

ÅRSRAPPORT FOR PROSBASE 2007

**Omfatter patientforløb med kirurgisk behandlingsdato
1/1 2007 - 31/12 2007, der er indberettet til ProsBase senest 26/5 2008.**

**Rapporten er fortolket og kommenteret af Det Danske Råd for
Prostatasygdomme, et udvalg under Dansk Urologisk Selskab.**



August 2008

Rapportens analyser er foretaget af Kompetencecenter Nord, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital (stud.scient. Sussie Antonsen og afdelingslæge, klinisk lektor, ph.d. Reimar W. Thomsen), i samarbejde med ProsBase sekretariatet (overlæge Henning Olsen) og Det Danske Råd for Prostatasygdomme.

FORORD	5
HOVEDKONKLUSIONER.....	6
PROSBASES STYREGRUPPE.....	7
AFDELINGER DER HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2007	8
40 SYGEHUSE/KLINIKKER I DANMARK VAR REGISTRERET MED UDFØRTE KIRURGISKE BEHANDLINGER FOR PROSTATAFORSTØRRELSE I 2007, SAMMENLIGNET MED 35 AFDELINGER I 2006. TILGANGEN SKYLDES 7 PRIVATE KLINIKKER, MENS SYGEHUS FYN MIDDELFART OG PRIVATHOSPITALET DALGAS IKKE LÆNGERE ER REGISTRERET MED BEHANDLINGER I 2007.....	8
FØLGENDE 24 SYGEHUSE HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2007:.....	8
1 AFDELING HAR <i>IKKE</i> INDBERETTET TIL DATABASEN I 2007, MEN GJORDE DET I 2006:	8
KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER.....	10
INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED	28
INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER.....	32
INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET.....	41
<i>DDRP: MORTALITETEN LIGGER PÅ ELLER UNDER DET NIVEAU DER SES I STØRRE OPGØRELSE, SOM DOG ER AF ÆLDRE DATO. DET ER MULIGT AT NY TEKNOLOGI SPILLER EN ROLLE HER.</i> INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE, SOM SKER PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB	41
INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE, SOM SKER PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB.....	42
INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER.....	44
INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER.....	46
INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING.....	48
INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER.....	49
REVISIONSPÅTEGNING	51
KURT KRØYER, FREDERIKSBERG HOSPITAL:	54
OLE K. SØRENSEN, FREDERIKSHAVN SYGEHUS:	54

AXEL LENDORF (LASSE FAHRENKRUG), FREDERIKSSUND HOSPITAL (NORDSJÆLLANDS
HOSPITAL):.....55

Forord

Hermed foreligger fjerde årsrapport fra ProsBase. ProsBases formål er at analysere og udvikle kvaliteten af behandlingen af godartet prostataforstørrelse (BPH) på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. Den nuværende ProsBase er netbaseret og påbegyndte indsamlingen af data i efteråret 2003, i første omgang på pilotafdelingerne i Fredericia, Herlev og Skejby. I løbet af foråret 2004 blev ProsBase åben for alle afdelinger.

Årsrapporten for 2007 fokuserer *udelukkende på kirurgisk* behandling af prostataforstørrelse. De få indberettede ikke-kirurgiske behandlinger i 2007 er således ikke længere medtaget i beregningen af de indikatorer, der vedrører kvaliteten af udredningen af prostatapatienter (indikatorer 4 og 5). Tidligere års værdier for indikatorer 4 og 5 er genberegnet med restriktion til kirurgiske patienter. Patienter med prostatakræft er *ikke* registreret i databasen.

Indledningsvist præsenteres en analyse af, hvor stor en andel af patienter med *kirurgisk* behandling for godartet prostataforstørrelse der indberettes til ProsBase, i forhold til hvor mange patienter der modtager denne kirurgiske behandling ifølge oplysninger fra Landspatientregisteret (komplethedsgradsanalyse).

De store strukturændringer i sundhedsvæsenet gør det dog ikke altid lige entydigt hvilke afdelinger der varetager behandlingen af prostata patienter. Ni af sygehusene med >10 forløb i 2007 har en kompletthed på over 70%, sammenlignet med fem af sygehusene i 2006. Blandt alle sygehuse som helhed der har indberettet kirurgiske behandlinger til ProsBase i 2007 er komplettheden af indberetning på 57% - et tal der må forventes at stige til ca. 70% i senere opgørelser pga. en vis forsinkelse i indberetningerne. Desværre indberetter nogle af de offentlige sygehuse samt de fleste private klinikker fortsat *ikke* til ProsBase. I 2007 har 24 afdelinger dog indrapporteret til ProsBase, mod 15 afdelinger i 2006, 13 afdelinger i 2005 og 7 afdelinger i 2003-04.

I efteråret 2006 blev ProsBase anerkendt som landsdækkende database af Sundhedsstyrelsen, hvilket indebærer at der er indberetningspligt for *alle* afdelinger der varetager den kirurgiske behandling af BPH, herunder *private klinikker og sygehuse, herunder garantiklinikker*.

Rapporten omhandler patientforløb, hvor datoen for kirurgisk behandling ligger i 2007, og som er indberettet til ProsBase senest 26/5 2008. For hver indikator sammenlignes 2007-tallene med resultaterne for 2003-04, 2005 og 2006, der tilsammen dækker patientforløb fra 1/9-2003 frem til udgangen af 2006. Der skal gøres opmærksom på, at det ikke er muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport for 2007 med resultaterne fra tidligere årsrapporter. Årsagen er, at der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb tilhørende de tidligere årsrapporters opgørelsesperioder. De indikatorværdier, der i den aktuelle årsrapport angives for tidligere opgørelsesperioder, svarer således til alle de på nuværende tidspunkt indberettede patientforløb, der tilhører perioden 2003-06. Grunden til de sene indberetninger er dels, at et typisk patientforløb strækker sig over 9 måneder, og dels den varierende indberetningspraksis. Nogle afdelinger indberetter først efter et afsluttet patientforløb, mens andre registrerer patienten allerede efter forundersøgelsen. *Afdelingerne opfordres på det kraftigste at indberette patientforløb senest i forbindelse med det kirurgiske indgreb.*

For alle beregninger er den statistiske sikkerhed af indikatorværdien udtrykt ved et 95% sikkerhedsinterval (95% CI). Intervallet udtrykker, at den "sande" værdi med 95% sandsynlighed ligger indenfor dette interval, hvis data er valide. Bredden af sikkerhedsintervallet udtrykker graden af statistisk usikkerhed omkring den reelle indikatorværdi, og hænger nøje sammen med antallet af indberettede patienter. I vurderingen af hvorvidt standarden for de enkelte indikatorer er opfyldt, undersøges om sikkerhedsintervallet omfatter den definerede standardværdi. Omfatter 95% sikkerhedsintervallet standardværdien, er det ikke muligt at afgøre om indikatorværdien med sikkerhed adskiller sig fra den opstillede standard.

Hovedkonklusioner

Overordnet viser analyserne for 2007, at standardværdierne for de faglige kvalitetsmål er opfyldte for 9 ud af 12 indikatorer, nemlig vedrørende andelen af tilfredse patienter, forbedret DANPSS-score, sengedagsforbrug, postoperativ mortalitet, genindlæggelse efter operation, komplikationer, behandlingssvigt, inkontinens og antallet af blodtransfusioner.

De indikatorer, der ikke opfylder standardværdien i 2007 er lige som i 2006 følgende: andelen af patienter, der opnår en mindst 100% forbedring i vandladningshastigheden, andelen som får udfyldt væskevandladningsskemaer, og andelen som har et miktionsvolumen større end 150 ml.

Prostatarådets (DDRP) kommentarer er anført under konklusionerne svarende til hver indikator. Rekommandationerne for den optimale behandling af godartet prostataforstørrelse kan læses på www.ddrp.dk med henvisninger til faglitteraturen.

ProsBases Styregruppe

Overlæge Henrik Jakobsen, Herlev Hospital & Formand for Det Danske Råd for Prostatasygdomme (Prostatarådet) under Dansk Urologisk Selskab (DUS), Region Hovedstaden

Overlæge Henning Olsen, Aarhus Universitetshospital & ProsBase Sekretariatet, Region Midt

Specialkonsulent Jørgen Østergaard, Region Syddanmark

Ekspeditionssekretær Flemming Lillelund, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark

Overlæge Anders Bødker, Storstrømmens Sygehus, Region Sjælland

Overlæge Ole K. Sørensen, Frederikshavn Sygehus, Region Nord

Ledende overlæge Bettina Nørby, ph.d., Fredericia Sygehus & Det Danske Råd for Prostatasygdomme (Prostatarådet), Region Syddanmark

Afdelingslæge, ph.d., Reimar W. Thomsen, Kompetencecenter Nord

Afdelinger der har indberettet til databasen i 2007

40 sygehuse/klinikker i Danmark var registreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2007, sammenlignet med 35 afdelinger i 2006. Tilgangen skyldes 7 private klinikker, mens Sygehus Fyn Middelfart og Privathospitalet Dalgas ikke længere er registreret med behandlinger i 2007.

Følgende 24 sygehuse har indberettet til databasen i 2007:

- Frederiksberg Hospital
- Herlev Hospital
- Nordsjællands Hospital
- Roskilde Amts Sygehus (ny)
- Sygehus Vestsjælland, Holbæk (ny)
- Næstved Sygehus (ny – men fortager ikke længere BPH behandlinger)
- Bornholms Hospital
- Odense Universitetshospital
- Sygehus Sønderjylland Sønderborg
- Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
- Sydvestjysk Sygehus Grindsted
- Fredericia Sygehus
- Regionshospitalet Horsens (ny)
- Friklinikken i Brædstrup (ny)
- Regionshospitalet Holstebro
- Regionshospitalet Randers
- Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus
- Regionshospitalet Viborg
- Aalborg Sygehus
- Hjørring Sygehus (ny – men foretager ikke længere BPH behandlinger)
- Frederikshavn Sygehus
- Herning Privathospital (ny)
- De Vestdanske Friklinikker, Give (ny)
- Århus Privathospital (ny)

Behandlingen og den efterfølgende indberetning er fortrinsvis foretaget af de urologiske afdelinger, men på enkelte sygehuse er behandlingen/indberetningen foretaget af de kirurgiske eller parenkymkirurgiske afdelinger.

1 afdeling har *ikke* indberettet til databasen i 2007, men gjorde det i 2006:

- Rigshospitalet

11 afdelinger/klinikker har *ikke* indberettet til databasen i 2007, og gjorde det ej heller i 2006:

- Privathospitalet Hamlet
- Erichsens Klinik
- Absalon Privatklinik
- Nykøbing F Sygehus
- Fakse Sygehus (fortager ikke længere BPH behandlinger)

- Sygehus Fyn Svendborg
- Sygehus Fyn Ærøskøbing
- Esbjerg Privathospital
- Mølholm Klinikken
- Århus Speciallægecenter
- Sygehus Nord Nykøbing-Thisted

4 afdelinger har *ikke* indberettet til databasen i 2007, og er ny-registreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2007:

- Arresødal Privathospital
- Bekkevold Klinikken
- Endoskopiklinikken
- Aalborg Privathospital

DDRP: Tilslutningsgraden kan til tider være svært at beregne da mange afdelinger bliver lagt sammen som administrative enheder og nye enheder opstår. Der er stadig store huller på Fyn og på Sjælland. De 4 enheder med stort volumen her (Nykøbing F., Holbæk, Roskilde, Svendborg) står alene for 20,1% af alle kirurgiske behandlinger. Toogtyve ud af 28 offentlige sygehuse (78,6%) som i 2007 har foretaget en kirurgisk behandling af BPH, har indberettet til databasen. Derimod har kun 2 af 12 (16,6%) privathospitaler i 2007 bidraget med data, svarende til 5,2% af de patienter der er behandlet i privat regi. Hvis Privathospitalet Hamlet, Erichsens Klinik og de 4 nævnte offentlige hospitaler indberettede alle deres patienter ville kompletthedsgraden stige over 90%. De Danske Privathospitaler har påbegyndt indberetningen men foreløbig ligger kompletthedsgraden lav i 2008. Indberetningen til databasen er lovpligtig. Databasesekretariatet i de Danske Regioner har fra efteråret 2006 overtaget opgaven med at øge tilslutningsgraden.

Konstruktion af analyse-filer

Vi har taget udgangspunkt i data over de patientforløb, der er registreret i filen ”før behandling” i perioden: 1/9-2003 indtil 31/12-2007.

