



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Dansk Prostatacancer Database

Daproca Årsrapport 2024

Offentliggjort 1. juli 2025

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Andelen af patienter med indlæggelse i ugen efter prostatabiopsi (Indikator 1) er på landsplan faldet kraftigt og udgjorde i 2024 blot 1%. Dette er en halvering ift. 2023, mens andelen i 2020 udgjorde hele 6%. Resultatet skal ses i sammenhæng med indførelsen af transperineale biopsier (Indikator 2), som fra 2022 til 2024 er steget fra 13% til 89%. Reduktionen i indlæggelser med den nye sterile biopsistrategi er sket under samtidigt ophør af rutinemæssig anvendelse af resistensudfordrende antibiotisk profylakse.

Indikator 8 undersøger andelen af MR-skannede blandt samtlige diagnosticerede patienter, og i 2024 var denne andel 66%. Indikator 8s rapporterer tilsvarende for en gruppe patienter, som er vurderet kurable. Her var opfyldelsesgraden ift. diagnostisk MR-skanning i 2024 hele 92% og uden betydende variation mellem regionerne. Trendkurven demonstrerer i hvor udtalt grad implementeringen af den diagnostiske MR-strategi er lykkedes på rekordtid.

PI-RADS scoren fra MR-undersøgelsen er helt essentiel for selektion af patienter til diagnostisk biopsi. Monitoreringen af kvaliteten af den ressourcekrævende diagnostiske MR-strategi er derfor afhængig af LPR-indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS score. I 2024 blev PI-RADS scoren på landsplan kun indberettet fra to afdelinger og i alt for hver fjerde patient med MR af prostata. Et forskningsprojekt i Region Midtjylland har fundet det muligt automatisk at udtrække PI-RADS-scoren og PSA-densiteten direkte fra radiologibeskrivelser, hvorved manuel indrapportering i fremtiden vil kunne undgås.

Patienter i høj risikogruppe og med relevant forventet restlevetid må ubehandlet forventes at progredierte til uhelbredelig sygdom, hvorfor behandlingsandelen bør være høj (Indikator 7). På landsplan var andelen med kurativ behandling inden for tre måneder efter diagnosen 55%, og i aldersgruppen op til 75 år var denne andel 79%. På regionalt niveau og på og afdelingsniveau var dette dog med betydelig variation. Tilsvarende variation observeredes for patientgruppen 75+ år og her var den overordnede behandlingsandel helt forventeligt noget lavere (30%).

Nydiagnosticerede kandidater til kurativ behandling i høj-risiko-gruppen anbefales, som noget nyt, billeddiagnostisk metastaseudredning med PSMA-PET/CT-skanning. Denne har sammenlignet med konventionel udredning signifikant bedre diagnostisk akkuratease, færre usikre fund og en lavere stråledosis til patienten. Herudover vil den bivirkningsfyldte udvidede kirurgisk fjernelse af lymfeknuder kunne undlades ved negativ PSMA-PET/CT. Implementeringen af PSMA-PET/CT har været meget forskellig (Indikator 10s). Imens man i Region Midtjylland i 2024 PSMA-PET/CT skannede 81% af disse patienter, er der store dele af landet, hvor PSMA-PET/CT så godt som ikke har været anvendt.

Indledning

Databasens formål

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

Årsrapporten for 2024

Studiepopulationen i DaProCadata er patienter med en første histologisk verificeret prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi (LRP). For denne årsrapport opgøres alle nydiagnosticerede patienter i perioden fra 1. januar 2024 til 31. december 2024. Resultaterne for denne opgørelsesperiode analyseres og sammenlignes med resultater fra de tidligere år.

I 2024 blev 4.190 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Det er samme niveau som forrige år (der var 4.184 registreringer i 2023).

De aktuelle kvalitetsindikatorer afspejler udredning (Indikator 1 og 2) og den operative behandling (Indikator 3–5). Indikator 6 og 7 beskriver anvendelsen af aktiv behandling ved lavrisiko sygdom (bør være lav) og ved højrisiko sygdom (bør være høj). Indikator 8, 8s og 9s beskriver MR-aktivitet og PI-RADS information, og Indikator 10 beskriver anvendelsen af PSMA-PET tumorscanning for patienter med højrisiko sygdom.

Databasens indikatorsæt er under stadig udvikling. Indikatorerne 3 og 4 vurderes fortsat kritisk.

Målet med DaProCadata er, at alle patienter med prostatacancer i Danmark inkluderes med henblik på at sikre, at databasen giver et retvisende billede af kvaliteten af diagnostik og behandling i henhold til de opstillede inklusions- og eksklusionskriterier (se "Identifikation af patientpopulation" for detaljeret beskrivelse af patientpopulationerne i DaProCadata). Databasen er overvejende baseret på data, der er registreret i Landsregisteret for Patologi (skæringsdato 16. marts 2025) og i Landspatientregisteret (skæringsdato 16. marts 2025).

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

Årsrapporten formidles, som sidste år, i HTML format, med mulighed for at udtrække en PDF-version. Vi udviklede HTML formatet i 2024, og der er nu offentliggjort syv års rapporter på denne måde. Der er indkommet mange forslag til videre udvikling af den digitale årsrapport, og vi arbejder videre med dette i 2025. Den aktuelle rapport er i samme format som sidste års rapport.

Om standarder og udviklingsmål på indikatorresultaterne

Indikatorsættet for prostatakræft omfatter aktuelt 11 indikatorer, heraf tre indikatorer, som er "supplerende indikatorer", dvs. indikatorer, som er under udvikling som kvalitetsmål.

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

Af de 11 indikatorer har styregruppen fastsat udviklingsmål for syv af indikatorerne. Styregruppen fastsætter niveauet for udviklingsmål ud fra en betragtning om, hvad som er et realistisk og opnåeligt kvalitetsniveau for den enkelte indikator. Udviklingsmålet angiver herved en udviklingsretning og en målsætning, som styregruppen vurderer som fagligt ønskværdig og realistisk.

Årsrapporten viser mere end 100 indikatormålinger på regions- eller afdelingsniveau, og den fastsatte indikator er opnået i 65% af målingerne. For de fleste af de indikatorer, som har et fastsat udviklingsmål, gælder det, at der er regioner og afdelinger, hvor udviklingsmålet ikke er opnået. Dette understreger vigtigheden af, at de fastsatte grænser opfattes som udviklingsmål, og ikke mindstemål, og at variationen udtrykker et lærings- og forbedringspotentiale.

Indikatorresultater

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

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

Indikatorer

Indikator 1: Indlæggelseshyppighed efter prostatabiopsi

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 tager udgangspunkt i transrektale ultralydscanningsprocedurer (TRUS) med prostatabiopsi udført i 2024 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS-biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag, er kun medtaget den første biopsiregistrering.

Indikator 2 opgør andelen af de foretagne biopsier, som er registreret som transperineale biopsier.

Resultater

Andelen af patienter, som indlægges efter prostatabiopsi, er kraftigt faldende på landsplan (Trendgraf). Det aktuelle resultat er, at 1% indlægges i ugen efter biopsien. Denne andel var 4% i 2022 og 6% i 2020.

Resultatet skal ses i sammenhæng med indførelsen af transperineale biopsier (Indikator 2), som er steget fra 13% i 2022, til 89% i 2024, og som medfører en betydeligt lavere risiko for komplikation og hospitalsindlæggelse.

Diskussion og implikationer

Erfaringsmæssigt er det infektion, der komplicerer indgrebet. I kombination med færre antal biopsier per procedure, er det med den nye sterile biopsistrategi lykkedes at opnå en meget vigtig reduktion i indlæggelser efter biopsi, under samtidigt ophør af rutinemæssig anvendelse af antibiotisk profylakse.

Vurdering af indikatorerne

Den tidligere større regionale og interregionale variation er elimineret, men da implementeringen af retningslinjens anbefaling vedrørende transperineal bioptering (Indikator 2) knapt er komplet, anses Indikator 1 fortsat for at være vigtig. Et udviklingsmål for Indikator 1 sættes næste år til $\leq 1\%$, som udtryk for det faglige ønskværdige niveau.

Indikatortabel

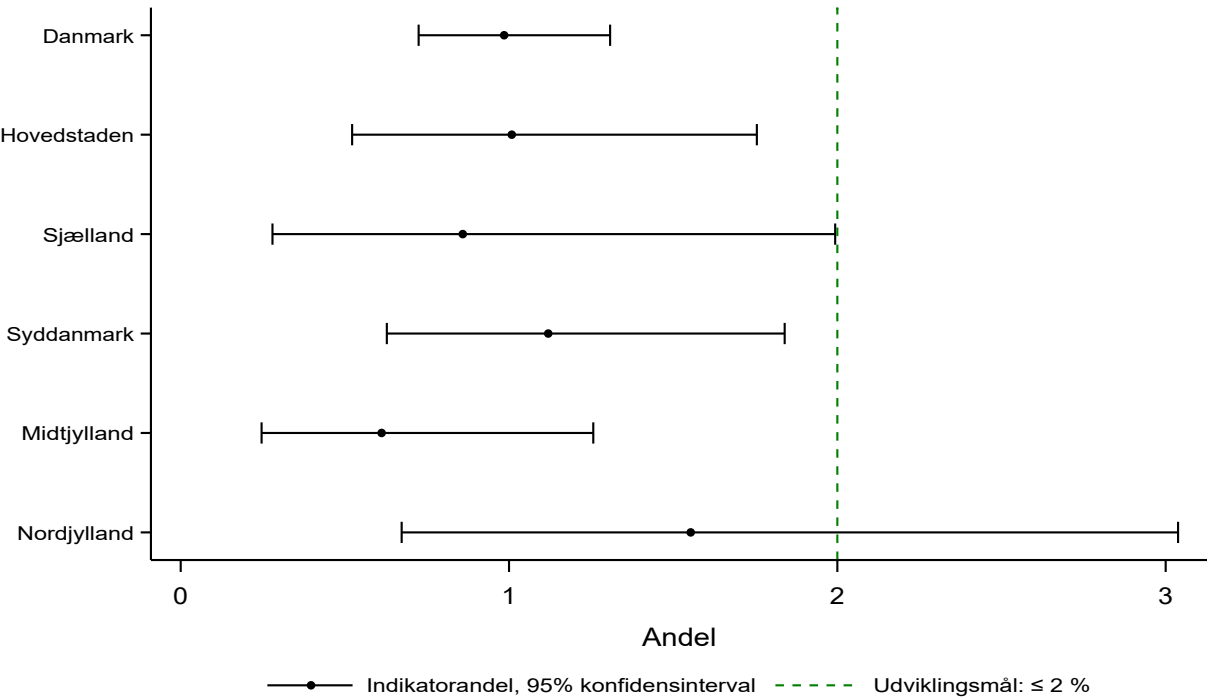
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Udviklingsmål		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2%	Tæller/ nævner		01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	47 / 4.771	0 (0)	1,0	(0,7–1,3)	2,2	4,4
Hovedstaden	Ja	12 / 1.190	0 (0)	1,0	(0,5–1,8)	1,8	5,5
Sjælland	Ja	5 / 582	0 (0)	0,9	(0,3–2,0)	1,7	6,3
Syddanmark	Ja	15 / 1.340	0 (0)	1,1	(0,6–1,8)	2,0	3,4
Midtjylland	Ja	7 / 1.144	0 (0)	0,6	(0,2–1,3)	2,2	3,0
Nordjylland	Ja	8 / 515	0 (0)	1,6	(0,7–3,0)	4,5	4,6
Hovedstaden	Ja	12 / 1.190	0 (0)	1,0	(0,5–1,8)	1,8	5,5
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	#/#	0 (0)	5,9	(0,1–28,7)	6,3	6,3
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	8 / 830	0 (0)	1,0	(0,4–1,9)	1,3	5,5
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	# / #	0 (0)	0,9	(0,2–2,5)	2,9	5,2
Sjælland	Ja	5 / 582	0 (0)	0,9	(0,3–2,0)	1,7	6,3
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	5 / 582	0 (0)	0,9	(0,3–2,0)	1,7	6,3
Syddanmark	Ja	15 / 1.340	0 (0)	1,1	(0,6–1,8)	2,0	3,4
Esbjerg–Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	#/#	0 (0)	0,6	(0,1–2,1)	2,1	3,3
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	9 / 599	0 (0)	1,5	(0,7–2,8)	0,7	3,1
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	3 / 254	0 (0)	1,2	(0,2–3,4)	4,6	4,1
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	#/#	0 (0)	0,7	(0,0–3,7)	1,0	0,0

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2%	Tæller/	antal	01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland	Ja	7 / 1.144	0 (0)	0,6	(0,2–1,3)	2,2	3,0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	# / #	0 (0)	1,1	(0,4–2,3)	1,1	1,6
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	# / #	0 (0)	0,2	(0,0–1,0)	3,4	4,8
Nordjylland	Ja	8 / 515	0 (0)	1,6	(0,7–3,0)	4,5	4,6
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	8 / 498	0 (0)	1,6	(0,7–3,1)	4,7	4,6
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	Ja	0 / 17	0 (0)	0,0	(0,0–19,5)	2,9	4,3

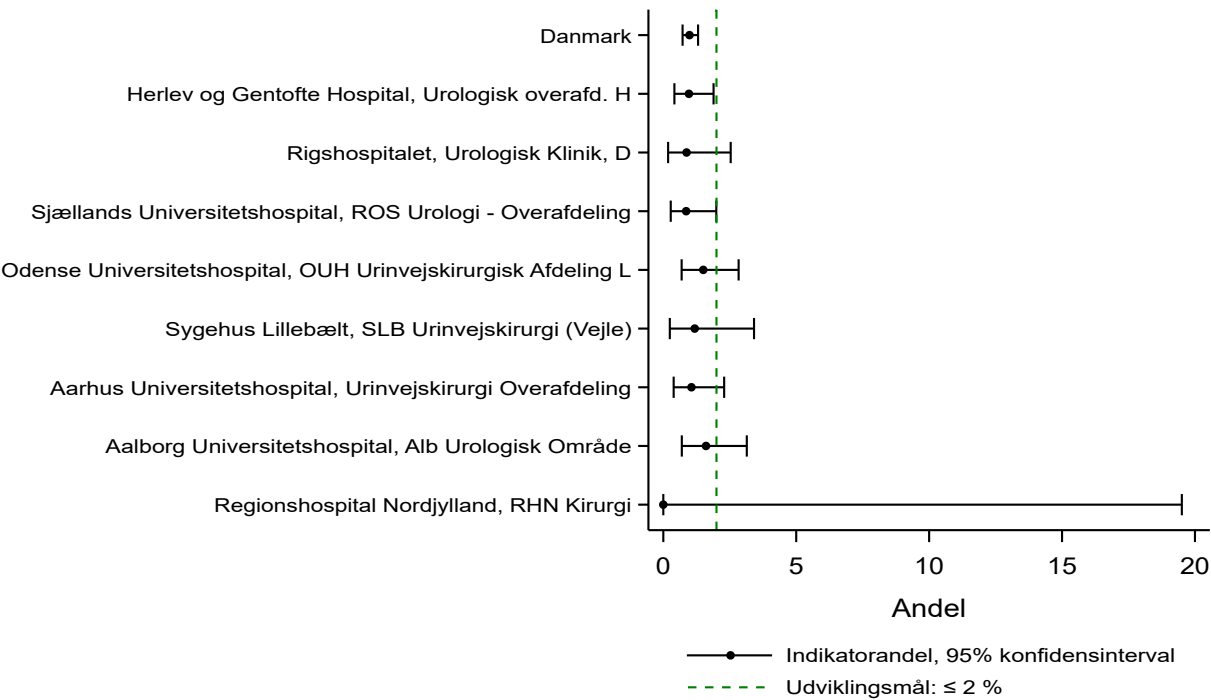
Forest plot, region

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



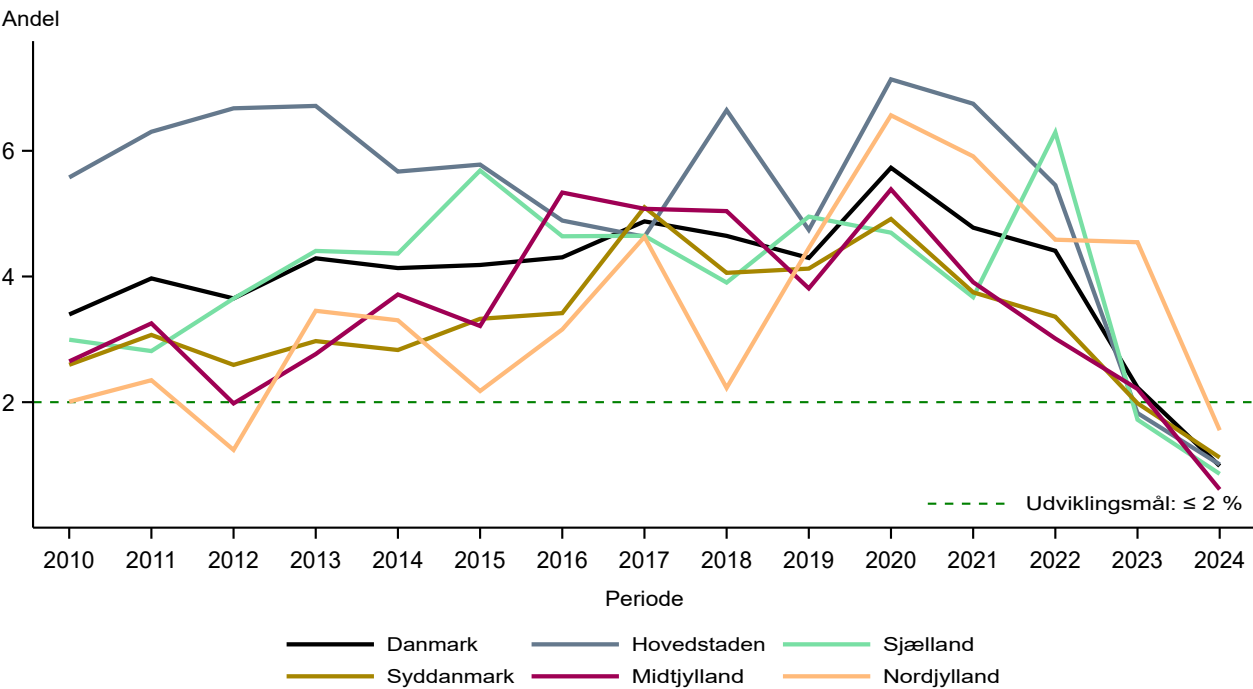
Forest plot, afdeling

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



Trendgraf, region

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



Indikator 2: Andelen af biopsier som er transperineale biopsier

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 2 opgør andelen af de foretagne biopsier, som er registreret som transperineale biopsier, hvilket er afgørende for udfaldet af Indikator 1. Også denne indikator tager udgangspunkt i transrektale ultralydscanningsprocedurer (TRUS) med prostatabiopsi udført i 2024 blandt mænd, som fik diagnosticeret prostatacancer ved proceduren. Når der var flere TRUS-biopsi registreringer for en mand på en enkelt dag, er kun medtaget den første biopsiregistrering. Det er i 2024 lykkedes at sikre en mere specifik kodning for biopsitypen, så der nu bedre kan skelnes mellem transrektal og transperineal bioptering.

Resultater

Indførelsen af transperineale biopsier er steget fra 13% i 2022 til 89% i 2024, hvilket er hovedårsagen til den betydeligt lavere risiko for komplikationer og hospitalsindlæggelser.

Der sås i 2024 fortsat betydelige regional variation i implementeringen af den landsdækkende kliniske retningslinjes anbefaling om at ændre fra transrektal til transperineal biopsiadgang. På to mindre matrikler udføres den nye biopsiadgang ikke.

Mens andelen af transperineale biopsier lå på 99% i Region Sjælland, lå den fortsat lavest i Region Nordjylland med 63%. Andelen er steget i alle regionerne i det seneste år (Trendgraf).

Diskussion og implikationer

Implementeringen af transperineal biopsiadgang har overordnet været en succes, men givet den fortsatte variation mellem regionerne anbefales det, at implementeringen fortsat prioriteres højt i hele landet.

Vurdering af indikatorerne

Til trods for at komplikationer til bioptering er på grænsen til at være elimineret (Indikator 1), anses det vigtigt at sikre en høj og ensartet implementering af den transperineale biopsiadgang. Med en aktuel opfyldelse på landsplan på 89% vil et udviklingsmål på $\geq 90\%$ være et fagligt ønskværdigt niveau.

Indikatortabel

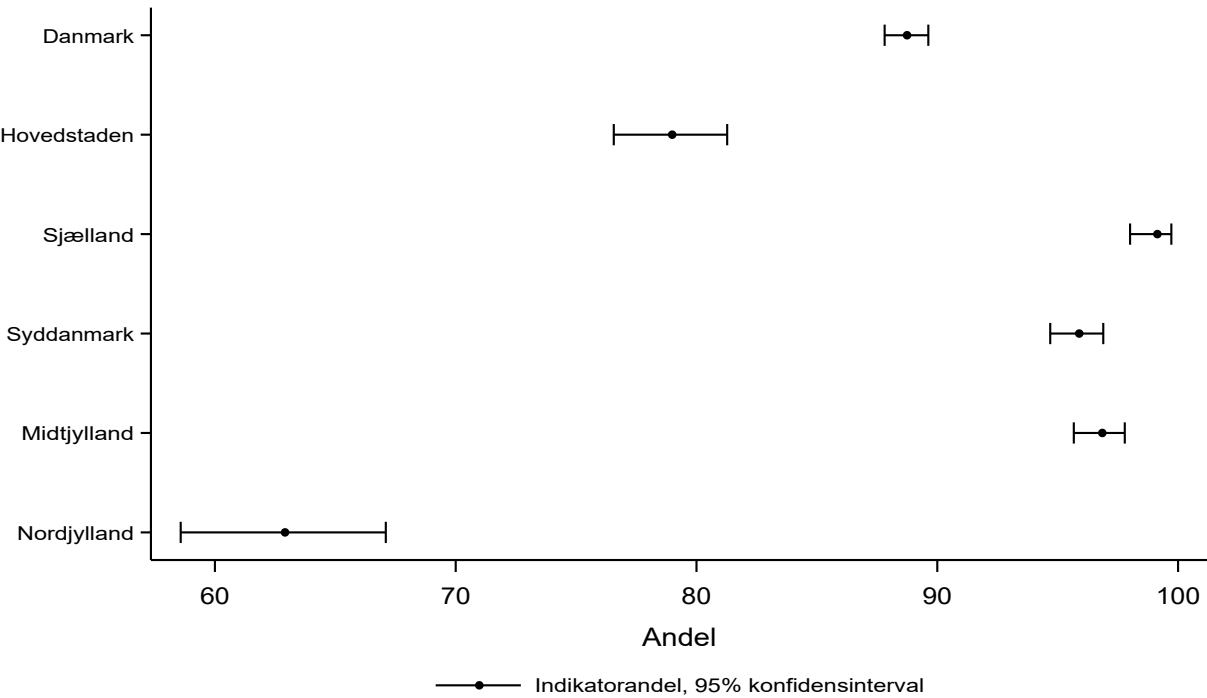
Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		4.234 / 4.771	0 (0)	89	(88–90)	59	13
Hovedstaden		940 / 1.190	0 (0)	79	(77–81)	66	29
Sjælland		577 / 582	0 (0)	99	(98–100)	70	0
Syddanmark		1.285 / 1.340	0 (0)	96	(95–97)	75	20
Midtjylland		1.108 / 1.144	0 (0)	97	(96–98)	38	3
Nordjylland		324 / 515	0 (0)	63	(59–67)	31	0
Hovedstaden		940 / 1.190	0 (0)	79	(77–81)	66	29
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling		0 / 17	0 (0)	0	(0–20)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		649 / 830	0 (0)	78	(75–81)	73	40
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		291 / 343	0 (0)	85	(81–88)	50	1
Sjælland		577 / 582	0 (0)	99	(98–100)	70	0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling		577 / 582	0 (0)	99	(98–100)	70	0
Syddanmark		1.285 / 1.340	0 (0)	96	(95–97)	75	20
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		332 / 337	0 (0)	99	(97–100)	96	2
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		586 / 599	0 (0)	98	(96–99)	91	40
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		239 / 254	0 (0)	94	(90–97)	46	0

Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	128 / 150	0 (0)	85	(79–91)	0	0
Midtjylland	1.108 / 1.144	0 (0)	97	(96–98)	38	3
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	537 / 567	0 (0)	95	(93–96)	49	5
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	571 / 577	0 (0)	99	(98–100)	27	0
Nordjylland	324 / 515	0 (0)	63	(59–67)	31	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	324 / 498	0 (0)	65	(61–69)	33	0
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	0 / 17	0 (0)	0	(0–20)	0	0

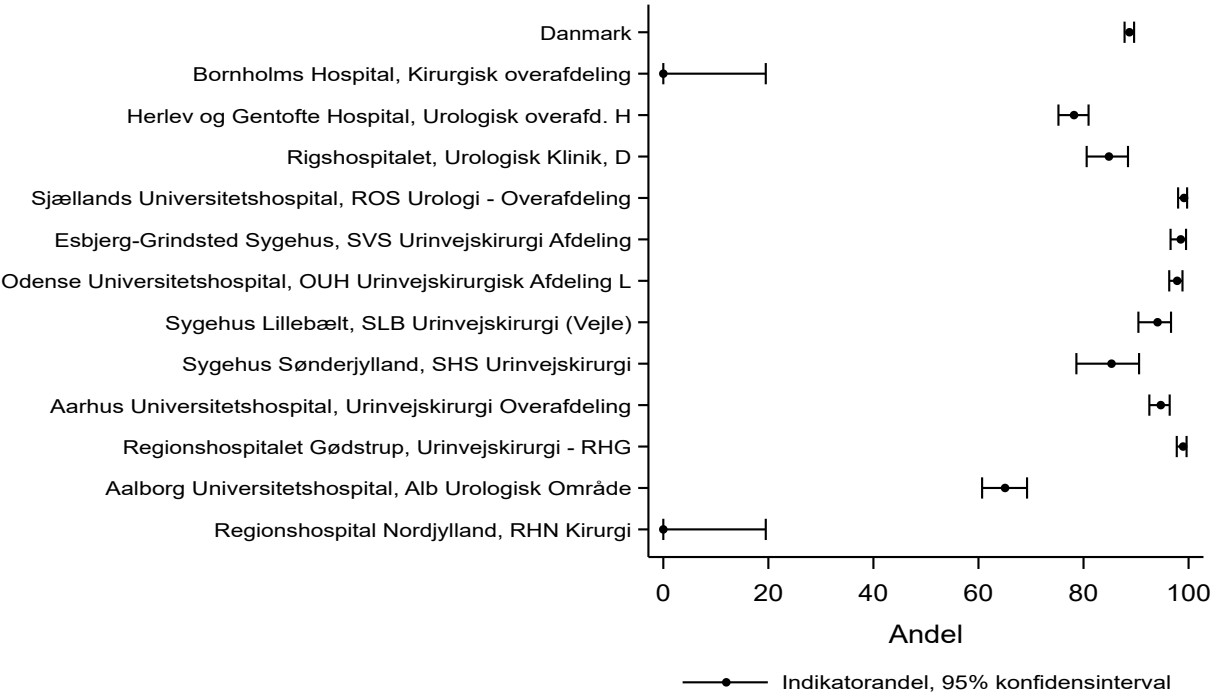
Forest plot, region

Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer). Forest plot på regionsniveau.



