

# ÅRSRAPPORT FOR PROSBASE

**Dækker alle indrapporteringer til ProBase fra 1/1 2005 - 31/12 2005.  
Rapporten er fortolket og kommenteret af Det Danske Råd for  
Prostatasygdomme, et udvalg under Dansk Urologisk Selskab.**



**August 2006**

**Rapportens analyser er foretaget af Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital (Cand. Scient. Anders Riis; forskningsassistent, PhD, Pia Wogelius; overlæge, PhD, Bente Nørgård), i samarbejde med ProBase sekretariatet og Det Danske Råd for Prostatasygdomme (overlæge Henning Olsen).**

<b>Indhold</b>	<b>Side</b>
FORORD .....	3
HOVEDKONKLUSIONER.....	3
PROSBASES STYREGRUPPE.....	5
AFDELINGER DER HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2005 .....	6
KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER.....	7
KOMPLETHEDSGRAD FOR INDBERETNINGER TIL PROSBASE.....	7
FORDELING AF INDBERETNINGER MHT. BEHANDLINGSTYPER .....	11
INDIKATOR 1: PROCENTVIS ÆNDRING I DANPSS-SYMPATOMSCORE.....	11
INDIKATOR 2: PROCENTVIS ÆNDRING I VANDLADNINGSHASTIGHED.....	13
INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED .....	16
INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER.....	19
INDIKATOR 5: MIKTIONSVOLUMEN.....	21
INDIKATOR 6: SENGEDAGE (FRA BEHANDLINGSDATO TIL UDSKRIVNINGSDATO).....	24
INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET.....	26
INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB.....	27
INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER.....	29
INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER.....	30
INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING.....	32
INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER.....	33
OVERSIGT OVER INDIKATORER.....	34

## Forord

ProsBasens formål er at analysere og udvikle kvaliteten af behandlingen af godartet prostataforstørrelse 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.

Rapporten koncentrerer sig mest om de kirurgiske behandlinger. De medicinske behandlinger er ofte mangelfuld dokumenteret, men er medtaget i betragtningerne over kvaliteten af udredningen af prostatapatienter. Den medicinske behandling er ikke afdelingsafhængig men afhængig af det enkelte præparat og vil derfor ikke nødvendigvis afspejle behandlingskvaliteten på den enkelte afdeling. Patienter med prostatakræft er *ikke* registreret i databasen.

Indledningsvist præsenteres en analyse af, hvor stor en andel af patienterne der indberettes til ProsBase med *kirurgisk* behandling for godartet prostataforstørrelse i forhold til hvor mange patienter der modtager denne behandling ifølge oplysninger fra Landspatientregisteret (dækningsgradsanalyse). Amdrårdsforeningen har ultimo april 2006 ønsket opgørelser for afdelingspecifikke komplethedsgader fra de databaser, der i lighed med ProsBase modtager støtte fra sygehusejerne. For ProsBases vedkommende gælder, at ingen af de indberettende afdelinger i 2005 havde en indberetningsgrad på 90% eller derover, men tre sygehuse havde en indberetningsgrad på mere end 75%.

I 2005 har 13 afdelinger indrapporteret til ProsBase mod 7 afdelinger i 2003-04.

Rapporten omhandler tal fra hele 2005, og for hver indikator sammenlignes 2005-tallene med resultaterne for 2003-04, der dækker indberetninger fra 1/9-2003 frem til udgangen af 2004. I forbindelse med sammenligning med sidste årsrapport skal der gøres opmærksom på, at det ikke er muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med resultaterne fra sidste årsrapport. Årsagen er, at der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb tilhørende sidste opgørelsesperiode, dvs. perioden 2003-04. De indikatorværdier, der i den aktuelle årsrapport angives for sidste opgørelsesperiode, svarer således til alle de på nuværende tidspunkt indberettede patientforløb, der tilhører perioden 2003-04.

For alle beregninger er den statistiske sikkerhed udtrykt ved et 95% sikkerhedsinterval, der udtrykker at den "sande" værdi med 95% sandsynlighed ligger indenfor dette interval, hvis data er valide. Endvidere udtrykker bredden af sikkerhedsintervallet graden af statistisk usikkerhed. I vurderingen af hvorvidt standarden for de enkelte indikatorer er opfyldt, undersøges om sikkerhedsintervallet omfatter den definerede standardværdi.

## Hovedkonklusioner

Overordnet viser analyserne for 2005, at standarderne er opfyldte for indikatorerne 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 er opfyldt i 2005 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 2003-04 har en højere andel af patienterne i 2005 opfyldt indikatorerne vedrørende miktionsvolumen og genindlæggelse. Omvendt har en mindre andel af patienterne fået udfyldt vandladningsskemaer. For de øvrige indikatorer ses ingen ændringer mht. andelen af patienter der opfylder indikatorerne, når resultaterne fra 2005 sammenlignes med resultaterne fra 2003-04. Generelt skal det fremhæves at afdelingerne skal øge deres indsats med hensyn til datakomplethedsgaden betydeligt.

Styregruppen har besluttet følgende tiltag for at øge tilslutningsgraden og dækningsgraden til databasen:

- **Dækningsgrad.**  
Der iværksættes kvartalsvise dækningsgradsanalyser via  
Kompetencecenteret
- **Hvilke patienter indgår i Prosbasens dækningsgradsanalyse**  
Databasesekretariatet og Prostatarådet afklarer i samarbejde med  
Kompetencecenteret hvilke diagnosekoder og procedurekoder, der  
skal bestemme hvilke patienter der inkluderes i de planlagte  
kvartalsvise dækningsgradsanalyser.
- **Urologiske afdelinger i Danmark kontaktes**  
Sundhedsforvaltningen i Vejle Amt kontakter alle urologiske  
afdelinger (også dem der allerede indberetter) på ledelsesniveau for  
at afdække deres indstilling til indberetning til databasen.

Der udarbejdes en samlet oversigt, der indeholder en beskrivelse af  
de tilbagemeldinger, der er modtaget. Oversigten vil herefter blive  
fremlagt for de relevante ledelsesniveauer i Regionsforeningen og  
de enkelte amter/regioner mhp. at få fokus på problemet fra en  
ledelsesmæssig vinkel.

- **Private hospitaler**  
Sundhedsforvaltningen i Vejle Amt vil tage initiativ til at gøre  
Regionsforeningen opmærksom på, at en række indgreb foretages i  
privat regi.

