

ÅRSRAPPORT FOR PROSBASE 2010

**Omfatter patientforløb med kirurgisk behandlingsdato
1/1 2010 - 31/12 2010, der er indberettet til ProBase senest 26/7 2011.**

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



2. januar 2012

Rapportens analyser er foretaget af Kompetencecenter Nord, Klinisk Epidemiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital (statistiker, MSc Stine Skovbo, og afdelingslæge, klinisk lektor, ph.d. Reimar W. Thomsen), i samarbejde med ProBase sekretariatet og Det Danske Råd for Prostatasygdomme (overlæge, dr.med. Henning Olsen).

Indhold	Side
FORORD	3
HOVEDKONKLUSIONER	4
PROSBASES STYREGRUPPE.....	5
AFDELINGER DER HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2010.....	6
KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER.....	8
KOMPLETHEDSGRAD FOR INDBERETNINGER TIL PROSBASE.....	9
FORDELING AF INDBERETNINGER MHT. BEHANDLINGSTYPER	18
INDIKATOR 1: PROCENTVIS ÆNDRING I DANPSS-SYMTOMSCORE.....	19
INDIKATOR 2: PROCENTVIS ÆNDRING I VANDLADNINGSHASTIGHED.....	23
INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED	31
INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER.....	36
INDIKATOR 5: MIKTIONSVOLUMEN.....	39
INDIKATOR 6: SENGEDAGE (FRA BEHANDLINGSDATO TIL UDSKRIVNINGSDATO).....	43
INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET.....	48
INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB.....	49
INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER.....	52
INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER.....	54
INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING.....	56
INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER.....	57
OVERSIGT OVER INDIKATORER.....	60

Forord

Hermed foreligger 7. årsrapport fra ProsBase. ProsBases formål er at analysere og udvikle kvaliteten af behandlingen af godartet prostataforstørrelse (BPH) på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. ProsBase er netbaseret og påbegyndte indsamlingen af data i efteråret 2003, i første omgang på pilotafdelingerne i Fredericia, Herlev og Skejby. I løbet af foråret 2004 blev ProsBase åben for alle afdelinger.

Analyserne i årsrapporten for 2010 fokuserer *udelukkende på kirurgisk* behandling af prostataforstørrelse. Patienter med prostatakræft er *ikke* registreret i databasen.

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

41 sygehuse er registreret med opererede patienter i Prosbase og/eller LPR i 2010, heraf 29 sygehuse med >10 forløb. 23 ud af disse 29 har en indberetningskomplethed på over 70% af patienterne. Blandt de 13 'store' behandlingssteder med over 100 årlige forløb har 12 sygehuse en komplethed på over 70% og 9 har en komplethed på over 80%. Blandt alle sygehuse som helhed der har indberettet kirurgiske behandlinger til ProsBase i 2010 er kompletheden af indberetning nu på 83%, mod 79% i 2009, 67% i 2008 og 57% i 2007. Totalt er kompletheden 81%. Det ses således, at de 10 sygehuse, der ikke har indberettet nogle af deres sammenlagt 71 patienter overhovedet i 2010, er kvantitativt uden betydning for den samlede komplethed. Kompletheden kan forventes at stige yderligere pga. forsinkelse i indberetningerne. Alle offentlige sygehuse (fraset Rigshospitalet med 6 patienter, Næstved med 26 patienter, og Odense med 11 patienter) har indberettet til Prosbase. To tredjedele af de private klinikker herunder alle de 'store' private behandlingssteder har indberettet til ProsBase. I 2010 har 31 enheder indrapporteret patienter til Prosbase, mod 33 enheder i 2009, 28 enheder i 2008, 24 enheder i 2007, 15 enheder i 2006, 13 enheder i 2005 og 7 enheder i 2003-04.

De vedvarende strukturændringer i sundhedsvæsenet gør det ikke altid lige entydigt hvilke afdelinger der behandler prostata patienter. I efteråret 2006 blev ProsBase anerkendt som landsdækkende database af Sundhedsstyrelsen, hvilket indebærer at der er indberetningspligt for *alle* afdelinger der varetager den kirurgiske behandling af BPH, herunder *private klinikker og sygehuse, herunder garantiklinikker*.

Rapporten omhandler patientforløb, hvor datoen for kirurgisk behandling ligger i 2010, og som er indberettet til ProsBase senest 26/7 2011. For hver indikator sammenlignes 2010-tallene med resultaterne for 2003-04, 2005, 2006, 2007, 2008, og 2009, der tilsammen dækker patientforløb fra 1/9-2003 frem til udgangen af 2009. Det er ikke muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport med tidligere årsrapporter. Årsagen er, at der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb tilhørende de tidligere årsrapporters opgørelsesperioder. De indikatorværdier, der i den aktuelle årsrapport angives for tidligere opgørelsesperioder, svarer således til alle de på nuværende tidspunkt indberettede patientforløb, der tilhører perioden 2003-09. Grunden til de sene indberetninger er dels, at et typisk patientforløb strækker sig over typisk 9 måneder, og dels den varierende indberetningspraksis. Nogle afdelinger indberetter først efter et afsluttet patientforløb, mens andre registrerer patienten allerede efter forundersøgelsen. Afdelingerne opfordres på det kraftigste at indberette patientforløb senest i forbindelse med det kirurgiske indgreb.

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

Hovedkonklusioner

Overordnet viser analyserne for 2010, 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 2010 er lige som i 2009 følgende: andelen af patienter, der opnår en mindst 100% forbedring i vandladningshastigheden, andelen som får udfyldt væskevandladningsskemaer, og andelen som har et miktionsvolumen større end 150 ml.

Prostatarådets (DDRP) kommentarer for 2010 er anført under konklusionerne svarende til hver indikator. Rekommandationerne for den optimale behandling af godartet prostataforstørrelse kan læses på www.ddrp.dk med henvisninger til faglitteraturen.

ProsBases Styregruppe

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

Overlæge , dr.med. Henning Olsen, Aarhus Universitetshospital & ProsBase sekretariatet, Region Midtjylland

Chefkonsulent Jørgen Østergaard, Registeransvarlig, Region Syddanmark

Ekspeditionssekretær Flemming Lillelund, Budgetansvarlig, Sygehus Lillebælt, Region Syddanmark

Overlæge Ole Karstens Sørensen, Sygehus Vendsyssel, Region Nordjylland & Prostatarådet

Overlæge Anders Bødker, Storstrømmens Sygehus, Region Sjælland

Ledende overlæge, ph.d. Bettina Nørby, Sygehus Lillebælt & Prostatarådet, Region Syddanmark

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

Afdelinger der har indberettet til databasen i 2010

41 sygehuse/klinikker i Danmark var registreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2010, sammenlignet med 42 afdelinger i 2009 og 2008, 40 afdelinger i 2007, og 35 afdelinger i 2006.

Følgende 31 sygehuse har indberettet til databasen i 2010:

- Allerød Privathospital
- Arresødal Privathospital (ny)
- Bekkevold Klinikken
- Bornholms Hospital
- Erichsens Privathospital
- Frederiksberg Hospital
- Herlev Hospital
- Kysthospitalet Skodsborg
- Københavns Privathospital
- Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg
- Privathospitalet Hamlet, Søborg
- Aleris Privathospitaler, Aalborg
- Aleris Privathospitaler, Århus
- Endoskopiklinikken Århus
- Regionshospitalet Holstebro
- Regionshospitalet Randers
- Regionshospitalet Viborg
- Århus Universitetshospital, Skejby
- ARTROS- Aalborg Privathospital (ny)
- Aalborg Sygehus
- Sygehus Thy-Mors
- Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn
- Privathospitalet Møn
- Sygehus Nord, Holbæk
- Sygehus Nord, Roskilde
- Sygehus Syd, Nykøbing F
- De Vestdanske Friklinikker, Give
- Fredericia Sygehus
- OUH Svendborg Sygehus
- Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg
- Sygehus Sønderjylland, Sønderborg

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.

8 afdelinger har *ikke* indberettet til databasen i 2010, og gjorde det ej heller i 2009:

- Privathospitalet Hamlet, Århus

- Rigshospitalet
- AROS Privathospital
- Aleris Privathospitaler, Esbjerg
- Aleris Privathospitaler, Odense
- eira Privathospitalet Skejby
- Sygehus Syd, Næstved
- OUH Odense Universitetshospital
- Privathospitalet Kollund
- Privathospitalet Mølholm, Vejle

DDRP: De ikke indberettende afdelinger udgør en fuldstændig ubetydende del af de relevante behandlinger. Man skal overveje om de burde udføre behandlingen. Gentagen henvendelse til de relevante myndigheder har ikke givet det fornødne resultat.

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 31/12-2010.

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 1/1-2011.
- 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 14512 patientforløb, fordelt på 1468 forløb i 2003-04, 2239 forløb i 2005, 1894 forløb i 2006, 1811 forløb i 2007, 1690 forløb i 2008, 2685 forløb i 2009, og 2725 forløb i 2010.

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 10482 patientforløb, fordelt på 891 forløb i 2003-04, 1277 forløb i 2005, 1588 forløb i 2006, 1588 forløb i 2007, 1412 forløb i 2008, 2350 forløb i 2009 (til sammenligning var der 1462 forløb i 2009 på skæringsdatoen 27/7-2010 for sidste årsrapport), og 1376 forløb i 2010.

DDRP: I henhold til de givne rekommanditioner skal der udføres kontrol besøg af patienterne. Det kan meget vel udføres af en sygeplejerske. Som ovenstående viser er der imidlertid en stor del af kontrolbesøgene som registreres alt for sent og kommer først med i den årsrapport. Det giver en risiko for invalide fortolkninger af behandlingsresultaterne.

Komplethedegrad for indberetninger til ProsBase

Analysen af komplethedegraden for indberetningen til ProsBase omfatter kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse, der er foretaget i perioden 1/1-2010 til 31/12-2010. 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 2010.

Nævneren udgøres af patienter (CPR numre) som i 2010 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 2010. Der er søgt på følgende koder:

Procedurekoder KKED, KKEV22, eller KKEW98; *i kombination med*
Aktionsdiagnosekode DN40.9.

Herefter er foretaget *eksklusion* af patienter med:

Hoved- eller bidiagnosekoder DC61, DC67, DD303, DD090 registreret fra 1 år før indlæggelsen til behandling for prostataforstørrelse, og op til 3 måneder efter indlæggelsesdatoen.

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

Tabel 1. Antal (%) patienter der er indberettet til ProsBase i hele 2010

Region	Sygehus	Antal patienter registreret i ProsBase	Antal patienter registreret i ProsBase og LPR	Komplethed (%)
Hovedstaden	Allerød Privathospital	14	14	100.0
Hovedstaden	Arresødal Privathospital	48	49	98.0
Hovedstaden	Bekkevoold Klinikken	2	5	40.0
Hovedstaden	Bornholms Hospital	35	43	81.4
Hovedstaden	Erichsens Privathospital	106	123	86.2
Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	157	164	95.7
Hovedstaden	Herlev Hospital	199	280	71.1
Hovedstaden	Kysthospitalet Skodsborg	193	234	82.5
Hovedstaden	Københavns Privathospital	45	49	91.8
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	133	133	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Søborg	16	31	51.6
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Århus	0	1	0.0
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	6	0.0
Midtjylland	AROS Privathospital	0	3	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Aalborg	13	16	81.3
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	5	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Odense	0	1	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Århus	33	33	100.0
Midtjylland	Endoskopiklinikken Århus	4	5	80.0
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	225	282	79.8
Midtjylland	Regionshospitalet Randers	76	104	73.1
Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	88	96	91.7
Midtjylland	eira Privathospitalet Skejby	0	5	0.0
Midtjylland	Århus Universitetshospital, Skejby	22	23	95.7
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	4	4	100.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	43	48	89.6
Nordjylland	Sygehus Thy-Mors	39	44	88.6
Nordjylland	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	157	159	98.7
Sjælland	Privathospitalet Møn	8	12	66.7
Sjælland	Sygehus Nord, Holbæk	126	131	96.2
Sjælland	Sygehus Nord, Roskilde	23	46	50.0
Sjælland	Sygehus Syd, Nykøbing F	141	146	96.6
Sjælland	Sygehus Syd, Næstved	0	26	0.0
Syddanmark	De Vestdanske Friklinikker, Give	104	119	87.4
Syddanmark	Fredericia Sygehus	157	173	90.8
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	11	0.0
Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	142	262	54.2

Region	Sygehus	Antal patienter registreret i ProsBase	Antal patienter registreret i ProsBase og LPR	Komplethed (%)
Syddanmark	Privathospitalet Kollund	0	4	0.0
Syddanmark	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	9	0.0
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	17	45	37.8
Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	56	64	87.5
Landsresultat		2426	3008	80.7

Når der fokuseres på sygehuse, som har indberettet til ProsBase i 2010, er der indberettet 83% (2426 ud af 2937) af de foretagne kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse (komplethed i 2009: 79%).

Medtages også sygehuse der *ikke* indberetter til ProsBase, fremgår det sammenholdt med udtrækket fra LPR, at der i 2010 er foretaget i alt 3008 kirurgiske behandlinger, svarende til en komplethed af indberetningen på 81% (Tabel 1) (komplethed i 2009: 77%).

DDRP kommentar:

Det er glædeligt at se at komplethedsgraden stiger, men den er endnu ikke helt tilfredsstillende. Det er særlig vigtigt at se på de store afdelinger som kun indberetter ca. halvdelen af de relevante patienter. Det betyder at selvom der registreres, er registreringspraksis ikke altid tilfredsstillende. For at kunne levere kvalitetsdata så hurtig som muligt opfordres afdelingerne til at indberette patienterne senest i forbindelse med den kirurgiske behandling. Det er DDRP's opfattelse at kvalitetsafdelingerne i de enkelte regioner bør sørge for at afdelinger indberetter data i tide. Årsrapportens konklusioner er meget afhængige af at data indberettes i tide.