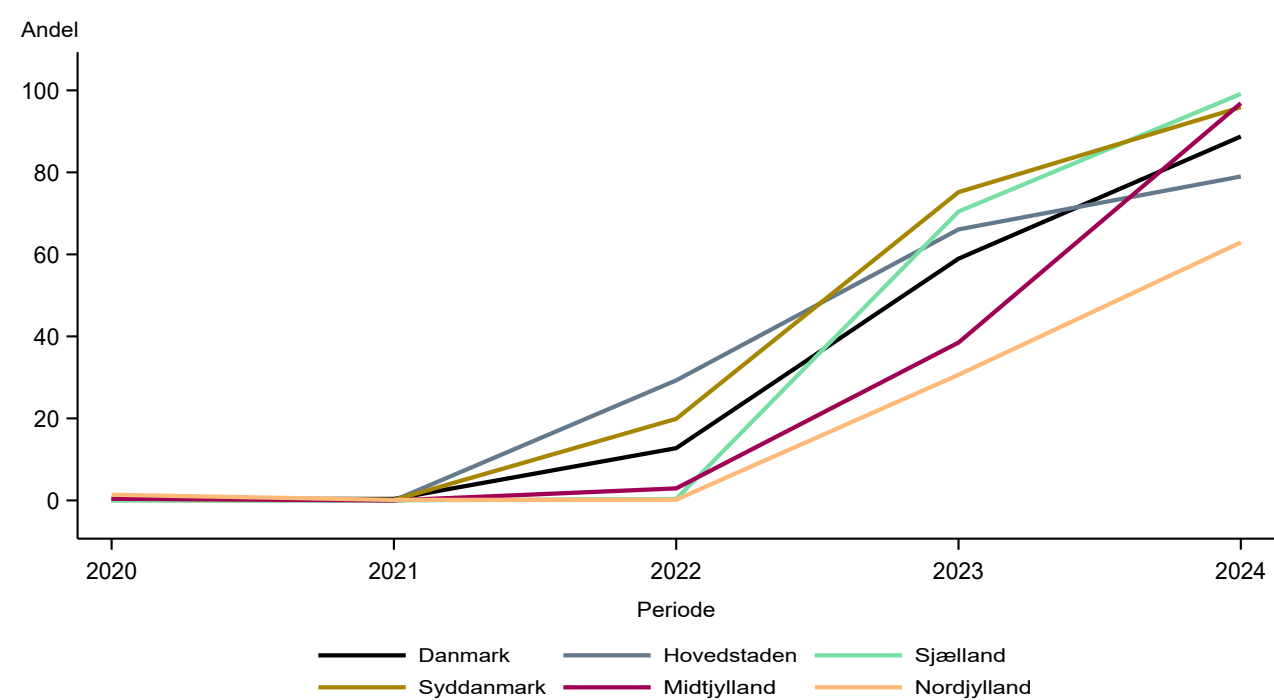
Forest plot, afdeling

Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer). Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Tumorpositive kirurgiske rande (pT2)

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

På landsplan havde 16% (100/612) af patienter med intraprostatisk (pT2) tumorer positiv kirurgisk margin efter radikal prostatektomi. På regionsniveau opfyldes indikatoren udelukkende af Region Sjælland og Region Syddanmark. I region Midtjylland opfyldes indikatoren på Aarhus Universitetshospital med landets laveste andel (11%), mens Regionshospitalet Gødstrup igen i år har landets højeste andel (22%).

Trendgrafen demonstrerer en betydelig fluktuation over tid i samtlige regioner mens den generelle tidsmæssige tendens er relativt konstant.

Diskussion og implikationer

Alt imens udviklingsmålet på $\leq 15\%$ næsten er nået på landsplan, ses der en regional variation på fraktionen af positive marginer spændende fra 12% til 18%. Det kan af trendgrafen ses, at den regionale variation i raten af positive rande er mindsket betydeligt i perioden efter indførelse af den diagnostiske MR-skanning omkring 2021, sammenlignet med 2015–2020.

Det kan bemærkes, at denne resultatindikator er vigtig, fordi positiv rand i 2020 årsrapportens særkapitel er påvist associeret med recidiv. Der opfordres derfor fortsat til interne årsagsforklarende audits af de 100 berørte patienter.

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

Det er vigtigt at afdelingerne bruger de specifikke koder for fokale og udbredte rande.

Vurdering af indikatoren

Da tumorpositive kirurgiske rande øger risikoen for biokemisk sygdomstilbagefald, som, udover at kunne udvikle sig til en uheldelig tilstand, ligeledes leder til behovet for efterfølgende potentielt bivirkningsfyldt salvageterapi, anses det for vigtigt, at der bibeholdes et fokus på området, hvorfor indikatoren og det aktuelle udviklingsmål ønskes bevaret.

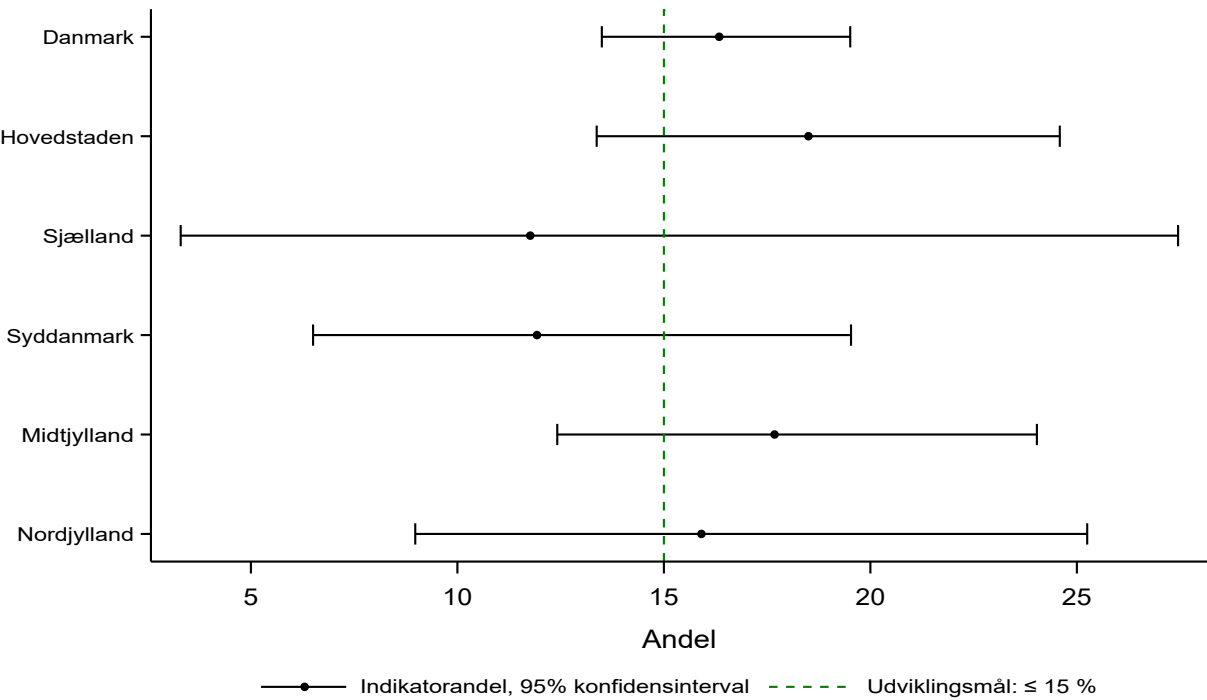
Indikatortabel

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 15%	Tæller/	antal	01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	100 / 612	0 (0)	16	(13–20)	15	15
Hovedstaden	Nej	37 / 200	0 (0)	19	(13–25)	15	17
Sjælland	Ja	4 / 34	0 (0)	12	(3–27)	14	16
Syddanmark	Ja	13 / 109	0 (0)	12	(7–20)	11	10
Midtjylland	Nej	32 / 181	0 (0)	18	(12–24)	18	21
Nordjylland	Nej	14 / 88	0 (0)	16	(9–25)	17	13
Hovedstaden	Nej	37 / 200	0 (0)	19	(13–25)	15	17
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	24 / 133	0 (0)	18	(12–26)	12	12
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	13 / 67	0 (0)	19	(11–31)	18	25
Sjælland	Ja	4 / 34	0 (0)	12	(3–27)	14	16
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	4 / 34	0 (0)	12	(3–27)	14	16
Syddanmark	Ja	13 / 109	0 (0)	12	(7–20)	11	10
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgi	Ja	13 / 109	0 (0)	12	(7–20)	11	10
Midtjylland	Nej	32 / 181	0 (0)	18	(12–24)	18	21
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	7 / 66	0 (0)	11	(4–21)	12	21
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Nej	25 / 115	0 (0)	22	(15–30)	20	21
Nordjylland	Nej	14 / 88	0 (0)	16	(9–25)	17	13
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	14 / 88	0 (0)	16	(9–25)	17	13

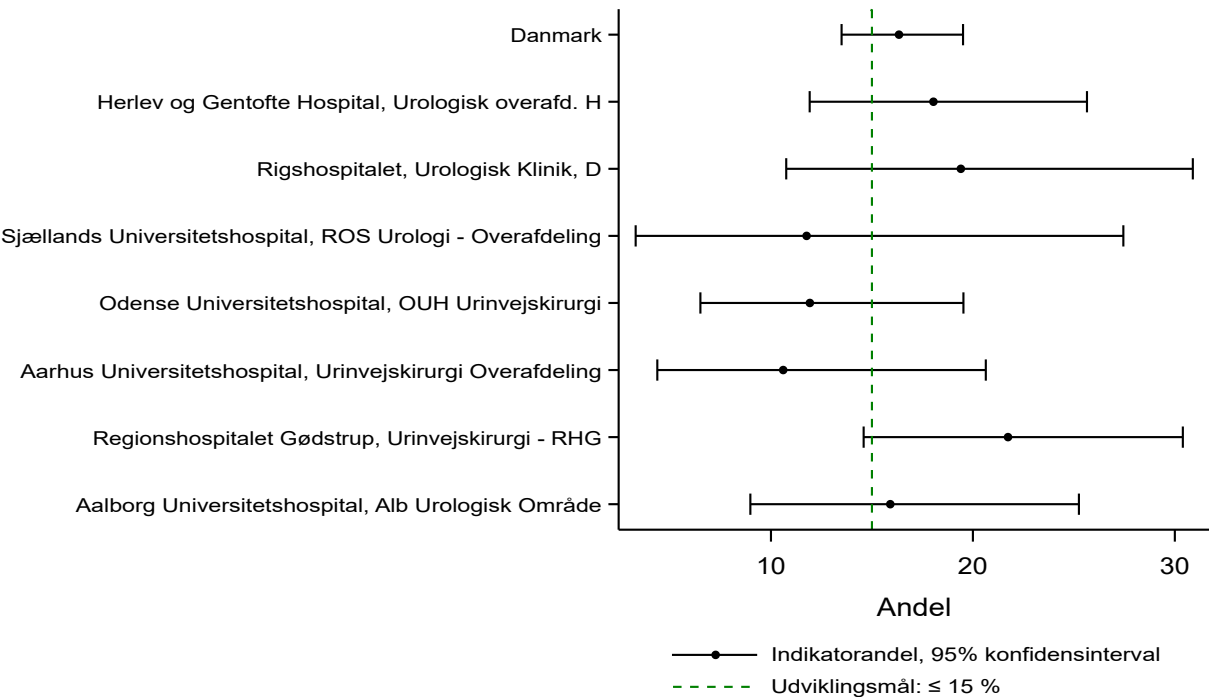
Forest plot, region

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på regionsniveau.



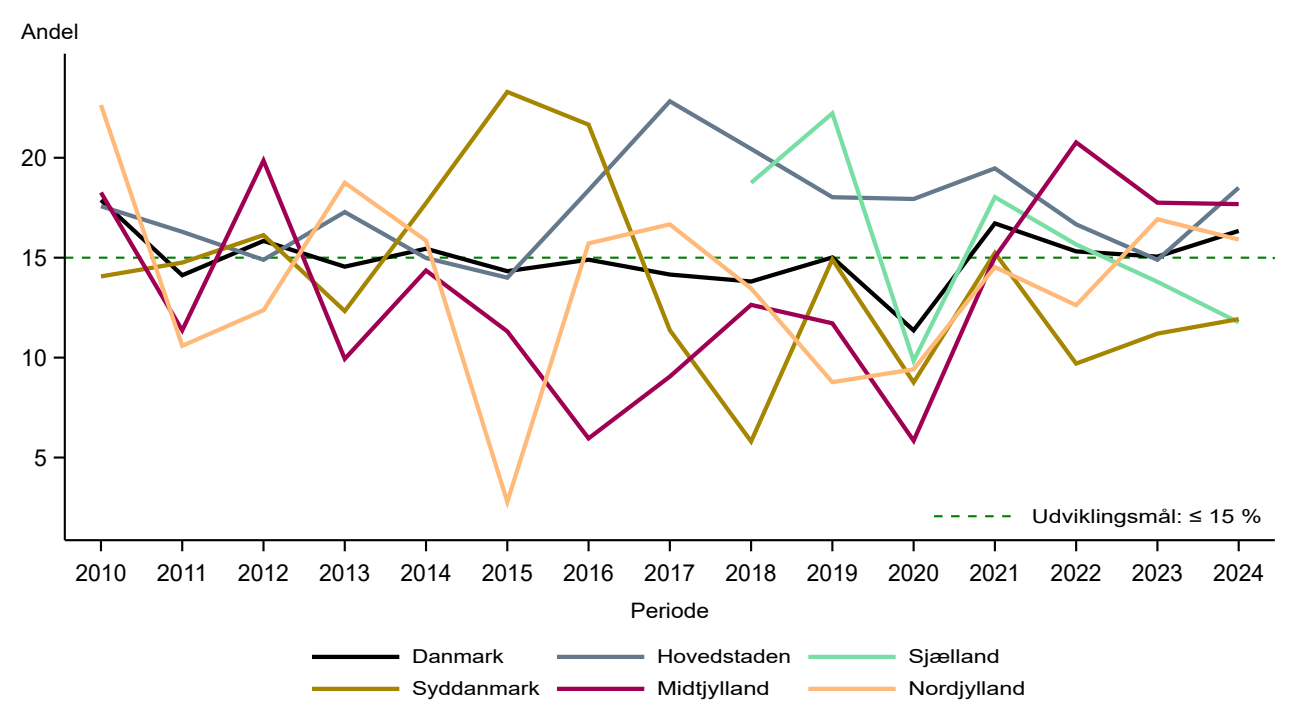
Forest plot, afdeling

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Tumorpositive kirurgiske rande (pT3)

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 4 beskriver andelen af patienter med postoperativt påviselige ekstraprostatisk (pT3) tumorer, som havde tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi.

Resultater

På landsplan havde 176 af i alt 452 (39%) af patienter med pT3 tumorer tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi. Dette er samme niveau som de senere år. Den tidsmæssige tendens er relativt konstant, men den regionale variation ses på trendgrafen at være blevet mindre i perioden efter indførelse af diagnostisk MR-skanning. På regionsniveau er det i år kun i Hovedstaden, at udviklingsmålet ikke opfyldes med en andel på 46%. Dette forhold drives af Rigshospitalet med en andel på hele 58%, der sammen med Aarhus Universitetshospital (43%) er de eneste afdelinger, som ikke opfylder målet.

Diskussion og implikationer

Analysen af den tidsmæssige udvikling (trendgraf) understøtter en gunstig ændring i tidsrummet efter indførelse af MR.

Præcis som i de foregående år påvistes der i 2024 en faktor 10 i forskel på andelen af opererede patienter, som præoperativt var vurderet med kapselgennemvækst (cT3) (Se RP-tabel i bilagsmaterialet), sammenlignet med andelen på omkring 40% (n=452), som postoperativt viste sig at tumorerne postoperativt at være vokset gennem kapslen (pT3). Disse patienter vil dermed have en forhøjet risiko for positive marginer, biokemiske tilbagefald og behov for yderligere behandling.

Særligt på de afdelinger, hvor man ikke har nået udviklingsmålet, anbefales det at auditere sygdommens kliniske stadie, operationsindikation og teknik hos de opererede pT3 patienter, som endte med tumorpositive kirurgiske rande.

Det er vigtigt at afdelingerne bruger de specifikke koder for fokale og udbredte rande.

Vurdering af indikatoren

Da tumorpositive kirurgiske rande øger risikoen for biokemisk sygdomstilbagefald og behov for yderligere behandling, anses det her ligesom for indikator 3 for vigtigt, at der bibeholdes et fokus på området, hvorfor indikatoren og det aktuelle udviklingsmål ønskes bevaret.

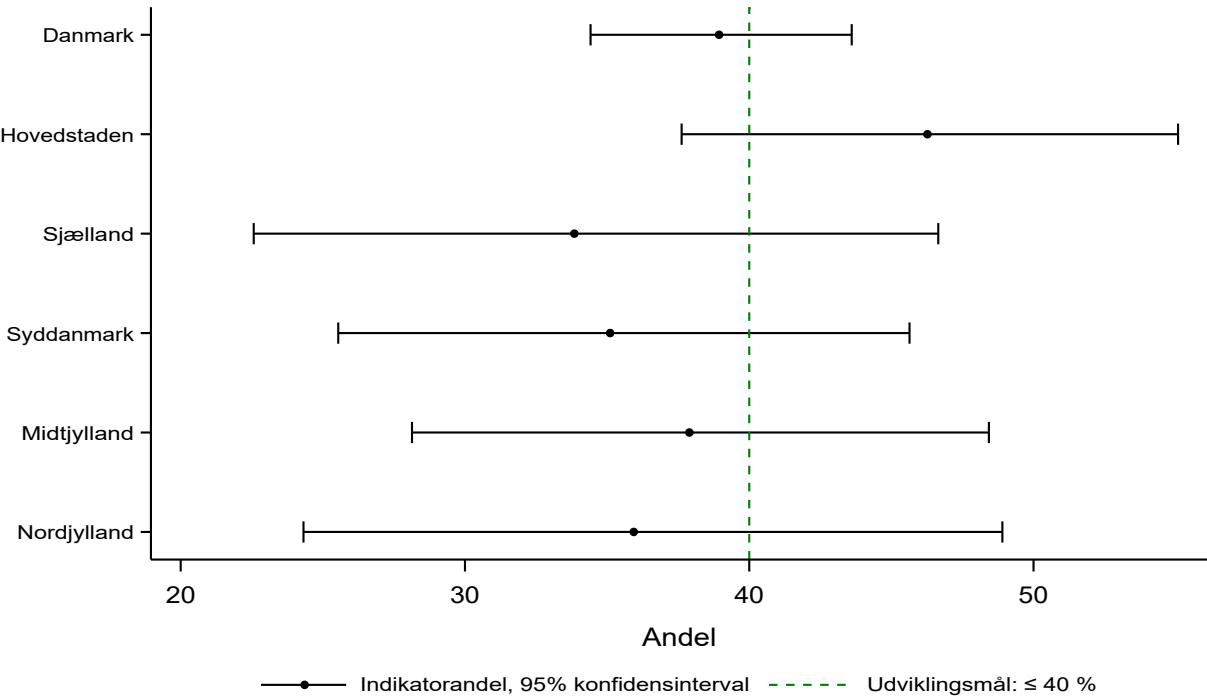
Indikatortabel

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 40%	Tæller/	antal	01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	176 / 452	0 (0)	39	(34–44)	40	38
Hovedstaden	Nej	62 / 134	0 (0)	46	(38–55)	45	44
Sjælland	Ja	22 / 65	0 (0)	34	(23–47)	41	38
Syddanmark	Ja	33 / 94	0 (0)	35	(26–46)	38	31
Midtjylland	Ja	36 / 95	0 (0)	38	(28–48)	38	40
Nordjylland	Ja	23 / 64	0 (0)	36	(24–49)	33	35
Hovedstaden	Nej	62 / 134	0 (0)	46	(38–55)	45	44
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	33 / 84	0 (0)	39	(29–51)	44	36
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	29 / 50	0 (0)	58	(43–72)	47	57
Sjælland	Ja	22 / 65	0 (0)	34	(23–47)	41	38
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	22 / 65	0 (0)	34	(23–47)	41	38
Syddanmark	Ja	33 / 94	0 (0)	35	(26–46)	38	31
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgi	Ja	33 / 94	0 (0)	35	(26–46)	38	31
Midtjylland	Ja	36 / 95	0 (0)	38	(28–48)	38	40
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Nej	22 / 51	0 (0)	43	(29–58)	34	52
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	14 / 44	0 (0)	32	(19–48)	41	27
Nordjylland	Ja	23 / 64	0 (0)	36	(24–49)	33	35
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	23 / 64	0 (0)	36	(24–49)	33	35

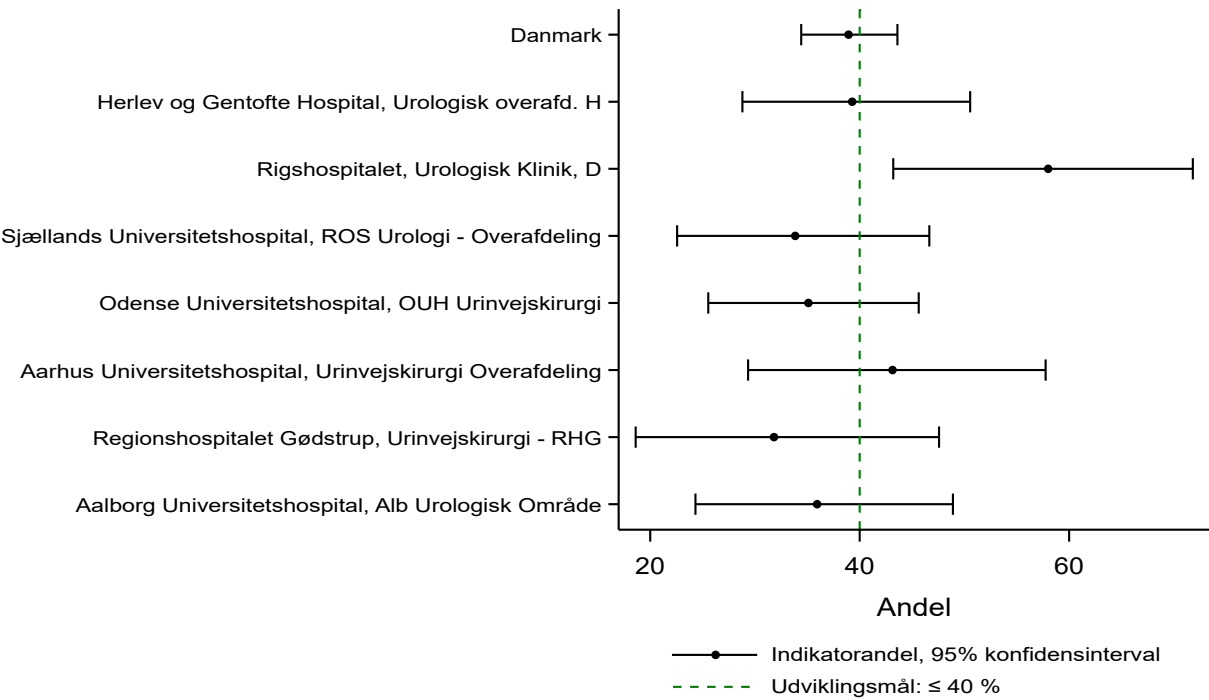
Forest plot, region

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på regionsniveau.



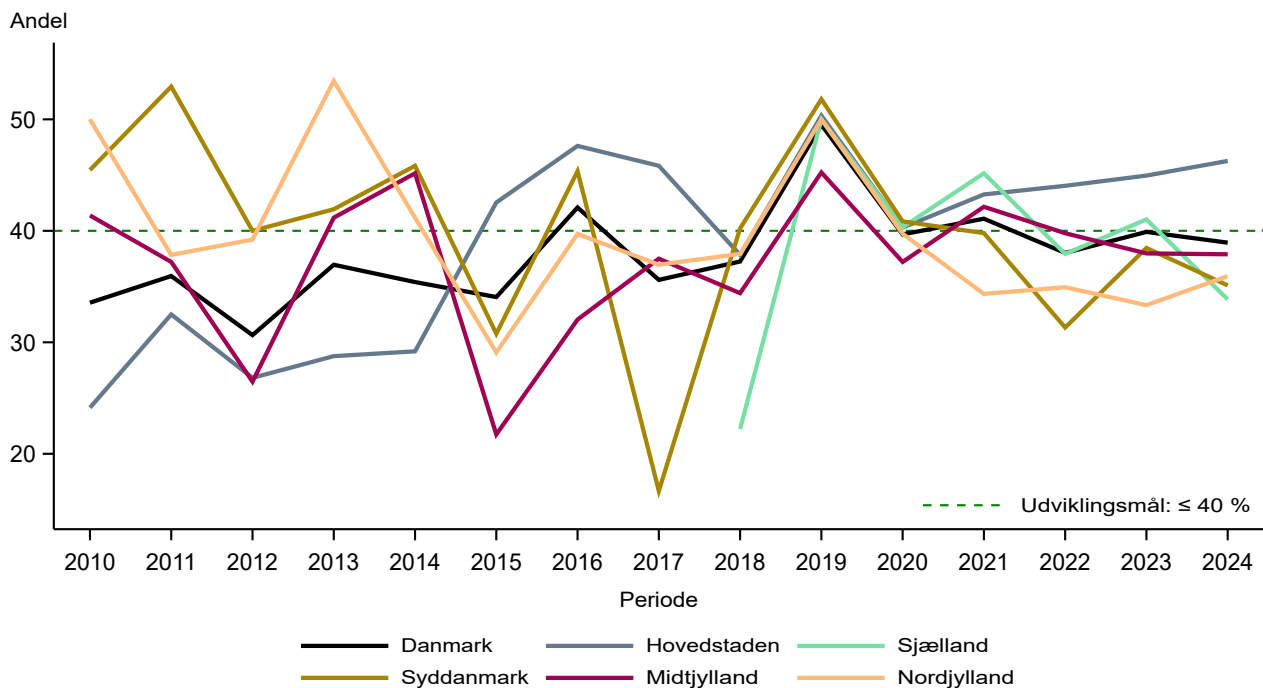
Forest plot, afdeling

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5: Kirurgiske komplikationer

Datagrundlag og beregningsregler

Denne indikator søger at måle forekomsten af kirurgiske komplikationer efter radikal prostatektomi med en programmeret Clavien-Dindo score. Der anvendes i beregningen de specifikke registrerede komplikationer i LPR. Indikatorberegningen er foretaget med LPR data fra årene 2021–2024. Beregningen forudsætter tre måneders opfølgningstid.