Prosbasen ansøger om at blive omfattet af Sundhedsstyrelsens Bekendtgørelse om kliniske databaser  
hvilket skærper indberetningspligten for den enkelte afdeling betydeligt.

*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](http://www.ddrp.dk) med mange henvisninger til faglitteraturen.*

## **ProsBases Styregruppe**

Overlæge Henrik Jakobsen, KAS Herlev & Formand for Det Danske Råd for Prostata sygdomme (Prostatarådet) under Dansk Urologisk Selskab (DUS)

Konst. Kontorchef Lisbeth Rasmussen, Vejle Amt

Fuldmægtig Hans Jørn Refsgaard, Vejle Amt

Overlæge Henning Olsen, Aarhus Universitetshospital & ProsBase Sekretariatet

Led. Overlæge Ulla Geertsen, Odense Universitetshospital

Overlæge Anders Bødker, Storstrømmens Sygehus

Afdelingslæge Bettina Nørby, Fredericia Sygehus & Det Danske Råd for Prostata sygdomme (Prostatarådet)

Overlæge, Phd, Bente Nørgård, Kompetencecenter Nord

Forskningsassistent, PhD, Pia Wogelius, Kompetencecenter Nord

Cand.scient. Anders Riis, Kompetencecenter Nord

## Afdelinger der har indberettet til databasen i 2005

Følgende 13 sygehuse har indberettet til databasen i 2005:

- Frederiksberg Hospital
- KAS Herlev
- Bornholms Centralsygehus
- Odense Universitetshospital
- Sygehus Fyn Middelfart
- Sønderborg Sygehus
- Sydvestjysk Sygehus Esbjerg
- Fredericia Sygehus
- Holstebro Centralsygehus\*
- Skejby Sygehus
- Viborg Sygehus
- 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.

\* Holstebro Centralsygehus starter indberetningen i 2006, og der foreligger ganske få indberetninger fra 2005.

## Afdelinger der *ikke* har indberettet til databasen i 2005

Følgende 9 sygehuse indberetter ikke til ProsBase

- Rigshospitalet
- Frederikssund Sygehus - er påbegyndt med registreringen i 2006
- Roskilde Amts Sygehus
- Centralsygehuset i Holbæk
- Storstrømmens Sygehus
- Holbæk Sygehus
- Sygehus Fyn Svendborg
- Randers Centralsygehus
- Hjørring Sygehus

DDRP: Tilslutningsgraden kan til tider være svært at beregne da mange afdelinger bliver lagt sammen som administrative enheder. Som eksempel kan nævnes Frederikshavn Hjørring, hvor Frederikshavn indberetter med databasens største dækningsgrad (antallet af registrerede kirurgiske behandlinger i ProsBase i forhold til antallet af registrerede kirurgiske behandlinger i LPR) mens Hjørring ikke registrerer.

## 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 31/12-2005.

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 1/1-2006.
- 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 3414 patientforløb, fordelt på 1333 forløb i 2003-04 og 2081 forløb i 2005.

Til beregning af indikatorer for patienttilfredshed, genindlæggelser, re-operation p.g.a. komplikationer, og behandlingssvigt inden for 6 måneder er der anvendt en datafil, der tager udgangspunkt i patienter, der har fået udfyldt et ”kontrol-skema”. Dette resulterer i 1324 patientforløb, fordelt på 638 forløb i 2003-04 og 686 forløb i 2005.

## Komplethedegrad for indberetninger til ProBase

Analysen af komplethedegraden for indberetningen til ProBase omfatter kirurgiske behandlinger, der er foretaget i perioden 1/1-2005 til 31/12-2005. Komplethedegraden er opgjort for hele året og der er herefter foretaget separate halvårsanalyser.

Komplethedegraden defineres som andelen af patienter, der indberettes til ProBase, i forhold til antallet af patienter der er behandlet på det pågældende sygehus og er beregnet således:

Tælleren udgøres af patienter der er indberettet til ProBase.

Nævneren udgøres af patienter som enten:

1. Er registreret i ProBase, eller
2. Er registreret i Landspatientregisteret (LPR), eller
3. Er registreret i både ProBase og LPR.

Fra LPR er der udtrukket oplysninger om antal patienter, der er registreret behandlet for godartet prostataforstørrelse i 2005 (DN409, syptomdiagnoser som DR339 er ikke medtaget da de ikke i sig selv er indikation for operativ behandling). Følgende behandlingskoder i LPR dækker kirurgisk behandling af godartet prostataforstørrelse (KKED, KKED00, KKED22, KKED32, KKED52, KKED52A, KKED52B, KKED52C, KKED52D, KKED52E, KKED62, KKED72, KKED80, KKED82, KKED96, KKED98, KKEW98, KKEW98B, KKEV22).

**Tabel 1. Antal (%) patienter der er indberettet til ProBase i hele 2005**

Sygehus	ProBase	LPR	Komplethed i %
Frederiksberg Hospital	160	201	79.6
KAS Herlev	125	293	42.7
Bornholms Centralsygehus	30	57	52.6
Odense Universitetshospital	3	61	4.9
Sygehus Fyn Middelfart	9	36	25.0
Sønderborg Sygehus	19	135	14.1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	36	151	23.8
Fredericia Sygehus	163	243	67.1
Holstebro Centralsygehus	0	286	0.0
Skejby Sygehus	14	73	19.2
Viborg Sygehus	91	118	77.1
Aalborg Sygehus	28	93	30.1
Frederikshavn Sygehus	92	105	87.6
I alt	770	1852	41.6

Det fremgår af tabel 1, at der fra sygehuse som indberetter til ProBase, indberettes 41.6 % af de foretagne 1852 kirurgiske behandlinger. Ses der bort fra Odense og Holstebro, er den samlede komplethedegrad 51,2%.

Medtages også sygehuse der *ikke* indberetter til ProBase fremgår det af udtrækket fra LPR, at der i 2005 er foretaget 3292 kirurgiske behandlinger.

