

ÅRSRAPPORT FOR PROSBASE 2009

**Omfatter patientforløb med kirurgisk behandlingsdato
1/1 2009 - 31/12 2009, der er indberettet til ProsBase senest 27/7 2010.**

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



Oktober 2010

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

Indhold	Side
FORORD	3
HOVEDKONKLUSIONER	4
PROSBASES STYREGRUPPE	5
AFDELINGER DER HAR INDBERETTET TIL DATABASEN I 2008	6
KONSTRUKTION AF ANALYSE-FILER	8
KOMPLETHEDSGRAD FOR INDBERETNINGER TIL PROSBASE.....	9
FORDELING AF INDBERETNINGER MHT. BEHANDLINGSTYPER	17
INDIKATOR 1: PROCENTVIS ÆNDRING I DANPSS-SYMPATOMSCORE.....	18
INDIKATOR 2: PROCENTVIS ÆNDRING I VANDLADNINGSHASTIGHED.....	22
INDIKATOR 3: SUBJEKTIV PATIENTTILFREDSHED	318
INDIKATOR 4: UDFYLDTE VÆSKEVANDLADNINGSSKEMAER.....	352
INDIKATOR 5: MIKTIONSVOLUMEN.....	35
INDIKATOR 6: SENGEDAGE (FRA BEHANDLINGSDATO TIL UDSKRIVNINGSDATO)	42
INDIKATOR 7: 30 DAGES POSTOPERATIV MORTALITET	41
INDIKATOR 8: GENINDLÆGGELSE PÅ BAGGRUND AF DET OPERATIVE INDGREB	42
INDIKATOR 9: RE-OPERATIONER P.G.A. KOMPLIKATIONER.....	44
INDIKATOR 10: BEHANDLINGSSVIGT INDEN 6 MÅNEDER	47
INDIKATOR 11: INKONTINENS EFTER KIRURGISK BEHANDLING.....	49
INDIKATOR 12: ANTAL BLODTRANSFUSIONER.....	50
OVERSIGT OVER INDIKATORER.....	53

Forord

Hermed foreligger 6. 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 2009 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).

23 af sygehusene med >10 forløb i 2009 har en kompletthed på over 70%, sammenlignet med 10 af sygehusene i 2008, 9 af sygehusene i 2007 og 5 af sygehusene i 2006. Blandt de i år 12 'store' behandlingssteder med over 100 årlige forløb har 6 sygehuse en kompletthed på over 90% og 9 har en kompletthed på over 80%. Blandt alle sygehuse som helhed der har indberettet kirurgiske behandlinger til ProsBase i 2009 er komplettheden af indberetning nu på 79%, mod 67% i 2008 og 57% i 2007. Totalt er komplettheden 77%. Komplettheden kan forventes at stige yderligere pga. forsinkelse i indberetningerne. Samtlige offentlige sygehuse (fraset Rigshospitalet med 3 patienter), samt over halvdelen af de private klinikker herunder de 'store' private behandlingssteder, indberetter til ProsBase. I 2009 har 33 enheder indrapporteret til Prosbase, mod 28 enheder i 2008, 24 enheder i 2007, 15 enheder i 2006, 13 enheder i 2005 og 7 enheder i 2003-04.

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

Rapporten omhandler patientforløb, hvor datoen for kirurgisk behandling ligger i 2009, og som er indberettet til ProsBase senest 27/7 2010. For hver indikator sammenlignes 2009-tallene med resultaterne for 2003-04, 2005, 2006, 2007, og 2008, der tilsammen dækker patientforløb fra 1/9-2003 frem til udgangen af 2008. Der skal gøres opmærksom på, at det ikke er muligt direkte at sammenligne resultaterne fra den foreliggende årsrapport for 2009 med resultaterne fra tidligere årsrapporter. Årsagen er, at der efter skæringsdatoen for indberetning til sidste årsrapport er indberettet en række ekstra patientforløb tilhørende de tidligere årsrapporters opgørelsesperioder. De indikatorværdier, der i den aktuelle årsrapport angives for tidligere opgørelsesperioder, svarer således til alle de på nuværende tidspunkt indberettede patientforløb, der tilhører perioden 2003-08. Grunden til de sene indberetninger er dels, at et typisk patientforløb strækker sig over typisk 9 måneder, og dels den varierende indberetningspraksis. Nogle afdelinger indberetter først efter et afsluttet patientforløb, mens andre registrerer patienten allerede efter forundersøgelsen. Afdelingerne opfordres på det kraftigste at indberette patientforløb senest i forbindelse med det kirurgiske indgreb.

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

Hovedkonklusioner

Overordnet viser analyserne for 2009, 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 2009 er lige som i 2008 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 2009 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 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 2009

42 sygehuse/klinikker i Danmark var registreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2009, sammenlignet med 42 afdelinger i 2008, 40 afdelinger i 2007, og 35 afdelinger i 2006. Hospitalerne i Nordsjælland, Sydvestjysk Sygehus Grindsted, og Absalon Privatklinik var ikke længere registreret med behandlinger i 2009.

Følgende 33 sygehuse har indberettet til databasen i 2009:

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

Behandlingen og den efterfølgende indberetning er fortrinsvis foretaget af de urologiske afdelinger, men på enkelte sygehuse er behandlingen/indberetningen foretaget af de kirurgiske eller parenkymkirurgiske afdelinger.

1 afdeling har *ikke* indberettet til databasen i 2009, men gjorde det i 2008:

- Privathospitalet Kollund

5 afdelinger har *ikke* indberettet til databasen i 2009, og gjorde det ej heller i 2008:

- Rigshospitalet
- Arresødal Privathospital
- Aleris Privathospitaler, Esbjerg
- AROS Privathospital
- Privathospitalet Mølholm, Vejle

3 afdelinger har *ikke* indberettet til databasen i 2009, og er nyregistreret med udførte kirurgiske behandlinger for prostataforstørrelse i 2009:

- ARTROS – Aalborg Privathospital
- Aleris Privathospitaler, Odense
- Eira Privathospitalet Skejby

*DDRP: Tilslutningsgraden kan til tider være svært at beregne da mange afdelinger bliver lagt sammen som administrative enheder. Bortset fra **Rigshospitalet**, som kun har haft 3 patienter indberetter alle offentlige sygehuse. Tilslutningsgraden for de private behandlingssteder er også steget markant og stiger fortsat gennem 2010. De ikke indberettende private behandlingssteder modtager (ligesom alle andre) kvartalsvis lister over ikke indberettede patienter, men har hidtil ikke reageret. Det bliver spændende at se om der er politisk rygrad til at få disse behandlere til at registrere i fremtiden.*

Konstruktion af analyse-filer

Vi har taget udgangspunkt i data over de patientforløb, der er registreret i filen "før behandling" i perioden: 1/9-2003 indtil 31/12-2009.

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 1/1-2010.
- 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 11983 patientforløb, fordelt på 1468 forløb i 2003-04, 2236 forløb i 2005, 1894 forløb i 2006, 1815 forløb i 2007, 1693 forløb i 2008, og 2877 forløb i 2009.

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 8191 patientforløb, fordelt på 891 forløb i 2003-04, 1270 forløb i 2005, 1586 forløb i 2006, 1587 forløb i 2007, 1395 forløb i 2008 (til sammenligning var der 729 forløb i 2008 på skæringsdatoen 22/7-2009 for sidste årsrapport), og 1462 forløb i 2009.

Komplethedegrad for indberetninger til ProBase

Analysen af komplethedegraden for indberetningen til ProBase omfatter kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse, der er foretaget i perioden 1/1-2009 til 31/12-2009. 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 ProBase, 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 ProBase som kirurgisk behandlede i 2009.

Nævneren udgøres af patienter (CPR numre) som i 2009 enten:

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

Fra LPR er der udtrukket oplysninger om antal patienter (CPR numre), der er registreret behandlet for godartet prostataforstørrelse i 2009. 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 komplethedstabeller stemmer derfor ikke nødvendigvis 100% overens med det antal patienter, der er indberettet til ProBase 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 ProBase af en anden afdeling.

DDRP Kommentar:

Beregningen af tæller er ændret lidt ift. 2006 med henblik på at øge specificiteten af de anvendte koder.

De anvendte koder svarer nu til de inklusionskriterier til ProBase, der er angivet i ansøgningskemaet til Sygehusejernes fælles datapulje.

Tabel 1. Antal (%) patienter der er indberettet til ProsBase i hele 2009

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	3	0.0
	Frederiksberg Hospital	169	177	95.5
	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	111	111	100.0
	Privathospitalet Hamlet, Søborg	32	56	57.1
	Herlev Hospital	174	253	68.8
	Erichsens Privathospital	93	115	80.9
	Københavns Privathospital	66	78	84.6
	Bornholms Hospital	46	59	78.0
	Arresødal Privathospital	0	21	0.0
	Bekkevoold Klinikken	28	33	84.8
	Kysthospitalet Skodsborg	179	195	91.8
	Allerød Privathospital	12	12	100.0
Sjælland	Privathospitalet Møn	45	53	84.9
	Sygehus Nord, Roskilde	51	62	82.3
	Sygehus Nord, Holbæk	174	181	96.1
	Sygehus Syd, Nykøbing F	70	98	71.4
	Sygehus Syd, Næstved	4	11	36.4
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	0	1	0.0
	Aalborg Sygehus	40	49	81.6
	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	182	184	98.9
	Sygehus Thy-Mors	12	49	24.5
Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	2	8	25.0
	Regionshospitalet Holstebro	190	276	68.8
	Regionshospitalet Randers	94	108	87.0
	Århus Universitetshospital, Skejby	26	27	96.3
	Regionshospitalet Viborg	64	90	71.1
	Endoskopiklinikken Århus	11	14	78.6
	Aleris Privathospitaler, Herning	11	11	100.0
	Aleris Privathospitaler, Århus	31	31	100.0
	Aleris Privathospitaler, Aalborg	11	35	31.4
	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	8	0.0
	AROS Privathospital	0	8	0.0
	Aleris Privathospitaler, Odense	0	2	0.0
	eira Privathospitalet Skejby	0	2	0.0
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	1	13	7.7
	OUH Svendborg Sygehus	170	283	60.1
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	42	46	91.3
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	4	62	6.5

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
	Fredericia Sygehus	146	163	89.6
	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	17	0.0
	De Vestdanske Friklinikker, Give	165	175	94.3
	Privathospitalet Kollund	0	4	0.0
Landsresultat		2456	3184	77.1

Når der fokuseres på sygehuse, som har indberettet til ProsBase i 2009, er der indberettet 79% (2456 ud af 3118) af de foretagne kirurgiske behandlinger for godartet prostataforstørrelse (komplethed i 2008: 67%).

Medtages også sygehuse der *ikke* indberetter til ProsBase, fremgår det sammenholdt med udtrækket fra LPR, at der i 2009 er foretaget i alt 3184 kirurgiske behandlinger, svarende til en komplethed af indberetningen på 77% (Tabel 1) (komplethed i 2008: 57%).

DDRP kommentar:

Det er glædeligt at se at komplethedsgraden stiger, men den er endnu ikke helt tilfredsstillende. Opgørelsestidspunktet i år blev sat til den 27/7 for at kunne medtage så mange behandlinger som muligt. En af årsagene til at vi satte opgørelsestidspunktet relativt sent er vanskelighederne med opgraderingen af Landspatientregisteret. 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 hurtigt som muligt opfordres afdelingerne til at indberette patienterne senest i forbindelse med den kirurgiske behandling. Prosbasen vil i løbet af vinteren blive opkoblet til et online analyseværktøj, som giver mulighed for at følge engne indberetninger mere detaljeret end i dag. Det er DDRP's opfattelse at kvalitetsafdelingerne i de enkelte regioner bør sørge for at afdelinger indberetter data i tide. Årsrapportens konklusioner er meget afhængige af at data indberettes i tide.

