

ÅRSRAPPORT FOR PROSBASE 2006

Omfatter patientforløb med påbegyndelses- eller behandlingsdato 1/1 2006 - 31/12 2006, der er indberettet til ProBase senest 15/5 2007.

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



August 2007

Rapportens analyser er foretaget af Kompetencecenter Nord, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital (statistiker, cand.scient. Anders Riis; afdelingslæge, ph.d. Reimar W. Thomsen), i samarbejde med ProBase sekretariatet og Det Danske Råd for Prostata sygdomme (overlæge Henning Olsen).

Indhold	Side
FORORD	3
HOVEDKONKLUSIONER.....	4
PROSBASES STYREGRUPPE.....	5
AFDELINGER DER HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2006	6
KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER.....	7
KOMPLETHEDSGRAD FOR INDBERETNINGER TIL PROSBASE.....	7
FORDELING AF INDBERETNINGER MHT. BEHANDLINGSTYPER	15
INDIKATOR 1: PROCENTVIS ÆNDRING I DANPSS-SYMTOMSCORE.....	11
INDIKATOR 2: PROCENTVIS ÆNDRING I VANDLADNINGSHASTIGHED.....	13
INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED	24
INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER.....	27
INDIKATOR 5: MIKTIONSVOLUMEN.....	21
INDIKATOR 6: SENGEDAGE (FRA BEHANDLINGSDATO TIL UDSKRIVNINGSDATO).....	33
INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET.....	36
INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB.....	37
INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER.....	39
INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER.....	41
INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING.....	43
INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER.....	44
OVERSIGT OVER INDIKATORER.....	43

Forord

Hermed foreligger tredje årsrapport fra ProsBase.

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

Årsrapporten for 2006 fokuserer i høj grad på *kirurgisk* behandling af prostataforstørrelse, idet over 80% af indberetningerne denne gang vedrører kirurgisk behandlede patienter. Indberettede ikke-kirurgiske behandlinger er dog medtaget i beregningen af de indikatorer, der vedrører kvaliteten af udredningen af prostatapatienter samt DANPSS score forbedringer.

Patienter med prostatakræft er *ikke* registreret i databasen.

Indledningsvist præsenteres en analyse af, hvor stor en andel af patienter med *kirurgisk* behandling for godartet prostataforstørrelse der indberettes til ProsBase, i forhold til hvor mange patienter der modtager denne kirurgiske behandling ifølge oplysninger fra Landspatientregisteret (komplethedsgradsanalyse). Amdtsrådsforeningen har ultimo april 2006 ønsket opgørelser for afdelingspecifikke komplethedsgrader af patientregistrering fra de databaser, der i lighed med ProsBase modtager støtte fra sygehusejerne.

For ProsBasens vedkommende gælder, at én af de indberettende afdelinger i 2006 havde en komplethedsgrad på 90% eller derover, mens tre andre afdelinger havde en indberetningsgrad på mere end 75%.

I 2006 har 15 afdelinger indrapporteret til ProsBase, mod 13 afdelinger i 2005 og 7 afdelinger 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, samt garantiklinikker*.

Rapporten omhandler patientforløb, hvor datoen for enten påbegyndelse eller behandling ligger i 2006, og som er indberettet til ProsBase senest 15/5 2007. For hver indikator sammenlignes 2006-tallene med resultaterne for 2003-04 og 2005, der tilsammen dækker patientforløb fra 1/9-2003 frem til udgangen af 2005. Der skal gøres opmærksom på, at det ikke er muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport for 2006 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, dvs. perioderne 2003-04 og især 2005. De indikatorværdier, der i den aktuelle årsrapport angives for tidligere opgørelsesperioder, svarer således til alle de på nuværende tidspunkt indberettede patientforløb, der tilhører perioden 2003-05. Grunden til de sene indberetninger er dels at et patientforløb strækker sig over typisk 9 måneder og den varierende indberetningspraksis. Nogle afdelinger indberetter først efter et afsluttet patientforløb mens andre registrerer patienten allerede efter forundersøgelsen.

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 2006, 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 2006 er 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.

Sammenlignet med 2003-05 er der en tendens til, at en højere andel af patienterne i 2006 har opfyldt indikatorerne vedrørende forbedret DANPSS-score. Andelen af patienter med 7 eller flere sengedage er fortsat faldende. Omvendt er der en tendens til, at færre patienter end tidligere har fået udfyldt væskevandladningsskemaer. Herudover genindlægges eller reopereres en lidt større andel patienter end tidligere, dog fortsat langt færre end svarende til grænseværdien. For de øvrige indikatorer ses ingen væsentlige ændringer mht. andelen af patienter der opfylder indikatorerne, når resultaterne fra 2006 sammenlignes med resultaterne fra 2003-05.

Generelt skal det fremhæves at afdelingerne fortsat bør øge deres indsats med hensyn til datakomplethedsggraden betydeligt. Senest i forbindelse med registreringen af den kirurgiske behandling i Landspatientregisteret skal patienten være registreret i ProsBasen.

Det er betænkeligt at ingen privathospitaler hidtil har deltaget i indberetningen til databasen. I det mindste burde de patienter, som får betalt deres behandling for det offentlige regning have krav på at behandlingskvaliteten på privathospitalerne lever op til de kvalitetskrav der stilles til de offentlige sygehuse.

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

ProsBases Styregruppe

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

Overlæge Henning Olsen, Aarhus Universitetshospital - Skejby & ProsBase Sekretariatet

Afdelingschef Lisbeth Rasmussen, Region Syd

Fuldmægtig Jørgen Østergaard, Region Syd

Led. Overlæge Ulla Geertsen, Odense Universitetshospital

Overlæge Anders Bødker, Storstrømmens Sygehus

Konst. overlæge Bettina Nørby, Fredericia Sygehus & Det Danske Råd for Prostatasygdomme (Prostatarådet)

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

Cand.scient. Anders Riis, Kompetencecenter Nord

Afdelinger der har indberettet til databasen i 2006

Følgende 15 sygehuse har indberettet til databasen i 2006:

- Rigshospitalet (ny)
- Frederiksberg Hospital
- Herlev Hospital
- Nordsjællands Hospital (ny)
- Bornholms Hospital
- Odense Universitetshospital
- Sygehus Sønderjylland Sønderborg
- Sydvestjysk Sygehus Esbjerg (inklusive Sydvestjysk Sygehus Grindsted)
- Fredericia Sygehus
- Regionshospitalet Holstebro
- Regionshospitalet Randers (ny)
- Århus Universitetshospital, Skejby
- Regionshospitalet Viborg
- Aalborg Sygehus
- Frederikshavn Sygehus

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.

Afdelinger der *ikke* har indberettet til databasen i 2006:

- Roskilde Amts Sygehus
- Sygehus Vestsjælland, Holbæk
- Storstrømmens Sygehus
- Sygehus Fyn Svendborg
- Sygehus Fyn Æreskøbing
- Hjørring Sygehus (har påbegyndt indberetning i 2007, behandler ikke BPH efter 1/5/07)
- Horsens Sygehus
- alle privathospitaler/-klinikker eller garantiklinikker

DDRP: Tilslutningsgraden kan til tider være svært at beregne da mange afdelinger bliver lagt sammen som administrative enheder. Der er stadig store huller på Fyn og på Sjælland. Databasesekretariatet i de Danske Regioner har fra efteråret 2006 overtaget opgaven med at øge tilslutningsgraden.

Konstruktion af analyse-filer

Vi har taget udgangspunkt i data over de patientforløb, der er registreret i filen ”før behandling” i perioden: 1/9-2003 indtil 31/12-2006.

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 1/1-2007.
- 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 5346 patientforløb, fordelt på 1464 forløb i 2003-04, 2245 forløb i 2005, og 1637 forløb i 2006.

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 2745 patientforløb, fordelt på 775 forløb i 2003-04, 1173 forløb i 2005, og 797 forløb i 2006.

Komplethedegrad for indberetninger til ProsBase

Analysen af komplethedegraden for indberetningen til ProsBase omfatter kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse, der er foretaget i perioden 1/1-2006 til 31/12-2006. 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 2006.

