

SAMMENHÆNG OG KVALITET

I HELE SUNDHEDSVÆSENET

Sammenhæng og kvalitet på privathospitaler og klinikker

Kvalitetsmodellen for private hospitaler og klinikker med aftaler under det udvidede frie sygehusvalg skal sikre en fælles retning for arbejdet med kvalitet i sundhedsvæsenet på tværs af det offentlige og private til gavn for patienterne. 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 udgav sidste år den første kvalitetsrapport for de private hospitaler og klinikker med aftale under det udvidede frie sygehusvalg og ret til hurtig udredning. Rapporten byggede på en kvalitetsmodel, som er unik, idet det er den eneste af sin slags. Modellen bidrager med dataunderbygget viden om kvaliteten af behandlingen i privat regi. Kvalitetsmodellen er i denne version blevet udvidet med data fra den Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelse (LUP) og forventningen er, at mere data vil komme til over de kommende år. 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 får et overblik over, hvor de kan forbedre deres egen kvalitet.

Vi håber, at I tager godt imod denne 2. version af kvalitetsrapporten.



Helene Probst, sundhedsfaglig direktør
Danske Regioner



Jakob Rixen, branchedirektør
Sundhed Danmark

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 udviklet en 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. Dette er 2. udgave af rapporten. Den første kom i januar 2024.

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

Kvalitetsmodellen og Det Nationale Kvalitetsprogram

Kvalitetsmodellen for privathospitaler og klinikker er en væsentlig brik i, at de private leverandører arbejder i samme retning som resten af sundhedsvæsenets aktører, når det kommer til at sikre høj kvalitet for patienterne. Endvidere, vil modellen gøre det lettere at overskue, hvor der er behov for forbedringer.

Målsætninger og indhold i kvalitetsmodellen 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 hjørnestenene 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 anden udgivelse af kvalitetsmodellen for privathospitaler og klinikker. Antallet af indikatorer i denne rapport er på 37. 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 2 indikatorer inden for de 8 nationale mål. Det drejer sig om *mål 4 - Behandling af høj kvalitet* samt *mål 6 - Øget patientinddragelse*. Det forventes, at modellen kan udvides med flere indikatorer, eksempelvis *Mål 5 - Hurtig udredning og behandling*.

Kvalitetsmodellen gengiver målopfyldelse på samme måde som den nationale model gennem en "trafiklysmode" 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 klinikkernes resultater. Herudover får Danske Regioner data vedr. LUPundersøgelsen, som også indgår i rapporten.

I rapporten præsenteres en tabel over komplethedsgang 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 referer 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 tildeles hvis den positive udvikling har været større end 3 procentpoint, gul tildeles hvis udviklingen har været mellem negativt 10 procentpoint til positiv 3 procentpoint, rød tildeles hvis udviklingen har været mere end 10 procentpoint negativ.

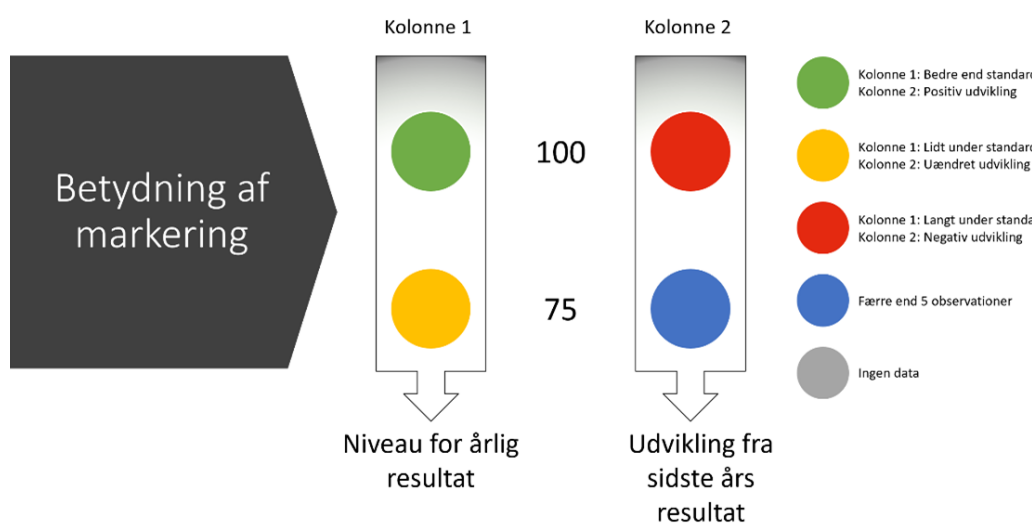
Andet

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.

Ved stjernemarkering (*) i indikatoroversigten indikeres der, at en eller flere af indikatorerne i indikatoropgørelserne baseres på færre end 33 observationer. Resultatet for indikatoropfyldelsen er baseret på et lille datagrundlag, hvilket kan være udslagsgivende for indikatoropfyldelsen for det enkelte privathospital.



Behandling af høj Kvalitet: Kliniske Kvalitetsdatabaser

Tabellerne for komplethedsgraden 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 Rekonstruktions Register (DKRR)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2024, med opgørelsesperiode fra 1. juli 2023 til og med 30. juni 2024, som var udgivet i december 2024.

DKRR – Dansk korsbånd rekonstruktions register blev etableret i 2005. Registeret indeholder data omkring korsbåndrekonstruktioner, som defineres ved, at korsbåndet erstattes med enten den centrale tredjedel af knæskalsenen og skinnebansfremspringet, 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.

Link til rapport:

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

Komplethedsgadsoversigten (Standard >90%).

Enhedsnavn	2023/2024		2022/2023		2021/2022	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Adeas	 98,9 %		 96,9 %		 99,7 %	
Aleris-Hamlet	 88,4 %		 71,9 %		 85,9 %	
Capio	 86,3 %		 93,9 %		 97,2 %	
CPH Privathospital	 59,1 %		 62,2 %		 57,1 %	
Privathospitalet Danmark	 100,0 %		 100,0 %		 100,0 %	
Privathospitalet Kollund	 22,3 %		 26,0 %		 68,2 %	
Privathospitalet Mølholm	 87,7 %		 95,1 %		 96,7 %	

I 2023/24 var dækningsgraden for primære ACL rekonstruktioner på 82,8 % i forhold til Landspatientregistret sammenlignet med 82,8 % dækningsgraden i 2022/23.

For ACL revisions rekonstruktioner var 2023/24 dækningsgraden på 72,8 % i forhold til Landspatientregistret sammenlignet med 85,5 % dækningsgraden i 2022/23.

For flerligament rekonstruktioner var 2023/24 dækningsgraden på 85,4 % i forhold til Landspatientregistret sammenlignet med 88,4 % dækningsgraden i 2022/23.

Således ligger dækningsgraden under standarden på de 90 % særligt for flerligament rekonstruktioner. Dette kan nok tilskrives fortsatte problemer med den væsentlige procedureændring, hvor afdelingerne selv skal indhente mangellister i de enkelte regioners IT datasystemer. Desuden er der indført er nyt indtastningssystem netop i perioden hvor afdelingerne skulle foretage deres efterregistrering.