Tabel 2a. Komplethedegrad for 1. kvartal 2009

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	1	0.0
	Frederiksberg Hospital	61	66	92.4
	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	33	33	100.0
	Privathospitalet Hamlet, Søborg	8	13	61.5
	Herlev Hospital	38	68	55.9
	Erichsens Privathospital	37	41	90.2
	Københavns Privathospital	16	22	72.7
	Bornholms Hospital	17	18	94.4
	Arresødal Privathospital	0	9	0.0
	Bekkevold Klinikken	2	2	100.0
	Kysthospitalet Skodsborg	30	35	85.7
	Allerød Privathospital	4	4	100.0
Sjælland	Privathospitalet Møn	8	9	88.9
	Sygehus Nord, Roskilde	20	24	83.3
	Sygehus Nord, Holbæk	55	56	98.2
	Sygehus Syd, Nykøbing F	3	15	20.0
	Sygehus Syd, Næstved	0	3	0.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	14	17	82.4
	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	53	54	98.1
	Sygehus Thy-Mors	1	14	7.1
Midtjylland	Regionshospitalet Horsens	2	8	25.0
	Regionshospitalet Holstebro	56	74	75.7
	Regionshospitalet Randers	8	11	72.7
	Århus Universitetshospital, Skejby	11	12	91.7
	Regionshospitalet Viborg	22	29	75.9
	Endoskopiklinikken Århus	4	5	80.0
	Aleris Privathospitaler, Århus	3	3	100.0
	Aleris Privathospitaler, Aalborg	3	11	27.3
	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	1	0.0
	eira Privathospitalet Skejby	0	1	0.0
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	1	3	33.3
	OUH Svendborg Sygehus	51	80	63.8
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5	5	100.0
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	3	14	21.4
	Fredericia Sygehus	43	46	93.5
	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	5	0.0
	De Vestdanske Friklinikker, Give	26	26	100.0
	Privathospitalet Kollund	0	1	0.0
Landsresultat		638	839	76.0

Tabel 2b. Komplethedegrad for 2. kvartal 2009

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Frederiksberg Hospital	36	38	94.7
	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	30	30	100.0
	Privathospitalet Hamlet, Søborg	7	12	58.3
	Herlev Hospital	46	60	76.7
	Erichsens Privathospital	7	17	41.2
	Københavns Privathospital	18	23	78.3
	Bornholms Hospital	9	11	81.8
	Arresødal Privathospital	0	3	0.0
	Bekkevold Klinikken	3	3	100.0
	Kysthospitalet Skodsborg	57	69	82.6
	Allerød Privathospital	1	1	100.0
Sjælland	Privathospitalet Møn	21	22	95.5
	Sygehus Nord, Roskilde	17	18	94.4
	Sygehus Nord, Holbæk	36	36	100.0
	Sygehus Syd, Nykøbing F	15	24	62.5
	Sygehus Syd, Næstved	4	4	100.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	16	16	100.0
	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	44	44	100.0
	Sygehus Thy-Mors	3	13	23.1
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	48	76	63.2
	Regionshospitalet Randers	29	33	87.9
	Århus Universitetshospital, Skejby	10	10	100.0
	Regionshospitalet Viborg	12	18	66.7
	Endoskopiklinikken Århus	1	1	100.0
	Aleris Privathospitaler, Herning	4	4	100.0
	Aleris Privathospitaler, Århus	3	3	100.0
	Aleris Privathospitaler, Aalborg	1	4	25.0
	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	3	0.0
	AROS Privathospital	0	3	0.0
	eira Privathospitalet Skejby	0	1	0.0
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	4	0.0
	OUH Svendborg Sygehus	47	70	67.1
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	2	4	50.0
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	22	0.0
	Fredericia Sygehus	39	40	97.5
	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	4	0.0
	De Vestdanske Friklinikker, Give	60	65	92.3
	Privathospitalet Kollund	0	1	0.0
Landsresultat		626	810	77.3

Tabel 3a.

Komplethedegrad for 3. kvartal 2009

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	1	0.0
	Frederiksberg Hospital	33	36	91.7
	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	29	29	100.0
	Privathospitalet Hamlet, Søborg	7	11	63.6
	Herlev Hospital	54	67	80.6
	Erichsens Privathospital	20	24	83.3
	Københavns Privathospital	17	18	94.4
	Bornholms Hospital	19	20	95.0
	Arresødal Privathospital	0	5	0.0
	Bekkevold Klinikken	20	20	100.0
	Kysthospitalet Skodsborg	56	58	96.6
	Allerød Privathospital	2	2	100.0
Sjælland	Privathospitalet Møn	16	19	84.2
	Sygehus Nord, Roskilde	4	6	66.7
	Sygehus Nord, Holbæk	37	40	92.5
	Sygehus Syd, Nykøbing F	22	26	84.6
	Sygehus Syd, Næstved	0	3	0.0
Nordjylland	Aalborg Sygehus	5	11	45.5
	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	38	39	97.4
	Sygehus Thy-Mors	2	8	25.0
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	36	55	65.5
	Regionshospitalet Randers	21	22	95.5
	Århus Universitetshospital, Skejby	4	4	100.0
	Regionshospitalet Viborg	16	24	66.7
	Endoskopiklinikken Århus	5	6	83.3
	Aleris Privathospitaler, Herning	6	6	100.0
	Aleris Privathospitaler, Århus	10	10	100.0
	Aleris Privathospitaler, Aalborg	5	13	38.5
	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	2	0.0
	AROS Privathospital	0	2	0.0
	Aleris Privathospitaler, Odense	0	2	0.0
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	4	0.0
	OUH Svendborg Sygehus	29	61	47.5
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	8	10	80.0
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	18	0.0
	Fredericia Sygehus	27	33	81.8
	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	4	0.0
	De Vestdanske Friklinikker, Give	36	40	90.0
	Privathospitalet Kollund	0	2	0.0

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Landsresultat		584	761	76.7

Tabel 3b.

Komplethedegrad for 4. kvartal 2009

Region	Sygehus	ProsBase	LPR og ProsBase	Komplethed i %
Hovedstaden	Rigshospitalet	0	1	0.0
	Frederiksberg Hospital	39	39	100.0
	Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	19	19	100.0
	Privathospitalet Hamlet, Søborg	10	20	50.0
	Herlev Hospital	36	58	62.1
	Erichsens Privathospital	29	33	87.9
	Københavns Privathospital	15	15	100.0
	Bornholms Hospital	1	10	10.0
	Arresødal Privathospital	0	4	0.0
	Bekkevold Klinikken	3	8	37.5
	Kysthospitalet Skodsborg	36	45	80.0
	Allerød Privathospital	5	5	100.0
Sjælland	Privathospitalet Møn	0	3	0.0
	Sygehus Nord, Roskilde	10	14	71.4
	Sygehus Nord, Holbæk	46	49	93.9
	Sygehus Syd, Nykøbing F	30	33	90.9
	Sygehus Syd, Næstved	0	1	0.0
Nordjylland	ARTROS- Aalborg Privathospital	0	1	0.0
	Aalborg Sygehus	5	5	100.0
	Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	47	48	97.9
	Sygehus Thy-Mors	6	14	42.9
Midtjylland	Regionshospitalet Holstebro	50	71	70.4
	Regionshospitalet Randers	36	42	85.7
	Århus Universitetshospital, Skejby	1	1	100.0
	Regionshospitalet Viborg	14	19	73.7
	Endoskopiklinikken Århus	1	2	50.0
	Aleris Privathospitaler, Herning	1	1	100.0
	Aleris Privathospitaler, Århus	15	15	100.0
	Aleris Privathospitaler, Aalborg	2	7	28.6
	Aleris Privathospitaler, Esbjerg	0	2	0.0
	AROS Privathospital	0	3	0.0
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital	0	2	0.0
	OUH Svendborg Sygehus	43	72	59.7
	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	27	27	100.0
	Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	1	8	12.5
	Fredericia Sygehus	37	45	82.2
	Privathospitalet Mølholm, Vejle	0	4	0.0
	De Vestdanske Friklinikker, Give	43	45	95.6
Landsresultat		608	791	76.9

De foregående tabeller 2a, 2b, 3a, og 3b viser complethedegrader for de fire kvartaler i 2009. Der ses mindre variation i complethed afdelingerne imellem i forhold til tidligere år.

For hele 2009 kan bemærkes:

- 23 af sygehusene med >10 forløb i 2009 har en complethed på over 70%, sammenlignet med 10 af sygehusene i 2008
- Der er som tidligere høje værdier fra nogle offentlige sygehuse som Frederiksberg, Frederikshavn, Fredericia, Nordsjælland og Randers, og nu også Sygehus Nord Holbæk.
- En række private klinikker har opereret et meget stort antal patienter i 2009 og samtidig opnået meget høj complethed i indberetningen, fx Privathospitalet Hamlet Frederiksberg, Erichsens Privathospital, Kysthospitalet Skodsborg, og de Vestdanske Friklinikker Give
- De private sygehuse, der ikke har indberettet, her typisk kun opereret få patienter.
- Af større betydning for complethedsgraden er, at nogle af de offentlige sygehuse, der har opereret mange patienter, ligger med en complethed i størrelsesordenen 60-70%, fx Sygehus Syd Nykøbing F, Regionshospitalet Holstebro, Regionshospitalet Viborg, OUH Svendborg Sygehus. Der er kun indberettet et fåtal af patienterne fra Sygehus Thy-Mors og Sydvestjysk Sygehus Esbjerg.

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

Fordeling af indberetninger mht. kirurgiske behandlingstyper

Den foreliggende årsrapport omhandler udelukkende 2459 indberettede forløb med kirurgisk behandling, dvs. 85% af i alt 2877 indberettede patientforløb i Probase 2009. Prostatarådet har tidligere opfordret til kun at indberette de kirurgiske behandlinger, men der er i år altså indberettet mange påbegyndte forløb også; 50% af de påbegyndte forløb er indberettet af sygehusene i Svendborg, Holstebro, Nykøbing F, og Frederikshavn (ikke vist).

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

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Kirurgisk	630	42.9	1024	45.8	1679	88.6	1747	96.3	1492	88.1	2459	85.5
Medicinsk	281	19.1	431	19.3	73	3.9	26	1.4	99	5.8	43	1.5
Andet	111	7.6	205	9.2	17	0.9	4	0.2	14	0.8	16	0.6
Påbegyndt forløb	446	30.4	576	25.8	125	6.6	38	2.1	88	5.2	359	12.5
I alt	1468	100.0	2236	100.0	1894	100.0	1815	100.0	1693	100.0	2877	100.0

Tabel 5. Fordelingen af typer af kirurgisk behandling på landsplan

Behandling	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Åben prostataktomi	16	2.5	22	2.1	40	2.4	29	1.7	18	1.2	16	0.7
TUR-P	467	74.1	684	66.8	931	55.4	964	55.2	793	53.2	1291	52.5
TUI-P	47	7.5	94	9.2	150	8.9	169	9.7	111	7.4	143	5.8
Laser	39	6.2	141	13.8	472	28.1	542	31.0	429	28.8	379	15.4
Radiobølge	15	2.4	2	0.2	0	0	0	0	0	0	0	0
Mikrobølge	31	4.9	59	5.8	65	3.9	35	2.0	28	1.9	23	0.9
Stents	12	1.9	3	0.3	2	0.1	5	0.3	2	0.1	3	0.1
Elektrovaporisation	0	0	1	0.1	1	0.1	0	0	95	6.4	574	23.3
Andre	3	0.5	18	1.8	18	1.1	3	0.2	16	1.1	30	1.2
I alt	630	100.0	1024	100.0	1679	100.0	1747	100.0	1492	100.0	2459	100.0

Af tabel 5 ses en kraftig stigning i patientantallet for kategorien 'Elektrovaporisation' (procedurekode KKEW98B) til nu 23% af alle behandlinger.

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 en stigende andel. Det bliver spændende at se om disse behandlingsmodaliteter har betydning for behandlingsresultaterne over tid.

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 2459 kirurgisk behandlede patienter har 1447 et registreret kontrolbesøg. Blandt de 1447 patienter foreligger der DANPSS målinger før og efter behandlingen for 643 patienter (44%). Det er konstateret, at hos 58 af disse patienter er DANPSS score af de indberettende enheder angivet som værende ”0” både ’før’ og ’efter’ behandlingen, heraf 35 fra Erichsens Klinik og 16 fra Sygehus Vendsyssel Frederikshavn. I 2009 resterer der således 585 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 2009 således ud:

- 2459 kirurgisk behandlede patienter i Probase i alt i 2009
- Heraf 1469 patienter (60%) angivet behandlet på symptomatisk indikation
- Blandt de 1469 patienter foreligger der en DANPSS måling *før* behandling for 1227 (84%) patienter, og en måling *før* behandling der ikke er = 0 for 1133 (77%) patienter
- Blandt de 1469 patienter har 865 (59%) et registreret kontrolbesøg på nuværende tidspunkt
- Blandt de 865 patienter med kontrolbesøg foreligger der en DANPSS måling *før* behandling hos 722 patienter (83%), en DANPSS måling ved kontrolbesøg hos 589 (68%) af patienter, to DANPSS målinger for 516 patienter (60%), og to målinger der ikke er = 0 både før og efter behandlingen for 485 patienter (56%). Kun sidstnævnte 485 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 2008:

- 1492 kirurgisk behandlede patienter i Probase i alt i 2008
- Heraf 911 patienter (61%) angivet behandlet på symptomatisk indikation
- Blandt de 911 patienter foreligger der en DANPSS måling *før* behandling for 802 (88%) patienter, og en måling *før* behandling der ikke er = 0 for 691 (76%) patienter
- Blandt de 911 patienter har 827 (91%) et registreret kontrolbesøg på nuværende tidspunkt
- Blandt de 827 patienter med kontrolbesøg foreligger der en DANPSS måling *før* behandling hos 728 patienter (88%), en DANPSS måling ved kontrolbesøg hos 661 (80%) af patienter, og to målinger der ikke er = 0 både før og efter behandlingen for 508 patienter (61%), som derfor kan indgå i beregningen for 2008.

DDRP: Der finder stadig en del efterindberetninger sted, men det er glædeligt at se at 91% af patienterne med symptomatisk behandlingsindikation i 2008 fik et kontrolbesøg. Det tilsvarende tal for 2009 er på nuværende tidspunkt på 59%, et tal som formentlig også kommer til at stige i den kommende tid. Privathospitalerne har imidlertid det problem at patienterne af hensyn til afregningen af et patientforløb skal se patienterne betydeligt tidligere til kontrol end de anbefalede 6 måneder (3-8).

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	208	261	79.7 (74.3 - 84.4)
2005	336	427	78.7 (74.5 - 82.5)
2006	466	595	78.3 (74.8 - 81.6)
2007	536	684	78.4 (75.1 - 81.4)
2008	480	617	77.8 (74.3 - 81.0)
2009	441	585	75.4 (71.7 - 78.8)

Tabel 6 viser, at i 2009 har 75,4% af de indberettede kirurgiske patientforløb en mindst 50 % forbedring af DANPSS scoren. Indikatorværdien ligger på højde med sidste år, og standarden er opfyldt.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	176	215	81.9 (76.0 - 86.8)
2005	293	354	82.8 (78.4 - 86.6)
2006	402	508	79.1 (75.3 - 82.6)
2007	478	590	81.0 (77.6 - 84.1)
2008	407	508	80.1 (76.4 - 83.5)
2009	379	485	78.1 (74.2 - 81.7)

Blandt patienter, der har modtaget kirurgisk behandling på symptomatisk indikation, opfylder 78,1% indikatoren. Indikatorværdien ligger på højde med tidligere år.

