

DaProCa



Dansk Prostata Cancer Database

Opgørelsesperiode: 1. januar 2021 – 31. december 2021

Årsrapport 2021

Juni 2022

Forord

Denne rapport udgår fra Dansk Prostata Cancer Database (DaProCa).

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

Formand for DaProCa er Professor, overlæge, dr.med., ph.d. Michael Borre, Urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital.

I styregruppen indgår desuden Overlæge, ph.d. Lise Bentzen, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital, Afdelingslæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet, Overlæge, ph.d. Steinbjørn Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital, Afdelingslæge Frederik Harving, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital, Overlæge Henrik Jakobsen, Afdeling for Urinvejs sygdomme, Herlev og Gentofte Hospital, Overlæge Vibeke Løgager, Afdeling for Røntgen og Skanning, Herlev og Gentofte Hospital, Overlæge Hans-Erik Wittendorff, Urologisk Afdeling, Sjællands Universitetshospital, Roskilde og Ole Jensen, patientrepræsentant.

Epidemiolog for DaProCa er Henrik Møller, Epidemiolog (faglig leder), dr.med. E-mail:

henrik.moller@rkkp.dk

Biostatistiker og datamanager for DaProCa er Heidi Larsson. E-mail: heilar@rkkp.dk

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

Inden udgivelsen har rapporten været i høring ved de regionale sygehusledelser, som har haft lejlighed til at kommentere årsrapporten.

Kommenteret version per 27. juni 2022

Udgivelsesdato: 30. juni 2022

INDHOLDSFORTEGNELSE

Konklusioner og anbefalinger	4
Kort beskrivelse af studiepopulationen.....	12
Oversigt over alle indikatorer	37
Oversigt over de samlede indikatorresultater	39
Indikatorresultater for Danmark og på regions- og afdelingsniveau.....	41
Indikator 1: Indlæggelseshyppighed	42
Indikator 2: Positiv kirurgisk margin (pT2).....	49
Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT3).....	54
Indikator 4: Morbiditet 30 dage (genindlæggelse).....	60
Indikator 4a (suppl.): Kirurgiske komplikationer	65
Indikator 5: Postoperativ morbiditet (indlæggelsens varighed).....	70
Indikator 6: Datakomplethed, diagnoseskema	75
Indikator 7 og 7a (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.	81
Indikator 7a (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.	83
Indikator 8 og 8a (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.....	88
Indikator 8a (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.....	90
Indikator 9a (suppl). MR-aktivitet.	95
Indikator 9b (suppl). PI-RADS score ved MR-aktivitet.	100
Indikator 9c (suppl). MDT-aktivitet.	102
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvaliteten	107
Datagrundlag	109
Databasens komplethed (dækningsgrad).....	112
Identifikation af patientpopulationen	113
Indikatoralgoritmer	114
Styregruppens medlemmer	120
Appendiks	121
Kodeark.....	121
Kommentarer fra regioner og afdelinger.....	127

KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

De behandlende afdelinger har løbende adgang til egne kvalitetsdata. Med denne rapport gives de samme afdelinger mulighed for at reflektere over egen indsats i 2021 i forhold til det øvrige land.

PROSTATACANCER: FOREKOMST, DIAGNOSE OG BEHANDLING

- **DIAGNOSE**

Med 4.357 nye tilfælde i 2021 er incidensen af prostatacancer efter faldet under COVID-pandemien, tilbage på niveauet i 2019. Et forventet fald i antal nydiagnosticerede prostatacancer tilfælde i forbindelse med indføring af den MR-skanningsbaserede strategi er endnu ikke indfriet pga. en i 2021 fortsat mangelfuld implementering af MR, ligesom den demografiske udvikling i sig selv trækker i den modsatte retning. Et mindre fald i incidensen i Region Midtjylland kompenseres godt og vel af en stigning i Region Nordjylland. Incidens pr. 100.000 mænd er samlet 188 og kun Region Hovedstaden ligger herunder (149), mens Region Nord en stigning fra 204 til 243 ligger helt alene i toppen som højest diagnosticerende region. Mens lokaliseret prostatacancer for praktiske formål stort set er uden symptomer diagnosticeres uændret færre end 4% med symptomer på uhelbredelig dissemineret sygdom.

Den diagnostiske strategi er under aktuel omlægning, og MR-skanningsaktiviteten (ny supplerende indikator 9a) var derfor i 2021 som ventet i fortsat øgning. I alt fik 29% af diagnosticerede en indledende MR-skanning. Højest lå Herlev-Gentofte Hospital med 60%, hvorved Region Hovedstaden samlet toppede med 48%, mens Region Nord skannede 9%. Implementering af en indledende MR-skanning hos relevante patienter var således indfriet ved årets udgang. En meget kritisk variabel i forhold til MR skanningsfund og efterfølgende biopsier udgøres af den radiologiske score (PI-RADS score). Der blev allerede i 2020 oprettet LPR-koder for de 5 værdier, men disse anvendes ikke i klinikken, da ingen aktuelt tager ansvar for indrapporteringen. Det er uden denne score ikke muligt at evaluere kvaliteten af den meget omfattende nationale omlægning af den diagnostiske strategi. Biopsiadgang samt biopsiantal per seance vil ligeledes være vigtige fremtidige variable i forhold til overvågning af den nationale implementering samt kvalitetssikring af den samlede diagnostiske procedure. Den ukorrekte anvendelse af lymfeknude klassifikationen Nx er tæt på halveret og faldet fra 32% til 15% af registreringerne.

Anbefaling: Der skal findes en løsning på indrapportering og kodning af den radiologiske PI-RADS-score og PSA-densiteten, da man ikke uden disse data kan foretage en meningsfuld kvalitetsbedømmelse af den nye nationale diagnostiske strategi. Udbredt opportunistisk PSA-screening er fortsat et problem, og der ses uændret stor regional variation i opsporingen af prostatacancer.

- **ACTIVE SURVEILLANCE**

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af lavrisikopatienter sættes stadig flere patienter initialt i observation i form af active surveillance (AS) - ikke at forveksle med watchful waiting. Med 907 registrerede patienter i LPR3 indledte uændret ca. hver 5. patient diagnosticeret i 2021 denne form for observation. Antallet svarer til 39,2/100.000 mænd. Denne andel varierer fra 25,3 i Region Hovedstaden til 48,7 i Region Midtjylland. Den såvel tidsmæssige som interregionale variation i antallet af patienter i AS kan skyldes forskellig eller manglende kodning. Et forventet fald i antal patienter i AS i forbindelse med implementering af den diagnostiske MR-skanning er endnu ikke slået igennem. MR-skanningen forudses at kunne fraselektere mænd med klinisk insignifikant lavrisikosygdom. Den supplerende kvalitetsindikator 7a demonstrerer med undtagelse af Rigshospitalet en tydelig tidstrend til fordel for observation frem for aktiv behandling hos patienter med lavrisiko sygdom. Et større antal AS patienter, inkl. de med metastatisk sygdom, er åbenlyst ikke kandidater til denne form for observation og anses at udgøre fejlkodede patienter i watchful waiting.

Anbefaling: Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter initialt anbefales AS, når patienten opfylder kriterierne herfor, samt kodes ZZ4252B.

- **RADIKAL PROSTATEKTOMI**

På trods af COVID steg det samlede antal operationer til det hidtil højeste med 1.226 indgreb. Operationsraten steg fra 48,4 i 2020 til 53,0/100.000 mænd i 2021. Antal indgreb ligger stabilt på landets centre fraset i Region Nordjylland, hvor der er sket en næsten fordobling de seneste to år. Her opereres 87,7/100.000 mænd mod et landsgennemsnit på 53,0. Til sammenligning opererede man i Region Syddanmark under det halve antal mandlige indbyggere (41,1/100.000). I Region Sjælland har man siden indførelsen af indgrebet i 2018 nået landsgennemsnittet. Patientkarakteristika blandt de opererede er i det væsentlige uændrede over tid.

Anbefaling: Den aktuelle visitationsretningslinje bør fastholdes i forbindelse med håndtering af klinisk lokaliseret sygdom, herunder operationsindikation.

- **PRIMÆR STRÅLEBEHANDLING**

Med en yderligere 13% reduktion af primært strålebehandlede patienter i 2021 udgør antallet nu 507, hvilket svarer til noget under halvdelen af antal opererede patienter. Antallet er dog usikkert og givetvis for lavt, da populationen identificeres gennem programmering af antallet af afgivne strålebehandlinger (her 36+ behandlinger), fremfor blot at en enkelt af behandlingerne blev kodet med den anviste behandlingsspecifikke kode (ZP=kurativ). Antallet af strålebehandlede patienter i Region Sjælland er over de sidste to år halveret fra 192 til 99, hvilket svarer til 31,1/100.000 mænd mod tidligere 60,2/100.000. Landsgennemsnittet er 21,9/100.000, hvor Region Nordjylland ligger lavest med blot 11,2/100.000 mænd og altså i skærende kontrast til antal opererede. Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder, tumorstadiet og

risikofordeling ligger uændret signifikant højere blandt strålebehandlede sammenlignet med de opererede patienter.

Anbefaling: Den udtalte regionale variation i brugen af primær strålebehandling bør give anledning til en overordnet evaluering af indikation og behandlingstilbud. Den stedvise underrapportering af antallet af primære strålebehandlinger understreger behovet for at kode behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02C.

- **SALVAGE STRÅLEBEHANDLING**

Med 120 behandlede patienter ligger det samlede antal rimeligt stabilt over de seneste 5 år. En potentiel stage-migration ved stadig hyppigere recidivopsporing med PSMA-PET-CT kan forklare, hvorfor antallet af recidivbehandlinger kun svarer til hver tiende opereret patient. Tilsvarende kan en stor andel af disse patienter fravælge yderligere lokalbehandling og i stedet observeres i watchful waiting.

Behandlingsfrekvensen per 100.000 mænd udbydes med regional variation, lavest i Region Midtjylland (2,8) og højst i Region Syddanmark (9,0). Også denne strålebehandling forsøges identificeret via antal fraktioner frem for den sygdomsspecifikke kode (BWG+ZPZA02A). Behandlingen bør af prognostiske årsager indledes straks efter påvist biokemisk recidiv og helst ved PSA < 0,5 ng/ml.

Anbefaling: Skønt det relativt lave behandlingsantal og den regionale variation anses for begrundet i bl.a. forskellig adgang til PSMA-PET skanning, anvendelse af watchful waiting samt deltagelse i SPCG-15 studiet, bør den overordnede indikation og behandlingstilbud evalueres. Som ved den primære strålebehandling findes der også her behov for at kode behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02A.

- **WATCHFUL WAITING**

Det samlede antal WW-observerede patienter ligger relativt stabilt med en rate på omkring 30/100.000 mænd. Antallet af registrerede WW-tilfælde ses dog med særligt store udsving i Region Hovedstaden. Patientkarakteristika antyder fortsat problemer i skelnen mellem watchful waiting (observation før evt. hormonbehandling) og active surveillance (systematisk observation forud for evt. kurativ operation eller strålebehandling).

Anbefaling: Det er vigtigt at skelne active surveillance fra watchful waiting Watchful waiting skal kodes: ZZ4252A.

- **ENDOKRINTERAPI OG MEDICINSK BEHANDLING**

På relativ kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativt mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Overblikket over hvilke behandlinger, der gives hvornår og med hvilken frekvens, forudsætter en endnu ikke praktiseret komplet og korrekt stadie- og behandlingsspecifik kodning. Tabellen rummer en meget stor og omkostningstung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket, med de forhåndenværende data, ikke giver mulighed for kvalitetsbedømmelse. Der ligger et stort arbejde forude i bestræbelserne på at skabe et reelt og meget vigtigt behandlingsoverblik hos disse alvorligt

syge patienter. Som minimum bør det komplekse scenarie opdeles i den hormon-sensitive og den kastrationsresistente sygdomsfase, hvilket ganske enkelt kan gøres ved at supplere diagnosekoden (C61.9) med suffikset "Z" for kastrationsresistent prostatacancer (CRPC). I mangel af bedre kan behandlingsoversigten trods alt give et bud på den samlede anvendelse af medicin og evt. regionale variationer i valget heraf. Radium-223 anvendes stort set udelukkende til egne patienter i tre regioner, mens GnRH antagonister og Denosumab anvendes hyppigt enkelte steder og slet ikke andre steder i landet. Patienter i tabellen kan bidrage med flere forskellige samtidige behandlinger.

Anbefaling: Da der er tale om en sårbar patientgruppe og kostbar medicinske behandling, anses det for vigtigt at sikre et overblik over omfang og kvalitet af den givne behandling. Der bør derfor stilles krav om korrekt behandlingskodning og mulighed for at trække data direkte i sygehusapotekernes registre. Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC) skal kodes med suffikset "Z" (C61.9Z).

INDIKATORER

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

Tilbage i 2020 steg andelen af indlagte efter prostatabiopsi på landsplan til 6% og levede dermed ikke længere op til den fastlagte standard. I 2021 er udviklingen efter påbegyndt implementering af den nye MR-baserede diagnostiske strategi inkl. generelt færre målrettede biopsier forventeligt vendt og standarden på 5% opnås præcis på landsplan. Regionalt er der variation med færrest postbiopstisk betingede indlæggelser på Bornholm (0%) og Rigshospitalet (2%) mens Herlev-Gentofte topper med 9% mod 7% året tidligere. En mulig forklaring på det sidste kan være, at til trods for fuldt implementeret MR-baseret diagnostik tages her systematisk flest biopsier per patient (målrettede samt standard). Da der er forskel på de enkelte centres angivelse af nedre temperaturgrænse (38,0 vs. 38,5 C) for anbefalet indlæggelse og behandling, vil dette tillige kunne bidrage til en regional variation. Med henvisning til de seneste europæiske retningslinjer ønskes der ligeledes i Danmark indført steril biopsiadgang gennem perineum fremfor som aktuelt transrektalt. I tilfælde af transrektal biopsiadgang anbefaler man i europæiske sammenhæng desinfektion af rektum samt af resistensmæssige årsager profylaktisk intravenøs antibiotika. Flere danske centre har allerede påbegyndt implementering af den anbefalede sterile transperineale biopsiprocedure, hvorfor indlæggelsesraten for praktiske formål forventes næsten elimineret over de næste år.

Anbefaling: Indtil de nye anbefalinger er implementeret, bør der på de 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 profylaktiske antibiotika, bør ikke mindst i forbindelse med rebioptering tages op til overvejelse på afdelinger, hvor indlæggelsesfrekvensen ligger over landsgennemsnittet. Erfaringsmæssigt er det infektion der komplicerer indgrebet, og da indlæggelse uanset årsag medfører et overestimat, ønskes for fremtiden anvendt en monitorering via komplikationsspecifikke koder. Den antibiotiske profylakse bør løbende optimeres og MR-fusions

biopsiteknik giver mulighed for langt færre og målrettede biopsier samt en transperineal steril biopsiadgang fremfor som hidtil transrektalt.

- **RETSYGDOM EFTER RADIKAL OPERATION (Indikator 2 og 3).**

Lokaliseret sygdom. Det anses for betydende for behandlingskvaliteten, at der ved den operative behandling ikke efterlades kræft i den kirurgiske margin. På landsplan steg andelen af patienter med intraprostatisk (pT2) tumorer med positiv kirurgisk margin (R+) efter radikal prostatektomi fra 11% i 2020 til 17% oversteg dermed standarden på 15%. Den regionale variation spænder fra 12% i Hospitalsenheden Vest til 22% på Herlev-Gentofte Hospital og Aarhus Universitetshospital. Efter en klar stigning i 2021 viser Figur 2-3 efter en periode med over tid om end fluktuerende så relevant fald i antallet af R+, at man er tilbage på udgangspunktet i 2010.

Lokalavanceret sygdom. Antallet af R+ ved cT3 tumorer har de sidste par år haft en fuldstændig ensartet udvikling, og den oprindelige udtalte regionale variation er det sidste tiår snævret ind til næsten ét punkt: 40%. Denne andel må i forbindelse med en fortsat mere aggressiv kirurgisk behandlingsstrategi forventes at afspejle et naturligt niveau og udgør i 2021-årsrapporten den fremtidige standard. På landsplan havde i 2021 41% af disse patienter en positiv kirurgisk margin og standard dermed næsten opfyldt. Der er fortsat regional variation med 34% i Aalborg og 46% i Aarhus.

I protokollen SPCG-15 opereres kliniske T3 tumorer, og særligt studieaktive centre kan påvirkes heraf. De opdaterede landsdækkende DAPROCA retningslinjer vedr. patoanatomisk diagnostik af prostatacancer indeholder præcise definitioner på, hvad der karakteriserer ekstraprostatisk spredning (pT3) og tumorpositiv kirurgisk margin, hvorfor den regionale variation i Indikator 2 og 3 formentlig beror på patientseleksion og/eller kirurgisk teknik og metode, herunder nervesparende kirurgi, frem for forskelle i fortolkningen af, hvad der karakteriserer disse to parametre.

Anbefaling: Om end det drejer sig om vigtig information, er niveauet og variationer uændret uden forklaring. Indikatoren anses fortsat ligesom indikator 3 med usikkert lærings- eller kvalitetsforbedrende potentiale. Indikator 2 og 3 ønskes gerne opkvalificeret, fx gennem yderligere histopatologisk karakteristik.

- **KOMPLIKATIONER TIL OPERATIV BEHANDLING (Indikator 4, 4a og 5).**

Genindlæggelse (4): På landsplan ligger genindlæggelsesraten for patienter efter radikal prostatektomi over tid stabilt lige over standarden på 10%. Den tidligere regionale variation er mindsket med standardopfyldelse i Odense og Aarhus (9%) mod 16% på Rigshospitalet.

Anbefaling: Den eksisterende Indikator 4 ligger stabilt og ønskes som surrogatmarkør for komplikation afviklet i forhold til den nye Indikator 4a. Her anvendes en modificeret Clavien-Dindo gradering af registrerede komplikationer ved den kirurgiske behandling.

Kirurgisk komplikation (4a; suppl): Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad på 3 eller højere indenfor 90 dage postoperativt ligger på landsplan på 8%. Variationen mellem de opererende centre er forventelig ikke stor og ligger mellem 5% og 11%. Lavest ligger Herlev-Gentofte, Odense og Aarhus, alle med 5%. De hyppigst registrerede komplikationer udgøres af anastomoseproblemer og lækage (n=46), sårruptur (n=26), lymphocele (n=22), hæmatom (n=11) og intraabdominal absces (n=9).

Anbefaling Den komplikationsbaserede monitorering anses for mere retvisende end de eksisterende indlæggelsesbaserede surrogatmål. Genindlæggelsesmålet på 12% er givetvis overvurderet, da patienter vil kunne indlæggelses af årsager uden relation til indgrebet, ligesom værdien af indlæggelseslængde udover 3 døgn kun forekommer hos få og uden oplysninger om årsagen hertil. Komplikationsregistreringen ønskes prioriteret. Standarden bibeholdes på 10%.

Forlænget indlæggelse (5). Samtlige afdelinger på nær Rigshospitalet opfylder standarden på $\leq 5\%$ for antallet af radikalt opererede patienter udskrevet efter mere end 3 døgns indlæggelse.

Anbefaling: Med et landsgennemsnit på blot 2% anbefales indikatoren afviklet til fordel for indikator 4a.

- **DATAKOMPLETHED (Indikator 6).**

Indberetning. På landsplan fik 73% af alle patienter med nydiagnosticeret prostatacancer angivet PSA, kardinalsymptomer og TNM-oplysninger i diagnoseskemaet. Standarden er ikke opfyldt på landsplan. Indberetningen har historisk været meget lav i Hovedstaden, som igen er lavest i 2021 (17%). Det skal bemærkes, at efterlevelsen af indikatoren er stærkt varierende for de enkelte afdelinger over tid.

Anbefaling: Diagnoseskemaet kan afvikles, da der aktuelt fra centralt hold er adgang til såvel laboratoriedata (PSA) og TNM-stadiet.

- **LAV RISIKO: KURATIV BEHANDLING (Indikator 7a; suppl).**

Andelen af patienter vurderet i lav risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget lav. Antallet af patienter vurderet diagnosticeret med lavrisikosygdom var 503 i 2021. Heraf modtog 5% behandling inden for tre måneder efter diagnosen og standarden på landsplan er dermed opfyldt. Imidlertid var frekvensen hhv. 29% og 9% på Rigshospitalet og Sygehus Lillebælt. Region Sjælland og Region Nordjylland lå lavest med henholdsvis 2% og 0%.

Diskussion og implikationer

Da de kliniske retningslinjer aktuelt anbefaler behandling trods lavrisikosygdom ved >2 tumorpositive nålebiopsier, kan fortolkning og efterlevelse heraf bidrage til den regionale variation.

Anbefaling: Indikator 7 udgår og erstattes af Indikator 7a. Standarden bibeholdes på 10%.

- **HØJ RISIKO: KURATIV BEHANDLING (Indikator 8a; suppl).**

Andelen af kurativt behandlede højrisikopatienter er 66% og den samlede standard dermed indfriet. Regionalt varierer raten fra 61% i Region Sjælland og Syddanmark til 71% i Nordjylland. På hospitalsniveau varierede andelen fra 11% på Bornholm til 75% i Aalborg.

Diskussion og implikationer

Andelen af patienter vurderet i høj risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget højt. Dette dog under forudsætning af at de i øvrigt honorerer kravene hertil i henhold til de aktuelle landsdækkende kliniske retningslinjer på området, hvor komorbiditet og forventet restlevetid kan være udslagsgivende for behandlingsindikationen.

Anbefaling: Indikator 8 udgår og erstattes af Indikator 8a. Standarden bibeholdes på 60%.

- **MR-aktivitet (Indikator 9a; suppl).**

Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer, som har fået foretaget en MR-skanning (UXMD*) ved diagnose (+/- 30dg) lå i 2021 på 29%. Hvor mange mænd der fik foretaget en sådan skanning og herefter fritaget for yderligere diagnostiske tiltag er ukendt. Den regionale variation var helt ventet meget stor, da implementeringen af "MR-First" netop blev påbegyndt dette år, ligesom den allerede var implementeret på Herlev-Gentofte Hospital. Her fik 60% af de senere påviste kræftpatienter tilbudt en diagnostisk MR-skanning, mens andelen blot udgjorde 9% i Region Nordjylland.

Diskussion og implikationer

Implementering af den diagnostiske strategi forventes tilendebragt i indeværende år, hvorefter andelen af patienter i hele landet forventes høj. En fremtidig standard må forventes at lande på mellem 60 og 75%, da det udelukkende er potentielt helbredelige patienter, som anbefales udredt med MR-skanning. Privathospitaler har samlet indrapporteret fem MR-skanninger. Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres, så længe den radiologiske 5-trins PI-RADS-scoring ikke kan registreres. Der blev allerede i 2020 oprettet SKS koder herfor, men disse er aldrig anvendt. Herudover behøves værdi for PSA-densiteten, som sammen med PI-RADS-scoringen er afgørende for den evt. efterfølgende bioptering.

- **MDT-konference aktivitet (Indikator 9c; suppl).**

Andel af patienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg) udgør på landsplan 45%. Den regionale variation var ekstrem og dækkede spændet 1% i Region Sjælland til 93% i Region Midtjylland. Den lave rate i Region Sjælland skyldes en IT-relateret problemstilling i Sundhedsplatformen i relation til indberetning til LPR3. Ud over forskelle i registrering foreligger der en meget betydelig variation i anvendelse af MDT-konference behandlingscentre imellem, hvor man nogle steder systematisk medtager alle nydiagnosticerede patienter, mens andre udvælger en mindre delmængde heraf.

Diskussion og implikationer

DMCG.dk vejledningen for afholdelse af MDT-konferencer bør grundlæggende følges, ligesom det af de landsdækkende kliniske retningslinjer bør anbefales hvem og hvornår der bør konfereres multidisciplinært.

Se https://www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt-rev-15-02-2016.pdf.

Endeligt er MDT-konferencen stedet, hvor de kliniske data samles og ved en standardiseret opstilling oplagt kunne blive udgangspunkt for en systematisk indsamling af nøgleparametre til de kliniske kvalitetsdatabaser.

God læselyst.

Michael Borre

På vegne af databasestyregruppen

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 2021 til 31. december 2021. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

I 2021 blev 4.357 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Dette er samme niveau som de seneste år. Tabel 0-1 viser antallet af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter i Danmark, fordelt på region. Derudover opgøres patienternes kardinalsymptomer, aldersfordeling, status for komorbiditet (Charlsons komorbiditetsindeks), PSA-niveau, Gleason score/ ISUP-grad og risikovurdering (D'Amico score) på diagnosetidspunktet.

Tabel 0-1. Nydiagnosticerede prostatacancer patienter, 2017-2021.

	Diagnoseår				
	2021	2020	2019	2018	2017
Nydiagnosticerede	4.357	4.247	4.407	4.610	4.248
Bopælsregion					
Region Hovedstaden	1.075 (24,7%)	1.062 (25,0%)	1.041 (23,6%)	1.035 (22,5%)	980 (23,1%)
Region Sjælland	628 (14,4%)	628 (14,8%)	706 (16,0%)	774 (16,8%)	693 (16,3%)
Region Syddanmark	995 (22,8%)	938 (22,1%)	948 (21,5%)	1.061 (23,0%)	1.049 (24,7%)
Region Midtjylland	1.022 (23,5%)	1.095 (25,8%)	1.205 (27,3%)	1.230 (26,7%)	1.055 (24,8%)
Region Nordjylland	585 (13,4%)	489 (11,5%)	467 (10,6%)	484 (10,5%)	451 (10,6%)
Færøerne/Grønland	7 (0,2%)	5 (0,1%)	9 (0,2%)	7 (0,2%)	5 (0,1%)
Udland/øvrige	45 (1,0%)	30 (0,7%)	31 (0,7%)	19 (0,4%)	15 (0,4%)
Incidens pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	188	184	192	202	188
Region Hovedstaden	149	148	146	146	140
Region Sjælland	188	188	213	234	211
Region Syddanmark	203	192	195	219	218
Region Midtjylland	194	209	231	237	206
Region Nordjylland	243	204	195	203	190
Kardinalsymptomer					
Ingen symptomer	1.005 (23,1%)	1.173 (27,6%)	1.174 (26,6%)	891 (19,3%)	744 (17,5%)
LUTS	1.454 (33,4%)	1.356 (31,9%)	1.865 (42,3%)	1.717 (37,2%)	1.522 (35,8%)
Hæmaturi	100 (2,3%)	92 (2,2%)	122 (2,8%)	112 (2,4%)	106 (2,5%)
Hæmospermi	30 (0,7%)	25 (0,6%)	40 (0,9%)	20 (0,4%)	33 (0,8%)
Metastasesymptomer	134 (3,1%)	160 (3,8%)	132 (3,0%)	160 (3,5%)	155 (3,6%)
Andet	468 (10,7%)	324 (7,6%)	420 (9,5%)	500 (10,8%)	431 (10,1%)
Uoplyst	1.166 (26,8%)	1.117 (26,3%)	654 (14,8%)	1.210 (26,2%)	1.257 (29,6%)
Alder ved diagnose					
Median (Q1;Q3)	72 (66,0;76,8)	72 (65,9;76,6)	71 (65,5;76,2)	71 (65,1;75,8)	71 (65,1;76,0)
Gennemsnit (Min;Max)	71 (42,1;95,5)	71 (40,2;100)	71 (39,3;100)	71 (41,4;100)	71 (40,8;98,5)
Charlson comorbidity index					
Score 0	2.675 (61,4%)	2.511 (59,1%)	2.690 (61,0%)	2.917 (63,3%)	2.597 (61,1%)
Score 1-2	1.222 (28,0%)	1.289 (30,4%)	1.288 (29,2%)	1.274 (27,6%)	1.247 (29,4%)
Score 3 eller derover	460 (10,6%)	447 (10,5%)	429 (9,7%)	419 (9,1%)	404 (9,5%)
PSA					
<4	243 (5,6%)	232 (5,5%)	234 (5,3%)	222 (4,8%)	221 (5,2%)
4-9	1.545 (35,5%)	1.508 (35,5%)	1.624 (36,9%)	1.749 (37,9%)	1.511 (35,6%)
10-20	894 (20,5%)	889 (20,9%)	968 (22,0%)	977 (21,2%)	839 (19,8%)
21-100	1.017 (23,3%)	1.037 (24,4%)	977 (22,2%)	1.061 (23,0%)	985 (23,2%)

	Diagnoseår				
	2021	2020	2019	2018	2017
>100	638 (14,6%)	562 (13,2%)	574 (13,0%)	580 (12,6%)	574 (13,5%)
Ukendt	20 (0,5%)	19 (0,4%)	30 (0,7%)	21 (0,5%)	118 (2,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	827 (19,0%)	927 (21,8%)	1.011 (22,9%)	1.046 (22,7%)	1.119 (26,3%)
2 (Gleason score 3+4)	1.263 (29,0%)	1.164 (27,4%)	1.152 (26,1%)	1.162 (25,2%)	1.030 (24,2%)
3 (Gleason score 4+3)	795 (18,2%)	726 (17,1%)	737 (16,7%)	684 (14,8%)	648 (15,3%)
4 (Gleason score 8)	475 (10,9%)	461 (10,9%)	547 (12,4%)	663 (14,4%)	458 (10,8%)
5 (Gleason score 9+)	804 (18,5%)	701 (16,5%)	764 (17,3%)	864 (18,7%)	812 (19,1%)
ISUP grad ikke defineret	193 (4,4%)	268 (6,3%)	196 (4,4%)	191 (4,1%)	181 (4,3%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	949	928	800	-	-
Risikovurderede:					
Lav risiko	417 (12,2%)	503 (15,2%)	456 (12,6%)	-	-
Intermediær risiko	1.272 (37,3%)	1.215 (36,6%)	1.221 (33,9%)	-	-
Høj risiko	1.550 (45,5%)	1.425 (42,9%)	1.605 (44,5%)	-	-
Ukendt	169 (5,0%)	176 (5,3%)	325 (9,0%)	-	-
T stadie på diagnosetidspunkt					
Ikke registreret	510 (11,7%)	431 (10,1%)	1.096 (24,9%)	-	-
T0	0 (0%)	# (0,0%)	# (0,0%)	-	-
T1	88 (2,0%)	72 (1,7%)	79 (1,8%)	-	-
T1a	53 (1,2%)	35 (0,8%)	46 (1,0%)	-	-
T1b	30 (0,7%)	27 (0,6%)	38 (0,9%)	-	-
T1c	1.078 (24,7%)	1.079 (25,4%)	892 (20,2%)	-	-
T2	101 (2,3%)	101 (2,4%)	112 (2,5%)	-	-
T2a	430 (9,9%)	420 (9,9%)	328 (7,4%)	-	-
T2b	263 (6,0%)	272 (6,4%)	247 (5,6%)	-	-
T2c	318 (7,3%)	322 (7,6%)	353 (8,0%)	-	-
T3	361 (8,3%)	344 (8,1%)	381 (8,6%)	-	-
T3a	396 (9,1%)	385 (9,1%)	300 (6,8%)	-	-
T3b	354 (8,1%)	355 (8,4%)	237 (5,4%)	-	-
T4	253 (5,8%)	215 (5,1%)	158 (3,6%)	-	-
Tx	122 (2,8%)	188 (4,4%)	139 (3,2%)	-	-
N stadie på diagnosetidspunkt					
Ikke registreret	536 (12,3%)	494 (11,6%)	1.170 (26,5%)	-	-
N0	2.593 (59,5%)	1.843 (43,4%)	1.202 (27,3%)	-	-
N1	566 (13,0%)	551 (13,0%)	463 (10,5%)	-	-
Nx	662 (15,2%)	1.359 (32,0%)	1.572 (35,7%)	-	-
M stadie på diagnosetidspunkt					

	Diagnoseår				
	2021	2020	2019	2018	2017
Ikke registreret	381 (8,7%)	273 (6,4%)	899 (20,4%)	-	-
M0	3.180 (73,0%)	2.613 (61,5%)	2.111 (47,9%)	-	-
M1	796 (18,3%)	750 (17,7%)	618 (14,0%)	-	-
Mx	0 (0%)	611 (14,4%)	779 (17,7%)	-	-

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

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

KOMMENTAR

Der var 4.357 nye tilfælde af prostatakraft i 2021. Dette er på samme niveau som de seneste år. Der er fortsat stor regional variation i den diagnostiske aktivitet. Landsgennemsnittet for antal diagnosticerede patienter pr. 100.000 mænd er 188. Region Hovedstaden med 149/100.000 ligger under gennemsnittet, muligvis fordi Hovedstadens population er yngre end i landet som helhed. Incidensen i Region Nordjylland er steget markant fra 204/100.000 i 2020 til 243 i 2021. 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 72 år, og 61,4% var raske uden væsentlig komorbiditet. Ser man bort fra vandladningsgener (LUTS), som i øvrigt kun sjældent har relation til prostatakraft, er årsagen til diagnosticering altovervejende den foretagne PSA-måling, og under 4% af patienterne frembød på diagnosetidspunktet metastasesymptomer. Indrapportering af diagnoseskemaet er fortsat mangelfuld. Et forventet fald i antallet af nydiagnosticerede patienter, i forbindelse med indføring af den MR-skanningsbaserede strategi, er endnu ikke indfriet pga. en i 2021 fortsat mangelfuld implementering, ligesom den demografiske udvikling i sig selv trækker i den modsatte retning. Fordelingen af det kliniske tumorstadium (cT) ligger stabilt de seneste år. Patienterne med påviselige metastaser (M1-sygdom) udgør 18,3%

Om end halveret i antal siden 2020 forekommer N-klassifikationen (lymfeknudestatus) "x" fortsat i et for højt antal. For repetitionens skyld bør "Nx", i henhold til de landsdækkende retningslinjer og UICC TNM-version 8, udelukkende retmæssigt anvendes i de meget få tilfælde, hvor "lymfeknudestatus ikke kan vurderes", som ved f.eks. "lymfeknuder tidligere fjernet".

