



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Dansk Prostatacancer Database

Daproca Årsrapport 2023

Offentliggjort 1. juli 2024

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Målopfyldelsesgraden i årets indikatorrapport indikerer, at varetagelsen af prostatacancerområdet grundlæggende ligger på et stabilt og mellem regionerne ensartet niveau af høj kvalitet. Der findes til trods for dette på flere områder behov for et fokus på forbedringstiltag.

Implementeringen af den sterile transperineale biopsiadgang anses, ligesom den resulterende overbevisende nedgang i biopsirelaterede indlæggelser, for yderst lovende (indikator 1 og 1s). Det er aktuelt vigtigt at sikre en ensartet høj grad af implementering ved anvendelse af en stigende andel af transperineale biopsier i samtlige regioner og deres afdelinger. Det er i sagens natur vigtigt, at der i alle afdelinger i fremtiden kodes specifikt for biopsiadgangen. F.eks. Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata: TKE00B.

MR-aktiviteten afspejler tilsvarende en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi, og landsgennemsnittet for det aktuelle udviklingsmål er næsten opfyldt. Men på lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning. Andelen af patienter, som tilbydes den anbefalede diagnostiske strategi, spænder fra 29% til 75% blandt de større behandlingscentre (indikator 7).

Med den indledende MR-skanning har man fået en ny og yderst central prædiktiv læsionsscore til anvendelse i forhold til bl.a. indikation for diagnostisk biopsi eller påvisning af sygdomsprogression hos patienter under observation (active surveillance). Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket aktuelt desværre kun praktiseres i to af landets regioner (indikator 8s). Det anbefales derfor, at såvel anvendelse af den diagnostiske MR-skanning bliver ensartet høj i hele landet, og at man i hele Region Hovedstaden, Region Sjælland, Region Syddanmark og Region Midtjylland påbegynder indberetning af PI-RADS score ved MR-skanning af prostata.

Indledning

Databasens formål

Dansk Prostata Cancer Database (DaProCadata) er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen som en kvalitetsdatabase for diagnostik og behandling af prostatacancer i Danmark med dertil hørende kvalitetsindikatorer.

Årsrapporten for 2023

Studiepopulationen i DaProCadata er patienter med en første histologisk verificeret prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (LRP). For denne årsrapport opgøres alle nydiagnosticerede patienter i perioden fra 1. januar 2023 til 31. december 2023. Resultaterne for denne opgørelsesperiode analyseres og sammenlignes med resultater fra de tidligere år.

I 2023 blev 4.165 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Det er lidt lavere end i de seneste år (der var 4.452 registreringer i 2022).

I indikatorer, der vedrører den diagnostiske proces, inkluderes kun patienter, hvor den primære diagnostiske afdeling er i Danmark. Af periodens 4.165 patienter har 9 patienter den primære diagnostik i Færøerne eller Grønland. Derfor indgår ikke alle nydiagnosticerede patienter i indikatorerne 5 til 9, jf indikatoralgoritmerne.

De aktuelle kvalitetsindikatorer afspejler udredning (Indikator 1 og 1s) og den operative behandling (Indikator 2-4). Indikator 5 og 6 beskriver anvendelsen af aktiv behandling ved lavrisiko sygdom (bør være lav) og ved højrisko sygdom (bør være høj). De seneste Indikatorer 7-9 beskriver MR-aktivitet, PI-RADS information og MDT-aktivitet.

Databasens indikatorsæt er under stadig udvikling. Indikatorerne 2 og 3 vurderes fortsat kritisk.

Målet med DaProCadata er, at alle patienter med prostatacancer i Danmark inkluderes med henblik på at sikre, at databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af diagnostik og behandling i henhold til de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier (se "Identifikation af patientpopulation" for detaljeret beskrivelse af patientpopulationerne i DaProCadata). Databasen er overvejende baseret på data, der er registreret i Landsregisteret for Patologi (skæringsdato 3. marts 2024) eller i Landspatientregisteret (skæringsdato 3. marts 2024).

Datagrundlaget for denne rapport vedrører patienter med en første prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi. Indberetningen til de veletablerede nationale registre er en integreret del af den kliniske hverdag, hvilket forbedrer registreringen.

Om standarder og udviklingsmål på indikatorresultaterne

Indikatorsættet for prostatakræft omfatter aktuelt ti indikatorer, heraf to indikatorer, som er "supplerende indikatorer", dvs. indikatorer, som er under udvikling som kvalitetsmål.

Termen "standard" er et hyppigt anvendt begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, men ordet selv angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse, og ordet kan derfor give anledning til misforståelse. Styregruppen for prostatakræftdatabase har valgt at fastsætte udviklingsmål på et niveau, hvor målet ikke er universelt opfyldt, idet vi vurderer, at det er nyttigt at bruge fastsættelsen til at udpege regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer ved at tage lære fra regioner og afdelinger, hvor udviklingsmålet er opfyldt. Termen "standard" erstattes fremover af "udviklingsmål".

Af de 10 indikatorer har styregruppen fastsat udviklingsmål for syv af indikatorerne. Styregruppen fastsætter niveauet for udviklingsmål ud fra en betragtning om, hvad som er et realistisk og opnåeligt kvalitetsniveau for den enkelte indikator. Udviklingsmålet angiver herved en udviklingsretning og en målsætning, som styregruppen vurderer som fagligt ønskværdig og realistisk.

Årsrapporten viser mere end 100 indikatormålinger på regions- eller afdelingsniveau, og den fastsatte indikator er opnået i lidt mere end halvdelen af målingerne. For de fleste af de indikatorer, som har et fastsat udviklingsmål, gælder det, at der er regioner, hvor udviklingsmålet er opnået, og regioner, hvor det ikke er opnået. Tilsvarende er der afdelinger, hvor udviklingsmålet er opnået og afdelinger, hvor det ikke er opnået. Dette understreger vigtigheden af, at de fastsatte grænser er udviklingsmål, og ikke mindstemål, og at variationen udtrykker et lærings- og forbedringspotentiale.

Indikatorresultater

I de efterfølgende afsnit gennemgås de enkelte indikatorer, og det angives, om udviklingsmålet er opnået på regionsniveau og på afdelingsniveau. Antal, som er meget små, er undertrykt og erstattet med "#", så rapporten ikke giver indtryk af, at der formidles oplysninger om potentielt identificerbare enkeltpersoner.

For hver indikator vises en oversigtstabel for resultatet på lands-, regions- og afdelingsniveau, og resultaterne visualiseres yderligere med forest plots. Trendgraferne viser indikatoranalysen over tid på regionsniveau.

Indikatorer

Indikator 1: Indlæggeshyppighed efter prostatabiopsi

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektale ultralydscanningsprocedurer (TRUS) med prostatabiopsi udført i 2023 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS-biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag, er kun medtaget den første biopsiregistrering.

Indikator 1s opgør andelen af de foretagne biopsier, som er registreret som transperineale biopsier.

Resultater

Andelen af patienter, som indlægges efter prostatabiopsi, er kraftigt faldende på landsplan (Tabel 1; Figur 1-3). Det aktuelle resultat er, at 2% indlægges i ugen efter biopsien. Dette er en halvering i forhold til 2022.

Den højeste andel med komplikationer ses i Nordjylland (4%), og der er meget lidt variation mellem de øvrige fire regioner (Figur 1-1).

Den overordnede nationale andel af transperineale biopsier på 59% spænder fra 96% på Esbjerg-Grindsted Sygehus til 27% på Regionshospitalet Gødstrup og 0% på Regionshospital Nordjylland.

Diskussion og implikationer

Resultaterne skal ses i sammenhæng med indførelsen af transperineale biopsier, som er steget fra 13% i 2022 til 59% i 2023, og som medfører en betydeligt lavere risiko for komplikation og hospitalsindlæggelse: 1% ved transperineal biopsi og 4% ved transrektal biopsi (se tabellen "Oversigt over de supplerende indikatorer).

Den høje risiko for hospitalsindlæggelse i Nordjylland er konsistent med, at andelen af transperineale biopsier her er landets laveste: 30% i Nordjylland vs. 59% i landet som helhed (Indikator 1s).

Indikator 1s vedr. andel biopsier foretaget transperinealt demonstrerer, at implementeringen af den landsdækkende kliniske retningslinjes anbefaling om at ændre fra transrektal til transperineal biopsiadgang, har været prioriteret forskelligt. Den postbiopiske indlæggelsesrate i Indikator 1 afspejler sammenhængen mellem biopsiadgang og risiko for indlæggelseskrævende infektion.

Erfaringsmæssigt er det infektion, der komplicerer indgrebet. I kombination med færre antal biopsier pr. procedure er det med den nye sterile biopsistrategi lykkedes at opnå en signifikant nedgang i – stedvis eliminering af - indlæggelser efter biopsi, under samtidigt ophør med rutinemæssig anvendelse af antibiotisk profylakse.

Implementeringen af transperineal biopsiadgang har overordnet været en succes, men med den demonstrerede variation anbefales det, at implementeringen fortsat prioriteres højt i hele landet, og særligt at udviklingen accelereres i Nordjylland, Region Midtjylland samt enkelte andre centre.

Det skal bemærkes, at der kan være et selektivt patientflow inden for regionerne, som påvirker patientgruppens sammensætning og derfor også den valgte diagnostiske pathway ved det enkelte hospital i regionerne. Det er derfor vigtigt, at analyse af de enkelte hospitaler foretages i sammenhæng med en betragtning om indikatorresultatet på det regionale niveau.

Det vil de kommende år være væsentligt at monitorere antallet af nålestik pr. procedure hos den enkelte patient, ligesom det er af relevans at monitorere, hvorvidt de enkelte biopsier er foretaget målrettet.

Vurdering af indikatorerne

Da implementeringen af retningslinjens anbefaling endnu er inkomplet og med store regionale og interregionale variationer, anses indikatorerne fortsat for vigtige, og det forventes, at andelen af patienter, som indlægges efter biopsi, vil kunne falde yderligere i de kommende år. Fremtidigt færre og målrettede biopsier forventes at bidrage til denne positive udvikling. Udviklingsmålet på 5% vurderes allerede fra næste årsrapport at kunne sænkes til det aktuelle opnåede niveau (<2%), som udtryk for det fagligt ønskværdige niveau.

En specifik kode for biopsien (KTKE00), som ikke skelner mellem transrektal og transperineal biopsi, er i 2023 anvendt i et stort omfang ved Sjællands Universitetshospital og Sygehus Sønderjylland. Det er i sagens natur vigtigt, at der i fremtiden kodes specifikt.

Indikatortabel

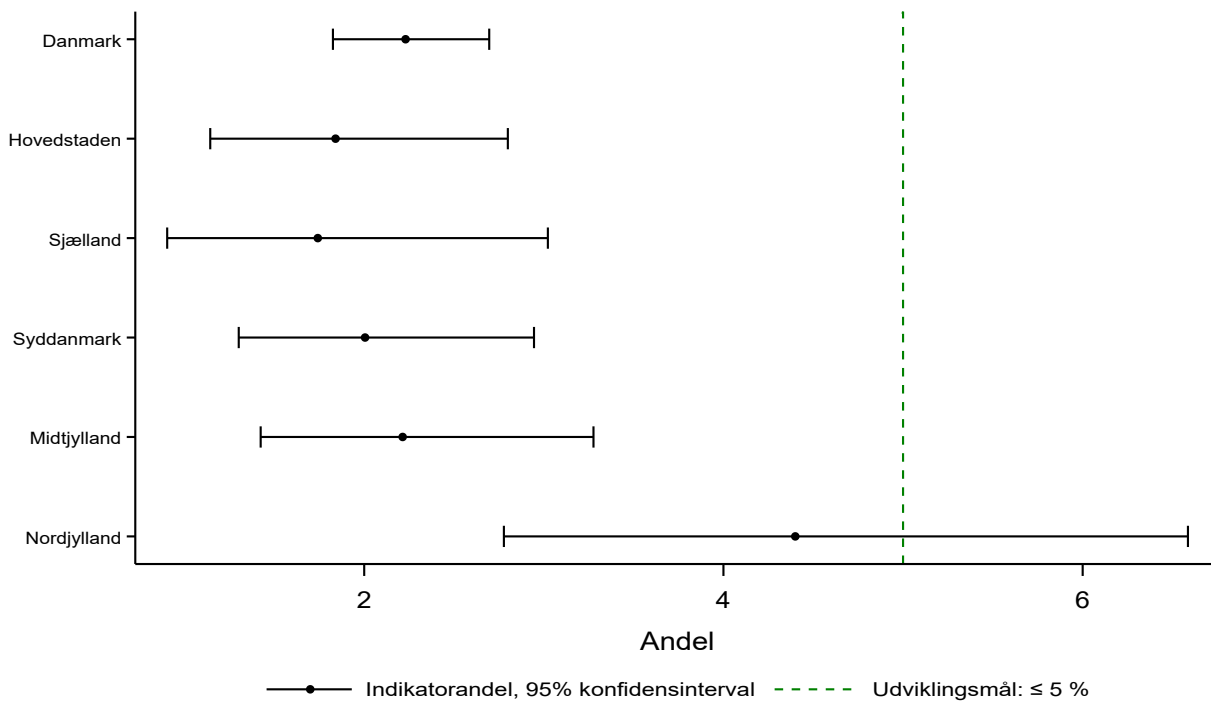
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	104 / 4.663	0 (0)	2	(2-3)	4	5
Hovedstaden	Ja	21 / 1.141	0 (0)	2	(1-3)	5	7
Sjælland	Ja	12 / 689	0 (0)	2	(1-3)	6	4
Syddanmark	Ja	25 / 1.247	0 (0)	2	(1-3)	3	4
Midtjylland	Ja	24 / 1.084	0 (0)	2	(1-3)	3	4
Nordjylland	Ja	22 / 500	0 (0)	4	(3-7)	5	6
Hovedstaden	Ja	21 / 1.141	0 (0)	2	(1-3)	5	7
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	##/##	0 (0)	6	(0-30)	6	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	11 / 819	0 (0)	1	(1-2)	6	9
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	##/##	0 (0)	3	(1-6)	5	2
Sjælland	Ja	12 / 689	0 (0)	2	(1-3)	6	4
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	12 / 689	0 (0)	2	(1-3)	6	4
Syddanmark	Ja	25 / 1.247	0 (0)	2	(1-3)	3	4
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	7 / 323	0 (0)	2	(1-4)	3	5
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	##/##	0 (0)	1	(0-2)	3	4
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	13 / 276	0 (0)	5	(3-8)	4	2
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	##/##	0 (0)	1	(0-6)	0	3

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		≤ 5%	Tæller/ antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
		opfyldt	nævner (%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland	Ja	24 / 1.084	0 (0)	2	(1-3)	3	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	6 / 561	0 (0)	1	(0-2)	1	3
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	18 / 523	0 (0)	3	(2-5)	5	4
Nordjylland	Ja	22 / 500	0 (0)	4	(3-7)	5	6
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	#/#	0 (0)	5	(3-7)	5	6
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-15)	4	5
Privathospitaler							
Privathospitalet Mølholm	Ja	#/#	0 (0)	0	(0-84)	0	0

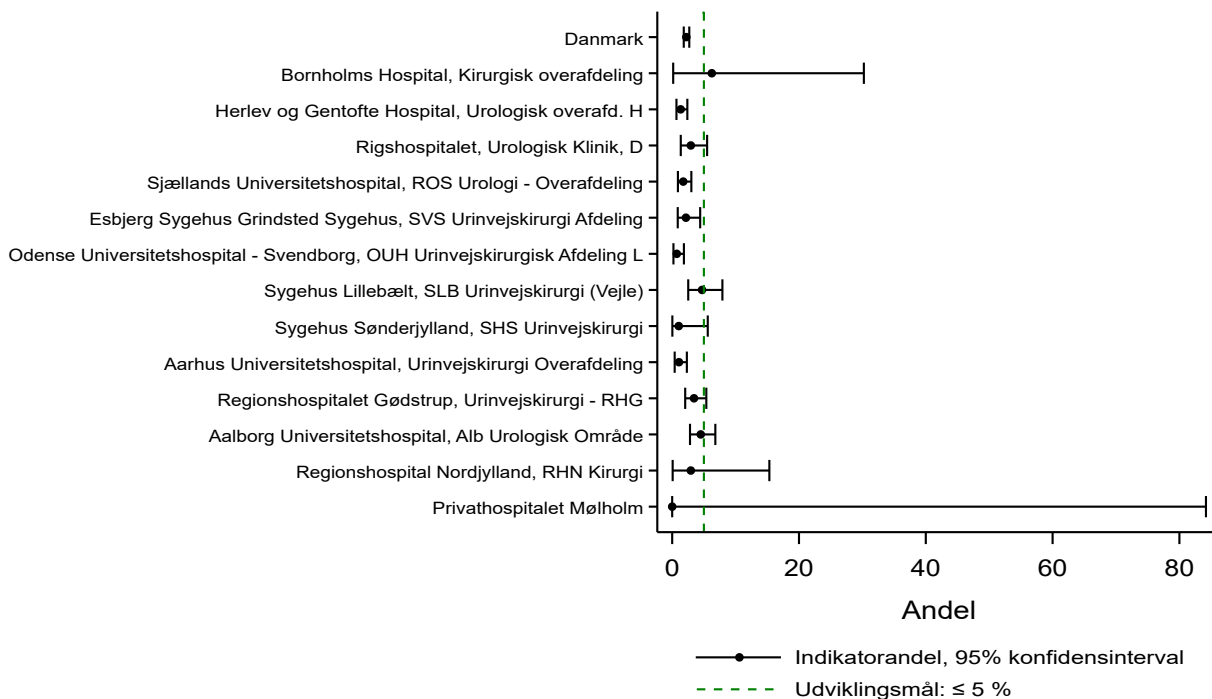
Forest plot, region

Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse inden for 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Forest plot på regionsniveau.



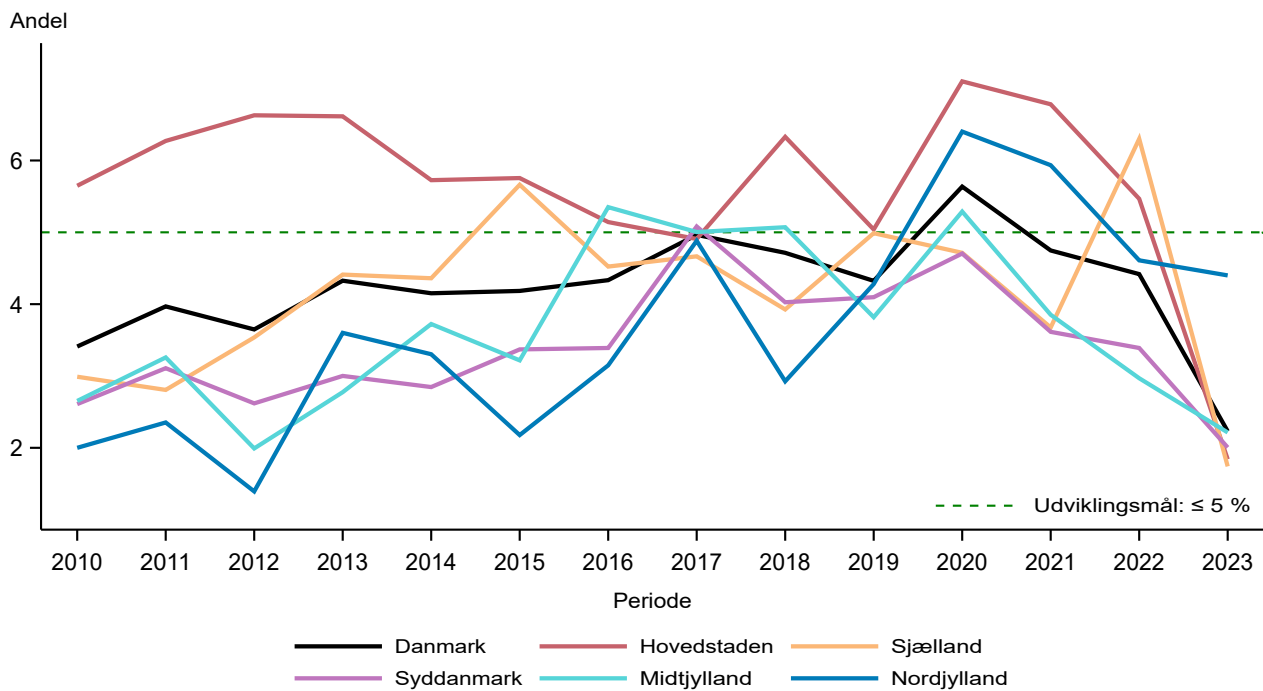
Forest plot, afdeling

Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse inden for 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse inden for 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 1s: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier

Se tekst ved Indikator 1.