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	2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Adeas	 5,4 %		 3,2 %		 5,0 %	
Aleris-Hamlet	 8,2 %		 4,8 %		 8,7 %	
Capio	 3,1 %		 11,2 %		 5,2 %	
CPH Privathospital	 4,3 %		 0,0 %		 0,0 %	
Privathospitalet Danmark	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
Privathospitalet Kollund	 0,0 %		 11,8 %		 0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	 5,7 %		 5,8 %		 8,3 %	

I årsrapporten for 2023/24 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på <10%, og indikatoren opfylder standarden på 6,3% (95% CI: 5,3-7,4%).

Samlet set blev der på landsplan blev 6,3 % af patienterne med primær ACL operation fra 1/7-2022 til 30/6-2023 reopereret inden for 1 år. Dette er sammenligneligt med de foregående år. Standarden på 10 % er opfyldt på landsplan. På regionsniveau er der variation fra 5,7 % i Region Syddanmark til 9,6 % i Region Nordjylland. Alle regioner og privathospitalerne opfylder standarden i aktuelle opgørelsesperiode. Særligt på privathospitalerne er der tale om relativt små tal, og derfor er den statistiske usikkerhed høj. Reoperationsraten for privathospitaler ligger samlet i 2022/23 på 5,0% (95% CI: 3,6-6,8%). Dette er et fald sammenlignet med året før, som var på 5,4%.

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 reoperations rate kan være et udtryk for, at der laves hyppigere og grundigere opfølgninger på patienterne.

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	2022/2023			2021/2022			2020/2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Adeas		98,1 %			100,0 %			100,0 %	
Aleris-Hamlet		99,4 %			100,0 %			98,2 %	
Capio		99,5 %			99,8 %			100,0 %	
CPH Privathospital		-			-			-	
Privathospitalet Danmark		100,0 %			100,0 %			100,0 % *	
Privathospitalet Kollund		100,0 %			87,5 %			100,0 %	
Privathospitalet Mølholm		98,7 %			100,0 %			94,0 %	

I årsrapporten for 2023/24 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på >90%, og indikatoren opfylder standarden med 97,6% (95% CI: 96,6-98,3%).

På regionsniveau varierer andelen fra 94,6 % i Region Midtjylland til 98,6 % i Region Sjælland. Alle regioner og afdelinger opfylder standarden. Privathospitalerne opfylder alle standarden med en samlet andel på 98,7 % (95% CI: 97,1-99,5%).

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	2021/2022			2020/2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Adeas		0,4 %			2,1 %	
Aleris-Hamlet		1,7 %			1,2 %	
Capio		0,1 %			0,1 %	
CPH Privathospital		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Danmark		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Kollund		0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		1,2 %			7,7 %	

I årsrapporten for 2023/24 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan på <5%, og indikatoren opfylder standarden med 0,9% (95% CI: 0,5-1,5%).

Styregruppen anser denne indikator som databasens vigtigste resultatindikator, og er et vigtigt redskab i monitoreringen af behandlingskvaliteten på området. På landsplan blev 0,9 % af patienter med primær ACL operation fra 1/7-2021 til 30/6-2022 reopereret inden for 2 år, hvilket er et lille fald sammenlignet med sidste årsrapport. På regionsniveau er variationen fra 0 % i Region Sjælland til 1,3 % i Region Hovedstaden (tabel 3.4). Årsrapporten viser, at privathospitalerne opfylder standarden med en andel af revisioner på 0,7% (95% CI: 0,3-1,5%). En 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 2023, med opgørelsesperiode fra 1. april 2023 til og med 31. marts 2024, som var udgivet i september 2024.

DKR – Dansk knæalloplastik registeret blev etableret i 1997. Registeret indeholder data omkring knæalloplastikker som omfatter, operationer med kunstigt knæ led 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.

Komplethedsggradsoversigten (Standard > 90%).

Enhedsnavn	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	90,2 %		93,9 %		98,2 %	
Adeas	100,0 %		100,0 %		100,0 %	
Aleris-Hamlet	83,7 %		86,4 %		71,4 %	
Capio	92,4 %		99,3 %		99,4 %	
CPH Privathospital	92,0 %		79,4 %		66,2 %	
Privathospitalet Danmark	0,0 % *		100,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Kollund	69,4 %		72,1 %		73,1 %	
Privathospitalet Mølholm	99,6 %		100,0 %		100,0 %	

På landsplan, er den samlede komplethedsggrad for primære operationer 97,4% for perioden 1. april 2023 til og med 31. marts 2024. Alle regioner lever op til standarden. Privathospitalerne på landsplan lever op til standarden med 96,1%. 2 ud af 8 privathospitaler i komplethedsggradsoversigten opfylder dog ikke standarden på 95%.

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 dage (Standard < 2.8%).

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

På landsplan er standarden ikke opfyldt, da andelen af genindlæggelser for patienter med primær TKA indsat pga. primær artrose er 2,9% (95% CI: 2,5%-3,3%) i aktuelle år (01.04.2023-31.03.2024).

Andelen af genindlæggelser for patienter med TKA på landsplan har ligget stabilt over de sidste år. Privathospitalet opfylder standarden på 2,1% (95% CI: 1,6-2,7%).

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	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		0,0 %			0,0 %			0,0 %	
Adeas		2,8 %			1,1 %			0,0 %	
Aleris-Hamlet		1,3 %			0,6 %			0,6 %	
Capio		1,4 %			1,5 %			0,0 %	
Privathospitalet Danmark		-			0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Kollund		0,0 %			4,2 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		0,0 %			1,7 %			0,0 %	

I årsrapporten fremgår det, at standarden ikke er opfyldt på landsplan. Standarden er opfyldt på landsplan ved mindre end 1,4%, og indikatoren opfylder ikke standarden med 1,7% (95% CI: 1,3-2,2%). 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 samlet set ikke standarden med 1,5% (95% CI: 1,0-2,3%), men fire ud af seks privathospitaler opfylder dog standarden.

Dansk Rygdatabase (DARD)

Årsrapporten er udgivet i december 2024 og dækker opgørelsesperiode fra 1. juli 2022 til og med 30. juni 2023, som er udgivet i december 2024.

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 $\geq 90\%$).

Indikator 5A medtages ikke i rapporten da styregruppen har besluttet at indikator 5a skal opgøres på bopælskommune, og derfor er der ikke resultater for privathospitaler.

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

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 2,9 % 		 2,1 % 		 0,9 % 	
Adeas	 0,8 % 		 0,6 % 		 0,9 % 	
Aleris-Hamlet	 1,1 % 		 0,9 % 		 0,7 % 	
Capio	 0,9 % 		 0,8 % 		 1,4 % 	
CPH Privathospital	 1,5 % 		 1,2 % 		 0,8 % 	
Privathospitalet Kollund	 1,4 % 		 1,0 % 		 1,4 % 	
Privathospitalet Mølholm	 0,3 % 		 0,3 % 		 2,0 % 	

I årsrapporten er standarden opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved $\leq 2\%$, og indikatoren opfylder standarden med 1,3% (95% CI: 1,2-1,3%).

