

***DaProCa***



**Dansk Prostata Cancer Database**

**Dansk Urologisk Cancer Gruppe**

**Årsrapport 2018**

Juni 2019

## Hvorfra udgår rapporten

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Olof Palmes Allé 15, 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.

Formand for DaProCa data er Lærestolsprofessor, overlæge, dr.med., ph.d. Michael Borre, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital. I styregruppen indgår desuden Overlæge Mette Moe, Onkologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital, Seniorforsker Søren Friis, Center for Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse, Overlæge, ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Overlæge Henrik Jakobsen, Urologisk Afdeling H, Herlev og Gentofte Hospital, Overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Overlæge Astrid Petersen, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital og Afdelingslæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet.

Epidemiolog for DaProCa er Henrik Møller, epidemiolog (faglig leder), dr.med. E-mail: [henrik.moller@rkkp.dk](mailto:henrik.moller@rkkp.dk)

Biostatistiker og datamanager for DaProCa er Heidi Larsson. E-mail: [heilar@rkkp.dk](mailto:heilar@rkkp.dk)

Kontaktperson for DaProCa er kvalitetskonsulent Inge Øster, cand.scient.san. E-mail: [ingoe@rkkp.dk](mailto:ingoe@rkkp.dk)

## INDHOLDSFORTEGNELSE

<b>Konklusioner og anbefalinger .....</b>	<b>4</b>
<b>Kort beskrivelse af studiepopulationen .....</b>	<b>8</b>
<b>Oversigt over alle indikatorer .....</b>	<b>27</b>
<b>Oversigt over de samlede indikatorresultater .....</b>	<b>28</b>
<b>Oversigt over de supplerende indikatorer .....</b>	<b>30</b>
<b>Indikatorresultater for Danmark og på regions- og afdelingsniveau .....</b>	<b>31</b>
Indikator 1: Indlæggeshyppighed .....	32
Indikator 2a: Active surveillance events efter 1 år.....	41
Indikator 2b: Active surveillance events efter 3 år .....	47
Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT2).....	52
Indikator 4: Positiv kirurgisk margin (pT3).....	56
Indikator 5: Morbiditet 30 dage (genindlæggelse).....	60
Indikator 6: Postoperativ morbiditet (indlæggelsens varighed) .....	64
Indikator 7: Mortalitet.....	68
Indikator 8: Datakomplethed, diagnoseskema .....	72
<b>Nye indikatorer.....</b>	<b>77</b>
Indikator 9 (suppl). Lav risiko: kurativ behandling. ....	77
Indikator 10 (suppl). Høj risiko: kurativ behandling. ....	80
<b>Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvaliteten .....</b>	<b>83</b>
<b>Datagrundlag.....</b>	<b>85</b>
<b>Identifikation af patientpopulationen.....</b>	<b>88</b>
<b>Indikatoralgoritmer .....</b>	<b>89</b>
<b>Særkapitel: Patientkohorten 2010-2018 .....</b>	<b>93</b>
<b>Særkapitel: Validering af registrering af AS og WW.....</b>	<b>94</b>
<b>Styregruppens medlemmer .....</b>	<b>95</b>
<b>Appendiks .....</b>	<b>96</b>
<b>Kodeark.....</b>	<b>98</b>
<b>Kommentarer fra regioner og afdelinger.....</b>	<b>100</b>

## KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

De behandlende afdelinger har med månedsintervaller løbende adgang til egne kvalitetsdata. Med denne rapport gives de samme afdelinger mulighed for at reflektere over egen indsats i forhold til det øvrige land.

Prostata specifikt antigen (PSA) er en helt essentiel markør for såvel diagnose, behandlingsvalg og opfølgning. Det er netop lykkedes at få adgang til denne blodprøveværdi direkte fra laboratorierne (LABKADATA) fraset Region Midtjylland. PSA vil fremadrettet kunne anvendes til at opkvalificere indikatorsættet.

### PROSTATACANCER: FOREKOMST, DIAGNOSE OG BEHANDLING

- **DIAGNOSE**

Med 4.620 nye tilfælde i 2018 stiger incidensen af prostatacancer atter. Incidens pr. 100.000 mænd er steget fra 188 til 203, dog fortsat med stor regional variation. Kun Region Hovedstaden (148/100.000) ligger under landsgennemsnittet, mens Region Midtjylland topper med 236/100.000 efter årets største incidensstigning. Lokaliseret prostatacancer giver for praktiske formål stort set ingen symptomer og op imod 3 af 4 patienter diagnosticeres pga. en forhøjet PSA værdi. Under 5% af patienterne er diagnosticerede pga. symptomer på metastaser.

**Anbefaling:** Den betydelige regionale variation i tidlig opsporing af prostatacancer kalder fortsat på en fælles national holdning til måling af PSA. Afdelingerne skal indberette TNM kodningen til LPR3, hvor C.61.9M meget u hensigtsmæssigt er erstattet af en noget mere omstændelig kodepraksis.

- **ACTIVE SURVEILLANCE**

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af lavrisikopatienter sættes stadigt flere patienter initielt i observation i form af active surveillance - ikke at forveksle med watchful waiting.

**Anbefaling:** Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuel visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter initielt anbefales active surveillance når patienten opfylder kriterierne herfor. Active surveillance skal kodes ZZ4252B. Den kliniske dilemmafyldte overdiagnosticering forventes i nær fremtid markant nedbragt ved introduktion af funktionel MR-skanning tidligere i det diagnostiske forløb.

- **RADIKAL PROSTATEKTOMI**

Antallet af operationer er atter stigende. Operationsraten per 100.000 mænd diagnosticeret i egen region er med stor regional variation og den er næsten dobbelt så høj i Region Midtjylland som i Region Sjælland. Det åbne kirurgiske indgreb foretages stort set ikke længere.

**Anbefaling:** Den betydelige regionale variation mhp. operationsindikation bør, som i den aktuelle visitationsretningslinje, give anledning til en indsats for en mere ensartet tolkning af retningslinjerne for håndtering af klinisk lokaliseret sygdom – herunder operationsindikation.

- **PRIMÆR STRÅLEBEHANDLING**

Efter et meget udtalt fald i antallet af primære strålebehandlinger fra 2016 til 2017 er antallet af behandlinger nu atter i stigning. Som ved radikal prostatektomi er også her meget store regionale forskelle. De sidste års fald i antallet er vendt til en stigning, som har været størst i Aarhus, mens Region Sjælland strålebehandler et meget stort antal patienter. Patientkarakteristika er uændrede over tid.

**Anbefaling:** Med den udtalte regionale forskel i behandlingsantallet bør man overordnet evaluere indikation og behandlingstilbud. Primær strålebehandling skal kodes behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02C.

- **WATCHFUL WAITING**

Patientkarakteristika antyder fortsatte problemer i skelen mellem watchful waiting (observation før evt. hormonbehandling) og active surveillance (systematisk observation forud for evt. kurativ operation eller strålebehandling).

**Anbefaling:** Watchful waiting skal kodes ZZ4252A.

- **ENDOKRINTERAPI OG MEDICINSK BEHANDLING**

**Anbefaling:** På kort tid er behandlingerne blevet relativt mange og overlevelsen signifikant forlænget. Overblikket over hvilke behandlinger, der gives hvornår og i hvilken frekvens, forudsætter en endnu ikke praktiseret korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning. Metastatisk sygdom kan i LPR3 meget uheldigt (meget mildt formuleret) ikke længere kodes med suffixet "M", hvilket bl.a. forventes at underminere den nødvendige udvikling af den "onkologiske" del af årsrapporten og de potentielt og meget tiltrængte tilhørende kvalitetsindikatorer. Da patienterne med metastaserende sygdom er sårbare og den medicinske behandling kostbar, anses det for vigtigt at sikre et overblik over omfang og kvalitet af den givne behandling i dette sygdomsstadie. Som minimum kan der stilles krav om korrekt behandlingskodning.

## INDIKATORER

- **INDLÆGGELSESKRÆVENDE KOMPLIKATIONER TIL PROSTATABIOPSIER (Indikator 1)**

**Indlæggelse.** På landsplan blev 5% indlagt efter en TRUS, hvilket er på niveau med tidligere år. Dette er inden for den fastlagte standard. Der ses en større variation mellem sygehusafdelingerne fra 0% til 17%. Der er fem hospitalsafdelinger, som ikke opfylder standarden: Urologisk afdeling på Bornholms Hospital (17%), Herlev og Gentofte Hospital (6%), Rigshospitalet (8%), Sydvestjysk Sygehus Esbjerg (6%), og samt Hospitalsenhed Midt (8%).

**Anbefaling:** Der bør på de urologiske afdelinger, hvor indikatorstandarder ikke opfyldes, være en større opmærksomhed på denne procedure og om muligt finde en årsagsforklaring på den forhøjede forekomst.

- **ACTIVE SURVEILLANCE – PATIENTSELEKTION (Indikator 2a og 2b)**

**Behandling efter 1 år.** Indikatoren standard opfyldes akkurat på nationalt niveau, uden at være opfyldt i regionerne Sjælland, Syddanmark og Midtjylland. Den meget forskellige implementering af funktionel prostata MR-skanning på landets afdelinger afspejles i resultaterne, da skanningen for en betydelig del af disse patienter umiddelbart ændrer risikogruppering og behandlingsindikation, fremfor at de ved traditionel observation først på et senere tidspunkt påvises at have mere aggressiv sygdom end primært vurderet.

**Behandling efter 3 år.** Indikatoren standard er med store regionale forskelle opfyldt på nationalt niveau, men den er ikke opfyldt i to hospitalsafdelinger i Region Syddanmark: Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L og Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi.

**Varsling:** Den hastigt mere udbredte anvendelse af funktionel MR scanning i udredning af tidlig prostatacancer har radikalt ændret forudsætningerne for den klassiske AS. Under denne kliniske forvandling forventes kvalitetsindikatoren i sin aktuelle form at skulle erstattes af en mere meningsfuld overvågning af den fremtidige kvalitet på området.

- **RETSYGDOM EFTER RADIKAL OPERATION (Indikator 3 og 4).**

**Lokaliseret sygdom.** Da tumorpositive kirurgiske marginer øger risikoen for biokemisk recidiv og efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi samt ikke mindst et nyt sygdomstilbagefald anses det for betydeligt for behandlingskvaliteten, at der om muligt ikke efterlades cancervæv i forbindelse med det radikale operative indgreb. På landsplan havde 95 af i alt 708 (13%) af patienter med intrakapsulære (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er på niveau med 2017 og 2016. Standarden på 15% er fortsat opfyldt nationalt. Til trods for et fald i frekvensen af positive kirurgiske marginer på begge de to urologiske hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden er standarden her fortsat ikke opfyldt (18-20%).

**Lokalavanceret sygdom.** På landsplan havde i alt 145 ud af 392 (37%) af patienter med pT3 tumorer positiv kirurgisk margin, og standarden er ikke opfyldt på nationalt niveau. På regionalt niveau er standarden kun opfyldt i region Sjælland. I protokollerne SPCG-15 og g-RAMPP opereres kliniske T3 tumorer, og særligt studieaktive centre (Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital) kan påvirkes heraf.

**Anbefaling:** Frekvensen af patienter, som opereres "i sundt væv" anses for at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet, ligesom regionale variationer heraf naturligt bør lede til refleksioner. I forbindelse med opdatering af de kliniske retningslinjer vedr. patologi vil der komme uddybende beskrivelse og fortolkning af, hvad der skal opfattes som hhv. pT3a og positiv kirurgisk margin. Dette vil kunne afhjælpe en evt. diskrepans mellem de forskellige patologiafdelinger vedr. disse parametre og dermed belyse, om forskellen kan være betinget af patientselektion og/eller kirurgisk teknik og metode.

- **KOMPLIKATIONER TIL OPERATIV BEHANDLING (Indikator 5, 6 og 7).**

**Genindlæggelse:** Da 11% af de radikalt prostatektomi patienter blev genindlagt inden for 30 dage efter operationen er standarden på ≤5% langt fra opfyldelse på landsplan. Indikatorresultatet er på niveau med de seneste år. På regionsniveau varierer genindlæggelsesfrekvensen fra 7% i Region Nordjylland til 26% i

Region Sjælland. Sidstnævnte er et netop etableret operationscenter, hvorfor de første data herfra bør tolkes varsomt.

**Anbefaling:** Da indikatorens standard over hele landet synes uden for rækkevidde, anbefales de opererende centre at evaluere praksis. Endvidere bør kodepraksis for komplikationer forbedres.

**Varsling:** Indikatorens standard på  $\leq 5\%$  blev i sin tid valgt på baggrund af litteraturgennemgang. Nyere data tyder imidlertid på store metodologisk fejl i tidligere videnskabelige publikationer med underrapportering, og sammenholdt med et årsagsforklarende audit på AUH tyder meget på, at en standard på  $\leq 10\%$  snarere tegner et realistisk billede af en acceptabel genindlæggelsesfrekvens, hvorfor den er vedtaget at erstatte den hidtidige fra 2019.

**Forlænget indlæggelse.** På landsplan blev kun 35 patienter ud af 1.113 (3%) radikalt prostatektomerede patienter udskrevet efter mere end 3 døgn indlæggelse. Dette er sammenligneligt med de seneste år. Standarden på  $\leq 5\%$  er opfyldt på landsplan. Alle afdelinger lever op til standarden, på nær Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi (6%). Figur 6-4 viser overbevisende at indlæggelsestiden ved prostatektomi i Danmark er reduceret siden 2010 og blevet meget ensartet i landets regioner.

**Anbefaling:** Da den faktiske længde af de forlængede indlæggelser ikke foreligger her, forventes de enkelte afdelinger at forholde sig hertil samt foretage årsagsopsporing. Den komplikationsrelevante diagnosekodning bør optimeres.

**Død.** På landsplan døde fem patienter inden for et år efter radikal prostatektomi. Standarden på under 1% er således opfyldt på landsplan, men ikke for Region Midtjylland, hvor Hospitalsenheden Vest med tre dødsfald (1,7%) ikke opfylder standarden.

**Anbefaling:** De berørte afdelinger bør sikre sig patienternes dødsårsag og evt. relation til det operative indgreb.

**Varsling:** Antallet af dødsfald inden for et år efter prostatektomi er meget lavt, og denne mortalitetsrisiko er derfor bestemt med meget stor statistisk usikkerhed. Det er besluttet at denne indikator udgår, og at der i stedet søges at gøre sammenligning af patienternes mortalitet ved en kohorteanalyse af flere års patienter.

- **DATAKOMPLETHED (Indikator 8).**

**Indberetning.** Den overordnede datakomplethed er desværre fortsat alt for dårlig. Det er igen i 2018 de to store urologiske afdelinger i Region Hovedstaden (Rigshospitalet og Herlev), hvis fortsat meget lave indberetning til den obligatoriske kvalitetssikring, risikerer at underminere kvalitetsdatabasens værdi.

**Anbefaling:** Særligt i Region Hovedstaden bør der fortsat arbejdes på en sikring af den obligatoriske indberetning af kvalitetsdata til såvel LPR3 som diagnoseskemaet, hvorfor indikatoren opretholdes.

**Indikatorsættet** revideres med ibrugtagning i 2019.

God læselyst.

**Michael Borre**

På vegne af styregruppen

## KORT BESKRIVELSE AF STUDIEPOPULATIONEN

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 2018 til 31. december 2018. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

I 2018 blev 4620 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Dette er lidt flere end de seneste år. Tabel 0-1 viser antallet af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter i Danmark, fordelt på region. Derudover opgøres patienternes kardinalsymptomer, aldersfordeling, komorbiditetstatus (Charlsons komorbiditetsindeks, baseret på Landspatientregisteret i en periode på 10 år før prostatacancerdiagnosen), PSA niveau, Gleason score/ISUP grad og risikovurdering (D'Amico score) på diagnosetidspunktet. I 2018 er andelen af patienter, som ikke har registrering af de vigtige prognostiske variabler fortsat høj: kardinalsymptomer (34,3%); PSA (30,8%); risikovurdering (26,3%). Det er særligt i Region Hovedstaden der mangler data for kardinalsymptomer og risikovurdering (Appendiks 1; Tabel 12-5).



**Tabel 0-1. Nydiagnosticerede prostatacancer patienter, 2014-2018, og beskrivelse af udvalgte basisvariabler**

	<i>Diagnoseår</i>				
	<i>2018</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>
<b>Nydiagnosticerede</b>	4.620	4.250	4.463	4.471	4.534
<b>Bopælsregion</b>					
Hovedstaden	1.036 (22,4%)	982 (23,1%)	1.139 (25,5%)	1.020 (22,8%)	1.093 (24,1%)
Sjælland	774 (16,8%)	701 (16,5%)	704 (15,8%)	829 (18,5%)	914 (20,2%)
Syddanmark	1.074 (23,2%)	1.050 (24,7%)	1.023 (22,9%)	960 (21,5%)	953 (21,0%)
Midtjylland	1.233 (26,7%)	1.056 (24,8%)	1.060 (23,8%)	1.169 (26,1%)	1.113 (24,5%)
Nordjylland	486 (10,5%)	452 (10,6%)	520 (11,7%)	476 (10,6%)	448 (9,9%)
Færøerne/Grønland	9 (0,2%)	6 (0,1%)	9 (0,2%)	8 (0,2%)	4 (0,1%)
Udland/øvrige	8 (0,2%)	3 (0,1%)	8 (0,2%)	9 (0,2%)	9 (0,2%)
<b>Incidens pr. 100.000 mænd 18+ år</b>					
Danmark	203	188	199	202	207
Hovedstaden	148	141	167	152	165
Sjælland	227	202	208	249	280
Syddanmark	225	219	215	203	203
Midtjylland	236	204	207	233	224
Nordjylland	203	190	220	203	191
<b>Kardinalsymptomer</b>					
Ingen symptomer	752 (16,3%)	728 (17,1%)	970 (21,7%)	1.256 (28,1%)	1.230 (27,1%)
LUTS	1.595 (34,5%)	1.508 (35,5%)	1.380 (30,9%)	1.722 (38,5%)	1.644 (36,3%)
Hæmaturi	103 (2,2%)	103 (2,4%)	105 (2,4%)	162 (3,6%)	147 (3,2%)
Hæmospermi	19 (0,4%)	33 (0,8%)	19 (0,4%)	31 (0,7%)	29 (0,6%)
Metastasesymptomer	146 (3,2%)	157 (3,7%)	153 (3,4%)	139 (3,1%)	146 (3,2%)
Andet	420 (9,1%)	429 (10,1%)	559 (12,5%)	487 (10,9%)	321 (7,1%)
Uoplyst	1.585 (34,3%)	1.292 (30,4%)	1.277 (28,6%)	674 (15,1%)	1.017 (22,4%)
<b>Alder ved diagnose</b>					
Median(Q1;Q3)	71 (65,1;75,8)	71 (65,1;76,0)	70 (64,9;75,4)	70 (64,7;75,5)	70 (65,1;75,3)
Gennemsnit(Min;Max)	71 (41,4;96,7)	71 (40,8;98,5)	70 (41,0;102)	70 (36,8;101)	70 (39,5;96,8)
<b>Charlson comorbidity index</b>					
Score 0	2.921 (63,2%)	2.606 (61,3%)	2.903 (65,0%)	2.934 (65,6%)	3.023 (66,7%)
Score 1-2	1.284 (27,8%)	1.243 (29,2%)	1.178 (26,4%)	1.163 (26,0%)	1.166 (25,7%)
Score 3 eller derover	415 (9,0%)	401 (9,4%)	382 (8,6%)	374 (8,4%)	345 (7,6%)
<b>PSA</b>					
<10	1.359 (29,4%)	1.285 (30,2%)	1.419 (31,8%)	1.682 (37,6%)	1.498 (33,0%)
10-20	698 (15,1%)	644 (15,2%)	697 (15,6%)	868 (19,4%)	822 (18,1%)
21-100	760 (16,5%)	747 (17,6%)	740 (16,6%)	918 (20,5%)	856 (18,9%)
>100	381 (8,2%)	420 (9,9%)	434 (9,7%)	447 (10,0%)	415 (9,2%)

	<i>Diagnoseår</i>				
	<i>2018</i>	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>
Ukendt	1.422 (30,8%)	1.154 (27,2%)	1.173 (26,3%)	556 (12,4%)	943 (20,8%)
<b>ISUP*</b>					
1 (Gleason -6)	1.049 (22,7%)	1.122 (26,4%)	1.120 (25,1%)	1.215 (27,2%)	1.169 (25,8%)
2 (Gleason 3+4)	1.164 (25,2%)	1.031 (24,3%)	1.198 (26,8%)	1.092 (24,4%)	1.180 (26,0%)
3 (Gleason 4+3)	686 (14,8%)	647 (15,2%)	564 (12,6%)	556 (12,4%)	529 (11,7%)
4 (Gleason 8)	664 (14,4%)	459 (10,8%)	472 (10,6%)	402 (9,0%)	420 (9,3%)
5 (Gleason 9+)	867 (18,8%)	813 (19,1%)	893 (20,0%)	688 (15,4%)	697 (15,4%)
ISUP ikke defineret	190 (4,1%)	178 (4,2%)	216 (4,8%)	518 (11,6%)	539 (11,9%)
<b>D'Amico-risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	633	611	493	636	537
Risikovurderede:					
Lav risiko	445 (11,2%)	436 (12,0%)	428 (10,8%)	597 (15,6%)	518 (13,0%)
Intermediær risiko	899 (22,5%)	797 (21,9%)	930 (23,4%)	980 (25,6%)	930 (23,3%)
Høj risiko	1.594 (40,0%)	1.456 (40,0%)	1.591 (40,1%)	1.555 (40,5%)	1.596 (39,9%)
Ukendt	1.049 (26,3%)	950 (26,1%)	1.021 (25,7%)	703 (18,3%)	953 (23,8%)
<b>T stadie på diagnosetidspunkt</b>					
T0	8 (0,2%)	3 (0,1%)	28 (0,6%)	# (0,0%)	3 (0,1%)
Tx	130 (2,8%)	172 (4,0%)	99 (2,2%)	58 (1,3%)	68 (1,5%)
T1a	48 (1,0%)	72 (1,7%)	71 (1,6%)	71 (1,6%)	83 (1,8%)
T1b	25 (0,5%)	34 (0,8%)	27 (0,6%)	40 (0,9%)	33 (0,7%)
T1c	1.128 (24,4%)	1.024 (24,1%)	1.126 (25,2%)	1.370 (30,6%)	1.267 (27,9%)
T2a	416 (9,0%)	364 (8,6%)	332 (7,4%)	425 (9,5%)	383 (8,4%)
T2b	295 (6,4%)	272 (6,4%)	214 (4,8%)	284 (6,4%)	255 (5,6%)
T2c	304 (6,6%)	262 (6,2%)	271 (6,1%)	333 (7,4%)	309 (6,8%)
T3a	521 (11,3%)	578 (13,6%)	564 (12,6%)	788 (17,6%)	684 (15,1%)
T3b	205 (4,4%)	165 (3,9%)	202 (4,5%)	230 (5,1%)	242 (5,3%)
T4	125 (2,7%)	151 (3,6%)	115 (2,6%)	113 (2,5%)	115 (2,5%)
Ikke registreret	1.415 (30,6%)	1.153 (27,1%)	1.414 (31,7%)	757 (16,9%)	1.092 (24,1%)
<b>M stadie på diagnosetidspunkt</b>					
M0	2.671 (57,8%)	2.526 (59,4%)	2.368 (53,1%)	2.967 (66,4%)	2.810 (62,0%)
M1	520 (11,3%)	496 (11,7%)	431 (9,7%)	487 (10,9%)	422 (9,3%)
Ikke registreret	1.429 (30,9%)	1.228 (28,9%)	1.664 (37,3%)	1.017 (22,7%)	1.302 (28,7%)

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

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

## KOMMENTAR

Incidensen af prostatakræft er efter en kort pause atter stigende og har med 4.620 nye tilfælde i 2018 nået sit hidtil største antal. Dette er med baggrund i den stadigt stigende ældre befolkning helt forventeligt. Om end med en rimelig stabil procentuel fordeling findes den diagnostiske aktivitet fortsat med meget stor regional variation. Landsgennemsnittet for antal diagnosticerede patienter pr 100.000 mænd er fra 2017 steget fra 188 til 203/100.000. Kun Region Hovedstaden med 148/100.000 ligger under gennemsnittet, mens Region Midtjylland topper med 236/100.000 efter årets største incidensstigning. Det skal bemærkes, at der ikke er foretaget en aldersstandardisering, hvorfor der ikke er taget højde for evt. forskelle i den mandlige alderssammensætning i de respektive regioner. Medianalder ved diagnosen var næsten uændret 71 år, ligesom to ud af tre patienter i øvrigt er raske uden væsentlig komorbiditet. Ser man bort fra vandladningsgener (LUTS), som i øvrigt kun sjældent har relation til prostatakræft, er årsagen til diagnosticering altovervejende den foretagne PSA måling. Kun ganske få patienter diagnosticeres på baggrund af metastasesymptomer. Med forbehold for den fortsat udtalt mangelfulde indrapportering diagnosticeres omkring hver tredje patient i PSA-gråzonen (3-10 ng/ml). Den manglende diagnostiske PSA værdi på over 1.400 patienter eller omkring en tredjedel af hele populationen, understreger nødvendigheden af en seriøs prioritering af en fremtidig adgang til landsdækkende LABKA-data. Dette er netop lykkedes, dog med undtagelse af Region Midtjylland, hvorfra laboratoriedata ikke kan indhentes. Tumorstadiet ved diagnosen lider datamæssigt samme nød og er derfor tilsvarende dårligt belyst med over 1.400 manglende patienter, hvilket umuliggør en meningsfuld risikostratificering af populationen. Der arbejdes på at opnå en mere fyldegørende TNM klassifikation ved træk fra det nye LPR3, men kvaliteten heraf er fortsat ukendt, ligesom den forudsætter en løbende opdateret kodning gennem sygdomsforløbet. Den overordnede sygdomsaggressivitet bedømt ved histologisk gradering (ISUP grad) er uændret over tid, hvilket også er tilfældet for den samlede risikovurdering – hvor data har været foreliggende.

Den fortsatte betydelige regionale variation i tidlig opsporing af prostatacancer kalder på en mere ensartet national strategi for anvendelse af PSA.

På baggrund af den enkelte patients sygdomsbillede, komorbiditet og performance status baseres behandlingsvalget på de gældende landsdækkende kliniske retningslinjer og fra januar 2019 suppleret af Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje. Patienterne bør om muligt forud herfor konfereres ved MDT.

De efterfølgende tabeller (0-2 til 0-8) angiver antallet af patienter, som i 2018 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk at disse patienter kan være diagnosticeret i 2017 eller forudgående år.

**Tabel 0-2. Active surveillance (kode ZZ4252B baseret på data fra LPR)**

	År for active surveillance				
	2018	2017	2016	2015	2014
<b>Active surveillance</b>	<b>808</b>	<b>969</b>	<b>774</b>	<b>683</b>	<b>559</b>
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overa	0	#	4	5	5
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	#	3	0	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	129	164	204	157	119
Hospitalet i Nordsjælland, HI Kirurgisk overafdeling	#	0	0	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	41	78	47	54	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, KOE Kirurgi	0	0	0	#	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	0	0	0	23	34
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	89	34	35	30	31
Kolding Sygehus, Urologisk afdeling, Fredericia	0	0	4	10	7
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	260	299	271	187	177
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	3	6	6	12	15
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	0	#	#	#
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	5	7	0	0	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	42	31	20	17	11
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	3	#	4	10	0
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	90	194	0	3	0
Regionshospitalet Horsens, Kirurgi, Overafdeling - RHH	0	0	7	3	#
Regionshospitalet Randers, Urologisk overafdeling	0	0	22	26	13
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	127	88	95	96	95
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Ov	#	12	24	13	15
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyss)	15	49	30	34	34
<b>AS pr. 100.000 mænd 18+ år</b>					
Danmark	35,5	42,9	34,6	30,9	25,5
<b>Region for patientens primære urologiske afdeling:</b>					
Hovedstaden	21,2	31,4	31,3	21,7	17,7
Sjælland	38,1	26,5	27,0	46,4	29,6
Syddanmark	51,0	58,8	55,0	38,4	37,1
Midtjylland	26,5	44,1	10,8	11,6	5,4
Nordjylland	60,3	64,0	63,1	61,6	61,6
<b>Alder på tidspunkt for AS</b>					
Median(Q1;Q3)	68 (63,0;72,0)	68 (63,2;71,7)	68 (62,9;71,1)	68 (62,9;71,1)	68 (63,8;70,4)
Gennemsnit(Min;Max)	67 (43,5;89,4)	67 (46,2;91,0)	67 (45,5;86,6)	67 (36,8;83,7)	67 (49,7;90,3)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<10	456 (56,4%)	563 (58,1%)	426 (55,0%)	405 (59,3%)	335 (59,9%)
10-20	122 (15,1%)	140 (14,4%)	106 (13,7%)	132 (19,3%)	109 (19,5%)
21-100	32 (4,0%)	42 (4,3%)	33 (4,3%)	39 (5,7%)	24 (4,3%)
>100	# (0,2%)		5 (0,6%)	# (0,3%)	# (0,2%)

	År for active surveillance				
	2018	2017	2016	2015	2014
Ukendt	196 (24,3%)	224 (23,1%)	204 (26,4%)	105 (15,4%)	90 (16,1%)
<b>ISUP ved diagnose</b>					
1 (Gleason -6)	546 (67,6%)	703 (72,5%)	535 (69,1%)	479 (70,1%)	398 (71,2%)
2 (Gleason 3+4)	192 (23,8%)	172 (17,8%)	172 (22,2%)	134 (19,6%)	109 (19,5%)
3 (Gleason 4+3)	27 (3,3%)	29 (3,0%)	23 (3,0%)	23 (3,4%)	14 (2,5%)
4 (Gleason 8)	9 (1,1%)	6 (0,6%)	7 (0,9%)	5 (0,7%)	8 (1,4%)
5 (Gleason 9+)	5 (0,6%)	10 (1,0%)	7 (0,9%)	5 (0,7%)	# (0,4%)
ISUP ikke defineret	29 (3,6%)	49 (5,1%)	30 (3,9%)	37 (5,4%)	28 (5,0%)
<b>D'Amico-risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	5	5	4	#	#
Risikovurderede:					
Ukendt	263 (32,8%)	350 (36,3%)	252 (32,7%)	146 (21,4%)	125 (22,4%)
Lav risiko	270 (33,6%)	321 (33,3%)	273 (35,5%)	263 (38,6%)	222 (39,9%)
Intermediær risiko	200 (24,9%)	212 (22,0%)	183 (23,8%)	203 (29,8%)	153 (27,5%)
Høj risiko	70 (8,7%)	81 (8,4%)	62 (8,1%)	69 (10,1%)	57 (10,2%)
<b>Charlson comorbidity index (ved diagnose)</b>					
Score 0	582 (72,0%)	701 (72,3%)	567 (73,3%)	513 (75,1%)	409 (73,2%)
Score 1-2	185 (22,9%)	211 (21,8%)	175 (22,6%)	142 (20,8%)	121 (21,6%)
Score 3 eller derover	41 (5,1%)	57 (5,9%)	32 (4,1%)	28 (4,1%)	29 (5,2%)
<b>T stadie på diagnosetidspunkt</b>					
T0		# (0,2%)	9 (1,2%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Tx	42 (5,2%)	45 (4,6%)	25 (3,2%)	13 (1,9%)	8 (1,4%)
T1a	25 (3,1%)	41 (4,2%)	21 (2,7%)	14 (2,0%)	17 (3,0%)
T1b	13 (1,6%)	10 (1,0%)	6 (0,8%)	7 (1,0%)	# (0,4%)
T1c	395 (48,9%)	461 (47,6%)	390 (50,4%)	407 (59,6%)	321 (57,4%)
T2a	71 (8,8%)	84 (8,7%)	61 (7,9%)	68 (10,0%)	60 (10,7%)
T2b	24 (3,0%)	25 (2,6%)	22 (2,8%)	18 (2,6%)	12 (2,1%)
T2c	28 (3,5%)	25 (2,6%)	15 (1,9%)	22 (3,2%)	22 (3,9%)
T3a	8 (1,0%)	18 (1,9%)	14 (1,8%)	9 (1,3%)	11 (2,0%)
T3b	5 (0,6%)	# (0,2%)	# (0,3%)	3 (0,4%)	# (0,2%)
T4			# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Ikke registreret	197 (24,4%)	256 (26,4%)	208 (26,9%)	120 (17,6%)	103 (18,4%)

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

## KOMMENTAR

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af patienter med lavrisiko og insignifikant sygdom, anbefales operationskandidater med lavrisiko sygdom initielt observeret i form af active surveillance (AS) og med en signifikant stigende sygdomsincidens kan det undre, at antallet af patienter i AS i 2018 faldt tilsvarende signifikant – fra 42,9 til 35,5/100.000 danske mænd. Faldet, som var mest udtalt i Region Midtjylland og Hovedstaden kan være et udtryk for manglende registrering frem for reelt færre observerede patienter. Faldet af observerede patienter på Herlev-Gentofte Hospital ækvivalerer den helt forventede stigning i Region Sjælland efter hjemtagelse af den primære operative behandling.

Der er såvel over tid som interregionalt meget store variationer i antallet af patienter i AS. Lavest ligger Region Hovedstaden (21,2/100.000) mens Region Nordjylland topper med 60,3/100.000 voksne mænd. Der er heller ikke her taget højde for evt. forskelle i den mandlige alderssammensætning i de respektive regioner. En meget forskelligartet anvendelse af MR-skanning i det tidlige sygdomsforløb bidrager utvivlsomt til interregionale forskelle i anvendelsen af AS. Af samme grund udgår kvalitetsindikatorerne 2a og 2b i næste årsrapportering.

Aldersgruppen for AS er over tid uforandret. Den mangelfulde registrering samt indberetning gennem (diagnoseskema) gør risikovurderingen usikker, men da patienter med PSA >20, Gleason score >3+4 og cT3-4 angives observeret i AS, understreges forholdet, at der fortsat er klinikere, som ikke skelner de to meget forskellige observationsformer, AS og watchful waiting (WW). I modsætning til AS tilbydes patienter WW mhp. timing af endokrinterapi og ikke som ved AS, behandling med kurativt sigte (operation eller strålebehandling). Usikkerheden i forhold til tumorgraderingen (ISUP) forholder sig tilsvarende som kommenteret i forbindelse med den foregående tabel. Endeligt skal det understreges, at AS i henhold til gældende specialeplan kun kan foretages på en af de i tabellen markerede fem højtspecialiserede radikalt prostatektomerende afdelinger inkl. satellit (se klinisk kommentar til kvalitetsindikator 2), ligesom der i de netop opdaterede kliniske retningslinjer i lighed med EAU guidelines 2018.