Den overordnede sygdomsaggressivitet bedømt ved histologisk gradering (ISUP-grad/ Gleason score) er uændret over tid, hvilket også er tilfældet for den samlede risikovurdering.

De efterfølgende tabeller (0-2 til 0-8) angiver antallet af patienter, som i 2021 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk at disse patienter kan være diagnosticeret i 2020 eller forudgående år.

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

	År for active surveillance				
	2021	2020	2019	2018	2017
Active surveillance	907	924	884	902	1.105
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	107	151	49	166	239
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	89	73	44	42	78
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	115	101	165	90	35
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	227	177	224	283	321
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	150	186	183	58	46
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	113	91	112	102	208
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	85	119	88	133	96
Regionshospitalet Nordjylland Ven, RHN Kirurgi	#	6	9	15	50
Regionshospitalet Nordjylland Ven, RHN Urinvejskirurgi	#	0	0	0	0
Øvrige	18	20	10	13	32
AS pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	39,2	40,1	38,5	39,6	48,9
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	25,3	29,2	11,9	24,7	40,4
Region Sjælland	37,4	34,2	52,4	44,5	30,4
Region Syddanmark	47,0	37,7	46,6	55,1	62,5
Region Midtjylland	48,7	52,6	56,5	30,5	49,5
Region Nordjylland	43,7	55,0	41,3	62,8	68,2
Alder på tidspunkt for AS					
Median (Q1;Q3)	69 (63,0;73,0)	68 (63,0;72,0)	67 (62,0;71,0)	67 (62,0;71,0)	67 (62,0;71,0)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (43,0;90,0)	67 (42,0;90,0)	66 (41,0;89,0)	66 (43,0;89,0)	66 (44,0;90,0)
PSA ved diagnose					
<4	104 (11,5%)	105 (11,4%)	74 (8,4%)	73 (8,1%)	78 (7,1%)
4-9	527 (58,1%)	583 (63,1%)	580 (65,6%)	587 (65,1%)	675 (61,1%)
10-20	185 (20,4%)	173 (18,7%)	174 (19,7%)	162 (18,0%)	181 (16,4%)
21-100	60 (6,6%)	48 (5,2%)	48 (5,4%)	41 (4,5%)	56 (5,1%)
>100	14 (1,5%)	7 (0,8%)	# (0,2%)	3 (0,3%)	0 (0%)
Ukendt	17 (1,9%)	8 (0,9%)	6 (0,7%)	36 (4,0%)	115 (10,4%)
ISUP** grad ved diagnose					

	År for active surveillance				
	2021	2020	2019	2018	2017
1 (Gleason score ≤ 6)	528 (58,2%)	604 (65,4%)	644 (72,9%)	622 (69,0%)	803 (72,7%)
2 (Gleason score 3+4)	253 (27,9%)	218 (23,6%)	165 (18,7%)	211 (23,4%)	204 (18,5%)
3 (Gleason score 4+3)	47 (5,2%)	23 (2,5%)	22 (2,5%)	27 (3,0%)	31 (2,8%)
4 (Gleason score 8)	17 (1,9%)	13 (1,4%)	6 (0,7%)	9 (1,0%)	6 (0,5%)
5 (Gleason score 9+)	34 (3,7%)	18 (1,9%)	7 (0,8%)	5 (0,6%)	10 (0,9%)
ISUP grad ikke defineret	28 (3,1%)	48 (5,2%)	40 (4,5%)	28 (3,1%)	51 (4,6%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	12	13	3	-	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	109 (12,2%)	114 (12,5%)	320 (36,3%)	-	-
Ukendt	66 (7,4%)	110 (12,1%)	133 (15,1%)	-	-
Lav risiko	313 (35,0%)	342 (37,5%)	221 (25,1%)	-	-
Intermediær risiko	329 (36,8%)	281 (30,8%)	164 (18,6%)	-	-
Høj risiko	78 (8,7%)	64 (7,0%)	43 (4,9%)	-	-
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	611 (67,4%)	638 (69,0%)	635 (71,8%)	654 (72,5%)	798 (72,2%)
Score 1-2	231 (25,5%)	236 (25,5%)	202 (22,9%)	200 (22,2%)	244 (22,1%)
Score 3 eller derover	65 (7,2%)	50 (5,4%)	47 (5,3%)	48 (5,3%)	63 (5,7%)
T stadie på diagnostetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	109 (12,0%)	114 (12,3%)	320 (36,2%)	-	-
Ikke registreret	58 (6,4%)	70 (7,6%)	155 (17,5%)	-	-
T1	20 (2,2%)	22 (2,4%)	30 (3,4%)	-	-
T1a	21 (2,3%)	27 (2,9%)	9 (1,0%)	-	-
T1b	9 (1,0%)	13 (1,4%)	5 (0,6%)	-	-
T1c	436 (48,1%)	445 (48,2%)	255 (28,8%)	-	-
T2	23 (2,5%)	23 (2,5%)	15 (1,7%)	-	-
T2a	136 (15,0%)	106 (11,5%)	48 (5,4%)	-	-
T2b	34 (3,7%)	27 (2,9%)	13 (1,5%)	-	-
T2c	18 (2,0%)	24 (2,6%)	12 (1,4%)	-	-
T3	9 (1,0%)	8 (0,9%)	4 (0,5%)	-	-
T3a	16 (1,8%)	5 (0,5%)	# (0,2%)	-	-
T3b	4 (0,4%)	3 (0,3%)	0 (0%)	-	-
T4	# (0,1%)	# (0,2%)	0 (0%)	-	-
Tx	13 (1,4%)	35 (3,8%)	16 (1,8%)	-	-
N stadie på diagnostetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	109 (12,0%)	114 (12,3%)	320 (36,2%)	-	-
Ikke registreret	70 (7,7%)	97 (10,5%)	158 (17,9%)	-	-

	År for active surveillance				
	2021	2020	2019	2018	2017
N0	464 (51,2%)	283 (30,6%)	133 (15,0%)	-	-
N1	6 (0,7%)	4 (0,4%)	# (0,2%)	-	-
Nx	258 (28,4%)	426 (46,1%)	271 (30,7%)	-	-
M stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	109 (12,0%)	114 (12,3%)	320 (36,2%)	-	-
Ikke registreret	41 (4,5%)	58 (6,3%)	131 (14,8%)	-	-
M0	694 (76,5%)	471 (51,0%)	216 (24,4%)	-	-
M1	8 (0,9%)	12 (1,3%)	# (0,1%)	-	-
Mx	55 (6,1%)	269 (29,1%)	216 (24,4%)	-	-

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

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

KOMMENTAR

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af patienter med lavrisiko og insignifikant sygdom, anbefales operationskandidater med lavrisiko sygdom initialt observeret i form af active surveillance (AS). Omkring 900 patienter (21% af alle patienter) er registreret tilbudt observation i form af AS frem for umiddelbar behandling, og kun ganske få patienter undergår AS uden for regi af de opererende centre. Der er både tidsmæssig og interregionalt meget store variationer i antallet af patienter i AS, hvilket kan skyldes forskellig eller manglende kodning.

Lavest ligger Region Hovedstaden (25,3/100.000) mens Region Midtjylland er højest med 48,7/100.000 voksne mænd. En meget forskelligartet anvendelse af MR-skanning i det tidlige sygdomsforløb bidrager utvivlsomt til interregionale forskelle i diagnostik af lav-risiko patienter.

Aldersgruppen for AS er i de senere år over tid steget lidt. Som tegn på at der fortsat er klinikere, som ikke ved kodning skelner mellem de to meget forskellige observationsformer, AS og watchful waiting (WW), er antallet af patienter i intermedier og høj risikogruppe uændret høj, og 1% er uændret registreret som metastatisk syge. I modsætning til AS tilbydes patienter WW med henblik på timing af endokrinterapi og ikke, som ved AS, behandling med kurativt sigte.

Active surveillance skal til LPR3 kodes med ZZ4252B. Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuel visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen, bør lavrisikopatienter til potentiel intenderet kurativ behandling initialt anbefales AS.

Tabel 0-3. Radikal prostatektomi

	År for prostatektomi				
	2021	2020	2019	2018	2017
Radikal prostatektomi (RP)	1.226	1.116	1.144	1.137	1.056
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	249	245	265	269	219
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	122	126	119	110	117
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	154	124	106	25	0
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	201	210	202	250	306
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	121	105	159	142	137
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	163	143	173	224	182
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	216	163	120	117	95
Prostatektomier pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	53,0	48,4	49,9	49,9	46,7
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	49,0	49,0	50,7	45,4	31,7
Region Sjælland	52,1	42,6	38,5	38,7	54,2
Region Syddanmark	41,1	43,1	41,3	41,9	50,5
Region Midtjylland	51,2	45,7	62,1	69,7	60,8
Region Nordjylland	87,7	68,8	50,5	49,4	41,3
Alder på operationstidspunkt					
Median (Q1;Q3)	68 (63,1;72,2)	67 (62,4;71,6)	68 (62,4;71,4)	67 (61,8;71,2)	67 (61,8;70,7)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (42,4;79,7)	66 (40,4;79,8)	66 (39,5;84,6)	66 (41,8;85,2)	66 (42,0;79,2)
PSA ved diagnose					
<4	57 (4,6%)	57 (5,1%)	47 (4,1%)	49 (4,3%)	48 (4,5%)
4-9	710 (57,9%)	621 (55,6%)	636 (55,6%)	638 (56,1%)	550 (52,1%)
10-20	289 (23,6%)	290 (26,0%)	309 (27,0%)	291 (25,6%)	237 (22,4%)
21-100	154 (12,6%)	129 (11,6%)	135 (11,8%)	123 (10,8%)	106 (10,0%)
>100	5 (0,4%)	# (0,2%)	7 (0,6%)	4 (0,4%)	0 (0%)
Ukendt	11 (0,9%)	17 (1,5%)	10 (0,9%)	32 (2,8%)	115 (10,9%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score <6)	276 (22,5%)	289 (25,9%)	262 (22,9%)	269 (23,7%)	286 (27,1%)
2 (Gleason score 3+4)	521 (42,5%)	470 (42,1%)	472 (41,3%)	462 (40,6%)	410 (38,8%)
3 (Gleason score 4+3)	251 (20,5%)	202 (18,1%)	218 (19,1%)	208 (18,3%)	184 (17,4%)
4 (Gleason score 8)	74 (6,0%)	61 (5,5%)	102 (8,9%)	116 (10,2%)	78 (7,4%)

	År for prostatektomi				
	2021	2020	2019	2018	2017
5 (Gleason score 9+)	79 (6,4%)	57 (5,1%)	69 (6,0%)	68 (6,0%)	69 (6,5%)
ISUP grad ikke defineret	25 (2,0%)	37 (3,3%)	21 (1,8%)	14 (1,2%)	29 (2,7%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	24	44	48	-	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	106 (8,8%)	164 (15,3%)	409 (37,3%)	-	-
Ukendt	35 (2,9%)	41 (3,8%)	29 (2,6%)	-	-
Lav risiko	109 (9,1%)	80 (7,5%)	30 (2,7%)	-	-
Intermediær risiko	581 (48,3%)	507 (47,3%)	342 (31,2%)	-	-
Høj risiko	371 (30,9%)	280 (26,1%)	286 (26,1%)	-	-
Operationstype, RP					
Retropubisk RP	# (0,1%)	# (0,1%)	0 (0%)	3 (0,3%)	11 (1,0%)
Retropubisk ikke nervesparende RP	3 (0,2%)	0 (0%)	7 (0,6%)	18 (1,6%)	12 (1,1%)
Retropubisk enkeltsidegt nervesparende RP	4 (0,3%)	3 (0,3%)	3 (0,3%)	5 (0,4%)	5 (0,5%)
Retropubisk dobbeltsidegt nervesparende RP	# (0,2%)	0 (0%)	# (0,2%)	3 (0,3%)	# (0,1%)
Perkutan endoskopisk RP	125 (10,2%)	82 (7,3%)	85 (7,4%)	87 (7,7%)	83 (7,9%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	455 (37,1%)	445 (39,9%)	430 (37,6%)	438 (38,5%)	423 (40,1%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidegt nervesparende RP	478 (39,0%)	419 (37,5%)	447 (39,1%)	384 (33,8%)	346 (32,8%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidegt nervesparende RP	158 (12,9%)	166 (14,9%)	170 (14,9%)	199 (17,5%)	175 (16,6%)
Charlson comorbidity index ved prostatektomi					
Score 0	890 (72,6%)	807 (72,3%)	821 (71,8%)	854 (75,1%)	791 (74,9%)
Score 1-2	290 (23,7%)	262 (23,5%)	275 (24,0%)	249 (21,9%)	230 (21,8%)
Score 3 eller derover	46 (3,8%)	47 (4,2%)	48 (4,2%)	34 (3,0%)	35 (3,3%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	106 (8,6%)	164 (14,7%)	409 (35,8%)	-	-
Ikke registreret	165 (13,5%)	193 (17,3%)	244 (21,3%)	-	-
T1	22 (1,8%)	20 (1,8%)	11 (1,0%)	-	-
T1a	4 (0,3%)	# (0,1%)	# (0,2%)	-	-
T1b	6 (0,5%)	# (0,2%)	# (0,1%)	-	-
T1c	397 (32,4%)	282 (25,3%)	139 (12,2%)	-	-
T2	32 (2,6%)	24 (2,2%)	24 (2,1%)	-	-
T2a	152 (12,4%)	142 (12,7%)	73 (6,4%)	-	-

	År for prostatektomi				
	2021	2020	2019	2018	2017
T2b	108 (8,8%)	89 (8,0%)	48 (4,2%)	-	-
T2c	96 (7,8%)	99 (8,9%)	117 (10,2%)	-	-
T3	21 (1,7%)	11 (1,0%)	16 (1,4%)	-	-
T3a	50 (4,1%)	39 (3,5%)	33 (2,9%)	-	-
T3b	31 (2,5%)	20 (1,8%)	14 (1,2%)	-	-
T4	# (0,1%)	0 (0%)	# (0,1%)	-	-
Tx	35 (2,9%)	30 (2,7%)	12 (1,0%)	-	-
N stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	106 (8,6%)	164 (14,7%)	409 (35,8%)	-	-
Ikke registreret	181 (14,8%)	194 (17,4%)	248 (21,7%)	-	-
N0	715 (58,3%)	376 (33,7%)	174 (15,2%)	-	-
N1	14 (1,1%)	42 (3,8%)	43 (3,8%)	-	-
Nx	210 (17,1%)	340 (30,5%)	270 (23,6%)	-	-
M stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	106 (8,6%)	164 (14,7%)	409 (35,8%)	-	-
Ikke registreret	34 (2,8%)	26 (2,3%)	113 (9,9%)	-	-
M0	1.036 (84,5%)	770 (69,0%)	508 (44,4%)	-	-
M1	12 (1,0%)	4 (0,4%)	10 (0,9%)	-	-
Mx	38 (3,1%)	152 (13,6%)	104 (9,1%)	-	-

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

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

KOMMENTAR

Antallet af radikale prostatektomier i 2021 udgjorde i alt 1.226 indgreb, en svag stigning siden 2020. De var næsten alle "robot-operationer". Antallet af operationer i Region Sjælland er fortsat stigende, og operationsraten nærmer sig landsgennemsnittet og har tydeligvis overvejende hjemtaget regionens egne patienter. Samtidigt er antallet af primært strålebehandlede i Region Sjælland faldet betydeligt, men raten er fortsat højere end i resten af landet (Tabel 0-4). I Region Nordjylland er antallet af operationer fortsat stigende og operationsraten er markant højere end landsgennemsnittet. Region Nordjylland har samtidig har den laveste rate af strålebehandling (Tabel 0-4).

Omkring 85% af de opererede patienter diagnosticeres helt i tråd med de kliniske anbefalinger med PSA < 20 ng/ml. Over 20% af operationspatienterne har laveste malignitetsgrad (ISUP-grad 1/ Gleason score 6) og antallet af opererede med lavrisiksygdom ligger fortsat på samme niveau som på tidspunktet for indførelse af Sundhedsstyrelsens visitationsretningslinje januar 2019 i bestræbelserne for at nedsætte antallet. Forholdet kan dog skyldes, at antallet af tumorpositive nålebiopsier hos mange af disse patienter overstiger to og dermed i de kliniske retningslinjer alligevel anbefales opereret. Fordelingen af opererede patienters risikoscore er relativt konstant med mere end halvdelen hørende til intermedieær risikogruppe.

Tre ud af fire operationspatienter er uændret over tid uden erkendt komorbiditet (score 0). Opererede cT3 og M1 patienter indgår i behandlingsprotokoller (SPCG-15 og Oligo-met), og antallet af patienter klassificeret som "Nx" er faldet til 17,1%.

Tabel 0-4. Strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2021	2020	2019	2018	2017
Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)	507	585	664	661	604
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik, ONK	55	50	30	33	46
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	74	84	62	90	59
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	99	135	192	152	142
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	47	57	62	57	79
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	64	65	75	89	95
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	141	158	202	193	148
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	27	36	41	47	35
Primær kurativ strål pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	21,9	25,4	28,9	29,0	26,7
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	16,6	17,1	11,8	15,6	11,8
Region Sjælland	31,1	43,8	60,2	49,3	50,8
Region Syddanmark	22,1	22,8	27,3	28,7	33,4
Region Midtjylland	27,3	31,3	38,9	38,0	30,6
Region Nordjylland	11,2	15,4	18,0	20,1	14,7
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	72 (67,0;74,5)	71 (67,0;74,8)	72 (66,9;74,6)	70 (65,6;74,1)	70 (65,7;73,7)
Gennemsnit (Min;Max)	70 (47,3;83,1)	70 (47,8;81,4)	70 (42,2;90,7)	69 (47,9;83,3)	69 (45,3;82,0)
PSA ved diagnose					
<4	18 (3,6%)	14 (2,4%)	21 (3,2%)	8 (1,2%)	10 (1,7%)
4-9	161 (31,8%)	170 (29,1%)	215 (32,4%)	224 (33,9%)	188 (31,1%)
10-20	139 (27,4%)	185 (31,6%)	194 (29,2%)	196 (29,7%)	155 (25,7%)
21-100	173 (34,1%)	202 (34,5%)	215 (32,4%)	211 (31,9%)	192 (31,8%)
>100	14 (2,8%)	12 (2,1%)	13 (2,0%)	9 (1,4%)	11 (1,8%)
Ukendt	# (0,4%)	# (0,3%)	6 (0,9%)	13 (2,0%)	48 (7,9%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score <6)	59 (11,6%)	54 (9,2%)	48 (7,2%)	63 (9,5%)	79 (13,1%)
2 (Gleason score 3+4)	152 (30,0%)	147 (25,1%)	204 (30,7%)	192 (29,0%)	188 (31,1%)

	År for første strålebehandling				
	2021	2020	2019	2018	2017
3 (Gleason score 4+3)	135 (26,6%)	161 (27,5%)	163 (24,5%)	144 (21,8%)	139 (23,0%)
4 (Gleason score 8)	63 (12,4%)	82 (14,0%)	108 (16,3%)	98 (14,8%)	51 (8,4%)
5 (Gleason score 9+)	83 (16,4%)	107 (18,3%)	126 (19,0%)	144 (21,8%)	124 (20,5%)
ISUP grad ikke defineret	15 (3,0%)	34 (5,8%)	15 (2,3%)	20 (3,0%)	23 (3,8%)
D'Amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	26	32	18	-	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	33 (6,9%)	48 (8,7%)	301 (46,6%)	-	-
Ukendt	# (0,2%)	# (0,4%)	3 (0,5%)	-	-
Lav risiko	17 (3,5%)	13 (2,4%)	0 (0%)	-	-
Intermediær risiko	98 (20,4%)	108 (19,5%)	110 (17,0%)	-	-
Høj risiko	332 (69,0%)	382 (69,1%)	232 (35,9%)	-	-
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	316 (62,3%)	377 (64,4%)	414 (62,3%)	412 (62,3%)	390 (64,6%)
Score 1-2	145 (28,6%)	164 (28,0%)	203 (30,6%)	195 (29,5%)	168 (27,8%)
Score 3 eller derover	46 (9,1%)	44 (7,5%)	47 (7,1%)	54 (8,2%)	46 (7,6%)
T stadie på diagnostidspunkt					
(Diagnose før 2019)	33 (6,5%)	48 (8,2%)	301 (45,3%)	-	-
Ikke registreret	21 (4,1%)	28 (4,8%)	74 (11,1%)	-	-
T1	8 (1,6%)	3 (0,5%)	5 (0,8%)	-	-
T1b	0 (0%)	# (0,3%)	# (0,3%)	-	-
T1c	65 (12,8%)	84 (14,4%)	49 (7,4%)	-	-
T2	11 (2,2%)	8 (1,4%)	7 (1,1%)	-	-
T2a	44 (8,7%)	43 (7,4%)	31 (4,7%)	-	-
T2b	27 (5,3%)	31 (5,3%)	38 (5,7%)	-	-
T2c	29 (5,7%)	68 (11,6%)	23 (3,5%)	-	-
T3	56 (11,0%)	48 (8,2%)	36 (5,4%)	-	-
T3a	99 (19,5%)	101 (17,3%)	49 (7,4%)	-	-
T3b	86 (17,0%)	98 (16,8%)	34 (5,1%)	-	-
T4	18 (3,6%)	8 (1,4%)	5 (0,8%)	-	-
Tx	10 (2,0%)	15 (2,6%)	10 (1,5%)	-	-
N stadie på diagnostidspunkt					
(Diagnose før 2019)	33 (6,5%)	48 (8,2%)	301 (45,3%)	-	-
Ikke registreret	26 (5,1%)	53 (9,1%)	80 (12,0%)	-	-
N0	353 (69,6%)	300 (51,3%)	165 (24,8%)	-	-
N1	19 (3,7%)	25 (4,3%)	11 (1,7%)	-	-
Nx	76 (15,0%)	159 (27,2%)	107 (16,1%)	-	-

	År for første strålebehandling				
	2021	2020	2019	2018	2017
M stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	33 (6,5%)	48 (8,2%)	301 (45,3%)	-	-
Ikke registreret	18 (3,6%)	25 (4,3%)	67 (10,1%)	-	-
M0	431 (85,0%)	443 (75,7%)	233 (35,1%)	-	-
M1	8 (1,6%)	9 (1,5%)	8 (1,2%)	-	-
Mx	17 (3,4%)	60 (10,3%)	55 (8,3%)	-	-

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

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

KOMMENTAR

Med en yderligere 13% reduktion af primært strålebehandlede patienter i 2021 udgør antallet i alt 507, hvilket udgør et meget betydeligt fald siden 2019, og svarer aktuelt til omkring 40% af antallet af opererede patienter. Antallet er dog usikkert og givetvis for lavt, da populationen identificeres gennem programmering af antallet af afgivne strålebehandlinger (her 36+ behandlinger), fremfor blot at registrere en enkelt af behandlingerne med den anviste behandlingsspecifikke kode (ZP=kurativ). Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder, tumorstadium og risikofordeling ligger uændret højere blandt strålebehandlede end blandt de opererede patienter. Få patienter med M1 sygdom har modtaget bestråling og udgør muligvis patienter med hormonsensitiv sygdom, som har modtaget "60/20 STAMPEDE-bestråling" i kombination med kastration.

Som angivet under radikal prostatektomi anvendes kirurgi og stråleterapi forskelligt i regionerne (Tabel 0-3 og 0-4). Til trods for at antallet af strålebehandlede patienter i Region Sjælland over de sidste to år er halveret fra 192 til 99, hvilket svarer til 31,1 mod tidligere 60,2/100.000 mænd, strålebehandles her fortsat noget over landsgennemsnittet (21,9/100.000), mens Region Nord ligger lavest med blot 11,2/100.000 mænd og altså i skærende kontrast til antal opererede i samme region.

Specifik behandlingskodning af de forskellige typer strålebehandling er tydeligvis 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 andre fraktioneringsmønstre samt ved brachyterapi. Det er således et fortsat stort ønske, at man blot i forbindelse med én af de givne fraktioner anvender den sygdomsspecifikke kode, som er angivet bagerst i rapporten: Primær kurativ ekstern strålebehandling: BWG+ZPZA02C.

I henholdsvis Herlev og Aarhus tilbydes to meget forskellige former for internbestråling (brachyterapi) til to tilsvarende forskellige patientkategorier.

Også blandt bestrålede patienter falder antallet klassificeret som "Nx".

Tabel 0-5. Salvage strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2021	2020	2019	2018	2017
Salvage strålebehandling (30 - 36 gange)	120	107	135	105	124
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik, ONK	8	11	14	9	25
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	25	37	40	19	30
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	15	#	3	#	0
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	22	22	22	28	24
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	23	9	18	19	21
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	16	16	31	15	17
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	11	10	7	14	7
Salvage strål pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	5,2	4,6	5,9	4,6	5,5
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	4,6	6,1	6,6	2,8	4,1
Region Sjælland	4,8	1,5	3,0	2,7	7,6
Region Syddanmark	9,0	6,4	7,6	9,7	9,1
Region Midtjylland	2,8	3,0	6,3	2,9	3,5
Region Nordjylland	5,0	4,2	2,9	5,9	2,9
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	70 (64,6;73,3)	69 (64,2;73,0)	68 (63,9;71,7)	68 (62,2;71,1)	68 (62,6;71,8)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (44,3;78,8)	68 (50,8;77,7)	68 (48,5;76,9)	66 (49,1;75,8)	67 (50,9;77,4)

*Incidensrate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

KOMMENTAR

Antallet af patienter, som tilbydes stråleterapi af prostatalejet efter biokemisk tilbagefald efter radikal prostatektomi, har været relativt stabilt over tid, men med store udsving på de enkelte behandlende afdelinger. Skønt omkring 400 opererede patienter årligt erfaringsmæssigt udvikler biokemisk recidiv, blev kun i alt 120 mænd registreret tilbudt behandlingen i 2021. Antallet varierer fra 15 i Region Sjælland til 25 på Herlev/ Gentofte. Behandlingsfrekvensen per 100.000 mænd udbydes ligeledes med regional variation – lavest i Region Midt (2,8) og højest i Region Syd (9,0). Nogle afdelinger har indført mere specifik diagnostik med PSMA PET CT ved PSA-recidiv, hvilket sandsynligvis udelukker nogle patienter fra salvage strålebehandling. Andre patienter får foretaget salvage lymfadenektomi, og dette kan reducere behovet for salvage strålebehandling yderligere. Tilsvarende kan en stor af disse patienter fravælge yderligere lokalbehandling og i stedet observeres i watchful waiting. PSA-niveauet bør, af hensyn til prognosen, optimalt være lavest mulig og helst under 0,5 ved henvisning til salvage strålebehandling.

Vedrørende de behandlingsspecifikke koder for bl.a. salvage stråleterapi (BWG+ZPZA02A) henvises til kodekapitlet bagerst i rapporten.

