

ÅRSRAPPORT FOR PROSBASE 2008

**Omfatter patientforløb med kirurgisk behandlingsdato
1/1 2008 - 31/12 2008, der er indberettet til ProsBase senest 22/7 2009.**

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



4. September 2009

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

Indhold	Side
FORORD	3
HOVEDKONKLUSIONER.....	4
PROSBASES STYREGRUPPE.....	5
AFDELINGER DER HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2008	6
KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER.....	8
KOMPLETHEDSGRAD FOR INDBERETNINGER TIL PROSBASE.....	9
FORDELING AF INDBERETNINGER MHT. BEHANDLINGSTYPER	17
INDIKATOR 1: PROCENTVIS ÆNDRING I DANPSS-SYMTOMSCORE.....	18
INDIKATOR 2: PROCENTVIS ÆNDRING I VANDLADNINGSHASTIGHED.....	22
INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED	298
INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER.....	332
INDIKATOR 5: MIKTIONSVOLUMEN.....	35
INDIKATOR 6: SENGEDAGE (FRA BEHANDLINGSDATO TIL UDSKRIVNINGSDATO).....	398
INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET.....	41
INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB.....	42
INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER.....	44
INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER.....	47
INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING.....	49
INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER.....	50
OVERSIGT OVER INDIKATORER.....	53

Forord

Hermed foreligger 5. årsrapport fra ProsBase. ProsBases formål er at analysere og udvikle kvaliteten af behandlingen af godartet prostataforstørrelse (BPH) på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. 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.

Analyserne i årsrapporten for 2008 fokuserer *udelukkende på kirurgisk* behandling af prostataforstørrelse. 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 (komplethedsgadsanalyse).

Ti af sygehusene med >10 forløb i 2008 har en kompletthed på over 70%, sammenlignet med 9 af sygehusene i 2007 og 5 af sygehusene i 2006. Blandt de 9 'store' behandlingssteder med over 100 årlige forløb har 4 sygehuse en kompletthed på over 90%. Blandt alle sygehuse som helhed der har indberettet kirurgiske behandlinger til ProsBase i 2008 er komplettheden af indberetning på 67%, mod sidste års 57%. Komplettheden må forventes at stige til ca. 75% i senere opgørelser pga. en vis forsinkelse i indberetningerne. Desværre indberetter nogle af de offentlige sygehuse samt en del private klinikker fortsat *ikke* til ProsBase. I 2008 har 28 enheder dog indrapporteret til Prosbase, mod 24 enheder i 2007, 15 enheder i 2006, 13 enheder i 2005 og 7 enheder i 2003-04.

De store omstrukturændringer i sundhedsvæsenet gør det dog ikke altid lige entydigt hvilke afdelinger der varetager behandlingen af prostata patienter. 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 2008, og som er indberettet til ProsBase senest 22/7 2009. For hver indikator sammenlignes 2008-tallene med resultaterne for 2003-04, 2005, 2006 og 2007, der tilsammen dækker patientforløb fra 1/9-2003 frem til udgangen af 2007. Der skal gøres opmærksom på, at det ikke er muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport for 2008 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 2003-07. Grunden til de sene indberetninger er dels, at et typisk patientforløb strækker sig over typisk 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 2008, 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 2008 er lige som i 2007 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 Prostata sygdomme (Prostatarådet) under Dansk Urologisk Selskab (DUS), Region Hovedstaden

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

Chefkonsulent Jørgen Østergaard, Region Syddanmark

Fuldmægtig Flemming Lillelund, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark

Overlæge Ole Karstens Sørensen, Sygehus Vensyssel, Region Nordjylland

Overlæge Anders Bødker, Storstrømmens Sygehus, Region Sjælland

Ledende overlæge Bettina Nørby, Fredericia Sygehus & Det Danske Råd for Prostata sygdomme (Prostatarådet), Region Syddanmark

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

Afdelinger der har indberettet til databasen i 2008

42 sygehuse/klinikker i Danmark var registreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2008, sammenlignet med 40 afdelinger i 2007 og 35 afdelinger i 2006. Tilgangen i 2008 skyldes 6 private klinikker (tilsvarende tilgang i 2007: 7 private klinikker). Fakse Sygehus, Hjørring Sygehus, og Friklinikken i Brædstrup var ikke længere registreret med behandlinger i 2008; og Ærøskøbing hører nu under OUH Svendborg Sygehus. En del sygehuse har fået nye navne ift. sidste år.

Følgende 28 sygehuse har indberettet til databasen i 2008:

- Frederiksberg Hospital
- Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg (ny)
- Herlev Hospital
- Erichsens Privathospital A/S (ny)
- Hospitalerne i Nordsjælland
- Sygehus Nord, Roskilde
- Sygehus Nord, Holbæk
- Sygehus Syd Næstved
- Bornholms Hospital
- OUH Odense Universitetshospital
- OUH Svendborg Sygehus, Nyborg (ny, inkluderer også Ærøskøbing)
- Sygehus Sønderjylland, Sønderborg
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
- Sydvestjysk Sygehus, Grindsted
- Fredericia Sygehus
- Regionshospitalet, Horsens
- Regionshospitalet, Holstebro
- Regionshospitalet Randers
- Århus Universitetshospital, Skejby
- Regionshospitalet Viborg
- Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn
- Endoskopiklinikken (ny)
- Danske Privathospitaler, Herning
- De Vestdanske Friklinikker, Give
- Danske Privathospitaler, Århus
- Danske Privathospitaler, Aalborg (ny)
- Privathospitalet Kollund (ny, og nyregistreret)
- Allerød Privathospital (ny, og nyregistreret)

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 2008, men gjorde det i 2007:

- Aalborg Sygehus

10 afdelinger har *ikke* indberettet til databasen i 2008, og gjorde det ej heller i 2007:

- Rigshospitalet
- Privathospitalet Hamlet, Søborg
- Absalon Privatklinik
- Sygehus Syd, Nykøbing F
- Danske Privathospitaler, Esbjerg
- Privathospitalet Mølholm, Vejle
- AROS Privathospital
- Sygehus Thy-Mors
- Arresødal Privathospital
- Bekkevold Klinikken

3 afdelinger har *ikke* indberettet til databasen i 2008, og er ny-registreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2008:

- Københavns Privathospital
- Privathospitalet Møn
- Kysthospitalet Skodsborg

*DDRP: Tilslutningsgraden kan til tider være svært at beregne da mange afdelinger bliver lagt sammen som administrative enheder. Bortset fra **Rigshospitalet**, som kun har haft 5 patienter mangler der tilslutning fra én offentlig afdeling pr.21.8.2009: **Sygehus Nord Nykøbing - Thisted** . Urologisk afdeling i **Aalborg** har ikke indberettet i 2008 men har genoptaget indberetningen i 2009. **Sygehus Syd, Nykøbing F**. har påbegyndt indberetningen i 2009. Vedr. de private behandlingssteder berettes det at **Bekkevold** klinikken har påbegyndt indberetningen, mens **Arresødal** har afvist at deltage. Man må håbe at der ikke foretages behandlinger for offentlige midler der. De øvrige private behandlingssteder modtager(ligesom alle andre) kvartalsvis lister over ikke indberettede patienter, men har hidtil ikke reageret. Det bliver spændende at se om der er politisk rygrad til at få disse behandlere til at registrere i fremtiden.*

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 31/12-2008.

Til denne fil er der koblet følgende:

- 1) Data over forløb, der er at finde i filen ”behandlingskemaet”. Der er kun medtaget behandlinger, der er foretaget inden d 1/1-2009.
- 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 9205 patientforløb, fordelt på 1469 forløb i 2003-04, 2239 forløb i 2005, 1895 forløb i 2006, 1797 forløb i 2007 (til sammenligning var der 1669 forløb i 2007 på skæringsdatoen 15/5-2008 for sidste årsrapport), og 1805 forløb i 2008.

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 5907 patientforløb, fordelt på 779 forløb i 2003-04, 1260 forløb i 2005, 1582 forløb i 2006, 1557 forløb i 2007 (til sammenligning var der 847 forløb i 2007 på skæringsdatoen 15/5-2008 for sidste årsrapport), og 729 forløb i 2008.

Komplethedegrad for indberetninger til ProsBase

Analysen af komplethedegraden for indberetningen til ProsBase omfatter kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse, der er foretaget i perioden 1/1-2008 til 31/12-2008. 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 2008.

Nævneren udgøres af patienter (CPR numre) som i 2008 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 2008. 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.

Det er fra i år besluttet tillige at *ekskudere* alle patienter, der i LPR har fået hoved- eller bidiagnosekoder for prostatakræft eller blærekræft registreret fra 1 år før indlæggelsen til behandling for prostataforstørrelse, og op til 1 måned efter endt udskrivelse.

Patienterne optræder i komplethedsberegningen under deres afdelings-tilhør iht. LPR-indberetning af den kirurgiske procedure. Patientantallet per afdeling i de følgende komplethedstabeller stemmer derfor ikke nødvendigvis 100% overens med det antal patienter, der er indberettet til ProsBase per afdeling (se rapportens tabel 5). Der kan nemlig være enkelte tilfælde, hvor patienten er indberettet til LPR af en afdeling, og senere indberettet til ProsBase af en anden afdeling.

[DDRP Kommentar:

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.

Vi har hidtil ikke været opmærksom på at der kan forekomme patienter som tidligere har fået en cancerdiagnose, men dog ikke har fået den indberettet som relevant bidiagnose i forbindelse med indgrebet på prostat. Dette er nu rettet.

Tabel 1.

Antal (%) patienter der er indberettet til ProsBase i hele 2008

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	5	0.0
Frederiksberg Hospital	196	203	96.6
Privathospital Hamlet, Frederiksberg	3	27	11.1
Privathospital Hamlet, Søborg	0	36	0.0
Herlev Hospital	77	169	45.6
Erichsens Privathospital A/S	89	134	66.4
Absalon Privatklinik	0	1	0.0
Hospitalerne i Nordsjælland	61	66	92.4
Bornholms Hospital	41	58	70.7
OUH Odense Universitetshospital	12	19	63.2
OUH Svendborg Sygehus, Nyborg	102	234	43.6
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	27	49	55.1
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	22	54	40.7
Sydvestjysk Sygehus, Grindsted	2	7	28.6
Fredericia Sygehus	107	113	94.7
Regionshospitalet, Horsens	38	51	74.5
Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	16	0.0
Regionshospitalet, Holstebro	144	226	63.7
Regionshospitalet Randers	75	82	91.5
Århus Universitetshospital, Skejby	22	27	81.5
Regionshospitalet Viborg	22	65	33.8
Aalborg Sygehus	0	53	0.0
Arresødal Privathospital	0	28	0.0
Bekkevold Klinikken	0	7	0.0
Endoskopiklinikken	4	5	80.0
Danske Privathospitaler, Herning	6	6	100.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	69	87	79.3
Danske Privathospitaler, Århus	6	20	30.0
Danske Privathospitaler, Aalborg	6	22	27.3
Danske Privathospitaler, Esbjerg	0	17	0.0
Kysthospitalet Skodsborg	0	7	0.0
Privathospitalet Kollund	3	3	100.0
Københavns Privathospital	0	7	0.0
Privathospitalet Møn	0	11	0.0
Sygehus Nord, Roskilde	36	82	43.9
Sygehus Nord, Holbæk	87	111	78.4
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	138	0.0
Allerød Privathospital	4	4	100.0
Sygehus Syd Næstved	6	15	40.0
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	129	141	91.5
AROS Privathospital	0	2	0.0
Sygehus Thy-Mors	0	37	0.0
Landsresultat	1396	2445	57.1

Når der fokuseres på sygehuse, som har indberettet til ProsBase i 2008, er der indberettet 67.1% (1396 ud af 2080) af de foretagne kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse (komplethed i 2007: 57.4%).

Medtages også sygehuse der *ikke* indberetter til ProsBase, fremgår det sammenholdt med udtrækket fra LPR, at der i 2008 er foretaget i alt 2445 kirurgiske behandlinger, svarende til en komplethed af indberetningen på 57.1% (Tabel 1) (komplethed i 2007: 44.6%).