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af lavrisikopatienter bør stadig flere lavrisiko patienter initielt observeres i form af active surveillance. Data tyder på, at der fortsat er afdelinger, som dels praktiserer active surveillance uden for gældende specialeplan, dels koder active surveillance som watchful waiting og vice versa. Korrekt kodepraksis er afgørende.

Active surveillance - ikke at forveksle med watchful waiting - skal til LPR kodes ZZ4252B. Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuell visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter til potentiel intenderet kurativ behandling initielt anbefales active surveillance.

Se også årsrapportens temakapitel om active surveillance og watchful waiting.

Tabel 0-3. Radikal prostatektomi

	År for prostatektomi				
	2018	2017	2016	2015	2014
<b>Radikal prostatektomi (RP)</b>	<b>1.113</b>	<b>1.051</b>	<b>1.239</b>	<b>1.130</b>	<b>1.087</b>
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	263	218	245	227	286
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	103	118	222	215	233
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	23				
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	247	306	263	234	173
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	139	135	158	140	133
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	224	181	208	188	134
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	114	93	143	126	128
<b>Prostatektomier pr. 100.000 mænd 18+ år</b>					
Danmark	48,8	46,5	55,3	51,1	49,7
<b>Region for patientens primære urologiske afdeling:</b>					
Hovedstaden	44,5	32,2	47,4	44,2	53,5
Sjælland	35,1	52,6	52,8	54,5	57,6
Syddanmark	43,1	51,3	49,4	41,4	32,8
Midtjylland	69,1	60,6	70,4	65,7	51,2
Nordjylland	47,7	39,6	61,4	54,7	58,2
<b>Alder på operationstidspunkt</b>					
Median(Q1;Q3)	67 (61,8;71,2)	67 (61,8;70,7)	67 (61,3;70,0)	66 (60,7;69,6)	66 (61,2;69,0)
Gennemsnit(Min;Max)	66 (41,8;77,6)	66 (42,0;79,2)	65 (41,0;78,6)	65 (43,3;81,4)	65 (45,5;77,7)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<10	517 (46,5%)	528 (50,2%)	640 (51,7%)	594 (52,6%)	525 (48,3%)
10-20	206 (18,5%)	192 (18,3%)	252 (20,3%)	267 (23,6%)	205 (18,9%)
21-100	91 (8,2%)	81 (7,7%)	99 (8,0%)	102 (9,0%)	71 (6,5%)
>100	3 (0,3%)		# (0,1%)		3 (0,3%)
Ukendt	296 (26,6%)	250 (23,8%)	247 (19,9%)	167 (14,8%)	283 (26,0%)
<b>ISUP ved diagnose</b>					
1 (Gleason -6)	265 (23,8%)	285 (27,1%)	315 (25,4%)	337 (29,8%)	298 (27,4%)
2 (Gleason 3+4)	452 (40,6%)	408 (38,8%)	552 (44,6%)	449 (39,7%)	440 (40,5%)
3 (Gleason 4+3)	204 (18,3%)	181 (17,2%)	173 (14,0%)	142 (12,6%)	143 (13,2%)
4 (Gleason 8)	112 (10,1%)	78 (7,4%)	99 (8,0%)	56 (5,0%)	51 (4,7%)
5 (Gleason 9+)	66 (5,9%)	70 (6,7%)	67 (5,4%)	40 (3,5%)	34 (3,1%)
ISUP ikke defineret	14 (1,3%)	29 (2,8%)	33 (2,7%)	106 (9,4%)	121 (11,1%)
<b>D'Amico-risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	22	16	15	15	8
Risikovurderede:					
Ukendt	254 (23,3%)	246 (23,8%)	259 (21,2%)	247 (22,2%)	330 (30,6%)
Lav risiko	133 (12,2%)	145 (14,0%)	147 (12,0%)	171 (15,3%)	131 (12,1%)
Intermediær risiko	395 (36,2%)	364 (35,2%)	504 (41,2%)	424 (38,0%)	382 (35,4%)

	År for prostatektomi				
	2018	2017	2016	2015	2014
Høj risiko	309 (28,3%)	280 (27,1%)	314 (25,7%)	273 (24,5%)	236 (21,9%)
<b>Operationstype, RP</b>					
Retropubisk RP	# (0,2%)	11 (1,0%)		3 (0,3%)	# (0,2%)
Retropubisk ikke nervesparende RP	18 (1,6%)	11 (1,0%)	30 (2,4%)	56 (5,0%)	74 (6,8%)
Retropubisk enkeltsidegt nervesparende RP	5 (0,4%)	5 (0,5%)	7 (0,6%)	5 (0,4%)	7 (0,6%)
Retropubisk dobbeltsidegt nervesparende RP	3 (0,3%)	# (0,1%)	# (0,2%)	4 (0,4%)	# (0,1%)
Perkutan endoskopisk RP	86 (7,7%)	81 (7,7%)	50 (4,0%)	38 (3,4%)	39 (3,6%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	432 (38,8%)	423 (40,2%)	545 (44,0%)	443 (39,2%)	461 (42,4%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidegt nervesparende RP	377 (33,9%)	344 (32,7%)	407 (32,8%)	343 (30,4%)	297 (27,3%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidegt nervesparende RP	190 (17,1%)	175 (16,7%)	198 (16,0%)	238 (21,1%)	206 (19,0%)
<b>Charlson comorbidity index ved prostatektomi</b>					
Score 0	844 (75,8%)	795 (75,6%)	947 (76,4%)	878 (77,7%)	853 (78,5%)
Score 1-2	240 (21,6%)	222 (21,1%)	250 (20,2%)	224 (19,8%)	204 (18,8%)
Score 3 eller derover	29 (2,6%)	34 (3,2%)	42 (3,4%)	28 (2,5%)	30 (2,8%)
<b>T stadie på diagnosetidspunkt</b>					
T0	# (0,2%)	5 (0,5%)	8 (0,6%)	# (0,1%)	# (0,1%)
Tx	17 (1,5%)	15 (1,4%)	11 (0,9%)	9 (0,8%)	5 (0,5%)
T1a	5 (0,4%)	12 (1,1%)	16 (1,3%)	12 (1,1%)	8 (0,7%)
T1b	8 (0,7%)	4 (0,4%)	# (0,2%)	5 (0,4%)	8 (0,7%)
T1c	409 (36,7%)	412 (39,2%)	485 (39,1%)	484 (42,8%)	423 (38,9%)
T2a	142 (12,8%)	125 (11,9%)	139 (11,2%)	178 (15,8%)	108 (9,9%)
T2b	95 (8,5%)	84 (8,0%)	103 (8,3%)	83 (7,3%)	92 (8,5%)
T2c	83 (7,5%)	70 (6,7%)	94 (7,6%)	85 (7,5%)	85 (7,8%)
T3a	42 (3,8%)	36 (3,4%)	35 (2,8%)	53 (4,7%)	33 (3,0%)
T3b	13 (1,2%)	6 (0,6%)	# (0,2%)	5 (0,4%)	9 (0,8%)
T4		# (0,1%)			# (0,1%)
Ikke registreret	297 (26,7%)	281 (26,7%)	344 (27,8%)	215 (19,0%)	314 (28,9%)
<b>N stadie på diagnosetidspunkt</b>					
Nx	499 (44,8%)	504 (48,0%)	631 (50,9%)	721 (63,8%)	618 (56,9%)
N0	291 (26,1%)	206 (19,6%)	167 (13,5%)	112 (9,9%)	93 (8,6%)
N1	19 (1,7%)	16 (1,5%)	10 (0,8%)	13 (1,2%)	8 (0,7%)
Ikke registreret	304 (27,3%)	325 (30,9%)	431 (34,8%)	284 (25,1%)	368 (33,9%)
<b>M stadie på diagnosetidspunkt</b>					
M0	808 (72,6%)	726 (69,1%)	803 (64,8%)	846 (74,9%)	718 (66,1%)
M1	3 (0,3%)		5 (0,4%)	# (0,2%)	
Ikke registreret	302 (27,1%)	325 (30,9%)	431 (34,8%)	282 (25,0%)	369 (33,9%)

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.



## KOMMENTAR

Antallet af radikale operationer er atter stigende og talte i 2018 i alt 1.113 indgreb. De var alle på nær 28 af typen "robot-operationer". Samtidig med at Region Sjælland med 23 indgreb i 2018 kom med på operationslandkortet faldt det samlede antal opererede mænd fra Region Sjælland fra de sædvanlige 52,6 til blot 35,1/100.000 mænd. Hvorvidt hjemtagning af opgaven har givet anledning til den signifikant lavere operationafrekvens er ukendt. Mens antallet af indgreb i Herlev steg i 2018, faldt antallet fortsat på Rigshospitalet. I Nordjylland skal der til de 114 indgreb lægges over 10 operationer på færøske patienter. Antallet af udførte radikale prostatektomier pr 100.000 mænd – vel at mærke i forhold til diagnosticerende region – er uændret med meget store udsving og regional variation. Mens de øvrige regioner lå tæt på landsgennemsnittet, lå Region Midtjylland i 2018 klart højst med 69,1/100.000 og dermed næsten dobbelt så højt som Region Sjælland (35,1). Der er heller ikke her taget højde for forskelle i den mandlige alderssammensætning i de respektive regioner. Det antages, at de få opererede patienter med metastastatisk sygdom indgår i en eksperimentel protokol.

Det vil fremefter bestræbes, at den oplyste PSA, tumorstadiet og graderingen ved diagnositidspunktet erstattes af de seneste registrerede værdier op til indgrebet.

Tabel 0-4. Strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2018	2017	2016	2015	2014
<b>Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)</b>	<b>619</b>	<b>594</b>	<b>561</b>	<b>724</b>	<b>599</b>
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik	32	43	54	47	50
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	82	59	64	52	43
Region Sjællands Sygehusvæsen, Klin. Onkologi (Næstved)	143	141	112	122	88
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	54	78	58	54	69
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	84	92	60	108	77
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	182	146	173	298	251
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	42	35	40	43	21
<b>Primær kurativ strål pr. 100.000 mænd 18+ år</b>					
Danmark	27,2	26,3	25,0	32,7	27,4
<b>Region for patientens primære urologiske afdeling:</b>					
Hovedstaden	14,8	12,0	13,6	11,9	10,5
Sjælland	44,8	48,1	41,8	43,3	34,7
Syddanmark	28,3	33,7	22,4	32,5	30,0
Midtjylland	35,7	29,4	35,9	61,3	51,2
Nordjylland	18,0	15,2	16,9	18,4	9,9
<b>Alder på tidspunkt for første strål</b>					
Median(Q1;Q3)	71 (65,6;74,2)	70 (65,8;73,7)	70 (65,8;73,8)	70 (66,3;73,5)	70 (65,5;73,3)
Gennemsnit(Min;Max)	70 (47,9;83,3)	69 (45,3;82,0)	70 (52,3;81,6)	69 (45,5;83,0)	69 (46,5;84,2)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<10	176 (28,4%)	178 (30,0%)	169 (30,1%)	258 (35,6%)	194 (32,4%)
10-20	142 (22,9%)	141 (23,7%)	140 (25,0%)	201 (27,8%)	171 (28,5%)
21-100	161 (26,0%)	165 (27,8%)	161 (28,7%)	202 (27,9%)	173 (28,9%)
>100	7 (1,1%)	9 (1,5%)	4 (0,7%)	3 (0,4%)	4 (0,7%)
Ukendt	133 (21,5%)	101 (17,0%)	87 (15,5%)	60 (8,3%)	57 (9,5%)
<b>ISUP ved diagnose</b>					
1 (Gleason -6)	55 (8,9%)	79 (13,3%)	56 (10,0%)	96 (13,3%)	97 (16,2%)
2 (Gleason 3+4)	184 (29,7%)	184 (31,0%)	171 (30,5%)	201 (27,8%)	191 (31,9%)
3 (Gleason 4+3)	134 (21,6%)	137 (23,1%)	112 (20,0%)	103 (14,2%)	80 (13,4%)
4 (Gleason 8)	90 (14,5%)	51 (8,6%)	83 (14,8%)	68 (9,4%)	53 (8,8%)
5 (Gleason 9+)	136 (22,0%)	121 (20,4%)	105 (18,7%)	112 (15,5%)	75 (12,5%)
ISUP ikke defineret	20 (3,2%)	22 (3,7%)	34 (6,1%)	144 (19,9%)	103 (17,2%)
<b>D'Amico-risikovurdering</b>					
Udenfor risikovurdering	14	6	23	48	23
Risikovurderede:					
Ukendt	85 (14,0%)	75 (12,8%)	75 (13,9%)	95 (14,1%)	80 (13,9%)
Lav risiko	26 (4,3%)	27 (4,6%)	22 (4,1%)	41 (6,1%)	36 (6,3%)

	År for første strålebehandling				
	2018	2017	2016	2015	2014
Intermediær risiko	134 (22,1%)	141 (24,0%)	113 (21,0%)	147 (21,7%)	131 (22,7%)
Høj risiko	360 (59,5%)	345 (58,7%)	328 (61,0%)	393 (58,1%)	329 (57,1%)
<b>Charlson comorbidity index</b>					
<b>(ved diagnose)</b>					
Score 0	385 (62,2%)	381 (64,1%)	360 (64,2%)	500 (69,1%)	377 (62,9%)
Score 1-2	185 (29,9%)	168 (28,3%)	163 (29,1%)	183 (25,3%)	177 (29,5%)
Score 3 eller derover	49 (7,9%)	45 (7,6%)	38 (6,8%)	41 (5,7%)	45 (7,5%)
<b>T stadie på diagnosetidspunkt</b>					
T0	0	# (0,3%)	# (0,2%)	0	0
Tx	10 (1,6%)	19 (3,2%)	# (0,4%)	# (0,3%)	# (0,3%)
T1a	4 (0,6%)	5 (0,8%)	4 (0,7%)	7 (1,0%)	7 (1,2%)
T1b	# (0,2%)	# (0,3%)	6 (1,1%)	5 (0,7%)	5 (0,8%)
T1c	122 (19,7%)	129 (21,7%)	119 (21,2%)	165 (22,8%)	148 (24,7%)
T2a	87 (14,1%)	71 (12,0%)	45 (8,0%)	75 (10,4%)	62 (10,4%)
T2b	50 (8,1%)	46 (7,7%)	42 (7,5%)	69 (9,5%)	58 (9,7%)
T2c	59 (9,5%)	59 (9,9%)	57 (10,2%)	65 (9,0%)	55 (9,2%)
T3a	116 (18,7%)	108 (18,2%)	126 (22,5%)	200 (27,6%)	143 (23,9%)
T3b	34 (5,5%)	31 (5,2%)	39 (7,0%)	45 (6,2%)	45 (7,5%)
T4	# (0,3%)	# (0,2%)	4 (0,7%)	# (0,3%)	# (0,2%)
Ikke registreret	134 (21,6%)	121 (20,4%)	116 (20,7%)	89 (12,3%)	73 (12,2%)
<b>N stadie på diagnosetidspunkt</b>					
Nx	219 (35,4%)	242 (40,7%)	209 (37,3%)	264 (36,5%)	244 (40,7%)
N0	245 (39,6%)	180 (30,3%)	171 (30,5%)	279 (38,5%)	237 (39,6%)
N1	13 (2,1%)	6 (1,0%)	20 (3,6%)	48 (6,6%)	21 (3,5%)
Ikke registreret	142 (22,9%)	166 (27,9%)	161 (28,7%)	133 (18,4%)	97 (16,2%)
<b>M stadie på diagnosetidspunkt</b>					
M0	477 (77,1%)	427 (71,9%)	398 (70,9%)	592 (81,8%)	501 (83,6%)
M1	# (0,2%)	# (0,2%)	4 (0,7%)	# (0,1%)	3 (0,5%)
Ikke registreret	141 (22,8%)	166 (27,9%)	159 (28,3%)	131 (18,1%)	95 (15,9%)

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

## KOMMENTAR

Efter et større fald i antal primært strålebehandlede patienter i 2016 er behandlingsantallet siden steget og i 2018 fik i alt 619 patienter strålebehandling. Den numeriske stigning i behandlingsantallet er båret af tre centre, mens antallet er faldet på de øvrige 4 centre. Aarhus Universitetshospital behandlede i 2018 i alt 182 patienter, mens Rigshospitalet med 33 patienter behandlede færrest. Medtages de strålebehandlede Færøske patienter, strålebehandles mere end 50 patienter i Nordjylland. Ligesom ved den operative behandling i samme periode ses både intra- og interregionale forskelle. Region Sjælland ligger højest med 44,8 strålebehandlede patienter pr 100.000 mænd, mens Region Hovedstanden ligger lavest med 14,8/100.000. De meget store interregionale forskelle kan afspejle en forskellig patientselektion baseret på MDT-konferencebeslutning. Der er som i de øvrige tabeller ikke taget højde for forskelle i den mandlige alderssammensætning i de respektive regioner. Der bliver fortsat kun strålebehandlet ca. halvt så mange patienter som der opereres. Medianalder og sygdomsrisikoprofil er uændret over tid. Specifik kodning af de forskellige typer strålebehandling er endnu ikke slået igennem i klinikken, hvorfor primær kurativ strålebehandling igen i år er defineret ved at patienten har modtaget 36+ strålebehandlinger, da der vanligt gives 78 Gy over 39 behandlinger. Dette kan dog resultere i et underestimat, da der i få tilfælde også gives primært kurativ strålebehandling med 60 Gy over 20 fraktioner og evt. andre fraktioneringsmønstre samt ved brachyterapi.

Vedr. de behandlingsspecifikke koder for bl.a. primær stråleterapi (BWG+ZPZA02C) henvises til kodearket bagerst i dokumentet.

I henholdsvis Herlev og Aarhus tilbydes to meget forskellige former for internbestråling (brachyterapi) til to tilsvarende forskellige patientkategorier. Antal behandlinger er meget få og faldende. I Herlev tilbydes lavdosis brachyterapi, hvor radioaktive korn implanteres i prostata. Målgruppen er patienter med relativ lav sygdomsrisiko, hvilket antages at forklare det støt faldende antal behandlinger til fordel for active surveillance. I 2018 blev 34 behandlet sammenlignet med 134 fire år tidligere. Udvalgte patienter i typisk høj risikogruppe tilbydes i Aarhus højdosis brachyterapi, hvor en højdosis radioaktiv kilde i to separate behandlinger kortvarigt indføres i prostata. Patienterne behandles herudover med almindelig udvendig strålebehandling. I 2018 behandlede 13 patienter sammenlignet med 25 i 2014.

Det vil fremefter bestræbes, at den oplyste PSA, tumorstadiet og graderingen ved diagnosetidspunktet erstattes af de seneste registrerede værdier op til behandlingen.

Tabel 0-5. Salvage strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2018	2017	2016	2015	2014
<b>Salvage strålebehandling (30 - 36 gange)</b>	<b>106</b>	<b>130</b>	<b>137</b>	<b>128</b>	<b>112</b>
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik	7	26	34	27	32
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	21	29	48	39	25
Region Sjællands Sygehusvæsen, Klin. Onkologi (Næstved)	#	0	#	0	0
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	29	25	10	13	15
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	21	24	15	8	#
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	14	19	18	28	25
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	13	7	10	13	14
<b>Salvage strål pr. 100.000 mænd 18+ år</b>					
Danmark	4,7	5,7	6,1	5,8	5,1
<b>Region for patientens primære urologiske afdeling:</b>					
Hovedstaden	3,1	4,4	9,8	7,5	5,2
Sjælland	2,1	7,3	4,9	4,7	7,2
Syddanmark	10,1	9,8	4,6	4,2	3,0
Midtjylland	3,1	4,1	3,7	5,6	5,0
Nordjylland	5,0	2,9	4,7	6,0	6,5
<b>Alder på tidspunkt for første strål</b>					
Median(Q1;Q3)	68 (62,2;71,1)	68 (62,4;71,7)	67 (63,4;70,5)	67 (61,9;70,5)	68 (64,4;70,7)
Gennemsnit(Min;Max)	67 (54,4;75,8)	67 (50,9;77,4)	67 (49,5;77,2)	66 (45,0;77,1)	67 (52,6;76,1)

## KOMMENTAR

Antallet af patienter, som tilbydes stråleterapi af prostatalejet efter ved biokemisk tilbagefald efter radikal prostatektomi, har været relativt stabilt over tid, men med store udsving på de enkelte behandlende afdelinger. I alt blev 106 mænd tilbudt behandlingen i 2018. Således er man siden 2014 på Rigshospitalet gået fra flest (32) til i 2018 færrest behandlinger (7). Omvendt behandlede kun 1 patient i Vejle i 2014, mens der her i 2018 blev behandlet 21 patienter. I samme periode er behandlingsantallet næsten halveret i Aarhus, mens den er fordoblet i Odense. I Region Syddanmark behandles 10,1/100.000 mænd, mens de øvrige regioner ligger tæt på landsgennemsnittet (4,7/100.000). Hvorvidt de store variationer afspejler en tilsvarende forskel i hyppigheden af sygdomstilbagefald efter operation de samme steder er ikke muligt at vise, da databasen p.t. ikke har adgang til blodprøven PSA. Desuden har nogle afdelinger indført mere specifik diagnostik med PSMA PET CT ved PSA recidiv, hvilket sandsynligvis udelukker nogle patienter fra salvage strålebehandling, andre får foretaget salvagelymfadenektomi, og dette kan reducere behovet for salvagestrålebehandling yderligere.

Tabel 0-6. Watchful waiting

	År for Watchful waiting				
	2018	2017	2016	2015	2014
<b>Watchful waiting</b>	<b>767</b>	<b>745</b>	<b>612</b>	<b>480</b>	<b>478</b>
Amager og Hvidovre Hospital, Gastroenterologisk afdelin	#	0	0	0	0
Amager og Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk afdeling,	0	#	0	0	0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overa	0	0	3	#	4
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	#	3	0	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	111	137	190	103	114
Hospitalet i Nordsjælland, HI Kirurgisk overafdeling	0	#	0	0	0
Rigshospitalet, Nefrologisk Klinik, P	0	#	0	0	0
Rigshospitalet, Neurologisk Klinik, N	#	0	0	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	117	80	43	63	25
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	0	0	#	34	62
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	79	68	66	53	69
Kolding Sygehus, Urologisk afdeling, Fredericia	0	0	47	41	61
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	135	178	100	45	28
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	30	22	24	12	11
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	6	#	4	3	#
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	48	37	8	0	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	31	32	11	5	5
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	16	7	6	7	0
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	66	111	0	#	0
Regionshospitalet Horsens, Kirurgi, Overafdeling - RHH	0	0	4	#	0
Regionshospitalet Randers, Urologisk overafdeling	0	0	11	12	3
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	71	32	44	50	30
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Ov	3	6	19	24	29
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyss)	51	27	31	25	36
<b>Alder på tidspunkt for WW</b>					
Median(Q1;Q3)	75 (71,9;79,1)	76 (72,6;79,4)	75 (71,4;78,1)	75 (72,0;78,5)	75 (71,5;78,0)
Gennemsnit(Min;Max)	75 (50,4;92,7)	76 (50,5;93,4)	75 (54,0;91,0)	75 (54,8;96,7)	74 (52,6;90,9)
<b>PSA ved diagnose</b>					
<10	255 (33,2%)	296 (39,7%)	196 (32,0%)	195 (40,6%)	156 (32,6%)
10-20	185 (24,1%)	170 (22,8%)	147 (24,0%)	113 (23,5%)	118 (24,7%)
21-100	118 (15,4%)	101 (13,6%)	96 (15,7%)	82 (17,1%)	64 (13,4%)
>100	7 (0,9%)	4 (0,5%)	3 (0,5%)	5 (1,0%)	# (0,4%)
Ukendt	202 (26,3%)	174 (23,4%)	170 (27,8%)	85 (17,7%)	138 (28,9%)
<b>ISUP ved diagnose</b>					
1 (Gleason -6)	285 (37,2%)	306 (41,1%)	241 (39,4%)	194 (40,4%)	189 (39,5%)
2 (Gleason 3+4)	262 (34,2%)	234 (31,4%)	207 (33,8%)	148 (30,8%)	148 (31,0%)
3 (Gleason 4+3)	117 (15,3%)	85 (11,4%)	64 (10,5%)	46 (9,6%)	48 (10,0%)

	År for Watchful waiting				
	2018	2017	2016	2015	2014
4 (Gleason 8)	38 (5,0%)	48 (6,4%)	30 (4,9%)	25 (5,2%)	36 (7,5%)
5 (Gleason 9+)	27 (3,5%)	23 (3,1%)	22 (3,6%)	30 (6,3%)	17 (3,6%)
ISUP ikke defineret	38 (5,0%)	49 (6,6%)	48 (7,8%)	37 (7,7%)	40 (8,4%)
<b>Risikovurdering ved diagnose</b>					
Udenfor risikovurdering	8	3	3	11	7
Risikovurderede:					
Ukendt	224 (29,5%)	207 (27,9%)	179 (29,4%)	101 (21,5%)	143 (30,4%)
Lav risiko	105 (13,8%)	105 (14,2%)	90 (14,8%)	76 (16,2%)	72 (15,3%)
Intermediær risiko	226 (29,8%)	228 (30,7%)	167 (27,4%)	143 (30,5%)	122 (25,9%)
Høj risiko	204 (26,9%)	202 (27,2%)	173 (28,4%)	149 (31,8%)	134 (28,5%)
<b>Charlson comorbidity index (ved diagnose)</b>					
Score 0	437 (57,0%)	404 (54,2%)	344 (56,2%)	278 (57,9%)	274 (57,3%)
Score 1-2	230 (30,0%)	255 (34,2%)	184 (30,1%)	159 (33,1%)	153 (32,0%)
Score 3 eller derover	100 (13,0%)	86 (11,5%)	84 (13,7%)	43 (9,0%)	51 (10,7%)
<b>T stadie på diagnosetidspunkt</b>					
T0	4 (0,5%)	# (0,1%)	# (0,2%)	0	0
Tx	30 (3,9%)	28 (3,8%)	18 (2,9%)	9 (1,9%)	4 (0,8%)
T1a	11 (1,4%)	26 (3,5%)	12 (2,0%)	11 (2,3%)	15 (3,1%)
T1b	7 (0,9%)	9 (1,2%)	9 (1,5%)	7 (1,5%)	7 (1,5%)
T1c	274 (35,7%)	272 (36,5%)	212 (34,6%)	173 (36,0%)	170 (35,6%)
T2a	76 (9,9%)	91 (12,2%)	56 (9,2%)	61 (12,7%)	40 (8,4%)
T2b	59 (7,7%)	34 (4,6%)	39 (6,4%)	33 (6,9%)	23 (4,8%)
T2c	51 (6,6%)	46 (6,2%)	38 (6,2%)	42 (8,8%)	25 (5,2%)
T3a	39 (5,1%)	39 (5,2%)	38 (6,2%)	35 (7,3%)	36 (7,5%)
T3b	9 (1,2%)	11 (1,5%)	9 (1,5%)	11 (2,3%)	# (0,4%)
T4	0	# (0,1%)	# (0,2%)	# (0,2%)	0
Ikke registreret	207 (27,0%)	187 (25,1%)	179 (29,2%)	97 (20,2%)	156 (32,6%)

Incidensrate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

## KOMMENTAR

Data bygger på LPR indberetning. Antallet af patienter som observeres med henblik på endokrinterapi (watchfull waiting (WW)) har over tid været stigende, mens gennemsnitsalderen uændret er syv år højere end for patienter i active surveillance (AS). Udover at 30% af patienterne er uden angivet risikoscore, var det kun få patienter med lavrisiksygdom som undergik WW.

De generelle usikkerheder vedr. PSA, TNM klassifikation og aldersjustering er ligeledes glædende for denne tabel.

Patientkarakteristika for såvel WW som AS antyder fortsatte problemer i skelnen mellem de to observationsstregier (WW: observation før evt. hormonbehandling og AS: systematisk observation forud for evt. radikal prostatektomi eller primær strålebehandling).

Watchful waiting kodes ZZ4252A.

Se også årsrapportens temakapitel om active surveillance og watchful waiting.



Tabel 0-7. Anden behandling

Behandling startet 2017	I alt	Hoved- staden	Bopælsregion (ved diagnose)					
			Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Færøerne/ Grønland	Øvrige/ udland
Antiandrogen	1693	602	251	275	407	157	0	1
GNRH analog	1479	909	82	288	89	108	1	2
GNRH antagonist	85	39	1	43	2	0	0	0
Orchiectomi	142	25	28	41	34	14	0	0
Abirateron	123	0	68	15	31	8	0	1
Enzalutamid	367	24	100	24	158	59	0	2
Docetaxel	575	141	88	141	147	56	1	1
Cabazitaxel	163	47	22	52	29	13	0	0
Bisfosfonat	41	17	10	9	5	0	0	0
Denosumab	656	96	39	33	371	115	0	2
Radium-223	98	26	18	33	15	6	0	0
Forsøgsmedicin	7	2	0	0	5	0	0	0

Behandling startet 2018	I alt	Hoved- staden	Bopælsregion (ved diagnose)					
			Sjælland	Syd- danmark	Midt- jylland	Nord- jylland	Færøerne/ Grønland	Øvrige/ udland
Antiandrogen	1537	427	252	263	384	207	1	3
GNRH analog	1541	440	433	245	235	184	1	3
GNRH antagonist	104	49	0	49	5	1	0	0
Orchiectomi	107	25	25	32	19	6	0	0
Abirateron	144	6	41	36	46	14	1	0
Enzalutamid	325	57	2	10	168	87	0	1
Docetaxel	555	131	115	127	136	40	3	3
Cabazitaxel	244	68	45	66	52	10	1	2
Bisfosfonat	30	10	3	14	3	0	0	0
Denosumab	674	103	34	44	391	98	2	2
Radium-223	41	10	4	12	15	0	0	0
Forsøgsmedicin	22	0	0	7	15	0	0	0

## KOMMENTAR

### Endokrin og medicinsk behandling:

Ved dissemineret sygdom har endokrinterapi i form af kastration de sidste 70 år udgjort en hjørnesteen i behandlingen. Ved udvikling af kastrationsresistens var behandlingsmulighederne for godt 10 år siden meget få og overlevelsen kort (median  $< 12$  mdr.). På kort tid er behandlingerne blevet relativt mange og overlevelsen signifikant forlænget. Overblikket over hvilke behandlinger, der gives hvornår og i hvilken frekvens, forudsætter en korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal kastrationsresistent sygdom "Z". Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode – fx enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208. Metastatisk sygdom kan i LPR3 meget uheldigt ikke længere kodes med suffixet "M", hvilket forventes at underminere den nødvendige udvikling af den "onkologiske" del af årsrapporten og de potentielt og meget tiltrængte tilhørende kvalitetsindikatorer.

Ifølge tabeloversigten blev hhv. 1.537, 325 og 555 patienter i 2018 ordineret henholdsvis medicinsk kastration, enzalutamid og docetaxel, hvilket stemmer meget godt med forventningerne, mens antallet i øvrigt ikke konsekvent dækker over det forventede antal behandlede patienter, ligesom man uden fremtidig mulighed for kodning af sygdomsstadierne (Y, M) gør det svært at gennemskue indikationerne. Docetaxel ses nu primært anvendt tidligt og således inden kastrationsresistens, hvilket har konsekvens i behandlingsfrekvensen i sidstnævnte sygdomsfase, her eksemplificeret ved en markant stigning i anden linje kemoterapi, hvor anvendelsen af cabazitaxel fra 2017 til 2018 steg fra 163 til 244 behandlingsregimer. Patienter behandlet med R-223 er med 41 behandlinger i 2018 på landsplan mere end halveret sammenlignet med i 2017 (98).

Der ses også i forhold til behandling af denne patientkategori regionale variationer. Denusomab anvendes profylaktisk mod behandlingsinduceret knogleskørhed. Imidlertid er strategien herfor meget forskellig, hvilket afspejler sig i forbruget. Mens alle kastrerede patienter som udgangspunkt sættes i profylaktiskbehandling i Region Midtjylland, forudsættes behandling i f.eks. Herlev og Odense, at knogletab er verificeret ved en DEXA-skanning. Af samme årsag er mere end halvdelen af det på landsplan indberettede forbrug sket i Region Midtjylland. At indrapporteringerne generelt er inkomplet understreges af, at man ifølge tabellen i f.eks. Region Hovedstaden ikke har anvendt abirateron og kun har behandlet meget få patienter med enzalutamid.