Tabel 0-6. Watchful waiting

	År for Watchful waiting				
	2021	2020	2019	2018	2017
Watchful waiting	768	853	688	779	744
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	98	151	40	108	136
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	135	110	59	119	79
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	109	131	125	80	68
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling	96	89	120	143	178
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	16	21	31	31	22
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	6	8	9	6	#
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	27	26	35	48	37
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	104	132	97	32	33
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	83	66	86	80	119
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	69	87	48	71	32
Regionshospital Nordjylland Ven, RHN Kirurgi	3	29	37	53	27
Øvrige	22	3	#	8	12
WW pr. 100.000 mænd 18+ år*					
Danmark	33,2	37,0	30,0	34,2	32,9
Bopælsregion ved diagnose:					
Region Hovedstaden	28,4	33,3	12,8	28,1	27,1
Region Sjælland	40,1	45,9	41,2	36,3	31,0
Region Syddanmark	29,9	29,7	38,4	45,0	47,8
Region Midtjylland	34,9	36,6	35,3	22,0	30,0
Region Nordjylland	39,9	50,0	36,3	52,7	27,8
Alder på tidspunkt for WW					
Median (Q1;Q3)	77 (73,0;80,0)	76 (73,0;79,0)	76 (73,0;80,0)	75 (71,0;79,0)	75 (72,0;79,0)
Gennemsnit (Min;Max)	76 (46,0;92,0)	75 (52,0;92,0)	76 (51,0;94,0)	75 (50,0;92,0)	75 (50,0;93,0)
PSA ved diagnose					
<4	42 (5,5%)	40 (4,7%)	24 (3,5%)	30 (3,9%)	32 (4,3%)
4-9	306 (39,8%)	368 (43,1%)	282 (41,0%)	296 (38,0%)	309 (41,5%)
10-20	212 (27,6%)	220 (25,8%)	208 (30,2%)	228 (29,3%)	189 (25,4%)
21-100	157 (20,4%)	152 (17,8%)	123 (17,9%)	145 (18,6%)	116 (15,6%)
>100	21 (2,7%)	17 (2,0%)	10 (1,5%)	10 (1,3%)	4 (0,5%)

	År for Watchful waiting				
	2021	2020	2019	2018	2017
Ukendt	30 (3,9%)	56 (6,6%)	41 (6,0%)	70 (9,0%)	94 (12,6%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score ≤ 6)	239 (31,1%)	311 (36,5%)	254 (36,9%)	292 (37,5%)	303 (40,7%)
2 (Gleason score 3+4)	257 (33,5%)	294 (34,5%)	231 (33,6%)	264 (33,9%)	237 (31,9%)
3 (Gleason score 4+3)	129 (16,8%)	112 (13,1%)	93 (13,5%)	119 (15,3%)	83 (11,2%)
4 (Gleason score 8)	44 (5,7%)	43 (5,0%)	37 (5,4%)	38 (4,9%)	48 (6,5%)
5 (Gleason score 9+)	62 (8,1%)	55 (6,4%)	32 (4,7%)	30 (3,9%)	24 (3,2%)
ISUP grad ikke defineret	37 (4,8%)	38 (4,5%)	41 (6,0%)	36 (4,6%)	49 (6,6%)
Risikovurdering ved diagnose					
Udenfor risikovurdering	20	16	8	-	-
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	240 (32,1%)	360 (43,0%)	433 (63,7%)	-	-
Ukendt	24 (3,2%)	24 (2,9%)	24 (3,5%)	-	-
Lav risiko	60 (8,0%)	63 (7,5%)	29 (4,3%)	-	-
Intermediær risiko	230 (30,7%)	210 (25,1%)	103 (15,1%)	-	-
Høj risiko	194 (25,9%)	180 (21,5%)	91 (13,4%)	-	-
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	414 (53,9%)	468 (54,9%)	386 (56,1%)	442 (56,7%)	401 (53,9%)
Score 1-2	253 (32,9%)	275 (32,2%)	221 (32,1%)	235 (30,2%)	259 (34,8%)
Score 3 eller derover	101 (13,2%)	110 (12,9%)	81 (11,8%)	102 (13,1%)	84 (11,3%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	240 (31,3%)	360 (42,2%)	433 (62,9%)	-	-
Ikke registreret	55 (7,2%)	61 (7,2%)	71 (10,3%)	-	-
T0	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	-	-
T1	9 (1,2%)	20 (2,3%)	14 (2,0%)	-	-
T1a	11 (1,4%)	6 (0,7%)	3 (0,4%)	-	-
T1b	10 (1,3%)	15 (1,8%)	3 (0,4%)	-	-
T1c	164 (21,4%)	148 (17,4%)	65 (9,4%)	-	-
T2	19 (2,5%)	15 (1,8%)	10 (1,5%)	-	-
T2a	94 (12,2%)	64 (7,5%)	21 (3,1%)	-	-
T2b	52 (6,8%)	46 (5,4%)	20 (2,9%)	-	-
T2c	52 (6,8%)	37 (4,3%)	21 (3,1%)	-	-
T3	20 (2,6%)	20 (2,3%)	9 (1,3%)	-	-
T3a	18 (2,3%)	23 (2,7%)	5 (0,7%)	-	-
T3b	6 (0,8%)	7 (0,8%)	3 (0,4%)	-	-
T4	5 (0,7%)	5 (0,6%)	# (0,3%)	-	-
Tx	13 (1,7%)	26 (3,0%)	7 (1,0%)	-	-

	År for Watchful waiting				
	2021	2020	2019	2018	2017
N stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	240 (31,3%)	360 (42,2%)	433 (62,9%)	-	-
Ikke registreret	65 (8,5%)	79 (9,3%)	78 (11,3%)	-	-
N0	322 (41,9%)	201 (23,6%)	80 (11,6%)	-	-
N1	9 (1,2%)	10 (1,2%)	# (0,3%)	-	-
Nx	132 (17,2%)	203 (23,8%)	95 (13,8%)	-	-
M stadie på diagnosetidspunkt					
(Diagnose før 2019)	240 (31,3%)	360 (42,2%)	433 (62,9%)	-	-
Ikke registreret	48 (6,3%)	53 (6,2%)	75 (10,9%)	-	-
M0	430 (56,0%)	317 (37,2%)	116 (16,9%)	-	-
M1	15 (2,0%)	12 (1,4%)	7 (1,0%)	-	-
Mx	35 (4,6%)	111 (13,0%)	57 (8,3%)	-	-

*Incidence rate pr 100.000 mænd 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

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

KOMMENTAR

Disse data bygger på LPR indberetning. Antallet af patienter, som observeres med henblik på endokrinterapi (watchful waiting (WW)), har varieret over årene. I 2021 er antallet 768 (33,2/100.000 mænd), lidt lavere end for active surveillance (AS). Som anført under kommentering af AS, er der oplagt 100-200 patienter, som her er fejlkodede WW-patienter, der formentlig hermed udgør den hyppigste form for observationsregime.

Der er de seneste år en såvel intra- som interregional variation i antallet af patienter, som undergår WW. En del af forklaringen kan have baggrund i lokal kodepraksis. Koden for watchful waiting er ZZ4252A.

Gennemsnitsalderen ved WW er otte år højere end for patienter i AS, ligesom det kun var få patienter med lavrisiksygdom, som undergik WW. Enkelte heraf (1,3%) er registreret som observerede for metastatisk sygdom. De generelle usikkerheder vedrørende PSA, TNM-klassifikation og aldersjustering er ligeledes gældende for denne tabel.

En andel af patienterne i WW (17%) klassificeres misforstået som "Nx".

Tabel 0-7. Anden behandling

Behandling startet 2020	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.004	320	6	211	323	143
GNRH analog	1.740	511	377	258	432	161
GNRH antagonist	138	82	#	53	0	#
Orchiectomi	49	16	3	13	10	7
Abirateron	245	36	98	32	41	37
Enzalutamid	646	185	91	170	122	77
Docetaxel	597	151	137	152	125	31
Cabazitaxel	285	71	57	87	49	20
Bisfosfonat	32	18	4	4	6	0
Denosumab	156	#	#	#	97	56
Radium-223	48	23	3	9	13	0
Forsøgsmedicin	3	0	0	0	3	0

Behandling startet 2021	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.033	297	5	235	348	148
GNRH analog	1.957	518	313	559	383	183
GNRH antagonist	127	81	0	45	#	0
Orchiectomi	30	9	4	7	5	5
Abirateron	288	31	121	40	44	52
Enzalutamid	750	211	111	195	134	99
Docetaxel	639	181	109	157	125	67
Cabazitaxel	277	77	45	76	52	27
Bisfosfonat	39	26	3	3	7	0
Denosumab	216	#	0	#	119	94
Radium-223	50	15	5	19	11	0
Forsøgsmedicin	6	0	0	0	6	0

KOMMENTAR

Endokrin og anden medicinsk behandling:

På relativ kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativt mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Tabellen rummer en meget stor og omkostningstung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket det, med de forhåndenværende data, på ingen måde er muligt at bedømme kvaliteten af. Overblikket over de mangfoldige og langvarige behandlingsforløb hos patienter med dissemineret sygdom, arten heraf, hvornår i sygdomsforløbet og frekvensen heraf, forudsætter en korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal kastrationsresistent sygdom (CRPC) kodes med "Z" (DC61.9Z). Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode – f.eks. abirateron: BWHC50, enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208. Da efterhånden det meste af behandlingsrepertoiret inkl. lokal stråleterapi kan anvendes i kombination med kastrationsbehandling i såvel sygdomsfaserne **HormonSensitiv ProstataCancer (HSPC)** som i **KastrationsResistent ProstataCancer (CRPC)**, er det databasens ambition at skabe et reelt behandlingsoverblik over, hvem der behandles i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer samt effekten heraf. En forestående adgang til Sygehusmedicinregisteret forventes at bibringe komplette medicinske behandlingsdata, og dermed nye muligheder for overvågning af området.

Indtil da kan det af Tabel 0-7 ses, at anvendelse af den initiale endokrine terapi, om end med store interregionale variationer, er rimelig stabil. Det samme forhold gør sig gældende for behandling med 2.-generations endokrine præparater og cytostatika (docetaxel og cabazitaxel).

Som anbefalet af Medicinrådet anvendes GnRH analoge medikamenter generelt frem for antagonist. Den månedligt administrerede GnRH antagonist anvendes udelukkende i Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

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

Radium 233 (Xofigo) anbefales typisk anvendt senere i behandlingsforløbet, hvilket anses for årsagen til, at det beskedne antal patienter, der modtager behandlingen, hører til på de tre udøvende centre (Hovedstaden, Odense og Aarhus).

OVERSIGT OVER ALLE INDIKATORER

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	Resultat	Andel	≤ 5 %	DAPROCA_033_001
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	Andel	≤ 15 %	DAPROCA_031_003
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Resultat	Andel	≤ 40 %	DAPROCA_032_004
Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Resultat	Andel	≤ 10 %	DAPROCA_009_002
Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt	Resultat	Andel	≤ 5 %	DAPROCA_010_001
Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet	Struktur	Andel	≥ 90 %	DAPROCA_018_001

Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 4a: (Suppl) Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	Proces	Andel		DAPROCA_044S_001
Indikator 7: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Proces	Andel	≤ 10 %	DAPROCA_041S_002
Indikator 7a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Proces	Andel	≤ 10 %	DAPROCA_051S_001
Indikator 8: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Proces	Andel	≥ 60 %	DAPROCA_043S_003
Indikator 8a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Proces	Andel	≥ 60 %	DAPROCA_052S_001
Indikator 9a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	Proces	Andel		DAPROCA_045S_001
Indikator 9b: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score	Proces	Andel		DAPROCA_047S_001
Indikator 9c: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)	Proces	Andel		DAPROCA_046S_001

Kommentar: De aktuelle kvalitetsindikatorer afspejler udredning (1) og den operative behandling (2-5). Indikator 6 forholder sig til indberetningens komplethed. Indikator 7 og 8 beskriver anvendelsen af aktiv behandling ved lav-risiko sygdom (bør være lavt) og ved høj-risiko sygdom (bør være højt). De nye indikatorer 9a, 9b og 9c beskriver MR-aktivitet, PI-RADS information og MDT-aktivitet.

OVERSIGT OVER DE SAMLEDE INDIKATORRESULTATER

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019
Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 5	0	5 (4-5)	6	4
Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen	≤ 15	0	17 (14-20)	11	15
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	≤ 40	0	41 (37-45)	39	50
Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	≤ 10	0	12 (10-14)	11	13
Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt	≤ 5	0	2 (2-3)	3	4
Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnosekemaet	≥ 90	0	73 (72-75)	74	86

Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019
Indikator 4a: (Suppl) Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi		0	8 (6-9)	5	6
			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018
Indikator 7: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	≤ 10	0	7 (5-10)	6	6
Indikator 7a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	≤ 10	0	5 (3-7)	4	
Indikator 8: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 60	0	62 (59-64)	63	62
Indikator 8a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 60	0	66 (63-68)	63	
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	
Indikator 9a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)		0	29 (28-30)	22	
Indikator 9b: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score		0	0 (0-0)	0	
Indikator 9c: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)		0	45 (44-47)	45	

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 forest plots. Trendgraferne viser indikatoropfyldelsen over tid på regionsniveau.

Indikator 1: Indlæggeshyppighed

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	Andel
Danmark	Ja	245 / 5.115	0 (0)	5	(4-5)	6	4
Hovedstaden	Nej	82 / 1.196	0 (0)	7	(5-8)	7	5
Sjælland	Ja	29 / 770	0 (0)	4	(3-5)	5	5
Syddanmark	Ja	39 / 1.109	0 (0)	4	(3-5)	5	4
Midtjylland	Ja	48 / 1.252	0 (0)	4	(3-5)	5	4
Nordjylland	Nej	47 / 768	0 (0)	6	(5-8)	7	4
Hovedstaden	Nej	82 / 1.196	0 (0)	7	(5-8)	7	5
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Ja	0 / 11	0 (0)	0	(0-28)	11	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	75 / 878	0 (0)	9	(7-11)	7	5
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	7 / 307	0 (0)	2	(1-5)	7	4
Sjælland	Ja	29 / 770	0 (0)	4	(3-5)	5	5
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	29 / 770	0 (0)	4	(3-5)	5	5
Syddanmark	Ja	39 / 1.109	0 (0)	4	(3-5)	5	4
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	17 / 502	0 (0)	3	(2-5)	5	4
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	11 / 227	0 (0)	5	(2-9)	7	7
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	4 / 103	0 (0)	4	(1-10)	2	6
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	7 / 277	0 (0)	3	(1-5)	4	2
Midtjylland	Ja	48 / 1.252	0 (0)	4	(3-5)	5	4
Aarhus Universitetshospital, Røntgen og Skanning	Nej	6 / 78	0 (0)	8	(3-16)	4	4

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5% opfyldt		antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021	95% CI	2020	2019
				Andel		Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	18 / 630	0 (0)	3	(2-4)	6	4
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	24 / 544	0 (0)	4	(3-6)	5	4
Nordjylland	Nej	47 / 768	0 (0)	6	(5-8)	7	4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	38 / 605	0 (0)	6	(4-9)	6	5
Regionshospitalet Nordjylland Ven, RHN Urinvejskirurgi	Nej	9 / 163	0 (0)	6	(3-10)	7	3
Privathospitaler							
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0 / 4	0 (0)	0	(0-60)	14	0
Progardia Healthcare, Progardia Healthcare, afdeling	Ja	0 / 16	0 (0)	0	(0-21)	-	-

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektale ultralydscannings procedurer (TRUS) med prostatabiopsi udført i 2021 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS-biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag, er kun medtaget den første biopsiregistrering.

Resultater

Tilbage i 2020 steg andelen af indlagte efter prostatabiopsi på landsplan til 6% og levede dermed ikke længere op til den fastlagte standard. I 2021 er udviklingen efter påbegyndt implementering af den nye MR-baserede diagnostiske strategi inkl. generelt færre målrettede biopsier vendt og standarden på 5% opnås præcis på landsplan. Regionalt er der variation med færrest postbiotisk betingede indlæggelser på Bornholm (0%) og Rigshospitalet (2%) mens Herlev-Gentofte topper med 9% mod 7% året tidligere. En mulig forklaring på det sidste kan være, at til trods for fuldt implementeret MR-baseret diagnostik tages her systematisk flest biopsier per patient (målrettede samt standard). Da der er forskel på centrenes angivelse af nedre temperaturgrænse (38,0 vs. 38,5 C) for anbefalet indlæggelse og behandling, vil dette tillige kunne bidrage til en regional variation.

Trenden i Figur 1-3 viser en generelt stigende tendens i indlæggeshyppighed. Region Hovedstaden har ligget højt igennem hele perioden. Der ses en konsistent stigning fra 2019 til 2020 og et efterfølgende konsistent fald fra 2020 til 2021. Dette kan være udtryk for overgangen til LPR3 hvor det var nødvendigt at omdefinere hvad en "indlæggelse" er.

Diskussion og implikationer

Resultaterne udstiller en global udfordring i forhold til infektionsrisikoen ved transrektal procedure. Rebioptering ved f.eks. active surveillance kan påvirke risikoen for morbiditet, ligesom den antibiotiske profylakse kan variere regionalt.

Med henvisning til de seneste europæiske retningslinjer ønskes der ligeledes i Danmark indført steril biopsiadgang gennem perineum fremfor som aktuelt transrektalt. I tilfælde af transrektal biopsiadgang anbefaler man i europæiske sammenhæng desinfektion af rektum samt af resistensmæssige årsager profylaktisk intravenøs antibiotika. Flere danske centre har allerede påbegyndt implementering af den anbefalede sterile transperineale biopsiprocedure, hvorfor indlæggelsesraten for praktiske formål forventes næsten elimineret over de næste år.

I forbindelse med monitorering af den fremtidige biopsiprocedure er det afgørende samtidigt at kunne monitorere den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske MR-baserede strategi, som er udslagsgivende for hvem der anbefales biopsi og hvor og hvor mange de skal tages. Dette vil kræve kodning

af såvel PSA-densiteten (prostata volumen) og den radiologiske 5-trins PI-RADS-score, hvortil der allerede i 2020 blev oprettet SKS koder.

Indtil de nye anbefalinger er implementeret, bør der på de afdelinger, hvor indikatorstandarderne 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 profylaktiske antibiotika, bør ikke mindst i forbindelse med rebioptering tages op til overvejelse på afdelinger, hvor indlæggelsesfrekvensen ligger over gennemsnittet. Lokal validering har ikke uventet fundet at indlæggelse uanset årsag medfører et overestimat. Erfaringsmæssigt er det infektion der komplicerer indgrebet, og for fremtiden ønskes antal indlæggelser erstattet af en monitorering via komplikationsspecifikke koder.

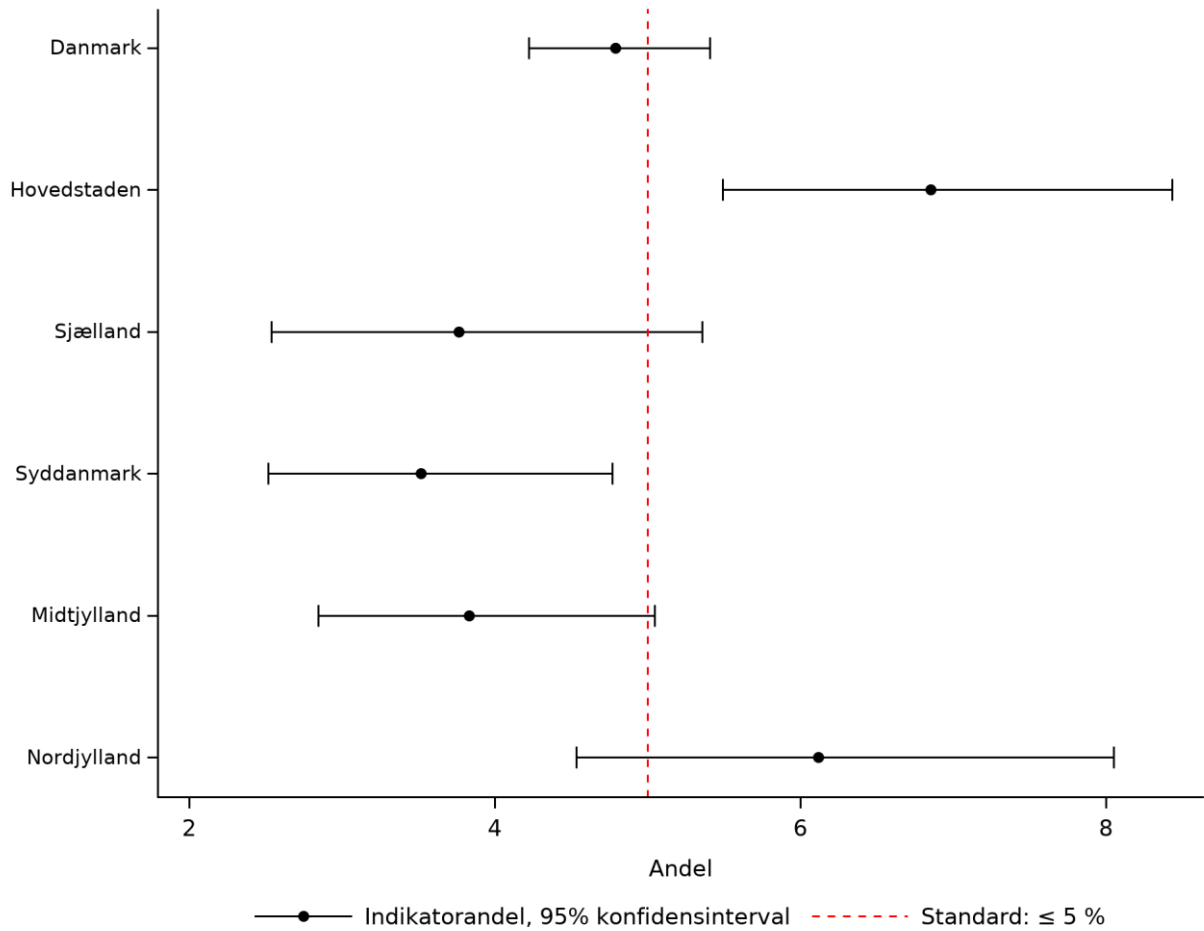
Det vil de kommende år være væsentligt at kunne redegøre for antallet af nålestik i de enkelte biopsisæt for hver patient. Der er interesse i at kunne vurdere antal biopsier, antal egnede biopsier og antal positive biopsier. Det er endvidere relevant at monitorere biopsiadgang (transrektalt; transperinealt) og hvorvidt biopsien er målrettet.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er fortsat relevant, da der i 2020-2021 implementeres en ny diagnostisk strategi med mulighed for færre og målrettede UL/ fusions-biopsier (kodes KTKE00A3), og dermed dels behov for at sikre kvaliteten og dels mulighed for at sammenligne med forudgående år. Endeligt vil de fremtidigt færre og målrettede biopsier åbne en reel mulighed for at erstatte den hidtidige transrektale biopsiadgang til en steril transperineal adgang.

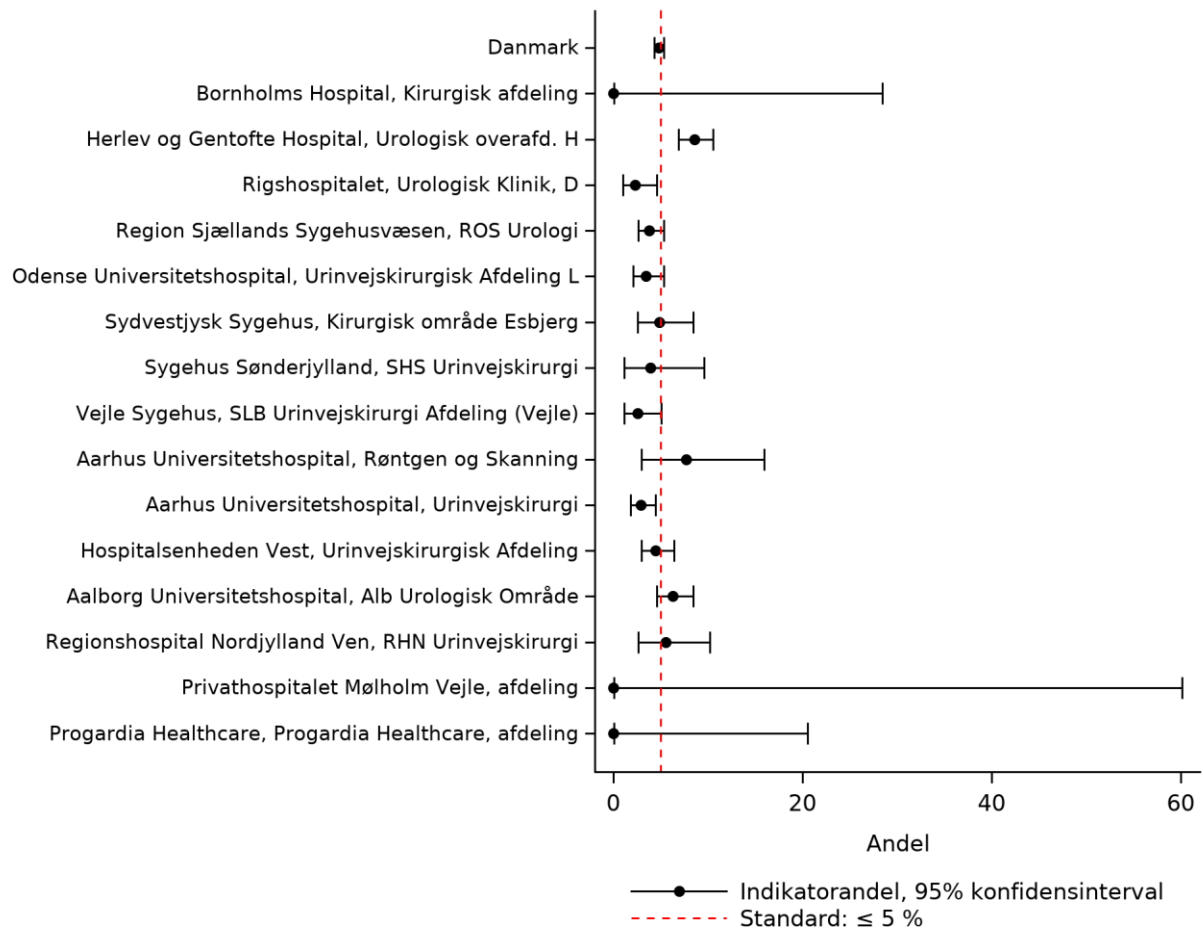
Figur 1-1. Indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort på regionsniveau

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



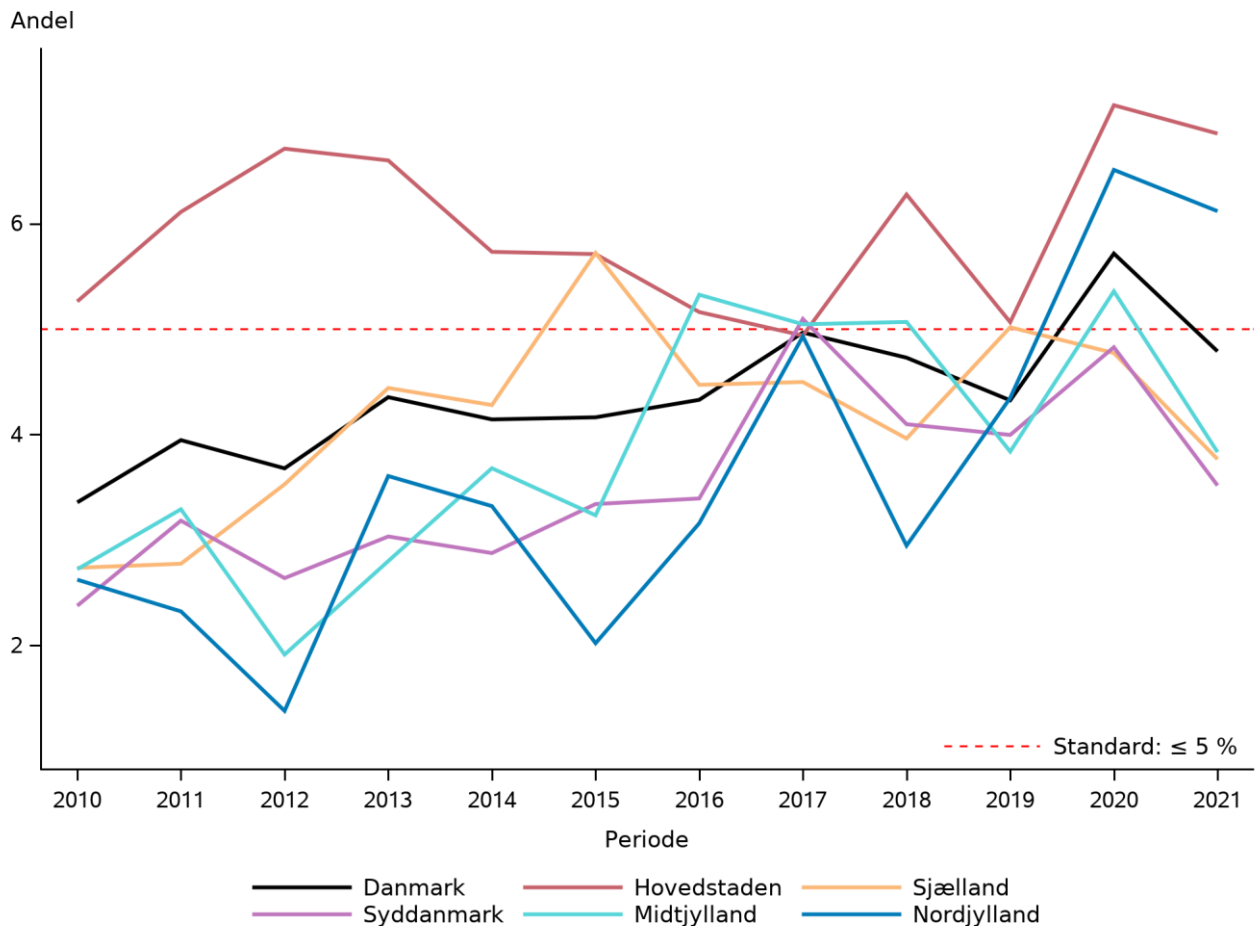
Figur 1-2. Indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort per hospitalsafdeling

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



Figur 1-3. Trend i indlæggelsehyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opdelt per region i perioden 2010 til 2021

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



Indikator 2: Positiv kirurgisk margin (pT2)

Tabel 2-1.

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margin

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 15% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Danmark	Nej	114 / 678	0 (0)	17	(14-20)	11	15
Hovedstaden	Nej	44 / 226	0 (0)	19	(15-25)	18	18
Sjælland	Nej	11 / 61	0 (0)	18	(9-30)	10	22
Syddanmark	Nej	16 / 101	0 (0)	16	(9-24)	9	15
Midtjylland	Ja	26 / 173	0 (0)	15	(10-21)	6	12
Nordjylland	Ja	17 / 117	0 (0)	15	(9-22)	10	8
Hovedstaden	Nej	44 / 226	0 (0)	19	(15-25)	18	18
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	33 / 149	0 (0)	22	(16-30)	19	17
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	11 / 77	0 (0)	14	(7-24)	16	21
Sjælland	Nej	11 / 61	0 (0)	18	(9-30)	10	22
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	11 / 61	0 (0)	18	(9-30)	10	22
Syddanmark	Nej	16 / 101	0 (0)	16	(9-24)	9	15
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	16 / 101	0 (0)	16	(9-24)	9	15
Midtjylland	Ja	26 / 173	0 (0)	15	(10-21)	6	12
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	11 / 49	0 (0)	22	(12-37)	7	22
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	15 / 124	0 (0)	12	(7-19)	5	5
Nordjylland	Ja	17 / 117	0 (0)	15	(9-22)	10	8
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	17 / 117	0 (0)	15	(9-22)	10	8

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikatoren beskriver andelen af radikalt prostatektomerede patienter med det postoperative intraprostatiske patologiske stadie pT2, der ikke har frie resektionsrande, også kaldet "tumorpositiv kirurgisk margin" (R+).

Resultater

På landsplan havde 114 af i alt 678 (17%) af patienter med intraprostatiske (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er markant højere end de tidligere år og standarden på 15% er ikke længere opfyldt nationalt. Den regionale variation spænder fra 12% i Hospitalsenheden Vest til 22% på Herlev-Gentofte Hospital og Aarhus Universitetshospital. Trenden i Figur 2-3 viser en svagt faldende tendens over perioden 2010-2020, efterfulgt af en konsistent stigning fra 2020 til 2021.

Diskussion og implikationer

Det tidsmæssige forløb leder tanken i retning af et artefakt, men registreringen af prostatektomi og af resektionsrand ikke er ændret i perioden. De nævnte forskelle beror snarere på patientselektion eller kirurgisk teknik, herunder anvendelse af nervesparende kirurgi, fremfor på regionale forskelle i den histopatologiske definition af "positiv kirurgisk margin". De opdaterede landsdækkende DAPROCA retningslinjer vedr. patoanatomisk diagnostik af prostatacancer indeholder præcise definitioner på disse to parametre (<https://www.dmcg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer/daproca/patoanatomisk-diagnostik-af-prostatacancer/>).