Det nævnes i årsrapporten, at 727 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 på jævnført trendgrafen.

De fem regioner og privathospitalerne opfylder alle standarden.

Dansk Hoftealloplastisk Register (DHR)

Beskrivelsen er baseret på årsrapporten fra 2023, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2023 til og med 31. december 2023, som blev udgivet i juli 2024.

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 hofteledidelse. 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	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		95,3 %			91,6 %			97,5 %	
Adeas		97,6 %			99,8 %			100,0 %	
Aleris-Hamlet		91,1 %			60,6 %			56,4 %	
Capio		95,5 %			99,6 %			99,9 %	
CPH Privathospital		91,1 %			67,3 %			94,1 %	
Privathospitalet Danmark		94,2 %			90,6 %			95,7 %	
Privathospitalet Kollund		100,0 %			97,4 %			100,0 %	
Privathospitalet Mølholm		98,8 %			100,0 %			100,0 %	

I årsrapporten for 2023 er standarden opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved $\geq 95\%$, og indikatoren opfylder standarden med 97,7% (95% CI: 97,5-98,0%). Standarden har været opfyldt de sidste 10 år.

Privathospitalet ligger på 95,3%.

Der er en generel stigning i antal operationer i 2023 ift. 2022 på 12%. 34% af operationer i 2023 er udført på privathospitaler mod 29% i 2022.

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	2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 2,7 %		 0,0 %	
Adeas	 8,0 %		 10,3 %	
Aleris-Hamlet	 7,7 %		 3,2 %	
Capio	 4,6 %		 7,8 %	
CPH Privathospital	 9,3 %		 0,0 %	
Privathospitalet Danmark	 10,9 %		 -	
Privathospitalet Kollund	 1,1 %		 8,3 %	
Privathospitalet Mølholm	 2,6 %		 1,8 %	

I årsrapporten for 2023 er standarden opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved $\leq 6\%$, og indikatoren opfylder standarden med 5,6% (95% CI: 5,1-6,0%).

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

Privathospitalerne opfyldte samlet set ikke standarden med 6,3% (95 % CI: 5,5-7,3%) men ligger inden for konfidensintervallet, dog opfyldte 4 ud af 8 privathospitaler standarden.

På afdelingsniveau opfyldte 17 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 $\geq 95\%$).

Indikator enhed: %

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 2018.

Dansk Herniedatabase (DHDB) - Inguinalhernier

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2023, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2023 til og med 31. december 2023.

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

DHDB –Dansk Herniedatabase blev etableret i 1998 for ingvinalhernie hos voksne. Ingvinalhernie/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 ingvinalhernie 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 2023 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	2022			2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		0,8 %			0,0 %			0,0 %	
Adeas		1,5 %			1,4 %			2,1 %	
Aleris-Hamlet		2,5 %			4,9 %			1,2 %	
Capio		1,3 %			2,7 %			1,3 %	
CPH Privathospital		0,0 %			0,7 %			1,8 %	
Privathospitalet Danmark		1,0 %			0,0 %			-	
Privathospitalet Kollund		2,2 %			0,0 %			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		0,9 %			1,2 %			0,0 %	

I årsrapporten for 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved mindre end 1,5%, og indikatoren opfylder standarden med 1,3% (95% CI: 1,0-1,6%).

Blandt de indberettende offentlige enheder opfyldte 20 ud af 21 standarden. Privathospitaler opfylder ikke standarden med 1,9% (95% CI: 1,5-2,4%). 11 ud af 19 indrapporterede privathospitaler opfylder standarden.

Rapporten indeholder ikke data for indikatoren for 2023, men senest 2022.

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

Enhedsnavn	2022			2021			2020		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		0,0 % *			22,2 %			-	
Adeas		0,0 %			0,0 % *			-	
Aleris-Hamlet		1,1 %			20,4 %			0,0 %	
Capio		0,5 %			0,9 %			0,0 %	
CPH Privathospital		0,0 %			0,0 %			0,0 % *	
Nørmark Privathospital		-			-			-	
Privathospitalet Kollund		0,0 %			-			0,0 %	
Privathospitalet Mølholm		0,0 %			0,0 %			0,0 %	
Søernes Privathospital		0,0 % *			0,0 % *			-	

I årsrapporten fra 2023 fremgår det, at standarden ikke er opfyldt. Standarden er ikke opfyldt på landsplan ved < 1,5%, og indikatoren opfylder standarden med 1,8% (95 CI: 1,3-2,6%).

Blandt indberettende enheder opfylder 13 standarden, mens otte ikke gør. Privathospitalerne opfylder standarden med 1,4% (95% CI 0,5-3,3%). Det fremgår, at 15 ud af 17 indrapporterende privathospitaler opfylder standarden.

Rapporten indeholder ikke data for indikatoren for 2023, men for 2022.

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

Enhedsnavn	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		100,0 % *			100,0 %			100,0 % *	
Adeas		100,0 %			97,7 %			100,0 %	
Aleris-Hamlet		99,4 %			99,6 %			99,2 %	
Capio		99,2 %			99,2 %			91,5 %	
CPH Privathospital		100,0 %			94,4 %			93,8 %	
Privathospitalet Danmark		100,0 % *			94,1 %			100,0 %	
Privathospitalet Kollund		95,6 %			100,0 %			100,0 %	
Privathospitalet Mølholm		100,0 %			100,0 %			96,2 %	
Søernes Privathospital		100,0 % *			100,0 % *			100,0 % *	

I årsrapporten fra 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved >95%, og indikatoren opfylder standarden med 96,7% (95% CI: 95,5-97,6%).

Af de indberettende enheder opfylder 5 af de 20 offentlige standarden. Privathospitalerne opfylder standarden med 98,9% (95% CI: 97,2-99,7%), og alle 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 for dækningsgraden, hvorfor denne ikke er medtaget.

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

Indikator enhed: %

Enhedsnavn	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 0,0 % *		 0,0 %		 0,0 %	
Adeas	 2,8 %		 3,0 %		 0,0 %	
Aleris-Hamlet	 6,3 %		 1,7 %		 4,1 %	
Capio	 1,6 %		 5,7 %		 4,9 %	
CPH Privathospital	 0,0 %		 1,9 %		 0,0 %	
Privathospitalet Danmark	 0,0 % *		 3,8 %		 0,0 %	
Privathospitalet Kollund	 9,1 %		 0,0 %		 16,7 %	
Privathospitalet Mølholm	 0,3 %		 2,6 %		 0,0 %	
Søernes Privathospital	 0,0 % *		 0,0 %		 0,0 %	

I årsrapporten fra 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt på landsplan. Standarden er opfyldt ved <10%, og indikatoren opfylder standarden med 5,3% (95% CI: 4,5-6,3%).