Indikatortabel

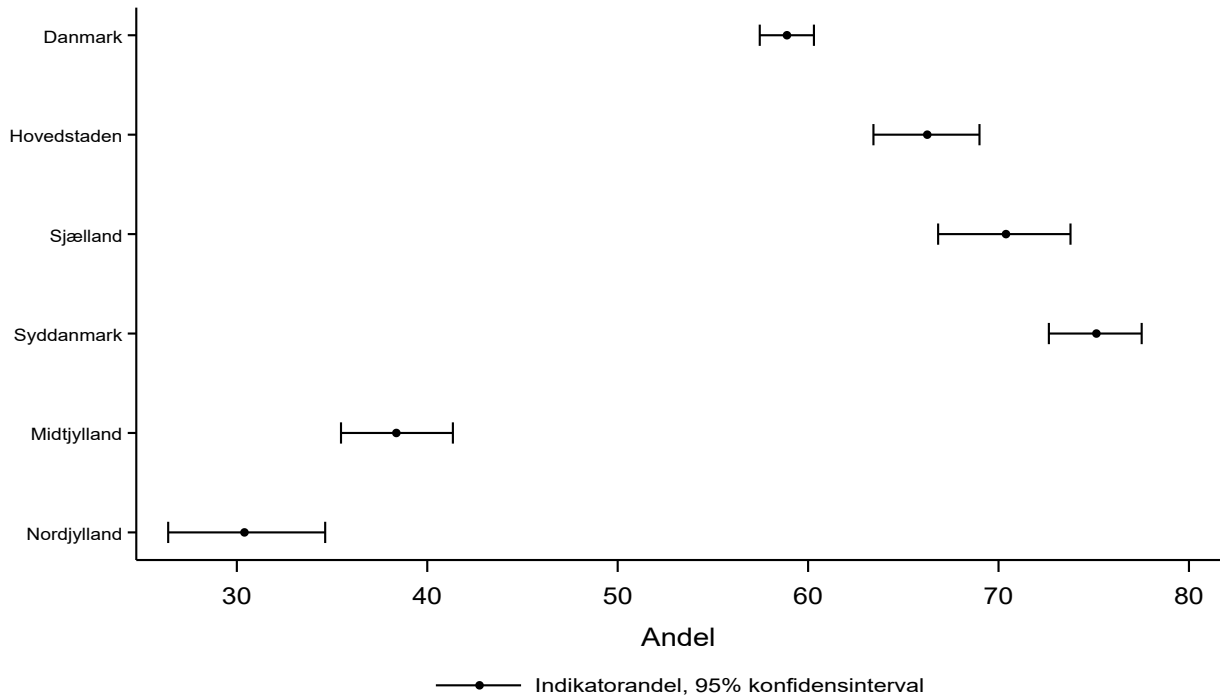
Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		2.746 / 4.663	0 (0)	59	(57-60)	13	0
Hovedstaden		756 / 1.141	0 (0)	66	(63-69)	29	0
Sjælland		485 / 689	0 (0)	70	(67-74)	0	0
Syddanmark		937 / 1.247	0 (0)	75	(73-78)	20	0
Midtjylland		416 / 1.084	0 (0)	38	(35-41)	3	0
Nordjylland		152 / 500	0 (0)	30	(26-35)	0	0
Hovedstaden		756 / 1.141	0 (0)	66	(63-69)	29	0
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling		0 / 16	0 (0)	0	(0-21)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		601 / 819	0 (0)	73	(70-76)	40	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		155 / 306	0 (0)	51	(45-56)	1	0
Sjælland		485 / 689	0 (0)	70	(67-74)	0	0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling		485 / 689	0 (0)	70	(67-74)	0	0
Syddanmark		937 / 1.247	0 (0)	75	(73-78)	20	0
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		309 / 323	0 (0)	96	(93-98)	2	0
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		502 / 551	0 (0)	91	(88-93)	40	0
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		126 / 276	0 (0)	46	(40-52)	0	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		0 / 97	0 (0)	0	(0-4)	0	0

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland		416 / 1.084	0 (0)	38	(35-41)	3	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		275 / 561	0 (0)	49	(45-53)	5	0
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		141 / 523	0 (0)	27	(23-31)	0	0
Nordjylland		152 / 500	0 (0)	30	(26-35)	0	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		152 / 466	0 (0)	33	(28-37)	0	0
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi		0 / 34	0 (0)	0	(0-10)	0	0
Privathospitaler							
Privathospitalet Mølholm		0 / 2	0 (0)	0	(0-84)	0	0

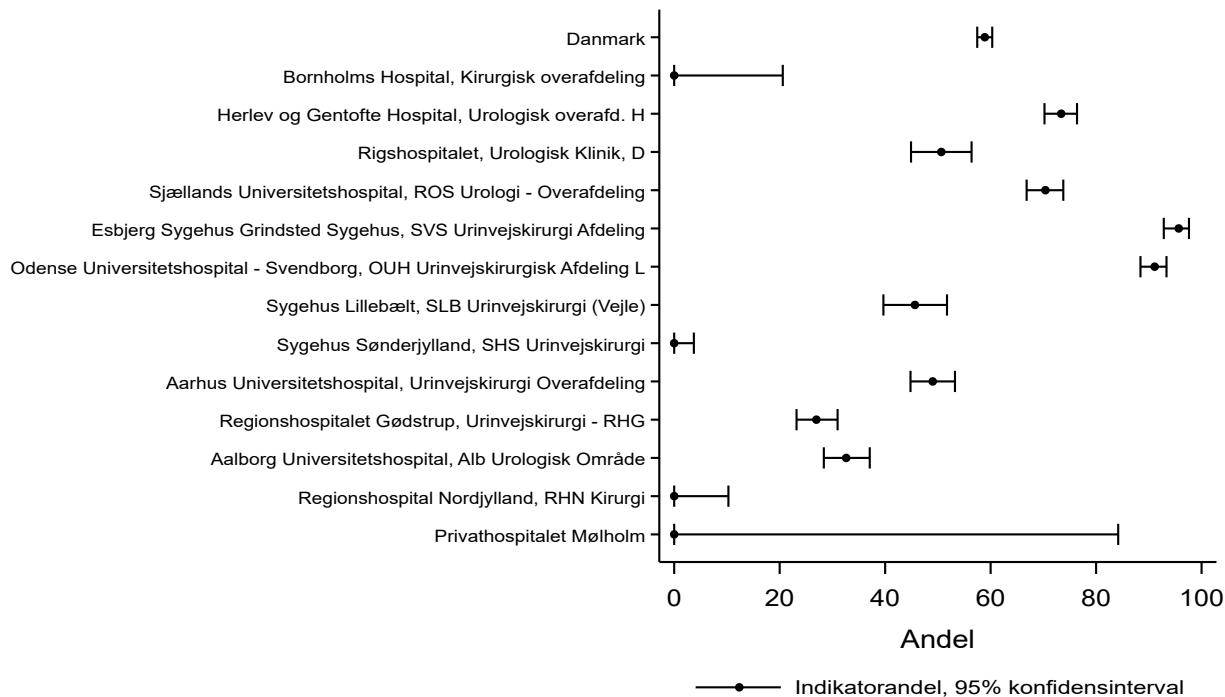
Forest plot, region

Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer). Forest plot på regionsniveau.



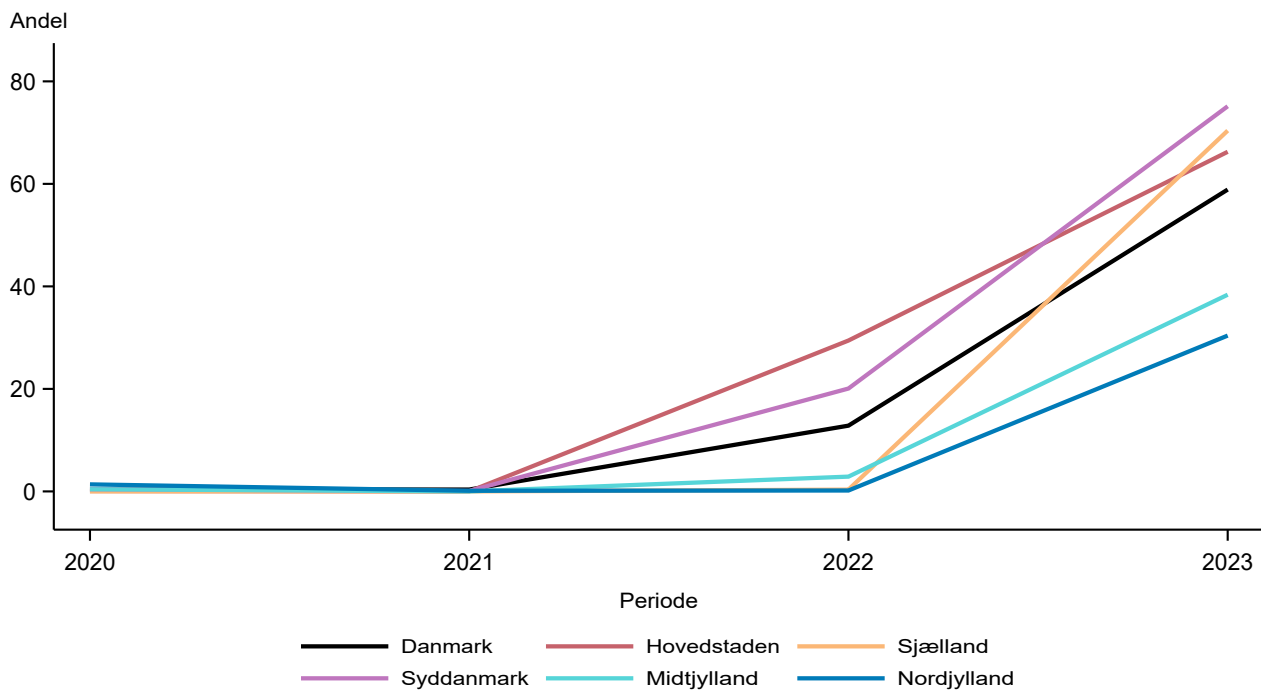
Forest plot, afdeling

Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer). Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer).
Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

Datagrundlag og beregningsregler

Indikatoren beskriver andelen af radikalt prostatektomerede patienter med det postoperative intraprostatisk patologiske stadie pT2, der ikke har tumorfrie resektionsrande, også kaldet "tumorpositiv kirurgisk margin".

Resultater

På landsplan havde 15% (84/558) af patienter med intraprostatisk (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er samme niveau som i 2022. Der er lidt variation mellem landets regioner (Figur 2-1 og 2-3), og den tidsmæssige tendens er relativt konstant. I de senere år er der ingen systematisk forskel mellem regionerne (Figur 2-3). På afdelingsniveau er det Regionshospitalet Gødstrup (20%) som er længst fra udviklingsmålet på 15%.

Diskussion og implikationer

Alt imens udviklingsmålet på <15% netop er nået på landsplan, ses der en regional variation på fraktionen af positive marginer spændende fra 11% til 18%. Det kan af trendgrafene ses, at den regionale variation i raten af positive rande er mindsket betydeligt i perioden efter indførelse af den diagnostiske MR-skanning omkring 2021.

Det kan bemærkes, at denne resultatindikator er vigtig, fordi positiv rand i 2020 årsrapportens særkapitel er vist evident associeret med recidiv, men at årsager til variation er ukendte, og at der ikke kan formuleres en praktisk handling, som vil nedbringe andelen med positiv rand. Der opfordres derfor fortsat til interne årsagsforklarende audits af de godt 80 berørte patienter. Der kan utvivlsomt være en læring i forståelsen af, hvorledes det på f.eks. på Aarhus Universitetshospital i 2023 er lykkedes med en betydelig reduktion af positive marginer.

Som grundlag for udviklingsmålet kan nævnes, at i store internationale serier (>1.000 opererede) angives frekvensen af tumorpositive kirurgiske rande ved pT2 tumorer på mellem 6% og 17%, hvilket er i god overensstemmelse med indikatorens udviklingsmål (Kang et al. 2020). En række faktorer øger desuden risikoen for tumorpositive kirurgiske rande ved pT2 tumorer (PSA-niveau, stigende PSA-niveau og Gleason score) (Shenet al. 2019). I rapporten skelnes der ikke imellem hvor udbredt positiv rand, der findes. Længden af en positiv rand (fokal vs. udbredt) er vist at være prognostisk for biokemisk recidiv og behov for senere supplerende behandling.

Vurdering af indikatoren

Indikatorens praktiske nytte er lav, fordi den ikke anviser en handling, som kan forbedre kvalitetsmålet. Da tumorpositive kirurgiske rande øger risikoen for biokemisk sygdomstilbagefald, som, udover at kunne udvikle sig til en uhelbredelig tilstand, ligeledes leder til behovet for efterfølgende potentielt bivirkningsfyldt salvaeterapi, anses det for vigtigt, at der bibeholdes et fokus på området, hvorfor indikatoren og det aktuelle udviklingsmål ønskes bevaret. Der arbejdes på at kunne skelne mellem fokale og udbredt positive resektionsrande.

Indikatortabel

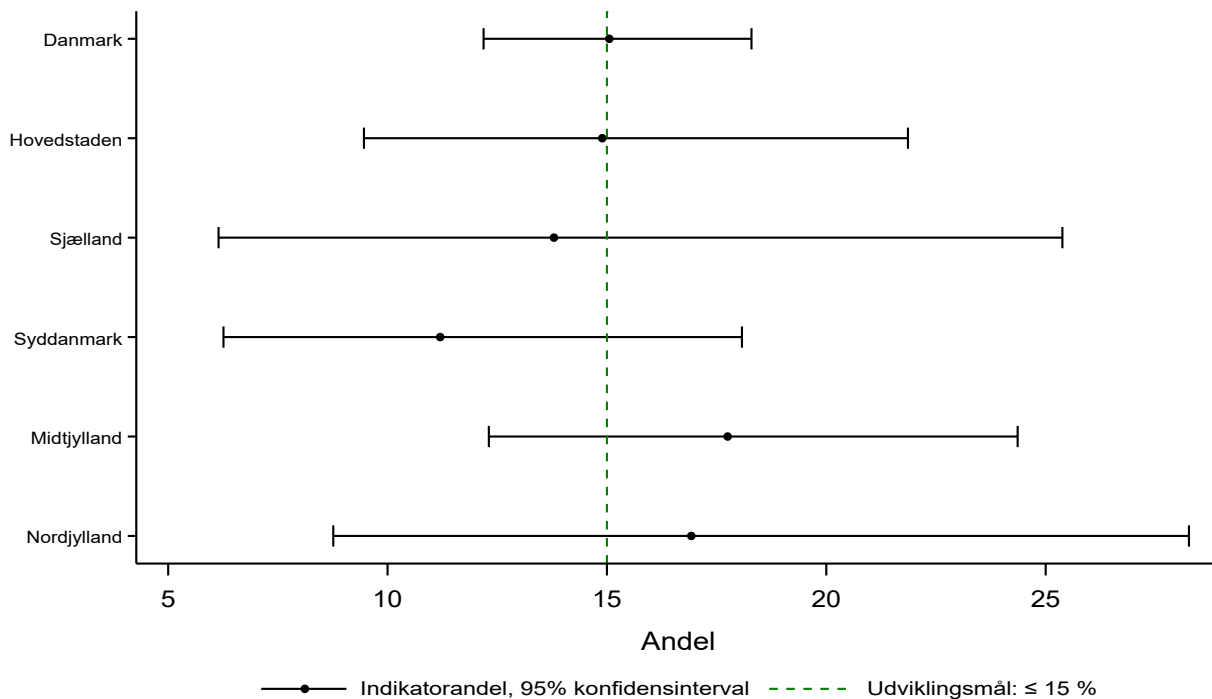
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 15%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	84 / 558	0 (0)	15	(12-18)	15	17
Hovedstaden	Ja	21 / 141	0 (0)	15	(9-22)	17	19
Sjælland	Ja	8 / 58	0 (0)	14	(6-25)	16	18
Syddanmark	Ja	14 / 125	0 (0)	11	(6-18)	10	15
Midtjylland	Nej	30 / 169	0 (0)	18	(12-24)	21	15
Nordjylland	Nej	11 / 65	0 (0)	17	(9-28)	13	15
Hovedstaden	Ja	21 / 141	0 (0)	15	(9-22)	17	19
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	9 / 73	0 (0)	12	(6-22)	12	22
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	12 / 68	0 (0)	18	(9-29)	25	14
Sjælland	Ja	8 / 58	0 (0)	14	(6-25)	16	18
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	8 / 58	0 (0)	14	(6-25)	16	18
Syddanmark	Ja	14 / 125	0 (0)	11	(6-18)	10	15
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgi	Ja	14 / 125	0 (0)	11	(6-18)	10	15
Midtjylland	Nej	30 / 169	0 (0)	18	(12-24)	21	15
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	6 / 51	0 (0)	12	(4-24)	21	22
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Nej	24 / 118	0 (0)	20	(13-29)	21	12
Nordjylland	Nej	11 / 65	0 (0)	17	(9-28)	13	15

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 15%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	11 / 65	0 (0)	17	(9-28)	13	15

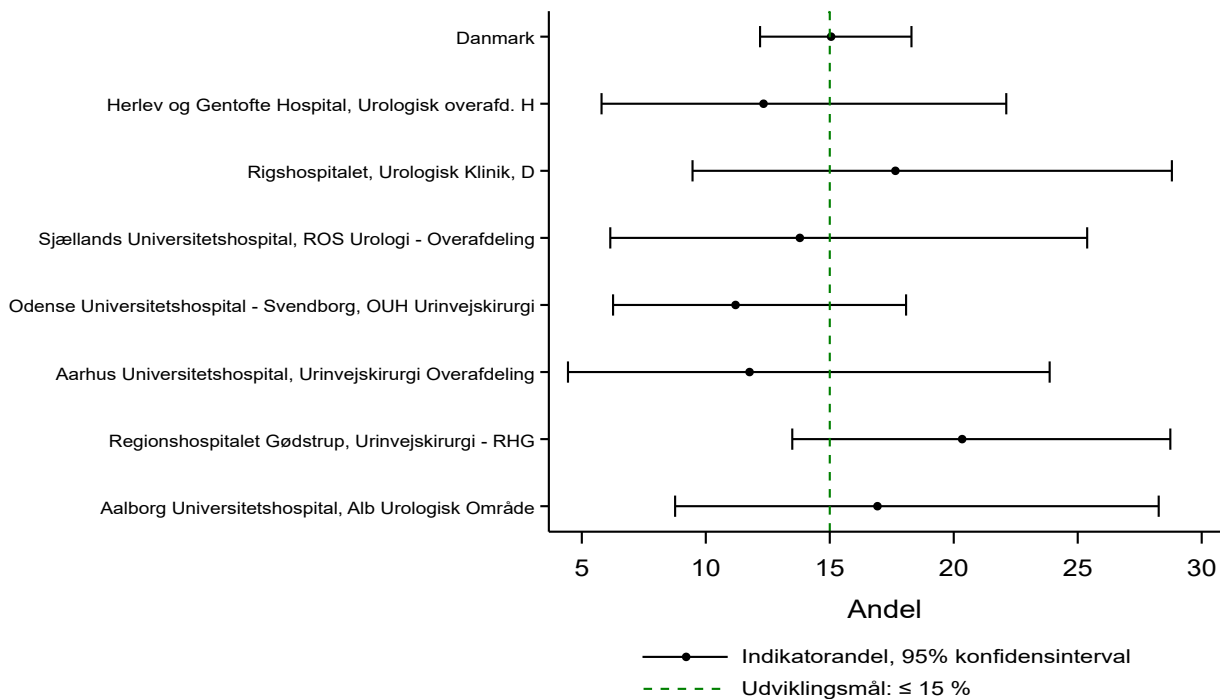
Forest plot, region

Indikator 2: Andel af radikalt prostektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på regionsniveau.



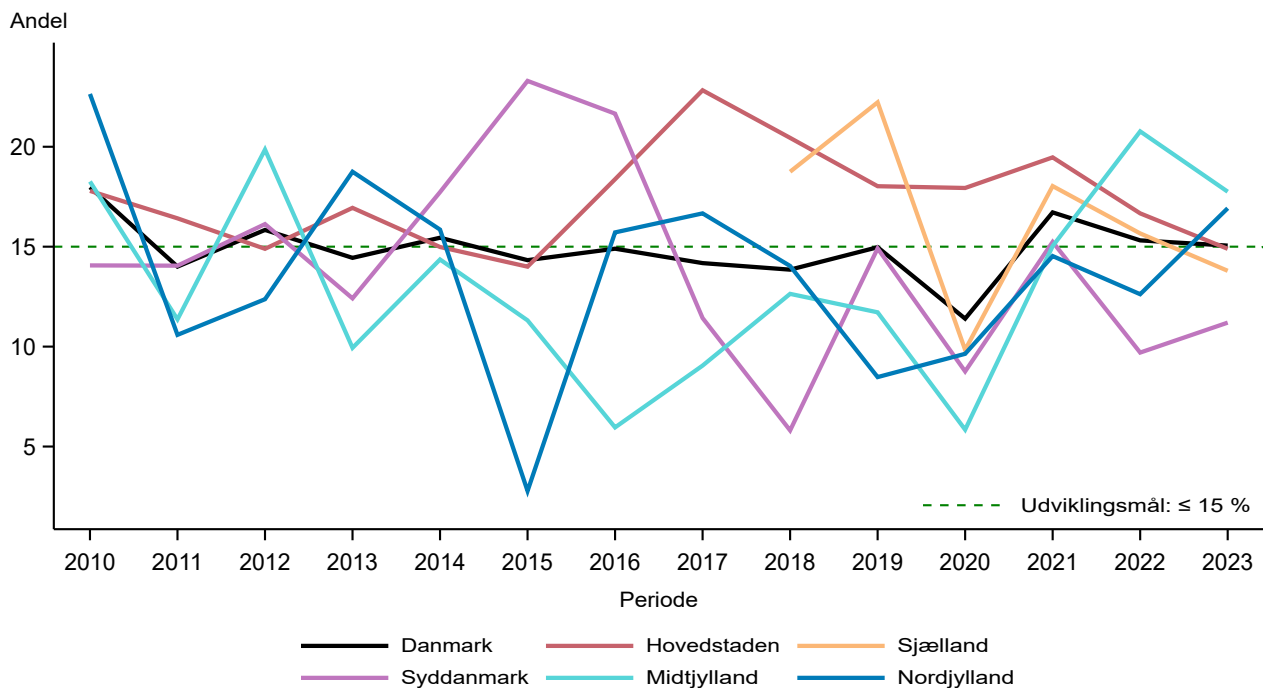
Forest plot, afdeling

Indikator 2: Andel af radikalt prostektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 2: Andel af radikalt prostektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 3 beskriver andelen af patienter med postoperativt påviselige ekstraprostatisk (pT3) tumorer, som havde tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi.

Resultater

På landsplan havde 164 af i alt 411 (40%) af patienter med pT3 tumorer tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi. Dette er samme niveau som de senere år. Der er lidt variation mellem landets regioner (Figur 3-1 og 3-3), og den tidsmæssige tendens er relativt konstant. I de senere år var der ingen systematisk forskel mellem regionerne (Figur 3-3).

Diskussion og implikationer

Indførelse af den diagnostiske MR-skanning har vist sig ikke at kunne ændre væsentligt på udfordringen af den præoperative bestemmelse af sygdommens stadie. Alt imens kun 61 (6%) af de opererede patienter præoperativt vurderedes at være med kapselgennemvækst (cT3), viste hele 411 (42%) af tumorerne postoperativt at være vokset gennem kapslen (pT3) og patienten dermed med forhøjet risiko for at ende med positive marginer, biokemiske tilbagefald og behov for yderligere behandling.

Ud over niveauet i store internationale serier (Kang et al. 2020) understøttes det aktuelle høje udviklingsmål af en ensartet udvikling med kun mindre regional variation her i landet. Der er ikke kendte ændringer i datadefinitioner, som kan tænkes at bidrage til den fortsat høje andel, men den kan være resultatet af en fortsat mere aggressiv kirurgisk samt multimodal behandlingsstrategi, sammenholdt med den fortsat begrænsede mulighed for en mere nøjagtig præoperativ bestemmelse af stadiet. På institutionsniveau spænder andelen af positive marginer fra 33% på Aalborg Universitetshospital til 47% på Rigshospitalet. Særligt på de afdelinger, hvor man ikke når udviklingsmålet, anbefales det at auditere sygdommens kliniske stadie, operationsindikation og teknik hos de opererede pT3 patienter, som endte med tumorpositive kirurgiske rande. Den regionale variation ses dog på trendgrafene at være blevet mindre varierende efter indførelse af diagnostisk MR-skanning.

Vurdering af indikatoren

Indikatorens praktiske nytte er lav, fordi den ikke anviser en handling, som kan forbedre kvalitetsmålet. Da tumorpositive kirurgiske rande øger risikoen for biokemisk sygdomstilbagefald og behov for yderligere behandling, anses det her ligesom for indikator 2 for vigtigt, at der bibeholdes et fokus på området, hvorfor indikatoren og det aktuelle udviklingsmål ønskes bevaret.