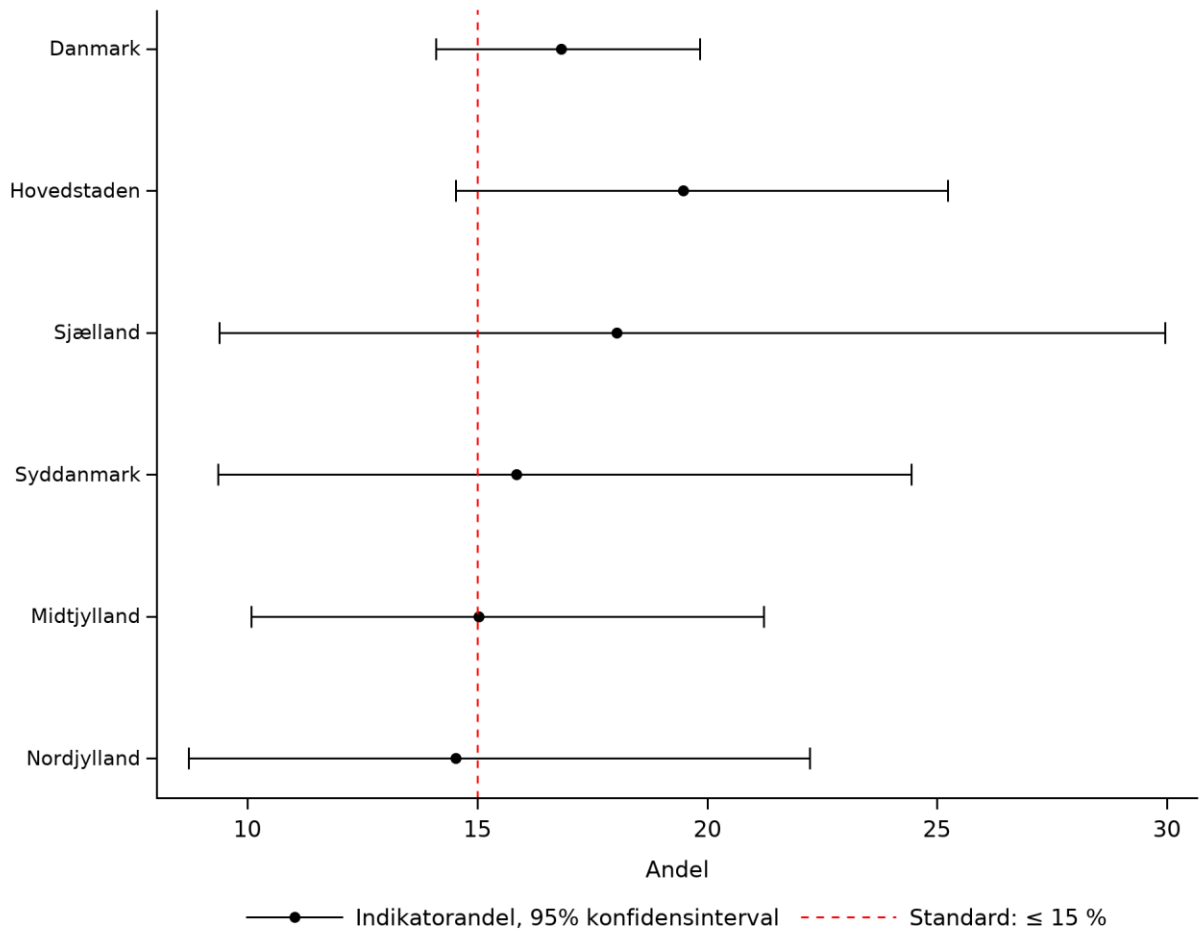
Da R+ øger risikoen for biokemisk recidiv (se særkapitel i 2020 årsrapporten) og mulig efterfølgende bivirkningsfyldt salvage strålebehandling og supplerende endokrinterapi samt ikke mindst et sygdoms-tilbagefald, anses det for betydende for behandlingskvaliteten, at der om muligt ikke efterlades cancervæv i forbindelse med det radikale operative indgreb. I store internationale serier (>1.000 opererede) angives frekvensen af R+ ved pT2 tumorer på mellem 5,8 og 17%, hvilket er i god overensstemmelse med indikatorens standard (Kang et al. 2020). En række faktorer øger endvidere risikoen for R+ ved pT2 tumorer (PSA-niveau samt stigende PSA-niveau og Gleason score) (Shenet al. 2019).

Vurdering af indikatoren

Om end det drejer sig om vigtig information, er niveauet og variationer uændret uden forklaring. Indikatoren anses fortsat ligesom indikator 3 uden større lærings- eller kvalitetsforbedrende potentiale.

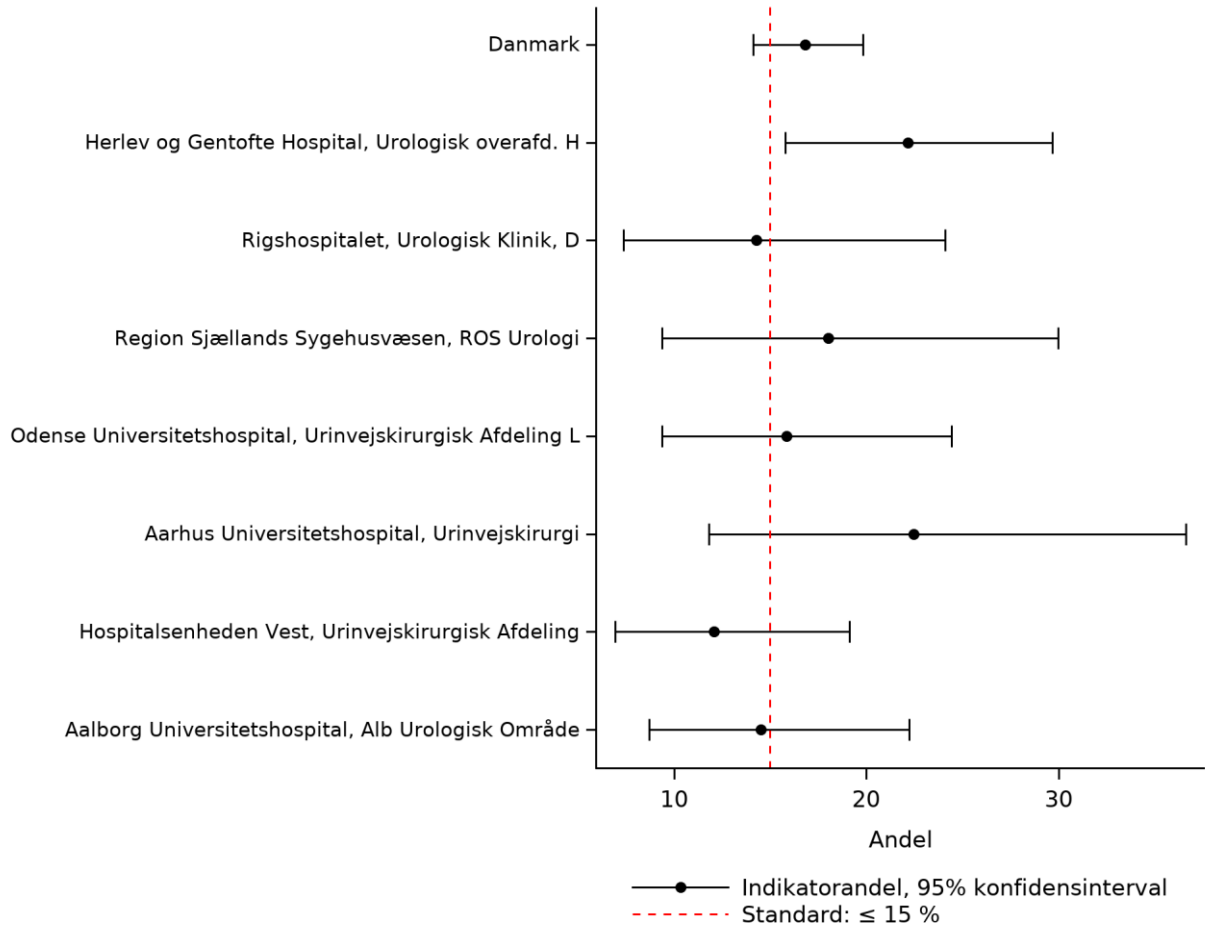
Figur 2-1. Positiv kirurgisk margin (pT2) for landet og på regionsniveau

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på regionsniveau.



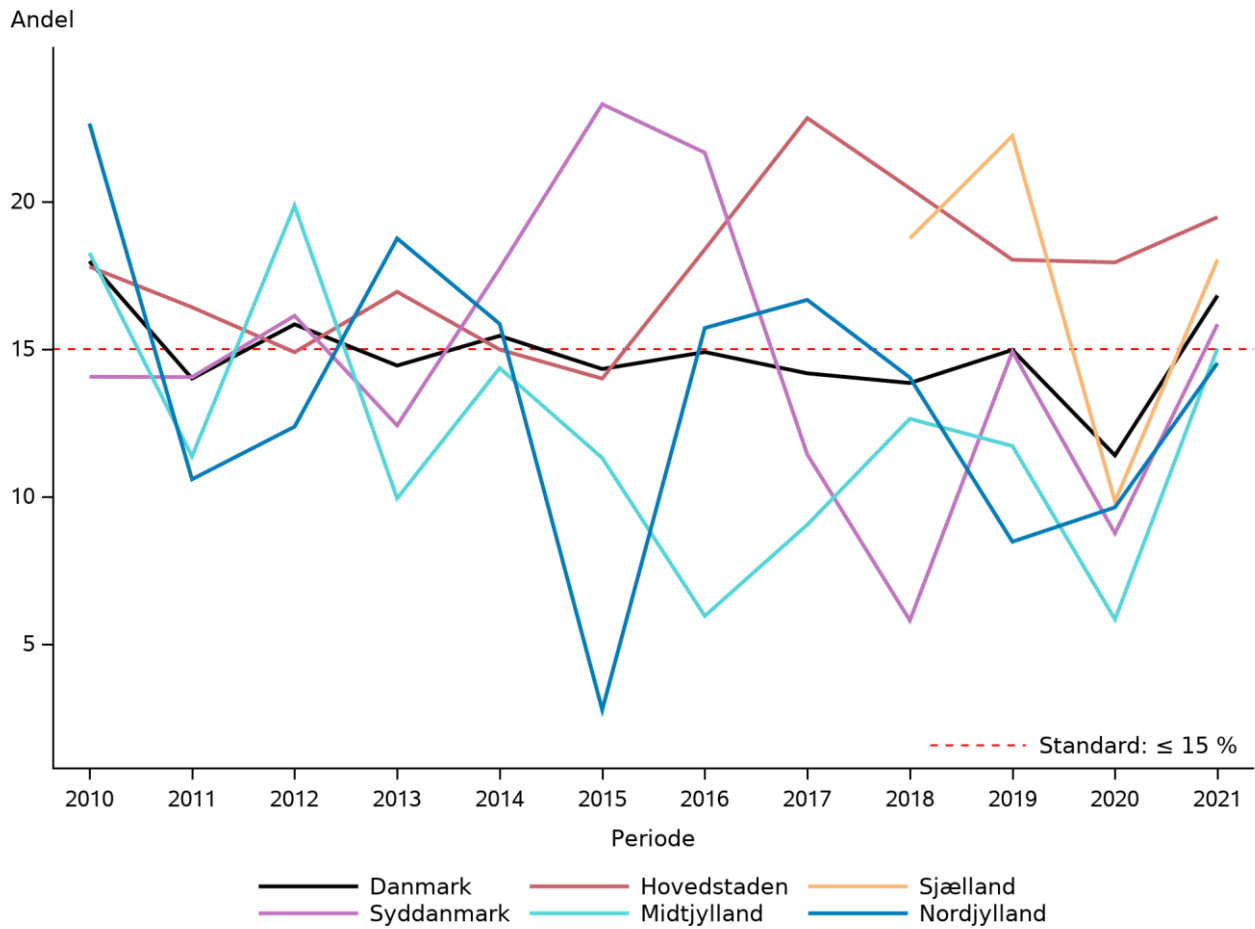
Figur 2-2. Positiv kirurgisk margin (pT2) per hospitalsafdeling

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 2-3. Trend i positiv kirurgisk margin (pT2) på regionsniveau i perioden 2010 til 2021

Indikator 2: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT3)

Tabel 3-1.

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 40% opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Danmark	Nej	217 / 530	0 (0)	41	(37-45)	39	50
Hovedstaden	Nej	61 / 141	0 (0)	43	(35-52)	40	50
Sjælland	Nej	42 / 93	0 (0)	45	(35-56)	39	50
Syddanmark	Ja	37 / 95	0 (0)	39	(29-49)	40	52
Midtjylland	Nej	43 / 102	0 (0)	42	(32-52)	38	45
Nordjylland	Ja	34 / 99	0 (0)	34	(25-45)	40	50
Hovedstaden	Nej	61 / 141	0 (0)	43	(35-52)	40	50
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	42 / 98	0 (0)	43	(33-53)	40	51
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	19 / 43	0 (0)	44	(29-60)	41	48
Sjælland	Nej	42 / 93	0 (0)	45	(35-56)	39	50
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	42 / 93	0 (0)	45	(35-56)	39	50
Syddanmark	Ja	37 / 95	0 (0)	39	(29-49)	40	52
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	37 / 95	0 (0)	39	(29-49)	40	52
Midtjylland	Nej	43 / 102	0 (0)	42	(32-52)	38	45
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	29 / 63	0 (0)	46	(33-59)	35	51
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	14 / 39	0 (0)	36	(21-53)	42	30
Nordjylland	Ja	34 / 99	0 (0)	34	(25-45)	40	50
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	34 / 99	0 (0)	34	(25-45)	40	50

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 3 beskriver andelen af patienter med postoperativt påviselige ekstraprostatiske (pT3) tumorer, som havde tumorpositiv kirurgisk margin (R+) efter radikal prostatektomi.

Resultater

Antallet af R+ ved cT3 tumorer har de sidste par år haft en fuldstændig ensartet udvikling, og den oprindelige udtalte regionale variation er det sidste tiår snævret ind til næsten ét punkt: 40%. Denne andel må i forbindelse med en fortsat mere aggressiv kirurgisk behandlingsstrategi forventes at afspejle et naturligt niveau og udgør i 2021-årsrapporten den fremtidige standard. På landsplan havde i 2021 41% af disse patienter en positiv kirurgisk margin og standard dermed næsten opfyldt. Den regionale variation er fortsat til stede med 34% i Aalborg og 46% i Aarhus.

Den tidsmæssige trend viser en svagt stigende tendens over perioden 2010-2021. Det er påfaldende hvordan andelen med positiv margin er steget konsistent fra 2018 til 2019, og faldet konsistent fra 2019 til 2020.

Diskussion og implikationer

Antallet af R+ ved cT3 tumorer har de sidste par år haft en fuldstændig ensartet udvikling, med en stigning fra 2018 til 2019 og et fælles fald i 2020. Som ved pT2 tumorer (Figur 2-3) leder dette tanken på et data artefakt, men de to forløb er ikke sammenfaldende, og der er ikke kendte ændringer i datadefinitioner som kan tænkes at bidrage. Den høje og stigende andel må i forbindelse med en fortsat mere aggressiv kirurgisk behandlingsstrategi forventes at afspejle et naturligt niveau og udgøre derfor den fremtidige standard, understøttet af niveauet i store internationale serier (Kang et al. 2020). I protokollen SPCG-15 opereres kliniske T3 tumorer, og særligt studieaktive centre kan påvirkes heraf.

Frekvensen af patienter, som opereres ”i sundt væv”, anses for at udgøre en naturlig indikator for behandlingskvalitet.

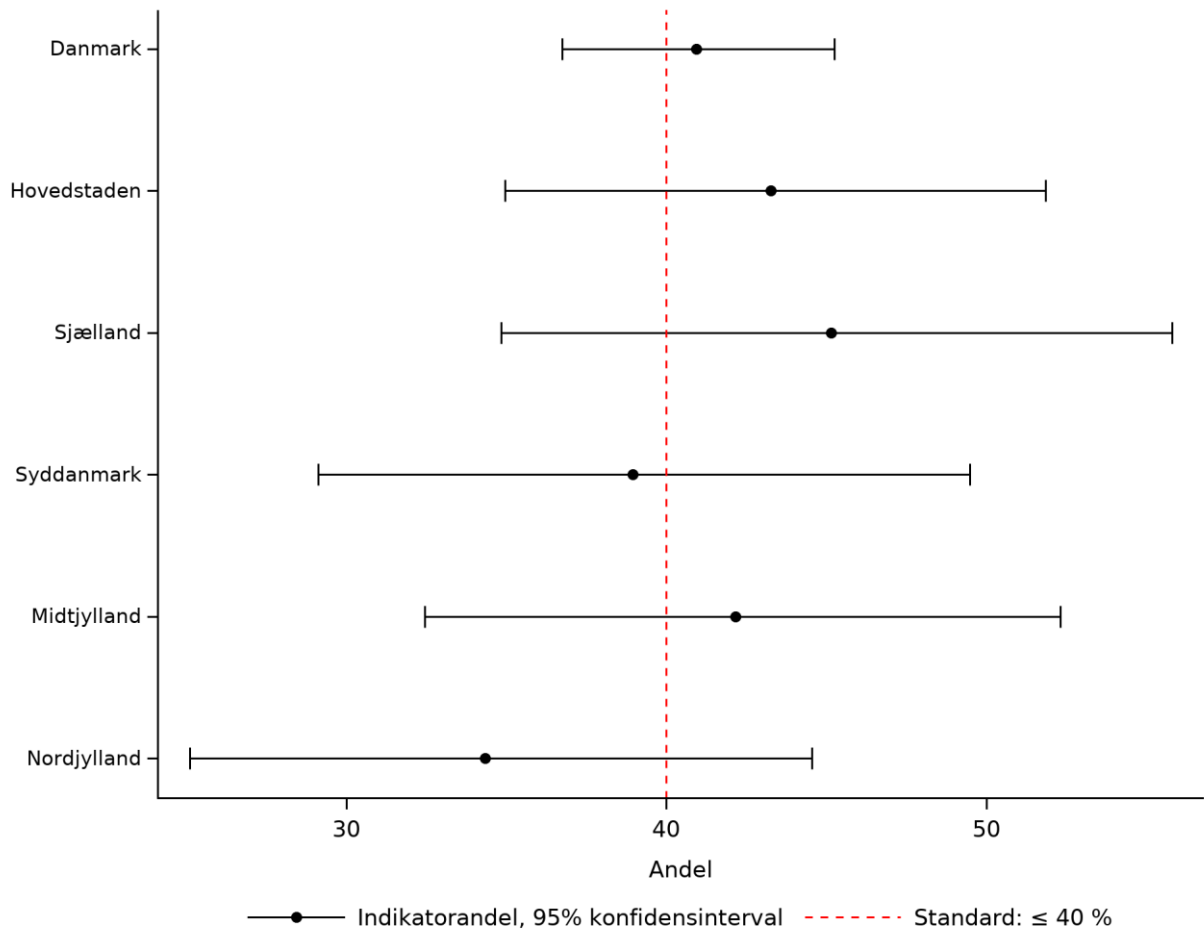
Indførelse af diagnostisk MR-skanning må forventes at optimere den præoperative information om tumorernes udbredelse (kliniske T-stadie) og dermed øge muligheden for at reducere andelen af tumorpositive kirurgiske marginer.

Vurdering af indikatoren

Om end det drejer sig om vigtig information, er niveauet og variationer uændret uden forklaring. Indikatoren anses fortsat ligesom indikator 2 uden større lærings- eller kvalitetsforbedrende potentiale. Indikator 2 og 3 ønskes gerne opkvalificeret, fx gennem yderligere histopatologisk karakteristik.

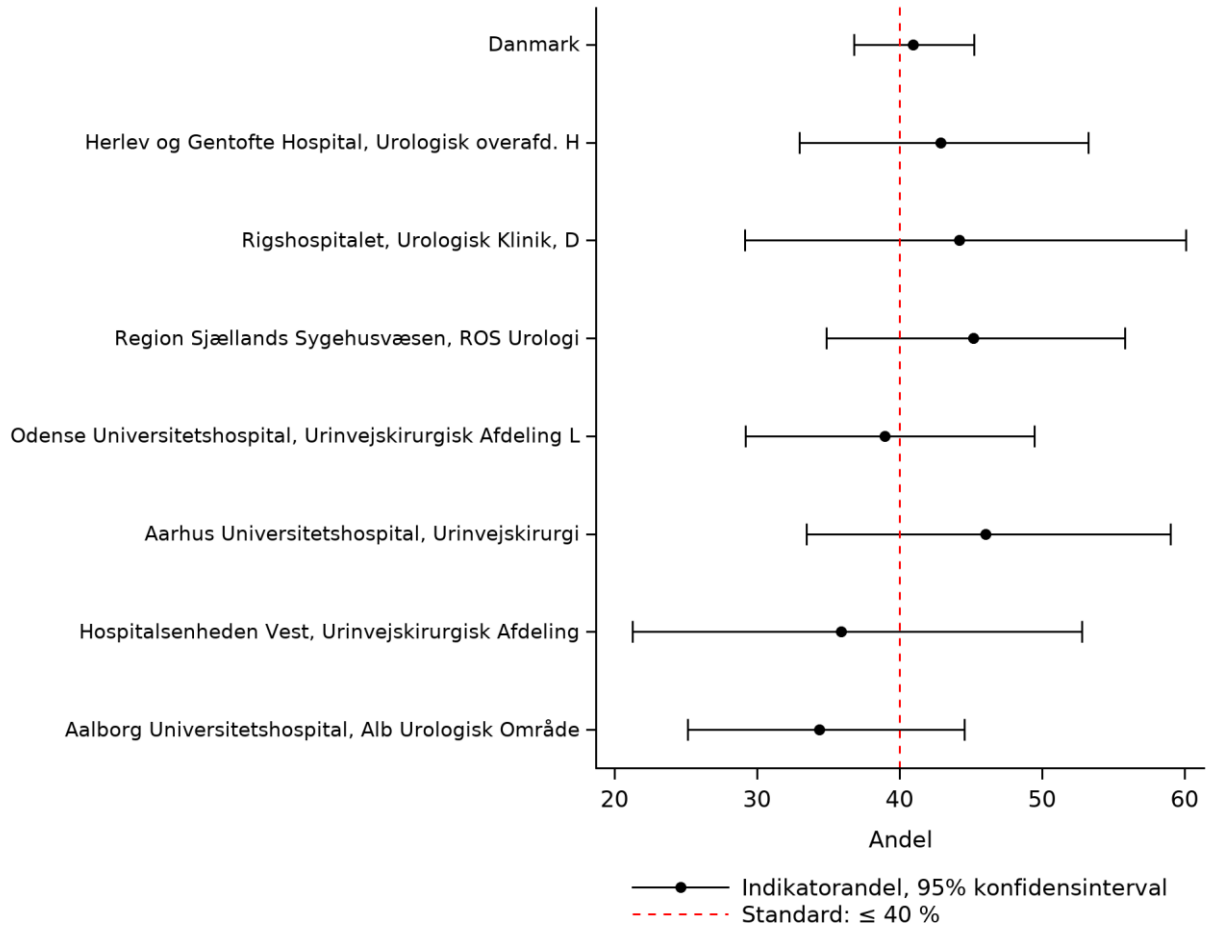
Figur 3-1. Positiv kirurgisk margin (pT3) for landet og på regionsniveau

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på regionsniveau.



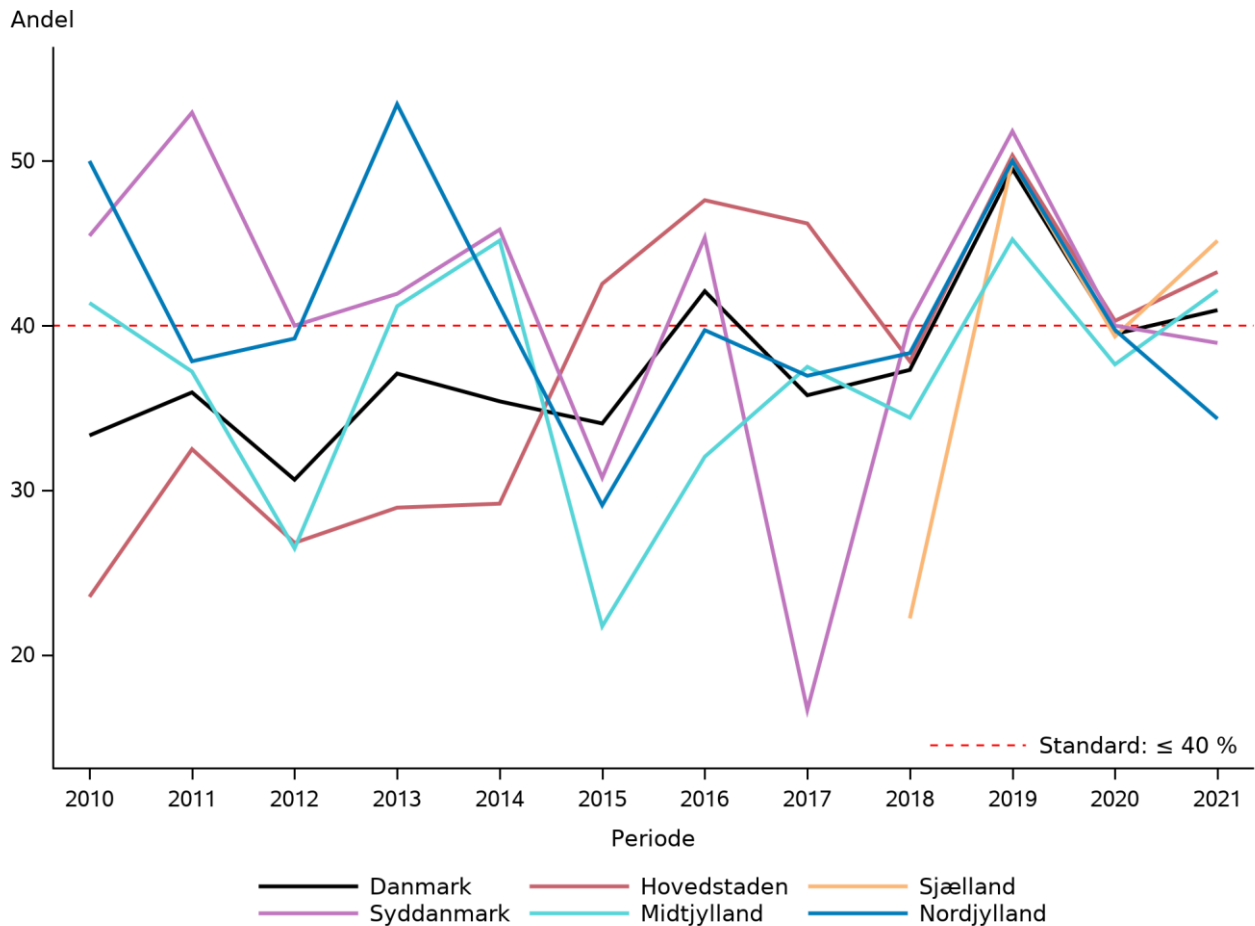
Figur 3-2. Positiv kirurgisk margin (pT3) per hospitalsafdeling

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 3-3. Trend i positiv kirurgisk margin (pT3) på regionsniveau i perioden 2010 til 2021

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Morbiditet 30 dage (genindlæggelse)

Tabel 4-1.

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 10% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	143 / 1.226	0 (0)	12	(10-14)	11	13
Hovedstaden	Nej	48 / 371	0 (0)	13	(10-17)	13	14
Sjælland	Nej	20 / 154	0 (0)	13	(8-19)	13	14
Syddanmark	Ja	18 / 201	0 (0)	9	(5-14)	9	8
Midtjylland	Nej	32 / 284	0 (0)	11	(8-16)	12	17
Nordjylland	Nej	25 / 216	0 (0)	12	(8-17)	5	5
Hovedstaden	Nej	48 / 371	0 (0)	13	(10-17)	13	14
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	28 / 249	0 (0)	11	(8-16)	12	12
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	20 / 122	0 (0)	16	(10-24)	13	19
Sjælland	Nej	20 / 154	0 (0)	13	(8-19)	13	14
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	20 / 154	0 (0)	13	(8-19)	13	14
Syddanmark	Ja	18 / 201	0 (0)	9	(5-14)	9	8
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	18 / 201	0 (0)	9	(5-14)	9	8
Midtjylland	Nej	32 / 284	0 (0)	11	(8-16)	12	17
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	11 / 121	0 (0)	9	(5-16)	12	15
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	21 / 163	0 (0)	13	(8-19)	11	18
Nordjylland	Nej	25 / 216	0 (0)	12	(8-17)	5	5
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	25 / 216	0 (0)	12	(8-17)	5	5

KOMMENTAR

Resultater

På landsplan blev 143 ud af 1.226 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.

Den tidligere afdelingsvariation er mindsket med standardopfyldelse i Odense og Aarhus (9%) mod 16% på Rigshospitalet. På regionsniveau varierer genindlæggelsesfrekvensen fra 12% i Region Nordjylland til 13% i Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Trend grafen (Figur 4-3) viser stabile processer i regionerne og i landet som helhed. Dog bemærkes den høje genindlæggelsesandel i Region Sjælland i 2018, da man startede på radikal prostatektomi i regionen.

Da 12% af de radikalt prostatektomerede patienter blev genindlagt inden for 30 dage efter operationen, er standarden på $\leq 10\%$ ikke opfyldt på landsplan. Indikatorresultatet er på niveau med de seneste år.

Diskussion og implikationer

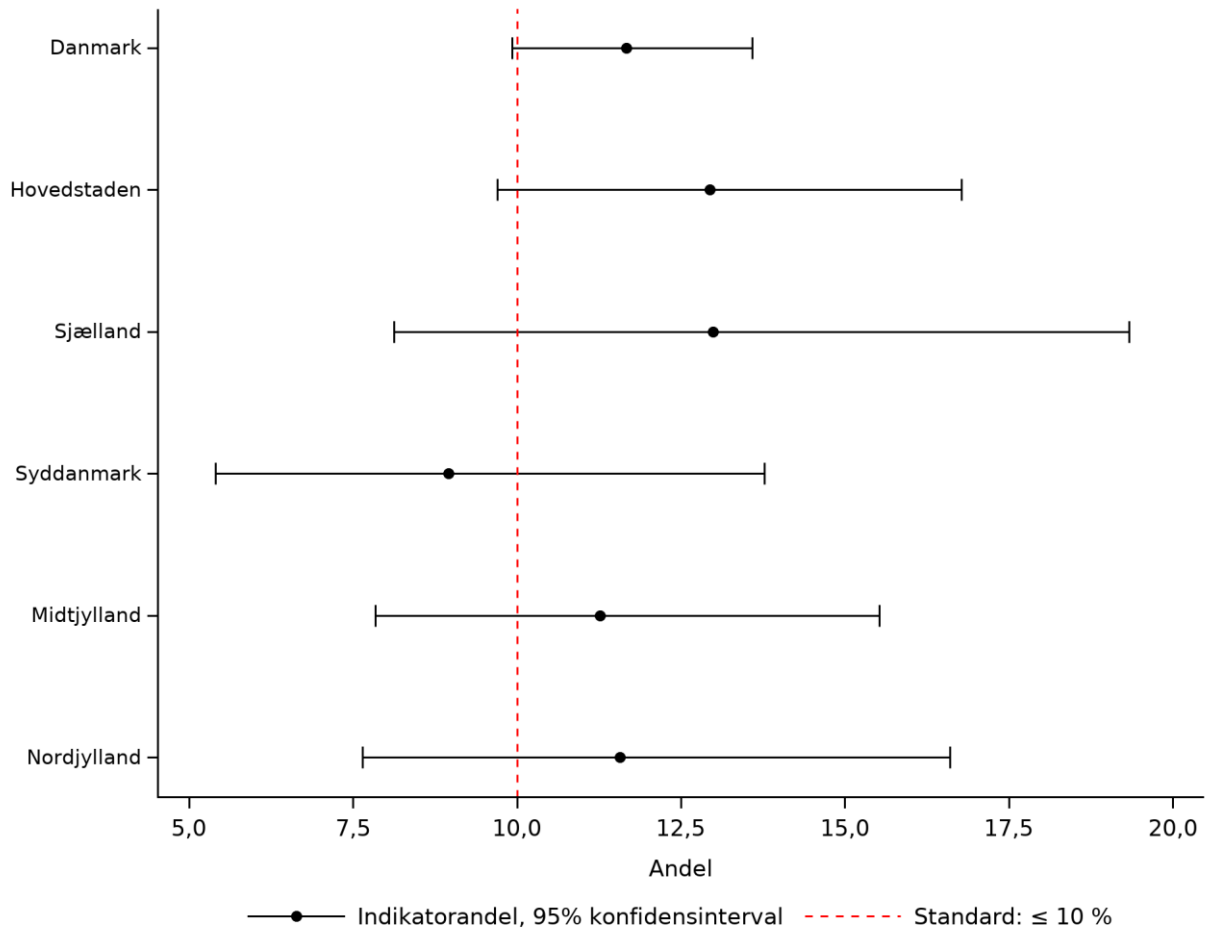
Da indlæggelsesårsagen kan have baggrund i meget varierende komplikationssværhedsgrad, kan selv en lav rate være forbundet med meget alvorlige tilstande. Genindlæggelsesmålet på 12% er givetvis overvurderet, da patienter vil kunne indlægges af årsager uden relation til indgrebet, ligesom værdien af indlæggelseslængde udover 3 døgn kun forekommer hos få og uden oplysninger om den faktiske indlæggelseslængde eller årsag hertil. Den komplikationsbaserede monitorering anses for mere retvisende end de eksisterende indlæggelsesbaserede surrogatmål og vil afløse de to eksisterende indikatorer 4 og 5.

