



Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Dansk Prostatacancer Database

Daproca Årsrapport 2025

Offentliggjort 26. juni 2026

Årets Resultater

Konklusioner og anbefalinger

Implementeringen af transperineal biopsiadgang (Indikator 2) er i 2025 tæt på fuld gennemførelse på landsplan og udgør nu standardmetoden. Dette har haft en direkte og vedvarende effekt på komplikationsniveauet, idet andelen af patienter med indlæggelse efter biopsi (Indikator 1) er reduceret til omkring 1% og dermed fastholdt på et meget lavt niveau. Resultatet er opnået uden rutinemæssig antibiotisk profylakse og repræsenterer en væsentlig kvalitetsforbedring. Den manglende målopfyldelse i en enkelt region peger dog på et fortsat implementeringspotentiale. Det anbefales derimod at afvikle indikator 1.

Den diagnostiske MR-strategi er implementeret hurtigt og bredt og har fundamentalt ændret udredningen af prostatacancer (Indikator 8). Trods den markante fremgang opfyldes udviklingsmålet fortsat ikke på landsplan, og der ses vedvarende regional variation, som sandsynligvis afspejler forskelle i kapacitet og organisering. Samtidig er indberetningen af PI-RADS score (Indikator 9) fortsat utilstrækkelig og begrænser mulighederne for egentlig kvalitetsmonitorering af MR-strategien. Det anbefales at prioritere ensartet implementering af MR på tværs af regioner samt at accelerere udviklingen af automatiseret datafangst (aktuelt RSI-projekt: AI-Precision Prostate.dk / se temaindlæg), så bl.a. en klinisk meningsfuld indikator baseret på PI-RADS og PSA-densitet kan etableres.

For de kirurgiske outcome-indikatorer (kirurgiske marginer) ses en mindre gunstig udvikling. Andelen af tumorpositive resektionsrande ligger fortsat over udviklingsmålene for både pT2- og pT3-sygdom (Indikator 3 og 4), og for pT3 ses tilmed en stigende tendens. Samtidig er der betydelig variation mellem regioner og afdelinger, herunder en markant afvigelse på afdelingsniveau. Dette indikerer, at forskelle i patientseleksion, præoperativ staging og kirurgisk teknik fortsat har betydning for resultatet. Det anbefales at styrke lokal audit og systematisk gennemgang af kirurgiske forløb samt at standardisere patologisk rapportering af resektionsrandens omfang for at øge indikatorernes kliniske anvendelighed.

Den perioperative kvalitet målt ved alvorlige komplikationer (Indikator 5) er forbedret markant, med en halvering siden sidste år og et niveau klart under udviklingsmålet. Dette indikerer en bred kvalitetsforbedring på tværs af landet. Samtidig ses en stigende andel af patienter med høriskosygdom, der modtager kurativ behandling – både blandt patienter under og over 75 år (Indikator 6 og 7) – om end med betydelig regional variation, særligt hos ældre patienter. Dette afspejler et område med betydelig klinisk kompleksitet. Det anbefales at fastholde monitorering af komplikationer samt at arbejde mod større ensartethed i behandlingsbeslutninger, herunder med fokus på læring fra regioner med systematisk høj behandlingsandel.

Den betydelige variation i anvendte fraktioneringsregimer i moderne strålebehandling har gjort den hidtidige fraktionsbaserede klassifikation af behandlingstyper utilstrækkelig. Samtidig er overblikket over kvalitetssikring og udvikling på området reduceret (side 89). Efter flere års opfordringer og skriftlige henvendelser til centrenes cheflæger er det nu lykkedes at opnå LPR-kodning for godt halvdelen af patientforløbene som henholdsvis "primært kurativt intenderede", "salvage" eller "palliative" (figur X, side Y). To af landets store Comprehensive Cancer Centres, Aarhus Universitetshospital og Rigshospitalet, anvender dog fortsat ikke den specifikke behandlingskodning. På trods heraf planlægger kvalitetsdatabasens styregruppe i den kommende årsrapport for 2026 at etablere en afdelingsspecifik kvalitetsindikator baseret på de tilgængelige LPR-kodede behandlinger.

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 2025

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 2025 til 31. december 2025. Resultaterne for denne opgørelsesperiode analyseres og sammenlignes med resultater fra de tidligere år.

I 2025 blev 4.221 mænd diagnosticeret med prostatacancer. Det er samme niveau som forrige år (der var 4.157 registreringer i 2024).

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 højrisiko sygdom (bør være høj). Indikator 8 og 9s beskriver MR-aktivitet og PI-RADS information, og Indikator 10s 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 6. februar 2026) og i Landspatientregisteret (skæringsdato 15. februar 2026).

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 de foregående to år, i HTML format, med mulighed for at udtrække en PDF-version. Vi udviklede HTML formatet i 2024, og i 2. halvår 2026 overgår alle årsrapporter fra SundK til dette format. Den aktuelle rapport er i samme format som sidste års rapport og vil fra næste år overgå til en videre udviklet version med bedre muligheder for fildeling i skriveprocessen.

Om standarder og udviklingsmål på indikatorresultaterne

Indikatorsættet for prostatakræft omfatter aktuelt 10 indikatorer, heraf to indikatorer, som er "supplerende indikatorer", dvs. indikatorer, som er under udvikling som kvalitetsmål.

Termen "standard" er et hyppigt anvendt begreb inden for klinisk kvalitetsudvikling, men ordet selv angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse, og ordet kan derfor give anledning til misforståelse. Styregruppen for 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 10 indikatorer har styregruppen fastsat udviklingsmål for otte 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. 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: Indlæggeshyppighed efter prostatabiopsi

Datagrundlag og beregningsregler

Indikator 1 tager udgangspunkt i prostatabiopsi udført i 2025 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, der indlægges inden for 7 dage efter prostatabiopsi, er reduceret markant over de seneste år og ligger nu stabilt omkring 1% på landsplan. Dette repræsenterer et væsentligt fald fra tidligere niveauer (ca. 5–6% i 2020 og 2% i 2023). Trods denne gunstige udvikling ligger den nationale opfyldelse i 2025 fortsat marginalt over det fastsatte udviklingsmål på $\leq 1\%$.

Reduktionen i indlæggelser skal ses i tæt sammenhæng med den næsten fulde implementering af transperineal biopsiadgang, som nu anvendes i hovedparten af procedurerne, og som er associeret med en væsentligt lavere risiko for infektiøse komplikationer.

Diskussion

Overgangen fra transrektal til transperineal tilgang har reduceret risikoen for biopsirelaterede infektioner så betragteligt, at majoriteten af de nu meget få tilbageværende indlæggelser i virkeligheden ikke har relation til proceduren. Dette understøtter værdien af den ændrede kliniske praksis, hvor reduktionen af bivirkninger er opnået under ophør af rutinemæssig antibiotisk profylakse, hvilket er væsentligt i et resistensperspektiv.

Den fortsatte forekomst af indlæggelser omkring udviklingsmålets grænse tyder dog på, at der fortsat er et mindre forbedringspotentiale, særligt i enheder hvor implementeringen af transperineal teknik endnu ikke er fuldstændig, eller hvor variation i procedure- eller patientselektionspraksis kan spille en rolle.

Vurdering af indikatoren

Den tidligere udtalte regionale variation er reduceret betydeligt, hvilket indikerer en vellykket og næsten komplet national implementering af den nye biopsistrategi og deraf elimineret komplikationsrate, hvorfor indikator 1 afvikles.

Indikatortabel

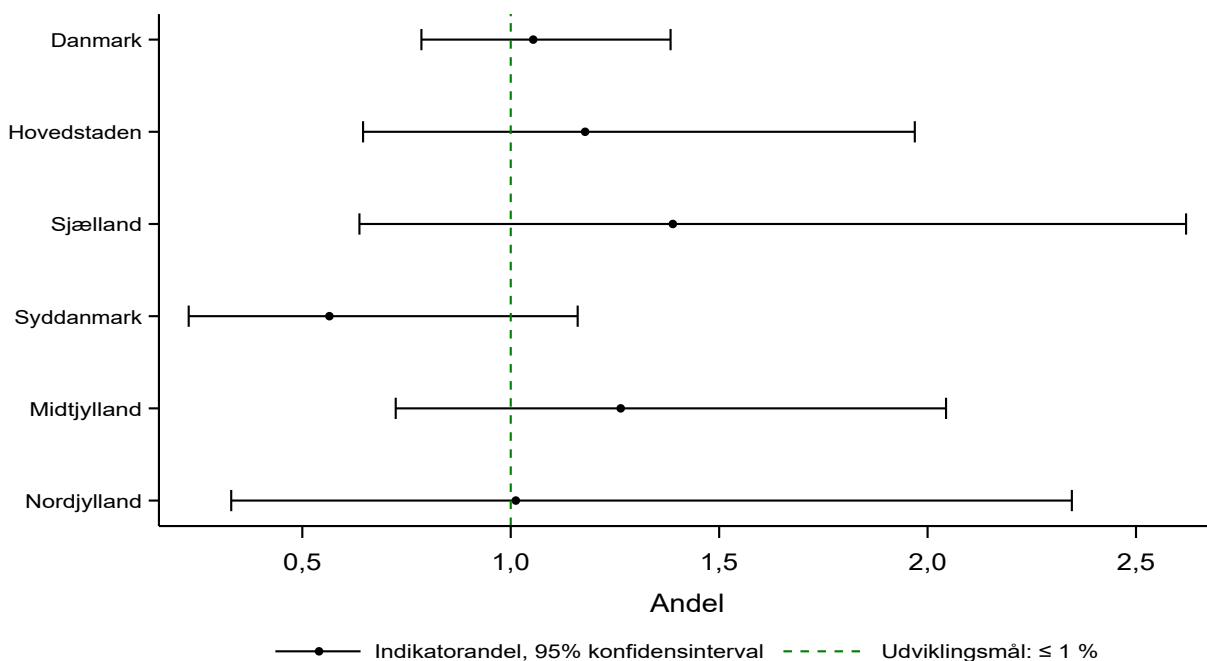
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Udviklingsmål	Aktuelle år			Tidligere år			
		≤ 1% opnået	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	51 / 4.839	1,1	(0,8-1,4)	46 / 4.804	1,0	2,2	
Hovedstaden	Nej	14 / 1.188	1,2	(0,6-2,0)	12 / 1.196	1,0	1,8	
Sjælland	Nej	9 / 648	1,4	(0,6-2,6)	5 / 586	0,9	1,7	
Syddanmark	Ja	7 / 1.239	0,6	(0,2-1,2)	15 / 1.350	1,1	2,0	
Midtjylland	Nej	16 / 1.266	1,3	(0,7-2,0)	6 / 1.151	0,5	2,2	
Nordjylland	Ja	5 / 494	1,0	(0,3-2,3)	8 / 521	1,5	4,5	
Hovedstaden	Nej	14 / 1.188	1,2	(0,6-2,0)	12 / 1.196	1,0	1,8	
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Ja	0 / 11	0,0	(0,0-28,5)	##/##	5,9	6,3	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	10 / 837	1,2	(0,6-2,2)	8 / 836	1,0	1,3	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	4 / 340	1,2	(0,3-3,0)	3 / 343	0,9	2,9	
Sjælland	Nej	9 / 648	1,4	(0,6-2,6)	5 / 586	0,9	1,7	
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Nej	9 / 648	1,4	(0,6-2,6)	5 / 586	0,9	1,7	
Syddanmark	Ja	7 / 1.239	0,6	(0,2-1,2)	15 / 1.350	1,1	2,0	
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	##/##	0,6	(0,1-2,3)	##/##	0,6	2,1	
Odense Universitetshospital	Ja	3 / 534	0,6	(0,1-1,6)	9 / 597	1,5	0,7	
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	##/##	0,7	(0,1-2,6)	3 / 261	1,1	4,6	
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	0 / 112	0,0	(0,0-3,2)	##/##	0,7	1,0	

	Udviklingsmål	Aktuelle år			Tidligere år			
		≤ 1%	Tæller/ nævner	01.01.2025 – 31.12.2025		2024		2023
				opnået	Andel	95% CI	Antal	Andel
Midtjylland	Nej	16 / 1.266	1,3	(0,7–2,0)	6 / 1.151	0,5	2,2	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Nej	10 / 629	1,6	(0,8–2,9)	5 / 570	0,9	1,1	
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	6 / 637	0,9	(0,3–2,0)	#/#	0,2	3,4	
Nordjylland	Ja	5 / 494	1,0	(0,3–2,3)	8 / 521	1,5	4,5	
Aalborg Universitetshospital	Nej	5 / 469	1,1	(0,3–2,5)	8 / 504	1,6	4,6	
Regionshospitalet Nordjylland, RHN Kirurgi	Ja	0 / 25	0,0	(0,0–13,7)	0 / 17	0,0	2,9	
Privathospitaler								
Privathospitalet Mølholm	Ja	0 / 4	0,0	(0,0–60,2)			0,0	

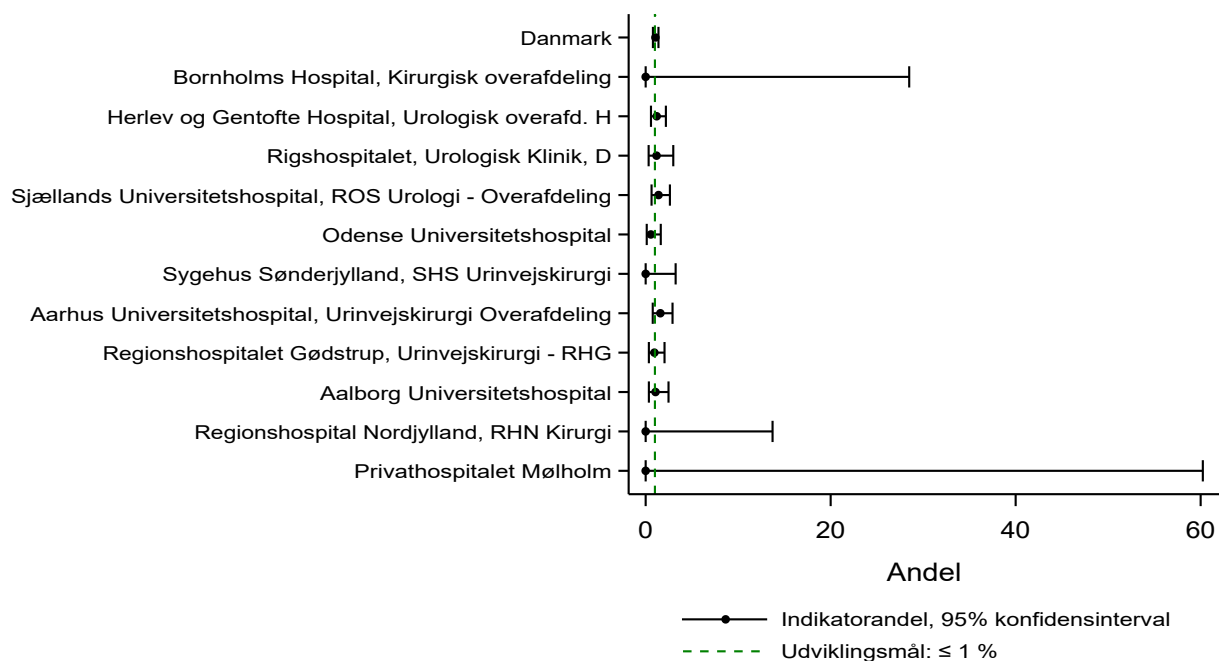
Forest plot, region

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.



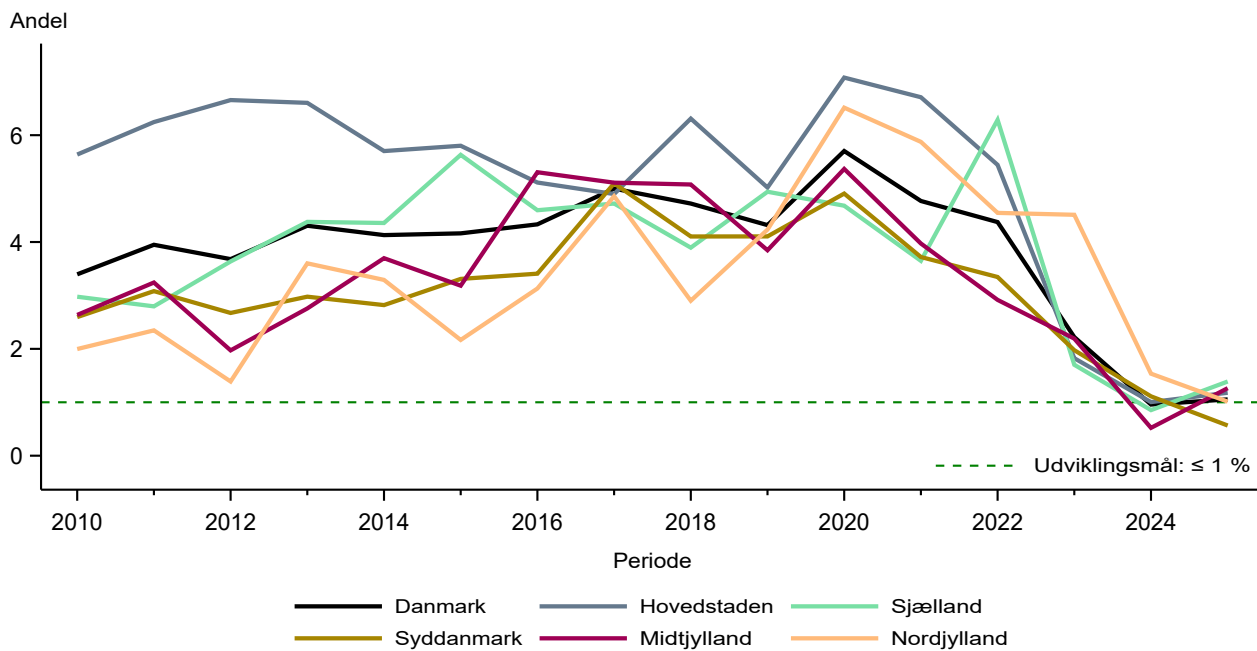
Forest plot, afdeling

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 2025 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

Andelen af transperineale prostatabiopsier er steget markant og udgør nu langt hovedparten af alle biopsier på landsplan. Udviklingsmålet på $\geq 90\%$ er opfyldt nationalt, men opfyldes ikke i Region Nordjylland, hvor implementeringsgraden fortsat er lavere end i de øvrige regioner. Udviklingen afspejler en næsten fuldstændig implementering af den anbefalede biopsiadgang på landsplan, dog med vedvarende regional variation.

Diskussion

Implementeringen af transperineal biopsiadgang har haft direkte konsekvens for komplikationsprofilen efter biopsi og udgør den væsentligste forklaringsfaktor bag den samtidige reduktion i indlæggelser observeret for Indikator 1.

At Region Nordjylland ikke opfylder udviklingsmålet indikerer, at den fulde gevinst ved den ændrede biopsipraksis endnu ikke er realiseret her. Dette må forventes at kunne afspejles i et relativt højere niveau af komplikationer sammenlignet med regioner med fuld implementering. Selvom det på Regionshospitalet Nordjylland i overensstemmelse med Indikator 1 er lykkedes helt at undgå genindlæggelser blandt i alt 25 patienter, vurderes det uhensigtsmæssigt, at den antibiotikafrie transperineale procedure ikke er implementeret.

Vurdering af indikatoren

Indikator 2 fungerer som en central procesindikator med dokumenteret sammenhæng til kliniske outcomes. Den manglende målopfyldelse i Region Nordjylland understreger, at der fortsat er et implementeringspotentiale på nationalt niveau.

Udviklingsmålet hæves derfor til $\geq 95\%$ fra næste år, og der bør være særligt fokus på fuld implementering i regionen, hvor målet endnu ikke er opnået, hvorefter Indikatoren vil kunne afvikles.

Indikatortabel

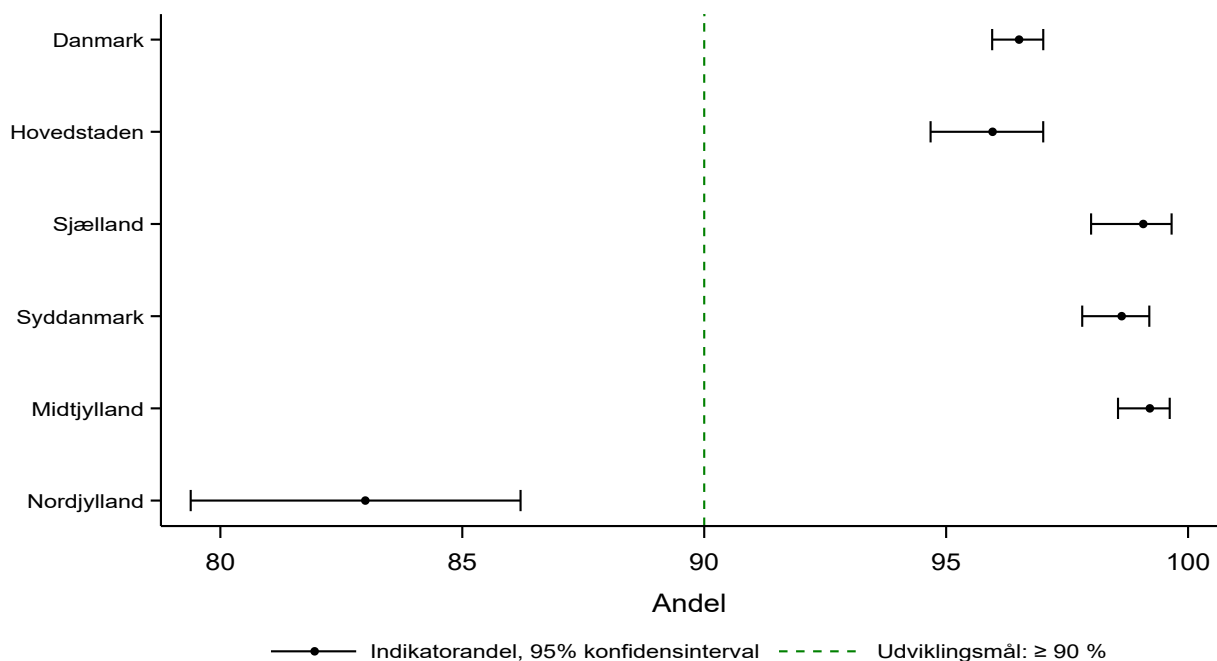
Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	4.670 / 4.839	96,5	(96,0– 97,0)	4.264 / 4.804	88,8	58,9
Hovedstaden	Ja	1.140 / 1.188	96,0	(94,7– 97,0)	946 / 1.196	79,1	66,1
Sjælland	Ja	642 / 648	99,1	(98,0– 99,7)	581 / 586	99,1	70,4
Syddanmark	Ja	1.222 / 1.239	98,6	(97,8– 99,2)	1.295 / 1.350	95,9	75,0
Midtjylland	Ja	1.256 / 1.266	99,2	(98,6– 99,6)	1.116 / 1.151	97,0	38,6
Nordjylland	Nej	410 / 494	83,0	(79,4– 86,2)	326 / 521	62,6	30,4
Hovedstaden	Ja	1.140 / 1.188	96,0	(94,7– 97,0)	946 / 1.196	79,1	66,1
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling	Nej	0 / 11	0,0	(0,0–28,5)	0 / 17	0,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	819 / 837	97,8	(96,6– 98,7)	655 / 836	78,3	73,4
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	321 / 340	94,4	(91,4– 96,6)	291 / 343	84,8	50,5
Sjælland	Ja	642 / 648	99,1	(98,0– 99,7)	581 / 586	99,1	70,4
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	642 / 648	99,1	(98,0– 99,7)	581 / 586	99,1	70,4
Syddanmark	Ja	1.222 / 1.239	98,6	(97,8– 99,2)	1.295 / 1.350	95,9	75,0
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	311 / 317	98,1	(95,9– 99,3)	335 / 340	98,5	95,7
Odense Universitetshospital	Ja	526 / 534	98,5	(97,1– 99,4)	584 / 597	97,8	91,3

	Udviklingsmål	Aktuelle år			Tidligere år		
		≥ 90%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025	2024		2023
		opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	273 / 276	98,9	(96,9–99,8)	246 / 261	94,3	46,1
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	112 / 112	100,0	(96,8–100,0)	130 / 152	85,5	0,0
Midtjylland	Ja	1.256 / 1.266	99,2	(98,6–99,6)	1.116 / 1.151	97,0	38,6
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	623 / 629	99,0	(97,9–99,6)	541 / 570	94,9	49,2
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	633 / 637	99,4	(98,4–99,8)	575 / 581	99,0	27,4
Nordjylland	Nej	410 / 494	83,0	(79,4–86,2)	326 / 521	62,6	30,4
Aalborg Universitetshospital	Nej	410 / 469	87,4	(84,1–90,3)	326 / 504	64,7	32,6
Regionshospital Nordjylland, RHN Kirurgi	Nej	0 / 25	0,0	(0,0–13,7)	0 / 17	0,0	0,0
Privathospitaler							
Privathospitalet Mølholm	Nej	0 / 4	0,0	(0,0–60,2)			0,0