Blandt offentlige indberettende enheder opfylder 15 ud af 20 standarden i opgørelsesperioden. For privathospitaler var andelen af genindlæggelser 2,2% (95% CI: 1,3-3,5%) i perioden, og standarden er således opfyldt. I alt opfylder 18 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	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	 0,0 % *		 0,0 %		 0,0 %	
Adeas	 0,9 %		 1,5 %		 0,0 %	
Aleris-Hamlet	 0,4 %		 0,4 %		 1,6 %	
Capio	 0,4 %		 1,0 %		 0,7 %	
CPH Privathospital	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
Privathospitalet Danmark	 0,0 % *		 0,0 %		 0,0 %	
Privathospitalet Kollund	 2,3 %		 3,7 %		 0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	 0,0 %		 1,3 %		 0,0 %	
Søernes Privathospital	 0,0 % *		 0,0 %		 0,0 %	

I årsrapporten fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved < 3%, og indikatoren opfylder standarden med 1,1% (95% CI: 0,8-1,6%).

Privathospitalerne opfylder ligeledes standarden i perioden 0,8% (95% CI: 0,6-3,2%). Blandt de indrapporterende enheder opfylder 19 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	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital	 0,0 % *			 -			 -		
Adeas	 0,0 % *			 0,0 % *			 0,0 % *		
Aleris-Hamlet	 0,0 %			 3,8 %			 0,0 %		
Capio	 5,1 %			 0,0 %			 0,0 %		
CPH Privathospital	 -			 0,0 %			 0,0 %		
Privathospitalet Danmark	 -			 0,0 % *			 -		
Privathospitalet Kollund	 -			 0,0 %			 0,0 %		
Privathospitalet Mølholm	 0,0 %			 0,0 %			 0,0 %		

I årsrapporten for 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved 5%, og indikatoren opfylder standarden med 3,1% (95% CI: 1,8-4,9%).

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 med 1,4% (95% CI: 0,0-7,8%).

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 2023, at der var 10 reoperationer indenfor 30 dage efter primær operation for stomihernier ud af 98 udførte operationer. Andelen af reoperationer på landsplan var 10,2% med 95% CI 5,0-18,0 %. 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 5A: Anvendelse af mesh ved elektive operationer for umbilical- eller epigastrielhernie (Standard >75%).

Enhedsnavn	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	100,0 % *		87,0 %		88,2 %	
Adeas	91,0 %		64,4 %		32,1 %	
Aleris-Hamlet	86,8 %		89,0 %		78,8 %	
Capio	70,4 %		68,2 %		72,2 %	
CPH Privathospital	88,2 %		91,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Danmark	33,3 % *		82,1 %		71,4 %	
Privathospitalet Kollund	94,2 %		92,9 %		83,3 %	
Privathospitalet Mølholm	93,6 %		95,4 %		98,1 %	
Søernes Privathospital	83,3 % *		61,5 %		56,0 %	

I årsrapporten for 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved >75%, og indikatoren opfylder standarden med 88,2% (95% CI: 86,9-89,4%).

I alt 20 af de 21 offentlige indberettende enheder opfyldte standarden. Privathospitalerne opfyldte standarden med en andel på 88,7% (95% CI: 86,4-90,7%). Af indberettende privathospitaler opfyldte 15 ud af 19 standarden.

Bemærk, at indikator 5A tidligere var benævnt som indikator 7B.

Indikator 5B: Andel elektive indgreb for incisionalhernie med indsættelse af mesh (Standard >95%).

Enhedsnavn	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
aCure Privathospital	100,0 % *		-		-	
Adeas	100,0 % *		100,0 % *		50,0 % *	
Aleris-Hamlet	95,3 %		91,4 %		97,5 %	
Capio	69,2 %		66,0 %		79,2 %	
CPH Privathospital	-		100,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Danmark	-		100,0 % *		-	
Privathospitalet Kollund	-		100,0 %		100,0 %	
Privathospitalet Mølholm	100,0 %		100,0 %		100,0 %	

I årsrapporten for 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved >95%, og indikatoren opfylder standarden med 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.

Bemærk, at indikator 5B tidligere var benævnt som indikator 7C.

Indikator 5C: Anvendelse af mesh ved elektive operationer for stomihernie (Standard >90%).

I årsrapporten for 2023 viser, indikator 5C ventralhernieindgreb med indsættelse af mesh for stomihernie. På landsplanen var standarden på > 90% opfyldt med 93,2% CI 87,5%-96,8%. På grund af at antallet af operationer er så lavt for privathospitaler, kommenteres der ikke på resultatet af diskretionshensyn, hvorfor tabellen ikke medtages.

Bemærk, at indikator 5B tidligere var benævnt som indikator 7D.

Indikator 6: Mortalitet $\leq$ 90 dage efter elektiv primær operation for ventralhernie (Standard ikke fastsat).

I årsrapporten for 2023 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Bemærk, at indikator 6 er blevet oprettet ved at sammenlægge indikator 6A og 6B.

Indikator 7 - : Mortalitet $\leq$ 90 dage efter akut primær operation for ventralhernie (Standard ikke fastsat).

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

Bemærk, at indikator 7 er blevet oprettet ved at sammenlægge indikator 6C og 6D.

Dansk Urogynækologisk Database (DUGABASE) – Inkontinens

Beskrivelse er baseret på årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023.

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

Enhedsnavn	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 100,0 %		 100,0 %		 100,0 % *	
Capio	 -		 100,0 % *		 0,0 % *	
CPH Privathospital	 -		 -		 -	
Privathospitalet Kollund	 -		 -		 -	
Privathospitalet Mølholm	 -		 52,1 %		 49,2 %	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023 er dækningsgraden for inkontinensoperationer på landsplan er 95% i 2023, hvilket af et stigning fra 92% 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	2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 85,7 % 		 91,7 % 		 100,0 % * 	
Capio	 - 		 - 		 - 	
CPH Privathospital	 - 		 - 		 - 	
Privathospitalet Kollund	 - 		 - 		 - 	
Privathospitalet Mølholm	 100,0 % 		 95,7 % 		 87,5 % 	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023 fremgår det, at standarden er opfyldt. Standarden er opfyldt på landsplan ved $\geq 80\%$, og indikatoren opfylder standarden med 88% (95% CI: 85-90%).

Privathospitalerne opfylder standarden med 94% (95% CI: 79-99%).

Bemærk, at antallet af operationer er langsomt på vej op efter Covid-19 epidemien. På landsplan indgår 653 forløb med komplette data i indikatoropgørelsen. Efter nogle år med færre slyngeoperationer er aktiviteten øget en del i 2023 (2021: 309 komplette forløb, 2022: 413 komplette forløb).

Bemærk, at indikator 1 er forskudt 3 måneder, og indeholder således patienter der er opereret i perioden 1.oktober 2022-30. september 2023.

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

Enhedsnavn	2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 92,9 % 		 100,0 % 		 100,0 % * 	
Capio	 - 		 - 		 - 	
CPH Privathospital	 - 		 - 		 - 	
Privathospitalet Kollund	 - 		 - 		 - 	
Privathospitalet Mølholm	 100,0 % 		 100,0 % 		 100,0 % 	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023, viser indikator 1 den subjektive patientbedømmelse efter primær slyngeoperation for urininkontinens på Patient Global Impression of Improvement (PGI-I) skala. Standarden er opfyldt på landsplan med 96% (95% CI: 95-98%). Standarden var opfyldt ved 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 2022-30. september 2023.