**Tabel 2. Komplethedegrad for 1. halvår 2005**

Sygehus	ProsBase	LPR	Komplethed i %
Frederiksberg Hospital	117	137	85.4
KAS Herlev	70	136	51.5
Bornholms Centralsygehus	25	34	73.5
Odense Universitetshospital	0	44	0.0
Sygehus Fyn Middelfart	9	19	47.4
Sønderborg Sygehus	6	86	7.0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	29	80	36.3
Fredericia Sygehus	95	126	75.4
Holstebro Centralsygehus	0	140	0.0
Skejby Sygehus	11	44	25.0
Viborg Sygehus	66	77	85.7
Aalborg Sygehus	28	64	43.8
Frederikshavn Sygehus	44	51	86.3
I alt	500	1038	48.2

Tabel 2 viser en complethedegrad for 1. halvår på 48,2%. Ses der bort fra Odense og Holstebro er den samlede complethedegrad 58,6%. De afdelingsspecifikke complethedegrader varierer fra 0% på sygehusene i Odense og Holstebro til 86,3% i Frederikshavn.

**Tabel 3. Komplethedegrad for 2. halvår 2005**

Sygehus	ProsBase	LPR	Komplethed i %
Frederiksberg Hospital	43	64	67.2
KAS Herlev	55	157	35.0
Bornholms Centralsygehus	5	23	21.7
Odense Universitetshospital	3	18	16.7
Sygehus Fyn Middelfart	0	17	0.0
Sønderborg Sygehus	13	49	26.5
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	7	71	9.9
Fredericia Sygehus	68	117	58.1
Holstebro Centralsygehus	0	146	0.0
Skejby Sygehus	3	29	10.3
Viborg Sygehus	25	41	61.0
Aalborg Sygehus	0	29	0.0
Frederikshavn Sygehus	48	56	85.7
I alt	270	817	33.0

Tabel 3 viser en complethedegrad for 2. halvår på 33,0%. Ses der bort fra Odense og Holstebro er den samlede complethedegrad 41,3%. De afdelingsspecifikke complethedegrader varierer fra 0% på sygehusene i Odense og Holstebro til 85,7% i Frederikshavn.

#### Konklusion:

Sammenligningen af complethedegraderne mellem 1. og 2. halvår viser højere complethedegrader i 1. halvår, hvilket kunne tyde på en vis forsinkelse af indberetningerne til ProsBase. Denne forsinkelse kan delvist forklares med, at patienten skal have afsluttet kontrolbesøgene før der indberettes til databasen, om end der delvist er taget højde for det forhold ved at medtage behandlinger foretaget i 2005, indberettet til ProsBase helt frem til 1/3-06. Styregruppen overvejer derfor om næste complethedegradsanalyse skal dække perioden fra 1/5-05 til 31/4-06. En fyldestgørende complethedegrad analyse kan først gøres når

alle data af et typisk patientforløb er indberettet. Et typisk patientforløb varer mindst 7-8 måneder da kontrolbesøgene ikke bør udføres før 6 måneder efter end behandling.

Komplethedsgradsanalysen er koncentreret til afdelinger der indberetter til ProsBase og viser for behandlinger foretaget i 2005, at den samlede komplethedsgrad er ca. 50%. For enkelte sygehuse (Bornholm, Frederiksberg, Frederikshavn, Fredericia og Viborg) er komplethedsgraden højere end 50%. Den generelt lave komplethedsgrad 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 behandlet for benign prostatahyperplasi, 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	
	n	%	n	%
Kirurgisk	477	35.8	771	37.0
Medicinsk	281	21.1	409	19.7
Andet	112	8.4	199	9.6
Påbegyndt forløb	463	34.7	702	33.7
I alt	1333	100.0	2081	100.0

Der er indberettet 2081 behandlinger til ProsBase i perioden 1/1-2005 frem til 1/3-2006. Behandlingerne er foretaget i hele 2005 og fordeler sig på kirurgiske behandlinger (37 %), medicinske behandlinger (20 %), behandlinger i kategorien ”andet” (10 %) og påbegyndte forløb (34 %). I forhold til 2003-2004 har fordelingen med hensyn til behandlingstyper ikke ændret sig.

**Tabel 5. Fordelingen af behandlingstyper på afdelingsniveau for 2005**

Afdeling	Kirurgisk		Medicinsk		Andet		Påbegyndt forløb		I alt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Frederiksberg Hospital	160	43.1	165	44.5	45	12.1	1	0.3	371	17.8
KAS Herlev	125	82.8	19	12.6	7	4.6	0	0	151	7.3
Bornholms Centralsygehus	30	100.0	0	0	0	0	0	0	30	1.4
Odense Universitetshospital	3	50.0	1	16.7	2	33.3	0	0	6	0.3
Sygehus Fyn Middelfart	9	60.0	5	33.3	1	6.7	0	0	15	0.7
Sønderborg Sygehus	19	44.2	22	51.2	2	4.7	0	0	43	2.1
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	36	19.4	73	39.2	76	40.9	1	0.5	186	8.9
Fredericia Sygehus	164	86.8	18	9.5	7	3.7	0	0	189	9.1
Holstebro Centralsygehus	0	0	0	0	2	100.0	0	0	2	0.1
Skejby Sygehus	14	43.8	16	50.0	1	3.1	1	3.1	32	1.5
Viborg Sygehus	91	98.9	1	1.1	0	0	0	0	92	4.4
Aalborg Sygehus	28	71.8	7	17.9	4	10.3	0	0	39	1.9
Frederikshavn Sygehus	92	40.7	82	36.3	52	23.0	0	0	226	10.9
Uoplyst	0	0	0	0	0	0	699	100.0	699	33.6
I alt	771	37.0	409	19.7	199	9.6	702	33.7	2081	100.0

Tabel 5 viser fordelingen af behandlingstyper på afdelingsniveau.

Bortset fra Odense Universitetshospital og Holstebro Centralsygehus, hvor der er indberettet meget få behandlinger, varierer andelen af kirurgiske behandlinger fra 19,4% på Esbjerg Sygehus til 99 % på Viborg Sygehus. Andelen af medicinske behandlinger varierer fra 1,1% på Viborg Sygehus til 50.0% på Skejby Sygehus. Fordelingen mht. behandlingstyper afspejler næppe den reelle fordeling, idet Prostatarådet har opfordret sygehusene til kun at indberette de kirurgiske behandlinger for på den måde at indskrænke registreringsbyrden.

## Indikator 1: Procentvis ændring i DANPSS symptomscore

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren, i forhold til det totale antal patienter, som har to DANPSS målinger.

Standarden: mindst 70 % skal opfylde indikatoren.

I alt 377 patienter er indberettet med to DANPSS målinger og kan indgå i indikator beregningen. I alt 271 patienter har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation og har et registreret kontrolbesøg, og heraf foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 171 patienter (63,1%).