Table 2a. Completeness for 1. quarter 2010

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Completeness %
Hovedstaden	Allerød Privathospital	7	7	100.0
Hovedstaden	Arresødal Privathospital	13	13	100.0
Hovedstaden	Bekkevold Klinikken	2	3	66.7
Hovedstaden	Bornholms Hospital	12	12	100.0
Hovedstaden	Erichsens Privathospital	40	43	93.0
Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	31	35	88.6
Hovedstaden	Herlev Hospital	39	53	73.6
Hovedstaden	Kysthospitalet Skodsborg	31	34	91.2
Hovedstaden	Københavns Privathospital	14	14	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	71	71	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Søborg	10	12	83.3
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	3	0.0
Midtjylland	AROS Privathospital	0	1	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Aalborg	8	8	100.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	1	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Odense	0	1	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Århus	12	12	100.0
Midtjylland	Endoskopiklinikken Århus	3	3	100.0
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	78	102	76.5
Midtjylland	Regionshospitalet Randers	39	46	84.8
Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	27	29	93.1
Midtjylland	Århus Universitetshospital, Skejby	4	4	100.0
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	1	1	100.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	5	5	100.0
Nordjylland	Sygehus Thy-Mors	13	14	92.9
Nordjylland	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	51	52	98.1
Sjælland	Privathospitalet Møn	2	7	28.6
Sjælland	Sygehus Nord, Holbæk	23	24	95.8
Sjælland	Sygehus Nord, Roskilde	7	12	58.3
Sjælland	Sygehus Syd, Nykøbing F	46	46	100.0
Sjælland	Sygehus Syd, Næstved	0	4	0.0
Syddanmark	De Vestdanske Friklinikker, Give	21	24	87.5
Syddanmark	Fredericia Sygehus	38	40	95.0
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	4	0.0
Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	47	71	66.2
Syddanmark	Privathospitalet Kollund	0	2	0.0
Syddanmark	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	3	0.0
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	3	12	25.0
Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	7	9	77.8

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Landsresultat		705	837	84.2

Tabel 2b. Komplethedegrad for 2. kvartal 2010

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Allerød Privathospital	1	1	100.0
Hovedstaden	Arresødal Privathospital	13	13	100.0
Hovedstaden	Bekkevold Klinikken	0	2	0.0
Hovedstaden	Bornholms Hospital	14	14	100.0
Hovedstaden	Erichsens Privathospital	33	37	89.2
Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	44	44	100.0
Hovedstaden	Herlev Hospital	39	53	73.6
Hovedstaden	Kysthospitalet Skodsborg	31	52	59.6
Hovedstaden	Københavns Privathospital	16	19	84.2
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	50	50	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Søborg	5	8	62.5
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Aalborg	5	6	83.3
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	2	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Århus	9	9	100.0
Midtjylland	Endoskopiklinikken Århus	1	1	100.0
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	60	75	80.0
Midtjylland	Regionshospitalet Randers	17	28	60.7
Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	27	27	100.0
Midtjylland	eira Privathospitalet Skejby	0	1	0.0
Midtjylland	Århus Universitetshospital, Skejby	9	9	100.0
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	1	1	100.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	7	8	87.5
Nordjylland	Sygehus Thy-Mors	10	10	100.0
Nordjylland	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	39	39	100.0
Sjælland	Privathospitalet Møn	6	7	85.7
Sjælland	Sygehus Nord, Holbæk	35	36	97.2
Sjælland	Sygehus Nord, Roskilde	5	11	45.5
Sjælland	Sygehus Syd, Nykøbing F	27	27	100.0
Sjælland	Sygehus Syd, Næstved	0	8	0.0
Syddanmark	De Vestdanske Friklinikker, Give	37	42	88.1
Syddanmark	Fredericia Sygehus	47	51	92.2
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	4	0.0
Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	47	89	52.8
Syddanmark	Privathospitalet Kollund	0	2	0.0
Syddanmark	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	3	0.0
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	7	15	46.7
Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	20	24	83.3
Landsresultat		662	828	80.0

Tabel 3a. Komplethedegrad for 3. kvartal 2010

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Allerød Privathospital	3	3	100.0
Hovedstaden	Arresødal Privathospital	11	12	91.7
Hovedstaden	Bornholms Hospital	5	5	100.0
Hovedstaden	Erichsens Privathospital	20	28	71.4
Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	39	39	100.0
Hovedstaden	Herlev Hospital	63	93	67.7
Hovedstaden	Kysthospitalet Skodsborg	58	95	61.1
Hovedstaden	Københavns Privathospital	11	12	91.7
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	9	9	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Søborg	1	3	33.3
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Århus	0	1	0.0
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	3	0.0
Midtjylland	AROS Privathospital	0	2	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	2	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Århus	8	8	100.0
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	41	49	83.7
Midtjylland	Regionshospitalet Randers	13	21	61.9
Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	14	17	82.4
Midtjylland	eira Privathospitalet Skejby	0	2	0.0
Midtjylland	Århus Universitetshospital, Skejby	3	3	100.0
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	1	1	100.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	9	11	81.8
Nordjylland	Sygehus Thy-Mors	9	10	90.0
Nordjylland	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	24	24	100.0
Sjælland	Sygehus Nord, Holbæk	28	29	96.6
Sjælland	Sygehus Nord, Roskilde	3	10	30.0
Sjælland	Sygehus Syd, Nykøbing F	31	32	96.9
Sjælland	Sygehus Syd, Næstved	0	6	0.0
Syddanmark	De Vestdanske Friklinikker, Give	23	24	95.8
Syddanmark	Fredericia Sygehus	35	43	81.4
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	1	0.0
Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	27	47	57.4
Syddanmark	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	2	0.0
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	1	8	12.5
Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	11	12	91.7
Landsresultat		501	667	75.1

Tabel 3b. Komplethedegrad for 4. kvartal 2010

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Allerød Privathospital	3	3	100.0
Hovedstaden	Arresødal Privathospital	11	11	100.0
Hovedstaden	Bornholms Hospital	4	12	33.3
Hovedstaden	Erichsens Privathospital	13	15	86.7
Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	43	47	91.5
Hovedstaden	Herlev Hospital	58	81	71.6
Hovedstaden	Kysthospitalet Skodsborg	73	110	66.4
Hovedstaden	Københavns Privathospital	4	4	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	3	3	100.0
Hovedstaden	Privathospitalet Hamlet, Søborg	0	8	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	2	0.0
Midtjylland	Aleris Privathospitaler, Århus	4	4	100.0
Midtjylland	Endoskopiklinikken Århus	0	1	0.0
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	46	58	79.3
Midtjylland	Regionshospitalet Randers	7	12	58.3
Midtjylland	Regionshospitalet Viborg	20	23	87.0
Midtjylland	Privathospitalet Skejby	0	2	0.0
Midtjylland	Århus Universitetshospital, Skejby	6	7	85.7
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	1	1	100.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	22	25	88.0
Nordjylland	Sygehus Thy-Mors	7	10	70.0
Nordjylland	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	43	44	97.7
Sjælland	Sygehus Nord, Holbæk	40	42	95.2
Sjælland	Sygehus Nord, Roskilde	8	13	61.5
Sjælland	Sygehus Syd, Nykøbing F	37	42	88.1
Sjælland	Sygehus Syd, Næstved	0	8	0.0
Syddanmark	De Vestdanske Friklinikker, Give	23	29	79.3
Syddanmark	Fredericia Sygehus	37	41	90.2
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	2	0.0
Syddanmark	OUH Svendborg Sygehus	21	55	38.2
Syddanmark	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	1	0.0
Syddanmark	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	6	10	60.0
Syddanmark	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	18	20	90.0
Landsresultat		558	746	74.8

De foregående tabeller 2a, 2b, 3a, og 3b viser complethedegrader for de fire kvartaler i 2010. For hele 2010 kan bemærkes:

- Der ses en klart faldende variation i complethed af patientindberetning afdelingerne imellem, i forhold til tidligere år. De fleste afdelinger ligger nu højt i complethed.
- For sygehuse med >10 patientforløb har 23 ud af 29 en complethed på over 70% af patienterne. For de store behandlingssteder med > 100 årlige forløb er det endda 12 ud af 13 der har en complethed på over 70%.
- De fleste af de store private klinikker har opnået meget høj complethed i indberetningen
- De sygehuse, der ikke har indberettet, har typisk kun opereret meget få patienter.
- De tre offentlige sygehuse med allerflest patienter, nemlig Herlev, Holstebro, og Svendborg, mangler tilsammen at indberette mere end 250 patienter, dvs. næsten halvdelen af de ikke-indberettede patienter på landsplan.

Suboptimal complethed betyder, at vurderingen af hvorvidt indikatorerne er opfyldt eller ej skal tages med et vist forbehold. Således kan resultaterne for de enkelte indikatorer ikke uden videre overføres til hele gruppen af patienter kirurgisk behandlet for benign prostataforstørrelse, da det ikke vides, om den del af patienterne, der ikke indberettes, adskiller sig fra den del af patienterne, der indberettes.

Fordeling af indberetninger mht. kirurgiske behandlingstyper

Den foreliggende årsrapport omhandler udelukkende 2431 indberettede forløb med kirurgisk behandling, dvs. 89% af i alt 2725 indberettede patientforløb i Prosbaser 2010. Prostatarådet har tidligere opfordret til kun at indberette de kirurgiske behandlinger.

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

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kirurgisk	630	42.9	1028	45.9	1679	88.6	1748	96.5	1504	89.0	2542	94.7	2431	89.2
Medicinsk	281	19.1	430	19.2	73	3.9	26	1.4	99	5.9	45	1.7	7	0.3
Andet	111	7.6	206	9.2	17	0.9	3	0.2	14	0.8	16	0.6	3	0.1
Påbegyndt forløb	446	30.4	575	25.7	125	6.6	34	1.9	73	4.3	82	3.1	284	10.4
I alt	1468	100.0	2239	100.0	1894	100.0	1811	100.0	1690	100.0	2685	100.0	2725	100.0

Tabel 5. Fordelingen af typer af kirurgisk behandling på landsplan

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Åben prostataektomi (KKED00)	16	2.5	22	2.1	40	2.4	30	1.7	18	1.2	17	0.7	20	0.8
TUR-P (KKED22)	467	74.1	684	66.5	931	55.4	964	55.1	804	53.5	1349	53.1	1494	61.5
TUI-P (KKED32)	47	7.5	95	9.2	150	8.9	169	9.7	111	7.4	147	5.8	155	6.4
Laser (KKED52A, KKED52B, KKED52E, KKEW98A)	39	6.2	141	13.7	472	28.1	542	31.0	429	28.5	388	15.3	303	12.5
Radiobølge (KKED62)	15	2.4	2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Mikrobølge (KKED72)	31	4.9	62	6.0	65	3.9	35	2.0	28	1.9	25	1.0	8	0.3
Stents (KKEV22)	12	1.9	3	0.3	2	0.1	5	0.3	2	0.1	3	0.1	8	0.3
Elektrovaporisation (KKEW98B)	0	0	1	0.1	1	0.1	0	0	96	6.4	583	22.9	427	17.6
Prostataoperation, anden transluminal endoskopisk (KKEW98)	1	0.2	5	0.5	3	0.2	2	0.1	9	0.6	26	1.0	15	0.6
Andre	2	0.3	13	1.3	15	0.9	1	0.1	7	0.5	4	0.2	1	0.0
I alt	630	100.0	1028	100.0	1679	100.0	1748	100.0	1504	100.0	2542	100.0	2431	100.0

Af tabel 5 ses, at patientandelen i kategorien 'Elektrovaporisation' (procedurekode KKEW98B) er faldet en smule igen (til nu 18%) efter sidste års betydelige stigning. Andelen med laserbehandling udviser fortsat faldende tendens.

DDRP kommentar: Andelen af laserbehandlinger har været stigende på bekostning af den klassiske TURP og havde stabiliseret sig omkring de 30%. Imidlertid synes laserbehandlingen ved at komme af mode, mens elektrovaporisation (Mushroom) har haft en stigende andel. Om TURP igen er den foretrukne behandling eller om Mushroom er fejlkodet som TURP ved vi ikke. Men der er ingen tvivl om at strømbaseret behandling er den mest populære behandling mens laser, radiobølge og mikrobølge er ved at forsvinde. Det ser dog ikke ud til at ændringen af behandlingsteknologien har haft den store indflydelse 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.

Blandt alle 2431 kirurgiske behandlingsforløb er der hos 1376 (57%) et registreret kontrolbesøg indberettet ved skæringsdato. Blandt disse 1376 patienter foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 753 patienter (55%) (sidste år: 44%). Nogle af disse patienter har en DANPSS score angivet = ”0” både ’før’ og ’efter’ behandlingen, Der resterer 659 kirurgiske patienter med kontrolbesøg og to DANPSS målinger der ikke er = 0 både før og efter behandling.

For patienter behandlet på symptomatisk indikation ser de mere detaljerede tal for 2010 således ud:

- 2431 kirurgisk behandlede patienter i Probase i alt i 2010
- Heraf 1447 patienter (60%) angivet behandlet på symptomatisk indikation
- Blandt de 1447 patienter foreligger der en DANPSS måling *før* behandling for 1254 (87%) patienter, og en måling *før* behandling der ikke er = 0 for 1136 (79%) patienter
- Blandt de 1447 patienter har 818 (57%) et registreret kontrolbesøg på nuværende tidspunkt
- Blandt de 818 patienter med kontrolbesøg foreligger der en DANPSS måling *før* behandling hos 733 patienter (90%) (sidste år ved skæringsdato: 83%), en DANPSS måling ved kontrolbesøg hos 657 (80%) (sidste år: 68%) patienter, to DANPSS målinger for 600 patienter (73%) (sidste år 60%), og to målinger der ikke er = 0 både før og efter behandlingen for 550 patienter (67%) (sidste år 56%). Kun sidstnævnte 550 patienter kan indgå i beregningen.

I den senere Tabel 8b er angivet andelen af patienter på afdelingsniveau, der har fået DANPSS målinger før og efter kirurgisk behandlet på symptomatisk indikation.

Til sammenligning ser tallene således ud for 2009:

- 2542 kirurgisk behandlede patienter i Probase i alt i 2009
- Heraf 1526 patienter (60%) angivet behandlet på symptomatisk indikation
- Blandt de 1526 patienter foreligger der en DANPSS måling *før* behandling for 1282 (84%) patienter, og en måling *før* behandling der ikke er = 0 for 1170 (77%) patienter
- Blandt de 1526 patienter har 1399 (92%) et registreret kontrolbesøg på nuværende tidspunkt
- Blandt de 1399 patienter med kontrolbesøg foreligger der en DANPSS måling *før* behandling hos 1185 patienter (85%), en DANPSS måling ved kontrolbesøg hos 1042 (74%) af patienter, og to målinger der ikke er = 0 både før og efter behandlingen for 924 patienter (66%), som derfor kan indgå i beregningen for 2009.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	208	261	79.7 (74.3 - 84.4)
2005	341	432	78.9 (74.8 - 82.7)
2006	466	595	78.3 (74.8 - 81.6)
2007	535	683	78.3 (75.0 - 81.4)
2008	483	621	77.8 (74.3 - 81.0)
2009	818	1047	78.1 (75.5 - 80.6)
2010	537	659	81.5 (78.3 - 84.4)

Tabel 6 viser, at i 2009 har 81.5% af de indberettede kirurgiske patientforløb en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Indikatorværdien ligger højere end sidste år, og der er tale om den højeste indikator 1 - værdi der endnu er målt. Standarden er klart opfyldt.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	176	215	81.9 (76.0 - 86.8)
2005	295	356	82.9 (78.5 - 86.6)
2006	402	508	79.1 (75.3 - 82.6)
2007	477	589	81.0 (77.6 - 84.1)
2008	410	512	80.1 (76.4 - 83.5)
2009	685	856	80.0 (77.2 - 82.7)
2010	455	550	82.7 (79.3 - 85.8)

Blandt patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, opfylder 82.7% indikatoren. Indikatorværdien ligger højere end sidste år.