Da patienterne med metastaserende sygdom er sårbare og den medicinske behandling kostbar, anses det for vigtigt at sikre et overblik over omfang og kvalitet af den givne behandling i dette sygdomsstadie. Som minimum kan der stilles krav om korrekt behandlingskodning

## OVERSIGT OVER ALLE INDIKATORER

Indikatorområde	Indikator	Indikatortype	Standard
Indlæggeshyppighed	<b>Indikator 1:</b> Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren	Proces	≤ 5 %
Active Surveillance	<b>Indikator 2a:</b> Andel af nydiagnosticerede patienter under "active surveillance", som er uden events efter 1 år <b>UDGÅR</b>	Proces	≥ 90 %
	<b>Indikator 2b:</b> Andel af nydiagnosticerede patienter under "active surveillance", som er uden events efter 3 år <b>UDGÅR</b>	Proces	≥ 70 %
Positiv kirurgisk margin (pT2)	<b>Indikator 3:</b> Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	≤ 15 %
Positiv kirurgisk margin (pT3)	<b>Indikator 4:</b> Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	≤ 30 %
Morbiditet 30 dage	<b>Indikator 5:</b> Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Resultat	≤ 5 %
Postoperativ morbiditet	<b>Indikator 6:</b> Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt	Resultat	≤ 5 %
Mortalitet	<b>Indikator 7:</b> Andel af prostatektomerede patienter som dør indenfor 1 år efter operation <b>UDGÅR</b>	Resultat	< 1 %
Datakomplethed	<b>Indikator 8:</b> Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCadata diagnoseskemaet	Resultat	≥ 90 %

## OVERSIGT OVER DE SAMLEDE INDIKATORRESULTATER

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse								
		Uoplyst %	% (95% CI)							
			2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
<b>Indikator 1:</b> Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer) (Indikator ID: DAPROCA_033_001)	≤ 5%	0	5 (4;5)	5 (4;6)	4 (4;5)	4 (4;5)	4 (4;5)	4 (4;5)	4 (3;4)	4 (3;5)
<b>Indikator 2a:</b> Andel af nydiagnosticerede patienter under Active Surveillance, som er uden events efter 1 år (Indikator ID: DAPROCA_034_002)	≥ 90%	-	-	90 (87;92)	89 (87;91)	91 (88;93)	90 (88;93)	90 (87;92)	93 (90;95)	-
<b>Indikator 2b:</b> Andel af nydiagnosticerede patienter under Active Surveillance, som er uden events efter 3 år (Indikator ID: DAPROCA_035_001)	≥ 70%	-	-	-	-	81 (78;84)	77 (73;80)	80 (77;84)	84 (80;88)	-
<b>Indikator 3:</b> Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen (Indikator ID: DAPROCA_031_003)	≤ 15%	0	13 (11;16)	14 (12;17)	15 (12;18)	14 (12;17)	15 (13;18)	14 (12;17)	16 (13;19)	14 (11;17)
<b>Indikator 4:</b> Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen (Indikator ID: DAPROCA_032_003)	≤ 30%	0	37 (32;42)	35 (31;41)	42 (37;47)	34 (29;39)	35 (30;41)	36 (31;43)	31 (25;37)	35 (29;42)
<b>Indikator 5:</b> Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi (Indikator ID: DAPROCA_009_001)	≤ 5%	0	11 (9;13)	13 (11;15)	12 (10;14)	12 (10;14)	26 (23;29)	27 (24;30)	23 (20;25)	22 (19;25)
<b>Indikator 6:</b> Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt (Indikator ID: DAPROCA_010_001)	≤ 5%	0	3 (2;4)	4 (3;5)	3 (2;4)	5 (4;6)	6 (5;8)	6 (4;7)	5 (4;7)	6 (4;8)

Indikator	Indikatoropfyldelse									
	Standard	Uoplyst	% (95% CI)							
		%	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
<b>Indikator 7 :</b> Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der dør indenfor 1 år efter operation (Indikator ID: DAPROCA_008_001)	<1.0%	-	-	0,5 (0,2;1,1)	0,3 (0,1;0,8)	0,4 (0,1;1,0)	0,3 (0,1;0,8)	0,5 (0,2;1,2)	0,2 (0,0;0,7)	0,3 (0,1;1,0)
<b>Indikator 8:</b> Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet (Indikator ID: DAPROCA_018_001)	≥ 90%	0	67 (66;69)	69 (68;71)	62 (60;63)	76 (75;77)	70 (69;72)	60 (58;61)	61 (60;63)	65 (63;66)

## OVERSIGT OVER DE SUPPLERENDE INDIKATORER

Indikator	Standard	Indikatoropfyldelse								
		Uoplyst			% (95% CI)					
		%	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
<b>Indikator 1 (suppl):</b> Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (uanset evt efterfølgende prostatacancer) (Indikator ID: DAPROCA_033S_001)	≤ 5%	0	3 (3;4)	3 (3;4)	3 (3;3)	3 (3;3)	3 (3;3)	3 (3;3)	3 (2;3)	3 (2;3)
<b>Indikator 9 (suppl):</b> Andel af patienter i D'Amico-lav risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 3 mdr. (Indikator ID: DAPROCA_041S_001)	Ikke fastsat	-	-	10 (8;14)	8 (6;11)	15 (12;18)	11 (9;14)	13 (10;17)	15 (11;18)	21 (17;25)
<b>Indikator 10 (suppl):</b> Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk, med stråleterapi eller endokrin behandling indenfor 3 mdr. (Indikator ID: DAPROCA_043S_001)	Ikke fastsat	-	-	77 (74;79)	79 (76;80)	74 (71;76)	74 (72;76)	72 (70;74)	74 (72;76)	73 (71;75)

## **INDIKATORRESULTATER FOR DANMARK OG PÅ REGIONS- OG AFDELINGSNIVEAU**

I de efterfølgende afsnit gennemgås de enkelte indikatorer, og det angives, om standarden er opfyldt på regionsniveau og på afdelingsniveau. Antal som er meget små er undertrykt på grund af risikoen for at vise potentielt personhenførbare oplysninger.

For hver indikator vises en oversigtstabel for resultatet på lands-, regions- og afdelingsniveau, og resultaterne visualiseres yderligere med forskellige grafiske fremstillinger. Funnelploths illustrerer, hvordan de observerede indikatorresultater ligger i forhold til den behandlende afdelings størrelse. Den røde linje viser den fastsatte standard for hver indikator. Den omkringliggende tragt viser et 95% konfidensinterval omkring standarden. Resultater, der ligger uden for tragten viser afdelinger, som afviger statistisk signifikant fra den fastsatte standard. Trendgraferne viser indikatoropfyldelsen over tid på regionsniveau.

## Indikator 1: Indlæggeshyppighed

Tabel 1-1.

**Indikator 1: Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer) (Indikator ID: DAPROCA\_033\_001)**  
**Standard: ≤ 5.0%**

Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018	2017	2016	
		nævner	(%)	% 95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	250/5.405	0 (0)	<b>5</b> (4;5)	5 (4;6)	4 (4;5)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	81/1.314	0 (0)	<b>6</b> (5;8)	5 (4;7)	5 (4;7)	
<b>Sjælland</b>	Ja	34/834	0 (0)	<b>4</b> (3;6)	5 (3;6)	4 (3;6)	
<b>Syddanmark</b>	Ja	51/1.293	0 (0)	<b>4</b> (3;5)	5 (4;6)	3 (2;4)	
<b>Midtjylland</b>	Ja	67/1.392	0 (0)	<b>5</b> (4;6)	5 (4;6)	5 (4;7)	
<b>Nordjylland</b>	Ja	17/562	0 (0)	<b>3</b> (2;5)	5 (3;7)	3 (2;5)	
<b>Privathospitaler</b>	Ja	0/10	0 (0)	<b>0</b> (0;31)	12 (1;36)	0 (0;20)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	81/1.314	0 (0)	<b>6</b> (5;8)	5 (4;7)	5 (4;7)	
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	3/18	0 (0)	<b>17</b> (4;41)	0 (0;18)	-	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	61/1.071	0 (0)	<b>6</b> (4;7)	5 (4;7)	5 (4;7)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	17/225	0 (0)	<b>8</b> (4;12)	6 (3;12)	4 (2;9)	
<b>Sjælland</b>	Ja	34/834	0 (0)	<b>4</b> (3;6)	5 (3;6)	4 (3;6)	
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	34/834	0 (0)	<b>4</b> (3;6)	5 (3;6)	4 (3;6)	
<b>Syddanmark</b>	Ja	51/1.293	0 (0)	<b>4</b> (3;5)	5 (4;6)	3 (2;4)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	17/638	0 (0)	<b>3</b> (2;4)	3 (2;4)	2 (1;4)	
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Nej	11/178	0 (0)	<b>6</b> (3;11)	8 (5;11)	7 (4;12)	
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	9/182	0 (0)	<b>5</b> (2;9)	0 (0;8)	3 (1;7)	
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	14/295	0 (0)	<b>5</b> (3;8)	8 (5;12)	7 (0;34)	
<b>Midtjylland</b>	Ja	67/1.392	0 (0)	<b>5</b> (4;6)	5 (4;6)	5 (4;7)	
Aarhus Universitetshospital, Røntgen og Skanning	Ja	5/157	0 (0)	<b>3</b> (1;7)	5 (2;10)	8 (4;14)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	16/482	0 (0)	<b>3</b> (2;5)	6 (4;9)	5 (1;13)	
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Nej	22/265	0 (0)	<b>8</b> (5;12)	5 (3;8)	6 (3;9)	



Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2018		Tidligere år	
				%	95% CI	2017	2016
		nævner				% (95% CI)	% (95% CI)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	24/488	0 (0)	<b>5</b>	(3;7)	4 (2;6)	6 (4;9)
<b>Nordjylland</b>	Ja	17/562	0 (0)	<b>3</b>	(2;5)	5 (3;7)	3 (2;5)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	7/288	0 (0)	<b>2</b>	(1;5)	6 (4;10)	5 (3;8)
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	##	0 (0)	<b>4</b>	(1;14)	4 (1;10)	2 (0;7)
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	8/226	0 (0)	<b>4</b>	(2;7)	4 (2;8)	0 (0;3)
<b>Privathospitaler</b>	Ja	0/10	0 (0)	<b>0</b>	(0;31)	12 (1;36)	0 (0;20)
Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris- Hamlet, Søborg	Ja	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	67 (9;99)	0 (0;60)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted), Organkir. overafd.	Ja	0/5	0 (0)	<b>0</b>	(0;52)	0 (0;60)	0 (0;84)
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0/4	0 (0)	<b>0</b>	(0;60)	0 (0;37)	0 (0;31)

## KOMMENTAR

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektal ultralydsscanning (TRUS) procedurer med prostatabiopsi udført i 2018 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 biopsi registrering.

Af de i alt 5.405 patienter, som fik stillet diagnosen ved prostatabiopsi, blev 250 indlagt inden for syv dage efter de diagnostiske biopsier af prostata. Standarden på  $\leq 5\%$  indlagte efter TRUS med biopsi blev således igen i år med 3% indfriet på landsplan.

Der ses en større variation mellem sygehusafdelingerne fra 0% til 17%. Der er fem hospitalsafdelinger, som ikke opfylder standarden: Urologisk afdeling på Bornholms Hospital (17%), Herlev og Gentofte Hospital (6%), Rigshospitalet (8%), Sydvestjysk Sygehus Esbjerg (6%), samt Hospitalsenhed Midt (8%). Rebioptering ved fx active surveillance kan påvirke risikoen for morbiditet. For nogle enheder dækker tallene over meget få patienter, ligesom den antibiotiske profylakse kan varierer regionalt.

Indikatorpopulationen er suppleret i nedenstående Tabel 1-2 som medtager alle mænd, som har fået foretaget prostatabiopsier uanset fund af prostatacancer. Denne større population har lidt lavere genindlæggeshyppighed (3%), men højest i Bornholms Hospital (10%) og Hospitalsenhed Midt (6%).

Den supplerende indikator 1 og Tabel 1-2 udgår næste år.

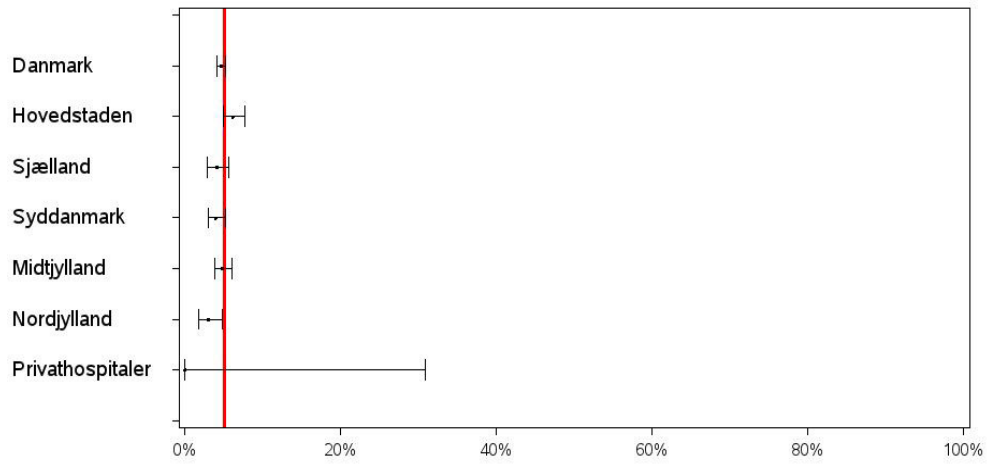
Der bør på de urologiske afdelinger, hvor indikatorstandarder ikke opfyldes, være en større opmærksomhed på denne procedure og om muligt finde en årsagsforklaring på den forhøjede forekomst. De forebyggende tiltag, herunder anvendelse af profylaktisk antibiotika, bør ikke mindst i forbindelse med rebioptering tages op til overvejelse på afdelinger hvor indlæggelsesfrekvensen ligger over landsgennemsnittet.

Tabel 1-2.

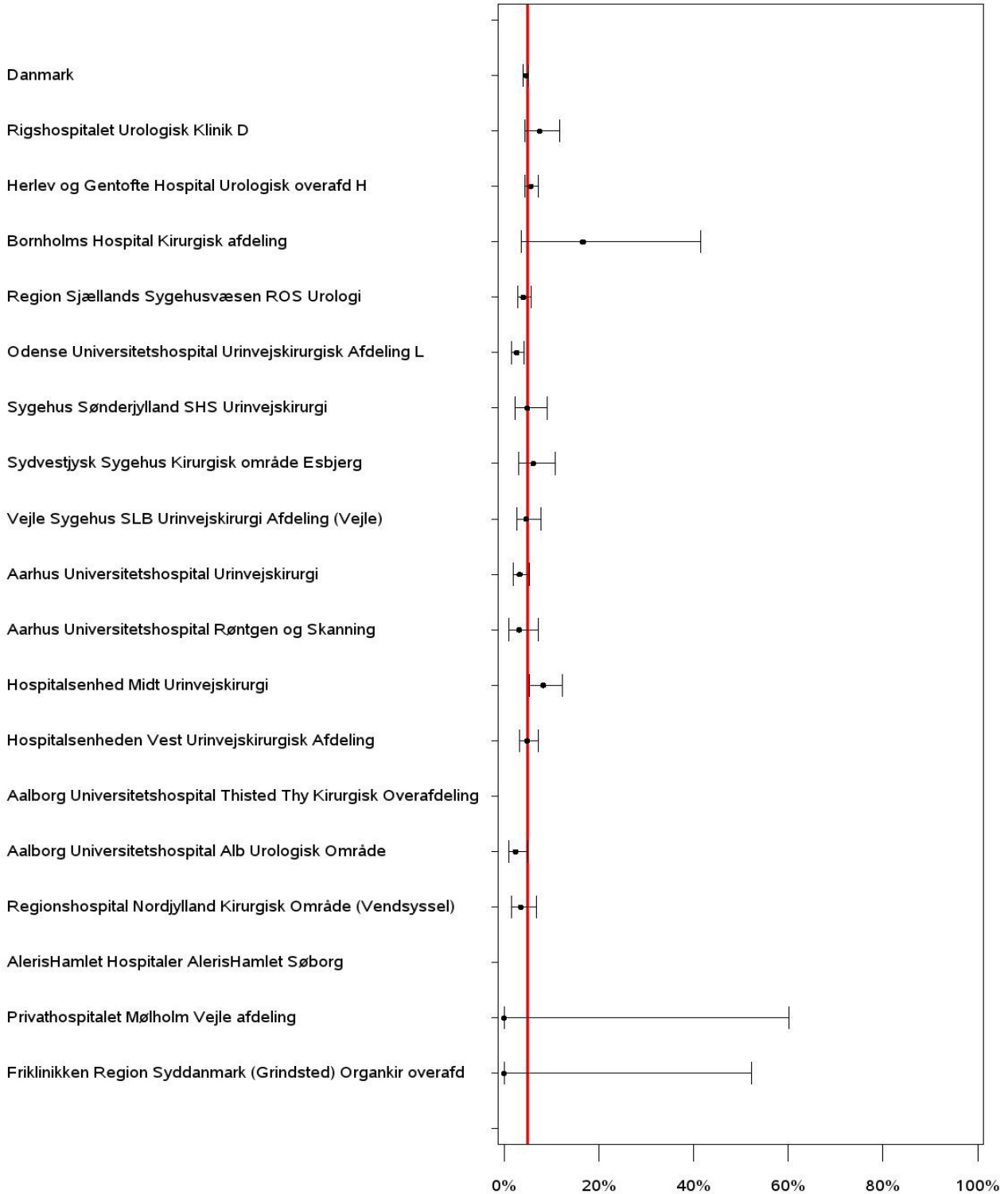
**Indikator 1 (suppl): Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (uanset evt efterfølgende prostatacancer) (Indikator ID: DAPROCA\_033S\_001)**  
**Standard: ≤ 5.0%**

Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018	2017	2016	
		nævner	(%)	%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	288/8.395	0 (0)	<b>3</b>	(3;4)	3 (3;4)	3 (3;3)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	86/1.763	0 (0)	<b>5</b>	(4;6)	4 (3;5)	4 (3;5)
<b>Sjælland</b>	Ja	35/1.287	0 (0)	<b>3</b>	(2;4)	3 (2;4)	3 (2;4)
<b>Syddanmark</b>	Ja	60/2.077	0 (0)	<b>3</b>	(2;4)	4 (3;4)	2 (2;3)
<b>Midtjylland</b>	Ja	88/2.361	0 (0)	<b>4</b>	(3;5)	3 (3;4)	4 (3;5)
<b>Nordjylland</b>	Ja	19/874	0 (0)	<b>2</b>	(1;3)	3 (2;5)	3 (2;4)
<b>Privathospitaler</b>	Ja	0/33	0 (0)	<b>0</b>	(0;11)	5 (1;17)	0 (0;6)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	86/1.763	0 (0)	<b>5</b>	(4;6)	4 (3;5)	4 (3;5)
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	3/29	0 (0)	<b>10</b>	(2;27)	0 (0;14)	-
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	64/1.379	0 (0)	<b>5</b>	(4;6)	4 (3;5)	4 (3;6)
Rigshospitalet, Klinik for Diagnostisk Radiologi, X	Ja	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	-	-
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	19/354	0 (0)	<b>5</b>	(3;8)	4 (2;8)	3 (1;7)
<b>Sjælland</b>	Ja	35/1.287	0 (0)	<b>3</b>	(2;4)	3 (2;4)	3 (2;4)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	35/1.287	0 (0)	<b>3</b>	(2;4)	3 (2;4)	3 (2;4)
<b>Syddanmark</b>	Ja	60/2.077	0 (0)	<b>3</b>	(2;4)	4 (3;4)	2 (2;3)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	19/952	0 (0)	<b>2</b>	(1;3)	2 (1;3)	2 (1;3)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	12/311	0 (0)	<b>4</b>	(2;7)	5 (3;7)	4 (2;7)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	9/303	0 (0)	<b>3</b>	(1;6)	2 (0;7)	2 (1;4)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	20/511	0 (0)	<b>4</b>	(2;6)	6 (4;8)	3 (0;15)
<b>Midtjylland</b>	Ja	88/2.361	0 (0)	<b>4</b>	(3;5)	3 (3;4)	4 (3;5)
Aarhus Universitetshospital, Mave- og Tarmkirurgi	Ja	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	-	-
Aarhus Universitetshospital, Røntgen og Skanning	Ja	6/186	0 (0)	<b>3</b>	(1;7)	5 (2;9)	7 (3;12)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	18/915	0 (0)	<b>2</b>	(1;3)	4 (3;5)	3 (1;8)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Nej	29/476	0 (0)	<b>6</b>	(4;9)	3 (2;5)	3 (2;5)

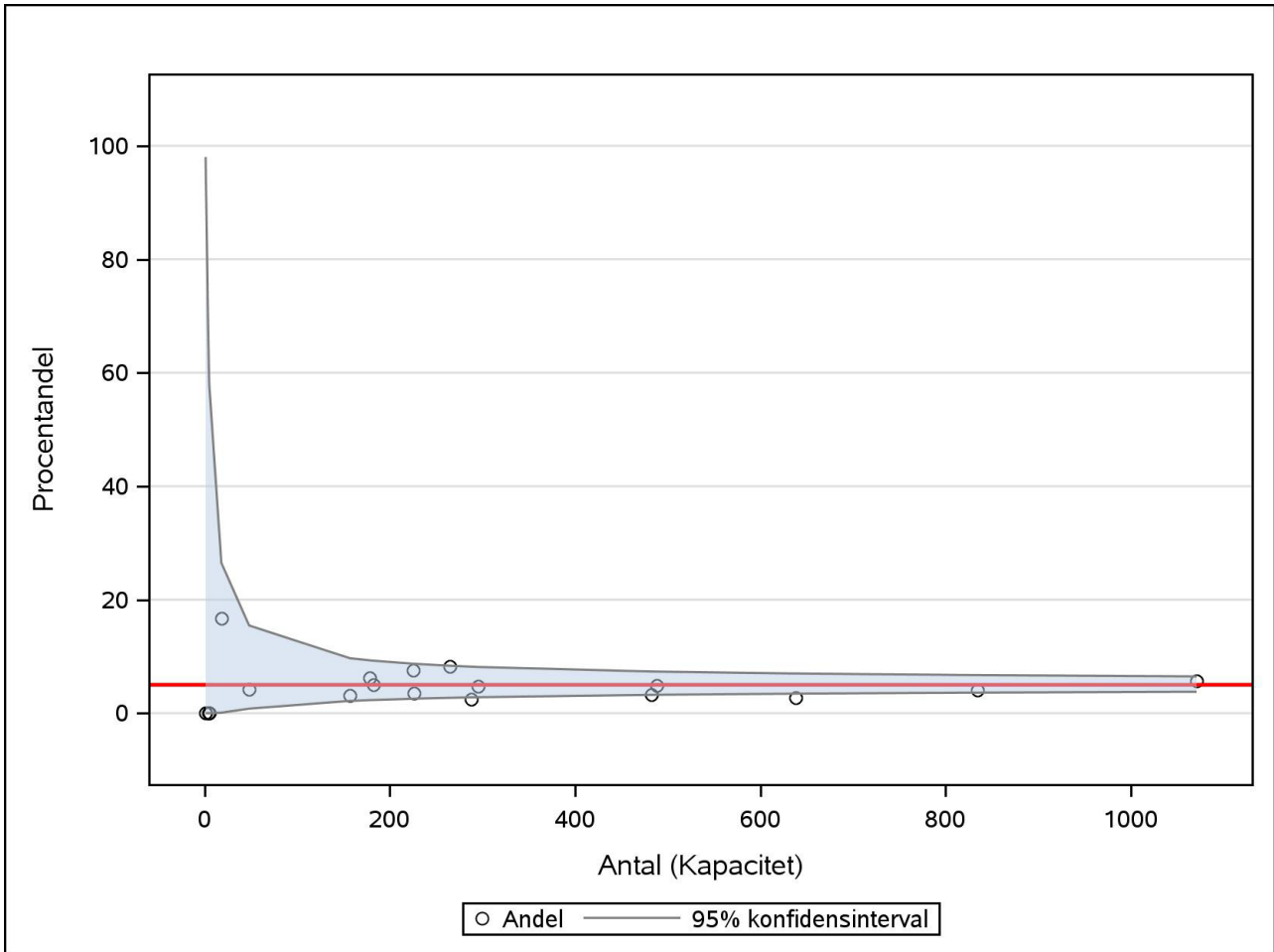
Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2018		Tidligere år	
				%	95% CI	2017	2016
		nævner		%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	35/783	0 (0)	<b>4</b>	(3;6)	3 (2;4)	5 (3;7)
<b>Nordjylland</b>	Ja	19/874	0 (0)	<b>2</b>	(1;3)	3 (2;5)	3 (2;4)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	9/458	0 (0)	<b>2</b>	(1;4)	4 (3;7)	5 (3;7)
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	##	0 (0)	<b>2</b>	(0;8)	2 (1;5)	2 (1;5)
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	8/333	0 (0)	<b>2</b>	(1;5)	3 (1;5)	1 (0;2)
<b>Privathospitaler</b>	Ja	0/33	0 (0)	<b>0</b>	(0;11)	5 (1;17)	0 (0;6)
Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris- Hamlet, Aarhus	Ja	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;84)	0 (0;84)	0 (0;71)
Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris- Hamlet, Søborg	Ja	0/4	0 (0)	<b>0</b>	(0;60)	40 (5;85)	0 (0;22)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted), Organkir. overafd.	Ja	0/16	0 (0)	<b>0</b>	(0;21)	0 (0;26)	0 (0;41)
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0/11	0 (0)	<b>0</b>	(0;28)	0 (0;22)	0 (0;15)

**Figur 1-1. Indlæggelsehyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort på regionsniveau**

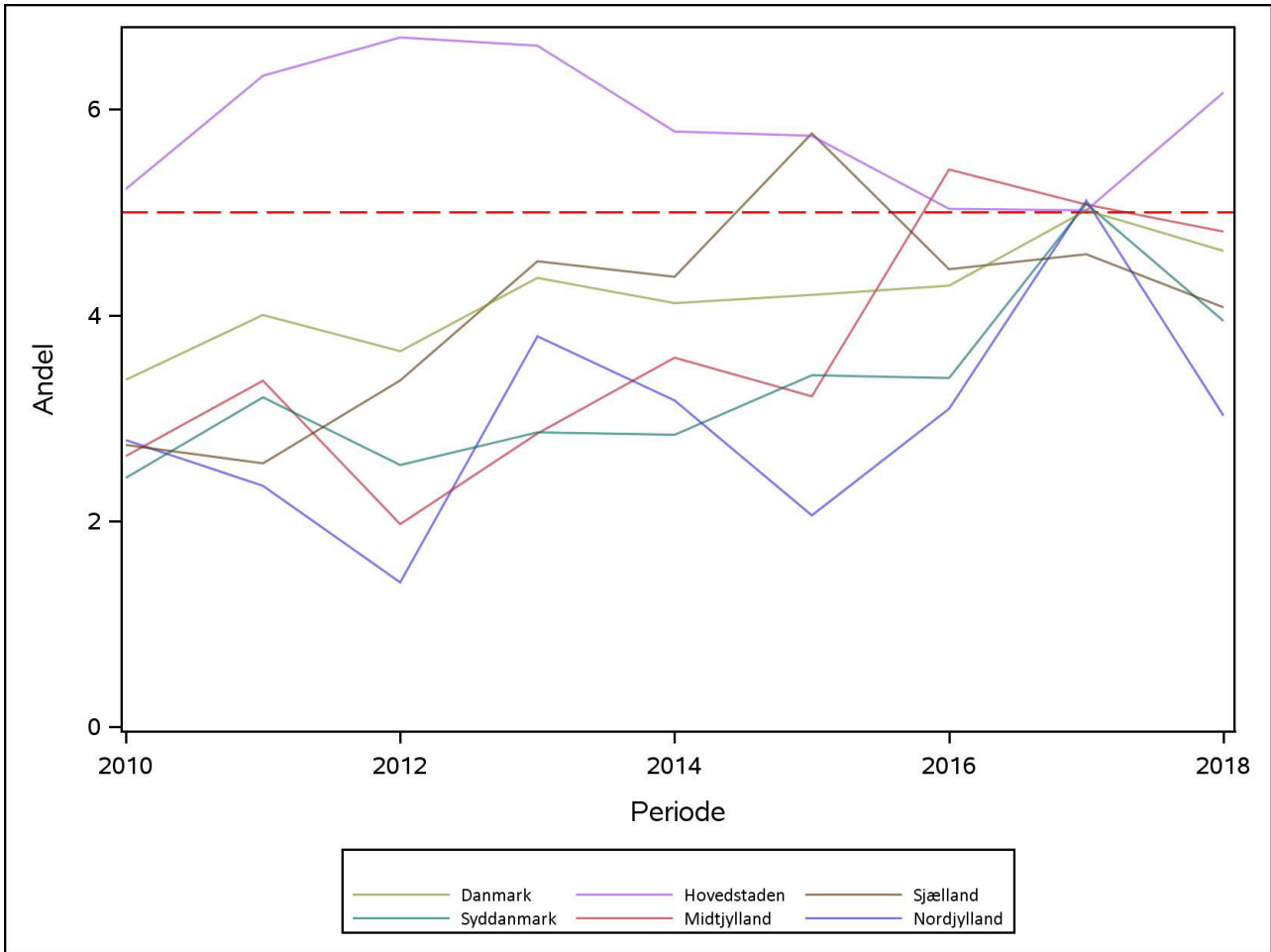
**Figur 1-2. Indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort per hospitalsafdeling**



**Figur 1-3. Funnelploot for indlæggelsehyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi i forhold til behandelende afdelingsstørrelse**



**Figur 1-4. Trend i indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opdelt per region inklusiv privathospitaler i perioden 2010 til 2018**





## Indikator 2a: Active surveillance events efter 1 år

Tabel 2a-1.

**Indikator 2a: Andel af nydiagnosticerede patienter under Active Surveillance, som er uden events efter 1 år**  
**(Indikator ID: DAPROCA\_034\_002)**  
**Standard:  $\geq 90\%$**

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017 % 95% CI	2016 % (95% CI)	2015 % (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Ja	670/746	3 (0)	<b>90</b>	(87;92)	89 (87;91)	91 (88;93)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	168/180	0 (0)	<b>93</b>	(89;97)	92 (87;95)	94 (89;97)
<b>Sjælland</b>	Nej	67/76	0 (0)	<b>88</b>	(79;94)	88 (78;94)	91 (84;96)
<b>Syddanmark</b>	Nej	218/250	3 (1)	<b>87</b>	(82;91)	87 (83;91)	87 (82;92)
<b>Midtjylland</b>	Nej	104/120	0 (0)	<b>87</b>	(79;92)	89 (82;94)	90 (82;95)
<b>Nordjylland</b>	Ja	109/116	0 (0)	<b>94</b>	(88;98)	90 (84;94)	91 (85;95)
<b>Privathospitaler</b>	Ja	4/4	0 (0)	<b>100</b>	(40;100)	100 (16;100)	0 (0;0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	168/180	0 (0)	<b>93</b>	(89;97)	92 (87;95)	94 (89;97)
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Ja	##	0 (0)	<b>100</b>	(16;100)	0 (0;0)	100 (3;100)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	155/167	0 (0)	<b>93</b>	(88;96)	92 (87;96)	95 (89;98)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	11/11	0 (0)	<b>100</b>	(72;100)	100 (59;100)	100 (72;100)
<b>Sjælland</b>	Nej	67/76	0 (0)	<b>88</b>	(79;94)	88 (78;94)	91 (84;96)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	67/76	0 (0)	<b>88</b>	(79;94)	88 (78;94)	95 (87;99)
<b>Syddanmark</b>	Nej	218/250	3 (1)	<b>87</b>	(82;91)	87 (83;91)	87 (82;92)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	91/105	3 (3)	<b>87</b>	(79;93)	87 (80;93)	86 (76;94)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Nej	57/65	0 (0)	<b>88</b>	(77;95)	90 (78;97)	92 (75;99)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	6/8	0 (0)	<b>75</b>	(35;97)	81 (62;94)	82 (63;94)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	64/72	0 (0)	<b>89</b>	(79;95)	88 (77;95)	88 (78;95)
<b>Midtjylland</b>	Nej	104/120	0 (0)	<b>87</b>	(79;92)	89 (82;94)	90 (82;95)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	24/31	0 (0)	<b>77</b>	(59;90)	93 (81;99)	82 (66;92)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Nej	30/34	0 (0)	<b>88</b>	(73;97)	78 (56;93)	95 (75;100)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	50/55	0 (0)	<b>91</b>	(80;97)	90 (78;97)	97 (84;100)

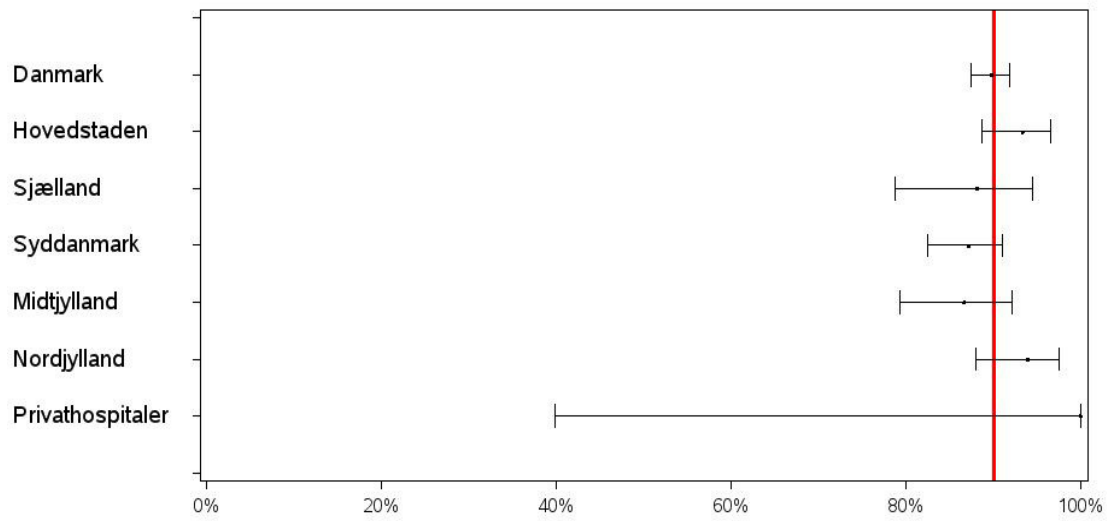
Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2017		Tidligere år	
				%	95% CI	2016	2015
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Nordjylland</b>	Ja	109/116	0 (0)	<b>94</b>	(88;98)	90 (84;94)	91 (85;95)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	43/47	0 (0)	<b>91</b>	(80;98)	90 (81;95)	91 (82;96)
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	11/11	0 (0)	<b>100</b>	(72;100)	86 (57;98)	75 (35;97)
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	55/58	0 (0)	<b>95</b>	(86;99)	92 (81;98)	93 (83;98)
<b>Privathospitaler</b>	Ja	4/4	0 (0)	<b>100</b>	(40;100)	100 (16;100)	0 (0;0)
Speciallæger/privatklinikker	Ja	4/4	0 (0)	<b>100</b>	(40;100)	100 (16;100)	0 (0;0)

## KOMMENTAR

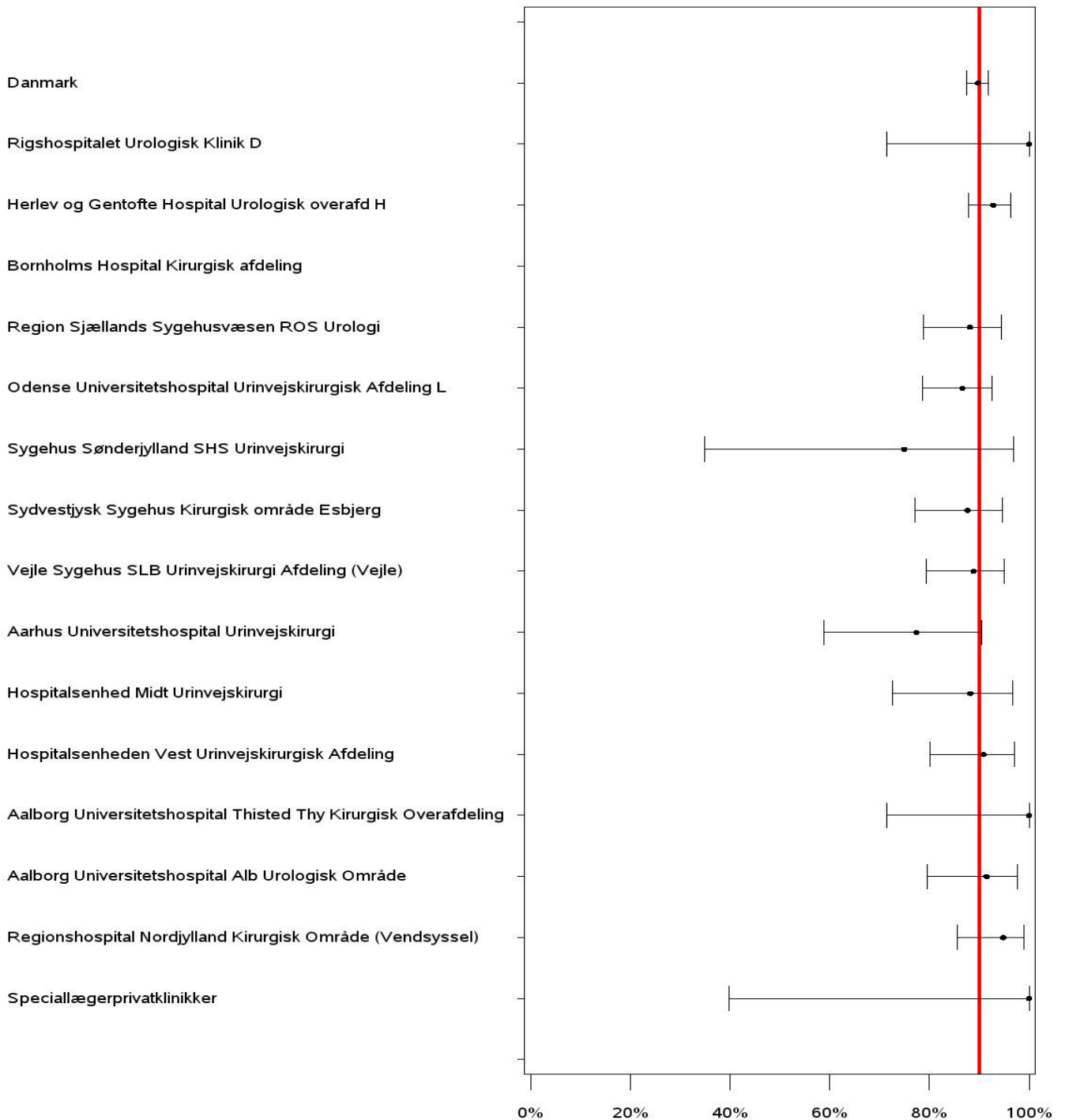
Det er besluttet at denne indikator udgår på grund af den hastigt mere udbredte anvendelse af funktionel MR-skanning i udredning af tidlig prostatacancer, som har forandret forudsætningerne for den klassiske active surveillance. Den meget forskellige implementering af funktionel prostata MR-skanning på landets afdelinger afspejles i resultaterne, da skanningen for en betydelig del af disse patienter umiddelbart ændrer risikogruppering og behandlingsindikation, fremfor at de ved traditionel observation først på et senere tidspunkt påvises at have mere aggressiv sygdom end primært vurderet.