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	217	333	65.2 (59.8 - 70.3)
2005	245	377	65.0 (59.9 - 69.8)

Tabel 6 viser, at i 2005 har 65 % af de indberettede patientforløb en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Med forbehold for den statistiske usikkerhed, ses det at standarden er tæt på at være opfyldt. Andelen af patienter der opfylder indikatoren er uændret i forhold til i 2003-2004.

**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 beh.)**

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	137	168	81.5 (74.8 - 87.1)
2005	146	171	85.4 (79.2 - 90.3)

Blandt patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, opfylder 85,4 % indikatoren og der ses endvidere en tendens til, at en større andel opfylder målet i 2005, sammenlignet med 2003-2004. Standarden er opfyldt for patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation.

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)**

Afdeling	2003-2004	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2005
	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)			Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	71.4 ( 47.8 - 88.7)	34	39	87.2 ( 72.6 - 95.7)
KAS Herlev	89.5 ( 66.9 - 98.7)	8	9	88.9 ( 51.8 - 99.7)
Bornholms Centralsygehus	-	10	10	100.0 ( 69.2 - 100.0)
Odense Universitetshospital	-	0	0	-
Sygehus Fyn Middelfart	66.7 ( 9.4 - 99.2)	0	0	-
Sønderborg Sygehus	-	4	4	100.0 ( 39.8 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	85.7 ( 57.2 - 98.2)	21	28	75.0 ( 55.1 - 89.3)
Fredericia Sygehus	82.5 ( 70.9 - 90.9)	15	17	88.2 ( 63.6 - 98.5)
Skejby Sygehus	100.0 ( 29.2 - 100.0)	2	2	100.0 ( 15.8 - 100.0)
Viborg Sygehus	-	16	20	80.0 ( 56.3 - 94.3)
Aalborg Sygehus	33.3 ( 0.8 - 90.6)	8	8	100.0 ( 63.1 - 100.0)
Frederikshavn Sygehus	83.3 ( 68.6 - 93.0)	28	34	82.4 ( 65.5 - 93.2)

Tabel 8 viser afdelingspecifikke indikatorværdier for hvor stor en andel af de kirurgisk behandlede patienter, som har en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Andelen varierer fra 75,0% på Sydvestjysk Sygehus Esbjerg til 100% på Skejby Sygehus. Den statistiske usikkerhed svarende til afdelingsniveau er meget stor, men standarden bliver opfyldt for alle.

#### Konklusion:

Indikatorværdierne for 'alle typer af behandling', og for 'alle typer af kirurgisk behandling' adskiller sig ikke med sikkerhed fra den opstillede standard – standarden således opfyldt. 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

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har en mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling, i forhold til antal kirurgisk behandlede (på symptomatisk indikation) patienter, som har to vandladningshastighedsmålinger.

Standarden: mindst 70% af patienterne skal opfylde indikatoren.

I alt 211 (77,9%) ud af 271 patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation og har registreret en kontrol, har fået foretaget to hastighedsmålinger for det enkelte patientforløb og har et anført max flow på før behandlingsskemaet, der overstiger ”0”. Patienter med missing værdier for flow-hastighed enten før eller efter behandling er udgået af analyserne.

Indikatoren er beregnet: A) Samlet for de kirurgisk behandlede og B) For de kirurgisk behandlede 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 (efter kir. beh.)**

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	89	206	43.2 ( 36.3 - 50.3)
2005	107	210	51.0 ( 44.0 - 57.9)

Tabel 9 viser, at 51% af de patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation i 2005, har opnået en 100% forbedring i vandladningshastigheden. Standarden er ikke opfyldt, men der ses en tendens til at en større andel af patienter har opfyldt indikatoren i 2005, sammenlignet med 2003-2004.

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

**Tabel 10. Andelen af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed (efter kir. beh. og på afdelingsniveau)**

Afdeling	2003-2004 Andel, i %, som opfylder indikatorens (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatorens (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatorens (nævner)	2005 Andel, i %, som opfylder indikatorens (95% CI)
Frederiksberg Hospital	23.8 ( 8.2 - 47.2)	16	38	42.1 ( 26.3 - 59.2)
KAS Herlev	39.1 ( 25.1 - 54.6)	7	23	30.4 ( 13.2 - 52.9)
Bornholms Centralsygehus	-	6	17	35.3 ( 14.2 - 61.7)
Odense Universitetshospital	-	0	0	-
Sygehus Fyn Middelfart	30.0 ( 6.7 - 65.2)	3	6	50.0 ( 11.8 - 88.2)
Sønderborg Sygehus	-	2	4	50.0 ( 6.8 - 93.2)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	78.6 ( 49.2 - 95.3)	20	29	69.0 ( 49.2 - 84.7)
Fredericia Sygehus	46.9 ( 34.3 - 59.8)	9	18	50.0 ( 26.0 - 74.0)
Skejby Sygehus	66.7 ( 22.3 - 95.7)	2	3	66.7 ( 9.4 - 99.2)
Viborg Sygehus	-	15	28	53.6 ( 33.9 - 72.5)
Aalborg Sygehus	0.0 ( 0.0 - 70.8)	5	10	50.0 ( 18.7 - 81.3)
Frederikshavn Sygehus	42.9 ( 27.7 - 59.0)	22	34	64.7 ( 46.5 - 80.3)

Tabel 10 viser de afdelingspecifikke indikatorværdier vedrørende andelen af patienter, der opnår en mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling. Ingen af de enkelte sygehuse 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 afvises at standarden er opfyldt for sygehuse i Middelfart, Sønderborg, Esbjerg, Fredericia, Skejby, Viborg, Aalborg og Frederikshavn.

Konklusion: Standarden er ikke opfyldt svarende til de patienter, der har modtaget kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation. 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.

### Indikator 3: Subjektiv patienttilfredshed

Definition af indikatoren: Andelen af kirurgisk behandlede patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse, i forhold til det totale antal kirurgisk behandlede patienter, der har gennemgået kontrol efter et behandlingsforløb.

Standarden: at > 85% af patienterne opfylder indikatoren.