Vedrørende forsinkelse kan bemærkes: Hvis man genberegner sidste års komplethed med de p.t. indberettede kirurgiske behandlinger for 2007 (n=1726 i stedet for som i sidste årsrapport n=1552), stiger sidste års komplethed fra 45% (1552/3477) til 50% (1726/3477). Komplethed blandt indberettende afdelinger stiger fra 57% (1552/2705) til 64% (1726/2705).

[DDRP kommentar:

Det er glædeligt at se at komplethedsgraden stiger, men den er endnu ikke tilfredsstillende. Opgørelsestidspunktet i år blev sat til den 22/7 for at kunne medtage så mange behandlinger som muligt. Dette svarer til at kirurgiske behandlinger frem til den 22.juli (98% af året) er medtaget i opgørelsen for de afdelinger der indberetter efter et afsluttet patientforløb. På grund af sidste års konflikt blev opgørelsestidspunkt sat til sidst i juli 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.]

Tabel 2a. Komplethedegrad for 1. kvartal 2008

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Frederiksberg Hospital	59	62	95.2
Privathospital Hamlet, Frederiksberg	0	18	0.0
Herlev Hospital	5	23	21.7
Erichsens Privathospital A/S	0	22	0.0
Absalon Privatklinik	0	1	0.0
Hospitalerne i Nordsjælland	60	65	92.3
Bornholms Hospital	11	11	100.0
OUH Odense Universitetshospital	10	12	83.3
OUH Svendborg Sygehus, Nyborg	12	67	17.9
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	12	20	60.0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	6	12	50.0
Sydvestjysk Sygehus, Grindsted	2	7	28.6
Fredericia Sygehus	30	32	93.8
Regionshospitalet, Horsens	22	25	88.0
Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	3	0.0
Regionshospitalet, Holstebro	80	111	72.1
Regionshospitalet Randers	22	23	95.7
Århus Universitetshospital, Skejby	6	7	85.7
Regionshospitalet Viborg	9	26	34.6
Aalborg Sygehus	0	24	0.0
Arresødal Privathospital	0	5	0.0
Bekkevold Klinikken	0	4	0.0
Danske Privathospitaler, Herning	6	6	100.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	15	24	62.5
Danske Privathospitaler, Århus	1	1	100.0
Danske Privathospitaler, Aalborg	0	2	0.0
Danske Privathospitaler, Esbjerg	0	2	0.0
Kysthospitalet Skodsborg	0	1	0.0
Sygehus Nord, Roskilde	14	27	51.9
Sygehus Nord, Holbæk	42	44	95.5
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	55	0.0
Sygehus Syd Næstved	0	1	0.0
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	34	46	73.9
Sygehus Thy-Mors	0	12	0.0
Landsresultat	458	801	57.2

Tabel 2b. Komplethedegrad for 2. kvartal 2008

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	2	0.0
Frederiksberg Hospital	31	34	91.2
Privathospital Hamlet, Frederiksberg	0	6	0.0
Privathospital Hamlet, Søborg	0	11	0.0
Herlev Hospital	13	32	40.6
Erichsens Privathospital A/S	18	37	48.6
Hospitalerne i Nordsjælland	1	1	100.0
Bornholms Hospital	9	11	81.8
OUH Odense Universitetshospital	1	3	33.3
OUH Svendborg Sygehus, Nyborg	13	28	46.4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5	7	71.4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	3	9	33.3
Fredericia Sygehus	5	5	100.0
Regionshospitalet, Horsens	3	4	75.0
Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	7	0.0
Regionshospitalet, Holstebro	21	28	75.0
Regionshospitalet Randers	11	11	100.0
Århus Universitetshospital, Skejby	2	3	66.7
Regionshospitalet Viborg	1	5	20.0
Aalborg Sygehus	0	6	0.0
Arresødal Privathospital	0	5	0.0
Bekkevold Klinikken	0	1	0.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	5	6	83.3
Danske Privathospitaler, Århus	0	5	0.0
Danske Privathospitaler, Aalborg	0	4	0.0
Danske Privathospitaler, Esbjerg	0	5	0.0
Sygehus Nord, Roskilde	6	16	37.5
Sygehus Nord, Holbæk	11	15	73.3
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	15	0.0
Sygehus Syd Næstved	2	4	50.0
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	14	16	87.5
AROS Privathospital	0	1	0.0
Sygehus Thy-Mors	0	6	0.0
Landsresultat	175	349	50.1

Tabel 3a.

Komplethedegrad for 3. kvartal 2008

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	1	0.0
Frederiksberg Hospital	54	55	98.2
Privathospital Hamlet, Søborg	0	9	0.0
Herlev Hospital	30	56	53.6
Erichsens Privathospital A/S	36	37	97.3
Bornholms Hospital	18	22	81.8
OUH Odense Universitetshospital	0	1	0.0
OUH Svendborg Sygehus, Nyborg	39	68	57.4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	8	15	53.3
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	6	14	42.9
Fredericia Sygehus	36	37	97.3
Regionshospitalet, Horsens	5	8	62.5
Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	4	0.0
Regionshospitalet, Holstebro	30	51	58.8
Regionshospitalet Randers	24	28	85.7
Århus Universitetshospital, Skejby	5	6	83.3
Regionshospitalet Viborg	9	15	60.0
Aalborg Sygehus	0	13	0.0
Arresødal Privathospital	0	8	0.0
Bekkevoold Klinikken	0	1	0.0
Endoskopiklinikken	1	1	100.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	20	24	83.3
Danske Privathospitaler, Århus	2	8	25.0
Danske Privathospitaler, Aalborg	3	8	37.5
Danske Privathospitaler, Esbjerg	0	3	0.0
Kysthospitalet Skodsborg	0	3	0.0
Privathospitalet Kollund	2	2	100.0
Københavns Privathospital	0	1	0.0
Privathospitalet Møn	0	6	0.0
Sygehus Nord, Roskilde	15	23	65.2
Sygehus Nord, Holbæk	18	19	94.7
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	20	0.0
Sygehus Syd Næstved	4	6	66.7
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	35	40	87.5
Sygehus Thy-Mors	0	5	0.0
Landsresultat	400	618	64.7

Tabel 3b.

Komplethedegrad for 4. kvartal 2008

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	2	0.0
Frederiksberg Hospital	52	53	98.1
Privathospital Hamlet, Frederiksberg	3	3	100.0
Privathospital Hamlet, Søborg	0	16	0.0
Herlev Hospital	29	58	50.0
Erichsens Privathospital A/S	35	38	92.1
Bornholms Hospital	3	14	21.4
OUH Odense Universitetshospital	1	3	33.3
OUH Svendborg Sygehus, Nyborg	38	74	51.4
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	2	7	28.6
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	7	19	36.8
Fredericia Sygehus	36	39	92.3
Regionshospitalet, Horsens	8	14	57.1
Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	2	0.0
Regionshospitalet, Holstebro	13	36	36.1
Regionshospitalet Randers	18	20	90.0
Århus Universitetshospital, Skejby	9	11	81.8
Regionshospitalet Viborg	3	20	15.0
Aalborg Sygehus	0	10	0.0
Arresødal Privathospital	0	10	0.0
Bekkevold Klinikken	0	1	0.0
Endoskopiklinikken	3	4	75.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	29	34	85.3
Danske Privathospitaler, Århus	3	6	50.0
Danske Privathospitaler, Aalborg	3	8	37.5
Danske Privathospitaler, Esbjerg	0	7	0.0
Kysthospitalet Skodsborg	0	3	0.0
Privathospitalet Kollund	1	1	100.0
Københavns Privathospital	0	6	0.0
Privathospitalet Møn	0	5	0.0
Sygehus Nord, Roskilde	1	18	5.6
Sygehus Nord, Holbæk	16	33	48.5
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	48	0.0
Allerød Privathospital	4	4	100.0
Sygehus Syd Næstved	0	4	0.0
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	46	46	100.0
AROS Privathospital	0	1	0.0
Sygehus Thy-Mors	0	14	0.0
Landsresultat	363	692	52.5

De foregående tabeller 2a, 2b, 3a, og 3b viser complethedegrader for de fire kvartaler i 2008. Der ses som tidligere udtalt variation i complethed afdelingerne imellem.

For hele 2008 kan bemærkes:

- Ti af sygehusene med >10 forløb har en complethed på over 70%, sammenlignet med ni sygehuse i 2007
- Konsistent høje værdier fra sygehuse som Frederiksberg, Frederikshavn-Skagen, Fredericia, Nordsjælland og Randers viser, at det er muligt at opnå høj complethed i indberetningerne over hele året.
- En række private klinikker er begyndt at indberette i 2008
- Nogle af de større klinikker er kommet på banen med mange indberetninger i 2008, fx Sygehuset i Holbæk, Erichsens Privathospital, og De Vestdanske Friklinikker i Give, og til en vis grad også sygehusene i Herlev, Roskilde og Svendborg
- En række af de store offentlige sygehuse har fortsat kun lav-moderat complethed, hvilket bidrager væsentligt til den samlet set moderate complethedsgrad
- Nogle af sygehusene indberetter fortsat ikke. Det gælder enkelte offentlige sygehuse, og en række mindre private klinikker

Den generelt moderate complethedsgrad 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.

Fordeling af indberetninger mht. kirurgiske behandlingstyper

Den foreliggende årsrapport omhandler udelukkende 1397 indberettede forløb med kirurgisk behandling, dvs. 77% af i alt 1805 indberettede patientforløb i Probase 2008. Prostatarådets tidligere opfordring til kun at indberette de kirurgiske behandlinger er i 2008 ikke efterkommet i samme grad som i 2007, idet der især er indberettet flere påbegyndte forløb end tidligere.

Tabel 4. Fordelingen af indberetninger mht. alle behandlingstyper på landsplan

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kirurgisk	630	42.9	1025	45.8	1679	88.6	1726	96.0	1397	77.4
Medicinsk	281	19.1	431	19.2	73	3.9	26	1.4	98	5.4
Andet	111	7.6	205	9.2	17	0.9	4	0.2	14	0.8
Påbegyndt forløb	447	30.4	578	25.8	126	6.6	41	2.3	296	16.4
I alt	1469	100.0	2239	100.0	1895	100.0	1797	100.0	1805	100.0

Tabel 5. Fordelingen af typer af kirurgisk behandling på landsplan

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Åben prostatatektomi	16	2.5	22	2.1	40	2.4	28	1.6	18	1.3
TUR-P	467	74.1	685	66.8	931	55.4	958	55.5	753	53.9
TUI-P	47	7.5	94	9.2	150	8.9	168	9.7	106	7.6
Laser	39	6.2	141	13.8	472	28.1	529	30.6	390	27.9
Radiobølge	15	2.4	2	0.2	0	0	0	0	0	0
Mikrobølge	31	4.9	59	5.8	65	3.9	35	2.0	28	2.0
Stents	12	1.9	3	0.3	2	0.1	5	0.3	0	0
Andre	3	0.5	19	1.9	19	1.1	3	0.2	102	7.3
I alt	630	100.0	1025	100.0	1679	100.0	1726	100.0	1397	100.0

[DDRP kommentar 2008: Andelen af Laserbehandlinger har været stigende på bekostning af den klassiske TURP men har nu stabiliseret sig omkring de 30%. Det stigende andel af 'Andre' dækker formentlig over 'Mushroom', en elektrovaporisations teknik]

Indikator 1: Procentvis ændring i DANPSS symptomscore

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle kirurgisk behandlede, indberettede patienter i ProBase, 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 1397 kirurgisk behandlede patienter har 693 et registreret kontrolbesøg. Blandt de 693 patienter foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 373 patienter (54%). Det er konstateret, at hos 61 af disse patienter er DANPSS score af de indberettende enheder angivet som værende ”0” både ’før’ og ’efter’ behandlingen, heraf 42 ud af 43 kirurgiske patienter fra Erichsens Klinik med kontrolbesøg. Det er besluttet, fremover helt at ekskludere patienter med ”0” både før og efter behandlingen fra beregning af indikator 1, også bagudrettet i tidligere år. I 2008 resterer således 303 kirurgiske patienter med kontrolbesøg og to DANPSS målinger der ikke er = 0 både før og efter behandling.