Indikator 2a beskriver andelen af nydiagnosticerede patienter, der starter active surveillance, og som ikke har haft et event (ikke er påbegyndt kurativ behandling), men er under fortsat active surveillance et år efter dato for beslutning om active surveillance.

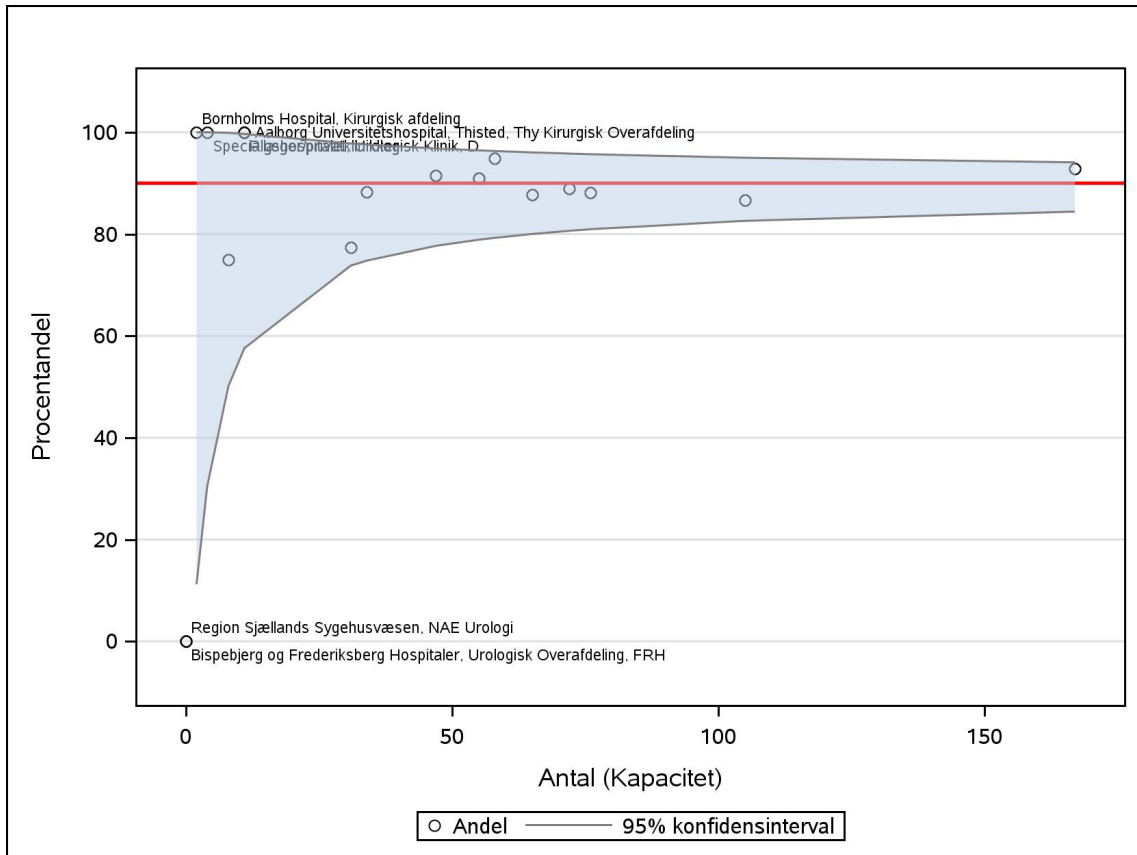
For at opnå et års opfølgning er analysen baseret på patienter diagnosticeret i 2017. På landsplan var 90% af de nydiagnosticerede patienter, der startede med active surveillance i 2017, fortsat under active surveillance et år efter. Den fastlagte standard på  $\geq 90\%$  er således på nationalt niveau præcist opfyldt, men den er ikke opfyldt i regionerne Sjælland, Syddanmark og Midtjylland. På Rigshospitalet opnåedes 100%, men da man her i 2017 kun indrapporterede 11 af de mindst 78 observerede patienter (tabel 02), må dette tal tages med meget stort forbehold.

**Figur 2a-1. Active surveillance efter 1 år for hele landet og på regionsniveau**

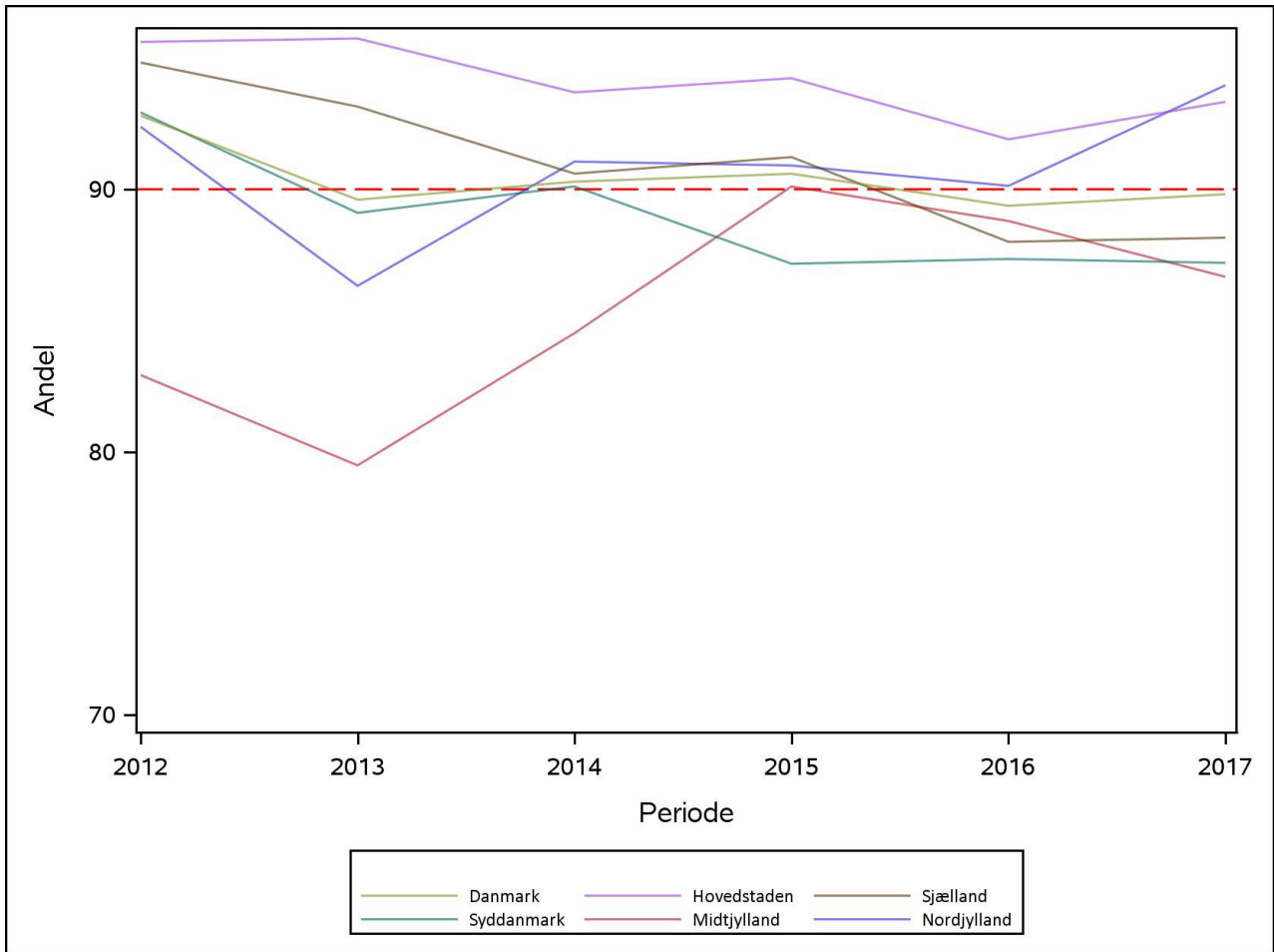
Figur 2a-2. Active surveillance efter 1 år per hospitalsafdeling



Figur 2a-3. Funnelplot for active surveillance efter 1 år



Figur 2a-4. Trend i active surveillance efter 1 år opdelt på regionsniveau i perioden 2012 til 2017



## Indikator 2b: Active surveillance events efter 3 år

Tabel 2b-1.

**Indikator 2b: Andel af nydiagnosticerede patienter under Active Surveillance, som er uden events efter 3 år**  
**(Indikator ID: DAPROCA\_035\_001)**  
**Standard: ≥ 70%**

Opgjort pr. diagnoseår	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2015 % 95% CI	2014 % (95% CI)	2013 % (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Ja	558/691	9 (1)	<b>81</b>	(78;84)	77 (73;80)	80 (77;84)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	138/156	3 (2)	<b>88</b>	(82;93)	87 (80;93)	93 (85;97)
<b>Sjælland</b>	Ja	94/114	1 (1)	<b>82</b>	(74;89)	74 (65;81)	89 (80;95)
<b>Syddanmark</b>	Ja	136/187	4 (2)	<b>73</b>	(66;79)	73 (65;79)	72 (65;79)
<b>Midtjylland</b>	Ja	76/91	0 (0)	<b>84</b>	(74;90)	73 (62;82)	69 (52;83)
<b>Nordjylland</b>	Ja	114/143	1 (1)	<b>80</b>	(72;86)	79 (71;86)	79 (71;86)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	138/156	3 (2)	<b>88</b>	(82;93)	87 (80;93)	93 (85;97)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overafdeling, FRH	Ja	30/34	0 (0)	<b>88</b>	(73;97)	95 (75;100)	100 (85;100)
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Ja	##/##	0 (0)	<b>100</b>	(3;100)	0 (0;0)	0 (0;0)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	97/110	2 (2)	<b>88</b>	(81;94)	88 (79;94)	90 (80;96)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	10/11	1 (8)	<b>91</b>	(59;100)	50 (12;88)	100 (40;100)
<b>Sjælland</b>	Ja	94/114	1 (1)	<b>82</b>	(74;89)	74 (65;81)	89 (80;95)
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	Ja	34/48	1 (2)	<b>71</b>	(56;83)	70 (58;81)	93 (81;99)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	60/66	0 (0)	<b>91</b>	(81;97)	78 (64;88)	83 (65;94)
<b>Syddanmark</b>	Ja	136/187	4 (2)	<b>73</b>	(66;79)	73 (65;79)	72 (65;79)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	45/66	3 (4)	<b>68</b>	(56;79)	73 (62;82)	70 (55;82)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	20/26	0 (0)	<b>77</b>	(56;91)	71 (44;90)	73 (50;89)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	16/28	1 (3)	<b>57</b>	(37;76)	68 (46;85)	78 (60;91)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	55/67	0 (0)	<b>82</b>	(71;90)	74 (61;85)	71 (57;83)
<b>Midtjylland</b>	Ja	76/91	0 (0)	<b>84</b>	(74;90)	73 (62;82)	69 (52;83)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	29/39	0 (0)	<b>74</b>	(58;87)	59 (43;73)	68 (45;86)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Ja	18/20	0 (0)	<b>90</b>	(68;99)	100 (77;100)	50 (7;93)

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	2015 % 95% CI	2014 % (95% CI)	2013 % (95% CI)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	29/32	0 (0)	<b>91</b>	(75;98)	83 (63;95)	77 (46;95)
<b>Nordjylland</b>	Ja	114/143	1 (1)	<b>80</b>	(72;86)	79 (71;86)	79 (71;86)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	59/78	0 (0)	<b>76</b>	(65;85)	75 (61;85)	69 (53;82)
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	6/8	0 (0)	<b>75</b>	(35;97)	80 (56;94)	89 (65;99)
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	49/57	1 (2)	<b>86</b>	(74;94)	83 (70;93)	84 (72;93)

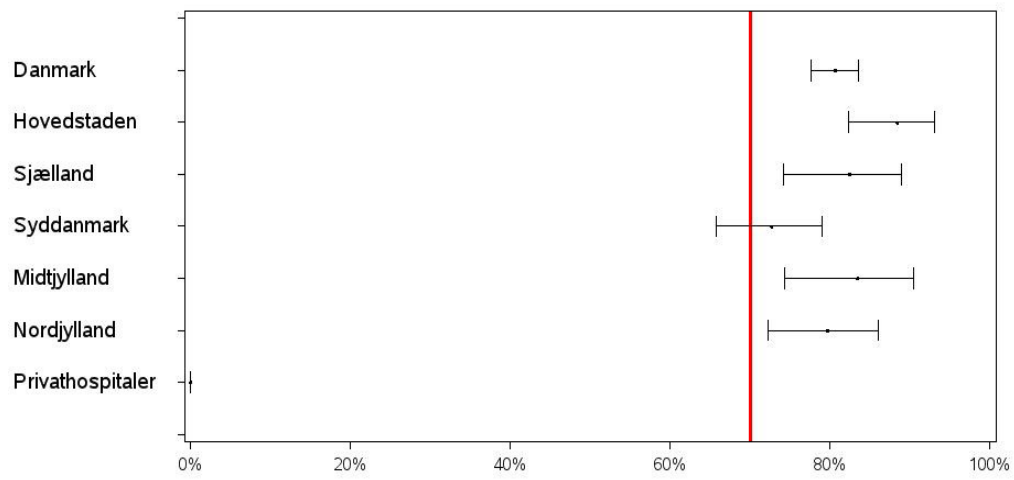
## KOMMENTAR

Det er besluttet at denne indikator udgår på grund af den hastigt mere udbredte anvendelse af **funktionelle** MR-skanning i udredning af tidlig prostatacancer, som har forandret forudsætningerne for den klassiske active surveillance.

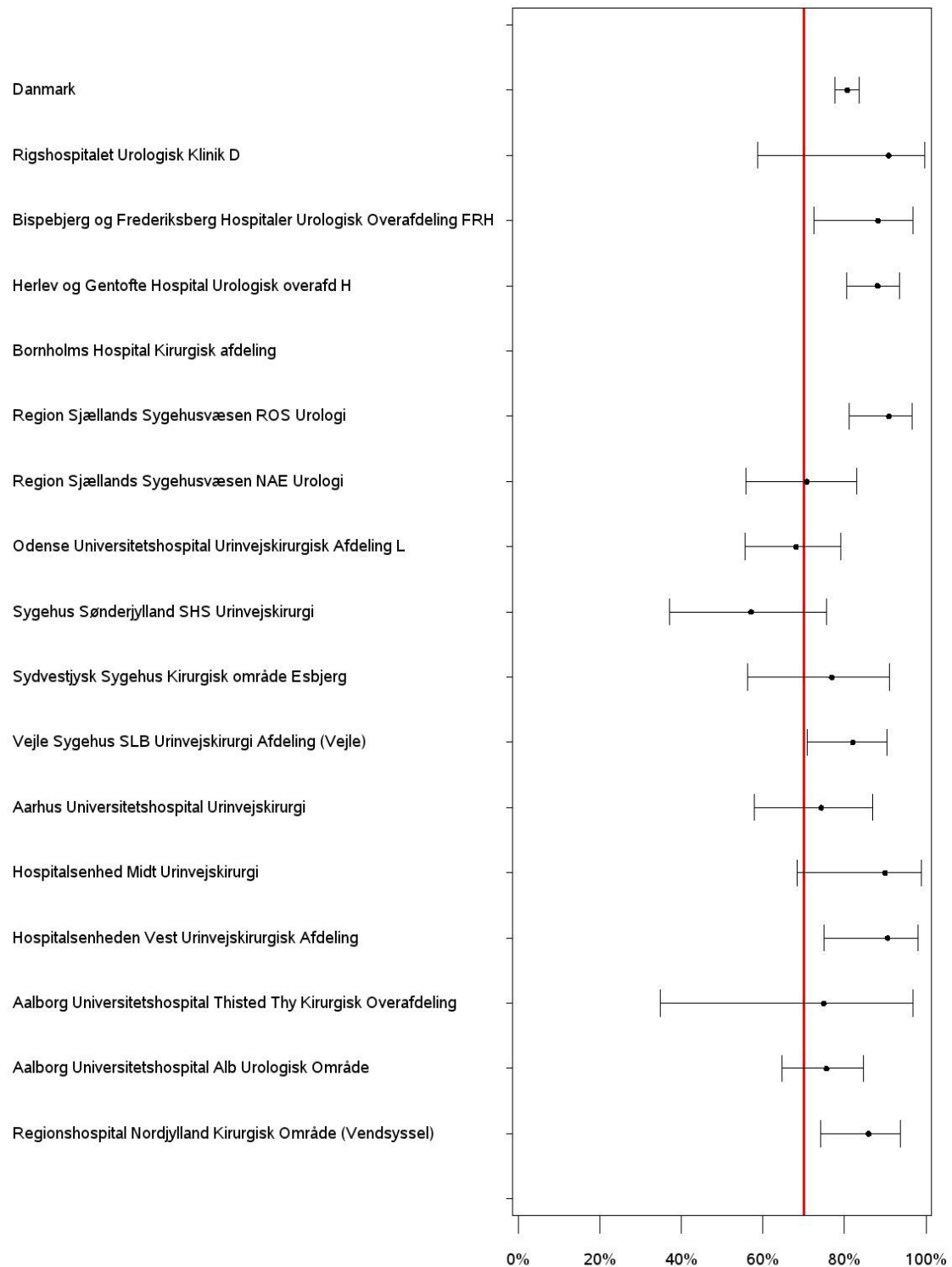
Indikator 2b beskriver andelen af nydiagnosticerede patienter, der starter active surveillance, og som ikke har haft et event (ikke er påbegyndt kurativ behandling), men er under fortsat active surveillance tre år efter dato for beslutning om active surveillance.

For at opnå tre års opfølgning er analysen baseret på patienter diagnosticeret i 2015. På landsplan var 81% af de nydiagnosticerede patienter, der startede med active surveillance i 2015, fortsat under active surveillance tre år efter. Den fastlagte standard på  $\geq 70\%$  er opfyldt på nationalt niveau, men den er ikke opfyldt i to hospitalsafdelinger i Region Syddanmark: Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L og Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi.

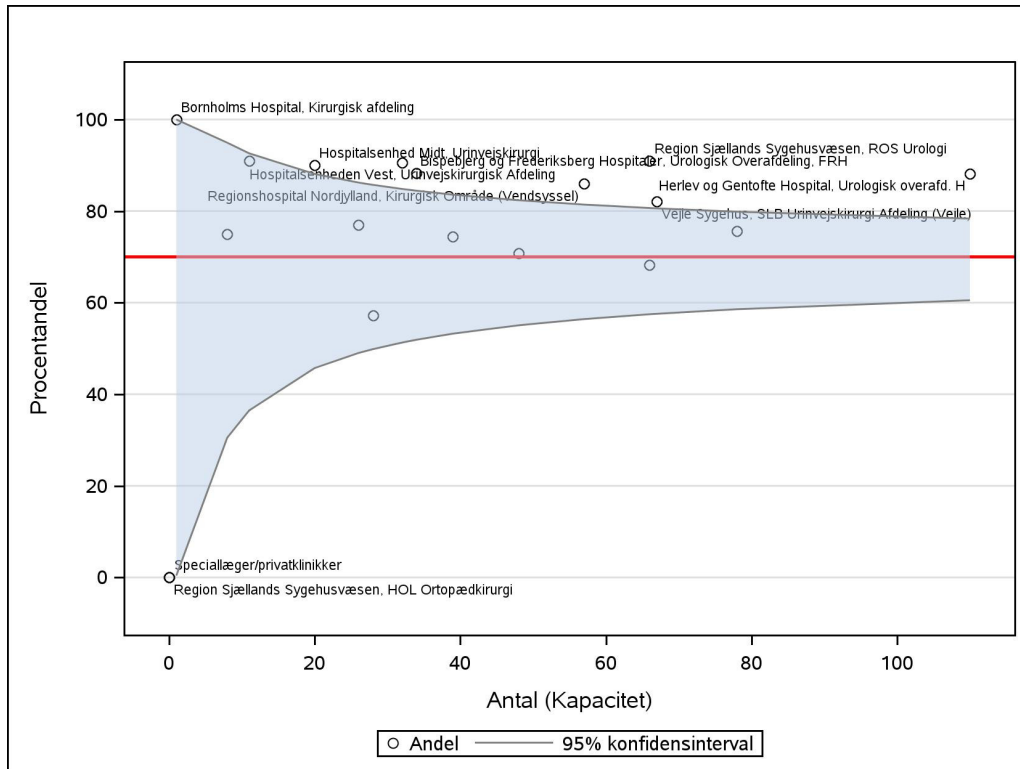


**Figur 2b-1. Active surveillance efter 3 år for landsresultat og på regionsniveau**

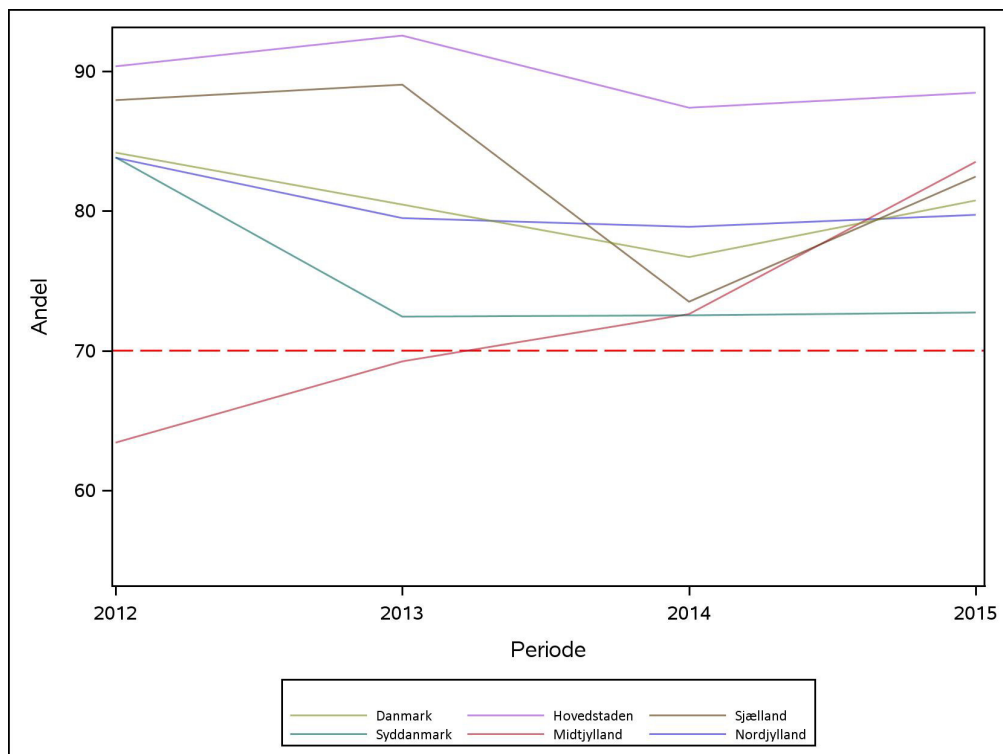
**Figur 2b-2. Active surveillance efter 3 år per hospitalsafdeling**



Figur 2b-3. Funnelploot for active surveillance efter 3 år



Figur 2b-4. Trend i active surveillance efter 3 år på regionsniveau i perioden 2012 til 2015



### Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT2)

Tabel 3-1.

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margin  
(Indikator ID: DAPROCA\_031\_003)

Standard: ≤ 15%

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018 % 95% CI	2017 % (95% CI)	2016 % (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Ja	95/708	0 (0)	<b>13</b>	(11;16)	14 (12;17)	15 (12;18)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	42/215	0 (0)	<b>20</b>	(14;25)	23 (17;30)	18 (14;23)
<b>Sjælland</b>	Ja	##	0 (0)	<b>14</b>	(2;43)	-	-
<b>Syddanmark</b>	Ja	9/153	0 (0)	<b>6</b>	(3;11)	11 (7;17)	22 (15;29)
<b>Midtjylland</b>	Ja	34/268	0 (0)	<b>13</b>	(9;17)	9 (6;14)	6 (3;10)
<b>Nordjylland</b>	Ja	8/58	0 (0)	<b>14</b>	(6;25)	17 (8;31)	15 (7;25)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	42/215	0 (0)	<b>20</b>	(14;25)	23 (17;30)	18 (14;23)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	30/149	0 (0)	<b>20</b>	(14;27)	22 (14;30)	17 (11;25)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	12/66	0 (0)	<b>18</b>	(10;30)	25 (15;36)	19 (13;27)
<b>Sjælland</b>	Ja	##	0 (0)	<b>14</b>	(2;43)	-	-
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	##	0 (0)	<b>14</b>	(2;43)	-	-
<b>Syddanmark</b>	Ja	9/153	0 (0)	<b>6</b>	(3;11)	11 (7;17)	22 (15;29)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	9/153	0 (0)	<b>6</b>	(3;11)	11 (7;17)	22 (15;29)
<b>Midtjylland</b>	Ja	34/268	0 (0)	<b>13</b>	(9;17)	9 (6;14)	6 (3;10)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	13/83	0 (0)	<b>16</b>	(9;25)	12 (6;20)	6 (2;12)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	21/185	0 (0)	<b>11</b>	(7;17)	7 (3;13)	6 (3;12)
<b>Nordjylland</b>	Ja	8/58	0 (0)	<b>14</b>	(6;25)	17 (8;31)	15 (7;25)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	8/58	0 (0)	<b>14</b>	(6;25)	17 (8;31)	15 (7;25)

## KOMMENTAR

Indikatoren beskriver andelen af radikalt prostatektomerede patienter med patologisk stadie pT2, der ikke har frie resektionsrande, også kaldet positiv kirurgisk margin.

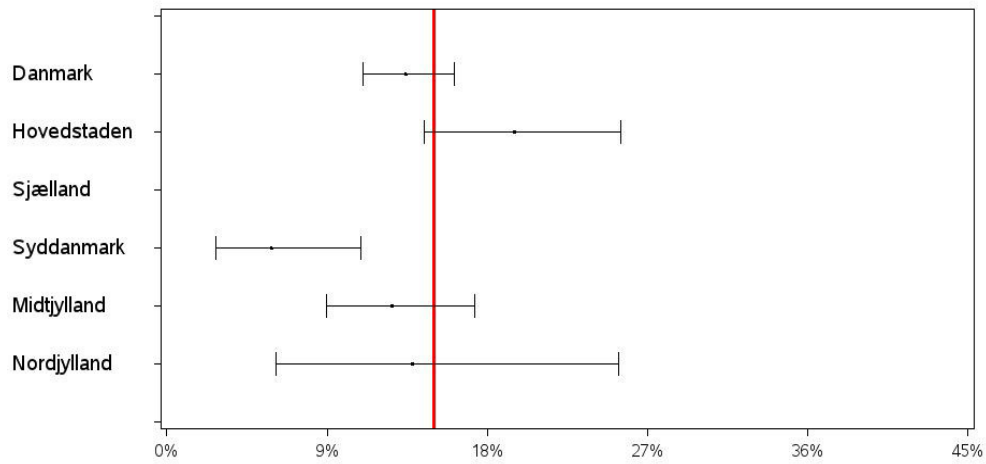
På landsplan havde 95 af i alt 708 (13%) af patienter med intrakapsulære (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er på niveau med 2017 og 2016. Standarden på 15% er fortsat opfyldt nationalt.

Til trods for et fald i frekvensen af positive kirurgiske marginer på begge de to urologiske hospitalsafdelinger i Region Hovedstaden er standarden her fortsat ikke opfyldt (18-20%). På Aarhus Universitetshospital har antallet været stigende og oversteg i 2018 standarden (6%).

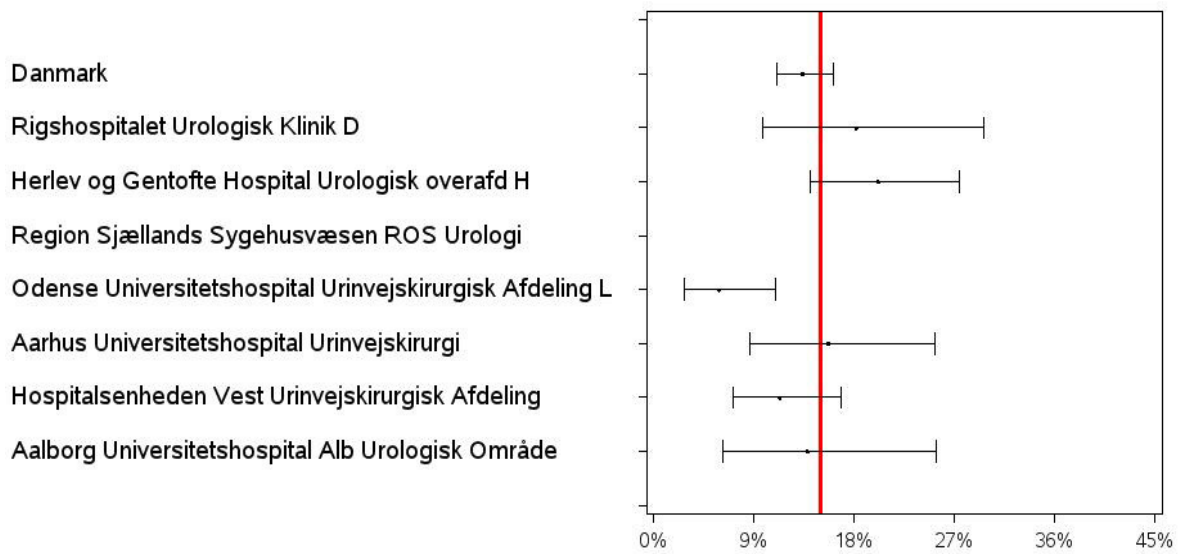
Det er uklart, hvorvidt disse forskelle beror på diskrepans vedr. fortolkning af, hvad der karakteriserer ekstraprostatisk spredning og positiv kirurgisk margin, eller hvorvidt det omhandler patientselektion og/eller kirurgisk teknik og metode. I forbindelse med opdatering af DAPROCAskliniske retningslinjer vil DaProCas patologer beskrive fortolkning af disse 2 parametre. Indikatoren skal derfor tolkes med varsomhed.

Da tumorpositive kirurgiske marginer øger risikoen for biokemisk recidiv og efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi samt ikke mindst et sygdomstilbagefald anses det for betydende for behandlingskvaliteten, at der om muligt ikke efterlades cancervæv i forbindelse med det radikale operative indgreb. Om end prognosen for patienter med tumorpositive kirurgiske marginer er bedre ved intrakapsulær (pT2) sygdom, må det som udgangspunkt forventes, at hele prostata og dermed canceren fjernes i stort set alle tilfælde. Skønt tumorpositive kirurgiske marginer ved ekstrakapsulær (pT3) sygdom i modsætning hertil er mere forventeligt forekommende og typisk beror på en preoperativ undervurdering af stadiet, bør antallet af patienter med efterladt cancervæv af ovenstående grunde minimeres. Frekvensen af patienter, som opereres "i sundt væv" anses derfor at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet, ligesom store regionale variationer heraf naturligt bør lede til refleksioner/intern audit.