Til denne fil er der koblet følgende:

- 1) Data over forløb, der er at finde i filen ”behandlingsskemaet”. Der er kun medtaget behandlinger, der er foretaget inden d 1/1-2008.
- 2) Data over forløb, der er at finde i filen ”kontrol-skema”
- 3) ”patient-id”

Endeligt er der foretaget modulus 11 tjek på patienter for at sikre, at det drejer sig om valide cpr-numre. Dette resulterer i totalt 7266 patientforløb, fordelt på 1470 forløb i 2003-04, 2235 forløb i 2005, 1892 forløb i 2006 (til sammenligning var der 1637 forløb i 2006 på skæringsdatoen for sidste årsrapport), og 1669 forløb i 2007.

Til de af indikatorerne, der vedrører patientdata indhentet ved kontrolbesøg, er der anvendt en datafil, der tager udgangspunkt i patienter der har fået udfyldt et ”kontrol-skema”. Dette resulterer i 4413 patientforløb, fordelt på 780 forløb i 2003-04, 1256 forløb i 2005, 1530 forløb i 2006 (til sammenligning var der 797 forløb i 2006 på skæringsdatoen for sidste årsrapport), og 847 forløb i 2007.

Komplethedegrad for indberetninger til ProsBase

Analysen af komplethedegraden for indberetningen til ProsBase omfatter kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse, der er foretaget i perioden 1/1-2007 til 31/12-2007. Komplethedegraden er opgjort for hele året, og der er herefter præsenteret separate kvartalsanalyser.

Komplethedegraden defineres som antallet af patienter med kirurgisk behandling for godartet prostataforstørrelse, der er indberettet til ProsBase, i forhold til det totale antal patienter der er blevet kirurgisk behandlet for godartet prostataforstørrelse på det pågældende sygehus. Komplethedegraden er beregnet således:

Tælleren udgøres af patienter (CPR numre), der er indberettet til ProsBase som kirurgisk behandlede i 2007.

Nævneren udgøres af patienter (CPR numre) som i 2007 enten:

1. Er registreret i ProsBase som kirurgisk behandlede, eller
2. Er registreret i Landspatientregisteret (LPR) med nedenfor nævnte koder, eller
3. Er registreret i både ProsBase og LPR.

Fra LPR er der udtrukket oplysninger om antal patienter (CPR numre), der er registreret behandlet for godartet prostataforstørrelse i 2006. Der er søgt på følgende koder:

Procedurekoder KKED, KKEV22, eller KKEW98; i kombination med

Aktionsdiagnosekode DN40.9. Herefter er foretaget *eksklusion* af patienter med:

Bidiagnosekoder DC61, DC67, DD303, DD090.

Patienterne optræder i komplethedsberegningen under deres afdelings-tilhør iht. LPR-indberetningerne. Patientantallet per afdeling i de følgende tabeller stemmer derfor ikke nødvendigvis med det antal kirurgiske patienter indberettet til ProsBase per afdeling, der ses i rapportens tabel 5. Fx optræder 94 patienter i LPR og/eller Prosbase under Århus Privathospital (=nævner i komplethedsberegning). 16 af disse 94 kan genfindes i ProsBasen (sv.t. komplethed = 17%). Men af de 16 er kun 4 blevet indberettet til ProsBasen af Århus Privathospital - resten er indberettet af andre enheder, fx Herning Privathospital.

DDRP.:

Det er vigtigt at privathospitalerne registrerer patienterne under samme afdelingskode i LPR som i ProsBase.

Beregningen af tæller er ændret lidt ift. 2006 med henblik på at øge specificiteten af de anvendte koder.

De anvendte koder svarer nu til de inklusionskriterier til ProsBase, der er angivet i ansøgningsskemaet til Sygehusejernes fælles datapulje. I sidste årsrapport anvendtes til sammenligning følgende koder:

Procedurekoder KKED, KKEV, eller KKEW; i kombination med

Aktionsdiagnosekoder DN02, DN13, DN20, DN21, DN30, DN39, DN40, DR31, DR33, eller DR39.

Eksklusion af patienter med: Bidiagnosekoder DC61, DC67, DD303, DD090.

DDRP vil diskutere om der igen skal inkluderes de førnævnte koder på bekostning af specificiteten af de indberettede koder.

Tabel 1.

Antal (%) patienter der er indberettet til ProsBase i hele 2007

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	15	0.0
Frederiksberg Hospital	330	344	95.9
Privathospitalet Hamlet	0	87	0.0
Herlev Hospital	11	85	12.9
Erichsens Klinik	0	118	0.0
Absalon Privatlinik	0	5	0.0
Nordsjællands Hospital	203	248	81.9
Roskilde Amts Sygehus	21	125	16.8
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	2	165	1.2
Næstved Sygehus	8	24	33.3
Nykøbing F Sygehus	0	138	0.0
Fakse Sygehus	0	22	0.0
Bornholms Hospital	40	43	93.0
Odense Universitetshospital	18	30	60.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	280	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	10	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	83	117	70.9
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	20	68	29.4
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	44	109	40.4
Esbjerg Privathospital	0	10	0.0
Fredericia Sygehus	131	168	78.0
Regionshospitalet Horsens	34	54	63.0
Mølholm-Klinikken	0	3	0.0
Friklinikken i Brædstrup	40	89	44.9
Regionshospitalet Holstebro	182	349	52.1
Regionshospitalet Randers	71	96	74.0
Århus Universitetshospital, Skejby	32	36	88.9
Århus Speciallægecenter	0	13	0.0
Regionshospitalet Viborg	81	131	61.8
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	39	0.0
Aalborg Sygehus	46	171	26.9
Hjørring Sygehus	10	12	83.3
Frederikshavn Sygehus	123	141	87.2
Arresødal Privathospital	0	8	0.0
Bekkevold Klinikken	0	17	0.0
Endoskopiklinikken	0	6	0.0
Herning Privathospital	3	3	100.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	3	3	100.0
Århus Privathospital	16	94	17.0
Ålborg Privathospital	0	1	0.0
Landsresultat	1552	3477	44.6

Når der fokuseres på sygehuse, som har indberettet til ProsBase i 2007, er der indberettet 57.4% (1552 ud af 2705) af de foretagne kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse (komplethed i 2006: 56.3%).

Medtages også sygehuse der *ikke* indberetter til ProsBase, fremgår det sammenholdt med udtrækket fra LPR, at der i 2007 er foretaget i alt 3477 kirurgiske behandlinger, svarende til en komplethed af indberetningen på 44.6 % (Tabel 1) (komplethed i 2006: 34.4%).

Følgende kan bemærkes:

1) Nævner: Beregningen af nævneren er ændret lidt i år, jf. side 9. Dette betyder at nævneren er blevet relativt en smule mindre, end den ville have været ved brug af sidste års beregningsmetode. Nærmere bestemt er der ved brug af sidste årsrapports koder registreret 3833 kirurgiske behandlinger i 2007, sammenlignet med de 3477 ovenfor.

2) Forsinkelse: Hvis man genberegner sidste års komplethed med de p.t. indberettede kirurgiske behandlinger for 2006 (n=1675 i stedet for som i sidste årsrapport n=1362), stiger sidste års komplethed fra 34% (1362/3965) til 42% (1675/3965). Komplethed blandt indberettende afdelinger stiger fra 56% (1362/2418) til 69% (1675/2418).

DDRP:

*Opgørelsestidspunktet i år blev igen sat til den 15/5 for at kunne medtage så mange behandlinger som muligt. Dette svarer til at kirurgiske behandlinger frem til den 15. november 2007 (85% af året) er medtaget i opgørelsen for de afdelinger der indberetter efter et afsluttet patientforløb. Det er særlig vigtigt at se på de afdelinger som kun indberetter ca. halvdelen af de relevante patienter. Det betyder at selvom der registreres er registreringspraksis ikke tilfredsstillende. Frederiksberg Hospital, som har den højeste komplethedsgrad og antal af registrerede forløb, bruger ca. 10 minutter dagligt af lægetid for at kontrollere om patienterne registreres korrekt. For at kunne levere kvalitetsdata så hurtig som muligt opfordres afdelingerne til at indberette patienterne senest i forbindelse med den kirurgiske behandling. Det er DDRP's opfattelse at kvalitetsafdelingerne i de enkelte regioner bør sørge for at afdelinger indberetter data i tide. Årsrapportens konklusioner er meget afhængige af at data indberettes i tide. I **bilag 1** beskriver de 3 afdelinger med den højeste komplethedsgrad hvordan de hver for sig har organiseret indberetningen*

Tabel 2a. Komplethedegrad for 1. kvartal 2007

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	8	0.0
Frederiksberg Hospital	103	105	98.1
Privathospitalet Hamlet	0	28	0.0
Herlev Hospital	3	38	7.9
Erichsens Klinik	0	22	0.0
Nordsjællands Hospital	55	63	87.3
Roskilde Amts Sygehus	0	42	0.0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	0	42	0.0
Næstved Sygehus	0	9	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	42	0.0
Fakse Sygehus	0	22	0.0
Bornholms Hospital	10	12	83.3
Odense Universitetshospital	7	15	46.7
Sygehus Fyn Svendborg	0	83	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	1	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	18	27	66.7
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	4	14	28.6
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	25	29	86.2
Esbjerg Privathospital	0	6	0.0
Fredericia Sygehus	36	44	81.8
Regionshospitalet Horsens	1	14	7.1
Mølholm-Klinikken	0	2	0.0
Friklinikken i Brødstrup	6	22	27.3
Regionshospitalet Holstebro	60	80	75.0
Regionshospitalet Randers	16	33	48.5
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	11	12	91.7
Århus Speciallægecenter	0	1	0.0
Regionshospitalet Viborg	21	42	50.0
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	9	0.0
Aalborg Sygehus	17	48	35.4
Hjørring Sygehus	9	11	81.8
Frederikshavn Sygehus	30	30	100.0
Arresødal Privathospital	0	1	0.0
Århus Privathospital	4	30	13.3
Landsresultat	436	987	44.2

Tabel 2b. Komplethedegrad for 2. kvartal 2007

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	2	0.0
Frederiksberg Hospital	95	100	95.0
Privathospitalet Hamlet	0	19	0.0
Herlev Hospital	7	32	21.9
Erichsens Klinik	0	27	0.0
Absalon Privatklinik	0	3	0.0
Nordsjællands Hospital	56	68	82.4
Roskilde Amts Sygehus	0	23	0.0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	0	49	0.0
Næstved Sygehus	6	8	75.0
Nykøbing F Sygehus	0	35	0.0
Bornholms Hospital	9	9	100.0
Odense Universitetshospital	6	8	75.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	75	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	5	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	21	27	77.8
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	9	22	40.9
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	11	25	44.0
Fredericia Sygehus	37	44	84.1
Regionshospitalet Horsens	11	13	84.6
Mølholm-Klinikken	0	1	0.0
Friklinikken i Brædstrup	20	33	60.6
Regionshospitalet Holstebro	63	91	69.2
Regionshospitalet Randers	19	24	79.2
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	8	9	88.9
Århus Speciallægecenter	0	6	0.0
Regionshospitalet Viborg	9	33	27.3
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	10	0.0
Aalborg Sygehus	18	48	37.5
Hjørring Sygehus	1	1	100.0
Frederikshavn Sygehus	34	36	94.4
Arresødal Privathospital	0	2	0.0
Bekkevold Klinikken	0	1	0.0
Endoskopiklinikken	0	1	0.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	1	1	100.0
Århus Privathospital	0	32	0.0
Esbjerg Privathospital	0	2	0.0
Landsresultat	441	925	47.7

Tabel 3a.

Komplethedegrad for 3. kvartal 2007

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	4	0.0
Frederiksberg Hospital	52	56	92.9
Privathospitalet Hamlet	0	18	0.0
Herlev Hospital	0	7	0.0
Erichsens Klinik	0	30	0.0
Absalon Privatklinik	0	1	0.0
Nordsjællands Hospital	47	61	77.0
Roskilde Amts Sygehus	0	24	0.0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	0	27	0.0
Næstved Sygehus	2	6	33.3
Nykøbing F Sygehus	0	30	0.0
Bornholms Hospital	6	6	100.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	39	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	2	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	17	28	60.7
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	6	14	42.9
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	5	28	17.9
Fredericia Sygehus	26	43	60.5
Regionshospitalet Horsens	9	10	90.0
Friklinikken i Brædstrup	11	17	64.7
Regionshospitalet Holstebro	47	56	83.9
Regionshospitalet Randers	15	17	88.2
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	7	9	77.8
Århus Speciallægecenter	0	2	0.0
Regionshospitalet Viborg	23	25	92.0
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	8	0.0
Aalborg Sygehus	9	37	24.3
Frederikshavn Sygehus	21	33	63.6
Arresødal Privathospital	0	4	0.0
Bekkevold Klinikken	0	8	0.0
Endoskopiklinikken	0	2	0.0
Herning Privathospital	1	1	100.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	3	3	100.0
Århus Privathospital	2	21	9.5
Esbjerg Privathospital	0	2	0.0
Landsresultat	309	679	45.5

Tabel 3b.

