

RAPPORT TIL PROSBASEN

**Analyser er foretaget af Klinisk Epidemiologisk Afdeling,
Aarhus Universitetshospital i samarbejde med Prosbasesekretariatet.
Dækker alle indrapporteringer til Prosbasen fra 1/9 2003 - 31/12 2004.**

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

Juli 2005

**Cand. Scient. Anders Riis og overlæge, PhD, Bente Nørgård, KEA
Overlæge Henning Olsen, DDRP**

INDHOLD

FORORD OG HOVEDKONKLUSIONERNE.....	3
PROSBASENS STYREGRUPPE	4
AFDELINGER DER INDBERETTER TIL DATABASEN PR. 1. AUGUST 2005:	5
AFDELINGER DER <i>IKKE</i> INDBERETTER TIL DATABASEN*:	5
1) KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER	6
2) VALG AF BEHANDLINGSTYPER (MEDICINSK, KIRURGISK, ANDET) PÅ SYGEHUS-NIVEAU	6
3) INDIKATOR 1: PROCENTVIS ÆNDRING I DANPSS SYMPTOMSCORE.....	7
4) INDIKATOR 2: PROCENTVIS ÆNDRING I VANDLADNINGSHASTIGHED	9
5) INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED.....	11
6) INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER	13
8) INDIKATOR 6: SENGEDAGE (FRA BEHANDLINGSDATO TIL UDSKRIVNINGSDATO)	17
9) INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET	19
10) INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE, SOM SKER PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB.....	20
11) INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER	22
12) INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER	23
13) INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING	24
14) INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER	24

Forord og hovedkonklusionerne

Prosbasens formål er at analysere og udvikle kvaliteten af behandlingen af godartet prostataforstørrelse på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. Den nuværende Prosbaseret 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 Prosbaseren åben for alle afdelinger.

Ved læsning og fortolkning af nærværende rapport skal man have in mente, at analyserne kun er baseret på et relativt lille grundlag og derfor belagt med megen stor statistisk usikkerhed. Det endnu beskedne datagrundlag skyldes dels at tilslutningen kun har været gradvist stigende i gennem perioden, dels at et 'forløb' fra forundersøgelse over behandling til kontrol strækker sig over minimum 8 måneder. For at kunne vurdere et udkom af en given prostatabehandling skal der, iht. anbefalingerne fra Det Danske Råd for Prostata sygdomme (DDRP, www.ddrp.dk), gå ca. 6 måneder. Derfor kunne der kun medtages et begrænset antal fulde forløb i denne første rapport.

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 afspejle behandlingskvaliteten på den enkelte afdeling.

Patienter med prostatakræft er *ikke* registreret i databasen.

Årsrapporten inkluderer data fra de sidste 4 måneder i 2003 og for hele 2004. Fremtidige årsrapporter vil blive baseret på det aktuelle år og sammenlignet med tidligere rapporter.

I nærværende rapport har syv afdelinger medvirket til indrapporteringen, et antal der forhåbentlig stiger til ca. 20 afdelinger i løbet af indeværende år, og som vil gøre at databasen kan betegnes som landsdækkende.

At afdelingerne bidrager med data er i sig selv en kvalitet, da registreringen kræver at man overholder DDRP's anbefalinger for udredning og behandling af godartet prostataforstørrelse.

Det er glædeligt at se, at de opstillede kvalitetsmål for nogle centrale indikatorer opfyldes, herunder dødeligheden efter prostataoperation, genindlæggelse efter operation, re-operationer pga. behandlingssvigt og komplikationer samt antallet af blodtransfusioner.

Andre indikatorer er ikke opfyldt, og på de foreliggende resultater må man konkludere, at indsatsen skal øges især i forbindelse med udredningen af patienter på flere afdelinger herunder antallet af patienter, der får udfyldt et symptomscore skema og væskevandladningsskemaer. Forbedringer i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling når heller ikke den fastlagte standard, hvilket til dels kan skyldes manglende data og/eller en for lille vandladningsmængde i forbindelse med prøverne. Resultaterne angående den subjektive patienttilfredshed (tilfreds/fuldstændig tilfreds) inkluderer både kirurgisk, medicinsk og anden behandling, og på nuværende tidspunkt tillader mængden af data ikke, at analyserne foretages på de enkelte behandlingsformer.