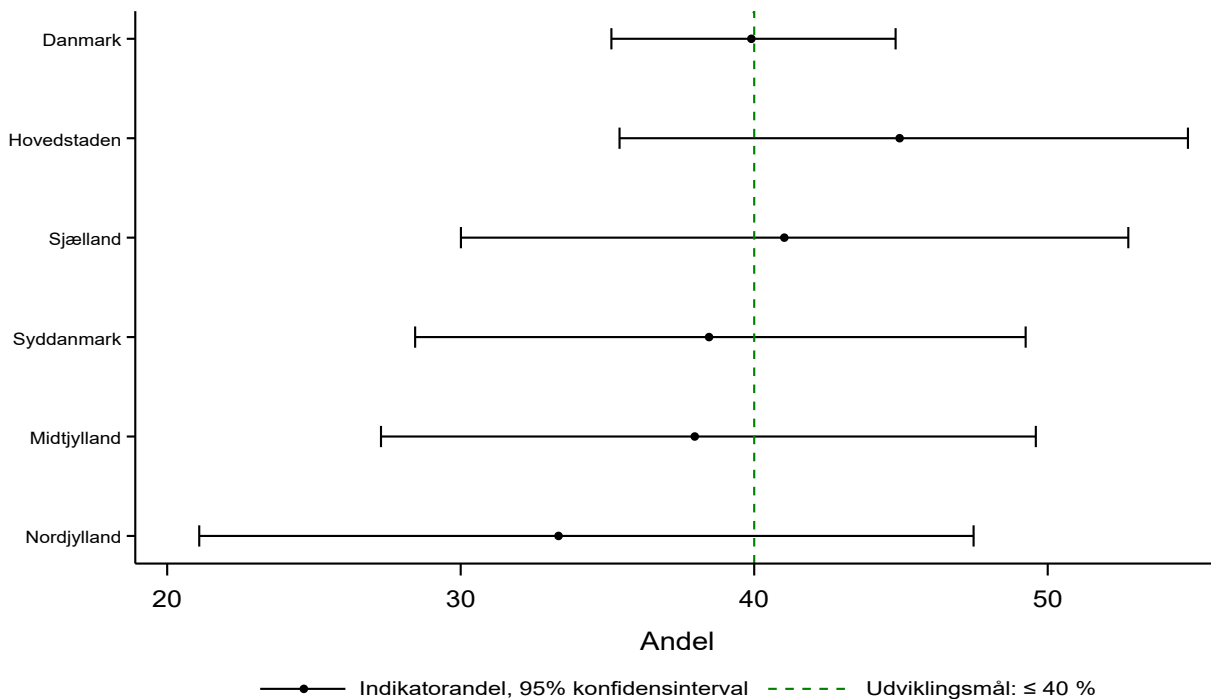
Indikator tabel

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 40%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	164 / 411	0 (0)	40	(35-45)	38	41
Hovedstaden	Nej	49 / 109	0 (0)	45	(35-55)	44	43
Sjælland	Nej	32 / 78	0 (0)	41	(30-53)	38	45
Syddanmark	Ja	35 / 91	0 (0)	38	(28-49)	31	40
Midtjylland	Ja	30 / 79	0 (0)	38	(27-50)	40	42
Nordjylland	Ja	18 / 54	0 (0)	33	(21-47)	35	34
Hovedstaden	Nej	49 / 109	0 (0)	45	(35-55)	44	43
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	32 / 73	0 (0)	44	(32-56)	36	43
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	17 / 36	0 (0)	47	(30-65)	57	44
Sjælland	Nej	32 / 78	0 (0)	41	(30-53)	38	45
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Nej	32 / 78	0 (0)	41	(30-53)	38	45
Syddanmark	Ja	35 / 91	0 (0)	38	(28-49)	31	40
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgi	Ja	35 / 91	0 (0)	38	(28-49)	31	40
Midtjylland	Ja	30 / 79	0 (0)	38	(27-50)	40	42
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	13 / 38	0 (0)	34	(20-51)	52	46
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Nej	17 / 41	0 (0)	41	(26-58)	27	36
Nordjylland	Ja	18 / 54	0 (0)	33	(21-47)	35	34
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	18 / 54	0 (0)	33	(21-47)	35	34

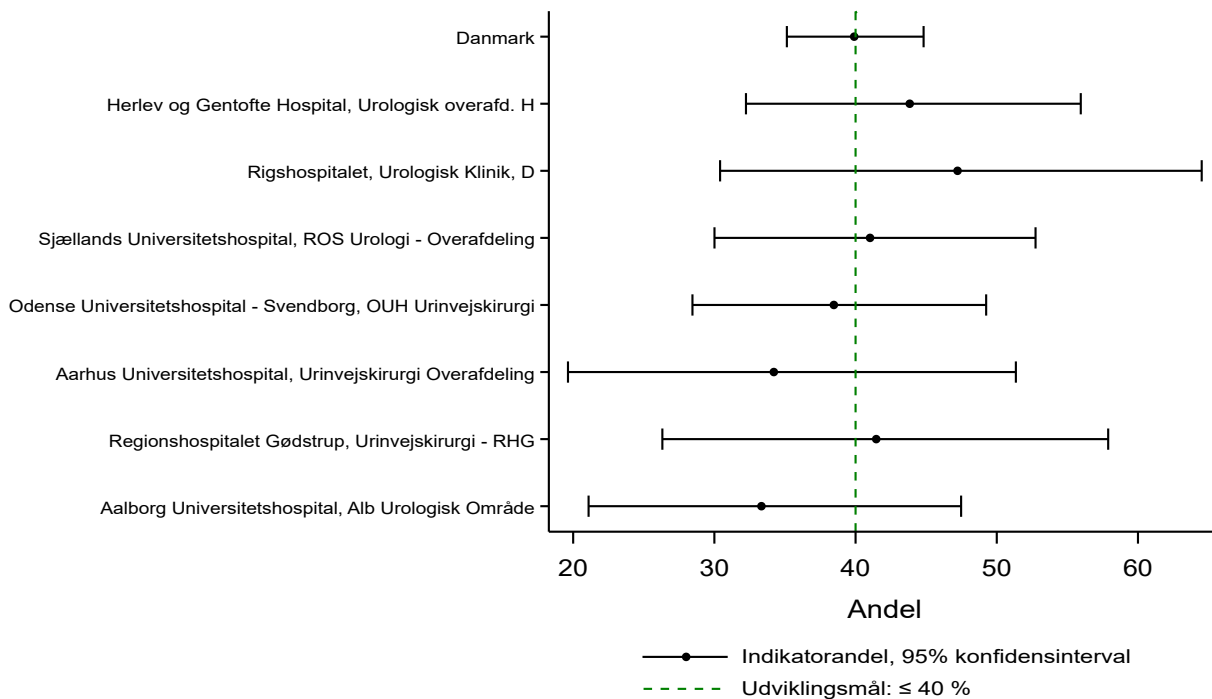
Forest plot, region

Indikator 3: Andel af radikalt prostektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på regionsniveau.



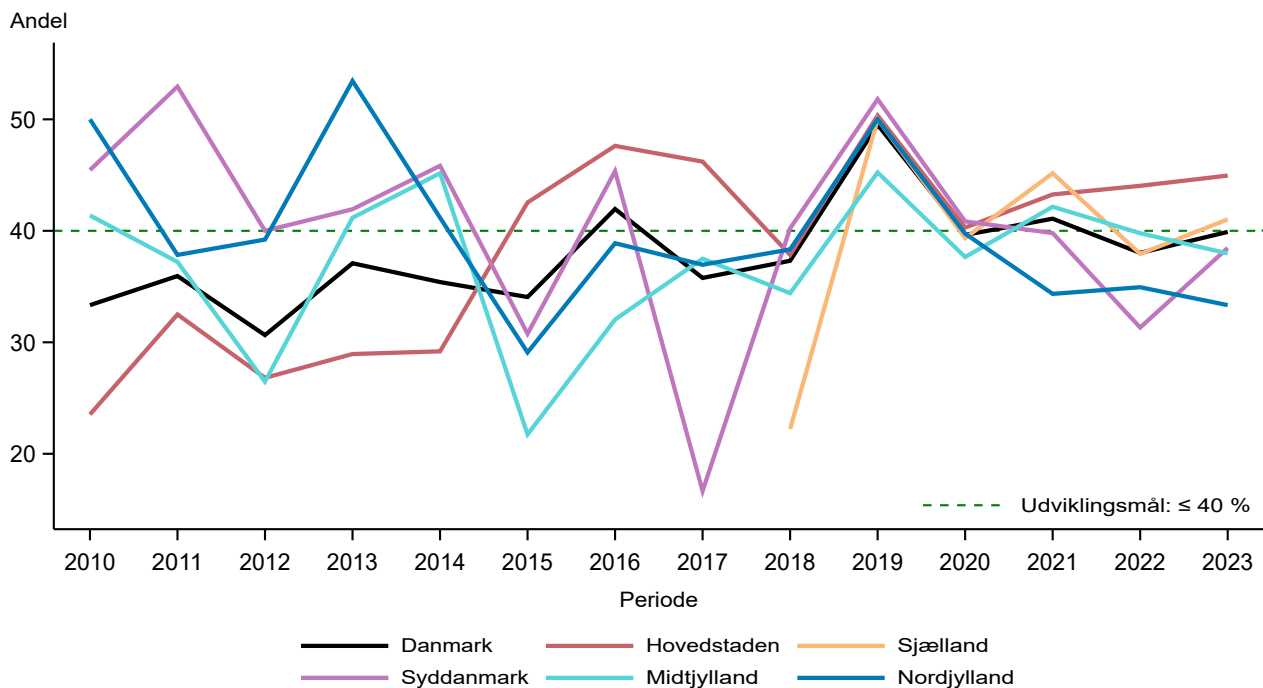
Forest plot, afdeling

Indikator 3: Andel af radikalt prostektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 3: Andel af radikalt prostektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Kirurgiske komplikationer

Datagrundlag og beregningsregler

Denne indikator søger at måle forekomsten af kirurgiske komplikationer efter radikal prostatektomi med en programmeret Clavien-Dindo score. Der anvendes i beregningen de specifikke registrerede komplikationer. Indikatorberegningen er foretaget med LPR3 data fra årene 2020-2023. Beregningen forudsætter tre måneders opfølgningstid.

Resultater

For landet som helhed havde 5% (52/946) af patienterne en Clavien-Dindo score på 3 eller højere. Andelen varierede lidt fra 4% i Region Midtjylland til 7% i Region Sjælland. På institutionsniveau spænder andelen fra 8% på Rigshospitalet til 3% på Regionshospitalet Gødstrup.

Fire ud af fem regioner og halvdelen af landets hospitalsafdelinger har endnu ikke opnået det fastsatte udviklingsmål på 5%.

Vurderet over tid, er der ingen systematisk forskel mellem regionerne. Der ses en positiv udvikling i Midtjylland, hvor andelen med komplikationer er faldet fra mere end 9% i 2019 til 4% i 2023.

Diskussion

Da andelen af disse signifikante komplikationer varierer over tid på de enkelte afdelinger samt mellem disse, anbefales man på de enkelte afdelinger at auditere behandlingsforløbet hos de godt 50 berørte patienter. I bestræbelserne på at identificere initiativer til nedbringelse af komplikationer ved det operative indgreb, anbefales det lokalt at forholde sig til de specifikke komplikationsårsager.

Vurdering af indikatoren

Væsentlige komplikationer ved et elektivt operativt indgreb bør tilstræbes at ramme så få som muligt. Da udviklingsmålet for andelen af radikalt prostatektomerede patienter med Clavien-Dindo-grad >3 komplikationer indenfor 90 dage efter operationen som nævnt ikke er opnået, ønskes indikatoren og udviklingsmålet bevaret i sin nuværende form.

Indikatortabel

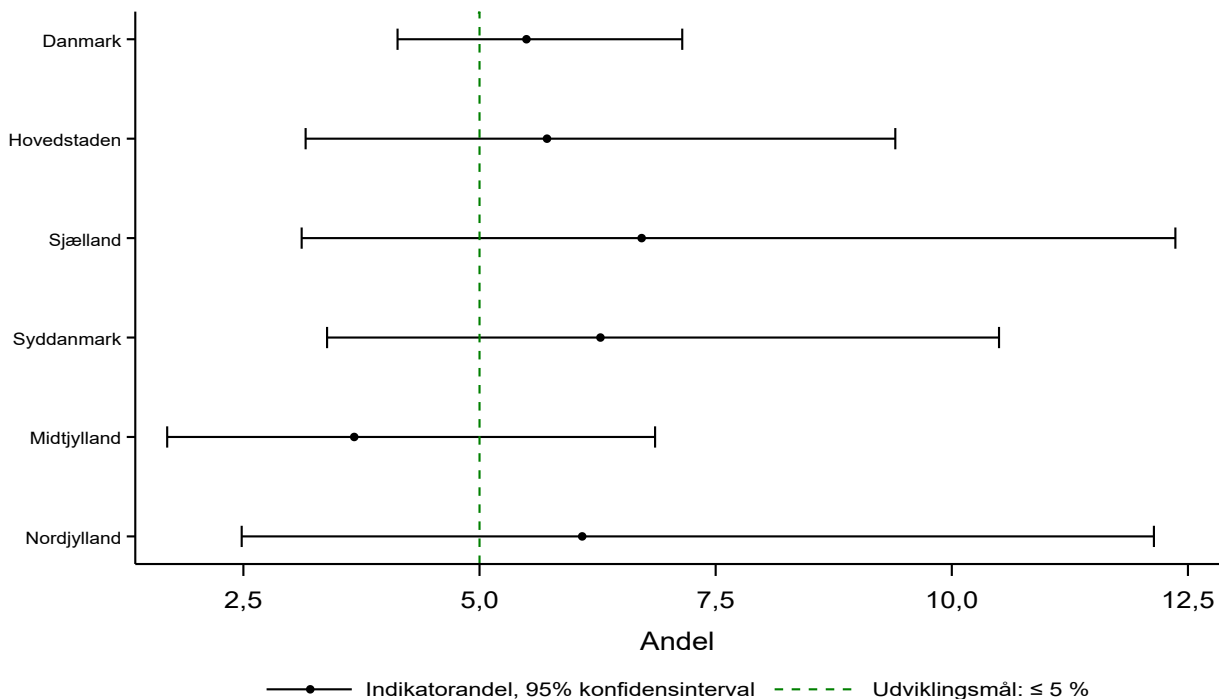
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	52 / 946	0 (0)	5	(4-7)	5	7
Hovedstaden	Nej	14 / 245	0 (0)	6	(3-9)	4	6
Sjælland	Nej	9 / 134	0 (0)	7	(3-12)	4	10
Syddanmark	Nej	13 / 207	0 (0)	6	(3-10)	3	5
Midtjylland	Ja	9 / 245	0 (0)	4	(2-7)	7	8
Nordjylland	Nej	7 / 115	0 (0)	6	(2-12)	7	9
Hovedstaden	Nej	14 / 245	0 (0)	6	(3-9)	4	6
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	6 / 140	0 (0)	4	(2-9)	4	4
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	8 / 105	0 (0)	8	(3-14)	4	11
Sjælland	Nej	9 / 134	0 (0)	7	(3-12)	4	10
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Nej	9 / 134	0 (0)	7	(3-12)	4	10
Syddanmark	Nej	13 / 207	0 (0)	6	(3-10)	3	5
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgi	Nej	13 / 207	0 (0)	6	(3-10)	3	5
Midtjylland	Ja	9 / 245	0 (0)	4	(2-7)	7	8
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	4 / 88	0 (0)	5	(1-11)	5	6
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	5 / 157	0 (0)	3	(1-7)	8	9
Nordjylland	Nej	7 / 115	0 (0)	6	(2-12)	7	9

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	7 / 115	0 (0)	6	(2-12)	7	9

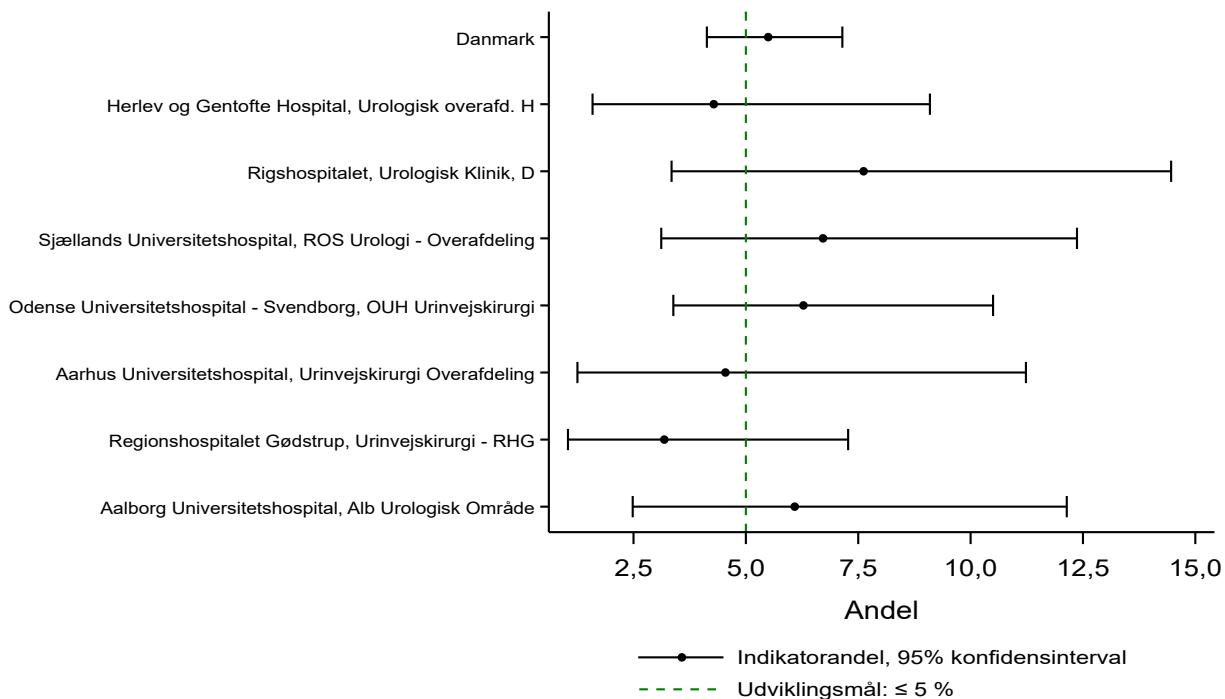
Forest plot, region

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Forest plot på regionsniveau.



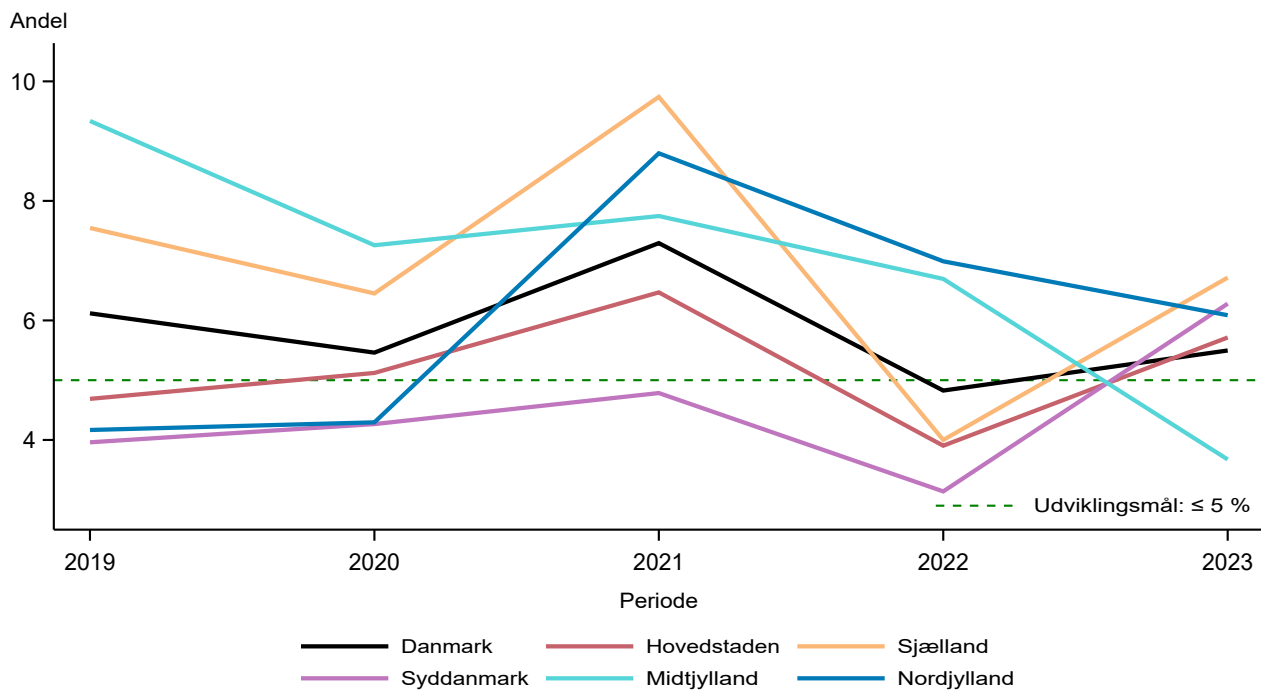
Forest plot, afdeling

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 4: Andel af radikalt prostektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5: Lav risiko: kurativ behandling

Datagrundlag og beregningsregler

Andelen af patienter vurderet i lav risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget lav, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at betale overbehandlingsprisen for aktiv og tidlig sygdomsopsporing.

Resultater

Antallet af patienter diagnosticeret med lavrisikosygdom var 341 i 2022-2023. Heraf modtog 6% behandling inden for tre måneder efter diagnosen. Der var en betydelig regional variation med behandlingsandele mellem 0% og 12%. Andelen var særligt høj på Rigshospitalet (23%) og ved Aarhus Universitetshospital (21%).

Den tidsmæssige udvikling (Figur 5-3) viser et betydeligt fald i den ønskede retning i Hovedstaden og en markant stigning i Midtjylland.

Det er bemærkelsesværdigt, at andelen af behandlede lavrisiko patienter i Hovedstaden er faldet markant over tiden, selvom andelen ved regionens to hospitaler har været konstant 0% i Herlev og svagt stigende på Rigshospitalet (aktuelt 23%).

Diskussion og implikationer

Det skal bemærkes, at der kan være et selektivt patientflow indenfor regionerne, som påvirker patientgruppens sammensætning ved det enkelte hospital i regionen. Det er derfor vigtigt at analyse af de enkelte hospitaler foretages i sammenhæng med en betragtning om indikatorresultatet på det regionale niveau. For Indikator 5 er det tilfældet, at den behandlede andel er højere i Hovedstaden og Region Midtjylland end i de øvrige regioner, og at det er Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital som bidrager hertil.

Det anbefales, at man på Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital ser nærmere på årsagsforhold til behandlingsvalget af de hhv. fem og 10 lavrisikopatienter og evt. foretager en overordnet sammenligning med regionens andet center, hvor denne patientkategori konsekvent ikke blev behandlet.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren ønskes bevaret, da risiko for overbehandling udgør den store udfordring i forhold til screening og tidlig opsporing af prostatacancer. Med henvisning til Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje fra 2019 er det vigtigt, at bevare fokus på ikke at behandle patienter med lavrisikosygdom.