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

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	78.3 (74.4 - 81.8)	30	37	81.1 (64.8 - 92.0)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	33.3 (0.8 - 90.6)	51	58	87.9 (76.7 - 95.0)
Herlev Hospital	83.3 (73.6 - 90.6)	23	33	69.7 (51.3 - 84.4)
Erichsens Privathospital	100.0 (15.8 - 100.0)	3	4	75.0 (19.4 - 99.4)
Københavns Privathospital	-	32	37	86.5 (71.2 - 95.5)

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Hospitalerne i Nordsjælland, Hillerød	77.7 (70.6 - 83.8)	.	.	-
Bornholms Hospital	82.4 (72.6 - 89.8)	11	16	68.8 (41.3 - 89.0)
OUH Odense Universitetshospital	95.0 (75.1 - 99.9)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	58.3 (27.7 - 84.8)	24	31	77.4 (58.9 - 90.4)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	86.1 (70.5 - 95.3)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	82.7 (76.3 - 87.9)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Fredericia Sygehus	86.0 (80.8 - 90.2)	14	23	60.9 (38.5 - 80.3)
Regionshospitalet Horsens	85.7 (42.1 - 99.6)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	68.2 (45.1 - 86.1)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	78.8 (68.6 - 86.9)	17	30	56.7 (37.4 - 74.5)
Regionshospitalet Randers	79.5 (71.7 - 86.1)	10	13	76.9 (46.2 - 95.0)
Århus Universitetshospital, Skejby	91.7 (73.0 - 99.0)	7	7	100.0 (59.0 - 100.0)
Regionshospitalet Viborg	77.0 (65.8 - 86.0)	8	9	88.9 (51.8 - 99.7)
Aalborg Sygehus	68.9 (55.7 - 80.1)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Bekkevold Klinikken	100.0 (2.5 - 100.0)	7	8	87.5 (47.3 - 99.7)
Aleris Privathospitaler, Herning	72.7 (49.8 - 89.3)	5	5	100.0 (47.8 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Give	80.4 (67.6 - 89.8)	20	21	95.2 (76.2 - 99.9)
Aleris Privathospitaler, Århus	90.0 (55.5 - 99.7)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	60.0 (14.7 - 94.7)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
Kysthospitalet Skodsborg	-	7	8	87.5 (47.3 - 99.7)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	80.0 (28.4 - 99.5)	16	21	76.2 (52.8 - 91.8)
Sygehus Nord, Roskilde	92.3 (64.0 - 99.8)	1	5	20.0 (0.5 - 71.6)
Sygehus Nord, Hølbæk	85.7 (67.3 - 96.0)	25	30	83.3 (65.3 - 94.4)
Sygehus Syd, Nykøbing F	92.9 (66.1 - 99.8)	8	10	80.0 (44.4 - 97.5)
Allerød Privathospital	100.0 (29.2 - 100.0)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Sygehus Syd, Næstved	-	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	83.2 (78.3 - 87.3)	39	52	75.0 (61.1 - 86.0)
Sygehus Thy-Mors	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)

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 20% og 100%. Den statistiske usikkerhed svarende til afdelingsniveau er stor, og standarden bliver opfyldt for alle sygehuse.

Af tabel 8b ses, hvorvidt der foreligger DANPSS målinger før og efter behandlingen, der ikke er = 0 begge gange, for patienterne på afdelingsniveau. (Rubrikken 'Ej målt' inkluderer patienter med anført DANPSS = 0 både før og efter behandling).

Tabel 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	6	14.0	37	86.0	43	5.0
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	17	22.7	58	77.3	75	8.7
Herlev Hospital	15	31.3	33	68.8	48	5.5
Erichsens Privathospital	30	88.2	4	11.8	34	3.9
Københavns Privathospital	3	7.5	37	92.5	40	4.6
Bornholms Hospital	24	60.0	16	40.0	40	4.6
OUH Svendborg Sygehus	8	20.5	31	79.5	39	4.5
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	8	88.9	1	11.1	9	1.0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	3	100.0	3	0.3
Fredericia Sygehus	15	39.5	23	60.5	38	4.4
Regionshospitalet Holstebro	32	51.6	30	48.4	62	7.2
Regionshospitalet Randers	10	43.5	13	56.5	23	2.7
Århus Universitetshospital, Skejby	6	46.2	7	53.8	13	1.5
Regionshospitalet Viborg	16	64.0	9	36.0	25	2.9
Aalborg Sygehus	18	72.0	7	28.0	25	2.9
Bekkevoild Klinikken	4	33.3	8	66.7	12	1.4
Aleris Privathospitaler, Herning	1	16.7	5	83.3	6	0.7
De Vestdanske Friklinikker, Give	27	56.3	21	43.8	48	5.5
Aleris Privathospitaler, Århus	1	9.1	10	90.9	11	1.3
Aleris Privathospitaler, Aalborg	2	66.7	1	33.3	3	0.3
Kysthospitalet Skodsborg	79	90.8	8	9.2	87	10.1
Privathospitalet Møn	16	43.2	21	56.8	37	4.3
Sygehus Nord, Roskilde	8	61.5	5	38.5	13	1.5
Sygehus Nord, Holbæk	24	44.4	30	55.6	54	6.2
Sygehus Syd, Nykøbing F	1	9.1	10	90.9	11	1.3
Allerød Privathospital	2	40.0	3	60.0	5	0.6
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	6	10.3	52	89.7	58	6.7
Sygehus Thy-Mors	1	33.3	2	66.7	3	0.3
I alt	380	43.9	485	56.1	865	100.0

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

Indikator 2: Procentvis ændring i vandladningshastighed

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

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

Standarden: mindst 70 % skal opfylde indikatoren.

I alt 567 (66%) ud af 865 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	441	46.3 (41.5 - 51.0)
2006	314	680	46.2 (42.4 - 50.0)
2007	393	750	52.4 (48.8 - 56.0)
2008	320	650	49.2 (45.3 - 53.1)
2009	268	567	47.3 (43.1 - 51.5)

Tabel 9 viser, at 47.3% af de patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling på symptomatisk indikation i 2008, har opnået en 100% forbedring i vandladningshastigheden. Standarden er ikke opfyldt. Indikatorværdien er på niveau med sidste års værdi. Hvis man blandt de 567 patienter ekskluderer 31 patienter, der har et registreret flow >40 ml/s enten før eller efter behandling, er indikatorværdien 45,9% (41,6-50,2%).

Det bemærkes, at jvf. sidste årsrapport var indikatoropfyldelsen i 2008 49,8% på baggrund af 327 relevante forløb. Der ses nu 650 relevante forløb i 2008, men indikatorværdien for 2008 er stort set uændret.(49,2%).

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

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

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatorens (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatorens (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatorens (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatorens (95% CI)
Frederiksberg Hospital	44.0 (39.6 - 48.4)	16	37	43.2 (27.1 - 60.5)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0.0 (0.0 - 70.8)	27	59	45.8 (32.7 - 59.2)
Herlev Hospital	41.5 (33.8 - 49.6)	17	39	43.6 (27.8 - 60.4)
Erichsens Privathospital	49.1 (35.1 - 63.2)	5	20	25.0 (8.7 - 49.1)
Københavns Privathospital	-	22	37	59.5 (42.1 - 75.2)
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	52.4 (45.7 - 59.1)	.	.	-
Bornholms Hospital	37.0 (27.1 - 47.7)	9	16	56.3 (29.9 - 80.2)
OUH Odense Universitetshospital	37.8 (22.5 - 55.2)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	30.0 (11.9 - 54.3)	15	31	48.4 (30.2 - 66.9)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	63.8 (48.5 - 77.3)	1	4	25.0 (0.6 - 80.6)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	53.4 (46.1 - 60.7)	1	3	33.3 (0.8 - 90.6)
Fredericia Sygehus	47.0 (41.0 - 53.2)	13	28	46.4 (27.5 - 66.1)
Regionshospitalet Horsens	45.5 (16.7 - 76.6)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brødstrup	56.0 (34.9 - 75.6)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	51.1 (45.0 - 57.1)	19	46	41.3 (27.0 - 56.8)
Regionshospitalet Randers	44.9 (37.0 - 53.0)	11	16	68.8 (41.3 - 89.0)
Århus Universitetshospital, Skejby	64.1 (47.2 - 78.8)	6	11	54.5 (23.4 - 83.3)
Regionshospitalet Viborg	40.0 (30.3 - 50.3)	3	10	30.0 (6.7 - 65.2)
Aalborg Sygehus	40.3 (28.5 - 53.0)	4	8	50.0 (15.7 - 84.3)
Bekkevoild Klinikken	100.0 (15.8 - 100.0)	7	11	63.6 (30.8 - 89.1)
Aleris Privathospitaler, Herning	80.0 (59.3 - 93.2)	5	5	100.0 (47.8 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Give	48.3 (35.0 - 61.8)	8	21	38.1 (18.1 - 61.6)
Aleris Privathospitaler, Århus	80.0 (44.4 - 97.5)	7	10	70.0 (34.8 - 93.3)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	50.0 (6.8 - 93.2)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Kysthospitalet Skodsborg	-	3	16	18.8 (4.0 - 45.6)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	50.0 (11.8 - 88.2)	11	24	45.8 (25.6 - 67.2)
Sygehus Nord, Roskilde	61.3 (42.2 - 78.2)	4	7	57.1 (18.4 - 90.1)
Sygehus Nord, Holbæk	32.0 (19.5 - 46.7)	19	38	50.0 (33.4 - 66.6)
Sygehus Syd, Nykøbing F	53.8 (25.1 - 80.8)	2	10	20.0 (2.5 - 55.6)
Allerød Privathospital	50.0 (6.8 - 93.2)	1	5	20.0 (0.5 - 71.6)
Sygehus Syd, Næstved	30.0 (6.7 - 65.2)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	59.7 (53.9 - 65.4)	30	51	58.8 (44.2 - 72.4)
Sygehus Thy-Mors	-	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)

Tabel 10 viser, at for mange af sygehusene med et større antal relevante forløb har i størrelsesordenen 40% til 60% af patienterne opnået 100% forbedring af vandladningshastigheden. Dette niveau er uændret fra perioden 2003 – 2008.

DDRP-kommentar 8: Standarden er ikke opfyldt. Analyserne svarende til afdelingsniveau er meget usikre, og der bør derfor udvises meget stor forsigtighed med konklusionerne.

Alt for få patienter får målt vandladningshastigheden før og efter behandlingen. Også her gør det sig gældende at patienter med retention ikke kan indgå i beregningerne. Den korrekte måling af vandladningshastigheden er stærkt afhængig af kvaliteten af undersøgelsen, herunder det ladte volumen – se indikator 5.

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

År	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
2003-2004	260	132.1	188.0	-81.0	1075	82.1	12.3	182.9
2005	427	111.6	134.2	-100	842.4	83.3	22.0	164.3
2006	660	120.7	154.1	-100	1050	85.3	18.4	174.6
2007	710	136.9	168.6	-100	1460	100.0	29.7	198.7
2008	617	128.2	155.9	-100	1100	90.0	27.3	189.9
2009	536	131.0	170.8	-100	1594	81.3	25.2	180.0

Tabel 10b viser, at halvdelen af patienterne i 2009 ligger mellem 25% og 180% forbedring, med en fjerdedel under 25% og en fjerdedel over 180% forbedring. Den gennemsnitlige forbedring er derimod på 131%, idet en del patienter oplever meget store forbedringer målt i procent, hvilket trækker gennemsnittet op.

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 >= 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	36	123.6	132.5	-43.3	445.0	79.0	41.4	147.5
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	57	115.6	175.0	-100	821.4	68.1	0.0	173.1
Herlev Hospital	38	101.0	130.6	-59.0	497.3	65.5	8.3	142.6
Erichsens Privathospital	18	23.3	114.6	-100	294.1	1.0	-58.5	69.7
Københavns Privathospital	37	176.6	172.5	-25.0	633.3	150.0	55.6	242.9
Bornholms Hospital	16	171.6	213.5	31.0	930.8	114.1	73.4	176.5
OUH Svendborg Sygehus	29	149.5	173.1	-52.4	606.7	92.3	21.5	288.0
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	4	86.9	124.0	1.3	268.0	39.1	6.9	166.9
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	3	92.1	114.8	21.4	224.6	30.4	21.4	224.6

Afdeling	Procentvis ændring i vandladningshastighed							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Fredericia Sygehus	25	123.2	191.0	-34.5	906.7	96.4	26.7	147.2
Regionshospitalet Holstebro	40	100.8	131.6	-82.9	600.0	68.1	12.6	167.6
Regionshospitalet Randers	16	230.8	381.9	-22.6	1594	122.1	56.1	247.3
Århus Universitetshospital, Skejby	9	131.2	172.9	-46.6	442.9	105.1	0.0	242.0
Regionshospitalet Viborg	10	141.9	136.2	18.8	367.5	70.6	57.9	291.7
Aalborg Sygehus	8	178.7	180.5	-19.6	500.0	128.1	47.0	299.3
Bekkevoold Klinikken	10	196.7	147.6	17.7	466.7	215.9	56.7	287.5
Aleris Privathospitaler, Herning	4	378.8	263.5	141.5	754.3	309.6	212.2	545.3
De Vestdanske Friklinikker, Give	20	107.6	129.7	-45.1	525.6	61.1	41.3	132.4
Aleris Privathospitaler, Århus	10	198.4	167.9	-40.5	444.3	169.3	52.2	347.7
Aleris Privathospitaler, Aalborg	2	211.5	266.5	23.1	400.0	211.5	23.1	400.0
Kysthospitalet Skodsborg	16	17.2	81.7	-100	140.0	27.1	-38.1	64.1
Privathospitalet Møn	21	125.5	125.5	-50.0	400.0	70.0	40.0	166.7
Sygehus Nord, Roskilde	5	158.9	165.4	18.3	416.4	97.4	36.4	226.3
Sygehus Nord, Holbæk	36	164.8	180.7	-40.0	650.0	98.1	52.9	266.8
Sygehus Syd, Nykøbing F	10	46.9	64.7	-26.3	153.3	34.7	0.0	71.4
Allerød Privathospital	5	63.3	67.5	-32.0	154.8	61.2	47.2	85.5
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	49	149.0	162.2	-54.8	666.7	128.6	33.3	180.0
Sygehus Thy-Mors	2	53.2	128.6	-37.7	144.1	53.2	-37.7	144.1

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	406	41.7	152.6	-552	1025	33.0	-35.0	104.0
2006	579	28.1	137.6	-576	527.0	23.0	-47.0	101.0
2007	693	50.5	169.5	-722	1851	41.0	-32.0	127.0
2008	613	44.8	184.1	-631	2650	33.0	-39.0	114.0
2009	546	144.0	2532	-586	59085	22.0	-46.0	106.0

Tabel 10d viser, at medianværdien for ændring i miktionsvolumen blandt patienter med målt volumen før og efter behandling er på 22 ml.