Tabel 8 viser afdelingsspecifikke indikatorværdier for hvor stor en andel af de på symptomatisk indikation kirurgisk behandlede patienter har en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Blandt sygehuse med mindst 5 relevante patientforløb varierer værdien i øvrigt mellem 25% og 100%. Den statistiske usikkerhed svarende til afdelingsniveau er stor, og standarden bliver opfyldt for alle sygehuse. For tidligere perioder 2003-2009 sammenlagt opfylder alle sygehuse også standardværdien på 70%, men der ses en vis variation i indikatorværdierne.

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

Afdeling	2003-2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2010 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	78.5 (75.0 - 81.8)	23	23	100.0 (85.2 - 100.0)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	85.4 (75.8 - 92.2)	63	78	80.8 (70.3 - 88.8)
Herlev Hospital	81.1 (73.8 - 87.0)	22	26	84.6 (65.1 - 95.6)
Erichsens Privathospital	83.3 (51.6 - 97.9)	31	32	96.9 (83.8 - 99.9)
Københavns Privathospital	83.7 (70.3 - 92.7)	27	32	84.4 (67.2 - 94.7)
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	77.7 (70.6 - 83.8)	.	.	-
ARTROS- Aalborg Privathospital	-	2	2	100.0 (15.8 - 100.0)
Bornholms Hospital	80.2 (71.1 - 87.5)	21	23	91.3 (72.0 - 98.9)
OUH Odense Universitetshospital	95.5 (77.2 - 99.9)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	73.8 (60.9 - 84.2)	12	18	66.7 (41.0 - 86.7)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	88.1 (74.4 - 96.0)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	83.0 (76.7 - 88.1)	6	6	100.0 (54.1 - 100.0)
Fredericia Sygehus	83.4 (78.4 - 87.6)	16	17	94.1 (71.3 - 99.9)
Regionshospitalet Horsens	85.7 (42.1 - 99.6)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	68.2 (45.1 - 86.1)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	74.5 (66.6 - 81.4)	43	54	79.6 (66.5 - 89.4)
Regionshospitalet Randers	80.1 (73.0 - 86.1)	6	11	54.5 (23.4 - 83.3)
Århus Universitetshospital, Skejby	93.5 (78.6 - 99.2)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Regionshospitalet Viborg	76.6 (67.6 - 84.1)	15	23	65.2 (42.7 - 83.6)
Aalborg Sygehus	69.1 (56.7 - 79.8)	1	4	25.0 (0.6 - 80.6)
Arresødal Privathospital	100.0 (2.5 - 100.0)	15	15	100.0 (78.2 - 100.0)
Bekkevold Klinikken	90.9 (58.7 - 99.8)	.	.	-
Aleris Privathospitaler, Herning	77.8 (57.7 - 91.4)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	84.6 (76.8 - 90.6)	16	21	76.2 (52.8 - 91.8)
Aleris Privathospitaler, Århus	86.7 (69.3 - 96.2)	14	16	87.5 (61.7 - 98.4)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	86.7 (59.5 - 98.3)	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Kysthospitalet Skodsborg	88.2 (63.6 - 98.5)	32	32	100.0 (89.1 - 100.0)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	76.9 (56.4 - 91.0)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Sygehus Nord, Roskilde	72.2 (46.5 - 90.3)	0	0	-
Sygehus Nord, Holbæk	86.6 (77.3 - 93.1)	14	17	82.4 (56.6 - 96.2)
Sygehus Syd, Nykøbing F	82.2 (67.9 - 92.0)	10	17	58.8 (32.9 - 81.6)
Allerød Privathospital	90.0 (55.5 - 99.7)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Sygehus Syd, Næstved	-	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	81.8 (77.5 - 85.6)	45	55	81.8 (69.1 - 90.9)
Sygehus Thy-Mors	44.4 (13.7 - 78.8)	6	9	66.7 (29.9 - 92.5)

Af tabel 8b ses, hvorvidt der foreligger DANPSS målinger før og efter behandlingen, der ikke er = 0 begge gange, for patienterne på afdelingsniveau. (Rubrikken 'Ej målt' inkluderer patienter med anført DANPSS = 0 både før og efter behandling). Der foreligger i år DANPSS måling på to tredjedele (67%) af patienterne (sidste år ved skæringsdato: 56%). Enkelte sygehuse har gyldige DANPSS scores på 100% af patienterne, så dette kan tilsyneladende godt lade sig gøre.

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

Afdeling	Ej målt		Målt		I alt	
	n	%	n	%	N	%
Frederiksberg Hospital	3	11.5	23	88.5	26	3.2
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	18	18.8	78	81.3	96	11.7
Herlev Hospital	11	29.7	26	70.3	37	4.5
Erichsens Privathospital	33	50.8	32	49.2	65	7.9
Københavns Privathospital	0	0	32	100.0	32	3.9
ARTROS- Aalborg Privathospital	0	0	2	100.0	2	0.2
Bornholms Hospital	4	14.8	23	85.2	27	3.3
OUH Svendborg Sygehus	20	52.6	18	47.4	38	4.6
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	12	80.0	3	20.0	15	1.8
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	6	100.0	6	0.7
Fredericia Sygehus	15	46.9	17	53.1	32	3.9
Regionshospitalet Holstebro	29	34.9	54	65.1	83	10.1
Regionshospitalet Randers	4	26.7	11	73.3	15	1.8
Århus Universitetshospital, Skejby	5	83.3	1	16.7	6	0.7
Regionshospitalet Viborg	6	20.7	23	79.3	29	3.5
Aalborg Sygehus	8	66.7	4	33.3	12	1.5
Arresødal Privathospital	18	54.5	15	45.5	33	4.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	16	43.2	21	56.8	37	4.5
Aleris Privathospitaler, Århus	0	0	16	100.0	16	2.0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	4	44.4	5	55.6	9	1.1
Kysthospitalet Skodsborg	22	40.7	32	59.3	54	6.6
Privathospitalet Møn	0	0	3	100.0	3	0.4
Sygehus Nord, Roskilde	3	100.0	0	0	3	0.4
Sygehus Nord, Holbæk	9	34.6	17	65.4	26	3.2
Sygehus Syd, Nykøbing F	15	46.9	17	53.1	32	3.9
Allerød Privathospital	2	22.2	7	77.8	9	1.1
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	7	11.3	55	88.7	62	7.6
Sygehus Thy-Mors	4	30.8	9	69.2	13	1.6
I alt	268	32.8	550	67.2	818	100.0

DDRP kommentar: Afdelingerne er blevet bedre at udføre/registrere kontrolbesøg. DANPSS bliver brugt markant mere, og det er en af de vigtigste parametre i monitoreringen af BPH behandlingen.

Indikator 2: Procentvis ændring i vandladningshastighed

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle kirurgisk behandlede, indberettede patienter i ProsBase, 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 629 (77%) (sidste år: 66%) ud af 818 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 samlet (tabel 9) og på afdelingsniveau (tabel 10).

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	126	270	46.7 (40.6 - 52.8)
2005	204	443	46.0 (41.3 - 50.8)
2006	314	680	46.2 (42.4 - 50.0)
2007	392	749	52.3 (48.7 - 56.0)
2008	327	660	49.5 (45.7 - 53.4)
2009	482	1033	46.7 (43.6 - 49.8)
2010	326	629	51.8 (47.8 - 55.8)

Tabel 9 viser, at 51.8% af de patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation i 2010, har opnået en 100% forbedring i vandladningshastigheden. Standarden er ikke opfyldt. Indikatorværdien er dog lidt højere end de sidste års værdier. Hvis man blandt de 629 patienter ekskluderer 24 patienter, der har et registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling, er indikatorværdien 50,6% (46,5-54,6%).

Det bemærkes, at jvf. sidste årsrapport var indikatoropfyldelsen i 2009 47,3% på baggrund af 567 relevante forløb. Der ses nu 1033 relevante forløb i 2009 hvilket er rekord, og indikatorværdien for 2009 er stort set uændret (46,7%).

Efterfølgende Tabel 10 viser, at for mange af sygehusene med et større antal forløb har 40% til 70% af patienterne opnået 100% forbedring af vandladningshastigheden. Tallene er dog statistisk usikre på sygehusniveau i 2010. For tidligere perioder 2003-2009 sammenlagt ses statistisk signifikant variation i indikatorværdierne, idet nogle enkelte sygehuse klart opfylder standardværdien på 70%, mens andre ikke gør.

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

Afdeling	2003-2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2010 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	44.0 (39.9 - 48.2)	12	22	54.5 (32.2 - 75.6)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	45.9 (35.0 - 57.0)	41	79	51.9 (40.4 - 63.3)
Herlev Hospital	40.4 (34.1 - 47.0)	12	29	41.4 (23.5 - 61.1)
Erichsens Privathospital	42.1 (32.0 - 52.7)	29	54	53.7 (39.6 - 67.4)
Københavns Privathospital	61.2 (46.2 - 74.8)	16	32	50.0 (31.9 - 68.1)
Hospitallerne i Nordsjælland, Hillerød	52.4 (45.7 - 59.1)	.	.	-
ARTROS- Aalborg Privathospital	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Bornholms Hospital	39.8 (30.5 - 49.7)	8	23	34.8 (16.4 - 57.3)
OUH Odense Universitetshospital	37.5 (22.7 - 54.2)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	44.4 (32.7 - 56.6)	13	22	59.1 (36.4 - 79.3)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	56.3 (43.3 - 68.6)	7	8	87.5 (47.3 - 99.7)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	53.1 (45.8 - 60.3)	3	6	50.0 (11.8 - 88.2)
Fredericia Sygehus	45.8 (40.3 - 51.4)	9	24	37.5 (18.8 - 59.4)
Regionshospitalet Horsens	45.5 (16.7 - 76.6)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	56.0 (34.9 - 75.6)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	49.6 (44.4 - 54.8)	27	61	44.3 (31.5 - 57.6)
Regionshospitalet Randers	47.1 (39.7 - 54.5)	5	12	41.7 (15.2 - 72.3)
Århus Universitetshospital, Skejby	61.5 (47.0 - 74.7)	3	5	60.0 (14.7 - 94.7)
Regionshospitalet Viborg	38.5 (30.3 - 47.3)	9	20	45.0 (23.1 - 68.5)
Aalborg Sygehus	42.9 (31.6 - 54.6)	0	5	0.0 (0.0 - 52.2)
Arresødal Privathospital	85.7 (63.7 - 97.0)	23	32	71.9 (53.3 - 86.3)
Bekkevold Klinikken	66.7 (38.4 - 88.2)	.	.	-
Aleris Privathospitaler, Herning	83.3 (65.3 - 94.4)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	45.2 (36.2 - 54.3)	9	25	36.0 (18.0 - 57.5)
Aleris Privathospitaler, Århus	74.2 (55.4 - 88.1)	9	16	56.3 (29.9 - 80.2)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	40.0 (16.3 - 67.7)	6	9	66.7 (29.9 - 92.5)
Kysthospitalet Skodsborg	21.2 (9.0 - 38.9)	14	25	56.0 (34.9 - 75.6)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	46.7 (28.3 - 65.7)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	59.0 (42.1 - 74.4)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Sygehus Nord, Holbæk	39.5 (30.7 - 48.9)	13	23	56.5 (34.5 - 76.8)
Sygehus Syd, Nykøbing F	40.9 (26.3 - 56.8)	9	17	52.9 (27.8 - 77.0)
Allerød Privathospital	53.8 (25.1 - 80.8)	4	8	50.0 (15.7 - 84.3)
Sygehus Syd, Næstved	30.0 (6.7 - 65.2)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	58.9 (53.8 - 63.9)	35	56	62.5 (48.5 - 75.1)
Sygehus Thy-Mors	44.4 (13.7 - 78.8)	7	11	63.6 (30.8 - 89.1)

Tabel 10b. Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på landsplan (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation - patienter med max flow = 0 før behandling, og patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling, er ekskluderet)

	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	260	132.1	188.0	-81.0	1075	82.1	12.3	182.9
2005	429	111.1	134.2	-100	842.4	82.2	22.0	163.5
2006	660	120.7	154.1	-100	1050	85.3	18.4	174.6
2007	709	136.9	168.7	-100	1460	100.0	29.7	198.7
2008	627	129.2	156.1	-100	1100	90.9	27.3	192.1
2009	986	132.8	174.2	-100	1594	83.3	25.0	183.3
2010	605	146.4	211.9	-100	1900	100.0	29.5	200.0

Tabel 10b viser, at halvdelen af patienterne i 2010 ligger mellem 30% og 200% forbedring, med en fjerdedel under 30% og en fjerdedel over 200% forbedring. Den gennemsnitlige forbedring er derimod på 146%, idet en del patienter oplever meget store forbedringer målt i procent, hvilket trækker gennemsnittet op. Den gennemsnitlige og mediane forbedring er i år rekordhøje.

Fra tidligere supplerende opgørelser vides, at den opnåede procentvise ændring i vandladningshastighed hos patienterne hænger tæt sammen med deres max flow før behandling. Den mediane ændring i vandladningshastigheden er således tidligere vist at være over 200% for patienter med max flow <5 ml/sek før behandling, men kun ca. 30% ved max flow \geq 15 ml/sek før behandling .

Tabel 10c. Gennemsnit/median for den procentvise ændring i vandladningshastighed på afdelingsniveau (kirurgisk behandlede på symptomatisk indikation - patienter med max flow = 0 før behandling, og patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling, er ekskluderet)

Afdeling	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Frederiksberg Hospital	21	129.8	131.8	-30.0	514.0	108.7	44.3	150.0
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	75	143.6	144.9	-47.4	668.4	101.7	35.0	208.3
Herlev Hospital	29	129.9	164.9	-26.3	790.2	87.8	14.2	176.7
Erichsens Privathospital	52	117.0	185.3	-100	713.0	103.8	-17.3	187.4
Københavns Privathospital	31	129.1	120.9	-14.3	420.0	77.1	44.4	200.0
ARTROS- Aalborg Privathospital	2	24.0	146.0	-79.2	127.3	24.0	-79.2	127.3
Bornholms Hospital	23	87.8	44.0	10.3	179.2	80.4	61.0	120.5
OOU Svendborg Sygehus	21	152.8	157.7	-54.9	533.3	112.8	37.3	239.6
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	8	338.1	264.7	53.1	900.0	280.2	162.1	433.4
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	6	84.3	91.8	-30.6	233.3	75.6	25.5	126.2
Fredericia Sygehus	24	220.0	412.8	-25.5	1869	66.6	2.8	280.1
Regionshospitalet Holstebro	58	101.5	141.3	-75.0	750.0	77.4	4.0	158.9
Regionshospitalet Randers	12	275.4	462.3	-100	1230	60.6	-31.6	428.6
Århus Universitetshospital, Skejby	5	145.1	173.7	-41.2	336.8	101.1	11.9	317.0
Regionshospitalet Viborg	20	124.5	158.9	-55.9	615.4	79.7	20.2	210.4
Aalborg Sygehus	5	28.3	36.4	-3.5	84.7	17.9	0.0	42.6
Arresødal Privathospital	31	245.5	345.0	-100	1900	166.7	80.0	288.9

Afdeling	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
De Vestdanske Friklinikker, Give	23	100.0	138.7	-68.0	570.5	50.0	17.6	179.0
Aleris Privathospitaler, Århus	15	124.9	77.9	42.9	338.5	109.6	64.6	150.5
Aleris Privathospitaler, Aalborg	9	288.5	306.4	12.5	900.0	170.0	87.5	416.7
Kysthospitalet Skodsborg	25	171.7	330.7	-71.4	1650	100.0	21.4	178.7
Privathospitalet Møn	1	233.3	0	233.3	233.3	233.3	233.3	233.3
Sygehus Nord, Roskilde	2	86.8	30.1	65.5	108.0	86.8	65.5	108.0
Sygehus Nord, Holbæk	21	213.9	367.2	-50.8	1673	108.9	40.6	244.9
Sygehus Syd, Nykøbing F	17	78.4	105.8	-76.4	246.9	100.0	-14.6	130.0
Allerød Privathospital	7	133.4	169.7	-26.1	460.0	98.6	-9.6	225.7
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	51	150.9	123.9	-31.3	466.7	150.0	50.0	250.0
Sygehus Thy-Mors	11	127.5	103.7	-35.1	264.9	154.5	26.7	188.0

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

År	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	268	31.7	154.8	-513	499.0	15.5	-55.5	120.5
2005	408	42.0	152.9	-552	1025	33.0	-36.5	105.0
2006	579	28.1	137.6	-576	527.0	23.0	-47.0	101.0
2007	692	50.6	169.6	-722	1851	41.0	-33.0	127.0
2008	625	44.7	183.2	-631	2650	33.0	-39.0	114.0
2009	998	87.7	1878	-2761	59085	22.3	-52.0	107.0
2010	632	17.0	136.1	-829	663.0	10.0	-62.0	86.0

Tabel 10d viser, at medianværdien for ændring i miktionsvolumen blandt patienter med målt volumen før og efter behandling er på 10 ml i 2010.