Nævneren udgøres af patienter (CPR numre) som i 2006 enten:

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

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

Procedurekoder KKED, KKEV, eller KKEW; *i kombination med*

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

Herefter er foretaget *eksklusion* af patienter med:

Bidiagnosekoder DC61, DC67, DD303, DD090.

Tabel 1.

Antal (%) patienter der er indberettet til ProsBase i hele 2006

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	6	18	33.3
Frederiksberg Hospital	279	289	96.5
Privathospitalet Hamlet	0	92	0.0
Herlev Hospital	35	214	16.4
Erichsens Klinik	0	49	0.0
Absalon Privatlinik	0	5	0.0
Nordsjællands Hospital	218	425	51.3
Roskilde Amts Sygehus	0	129	0.0
Sygehus Vestsjælland, Holbæk	0	118	0.0
Næstved Sygehus	0	92	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	63	0.0
Fakse Sygehus	0	154	0.0
Bornholms Hospital	57	61	93.4
Odense Universitetshospital	17	49	34.7
Sygehus Fyn Middelfart	0	21	0.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	272	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	21	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	98	131	74.8
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	45	99	45.5
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	56	96	58.3
Esbjerg Privathospital	0	83	0.0
Fredericia Sygehus	191	239	79.9
Regionshospitalet Horsens	0	70	0.0
Mølholm-Klinikken	0	14	0.0
Friklinikken i Brædstrup	0	26	0.0
Regionshospitalet Holstebro	195	292	66.8
Privathospitalet Dalgas	0	131	0.0
Regionshospitalet Randers	38	96	39.6
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	38	45	84.4
Århus Speciallægecenter	0	16	0.0
Regionshospitalet Viborg	88	106	83.0
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	43	0.0
Aalborg Sygehus	38	117	32.5
Hjørring Sygehus	1	61	1.6
Frederikshavn Sygehus	96	103	93.2
Landsresultat	1496	3840	39.0

Når der fokuseres på sygehuse, som har indberettet til ProsBase i 2006, er der indberettet 67,4 % (1496 ud af 2219) af de foretagne kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse.

Medtages også sygehuse, der *ikke* indberetter til ProsBase fremgår det af udtrækket fra LPR, at der i 2005 er foretaget 3840 kirurgiske behandlinger, svarende til en komplethed af indberetningen på 39,0 % (Tabel 1). Ser man bort fra privathospitalerne ligger komplethedsgarden ved 43,7% (416 behandlinger er foretaget på private behandlingssteder sv.t. 10,8% af alle).

DDRP:

Opgørelsestidspunktet i år blev udsat til den 15/5 for at kunne medtage så mange behandlinger som muligt. Dette svarer til at kirurgiske behandlinger frem til den 15. november 2006 (85% af året) er medtaget i opgørelsen for de afdelinger der indberetter efter et afsluttet patientforløb (komplethedegrad 66,2%). 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.

Tabel 2a. Komplethedegrad for 1. kvartal 2006

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	7	0.0
Frederiksberg Hospital	67	80	83.8
Privathospitalet Hamlet	0	26	0.0
Herlev Hospital	25	87	28.7
Erichsens Klinik	0	16	0.0
Nordsjællands Hospital	2	88	2.3
Roskilde Amts Sygehus	0	43	0.0
Holbæk Sygehus	0	32	0.0
Næstved Sygehus	0	22	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	15	0.0
Fakse Sygehus	0	41	0.0
Bornholms Hospital	9	12	75.0
Odense Universitetshospital	3	18	16.7
Sygehus Fyn Middelfart	0	9	0.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	71	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	7	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	38	47	80.9
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	9	35	25.7
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	13	16	81.3
Esbjerg Privathospital	0	24	0.0
Fredericia Sygehus	70	79	88.6
Regionshospitalet Horsens	0	21	0.0
Mølholm-Klinikken	0	6	0.0
Regionshospitalet Holstebro	83	102	81.4
Privathospitalet Dalgas	0	22	0.0
Regionshospitalet Randers	23	44	52.3
Århus Universitetshospital Skejby	12	14	85.7
Århus Speciallægecenter	0	9	0.0
Regionshospitalet Viborg	38	45	84.4
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	15	0.0
Aalborg Sygehus	3	9	33.3
Hjørring Sygehus	0	15	0.0
Frederikshavn Sygehus	30	32	93.8
Landsresultat	425	1109	38.3

Tabel 2b. Komplethedegrad for 2. kvartal 2006

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	0	3	0.0
Frederiksberg Hospital	55	61	90.2
Privathospitalet Hamlet	0	22	0.0
Herlev Hospital	1	63	1.6
Erichsens Klinik	0	9	0.0
Absalon Privatlinik	0	2	0.0
Nordsjællands Hospital	22	116	19.0
Roskilde Amts Sygehus	0	34	0.0
Holbæk Sygehus	0	36	0.0
Næstved Sygehus	0	25	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	18	0.0
Fakse Sygehus	0	41	0.0
Bornholms Hospital	18	19	94.7
Odense Universitetshospital	3	9	33.3
Sygehus Fyn Middelfart	0	12	0.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	76	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	8	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	21	25	84.0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	6	24	25.0
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	16	25	64.0
Esbjerg Privathospital	0	26	0.0
Fredericia Sygehus	48	60	80.0
Regionshospitalet Horsens	0	16	0.0
Mølholm-Klinikken	0	6	0.0
Regionshospitalet Holstebro	45	55	81.8
Privathospitalet Dalgas	0	26	0.0
Regionshospitalet Randers	5	16	31.3
Århus Universitetshospital Skejby	8	12	66.7
Århus Speciallægecenter	0	7	0.0
Regionshospitalet Viborg	24	34	70.6
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	13	0.0
Aalborg Sygehus	3	11	27.3
Hjørring Sygehus	0	21	0.0
Frederikshavn Sygehus	18	20	90.0
Landsresultat	293	951	30.8

Tabel 3a.

Komplethedegrad for 3. kvartal 2006

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	4	4	100.0
Frederiksberg Hospital	51	68	75.0
Privathospitalet Hamlet	0	28	0.0
Herlev Hospital	1	29	3.4
Erichsens Klinik	0	9	0.0
Absalon Privatklinik	0	5	0.0
Nordsjællands Hospital	94	123	76.4
Roskilde Amts Sygehus	0	21	0.0
Holbæk Sygehus	0	34	0.0
Næstved Sygehus	0	26	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	15	0.0
Fakse Sygehus	0	32	0.0
Bornholms Hospital	14	17	82.4
Odense Universitetshospital	3	11	27.3
Sygehus Fyn Svendborg	0	58	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	9	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	20	27	74.1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	19	21	90.5
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	11	27	40.7
Esbjerg Privathospital	0	17	0.0
Fredericia Sygehus	39	50	78.0
Regionshospitalet Horsens	0	14	0.0
Mølholm-Klinikken	0	1	0.0
Friklinikken i Brædstrup	0	4	0.0
Regionshospitalet Holstebro	14	53	26.4
Privathospitalet Dalgas	0	56	0.0
Regionshospitalet Randers	8	21	38.1
Århus Universitetshospital Skejby	7	9	77.8
Århus Speciallægecenter	0	1	0.0
Regionshospitalet Viborg	5	20	25.0
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	7	0.0
Aalborg Sygehus	3	12	25.0
Hjørring Sygehus	0	10	0.0
Frederikshavn Sygehus	23	25	92.0
Landsresultat	316	864	36.6

Tabel 3b.