De supplerende tabeller 10d.2 og 10d.3 viser samme oplysninger som tabel 10d, når patienter med registreret flow > 40 ml/s enten før eller efter behandling er ekskluderet (10d.2), samt når en 'outlier' med meget stor registreret ændring i miktionsvolumen fra Regionshospitalet Randers er ekskluderet (10d.3).

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	392	35.9	143.6	-552	664.0	30.0	-39.0	96.5
2006	562	25.9	136.4	-576	510.0	22.0	-48.0	99.0
2007	655	41.4	165.2	-722	1851	35.0	-41.0	117.0
2008	582	42.1	184.9	-631	2650	31.0	-43.0	110.0
2009	516	145.0	2604	-586	59085	20.0	-47.5	100.0

Tabel 10d.3

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, og hvor patienter med ændring i miktionsvolumen > 3000 ml også 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	392	35.9	143.6	-552	664.0	30.0	-39.0	96.5
2006	562	25.9	136.4	-576	510.0	22.0	-48.0	99.0
2007	655	41.4	165.2	-722	1851	35.0	-41.0	117.0
2008	582	42.1	184.9	-631	2650	31.0	-43.0	110.0
2009	515	30.6	150.5	-586	831.0	20.0	-48.0	100.0

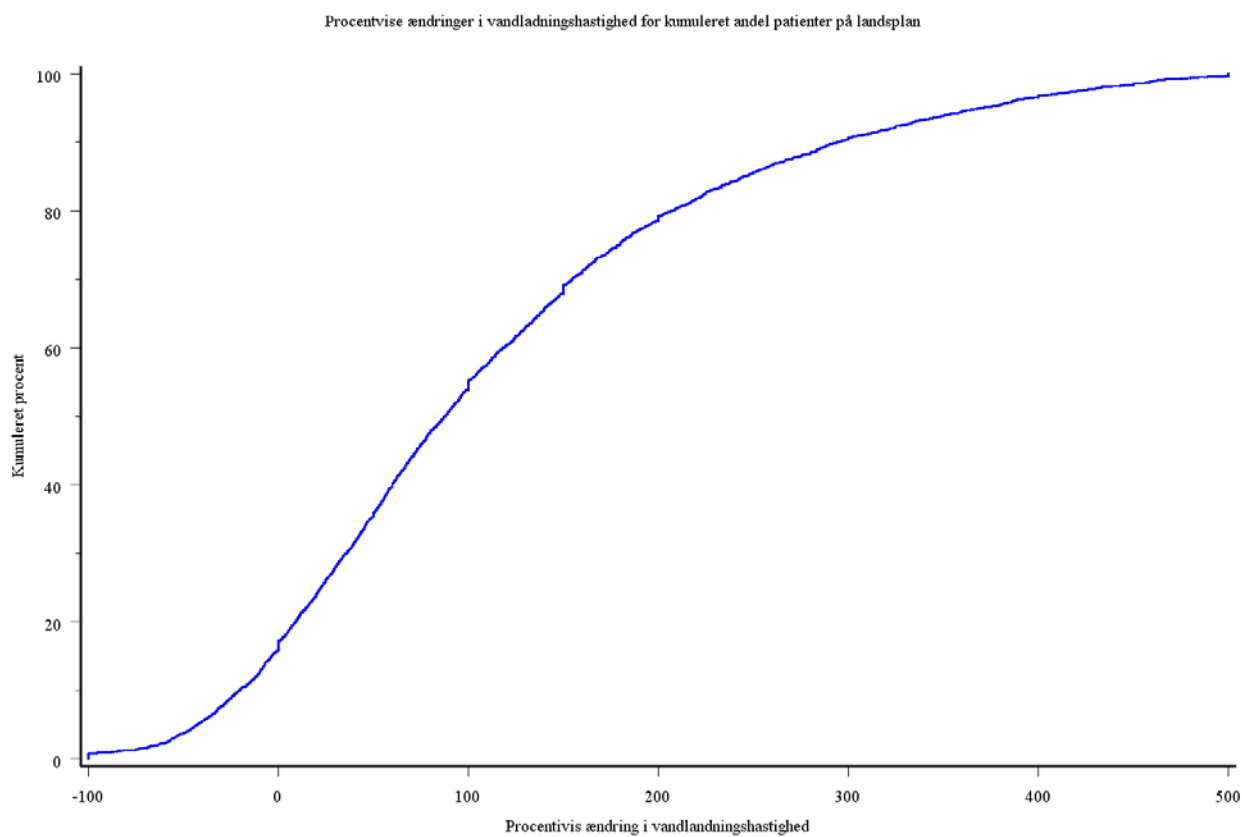
Tabel 10e.

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

Afdeling	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Frederiksberg Hospital	37	33.3	126.1	-222	373.0	24.0	-50.0	107.0
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	57	2.2	151.4	-586	343.0	14.0	-77.0	67.0
Herlev Hospital	37	36.2	167.0	-274	753.0	31.0	-44.0	104.0
Erichsens Privathospital	28	-3.2	115.9	-287	204.0	0.0	-70.0	81.0
Københavns Privathospital	37	44.5	139.1	-161	455.0	6.0	-33.0	90.0
Bornholms Hospital	1	20.0	0	20.0	20.0	20.0	20.0	20.0
OUH Svendborg Sygehus	29	65.0	196.3	-217	617.0	8.0	-54.0	69.0

Afdeling	Ændring i miktionsvolumen							
	Antal	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	1	27.0	0	27.0	27.0	27.0	27.0	27.0
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	3	12.7	182.7	-115	222.0	-69.0	-115	222.0
Fredericia Sygehus	29	8.3	159.6	-475	278.0	-4.0	-31.0	96.0
Regionshospitalet Holstebro	44	70.9	186.0	-213	831.0	46.0	-48.0	165.5
Regionshospitalet Randers	15	4003	15239	-156	59085	64.0	-35.0	194.0
Århus Universitetshospital, Skejby	11	56.7	175.8	-212	308.0	84.0	-96.0	200.0
Regionshospitalet Viborg	12	-9.8	99.7	-234	219.0	-13.5	-34.0	17.5
Aalborg Sygehus	8	76.9	81.7	1.0	231.0	42.0	24.0	125.5
Bekkevoold Klinikken	10	72.2	156.3	-131	343.0	23.0	-19.0	127.0
Aleris Privathospitaler, Herning	4	248.5	87.5	129.0	325.0	270.0	184.0	313.0
De Vestdanske Friklinikker, Give	21	40.7	134.3	-274	274.6	47.0	-19.0	139.0
Aleris Privathospitaler, Århus	9	95.8	174.5	-145	429.0	67.0	-13.0	169.0
Aleris Privathospitaler, Aalborg	2	-2.0	138.6	-100	96.0	-2.0	-100	96.0
Kysthospitalet Skodsborg	14	-42.4	95.1	-190	170.0	-33.0	-111	-2.0
Privathospitalet Møn	26	17.2	181.4	-561	291.7	31.5	-33.0	104.0
Sygehus Nord, Roskilde	6	14.3	73.2	-83.0	125.0	18.0	-44.0	52.0
Sygehus Nord, Holbæk	37	65.3	181.8	-300	607.0	49.4	-30.0	176.8
Sygehus Syd, Nykøbing F	10	-24.1	83.2	-177	69.0	5.0	-107	40.0
Allerød Privathospital	5	19.0	108.4	-61.0	204.0	-19.0	-51.0	22.0
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	51	44.0	153.6	-329	442.0	29.0	-31.0	149.0
Sygehus Thy-Mors	2	5.5	48.8	-29.0	40.0	5.5	-29.0	40.0

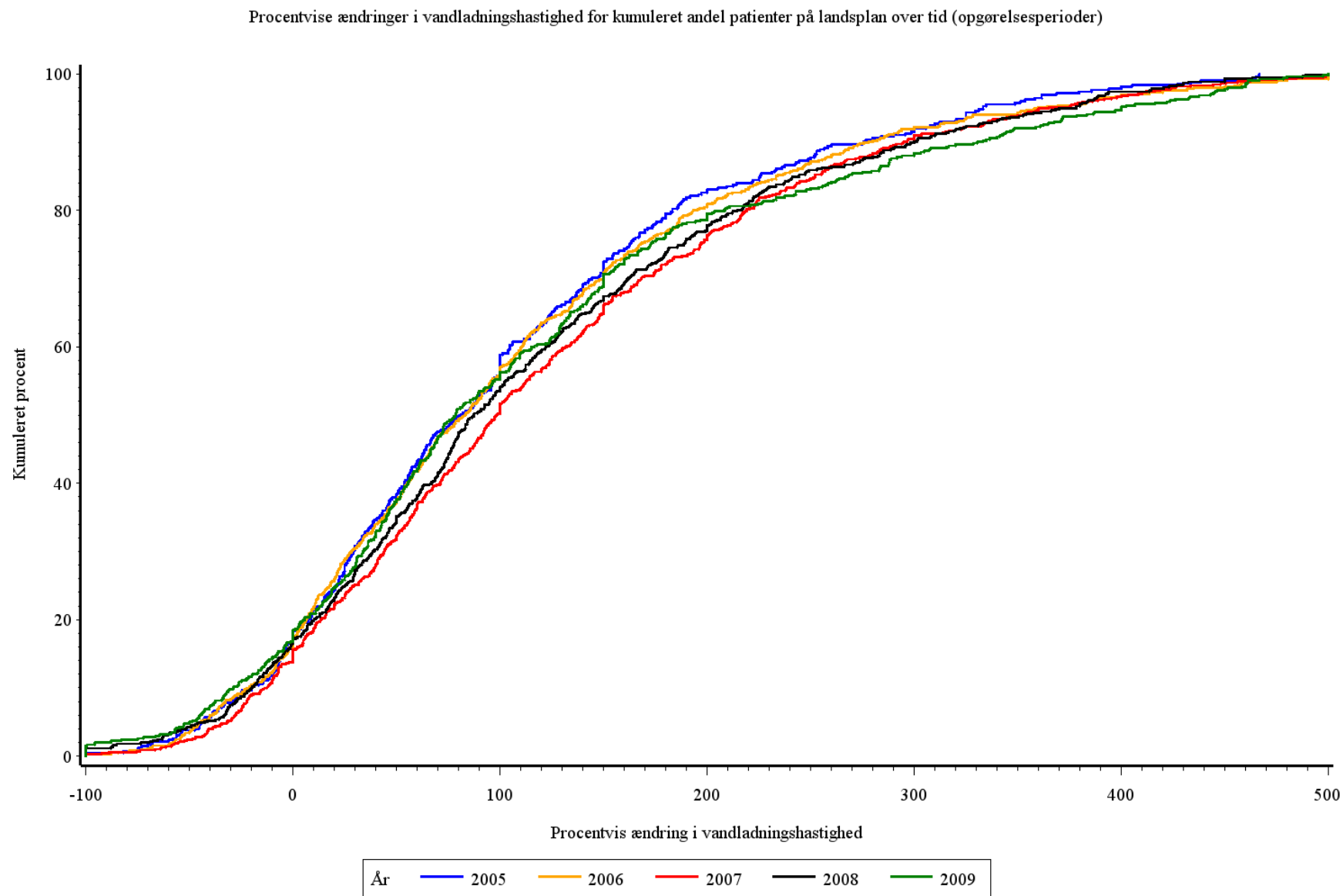
Figur 1. Procentvise ændringer i vandladningshastighed i 2008 for kumuleret andel patienter på landsplan



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

Figur 2.

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



Indikator 3: Subjektiv patienttilfredshed

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

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

Standarden: at > 85% af patienterne opfylder indikatoren.