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 2023 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 2023 er standarden ikke fastsat, hvorfor indikatoren ikke er medtaget.

Dansk Urogynækologisk Database (DUGABASE) - Prolaps

Beskrivelse er baseret på årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023.

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	2023		2022		2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 70,1 %		 51,9 %		 3,1 %	
Capio	 97,6 %		 61,2 %		 33,3 %	
CPH Privathospital	 -		 -		 26,7 %	
Privathospitalet Kollund	 -		 -		 -	
Privathospitalet Mølholm	 94,9 %		 89,3 %		 53,1 %	

Det fremgår af årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023, at dækningsgraden for inkontinensoperationer på landsplan er 90%. Således er standarden på mindst 90% opfyldt med 93%. For privathospitaler opfyldte 8 ud af 11 hospitaler standarden. Dækningsgraden for prolapsoperationer har ligget over 90% siden 2011.

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

Enhedsnavn	2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	78,7 %		87,8 %		69,1 %	
Capio	88,0 %		93,4 %		74,4 %	
CPH Privathospital	-		-		75,0 %	
Privathospitalet Kollund	-		-		-	
Privathospitalet Mølholm	74,2 %		85,4 %		86,2 %	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023 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: 82-85%) hospitaler ikke har oplevet nedsynkningssymptomer efter prolapsoperationen. Alle fem regioner opfylder standarden, og indikatoropfyldelsen på landsplan er stort set uændret sammenlignet med de seneste år. Privathospitaler opfylder ikke standarden med 77% (95% CI: 73-81%) hvor tre ud af otte privathospitaler opfylder indrapporterende standarden.

Bemærk yderligere, at indikator 3 er forskudt 3 måneder og indeholder patienter opereret i perioden 1. oktober 2022-30. september 2023.

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

Enhedsnavn	2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	95,4 %		96,1 %		92,7 %	
Capio	97,6 %		100,0 %		100,0 %	
CPH Privathospital	-		-		75,0 %	
Privathospitalet Kollund	-		-		-	
Privathospitalet Mølholm	96,3 %		93,6 %		93,1 %	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023 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 2022-30. september 2023.

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

Enhedsnavn	2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 97,2 % 		 83,3 % 	
Capio	 100,0 % 		 100,0 % * 	
CPH Privathospital	 66,7 % 		 - 	
Privathospitalet Kollund	 - 		 - 	
Privathospitalet Mølholm	 85,4 % 		 92,3 % 	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023 viser indikator 13 andelen af patienter med primær operation for prolaps udelukkende i forreste kompartment, der ikke har fået foretaget en recidivoperation inden for 2 år efter den primære operation. Standarden på mindst 95% er ikke opfyldt på landsplan, da 93% (95% CI: 91-95%) ikke har fået recidivoperation indenfor 2 år.

Ingen af de fem regioner opfyldte standarden, og der ses en lille variation mellem regionerne. Samlet set opfylder privathospitaler heller ikke standarden. Fem privathospitaler indgår i databasen. Af de fem oplyses det, at tre privathospitaler opfylder standarden, og to opfylder ikke standarden.

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 eller 2021. 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	2021		2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 91,3 % 		 92,9 % 	
Capio	 100,0 % 		 100,0 % * 	
CPH Privathospital	 100,0 % * 		 100,0 % * 	
Privathospitalet Kollund	 - 		 - 	
Privathospitalet Mølholm	 94,4 % 		 100,0 % 	

I årsrapporten for 1. januar 2023 – 31. december 2023, er standarden opfyldt med 98% (95% CI: 97-99%) opfyldt på landsplan. Standarden var opfyldt ved mindst 95%. Fire ud af fem regioner opfyldte standarden. To ud af seks 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 eller 2021.

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 2023 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 2022/2023, med opgørelsesperiode fra 1. juni 2022 til og med 31. maj 2023, som var udgivet i november 2023.

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, antibiotikaprofylakse. Andel hysterektomier hvor der er givet antibiotikaprofylakse (Standard $\geq 95\%$).

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 91,1 % 		 98,9 % 		 94,3 % 	
Capio	 84,2 % 		 91,4 % 		 54,2 % 	
Privathospitalet Mølholm	 88,7 % 		 89,1 % 		 98,1 % 	
Søernes Privathospital	 0,0 % 		 42,9 % 		 62,5 % * 	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023 nævnes, at der er sket et fald i andelen af kvinder, der får antibiotikaprofylakse, sammenlignet med de sidste to perioder.

På landsplan var standarden ikke opfyldt med 80,2% (95% CI: 78,6-81,8%). Standarden er opfyldt med mindst 95%. Regionerne opfyldte ikke standarden. For privathospitalerne opfyldte to ud af otte privathospitaler standarden.

Af de 28 afdelinger med mindst 10 patientforløb var standarden opfyldt på 12 afdelinger. Heraf lå 10 afdelinger under den nedre kontrolgrænse omkring standarden. Ni af disse havde mindst 10 patientforløb. Der er i det aktuelle år ses fald i indikatoropfyldelsen på tværs af alle regioner.

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

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

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 90,2 %		 98,9 %		 89,4 %	
Capio	 84,2 %		 85,7 %		 81,3 %	
Privathospitalet Mølholm	 88,7 %		 89,1 %		 98,1 %	
Søernes Privathospital	 0,0 %		 52,4 %		 62,5 % *	

På landsplan var standarden ikke opfyldt med 79,7% (95% CI: 78,0-81,2%). Standarden er opfyldt ved mindst 95%. Regionerne opfyldte ikke standarden. To ud af otte privathospitaler opfyldte standarden. Af de 28 afdelinger med mindst 10 patientforløb var standarden opfyldt på 12 afdelinger. Heraf lå 10 afdelinger under den nedre kontrolgrænse omkring standarden. Ni af disse havde mindst 10 patientforløb. Der er i det aktuelle år ses fald i indikatoropfyldelsen på tværs af alle regioner.

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023 nævnes, at der er sket et fald i andelen af kvinder, som får tranexamsyre pæoperativt, 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 6 Minor - Hysterktomi komplikation. Minor komplikationer (Standard <6%).

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 6,4 % 		 15,6 % 		 5,0 % 	
Capio	 0,0 % 		 17,1 % 		 6,8 % 	
Privathospitalet Mølholm	 3,8 % 		 0,0 % 		 5,7 % 	
Søernes Privathospital	 0,0 % 		 4,8 % 		 12,5 % * 	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023, er standarden ved <6% ikke opfyldt på landsplan 8,6% (95% CI: 7,5-9,8%). For regionerne opfyldte ingen standarden, mens fem ud af syv privathospitaler opfyldte gjorde. På afdelingsniveau opfyldte 7 ud af 28 afdelinger med mindst 10 patientforløb i det aktuelle år standarden. Tre afdelinger ligger udenfor konfidensintervallet omkring standarden.

Bemærk, at indikator 6 minor tidligere hed 7 minor.. Tilsammen udgør indikator 6 Minor og indikator 6 Major det totale antal komplikationer efter elektiv hysterektomi på benign indikation.