Komplethedegrad for 4. kvartal 2006

Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Rigshospitalet	2	5	40.0
Frederiksberg Hospital	84	97	86.6
Privathospitalet Hamlet	0	33	0.0
Herlev Hospital	1	34	2.9
Erichsens Klinik	0	14	0.0
Nordsjællands Hospital	90	105	85.7
Roskilde Amts Sygehus	0	37	0.0
Holbæk Sygehus	0	30	0.0
Næstved Sygehus	0	22	0.0
Nykøbing F Sygehus	0	19	0.0
Fakse Sygehus	0	39	0.0
Bornholms Hospital	16	16	100.0
Odense Universitetshospital	4	20	20.0
Sygehus Fyn Svendborg	0	69	0.0
Sygehus Fyn Ærøskøbing	0	4	0.0
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	19	35	54.3
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	9	20	45.0
Sydvestjysk Sygehus Grindsted	7	29	24.1
Esbjerg Privathospital	0	16	0.0
Fredericia Sygehus	25	48	52.1
Regionshospitalet Horsens	0	23	0.0
Mølholm-Klinikken	0	2	0.0
Friklinikken i Brædstrup	0	25	0.0
Regionshospitalet Holstebro	15	79	19.0
Privathospitalet Dalgas	0	52	0.0
Regionshospitalet Randers	2	24	8.3
Århus Sygehus Skejby	8	15	53.3
Århus Speciallægecenter	0	1	0.0
Regionshospitalet Viborg	0	9	0.0
Sygehus Nord Nykøbing-Thisted	0	8	0.0
Aalborg Sygehus	22	87	25.3
Hjørring Sygehus	0	14	0.0
Frederikshavn Sygehus	24	24	100.0
Landsresultat	328	1055	31.1

Tabellerne 2a, 2b, 3a, og 3b viser komplethedsgrader for de fire kvartaler i 2006 (i tidligere rapport benævnt tabel 2 for 1. halvår, og tabel 3 for 2. halvår 2005). Der ses udtalt variation i komplethed, både afdelingerne imellem, men også over året for den enkelte afdeling. Det bemærkes, at Rigshospitalet først er startet med indberetninger fra 3. kvartal. Stort set det samme gør sig gældende for Nordsjællands Hospital, som herefter i de sidste to kvartaler opnår alene at stå for næsten 30% af alle indberetninger til ProsBase. Modsat holder Herlev stort set helt op med at indberette forløb efter 1. kvartal. For nogle afdelinger er kompletheden meget svingende; Esbjerg stiger fx fra 26% komplethed i 1. kvartal til 91% i 3. kvartal, mens Grindsted falder støt over årets fire kvartaler fra 81% til 24%. Holstebro falder fra ca. 80% de første to kvartaler til ca. 20% de sidste to kvartaler; lignende forhold gør sig gældende for Viborg. Det er uvist, hvor meget af faldende komplethed over året kan tilskrives 'sen' indberetning af forløb.

Konklusion:

Den stedvis lave komplethedegrad 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. behandlingstyper (medicinsk, kirurgisk, andet)

Tabel 4.

Fordelingen af indberettede patienter mht. behandlingstyper

Behandling	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Kirurgisk	627	42.8	1020	45.4	1363	83.3
Medicinsk	279	19.1	431	19.2	69	4.2
Andet	111	7.6	203	9.0	17	1.0
Påbegyndt forløb	447	30.5	591	26.3	188	11.5
I alt	1464	100.0	2245	100.0	1637	100.0

I perioden 1/1-2006 til 15/5-2007 er der indberettet i alt 1637 patientforløb til Prosbaser, hvor enten behandlingen er foretaget i 2006, eller forløbet er påbegyndt i 2006. Patienterne fordeler sig på kirurgiske behandlinger (83 %), medicinske behandlinger (4 %), behandlinger i kategorien ”andet” (1 %) og påbegyndte forløb (12 %). I forhold til 2005 har fordelingen af behandlingstyper ændret sig væsentligt, idet det nu næsten kun er kirurgiske behandlinger der indberettes, hvor disse udgjorde under halvdelen af indberettede behandlinger i 2005.

DDRP: Fra og med årsrapporten for 2007 vil der kun blive medtaget tal fra patienter der har fået en registreret kirurgisk behandling for at gøre nævneren i beregningerne mere konstant og sammenligneligt.

Tabel 5.

Fordelingen af behandlingstyper på afdelingsniveau for 2006

Afdeling	Kirurgisk		Medicinsk		Andet		Påbegyndt forløb		I alt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Rigshospitalet	6	100.0	0	0	0	0	0	0	6	0.4
Frederiksberg Hospital	257	89.5	1	0.3	0	0	29	10.1	287	17.5
Herlev Hospital	28	46.7	9	15.0	2	3.3	21	35.0	60	3.7
Nordsjællands Hospital	208	99.0	0	0	0	0	2	1.0	210	12.8
Bornholms Hospital	57	98.3	0	0	1	1.7	0	0	58	3.5
Odense Universitetshospital	13	72.2	1	5.6	2	11.1	2	11.1	18	1.1
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	98	73.7	18	13.5	4	3.0	13	9.8	133	8.1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	90	67.7	3	2.3	6	4.5	34	25.6	133	8.1
Fredericia Sygehus	182	91.0	3	1.5	0	0	15	7.5	200	12.2
Regionshospitalet Holstebro	157	95.2	6	3.6	1	0.6	1	0.6	165	10.1
Regionshospitalet Randers	38	100.0	0	0	0	0	0	0	38	2.3
Århus Sygehus Skejby	35	43.2	3	3.7	0	0	43	53.1	81	4.9
Regionshospitalet Viborg	67	95.7	0	0	0	0	3	4.3	70	4.3
Aalborg Sygehus	31	72.1	3	7.0	0	0	9	20.9	43	2.6
Frederikshavn Sygehus	96	71.1	22	16.3	1	0.7	16	11.9	135	8.2
I alt	1363	83.3	69	4.2	17	1.0	188	11.5	1637	100.0

Tabel 5 viser fordelingen af behandlingstyper på afdelingsniveau.

Bortset fra Herlev Hospital, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, og Århus Universitetshospital Skejby, hvor der fortsat er indberettet en relativt stor andel påbegyndte forløb (25,6 % - 53,1 %) på opgørelsestidspunktet, udgør andelen af kirurgisk behandlede nu mellem 70 % og 100 % af alle indberetninger fra afdelingerne. Andelen af indberettede medicinske behandlinger er blevet lille og varierer fra 0 % på fem sygehuse til 16.3 % på Frederikshavn Sygehus. Prostatarådet har tidligere opfordret sygehusene til kun at indberette de kirurgiske behandlinger for på den måde at indskrænke registreringsbyrden, og dette ser ud til at være efterkommet.

Tabel 5b. Fordeling af kirurgiske behandlingstyper på landsplan

Behandling	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Åben prostataektomi	16	2.6	22	2.2	26	1.9
TUR-P	465	74.2	684	67.1	793	58.2
TUI-P	47	7.5	94	9.2	118	8.7
Laser	38	6.1	138	13.5	364	26.7
Radiobølge	15	2.4	2	0.2	0	0
Mikrobølge	31	4.9	57	5.6	46	3.4
Stents	12	1.9	3	0.3	1	0.1
Andre	3	0.5	20	2.0	15	1.1
I alt	627	100.0	1020	100.0	1363	100.0

DDRP: Andelen af Laserbehandlinger synes at være stigende på bekostning af den klassiske TURP. Tallene er for små for at give mening på afdelingsniveau. Det bliver spændende at se hvilken indflydelse den nye teknologi har på behandlingsresultaterne.

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.

I alt er 316 patienter indberettet med to DANPSS målinger og kan derfor indgå i indikator beregningen. Blandt 812 patienter med kirurgisk behandling på symptomatisk indikation har 424 et registreret kontrolbesøg, og blandt disse foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 243 patienter (57.3%), som derfor kan indgå i beregningen.

Indikatoren er beregnet: A) for alle behandlingstyper 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 behandlingstyper samlet set

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	257	386	66.6 (61.6 - 71.3)
2005	408	617	66.1 (62.2 - 69.9)
2006	234	316	74.1 (68.8 - 78.8)

Tabel 6 viser, at i 2006 har 74,1% af de indberettede patientforløb en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Standarden er således opfyldt, i modsætning til tidligere år.

Den kliniske epidemiologs kommentar:

Det må bemærkes, at der i 2005-rapporten kun var indberettet 377 relevante forløb i 2005 for denne indikator, som nu er blevet til 617 i beregningen for 2005, dvs. 40% flere patienter er tilkommet siden. Det har ikke ændret meget for netop denne indikators opfyldelsesgrad, men det er væsentligt, at også sidste års 'opdaterede' resultater observeres og evt. diskuteres i årsrapporterne.

DDRP: Det øgede antal patienter som opfylder indikatoren skyldes formentlig det stigende antal kirurgisk behandlede patienter.

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

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	175	218	80.3 (74.4 - 85.3)
2005	271	330	82.1 (77.6 - 86.1)
2006	187	243	77.0 (71.1 - 82.1)

Blandt patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, opfylder 77,0% indikatoren. Standarden er således opfyldt.