Supplerende tabel 10d.2 viser samme oplysninger som tabel 10d, når patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet.

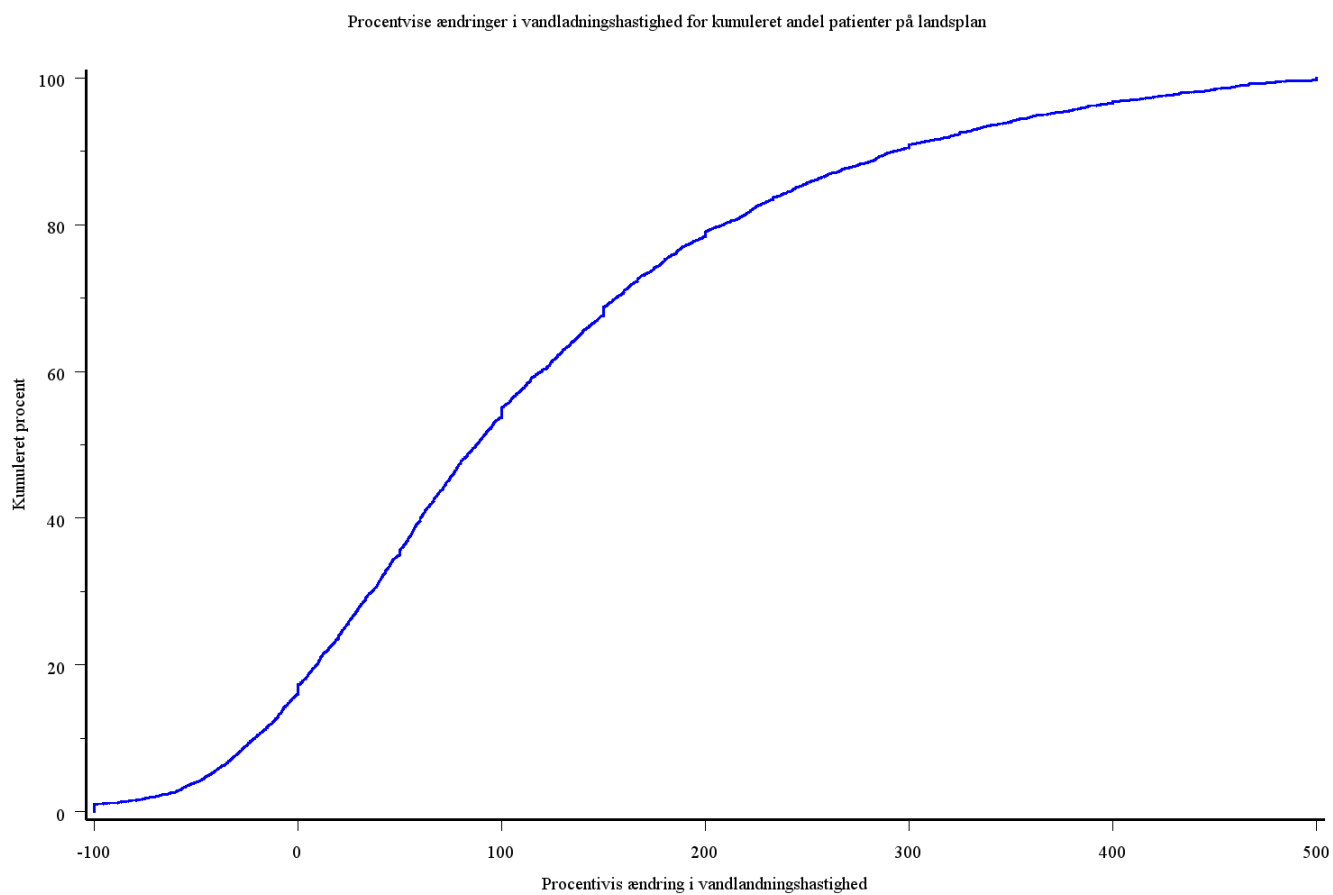
Tabel 10d.2 Gennemsnit/median for ændringer i miktionsvolumen på landsplan (kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, patienter med måling af miktionsvolumen både før og efter), hvor patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet

År	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	258	26.9	153.7	-513	499.0	11.5	-64.0	119.0
2005	394	36.2	143.9	-552	664.0	30.0	-40.0	97.0
2006	562	25.9	136.4	-576	510.0	22.0	-48.0	99.0
2007	654	41.5	165.3	-722	1851	36.0	-41.0	117.0
2008	594	42.0	183.9	-631	2650	31.0	-43.0	110.0
2009	953	86.2	1922	-2761	59085	21.0	-52.0	102.4
2010	608	15.4	131.8	-829	433.0	8.0	-60.5	80.5

Table 10e. Mean/median for changes in micturition volume at department level (surgical treatment on symptomatic indication, patients with measurement of micturition volume both before and after)

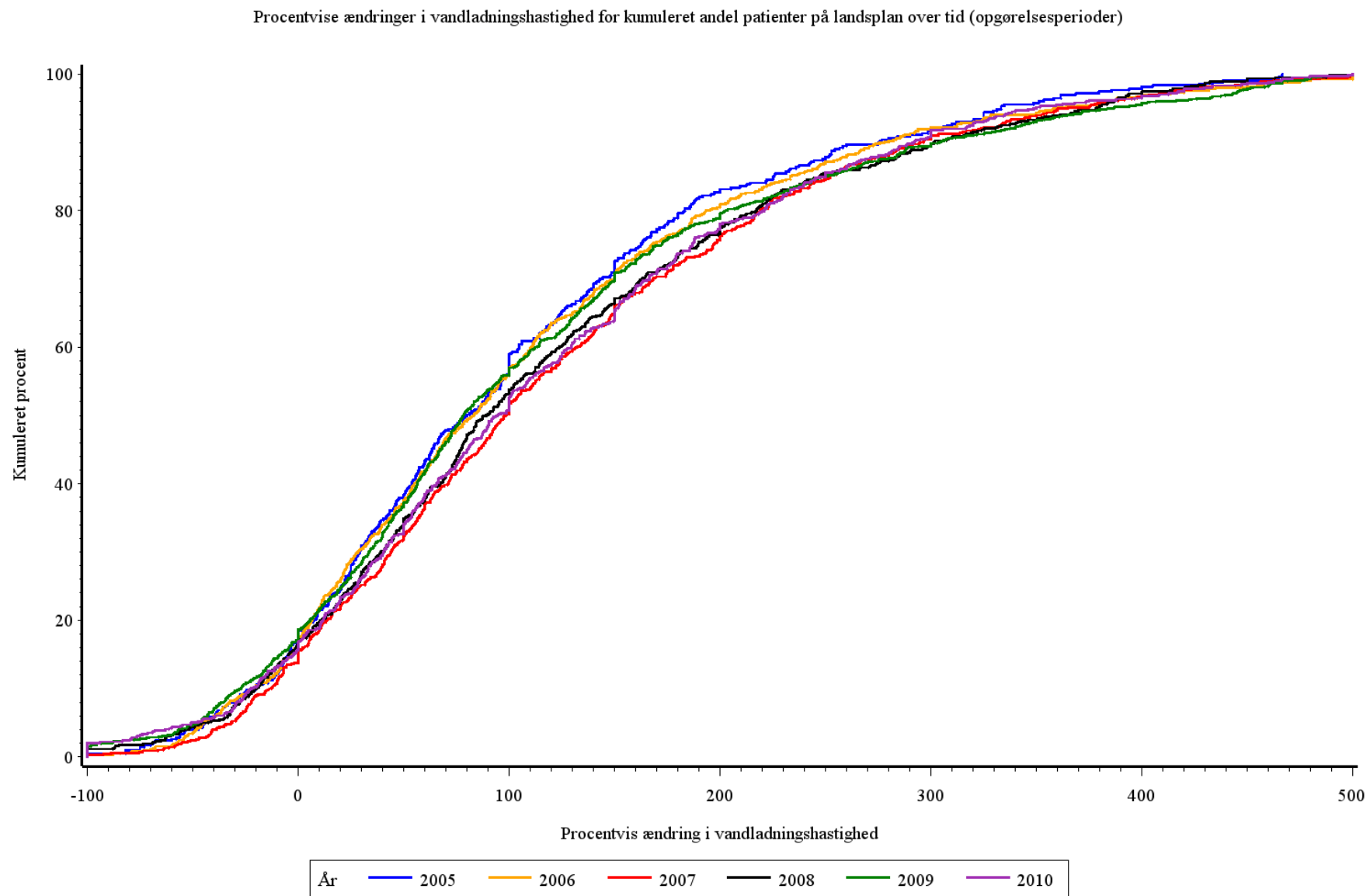
Afdeling	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Frederiksberg Hospital	22	37.5	153.1	-221	424.0	28.5	-63.0	121.0
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	81	11.5	141.7	-407	663.0	26.0	-40.0	74.0
Herlev Hospital	28	30.5	109.2	-181	313.0	11.5	-34.0	92.5
Erichsens Privathospital	60	4.6	97.3	-181	267.0	3.5	-75.5	69.5
Københavns Privathospital	31	0.5	94.8	-181	216.0	5.0	-69.0	56.0
ARTROS- Aalborg Privathospital	2	-108	222.7	-265	50.0	-108	-265	50.0
Bornholms Hospital	23	-11.7	67.7	-120	170.0	-20.0	-60.0	20.0
OUH Svendborg Sygehus	22	54.7	135.0	-155	283.0	24.5	-42.0	219.0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	1	212.0	0	212.0	212.0	212.0	212.0	212.0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	6	-49.0	136.8	-316	67.0	-7.0	-54.0	23.0
Fredericia Sygehus	24	-9.8	110.4	-245	236.0	-8.0	-48.5	41.5
Regionshospitalet Holstebro	60	-2.8	130.0	-339	373.0	0.5	-94.5	66.0
Regionshospitalet Randers	12	54.6	155.7	-129	339.0	-3.5	-55.5	169.5
Århus Universitetshospital, Skejby	5	-28.0	52.4	-83.0	36.0	-49.0	-63.0	19.0
Regionshospitalet Viborg	24	27.4	123.6	-165	280.0	33.0	-82.0	104.0
Aalborg Sygehus	5	-44.0	110.4	-155	125.0	-62.0	-122	-6.0
Arresødal Privathospital	33	7.7	110.7	-230	250.0	-3.0	-44.0	78.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	25	20.1	132.4	-309	313.0	4.7	-48.6	89.0
Aleris Privathospitaler, Århus	16	14.7	127.2	-187	264.0	12.5	-67.5	93.5
Aleris Privathospitaler, Aalborg	9	-31.0	107.6	-277	100.0	-8.0	-49.0	23.0
Kysthospitalet Skodsborg	24	30.1	140.9	-262	424.0	-1.5	-58.0	133.5
Privathospitalet Møn	1	141.0	0	141.0	141.0	141.0	141.0	141.0
Sygehus Nord, Roskilde	2	-49.0	48.1	-83.0	-15.0	-49.0	-83.0	-15.0
Sygehus Nord, Hølbæk	24	47.0	199.3	-389	433.0	26.2	-53.5	168.2
Sygehus Syd, Nykøbing F	17	-41.4	246.3	-829	277.0	-18.0	-83.0	98.0
Allerød Privathospital	8	-41.5	80.4	-121	124.0	-65.0	-87.9	-14.5
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	56	84.2	153.6	-261	478.0	57.5	1.5	148.5
Sygehus Thy-Mors	11	36.0	183.9	-302	267.0	97.0	-115	220.0

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



Figur 2.

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



DDRP kommentar: Efter gennemgang af litteraturen synes der ikke at være grundlag for at indikatoren skal ændres. Selv når man stratificerer patienterne findes der ingen forklaring på hvorfor indikatoren ikke kan opfyldes. Det kunne tyde på at den kirurgiske kvalitet ikke er så god som man kunne ønske. Med tiden må vi kunne se hvilke patienter det drejer sig om, hvilken teknik de er opereret med, hvilke symptomer de havde og hvordan deres tilfredshedsgrad er. Her er der anledning til et egentlig forskningsprojekt.

Analyserne svarende til afdelingsniveau er statistisk meget usikre, og der bør derfor udvises meget stor forsigtighed med konklusionerne. Alt for få patienter får målt vandladningshastigheden før og efter behandlingen. Også her gør det sig gældende at patienter med retention ikke kan indgå i beregningerne. Den korrekte måling af vandladningshastigheden er stærkt afhængig af kvaliteten af undersøgelsen, herunder det ladte volumen – se indikator 5.

Måske opererer vi for tidligt og opnår derfor ikke den ønskede øgning i vandladningshastigheden? Måske bliver resultatet påvirket af, at en del patienter oplever en dårligere vandladningshastighed efter operationen. Er andelen af patienter med en dårlig blærefunktion for stor? Vi skal undersøge, hvilke patienter der udkommer med en uændret eller en dårligere vandladningshastighed efter operation.

Indikator 3: Subjektiv patienttilfredshed

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

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

Standarden: at > 85% af patienterne opfylder indikatoren.

I alt har 1364 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg, og af disse har 1156 (85%) (sidste år:79%) patienter et udfyldt patienttilfredshedsskema uden missing værdier og indgår i beregningerne. Beregningerne er foretaget på samlede data (tabeller 11 + 12) og på afdelingsniveau (tabeller 13 + 14).