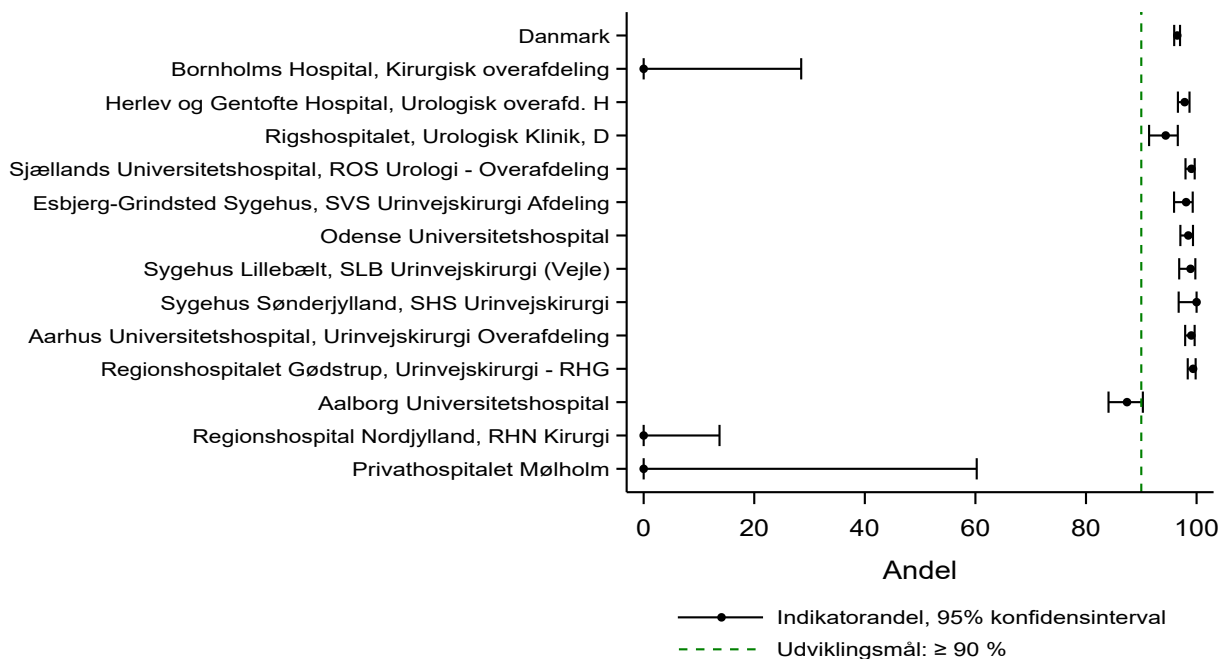
Forest plot, region

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



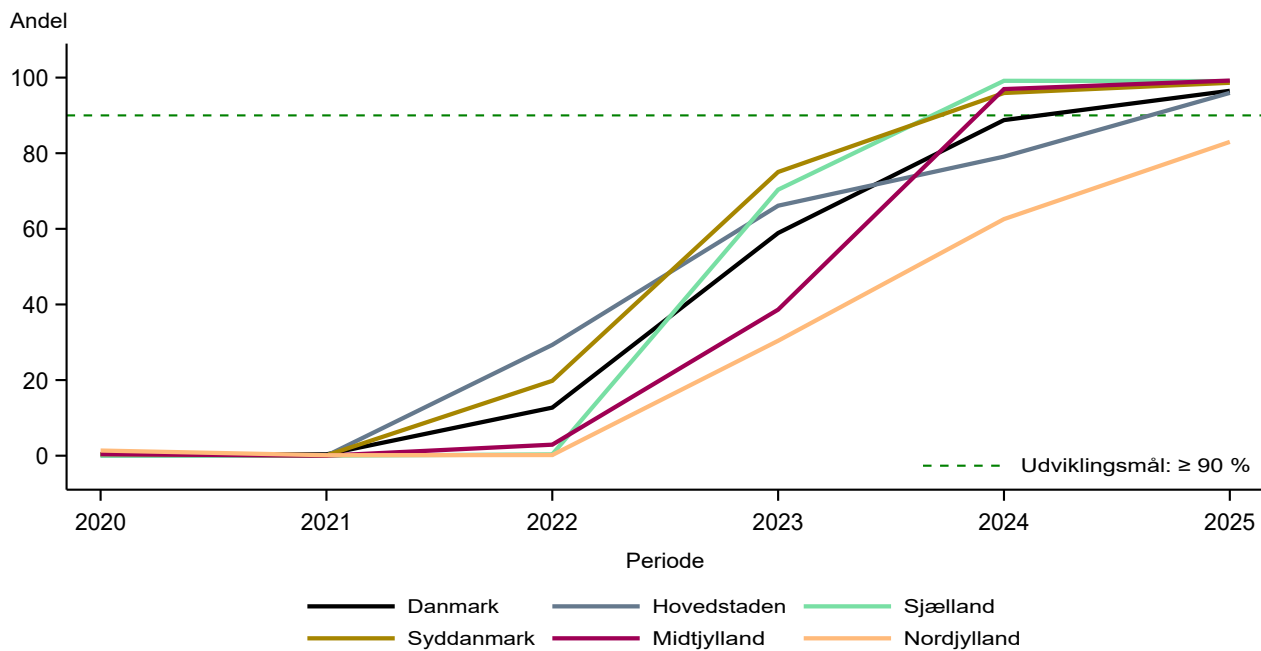
Forest plot, afdeling

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

Andelen af patienter med tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi for pT2-sygdom er på landsplan 19%, hvilket er over udviklingsmålet på $\leq 15\%$. Der ses fortsat regional variation, og udviklingsmålet opfyldes kun i enkelte regioner.

På afdelingsniveau bemærkes det, at én afdeling (Rigshospitalet) ligger markant over landsgennemsnittet og dermed bidrager væsentligt til den samlede manglende målopfyldelse.

Diskussion

Forekomsten af tumorpositive kirurgiske rande ved pT2-sygdom er et centralt kvalitetsmål, idet indikatoren afspejler balancen mellem onkologisk radikalitet og funktionel bevaring ved kirurgien.

Den observerede variation mellem regioner og afdelinger – herunder den markante afvigelse for en enkelt afdeling – indikerer, at forskelle i patientseleksion, præoperativ staging og kirurgisk teknik fortsat har betydning for resultatet.

Da positiv resektionsrand er associeret med øget risiko for biokemisk recidiv og behov for supplerende behandling, har selv mindre forbedringer i indikatoren væsentlig klinisk betydning.

Den aktuelle indikator er imidlertid begrænset ved, at den patologiske angivelse af omfanget af den positive kirurgiske margin (fx fokal vs. udbredt) endnu ikke rapporteres systematisk. Dette reducerer indikatorens kliniske præcision, idet prognostisk betydning og behandlingskonsekvens varierer med randens udstrækning.

Vurdering af indikatoren

Indikator 3 vurderes fortsat som en central outcome-indikator for kirurgisk kvalitet. Den manglende målopfyldelse på landsplan samt variationen mellem enheder – herunder en markant afvigelse på afdelingsniveau – understøtter behovet for fortsat monitorering og lokal audit.

Samtidig svækkes indikatorens værdi af den manglende systematiske registrering af randens omfang. En standardisering af den patologiske rapportering vurderes derfor som en væsentlig forudsætning for en mere nuanceret kvalitetsvurdering fremadrettet. I årsrapporten for 2026 planlægges indikatoren udvidet til at inkludere denne patologikodning samt dens relation til graden af kirurgisk nervebevarelse.

Udviklingsmålet på $\leq 15\%$ fastholdes som fagligt relevant og i overensstemmelse med internationale resultater.

Indikatortabel

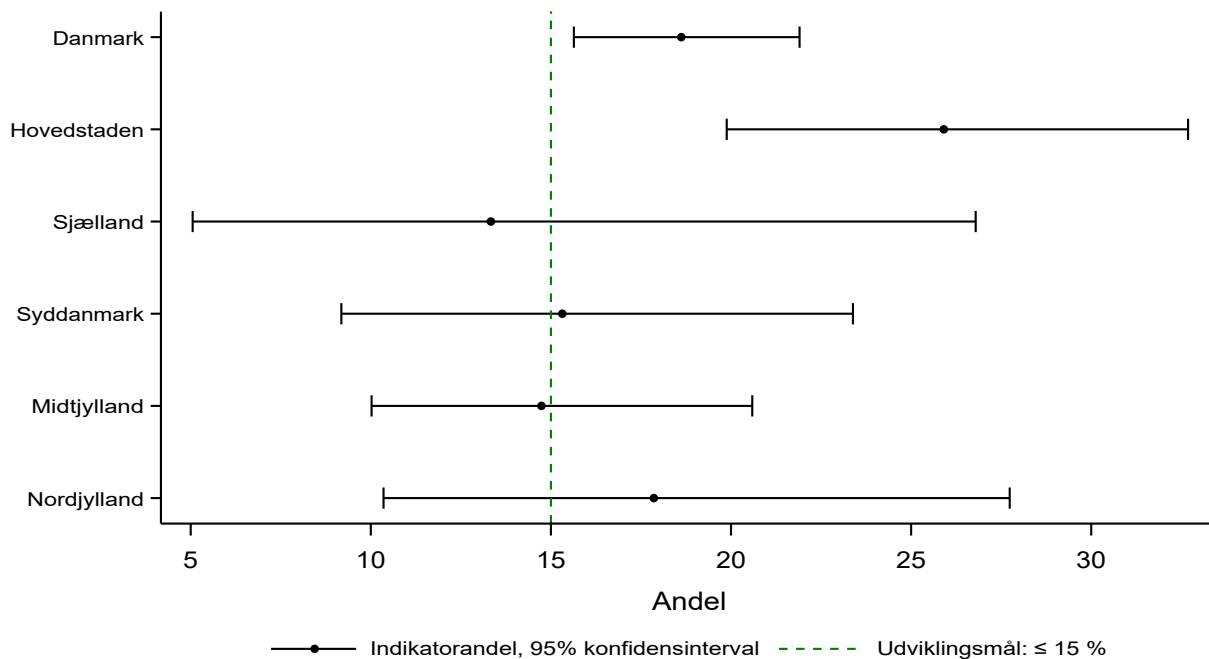
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 15%	Tæller/ nævner	01.01.2025 – 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	116 / 623	18,6	(15,6–21,9)	98 / 607	16,1	15,0
Hovedstaden	Nej	50 / 193	25,9	(19,9–32,7)	36 / 200	18,0	15,0
Sjælland	Ja	6 / 45	13,3	(5,1–26,8)	4 / 34	11,8	13,8
Syddanmark	Nej	17 / 111	15,3	(9,2–23,4)	13 / 109	11,9	11,2
Midtjylland	Ja	28 / 190	14,7	(10,0–20,6)	32 / 181	17,7	17,8
Nordjylland	Nej	15 / 84	17,9	(10,4–27,7)	13 / 83	15,7	16,4
Hovedstaden	Nej	50 / 193	25,9	(19,9–32,7)	36 / 200	18,0	15,0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	22 / 116	19,0	(12,3–27,3)	24 / 134	17,9	12,3
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	28 / 77	36,4	(25,7–48,1)	12 / 66	18,2	17,9
Sjælland	Ja	6 / 45	13,3	(5,1–26,8)	4 / 34	11,8	13,8
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	Ja	6 / 45	13,3	(5,1–26,8)	4 / 34	11,8	13,8
Syddanmark	Nej	17 / 111	15,3	(9,2–23,4)	13 / 109	11,9	11,2
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling	Nej	17 / 111	15,3	(9,2–23,4)	13 / 109	11,9	11,2
Midtjylland	Ja	28 / 190	14,7	(10,0–20,6)	32 / 181	17,7	17,8
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	11 / 75	14,7	(7,6–24,7)	7 / 66	10,6	11,8
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	Ja	17 / 115	14,8	(8,9–22,6)	25 / 115	21,7	20,3

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 15%	Tæller/ nævner	01.01.2025 – 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Nordjylland	Nej	15 / 84	17,9	(10,4-27,7)	13 / 83	15,7	16,4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	15 / 84	17,9	(10,4-27,7)	13 / 83	15,7	16,4

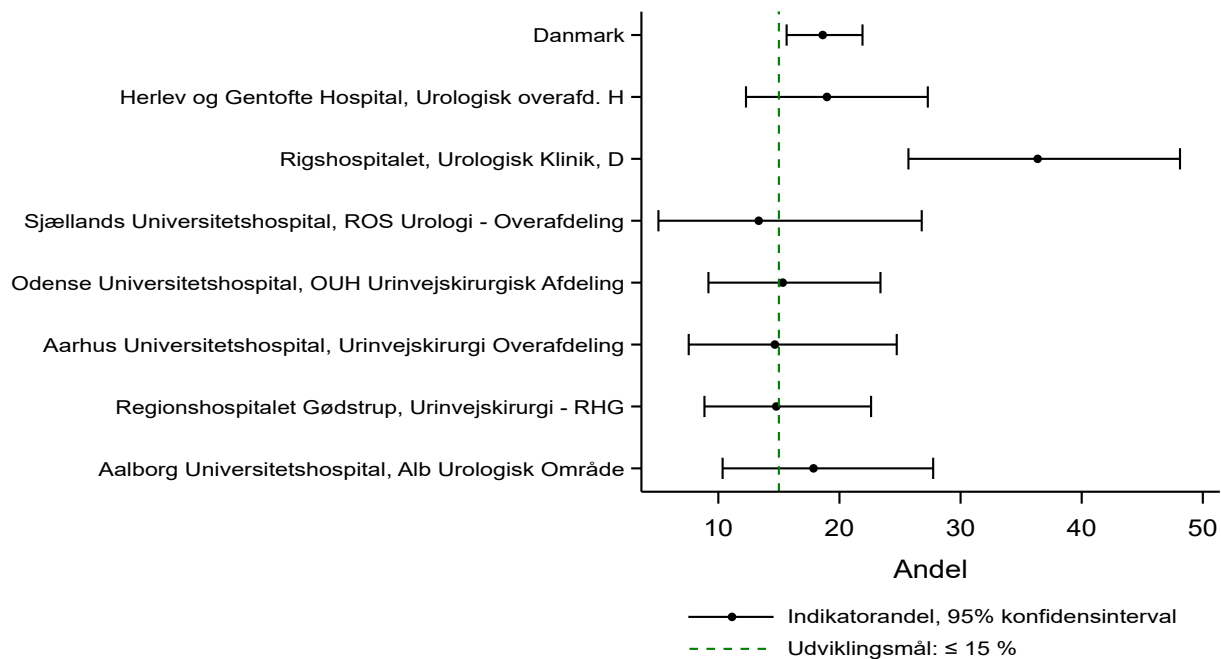
Forest plot, region

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



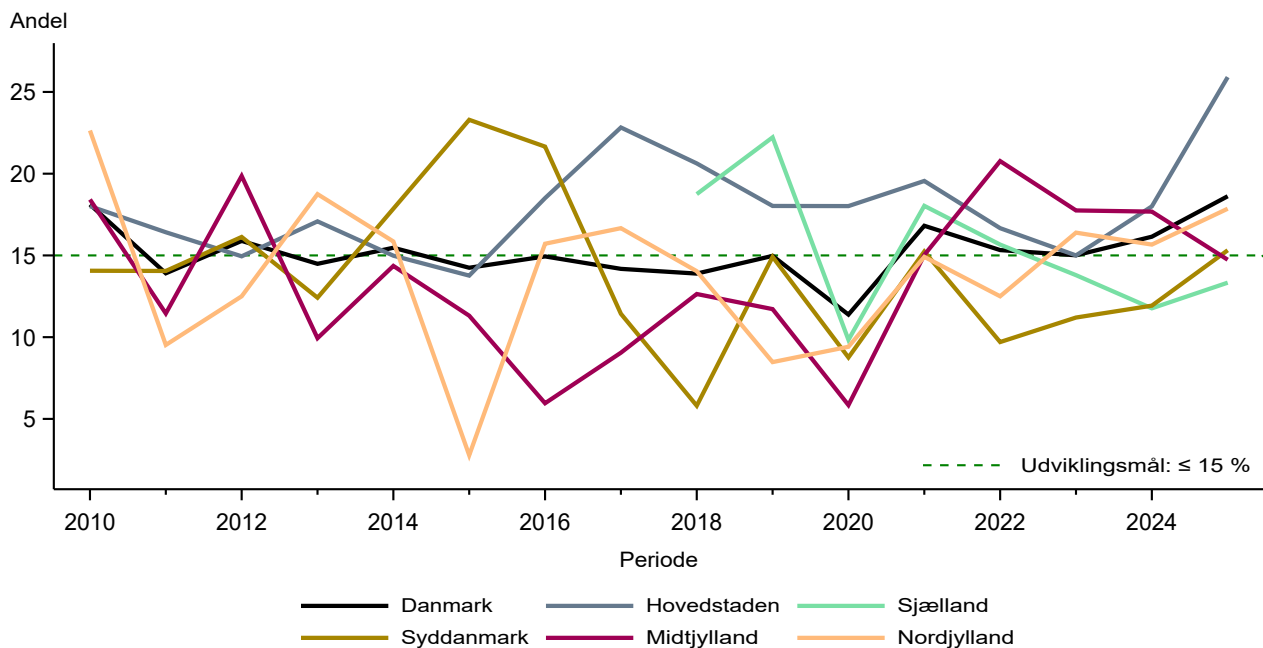
Forest plot, afdeling

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

Andelen af patienter med tumorpositive kirurgiske rande efter radikal prostatektomi for pT3-sygdom er på landsplan 45%, hvilket er over udviklingsmålet på $\leq 40\%$. Resultatet er stigende sammenlignet med tidligere år og bryder dermed den tidligere relativt stabile udvikling.

Der ses fortsat regional variation, og kun én region opfylder aktuelt udviklingsmålet. På afdelingsniveau bemærkes det, at Rigshospitalet og Regionshospitalet i Gødstrup ligger markant over både landsgennemsnittet og udviklingsmålet.

Diskussion

Den stigende andel af positive kirurgiske rande ved pT3-sygdom er klinisk bekymrende. Udviklingen kan forekomme uventet, idet patienter i stigende omfang udredes med diagnostisk MR-skanning forud for operation, hvilket generelt antages at forbedre den præoperative stadiestruktur. Der efterlyses data på det billedgenererede iT-stadie.

Det er imidlertid ikke muligt ud fra de foreliggende data at fastslå årsagen til den observerede udvikling. Resultatet kan afspejle flere forhold, herunder ændringer i patientselektion (cT3), forskelle i kirurgisk strategi eller variation i præoperativ vurdering.

Variation mellem enheder – herunder den markante afvigelse på Rigshospitalet og Regionshospitalet i Gødstrup – indikerer, at lokale forskelle i klinisk praksis fortsat har betydning for udfaldet.

Da positiv resektionsrand er associeret med øget risiko for biokemisk recidiv og behov for supplerende behandling, har udviklingen direkte klinisk betydning.

Vurdering af indikatoren

Indikator 4 vurderes som en central outcome-indikator for kvaliteten af kirurgisk behandling ved lokalt avanceret prostatacancer. Den stigende andel af positive marginer samt manglende målopfyldelse på landsplan understøtter behovet for fortsat monitorering og lokal audit.

Den observerede variation mellem afdelinger – særligt med en enkelt afdeling væsentligt over gennemsnittet – peger på et potentiale for kvalitetsforbedring gennem systematisk gennemgang af patientselektion, præoperativ staging og kirurgisk teknik.

Udviklingsmålet på $\leq 40\%$ fastholdes som fagligt relevant.

Indikatortabel

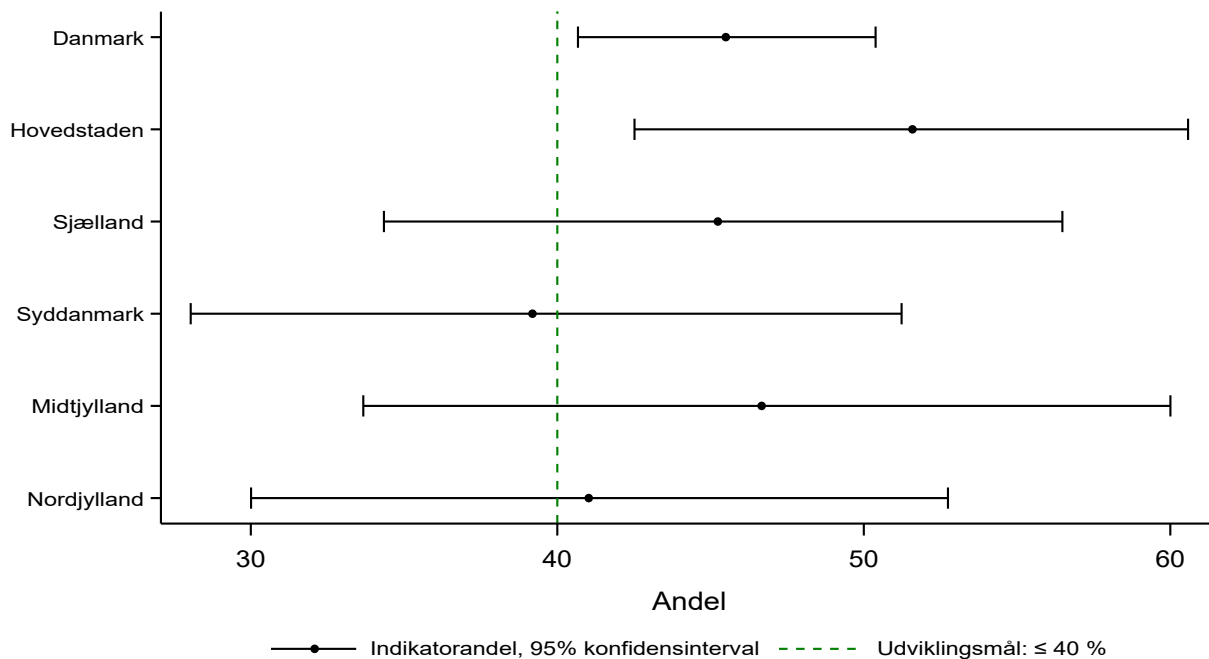
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 40%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	192 / 422	45,5	(40,7- 50,4)	175 / 448	39,1	40,0
Hovedstaden	Nej	65 / 126	51,6	(42,5- 60,6)	62 / 134	46,3	45,4
Sjælland	Nej	38 / 84	45,2	(34,3- 56,5)	22 / 65	33,8	41,0
Syddanmark	Ja	29 / 74	39,2	(28,0- 51,2)	33 / 94	35,1	38,5
Midtjylland	Nej	28 / 60	46,7	(33,7- 60,0)	36 / 95	37,9	38,0
Nordjylland	Nej	32 / 78	41,0	(30,0- 52,7)	22 / 60	36,7	33,3
Hovedstaden	Nej	65 / 126	51,6	(42,5- 60,6)	62 / 134	46,3	45,4
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	32 / 71	45,1	(33,2- 57,3)	33 / 84	39,3	44,4
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	33 / 55	60,0	(45,9- 73,0)	29 / 50	58,0	47,2
Sjælland	Nej	38 / 84	45,2	(34,3- 56,5)	22 / 65	33,8	41,0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Nej	38 / 84	45,2	(34,3- 56,5)	22 / 65	33,8	41,0
Syddanmark	Ja	29 / 74	39,2	(28,0- 51,2)	33 / 94	35,1	38,5
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	29 / 74	39,2	(28,0- 51,2)	33 / 94	35,1	38,5
Midtjylland	Nej	28 / 60	46,7	(33,7- 60,0)	36 / 95	37,9	38,0
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	11 / 29	37,9	(20,7- 57,7)	22 / 51	43,1	34,2

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 40%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Nej	17 / 31	54,8	(36,0- 72,7)	14 / 44	31,8	41,5
Nordjylland	Nej	32 / 78	41,0	(30,0- 52,7)	22 / 60	36,7	33,3
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	32 / 78	41,0	(30,0- 52,7)	22 / 60	36,7	33,3

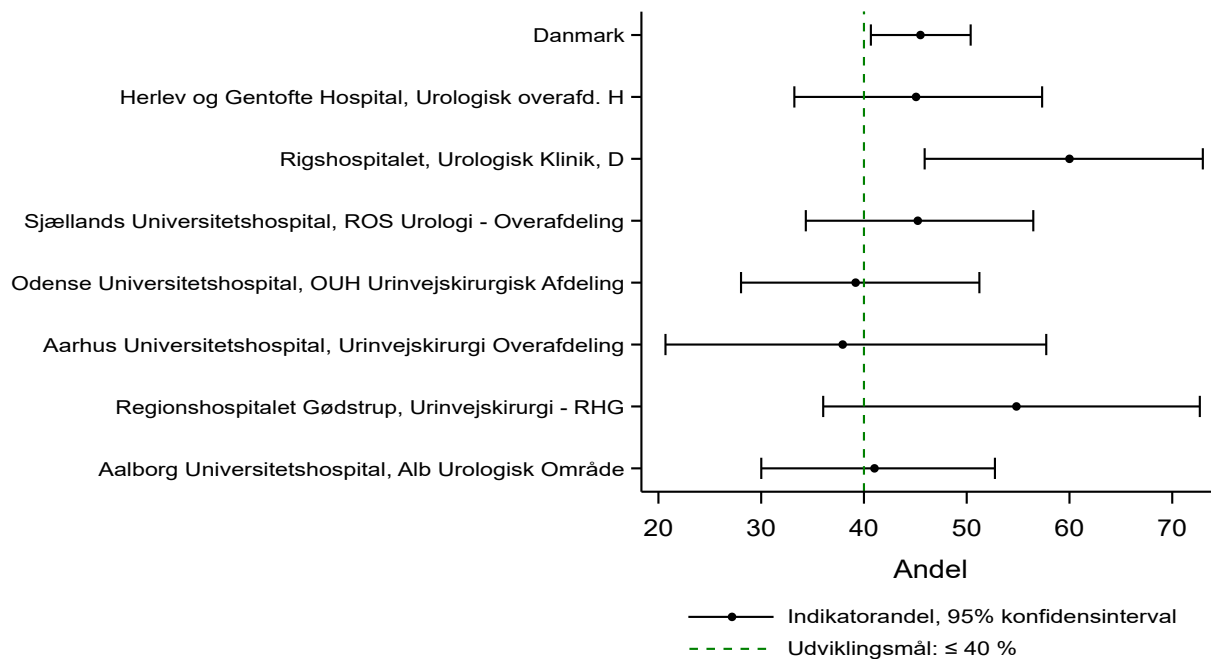
Forest plot, region

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



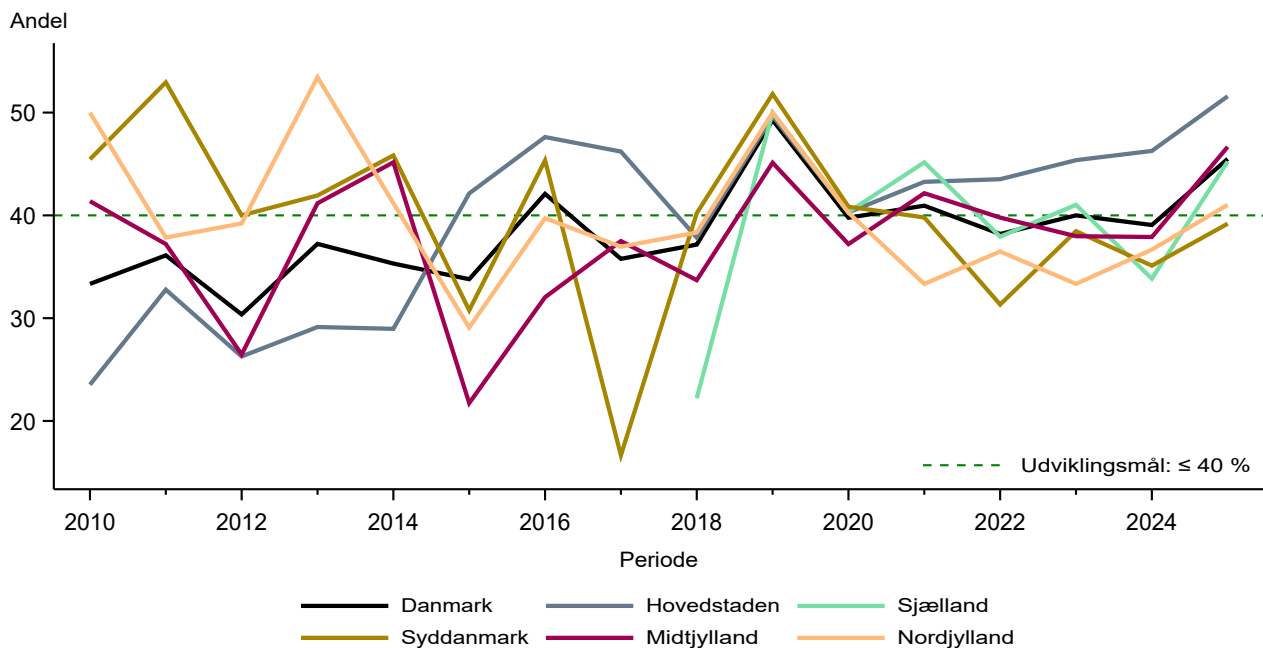
Forest plot, afdeling

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 2023–2025. Beregningen forudsætter tre måneders opfølgningstid.