Den kliniske epidemiologs kommentar:

I sidste rapport figurerede n=171 patienter i nævneren (ud af 482 med kirurgi på symptomatisk indikation), og der konkluderedes 'for få patienter får lavet DANPSS måling'. Nu er der imidlertid n=330 i nævneren for 2005, så retrospekt er konklusionen fra sidste årsrapport lidt problematisk. Det illustrerer problematikken med 'forsinkede' indberetninger ganske godt.

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

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

Afdeling	2003-2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	77.2 (67.8 - 85.0)	40	58	69.0 (55.5 - 80.5)
Herlev Hospital	92.9 (80.5 - 98.5)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Nordsjællands Hospital	-	15	25	60.0 (38.7 - 78.9)
Bornholms Hospital	73.9 (51.6 - 89.8)	19	19	100.0 (82.4 - 100.0)
Odense Universitetshospital	100.0 (2.5 - 100.0)	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
Sygehus Fyn Middelfart	66.7 (9.4 - 99.2)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	100.0 (59.0 - 100.0)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	77.0 (64.5 - 86.8)	26	30	86.7 (69.3 - 96.2)
Fredericia Sygehus	84.4 (75.5 - 91.0)	22	25	88.0 (68.8 - 97.5)
Regionshospitalet Holstebro	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Regionshospitalet Randers	77.8 (65.5 - 87.3)	6	12	50.0 (21.1 - 78.9)
Århus Universitetshospital Skejby	100.0 (54.1 - 100.0)	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
Regionshospitalet Viborg	78.6 (59.0 - 91.7)	13	19	68.4 (43.4 - 87.4)
Aalborg Sygehus	86.7 (59.5 - 98.3)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Frederikshavn Sygehus	82.4 (73.6 - 89.2)	27	32	84.4 (67.2 - 94.7)

Tabel 8 viser afdelingspecifikke indikatorværdier for hvor stor en andel af de på symptomatisk indikation kirurgisk behandlede patienter har en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Andelen varierer fra 50% til 100%. Den statistiske usikkerhed svarende til afdelingsniveau er dog stor, og standarden bliver opfyldt for alle.

Konklusion:

Indikatorværdierne for 'alle typer af behandling', og for 'alle typer af kirurgisk behandling på symptomatisk indikation' ligger klart over den opstillede standardværdi – standarden er således opfyldt. En højere andel af patienter med 'alle typer af behandling' har opnået mindst 50% forbedring af DANPSS score i forhold til tidligere, måske delvist fordi langt de fleste indberettede patienter i Probase nu er kirurgisk behandlede, mod kun ca. halvdelen i sidste periode. Indikatorværdierne svarende til afdelingsniveau er præget af meget stor statistisk usikkerhed, og konklusionerne er tilsvarende usikre.

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

Indikator 2: Procentvis ændring i vandladningshastighed

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

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

Standarden: mindst 70 % skal opfylde indikatoren.

I alt 310 (73.1%) ud af 424 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)

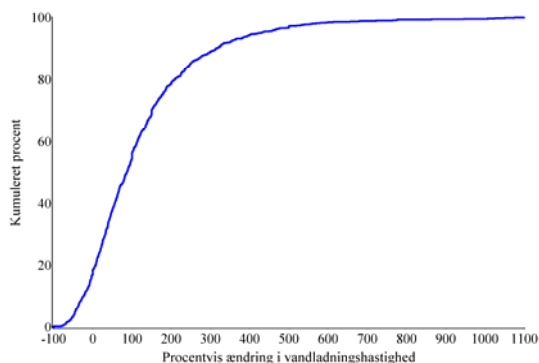
År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	125	269	46.5 (40.4 - 52.6)
2005	192	404	47.5 (42.6 - 52.5)
2006	146	310	47.1 (41.4 - 52.8)

Tabel 9 viser, at 47.1% af de patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation i 2006, har opnået en 100% forbedring i vandladningshastigheden. Standarden er ikke opfyldt, og indikatorværdien er meget tæt på tidligere års værdier.

Den kliniske epidemiologs kommentar:

Jvf. sidste årsrapport var indikatoropfyldelsen 43.2% i 2003-04 og 51.0% i 2005, hvorpå man konkluderede ”tendens til større andel” opfyldelse i 2005 end i 2003-04. Nu ser det jo lidt anderledes ud, dvs. stort set ens (46.5 vs. 47.5%), pga. efter-indberettede.

DDRP: Halvdelen af patienter (median) har en 89% forbedring i vandladningshastigheden, 47% ligger over 100% forbedring, den gennemsnitlige forbedring er 120%. DDRP vil se på indikatoren og den bagvedliggende litteratur, som reelt ofte har fokuseret på gennemsnitlige frem for mediane forbedringer. Der er tegn til at indikatoren skal justeres.



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	2003-2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	35.4 (26.0 - 45.6)	21	58	36.2 (24.0 - 49.9)
Herlev Hospital	40.8 (31.2 - 50.9)	0	0	-
Nordsjællands Hospital	-	12	31	38.7 (21.8 - 57.8)
Bornholms Hospital	33.3 (17.3 - 52.8)	3	22	13.6 (2.9 - 34.9)
Odense Universitetshospital	50.0 (1.3 - 98.7)	2	4	50.0 (6.8 - 93.2)
Sygehus Fyn Middelfart	37.5 (15.2 - 64.6)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	66.7 (22.3 - 95.7)	9	13	69.2 (38.6 - 90.9)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	67.7 (54.7 - 79.1)	17	31	54.8 (36.0 - 72.7)
Fredericia Sygehus	43.1 (33.4 - 53.3)	18	33	54.5 (36.4 - 71.9)
Regionshospitalet Holstebro	0.0 (0.0 - 84.2)	26	43	60.5 (44.4 - 75.0)
Regionshospitalet Randers	50.6 (39.4 - 61.8)	4	13	30.8 (9.1 - 61.4)
Århus Sygehus Skejby	63.6 (30.8 - 89.1)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Regionshospitalet Viborg	48.7 (32.4 - 65.2)	7	20	35.0 (15.4 - 59.2)
Aalborg Sygehus	50.0 (24.7 - 75.3)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Frederikshavn Sygehus	55.9 (45.7 - 65.7)	20	32	62.5 (43.7 - 78.9)

Tabel 10 viser, at kun et enkelt sygehus med få indberetninger har opnået, at 70% af patienterne har en 100% forbedring af vandladningshastigheden. Som følge af den store statistiske usikkerhed svarende til de enkelte hospitaler, kan det ikke afgøres om indikatorværdien med sikkerhed adskiller sig fra den opstillede standard for sygehusene i Odense, Sønderborg, Esbjerg, Fredericia, Holstebro, Skejby, Aalborg og Frederikshavn.

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

DDRP: 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)

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	259	131.7	188.3	-81.0	1075	81.8	12.0	180.0
2005	391	112.1	129.5	-100	682.6	87.5	22.4	167.1
2006	302	125.8	157.6	-79.2	1050	86.6	20.3	196.3

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

	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	267	31.8	155.1	-513	499.0	16.0	-56.0	122.0
2005	370	42.9	152.5	-552	1025	36.0	-31.0	107.0
2006	256	31.4	138.9	-576	510.0	25.0	-41.0	103.5

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 582 patienter ud af 749 kirurgisk behandlede der har været til kontrol har et udfyldt patienttilfredshedsskema uden missing værdier og indgår i beregningerne. Beregningerne er foretaget uafhængigt af type af behandling og analysen 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	
	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	7	1.5	11	1.7	6	1.0
Utilfreds, uændrede symptomer	22	4.9	34	5.1	39	6.7
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	50	11.1	51	7.7	43	7.4
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	139	30.8	193	29.0	150	25.8
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	224	49.6	362	54.4	328	56.4
Ved ikke	10	2.2	14	2.1	16	2.7
I alt	452	100.0	665	100.0	582	100.0

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

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	363	452	80.3 (76.3 - 83.9)
2005	555	665	83.5 (80.4 - 86.2)
2006	478	582	82.1 (78.8 - 85.2)

Tabel 12 viser, at andelen af tilfredse patienter blandt kirurgisk behandlede var 82,1 % i 2006. Standarden vedrørende subjektiv patienttilfredshed er således opfyldt i lighed med tidligere år, når den statistiske usikkerhed tages i betragtning.