Resultater

For landet som helhed opfyldes indikatoren, da 4,4% af patienterne er registreret med en Clavien-Dindo score på 3 eller højere.

På afdelingsniveau er det Rigshospitalet (7,1%), Aarhus Universitetshospital (6,0%) og Regionshospitalet Gødstrup (5,1%), som ikke opfylder indikatoren. Komplikationsmæssigt ligger Odense Universitetshospital lavest (2,0%).

Resultatet er overordnet noget bedre end året tidligere hvor fire ud af fem regioner og halvdelen af landets hospitalsafdelinger endnu ikke havde opnået udviklingsmålet på $\leq 5\%$.

Diskussion

Da andelen af disse signifikante komplikationer varierer over tid på de enkelte afdelinger samt mellem disse, anbefales man på de enkelte afdelinger at auditere behandlingsforløbet hos de 47 berørte patienter. I bestræbelserne på at identificere initiativer til nedbringelse af komplikationer ved det operative indgreb, anbefales det lokalt at forholde sig til de specifikke komplikationsårsager.

Vurdering af indikatoren

Væsentlige komplikationer ved et elektivt operativt indgreb bør tilstræbes at ramme så få som muligt. Da udviklingsmålet for andelen af radikalt prostatektomerede patienter med Clavien-Dindo-grad ≥ 3 komplikationer indenfor 90 dage efter operationen som nævnt ikke er opnået i hele landet, ønskes indikatoren bevaret. Da udelukkende Odense Universitetshospital ligger væsentligt under udviklingsmålet ønskes dette bevaret, dog med mulighed for en fremtidig sænkning, da trendkurven for alle regioner på nær Region Midtjylland er nedgående.

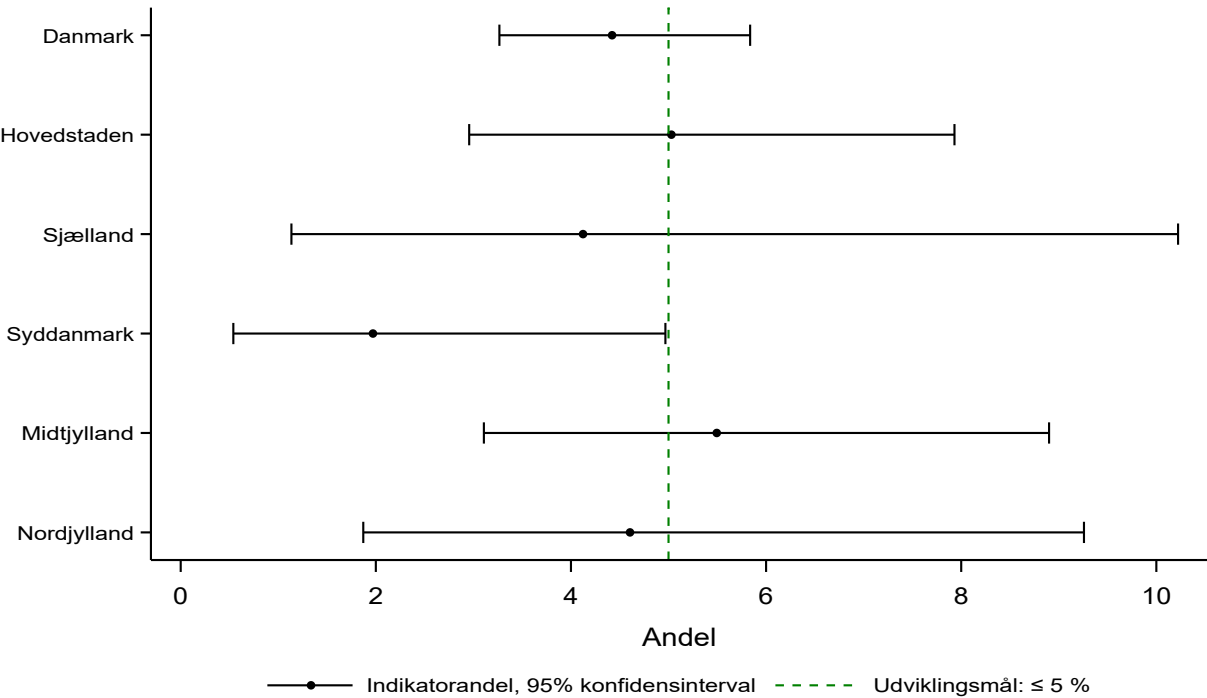
Indikatortabel

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	47 / 1.063	0 (0)	4,4	(3,3–5,8)	5,7	4,8
Hovedstaden	Ja	17 / 338	0 (0)	5,0	(3,0–7,9)	5,5	3,9
Sjælland	Ja	4 / 97	0 (0)	4,1	(1,1–10,2)	6,4	4,0
Syddanmark	Ja	4 / 203	0 (0)	2,0	(0,5–5,0)	6,4	3,1
Midtjylland	Nej	15 / 273	0 (0)	5,5	(3,1–8,9)	3,5	6,7
Nordjylland	Ja	7 / 152	0 (0)	4,6	(1,9–9,3)	8,4	7,0
Hovedstaden	Ja	17 / 338	0 (0)	5,0	(3,0–7,9)	5,5	3,9
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	9 / 218	0 (0)	4,1	(1,9–7,7)	4,1	3,9
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	8 / 120	0 (0)	6,7	(2,9–12,7)	7,4	3,9
Sjælland	Ja	4 / 97	0 (0)	4,1	(1,1–10,2)	6,4	4,0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	4 / 97	0 (0)	4,1	(1,1–10,2)	6,4	4,0
Syddanmark	Ja	4 / 203	0 (0)	2,0	(0,5–5,0)	6,4	3,1
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgi	Ja	4 / 203	0 (0)	2,0	(0,5–5,0)	6,4	3,1
Midtjylland	Nej	15 / 273	0 (0)	5,5	(3,1–8,9)	3,5	6,7
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Nej	7 / 116	0 (0)	6,0	(2,5–12,0)	4,3	5,1
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Nej	8 / 157	0 (0)	5,1	(2,2–9,8)	3,1	8,3
Nordjylland	Ja	7 / 152	0 (0)	4,6	(1,9–9,3)	8,4	7,0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	7 / 152	0 (0)	4,6	(1,9–9,3)	8,4	7,0

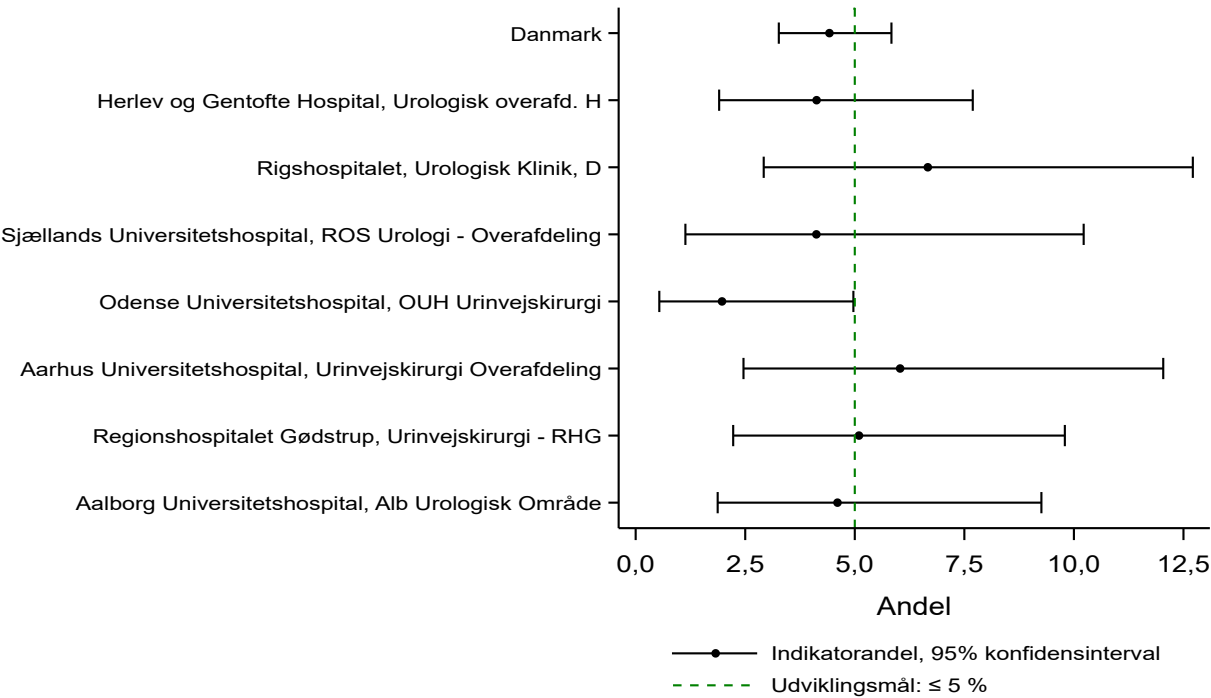
Forest plot, region

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Forest plot på regionsniveau.



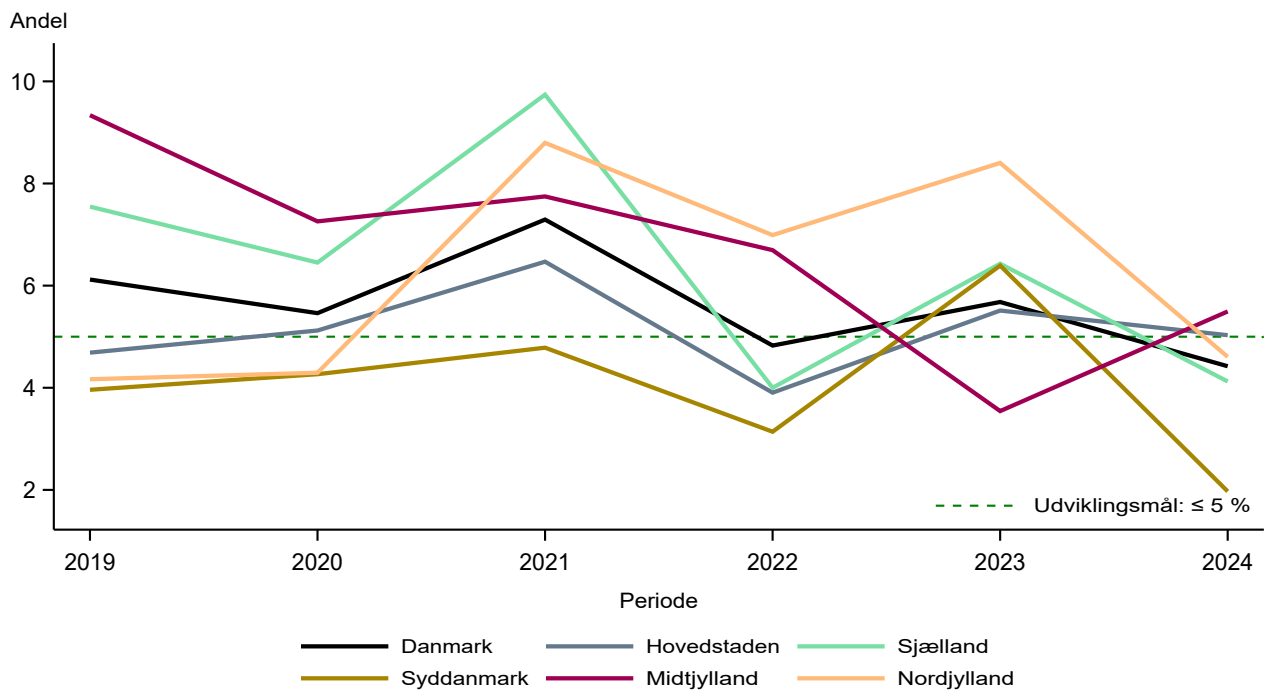
Forest plot, afdeling

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6: Lav risiko: kurativ behandling

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

Antallet af patienter diagnosticeret med lavrisikosygdom var 264 i 2023–2024 og dermed 23% lavere end året før. Heraf modtog 2,7%, svarende til kun 7 patienter, behandling inden for tre måneder efter diagnosen. Dette er procentuelt en halvering i forhold til året før.

Siden sidste opgørelsesperiode er andelen af behandlede patienter faldet, særligt ved Rigshospitalet og Aarhus Universitetshospital, hvor andelen tidligere var højere end 20%.

På afdelingsniveau er det nu kun i Aarhus og Aalborg, med henholdsvis 6,5% og 7,7%, at behandlingsandelene overstiger udviklingsmålet. Det drejer sig begge steder om meget få patienter.

Det kan give grund til eftertanke at 189 (72%) af landets 264 patienter med lavrisikosygdom diagnosticeres i to af landets regioner: Syddanmark og Midtjylland.

Diskussion og implikationer

Set i lyset af en tidligere betydelig overdiagnosticering er det tilfredsstillende, at den nye diagnostiske strategi (MR-First) har medvirket til, at antallet af patienter diagnosticeret med lavrisikosygdom i 2024 er faldet. Et tilsvarende fald ses i antallet og andelen af behandlede patienter i samme patientkategori. Det samlede fald bæres i høj grad af afdelingerne på Rigshospitalet og Aarhus, som i 2023 hver især havde en behandlingsandel på mere end 20%, som i 2024 er reduceret til hhv. 0,0% og 6,5%.

Vurdering af indikatoren

Da antallet af behandlede lav-risiko patienter nu er meget lavt, er det besluttet at afskaffe denne indikator.

Indikatortabel

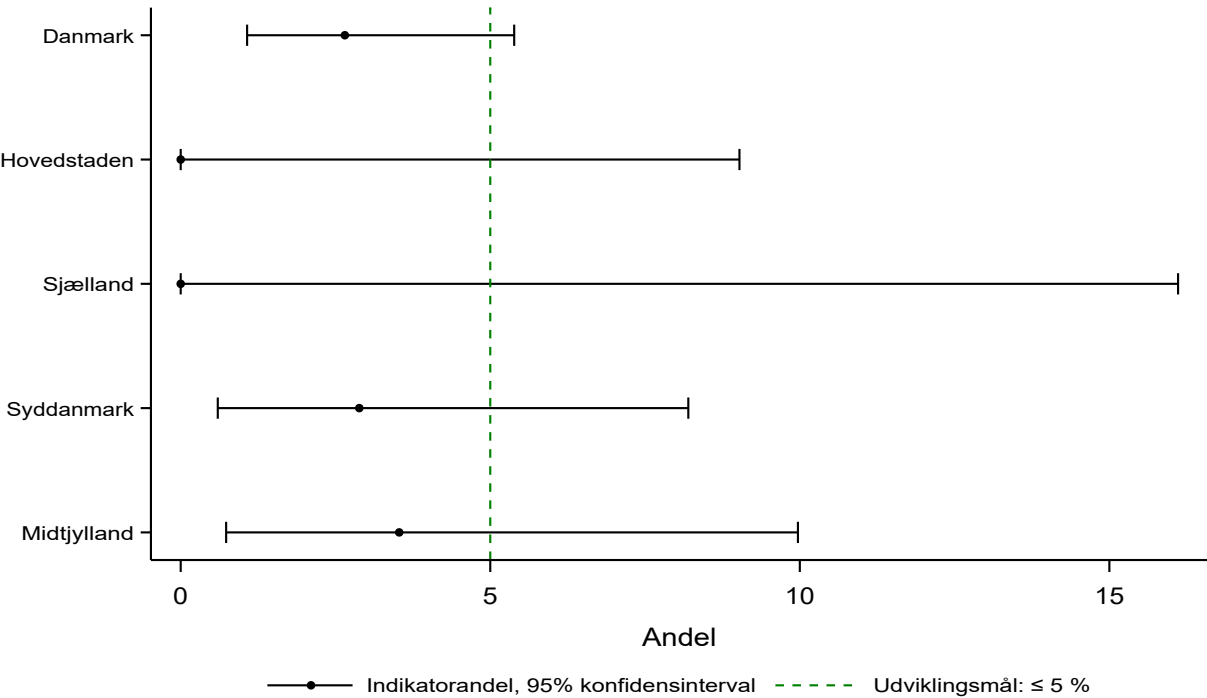
Indikator 6. Lav risiko: kurativ behandling

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	7 / 264	0 (0)	2,7	(1,1–5,4)	6,1	6,5
Hovedstaden	Ja	0 / 39	0 (0)	0,0	(0,0–9,0)	6,7	9,6
Sjælland	Ja	0 / 21	0 (0)	0,0	(0,0–16,1)	3,6	2,0
Syddanmark	Ja	3 / 104	0 (0)	2,9	(0,6–8,2)	2,0	2,3
Midtjylland	Ja	3 / 85	0 (0)	3,5	(0,7–10,0)	11,6	10,3
Nordjylland	Nej	#/#	0 (0)	7,7	(0,2–36,0)	0,0	0,0
Hovedstaden	Ja	0 / 39	0 (0)	0,0	(0,0–9,0)	6,7	9,6
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	0 / 26	0 (0)	0,0	(0,0–13,2)	0,0	0,0
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	0 / 13	0 (0)	0,0	(0,0–24,7)	22,7	21,9
Sjælland	Ja	0 / 21	0 (0)	0,0	(0,0–16,1)	3,6	2,0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	0 / 21	0 (0)	0,0	(0,0–16,1)	3,6	2,0
Syddanmark	Ja	3 / 104	0 (0)	2,9	(0,6–8,2)	2,0	2,3
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	#/#	0 (0)	3,0	(0,1–15,8)	3,0	0,0
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	#/#	0 (0)	4,1	(0,5–14,0)	0,0	3,8
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0–60,2)	33,3	0,0

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 5%	Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	0 / 18	0 (0)	0,0	(0,0–18,5)	0,0	0,0
Midtjylland	Ja	3 / 85	0 (0)	3,5	(0,7–10,0)	11,6	10,3
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Nej	#/#	0 (0)	6,5	(0,8–21,4)	20,8	21,4
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	#/#	0 (0)	1,9	(0,0–9,9)	4,7	0,0
Nordjylland	Nej	#/#	0 (0)	7,7	(0,2–36,0)	0,0	0,0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	#/#	0 (0)	7,7	(0,2–36,0)	0,0	0,0
Privathospitaler/Speciallæger	Ja	#/#	0 (0)	0,0	(0,0–84,2)	0,0	

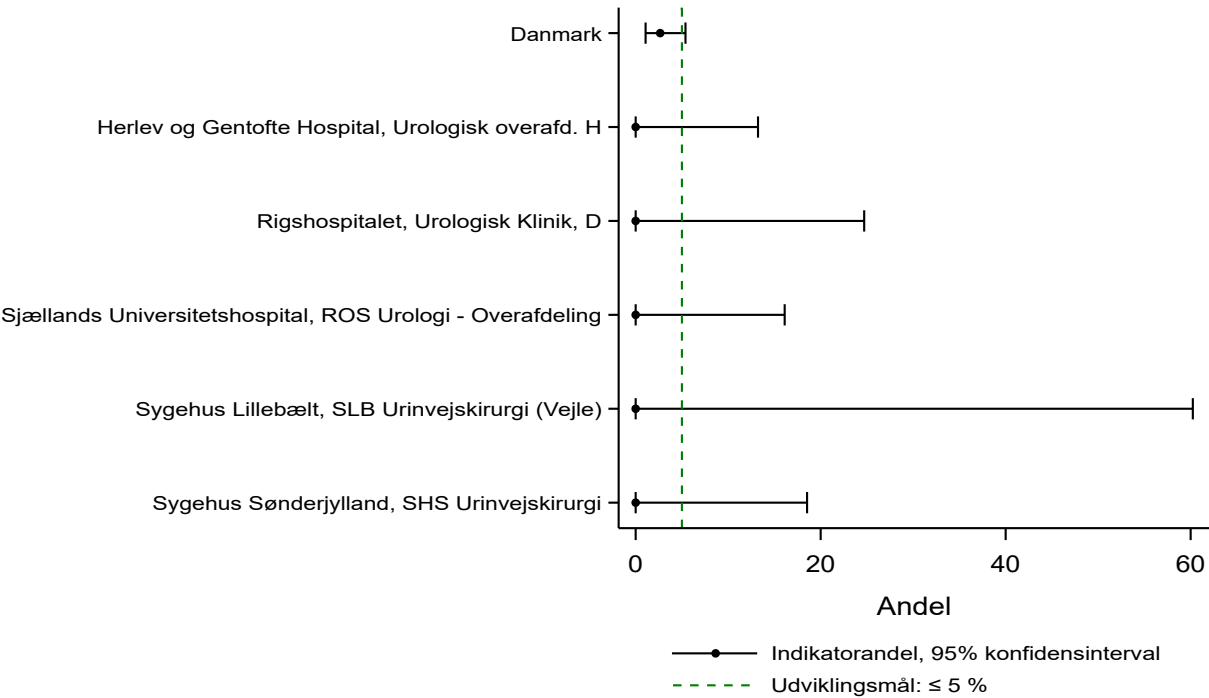
Forest plot, region

Indikator 6: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.
Forest plot på regionsniveau.



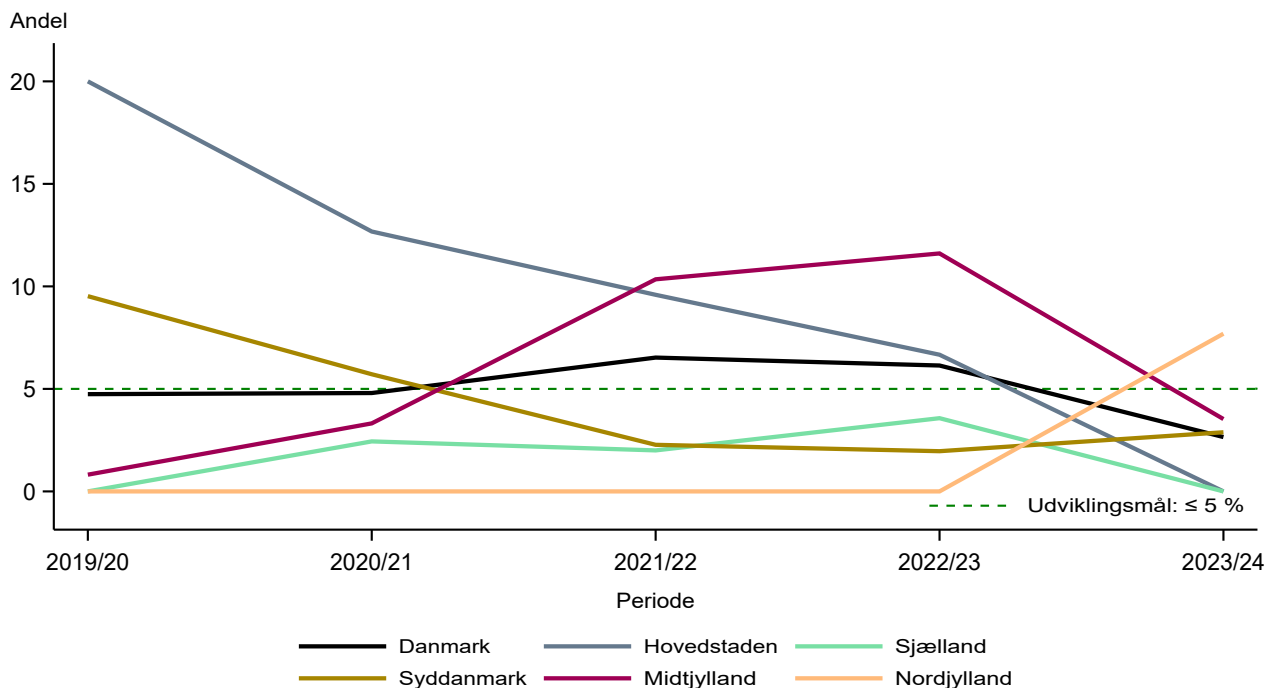
Forest plot, afdeling

Indikator 6: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.
Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgref, region

Indikator 6: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.
Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7: Høj risiko: kurativ behandling

Datagrundlag og beregningsregler

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

I udarbejdelsen af denne rapport fandt styregruppen en fejl i den hidtil anvendte definition af kurativ behandling. Fejlen bevirkede at en gruppe patienter med en enkelt strålebehandling blev inkluderet som kurativt behandlede. Korrektion af denne fejl i den aktuelle rapport har medført at andelen med kurativ behandling nu er 55% hvor den tidligere var opgjort til 74%. Tallene i rapportens tabeller og figurer er alle korrigerede og konsistente, men tallene heri kan ikke sammenlignes med opgørelser i tidligere årsrapporter. Udviklingsmålet på 70% må nu vurderes at være meget ambitiøst.

Resultater

Antallet af patienter diagnosticeret med højrisikosygdom var 1.375 i 2023–2024. Heraf modtog 55% kurativ behandling inden for seks måneder efter diagnosen. Andelen af kurativt behandlede var 74% i Midtjylland, hvilket er væsentligt højere end i de fire øvrige regioner (range 50%–55%).

Det skal generelt bemærkes, at der kan være et selektivt patient-flow inden for en region, som påvirker patientgruppens sammensætning ved det enkelte hospital i regionen. Det er derfor vigtigt at analyse af de enkelte hospitaler foretages i sammenhæng med en betragtning om indikatorresultatet på det regionale niveau.