Vurdering af indikatoren

Da indikatorens standard knapt er indfriet på nationalt niveau og fortsat dækker over lokale variationer, anses monitorering af postoperative komplikationer fortsat indiceret. Den eksisterende Indikator 4 ligger stabil sammenlignet med data fra 2017 og ønskes som surrogatmarkør for komplikation afviklet i forhold til den nye Indikator 4a. Her anvendes en modificeret Clavien-Dindo gradering af registrerede komplikationer i relation til den kirurgiske behandling. Kodevejledningen bagerst i rapporten indeholder de hyppigst forekommende komplikationskoder fra DUS kodebog.

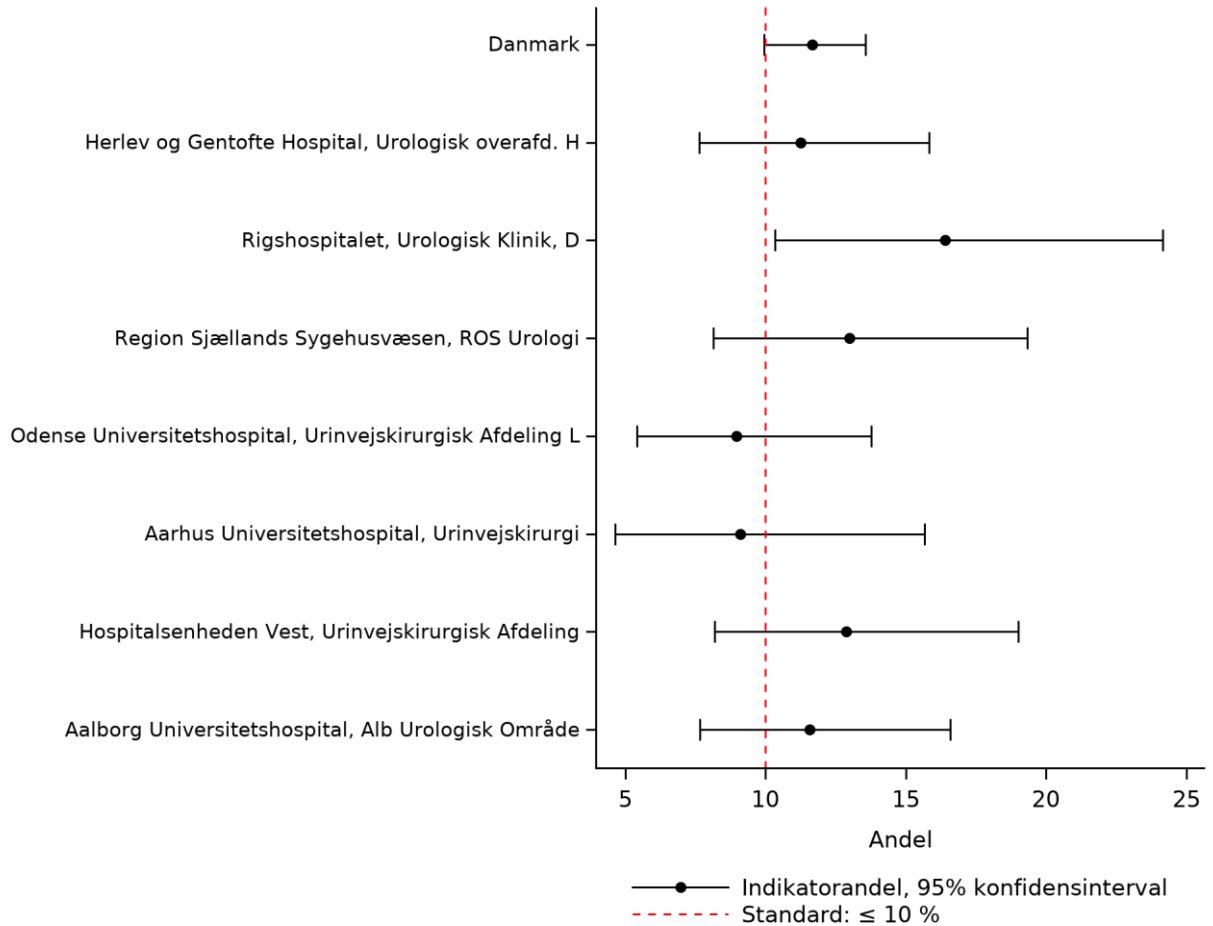
Figur 4-1. Postoperativ morbiditet for landet og på regionsniveau

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Kontrolldiagram på regionsniveau.



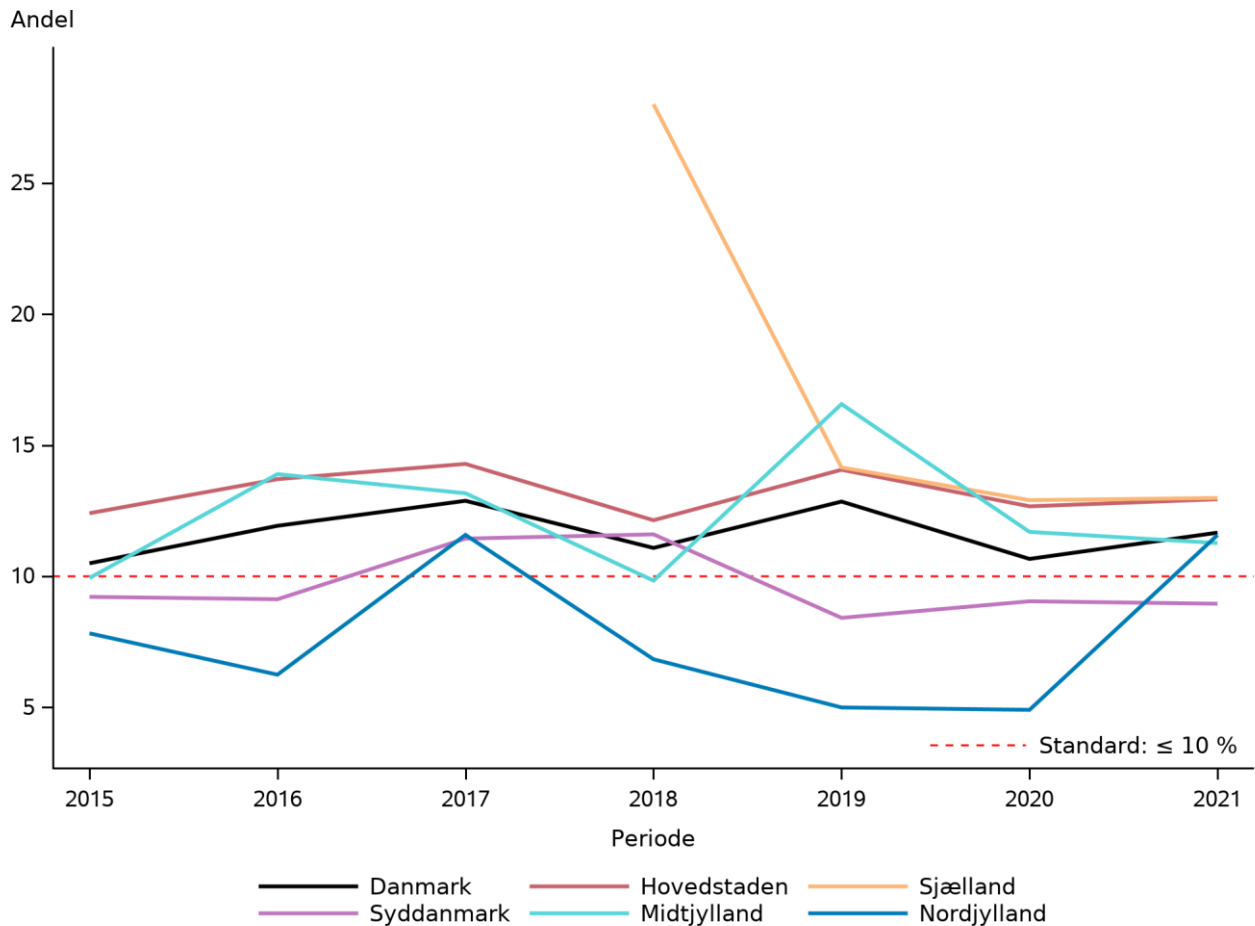
Figur 4-2. Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 4-3. Trend i postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2021

Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4a (suppl.): Kirurgiske komplikationer

Tabel 4a-1.

Indikator 4a: (Suppl) Andel af radikalt prostektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Danmark		83 / 1.080	0 (0)	8	(6-9)	5	6
Hovedstaden		22 / 325	0 (0)	7	(4-10)	5	5
Sjælland		15 / 135	0 (0)	11	(6-18)	6	8
Syddanmark		9 / 182	0 (0)	5	(2-9)	4	4
Midtjylland		18 / 246	0 (0)	7	(4-11)	7	9
Nordjylland		19 / 192	0 (0)	10	(6-15)	4	4
Hovedstaden		22 / 325	0 (0)	7	(4-10)	5	5
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		10 / 219	0 (0)	5	(2-8)	5	5
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		12 / 106	0 (0)	11	(6-19)	6	5
Sjælland		15 / 135	0 (0)	11	(6-18)	6	8
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		15 / 135	0 (0)	11	(6-18)	6	8
Syddanmark		9 / 182	0 (0)	5	(2-9)	4	4
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		9 / 182	0 (0)	5	(2-9)	4	4
Midtjylland		18 / 246	0 (0)	7	(4-11)	7	9
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		5 / 102	0 (0)	5	(2-11)	7	10
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		13 / 144	0 (0)	9	(5-15)	8	9
Nordjylland		19 / 192	0 (0)	10	(6-15)	4	4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		19 / 192	0 (0)	10	(6-15)	4	4

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Denne nye indikator søger at måle forekomsten af kirurgiske komplikationer efter prostatektomi med en programmeret Clavien-Dindo score. Der anvendes i beregningen de specifikke registrerede komplikationer. Indikatoren tænkes at kunne afløse Indikator 4 (genindlæggelse uanset årsagen hertil) og Indikator 5 (varigheden af indlæggelsen med prostatektomi). Der er i beregningen anvendt 31 kodede komplikationer.

Indikatorberegningen er foretaget med LPR3 data fra årene 2019-2021. Beregningen forudsætter tre måneders opfølgningstid, og antallet af prostatektomerede mænd (1,080) er derfor lavere end ved Indikator 4 og 5 (1,226).

Resultater og diskussion

For landet som helhed var andelen af patienter med Clavien-Dindo score på 3 eller højere 8% (83/1080). Andelen varierede fra 5% i Region Syddanmark til 11% i Region Sjælland. Med erfaringen fra de hidtidig anvendte surrogatmarkører for postoperative komplikationer er variationen mellem de opererende centre, som forventet heller ikke stor, om end den ligger med en spredning fra 5 til 11%. Lavest ligger Herlev-Gentofte, Odense og Aarhus med 5%. De hyppigst registrerede komplikationer udgøres af anastomoseproblemer/lækage (n=46), sårruptur (n=26), lymphocele (n=22), hæmatom (n=11) og intraabdominal absces (n=9).

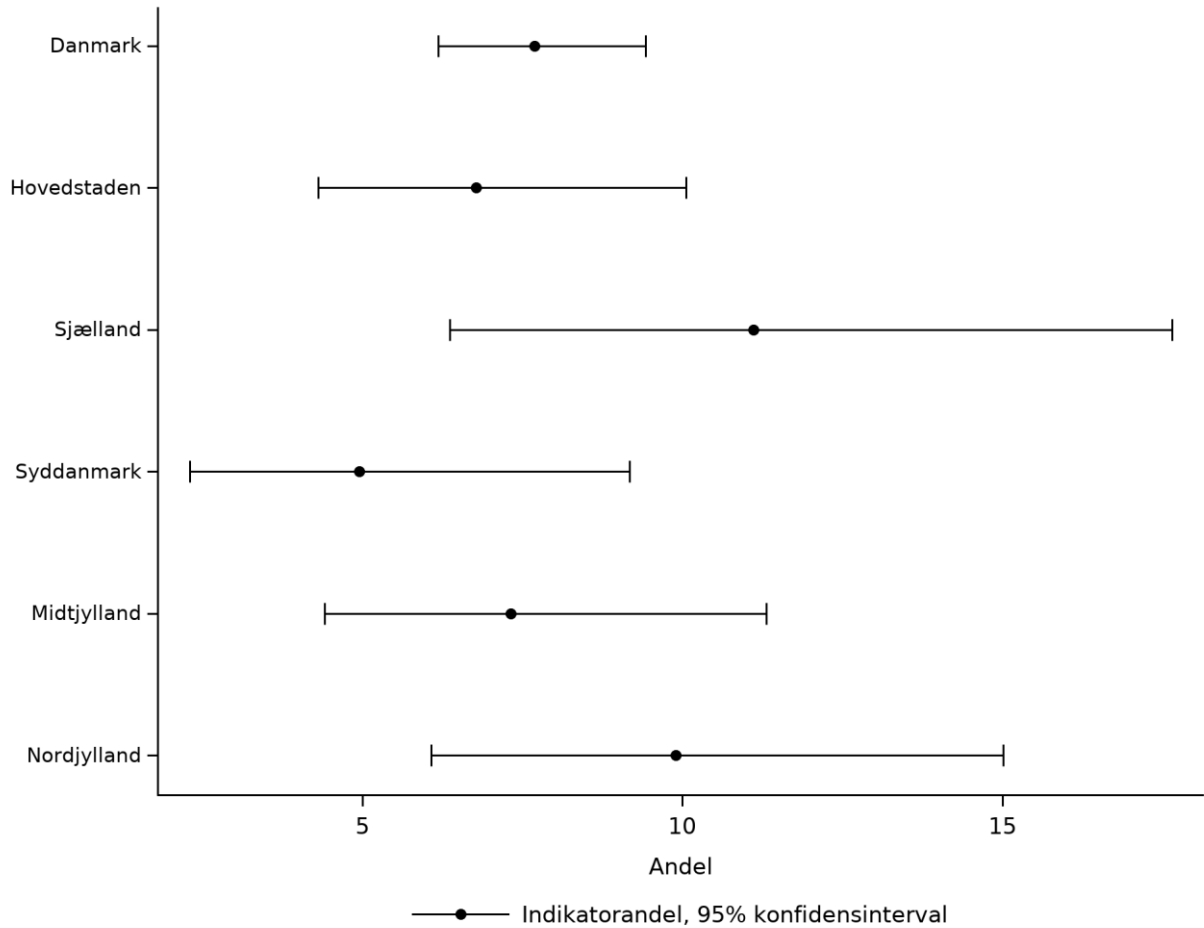
Vurdering af indikatoren

Sammenlignes den nye Indikator 4a (Clavien-Dindo) med Indikator 4 (genindlæggelse) og Indikator 5 (lang indlæggelse, ses stor forskel i niveau: 8%, 12% og 2% på landsplan. Sammenligning af Figur 4a-1, 4-1 og 5-1 og af Figur 4a-2, 4-2 og 5-2 viser relativt ensartede mønstre, og det er vurderet at forskellen i niveau overvejende er udtryk for en skala-effekt. Altså at man måler næsten det samme, men på forskellige skalaer. På den baggrund foreslås det at Indikator 4 med den højeste andel (12%) kan fravælges da der medtages indlæggelser uden sammenhæng med prostatektomien. Det foreslås ligeledes at Indikator 5 kan fravælges idet andelen af patienter med lang indlæggelse er meget lav (2%; 29 patienter i 2021 og faldende over tid (Figur 5-3).

Standarden for Indikator 4a bibeholdes på 10%.

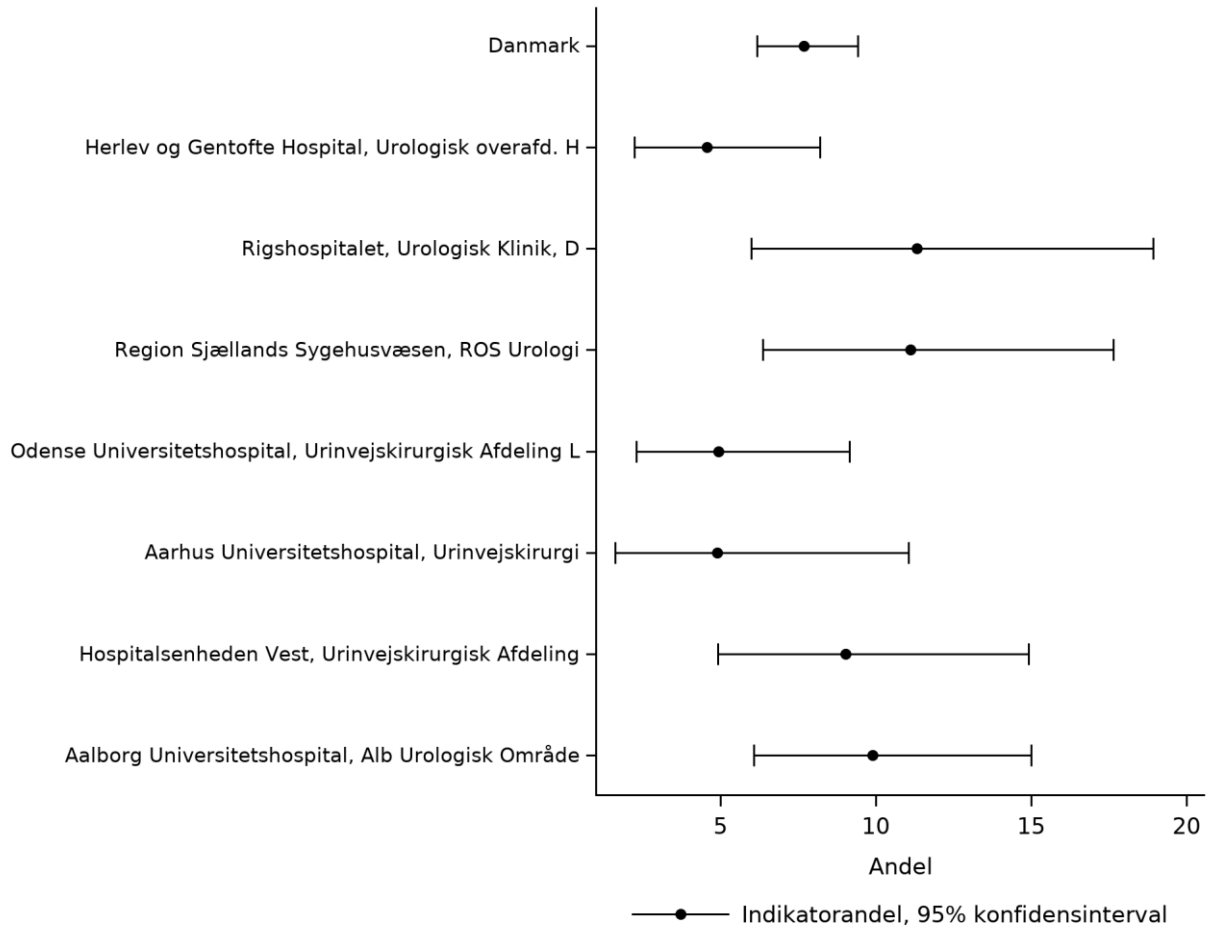
Figur 4a-1. Kirurgiske komplikationer for landet og på regionsniveau

Indikator 4a: (Suppl) Andel af radikalt prostektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 4a-2. Kirurgiske komplikationer per hospitalsafdeling

Indikator 4a: (Suppl) Andel af radikalt prostektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostektomi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 5: Postoperativ morbiditet (indlæggelsens varighed)**Tabel 5-1.**

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	Andel
Danmark	Ja	29 / 1.226	0 (0)	2	(2-3)	3	4
Hovedstaden	Ja	15 / 371	0 (0)	4	(2-7)	3	5
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-5)	5	1
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-4)	1	1
Midtjylland	Ja	4 / 284	0 (0)	1	(0-4)	4	4
Nordjylland	Ja	6 / 216	0 (0)	3	(1-6)	1	4
Hovedstaden	Ja	15 / 371	0 (0)	4	(2-7)	3	5
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	7 / 249	0 (0)	3	(1-6)	3	6
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	8 / 122	0 (0)	7	(3-13)	2	3
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-5)	5	1
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-5)	5	1
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-4)	1	1
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-4)	1	1
Midtjylland	Ja	4 / 284	0 (0)	1	(0-4)	4	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	#/#	0 (0)	2	(0-6)	6	8
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	#/#	0 (0)	1	(0-4)	2	0
Nordjylland	Ja	6 / 216	0 (0)	3	(1-6)	1	4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	6 / 216	0 (0)	3	(1-6)	1	4

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

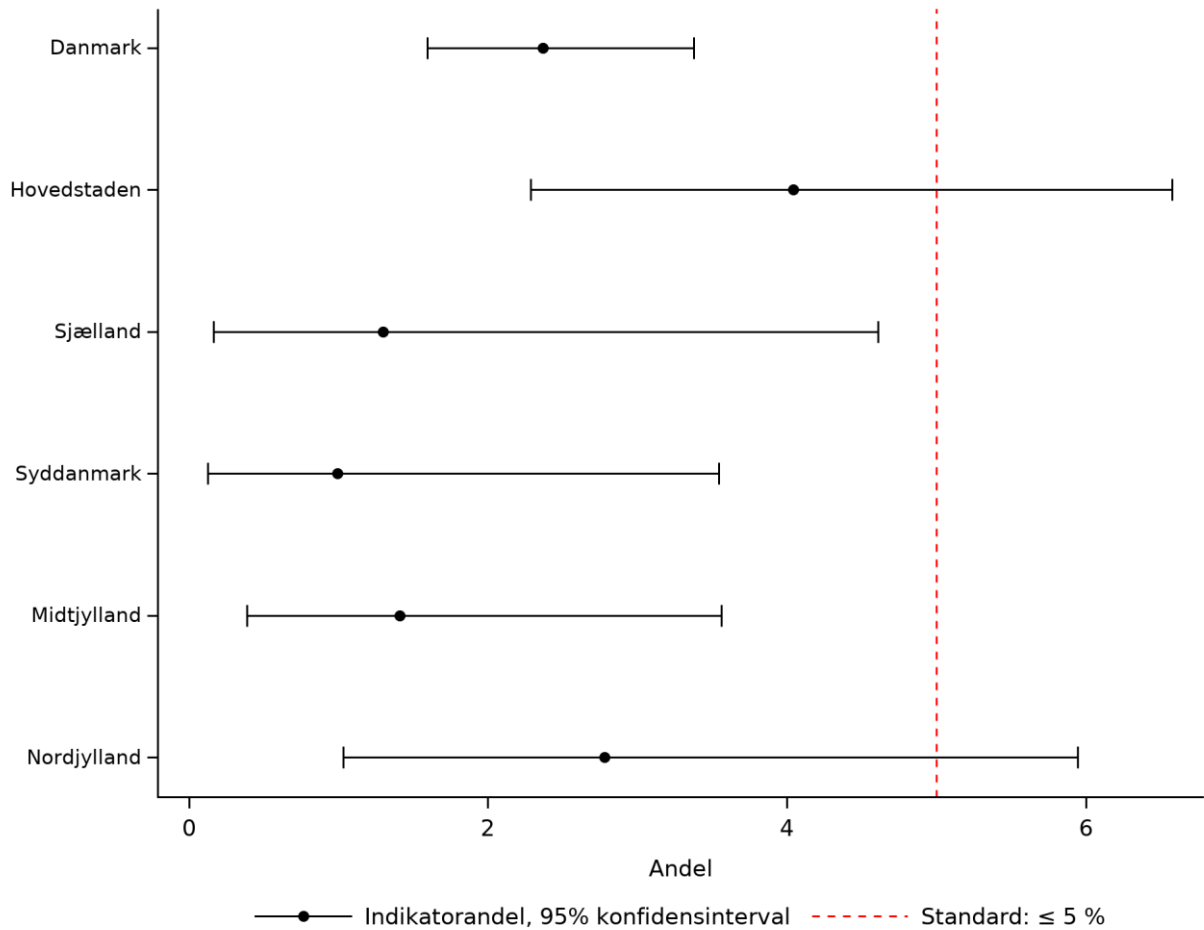
På landsplan blev blot 29 patienter ud af 1.226 (2%) radikalt prostatektomerede patienter udskrevet efter mere end 3 døgns indlæggelse. Dette er lidt lavere end de seneste år, og standarden på $\leq 5\%$ er opfyldt på landsplan. Alle afdelinger på nær Rigshospitalet lever op til standarden.

Vurdering af indikatoren

Over de seneste ti år er såvel den regionale variation og antallet af patienter med en postoperativ indlæggelse på mere end 3 døgn generelt faldet (Figur 5-3). Som nævnt under Indikator 4 og 4a, udgør genindlæggelsesfrekvensen, sammen med den forlængede indlæggelse, aktuelt den bedste surrogatmarkør for peri- og postoperative komplikationer. Som kommenteret under Indikator 4 og 4a er det også her et ønske at overgå til anvendelse af komplikationsspecifikke diagnosekoder og indføre den programmerede version af Clavien-Dindo's komplikationsscore (Indikator 4a) og Indikator 5 udgår derfor.

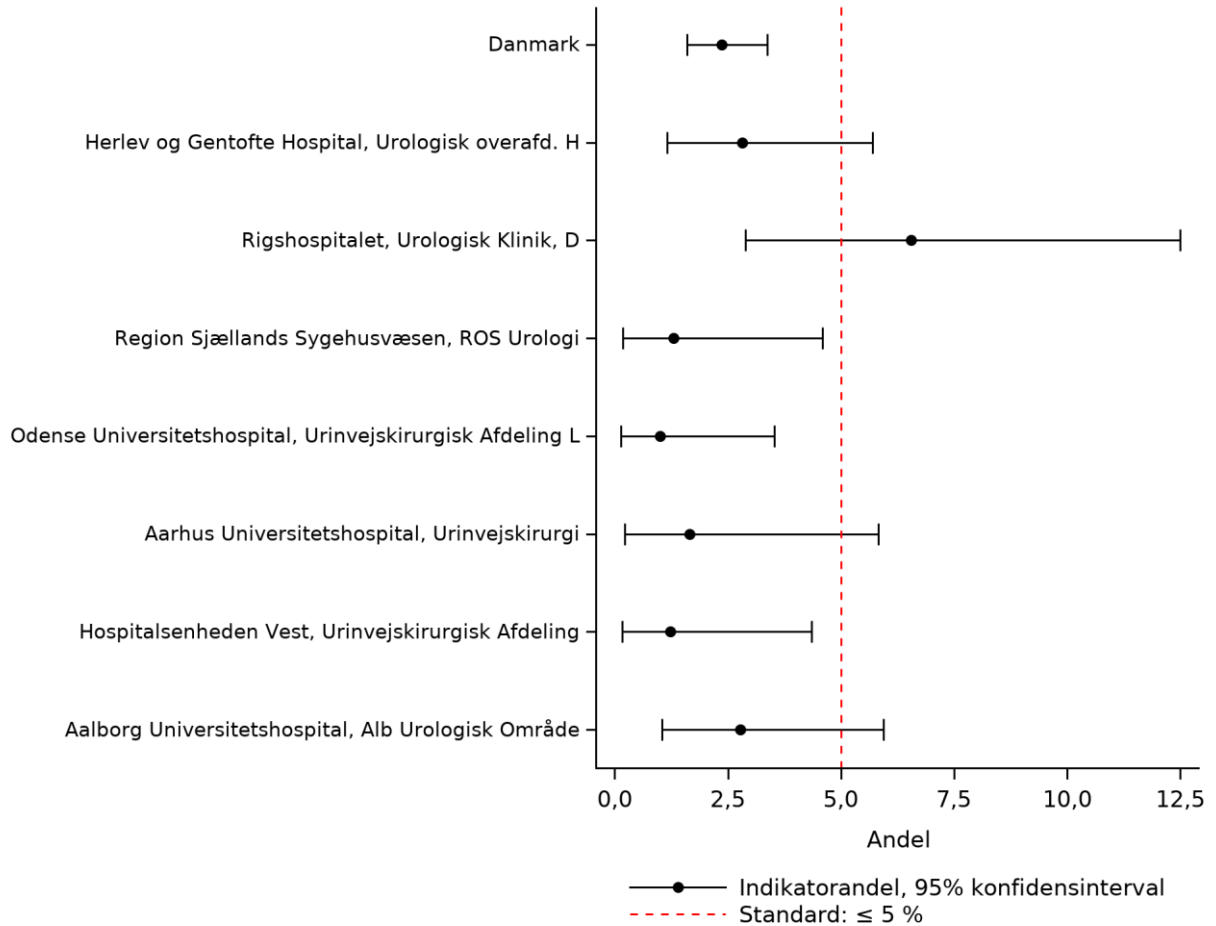
Figur 5-1. Postoperativ morbiditet for landet og på regionsniveau

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Kontrolldiagram på regionsniveau.