Indikatortabel

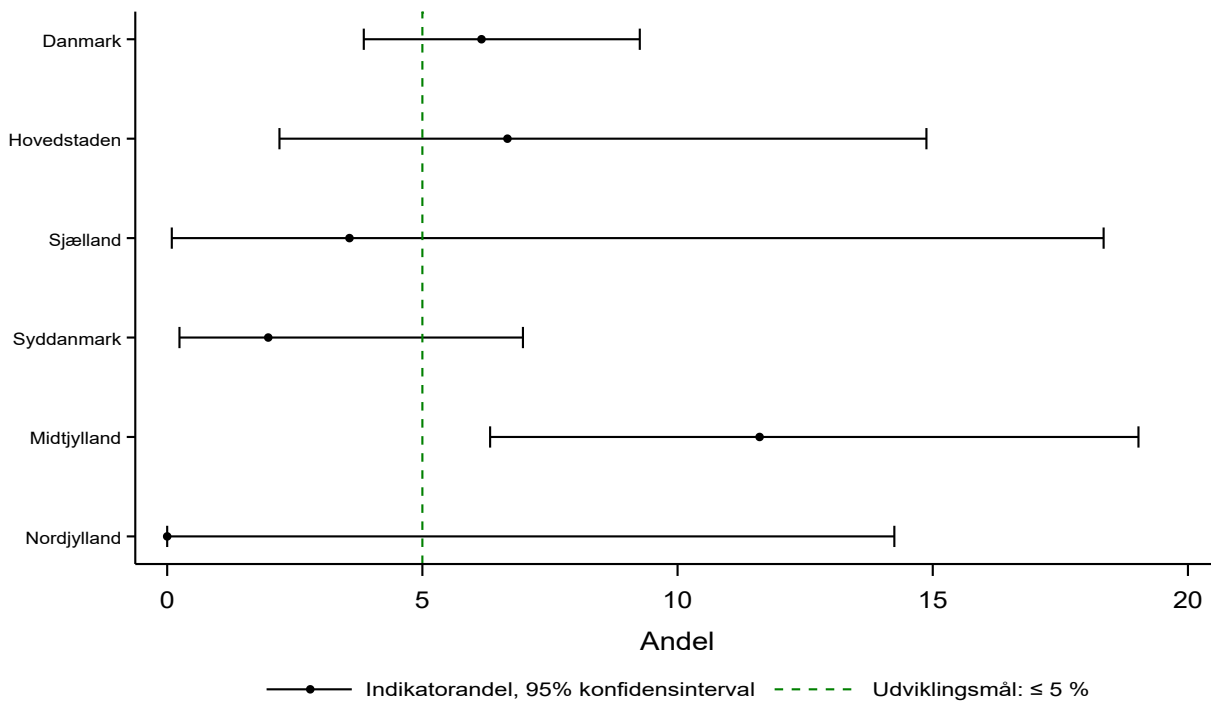
Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/	antal	01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22	2020/21
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	21 / 341	0 (0)	6	(4-9)	7	5
Hovedstaden	Nej	5 / 75	0 (0)	7	(2-15)	10	13
Sjælland	Ja	##/##	0 (0)	4	(0-18)	2	2
Syddanmark	Ja	##/##	0 (0)	2	(0-7)	2	6
Midtjylland	Nej	13 / 112	0 (0)	12	(6-19)	10	3
Nordjylland	Ja	0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	0	0
Hovedstaden	Nej	5 / 75	0 (0)	7	(2-15)	10	13
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Ja	##/##	0 (0)	0	(0-84)		
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	0 / 51	0 (0)	0	(0-7)	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	5 / 22	0 (0)	23	(8-45)	22	21
Sjælland	Ja	##/##	0 (0)	4	(0-18)	2	2
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	##/##	0 (0)	4	(0-18)	2	2
Syddanmark	Ja	##/##	0 (0)	2	(0-7)	2	6
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	##/##	0 (0)	3	(0-16)	0	7
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	0 / 27	0 (0)	0	(0-13)	6	3
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	##/##	0 (0)	3	(0-15)	3	9
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	0 / 5	0 (0)	0	(0-52)	0	0
Midtjylland	Nej	13 / 112	0 (0)	12	(6-19)	10	3

	Udviklingsmål	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år			
			≤ 5% opfyldt	Tæller/ nævner	01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22	2020/21
					antal (%)	Andel	95% CI	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Nej	10 / 48	0 (0)	21	(10-35)	21	4	
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	3 / 64	0 (0)	5	(1-13)	0	2	
Nordjylland	Ja	0 / 24	0 (0)	0	(0-14)	0	0	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	##/##	0 (0)	0	(0-15)	0	0	
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	Ja	##/##	0 (0)	0	(0-84)	0	0	
Privathospitaler/Speciallæger	Ja	##/##	0 (0)	0	(0-98)		0	

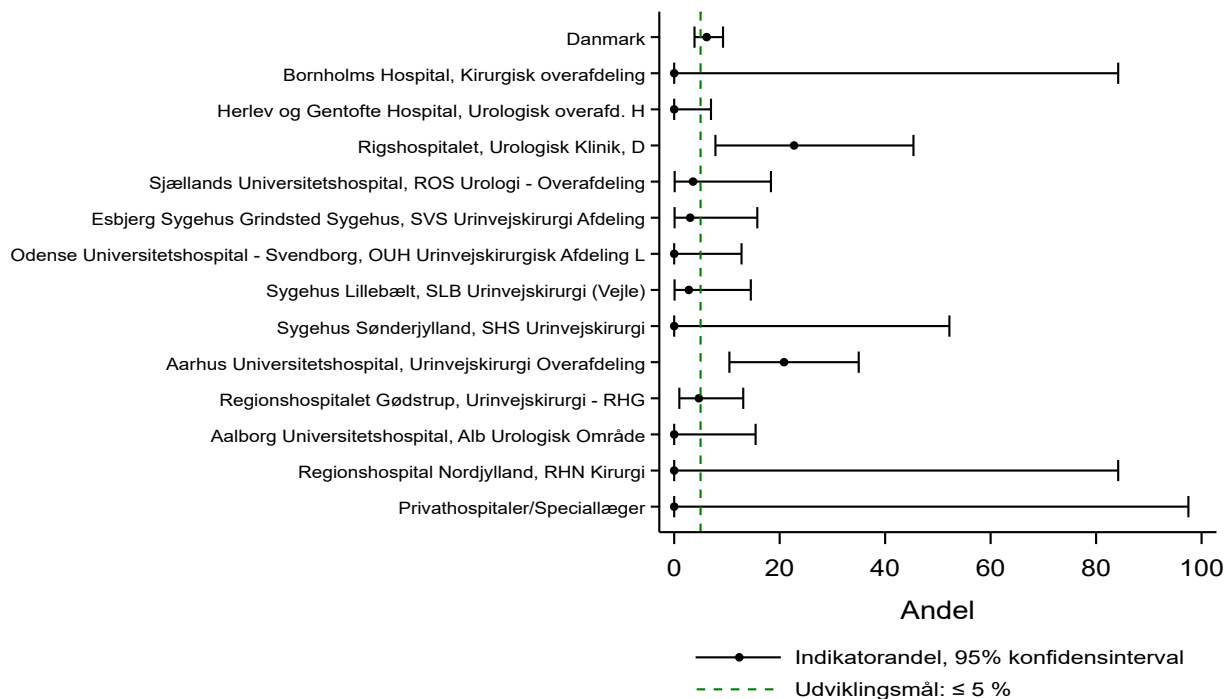
Forest plot, region

Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Forest plot på regionsniveau.



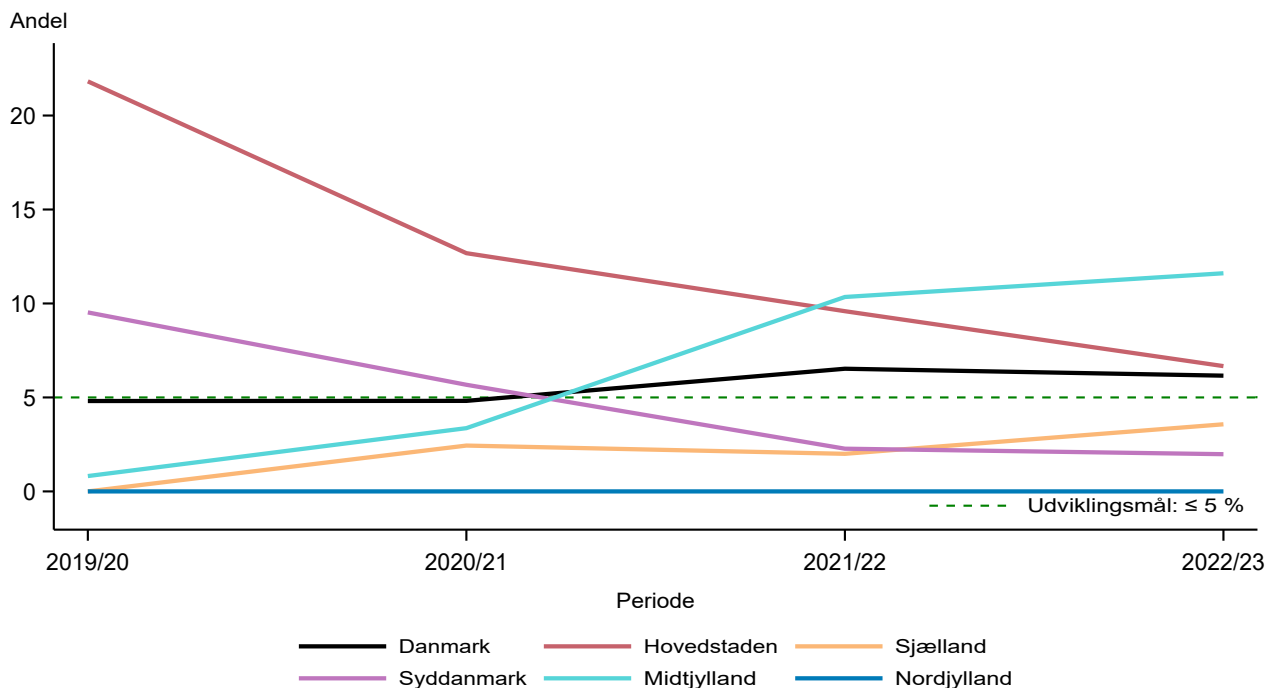
Forest plot, afdeling

Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling

Datagrundlag og beregningsregler

Andelen af patienter vurderet i høj risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være høj, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at udvikle uhelbredelig avanceret sygdom.

Resultater

Antallet af patienter diagnosticeret med højrisikosygdom var 1.473 i 2022-2023. Heraf modtog 73% behandling inden for tre måneder efter diagnosen, og udviklingsmålet er derfor opfyldt på landsplan. Der er variation mellem landets regioner, hvor Region Syddanmark har den laveste andel af behandlede patienter (65%). Der er lav behandlingsandel i de tre største hospitalsafdelinger i Region Syddanmark. I Region Nordjylland er den behandlede andel meget lav i Regionshospital Nordjylland (22%) men nær landsgennemsnittet ved Aalborg Universitetshospital.

Der ses også en lav behandlet andel på Bornholm (25%), men dette er baseret på meget få patienter, som det er tilfældet også ved Regionshospital Nordjylland.

Vurderet over tid (Figur 6-3) ses en generel tendens til stigning i den ønskede retning i de seneste opgørelsesperioder i landet som helhed. Særligt markant er stigningen i Region Sjælland, hvor andelen nu er landets højeste, og i Region Syddanmark hvor andelen fortsat er landets laveste.

Diskussion og implikationer

Det skal bemærkes, at der kan være et selektivt patientflow inden for regionerne, som påvirker patientgruppens sammensætning ved det enkelte hospital i regionen. Det er derfor vigtigt at analyse af de enkelte hospitaler foretages i sammenhæng med en betragtning om indikatorresultatet på det regionale niveau. For Indikator 6 er det tilfældet, at den behandlede andel er lav i Region Syddanmark, både i regionen som helhed og i de største hospitaler i denne region.

Patienter vurderet i højrisiko må ubehandlet forventes at progredierte til uhelbredelig sygdom, hvorfor andelen af disse, som påbegynder intenderet kurativ behandling, bør være høj. Dette dog under forudsætning af at de i øvrigt honorerer kravene hertil i henhold til de aktuelle landsdækkende kliniske retningslinjer på området. Resultaterne kan være påvirket af evt. variation i komorbiditet, forventet restlevetid og andre kliniske karakteristika, som kan være udslagsgivende for behandlingsindikationen.

Da patientgruppen med højrisikosygdom i udgangspunktet må anses for behandlingskrævende, er det væsentligt med fortsat fokus på denne gruppe.

Vurdering af indikatoren

Med de regionale variationer in mente, ønskes indikatoren og udviklingsmålet bevaret uændret til næste år.

Indikatortabel

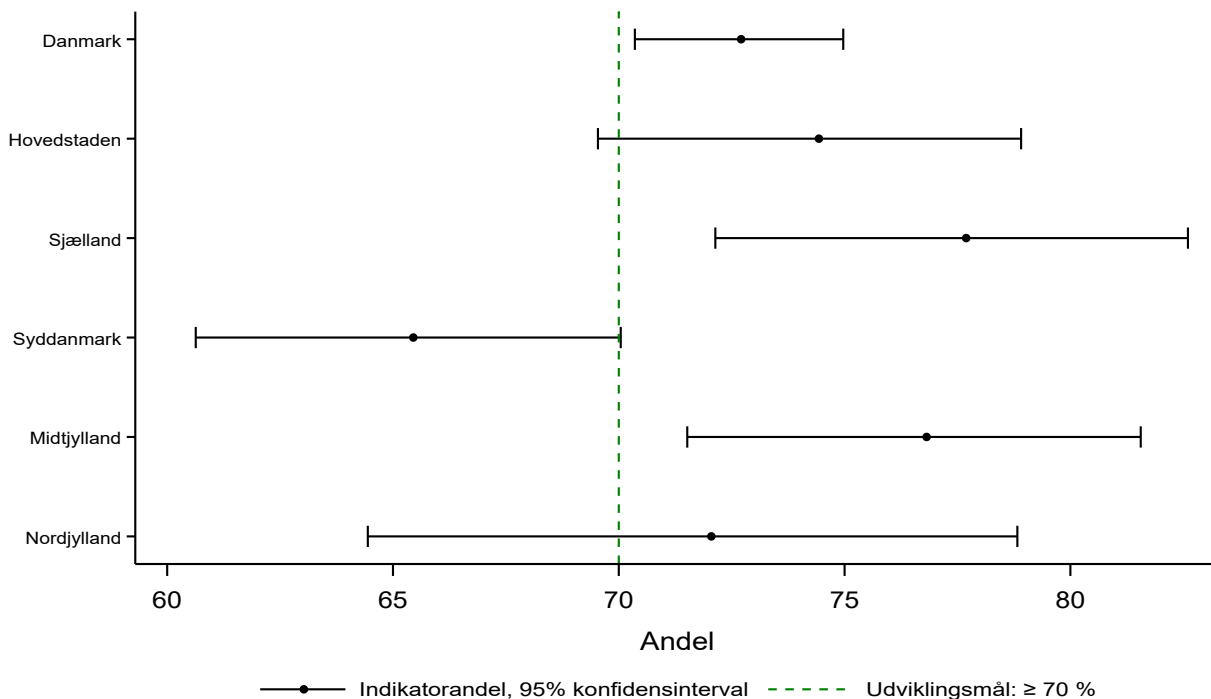
Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
		≥ 70%	Tæller/ nævner	antal	01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22	2020/21
		opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.071 / 1.473	0 (0)	73	(70-75)	67	67	
Hovedstaden	Ja	262 / 352	0 (0)	74	(70-79)	70	74	
Sjælland	Ja	202 / 260	0 (0)	78	(72-83)	72	66	
Syddanmark	Nej	269 / 411	0 (0)	65	(61-70)	58	60	
Midtjylland	Ja	222 / 289	0 (0)	77	(72-82)	75	71	
Nordjylland	Ja	116 / 161	0 (0)	72	(64-79)	67	67	
Hovedstaden	Ja	262 / 352	0 (0)	74	(70-79)	70	74	
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	##/##	0 (0)	25	(3-65)	0	0	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	167 / 221	0 (0)	76	(69-81)	68	75	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	##/##	0 (0)	76	(67-83)	75	75	
Sjælland	Ja	202 / 260	0 (0)	78	(72-83)	72	66	
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	202 / 260	0 (0)	78	(72-83)	72	66	
Syddanmark	Nej	269 / 411	0 (0)	65	(61-70)	58	60	
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Nej	59 / 92	0 (0)	64	(53-74)	49	66	
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	137 / 208	0 (0)	66	(59-72)	56	53	
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Nej	57 / 89	0 (0)	64	(53-74)	69	69	
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	16 / 22	0 (0)	73	(50-89)	57	57	
Midtjylland	Ja	222 / 289	0 (0)	77	(72-82)	75	71	

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 70%	Tæller/	antal	01.07.2022 - 30.06.2023		2021/22	2020/21
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	131 / 172	0 (0)	76	(69-82)	73	70
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	91 / 117	0 (0)	78	(69-85)	77	71
Nordjylland	Ja	116 / 161	0 (0)	72	(64-79)	67	67
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	#/#	0 (0)	75	(67-82)	67	69
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	Nej	#/#	0 (0)	22	(3-60)	67	62

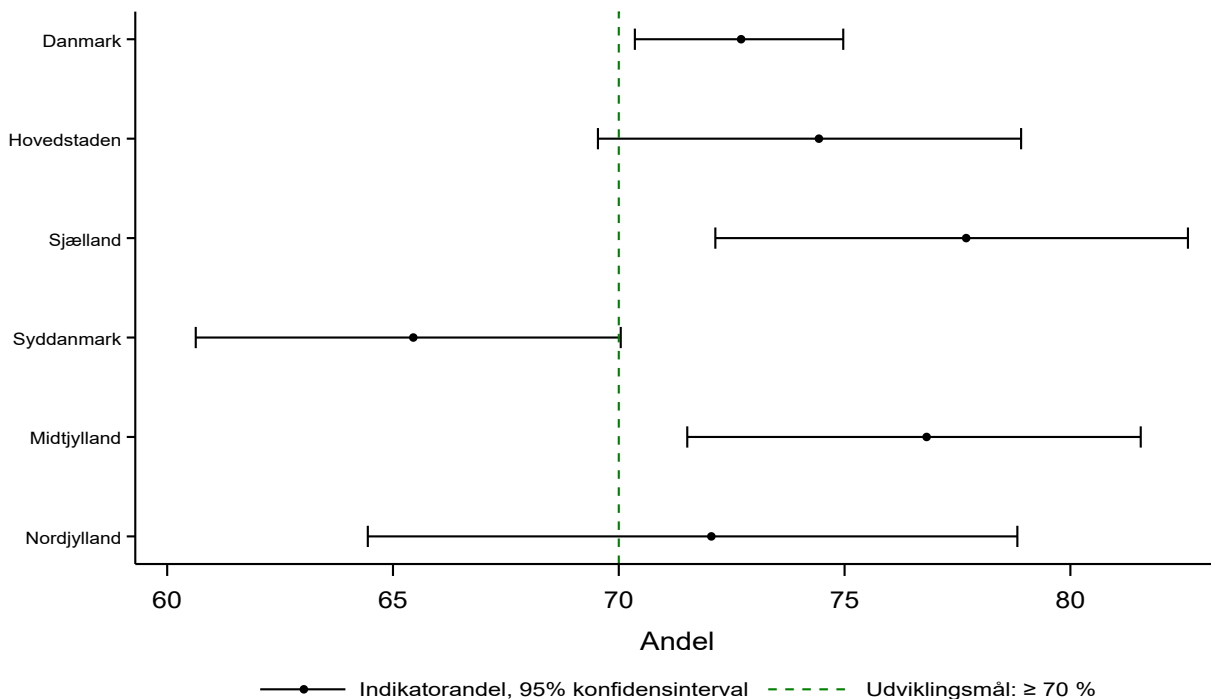
Forest plot, region

Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Forest plot på regionsniveau.



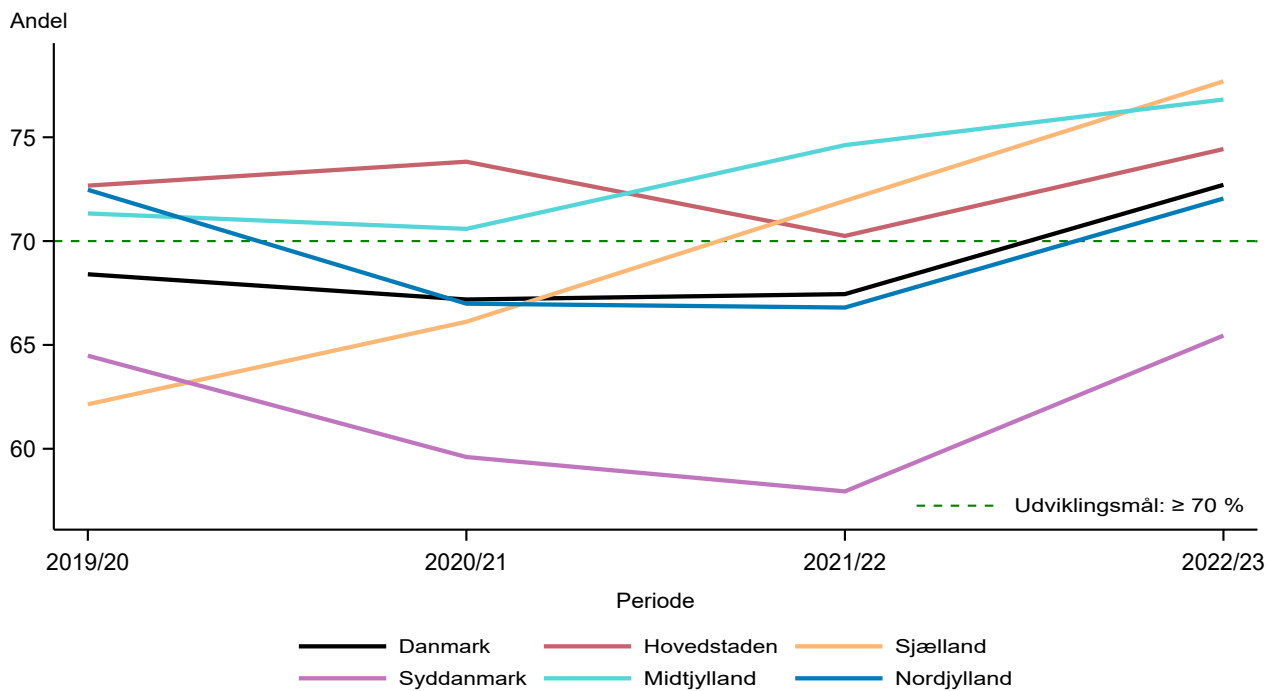
Forest plot, afdeling

Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7: MR-aktivitet

Datagrundlag og beregningsregler

Denne indikator er baseret på registrering i Landspatientregisteret af forskellige MR-undersøgelser og anvendelser af MR ved biopsitagning (UXMD* og KTKE-koder, som indeholder MR-aktivitet).

Resultater

Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer med MR-aktivitet ved diagnose (+/- 30dg) var 57% i 2023, hvilket er en stigning fra året før (52%).

På afdelingsniveau (Figur 7-2) er det særligt Bornholm, Rigshospitalet, Regionshospital Nordjylland og privathospitalerne, som havde lav anvendelse af MR. Det skal bemærkes, at der kan være et selektivt patientflow indenfor regionerne, som påvirker patientgruppens sammensætning ved det enkelte hospital i regionen.

Den tidsmæssige udvikling (Figur 7-3) er en konsolidering af niveauet på omkring 55%, men med fortsat stigning i Syddanmark (nu 69%), og et lidt lavere niveau i Nordjylland (45%).

Diskussion og implikationer

MR-aktiviteten afspejler en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi, og landsgennemsnittet for det aktuelle udviklingsmål er næsten opfyldt. På lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning. Andelen af patienter, som tilbydes den anbefalede diagnostiske strategi, spænder, blandt de store behandlingscentre, fra 29% på Rigshospitalet til 75% på Odense Universitetshospital.

Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket desværre kun praktiseres i to af landets regioner. Se Indikator 8.

Vurdering af indikatoren

Andelen af MR-skannede søges blandt samtlige diagnosticerede patienter, hvoraf nogle i udgangspunktet vil være oplagt udenfor kurativt sigte og dermed ikke anbefalet MR-skannet. Til gengæld burde stort set samtlige patienter, som tilbydes active surveillance eller prostatektomi, ligeledes have været tilbudt en diagnostisk MR-skanning. Det besluttes derfor, at der i den kommende årsrapport laves en ny supplerende indikator med denne patientgruppe med et udviklingsmål på >95%.

Hvor mange mænd, der fik foretaget en MR-skanning, og herefter fritaget for yderligere diagnostiske tiltag eller uden tumorfund ved efterfølgende bioptering, er ukendt. Man anbefales derfor igennem et projekt at eksplorere omfang og karakteristika af den forventede store MR-negative population, som ikke aktuelt får stillet diagnosen prostatakræft.