Ad B) på afdelingsniveau.

Tabel 13. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede på afdelingsniveau

Afdeling	Utilfreds, værre end for behandlingene n	Utilfreds, uændrede symptomer n	Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring n	Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri n	Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat n	Ved ikke n	I alt N
Rigshospitalet	0	0	0	2	0	0	2
Frederiksberg Hospital	3	7	9	22	50	0	91
Herlev Hospital	0	0	1	1	1	0	3
Nordsjællands Hospital	0	2	10	13	27	1	53
Bornholms Hospital	0	0	0	9	21	0	30
Odense Universitetshospital	0	1	0	2	3	0	6
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	3	4	8	31	1	47
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	2	1	1	11	23	0	38
Fredericia Sygehus	0	3	4	26	46	4	83
Regionshospitalet Holstebro	1	9	6	30	53	3	102
Regionshospitalet Randers	0	5	2	6	4	0	17
Århus Sygehus Skejby	0	1	0	3	9	3	16
Regionshospitalet Viborg	0	5	3	9	25	4	46
Aalborg Sygehus	0	1	0	1	2	0	4
Frederikshavn Sygehus	0	1	3	7	33	0	44
I alt	6	39	43	150	328	16	582

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

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

Afdeling	2003-2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	-	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Frederiksberg Hospital	85.3 (79.2 - 90.2)	72	91	79.1 (69.3 - 86.9)
Herlev Hospital	83.1 (76.4 - 88.6)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Nordsjællands Hospital	100.0 (2.5 - 100.0)	40	53	75.5 (61.7 - 86.2)
Bornholms Hospital	86.4 (72.6 - 94.8)	30	30	100.0 (88.4 - 100.0)
Odense Universitetshospital	100.0 (47.8 - 100.0)	5	6	83.3 (35.9 - 99.6)
Sygehus Fyn Middelfart	84.0 (63.9 - 95.5)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	93.8 (69.8 - 99.8)	39	47	83.0 (69.2 - 92.4)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	81.7 (70.7 - 89.9)	34	38	89.5 (75.2 - 97.1)
Fredericia Sygehus	84.7 (79.1 - 89.2)	72	83	86.7 (77.5 - 93.2)
Regionshospitalet Holstebro	66.7 (9.4 - 99.2)	83	102	81.4 (72.4 - 88.4)
Regionshospitalet Randers	60.0 (50.7 - 68.8)	10	17	58.8 (32.9 - 81.6)
Århus Sygehus Skejby	78.9 (54.4 - 93.9)	12	16	75.0 (47.6 - 92.7)
Regionshospitalet Viborg	83.3 (73.6 - 90.6)	34	46	73.9 (58.9 - 85.7)
Aalborg Sygehus	89.5 (75.2 - 97.1)	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)
Frederikshavn Sygehus	87.1 (80.3 - 92.1)	40	44	90.9 (78.3 - 97.5)

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

Konklusion:

Standarden for patienttilfredshed er netop opfyldt, når der ses på de samlede data.

De afdelingsspecifikke analyser viser, at mange af de enkelte sygehuse ligger tæt på eller over den opstillede standardværdi.

***DDRP:** Når datamængden bliver større vil det blive meningsfyldt at lave analyserne svarende til de forskellige kirurgiske behandlinger for at få et fingerpeg om, hvorvidt der er forskelle i patienttilfredsheden mellem de forskellige typer af behandling. 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 indberettede patienter i ProBase uanset behandlingstype, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk”.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter uanset behandlingstype, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk” ifølge før behandlingsskemaet. ”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 1042 patienter indgår i beregningerne, hvoraf forløb med ’missing’ data ekskluderes. Analyserne er foretaget uafhængigt af behandlingstype på A) samlede data og B) på afdelingsniveau.

Ad A) samlede data

Tabel 15. Udfyldte vandladningsskemaer i 2003-04 , 2005 og 2006

Udfyldt skema	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Missing	4	0.3	110	6.1	156	15.0
Ja	901	77.5	1221	67.6	659	63.2
Nej	197	16.9	384	21.3	185	17.8
Uoplyst	61	5.2	91	5.0	42	4.0
I alt	1163	100.0	1806	100.0	1042	100.0

Tabel 15 viser den totale fordeling af udfyldte vandladningsskemaer. ’Missing’ dækker over, at der ikke er sat noget kryds overheadet ud for rubrikken vandladningsskema på før behandlingsskemaet. Denne kategori med helt manglende data er udtalt stigende til nu 15,0%, hvorimod andelen med kryds ved ’uoplyst’ er ret konstant (4,0%).

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	901	1159	77.7 (75.2 - 80.1)
2005	1221	1696	72.0 (69.8 - 74.1)
2006	659	886	74.4 (71.4 - 77.2)

Tabel 16 viser, at andelen af patienter der opfylder indikatoren er 74,4%. Standarden er ikke opfyldt, og indikatorværdien er tæt på tidligere års værdier.

Ad B) på afdelingsniveau

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

Afdeling	Udfyldt skema				
	Missing	Ja	Nej	Uoplyst	I alt
	n	n	n	N	N
Frederiksberg Hospital	11	123	31	12	177

Afdeling	Udfyldt skema				I alt N
	Missing n	Ja n	Nej n	Uoplyst N	
Herlev Hospital	3	39	3	5	50
Nordsjællands Hospital	10	94	26	14	144
Bornholms Hospital	46	0	0	0	46
Odense Universitetshospital	0	12	0	0	12
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	53	7	1	0	61
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	1	90	16	1	108
Fredericia Sygehus	2	66	13	5	86
Regionshospitalet Holstebro	0	42	58	2	102
Regionshospitalet Randers	0	28	3	0	31
Århus Universitetshospital Skejby	0	49	12	0	61
Regionshospitalet Viborg	30	2	0	0	32
Aalborg Sygehus	0	13	15	3	31
Frederikshavn Sygehus	0	94	7	0	101
I alt	156	659	185	42	1042

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

Afdeling	2003-2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	74.2 (70.5 - 77.7)	123	166	74.1 (66.7 - 80.6)
Herlev Hospital	74.8 (70.8 - 78.6)	39	47	83.0 (69.2 - 92.4)
Nordsjællands Hospital	-	94	134	70.1 (61.6 - 77.7)
Bornholms Hospital	-	0	0	-
Odense Universitetshospital	87.5 (47.3 - 99.7)	12	12	100.0 (73.5 - 100.0)
Sygehus Fyn Middelfart	82.6 (68.6 - 92.2)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	-	7	8	87.5 (47.3 - 99.7)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	69.3 (64.9 - 73.5)	90	107	84.1 (75.8 - 90.5)
Fredericia Sygehus	84.0 (78.7 - 88.4)	66	84	78.6 (68.3 - 86.8)
Regionshospitalet Holstebro	40.0 (5.3 - 85.3)	42	102	41.2 (31.5 - 51.4)
Regionshospitalet Randers	70.5 (63.3 - 77.0)	28	31	90.3 (74.2 - 98.0)
Århus Universitetshospital Skejby	75.5 (70.7 - 79.8)	49	61	80.3 (68.2 - 89.4)
Regionshospitalet Viborg	62.9 (44.9 - 78.5)	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Aalborg Sygehus	33.0 (23.8 - 43.3)	13	31	41.9 (24.5 - 60.9)
Frederikshavn Sygehus	87.3 (83.2 - 90.8)	94	101	93.1 (86.2 - 97.2)

Der ses stor spredning mht. indikatoropfyldelse mellem sygehusene. Sygehusene på Bornholm og i Sønderborg, der i 2005 havde 'missing' data for alle indberettede forløb, har stort set samme problem i 2006, hvilket nu også gælder Viborg Sygehus. Imidlertid indberetter Bornholm og Sønderborg kun til Probase light hvori væskevandladningsskema ikke indgår. På de øvrige sygehuse varierer indikatoropfyldelsen fra 41,2% - 100%. Det bemærkes, at næsten alle sygehuse har oplevet en stigende indikatorværdi sammenlignet med 2005. Tre sygehuse (fraset Viborg) ligger på >90%, og den statistiske usikkerhed taget i betragtning opfylder syv sygehuse standarden (tallene fra Sønderborg og Viborg er dog svært fortolkelige).