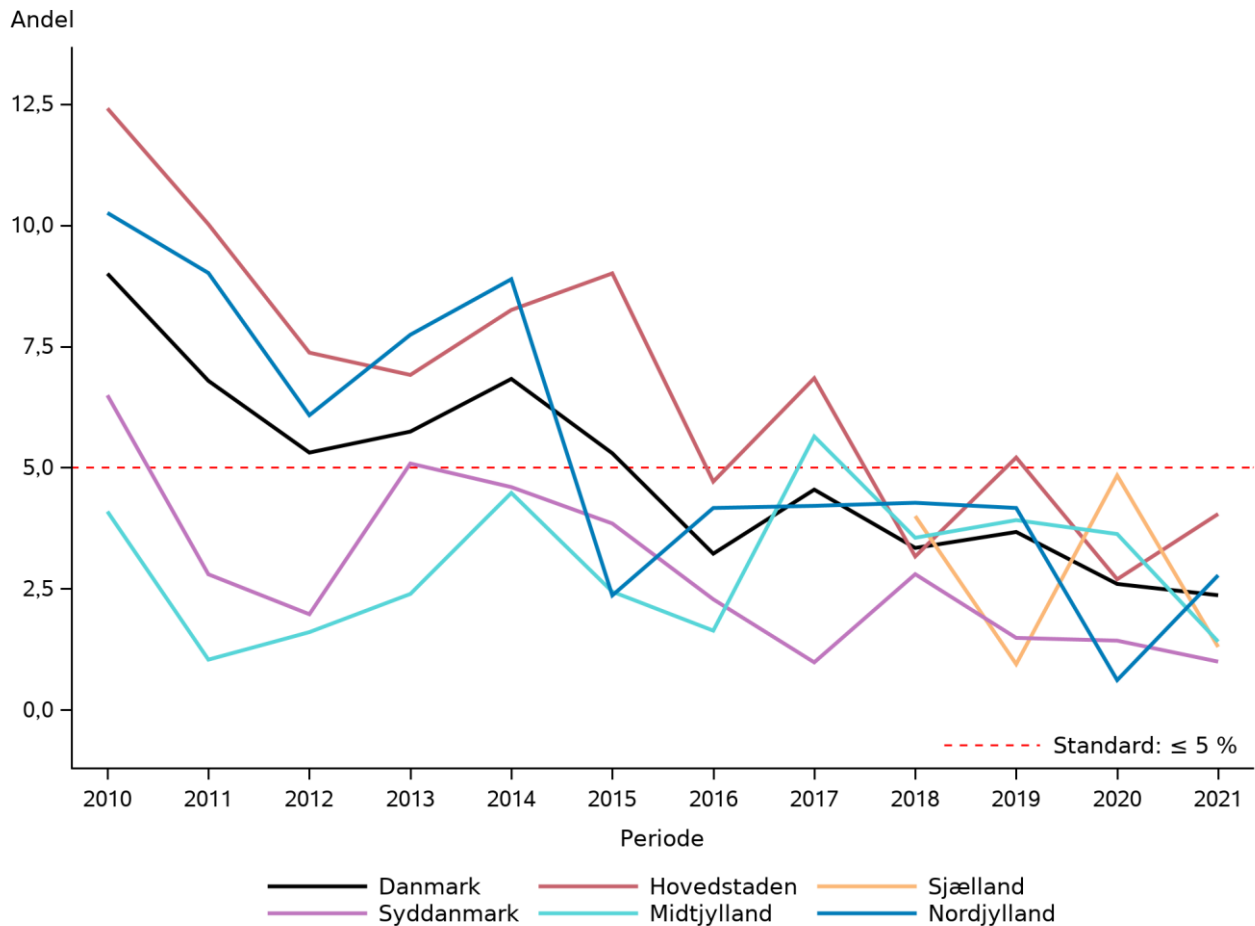
Figur 5-2. Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 5-3. Trend for postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2021

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6: Datakomplethed, diagnoseskema

Tabel 6-1.

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	Andel
Danmark	Nej	3.189 / 4.357	0 (0)	73	(72-75)	74	86
Hovedstaden	Nej	190 / 1.097	0 (0)	17	(15-20)	21	65
Sjælland	Ja	600 / 628	0 (0)	96	(94-97)	98	91
Syddanmark	Nej	830 / 996	0 (0)	83	(81-86)	78	90
Midtjylland	Ja	1.010 / 1.031	0 (0)	98	(97-99)	97	97
Nordjylland	Ja	559 / 589	0 (0)	95	(93-97)	98	88
Hovedstaden	Nej	190 / 1.097	0 (0)	17	(15-20)	21	65
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	0 / 14	0 (0)	0	(0-23)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	#/#	0 (0)	0	(0-1)	0	61
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	189 / 337	0 (0)	56	(51-61)	75	79
Sjælland	Ja	600 / 628	0 (0)	96	(94-97)	98	91
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	600 / 628	0 (0)	96	(94-97)	98	91
Syddanmark	Nej	830 / 996	0 (0)	83	(81-86)	78	90
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	298 / 415	0 (0)	72	(67-76)	73	97
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Ja	194 / 206	0 (0)	94	(90-97)	94	98
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Nej	69 / 90	0 (0)	77	(67-85)	91	75
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	269 / 285	0 (0)	94	(91-97)	68	83
Midtjylland	Ja	1.010 / 1.031	0 (0)	98	(97-99)	97	97

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	518 / 533	0 (0)	97	(95-98)	95	96
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	492 / 498	0 (0)	99	(97-100)	99	100
Nordjylland	Ja	559 / 589	0 (0)	95	(93-97)	98	88
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	424 / 431	0 (0)	98	(97-99)	99	84
Regionshospitalet Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Nej	135 / 158	0 (0)	85	(79-91)	96	96
Privathospitaler							
Privathospitaler/speciall æger	Nej	0 / 16	0 (0)	0	(0-21)	0	8

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

På landsplan fik 73% af alle patienter med nydiagnosticerede prostatacancer angivet PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskema. Standarden på 90% er fortsat ikke opfyldt på landsplan.

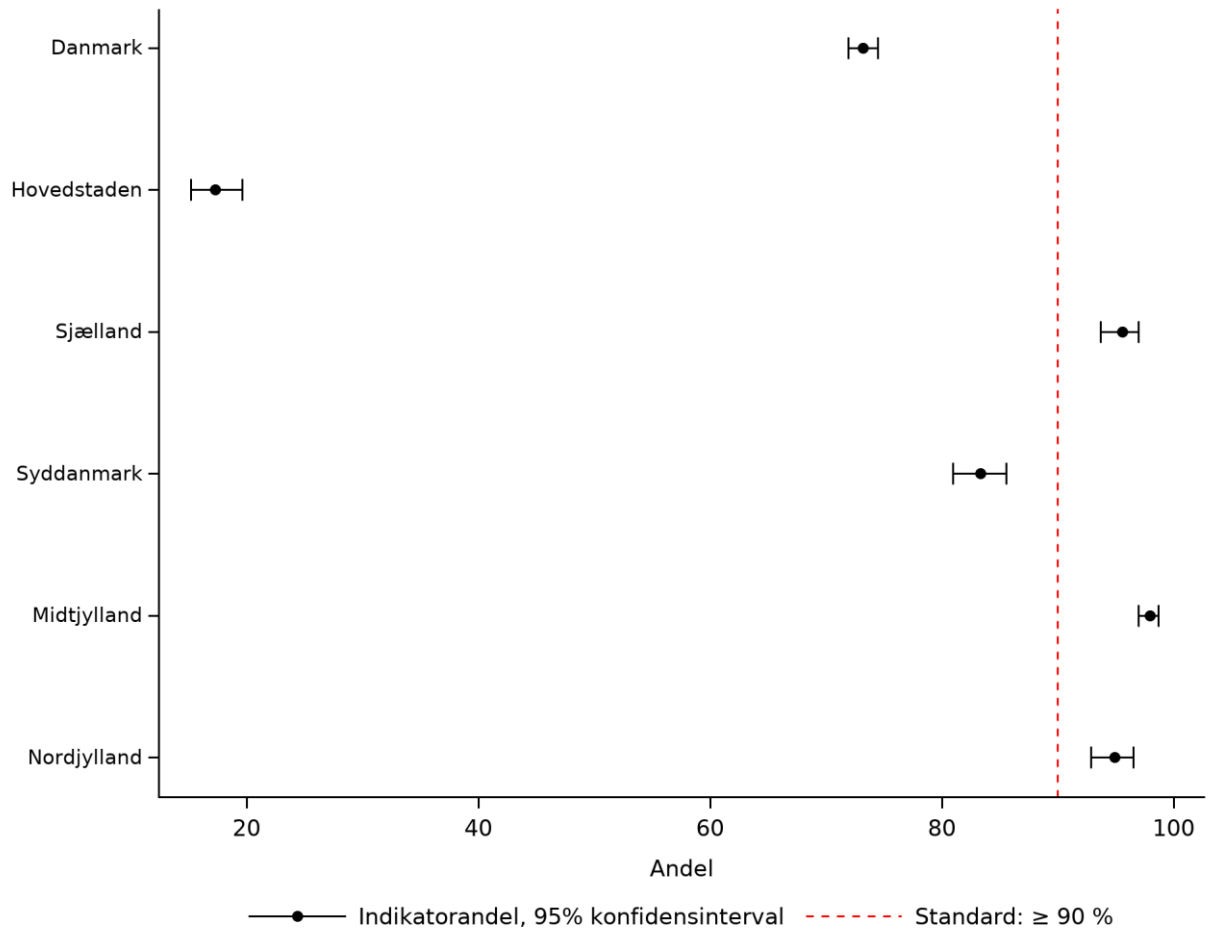
Det bemærkes, at efterlevelsen af indikatoren har været stærkt varierende for de enkelte afdelinger over tid.

Diskussion og implikationer og vurdering af indikatoren

I den aktuelle opgørelsesperiode har det været muligt at indhente hele landets PSA-data fra laboratoriedatabasen, og data om cTNM er nu indhentet fra LPR. Det foreslås derfor at skemaindberetningen ophører og at alle beregninger af stadie, PSA og risikogruppe baseres på de centralt registrerede data.

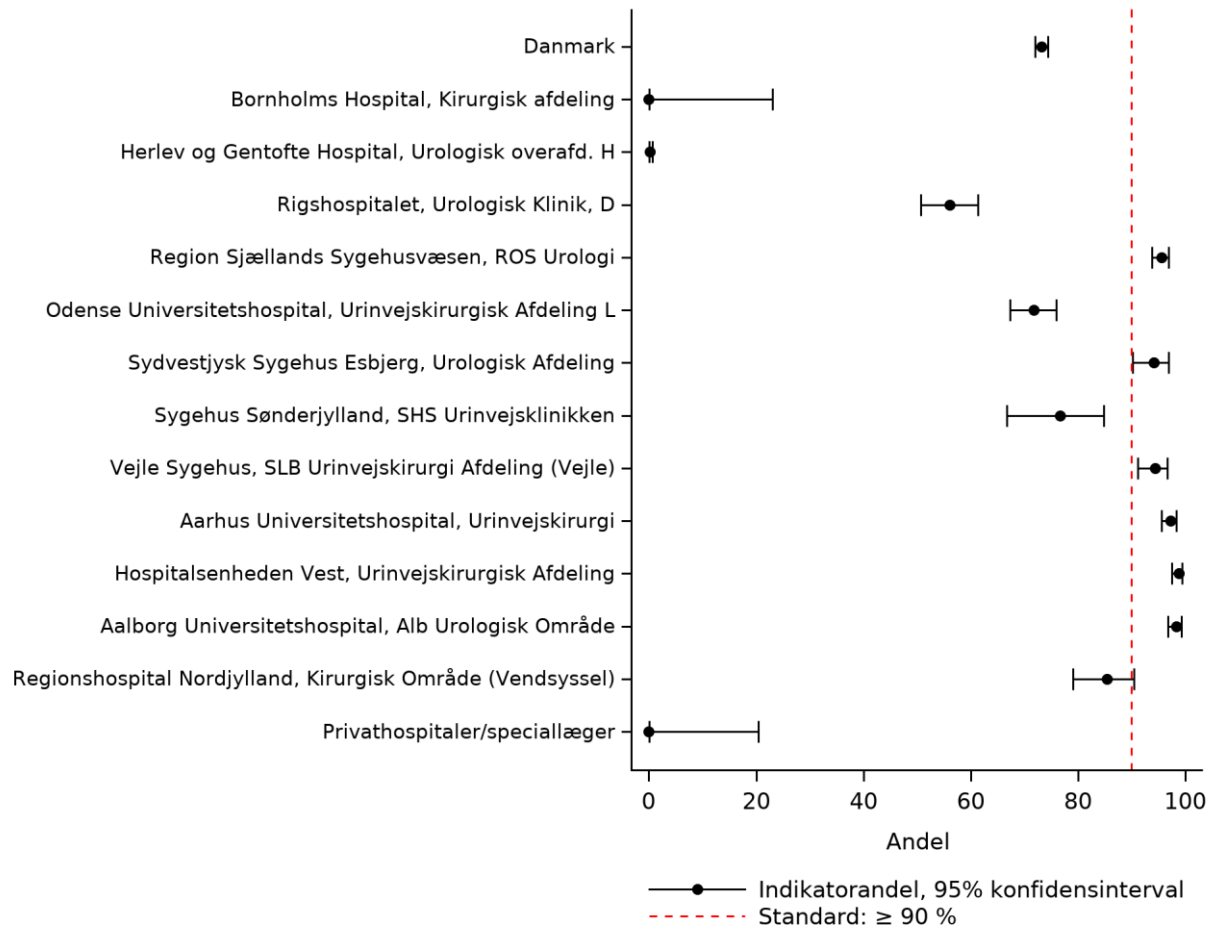
Figur 6-1. Datakomplethed, diagnoseskema for landet og på regionsniveau

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Kontrolldiagram på regionsniveau.



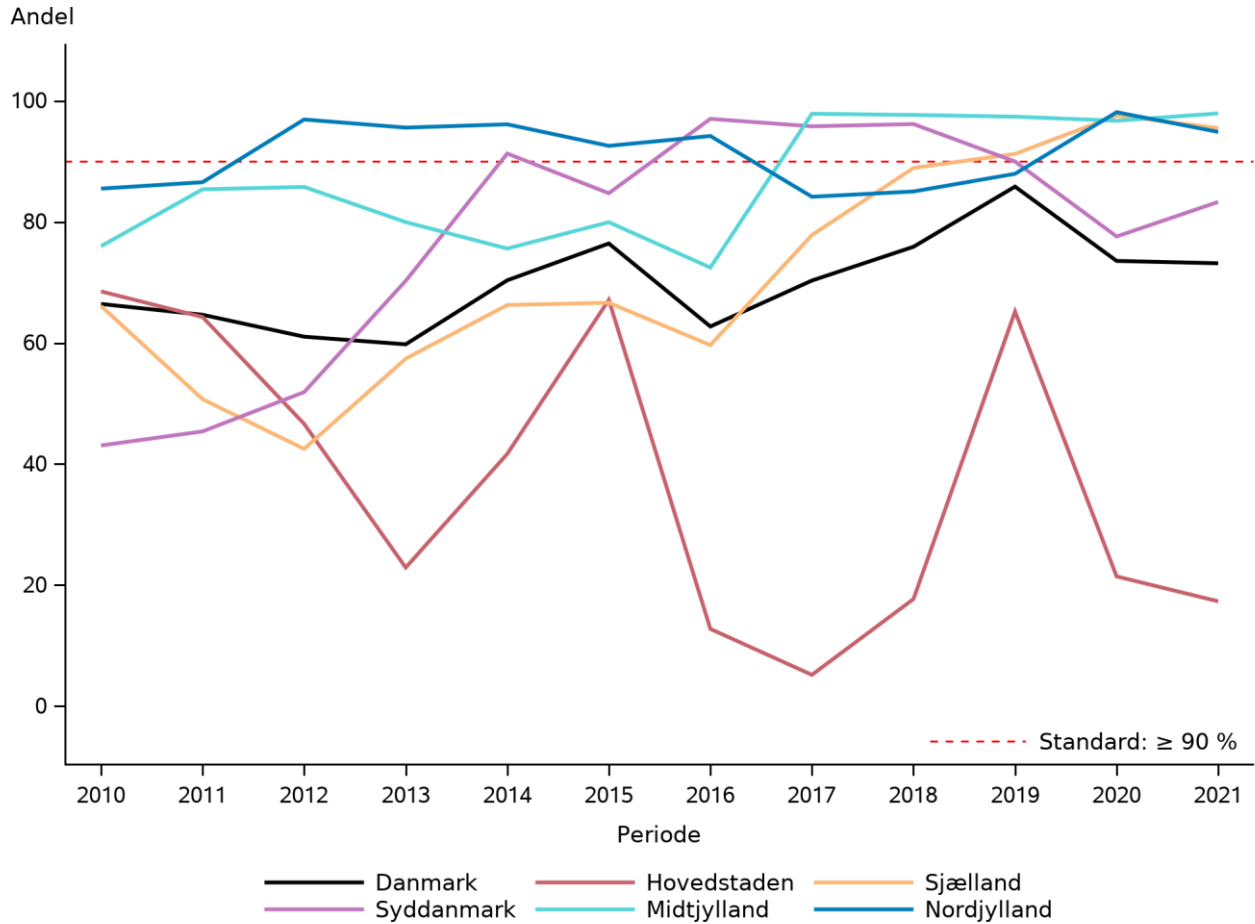
Figur 6-2. Datakomplethed, diagnoseskema per hospitalsafdeling

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Figur 6-4. Trend i datakomplethed, diagnoseskema for landsresultat og på regionsniveau i perioden 2010 til 2021

Indikator 6: Andel diagnosticerede patienter med PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCaData diagnoseskemaet. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7 og 7a (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.

Tabel 7-1 baseret på TNM indberettet på skema. Denne indikator udgår.

Indikator 7: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 10% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	35 / 481	0 (0)	7	(5-10)	6	6
Hovedstaden	Nej	11 / 36	0 (0)	31	(16-48)	14	6
Sjælland	Ja	##	0 (0)	2	(0-10)	3	7
Syddanmark	Ja	9 / 101	0 (0)	9	(4-16)	9	2
Midtjylland	Ja	13 / 234	0 (0)	6	(3-9)	4	10
Nordjylland	Ja	##	0 (0)	2	(0-10)	0	0
Hovedstaden	Nej	11 / 36	0 (0)	31	(16-48)	14	6
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	11 / 36	0 (0)	31	(16-48)	31	18
Sjælland	Ja	##	0 (0)	2	(0-10)	3	7
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	##	0 (0)	2	(0-10)	3	7
Syddanmark	Ja	9 / 101	0 (0)	9	(4-16)	9	2
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	##	0 (0)	6	(1-19)	14	4
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Ja	3 / 30	0 (0)	10	(2-27)	3	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Ja	0 / 10	0 (0)	0	(0-31)	6	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	4 / 26	0 (0)	15	(4-35)	11	3
Midtjylland	Ja	13 / 234	0 (0)	6	(3-9)	4	10
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	5 / 117	0 (0)	4	(1-10)	2	3
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	8 / 117	0 (0)	7	(3-13)	6	12

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 10% opfyldt		antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
				Andel		Andel	Andel
Nordjylland	Ja	#/#	0 (0)	2	(0-10)	0	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-15)	0	0
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	0 / 22	0 (0)	0	(0-15)	0	0

Indikator 7a (suppl). Lav risiko: kurativ behandling.

Tabel 7a-1 Ny indikator baseret på TNM registreret i Landspatientregisteret.

Indikator 7a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år
	≤ 10% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel
Danmark	Ja	25 / 503	0 (0)	5	(3-7)	4
Hovedstaden	Nej	11 / 68	0 (0)	16	(8-27)	12
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	2	(0-10)	2
Syddanmark	Ja	7 / 120	0 (0)	6	(2-12)	8
Midtjylland	Ja	6 / 216	0 (0)	3	(1-6)	1
Nordjylland	Ja	0 / 47	0 (0)	0	(0-8)	0
Hovedstaden	Nej	11 / 68	0 (0)	16	(8-27)	12
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	0 / 30	0 (0)	0	(0-12)	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	11 / 38	0 (0)	29	(15-46)	29
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	2	(0-10)	2
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	#/#	0 (0)	2	(0-10)	2
Syddanmark	Ja	7 / 120	0 (0)	6	(2-12)	8
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-15)	16
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Ja	#/#	0 (0)	7	(1-23)	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Ja	0 / 10	0 (0)	0	(0-31)	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	4 / 46	0 (0)	9	(2-21)	11
Midtjylland	Ja	6 / 216	0 (0)	3	(1-6)	1

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år
	≤ 10% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Andel	95% CI	2019 Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	5 / 123	0 (0)	4	(1-9)	2
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	##/##	0 (0)	1	(0-6)	0
Nordjylland	Ja	0 / 47	0 (0)	0	(0-8)	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	0 / 25	0 (0)	0	(0-14)	0
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	0 / 22	0 (0)	0	(0-15)	0

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 8 baseret på skema-indberettet TNM erstattes af Indikator 8a som er baseret på TNM fra Landspatientregisteret.

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 af 2020 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.

Resultater

Ved skift fra skema-rapporteret TNM til LPR-registreret TNM ses et fald i antal behandlede lav-risiko patienter, fra 35 til 25. Det vurderes at de 10 patienter (eller flere) er omklassificeret og ikke længere klassificeres som i lav-risiko.

Antallet af lav-risiko patienter er steget fra 481 til 528, sikkert fordi der er tilkommet mere stadietinformation ved overgangen til LPR.

Antallet af patienter vurderet diagnosticeret med lavrisikosygdom var 503 i 2020. Heraf modtog 5% behandling inden for tre måneder efter diagnosen og standarden er opfyldt på landsplan. Imidlertid var frekvensen hhv. 29% og 9% på Rigshospitalet og Vejle Sygehus.

Diskussion og implikationer

Da de kliniske retningslinjer aktuelt anbefaler behandling trods lavrisikosygdom ved >2 tumorpositive nålebiopsier, kan fortolkning og efterlevelse heraf være bidragende til den regionale variation.

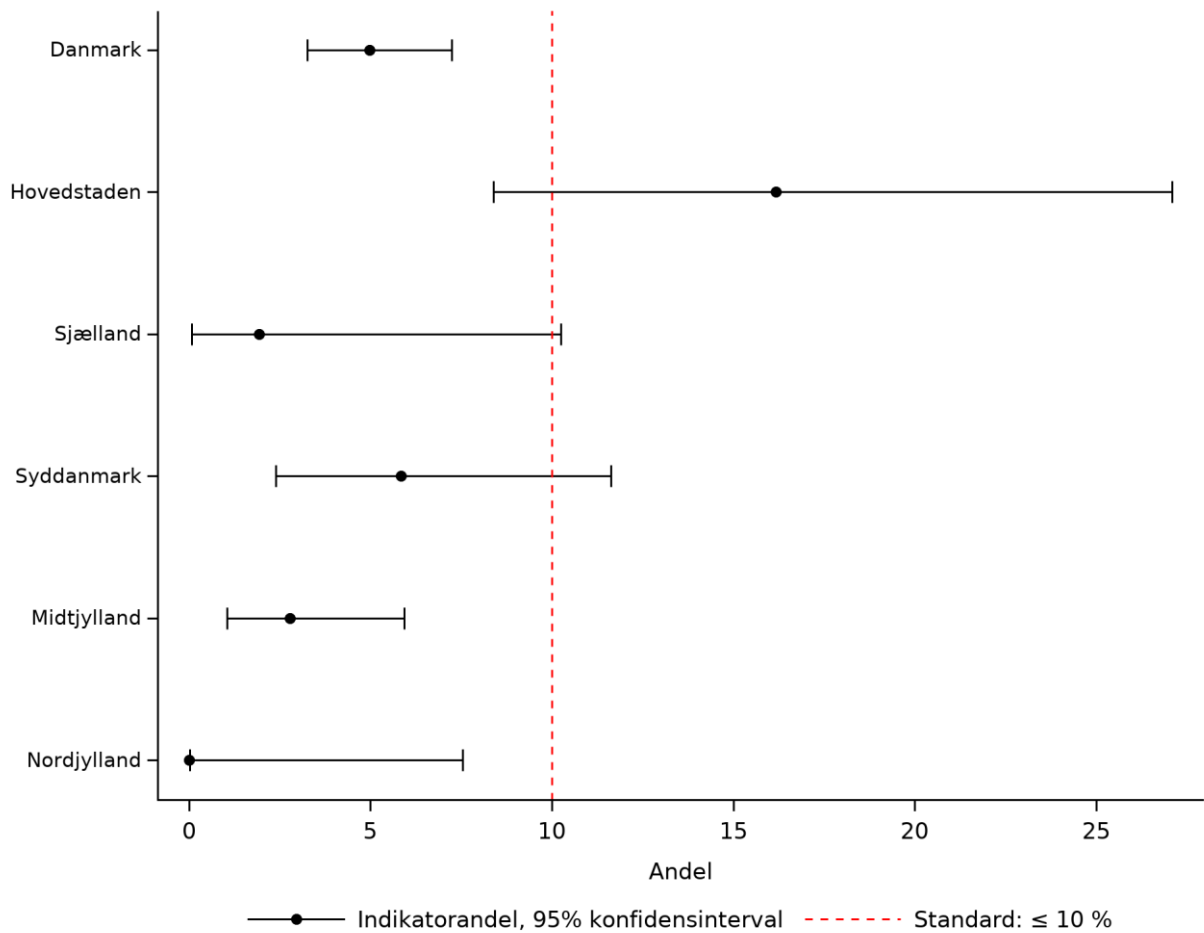
Vurdering af indikatoren

Med den endnu stedvis forestående implementering af en diagnostisk MR-skanning, forventes kvaliteten af den initiale risikovurdering optimeret i forhold til i dag, hvilket igen bør resultere i en endnu lavere behandlingsfrekvens blandt langt færre forekommende lavrisikopatienter. Den fremtidige diagnostiske strategi vil kunne ændre sygdomsprofilen i en grad, hvor den eksisterende risikostratificering sammen med active surveillance ikke længere er meningsfuld. Niveauet for en potentiel fremtidig standard vurderes derfor at skulle være $\leq 10\%$.

Indikator 7 erstattes af den nye Indikator 7a.

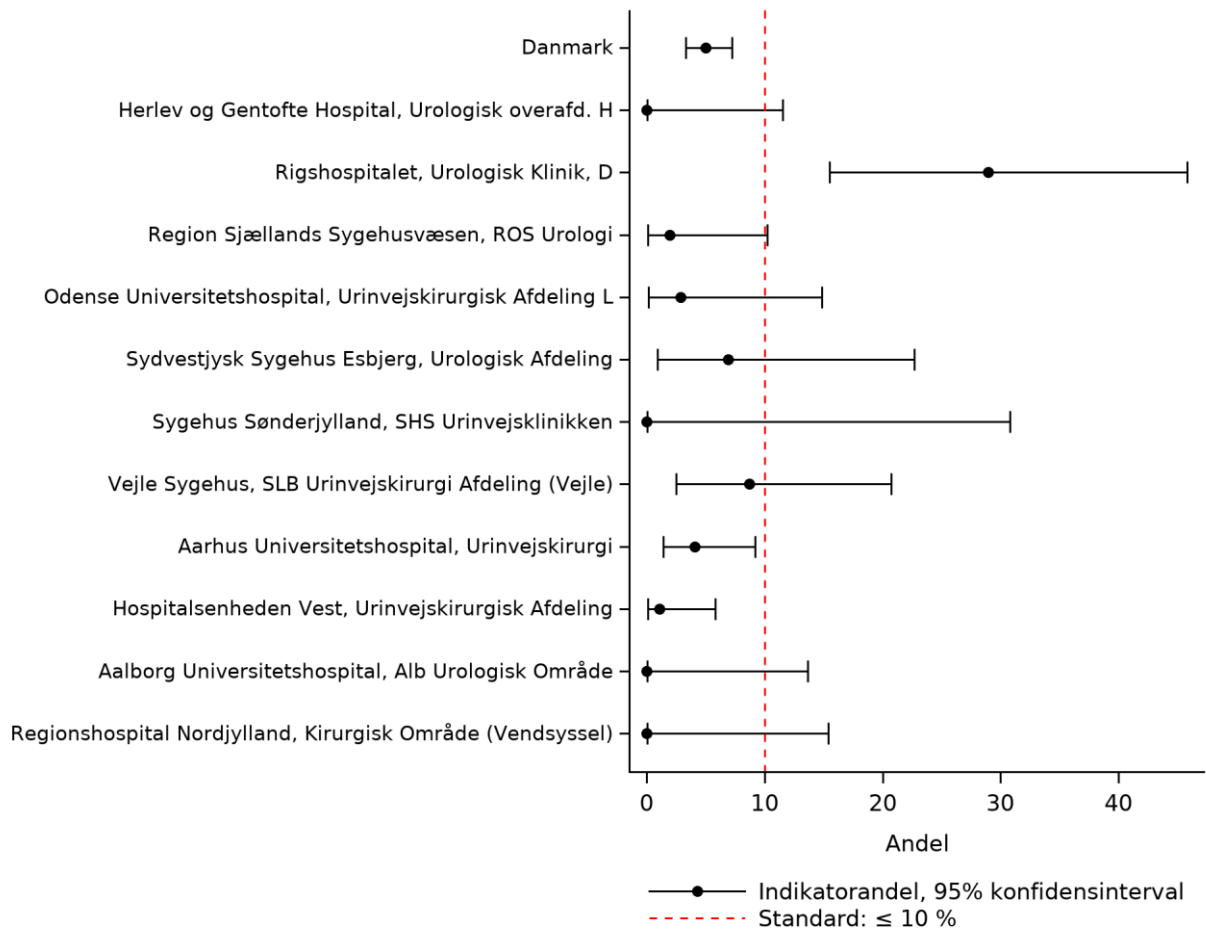
Figur 7a-1. Andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling for landet og på

Indikator 7a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 7a-2. Andel af patienter i lav risiko, der starter kurativ behandling.

Indikator 7a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 8 og 8a (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.**Tablet 8-1 baseret på TNM indberettet på skema. Denne indikator udgår.**

Indikator 8: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	909 / 1.470	0 (0)	62	(59-64)	63	62
Hovedstaden	Nej	272 / 478	0 (0)	57	(52-61)	60	51
Sjælland	Ja	158 / 249	0 (0)	63	(57-69)	58	65
Syddanmark	Nej	198 / 336	0 (0)	59	(53-64)	60	61
Midtjylland	Ja	165 / 244	0 (0)	68	(61-73)	71	75
Nordjylland	Ja	116 / 163	0 (0)	71	(64-78)	68	61
Hovedstaden	Nej	272 / 478	0 (0)	57	(52-61)	60	51
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	#/#	0 (0)	9	(0-41)	0	20
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	190 / 350	0 (0)	54	(49-60)	62	51
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	81 / 117	0 (0)	69	(60-77)	60	54
Sjælland	Ja	158 / 249	0 (0)	63	(57-69)	58	65
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	158 / 249	0 (0)	63	(57-69)	58	65
Syddanmark	Nej	198 / 336	0 (0)	59	(53-64)	60	61
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	87 / 145	0 (0)	60	(52-68)	56	63
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Nej	30 / 55	0 (0)	55	(41-68)	66	62
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Ja	28 / 37	0 (0)	76	(59-88)	55	45
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	53 / 99	0 (0)	54	(43-64)	64	61
Midtjylland	Ja	165 / 244	0 (0)	68	(61-73)	71	75

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60% opfyldt		antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
				Andel		Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	115 / 165	0 (0)	70	(62-77)	73	79
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	50 / 79	0 (0)	63	(52-74)	67	69
Nordjylland	Ja	116 / 163	0 (0)	71	(64-78)	68	61
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	84 / 112	0 (0)	75	(66-83)	72	69
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Ja	32 / 51	0 (0)	63	(48-76)	60	49

Indikator 8a (suppl). Høj risiko: kurativ behandling.**Tabel 8a-1. Ny indikator med TNM-stadie fra Landspatientregisteret.**

Indikator 8a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
	≥ 60% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	Andel	95% CI
Danmark	Ja	938 / 1.425	0 (0)	66	(63-68)	63
Hovedstaden	Ja	244 / 342	0 (0)	71	(66-76)	63
Sjælland	Ja	154 / 251	0 (0)	61	(55-67)	56
Syddanmark	Ja	230 / 380	0 (0)	61	(55-65)	56
Midtjylland	Ja	182 / 270	0 (0)	67	(61-73)	72
Nordjylland	Ja	128 / 182	0 (0)	70	(63-77)	69
Hovedstaden	Ja	244 / 342	0 (0)	71	(66-76)	63
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	#/#	0 (0)	11	(0-48)	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	173 / 231	0 (0)	75	(69-80)	67
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	70 / 102	0 (0)	69	(59-77)	61
Sjælland	Ja	154 / 251	0 (0)	61	(55-67)	56
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	154 / 251	0 (0)	61	(55-67)	56
Syddanmark	Ja	230 / 380	0 (0)	61	(55-65)	56
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	98 / 167	0 (0)	59	(51-66)	58
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling	Nej	32 / 61	0 (0)	52	(39-65)	50
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken	Ja	42 / 61	0 (0)	69	(56-80)	49
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	58 / 91	0 (0)	64	(53-74)	62

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
	≥ 60% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	Andel	95% CI
Midtjylland	Ja	182 / 270	0 (0)	67	(61-73)	72
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	116 / 169	0 (0)	69	(61-76)	71
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	66 / 101	0 (0)	65	(55-75)	72
Nordjylland	Ja	128 / 182	0 (0)	70	(63-77)	69
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	100 / 134	0 (0)	75	(66-82)	73
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)	Nej	28 / 48	0 (0)	58	(43-72)	61

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 8 baseret på skemaindberettet TNM erstattes af Indikator 8a som er baseret på TNM fra Landspatientregisteret.