I alt 354 patienter, der har fået udført kirurgisk behandling, har et udfyldt ”kontrolskema” 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	
	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	2	0.6	7	2.0
Utilfreds, uændrede symptomer	15	4.2	15	4.2
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	27	7.5	25	7.1
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	97	27.0	102	28.8
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	209	58.2	197	55.6
Ved ikke	9	2.5	8	2.3
I alt	359	100.0	354	100.0

Tabel 11 viser fordelingen 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	306	359	85.2 ( 81.1 - 88.7)
2005	299	354	84.5 ( 80.3 - 88.1)

Andelen af tilfredse patienter blandt kirurgisk behandlede var 84,5 % i 2005. Standarden vedrørende subjektiv patienttilfredshed er opfyldt, såvel i 2003-04 som i 2005.

**Ad B)** afdelingsniveau.

**Tabel 13. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede på afdelingsniveau**

Afdeling	Utilfreds, værre end for behandling n	Utilfreds, uændrede symptomer n	Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring n	Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri n	Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat n	Ved ikke n	I alt N
Frederiksberg Hospital	1	1	5	17	40	0	64
KAS Herlev	0	6	3	13	20	4	46
Bornholms Centralsygehus	0	1	0	11	14	1	27
Sygehus Fyn Middelfart	0	0	1	2	4	0	7
Sønderborg Sygehus	0	1	0	0	7	0	8
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	3	3	1	8	15	0	30
Fredericia Sygehus	1	0	6	16	18	0	41
Skejby Sygehus	0	0	0	1	3	0	4
Viborg Sygehus	2	2	5	22	31	3	65
Aalborg Sygehus	0	1	1	4	14	0	20
Frederikshavn Sygehus	0	0	3	8	31	0	42
I alt	7	15	25	102	197	8	354

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	2003-2004 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2005 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	83.3 ( 68.6 - 93.0)	57	64	89.1 ( 78.8 - 95.5)
KAS Herlev	86.6 ( 76.0 - 93.7)	33	46	71.7 ( 56.5 - 84.0)
Bornholms Centralsygehus	-	25	27	92.6 ( 75.7 - 99.1)
Sygehus Fyn Middelfart	83.3 ( 58.6 - 96.4)	6	7	85.7 ( 42.1 - 99.6)
Sønderborg Sygehus	-	7	8	87.5 ( 47.3 - 99.7)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	93.8 ( 69.8 - 99.8)	23	30	76.7 ( 57.7 - 90.1)
Fredericia Sygehus	86.0 ( 79.0 - 91.4)	34	41	82.9 ( 67.9 - 92.8)
Skejby Sygehus	60.0 ( 26.2 - 87.8)	4	4	100.0 ( 39.8 - 100.0)
Viborg Sygehus	-	53	65	81.5 ( 70.0 - 90.1)
Aalborg Sygehus	75.0 ( 34.9 - 96.8)	18	20	90.0 ( 68.3 - 98.8)
Frederikshavn Sygehus	87.1 ( 76.1 - 94.3)	39	42	92.9 ( 80.5 - 98.5)

Den statistiske usikkerhed er generelt stor, især for sygehuse med få behandlinger, og tallene må derfor tolkes med stor forsigtighed. For de fleste sygehuse gælder, at standarden er opfyldt.

**Konklusion:**

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

De afdelingsspecifikke analyser viser, at mange af de enkelte sygehuse har opfyldt standarden, om end der bør udvises stor forsigtighed med konklusionerne som følge af den statistiske usikkerhed.

**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

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har fået udfyldt væskevandladningsskemaer, i forhold til det totale antal patienter, hvor indikationen for behandling er anført som ”symptomatisk”. Standarden: > 90% af patienterne skal have udfyldt vandladningsskemaer.

I alt 1612 patienter indgår i beregningerne (missing data udgået). 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 og i 2005**

Udfyldt skema	År			
	2003-2004		2005	
	N	%	n	%
Missing	4	0.4	86	5.1
Ja	836	78.7	1173	69.1
Nej	169	15.9	354	20.8
Uoplyst	53	5.0	85	5.0
I alt	1062	100.0	1698	100.0

Tabel 15 viser fordelingen af udfyldte vandladningsskemaer.

**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	836	1058	79.0 ( 76.4 - 81.4)
2005	1173	1612	72.8 ( 70.5 - 74.9)

Andelen af patienter der opfylder indikatoren er 72,8%. Standarden er ikke opfyldt. Der ses endvidere en tendens til, at færre patienter får udfyldt vandladningsskema i 2005, sammenlignet med i 2003-2004.

Ad B) på afdelingsniveau

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

Afdeling	Udfyldt skema				I alt N
	Missing n	Ja n	Nej N	Uoplyst n	
Frederiksberg Hospital	1	225	66	12	304
KAS Herlev	5	69	12	18	104
Bornholms Centralsygehus	20	0	0	0	20
Odense Universitetshospital	0	3	0	0	3
Sygehus Fyn Middelfart	0	11	2	0	13
Sønderborg Sygehus	32	0	0	0	32
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	127	53	0	180
Fredericia Sygehus	0	94	19	0	113
Holstebro Centralsygehus	0	1	1	0	2
Skejby Sygehus	0	18	5	2	25
Viborg Sygehus	16	22	11	2	51
Aalborg Sygehus	0	12	11	1	24
Frederikshavn Sygehus	0	167	27	0	194
Uoplyst	12	424	147	50	633
I alt	86	1173	354	85	1698

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

Afdeling	2003-2004	2005		Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	
Frederiksberg Hospital	74.4 ( 65.8 - 81.8)	225	303	74.3 ( 68.9 - 79.1)
KAS Herlev	75.4 ( 67.1 - 82.5)	69	99	69.7 ( 59.6 - 78.5)
Bornholms Centralsygehus	-	0	0	-
Odense Universitetshospital	-	3	3	100.0 ( 29.2 - 100.0)
Sygehus Fyn Middelfart	80.8 ( 60.6 - 93.4)	11	13	84.6 ( 54.6 - 98.1)
Sønderborg Sygehus	-	0	0	-
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	87.9 ( 77.5 - 94.6)	127	180	70.6 ( 63.3 - 77.1)
Fredericia Sygehus	87.9 ( 79.8 - 93.6)	94	113	83.2 ( 75.0 - 89.6)
Holstebro Centralsygehus	-	1	2	50.0 ( 1.3 - 98.7)
Skejby Sygehus	80.7 ( 70.6 - 88.6)	18	25	72.0 ( 50.6 - 87.9)
Viborg Sygehus	-	22	35	62.9 ( 44.9 - 78.5)
Aalborg Sygehus	50.0 ( 6.8 - 93.2)	12	24	50.0 ( 29.1 - 70.9)
Frederikshavn Sygehus	93.3 ( 86.7 - 97.3)	167	194	86.1 ( 80.4 - 90.6)
Uoplyst	74.3 ( 69.8 - 78.4)	424	621	68.3 ( 64.5 - 71.9)

Den statistiske usikkerhed er generelt meget stor og tallene må derfor tolkes med stor forsigtighed. Sygehusene i Middelfart og Frederikshavn opfylder standarden. I Odense og Holstebro indgår så få patienter, at konklusioner ikke er meningsfulde.