Indikatortabel

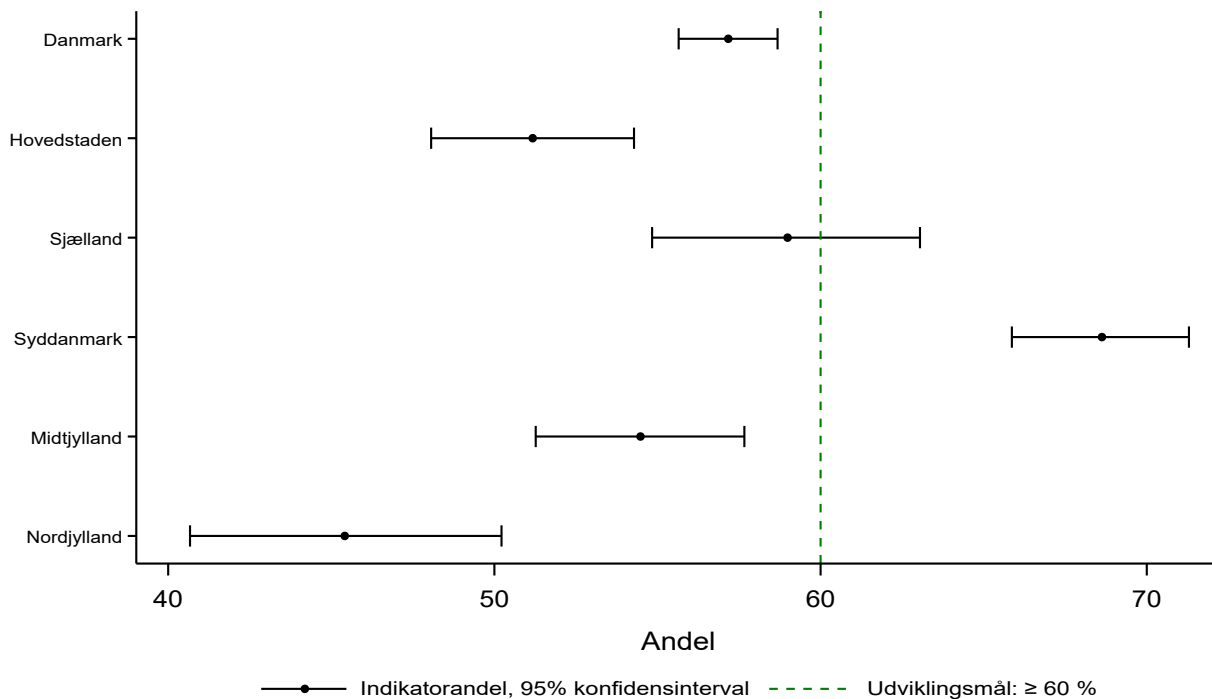
Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.376 / 4.156	0 (0)	57	(56-59)	52	29
Hovedstaden	Nej	523 / 1.022	0 (0)	51	(48-54)	51	48
Sjælland	Nej	338 / 573	0 (0)	59	(55-63)	56	26
Syddanmark	Ja	794 / 1.157	0 (0)	69	(66-71)	53	25
Midtjylland	Nej	523 / 960	0 (0)	54	(51-58)	53	27
Nordjylland	Nej	198 / 436	0 (0)	45	(41-50)	48	9
Hovedstaden	Nej	523 / 1.022	0 (0)	51	(48-54)	51	48
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	0 / 12	0 (0)	0	(0-26)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	433 / 696	0 (0)	62	(58-66)	62	60
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	90 / 314	0 (0)	29	(24-34)	29	22
Sjælland	Nej	338 / 573	0 (0)	59	(55-63)	56	26
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Nej	338 / 573	0 (0)	59	(55-63)	56	26
Syddanmark	Ja	794 / 1.157	0 (0)	69	(66-71)	53	25
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	193 / 306	0 (0)	63	(57-68)	60	36
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	345 / 459	0 (0)	75	(71-79)	52	28
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	172 / 269	0 (0)	64	(58-70)	51	18
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	84 / 123	0 (0)	68	(59-76)	0	11
Midtjylland	Nej	523 / 960	0 (0)	54	(51-58)	53	27

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60%	Tæller/	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Nej	275 / 494	0 (0)	56	(51-60)	55	25
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Nej	248 / 466	0 (0)	53	(49-58)	51	29
Nordjylland	Nej	198 / 436	0 (0)	45	(41-50)	48	9
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	##/##	0 (0)	50	(45-55)	54	12
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	Nej	##/##	0 (0)	2	(0-13)	4	2
Privathospitaler/Speciallæger	Nej	0 / 8	0 (0)	0	(0-37)	25	27

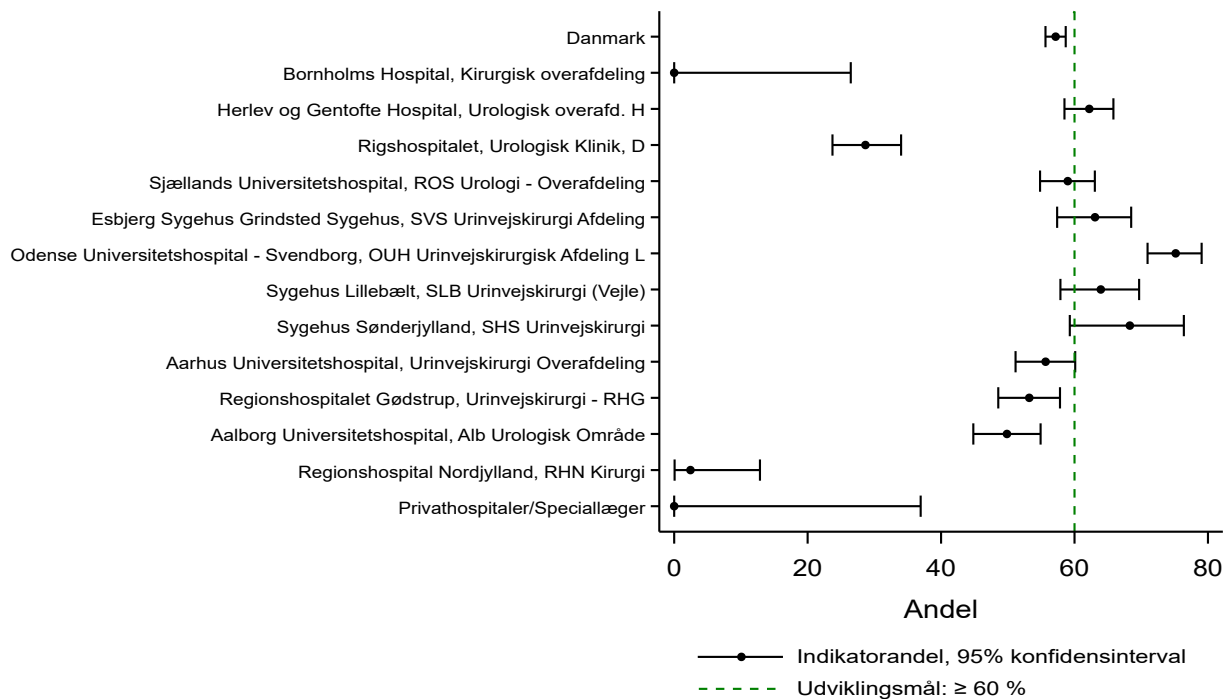
Forest plot, region

Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Forest plot på regionsniveau.



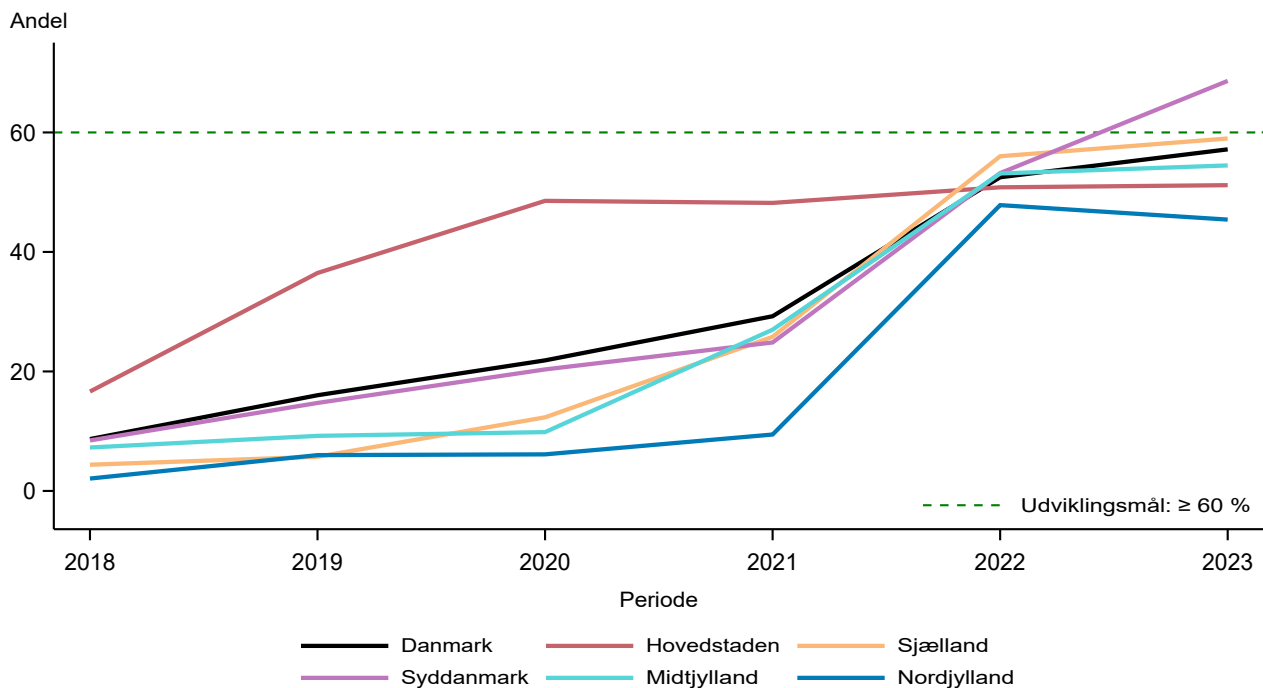
Forest plot, afdeling

Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 8s: PI-RADS score ved MR

Datagrundlag og beregningsregler

PI-RADS scoren fra MR-undersøgelsen er en vigtig information, som her opgøres for patienter, som har en specifik kode for MR-undersøgelse af prostata (UXMD92).

Resultater

Aalborg Universitetshospital har i 2023 indberettet 184 patienter med PI-RADS score, hvilket er 98% af patienterne med MR-prostata. Herlev har indberettet 250 patienter med PI-RADS score, hvilket er 70% af de her viste patienter. Tre af landets regioner undlader konsekvent at indberette denne meget vigtige MR-læsionsscore, mens indberetningen på afdelingsniveau i Region Hovedstaden spænder mellem 70% på Herlev-Gentofte Hospital til 0% på Rigshospitalet.

Diskussion

Man har på Aalborg Universitetshospital og siden på Herlev-Gentofte Hospital vist vejen for den ønskede indberetning af PI-RADS scoren. Hvor der er vilje, er der vej. PI-RADS scoren er indenfor radiologien svarende til Gleason score/ISUP-gradering indenfor histopatologien og dermed en helt grundlæggende prediktiv markør i forhold til selektion af dels hvilke patienter, der skal udredes med biopsier, dels følges med observation eller tilbydes primær behandling. Monitoreringen af kvaliteten af den meget ressourcekrævende diagnostiske MR-strategi er helt afhængig af, at den radiologiske 5-trins PI-RADS-score af landets øvrige radiologiske afdelinger indberettes til LPR3. Der blev allerede i 2020 oprettet SKS koder hertil.

Vurdering af indikatoren

Da PI-RADS score 3 udgør en gråzoneværdi, hvor bioptering ikke altid kan anbefales, udgør scoren et klart fingerpeg for kvaliteten af den radiologiske afdelings bedømmelse af MR-skanningerne. Ved PI-RADS score 1-3 læsioner anbefales udelukkende biopsi i tilfælde af en samtidig forhøjet PSA-densitet. PSA-densiteten er PSA-værdien i forhold til prostatas volumen. Det sidste udregnes og anføres ligeledes i skanningsbeskrivelserne og vil fremover være en værdifuld indberettet variabel. Disse vigtige data fremgår af MDT-konferencenotaterne, og vil være en oplagt datakilde til de centrale registre og til kvalitetsdatabasen.

MR-skanning indgår som en stadig mere betydningsfuld del af active surveillance af lav- og middelhøjrisiko patienter, og der ønskes i fremtiden en opmærksomhed på denne aktivitet.

Et relevant udviklingsmål foreslås i fremtiden til >95% opfyldelse.

Indikatortabel

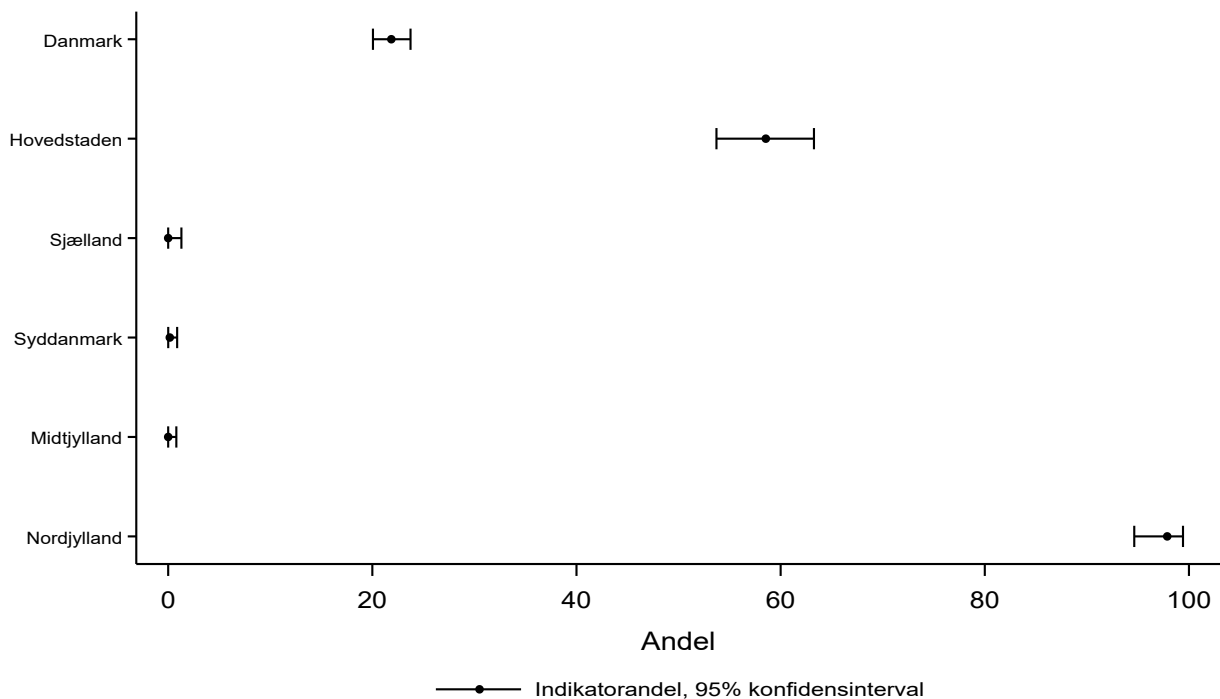
Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		435 / 1.990	0 (0)	22	(20-24)	7	1
Hovedstaden		250 / 427	0 (0)	59	(54-63)	13	2
Sjælland		##/##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Syddanmark		##/##	0 (0)	0	(0-1)	0	1
Midtjylland		0 / 460	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Nordjylland		184 / 188	0 (0)	98	(95-99)	33	5
Hovedstaden		250 / 427	0 (0)	59	(54-63)	13	2
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		250 / 358	0 (0)	70	(65-75)	15	2
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		0 / 69	0 (0)	0	(0-5)	0	0
Sjælland		##/##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling		##/##	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Syddanmark		##/##	0 (0)	0	(0-1)	0	1
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		##/##	0 (0)	1	(0-3)	0	1
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		0 / 215	0 (0)	0	(0-2)	0	0
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		0 / 163	0 (0)	0	(0-2)	0	3
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		##/##	0 (0)	0	(0-5)		0
Midtjylland		0 / 460	0 (0)	0	(0-1)	0	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		0 / 235	0 (0)	0	(0-2)	0	0
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		0 / 225	0 (0)	0	(0-2)	0	0

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Nordjylland		184 / 188	0 (0)	98 (95-99)	33	5	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		184 / 188	0 (0)	98 (95-99)	33	5	

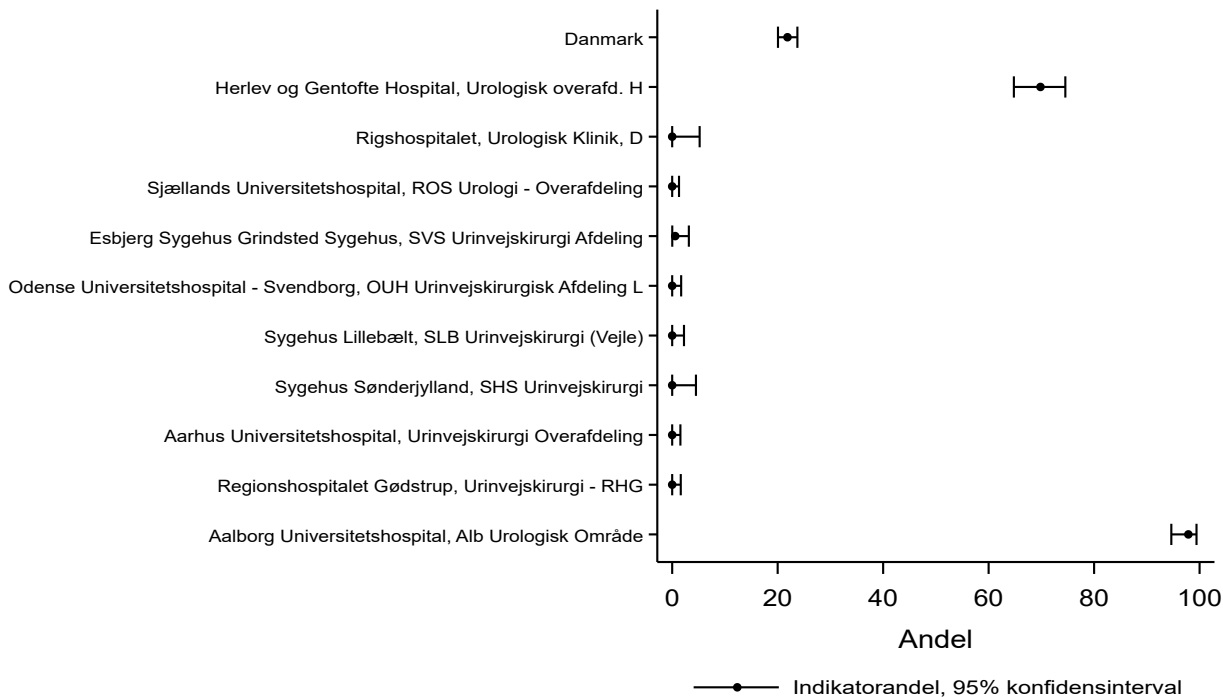
Forest plot, region

Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Forest plot på regionsniveau.



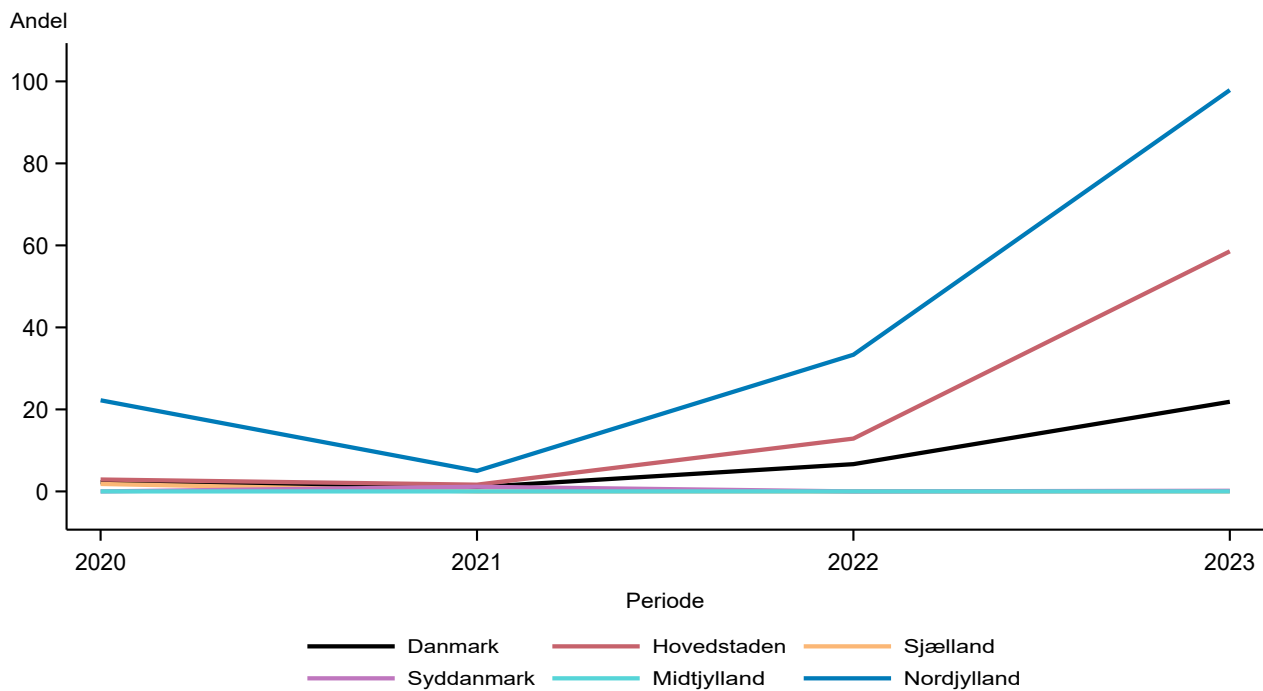
Forest plot, afdeling

Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 9: MDT-aktivitet

Datagrundlag og beregningsregler

I denne indikator beskrives, om afholdelse af MDT-konference er registreret i Landspatientregisteret. Variation i indikatoren kan både skyldes, om MDT faktisk er afholdt, og om aktiviteten er registreret.

Resultater

Andel af patienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg) udgør på landsplan 46%. Tallene er stort set uforandrede over tid (Figur 9-3). Den regionale variation er ekstremt høj og dækkede spændet 6% i Region Sjælland til 91% i Region Midtjylland.

Diskussion og implikationer

Den lave rate i Region Sjælland i 2021 og 2022 blev begrundet med en IT-relateret problemstilling i Sundhedsplatformen i forhold til indberetning til LPR3. Denne udfordring synes fortsat uløst. Ud over forskelle i registrering foreligger der en meget betydelig variation i anvendelse af MDT-konference behandlingscentre imellem, hvor man nogle steder systematisk medtager alle nydiagnosticerede patienter, mens man andre steder udvælger en mindre delmængde heraf og i stedet prioriterer at konferere patienter i et senere og mere komplekst sygdomsstadie.

Vurdering af indikatoren

Det anbefales, at man lokalt sikrer sig procedurer for kodning og LPR3 indberetning af MDT-konference afholdelse.

Det er vigtigt at understrege, at registreringen afspejler en aktivitet og i sin nuværende form intet antyder om den reelle kvalitet heraf.

Det anbefales derfor på sigt, at data vedrørende MDT-indsatsen vurderes i forhold til risikoscoren på diagnosetidspunktet samt efterfølgende behandlinger. Det vil ligeledes være vigtigt at få et indblik i omfanget af efterlevelse af MDT-behandlingsanbefalingerne.

Helt overordnet udgør de klinisk vigtige MDT-konferencer et datamæssigt "epicenter" for de mangeartede og detaljerede kliniske karakteristika, som ud over behandlingsvalg har afgørende prognostisk som prædiktiv værdi. De mange helt afgørende data fremgår af MDT-konferencenotaterne, som, opsat i standardiseret format, vil udgøre en oplagt datakilde for de centrale registre og kvalitetsregistre.