Komplethedegrad for 4. kvartal 2007

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	1	0.0
Frederiksberg Hospital	80	84	95.2
Privathospitalet Hamlet	0	22	0.0
Herlev Hospital	1	10	10.0
Erichsens Klinik	0	39	0.0
Absalon Privatklinik	0	1	0.0
Nordsjællands Hospital	45	56	80.4
Roskilde Amts Sygehus	21	36	58.3
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	2	47	4.3
Næstved Sygehus	0	1	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	31	0.0
Bornholms Hospital	15	16	93.8
Odense Universitetshospital	5	7	71.4
Sygehus Fyn Svendborg	0	83	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	2	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	27	35	77.1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	1	18	5.6
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	3	27	11.1
Fredericia Sygehus	32	37	86.5
Regionshospitalet Horsens	13	17	76.5
Friklinikken i Brædstrup	2	17	11.8
Regionshospitalet Holstebro	12	122	9.8
Regionshospitalet Randers	21	22	95.5
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	6	6	100.0
Århus Speciallægecenter	0	4	0.0
Regionshospitalet Viborg	28	32	87.5
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	12	0.0
Aalborg Sygehus	2	38	5.3
Frederikshavn Sygehus	38	51	74.5
Arresødal Privathospital	0	1	0.0
Bekkevold Klinikken	0	8	0.0
Endoskopiklinikken	0	3	0.0
Herning Privathospital	2	2	100.0
Århus Privathospital	10	11	90.9
Ålborg Privathospital	0	1	0.0
Landsresultat	366	900	40.7

De foregående tabeller 2a, 2b, 3a, og 3b viser complethedegrader for de fire kvartaler i 2007. Der ses som tidligere udtalt variation i complethed afdelingerne imellem. Bl.a. kan følgende bemærkes:

- Roskilde Amts Sygehus og Sygehus Vestsjælland, Holbæk er først startet med indberetninger til ProsBase fra 4. kvartal
- Flere sygehuse som fx Viborg og Randers oplever stigende complethed i løbet af året 2007
- Enkelte sygehuse som fx Holstebro kunne ligge meget højt i 2007-complethed, såfremt 4. kvartals patienter var blevet mere komplet indberettede
- Fakse Sygehus og Hjørring Sygehus har stort set kun registrerede forløb fra 1.kvartal

- Ni af sygehusene med >10 forløb har en complethed på over 70%, sammenlignet med kun fem sygehuse i 2006.
- Nogle af de større sygehuse har fortsat kun lav-moderat complethed
- Nogle af sygehusene på Fyn og Sjælland indberetter fortsat ikke
- De færreste privatklinikker indberetter
- De konsistent høje værdier fra sygehuse som Frederiksberg og Frederikshavn viser, at det er muligt at opnå høj complethed i indberetningerne over hele året.

Den generelt lave complethedsgrad på under 50% betyder, at vurderingen af hvorvidt indikatorerne er opfyldt eller ej skal tages med forbehold. Således kan resultaterne for de enkelte indikatorer ikke uden videre overføres til hele gruppen af patienter kirurgisk behandlet for benign prostataforstørrelse, da det ikke vides, om den del af patienterne, der ikke indberettes, adskiller sig fra den del af patienterne, der indberettes.

DDRP: Prostatarådet vil tage stilling til hvordan strejken blandt sundhedspersonalet i foråret 2008 får indflydelse på årsrapporten 2008, idet mange kontrolbesøg i ambulatorierne blev udsat og derved overskred fristen på 8 måneder.

Fordeling af indberetninger mht. kirurgiske behandlingstyper

Den foreliggende årsrapport omhandler udelukkende 1554 indberettede forløb med kirurgisk behandling, dvs. 93% af i alt 1669 indberettede patientforløb i Probase 2007. Prostatarådets tidligere opfordring til kun at indberette de kirurgiske behandlinger for på den måde at indskrænke registreringsbyrden er efterkommet. Tidligere Tabel 4 vedr. andre behandlingstyper end kirurgiske udgår i denne rapport.

Tabel 5 viser fordelingen af kirurgiske behandlingstyper på landsplan.

Tabel 5. Fordelingen af typer af kirurgisk behandling på landsplan

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Åben prostatatektomi	16	2.5	22	2.2	40	2.4	23	1.5
TUR-P	467	74.1	684	66.9	930	55.5	883	56.8
TUI-P	47	7.5	94	9.2	150	9.0	149	9.6
Laser	39	6.2	141	13.8	470	28.1	455	29.3
Radiobølge	15	2.4	2	0.2	0	0	0	0
Mikrobølge	31	4.9	58	5.7	64	3.8	34	2.2
Stents	12	1.9	3	0.3	2	0.1	5	0.3
Andre	3	0.5	19	1.9	19	1.1	5	0.3
I alt	630	100.0	1023	100.0	1675	100.0	1554	100.0

DDRP: Andelen af Laserbehandlinger har været stigende på bekostning af den klassiske TURP men har nu stabiliseret sig omkring de 30%. Imidlertid indberetter privathospitalerne stort set ikke og her kunne der være en større andel af laserbehandlinger

Indikator 1: Procentvis ændring i DANPSS symptomscore

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle kirurgisk behandlede, indberettede patienter i ProsBase, der har været til kontrolbesøg.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede patienter, der har fået foretaget to DANPSS målinger. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren fra første til anden måling.

Standarden: mindst 70 % skal opfylde indikatoren.

Blandt alle 1554 kirurgisk behandlede patienter har 840 et registreret kontrolbesøg. Blandt de 840 patienter foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 410 patienter (48.8%), som derfor kan indgå i beregningen.

Blandt de 1554 kirurgisk behandlede patienter er 948 patienter angivet behandlet på symptomatisk indikation. Af disse 948 patienter har 532 et registreret kontrolbesøg. Blandt de 532 patienter foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 334 patienter (62.8%), som derfor kan indgå i beregningen. I Tabel 6 er angivet andelen af patienter på afdelingsniveau, der har fået DANPSS målinger før og efter kirurgisk behandlet på symptomatisk indikation.

Indikatoren er beregnet: A) for alle kirurgisk behandlede patienter samlet set, B) for patienter der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, og C) for patienter der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation (på afdelingsniveau).

Ad A) for alle kirurgisk behandlede samlet set

Tabel 6. Andel af patienter med mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren (alle kirurgiske patienter)

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	260	389	66.8 (61.9 - 71.5)
2005	435	655	66.4 (62.7 - 70.0)
2006	473	632	74.8 (71.3 - 78.2)
2007	287	410	70.0 (65.3 - 74.4)

Tabel 6 viser, at i 2007 har 70,0% af de indberettede kirurgiske patientforløb en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Standarden er således opfyldt.

Det bemærkes, at der i sidste årsrapport var n=316 relevante patientforløb i nævneren for 2006. Nu er der n=632, men indikatorværdien i 2006 er uændret (74,8% mod før 74,1%).

Tabel 7. Andel af patienter med mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation)

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	176	219	80.4 (74.5 - 85.4)
2005	293	358	81.8 (77.5 - 85.7)
2006	395	505	78.2 (74.4 - 81.7)
2007	258	334	77.2 (72.4 - 81.6)

Blandt patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, opfylder 77,2% indikatoren.

Det bemærkes, at der i sidste årsrapport var n=243 relevante patientforløb i nævneren for 2006. Nu er der n=505, men indikatorværdien i 2006 er uændret (78.2%, mod før 77.0%).

Tabel 8. Andel af patienter med mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren på afdelingsniveau (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	74.1 (68.0 - 79.6)	71	92	77.2 (67.2 - 85.3)
Herlev Hospital	90.2 (78.6 - 96.7)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Nordsjællands Hospital	67.7 (54.7 - 79.1)	33	41	80.5 (65.1 - 91.2)
Roskilde Sygehus	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Næstved Sygehus	-	0	0	-
Bornholms Hospital	86.8 (74.7 - 94.5)	7	7	100.0 (59.0 - 100.0)
Odense Universitetshospital	91.7 (61.5 - 99.8)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Sygehus Fyn Middelfart	66.7 (9.4 - 99.2)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	90.0 (68.3 - 98.8)	7	9	77.8 (40.0 - 97.2)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	79.7 (71.3 - 86.5)	31	36	86.1 (70.5 - 95.3)
Fredericia Sygehus	85.5 (79.3 - 90.4)	19	21	90.5 (69.6 - 98.8)
Horsens Sygehus	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
De Vestdanske Friklinikker, Give	-	1	3	33.3 (0.8 - 90.6)
Friklinikken i Brædstrup	-	15	22	68.2 (45.1 - 86.1)
Regionshospitalet Holstebro	50.0 (1.3 - 98.7)	7	10	70.0 (34.8 - 93.3)
Herning Privathospital	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
Århus Privathospital	-	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Regionshospitalet Randers	77.0 (67.5 - 84.8)	7	8	87.5 (47.3 - 99.7)
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	100.0 (73.5 - 100.0)	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Regionshospitalet Viborg	75.5 (61.7 - 86.2)	6	8	75.0 (34.9 - 96.8)
Aalborg Sygehus	71.4 (53.7 - 85.4)	9	17	52.9 (27.8 - 77.0)
Frederikshavn Sygehus	83.4 (76.7 - 88.9)	33	43	76.7 (61.4 - 88.2)

Tabel 8 viser afdelingsspecifikke indikatorværdier for hvor stor en andel af de på symptomatisk indikation kirurgisk behandlede patienter har en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Blandt sygehuse med mindst 5 relevante patientforløb varierer andelen fra 53% til 100%. Den statistiske usikkerhed svarende til afdelingsniveau er stor, og standarden bliver opfyldt for alle.

Tabel 8 b **Andel af patienter med DANPSS måling før og efter kirurgisk behandling på symptomatisk indikation**

Afdeling	Ej målt		Målt		I alt	
	n	%	n	%	N	%
Frederiksberg Hospital	15	14.0	92	86.0	107	20.1
Herlev Hospital	0	0	3	100.0	3	0.6
Nordsjællands Hospital	26	38.8	41	61.2	67	12.6
Roskilde Sygehus	0	0	1	100.0	1	0.2
Næstved Sygehus	2	100.0	0	0	2	0.4
Bornholms Hospital	23	76.7	7	23.3	30	5.6
Odense Universitetshospital	2	40.0	3	60.0	5	0.9
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	9	50.0	9	50.0	18	3.4
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	4	10.0	36	90.0	40	7.5
Fredericia Sygehus	9	30.0	21	70.0	30	5.6
Horsens Sygehus	1	50.0	1	50.0	2	0.4
De Vestdanske Friklinikker, Give	1	25.0	3	75.0	4	0.8
Friklinikken i Brødstrup	5	18.5	22	81.5	27	5.1
Regionshospitalet Holstebro	72	87.8	10	12.2	82	15.4
Herning Privathospital	0	0	1	100.0	1	0.2
Århus Privathospital	0	0	3	100.0	3	0.6
Regionshospitalet Randers	3	27.3	8	72.7	11	2.1
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	10	66.7	5	33.3	15	2.8
Regionshospitalet Viborg	11	57.9	8	42.1	19	3.6
Aalborg Sygehus	5	22.7	17	77.3	22	4.1
Frederikshavn Sygehus	0	0	43	100.0	43	8.1
I alt	198	37.2	334	62.8	532	100.0

DDRP: Selvom standarden er opfyldt er DANPSS målt hos alt for få patienter. Patienter med retention kan af gode grunde ikke udfylde et DANPSS skema men disse er dog i mindretallet. Stort set alle patienter hvor behandlingsindikationen er 'symptomatisk' burde have et udfyldt skema. Man må mistænke at en del af patienterne har fået målt deres DANPSS score som siden ikke er blevet tastet ind i databasen. Det er et af de vigtigste parametre i vurderingen af behandlingen og afdelingerne bør arbejde ihærdigt med at få registreret denne parameter i forbindelse med kontrolbesøgene.

Indikator 2: Procentvis ændring i vandladningshastighed

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle kirurgisk behandlede, indberettede patienter i ProBase, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, og som har været til kontrolbesøg.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, som har to vandladningshastighedsmålinger uden ’missing’ værdier, og som har et anført max flow på før behandling - skemaet, der overstiger ”0”. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har en mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed.

Standarden: mindst 70 % skal opfylde indikatoren.

I alt 417 (72.9%) ud af 532 patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation og har registreret en kontrol, har fået foretaget to hastighedsmålinger uden ’missing’ værdier, og har et anført max flow på før behandling - skemaet der overstiger ”0”.

Indikatoren er beregnet: A) samlet og B) på afdelingsniveau.