#### Konklusion:

Standarden for andelen af patienter, der har fået udfyldt væskevandladningsskema, er ikke opfyldt svarende til de samlede data. Desuden tyder tallene på, at denne andel er faldet i 2005 sammenlignet med i 2003-2004. På afdelingsniveau har enkelte sygehuse 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.

## Indikator 5: Miktionsvolumen

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml, i forhold til det totale antal patienter, der svarende til behandlingsindikation har afkrydset ”symptomatisk” og som har en gyldig værdi svarende til miktionsvolumen.

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

I alt 1603 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	
	n	%	n	%
Missing	30	2.8	95	5.6
Under 150 ml	407	38.3	555	32.7
Over 150 ml	625	58.9	1048	61.7
I alt	1062	100.0	1698	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	625	1032	60.6 ( 57.5 - 63.6)
2005	1048	1603	65.4 ( 63.0 - 67.7)

Tabel 20 viser at 65,4% af patienterne har et miktionsvolumen, der overstiger 150 ml. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt, men der ses en tendens til at flere patienter opfylder standarden i 2005, sammenlignet med i 2003-04.

### Ad B) afdelingsniveau

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

Afdeling for forbehandling	Miktionsvolumen						I alt N
	Missing		Under 150 ml		Over 150 ml		
	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	9	2.2	213	52.6	183	45.2	405
KAS Herlev	16	6.7	122	51.0	101	42.3	239
Bornholms Centralsygehus	20	100.0	0	0	0	0	20
Odense Universitetshospital	0	0	0	0	3	100.0	3
Sygehus Fyn Middelfart	1	6.7	3	20.0	11	73.3	15
Sønderborg Sygehus	38	100.0	0	0	0	0	38
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	0	0	45	13.3	294	86.7	339
Fredericia Sygehus	2	1.5	44	32.6	89	65.9	135
Holstebro Centralsygehus	0	0	2	100.0	0	0	2
Skejby Sygehus	2	1.4	46	32.6	93	66.0	141

Afdeling for førbehandling	Miktionsvolumen						I alt
	Missing		Under 150 ml		Over 150 ml		
	n	%	n	%	n	%	N
Viborg Sygehus	7	13.2	27	50.9	19	35.8	53
Aalborg Sygehus	0	0	18	22.5	62	77.5	80
Frederikshavn Sygehus	0	0	35	15.4	193	84.6	228
I alt	95	5.6	555	32.7	1048	61.7	1698

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

Afdeling	2003-2004	2005		
	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	44.2 ( 36.6 - 51.9)	183	396	46.2 ( 41.2 - 51.3)
KAS Herlev	40.3 ( 34.3 - 46.5)	101	223	45.3 ( 38.6 - 52.1)
Odense Universitetshospital	-	3	3	100.0 ( 29.2 - 100.0)
Sygehus Fyn Middelfart	66.7 ( 47.2 - 82.7)	11	14	78.6 ( 49.2 - 95.3)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	78.2 ( 70.2 - 84.9)	294	339	86.7 ( 82.6 - 90.2)
Fredericia Sygehus	70.9 ( 61.1 - 79.4)	89	133	66.9 ( 58.2 - 74.8)
Holstebro Centralsygehus	-	0	2	0.0 ( 0.0 - 84.2)
Skejby Sygehus	71.8 ( 65.4 - 77.7)	93	139	66.9 ( 58.4 - 74.6)
Viborg Sygehus	-	19	46	41.3 ( 27.0 - 56.8)
Aalborg Sygehus	80.0 ( 28.4 - 99.5)	62	80	77.5 ( 66.8 - 86.1)
Frederikshavn Sygehus	79.2 ( 70.3 - 86.5)	193	228	84.6 ( 79.3 - 89.1)

Tabel 22 viser, at indikatorværdierne på de enkelte afdelinger varierer fra 41,3 % på Viborg Sygehus til 86.7% i Esbjerg – der er her set bort fra Odense og Holstebro hvor der kun indgår henholdsvis 3 og 2 patienter.

Sygehusene i Middelfart, Esbjerg, Fredericia, Skejby, Aalborg og Frederikshavn opfylder standarden. Den statistiske usikkerhed svarende til indikatorværdierne er stor, og konklusioner skal drages med forsigtighed.

#### Konklusion:

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

**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.

## Indikator 6: Sengedage (fra behandlingsdato til udskrivningsdato)

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

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

Antallet af sengedage er beregnet som differencen mellem udskrivningsdato og behandlingsdato. Udgået af beregningerne er de patienter, der har missing værdier svarende til enten udskrivningsdato og/eller behandlingsdato, og de patienter, der har åbenbare fejl i datoangivelserne (dvs patient med negative værdier svarende til sengedagsforbrug, og patienter med et registreret sengedagsforbrug på > 365 dage).

I alt 686 patienter indgår i analysen som er foretaget på A) samlede data  
B) på afdelingsniveau.

**Tabel 23. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen**

År	Sengedage					
	N	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Median	Min	Max
2003-2004	416	2.56	2.26	2.00	0.00	18.00
2005	686	2.63	6.13	2.00	0.00	120.00

Det gennemsnitlige antal sengedage ændrer sig ikke i 2005 i forhold til 2003-04. Der ses dog en større variation i 2005 med et maximum antal sengedage på 120 mod 18 i 2003-04.

### Ad A) samlede data

**Tabel 24. Antallet (%) af patienter med  $\geq 7$  sengedage**

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	29	416	7.0 ( 4.7 - 9.9)
2005	39	686	5.7 ( 4.1 - 7.7)

Tabel 24 viser at 5,7% af patienterne, behandlet i 2005, havde 7 eller flere end 7 sengedage efter behandlingsdatoen. Standarden vedrørende sengedage er opfyldt, og der ses endvidere en tendens til, at andelen af patienter med 7 eller flere sengedage i 2005 er faldet, sammenlignet med i 2003-04.