Imidlertid skal man i denne første årsrapport udvise stor forsigtighed med konklusioner angående opfyldelse af indikatorer, idet datagrundlaget er spinkelt, og i særdeleshed er resultaterne på afdelingsniveau præget af betydelig statistisk usikkerhed.

Prostatarådets (DDRP) kommentarer er anført under konklusionerne.

Det er for tidligt at udpege indsatsområder indenfor udredning og behandling af godartet prostataforstørrelse på basis af denne første rapport. Hovedindsatsen må i første omgang ligge i øgningen af datakvaliteten herunder et tilnærmelsesvis landsdækkende datasæt.

Prosbasens Styregruppe

Overlæge Henrik Jacobsen, Det Danske Råd for Prostatasygdomme (Prostatarådet) under Dansk Urologisk Selskab (DUS)

Kontorchef Vera Ibsen, Vejle Amt

Fuldmægtig Hans Jørn Refsgaard, Vejle Amt

Overlæge Henning Olsen, Prosbases Sekretariat

Forskningsleder, Phd, Søren Paaske Johnsen, Kompetencecenter Nord

Overlæge, Phd, Bente Nørgård, Kompetencecenter Nord

Lægelig direktør H.C. Thyregod, Fredericia og Kolding Sygehuse

Afdelinger der indberetter til databasen pr. 1. August 2005:

Kirurgisk afd	Viborg	Viborg Amt
Urologisk afd	Aalborg	Nordjyllands Amt
Kirurgisk afd	Middelfart	Fyns Amt
Kirurgisk afd	Sgh. Vendsyssel*	Nordjyllands Amt
Urologisk afd.	Skejby	Århus Amt
Urologisk afd.	Fredericia	Vejle Amt
Urologisk klinik	Frederiksberg	H:S
Urologisk afd.	Herlev	Københavns Amt
Parenkymkirurgisk afd	Esbjerg	Ribe Amt

*kun Frederikshavn

Afdelinger der *ikke* indberetter til databasen*:

Urologisk afd	Rigshospitalet	H:S
Urologisk afd	Frederikssund	Frederiksborg Amt
Urologisk afd	Holbæk	Vestsjællands Amt
Urologisk afd	Roskilde	Roskilde Amt
Kirurgisk afd	Storstrømmens Sygehus	Storstrøms Amt
Urologisk afd	Odense	Fyns Amt
Parenkymkirurgisk afd	Sygehus Fyn	Fyns Amt
Kirurgisk afd	Rønne	Regionskommunen Bornholm
Parenkymkirurgisk afd	Sønderborg	Sønderjyllands Amt
Kirurgisk afd	Nykøbing-Thisted	Viborg Amt
Organkirurgisk afd	Randers	Århus Amt
Urinvejskirurgisk afd	Holstebro	Ringkjøbing Amt

*Anm.: Alle afdelinger, bortset fra Nykøbing Thisted har tilkendegivet at de påbegynder indberetningen senest med udgangen af 2005

1) 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 2004.

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 2005

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 1307 patientforløb.

- 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". Der medtages kun patienter med gyldigt cpr-nummer og med en kontroldato før 1/1 2005 (og et påbegyndt forløb efter 1/9 2003).

Dette resulterer i 289 patientforløb.

2) Valg af behandlingstyper (medicinsk, kirurgisk, andet) på sygehusniveau

Valg af behandlingstyper svarende til indrapporterende afdelinger.

Fordelingen af behandlingstyper på sygehusniveau

Afdeling	Kirurgisk		Medicinsk		Andet		Påbegyndt forløb*		I alt	
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%
Esbjerg	9	2.6	30	11.6	20	19.4	0	0	59	4.5
Fredericia	113	32.4	27	10.5	3	2.9	0	0	143	10.9
Frederiksberg	28	8.0	73	28.3	31	30.1	0	0	132	10.1
Frederikshavn	83	23.8	33	12.8	17	16.5	0	0	133	10.2
Herlev	62	17.8	41	15.9	10	9.7	1	0.2	114	8.7
Middelfart	21	6.0	14	5.4	3	2.9	0	0	38	2.9
Skejby	28	8.0	40	15.5	19	18.4	0	0	87	6.7
Uoplyst	5	1.4	0	0	0	0	596	99.8	601	46.0
I alt	349	100.0	258	100.0	103	100.0	597	100.0	1307	100.0

*Patienter der i opgørelsesperioden endnu ikke har modtaget behandling

3) Indikator 1: Procentvis ændring i DANPSS symptomscore

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Analyserne kræver to DANPSS målinger for det enkelte patientforløb. Dvs. patienter, der har missing værdi for enten DANPSS måling før og/eller efter behandling udgår af analyserne.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

Der er i alt 105 patienter, der kan indgå i indikatorberegningen.