Table 11. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede

Subjektiv vurdering	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	9	1.7	15	2.0	13	1.1	14	1.1	13	1.1	14	0.7	8	0.7
Utilfreds, uændrede symptomer	26	4.8	38	5.1	84	6.8	48	3.9	47	4.1	86	4.3	44	3.8
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	59	11.0	61	8.3	95	7.7	97	7.9	99	8.6	184	9.3	85	7.4
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	162	30.1	212	28.7	352	28.5	331	27.0	312	27.0	549	27.7	276	23.9
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	269	50.0	391	53.0	659	53.4	703	57.4	667	57.7	1112	56.2	728	63.0
Ved ikke	13	2.4	21	2.8	32	2.6	31	2.5	18	1.6	35	1.8	15	1.3
I alt	538	100.0	738	100.0	1235	100.0	1224	100.0	1156	100.0	1980	100.0	1156	100.0

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

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

Table 11b. Subjektiv patienttilfredshed blandt TUR-P behandlede

Subjektiv vurdering	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	5	1.3	8	1.6	6	0.9	9	1.4	6	1.0	7	0.7	3	0.4
Utilfreds, uændrede symptomer	13	3.3	28	5.6	44	6.5	31	4.7	28	4.7	47	4.5	33	4.8
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	41	10.5	37	7.4	46	6.8	58	8.8	62	10.5	109	10.4	55	8.0
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	124	31.7	153	30.7	186	27.3	177	27.0	154	26.0	282	26.9	154	22.4

Subjektiv vurdering	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	202	51.7	261	52.4	378	55.5	365	55.6	330	55.7	582	55.6	432	62.9
Ved ikke	6	1.5	11	2.2	21	3.1	16	2.4	12	2.0	20	1.9	10	1.5
I alt	391	100.0	498	100.0	681	100.0	656	100.0	592	100.0	1047	100.0	687	100.0

Tabel 11c. Subjektiv patienttilfredshed blandt Laser behandlede

Subjektiv vurdering	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	0	0	4	4.0	5	1.4	4	1.0	4	1.1	3	1.0	0	0
Utilfreds, uændrede symptomer	1	3.0	3	3.0	19	5.2	9	2.2	3	0.8	7	2.2	6	3.4
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	2	6.1	7	7.1	32	8.8	22	5.4	23	6.5	14	4.4	11	6.2
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	8	24.2	28	28.3	106	29.3	119	29.0	100	28.3	92	29.2	44	24.9
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	21	63.6	51	51.5	191	52.8	243	59.3	222	62.9	197	62.5	113	63.8
Ved ikke	1	3.0	6	6.1	9	2.5	13	3.2	1	0.3	2	0.6	3	1.7
I alt	33	100.0	99	100.0	362	100.0	410	100.0	353	100.0	315	100.0	177	100.0

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	431	538	80.1 (76.5 - 83.4)
2005	603	738	81.7 (78.7 - 84.4)
2006	1011	1235	81.9 (79.6 - 84.0)
2007	1034	1224	84.5 (82.3 - 86.5)
2008	979	1156	84.7 (82.5 - 86.7)
2009	1661	1980	83.9 (82.2 - 85.5)
2010	1004	1156	86.9 (84.8 - 88.7)

Tabel 12 viser, at andelen af tilfredse patienter blandt alle kirurgisk behandlede var 86,9 % i 2010. Standarden på 85% vedrørende subjektiv patienttilfredshed er opfyldt, og indikatorværdien er rekordhøj i år.

Table 13. Subjective patient satisfaction among surgically treated patients at department level

Afdeling	Utilfreds, værre end før behandlingen		Utilfreds, uændrede symptomer		Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring		Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri		Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat		Ved ikke		I alt N
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	0	0	0	0	0	0	9	23.68	29	76.32	0	0	38
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0	0	8	6.06	9	6.82	25	18.94	90	68.18	0	0	132
Herlev Hospital	2	2.94	1	1.47	2	2.94	9	13.24	48	70.59	6	8.82	68
Erichsens Privathospital	0	0	1	1.37	2	2.74	24	32.88	46	63.01	0	0	73
Københavns Privathospital	0	0	2	4.88	2	4.88	8	19.51	29	70.73	0	0	41
ARTROS- Aalborg Privathospital	1	33.33	0	0	0	0	1	33.33	1	33.33	0	0	3
Bornholms Hospital	0	0	0	0	1	4.00	8	32.00	16	64.00	0	0	25
OUH Svendborg Sygehus	0	0	2	2.63	12	15.79	22	28.95	39	51.32	1	1.32	76
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	0	0	2	8.33	1	4.17	5	20.83	16	66.67	0	0	24
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	0	0	1	9.09	1	9.09	9	81.82	0	0	11
Fredericia Sygehus	1	1.49	2	2.99	7	10.45	13	19.40	44	65.67	0	0	67
Regionshospitalet Holstebro	2	1.94	6	5.83	11	10.68	21	20.39	61	59.22	2	1.94	103
Regionshospitalet Randers	1	2.38	4	9.52	4	9.52	7	16.67	23	54.76	3	7.14	42
Århus Universitetshospital, Skejby	0	0	0	0	1	16.67	1	16.67	4	66.67	0	0	6
Regionshospitalet Viborg	0	0	6	12.77	6	12.77	12	25.53	22	46.81	1	2.13	47
Aalborg Sygehus	0	0	1	9.09	0	0	3	27.27	7	63.64	0	0	11
Arresødal Privathospital	0	0	0	0	2	5.56	13	36.11	21	58.33	0	0	36
De Vestdanske Friklinikker, Give	1	2.78	0	0	3	8.33	10	27.78	22	61.11	0	0	36
Aleris Privathospitaler, Århus	0	0	0	0	2	7.41	11	40.74	13	48.15	1	3.70	27
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0	0	2	16.67	5	41.67	5	41.67	0	0	12
Kysthospitalet Skodsborg	0	0	0	0	1	1.35	27	36.49	46	62.16	0	0	74
Privathospitalet Møn	0	0	0	0	0	0	2	40.00	3	60.00	0	0	5
Sygehus Nord, Roskilde	0	0	0	0	0	0	5	33.33	9	60.00	1	6.67	15
Sygehus Nord, Holbæk	0	0	0	0	3	6.98	6	13.95	34	79.07	0	0	43
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	0	3	9.09	5	15.15	10	30.30	15	45.45	0	0	33
Allerød Privathospital	0	0	1	10.00	1	10.00	3	30.00	5	50.00	0	0	10
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	0	0	2	2.56	6	7.69	11	14.10	59	75.64	0	0	78
Sygehus Thy-Mors	0	0	3	15.00	1	5.00	4	20.00	12	60.00	0	0	20
I alt	8	0.69	44	3.81	85	7.35	276	23.88	728	62.98	15	1.30	1156

Table 13 shows the distribution of patients' responses regarding satisfaction at the individual departments.

Table 14 shows the proportion of patients who meet the standard regarding patient satisfaction. The standard is met for most hospitals, when the statistical uncertainty is taken into account. For earlier periods 2003-2009, a statistically significant variation in indicator values is seen, as some hospitals clearly meet the standard value of 85%, while others do not. Satisfaction is generally highest for private hospitals, which also primarily operate in the newer reporting periods.

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

Afdeling	2003-2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2010 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	40.0 (5.3 - 85.3)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	83.8 (81.3 - 86.1)	38	38	100.0 (90.7 - 100.0)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	87.6 (80.6 - 92.7)	115	132	87.1 (80.2 - 92.3)
Herlev Hospital	83.9 (80.2 - 87.2)	57	68	83.8 (72.9 - 91.6)
Erichsens Privathospital	89.8 (83.7 - 94.2)	70	73	95.9 (88.5 - 99.1)
Københavns Privathospital	89.8 (79.2 - 96.2)	37	41	90.2 (76.9 - 97.3)
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	77.7 (73.1 - 81.9)	.	.	-
ARTROS- Aalborg Privathospital	-	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Bornholms Hospital	92.6 (86.9 - 96.4)	24	25	96.0 (79.6 - 99.9)
OUH Odense Universitetshospital	81.1 (70.3 - 89.3)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	71.1 (63.9 - 77.6)	61	76	80.3 (69.5 - 88.5)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	85.3 (79.1 - 90.3)	21	24	87.5 (67.6 - 97.3)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	88.5 (83.8 - 92.2)	10	11	90.9 (58.7 - 99.8)
Fredericia Sygehus	82.6 (79.7 - 85.3)	57	67	85.1 (74.3 - 92.6)
Regionshospitalet Horsens	90.0 (73.5 - 97.9)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	89.3 (71.8 - 97.7)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	85.2 (82.3 - 87.9)	82	103	79.6 (70.5 - 86.9)
Regionshospitalet Randers	73.0 (67.9 - 77.7)	30	42	71.4 (55.4 - 84.3)
Århus Universitetshospital, Skejby	78.6 (69.5 - 86.1)	5	6	83.3 (35.9 - 99.6)
Regionshospitalet Viborg	72.2 (66.8 - 77.2)	34	47	72.3 (57.4 - 84.4)
Aalborg Sygehus	73.1 (65.6 - 79.8)	10	11	90.9 (58.7 - 99.8)
Arresødal Privathospital	96.3 (81.0 - 99.9)	34	36	94.4 (81.3 - 99.3)
Bekkevoild Klinikken	85.7 (67.3 - 96.0)	.	.	-
Aleris Privathospitaler, Herning	93.0 (83.0 - 98.1)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	82.7 (76.6 - 87.8)	32	36	88.9 (73.9 - 96.9)
Aleris Privathospitaler, Århus	92.6 (82.1 - 97.9)	24	27	88.9 (70.8 - 97.6)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	96.4 (81.7 - 99.9)	10	12	83.3 (51.6 - 97.9)
Kysthospitalet Skodsborg	81.3 (74.3 - 87.0)	73	74	98.6 (92.7 - 100.0)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	91.7 (80.0 - 97.7)	5	5	100.0 (47.8 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	87.3 (79.2 - 93.0)	14	15	93.3 (68.1 - 99.8)
Sygehus Nord, Holbæk	85.9 (80.5 - 90.3)	40	43	93.0 (80.9 - 98.5)
Sygehus Syd, Nykøbing F	80.2 (69.9 - 88.3)	25	33	75.8 (57.7 - 88.9)
Allerød Privathospital	92.3 (64.0 - 99.8)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Sygehus Syd, Næstved	72.4 (52.8 - 87.3)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	90.9 (88.2 - 93.1)	70	78	89.7 (80.8 - 95.5)
Sygehus Thy-Mors	57.1 (28.9 - 82.3)	16	20	80.0 (56.3 - 94.3)

DDRP kommentar: Det er glædeligt at se, at patienterne i stigende grad er tilfredse med behandlingen. Næste år vil vi se på om det hænger sammen med anvendelsen af nye behandlingsformer (mushroom). Herudover må vi se på, hvilke patienter der er utilfredse med behandlingen. Der kunne være et mønster med bl.a. patienter med blæredysfunktion.

Indikator 4: Udfyldte væskevandladningsskemaer

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

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

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

I alt 1447 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=52) (sidste år: n=124) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget på samlede data (tabeller 15 + 16) og på afdelingsniveau (tabeller 17 + 18).

Tabel 15. Udfyldte vandladningsskemaer

Udfyldt skema	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	1	0.3	77	11.6	135	13.6	90	8.3	72	7.8	123	8.1	52	3.6
Ja	299	75.7	437	66.1	618	62.2	716	66.4	591	64.2	1070	70.1	1093	75.5
Nej	65	16.5	110	16.6	190	19.1	182	16.9	203	22.0	274	18.0	229	15.8
Uoplyst	30	7.6	37	5.6	50	5.0	91	8.4	55	6.0	59	3.9	73	5.0
I alt	395	100.0	661	100.0	993	100.0	1079	100.0	921	100.0	1526	100.0	1447	100.0

Tabel 15 viser den totale fordeling af svar for udfyldte vandladningsskemaer. ’Missing’ dækker over, at der ikke er sat noget kryds overhovedet ud for rubrikken vandladningsskema på før behandling-skemaet.

Tabel 16. Andel af patienter med udfyldt vandladningsskema

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	299	394	75.9 (71.4 - 80.0)
2005	437	584	74.8 (71.1 - 78.3)
2006	618	858	72.0 (68.9 - 75.0)
2007	716	989	72.4 (69.5 - 75.2)
2008	591	849	69.6 (66.4 - 72.7)
2009	1070	1403	76.3 (73.9 - 78.5)
2010	1093	1395	78.4 (76.1 - 80.5)

Tabel 16 viser, at andelen af patienter der opfylder indikatoren er 78.4%. Standarden er ikke opfyldt, men der er tale om en forbedring i forhold til sidste år, og der ses stigende tendens over de seneste 2 år.