Blandt de 1397 kirurgisk behandlede patienter er 843 patienter angivet behandlet på symptomatisk indikation. Af disse 843 patienter har 450 et registreret kontrolbesøg. Blandt de 450 patienter foreligger der to DANPSS målinger der ikke er = 0 både før og efter behandlingen for 259 patienter (58%), 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	208	261	79.7 (74.3 - 84.4)
2005	336	427	78.7 (74.5 - 82.5)
2006	467	596	78.4 (74.8 - 81.6)
2007	524	670	78.2 (74.9 - 81.3)
2008	238	303	78.5 (73.5 - 83.0)

Tabel 6 viser, at i 2008 har 78.5% af de indberettede kirurgiske patientforløb en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Indikatorværdien ligger på højde med de seneste to år, og standarden er opfyldt.

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	215	81.9 (76.0 - 86.8)
2005	293	354	82.8 (78.4 - 86.6)
2006	403	509	79.2 (75.4 - 82.6)
2007	467	577	80.9 (77.5 - 84.1)
2008	208	259	80.3 (74.9 - 85.0)

Blandt patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, opfylder 80,3% indikatoren. Indikatorværdien ligger på højde med tidligere år.

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

Afdeling	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	77.4 (73.0 - 81.4)	45	54	83.3 (70.7 - 92.1)
Privathospital Hamlet	-	0	0	-
Herlev Hospital	89.1 (77.8 - 95.9)	7	12	58.3 (27.7 - 84.8)
Erichsens Klinik	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Hospitalerne i Nordsjælland	75.7 (67.6 - 82.7)	26	30	86.7 (69.3 - 96.2)
Bornholms Hospital	88.5 (77.8 - 95.3)	13	21	61.9 (38.4 - 81.9)
OUH Odense Universitetshospital	94.7 (74.0 - 99.9)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
OUH Svendborg Sygehus	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	85.7 (69.7 - 95.2)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	82.6 (75.9 - 88.1)	7	7	100.0 (59.0 - 100.0)
Fredericia Sygehus	86.0 (80.5 - 90.4)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Regionshospitalet Horsens	66.7 (9.4 - 99.2)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	68.2 (45.1 - 86.1)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	76.3 (59.8 - 88.6)	26	33	78.8 (61.1 - 91.0)
Regionshospitalet Randers	78.4 (69.6 - 85.6)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Århus Universitetshospital, Skejby	94.1 (71.3 - 99.9)	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Regionshospitalet Viborg	76.5 (64.6 - 85.9)	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Aalborg Sygehus	69.5 (56.1 - 80.8)	.	.	-
Frederikshavn-Skagen Sygehus	83.7 (78.2 - 88.3)	23	28	82.1 (63.1 - 93.9)
Bekkevoold Klinikken	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Danske Privathospitaler, Herning	75.0 (34.9 - 96.8)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	88.9 (65.3 - 98.6)	15	17	88.2 (63.6 - 98.5)

Afdeling	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Danske Privathospitaler, Århus	100.0 (29.2 - 100.0)	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Danske Privathospitaler, Aalborg	-	0	0	-
Privathospitalet Kollund	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	100.0 (59.0 - 100.0)	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Sygehus Nord, Holbæk	100.0 (29.2 - 100.0)	11	14	78.6 (49.2 - 95.3)
Sygehus Syd Næstved	-	0	0	-

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 værdien i øvrigt mellem 58% og 100%. Den statistiske usikkerhed svarende til afdelingsniveau er stor, og standarden bliver opfyldt for alle sygehuse. Af tabel 8b ses, hvorvidt der foreligger DANPSS målinger før og efter behandlingen, der ikke er = 0 begge gange, for patienterne på afdelingsniveau. (Rubrikken 'Ej målt' inkluderer patienter med anført DANPSS = 0 både før og efter behandling).

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	7	11.5	54	88.5	61	13.6
Privathospital Hamlet	1	100.0	0	0	1	0.2
Herlev Hospital	9	42.9	12	57.1	21	4.7
Erichsens Klinik	42	97.7	1	2.3	43	9.6
Hospitalerne i Nordsjælland	8	21.1	30	78.9	38	8.4
Bornholms Hospital	18	46.2	21	53.8	39	8.7
OUH Odense Universitetshospital	1	50.0	1	50.0	2	0.4
OUH Svendborg Sygehus	6	75.0	2	25.0	8	1.8
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	4	80.0	1	20.0	5	1.1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	0	7	100.0	7	1.6
Fredericia Sygehus	14	58.3	10	41.7	24	5.3
Regionshospitalet Horsens	1	25.0	3	75.0	4	0.9
Regionshospitalet Holstebro	39	54.2	33	45.8	72	16.0
Regionshospitalet Randers	1	12.5	7	87.5	8	1.8
Århus Universitetshospital, Skejby	3	37.5	5	62.5	8	1.8
Regionshospitalet Viborg	4	44.4	5	55.6	9	2.0
Frederikshavn-Skagen Sygehus	3	9.7	28	90.3	31	6.9
De Vestdanske Friklinikker, Give	4	19.0	17	81.0	21	4.7
Danske Privathospitaler, Århus	0	0	2	100.0	2	0.4
Danske Privathospitaler, Aalborg	1	100.0	0	0	1	0.2
Privathospitalet Kollund	0	0	1	100.0	1	0.2
Sygehus Nord, Roskilde	8	61.5	5	38.5	13	2.9
Sygehus Nord, Holbæk	16	53.3	14	46.7	30	6.7
Sygehus Syd Næstved	1	100.0	0	0	1	0.2
I alt	191	42.4	259	57.6	450	100.0

[DDRP-kommentar: 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 327 (73%) ud af 450 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	441	46.3 (41.5 - 51.0)
2006	314	681	46.1 (42.3 - 49.9)
2007	387	737	52.5 (48.8 - 56.2)
2008	163	327	49.8 (44.3 - 55.4)

Tabel 9 viser, at 49.8% af de patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation i 2008, har opnået en 100% forbedring i vandladningshastigheden. Standarden er ikke opfyldt. Indikatorværdien er på niveau med sidste års værdi.

Det bemærkes, at jvf. sidste årsrapport var indikatoropfyldelsen i 2007 49,2% på baggrund af 417 relevante forløb. Der ses nu 737 relevante forløb i 2007, og indikatorværdien for 2007 er steget lidt til 52,5%.

Efter møde i Prostatarådet blev det besluttet at opgøre andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation) stratificeret på resultat af frit flow før behandlingen (max flow = 0 ekskluderet). Median max flow før behandling var 8.2 ml/sek (bilag). Af supplerende tabeller 9.1.-9.4. (bilag) ses, at andelen med mindst 100% forbedring falder med stigende max flow før behandling: 81% ved max flow <5 ml/sek, 58% ved max flow 5-9.9ml/sek, 31% ved max flow 10-14.9 ml/sek, og 12% ved max flow 15 ml/sek eller mere.

Indikatoren er også opgjort stratificeret på resultat af residual urin (i kvartiler) før behandlingen. Af supplerende tabeller 9.5.-9.9. (bilag) ses, at andelen med mindst 100% forbedring er ret uafhængig af residual urin volumen, men dog størst ved residual urin på 230 ml eller mere.

[DDRP-kommentar: Efter gennemgang af litteraturen synes der ikke at være grundlag for at indikatoren skal ændres. Selv når man stratificerer patienterne findes der ingen forklaring på hvorfor indikatoren

ikke kan opfyldes. Det kunne tyde på at den kirurgisk kvalitet ikke er så god som man kunne ønske. Med tiden må vi kunne se hvilke patienter det drejer sig om, hvilken teknik de er opereret med, hvilke symptomer de har og hvordan deres tilfredshedsgrad er. Her er der anledning til et egentlig forskningsprojekt.]

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	2003-2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	42.7 (37.8 - 47.7)	27	51	52.9 (38.5 - 67.1)
Privathospital Hamlet	-	0	0	-
Herlev Hospital	39.8 (30.9 - 49.3)	6	15	40.0 (16.3 - 67.7)
Erichsens Klinik	-	14	29	48.3 (29.4 - 67.5)
Hospitalerne i Nordsjælland	52.3 (45.1 - 59.4)	16	30	53.3 (34.3 - 71.7)
Bornholms Hospital	35.3 (24.1 - 47.8)	9	21	42.9 (21.8 - 66.0)
OUH Odense Universitetshospital	37.1 (21.5 - 55.1)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
OUH Svendborg Sygehus	-	2	6	33.3 (4.3 - 77.7)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	62.8 (46.7 - 77.0)	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	55.0 (47.2 - 62.6)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Fredericia Sygehus	45.2 (38.8 - 51.7)	9	13	69.2 (38.6 - 90.9)
Regionshospitalet Horsens	40.0 (5.3 - 85.3)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Brødstrup	56.0 (34.9 - 75.6)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	51.6 (44.7 - 58.5)	21	43	48.8 (33.3 - 64.5)
Regionshospitalet Randers	46.3 (37.7 - 55.1)	1	7	14.3 (0.4 - 57.9)
Århus Universitetshospital, Skejby	66.7 (47.2 - 82.7)	4	6	66.7 (22.3 - 95.7)
Regionshospitalet Viborg	40.4 (30.2 - 51.4)	3	9	33.3 (7.5 - 70.1)
Aalborg Sygehus	40.6 (28.5 - 53.6)	.	.	-
Frederikshavn-Skagen Sygehus	58.1 (51.4 - 64.5)	16	27	59.3 (38.8 - 77.6)
Bekkevoild Klinikken	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Danske Privathospitaler, Herning	87.5 (47.3 - 99.7)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	63.2 (38.4 - 83.7)	8	16	50.0 (24.7 - 75.3)
Danske Privathospitaler, Århus	33.3 (0.8 - 90.6)	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Danske Privathospitaler, Aalborg	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Privathospitalet Kollund	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	66.7 (41.0 - 86.7)	6	11	54.5 (23.4 - 83.3)
Sygehus Nord, Holbæk	66.7 (9.4 - 99.2)	6	25	24.0 (9.4 - 45.1)
Sygehus Syd Næstved	30.0 (6.7 - 65.2)	0	0	-

Tabel 10 viser, at for mange af sygehusene med et større antal relevante forløb har mellem 40% og 60% af patienterne opnået 100% forbedring af vandladningshastigheden. Dette niveau er uændret fra perioden 2003 – 2007. For de fleste af de større sygehuse ligger standardværdien på 70% over den øvre værdi i deres statistiske konfidensinterval.

[DDRP-kommentar 8: 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	427	111.6	134.2	-100	842.4	83.3	22.0	164.3
2006	661	120.6	154.0	-100	1050	85.4	18.4	174.2
2007	698	137.3	168.9	-100	1460	100.0	31.7	198.6
2008	309	130.6	159.9	-100	1100	90.0	29.0	199.1

Tabel 10b viser, at halvdelen af patienterne i 2008 ligger mellem 29% og 199% forbedring, med en fjerdedel under 29% og en fjerdedel over 199% forbedring. Den gennemsnitlige forbedring er derimod på 131%, da en del patienter oplever meget store forbedringer målt i procent.

Efter møde i Prostatrådet blev det besluttet at opgøre gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed som ovenfor, stratificeret på resultat af frit flow før behandlingen, jf. også tabel 9, supplerende. Median max flow før behandling var 8.2 ml/sek (bilag). Af supplerende tabeller 10b.1-4 (bilag) ses, at ændringen i vandladningshastighed falder fra en medianværdi på 230% ved max flow <5 ml/sek til 29% ved max flow 15 ml/sek eller mere. Ændringen i vandladningshastighed er også opgjort stratificeret på resultat af residual urin (i kvartiler) før behandlingen, jf. også tabel 9, supplerende. Af supplerende tabeller 10b.5-9 (bilag) ses, at andelen med mindst 100% forbedring er ret uafhængig af residual urin volumen, men dog størst ved residual urin på 230 ml eller mere.

