålet med Registeret er at overvåge og forbedre den kliniske kvalitet for patienter der får indopereret en kunstig skulder – en skulderalloplastik. Registeret omhandler også reoperationer. Hvert år får omkring 1.300 danskere indopereret en kunstig skulder.

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2022, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2022 til og med 31. december 2022, som var udgivet i juni 2023.

Link til rapport: [Dansk Skulderalloplastik Register \(DSR\) - RKKP - under Årsrapport.](#)

Indikator 1 - Kompletthed af registrering: Andel af skulderalloplastikoperationer uanset operationstype som indberettes til DSR sammenlignet med Lands-patientregisteret. (Standard $\geq 90\%$).

Enhedsnavn	2022		2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	-		-		-	
Adeas	-		100,0 %		-	
Aleris-Hamlet	-		-		-	
Capio	89,2 %		91,0 %		90,0 %	
Privathospitalet Danmark	100,0 %		-		-	
Privathospitalet Kollund	-		-		-	
Privathospitalet Mølholm	100,0 %		100,0 %		100,0 %	

I årsrapporten for 2022 nævnes, at på landsplan er dækningsgraden af registrering af skulderalloplastikker (primæroperationer og revisioner) 94,0%. Dækningsgraden for primæroperationer er 93,8%, og for revisioner er den 96,2%.

Det ses, at fire ud af fem regioner opfyldte standarden. Privathospitalerne opfylder også standarden med 92,6%. Privathospitalerne har haft en yderligere stigning i produktionen i 2022, hvor otte ud af ni privathospitaler opfyldte standarden.

Det skal bemærkes, at Capio Viborg, som er det eneste Capio hospital, der udfører skulderalloplastik på baggrund af degenerativ lidelse, opfylder standarden med 100%. Når Capio i tabellen ovenfor fremgår med en opfyldelse på 89,2% skyldes dette, at Gildhøj Privathospital, der er blevet en del af Capio, har indberettet "inSpace balloon" operationer, som ikke skal indberettes til DSR, hvorved deres indberetning registreres med 0%.

Indikator 6a - Revisionsrate 5 år, fraktur: Andel af alle primære skulder alloplastik operationer fra et givent operationsår med grundlidelse fraktur, der er revideret (dvs. implantat fjernes eller udskiftes) indenfor 5 år. (Standard $\leq 5\%$).

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data).

Indikator 6b - Revisionsrate 5 år, artrose: Andel af alle primære skulder alloplastik operationer fra et givent operationsår med artrose, der er revideret (dvs. implantat fjernes eller udskiftes) indenfor 5 år. (Standard $\leq 5\%$).

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data).

Indikator 6c - Rev.rate 5 år, cuff artropati: Andel af alle primære skulder alloplastik operationer fra et givent operationsår med indikationen rotator cuff artropati, der er revideret (dvs. implantat fjernes eller udskiftes) indenfor 5 år. (Standard $\leq 5\%$).

Senest mulig data for indikatoren er fra 2017, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data).

Bagom databaserne benyttet til kvalitetsarbejdet

Bagom databaserne benyttet til kvalitetsarbejdet

Kvalitetsarbejdet datagrundlag baseres på 11 databaser der bliver leveret fra RKKP kvartalsvis.

- Dansk Anæstesi Database
- Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for demens
- Dansk Rygdatabase
- Dansk Fedmekirurgiregister
- Dansk Hernie Database
- Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database
- Dansk Hoftealloplastik Register
- Dansk Knæalloplastik Register
- Dansk Korsbåndregister
- Dansk Skulderalloplastik Register
- Dansk Urogynækologisk Database

Databaserne har, desværre, ikke homogene metoder for indberetning, hvorfor brugen af den enkelte databases data skal individuelt revideres før den benyttes i kvalitetsmodellen.

De tabeller der indgår i kvalitetsmodellen for nuværende vedr. complethedegrad og indikatoropfyldelse på tværs af privathospitalerne og klinikkerne skal ses i reference til de nedenstående specifikationer for hver database.

Generelle bemærkninger for databaserne

I ovenstående databaser præsenteres tabellen for complethedegraden for de specifikke private leverandører. Her skal det noteres, at der skelnes mellem complethedegrad og dækningsgrad, hvor enkelte databaser benytter complethedegrad og andre dækningsgrad.

Complethedegrad udgør antallet af indberetninger, hvor 100% af data for behandlingen bliver indberettet.

Dækningsgrad er målet for antallet af indberetninger.

Trods forskellighed i definitionen af komplethedegrad og dækningsgrad så vurderer Danske Regioner, at forskellen imellem er minimal og derved retfærdiggøres det at benytte udtrykkende til samme tabeloversigt.

Aktivitetstallene for private leverandører er ikke opdelt i patienter omfattet af det udvide- de frie sygehusvalg og retten til hurtig udredning samt øvrige private patienter.

Visse private leverandører har få patienter, hvorfor der grundet anonymitet af patienten er farvekoden markeret som blå og tal for standarden er reduceret til 0. Dette vil der blive taget højde for i fortolkningen af resultaterne for det specifikke privathospital eller -klinik.

Andre bemærkninger

Hvis et privathospital eller -klinik markeres med blå, altså der haves færre end 5 observationer, så vil udviklingen frem mod næste år markeres med blå for at sikre anonymitet.

Kvalitetsmodellen præsenteres for første gang i denne rapport. Det skal bemærkes, at modellen er fortsat under udvikling og der vil komme flere indikatorer mv. i fremtidige udgivelser af rapporten, med henblik på, at skabe større værdi for patienten igennem en høj fagligkvalitet på privathospitalerne.