I den aktuelle allokeringstabel er fundet en fejl, som bevirker at antallet af patienter i Vejle er angivet for lavt, idet nogle patienter herfra optræder under Odense Universitetshospital og evt. andre hospitaler i Region Syddanmark.

Den tidsmæssige udvikling viser en konsistent højere andel i Midtjylland, hvor stigningen fra den forrige periode (62%) til den aktuelle periode (74%) er påfaldende.

For patientgruppen op til 74 år modtog 79% kurativ behandling inden for tre måneder efter diagnosen. Andelen af kurativt behandlede var 93% i Midtjylland, hvilket er væsentligt højere end i de fire øvrige regioner. Behandlingsandelen var lavest Region Nordjylland med 68%. På afdelingsniveau ses stor variation, hvor Sygehus Lillebælt, Vejle behandlede 40% mod 95% på Regionshospitalet i Gødstrup.

I den ældre patientgruppe (75+) var andelen med kurativ behandling forventeligt noget lavere, 30%. Andelen varierede mellem regioner og afdelinger i samme omfang som for de yngre patienter, med den højeste andel i Midtjylland (52%) og den laveste i Region Sjælland (21%).

Diskussion og implikationer

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

Den høje andel af kurativt behandlede patienter i Midtjylland bør ses i sammenhæng med en lavere andel af høj-risiko patienter i regionen (23%) sammenlignet med de øvrige fire regioner (range: 33%–40%). Tidsserien for Indikator 7 bør også ses i sammenhæng med tidsserien for PSMA-PET (Indikator 10s). Anvendelsen af PSMA-PET fører sandsynligvis til en mere præcis risikostratifikation og en højere målopfyldelse for kurativ behandling i højrisikogruppen.

Vurdering af indikatoren

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

Det er besluttet at den eksisterende Indikator 7 afvikles, og at der i stedet laves to nye indikatorer med aldersstrata –74 og 75+ år.

Indikatortabel

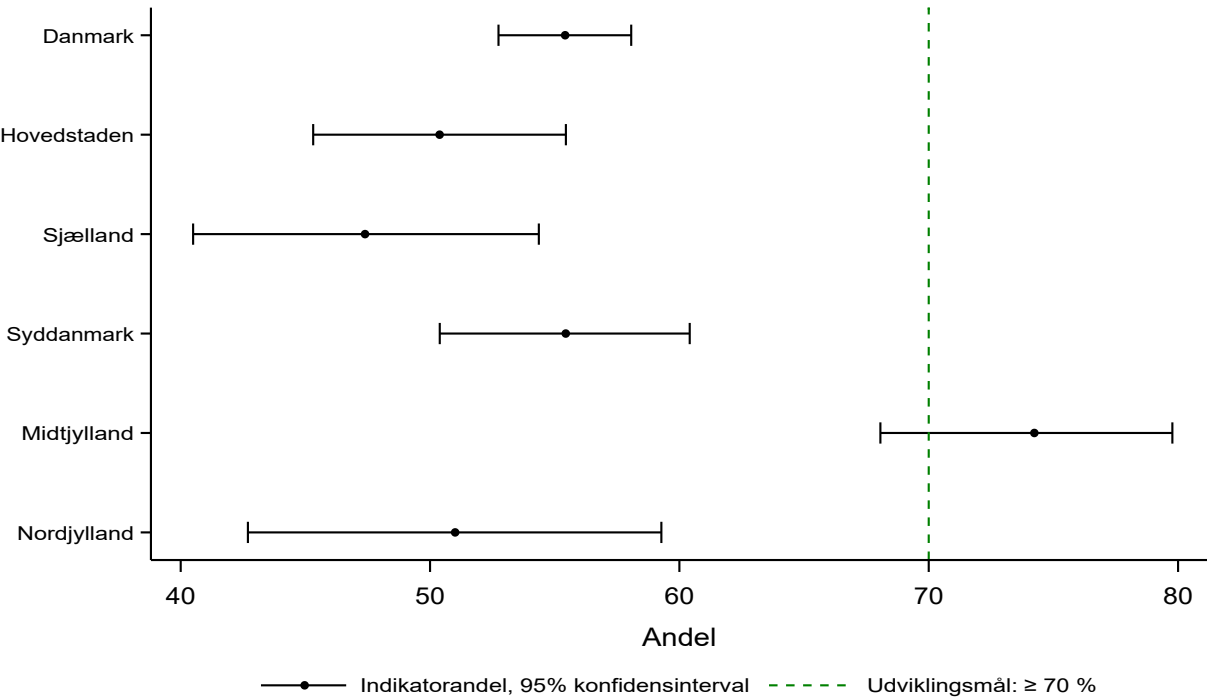
Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 70%	Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	762 / 1.375	0 (0)	55	(53–58)	56	52
Hovedstaden	Nej	197 / 391	0 (0)	50	(45–55)	49	51
Sjælland	Nej	100 / 211	0 (0)	47	(40–54)	58	51
Syddanmark	Nej	219 / 395	0 (0)	55	(50–60)	56	47
Midtjylland	Ja	170 / 229	0 (0)	74	(68–80)	62	65
Nordjylland	Nej	76 / 149	0 (0)	51	(43–59)	59	52
Hovedstaden	Nej	197 / 391	0 (0)	50	(45–55)	49	51
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	##/##	0 (0)	0	(0–84)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	124 / 259	0 (0)	48	(42–54)	48	47
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	# / #	0 (0)	56	(47–65)	55	62
Sjælland	Nej	100 / 211	0 (0)	47	(40–54)	58	51
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Nej	100 / 211	0 (0)	47	(40–54)	58	51
Syddanmark	Nej	219 / 395	0 (0)	55	(50–60)	56	47
Esbjerg–Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Nej	# / #	0 (0)	55	(45–64)	54	41
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)	Nej	##/##	0 (0)	0	(0–98)		
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	122 / 192	0 (0)	64	(56–70)	60	52

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 70%	Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Nej	4 / 32	0 (0)	13	(4-29)	16	18
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	30 / 55	0 (0)	55	(41-68)	61	41
Midtjylland	Ja	170 / 229	0 (0)	74	(68-80)	62	65
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	82 / 104	0 (0)	79	(70-86)	60	62
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	88 / 125	0 (0)	70	(62-78)	65	69
Nordjylland	Nej	76 / 149	0 (0)	51	(43-59)	59	52
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	76 / 149	0 (0)	51	(43-59)	59	52

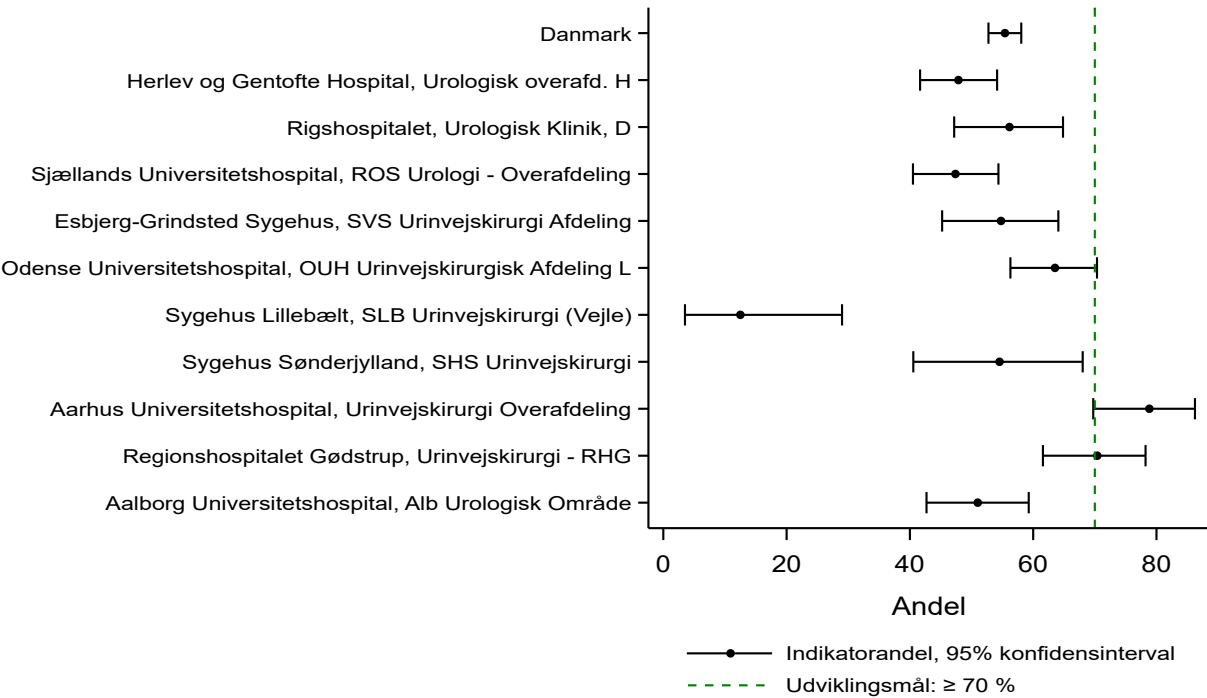
Forest plot, region

Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.
Forest plot på regionsniveau.



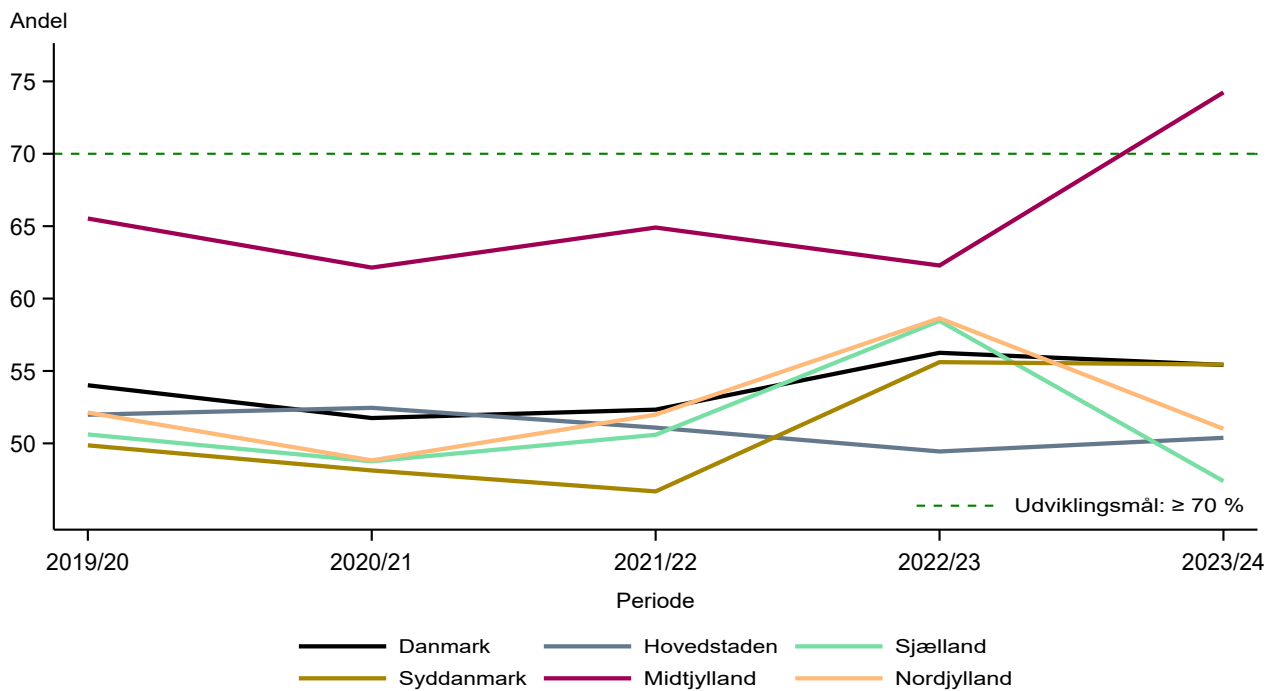
Forest plot, afdeling

Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.
Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.

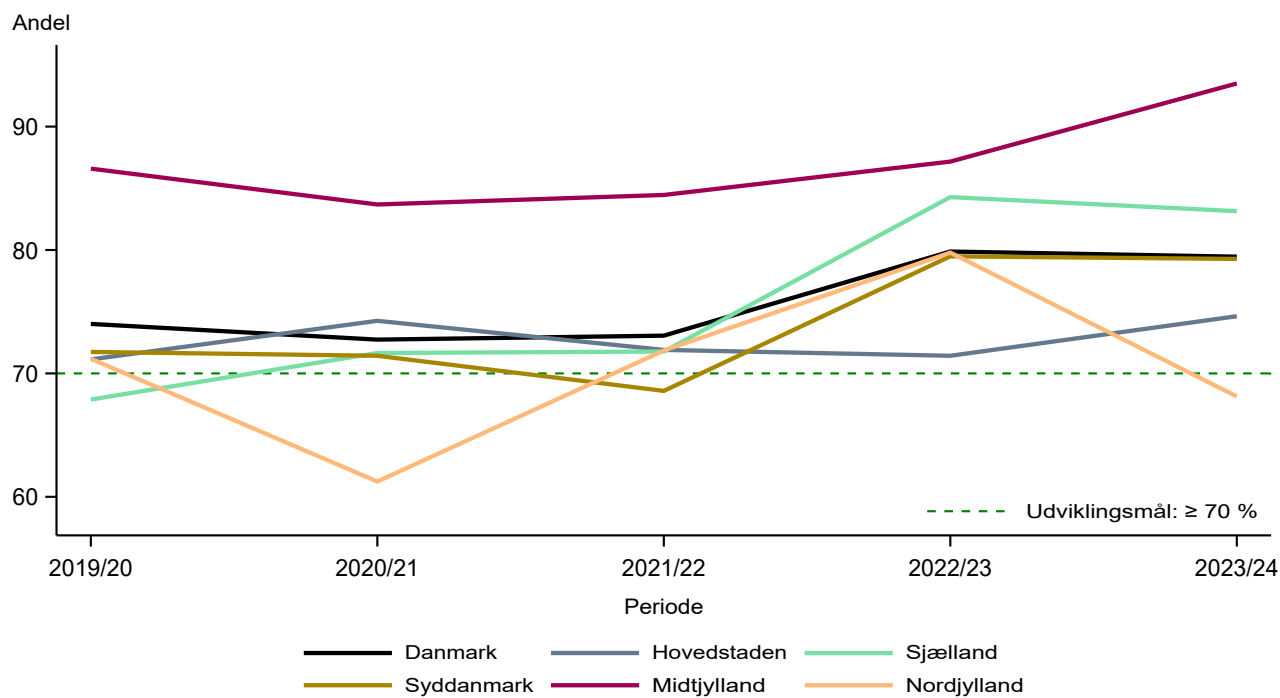


Høj risiko: kurativ behandling. Aldersgruppen op til 74 år.

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 70%	Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	557 / 701	0 (0)	79	(76–82)	80	73
Hovedstaden	Ja	153 / 205	0 (0)	75	(68–80)	71	72
Sjælland	Ja	74 / 89	0 (0)	83	(74–90)	84	72
Syddanmark	Ja	153 / 193	0 (0)	79	(73–85)	79	69
Midtjylland	Ja	115 / 123	0 (0)	93	(88–97)	87	84
Nordjylland	Nej	62 / 91	0 (0)	68	(58–78)	80	72
Hovedstaden	Ja	153 / 205	0 (0)	75	(68–80)	71	72
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	93 / 128	0 (0)	73	(64–80)	72	68
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	60 / 77	0 (0)	78	(67–87)	72	79
Sjælland	Ja	74 / 89	0 (0)	83	(74–90)	84	72
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	74 / 89	0 (0)	83	(74–90)	84	72
Syddanmark	Ja	153 / 193	0 (0)	79	(73–85)	79	69
Esbjerg–Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	47 / 54	0 (0)	87	(75–95)	79	63
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	82 / 105	0 (0)	78	(69–86)	82	71
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Nej	#/#	0 (0)	40	(5–85)	25	67
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	# / #	0 (0)	76	(56–90)	85	56
Midtjylland	Ja	115 / 123	0 (0)	93	(88–97)	87	84

	Udviklingsmål		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 70%	Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	52 / 57	0 (0)	91	(81–97)	84	80
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	63 / 66	0 (0)	95	(87–99)	93	91
Nordjylland	Nej	62 / 91	0 (0)	68	(58–78)	80	72
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	62 / 91	0 (0)	68	(58–78)	80	72

Høj risiko: kurativ behandling. Aldersgruppen op til 74 år.

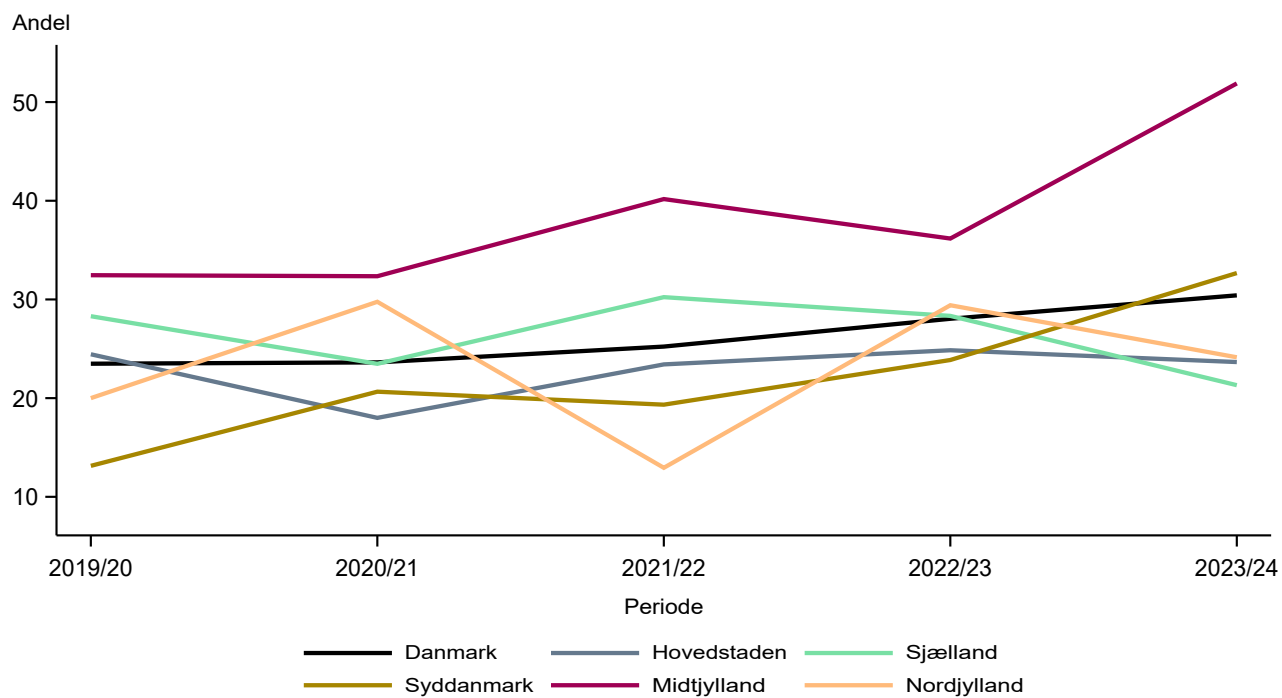


Høj risiko: kurativ behandling. Aldersgruppen 75+ år.

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		205 / 674	0 (0)	30	(27–34)	28	25
Hovedstaden		44 / 186	0 (0)	24	(18–30)	25	23
Sjælland		26 / 122	0 (0)	21	(14–30)	28	30
Syddanmark		66 / 202	0 (0)	33	(26–40)	24	19
Midtjylland		55 / 106	0 (0)	52	(42–62)	36	40
Nordjylland		14 / 58	0 (0)	24	(14–37)	29	13
Hovedstaden		44 / 186	0 (0)	24	(18–30)	25	23
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling		## / #	0 (0)	0	(0–84)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		31 / 131	0 (0)	24	(17–32)	23	24
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		# / #	0 (0)	25	(14–38)	31	24
Sjælland		26 / 122	0 (0)	21	(14–30)	28	30
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling		26 / 122	0 (0)	21	(14–30)	28	30
Syddanmark		66 / 202	0 (0)	33	(26–40)	24	19
Esbjerg–Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		# / #	0 (0)	26	(16–39)	27	19
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)		## / #	0 (0)	0	(0–98)		
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		40 / 87	0 (0)	46	(35–57)	24	21

	Udviklingsmål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/	antal	01.07.2023 – 30.06.2024		2022/23	2021/22
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		#/#	0 (0)	7	(1-24)	13	5
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		# / #	0 (0)	31	(14-52)	30	31
Midtjylland		55 / 106	0 (0)	52	(42-62)	36	40
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		30 / 47	0 (0)	64	(49-77)	35	35
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG		25 / 59	0 (0)	42	(30-56)	38	46
Nordjylland		14 / 58	0 (0)	24	(14-37)	29	13
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		14 / 58	0 (0)	24	(14-37)	29	13

Høj risiko: kurativ behandling. Aldersgruppen 75+ år.



Indikator 8: MR-aktivitet

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer med MR-aktivitet ved diagnose (+/- 30dg) er 66% i 2024, hvilket er en stigning fra året før (57%).

Det skal bemærkes, at der kan være et selektivt patient-flow inden for regionerne, som påvirker patientgruppens sammensætning ved det enkelte hospital i regionen. Det er derfor vigtigt at analysere af de enkelte hospitaler foretages i sammenhæng med en betragtning om indikatorresultatet på det regionale niveau.

I den aktuelle allokeringstabel er fundet en fejl, som bevirker at antallet af patienter i Vejle er angivet for lavt, idet nogle patienter herfra optræder under Odense Universitetshospital og evt. andre hospitaler i Region Syddanmark.

På landets store behandlingscentre varierer anvendelsen fra 49% i Roskilde og 53% på Rigshospitalet til mere end 80% ved de to afdelinger i Region Midtjylland (Aarhus og Gødstrup).

På regionsniveau er det nu kun Region Sjælland (49%) som er langt fra udviklingsmålet.

Den tidsmæssige udvikling demonstrerer en meget positiv udvikling og en konsolidering af niveauet omkring 60%.

Se også Indikator 8s.

Diskussion og implikationer

MR-aktiviteten afspejler en efterhånden opfyldt implementering af den nye diagnostiske strategi, og på landsplan er udviklingsmålet nu opfyldt. På lokalt niveau er der dog fortsat endog meget stor forskel på anvendelse af den diagnostiske MR-skanning.

Kvaliteten af den nye og meget ressourcekrævende diagnostiske strategi kan imidlertid ikke monitoreres uden indberetning af den radiologiske 5-trins PI-RADS læsionsscore, hvilket desværre kun praktiseres i en enkelt af landets regioner. Se Indikator 9s.

Vurdering af indikatoren

Det er besluttet at fjerne udviklingsmålet for denne indikator, idet opmærksomheden fremover i højere grad vil være på den mere fokuserede Indikator 8s.

Hvor mange mænd, der fik foretaget en MR-skanning, og herefter fritaget for yderligere diagnostiske tiltag eller uden tumorfund ved efterfølgende biopsi, er ukendt. Omfang og karakteristika af den forventet store MR-negative population, som ikke får stillet diagnosen prostatakræft, undersøges aktuelt i et forskningsprojekt.