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

Afdeling	Udfyldt skema								I alt N
	Missing		Ja		Nej		Uoplyst		
	n	%	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	2	2.4	66	79.5	11	13.3	4	4.8	83
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0	0	92	92.0	5	5.0	3	3.0	100
Herlev Hospital	5	5.1	69	70.4	16	16.3	8	8.2	98
Erichsens Privathospital	0	0	35	41.2	50	58.8	0	0	85
Københavns Privathospital	0	0	29	82.9	6	17.1	0	0	35
ARTROS- Aalborg Privathospital	0	0	3	100.0	0	0	0	0	3
Bornholms Hospital	9	29.0	22	71.0	0	0	0	0	31
OUH Svendborg Sygehus	1	1.4	51	71.8	7	9.9	12	16.9	71
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	29	96.7	1	3.3	0	0	0	0	30
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	11	91.7	1	8.3	0	0	12
Fredericia Sygehus	0	0	42	67.7	4	6.5	16	25.8	62
Regionshospitalet Holstebro	1	0.7	101	73.2	34	24.6	2	1.4	138
Regionshospitalet Randers	1	4.2	17	70.8	2	8.3	4	16.7	24
Århus Universitetshospital, Skejby	1	7.1	7	50.0	5	35.7	1	7.1	14
Regionshospitalet Viborg	0	0	34	81.0	7	16.7	1	2.4	42
Aalborg Sygehus	0	0	6	17.1	29	82.9	0	0	35
Arresødal Privathospital	0	0	43	97.7	1	2.3	0	0	44
Bekkevold Klinikken	0	0	1	50.0	1	50.0	0	0	2
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	0	60	87.0	2	2.9	7	10.1	69
Aleris Privathospitaler, Århus	0	0	19	90.5	1	4.8	1	4.8	21
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	8	80.0	2	20.0	0	0	10
Kysthospitalet Skodsborg	1	0.7	104	77.0	27	20.0	3	2.2	135
Privathospitalet Møn	0	0	4	100.0	0	0	0	0	4
Sygehus Nord, Roskilde	0	0	6	100.0	0	0	0	0	6
Sygehus Nord, Holbæk	0	0	63	94.0	3	4.5	1	1.5	67
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	0	82	94.3	5	5.7	0	0	87
Allerød Privathospital	0	0	11	84.6	2	15.4	0	0	13
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	1	1.0	87	85.3	4	3.9	10	9.8	102
Sygehus Thy-Mors	1	4.2	19	79.2	4	16.7	0	0	24
I alt	52	3.6	1093	75.5	229	15.8	73	5.0	1447

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

Afdeling	2003-2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2010 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	70.4 (66.9 - 73.7)	66	81	81.5 (71.3 - 89.2)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	88.4 (81.0 - 93.7)	92	100	92.0 (84.8 - 96.5)
Herlev Hospital	70.3 (65.3 - 75.1)	69	93	74.2 (64.1 - 82.7)
Erichsens Privathospital	13.2 (8.2 - 19.6)	35	85	41.2 (30.6 - 52.4)

Afdeling	2003-2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2010 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Københavns Privathospital	94.2 (84.1 - 98.8)	29	35	82.9 (66.4 - 93.4)
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	73.4 (68.1 - 78.2)	.	.	-
ARTROS- Aalborg Privathospital	-	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Bornholms Hospital	-	22	22	100.0 (84.6 - 100.0)
OUH Odense Universitetshospital	78.3 (65.8 - 87.9)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	80.8 (72.8 - 87.3)	51	70	72.9 (60.9 - 82.8)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	77.8 (40.0 - 97.2)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	88.7 (83.8 - 92.5)	11	12	91.7 (61.5 - 99.8)
Fredericia Sygehus	78.7 (74.6 - 82.5)	42	62	67.7 (54.7 - 79.1)
Regionshospitalet Horsens	55.9 (37.9 - 72.8)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	85.2 (66.3 - 95.8)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	58.9 (54.7 - 63.1)	101	137	73.7 (65.5 - 80.9)
Regionshospitalet Randers	77.7 (73.0 - 81.9)	17	23	73.9 (51.6 - 89.8)
Århus Universitetshospital, Skejby	71.4 (61.8 - 79.8)	7	13	53.8 (25.1 - 80.8)
Regionshospitalet Viborg	77.9 (68.7 - 85.4)	34	42	81.0 (65.9 - 91.4)
Aalborg Sygehus	46.2 (36.9 - 55.6)	6	35	17.1 (6.6 - 33.6)
Arresødal Privathospital	25.0 (9.8 - 46.7)	43	44	97.7 (88.0 - 99.9)
Bekkevoold Klinikken	94.1 (71.3 - 99.9)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Aleris Privathospitaler, Herning	46.7 (28.3 - 65.7)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	86.7 (81.0 - 91.2)	60	69	87.0 (76.7 - 93.9)
Aleris Privathospitaler, Århus	100.0 (88.1 - 100.0)	19	21	90.5 (69.6 - 98.8)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	75.0 (50.9 - 91.3)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Kysthospitalet Skodsborg	73.8 (65.0 - 81.3)	104	134	77.6 (69.6 - 84.4)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	72.9 (58.2 - 84.7)	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
Sygehus Nord, Roskilde	88.1 (74.4 - 96.0)	6	6	100.0 (54.1 - 100.0)
Sygehus Nord, Holbæk	88.1 (82.4 - 92.5)	63	67	94.0 (85.4 - 98.3)
Sygehus Syd, Nykøbing F	91.2 (80.7 - 97.1)	82	87	94.3 (87.1 - 98.1)
Allerød Privathospital	92.9 (66.1 - 99.8)	11	13	84.6 (54.6 - 98.1)
Sygehus Syd, Næstved	23.5 (6.8 - 49.9)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	89.4 (86.2 - 92.1)	87	101	86.1 (77.8 - 92.2)
Sygehus Thy-Mors	80.0 (44.4 - 97.5)	19	23	82.6 (61.2 - 95.0)

Kun et sygehus har i år de fleste patientdata ”missing”, mens flere andre sygehuse er påbegyndt systematisk indberetning af skemaer siden sidst. På de større sygehuse varierer indikatoropfyldelsen typisk fra 70%-95%. Med den statistiske usikkerhed opfylder mange sygehuse standarden i 2010. For tidligere perioder 2003-2009 ses en betydelig og statistisk signifikant variation i indikatorværdierne. Der er ikke mange større sygehuse, der har opfyldt standarden på 90% gennem tiderne.

DDRP kommentar: Det ser ud til at væskevandladningskemaet er ved at vende indpas. Men der er trods alt mere end 20% af de symptomatiske patienter der ikke har det udfyldt. Vi ved ikke om det er dem der har den største natlige urinproduktion, og om det er dem der har de 'dårligste' resultater.

Indikator 5: Miktionsvolumen

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

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

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

I alt 1447 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=137) (sidste år: n=197) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget på samlede data (tabeller 19 + 20) og på afdelingsniveau (tabeller 21 + 22).

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

Miktionsvolumen	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	22	5.6	71	10.7	150	15.1	141	13.1	121	13.1	196	12.8	137	9.5
Under 150 ml	156	39.5	261	39.5	367	37.0	379	35.1	339	36.8	631	41.3	583	40.3
Over 150 ml	217	54.9	329	49.8	476	47.9	559	51.8	461	50.1	699	45.8	727	50.2
I alt	395	100.0	661	100.0	993	100.0	1079	100.0	921	100.0	1526	100.0	1447	100.0

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	217	373	58.2 (53.0 - 63.2)
2005	329	590	55.8 (51.6 - 59.8)
2006	476	843	56.5 (53.0 - 59.8)
2007	559	938	59.6 (56.4 - 62.8)
2008	461	800	57.6 (54.1 - 61.1)
2009	699	1330	52.6 (49.8 - 55.3)
2010	727	1310	55.5 (52.8 - 58.2)

Tabel 20 viser at 55.5% af patienterne har et miktionsvolumen, der overstiger 150 ml. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt, men indikatorværdien er igen lidt stigende i forhold til sidste års lavpunkt.

Tabel 21.

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

Afdeling for førbehandling	Miktionsvolumen						I alt N
	Missing		Under 150 ml		Over 150 ml		
	n	%	n	%	n	%	
Frederiksberg Hospital	1	1.2	40	48.2	42	50.6	83
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	6	6.0	44	44.0	50	50.0	100
Herlev Hospital	9	9.2	32	32.7	57	58.2	98
Erichsens Privathospital	0	0	58	68.2	27	31.8	85
Københavns Privathospital	1	2.9	14	40.0	20	57.1	35
ARTROS- Aalborg Privathospital	0	0	1	33.3	2	66.7	3
Bornholms Hospital	0	0	1	3.2	30	96.8	31
OUH Svendborg Sygehus	15	21.1	17	23.9	39	54.9	71
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	26	86.7	1	3.3	3	10.0	30
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	1	8.3	11	91.7	12
Fredericia Sygehus	6	9.7	31	50.0	25	40.3	62
Regionshospitalet Holstebro	26	18.8	44	31.9	68	49.3	138
Regionshospitalet Randers	3	12.5	9	37.5	12	50.0	24
Århus Universitetshospital, Skejby	2	14.3	6	42.9	6	42.9	14
Regionshospitalet Viborg	0	0	23	54.8	19	45.2	42
Aalborg Sygehus	12	34.3	13	37.1	10	28.6	35
Arresødal Privathospital	0	0	20	45.5	24	54.5	44
Bekkevold Klinikken	0	0	1	50.0	1	50.0	2
De Vestdanske Friklinikker, Give	1	1.4	31	44.9	37	53.6	69
Aleris Privathospitaler, Århus	0	0	8	38.1	13	61.9	21
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	1	10.0	9	90.0	10
Kysthospitalet Skodsborg	22	16.3	65	48.1	48	35.6	135
Privathospitalet Møn	1	25.0	3	75.0	0	0	4
Sygehus Nord, Roskilde	0	0	5	83.3	1	16.7	6
Sygehus Nord, Holbæk	3	4.5	26	38.8	38	56.7	67
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	0	32	36.8	55	63.2	87
Allerød Privathospital	0	0	6	46.2	7	53.8	13
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	1	1.0	37	36.3	64	62.7	102
Sygehus Thy-Mors	2	8.3	13	54.2	9	37.5	24
I alt	137	9.5	583	40.3	727	50.2	1447

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

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

Afdeling	2003-2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2010 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	42.0 (38.4 - 45.6)	42	82	51.2 (39.9 - 62.4)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	52.4 (42.4 - 62.2)	50	94	53.2 (42.6 - 63.6)
Herlev Hospital	53.4 (47.9 - 58.9)	57	89	64.0 (53.2 - 73.9)
Erichsens Privathospital	40.8 (32.1 - 49.9)	27	85	31.8 (22.1 - 42.8)
Københavns Privathospital	54.7 (40.4 - 68.4)	20	34	58.8 (40.7 - 75.4)
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	67.2 (61.6 - 72.5)	.	.	-
ARTROS- Aalborg Privathospital	-	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Bornholms Hospital	100.0 (2.5 - 100.0)	30	31	96.8 (83.3 - 99.9)
OUH Odense Universitetshospital	60.0 (46.5 - 72.4)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	66.1 (56.4 - 74.9)	39	56	69.6 (55.9 - 81.2)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	81.0 (58.1 - 94.6)	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	76.0 (69.8 - 81.6)	11	12	91.7 (61.5 - 99.8)
Fredericia Sygehus	63.2 (58.4 - 67.9)	25	56	44.6 (31.3 - 58.5)
Regionshospitalet Horsens	79.3 (60.3 - 92.0)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	48.1 (28.7 - 68.1)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	53.8 (49.0 - 58.5)	68	112	60.7 (51.0 - 69.8)
Regionshospitalet Randers	52.8 (47.2 - 58.3)	12	21	57.1 (34.0 - 78.2)
Århus Universitetshospital, Skejby	54.7 (44.2 - 65.0)	6	12	50.0 (21.1 - 78.9)
Regionshospitalet Viborg	45.5 (37.8 - 53.4)	19	42	45.2 (29.8 - 61.3)
Aalborg Sygehus	62.6 (52.3 - 72.1)	10	23	43.5 (23.2 - 65.5)
Arresødal Privathospital	37.5 (18.8 - 59.4)	24	44	54.5 (38.8 - 69.6)
Bekkevold Klinikken	46.7 (21.3 - 73.4)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Aleris Privathospitaler, Herning	54.8 (36.0 - 72.7)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	57.1 (49.5 - 64.6)	37	68	54.4 (41.9 - 66.5)
Aleris Privathospitaler, Århus	46.7 (28.3 - 65.7)	13	21	61.9 (38.4 - 81.9)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	82.4 (56.6 - 96.2)	9	10	90.0 (55.5 - 99.7)
Kysthospitalet Skodsborg	42.1 (32.0 - 52.7)	48	113	42.5 (33.2 - 52.1)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	51.3 (34.8 - 67.6)	0	3	0.0 (0.0 - 70.8)
Sygehus Nord, Roskilde	65.0 (48.3 - 79.4)	1	6	16.7 (0.4 - 64.1)
Sygehus Nord, Holbæk	50.0 (42.3 - 57.7)	38	64	59.4 (46.4 - 71.5)
Sygehus Syd, Nykøbing F	56.1 (42.4 - 69.3)	55	87	63.2 (52.2 - 73.3)
Allerød Privathospital	33.3 (11.8 - 61.6)	7	13	53.8 (25.1 - 80.8)
Sygehus Syd, Næstved	69.2 (38.6 - 90.9)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	72.7 (68.4 - 76.8)	64	101	63.4 (53.2 - 72.7)
Sygehus Thy-Mors	60.0 (26.2 - 87.8)	9	22	40.9 (20.7 - 63.6)
Uoplyst	60.0 (26.2 - 87.8)	.	.	-

Tabel 22 viser, at indikatorværdierne på de enkelte afdelinger varierer meget. Mange sygehuse opfylder standarden som følge af den store statistiske usikkerhed, mens kun nogle få sygehuse når op på de 70% af patienterne der er standarden. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt svarende til de samlede data. For tidligere perioder 2003-2009 ses en betydelig og statistisk signifikant regional variation i indikatorværdierne, fra omkring 40% til 80% af patienterne der opnår tilstrækkelig miktionsvolumen.

DDRP kommentar: Miktionsvolumina er af afgørende betydning for måling af vandladningshastigheden. Timing af de ambulante besøg hverken tidligt eller sidst på dagen kan hjælpe. Desuden er der evidens for, at furosemid øger kvaliteten betydeligt.

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 2022 patienter indgår i analysen som er foretaget på samlede data (tabeller 23 + 24) og på afdelingsniveau (tabel 25).

Tabel 23. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen

	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
2003-2004	560	2.46	2.10	0	18	2.0	1.0	3.0
2005	913	2.82	10.74	0	284	2.0	1.0	3.0
2006	1479	3.10	15.95	0	319	1.0	1.0	2.0
2007	1601	2.08	3.38	0	65	1.0	1.0	2.0
2008	1346	1.85	1.96	0	32	1.0	1.0	2.0
2009	2103	1.65	3.04	0	124	1.0	1.0	2.0
2010	2022	1.58	1.43	0	26	1.0	1.0	2.0

Det ses af tabellen, at medianværdien for antal sengedage er 1, og at 75% af patienterne (skæringspunkt ved øvre kvartil) højst har 2 sengedage. Gennemsnitsliggetiden er den laveste nogensinde, 1,58 dage. I alt 1885 patienter (93%) havde en liggetid på højst 3 dage (ikke vist).

De følgende supplerende tabeller viser det gennemsnitlige antal sengedage fordelt på kirurgisk behandlingstype.

DDRP kommentar: Der er ingen tvivl om, at vi er nede på dagkirurgisk niveau, og dette har sparet mange indlæggelsesdage.

Tabel 23 a. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen. Patienter med åben prostatektomi behandling.

År	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	15	7.00	2.73	2	11	7.0	5.0	9.0
2005	22	7.41	3.61	1	15	7.5	6.0	10.0
2006	39	6.38	2.60	0	12	6.0	6.0	8.0
2007	28	6.57	2.01	1	11	6.0	5.5	7.5
2008	18	5.61	2.89	1	11	6.0	3.0	8.0
2009	17	4.35	2.94	1	10	4.0	2.0	6.0
2010	20	5.75	2.31	1	11	6.0	4.5	6.5

Tabel 23 b. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen. Patienter med TUR-P behandling.

År	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	452	2.53	2.00	0	18	2.0	1.0	3.0
2005	654	2.43	1.97	0	19	2.0	1.0	3.0
2006	873	3.45	18.27	0	319	2.0	1.0	3.0
2007	922	2.27	3.05	0	63	2.0	1.0	2.0
2008	760	2.13	2.28	0	32	1.0	1.0	2.0
2009	1221	1.86	3.87	0	124	1.0	1.0	2.0
2010	1374	1.68	1.53	0	26	1.0	1.0	2.0

Tabel 23 c. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen. Patienter med Laser behandling.