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	48	96.8	109.7	-65.3	388.6	93.3	11.0	163.9
Privathospital Hamlet	0	0	0	0	0	0	0	0
Herlev Hospital	15	177.9	213.4	-51.7	647.6	76.5	30.0	378.3
Erichsens Klinik	28	87.1	175.9	-100	727.7	49.2	-31.5	176.3
Hospitalerne i Nordsjælland	26	130.6	149.1	-51.4	573.9	87.0	23.4	203.8
Bornholms Hospital	21	97.6	63.3	-1.1	217.4	83.3	59.5	122.0
OUH Odense Universitetshospital	2	195.4	280.2	-2.8	393.5	195.4	-2.8	393.5
OUH Svendborg Sygehus	6	77.9	113.4	-1.3	288.9	24.2	5.0	126.5
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	2	128.8	30.1	107.5	150.0	128.8	107.5	150.0

Afdeling	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	7	167.0	96.3	83.2	357.6	143.3	92.5	209.4
Fredericia Sygehus	11	181.9	187.5	-35.5	639.0	164.8	61.1	206.7
Regionshospitalet Horsens	2	280.1	190.2	145.6	414.6	280.1	145.6	414.6
Regionshospitalet Holstebro	40	128.6	120.8	-19.5	392.5	84.9	48.2	220.5
Regionshospitalet Randers	7	77.4	170.7	-67.7	450.0	29.9	-2.2	79.3
Århus Universitetshospital, Skejby	5	142.8	64.7	63.0	217.2	146.3	94.7	193.0
Regionshospitalet Viborg	9	65.9	83.0	-22.8	179.2	29.4	16.3	165.0
Frederikshavn-Skagen Sygehus	27	210.4	261.5	-33.3	1100	127.3	75.0	271.4
De Vestdanske Friklinikker, Give	14	152.8	164.0	-100	432.3	106.1	22.4	307.6
Danske Privathospitaler, Århus	2	387.3	47.0	354.0	420.5	387.3	354.0	420.5
Danske Privathospitaler, Aalborg	1	233.3	0	233.3	233.3	233.3	233.3	233.3
Privathospitalet Kollund	1	188.9	0	188.9	188.9	188.9	188.9	188.9
Sygehus Nord, Roskilde	10	125.8	173.8	-42.6	576.7	94.7	30.0	163.0
Sygehus Nord, Holbæk	25	121.4	175.8	-60.5	634.9	72.9	31.8	96.7
Sygehus Syd Næstved	0	0	0	0	0	0	0	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)

År	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	268	31.7	154.8	-513	499.0	15.5	-55.5	120.5
2005	406	41.7	152.6	-552	1025	33.0	-35.0	104.0
2006	579	28.1	137.6	-576	527.0	23.0	-47.0	101.0
2007	680	51.0	170.3	-722	1851	41.0	-33.0	129.5
2008	299	54.9	220.7	-631	2650	31.0	-37.0	116.0

Tabel 10d viser, at medianværdien for ændring i miktionsvolumen blandt patienter med målt volumen før og efter behandling er på 31 ml, og den gennemsnitlige ændring på 55 ml.

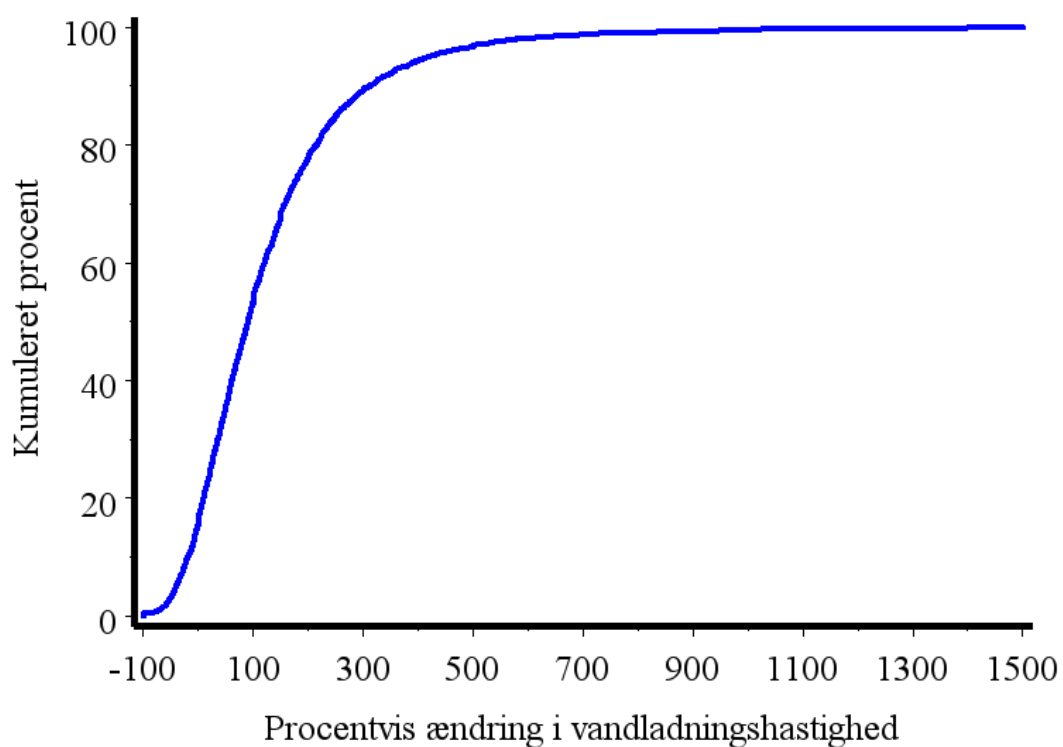
Tabel 10e. Gennemsnit/median for ændringer i miktionsvolumen på afdelingsniveau (kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, patienter med måling af miktionsvolumen både før og efter)

Afdeling	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Frederiksberg Hospital	51	84.8	157.5	-251	467.0	62.0	-6.7	163.0
Privathospital Hamlet	0	0	0	0	0	0	0	0
Herlev Hospital	15	82.6	158.5	-100	493.0	36.0	-31.0	179.0
Erichsens Klinik	30	-40.2	163.0	-631	251.0	-22.0	-97.0	14.0

Afdeling	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Hospitalerne i Nordsjælland	31	1.6	115.7	-311	220.0	23.0	-50.0	72.0
Bornholms Hospital	0	0	0	0	0	0	0	0
OUH Odense Universitetshospital	2	40.0	141.4	-60.0	140.0	40.0	-60.0	140.0
OUH Svendborg Sygehus	6	77.7	102.0	-14.0	233.0	54.5	-11.0	149.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	0	0	0	0	0	0	0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	7	98.6	175.2	-113	365.0	59.0	-86.0	223.0
Fredericia Sygehus	12	-37.6	98.7	-244	86.0	7.5	-104	23.0
Regionshospitalet Horsens	3	39.3	68.7	-32.0	105.0	45.0	-32.0	105.0
Regionshospitalet Holstebro	38	87.7	137.0	-319	376.0	74.5	11.0	187.0
Regionshospitalet Randers	7	-35.7	76.8	-116	66.0	-62.0	-111	66.0
Århus Universitetshospital, Skejby	6	-27.8	25.7	-58.0	9.0	-29.5	-52.0	-7.0
Regionshospitalet Viborg	6	16.0	53.5	-83.0	80.0	25.0	18.0	31.0
Frederikshavn-Skagen Sygehus	28	78.0	172.4	-219	737.0	61.5	-13.0	133.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	17	45.9	203.9	-303	450.0	77.8	-97.0	101.0
Danske Privathospitaler, Århus	2	198.5	202.9	55.0	342.0	198.5	55.0	342.0
Danske Privathospitaler, Aalborg	1	2650	0	2650	2650	2650	2650	2650
Privathospitalet Kollund	1	50.0	0	50.0	50.0	50.0	50.0	50.0
Sygehus Nord, Roskilde	11	152.8	263.9	-212	707.0	104.0	-8.0	289.0
Sygehus Nord, Holbæk	25	14.0	183.1	-359	409.0	15.4	-78.2	72.0
Sygehus Syd Næstved	0	0	0	0	0	0	0	0

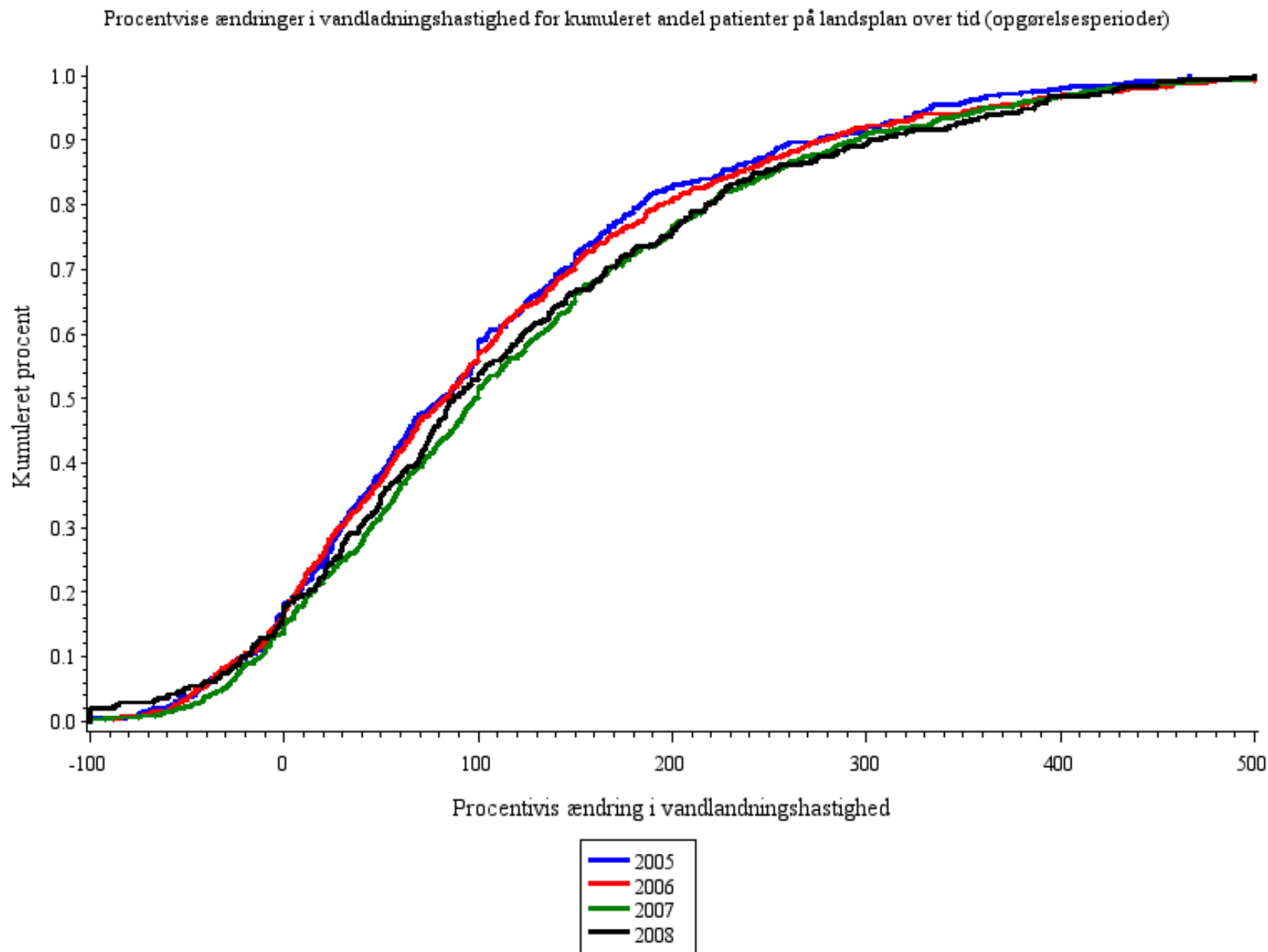
Figur 1. Procentvise ændringer i vandladningshastighed i 2008 for kumuleret andel patienter på landsplan

Procentvise ændringer i vandladningshastighed for kumuleret andel patienter på landsplan



[DDRP-kommentar: Det er bemærkelsesværdigt at op mod 20% af patienterne ikke opnår en flowforbedring ved kirurgisk behandling. Der er dog en vist forbedring at spore over tid – se figur 2.]