Resultater

Andelen af patienter med alvorlige kirurgiske komplikationer (Clavien-Dindo ≥ 3 , se suppl. tabel) efter radikal prostatektomi er på landsplan 2,1%, hvilket er væsentligt under udviklingsmålet på $\leq 5\%$. Resultatet repræsenterer en markant forbedring sammenlignet med tidligere år og en halvering i forhold til sidste års niveau.

Trendgrafene viser en gennemgående faldende udvikling på tværs af regioner, om end der fortsat ses mindre variation mellem enheder.

Diskussion

Den observerede reduktion i alvorlige komplikationer indikerer en generel forbedring af den kirurgiske kvalitet og perioperative håndtering. Implementering af PSMA-PET-CT i metastaseudredningen formodes at have overflødiggjort en stor del af de tidligere komplikationsledsagende lymfeknuderømninger. Den konsistente nedadgående trend på tværs af regioner understøtter, at forbedringen ikke er lokal, men afspejler en bred kvalitetsudvikling i behandlingen.

Da indikatoren omfatter komplikationer med betydelig klinisk konsekvens, herunder behov for reintervention eller intensiv behandling, har selv relativt små reduktioner stor betydning for patienternes forløb og ressourceforbrug.

Vurdering af indikatoren

Indikator 5 vurderes som en central outcome-indikator for kirurgisk kvalitet. Den aktuelle målopfyldelse på landsplan og den tydeligt faldende trend taler for, at den nuværende praksis er velfungerende.

Den fortsatte variation mellem afdelinger samt udsving over tid på enhedsniveau understøtter dog behovet for vedvarende monitorering og lokal audit med fokus på specifikke komplikationstyper.

Udviklingsmålet på $\leq 5\%$ fastholdes, men den gunstige udvikling kan på sigt begrunde en overvejelse af en yderligere skærpelse.

Indikatortabel

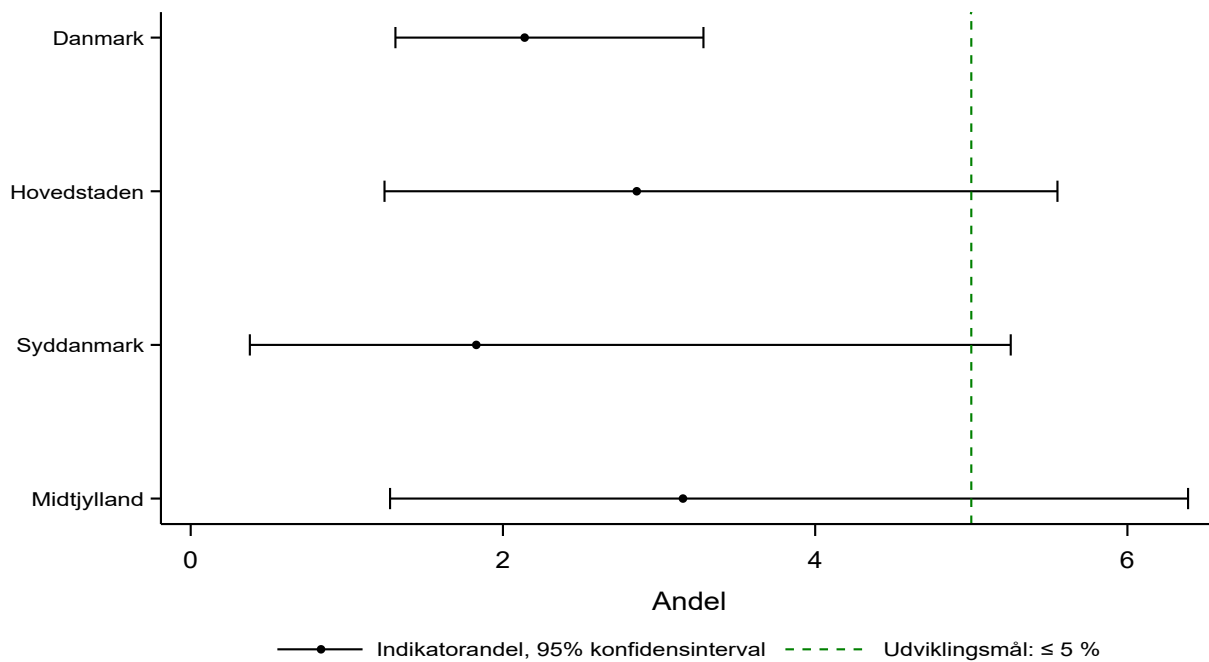
Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien-Dindo-grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi

	Udviklingsmål	Aktuelle år			Tidligere år			
		≤ 5%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
				opnået	Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Ja	20 / 935	2,1	(1,3-3,3)	49 / 1.074	4,6	5,6	
Hovedstaden	Ja	8 / 280	2,9	(1,2-5,6)	18 / 344	5,2	5,6	
Sjælland	Ja	##/##	0,8	(0,0-4,6)	4 / 99	4,0	6,4	
Syddanmark	Ja	3 / 164	1,8	(0,4-5,3)	4 / 207	1,9	6,4	
Midtjylland	Ja	7 / 222	3,2	(1,3-6,4)	16 / 281	5,7	3,5	
Nordjylland	Ja	##/##	0,7	(0,0-3,7)	7 / 143	4,9	7,8	
Hovedstaden	Ja	8 / 280	2,9	(1,2-5,6)	18 / 344	5,2	5,6	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	5 / 159	3,1	(1,0-7,2)	10 / 223	4,5	4,1	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	3 / 121	2,5	(0,5-7,1)	8 / 121	6,6	7,5	
Sjælland	Ja	##/##	0,8	(0,0-4,6)	4 / 99	4,0	6,4	
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	##/##	0,8	(0,0-4,6)	4 / 99	4,0	6,4	
Syddanmark	Ja	3 / 164	1,8	(0,4-5,3)	4 / 207	1,9	6,4	
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling	Ja	3 / 164	1,8	(0,4-5,3)	4 / 207	1,9	6,4	
Midtjylland	Ja	7 / 222	3,2	(1,3-6,4)	16 / 281	5,7	3,5	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	##/##	2,2	(0,3-7,7)	7 / 120	5,8	4,3	
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	5 / 131	3,8	(1,3-8,7)	9 / 161	5,6	3,1	
Nordjylland	Ja	##/##	0,7	(0,0-3,7)	7 / 143	4,9	7,8	

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 5%	Tæller/	01.01.2025 –		2024		2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	#/#	0,7	(0,0–3,7)	7 / 143	4,9	7,8

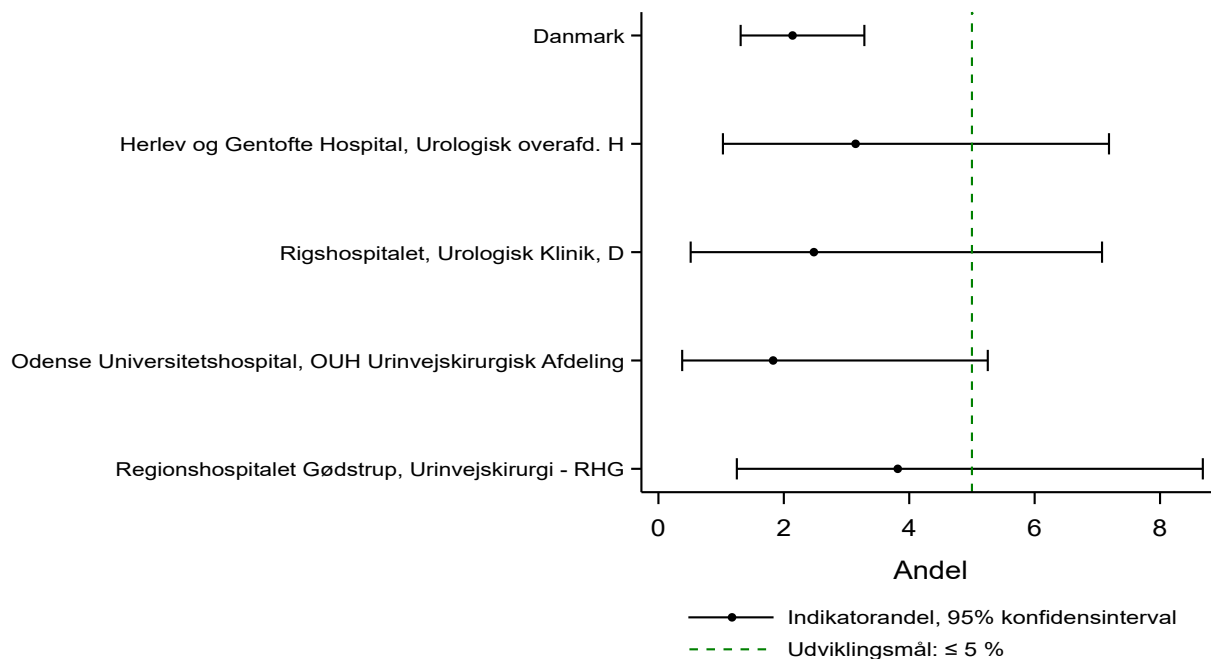
Forest plot, region

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



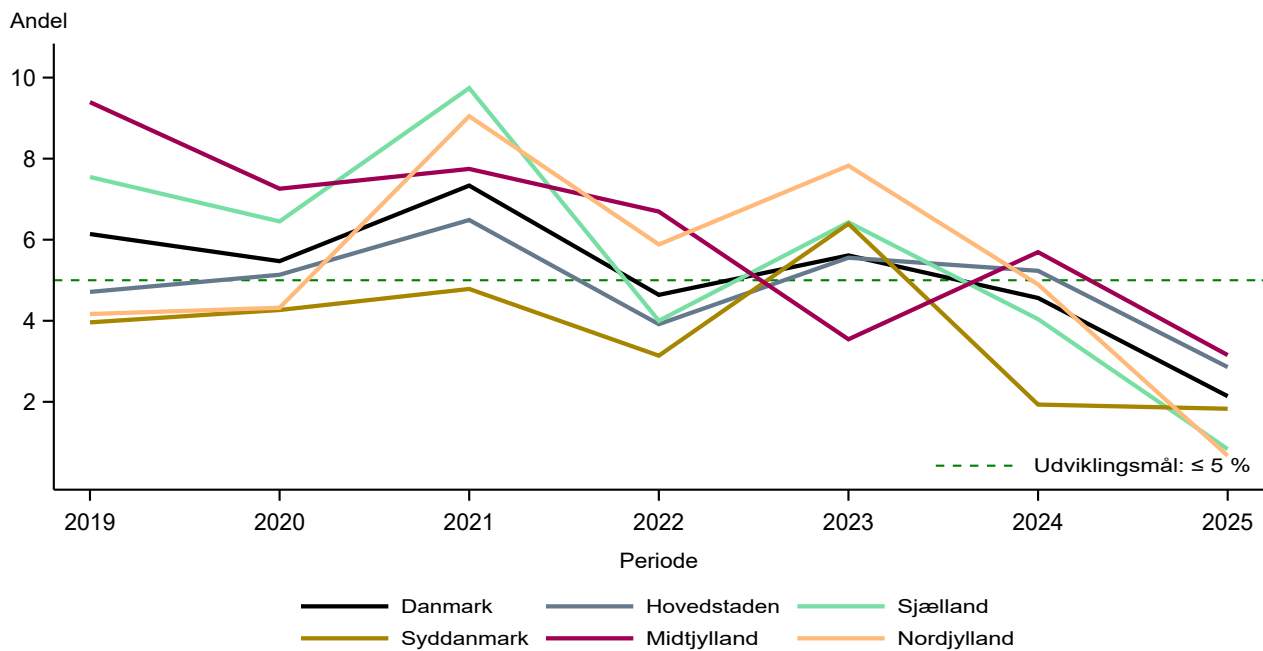
Forest plot, afdeling

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.



DaProca Clavien-Dindo Klassifikation

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:

[DaProca Clavien-Dindo Klassifikation](#)

Indikator 6: Høj risiko: kurativ behandling (u 75 år)

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

Andelen af patienter under 75 år i højrisikogruppen, der modtager kurativ behandling, er på landsplan 80%, hvilket er over udviklingsmålet på $\geq 70\%$. Andelen er stigende over tid og afspejler en positiv udvikling i behandlingen af denne patientgruppe.

Alle regioner opfylder udviklingsmålet. Region Midtjylland ligger gennemgående på et højere niveau end de øvrige regioner, mens de øvrige regioner – herunder Region Nordjylland – ligger relativt ensartet omkring udviklingsmålet (kontrol diagram).

Diskussion

Den stigende andel af kurativt behandlede patienter indikerer en forbedret efterlevelse af retningslinjerne for behandling af højrisikosygdom.

Den systematisk højere andel i Region Midtjylland kan måske delvist forklares af forskelle i risikostratifikation og/eller klinisk praksis sammenlignet med resten af landet.

I relation til EAU-risikostratificering (risiko for recidiv efter kurativt intenderet behandling) har fortolkningen af f.eks. aktuelle indikator givet anledning til undren over den særligt høj andel Region Midtjylland (83%) og markant forskellig fra Region Syddanmark (69%), selv om patientpopulationerne i øvrigt forekommer sammenlignelige. Som det fremgår af den supplerende tabel over ny diagnosticerede i 2025 se afsnittet ny Diagnosticerede, kan Region Midtjyllands lavere andel af patienter klassificeret som højrisiko (25% versus 31%) formentlig i væsentlig grad forklares ved en højere andel patienter uden egentlig risikoklassifikation på grund af primært dissemineret, ikke-kurabel M1-sygdom (28% versus 23%). Den mest sandsynlige forklaring herpå er Region Midtjyllands mangeårige systematiske anvendelse af den mere sensitive PSMA-PET/CT-skanning i metastaseudredningen. Det samme forhold gør sig gældende for indikator 7 og 10s.

Vurdering af indikatoren

Indikator 6 vurderes som central for kvaliteten af behandlingen af patienter med højrisikosygdom. Den stigende målopfyldelse på landsplan samt opfyldelse i alle regioner er tilfredsstillende.

Udviklingsmålet hæves til $\geq 75\%$ fremadrettet.

Indikatortabel

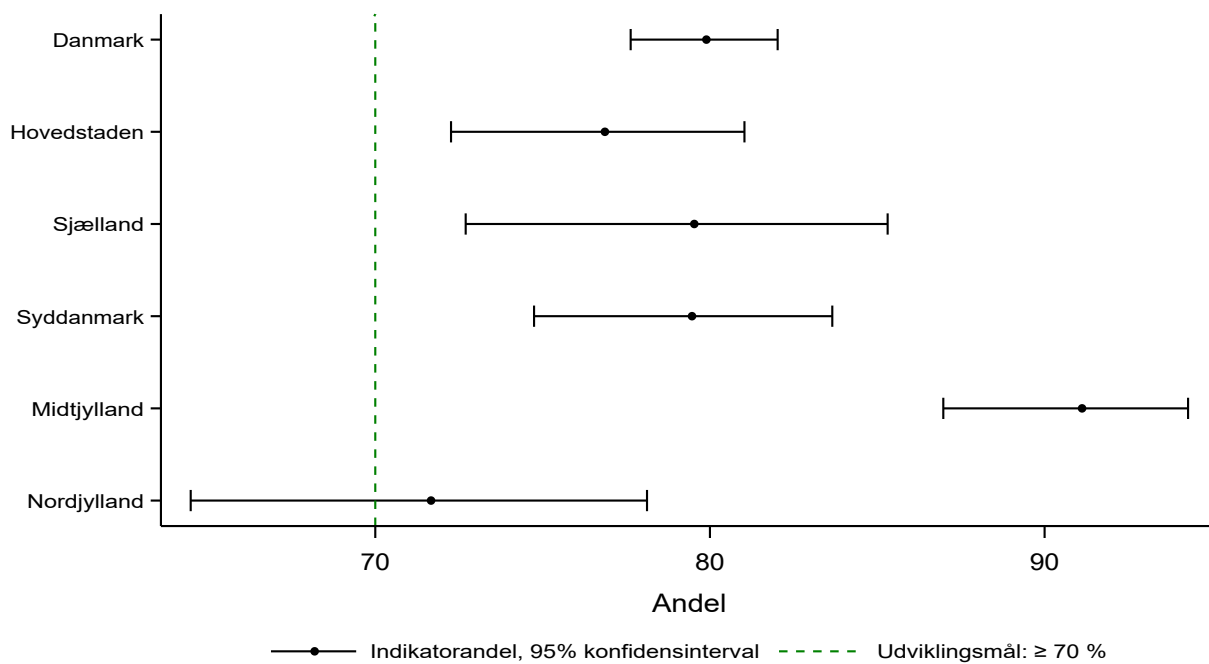
Indikator 6. Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (u 75 år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Udviklingsmål	Aktuelle år		Tidligere år				
		≥ 70% opnået	Tæller/ nævner	01.07.2023 - 30.06.2025		2021/23		2019/21
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	1.057 / 1.323	79,9	(77,6- 82,0)	1.269 / 1.659	76,5	73,9	
Hovedstaden	Ja	289 / 376	76,9	(72,3- 81,0)	282 / 390	72,3	74,2	
Sjælland	Ja	136 / 171	79,5	(72,7- 85,3)	207 / 263	78,7	69,7	
Syddanmark	Ja	267 / 336	79,5	(74,7- 83,7)	342 / 462	74,0	72,2	
Midtjylland	Ja	236 / 259	91,1	(87,0- 94,3)	253 / 295	85,8	86,1	
Nordjylland	Ja	129 / 180	71,7	(64,5- 78,1)	185 / 249	74,3	64,7	
Hovedstaden	Ja	289 / 376	76,9	(72,3- 81,0)	282 / 390	72,3	74,2	
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Ja	191 / 249	76,7	(71,0- 81,8)	170 / 240	70,8	72,2	
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Ja	98 / 127	77,2	(68,9- 84,1)	112 / 149	75,2	80,1	
Sjælland	Ja	136 / 171	79,5	(72,7- 85,3)	207 / 263	78,7	69,7	
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	136 / 171	79,5	(72,7- 85,3)	207 / 263	78,7	69,7	
Syddanmark	Ja	267 / 336	79,5	(74,7- 83,7)	342 / 462	74,0	72,2	
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Ja	84 / 95	88,4	(80,2- 94,1)	65 / 91	71,4	78,3	
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	88 / 120	73,3	(64,5- 81,0)	168 / 232	72,4	69,5	
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	56 / 74	75,7	(64,3- 84,9)	93 / 117	79,5	79,8	

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 70%	Tæller/ nævner	01.07.2023 - 30.06.2025		2021/23		2019/21
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Ja	39 / 47	83,0	(69,2- 92,4)	16 / 22	72,7	63,2
Midtjylland	Ja	236 / 259	91,1	(87,0- 94,3)	253 / 295	85,8	86,1
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	118 / 131	90,1	(83,6- 94,6)	148 / 181	81,8	81,4
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Ja	118 / 128	92,2	(86,1- 96,2)	105 / 114	92,1	92,1
Nordjylland	Ja	129 / 180	71,7	(64,5- 78,1)	185 / 249	74,3	64,7
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Ja	129 / 180	71,7	(64,5- 78,1)	185 / 249	74,3	64,7
Privathospitaler							
Privathospitaler/Speciallæger	Nej	#/#	0,0	(0,0- 97,5)			

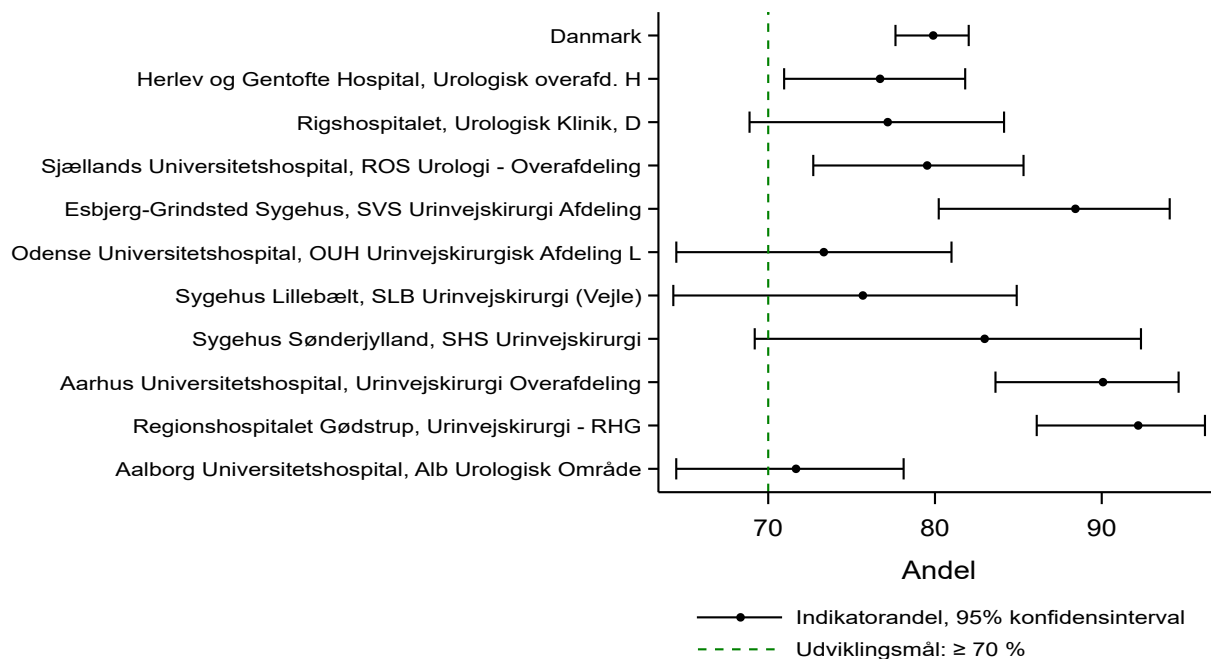
Forest plot, region

Indikator 6. Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (u 75 år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Forest plot på regionsniveau.



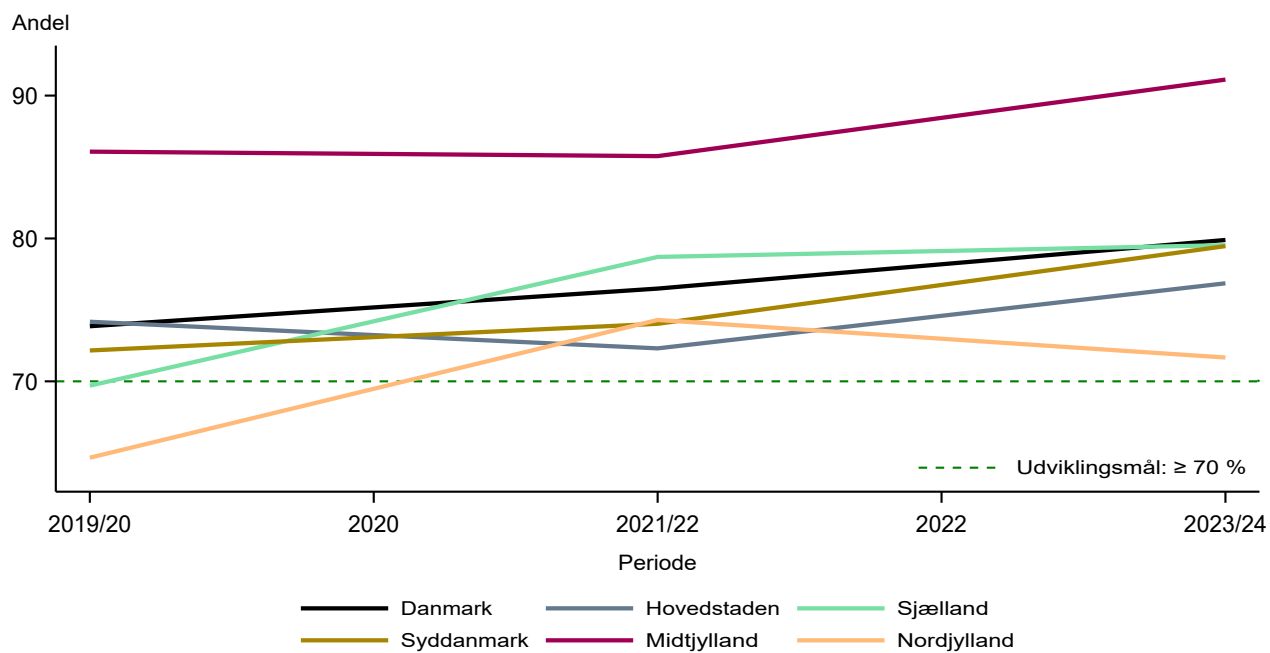
Forest plot, afdeling

Indikator 6. Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (u 75 år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Forest plot på afdelingsniveau.