I alt har 1447 kirurgisk behandlede patienter et registreret kontrolbesøg, og af disse har 1141 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	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	9	1.7	15	2.0	13	1.1	14	1.1	12	1.1	10	0.9
Utilfreds, uændrede symptomer	26	4.8	38	5.2	84	6.8	48	3.9	46	4.0	46	4.0
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	59	11.0	59	8.0	95	7.7	97	7.9	98	8.6	107	9.4
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	162	30.1	211	28.8	352	28.5	331	27.0	307	26.9	336	29.4
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	269	50.0	389	53.1	659	53.4	703	57.4	660	57.8	624	54.7
Ved ikke	13	2.4	21	2.9	32	2.6	31	2.5	18	1.6	18	1.6
I alt	538	100.0	733	100.0	1235	100.0	1224	100.0	1141	100.0	1141	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	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Utilfreds, værre end før behandlingen	5	1.3	8	1.6	6	0.9	9	1.4	5	0.9	6	1.0
Utilfreds, uændrede symptomer	13	3.3	28	5.6	44	6.5	31	4.7	27	4.7	26	4.3
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	41	10.5	37	7.4	46	6.8	58	8.8	61	10.6	58	9.7
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	124	31.7	153	30.7	186	27.3	177	27.0	150	26.0	181	30.1
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	202	51.7	261	52.4	378	55.5	365	55.6	323	55.9	320	53.2
Ved ikke	6	1.5	11	2.2	21	3.1	16	2.4	12	2.1	10	1.7
I alt	391	100.0	498	100.0	681	100.0	656	100.0	578	100.0	601	100.0

Tabel 11c. Subjektiv patienttilfredshed blandt Laser behandlede

Subjektiv vurdering	År											
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	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	1.7
Utilfreds, uændrede symptomer	1	3.0	3	3.0	19	5.2	9	2.2	3	0.8	3	1.7
Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring	2	6.1	7	7.1	32	8.8	22	5.4	23	6.5	7	3.9
Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri	8	24.2	28	28.3	106	29.3	119	29.0	100	28.3	57	31.5
Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat	21	63.6	51	51.5	191	52.8	243	59.3	222	62.9	109	60.2
Ved ikke	1	3.0	6	6.1	9	2.5	13	3.2	1	0.3	2	1.1
I alt	33	100.0	99	100.0	362	100.0	410	100.0	353	100.0	181	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	600	733	81.9 (78.9 - 84.6)
2006	1011	1235	81.9 (79.6 - 84.0)
2007	1034	1224	84.5 (82.3 - 86.5)
2008	967	1141	84.8 (82.5 - 86.8)
2009	960	1141	84.1 (81.9 - 86.2)

Tabel 12 viser, at andelen af tilfredse patienter blandt alle kirurgisk behandlede var 84,1 % i 2009. Standarden vedrørende subjektiv patienttilfredshed er opfyldt, når den statistiske usikkerhed tages i betragtning. Den konstante stigning i indikatorværdien gennem årene ser ud til at være bremset i år.

Tabel 13. Subjektiv patienttilfredshed blandt kirurgisk behandlede på afdelingsniveau

Afdeling	Utilfreds, værre end før behandlingen		Utilfreds, uændrede symptomer		Nogenlunde tilfreds, nogen symptomforbedring		Tilfreds, klart bedre om end ikke symptomfri		Fuldstændig tilfreds, bedst tænkelige resultat		Ved ikke		I alt
	n	%	n	%	n	%	n	%	N	%	n	%	N
Frederiksberg Hospital	1	1.45	3	4.35	7	10.14	20	28.99	38	55.07	0	0	69
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0	0	5	5.21	5	5.21	33	34.38	52	54.17	1	1.04	96
Herlev Hospital	1	1.39	5	6.94	3	4.17	8	11.11	49	68.06	6	8.33	72
Erichsens Privathospital	2	5.00	1	2.50	2	5.00	13	32.50	21	52.50	1	2.50	40
Københavns Privathospital	0	0	1	2.27	3	6.82	7	15.91	33	75.00	0	0	44
Bornholms Hospital	0	0	0	0	1	5.26	9	47.37	9	47.37	0	0	19
OUH Svendborg Sygehus	1	1.37	6	8.22	14	19.18	14	19.18	35	47.95	3	4.11	73
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	1	11.11	0	0	1	11.11	6	66.67	1	11.11	0	0	9
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	0	0	0	0	1	33.33	1	33.33	1	33.33	3
Fredericia Sygehus	1	1.54	1	1.54	4	6.15	21	32.31	37	56.92	1	1.54	65
Regionshospitalet Holstebro	1	1.25	9	11.25	5	6.25	21	26.25	44	55.00	0	0	80
Regionshospitalet Randers	0	0	0	0	4	11.43	12	34.29	18	51.43	1	2.86	35
Århus Universitetshospital, Skejby	0	0	0	0	0	0	8	50.00	6	37.50	2	12.50	16
Regionshospitalet Viborg	1	2.70	2	5.41	5	13.51	9	24.32	20	54.05	0	0	37
Aalborg Sygehus	0	0	1	3.70	10	37.04	10	37.04	6	22.22	0	0	27
Bekkevoild Klinikken	0	0	0	0	4	17.39	7	30.43	12	52.17	0	0	23
Aleris Privathospitaler, Herning	0	0	0	0	0	0	6	46.15	7	53.85	0	0	13
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	0	0	0	2	5.56	10	27.78	24	66.67	0	0	36
Aleris Privathospitaler, Århus	0	0	0	0	1	6.67	5	33.33	9	60.00	0	0	15
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0	0	0	0	3	75.00	1	25.00	0	0	4
Kysthospitalet Skodsborg	0	0	3	2.63	19	16.67	45	39.47	46	40.35	1	0.88	114
Privathospitalet Møn	0	0	3	7.69	1	2.56	6	15.38	29	74.36	0	0	39
Sygehus Nord, Roskilde	1	3.45	0	0	2	6.90	15	51.72	11	37.93	0	0	29
Sygehus Nord, Holbæk	0	0	1	1.45	8	11.59	15	21.74	45	65.22	0	0	69
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	0	3	16.67	1	5.56	4	22.22	10	55.56	0	0	18
Allerød Privathospital	0	0	0	0	1	20.00	3	60.00	1	20.00	0	0	5
Sygehus Syd, Næstved	0	0	0	0	1	50.00	1	50.00	0	0	0	0	2
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	0	0	1	1.16	3	3.49	24	27.91	58	67.44	0	0	86
Sygehus Thy-Mors	0	0	1	33.33	0	0	0	0	1	33.33	1	33.33	3
I alt	10	0.88	46	4.03	107	9.38	336	29.45	624	54.69	18	1.58	1141

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

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

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	40.0 (5.3 - 85.3)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	83.5 (80.7 - 86.0)	58	69	84.1 (73.3 - 91.8)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	66.7 (9.4 - 99.2)	85	96	88.5 (80.4 - 94.1)
Herlev Hospital	85.3 (80.8 - 89.1)	57	72	79.2 (68.0 - 87.8)
Erichsens Privathospital	91.1 (82.6 - 96.4)	34	40	85.0 (70.2 - 94.3)
Københavns Privathospital	-	40	44	90.9 (78.3 - 97.5)
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	77.7 (73.1 - 81.9)	.	.	-
Bornholms Hospital	92.3 (85.9 - 96.4)	18	19	94.7 (74.0 - 99.9)
OUH Odense Universitetshospital	82.4 (71.2 - 90.5)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	69.7 (57.1 - 80.4)	49	73	67.1 (55.1 - 77.7)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	87.6 (81.1 - 92.5)	7	9	77.8 (40.0 - 97.2)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	88.7 (84.0 - 92.4)	2	3	66.7 (9.4 - 99.2)
Fredericia Sygehus	82.0 (78.7 - 84.9)	58	65	89.2 (79.1 - 95.6)
Regionshospitalet Horsens	90.0 (73.5 - 97.9)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	89.3 (71.8 - 97.7)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	85.7 (82.3 - 88.6)	65	80	81.3 (71.0 - 89.1)
Regionshospitalet Randers	69.4 (63.4 - 75.0)	30	35	85.7 (69.7 - 95.2)
Århus Universitetshospital, Skejby	76.5 (66.0 - 85.0)	14	16	87.5 (61.7 - 98.4)
Regionshospitalet Viborg	74.3 (68.1 - 79.9)	29	37	78.4 (61.8 - 90.2)
Aalborg Sygehus	76.7 (68.5 - 83.7)	16	27	59.3 (38.8 - 77.6)
Bekkevoold Klinikken	100.0 (15.8 - 100.0)	19	23	82.6 (61.2 - 95.0)
Aleris Privathospitaler, Herning	90.9 (78.3 - 97.5)	13	13	100.0 (75.3 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Give	78.0 (67.5 - 86.4)	34	36	94.4 (81.3 - 99.3)
Aleris Privathospitaler, Århus	93.8 (69.8 - 99.8)	14	15	93.3 (68.1 - 99.8)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	100.0 (63.1 - 100.0)	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
Kysthospitalet Skodsborg	-	91	114	79.8 (71.3 - 86.8)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	100.0 (66.4 - 100.0)	35	39	89.7 (75.8 - 97.1)
Sygehus Nord, Roskilde	88.9 (78.4 - 95.4)	26	29	89.7 (72.6 - 97.8)
Sygehus Nord, Holbæk	88.0 (79.0 - 94.1)	60	69	87.0 (76.7 - 93.9)
Sygehus Syd, Nykøbing F	72.7 (49.8 - 89.3)	14	18	77.8 (52.4 - 93.6)
Allerød Privathospital	100.0 (39.8 - 100.0)	4	5	80.0 (28.4 - 99.5)
Sygehus Syd, Næstved	74.1 (53.7 - 88.9)	1	2	50.0 (1.3 - 98.7)
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	90.1 (86.9 - 92.7)	82	86	95.3 (88.5 - 98.7)
Sygehus Thy-Mors	-	1	3	33.3 (0.8 - 90.6)

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

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

Indikator 4: Udfyldte væskevandladningsskemaer

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

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

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

I alt 1469 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (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	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	1	0.3	77	11.7	135	13.6	90	8.3	72	7.9	124	8.4
Ja	299	75.7	437	66.2	618	62.2	716	66.4	587	64.4	1030	70.1
Nej	65	16.5	110	16.7	190	19.1	182	16.9	197	21.6	256	17.4
Uoplyst	30	7.6	36	5.5	50	5.0	91	8.4	55	6.0	59	4.0
I alt	395	100.0	660	100.0	993	100.0	1079	100.0	911	100.0	1469	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	583	75.0 (71.2 - 78.4)
2006	618	858	72.0 (68.9 - 75.0)
2007	716	989	72.4 (69.5 - 75.2)
2008	587	839	70.0 (66.7 - 73.1)
2009	1030	1345	76.6 (74.2 - 78.8)

Tabel 16 viser, at andelen af patienter der opfylder indikatoren er 76,6%. Standarden er ikke opfyldt, men der er tale om en statistisk signifikant forbedring i forhold til sidste 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	3	3.3	63	70.0	20	22.2	4	4.4	90
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	1	1.0	90	87.4	9	8.7	3	2.9	103
Herlev Hospital	2	2.2	61	67.8	26	28.9	1	1.1	90
Erichsens Privathospital	0	0	13	18.3	58	81.7	0	0	71
Københavns Privathospital	1	1.9	49	92.5	2	3.8	1	1.9	53
Bornholms Hospital	41	100.0	0	0	0	0	0	0	41
OUH Svendborg Sygehus	2	2.4	67	80.7	5	6.0	9	10.8	83
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	30	100.0	0	0	0	0	0	0	30
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	3	100.0	0	0	0	0	3
Fredericia Sygehus	4	5.6	49	68.1	8	11.1	11	15.3	72
Regionshospitalet Horsens	0	0	1	100.0	0	0	0	0	1
Regionshospitalet Holstebro	0	0	82	68.3	36	30.0	2	1.7	120
Regionshospitalet Randers	0	0	33	75.0	4	9.1	7	15.9	44
Århus Universitetshospital, Skejby	0	0	14	77.8	4	22.2	0	0	18
Regionshospitalet Viborg	30	88.2	0	0	4	11.8	0	0	34
Aalborg Sygehus	0	0	8	27.6	21	72.4	0	0	29
Bekkevold Klinikken	0	0	14	93.3	0	0	1	6.7	15
Aleris Privathospitaler, Herning	2	33.3	4	66.7	0	0	0	0	6
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	0	94	86.2	4	3.7	11	10.1	109
Aleris Privathospitaler, Århus	3	13.6	19	86.4	0	0	0	0	22
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	5	71.4	2	28.6	0	0	7
Kysthospitalet Skodsborg	1	0.9	85	72.6	27	23.1	4	3.4	117
Privathospitalet Møn	0	0	31	83.8	6	16.2	0	0	37
Sygehus Nord, Roskilde	3	21.4	10	71.4	1	7.1	0	0	14
Sygehus Nord, Holbæk	0	0	95	91.3	7	6.7	2	1.9	104
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	0	35	94.6	2	5.4	0	0	37
Allerød Privathospital	1	9.1	10	90.9	0	0	0	0	11
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	0	0	90	89.1	8	7.9	3	3.0	101
Sygehus Thy-Mors	0	0	5	71.4	2	28.6	0	0	7
I alt	124	8.4	1030	70.1	256	17.4	59	4.0	1469

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

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	70.1 (66.4 - 73.7)	63	87	72.4 (61.8 - 81.5)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	80.0 (28.4 - 99.5)	90	102	88.2 (80.4 - 93.8)
Herlev Hospital	70.6 (64.7 - 76.0)	61	88	69.3 (58.6 - 78.7)
Erichsens Privathospital	8.6 (3.5 - 17.0)	13	71	18.3 (10.1 - 29.3)
Københavns Privathospital	-	49	52	94.2 (84.1 - 98.8)