Figur 2. Procentvise ændringer i vandladningshastighed for kumuleret andel patienter på landsplan over tid (opgørelsesperioder)



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 693 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg, og af disse har 546 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		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	7	1.5	13	1.8	13	1.1	13	1.1	6	1.1
Utilfreds, uændrede symptomer	22	4.8	39	5.4	84	6.8	48	4.0	23	4.2
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	50	11.0	59	8.1	94	7.6	92	7.7	34	6.2
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	141	31.0	210	29.0	351	28.4	326	27.1	153	28.0
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	225	49.5	383	52.8	660	53.5	696	57.9	320	58.6
Ved ikke	10	2.2	21	2.9	32	2.6	27	2.2	10	1.8
I alt	455	100.0	725	100.0	1234	100.0	1202	100.0	546	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		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	4	1.2	8	1.6	6	0.9	8	1.2	3	1.1
Utilfreds, uændrede symptomer	11	3.3	28	5.7	44	6.5	31	4.8	14	5.0
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	35	10.5	37	7.5	46	6.8	55	8.5	16	5.7
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	108	32.3	153	30.9	185	27.2	176	27.1	80	28.7
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	171	51.2	258	52.1	379	55.7	363	55.9	159	57.0
Ved ikke	5	1.5	11	2.2	21	3.1	16	2.5	7	2.5
I alt	334	100.0	495	100.0	681	100.0	649	100.0	279	100.0

Tabel 11c. Subjektiv patienttilfredshed blandt Laser behandlede

Subjektiv vurdering	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	0	0	2	2.1	5	1.4	4	1.0	2	1.2
Utilfreds, uændrede symptomer	1	3.0	3	3.1	19	5.2	9	2.3	0	0
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	2	6.1	7	7.3	32	8.8	21	5.3	12	7.3
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	8	24.2	28	29.2	106	29.3	117	29.4	42	25.6
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	21	63.6	50	52.1	191	52.8	238	59.8	107	65.2
Ved ikke	1	3.0	6	6.3	9	2.5	9	2.3	1	0.6
I alt	33	100.0	96	100.0	362	100.0	398	100.0	164	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	593	725	81.8 (78.8 - 84.5)
2006	1011	1234	81.9 (79.7 - 84.0)
2007	1022	1202	85.0 (82.9 - 87.0)
2008	473	546	86.6 (83.5 - 89.4)

Tabel 12 viser, at andelen af tilfredse patienter blandt alle kirurgisk behandlede var 86,6 % i 2008. Standarden vedrørende subjektiv patienttilfredshed er således opfyldt, og der ses en konstant stigning i indikatorværdien år efter år.

Ad B) på afdelingsniveau.

Tabel 13. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede på afdelingsniveau

Afdeling	Utilfreds, værre end før behandlingen		Utilfreds, uændrede symptomer		Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring		Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri		Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat		Ved ikke		I alt N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	1	1.2	3	3.7	5	6.1	27	32.9	46	56.1	0	0	82
Herlev Hospital	0	0	1	4.0	1	4.0	10	40.0	13	52.0	0	0	25
Erichsens Klinik	0	0	0	0	4	9.3	20	46.5	19	44.2	0	0	43
Hospitalerne i Nordsjælland	1	2.1	3	6.3	1	2.1	8	16.7	34	70.8	1	2.1	48
Bornholms Hospital	1	4.5	0	0	1	4.5	10	45.5	10	45.5	0	0	22
OUH Odense Universitetshospital	0	0	0	0	1	33.3	0	0	2	66.7	0	0	3
OUH Svendborg Sygehus	0	0	3	12.0	2	8.0	9	36.0	10	40.0	1	4.0	25
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	0	1	8.3	1	8.3	4	33.3	5	41.7	1	8.3	12
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	0	0	0	0	0	0	0	9	100.0	0	0	9
Fredericia Sygehus	0	0	1	3.7	2	7.4	11	40.7	11	40.7	2	7.4	27
Regionshospitalet Horsens	0	0	0	0	0	0	4	33.3	8	66.7	0	0	12
Regionshospitalet Holstebro	0	0	3	4.8	6	9.7	9	14.5	42	67.7	2	3.2	62
Regionshospitalet Randers	0	0	2	16.7	1	8.3	4	33.3	5	41.7	0	0	12
Århus Universitetshospital, Skejby	1	16.7	0	0	0	0	0	0	5	83.3	0	0	6
Regionshospitalet Viborg	0	0	1	7.7	1	7.7	4	30.8	7	53.8	0	0	13
Frederikshavn-Skagen Sygehus	1	2.1	2	4.2	2	4.2	7	14.6	35	72.9	1	2.1	48
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	0	1	4.8	1	4.8	6	28.6	13	61.9	0	0	21
Danske Privathospitaler, Århus	0	0	0	0	0	0	0	0	3	100.0	0	0	3
Danske Privathospitaler, Aalborg	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.0	0	0	1
Privathospitalet Kollund	0	0	0	0	0	0	0	0	1	100.0	0	0	1
Sygehus Nord, Roskilde	0	0	0	0	3	10.3	8	27.6	18	62.1	0	0	29
Sygehus Nord, Holbæk	1	2.6	1	2.6	2	5.3	12	31.6	20	52.6	2	5.3	38
Sygehus Syd Næstved	0	0	1	25.0	0	0	0	0	3	75.0	0	0	4
I alt	6	1.1	23	4.2	34	6.2	153	28.0	320	58.6	10	1.8	546

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	2003-2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	40.0 (5.3 - 85.3)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	83.8 (80.7 - 86.6)	73	82	89.0 (80.2 - 94.9)
Herlev Hospital	83.7 (77.5 - 88.7)	23	25	92.0 (74.0 - 99.0)
Erichsens Klinik	-	39	43	90.7 (77.9 - 97.4)
Hospitalet i Nordsjælland	76.3 (71.2 - 80.8)	42	48	87.5 (74.8 - 95.3)
Bornholms Hospital	92.5 (85.1 - 96.9)	20	22	90.9 (70.8 - 98.9)
OUH Odense Universitetshospital	82.8 (71.3 - 91.1)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
OUH Svendborg Sygehus	-	19	25	76.0 (54.9 - 90.6)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	88.7 (81.8 - 93.7)	9	12	75.0 (42.8 - 94.5)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	88.5 (83.5 - 92.4)	9	9	100.0 (66.4 - 100.0)
Fredericia Sygehus	83.0 (79.5 - 86.1)	22	27	81.5 (61.9 - 93.7)
Regionshospitalet Horsens	92.3 (64.0 - 99.8)	12	12	100.0 (73.5 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	89.3 (71.8 - 97.7)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	85.9 (82.2 - 89.2)	51	62	82.3 (70.5 - 90.8)
Regionshospitalet Randers	67.8 (61.0 - 74.1)	9	12	75.0 (42.8 - 94.5)
Århus Universitetshospital, Skejby	78.6 (65.6 - 88.4)	5	6	83.3 (35.9 - 99.6)
Regionshospitalet Viborg	73.4 (66.8 - 79.3)	11	13	84.6 (54.6 - 98.1)
Aalborg Sygehus	78.3 (69.6 - 85.4)	.	.	-
Frederikshavn-Skagen Sygehus	89.3 (85.5 - 92.5)	42	48	87.5 (74.8 - 95.3)
Bekkevoold Klinikken	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Danske Privathospitaler, Herning	93.3 (68.1 - 99.8)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	90.9 (70.8 - 98.9)	19	21	90.5 (69.6 - 98.8)
Danske Privathospitaler, Århus	100.0 (39.8 - 100.0)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Danske Privathospitaler, Aalborg	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Privathospitalet Kollund	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	86.7 (69.3 - 96.2)	26	29	89.7 (72.6 - 97.8)
Sygehus Nord, Holbæk	90.0 (55.5 - 99.7)	32	38	84.2 (68.7 - 94.0)
Sygehus Syd Næstved	73.9 (51.6 - 89.8)	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)

Standarden er opfyldt for alle sygehuse, når den statistiske usikkerhed tages i betragtning.

[DDRP kommentar: Man skal huske at patienttilfredsheden er en meget blød parameter, som kan påvirkes af talrige ydre omstændigheder.]

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 843 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=66) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget på A) samlede data og B) på afdelingsniveau.

Ad A) samlede data

Tabel 15. Udfyldte vandladningsskemaer

Udfyldt skema	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	1	0.3	77	11.7	135	13.6	90	8.5	66	7.8
Ja	299	75.7	437	66.2	618	62.2	703	66.1	557	66.1
Nej	65	16.5	110	16.7	190	19.1	182	17.1	181	21.5
Uoplyst	30	7.6	36	5.5	50	5.0	89	8.4	39	4.6
I alt	395	100.0	660	100.0	993	100.0	1064	100.0	843	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 de senere år.

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	437	583	75.0 (71.2 - 78.4)
2006	618	858	72.0 (68.9 - 75.0)
2007	703	974	72.2 (69.2 - 75.0)
2008	557	777	71.7 (68.4 - 74.8)

Tabel 16 viser, at andelen af patienter der opfylder indikatoren er 71,7%. Standarden er ikke opfyldt, og indikatorværdien er tæt på tidligere års værdier.

Ad B) på afdelingsniveau

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

Afdeling	Udfyldt skema								I alt N
	Missing		Ja		Nej		Uoplyst		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	2	1.7	85	70.8	27	22.5	6	5.0	120
Privathospital Hamlet	0	0	3	100.0	0	0	0	0	3
Herlev Hospital	1	2.0	36	73.5	10	20.4	2	4.1	49
Erichsens Klinik	0	0	7	8.6	74	91.4	0	0	81
Hospitalerne i Nordsjælland	0	0	35	87.5	5	12.5	0	0	40
Bornholms Hospital	39	100.0	0	0	0	0	0	0	39
OUH Odense Universitetshospital	1	16.7	5	83.3	0	0	0	0	6
OUH Svendborg Sygehus	0	0	33	78.6	3	7.1	6	14.3	42
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	10	90.9	1	9.1	0	0	0	0	11
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	0	17	89.5	1	5.3	1	5.3	19
Fredericia Sygehus	0	0	31	75.6	3	7.3	7	17.1	41
Regionshospitalet Horsens	0	0	8	57.1	2	14.3	4	28.6	14
Regionshospitalet Holstebro	0	0	66	68.0	26	26.8	5	5.2	97
Regionshospitalet Randers	0	0	34	91.9	2	5.4	1	2.7	37
Århus Universitetshospital, Skejby	0	0	15	88.2	2	11.8	0	0	17
Regionshospitalet Viborg	8	66.7	4	33.3	0	0	0	0	12
Frederikshavn-Skagen Sygehus	0	0	64	85.3	10	13.3	1	1.3	75
Danske Privathospitaler, Herning	3	100.0	0	0	0	0	0	0	3
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	0	43	89.6	2	4.2	3	6.3	48
Danske Privathospitaler, Århus	0	0	7	100.0	0	0	0	0	7
Danske Privathospitaler, Aalborg	0	0	2	50.0	1	25.0	1	25.0	4
Privathospitalet Kollund	0	0	1	100.0	0	0	0	0	1
Sygehus Nord, Roskilde	2	14.3	9	64.3	3	21.4	0	0	14
Sygehus Nord, Holbæk	0	0	48	82.8	8	13.8	2	3.4	58
Allerød Privathospital	0	0	3	75.0	1	25.0	0	0	4
Sygehus Syd Næstved	0	0	0	0	1	100.0	0	0	1
I alt	66	7.8	557	66.1	181	21.5	39	4.6	843