Indikatortabel

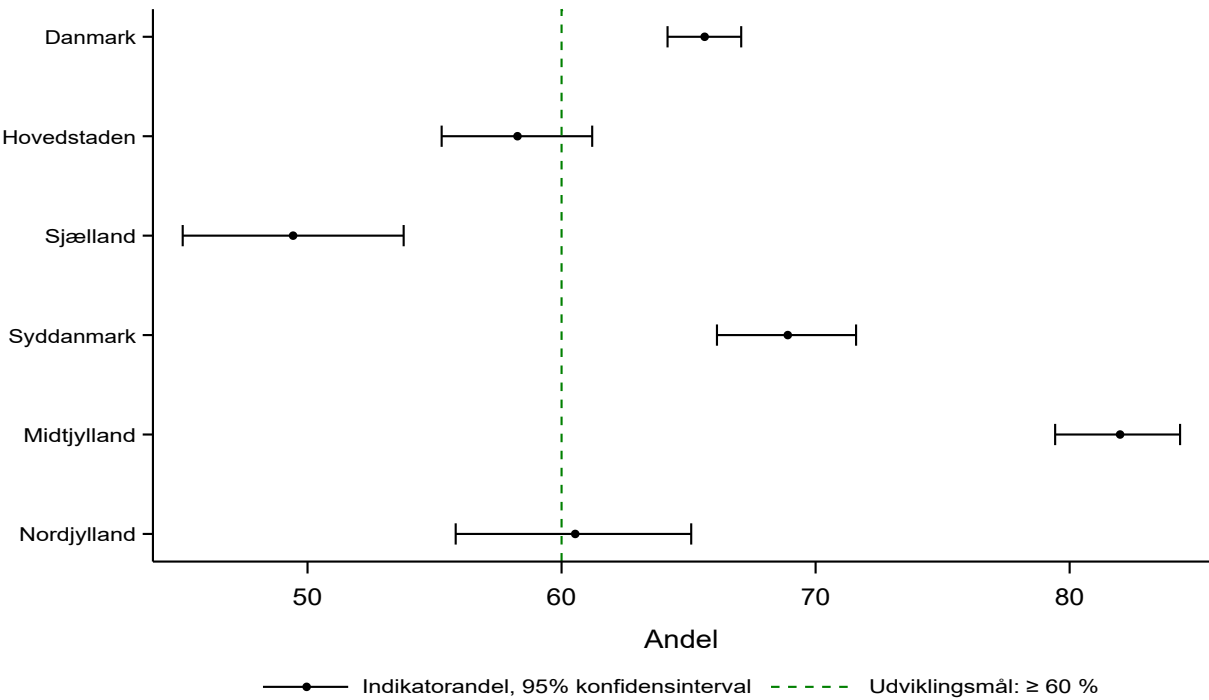
Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60%	Tæller/ nævner		01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	2.750 / 4.190	0 (0)	66	(64-67)	57	52
Hovedstaden	Nej	638 / 1.095	0 (0)	58	(55-61)	51	50
Sjælland	Nej	261 / 528	0 (0)	49	(45-54)	59	56
Syddanmark	Ja	780 / 1.132	0 (0)	69	(66-72)	69	53
Midtjylland	Ja	801 / 977	0 (0)	82	(79-84)	55	53
Nordjylland	Ja	270 / 446	0 (0)	61	(56-65)	45	48
Hovedstaden	Nej	638 / 1.095	0 (0)	58	(55-61)	51	50
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	0 / 11	0 (0)	0	(0-28)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	455 / 739	0 (0)	62	(58-65)	62	61
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	183 / 345	0 (0)	53	(48-58)	29	29
Sjælland	Nej	261 / 528	0 (0)	49	(45-54)	59	56
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Nej	261 / 528	0 (0)	49	(45-54)	59	56
Syddanmark	Ja	780 / 1.132	0 (0)	69	(66-72)	69	53
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	# / #	0 (0)	71	(66-76)	63	60
Frikliniken Region Syddanmark (Grindsted)	Nej	##/##	0 (0)	25	(1-81)	0	0

	Udviklingsmål		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 60%	Tæller/		01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	392 / 541	0 (0)	72	(68–76)	78	56
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Nej	39 / 109	0 (0)	36	(27–46)	30	16
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	116 / 152	0 (0)	76	(69–83)	68	0
Midtjylland	Ja	801 / 977	0 (0)	82	(79–84)	55	53
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	387 / 467	0 (0)	83	(79–86)	56	55
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	414 / 510	0 (0)	81	(78–84)	53	51
Nordjylland	Ja	270 / 446	0 (0)	61	(56–65)	45	48
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	270 / 446	0 (0)	61	(56–65)	45	48
Privathospitaler/Speciallæger	Nej	0 / 12	0 (0)	0	(0–26)	0	20

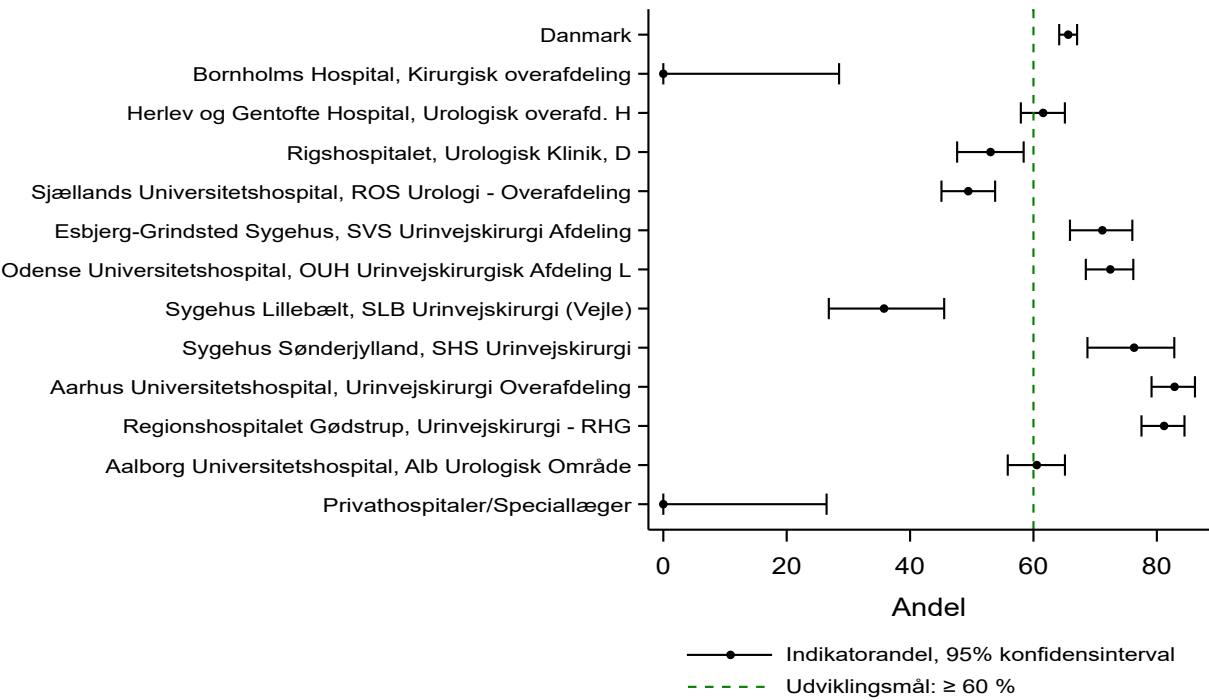
Forest plot, region

Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Forest plot på regionsniveau.



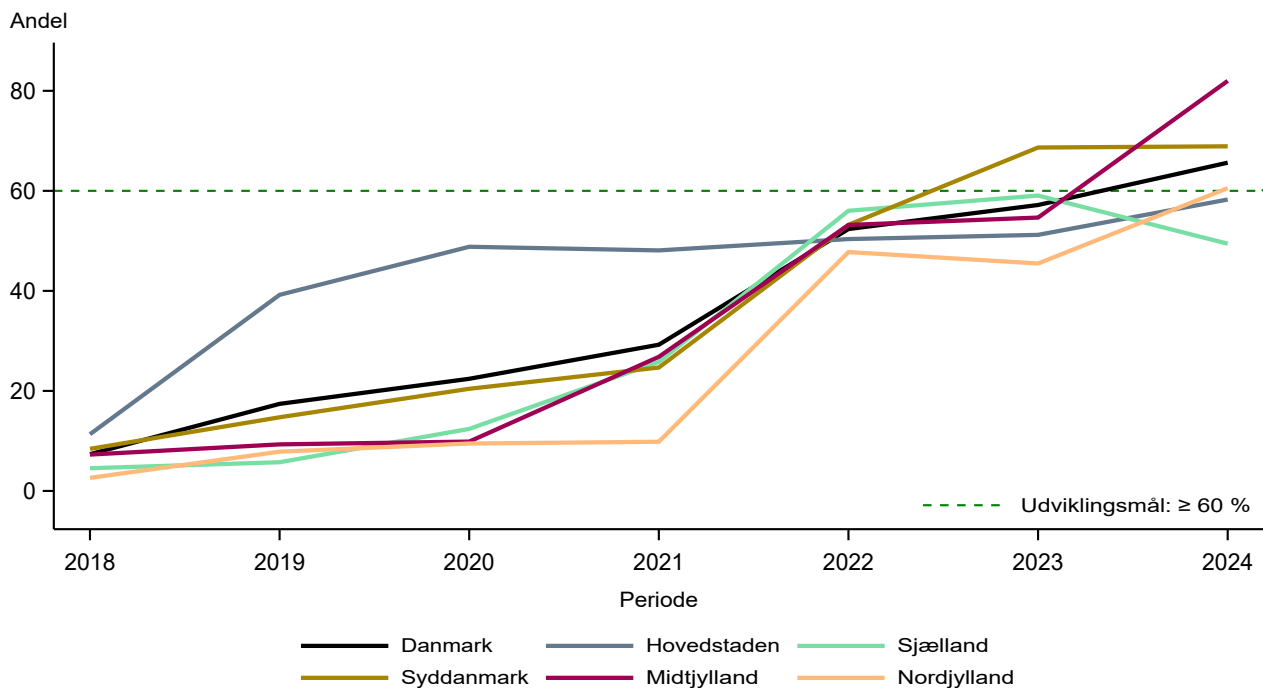
Forest plot, afdeling

Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 8s. MR aktivitet: Patienter med operation eller i active surveillance

Datagrundlag og beregningsregler

Denne nye, supplerende indikator er beregnet på samme måde som Indikator 8, men populationen (nævneren) er begrænset til patienter som fik prostatektomi eller som indgik i active surveillance.

Andelen af MR-skannede i Indikator 8 undersøges blandt samtlige diagnosticerede patienter, hvoraf nogle i udgangspunktet vil være udenfor kurativt sigte og dermed ikke anbefalet MR-skannet. Til gengæld burde stort set samtlige patienter, som tilbydes prostatektomi eller som indgik i active surveillance, have været tilbudt en diagnostisk MR-skanning, og opfyldelsesgraden i den nye indikator bør derfor være høj.

Resultater

Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer, som efterfølgende indgik i active surveillance eller intenderet kurativ terapi og som fik foretaget MR ved diagnose (+/- 30dg) er 92% i 2024, hvilket er en stigning fra året før (84%).

Diskussion og implikationer

Trendkurven demonstrerer i hvor udtalt grad implementeringen af den diagnostiske MR-strategi er lykkedes på rekordtid.

Vurdering af indikatoren

Den aktuelle formulering af Indikator 8s kan ses som en fokuseret analyse. Undergruppen af patienter med RP eller AS bør have høj andel med MR. Det betyder ikke, at andre patientgrupper, fx mulige kandidater til strålebehandling, ikke bør have MR.

Den supplerende indikator har opfyldt det faglige ønske og underbygget tolkningen af Indikator 8. Da andelen af diagnostisk MR i den aktuelle patientgruppe har været stigende, sættes udviklingsmålet fremover til $\geq 95\%$.

Indikatortabel

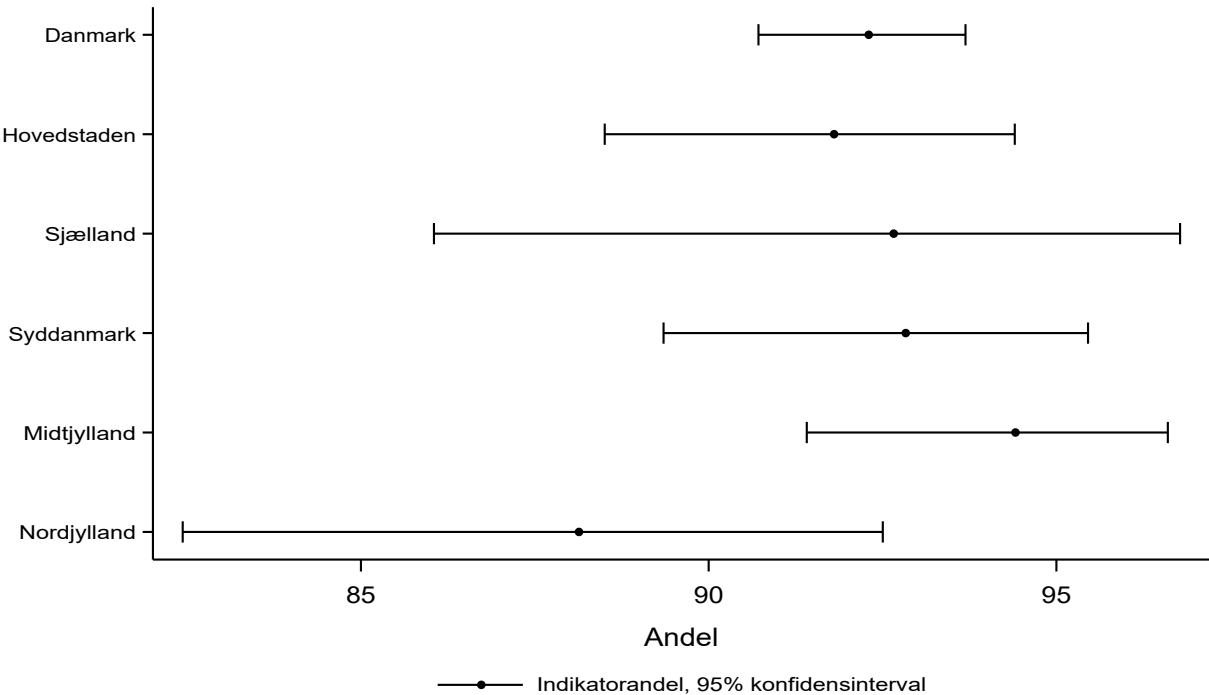
Indikator 8s: Prostatacancerpatienter (RP eller AS) med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		1.199 / 1.299	0 (0)	92	(91–94)	84	80
Hovedstaden		336 / 366	0 (0)	92	(89–94)	82	75
Sjælland		101 / 109	0 (0)	93	(86–97)	92	90
Syddanmark		285 / 307	0 (0)	93	(89–95)	91	82
Midtjylland		321 / 340	0 (0)	94	(91–97)	77	79
Nordjylland		156 / 177	0 (0)	88	(82–93)	77	75
Hovedstaden		336 / 366	0 (0)	92	(89–94)	82	75
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		226 / 235	0 (0)	96	(93–98)	96	92
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		110 / 131	0 (0)	84	(77–90)	57	45
Sjælland		101 / 109	0 (0)	93	(86–97)	92	90
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling		101 / 109	0 (0)	93	(86–97)	92	90
Syddanmark		285 / 307	0 (0)	93	(89–95)	91	82
Esbjerg–Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		99 / 105	0 (0)	94	(88–98)	92	89
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		137 / 149	0 (0)	92	(86–96)	90	81
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		#/#	0 (0)	100	(16–100)	0	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		# / #	0 (0)	92	(81–98)	90	
Midtjylland		321 / 340	0 (0)	94	(91–97)	77	79
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		143 / 151	0 (0)	95	(90–98)	81	77

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
				Andel	95% CI	Andel	Andel
	opfyldt						
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG		178 / 189	0 (0)	94	(90–97)	75	81
Nordjylland		156 / 177	0 (0)	88	(82–93)	77	75
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		156 / 177	0 (0)	88	(82–93)	77	75

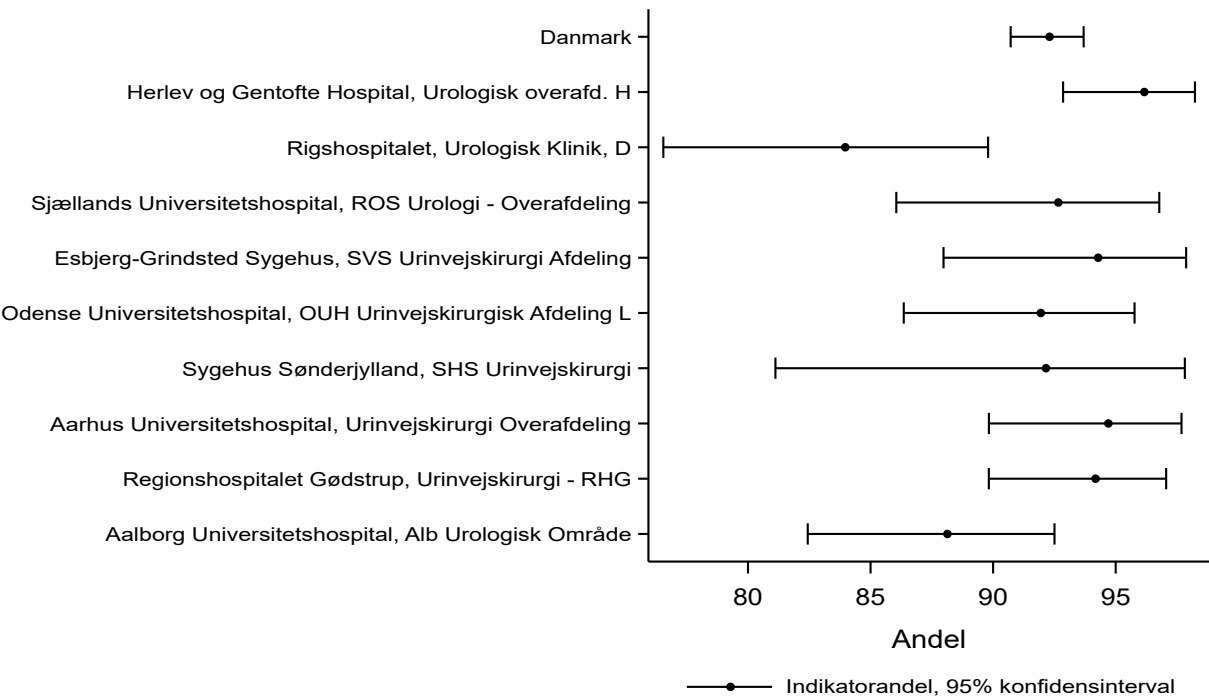
Forest plot, region

Indikator 8s: Prostatacancerpatienter (RP eller AS) med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Forest plot på regionsniveau.



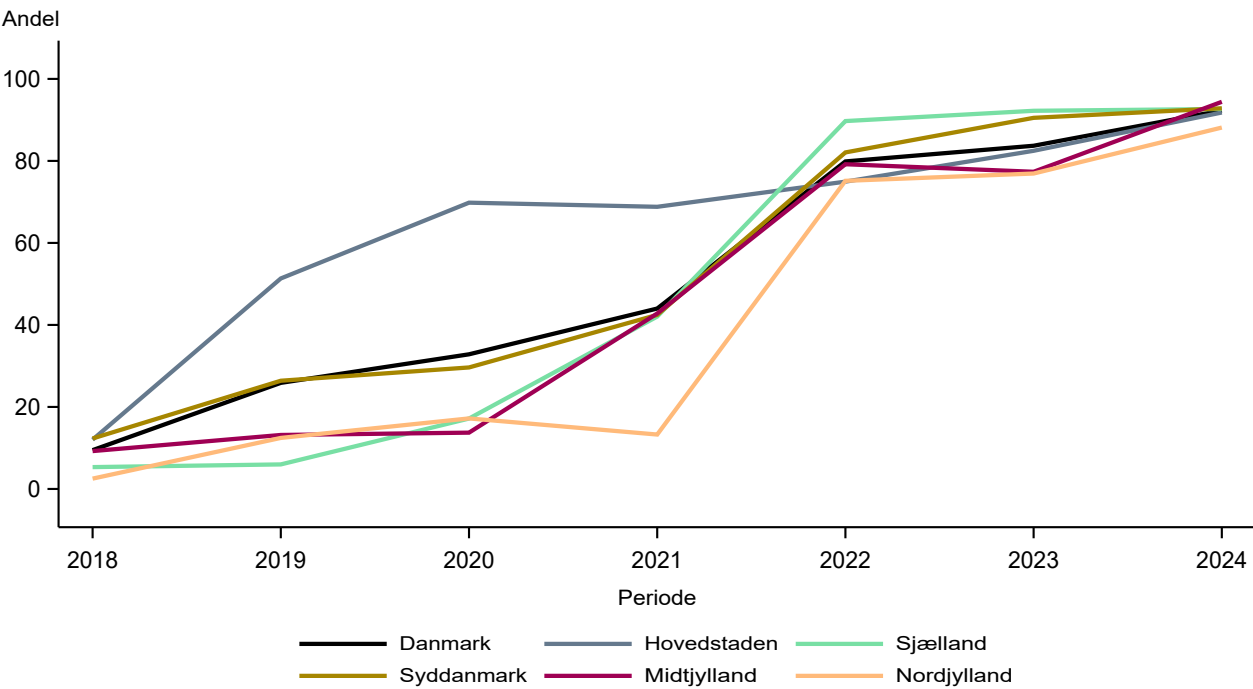
Forest plot, afdeling

Indikator 8s: Prostatacancerpatienter (RP eller AS) med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Forest plot på afdelingssniveau.



Trendgraf, region

Indikator 8s: Prostatacancerpatienter (RP eller AS) med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 9s: PI-RADS score ved MR

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

På landsbasis er PI-RADS scoren indberettet for 597 af de 2.487 foretagne MR-skanninger (24%). Aalborg Universitetshospital står for de 247 indberetninger (41% af alle indberetninger i landet) og leverer en andel på 99% af de MR-undersøgte mænd i Nordjylland.

I 2023 lykkedes det på Herlev-Gentofte Hospital at finde en midlertidig teknisk løsning og indberettede PI-RADS scoren for 82% af undersøgelserne, men registreringen er faldet lidt i 2024 (78%).

Diskussion

PI-RADS scoren er indenfor radiologien svarende til Gleason score/ ISUP-gradering indenfor histopatologien og dermed en helt grundlæggende prediktiv markør i forhold til selektion af patienter, der skal udredes med biopsier, følges med observation eller tilbydes primær behandling. Monitoreringen af kvaliteten af den meget ressourcekrævende diagnostiske MR-strategi er helt afhængig af, at den radiologiske 5-trins PI-RADS score indberettes til LPR. Der blev i 2020 oprettet SKS koder hertil.

Det er i et forskningsprojekt i region Midtjylland, vist sig muligt at indhente PI-RADS scoren og PSA-densiteten direkte fra radiologibeskrivelserne, men for at kunne anvende disse data i kvalitetsdatabasen, bliver næste trin at overføre disse data til Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut. Det automatiske datatræk har ligeledes i projektet udover at omgå dobbeltregistrering vist sig at være mindre fejlbehæftet end den manuelle registrering.

Vurdering af indikatoren

Da PI-RADS scoren 3 i modsætning til 4 og 5 udgør en gråzoneværdi i forhold til hvorvidt diagnostisk biopsi anbefales, udgør scoren et klart fingerpeg for kvaliteten af den radiologiske afdelings bedømmelse af MR-skanningerne. Ved PI-RADS score 1-3 læsioner anbefales udelukkende biopsi i tilfælde af en samtidig forhøjet PSA-densitet. PSA-densiteten er PSA-værdien vurderet i forhold til prostatas volumen. Det sidste udregnes og anføres ligeledes i skanningsbeskrivelserne og vil fremover være en værdifuld variabel. Disse vigtige data fremgår også af MDT-konferencenotaterne, og vil være en oplagt datakilde til de centrale registre og til kvalitetsdatabasen.

De nødvendige kliniske data ønskes gennem et projekt trukket automatisk fra datakilden. Et relevant udviklingsmål bør i fremtiden kunne sættes til $\geq 95\%$.

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

Indikatortabel

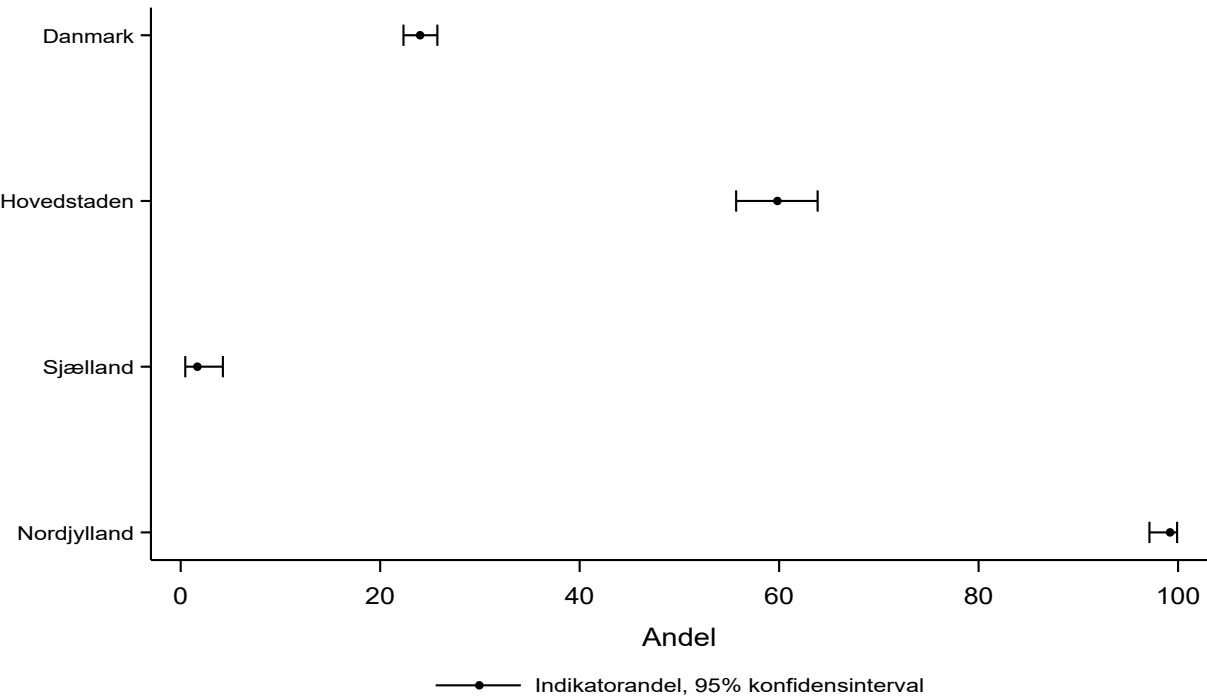
Indikator 9s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		597 / 2.487	0 (0)	24	(22–26)	26	9
Hovedstaden		344 / 575	0 (0)	60	(56–64)	71	20
Sjælland		4 / 239	0 (0)	2	(0–4)	0	0
Syddanmark		##/##	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Midtjylland		##/##	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Nordjylland		247 / 249	0 (0)	99	(97–100)	98	37
Hovedstaden		344 / 575	0 (0)	60	(56–64)	71	20
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		334 / 427	0 (0)	78	(74–82)	82	22
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		10 / 148	0 (0)	7	(3–12)	1	3
Sjælland		4 / 239	0 (0)	2	(0–4)	0	0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling		4 / 239	0 (0)	2	(0–4)	0	0
Syddanmark		##/##	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		##/##	0 (0)	0	(0–3)	1	0
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)		##/##	0 (0)	0	(0–98)		
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		0 / 361	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		0 / 30	0 (0)	0	(0–12)	0	0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		0 / 100	0 (0)	0	(0–4)	0	

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
				Andel	95% CI	Andel	Andel
	opfyldt						
Midtjylland		#/#	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		# / #	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG		#/#	0 (0)	0	(0–1)	0	0
Nordjylland		247 / 249	0 (0)	99	(97–100)	98	37
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		247 / 249	0 (0)	99	(97–100)	98	37

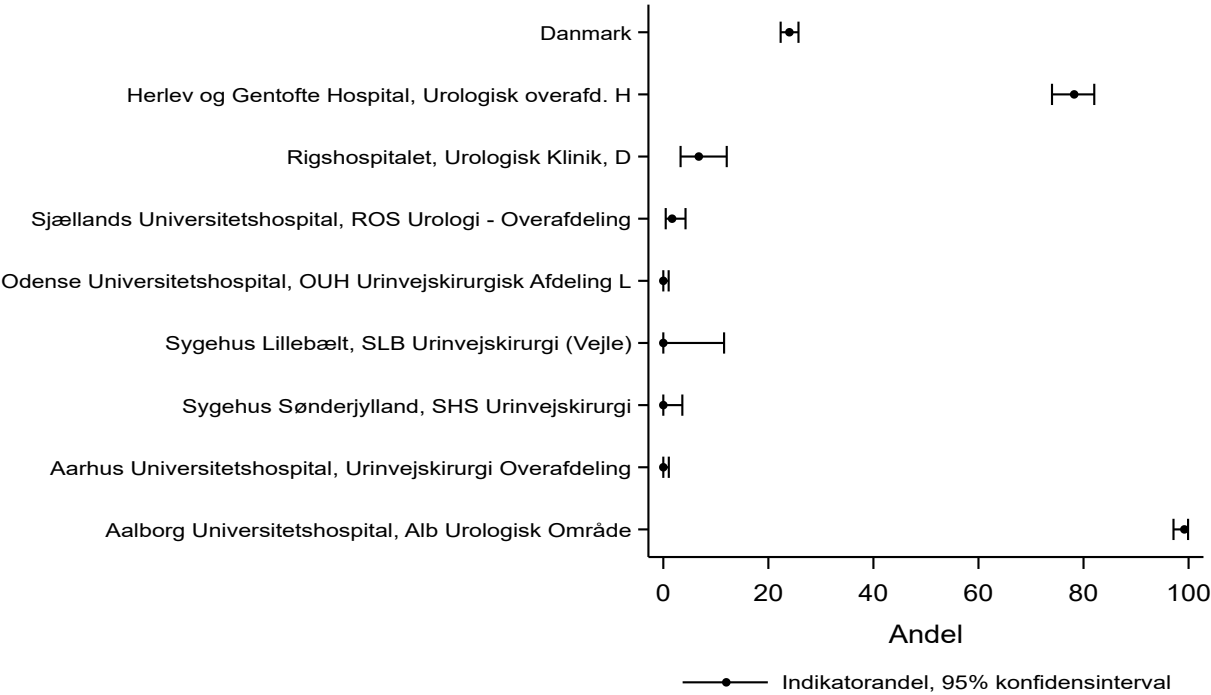
Forest plot, region

Indikator 9s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Forest plot på regionsniveau.