Indikator 6 Major – Hysterektomi komplikationer. Major komplikationer (Standard <4%).

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 5,5 % 		 8,7 % 		 5,0 % 	
Capio	 0,0 % 		 2,9 % 		 0,0 % 	
Privathospitalet Mølholm	 9,4 % 		 7,3 % 		 5,7 % 	
Søernes Privathospital	 0,0 % 		 4,8 % 		 0,0 % * 	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023, er standarden ved <4% opfyldt på landsplan med 3,9% (95% CI: 3,1-4,7%). Fire ud af fem regioner opfyldte standarden, og tre ud af syv privathospitaler opfyldte standarden. På afdelingsniveau varierede indikatorværdien mellem 0 og 13,3% for afdelinger med mindst 10 patientforløb. Af 28 afdelinger med mindst 10 patientforløb i det aktuelle år opfyldte 13 standarden.

I de seneste fem år ses en tendens til, at andelen af komplikationer er reduceret og i år er standarden opfyldt på landsplan. Fra 2012/13-2016/17 lå niveauet stabilt mellem 4-7%.

Bemærk, at indikator 6 major tidligere hed 7 major. Tilsammen udgør indikatorne 7 Minor og 7 Major det totale antal komplikationer efter elektiv hysterektomi på benign indikation.

Indikator 6A – Postoperativ blødningskomplikationer (Standard < 3%).

Indikator enhed: %

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 1,7 % 		 11,5 % 		 5,7 % 	
Capio	 0,0 % 		 14,3 % 		 0,0 % 	
Privathospitalet Mølholm	 7,5 % 		 0,0 % 		 1,9 % 	
Søernes Privathospital	 0,0 % 		 4,8 % 		 0,0 % * 	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023, er standarden ved <3% ikke opfyldt på landsplan med 3,1% (95% CI: 2,5-3,9%). To ud af fem regioner opfyldte standarden, og seks ud af otte privathospitaler opfyldte standarden.

På afdelingsniveau opfyldte 16 ud af 28 afdelinger med mindst 10 patientforløb i det aktuelle år standarden på indikatorværdi. De resterende 12 som ikke opfyldte standarden har indikatorværdier på mellem 3 og 7,5%. Det seneste år er indikatoren uændret sammenlignet med foregående år.

Bemærk, at indikator 6a tidligere hed indikator 7b.

Indikator 6B – Hysterektomi komplikation. Infektioner, direkte kirurgisk afledt (Standard <3%).

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 4,9 % 		 8,7 % 		 2,8 % 	
Capio	 0,0 % 		 8,6 % 		 0,0 % 	
Privathospitalet Mølholm	 0,0 % 		 0,0 % 		 3,8 % 	
Søernes Privathospital	 0,0 % 		 0,0 % 		 12,5 % * 	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023, er standarden ved <3% ikke opfyldt på landsplan med 3,6% (95% CI: 2,9-4,4%). Én ud af fem regioner opfyldte standarden, og fire ud af syv privathospitaler opfyldte standarden.

På afdelingsniveau opfyldte 13 ud af 28 afdelinger med mindst 10 patientforløb i den aktuelle periode standarden. Andelen med infektioner er på niveau med sidste år.

Bemærk, at indikator 6b tidligere hed indikator 7c.

Indikator 8 - Hysterektomi, Re-operation inden for 30 dage postoperativt (Standard $\leq 3\%$).

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 2,7 %		 0,5 %		 2,8 %	
Capio	 0,0 %		 2,9 %		 0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	 5,7 %		 0,0 %		 0,0 %	
Søernes Privathospital	 0,0 %		 4,8 %		 0,0 % *	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023, er standarden ved 3% opfyldt på landsplan med 2,0% (95% CI: 1,5-2,6%). Alle regioner opfyldte standarden, og fire ud af syv privathospitaler opfyldte standarden.

Andelen af re-operationer er gradvist reduceret de seneste 11 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.

Bemærk, at indikator 8 tidligere hed indikator 9.

Indikator 10 - Hysterektomi, Mortalitet (Standard $\leq 0\%$).

Indikator 10 er udgået.

Hysteroskopi

Indikator 102 - Indikator 102: Major Komplikationer efter operativ hysteroskopi og endometriedestruktion (Standard <3%).

Enhedsnavn	2023/2022		2022/2021		2021/2020	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet	 0,6 %		 0,0 %		 1,6 %	
Capio	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
Privathospitalet Mølholm	 0,0 %		 0,0 %		 0,0 %	
Søernes Privathospital	 -		 -		 -	

I årsrapporten for 1. juni 2022 – 31. maj 2023, er standarden ved <3% opfyldt på landsplan med 0,6% (95% CI: 0,4-0,7%). Alle regioner opfyldte standarden, og alle privathospitaler opfyldte standarden.

På afdelingsniveau varierer indikatorværdien mellem 0 og 2,2 % og standarden er således opfyldt på alle afdelinger.

Lyskrydsmodeller er ikke udarbejdet med tilhørende kommentering for følgende indikatorer, da de viser udviklingen efter 5 år, hvor det aktuelle år for dataene er 2017/18:

Indikator 103a: Recidiv-operation: re-hysteroskopi eller hysterektomi efter hysteroskopi med resektion af fibrom ≤ 5 år efter primærindgreb

Indikator 103bl: Recidiv-operation: Re-hysteroskopi eller hysterektomi efter hysteroskopi med resektion af endometrie uden samtidig gestagenspiral ≤ 5 år efter primærindgreb

Indikator 103bll: Recidiv-operation: Re-hysteroskopi eller hysterektomi efter hysteroskopi med resektion af endometrie med samtidig gestagenspiral ≤ 5 år efter primærindgreb

Indikator 103c: Recidiv-operation: Re-hysteroskopi eller hysterektomi efter hysteroskopi med destruktion af endometrie ≤ 5 år efter primærindgreb

Indikator 104c: Recidiv-operation: Re-myomektomi eller hysterektomi indenfor 5 år efter primærindgreb

Indikator 105c: Recidiv-operation: Re-embolisering, myomektomi eller hysterektomi indenfor 5 år efter primærindgreb

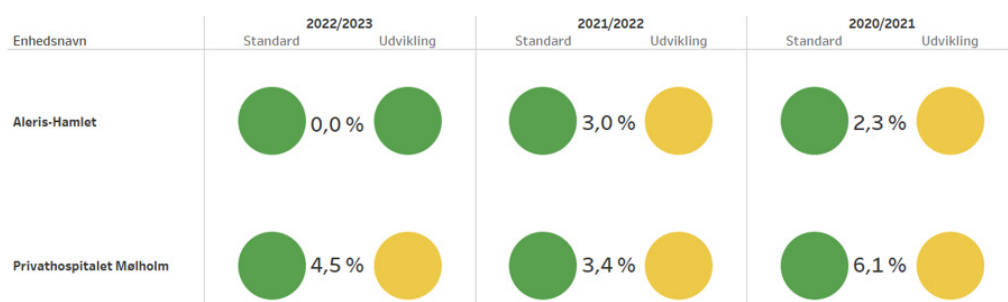
Dansk Fedmeregister/Databasen for Behandling af Svær Overvægt (DFR/DBSO)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2022-2023, med opgørelsesperiode fra 1. juli 2022 til og med 30. juni 2023, som var udgivet i december 2023.