## Ad B) på afdelingsniveau

**Tabel 25. Antallet (%) af patienter med  $\geq 7$  sengedage (afdelingsniveau)**

Afdeling	2003-2004		2005	
	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	14.9 ( 6.2 - 28.3)	10	137	7.3 ( 3.6 - 13.0)
KAS Herlev	9.2 ( 3.5 - 19.0)	13	104	12.5 ( 6.8 - 20.4)
Bornholms Centralsygehus	-	4	30	13.3 ( 3.8 - 30.7)
Sygehus Fyn Middelfart	21.1 ( 6.1 - 45.6)	1	8	12.5 ( 0.3 - 52.7)
Sønderborg Sygehus	-	0	18	0.0 ( 0.0 - 18.5)
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	7.1 ( 0.2 - 33.9)	1	35	2.9 ( 0.1 - 14.9)
Fredericia Sygehus	1.3 ( 0.2 - 4.7)	3	137	2.2 ( 0.5 - 6.3)
Skejby Sygehus	3.4 ( 0.1 - 17.8)	2	13	15.4 ( 1.9 - 45.4)
Viborg Sygehus	-	2	91	2.2 ( 0.3 - 7.7)
Aalborg Sygehus	0.0 ( 0.0 - 36.9)	0	26	0.0 ( 0.0 - 13.2)
Frederikshavn Sygehus	9.8 ( 4.3 - 18.3)	3	87	3.4 ( 0.7 - 9.7)

Tabel 25 viser de afdelingsspecifikke indikatorværdier for antallet af sengedage. Andelen af patienter der opfylder indikatoren varierer fra 0% på Sønderborg Sygehuse til 15,4% på Skejby Sygehus. Den statistiske usikkerhed er meget stor, og på den baggrund kan det ikke afvises, at sygehusene opfylder standarden.

### Konklusion:

Standarden, for alle kirurgisk behandlede, svarende til sengedagsforbrug er opfyldt, både for sygehusene samlet set og for de enkelte afdelinger. Resultaterne på afdelingsniveau er dog præget af stor statistisk usikkerhed.

**DDRP:** Med et sengedagsforbrug med en median på 2 dage (postoperativ) nærmer den kirurgiske behandling sig et område for samme-dagskirugi for udvalgte patientgrupper. Et med tiden langt større datamateriale vil formentlig kunne udpege grupper af patienter og behandlinger, der vil være egnet hertil.

## Indikator 7: 30 dages postoperativ mortalitet

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som dør  $\leq 30$  dage efter operation, i forhold til det totale antal patienter, der har modtaget kirurgisk behandling.

Standarden: max. 0,5 % af patienterne dør  $\leq 30$  dage efter operation.

Data fra ProsBase er sammenkørt med CPR registeret, hvorved der er hentet informationer om vitalstatus.

I alt 770 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  $\leq 30$  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	477	0.4 ( 0.1 - 1.5)
2005	3	770	0.4 ( 0.1 - 1.1)

Tabel 26 viser andelen af patienter, der døde indenfor 30 dage efter operation. Andelen var 0,4% både i 2003-04 og i 2005, og standarden er opfyldt for denne indikator.

Konklusion:

For alle kirurgisk behandlede er standarden opfyldt. Der er ingen ændringer i forhold til 2003-04.

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

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

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse på baggrund af det operative indgreb, i forhold til det totale antal patienter, der har modtaget kirurgisk behandling og som har et udfyldt ”kontrolskema”.

Standarden: < 10% af patienterne genindlægges.

I alt 423 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	23	417	5.5 ( 3.5 - 8.2)
2005	14	423	3.3 ( 1.8 - 5.5)

Tabel 27 viser, at andelen af genindlæggelser efter operation var 3,3% i 2005. Standarden er opfyldt for indikatoren og der ses en tendens til forholdsvis færre genindlæggelser i 2005, sammenlignet med i 2003-04.

**Tabel 28. Genindlæggelseskode**

Årsag	År			
	2003-2004		2005	
	n	%	n	%
DB999	0	0	1	6.7
DN210	0	0	1	6.7
DN300	1	3.7	0	0
DN359	0	0	1	6.7
DN459	0	0	1	6.7
DN991	1	3.7	0	0
DR098	0	0	1	6.7
DR319	0	0	1	6.7
DR339	5	18.5	3	20.0
DT810	8	29.6	1	6.7
DT814	10	37.0	4	26.7
DT814D	0	0	1	6.7
DT889	2	7.4	0	0
I alt	27	100.0	15	100.0

Tabel 28 viser genindlæggelseskodeerne i 2003-04 og i 2005. Genindlæggelseskodeerne DR339 (Retentio urinae), og DT814 (Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds) forekommer hyppigt både i 2005 og i 2003-04. I 2005 var en enkelt patient kodet med DT810 (Haemorrhagia postoperativa et haematoma postoperativum ikke klassificeret andetsteds) mens 8 patienter var kodet med DT810 i 2003-04.

### Konklusion:

Standarden for genindlæggelse som følge af den foretagne operation, er opfyldt. Der genindlægges forholdsvis færre patienter efter operation i 2005 sammenlignet med i 2003-04.

**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.

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

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har fået foretaget re-operation p.g.a. komplikationer efter det operative indgreb, i forhold til det totale antal patienter, der har modtaget kirurgisk behandling og som har et udfyldt ”kontrolskema”.

Standarden: < 10% af patienterne re-opereres.

I alt 423 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	6	417	1.4 ( 0.5 - 3.1)
2005	8	423	1.9 ( 0.8 - 3.7)

Tabel 29 viser andelen af patienter, der re-opereres pga. komplikationer. I 2003-04 og i 2005 blev henholdsvis 1,4% og 1,9% af patienterne re-opereret. Standarden er opfyldt for indikatoren vedrørende reoperation.

**Tabel 30. Operationskoder for reoperation**

Reoperationskode	År			
	2003-2004		2005	
	n	%	n	%
KKCE02	0	0	1	12.5
KKDV12	2	40.0	0	0
KKED22	0	0	1	12.5
KKED32	1	20.0	0	0
KKWE00	0	0	1	12.5
KKWE02	1	20.0	3	37.5
KTKD00	1	20.0	2	25.0
I alt	5	100.0	8	100.0

Tabel 30 viser koderne for de foretagne reoperationer. KKWE02 (Translum. endoskop. reop. for dyb blødn. eft. urolog. op.) og KTKD00 (Dilatation af urinrør) var de hyppigste operationskoder for reoperation i 2005.