Trendgraf, region

Indikator 6. Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (u 75 år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7: Høj risiko: kurativ behandling (over 75 år)

Datagrundlag og beregningsregler

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

Resultater

Andelen af patienter ≥ 75 år i højriskogruppen, der modtager kurativ behandling, er på landsplan 31%. Andelen er stigende over tid, men ligger fortsat væsentligt lavere end for patienter under 75 år.

Der ses betydelig regional variation. Region Midtjylland ligger markant højere end de øvrige regioner, som samlet ligger på et væsentligt lavere og relativt ensartet niveau.

Diskussion

Den stigende andel af kurativt behandlede patienter ≥ 75 år afspejler en ændret klinisk praksis med øget fokus på individuel vurdering frem for kronologisk alder alene.

Den betydelige regionale variation – og særligt det højere niveau i Region Midtjylland – indikerer, at der fortsat er forskelle i vurdering af behandlingsindikationen hos ældre patienter. Dette kan afspejle variation i patientselektion, komorbiditetsvurdering, anvendelse af billeddiagnostik samt lokal behandlingskultur, som allerede omtalt under indikator 6. I relation til EAU-risikostratificering (risiko for recidiv efter kurativt intenderet behandling) har fortolkningen af f.eks. aktuelle indikator givet anledning til undren over den særligt høj andel Region Midtjylland (83%) og markant forskellig fra Region Syddanmark (69%), selv om patientpopulationerne i øvrigt forekommer sammenlignelige. Som det fremgår af den supplerende tabel over ny diagnosticerede i 2025 se afsnittet ny Diagnosticerede, kan Region Midtjyllands lavere andel af patienter klassificeret som højrisiko (25% versus 31%) formentlig i væsentlig grad forklares ved en højere andel patienter uden egentlig risikoklassifikation på grund af primært dissemineret, ikke-kurabel M1-sygdom (28% versus 23%). Den mest sandsynlige forklaring herpå er Region Midtjyllands mangeårige systematiske anvendelse af den mere sensitive PSMA-PET/CT-skanning i metastaseudredningen.

Det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at afgøre, hvilket niveau der repræsenterer optimal kvalitet, idet en højere behandlingsandel både kan afspejle bedre selektion af egnede patienter og en mere liberal behandlingsstrategi.

Vurdering af indikatoren

Indikator 7 belyser et klinisk komplekst område, hvor behandlingsbeslutninger skal balancere forventet levetid, komorbiditet og behandlingsgevinst. Den stigende andel på landsplan er positiv, men den betydelige regionale variation understøtter behovet for fortsat monitorering.

Der foreslås et udviklingsmål på $\geq 35\%$, som et realistisk og fagligt ønskværdigt niveau, der afspejler den aktuelle udvikling og samtidig tager højde for den kliniske kompleksitet i patientgruppen.

Indikatortabel

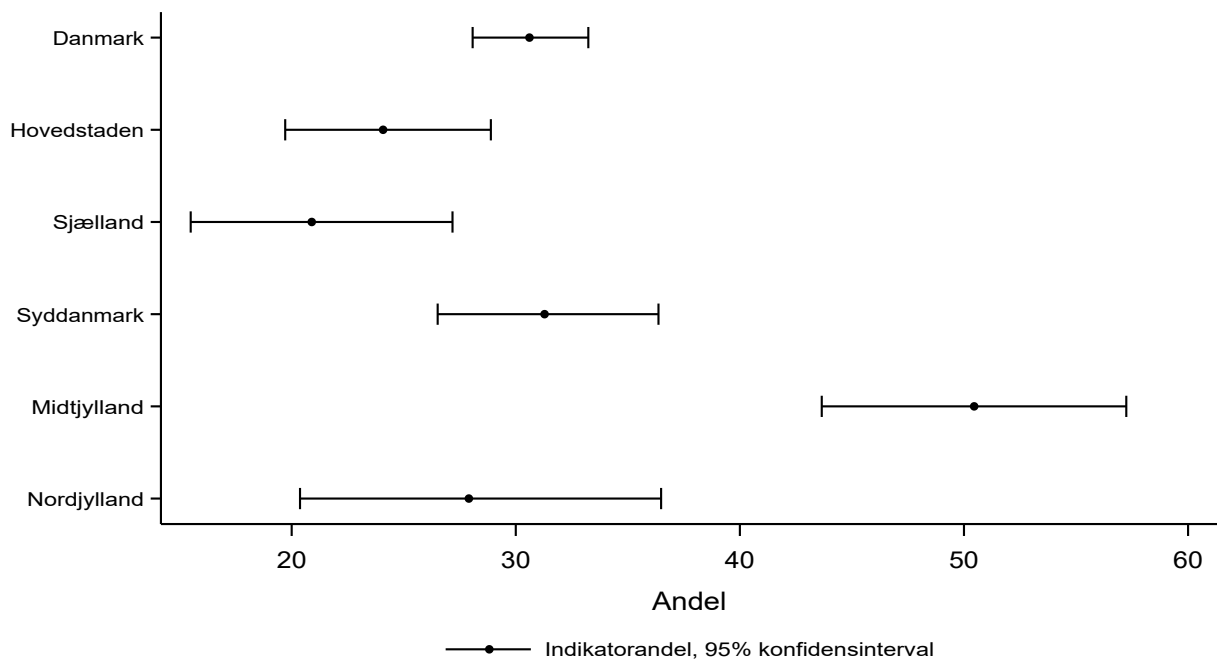
Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (75+ år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.07.2023 – 30.06.2025		2021/23		2019/21
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		386 / 1.261	30,6	(28,1– 33,2)	358 / 1.330	26,9	24,1
Hovedstaden		85 / 353	24,1	(19,7– 28,9)	77 / 318	24,2	21,9
Sjælland		42 / 201	20,9	(15,5– 27,2)	73 / 249	29,3	26,2
Syddanmark		112 / 358	31,3	(26,5– 36,4)	79 / 357	22,1	18,6
Midtjylland		111 / 220	50,5	(43,7– 57,2)	99 / 257	38,5	32,3
Nordjylland		36 / 129	27,9	(20,4– 36,5)	30 / 149	20,1	24,8
Hovedstaden		85 / 353	24,1	(19,7– 28,9)	77 / 318	24,2	21,9
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling		0 / 6	0,0	(0,0–45,9)	0 / 8	0,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		54 / 238	22,7	(17,5– 28,5)	52 / 223	23,3	22,6
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		31 / 109	28,4	(20,2– 37,9)	25 / 87	28,7	22,2
Sjælland		42 / 201	20,9	(15,5– 27,2)	73 / 249	29,3	26,2
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling		42 / 201	20,9	(15,5– 27,2)	73 / 249	29,3	26,2
Syddanmark		112 / 358	31,3	(26,5– 36,4)	79 / 357	22,1	18,6
Esbjerg–Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		31 / 107	29,0	(20,6– 38,5)	21 / 87	24,1	11,8
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		39 / 108	36,1	(27,1– 45,9)	32 / 169	18,9	15,4

Udviklingsmål	Tæller/ opnået	Aktuelle år			Tidligere år		
		01.07.2023 - 30.06.2025			2021/23		2019/21
		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel	
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	26 / 94	27,7	(18,9- 37,8)	19 / 79	24,1	26,2	
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	16 / 49	32,7	(19,9- 47,5)	7 / 22	31,8	21,1	
Midtjylland	111 / 220	50,5	(43,7- 57,2)	99 / 257	38,5	32,3	
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	61 / 104	58,7	(48,6- 68,2)	50 / 143	35,0	27,1	
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	50 / 116	43,1	(33,9- 52,6)	49 / 114	43,0	39,8	
Nordjylland	36 / 129	27,9	(20,4- 36,5)	30 / 149	20,1	24,8	
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	36 / 129	27,9	(20,4- 36,5)	30 / 149	20,1	24,8	

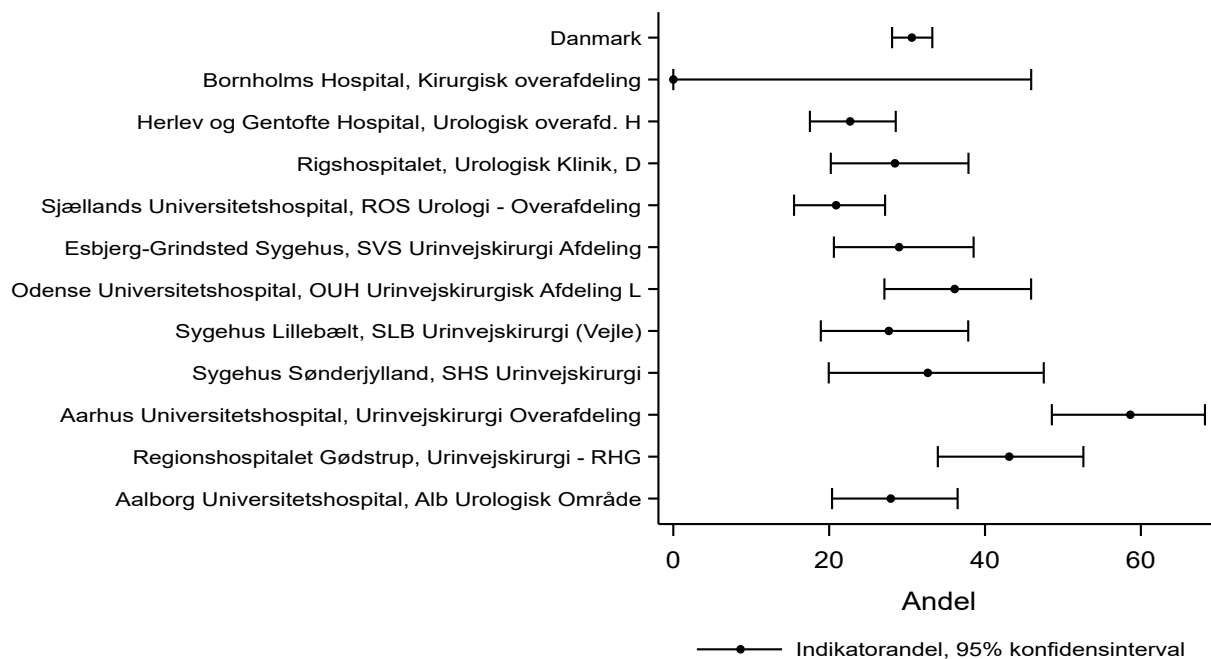
Forest plot, region

Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (75+ år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Forest plot på regionsniveau.



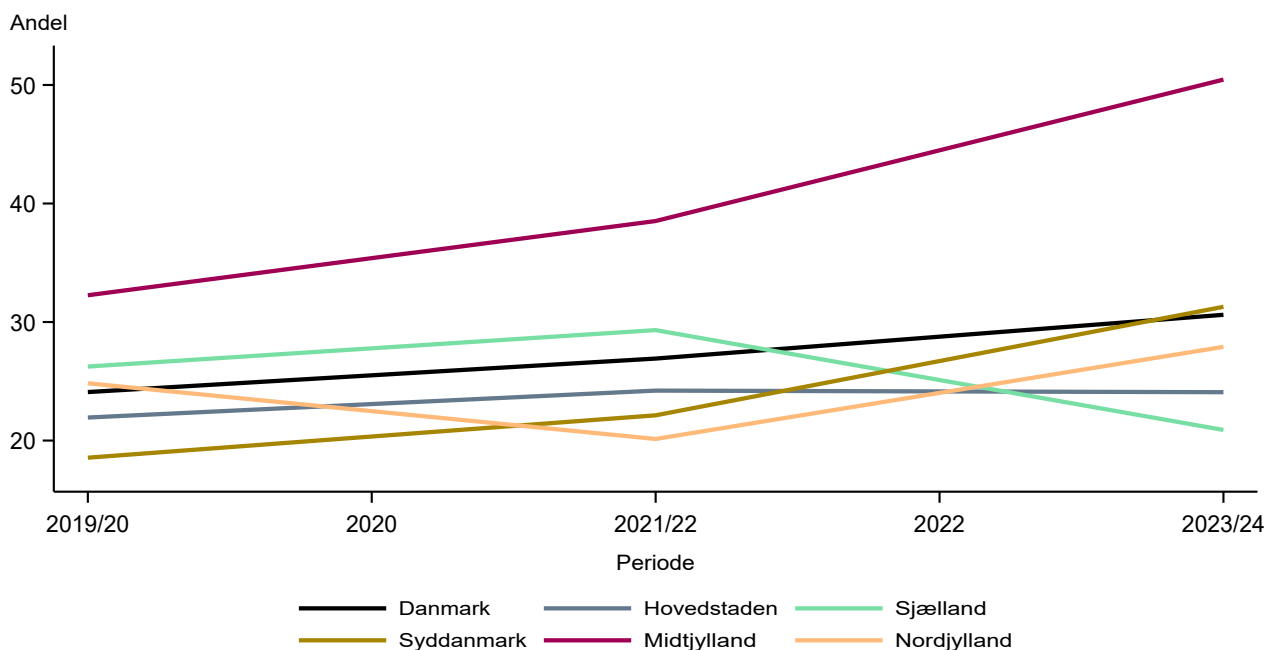
Forest plot, afdeling

Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (75+ år), 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 (75+ år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose. Trendgraf på regionsniveau.



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

Datagrundlag og beregningsregler

Denne indikator er baseret på patienter som fik prostatektomi eller som indgik i active surveillance der har registreringer i Landspatientregisteret af forskellige MR-undersøgelser og anvendelser af MR ved biopsitagning (UXMD* og KTKE-koder, som indeholder MR-aktivitet).

Alle patienter, som tilbydes prostatektomi eller som indgik i active surveillance, bør have været tilbudt en diagnostisk MR-skanning, og opfyldelsesgraden i denne nye indikator bør derfor være høj.

Resultater

Andelen af patienter, der modtager diagnostisk MR-skanning i forbindelse med udredning for prostatacancer, er steget markant over de seneste år. Trendgrafen viser en hurtig og konsistent implementering på landsplan.

Trods denne positive udvikling opfyldes det højt satte udviklingsmål ikke på landsplan. Målopfyldeelse ses i praksis kun i Region Sjælland samt på enkelte afdelinger, mens de øvrige regioner stort set ikke har forbedret resultaterne i forhold til sidste år.

Diskussion

Den observerede udvikling afspejler en eksemplarisk implementering af MR som central del af den diagnostiske strategi ved prostatacancer. Den hurtige udbredelse understøtter en betydelig organisatorisk og klinisk omstilling på tværs af landet.

Den manglende målopfyldeelse trods den gunstige trend indikerer imidlertid, at det fastsatte udviklingsmål er ambitiøst og endnu ikke fuldt realiseret i klinisk praksis. Den vedvarende variation mellem regioner og institutioner peger på forskelle i kapacitet, prioritering eller organisering af MR-ressourcer.

Da MR-skanning er central for risikostratifikation og beslutning om biopsi, har variation i anvendelsen potentielt betydning for både diagnostisk kvalitet og efterfølgende behandlingsforløb.

Vurdering af indikatoren

Indikator 8 vurderes som en central procesindikator for kvaliteten af den diagnostiske udredning. Den markante stigning over tid i andelen af MR-skannede patienter er positiv og vidner om en vellykket implementering.

Den manglende målopfyldeelse på landsplan samt den betydelige variation mellem regioner og institutioner understøtter behovet for fortsat monitorering og fokus på ensartet implementering.

Det nuværende udviklingsmål fastholdes som fagligt relevant, men bør fortolkes i lyset af den fortsatte implementeringsproces.

Indikatortabel

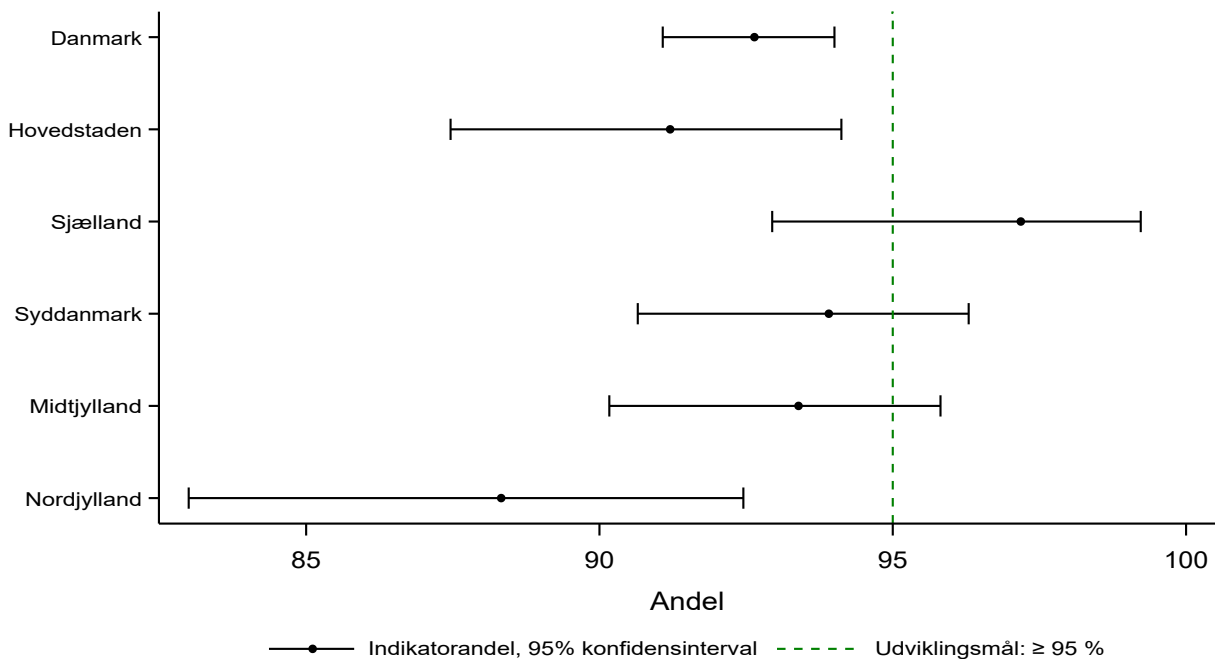
Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter (i AS eller prostatektomeret), med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.196 / 1.291	92,6	(91,1- 94,0)	1.254 / 1.367	91,7	83,6
Hovedstaden	Nej	280 / 307	91,2	(87,5- 94,1)	358 / 392	91,3	82,6
Sjælland	Ja	138 / 142	97,2	(92,9- 99,2)	119 / 128	93,0	92,3
Syddanmark	Nej	293 / 312	93,9	(90,7- 96,3)	288 / 313	92,0	90,4
Midtjylland	Nej	311 / 333	93,4	(90,2- 95,8)	336 / 360	93,3	76,6
Nordjylland	Nej	174 / 197	88,3	(83,0- 92,5)	153 / 174	87,9	76,4
Hovedstaden	Nej	280 / 307	91,2	(87,5- 94,1)	358 / 392	91,3	82,6
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	Nej	187 / 198	94,4	(90,3- 97,2)	235 / 247	95,1	96,2
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	Nej	93 / 109	85,3	(77,3- 91,4)	123 / 145	84,8	57,1
Sjælland	Ja	138 / 142	97,2	(92,9- 99,2)	119 / 128	93,0	92,3
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling	Ja	138 / 142	97,2	(92,9- 99,2)	119 / 128	93,0	92,3
Syddanmark	Nej	293 / 312	93,9	(90,7- 96,3)	288 / 313	92,0	90,4
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	Nej	86 / 91	94,5	(87,6- 98,2)	100 / 106	94,3	92,0
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Nej	96 / 105	91,4	(84,4- 96,0)	80 / 88	90,9	86,8
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Ja	82 / 83	98,8	(93,5- 100,0)	62 / 70	88,6	97,1

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/ nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
	opnået		Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	Nej	29 / 33	87,9	(71,8- 96,6)	46 / 49	93,9	90,0
Midtjylland	Nej	311 / 333	93,4	(90,2- 95,8)	336 / 360	93,3	76,6
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	151 / 158	95,6	(91,1- 98,2)	148 / 157	94,3	79,6
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	Nej	160 / 175	91,4	(86,3- 95,1)	188 / 203	92,6	74,5
Nordjylland	Nej	174 / 197	88,3	(83,0- 92,5)	153 / 174	87,9	76,4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	Nej	174 / 197	88,3	(83,0- 92,5)	153 / 174	87,9	76,4

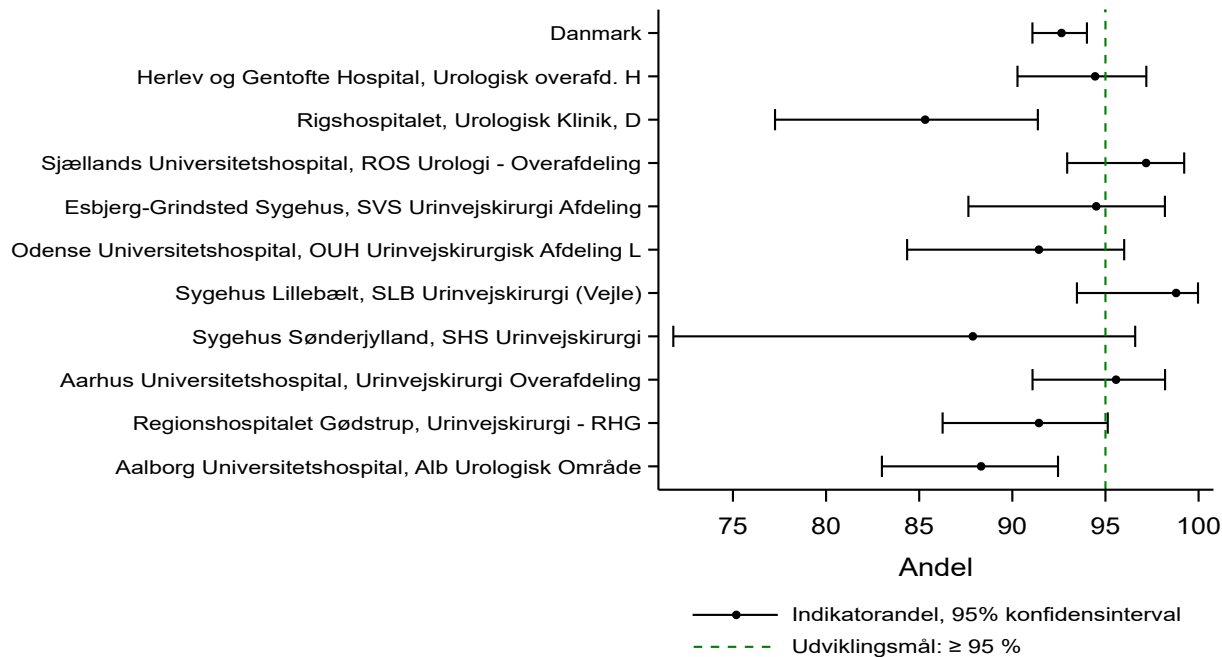
Forest plot, region

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



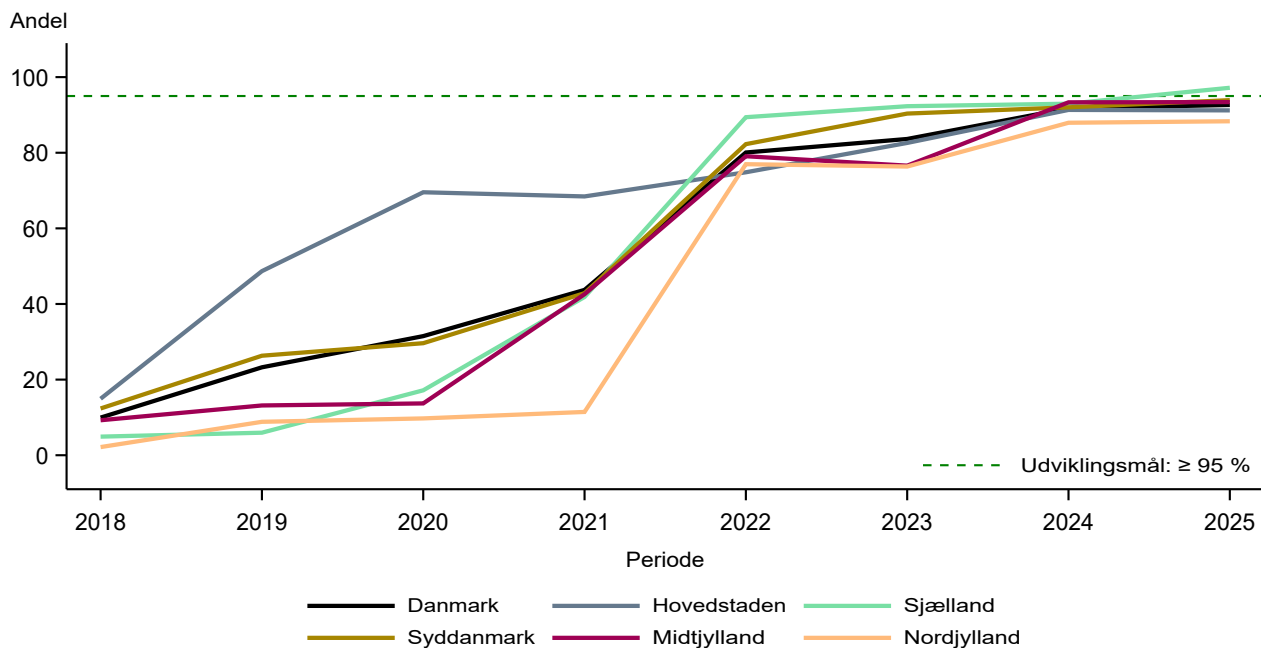
Forest plot, afdeling

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 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

Indberetning af PI-RADS score er fortsat meget begrænset på landsplan. Konsistent registrering ses primært i Region Nordjylland ved manuel kodning, mens Region Hovedstaden delvist har opnået indberetning via Sundhedsplatformen.