Ad A) Samlet for patienter der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation

Tabel 9. Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation)

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	126	270	46.7 (40.6 - 52.8)
2005	204	440	46.4 (41.6 - 51.1)
2006	312	670	46.6 (42.7 - 50.4)
2007	205	417	49.2 (44.3 - 54.1)

Tabel 9 viser, at 49.2% af de patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation i 2007, har opnået en 100% forbedring i vandladningshastigheden. Standarden er ikke opfyldt. Indikatorværdien tenderer til at være en anelse højere i 2007 end tidligere års værdier meget konstante værdier.

Det bemærkes, at jvf. sidste årsrapport var indikatoropfyldelsen i 2006 47.1% på baggrund af 310 relevante forløb. Der ses nu 670 relevante forløb i 2006, men indikatorværdien for 2006 er stort set uændret (46.6%).

DDRP: Efter gennemgang af litteraturen synes der ikke at være grundlag for at indikatoren skal ændres, men Prostatarådet vil endnu engang se på definitionen.

Ad B) for de kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation (på afdelingsniveau)

Tabel 10. Andelen af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed på afdelingsniveau (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	36.1 (29.9 - 42.7)	47	92	51.1 (40.4 - 61.7)
Herlev Hospital	39.5 (30.4 - 49.1)	1	3	33.3 (0.8 - 90.6)
Nordsjællands Hospital	47.8 (37.3 - 58.5)	27	55	49.1 (35.4 - 62.9)
Roskilde Sygehus	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
Næstved Sygehus	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
Bornholms Hospital	30.0 (18.8 - 43.2)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Odense Universitetshospital	46.2 (19.2 - 74.9)	0	3	0.0 (0.0 - 70.8)
Sygehus Fyn Middelfart	37.5 (15.2 - 64.6)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	65.2 (42.7 - 83.6)	8	12	66.7 (34.9 - 90.1)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	59.5 (50.2 - 68.3)	16	38	42.1 (26.3 - 59.2)
Fredericia Sygehus	44.3 (37.3 - 51.4)	13	25	52.0 (31.3 - 72.2)
Horsens Sygehus	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
De Vestdanske Frikliniker, Give	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Friklinikken i Brædstrup	-	14	25	56.0 (34.9 - 75.6)
Regionshospitalet Holstebro	54.8 (44.7 - 64.6)	28	59	47.5 (34.3 - 60.9)
Herning Privathospital	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
Århus Privathospital	-	1	3	33.3 (0.8 - 90.6)
Regionshospitalet Randers	46.3 (37.2 - 55.6)	5	9	55.6 (21.2 - 86.3)
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	68.2 (45.1 - 86.1)	5	8	62.5 (24.5 - 91.5)
Regionshospitalet Viborg	42.9 (31.1 - 55.3)	3	12	25.0 (5.5 - 57.2)
Aalborg Sygehus	33.3 (18.6 - 51.0)	6	17	35.3 (14.2 - 61.7)
Frederikshavn Sygehus	59.9 (51.8 - 67.6)	25	43	58.1 (42.1 - 73.0)

Tabel 10 viser, at kun et enkelt sygehus (med få indberetninger) har opnået, at 70% af patienterne har en 100% forbedring af vandladningshastigheden. Som følge af den store statistiske usikkerhed kan det for langt de fleste sygehuse ikke afgøres, om indikatorværdien med sikkerhed adskiller sig fra den opstillede standard. For mange af sygehuse med et større antal relevante forløb gælder, at mellem 40% og 60% af patienterne har opnået 100% forbedring af vandladningshastigheden.

Sammenholdt med de supplerende tabeller 10b,c,d,e samt figuren på de følgende sider fremgår det, at:

- 49% af patienterne ligger over 100% forbedring vandladningshastighed
- halvdelen af patienterne (medianen) oplever en 90% forbedring
- den gennemsnitlige forbedring er på 125%
- medianværdien for ændring i miktionsvolumen blandt patienter med målt volumen før og efter behandling er på 34 ml

DDRP: Standarden er ikke opfyldt. Analyserne svarende til afdelingsniveau er meget usikre, og der bør derfor udvises meget stor forsigtighed med konklusionerne.

Alt for få patienter får målt vandladningshastigheden før og efter behandlingen. Også her gør det sig gældende at patienter med retention ikke kan indgå i beregningerne. Den korrekte måling af vandladningshastigheden er stærkt afhængig af kvaliteten af undersøgelsen, herunder det ladte volumen – se indikator 5.

Tabel 10b. Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation, patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet)

År	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	260	132.1	188.0	-81.0	1075	82.1	12.2	182.9
2005	426	112.0	134.1	-100	842.4	84.4	22.1	164.3
2006	650	122.0	154.8	-100	1050	85.9	18.4	177.8
2007	398	125.3	143.8	-88.6	916.0	89.5	23.8	184.0

Tabel 10c. Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på afdelingsniveau (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation, patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet)

Afdeling	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Frederiksberg Hospital	90	134.8	140.5	-58.7	590.9	96.2	25.6	217.3
Herlev Hospital	2	74.7	15.6	63.6	85.7	74.7	63.6	85.7
Nordsjællands Hospital	51	103.3	103.1	-34.3	504.3	81.8	23.8	164.7
Roskilde Sygehus	1	41.0	0	41.0	41.0	41.0	41.0	41.0
Næstved Sygehus	1	0.0	0	0.0	0.0	0.0	0.0	0.0
Bornholms Hospital	7	139.1	72.7	29.7	219.0	174.4	60.5	202.0
Odense Universitetshospital	3	46.8	48.2	-8.8	77.1	72.1	-8.8	77.1
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	12	176.7	163.1	0.0	530.0	146.2	41.7	251.4
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	36	111.5	132.2	-48.4	535.5	76.1	21.1	172.0
Fredericia Sygehus	25	104.6	109.6	-47.3	444.2	110.0	16.3	148.1
Horsens Sygehus	1	50.6	0	50.6	50.6	50.6	50.6	50.6
De Vestdanske Friklinikker, Give	2	85.7	182.9	-43.6	215.1	85.7	-43.6	215.1
Friklinikken i Brædstrup	24	192.1	219.2	-26.1	916.0	137.0	66.5	250.1
Regionshospitalet Holstebro	55	113.0	148.2	-55.6	656.7	67.3	5.0	164.4
Herning Privathospital	1	95.9	0	95.9	95.9	95.9	95.9	95.9
Århus Privathospital	3	201.4	304.1	-9.5	550.0	63.8	-9.5	550.0
Regionshospitalet Randers	8	80.3	114.7	-52.3	294.1	67.2	-3.9	137.1
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	6	82.8	121.8	-88.6	223.1	77.0	-3.3	211.6
Regionshospitalet Viborg	12	80.9	146.7	-73.8	403.1	8.7	-8.4	153.4
Aalborg Sygehus	16	97.0	114.5	-37.5	416.0	85.2	31.9	122.2
Frederikshavn Sygehus	42	166.8	169.6	-28.6	650.0	117.1	66.7	225.0

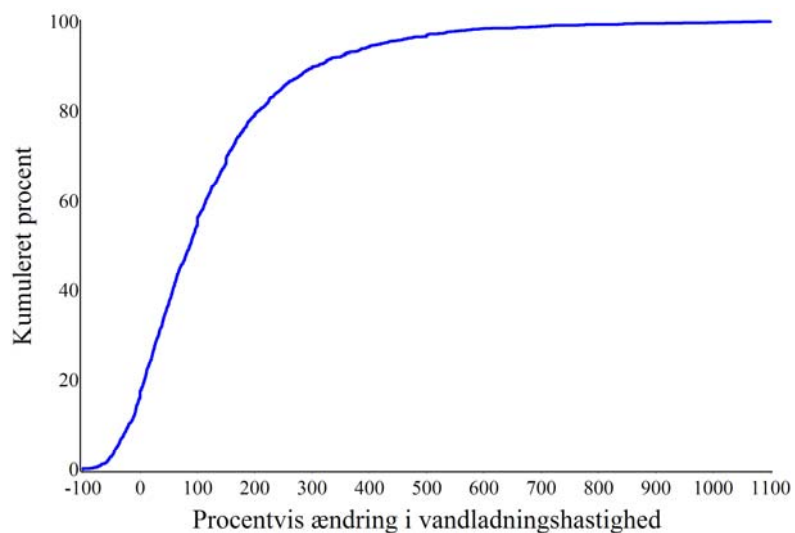
Tabel 10d. Gennemsnit/median for ændringer i miktionsvolumen på landsplan (kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, patienter med måling af miktionsvolumen både før og efter)

	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	268	31.7	154.8	-513	499.0	15.5	-55.5	120.5
2005	405	42.0	152.7	-552	1025	33.0	-33.0	104.0
2006	574	29.1	137.8	-576	527.0	23.0	-45.0	103.0
2007	388	42.6	149.3	-625	832.0	33.5	-40.0	118.0

Tabel 10e. Gennemsnit/median for ændringer i miktionsvolumen på afdelingsniveau (kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, patienter med måling af miktionsvolumen både før og efter)

Afdeling	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Frederiksberg Hospital	92	57.4	136.3	-315	454.0	50.0	-27.5	131.5
Herlev Hospital	3	55.0	207.8	-159	256.0	68.0	-159	256.0
Nordsjællands Hospital	55	20.5	118.1	-365	385.0	13.0	-51.0	80.0
Roskilde Sygehus	1	-278	0	-278	-278	-278	-278	-278
Næstved Sygehus	2	-12.5	55.9	-52.0	27.0	-12.5	-52.0	27.0
Bornholms Hospital	0	0	0	0	0	0	0	0
Odense Universitetshospital	3	39.0	167.4	-97.0	226.0	-12.0	-97.0	226.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	1	238.0	0	238.0	238.0	238.0	238.0	238.0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	38	23.5	152.0	-238	347.0	48.0	-91.0	122.0
Fredericia Sygehus	25	8.0	117.6	-207	213.0	8.0	-65.0	63.0
Horsens Sygehus	1	214.0	0	214.0	214.0	214.0	214.0	214.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	2	76.6	24.6	59.2	94.0	76.6	59.2	94.0
Friklinikken i Brædstrup	25	96.2	160.4	-209	364.0	68.1	-17.0	212.0
Regionshospitalet Holstebro	51	18.1	171.2	-625	393.0	0.0	-42.0	106.0
Herning Privathospital	1	41.0	0	41.0	41.0	41.0	41.0	41.0
Århus Privathospital	3	60.3	144.4	-26.0	227.0	-20.0	-26.0	227.0
Regionshospitalet Randers	9	-24.0	91.1	-167	147.0	2.0	-75.0	12.0
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	8	115.9	135.7	-12.0	399.0	83.0	14.0	173.0
Regionshospitalet Viborg	8	71.0	314.2	-109	832.0	-41.0	-79.5	43.0
Aalborg Sygehus	17	49.8	214.2	-220	600.0	18.0	-58.0	70.0
Frederikshavn Sygehus	43	64.1	121.0	-167	469.0	42.0	1.0	122.0

Figur. Procentvise ændringer i vandladningshastighed for kumuleret andel patienter på landsplan



DDRP: Det er bemærkelsesværdigt at op mod 20% af patienterne ikke opnår en flowforbedring ved kirurgisk behandling.

Indikator 3: Subjektiv patienttilfredshed

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation, og som har været til kontrolbesøg.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling, og som har udfyldt et patienttilfredsheds-skema uden ’missing’ værdier ved efterfølgende kontrol. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der er tilfredse eller fuldstændig tilfredse.

Standarden: at > 85% af patienterne opfylder indikatoren.

I alt har 840 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg, og af disse har 668 patienter et udfyldt patienttilfredsheds-skema uden missing værdier og indgår i beregningerne. Beregningerne er foretaget på A) samlede data og B) afdelingsniveau.

Ad A) samlede data

Tabel 11. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede

Subjektiv vurdering	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	7	1.5	12	1.7	12	1.0	5	0.7
Utilfreds, uændrede symptomer	22	4.8	39	5.4	80	6.6	32	4.8
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	50	11.0	58	8.0	90	7.4	52	7.8
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	141	31.0	209	28.9	347	28.7	199	29.8
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	225	49.5	383	53.0	649	53.7	364	54.5
Ved ikke	10	2.2	21	2.9	31	2.6	16	2.4
I alt	455	100.0	722	100.0	1209	100.0	668	100.0

Tabel 11 viser den totale fordeling af patienternes svar vedrørende tilfredshed efter endt behandlingsforløb.

De supplerende Tabeller 11b og 11c viser fordeling af patienternes svar i subgrupperne af TUR-P behandlede og Laser-behandlede patienter (se også rapportens Tabel 5 for behandlingstyper).