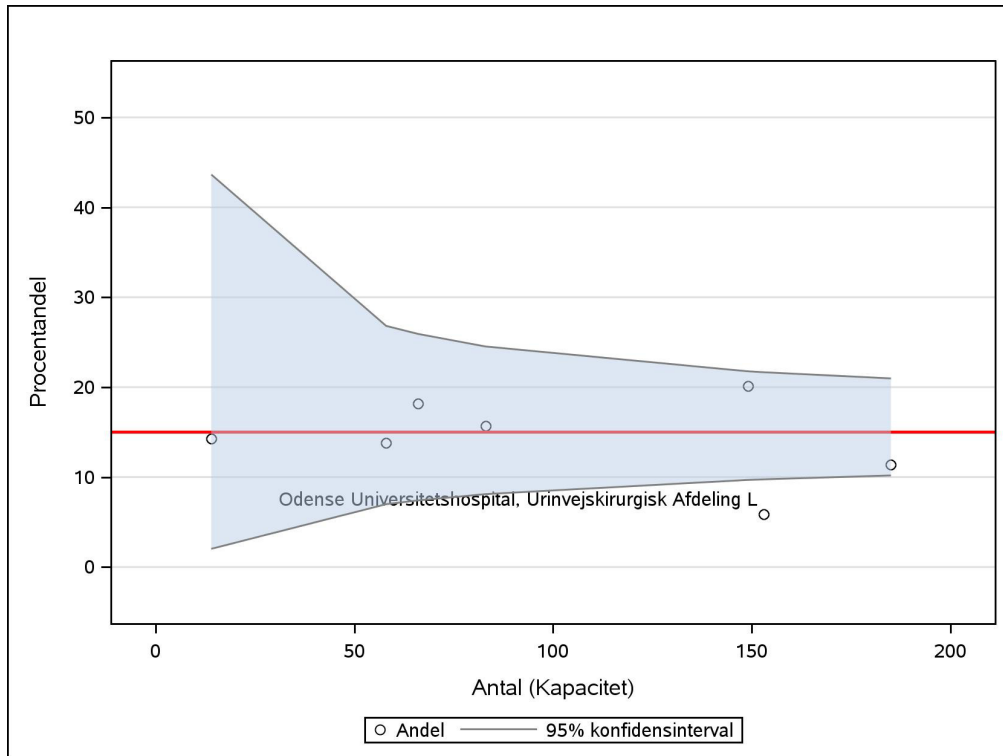
**Figur 3-1. Positiv kirurgisk margin (pT2) for landet og på regionsniveau**



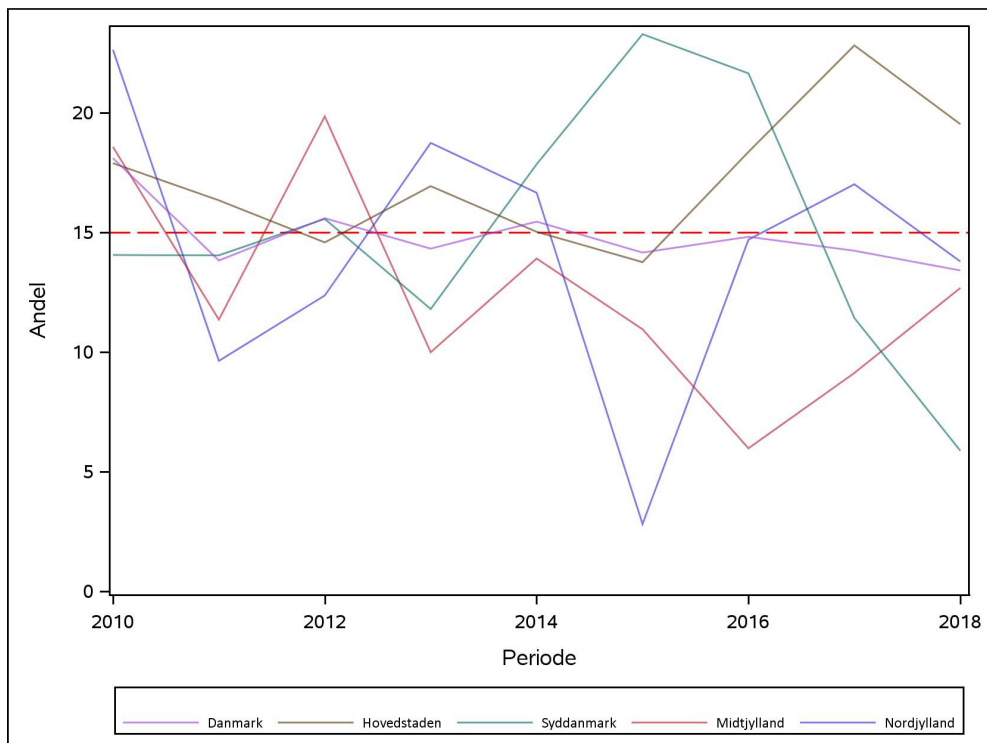
**Figur 3-2. Positiv kirurgisk margin (pT2) per hospitalsafdeling**



Figur 3-3. Funnelplot for positiv kirurgisk margin (pT2)



Figur 3-4. Trend i positiv kirurgisk margin (pT2) på regionsniveau i perioden 2010 til 2018



## Indikator 4: Positiv kirurgisk margin (pT3)

Tabel 4-1.

**Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen (Indikator ID: DAPROCA\_032\_003)**  
**Standard: ≤ 30%**

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018 % 95% CI	2017 % (95% CI)	2016 % (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Nej	145/392	0 (0)	<b>37</b> (32;42)	35 (31;41)	42 (37;47)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	55/145	0 (0)	<b>38</b> (30;46)	46 (38;55)	48 (40;55)	
<b>Sjælland</b>	Ja	##	0 (0)	<b>22</b> (3;60)	-	-	
<b>Syddanmark</b>	Nej	36/91	0 (0)	<b>40</b> (29;50)	17 (10;26)	45 (35;56)	
<b>Midtjylland</b>	Nej	31/91	0 (0)	<b>34</b> (24;45)	37 (27;48)	31 (22;41)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	21/56	0 (0)	<b>38</b> (25;51)	36 (22;51)	39 (28;51)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	55/145	0 (0)	<b>38</b> (30;46)	46 (38;55)	48 (40;55)	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	43/112	0 (0)	<b>38</b> (29;48)	41 (31;51)	44 (35;54)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	12/33	0 (0)	<b>36</b> (20;55)	62 (45;77)	54 (41;68)	
<b>Sjælland</b>	Ja	##	0 (0)	<b>22</b> (3;60)	-	-	
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	##	0 (0)	<b>22</b> (3;60)	-	-	
<b>Syddanmark</b>	Nej	36/91	0 (0)	<b>40</b> (29;50)	17 (10;26)	45 (35;56)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	36/91	0 (0)	<b>40</b> (29;50)	17 (10;26)	45 (35;56)	
<b>Midtjylland</b>	Nej	31/91	0 (0)	<b>34</b> (24;45)	37 (27;48)	31 (22;41)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	23/54	0 (0)	<b>43</b> (29;57)	39 (23;57)	28 (15;44)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	8/37	0 (0)	<b>22</b> (10;38)	35 (22;50)	33 (22;46)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	21/56	0 (0)	<b>38</b> (25;51)	36 (22;51)	39 (28;51)	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	21/56	0 (0)	<b>38</b> (25;51)	36 (22;51)	39 (28;51)	



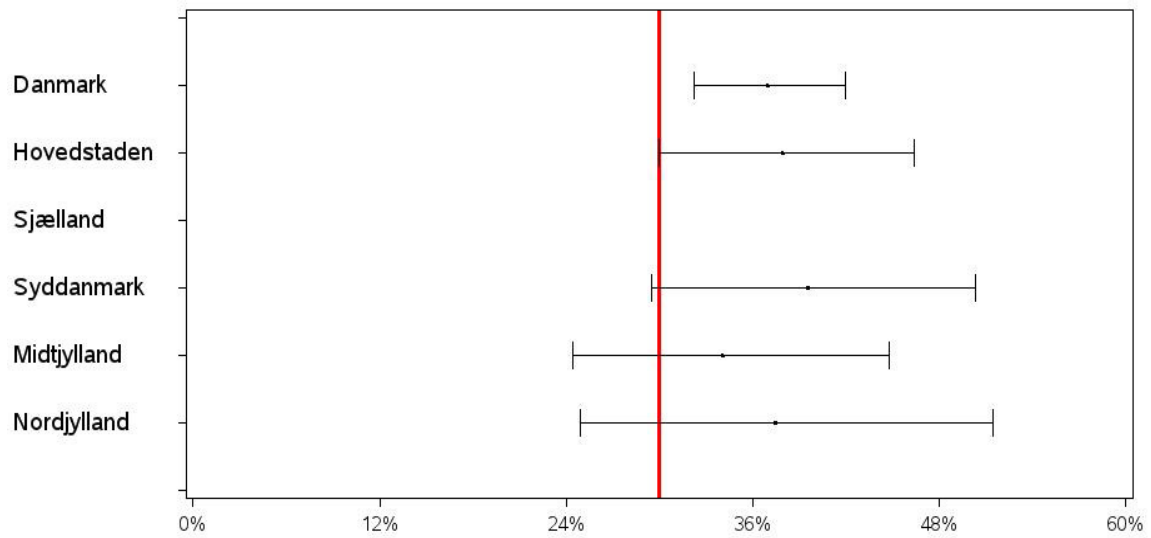
## KOMMENTAR

Indikator 4 beskriver andelen af patienter med ekstrakapsulære (pT3) tumorer, som havde positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi.

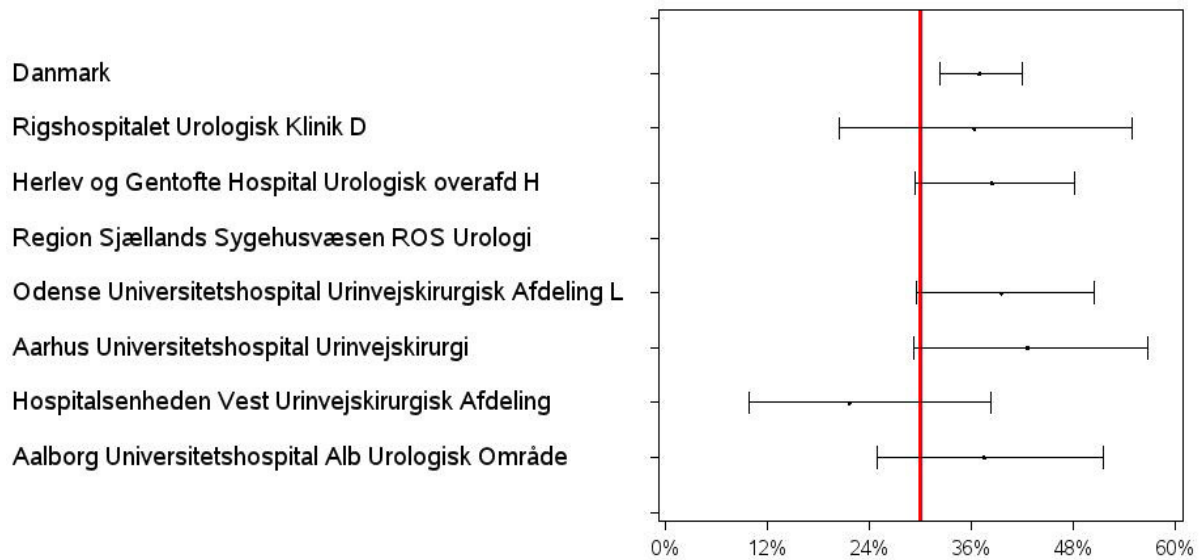
På landsplan havde i alt 145 ud af 392 (37%) af patienter med pT3 tumorer positiv kirurgisk margin, og standarden er ikke opfyldt på nationalt niveau. På regionalt niveau er standarden opfyldt i region Sjælland, mens de øvrige regioner ligger mellem 22% og 40%, højst i Region Syddanmark. I protokollerne SPCG-15 og g-RAMPP opereres kliniske T3 tumorer, og særligt studieaktive centre (Rigshospitalet, Odense Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital) kan påvirkes heraf.

Da det som tidligere anført er uklart, hvorvidt disse forskelle beror på diskrepans vedr. fortolkning af, hvad der karakteriserer ekstraprostatisk spredning og positiv kirurgisk margin, eller hvorvidt det omhandler patientselektion og/eller kirurgisk teknik og metode. I forbindelse med opdatering af DAPROCAskliniske retningslinjer vil DaProCas patologer beskrive fortolkning af disse to parametre. Indikatoren skal derfor tolkes med varsomhed.

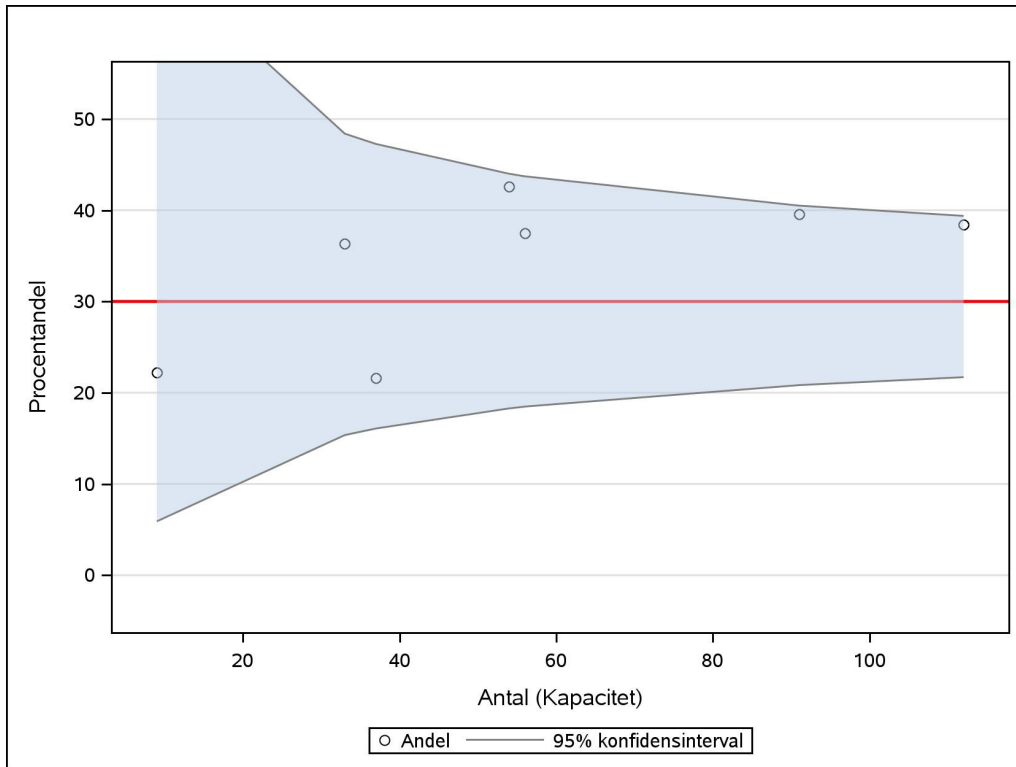
**Figur 4-1. Positiv kirurgisk margin (pT3) for landet og på regionsniveau**



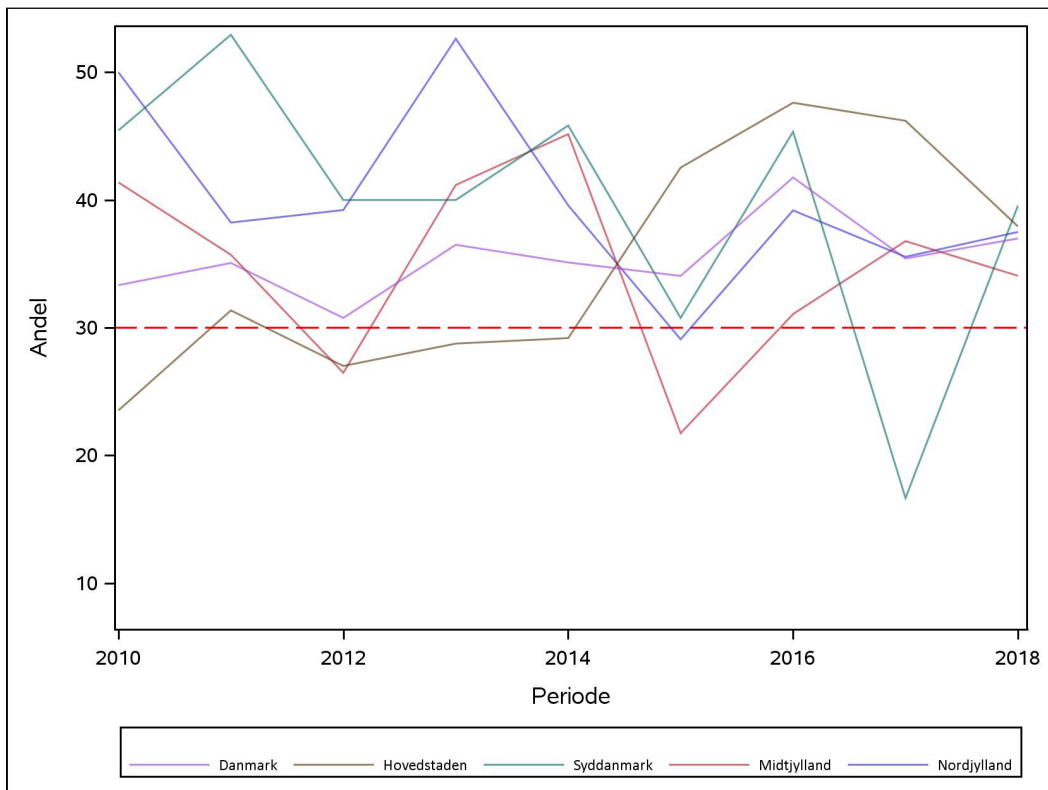
**Figur 4-2. Positiv kirurgisk margin (pT3) per hospitalsafdeling**



Figur 4-3. Funnelplot for positiv kirurgisk margin (pT3)



Figur 4-4. Trend i positiv kirurgisk margin (pT3) på regionsniveau i perioden 2010 til 2017



## Indikator 5: Morbiditet 30 dage (genindlæggelse)

Tabel 5-1.

**Indikator 5: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi**  
**(Indikator ID: DAPROCA\_009\_001)**  
**Standard: ≤ 5.0%**

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018 % 95% CI	2017 % (95% CI)	2016 % (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Nej	122/1.113	0 (0)	<b>11</b> (9;13)	13 (11;15)	12 (10;14)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	45/366	0 (0)	<b>12</b> (9;16)	15 (11;19)	14 (11;17)	
<b>Sjælland</b>	Nej	6/23	0 (0)	<b>26</b> (10;48)	-	-	
<b>Syddanmark</b>	Nej	28/247	0 (0)	<b>11</b> (8;16)	11 (8;16)	9 (6;13)	
<b>Midtjylland</b>	Nej	35/363	0 (0)	<b>10</b> (7;13)	13 (9;17)	14 (10;18)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	8/114	0 (0)	<b>7</b> (3;13)	12 (6;20)	6 (3;12)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	45/366	0 (0)	<b>12</b> (9;16)	15 (11;19)	14 (11;17)	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	28/263	0 (0)	<b>11</b> (7;15)	11 (7;16)	12 (8;17)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	17/103	0 (0)	<b>17</b> (10;25)	21 (14;30)	15 (11;21)	
<b>Sjælland</b>	Nej	6/23	0 (0)	<b>26</b> (10;48)	-	-	
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	6/23	0 (0)	<b>26</b> (10;48)	-	-	
<b>Syddanmark</b>	Nej	28/247	0 (0)	<b>11</b> (8;16)	11 (8;16)	9 (6;13)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	28/247	0 (0)	<b>11</b> (8;16)	11 (8;16)	9 (6;13)	
<b>Midtjylland</b>	Nej	35/363	0 (0)	<b>10</b> (7;13)	13 (9;17)	14 (10;18)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	12/139	0 (0)	<b>9</b> (5;15)	16 (11;24)	14 (9;20)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	23/224	0 (0)	<b>10</b> (7;15)	10 (6;16)	13 (9;19)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	8/114	0 (0)	<b>7</b> (3;13)	12 (6;20)	6 (3;12)	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	8/114	0 (0)	<b>7</b> (3;13)	12 (6;20)	6 (3;12)	

## KOMMENTAR

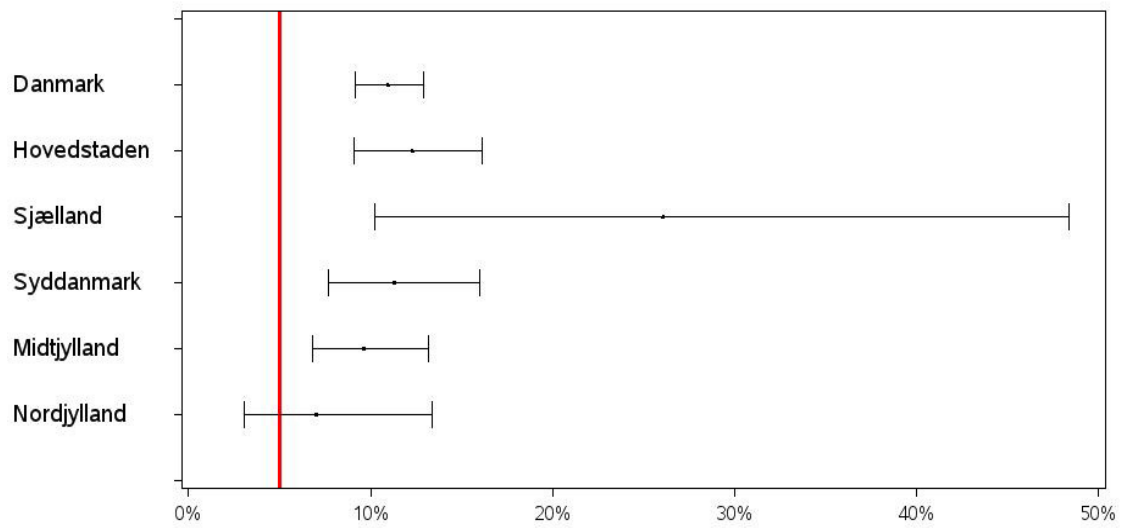
På landsplan blev 122 ud af 1.113 patienter, der fik foretaget radikal prostatektomi, genindlagt inden for 30 dage efter deres operation. Genindlæggelser inkluderer alle indlæggelser på et sygehus i Danmark uanset årsag. En indlæggelse på samme dag som udskrivningsdato er ikke talt som genindlæggelse, da det oftest vil dreje sig om overflytninger fra en afdeling til en anden. Derudover frases genindlæggelser under 24 timers varighed.

Da 11% af de radikalt prostatektomerede patienter blev genindlagt inden for 30 dage efter operationen er standarden på  $\leq 5\%$  langt fra opfyldelse på landsplan. Indikatorresultatet er på niveau med de seneste år. Indikatorrens standard blev i sin tid valgt på baggrund af litteraturgennemgang. Nyere data tyder imidlertid på store metodologisk fejl i tidligere videnskabelige publikationer med underrapportering, og sammenholdt med et årsagsforklarende audit på AUH tyder meget på, at en standard på  $\leq 10\%$  snarere tegner et realistisk billede af en acceptabel genindlæggelsesfrekvens, hvorfor den er vedtaget at erstatte den hidtidige fra 2019.

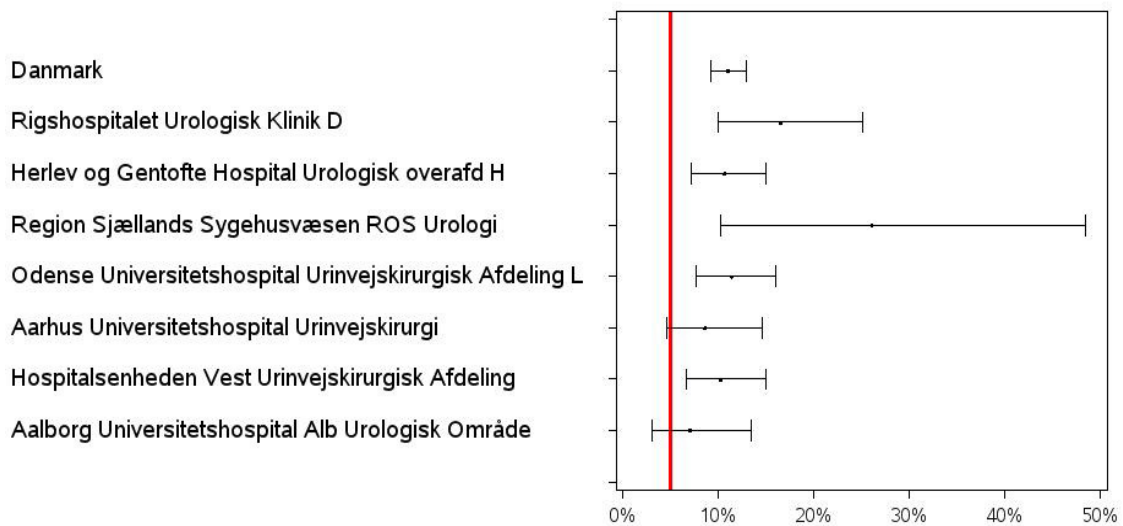
Da indlæggelseårsagen kan have baggrund i forhold i meget variende komplikationssværhedsgrad, kan selv en lav rate være forbundet med meget alvorlige tilstande. Da genindlæggelserne i langt fra alle tilfælde kan kobles til komplikationsrelevante diagnosekoder, bør kodepraksis for komplikationer forbedres. Af ovennævnte grunde arbejdes på en implementering af en programmeret version af Clavien-Dindos komplikationsscore

På regionsniveau varierer genindlæggelsesfrekvensen fra 7% i Region Nordjylland til 26% i Region Sjælland. Sidstnævnte er et netop etableret operationscenter, hvorfor de første data herfra bør tolkes varsomt.

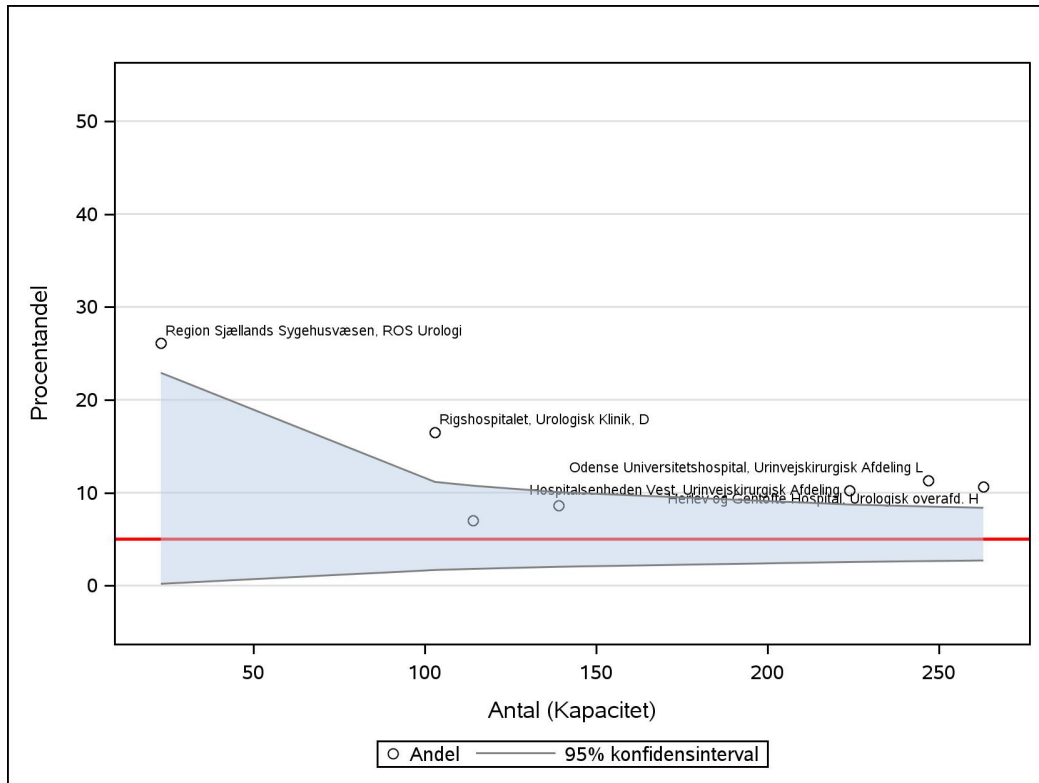
**Figur 5-1. Postoperativ morbiditet for landet og på regionsniveau**



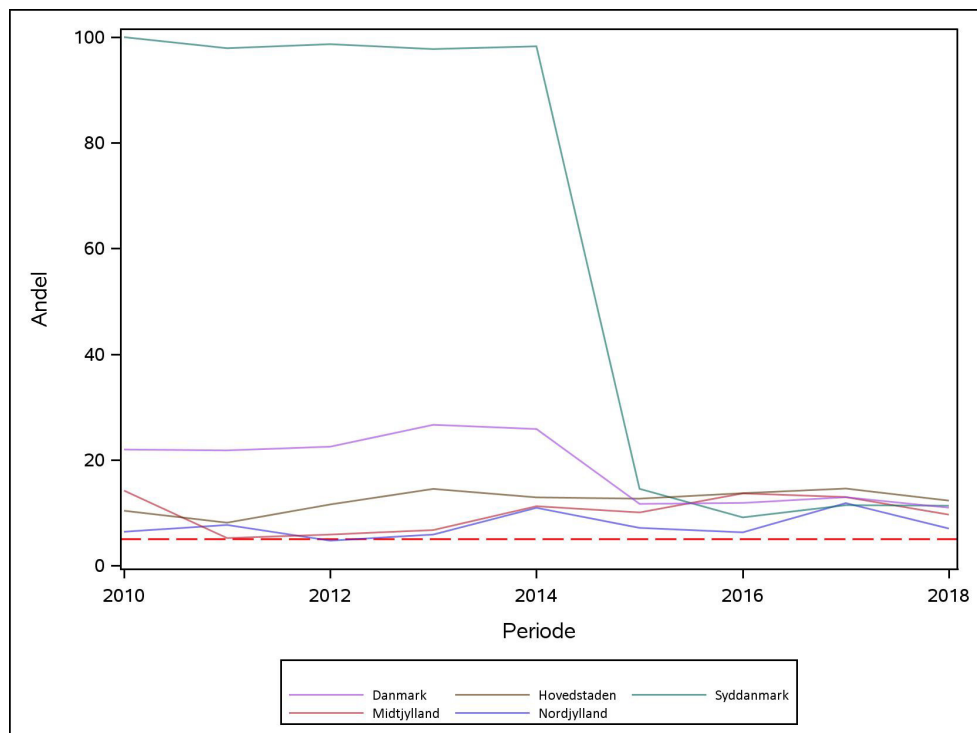
**Figur 5-2. Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling**



Figur 5-3. Funnelploj postoperativ morbiditet



Figur 5-4. Trend i postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2018



## Indikator 6: Postoperativ morbiditet (indlæggelsens varighed)

Tabel 6-1.

**Indikator 6: Andel af radikalt prostatakteromerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt**  
**(Indikator ID: DAPROCA\_010\_001)**  
**Standard: ≤ 5.0%**

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018	2017	2016	
	opfyldt			95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	35/1.113	0 (0)	<b>3</b>	(2;4)	4 (3;5)	3 (2;4)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	12/366	0 (0)	<b>3</b>	(2;6)	7 (4;10)	5 (3;7)
<b>Sjælland</b>	Ja	##/##	0 (0)	<b>4</b>	(0;22)	-	-
<b>Syddanmark</b>	Ja	6/247	0 (0)	<b>2</b>	(1;5)	1 (0;3)	2 (1;5)
<b>Midtjylland</b>	Ja	13/363	0 (0)	<b>4</b>	(2;6)	5 (3;8)	2 (1;4)
<b>Nordjylland</b>	Ja	3/114	0 (0)	<b>3</b>	(1;7)	2 (0;8)	3 (1;7)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	12/366	0 (0)	<b>3</b>	(2;6)	7 (4;10)	5 (3;7)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	9/263	0 (0)	<b>3</b>	(2;6)	8 (5;12)	7 (4;10)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	3/103	0 (0)	<b>3</b>	(1;8)	4 (1;10)	3 (1;6)
<b>Sjælland</b>	Ja	##/##	0 (0)	<b>4</b>	(0;22)	-	-
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	##/##	0 (0)	<b>4</b>	(0;22)	-	-
<b>Syddanmark</b>	Ja	6/247	0 (0)	<b>2</b>	(1;5)	1 (0;3)	2 (1;5)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	6/247	0 (0)	<b>2</b>	(1;5)	1 (0;3)	2 (1;5)
<b>Midtjylland</b>	Ja	13/363	0 (0)	<b>4</b>	(2;6)	5 (3;8)	2 (1;4)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	8/139	0 (0)	<b>6</b>	(3;11)	7 (4;13)	1 (0;4)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	5/224	0 (0)	<b>2</b>	(1;5)	3 (1;7)	2 (1;5)
<b>Nordjylland</b>	Ja	3/114	0 (0)	<b>3</b>	(1;7)	2 (0;8)	3 (1;7)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	3/114	0 (0)	<b>3</b>	(1;7)	2 (0;8)	3 (1;7)



## KOMMENTAR

Indikatoren omhandler indlæggelsestiden i forbindelse med en radikal prostatektomi og opgør andelen af patienter, der har udskrivelsesdato senere end 3 døgn efter operationsdatoen.