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%

Indikatoren er beregnet:

A) for alle behandlingstyper samlet set

B) kun for de kirurgisk behandlede

C) for de kirurgisk behandlede på afdelingsniveau

Ad A)

Indikator 1: Andelen af patienter hvor Dan-PSS-scoren forbedres med mindst 50%
Analyser for alle typer af behandling samlet

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
67	105	63.8 (53.9 - 73.0)

Ad B)

Analyser for alle typer af kirurgisk behandling

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
52	70	74.3 (62.4 - 84.0)

Ad C)

Analyser for alle typer af kirurgisk behandling på afdelingsniveau

Afdeling	Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
Esbjerg	0	0	0 (. - .)
Fredericia	25	32	78.1 (60.0 - 90.7)
Frederiksberg	0	0	0 (. - .)
Frederikshavn	18	27	66.7 (46.0 - 83.5)
Herlev	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Middelfart	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Skejby	3	3	100 (29.2 - 100)

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 stor statistisk usikkerhed, og der bør ikke drages sikre konklusioner.

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.

4) Indikator 2: Procentvis ændring i vandladningshastighed

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Analyser svarende til dette kræver to hastighedsmålinger for det enkelte patientforløb, og derudover, at max flow på før behandlingsskemaet ikke er anført til værdien "0". Patienter med missing værdier for flow-hastighed enten før eller efter behandling er udgået af analyserne. Beregningerne er udelukkende foretaget på kirurgisk behandlede patienter.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 92 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som har en mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling, i forhold til det totale antal kirurgisk behandlede patienter, som har to vandladningshastighedsmålinger.

Standarden:

Mindst 70%

Indikatoren er beregnet:

A) Samlet for de kirurgisk behandlede

B) For de kirurgisk behandlede på afdelingsniveau

Ad A) Samlede data

Indikator 2: Andelen af patienter som har mindst 100% forbedring i vandladningshastighed Analyser for alle typer af kirurgisk behandling

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
38	92	41.3 (31.1 - 52.1)

Ad B) Afdelingsniveau

Afdeling	Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
Esbjerg	1	1	100 (2.5 - 100)
Fredericia	18	37	48.6 (31.9 - 65.6)
Frederiksberg	0	0	0 (. - .)
Frederikshavn	7	23	30.4 (13.2 - 52.9)
Herlev	6	18	33.3 (13.3 - 59.0)
Middelfart	2	8	25.0 (3.2 - 65.1)
Skejby	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)

Konklusion:

Standarden er ikke opfyldt for analyser svarende til alle kirurgisk behandlede. Analyserne svarende til afdelingsniveau er så usikre, at der ikke bør drages konklusioner.

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

5) Indikator 3: Subjektiv patienttilfredshed

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Analyserne kræver, at patienterne har et udfyldt "kontrolskema", og hvis der er missing værdier svarende til den subjektive patienttilfredshed, udgår patienterne af beregningen. Beregningerne er foretaget uafhængigt af type af behandling.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 184 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

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

Standarden:

> 85%

Analysen er foretaget på

A) samlede data

B) afdelingsniveau.

Ad A) På samlede data.

Indikator 3: Subjektiv patienttilfredshed

Subjektiv vurdering	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	3	1.6
Utilfreds, uændrede symptomer	11	6.0
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	26	14.1
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	57	31.0
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	72	39.1
Ved ikke	15	8.2
I alt	184	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
129	184	70.1 (62.9 - 76.6)

Ad B) På afdelingsniveau.