Der indberettes aktuelt ikke systematisk fra de øvrige tre regioner, hvilket medfører en lav samlet datakomplethed.

Diskussion

PI-RADS score er en central komponent i den diagnostiske MR-strategi og har afgørende betydning for selektion af patienter til biopsi. Den utilstrækkelige og uensartede indberetning begrænser derfor indikatorens anvendelighed som kvalitetsmål.

Den nuværende variation i registreringspraksis afspejler primært forskelle i teknisk og organisatorisk implementering snarere end klinisk kvalitet. Manuel kodning har vist sig mulig, men er ressourcekrævende og sårbar, mens automatiserede løsninger endnu kun er delvist implementeret.

Der er igangsat et RSI-projekt i Region Midtjylland med henblik på automatisk udtræk af PI-RADS score og PSA-densitet fra radiologibeskrivelser (se tillægsafsnit). Disse parametre er samlet afgørende for indikation for bioptering og vil kunne danne grundlag for en mere klinisk relevant og datakomplet indikator.

Vurdering af indikatoren

Indikator 9 vurderes i sin nuværende form at have begrænset værdi som kvalitetsindikator på grund af manglende datakomplethed og betydelig regional variation i indberetning.

Med implementeringen af automatiseret datafangst forventes det fra kommende år at være muligt at etablere en ny, mere klinisk meningsfuld MR/biopsi-indikator baseret på PI-RADS score og PSA-densitet.

Det anbefales derfor, at den nuværende indikator udfases og erstattes af en kvalitetsudviklende indikator, som bedre afspejler den diagnostiske beslutningsproces.

Indikatortabel

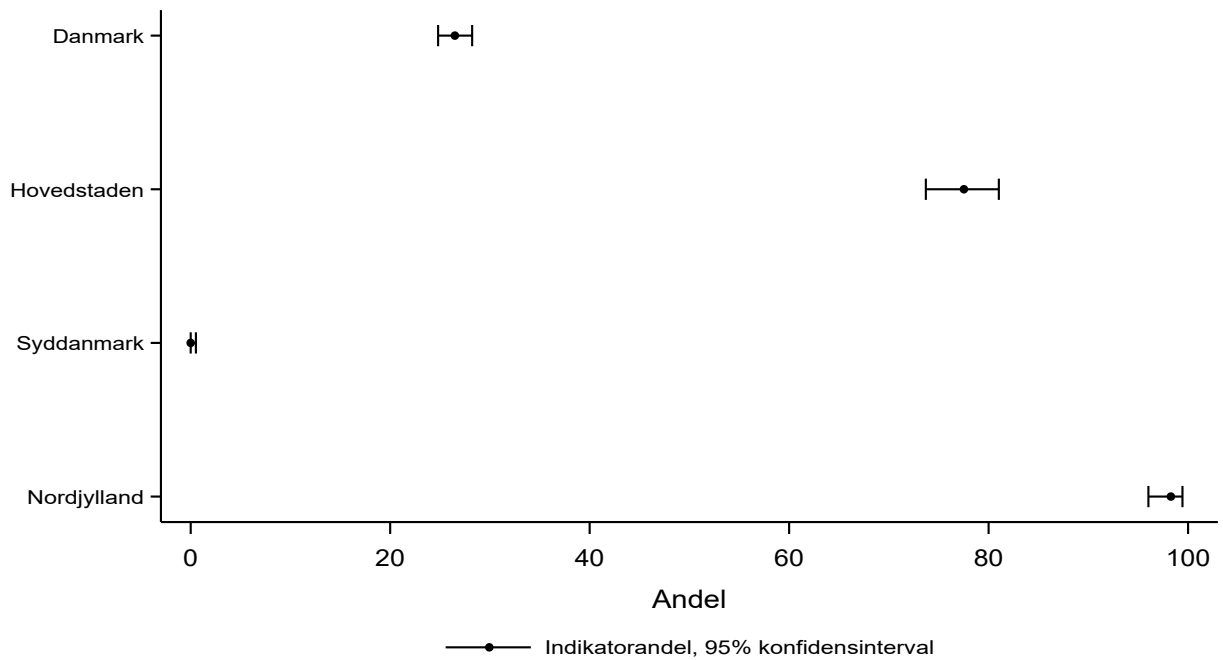
Indikator 9s: Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-scanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		695 / 2.624	26,5	(24,8- 28,2)	601 / 2.468	24,4	26,2
Hovedstaden		407 / 525	77,5	(73,7- 81,0)	365 / 573	63,7	73,6
Sjælland		##/##	0,6	(0,1-2,2)	5 / 239	2,1	0,0
Syddanmark		0 / 706	0,0	(0,0-0,5)	##/##	0,1	0,2
Midtjylland		##/##	0,1	(0,0-0,7)	##/##	0,1	0,0
Nordjylland		285 / 290	98,3	(96,0- 99,4)	229 / 231	99,1	98,4
Hovedstaden		407 / 525	77,5	(73,7- 81,0)	365 / 573	63,7	73,6
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		281 / 391	71,9	(67,1- 76,3)	341 / 425	80,2	82,3
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		126 / 134	94,0	(88,6- 97,4)	24 / 148	16,2	20,6
Sjælland		##/##	0,6	(0,1-2,2)	5 / 239	2,1	0,0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling		##/##	0,6	(0,1-2,2)	5 / 239	2,1	0,0
Syddanmark		0 / 706	0,0	(0,0-0,5)	##/##	0,1	0,2
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		0 / 207	0,0	(0,0-1,8)	##/##	0,5	0,6
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		0 / 242	0,0	(0,0-1,5)	0 / 229	0,0	0,0
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		0 / 176	0,0	(0,0-2,1)	0 / 165	0,0	0,0
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		0 / 81	0,0	(0,0-4,5)	0 / 99	0,0	0,0
Midtjylland		##/##	0,1	(0,0-0,7)	##/##	0,1	0,0

Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
		01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
		opnået	Andel	95% CI	Antal	Andel
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	0 / 389	0,0	(0,0-0,9)	0 / 351	0,0	0,0
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG	#/#	0,3	(0,0-1,4)	#/#	0,3	0,0
Nordjylland	285 / 290	98,3	(96,0- 99,4)	229 / 231	99,1	98,4
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	285 / 290	98,3	(96,0- 99,4)	229 / 231	99,1	98,4

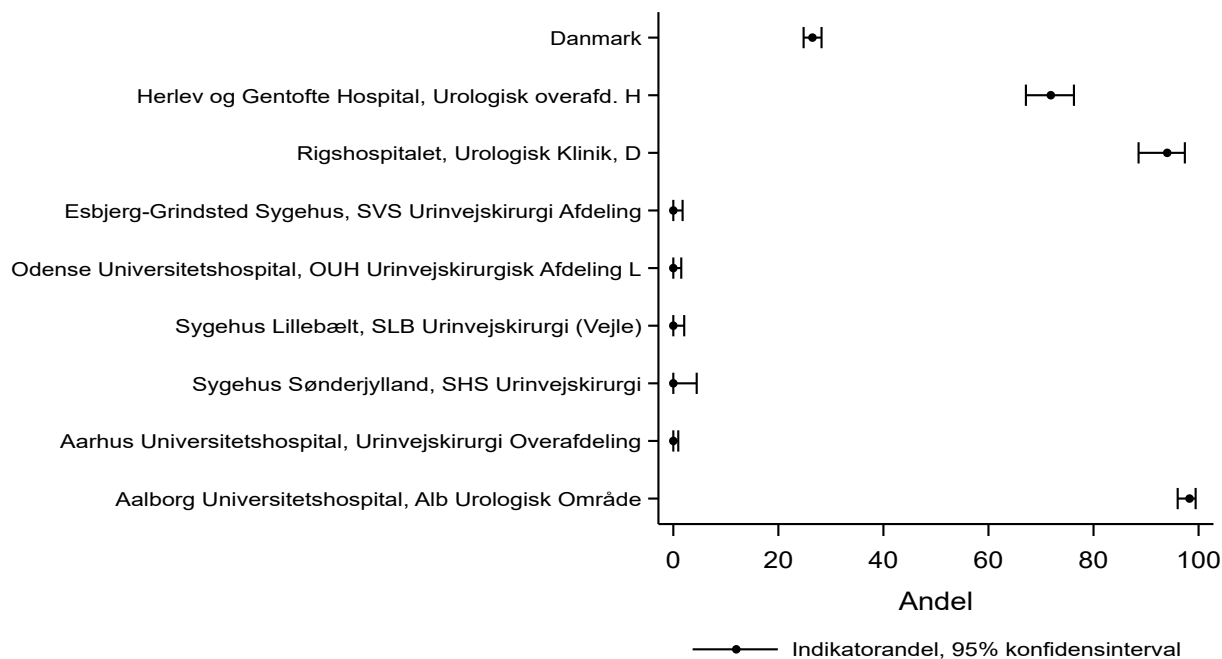
Forest plot, region

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.



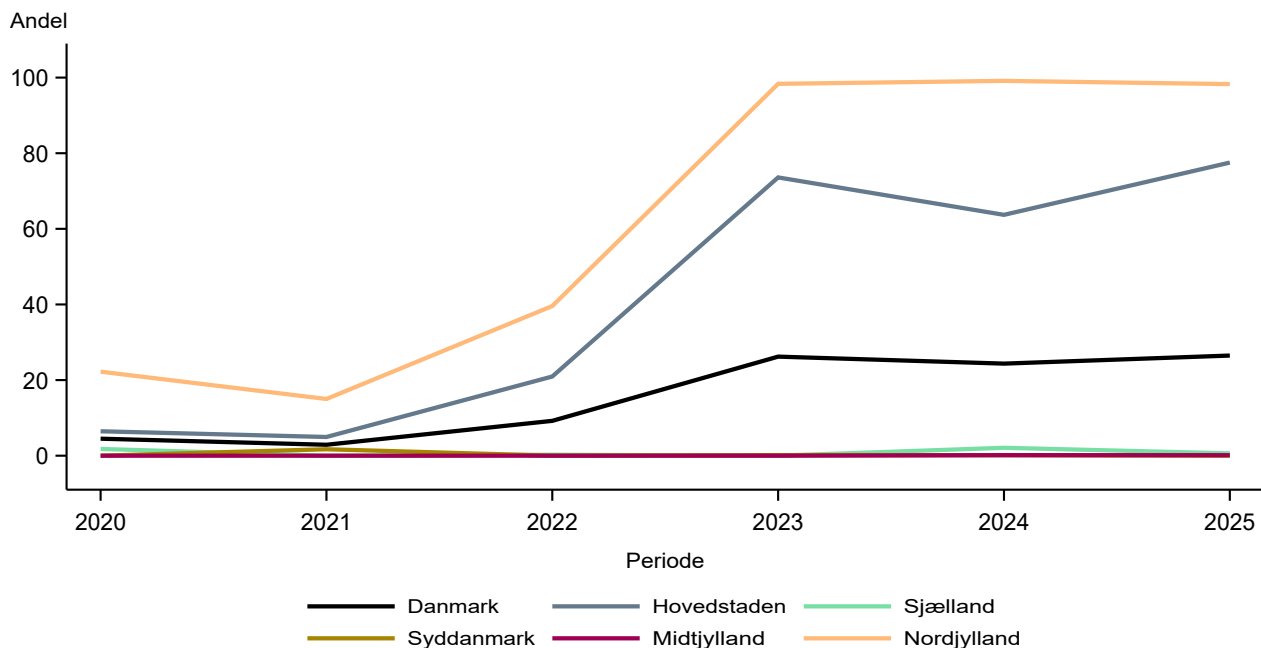
Forest plot, afdeling

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 tumorscanning 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 akkuratess, signifikant færre tilfælde af usikre fund, en højere interobservatør overensstemmelse og en lavere stråledosis til patienten, sammenlignet med konventionel udredning (knogleskintigrafi + diagnostisk CT). Tilsvarende vil udvidet lymfeknudeexairese (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

Anvendelsen af PSMA-PET/CT ved udredning af patienter i højrisikogruppen er steget markant sammenlignet med tidligere år og nærmer sig nu 50% på landsplan.

Der ses betydelig interregional variation i anvendelsen, hvor implementeringsgraden varierer mellem regionerne.

Diskussion

PSMA-PET/CT har høj diagnostisk præcision og anvendes i stigende omfang i udredningen af patienter med højrisikosygdom.

Den observerede variation mellem regioner afspejler, at implementeringen fortsat er uensartet. Forskellene kan ses i relation til variation i kapacitet og organisering af de billeddiagnostiske tilbud. I Region Sjælland foreligger der en kapacitetsudfordring, som kan have betydning for anvendelsen.

Det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at vurdere de relative bidrag fra strukturelle og kliniske forhold, men de tidligere omtalte forskelle i risikovurdering under indikator 6 og 7 har også betydning for denne indikator.

Vurdering af indikatoren

Indikator 10s vurderes som en relevant procesindikator for kvaliteten af udredningen ved højrisikosygdom. Den stigende anvendelse og det aktuelle niveau omkring 50% på landsplan afspejler en igangværende implementering.

Den interregionale variation understøtter behovet for fortsat monitorering i takt med den videre implementering.

Der foreslås et udviklingsmål på $\geq 70\%$, som et realistisk og fagligt ønskværdigt niveau på kort sigt under hensyntagen til den aktuelle implementeringsgrad.

Indikatortabel

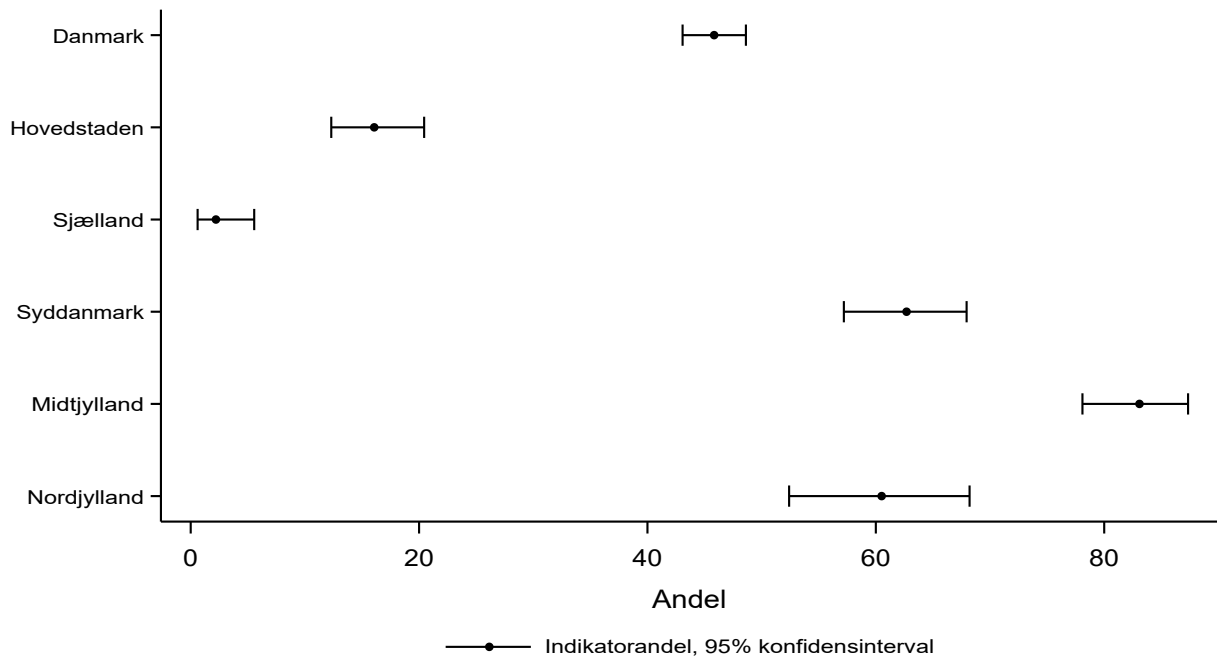
Indikator 10s: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/-30dg)

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		584 / 1.274	45,8	(43,1- 48,6)	291 / 1.338	21,7	20,1
Hovedstaden		54 / 336	16,1	(12,3- 20,4)	7 / 397	1,8	2,4
Sjælland		4 / 181	2,2	(0,6-5,6)	0 / 180	0,0	0,0
Syddanmark		205 / 327	62,7	(57,2- 67,9)	39 / 355	11,0	15,3
Midtjylland		226 / 272	83,1	(78,1- 87,3)	196 / 244	80,3	61,9
Nordjylland		95 / 157	60,5	(52,4- 68,2)	49 / 162	30,2	36,5
Hovedstaden		54 / 336	16,1	(12,3- 20,4)	7 / 397	1,8	2,4
Bornholms Hospital, Kirurgisk overafdeling		0 / 5	0,0	(0,0-52,2)	0 / 3	0,0	0,0
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H		6 / 225	2,7	(1,0-5,7)	6 / 269	2,2	3,6
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D		48 / 106	45,3	(35,6- 55,2)	##/##	0,8	0,0
Sjælland		4 / 181	2,2	(0,6-5,6)	0 / 180	0,0	0,0
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi - Overafdeling		4 / 181	2,2	(0,6-5,6)	0 / 180	0,0	0,0
Syddanmark		205 / 327	62,7	(57,2- 67,9)	39 / 355	11,0	15,3
Esbjerg-Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling		54 / 91	59,3	(48,5- 69,5)	10 / 98	10,2	12,8
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L		67 / 111	60,4	(50,6- 69,5)	12 / 114	10,5	22,9
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)		48 / 81	59,3	(47,8- 70,1)	12 / 90	13,3	8,8

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024		2023
			opnået	Andel	95% CI	Antal	Andel
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi		36 / 44	81,8	(67,3- 91,8)	5 / 53	9,4	2,4
Midtjylland		226 / 272	83,1	(78,1- 87,3)	196 / 244	80,3	61,9
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling		107 / 126	84,9	(77,5- 90,7)	106 / 123	86,2	63,3
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi - RHG		119 / 146	81,5	(74,2- 87,4)	90 / 121	74,4	60,4
Nordjylland		95 / 157	60,5	(52,4- 68,2)	49 / 162	30,2	36,5
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område		95 / 157	60,5	(52,4- 68,2)	49 / 162	30,2	36,5
Privathospitaler							
Privathospitaler/Speciallæger		##/##	0,0	(0,0-97,5)			

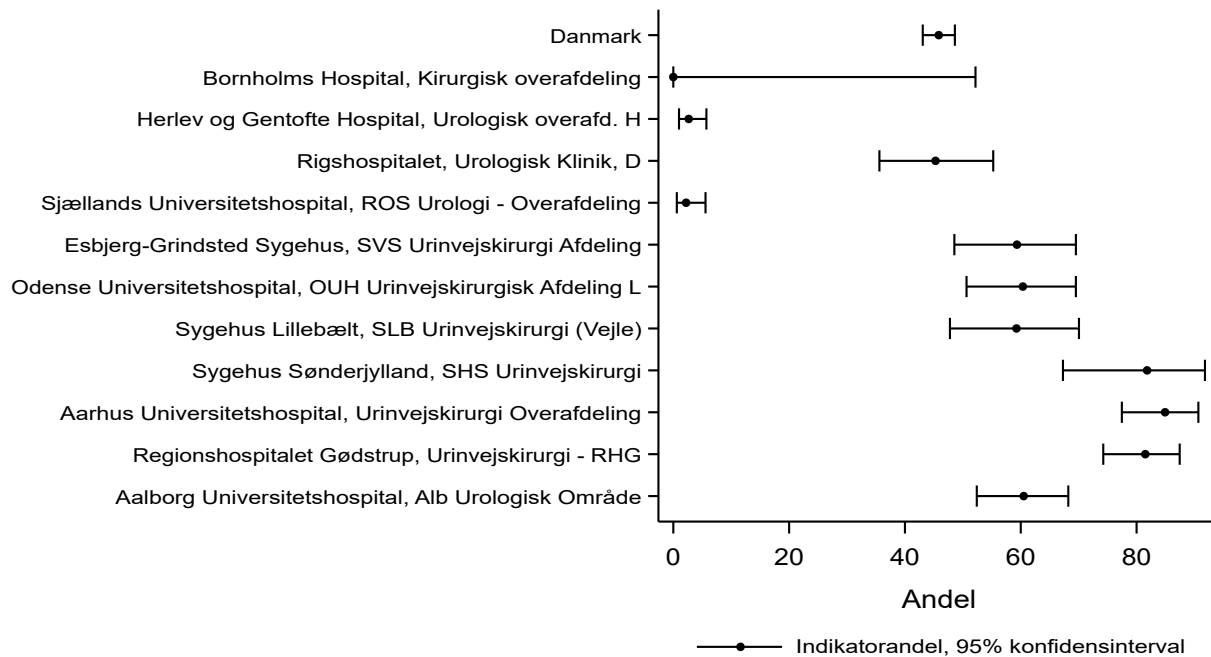
Forest plot, region

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



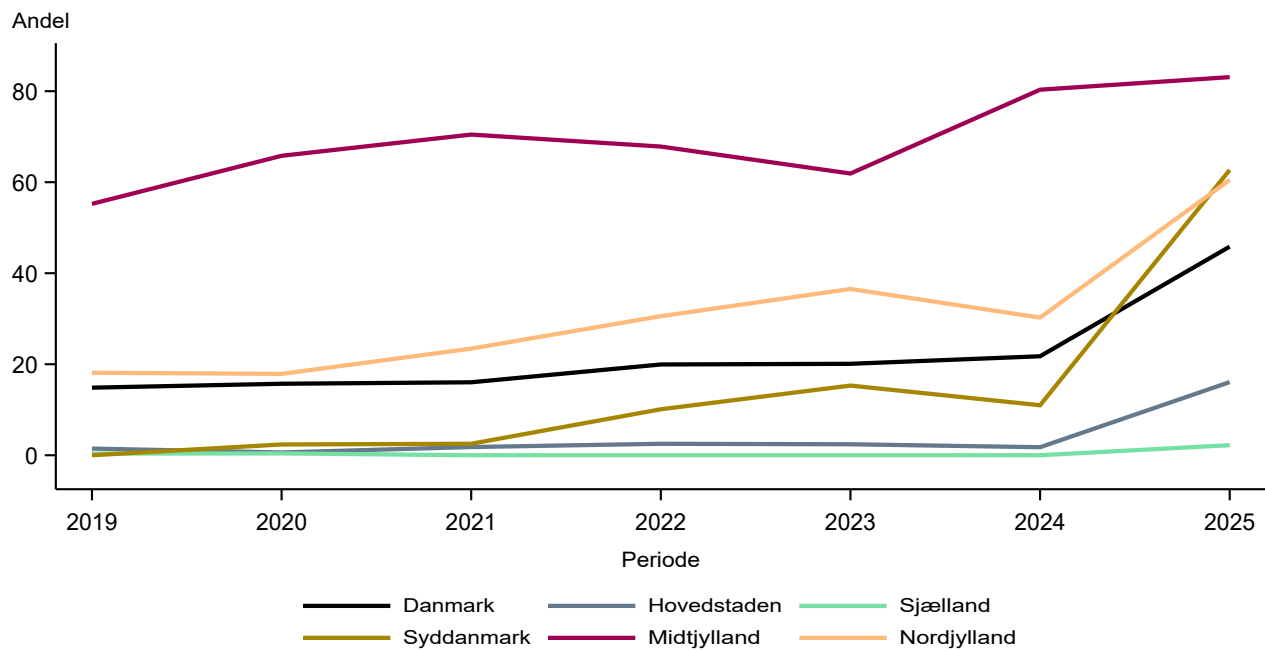
Forest plot, afdeling

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	Indikatoropfyldelse		
		Andel (95% CI)	Andel	Andel
		01.01.2025 – 31.12.2025	2024	2023
Indikator 1: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der har medført indlæggelse indenfor 7 dage efter proceduren (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≤ 1	1,1 (0,8–1,4)	1,0	2,2
Indikator 2: Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt (patienter med efterfølgende prostatacancer)	≥ 90	96,5 (96,0– 97,0)	88,8	58,9
Indikator 3: Andel af radikalt prostatektomerede (pT2) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 15	18,6 (15,6– 21,9)	16,1	15,0
Indikator 4: Andel af radikalt prostatektomerede (pT3) patienter med tumorpositive kirurgiske rande	≤ 40	45,5 (40,7– 50,4)	39,1	40,0
Indikator 5: Andel af radikalt prostatektomerede med komplikation af Clavien–Dindo–grad mindst 3 indenfor 90 dage efter prostatektomi	≤ 5	2,1 (1,3–3,3)	4,6	5,6
		01.07.2023 – 30.06.2025	2022 – 2024	2021 – 2023
Indikator 6: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (u 75 år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.	≥ 70	79,9 (77,6– 82,0)	76,5	73,9
Indikator 7: Andel af patienter i EAU højrisikogruppe (75+ år), der behandles kirurgisk eller med stråleterapi/brachyterapi indenfor 180 dage efter diagnose.		30,6 (28,1– 33,2)	26,9	24,1
		01.01.2025 – 31.12.2025	2024	2023
Indikator 8: Andel af prostatacancerpatienter (i AS eller prostatektomeret), med MR-aktivitet (UXMD*/KTKE) ved diagnose (+/- 30dg)	≥ 95	92,6 (91,1– 94,0)	91,7	83,6

Supplerende indikatorer

Indikator	Udviklingsmål	Indikatoropfyldelse		
		Andel (95% CI)	Andel	Andel
		01.01.2025 – 31.12.2025	2024	2023
Indikator 9s: (suppl) Andel af prostatacancerpatienter med registreret MR-skanning af prostata (UXMD92) ved diagnose (+/- 30dg), der har fået registreret PI-RADS-score		26,5 (24,8– 28,2)	24,4	26,2
Indikator 10s: (suppl) Andel af patienter i EAU højrisikogruppe, med PSMA-PET tumorskanning ved diagnose (+/- 30dg)		45,8 (43,1– 48,6)	21,7	20,1

Styregruppens medlemmer

DaProca styregruppe medlemmer

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:

[DaProca styregruppe medlemmer](#)

Om denne udgivelse

© SundK 2026

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 Nanna Eithz Jørgensen. E-mail: naejor@sundk.dk

Udgiver:

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Hedeager 3

8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Udgivelsesdato: 22. juni 2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Kommentarer fra regionerne

Region Østdanmark: Har svaret ingen kommentarer.