Andelen af patienter vurderet i høj risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget høj, da det netop er denne patientgruppe, som risikerer at udvikle uheldelig avanceret sygdom. Datagrundlaget er frem til og med sidste hele kalenderår (2020).

Resultater

Indikatorresultatet forandres ikke meget ved overgangen fra skema til LPR TNM-klassifikation.

Der er nu lidt flere behandlede høj-risiko patienter (937 vs. 909) og lidt færre høj-risiko patienter (1425 vs. 1470). Indikatormålet derfor lidt højere (66% vs 62%). Forandringen størst for Hovedstaden (71% vs. 57%). Den fastsatte standard er indfriet på landsplan og i de fem regioner. Regionalt varierer raten fra 61% i Region Sjælland og Syddanmark til 71% i Hovedstaden. På hospitalsniveau varierede andelen fra 11% på Bornholm til 75% i Aalborg.

Diskussion og implikationer

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

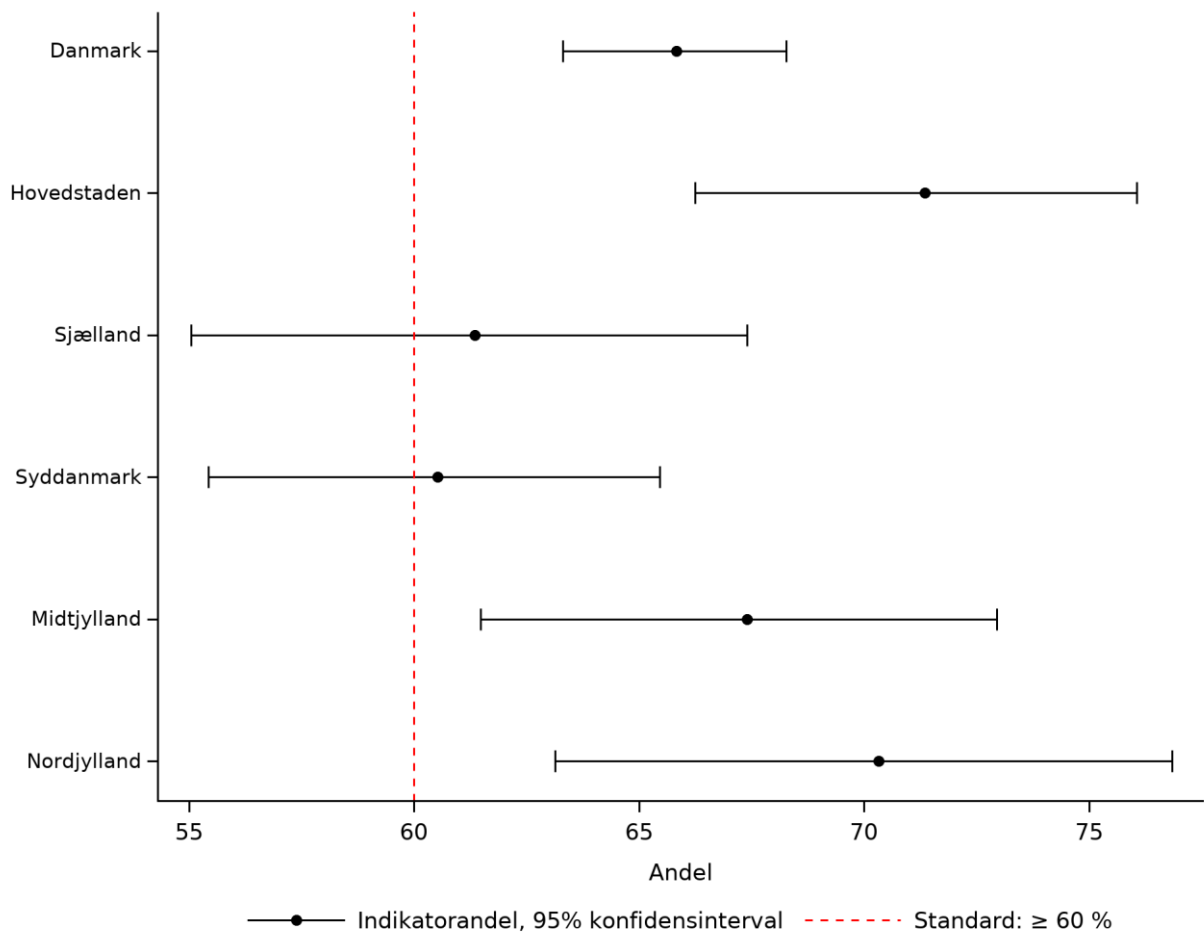
Vurdering af indikatoren

Samlet set må indikatoren endnu tolkes med varsomhed. Niveaueet for en standard sættes til 60%.

Indikator 8 erstattes af den nye Indikator 8a.

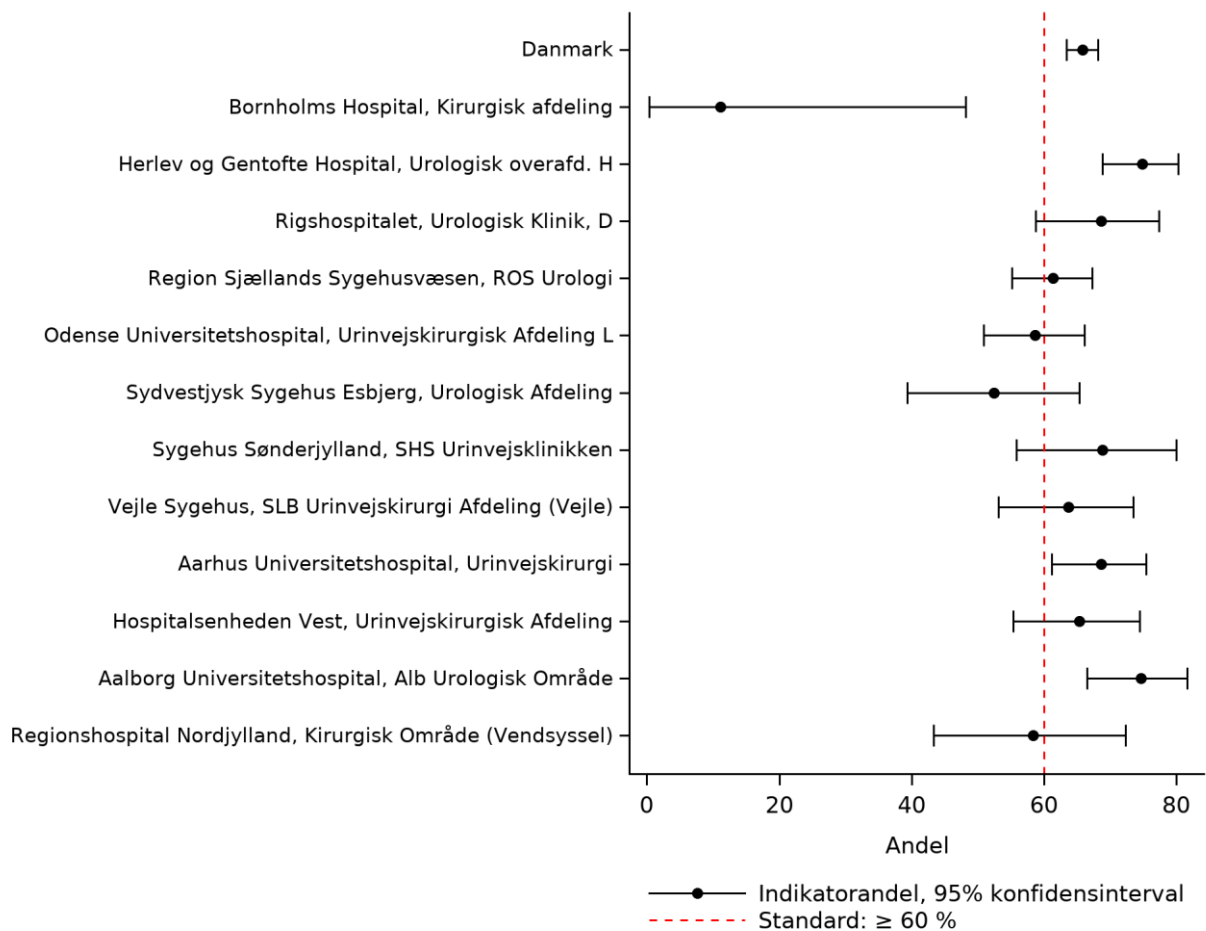
Figur 8a-1. Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 måneder, for landet og på regionsniveau.

Indikator 8a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 8a-2. Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi indenfor 6 måneder, per hospitalsafdeling

Indikator 8a: (suppl) Andel af patienter i D'Amico-høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 9a (suppl). MR-aktivitet.

Indikator 9a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år 2020
				Andel	95% CI	Andel
Danmark		1.267 / 4.357	0 (0)	29	(28-30)	22
Hovedstaden		525 / 1.097	0 (0)	48	(45-51)	48
Sjælland		162 / 628	0 (0)	26	(22-29)	12
Syddanmark		243 / 996	0 (0)	24	(22-27)	20
Midtjylland		278 / 1.031	0 (0)	27	(24-30)	10
Nordjylland		54 / 589	0 (0)	9	(7-12)	6
Hovedstaden		525 / 1.097	0 (0)	48	(45-51)	48
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling		0 / 14	0 (0)	0	(0-23)	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		450 / 746	0 (0)	60	(57-64)	59
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		75 / 337	0 (0)	22	(18-27)	23
Sjælland		162 / 628	0 (0)	26	(22-29)	12
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		162 / 628	0 (0)	26	(22-29)	12
Syddanmark		243 / 996	0 (0)	24	(22-27)	20
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		113 / 415	0 (0)	27	(23-32)	26
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		72 / 206	0 (0)	35	(28-42)	35
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		7 / 90	0 (0)	8	(3-15)	10
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		51 / 285	0 (0)	18	(14-23)	6
Midtjylland		278 / 1.031	0 (0)	27	(24-30)	10

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år 2020
				Andel	95% CI	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		135 / 533	0 (0)	25	(22-29)	13
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		143 / 498	0 (0)	29	(25-33)	5
Nordjylland		54 / 589	0 (0)	9	(7-12)	6
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		52 / 431	0 (0)	12	(9-16)	8
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		## / ##	0 (0)	1	(0-4)	1
Privathospitaler						
Privathospitaler/speciall æger		5 / 16	0 (0)	31	(11-59)	0

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

Denne nye indikator er baseret på registrering af MR-undersøgelser i Landspatientregisteret.

Resultater

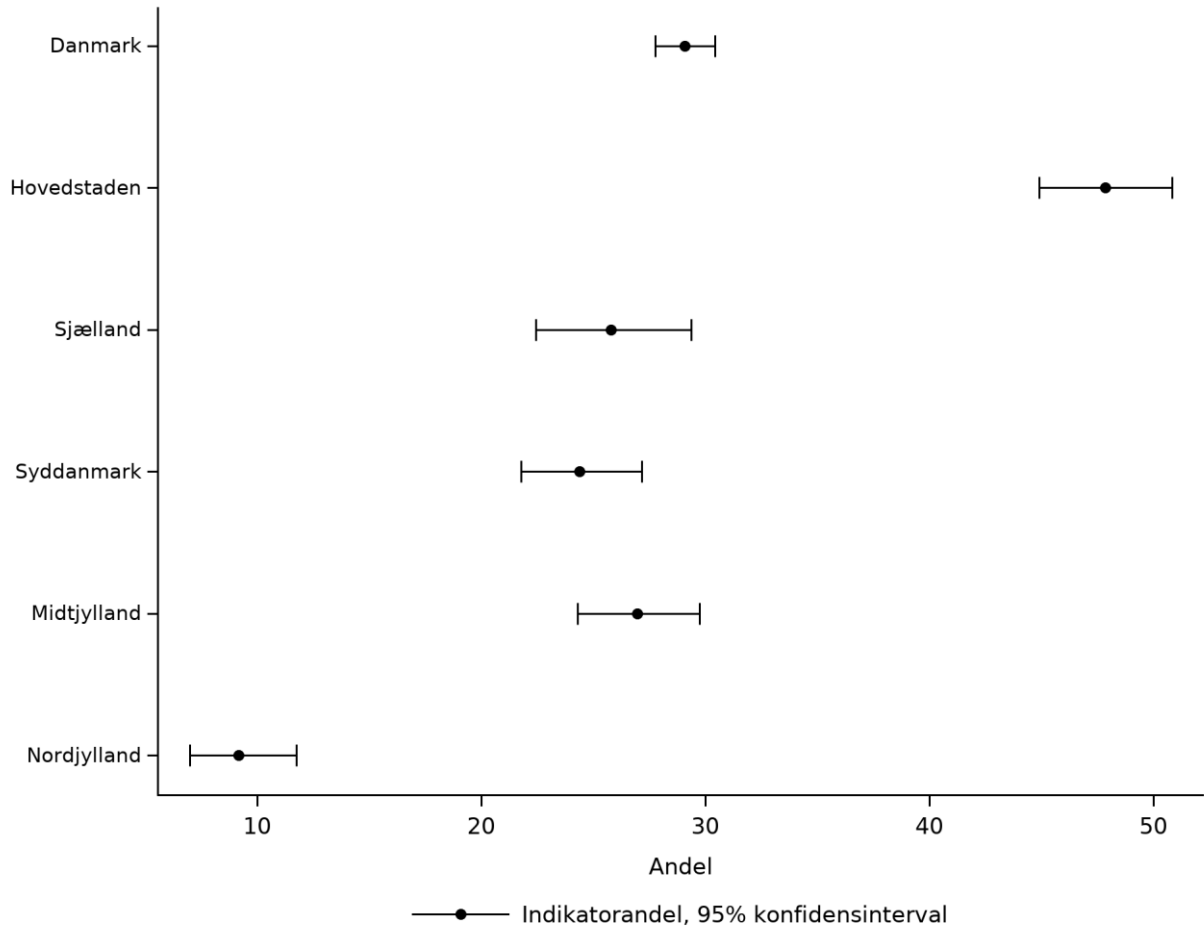
Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer, som har fået foretaget en MR-skanning (UXMD*) ved diagnose (+/- 30dg) lå i 2021 på 29%. Hvor mange mænd der fik foretaget en sådan skanning, og herefter fritaget for yderligere diagnostiske tiltag, er ukendt. Den regionale variation var helt ventet meget stor, da implementeringen af "MR-First" netop blev påbegyndt dette år, ligesom den allerede var implementeret på Herlev-Gentofte Hospital. Her fik 60% af de senere påviste kræftpatienter tilbudt en diagnostisk MR-skanning, mens andelen blot udgjorde 9% i Nordjylland.

Diskussion og implikationer

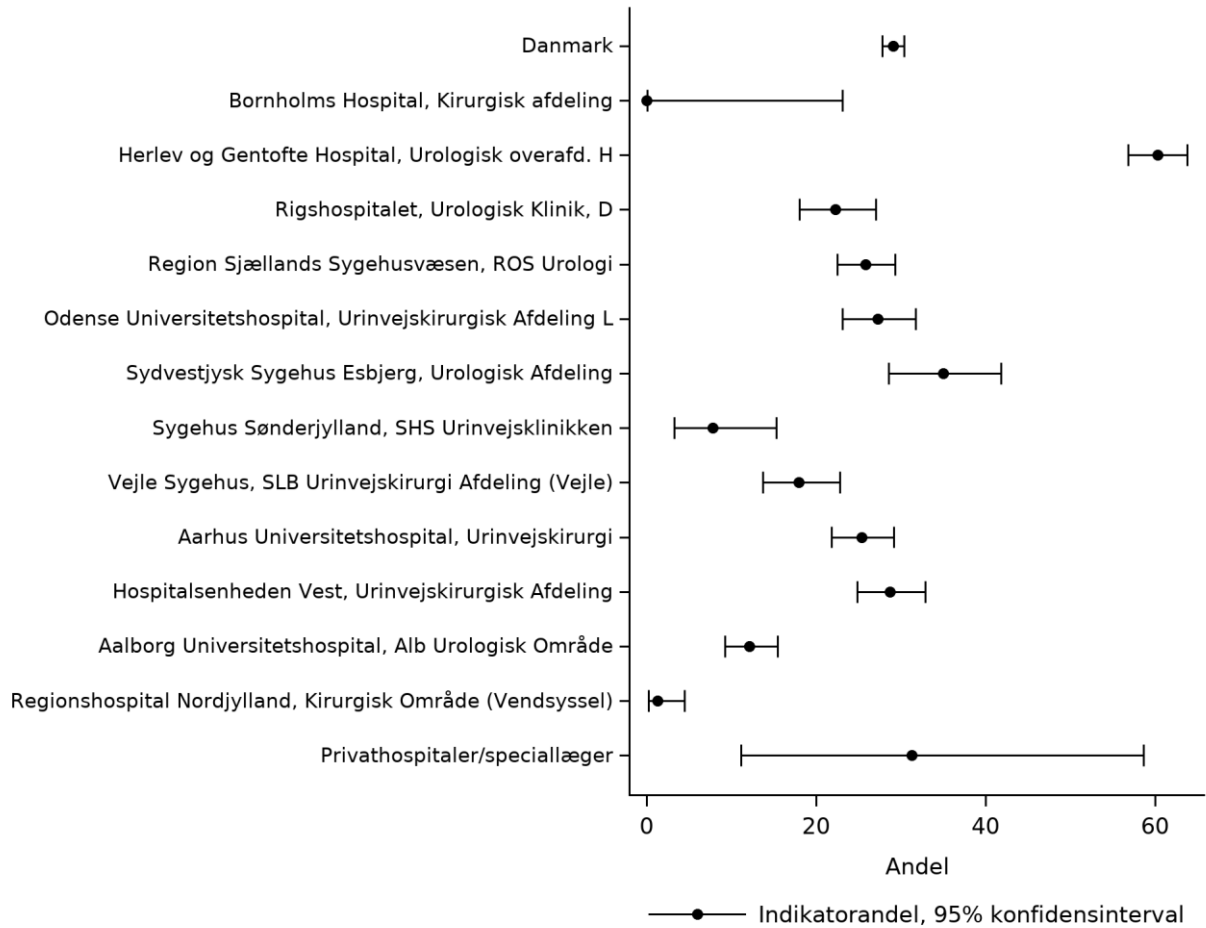
Implementeringen af den diagnostiske strategi er langt fra tilendebragt. Der er fortsat udfordringer for ledelserne at få uddannet personale til denne implementering.

En fremtidig standard må forventes at lande på mellem 60 og 75%, da det udelukkende er potentielt helbredelige patienter, som anbefales udredt med MR-skanning. Privathospitaler har samlet indrapporteret fem MR-skanninger. Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres, så længe den radiologiske 5-trins PI-RADS-score ikke kan kodes af radiologiske afdelinger. Der blev allerede i 2020 oprettet SKS koder herfor, men disse er aldrig anvendt.

Indikator 9a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg).
Kontrolldiagram på regionsniveau.



Indikator 9a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg).
Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 9b (suppl). PI-RADS score ved MR-aktivitet.

Indikator 9b: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel
Danmark		0 / 1.267	0 (0)	0	(0-0)	0
Hovedstaden		0 / 525	0 (0)	0	(0-1)	0
Sjælland		0 / 162	0 (0)	0	(0-2)	0
Syddanmark		0 / 243	0 (0)	0	(0-2)	0
Midtjylland		0 / 278	0 (0)	0	(0-1)	0
Nordjylland		0 / 54	0 (0)	0	(0-7)	0
Hovedstaden		0 / 525	0 (0)	0	(0-1)	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		0 / 450	0 (0)	0	(0-1)	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		0 / 75	0 (0)	0	(0-5)	0
Sjælland		0 / 162	0 (0)	0	(0-2)	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		0 / 162	0 (0)	0	(0-2)	0
Syddanmark		0 / 243	0 (0)	0	(0-2)	0
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		0 / 113	0 (0)	0	(0-3)	0
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		0 / 72	0 (0)	0	(0-5)	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		0 / 7	0 (0)	0	(0-41)	0
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		0 / 51	0 (0)	0	(0-7)	0
Midtjylland		0 / 278	0 (0)	0	(0-1)	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		0 / 135	0 (0)	0	(0-3)	0

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		0 / 143	0 (0)	0	(0-3)	0
Nordjylland		0 / 54	0 (0)	0	(0-7)	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		0 / 52	0 (0)	0	(0-7)	0
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		##/##	0 (0)	0	(0-84)	0
Privathospitaler						
Privathospitaler/speciall æger		0 / 5	0 (0)	0	(0-52)	-

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

PI-RADS scoren fra MR-undersøgelsen er et vigtigt datum. Landspatientregisteret har mulighed for at denne information kan indberettes og anvendes i kvalitetsarbejdet, men i 2021 findes ikke en eneste registrering af PI-RADS score.

Herudover behøves værdi for PSA-densiteten, som sammen med PI-RADS-scoren er afgørende for den evt. efterfølgende bioptering.

Indikator 9c (suppl). MDT-aktivitet.

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år 2020
				Andel	95% CI	Andel
Danmark		1.968 / 4.357	0 (0)	45	(44-47)	45
Hovedstaden		311 / 1.097	0 (0)	28	(26-31)	29
Sjælland		8 / 628	0 (0)	1	(1-2)	2
Syddanmark		283 / 996	0 (0)	28	(26-31)	28
Midtjylland		959 / 1.031	0 (0)	93	(91-94)	94
Nordjylland		406 / 589	0 (0)	69	(65-73)	59
Hovedstaden		311 / 1.097	0 (0)	28	(26-31)	29
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling		0 / 14	0 (0)	0	(0-23)	7
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		293 / 746	0 (0)	39	(36-43)	39
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		18 / 337	0 (0)	5	(3-8)	7
Sjælland		8 / 628	0 (0)	1	(1-2)	2
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi		8 / 628	0 (0)	1	(1-2)	2
Syddanmark		283 / 996	0 (0)	28	(26-31)	28
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L		105 / 415	0 (0)	25	(21-30)	27
Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Urologisk Afdeling		63 / 206	0 (0)	31	(24-37)	30
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejsklinikken		16 / 90	0 (0)	18	(11-27)	19
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)		99 / 285	0 (0)	35	(29-41)	32
Midtjylland		959 / 1.031	0 (0)	93	(91-94)	94

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år 2020
				Andel	95% CI	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi		477 / 533	0 (0)	89	(87-92)	90
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling		482 / 498	0 (0)	97	(95-98)	99
Nordjylland		406 / 589	0 (0)	69	(65-73)	59
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		289 / 431	0 (0)	67	(62-71)	61
Regionshospital Nordjylland, Kirurgisk Område (Vendsyssel)		117 / 158	0 (0)	74	(66-81)	53
Privathospitaler						
Privathospitaler/speciall æger		##/##	0 (0)	6	(0-30)	0

KOMMENTAR

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

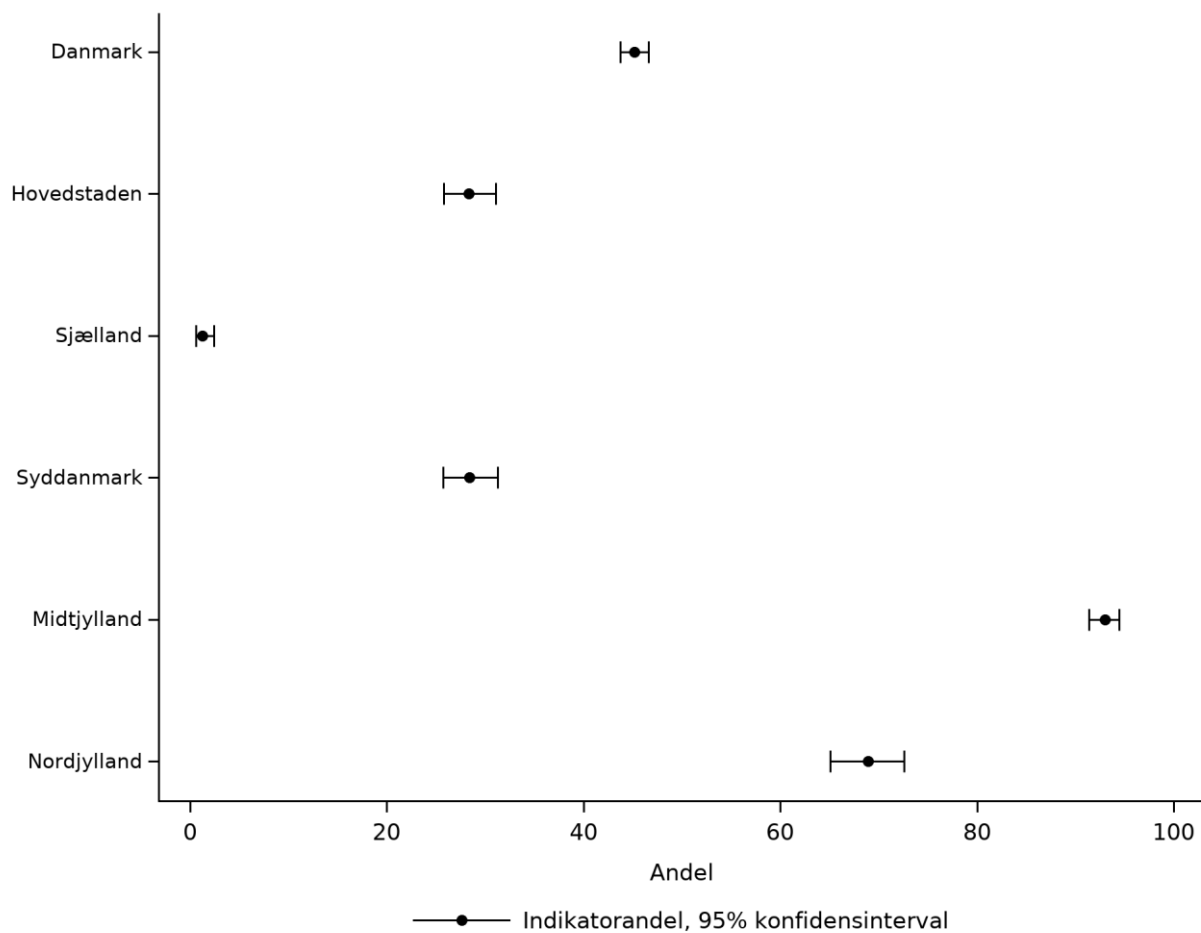
Andel af patienter med registreret MDT-aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg) udgør på landsplan 45%. Den regionale variation var ekstrem og dækkede spændet 1% i Region Sjælland til 93% i Region Midtjylland. Den lave rate i Region Sjælland skyldes IT-relateret problemstilling i Sundhedsplatformen i relation til indberetning til LPR3. Ud over forskelle i registrering foreligger der en meget betydelig variation i anvendelse af MDT-konference behandlingscentre imellem, hvor man nogle steder systematisk medtager alle nydiagnosticerede patienter, mens andre udvælger en mindre delmængde heraf.

Diskussion og implikationer

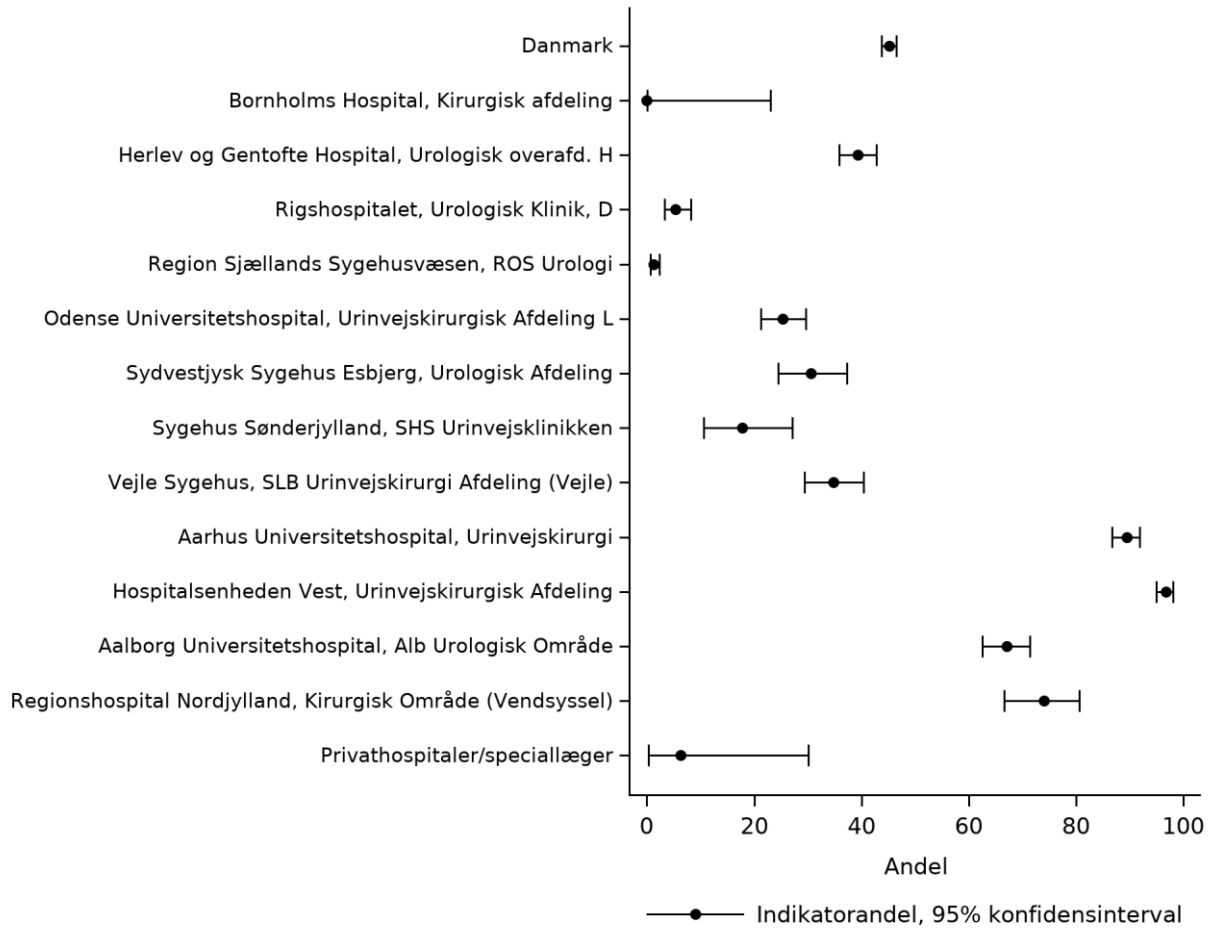
DMCG.dk vejledningen for afholdelse af MDT-konferencer bør grundlæggende følges, ligesom det af de landsdækkende kliniske retningslinjer bør anbefales hvem og hvornår der bør konfereres multidisciplinært (https://www.dmcg.dk/siteassets/dmcg-udvalg/multidisciplinaer_kraeftbehandling_-_en_vejledning_til_mdt_rev-15-02-2016.pdf). MDT-konferencen er stedet hvor de kliniske data samles og kunne blive udgangspunkt for en systematisk indsamling af nøgleparametre til de kliniske kvalitetsdatabaser. Et DMCG-udvalg for tværgående indikatorer arbejder aktuelt for en meningsfuld monitorering heraf.