Tabel 11b. Subjektiv patienttilfredshed blandt TUR-P behandlede

Subjektiv vurdering	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	4	1.2	8	1.6	5	0.7	3	0.8
Utilfreds, uændrede symptomer	11	3.3	28	5.7	44	6.5	22	5.9
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	35	10.5	36	7.3	46	6.8	32	8.6
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	108	32.3	152	30.8	184	27.2	103	27.8
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	171	51.2	258	52.3	377	55.7	200	53.9
Ved ikke	5	1.5	11	2.2	21	3.1	11	3.0
I alt	334	100.0	493	100.0	677	100.0	371	100.0

Tabel 11b. Subjektiv patienttilfredshed blandt Laser behandlede

Subjektiv vurdering	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	0	0	2	2.1	5	1.4	1	0.5
Utilfreds, uændrede symptomer	1	3.0	3	3.1	17	4.8	6	2.8
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	2	6.1	7	7.3	30	8.5	10	4.7
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	8	24.2	28	29.2	104	29.6	74	35.1
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	21	63.6	50	52.1	186	53.0	116	55.0
Ved ikke	1	3.0	6	6.3	9	2.6	4	1.9
I alt	33	100.0	96	100.0	351	100.0	211	100.0

Tabel 12. Andel af patienter der er tilfredse eller fuldstændig tilfredse

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	366	455	80.4 (76.5 - 84.0)
2005	592	722	82.0 (79.0 - 84.7)
2006	996	1209	82.4 (80.1 - 84.5)
2007	563	668	84.3 (81.3 - 87.0)

Tabel 12 viser, at andelen af tilfredse patienter blandt alle kirurgisk behandlede var 84,3 % i 2007. Standarden vedrørende subjektiv patienttilfredshed er således opfyldt, når den statistiske usikkerhed tages i betragtning, og der ses en stigende tendens for indikatorværdien gennem årene.

DDRP: Der synes at være en lidt større patienttilfredshed efter laserbehandlingen.

Ad B) på afdelingsniveau.

Tabel 13. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede på afdelingsniveau

Afdeling	Utilfreds, værre end for behandling n	Utilfreds, uændrede symptomer n	Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring n	Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri n	Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat n	Ved ikke n	I alt N
Frederiksberg Hospital	2	9	10	39	78	0	138
Herlev Hospital	0	1	0	1	4	0	6
Nordsjællands Hospital	0	4	6	17	48	2	77
Roskilde Sygehus	0	0	0	1	1	0	2
Næstved Sygehus	0	1	1	2	1	1	6
Bornholms Hospital	0	0	0	1	8	0	9
Odense Universitetshospital	0	0	0	2	3	0	5
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	0	1	5	20	2	28
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	0	0	18	26	3	47
Fredericia Sygehus	1	2	4	24	19	2	52
Horsens Sygehus	0	1	0	1	2	0	4
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	0	0	2	1	0	3
Friklinikken i Brødstrup	1	0	2	9	16	0	28
Regionshospitalet Holstebro	0	5	6	36	47	1	95
Herning Privathospital	0	0	1	1	1	0	3
Århus Privathospital	0	0	0	2	2	0	4
Regionshospitalet Randers	0	2	1	3	12	0	18
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	0	1	0	2	7	2	12
Regionshospitalet Viborg	0	2	10	9	10	1	32
Aalborg Sygehus	1	2	5	9	12	0	29
Frederikshavn Sygehus	0	2	5	15	46	2	70
I alt	5	32	52	199	364	16	668

Tabel 13 viser fordelingen af patienternes svar vedrørende tilfredshed på de enkelte afdelinger.

Table 14. Andel af patienter der er tilfredse eller fuldstændig tilfredse (på afdelingsniveau)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	40.0 (5.3 - 85.3)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	83.6 (79.5 - 87.2)	117	138	84.8 (77.7 - 90.3)
Herlev Hospital	83.5 (77.2 - 88.7)	5	6	83.3 (35.9 - 99.6)
Nordsjællands Hospital	73.0 (64.9 - 80.2)	65	77	84.4 (74.4 - 91.7)
Roskilde Sygehus	-	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Næstved Sygehus	-	3	6	50.0 (11.8 - 88.2)
Bornholms Hospital	91.6 (83.4 - 96.5)	9	9	100.0 (66.4 - 100.0)
Odense Universitetshospital	89.3 (71.8 - 97.7)	5	5	100.0 (47.8 - 100.0)
Sygehus Fyn Middelfart	84.0 (63.9 - 95.5)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	86.8 (77.1 - 93.5)	25	28	89.3 (71.8 - 97.7)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	87.3 (81.0 - 92.0)	44	47	93.6 (82.5 - 98.7)
Fredericia Sygehus	82.4 (78.4 - 85.9)	43	52	82.7 (69.7 - 91.8)
Horsens Sygehus	-	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)
De Vestdanske Friklinikker, Give	-	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Friklinikken i Brædstrup	-	25	28	89.3 (71.8 - 97.7)
Regionshospitalet Holstebro	83.8 (78.4 - 88.4)	83	95	87.4 (79.0 - 93.3)
Herning Privathospital	100.0 (2.5 - 100.0)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Århus Privathospital	-	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
Regionshospitalet Randers	65.2 (57.7 - 72.1)	15	18	83.3 (58.6 - 96.4)
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	79.5 (64.7 - 90.2)	9	12	75.0 (42.8 - 94.5)
Regionshospitalet Viborg	76.7 (69.1 - 83.2)	19	32	59.4 (40.6 - 76.3)
Aalborg Sygehus	78.4 (67.3 - 87.1)	21	29	72.4 (52.8 - 87.3)
Frederikshavn Sygehus	89.8 (85.0 - 93.5)	61	70	87.1 (77.0 - 93.9)

Det ses at den statistiske usikkerhed generelt er stor, især for sygehuse med få indberetninger, og tallene må derfor tolkes med stor forsigtighed. For næsten alle sygehuse gælder, at standarden er opfyldt.

DDRP: Man skal huske at patienttilfredsheden er en meget blød parameter, som kan påvirkes af talrige ydre omstændigheder. Det ser ud til at der blandt laserbehandlede patienter er der 10 % flere 'tilfredse' end blandt patienter behandlet med TURP.

Indikator 4: Udfyldte væskevandladningsskemaer

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle kirurgisk behandlede, indberettede patienter i ProBase, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede indberettede patienter, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk” ifølge før behandling-skemaet. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har fået udfyldt væskevandladningsskemaer på dette tidspunkt.

Standarden: > 90% af patienterne skal have udfyldt vandladningsskemaer.

I alt 948 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=88) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget uafhængigt af behandlingstype på A) samlede data og B) på afdelingsniveau.

Ad A) samlede data

Tabel 15. Udfyldte vandladningsskemaer

Udfyldt skema	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	1	0.3	77	11.7	133	13.4	88	9.3
Ja	299	75.7	436	66.2	618	62.4	621	65.5
Nej	65	16.5	110	16.7	190	19.2	161	17.0
Uoplyst	30	7.6	36	5.5	50	5.0	78	8.2
I alt	395	100.0	659	100.0	991	100.0	948	100.0

Tabel 15 viser den totale fordeling af svar for udfyldte vandladningsskemaer. ’Missing’ dækker over, at der ikke er sat noget kryds overhovedet ud for rubrikken vandladningsskema på før behandling-skemaet. Denne kategori med helt manglende data er faldet lidt i forhold til 2006, hvorimod andelen med kryds ved ’uoplyst’ er steget lidt.

Tabel 16. Andel af patienter med udfyldt vandladningsskema

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	299	394	75.9 (71.4 - 80.0)
2005	436	582	74.9 (71.2 - 78.4)
2006	618	858	72.0 (68.9 - 75.0)
2007	621	860	72.2 (69.1 - 75.2)

Tabel 16 viser, at andelen af patienter der opfylder indikatoren er 72,2%. Standarden er ikke opfyldt, og indikatorværdien er tæt på tidligere års værdier.

Ad B) på afdelingsniveau

Tabel 17. Antallet af patienter med udfyldt vandladningsskema (afdelingsniveau)

Afdeling	Udfyldt skema				I alt N
	Missing n	Ja n	Nej n	Uoplyst n	
Frederiksberg Hospital	15	133	40	28	216
Herlev Hospital	0	5	0	0	5
Nordsjællands Hospital	2	88	33	4	127
Roskilde Sygehus	3	6	1	0	10
Næstved Sygehus	0	2	1	0	3
Bornholms Hospital	30	0	0	0	30
Odense Universitetshospital	0	10	1	2	13
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	31	3	0	1	35
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	2	49	4	0	55
Fredericia Sygehus	2	45	8	6	61
Horsens Sygehus	0	10	3	4	17
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	7	1	2	10
Friklinikken i Brødstrup	0	23	1	3	27
Regionshospitalet Holstebro	0	66	38	13	117
Herning Privathospital	0	10	0	0	10
Århus Privathospital	0	3	0	0	3
Regionshospitalet Randers	0	27	6	1	34
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	0	16	7	1	24
Regionshospitalet Viborg	3	26	1	0	30
Aalborg Sygehus	0	16	8	9	33
Frederikshavn Sygehus	0	76	8	4	88
I alt	88	621	161	78	948

Tabel 18. Andelen af patienter der opfylder mål vedrørende vandladningsskema (afdelingsniveau)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	71.8 (66.5 - 76.8)	133	201	66.2 (59.2 - 72.7)
Herlev Hospital	69.2 (62.5 - 75.4)	5	5	100.0 (47.8 - 100.0)
Nordsjællands Hospital	72.3 (64.2 - 79.5)	88	125	70.4 (61.6 - 78.2)
Roskilde Sygehus	-	6	7	85.7 (42.1 - 99.6)
Næstved Sygehus	-	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Bornholms Hospital	-	0	0	-
Odense Universitetshospital	81.8 (59.7 - 94.8)	10	13	76.9 (46.2 - 95.0)
Sygehus Fyn Middelfart	73.7 (48.8 - 90.9)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	75.0 (19.4 - 99.4)	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	86.4 (79.6 - 91.6)	49	53	92.5 (81.8 - 97.9)
Fredericia Sygehus	81.5 (76.2 - 86.0)	45	59	76.3 (63.4 - 86.4)
Horsens Sygehus	0.0 (0.0 - 97.5)	10	17	58.8 (32.9 - 81.6)
De Vestdanske Friklinikker, Give	-	7	10	70.0 (34.8 - 93.3)
Friklinikken i Brødstrup	-	23	27	85.2 (66.3 - 95.8)
Regionshospitalet Holstebro	43.9 (35.9 - 52.1)	66	117	56.4 (46.9 - 65.6)
Herning Privathospital	-	10	10	100.0 (69.2 - 100.0)
Århus Privathospital	-	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Regionshospitalet Randers	75.6 (69.7 - 80.9)	27	34	79.4 (62.1 - 91.3)
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	65.2 (49.8 - 78.6)	16	24	66.7 (44.7 - 84.4)
Regionshospitalet Viborg	71.4 (56.7 - 83.4)	26	27	96.3 (81.0 - 99.9)
Aalborg Sygehus	54.9 (40.3 - 68.9)	16	33	48.5 (30.8 - 66.5)
Frederikshavn Sygehus	92.6 (87.8 - 95.9)	76	88	86.4 (77.4 - 92.8)

Der ses stor spredning mht. indikatoropfyldelse mellem sygehusene. Sygehusene på Bornholm og i Sønderborg indberetter kun til ProBase Light hvori væskevandladningsskema ikke indgår, derfor ses mange 'missing' disse steder. På de øvrige sygehuse varierer indikatoropfyldelsen fra 49% - 100%. Fem sygehuse ligger på >90%. Den statistiske usikkerhed taget i betragtning opfylder de fleste sygehuse standarden, men standarden for andelen af patienter, der har fået udfyldt væskevandladningsskema, er ikke opfyldt svarende til de samlede data.

DDRP: Udfyldelsen af væske vandladningsskemaer kræver en del af patienten og er en organisatorisk udfordring for afdelingerne. Imidlertid er oplysningerne fra disse skemaer særdeles værdifulde i udredningen af patienterne, hvorfor det må anbefales at indsatsen på dette område styrkes. Specielt hos patienter der behandles på symptomatisk indikation, f.eks. natlige vandladninger skal der foreligge et vandladningsskema. Probase' light' skal fravælges fremover, muligheden for at indberette til 'Probase light' vil blive lukket den 31.12.2008. Fremover vil 'missing values' eller 'uoplyst' indgå som ikke udfyldte væskevandladningsskemaer.

Indikator 5: Miktionsvolumen

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle kirurgisk behandlede, indberettede patienter i ProBase, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede indberettede patienter, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk” ifølge før behandling-skemaet, og som har en gyldig værdi svarende til miktionsvolumen. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der har fået registreret et miktionsvolumen >150 ml på dette tidspunkt.