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Hospitallerne i Nordsjælland, Hillerød	73.4 (68.1 - 78.2)	.	.	-
Bornholms Hospital	-	0	0	-
OUH Odense Universitetshospital	79.7 (67.2 - 89.0)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	79.1 (64.0 - 90.0)	67	81	82.7 (72.7 - 90.2)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	77.8 (40.0 - 97.2)	0	0	-
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	88.5 (83.5 - 92.4)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Fredericia Sygehus	80.0 (75.5 - 84.0)	49	68	72.1 (59.9 - 82.3)
Regionshospitalet Horsens	54.5 (36.4 - 71.9)	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	85.2 (66.3 - 95.8)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	56.3 (51.4 - 61.1)	82	120	68.3 (59.2 - 76.5)
Regionshospitalet Randers	78.0 (73.0 - 82.5)	33	44	75.0 (59.7 - 86.8)
Århus Universitetshospital, Skejby	70.1 (59.4 - 79.5)	14	18	77.8 (52.4 - 93.6)
Regionshospitalet Viborg	81.5 (71.3 - 89.2)	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Aalborg Sygehus	52.3 (41.4 - 63.0)	8	29	27.6 (12.7 - 47.2)
Bekkevoild Klinikken	100.0 (15.8 - 100.0)	14	15	93.3 (68.1 - 99.8)
Aleris Privathospitaler, Herning	38.5 (20.2 - 59.4)	4	4	100.0 (39.8 - 100.0)
De Vestdanske Friklinikker, Give	87.3 (78.0 - 93.8)	94	109	86.2 (78.3 - 92.1)
Aleris Privathospitaler, Århus	100.0 (69.2 - 100.0)	19	19	100.0 (82.4 - 100.0)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	62.5 (24.5 - 91.5)	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)
Kysthospitalet Skodsborg	-	85	116	73.3 (64.3 - 81.1)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	36.4 (10.9 - 69.2)	31	37	83.8 (68.0 - 93.8)
Sygehus Nord, Roskilde	87.1 (70.2 - 96.4)	10	11	90.9 (58.7 - 99.8)
Sygehus Nord, Hølbæk	82.9 (72.0 - 90.8)	95	104	91.3 (84.2 - 96.0)
Sygehus Syd, Nykøbing F	84.2 (60.4 - 96.6)	35	37	94.6 (81.8 - 99.3)
Allerød Privathospital	75.0 (19.4 - 99.4)	10	10	100.0 (69.2 - 100.0)
Sygehus Syd, Næstved	23.5 (6.8 - 49.9)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	89.5 (85.8 - 92.5)	90	101	89.1 (81.3 - 94.4)
Sygehus Thy-Mors	-	5	7	71.4 (29.0 - 96.3)

Der ses lidt mindre spredning mht. indikatoropfyldelse mellem sygehusene end tidligere. Sygehuset på Bornholm og Sønderborg har alle patienter 'missing', og Erichsens Klinik angiver som tidligere kun at have udfyldt få skemaer. På de øvrige større sygehuse varierer indikatoropfyldelsen typisk fra 70%-95%. Den statistiske usikkerhed taget i betragtning opfylder de fleste sygehuse standarden.

DDRP kommentar: Udfyldelsen af væske vandladningsskemaer kræver en del af patienten og er en organisatorisk udfordring for afdelingerne. Imidlertid er oplysningerne fra disse skemaer særdeles værdifulde i udredningen af patienterne, hvorfor det må anbefales at indsatsen på dette område styrkes. Specielt hos patienter der behandles på symptomatisk indikation, f.eks. natlige vandladninger skal der foreligge et vandladningsskema. Probase' light' skal fravælges fremover. Overordnet er der dog fremgang i antallet af udfyldte væskevandladningsskemaer.

Indikator 5: Miktionsvolumen

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

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

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

I alt 1469 patienter indgår, hvoraf forløb med ’missing’ data (n=197) ekskluderes i beregningerne. Analyserne er foretaget på samlede data (tabeller 19 + 20) og på afdelingsniveau (tabeller 21 + 22).

Table 19. Distribution of patients in relation to values for mictic volume

Miktionsvolumen	År											
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Missing	22	5.6	71	10.8	150	15.1	141	13.1	121	13.3	197	13.4
Under 150 ml	156	39.5	261	39.5	367	37.0	379	35.1	334	36.7	602	41.0
Over 150 ml	217	54.9	328	49.7	476	47.9	559	51.8	456	50.1	670	45.6
I alt	395	100.0	660	100.0	993	100.0	1079	100.0	911	100.0	1469	100.0

Table 20. The number (%) of patients with mictic volume > 150ml

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	217	373	58.2 (53.0 - 63.2)
2005	328	589	55.7 (51.6 - 59.7)
2006	476	843	56.5 (53.0 - 59.8)
2007	559	938	59.6 (56.4 - 62.8)
2008	456	790	57.7 (54.2 - 61.2)
2009	670	1272	52.7 (49.9 - 55.4)

Table 20 shows that 52.7% of patients have a mictic volume, which exceeds 150 ml. The standard for mictic volume is not met, and the indicator value is slightly lower than previous year values.

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	1.1	53	58.9	36	40.0	90
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	8	7.8	46	44.7	49	47.6	103
Herlev Hospital	7	7.8	29	32.2	54	60.0	90
Erichsens Privathospital	1	1.4	48	67.6	22	31.0	71
Københavns Privathospital	0	0	24	45.3	29	54.7	53
Bornholms Hospital	40	97.6	0	0	1	2.4	41
OUH Svendborg Sygehus	14	16.9	22	26.5	47	56.6	83
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	24	80.0	0	0	6	20.0	30
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	0	0	0	3	100.0	3
Fredericia Sygehus	5	6.9	28	38.9	39	54.2	72
Regionshospitalet Horsens	0	0	1	100.0	0	0	1
Regionshospitalet Holstebro	9	7.5	48	40.0	63	52.5	120
Regionshospitalet Randers	6	13.6	19	43.2	19	43.2	44
Århus Universitetshospital, Skejby	1	5.6	6	33.3	11	61.1	18
Regionshospitalet Viborg	10	29.4	17	50.0	7	20.6	34
Aalborg Sygehus	14	48.3	9	31.0	6	20.7	29
Bekkevoild Klinikken	1	6.7	8	53.3	6	40.0	15
Aleris Privathospitaler, Herning	1	16.7	3	50.0	2	33.3	6
De Vestdanske Friklinikker, Give	10	9.2	42	38.5	57	52.3	109
Aleris Privathospitaler, Århus	2	9.1	9	40.9	11	50.0	22
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	0	0	0	7	100.0	7
Kysthospitalet Skodsborg	27	23.1	52	44.4	38	32.5	117
Privathospitalet Møn	5	13.5	16	43.2	16	43.2	37
Sygehus Nord, Roskilde	6	42.9	4	28.6	4	28.6	14
Sygehus Nord, Hølbæk	3	2.9	57	54.8	44	42.3	104
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	0	15	40.5	22	59.5	37
Allerød Privathospital	0	0	8	72.7	3	27.3	11
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	2	2.0	34	33.7	65	64.4	101
Sygehus Thy-Mors	0	0	4	57.1	3	42.9	7
I alt	197	13.4	602	41.0	670	45.6	1469

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

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

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Frederiksberg Hospital	42.2 (38.4 - 46.1)	36	89	40.4 (30.2 - 51.4)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	60.0 (14.7 - 94.7)	49	95	51.6 (41.1 - 62.0)
Herlev Hospital	49.4 (43.1 - 55.8)	54	83	65.1 (53.8 - 75.2)
Erichsens Privathospital	53.8 (41.0 - 66.3)	22	70	31.4 (20.9 - 43.6)
Københavns Privathospital	-	29	53	54.7 (40.4 - 68.4)
Hospitallerne i Nordsjælland, Hillerød	67.2 (61.6 - 72.5)	.	.	-
Bornholms Hospital	-	1	1	100.0 (2.5 - 100.0)
OUH Odense Universitetshospital	59.3 (45.7 - 71.9)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	62.5 (45.8 - 77.3)	47	69	68.1 (55.8 - 78.8)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	73.3 (44.9 - 92.2)	6	6	100.0 (54.1 - 100.0)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	75.7 (69.4 - 81.3)	3	3	100.0 (29.2 - 100.0)
Fredericia Sygehus	64.2 (59.0 - 69.2)	39	67	58.2 (45.5 - 70.2)
Regionshospitalet Horsens	82.1 (63.1 - 93.9)	0	1	0.0 (0.0 - 97.5)
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	48.1 (28.7 - 68.1)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	52.8 (47.3 - 58.2)	63	111	56.8 (47.0 - 66.1)
Regionshospitalet Randers	53.1 (47.2 - 59.0)	19	38	50.0 (33.4 - 66.6)
Århus Universitetshospital, Skejby	52.6 (40.9 - 64.0)	11	17	64.7 (38.3 - 85.8)
Regionshospitalet Viborg	46.7 (37.6 - 56.0)	7	24	29.2 (12.6 - 51.1)
Aalborg Sygehus	66.7 (55.5 - 76.6)	6	15	40.0 (16.3 - 67.7)
Bekkevoild Klinikken	100.0 (2.5 - 100.0)	6	14	42.9 (17.7 - 71.1)
Aleris Privathospitaler, Herning	57.7 (36.9 - 76.6)	2	5	40.0 (5.3 - 85.3)
De Vestdanske Friklinikker, Give	56.6 (44.7 - 67.9)	57	99	57.6 (47.2 - 67.5)
Aleris Privathospitaler, Århus	30.0 (6.7 - 65.2)	11	20	55.0 (31.5 - 76.9)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	60.0 (14.7 - 94.7)	7	7	100.0 (59.0 - 100.0)
Kysthospitalet Skodsborg	-	38	90	42.2 (31.9 - 53.1)
Privathospitalet Kollund	100.0 (2.5 - 100.0)	.	.	-
Privathospitalet Møn	57.1 (18.4 - 90.1)	16	32	50.0 (31.9 - 68.1)
Sygehus Nord, Roskilde	68.8 (50.0 - 83.9)	4	8	50.0 (15.7 - 84.3)
Sygehus Nord, Holbæk	61.8 (49.2 - 73.3)	44	101	43.6 (33.7 - 53.8)
Sygehus Syd, Nykøbing F	52.6 (28.9 - 75.6)	22	37	59.5 (42.1 - 75.2)
Allerød Privathospital	50.0 (6.8 - 93.2)	3	11	27.3 (6.0 - 61.0)
Sygehus Syd, Næstved	69.2 (38.6 - 90.9)	.	.	-
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	74.8 (69.9 - 79.3)	65	99	65.7 (55.4 - 74.9)
Sygehus Thy-Mors	-	3	7	42.9 (9.9 - 81.6)

Tabel 22 viser, at indikatorværdierne på de enkelte afdelinger varierer meget. Mange sygehuse opfylder standarden som følge af den store statistiske usikkerhed, men kun ganske få sygehuse når op på de 70% af patienterne der er standarden. Standarden for miktionsvolumen er ikke opfyldt svarende til de samlede data.

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

De afdelinger som ikke opfylder standarden, bør se på organiseringen af deres kontroltider. Kommer patienten lige før lukketid er der jo ikke tid til et andet flow med større volumen. En løsning kan være, at lade ambulatoriesygeplejerskerne foretage kontrollerne, nogle steder øger det også antallet af udfyldte DANPSS skemaer. Herudover anbefales det at afdelingerne ser på væske-vandladningsskemaerne for de patienter der har et miktionsvolumen under 150 ml. Således kan en funktionelt lille blærekapacitet være årsagen til at patienten ikke kan levere de nødvendige antal ml. Afdelingerne bør overveje behandling med furosemid som anført i Allen et al. 2008 (doi:10.1111/j1442-2042.2007.01691.x.)

Indikator 6: Sengedage (fra behandlingsdato til udskrivningsdato)

Denne indikator vedrører som udgangspunkt alle indberettede patienter i ProsBase, som har fået foretaget en behandling og har været indlagt.

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter uanset behandlingstype, som er registreret som værende ”indlagt” med en dato for behandling og en dato for udskrivning. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, der har et sengedagsforbrug på 7 dage eller mere, beregnet som differencen mellem udskrivningsdato og behandlingsdato.

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

Udgået af beregningerne er de patienter, der har missing værdier svarende til enten udskrivningsdato eller behandlingsdato, og de patienter, der har åbenlyse fejl i datoangivelserne (patienter med negative værdier svarende til sengedagsforbrug, og patienter med et registreret sengedagsforbrug på > 365 dage).

I alt 2027 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	912	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	1600	2.07	3.38	0	65	1.0	1.0	2.0
2008	1334	1.86	1.97	0	32	1.0	1.0	2.0
2009	2027	1.66	3.07	0	124	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, 1,66 dage. Vi kan endvidere beregne, at 1877 patienter (93%) havde en liggetid på højst 3 dage (ikke vist).

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

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

	Sengedage							
	N	Gennemsnit	Standardafvigelse	Min	Max	Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil
År								
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	27	6.48	1.99	1	11	6.0	5.0	7.0
2008	18	5.61	2.89	1	11	6.0	3.0	8.0
2009	16	4.38	3.03	1	10	3.5	2.0	6.5

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

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	749	2.14	2.29	0	32	1.0	1.0	2.0
2009	1162	1.87	3.93	0	124	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	289	1.28	0.98	0	14	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	92	1.63	1.62	0	13	1.0	1.0	2.0
2009	412	1.35	0.98	1	9	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	912	5.0 (3.7 - 6.7)
2006	61	1479	4.1 (3.2 - 5.3)

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2007	52	1600	3.3 (2.4 - 4.2)
2008	41	1334	3.1 (2.2 - 4.1)
2009	24	2027	1.2 (0.8 - 1.8)

Tabel 24 viser at kun 24 (1,2%) ud af 2017 patienter, der blev behandlet i 2009, havde 7 eller flere sengedage efter behandlingsdatoen. Dette er et statistisk signifikant fald siden sidste år. Standarden vedrørende sengedage er klart opfyldt, og andelen af patienter med 7 eller flere sengedage er på laveste niveau nogensinde.