Konklusion:

Standarden for andelen af patienter, der har fået udfyldt væskevandladningsskema, er ikke opfyldt svarende til de samlede data. På afdelingsniveau har en del sygehuse dog opfyldt standarden. Resultaterne på afdelingsniveau er præget af stor statistisk usikkerhed og bør derfor tolkes med forsigtighed.

***DDRP:** Udfyldelsen af væske vandladningsskemaer kræver en del af patienten og er en organisatorisk udfordring for afdelingerne. Imidlertid er oplysningerne fra disse skemaer særdeles værdifulde i udredningen af patienterne, hvorfor det må anbefales at indsatsen på dette område styrkes. Specielt hos patienter der behandles på symptomatisk indikation, f.eks. natlige vandladninger **skal** der foreligge et vandladningsskema. Probase' light' skal fravælges fremover, ekstrainsatsen for at udfylde et komplet skema er trods alt begrænset.*

Indikator 5: Miktionsvolumen

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProBase uanset behandlingstype, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk”.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter uanset behandlingstype, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk” ifølge før behandlingsskemaet, 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 896 patienter indgår i analyserne (missing data udgået), som er foretaget uafhængigt af behandlingstype på A) samlede data og på B) afdelingsniveau.

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

Miktionsvolumen	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	N	%
Missing	43	3.7	115	6.4	146	14.0
Under 150 ml	456	39.2	601	33.3	355	34.1
Over 150 ml	664	57.1	1090	60.4	541	51.9
I alt	1163	100.0	1806	100.0	1042	100.0

Det ses, at andelen af forløb med manglende angivelse af miktionsvolumen er stigende fra 3,7% i 2003-2004 til nu 14,0%

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	664	1120	59.3 (56.3 - 62.2)
2005	1090	1691	64.5 (62.1 - 66.7)
2006	541	896	60.4 (57.1 - 63.6)

Tabel 20 viser at 60,4% 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
	Missing		Under 150 ml		Over 150 ml		
	n	%	n	%	N	%	
Frederiksberg Hospital	0	0	118	66.7	59	33.3	177
Herlev Hospital	1	2.0	29	58.0	20	40.0	50
Nordsjællands Hospital	7	4.9	51	35.4	86	59.7	144

Afdeling for førbehandling	Miktionsvolumen						I alt N
	Missing		Under 150 ml		Over 150 ml		
	n	%	n	%	N	%	
Bornholms Hospital	46	100.0	0	0	0	0	46
Odense Universitetshospital	0	0	4	33.3	8	66.7	12
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	51	83.6	2	3.3	8	13.1	61
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	6	5.6	18	16.7	84	77.8	108
Fredericia Sygehus	3	3.5	29	33.7	54	62.8	86
Regionshospitalet Holstebro	24	23.5	29	28.4	49	48.0	102
Regionshospitalet Randers	3	9.7	14	45.2	14	45.2	31
Århus Universitetshospital Skejby	2	3.3	18	29.5	41	67.2	61
Regionshospitalet Viborg	3	9.4	15	46.9	14	43.8	32
Aalborg Sygehus	0	0	7	22.6	24	77.4	31
Frederikshavn Sygehus	0	0	21	20.8	80	79.2	101
I alt	146	14.0	355	34.1	541	51.9	1042

Lige som i sidste årsrapport står Bornholms og Sønderborg sygehuse tilsammen for over halvdelen af indberettede patienter med 'missing' angivelse af miktionsvolumen, hvilket skyldes indberetningen til ProsBase 'light'.

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

Afdeling	2003-2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	45.5 (41.4 - 49.6)	59	177	33.3 (26.4 - 40.8)
Herlev Hospital	43.1 (38.6 - 47.7)	20	49	40.8 (27.0 - 55.8)
Nordsjællands Hospital	-	86	137	62.8 (54.1 - 70.9)
Odense Universitetshospital	77.8 (40.0 - 97.2)	8	12	66.7 (34.9 - 90.1)
Sygehus Fyn Middelfart	70.5 (54.8 - 83.2)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	100.0 (2.5 - 100.0)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	84.0 (80.4 - 87.2)	84	102	82.4 (73.6 - 89.2)
Fredericia Sygehus	68.1 (61.7 - 74.0)	54	83	65.1 (53.8 - 75.2)
Regionshospitalet Holstebro	25.0 (0.6 - 80.6)	49	78	62.8 (51.1 - 73.5)
Regionshospitalet Randers	48.2 (40.3 - 56.1)	14	28	50.0 (30.6 - 69.4)
Århus Universitetshospital Skejby	69.4 (64.3 - 74.1)	41	59	69.5 (56.1 - 80.8)
Regionshospitalet Viborg	41.8 (28.7 - 55.9)	14	29	48.3 (29.4 - 67.5)
Aalborg Sygehus	77.3 (67.7 - 85.2)	24	31	77.4 (58.9 - 90.4)
Frederikshavn Sygehus	83.3 (78.8 - 87.2)	80	101	79.2 (70.0 - 86.6)

Tabel 22 viser, at indikatorværdierne på de enkelte afdelinger varierer fra 33,3 % på Frederiksberg Hospital til 82,4% på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg. Ser man på sygehuse med relativt mange indberetninger gennem årene, er det bemærkelsesværdigt at sygehuse som Esbjerg, Aalborg og Frederikshavn ligger stabilt højt på omkring 80%, mens sygehuse som Frederiksberg og Herlev ligger

stabilt på kun omkring 40%. De fleste sygehuse opfylder standarden som følge af den store statistiske usikkerhed, men konklusioner må drages med forsigtighed.

Konklusion:

Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt svarende til de samlede data. På afdelingsniveau er der en del afdelinger, der opfylder standarden, men som følge af den statistiske usikkerhed på de afdelingsspecifikke indikatorværdier må disse tolkes med forsigtighed.

2005-kommentar DDRP: *Miktionsvolumen en vigtig parameter for vurdering af vandladningshastigheden (se indikator 2). Således kan dårlige behandlingsresultater vurderet på vandladningshastighed alene være forårsaget af en for ringe kvalitet af selve undersøgelsen og ikke nødvendigvis pga. et dårligt behandlingsresultat. Imidlertid har mange mænd med svære irritative symptomer svært ved at holde sig tilstrækkeligt længe for at præstere et volumen over 150 ml. En vandladning under 150 ml burde udløse en ny flowundersøgelse men det er ikke altid muligt af praktiske årsager.*

De afdelinger som ikke opfylder standarden, bør se på organiseringen af deres kontroltider. Udenlandske erfaringer viser at en omorganisering af et flow ambulatorium kan øge andelen af miktionsvolumina fra ca. 40 % til ca. 80%. Kommer patienten lige før lukketid er der jo ikke tid til et andet flow med større volumen. Herudover anbefales det at afdelingerne ser på væske-vandladningsskemaerne for de patienter der har et miktionsvolumen under 150 ml. Således kan en funktionelt lille blærekapacitet være årsagen til at patienten ikke kan levere de nødvendige antal ml.

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 1120 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	557	2.47	2.10	0	18	2.0	1.0	3.0
2005	905	2.82	10.78	0	284	2.0	1.0	3.0
2006	1120	3.10	16.13	0	319	1.0	1.0	2.0

Det gennemsnitlige antal sengedage er stort set uændret i 2006 i forhold til tidligere. Der ses patientforløb med en meget lang registreret liggetid, med et maximum antal sengedage på 319. Disse forløb trækker gennemsnittet ’kunstigt’ op, og der er derfor i forhold til tidligere også angivet 25% (nedre) kvartil og 75% (øvre) kvartil for liggetid i tabellen, hvoraf det ses 75% af indlæggelserne nu varer 2 døgn eller kortere.

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	557	5.9 (4.1 - 8.2)
2005	46	905	5.1 (3.7 - 6.7)
2006	46	1120	4.1 (3.0 - 5.4)

Tabel 24 viser at 4,1% af patienterne, der blev behandlet i 2006, havde 7 eller flere sengedage efter behandlingsdatoen. Standarden vedrørende sengedage er klart opfyldt, og der ses endvidere en tendens til, at andelen af patienter med 7 eller flere sengedage er fortsat faldende, sammenlignet med tidligere år.