Standarden: mindst 70% af patienterne har et miktionsvolumen >150 ml.

I alt 948 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=115) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget uafhængigt af behandlingstype på A) samlede data og B) på afdelingsniveau.

Tabel 19. Fordelingen af patienter i forhold til værdier for miktionsvolumen

Miktionsvolumen	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	22	5.6	71	10.8	148	14.9	115	12.1
Under 150 ml	156	39.5	260	39.5	367	37.0	332	35.0
Over 150 ml	217	54.9	328	49.8	476	48.0	501	52.8
I alt	395	100.0	659	100.0	991	100.0	948	100.0

Det ses, at andelen af forløb med manglende angivelse af miktionsvolumen er faldet lidt fra 2006 til nu 12,1%.

Ad A) samlede data

Tabel 20. Antallet (%) af patienter med miktionsvolumen > 150ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	217	373	58.2 (53.0 - 63.2)
2005	328	588	55.8 (51.7 - 59.8)
2006	476	843	56.5 (53.0 - 59.8)
2007	501	833	60.1 (56.7 - 63.5)

Tabel 20 viser at 60,1% af patienterne har et miktionsvolumen, der overstiger 150 ml. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt, men indikatorværdien er steget lidt i forhold til tidligere års værdier.

Ad B) afdelingsniveau

Tabel 21. Fordelingen af patienter i forhold til værdier for miktionsvolumen (afdelingsniveau)

Afdeling for førbehandling	Miktionsvolumen						I alt N
	Missing		Under 150 ml		Over 150 ml		
	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	0	0	116	53.7	100	46.3	216
Herlev Hospital	0	0	2	40.0	3	60.0	5
Nordsjællands Hospital	9	7.1	26	20.5	92	72.4	127
Roskilde Sygehus	3	30.0	0	0	7	70.0	10
Næstved Sygehus	0	0	1	33.3	2	66.7	3
Bornholms Hospital	30	100.0	0	0	0	0	30
Odense Universitetshospital	0	0	9	69.2	4	30.8	13
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	29	82.9	2	5.7	4	11.4	35
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	2	3.6	7	12.7	46	83.6	55
Fredericia Sygehus	5	8.2	24	39.3	32	52.5	61
Horsens Sygehus	1	5.9	3	17.6	13	76.5	17
De Vestdanske Friklinikker, Give	1	10.0	6	60.0	3	30.0	10
Friklinikken i Brædstrup	0	0	14	51.9	13	48.1	27
Regionshospitalet Holstebro	11	9.4	55	47.0	51	43.6	117
Herning Privathospital	1	10.0	3	30.0	6	60.0	10
Århus Privathospital	0	0	3	100.0	0	0	3
Regionshospitalet Randers	2	5.9	11	32.4	21	61.8	34
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	6	25.0	10	41.7	8	33.3	24
Regionshospitalet Viborg	9	30.0	6	20.0	15	50.0	30
Aalborg Sygehus	4	12.1	11	33.3	18	54.5	33
Frederikshavn Sygehus	2	2.3	23	26.1	63	71.6	88
I alt	115	12.1	332	35.0	501	52.8	948

Bornholms og Sønderborg sygehuse står for flest indberettede patienter med 'missing' angivelse af miktionsvolumen pga. indberetning til ProsBase Light.

Tabel 22. Andel af patienter med miktionsvolumen > 150ml (afdelingsniveau)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	37.0 (31.7 - 42.5)	100	216	46.3 (39.5 - 53.2)
Herlev Hospital	48.5 (41.3 - 55.7)	3	5	60.0 (14.7 - 94.7)
Nordsjællands Hospital	62.5 (54.1 - 70.4)	92	118	78.0 (69.4 - 85.1)
Roskilde Sygehus	-	7	7	100.0 (59.0 - 100.0)
Næstved Sygehus	-	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Odense Universitetshospital	60.9 (38.5 - 80.3)	4	13	30.8 (9.1 - 61.4)
Sygehus Fyn Middelfart	76.5 (50.1 - 93.2)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	71.4 (29.0 - 96.3)	4	6	66.7 (22.3 - 95.7)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	72.8 (64.5 - 80.1)	46	53	86.8 (74.7 - 94.5)
Fredericia Sygehus	66.5 (60.4 - 72.3)	32	56	57.1 (43.2 - 70.3)
Horsens Sygehus	100.0 (2.5 - 100.0)	13	16	81.3 (54.4 - 96.0)
De Vestdanske Friklinikker, Give	-	3	9	33.3 (7.5 - 70.1)
Friklinikken i Brædstrup	-	13	27	48.1 (28.7 - 68.1)
Regionshospitalet Holstebro	62.7 (53.0 - 71.8)	51	106	48.1 (38.3 - 58.0)
Herning Privathospital	-	6	9	66.7 (29.9 - 92.5)
Århus Privathospital	-	0	3	0.0 (0.0 - 70.8)
Regionshospitalet Randers	47.5 (40.7 - 54.3)	21	32	65.6 (46.8 - 81.4)
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	56.8 (41.0 - 71.7)	8	18	44.4 (21.5 - 69.2)
Regionshospitalet Viborg	43.5 (33.2 - 54.2)	15	21	71.4 (47.8 - 88.7)
Aalborg Sygehus	66.7 (52.1 - 79.2)	18	29	62.1 (42.3 - 79.3)
Frederikshavn Sygehus	76.1 (69.3 - 82.0)	63	86	73.3 (62.6 - 82.2)

Tabel 22 viser, at indikatorværdierne på de enkelte afdelinger varierer fra 0% på Århus Privathospital til 100% på Roskilde Sygehus. Mange sygehuse opfylder standarden som følge af den store statistiske usikkerhed, men konklusioner må drages med forsigtighed. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt svarende til de samlede data.

DDRP: Miktionsvolumen en vigtig parameter for vurdering af vandladningshastigheden (se indikator 2). Således kan dårlige behandlingsresultater vurderet på vandladningshastighed alene være forårsaget af en for ringe kvalitet af selve undersøgelsen og ikke nødvendigvis pga. et dårligt behandlingsresultat. Imidlertid har mange mænd med svære irritative symptomer svært ved at holde sig tilstrækkeligt længe for at præstere et volumen over 150 ml. En vandladning under 150 ml burde udløse en ny flowundersøgelse men det er ikke altid muligt af praktiske årsager.

De afdelinger som ikke opfylder standarden, bør se på organiseringen af deres kontroltider. Kommer patienten lige før lukketid er der jo ikke tid til et andet flow med større volumen. Herudover anbefales det at afdelingerne ser på væske-vandladningsskemaerne for de patienter der har et miktionsvolumen under 150 ml. Således kan en funktionelt lille blærekapacitet være årsagen til at patienten ikke kan levere de nødvendige antal ml. Afdelingerne bør overveje behandling med furosemid som anført i Allen et al ‘ Impact of intravenous furosemide on flow rate characteristics and clinic waiting times. [Int J Urol](#). 2008 Apr;15(4):344-5.

Indikator 6: Sengedage (fra behandlingsdato til udskrivningsdato)

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, som har fået foretaget en behandling og har været indlagt.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter uanset behandlingstype, som er registreret som værende indlagt med en dato for behandling og en dato for udskrivning. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere, beregnet som differencen mellem udskrivningsdato og behandlingsdato.

Standarden: højst 10% af patienterne har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere.

Udgået af beregningerne er de patienter, der har missing værdier svarende til enten udskrivningsdato eller behandlingsdato, og de patienter, der har åbenlyse fejl i datoangivelserne (patienter med negative værdier svarende til sengedagsforbrug, og patienter med et registreret sengedagsforbrug på > 365 dage).

I alt 1334 patienter indgår i analysen som er foretaget på A) samlede data og på B) afdelingsniveau.

Tabel 23. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen

	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	560	2.46	2.10	0	18	2.0	1.0	3.0
2005	912	2.82	10.74	0	284	2.0	1.0	3.0
2006	1445	3.13	16.13	0	319	1.0	1.0	2.0
2007	1334	2.16	3.89	0	65	1.0	1.0	2.0

Det ses, at medianværdien for antal sengedage er 1, og at 75% af patienterne højst har 2 sengedage.

Ad A) samlede data

Tabel 24. Antallet (%) af patienter med ≥ 7 sengedage

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	33	560	5.9 (4.1 - 8.2)
2005	46	912	5.0 (3.7 - 6.7)
2006	59	1445	4.1 (3.1 - 5.2)
2007	43	1334	3.2 (2.3 - 4.3)

Tabel 24 viser at kun 43 (3.2%) ud af 1334 patienter, der blev behandlet i 2007, havde 7 eller flere sengedage efter behandlingsdatoen. Standarden vedrørende sengedage er klart opfyldt, og andelen af patienter med 7 eller flere sengedage er næsten halveret siden 2003-04.

Ad B) på afdelingsniveau

Tabel 25. Antallet (%) af patienter med ≥ 7 sengedage (afdelingsniveau)

Afdeling	2003-2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	16.7 (0.4 - 64.1)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	6.7 (4.6 - 9.3)	3	305	1.0 (0.2 - 2.8)
Herlev Hospital	9.1 (5.7 - 13.8)	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Nordsjællands Hospital	4.7 (1.7 - 9.8)	8	99	8.1 (3.6 - 15.3)
Roskilde Sygehus	-	1	20	5.0 (0.1 - 24.9)
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	-	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
Næstved Sygehus	-	0	8	0.0 (0.0 - 36.9)
Bornholms Hospital	6.8 (2.8 - 13.5)	9	40	22.5 (10.8 - 38.5)
Odense Universitetshospital	18.2 (5.2 - 40.3)	2	12	16.7 (2.1 - 48.4)
Sygehus Fyn Middelfart	18.5 (6.3 - 38.1)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	2.1 (0.3 - 7.4)	1	66	1.5 (0.0 - 8.2)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	3.6 (1.3 - 7.6)	0	63	0.0 (0.0 - 5.7)
Fredericia Sygehus	2.6 (1.4 - 4.4)	2	128	1.6 (0.2 - 5.5)
Horsens Sygehus	0.0 (0.0 - 97.5)	1	34	2.9 (0.1 - 15.3)
De Vestdanske Friklinikker, Give	-	0	11	0.0 (0.0 - 28.5)
Friklinikken i Brædstrup	-	1	28	3.6 (0.1 - 18.3)
Regionshospitalet Holstebro	3.3 (1.5 - 6.2)	1	176	0.6 (0.0 - 3.1)
Herning Privathospital	0.0 (0.0 - 97.5)	0	15	0.0 (0.0 - 21.8)
Århus Privathospital	-	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Regionshospitalet Randers	2.9 (1.3 - 5.7)	0	46	0.0 (0.0 - 7.7)
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	7.3 (2.7 - 15.2)	3	31	9.7 (2.0 - 25.8)
Regionshospitalet Viborg	2.6 (0.8 - 5.9)	5	80	6.3 (2.1 - 14.0)
Aalborg Sygehus	1.1 (0.0 - 5.7)	2	46	4.3 (0.5 - 14.8)
Frederikshavn Sygehus	5.2 (2.9 - 8.6)	4	117	3.4 (0.9 - 8.5)

Tabel 25 viser de afdelingsspecifikke indikatorværdier for antallet af sengedage. Andelen af patienter der har ≥ 7 sengedage varierer fra 0% på en række afdelinger til 22,5% på Bornholms Hospital. Den statistiske usikkerhed er meget stor, og alle sygehuse fraset Bornholm opfylder standarden.

Der bemærkes som tidligere stor variation mellem afdelingerne i andelen af det totale antal behandlede patienter, der indgår som 'indlagt' i beregningen i indikatoren sengedage. Fx indgår 176 ud af 182 kirurgisk behandlede patienter fra Holstebro og 128 ud af 131 kirurgisk behandlede patienter fra Viborg, men kun fx 99 ud af 203 kirurgisk behandlede patienter fra Nordsjællands Hospital og 46 ud af 71 kirurgisk behandlede patienter fra Randers.

Standarden svarende til sengedagsforbrug er opfyldt, både for sygehuse samlet set og for de enkelte afdelinger.

DDRP: Med et sengedagsforbrug med en median på 2 dage (postoperativ) nærmer den kirurgiske behandling sig et område for samme-dagskirugi for udvalgte patientgrupper. Femoghalvfjerds procent af patienterne er indlagt i maks. 2 dage. Et med tiden langt større datamateriale vil formentlig kunne udpege grupper af patienter og behandlinger, der vil være egnet hertil. Der synes dog at være alt for mange patienter for hvem der mangler tal for indlæggelsesdage, afdelingerne bør stramme op om indberetningen af indlæggelsesvarigheden.