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

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Rigshospitalet	16.7 (0.4 - 64.1)	.	.	-
Frederiksberg Hospital	4.4 (3.2 - 5.9)	3	155	1.9 (0.4 - 5.6)
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0.0 (0.0 - 52.2)	0	141	0.0 (0.0 - 2.6)
Herlev Hospital	8.0 (5.2 - 11.7)	3	151	2.0 (0.4 - 5.7)
Erichsens Privathospital	0.0 (0.0 - 4.1)	0	93	0.0 (0.0 - 3.9)
Københavns Privathospital	-	0	66	0.0 (0.0 - 5.4)
Hospitalet i Nordsjælland, Hillerød	5.0 (3.1 - 7.6)	.	.	-
Bornholms Hospital	11.2 (7.0 - 16.6)	1	44	2.3 (0.1 - 12.0)
OUH Odense Universitetshospital	15.5 (8.0 - 26.0)	.	.	-
OUH Svendborg Sygehus	3.9 (1.1 - 9.6)	1	145	0.7 (0.0 - 3.8)
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	2.1 (0.6 - 5.3)	2	42	4.8 (0.6 - 16.2)
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	2.3 (0.8 - 4.9)	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Fredericia Sygehus	2.0 (1.1 - 3.4)	1	146	0.7 (0.0 - 3.8)
Regionshospitalet Horsens	4.0 (0.8 - 11.2)	.	.	-
De Vestdanske Friklinikker, Brædstrup	3.6 (0.1 - 18.3)	.	.	-
Regionshospitalet Holstebro	2.3 (1.3 - 3.7)	1	188	0.5 (0.0 - 2.9)
Regionshospitalet Randers	2.1 (0.9 - 4.2)	0	30	0.0 (0.0 - 11.6)
Århus Universitetshospital, Skejby	7.4 (3.6 - 13.1)	1	23	4.3 (0.1 - 21.9)
Regionshospitalet Viborg	3.4 (1.6 - 6.1)	1	64	1.6 (0.0 - 8.4)
Aalborg Sygehus	2.1 (0.4 - 5.9)	0	39	0.0 (0.0 - 9.0)
Bekkevoold Klinikken	0.0 (0.0 - 84.2)	0	28	0.0 (0.0 - 12.3)
Aleris Privathospitaler, Herning	0.0 (0.0 - 7.4)	0	15	0.0 (0.0 - 21.8)
De Vestdanske Friklinikker, Give	0.0 (0.0 - 3.6)	0	163	0.0 (0.0 - 2.2)
Aleris Privathospitaler, Århus	0.0 (0.0 - 20.6)	0	36	0.0 (0.0 - 9.7)
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0.0 (0.0 - 26.5)	0	11	0.0 (0.0 - 28.5)
Kysthospitalet Skodsborg	-	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Privathospitalet Kollund	0.0 (0.0 - 84.2)	.	.	-
Privathospitalet Møn	-	0	41	0.0 (0.0 - 8.6)

Afdeling	2003-2008 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	2009 Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Sygehus Nord, Roskilde	11.6 (5.1 - 21.6)	5	48	10.4 (3.5 - 22.7)
Sygehus Nord, Hølbæk	2.9 (0.6 - 8.3)	4	170	2.4 (0.6 - 5.9)
Sygehus Syd, Nykøbing F	7.1 (0.9 - 23.5)	1	70	1.4 (0.0 - 7.7)
Allerød Privathospital	0.0 (0.0 - 60.2)	0	12	0.0 (0.0 - 26.5)
Sygehus Syd, Næstved	6.1 (0.7 - 20.2)	0	4	0.0 (0.0 - 60.2)
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	4.5 (2.7 - 6.8)	0	82	0.0 (0.0 - 4.4)
Sygehus Thy-Mors	-	0	12	0.0 (0.0 - 26.5)

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

DDRP -kommentar: Med et sengedagsforbrug med en median på 1 dag (postoperativ) nærmer den kirurgiske behandling sig et område for samme-dagskirurgi for udvalgte patientgrupper. Treoghalvfems procent af patienterne har ligget højst 3 dage. Det er det laveste sengedagsforbrugsiden Probasen begyndte registreringerne. Et med tiden langt større datamateriale vil formentlig kunne udpege grupper af patienter og behandlinger, der vil være egnede hertil. Der synes dog at være alt for mange patienter for hvem der mangler tal for indlæggelsesdage, afdelingerne bør stramme op om indberetningen af indlæggelsesvarigheden.

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

Afdeling	Uoplyst n	Indlagt n	Dagkirur gi/enkeltd øgn n	Ambulant n	I alt N
Frederiksberg Hospital	0	156	0	14	170
Privathospitalet Hamlet, Frederiksberg	0	143	0	0	143
Herlev Hospital	0	167	0	6	173
Erichsens Privathospital	0	93	0	0	93
Københavns Privathospital	0	66	0	0	66
Bornholms Hospital	0	46	0	0	46
OUH Odense Universitetshospital	0	0	0	1	1
OUH Svendborg Sygehus	3	167	0	0	170
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	0	42	0	0	42
Sydvestjysk Sygehus, Esbjerg	0	4	0	0	4
Fredericia Sygehus	0	146	0	1	147
Regionshospitalet Horsens	1	1	0	0	2
Regionshospitalet Holstebro	0	190	0	0	190
Regionshospitalet Randers	0	31	35	28	94
Århus Universitetshospital, Skejby	0	25	1	0	26
Regionshospitalet Viborg	0	64	0	0	64
Aalborg Sygehus	0	39	1	0	40
Bekkevoold Klinikken	0	28	0	0	28
Aleris Privathospitaler, Herning	0	15	0	0	15

Afdeling	Uoplyst	Indlagt	Dagkirurgi/enkeltdøgn	Ambulant	I alt
	n	n	n	n	N
De Vestdanske Friklinikker, Give	0	165	0	0	165
Aleris Privathospitaler, Århus	0	37	0	1	38
Aleris Privathospitaler, Aalborg	0	11	0	0	11
Kysthospitalet Skodsborg	0	4	177	0	181
Privathospitalet Møn	0	41	0	4	45
Sygehus Nord, Roskilde	0	51	0	0	51
Sygehus Nord, Holbæk	0	170	0	4	174
Sygehus Syd, Nykøbing F	0	70	0	0	70
Allerød Privathospital	0	12	0	0	12
Sygehus Syd, Næstved	0	4	0	0	4
Sygehus Vendsyssel, Frederikshavn	0	82	98	2	182
Sygehus Thy-Mors	0	12	0	0	12
I alt	4	2082	312	61	2459

Af Tabel 25a ses, at kun få afdelinger indberetter dagkirurgi / enkeltdøgnforløb. Fra i år er de tidligere to kolonner 'ambulant' og 'deldøgn' slået sammen til én kolonne 'ambulant'.

Indikator 7: 30 dages postoperativ mortalitet

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

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede patienter.
”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 ProsBase er sammenkørt med CPR registeret, hvorved der er indhentet informationer om vitalstatus og evt. dødsdato

I alt 2356 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	1024	0.2 (0.0 - 0.7)
2006	4	1676	0.2 (0.1 - 0.6)
2007	5	1745	0.3 (0.1 - 0.7)
2008	4	1488	0.3 (0.1 - 0.7)
2009	6	2356	0.3 (0.1 - 0.6)

Tabel 26 viser andelen af patienter, der er døde indenfor 30 dage efter operation. Det drejer sig om seks patienter. Andelen var 0,3% og standarden er opfyldt for denne indikator. Der er ingen signifikante ændringer i forhold til tidligere perioder. Andelen i 2009 var 0/15 (0%) efter åben prostatektomi behandling, 2/1244 (0,2%) efter TUR-P, 4/359 (1,1%; 95% CI 0,3-2,8%) efter laser behandling, og 0/550 (0%) efter elektrovaporisation.

DDRP kommentar: Mortaliteten ligger på eller under det niveau der ses i større opgørelser, som dog er af ældre dato. Det er muligt at ny teknologi spiller en rolle her. Tallene er så små at der ikke kan påvises nogen forskel mellem de forskellige behandlingsmodaliteter

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 1447 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	928	2.7 (1.8 - 4.0)
2006	85	1533	5.5 (4.5 - 6.8)
2007	65	1561	4.2 (3.2 - 5.3)
2008	35	1331	2.6 (1.8 - 3.6)
2009	43	1447	3.0 (2.2 - 4.0)

Tabel 27 viser, at andelen af genindlæggelser efter operation var 3,0% i 2008. Standarden er klart opfyldt for indikatoren, og det lave niveau fastholdes. I forhold til skæringstidspunkt for sidste årsrapport (17 genindlæggelser blandt 693 forløb fra 2008 med kontrolbesøg på daværende tidspunkt), ses nu 35 genindlæggelser blandt 1331 forløb fra 2008, dvs. en stort set uændret lav andel genindlæggelser.

Tabel 28.

Genindlæggelseskoder

Årsag	År											
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	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	4.0
Calculus vesicae urinariae	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0
Cystitis acuta	1	2.8	0	0	0	0	0	0	1	2.6	1	2.0
Kronisk cystit, anden	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0
Smerter ved vandladning uden specifikation	0	0	0	0	1	1.1	0	0	0	0	0	0
Stenosis cervicis vesicae urinariae	0	0	0	0	1	1.1	1	1.3	0	0	1	2.0
Uretral striktur uden specifikation	0	0	1	3.7	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	2.6	0	0
Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	1	2.8	0	0	2	2.2	0	0	0	0	0	0
Symptomer og fund i kredsløbs- og åndedrætsorg, andre spec	0	0	1	3.7	2	2.2	1	1.3	1	2.6	0	0
Haematuria uden specifikation	1	2.8	2	7.4	0	0	0	0	0	0	0	0
Retentio urinae	8	22.2	7	25.9	41	45.1	38	50.0	12	31.6	18	36.0
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	9	25.0	3	11.1	18	19.8	20	26.3	12	31.6	16	32.0
Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	12	33.3	7	25.9	21	23.1	10	13.2	5	13.2	8	16.0
Karkomplikation efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	0	0	0	0	1	1.1	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	7.9	1	2.0
Andre komplikationer og bivirkninger til kir. og med. beh.	0	0	0	0	0	0	1	1.3	1	2.6	0	0
Problem relateret til socialt miljø uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	1.3	1	2.6	0	0
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	3.7	0	0	0	0	0	0	0	0
Thrombophlebitis superficialis	0	0	0	0	0	0	1	1.3	0	0	0	0
Febrilia uden spec.	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.6	0	0
Uretral striktur, andre former	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.0
Urinvejsinfektion u lokalisation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.0
Overfladisk forfrysning uden specifikation	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	2.0
Perkutan punktur af urinblære	1	2.8	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
I alt	36	100.0	27	100.0	91	100.0	76	100.0	38	100.0	50	100.0

Tabel 28 viser diagnoser stillet under genindlæggelse i 2009 sammenlignet med tidligere år. De 3 hyppigste diagnoser er lige som i tidligere år Retentio urinae, Haemorrhagia/Haematoma postoperativa, og Infektion efter indgreb. Standarden for genindlæggelse som følge af den foretagne operation er opfyldt og andelen er på niveau med sidste år.

DDRP -kommentar: Det er ikke overraskende at konstatere at årsagerne til genindlæggelserne er retention, infektion og blødning. Det er samtidig ganske tilfredsstillende at se, at genindlæggelser på baggrund af det operative indgreb kun forekommer i få tilfælde, samt at antallet af postoperative

infektioner er faldende. Der kan dog forekomme en underrapportering som vil blive belyst i næste årsrapport.

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

	År											
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
	2	0.3	4	0.4	6	0.4	6	0.3	5	0.3	12	0.5
Absolut	233	37.0	360	35.2	680	40.5	662	37.9	576	38.6	978	39.8
Symptomatisk	395	62.7	660	64.5	993	59.1	1079	61.8	911	61.1	1469	59.7
I alt	630	100.0	1024	100.0	1679	100.0	1747	100.0	1492	100.0	2459	100.0

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

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

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

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

Standarden: < 10% af patienterne re-opereres.

I alt har 1447 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	928	2.2 (1.3 - 3.3)
2006	42	1533	2.7 (2.0 - 3.7)
2007	32	1561	2.0 (1.4 - 2.9)
2008	14	1331	1.1 (0.6 - 1.8)
2009	21	1447	1.5 (0.9 - 2.2)

Tabel 29 viser, at andelen af patienter der blev re-opereret pga. komplikationer var 1,5% i 2009, og på niveau med de seneste år. Standarden er klart opfyldt for indikatoren. I forhold til sidste årsrapport (4 reoperationer blandt 693 forløb fra 2008), ses nu 14 reoperationer blandt 1331 forløb, svarende til en stigning i indikatorværdi fra 0,6% til 1,1% for 2008.