Indikatortabel

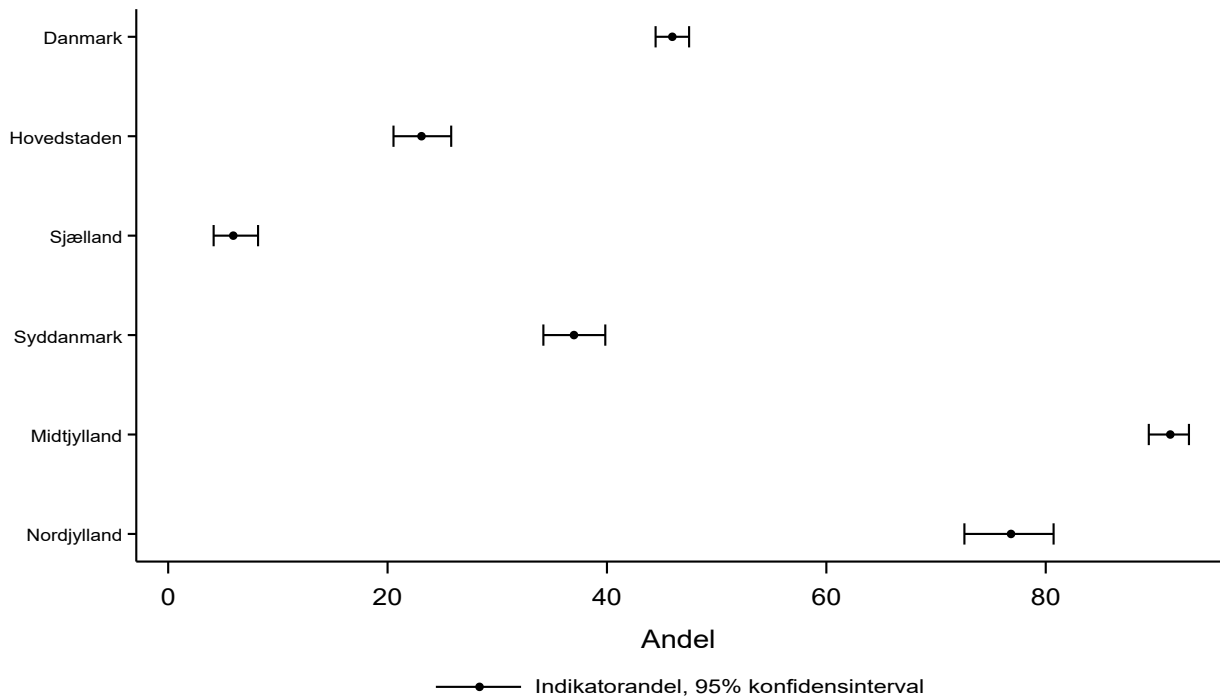
Indikator 9: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		1.910 / 4.156	0 (0)	46	(44-47)	44	45
Hovedstaden		236 / 1.022	0 (0)	23	(21-26)	29	29
Sjælland		34 / 573	0 (0)	6	(4-8)	1	1
Syddanmark		428 / 1.157	0 (0)	37	(34-40)	30	28
Midtjylland		877 / 960	0 (0)	91	(89-93)	92	93
Nordjylland		335 / 436	0 (0)	77	(73-81)	74	69
Hovedstaden		236 / 1.022	0 (0)	23	(21-26)	29	29
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling		0 / 12	0 (0)	0	(0-26)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		212 / 696	0 (0)	30	(27-34)	41	40
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		24 / 314	0 (0)	8	(5-11)	6	5
Sjælland		34 / 573	0 (0)	6	(4-8)	1	1
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling		34 / 573	0 (0)	6	(4-8)	1	1
Syddanmark		428 / 1.157	0 (0)	37	(34-40)	30	28
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		125 / 306	0 (0)	41	(35-47)	29	30
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		166 / 459	0 (0)	36	(32-41)	32	26
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		109 / 269	0 (0)	41	(35-47)	30	34
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		28 / 123	0 (0)	23	(16-31)	17	17
Midtjylland		877 / 960	0 (0)	91	(89-93)	92	93

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	431 / 494	0 (0)	87	(84-90)	87	90	
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	446 / 466	0 (0)	96	(93-97)	99	97	
Nordjylland	335 / 436	0 (0)	77	(73-81)	74	69	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	298 / 395	0 (0)	75	(71-80)	73	67	
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	37 / 41	0 (0)	90	(77-97)	75	74	
Privathospitaler/Speciallæger	0 / 8	0 (0)	0	(0-37)	25	9	

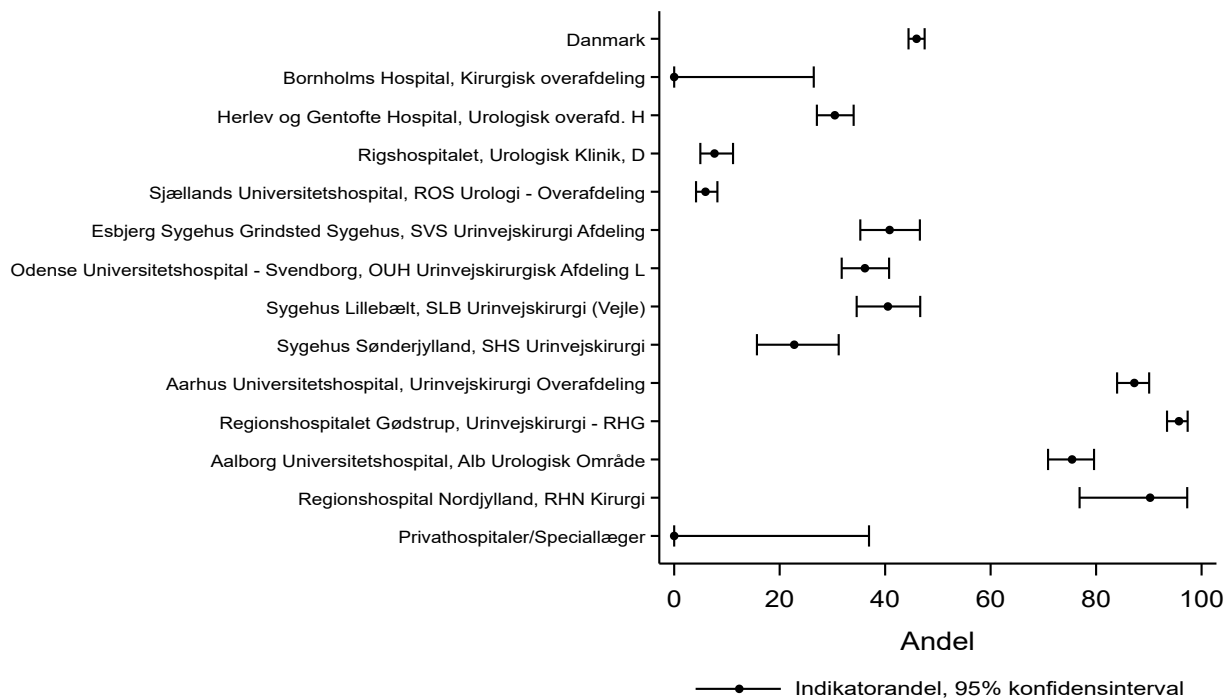
Forest plot, region

Indikator 9: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg). Forest plot på regionsniveau.



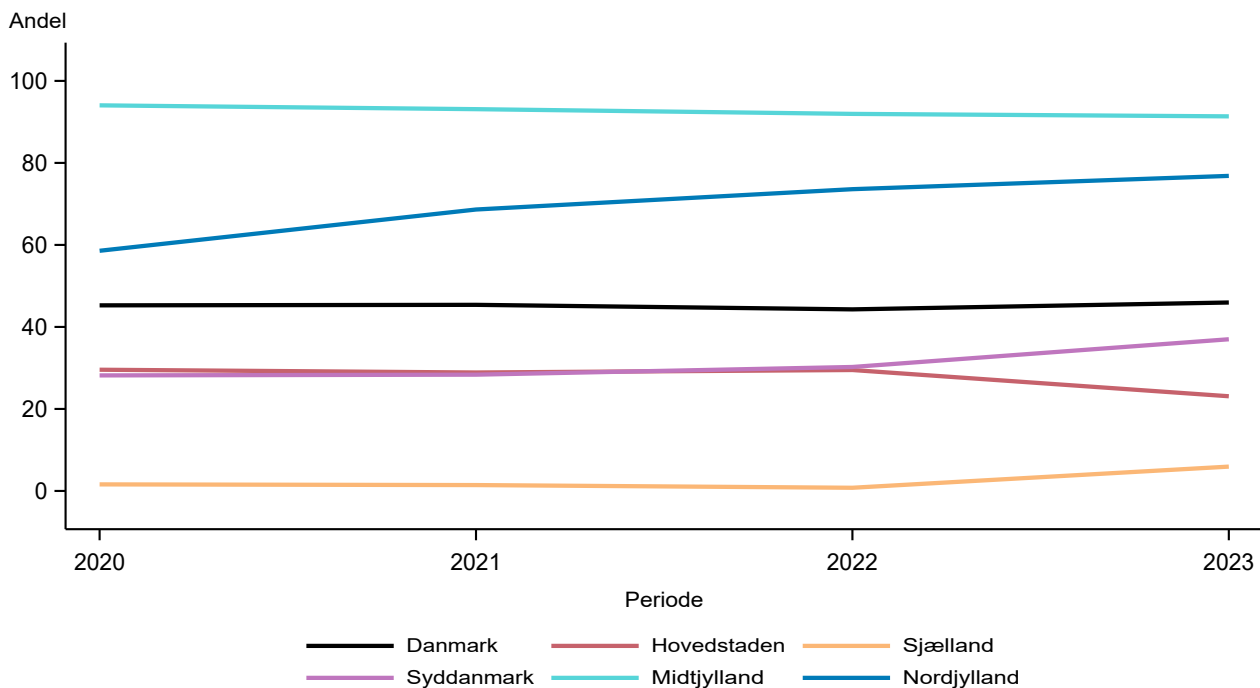
Forest plot, afdeling

Indikator 9: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg). Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 9: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg). Trendgraf på regionsniveau.



Oversigt over indikatorsættet

Indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel 2022	Andel 2021
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 5	0	2 (2-3)	4	5
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 15	0	15 (12-18)	15	17
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 40	0	40 (35-45)	38	41
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	≤ 5	0	5 (4-7)	5	7
			01.07.2022 - 30.06.2023	2021/22	2020/21
Indikator 5: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	≤ 5	0	6 (4-9)	7	5
Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 70	0	73 (70-75)	67	67
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	≥ 60	0	57 (56-59)	52	29
Indikator 9: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)		0	46 (44-47)	44	45

Supplerende indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 1s: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)		0	59 (57-60)	13	0
Indikator 8s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score		0	22 (20-24)	7	1

Styregruppens medlemmer

Michael Borre, professor, overlæge, dr.med., ph.d., Urinvejskirurgisk Afdeling, Aarhus Universitetshospital (formand)

Overlæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

Overlæge, ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Afdelingslæge Frederik Harving, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Afdelingslæge, Ph.d. Peter Busch Østergren, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital

Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital

Overlæge Lisa Lindeborg, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde,

Ole Jensen, patientrepræsentant

Epidemiolog: Henrik Møller, epidemiolog (faglig leder), dr.med, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Biostatistiker og datamanager: Heidi Jeanet Larsson, biostatistiker, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Kontaktperson: Anne Kudsk Ragner, kvalitetskonsulent, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Dataansvarlig myndighed: Region Midtjylland - repræsenteret ved databasens kontaktperson

Om denne udgivelse

© RKKP 2024

Denne rapport udgår fra Dansk Prostata Cancer Database (DaProCa). Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Hedeager 3, 8200 Århus N. RKKP Videncenter og styregruppen for databasen har skrevet rapportens kommentarer. Styregruppen har forestået validering af anvendte algoritmer og skrevet de anførte anbefalinger. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen for DaProCa

Kontaktperson for DaProCa er kvalitetskonsulent Anne Kudsk Ragner. E-mail: ankuds@rkkp.dk

Udgiver:

Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.rkkp.dk

Udgivelsesdato: 1. juli 2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Kommentarer fra regionerne

Region Nordjylland:

Der er i relation til Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikationer af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi, foretaget en gennemgang som viser at kun 4 patienter burde indgå i tæller populationen. Af diskretionshensyn kan årsag til eksklusion af de 3 patienter ikke medtages i hørings svar, men omhandler på forskellig vis fejlregistrering/fejl i datatræk. Når disse ekskluderes opfylder man fra Aalborg UH udviklingsmålet for indikatoren.

I relation til Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi, fremgår følgende af årsrapporten:

"I region Nordjylland er den behandlede andel meget lav i Regionshospital Nordjylland, men nær landsgennemsnittet ved Aalborg UH". I Region Nordjylland er der truffet et bevidst valg om, at man på RHN kun ser og udreder patienter, der ikke er kandidater til kurativ behandling. De 9 patienter der er inkluderet i datasættet fra RHN er gennemgået og vi finder at alle 9 patienter er vurderet ikke kurativt egnede her er 8 af patienterne vurderet på fælles MDT (som foregår i regi af Aalborg UH). Når man på trods af organiseringen i RN vælger, at RHN skal figurere som selvstændig enhed i årsrapporten, så må vi konstatere at det er naturligt at andelen på RHN er meget lav og ikke et udtryk for en dårlig behandlingskvalitet.

I relation til indikator 7 og 8 bemærkes det, at der umiddelbart er uoverensstemmelse mellem data. For indikator 7 på landsplan er der angivet at være 2376 patienter med MR aktivitet. Af indikator 8 fremgår at der er registreret 1990 patienter med MR aktivitet. Forskellen mellem data lader sig ikke umiddelbart forklare og vi er nysgerrige på om der er en forklaring? [Svar til dette: Kriterierne for MR-aktivitet er anført i teksten ved de to indikatorer, og i overskrifterne til indikatorernes tabeller og figurer. Indikator 8s vedrører den specifikke kode for MR-undersøgelse af prostata, som er relevant for opgørelsen af PI-RADS score. Indikator 7 vedrører en bredere definition af MR-aktivitet, og antallet er derfor større.]

Endelig så har vi igen et år et ønske om at retorikken i årsrapporten kunne være mindre subjektiv. Årsrapporten for DaProCa skiller sig ud fra andre årsrapporter ved, at nogle afdelingers målopfyldelse eller mangel på samme bliver beskrevet på en meget subjektiv og værdiladet måde, mens andre afdelingers flotte performance eller manglende målopfyldelse ikke kommenteres.

Det ville for læsevenligheden være ønskeligt med en tydelig opdeling/skelnen mellem hver region i tabellerne, som der også tidligere har været.

Region Midtjylland:

Kommentar fra Regionshospitalet Gødstrup:

Vedr. Indikator 1s: Midtjylland og særligt RHG ligger lavt i andel patienter, der biopteret transperinealt. Regionalt med en andel på 38 fordelt på 49 til AUH og 27 for RHG i databaseåret, som er kalenderåret 2023. Dette forventes ændret fra og med 2024, da der er sket en procedureændring og opnormeret på antal speciallæger der kan foretage proceduren. Andelen forventes at ligge over 80% i 2024. Derved forventes andelen af patienter indlagt med infektion indenfor 7 dage (indikator 1) også at falde yderligere og nærme sig 0. I forvejen opfylder RHG udviklingsmålet for indikator 1.

Region Sjælland:

Der var ingen kommentarer til indsættelse i årsrapporten.

Region Syddanmark:

Der var ingen kommentarer til indsættelse i årsrapporten.

Region Hovedstaden:

Kommentar fra Bornholms Hospital:

Bornholms Hospital er opmærksom på den ikke tilstrækkelige indikatoropfyldelse i Indikator 7: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30 dg). Hospitalet arbejder på flere scenarier, for fremadrettet at kunne sikre opfyldelse af denne indikator.

Baggrundsmaterialer

Beskrivelse af patientpopulationen

Nydiagnosticerede prostatacancer patienter 2019-2023

Studiepopulationen i DaProCa er patienter med en første histologisk verificeret prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (LRP). For denne årsrapport opgøres alle nydiagnosticerede patienter i perioden fra 1. januar 2023 til 31. december 2023. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

Tabel 5-1 viser antallet af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter i Danmark fordelt på region. Derudover opgøres patienternes, aldersfordeling, status for komorbiditet (Charlsons komorbiditetsindeks), PSA-niveau, Gleason score og ISUP-grad, og EAU risikogruppe på diagnosetidspunktet.

Incidensen er med et fald på knapt 300 patienter og i alt 4.165 nye tilfælde i 2023 den laveste i flere år. Der er fortsat stor regional variation i den diagnostiske aktivitet. Landsgennemsnittet for antal diagnosticerede patienter pr. 100.000 mænd har ligget stabilt i flere år og var i 2023 på 139, hvilket er lidt lavere end de tidligere år. Faldet i diagnoser i 2023 har berørt alle regioner fraset Region Syddanmark, hvor den diagnostiske aktivitet steg i såvel absolutte tal som pr. 100.000 mænd og dermed er eneste region, som ligger markant over landsgennemsnittet pr. 100.000 mænd. Faldet ses i forhold til 2022 mest markant i Region Sjælland, mens det over de sidste 5 år har været mest udtalt i Region Midt. Årsagen til den generelle "afmatning" er ukendt, men antages at kunne skyldes det oprindelige forventede fald i antallet af nydiagnosticerede patienter, i forbindelse med indføring af den MR-skanningsbaserede diagnostiske strategi.

Medialderen ved diagnosen var uændret i forhold til de sidste par år 72 år, og godt 60% var uden væsentlig komorbiditet. Fordelingen af det kliniske tumorstadium (cT) ligger stabilt de seneste år. Patienterne med påviselige metastaser (M1-sygdom) udgør knapt 20%

Fejlkodning af N-klassifikationen (lymfeknudestatus) "x" er efterhånden lykkedes udryddet.

De efterfølgende tabeller (5-2 til 5-7) angiver antallet af patienter, som i 2023 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk, at disse patienter kan være diagnosticeret i 2022 eller forudgående år.

	Diagnoseår				
	2023	2022	2021	2020	2019
Nydiagnosticerede	4.165	4.452	4.356	4.247	4.408
Bopælsregion					
Hovedstaden	1.009 (24,2%)	1.081 (24,3%)	1.080 (24,8%)	1.061 (25,0%)	1.042 (23,6%)
Sjælland	572 (13,7%)	770 (17,3%)	629 (14,4%)	631 (14,9%)	708 (16,1%)
Syddanmark	1.150 (27,6%)	1.020 (22,9%)	997 (22,9%)	939 (22,1%)	952 (21,6%)
Midtjylland	959 (23,0%)	1.070 (24,0%)	1.023 (23,5%)	1.097 (25,8%)	1.208 (27,4%)
Nordjylland	429 (10,3%)	447 (10,0%)	586 (13,5%)	490 (11,5%)	467 (10,6%)
Færøerne/Grønland	7 (0,2%)	5 (0,1%)	6 (0,1%)	6 (0,1%)	9 (0,2%)
Ukendt bopæl	39 (0,9%)	59 (1,3%)	35 (0,8%)	23 (0,5%)	22 (0,5%)
Aldersstandardiseret incidens pr 100.000*					
Danmark	139	150	150	149	158
Hovedstaden	127	139	140	140	141
Sjælland	117	159	132	135	153

	Diagnoseår				
	2023	2022	2021	2020	2019
Syddanmark	170	152	151	145	150
Midtjylland	143	162	158	173	195
Nordjylland	130	137	183	155	149
Alder ved diagnose					
Median (Q1;Q3)	72 (66,0;77,3)	72 (66,1;77,2)	72 (66,0;76,8)	72 (65,9;76,6)	71 (65,5;76,2)
Gennemsnit (Min;Max)	72 (38,8;95,3)	72 (41,8;95,6)	71 (42,1;95,5)	71 (40,2;100)	71 (39,3;100)
Charlson comorbidity index					
Score 0	2.528 (60,7%)	2.706 (60,8%)	2.676 (61,4%)	2.512 (59,1%)	2.691 (61,0%)
Score 1-2	1.220 (29,3%)	1.314 (29,5%)	1.221 (28,0%)	1.289 (30,4%)	1.288 (29,2%)
Score 3 eller derover	417 (10,0%)	432 (9,7%)	459 (10,5%)	446 (10,5%)	429 (9,7%)
PSA					
<4	269 (6,5%)	227 (5,1%)	243 (5,6%)	229 (5,4%)	233 (5,3%)
4-9	1.381 (33,2%)	1.523 (34,2%)	1.545 (35,5%)	1.509 (35,5%)	1.624 (36,8%)
10-20	855 (20,5%)	984 (22,1%)	895 (20,5%)	890 (21,0%)	969 (22,0%)
21-100	1.013 (24,3%)	1.064 (23,9%)	1.016 (23,3%)	1.038 (24,4%)	978 (22,2%)
>100	600 (14,4%)	613 (13,8%)	638 (14,6%)	564 (13,3%)	578 (13,1%)
Ukendt	47 (1,1%)	41 (0,9%)	19 (0,4%)	17 (0,4%)	26 (0,6%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score ≤ 6)	588 (14,1%)	738 (16,6%)	828 (19,0%)	927 (21,8%)	1.011 (22,9%)
2 (Gleason score 3+4)	1.250 (30,0%)	1.336 (30,0%)	1.262 (29,0%)	1.164 (27,4%)	1.152 (26,1%)
3 (Gleason score 4+3)	741 (17,8%)	756 (17,0%)	795 (18,3%)	726 (17,1%)	737 (16,7%)
4 (Gleason score 8)	395 (9,5%)	396 (8,9%)	474 (10,9%)	461 (10,9%)	547 (12,4%)
5 (Gleason score 9+)	975 (23,4%)	1.019 (22,9%)	804 (18,5%)	701 (16,5%)	765 (17,4%)
ISUP grad ikke defineret	216 (5,2%)	207 (4,6%)	193 (4,4%)	268 (6,3%)	196 (4,4%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	1.057	1.051	1.005	949	854
Risikovurderede:					

	Diagnoseår				
	2023	2022	2021	2020	2019
Lav risiko	284 (9,1%)	376 (11,1%)	426 (12,7%)	511 (15,5%)	498 (14,0%)
Intermediær risiko	1.292 (41,6%)	1.351 (39,7%)	1.257 (37,5%)	1.212 (36,7%)	1.199 (33,7%)
Høj risiko	1.361 (43,8%)	1.511 (44,4%)	1.509 (45,0%)	1.411 (42,8%)	1.587 (44,7%)
Ukendt	171 (5,5%)	163 (4,8%)	159 (4,7%)	164 (5,0%)	270 (7,6%)
T stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	524 (12,6%)	425 (9,5%)	382 (8,8%)	389 (9,2%)	771 (17,5%)
T1a	55 (1,3%)	57 (1,3%)	56 (1,3%)	39 (0,9%)	54 (1,2%)
T1b	29 (0,7%)	31 (0,7%)	32 (0,7%)	28 (0,7%)	42 (1,0%)
T1c	1.023 (24,6%)	1.104 (24,8%)	1.087 (25,0%)	1.096 (25,8%)	980 (22,2%)
T2	95 (2,3%)	94 (2,1%)	116 (2,7%)	101 (2,4%)	119 (2,7%)
T2a	344 (8,3%)	456 (10,2%)	439 (10,1%)	424 (10,0%)	358 (8,1%)
T2b	266 (6,4%)	303 (6,8%)	279 (6,4%)	272 (6,4%)	265 (6,0%)
T2c	254 (6,1%)	294 (6,6%)	334 (7,7%)	326 (7,7%)	376 (8,5%)
T3	414 (9,9%)	455 (10,2%)	377 (8,7%)	350 (8,2%)	410 (9,3%)
T3a	379 (9,1%)	447 (10,0%)	422 (9,7%)	388 (9,1%)	336 (7,6%)
T3b	384 (9,2%)	407 (9,1%)	364 (8,4%)	358 (8,4%)	267 (6,1%)
T4	268 (6,4%)	246 (5,5%)	263 (6,0%)	219 (5,2%)	174 (3,9%)
Tx	63 (1,5%)	69 (1,5%)	111 (2,5%)	185 (4,4%)	161 (3,7%)
N stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	443 (10,6%)	435 (9,8%)	406 (9,3%)	445 (10,5%)	841 (19,1%)
N0	2.850 (68,4%)	3.114 (69,9%)	2.701 (62,0%)	1.883 (44,3%)	1.328 (30,1%)
N1	698 (16,8%)	654 (14,7%)	599 (13,8%)	565 (13,3%)	489 (11,1%)
Nx	174 (4,2%)	249 (5,6%)	650 (14,9%)	1.354 (31,9%)	1.750 (39,7%)
M stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	261 (6,3%)	257 (5,8%)	226 (5,2%)	221 (5,2%)	585 (13,3%)
M0	3.076 (73,9%)	3.348 (75,2%)	3.290 (75,5%)	2.669 (62,8%)	2.366 (53,7%)
M1	828 (19,9%)	847 (19,0%)	840 (19,3%)	767 (18,1%)	662 (15,0%)

	Diagnoseår				
	2023	2022	2021	2020	2019
Mx	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	590 (13,9%)	795 (18,0%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Active surveillance (kode ZZ4252B baseret på data fra LPR)

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af patienter med lavrisiko og insignifikant sygdom, anbefales operationskandidater med lavrisiko sygdom initialt observeret i form af active surveillance (AS). Dette fremgår af såvel de landsdækkende kliniske retningslinjer og en visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen.

Alt imens antallet af diagnosticerede i 2023 faldt med knapt 300 patienter, er antallet af patienter sat i AS i samme periode steget med 65 patienter og udgør knapt 20% af de diagnosticerede.

Et tidligere påvist fald i antallet af patienter i AS blev taget som udtryk for effekten af den MR-baserede diagnostiske strategi, som i studier er vist at reducere antallet af diagnosticerede med klinisk ubetydende sygdom. Landsgennemsnittet for AS pr. 100.000 mænd er 24, og der er ses ikke nogen større variation regionerne imellem.

Aldersgruppen for AS ligger stabilt på 68 år. Som tegn på, at der fortsat er klinikere, som ved kodning ikke skelner mellem de to meget forskellige observationsformer AS og watchful waiting (WW), er der fortsat patienter i høj risikogruppe, som registreres observeret i regi af AS. Active surveillance skal til LPR3 kodes med ZZ4252B.