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

Afdeling	2003-2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	69.7 (65.5 - 73.7)	85	118	72.0 (63.0 - 79.9)
Privathospital Hamlet	-	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Herlev Hospital	69.6 (63.0 - 75.7)	36	48	75.0 (60.4 - 86.4)
Erichsens Klinik	-	7	81	8.6 (3.5 - 17.0)
Hospitallerne i Nordsjælland	71.3 (65.4 - 76.6)	35	40	87.5 (73.2 - 95.8)
Bornholms Hospital	-	0	0	-
OUH Odense Universitetshospital	77.8 (64.4 - 88.0)	5	5	100.0 (47.8 - 100.0)
OUH Svendborg Sygehus	-	33	42	78.6 (63.2 - 89.7)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	75.0 (34.9 - 96.8)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	88.4 (83.1 - 92.5)	17	19	89.5 (66.9 - 98.7)
Fredericia Sygehus	80.5 (75.7 - 84.7)	31	41	75.6 (59.7 - 87.6)
Regionshospitalet Horsens	52.6 (28.9 - 75.6)	8	14	57.1 (28.9 - 82.3)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	85.2 (66.3 - 95.8)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	52.5 (46.9 - 58.0)	66	97	68.0 (57.8 - 77.1)
Regionshospitalet Randers	76.1 (70.6 - 81.0)	34	37	91.9 (78.1 - 98.3)
Århus Universitetshospital, Skejby	65.7 (53.4 - 76.7)	15	17	88.2 (63.6 - 98.5)
Regionshospitalet Viborg	80.5 (69.9 - 88.7)	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
Aalborg Sygehus	52.9 (41.8 - 63.9)	.	.	-
Frederikshavn-Skagen Sygehus	90.6 (86.5 - 93.8)	64	75	85.3 (75.3 - 92.4)
Bekkevoild Klinikken	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Danske Privathospitaler, Herning	100.0 (69.2 - 100.0)	0	0	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	83.3 (65.3 - 94.4)	43	48	89.6 (77.3 - 96.5)
Danske Privathospitaler, Århus	100.0 (29.2 - 100.0)	7	7	100.0 (59.0 - 100.0)
Danske Privathospitaler, Aalborg	-	2	4	50.0 (6.8 - 93.2)
Privathospitalet Kollund	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	94.4 (72.7 - 99.9)	9	12	75.0 (42.8 - 94.5)
Sygehus Nord, Holbæk	100.0 (47.8 - 100.0)	48	58	82.8 (70.6 - 91.4)
Allerød Privathospital	-	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)
Sygehus Syd Næstved	25.0 (7.3 - 52.4)	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)

Der ses lidt mindre spredning mht. indikatoropfyldelse mellem sygehuse end tidligere. Sygehuset på Bornholm har alle patienter 'missing' (indberetter kun til ProsBase Light?) og Erichsens Klinik angiver kun at have udfyldt få skemaer. På de øvrige større sygehuse varierer indikatoropfyldelsen typisk fra 70%-90%. Den statistiske usikkerhed taget i betragtning opfylder de fleste sygehuse standarden.

[DDR kommentar: 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. Prosbaser 'light' skal fravælges fremover. 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 843 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=107) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget 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		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	22	5.6	71	10.8	150	15.1	140	13.2	107	12.7
Under 150 ml	156	39.5	261	39.5	367	37.0	374	35.2	310	36.8
Over 150 ml	217	54.9	328	49.7	476	47.9	550	51.7	426	50.5
I alt	395	100.0	660	100.0	993	100.0	1064	100.0	843	100.0

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	589	55.7 (51.6 - 59.7)
2006	476	843	56.5 (53.0 - 59.8)
2007	550	924	59.5 (56.3 - 62.7)
2008	426	736	57.9 (54.2 - 61.5)

Tabel 20 viser at 57,9% af patienterne har et miktionsvolumen, der overstiger 150 ml. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt, og indikatorværdien er tæt på 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	1	0.8	62	51.7	57	47.5	120
Privathospital Hamlet	0	0	1	33.3	2	66.7	3
Herlev Hospital	4	8.2	20	40.8	25	51.0	49
Erichsens Klinik	16	19.8	30	37.0	35	43.2	81
Hospitalet i Nordsjælland	2	5.0	16	40.0	22	55.0	40
Bornholms Hospital	39	100.0	0	0	0	0	39
OUH Odense Universitetshospital	0	0	2	33.3	4	66.7	6
OUH Svendborg Sygehus	3	7.1	15	35.7	24	57.1	42
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	9	81.8	0	0	2	18.2	11
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	0	7	36.8	12	63.2	19
Fredericia Sygehus	3	7.3	15	36.6	23	56.1	41
Regionshospitalet Horsens	3	21.4	2	14.3	9	64.3	14
Regionshospitalet Holstebro	11	11.3	42	43.3	44	45.4	97
Regionshospitalet Randers	1	2.7	9	24.3	27	73.0	37
Århus Universitetshospital, Skejby	1	5.9	8	47.1	8	47.1	17
Regionshospitalet Viborg	3	25.0	7	58.3	2	16.7	12
Frederikshavn-Skagen Sygehus	4	5.3	19	25.3	52	69.3	75
Danske Privathospitaler, Herning	0	0	1	33.3	2	66.7	3
De Vestdanske Friklinikker, Give	2	4.2	20	41.7	26	54.2	48
Danske Privathospitaler, Århus	0	0	4	57.1	3	42.9	7
Danske Privathospitaler, Aalborg	1	25.0	2	50.0	1	25.0	4
Privathospitalet Kollund	0	0	0	0	1	100.0	1
Sygehus Nord, Roskilde	1	7.1	5	35.7	8	57.1	14
Sygehus Nord, Holbæk	2	3.4	21	36.2	35	60.3	58
Allerød Privathospital	0	0	2	50.0	2	50.0	4
Sygehus Syd Næstved	1	100.0	0	0	0	0	1
I alt	107	12.7	310	36.8	426	50.5	843

Få sygehuse står for hovedparten af indberettede patienter med 'missing' angivelse af miktionsvolumen.

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

Afdeling	2003-2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	40.8 (36.6 - 45.1)	57	119	47.9 (38.7 - 57.2)
Privathospital Hamlet	-	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Herlev Hospital	48.5 (41.5 - 55.6)	25	45	55.6 (40.0 - 70.4)
Erichsens Klinik	-	35	65	53.8 (41.0 - 66.3)

Afdeling	2003-2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Hospitalerne i Nordsjælland	68.6 (62.6 - 74.1)	22	38	57.9 (40.8 - 73.7)
OUH Odense Universitetshospital	58.5 (44.1 - 71.9)	4	6	66.7 (22.3 - 95.7)
OUH Svendborg Sygehus	-	24	39	61.5 (44.6 - 76.6)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	69.2 (38.6 - 90.9)	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	76.8 (70.2 - 82.5)	12	19	63.2 (38.4 - 83.7)
Fredericia Sygehus	64.9 (59.3 - 70.1)	23	38	60.5 (43.4 - 76.0)
Regionshospitalet Horsens	82.4 (56.6 - 96.2)	9	11	81.8 (48.2 - 97.7)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	48.1 (28.7 - 68.1)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	53.8 (47.4 - 60.1)	44	86	51.2 (40.1 - 62.1)
Regionshospitalet Randers	49.8 (43.4 - 56.2)	27	36	75.0 (57.8 - 87.9)
Århus Universitetshospital, Skejby	53.2 (40.1 - 66.0)	8	16	50.0 (24.7 - 75.3)
Regionshospitalet Viborg	48.7 (39.2 - 58.3)	2	9	22.2 (2.8 - 60.0)
Aalborg Sygehus	65.4 (54.0 - 75.7)	.	.	-
Frederikshavn-Skagen Sygehus	75.2 (69.6 - 80.2)	52	71	73.2 (61.4 - 83.1)
Danske Privathospitaler, Herning	66.7 (29.9 - 92.5)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
De Vestdanske Friklinikker, Give	55.2 (35.7 - 73.6)	26	46	56.5 (41.1 - 71.1)
Danske Privathospitaler, Århus	0.0 (0.0 - 70.8)	3	7	42.9 (9.9 - 81.6)
Danske Privathospitaler, Aalborg	-	1	3	33.3 (0.8 - 90.6)
Privathospitalet Kollund	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	72.2 (46.5 - 90.3)	8	13	61.5 (31.6 - 86.1)
Sygehus Nord, Holbæk	60.0 (14.7 - 94.7)	35	56	62.5 (48.5 - 75.1)
Allerød Privathospital	-	2	4	50.0 (6.8 - 93.2)
Sygehus Syd Næstved	69.2 (38.6 - 90.9)	.	.	-

Tabel 22 viser, at indikatorværdierne på de enkelte afdelinger varierer meget. 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 kommentar: 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. En løsning kan være, at lade ambulatoriesygeplejerskerne foretage kontrollerne, nogle steder øger det også antallet af udfyldte DANPSS skemaer... 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. 2008 (doi:10.1111/j1442-2042.2007.01691.x.)]

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 1254 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	913	2.82	10.74	0	284	2.0	1.0	3.0
2006	1479	3.10	15.95	0	319	1.0	1.0	2.0
2007	1579	2.07	3.39	0	65	1.0	1.0	2.0
2008	1254	1.86	1.97	0	32	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	913	5.0 (3.7 - 6.7)
2006	61	1479	4.1 (3.2 - 5.3)
2007	50	1579	3.2 (2.4 - 4.2)
2008	39	1254	3.1 (2.2 - 4.2)

Tabel 24 viser at kun 39 (3.1%) ud af 1254 patienter, der blev behandlet i 2008, havde 7 eller flere sengedage efter behandlingsdatoen. Standarden vedrørende sengedage er klart opfyldt, og andelen af patienter med 7 eller flere sengedage er halveret siden 2003-04.

Ad B) på afdelingsniveau

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

Afdeling	2003-2007 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	16.7 (0.4 - 64.1)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	4.4 (3.1 - 6.1)	7	172	4.1 (1.7 - 8.2)
Privathospital Hamlet	-	0	3	0.0 (0.0 - 70.8)
Herlev Hospital	8.9 (5.5 - 13.5)	4	71	5.6 (1.6 - 13.8)
Erichsens Klinik	-	0	89	0.0 (0.0 - 4.1)
Hospitalet i Nordsjælland	5.5 (3.4 - 8.5)	1	57	1.8 (0.0 - 9.4)
Bornholms Hospital	11.2 (6.5 - 17.5)	5	41	12.2 (4.1 - 26.2)
OUH Odense Universitetshospital	18.0 (9.4 - 30.0)	0	10	0.0 (0.0 - 30.8)
OUH Svendborg Sygehus	-	4	101	4.0 (1.1 - 9.8)
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	1.8 (0.4 - 5.3)	1	27	3.7 (0.1 - 19.0)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	2.5 (0.9 - 5.4)	0	24	0.0 (0.0 - 14.2)
Fredericia Sygehus	2.4 (1.3 - 3.9)	0	104	0.0 (0.0 - 3.5)
Regionshospitalet Horsens	2.6 (0.1 - 13.8)	2	37	5.4 (0.7 - 18.2)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	3.6 (0.1 - 18.3)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	2.5 (1.3 - 4.2)	2	137	1.5 (0.2 - 5.2)
Regionshospitalet Randers	2.5 (1.1 - 4.8)	0	50	0.0 (0.0 - 7.1)
Århus Universitetshospital, Skejby	7.9 (3.7 - 14.5)	0	21	0.0 (0.0 - 16.1)
Regionshospitalet Viborg	3.6 (1.8 - 6.6)	0	22	0.0 (0.0 - 15.4)
Aalborg Sygehus	2.1 (0.4 - 6.0)	.	.	-
Frederikshavn-Skagen Sygehus	4.7 (2.8 - 7.3)	2	64	3.1 (0.4 - 10.8)
Bekkevoild Klinikken	0.0 (0.0 - 97.5)	.	.	-
Danske Privathospitaler, Herning	0.0 (0.0 - 20.6)	0	6	0.0 (0.0 - 45.9)
De Vestdanske Friklinikker, Give	0.0 (0.0 - 10.9)	0	68	0.0 (0.0 - 5.3)
Danske Privathospitaler, Århus	0.0 (0.0 - 60.2)	0	10	0.0 (0.0 - 30.8)
Danske Privathospitaler, Aalborg	-	0	6	0.0 (0.0 - 45.9)
Privathospitalet Kollund	-	0	2	0.0 (0.0 - 84.2)
Sygehus Nord, Roskilde	6.5 (0.8 - 21.4)	6	36	16.7 (6.4 - 32.8)
Sygehus Nord, Holbæk	0.0 (0.0 - 28.5)	3	86	3.5 (0.7 - 9.9)
Allerød Privathospital	-	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Sygehus Syd Næstved	0.0 (0.0 - 12.8)	2	6	33.3 (4.3 - 77.7)

Tabel 25 viser de afdelingspecifikke indikatorværdier for antallet af sengedage. Andelen af patienter der har ≥ 7 sengedage varierer fra 0% på en række afdelinger og op til 33%. Den statistiske usikkerhed er meget stor, og alle sygehuse opfylder standarden.