Det anbefales at data om MDT-indsatsen vurderes i forhold til risikoscoren på diagnosetidspunktet.

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



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



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 klinisk ubetydende sygdom. Et meget stort antal patienter diagnosticeres som følge af forhøjet PSA-værdi i forbindelse med opportunistisk screening.

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

Det kliniske dilemma med overdiagnosticering af klinisk, ikke betydelige kræfttilfælde forventes i forbindelse med den aktuelle implementering af den MR-baserede diagnostiske strategi markant nedbragt.

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

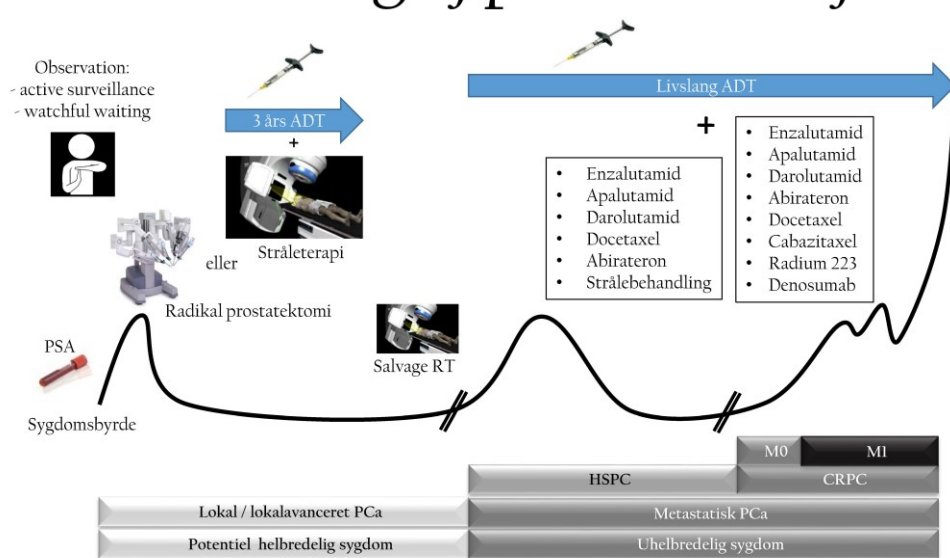
I Danmark udføres årligt godt 1.200 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag for praktiske formål udelukkende ved hjælp af såkaldt robotkirurgi, hvor prostata og sædblære fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør, evt suppleret med fjernelse af regionale bækken-lymfeknuder. Patienten udskrives typisk dagen efter operationen med et åbenstående blærekateter, som fjernes ved et ambulant besøg 6-8 dage senere. Da sygdomskortlægningen inden behandlingstilbud fortsat er yderst usikker, viser ca. 1/3 af forventede intraprostatisk tumorer (cT1-2) sig reelt at være ekstraprostatisk (pT3) og 1/4 endog med efterladt tumorvæv, såkaldte tumorpositive kirurgiske marginer. Disse patienter har øget risiko for senere sygdomstilbagefald. Ca. halvdelen af de diagnosticerede patienter bliver behandlet med operation eller strålebehandling. Behandlingerne er centraliseret til relativt få centre.

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

Ved spredning af sygdommen til f.eks. knoglerne er sygdommen uhelbredelig, men vil typisk kunne holdes i ro i flere år på kastrationsbehandling i kombination med kemoterapi, strålebehandling eller nyere

hormonbehandling (Figur 9-1). Ved progression herefter vil sygdommen være *kastrationsresistent (CRPC)* og for blot 10 år siden var den gennemsnitlige overlevelse herefter under et år. I dag er der tilkommet en række medicinske behandlinger, som hver især kan bibringe måneders levetidsforlængelse, så overlevelsen i denne sygdomsfase nu gennemsnitligt er forlænget til omkring tre år.

Behandling af prostatakraft



Figur 9-1. Prostatacancer diagnosticeres typisk pga. en forhøjet PSA-værdi i blodet. Denne værdi korrelerer relativt godt til sygdomsbyrden, som angives som figurens linje. Ved diagnose vil hovedparten af patienterne have lokaliseret og dermed helbredelig sygdom. Alt efter behandlingsegnethed og sygdommens alvor (risikoscore) tilbydes hhv. 1) observation i form af active surveillance eller watchful waiting, 2) operation eller 3) stråleterapi +/- 3 års medicinsk kastrationsbehandling. Ved lokalt sygdomstilbagefald efter operation vil nogle være kandidater til salvage stråleterapi eller som med nydiagnosticeret metastatisk og uhelbredelig sygdom livslang kastration – hvilket typisk gøres medicinsk. Initalt er denne sygdomsfase hormonsensitiv (HSPC), men inden for måneder til år bliver sygdommen resistent for kastrationen (CRPC). På baggrund af nye medicinske behandlinger er levetiden i disse faser af sygdommen gennem de senere år markant forlænget.

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 ved 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 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 10. februar 2022) eller i Landspatientregisteret (skæringsdato 10. februar 2022) suppleret med udvalgte kliniske data, som er indtastet direkte i et dataindtastningsmodul af de behandlende afdelinger (skæringsdato 3. marts 2022). 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 2021 identificeret 4.357 patienter med en første prostatacancer diagnose. Siden 2012 er der inkluderet 43.869 patienter.

Tabel 10-1. Antal nydiagnosticerede prostatacancerpatienter pr år i DaProCadata

Diagnoseår	Antal
2012	4.268
2013	4.236
2014	4.558
2015	4.474
2016	4.464
2017	4.248
2018	4.610
2019	4.407
2020	4.247
2021	4.357
I alt	43.869

1.226 prostatapatienter fik udført prostatektomi i 2021. Af nedenstående tabel fremgår antallet af prostatektomier opgjort på årsbasis siden 2012.

Tabel 10-2. Antal prostatektomerede prostatacancerpatienter pr år (LPR).

Prostatektomiår	Antal
2012	1.017
2013	975
2014	1.098
2015	1.133
2016	1.241
2017	1.056
2018	1.137
2019	1.144
2020	1.116
2021	1.226
I alt	11.143

DATABASENS KOMPLETHED (DÆKNINGSGRAD)

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

Cancerregisteret kan anvendes som grundlag for opgørelse af et forventet antal nye diagnoser pr. år. I 2020 havde databasen 4.247 nye tilfælde, hvilket er 95% af den samlede incidens i året ifølge Cancerregisteret (4.460 tilfælde). Det er forventeligt, at der er prostatacancerdiagnoser i Cancerregisteret, der ikke er patologisk verificeret, fx for en person med biokemiske mål og radiologisk undersøgelse som viser klare tegn på prostatakæft, men hvor der ikke foreligger en vævsprøve. Det kan derfor konkluderes at databasens dækningsgrad med stor sandsynlighed er 95% eller højere.

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, medmindre 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 10-3. 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 KTKE00* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter1 i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
2	Positiv kirurgisk margin (pT2)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margin	Patienter1 som <ul style="list-style-type: none"> ▪ er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR) OG <ul style="list-style-type: none"> ▪ har patologisk T-stadie: <ul style="list-style-type: none"> T77* (prostata og vesicula seminalis) OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=2: ÆF184x (på samme rekvisition og samme materiale) 	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margin (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke frie ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)	

3	Positiv kirurgisk margin (pT3)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margin	<p>Patienter1 som</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR) <p>OG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ har patologisk T-: <ul style="list-style-type: none"> T77* (prostata og vesicula seminalis) OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=3: <ul style="list-style-type: none"> - ÆF1850 pT3 Tumor uden for prostata ELLER - ÆF1851 pT3a Indvækst i periprostatisk væv ELLER - ÆF1852 pT3b Indvækst i vesicula seminalis <p>(på samme rekvisition og samme materiale)</p>	<p>Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margin (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie ELLER M09406 resektionsflade ikke frie ELLER M09411 laterale resektionsrand ikke fri) i Patologiregisteret) på ektomi-præparat (P306X0)</p>
4	Postoperativ morbiditet	Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	<p>Patienter1 som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)</p>	<p>Patienter i nævneren, som indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi har en ny indlæggelse uanset årsag, hvor</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Udskrivelsesdato ≠ genindlæggelsens indlæggelsesdato <p>OG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Genindlæggelsesdato ≠ genindlæggelsens udskrivelsesdato.
5	Perioperativ morbiditet	Andel af radikal prostatektomerede patienter,	<p>Patienter1 som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)</p>	<p>Patienter i nævneren, som er indlagt mere end 3 dage efter radikal prostatektomi</p>

		der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt		(jævnfør dato for operation i LPR beregnes som dag 0)
6	Data-komplethed	Andel diagnosticerede prostatacancerpatienter med PSA, kardinal symptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskemaet	Alle patienter ¹	<p>Patienter i nævneren som i diagnoseskemaet har angivet:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ PSA værdi (Jævnfør variabelen PSA_uofdiagnose værdi < 9999) <p>OG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Kardinalsymptomer (Jævnfør variabelen kardinalsymptomer = 1-7) <p>OG</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ cTNM (Jævnfør variabelen cTNM = 1-3)

¹ Jævnfør identifikation af patientpopulation beskrevet i afsnit 8 'Identifikation af patientpopulation'

Supplerende indikatorer:

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
4a(suppl)	Postoperativ komplikation	Andel af radikalt prostatektomerede patienter med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	Patienter1 som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR)	Patienter i nævneren, som får komplikation, Clavien-Dindo-grad 3 eller højere, indenfor 90 dage efter prostatektomi.	

7(suppl)	Lav risiko/ Aktiv behandling	Andel af patienter i D'Amico-lav risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Patienter1 som er i D'Amico-lav risiko2 – <i>Risikoscore baseret på cTNM fra skemaindberetning</i>	Patienter i nævneren, som indenfor 90 dage er <ul style="list-style-type: none"> behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR) ELLER <ul style="list-style-type: none"> Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR)
7a(suppl)	Lav risiko/ Aktiv behandling	Andel af patienter i D'Amico-lav risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	Patienter1 som er i D'Amico-lav risiko2 – <i>Risikoscore baseret på cTNM fra LPR</i>	Patienter i nævneren, som indenfor 180 dage er <ul style="list-style-type: none"> behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR) ELLER <ul style="list-style-type: none"> Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR) ELLER <ul style="list-style-type: none"> Behandlet med brakyterapi (procedurekode KKEV30 eller BWGE* i LPR)
8(suppl)	Høj risiko/ Aktiv behandling	Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Patienter1 som er i D'Amico-høj risiko2 – <i>Risikoscore baseret på cTNM fra skemaindberetning</i>	Patienter i nævneren, som indenfor 180 dage er <ul style="list-style-type: none"> behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR) ELLER <ul style="list-style-type: none"> Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR)
8a(suppl)	Høj risiko/ Aktiv behandling	Andel af patienter i D'Amico-høj risiko, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brakyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	Patienter1 som er i D'Amico-høj risiko2 – <i>Risikoscore baseret på cTNM fra LPR</i>	Patienter i nævneren, som indenfor 180 dage er <ul style="list-style-type: none"> behandlet kirurgisk (procedurekode KKEC* i LPR) ELLER <ul style="list-style-type: none"> Behandlet med stråleterapi (procedurekode BWGC* eller BWGE* + DC619 i LPR)

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ ELLER ▪ Behandlet med brakyterapi (procedurekode KKEV30 eller BWGE*)
9a(suppl)	MR ved diagnose	Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	Alle nydiagnosticerede patienter	Patienter i nævneren med MR-skanning af abdomen og bækken(UXMD*) eller MR-vejledt biopsi (KTKE00A2/-A3/-B2/-B3) indenfor 30 dage før/efter diagnosedato
9b(suppl)	PI-RADS ved MR-aktivitet	Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score	Alle nydiagnosticerede patienter med MR-aktivitet ved diagnose	Patienter i nævneren med registreret PI-RADS-score (ZZRF01-ZZRF05)
9c(suppl)	MDT ved diagnose	Andel af prostatacancerpatienter med registreret MDT aktivitet (ZZ0190D) ved diagnose (+/- 60dg)	Alle nydiagnosticerede patienter	Patienter i nævneren med registreret MDT (ZZ0190D) indenfor 60 dage før/efter diagnosedato

¹ Jævnfør identifikation af patientpopulation beskrevet i afsnit 8 'Identifikation af patientpopulation'

² Clavien-Dindo-grad baseret på registrering af komplikationer i LPR. Se kodeliste i Appendiks.

Grad 3: Diagnose = DT813*, DT810H, DT810I, DT814A, DT814B, DT814C, DT814I, DT817E, DT817E3, DT813U, DT812V, DT812W, DN320A, DK913*, DN991* ELLER Procedure = KKWA00, KKWF00, KKWF01, KKWD00, KKWE00, KKWE01, KKWE02, KKWB00, KKWC00, KKWC01, KKWW96, KKWW97, KKWW98, KQBB00B, KQBB00A, BNPA4*, KQBB10*

Grad 4: Diagnose = DT814D, DT814P, DT817D, DN990* ELLER Procedure = BNPA92

Grad 5: Død

³ D'Amico-risikovurdering, baseret på cTNM og PSA ved diagnose, samt Gleasonscore på diagnose-biopsi:

Uden for risikovurdering: M1/N1 (cM1 eller cN1)

Høj risiko cT>cT2b ELLER PSA >=20 ELLER Gleasonscore>7

Intermediær risiko (cT2b ELLER 10<psa <20 ELLER Gleasonscore=7) og ingen værdier (cT, PSA eller Gleason) kvalificerer til høj risiko

Lav risiko (cT1c/cT2a og PSA <=10 og Gleasonscore <7) og ingen værdier (cT, PSA eller Gleason) kvalificerer til høj/intermediær risiko

Ukendt**Alle øvrige, der ikke kan kategoriseres/ikke har registreret tnm**

STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Formandskab

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

Øvrige styregruppemedlemmer

Overlæge, ph.d. Lise Bentzen, Kræftafdelingen, Aarhus Universitetshospital,

Afdelingslæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet,

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

Afdelingslæge Frederik Harving, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital,

Overlæge Henrik Jakobsen, Afdeling for Urinvejssygdomme, Herlev og Gentofte Hospital,

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

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

Ole Jensen, patientrepræsentant

Epidemiolog

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

Biostatistikere og datamanager

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

Kontaktperson

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

Dataansvarlig myndighed

Region Midtjylland - repræsenteret ved databasens kontaktperson

APPENDIKS

APPENDIKS 1:

Udviklingsarbejde og nye indikatorer

Databasens indicatorsæt er under stadig udvikling. Det er aktuelt besluttet at indikatorerne 4, 5 og 6 udgår og at indikatorerne 1, 2 og 3 fortsat vurderes kritisk. Der tilføjes nye supplerende indikatorer 4a, 7a, 8a, 9a, 9b og 9c.

Der er planlagt en udviklingsdag i november 2022.

KODEARK

Kodning til Landspatientregisteret 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.

MR-aktivitet ved diagnose (+/- 30 dage)

UXMD*	MR-skanninger af abdomen og bækken
KTKE00A2	Transrektal nålebiopsi af prostata, MR vejledt
KTKE00A3	Transrektal nålebiopsi af prostata, vejledt af MR/UL-fusion
KTKE00B2	Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, MR-vejledt
KTKE00B3	Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, vejledt af MR/UL-fusion

cTNM

AZCD10	cT0: Primær tumor ikke påvist
AZCD13	cT1: Primær tumors størrelse/udstrækning (uspecifik cT1: klassificeres som cT1c i DAPROCA-risikovurdering)
AZCD13A*	cT1a: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD13B*	cT1b: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD13C*	cT1c: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD14	cT2: Primær tumors størrelse/udstrækning (uspecifik cT2: klassificeres som cT2a i DAPROCA-risikovurdering)
AZCD14A*	cT2a: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD14B	cT2b: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD14C	cT2c: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD15	cT3: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD15A	cT3a: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD15B	cT3b: Primær tumors størrelse/udstrækning

AZCD16	cT4: Primær tumors størrelse/udstrækning
AZCD19	cTx: Oplysning om tumors størrelse foreligger ikke i afdelingen
AZCD30*	cN0: Ingen regionale lymfeknudemetastaser
AZCD31*	cN1: Regional lymfeknudemetastase
AZCD39	cNx: Oplysning om regional lymfeknudestatus foreligger ikke i afdelingen
AZCD40	cM0: Ingen fjernmetastaser
AZCD41*	cM1: Fjernmetastase

*: Alle specifikke under-klassifikationer inkluderes

Milepæle

DC61.9	Prostatacancer
DC61.9X	Prostatacancer med lokalrecidiv fra prostatakrcæft
DC61.9Y	Prostatacancer PSA-recidiv efter tidligere intenderet kurativ behandling
DC61.9Z	Kastrationsresistent prostatacancer (CRPC)

PI-RADS (Prostate Imaging-Reporting and Data System) score	ZRRF
PI-RADS 1	ZRRF01
PI-RADS 2	ZRRF02
PI-RADS 3	ZRRF03
PI-RADS 4	ZRRF04
PI-RADS 5	ZRRF05
PI-RADS ikke gennemført	ZRRFXX

Nålebiopsi af prostata	KTKE00
Transrektal nålebiopsi af prostata	KTKE00A
Transrektal nålebiopsi af prostata, UL-vejledt (TRUS)	KTKE00A1
Transrektal nålebiopsi af prostata, MR-vejledt	KTKE00A2
Transrektal nålebiopsi af prostata, vejledt af <u>MR/UL-fusion</u>	KTKE00A3
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata	KTKE00B
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, UL-vejledt	KTKE00B1
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, MR-vejledt	KTKE00B2
Perkutan transperineal nålebiopsi af prostata, vejledt af MR/UL-fusion	KTKE00B3

Observation

ZZ4252A	Watchful waiting
ZZ4252B	Active surveillance

Radikal 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	Brachyterapi
BWG+BWGG5	Isotoperapi med radium-223 diklorid
BWG+ ZPZA05	Palliativ strålebehandling

Herudover ønskes oprettet en kode for strålebehandling a.m. STAMPEDE (typisk 20 Gy over 20 fraktioner).

Endokrin terapi

ML02BB	Antiandrogen
ML02BB03	Bicalutamid
BWHC3	GNRH analog
BBHG33	GNRH antagonist
KKFC10, 11 eller 13	Orchiectomi bilateralis
BWHC50	Abirateron
BWHC 51	Enzalutamid
Type + ZPZA02A	Adjuverende endokrin terapi

Lægemiddelstofklassifikation ATC:

ML02BB03	Bicalutamid
ML02BB04	Enzalutamid
ML02BB05	Apalutamid
ML02BB06	Darolutamid

Cytostatisk behandling =BWHA

BWHA208	Docetaxel
BWHA263	Cabazitaxel

Poly (ADP-ribose) polymerase (PARP) hæmmere

ML01XK	ML01XK01	Olaparib
---------------	----------	----------

Anden medicinsk behandling

BWHB40	Bisfosfonat
BWHB42	Denosumab
BWGG5	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

Komplikationer

Komplikation er en utilsigtet tilstand opstået i et sygdomsforløb som følge af de udførte interventioner – dvs. komplikation til procedure. Dette gælder uanset, om handlingen er udført korrekt eller mangelfuldt, om der har været svigt af anvendt apparatur, eller om komplikationen kan tilskrives patientens tilstand eller andre forhold i øvrigt.

Definitioner

Postoperativ komplikation: Komplikation opstået inden for 30 dage efter den intervention, der har udløst komplikationen.

Sen komplikation: Følgetilstand/komplikation opstået efter 30 dage efter den intervention, der har udløst komplikationen - inkl. følgetilstande efter indgreb og komplikation konstateret efter 30 dage efter indgrebet, hvor det ikke skønnes, at komplikationen er opstået inden for 30 dage.

Reoperation: Operation foretaget for en postoperativ komplikation.

Komplikationer kan f.eks. være større peroperativ blødning, organlæsion, postoperativ blødning eller sårinfektioner. Komplikation tager således udgangspunkt i den opståede tilstand, ikke den udførte handling.

Diagnoseregistrering: Komplikation omfatter i denne betydning ikke kompliceret sygdom, forstået som sygdomsudvikling, herunder recidiv og udvikling (i grad eller omfang) og spredning af grundsygdommen.

Væsentlige komplikationer med følger eller potentielle følger for patienten skal altid diagnoseregistreres som bi-diagnose eller evt. som aktionsdiagnose.

Komplikationen kan også være årsag til en ny kontakt (f.eks. genindlæggelse) med kirurgisk indgreb, hvor komplikationen så er aktionsdiagnose. Herved vil det umiddelbart fremgå, hvorfor patienten opereres.

POSTOPERATIVE KOMPLIKATIONER

Sårruptur

DT813 Postoperativ sårruptur

Blødning #) kun transfusionskrævende blødninger registreres

DT818F Peroperativ blødning #

DT810G Postoperativ blødning #

DT810H Postoperativt hæmatom

DT810I Blæretamponade

Infektioner

DT814G Postoperativ overfladisk sårinfektion

DT814H Postoperativ dyb sårinfektion

DT814F Postoperativ sårinfektion

DT814A Absces i operationscicatrice

DT814B Postoperativ intraabdominal absces

DT814C Postoperativ subfrenisk absces

DT814J Postoperativ retroperitoneal infektion

DT814I Postoperativ intraabdominal infektion

DT814D Postoperativ sepsis

DT814P Postoperativ pneumoni

DT814U Postoperativ urinvejsinfektion

DT814X Anden postoperativ infektion

Tromboemboliske komplikationer

DT817D Postoperativ lungeemboli

DT817C Postoperativ dyb venetrombose

DT817B Tromboembolisk komplikation (anden)

Andre postoperative komplikationer

DT817E Postoperativt lymfocele

DT817E3 Postoperativ lymfocele efter ekstirpation af lymfeknude

DT813U Postoperativ komplikation ved anastomose i urinveje

DT812V Utilsigtet peroperativ læsion af organ med samtidig intervention

DT812W Utilsigtet peroperativ læsion af organ uden samtidig intervention

DT814E Postoperativt sårgranulom

DK913 Postoperativ ileus

DN320A	Urinblærehalsstenose
DN991	Uretrastriktur efter indgreb el. kateterisation
DN990	Uræmi efter indgreb
DN484	Organisk impotens
DN393	Stressinkontinens

Kodning til Landsregister for patologi ved prostatacancer

Der anvendes en kodevejledning ved prostatacancer på

www.patobank.dk/Kodevejledninger/Prostatacancer.

KOMMENTARER FRA REGIONER OG AFDELINGER

Region Hovedstaden: -

Region Sjælland: -

Region Syddanmark: -

Region Midtjylland: Ingen indkomne kommentarer

Region Nordjylland:

Fra årsrapport	Høringssvar
	I Region Nordjylland vurderes kvaliteten i behandlingen af patienter med prostata kræft som høj. Den høje incidens af prostatakræfttilfælde i RN er undersøgt uden at der kan gives et entydigt svar. Der ses både en stigning i antal henviste og diagnosticerede, som vurderes at være en betydende faktor i stigende antal prostatektomier. De patienter der er diagnosticeret, behandles i henhold til gældende guidelines.
<p><u>PSA-screening</u> S. 4: Udbredt opportunistisk PSA-screening er fortsat et problem, og der ses uændret stor regional variation i opsporingen af prostatacancer.</p>	Der ses en tendens til øget PSA måling i Region Nordjylland. Men det kan ikke med sikkerhed siges, at der er tale om egentlig screening.
<p><u>MR-scanning</u> S. 4: I alt fik 29% af diagnosticerede en indledende MR-skanning. Højest lå Herlev-Gentofte Hospital med 60%, hvorved Region Hovedstaden samlet toppede med 48%, mens Region Nord skannede 9%.</p>	I Region Nordjylland er MR-first fuldt implementeret pr. 1/2-2022. Der forventes derfor en langt højere andel patienter diagnosticeret med MR-scanning fra 2022.
<p><u>Diagnostisk/høj incidens</u> S.4: Incidens pr. 100.000 mænd er samlet 188, og kun Region Hovedstaden ligger herunder (149), mens Region Nord med en stigning fra 204 til 243 ligger helt alene i toppen som højest diagnosticerende region.</p>	<p>I Region Nordjylland er der 2017 til 2020 sket en stigning fra 35% til 55% ift. andel nydiagnosticerede uden symptomer. I 2021: 42,7 % nydiagnosticerede uden symptomer. Dette kan skyldes en tendens til øget hyppighed af PSA-måling i RN. Øget hyppighed af PSA måling kan medvirke til øget diagnostik. Den høje incidens af prostatakræfttilfælde i RN er undersøgt uden at der kan gives et entydigt svar. Der ses både en stigning i antal henviste og diagnosticerede.</p> <p>Det fremgår af årsrapporten, at der ikke er foretaget en aldersstandardisering. Dermed er der ikke taget højde for forskelle i den mandlige alderssammensætning i regionerne.</p> <p>Forskelle i befolkningssammensætningen mellem regionerne kan derfor medvirke til, at resultaterne ikke er sammenlignelige. Det kan derfor ikke med sikkerhed konkluderes, at Region Nordjylland har en højere incidens.</p>
<p><u>Primær strålebehandling</u> S. 6: Landsgennemsnittet er 21,9/100.000, hvor Region Nordjylland ligger lavest med blot 11,2/100.000 mænd og altså i skærende kontrast til antal opererede.</p>	Ved beslutning om valg af behandling er der fokus på afklaring af øvrige sygdomme med det formål at sikre valg af den rette behandling til den enkelte patient. Patienter med lavrisiko prostatacancer skal med udgangspunkt i

<p>Patientkarakteristika er uændrede over tid, og medianalder, tumorstadiet og risikofordeling ligger uændret signifikant højere blandt strålebehandlede sammenlignet med de opererede patienter.</p> <p>Anbefaling: regionale variation i brugen af primær strålebehandling bør give anledning til en overordnet evaluering af indikation og behandlingstilbud. Den stedvise underreportering af antallet af primære strålebehandlinger understreger behovet for at kode behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02C.</p>	<p>nationale guidelines ikke behandles men følges i active surveillance.</p> <p>Der er fundet manglende indberetning af de rette behandlingskoder til databasen som har medført, at 10 patienter ikke indgår i rapporten. Hvis de patienter indgik i rapportens resultater, ville RN ligge på 15,6 pr 100.000 for 2021, hvilket er på niveau med eksempelvis Rigshospitalet og kun lidt lavere end landsgennemsnittet.</p> <p>Aalborg Universitetshospital er i dialog med RKKP om at sikre retvisende indberetning af strålebehandling. Enkelte patienter som indgår i SPCG15 protokollen, og enkelte hvor strålebehandling er kontraindiceret har af disse årsager ikke modtaget strålebehandling. På baggrund af den aktuelle aktivitet forventes det i 2022 at op imod 70 patienter strålebehandles.</p>
<p><u>RADIKAL PROSTATEKTOMI</u> S. 5:</p> <p>På trods af COVID steg det samlede antal operationer til det hidtil højeste med 1.226 indgreb.</p> <p>Operationsraten steg fra 48,4 i 2020 til 53,0/100.000 mænd i 2021. Antal indgreb ligger stabilt på landets centre fraset i Region Nordjylland, hvor der er sket en næsten fordobling de seneste to år. Her opereres 87,7/100.000 mænd mod et landsgennemsnit på 53,0.</p> <p>Anbefaling: Den aktuelle visitationsretningslinje bør fastholdes i forbindelse med håndtering af klinisk lokaliseret sygdom, herunder operationsindikation.</p>	<p>Det stigende antal henviste og diagnosticerede er en betydelig faktor ift. det stigende antal prostatektomier. De patienter der er diagnosticeret, behandles i henhold til gældende guidelines. Dermed finder vi i RN flere cancertilfælde, som modtager den rette behandling.</p> <p>Resultater for indikator 7a. viser, at Region Nordjylland ligger lavt på andel af patienter i lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi (indenfor 90 dage efter diagnose). I tillæg hertil har RN den højeste andel af patienter i høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi (indenfor 180 dage efter diagnose). Dermed sker der ikke overbehandling blandt lavrisiko patienter, mens højrisiko patienter modtager den rette behandling.</p>
<p><u>LAV RISIKO: KURATIV BEHANDLING (Indikator 7a; suppl).</u> S. 9.</p> <p>Andelen af patienter vurderet i lav risiko, der påbegynder intenderet kurativ behandling, bør som udgangspunkt være meget lav. Antallet af patienter vurderet diagnosticeret med lavrisikosygdom var 503 i 2021. Heraf modtog 5% behandling inden for tre måneder efter diagnosen og standarden på landsplan er dermed opfyldt. Imidlertid var frekvensen hhv. 29% og 9% på Rigshospitalet og Sygehus Lillebælt. Region Sjælland og Region Nordjylland lå lavest med henholdsvis 2% og 0%.</p>	<p>Resultater for indikator 7a. viser, at Region Nordjylland ligger lavt på andel af patienter i lav risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi (indenfor 90 dage efter diagnose). I tillæg hertil har RN den højeste andel af patienter i høj risikogruppe, der behandles kirurgisk eller med kurativ stråleterapi (indenfor 180 dage efter diagnose). Dermed sker der ikke overbehandling blandt lavrisiko patienter, mens højrisiko patienter modtager den rette behandling.</p>
<p>Indikator 1: Andel af udførte transrektale ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)</p>	<p>RN opfylder ikke std. med 6 % og ligger lidt over landsgennemsnittet på 5 %. Blandt patienterne kan det ses at indlæggelserne særligt skyldes infektion. Dette forventes nedbragt ifm. MR-first. Der arbejdes nationalt frem mod nye retningslinier som vil betyde at biopsier fremadrettet tages transperinealt og dermed sterilt i stedet for som nu transrektalt. Dette forventes også at nedbringe indlæggelsesvarighed.</p>
<p>Indikator 4: Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi Indikator 4a: (Suppl) Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi</p>	<p>RN opfylder ikke med 12 %, og ligger på landsgennemsnittet som også er 12 %. Indikatoren ønskes claviden dindo justeret, så der tages højde for alvorlighed ifm. opgørelser af resultaterne.</p> <p>Der er foretaget gennemgang af patienter, og der er hos de genindlagte ikke fundet et mønster. Der vil være</p>

	opmærksom på patienterne og drages læring af genindlæggelser fremadrettet.
Indikator 9a: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med MR aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	Samme kommentar som til afsnittet om MR-scanning.