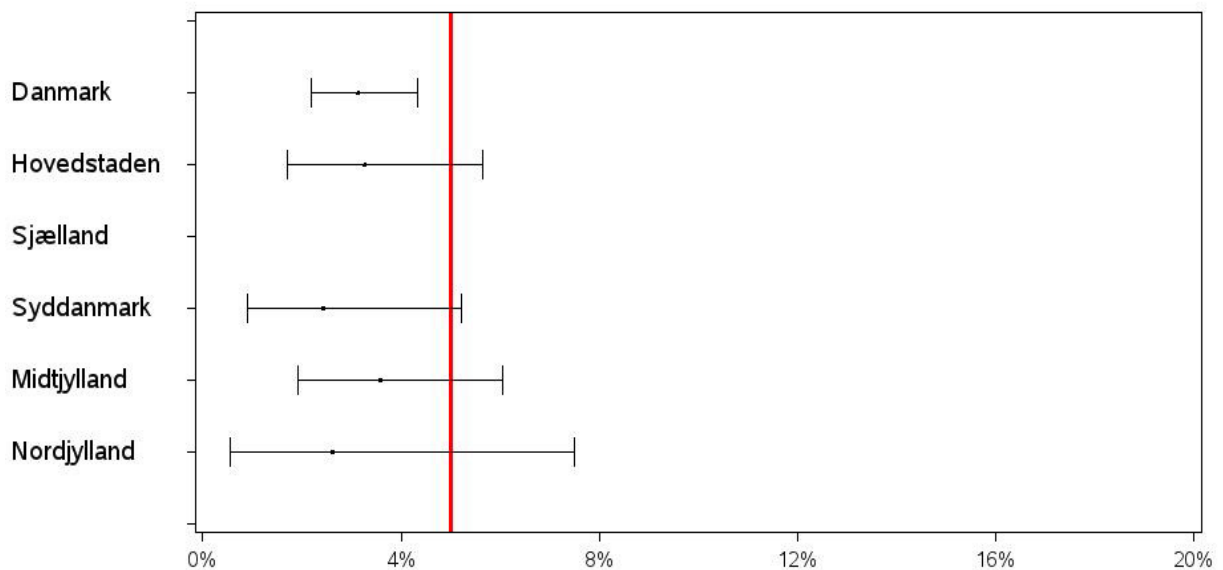
På landsplan blev kun 35 patienter ud af 1.113 (3%) radikalt prostatektomerede patienter udskrevet efter mere end 3 døgns indlæggelse. Dette er sammenligneligt med de seneste år. Standarden på  $\leq 5\%$  er opfyldt på landsplan.

Alle afdelinger lever op til standarden, på nær Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi (6%).

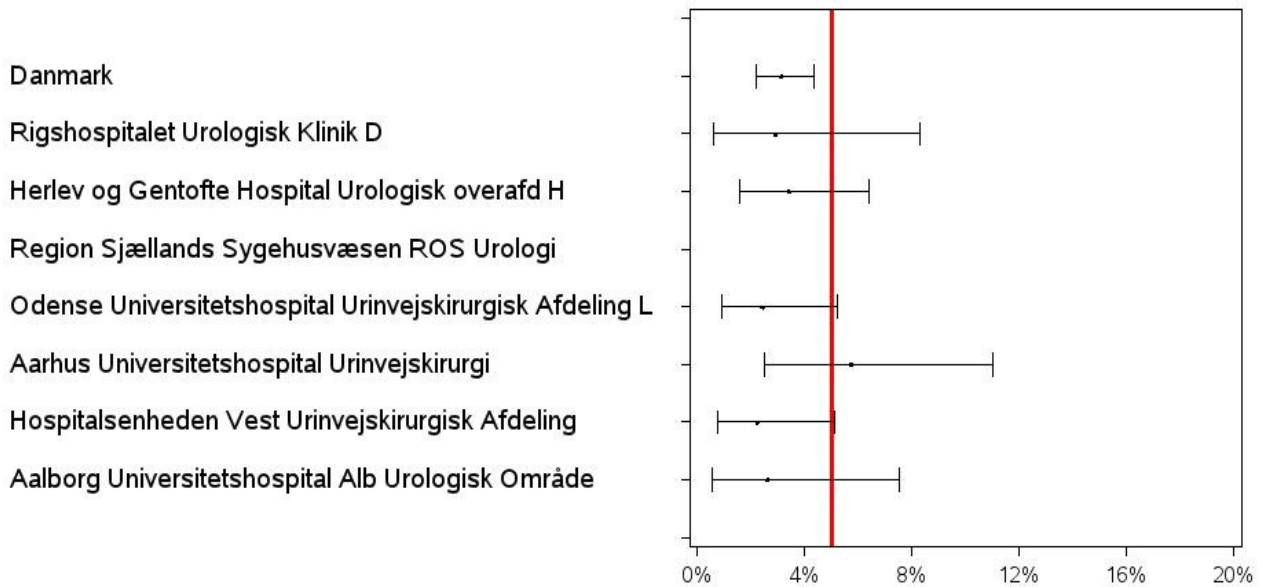
Figur 6-4 viser overbevisende at indlæggelsestiden ved prostatektomi i Danmark er reduceret siden 2010 og blevet meget ensartet i landets regioner.

Den faktiske længde af de forlængede indlæggelser vil kunne have givet en bedre fornemmelse af alvoren af de enkelte peri-/postoperative komplikationer. Disse data foreligger ikke her, men de enkelte afdelinger forventes at forholde sig hertil.

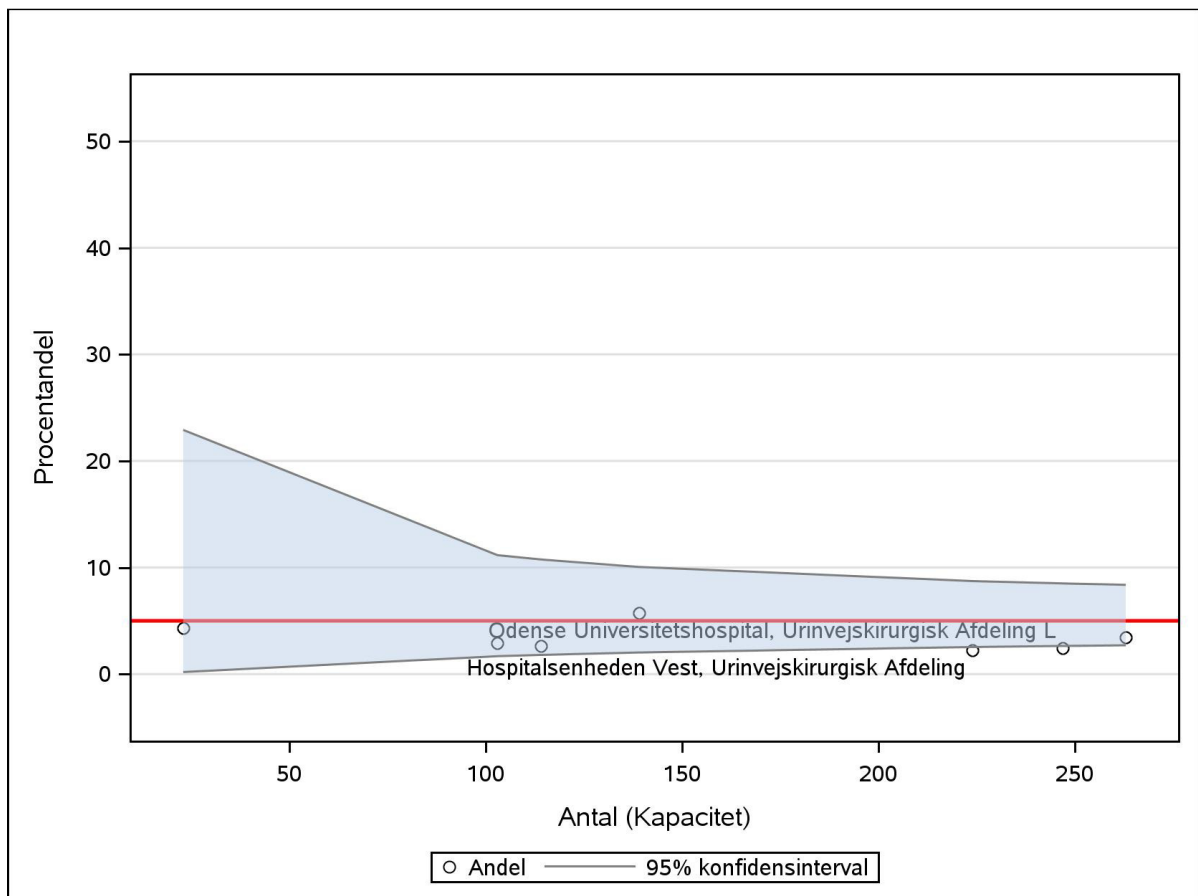
**Figur 6-1. Postoperativ morbiditet for landet og på regionsniveau**

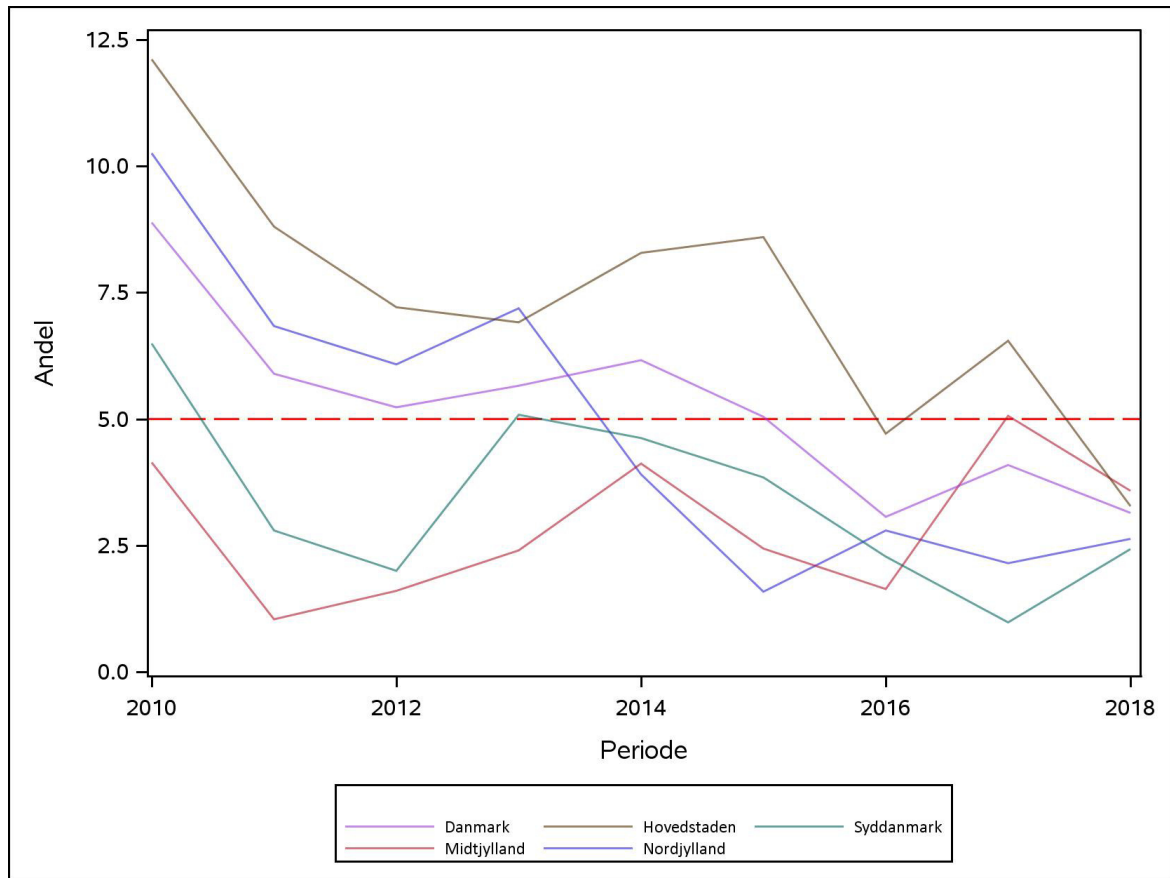


Figur 6-2. Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling



Figur 6-3. Funnelplot for postoperativ morbiditet



**Figur 6-4. Trend for postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2018**

## Indikator 7: Mortalitet

Tabel 7-1.

**Indikator 7 : Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der dør indenfor 1 år efter operation  
(Indikator ID: DAPROCA\_008\_001)  
Standard: < 1.0%**

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017 %	95% CI	2016 % (95% CI)	2015 % (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	5/1.047	4 (0)	<b>0,5</b>	(0,2;1,1)	0,3 (0,1;0,8)	0,4 (0,1;1,0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	##	2 (1)	<b>0,3</b>	(0,0;1,7)	0,0 (0,0;0,8)	0,5 (0,1;1,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	0/306	0 (0)	<b>0,0</b>	(0,0;1,2)	0,4 (0,0;2,1)	0,4 (0,0;2,4)
<b>Midtjylland</b>	Nej	4/315	1 (0)	<b>1,3</b>	(0,3;3,2)	0,8 (0,2;2,4)	0,6 (0,1;2,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	0/92	1 (1)	<b>0,0</b>	(0,0;3,9)	0,0 (0,0;2,5)	0,0 (0,0;2,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	##	2 (1)	<b>0,3</b>	(0,0;1,7)	0,0 (0,0;0,8)	0,5 (0,1;1,6)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	0/216	2 (1)	<b>0,0</b>	(0,0;1,7)	0,0 (0,0;1,5)	0,4 (0,0;2,4)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	##	0 (0)	<b>0,8</b>	(0,0;4,6)	0,0 (0,0;1,7)	0,5 (0,0;2,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	0/306	0 (0)	<b>0,0</b>	(0,0;1,2)	0,4 (0,0;2,1)	0,4 (0,0;2,4)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	0/306	0 (0)	<b>0,0</b>	(0,0;1,2)	0,4 (0,0;2,1)	0,4 (0,0;2,4)
<b>Midtjylland</b>	Nej	4/315	1 (0)	<b>1,3</b>	(0,3;3,2)	0,8 (0,2;2,4)	0,6 (0,1;2,2)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	##	1 (1)	<b>0,7</b>	(0,0;4,1)	1,3 (0,2;4,5)	0,0 (0,0;2,6)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	3/181	0 (0)	<b>1,7</b>	(0,3;4,8)	0,5 (0,0;2,6)	1,1 (0,1;3,8)
<b>Nordjylland</b>	Ja	0/92	1 (1)	<b>0,0</b>	(0,0;3,9)	0,0 (0,0;2,5)	0,0 (0,0;2,9)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	0/92	1 (1)	<b>0,0</b>	(0,0;3,9)	0,0 (0,0;2,5)	0,0 (0,0;2,9)

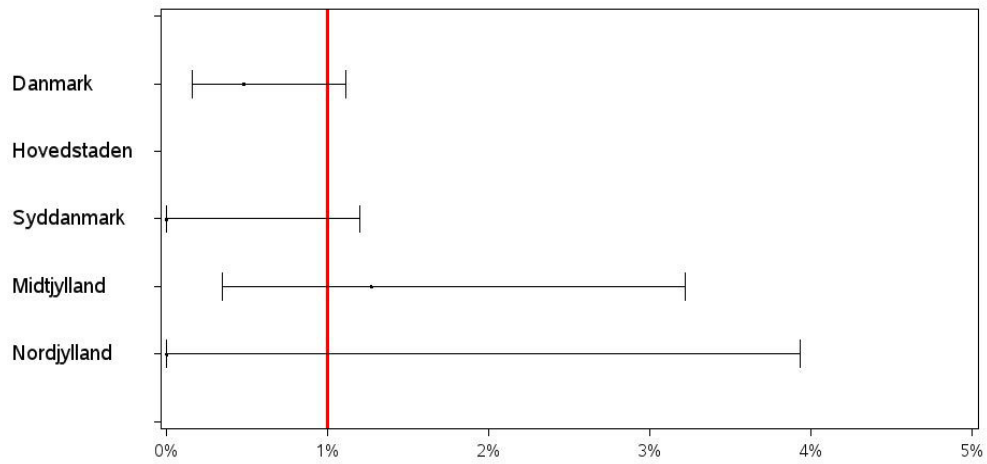
## KOMMENTAR

Antallet af dødsfald inden for et år efter prostatektomi er meget lavt, og denne mortalitetsrisiko er derfor bestemt med meget stor statistisk usikkerhed. Det er besluttet at denne indikator udgår, og at der i stedet søges at gøre sammenligning af patienternes mortalitet ved en kohorteanalyse af flere års patienter.

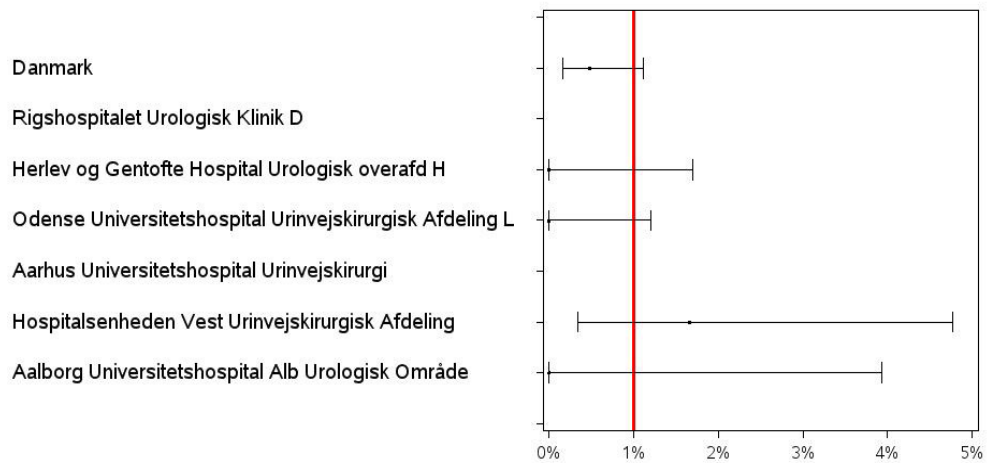
På landsplan døde fem patienter inden for et år efter radikal prostatektomi. Standarden på under 1% er således opfyldt på landsplan men ikke for Region Midtjylland, hvor Hospitalsenheden Vest med tre dødsfald (1,7%) ikke opfylder standarden.

Det anbefales at hospitalsafdelingerne sikrer sig patienternes dødsårsag og evt. relation til det operative indgreb.

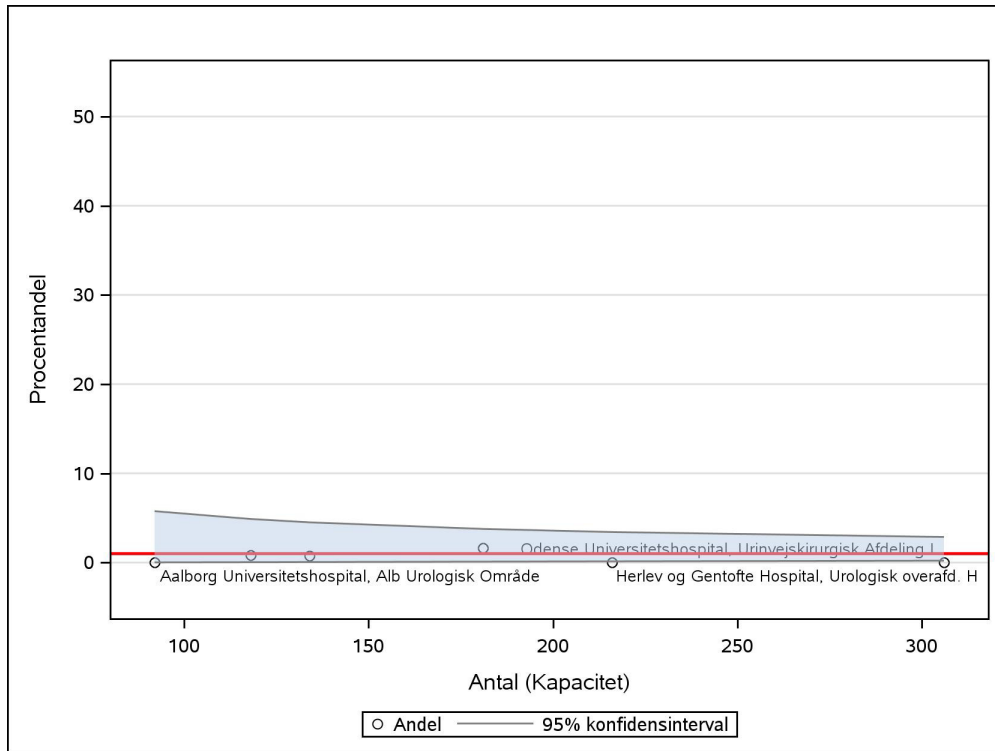
**Figur 7-1. Mortalitet indenfor 1 år for landet og på regionsniveau**



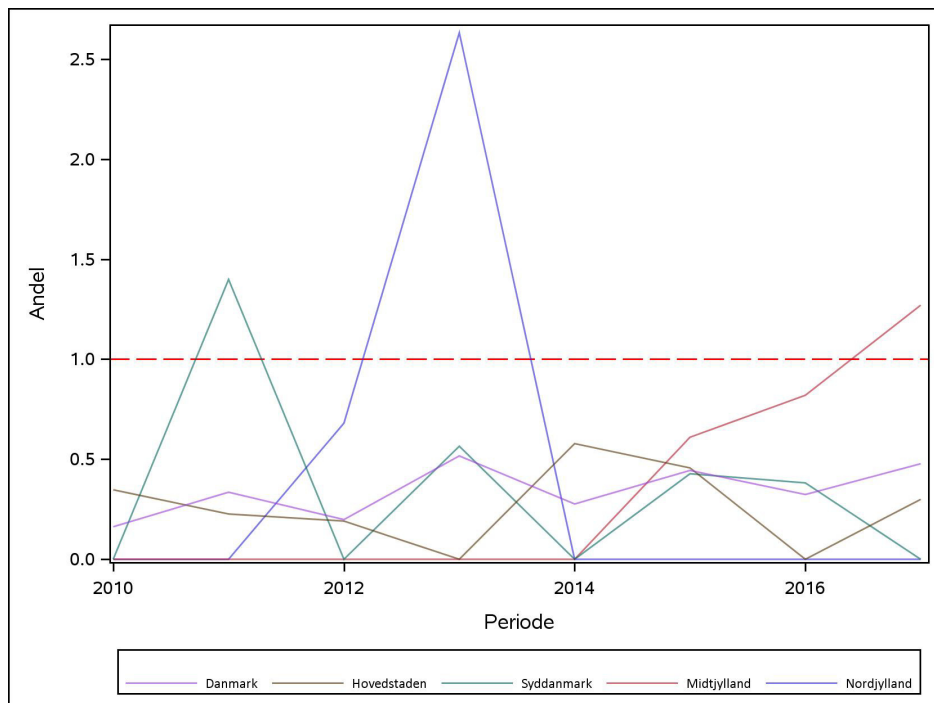
**Figur 7-2. Mortalitet indenfor 1 år per hospitalsafdeling**



**Figur 7-3. Funnelplo for mortalitet indenfor 1 år**



**Figur 7-4. Trend i mortalitet indenfor 1 år på regionsniveau i perioden 2010 til 2017**



## Indikator 8: Datakomplethed, diagnoseskema

Tabel 8-1.

**Indikator 8: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet (Indikator ID: DAPROCA\_018\_001)**  
**Standard:  $\geq 90\%$**

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2018 % 95% CI	2017 % (95% CI)	2016 % (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Nej	3.118/4.620	0 (0)	<b>67</b> (66;69)	69 (68;71)	62 (60;63)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	127/1.045	0 (0)	<b>12</b> (10;14)	2 (1;3)	12 (10;14)	
<b>Sjælland</b>	Nej	616/751	0 (0)	<b>82</b> (79;85)	77 (74;81)	59 (56;63)	
<b>Syddanmark</b>	Nej	864/1.088	0 (0)	<b>79</b> (77;82)	96 (94;97)	94 (93;96)	
<b>Midtjylland</b>	Ja	1.175/1.223	0 (0)	<b>96</b> (95;97)	98 (97;99)	72 (69;75)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	335/484	0 (0)	<b>69</b> (65;73)	84 (80;87)	93 (91;95)	
<b>Privathospitaler</b>	Nej	##/##	0 (0)	<b>3</b> (0;18)	6 (1;18)	10 (2;26)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	127/1.045	0 (0)	<b>12</b> (10;14)	2 (1;3)	12 (10;14)	
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	0/13	0 (0)	<b>0</b> (0;25)	0 (0;28)	0 (0;26)	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	70/807	0 (0)	<b>9</b> (7;11)	1 (0;2)	2 (1;3)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	57/225	0 (0)	<b>25</b> (20;32)	7 (4;13)	11 (6;19)	
<b>Sjælland</b>	Nej	616/751	0 (0)	<b>82</b> (79;85)	77 (74;81)	59 (56;63)	
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	Nej	8/9	0 (0)	<b>89</b> (52;100)	100 (48;100)	75 (19;99)	
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	608/742	0 (0)	<b>82</b> (79;85)	77 (74;80)	59 (55;63)	
<b>Syddanmark</b>	Nej	864/1.088	0 (0)	<b>79</b> (77;82)	96 (94;97)	94 (93;96)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	438/493	0 (0)	<b>89</b> (86;91)	95 (92;96)	97 (95;98)	
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	173/179	0 (0)	<b>97</b> (93;99)	99 (97;100)	86 (80;91)	
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	77/130	0 (0)	<b>59</b> (50;68)	83 (66;93)	93 (87;96)	
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	176/286	0 (0)	<b>62</b> (56;67)	96 (93;98)	97 (95;99)	
<b>Midtjylland</b>	Ja	1.175/1.223	0 (0)	<b>96</b> (95;97)	98 (97;99)	72 (69;75)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	482/501	0 (0)	<b>96</b> (94;98)	98 (96;99)	87 (84;90)	
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Ja	266/273	0 (0)	<b>97</b> (95;99)	96 (93;98)	3 (1;6)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	427/449	0 (0)	<b>95</b> (93;97)	100 (99;100)	100 (99;100)	



Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	2018 % 95% CI	2017 % (95% CI)	2016 % (95% CI)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	335/484	0 (0)	<b>69</b>	(65;73)	84 (80;87)	93 (91;95)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	124/231	0 (0)	<b>54</b>	(47;60)	85 (80;90)	98 (95;99)
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	Nej	22/48	0 (0)	<b>46</b>	(31;61)	64 (52;75)	85 (76;91)
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	189/205	0 (0)	<b>92</b>	(88;95)	91 (86;95)	92 (87;96)
<b>Privathospitaler</b>	Nej	###	0 (0)	<b>3</b>	(0;18)	6 (1;18)	10 (2;26)
Speciallæger/privatklinikker	Nej	###	0 (0)	<b>3</b>	(0;18)	6 (1;18)	10 (2;26)

## KOMMENTAR

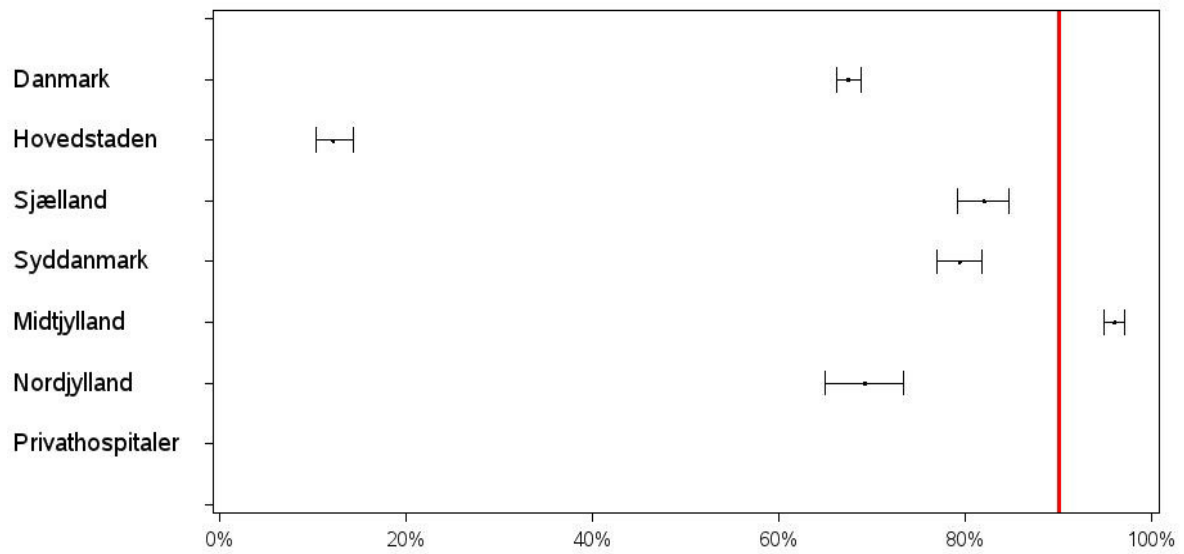
Indikatoren beskriver andelen af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter, der har data om PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i diagnoseskema.

Indikatoren medtager alle nydiagnosticerede patienter i opgørelsesperioden uafhængigt af, om patienterne har fået oprettet et diagnoseskema i DaProCadata.

På landsplan fik 67% af alle nydiagnosticerede prostatacancer patienter angivet PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskema. Standarden er ikke opfyldt på landsplan.

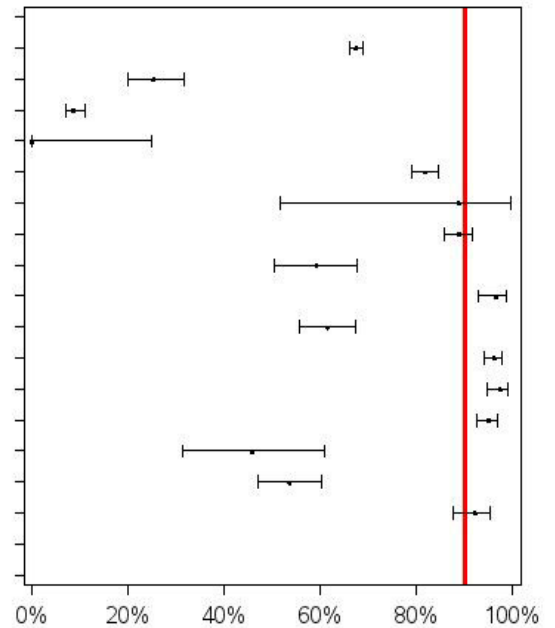
Der ses en fortsat meget lav indberetning i Region Hovedstaden (12%). Den er dog i 2018 stigende, hvorfor der er en forventning om, at man i 2019 for alvor bidrager til de nationale kvalitetsdata.

Blandt landets øvrige regioner er indberetningen mellem 69% og 96%. Tre af disse regioner (Sjælland, Syddanmark og Nordjylland) er lavere end standarden på 90% hvilket kan vanskeliggøre sammenligninger, selv mellem de fire af landets regioner som bidrager med data.

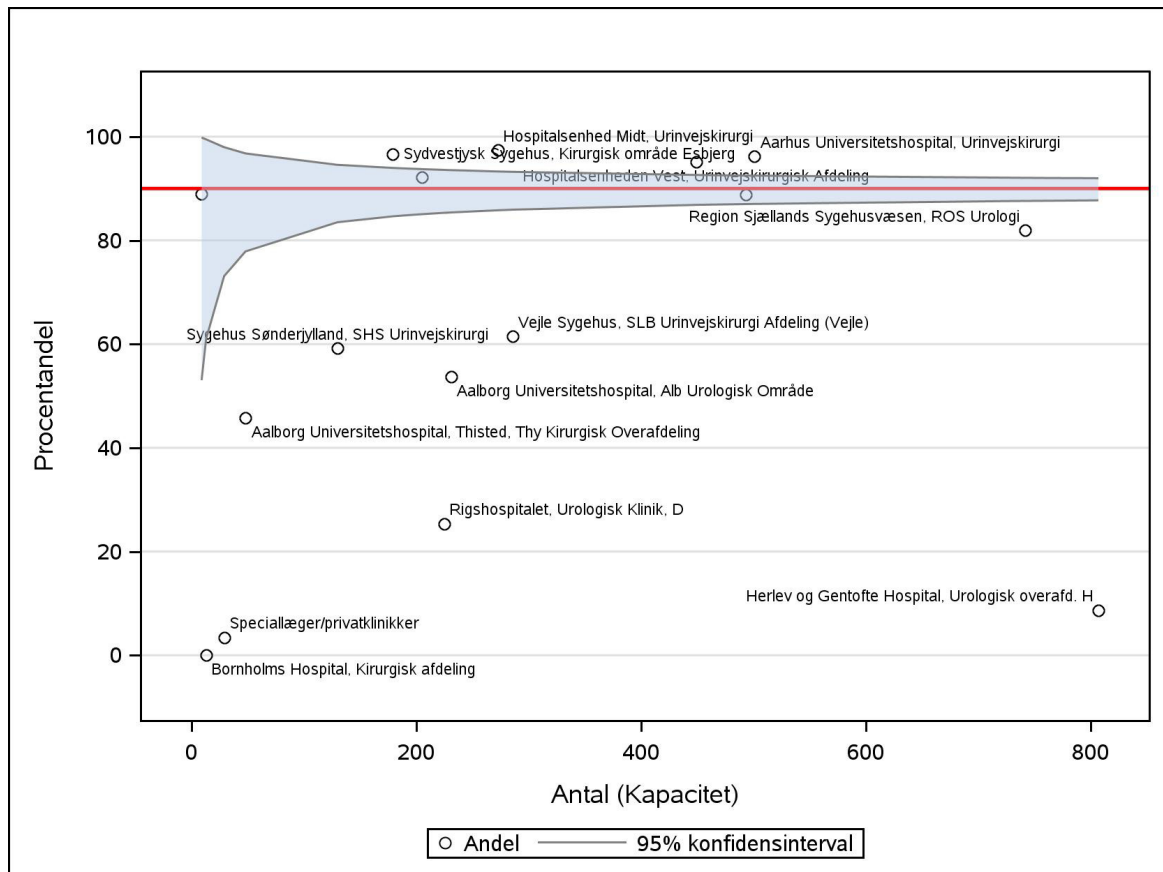
**Figur 8-1. Datakomplethed, diagnoseskema for landet og på regionsniveau**

Figur 8-2. Datakomplethed, diagnoseskema per hospitalsafdeling

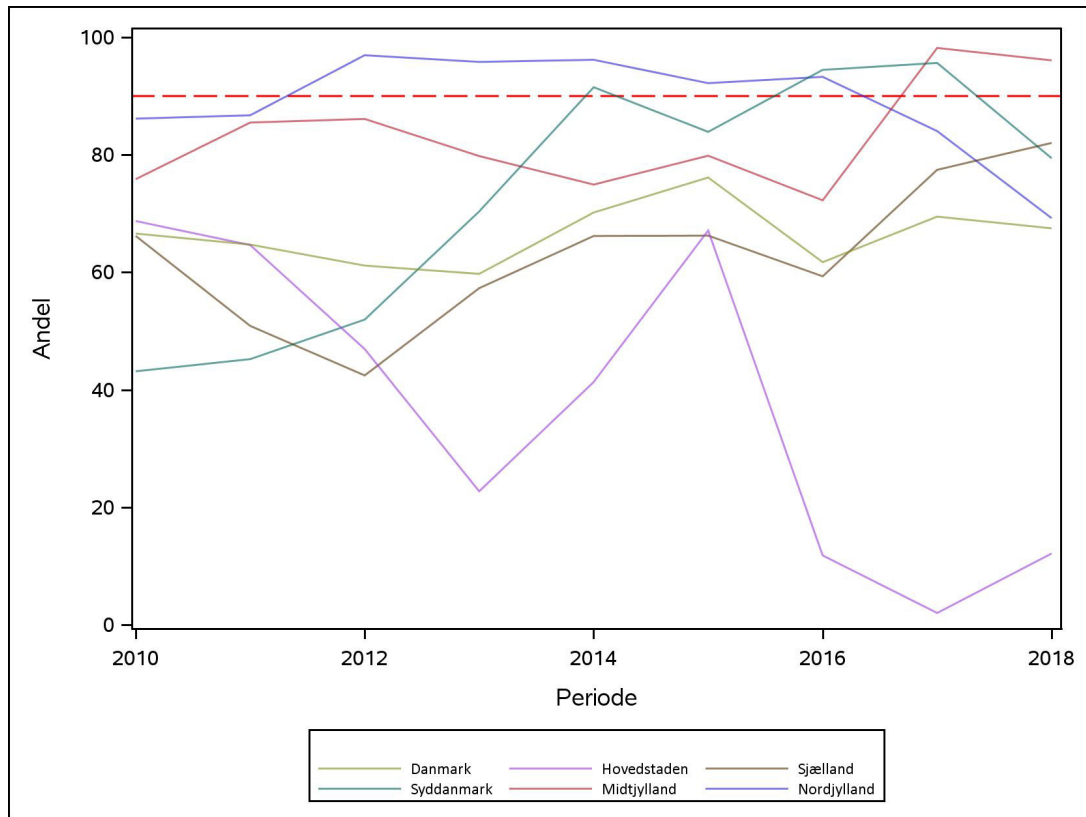
Danmark  
 Rigshospitalet Urologisk Klinik D  
 Herlev og Gentofte Hospital Urologisk overafd H  
 Bornholms Hospital Kirurgisk afdeling  
 Region Sjællands Sygehusvæsen ROS Urologi  
 Region Sjællands Sygehusvæsen NAE Urologi  
 Odense Universitetshospital Urinvejskirurgisk Afdeling L  
 Sygehus Sønderjylland SHS Urinvejskirurgi  
 Sydvestjysk Sygehus Kirurgisk område Esbjerg  
 Vejle Sygehus SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)  
 Aarhus Universitetshospital Urinvejskirurgi  
 Hospitalsenhed Midt Urinvejskirurgi  
 Hospitalsenheden Vest Urinvejskirurgisk Afdeling  
 Aalborg Universitetshospital Thisted Thy Kirurgisk Overafdeling  
 Aalborg Universitetshospital Alb Urologisk Område  
 Regionshospital Nordjylland Kirurgisk Område (Vendsyssel)  
 Speciallægerprivatklinikker



Figur 8-3. Funnelplo for datakomplethed, diagnoseskema



**Figur 8-4. Trend i datakomplethed, diagnoseskema for landsresultat og på regionsniveau i perioden 2010 til 2018**



## NYE INDIKATORER

### Indikator 9 (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.

Tabel 9-1

Indikator 9 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-lav risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 3 mdr.