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). Privathospitalet 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 genindlægges akut indenfor 30 dage (lap. gastric bypass) (Standard $\leq 10\%$).



I årsrapporten for 1. juli 2022 – 30. juni 2023, er standarden ved $\leq 10\%$ opfyldt på landsplan med 6% (95% SI: 4-8%). Privathospitalet opfylder også standarden.

På afdelingsniveau opfyldte fem ud af fem afdelinger standarden, og for privathospitaler var det 2 ud af 2.

Risikoen for akut genindlæggelse er stort set uændret på samtlige afdelinger fra 2020 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	2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling	Standard	Udvikling
Aleris-Hamlet		0,0 % 		0,0 % 		0,0 % 
Privathospitalet Mølholm		0,0 % 		0,0 % 		0,0 % 

I årsrapporten for 1. juli 2022 – 30. juni 2023, er standarden opfyldt på landsplan, da mindre end 3 patienter af 1.693 opererede patienter død indenfor 30 dage efter behandling.

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 2010-2023 har der kun været 7 dødsfald indenfor 30 dage blandt 18.925 patienter. Dette er tilsvarende en 30 dages mortalitet på 0,04%. 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. juli 2017 – 30. juni 2018 (n=1088). Heraf døde kun 8 patienter i opfølgningsperioden, som er tilsvarende 0,8% (95% SI: 0,1-1,1%).

Dansk Skulderalloplastik Register (DSR)

Beskrivelse er baseret på årsrapporten fra 2023, med opgørelsesperiode fra 1. januar 2023 til og med 31. december 2023, som var udgivet i juni 2024.

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.

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

Indikator 1 – Dækningsgrad: Andel af skulderalloplastikoperationer uanset operationstype som indberettes til DSR sammenlignet med Landspatientregisteret. (Standard $\geq 90\%$).

Enhedsnavn	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
aCure Privathospital		-			-			-	
Adeas		100,0 % *			100,0 % *			100,0 % *	
Aleris-Hamlet		-			-			-	
Capio		97,7 %			75,0 %			75,0 %	
Privathospitalet Danmark		100,0 %			100,0 %			100,0 % *	
Privathospitalet Kollund		-			100,0 % *			100,0 %	
Privathospitalet Mølholm		90,0 %			100,0 %			100,0 %	

I årsrapporten for 2023 nævnes, at på landsplan er dækningsgraden af registrering af skulderalloplastikker (primæroperationer og revisioner) 92,6%. Dækningsgraden for primæroperationer er 92,1%, og for revisioner er den 98%.

Det ses, at fire ud af fem regioner opfyldte standarden. Privathospitalerne opfylder også standarden med 96,2%. Fire ud af fem 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 2018, 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 2018, 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 2018, hvorfor de ikke indgår i modellen (mangler data).

LUP (Landsdækkende Undersøgelse af Patientoplevelse) data

LUP er en national spørgeskemaundersøgelse på tværs af offentlige og private hospitaler, der hvert år giver 1 mio. patienter mulighed for at give feedback på deres indlæggelse eller ambulante besøg på et hospital¹.

De følgende tabeller er baseret på disse ni spørgsmål:

1. Personalet er venligt og imødekommende
2. Personalet spørger ind til min beskrivelse af sygdom/tilstand
3. Jeg er med til at træffe beslutninger om undersøgelse/behandling ved behov
4. Jeg får de informationer, jeg har behov for
5. Den mundtlige information under indlæggelsen er forståelig
6. Personalet informerer tilstrækkeligt, så jeg er tryk efter indlæggelsen
7. Jeg er tilfreds med behandlingen
8. Jeg er alt i alt tilfreds med min indlæggelse
9. En bestemt læge tager et overordnet ansvar for mit samlede forløb

Der er lavet separate tabeller for indlagte patienter og ambulante patienter.

I tabellerne sammenligner vi hvert privathospital med det gennemsnitlige landsresultat (samlet offentlige og private hospitaler). Det er gennemsnittet af de 9 spørgsmål der er brugt for hvert privathospital. Gennemsnittet er beregnet ved, at tage summen af alle 9 spørgsmål og dividere med 9.

Datagrundlag

Patienterne er blevet bedt om at svare på et spørgeskema, hvor det er muligt at svare 'Slet ikke (1)', 'I ringe grad (2)', 'I nogen grad (3)', 'I høj grad (4)', og 'I meget høj grad (5)'. Tallene i tabellerne viser, hvor svarene ligger på skalaen fra 1 til 5.

Tallene for offentlige hospitaler er beregnet ud fra bilagstabellerne fra hvert år, som findes på: [Resultater fra tidligere LUP-undersøgelser \(regionh.dk\)](https://regionh.dk/resultater-fra-tidligere-lup-undersogelser)

1 [LUP er en patientundersøgelse \(regionh.dk\)](https://regionh.dk/lup)

Farvekoder

Farvekoden i modellen er baseret på den tidligere kvalitetsmodel med RKKP data. Der anvendes samme procentsats som i kvalitetsmodellen, som grundlag for beregningen af udvikling for LUP. Enkelte forskelle forekommer dog:

- Vi bruger landsgennemsnittet som standard i modellen, da der ikke nævnes en standard i LUP dokumentationen.
- Konfidensinterval er ikke med i LUP data, derfor bruger vi en anden model, som er forklaret i tabellen nedenfor.
- Den blå farvekode er ikke inkluderet i LUP-kvalitetsmodellen, fordi den tidligere blev brugt til at markere situationer med færre end 5 observationer. I denne model er det ikke nødvendigt at bruge den blå farve, da hvert hospital har mere end 5 observationer.

Standard		Udvikling	
	Hospitalets resultat er bedre end landsresultatet		Positiv udvikling fra sidste års resultat
	Hospitalets resultat er mindre end 5% dårligere end landsresultatet		Udviklingen har været mellem -10% og +5%
	Hospitalets resultat er mere end 5% dårligere end landsresultatet		Udviklingen har været mere end -10% negativ
	Mangler data		Mangler data

Tabel 1: Planlagt indlagte patienter

Enhedsnavn	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Offentlige Hospitaler		4,27			4,24			4,13	
aCure Privathospital		4,58			4,63			4,77	
Adeas		4,39			4,41			4,40	
Aleris-Hamlet Hospitaler		4,60			4,53			4,54	
Capio		4,55			4,43			4,37	
Cph Privathospital AS		4,41			4,45			-	
Privathospitalet Danmark		4,55			-			-	
Privathospitalet Kollund		4,66			4,29			-	
Privathospitalet Mølholm		4,68			4,65			4,68	

Standarden er landsresultatet fra hvert år: 4,30 i 2023, 4,25 i 2022, og 4,18 i 2021.