Region Syddanmark: Har svaret ingen kommentarer.

Region Midtjylland: Har svaret ingen kommentarer.

Region Nordjylland:

Hermed officiel kommentar til årsrapporten fra Region Nordjylland, Aalborg UH:

Ved gennemgang af data i relation til indikator 2: "Andel af udførte ultralydsscanninger (TRUS) med prostatabiopsi, der udføres transperinealt", bemærkes det at udførelse af transperineale biopsier i RN foretages i Aalborg. Patienter fra RHN henvises til Aalborg UH.

Tematillæg: MR-først-kohorten

Baggrund

DAPROCA's landsdækkende retningslinjer anbefaler MR-skanning før biopsi (MR-først) sammen med PSA som led i den initiale udredning ved mistanke om prostatacancer. Strategien reducerer unødvendige biopsier og overdetektion af klinisk insignifikant sygdom, samtidig med at sensitiviteten for klinisk signifikant prostatacancer (csPCa, ISUP ≥ 2) opretholdes.

I sin nuværende form omfatter den nationale kvalitetsdatabase, DAPROCAdata, udelukkende histologiverificerede kræfttilfælde. Med MR-først-strategien er den diagnostiske population imidlertid ændret: En betydelig andel af patienterne er MR-negative og indgår ikke i databasen, hvilket begrænser muligheden for at evaluere hele udredningsforløbet. Samtidig mangler systematisk indrapportering af radiologiske nøglevariable, hvilket vanskeliggør vurdering af variation i diagnostisk praksis og kvalitet.

Automatisk datafangst med AI-baseret framework

Vi har udviklet og valideret et AI-baseret framework, der automatisk gennemlæser patientjournalens fritekster, herunder radiologiske beskrivelser. Systemet identificerer bl.a. PI-RADS-scoren, prostatavolumen, PSA-densitet og læsionskarakteristika direkte fra MR-beskrivelserne med en valideret præcision $>99\%$.

En central styrke er, at løsningen muliggør detaljeret og skalerbar dataindsamling ud over traditionelle registreringer. Det bliver dermed muligt ikke blot at registrere, om en undersøgelse er udført, men også resultatet heraf. Dette åbner for systematisk besvarelse af centrale kvalitetsudviklings spørgsmål som f.eks.:

Hvilke beslutninger træffes ved MDT-konferencer?

Hvad driver behandlingsvalg ved lavrisikosygdom?

Hvad er risikoen for klinisk signifikant cancer efter negativ MR?

Hvor stor er variationen mellem hospitaler og over tid?

Hvilken effekt har implementering af bpMRI på klinisk praksis?

Frameworket muliggør samtidig automatisk udfyldning af manglende indberetninger og identifikation af praksisvariation. Systemet implementeres aktuelt i en national supercomputerinfrastruktur under Region Midtjyllands ledelse med henblik på landsdækkende anvendelse.

Eksempel-output: Variation i MR-skanning og biopsipraksis

Systemet har analyseret de seneste ca. 14.000 MR-skanninger fra Region Midtjylland og opdateres løbende. Det identificerer relevante undersøgelser, vurderer datakvalitet og markerer usikre tilfælde til klinisk validering. Analysen har fundet en betydelig variation i angivelse af PI-RADS-score mellem regionens to centre. Særligt ses en højere andel af PI-RADS 3 ("gråzone") på regionshospitalet sammenlignet med universitetshospitalet, trods sammenlignelige patientkarakteristika

Radiologisk erfaring har betydning for angivelsen af PI-RADS-scoren, og på universitetshospitalet er teknikken tidligt implementeret. Forskelle i praksis samt udviklingen over tid kan visualiseres (figur 1).

Figur 1 viser, at der generelt angives højere PI-RADS-scoring på regionshospitalet trods sammenlignelige baselinekarakteristika (ikke vist). Særligt ses, at gråzonescoren, PI-RADS 3 (mulig læsion), udgør en væsentligt større andel på regionshospitalet (blå søjler). Denne forskel fremgår ikke af eksisterende registre, da den i øvrigt indberetningspligtige PI-RADS-score aktuelt ikke registreres struktureret, men i nærværende analyse er ekstraheret fra radiologiske fritekstbeskrivelser.

Analysen finder desuden, at andelen af PI-RADS 3 har ændret sig over tid med et stabilt niveau i perioden 2022–2024, efterfulgt af en parallel stigning fra 2024 (figur 2).

Figur 2 illustrerer dels en indledende læringskurve i 2022 og vedvarende forskelle i erfaring mellem de to centre, dels effekten af ændret skanningsmodalitet. I 2024 blev multiparametrisk kontrast-MR erstattet af biparametrisk MR som standardundersøgelse, hvilket medførte en parallel stigning i anvendelsen af gråzoneværdien PI-RADS 3 på begge centre. Fraværet af kontrastsekvens reducerer et centralt diagnostisk signal til klassifikation af tvivlsomme læsioner, hvorved flere fund kategoriseres som PI-RADS 3 frem for klart benigne eller suspekter.

Forskelle i radiologisk praksis har direkte kliniske implikationer. PI-RADS 3-patienter biopteres hyppigere end PI-RADS 1-2-patienter, og den højere andel af højere scorer i perifert regi bidrager til en væsentligt højere samlet biopsirate. Risikoen for en benign eller lavrisiko ISUP-1-biopsi fandtes væsentligt lavere på det erfarne center.

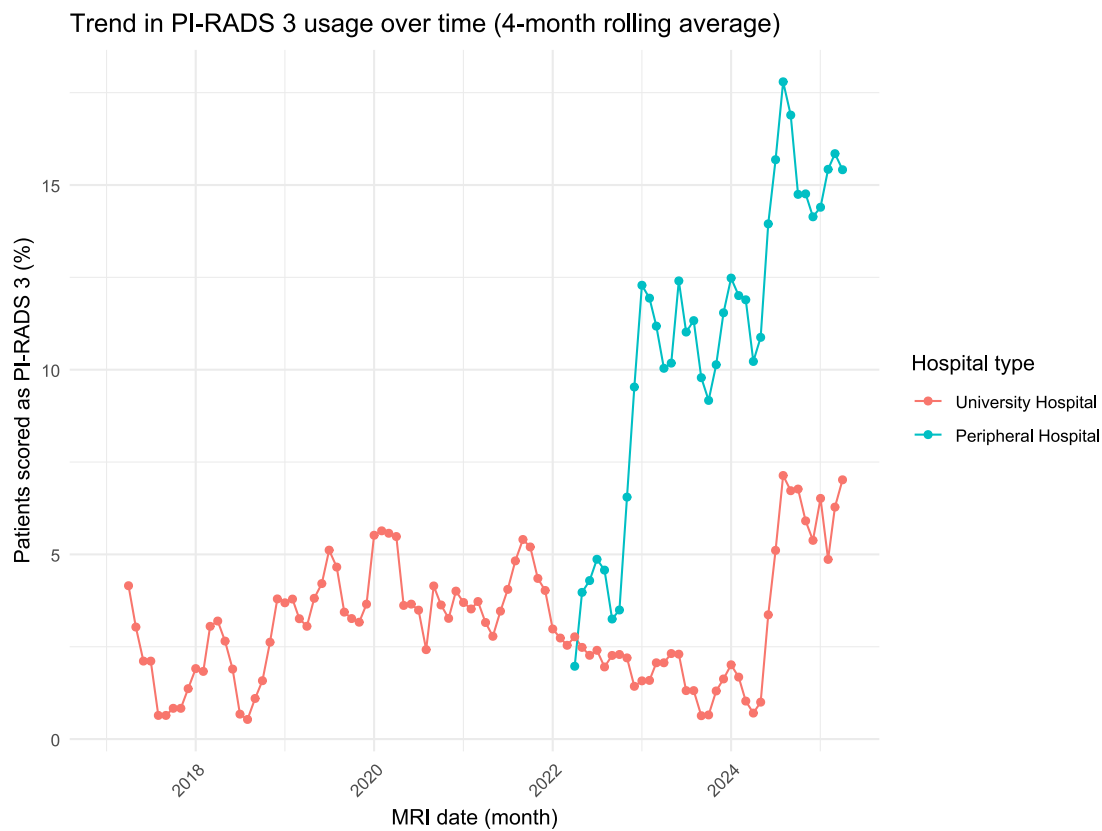
Det centrale spørgsmål er, om den øgede biopsiaktivitet fører til identifikation af flere klinisk signifikante og højrisiko-cancere, eller om "gevinsten" primært består i påvisning af benign eller indolent sygdom med deraf følgende risiko for overdiagnostik. Desuden er den residuale risiko efter initial diagnostisk afklaring af betydning. Disse analyser er gennemført og afrapporteres særskilt.

Fra regional evaluering til national kvalitetsmonitorering

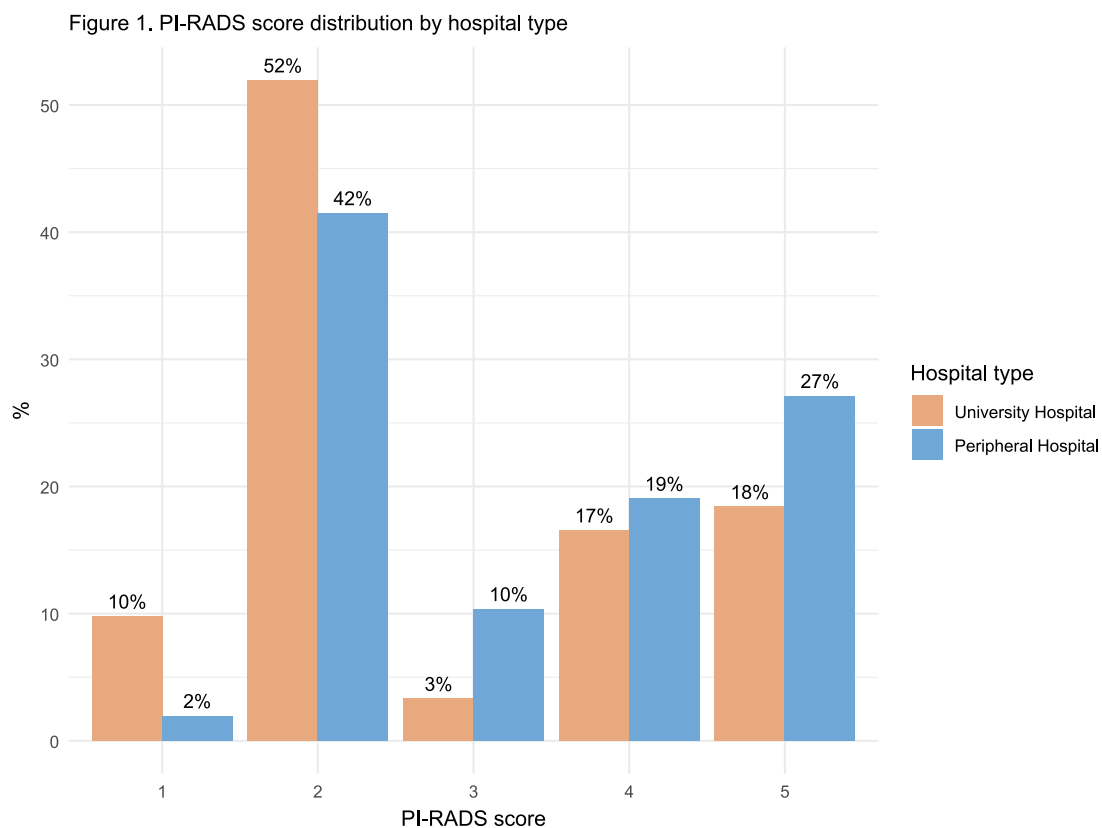
Eksemplet med variation i PI-RADS score illustrerer den type kvalitetsindsigt, som automatisk datafangst muliggør. Med konventionelle registerdata kan man identificere, om en patient er MR-skannet, men ikke hvad skanningen viste. Det anvendte framework muliggør denne vurdering på populationsniveau og kan gentages løbende og automatiseret samt skaleres til andre kliniske problemstillinger uden behov for omfattende teknisk tilpasning.

Med støtte fra Kræftplan V skaleres frameworket aktuelt til en national AI-baseret analyseplatform og billedbank for prostatacancer i samarbejde med alle fem regioner. Ifølge den aktuelle implementeringsplan påbegyndes den tekniske etablering i øvrige regioner fra august 2026. Parallelt hermed indsendes der ansøgning til Sundhedsdatastyrelsen om en populationsudvidelse til en PSA-først-kohorte i DAPROCAdata.

Figur 1. Fordeling af PI-RADS score i Region Midtjylland.



Figur 2. Udviklingen i andelen af PI-RADS 3 på regionshospital (blå kurve) og universitetshospital (rød kurve).



Baggrundsmaterialer

Beskrivelse af patientpopulationen

Nydiagnosticerede prostatacancer patienter 2021–2025

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 2025 til 31. december 2025. 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.

Antallet af nydiagnosticerede patienter med prostatacancer har i perioden 2021–2025 været stabilt med mindre årlige variationer. Incidensen på i alt 4.221 nye tilfælde i 2025 er en mindre stigning i forhold til sidste år, men siden 2021 er incidensen for landsgennemsnittet pr. 100.000 voksne mænd faldet fra 150 til 139. Der er fortsat regional variation i den diagnostiske aktivitet. Region Sjælland ligger lavest med 121/100.000, mens Region Syddanmark ligger højest med 157/100.000.

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 tumorstadium (cT) har de seneste år ligget helt stabilt. Der er dog en stigning af de over 500 patienter, som er uden angivet c-T-stadium. Patienterne med påviselige metastaser (M1-sygdom) udgør som tidligere 20%.

Diskussion

Den stabile udvikling i antallet af nydiagnosticerede patienter indikerer, at den samlede diagnostiske aktivitet og sygdomsforekomst på populationsniveau er uændret.

Udviklingen skal samtidig ses i sammenhæng med implementeringen af MR-skanning, som har forbedret risikostratifikationen og dermed kan have påvirket fordelingen mellem risikogrupper, uden at det samlede antal diagnosticerede patienter er ændret.

Den fortsatte anvendelse af PSA-baseret diagnostik indebærer, at en del patienter diagnosticeres med sygdom af begrænset klinisk betydning, hvilket understøtter behovet for præcis risikostratifikation.

tabel opdelt på regioner ses betydelig variation i flere kliniske karakteristika ved diagnosetidspunktet. Andelen af patienter diagnosticeret med henholdsvis lavt PSA-niveau (<10 ng/ml) og højt PSA-niveau (21–100 ng/ml) varierer således markant mellem Region Sjælland og Region Midtjylland: for lavt PSA 28,8% versus 51,7%, og for højt PSA 48,0% versus 31,7%.

Der ses tilsvarende betydelige regionale forskelle i den histologiske gradering. F.eks. udgør andelen af aggressiv sygdom (ISUP-grad 4–5) kun omkring det halve i Region Midtjylland sammenlignet med Region Nordjylland (23% versus 47%). Omvendt ses – i lyset af den nyere MR-First diagnostik og anvendelsen af målrettede biopsier – en overraskende høj andel patienter med ISUP-grad 1 sygdom i Region Midtjylland (16,5%).

I relation til EAU-risikostratificering (med henblik på risiko for recidiv efter kurativt intenderet behandling) har fortolkningen af f.eks. indikator 7 – andelen af højrisikopatienter, der modtager kurativt intenderet behandling – givet anledning til undren. Andelen er således særligt høj i Region Midtjylland (83%) og markant forskellig fra Region Syddanmark (69%), selv om patientpopulationerne i øvrigt forekommer sammenlignelige. Region Midtjyllands lavere andel af patienter klassificeret som højrisiko (34,4% versus 40,3%) kan formentlig i væsentlig grad forklares ved en højere andel patienter uden egentlig risikoklassifikation på grund af primært dissemineret, ikke-kurabel M1-sygdom (22,2% versus 17,0%). Den mest sandsynlige forklaring herpå er mangeårige systematiske anvendelse af den mere sensitive PSMA-PET/CT-skanning i metastaseudredningen.

Vurdering

Det stabile antal nydiagnosticerede patienter – omkring 4.100–4.200 årligt – danner et konsistent grundlag for fortolkning af indikatorsættet.

De efterfølgende tabeller angiver antallet af patienter, som i 2025 påbegyndte henholdsvis active surveillance, radikal prostatektomi, strålebehandling, watchful waiting eller anden behandling. Bemærk, at disse patienter kan være diagnosticeret i 2024 eller forudgående år.

Nydiagnosticerede prostatacancer patienter 2021-2025

	Diagnoseår				
	2025	2024	2023	2022	2021
Nydiagnosticerede	4.221	4.157	4.137	4.411	4.329
Bopælsregion					
Hovedstaden	1.016 (24,1%)	1.078 (25,9%)	1.015 (24,5%)	1.093 (24,8%)	1.084 (25,0%)
Sjælland	604 (14,3%)	537 (12,9%)	575 (13,9%)	775 (17,6%)	633 (14,6%)
Syddanmark	1.088 (25,8%)	1.122 (27,0%)	1.154 (27,9%)	1.024 (23,2%)	999 (23,1%)
Midtjylland	1.059 (25,1%)	988 (23,8%)	964 (23,3%)	1.072 (24,3%)	1.026 (23,7%)
Nordjylland	454 (10,8%)	432 (10,4%)	429 (10,4%)	447 (10,1%)	587 (13,6%)
Aldersstandardiseret incidens pr 100.000*					
Danmark	139	138	140	151	150
Hovedstaden	124	134	128	140	141
Sjælland	121	107	118	160	132
Syddanmark	157	164	170	153	151
Midtjylland	154	145	144	162	158
Nordjylland	136	129	130	137	183
Alder ved diagnose					
Median (Q1;Q3)	72 (65,8;77,7)	72 (66,2;77,6)	72 (66,0;77,3)	72 (66,1;77,2)	72 (66,0;76,8)
Gennemsnit (Min;Max)	72 (36,4;98,9)	72 (39,1;95,1)	72 (38,8;95,3)	72 (41,8;95,6)	71 (42,1;95,5)
Charlson comorbidity index					
Score 0	2.563 (60,7%)	2.453 (59,0%)	2.506 (60,6%)	2.674 (60,6%)	2.652 (61,3%)
Score 1-2	1.256 (29,8%)	1.275 (30,7%)	1.214 (29,3%)	1.307 (29,6%)	1.220 (28,2%)
Score 3 eller derover	402 (9,5%)	429 (10,3%)	417 (10,1%)	430 (9,7%)	457 (10,6%)

	Diagnoseår				
	2025	2024	2023	2022	2021
PSA					
<4	294 (7,0%)	245 (5,9%)	272 (6,6%)	225 (5,1%)	243 (5,6%)
4-9	1.456 (34,5%)	1.447 (34,8%)	1.380 (33,4%)	1.518 (34,4%)	1.541 (35,6%)
10-20	859 (20,4%)	857 (20,6%)	854 (20,6%)	979 (22,2%)	889 (20,5%)
21-100	1.003 (23,8%)	1.032 (24,8%)	1.011 (24,4%)	1.063 (24,1%)	1.015 (23,4%)
>100	591 (14,0%)	562 (13,5%)	598 (14,5%)	613 (13,9%)	635 (14,7%)
Ukendt	18 (0,4%)	14 (0,3%)	22 (0,5%)	13 (0,3%)	6 (0,1%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	539 (12,8%)	477 (11,5%)	584 (14,1%)	733 (16,6%)	823 (19,0%)
2 (Gleason score 3+4)	1.358 (32,2%)	1.344 (32,3%)	1.245 (30,1%)	1.325 (30,0%)	1.253 (28,9%)
3 (Gleason score 4+3)	791 (18,7%)	842 (20,3%)	738 (17,8%)	749 (17,0%)	792 (18,3%)
4 (Gleason score 8)	439 (10,4%)	381 (9,2%)	390 (9,4%)	393 (8,9%)	472 (10,9%)
5 (Gleason score 9+)	923 (21,9%)	955 (23,0%)	966 (23,4%)	1.006 (22,8%)	799 (18,5%)
ISUP grad ikke defineret	171 (4,1%)	158 (3,8%)	214 (5,2%)	205 (4,6%)	190 (4,4%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	1.128 (26,7%)	1.040 (25,0%)	1.060 (25,6%)	1.051 (23,8%)	1.005 (23,2%)
Lav risiko	265 (6,3%)	256 (6,2%)	290 (7,0%)	375 (8,5%)	426 (9,8%)
Intermediær risiko	1.400 (33,2%)	1.395 (33,6%)	1.283 (31,0%)	1.332 (30,2%)	1.249 (28,9%)
Høj risiko	1.274 (30,2%)	1.338 (32,2%)	1.344 (32,5%)	1.494 (33,9%)	1.497 (34,6%)
Ukendt	154 (3,6%)	128 (3,1%)	160 (3,9%)	159 (3,6%)	152 (3,5%)
T stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	475 (11,3%)	489 (11,8%)	487 (11,8%)	402 (9,1%)	363 (8,4%)
T0	3 (0,1%)	3 (0,1%)	5 (0,1%)	6 (0,1%)	# (0,0%)

	Diagnoseår				
	2025	2024	2023	2022	2021
T1	70 (1,7%)	65 (1,6%)	61 (1,5%)	60 (1,4%)	92 (2,1%)
T1a	34 (0,8%)	34 (0,8%)	55 (1,3%)	57 (1,3%)	56 (1,3%)
T1b	37 (0,9%)	24 (0,6%)	29 (0,7%)	31 (0,7%)	32 (0,7%)
T1c	1.051 (24,9%)	1.020 (24,5%)	1.026 (24,8%)	1.098 (24,9%)	1.085 (25,1%)
T2	101 (2,4%)	115 (2,8%)	99 (2,4%)	95 (2,2%)	116 (2,7%)
T2a	387 (9,2%)	355 (8,5%)	344 (8,3%)	452 (10,2%)	438 (10,1%)
T2b	324 (7,7%)	309 (7,4%)	268 (6,5%)	299 (6,8%)	278 (6,4%)
T2c	200 (4,7%)	243 (5,8%)	254 (6,1%)	292 (6,6%)	333 (7,7%)
T3	327 (7,7%)	366 (8,8%)	415 (10,0%)	453 (10,3%)	377 (8,7%)
T3a	402 (9,5%)	392 (9,4%)	380 (9,2%)	446 (10,1%)	421 (9,7%)
T3b	443 (10,5%)	426 (10,2%)	383 (9,3%)	406 (9,2%)	363 (8,4%)
T4	273 (6,5%)	239 (5,7%)	267 (6,5%)	245 (5,6%)	263 (6,1%)
Tx	94 (2,2%)	77 (1,9%)	64 (1,5%)	69 (1,6%)	110 (2,5%)
N stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	421 (10,0%)	407 (9,8%)	408 (9,9%)	408 (9,2%)	386 (8,9%)
N0	2.850 (67,5%)	2.872 (69,1%)	2.857 (69,1%)	3.100 (70,3%)	2.696 (62,3%)
N1	801 (19,0%)	693 (16,7%)	702 (17,0%)	655 (14,8%)	599 (13,8%)
Nx	149 (3,5%)	185 (4,5%)	170 (4,1%)	248 (5,6%)	648 (15,0%)
M stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	303 (7,2%)	240 (5,8%)	226 (5,5%)	231 (5,2%)	205 (4,7%)
M0	3.058 (72,4%)	3.104 (74,7%)	3.082 (74,5%)	3.333 (75,6%)	3.283 (75,8%)
M1	860 (20,4%)	813 (19,6%)	829 (20,0%)	847 (19,2%)	841 (19,4%)

*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.