Ad B) på afdelingsniveau

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

Afdeling	2003-2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2006 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	-	1	6	16.7 (0.4 - 64.1)
Frederiksberg Hospital	8.4 (5.1 - 12.8)	12	218	5.5 (2.9 - 9.4)
Herlev Hospital	9.6 (5.8 - 14.7)	0	23	0.0 (0.0 - 14.8)
Nordsjællands Hospital	100.0 (2.5 - 100.0)	5	79	6.3 (2.1 - 14.2)
Bornholms Hospital	13.0 (4.9 - 26.3)	1	57	1.8 (0.0 - 9.4)
Odense Universitetshospital	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Sygehus Fyn Middelfart	18.5 (6.3 - 38.1)	.	.	-
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0.0 (0.0 - 14.8)	2	69	2.9 (0.4 - 10.1)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	4.4 (0.9 - 12.4)	2	82	2.4 (0.3 - 8.5)
Fredericia Sygehus	2.0 (0.7 - 4.3)	6	171	3.5 (1.3 - 7.5)
Regionshospitalet Holstebro	0.0 (0.0 - 84.2)	6	156	3.8 (1.4 - 8.2)
Regionshospitalet Randers	2.4 (0.8 - 5.4)	2	31	6.5 (0.8 - 21.4)
Århus Universitetshospital Skejby	6.7 (1.4 - 18.3)	3	34	8.8 (1.9 - 23.7)
Regionshospitalet Viborg	1.9 (0.2 - 6.6)	1	67	1.5 (0.0 - 8.0)
Aalborg Sygehus	0.0 (0.0 - 8.4)	1	31	3.2 (0.1 - 16.7)
Frederikshavn Sygehus	6.4 (3.2 - 11.2)	3	94	3.2 (0.7 - 9.0)

Tabel 25 viser de afdelingsspecifikke indikatorværdier for antallet af sengedage. Andelen af patienter der har ≥ 7 sengedage varierer (når der ses bort fra sygehuse med mindre end 10 indberetninger) fra 1,5% på Regionshospitalet Viborg til 8,8% på Skejby Sygehus. Den statistiske usikkerhed er meget stor, og alle sygehuse opfylder standarden. Der bemærkes stor variation mellem afdelingerne i andelen af det totale antal behandlede patienter, der indgår som 'indlagt' i beregningen i indikatoren sengedage. Fx indgår 57 af 58 indberettede patienter fra Bornholms Hospital og 156 ud af 165 patienter fra Holstebro i beregningen, men kun fx 34 ud af 81 patienter fra Skejby Sygehus og 79 ud af 210 patienter fra Nordsjællands Hospital.

Konklusion:

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

DDRP: Med et sengedagsforbrug med en median på 2 dage (postoperativ) nærmer den kirurgiske behandling sig et område for samme-dagskirurgi 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	3	4	I alt
	n	n	n	n	n	N
Rigshospitalet	0	6	0	0	0	6
Frederiksberg Hospital	0	224	33	0	0	257
Herlev Hospital	0	25	3	0	0	28
Nordsjællands Hospital	1	202	0	1	4	208
Bornholms Hospital	0	57	0	0	0	57
Odense Universitetshospital	0	3	10	0	0	13
Sygehus Sønderjylland Sønderborg	0	98	0	0	0	98
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	90	0	0	0	90
Fredericia Sygehus	0	179	0	0	3	182
Regionshospitalet Holstebro	0	156	0	0	1	157
Regionshospitalet Randers	0	33	0	0	5	38
Århus Universitetshospital, Århus Sygehus	0	35	0	0	0	35
Regionshospitalet Viborg	0	67	0	0	0	67
Aalborg Sygehus	0	31	0	0	0	31
Frederikshavn Sygehus	0	96	0	0	0	96
I alt	1	1302	46	1	13	1363

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 1359 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data og uafhængigt af operationstype. Der er så få dødsfald inden for 30 dage, at afdelingsspecifikke analyser ikke kan foretages.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	2	627	0.3 (0.0 - 1.1)
2005	3	1020	0.3 (0.1 - 0.9)
2006	2	1359	0.1 (0.0 - 0.5)

Tabel 26 viser andelen af patienter, der er døde indenfor 30 dage efter operation. Andelen var 0,1% og standarden er opfyldt for denne indikator.

Konklusion:

For alle kirurgisk behandlede er standarden opfyldt. Der er ingen signifikante ændringer i forhold til 2003-05.

2005-kommentar DDRP: Mortaliteten ligger på eller under det niveau der ses i større opgørelser, som dog er af ældre dato. Det er muligt at ny teknologi spiller en rolle her. Standarden vil blive revurderet ifm. næste årsrapport da nyere publikationer om mortalitet er på vej.

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 749 patienter 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	549	4.7 (3.1 - 6.9)
2005	25	833	3.0 (2.0 - 4.4)
2006	42	749	5.6 (4.1 - 7.5)

Tabel 27 viser, at andelen af genindlæggelser efter operation var 5,6% i 2006. Standarden er opfyldt for indikatoren, men indikatorværdien ligger højere end i 2005.

Tabel 28. Genindlæggelseskode

Årsag	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Andre og ikke specificerede infektiøse sygdomme	0	0	1	3.7	0	0
Calculus vesicae urinariae	0	0	1	3.7	0	0
Cystitis acuta	1	3.3	0	0	0	0
Kronisk cystit, anden	0	0	0	0	1	2.2
Stenosis cervicis vesicae urinariae	0	0	0	0	1	2.2
Uretral striktur uden specifikation	0	0	1	3.7	0	0
Orchitis, epididymitis et epididymo-orchitis u absces	0	0	1	3.7	0	0
Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	1	3.3	0	0	0	0
Symptomer og fund i kredsløbs- og åndedrætsorg, andre spec	0	0	1	3.7	1	2.2
Haematuria uden specifikation	1	3.3	2	7.4	0	0
Retentio urinae	6	20.0	7	25.9	21	46.7
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	8	26.7	3	11.1	9	20.0
Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	11	36.7	6	22.2	11	24.4
Sepsis postoperativa	0	0	1	3.7	0	0
Kompl til kir og medicinsk behandling uden specifikation	2	6.7	2	7.4	1	2.2
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	3.7	0	0
I alt	30	100.0	27	100.0	45	100.0

Tabel 28 viser genindlæggelseskodeerne i 2006 sammenlignet med tidligere år. Genindlæggelseskodeerne DR339 (Retentio urinae), og DT814 (Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds) er som tidligere de hyppigst forekommende.

Konklusion:

Standarden for genindlæggelse som følge af den foretagne operation er opfyldt. Der genindlægges en lidt større andel patienter efter operation i 2006 sammenlignet med 2005.

DDRP: Det er ikke overraskende at konstatere at årsagerne til genindlæggelserne er retention, infektion og blødning. Det er samtidig ganske tilfredsstillende at se, at genindlæggelser på baggrund af det operative indgreb kun forekommer i få tilfælde. Imidlertid ses der en svag stigning af genindlæggelserne. Det kunne skyldes at andelen af patienter med absolutte indikationer (hyppigst retention) er stigende på de offentlige hospitaler (se tabel 28 b.) ellers også at patienterne udskrives tidligere og risikoen for genindlæggelse stiger.

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

	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
	2	0.3	4	0.4	6	0.4
Absolut	231	36.8	360	35.3	545	40.0
Symptomatisk	394	62.8	656	64.3	812	59.6
I alt	627	100.0	1020	100.0	1363	100.0

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 749 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af re-operationer er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 29. Andel af patienter med reoperation pga. komplikationer

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	9	549	1.6 (0.8 - 3.1)
2005	18	833	2.2 (1.3 - 3.4)
2006	30	749	4.0 (2.7 - 5.7)

Tabel 29 viser, at andelen af patienter der re-opereres pga. komplikationer var 4,0% i 2006. Standarden er opfyldt for indikatoren, men indikatorværdien ligger højere end i 2005.