På landsplan er gennemsnittet for både offentlige- og privathospitaler for 2023 på 4,30. For privathospitalerne alene, ligger gennemsnittet på 4,54, altså over det samlede gennemsnit. Standarden er opfyldt af alle otte hospitaler i rapporten for 2023. For offentlige hospitaler ligger gennemsnittet på 4,27.

I 2023 blev spørgeskemaerne udsendt til 2.296 planlagt indlagte patienter på privathospitaler. Heraf deltog 1.678 (73%) i undersøgelsen. På landsplan deltog 43.015 i undersøgelsen.

Tabel 2: Planlagt ambulante patienter

Enhedsnavn	2023			2022			2021		
	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling	Standard		Udvikling
Offentlige Hospitaler		4,28			4,26			4,21	
aCure Privathospital		4,09			4,35			4,25	
Adeas		4,31			4,14			4,32	
Aleris-Hamlet Hospitaler		4,40			4,33			4,34	
Capio		4,29			4,29			4,24	
Cph Privathospital AS		4,05			4,11			4,38	
Privathospitalet Danmark		4,23			4,31			4,30	
Privathospitalet Kollund		4,32			4,34			4,34	
Privathospitalet Mølholm		4,37			4,39			4,40	

Standarden er landsresultatet fra hvert år: 4,29 i 2023, 4,26 i 2022, og 4,22 i 2021.

På landsplan er gennemsnittet for både offentlige- og privathospitaler for 2023 på 4,29. For privathospitalerne alene ligger gennemsnittet på 4,32, altså over det samlede gennemsnit. Standarden er opfyldt af fem ud af otte hospitaler i rapporten for 2023. For offentlige hospitaler ligger gennemsnittet på 4,28.

I 2023 blev spørgeskemaerne udsendt til 12.894 planlagt ambulante patienter på private hospitaler, hvoraf 6.520 (51%) deltog i undersøgelsen. På landsplan deltog 280.042 i undersøgelsen.

Bagom databaserne benyttet til kvalitetsarbejdet

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

- Dansk Anæstesi Database
- Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for demens
- Dansk Rygdatabase
- Dansk Fedmekirurgiregister/Databasen for Behandling af Svær Overvægt (DBSO)
- Dansk Hernie Database
- Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database
- Dansk Hoftealloplastik Register
- Dansk Knæalloplastik Register
- Dansk Korsbåndsregister
- 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 complethedegrad 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.

Bemærkninger til den specifikke database

Dansk Anæstesi Database har været plaget af problemer med indberetningen. Styregruppen påpeger, at ved brug af data skal man være påpasselig og, måske, helt undgå at benytte databasen til tværnationale og rangmæssige formål. Denne database medtages ikke grundet for mange dataproblemer.

Dansk Klinisk Kvalitetsdatabase for Demens. Danske Regioner har ikke aftale med nogle privat leverandør på denne område, hvorfor er det fundet irrelevant på nuværende tidspunkt at medtage databasen i kvalitetsarbejdet.

Dansk Fedmekirurgiregister/Databasen for Behandling af Svær Overvægt (DBSO) har historisk haft en dårlig indberetningsrate for dækningsgraden. Databasen trækker nu tal for dækningsgraden fra LPR og resultatet af dette gør, at dækningsgraden for alle private leverandører specifikt for plastikkirurgidelen bliver 100%. Der er fokus på behandlinger indenfor bariatrisk plastikkirurgien i denne database. Databasen skriver at: 'den aktuelle oversigt over brug af medicin mod overvægt viser tydelig stigning i forbruget samt en ændring i typen af medicin som bruges. Tidligere opgørelser i årsrapporterne fra DBSO har benyttet receptdatabasen, mens den aktuelle rapport trækker data fra lægemiddelstatistikregistret. Det viser et mere retvisende og markant højere forbrug i forhold til de tidligere rapporter.' (side 68).

Dansk Hernie Database viser dækningsgraden for både behandlingen af inguinal – og ventralhernie. Det vurderes herfor nødvendigt at rapportere dækningsgraden og indikatoroversigten af inguinal – og ventralhernie opdelt i adskilte tabeller.

I *Hudkræftdatabasen* er de private leverandører slået sammen i én gruppe, hvor man ikke kan skelne de private leverandører, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg og ret til hurtig udredning fra andre private leverandører. Det er derfor umuligt at udskille dem for denne rapport relevante leverandører. Derfor finder Danske Regioner det irrelevant at medtage denne database til kvalitetsarbejde.

Dansk Hysterektomi og Hysteroskopi Database har historisk set haft dårlig indberetningsrate for dækningsgraden. Databasen trækker nu tal for dækningsgraden fra LPR og resultatet af dette gør, at dækningsgraden for alle private leverandører bliver 100%. Databasen skriver det følgende: 'efter opdatering af LPR-data vil hysterektomien blive fjernet fra nævnerpopulationen i fremtidige KKA-leverancer. I aktuelle årsrapport er indikatorberegningerne baseret på nævnerpopulationen i dækningsgraden; altså alle benigne, elektive hysterektomier, der er indberettet til LPR.'

Dansk Knæalloplastik Register skriver at opstartsproblemerne ved overgangen til det nye indberetningssystem er nok ved at være overstået.

Dansk Korsbånd Register skriver det følgende: 'dækningsgraden ligger noget under standarden på de 90 %, særligt for primære ACL-rekonstruktioner. Dette kan nok tilskrives fortsatte problemer med den væsentlige procedureændring, hvor afdelingerne selv skal indhente mangellister i de enkelte regioners IT-datasystemer. Desuden er der indført et nyt indtastningssystem netop i perioden, hvor afdelingerne skulle foretage deres efterregistrering.'

Dansk Reumatologisk Database (Danbio) de private leverandører er slået sammen i én gruppe, hvor man ikke kan skelne mellem de leverandører, der er omfattet af det udvidede frie sygehusvalg og ret til hurtig udredning og de leverandører der ikke er. Det er derfor umuligt at udskille dem for denne rapport relevante leverandører. Derfor finder Danske Regioner det irrelevant at medtage denne database til kvalitetsarbejde.

Dansk Skulderalloplastik Register skriver det følgende: 'Ved fortolkning af årsrapportens resultater skal man generelt være opmærksom på små tal og lave svarprocenter, som kan give statistisk usikkerhed og selektionsbias. Sammenligning over tid, mellem regioner og især mellem behandlingssteder skal derfor foretages med forsigtighed.'

Dansk Urogynækologisk Databasens skriver det følgende: 'DugaBase har efter retningslinjer fra RKKP og efter ønsker fra DugaBases brugere de seneste år været inde i en forbedrings- og udviklingsproces, og styregruppen har også i 2023 været engageret i dette arbejde. I september 2023 fik styregruppen imidlertid meddelelse om, at grundet tvungne besparelser ville licensen til databasens indtastningsplatform blive opsagt, og skulle erstattes af ny indtastningsflade ejet og drevet af RKKP. Det har medført en del frustrationer, som vi undervejs har måttet tackle og endnu ikke kender omfanget af. Der arbejdes i skrivende stund på at gøre den nye indtastningsflade så brugervenlig som muligt, med sikring af DugaBases kendte kvalitet.'

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 anden 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.