Nydiagnosticerede prostatacancer patienter 2023–2025 pr. region

	Region				
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Nydiagnosticerede	2.097	1.084	2.227	1.941	863
Aldersstandardiseret incidens pr 100.000*	124	121	157	154	136
Alder ved diagnose					
Median (Q1;Q3)	72 (65,2;77,5)	73 (66,7;78,6)	72 (66,4;77,5)	72 (66,2;77,0)	72 (65,6;77,0)
Gennemsnit (Min;Max)	71 (38,8;98,9)	73 (36,4;95,3)	72 (42,7;95,9)	71 (39,1;94,1)	71 (41,8;93,0)
Charlson comorbidity index					
Score 0	1.259 (60,0%)	654 (60,3%)	1.302 (58,5%)	1.214 (62,5%)	506 (58,6%)
Score 1–2	612 (29,2%)	311 (28,7%)	692 (31,1%)	547 (28,2%)	280 (32,4%)
Score 3 eller derover	226 (10,8%)	119 (11,0%)	233 (10,5%)	180 (9,3%)	77 (8,9%)
PSA					
<4	150 (7,2%)	35 (3,2%)	134 (6,0%)	167 (8,6%)	57 (6,6%)
4–9	682 (32,5%)	278 (25,6%)	777 (34,9%)	764 (39,4%)	327 (37,9%)
10–20	397 (18,9%)	206 (19,0%)	499 (22,4%)	386 (19,9%)	157 (18,2%)
21–100	537 (25,6%)	354 (32,7%)	522 (23,4%)	412 (21,2%)	208 (24,1%)
>100	318 (15,2%)	206 (19,0%)	291 (13,1%)	204 (10,5%)	109 (12,6%)
Ukendt	13 (0,6%)	5 (0,5%)	4 (0,2%)	8 (0,4%)	5 (0,6%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score –6)	175 (8,3%)	115 (10,6%)	332 (14,9%)	321 (16,5%)	68 (7,9%)
2 (Gleason score 3+4)	597 (28,5%)	370 (34,1%)	715 (32,1%)	681 (35,1%)	229 (26,5%)
3 (Gleason score 4+3)	432 (20,6%)	196 (18,1%)	436 (19,6%)	421 (21,7%)	118 (13,7%)
4 (Gleason score 8)	214 (10,2%)	134 (12,4%)	182 (8,2%)	220 (11,3%)	56 (6,5%)
5 (Gleason score 9+)	583 (27,8%)	214 (19,7%)	475 (21,3%)	227 (11,7%)	358 (41,5%)

	Region				
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
ISUP grad ikke defineret	96 (4,6%)	55 (5,1%)	87 (3,9%)	71 (3,7%)	34 (3,9%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	509 (24,3%)	329 (30,4%)	510 (22,9%)	542 (27,9%)	242 (28,0%)
Lav risiko	64 (3,1%)	46 (4,2%)	200 (9,0%)	171 (8,8%)	29 (3,4%)
Intermediær risiko	706 (33,7%)	309 (28,5%)	760 (34,1%)	666 (34,3%)	254 (29,4%)
Høj risiko	727 (34,7%)	375 (34,6%)	692 (31,1%)	481 (24,8%)	309 (35,8%)
Ukendt	91 (4,3%)	25 (2,3%)	65 (2,9%)	81 (4,2%)	29 (3,4%)
T stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	220 (10,5%)	24 (2,2%)	208 (9,3%)	340 (17,5%)	139 (16,1%)
T0	# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,0%)	# (0,1%)	# (0,1%)
T1	32 (1,5%)	14 (1,3%)	61 (2,7%)	9 (0,5%)	16 (1,9%)
T1a	27 (1,3%)	17 (1,6%)	18 (0,8%)	15 (0,8%)	4 (0,5%)
T1b	19 (0,9%)	10 (0,9%)	15 (0,7%)	15 (0,8%)	# (0,2%)
T1c	480 (22,9%)	206 (19,0%)	682 (30,6%)	479 (24,7%)	152 (17,6%)
T2	19 (0,9%)	7 (0,6%)	137 (6,2%)	38 (2,0%)	33 (3,8%)
T2a	205 (9,8%)	117 (10,8%)	175 (7,9%)	149 (7,7%)	81 (9,4%)
T2b	122 (5,8%)	141 (13,0%)	172 (7,7%)	114 (5,9%)	61 (7,1%)
T2c	82 (3,9%)	151 (13,9%)	104 (4,7%)	82 (4,2%)	42 (4,9%)
T3	81 (3,9%)	56 (5,2%)	260 (11,7%)	169 (8,7%)	161 (18,7%)
T3a	242 (11,5%)	149 (13,7%)	138 (6,2%)	181 (9,3%)	41 (4,8%)
T3b	243 (11,6%)	135 (12,5%)	132 (5,9%)	244 (12,6%)	69 (8,0%)
T4	228 (10,9%)	40 (3,7%)	110 (4,9%)	90 (4,6%)	54 (6,3%)
Tx	95 (4,5%)	16 (1,5%)	14 (0,6%)	14 (0,7%)	7 (0,8%)
N stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	221 (10,5%)	20 (1,8%)	175 (7,9%)	279 (14,4%)	79 (9,2%)
N0	1.453 (69,3%)	862 (79,5%)	1.584 (71,1%)	1.184 (61,0%)	582 (67,4%)

	Region				
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
N1	309 (14,7%)	200 (18,5%)	354 (15,9%)	396 (20,4%)	167 (19,4%)
Nx	114 (5,4%)	# (0,2%)	114 (5,1%)	82 (4,2%)	35 (4,1%)
M stadie (v/ diagnose)					
Ikke registreret	250 (11,9%)	32 (3,0%)	108 (4,8%)	53 (2,7%)	42 (4,9%)
M0	1.446 (69,0%)	776 (71,6%)	1.741 (78,2%)	1.458 (75,1%)	645 (74,7%)
M1	401 (19,1%)	276 (25,5%)	378 (17,0%)	430 (22,2%)	176 (20,4%)

*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)

Resultater

Andelen af nydiagnosticerede patienter med prostatacancer, der registreres med Active Surveillance (ZZ4252B), udgør på landsplan 28% i 2025. Andelen har været relativt stabil over perioden 2021–2025, men det absolutte antal patienter registreret med Active Surveillance er faldet de seneste år.

Der ses betydelig regional variation, hvor den aldersstandardiserede rate pr. 100.000 mænd spænder fra 8% i Region Sjælland til 28% i Region Syddanmark. Tilsvarende variation genfindes på afdelingsniveau.

Diskussion

Active Surveillance anvendes primært til patienter med lavrisiksygdom og udgør en central strategi til at reducere overbehandling. Faldet i det absolutte antal patienter i Active Surveillance kan ses i sammenhæng med ændringer i den diagnostiske strategi, herunder den udbredte anvendelse af MR-skanning. En mere præcis risikostratifikation kan have reduceret antallet af patienter klassificeret som lavrisiko, herunder patienter med tidligere MR-negative lavrisikotumorer. Dette kan være udtryk for en reduktion i overdiagnostik og en mere selektiv identifikation af patienter med klinisk betydende sygdom.

Det er dog ikke muligt ud fra de foreliggende data at fastslå årsagen til udviklingen, og både ændringer i patientselektion, diagnostik og registreringspraksis kan bidrage.

Den observerede variation mellem regioner kan tilsvarende ses i sammenhæng med forskelle i klinisk praksis og registreringsforhold. Registreringen er baseret på LPR-kodning (ZZ4252B), hvilket kan påvirke datakomplethed og sammenlignelighed.

Vurdering

Den samlede anvendelse af Active Surveillance ligger på et stabilt niveau, men udviklingen i absolutte tal peger på ændringer i den underliggende patientpopulation eller diagnostiske praksis.

Den betydelige variation mellem regioner og afdelinger understreger, at anvendelsen ikke er ensartet, men bør fortolkes med opmærksomhed på både kliniske og registreringsmæssige forhold.

	År for active surveillance				
	2025	2024	2023	2022	2021
Active surveillance	589	618	734	664	960
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	59	92	142	134	106
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	35	44	57	40	90
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	39	71	103	88	134
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Registrering af Postoperative Infekt	#	#	5	#	#
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	183	172	181	106	239
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	#	3	#	3	#
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	0	0	0	0	#

	År for active surveillance				
	2025	2024	2023	2022	2021
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	92	79	90	90	150
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	90	94	85	84	116
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	88	61	68	117	117
Regionshospital Nordjylland, RHN Urinvejskirurgi	0	#	#	#	3
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	20	21	25	23	33
Hovedstaden	12	17	24	22	24
Sjælland	8	15	22	18	30
Syddanmark	28	26	28	17	37
Midtjylland	26	25	26	26	40
Nordjylland	28	19	21	37	38
Alder på tidspunkt for AS					
Median (Q1;Q3)	68 (63,0;73,0)	68 (63,0;72,0)	68 (63,0;73,0)	68 (62,0;73,0)	68 (63,0;73,0)
Gennemsnit (Min;Max)	68 (46,0;88,0)	67 (41,0;88,0)	68 (43,0;89,0)	67 (46,0;86,0)	68 (43,0;90,0)
PSA ved diagnose					
<4	70 (11,9%)	86 (13,9%)	90 (12,3%)	72 (10,8%)	109 (11,4%)
4–9	383 (65,0%)	392 (63,4%)	454 (61,9%)	408 (61,4%)	560 (58,3%)
10–20	112 (19,0%)	108 (17,5%)	151 (20,6%)	144 (21,7%)	198 (20,6%)
21–100	20 (3,4%)	26 (4,2%)	30 (4,1%)	34 (5,1%)	65 (6,8%)
>100	# (0,3%)	3 (0,5%)	4 (0,5%)	3 (0,5%)	14 (1,5%)
Ukendt	# (0,3%)	3 (0,5%)	5 (0,7%)	3 (0,5%)	14 (1,5%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score –6)	302 (51,3%)	315 (51,0%)	425 (57,9%)	394 (59,3%)	563 (58,6%)
2 (Gleason score 3+4)	257 (43,6%)	262 (42,4%)	254 (34,6%)	232 (34,9%)	269 (28,0%)

	År for active surveillance				
	2025	2024	2023	2022	2021
3 (Gleason score 4+3)	12 (2,0%)	17 (2,8%)	18 (2,5%)	14 (2,1%)	51 (5,3%)
4 (Gleason score 8)	3 (0,5%)	# (0,3%)	8 (1,1%)	# (0,3%)	16 (1,7%)
5 (Gleason score 9+)	4 (0,7%)	6 (1,0%)	11 (1,5%)	3 (0,5%)	34 (3,5%)
ISUP grad ikke defineret	11 (1,9%)	16 (2,6%)	18 (2,5%)	19 (2,9%)	27 (2,8%)
EAU risikovurdering					
(Diagnose før 2019)	8 (1,4%)	20 (3,2%)	33 (4,5%)	28 (4,2%)	103 (10,7%)
Udenfor risikovurdering	5 (0,8%)	10 (1,6%)	7 (1,0%)	3 (0,5%)	14 (1,5%)
Ukendt	50 (8,5%)	60 (9,7%)	65 (8,9%)	53 (8,0%)	62 (6,5%)
Lav risiko	190 (32,3%)	186 (30,1%)	269 (36,6%)	237 (35,7%)	342 (35,6%)
Intermediær risiko	314 (53,3%)	304 (49,2%)	321 (43,7%)	295 (44,4%)	352 (36,7%)
Høj risiko	22 (3,7%)	38 (6,1%)	39 (5,3%)	48 (7,2%)	87 (9,1%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	370 (62,8%)	434 (70,2%)	532 (72,5%)	480 (72,3%)	652 (67,9%)
Score 1-2	178 (30,2%)	150 (24,3%)	164 (22,3%)	148 (22,3%)	241 (25,1%)
Score 3 eller derover	41 (7,0%)	34 (5,5%)	38 (5,2%)	36 (5,4%)	67 (7,0%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	8 (1,4%)	20 (3,2%)	33 (4,5%)	28 (4,2%)	103 (10,7%)
Ikke registreret	67 (11,4%)	61 (9,9%)	66 (9,0%)	40 (6,0%)	46 (4,8%)
T0	0 (0%)	# (0,3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T1	24 (4,1%)	14 (2,3%)	27 (3,7%)	16 (2,4%)	21 (2,2%)
T1a	12 (2,0%)	18 (2,9%)	21 (2,9%)	19 (2,9%)	23 (2,4%)
T1b	8 (1,4%)	9 (1,5%)	7 (1,0%)	11 (1,7%)	10 (1,0%)
T1c	343 (58,2%)	344 (55,7%)	421 (57,4%)	383 (57,7%)	469 (48,9%)
T2	10 (1,7%)	12 (1,9%)	7 (1,0%)	8 (1,2%)	25 (2,6%)
T2a	76 (12,9%)	79 (12,8%)	88 (12,0%)	100 (15,1%)	153 (15,9%)
T2b	23 (3,9%)	23 (3,7%)	20 (2,7%)	18 (2,7%)	41 (4,3%)
T2c	# (0,3%)	9 (1,5%)	15 (2,0%)	10 (1,5%)	21 (2,2%)

	År for active surveillance				
	2025	2024	2023	2022	2021
T3	3 (0,5%)	7 (1,1%)	6 (0,8%)	6 (0,9%)	10 (1,0%)
T3a	# (0,3%)	# (0,3%)	3 (0,4%)	6 (0,9%)	17 (1,8%)
T3b	# (0,2%)	# (0,2%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0,6%)
T4	0 (0%)	# (0,2%)	3 (0,4%)	# (0,3%)	# (0,1%)
Tx	10 (1,7%)	16 (2,6%)	17 (2,3%)	17 (2,6%)	14 (1,5%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	8 (1,4%)	20 (3,2%)	33 (4,5%)	28 (4,2%)	103 (10,7%)
Ikke registreret	55 (9,3%)	54 (8,7%)	53 (7,2%)	44 (6,6%)	58 (6,0%)
N0	476 (80,8%)	499 (80,7%)	603 (82,2%)	535 (80,6%)	514 (53,5%)
N1	5 (0,8%)	6 (1,0%)	5 (0,7%)	# (0,2%)	8 (0,8%)
Nx	45 (7,6%)	39 (6,3%)	40 (5,4%)	56 (8,4%)	277 (28,9%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	8 (1,4%)	20 (3,2%)	33 (4,5%)	28 (4,2%)	103 (10,7%)
Ikke registreret	39 (6,6%)	28 (4,5%)	29 (4,0%)	22 (3,3%)	29 (3,0%)
M0	540 (91,7%)	563 (91,1%)	665 (90,6%)	605 (91,1%)	766 (79,8%)
M1	# (0,3%)	5 (0,8%)	5 (0,7%)	3 (0,5%)	8 (0,8%)
Mx	0 (0%)	# (0,3%)	# (0,3%)	6 (0,9%)	54 (5,6%)

*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

Resultater

Antallet af patienter, der behandles med radikal prostatektomi, har i perioden 2021–2025 været relativt stabilt med mindre variationer mellem årene. I 2025 blev der udført 1.061 radikale prostatektomier, svarende til et landsgennemsnit på 36 operationer pr. 100.000 mænd.

Der ses betydelig interregional variation i raterne, som spænder fra 29 pr. 100.000 mænd i Region Sjælland og Syddanmark til 50 pr. 100.000 mænd i Region Nordjylland. Tilsvarende variation ses i absolutte tal mellem regionerne. Patienter i intermediær risiko udgør som i 2024 58% af de opererede.

Diskussion

Radikal prostatektomi udgør en central behandlingsmodalitet ved lokaliseret og lokalt avanceret prostatacancer hos patienter med forventet lang restlevetid. Den betydelige interregionale variation i rater pr. 100.000 mænd afspejler forskelle i den samlede anvendelse af kirurgisk behandling og kan ses i sammenhæng med variation i patientpopulation og selektion, herunder risikoprofil, alder og komorbiditet, samt forskelle i behandlingsstrategi mellem kirurgi og stråleterapi. Variationen i rater pr. 100.000 mænd er med "omvendt fortegn" tilsvarende stor for strålebehandling i Region Syddanmark (40) og Region Nordjylland (13).

Udviklingen skal desuden ses i lyset af ændringer i diagnostisk praksis, herunder udbredt anvendelse af både MR-skanning og PSMA-PET/CT. En mere præcis kortlægning af sygdomsudbredelsen kan påvirke valget af initial behandling, herunder selektion af patienter til radikal prostatektomi.

Det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at fastslå betydningen af disse forhold for den observerede variation.

Vurdering

Anvendelsen af radikal prostatektomi ligger samlet set på et stabilt niveau over tid.

Den betydelige variation i rater pr. 100.000 mænd mellem regionerne (29–50 pr. 100.000) understreger, at behandlingspraksis ikke er ensartet, men bør fortolkes med opmærksomhed på forskelle i både patientpopulation og klinisk beslutningstagning.

	År for prostatektomi				
	2025	2024	2023	2022	2021
Radikal prostatektomi (RP)	1.061	1.074	980	1.164	1.227
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	191	223	145	204	249
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	135	121	107	128	121
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	130	99	140	200	154
Odense Universitetshospital, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling	186	207	219	223	209
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	108	120	93	118	121
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	149	161	161	121	163
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	162	143	115	170	210

	År for prostatektomi				
	2025	2024	2023	2022	2021
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	36	37	33	40	42
Hovedstaden	40	43	32	41	46
Sjælland	29	21	31	45	37
Syddanmark	29	31	33	32	31
Midtjylland	37	42	37	35	41
Nordjylland	50	44	36	54	66
Alder på operationstidspunkt					
Median (Q1;Q3)	68 (63,2;72,4)	68 (62,5;72,2)	68 (62,6;72,1)	68 (62,4;72,0)	68 (63,1;72,2)
Gennemsnit (Min;Max)	67 (42,6;84,5)	67 (39,2;82,3)	67 (39,2;81,4)	67 (43,9;83,5)	67 (42,4;79,7)
PSA ved diagnose					
<4	74 (7,0%)	72 (6,7%)	58 (5,9%)	43 (3,7%)	59 (4,8%)
4-9	627 (59,1%)	625 (58,2%)	530 (54,1%)	649 (55,8%)	711 (57,9%)
10-20	244 (23,0%)	250 (23,3%)	263 (26,8%)	328 (28,2%)	288 (23,5%)
21-100	110 (10,4%)	121 (11,3%)	118 (12,0%)	131 (11,3%)	154 (12,6%)
>100	# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,1%)	3 (0,3%)	5 (0,4%)
Ukendt	5 (0,5%)	5 (0,5%)	10 (1,0%)	10 (0,9%)	10 (0,8%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	177 (16,7%)	177 (16,5%)	167 (17,0%)	206 (17,7%)	278 (22,7%)
2 (Gleason score 3+4)	501 (47,2%)	509 (47,4%)	450 (45,9%)	534 (45,9%)	522 (42,5%)
3 (Gleason score 4+3)	220 (20,7%)	227 (21,1%)	179 (18,3%)	206 (17,7%)	251 (20,5%)
4 (Gleason score 8)	69 (6,5%)	68 (6,3%)	57 (5,8%)	80 (6,9%)	74 (6,0%)
5 (Gleason score 9+)	84 (7,9%)	79 (7,4%)	91 (9,3%)	98 (8,4%)	77 (6,3%)
ISUP grad ikke defineret	10 (0,9%)	14 (1,3%)	36 (3,7%)	40 (3,4%)	25 (2,0%)
EAU risikovurdering					
(Diagnose før 2019)	38 (.)	55 (.)	48 (.)	79 (.)	106 (.)

	År for prostatektomi				
	2025	2024	2023	2022	2021
Udenfor risikovurdering	9 (.%)	25 (.%)	22 (.%)	20 (.%)	28 (.%)
Ukendt	22 (.%)	28 (.%)	37 (.%)	43 (.%)	33 (.%)
Lav risiko	89 (.%)	78 (.%)	66 (.%)	72 (.%)	111 (.%)
Intermediær risiko	611 (.%)	615 (.%)	519 (.%)	610 (.%)	576 (.%)
Høj risiko	292 (.%)	273 (.%)	288 (.%)	340 (.%)	373 (.%)
Operationstype, RP					
Retropubisk RP	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)	# (0,1%)
Retropubisk ikke nervesparende RP	# (0,2%)	3 (0,3%)	# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,2%)
Retropubisk enkeltsidigt nervesparende RP	4 (0,4%)	3 (0,3%)	5 (0,5%)	6 (0,5%)	3 (0,2%)
Retropubisk dobbeltsidigt nervesparende RP	3 (0,3%)	0 (0%)	# (0,2%)	# (0,1%)	# (0,1%)
Perkutan endoskopisk RP	78 (7,4%)	90 (8,4%)	113 (11,5%)	113 (9,7%)	123 (10,0%)
Perkutan endoskopisk ikke nervesparende RP	300 (28,3%)	319 (29,7%)	301 (30,7%)	411 (35,3%)	457 (37,2%)
Perkutan endoskopisk enkeltsidigt nervesparende RP	529 (49,9%)	515 (48,0%)	448 (45,7%)	469 (40,3%)	480 (39,1%)
Perkutan endoskopisk dobbeltsidigt nervesparende RP	145 (13,7%)	144 (13,4%)	109 (11,1%)	163 (14,0%)	160 (13,0%)
Charlson comorbidity index (v/ RP)					
Score 0	767 (72,3%)	778 (72,4%)	700 (71,4%)	859 (73,8%)	888 (72,4%)
Score 1-2	252 (23,8%)	261 (24,3%)	246 (25,1%)	264 (22,7%)	293 (23,9%)
Score 3 eller derover	42 (4,0%)	35 (3,3%)	34 (3,5%)	41 (3,5%)	46 (3,7%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	38 (3,6%)	55 (5,1%)	48 (4,9%)	79 (6,8%)	106 (8,6%)
Ikke registreret	180 (17,0%)	198 (18,4%)	173 (17,7%)	178 (15,3%)	168 (13,7%)
T0	0 (0%)	0 (0%)	# (0,2%)	# (0,1%)	0 (0%)
T1	23 (2,2%)	20 (1,9%)	21 (2,1%)	17 (1,5%)	22 (1,8%)
T1a	# (0,2%)	7 (0,7%)	# (0,2%)	# (0,2%)	4 (0,3%)
T1b	3 (0,3%)	0 (0%)	6 (0,6%)	4 (0,3%)	6 (0,5%)

	År for prostatektomi				
	2025	2024	2023	2022	2021
T1c	389 (36,7%)	397 (37,0%)	323 (33,0%)	395 (33,9%)	392 (31,9%)
T2	35 (3,3%)	40 (3,7%)	24 (2,4%)	20 (1,7%)	33 (2,7%)
T2a	170 (16,0%)	150 (14,0%)	129 (13,2%)	205 (17,6%)	153 (12,5%)
T2b	94 (8,9%)	95 (8,8%)	99 (10,1%)	95 (8,2%)	110 (9,0%)
T2c	54 (5,1%)	50 (4,7%)	79 (8,1%)	76 (6,5%)	102 (8,3%)
T3	8 (0,8%)	11 (1,0%)	10 (1,0%)	18 (1,5%)	21 (1,7%)
T3a	19 (1,8%)	17 (1,6%)	29 (3,0%)	37 (3,2%)	53 (4,3%)
T3b	23 (2,2%)	18 (1,7%)	23 (2,3%)	16 (1,4%)	30 (2,4%)
T4	# (0,1%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)
Tx	22 (2,1%)	16 (1,5%)	12 (1,2%)	21 (1,8%)	26 (2,1%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	38 (3,6%)	55 (5,1%)	48 (4,9%)	79 (6,8%)	106 (8,6%)
Ikke registreret	105 (9,9%)	129 (12,0%)	150 (15,3%)	179 (15,4%)	185 (15,1%)
N0	856 (80,7%)	825 (76,8%)	721 (73,6%)	784 (67,4%)	725 (59,1%)
N1	7 (0,7%)	15 (1,4%)	14 (1,4%)	13 (1,1%)	17 (1,4%)
Nx	55 (5,2%)	50 (4,7%)	47 (4,8%)	109 (9,4%)	194 (15,8%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	38 (3,6%)	55 (5,1%)	48 (4,9%)	79 (6,8%)	106 (8,6%)
Ikke registreret	24 (2,3%)	22 (2,0%)	22 (2,2%)	33 (2,8%)	19 (1,5%)
M0	975 (91,9%)	972 (90,5%)	882 (90,0%)	1.028 (88,3%)	1.051 (85,7%)
M1	3 (0,3%)	12 (1,1%)	12 (1,2%)	7 (0,6%)	13 (1,1%)
Mx	21 (2,0%)	13 (1,2%)	16 (1,6%)	17 (1,5%)	38 (3,1%)

*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.

Strålebehandling (36+fraktioner)

Resultater

Antallet af patienter, der modtager kurativ strålebehandling (≥ 36 fraktioner), har i perioden 2021–2025 været relativt stabilt med mindre variationer mellem årene. I 2025 modtog omkring ca. 680 patienter denne behandling, svarende til et landsgennemsnit på 23 behandlinger pr. 100.000 mænd. Der ses betydelig interregional variation i raterne, med et spænd på 13 pr. 100.000 mænd i Region Nordjylland til 40 pr. 100.000 mænd i Region Syddanmark.

Diskussion

Strålebehandling med høj fraktionering udgør en central kurativ behandlingsmodalitet ved lokaliseret og lokalt avanceret prostatacancer, ofte som alternativ til radikal prostatektomi. Fordelingen efter sygdomsudbredelse er over perioden relativt stabil og domineres af patienter med mere avanceret sygdom. I 2025 havde 76,3% NO-sygdom, mens ca. 15% havde lymfeknudemetastaser (N1), og <3% havde M1-sygdom.

Medianalderen er 71 år mod 68 år for de radikalt prostatektomerede. Charlson comorbidity index var på diagnosetidspunktet 0 hos 66% af de strålebehandlede mod godt 72% hos de opererede patienter. Opgjort efter EAU-risikogrupper ses tilsvarende en overvægt af patienter med intermediær og høj risiko, hvor højrisikopatienter med 66% udgør den største andel af de strålebehandlede.

Den interregionale variation i rater pr. 100.000 mænd afspejler forskelle i anvendelsen af stråleterapi og kan ses i sammenhæng med variation i patientselektion samt forskelle i behandlingsstrategi mellem stråleterapi og kirurgi.

Udviklingen skal ses i lyset af ændringer i diagnostisk praksis, herunder udbredt anvendelse af MR-skanning og PSMA-PET/CT. En mere præcis kortlægning af sygdomsudbredelsen kan påvirke valget af initial behandling og dermed også anvendelsen af strålebehandling.

Det skal bemærkes, at der ikke foreligger oplysninger om anvendelse og type af supplerende endokrin behandling i relation til strålebehandlingerne, hvilket begrænser muligheden for en mere detaljeret vurdering af behandlingsstrategierne. Desuden doseres stråleterapi i dag efter flere forskellige fraktioneringsregimer, hvilket ikke afspejles i den anvendte dataafgrænsning (≥ 36 fraktioner). Det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at fastslå betydningen af disse forhold for den observerede variation.