Afdeling	Utilfreds, værre end før behandlingen	Utilfreds, uændrede symptomer	Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	Ved ikke	I alt
Esbjerg	0	0	3	3	1	0	7
Fredericia	2	5	7	20	28	6	68
Frederiksberg	0	0	0	1	1	0	2
Frederikshavn	0	0	6	12	16	0	34
Herlev	0	1	1	9	17	1	29
Middelfart	1	3	5	5	5	0	19
Skejby	0	2	4	6	4	8	24
Uoplyst	0	0	0	1	0	0	1
I alt	3	11	26	57	72	15	184

Afdeling	Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
Esbjerg	4	7	57.1 (18.4 - 90.1)
Fredericia	48	68	70.6 (58.3 - 81.0)
Frederiksberg	2	2	100 (15.8 - 100)
Frederikshavn	28	34	82.4 (65.5 - 93.2)
Herlev	26	29	89.7 (72.6 - 97.8)
Middelfart	10	19	52.6 (28.9 - 75.6)
Skejby	10	24	41.7 (22.1 - 63.4)
Uoplyst	1	1	100 (2.5 - 100)

Konklusion:

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

For analyser svarende afdelingsniveau er de fleste af resultaterne så usikre, at der ikke bør drages sikre konklusioner.

DDRP: Når datamængden bliver større vil det blive meningsfyldt at lave analyserne svarende til de kirurgiske og ikke kirurgiske behandlinger for at få et fingerpeg om, hvorvidt der er et problem med patienttilfredshed eller om tallene genspejler det faktum, at patienter der sættes i medicinsk behandling fra en hospitalsafdeling ofte repræsenterer en selekteret gruppe .

6) Indikator 4: udfyldte væskevandladningsskemaer

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Kravene for at indgå i beregningerne er, at der svarende til indikationen for behandling er afkrydset "symptomatisk", og at værdien svarende til udfyldt væskevandladningsskema ikke er "missing".

Analyserne er foretaget uafhængigt af behandlingstype.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 1068 patienter opfylder kravene.

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%

Analysen er foretaget på

- A) samlede data
- B) på afdelingsniveau

Ad A) Samlede data

Indikator 4: Udfyldte vandladningsskemaer

Udfyldt skema	n	%
Missing	6	0.6
Ja	857	79.8
Nej	165	15.4
Uoplyst	46	4.3
I alt	1074	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
857	1068	80.2 (77.7 - 82.6)

Ad B) Afdelingsniveau

Afdeling	Udfyldt skema				I alt
	Missing	Ja	Nej	Uoplyst	
	n	n	n	n	N
Esbjerg	0	52	4	0	56
Fredericia	0	67	9	0	76
Frederiksberg	1	76	19	6	102
Frederikshavn	0	95	7	0	102
Herlev	0	78	6	8	92
Middelfart	0	23	5	0	28
Skejby	1	61	13	2	77
Uoplyst	4	405	102	30	541
I alt	6	857	165	46	1074

Afdeling	Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
Esbjerg	52	56	92.9 (82.7 – 98.0)
Fredericia	67	76	88.2 (78.7 - 94.4)
Frederiksberg	76	101	75.2 (65.7 - 83.3)
Frederikshavn	95	102	93.1 (86.4 - 97.2)
Herlev	78	92	84.8 (75.8 - 91.4)
Middelfart	23	28	82.1 (63.1 - 93.9)
Skejby	61	76	80.3 (69.5 - 88.5)
Uoplyst	405	537	75.4 (71.6 – 79.0)

Konklusion:

Standarden for andelen af patienter, der har fået udfyldt væskevandladningsskema, er ikke opfyldt svarende til de samlede data.

Svarende til afdelingsniveau er der flere afdelinger, der opfylder standarden (Esbjerg, Fredericia, Frederikshavn, Herlev, Middelfart).

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.

7) Indikator 5: Miktionsvolumen

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Kravene for at indgå i beregningerne er, at der svarende til indikationen for behandling er afkrydset "symptomatisk", og at værdien svarende til miktionsvolumen ikke er "missing". Analyserne er foretaget uafhængigt af behandlingstype.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

1049 patienter opfylder ovennævnte krav.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

> 70%

Analysen er foretaget på

- A) Samlede data
- B) Afdelingsniveau

Ad A) Samlede data

Indikator 5: Miktionsvolumen

Miktionsvolumen	n	%
Missing	25	2.3
Over 150 ml	631	58.8
Under 150 ml	418	38.9
I alt	1074	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
631	1049	60.2 (57.1 - 63.1)