(Indikator ID: DAPROCA\_041S\_001)

Standard: ikke fastlagt

Opgjort pr. diagnoseår	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/ opfyldt	antal nævner (%)	2017	2016	2015	
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Danmark</b>	-	45/436	0 (0)	<b>10</b>	(8;14)	8 (6;11)	15 (12;18)
<b>Hovedstaden</b>	-	0/6	0 (0)	<b>0</b>	(0;46)	17 (7;30)	10 (6;16)
<b>Sjælland</b>	-	3/48	0 (0)	<b>6</b>	(1;17)	6 (1;16)	17 (11;25)
<b>Syddanmark</b>	-	10/126	0 (0)	<b>8</b>	(4;14)	6 (3;11)	5 (2;11)
<b>Midtjylland</b>	-	31/191	0 (0)	<b>16</b>	(11;22)	14 (8;22)	30 (22;38)
<b>Nordjylland</b>	-	##	0 (0)	<b>2</b>	(0;8)	1 (0;6)	8 (3;15)
<b>Privathospitaler</b>	-	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	0 (0;0)	0 (0;0)
<b>Hovedstaden</b>	-	0/6	0 (0)	<b>0</b>	(0;46)	17 (7;30)	10 (6;16)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	-	0/5	0 (0)	<b>0</b>	(0;52)	0 (0;37)	6 (2;12)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	-	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	0 (0;84)	40 (5;85)
<b>Sjælland</b>	-	3/48	0 (0)	<b>6</b>	(1;17)	6 (1;16)	17 (11;25)
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	-	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	0 (0;0)	20 (12;32)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	-	3/47	0 (0)	<b>6</b>	(1;18)	6 (1;16)	13 (5;25)
<b>Syddanmark</b>	-	10/126	0 (0)	<b>8</b>	(4;14)	6 (3;11)	5 (2;11)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	-	3/36	0 (0)	<b>8</b>	(2;22)	4 (0;14)	7 (2;20)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	-	3/47	0 (0)	<b>6</b>	(1;18)	5 (0;23)	0 (0;22)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	-	0/5	0 (0)	<b>0</b>	(0;52)	17 (4;41)	0 (0;71)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	-	4/38	0 (0)	<b>11</b>	(3;25)	5 (1;15)	5 (1;17)
<b>Midtjylland</b>	-	31/191	0 (0)	<b>16</b>	(11;22)	14 (8;22)	30 (22;38)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	-	9/60	0 (0)	<b>15</b>	(7;27)	11 (4;23)	32 (21;45)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	-	14/60	0 (0)	<b>23</b>	(13;36)	100 (16;100)	0 (0;98)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	-	8/71	0 (0)	<b>11</b>	(5;21)	13 (5;27)	28 (18;40)

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	2017	2016	2015	
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Nordjylland</b>	-	##	0 (0)	<b>2</b>	(0;8)	1 (0;6)	8 (3;15)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	-	0/17	0 (0)	<b>0</b>	(0;20)	2 (0;11)	6 (1;18)
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	-	0/12	0 (0)	<b>0</b>	(0;26)	0 (0;13)	8 (0;36)
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	-	##	0 (0)	<b>3</b>	(0;15)	0 (0;19)	9 (2;25)
<b>Privathospitaler</b>	-	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	0 (0;0)	0 (0;0)
Speciallæger/privatklinikker	-	##	0 (0)	<b>0</b>	(0;98)	0 (0;0)	0 (0;0)

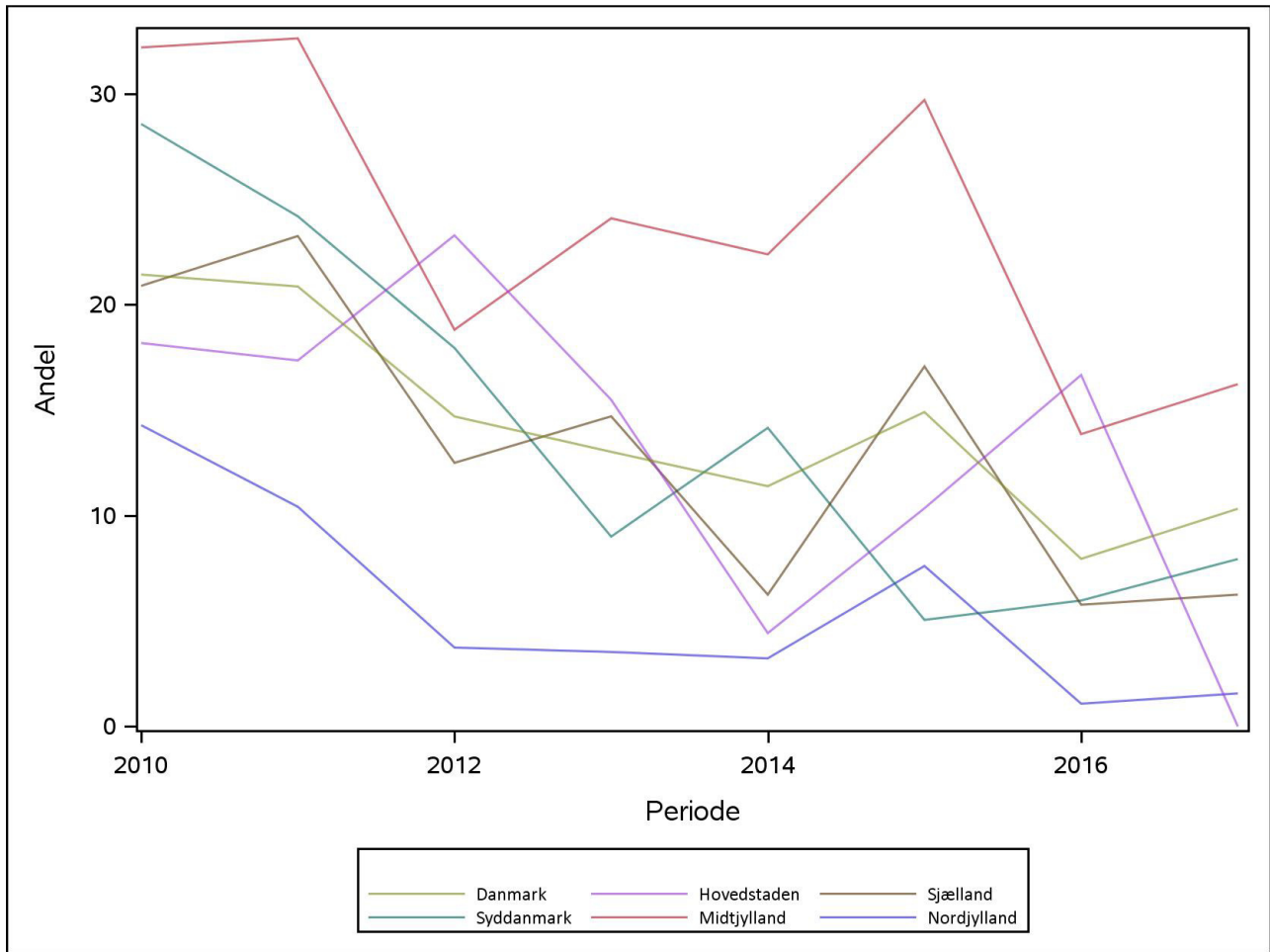
## KOMMENTAR

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. Ved valg 2017 populationen sikres opfølgningstiden, ligesom en opgørelse efter blot tre måneders erkendt sygdom gør behandlingsindikationen uafhængig af anvendelse af MR-skanning af patienter i active surveillance. Patientantallet er desværre ikke dækkende for hele landet, da der ikke kan trækkes relevante tal fra hovedstadens hospitaler.

I alt 436 patienter vurderedes ved diagnosen i 2017 at have lavrisikosygdom. Heraf modtog 45 (10%) behandling inden for tre måneder efter diagnosen. Antal behandlede var lavest i Region Nordjylland med blot 2% og højest i Region Midtjylland med 16%. På hospitalsniveau lå Vejle (11%), Holstebro (11%), Aarhus (15%) og Viborg (23%) over gennemsnittet. Da de kliniske retningslinjer aktuelt anbefaler behandling trods lavrisikosygdom ved >2 tumorpositive nålebiopsier, kan fortolkning og efterlevelse heraf være bidragende til den regionale variation. Som det fremgår af Figur 9-1 er antallet af behandlede lavrisikopatienter faldet inden i de seneste år.

Da kommende kliniske retningslinjer sandsynligvis vil anbefale at diagnostiske prostatabiopsier bliver forudgået af en funktionel MR-skanning, forventes kvaliteten af den initiale risikovurdering optimeret i forhold til i dag, hvilket igen bør resultere i en endnu lavere behandlingsfrekvens blandt lavrisikopatienter. Niveaueet for standarden vurderes derfor på sigt at skulle ligge under 5%.

Figur 9-1. Trend i andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling i perioden 2010 til 2017.



## Indikator 10 (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.

Tabel 10-1

Indikator 10 (suppl): Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk, med stråleterapi eller endokrin behandling indenfor 6 mdr.

(Indikator ID: DAPROCA\_043S\_001)

Standard: ikke fastlagt

Opgjort pr. diagnoseår	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	2016	2015	
	opfyldt			%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
<b>Danmark</b>	-	1.115/1.456	0 (0)	<b>77</b>	(74;79)	79 (76;80)	74 (71;76)
<b>Hovedstaden</b>	-	258/306	0 (0)	<b>84</b>	(80;88)	80 (75;84)	70 (65;75)
<b>Sjælland</b>	-	208/258	0 (0)	<b>81</b>	(75;85)	81 (76;86)	78 (73;83)
<b>Syddanmark</b>	-	304/441	0 (0)	<b>69</b>	(64;73)	71 (67;76)	64 (59;69)
<b>Midtjylland</b>	-	236/297	0 (0)	<b>79</b>	(74;84)	87 (83;90)	85 (81;89)
<b>Nordjylland</b>	-	108/153	0 (0)	<b>71</b>	(63;78)	71 (64;78)	66 (58;73)
<b>Privathospitaler</b>	-	##	0 (0)	<b>100</b>	(3;100)	40 (5;85)	67 (9;99)
<b>Hovedstaden</b>	-	258/306	0 (0)	<b>84</b>	(80;88)	80 (75;84)	70 (65;75)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overafdeling, FRH	-	##	0 (0)	<b>100</b>	(3;100)	83 (74;89)	78 (69;85)
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	-	3/8	0 (0)	<b>38</b>	(9;76)	25 (1;81)	25 (1;81)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	-	201/233	0 (0)	<b>86</b>	(81;90)	81 (75;87)	66 (59;72)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	-	53/64	0 (0)	<b>83</b>	(71;91)	69 (52;83)	81 (62;94)
<b>Sjælland</b>	-	208/258	0 (0)	<b>81</b>	(75;85)	81 (76;86)	78 (73;83)
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	-	##	0 (0)	<b>50</b>	(1;99)	100 (3;100)	85 (79;90)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	-	207/256	0 (0)	<b>81</b>	(75;85)	81 (76;86)	66 (56;75)
<b>Syddanmark</b>	-	304/441	0 (0)	<b>69</b>	(64;73)	71 (67;76)	64 (59;69)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	-	148/214	0 (0)	<b>69</b>	(63;75)	73 (66;80)	58 (50;66)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	-	88/123	0 (0)	<b>72</b>	(63;79)	63 (52;74)	70 (57;80)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	-	7/13	0 (0)	<b>54</b>	(25;81)	70 (54;83)	67 (50;81)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	-	61/91	0 (0)	<b>67</b>	(56;77)	74 (65;82)	68 (58;77)
<b>Midtjylland</b>	-	236/297	0 (0)	<b>79</b>	(74;84)	87 (83;90)	85 (81;89)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	-	121/151	0 (0)	<b>80</b>	(73;86)	91 (86;95)	89 (84;92)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	-	72/87	0 (0)	<b>83</b>	(73;90)	85 (77;91)	84 (74;91)



Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017 % 95% CI	2016 % (95% CI)	2015 % (95% CI)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	-	43/59	0 (0)	<b>73</b> (60;84)	79 (69;88)	78 (67;87)	
<b>Nordjylland</b>	-	108/153	0 (0)	<b>71</b> (63;78)	71 (64;78)	66 (58;73)	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	-	54/72	0 (0)	<b>75</b> (63;84)	71 (58;82)	65 (53;76)	
Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	-	19/24	0 (0)	<b>79</b> (58;93)	69 (51;83)	68 (48;84)	
Regionshospitalet Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	-	35/57	0 (0)	<b>61</b> (48;74)	73 (60;83)	66 (53;77)	
<b>Privathospitaler</b>	-	##	0 (0)	<b>100</b> (3;100)	40 (5;85)	67 (9;99)	
Speciallæger/privatklinikker	-	##	0 (0)	<b>100</b> (3;100)	40 (5;85)	67 (9;99)	

## KOMMENTAR

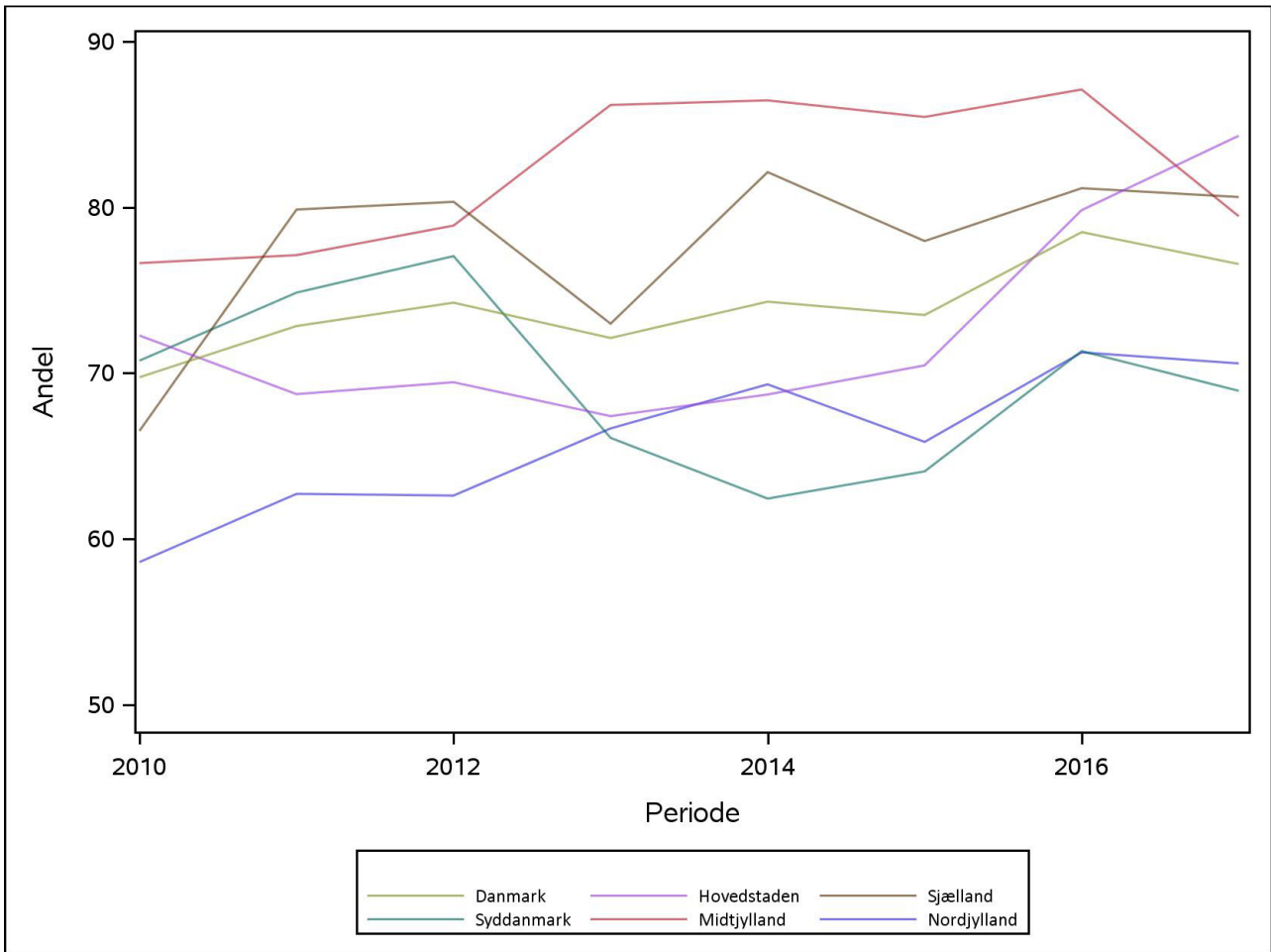
Patienter vurderet i højrisiko vil ubehandlet progredierte til uhelbredelig sygdom, hvorfor andelen af disse som påbegynder intenderet kurativ behandling bør være høj. Dette dog under forudsætning af at de i øvrigt honorerer kravene hertil i henhold til de aktuelle landsdækkende kliniske retningslinjer på området.

I alt 1.456 patienter fandtes ved diagnosen i 2017 at have højrisikosygdom, hvilket svarer til omkring 40% af samtlige diagnosticerede patienter, hvorpå der foreligger registreringer mhp. risikovurdering. Det præcise antal og behandlingsfrekvensen er således ikke komplet, da der mangler indrapporterede data på over 1.000 patienter (Tabel 0-1).

Landsgennemsnittet for behandling af højrisikopatienter diagnosticeret i 2017 var 77% og dermed forventeligt højt. Antallet var højest i Region Sjælland (81%) og Hovedstaden (84%), hvor kun Bornholm med 38% trak i den modsatte retning. Her var det samlede patientantal dog meget lavt. Men hospitalerne Sønderjylland (54%), Regionshospitalet Nordjylland (61%) og Vejle Sygehus (67%) ligger noget under landsgennemsnittet. Som det fremgår af Figur 10-1 har antallet af behandlede patienter med højrisikosygdom generelt været støt stigende de sidste år.

Med udgangspunkt i det aktuelle landsgennemsnit på 77% vurderes en fremtidig standard at skulle ligge i nærheden af 80 %.

**Figur 10-1. Trend i andel af patienter i høj risiko, der starter kurativ behandling i perioden 2010 til 2017.**



## BESKRIVELSE AF SYGDOMSOMRÅDET OG MÅLING AF BEHANDLINGSKVALITETEN

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 asymptomatisk sygdom. Som følge af anvendelse af blodprøvetesten PSA er den absolutte incidens (antal nydiagnosticerede tilfælde per år) på blot ti år fordoblet fra ca. 2.200 til knapt 4.500, og sygdommen er dermed blevet den hyppigste mandlige kræftform (bortset fra ikke-melanom hudcancer). Til trods for at incidensen de sidste par år har stabiliseret sig forventes incidensen alene på baggrund af den forestående demografiske ændring med en voldsom tilvækst af ældrepopulationen at øges. Dette upåagtet hvor fornuftigt PSA-testen eller anden diagnostik anvendes. Selv ved uændret diagnostisk aktivitet, forventes prævalensen af prostatacancer, dvs. antallet af patienter i live med sygdommen, således at fordobles frem til 2030 fra de nuværende lidt over 40.000 til ca. 60.000 tilfælde i 2030 (1,2).

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. Sidstnævnte fastlægges ved en multidisciplinær teamkonference (MDT). Da patienter diagnosticeret med tidlig minimal sygdom betragtes som potentielt klinisk insignifikante 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. Det kliniske dilemma med overdiagnosticering af klinisk ubetydende kræfttilfælde forventes dog i nær fremtid markant nedbragt ved introduktion af diagnostisk funktionel MR-skanning forud for evt. bioptering.

For snart 25 år siden introduceredes herhjemme operativ behandling for klinisk lokaliseret prostatacancer. Herhjemme udføres årligt omkring 1.100 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag altovervejende ved hjælp af computerassisteret laparoskopi, såkaldt robotkirurgi, hvor prostata fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør. 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 intrakapsulære tumorer (cT1-2) sig reelt at have vokset gennem kapslen (pT3) og 1/4 endog med efterladt tumorvæv, såkaldte tumorpositive kirurgiske marginer. Disse patienter vil have stor 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 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 fx knoglerne er sygdommen uhelbredelig, men vil typisk kunne holdes i ro i nogle år på kastrationsbehandling i evt. kombination med kemoterapi eller anden hormonbehandling. Ved progression vil sygdommen være kastrationsresistent (CRPC) og for blot 10 år siden var den gennemsnitlige overlevelsen herefter under et år. I dag er der tilkommet en række medicinske behandlinger, som hver især kan bibringe måneders levetidsforlængelse, således at patienterne i denne sygdomsfase nu gennemsnitligt kan overleve omkring tre år.

*Referencer:*

1. *Cancerregistret. Nye Kræfttilfælde i Danmark 2017. København: Sundhedsdatastyrelsen, 2018.*
2. *NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 7.3 (08.07.2016). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society, International Agency for Research on Cancer, 2017 [Internet reference]. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>.*

## DATAGRUNDLAG

Dansk ProstataCancer Database (DaProCadata) er af Sundhedsdatastyrelsen godkendt som en dansk kvalitetsdatabase for diagnostik og behandling af prostatacancer i Danmark med dertil hørende kvalitetsindikatorer. I forbindelse med læsning af rapporten og tolkning af resultaterne er det af afgørende betydning at være opmærksom på en række begrænsninger vedrørende de foreliggende data.

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 af patienter med prostatacancer i henhold til de opstillede in- 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 14. februar 2019) eller i Landspatientregisteret (skæringsdato 14. februar 2019) suppleret med udvalgte kliniske data, som er indtastet direkte i et dataindtastningsmodul af de behandlende afdelinger (skæringsdato 1. marts 2019). På disse dataindberettende afdelinger er der udpeget personer med særskilt ansvar for dataregistreringen.

Datagrundlaget for denne rapport vedrører patienter med en første prostatacancer diagnose ifølge Landsregister for patologi. Indberetningen til de veletablerede nationale registre er en integreret del af den kliniske hverdag, hvilket forbedrer registreringen. Som det fremgår af nedenstående tabel er der i 2018 identificeret 4.620 patienter med en første prostatacancer diagnose. Siden databasens start i 2010 er der på nuværende tidspunkt inkluderet 39.069 patienter.

**Tabel 12-1. Antal nydiagnosticerede prostatacancerpatienter pr år i DaProCadata**

	<i>Antal</i>
<i>Diagnoseår</i>	
2010	4.044
2011	4.210
2012	4.257
2013	4.220
2014	4.534
2015	4.471
2016	4.463
2017	4.250
2018	4.620
<i>I alt</i>	39.069

1.113 prostatapatienter fik udført prostatektomi i 2018. Af nedenstående tabel fremgår antallet af prostatektomier opgjort på årsbasis siden databasens start.

**Tabel 12-2. Antal prostatektomerede prostatacancerpatienter pr år (LPR).**

	<i>Antal</i>
<i>Prostatektomiår</i>	
2010	619
2011	899
2012	1.013
2013	972
2014	1.087
2015	1.130
2016	1.239
2017	1.051
2018	1.113
<i>I alt</i>	9.123

Af nedstående Tabel 12-3 ses variationen i kodepraksis for prostatacancerpatienter per diagnoseår.

**Tabel 12-3. Progression af diagnosticeret prostatacancer pr. 14.02.2019**

<i>Diagnoseår</i>	<i>Antal nydiagnosticerede</i>	<i>Antal DC619Y</i>	<i>Antal DC619X</i>	<i>Antal DC619M</i>	<i>Antal DC619Z</i>	<i>Antal døde pr 14.02.2019</i>
2010	4044	109	41	166	162	1690
2011	4210	98	49	198	177	1493
2012	4257	115	43	256	227	1343
2013	4220	98	57	277	251	1121
2014	4534	119	59	379	265	1003
2015	4471	119	25	468	225	784
2016	4463	81	15	585	201	541
2017	4250	60	12	736	116	362
2018	4620	19	6	685	21	119

## IDENTIFIKATION AF PATIENTPOPULATIONEN

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 (ÆYYYY00) i umiddelbar sekvens efter en af de relevante M-koder, med mindre der er en anden relevant M-kode uden ÆYYYY00 og/eller en diagnose indeholdende ÆF4620 uden ÆYYYY00 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.



## INDIKATORALGORITMER

Tabel 12-4. Indikatoralgoritmer

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
1	Indlæggelses-hyppighed	Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00A* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter <sup>1</sup> i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
2a	Active Surveillance efter 1 år	Andel af nydiagnosticerede patienter under "active surveillance", som er uden events efter 1 år	Patienter <sup>1</sup> som: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ er under 'active surveillance' (ZZ4252B i LPR), medmindre der er foretaget MR-scanning (UXMD92) indenfor 180 dage efter 'active surveillance' uden efterfølgende genkodning af 'active surveillance'</li> </ul> OG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ som har 1 års followup fra dato for 'active surveillance'</li> </ul>	Patienter i nævneren, som ikke har fået følgende event efter 1 år fra dato for 'active surveillance': <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ strålebehandling (BWGC eller BWGE + DC619)</li> </ul> OG/ELLER <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prostatektomi (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul>	
2b	Active Surveillance efter 3 år	Andel af nydiagnosticerede patienter under "active surveillance", som er uden events efter 3 år	Patienter <sup>1</sup> som: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ er under 'active surveillance' (ZZ4252B i LPR), medmindre der er foretaget MR-scanning (UXMD92) indenfor 180 dage efter 'active surveillance' uden efterfølgende genkodning af 'active surveillance'</li> </ul> OG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ som har 3 års followup fra dato for 'active surveillance'</li> </ul>	Patienter i nævneren, som ikke har fået følgende event efter 3 år fra dato for 'active surveillance': <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ strålebehandling (BWGC eller BWGE + DC619)</li> </ul> OG/ELLER <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ prostatektomi (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul>	
3	Positiv kirurgisk margin (pT2)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT2)	Patienter <sup>1</sup> som <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ er radikalt prostatektomerede</li> </ul>	Patienter i nævneren som har positiv	

	patienter med positiv kirurgisk margen	(procedurekode KKEC* i LPR) OG ▪ har patologisk T-stadie: T77* (prostata og vesicula seminalis) OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=2: ÆF184x (på samme rekvisition og samme materiale)	kirurgisk margen (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke fri ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)
4	Positiv kirurgisk margin (pT3) Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Patienter <sup>1</sup> som ▪ er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR) OG ▪ har patologisk T-: T77* (prostata og vesicula seminalis) OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=3: - ÆF1850 pT3 Tumor udenfor prostata ELLER - ÆF1851 pT3a Indvækst i periprostatisk væv ELLER - ÆF1852 pT3b Indvækst i vesicula seminalis (på samme rekvisition og samme materiale)	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margen (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke fri ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)
5	Postoperativ morbiditet Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Patienter <sup>1</sup> som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)	Patienter i nævneren, som indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi har en ny indlæggelse uanset årsag, hvor ▪ Udskrivelsesdato ≠ genindlæggelsens indlæggelsesdato OG ▪ Genindlæggelsesdato ≠ genindlæggelsens udskrivelsesdato.

6	Perioperativ morbiditet	Andel af radikal prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt	Patienter <sup>1</sup> som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)	Patienter i nævneren, som er indlagt mere end 3 dage efter radikal prostatektomi (jævnfør dato for operation i LPR beregnes som dag 0)	
7	Mortalitet	Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der dør indenfor 1 år efter operation	Patienter <sup>1</sup> som: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul> OG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ har 1 års followup fra dato for radikal prostatektomi i LPR</li> </ul>	Patienter i nævneren, der dør indenfor 1 år efter operation (status=90 i CPR)	Patienter uden statusdata i CPR-registeret
8	Datakomplethed	Andel diagnosticerede prostatacancerpatienter med PSA, kardinal symptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskemaet	Alle patienter <sup>1</sup>	Patienter i nævneren som i diagnoseskemaet har angivet: <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ PSA værdi (Jævnfør variabelen PSA_uofdiagnose værdi &lt; 9999)</li> </ul> OG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Kardinalsymptomer (Jævnfør variabelen kardinalsymptomer = 1-7)</li> </ul> OG <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ cTNM (Jævnfør variabelen cTNM = 1-3)</li> </ul>	

<sup>1</sup> Jævnfør identifikation af patientpopulation beskrevet i afsnit 8 'Identifikation af patientpopulation'

Supplerende indikatorer:

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
1(suppl)	Indlæggelses-hyppighed	Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (uanset evt efterfølgende prostatacancer)	Biopsier af prostata (procedurekode KTKE00A* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle mænd der har fået foretaget biopsi af prostata.	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
9(suppl)	Lav risiko/	Andel af patienter i D'Amico-lav	Patienter <sup>1</sup> som er i D'Amico-lav	Patienter i nævneren, som indenfor 90 dage er	

	kurativ behandling	risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 3 mdr.	risiko <sup>2</sup>	<ul style="list-style-type: none"> <li>▪ behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul> ELLER <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR)</li> </ul>
10(suppl)	Høj risiko/ kurativ behandling	Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk, med stråleterapi eller endokrin behandling indenfor 3 mdr.	Patienter <sup>1</sup> som er i D'Amico-høj risiko <sup>2</sup>	Patienter i nævneren, som indenfor 180 dage er <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR)</li> </ul> ELLER <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR)</li> </ul> ELLER <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Behandlet med endokrinterapi (procedurekode BWHC* + DC619 i LPR)</li> </ul>

<sup>2</sup> D'Amico-risikovurdering, baseret på registrering af cTNM og PSA i diagnose-skema, samt Gleasonscore på diagnose-biopsi:

Udenfor risikovurdering:	M1/N1 (cM1 eller cN1)
Lav risiko	(cT1c/cT2a og PSA <=10 og Gleasonscore <7 )
Intermediær risiko	([cT2b og PSA <20 og Gleasonscore <=7 ] ELLER [cT lavere end cT2b og 10<PSA <20 og Gleasonscore <=7 ] ELLER [cT < cT2b og PSA <20 og Gleasonscore=7 ]
Høj risiko	(cT>cT2b eller psa_uofdiagnose>=20 eller gleasonscore>7)

## **SÆRKAPITEL: PATIENTKOHORTEN 2010-2018**

## SÆRKAPITEL: PATIENTKOHORTEN 2010-2018

De fleste indikatorer i det kliniske kvalitetsudviklingsprogram består af andele af definerede patientgrupper som opfylder en given standard. Indikatoren kan således defineres ved sin nævner, den relevante patientgruppe eller patientpopulation, og indikatorens tæller, som er det antal patienter i nævnerpopulationen som opfylder det kriterie, som er standarden. I nærværende rapport er det ofte forskellige patientpopulationer som bruges i de forskellige indikatorer.

Indikator 1 anvender prostatakæftpatienter med diagnose i 2018. Indikator 2b omhandler patientgruppen med active surveillance beslutning i 2015. Årstallet er rykket tilbage for at tillade de krævede tre års opfølgning. Indikator 7 er baseret på patienter som blev opereret i 2017 for at opnå et års opfølgning for død.

Det kan være forvirrende at årets rapport på denne måde anvender forskellige års-populationer af patienter, og for Indikator 7 er det en begrænsning for den tilstræbte sammenligning, at der i hele landet var blot fem dødsfald i patientgruppen.