Tabel 30. Operationskoder for reoperation

Reoperationskode	År											
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	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
Andre særlige undersøgelser af personer	0	0	0	0	2	4.8	0	0	0	0	1	4.8
Septikæmi uden spec.	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0
Sclerosis sphincteris vesicae urinariae	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0
Stricture urethrae posttraumatica	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0
Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	1	4.8
Eksplorativ laparotomi	1	12.5	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
Cystoskopisk fjernelse af urinblærekongremet	0	0	2	10.5	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	4	19.0
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	0	0	2	10.5	11	26.2	8	25.0	2	14.3	10	47.6
Transuretral prostataincision (TUI-P)	1	12.5	0	0	4	9.5	0	0	0	0	0	0
Fotoselektiv laservaporisation af prostata (PVP)	0	0	0	0	2	4.8	1	3.1	1	7.1	1	4.8
Transuretral koagulation for spontan blødning fra prostata	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Transuretral resektion af colliculus seminalis	1	12.5	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	0	0
Enkeltstående orkiektomi	0	0	0	0	1	2.4	0	0	0	0	0	0
Reop. for overfl. blødn. eft. urolog. op.	0	0	1	5.3	0	0	0	0	0	0	0	0
Reoperation for dyb blødning eft. urologisk operation	0	0	1	5.3	1	2.4	2	6.3	6	42.9	1	4.8
Translum. endoskop. reop. for dyb blødn. eft. urolog. op.	2	25.0	4	21.1	7	16.7	6	18.8	2	14.3	0	0
Perkutan punktur af urinblære	0	0	0	0	3	7.1	3	9.4	0	0	1	4.8
Dilatation af urinrør	1	12.5	3	15.8	4	9.5	4	12.5	0	0	0	0
Cystoskopi	0	0	1	5.3	1	2.4	1	3.1	0	0	0	0
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0
Anden operation på prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	0	0
Anden transluminal endoskopisk reoperation efter urologisk operation	0	0	0	0	0	0	1	3.1	0	0	0	0
Stricture urethrae efter kirurgisk indgreb	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.8
Intern uretrotomi	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	0	0
Fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	1	4.8
Reoperationer ved overfladisk blødning efter urologisk operation	0	0	0	0	0	0	0	0	1	7.1	0	0
I alt	8	100.0	19	100.0	42	100.0	32	100.0	14	100.0	21	100.0

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

DDRP kommentar: Striktur efter transurethralt resektion har tidligere været et større problem. Med en observationstid på ca. 6 måneder er ovenstående et relativt lille tal, men også her behøves flere patientforløb for at drage endelige konklusioner. Et mindre antal strikturer vil også kunne udvikle sig efter 6 måneders kontrolbesøg.

Indikator 10: Behandlingssvigt inden 6 måneder

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

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

Standarden: < 5% af patienterne har behandlingssvigt. Standarden for indikatoren er ændret fra 10% til 5% i 2007 efter gennemgang af den nyeste litteratur.

I alt har 1447 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	928	1.4 (0.7 - 2.4)
2006	38	1533	2.5 (1.8 - 3.4)
2007	37	1561	2.4 (1.7 - 3.3)
2008	15	1331	1.1 (0.6 - 1.9)
2009	50	1447	3.5 (2.6 - 4.5)

Tabel 31 viser, at andelen af patienter med behandlingssvigt inden for 6 måneder efter operation var 3,5%. Standarden er klart opfyldt for indikatoren i 2009. Der ses en højere andel med registreret behandlingssvigt end sidste år, hvor indikatorværdien er faldet fra 1,9% (sidste årsrapport) til 1,1% pga. efter-indberetninger af patientforløb. Der er således 50 patienter med behandlingssvigt i forhold til kun 15 patienter sidste år.

Tabel 32. Andel af patienter med reoperation pga behandlingssvigt

Reoperation	År											
	2003-2004		2005		2006		2007		2008		2009	
	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%	n	%
Ja	4	22.2	8	61.5	12	31.6	13	35.1	5	33.3	17	34.0
Nej	14	77.8	5	38.5	26	68.4	24	64.9	10	66.7	33	66.0
I alt	18	100.0	13	100.0	38	100.0	37	100.0	15	100.0	50	100.0

Tabel 32 viser andelen af re-operationer blandt patienter med behandlingssvigt. 34% af patienterne med behandlingssvigt blev angivet reopereret inden for de 6 måneder, hvilket er meget lig med de seneste år.

Table 33.

Operationskoder i forbindelse med behandlingssvigt

Operationskode	År						I alt N
	2003- 2004 n	2005 n	2006 n	2007 n	2008 n	2009 n	
Anlæggelse af blærekateter a demeure (kvinde)	1	0	0	1	0	0	2
Vejledning, instruktion, undervisning og rådgivning af patient	0	1	0	0	0	0	1
Neuromuskulær funktionsforstyrrelse i urinblære uden spec	0	0	1	0	0	0	1
Strictura urethrae efter kirurgi incl. kateterisation	0	3	0	0	0	0	3
Reduktionsplastik af urinblære	0	0	0	0	0	1	1
Resektion eller incision af blærehalsen	0	0	0	1	0	0	1
Meatoplastik på urinrør	0	0	0	0	0	1	1
Intern uretrotomi	0	0	0	1	0	1	2
Uretroskopisk intern uretrotomi	0	2	2	0	1	0	5
Transvesikal prostataresektion	1	0	0	0	0	0	1
Transuretral prostataresektion (TUR-P)	2	2	7	8	1	12	32
Transuretral prostataincision (TUI-P)	0	0	0	1	1	0	2
Interstitiel laserkoagulation (ILC) af prostata	0	0	0	0	1	0	1
Transuretral fjernelse af fremmedlegeme i prostata	0	0	0	1	0	0	1
Anden transuretral operation på prostata med elektrovaporisation	0	0	0	0	1	1	2
Perkutan punktur af urinblære	0	0	1	0	0	1	2
Dilatation af urinrør	0	0	1	0	0	0	1
Missing	14	5	26	24	10	33	112
I alt	18	13	38	37	15	50	171

Table 33 shows the operations codes used among patients re-operated after treatment failure. The most common treatment was transurethral prostatectomy (TUR-P).

DDRP comment: Treatment failure is defined as a situation where the given treatment does not succeed and the patient starts a new treatment course. The departments are asked to remember to register treatment failure also in the cases where one starts a medical BPH treatment after an unsatisfactory surgical treatment. Also here there are still many missing values

Indikator 11: Inkontinens efter kirurgisk behandling

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

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle indberettede patienter, der har gennemgået kirurgisk behandling, som *ikke* var registreret som inkontinente før behandlingsstart, og som har en *gyldig angivelse for inkontinens* både før behandling og ved kontrol. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som er blevet inkontinente ved kontrolbesøget.

Standarden: < 2% af patienterne er blevet inkontinente.

I alt 884 patienter indgår i analysen, der er foretaget på samlede data. Antallet af patienter der er blevet inkontinente er så beskedent, at det ikke giver mening at opgive resultaterne på afdelingsniveau.

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

År	Antal patientforløb der opfylder indikatoren (tæller)	Antal relevante patientforløb for indikatoren (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
2003-2004	10	405	2.5 (1.2 - 4.5)
2005	8	518	1.5 (0.7 - 3.0)
2006	20	876	2.3 (1.4 - 3.5)
2007	16	916	1.7 (1.0 - 2.8)
2008	10	874	1.1 (0.5 - 2.1)
2009	15	884	1.7 (1.0 - 2.8)

Tabel 34 viser at 1,7% (n=15) af patienterne, som blev opereret i 2009, er blevet inkontinente efter behandlingen. Andelen på landsplan er i samme størrelsesorden som tidligere år. Standarden er opfyldt. 2008-indikatorværdien er stort set uændret ift. sidste årsrapport. Andelen i 2009 var 0/7 (0%, 95% CI 0-41%) efter åben prostatektomi behandling, 13/440 (3,0%, 95% CI 1,6-5,0%) efter TUR-P, 1/153 (0,7%, 95% CI 0,0-3,6%) efter laser behandling, og 1/223 (0,4%, 95% CI 0,0-2,5%) efter elektrovaporisation. Der er således ikke statistisk signifikant forskel på inkontinensandel i forhold til behandlingstype.

*DDRP kommentar: Inkontinens er en meget generende komplikation, og det er glædeligt at konstatere at standarden opfyldes, til trods for at den er sat lavt. Afdelingerne bedes at huske at der både indgår stress og urgeinkontinens. **Enhver form for inkontinens der kræver hjælpemidler skal registreres.** Der er en lille tendens til at der forekommer flere tilfælde af inkontinens i TURP gruppen. Forskellen er ikke signifikant men med tiden kan forskellen blive mere tydeligt.*

Indikator 12: Antal blodtransfusioner

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

”Antal relevante patientforløb for indikatoren” (nævner) omfatter alle kirurgisk behandlede patienter, der har fået indberettet data vedr. antal blodtransfusioner. ”Patientforløb der opfylder indikatoren” (tæller) er patienter, som har modtaget mere end 2 blodtransfusioner.

Standarden: < 3% af patienterne har modtaget mere end 2 blodtransfusioner. Standarden for indikatoren er ændret fra 7% til 3% i 2007 efter gennemgang af litteraturen.

I alt 2442 patienter ud af 2459 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	1022	0.9 (0.4 - 1.7)
2006	18	1665	1.1 (0.6 - 1.7)
2007	8	1739	0.5 (0.2 - 0.9)
2008	9	1471	0.6 (0.3 - 1.2)
2009	7	2442	0.3 (0.1 - 0.6)

Tabel 35 viser, at andelen af patienter der har modtaget mere end 2 blodtransfusioner er på laveste niveau nogensinde. Andelen ligger på 0,3%, og standarden er opfyldt.

Det ses af tabel 35 b, at kun 1,2% svarende til 30 af de kirurgisk behandlede patienter modtog blodtransfusion i det hele taget i 2009, hvilket er signifikant lavere end sidste år. Af tabel 35 c ses endvidere, at kun 1,4% fik blodtransfusion efter TUR-P, hvilket er signifikant lavere end sidste års 4,8%.

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	1022	4.1 (3.0 - 5.5)
2006	50	1665	3.0 (2.2 - 3.9)
2007	39	1739	2.2 (1.6 - 3.1)
2008	47	1471	3.2 (2.4 - 4.2)
2009	30	2442	1.2 (0.8 - 1.7)

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	775	4.8 (3.4 - 6.5)
2009	18	1276	1.4 (0.8 - 2.2)

DDRP kommentar: Det er ikke mange år siden at transfusioner var en hyppig begivenhed ved prostataoperationer. Imidlertid viser senere års analyser i forbindelse med randomiserede studier at antallet i dag ligger på dette lave niveau. Antallet af transfusioner i 2009 var det laveste nogensinde, også her vil man først med tiden kunne se om det skyldes de nyere teknologier.

Revisionspåtegning

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

ProsBase har været åben for alle afdelinger siden 2004 og omfatter patienter behandlet for godartet prostataforstørrelse (BPH) på landets urologiske/kirurgiske afdelinger. Inicialt inkluderedes også nogle få patienter med medicinsk behandling, men fra og med nærværende årsrapport for 2009 fokuseres udelukkende på kirurgisk behandling af prostataforstørrelse. Dette er 6.årsrapport og omfatter patientforløb, hvor datoen for enten påbegyndelse af forløbet eller kirurgisk behandling ligger i 2009, og som er indberettet til ProsBase senest 27/7 2010. 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 kompleksitetsgraden 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, og 2009. Indikatorværdier anføres med 95% sikkerhedsinterval.

Indikator	Standard	2003-04	2005	2006	2007	2008	2009
Mindst 50 % forbedring af DANPSS symptomscore ¹	> 70 %	79.7% (74.3 – 84.4)	78.7% (74.5 – 82.5)	78.3% (74.8 – 81.6)	78.4% (75.1 – 81.4)	77.8% (74.3 – 81.0)	75.4% (71.7 – 78.8)
Mindst 100 % forbedring i vandladningshastighed efter kirurgisk behandling	> 70 %	46.7% (40.6 - 52.8)	46.3% (41.5 – 51.0)	46.2% (42.4 – 50.0)	52.4% (48.8 – 56.0)	49.2% (45.3 – 53.1)	47.3% (43.1 – 51.5)
Andelen af patienter, som er tilfredse eller fuldstændig tilfredse	> 85 %	80.1% (76.5 – 83.4)	81.9% (78.9 - 84.6)	81.9% (79.6 - 84.0)	84.5% (82.3 – 86.5)	84.8% (82.5 – 86.8)	84,1% (81.9 – 86.2)
Andelen af patienter, som har fået udfyldt vandladningsskemaer	> 90 %	75.9% (71.4 - 80.0)	75.0% (71.2 - 78.4)	72.0% (68.9 - 75.0)	72.4% (69.5 - 75.2)	70.0% (66.7 – 73.1)	76.6% (74.2 – 78.8)
Andelen af patienter, som har et miktionsvolumen >150 ml	> 70 %	58.2% (53.0 - 63.2)	55.7% (51.6 - 59.7)	56.5% (53.0 - 59.8)	59.6% (56.4 – 62.8)	57.7% (54.2 – 61.2)	52.7% (49.9 – 55.4)
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% (2.4 – 4.2)	3.1% (2.2 – 4.1)	1.2% (0.8 – 1.8)
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)
Andelen af patienter, som har en registreret genindlæggelse	< 10 %	4.9% (3.3 - 6.8)	2.7% (1.8 – 4.0)	5.5% (4.5 – 6.8)	4.2% (3.2 – 5.3)	2.6% (1.8 – 3.6)	3.0% (2.2 – 4.0)
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)	1.1% (0.6 – 1.8)	1.5% (0.9 – 2.2)
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 – 1.9)	3.5% (2.6 - 4.5)
Andelen af patienter, som er blevet inkontinente efter kirurgisk behandling	< 2 %	2.5% (1.2 – 4.5)	1.5 % (0.7 - 3.0)	2.3% (1.4 – 3.5)	1.7% (1.0 – 2.8)	1.1% (0.5 – 2.1)	1.7% (1.0 – 2.8)
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 – 1.2)	0.3% (0.1 – 0.6)

Tabel 36 viser at standarden i 2009 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.