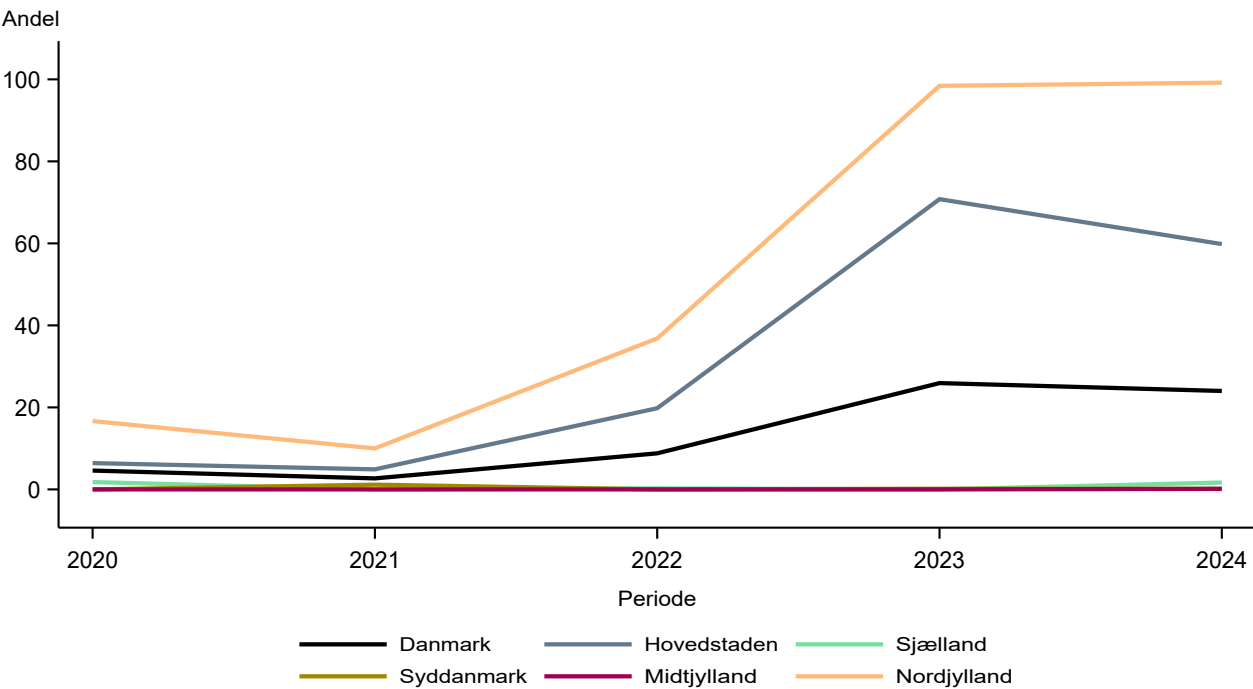
Forest plot, afdeling

Indikator 9s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 9s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/-30dg)

Datagrundlag og beregningsregler

PSMA-PET tumorskanning opgøres her for patienter i EAU højrisikogruppe.

I forbindelse med metastaseudredning af nydiagnosticerede patienter i høj risiko, der er vurderet at være kandidater til kurativ terapi, har PSMA-PET/CT-skanning signifikant bedre diagnostisk akkurate, signifikant færre tilfælde af usikre fund, en højere interobserver overensstemmelse og en lavere stråledosis til patienten, sammenlignet med konventionel udredning (knogleskintigrafi + diagnostisk CT). Tilsvarende vil udvidet lymfeknudeexrese (kirurgisk fjernelse af lymfeknuder) kunne undlades hos en række operationspatienter i høj risiko med negativ PSMA-PET/CT.

DAPROCA anbefaler derfor, at patienter med højrisiko, som er kandidater til kurativ behandling, bør have foretaget PSMA-PET/CT i udredning af N- og M-stadie. Som et alternativ til PSMA anvendes som minimum CT og knogleskintigrafi.

Resultater

PSMA-PET/CT er implementeret meget forskelligt i landet.

På landsbasis er der foretaget PSMA-PET/CT-scanning for 287 af de 1.337 patienter (21%) i højrisikogruppen, hvilket svarer til de tidligere år. De fleste scanninger er foretaget ved de to hospitaler i Region Midtjylland (81%), og i mindre omfang i Aalborg (29%). I dele af landet anvendes PSMA-PET/CT så godt som ikke.

Trendgrafen viser anvendelsen af PSMA-PET/CT-scanning er over tid. Det tidsmæssige forløb svarer til grafen for kurativ behandling af høj-risiko patienter (se kommentar til Indikator 7).

Diskussion

PSMA-PET/CT muliggør tidligere detektion af metastaser, men usikkerhed vedrørende klinisk relevante behandlingsgevinster og økonomiske udfordringer gør, at implementeringen i nationale sundhedssystemer varierer. Stærke randomiserede studier til dokumentation af en klar overlevelsesgevinst kan ikke forventes mange år frem. Implementeringen i Danmark er som vist med en meget stor variation, hvor man i landsdele stort set kun anvender konventionel metastaseudredning, mens særligt Region Midtjylland har taget teknologien til sig. Det skal dog bemærkes, at de opdaterede kliniske retningslinjer (2025) rummer nye anbefalinger om øget anvendelse af PSMA-PET-CT i den initiale metastaseudredning med samtidig besparelse af ca. 500 lymfeknudeoperationer og deraf afledte bivirkninger inkl. senfølger. Det forlyder allerede nu, at man på flere centre derfor allerede nu anvender undersøgelsen rutinemæssigt. Man angiver sig dog særligt udfordret i Region Sjælland, da man her har kapacitetsudfordringer med kun fire PET-skannere.

Vurdering af indikatoren

Den store regionale variation sammenholdt med den kliniske gevinst og økonomiske udfordring gør det vigtigt at følge implementeringen i forhold til landsdækkende retningslinjer og om muligt kliniske konsekvenser heraf. Der er ikke aktuelt taget stilling til et udviklingsmål.

Indikatortabel

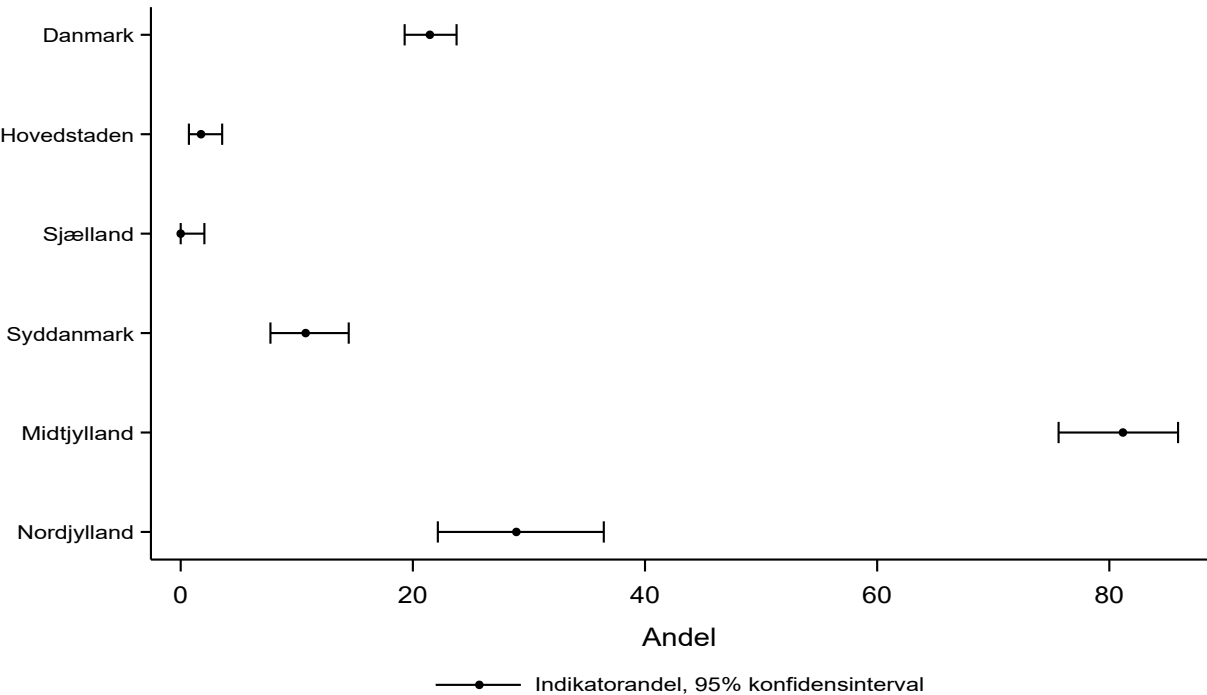
Indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/-30dg)

Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	287 / 1.337	0 (0)	21	(19-24)	20	20
Hovedstaden	7 / 400	0 (0)	2	(1-4)	3	2
Sjælland	0 / 179	0 (0)	0	(0-2)	0	0
Syddanmark	38 / 353	0 (0)	11	(8-14)	15	10
Midtjylland	194 / 239	0 (0)	81	(76-86)	62	68
Nordjylland	48 / 166	0 (0)	29	(22-36)	36	31
Hovedstaden	7 / 400	0 (0)	2	(1-4)	3	2
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0	0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	# / #	0 (0)	2	(1-5)	4	4
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	#/#	0 (0)	1	(0-4)	0	0
Sjælland	0 / 179	0 (0)	0	(0-2)	0	0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	0 / 179	0 (0)	0	(0-2)	0	0
Syddanmark	38 / 353	0 (0)	11	(8-14)	15	10
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	# / #	0 (0)	10	(5-18)	13	9
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted)	#/#	0 (0)	0	(0-98)		
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	21 / 164	0 (0)	13	(8-19)	20	11
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	#/#	0 (0)	6	(1-19)	3	8
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	# / #	0 (0)	9	(3-20)	2	0

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2024 – 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland		194 / 239	0 (0)	81	(76–86)	62	68
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		105 / 121	0 (0)	87	(79–92)	63	73
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG		89 / 118	0 (0)	75	(67–83)	60	60
Nordjylland		48 / 166	0 (0)	29	(22–36)	36	31
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		48 / 166	0 (0)	29	(22–36)	36	31

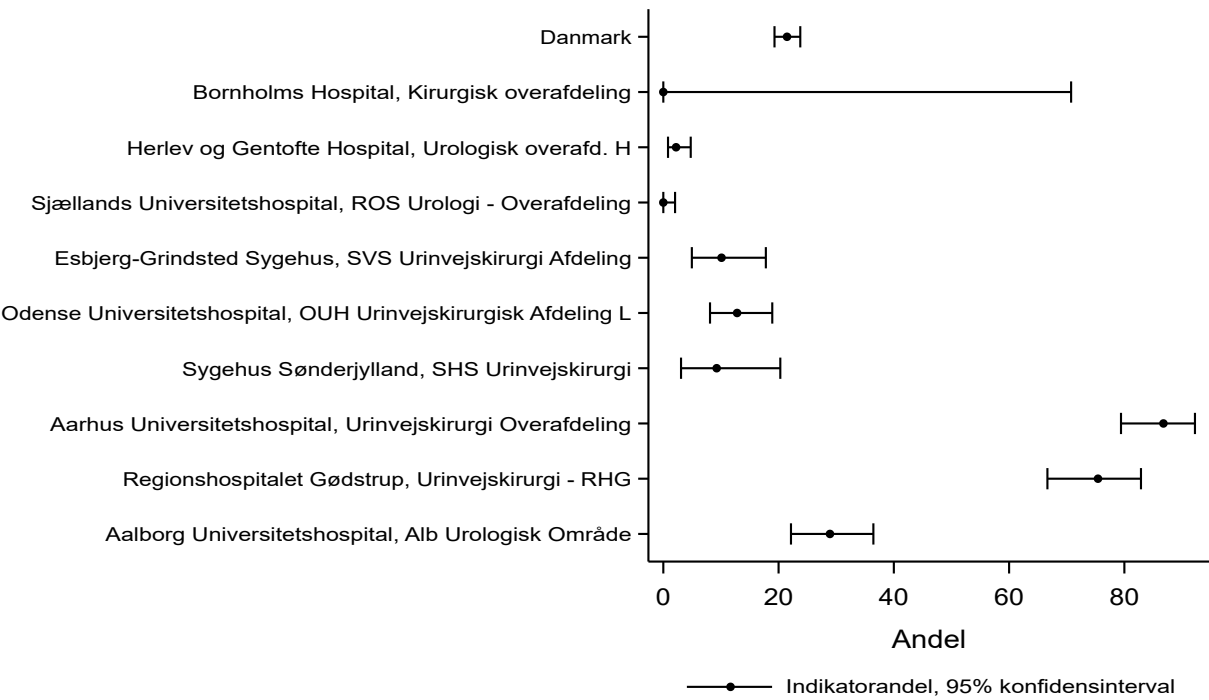
Forest plot, region

Indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/-30dg). Forest plot på regionsniveau.



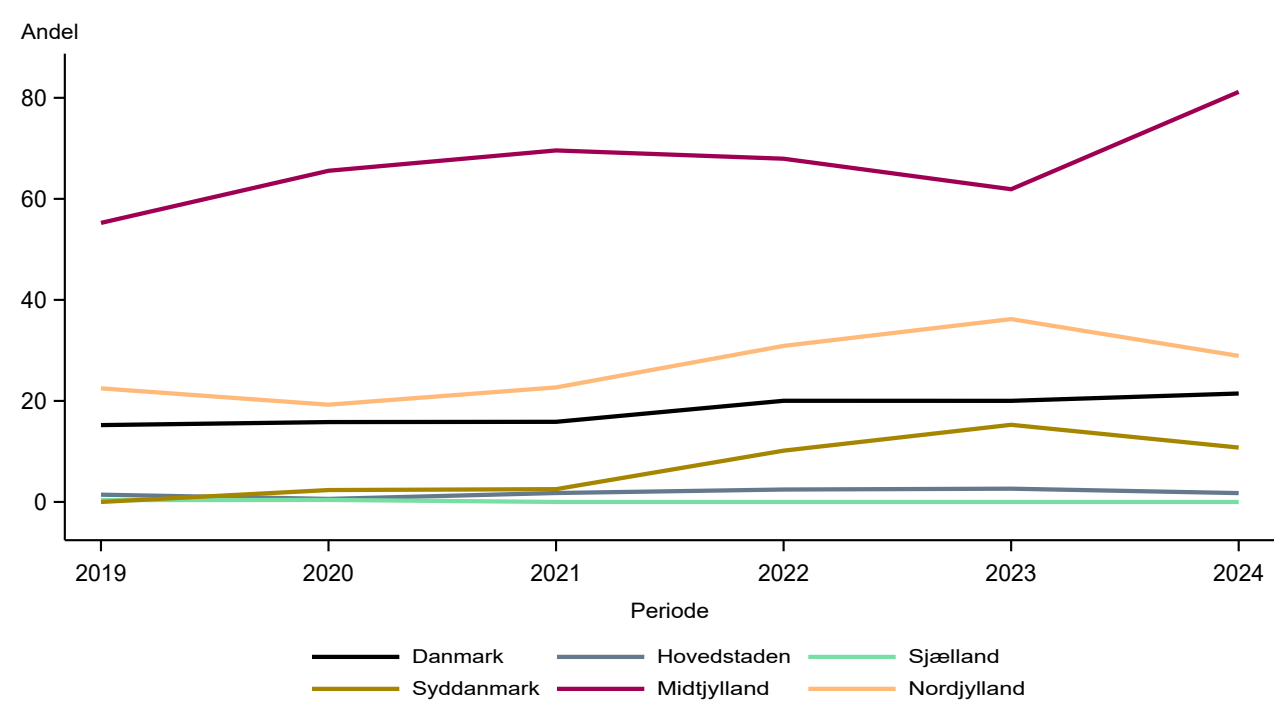
Forest plot, afdeling

Indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/-30dg). Forest plot på regionsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/-30dg). Trendgraf på regionsniveau.



Oversigt over indikatorsættet

Indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst		Indikatoropfyldelse	
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2024 – 31.12.2024	2023	2022
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 2	0	1 (1-1)	2	4
Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)		0	89 (88-90)	59	13
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 15	0	16 (13-20)	15	15
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 40	0	39 (34-44)	40	38
Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	≤ 5	0	4 (3-6)	6	5
			01.07.2023 – 30.06.2024	2022/23	2021/22
Indikator 6: Andel af patienter i EAU lavrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 90 dage efter diagnose.	≤ 5	0	3 (1-5)	6	7
Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 70	0	55 (53-58)	56	52
			01.01.2024 – 31.12.2024	2023	2022
Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	≥ 60	0	66 (64-67)	57	52

Supplerende indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	Uoplyst		Indikatoropfyldelse	
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.07.2023 – 30.06.2024	2022/23	2021/22
Indikator 7a: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (u 75 år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 70	0	79 (76–82)	80	73
Indikator 7b: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (75+ år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.		0	30 (27–34)	28	25
			01.01.2024 – 31.12.2024	2023	2022
Indikator 8s: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter (i AS eller prostatektomeret), med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)		0	92 (91–94)	84	80
Indikator 9s: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-skanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score		0	24 (22–26)	26	9
Indikator 10s: (suppl) Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/- 30dg)		0	21 (19–24)	20	20

Styregruppens medlemmer

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

Overlæge Johanna Elversang, Patologiafdelingen, Rigshospitalet

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

Overlæge, ph.d. Jimmi Søndergaard, Onkologisk Afdeling, Aalborg Universitetshospital Afdelingslæge Frederik Harving, Patologiafdelingen, Aalborg Universitetshospital

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

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

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

Ole Jensen, patientrepræsentant

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

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

Kontaktperson: Mette Høyrup, kvalitetskonsulent, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)

Dataansvarlig myndighed: Region Midtjylland – repræsenteret ved databasens kontaktperson

Om denne udgivelse

© SundK 2025

Denne rapport udgår fra Dansk Prostata Cancer Database (DaProCa). Rapportens analyser er udarbejdet af Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, Hedeager 3, 8200 Århus N. Styregruppen for databasen har skrevet rapportens kommentarer og anbefalinger, og forestået validering af anvendte algoritmer.

Kontaktperson for DaProCa er kvalitetskonsulent Mette Høyrup. E-mail: methey@sundk.dk

Udgiver:

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Udgivelsesdato: 1. juli 2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Kommentarer fra regionerne

Region Syddanmark, Grindsted Esbjerg Sygehus:

Vedrørende Indikator 7, Kurativ behandling for højrisikopatienter. Det er positivt at se, at indikatormålet for kurativ behandling af højrisikopatienter under 75 år er opnået på landsplan. Imidlertid er andelen af mænd på 75 år eller ældre med højrisiko lokaliseret prostatakræft, der modtager kurativ behandling, tilsyneladende utilstrækkelig. Dette er bemærkelsesværdigt, da disse patienter, grundet den indikerede udredning, må formodes at være i en rimelig almentilstand med en forventet lang restlevetid. Indikator 7b antyder, at denne aldersgruppe potentielt underbehandles. For yderligere at belyse dette anbefales en underopdeling af denne patientgruppe i 2- eller 5-års intervaller. Dette vil kunne give et mere nuanceret billede af behandlingspraksis. I denne kontekst er det relevant at henvise til SPCG19-studiet, som netop fokuserer på denne patientpopulation.

Region Nordjylland:

Ved gennemgang af data i relation til indikator 8s: Andel af patienter diagnosticeret med prostatacancer, som efterfølgende indgik i active surveillance eller intenderet kurativ terapi og som fik foretaget MR ved diagnose (+/- 30 dage), fandt vi at en andel af de patienter der ikke får foretaget MR indenfor de 30 dage typisk har en UVI eller urinretention hvilket betyder der ikke tilbydes MR-scanning jf. nationale retningslinjer. Vi vil derfor gerne at styregruppen overvejer om perioden data trækkes fra bør ændres til +/-90 dage.

Ved gennemgang af data i relation til indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/- 30 dage) finder vi at en andel patienter som klinisk vurderes at være relevante at inkludere i indikatoren falder ud grundet algoritmens opbygning.

Eksempelvis falder patienter, der har været i active surveillance og dermed været lavrisiko patienter, og hvor der under deres surveillance program opstår sygdomsprogression, så patienten bliver højrisiko patient, udenfor algoritmen. Ligeledes er der patienter der fremgår som værende "udenfor risikovurdering" da der er registreret cN1 eller cM1 for patienten. Men hvor det cTNM-stadie der ligger tættest på diagnosen og anvendes i datatrækket, ligge efter at man ved PSMA har påvist N1 og/eller M1-sygdom.

Vi ønsker derfor at der i styregruppen drøftes om der er behov for at ændre i indikatorens definitioner og algoritme og vi foreslår at brugen af PSMA PET/CT enten vurderes i forhold til antal højrisiko-patienter, der får udført kurativ behandling – lidt ligesom man gør for mpMR eller at "Udenfor risikovurdering: M1/N1 (cM1 eller cN1)" udgår som en parameter, og dermed fjerner patienter fra populationen (i såvel tæller som nævner).

Baggrundsmaterialer

Beskrivelse af patientpopulationen

Nydiagnosticerede prostatacancer patienter 2020–2024

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 2024 til 31. december 2024. Resultaterne for denne opgørelsesperiode sammenlignes efterfølgende med resultater fra de tidligere år.

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

Incidensen på i alt 4.190 nye tilfælde i 2024 er uændret i forhold til sidste år, men siden 2020 er incidensen for landsgennemsnittet pr. 100.000 voksne mænd faldet fra 152 til 138. Der er fortsat regional variation i den diagnostiske aktivitet. Region Sjælland ligger lavest med 106/100.000, mens Region Syddanmark ligger højest med 163/100.000. Årsagen til den generelle "afmatning" de seneste år er ukendt, men antages at kunne skyldes det oprindelige forventede fald i forbindelse med indførelse af den MR-skanningsbaserede diagnostiske strategi. Dette underbygges af halveringen af andelen (22% til 11%) af meget højt differentierede tumorer (Gleason score 6) siden 2020.

Medianalderen år 72 år ved diagnosen var uændret i forhold til de sidste par år, og 60% af patienterne var ligeledes uændret over tid uden væsentlig komorbiditet. Fordelingen af såvel PSA-niveau og det kliniske tumorstadie (cT) har de seneste år ligget helt stabilt. Der er dog en stigning af de over 500 patienter, som er uden angivet c–T–stadie. Patienterne med påviselige metastaser (M1-sygdom) udgør som tidligere 20%.

De efterfølgende tabeller angiver antallet af patienter, som i 2024 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk, at disse patienter kan være diagnosticeret i 2023 eller forudgående år.