Tabel 25a. Fordeling af patientforløb mht. afkrydsning ved 'indlagt' og 'ambulant' (afdelingsniveau)

Afdeling	.	Indlagt	Ambulant	3	4	I alt
	n	n	n	n	n	N
Frederiksberg Hospital	0	308	22	0	0	330
Herlev Hospital	0	7	5	0	0	12
Nordsjællands Hospital	1	198	1	0	3	203
Roskilde Sygehus	0	21	0	0	0	21
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	1	1	0	0	0	2
Næstved Sygehus	0	8	0	0	0	8
Bornholms Hospital	0	40	0	0	0	40
Odense Universitetshospital	0	12	6	0	0	18
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	81	2	0	0	83
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	63	1	0	0	64
Fredericia Sygehus	0	131	0	0	0	131
Horsens Sygehus	0	34	0	0	0	34
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	11	0	0	0	11
Friklinikken i Brødstrup	0	30	1	0	0	31
Regionshospitalet Holstebro	0	179	0	1	2	182
Herning Privathospital	0	15	0	0	0	15
Århus Privathospital	0	4	0	0	0	4
Regionshospitalet Randers	3	57	0	1	10	71
Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus	0	31	0	0	1	32
Regionshospitalet Viborg	0	81	0	0	0	81
Aalborg Sygehus	0	46	0	0	0	46
Frederikshavn Sygehus	0	118	0	0	17	135
I alt	5	1476	38	2	33	1554

Indikator 7: 30 dages postoperativ mortalitet

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede patienter.
”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der er døde ≤ 30 dage efter operation.

Standarden: højst 0,5 % af patienterne dør ≤ 30 dage efter operation.

Data fra ProsBase er sammenkørt med CPR registeret, hvorved der er indhentet informationer om vitalstatus og evt. dødsdato

I alt 1550 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data og uafhængigt af operationstype. Der er så få dødsfald inden for 30 dage, at afdelingsspecifikke analyser ikke kan foretages.

Tabel 26. Andel af patienter, som dør ≤ 30 dage efter operation

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	2	630	0.3 (0.0 - 1.1)
2005	3	1023	0.3 (0.1 - 0.9)
2006	4	1672	0.2 (0.1 - 0.6)
2007	5	1550	0.3 (0.1 - 0.8)

Tabel 26 viser andelen af patienter, der er døde indenfor 30 dage efter operation. Andelen var 0,3% og standarden er opfyldt for denne indikator. I forhold til sidste årsrapport er der indberettet 2 ekstra dødsfald for patienter behandlet i 2006, hvilket har flyttet andelen i 2006 fra 0,1% til 0,2%.

For alle kirurgisk behandlede er standarden opfyldt. Der er ingen signifikante ændringer i forhold til 2003-06.

DDRP: Mortaliteten ligger på eller under det niveau der ses i større opgørelser, som dog er af ældre dato. Det er muligt at ny teknologi spiller en rolle her.

Indikator 8: Genindlæggelse, som sker på baggrund af det operative indgreb

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation, og som på et senere tidspunkt har fået udfyldt data vedrørende kontrol.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling, og som på et senere tidspunkt har fået indberettet data på kontrolskemaet. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der har en registreret genindlæggelse på baggrund af det operative indgreb.

Standarden: < 10% af patienterne genindlægges.

I alt har 840 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg og indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af genindlæggelser er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 27. Andel af patienter der genindlægges

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	26	552	4.7 (3.1 - 6.8)
2005	25	914	2.7 (1.8 - 4.0)
2006	85	1478	5.8 (4.6 - 7.1)
2007	41	840	4.9 (3.5 - 6.6)

Tabel 27 viser, at andelen af genindlæggelser efter operation var 4,9% i 2006. Standarden er opfyldt for indikatoren. I forhold til sidste årsrapport (42 genindlæggelser blandt 749 forløb i 2006), ses nu 85 genindlæggelser blandt 1478 forløb i 2006, dog med uændret indikatorværdi.

Tabel 28. Genindlæggelseskoder

Årsag	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Andre og ikke specificerede infektiøse sygdomme	0	0	1	3.7	2	2.2	1	2.0
Calculus vesicae urinariae	0	0	1	3.7	0	0	0	0
Cystitis acuta	1	3.3	0	0	0	0	0	0
Kronisk cystit, anden	0	0	0	0	1	1.1	0	0
Smerter ved vandladning uden specifikation	0	0	0	0	1	1.1	0	0
Stenosis cervicis vesicae urinariae	0	0	0	0	1	1.1	1	2.0
Uretral striktur uden specifikation	0	0	1	3.7	0	0	0	0
Orchitis, epididymitis et epididymo-orchitis u absces	0	0	1	3.7	0	0	0	0
Stricturea urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	1	3.3	0	0	2	2.2	0	0
Symptomer og fund i kredsløbs- og åndedrætsorg, andre spec	0	0	1	3.7	2	2.2	1	2.0
Haematuria uden specifikation	1	3.3	2	7.4	0	0	0	0
Retentio urinae	6	20.0	7	25.9	41	45.1	23	46.9
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	8	26.7	3	11.1	18	19.8	14	28.6

Årsag	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	11	36.7	6	22.2	21	23.1	6	12.2
Sepsis postoperativa	0	0	1	3.7	0	0	0	0
Karkomplikation efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	0	0	0	0	1	1.1	0	0
Andre komplikationer og bivirkninger til kir. og med. beh.	2	6.7	2	7.4	1	1.1	2	4.1
Problem relateret til socialt miljø uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	2.0
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	3.7	0	0	0	0
I alt	30	100.0	27	100.0	91	100.0	49	100.0

Tabel 28 viser genindlæggelseskoderne i 2006 sammenlignet med tidligere år. De 3 hyppigste årsager er lige som i tidligere år Retentio urinae, Haemorrhagia/Haematoma postoperativa, og Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds. Blødningerne har vist stigende tendens de sidste 3 år og er nu næsthypigste kode, mens infektioner i 2007 kun er årsag til 12% af koderne mod 37% i 2003-04.

Standarden for genindlæggelse som følge af den foretagne operation er opfyldt og andelen er på niveau med sidste år.

DDRP: Det er ikke overraskende at konstatere at årsagerne til genindlæggelserne er retention, infektion og blødning. Det er samtidig ganske tilfredsstillende at se, at genindlæggelser på baggrund af det operative indgreb kun forekommer i få tilfælde.

Tabel 28 b. Fordeling af indikation absolut/symptomatisk blandt alle kirurgisk behandlede patienter (landsplan)

	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	0.3	4	0.4	6	0.4	5	0.3
Absolut	233	37.0	360	35.2	678	40.5	601	38.7
Symptomatisk	395	62.7	659	64.4	991	59.2	948	61.0
I alt	630	100.0	1023	100.0	1675	100.0	1554	100.0

Tabel 28 b viser at andelen med absolut operations-indikation ligger på omkring 40%, lige som sidste år.

Indikator 9: Re-operationer p.g.a. komplikationer

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation, og som på et senere tidspunkt har fået udfyldt data vedrørende kontrol.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling, og som på et senere tidspunkt har fået indberettet data på kontrolskemaet. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der har en registreret re-operation p.g.a. komplikationer efter det operative indgreb.

Standarden: < 10% af patienterne re-opereres.

I alt har 840 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg og indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af genindlæggelser er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 29. Andel af patienter med reoperation p.g.a. komplikationer.

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	9	552	1.6 (0.7 - 3.1)
2005	21	914	2.3 (1.4 - 3.5)
2006	41	1478	2.8 (2.0 - 3.7)
2007	19	840	2.3 (1.4 - 3.5)

Tabel 29 viser, at andelen af patienter der re-opereres p.g.a. komplikationer var 2,3% i 2007. Standarden er opfyldt for indikatoren. I forhold til sidste årsrapport (30 reoperationer blandt 749 forløb i 2006), ses nu 41 reoperationer blandt 1478 forløb, svarende til et fald i 2006-indikatorværdi fra 4.0% til 2.8%.

Tabel 30. Operationskoder for reoperation

Reoperationskode	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Undersøgelse af personer uden klage eller diagnose	0	0	0	0	0	0	1	5.3
Andre særlige undersøgelser af personer	0	0	0	0	2	4.9	0	0
Septikæmi uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	5.3
Sclerosis sphincteris vesicae urinariae	0	0	0	0	1	2.4	0	0
Strictura urethrae posttraumatica	0	0	0	0	1	2.4	0	0
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	0	0	1	5.0	0	0	0	0
Eksplorativ laparotomi	1	12.5	0	0	0	0	0	0
Tranluminal endoskopisk indsættelse af ureterstent	0	0	0	0	0	0	1	5.3
Cystoskopisk fjernelse af urinblærekonkrement	0	0	2	10.0	0	0	0	0
Uretroskopisk intern uretrotomi	2	25.0	3	15.0	3	7.3	1	5.3
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	0	0	3	15.0	10	24.4	4	21.1
Transuretral prostataincision (TUI-P)	1	12.5	0	0	4	9.8	0	0
Fotoselektiv laservaporisation af prostata (PVP)	0	0	0	0	2	4.9	1	5.3

Reoperationskode	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	5.0	0	0	0	0
Transuretral resektion af colliculus seminalis	1	12.5	0	0	0	0	0	0
Anden transuretral operation på prostata	0	0	0	0	1	2.4	1	5.3
Enkeltsidig orkiektomi	0	0	0	0	1	2.4	0	0
Reop. for overfl. blødn. eft. urolog. op.	0	0	1	5.0	0	0	0	0
Reoperation for dyb blødning eft. urologisk operation	0	0	1	5.0	1	2.4	2	10.5
Translum. endoskop. reop. for dyb blødn. eft. urolog. op.	2	25.0	4	20.0	7	17.1	2	10.5
Perkutan punktur af urinblære	0	0	0	0	3	7.3	2	10.5
Dilatation af urinrør	1	12.5	3	15.0	4	9.8	2	10.5
Cystoskopi	0	0	1	5.0	1	2.4	1	5.3
I alt	8	100.0	20	100.0	41	100.0	19	100.0

Tabel 30 viser koderne for de foretagne re-operationer (enkelte angivne er ikke procedurekoder)..

DDRP: Striktur efter transurethralt resektion har tidligere været et større problem. Med en observationstid på ca. 6 måneder er ovenstående et relativt lille tal, men også her behøves flere patientforløb for at drage endelige konklusioner. Et mindre antal strikturer vil også kunne udvikle sig efter 6 måneders kontrolbesøg. Tabellen viser i øvrigt at der er et behov for opstramning af korrekt kodning.

Tabel 30 b. Fordeling af operationskoder for reoperation ved samtidig afkrydsning for genindlæggelse med DR 339 retentio urinae (landsplan)

Behandlingskode	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
KKED22	4	80.0	4	57.1	15	36.6	8	33.3
KKED32	0	0	0	0	7	17.1	1	4.2
KKED52A	0	0	1	14.3	1	2.4	0	0
KKED52B	0	0	1	14.3	0	0	0	0
KKED52E	0	0	1	14.3	18	43.9	15	62.5
KKED62	1	20.0	0	0	0	0	0	0
I alt	5	100.0	7	100.0	41	100.0	24	100.0

Tabel 30 b viser de anvendte behandlingskoder blandt patienter genindlagt med DR339 Retentio urinae. Der blev hyppigst behandlet med KKED52E Fotoselektiv laservaporisation af prostata (PVP) eller KKED22 transuretral prostataresektion (TUR-P).

DDRP: Patienter som får foretaget TURP mv. skal registreres som behandlingsvigt.

Indikator 10: Behandlingssvigt inden 6 måneder

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation, og som på et senere tidspunkt har fået indberettet data vedrørende kontrol.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling, og som på et senere tidspunkt har fået indberettet data på kontrolskemaet. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der har fået registreret behandlingssvigt inden for 6 måneder efter det operative indgreb

Standarden: < 5% af patienterne har behandlingssvigt. Standarden for indikatoren er ændret fra 10% til 5% efter gennemgang af den nyeste litteratur.

I alt har 840 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg og indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af genindlæggelser er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 31. Andel af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	14	552	2.5 (1.4 - 4.2)
2005	13	914	1.4 (0.8 - 2.4)
2006	33	1478	2.2 (1.5 - 3.1)
2007	24	840	2.9 (1.8 - 4.2)

Tabel 31 viser, at andelen af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder efter operation var 2,9%. Standarden er opfyldt for indikatoren. Der ses en lignende andel med behandlingssvigt som sidste år, men den statistiske usikkerhed er stor. 2006-indikatorværdien er faldet fra 2,5% (sidste årsrapport) til 2,2% pga. efter-indberetninger.