Tabel 30. Operationskoder for reoperation

Reoperationskode	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Sclerosis sphincteris vesicae urinariae	0	0	0	0	1	3.3
Stricturea urethrae posttraumatica	0	0	0	0	1	3.3
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	0	0	1	5.9	0	0
Eksplorativ laparotomi	1	12.5	0	0	0	0
Cystoskopisk fjernelse af urinblærekongrement	0	0	2	11.8	0	0
Uretroskopisk intern uretrotomi	2	25.0	1	5.9	1	3.3
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	0	0	3	17.6	8	26.7
Transuretral prostataincision (TUI-P)	1	12.5	0	0	3	10.0
Fotoselektiv laservaporisation af prostata (PVP)	0	0	0	0	2	6.7
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	5.9	0	0
Transuretral resektion af colliculus seminalis	1	12.5	0	0	0	0
Anden transuretral operation på prostata	0	0	0	0	1	3.3
Reop. for overfl. blødn. eft. urolog. op.	0	0	1	5.9	0	0
Reoperation for dyb blødning eft. urologisk operation	0	0	1	5.9	1	3.3
Translum. endoskop. reop. for dyb blødn. eft. urolog. op.	2	25.0	3	17.6	6	20.0
Perkutan punktur af urinblære	0	0	0	0	2	6.7
Dilatation af urinrør	1	12.5	3	17.6	3	10.0
Cystoskopi	0	0	1	5.9	1	3.3

Reoperationskode	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
I alt	8	100.0	17	100.0	30	100.0

Tabel 30 viser koderne for de foretagne re-operationer. KKED22 (Transuretral prostataresektion, TUR-P) og KKWE02 (Transluminal endoskopisk reoperation for dyb blødning efter urologisk operation) var de hyppigste koder for reoperation i 2006.

Konklusion:

Standarden hvad angår re-operation er opfyldt, om end der re-opereres en lidt større andel patienter efter operation i 2006 sammenlignet med 2005.

DDRP: Striktur efter transurethralt resektion har tidligere været et større problem. Med en observationstid på ca. 6 måneder er ovenstående et relativt lille tal, men også her behøves flere patientforløb for at drage endelige konklusioner. Et mindre antal strikturer vil også kunne udvikle sig efter 6 måneders kontrolbesøg. Det skal dog bemærkes at der måske forekommer fejlindberetninger. En ny BPH operation burde registreres som behandlingssvigt. Problemet er dog ret lille.

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

Behandlingskode	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
KKED22	4	80.0	4	57.1	6	28.6
KKED32	0	0	0	0	5	23.8
KKED52A	0	0	1	14.3	0	0
KKED52B	0	0	1	14.3	0	0
KKED52E	0	0	1	14.3	10	47.6
KKED62	1	20.0	0	0	0	0
I alt	5	100.0	7	100.0	21	100.0

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: < 10% af patienterne har behandlingssvigt.

I alt 749 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet med behandlingssvigt 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	549	2.6 (1.4 - 4.2)
2005	11	833	1.3 (0.7 - 2.4)
2006	19	749	2.5 (1.5 - 3.9)

Tabel 31 viser, at andelen af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder efter operation var 2,5%. Standarden er opfyldt for indikatoren. Der ses en lignende andel med behandlingssvigt som i 2003-2004 og en lidt højere andel end i 2005, men den statistiske usikkerhed er stor.

Tabel 32. Andel af patienter med reoperation pga behandlingssvigt

Reoperation	År					
	2003-2004		2005		2006	
	n	%	n	%	n	%
Ja	3	21.4	6	54.5	9	47.4
Nej	11	78.6	5	45.5	10	52.6
I alt	14	100.0	11	100.0	19	100.0

Tabel 32 viser andelen af re-operationer blandt patienter med behandlingssvigt. Lige som i 2005 blev ca. halvdelen af patienter (47,4%) med behandlingssvigt reopereret inden for de 6 måneder.

Tabel 33. Operationskoder i forbindelse med behandlingssvigt

Operationskode	År			I alt N
	2003-2004	2005	2006	
	n	n	n	
BJAZ00	1	0	0	1
DN319	0	0	1	1
DN991	0	3	0	3
KKDV12	0	1	1	2
KKED22	2	2	5	9
KTKC10	0	0	1	1

Operationskode	År			I alt N
	2003-2004 n	2005 n	2006 n	
KTKD00	0	0	1	1
Missin	11	5	10	26
I alt	14	11	19	44

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

Konklusion:

Standarden hvad angår behandlingssvigt er opfyldt.

DDRP: *Behandlingssvigt er defineret som en situation, hvor den givne behandling ikke lykkedes og patienten starter et nyt behandlingsforløb. Afdelingerne bedes at huske at behandlingssvigt også registreres i de tilfælde hvor man opstarter en medicinsk BPH behandling efter en utilfredsstillende kirurgisk behandling. Også her er der stadig 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 384 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	403	2.5 (1.2 - 4.5)
2005	7	471	1.5 (0.6 - 3.0)
2006	8	384	2.1 (0.9 - 4.1)

Tabel 34 viser at 2,1% af patienterne, som blev opereret i 2006, er blevet inkontinente efter behandlingen. Andelen er i samme størrelsesorden som tidligere år. Den statistiske usikkerhed taget i betragtning er standarden opfyldt.

Konklusion:

Standarden hvad angår inkontinens efter kirurgisk behandling er opfyldt.

DDRP: *Inkontinens er en meget generende komplikation, og det er glædeligt at konstatere at standarden opfyldes, til trods for at den er sat lavt. Imidlertid skal der udvises varsomhed mod for sikre konklusioner, idet datagrundlaget fortsat er beskedent. 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 blod transfusioner. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner.

Standarden: < 7% af patienterne har modtaget mere end 2 blodtransfusioner.

I alt 1347 patienter indgår 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	626	1.4 (0.7 - 2.7)
2005	9	1018	0.9 (0.4 - 1.7)
2006	16	1347	1.2 (0.7 - 1.9)

Tabel 35 viser, at 1,2% af patienterne har modtaget mere end 2 blodtransfusioner efter kirurgisk behandling i 2006. Andelen ligger på samme lave niveau som tidligere, og kun 3,6% af kirurgisk behandlede patienter modtog blodtransfusion i det hele taget i 2006 (data ej vist). Standarden er opfyldt.

Konklusion:

Standarden for indikatoren vedrørende blodtransfusioner efter kirurgisk behandling er opfyldt.

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

Oversigt over indikatorer

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

Indikator	Standard	2003-04	2005	2006
Mindst 50 % forbedring af DANPSS symptomscore*	> 70 %	66.6% (61.6 - 71.3)	66.1% (62.2 - 69.9)	74.1% (68.8 - 78.8)
Mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling	> 70 %	46.5% (40.4 - 52.6)	47.5% (42.6 - 52.5)	47.1% (41.4 - 52.8)
Andelen af patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse	> 85 %	80.3% (76.3 - 83.9)	83.5% (80.4 - 86.2)	82.1% (78.8 - 85.2)
Andelen af patienter, som har fået udfyldt vandladningsskemaer	> 90 %	77.7% (75.2 - 80.1)	72.0% (69.8 - 74.1)	74.4% (71.4 - 77.2)
Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml	> 70 %	59.3% (56.3 - 62.2)	64.5% (62.1 - 66.7)	60.4% (57.1 - 63.6)
Andelen af patienter, som har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere	< 10 %	5.9% (4.1 - 8.2)	5.1% (3.7 - 6.7)	4.1% (3.0 - 5.4)
Andelen af patienter, som dør ≤ 30 dage efter operation	< 0,5 %	0.3% (0.0 - 1.1)	0.3% (0.1 - 0.9)	0.1% (0.0 - 0.5)
Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse	< 10 %	4.7% (3.1 - 6.9)	3.0% (2.0 - 4.4)	5.6% (4.1 - 7.5)
Andelen af patienter, som har fået foretaget re-operation p.g.a. komplikationer	< 10 %	1.6% (0.8 - 3.1)	2.2% (1.3 - 3.4)	4.0% (2.7 - 5.7)
Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder	< 10 %	2.6% (1.4 - 4.2)	1.3% (0.7 - 2.4)	2.5% (1.5 - 3.9)
Andelen af patienter, som er blevet inkontinente efter kirurgisk behandling	< 2 %	2.5% (1.2 - 4.5)	1.5 % (0.6 - 3.0)	2.1% (0.9 - 4.1)
Andelen af patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner	< 7 %	1.4% (0.7 - 2.7)	0.9% (0.4 - 1.7)	1.2% (0.7 - 1.9)

Tabel 36 viser at standarden i 2005 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.

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