År	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	30	1.07	1.05	0	4	1.0	0.0	1.0
2005	126	5.30	28.38	0	284	1.0	1.0	2.0
2006	408	2.11	12.59	0	249	1.0	1.0	1.0
2007	488	1.50	3.22	0	65	1.0	1.0	1.0
2008	362	1.22	0.72	0	6	1.0	1.0	1.0
2009	298	1.27	0.96	0	14	1.0	1.0	1.0
2010	225	1.26	0.72	0	7	1.0	1.0	1.0

Tabel 23 d. Gennemsnitlige antal sengedage fra behandlingsdatoen frem til udskrivningsdatoen. Patienter med Elektrovaporisations behandling.

År	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2005	1	2.00	.	2	2	2.0	2.0	2.0
2006	1	1.00	.	1	1	1.0	1.0	1.0
2008	93	1.65	1.62	0	13	1.0	1.0	2.0
2009	413	1.35	0.98	1	9	1.0	1.0	1.0
2010	252	1.19	0.73	0	7	1.0	1.0	1.0

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	33	560	5.9 (4.1 - 8.2)
2005	46	913	5.0 (3.7 - 6.7)
2006	61	1479	4.1 (3.2 - 5.3)
2007	53	1601	3.3 (2.5 - 4.3)
2008	41	1346	3.0 (2.2 - 4.1)
2009	25	2103	1.2 (0.8 - 1.7)
2010	28	2022	1.4 (0.9 - 2.0)

Tabel 24 viser at kun 28 (1,4%) ud af 2027 patienter, der blev behandlet i 2010, havde 7 eller flere sengedage efter behandlingsdatoen. Standarden vedrørende sengedage er klart opfyldt.

Table 25. The number (%) of patients with ≥ 7 hospital days (department level)

Department	2003-2009 Share, i %, that complies with indicator (95% CI)	Number of patient episodes that comply with indicator (numerator)	Number of relevant patient episodes for indicator (denominator)	2010 Share, i %, that complies with indicator (95% CI)
Rigshospitalet	16.7 (0.4 - 64.1)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	4.1 (3.0 - 5.4)	3	151	2.0 (0.4 - 5.7)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0.0 (0.0 - 2.4)	0	150	0.0 (0.0 - 2.4)
Herlev Hospital	5.9 (4.0 - 8.5)	1	169	0.6 (0.0 - 3.3)
Erichsens Privathospital	0.0 (0.0 - 2.0)	0	106	0.0 (0.0 - 3.4)
Københavns Privathospital	0.0 (0.0 - 5.4)	0	45	0.0 (0.0 - 7.9)
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	5.0 (3.1 - 7.6)	.	.	-
ARTROS- Aalborg Privathospital	-	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Bornholms Hospital	9.5 (6.0 - 14.0)	4	34	11.8 (3.3 - 27.5)
OUH Odense Universitetshospital	16.4 (8.8 - 27.0)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	2.0 (0.7 - 4.6)	1	131	0.8 (0.0 - 4.2)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	2.6 (1.0 - 5.5)	4	55	7.3 (2.0 - 17.6)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	2.2 (0.8 - 4.8)	0	17	0.0 (0.0 - 19.5)
Fredericia Sygehus	1.8 (1.0 - 2.9)	4	155	2.6 (0.7 - 6.5)
Regionshospitalet Horsens	4.0 (0.8 - 11.2)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	3.6 (0.1 - 18.3)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	1.9 (1.1 - 3.0)	1	225	0.4 (0.0 - 2.5)
Regionshospitalet Randers	2.0 (0.9 - 3.9)	0	20	0.0 (0.0 - 16.8)
Århus Universitetshospital, Skejby	6.9 (3.5 - 12.0)	0	19	0.0 (0.0 - 17.6)
Regionshospitalet Viborg	3.1 (1.6 - 5.3)	1	89	1.1 (0.0 - 6.1)
Aalborg Sygehus	1.6 (0.3 - 4.7)	1	32	3.1 (0.1 - 16.2)
Arresødal Privathospital	0.0 (0.0 - 12.8)	0	48	0.0 (0.0 - 7.4)
Bekkevold Klinikken	0.0 (0.0 - 11.6)	0	2	0.0 (0.0 - 84.2)
Aleris Privathospitaler, Herning	0.0 (0.0 - 5.7)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Give	0.0 (0.0 - 1.4)	0	104	0.0 (0.0 - 3.5)
Aleris Privathospitaler, Århus	0.0 (0.0 - 6.8)	0	37	0.0 (0.0 - 9.5)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0.0 (0.0 - 10.6)	0	13	0.0 (0.0 - 24.7)
Kysthospitalet Skodsborg	0.0 (0.0 - 60.2)	0	3	0.0 (0.0 - 70.8)
Privathospitalet Kollund	0.0 (0.0 - 84.2)	.	.	-
Privathospitalet Møn	0.0 (0.0 - 8.6)	0	8	0.0 (0.0 - 36.9)
Sygehus Nord, Roskilde	11.0 (6.0 - 18.1)	2	20	10.0 (1.2 - 31.7)
Sygehus Nord, Hølbæk	2.5 (1.0 - 5.2)	2	125	1.6 (0.2 - 5.7)
Sygehus Syd, Nykøbing F	3.0 (0.6 - 8.6)	4	139	2.9 (0.8 - 7.2)
Allerød Privathospital	0.0 (0.0 - 20.6)	0	14	0.0 (0.0 - 23.2)
Sygehus Syd, Næstved	5.4 (0.7 - 18.2)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	3.8 (2.3 - 5.8)	0	72	0.0 (0.0 - 5.0)
Sygehus Thy-Mors	0.0 (0.0 - 21.8)	0	35	0.0 (0.0 - 10.0)

Table 25 shows the department-specific indicator values for the number of hospital days. All hospitals comply with the standard, when the statistical uncertainty is taken into account.

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

Afdeling	Indlagt	Dag- kirurgi	Ambulant	I alt
	n	n	n	N
Frederiksberg Hospital	152	0	5	157
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	151	0	1	152
Herlev Hospital	187	5	7	199
Erichsens Privathospital	106	0	0	106
Københavns Privathospital	45	0	0	45
ARTROS- Aalborg Privathospital	4	0	0	4
Bornholms Hospital	35	0	0	35
OUH Svendborg Sygehus	141	0	1	142
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	56	0	0	56
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	17	0	0	17
Fredericia Sygehus	157	0	0	157
Regionshospitalet Holstebro	226	0	0	226
Regionshospitalet Randers	20	19	37	76
Århus Universitetshospital, Skejby	19	2	1	22
Regionshospitalet Viborg	89	0	0	89
Aalborg Sygehus	32	0	11	43
Arresødal Privathospital	48	0	0	48
Bekkevold Klinikken	2	0	0	2
De Vestdanske Friklinikker, Give	104	0	0	104
Aleris Privathospitaler, Århus	37	0	0	37
Aleris Privathospitaler, Aalborg	13	0	0	13
Kysthospitalet Skodsborg	3	174	16	193
Privathospitalet Møn	8	0	0	8
Sygehus Nord, Roskilde	23	0	0	23
Sygehus Nord, Holbæk	125	0	1	126
Sygehus Syd, Nykøbing F	141	0	0	141
Allerød Privathospital	14	0	0	14
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	72	85	0	157
Sygehus Thy-Mors	36	0	3	39
I alt	2063	285	83	2431

Af Tabel 25a ses, at kun få afdelinger indberetter dagkirurgi / enkeltdøgnsforløb.

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 2307 patienter kan indgå i analysen, der er foretaget på samlede data og uafhængigt af operationstype. Der er så få dødsfald inden for 30 dage, at afdelingsspecifikke analyser ikke kan foretages.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	2	630	0.3 (0.0 - 1.1)
2005	2	1028	0.2 (0.0 - 0.7)
2006	4	1676	0.2 (0.1 - 0.6)
2007	5	1746	0.3 (0.1 - 0.7)
2008	4	1499	0.3 (0.1 - 0.7)
2009	7	2542	0.3 (0.1 - 0.6)
2010	2	2307	0.1 (0.0 - 0.3)

Tabel 26 viser andelen af patienter, der er døde indenfor 30 dage efter operation. Det drejer sig om 2 patienter. Andelen var således 0,1% og standarden er klart opfyldt for denne indikator. Der er tale om den laveste andel dødsfald nogensinde på landsplan. Andelen i 2009 var 0/18 (0%) efter åben prostatektomi behandling, 0/1418 (0%) efter TUR-P, 1 /283 (0,4%) efter laser behandling, og 1/414 (0,2%) efter elektrovaporisation.

DDRP kommentar: I betragtning af patienternes aldersgruppen er mortaliteten så lav som den kan blive. Man skal huske, at den medicinske behandling i mange tilfælde har udsat den kirurgiske behandling til en ældre alder med en generelt højere mortalitetsrisiko.

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

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

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

Standarden: < 10% af patienterne genindlægges.

I alt har 1364 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg og indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af genindlæggelser er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 27. Andel af patienter der genindlægges

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	32	658	4.9 (3.3 - 6.8)
2005	25	933	2.7 (1.7 - 3.9)
2006	85	1534	5.5 (4.4 - 6.8)
2007	65	1563	4.2 (3.2 - 5.3)
2008	40	1348	3.0 (2.1 - 4.0)
2009	71	2326	3.1 (2.4 - 3.8)
2010	49	1364	3.6 (2.7 - 4.7)

Tabel 27 viser, at andelen af genindlæggelser efter operation var 3,6% i 2010. Standarden er klart opfyldt for indikatoren, og det lave niveau fastholdes. I forhold til skæringstidspunkt for sidste årsrapport (43 genindlæggelser blandt 1447 forløb fra 2009 med kontrolbesøg på daværende tidspunkt), ses nu 71 genindlæggelser blandt 2326 forløb fra 2009, dvs. en stort set uændret lav andel genindlæggelser.

Tabel 28.

Genindlæggelseskoder

Årsag	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Andre og ikke specificerede infektiøse sygdomme	0	0	1	3.7	2	2.2	1	1.3	0	0	2	2.4	1	1.8
Calculus vesicae urinariae	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0	0
Cystitis acuta	1	2.8	0	0	0	0	0	0	1	2.2	2	2.4	0	0
Kronisk cystit, anden	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Smerter ved vandladning uden specifikation	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Stenosis cervicis vesicae urinariae	0	0	0	0	1	1.1	1	1.3	0	0	1	1.2	0	0
Uretral striktur uden specifikation	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Orchitis, epididymitis et epididymo-orchitis u absces	0	0	1	3.7	0	0	0	0	1	2.2	0	0	0	0
Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	1	2.8	0	0	2	2.2	0	0	1	2.2	3	3.7	2	3.5
Symptomer og fund i kredsløbs- og åndedrætsorg, andre spec	0	0	1	3.7	2	2.2	1	1.3	1	2.2	0	0	0	0
Haematuria uden specifikation	1	2.8	2	7.4	0	0	0	0	0	0	0	0	2	3.5
Retentio urinae	8	22.2	7	25.9	41	45.1	38	50.0	14	30.4	25	30.5	18	31.6
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	9	25.0	3	11.1	18	19.8	20	26.3	15	32.6	22	26.8	16	28.1
Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	12	33.3	7	25.9	21	23.1	10	13.2	5	10.9	15	18.3	13	22.8
Karkomplikation efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0	0	0
Kompl til kir og medicinsk behandling uden specifikation	3	8.3	2	7.4	1	1.1	2	2.6	3	6.5	3	3.7	1	1.8
Andre komplikationer og bivirkninger til kir. og med. beh.	0	0	0	0	0	0	1	1.3	1	2.2	0	0	1	1.8
Problem relateret til socialt miljø uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	1.3	1	2.2	0	0	0	0
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Thrombophlebitis superficialis	0	0	0	0	0	0	1	1.3	0	0	0	0	0	0
Febrilia uden spec.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.2	0	0	0	0
Uretral striktur, andre former	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0	0
Urinvejsinfektion u lokalisation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0	0
Overfladisk forfrysning uden specifikation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	1.2	0	0
Perkutan punktur af urinblære	1	2.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Andre	0	0	0	0	0	0	0	0	2	4.3	5	6.1	3	5.3
I alt	36	100.0	27	100.0	91	100.0	76	100.0	46	100.0	82	100.0	57	100.0

Tabel 28 viser diagnoser stillet under genindlæggelse i 2010 sammenlignet med tidligere år. De 3 hyppigste diagnoser er lige som i tidligere år Retentio urinae, Haemorrhagia/Haematoma postoperativa, og Infektion efter indgreb. Den hyppigst angivne behandlingskode i tilfælde af genindlæggelse med Retentio Urinae var TUR-P (14/18, 78%). Standarden for genindlæggelse som følge af den foretagne operation er opfyldt og andelen er på niveau med sidste år.

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

	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	0.3	4	0.4	6	0.4	6	0.3	5	0.3	12	0.5	7	0.3
Absolut	233	37.0	363	35.3	680	40.5	663	37.9	578	38.4	1004	39.5	977	40.2
Symptomatisk	395	62.7	661	64.3	993	59.1	1079	61.7	921	61.2	1526	60.0	1447	59.5
I alt	630	100.0	1028	100.0	1679	100.0	1748	100.0	1504	100.0	2542	100.0	2431	100.0

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

DDRP kommentarer til indikatorerne 8-10 er samlet under indikator 10.

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

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

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

Standarden: < 10% af patienterne re-opereres.

I alt har 1364 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg og indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af genindlæggelser er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

Tabel 29. Andel af patienter med reoperation 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	658	1.4 (0.6 - 2.6)
2005	20	933	2.1 (1.3 - 3.3)
2006	42	1534	2.7 (2.0 - 3.7)
2007	32	1563	2.0 (1.4 - 2.9)
2008	17	1348	1.3 (0.7 - 2.0)
2009	51	2326	2.2 (1.6 - 2.9)
2010	28	1364	2.1 (1.4 - 3.0)

Tabel 29 viser, at andelen af patienter der blev re-opereret pga. komplikationer var 2,1% i 2010, og på niveau med de seneste år. Standarden er klart opfyldt for indikatoren. I forhold til sidste årsrapport (21 reoperationer blandt 1447 forløb fra 2009), ses nu 51 reoperationer blandt 2326 forløb, svarende til en stigning i indikatorværdi fra 1,5% til 2,2% for 2009.