Tabel 32. Andel af patienter med reoperation pga behandlingssvigt

Reoperation	År							
	2003-2004		2005		2006		2007	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	3	21.4	8	61.5	12	36.4	10	41.7
Nej	11	78.6	5	38.5	21	63.6	14	58.3
I alt	14	100.0	13	100.0	33	100.0	24	100.0

Tabel 32 viser andelen af re-operationer blandt patienter med behandlingssvigt. 41,7% af patienterne med behandlingssvigt blev angivet reopereret inden for de 6 måneder, hvilket er på højde med de forrige år.

Tabel 33.

Operationskoder i forbindelse med behandlingssvigt

Operationskode	År				I alt N
	2003-2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	
Anlæggelse af blærekateter a demeure (kvinde)	1	0	0	1	2
Vejledning, instruktion, undervisning og rådgivning af patient	0	1	0	0	1
Neuromuskulær funktionsforstyrrelse i urinblære uden spec	0	0	1	0	1
Stricture urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	0	3	0	0	3
Resektion eller incision af blærehalsen	0	0	0	1	1
Intern uretrotomi	0	0	0	1	1
Uretroskopisk intern uretrotomi	0	2	2	0	4
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	2	2	7	5	16
Transuretral prostataincision (TUI-P)	0	0	0	1	1
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	1	1
Perkutan punktur af urinblære	0	0	1	0	1
Dilatation af urinrør	0	0	1	0	1
I alt	3	8	12	10	33

Tabel 33 viser de anvendte operationskoder blandt patienter re-opereret efter behandlingssvigt. Der blev hyppigst behandlet med transuretral prostataresektion (TUR-P).

DDRP: Behandlingssvigt er defineret som en situation, hvor den givne behandling ikke lykkedes og patienten starter et nyt behandlingsforløb. Afdelingerne bedes at huske at behandlingssvigt også registreres i de tilfælde hvor man opstarter en medicinsk BPH behandling efter en utilfredsstillende kirurgisk behandling. Også her er der stadig alt for mange missing values

Indikator 11: Inkontinens efter kirurgisk behandling

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation, og som på et senere tidspunkt har fået indberettet data vedrørende kontrol.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling, som *ikke* var registreret som inkontinente før behandlingsstart, og som har en *gyldig angivelse for inkontinens* både før behandling og ved kontrol. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som er blevet inkontinente ved kontrolbesøget.

Standarden: < 2% af patienterne er blevet inkontinente.

I alt 512 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af patienter der er blevet inkontinente er så beskedent, at det ikke giver mening at opgive resultaterne på afdelingsniveau.

Tabel 34. Andel af patienter der er blevet inkontinente efter behandling

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	10	405	2.5 (1.2 - 4.5)
2005	8	517	1.5 (0.7 - 3.0)
2006	20	861	2.3 (1.4 - 3.6)
2007	8	512	1.6 (0.7 - 3.1)

Tabel 34 viser at 1,6% af patienterne, som blev opereret i 2007, er blevet inkontinente efter behandlingen. Andelen er i samme størrelsesorden som tidligere år. Standarden er opfyldt. 2006-indikatorværdien var 2,1% af 384 patienter i sidste årsrapport, og ses nu at være 2,3% af 861 patienter.

DDRP: Inkontinens er en meget generende komplikation, og det er glædeligt at konstatere at standarden opfyldes, til trods for at den er sat lavt. Afdelingerne bedes at huske at der både indgår stress og urgeinkontinens. Enhver form for inkontinens der kræver hjælpemidler skal registreres.

Indikator 12: Antal blodtransfusioner

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, der har gennemgået kirurgisk behandling uanset indikation.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede patienter, der har fået indberettet data vedr. antal blodtransfusioner. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner.

Standarden: < 3% af patienterne har modtaget mere end 2 blodtransfusioner. *Standarden for indikatoren er ændret fra 7% til 3% efter gennemgang af litteraturen.*

I alt 1536 patienter ud af 1554 kirurgisk behandlede indgår i analysen. Antallet af patienter med mere end 2 blodtransfusioner er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 35. Andel af patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	9	629	1.4 (0.7 - 2.7)
2005	9	1021	0.9 (0.4 - 1.7)
2006	18	1659	1.1 (0.6 - 1.7)
2007	7	1536	0.5 (0.2 - 0.9)

Tabel 35 viser, at andelen af patienter der har modtaget mere end 2 blodtransfusioner er halveret i 2007 i forhold til 2006. Andelen ligger på 0,5%, og standarden er opfyldt.

Det ses af tabel 35 b og c, at kun 2,3% af kirurgisk behandlede patienter modtog blodtransfusion i det hele taget i 2007, heraf 3,0% af patienter behandlet med TUR-P.

Tabel 35 b Andel af patienter der har fået en eller flere blodtransfusioner

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	21	629	3.3 (2.1 - 5.1)
2005	42	1021	4.1 (3.0 - 5.5)
2006	50	1659	3.0 (2.2 - 4.0)
2007	35	1536	2.3 (1.6 - 3.2)

Tabel 35 c Andel af patienter der har fået en eller flere blodtransfusioner for TUR-P

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	15	467	3.2 (1.8 - 5.2)
2005	33	683	4.8 (3.3 - 6.7)
2006	36	921	3.9 (2.8 - 5.4)
2007	26	874	3.0 (2.0 - 4.3)

DDRP: Det er ikke mange år siden at transfusioner var en hyppig begivenhed ved prostataoperationer. Imidlertid viser senere års analyser i forbindelse med randomiserede studier at antallet i dag ligger på dette lave niveau

Revisionspåtegning

Kompetencecenter Nord har gennemgået årsrapport med udgangspunkt i de Basiskrav for landsækkende kliniske kvalitetsdatabaser fra d. 11. maj 2007 opstillet af Danske Regioner.

ProsBase har været åben for alle afdelinger siden 2004 og omfatter patienter behandlet for godartet prostataforstørrelse (BPH) på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. Initialet inkluderedes også nogle få patienter med medicinsk behandling, men fra og med nærværende årsrapport for 2007 fokuseres udelukkende på kirurgisk behandling af prostataforstørrelse. Dette er fjerde årsrapport og omfatter patientforløb, hvor datoen for enten påbegyndelse af forløbet eller kirurgisk behandling ligger i 2007, og som er indberettet til ProsBase senest 26/5 2008. Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. Alle statistiske analyser i rapporten er foretaget af personale ved centeret.

Årsrapporten omfatter 12 fagligt væsentlige kvalitetsindikatorer. Indikatorerne er veldefinerede og deres beregnings-algoritmer specificeres nøje under hver enkelt indikator.

Kvalitetsindikatorerne er offentliggjort på ikke-anonymiseret afdelingsspecifikt niveau, hvor det giver mening med hensyn til antallet af udfald. Landgennemsnittet samt tidligere opgørelsesperioders indikatorværdier er også angivet til sammenligning.

Præsentationen af kvalitetsindikatorerne er ledsaget af kommentarer, der kort forklarer og formidler resultaterne.

Der redegøres i rapporten i et selvstændigt afsnit for kompleksitetsgraden af patientindberetning til ProsBase (dækningsgrad), og datagrundlag og –komplethed beskrives under hver enkelt indikator.

Rapporten indeholder endvidere for hver indikator konklusioner og konkrete anbefalinger fra styregruppen/Prostatarådet (DDRP) til, hvordan behandlingskvaliteten, dækningsgrad og kompleksitetsgrad kan forbedres.

Det skønnes, at rapportens datagrundlag og statistiske analyser kan bære rapportens konklusioner og anbefalinger.

Reimar W. Thomsen
Afdelingslæge, ph.d.
Kompetencecenter Nord

Oversigt over indikatorer

Tabel 36. Indikatorer, standarder, og opnåede resultater i 2003-04, 2005, 2006, og 2007. Indikatorværdier anføres med 95% sikkerhedsinterval.

Indikator	Standard	2003-04	2005	2006	2007
Mindst 50 % forbedring af DANPSS symptomscore ¹	> 70 %	66.8% (61.9 - 71.5)	66.4% (62.7 - 70.0)	74.8% (71.3 - 78.2)	70.0% (65.3 - 74.4)
Mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling	> 70 %	46.7% (40.6 - 52.8)	46.4% (41.6 - 51.1)	46.6% (42.7 - 50.4)	49.2% (44.3 - 54.1)
Andelen af patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse	> 85 %	80.4% (76.5 - 84.0)	82.0% (79.0 - 84.7)	82.4% (80.1 - 84.5)	84.3% (81.3 - 87.0)
Andelen af patienter, som har fået udfyldt vandladningsskemaer	> 90 %	75.9% (71.4 - 80.0)	74.9% (71.2 - 78.4)	72.0% (68.9 - 75.0)	72.2% (69.1 - 75.2)
Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml	> 70 %	58.2% (53.0 - 63.2)	55.8% (51.7 - 59.8)	56.5% (53.0 - 59.8)	60.1% (56.7 - 63.5)
Andelen af patienter, som har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere	< 10 %	5.9% (4.1 - 8.2)	5.0% (3.7 - 6.7)	4.1% (3.1 - 5.2)	3.2% (2.3 - 4.3)
Andelen af patienter, som dør ≤ 30 dage efter operation	< 0,5 %	0.3% (0.0 - 1.1)	0.3% (0.1 - 0.9)	0.2% (0.1 - 0.8)	0.3% (0.1 - 0.8)
Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse	< 10 %	4.7% (3.1 - 6.8)	2.7% (1.8 - 4.0)	5.8% (4.6 - 7.1)	4.9% (3.5 - 6.6)
Andelen af patienter, som har fået foretaget re-operation p.g.a. komplikationer	< 10 %	1.6% (0.7 - 3.1)	2.3% (1.4 - 3.5)	2.8% (2.0 - 3.7)	2.3% (1.4 - 3.5)
Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder ²	< 5 %	2.5% (1.4 - 4.2)	1.4% (0.8 - 2.4)	2.2% (1.5 - 3.1)	2.9% (1.8 - 4.2)
Andelen af patienter, som er blevet inkontinente efter kirurgisk behandling	< 2 %	2.5% (1.2 - 4.5)	1.5 % (0.7 - 3.0)	2.3% (1.4 - 3.6)	1.6% (0.7 - 3.1)
Andelen af patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner ³	< 3 %	1.4% (0.7 - 2.7)	0.9% (0.4 - 1.7)	1.1% (0.6 - 1.7)	0.5% (0.2 - 0.9)

Tabel 36 viser at standarden i 2007 er opfyldt for indikatorerne vedrørende: forbedring af DANPSS score, andel af tilfredse patienter, sengedagsforbrug, postoperativ mortalitet, genindlæggelse, komplikationer der fører til reoperation, behandlingssvigt, inkontinens og blodtransfusioner.

¹ For patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, er standarden for DANPSS-symptomscore ligeledes opfyldt.

² Standarden er ændret fra 10% til 5% i 2007.

³ Standarden er ændret fra 7% til 3% i 2007.

Bilag 1: Eksempler på registreringspraksis fra 3 afdelinger med høj (>90 %) complethedegrad.

Kurt Krøyer, Frederiksberg Hospital:

- Én læge ser alle Tryk-Flow-undersøgelser. Hvis pt. skal opereres oprettes han i ProsBase (på denne måde vil det kun være retentionspatienter, som ikke fanges her)
- Seddel på journalens forside med ProsBase
- Benytter papirskema, registrering af samme sekretær, gerne løbende
- Efter indlæggelse for invasivt indgreb ses og tjekkes journalen af samme læge (som under første "pind", og manglende oplysninger indhentes (fx operatør glemt at registrere). Retentionspatienterne fanges også her, hvis de ikke allerede er registreret.
- Efter afslutning i ambulatoriet går journalen igen til den samme læge, som sikrer at alle data er til stede

Dvs. en særdeles høj grad af daglig enkeltmandskontrol !! Tager efter det oplyste ca. 10 minutter dgl.

Ole K. Sørensen, Frederikshavn Sygehus:

- Der er 2 læger som opererer alle patienter, og som selv taster ind og opretter i ProsBase senest når pt. opereres, altså ingen skemaer
- Seddel på journalforsiden med de planlagte besøgstider (kontrol)
- kontroller udføres af sygeplejerske, som indfører alle ProsBase-data i journalteksten
- Journalen sendes derefter til overlæge, som indtaster
- Overlæge tjekker ca. hver 14. dag forløbsdata i ProsBase, og advarer en sekretær om indkaldelse til 6 måneders kontrol, hvis tiderne er ved at være overskredet.

Også her kontrol og ansvar på få hænder!!

Axel Lendorf (Lasse Fahrenkrug), Frederikssund Hospital (Nordsjællands Hospital):

- Første indberetning til ProsBase af operatøren efter det kirurgiske indgreb
- Anden (og sidste indberetning) ved sygeplejerske, som varetager 6 måneders kontrol
- Begge indberetninger er on-line, ingen skemaer
- Ingen overordnet kontrol