	Diagnoseår				
	2024	2023	2022	2021	2020
Nydiagnosticerede	4.190	4.184	4.461	4.368	4.313
Bopælsregion					
Hovedstaden	1.081 (25,8%)	1.027 (24,5%)	1.097 (24,6%)	1.090 (25,0%)	1.093 (25,3%)
Sjælland	535 (12,8%)	574 (13,7%)	772 (17,3%)	628 (14,4%)	634 (14,7%)
Syddanmark	1.117 (26,7%)	1.150 (27,5%)	1.018 (22,8%)	998 (22,8%)	939 (21,8%)
Midtjylland	980 (23,4%)	963 (23,0%)	1.067 (23,9%)	1.024 (23,4%)	1.105 (25,6%)
Nordjylland	432 (10,3%)	432 (10,3%)	453 (10,2%)	592 (13,6%)	518 (12,0%)
Færøerne/Grønland		4 (0,1%)	4 (0,1%)	#	#
Ukendt bopæl	45 (1,1%)	34 (0,8%)	50 (1,1%)	#	#
Aldersstandardiseret incidens pr 100.000*					
Danmark	138	140	151	150	152
Hovedstaden	135	130	141	142	144

	Diagnoseår				
	2024	2023	2022	2021	2020
Sjælland	106	117	159	131	136
Syddanmark	163	170	152	151	145
Midtjylland	144	143	162	158	175
Nordjylland	129	131	139	185	164
Alder ved diagnose					
Median (Q1;Q3)	72 (66,2;77,5)	72 (66,0;77,3)	72 (66,1;77,2)	72 (66,0;76,8)	72 (65,8;76,6)
Gennemsnit (Min;Max)	72 (39,1;95,1)	72 (38,8;95,3)	72 (41,8;95,6)	71 (42,1;95,5)	71 (40,2;100)
Charlson comorbidity index					
Score 0	2.477 (59,1%)	2.533 (60,5%)	2.706 (60,7%)	2.679 (61,3%)	2.551 (59,1%)
Score 1-2	1.282 (30,6%)	1.225 (29,3%)	1.313 (29,4%)	1.225 (28,0%)	1.311 (30,4%)
Score 3 eller derover	431 (10,3%)	426 (10,2%)	442 (9,9%)	464 (10,6%)	451 (10,5%)
PSA					
<4	269 (6,4%)	279 (6,7%)	229 (5,1%)	246 (5,6%)	238 (5,5%)
4-9	1.427 (34,1%)	1.392 (33,3%)	1.530 (34,3%)	1.553 (35,6%)	1.551 (36,0%)
10-20	843 (20,1%)	858 (20,5%)	985 (22,1%)	899 (20,6%)	901 (20,9%)
21-100	978 (23,3%)	1.015 (24,3%)	1.068 (23,9%)	1.021 (23,4%)	1.044 (24,2%)
>100	514 (12,3%)	605 (14,5%)	617 (13,8%)	637 (14,6%)	567 (13,1%)
Ukendt	159 (3,8%)	35 (0,8%)	32 (0,7%)	12 (0,3%)	12 (0,3%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	477 (11,4%)	585 (14,0%)	738 (16,5%)	827 (18,9%)	942 (21,8%)
2 (Gleason score 3+4)	1.357 (32,4%)	1.256 (30,0%)	1.336 (29,9%)	1.262 (28,9%)	1.187 (27,5%)
3 (Gleason score 4+3)	847 (20,2%)	744 (17,8%)	755 (16,9%)	798 (18,3%)	739 (17,1%)
4 (Gleason score 8)	384 (9,2%)	394 (9,4%)	396 (8,9%)	474 (10,9%)	462 (10,7%)

	Diagnoseår				
	2024	2023	2022	2021	2020
5 (Gleason score 9+)	961 (22,9%)	978 (23,4%)	1.018 (22,8%)	806 (18,5%)	705 (16,3%)
ISUP grad ikke defineret	164 (3,9%)	227 (5,4%)	218 (4,9%)	201 (4,6%)	278 (6,4%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	1.039	1.069	1.060	1.008	952
Risikovurderede:					
Lav risiko	252 (8,0%)	289 (9,3%)	376 (11,1%)	426 (12,7%)	517 (15,4%)
Intermediær risiko	1.421 (45,1%)	1.299 (41,7%)	1.349 (39,7%)	1.261 (37,5%)	1.246 (37,1%)
Høj risiko	1.337 (42,4%)	1.364 (43,8%)	1.513 (44,5%)	1.513 (45,0%)	1.423 (42,3%)
Ukendt	141 (4,5%)	163 (5,2%)	163 (4,8%)	160 (4,8%)	175 (5,2%)
T stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	522 (12,5%)	506 (12,1%)	417 (9,3%)	382 (8,7%)	418 (9,7%)
T0	3 (0,1%)	5 (0,1%)	6 (0,1%)	#	#
T1	64 (1,5%)	62 (1,5%)	60 (1,3%)	#	#
T1a	35 (0,8%)	56 (1,3%)	57 (1,3%)	56 (1,3%)	40 (0,9%)
T1b	24 (0,6%)	31 (0,7%)	31 (0,7%)	32 (0,7%)	29 (0,7%)
T1c	1.017 (24,3%)	1.029 (24,6%)	1.105 (24,8%)	1.090 (25,0%)	1.113 (25,8%)
T2	116 (2,8%)	100 (2,4%)	96 (2,2%)	117 (2,7%)	101 (2,3%)
T2a	359 (8,6%)	347 (8,3%)	455 (10,2%)	439 (10,1%)	428 (9,9%)
T2b	309 (7,4%)	269 (6,4%)	304 (6,8%)	279 (6,4%)	274 (6,4%)
T2c	244 (5,8%)	256 (6,1%)	295 (6,6%)	335 (7,7%)	326 (7,6%)
T3	366 (8,7%)	418 (10,0%)	458 (10,3%)	378 (8,7%)	352 (8,2%)
T3a	390 (9,3%)	381 (9,1%)	448 (10,0%)	425 (9,7%)	388 (9,0%)
T3b	424 (10,1%)	390 (9,3%)	411 (9,2%)	365 (8,4%)	360 (8,3%)
T4	240 (5,7%)	270 (6,5%)	247 (5,5%)	264 (6,0%)	221 (5,1%)
Tx	77 (1,8%)	64 (1,5%)	71 (1,6%)	112 (2,6%)	190 (4,4%)

	Diagnoseår				
	2024	2023	2022	2021	2020
N stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	441 (10,5%)	424 (10,1%)	427 (9,6%)	406 (9,3%)	475 (11,0%)
N0	2.871 (68,5%)	2.875 (68,7%)	3.118 (69,9%)	2.707 (62,0%)	1.896 (44,0%)
N1	691 (16,5%)	707 (16,9%)	661 (14,8%)	600 (13,7%)	567 (13,1%)
Nx	187 (4,5%)	178 (4,3%)	255 (5,7%)	655 (15,0%)	1.375 (31,9%)
M stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	274 (6,5%)	244 (5,8%)	249 (5,6%)	226 (5,2%)	250 (5,8%)
M0	3.104 (74,1%)	3.103 (74,2%)	3.357 (75,3%)	3.300 (75,5%)	2.695 (62,5%)
M1	812 (19,4%)	837 (20,0%)	855 (19,2%)	842 (19,3%)	770 (17,9%)
Mx	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	-	598 (13,9%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.
**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Active surveillance (kode ZZ4252B baseret på data fra LPR)

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

I såvel absolutte tal som for landsgennemsnittet pr 100.000 voksne mænd er der siden 2020 set et betydeligt fald i antallet af diagnosticerede patienter observeret i AS. Faldet i absolutte tal udgør en tredjedel fra 942 til 606, mens landsgennemsnittet pr 100.000 i samme periode er faldet fra 32 til 20 uden nogen større variation regionerne imellem.

Det påviste fald i antallet af patienter i AS tages som udtryk for effekten af den MR-baserede diagnostiske strategi, som også i studier er vist at reducere antallet af diagnosticerede med klinisk ikke betydende sygdom. Dette underbygges af tabellen, som viser at andelen af meget højt differentierede tumorer (Gleason score 6) siden 2020 er halveret fra 22% til 11%.

Aldersgruppen for AS ligger ligesom PSA-niveau stabilt de seneste år. Faldet i antallet med Gleason score 6 tumorer slog også igennem her og andelen af patienter i lav risiko, som undergik AS faldt fra 38% til 31% siden 2020, mens patienter i middel risikogruppe i samme tidsrum steg tilsvarende. Det sidste som udtryk for, at man med en MR- vurdering finder det forsvarligt at overvåge lidt mere aggressiv sygdom.

Som tegn på, at der fortsat er klinikere, som ved kodning ikke skelner mellem de to meget forskellige observationsformer AS og watchful waiting (WW), er der fortsat patienter i høj risikogruppe samt metastatisk sygdom som registreres observeret i regi af AS. Active surveillance skal til LPR kodes med ZZ4252B.

Bemærk at tabellens oplysninger om PSA og andre covariater er data fra diagnosetidspunktet.

	År for active surveillance				
	2024	2023	2022	2021	2020
Active surveillance	606	732	659	955	942
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	89	141	132	107	148
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	43	57	39	90	73
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	66	103	88	134	102
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	172	181	103	237	180
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	3	#	3	#	7
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	0	0	#	4
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	79	88	90	149	189
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	94	85	85	116	92
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	59	69	117	114	138
Regionshospital Nordjylland, RHN Urinvejskirurgi	#	#	#	3	6

	År for active surveillance				
	2024	2023	2022	2021	2020
Øvrige	#	5	#	3	3
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	20	25	22	33	32
Hovedstaden	16	24	21	24	26
Sjælland	14	22	18	30	25
Syddanmark	26	28	17	36	29
Midtjylland	25	26	26	39	43
Nordjylland	18	22	36	37	45
Alder på tidspunkt for AS					
Median (Q1;Q3)	68 (63,0;72,0)	68 (63,0;73,0)	68 (62,0;73,0)	68 (63,0;73,0)	68 (63,0;72,0)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (41,0;88,0)	68 (43,0;89,0)	67 (46,0;86,0)	68 (43,0;90,0)	67 (42,0;90,0)
PSA ved diagnose					
<4	85 (14,0%)	89 (12,2%)	72 (10,9%)	109 (11,4%)	103 (10,9%)
4-9	384 (63,4%)	454 (62,0%)	403 (61,2%)	559 (58,5%)	595 (63,2%)
10-20	103 (17,0%)	150 (20,5%)	144 (21,9%)	194 (20,3%)	177 (18,8%)
21-100	26 (4,3%)	30 (4,1%)	34 (5,2%)	65 (6,8%)	51 (5,4%)
>100	#	4 (0,5%)	#	14 (1,5%)	8 (0,8%)
Ukendt	#	5 (0,7%)	#	14 (1,5%)	8 (0,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	314 (51,8%)	426 (58,2%)	392 (59,5%)	560 (58,6%)	611 (64,9%)
2 (Gleason score 3+4)	253 (41,7%)	252 (34,4%)	230 (34,9%)	267 (28,0%)	223 (23,7%)
3 (Gleason score 4+3)	15 (2,5%)	17 (2,3%)	14 (2,1%)	51 (5,3%)	26 (2,8%)
4 (Gleason score 8)	4 (0,7%)	8 (1,1%)	#	16 (1,7%)	13 (1,4%)
5 (Gleason score 9+)	6 (1,0%)	11 (1,5%)	#	34 (3,6%)	21 (2,2%)
ISUP grad ikke defineret	14 (2,3%)	18 (2,5%)	19 (2,9%)	27 (2,8%)	48 (5,1%)
EAU risikovurdering					

	År for active surveillance				
	2024	2023	2022	2021	2020
Udenfor risikovurdering	10	7	#	14	14
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	17 (2,9%)	30 (4,1%)	25 (3,8%)	101 (10,7%)	104 (11,2%)
Ukendt	60 (10,1%)	66 (9,1%)	52 (7,9%)	62 (6,6%)	106 (11,4%)
Lav risiko	187 (31,4%)	270 (37,2%)	238 (36,2%)	342 (36,3%)	357 (38,5%)
Intermediær risiko	292 (49,0%)	319 (44,0%)	294 (44,7%)	349 (37,1%)	294 (31,7%)
Høj risiko	40 (6,7%)	40 (5,5%)	48 (7,3%)	87 (9,2%)	67 (7,2%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	423 (69,8%)	533 (72,8%)	476 (72,2%)	647 (67,7%)	647 (68,7%)
Score 1-2	149 (24,6%)	161 (22,0%)	148 (22,5%)	241 (25,2%)	242 (25,7%)
Score 3 eller derover	34 (5,6%)	38 (5,2%)	35 (5,3%)	67 (7,0%)	53 (5,6%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	17 (2,8%)	30 (4,1%)	25 (3,8%)	101 (10,6%)	104 (11,0%)
Ikke registreret	63 (10,4%)	68 (9,3%)	40 (6,1%)	45 (4,7%)	54 (5,7%)
T0	# (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T1	14 (2,3%)	27 (3,7%)	16 (2,4%)	21 (2,2%)	24 (2,5%)
T1a	18 (3,0%)	21 (2,9%)	19 (2,9%)	23 (2,4%)	33 (3,5%)
T1b	9 (1,5%)	7 (1,0%)	11 (1,7%)	10 (1,0%)	13 (1,4%)
T1c	335 (55,3%)	420 (57,4%)	383 (58,1%)	469 (49,1%)	471 (50,0%)
T2	11 (1,8%)	7 (1,0%)	7 (1,1%)	25 (2,6%)	25 (2,7%)
T2a	77 (12,7%)	88 (12,0%)	100 (15,2%)	152 (15,9%)	108 (11,5%)
T2b	22 (3,6%)	20 (2,7%)	18 (2,7%)	40 (4,2%)	31 (3,3%)
T2c	10 (1,7%)	15 (2,0%)	10 (1,5%)	21 (2,2%)	25 (2,7%)
T3	7 (1,2%)	6 (0,8%)	6 (0,9%)	10 (1,0%)	8 (0,8%)
T3a	# (0,3%)	3 (0,4%)	5 (0,8%)	17 (1,8%)	5 (0,5%)
T3b	# (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0,6%)	3 (0,3%)
T4	# (0,2%)	3 (0,4%)	#	#	#

	År for active surveillance				
	2024	2023	2022	2021	2020
Tx	17 (2,8%)	17 (2,3%)	#	#	#
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	17 (2,8%)	30 (4,1%)	25 (3,8%)	101 (10,6%)	104 (11,0%)
Ikke registreret	58 (9,6%)	56 (7,7%)	45 (6,8%)	57 (6,0%)	82 (8,7%)
N0	487 (80,4%)	602 (82,2%)	533 (80,9%)	512 (53,6%)	305 (32,4%)
N1	6 (1,0%)	5 (0,7%)	0 (0%)	8 (0,8%)	4 (0,4%)
Nx	38 (6,3%)	39 (5,3%)	56 (8,5%)	277 (29,0%)	447 (47,5%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	17 (2,8%)	30 (4,1%)	25 (3,8%)	101 (10,6%)	104 (11,0%)
Ikke registreret	32 (5,3%)	31 (4,2%)	23 (3,5%)	28 (2,9%)	43 (4,6%)
M0	550 (90,8%)	664 (90,7%)	603 (91,5%)	764 (80,0%)	514 (54,6%)
M1	#	#	#	8 (0,8%)	13 (1,4%)
Mx	#	#	#	54 (5,7%)	268 (28,5%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.
**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Radikal prostatektomi

Efter et fald på 200 radikalt opererede patienter fra 2022 til 2023, steg antallet i 2024 med 100 til i alt 1.082 indgreb. Landsgennemsnittet for opererede patienter pr. 100.000 mænd steg tilsvarende fra 33 til 36. Dette dog med meget store regionale variationer fra 42/100.000 i Region Hovedstaden og 22/100.000 i Region Sjælland.

I absolutte antal sås også interregionale variationer i både Region Hovedstaden og Region Midtjylland.

Medianalderen ved operation var uændret 68 år og patient- og kliniske karakteristika er stabile over tid. Dog er andelen af opererede i høj risikogruppe faldet til fordel for flere indgreb i gruppen med middelrisiko. Overraskende er 12 patienter oplyst opereret med metastatisk sygdom. Hos blot syv patienter blev indgrebet foretaget åbent, mens fordelingen af typen af nervesparende indgreb ved robotindgrebene lå uændret i forhold til de seneste år. Der blev således anvendt enkeltsidigt nervesparende teknik hos ca. halvdelen af patienterne og dobbeltsidigt nervesparende indgreb hos godt og vel 10%.

Bemærk at tabellens oplysninger om PSA og andre covariater er data fra diagnostidspunktet.

	År for prostatektomi				
	2024	2023	2022	2021	2020
Radikal prostatektomi (RP)	1.082	986	1.181	1.234	1.117
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	221	146	204	249	245
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	122	108	129	122	126
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	99	140	200	154	124
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgi	207	219	223	209	211
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	120	93	118	121	105
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	161	161	121	163	143
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	152	119	186	216	163
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	36	33	40	42	38
Hovedstaden	42	31	41	45	44
Sjælland	22	31	45	36	30
Syddanmark	31	32	32	31	32
Midtjylland	41	37	35	41	36
Nordjylland	44	36	54	66	51
Alder på operationstidspunkt					

	År for prostatektomi				
	2024	2023	2022	2021	2020
Median (Q1;Q3)	68 (62,5;72,2)	68 (62,5;72,1)	68 (62,5;72,0)	68 (63,1;72,2)	67 (62,4;71,6)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (39,2;82,3)	67 (39,2;81,4)	67 (43,9;83,5)	67 (42,4;79,7)	67 (40,4;79,8)
PSA ved diagnose					
<4	74 (6,8%)	59 (6,0%)	44 (3,7%)	59 (4,8%)	56 (5,0%)
4–9	623 (57,6%)	531 (53,9%)	649 (55,0%)	713 (57,8%)	622 (55,7%)
10–20	251 (23,2%)	264 (26,8%)	331 (28,0%)	291 (23,6%)	291 (26,1%)
21–100	120 (11,1%)	119 (12,1%)	131 (11,1%)	155 (12,6%)	129 (11,5%)
>100	#	#	3 (0,3%)	5 (0,4%)	#
Ukendt	#	#	23 (1,9%)	11 (0,9%)	#
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score –6)	176 (16,3%)	165 (16,7%)	204 (17,3%)	277 (22,4%)	276 (24,7%)
2 (Gleason score 3+4)	514 (47,5%)	454 (46,0%)	542 (45,9%)	524 (42,5%)	469 (42,0%)
3 (Gleason score 4+3)	231 (21,3%)	182 (18,5%)	212 (18,0%)	253 (20,5%)	211 (18,9%)
4 (Gleason score 8)	67 (6,2%)	57 (5,8%)	81 (6,9%)	75 (6,1%)	63 (5,6%)
5 (Gleason score 9+)	80 (7,4%)	92 (9,3%)	101 (8,6%)	80 (6,5%)	62 (5,6%)
ISUP grad ikke defineret	14 (1,3%)	36 (3,7%)	41 (3,5%)	25 (2,0%)	36 (3,2%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	24	22	20	28	44
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	54 (5,1%)	44 (4,6%)	74 (6,4%)	104 (8,6%)	146 (13,6%)
Ukendt	28 (2,6%)	37 (3,8%)	44 (3,8%)	33 (2,7%)	36 (3,4%)
Lav risiko	78 (7,4%)	66 (6,8%)	72 (6,2%)	110 (9,1%)	83 (7,7%)
Intermediær risiko	625 (59,1%)	527 (54,7%)	625 (53,8%)	580 (48,1%)	519 (48,4%)
Høj risiko	273 (25,8%)	290 (30,1%)	346 (29,8%)	379 (31,4%)	289 (26,9%)
Operationstype, RP					
Retropubisk RP	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)	# (0,1%)	#

	År for prostatektomi				
	2024	2023	2022	2021	2020
Retropubisk ikke nervesparende RP	3 (0,3%)	# (0,1%)	# (0,1%)	3 (0,2%)	0 (0%)
Retropubisk enkeltsidigt nervesparende RP	#	5 (0,5%)	6 (0,5%)	3 (0,2%)	3 (0,3%)
Retropubisk dobbeltsidigt nervesparende RP	#	# (0,2%)	# (0,1%)	# (0,1%)	#
Perkutan endoskopisk RP	91 (8,4%)	114 (11,6%)	114 (9,7%)	125 (10,1%)	82 (7,3%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	320 (29,6%)	301 (30,5%)	422 (35,7%)	459 (37,2%)	446 (39,9%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidigt nervesparende RP	519 (48,0%)	452 (45,8%)	472 (40,0%)	482 (39,1%)	419 (37,5%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende RP	145 (13,4%)	110 (11,2%)	165 (14,0%)	160 (13,0%)	166 (14,9%)
Charlson comorbidity index (v/ RP)					
Score 0	787 (72,7%)	706 (71,6%)	872 (73,8%)	895 (72,5%)	808 (72,3%)
Score 1-2	260 (24,0%)	246 (24,9%)	267 (22,6%)	293 (23,7%)	262 (23,5%)
Score 3 eller derover	35 (3,2%)	34 (3,4%)	42 (3,6%)	46 (3,7%)	47 (4,2%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	54 (5,0%)	44 (4,5%)	74 (6,3%)	104 (8,4%)	146 (13,1%)
Ikke registreret	202 (18,7%)	178 (18,1%)	186 (15,7%)	171 (13,9%)	189 (16,9%)
T0	0 (0%)	# (0,2%)	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)
T1	20 (1,8%)	22 (2,2%)	17 (1,4%)	22 (1,8%)	23 (2,1%)
T1a	7 (0,6%)	# (0,2%)	# (0,2%)	4 (0,3%)	# (0,1%)
T1b	0 (0%)	7 (0,7%)	4 (0,3%)	6 (0,5%)	# (0,2%)
T1c	399 (36,9%)	324 (32,9%)	401 (34,0%)	394 (31,9%)	293 (26,2%)
T2	40 (3,7%)	24 (2,4%)	20 (1,7%)	33 (2,7%)	24 (2,1%)
T2a	153 (14,1%)	131 (13,3%)	207 (17,5%)	153 (12,4%)	144 (12,9%)
T2b	95 (8,8%)	99 (10,0%)	97 (8,2%)	111 (9,0%)	88 (7,9%)
T2c	50 (4,6%)	79 (8,0%)	78 (6,6%)	103 (8,3%)	100 (9,0%)
T3	11 (1,0%)	10 (1,0%)	18 (1,5%)	21 (1,7%)	12 (1,1%)
T3a	17 (1,6%)	29 (2,9%)	38 (3,2%)	54 (4,4%)	39 (3,5%)

	År for prostatektomi				
	2024	2023	2022	2021	2020
T3b	18 (1,7%)	23 (2,3%)	16 (1,4%)	30 (2,4%)	20 (1,8%)
T4	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	#	0 (0%)
Tx	16 (1,5%)	12 (1,2%)	22 (1,9%)	#	36 (3,2%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	54 (5,0%)	44 (4,5%)	74 (6,3%)	104 (8,4%)	146 (13,1%)
Ikke registreret	132 (12,2%)	154 (15,6%)	187 (15,8%)	188 (15,2%)	189 (16,9%)
N0	833 (77,0%)	723 (73,3%)	797 (67,5%)	729 (59,1%)	382 (34,2%)
N1	14 (1,3%)	14 (1,4%)	13 (1,1%)	17 (1,4%)	42 (3,8%)
Nx	49 (4,5%)	51 (5,2%)	110 (9,3%)	196 (15,9%)	358 (32,1%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	54 (5,0%)	44 (4,5%)	74 (6,3%)	104 (8,4%)	146 (13,1%)
Ikke registreret	26 (2,4%)	25 (2,5%)	41 (3,5%)	22 (1,8%)	20 (1,8%)
M0	978 (90,4%)	889 (90,2%)	1.042 (88,2%)	1.057 (85,7%)	785 (70,3%)
M1	12 (1,1%)	12 (1,2%)	7 (0,6%)	13 (1,1%)	4 (0,4%)
Mx	12 (1,1%)	16 (1,6%)	17 (1,4%)	38 (3,1%)	162 (14,5%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.
**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Strålebehandling (36+fraktioner)

Efter man i 2023 havde oplevet en stigning på 13% og dermed det højeste antal behandlinger de seneste 5 år, fladt antallet af primært strålebehandlede patienter fra 761 til 707. Til trods for det overordnede fald sås en signifikant stigning af strålebehandlede på Sygehus Lillebælt (Vejle) fra 126 til 186, mens afdelingen tilbage i 2020 blot strålebehandlede 64 patienter. Antallet i 2024 var dermed i Vejle dobbelt så stort som i Odense. Det laveste antal konventionelle strålebehandlinger sås efter en halvering i forhold til året før i Region Nordjylland med 35 patienter.

Den store regionale variation afspejledes tydeligt af antallet af strålebehandlede pr 100.000 mænd. Alt imens landsgennemsnittet lå på 24/100.000 toppede Region Syddanmark efter en kraftig stigning til 38, mens man i Nordjylland behandlede 10/100.000.

På Dansk Center for Partikelterapi i Aarhus modtog 10 patienter behandling i 2024 til sammenligning med 22 patienter i 2023.

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

På Herlev-Gentofte Hospital og Aarhus universitetshospital tilbydes to meget forskellige former for internbestråling (brachyterapi) til to tilsvarende meget forskellige mindre patientkategorier. På Herlev-Gentofte Hospital er antallet af low-dose behandlinger med installering af radioaktive korn med 95 patienter tredoblet siden 2020, mens high-dose behandlinger i Aarhus med anvendelse af en intern højradioaktiv kilde i samme periode steg fra 13 til 28. Nogle af de sidstnævnte behandlinger foretages i protokolregi til patienter med lokalt recidiv efter tidligere primær stråleterapi. Generelt var det altovervejende patienter med bopæl i de to behandelende regioner, som fik tilbudt brachyterapi.

Der efterlyses fortsat en større opmærksomhed på anvendelse af den behandlingsspecifikke strålekode (BWG+ZPZA02C) fremfor basering på beregning ud fra antal strålefraktioner.

Bemærk at tabellens oplysninger om PSA og andre covariater er data fra diagnosetidspunktet.