[DDRP -kommentar: Med et senge-dagsforbrug med en median på 2 dage (postoperativ) nærmer den kirurgiske behandling sig et område for samme-dagskirugi for udvalgte patientgrupper. Femoghalvfjerds procent af patienterne i 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	deldøgn	dagkirurgi/ enkeldøgn	I alt
	n	n	n	n	n	N
Frederiksberg Hospital	0	174	22	0	0	196
Privathospital Hamlet	0	3	0	0	0	3
Herlev Hospital	1	71	4	0	3	79
Erichsens Klinik	0	89	0	0	0	89
Hospitalerne i Nordsjælland	0	60	0	0	0	60
Bornholms Hospital	0	41	0	0	0	41
OUH Odense Universitetshospital	0	10	2	0	0	12
OUH Svendborg Sygehus	1	101	0	0	0	102
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	27	0	0	0	27
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	24	0	0	0	24
Fredericia Sygehus	0	104	3	0	0	107
Regionshospitalet Horsens	1	37	0	0	0	38
Regionshospitalet Holstebro	0	138	0	0	6	144
Regionshospitalet Randers	4	69	0	1	1	75
Århus Universitetshospital, Skejby	0	21	0	0	1	22
Regionshospitalet Viborg	0	22	0	0	0	22
Frederikshavn-Skagen Sygehus	0	64	0	4	61	129
Danske Privathospitaler, Herning	0	6	0	0	0	6
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	69	0	0	0	69
Danske Privathospitaler, Århus	0	10	0	0	0	10
Danske Privathospitaler, Aalborg	0	6	0	0	0	6
Privathospitalet Kollund	0	3	0	0	0	3
Sygehus Nord, Roskilde	0	36	0	0	0	36
Sygehus Nord, Holbæk	0	87	0	0	0	87
Allerød Privathospital	0	4	0	0	0	4
Sygehus Syd Næstved	0	6	0	0	0	6
I alt	7	1282	31	5	72	1397

Indikator 7: 30 dages postoperativ mortalitet

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProBase, 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 ProBase er sammenkørt med CPR registeret, hvorved der er indhentet informationer om vitalstatus og evt. dødsdato

I alt 1393 patienter kan indgå 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	1025	0.3 (0.1 - 0.9)
2006	4	1676	0.2 (0.1 - 0.6)
2007	5	1723	0.3 (0.1 - 0.7)
2008	3	1393	0.2 (0.0 - 0.6)

Tabel 26 viser andelen af patienter, der er døde indenfor 30 dage efter operation. Andelen var 0,2% og standarden er opfyldt for denne indikator. Der er ingen signifikante ændringer i forhold til tidligere perioder.

[DDRP kommentar: 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 693 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	918	2.7 (1.8 - 4.0)
2006	85	1529	5.6 (4.5 - 6.8)
2007	65	1532	4.2 (3.3 - 5.4)
2008	17	693	2.5 (1.4 - 3.9)

Tabel 27 viser, at andelen af genindlæggelser efter operation var 2,5% i 2008. Standarden er klart opfyldt for indikatoren, og der ses en faldende tendens i andelen med genindlæggelser siden 2006. I forhold til skæringstidspunkt for sidste årsrapport (41 genindlæggelser blandt 840 forløb fra 2007 med kontrolbesøg på daværende tidspunkt), ses nu 65 genindlæggelser blandt 1532 forløb fra 2007, medførende let nedsat andel genindlæggelser.

Tabel 28. Genindlæggelseskoder

Årsag	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Andre og ikke specificerede infektiøse sygdomme	0	0	1	3.7	2	2.2	1	1.3	0	0
Calculus vesicae urinariae	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0
Cystitis acuta	1	3.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Kronisk cystit, anden	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
Smerter ved vandladning uden specifikation	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
Stenosis cervicis vesicae urinariae	0	0	0	0	1	1.1	1	1.3	0	0
Uretral striktur uden specifikation	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0
Orchitis, epididymitis et epididymo-orchitis u absces	0	0	1	3.7	0	0	0	0	1	4.8

Årsag	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Stricture urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	1	3.3	0	0	2	2.2	0	0	0	0
Symptomer og fund i kredsløbs- og åndedrætsorg, andre spec	0	0	1	3.7	2	2.2	1	1.3	0	0
Haematuria uden specifikation	1	3.3	2	7.4	0	0	0	0	0	0
Retentio urinae	6	20.0	7	25.9	41	45.1	38	50.0	9	42.9
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	8	26.7	3	11.1	18	19.8	20	26.3	6	28.6
Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	11	36.7	6	22.2	21	23.1	10	13.2	2	9.5
Sepsis postoperativa	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0
Karkomplikation efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0
Andre komplikationer og bivirkninger til kir. og med. beh.	2	6.7	2	7.4	1	1.1	3	3.9	2	9.5
Problem relateret til socialt miljø uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	1.3	0	0
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0
Thrombophlebitis superficialis	0	0	0	0	0	0	1	1.3	0	0
Febrilia uden spec.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.8
I alt	30	100.0	27	100.0	91	100.0	76	100.0	21	100.0

Tabel 28 viser diagnoser stillet under genindlæggelse i 2008 sammenlignet med tidligere år. De 3 hyppigste diagnoser er lige som i tidligere år Retentio urinae, Haemorrhagia/Haematoma postoperativa, og Infektion efter indgreb. Infektionerne har vist konstant faldende tendens siden 2003/2004.

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

[DDRP -kommentar: 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, samt at antallet af postoperative infektioner er faldende.]

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

	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	0.3	4	0.4	6	0.4	6	0.3	5	0.4
Absolut	233	37.0	361	35.2	680	40.5	656	38.0	549	39.3
Symptomatisk	395	62.7	660	64.4	993	59.1	1064	61.6	843	60.3
I alt	630	100.0	1025	100.0	1679	100.0	1726	100.0	1397	100.0

Tabel 28 b viser, at andelen med absolut operations-indikation ligger stabilt på omkring 40%.

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 693 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	918	2.3 (1.4 - 3.5)
2006	42	1529	2.7 (2.0 - 3.7)
2007	32	1532	2.1 (1.4 - 2.9)
2008	4	693	0.6 (0.2 - 1.5)

Tabel 29 viser, at andelen af patienter der blev re-opereret p.g.a. komplikationer var 0,6% i 2008, dvs. lavere end de seneste år. Standarden er klart opfyldt for indikatoren. I forhold til sidste årsrapport (19 reoperationer blandt 840 forløb fra 2007), ses nu 32 reoperationer blandt 1532 forløb, svarende til en stort set uændret indikatorværdi for 2007.

Tabel 30. Operationskoder for reoperation

Reoperationskode	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Undersøgelse af personer uden klage eller diagnose	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0
Andre særlige undersøgelser af personer	0	0	0	0	2	4.8	0	0	0	0
Septikæmi uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0
Sclerosis sphincteris vesicae urinariae	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0
Stricture urethrae posttraumatica	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	0	0	1	5.0	0	0	0	0	0	0
Eksplorativ laparotomi	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0
Tranluminal endoskopisk indsættelse af ureterstent	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0
Cystoskopisk fjernelse af urinblærekonkrement	0	0	2	10.0	0	0	0	0	0	0

Reoperationskode	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Uretroskopisk intern uretrotomi	2	25.0	3	15.0	3	7.1	1	3.1	0	0
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	0	0	3	15.0	11	26.2	8	25.0	0	0
Transuretral prostataincision (TUI-P)	1	12.5	0	0	4	9.5	0	0	0	0
Fotoselektiv laservaporisation af prostata (PVP)	0	0	0	0	2	4.8	1	3.1	0	0
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	5.0	0	0	0	0	0	0
Transuretral resektion af colliculus seminalis	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0
Anden transuretral operation på prostata	0	0	0	0	1	2.4	1	3.1	0	0
Enkeltsidig orkiektomi	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0
Reop. for overfl. blødn. eft. urolog. op.	0	0	1	5.0	0	0	0	0	0	0
Reoperation for dyb blødning eft. urologisk operation	0	0	1	5.0	1	2.4	2	6.3	2	50.0
Translum. endoskop. reop. for dyb blødn. eft. urolog. op.	2	25.0	4	20.0	7	16.7	6	18.8	1	25.0
Perkutan punktur af urinblære	0	0	0	0	3	7.1	3	9.4	0	0
Dilatation af urinrør	1	12.5	3	15.0	4	9.5	4	12.5	0	0
Cystoskopi	0	0	1	5.0	1	2.4	1	3.1	0	0
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0
Anden operation på prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	1	25.0
Anden transluminal endoskopisk reperation efter urologisk operation	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0
I alt	8	100.0	20	100.0	42	100.0	32	100.0	4	100.0

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

[DDRP kommentar: 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.]

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% i 2007 efter gennemgang af den nyeste litteratur.

I alt har 693 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	918	1.4 (0.8 - 2.4)
2006	38	1529	2.5 (1.8 - 3.4)
2007	33	1532	2.2 (1.5 - 3.0)
2008	13	693	1.9 (1.0 - 3.2)

Tabel 31 viser, at andelen af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder efter operation var 1,9%. Standarden er klart opfyldt for indikatoren i 2008. Der ses en lignende andel med behandlingssvigt som i de senere år. 2007-indikatorværdien er faldet fra 2,9% (sidste årsrapport) til 2,2% pga. efterindberetninger.

Tabel 32. Andel af patienter med reoperation pga behandlingssvigt

Reoperation	År									
	2003-2004		2005		2006		2007		2008	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	3	21.4	8	61.5	12	31.6	13	39.4	4	30.8
Nej	11	78.6	5	38.5	26	68.4	20	60.6	9	69.2
I alt	14	100.0	13	100.0	38	100.0	33	100.0	13	100.0

Tabel 32 viser andelen af re-operationer blandt patienter med behandlingssvigt. 30,8% af patienterne med behandlingssvigt blev angivet reopereret inden for de 6 måneder, hvilket er på højde med de senere år.

Tabel 33.

Operationskoder i forbindelse med behandlingssvigt

Operationskode	År					I alt N
	2003-2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	
Anlæggelse af blærekateter a demeure (kvinde)	1	0	0	1	0	2
Vejledning, instruktion, undervisning og rådgivning af patient	0	1	0	0	0	1
Neuromuskulær funktionsforstyrrelse i urinblære uden spec	0	0	1	0	0	1
Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	0	3	0	0	0	3
Resektion eller incision af blærehalsen	0	0	0	1	0	1
Intern uretrotomi	0	0	0	1	0	1
Uretroskopisk intern uretrotomi	0	2	2	0	1	5
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	2	2	7	8	0	19
Transuretral prostataincision (TUI-P)	0	0	0	1	1	2
Interstitiel laserkoagulation (ILC) af prostata	0	0	0	0	1	1
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	1	0	1
Anden transuretral operation på prostata med elektrovaporisation	0	0	0	0	1	1
Perkutan punktur af urinblære	0	0	1	0	0	1
Dilatation af urinrør	0	0	1	0	0	1
Missing	11	5	26	20	9	71
I alt	14	13	38	33	13	111

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

[DDRP kommentar: 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 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 424 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	519	1.5 (0.7 - 3.0)
2006	20	876	2.3 (1.4 - 3.5)
2007	16	901	1.8 (1.0 - 2.9)
2008	6	424	1.4 (0.5 - 3.1)

Tabel 34 viser at 1,4% (n=6) af patienterne, som blev opereret i 2008, er blevet inkontinente efter behandlingen. 3 af de 6 patienter er indberettet af De Vestdanske Friklinikker, Give (afdelingsdata ikke vist). Andelen på landsplan er i samme størrelsesorden som tidligere år. Standarden er opfyldt. 2007-indikatorværdien er stort set uændret ift. sidste årsrapport.