Ad B) Afdelingsniveau

Afdeling for førbehandling	Miktionsvolumen						I alt	%
			Over 150 ml		Under 150 ml			
	n	%	n	%	n	%	N	
Esbjerg	0	0	119	18.9	33	7.9	152	14.2
Fredericia	0	0	69	10.9	32	7.7	101	9.4
Frederiksberg	7	28.0	74	11.7	102	24.4	183	17.0
Frederikshavn	0	0	97	15.4	25	6.0	122	11.4
Herlev	11	44.0	91	14.4	155	37.1	257	23.9
Middelfart	1	4.0	25	4.0	11	2.6	37	3.4
Skejby	6	24.0	151	23.9	60	14.4	217	20.2
Uoplyst	0	0	5	0.8	0	0	5	0.5
I alt	25	100.0	631	100.0	418	100.0	1074	100.0

Afdeling	Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
Esbjerg	119	152	78.3 (70.9 - 84.6)
Fredericia	69	101	68.3 (58.3 - 77.2)
Frederiksberg	74	176	42.0 (34.7 - 49.7)
Frederikshavn	97	122	79.5 (71.3 - 86.3)
Herlev	91	246	37.0 (30.9 - 43.4)
Middelfart	25	36	69.4 (51.9 - 83.7)
Skejby	151	211	71.6 (65.0 - 77.5)
Uoplyst	5	5	100 (47.8 - 100)

Konklusion:

Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt svarende til de samlede data.

På afdelingsniveau er der flere afdelinger, der opfylder standarden (Esbjerg, Fredericia, Frederikshavn, Middelfart, Skejby).

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.

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

Forudsætning for beregning af indikatoren:

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. Beregningerne er baseret på alle patienter, der har modtaget kirurgisk behandling.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 314 patienter opfylder kravene.

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:

< 10%

Analysen er foretaget på:

- A) samlede data
- B) på afdelingsniveau

Ad A) Samlede data

Sengedagsforbrug:

Sengedage					
N	Gennemsnit	Standard-afvigelse	Median	Min	Max
314	2.59	2.27	2.00	0.00	18.00

Indikator 6: Sengedage

Antal sengedage	n	%
7 dage eller mere	21	6.7
Under 7 dage	293	93.3
I alt	314	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
21	314	6.7 (4.2 – 10.0)

Ad B) På afdelingsniveau

Afdeling	Antal sengedage		I alt
	7 dage eller mere	Under 7 dage	
Esbjerg	0	7	7
Fredericia	1	107	108
Frederiksberg	4	22	26
Frederikshavn	8	73	81
Herlev	4	39	43
Middelfart	3	15	18
Skejby	1	25	26
Uoplyst	0	5	5
I alt	21	293	314

Afdeling	Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
Esbjerg	0	7	0 (. - .)
Fredericia	1	108	0.9 (0 - 5.1)
Frederiksberg	4	26	15.4 (4.4 - 34.9)
Frederikshavn	8	81	9.9 (4.4 - 18.5)
Herlev	4	43	9.3 (2.6 - 22.1)
Middelfart	3	18	16.7 (3.6 - 41.4)
Skejby	1	26	3.8 (0.1 - 19.6)
Uoplyst	0	5	0 (. - .)

Konklusion:

Standarden, for alle kirurgisk behandlede, svarende til sengedagsforbrug er opfyldt.

Resultaterne på afdelingsniveau er præget af stor statistisk usikkerhed, og der bør ikke drages sikre konklusioner.

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

9) Indikator 7: 30 dages postoperativ mortalitet

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Data fra Probasen er sammenkørt med CPR registeret, hvorved der er hentet informationer om vitalstatus. Beregningerne er baseret på alle patienter, der har modtaget kirurgisk behandling – uanset operationstype.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 349 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som dør ≤ 30 dage efter operation, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

< 0,5 %

Analysen er foretaget på samlede data

Indikator 7: Postoperativ mortalitet

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
1	349	0.3 (0.0 - 1.6)

Konklusion:

For alle kirurgisk behandlede er standarden opfyldt.

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

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Analyser svarende til dette kræver, at patienterne har et udfyldt "kontrolskema" inden d 1/1 2005 (og har påbegyndt et forløb efter 1/9 2003). Samtidig er det et krav, at patienterne har modtaget kirurgisk behandling.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 161 patienter opfylder kravene.

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 indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

< 10%

Analysen er foretaget på samlede data.