	År for active surveillance				
	2023	2022	2021	2020	2019
Active surveillance	722	657	958	950	889
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	143	131	107	151	49
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	55	40	91	74	44
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	95	88	133	102	167
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	180	101	237	179	224
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	#	3	#	6	3
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	0	#	4	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	88	87	149	188	184
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	86	86	116	92	112
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	66	119	117	145	91
Regionshospital Nordjylland, RHN Urinvejskirurgi	#	#	3	6	9
Øvrige	6	#	3	3	#
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	24	22	33	33	31
Hovedstaden	24	21	24	27	11
Sjælland	20	18	30	24	37
Syddanmark	28	16	37	28	34

	År for active surveillance				
	2023	2022	2021	2020	2019
Midtjylland	26	25	39	43	46
Nordjylland	21	37	38	47	31
Alder på tidspunkt for AS					
Median (Q1;Q3)	68 (63,0;73,0)	68 (62,0;73,0)	69 (63,0;73,0)	68 (63,0;72,0)	67 (62,0;71,0)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (43,0;89,0)	67 (46,0;86,0)	68 (43,0;90,0)	67 (42,0;90,0)	66 (41,0;89,0)
PSA ved diagnose					
<4	88 (12,2%)	72 (11,0%)	109 (11,4%)	106 (11,2%)	74 (8,3%)
4-9	449 (62,2%)	403 (61,3%)	559 (58,4%)	600 (63,2%)	582 (65,5%)
10-20	147 (20,4%)	142 (21,6%)	194 (20,3%)	177 (18,6%)	175 (19,7%)
21-100	28 (3,9%)	33 (5,0%)	65 (6,8%)	51 (5,4%)	49 (5,5%)
>100	4 (0,6%)	# (0,3%)	14 (1,5%)	8 (0,8%)	# (0,2%)
Ukendt	6 (0,8%)	5 (0,8%)	17 (1,8%)	8 (0,8%)	7 (0,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score ≤ 6)	423 (58,6%)	392 (59,7%)	559 (58,4%)	620 (65,3%)	646 (72,7%)
2 (Gleason score 3+4)	246 (34,1%)	228 (34,7%)	268 (28,0%)	223 (23,5%)	167 (18,8%)
3 (Gleason score 4+3)	17 (2,4%)	13 (2,0%)	52 (5,4%)	24 (2,5%)	22 (2,5%)
4 (Gleason score 8)	8 (1,1%)	#	18 (1,9%)	13 (1,4%)	6 (0,7%)
5 (Gleason score 9+)	10 (1,4%)	#	33 (3,4%)	21 (2,2%)	8 (0,9%)
ISUP grad ikke defineret	18 (2,5%)	20 (3,0%)	28 (2,9%)	49 (5,2%)	40 (4,5%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	6	#	13	13	4
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	35 (4,9%)	#	108 (11,4%)	119 (12,7%)	322 (36,4%)
Ukendt	66 (9,2%)	51 (7,8%)	61 (6,5%)	104 (11,1%)	108 (12,2%)
Lav risiko	266 (37,2%)	237 (36,2%)	341 (36,1%)	358 (38,2%)	243 (27,5%)
Intermediær risiko	311 (43,4%)	290 (44,3%)	348 (36,8%)	290 (30,9%)	166 (18,8%)

	År for active surveillance				
	2023	2022	2021	2020	2019
Høj risiko	38 (5,3%)	47 (7,2%)	87 (9,2%)	66 (7,0%)	46 (5,2%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	527 (73,0%)	477 (72,6%)	649 (67,7%)	655 (68,9%)	639 (71,9%)
Score 1-2	157 (21,7%)	146 (22,2%)	243 (25,4%)	242 (25,5%)	203 (22,8%)
Score 3 eller derover	38 (5,3%)	34 (5,2%)	66 (6,9%)	53 (5,6%)	47 (5,3%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	35 (4,8%)	30 (4,6%)	108 (11,3%)	119 (12,5%)	322 (36,2%)
Ikke registreret	66 (9,1%)	40 (6,1%)	44 (4,6%)	50 (5,3%)	103 (11,6%)
T1	25 (3,5%)	15 (2,3%)	21 (2,2%)	23 (2,4%)	33 (3,7%)
T1a	18 (2,5%)	19 (2,9%)	23 (2,4%)	32 (3,4%)	12 (1,3%)
T1b	7 (1,0%)	10 (1,5%)	10 (1,0%)	13 (1,4%)	5 (0,6%)
T1c	414 (57,3%)	380 (57,8%)	467 (48,7%)	469 (49,4%)	286 (32,2%)
T2	6 (0,8%)	7 (1,1%)	25 (2,6%)	25 (2,6%)	16 (1,8%)
T2a	88 (12,2%)	100 (15,2%)	152 (15,9%)	110 (11,6%)	55 (6,2%)
T2b	20 (2,8%)	18 (2,7%)	40 (4,2%)	31 (3,3%)	15 (1,7%)
T2c	15 (2,1%)	10 (1,5%)	21 (2,2%)	25 (2,6%)	14 (1,6%)
T3	6 (0,8%)	6 (0,9%)	10 (1,0%)	8 (0,8%)	5 (0,6%)
T3a	3 (0,4%)	5 (0,8%)	17 (1,8%)	5 (0,5%)	# (0,2%)
Tx	17 (2,4%)	15 (2,3%)	14 (1,5%)	35 (3,7%)	20 (2,2%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	35 (4,8%)	30 (4,6%)	108 (11,3%)	119 (12,5%)	322 (36,2%)
Ikke registreret	54 (7,5%)	45 (6,8%)	56 (5,8%)	78 (8,2%)	108 (12,1%)
N0	592 (82,0%)	527 (80,2%)	511 (53,3%)	304 (32,0%)	156 (17,5%)
N1	4 (0,6%)	0 (0%)	7 (0,7%)	4 (0,4%)	3 (0,3%)
Nx	37 (5,1%)	55 (8,4%)	276 (28,8%)	445 (46,8%)	300 (33,7%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	35 (4,8%)	30 (4,6%)	108 (11,3%)	119 (12,5%)	322 (36,2%)

	År for active surveillance				
	2023	2022	2021	2020	2019
Ikke registreret	29 (4,0%)	23 (3,5%)	27 (2,8%)	39 (4,1%)	82 (9,2%)
M0	652 (90,3%)	597 (90,9%)	761 (79,4%)	512 (53,9%)	260 (29,2%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Radikal prostatektomi

Med omkring 300 færre diagnosticerede patienter i 2023 er det ikke nogen større overraskelse, at de 986 opererede patienter i 2023 udgjorde et faldt på knapt 15% (ca. 200 operationer) i forhold til 2022 og dermed det laveste antal operative indgreb i en årrække. Landsgennemsnittet for opererede patienter pr. 100.000 mænd faldt fra 40 til 33.

Medianalderen ved operation var som ved active surveillance uændret 68 år. Patient- og kliniske karakteristika var stabile over tid, inkl. fordeling i forhold til EAU risikovurdering og så godt som samtlige indgreb blev foretaget som "robot-operationer". Andelen af ensidigt nervebesparende indgreb steg med 6 procent point på bekostning af et fald i ikke- og dobbeltsidigt nervesparende operation.

	År for prostatektomi				
	2023	2022	2021	2020	2019
Radikal prostatektomi (RP)	986	1.181	1.234	1.117	1.144
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	146	204	249	245	265
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	108	129	122	126	119
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	140	200	154	124	106
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgi	219	223	209	211	202
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	93	118	121	105	159
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	161	121	163	143	173
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	119	186	216	163	120
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	33	40	42	38	39
Hovedstaden	31	40	45	44	46
Sjælland	31	45	36	30	26
Syddanmark	33	32	31	32	30
Midtjylland	37	35	41	36	50
Nordjylland	36	54	65	51	38
Alder på operationstidspunkt					
Median (Q1;Q3)	68 (62,5;72,1)	68 (62,5;72,0)	68 (63,1;72,2)	67 (62,4;71,6)	68 (62,4;71,4)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (39,2;81,4)	67 (43,9;83,5)	67 (42,4;79,7)	67 (40,4;79,8)	66 (39,5;84,6)
PSA ved diagnose					

	År for prostatektomi				
	2023	2022	2021	2020	2019
<4	57 (5,8%)	43 (3,6%)	59 (4,8%)	56 (5,0%)	48 (4,2%)
4-9	530 (53,8%)	650 (55,0%)	713 (57,8%)	623 (55,8%)	636 (55,6%)
10-20	264 (26,8%)	331 (28,0%)	291 (23,6%)	290 (26,0%)	310 (27,1%)
21-100	119 (12,1%)	131 (11,1%)	155 (12,6%)	129 (11,5%)	135 (11,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	167 (16,9%)	206 (17,4%)	279 (22,6%)	290 (26,0%)	262 (22,9%)
2 (Gleason score 3+4)	454 (46,0%)	542 (45,9%)	524 (42,5%)	470 (42,1%)	472 (41,3%)
3 (Gleason score 4+3)	180 (18,3%)	211 (17,9%)	252 (20,4%)	202 (18,1%)	218 (19,1%)
4 (Gleason score 8)	57 (5,8%)	81 (6,9%)	75 (6,1%)	61 (5,5%)	102 (8,9%)
5 (Gleason score 9+)	92 (9,3%)	101 (8,6%)	79 (6,4%)	57 (5,1%)	69 (6,0%)
ISUP grad ikke defineret	36 (3,7%)	40 (3,4%)	25 (2,0%)	37 (3,3%)	21 (1,8%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	22	20	28	44	52
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	48 (5,0%)	79 (6,8%)	107 (8,9%)	165 (15,4%)	409 (37,5%)
Ukendt	37 (3,8%)	43 (3,7%)	34 (2,8%)	38 (3,5%)	23 (2,1%)
Lav risiko	66 (6,8%)	72 (6,2%)	110 (9,1%)	83 (7,7%)	35 (3,2%)
Intermediær risiko	524 (54,4%)	622 (53,6%)	577 (47,8%)	507 (47,3%)	335 (30,7%)
Høj risiko	289 (30,0%)	345 (29,7%)	378 (31,3%)	280 (26,1%)	290 (26,6%)
Operationstype, RP					
Perkutan endoskopisk RP	114 (11,6%)	114 (9,7%)	125 (10,1%)	82 (7,3%)	86 (7,5%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	301 (30,5%)	422 (35,7%)	459 (37,2%)	446 (39,9%)	429 (37,5%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidegt nervesparende RP	452 (45,8%)	472 (40,0%)	482 (39,1%)	419 (37,5%)	447 (39,1%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidegt nervesparende RP	110 (11,2%)	165 (14,0%)	160 (13,0%)	166 (14,9%)	170 (14,9%)
Charlson comorbidity index (v/ RP)					
Score 0	706 (71,6%)	872 (73,8%)	895 (72,5%)	808 (72,3%)	821 (71,8%)

	År for prostatektomi				
	2023	2022	2021	2020	2019
Score 1-2	246 (24,9%)	267 (22,6%)	293 (23,7%)	262 (23,5%)	275 (24,0%)
Score 3 eller derover	34 (3,4%)	42 (3,6%)	46 (3,7%)	47 (4,2%)	48 (4,2%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	48 (4,9%)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)
Ikke registreret	178 (18,1%)	182 (15,4%)	170 (13,8%)	185 (16,6%)	181 (15,8%)
T1c	323 (32,8%)	400 (33,9%)	392 (31,8%)	288 (25,8%)	161 (14,1%)
T2	24 (2,4%)	20 (1,7%)	33 (2,7%)	24 (2,1%)	24 (2,1%)
T2a	130 (13,2%)	208 (17,6%)	153 (12,4%)	141 (12,6%)	87 (7,6%)
T2b	99 (10,0%)	98 (8,3%)	111 (9,0%)	88 (7,9%)	51 (4,5%)
T2c	79 (8,0%)	77 (6,5%)	103 (8,3%)	99 (8,9%)	127 (11,1%)
T3	10 (1,0%)	18 (1,5%)	21 (1,7%)	11 (1,0%)	16 (1,4%)
T3a	28 (2,8%)	38 (3,2%)	54 (4,4%)	39 (3,5%)	36 (3,1%)
Tx	12 (1,2%)	21 (1,8%)	27 (2,2%)	31 (2,8%)	15 (1,3%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	48 (4,9%)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)
Ikke registreret	154 (15,6%)	183 (15,5%)	186 (15,1%)	185 (16,6%)	185 (16,2%)
N0	721 (73,1%)	797 (67,5%)	728 (59,0%)	376 (33,7%)	192 (16,8%)
N1	14 (1,4%)	13 (1,1%)	17 (1,4%)	42 (3,8%)	47 (4,1%)
Nx	49 (5,0%)	109 (9,2%)	196 (15,9%)	349 (31,2%)	311 (27,2%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	48 (4,9%)	79 (6,7%)	107 (8,7%)	165 (14,8%)	409 (35,8%)
Ikke registreret	25 (2,5%)	38 (3,2%)	21 (1,7%)	15 (1,3%)	57 (5,0%)
M0	885 (89,8%)	1.040 (88,1%)	1.056 (85,6%)	776 (69,5%)	561 (49,0%)
M1	12 (1,2%)	7 (0,6%)	13 (1,1%)	4 (0,4%)	10 (0,9%)
Mx	16 (1,6%)	17 (1,4%)	37 (3,0%)	157 (14,1%)	107 (9,4%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

År for prostatektomi

2023 2022 2021 2020 2019

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Strålebehandling (36+fraktioner)

Med 757 påbegyndte lange stråleforløb i 2023 og en stigning på 13% sås det højeste antal behandlinger de seneste 5 år. Dette til trods sås der på flere centre en nedgang i antal behandlinger, som det var tilfældet for såvel antal diagnoser som operative indgreb. Efter antallet af bestrålede patienter gennem et par år faldt, er tallet nu tilbage med over 600 behandlinger. Det mest markante fald sås i Region Sjælland, mens Odense, Vejle og Aalborg var højest og dermed bevirkede den samlede øgning. På Odense Universitetshospital øgedes antal strålebehandlede patienter således fra 42 til 113 fra 2022.

Med et antal strålebehandlede patienter på aktuelt 25 pr. 100.000 mænd mod 33 opererede patienter har ratioen mellem de to grundlæggende behandlinger på blot et år ændret sig fra 1:2 til 1:1,3. Antallet af strålebehandlede patienter pr. 100.000 mænd spænder fra 16 i Region Hovedstaden til 32 i Region Midtjylland. For første gang medtages patienter, som i protokol har modtaget partikelbestråling, hvilket drejede sig om 22 patienter.

Den markante stigning i det registrerede antal strålebehandlede patienter kan muligvis delvis forklares ved tidligere omtalte LPR3 udfordringer samt en større opmærksomhed på anvendelse af den behandlingsspecifikke strålekode (BWG+ZPZA02C) fremfor basering på beregning ud fra antal strålefraktioner.

Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder (72 år), tumorstadie og risikofordeling ligger uændret højere blandt strålebehandlede end blandt de opererede patienter. Få patienter med M1 sygdom har modtaget bestråling og udgør muligvis patienter med hormonsensitiv sygdom, som har modtaget lokal tillægsbestråling i kombination med kastration.

På Herlev-Gentofte Hospital og Aarhus universitetshospital tilbydes to meget forskellige former for internbestråling (brachyterapi) til tilsvarende meget forskellige mindre patientkategorier. På Herlev-Gentofte Hospital steg antallet af low-dose behandlinger med installation af radioaktive korn i 2023 til 73 fra 39 behandlinger i 2022, mens high-dose behandlinger i Aarhus med anvendelse af en intern højradioaktiv kilde i samme periode steg fra 17 til 26. Nogle af de sidstnævnte behandlinger foretages i protokolregi til patienter med lokalt recidiv efter tidligere primær stråleterapi.

	År for første strålebehandling				
	2023	2022	2021	2020	2019
Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)	757	670	549	590	668
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	81	87	77	85	62
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik ONK	51	60	59	50	30
Sjællands Universitetshospital, ROS Klin. Onkologi - Overafdeling	91	148	102	135	191
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Onkologisk Afdeling R (Odense)	113	42	59	59	62
Sygehus Lillebælt, SLB Stråleterapi (Vejle)	126	83	70	65	77
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	22	6	0	0	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	199	209	151	160	205
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	74	35	31	36	41
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	25	23	19	20	23

	År for første strålebehandling				
	2023	2022	2021	2020	2019
Hovedstaden	16	18	16	16	11
Sjælland	26	31	22	31	41
Syddanmark	30	18	19	17	20
Midtjylland	33	33	24	26	33
Nordjylland	22	11	10	12	13
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	72 (67,3;75,4)	73 (68,5;75,9)	71 (67,0;74,5)	71 (66,9;74,8)	71 (66,9;74,6)
Gennemsnit (Min;Max)	71 (48,8;85,8)	72 (50,2;87,0)	70 (47,3;87,8)	70 (47,8;81,4)	70 (42,2;90,7)
PSA ved diagnose					
<4	26 (3,4%)	22 (3,3%)	18 (3,3%)	14 (2,4%)	21 (3,1%)
4-9	239 (31,6%)	205 (30,6%)	177 (32,2%)	171 (29,0%)	218 (32,6%)
10-20	196 (25,9%)	191 (28,5%)	148 (27,0%)	185 (31,4%)	195 (29,2%)
21-100	246 (32,5%)	222 (33,1%)	187 (34,1%)	204 (34,6%)	215 (32,2%)
>100	43 (5,7%)	27 (4,0%)	16 (2,9%)	14 (2,4%)	13 (1,9%)
Ukendt	7 (0,9%)	3 (0,4%)	3 (0,5%)	# (0,3%)	6 (0,9%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score ≤ 6)	75 (9,9%)	71 (10,6%)	65 (11,8%)	55 (9,3%)	49 (7,3%)
2 (Gleason score 3+4)	181 (23,9%)	197 (29,4%)	164 (29,9%)	147 (24,9%)	205 (30,7%)
3 (Gleason score 4+3)	198 (26,2%)	186 (27,8%)	146 (26,6%)	162 (27,5%)	164 (24,6%)
4 (Gleason score 8)	82 (10,8%)	62 (9,3%)	67 (12,2%)	84 (14,2%)	108 (16,2%)
5 (Gleason score 9+)	198 (26,2%)	135 (20,1%)	93 (16,9%)	108 (18,3%)	127 (19,0%)
ISUP grad ikke defineret	23 (3,0%)	19 (2,8%)	14 (2,6%)	34 (5,8%)	15 (2,2%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	78	45	31	34	18
Risikovurderede:					
Lav risiko	33 (4,9%)	23 (3,7%)	17 (3,3%)	13 (2,3%)	0 (0%)

	År for første strålebehandling				
	2023	2022	2021	2020	2019
Intermediær risiko	144 (21,2%)	146 (23,4%)	105 (20,3%)	108 (19,4%)	104 (16,0%)
Høj risiko	463 (68,2%)	422 (67,5%)	358 (69,1%)	384 (69,1%)	240 (36,9%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	445 (58,8%)	419 (62,5%)	334 (60,8%)	380 (64,4%)	418 (62,6%)
Score 1-2	252 (33,3%)	200 (29,9%)	163 (29,7%)	165 (28,0%)	203 (30,4%)
Score 3 eller derover	60 (7,9%)	51 (7,6%)	52 (9,5%)	45 (7,6%)	47 (7,0%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	28 (3,7%)	24 (3,6%)	37 (6,7%)	49 (8,3%)	305 (45,7%)
Ikke registreret	40 (5,3%)	22 (3,3%)	17 (3,1%)	23 (3,9%)	53 (7,9%)
T1c	134 (17,7%)	105 (15,7%)	71 (12,9%)	85 (14,4%)	50 (7,5%)
T2	21 (2,8%)	9 (1,3%)	12 (2,2%)	8 (1,4%)	7 (1,0%)
T2a	64 (8,5%)	63 (9,4%)	43 (7,8%)	45 (7,6%)	31 (4,6%)
T2b	48 (6,3%)	50 (7,5%)	31 (5,6%)	31 (5,3%)	39 (5,8%)
T2c	45 (5,9%)	43 (6,4%)	36 (6,6%)	69 (11,7%)	25 (3,7%)
T3	101 (13,3%)	81 (12,1%)	60 (10,9%)	48 (8,1%)	42 (6,3%)
T3a	112 (14,8%)	121 (18,1%)	109 (19,9%)	101 (17,1%)	54 (8,1%)
T3b	138 (18,2%)	109 (16,3%)	89 (16,2%)	100 (16,9%)	40 (6,0%)
T4	17 (2,2%)	21 (3,1%)	20 (3,6%)	9 (1,5%)	5 (0,7%)
Tx	3 (0,4%)	9 (1,3%)	13 (2,4%)	17 (2,9%)	10 (1,5%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	28 (3,7%)	24 (3,6%)	37 (6,7%)	49 (8,3%)	305 (45,7%)
Ikke registreret	50 (6,6%)	26 (3,9%)	22 (4,0%)	48 (8,1%)	59 (8,8%)
N0	587 (77,5%)	538 (80,3%)	390 (71,0%)	307 (52,0%)	184 (27,5%)
N1	66 (8,7%)	35 (5,2%)	22 (4,0%)	27 (4,6%)	11 (1,6%)
Nx	26 (3,4%)	47 (7,0%)	78 (14,2%)	159 (26,9%)	109 (16,3%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	28 (3,7%)	24 (3,6%)	37 (6,7%)	49 (8,3%)	305 (45,7%)

	År for første strålebehandling				
	2023	2022	2021	2020	2019
Ikke registreret	9 (1,2%)	10 (1,5%)	13 (2,4%)	20 (3,4%)	46 (6,9%)
M0	696 (91,9%)	613 (91,5%)	471 (85,8%)	452 (76,6%)	261 (39,1%)
M1	21 (2,8%)	17 (2,5%)	11 (2,0%)	10 (1,7%)	8 (1,2%)
Mx	3 (0,4%)	6 (0,9%)	17 (3,1%)	59 (10,0%)	48 (7,2%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Brachyterapi

Se tekst om strålebehandling.

	År for brachyterapi				
	2023	2022	2021	2020	2019
Brachyterapi	102	61	64	48	50
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	73	39	49	34	37
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	#	4	5	0	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	26	17	8	11	10
Bopælsregion ved diagnose					
Hovedstaden	42	32	40	20	24
Midtjylland	28	18	10	12	12
Nordjylland	10	0	0	#	0
Sjælland	14	6	8	12	11
Syddanmark	7	3	6	#	3
Ukendt	#	#	0	0	0
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	3	2	2	2	2
Hovedstaden	5	4	5	3	3
Sjælland	3	1	2	3	2
Syddanmark	1	0	1	0	0
Midtjylland	4	3	1	2	2
Nordjylland	3	.	.	1	.
Brachyterapi, type					
Low dose	76 (74,5%)	44 (72,1%)	56 (87,5%)	37 (77,1%)	40 (80,0%)
High dose	26 (25,5%)	17 (27,9%)	8 (12,5%)	11 (22,9%)	10 (20,0%)
Alder på tidspunkt for brachyterapi					
Median (Q1;Q3)	66 (60,8;69,8)	65 (60,7;69,2)	65 (59,1;70,8)	64 (60,5;70,3)	65 (57,0;69,7)

	År for brachyterapi				
	2023	2022	2021	2020	2019
Gennemsnit (Min;Max)	65 (38,9;77,6)	65 (51,4;77,6)	65 (53,6;76,8)	65 (51,7;75,3)	64 (52,3;77,8)
PSA ved diagnose					
<4	4 (3,9%)	3 (4,9%)	5 (7,8%)	3 (6,3%)	3 (6,0%)
4-9	62 (60,8%)	33 (54,1%)	41 (64,1%)	27 (56,3%)	37 (74,0%)
10-20	23 (22,5%)	15 (24,6%)	11 (17,2%)	14 (29,2%)	6 (12,0%)
21-100	11 (10,8%)	10 (16,4%)	4 (6,3%)	4 (8,3%)	4 (8,0%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	13 (12,7%)	7 (11,5%)	7 (10,9%)	9 (18,8%)	10 (20,0%)
2 (Gleason score 3+4)	73 (71,6%)	41 (67,2%)	47 (73,4%)	32 (66,7%)	35 (70,0%)
3 (Gleason score 4+3)	10 (9,8%)	3 (4,9%)	3 (4,7%)	3 (6,3%)	# (2,0%)
ISUP grad ikke defineret	# (1,0%)	# (3,3%)	0 (0%)	# (2,1%)	0 (0%)
EAU risikovurdering					
Lav risiko	7 (6,9%)	# (1,7%)	4 (6,3%)	3 (6,4%)	4 (8,3%)
Intermediær risiko	74 (72,5%)	43 (71,7%)	44 (69,8%)	34 (72,3%)	31 (64,6%)
Høj risiko	15 (14,7%)	14 (23,3%)	13 (20,6%)	9 (19,1%)	9 (18,8%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	72 (70,6%)	42 (68,9%)	49 (76,6%)	39 (81,3%)	33 (66,0%)
Score 1-2	23 (22,5%)	16 (26,2%)	11 (17,2%)	9 (18,8%)	13 (26,0%)
Score 3 eller derover	7 (6,9%)	3 (4,9%)	4 (6,3%)	0 (0%)	4 (8,0%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Salvage strålebehandling

Antallet af patienter, som tilbydes stråleterapi af prostatalejet ved biokemisk recidiv efter radikal prostatektomi, har været relativt stabilt over tid og tilbydes omkring 130 patienter årligt. Dette svarer til gennemsnitligt 5 patienter pr. 100.000 mænd. På regionalt niveau spænder raten af salvage-bestrålede mænd mellem 4 og 7 per 100.000.