	År for første strålebehandling				
	2024	2023	2022	2021	2020
Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)	707	761	677	551	589
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	78	82	89	77	85
Rigshospitalet, Afdeling for Kræftbehandling ONK	62	52	62	59	50
Sjællands Universitetshospital, ROS Klin. Onkologi – Overafdeling	74	91	147	103	135
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Onkologisk Afdeling R (Odense)	90	113	42	58	59
Sygehus Lillebælt, SLB Stråleterapi (Vejle)	183	126	86	71	64
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	10	22	6	0	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	175	201	209	152	161
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	35	74	36	31	35

	År for første strålebehandling				
	2024	2023	2022	2021	2020
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	24	26	23	19	20
Hovedstaden	17	16	19	16	16
Sjælland	18	26	31	22	31
Syddanmark	38	30	18	19	17
Midtjylland	27	33	33	24	26
Nordjylland	10	22	12	10	11
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	72 (67,0;75,8)	72 (67,3;75,5)	73 (68,3;75,9)	71 (66,8;74,6)	71 (67,0;74,8)
Gennemsnit (Min;Max)	71 (43,9;88,2)	71 (48,8;85,8)	71 (50,2;87,0)	70 (47,3;87,8)	70 (47,8;81,4)
PSA ved diagnose					
<4	18 (2,5%)	26 (3,4%)	22 (3,2%)	19 (3,4%)	14 (2,4%)
4-9	228 (32,2%)	241 (31,7%)	207 (30,6%)	175 (31,8%)	169 (28,7%)
10-20	192 (27,2%)	196 (25,8%)	194 (28,7%)	150 (27,2%)	186 (31,6%)
21-100	243 (34,4%)	246 (32,3%)	224 (33,1%)	188 (34,1%)	204 (34,6%)
>100	17 (2,4%)	44 (5,8%)	27 (4,0%)	16 (2,9%)	#
Ukendt	9 (1,3%)	8 (1,1%)	3 (0,4%)	3 (0,5%)	#
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	57 (8,1%)	75 (9,9%)	73 (10,8%)	64 (11,6%)	54 (9,2%)
2 (Gleason score 3+4)	198 (28,0%)	180 (23,7%)	197 (29,1%)	165 (29,9%)	145 (24,6%)
3 (Gleason score 4+3)	196 (27,7%)	199 (26,1%)	187 (27,6%)	147 (26,7%)	163 (27,7%)
4 (Gleason score 8)	83 (11,7%)	83 (10,9%)	62 (9,2%)	67 (12,2%)	84 (14,3%)
5 (Gleason score 9+)	163 (23,1%)	200 (26,3%)	138 (20,4%)	94 (17,1%)	110 (18,7%)

	År for første strålebehandling				
	2024	2023	2022	2021	2020
ISUP grad ikke defineret	10 (1,4%)	24 (3,2%)	20 (3,0%)	14 (2,5%)	33 (5,6%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	79	79	48	32	35
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	27 (4,3%)	27 (4,0%)	21 (3,3%)	34 (6,6%)	43 (7,8%)
Ukendt	7 (1,1%)	12 (1,8%)	12 (1,9%)	#	#
Lav risiko	19 (3,0%)	33 (4,8%)	23 (3,7%)	#	#
Intermediær risiko	145 (23,1%)	145 (21,3%)	149 (23,7%)	107 (20,6%)	111 (20,0%)
Høj risiko	430 (68,5%)	465 (68,2%)	424 (67,4%)	360 (69,4%)	385 (69,5%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	450 (63,6%)	449 (59,0%)	423 (62,5%)	334 (60,6%)	379 (64,3%)
Score 1-2	199 (28,1%)	252 (33,1%)	203 (30,0%)	164 (29,8%)	165 (28,0%)
Score 3 eller derover	58 (8,2%)	60 (7,9%)	51 (7,5%)	53 (9,6%)	45 (7,6%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	27 (3,8%)	27 (3,5%)	21 (3,1%)	34 (6,2%)	43 (7,3%)
Ikke registreret	34 (4,8%)	43 (5,7%)	22 (3,2%)	18 (3,3%)	25 (4,2%)
T0	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)
T1	4 (0,6%)	3 (0,4%)	9 (1,3%)	10 (1,8%)	3 (0,5%)
T1a	#	# (0,3%)	# (0,3%)	#	#
T1b	#	# (0,1%)	3 (0,4%)	#	#
T1c	118 (16,7%)	134 (17,6%)	107 (15,8%)	71 (12,9%)	85 (14,4%)
T2	19 (2,7%)	21 (2,8%)	10 (1,5%)	13 (2,4%)	9 (1,5%)
T2a	47 (6,6%)	64 (8,4%)	63 (9,3%)	43 (7,8%)	45 (7,6%)
T2b	59 (8,3%)	48 (6,3%)	50 (7,4%)	31 (5,6%)	31 (5,3%)

	År for første strålebehandling				
	2024	2023	2022	2021	2020
T2c	45 (6,4%)	46 (6,0%)	43 (6,4%)	36 (6,5%)	69 (11,7%)
T3	82 (11,6%)	101 (13,3%)	83 (12,3%)	62 (11,3%)	48 (8,1%)
T3a	88 (12,4%)	112 (14,7%)	123 (18,2%)	109 (19,8%)	102 (17,3%)
T3b	149 (21,1%)	139 (18,3%)	109 (16,1%)	90 (16,3%)	100 (17,0%)
T4	21 (3,0%)	17 (2,2%)	22 (3,2%)	20 (3,6%)	9 (1,5%)
Tx	9 (1,3%)	3 (0,4%)	9 (1,3%)	13 (2,4%)	18 (3,1%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	27 (3,8%)	27 (3,5%)	21 (3,1%)	34 (6,2%)	43 (7,3%)
Ikke registreret	34 (4,8%)	53 (7,0%)	26 (3,8%)	23 (4,2%)	50 (8,5%)
N0	552 (78,1%)	588 (77,3%)	544 (80,4%)	393 (71,3%)	309 (52,5%)
N1	75 (10,6%)	67 (8,8%)	36 (5,3%)	22 (4,0%)	28 (4,8%)
Nx	19 (2,7%)	26 (3,4%)	50 (7,4%)	79 (14,3%)	159 (27,0%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	27 (3,8%)	27 (3,5%)	21 (3,1%)	34 (6,2%)	43 (7,3%)
Ikke registreret	12 (1,7%)	12 (1,6%)	10 (1,5%)	14 (2,5%)	22 (3,7%)
M0	649 (91,8%)	697 (91,6%)	621 (91,7%)	474 (86,0%)	455 (77,2%)
M1	16 (2,3%)	22 (2,9%)	19 (2,8%)	12 (2,2%)	10 (1,7%)
Mx	3 (0,4%)	3 (0,4%)	6 (0,9%)	17 (3,1%)	59 (10,0%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.
**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Brachyterapi

Se tekst om strålebehandling.

	År for brachyterapi				
	2024	2023	2022	2021	2020
Brachyterapi	130	102	61	64	50
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	95	73	39	49	34
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	6	#	4	5	0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	#	0	0	#	#
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	0	#	0	0	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	28	26	17	8	13
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	0	0	#	0	0
Hospitalsenheden Vest, Urinvejskirurgisk Afdeling	0	0	0	#	#
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	0	#	0	0	0
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	0	0	0	0	#
Bopælsregion ved diagnose					
Hovedstaden	63	42	31	40	20
Midtjylland	32	28	18	10	14
Nordjylland	4	10	0	0	#
Sjælland	17	14	7	7	12
Syddanmark	13	7	3	6	#
Ukendt	#	#	#	#	0
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	4	3	2	2	2
Hovedstaden	8	5	4	5	3

	År for brachyterapi				
	2024	2023	2022	2021	2020
Sjælland	4	3	1	1	3
Syddanmark	2	1	0	1	0
Midtjylland	5	4	3	1	2
Nordjylland	1	3	.	.	1
Brachyterapi, type					
Low dose	102 (78,5%)	76 (74,5%)	44 (72,1%)	56 (87,5%)	37 (74,0%)
High dose	28 (21,5%)	26 (25,5%)	17 (27,9%)	8 (12,5%)	13 (26,0%)
Alder på tidspunkt for brachyterapi					
Median (Q1;Q3)	66 (61,2;71,1)	66 (60,8;69,8)	65 (60,7;69,2)	65 (59,1;70,8)	64 (60,8;70,3)
Gennemsnit (Min;Max)	66 (44,3;82,1)	65 (38,9;77,6)	65 (51,4;77,6)	65 (53,6;76,8)	65 (51,7;75,3)
PSA ved diagnose					
<4	11 (8,5%)	4 (3,9%)	3 (4,9%)	5 (7,8%)	3 (6,0%)
4-9	84 (64,6%)	62 (60,8%)	33 (54,1%)	41 (64,1%)	27 (54,0%)
10-20	23 (17,7%)	23 (22,5%)	15 (24,6%)	11 (17,2%)	14 (28,0%)
21-100	8 (6,2%)	11 (10,8%)	10 (16,4%)	4 (6,3%)	6 (12,0%)
>100	0 (0%)	# (1,0%)	0 (0%)	# (3,1%)	0 (0%)
Ukendt	4 (3,1%)	# (1,0%)	0 (0%)	# (1,6%)	0 (0%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	27 (20,8%)	13 (12,7%)	6 (9,8%)	7 (10,9%)	9 (18,0%)
2 (Gleason score 3+4)	81 (62,3%)	73 (71,6%)	42 (68,9%)	47 (73,4%)	32 (64,0%)
3 (Gleason score 4+3)	12 (9,2%)	10 (9,8%)	3 (4,9%)	3 (4,7%)	5 (10,0%)
4 (Gleason score 8)	3 (2,3%)	# (1,0%)	0 (0%)	#	3 (6,0%)
5 (Gleason score 9+)	#	#	#	#	#
ISUP grad ikke defineret	#	#	#	#	#
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	0	0	#	#	3

	År for brachyterapi				
	2024	2023	2022	2021	2020
Risikovurderede:					
Ukendt	17 (13,1%)	6 (5,9%)	# (3,3%)	# (3,2%)	#
Lav risiko	8 (6,2%)	7 (6,9%)	0 (0%)	4 (6,3%)	#
Intermediær risiko	92 (70,8%)	74 (72,5%)	44 (73,3%)	44 (69,8%)	34 (72,3%)
Høj risiko	13 (10,0%)	15 (14,7%)	14 (23,3%)	13 (20,6%)	9 (19,1%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	100 (76,9%)	72 (70,6%)	42 (68,9%)	49 (76,6%)	41 (82,0%)
Score 1-2	26 (20,0%)	23 (22,5%)	15 (24,6%)	11 (17,2%)	9 (18,0%)
Score 3 eller derover	4 (3,1%)	7 (6,9%)	4 (6,6%)	4 (6,3%)	0 (0%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.
**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Salvage strålebehandling

Antallet af patienter, som tilbydes stråleterapi af prostatalejet ved biokemisk recidiv efter radikal prostatektomi, har været jævnt stigende de seneste år og med et spring fra 133 behandlinger i 2013 til 175 i 2024 har der været en stigning på over 60% siden 2020. Salvage strålebestråling tilbydes dermed gennemsnitligt 6 mod tidligere 4 patienter pr. 100.000 mænd. På regionalt niveau spænder raten mellem 4 i region Midtjylland og Sjælland og 9 per 100.000 i Region Syddanmark, hvor både Odense og Vejle ligger blandt de mest behandlende i landet.

Med en uændret medianalder ved behandling på 69 år bestråles recidivet generelt allerede 1 år efter det oprindelige operative indgreb (68 år).

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

Da man generelt ikke anvender den behandlingsspecifikke kode for salvage stråleterapi (BWG+ZPZA02A), bygger data på strålebehandling med mellem 30 – 36 fraktioner og den dertil hørende usikkerhed.

	År for første strålebehandling				
	2024	2023	2022	2021	2020
Salvage strålebehandling (30 – 36 gange)	175	133	138	134	105
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	33	19	30	25	36
Rigshospitalet, Afdeling for Kræftbehandling ONK	18	14	12	15	12
Sjællands Universitetshospital, ROS Klin. Onkologi – Overafdeling	17	17	28	20	#
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Onkologisk Afdeling R (Odense)	31	23	27	23	21
Sygehus Lillebælt, SLB Stråleterapi (Vejle)	33	22	10	25	9
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	0	#	0	0	#
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	27	#	17	14	15
Aalborg Universitetshospital, Alb Onkologisk Område	16	12	14	12	10
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	6	5	5	5	4
Hovedstaden	6	4	5	5	6
Sjælland	4	4	6	4	1
Syddanmark	9	7	6	7	4
Midtjylland	4	4	3	2	2

	År for første strålebehandling				
	2024	2023	2022	2021	2020
Nordjylland	6	4	4	4	3
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	69 (65,3;72,8)	69 (63,6;73,0)	69 (64,1;72,9)	69 (64,6;73,3)	69 (64,7;73,0)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (46,6;79,5)	68 (48,1;79,7)	68 (46,1;81,0)	68 (44,3;78,8)	68 (50,8;77,7)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

Watchful waiting

Antallet af patienter, som observeres i regi af watchful waiting (WW) og afventer evt. senere endokrinterapi, har varieret en smule over årene, men med en vigende tendens. Det årligt antal WW-patienter er siden 2020 faldet fra 811 til 673 og med 25% pr 100.000 mænd (fra 30 til 22). Dog er antallet i Region Nordjylland i samme periode steget med en tredjedel fra 76 til 116 patienter og topper dermed antal WW-observationer pr 100.000 med 37 sammenlignet med 17 i Region Sjælland og Region Midtjylland. Der ses således en såvel intra- som interregional variation i antallet af patienter, som undergår WW.

Koden for watchful waiting er ZZ4252A og må ikke forveksles med active surveillance (ZZ4252B).

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

	År for Watchful waiting				
	2024	2023	2022	2021	2020
Watchful waiting	673	782	683	789	811
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	132	138	113	103	131
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	48	47	81	132	106
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	87	147	77	122	132
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	60	75	22	16	22
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	67	79	43	100	87
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	27	22	20	29	26
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	0	0	6	8
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	68	76	87	106	129
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	57	65	84	82	66
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	116	113	125	77	76
Regionshospital Nordjylland, RHN Urinvejskirurgi	11	20	31	16	#
Øvrige	0	0	0	0	#
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	22	26	23	28	30
Hovedstaden	22	22	24	27	29

	År for Watchful waiting				
	2024	2023	2022	2021	2020
Sjælland	17	30	17	31	33
Syddanmark	22	25	13	23	23
Midtjylland	17	20	26	30	32
Nordjylland	37	40	47	30	34
Alder på tidspunkt for WW					
Median (Q1;Q3)	77 (74,0;80,0)	77 (74,0;80,0)	77 (74,0;80,0)	77 (73,0;80,0)	76 (73,0;79,0)
Gennemsnit (Min;Max)	76 (51,0;94,0)	76 (55,0;95,0)	77 (53,0;97,0)	76 (46,0;92,0)	75 (52,0;92,0)
PSA ved diagnose					
<4	41 (6,1%)	34 (4,3%)	41 (6,0%)	38 (4,8%)	39 (4,8%)
4-9	293 (43,5%)	316 (40,4%)	270 (39,5%)	312 (39,5%)	347 (42,8%)
10-20	193 (28,7%)	230 (29,4%)	194 (28,4%)	222 (28,1%)	209 (25,8%)
21-100	116 (17,2%)	155 (19,8%)	128 (18,7%)	168 (21,3%)	148 (18,2%)
>100	6 (0,9%)	12 (1,5%)	14 (2,0%)	22 (2,8%)	17 (2,1%)
Ukendt	24 (3,6%)	35 (4,5%)	36 (5,3%)	27 (3,4%)	51 (6,3%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	183 (27,2%)	214 (27,4%)	208 (30,5%)	239 (30,3%)	293 (36,1%)
2 (Gleason score 3+4)	287 (42,6%)	314 (40,2%)	247 (36,2%)	266 (33,7%)	282 (34,8%)
3 (Gleason score 4+3)	83 (12,3%)	118 (15,1%)	94 (13,8%)	135 (17,1%)	105 (12,9%)
4 (Gleason score 8)	31 (4,6%)	31 (4,0%)	36 (5,3%)	45 (5,7%)	42 (5,2%)
5 (Gleason score 9+)	61 (9,1%)	58 (7,4%)	67 (9,8%)	71 (9,0%)	54 (6,7%)
ISUP grad ikke defineret	28 (4,2%)	47 (6,0%)	31 (4,5%)	33 (4,2%)	35 (4,3%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	12	26	24	27	17
Risikovurderede:					
(Diagnose før 2019)	143 (21,6%)	158 (20,9%)	188 (28,5%)	227 (29,8%)	316 (39,8%)
Ukendt	20 (3,0%)	28 (3,7%)	26 (3,9%)	23 (3,0%)	21 (2,6%)

	År for Watchful waiting				
	2024	2023	2022	2021	2020
Lav risiko	48 (7,3%)	66 (8,7%)	55 (8,3%)	63 (8,3%)	64 (8,1%)
Intermediær risiko	261 (39,5%)	294 (38,9%)	201 (30,5%)	240 (31,5%)	209 (26,3%)
Høj risiko	189 (28,6%)	210 (27,8%)	189 (28,7%)	209 (27,4%)	184 (23,2%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	347 (51,6%)	433 (55,4%)	404 (59,2%)	420 (53,2%)	446 (55,0%)
Score 1-2	239 (35,5%)	265 (33,9%)	196 (28,7%)	260 (33,0%)	258 (31,8%)
Score 3 eller derover	87 (12,9%)	84 (10,7%)	83 (12,2%)	109 (13,8%)	107 (13,2%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	143 (21,2%)	158 (20,2%)	188 (27,5%)	227 (28,8%)	316 (39,0%)
Ikke registreret	58 (8,6%)	63 (8,1%)	39 (5,7%)	45 (5,7%)	42 (5,2%)
T0	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)
T1	11 (1,6%)	12 (1,5%)	11 (1,6%)	13 (1,6%)	22 (2,7%)
T1a	12 (1,8%)	14 (1,8%)	13 (1,9%)	13 (1,6%)	8 (1,0%)
T1b	7 (1,0%)	10 (1,3%)	10 (1,5%)	9 (1,1%)	15 (1,8%)
T1c	163 (24,2%)	199 (25,4%)	149 (21,8%)	176 (22,3%)	158 (19,5%)
T2	14 (2,1%)	21 (2,7%)	14 (2,0%)	23 (2,9%)	14 (1,7%)
T2a	80 (11,9%)	92 (11,8%)	73 (10,7%)	95 (12,0%)	65 (8,0%)
T2b	58 (8,6%)	85 (10,9%)	50 (7,3%)	56 (7,1%)	45 (5,5%)
T2c	44 (6,5%)	51 (6,5%)	49 (7,2%)	57 (7,2%)	43 (5,3%)
T3	35 (5,2%)	22 (2,8%)	37 (5,4%)	24 (3,0%)	20 (2,5%)
T3a	21 (3,1%)	26 (3,3%)	29 (4,2%)	24 (3,0%)	24 (3,0%)
T3b	9 (1,3%)	16 (2,0%)	9 (1,3%)	9 (1,1%)	7 (0,9%)
T4	3 (0,4%)	#	#	7 (0,9%)	6 (0,7%)
Tx	15 (2,2%)	#	#	11 (1,4%)	26 (3,2%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	143 (21,2%)	158 (20,2%)	188 (27,5%)	227 (28,8%)	316 (39,0%)
Ikke registreret	58 (8,6%)	57 (7,3%)	38 (5,6%)	53 (6,7%)	57 (7,0%)

	År for Watchful waiting				
	2024	2023	2022	2021	2020
NO	422 (62,7%)	463 (59,2%)	342 (50,1%)	344 (43,6%)	212 (26,1%)
N1	8 (1,2%)	15 (1,9%)	13 (1,9%)	12 (1,5%)	11 (1,4%)
Nx	42 (6,2%)	89 (11,4%)	102 (14,9%)	153 (19,4%)	215 (26,5%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	143 (21,2%)	158 (20,2%)	188 (27,5%)	227 (28,8%)	316 (39,0%)
Ikke registreret	35 (5,2%)	29 (3,7%)	23 (3,4%)	37 (4,7%)	33 (4,1%)
M0	482 (71,6%)	560 (71,6%)	443 (64,9%)	467 (59,2%)	343 (42,3%)
M1	6 (0,9%)	21 (2,7%)	17 (2,5%)	22 (2,8%)	13 (1,6%)
Mx	7 (1,0%)	14 (1,8%)	12 (1,8%)	36 (4,6%)	106 (13,1%)

*Opgjort for mænd med bopæl i en af de fem regioner ved diagnose.
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.
**ISUP (International Society of Urological Pathology): prostatacancer graderingssystem.

Anden behandling

Endokrin terapi og anden medicinsk behandling:

På relativ kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativ mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Hertil kommer, at man særligt hos patienter med hormonsensitiv metastatisk sygdom (mHSPC) vidtgående har forladt monoterapi til fordel for dobbelt og triple-behandlinger. Tabellen rummer en meget stor og omkostningstung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket det, med de forhåndenværende data, på ingen måde er mulig at bedømme hverken kvaliteten eller effekten af. Der implementeres aktuelt nye indikatorer i forhold til de medicinske behandlinger i den hormonsensitive metastatiske sygdomsfase.

Overblikket over de mangfoldige og ofte langvarige medicinske behandlingsforløb hos patienter med dissemineret sygdom, arten heraf, tidspunkt i sygdomsforløbet, frekvensen og kombinationer af behandlinger forudsætter en korrekt stadié- og behandlingsspecifik kodning. Kastrationsresistent sygdom (CRPC) skal kodes med "Z" (DC61.9Z). Herudover har de enkelte behandlinger hver sin kode, f.eks. abirateron: BWHC50, enzalutamid: BWHC51 og docetaxel: BWHA208.

Da efterhånden det meste af behandlingsrepertoiret inkl. lokal stråleterapi kan anvendes i kombination med kastrationsbehandling ved såvel sygdomsstadiet mHSPC som CRPC, er det databasens ambition at skabe et reelt behandlingsoverblik over, hvem der behandles i henhold til de landsdækkende kliniske retningslinjer samt effekten heraf. Den gennem mange år lovede adgang til Sygehusmedicinregistret forventes en gang i fremtiden at bibringe mulighed for komplette medicinske behandlingsdata, og dermed nye muligheder for reel kvalitetsovervågning af området.

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

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

Anvendelse af medicinsk knogleprofylakse udgøres altovervejende med denosumab. Over halvdelen heraf anvendes i Region Midtjylland, hvor alle i kastrationsbehandling i udgangspunktet ligesom i Region Nord tilbydes denne knogleprofylakse. Meget få patienter i regionerne Syddanmark og Sjælland tilbydes denne knogleprofylakse.

2024

Behandling startet 2024	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.114	259	10	320	392	133
GNRH analog	2.288	575	317	784	389	223
GNRH antagonist	63	47	0	15	#	0
Orchiectomi	57	14	4	28	#	#
Abirateron	1.342	335	152	382	313	160
Enzalutamid	237	52	64	43	46	32
Apalutamid	78	33	22	7	5	11
Darolutamid	121	48	27	19	17	10
Docetaxel	531	126	92	160	110	43
Cabazitaxel	274	63	48	87	56	20
Bisfosfonat	292	36	77	108	54	15
Denosumab	798	163	37	19	446	133
Radium-223	58	18	6	17	16	#
Forsøgsmedicin	8	0	0	0	8	0

2023

Behandling startet 2023	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.034	249	38	230	383	133
GNRH analog	2.370	585	469	647	393	276
GNRH antagonist	108	52	0	55	0	0
Orchiectomi	44	18	5	6	9	6
Abirateron	1.485	394	220	351	391	129
Enzalutamid	348	70	87	83	79	29
Apalutamid	49	16	12	11	5	5
Darolutamid	80	12	28	16	7	17
Docetaxel	551	112	95	164	131	49
Cabazitaxel	282	83	55	62	56	26
Bisfosfonat	228	41	65	71	46	5
Denosumab	917	177	50	38	474	178
Radium-223	48	15	10	20	#	#
Forsøgsmedicin	9	0	0	0	#	#

Beskrivelse af sygdomsområdet

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

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

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

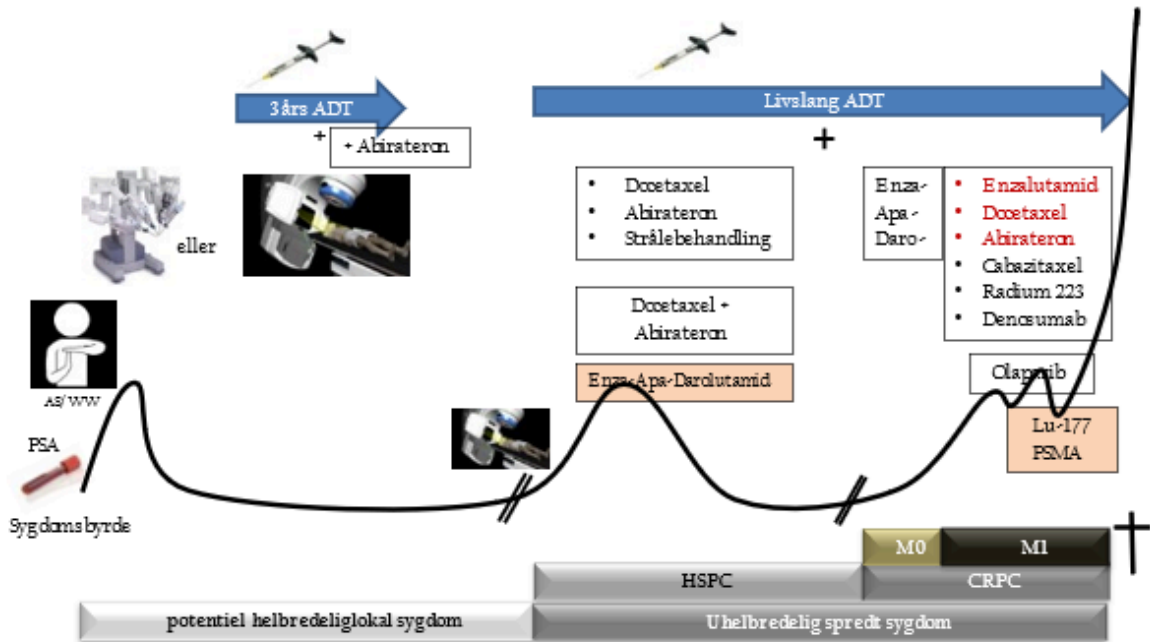
I Danmark udføres årligt omkring 1.000 radikale prostatektomier. Dette gøres i dag for praktiske formål udelukkende ved hjælp af såkaldt robotkirurgi, hvor prostata og sædblærer fjernes med efterfølgende sammensyning af blærehals og urinrør, evt. suppleret med fjernelse af regionale bækken-lymfeknuder.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

Den eksterne strålebehandling tilbydes årligt omkring 700 patienter og er ved aggressive tilfælde kombineret med tre års medicinsk kastrationsbehandling samt abirateron. Patienterne er som udgangspunkt typisk lidt ældre, lidt mere komorbide og i højere risikogruppe sammenlignet med operationspatienterne. Ved biokemisk tilbagefald efter operation, kan patienter uden tegn til dissemineret sygdom typisk tilbydes salvage strålebehandling mod prostatalejet.

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

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

Behandlingsforløb



Datakomplethed og dækningsgrad

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

Cancerregisteret kan anvendes som grundlag for opgørelse af et forventet antal nye diagnoser pr. år. I 2023 havde databasen 4.156 nye tilfælde, hvilket er 94% af den samlede incidens i året ifølge Cancerregisteret (4.404 tilfælde). Det er forventeligt, at der er prostatacancerdiagnoser i Cancerregisteret, der ikke er patologisk verificeret, fx for en person med biokemiske mål og radiologisk undersøgelse som viser klare tegn på prostatakræft, men hvor der ikke foreligger en vævsprøve.

Databasens dækningsgrad opfylder med stor sandsynlighed det fastsatte mål på 95%.

Population og indikatorer

I DAPROCAdata inkluderes patienter med en første prostatacancerdiagnose ifølge Landsregisteret for Patologi.

Inklusionskriterier

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

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

ELLER

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

Eksklusionskriterier

Patienter, der opfylder følgende kriterier ekskluderes:

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

Patienter med erstatnings cpr-nummer.

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

Tilskrivning af indikatorer

Indikatorerne tilskrives den primære urologiske afdeling i Landspatientregisteret, defineret som den afdeling med specialekode 35, hvor patienten er set først.

Indikatorerne tilskrives den afdeling med speciale i urologi, hvor patienten er set først, jævnfør Landspatientregistret. Er patienten ikke set på en urologisk afdeling afreporteres på den afdeling, der er rekvirerende afdeling for den diagnosegivende biopsi, jævnfør Patologiregistret. For Indikator 1 rapporteres på afdelingen ansvarlig for TRUS-biopsi.

Kodeark

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

Algoritmer

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