Indikator 8: Genindlæggelser

Genindlæggelse	n	%
Ja	13	8.1
Nej	148	91.9
I alt	161	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
13	161	8.1 (4.4 - 13.4)

Genindlæggelseskode for de 13 patienter med genindlæggelser

Antal patienter	Årsag 1		Årsag 2	
1	DR339	Retentio urinae		
1	DR339	Retentio urinae	DR339	Retentio urinae
4	DT810	Haemorrhagia postoperativa et haematoma postoperativum ikke klassificeret andetsteds		

Antal patienter	Årsag 1		Årsag 2	
1	DT810	Haemorrhagia postoperativa et haematoma postoperativum ikke klassificeret andetsteds	DT889	Komplikationer og bivirkninger til kirurgisk og medicinsk behandling uden specifikation
1	DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds
4	DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds		
1	DT889	Komplikationer og bivirkninger til kirurgisk og medicinsk behandling uden specifikation		

Konklusion:

Standarden, hvad angår genindlæggelse pga. den foretagne operation, er opfyldt.

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.

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

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Analyser svarende til dette kræver, at patienterne har et udfyldt "kontrolskema" inden d 1/1 2005 (og har påbegyndt et forløb efter 1/9 2003). Samtidig er det et krav, at patienterne har modtaget kirurgisk behandling.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 161 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som har fået foretaget re-operation p.g.a. komplikationer, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

< 10%

Analysen er foretaget på samlede data.

Indikator 9: Re-operationer

Reoperation	n	%
Ja	1	0.6
Nej	160	99.4
I alt	161	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
1*	161	0.6 (0.0 - 3.4)

Ad * for denne patient er re-operationskoden KKDV12 (urethrotomia interna, endoscopica transluminalis)

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.

12) Indikator 10: Behandlingssvigt inden 6 måneder

Forudsætning for beregning af indikatoren:

Analyser svarende til dette kræver, at patienterne har et udfyldt "kontrolskema" inden d 1/1 2005 (og har påbegyndt et forløb efter 1/9 2003). Samtidig er det et krav, at patienterne har modtaget kirurgisk behandling.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 161 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

< 10%

Analysen er foretaget på samlede data. Antallet med behandlingssvigt er for lille til, at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Indikator 10: Behandlingssvigt

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
8*	161	5.0 (2.2 - 9.6)

Ad *: Af de 8 patienter, med registeret behandlingssvigt inden for 6 måneder, er der 3 patienter, der har fået foretaget re-operation. To patienter med kode KKED22 og én patient med kode BJAZ00.

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

13) Indikator 11: Inkontinens efter kirurgisk behandling

Forudsætning for beregning af indikatoren:

For at kunne indgå i beregningen kræves det, at patienterne har modtaget kirurgisk behandling, og de skal have fået udfyldt et "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.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:

I alt 113 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som er blevet inkontinente ved kontrolbesøget, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

< 2%

Analysen 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.

Indikator 11: Inkontinens af behandling

Inkontinens	n	%
Ja	3	2.7
Nej	110	97.3
I alt	113	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
3*	113	2.7 (0.6 - 7.6)

Ad *: To patienter fra Fredericia og 1 patient fra Middelfart er blevet inkontinente.

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.

14) Indikator 12: Antal blodtransfusioner

Forudsætning for beregning af indikatoren:

For at kunne indgå i beregningen kræves det, at man har modtaget kirurgisk behandling, og at man ikke har "missing" værdi svarende til oplysning om antal transfusioner.

Antal patienter, der opfylder ovennævnte krav:
I alt 348 patienter opfylder kravene.

Definition af indikatoren:

Andelen af patienter, som har modtaget mere end 2 transfusioner ved kirurgisk behandling, i forhold til det totale antal patienter, der indgår i indikatorberegningen.

Standarden:

< 7%

Indikator 12: Antal blodtransfusioner

Antal blodtransfusioner	n	%
0	334	96.0
1	1	0.3
2	6	1.7
3	3	0.9
4	2	0.6
6	1	0.3
11	1	0.3
I alt	348	100.0

Antal patientforløb der opfylder kravet	Antal patientforløb i alt	Andel (95% CI)
7	348	2.0 (0.8 - 4.1)

Konklusion:
Standarden er opfyldt.

DDRP: Det er ikke mange år siden at transfusioner var en hyppig begivenhed ved prostataoperationer. Om det fundne lave tal skyldes ny teknologi, underrapportering eller bedre anæstesi kan man ikke konkludere. Da tallet er så lavt burde man overveje datavalidering på afdelingsniveau.