I tilfælde af biokemisk (PSA) tilbagefald anbefales udredning med PSMA-PET-CT-skanning, hvilket med påvisning af sygdomsspredning sandsynligvis udelukker nogle tidligere kandidater fra lokal salvage-stråleterapi.

Den behandlingsspecifikke kode for salvage stråleterapi er BWG+ZPZA02A.

	År for første strålebehandling				
	2023	2022	2021	2020	2019
Salvage strålebehandling (30 - 36 gange)	134	139	135	107	132
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	19	30	25	37	40
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik ONK	14	12	15	12	14
Sjællands Universitetshospital, ROS Klin. Onkologi - Overafdeling	17	28	20	#	3
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Onkologisk Afdeling R (Odense)	23	27	23	21	22
Sygehus Lillebælt, SLB Stråleterapi (Vejle)	22	11	26	9	16
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	#	0	0	#	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	26	17	14	16	30
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	#	14	12	10	7
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	5	5	5	4	4
Hovedstaden	4	5	5	6	6
Sjælland	4	6	4	1	2
Syddanmark	7	6	7	4	5
Midtjylland	4	3	2	2	5
Nordjylland	4	4	4	3	2
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	69 (63,6;73,1)	69 (64,0;72,9)	69 (64,4;73,3)	69 (64,7;73,0)	68 (64,2;71,8)

	År for første strålebehandling				
	2023	2022	2021	2020	2019
Gennemsnit (Min;Max)	68 (48,1;79,7)	68 (46,1;81,0)	68 (44,3;78,8)	68 (50,8;77,7)	68 (48,5;76,9)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

Watchful waiting

Disse data bygger på LPR indberetning. Antallet af patienter, som observeres i regi af watchful waiting (WW) og afventer evt. senere endokrinterapi, har varieret en smule over årene. Antallet observerede patienter var i 2023 792 patienter eller 26/100.000. Antal patienter i WW pr. 100.000 mænd varierede i 2023 fra 21 i Region Midtjylland til 42 i Region Nordjylland. Der ses således en såvel intra- som interregional variation i antallet af patienter, som undergår WW. En del af forklaringen kan have baggrund i lokal kodepraksis. Koden for watchful waiting er ZZ4252A.

Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder (77 år), tumorstadie og risikofordeling ligger uændret i tidsperioden.

	År for Watchful waiting				
	2023	2022	2021	2020	2019
Watchful waiting	792	691	806	857	693
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	135	117	107	152	40
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	47	81	138	110	59
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	149	77	123	133	128
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	76	22	16	22	31
Odense Universitetshospital - Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	78	43	100	89	120
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	23	19	29	26	35
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	0	6	#	9
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	77	88	107	131	97
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	69	84	83	66	87
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	117	128	81	89	50
Regionshospital Nordjylland, RHN Urinvejskirurgi	21	32	16	30	37
Øvrige	0	0	0	#	0
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	26	24	28	31	26
Hovedstaden	22	25	28	33	13
Sjælland	30	17	31	34	32
Syddanmark	26	12	23	23	31
Midtjylland	21	26	30	32	32

	År for Watchful waiting				
	2023	2022	2021	2020	2019
Nordjylland	42	48	31	39	30
Alder på tidspunkt for WW					
Median (Q1;Q3)	77 (74,0;79,0)	77 (74,0;80,0)	77 (73,0;80,0)	76 (73,0;79,0)	76 (73,0;80,0)
Gennemsnit (Min;Max)	76 (55,0;95,0)	77 (53,0;97,0)	76 (46,0;92,0)	75 (52,0;92,0)	76 (51,0;94,0)
PSA ved diagnose					
<4	34 (4,3%)	41 (5,9%)	41 (5,1%)	41 (4,8%)	24 (3,5%)
4-9	327 (41,3%)	273 (39,5%)	316 (39,2%)	368 (42,9%)	283 (40,8%)
10-20	233 (29,4%)	196 (28,4%)	225 (27,9%)	220 (25,7%)	210 (30,3%)
21-100	150 (18,9%)	132 (19,1%)	168 (20,8%)	154 (18,0%)	124 (17,9%)
>100	10 (1,3%)	13 (1,9%)	24 (3,0%)	18 (2,1%)	10 (1,4%)
Ukendt	38 (4,8%)	36 (5,2%)	32 (4,0%)	56 (6,5%)	42 (6,1%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	224 (28,3%)	210 (30,4%)	247 (30,6%)	310 (36,2%)	256 (36,9%)
2 (Gleason score 3+4)	317 (40,0%)	252 (36,5%)	267 (33,1%)	295 (34,4%)	232 (33,5%)
3 (Gleason score 4+3)	118 (14,9%)	93 (13,5%)	136 (16,9%)	113 (13,2%)	93 (13,4%)
4 (Gleason score 8)	34 (4,3%)	36 (5,2%)	46 (5,7%)	44 (5,1%)	37 (5,3%)
5 (Gleason score 9+)	52 (6,6%)	66 (9,6%)	71 (8,8%)	57 (6,7%)	32 (4,6%)
ISUP grad ikke defineret	47 (5,9%)	34 (4,9%)	39 (4,8%)	38 (4,4%)	43 (6,2%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	20	22	26	17	8
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	182 (23,6%)	204 (30,5%)	248 (31,8%)	360 (42,9%)	438 (63,9%)
Ukendt	25 (3,2%)	26 (3,9%)	24 (3,1%)	20 (2,4%)	21 (3,1%)
Lav risiko	66 (8,5%)	53 (7,9%)	62 (7,9%)	66 (7,9%)	32 (4,7%)
Intermediær risiko	294 (38,1%)	198 (29,6%)	237 (30,4%)	209 (24,9%)	103 (15,0%)
Høj risiko	205 (26,6%)	188 (28,1%)	209 (26,8%)	185 (22,0%)	91 (13,3%)

	År for Watchful waiting				
	2023	2022	2021	2020	2019
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	445 (56,2%)	409 (59,2%)	432 (53,6%)	469 (54,7%)	389 (56,1%)
Score 1-2	265 (33,5%)	196 (28,4%)	266 (33,0%)	277 (32,3%)	223 (32,2%)
Score 3 eller derover	82 (10,4%)	86 (12,4%)	108 (13,4%)	111 (13,0%)	81 (11,7%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	182 (23,0%)	204 (29,5%)	248 (30,8%)	360 (42,0%)	438 (63,2%)
Ikke registreret	58 (7,3%)	38 (5,5%)	45 (5,6%)	38 (4,4%)	47 (6,8%)
T0	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)
T1	12 (1,5%)	10 (1,4%)	13 (1,6%)	22 (2,6%)	16 (2,3%)
T1a	14 (1,8%)	13 (1,9%)	13 (1,6%)	8 (0,9%)	4 (0,6%)
T1b	10 (1,3%)	10 (1,4%)	10 (1,2%)	15 (1,8%)	3 (0,4%)
T1c	201 (25,4%)	147 (21,3%)	173 (21,5%)	158 (18,4%)	70 (10,1%)
T2	21 (2,7%)	13 (1,9%)	23 (2,9%)	15 (1,8%)	12 (1,7%)
T2a	92 (11,6%)	73 (10,6%)	95 (11,8%)	67 (7,8%)	25 (3,6%)
T2b	82 (10,4%)	50 (7,2%)	55 (6,8%)	48 (5,6%)	23 (3,3%)
T2c	50 (6,3%)	48 (6,9%)	57 (7,1%)	42 (4,9%)	21 (3,0%)
T3	23 (2,9%)	36 (5,2%)	24 (3,0%)	20 (2,3%)	10 (1,4%)
T3a	21 (2,7%)	28 (4,1%)	24 (3,0%)	24 (2,8%)	6 (0,9%)
Tx	11 (1,4%)	9 (1,3%)	11 (1,4%)	27 (3,2%)	11 (1,6%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	182 (23,0%)	204 (29,5%)	248 (30,8%)	360 (42,0%)	438 (63,2%)
Ikke registreret	52 (6,6%)	37 (5,4%)	53 (6,6%)	53 (6,2%)	#
N0	458 (57,8%)	339 (49,1%)	344 (42,7%)	214 (25,0%)	91 (13,1%)
N1	12 (1,5%)	11 (1,6%)	11 (1,4%)	11 (1,3%)	#
Nx	88 (11,1%)	100 (14,5%)	150 (18,6%)	219 (25,6%)	108 (15,6%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	182 (23,0%)	204 (29,5%)	248 (30,8%)	360 (42,0%)	438 (63,2%)

	År for Watchful waiting				
	2023	2022	2021	2020	2019
Ikke registreret	24 (3,0%)	22 (3,2%)	37 (4,6%)	29 (3,4%)	51 (7,4%)
M0	557 (70,3%)	438 (63,4%)	464 (57,6%)	347 (40,5%)	133 (19,2%)
M1	15 (1,9%)	15 (2,2%)	21 (2,6%)	13 (1,5%)	7 (1,0%)
Mx	14 (1,8%)	12 (1,7%)	36 (4,5%)	108 (12,6%)	64 (9,2%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.

Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingsystem.

Anden behandling

Endokrin og anden medicinsk behandling:

På relativ kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativt mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Tabellen rummer en meget stor og omkostningstung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket det, med de forhåndenværende data, på ingen måde er muligt at bedømme kvaliteten af. Der implementeres aktuelt nye indikatorer i forhold til de medicinske behandlinger i den hormonsensitive metastatiske sygdomsfase (HSPC).

Overblikket over de mangfoldige og ofte langvarige medicinske behandlingsforløb hos patienter med dissemineret sygdom, arten heraf, hvornår i sygdomsforløbet, frekvensen og kombinationer forudsætter en korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning. Kastrationsresistent sygdom (CRPC) skal kodes med "Z" (DC61.9Z). Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode, f.eks. abirateron: BWHC50, enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWA208.

Da efterhånden det meste af behandlingsrepertoiret inkl. lokal stråleterapi kan anvendes i kombination med kastrationsbehandling i såvel sygdomsfaserne hormon sensitiv prostata cancer (HSPC) som i kastrationsresistent prostata cancer (CRPC), er det databasens ambition at skabe et reelt behandlingsoverblik over, hvem der behandles i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer samt effekten heraf. Den lovede adgang til Sygehusmedicinregistret forventes at bibringe mulighed for komplette medicinske behandlingsdata, og dermed nye muligheder for reel kvalitetsovervågning af området.

Indtil da kan det af Tabel 5-7 ses, at anvendelse af den initiale endokrine terapi, om end med store interregionale variationer, er rimelig stabil. På nær en enkelt behandling gør det samme forhold sig gældende for behandling med ARPI (Antiandrogen Receptor Pathway Inhibitors) og cytostatika. Samtidig med at abirateron i store fase III forsøg har vist sig yderst effektiv i dobbelt- og tripleterapi i HSPC-sygdomsfase, gik præparatet af patent. Dette medførte at antallet af patienter behandlet med abirateron på landsbasis på et enkelt år steg fra 521 til 1.372.

Den månedligt administrerede GnRH antagonist anvendes fortsat udelukkende i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

Anvendelse af medicinsk knogleprofylakse udgøres altovervejende med denosumab. Over halvdelen heraf anvendes i Region Midtjylland, hvor alle i kastrationsbehandling i udgangspunktet ligesom i Region Nord tilbydes denne knogleprofylakse.

2023

Behandling startet 2023	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.059	259	40	235	383	140
GNRH analog	2.197	539	327	657	392	281
GNRH antagonist	110	54	0	55	0	0
Orchiectomi	44	18	5	6	9	6
Abirateron	1.372	411	220	348	291	102
Enzalutamid	329	74	88	78	59	30
Apalutamid	51	19	12	9	6	5
Darolutamid	83	11	29	15	7	20
Docetaxel	557	116	95	163	133	50
Cabazitaxel	288	86	56	62	56	28
Bisfosfonat	26	#	#	#	7	0
Denosumab	274	#	#	#	146	123
Radium-223	50	15	10	21	#	#
Forsøgsmedicin	10	0	0	0	#	#

2022

Behandling startet 2022	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.064	284	12	225	423	120
GNRH analog	2.538	592	480	826	442	198
GNRH antagonist	126	77	0	49	0	0
Orchiectomi	43	16	3	10	9	5
Abirateron	521	111	200	88	95	26
Enzalutamid	623	145	98	184	127	68
Apalutamid	17	4	3	5	#	4
Darolutamid	85	25	7	15	23	15
Docetaxel	573	158	109	139	114	53
Cabazitaxel	297	89	50	81	53	24
Bisfosfonat	23	#	#	#	9	0
Denosumab	207	#	0	0	125	81
Radium-223	38	13	3	12	10	0
Forsøgsmedicin	5	0	#	#	#	0

Beskrivelse af sygdomsområdet

Prostatacancer manifesterer sig meget sjældent klinisk før 50-års-alderen, mens sygdommen fra obduktionsstudier vides at kunne påvises histologisk betydeligt tidligere. Incidensen er stærkt stigende med alderen, og omkring halvdelen af 60-årige og 75% af 75-årige vil kunne diagnosticeres med typisk klinisk ubetydende sygdom. Et meget stort antal patienter diagnosticeres som følge af forhøjet PSA-værdi i forbindelse med opportunistisk screening.

Sygdommen er aktuelt den hyppigste mandlige kræftform (bortset fra ikke-melanom hudcancer). Selv ved uændret diagnostisk aktivitet, forventes prævalensen af prostatacancer, dvs. antallet af patienter i live med sygdommen, således at stige fra de nuværende lidt over 50.000 til ca. 70.000 tilfælde i 2030.

Det kliniske dilemma med overdiagnosticering af klinisk, ikke betydelende kræfttilfælde forventes i forbindelse med den aktuelle implementering af den MR-baserede diagnostiske strategi markant nedbragt. Prostatacancer udvikler sig yderst individuelt, og forløbet for den enkelte kan i det tidlige sygdomsstadie være helt uforudsigeligt. Af samme årsag er det afgørende, at den nydiagnosticerede patient risikovurderes mhp. prognose og behandlingsstrategi (Figur 9-1). Sidstnævnte fastlægges ved en multidisciplinær teamkonference (MDT). Da patienter diagnosticeret med tidlig minimal sygdom betragtes som potentielt klinisk ikke-signifikante tilfælde, introduceres stadig flere til active surveillance. Herved forstås aktiv overvågning i form af et systematisk observationsprogram til individuel vurdering af et eventuelt behov for helbredende behandling.

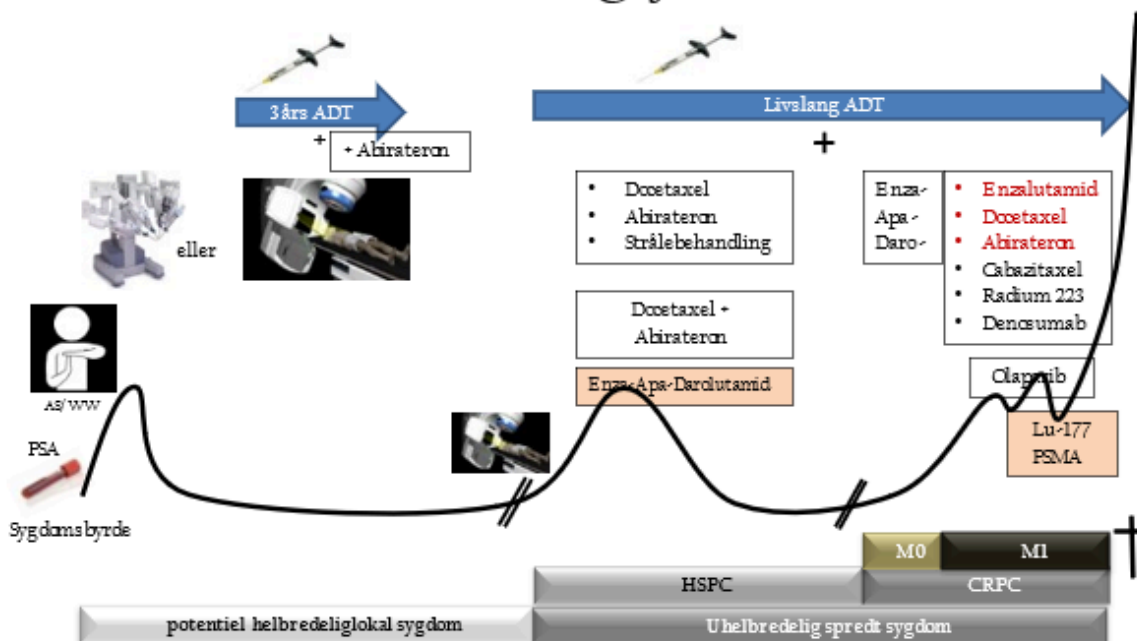
I Danmark udføres årligt omkring 1.000 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag for praktiske formål udelukkende ved hjælp af såkaldt robotkirurgi, hvor prostata og sædblærer fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør, evt. suppleret med fjernelse af regionale bækken-lymfeknuder. Patienten udskrives typisk dagen efter operationen med et åbenstående blærekateter, som fjernes ved et ambulant besøg 6-8 dage senere. Da sygdomskortlægningen inden behandlingstilbud fortsat er yderst usikker, viser ca. 1/3 af forventede intraprostatisk tumorer (cT1-2) sig reelt at være ekstraprostatisk (pT3) og 1/4 endog med efterladt tumorvæv, såkaldte tumorpositive kirurgiske marginer. Disse patienter har øget risiko for senere sygdomstilbagefald. Ca. halvdelen af de diagnosticerede patienter bliver behandlet med operation eller strålebehandling. Behandlingerne er centraliseret til relativt få centre.

Den eksterne strålebehandling tilbydes årligt omkring 700 patienter og er ved aggressive tilfælde kombineret med tre års medicinsk kastrationsbehandling. Patienterne er som udgangspunkt typisk lidt ældre, lidt mere komorbide og i højere risikoklasse sammenlignet med operationspatienterne.

Ved spredning af sygdommen til f.eks. knoglerne er sygdommen uhelbredelig, men vil typisk kunne holdes i ro i flere år på kastrationsbehandling i kombination med kemoterapi, strålebehandling eller nyere hormonbehandling (Figur 9-1). Ved progression herefter vil sygdommen være kastrationsresistent (CRPC) og for blot 10 år siden var den gennemsnitlige overlevelse herefter under et år. I dag er der tilkommet en række medicinske behandlinger, som hver især kan bibringe måneders levetidsforlængelse, så overlevelsen i denne sygdomsfase nu gennemsnitligt er forlænget til omkring tre år.

Figur. Prostatacancer diagnosticeres typisk pga. en forhøjet PSA-værdi i blodet. Denne værdi korrelerer relativt godt til sygdomsbyrden, som angives som figurens linje. Ved diagnose vil hovedparten af patienterne have lokaliseret og dermed helbredelig sygdom. Alt efter behandlingsegnerhed og sygdommens alvor (risikoscore) tilbydes hhv. 1) observation i form af active surveillance eller watchful waiting, 2) operation eller 3) stråleterapi +/- 3 års medicinsk kastrationsbehandling. Ved lokalt sygdomstilbagefald efter operation vil nogle være kandidater til salvage stråleterapi eller som med nydiagnosticeret metastatisk og uhelbredelig sygdom livslang kastration – hvilket typisk gøres medicinsk. Initialt er denne sygdomsfase hormonsensitiv (HSPC), men inden for måneder til år bliver sygdommen resistent for kastrationen (CRPC). På baggrund af nye medicinske behandlinger er levetiden i disse faser af sygdommen gennem de senere år markant forlænget.

Behandlingsforløb



Datakomplethed og dækningsgrad

Databasens population er baseret på udtræk fra Patologiregisteret og Landspatientregisteret. Databasen tilstræber at indsamle data for personer med en patologisk verificeret prostatakæftdiagnose i Danmark, og databasen er derfor nær 100% komplet sammenlignet med Patologiregisteret, idet der dog kan være enkelte personer som er diagnosticeret i udlandet og der kan være nogle få tilfælde hvor en patologisk diagnose fejlagtigt ikke er registreret i Patologiregisteret.

Cancerregisteret kan anvendes som grundlag for opgørelse af et forventet antal nye diagnoser pr. år. I 2022 havde databasen 4.452 nye tilfælde, hvilket er 95% af den samlede incidens i året ifølge Cancerregisteret (4.704 tilfælde). Det er forventeligt, at der er prostatacancerdiagnoser i Cancerregisteret, der ikke er patologisk verificeret, fx for en person med biokemiske mål og radiologisk undersøgelse som viser klare tegn på prostatakæft, men hvor der ikke foreligger en vævsprøve. Det kan derfor konkluderes at databasens dækningsgrad med stor sandsynlighed er 95% eller højere.

Population og indikatorer

I DAPROCAdata inkluderes patienter med en første prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (patologiregisteret) eller Landspatientregistret (LPR).

Inklusionskriterier

Patientpopulationen identificeres ud fra alle rekvisitioner med en rekvisitionsdato i opgørelsesperioden vedrørende prostatacancer i patologiregisteret som:

Patienter med rekvisitioner med følgende SNOMED koder på samme materiale T77* (prostata og vesicula seminalis) OG M8xxx3 (alle maligne invasive neoplasier primært i prostata) i umiddelbar sekvens efter T77*.

ELLER

Patienter med rekvisitioner med SNOMED kode ÆF4620 (udgangspunkt i prostata), dvs. metastaser, hvor primært udgangspunkt er prostata.

Eksklusionskriterier

Patienter, der opfylder følgende kriterier ekskluderes:

Patienter med rekvisitioner med inkonklusiv prostatacancerdiagnose, dvs. en obs. pro diagnose (ÆYYY00) i umiddelbar sekvens efter en af de relevante M-koder, medmindre der er en anden relevant M-kode uden ÆYYY00 og/eller en diagnose indeholdende ÆF4620 uden ÆYYY00 i sekvens på samme rekvisition ekskluderes.

Patienter med erstatnings cpr-nummer.

Patienter der diagnosticeres som følge af fjernelse af blære (KKCC10, KKCC11, KKCC20 eller KKCC21).

Tilskrivning af indikatorer

Indikatorerne tilskrives den primære urologiske afdeling i Landspatientregisteret, defineret som den afdeling med specialekode 35, hvor patienten er set først. For patienter, der ikke har en kontakt på en urologisk afdeling, tilskrives indikatorerne den afdeling, som har oprettet diagnoseskemaet i UOF-databasen eller for indikator 1 (indlæggelse efter TRUS-biopsi) den afdeling, som har lavet første TRUS-biopsi.

Kodeark

Denne fil er vedhæftet som bilag til online versionen af årsrapporten. Hvis du læser dette på en printet årsrapport, skal du åbne årsrapporten i en browser for at åbne filen. Hvis du læser dette fra en PDF, kan du downloade filen ved at trykke på linket her:

Algoritmer

Denne fil er vedhæftet som bilag til online versionen af årsrapporten. Hvis du læser dette på en printet årsrapport, skal du åbne årsrapporten i en browser for at åbne filen. Hvis du læser dette fra en PDF, kan du downloade filen ved at trykke på linket her:
