

DaProCadata



Dansk ProstataCancer database

Dansk Urologisk CancerGruppe

Årsrapport 2017

August 2018

Hvorfra udgår rapporten

Rapportens analyser og den epidemiologiske kommentering er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP), Olof Palmes Allé 15, 8200 Århus N.

Styregruppen for databasen har forestået validering af anvendte algoritmer, den faglige kommentering og de anførte anbefalinger.

Formand for DaProCa data er Michael Borre, lærestolsprofessor, overlæge, Ph.d., dr.med., urinvejskirurgi, Aarhus Universitetshospital. I styregruppen indgår desuden Mette Moe, overlæge, onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital, Søren Friis, seniorforsker, Center for Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse, Steinbjørn Hansen, overlæge, Ph.d., onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital, Henrik Jakobsen, overlæge, urologisk Afdeling H, Herlev Hospital og Erik Breth Jacobsen, overlæge, urologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital.

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

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

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

INDHOLDSFORTEGNELSE

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Kort beskrivelse af studiepopulationen	8
3. Oversigt over alle indikatorer	26
4. Oversigt de samlede indikatorresultater	27
5. Indikatorresultater for Danmark og på regions- og afdelingsniveau	29
5.1 Indikator 1: Indlæggelseshyppighed	30
5.2 Indikator 2a: Active surveillance events efter 1 år	39
5.3 Indikator 2b: Active surveillance events efter 3 år	46
5.4 Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT2).....	51
5.5 Indikator 4: Positiv kirurgisk margin (pT3).....	55
5.6 Indikator 5: Morbiditet 30 dage	59
5.7 Indikator 6: Postoperativ morbiditet	63
5.8 Indikator 7: Mortalitet.....	68
5.9 Indikator 8: Datakomplethed, diagnoseskema.....	72
6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvaliteten	78
7. Datagrundlag	80
8. Identifikation af patientpopulationen	82
9. Indikatoralgoritmer	83
10. Styregruppens medlemmer	86
11. Appendiks	87
12. Kodeark	91
13. Kommentarer fra regioner og afdelinger.....	93

1. KONKLUSIONER OG ANBEFALINGER

PROSTATACANCER: FOREKOMST, DIAGNOSE OG BEHANDLING

- **DIAGNOSE**

Incidensen af prostatacancer har efter mange års konstant stigning nu på nationalt plan stabiliseret sig, endog med et fald i 2017. Opsporingsstrategien har dog meget stor regional variation. Lokaliseret prostatacancer giver for praktiske formål stort set ingen symptomer. Ca. 10 % af patienterne er diagnosticerede med metastaser. I mere end hvert 3. tilfælde er der svarende til biopsisættet ikke kodet for en overordnet Gleason score.

Anbefaling: Den betydelige regionale variation i tidlig opsporing af prostatacancer kalder på en fælles national holdning til PSA testning. Biopsisættet og dermed tumoren skal i PATOBANK tildeles en overordnet Gleason score ved diagnosen. Afdelingerne skal indberette TNM kodningen til LPR. Metastatisk sygdom skal kodes som C.61.9M.

- **ACTIVE SURVEILLANCE**

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

Anbefaling: Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuell visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter til potentiel intenderet kurativ behandling initialt anbefales active surveillance. Active surveillance skal kodes ZZ4252B.

- **RADIKAL PROSTATEKTOMI**

I takt med nedgangen af diagnoser faldt antallet af operationer i tre af de fire opererende regioner. I Syddanmark steg operationstallet og operationsraten per 100.000 mænd diagnosticeret i egen region er næsten dobbelt så høj som i Hovedstaden. På Rigshospitalet og specielt i Aalborg er det kirurgiske underlag for indgrebet ved at nå en kritisk nedre grænse. Det åbne kirurgiske indgreb foretages stort set ikke længere.

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

- **PRIMÆR STRÅLEBEHANDLING**

Som det ses ved radikal prostatektomi, er der inden for meget kort tid sket et signifikant fald i antallet af primære strålebehandlinger – igen med meget store regionale forskelle. Faldet det sidste år har været størst i Aarhus, mens Region Sjælland strålebehandler et højt og stigende antal patienter. Antallet af strålebehandlede patienter med højaggressiv sygdom steg, mens patientkarakteristika i øvrigt ikke varierer over tid.

ANBEFALING: Med den meget store regionale forskel i behandlingsantallet bør specielt Region Sjælland med et stigende antal evaluere indikationen for behandlingstilbuddet. Primær strålebehandling skal kodes behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02C.

- **WATCHFUL WAITING**

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

Anbefaling: Watchful waiting skal kodes ZZ4252A.

- **ENDOKRINTERAPI OG MEDICINSK BEHANDLING**

ANBEFALING: Da hidtidig kodepraksis ikke tillader en meningsfuld stratificering af behandlingerne i forhold til patienternes Y, M og Z status og gerne i forhold til øvrige sygdomskaraktistika og behandlende afdeling, lades den i år tale for sig selv. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal metastatisk sygdom kodes med suffixet "M" og kastrationsresistent sygdom "Z", ligesom hver af de enkelte behandlinger har hver sin kode – fx enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208. Da et overblik over kvaliteten af dette patientsårbare og behandlingsmæssigt kostbare sygdomsstadie er nødvendigt, bør der for varetagelse her, som minimum stilles krav om komplet og korrekt kodning.

INDIKATORER

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

Indlæggelse. Indikatoren standard ($\leq 5\%$) er præcist opfyldt på nationalt niveau.

Anbefaling: Der bør på de urologiske afdelinger i Esbjerg, Vejle og Viborg være en større opmærksomhed på denne procedure og findes en årsagsforklaring på de høje mål. Udredning for prostatacancer bør varetages på urologiske afdelinger og ikke i privat regi.

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

Behandling efter 1 år. Indikatoren standard opfyldes akkurat ikke på nationalt niveau.

Anbefaling: Urologiske afdelinger uden specialeplanstilladelse til varetagelse af active surveillance bør efter MDT-konference beslutning henvise disse patienter til overvågning på et af de fem opererende centre. Privathospitaler bør principielt ikke varetage active surveillance. Active surveillance - ikke at forveksle med watchful waiting - skal kodes ZZ4252B. Særligt på de urologiske afdelinger i Aarhus og på Rigshospitalet bør der ledelsesmæssigt strammes op omkring hhv. indrapportering og kodepraksis på området.

Behandling efter 3 år. Indikatoren standard er med store regionale forskelle opfyldt på nationalt niveau.

Dog findes tabellens indhold i sin aktuelle form ikke brugbar for meningsfuld kommentering eller anbefaling – ud over vigtigheden af, at active surveillance skal kodes ZZ4252B.

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

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

Lokaliseret sygdom. På nationalt niveau er indikatorens standard opfyldt. Herunder ligger dog en bekymrende stor og stigende variation. I Region Hovedstaden er andelen af opererede patienter med positiv kirurgisk margin steget, og andelen af herved ikke-raskopererede er knap fem gange så stor som på de to opererende afdelinger i Region Midt.

Anbefaling: Da en intrakapsulær tumor kun undtagelsesvis må efterlade en positiv kirurgisk margin og dermed restsygdom, bør de høje måltal give anledning til, at især ledelserne på Rigshospitalet, Herlev og Aalborg i disse tilfælde sikrer kvaliteten af det kirurgiske indgreb.

Lokalavanceret sygdom. Indikatorens standard opfyldes kun af to opererende afdelinger. Specielt Rigshospitalet ligger meget langt fra opfyldelse af standarden. Man kan mistænke et regulært indikationsskred for operativbehandling af lokalavanceret prostatakræft.

Anbefaling: På de fire opererende afdelinger (Herlev, Rigshospitalet, Holstebro, Aalborg), hvor man ligger relativt langt fra at imødekomme indikatorens standard, foreligger der et ledelsesmæssigt ansvar i at sikre, at afdelingens operationsindikation er i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer på området og at den operative teknik (åben vs. robot) og kompetence er optimal. Det er endeligt meget vigtigt, at patienterne informeres og medinddrages i beslutning om behandlingsvalg – specielt hvis disse ligger i gråzonen af det anbefalede.

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

Genindlæggelse. Indikatorens standard honoreres ingen steder, og en general større afvigelse i 2017 kalder på en årsagsforklaring. Specielt i Aalborg og på Rigshospitalet havde man i 2017 et betydeligt større antal genindlæggelser end i det forgangne år.

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

Forlænget indlæggelse. Indikatorens standard honoreres på det nationale niveau, kun i Herlev og Aarhus er man ikke i stand til at nå 5 %. Komplikationsrelevant diagnosekodning forsømmes.

Anbefaling: Specielt i Herlev og Aarhus bør man søge en forklaring på de forlængede postoperative indlæggelser. Den komplikationsrelevante diagnosekodning bør optimeres.

Død. Mortaliteten inden for 12 måneder efter radikal prostatektomi er meget lav, og indikatorens standard er med i alt fire dødsfald igen opfyldt på nationalt niveau.

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

- **DATAKOMPLETHED (Indikator 8).**

Indberetning. Den overordnede datakomplethed er fortsat alt for dårlig. Det er igen i 2017 de to urologiske afdelinger i Region Hovedstaden (Rigshospitalet og Herlev), som ved konsekvent at undlade indberetning til den obligatoriske kvalitetssikring underminerer kvalitetsdatabasens værdi.

Anbefaling: Region Hovedstaden bør rette op på den ledelsesmæssige manglende håndtering af den obligatoriske indberetning af kvalitetsdata. Indikatoren bør til trods for manglende tilslutning fra Region Hovedstaden opretholdes. Det er et ledelsesmæssigt ansvar, at den simple men kritisk afgørende registrering varetages.

Indikatorsættet revideres og udbygges i efteråret 2018 med ibrugtagning i 2019.

God læselyst.

Michael Borre

På vegne af styregruppen

2. 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 2017 til 31. december 2017. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

I 2017 blev 4244 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Dette er 5 % lavere end i 2016. Tabellen nedenfor viser antallet af nydiagnosticerede prostatacancerpatienter i Danmark fordelt på region. Derudover opgøres patienternes kardinalsymptomer, aldersfordeling, komorbiditetstatus (Charlsons komorbiditetsindeks, baseret på Landspatientregisteret i en periode på 10 år før prostatacancerdiagnosen), PSA niveau, Gleason score og risikovurdering (D' Amico score) på diagnosetidspunktet. Patienterne i 2017 er lidt ældre og lidt mere komorbide end i de tidligere år. Andelen af 2017 patienter, som ikke har registrering af de vigtige prognostiske variabler er høj: kardinalsymptomer (32,6 %); PSA (29,5 %); risikovurdering (30,1 %). Det er særligt urologerne i Region Hovedstaden som ikke gennem diagnoseskemaet bidrager med data for kardinalsymptomer og risikovurdering (Appendiks 1).

Nydiagnosticerede prostatacancer patienter, 2013-2017, og beskrivelse af udvalgte basisvariable

	Diagnoseår				
	2017	2016	2015	2014	2013
Nydiagnosticerede	4.244	4.463	4.473	4.534	4.220
Diagnosticerende region					
Hovedstaden	980 (23,1%)	1.159 (26,0%)	1.037 (23,2%)	1.109 (24,5%)	1.148 (27,2%)
Sjælland	666 (15,7%)	676 (15,1%)	800 (17,9%)	889 (19,6%)	712 (16,9%)
Syddanmark	1.052 (24,8%)	1.028 (23,0%)	963 (21,5%)	953 (21,0%)	910 (21,6%)
Midtjylland	1.046 (24,6%)	1.049 (23,5%)	1.168 (26,1%)	1.113 (24,5%)	944 (22,4%)
Nordjylland	451 (10,6%)	520 (11,7%)	474 (10,6%)	444 (9,8%)	477 (11,3%)
Privathospitaler	49 (1,2%)	31 (0,7%)	31 (0,7%)	26 (0,6%)	29 (0,7%)
Incidens pr. 100.000 mænd 18+ år					
Danmark	188	199	202	207	195
Hovedstaden	140	167	152	165	173
Sjælland	203	208	249	280	226
Syddanmark	219	215	203	203	195
Midtjylland	204	207	233	224	192
Nordjylland	190	220	203	191	207
Kardinalsymptomer					
Ingen symptomer	706 (16,6%)	964 (21,6%)	1.254 (28,0%)	1.229 (27,1%)	961 (22,8%)
LUTS	1.458 (34,4%)	1.371 (30,7%)	1.720 (38,5%)	1.637 (36,1%)	1.294 (30,7%)
Hæmaturi	98 (2,3%)	105 (2,4%)	162 (3,6%)	147 (3,2%)	94 (2,2%)
Hæmospermi	30 (0,7%)	18 (0,4%)	31 (0,7%)	29 (0,6%)	20 (0,5%)
Metastasesymptomer	150 (3,5%)	153 (3,4%)	139 (3,1%)	145 (3,2%)	150 (3,6%)
Andet	420 (9,9%)	559 (12,5%)	488 (10,9%)	321 (7,1%)	263 (6,2%)
Uoplyst	1.382 (32,6%)	1.293 (29,0%)	679 (15,2%)	1.026 (22,6%)	1.438 (34,1%)
Alder ved diagnose					
Median(Q1;Q3)	71 (65,1;76,0)	70 (64,9;75,4)	70 (64,7;75,5)	70 (65,1;75,3)	70 (64,6;75,5)
Gennemsnit(Min;Max)	71 (40,8;98,5)	70 (41,0;102)	70 (36,8;101)	70 (39,5;96,8)	70 (44,1;94,6)
Charlson comorbidity index					
Score 0	2.604 (61,4%)	2.905 (65,1%)	2.936 (65,6%)	3.024 (66,7%)	2.710 (64,2%)
Score 1-2	1.239 (29,2%)	1.178 (26,4%)	1.163 (26,0%)	1.166 (25,7%)	1.135 (26,9%)
Score 3 eller derover	401 (9,4%)	380 (8,5%)	374 (8,4%)	344 (7,6%)	375 (8,9%)
PSA					
<10	1.248 (29,4%)	1.410 (31,6%)	1.681 (37,6%)	1.497 (33,0%)	1.140 (27,0%)
10-20	620 (14,6%)	692 (15,5%)	869 (19,4%)	820 (18,1%)	684 (16,2%)
21-100	722 (17,0%)	738 (16,5%)	915 (20,5%)	854 (18,8%)	699 (16,6%)
>100	404 (9,5%)	433 (9,7%)	446 (10,0%)	412 (9,1%)	338 (8,0%)
Ukendt	1.250 (29,5%)	1.190 (26,7%)	562 (12,6%)	951 (21,0%)	1.359 (32,2%)

	<i>Diagnoseår</i>				
	<i>2017</i>	<i>2016</i>	<i>2015</i>	<i>2014</i>	<i>2013</i>
ISUP*					
1 (Gleason -6)	988 (23,3%)	956 (21,4%)	1.046 (23,4%)	1.011 (22,3%)	961 (22,8%)
2 (Gleason 3+4)	1.011 (23,8%)	1.242 (27,8%)	1.220 (27,3%)	1.330 (29,3%)	1.144 (27,1%)
3 (Gleason 4+3)	617 (14,5%)	581 (13,0%)	599 (13,4%)	629 (13,9%)	553 (13,1%)
4 (Gleason 8)	425 (10,0%)	451 (10,1%)	455 (10,2%)	464 (10,2%)	540 (12,8%)
5 (Gleason 9+)	799 (18,8%)	892 (20,0%)	814 (18,2%)	774 (17,1%)	743 (17,6%)
ISUP ikke defineret	404 (9,5%)	341 (7,6%)	339 (7,6%)	326 (7,2%)	279 (6,6%)
D'amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	588	491	635	533	415
Risikovurderede:					
Lav risiko	365 (10,0%)	367 (9,2%)	510 (13,3%)	440 (11,0%)	354 (9,3%)
Intermediær risiko	742 (20,3%)	942 (23,7%)	1.030 (26,8%)	1.019 (25,5%)	779 (20,5%)
Høj risiko	1.450 (39,7%)	1.589 (40,0%)	1.572 (41,0%)	1.592 (39,8%)	1.457 (38,3%)
Ukendt	1.099 (30,1%)	1.074 (27,0%)	726 (18,9%)	950 (23,7%)	1.215 (31,9%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	3 (0,1%)	28 (0,6%)	# (0,0%)	3 (0,1%)	# (0,0%)
Tx	171 (4,0%)	98 (2,2%)	56 (1,3%)	68 (1,5%)	20 (0,5%)
T1a	68 (1,6%)	71 (1,6%)	71 (1,6%)	83 (1,8%)	49 (1,2%)
T1b	30 (0,7%)	27 (0,6%)	40 (0,9%)	33 (0,7%)	32 (0,8%)
T1c	972 (22,9%)	1.116 (25,0%)	1.365 (30,5%)	1.266 (27,9%)	1.066 (25,3%)
T2a	355 (8,4%)	330 (7,4%)	425 (9,5%)	383 (8,4%)	276 (6,5%)
T2b	266 (6,3%)	214 (4,8%)	284 (6,3%)	254 (5,6%)	198 (4,7%)
T2c	253 (6,0%)	270 (6,0%)	333 (7,4%)	306 (6,7%)	270 (6,4%)
T3a	568 (13,4%)	562 (12,6%)	788 (17,6%)	683 (15,1%)	557 (13,2%)
T3b	158 (3,7%)	201 (4,5%)	230 (5,1%)	240 (5,3%)	155 (3,7%)
T4	144 (3,4%)	115 (2,6%)	113 (2,5%)	115 (2,5%)	93 (2,2%)
Ikke registreret	1.256 (29,6%)	1.431 (32,1%)	766 (17,1%)	1.100 (24,3%)	1.503 (35,6%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	2.438 (57,4%)	2.352 (52,7%)	2.961 (66,2%)	2.806 (61,9%)	2.233 (52,9%)
M1	474 (11,2%)	430 (9,6%)	486 (10,9%)	418 (9,2%)	332 (7,9%)
Ikke registreret	1.332 (31,4%)	1.681 (37,7%)	1.026 (22,9%)	1.310 (28,9%)	1.655 (39,2%)

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

Incidens rate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR - Diagnose:

Incidensen, dvs. antallet af nydiagnosticerede patienter med prostatakræft har til trods for en stadigt stigende ældre befolkning stabiliseret sig på omkring 4.300 om året. Årsagen er formentligt en længe efterlyst mindre hyppig PSA testning i primær sektoren. Antal diagnosticerede pr 100.000 mænd er med meget stor regional variation. Alt imens landstallet er 188/100.000, er antallet for hhv. Hovedstaden og Syddanmark 140 og 219. Fire år tidligere var antallet næsten ens i de to regioner (hhv. 173 og 195). Medianalder var ligeledes næsten uændret 71 år, ligesom to ud af tre patienter i øvrigt er raske uden komorbiditet. Ser man bort fra nedre vandladningsgener (LUTS), som sjældent har relation til prostatakræft, er årsagen til diagnosticering alt overvejende PSA testning. Metastatisk sygdom diagnosticeres tre gange så hyppigt som angivelsen af metastasesymptomer. Ca. hver tredje patient diagnosticeres i PSA-gråzonen (3-10 ng/ml). Lidt færre tumorer blev klassificeret som ikke palpable (cT1c), mens tilsvarende flere blev klassificeret som små ensidige tumorer. Det kan skyldes, at færre diagnosticeres ved PSA-testning eller at klassifikationen udføres mere nøjagtigt ved bl.a. støtte af MR-scanning. Den overordnede sygdomsaggressivitet bedømt ved histologisk gradering (Gleason score) er uændret over tid, hvilket også er tilfældet for den samlede risikovurdering. Appendiks 2 understreger behovet for, at biopsisættet og dermed tumoren i PATOBANK tildes en overordnet Gleason score ved diagnosen. I 2017 ikke kunne denne score ikke oplyses hos over hver tredje patient. Antallet af patienter diagnosticeret med metastaser (C.61.9M) stiger lidt over tid og udgør aktuelt godt 10 % af samtlige nydiagnosticerede. For ofte er der manglende registrering af T-stadie (30 %) og M-stadie (31 %).

KONKLUSION: Incidensen af prostatacancer har efter mange års konstant stigning nu på nationalt plan stabiliseret sig, endog med et fald i 2017. Dette skyldes formentligt en mindre hyppig testning med PSA i primærsektoren. Opsporingsstrategien viser dog meget stor regional variation. Lokaliseret prostatacancer giver for praktiske formål stort set ingen symptomer - og kendetegnes ikke ved LUTS, hvorfor dette symptom udover at lede til PSA test sjældent er direkte relateret til prostatacancer.

ANBEFALING: Den betydelige regionale variation i tidlig opsporing af prostatacancer kalder på en mere ensartet national strategi til PSA testning. Biopsisættet og dermed tumoren skal i PATOBANK tildes en overordnet Gleason score ved diagnosen (appendiks 2). Afdelingerne skal indberette TNM kodningen til LPR. Metastatisk sygdom skal til LPR kodes som C.61.9M.

Når prostatacancerdiagnosen er stillet foretages valg af behandling. Valget er baseret på den enkelte patients sygdomsbillede og ønsker, og der kan herudover være variation mellem regioner og mellem afdelinger i brugen af forskellige behandlinger.

Nedenstående findes tabeller, der viser antallet af patienter, som i 2017 påbegyndte active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk at disse patienter kan være diagnosticeret i 2017 eller i de forudgående år.

Active surveillance og watchful waiting blev fordoblet i antal fra 2013 til 2017. Active surveillance fra 444 til 992, og watchful waiting fra 334 til 736. Stigningerne i active surveillance og watchful waiting er særligt udtalt i Midtjylland i det sidste år.

Radikal prostatektomi er faldet i de seneste år, og antallet i 2017 (1052) er det laveste siden 2013. Over de seneste fem kalenderår er tendensen, at de opererede mænd nu er lidt ældre og lidt mere komorbide.

1 Active surveillance (baseret på data fra LPR)

	År for active surveillance				
	2017	2016	2015	2014	2013
Active surveillance	992	769	698	565	444
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk	#	3	4	5	4
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	3	0	0	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	169	182	162	118	91
Hospitalerne i Nordsjælland, HI Kirurgisk overafde	0	0	0	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	77	47	55	0	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, KOE Kirurgi	0	0	#	0	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	0	0	22	34	30
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	33	35	30	32	7
Kolding Sygehus, Urologisk afdeling, Fredericia	0	4	10	7	23
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afd	309	271	192	179	132
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	6	7	12	15	3
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	#	#	3	3
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle	7	0	0	0	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	36	20	16	7	5
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	3	4	9	0	0
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	193	0	3	0	0
Regionshospitalet Horsens, Kirurgi, Overafdeling -	0	7	3	#	0
Regionshospitalet Randers, Urologisk overafdeling	0	22	27	13	11
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	96	108	102	101	54
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Ove	8	25	13	15	#
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Omr	50	32	35	35	79
AS pr. 100.000 mænd 18+ år					
Danmark	43,9	34,3	31,6	25,8	20,5
Region for patientens primære urologiske afdeling:					
Hovedstaden	31,7	28,9	22,7	17,1	12,9
Sjælland	26,5	25,8	45,5	30,6	17,8
Syddanmark	60,7	55,2	39,5	37,9	31,7
Midtjylland	45,4	10,8	11,4	4,6	3,3
Nordjylland	66,1	69,9	64,6	64,7	59,1
Alder på tidspunkt for AS					
Median(Q1;Q3)	68 (63,0;71,6)	68 (62,8;71,2)	68 (62,9;71,0)	68 (63,7;70,3)	68 (63,6;71,0)
Gennemsnit(Min;Max)	67 (46,2;91,0)	67 (45,5;86,6)	67 (36,8;83,7)	67 (49,7;90,3)	67 (48,8;87,6)
PSA ved diagnose					
<10	557 (56,1%)	428 (55,7%)	416 (59,6%)	345 (61,1%)	241 (54,3%)
10-20	135 (13,6%)	109 (14,2%)	131 (18,8%)	111 (19,6%)	74 (16,7%)
21-100	47 (4,7%)	29 (3,8%)	40 (5,7%)	24 (4,2%)	25 (5,6%)
>100		5 (0,7%)	# (0,3%)	# (0,2%)	

	År for active surveillance				
	2017	2016	2015	2014	2013
Ukendt	253 (25,5%)	198 (25,7%)	109 (15,6%)	84 (14,9%)	104 (23,4%)
ISUP ved diagnose					
1 (Gleason -6)	632 (63,7%)	475 (61,8%)	429 (61,5%)	349 (61,8%)	285 (64,2%)
2 (Gleason 3+4)	223 (22,5%)	195 (25,4%)	188 (26,9%)	152 (26,9%)	113 (25,5%)
3 (Gleason 4+3)	34 (3,4%)	45 (5,9%)	34 (4,9%)	28 (5,0%)	19 (4,3%)
4 (Gleason 8)	9 (0,9%)	13 (1,7%)	12 (1,7%)	12 (2,1%)	7 (1,6%)
5 (Gleason 9+)	13 (1,3%)	8 (1,0%)	10 (1,4%)	3 (0,5%)	7 (1,6%)
ISUP ikke defineret	81 (8,2%)	33 (4,3%)	25 (3,6%)	21 (3,7%)	13 (2,9%)
D'amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	5	4	#	#	#
Risikovurderede:					
Ukendt	396 (40,1%)	248 (32,4%)	137 (19,7%)	113 (20,1%)	132 (29,9%)
Lav risiko	276 (28,0%)	240 (31,4%)	231 (33,1%)	197 (35,0%)	137 (31,0%)
Intermediær risiko	224 (22,7%)	211 (27,6%)	248 (35,6%)	192 (34,1%)	117 (26,5%)
Høj risiko	91 (9,2%)	66 (8,6%)	81 (11,6%)	61 (10,8%)	56 (12,7%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	720 (72,6%)	562 (73,1%)	520 (74,5%)	411 (72,7%)	341 (76,8%)
Score 1-2	218 (22,0%)	173 (22,5%)	148 (21,2%)	125 (22,1%)	85 (19,1%)
Score 3 eller derover	54 (5,4%)	34 (4,4%)	30 (4,3%)	29 (5,1%)	18 (4,1%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	# (0,2%)	8 (1,0%)	# (0,1%)	# (0,2%)	# (0,5%)
Tx	43 (4,3%)	24 (3,1%)	14 (2,0%)	7 (1,2%)	3 (0,7%)
T1a	43 (4,3%)	21 (2,7%)	13 (1,9%)	18 (3,2%)	9 (2,0%)
T1b	9 (0,9%)	6 (0,8%)	7 (1,0%)	# (0,4%)	
T1c	456 (46,0%)	394 (51,2%)	412 (59,0%)	332 (58,8%)	230 (51,8%)
T2a	87 (8,8%)	59 (7,7%)	69 (9,9%)	58 (10,3%)	33 (7,4%)
T2b	23 (2,3%)	21 (2,7%)	19 (2,7%)	15 (2,7%)	11 (2,5%)
T2c	25 (2,5%)	15 (2,0%)	23 (3,3%)	23 (4,1%)	20 (4,5%)
T3a	19 (1,9%)	15 (2,0%)	11 (1,6%)	10 (1,8%)	11 (2,5%)
T3b	# (0,2%)	# (0,3%)	4 (0,6%)	# (0,2%)	# (0,2%)
T4		# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,2%)	
Ikke registreret	283 (28,5%)	203 (26,4%)	124 (17,8%)	97 (17,2%)	124 (27,9%)

Incidens rate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR - Active surveillance:

I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af patienter med lavrisiko og insignifikant sygdom, sættes stadigt flere patienter initialt i observation i form af active surveillance (AS) og antallet overstiger i 2017 for første gang antallet af patienter, som fik foretaget radikal prostatektomi. På landsbasis bliver 43,9 mænd/100.000 fulgt med AS. Der ses regional variation, Hovedstaden og Region Sjælland overvåger samlet halvt så mange (31,7/100.000) som Region Syddanmark (60,7/100.000). Aldersgruppen for AS er over tid uforandret. Pga. tiltagende mangelfuld indberetning (diagnoseskema) er risikovurderingen dog ukendt for en meget stor andel (40,1 %) af patienterne og kan evt. forklare tabellens uventede fald i antallet af lavrisikodeltagere blandt de observerede. Samtidigt må mere end 150 patienter med hhv. høj risikoscore og/eller betydelig komorbiditet anses for direkte uegnede til AS. Det sidste forhold forklares bedst ved, at der fortsat er urologiske afdelinger, som ikke konsekvent skelner mellem observationsformerne AS og watchful waiting (WW). I modsætning til AS tilbydes patienter WW mhp. timing af endokrinterapi alene og ikke som for AS, behandling med kurativt sigte (operation eller strålebehandling). Endeligt skal det understreges, at AS i henhold til gældende specialeplan kun kan foretages på en af de i tabellen markerede fem højtspecialiserede radikalt prostatektomerende afdelinger med satellit (se klinisk kommentar til kvalitetsindikator 2), ligesom der i de kommende opdaterede kliniske retningslinjer i lighed med EAU guidelines 2018, vil skulle foretages multiparametrisk MR-skanning ved behov for re-biopsi, hvilket vil sige efter typisk 12 måneders observation. Derfor kan det undre at disse afdelinger har så få patienter registreret med AS.

KONKLUSION: I bestræbelserne på at nedsætte overbehandling af lavrisikopatienter sættes stadigt flere patienter initialt i observation i form af active surveillance. Data tyder på, at der fortsat er afdelinger, som dels praktiserer active surveillance uden for gældende specialeplan, dels koder active surveillance som watchful waiting og vice versa. Komplet kodepraksis er afgørende, og især de højtspecialiserede afdelinger bør have stort fokus på korrekt registrering.

ANBEFALING: Active surveillance - ikke at forveksle med watchful waiting - skal til LPR kodes ZZ4252B. Med henvisning til landsdækkende kliniske retningslinjer og en aktuel visitationsretningslinje fra Sundhedsstyrelsen bør lavrisikopatienter til potentiel intenderet kurativ behandling initialt anbefales active surveillance. I den forbindelse varsles en fremtidig kvalitetsindikator i databasen.

2 Radikal prostatektomi

	År for prostatektomi				
	2017	2016	2015	2014	2013
Radikal prostatektomi (RP)	1.052	1.239	1.130	1.087	972
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	218	245	227	286	232
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	118	222	215	233	202
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afd	306	263	234	173	177
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	136	158	140	133	116
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	181	208	188	134	92
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	93	143	126	128	153
Prostatektomier pr. 100.000 mænd 18+ år					
Danmark	46,5	55,3	51,1	49,7	44,8
Region for patientens primære urologiske afdeling:					
Hovedstaden	32,2	47,4	44,2	53,5	47,3
Sjælland	52,6	52,8	54,5	57,6	48,8
Syddanmark	51,3	49,4	41,4	32,8	31,1
Midtjylland	60,6	70,4	65,7	51,2	39,8
Nordjylland	40,0	61,4	54,7	58,2	70,8
Alder på operationstidspunkt					
Median(Q1;Q3)	67 (61,8;70,7)	67 (61,3;70,0)	66 (60,7;69,6)	66 (61,2;69,0)	65 (60,2;68,4)
Gennemsnit(Min;Max)	66 (42,0;79,2)	65 (41,0;78,6)	65 (43,3;81,4)	65 (45,5;77,7)	64 (42,4;76,5)
PSA ved diagnose					
<10	524 (49,8%)	640 (51,7%)	594 (52,6%)	525 (48,3%)	427 (43,9%)
10-20	190 (18,1%)	252 (20,3%)	267 (23,6%)	204 (18,8%)	166 (17,1%)
21-100	79 (7,5%)	99 (8,0%)	102 (9,0%)	71 (6,5%)	64 (6,6%)
>100		# (0,1%)		3 (0,3%)	# (0,2%)
Ukendt	259 (24,6%)	247 (19,9%)	167 (14,8%)	284 (26,1%)	313 (32,2%)
ISUP ved diagnose					
1 (Gleason -6)	147 (14,0%)	196 (15,8%)	240 (21,2%)	240 (22,1%)	248 (25,5%)
2 (Gleason 3+4)	479 (45,5%)	628 (50,7%)	538 (47,6%)	540 (49,7%)	406 (41,8%)
3 (Gleason 4+3)	206 (19,6%)	182 (14,7%)	184 (16,3%)	173 (15,9%)	146 (15,0%)
4 (Gleason 8)	85 (8,1%)	111 (9,0%)	67 (5,9%)	58 (5,3%)	105 (10,8%)
5 (Gleason 9+)	76 (7,2%)	77 (6,2%)	51 (4,5%)	44 (4,0%)	37 (3,8%)
ISUP ikke defineret	59 (5,6%)	45 (3,6%)	50 (4,4%)	32 (2,9%)	30 (3,1%)
D'amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	16	15	15	8	6
Risikovurderede:					
Ukendt	255 (24,6%)	262 (21,4%)	247 (22,2%)	317 (29,4%)	346 (35,8%)
Lav risiko	73 (7,0%)	87 (7,1%)	119 (10,7%)	100 (9,3%)	92 (9,5%)
Intermediær risiko	419 (40,4%)	541 (44,2%)	474 (42,5%)	420 (38,9%)	317 (32,8%)
Høj risiko	289 (27,9%)	334 (27,3%)	275 (24,7%)	242 (22,4%)	211 (21,8%)

	År for prostatektomi				
	2017	2016	2015	2014	2013
Operationstype, RP					
Retropubisk RP	11 (1,0%)		3 (0,3%)	# (0,2%)	12 (1,2%)
Retropubisk ikke nervesparende RP	11 (1,0%)	30 (2,4%)	56 (5,0%)	74 (6,8%)	136 (14,0%)
Retropubisk enkeltsidigt nervesparende RP	5 (0,5%)	7 (0,6%)	5 (0,4%)	7 (0,6%)	20 (2,1%)
Retropubisk dobbeltsidigt nervesparende RP	# (0,1%)	# (0,2%)	4 (0,4%)	# (0,1%)	16 (1,6%)
Perkutan endoskopisk RP	81 (7,7%)	50 (4,0%)	38 (3,4%)	39 (3,6%)	56 (5,8%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	423 (40,2%)	545 (44,0%)	443 (39,2%)	461 (42,4%)	314 (32,3%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidigt nervesparende RP	345 (32,8%)	407 (32,8%)	343 (30,4%)	297 (27,3%)	219 (22,5%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende R	175 (16,6%)	198 (16,0%)	238 (21,1%)	206 (19,0%)	199 (20,5%)
Charlson comorbidity index ved prostatektomi					
Score 0	796 (75,7%)	949 (76,6%)	880 (77,9%)	853 (78,5%)	780 (80,2%)
Score 1-2	222 (21,1%)	248 (20,0%)	222 (19,6%)	204 (18,8%)	167 (17,2%)
Score 3 eller derover	34 (3,2%)	42 (3,4%)	28 (2,5%)	30 (2,8%)	25 (2,6%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	5 (0,5%)	8 (0,6%)	# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Tx	16 (1,5%)	11 (0,9%)	9 (0,8%)	5 (0,5%)	# (0,1%)
T1a	12 (1,1%)	16 (1,3%)	12 (1,1%)	8 (0,7%)	6 (0,6%)
T1b	4 (0,4%)	# (0,2%)	5 (0,4%)	8 (0,7%)	# (0,2%)
T1c	406 (38,6%)	485 (39,1%)	484 (42,8%)	423 (38,9%)	373 (38,4%)
T2a	124 (11,8%)	139 (11,2%)	178 (15,8%)	108 (9,9%)	84 (8,6%)
T2b	83 (7,9%)	103 (8,3%)	83 (7,3%)	91 (8,4%)	74 (7,6%)
T2c	69 (6,6%)	94 (7,6%)	85 (7,5%)	85 (7,8%)	68 (7,0%)
T3a	36 (3,4%)	35 (2,8%)	53 (4,7%)	33 (3,0%)	14 (1,4%)
T3b	6 (0,6%)	# (0,2%)	5 (0,4%)	9 (0,8%)	6 (0,6%)
T4	# (0,1%)			# (0,1%)	
Ikke registreret	290 (27,6%)	344 (27,8%)	215 (19,0%)	315 (29,0%)	342 (35,2%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	500 (47,5%)	631 (50,9%)	721 (63,8%)	618 (56,9%)	515 (53,0%)
N0	202 (19,2%)	167 (13,5%)	112 (9,9%)	92 (8,5%)	73 (7,5%)
N1	16 (1,5%)	10 (0,8%)	13 (1,2%)	8 (0,7%)	6 (0,6%)
Ikke registreret	334 (31,7%)	431 (34,8%)	284 (25,1%)	369 (33,9%)	378 (38,9%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	718 (68,3%)	803 (64,8%)	846 (74,9%)	717 (66,0%)	591 (60,8%)
M1		5 (0,4%)	# (0,2%)		
Ikke registreret	334 (31,7%)	431 (34,8%)	282 (25,0%)	370 (34,0%)	381 (39,2%)

Incidens rate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR – Radikal prostatektomi:

Antallet af radikale operationer toppede antalsmæssigt i 2016 og faldt for første gang nogen sinde i 2017 med hele 15 % til i alt 1.052. Dette fald forårsages af færre operationer i tre af de fire opererende regioner. I Syddanmark er antallet omvendt øget med knapt 15 %. En stigning som delvis kan forklares ved, at Region Sjællands patienter nu i stigende antal opereres i Odense fremfor i Hovedstaden. I Hovedstaden blev 218 patienter opereret i Herlev mod 118 på Rigshospitalet. Antallet af indgreb per opererende afdeling er således kritisk lavt på to af de opererende afdelinger, hhv. Rigshospitalet og Aalborg (93). Antallet af udførte radikale prostatektomier pr 100.000 mænd – vel at mærke i forhold til diagnosticerende region – har vist sig at være med meget stor variation.

Helt som forventet er antallet af opererede patienter med lavrisikosygdom let faldende og udgjorde knapt 7 % af de opererede. Dog er risikoindberetningen også her uacceptabel lav (75 %). Antallet af konventionelt åbne indgreb er over de sidste fem år faldet fra 184 til 28 i 2017 og nu erstattet af ”robotkirurgi”. Antallet af ikke nervebesparende indgreb er i samme periode steget fra 32 til 41 %, hvilket antages at afspejle den stadigt mere aggressive operationsstrategi, som i stadigt stigende grad medtager patienter med mere udtalt lokalsygdom.

KONKLUSION: Antallet af operationer falder i tre af de fire opererende regioner i takt med nedgangen af diagnoser. I Syddanmark er operationstallet steget og operationsraten per 100.000 mænd diagnosticeret i egen region er næsten dobbelt så høj som i Hovedstaden. Det åbne kirurgiske indgreb foretages stort set ikke længere.

ANBEFALING: Da det patientmæssige grundlag for kirurgisk behandling i Aalborg og på Rigshospitalet falder og nu er kritisk lavt, bør der med forventning om generelt fremtidigt færre indgreb, gøres det overvejes, hvor man i fremtiden skal placere denne behandling.

3 Strålebehandling

	År for første strålebehandling				
	2017	2016	2015	2014	2013
Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)	590	559	726	596	647
Rigshospitalet, Onkologisk Klinik	44	55	47	67	126
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	60	64	52	42	92
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Klin. Onkologi	0	12	122	70	#
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Klin. Onkologi	138	99	0	0	0
Odense Universitetshospital, Onkologisk afd. R	79	60	56	71	94
Vejle Sygehus, SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	89	57	106	73	89
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	144	172	300	252	210
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Områd	36	40	43	21	35
Primær kurativ strål pr. 100.000 mænd 18+ år					
Danmark	26,1	25,0	32,8	27,2	29,8
Region for patientens primære urologiske afdeling:					
Hovedstaden	12,1	13,6	11,9	10,4	16,3
Sjælland	47,2	41,8	43,3	34,3	35,8
Syddanmark	33,4	22,2	32,5	30,0	38,2
Midtjylland	29,2	35,7	61,7	51,0	42,3
Nordjylland	15,2	16,9	18,4	9,9	16,9
Alder på tidspunkt for første strål					
Median(Q1;Q3)	70 (65,8;73,7)	70 (65,8;73,9)	70 (66,3;73,4)	70 (65,6;73,3)	69 (65,4;72,9)
Gennemsnit(Min;Max)	70 (45,3;82,0)	70 (52,3;81,6)	69 (45,5;83,0)	69 (46,5;84,2)	69 (48,4;79,3)
PSA ved diagnose					
<10	175 (29,7%)	168 (30,1%)	258 (35,5%)	194 (32,6%)	204 (31,5%)
10-20	139 (23,6%)	140 (25,0%)	202 (27,8%)	170 (28,5%)	150 (23,2%)
21-100	160 (27,1%)	161 (28,8%)	202 (27,8%)	173 (29,0%)	153 (23,6%)
>100	9 (1,5%)	4 (0,7%)	3 (0,4%)	# (0,3%)	
Ukendt	107 (18,1%)	86 (15,4%)	61 (8,4%)	57 (9,6%)	140 (21,6%)
ISUP ved diagnose					
1 (Gleason -6)	40 (6,8%)	28 (5,0%)	71 (9,8%)	77 (12,9%)	65 (10,0%)
2 (Gleason 3+4)	199 (33,7%)	184 (32,9%)	248 (34,2%)	215 (36,1%)	228 (35,2%)
3 (Gleason 4+3)	141 (23,9%)	116 (20,8%)	132 (18,2%)	114 (19,1%)	126 (19,5%)
4 (Gleason 8)	49 (8,3%)	81 (14,5%)	89 (12,3%)	67 (11,2%)	96 (14,8%)
5 (Gleason 9+)	112 (19,0%)	116 (20,8%)	137 (18,9%)	88 (14,8%)	85 (13,1%)
ISUP ikke defineret	49 (8,3%)	34 (6,1%)	49 (6,7%)	35 (5,9%)	47 (7,3%)
D'amico-risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	6	23	48	22	17
Risikovurderede:					
Ukendt	84 (6,1%)	73 (5,8%)	102 (7,3%)	82 (6,5%)	145 (11,9%)

	År for første strålebehandling				
	2017	2016	2015	2014	2013
Lav risiko	16 (1,2%)	10 (0,8%)	30 (2,1%)	27 (2,1%)	25 (2,1%)
Intermediær risiko	143 (10,5%)	125 (9,9%)	153 (10,9%)	143 (11,3%)	139 (11,4%)
Høj risiko	341 (24,9%)	328 (25,9%)	393 (28,1%)	322 (25,4%)	321 (26,3%)
Charlson comorbidity index					
(ved diagnose)					
Score 0	378 (64,1%)	358 (64,0%)	501 (69,0%)	374 (62,8%)	423 (65,4%)
Score 1-2	167 (28,3%)	163 (29,2%)	184 (25,3%)	177 (29,7%)	172 (26,6%)
Score 3 eller derover	45 (7,6%)	38 (6,8%)	41 (5,6%)	45 (7,6%)	52 (8,0%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	# (0,3%)	# (0,2%)			# (0,2%)
Tx	19 (3,2%)	# (0,4%)	# (0,3%)	# (0,3%)	3 (0,5%)
T1a	5 (0,8%)	3 (0,5%)	7 (1,0%)	7 (1,2%)	5 (0,8%)
T1b	# (0,3%)	6 (1,1%)	5 (0,7%)	5 (0,8%)	7 (1,1%)
T1c	123 (20,8%)	119 (21,3%)	164 (22,6%)	148 (24,8%)	165 (25,5%)
T2a	69 (11,7%)	45 (8,1%)	75 (10,3%)	62 (10,4%)	55 (8,5%)
T2b	45 (7,6%)	42 (7,5%)	69 (9,5%)	58 (9,7%)	27 (4,2%)
T2c	58 (9,8%)	57 (10,2%)	65 (9,0%)	54 (9,1%)	69 (10,7%)
T3a	107 (18,1%)	126 (22,5%)	200 (27,5%)	143 (24,0%)	116 (17,9%)
T3b	30 (5,1%)	39 (7,0%)	45 (6,2%)	44 (7,4%)	25 (3,9%)
T4	# (0,2%)	4 (0,7%)	# (0,3%)		4 (0,6%)
Ikke registreret	129 (21,9%)	115 (20,6%)	92 (12,7%)	73 (12,2%)	170 (26,3%)
N stadie på diagnosetidspunkt					
Nx	235 (39,8%)	208 (37,2%)	264 (36,4%)	242 (40,6%)	262 (40,5%)
N0	175 (29,7%)	171 (30,6%)	278 (38,3%)	236 (39,6%)	174 (26,9%)
N1	6 (1,0%)	20 (3,6%)	48 (6,6%)	21 (3,5%)	16 (2,5%)
Ikke registreret	174 (29,5%)	160 (28,6%)	136 (18,7%)	97 (16,3%)	195 (30,1%)
M stadie på diagnosetidspunkt					
M0	415 (70,3%)	397 (71,0%)	591 (81,4%)	499 (83,7%)	452 (69,9%)
M1	# (0,2%)	4 (0,7%)	# (0,1%)	# (0,3%)	# (0,2%)
Ikke registreret	174 (29,5%)	158 (28,3%)	134 (18,5%)	95 (15,9%)	194 (30,0%)

Incidens rate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR – Primær strålebehandling:

I 2017 fik i alt 590 patienter primær strålebehandling. Der er en del fluktuation i antallet af behandlinger fra år til år. Der bliver kun strålebehandlet ca. halvt så mange patienter som opereret. Faldet i antal behandlinger har været mest udtalt i Aarhus, hvor antallet for et par år siden var mere end dobbelt så højt som i andre afdelinger. I Aarhus er antal behandlinger pr 100.000 mænd derved faldet ned tæt på landsgennemsnittet (26/100.000), Sjælland behandler 47/100.000 mænd med bopæl i regionen og dermed fire gange så mange som Hovedstaden strålebehandler (12/100.000). Den store regionale variation som ses ved operation findes således ligeledes ved primærstrålebehandling. Medianalder og sygdomsrisikoprofil er uændret over tid. Dog steg antallet af bestrålede højmaligne (ISUP grad 5) tumorer. Som tilfældet ved operation faldt antallet af behandlede cT1c til fordel for små palpable tumorer (cT2a). Færre patienter med kendt lymfeknudemetastase (N1) modtog strålebehandling, antageligt fordi forudgående lymfeknudestaging foretages sjældnere. Specifik kodning af strålebehandling er nyligt indført og ikke slået helt igennem endnu. Derfor har vi igen i år defineret primær kurativ strålebehandling ved at patienten har fået 36 eller flere strålebehandlinger, da der vanligt gives 78 Gy over 39 behandlinger. Dette kan dog give et mindre underestimat, da der i få tilfælde også gives primært kurativ strålebehandling med 60 Gy over 20 fraktioner og evt. andre fraktioneringsmønstre, samt ved brackyterapi.

KONKLUSION: På landsplan er der stor fluktuation i antallet af primært strålebehandlede patienter fra år til år, hvilket rejser spørgsmål om indikationen håndteres korrekt. Adgang til strålebehandling afhænger af håndtering på MDT og henvisning fra den kirurgiske afdeling. Fluktuationen præges som ved operation af meget store regionale forskelle. Mest markant har Aarhus mere end halveret deres antal på to år til et mere plausibelt niveau. Omvendt ses nu en betydelig stigning i Region Sjælland, der måske kan være et indikationsskred, som de bør være opmærksomme på. Som ved den operative behandling strålebehandler Rigshospitalet og Aalborg færrest patienter og ligger begge på kun omtrent det halve af landsgennemsnittet. Det høje antal behandlinger i Region Sjælland kan ikke forklares ved, at regionen ikke har haft lokal mulighed for operativbehandling, da regionen også her ligger over landsgennemsnittet. Flere patienter med højaggressiv sygdom er blevet strålebehandlet i forhold til tidligere, mens patientkarakteristika i øvrigt ikke varierer over tid.

ANBEFALING: Den meget store regionale forskel i behandlingsantallet bør specielt i Region Sjælland kalde på en forklaring derfra. Primær strålebehandling skal kodes behandlingsspecifikt: BWG+ZPZA02C.

I årsrapporten 2018 forventes der at kunne redegøres for såvel salvage stråleterapi som brackyterapi, da specifik LPR kodning for disse er igangsat.

4 Watchful waiting

	År for Watchful waiting				
	2017	2016	2015	2014	2013
Watchful waiting	736	592	478	478	334
Amager og Hvidovre Hospital, Ortopædkirurgisk afde	#	0	0	0	0
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk	0	3	#	4	4
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	3	0	0	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	133	176	103	114	121
Hospitalet i Nordsjælland, HI Kirurgisk overafde	#	0	0	0	0
Rigshospitalet, Nefrologisk Klinik, P	#	0	0	0	0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	81	42	63	25	0
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	0	#	34	62	61
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	68	66	53	69	16
Kolding Sygehus, Urologisk afdeling, Fredericia	0	47	41	61	44
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afd	178	100	45	28	18
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	22	24	12	11	6
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	#	3	3	#	4
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle	37	8	0	0	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	26	9	4	5	#
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	7	6	7	0	0
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	112	0	#	0	0
Regionshospitalet Horsens, Kirurgi, Overafdeling -	0	4	#	0	0
Regionshospitalet Randers, Urologisk overafdeling	0	11	12	3	4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	32	44	49	30	12
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Ove	5	18	24	29	3
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Omr	27	30	25	36	39
Alder på tidspunkt for WW					
Median(Q1;Q3)	76 (72,5;79,4)	75 (71,5;78,2)	75 (72,0;78,5)	75 (71,5;78,0)	76 (71,8;79,0)
Gennemsnit(Min;Max)	76 (50,5;93,4)	75 (54,0;91,0)	75 (54,8;96,7)	74 (52,6;90,9)	75 (50,2;92,8)
PSA ved diagnose					
<10	287 (39,0%)	191 (32,3%)	195 (40,8%)	156 (32,6%)	101 (30,2%)
10-20	170 (23,1%)	141 (23,8%)	113 (23,6%)	118 (24,7%)	60 (18,0%)
21-100	100 (13,6%)	96 (16,2%)	82 (17,2%)	64 (13,4%)	38 (11,4%)
>100	4 (0,5%)	3 (0,5%)	5 (1,0%)	# (0,4%)	4 (1,2%)
Ukendt	175 (23,8%)	161 (27,2%)	83 (17,4%)	138 (28,9%)	131 (39,2%)
ISUP ved diagnose					
1 (Gleason -6)	277 (37,6%)	200 (33,8%)	171 (35,8%)	174 (36,4%)	106 (31,7%)
2 (Gleason 3+4)	230 (31,3%)	213 (36,0%)	164 (34,3%)	152 (31,8%)	120 (35,9%)
3 (Gleason 4+3)	91 (12,4%)	66 (11,1%)	50 (10,5%)	59 (12,3%)	51 (15,3%)
4 (Gleason 8)	50 (6,8%)	33 (5,6%)	22 (4,6%)	35 (7,3%)	29 (8,7%)
5 (Gleason 9+)	25 (3,4%)	27 (4,6%)	34 (7,1%)	21 (4,4%)	8 (2,4%)
ISUP ikke defineret	63 (8,6%)	53 (9,0%)	37 (7,7%)	37 (7,7%)	20 (6,0%)

År for Watchful waiting					
	2017	2016	2015	2014	2013
Risikovurdering ved diagnose					
Udenfor risikovurdering	3	3	11	7	6
Risikovurderede:					
Ukendt	220 (30,0%)	175 (29,7%)	101 (21,6%)	147 (31,2%)	135 (41,2%)
Lav risiko	92 (12,6%)	76 (12,9%)	64 (13,7%)	65 (13,8%)	34 (10,4%)
Intermediær risiko	223 (30,4%)	163 (27,7%)	152 (32,5%)	126 (26,8%)	82 (25,0%)
Høj risiko	198 (27,0%)	175 (29,7%)	150 (32,1%)	133 (28,2%)	77 (23,5%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	404 (54,9%)	331 (55,9%)	277 (57,9%)	274 (57,3%)	191 (57,2%)
Score 1-2	250 (34,0%)	179 (30,2%)	158 (33,1%)	153 (32,0%)	109 (32,6%)
Score 3 eller derover	82 (11,1%)	82 (13,9%)	43 (9,0%)	51 (10,7%)	34 (10,2%)
T stadie på diagnosetidspunkt					
T0	# (0,1%)	# (0,2%)	0	0	0
Tx	28 (3,8%)	16 (2,7%)	9 (1,9%)	4 (0,8%)	0
T1a	25 (3,4%)	12 (2,0%)	11 (2,3%)	15 (3,1%)	8 (2,4%)
T1b	9 (1,2%)	9 (1,5%)	7 (1,5%)	7 (1,5%)	5 (1,5%)
T1c	267 (36,3%)	207 (35,0%)	173 (36,2%)	170 (35,6%)	103 (30,8%)
T2a	91 (12,4%)	54 (9,1%)	61 (12,8%)	40 (8,4%)	19 (5,7%)
T2b	33 (4,5%)	39 (6,6%)	33 (6,9%)	23 (4,8%)	10 (3,0%)
T2c	45 (6,1%)	37 (6,3%)	42 (8,8%)	25 (5,2%)	20 (6,0%)
T3a	38 (5,2%)	38 (6,4%)	35 (7,3%)	36 (7,5%)	22 (6,6%)
T3b	10 (1,4%)	9 (1,5%)	11 (2,3%)	# (0,4%)	0
T4	# (0,1%)	# (0,2%)	# (0,2%)	0	# (0,3%)
Ikke registreret	188 (25,5%)	169 (28,5%)	95 (19,9%)	156 (32,6%)	146 (43,7%)

Incidence rate per 100.000 mænd, 18+ år, ikke aldersstandardiseret.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR – watchful waiting:

Data bygger på LPR indberetning. Antallet er over tid stigende, mens gennemsnitsalderen uændret er fem år højere end for patienter i active surveillance. Udover at 30% af patienterne er med ukendt risikoscore, er det bekymrende for kodningspraksis, at mere end 40% har lav- til intermediær risiko og 55% er helt uden komorbiditet. Således scorer en tredjedel af patienterne lavt for komorbiditet og kun godt hver 10. patient har en komorbiditetsscore på 3 og derover.

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

ANBEFALING: Watchful waiting (observation før evt. hormonbehandling) skal LPR-kodes konsekvent og korrekt (ZZ4252A).

5 Anden behandling

<i>Behandling startet 2017</i>	<i>Koderegistrering før behandlingsstart</i>			
	<i>I alt</i>	<i>DC619M</i>	<i>DC619Z</i>	<i>Heraf: DC619M og DC619Z</i>
Antiandrogen	1685	297	72	22
GNRH analog	1476	365	115	12
GNRH antagonist	85	39	3	0
Orchiectomi	142	54	7	#
Abirateron	123	38	28	13
Enzalutamid	364	175	140	48
Docetaxel	574	336	91	28
Cabazitaxel	162	64	56	20
Denosumab	654	211	51	17
Radium-223	96	36	33	7
Forsøgsmedicin	7	4	#	0

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR – Endokrin samt medicinsk behandling:

Ved dissemineret sygdom har endokrinterapi i form af kastration de sidste 70 år udgjort en hjørnesten i behandlingen. Ved udvikling af kastrationsresistens var behandlingsmulighederne for godt 10 år siden meget få og overlevelsen kort (median < 12 mdr.). På relativ kort tid er behandlingerne blevet relativt mange og overlevelsen signifikant forlænget. Overblikket over hvilke behandlinger, der gives hvornår og i hvilken frekvens, forudsætter en korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal metastatisk sygdom kodes med suffixet "M" og kastrationsresistent sygdom "Z". Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode – fx enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208. Ifølge tabeloversigten blev hhv. 364 og 574 patienter i 2017 ordineret enzalutamid og docetaxel. Antallet dækker ingenlunde det forventede antal behandlede patienter, ligesom man uden konsekvent kodning af sygdomsstadierne (Y, M, Z) kan gennemskue indikationerne.

ANBEFALING: Da hidtil kodepraksis ikke tillader en meningsfuld stratificering af behandlingerne i forhold til patienternes Y, M og Z status og gerne i forhold til øvrige sygdoms karakteristika og behandlende afdeling, lades den i år tale for sig selv. Med henvisning til kodearket bagest i rapporten skal metastatisk sygdom kodes med suffixet "M" og kastrationsresistent sygdom "Z", ligesom hver af de enkelte behandlinger har hver sin kode – fx enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208. Da et overblik over kvaliteten af dette patientsårbare og behandlingsmæssigt kostbare sygdomsstadie er nødvendigt, bør der for varetagelse her som minimum stilles krav om komplet og korrekt kodning.

3. OVERSIGT OVER ALLE INDIKATORER

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

4. OVERSIGT DE SAMLEDE INDIKATORRESULTATER

Indikator	Uoplyst		Indikatoropfyldelse						
	Standard	%	2017	2016	2015	2014	2013	2012	2011
Indikator 1: Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer) (Indikator ID: DAPROCA_033_001)	≤ 5%	0	5 (4;6)	4 (4;5)	4 (4;5)	4 (4;5)	4 (4;5)	4 (3;4)	4 (3;5)
Indikator 2a: Andel af nydiagnosticerede patienter under active surveillance, som er uden events efter 1 år (Indikator ID: DAPROCA_034_002)	≥ 90%	-	-	89 (87;92)	91 (88;93)	90 (88;93)	90 (86;92)	93 (90;95)	-
Indikator 2b: Andel af nydiagnosticerede patienter under active surveillance, som er uden events efter 3 år (Indikator ID: DAPROCA_035_001)	≥ 70%	-	-	-	-	77 (74;81)	81 (77;84)	84 (80;88)	-
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margen (Indikator ID: DAPROCA_031_003)	≤ 15%	0	13 (11;16)	15 (12;17)	13 (11;16)	13 (10;15)	10 (8;13)	15 (13;18)	14 (11;16)
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen (Indikator ID: DAPROCA_032_003)	≤ 30%	0	33 (28;38)	41 (36;46)	32 (28;37)	30 (25;35)	31 (26;37)	31 (25;37)	35 (28;41)
Indikator 5: Andel af patienter genindlagt med komplikationer indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi (Indikator ID: DAPROCA_009_001)	≤ 5%	0	13 (11;15)	12 (10;14)	12 (10;14)	26 (23;29)	27 (24;30)	23 (20;25)	22 (19;25)
Indikator 6: Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt (Indikator ID: DAPROCA_010_001)	≤ 5%	0	4 (3;5)	3 (2;4)	5 (4;6)	6 (5;8)	6 (4;7)	5 (4;7)	6 (4;8)

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

5. INDIKATORRESULTATER FOR DANMARK OG PÅ REGIONS- OG AFDELINGSNIVEAU

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

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

5.1 Indikator 1: Indlæggelseshyppighed

Indikator 1. Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren - mænd med prostata cancer.

Standard ≤ 5 %

Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	2016	2015	
				95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)	
Danmark	Ja	250/4.955	0 (0)	5 (4;6)	4 (4;5)	4 (4;5)	
Hovedstaden	Ja	53/1.047	0 (0)	5 (4;7)	5 (4;6)	6 (5;7)	
Sjælland	Ja	35/749	0 (0)	5 (3;6)	4 (3;6)	6 (4;8)	
Syddanmark	Ja	69/1.341	0 (0)	5 (4;6)	3 (3;5)	3 (3;5)	
Midtjylland	Ja	63/1.242	0 (0)	5 (4;6)	5 (4;7)	3 (2;4)	
Nordjylland	Ja	28/560	0 (0)	5 (3;7)	3 (2;5)	2 (1;4)	
Privathospitaler	Nej	##	0 (0)	13 (2;38)	0 (0;20)	0 (0;12)	
Hovedstaden	Ja	53/1.047	0 (0)	5 (4;7)	5 (4;6)	6 (5;7)	
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Ja	0/18	0 (0)	0 (0;19)	-	-	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	45/899	0 (0)	5 (4;7)	5 (4;7)	5 (4;7)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	8/130	0 (0)	6 (3;12)	4 (1;8)	13 (8;20)	
Sjælland	Ja	35/749	0 (0)	5 (3;6)	4 (3;6)	6 (4;8)	
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Anæstesiologi	Ja	##	0 (0)	0 (0;98)	-	-	
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	35/748	0 (0)	5 (3;6)	4 (3;6)	7 (5;10)	
Syddanmark	Ja	69/1.341	0 (0)	5 (4;6)	3 (3;5)	3 (3;5)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	20/697	0 (0)	3 (2;4)	2 (1;4)	2 (1;3)	
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Nej	26/320	0 (0)	8 (5;12)	7 (4;12)	8 (5;13)	
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	0/42	0 (0)	0 (0;8)	3 (1;7)	5 (2;9)	
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	23/282	0 (0)	8 (5;12)	7 (0;34)	-	
Midtjylland	Ja	63/1.242	0 (0)	5 (4;6)	5 (4;7)	3 (2;4)	
Aarhus Universitetshospital, Billeddiagnostisk Overafd. Skejby	Ja	7/146	0 (0)	5 (2;10)	8 (4;14)	2 (0;7)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	30/473	0 (0)	6 (4;9)	5 (1;13)	0 (0;12)	

Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2017		Tidligere år	
				%	95% CI	2016	2015
		nævner				% (95% CI)	% (95% CI)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Ja	12/242	0 (0)	5	(3;9)	6 (3;9)	2 (1;4)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	14/381	0 (0)	4	(2;6)	6 (4;9)	4 (3;7)
Nordjylland	Ja	28/560	0 (0)	5	(3;7)	3 (2;5)	2 (1;4)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	16/261	0 (0)	6	(4;10)	5 (3;8)	3 (1;6)
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	4/95	0 (0)	4	(1;10)	2 (0;7)	1 (0;5)
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Område	Ja	8/204	0 (0)	4	(2;8)	0 (0;3)	1 (0;4)
Privathospitaler	Nej	##/##	0 (0)	13	(2;38)	0 (0;20)	0 (0;12)
Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris- Hamlet, Søborg	Nej	##/##	0 (0)	67	(9;99)	0 (0;60)	0 (0;41)
Capio CFR A/S, Capio CFR A/S - Hellerup afdeling	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;84)	-	0 (0;98)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted), Organkir. overafld.	Ja	0/3	0 (0)	0	(0;71)	0 (0;84)	0 (0;60)
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0/8	0 (0)	0	(0;37)	0 (0;31)	0 (0;28)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektal ultralydsscanning (TRUS) procedurer med prostatabiopsi udført i 2017 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag er kun medtaget den første biopsi registrering.

På landsplan blev 5 % indlagt efter en TRUS, hvilket er på niveau med tidligere år. Dette er inden for den fastlagte standard, som hermed er opfyldt på landsplan. Alle landets regioner havde en værdi på 5 %, og hver enkelt region opfylder standarden.

Der ses en større variation mellem sygehusafdelingerne fra 0 % til 8 %. Der er fem hospitalsafdelinger, afdelinger som ikke opfylder standarden: Rigshospitalet, Sydvestjysk Sygehus Esbjerg, Vejle Sygehus, Aarhus Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital.

Et af landets privathospitaler har høj genindlæggelseshyppighed, men baseret på meget få tilfælde.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

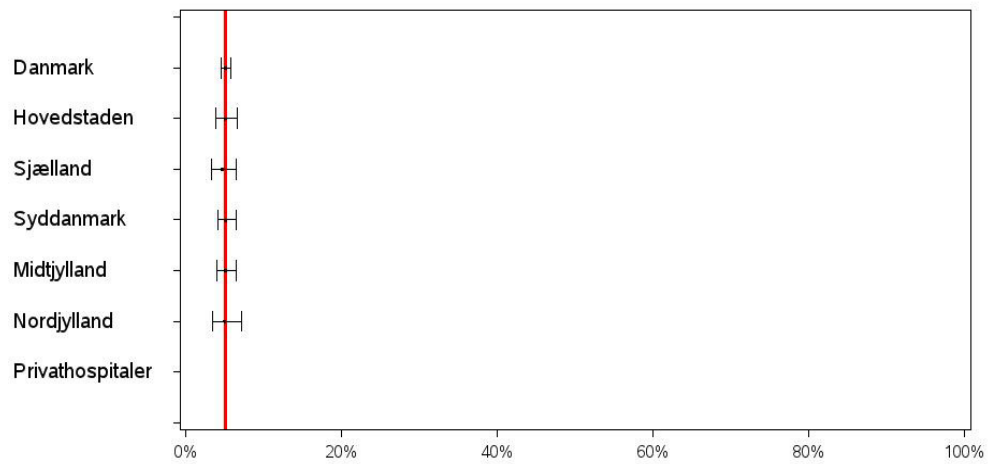
Indikatoren standard er præcist opfyldt på nationalt niveau og bibeholdes i sin nuværende form. Dog er indikatorpopulationen aktuelt suppleret i nedenstående tabel (5.1.a), da den medtager alle mænd, som har fået foretaget prostatabiopsier uanset verificeret prostatacancerdiagnose. Helt forventeligt har biopterede mænd samme indlæggelsesfrekvens indenfor 7 dage efter biopsitagning uanset biopsifund. Med udgangspunkt i den samlede biopterede population honorerer følgende urologiske afdelinger ikke standard: Sydvestjysk Sygehus Esbjerg (8 %), Vejle Sygehus (7 %) og Hospitalsenhed Midt (Viborg) (6%). På privathospitalet Aleris-Hamlet i Søborg er den procentuelle andel med efterfølgende indlæggelse uacceptabel høj (40 %).

ANBEFALING: Der bør på de urologiske afdelinger i Esbjerg, Vejle og Viborg, hvor indikatorstandarder ikke opfyldes, være en større opmærksomhed på denne procedure og findes en årsagsforklaring på de høje mål. De forebyggende tiltag, herunder anvendelse af profylaktisk antibiotika, bør ikke mindst i forbindelse med rebioptering tages op til overvejelse på afdelinger hvor indlæggelsesprocenten ligger over landsgennemsnittet. Udredning for prostatacancer bør varetages på urologiske afdelinger og ikke i privat regi.

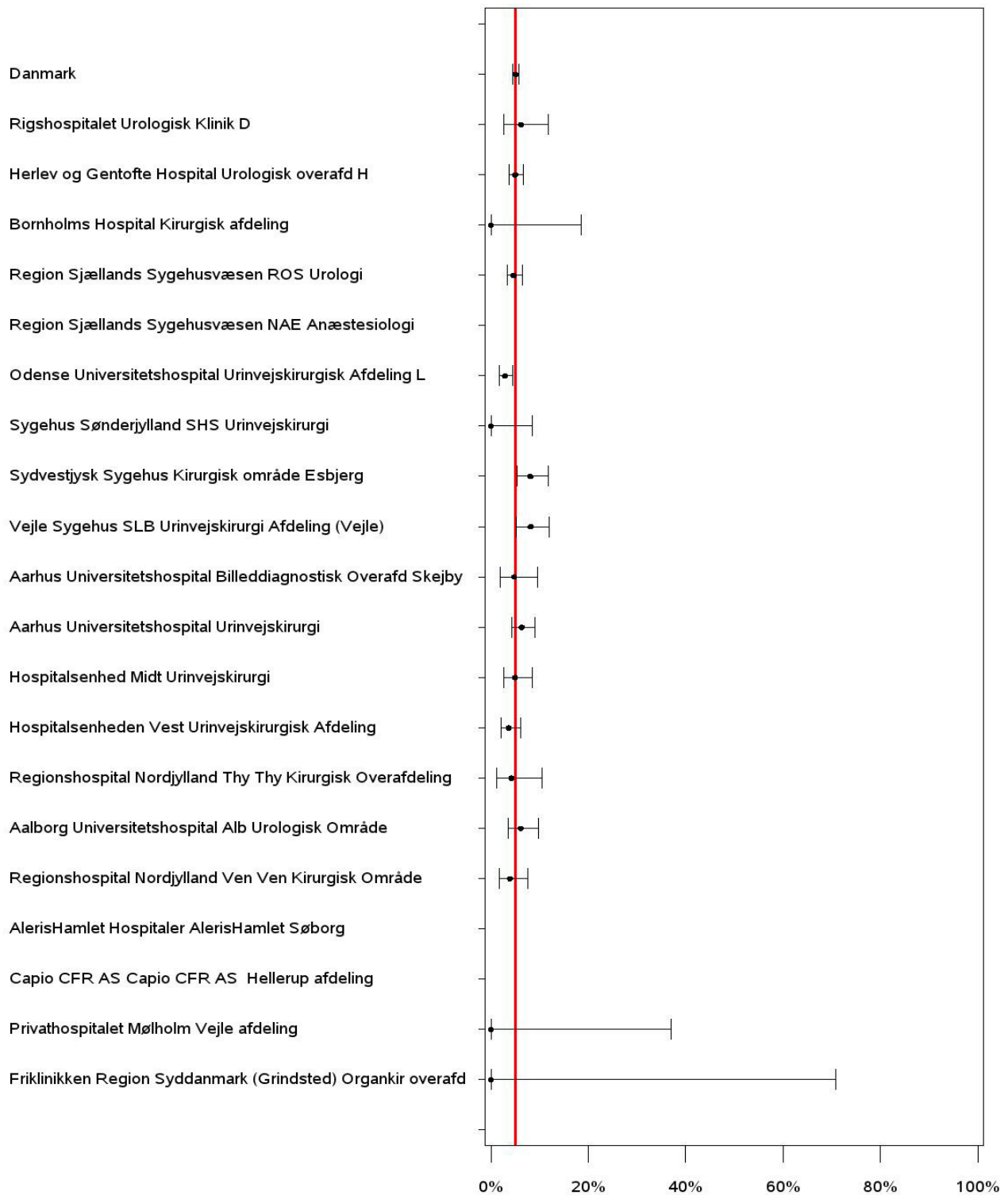
Tabel 5.1a. Alternativ tabel. Andel af udførte transrektal ultralydsscanning (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren – alle biopsier, uanset prostatacancer diagnose

Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	95% CI	2016	2015
		nævner		%		% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Ja	387/7.865	0 (0)	5	(4;5)	5 (4;5)	4 (4;5)
Hovedstaden	Ja	71/1.453	0 (0)	5	(4;6)	6 (4;7)	6 (5;7)
Sjælland	Ja	64/1.269	0 (0)	5	(4;6)	5 (4;6)	6 (4;7)
Syddanmark	Ja	111/2.128	0 (0)	5	(4;6)	4 (3;5)	3 (3;4)
Midtjylland	Ja	102/2.046	0 (0)	5	(4;6)	6 (5;7)	4 (3;5)
Nordjylland	Ja	37/930	0 (0)	4	(3;5)	4 (3;5)	3 (2;4)
Privathospitaler	Ja	##	0 (0)	5	(1;17)	7 (2;18)	2 (0;9)
Hovedstaden	Ja	71/1.453	0 (0)	5	(4;6)	6 (4;7)	6 (5;7)
Amager og Hvidovre Hospital, Gastroenterologisk afdeling, Hvidovre Hospital	Ja	##	0 (0)	0	(0;84)	-	-
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Ja	0/24	0 (0)	0	(0;14)	-	-
Herlev og Gentofte Hospital, Gastroenheden Kir. Med., overafd. D	Nej	##	0 (0)	25	(1;81)	0 (0;52)	-
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	60/1.232	0 (0)	5	(4;6)	5 (4;7)	6 (5;8)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	10/191	0 (0)	5	(3;9)	6 (3;11)	13 (9;19)
Sjælland	Ja	64/1.269	0 (0)	5	(4;6)	5 (4;6)	6 (4;7)
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Anæstesiologi	Ja	##	0 (0)	0	(0;98)	-	-
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	64/1.268	0 (0)	5	(4;6)	5 (4;6)	7 (5;9)
Syddanmark	Ja	111/2.128	0 (0)	5	(4;6)	4 (3;5)	3 (3;4)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	32/1.017	0 (0)	3	(2;4)	3 (2;4)	2 (1;3)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Nej	43/552	0 (0)	8	(6;10)	7 (5;11)	6 (4;9)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	4/106	0 (0)	4	(1;9)	3 (1;5)	4 (2;7)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	32/453	0 (0)	7	(5;10)	6 (1;19)	-
Midtjylland	Ja	102/2.046	0 (0)	5	(4;6)	6 (5;7)	4 (3;5)
Aarhus Universitetshospital, Billeddiagnostisk Overafd. Skejby	Ja	8/175	0 (0)	5	(2;9)	7 (3;12)	2 (1;7)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	44/835	0 (0)	5	(4;7)	5 (2;11)	4 (0;13)

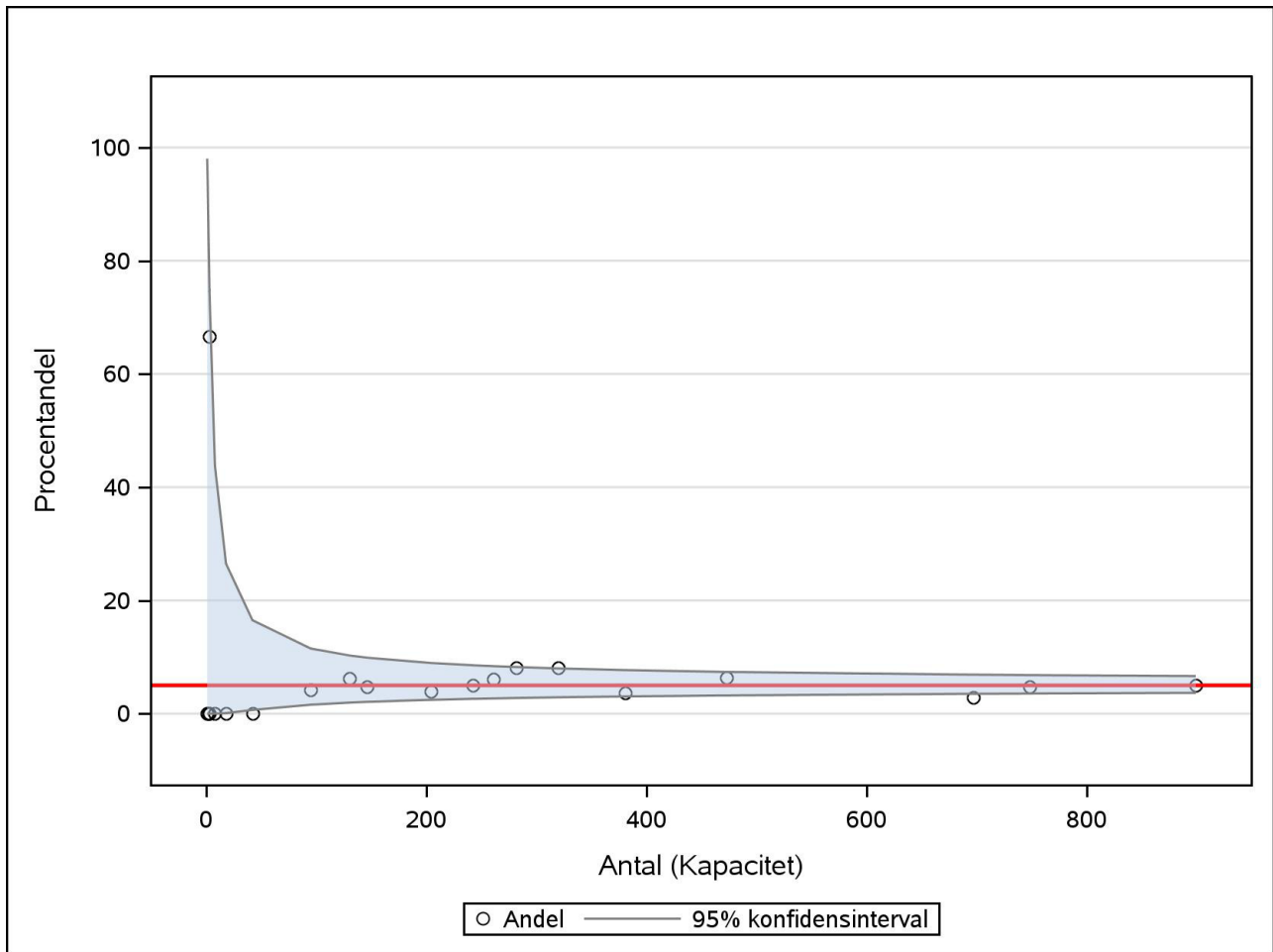
Opgjort pr. år for TRUS	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2017		Tidligere år	
				95% CI	%	2016	2015
		nævner				% (95% CI)	% (95% CI)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Nej	27/440	0 (0)	6	(4;9)	6 (4;8)	4 (2;5)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	23/596	0 (0)	4	(2;6)	7 (5;9)	5 (3;7)
Nordjylland	Ja	37/930	0 (0)	4	(3;5)	4 (3;5)	3 (2;4)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	19/396	0 (0)	5	(3;7)	5 (3;7)	4 (3;7)
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	7/185	0 (0)	4	(2;8)	5 (2;8)	2 (1;5)
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Område	Ja	11/349	0 (0)	3	(2;6)	1 (0;3)	2 (1;4)
Privathospitaler	Ja	##/##	0 (0)	5	(1;17)	7 (2;18)	2 (0;9)
Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris- Hamlet, Aarhus	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;84)	0 (0;71)	17 (0;64)
Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris- Hamlet, Søborg	Nej	##/##	0 (0)	40	(5;85)	7 (0;32)	0 (0;26)
Capio CFR A/S, Capio CFR A/S - Hellerup afdeling	Ja	0/4	0 (0)	0	(0;60)	0 (0;98)	0 (0;98)
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted), Organkir. overafd.	Ja	0/12	0 (0)	0	(0;26)	14 (0;58)	0 (0;34)
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0/15	0 (0)	0	(0;22)	9 (1;29)	0 (0;17)
Region Sjællands Sygehusvæsen, GAR Garantiklinik	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;98)	0 (0;84)	0 (0;98)

Indikator 1. Indlæggelseshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort på regionsniveau

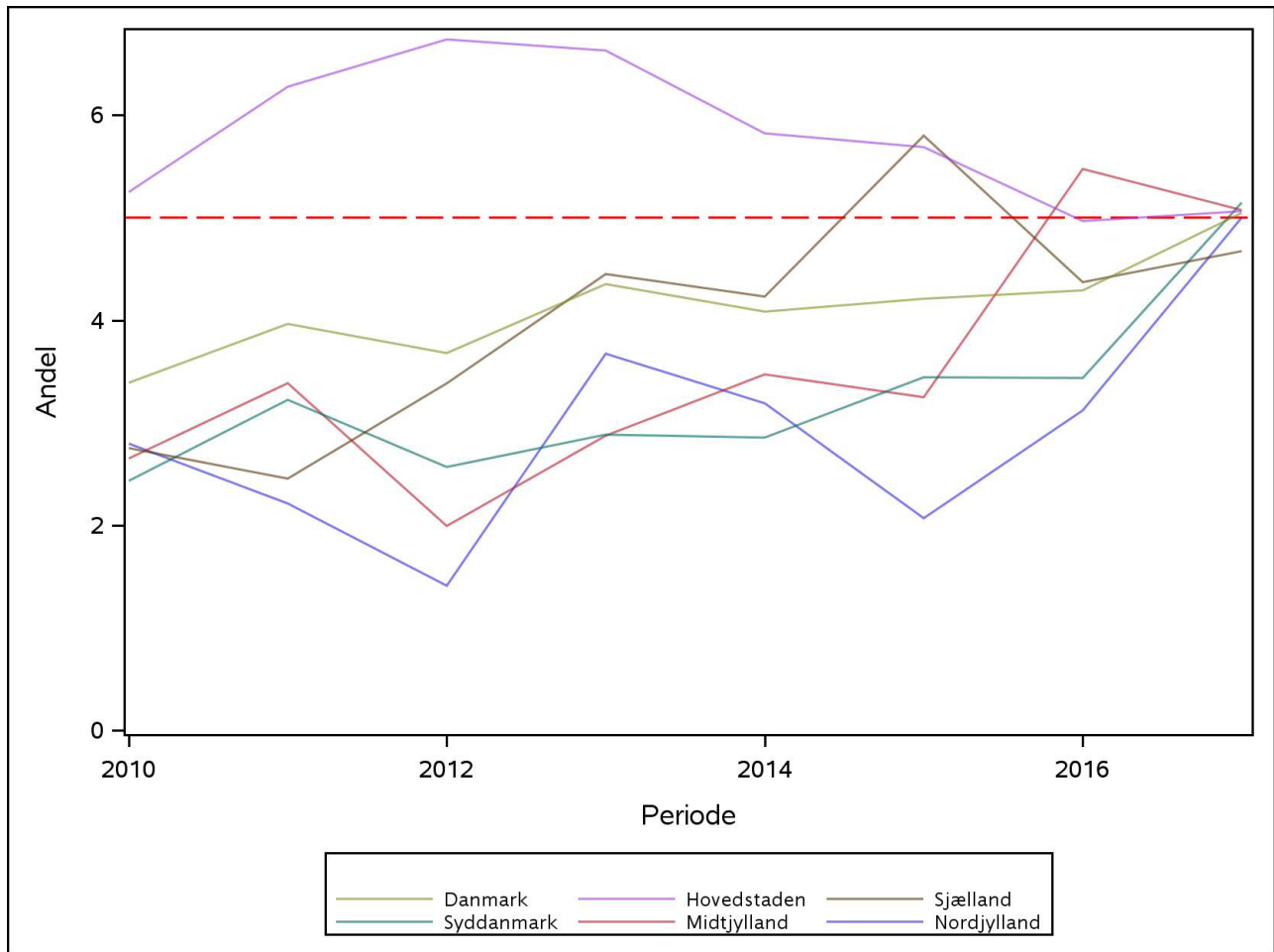
Indikator 1. Indlæggelseshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opgjort per hospitalsafdeling



Indikator 1. Funnelplot for indlæggeshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi i forhold til behandelende afdelingsstørrelse



Indikator 1. Trend i indlæggelseshyppighed efter udført TRUS med prostatabiopsi opdelt per region inklusiv privathospitaler i perioden 2010 til 2017



5.2 Indikator 2a: Active surveillance events efter 1 år

Indikator 2a. Andel af nydiagnosticerede patienter under active surveillance, som er uden events efter 1 år.

Standard ≥ 90 %

Opgjort pr. diagnoseår	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/ nævner	antal (%)	2016 %	2016 95% CI	2015 % (95% CI)	2014 % (95% CI)
Danmark	Nej	678/758	4 (1)	89	(87;92)	91 (88;93)	90 (88;93)
Hovedstaden	Ja	174/190	1 (1)	92	(87;95)	96 (91;98)	95 (89;98)
Sjælland	Ja	62/68	0 (0)	91	(82;97)	91 (84;95)	90 (83;95)
Syddanmark	Nej	213/244	3 (1)	87	(82;91)	87 (81;92)	90 (85;94)
Midtjylland	Nej	94/107	0 (0)	88	(80;93)	90 (82;95)	84 (74;91)
Nordjylland	Ja	133/147	0 (0)	90	(85;95)	91 (85;95)	91 (85;95)
Privathospitaler	Ja	##	0 (0)	100	(16;100)	0 (0;0)	100 (3;100)
Hovedstaden	Ja	174/190	1 (1)	92	(87;95)	96 (91;98)	95 (89;98)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overafdeling, FRH	Nej	32/36	1 (3)	89	(74;97)	93 (78;99)	100 (82;100)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	135/147	0 (0)	92	(86;96)	96 (90;99)	95 (88;99)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	7/7	0 (0)	100	(59;100)	100 (69;100)	83 (36;100)
Sjælland	Ja	62/68	0 (0)	91	(82;97)	91 (84;95)	90 (83;95)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	62/68	0 (0)	91	(82;97)	95 (86;99)	94 (82;99)
Syddanmark	Nej	213/244	3 (1)	87	(82;91)	87 (81;92)	90 (85;94)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	99/113	3 (3)	88	(80;93)	86 (75;93)	88 (78;94)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	45/50	0 (0)	90	(78;97)	92 (75;99)	81 (54;96)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	19/24	0 (0)	79	(58;93)	82 (63;94)	88 (69;97)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Nej	50/57	0 (0)	88	(76;95)	88 (78;95)	96 (88;100)
Midtjylland	Nej	94/107	0 (0)	88	(80;93)	90 (82;95)	84 (74;91)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	35/38	0 (0)	92	(79;98)	82 (66;92)	76 (60;87)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Nej	15/20	0 (0)	75	(51;91)	95 (75;100)	100 (75;100)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	44/49	0 (0)	90	(78;97)	97 (84;100)	92 (73;99)

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2016	2015	2014	
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Nordjylland	Ja	133/147	0 (0)	90	(85;95)	91 (85;95)	91 (85;95)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	77/85	0 (0)	91	(82;96)	91 (82;96)	87 (76;95)
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Overafdeling	Nej	11/13	0 (0)	85	(55;98)	75 (35;97)	95 (75;100)
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Område	Ja	45/49	0 (0)	92	(80;98)	93 (83;98)	94 (83;99)
Privathospitaler	Ja	##	0 (0)	100	(16;100)	0 (0;0)	100 (3;100)
Speciallæger/privatlinikker	Ja	##	0 (0)	100	(16;100)	0 (0;0)	100 (3;100)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

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

For at opnå et års opfølgning er analysen baseret på patienter diagnosticeret i 2016. På landsplan var 89 % af de nydiagnosticerede patienter, der startede med active surveillance i 2016, fortsat under active surveillance et år efter. Dette er lavere end i 2015, og den fastlagte standard på ≥ 90 % er ikke opfyldt på nationalt niveau.

For de enkelte regioner er standarden ikke opfyldt for Region Midtjylland, hvor indikatorresultatet er 88 %, og Syddanmark (87 %).

Der er betydelig variation mellem afdelingerne fra 75 % til 100 %.

Nævneren i indikatorberegningen består af de nydiagnosticerede patienter under active surveillance. Patienter under active surveillance identificeres ved en behandlingskode for active surveillance i behandlingsskemaet i DaProCa databasen (se afsnit 9 'Indikatoralgoritme', der giver en mere detaljeret beskrivelse af definitioner og beregning). Validiteten af resultatet afhænger således af kodning og registreringspraksis af active surveillance. Som det fremgår af den indledende behandlingstabel er brugen af active surveillance meget varierende imellem regionerne og afdelingerne.

MR scanning kan introducere en fejlkilde ved denne indikator. MR scanning anvendes flere steder som et instrument i overvågningen af active surveillance patienter. En høj grad af MR brug vil medføre, at events registreres tidligere, og vil derfor bidrage til en lavere indikatorværdi, sammenlignet med et scenarie, hvor der er mindre brug af MR scanning.

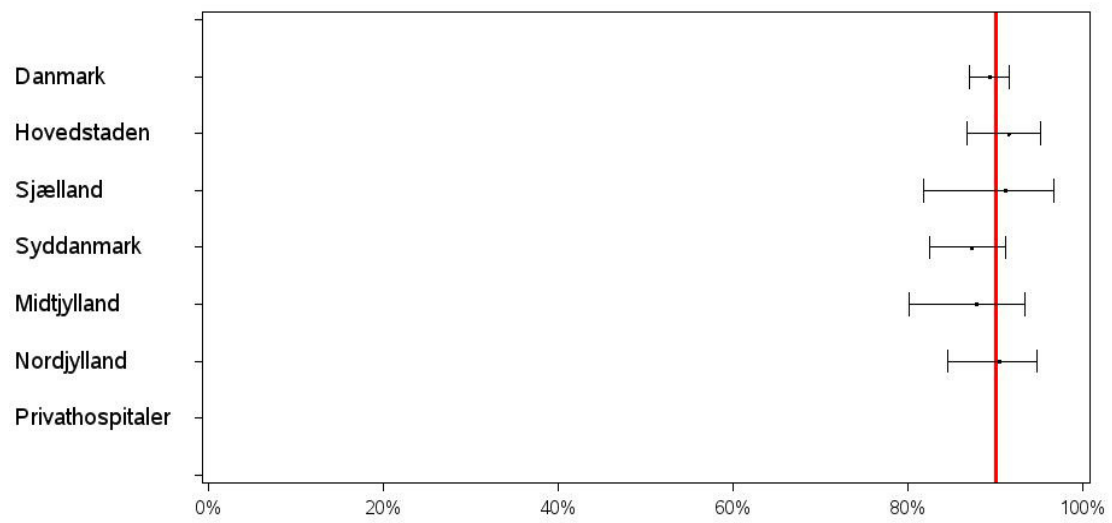
FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

Indikatoren standard er akkurat ikke opfyldt på nationalt niveau. På Odense Universitetshospital, som præcis ikke når målet, er det tankevækkende, at det udelukkende er afdelinger uden specialeplanstilladelse, som ikke når i mål iht. kvalitetsindikatoren standard. I henhold til specialeplanen er det udelukkende de fem opererende centre der må praktiserer active surveillance. Lavest ligger urologisk afdeling i Viborg (Hospitalsenhed Midt), hvor 75 % af patienterne inden for det første år modtager aktiv behandling. Til gengæld modtog ingen af Rigshospitalets syv registrerede active surveillance patienter behandling, et antal som formegentlig bedre afspejler dårlig kodepraksis end antallet af reelt observerede patienter.

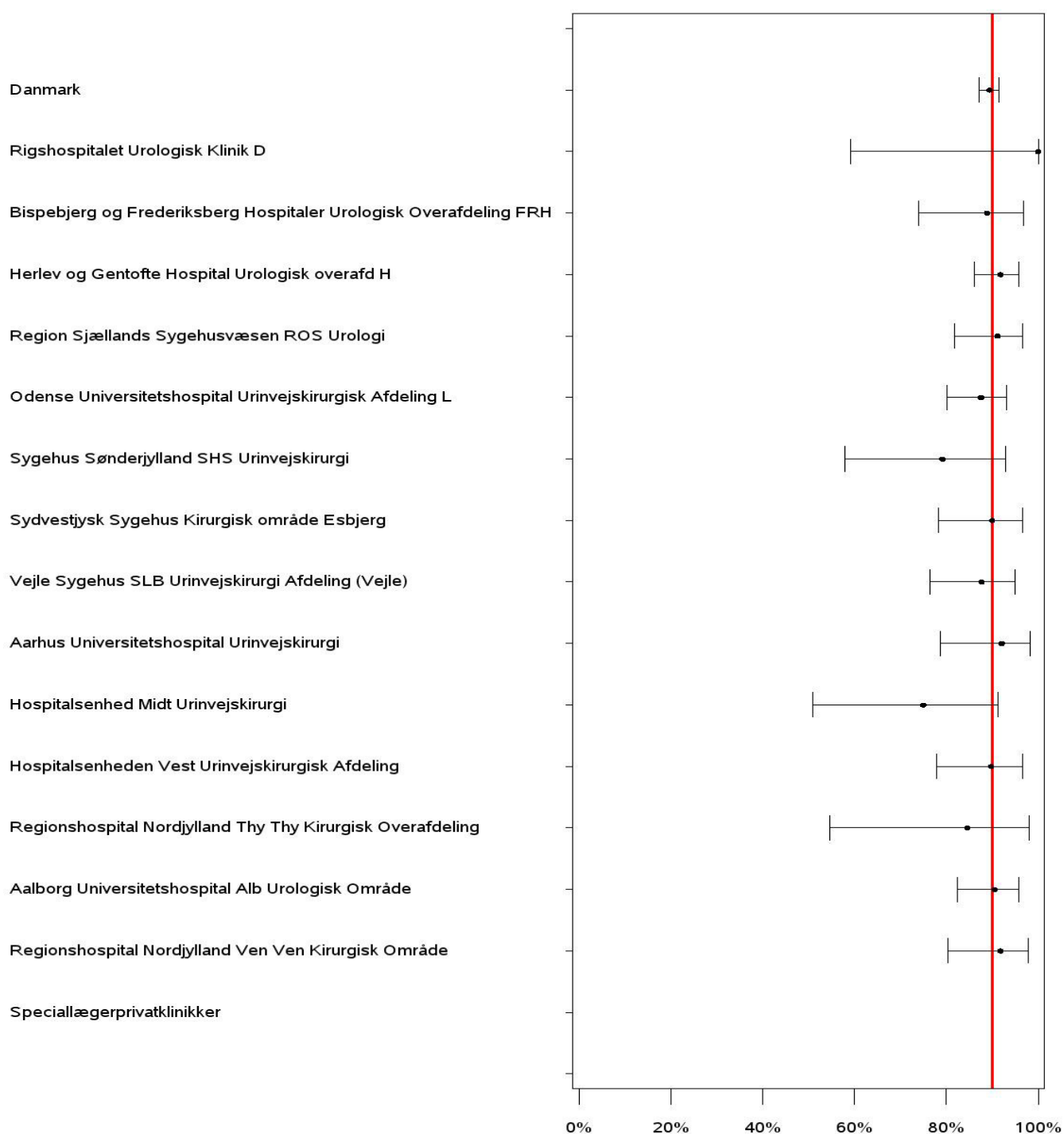
Ved anvendelse af MR scanning af prostata hos patienter egnede til active surveillance, vil erfaringsmæssigt mindst 20 % af patienterne få påvist behandlingskrævende forandringer. Af samme grund må indikatoren standard nødvendigvis tage højde herfor, således at påvisning af mere aggressiv sygdom ved MR scanning, ikke i indikatoren standard afspejles som dårlig primær patientselektion. Velvidende at korrektionen ikke er optimal er patienter initialt kodet som active surveillance (AS) og som efter en MR-skanning af prostata inden for samme år har fået foretaget behandling (radikal prostatektomi eller primær strålebehandling) er undladt medtaget i indikatoropgørelsen.

ANBEFALING: Urologiske afdelinger uden specialeplanstilladelse til varetagelse af active surveillance bør efter MDT-konference beslutning henvise disse patienter til overvågning på et af de fem opererende centre. Privathospitaler bør principielt ikke varetage active surveillance. Active surveillance - ikke at forveksle med watchful waiting - skal kodes ZZ4252B. Særligt på de urologiske afdelinger i Aarhus og på Rigshospitalet bør der ledelsesmæssigt strammes op omkring hhv. indrapportering og kodepraksis på området.

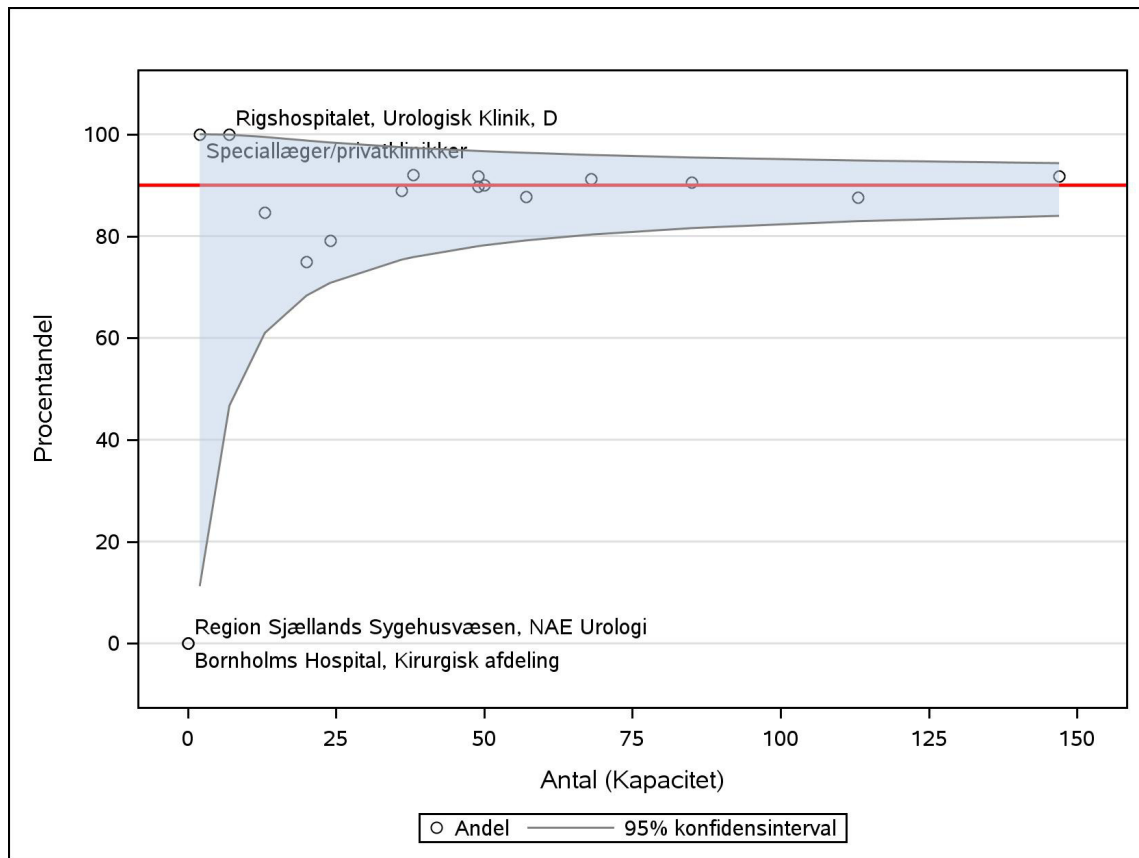
VARSLING: Den hastigt mere udbredte anvendelse af multiparametriske MR-skanning i udredning af tidlig prostatacancer har radikalt ændret forudsætningerne for den klassiske AS. Under denne kliniske forvandling forventes kvalitetsindikatoren i sin aktuelle form at skulle erstattes af en mere meningsfuld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

Indikator 2a – Active surveillance efter 1 år for landsresultat og på regionsniveau

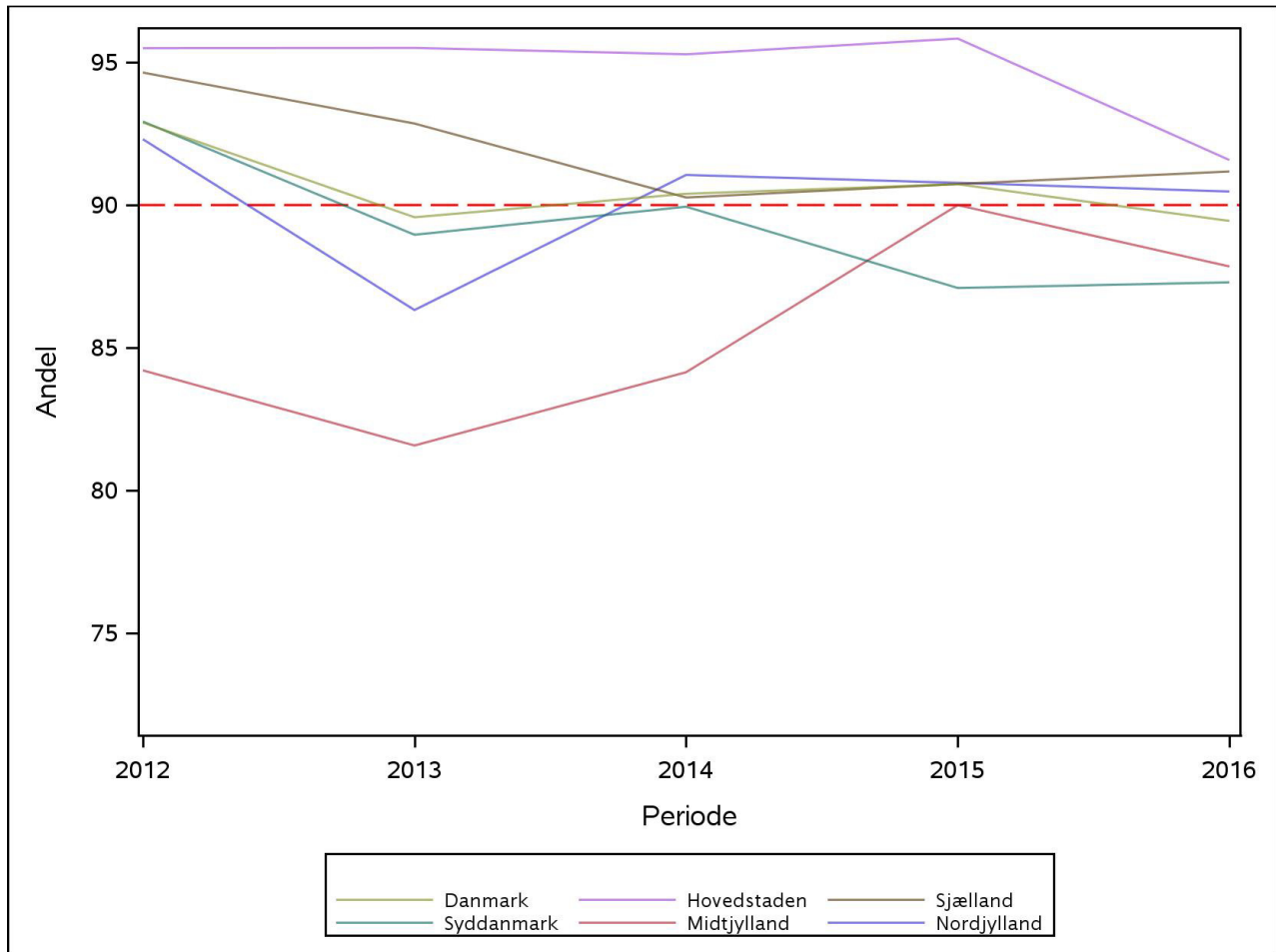
Indikator 2a – Active surveillance efter 1 år per hospitalsafdeling



Indikator 2a – Funnelplot for active surveillance efter 1 år



Indikator 2a – Trend i active surveillance efter 1 år opdelt på regionsniveau i perioden 2010 til 2016



5.3 Indikator 2b: Active surveillance events efter 3 år

Indikator 2b. Andel af nydiagnosticerede patienter under active surveillance, som er uden events efter 3 år.

Standard ≥ 70 %

Opgjort pr. diagnoseår	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014	2013	2012	
	opfyldt			%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Ja	467/604	4 (1)	77	(74;81)	81 (77;84)	84 (80;88)
Hovedstaden	Ja	97/106	0 (0)	92	(84;96)	93 (86;97)	91 (84;96)
Sjælland	Ja	83/113	1 (1)	73	(64;81)	90 (80;96)	88 (76;95)
Syddanmark	Ja	129/179	2 (1)	72	(65;79)	72 (64;79)	84 (75;90)
Midtjylland	Ja	60/82	1 (1)	73	(62;82)	74 (57;87)	63 (46;78)
Nordjylland	Ja	97/123	0 (0)	79	(71;86)	79 (71;86)	84 (75;90)
Privathospitaler	Ja	##	0 (0)	100	(3;100)	100 (16;100)	0 (0;0)
Hovedstaden	Ja	97/106	0 (0)	92	(84;96)	93 (86;97)	91 (84;96)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overafdeling, FRH	Ja	19/19	0 (0)	100	(82;100)	100 (83;100)	100 (78;100)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	74/81	0 (0)	91	(83;96)	91 (81;97)	89 (81;95)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	4/6	0 (0)	67	(22;96)	100 (40;100)	100 (48;100)
Sjælland	Ja	83/113	1 (1)	73	(64;81)	90 (80;96)	88 (76;95)
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	Ja	46/66	1 (1)	70	(57;80)	93 (81;99)	87 (73;96)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Ja	37/47	0 (0)	79	(64;89)	86 (67;96)	88 (64;99)
Syddanmark	Ja	129/179	2 (1)	72	(65;79)	72 (64;79)	84 (75;90)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	59/81	2 (2)	73	(62;82)	68 (53;81)	85 (69;95)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Nej	11/16	0 (0)	69	(41;89)	73 (50;89)	79 (49;95)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	17/25	0 (0)	68	(46;85)	78 (60;91)	88 (64;99)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	42/57	0 (0)	74	(60;84)	72 (58;83)	82 (65;93)
Midtjylland	Ja	60/82	1 (1)	73	(62;82)	74 (57;87)	63 (46;78)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	26/45	0 (0)	58	(42;72)	73 (50;89)	57 (37;76)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Ja	13/13	0 (0)	100	(75;100)	67 (9;99)	60 (15;95)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	21/24	1 (4)	88	(68;97)	77 (46;95)	100 (48;100)

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014		2013	2012
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Nordjylland	Ja	97/123	0 (0)	79	(71;86)	79 (71;86)	84 (75;90)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	41/55	0 (0)	75	(61;85)	69 (53;82)	85 (68;95)
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Overafdeling	Ja	16/20	0 (0)	80	(56;94)	89 (65;99)	86 (57;98)
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Område	Ja	40/48	0 (0)	83	(70;93)	84 (72;93)	82 (70;91)
Privathospitaler	Ja	##	0 (0)	100	(3;100)	100 (16;100)	0 (0;0)
Speciallæger/privatlinikker	Ja	##	0 (0)	100	(3;100)	100 (16;100)	0 (0;0)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

Indikator 2b opgør andelen af nydiagnosticerede patienter, som fortsat er under active surveillance 3 år efter datoen for beslutning om dette. Definitioner og beregning er som ved indikator 2a, men adskiller sig med en opfølgning på 3 år. Dette betyder, at opgørelsen er baseret på patienter diagnosticeret i 2014.

På landsplan var 77 % af de nydiagnosticerede patienter i 2014 fortsat under active surveillance 3 år efter beslutningen om dette, hvilket er lavere end andelen af patienter diagnosticeret i de tidligere år. På landsplan er standard en på ≥ 70 % opfyldt.

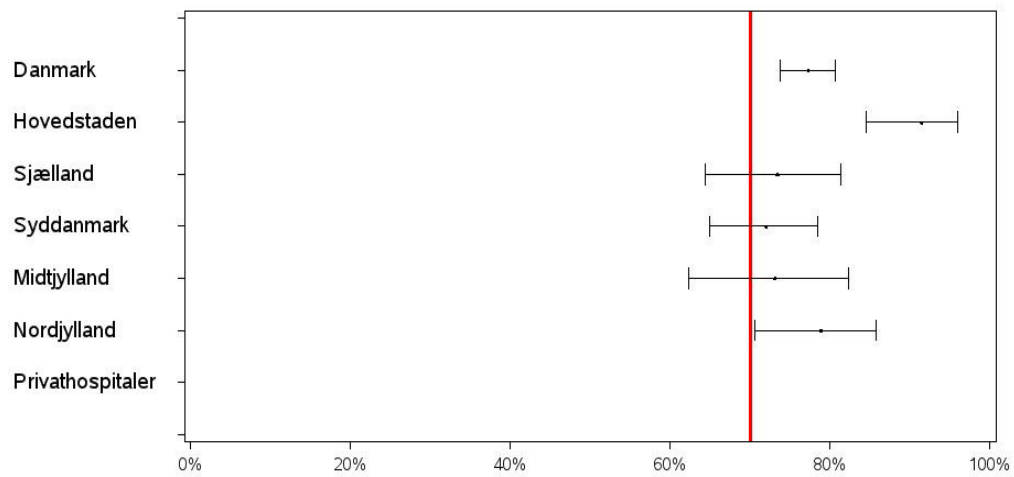
På regionsniveau varierede dette fra 72 % i Region Syddanmark til 92 % i Region Hovedstaden. Alle regioner lever op til standarden. På afdelingsniveau varierer resultatet fra 58 % til 100 %. Fire afdelinger opfylder ikke standarden.

Som ved indikator 2a må der i fortolkningen af indikatorresultatet tages højde for brugen af MRI og for den varierende registrering af active surveillance.

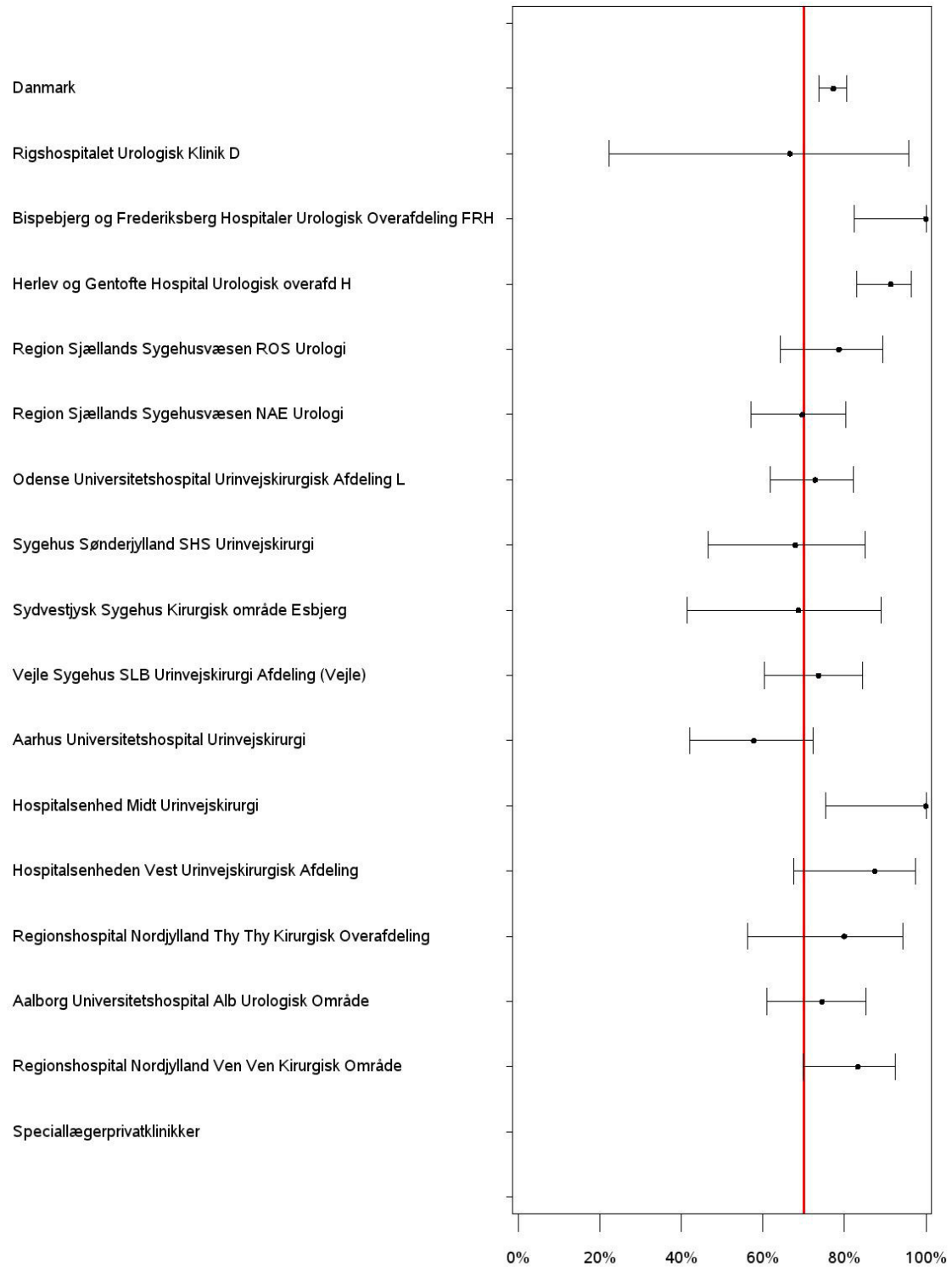
FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

Indikatoren standard er med store regionale forskelle opfyldt på nationalt niveau. Dog findes tabellens indhold i sin aktuelle form ikke brugbar for meningsfuld kommentering eller anbefaling – ud over vigtigheden af, at active surveillance skal kodes ZZ4252B.

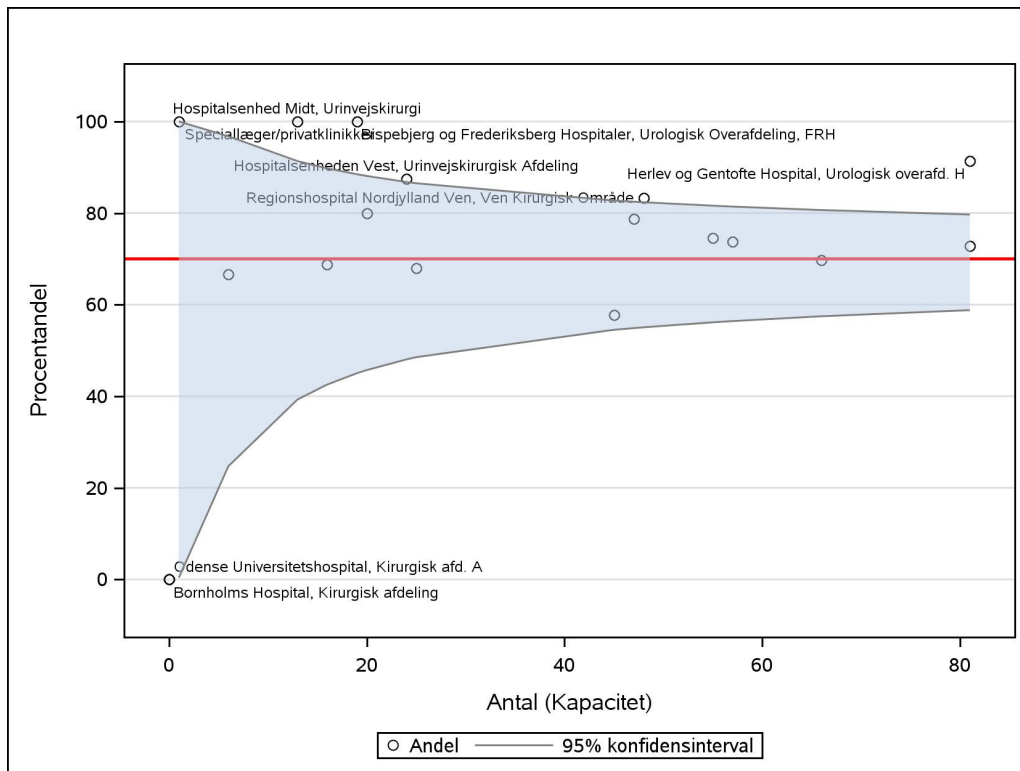
VARSLING: Den hastigt mere udbredte anvendelse af multiparametriske MR-skanning i udredning af tidlig prostatacancer har radikalt ændret forudsætningerne for den klassiske AS. Under denne kliniske forvandling forventes kvalitetsindikatoren i sin aktuelle form at skulle erstattes af en mere meningsfuld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

Indikator 2b – Active surveillance efter 3 år for landsresultat og på regionsniveau

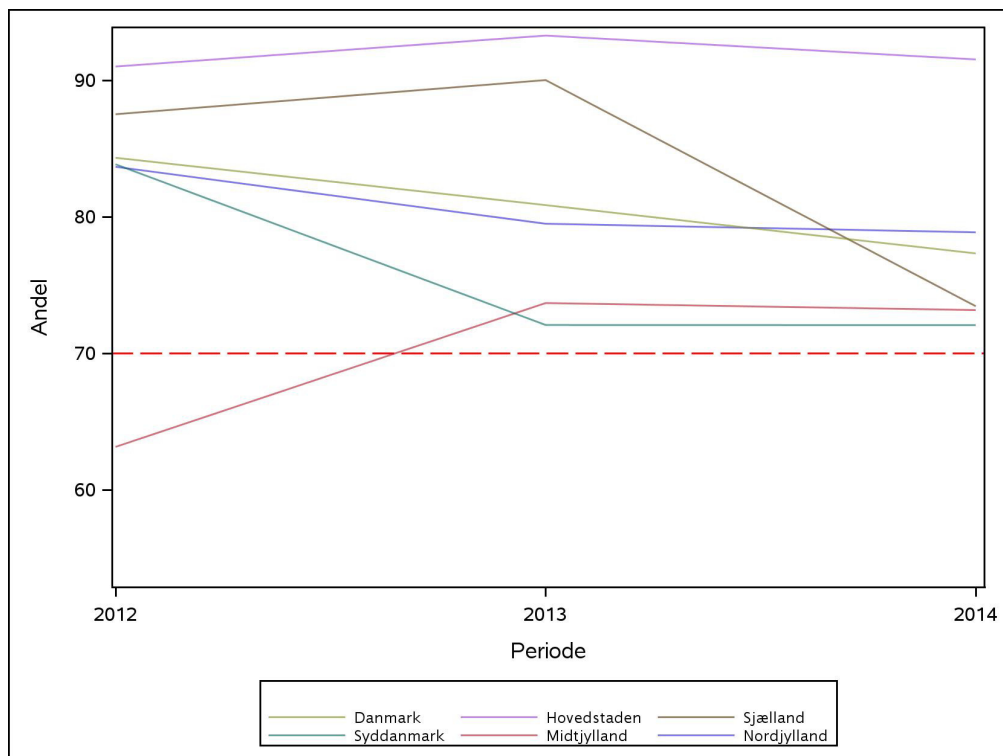
Indikator 2b – Active surveillance efter 3 år per hospitalsafdeling



Indikator 2b – Funnelplo for active surveillance efter 3 år



Indikator 2b – Trend i active surveillance efter 3 år på regionsniveau i perioden 2010 til 2014



5.4 Indikator 3: Positiv kirurgisk margin (pT2)

Indikator 3. Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margin.
Standard ≤ 15 %.

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal nævner (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	2016	2015	
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Ja	88/658	0 (0)	13	(11;16)	15 (12;17)	13 (11;16)
Hovedstaden	Nej	41/183	0 (0)	22	(17;29)	18 (14;23)	14 (10;19)
Syddanmark	Ja	25/210	0 (0)	12	(8;17)	21 (15;28)	23 (17;30)
Midtjylland	Ja	14/218	0 (0)	6	(4;11)	6 (3;10)	9 (5;13)
Nordjylland	Nej	8/47	0 (0)	17	(8;31)	15 (7;25)	3 (0;10)
Hovedstaden	Nej	41/183	0 (0)	22	(17;29)	18 (14;23)	14 (10;19)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	24/110	0 (0)	22	(15;31)	17 (11;25)	12 (6;19)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	17/73	0 (0)	23	(14;35)	19 (13;26)	15 (10;22)
Syddanmark	Ja	25/210	0 (0)	12	(8;17)	21 (15;28)	23 (17;30)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	25/210	0 (0)	12	(8;17)	21 (15;28)	23 (17;30)
Midtjylland	Ja	14/218	0 (0)	6	(4;11)	6 (3;10)	9 (5;13)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	5/92	0 (0)	5	(2;12)	6 (2;12)	16 (9;24)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	9/126	0 (0)	7	(3;13)	6 (3;12)	3 (1;8)
Nordjylland	Nej	8/47	0 (0)	17	(8;31)	15 (7;25)	3 (0;10)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	8/47	0 (0)	17	(8;31)	15 (7;25)	3 (0;10)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

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

På landsplan havde 13 % af patienter med pT2 tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. Dette er på niveau med 2016 og 2015. Standarden på 15 % er fortsat opfyldt nationalt.

Regionalt ses betydelig variation fra 22 % i Region Hovedstaden til 6 % i Region Midtjylland. Standarden er opfyldt i Syddanmark og Midtjylland, men ikke i Hovedstaden og Nordjylland.

Variationen mellem de seks hospitalsafdelinger er helt i overensstemmelse med variationen mellem regioner.

Patienter i nævneren i indikatorberegningen består af alle radikalt prostatektomerede (KKECxx) patienter i opgørelsesperioden, som er registreret med et patologisk T2-stadie i patologiregistret (se afsnit 9 'Indikatoralgoritme', der giver en mere detaljeret beskrivelse af definitioner og beregning). Eventuelle forskelle i definitionen af pT2 og pT3 mellem hospitalerne kan influere på antallet af patienter, der opfylder standarderne i indikator 3 og i den efterfølgende indikator 4, der omhandler patienter med patologisk T3-stadie. Ifølge Appendiks 3 varierer andelen af pT3 efter radikal prostatektomi fra 23% til 49%. Denne variation kan betyde, at der ikke er konsistens i patologikodningen mellem hospitalerne. Indikatoren skal derfor tolkes med varsomhed.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

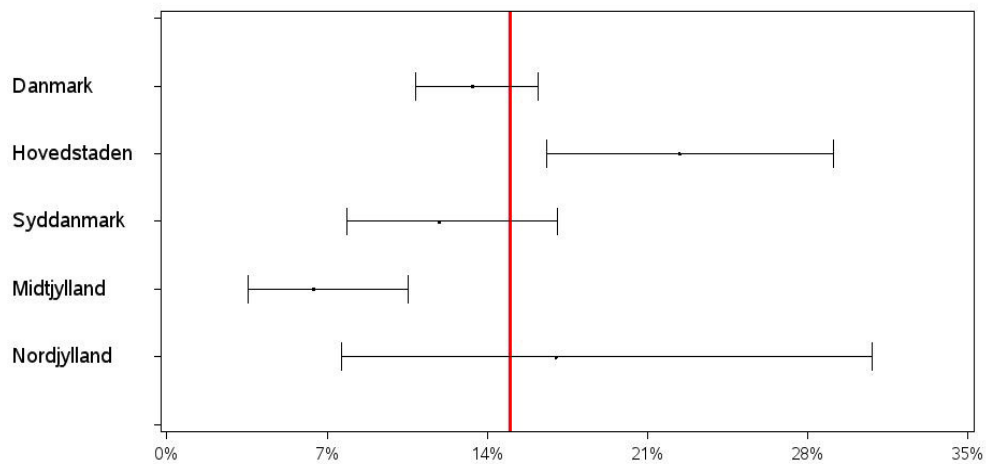
På nationalt niveau er indikatorens standard opfyldt. Herunder ligger dog en meget stor og stigende variation mellem de opererende afdelinger. I Region Hovedstaden er andelen af opererede patienter med positiv kirurgisk margin steget markant på to år fra 14 til 22 %. Stigningen ses både på Herlev og Rigshospitalet. Der er op til en faktor 5 i forskel på indfrielsen af indikatorens standard mellem nogle af centrene.

På Aalborg Universitetshospital honorerer man præcist ikke indikatorens standard. Til gengæld er det på OUH, som i 2016 havde den højeste andel patienter med positiv margin, i 2017 lykkedes at halvere denne andel og opfyldelse af indikatorens standard. Evaluering af det kirurgiske indgreb omfatter både den kirurgiske procedure og den tilhørende vurdering af patologien.

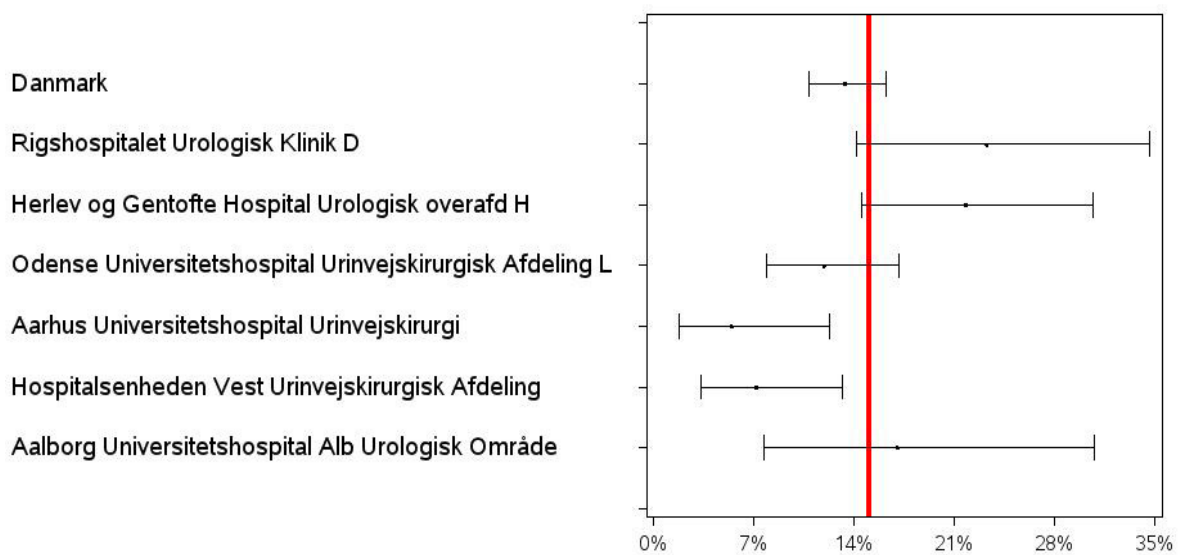
KONKLUSION: På nationalt niveau er indikatorens standard opfyldt. Herunder ligger dog en bekymrende stor og stigende variation. I Region Hovedstaden er andelen af opererede patienter med positiv kirurgisk margin steget ret markant.

ANBEFALING: Da en intrakapsulær tumor kun undtagelsesvis må efterlade en positiv kirurgisk margin og dermed restsygdom, bør de høje måltal give anledning til, at især ledelserne på Rigshospitalet, Herlev og Aalborg i disse tilfælde sikrer kvaliteten af det kirurgiske indgreb.

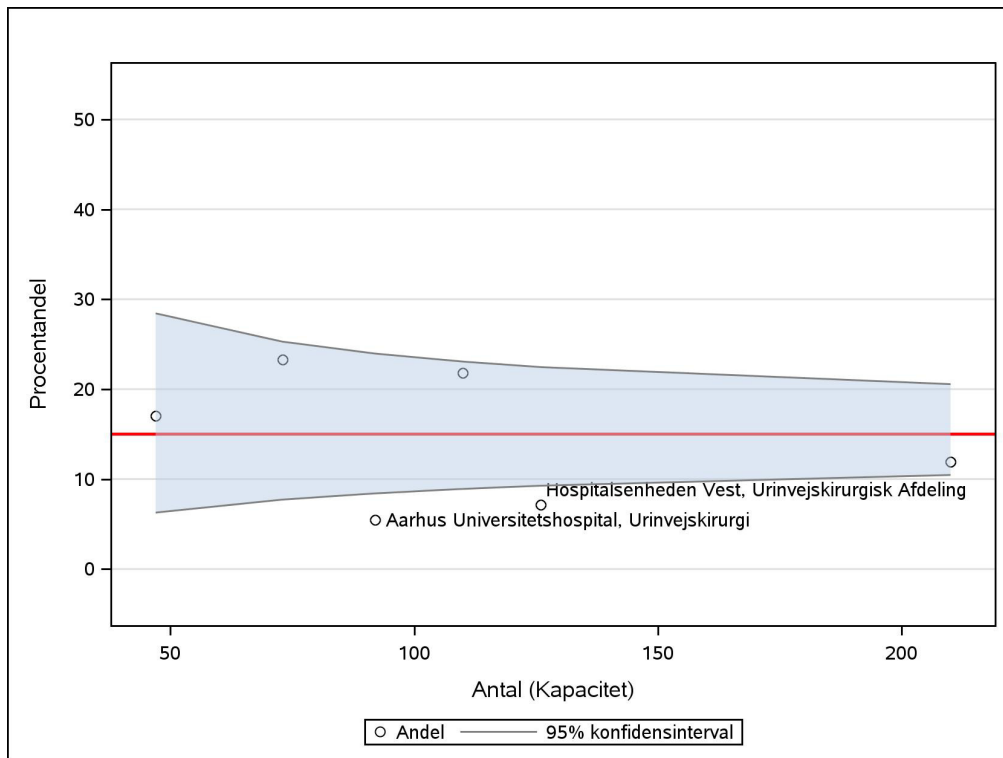
Indikator 3 – Positiv kirurgisk margin (pT2) på landsplan og på regionsniveau



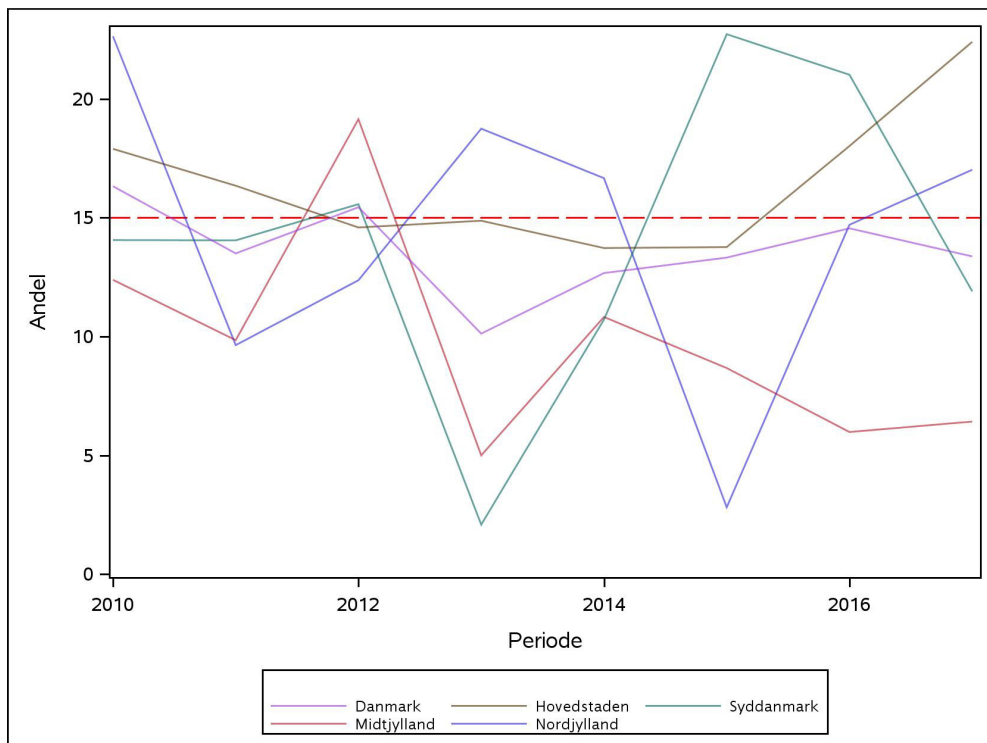
Indikator 3 – Positiv kirurgisk margin (pT2) per hospitalsafdeling



Indikator 3 – Funnelplot for positiv kirurgisk margin (pT2)



Indikator 3 – Trend i positiv kirurgisk margin (pT2) på regionsniveau i perioden 2010 til 2017



5.5 Indikator 4: Positiv kirurgisk margin (pT3)

Indikator 4. Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen.
Standard ≤30%.

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard	Tæller/ opfyldt nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	2016	2015	
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Nej	118/363	0 (0)	33	(28;38)	41 (36;46)	32 (28;37)
Hovedstaden	Nej	67/145	0 (0)	46	(38;55)	47 (39;55)	41 (34;49)
Syddanmark	Ja	14/88	0 (0)	16	(9;25)	43 (32;54)	31 (17;48)
Midtjylland	Ja	21/85	0 (0)	25	(16;35)	31 (22;41)	17 (10;27)
Nordjylland	Nej	16/45	0 (0)	36	(22;51)	39 (28;51)	29 (18;43)
Hovedstaden	Nej	67/145	0 (0)	46	(38;55)	47 (39;55)	41 (34;49)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	43/106	0 (0)	41	(31;51)	44 (35;54)	43 (34;53)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	24/39	0 (0)	62	(45;77)	53 (39;66)	38 (27;51)
Syddanmark	Ja	14/88	0 (0)	16	(9;25)	43 (32;54)	31 (17;48)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	14/88	0 (0)	16	(9;25)	43 (32;54)	31 (17;48)
Midtjylland	Ja	21/85	0 (0)	25	(16;35)	31 (22;41)	17 (10;27)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	3/35	0 (0)	9	(2;23)	28 (15;44)	21 (9;38)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	18/50	0 (0)	36	(23;51)	33 (22;46)	16 (7;27)
Nordjylland	Nej	16/45	0 (0)	36	(22;51)	39 (28;51)	29 (18;43)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	16/45	0 (0)	36	(22;51)	39 (28;51)	29 (18;43)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

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

På landsplan havde 33 % af patienter med pT3 tumorer positiv kirurgisk margin, hvilket er et fald på otte procentpoint i forhold til 2016. Standarden er ikke opfyldt nationalt.

Regionalt varierer indikatorresultatet fra 46 % i Region Hovedstaden til 16% i Region Syddanmark. Standarden er opfyldt i Syddanmark og Midtjylland.

Som også nævnt under indikator 3 kan eventuelle forskelle i kodepraksis af pT2 og pT3 mellem hospitalerne influere på indikatorværdierne. Indikatoren skal derfor tolkes med varsomhed.

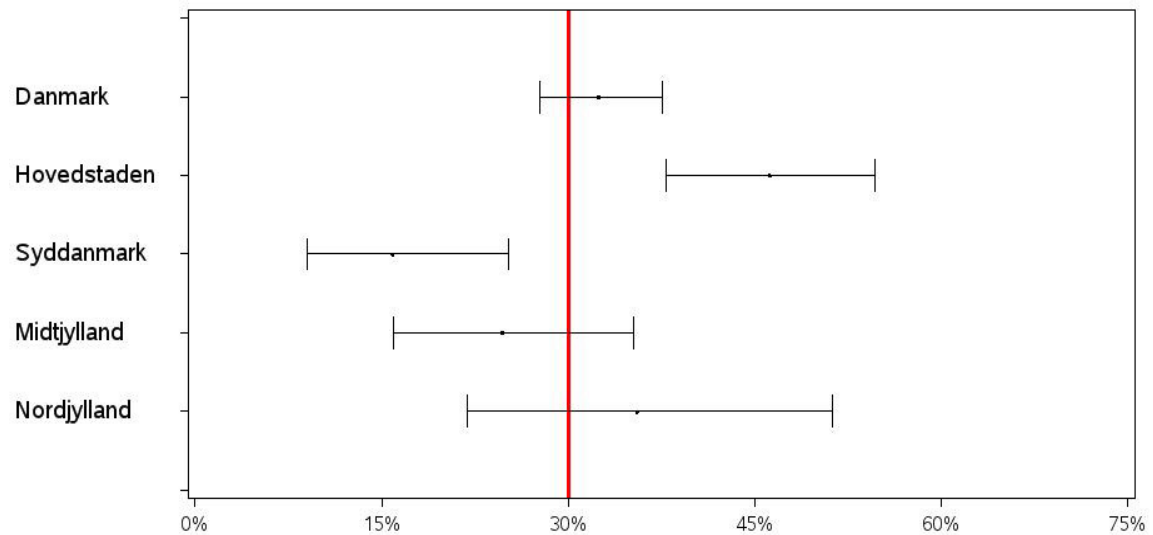
FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

I 2016 opfyldte kun en enkelt afdeling indikatorens standard. I 2017 er antallet fordoblet, da AUH fik følgeskab af OUH, som har mere end halveret antallet af tumorpositive kirurgiske marginer i denne patientkategori. Hovedstaden og Rigshospitalet i særdeleshed er ansvarlig for, at indikatorens standard heller ikke i år imødekommes på nationalt niveau. Andelen af ikke radikalt opererede patienter med pT3 tumorer ligger på Rigshospitalet (62 %) over dobbelt så højt som den anbefalede standard. Den meget store variation afdelingerne imellem kan kun forsøges forklaret ved patientselektion og/eller kirurgisk teknik (åben vs. robotkirurgi) / ekspertise. Det ville i den sammenhæng have været gavnligt at have oplysning om patienternes præoperative kliniske tumorstadiet (cT). Det aktuelle SPCG-15 studie synes ikke at kunne forklare forskellene, da OUH rekrutterer godt hertil og samtidigt har få tumorpositive kirurgiske marginer.

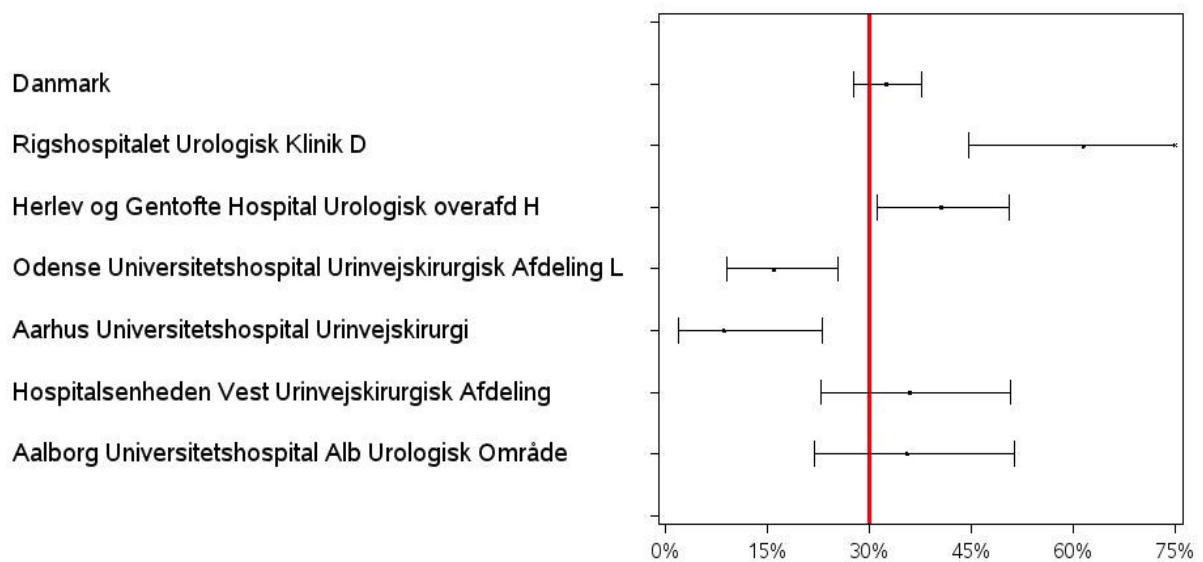
KONKLUSION: Indikatorens standard opfyldes ikke på nationalt niveau. Kun to opererende afdelinger honorerer denne. Specielt Rigshospitalet ligger meget langt fra opfyldelse af standarden, mens de urologiske afdelinger i Herlev, Holstebro (Hospitalsenhed Vest) og Aalborg ligger lidt tættere herpå. De foreliggende data kan give anledning til at mistænke et regulært indikationsskred for operativbehandling af lokalavanceret prostatakræft.

ANBEFALING: På de fire opererende afdelinger (Herlev, Rigshospitalet, Holstebro, Aalborg), hvor man ligger relativt langt fra at imødekomme indikatorens standard, foreligger der et ledelsesmæssigt ansvar i at sikre, at afdelingens operationsindikation er i overensstemmelse med de nationale kliniske retningslinjer på området og at den operative teknik (åben vs. robot) og kompetence er optimal. Det er endeligt meget vigtigt, at patienterne informeres og medinddrages i beslutning om behandlingsvalg – specielt hvis disse ligger i gråzonen af det anbefalede.

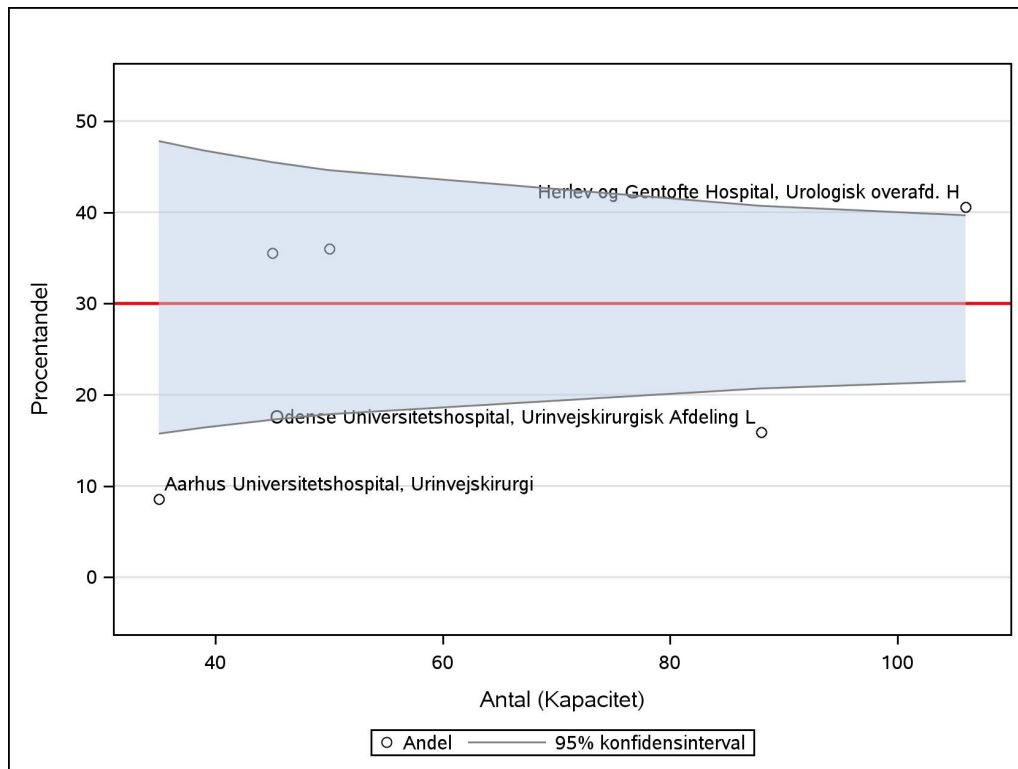
Indikator 4 – Positiv kirurgisk margin (pT3) for landsresultat og på regionsniveau



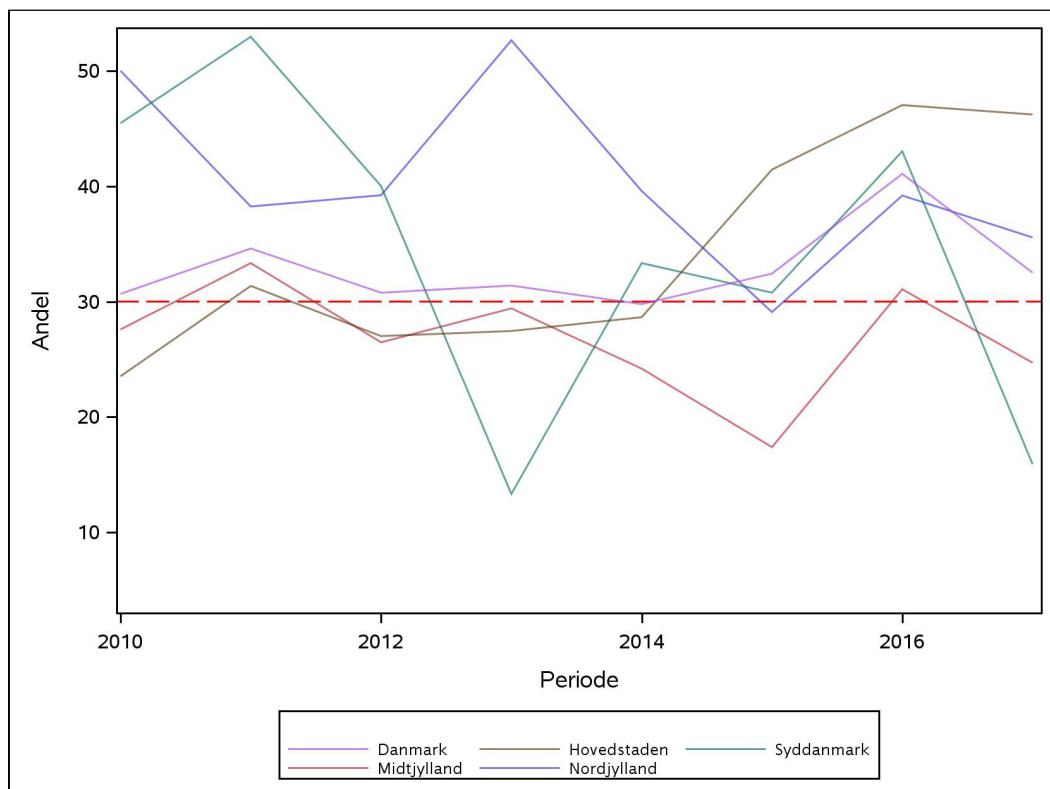
Indikator 4 – Positiv kirurgisk margin (pT3) per hospitalsafdeling



Indikator 4 – Funnelploot for positiv kirurgisk margin (pT3)



Indikator 4 – Trend i positiv kirurgisk margin (pT3) på regionsniveau i perioden 2010 til 2017



5.6 Indikator 5: Morbiditet 30 dage

Indikator 5. Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi.

Standard $\leq 5\%$

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	2016	2015	
	opfyldt			% 95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)	
Danmark	Nej	136/1.052	0 (0)	13 (11;15)	12 (10;14)	12 (10;14)	
Hovedstaden	Nej	49/336	0 (0)	15 (11;19)	14 (11;17)	13 (10;16)	
Syddanmark	Nej	35/306	0 (0)	11 (8;16)	9 (6;13)	15 (10;20)	
Midtjylland	Nej	41/317	0 (0)	13 (9;17)	14 (10;18)	10 (7;14)	
Nordjylland	Nej	11/93	0 (0)	12 (6;20)	6 (3;12)	7 (3;13)	
Hovedstaden	Nej	49/336	0 (0)	15 (11;19)	14 (11;17)	13 (10;16)	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	24/218	0 (0)	11 (7;16)	12 (8;17)	13 (9;18)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	25/118	0 (0)	21 (14;30)	15 (11;21)	12 (8;17)	
Syddanmark	Nej	35/306	0 (0)	11 (8;16)	9 (6;13)	15 (10;20)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	35/306	0 (0)	11 (8;16)	9 (6;13)	15 (10;20)	
Midtjylland	Nej	41/317	0 (0)	13 (9;17)	14 (10;18)	10 (7;14)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	22/136	0 (0)	16 (10;23)	14 (9;20)	8 (4;14)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	19/181	0 (0)	10 (6;16)	13 (9;19)	12 (7;17)	
Nordjylland	Nej	11/93	0 (0)	12 (6;20)	6 (3;12)	7 (3;13)	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	11/93	0 (0)	12 (6;20)	6 (3;12)	7 (3;13)	

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

På landsplan blev 136 patienter, der fik foretaget radikal prostatektomi, genindlagt inden for 30 dage efter deres operation. Genindlæggelser inkluderer alle indlæggelser på et sygehus i Danmark uanset årsag. En indlæggelse på samme dag som udskrivningsdato er ikke talt som genindlæggelse, da det oftest vil dreje sig om overflytninger fra en afdeling til en anden. Derudover frases genindlæggelser under 24 timers varighed.

Da 13 % af de radikalt prostatektomi patienter blev genindlagt inden for 30 dage efter operationen er standarden på $< 5\%$ på landsplan langt fra opfyldelse. Indikatorresultatet er på niveau med de seneste år.

På regionsniveau varierer genindlæggelsesfrekvensen fra 15 % i Region Hovedstaden til 11 % i Region Syddanmark, hvorved ingen region lever op til standarden.

Det samme gør sig gældende på afdelingsniveau, hvor intet sygehus lever op til standarden.

Indikatorresultatet er højt for Rigshospitalet (21 %).

En supplerende opgørelse af A-diagnoserne i forbindelse med genindlæggelserne viser, at to tredjedele af genindlæggelserne havde en A-diagnose for komplikation til behandling, prostatakræft, akut abdomen, follow-up møde efter behandling, eller sepsis.

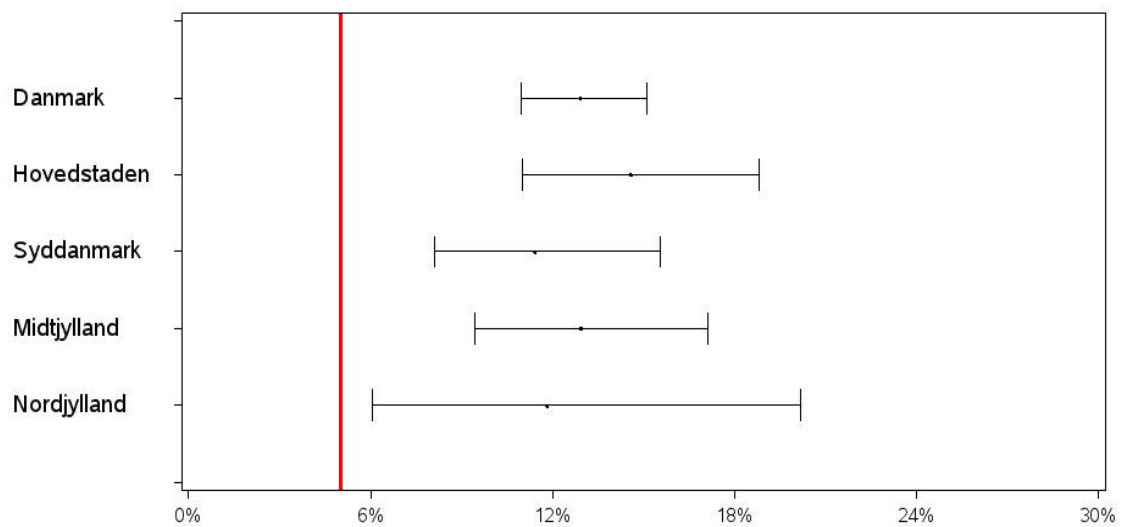
FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

Postoperativ genindlæggelse er ligesom den forlængede indlæggelse (indikator 6) en surrogatmarkør for et potentielt kompliceret kirurgisk forløb. Indikatoren aktuelle standard understøttes af den internationale litteratur og det alt for høje antal kan bl.a. fortsat dække over uhensigtsmæssig kodning af postoperative procedurer som fx kateterfjernelse foretaget under indlæggelse. Antallet af genindlæggelser er steget med et enkelt %-point. Alt imens antallet af genindlæggelser er faldet lidt i Herlev og Hospitalsenhed Vest (Holstebro), har stigningen været betydelig i Aalborg (en fordobling), Rigshospitalet og lidt mindre udtalt på AUH og OUH.

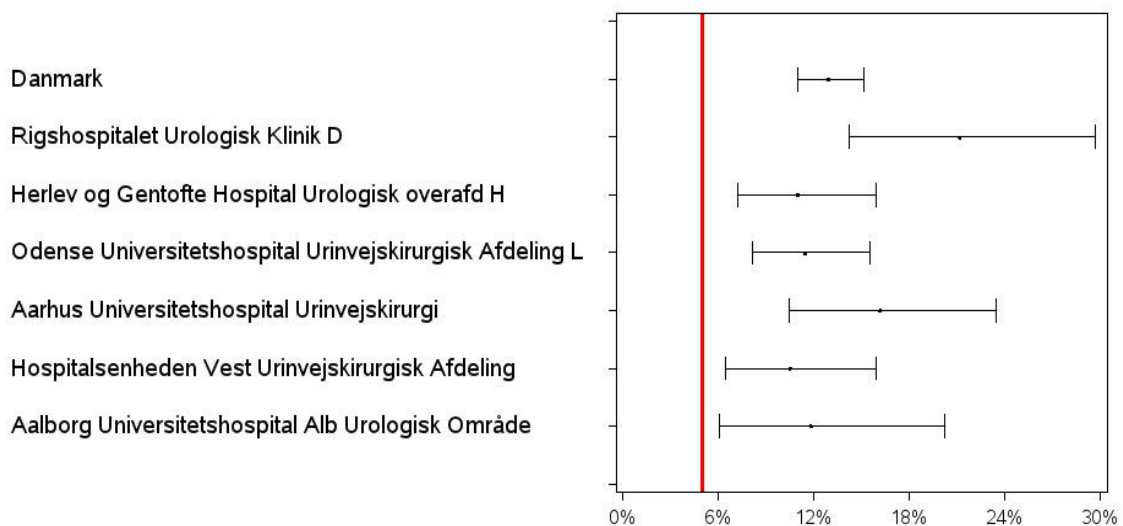
KONKLUSION: Indikatoren standard honoreres ingen steder og en general større afvigelse i 2017 kalder på en årsagsforklaring. Specielt i Aalborg og på Rigshospitalet havde man i 2017 et betydelig større antal genindlæggelser end i det forgangne år.

ANBEFALING: Da indikatoren standard over hele landet synes uden for rækkevidde, anbefales de opererende centre at evaluere praksis. Da genindlæggelserne i langt fra alle tilfælde kan kobles til komplikationsrelevante diagnosekoder, bør kodepraksis for komplikationer forbedres. Endeligt arbejdes på en implementering af en programmeret version af Clavien-Dindos komplikationsscore. Standarden bibeholdes indtil videre med henvisning til litteraturen.

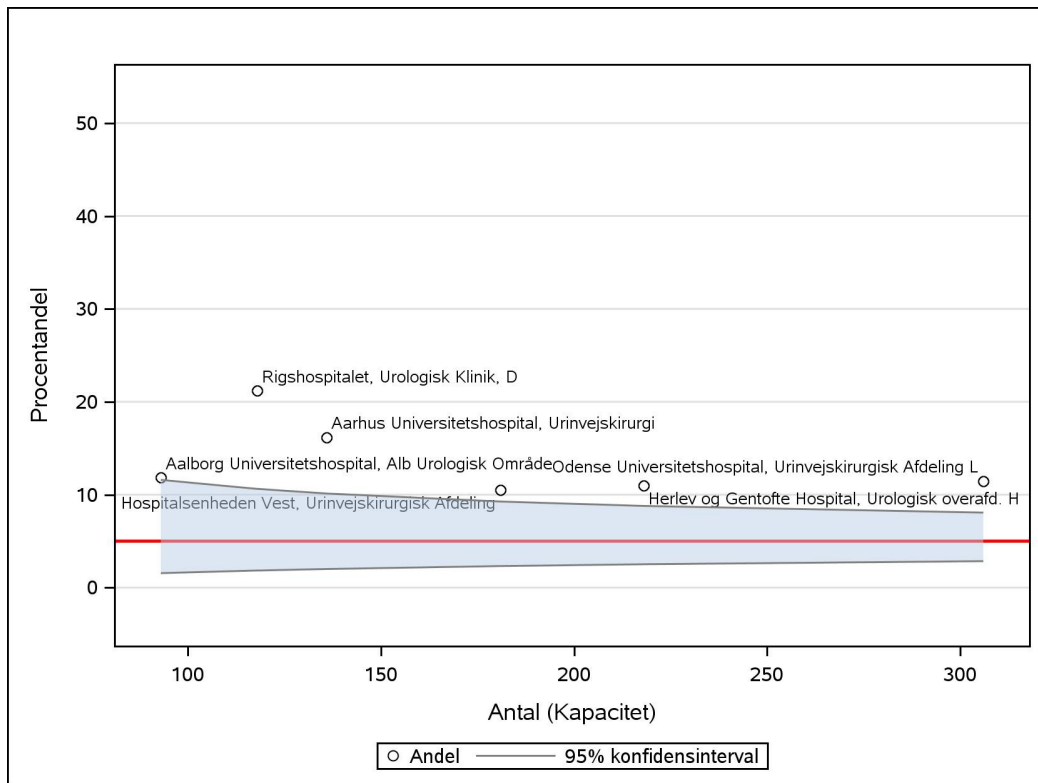
Indikator 5 – Postoperativ morbiditet for landsresultat og på regionsniveau



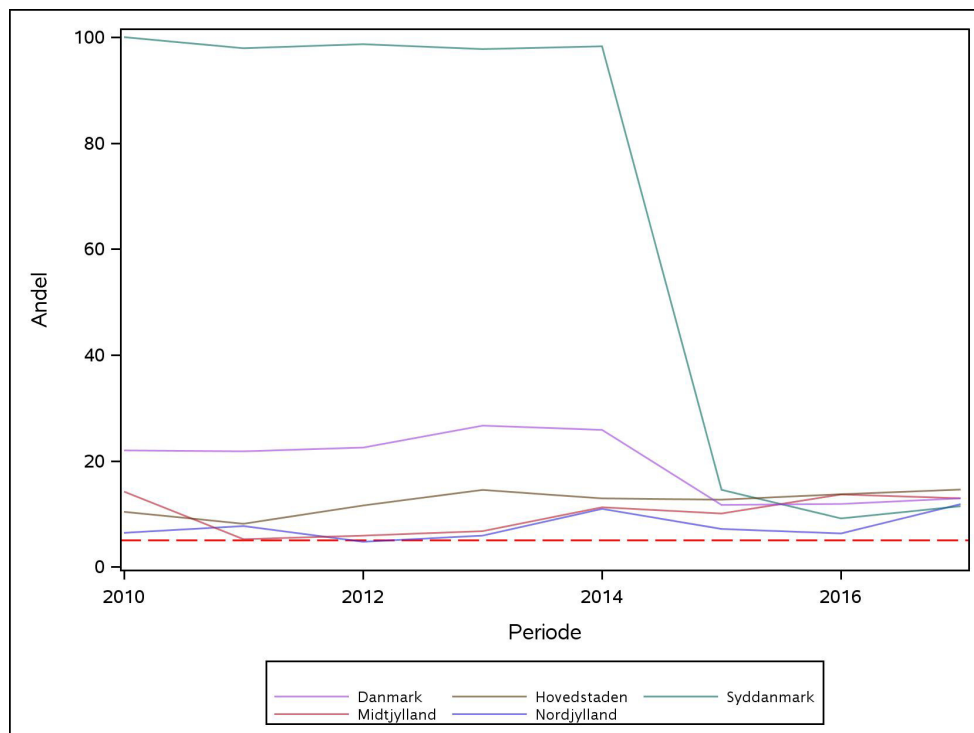
Indikator 5 – Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling



Indikator 5 – Funnelplot postoperativ morbiditet



Indikator 5 – Trend i postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2017



5.7 Indikator 6: Postoperativ morbiditet

Indikator 6. Andel af radikalt prostatektomerede patienter der har været indlagt mere end 3 dage postoperativt.

Standard ≤ 5 %.

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	95% CI	2016	2015
		nævner		%		% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Ja	43/1.052	0 (0)	4	(3;5)	3 (2;4)	5 (4;6)
Hovedstaden	Nej	22/336	0 (0)	7	(4;10)	5 (3;7)	9 (6;12)
Syddanmark	Ja	3/306	0 (0)	1	(0;3)	2 (1;5)	4 (2;7)
Midtjylland	Ja	16/317	0 (0)	5	(3;8)	2 (1;4)	2 (1;5)
Nordjylland	Ja	##	0 (0)	2	(0;8)	3 (1;7)	2 (0;6)
Hovedstaden	Nej	22/336	0 (0)	7	(4;10)	5 (3;7)	9 (6;12)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	17/218	0 (0)	8	(5;12)	7 (4;10)	12 (8;17)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	5/118	0 (0)	4	(1;10)	3 (1;6)	5 (3;9)
Syddanmark	Ja	3/306	0 (0)	1	(0;3)	2 (1;5)	4 (2;7)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	3/306	0 (0)	1	(0;3)	2 (1;5)	4 (2;7)
Midtjylland	Ja	16/317	0 (0)	5	(3;8)	2 (1;4)	2 (1;5)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	10/136	0 (0)	7	(4;13)	1 (0;4)	3 (1;7)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	6/181	0 (0)	3	(1;7)	2 (1;5)	2 (1;5)
Nordjylland	Ja	##	0 (0)	2	(0;8)	3 (1;7)	2 (0;6)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	##	0 (0)	2	(0;8)	3 (1;7)	2 (0;6)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

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

På landsplan blev 4 % af de radikalt prostatektomerede patienter udskrevet efter mere end 3 døgn indlæggelse. Dette er sammenligneligt med de seneste år. Standarden på ≤ 5 % er opfyldt på landsplan.

Regionalt varierer indikatorresultatet fra 1 % i Region Syddanmark til 7% i Region Hovedstaden, som derfor ikke opfylder standarden.

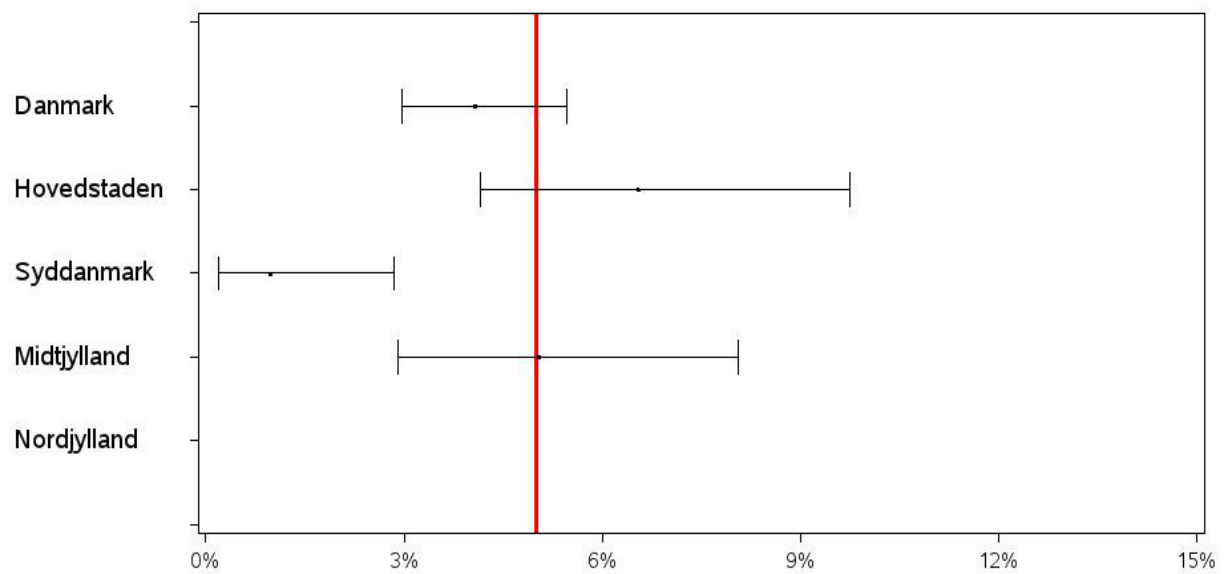
Alle afdelinger lever op til standarden, på nær Herlev og Gentofte Hospital og Aarhus Universitetshospital.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

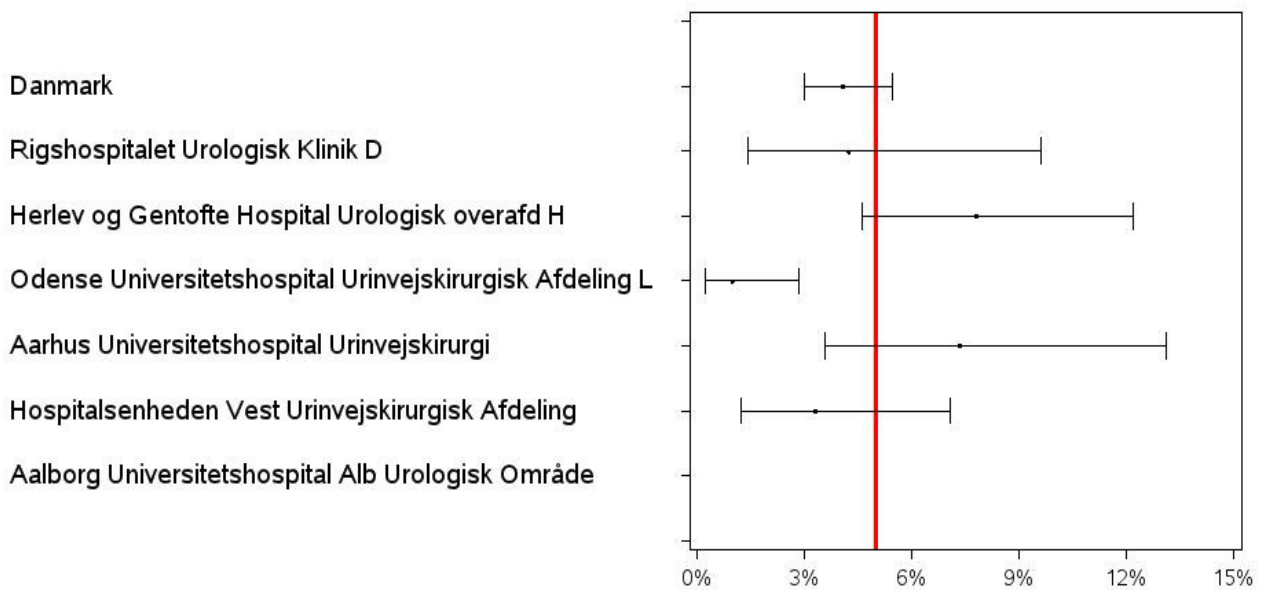
Forlænget indlæggelse udgør som genindlæggelse indenfor 30 dage (indikator 5) en surrogatmarkør for et potentielt kompliceret kirurgisk forløb. Den postoperative liggetid er kort og relativ ensartet i landet. Det er udelukkende de urologiske afdelinger i Herlev og Aarhus som ikke opfylder standarden. I Aarhus bemærkes en stigning af patienter med forlængede postoperative indlæggelser fra 1 % i 2016 til 7 % i 2017. En varighed som meget vel kan afspejle udskrivningskulturen – endog på lægeniveau, hvilket en forbedret komplikationsrelevant diagnosekodning muligt ville kunne udelukke.

KONKLUSION: Indikatorens standarden honoreres på det nationale niveau, kun i Herlev og Aarhus er man ikke i stand til at nå 5%. Komplikationsrelevant diagnosekodning forsømmes.

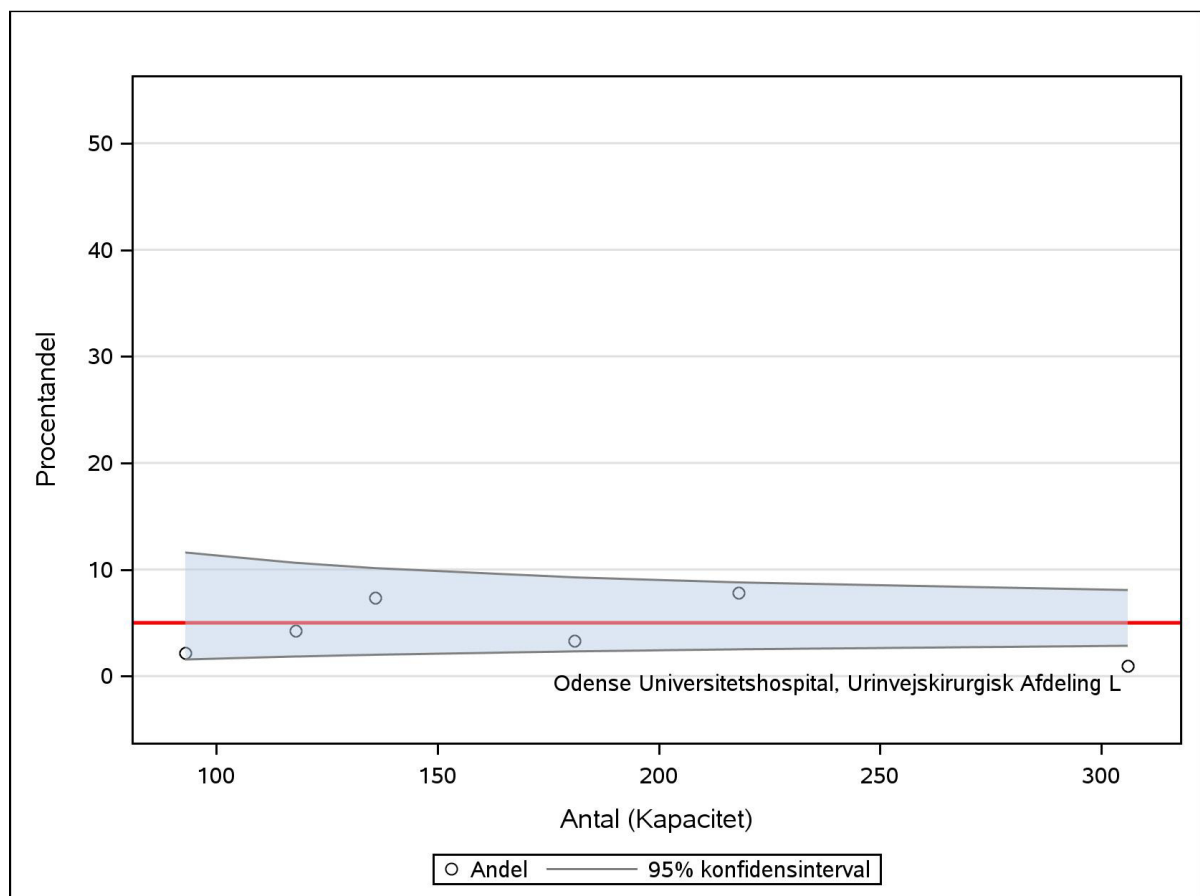
ANBEFALING: Specielt i Herlev og Aarhus bør man søge en forklaring på de forlængede postoperative indlæggelser. Indtil en programmeret version af Clavien-Dindos komplikationsscore kan implementeres i databasen, bibeholdes indikatoren.

Indikator 6 – Postoperativ morbiditet for landsresultat og på regionsniveau

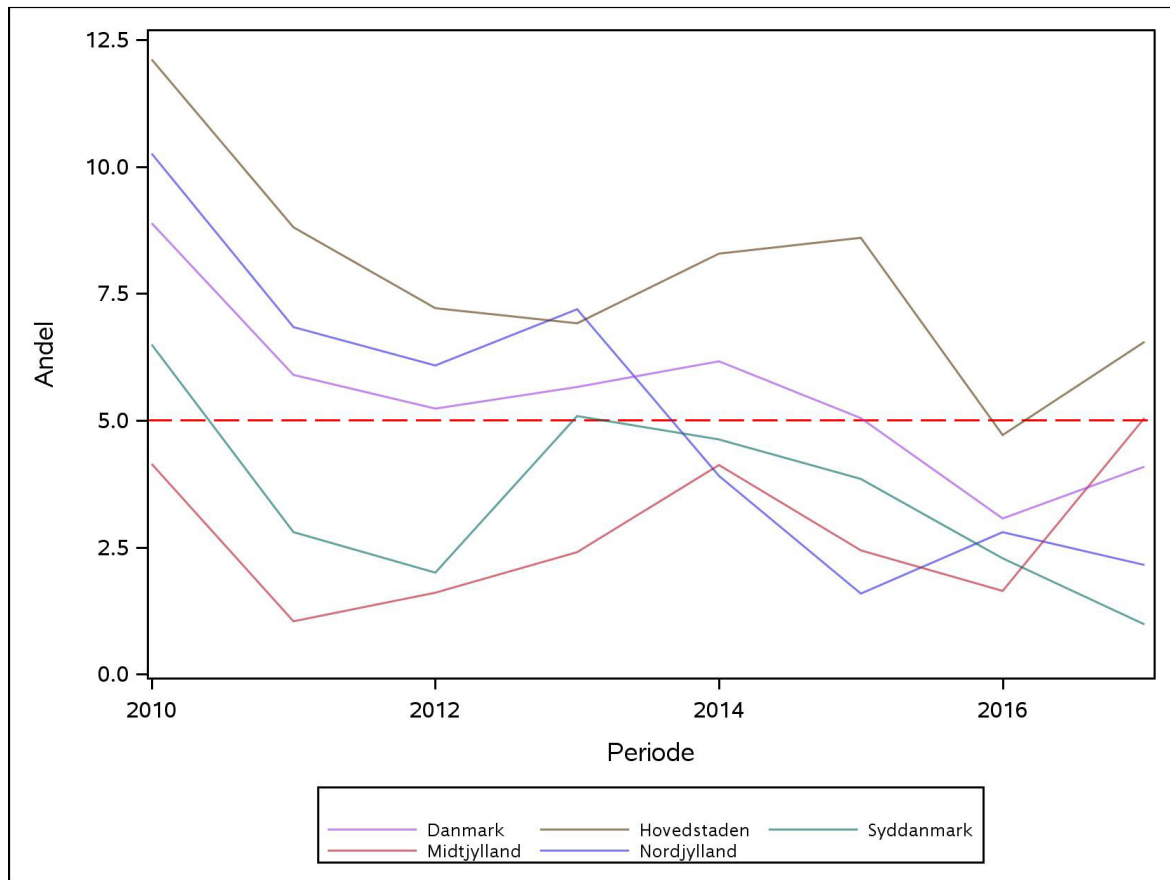
Indikator 6 – Postoperativ morbiditet per hospitalsafdeling



Indikator 6 – Funnelplot for postoperativ morbiditet



Indikator 6 – Trend for postoperativ morbiditet på regionsniveau i perioden 2010 til 2017



5.8 Indikator 7: Mortalitet

Indikator 7. Andel af prostatektomerede patienter, som dør indenfor 1 år efter operation.

Standard < 1,0 %.

Opgjort pr. prostatektomiår	Standard	Uoplyst			Aktuelle år			Tidligere år	
		Tæller/	antal		2016			2015	2014
		nævner	(%)	%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Ja	4/1.237	2 (0)	0	(0;1)	0 (0;1)		0 (0;1)	
Hovedstaden	Ja	0/465	2 (0)	0	(0;1)	0 (0;2)		1 (0;2)	
Syddanmark	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;2)	0 (0;2)		0 (0;2)	
Midtjylland	Nej	3/366	0 (0)	1	(0;2)	1 (0;2)		0 (0;1)	
Nordjylland	Ja	0/143	0 (0)	0	(0;3)	0 (0;3)		0 (0;3)	
Hovedstaden	Ja	0/465	2 (0)	0	(0;1)	0 (0;2)		1 (0;2)	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	0/244	1 (0)	0	(0;2)	0 (0;2)		1 (0;3)	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	0/221	1 (0)	0	(0;2)	0 (0;3)		0 (0;2)	
Syddanmark	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;2)	0 (0;2)		0 (0;2)	
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;2)	0 (0;2)		0 (0;2)	
Midtjylland	Nej	3/366	0 (0)	1	(0;2)	1 (0;2)		0 (0;1)	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Nej	##/##	0 (0)	1	(0;4)	0 (0;3)		0 (0;3)	
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	##/##	0 (0)	0	(0;3)	1 (0;4)		0 (0;3)	
Nordjylland	Ja	0/143	0 (0)	0	(0;3)	0 (0;3)		0 (0;3)	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	0/143	0 (0)	0	(0;3)	0 (0;3)		0 (0;3)	

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

Indikatoren beskriver hvor mange patienter, der dør inden for 1 år, efter de har fået foretaget radikal prostatektomi. Dette betyder, at opgørelsen er tidsmæssigt forskudt i forhold til de forrige indikatorer, således at der inkluderes patienter fra 2016. Der tages i opgørelsen ikke hensyn til faktorer, der påvirker dødeligheden, såsom alder eller sygdomsstadie ved diagnosetidspunktet.

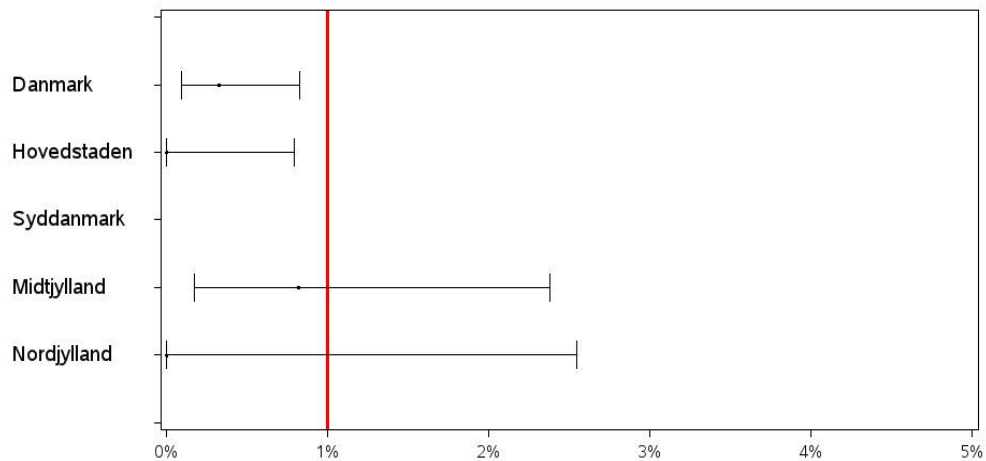
På landsplan døde fire patienter inden for 1 år efter radikal prostatektomi. Standarden på under 1 % er således opfyldt på landsplan men ikke for Region Midtjylland, hvor Aarhus Universitetshospital ikke opfylder standarden (indikatorresultatet er 1,3 %).

Indikatoren bør udregnes for en længere periode, fx 3 eller 5 år.

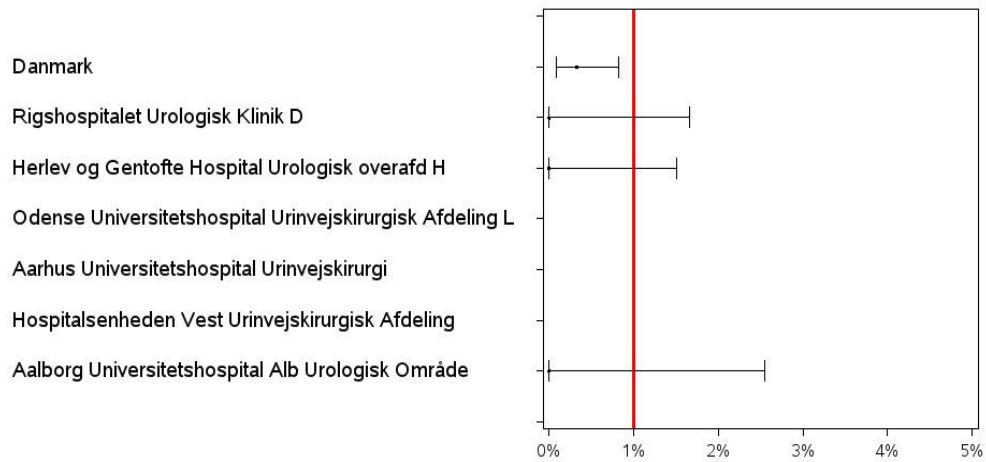
FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

Mortaliteten indenfor 12 måneder efter radikal prostatektomi er meget lav og indikatorens standard er med i alt fire dødsfald igen opfyldt på nationalt niveau. Da to af disse patienter oprindeligt er opereret på i Aarhus, opfylder AUH som det eneste sted præcis ikke i standarden (1,3 %). Ved tidligere audits er dødsårsagen typisk uden relation til prostataoperationen.

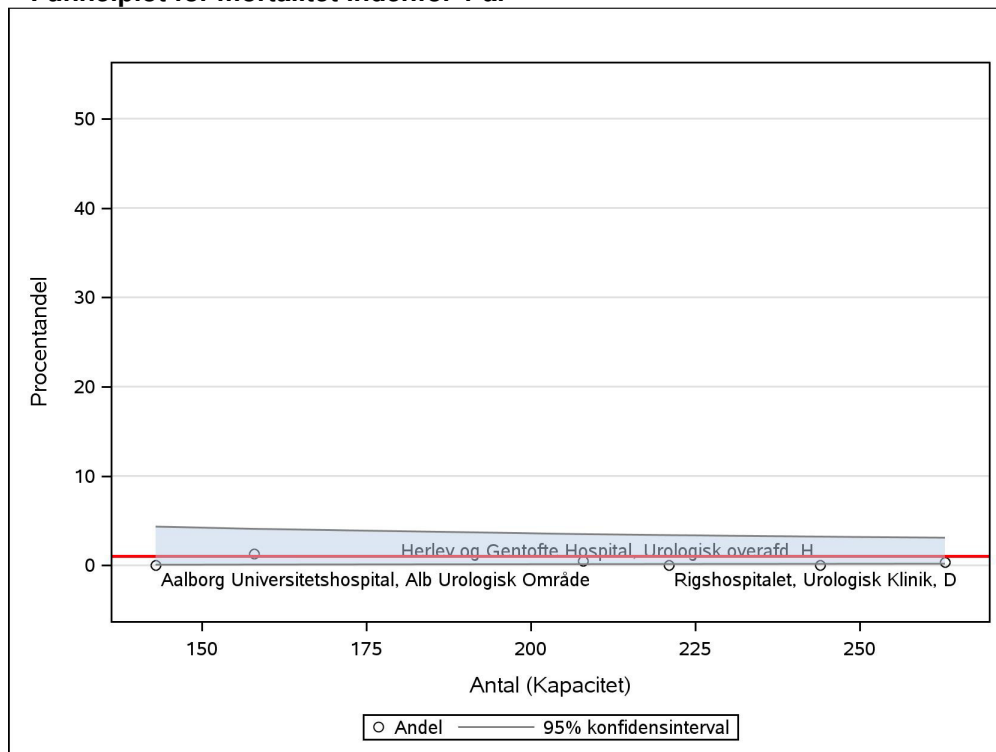
ANBEFALING: Som tidligere anbefales de berørte afdelinger sikre sig patienternes dødsårsag og evt. relation til det operative indgreb og følger herefter. Indikatoren findes i sin nuværende form ikke længere relevant og vil i fremtiden erstattes af overlevelsesfigurer for 1, 5 og 10 år.

Indikator 7 – Mortalitet indenfor 1 år for landsresultat og på regionsniveau

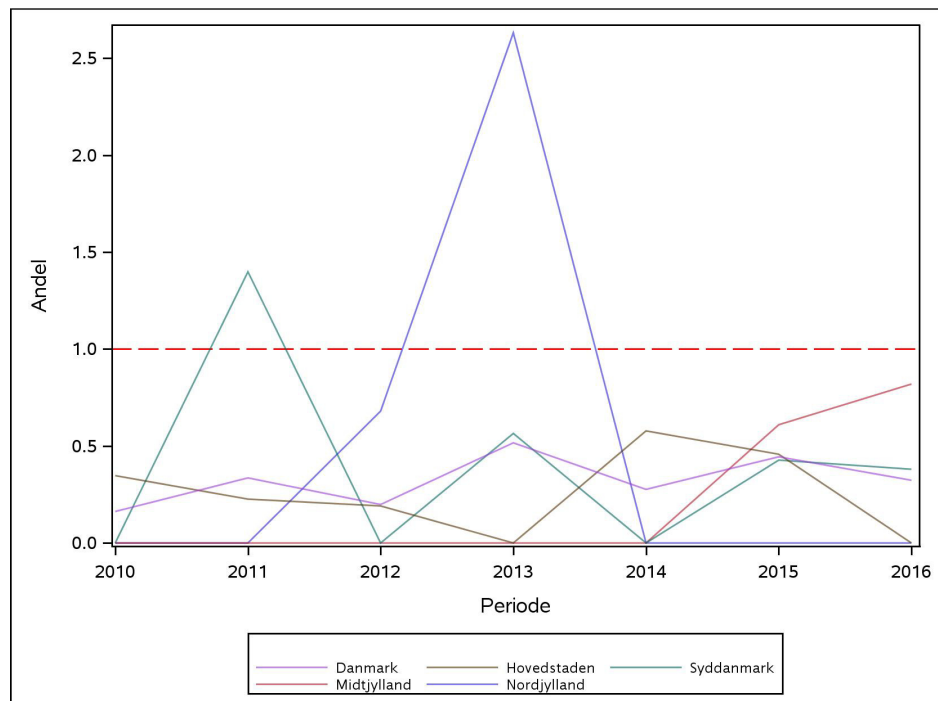
Indikator 7 – Mortalitet indenfor 1 år per hospitalsafdeling



Indikator 7 – Funnelplo for mortalitet indenfor 1 år



Indikator 7 – Trend i mortalitet indenfor 1 år på regionsniveau i perioden 2010 til 2016



5.9 Indikator 8: Datakomplethed, diagnoseskema

Indikator 8. Andel diagnosticerede patienter med PSA, Kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i DaProCadata diagnoseskemaet.

Standard ≥ 90 %

Opgjort pr. diagnoseår	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	95% CI	2016	2015
	opfyldt			%		% (95% CI)	% (95% CI)
Danmark	Nej	2.847/4.244	0 (0)	67	(66;68)	61 (60;63)	76 (75;77)
Hovedstaden	Nej	3/980	0 (0)	0	(0;1)	11 (9;13)	67 (64;70)
Sjælland	Nej	507/666	0 (0)	76	(73;79)	59 (56;63)	66 (63;70)
Syddanmark	Ja	952/1.052	0 (0)	90	(89;92)	94 (93;96)	84 (81;86)
Midtjylland	Ja	1.010/1.046	0 (0)	97	(95;98)	72 (69;75)	79 (77;82)
Nordjylland	Nej	374/451	0 (0)	83	(79;86)	93 (90;95)	92 (89;94)
Privathospitaler	Nej	##	0 (0)	2	(0;11)	10 (2;26)	6 (1;21)
Hovedstaden	Nej	3/980	0 (0)	0	(0;1)	11 (9;13)	67 (64;70)
Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler, Urologisk Overafdeling, FRH	Nej	##	0 (0)	33	(1;91)	37 (31;43)	37 (31;43)
Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	Nej	0/14	0 (0)	0	(0;23)	0 (0;26)	0 (0;46)
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	##	0 (0)	0	(0;1)	1 (0;2)	87 (84;90)
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	0/130	0 (0)	0	(0;3)	11 (6;19)	17 (10;26)
Sjælland	Nej	507/666	0 (0)	76	(73;79)	59 (56;63)	66 (63;70)
Region Sjællands Sygehusvæsen, NAE Urologi	Ja	4/4	0 (0)	100	(40;100)	75 (19;99)	45 (41;50)
Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	Nej	503/662	0 (0)	76	(73;79)	59 (55;63)	93 (89;95)
Syddanmark	Ja	952/1.052	0 (0)	90	(89;92)	94 (93;96)	84 (81;86)
Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	412/439	0 (0)	94	(91;96)	97 (95;98)	97 (94;98)
Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	Ja	285/304	0 (0)	94	(90;96)	86 (80;91)	95 (91;98)
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	##	0 (0)	6	(1;19)	92 (87;96)	9 (5;15)
Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	Ja	253/274	0 (0)	92	(89;95)	97 (94;99)	98 (96;100)

Opgjort pr. diagnoseår	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2017	2016	2015	2015
				%	95% CI	% (95% CI)	% (95% CI)
Midtjylland	Ja	1.010/1.046	0 (0)	97	(95;98)	72 (69;75)	79 (77;82)
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	Ja	439/448	0 (0)	98	(96;99)	87 (84;90)	87 (84;90)
Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	Ja	223/244	0 (0)	91	(87;95)	2 (0;4)	32 (26;38)
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	348/354	0 (0)	98	(96;99)	100 (99;100)	98 (96;99)
Nordjylland	Nej	374/451	0 (0)	83	(79;86)	93 (90;95)	92 (89;94)
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	171/204	0 (0)	84	(78;89)	98 (95;99)	98 (95;99)
Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Overafdeling	Nej	47/72	0 (0)	65	(53;76)	85 (76;91)	83 (73;91)
Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Område	Nej	156/175	0 (0)	89	(84;93)	91 (85;94)	89 (83;93)
Privathospitaler	Nej	##/##	0 (0)	2	(0;11)	10 (2;26)	6 (1;21)
Speciallæger/privatklinikker	Nej	##/##	0 (0)	2	(0;11)	10 (2;26)	6 (1;21)

EPIDEMIOLOGISK KOMMENTAR:

Indikatoren beskriver andel af nydiagnosticerede prostatacancer patienter, der har alle data om PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger angivet i diagnoseskema i DaProCadata. Indikatoren medtager alle nydiagnosticerede patienter i opgørelsesperioden uafhængigt af, om patienterne har fået oprettet et diagnoseskema i DaProCadata. Som der fremgår i afsnit 7 'Datagrundlag' fik 71 % af patienterne på landsplan oprettet et diagnoseskema i DaProCadata. Dette er en tilbagegang i forhold til sidste opgørelsesperiode, hvor 74 % af patienterne fik oprette et diagnoseskema.

På landsplan fik 67 % af alle nydiagnosticerede prostatacancer patienter angivet PSA, kardinalsymptomer og cTNM-oplysninger i diagnoseskema i DaProCadata, hvilket er seks procentpoint højere end sidste opgørelsesperiode. Standarden er ikke opfyldt på landsplan.

Der ses en betydelig variation på regionalt niveau fra 0 % i Region Hovedstaden til 97 % i Region Midtjylland, der sammen med Region Syddanmark opfylder standarden.

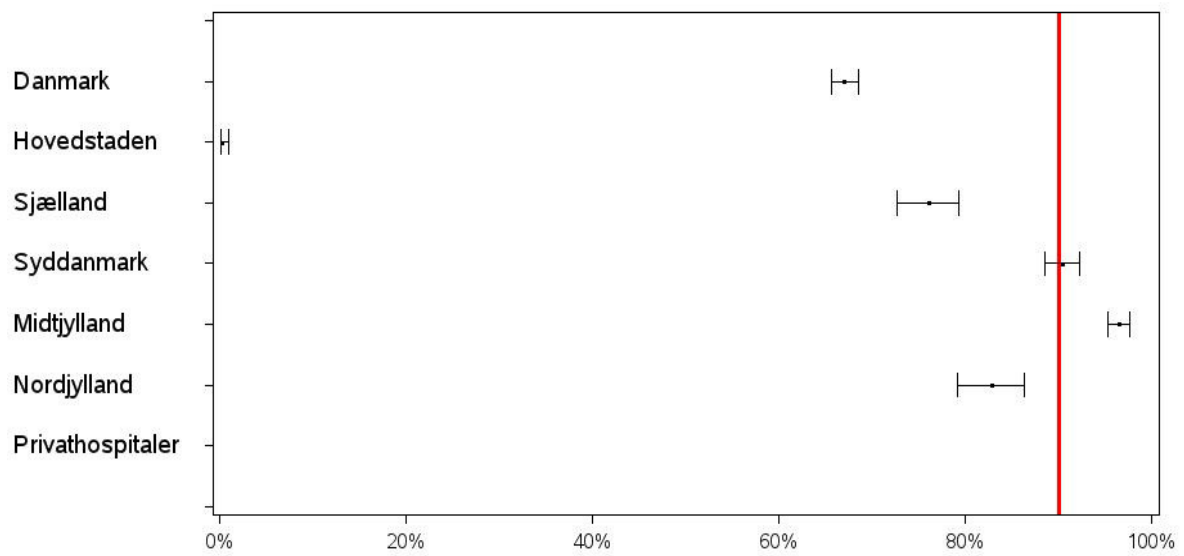
På afdelingsniveau er variationen konsistent med variationen mellem regionerne. Der er meget mangelfuld indberetning fra de fire afdelinger i Hovedstaden og fra Sygehus Sønderjylland. Hospitalsenhed Midt har genoptaget indberetningen i 2017.

FAGLIG KLINISK KOMMENTAR:

Nogle få af nøgletallene for prostatacancer (herunder PSA) kræver indtil videre, at den diagnosticerende afdeling udfylder det elektroniske diagnoseskema. Til trods for, at der er advokeret og rykket herfor gennem 10 år, og indrapporteringen gennem flere år har været ophøjet til kvalitetsindikator er den overordnede datainkomplethed alt for dårlig, hvilket underminerer kvalitetsdatabasens værdi. I tabellen kan det ses, at **igen i 2017 er de urologiske afdelinger i Region Hovedstaden (Rigshospitalet og Herlev), som nægter at deltage i den obligatoriske indberetning** til kvalitetssikring. Tilsammen har urologerne i Hovedstaden således udfyldt tre skemaer på i alt 980 nydiagnosticerede patienter. I Hospitalsenhed Midt (Viborg) er det efter sidste års påpegning lykkedes at løfte indrapporteringen fra 2 % til 91%. I Sygehus Sønderjylland (Sønderborg) ligger indberetningen på blot 6 %, hvorefter følger Regionshospitalet Nordjylland Thy med 65 %. Der er således også uden for Hovedstaden stedvis brug for forbedring på denne kritisk vigtige indberetning.

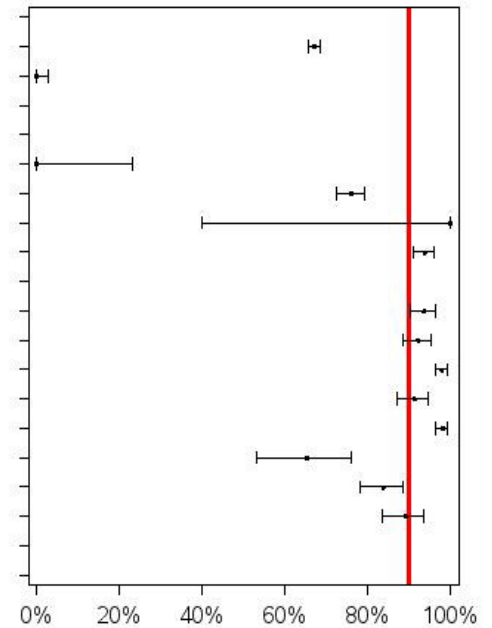
KONKLUSION: Den overordnede datainkomplethed alt for dårlig. Det er igen i 2017 de to urologiske afdelinger i Region Hovedstaden (Rigshospitalet og Herlev), som underminerer kvalitetsdatabasens værdi ved konsekvent at undlade indberetning til den obligatoriske kvalitetssikring.

ANBEFALING: Region Hovedstaden bør rette op på den ledelsesmæssige manglende håndtering af den obligatoriske indberetning af kvalitetsdata. Indikatoren bør til trods for manglende tilslutning fra Region Hovedstaden opretholdes. Det er et ledelsesmæssigt ansvar, at den simple men kritisk afgørende registrering varetages.

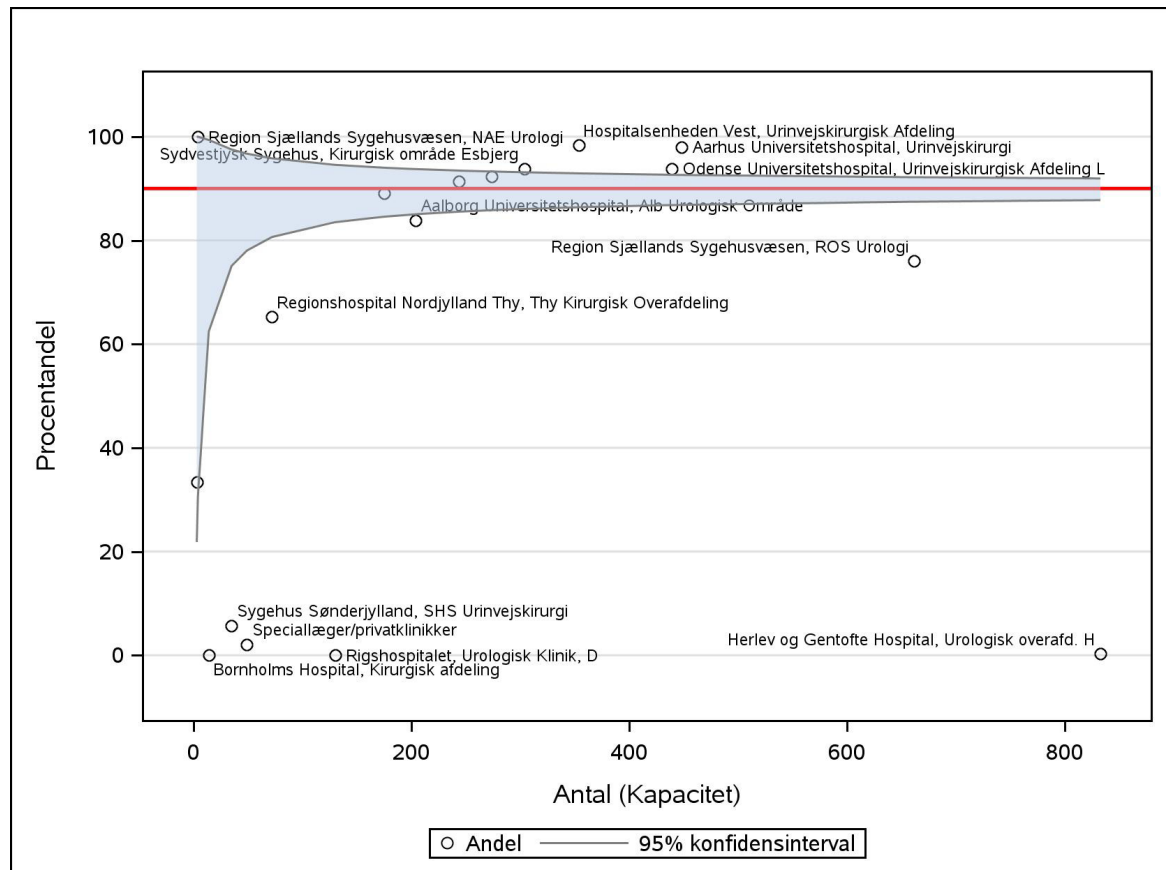
Indikator 8 – Datakomplethed, diagnoseskema for landsresultat og på regionsniveau

Indikator 8 – Datakomplethed, diagnoseskema per hospitalsafdeling

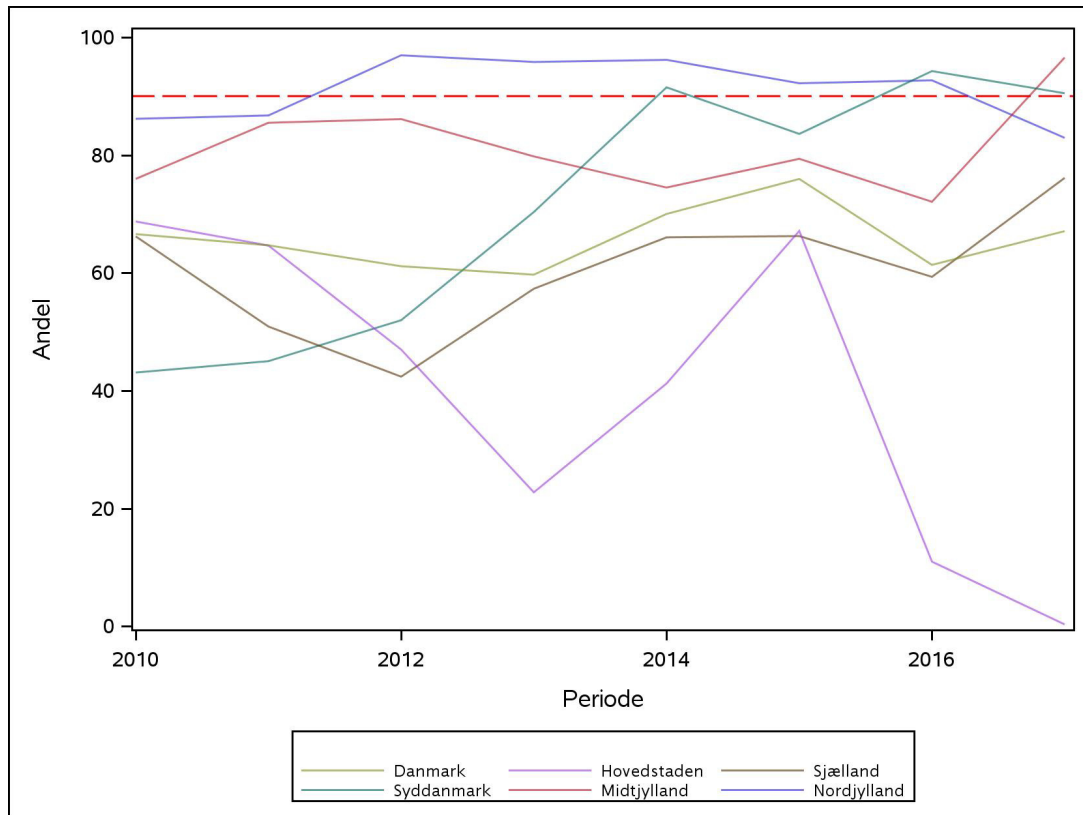
Danmark
 Rigshospitalet Urologisk Klinik D
 Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler Urologisk Overafdeling FRH
 Herlev og Gentofte Hospital Urologisk overafd H
 Bornholms Hospital Kirurgisk afdeling
 Region Sjællands Sygehusvæsen ROS Urologi
 Region Sjællands Sygehusvæsen NAE Urologi
 Odense Universitetshospital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



Indikator 8 – Funnelplot for datakomplethed, diagnoseskema



Indikator 8 – Trend i datakomplethed, diagnoseskema for landsresultat og på regionsniveau i perioden 2010 til 2017



6. 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 omend typisk asymptomatisk sygdom. Som følge af anvendelse af blodprøvetesten PSA er den absolutte incidens (antal nydiagnosticerede tilfælde per år) på blot ti år fordoblet fra ca. 2.200 til knapt 4.500, og sygdommen er dermed blevet den hyppigste mandlige kræftform (bortset fra ikke-melanom hudcancer). Til trods for at incidensen de sidste par år har stabiliseret sig med endog et mindre fald i 2017 forventes incidensen alene på baggrund af den forestående demografiske ændring med en voldsom tilvækst af ældrepopulationen at øges. Dette upåagtet hvor fornuftigt PSA-testen eller anden diagnostik anvendes. Selv ved uændret diagnostisk aktivitet, forventes prævalensen af prostatacancer, dvs. antallet af patienter i live med sygdommen, således at fordobles frem til 2030 fra de nuværende lidt over 35.000 til ca. 60.000 tilfælde i 2030 (1,2).

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

For 20 år siden introduceredes herhjemme operativ behandling for klinisk lokaliseret prostatacancer. Herhjemme udføres årligt omkring 1.100 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag altovervejende ved hjælp af computerassisteret laparoskopi, såkaldt robotkirurgi, hvor prostata fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør. Patienten udskrives typisk dagen efter operationen med et åbenstående blærekateter, som fjernes ved et ambulant besøg 8 dage senere. Da sygdomskortlægningen inden behandlingstilbud fortsat er yderst usikker, viser ca. 1/3 af forventede intrakapsulære tumorer (cT1-2) sig reelt at have vokset gennem kapslen (pT3) og 1/4 endog med efterladt tumorvæv, såkaldte tumorpositive kirurgiske marginer. Disse patienter vil have stor risiko for senere sygdomstilbagefald. Ca. halvdelen af de diagnosticerede patienter bliver behandlet med operation eller strålebehandling. Behandlingerne er centraliseret til relativt få centre.

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

Ved spredning af sygdommen til fx knoglerne er sygdommen uhelbredelig, men vil typisk kunne holdes i ro i nogle år på kastrationsbehandling i evt. kombination med kemoterapi eller anden hormonbehandling. Ved

progression vil sygdommen være kastrationsresistent (CRPC) og for blot få år siden var den gennemsnitlige overlevelsen herefter under et år. I dag er der tilkommet en række medicinske behandlinger, som hver især kan bibringe måneders levetidsforlængelse, således at patienterne i denne sygdomsfase nu gennemsnitligt kan overleve omkring tre år.

Referencer:

1. Sundhedsdatastyrelsen. *Nye Kræfttilfælde i Danmark 2015*. København: Sundhedsdatastyrelsen, 2016.
2. *NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 7.3* (08.07.2016). Association of the Nordic Cancer Registries. Danish Cancer Society, International Agency for Research on Cancer, 2017 [Internet reference]. <http://www-dep.iarc.fr/NORDCAN/DK/frame.asp>. [Accessed 10 May 2017]

7. DATAGRUNDLAG

Dansk ProstataCancer Database (DaProCadata) er af Sundhedsdatastyrelsen godkendt som en dansk kvalitetsdatabase for diagnostik og behandling af prostatacancer i Danmark med dertilhørende 8 kvalitetsindikatorer. I forbindelse med læsning af rapporten og tolkning af resultaterne er det af afgørende betydning at være opmærksom på en række begrænsninger vedrørende de foreliggende data.

Målet med DaProCadata er, at alle patienter med prostatacancer i Danmark inkluderes med henblik på at sikre, at databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af diagnostik og behandling af patienter med prostatacancer i henhold til de opstillede in- og eksklusionskriterier (se "Identifikation af patientpopulation" i appendiks for detaljeret beskrivelse af patientpopulationerne i DaProCadata). Databasen er overvejende baseret på data, der er registreret i Landsregisteret for patologi (skæringsdato 14. april 2018) eller i Landspatientregisteret (skæringsdato 14. april 2018) suppleret med udvalgte kliniske data, som er indtastet direkte i et dataindtastningsmodul af de behandlende afdelinger (skæringsdato 3. april 2018). 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 2017 identificeret 4.244 patienter med en første prostatacancer diagnose. Siden databasens start i 2010 er der på nuværende tidspunkt inkluderet 34.445 patienter.

Antal nydiagnosticerede prostatacancerpatienter pr år i DaProCadata

	<i>Antal</i>
<i>Diagnoseår</i>	
2010	4.044
2011	4.210
2012	4.257
2013	4.220
2014	4.534
2015	4.473
2016	4.463
2017	4.244
<i>I alt</i>	34.445

1.052 prostatapatienter fik udført prostatektomi i 2017. Af nedenstående tabel fremgår antallet af prostatektomier opgjort på årsbasis siden databasens start.

Antal prostatektomerede prostatacancerpatienter pr år (LPR).

	<i>Antal</i>
<i>Prostatektomiår</i>	
2010	619
2011	899
2012	1.013
2013	972
2014	1.087
2015	1.130
2016	1.239
2017	1.052
<i>I alt</i>	8.011

Af nedstående tabel ses variationen i kodepraksis for prostatacancerpatienter per diagnoseår.

Progression af diagnosticeret prostatacancer pr. 14.04.2018

<i>Diagnoseår</i>	<i>Antal nydiagnosticerede</i>	<i>Antal DC619Y</i>	<i>Antal DC619X</i>	<i>Antal DC619M</i>	<i>Antal DC619Z</i>	<i>Antal døde pr 14.04.2 018</i>
2010	4044	92	39	130	135	1551
2011	4210	77	46	159	153	1367
2012	4257	93	39	207	189	1208
2013	4220	73	51	242	210	982
2014	4534	92	52	313	224	861
2015	4473	96	20	399	163	594
2016	4463	55	11	517	132	357
2017	4244	21	4	627	37	163

8. IDENTIFIKATION AF PATIENTPOPULATIONEN

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

Inklusionskriterier

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

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

ELLER

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

Eksklusionskriterier

Patienter, der opfylder følgende kriterier ekskluderes:

- Patienter med rekvisitioner med inkonklusiv prostatacancerdiagnose, dvs. en obs. pro diagnose (ÆYYYY00) i umiddelbar sekvens efter en af de relevante M-koder, med mindre der er en anden relevant M-kode uden ÆYYYY00 og/eller en diagnose indeholdende ÆF4620 uden ÆYYYY00 i sekvens på samme rekvisition ekskluderes.
- Patienter med erstatnings cpr-nummer.
- Patienter der diagnosticeres som følge af fjernelse af blære (KKCC10, KKCC11, KKCC20 eller KKCC21).

Tilskrivning af indikatorer

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

9. INDIKATORALGORITMER

Nr.	Indikator	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
1	Indlæggelses-hyppighed	Andel af udførte TRUS biopsi, der medførte indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren	Biopsier af prostata (procedurekode KKEC* i LPR) udført i rapporteringsåret på alle patienter ¹ i DaProCadata	Indlæggelse uanset årsag indenfor 7 dage efter dato for TRUS biopsi	
2a	Active Surveillance efter 1 år	Andel af nydiagnosticerede patienter under "active surveillance", som er uden events efter 1 år	Patienter ¹ som: - er under 'active surveillance', (ZZ4252B i LPR), medmindre der er foretaget MR-scanning (UXMD92) indenfor 180 dage efter 'active surveillance' uden efterfølgende genkodning af 'active surveillance' OG - som har 1 års followup fra dato for 'active surveillance'	Patienter i nævneren, som ikke har fået følgende event efter 1 år fra dato for 'active surveillance': - strålebehandling (BWGC eller BWGE + DC619) OG/ELLER - prostatektomi (procedurekode KKEC* i LPR)	
2b	Active Surveillance efter 3 år	Andel af nydiagnosticerede patienter under "active surveillance", som er uden events efter 3 år	Patienter ¹ som: - er under 'active surveillance', (ZZ4252B i LPR), medmindre der er foretaget MR-scanning (UXMD92) indenfor 180 dage efter 'active surveillance' uden efterfølgende genkodning af 'active surveillance' OG - som har 3 års followup fra dato for 'active surveillance'	Patienter i nævneren, som ikke har fået følgende event efter 3 år fra dato for 'active surveillance': - strålebehandling (BWGC eller BWGE + DC619) OG/ELLER - prostatektomi (procedurekode KKEC* i LPR)	
3	Positiv kirurgisk margin (pT2)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med positiv kirurgisk margin	Patienter ¹ som - er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR) OG - har patologisk T-stadie: T77* (prostata og vesicula seminalis)	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margin (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie) i Patologiregisteret)	

			OG Mxxxx3 OG P306X0 (ektomi) OG pT-stadie=2: ÆF184x (på samme rekvisition og samme materiale)	
4	Positiv kirurgisk margin (pT3)	Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med positiv kirurgisk margen	Patienter ¹ som - er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR) OG - har patologisk T-: - T77* (prostata og vesicula seminalis) - OG Mxxxx3 - OG P306X0 (ektomi) - OG pT-stadie=3: – ÆF1850 pT3 Tumor udenfor prostata - ELLER – ÆF1851 pT3a Indvækst i periprostatisk væv - ELLER – ÆF1852 pT3b Indvækst i vesicula seminalis (på samme rekvisition og samme materiale)	Patienter i nævneren som har positiv kirurgisk margen (M-kode: M09401 (resektionsrande ikke frie) i Patologiregisteret)
5	Postoperativ morbiditet	Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi	Patienter ¹ som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR)	Patienter i nævneren, som indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi har en ny indlæggelse uanset årsag, hvor - Udskrivesdato ≠ genindlæggelsesdato OG - Genindlæggelsesdato ≠ genudskrivesdato.
6	Perioperativ morbiditet	Andel af radikal prostatektomerede patienter, der har været indlagt mere end 3 dage	Patienter ¹ som er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKECxx i LPR)	Patienter i nævneren, som er indlagt mere end 3 dage efter radikal prostatektomi

		postoperativt		(jævnfør dato for operation i LPR beregnes som dag 0)	
7	Mortalitet	Andel af radikalt prostatektomerede patienter, der dør indenfor 1 år efter operation	Patienter ¹ som: - er radikalt prostatektomerede (procedurekode KKEC* i LPR) OG - har 1 års followup fra dato for radikalprostatektomi i LPR	Patienter i nævneren, der dør indenfor 1 år efter operation (status=90 i CPR)	Patienter uden statusdata i CPR- registeret
8	Datakomplethed	Andel diagnosticerede prostatacancerpatienter med PSA, kardinal symptomer og cTNM- oplysninger i diagnoseskemaet	Alle patienter ¹	Patienter i nævneren som i diagnoseskemaet har angivet: - PSA værdi (Jævnfør variabelen PSA_uofdiagnose værdi < 9999) OG - Kardinalsymptomer (Jævnfør variabelen kardinalsymptomer = 1- 7) OG - cTNM (Jævnfør variabelen cTNM = 1-3)	

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

10. STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Formandskab

Michael Borre, professor, overlæge, dr.med., ph.d., urinvejskirurgisk afdeling, Aarhus Universitetshospital.

Øvrige styregruppemedlemmer

Mette Moe, overlæge, onkologisk afdeling, Aalborg Universitetshospital

Søren Friis, seniorforsker, Center for Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse

Steinbjørn Hansen, overlæge, ph.d., onkologisk afdeling, Odense Universitetshospital

Henrik Jakobsen, overlæge, urologisk afdeling H, Herlev Hospital

Erik Breth Jacobsen, overlæge, urologisk afdeling, Sjællands Universitetshospital.

Epidemiolog

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

Biostatistikere og datamanager

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

Kontaktperson

Inge Øster, kvalitetskonsulent, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Dataansvarlig myndighed

Anne Gammelgaard, chefkonsulent, Den Dataansvarlige Myndighed, Koncern Kvalitet, Region Midtjylland

11. APPENDIKS

Tidligere års rapporter havde et omfattende appendiks materiale, som var akkumuleret over årene, men som havde en uklar rolle i rapporteringen. Vi har her rationaliseret appendiks til at indeholde nogle få tabeller som er direkte relevante for andre dele af rapporten. I følgende år er det hensigten at appendiks materiale inkorporeres i den generelle beskrivelse af datamaterialet eller bringes i det relevante indikatorafsnit. I stedet for et gentaget appendiks afsnit vil vi gerne bringe en årlig tema rapport.

APPENDIKS 1:

Antal udfyldte skemaer for nydiagnostiserede patienter (patologiregistret) i 2017 (afdelinger med mindst 5 rekvisitioner).

Region	afdeling	Antal patienter	Antal patienter med DaProCa diagnoseskema, Antal(%)	Antal patienter med DaProCa behandlingsskema, Urologi, Antal(%)
Hovedstaden	Bornholms Hospital, Kirurgisk afdeling	38	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	776	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	72	# (1,4 %)	0 (0,0 %)
Sjælland	Region Sjællands Sygehusvæsen, ROS Urologi	652	605 (92,8 %)	466 (71,5 %)
Syddanmark	Odense Universitetshospital, Røntgendiagnostisk Afdeling	7	7 (100,0 %)	7 (100,0 %)
	Odense Universitetshospital, Urinvejskirurgisk Afdeling L	408	404 (99,0 %)	394 (96,6 %)
	Sydvestjysk Sygehus, Kirurgisk område Esbjerg	305	288 (94,4 %)	47 (15,4 %)
	Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	35	4 (11,4 %)	5 (14,3 %)
	Vejle Sygehus, SLB Urinvejskirurgi Afdeling (Vejle)	275	271 (98,5 %)	99 (36,0 %)
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital, Billeddiagnostisk Overafd. Skejby	47	40 (85,1 %)	45 (95,7 %)
	Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi	401	399 (99,5 %)	392 (97,8 %)
	Hospitalsenhed Midt, Urinvejskirurgi	236	230 (97,5 %)	216 (91,5 %)
	Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	331	327 (98,8 %)	327 (98,8 %)
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	203	196 (96,6 %)	165 (81,3 %)
	Regionshospital Nordjylland Thy, Thy Kirurgisk Overafdeling	71	46 (64,8 %)	18 (25,4 %)
	Regionshospital Nordjylland Ven, Ven Kirurgisk Område	169	150 (88,8 %)	101 (59,8 %)
Privathospitaler	Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris-Hamlet, Aarhus	6	# (33,3 %)	# (33,3 %)
	Aleris-Hamlet Hospitaler, Aleris-Hamlet, Søborg	22	# (4,5 %)	# (4,5 %)
	Capio CFR A/S, Capio CFR A/S - Hellerup afdeling	15	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted), Organkir. overafd.	11	6 (54,5 %)	5 (45,5 %)
	Kysthospitalet, Skodsborg, Kysthospitalet Skodsborg, afdeling	24	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
	Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	22	9 (40,9 %)	8 (36,4 %)
	Ydernummer	40	0 (0,0 %)	0 (0,0 %)
Total		4.166	2.986 (71,7 %)	2.298 (55,2 %)

APPENDIKS 2:

Fordeling af den registrerede Gleason score på nålebiopsien tættest på patientens diagnose (snomedkode for procedure: P30990 eller P30992) i 2017, fordelt på patologi afdelinger.

Region	Patologiafdeling	Antal nålebiopsier	Uden Gleason score	Gleason score ikke entydig	<7	7	>7
Hovedstaden	Herlev og Gentofte Hospital, Patologisk-anatomisk institut	800	11 (1 %)	443 (55 %)	159 (20 %)	80 (10 %)	107 (13 %)
	Rigshospitalet, Patologiafdelingen	118	# (1 %)	5 (4 %)	16 (14 %)	31 (26 %)	65 (55 %)
Sjælland	Næstved Sygehus, Patologi	223	6 (3 %)	# (0 %)	35 (16 %)	96 (43 %)	85 (38 %)
	Roskilde Sygehus, Patologi	425	16 (4 %)	18 (4 %)	71 (17 %)	179 (42 %)	141 (33 %)
Syddanmark	OUH Odense Universitetshospital, Afd. for Klinisk Patologi	481	5 (1 %)	159 (33 %)	141 (29 %)	129 (27 %)	47 (10 %)
	Sygehus Sønderjylland, SHS Patologi	32	0 (0 %)	# (3 %)	9 (28 %)	13 (41 %)	9 (28 %)
	Vejle Sygehus, Klinisk Patologi	258	4 (2 %)	122 (47 %)	54 (21 %)	49 (19 %)	29 (11 %)
Midtjylland	Aarhus Universitetshospital, Patologisk Institut	253	3 (1 %)	99 (39 %)	25 (10 %)	48 (19 %)	78 (31 %)
	Hospitalsenhed Midt, Patologi	394	# (0 %)	332 (84 %)	57 (14 %)	3 (1 %)	# (0 %)
	Hospitalsenheden Vest, Patologisk Institut	264	# (1 %)	153 (58 %)	35 (13 %)	45 (17 %)	29 (11 %)
	Regionshospitalet Randers, Patologi - Randes	65	# (2 %)	0 (0 %)	7 (11 %)	21 (32 %)	36 (55 %)
Nordjylland	Aalborg Universitetshospital, Alb Patologisk Institut	194	# (1 %)	0 (0 %)	26 (13 %)	93 (48 %)	74 (38 %)
	Regionshospital Nordjylland Ven, Hjr Patologisk anatomisk inst.	242	0 (0 %)	0 (0 %)	80 (33 %)	90 (37 %)	72 (30 %)
Privathospitaler	Speciallæger/privatklinikker	5	0 (0 %)	# (20 %)	3 (60 %)	0 (0 %)	# (20 %)
		3.754	51 (1 %)	1.334 (36 %)	718 (19 %)	877 (23 %)	774 (21 %)

APPENDIKS 3:**pT-stadie (Patologiregistret) efter radikal prostatektomi, 2017**

<i>Patologiafdeling</i>	<i>Antal prostatektomier LPR & Patologiregistret</i>	<i>Manglende pT-stadium</i>	<i>pT2</i>	<i>pT3</i>	<i>Ukorrekt kodning</i>
Aalborg Universitetshospital, Alb Patologisk Institut	92	0	47 (51 %)	45 (49 %)	0 (0 %)
Aarhus Universitetshospital, Patologisk Institut	130	4	91 (70 %)	35 (27 %)	0 (0 %)
Herlev og Gentofte Hospital, Patologisk- anatometisk institut	216	#	109 (50 %)	106 (49 %)	0 (0 %)
Hospitalsenhed Midt, Patologi	44	0	34 (77 %)	10 (23 %)	0 (0 %)
Hospitalsenheden Vest, Patologisk Institut	132	0	92 (70 %)	40 (30 %)	# (2 %)
OUH Odense Universitetshospital, Afd. for Klinisk Patologi	302	3	210 (70 %)	88 (29 %)	# (0 %)
Rigshospitalet, Patologiafdelingen	116	3	72 (62 %)	39 (34 %)	# (2 %)
Speciallæge/privatklinik	3	0	3 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)
Danmark	1.035	11	658 (64 %)	363 (35 %)	5 (0 %)

APPENDIKS 4:

cT vs pT-stadium. Alle prostatektomerede, med registreret ektomi (P3060X) i Patologiregistret 2017

	<i>pT registreret i Patologiregister ved ektomi</i>								<i>Total antal prostatektomerede</i>
	<i>Ukendt</i>		<i>pT2</i>		<i>pT3</i>		<i>pT4</i>		
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>
<i>cT registreret i diagnose-skema</i>									
<i>Ukendt/T0/Tx</i>	5	2	174	56	128	41	#	1	309
<i>T1</i>	#	0	319	77	94	23	0	0	415
<i>T2</i>	4	1	151	56	112	42	#	0	268
<i>T3</i>	0	0	14	33	28	67	0	0	42
<i>T4</i>	0	0	0	0	#	100	0	0	#
<i>Ialt</i>	11	1	658	64	363	35	3	0	1.035

12. KODEARK

Kodning ved prostatacancer – DaProCadata

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

Milepæle

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

Observation

ZZ4252A	Watchful waiting
ZZ4252B	Active surveillance

Radikale prostatektomi = KKEC

KKEC00	Retropubisk radikal prostatektomi
KKEC00A	Retropubisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00B	Retropubisk enkeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC00C	Retropubisk dobbeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01	Perkutan endoskopisk radikal prostatektomi
KKEC01A	Perkutan endoskopisk ikke nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01B	Perkutan endoskopisk enkeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi
KKEC01C	Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende radikal prostatektomi

Strålebehandling =BWG

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

Endokrinterapi

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

Cytostatisk behandling =BWA

BWA208	Docetaxel
BWA263	Cabazitaxel

Anden medicinsk behandling

BW40	Bisfosfonat
BW42	Denosumab
BW5	Radium-223
BWDB02	Forsøgsmedicin

Multidisciplinær team (MDT) konference

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

13. KOMMENTARER FRA REGIONER OG AFDELINGER

Region Nordjylland:

Studiepopulationen

I relation til studiepopulationen er der i årsrapporten, i anbefalingen på side 18 en passus om, at det patientmæssige grundlag for kirurgisk behandling i Aalborg nu er kritisk lavt, og man derfor bør overveje, hvor behandlingen fremadrettet skal placeres. Det bemærkes fra Aalborg UH at antallet, der angives og konkluderes på baggrund af, ikke er helt retvisende, idet der på Aalborg UH også behandles færøske patienter. Disse er ikke en del af studiepopulationen, da de færøske patienter ikke har unikke CPR-numre og dermed ikke er en del af de træk, man kan lave fra LPR. De er dog en del af det erfaringsgrundlag der opereres på. Således er det reelle antal patienter prostatektomeret på Aalborg UH i 2017 102 patienter, hvoraf 7 har erstatnings CPR-numre. Dette giver en øgning på 10 % ift. datagrundlaget i årsrapporten. Ligeså angives det i tabel 3 strålebehandling, at 36 patienter i 2017 har fået stråleterapi. En gennemgang af data lokalt viser, at antallet af strålebehandlede er højere end det angivne.

Antallet af strålebehandlede i kurativt øjemed bør også inkludere antallet af salvage strålebehandlede fremadrettet og ikke kun patienter, der har fået primær strålebehandling. Det er en del af det samlede erfaringsgrundlag og ekspertise. Som minimum bør begge typer indgå i tabellen enten samlet eller hver for sig.

Man vil som ved tidligere år undersøge, om der kan findes en årsag, som kan forklare divergens i antal.

Indikator 2a og 2b Active surveillance og watchful waiting

For patienterne i Region Nordjylland er der en allerede veletableret tilgang til vurdering, af hvorvidt patienten skal tilbydes watchful waiting og retningslinierne fra Sundhedstilsynet vurderes implementeret, hvilket formentlig også afspejles i data, idet vi vurderer at have et retvisende antal patienter til prostatektomi set i forhold til patientgrundlaget. Således ses, at incidensen på baggrund af en faldende tendens formentlig er nået.

Indikator 3 og 4 Positiv kirurgisk margen (pT2) og (pT3)

Som det beskrives i rapporten ses der stor variation i målopfyldelsen regionerne og hospitalerne imellem, det nævnes også, at indikatoren derfor skal tolkes med varsomhed. Alligevel er anbefalingen på baggrund af disse måltal, at der for bl.a. Aalborg UH bør være fokus på kvaliteten af det kirurgiske indgreb. Herfra vurderes der ikke at være et kvalitetsproblem. Når man ser på morbiditeten, ligger Aalborg UH positivt ift. landsgennemsnittet. Det bemærkes endvidere, at positiv margen ikke er ensbetydende med udløsende behandling. Ligeså bemærkes det, at Aalborg UH ikke skiller sig ud fra landsgennemsnit, således ses der en målopfyldelse for indikator 3 Positiv kirurgisk margen (pT2) på 17% (8/47) - landsgennemsnit 13 % og med en variation fra 6-22%. Audit på de 8 patienter viser, at 6 af disse har en positiv marginal > 1 mm2 og ingen af disse patienter har PSA recidiv. For indikator 4 Positiv kirurgisk margen (pT3) ses en målopfyldelse 36 % - landsgennemsnit 33 % og med variation på 16-46 %.

Det er endvidere kendt og kommenteret de seneste år, at denne indikator viser at der anvendes forskellige tilgange, hvorfor det herfra foreslås, at der laves en audit på tværs af regionerne i relation til indikator 3 og 4. Dette med henblik på at opnå større tillid til resultaterne, som med den store variati-on er svære at tolke og vurdere på baggrund af.

Indikator 5 Andel af patienter genindlagt indenfor 30 dage efter radikal prostatektomi

I relation til indikator 5 bemærkes det i årsrapportens konklusion at man i Aalborg har haft et betydeligt større antal genindlæggelser end i det forgangne år. Fra Aalborg UH bemærkes det at det tidligere år har ligget lavt men i år fortsat ligger i underkanten af landsgennemsnittet. Ligeså ses at man ift. indikator 6 Andel af radikalt prostatektomerede patienter der har været indlagt mere end 3 dage post-operativt ligger betydeligt under landsgennemsnit.

Anbefaling til nye indikatorer:

Som supplement anbefales det, at der udarbejdes en indikator omhandlende PSA recidiv samt cancerspecifik mortalitet, idet det vurderes at supplere de eksisterende standarder ift. at måle på den faglige kvalitet.

Øvrige kommentarer til årsrapporten

Styregruppens anbefaling om at SNOMED-kode en overordnet Gleason score (GS) på en nålebiopsi-serie hilses velkommen. Det er beskrevet flere steder i rapporten, at mere end 1/3 nydiagnosticerede patienter ikke har kodet en overordnet GS. Dette underbygges af tabellen i Appendix 2, hvoraf det fremgår, at kun 63% nydiagnosticerede patienter er kodet med en entydig GS, og der ses en betydelig variation mellem de enkelte patologi-afdelinger. Ud fra dette forekommer data i tabellen over nydiagnosticerede patienter s. 9-10 og efterfølgende supplerende tabeller over de forskellige behandlingsarme uforståelige. I den førstnævnte tabel figurerer kun 9,5% uden WHO/ISUP grad, men en WHO/ISUP grad kan ikke angives, uden at man har angivet en GS.

På side 56 angives det i afsnittet Konklusion at ” *Specielt Rigshospitalet ligger meget langt fra opfyldelsen af standarden, mens de urologiske afdelinger i Herlev, Holstebro (Hospitalsenhed Vest) og Aalborg ligger lidt tættere herpå*”.

I afsnittet Anbefaling nedenfor står der ”*På de fire opererende afdelinger (Herlev, Rigshospitalet, Holstebro, Aalborg), hvor man ligger relativt langt fra at imødekomme indikatorens standard...*”.

Der er en divergens i at både ligge tæt på og langt fra.

Det kunne være ønskeligt med en mere stringent brug af betegnelser for enhed. Det varierer mellem brug af sygehus/hospitalsbetegnelse og bynavn ex s. 32 hvor der i den faglige kliniske kommentar angives sygehusbetegnelse og under anbefaling anvendes bynavn.

Region Hovedstaden:

Kommentar til årsrapporten 2017 fra de urologiske afdelinger:

Vi er generelt bekymrede for validitet og kvalitet af rapportens data, og utilfredse med de medfølgende faglige kommentarer, som forekommer fagligt dårligt underbyggede. Dette skal ses i lyset af, at man stadig må rejse stærk tvivl om, hvorvidt de data, der offentliggøres i rapporten, kan tolkes som et egentlig udtryk for ”kvalitet i behandlingen af prostatacancer”, hvilket rapporten lægger op til.

Der gøres opmærksom på, at Rigshospitalet fremsendte kommentar for rapporten i 2016, som hverken er kommenteret af Styregruppen eller publiceret med rapporten på Sundhed.dk. Det er utilfredsstillende og rejser mistro til den proces, som DAPROCA-rapporten repræsenterer for danske medier, interesseorganisationer og administratorer. Disse kan i god tro tage rapporten som et sikkert udtryk for den inter-institutionelle kvalitet i dansk prostatakræft behandling. Dette kan medføre en ganske uhensigtsmæssig debat og en ubegrundet mistro blandt patienter og pårørende.

Generel kommentar

Årsrapporten indeholder en stor mængde data indsamlet fra centrale registre. Der er tidligere efterlyst et forsøg på validering af disse data, men det fremgår ikke, at dette forsøg er gjort? Denne validering er påkrævet, da datakilderne alle må antages at være behæftet med usikkerhed, der skal belyses for at data kan tolkes meningsfuldt. Specielt er det velkendt og oplagt, at implementeringen af Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland har medført endog meget store problemer med registrering i LPR og hovedparten af andre sundhedsfaglige databaser.

Det undrer, at der fortsat ikke er data om PSA, som må opfattes som obligat for at udtale sig om patientkohortens sammensætning.

Positiv kirurgisk margin

Den selektive anvendelse af positiv kirurgisk resektionsrand som et direkte udtryk for den kirurgiske kvalitet er bekymrende. Specielt stratificeringen i pT2 og pT3 forekommer problematisk. Registreres positive rande, bør disse primært angives for alle, der opereres med klinisk lokaliseret sygdom (cT1-2), inden man evt. stratificerer med de problemer, som dette indebærer. Der er i rapporten udtrykt berettiget bekymring for den usikre patologiske registrering, herunder også den histopatologiske fortolkning af, hvorvidt der er tale om pT2R+ eller pT3R-/R+. Denne problemstilling bør afklares med national konsensus indenfor det patologiske speciale, inden man bruger denne parameter til sammenligning afdelingerne imellem.

Da der ikke findes internationale publikationer, der udelukkende angiver resektionsrand som udtryk for den kirurgiske kvalitet, finder vi det højst problematisk, at rapporten tillægger denne parameter selvstændig værdi som udtryk for de enkelte afdelingers kirurgiske kompetencer. Årsagen til positive rande er multifaktoriel, og der findes ikke videnskabeligt belæg for at bruge denne ene faktor som målestok for kirurgisk teknik eller onkologisk outcome. I en anden region har man en så lav forekomst af positive resektionsrande, at niveauet ligger under alt, hvad der er meddelt i den faglige litteratur. Dette rejser igen spørgsmål om den histopatologiske praksis landet over, men også bekymring om, hvorvidt der i nogle regioner forekommer en overbehandling af lokaliseret prostatacancer – altså om for mange patienter opereres. Dette problem kommenteres ikke i rapporten, selvom Sundhedsstyrelsen i år specifikt har rettet kritik heraf.

Radikal prostatektomi

Rapporten bemærker, at visse afdelinger har et ”kritisk lavt antal patienter”, som opereres. Der er ikke henført til en faglig begrundelse herfor, og der er ikke taget hensyn til, at nogle afdelinger har været udsat for betydelige ændringer i optageområder, som i en periode kan påvirke disse tal. Dertil kommer indførelse af Sundhedsplatformen, som midlertidigt har reduceret den operative kapacitet i Region Hovedstaden. Det skal i øvrigt bemærkes, at de angivne data ikke stemmer overens med egne interne rapporter om antallet af patienter, der har gennemgået radikal prostatektomi. Med overvejende sandsynlighed er samkøringen mellem LPR og Patobank ikke valid, idet LPR har haft store vanskeligheder med at rapportere data fra institutioner, som anvender Sundhedsplatformen.

Man må også forholde sig kritisk til om et fald i antal af prostatektomier skal opfattes negativt i kvalitetssøjemed. Langt mere relevant er en debat om behovet for radikal prostatektomi og om antallet af institutioner, der bør udføre denne behandling. Hvis DaProCa mener, at fald i operationer betyder lavere kvalitet, bør rapporten meddele og underbygge dette.

Active surveillance

Der er en lang række dilemmaer forbundet med at vurdere kvaliteten af patienter der starter behandling i active surveillance (AS). Er den behandlingsfrie overlevelse det optimale mål? Eller er den sygdomsspecifikke overlevelse? Vi mener ikke, at den aktuelle indikator reelt giver den efterspurgte information.

Selvom MR skanning af prostata er et lovende instrument i håndtering af patienter, der udredes for prostatacancer, er værdien som kontrolinstrument til at følge sygdommens naturhistorie meget dårligt beskrevet. Den eksisterende praksis, hvor patienterne i AS følges uden brug af MR-scanning har en forventet dødelighed mindre 0,3% efter 10 år og en behandlingsfri overlevelse på 50-60%, hvorfor forventningen om et væsentligt bedre resultat ved brug af MR-scanning i kontrollen er begrænset.

Kodepraksis

Det er naturligvis utilfredsstillende, at afdelingerne Region Hovedstaden ikke i 2017 har deltaget i den nødvendige kodepraksis. Implementeringen af Sundhedsplatformen har givet meget store udfordringer med

dataregistrering, hvorfor der ikke har kunnet afses resurser til manuel registrering af de nødvendig datatil DaProCa.