Tabel 30. Operationskoder for reoperation

Reoperationskode	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Undersøgelse af personer uden klage eller diagnose	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0	0	0
Andre særlige undersøgelser af personer	0	0	0	0	2	4.8	0	0	0	0	1	2.1	0	0
Septikæmi uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0	0	0
Sclerosis sphincteris vesicae urinariae	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0	0	0
Stricture urethrae posttraumatica	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0	1	3.7
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	2	4.2	0	0
Eksplorativ laparotomi	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Tranluminal endoskopisk indsættelse af ureterstent	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0	0	0
Cystoskopisk fjernelse af urinblærekongrement	0	0	2	10.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Uretroskopisk intern uretrotomi	2	25.0	3	15.8	3	7.1	1	3.1	0	0	8	16.7	5	18.5
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	0	0	2	10.5	11	26.2	8	25.0	5	29.4	19	39.6	8	29.6
Transuretral prostataincision (TUI-P)	1	12.5	0	0	4	9.5	0	0	0	0	1	2.1	0	0
Fotoselektiv laservaporisation af prostata (PVP)	0	0	0	0	2	4.8	1	3.1	1	5.9	2	4.2	0	0
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.7
Transuretral resektion af colliculus seminalis	1	12.5	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
Anden transuretral operation på prostata	0	0	0	0	1	2.4	1	3.1	0	0	2	4.2	0	0
Enkelttidig orkiektomi	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0	1	3.7
Reop. for overfl. blødn. eft. urolog. op.	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	0	0	1	3.7
Reoperation for dyb blødning eft. urologisk operation	0	0	1	5.3	1	2.4	2	6.3	6	35.3	2	4.2	4	14.8
Translum. endoskop. reop. for dyb blødn. eft. urolog. op.	2	25.0	4	21.1	7	16.7	6	18.8	2	11.8	4	8.3	2	7.4
Perkutan punktur af urinblære	0	0	0	0	3	7.1	3	9.4	0	0	1	2.1	0	0
Dilatation af urinrør	1	12.5	3	15.8	4	9.5	4	12.5	0	0	0	0	1	3.7
Cystoskopi	0	0	1	5.3	1	2.4	1	3.1	0	0	0	0	0	0
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0	1	3.7
Anden operation på prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.9	1	2.1	0	0
Anden transluminal endoskopisk reoperation efter urologisk operation	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0	1	3.7
Stricture urethrae efter kirurgisk indgreb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1	0	0
Intern uretrotomi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.9	0	0	0	0
Fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.1	0	0
Reoperationer ved overfladisk blødning efter urologisk operation	0	0	0	0	0	0	0	0	1	5.9	0	0	0	0
Andre	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	3	6.3	1	3.7
I alt	8	100.0	19	100.0	42	100.0	32	100.0	17	100.0	48	100.0	27	100.0

Tabel 30 viser koderne for de foretagne re-operationer (enkelte angivne er ikke procedurekoder). Hyppigst er TUR-P og uretroskopisk intern uretrotomi

DDRP kommentarer til indikatorerne 8-10 er samlet under indikator 10.

Indikator 10: Behandlingssvigt inden 6 måneder

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

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

Standarden: < 5% af patienterne har behandlingssvigt.

I alt har 1364 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg og indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af genindlæggelser er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	18	658	2.7 (1.6 - 4.3)
2005	13	933	1.4 (0.7 - 2.4)
2006	38	1534	2.5 (1.8 - 3.4)
2007	38	1563	2.4 (1.7 - 3.3)
2008	15	1348	1.1 (0.6 - 1.8)
2009	53	2326	2.3 (1.7 - 3.0)
2010	32	1364	2.3 (1.6 - 3.3)

Tabel 31 viser, at andelen af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder efter operation var 2,3%. Standarden er klart opfyldt for indikatoren i 2010. Der ses en lignende andel med registreret behandlingssvigt som sidste år, hvor indikatorværdien er faldet fra 3,5% (sidste årsrapport) til 2,3% pga. efter-indberetninger af patientforløb.

Tabel 32. Andel af patienter med reoperation pga behandlingssvigt

Reoperation	År													
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009		2010	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	4	22.2	8	61.5	13	34.2	13	34.2	5	33.3	16	30.2	12	37.5
Nej	14	77.8	5	38.5	25	65.8	25	65.8	10	66.7	37	69.8	20	62.5
I alt	18	100.0	13	100.0	38	100.0	38	100.0	15	100.0	53	100.0	32	100.0

Tabel 32 viser andelen af re-operationer blandt patienter med behandlingssvigt. 38% af patienterne med behandlingssvigt blev angivet reopereret inden for de 6 måneder, hvilket er meget lig med de seneste år.

Tabel 33.

Operationskoder i forbindelse med behandlingssvigt

Operationskode	År							I alt N
	2003- 2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	2010 n	
Anlæggelse af blærekateter a demeure (kvinde)	1	0	0	1	0	0	0	2
Vejledning, instruktion, undervisning og rådgivning af patient	0	1	0	0	0	0	0	1
Neuromuskulær funktionsforstyrrelse i urinblære uden spec	0	0	1	0	0	0	0	1
Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	0	3	0	0	0	0	0	3
Resektion eller incision af blærehalsen	0	0	0	1	0	0	0	1
Meatoplastik på urinrør	0	0	0	0	0	1	0	1
Intern uretrotomi	0	0	0	1	0	1	0	2
Uretroskopisk intern uretrotomi	0	2	2	0	1	0	0	5
Transvesikal prostataresektion	1	0	0	0	0	0	0	1
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	2	2	8	8	1	12	6	39
Transuretral prostataincision (TUI-P)	0	0	0	1	1	0	4	6
Interstitiel laserkoagulation (ILC) af prostata	0	0	0	0	1	0	0	1
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	1	0	0	0	1
Anden transuretral operation på prostata med elektrovaporisation	0	0	0	0	1	1	1	3
Perkutan punktur af urinblære	0	0	1	0	0	1	0	2
Dilatation af urinrør	0	0	1	0	0	0	1	2
Missing	14	5	25	25	10	37	20	136
I alt	18	13	38	38	15	53	32	207

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

DDRP kommentar til indikatorerne 8-10 samlet: Det er tilfredsstillende, at genindlæggelser på baggrund af det operative indgreb kun forekommer i få tilfælde. Det er forventeligt, at årsagerne til genindlæggelserne primært er retention, infektion og blødning. Det er også tilfredsstillende, at andelen der behøver reoperation pga. komplikationer inden for 6 måneder er lav. Standarden for reoperation reduceres næste år til højst 5%. For indikatoren behandlingssvigt er det også et flot resultat, men der er helt klart fejlregistreringer blandt de andre indikatorer som skulle have været registreret som behandlingssvigt. En TUR-P er ofte behandlingssvigt. Andre fejlregistreringer er bl.a. meatotomi som er en reoperation pga. komplikation!

Indikator 11: Inkontinens efter kirurgisk behandling

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProBase, 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 958 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af patienter der er blevet inkontinente er så beskedent, at det ikke giver mening at opgive resultaterne på afdelingsniveau.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	10	405	2.5 (1.2 - 4.5)
2005	9	523	1.7 (0.8 - 3.2)
2006	20	876	2.3 (1.4 - 3.5)
2007	16	916	1.7 (1.0 - 2.8)
2008	10	886	1.1 (0.5 - 2.1)
2009	26	1546	1.7 (1.1 - 2.5)
2010	15	958	1.6 (0.9 - 2.6)

Tabel 34 viser at 1,6% (n=15) af patienterne, som blev opereret i 2010, er blevet inkontinente efter behandlingen. Andelen på landsplan er i samme størrelsesorden som tidligere år. Standarden er opfyldt. 2009-indikatorværdien er stort set uændret ift. sidste årsrapport. Andelen i 2010 var 0/3 (0%, 95% CI 0-70.8%) efter åben prostatektomi behandling, 9/562 (1,6%, 95% CI 0.7-3.0%) efter TUR-P, 0/153 (0%, 95% CI 0-2.4%) efter laser behandling, og 4/167 (2,4%, 95% CI 0.7-6.0%) efter elektrovaporisation. Der er således ikke statistisk signifikant forskel på inkontinensandel i forhold til behandlingstype.

DDRP kommentar: De nyere behandlingsmodaliteter inklusive den forbedrede teknologi har helt klart formindsket risikoen for inkontinens

Indikator 12: Antal blodtransfusioner

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, der har fået indberettet data vedr. antal blodtransfusioner. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner.

Standarden: < 3% af patienterne har modtaget mere end 2 blodtransfusioner.

I alt 2420 patienter ud af 2431 kirurgisk behandlede indgår i analysen. Antallet af patienter med mere end 2 blodtransfusioner er for lille til at det giver mening med analyser på afdelingsniveau.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	9	629	1.4 (0.7 - 2.7)
2005	9	1026	0.9 (0.4 - 1.7)
2006	18	1665	1.1 (0.6 - 1.7)
2007	8	1740	0.5 (0.2 - 0.9)
2008	9	1483	0.6 (0.3 - 1.1)
2009	8	2525	0.3 (0.1 - 0.6)
2010	7	2420	0.3 (0.1 - 0.6)

Tabel 35 viser, at andelen af patienter der har modtaget mere end 2 blodtransfusioner er på et meget lavt niveau. Andelen ligger på 0,3% lige som sidste år, og standarden er opfyldt.

Det ses af efterfølgende tabel 35 b, at kun 0,8% svarende til 20 af de kirurgisk behandlede patienter modtog blodtransfusion i det hele taget i 2010, hvilket er historisk lavt. Af tabel 35 c ses endvidere, at kun 1,1% fik blodtransfusion efter TUR-P, hvilket også er historisk lavt.

DDRP kommentar: Det lave niveau for blodtransfusioner er glædeligt. Til næste år vil Probase data blive søgt sammenkørt med transfusionsdatabasen mhp. om der kan indhentes oplysninger om blodtransfusioner dér. Bestyrelsen for transfusionsdatabasen vil blive anmodet om udlevering af data til dette.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	21	629	3.3 (2.1 - 5.1)
2005	42	1026	4.1 (3.0 - 5.5)
2006	50	1665	3.0 (2.2 - 3.9)
2007	39	1740	2.2 (1.6 - 3.1)
2008	47	1483	3.2 (2.3 - 4.2)
2009	31	2525	1.2 (0.8 - 1.7)
2010	20	2420	0.8 (0.5 - 1.3)

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	15	467	3.2 (1.8 - 5.2)
2005	33	683	4.8 (3.3 - 6.7)
2006	36	922	3.9 (2.7 - 5.4)
2007	27	961	2.8 (1.9 - 4.1)
2008	37	786	4.7 (3.3 - 6.4)
2009	19	1334	1.4 (0.9 - 2.2)
2010	16	1484	1.1 (0.6 - 1.7)

Revisionspåtegning

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

ProsBase har været åben for alle afdelinger siden 2004 og omfatter patienter behandlet for godartet prostataforstørrelse (BPH) på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. Initielt inkluderedes også nogle få patienter med medicinsk behandling, men nu fokuseres udelukkende på kirurgisk behandling af prostataforstørrelse. Dette er 7. årsrapport og omfatter patientforløb, hvor datoen for enten påbegyndelse af forløbet eller kirurgisk behandling ligger i 2010, og som er indberettet til ProsBase senest 26/7 2011. Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. Alle statistiske analyser i rapporten er foretaget af personale ved centeret.

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

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

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

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

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

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

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

Oversigt over indikatorer

Tabel 36. Indikatorer, standarder, og opnåede resultater i 2003-04, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009 og 2010. Indikatorværdier anføres med 95% sikkerhedsinterval.

Indikator	Standard	2003-04	2005	2006	2007	2008	2009	2010
Mindst 50 % forbedring af DANPSS symptomscore ¹	> 70 %	79.7% (74.3 - 84.4)	78.9% (74.8 - 82.7)	78.3% (74.8 - 81.6)	78.3% (75.0 - 81.4)	77.8% (74.3 - 81.0)	78.1% (75.5 - 80.6)	81.5% (78.3 - 84.4)
Mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling	> 70 %	46.7% (40.6 - 52.8)	46.0% (41.3 - 50.8)	46.2% (42.4 - 50.0)	52.3% (48.7 - 56.0)	49.5% (45.7 - 53.4)	46.7% (43.6 - 49.8)	51.8% (47.8 - 55.8)
Andelen af patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse	> 85 %	80.1% (76.5 - 83.4)	81.7% (78.7 - 84.4)	81.9% (79.6 - 84.0)	84.5% (82.3 - 86.5)	84.7% (82.5 - 86.7)	83.9% (82.2 - 85.5)	86.9% (84.8 - 88.7)
Andelen af patienter, som har fået udfyldt vandladningsskemaer	> 90 %	75.9% (71.4 - 80.0)	74.8% (71.1 - 78.3)	72.0% (68.9 - 75.0)	72.4% (69.5 - 75.2)	69.6% (66.4 - 72.7)	76.3% (73.9 - 78.5)	78.4% (76.1 - 80.5)
Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml	> 70 %	58.2% (53.0 - 63.2)	55.8% (51.6 - 59.8)	56.5% (53.0 - 59.8)	59.6% (56.4 - 62.8)	57.6% (54.1 - 61.1)	52.6% (49.8 - 55.3)	55.5% (52.8 - 58.2)
Andelen af patienter, som har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere	< 10 %	5.9% (4.1 - 8.2)	5.0% (3.7 - 6.7)	4.1% (3.2 - 5.3)	3.3% (2.5 - 4.3)	3.0% (2.2 - 4.1)	1.2% (0.8 - 1.7)	1.4% (0.9 - 2.0)
Andelen af patienter, som dør ≤ 30 dage efter operation	< 0,5 %	0.3% (0.0 - 1.1)	0.2% (0.0 - 0.7)	0.2% (0.1 - 0.6)	0.3% (0.1 - 0.7)	0.3% (0.1 - 0.7)	0.3% (0.1 - 0.6)	0.1% (0.0 - 0.3)
Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse	< 10 %	4.9% (3.3 - 6.8)	2.7% (1.7 - 3.9)	5.5% (4.4 - 6.8)	4.2% (3.2 - 5.3)	3.0% (2.1 - 4.0)	3.1% (2.4 - 3.8)	3.6% (2.7 - 4.7)
Andelen af patienter, som har fået foretaget re-operation p.g.a. komplikationer	< 10 %	1.4% (0.6 - 2.6)	2.2% (1.3 - 3.3)	2.7% (2.0 - 3.7)	2.0% (1.4 - 2.9)	1.3% (0.7 - 2.0)	2.2% (1.6 - 2.9)	2.1% (1.4 - 3.0)
Andelen af patienter, som har behandlingssvigt inden for 6 måneder ²	< 5 %	2.7% (1.6 - 4.3)	1.4% (0.7 - 2.4)	2.5% (1.8 - 3.4)	2.4% (1.7 - 3.3)	1.1% (0.6 - 1.8)	2.3% (1.7 - 3.0)	2.3% (1.6 - 3.3)
Andelen af patienter, som er blevet inkontinente efter kirurgisk behandling	< 2 %	2.5% (1.2 - 4.5)	1.7% (0.8 - 3.2)	2.3% (1.4 - 3.5)	1.7% (1.0 - 2.8)	1.1% (0.5 - 2.1)	1.7% (1.1 - 2.5)	1.6% (0.9 - 2.6)
Andelen af patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner ³	< 3 %	1.4% (0.7 - 2.7)	0.9% (0.4 - 1.7)	1.1% (0.6 - 1.7)	0.5% (0.2 - 0.9)	0.6% (0.3 - 1.1)	0.3% (0.1 - 0.6)	0.3% (0.1 - 0.6)

Tabel 36 viser at standarden i 2010 er opfyldt for indikatorerne vedrørende: forbedring af DANPSS score, andel af tilfredse patienter, sengedagsforbrug, postoperativ mortalitet, genindlæggelse, komplikationer der fører til reoperation, behandlingssvigt, inkontinens og blodtransfusioner.

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

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

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