[DDRP kommentar: 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% i 2007 efter gennemgang af litteraturen.

I alt 1377 patienter ud af 1393 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	1023	0.9 (0.4 - 1.7)
2006	18	1665	1.1 (0.6 - 1.7)
2007	8	1718	0.5 (0.2 - 0.9)
2008	9	1377	0.7 (0.3 - 1.2)

Tabel 35 viser, at andelen af patienter der har modtaget mere end 2 blodtransfusioner er på samme lave niveau som tidligere. Andelen ligger på 0,7%, og standarden er opfyldt.

Det ses af tabel 35 b og c, at kun 3,3% af kirurgisk behandlede patienter modtog blodtransfusion i det hele taget i 2008, heraf 4,9% 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	1023	4.1 (3.0 - 5.5)
2006	50	1665	3.0 (2.2 - 3.9)
2007	39	1718	2.3 (1.6 - 3.1)
2008	46	1377	3.3 (2.5 - 4.4)

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	684	4.8 (3.3 - 6.7)
2006	36	922	3.9 (2.7 - 5.4)
2007	27	955	2.8 (1.9 - 4.1)
2008	36	736	4.9 (3.4 - 6.7)

[DDRP kommentar: 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. Man bemærker en ikke-signifikant stigning af transfusioner efter TURP, om den er reel vil tiden vise.]

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. Inicialt inkluderedes også nogle få patienter med medicinsk behandling, men fra og med nærværende årsrapport for 2008 fokuseres udelukkende på kirurgisk behandling af prostataforstørrelse. Dette er 5.årsrapport og omfatter patientforløb, hvor datoen for enten påbegyndelse af forløbet eller kirurgisk behandling ligger i 2008, og som er indberettet til ProsBase senest 22/7 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 beregningsalgoritmer 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 komplethedsgraden 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 komplethedsgrad 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, 2007 og 2008. Indikatorværdier anføres med 95% sikkerhedsinterval.

Indikator	Standard	2003-04	2005	2006
Mindst 50 % forbedring af DANPSS symptomscore ¹	> 70 %	79.7% (74.3 – 84.4)	78.7% (74.5 – 82.5)	78.4% (74.8 – 81.6)
Mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling	> 70 %	46.7% (40.6 - 52.8)	46.3% (41.5 – 51.0)	46.1% (42.3 – 49.9)
Andelen af patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse	> 85 %	80.4% (76.5 - 84.0)	81.8% (78.8 - 84.5)	81.9% (79.7 - 84.0)
Andelen af patienter, som har fået udfyldt vandladningsskemaer	> 90 %	75.9% (71.4 - 80.0)	75.0% (71.2 - 78.4)	72.0% (68.9 - 75.0)
Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml	> 70 %	58.2% (53.0 - 63.2)	55.7% (51.6 - 59.7)	56.5% (53.0 - 59.8)
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% (3.2 - 5.3)
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 - 0.6)
Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse	< 10 %	4.7% (3.1 - 6.8)	2.7% (1.8 – 4.0)	5.6% (4.5 – 6.8)
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)	2.7% (2.0 - 3.7)
Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder ²	< 5 %	2.5% (1.4 - 4.2)	1.4% (0.8 - 2.4)	2.5% (1.8 - 3.4)
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 – 3.5)
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)

Tabel 36 viser at standarden i 2008 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: Stratificerede analyser for indikator 2 ”Procentvis ændring i vandladningshastighed”

Kvartiler for Resultat af frit flow: Max flow ’FØR behandling’

The MEANS Procedure

Analysis Variable : MAXFLOWFRIT MAXFLOWFRIT					
Minimum	Maximum	Mean	Lower Quartile	Median	Upper Quartile
0	175.0000000	9.0858560	6.0000000	8.2000000	11.0000000

Tabel 9.1: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med Max flow før behandling på >0-4.9 ml/sek

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	28	34	82.4 (65.5 - 93.2)
2005	49	62	79.0 (66.8 - 88.3)
2006	57	70	81.4 (70.3 - 89.7)
2007	79	105	75.2 (65.9 - 83.1)
2008	43	53	81.1 (68.0 - 90.6)

Tabel 9.2: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med Max flow før behandling på 5-9.9 ml/sek

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	79	150	52.7 (44.4 - 60.9)
2005	114	227	50.2 (43.5 - 56.9)
2006	189	355	53.2 (47.9 - 58.5)
2007	232	379	61.2 (56.1 - 66.1)
2008	89	154	57.8 (49.6 - 65.7)

Tabel 9.3: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med Max flow før behandling på 10-14.9 ml/sek

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	19	65	29.2 (18.6 - 41.8)
2005	38	122	31.1 (23.1 - 40.2)
2006	63	196	32.1 (25.7 - 39.2)
2007	71	190	37.4 (30.5 - 44.7)
2008	27	87	31.0 (21.5 - 41.9)

Tabel 9.4: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med Max flow før behandling på ≥ 15 ml/sek

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	0	21	0.0 (0.0 - 16.1)
2005	3	30	10.0 (2.1 - 26.5)
2006	5	60	8.3 (2.8 - 18.4)
2007	5	63	7.9 (2.6 - 17.6)
2008	4	33	12.1 (3.4 - 28.2)

Tabel 10.b.1: 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). Patienter med Max flow før behandling på $>0-4.9$ ml/sek

År	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	33	389.6	323.2	-34.2	1075	342.1	130.3	600.0
2005	61	260.2	191.6	-100	842.4	252.9	100.0	361.5
2006	67	330.5	269.9	3.2	1050	233.3	109.1	500.0
2007	102	317.8	293.5	-41.7	1460	242.5	97.5	444.2
2008	51	294.6	237.3	0.0	1100	230.0	122.5	414.6

Tabel 10.b.2: 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). Patienter med Max flow før behandling på $5-9.9$ ml/sek

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	142	127.4	132.1	-64.8	560.0	99.0	28.6	200.0
2005	219	109.7	113.6	-100	555.9	96.1	27.3	167.1
2006	348	129.2	124.6	-100	580.0	106.6	33.5	201.9
2007	359	137.7	119.4	-100	580.0	124.0	43.9	212.5
2008	146	135.2	130.5	-100	623.5	118.6	48.3	216.7

Tabel 10.b.3: Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på sympotmatisk indikation, patienter med registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet). Patienter med Max flow før behandling på 10-14.9 ml/sek

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	65	52.4	75.2	-61.4	236.4	40.0	-10.0	112.8
2005	119	62.7	74.5	-70.0	290.0	53.8	9.1	103.8
2006	193	64.2	74.5	-56.9	241.2	61.7	4.2	111.0
2007	180	72.5	75.8	-61.5	264.8	67.4	6.4	124.5
2008	81	57.5	69.5	-100	221.8	55.0	16.8	100.0

Tabel 10.b.4: Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på sympotmatisk indikation, patienter med registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet). Patienter med Max flow før behandling på >=15 ml/sek

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	20	0.3	47.4	-81.0	70.6	1.8	-35.3	42.4
2005	28	10.9	55.3	-75.0	126.7	6.1	-36.1	46.8
2006	53	4.7	43.2	-79.2	98.4	10.7	-32.4	34.1
2007	57	16.8	52.4	-88.6	140.4	16.1	-21.1	58.9
2008	31	30.1	53.3	-65.3	136.4	29.0	-12.6	69.0

Kvartiler for Resultat af frit flow: Residual urin 'FØR behandling'

Analysis Variable : RESIDUAL					
Minimum	Maximum	Mean	Lower Quartile	Median	Upper Quartile
0	2150.00	165.4709778	57.0000000	125.0000000	221.5000000

Tabel 9.5: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med residual urin før behandling på 0 ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	4	17	23.5 (6.8 - 49.9)
2005	8	25	32.0 (14.9 - 53.5)
2006	8	25	32.0 (14.9 - 53.5)
2007	11	33	33.3 (18.0 - 51.8)
2008	11	19	57.9 (33.5 - 79.7)

Tabel 9.6: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med residual urin før behandling på >0-59 ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	14	52	26.9 (15.6 - 41.0)
2005	30	74	40.5 (29.3 - 52.6)
2006	47	121	38.8 (30.1 - 48.1)
2007	54	118	45.8 (36.6 - 55.2)
2008	27	63	42.9 (30.5 - 56.0)

Tabel 9.7: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med residual urin før behandling på 60-129 ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	32	70	45.7 (33.7 - 58.1)
2005	50	104	48.1 (38.2 - 58.1)
2006	76	180	42.2 (34.9 - 49.8)
2007	83	180	46.1 (38.7 - 53.7)

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2008	31	69	44.9 (32.9 - 57.4)

Tabel 9.8: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med residual urin før behandling på 130-229 ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	36	65	55.4 (42.5 - 67.7)
2005	47	107	43.9 (34.3 - 53.9)
2006	86	163	52.8 (44.8 - 60.6)
2007	94	170	55.3 (47.5 - 62.9)
2008	29	68	42.6 (30.7 - 55.2)

Tabel 9.9: Andel af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation), patienter med residual urin før behandling på ≥ 230 ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	39	63	61.9 (48.8 - 73.9)
2005	51	83	61.4 (50.1 - 71.9)
2006	78	140	55.7 (47.1 - 64.1)
2007	119	198	60.1 (52.9 - 67.0)
2008	53	83	63.9 (52.6 - 74.1)

Tabel 10.b.5: 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). Patienter med residual urin før behandling på $= 0$ ml

År	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	17	62.3	106.6	-64.8	302.9	47.1	3.7	90.2
2005	25	70.7	98.2	-45.2	331.1	47.1	-4.1	125.0

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2006	24	68.0	104.6	-47.8	270.6	35.2	-19.4	125.7
2007	31	97.8	156.5	-88.6	650.0	56.5	0.0	163.5
2008	18	107.1	171.5	-100	647.6	119.3	-16.7	179.2

Tabel 10.b.6: Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på sympotmatisk indikation, patienter med registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet). Patienter med residual urin før behandling på < 60 ml

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	50	62.4	85.8	-61.4	342.1	44.4	0.0	100.0
2005	71	89.9	109.3	-75.0	555.9	76.7	4.0	150.0
2006	119	97.6	138.4	-73.7	845.0	61.7	15.8	138.1
2007	114	112.7	143.4	-73.8	939.1	85.0	13.4	163.2
2008	61	114.6	129.3	-85.1	420.5	81.6	21.1	181.6

Tabel 10.b.7: Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på sympotmatisk indikation, patienter med registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet). Patienter med residual urin før behandling på 60-129 ml

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	68	115.5	134.4	-81.0	560.0	89.8	25.8	178.8
2005	99	110.3	118.0	-68.9	682.6	88.8	28.0	154.5
2006	177	104.5	129.8	-100	835.0	76.9	16.7	160.0
2007	174	118.9	163.9	-66.7	1460	88.0	25.4	158.3
2008	65	110.8	126.1	-100	503.8	74.0	30.0	165.8

Tabel 10.b.8: Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på sympotmatisk indikation, patienter med registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet). Patienter med residual urin før behandling på 130-229 ml

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
--	--	--	--	--	--	--	--	--

	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	62	149.7	216.0	-63.2	1006	108.6	20.0	185.7
2005	105	107.7	142.7	-100	677.8	69.4	11.7	161.2
2006	155	133.3	161.2	-100	1025	100.0	17.5	208.7
2007	162	139.4	147.8	-58.7	1009	105.2	45.0	214.3
2008	63	118.6	170.6	-100	950.0	84.5	13.0	171.4

Tabel 10.b.9: 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). Patienter med residual urin før behandling på ≥ 230 ml

År	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	60	216.7	250.7	-67.2	1075	149.5	26.2	356.4
2005	79	154.3	166.7	-100	842.4	122.5	24.1	233.3
2006	136	162.2	193.9	-79.2	1050	103.3	33.1	245.2
2007	180	172.1	207.7	-100	1400	125.0	43.9	222.9
2008	78	185.6	200.6	-100	1100	139.8	47.9	247.5