I styregruppens arbejde har man diskuteret hvordan det ville være muligt at udvikle rapportens analyser på en måde som anvender en større del af den samlede population af prostatakæftpatienter, og som anvender de mest aktuelle data for en given indikator. Dette kan opnås ved at anskue den samlede database som en klinisk population eller patientkohorte, og anvende en personårsanalyse eller en time-to-event analyse.

Tabel 1 giver en oversigt over det samlede datamateriale som er indsamlet 2010-2018, i alt 39.069 prostatakæftpatienter. Det bemærkes fx at 27% af patienterne ikke har oplysning om patientens PSA værdi, hvilket er en alvorlig begrænsning for mange anvendelser af datamaterialet.

Tabellen viser også andelen af patienter med forskellige behandlinger, fx 13,7% med kurativ strålebehandling, oftest givet 4-6 måneder efter diagnosen.

Figur 1 viser Kaplan-Meier overlevelsesfunktioner for patienter bosiddende i landets fem regioner. Overlevelsen er høj og omkring 75% af patienterne er i live fem år efter diagnosen. Der er en mindre grad af variation mellem regionerne, med den højeste overlevelse i Nordjylland. En sådan variation kan have flere mulige årsager, fx en varierende intensitet af PSA måling eller en forskel i anvendelsen af relevante behandlinger. Den simple analyse giver ikke umiddelbart forklaringen, men det er mindre sandsynligt at det blot er tilfældig variation (log-rank test:  $p < 0.01$ ).

Figur 2 viser varigheden fra beslutning om active surveillance til patienten eventuelt overgår til aktiv behandling, idet der er censoreret ved patientens død. Der er her udtalt variation mellem regionerne, og en log-rank test giver  $p < 0.0001$ . Analysen afslører ikke hvorfor der er denne variation. Man kan forestille sig at der har været forskellige tilbøjeligheder til at bruge active surveillance strategien, og at active surveillance patienterne herved er forskellige mellem regionerne. Andelen af patienter med en active surveillance registrering varierede fra 6% i Midtjylland til 22% i Nordjylland. Den højere anvendelse af MR scanning i Midtjylland har utvivlsomt bidraget til variationen i overgang til aktiv behandling, og det kan ses at mange patienter i Midtjylland overgår til behandling omkring et år efter start på active surveillance.

De to eksempler illustrerer muligheden for at udvikle mere effektive indikatorer og for at stille mere årsagssøgende spørgsmål til datamaterialet.

Table 1. Overview of the RKKP DaProCa prostate cancer cohort.

	N	%
Total cohort	39069	100.0
Year of diagnosis		
2010	4044	10.4
2011	4210	10.8
2012	4257	10.9
2013	4220	10.8
2014	4534	11.6
2015	4471	11.4
2016	4463	11.4
2017	4250	10.9
2018	4620	11.8
Region of residence		
Hovedstaden	9806	25.1
Sjælland	6822	17.5
Syddanmark	8662	22.2
Midtjylland	9109	23.3
Nordjylland	4529	11.6
Færøerne/Grønland	59	0.2
Udland/øvrige	82	0.2
Age at time of diagnosis		
<44	49	0.1
45-49	275	0.7
50-54	1059	2.7
55-59	2896	7.4
60-64	5856	15.0
65-69	9301	23.8
70-74	8974	23.0
75-79	5708	14.6
80-84	3203	8.2
85-89	1434	3.7
90+	314	0.8
PSA at time of diagnosis		
<10	11953	30.6
10-20	6353	16.3
21-100	6762	17.3
>100	3457	8.8
NA	10544	27.0
ISUP category at time of diagnosis		
1 (Gleason <6)	10086	25.8
2 (Gleason 3+4)	8632	22.1
3 (Gleason 4+3)	4253	10.9
4 (Gleason 8)	4345	11.1
5 (Gleason 9+)	6300	16.1
NA (ISUP ikke defineret)	5453	14.0

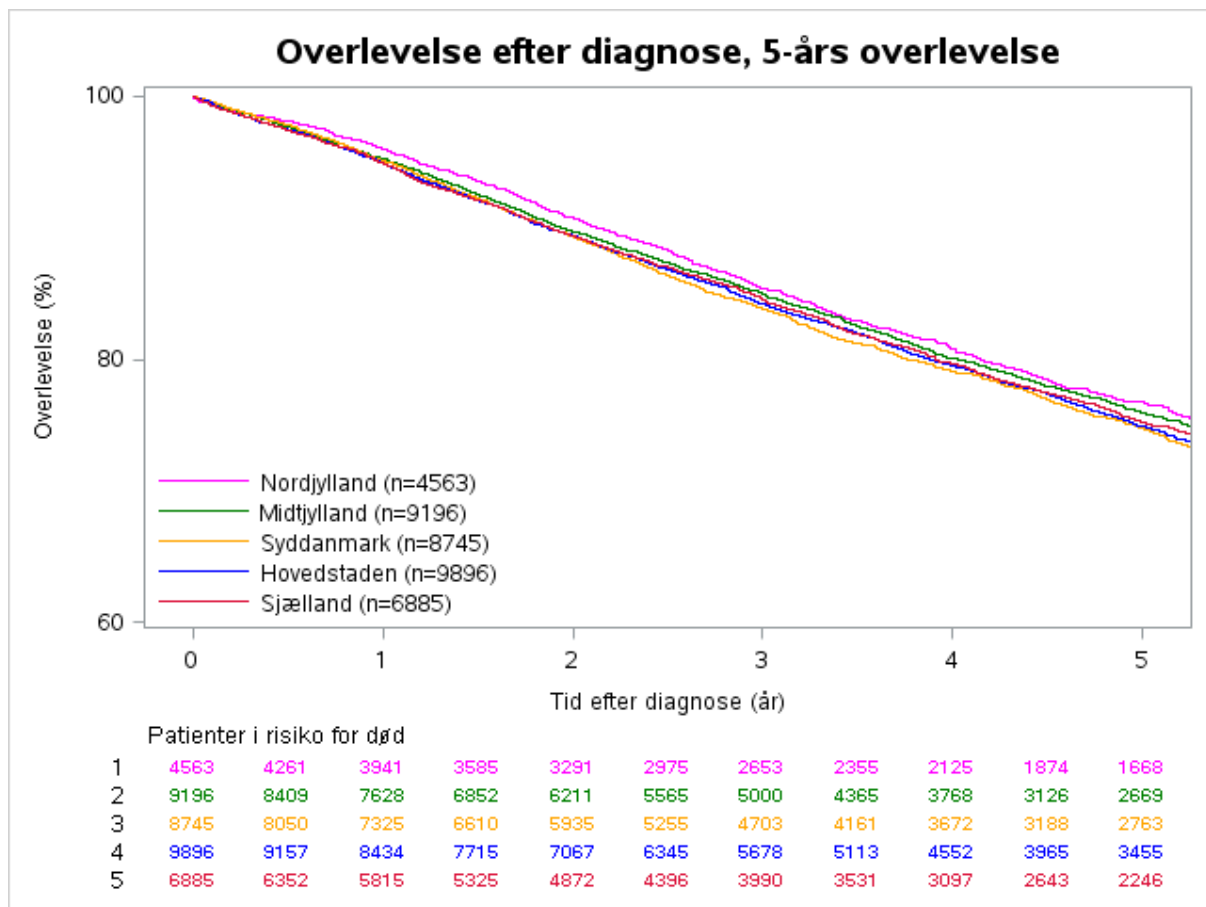
D'Amico risk category at time of diagnosis		
Low risk	4021	10.3
Intermediate risk	7035	18.0
High risk	13944	35.7
NA (ukendt)	9661	24.7
NA (udenfor risikovurdering)	4408	11.3
T stage at time of diagnosis		
T0	75	0.2
T1a	558	1.4
T1b	304	0.8
T1c	10269	26.3
T2a	2996	7.7
T2b	2065	5.3
T2c	2787	7.1
T3a	5195	13.3
T3b	1734	4.4
T4	933	2.4
NA (TX)	627	1.6
NA (ikke registreret)	11526	29.5
N stage at time of diagnosis		
N0	4875	12.5
N1	1738	4.4
NA (NX)	19610	50.2
NA (ikke registreret)	12846	32.9
M stage at time of diagnosis		
M0	22666	58.0
M1	3563	9.1
NA	12840	32.9



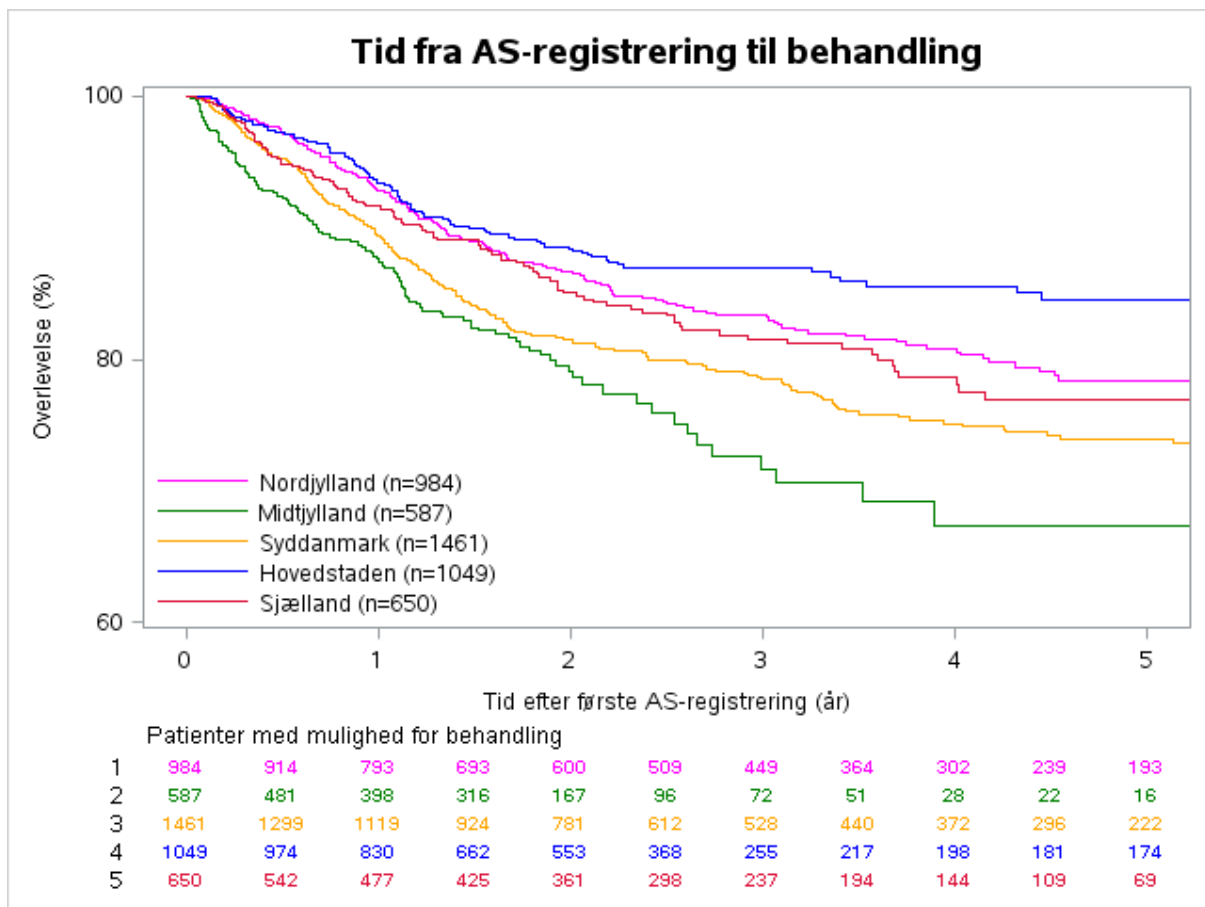
Active surveillance (AS) (LPR)	4826	12.4
...by time after diagnosis:		
AS before conclusive biopsy	31	0.1
0-2 months	1634	4.2
2-4 months	652	1.7
4-6 months	463	1.2
6-12 months	736	1.9
12+ months	1310	3.4
Prostatectomy	9239	23.6
...by time after diagnosis:		
0-2 months	3581	9.2
2-4 months	3465	8.9
4-6 months	678	1.7
6+ months	1515	3.9
Curative radiotherapy (36+ fractions)	5334	13.7
...by time after diagnosis:		
0-2 months	413	1.1
2-4 months	853	2.2
4-6 months	2926	7.5
6+ months	1142	2.9
Salvage radiotherapy (30-36 fractions)	793	2.0
...by time after diagnosis:		
0-6 months	73	0.2
6-12 months	171	0.4
1-2 years	198	0.5
2-3 years	155	0.4
3+ years	196	0.5

---

Figur 1.



Figur 2.



## **SÆRKAPITEL: VALIDERING AF REGISTRERING AF AS OG WW**

VALIDERING AF REGISTRERINGEN AF ACTIVE SURVEILLANCE OG WATCHFUL WAITING

Validering\_ASogWW\_rapport\_190110.pdf



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

## Validering af active surveillance og watchful waiting i Dansk ProstataCancer Database

### Baggrund:

Prostatacancer er en af de hyppigste cancerformer hos mænd. Prostatacancer udvikler sig yderst individuelt. Watchful waiting (WW) og active surveillance (AS) er to metoder, der begge har til formål at undgå unødvendig behandling af prostatakæft. I begge tilfælde bliver patienten observeret fremfor behandlet. Patienter, der diagnosticeres med tidlig minimal sygdom, betragtes som potentielt klinisk insignifikante tilfælde. Disse patienter tilbydes typisk en aktiv overvågningsstrategi (AS). AS er et systematisk observationsprogram til individuel vurdering af et eventuelt behov for helbredende behandling, hvis sygdommen udvikler sig. Patienter, hvor kurativ behandling ikke er indiceret eller ønsket, og hvor umiddelbar endokrin behandling ikke er nødvendig, tilbydes en afventende strategi (WW).

Beslutning om AS besluttet typisk på en MDT konference, og observationen bør foregå på et af de opererende centre. Beslutning om WW træffes typisk af klinikeren, og observationen kan foregå på alle urologiske afdelinger.

Dansk Prostatacancer Database (DaProCa) er en national klinisk cancerdatabase (Ngyen-Nielsen et al, 2016), der prospektivt indhenter data om kliniske parametre for prostatacancer behandling, herunder AS og WW, med henblik på kvalitetsmonitorering.

### Formål:

Kvalitetsmonitorering af de to observationsmetoder i håndteringen af patienter med prostatacancer kræver en korrekt kodning for henholdsvis WW og AS i DaProCa. Valideringsprojektet har til formål at undersøge, hvorvidt de implicerede afdelinger anvender og indberetter de korrekte behandlingskoder herfor til Landspatientregistret (komplethed + datakvalitet). Hos den samme patientpopulation ønskes desuden kvalitetsmonitorering af kodningen af gennemført MDT-konference.

### Metode:

Baggrundspopulationen for undersøgelsen er alle mænd diagnosticeret med prostatacancer i 2016, som ikke efterfølgende (i 2016) har fået foretaget radikal prostatektomi, stråle- eller endokrinterapi. I alt opfyldte 1,534 mænd kriterierne i 2016 for at indgå i baggrundspopulationen – 28 blev dog vurderet på privathospital og indgår derfor ikke i dette projekt. Patienter på Bispebjerg og Frederiksberg (103 patienter) blev ikke inkluderet, da hospitalet har stoppet behandling af prostatacancer patienter.

### Population til journalgennemgang

På baggrund af ønsket om at teste samtlige urologiske afdelingers kodepraksis blev der på hvert sygehus tilfældigt udvalgt 25% af patienterne fra patientpopulationen. Der blev kun inkluderet patienter fra urologiske afdelinger, der havde mere end 25 patienter. Totalt opfyldte 1,347 patienter kriterierne, efter alle eksklusionskriterier. Totalt blev 343 patienter udvalgt til validering.

**Tabel 1: Oversigt over population til journal gennemgang**

Afdeling	Antal ialt	Patienter under 75 år		Patienter fyldt 75 år		Udtaget til validering (25%)		
		Antal	%	Antal	%	Antal ialt	Antal <75 år	Antal >=75 år
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	108	89	82,4	19	17,6	27	22	5
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	54	43	79,6	11	20,4	14	11	3
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	305	258	84,6	47	15,4	77	65	12
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	45	26	57,8	19	42,2	12	7	5
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	79	50	63,3	29	36,7	20	13	7
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	155	116	74,8	39	25,2	39	29	10
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	219	147	67,1	72	32,9	55	37	18
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	34	27	79,4	7	20,6	9	7	2
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	83	64	77,1	19	22,9	21	16	5
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	42	33	78,6	9	21,4	11	9	2
Sygehus Thy - Mors, Thy Kirurgisk Overafdeling	57	48	84,2	9	15,8	15	13	2
Sygehus Vendsyssel, Ven Kirurgisk Område	69	55	79,7	14	20,3	18	14	4
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	97	72	74,2	25	25,8	25	19	6

### Statistisk metode

Der blev beregnet positiv prædiktiv værdi (PPV) og korresponderende 95% konfidensinterval (KI) for overensstemmelsen mellem rapportering til Landspatientregistret og journaloplysninger, med journaloplysninger som gold standard. PPV blev kalkuleret separat for WW og AS, på landsplan og regionalt.

PPV af registrering af den multidisciplinære teamkonference (MDT konference) blev også vurderet. For MDT blev også negativ prædiktiv værdi (NPV) beregnet for overensstemmelsen mellem ingen rapportering til Landspatientregistret og klinisk vurdering/journaloplysninger, med klinisk vurdering/journal oplysninger som gold standard.

**Etisk godkendelse:**

Kun behandlingsansvarlige må foretage journalgennemgang som led i databasens drift. Valideringsprojektet blev udført i regi af DaProCa, og er således dækket af databasens tilladelse fra Datatilsynet. DaProCa er registreret som klinisk kvalitetsdatabase under Region Midtjyllands interne fortegnelse over de kliniske kvalitetsdatabaser godkendt af Sundhedsdatastyrelsen under j.nr. 2013-58-0026 /internt sagsnr. 1-16-02-23-18. Databasen er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen j.nr. 17/04900.

**Resultat:**

Af de 13 hospitaler, der blev inviteret til at deltage i valideringsprojektet, svarede 9 hospitaler. Totalt var der besvarelser på 287 patienter, ud af 343 inkluderede – svarende til en responsrate på 84 %. Totalt var 78% (n= 225) ≤75 år, mens 22% (n=62) var over 75 år.

Tabel 2 viser oversigt over PPV for AS og WW. For AS var der 138, som var sande active surveillance i databasen, ud af 162 i journalen, svarende til en PPV på 85% (95% KI 78-90) på landsplan. På hospitalsniveau varierede dette tal fra 72% i Roskilde til 100% på OUH og Hospitalsenheden Vest.

PPV for WW var 56% (95% KI 47%-65%). Dette varierede fra 35% i Roskilde til 100% i Vejle på hospitalsniveau. Man skal være opmærksom på de brede konfidensintervaller, grundet små tal.

**Tabel 2: Positiv Prædikativ Værdi (PPV) for active surveillance, watchful waiting og ingen kode ved sammenligning af oplysninger i databasen/LPR med journal som gold standard for patienter diagnosticeret med prostatacancer i 2016, uden koder for operation.**

	N total i journal	Active Surveillance			Watchful Waiting			Ingen koder	
		N dx i database/ LPR	N dx i journal	PPV AS (95% KI)	N dx i database/ LPR	N dx i journal	PPV WW (95% KI)	N dx i database/ LPR	N dx i journal
Landsgennemsnit	287	138	162	85% (78-90)	61	109	56% (47-65)	15	16
Rigshospitalet	9	0	1	0% (0-80)	2	5	40% (11-77)	6	3
Herlev og Gentofte Hospital	77	42	48	88% (75-94)	19	27	70% (51-84)	10	2
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	55	13	21	62% (40-79)	11	31	35% (21-53)	29	3
Odense Universitetshospital	39	23	23	100% (86-100)	6	15	40% (20-64)	6	1
Sydvestjysk sygehus	21	11	12	92% (64-99)	2	5	40% (11-77)	7	4
Sygehus Lillebælt, Vejle	25	11	13	85% (58-96)	12	12	100% (75-100)	2	0
Aarhus Universitetshospital	14	7	10	70% (40-89)	1	3	33% (6-79)	6	1
Hospitalsenheden Vest	20	13	13	100% (77-100)	5	6	83% (44-97)	2	1
Aalborg Universitetshospital	27	18	21	86% (65-95)	3	5	60% 23-88)	2	1



Tabel 3 viser oversigt over PPV og NPV for MDT konferencen. Rapportering af MDT er lav. På landsplan er PPV for MDT 23%. Der er store regionale variationer. NPV er 89%, og den høj for alle regioner. Man skal dog være opmærksom på de brede konfidensintervaller, grundet små tal.

**Tabel 3: PPV og NPV for Den Multidisciplinære Teamkonference , med journal som guld standard**

	N total	N MDT- ja i db	N MDT- ja i journal	PPV MDT	N MDT- nej i db	N MDT- nej i journal	NPV MDT
Lands gennemsnit	287	26	111	23% (16-32)	157	176	89% (84-93)
Rigshospitalet	9	1	1	0% (20-100)	8	8	100% (67-100)
Herlev og Gentofte Hospital	77	2	2	100% (32-100)	61	75	81% (71-89)
Sjællands Universitetshospital, Roskilde	55	1	22	5% (8-21)	32	33	97%
Odense Universitetshospital	39	7	38	18% (9-33)	1	1	100% (20-100)
Sydvestjysk sygehus	21	2	17	12% (3-34)	4	4	100% (51-100)
Sygehus Lillebælt, Vejle	25	2	2	100% (32-100)	22	23	96% (79-99)
Aarhus Universitetshospital	14	2	8	25% (7-59)	5	6	83% (44-97)
Hospitalsenheden Vest	20	7	18	39% (20-61)	2	2	100% (32-100)
Aalborg Universitetshospital	27	3	3	100 (44-100)	22	24	91% (74-98)

#### Diskussion og konklusion:

Vi fandt en høj validitet af AS koderne i DaProCa både på landsplan og regionalt, med journalen som gold standard.

For WW har kodningen lav validitet. Det var i mange tilfælde observeret, at WW var noteret i journal, men koden ikke fandtes i databasen (LPR). Derimod, hvis det er opgjort med et nej til MDT, er det sandsynligvis korrekt.

De nævnte to observationsstrategier er af betydning, når canceren vokser langsomt, og ikke alle patienter med lokaliseret prostatacancer behøver behandling. DaProCa databasen har et ønske om, at WW og AS kodes korrekt, da det er af betydning for patienten hvilken metode, der vælges. WW observerer patienten, og ved progression (symptomatisk, metastatisk eller ved stejl PSA stigning) påbegyndes endokrin behandling. Disse patienter er ofte over 70 år, og skønnes ikke at være kandidater til kurativ behandling. Ved AS derimod er kurativ behandling stadig en mulighed, når eller hvis canceren viser tegn på hastig progression vurderet ved PSA, histologi og T-kategori. AS anvendes oftest hos mænd over 65 år med lav-risiko tumorer, hvor cancerens progression vurderes så langsom, at kurativ behandling formentlig ikke behøves (Sundhedsstyrelsen 2009; Hemelrijck et al, 2017).

For databasen kan det være af betydning fremadrettet, at en større procentdel af den samlede population vil blive overvåget med enten WW eller AS i forsøget på at undgå overbehandling af patienter med prostatacancer. AS strategien giver ifølge Stacy Loeb et al. flere år til livet end WW: Lifetime risks for prostatacancer død og metastasering var 5.42 % og 6.40% med AS versus 8.72% og 10.30% med WW (Loeb et al, 2017).

Styrken af studiet har en høj grad af repræsentativitet på landsplan. En svaghed ved studiet er, at det er de behandlede læger, som validerer egne patienter. De er ikke blindet. Dette kan introducere skævheder (bias) i processen af gennemgang af dokumentationen i journalen og i symptomevaluering.

Da vi fandt høj validitet for AS og lav validitet for WW, kan vi konkludere, at AS i de fleste tilfælde kodes korrekt, men der skal arbejdes mere med at få kodet WW korrekt. Der er få tilfælde af MDT registreret i databasen i 2016.

**Hvorfra udgår projektet:**

Styregruppen for Dansk ProstataCancer Database (DaProCa) er ansvarlig for gennemførelsen af valideringsprojektet. Formand for DaProCa er overlæge, professor Michael Borre (mail: [borre@clin.au.dk](mailto:borre@clin.au.dk)). Kvalitetskonsulent Anne Nakano Jensen (mail: [annjes@rkkp.dk](mailto:annjes@rkkp.dk)) i Regionenes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) har koordineret projektet. Statistiker Heidi Larsson har udtrukket patienter til validering. Rapportens analyser og epidemiologiske kommentering er udarbejdet af RKKP ved klinisk epidemiolog, ph.d. Elisabeth Svensson (mail: [elisabeth.svensson@rkkp.dk](mailto:elisabeth.svensson@rkkp.dk)).

**Acknowledgement:**

Tak til alle deltagende afdelinger.

**Referencer:**

Hemelrijck, Garnmo et al. Quantifying the transition from Active Surveillance to Watchful Waiting Among Men with Very Low-risk Prostate Cancer. *European Urology* 72 (2017) 534-541

Loeb, Zhou, Sibert et al. Active Surveillance Versus Watchful Waiting for Localized Prostate Cancer: A model to Inform Decisions. *European Urology* 72 (2017) 899-907

Nguyen-Nielsen M, Høyer S, Friis S, et al. The Danish Prostate Cancer Database. *Clin Epidemiol* 2016; 8: 649-53.

Sundhedsstyrelsen. Diagnostik og Behandling af prostatacancer [https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedets/2009/maanedetsblad\\_nr\\_9\\_september\\_2009/diagnostik\\_og\\_behandling\\_af\\_prostatancer](https://www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedets/2009/maanedetsblad_nr_9_september_2009/diagnostik_og_behandling_af_prostatancer) (access 25/10-2018)

**Skema til udfyldning:**

VALIDERINGSPROJEKT DaProCa:

Case	Diagnose	Oplysninger fra journal			
CPR nummer  (udfyldes fra RKKP)	Dato positiv biopsi (patologi)  (udfyldes fra RKKP)	Har patienten været vurderet på MDT konference.  Ja/ dato	Har patienten været fulgt under watchful waiting*  Ja/ start-dato	Har patienten været fulgt under aktiv overvågning**  Ja/ start-dato	Anden opfølgning/kommentar
123456-1234					

\*For patienter i watchful waiting, betyder minimal sygdomsspredning, høj alder og/eller anden sygdom at der ikke kan tilbydes helbredende behandling.

\*\*Aktiv overvågning/active surveillance er et systematisk observationsprogram til individuel vurdering af et eventuelt behov for helbredende behandling; hvis sygdommen udvikler sig, kan der tilbydes helbredende behandling.

## STYREGRUPPENS MEDLEMMER

### Formandskab

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

### Øvrige styregruppemedlemmer

Overlæge Mette Moe, Onkologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital,

Seniorforsker Søren Friis, Center for Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse,

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

Overlæge Henrik Jakobsen, Urologisk Afdeling H, Herlev og GentofteHospital,

Overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde

Overlæge Astrid Petersen, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

Afdelingslæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

### Epidemiolog

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

### Biostatistikere og datamanager

Heidi Jeanet Larsson, biostatistiker, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

### Kontaktperson

Inge Øster, kvalitetskonsulent, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

### Dataansvarlig myndighed

Region Midtjylland - repræsenteret ved databasens kontaktperson

## APPENDIKS

## APPENDIKS 1:

**Tabel 12-5. Antal udfyldte skemaer for nydiagnostiserede patienter (patologiregistret) i 2018 (afdelinger med mindst 5 rekvisitioner).**

<i>Region</i>	<i>afdeling</i>	<i>Antal patienter</i>	<i>Antal patienter med DaProCa diagnoseskema, Antal(%)</i>	<i>Antal patienter med DaProCa behandlingsskema, Urologi, Antal(%)</i>
Hovedstaden	Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	32	6 (18,8 %)	6 (18,8 %)
	Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	759	71 (9,4 %)	70 (9,2 %)
	Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	182	51 (28,0 %)	38 (20,9 %)
Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	734	633 (86,2 %)	572 (77,9 %)
Syddanmark	Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	426	390 (91,5 %)	385 (90,4 %)
	Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	174	169 (97,1 %)	168 (96,6 %)
	Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	173	119 (68,8 %)	64 (37,0 %)
	Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	281	185 (65,8 %)	67 (23,8 %)
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital, Røntgen og Skanning	47	43 (91,5 %)	43 (91,5 %)
	Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	453	447 (98,7 %)	438 (96,7 %)
	Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	264	259 (98,1 %)	248 (93,9 %)
	Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	433	419 (96,8 %)	418 (96,5 %)
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	228	162 (71,1 %)	148 (64,9 %)
	Aalborg Universitetshospital, Thisted, Thy Kirurgisk Overafdeling	46	22 (47,8 %)	0 (0,0 %)
	Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	202	187 (92,6 %)	63 (31,2 %)
Privathospitaler	Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris-Hamlet, Søborg	8	# (25,0 %)	# (12,5 %)
	Capio CFR A/S, Capio CFR A/S - Hellerup afdeling	17	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Capio CFR A/S, Capio CFR A/S - Lyngby afdeling	13	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Kysthospitalet, Skodsborg, Kysthospitalet Skodsborg, afdeling	6	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	12	# (16,7 %)	3 (25,0 %)
	Ydernummer	29	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	<b>Total</b>		<b>4.519</b>	<b>3.167 (70,1 %)</b>

## APPENDIKS 2:

Tabel 12-6. pT-stadie (Patologiregistret) efter radikal prostatektomi, 2018

Patologifdeling	Antal prostatektomier LPR & Patologiregistret	Manglende pT-stadium	pT2	pT3	Ukorrekt kodning
Aalborg Universitetshospital, Alb Patologisk Institut	114	0	58 (51 %)	56 (49 %)	0 (0 %)
Aarhus Universitetshospital, Patologisk Institut	140	#	84 (60 %)	54 (39 %)	0 (0 %)
Herlev og Gentofte Hospital, Patologisk- anatomisk institut	256	0	144 (56 %)	112 (44 %)	0 (0 %)
Hospitalsenhed Midt, Patologi	221	0	184 (83 %)	37 (17 %)	0 (0 %)
OUH Odense Universitetshospital, Afd. for Klinisk Patologi	245	#	153 (62 %)	91 (37 %)	0 (0 %)
Rigshospitalet, Patologifdelingen	101	#	65 (64 %)	33 (33 %)	# (1 %)
Roskilde Sygehus, Patologi	23	0	14 (61 %)	9 (39 %)	# (4 %)
Speciallæge/privatklinik	7	#	6 (86 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Danmark	1.107	6	708 (64 %)	392 (35 %)	# (0 %)

## APPENDIKS 3:

Tabel 12-7. cT vs pT-stadium. Alle prostatektomerede, med registreret ektomi (P3060X) i Patologiregistret 2018

## cT vs pT-stadium. Alle prostatektomerede, med registreret ektomi (P3060X) i Patologiregistret 2018

	pT registreret i Patologiregister ved ektomi								Total antal prostatektomerede
	Ukendt		pT1		pT2		pT3		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
<i>cT registreret i diagnose-skema</i>									
Ukendt/T0/Tx	#	0	0	0	186	59	127	40	314
T1	#	0	#	0	306	73	110	26	419
T2	3	1	0	0	204	64	112	35	319
T3	0	0	0	0	12	22	43	78	55
Ialt	6	1	#	0	708	64	392	35	1.107

## KODEARK

### Kodning ved prostatacancer – DaProCadata

Herunder følger eksempler på hyppigt anvendte registreringer. Listen er ikke komplet, hvorfor der i øvrigt henvises til den urologiske kodebog. Definitioner (fx CRCP og active surveillance) i henhold til DAPROCA's nationale kliniske retningslinjer på hjemmesiden - DUCG.dk.

#### Milepæle

DC61.9	Prostatacancer
DC61.9X	Prostatacancer med lokalrecidiv fra prostatakrcæft – afvklet ifm. LPR3
DC61.9Y	Prostatacancer PSA-recidiv efter tidligere intenderet kurativ behandling – afvklet ifm. LPR3
DC61.9M	Prostatacancer med metastase (M1-sygdom) – afvklet ifm. LPR3
DC61.9Z	Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) (ved metastaser følges af M-kode)
DC61.9M + DC61.9Z	Metastatisk kastrationsresistent prostatacancer (mCRCP)

#### Observation

ZZ4252A	Watchful waiting
ZZ4252B	Active surveillance

#### Radikale prostatektomi = KKEC

KKEC00	Retropubisk radikal prostatektomi
KKEC00A	Retropubisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00B	Retropubisk enkeltsidegt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00C	Retropubisk dobbeltsidegt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01	Perkutan endoskopisk radikal prostatektomi
KKEC01A	Perkutan endoskopisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01B	Perkutan endoskopisk enkeltsidegt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01C	Perkutan endoskopisk dobbeltsidegt nervesparende radikal prostatektomi

#### Strålebehandling =BWG

BWG+ZPZA02C	Primær kurativ ekstern strålebehandling
BWG+ZPZA02A	Adjuverende/salvage ekstern strålebehandling
BWG+BWGE	Brackyterapi
BWG+BWGG5	Isotoperapi med radium-223 diklorid
BWG+ ZPZA05	Palliativ strålebehandling



**Endokrinterapi**

ML02BB	Antiandrogen
ML02BB03	Bicalutamid
BWHC3	GNRH analog
BBHG33	GNRH antagonist
KKFC10 eller KKFC13	Orchiectomi bilateralis
BWHC50	Abirateron
BWHC 51	Enzalutamid
Type + ZPZA02A	Adjuverende endokrinterapi

**Cytostatisk behandling =BWA**

BWA208	Docetaxel
BWA263	Cabazitaxel

**Anden medicinsk behandling**

BW40	Bisfosfonat
BW42	Denosumab
BW5	Radium-223
BWDB02	Forsøgsmedicin

**Multidisciplinær team (MDT) konference**

ZZ0190D	Multidisciplinær team (MDT) konference
ZZ0190D1	Multidisciplinær team (MDT) konference, behandlingsbesluttende
ZZ0190D2	Multidisciplinær team (MDT) konference, postoperativ opfølgning

## KOMMENTARER FRA REGIONER OG AFDELINGER

Der er ikke modtaget kommentarer til årsrapporten.