Konklusion:

Standarden, hvad angår re-operation, er opfyldt.

**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.

## Indikator 10: Behandlingssvigt inden 6 måneder

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder efter det operative indgreb, i forhold til det totale antal patienter, der har modtaget kirurgisk behandling og som har et udfyldt ”kontrolskema”.

Standarden: < 10% af patienterne har behandlingssvigt.

I alt 423 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	12	417	2.9 ( 1.5 - 5.0)
2005	7	423	1.7 ( 0.7 - 3.4)

Tabel 31 viser andelen af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder efter operation. I 2003-04 og 2005 var andelen af patienter med behandlingssvigt henholdsvis 2,9% og 1,7%. Standarden er opfyldt for indikatoren, og der ses en tendens til færre behandlingssvigt i 2005, sammenlignet med i 2003-04.

**Tabel 32.**

**Andel af patienter med reoperation pga behandlingssvigt**

Reoperation	År			
	2003-2004		2005	
	n	%	n	%
Ja	3	25.0	3	42.9
Nej	9	75.0	4	57.1
I alt	12	100.0	7	100.0

Tabel 32 viser andelen af re-operationer blandt patienter med behandlingssvigt i 2003-04 og i 2005. I 2003-04 blev 3 ud af 12 patienter (25%) med behandlingssvigt reopereret, og i 2005 blev 3 ud af 7 patienter (43%) reopereret.

**Tabel 33.**

**Operationskoder i forbindelse med behandlingssvigt**

Operationskode	År		I alt
	2003-2004	2005	
	n	n	N
BJAZ00	1	0	1
DN911	0	2	2
DN991	0	1	1
KKED22	2	0	2
Missing	9	4	13
I alt	12	7	19

Tabel 33 viser de anvendte operationskoder blandt patienter reopereret efter behandlingssvigt. Der er behandlet med 1) anlæggelse af blærekateter a demeure, 2) DN911= Amenorrhoea secundaria, fejlkode – formentlig DN991, 3) Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation, 4) Transuretral prostataresektion (TUR-P).

**Konklusion:**

Standarden, hvad angår behandlingssvigt, er opfyldt og forholdsvis færre patienter oplevede behandlingssvigt i 2005 sammenlignet med 2003-04.

***DDRP:** Behandlingssvigt er defineret som en situation, hvor den givne behandling ikke lykkedes og patienten starter et nyt behandlingsforløb*

## Indikator 11: Inkontinens efter kirurgisk behandling

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som er blevet inkontinente ved kontrolbesøget i forhold til det totale antal patienter, der har modtaget kirurgisk behandling og som har et udfyldt ”kontrolskema”. Samtidig må patienterne ikke have været inkontinente før behandlingsstart, og de må ikke have missing værdier svarende til inkontinens angivelsen ved undersøgelse før behandling og heller ikke ved kontrollen.

Standarden: < 2% af patienterne er blevet inkontinente.

I alt 239 patienter indgår 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	8	314	2.5 ( 1.1 - 5.0)
2005	4	239	1.7 ( 0.5 - 4.2)

Tabel 34 viser, at 1,7% af patienterne, som blev opereret i 2005, er blevet inkontinente efter behandlingen. Dette er et lille fald i forhold til 2003-04, hvor det tilsvarende tal var 2.5%. Standarden er opfyldt.

### Konklusion:

Standarden, hvad angår inkontinens efter kirurgisk behandling, er opfyldt. Der ses en tendens til at en mindre andel af patienterne oplevede inkontinens i 2005 sammenlignet med i 2003-04.

**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.*

## Indikator 12: Antal blodtransfusioner

Definition af indikatoren: Andelen af patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner i forhold til det totale antal patienter, har modtaget kirurgisk behandling.

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

I alt 768 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	8	476	1.7 ( 0.7 - 3.3)
2005	7	768	0.9 ( 0.4 - 1.9)

Tabel 35 viser andelen af patienter der har modtaget mere end 2 blodtransfusioner efter kirurgisk behandling. I 2003-04 og i 2005 fik henholdsvis 1,7% og 0,9% af patienterne mere end 2 blodtransfusioner. Der ses en tendens til at en mindre andel af patienterne fik mere end 2 blodtransfusioner i 2005, sammenlignet med 2003-04.

Standarden er opfyldt for indikatoren vedrørende transfusioner.

### 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.*

## Oversigt over indikatorer

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

Indikator	Standard	2003-04	2005
Mindst 50 % forbedring ændring i DANPSS symptomscore*	> 70 %	65.2 % (59.8 - 70.3)	65.0 % (59.9 - 69.8)
Mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling	> 70 %	43.2 % (36.3 - 50.3)	51.0 % (44.0 - 57.9)
Andelen af patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse	> 85 %	85.2 % (81.1 - 88.7)	84.5 % (80.3 - 88.1)
Andelen af patienter, som har fået udfyldt vandladningsskemaer	> 90 %	79.0 % (76.4 - 81.4)	72.8 % (70.5 - 74.9)
Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml	> 70 %	60.6 % (57.5 - 63.6)	65.4 % (63.0 - 67.7)
Andelen af patienter, som har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere	< 10 %	7.0 % (4.7 - 9.9)	5.7 % (4.1 - 7.7)
Andelen af patienter, som dør ≤ 30 dage efter operation	< ½ %	0.4 % (0.1 - 1.5)	0.4 % (0.1 - 1.1)
Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse	< 10 %	5.5 % (3.5 - 8.2)	3.3 % (1.8 - 5.5)
Andelen af patienter, som har fået foretaget re-operation p.g.a. komplikationer	< 10 %	1.4 % (0.5 - 3.1)	1.9 % (0.8 - 3.7)
Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder	< 10 %	2.9 % (1.5 - 5.0)	1.7 % (0.7 - 3.4)
Andelen af patienter, som er blevet inkontinente efter kirurgisk behandling	< 2 %	2.5 % (1.1 - 5.0)	1.7 % (0.5 - 4.2)
Andelen af patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner	< 7 %	1.7 % (0.7 - 3.3)	0.9 % (0.4 - 1.9)

Tabel 36 viser at standarden i 2005 er opfyldt for indikatorerne vedrørende: 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.