Vurdering

Anvendelsen af strålebehandling (≥ 36 fraktioner) ligger samlet set på et stabilt niveau over tid. Den betydelige variation i rater pr. 100.000 mænd mellem regionerne (13–40 pr. 100.000) understreger, at behandlingspraksis ikke er ensartet, men bør fortolkes med opmærksomhed på forskelle i både patientpopulation og klinisk beslutningstagning.

Strålebehandling (36+fraktioner)

	År for første strålebehandling				
	2025	2024	2023	2022	2021
Primær kurativ strålebehandling (over 36 gange)	676	708	755	677	553
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	92	79	82	88	77
Rigshospitalet, Afdeling for Kræftbehandling ONK	48	62	50	61	60
Sjællands Universitetshospital, ROS Klin. Onkologi – Overafdeling	67	74	91	148	103
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Onkologisk Ambulatorium R	109	91	113	42	58
Sygehus Lillebælt, SLB Stråleterapi (Vejle)	167	183	126	86	72
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	19	10	22	6	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen Overafdeling	133	177	202	209	152
Aalborg Universitetshospital, Alb Ambulatorieområde for Kræftbehandling	41	32	69	37	31
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	23	24	26	23	19
Hovedstaden	17	17	16	19	17
Sjælland	16	18	26	31	22
Syddanmark	40	39	31	18	19
Midtjylland	23	28	34	33	24
Nordjylland	13	10	22	12	10
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	71 (65,6;75,4)	72 (67,0;75,8)	72 (67,3;75,5)	73 (68,3;75,9)	71 (67,0;74,6)
Gennemsnit (Min;Max)	70 (47,7;83,8)	71 (43,9;88,2)	71 (48,8;85,8)	71 (46,1;87,0)	70 (47,3;87,8)
PSA ved diagnose					

	År for første strålebehandling				
	2025	2024	2023	2022	2021
<4	15 (2,2%)	18 (2,5%)	26 (3,4%)	22 (3,2%)	19 (3,4%)
4-9	235 (34,8%)	228 (32,2%)	239 (31,7%)	206 (30,4%)	177 (32,0%)
10-20	164 (24,3%)	194 (27,4%)	196 (26,0%)	195 (28,8%)	150 (27,1%)
21-100	226 (33,4%)	242 (34,2%)	247 (32,7%)	224 (33,1%)	188 (34,0%)
>100	30 (4,4%)	19 (2,7%)	44 (5,8%)	27 (4,0%)	16 (2,9%)
Ukendt	6 (0,9%)	7 (1,0%)	3 (0,4%)	3 (0,4%)	3 (0,5%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	48 (7,1%)	58 (8,2%)	74 (9,8%)	72 (10,6%)	66 (11,9%)
2 (Gleason score 3+4)	206 (30,5%)	199 (28,1%)	183 (24,2%)	198 (29,2%)	165 (29,8%)
3 (Gleason score 4+3)	169 (25,0%)	198 (28,0%)	199 (26,4%)	188 (27,8%)	148 (26,8%)
4 (Gleason score 8)	93 (13,8%)	82 (11,6%)	82 (10,9%)	62 (9,2%)	66 (11,9%)
5 (Gleason score 9+)	147 (21,7%)	160 (22,6%)	194 (25,7%)	138 (20,4%)	94 (17,0%)
ISUP grad ikke defineret	13 (1,9%)	11 (1,6%)	23 (3,0%)	19 (2,8%)	14 (2,5%)
EAU risikovurdering					
(Diagnose før 2019)	25 (3,7%)	31 (4,4%)	30 (4,0%)	23 (3,4%)	36 (6,5%)
Udenfor risikovurdering	109 (16,1%)	82 (11,6%)	79 (10,5%)	48 (7,1%)	32 (5,8%)
Ukendt	9 (1,3%)	6 (0,8%)	10 (1,3%)	11 (1,6%)	# (0,2%)
Lav risiko	17 (2,5%)	19 (2,7%)	33 (4,4%)	23 (3,4%)	18 (3,3%)
Intermediær risiko	143 (21,2%)	144 (20,3%)	143 (18,9%)	148 (21,9%)	107 (19,3%)
Høj risiko	373 (55,2%)	426 (60,2%)	460 (60,9%)	424 (62,6%)	359 (64,9%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	446 (66,0%)	449 (63,4%)	443 (58,7%)	424 (62,6%)	336 (60,8%)
Score 1-2	186 (27,5%)	201 (28,4%)	252 (33,4%)	203 (30,0%)	164 (29,7%)
Score 3 eller derover	44 (6,5%)	58 (8,2%)	60 (7,9%)	50 (7,4%)	53 (9,6%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	25 (3,7%)	31 (4,4%)	30 (4,0%)	23 (3,4%)	36 (6,5%)
Ikke registreret	21 (3,1%)	32 (4,5%)	37 (4,9%)	22 (3,2%)	17 (3,1%)

	År for første strålebehandling				
	2025	2024	2023	2022	2021
T0	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)
T1	9 (1,3%)	4 (0,6%)	3 (0,4%)	9 (1,3%)	11 (2,0%)
T1a	4 (0,6%)	4 (0,6%)	# (0,3%)	# (0,3%)	# (0,2%)
T1b	# (0,1%)	# (0,1%)	# (0,1%)	3 (0,4%)	0 (0%)
T1c	112 (16,6%)	118 (16,7%)	134 (17,7%)	106 (15,7%)	72 (13,0%)
T2	21 (3,1%)	19 (2,7%)	21 (2,8%)	10 (1,5%)	13 (2,4%)
T2a	44 (6,5%)	48 (6,8%)	65 (8,6%)	63 (9,3%)	43 (7,8%)
T2b	65 (9,6%)	60 (8,5%)	48 (6,4%)	50 (7,4%)	31 (5,6%)
T2c	33 (4,9%)	45 (6,4%)	45 (6,0%)	43 (6,4%)	36 (6,5%)
T3	57 (8,4%)	80 (11,3%)	101 (13,4%)	83 (12,3%)	62 (11,2%)
T3a	99 (14,6%)	87 (12,3%)	111 (14,7%)	123 (18,2%)	109 (19,7%)
T3b	142 (21,0%)	149 (21,0%)	137 (18,1%)	108 (16,0%)	89 (16,1%)
T4	31 (4,6%)	21 (3,0%)	17 (2,3%)	22 (3,2%)	20 (3,6%)
Tx	12 (1,8%)	9 (1,3%)	3 (0,4%)	9 (1,3%)	13 (2,4%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	25 (3,7%)	31 (4,4%)	30 (4,0%)	23 (3,4%)	36 (6,5%)
Ikke registreret	18 (2,7%)	32 (4,5%)	47 (6,2%)	26 (3,8%)	22 (4,0%)
N0	516 (76,3%)	550 (77,7%)	586 (77,6%)	543 (80,2%)	393 (71,1%)
N1	101 (14,9%)	76 (10,7%)	66 (8,7%)	36 (5,3%)	22 (4,0%)
Nx	16 (2,4%)	19 (2,7%)	26 (3,4%)	49 (7,2%)	80 (14,5%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	25 (3,7%)	31 (4,4%)	30 (4,0%)	23 (3,4%)	36 (6,5%)
Ikke registreret	6 (0,9%)	10 (1,4%)	6 (0,8%)	10 (1,5%)	13 (2,4%)
M0	626 (92,6%)	645 (91,1%)	694 (91,9%)	619 (91,4%)	475 (85,9%)
M1	19 (2,8%)	19 (2,7%)	22 (2,9%)	19 (2,8%)	12 (2,2%)
Mx	0 (0%)	3 (0,4%)	3 (0,4%)	6 (0,9%)	17 (3,1%)

År for første strålebehandling

2025 2024 2023 2022 2021

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

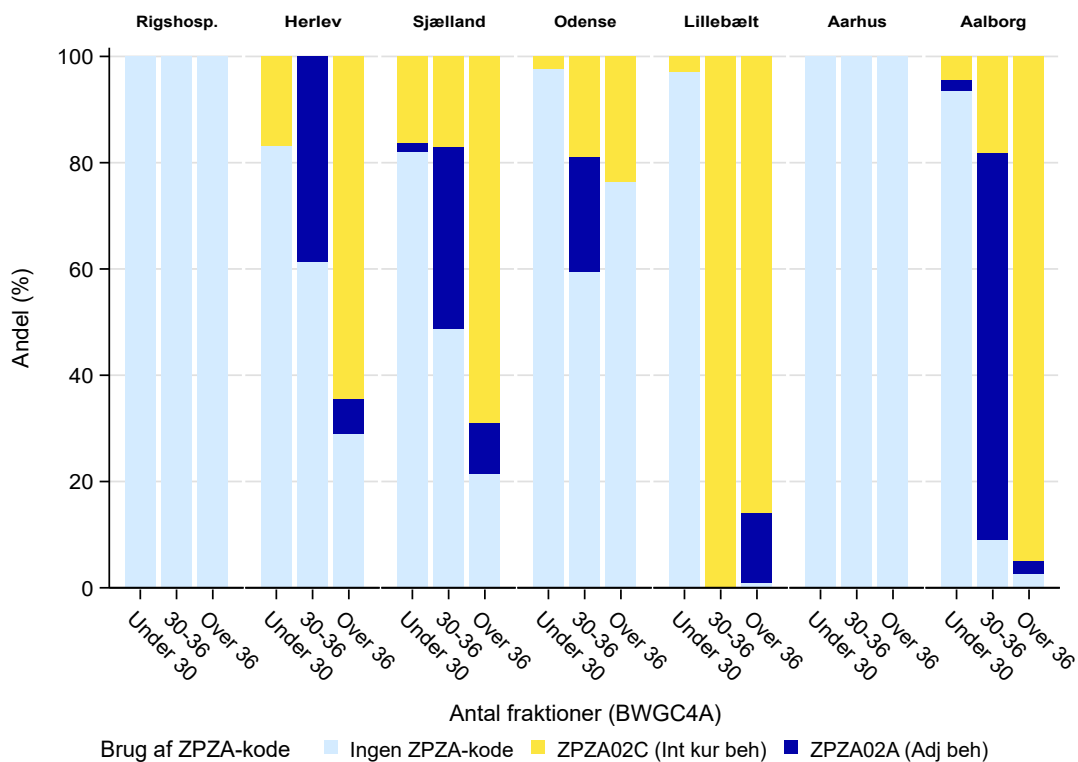
Standardpopulation: DK 2022. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

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

BWGC4A behandlingsstart 2025

Stråleserier med antal fraktioner og evt. angivelse af tillægskode ZPZA02 på serien opgjort pr. 10/2-2026.

Registreret strålebehandling, BWGC4A, Prostatacancerpatienter med strålebehandlingsstart 2025



Brachyterapi

Resultater

Antallet af patienter, der behandles med brachyterapi, har i perioden 2021–2025 været lavt, men med en stigende tendens frem mod 2025. I 2025 blev der behandlet 132 patienter, hvilket er på niveau med 2024 og en stigning sammenlignet med tidligere år.

Den betydelige regionale variation i anvendelsen skyldes, at behandlingerne udelukkende udføres i to regioner. I 2025 blev 93 behandlinger (low-dose) udført i Region Hovedstaden, mens 39 behandlinger (High-dose) blev udført i Region Midtjylland. Egnede patienter henvises hertil fra hele landet.

Den samlede fordelingen efter risikogrupper viser, at behandlingen overvejende anvendes til patienter med intermedieær risiko (71,2%), mens 19,7% har højrisikosygdom og kun 3,0% lavrisikosygdom.

Diskussion

De to meget forskellige typer brachyterapi anvendes som kurativ behandling til udvalgte patienter med hhv. primært intermedieær risiko og højrisikosygdom.

Den betydelige geografiske koncentration af behandlingen afspejler en centraliseret funktion, hvor få højt specialiserede enheder varetager hovedparten af behandlingerne – af særligt lokale patientgrupper.

Udviklingen skal ses i sammenhæng med ændringer i diagnostisk praksis, herunder anvendelse af MR-skanning og PSMA-PET/CT, som kan påvirke selektionen af patienter til forskellige kurative behandlingsmodaliteter.

Det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at vurdere, i hvilket omfang ændringer i patientselektion eller kapacitet har påvirket anvendelsen af brachyterapi.

Vurdering

Anvendelsen af brachyterapi er lav i absolutte tal, men viser en vis stigning over tid.

Den udtalte geografiske koncentration af behandlingen understreger, at brachyterapi i praksis er en højt specialiseret behandling, hvilket bør tages i betragtning ved fortolkning af regionale forskelle.

	År for brachyterapi				
	2025	2024	2023	2022	2021
Brachyterapi	132	131	101	62	65
Bopælsregion ved diagnose					
Hovedstaden	51	64	42	32	40
Sjælland	27	17	14	7	8
Syddanmark	7	13	7	3	7
Midtjylland	46	33	28	20	10
Nordjylland	#	4	10	0	0
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	4	4	3	2	2
Hovedstaden	6	8	5	4	5

	År for brachyterapi				
	2025	2024	2023	2022	2021
Sjælland	6	4	3	1	2
Syddanmark	1	2	1	0	1
Midtjylland	7	5	4	3	1
Nordjylland	0	1	3	0	0
Brachyterapi, type					
Low dose (Herlev)	93 (70,5%)	102 (77,9%)	76 (75,2%)	44 (71,0%)	56 (86,2%)
High dose (AUH)	39 (29,5%)	29 (22,1%)	25 (24,8%)	18 (29,0%)	9 (13,8%)
Alder på tidspunkt for brachyterapi					
Median (Q1;Q3)	65 (60,5;69,9)	66 (61,1;71,1)	66 (60,9;69,8)	65 (60,7;70,1)	65 (59,1;70,5)
Gennemsnit (Min;Max)	65 (48,7;81,5)	66 (44,3;82,1)	65 (38,9;77,6)	65 (51,4;80,1)	65 (53,3;76,8)
PSA ved diagnose					
<4	12 (9,1%)	11 (8,4%)	4 (4,0%)	3 (4,8%)	5 (7,7%)
4-9	75 (56,8%)	84 (64,1%)	61 (60,4%)	33 (53,2%)	42 (64,6%)
10-20	29 (22,0%)	24 (18,3%)	23 (22,8%)	15 (24,2%)	11 (16,9%)
21-100	16 (12,1%)	8 (6,1%)	11 (10,9%)	11 (17,7%)	4 (6,2%)
>100	0 (0%)	0 (0%)	# (1,0%)	0 (0%)	# (3,1%)
Ukendt	0 (0%)	4 (3,1%)	# (1,0%)	0 (0%)	# (1,5%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	12 (9,1%)	27 (20,6%)	13 (12,9%)	7 (11,3%)	7 (10,8%)
2 (Gleason score 3+4)	83 (62,9%)	81 (61,8%)	72 (71,3%)	42 (67,7%)	47 (72,3%)
3 (Gleason score 4+3)	22 (16,7%)	13 (9,9%)	10 (9,9%)	3 (4,8%)	3 (4,6%)
4 (Gleason score 8)	7 (5,3%)	3 (2,3%)	# (1,0%)	0 (0%)	# (1,5%)
5 (Gleason score 9+)	8 (6,1%)	6 (4,6%)	4 (4,0%)	8 (12,9%)	7 (10,8%)
ISUP grad ikke defineret	0 (0%)	# (0,8%)	# (1,0%)	# (3,2%)	0 (0%)
EAU risikovurdering					
Udenfor risikovurdering	0	0	0	#	#

	År for brachyterapi				
	2025	2024	2023	2022	2021
Risikovurderede:					
Ukendt	8 (6,1%)	17 (13,0%)	6 (5,9%)	# (3,3%)	# (3,1%)
Lav risiko	4 (3,0%)	8 (6,1%)	7 (6,9%)	# (1,6%)	4 (6,3%)
Intermediær risiko	94 (71,2%)	93 (71,0%)	73 (72,3%)	43 (70,5%)	44 (68,8%)
Høj risiko	26 (19,7%)	13 (9,9%)	15 (14,9%)	15 (24,6%)	14 (21,9%)
Charlson comorbidity index (ved diagnose)					
Score 0	102 (77,3%)	101 (77,1%)	71 (70,3%)	43 (69,4%)	50 (76,9%)
Score 1-2	27 (20,5%)	26 (19,8%)	23 (22,8%)	16 (25,8%)	11 (16,9%)
Score 3 eller derover	3 (2,3%)	4 (3,1%)	7 (6,9%)	3 (4,8%)	4 (6,2%)

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

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

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

Salvage strålebehandling

Resultater

Antallet af patienter, der modtager salvage strålebehandling efter radikal prostatektomi, har været stigende over de seneste år. Antallet steg fra 133 behandlinger i 2023 til 175 i 2024 og videre til 180 i 2025. Opgjort som rater svarer dette til et aktuelt niveau på 6 behandlinger pr. 100.000 mænd, sammenlignet med tidligere niveauer 5-6 pr. 100.000 mænd.

Der ses interregional variation, hvor raten spænder fra 3 pr. 100.000 mænd i Region Sjælland til 9 pr. 100.000 mænd i Region Syddanmark.

Diskussion

Salvage strålebehandling anvendes ved biokemisk recidiv efter radikal prostatektomi og udgør en vigtig del af den kurative behandlingsstrategi. Den stigende anvendelse over tid afspejler en udvikling i klinisk praksis med øget fokus på tidlig intervention ved PSA-recidiv. Der foreligger imidlertid ikke aktuelle data for forekomsten af postoperative lokalrecidiver.

Udviklingen skal ses i lyset af øget anvendelse af PSMA-PET/CT ved biokemisk recidiv, hvor påvisning af sygdomsspredning kan påvirke selektionen af patienter til lokal salvage strålebehandling.

Den interregionale variation i rater pr. 100.000 mænd kan ses i sammenhæng med forskelle i opfølgingspraksis, henvisningsmønstre og behandlingsstrategi efter operation.

Det skal bemærkes, at registreringen ikke er baseret på kodning, men som gennemført strålebehandling efter tidligere operation, hvilket kan indebære en vis usikkerhed i opgørelsen af salvage behandling.

Det er ikke muligt ud fra de foreliggende data at fastslå betydningen af disse forhold for den observerede udvikling og variation.

Vurdering

Anvendelsen af salvage strålebehandling er let stigende i perioden frem til 2025.

Den interregionale variation understreger forskelle i klinisk praksis, men bør fortolkes med opmærksomhed på både forskelle i patientpopulation og registreringsforhold.

	År for første strålebehandling				
	2025	2024	2023	2022	2021
Salvage strålebehandling (30 – 36 gange)	180	175	133	138	133
Herlev og Gentofte Hospital, Onkologisk overafd. R	39	33	19	30	24
Rigshospitalet, Afdeling for Kræftbehandling ONK	8	18	14	12	14
Sjællands Universitetshospital, ROS Klin. Onkologi – Overafdeling	34	17	17	28	20
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Onkologisk Ambulatorium R	26	32	23	27	24
Sygehus Lillebælt, SLB Stråleterapi (Vejle)	34	33	22	10	25
Aarhus Universitetshospital, Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	0	0	#	0	0
Aarhus Universitetshospital, Kræftafdelingen	29	26	25	17	14

	År for første strålebehandling				
	2025	2024	2023	2022	2021
Overafdeling					
Aalborg Universitetshospital, Alb Ambulatorieområde for Kræftbehandling	10	16	12	14	12
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	6	6	5	5	5
Hovedstaden	5	6	4	5	5
Sjælland	7	4	4	6	4
Syddanmark	9	10	7	6	7
Midtjylland	5	4	4	3	2
Nordjylland	3	6	4	4	4
Alder på tidspunkt for første strål					
Median (Q1;Q3)	70 (64,1;73,9)	69 (65,4;72,7)	69 (63,6;73,0)	69 (64,1;72,9)	69 (64,6;73,3)
Gennemsnit (Min;Max)	69 (42,8;82,0)	68 (46,6;79,5)	68 (48,1;79,7)	68 (46,1;81,0)	68 (44,3;78,8)

*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

Resultater

I 2025 blev 673 patienter håndteret med watchful waiting, svarende til en aldersstandardiseret incidens på 22 pr. 100.000 mænd. Der ses betydelig interregional variation. Region Nordjylland ligger med 32 pr. 100.000 mænd på et højere niveau end de øvrige regioner, mens Region Midtjylland ligger lavere med omkring 17 pr. 100.000 mænd.

Diskussion

Watchful waiting anvendes primært til patienter med begrænset forventet levetid eller betydelig komorbiditet, hvor intentionen ikke er kurativ behandling, men symptomstyret behandling ved progression. Dette står i kontrast til active surveillance, hvor intentionen er kurativ behandling ved progression, og hvor patienterne typisk er yngre og har lavrisiksygdom.

Patientgruppen i 2025 er karakteriseret ved en medianalder på 77 år, og fordelingen af risikogrupper samt N- og M-status er uændret, hvilket understøtter en konsistent selektion af patienter. Fordelingen af Charlson Comorbidity Index er ligeledes stabil og afspejler en patientgruppe med betydelig komorbiditet, hvilket understøtter valget af observation frem for kurativt intenderet behandling.

Den observerede regionale variation afspejler formentlig forskelle i patientpopulation og klinisk praksis.

Vurdering

Anvendelsen af watchful waiting i 2025 afspejler en stabil selektion af patienter karakteriseret ved høj alder, komorbiditet og mere avanceret sygdom. Den regionale variation bør fortolkes med opmærksomhed på forskelle i patientpopulation og klinisk beslutningstagning.

	År for Watchful waiting				
	2025	2024	2023	2022	2021
Watchful waiting	673	682	799	694	798
Herlev og Gentofte Hospital, Urologisk overafd. H	137	137	147	120	107
Rigshospitalet, Urologisk Klinik, D	30	49	47	81	135
Sjællands Universitetshospital, ROS Urologi – Overafdeling	123	89	152	78	122
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus, SVS Urinvejskirurgi Afdeling	57	60	75	22	16
Odense Universitetshospital – Svendborg, OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	67	68	78	44	100
Sygehus Lillebælt, SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	24	27	22	19	29
Sygehus Sønderjylland, SHS Urinvejskirurgi	#	0	0	0	6
Aarhus Universitetshospital, Urinvejskirurgi Overafdeling	58	68	76	87	106
Regionshospitalet Gødstrup, Urinvejskirurgi – RHG	64	56	65	84	82

	År for Watchful waiting				
	2025	2024	2023	2022	2021
Aalborg Universitetshospital, Alb Urologisk Område	101	117	116	128	79
Regionshospital Nordjylland, RHN Urinvejskirurgi	11	11	21	31	16
Aldersstandardiseret incidens pr. 100.000*					
Danmark	22	22	27	24	28
Hovedstaden	21	23	24	25	29
Sjælland	24	18	31	18	31
Syddanmark	20	22	25	13	23
Midtjylland	17	17	20	26	30
Nordjylland	32	37	42	48	31
Alder på tidspunkt for WW					
Median (Q1;Q3)	77 (74,0;80,0)	77 (74,0;80,0)	77 (74,0;80,0)	77 (74,0;80,0)	77 (73,0;80,0)
Gennemsnit (Min;Max)	76 (48,0;92,0)	76 (51,0;94,0)	76 (55,0;95,0)	76 (53,0;97,0)	76 (46,0;92,0)
PSA ved diagnose					
<4	45 (6,7%)	41 (6,0%)	34 (4,3%)	41 (5,9%)	39 (4,9%)
4-9	305 (45,3%)	297 (43,5%)	319 (39,9%)	275 (39,6%)	312 (39,1%)
10-20	180 (26,7%)	195 (28,6%)	236 (29,5%)	194 (28,0%)	225 (28,2%)
21-100	108 (16,0%)	120 (17,6%)	161 (20,2%)	133 (19,2%)	169 (21,2%)
>100	10 (1,5%)	7 (1,0%)	16 (2,0%)	14 (2,0%)	24 (3,0%)
Ukendt	25 (3,7%)	22 (3,2%)	33 (4,1%)	37 (5,3%)	29 (3,6%)
ISUP** grad ved diagnose					
1 (Gleason score -6)	197 (29,3%)	185 (27,1%)	218 (27,3%)	210 (30,3%)	242 (30,3%)
2 (Gleason score 3+4)	271 (40,3%)	287 (42,1%)	319 (39,9%)	251 (36,2%)	267 (33,5%)
3 (Gleason score 4+3)	102 (15,2%)	84 (12,3%)	122 (15,3%)	96 (13,8%)	136 (17,0%)
4 (Gleason score 8)	40 (5,9%)	32 (4,7%)	35 (4,4%)	38 (5,5%)	47 (5,9%)
5 (Gleason score 9+)	46 (6,8%)	64 (9,4%)	58 (7,3%)	67 (9,7%)	71 (8,9%)

	År for Watchful waiting				
	2025	2024	2023	2022	2021
ISUP grad ikke defineret	17 (2,5%)	30 (4,4%)	47 (5,9%)	32 (4,6%)	35 (4,4%)
EAU risikovurdering					
(Diagnose før 2019)	153 (22,7%)	151 (22,1%)	168 (21,0%)	199 (28,7%)	234 (29,3%)
Udenfor risikovurdering	10 (1,5%)	13 (1,9%)	30 (3,8%)	24 (3,5%)	28 (3,5%)
Ukendt	23 (3,4%)	18 (2,6%)	25 (3,1%)	26 (3,7%)	24 (3,0%)
Lav risiko	61 (9,1%)	49 (7,2%)	67 (8,4%)	54 (7,8%)	63 (7,9%)
Intermediær risiko	256 (38,0%)	257 (37,7%)	294 (36,8%)	198 (28,5%)	239 (29,9%)
Høj risiko	170 (25,3%)	194 (28,4%)	215 (26,9%)	193 (27,8%)	210 (26,3%)
Charlson comorbidity index (v/ diagnose)					
Score 0	364 (54,1%)	354 (51,9%)	441 (55,2%)	410 (59,1%)	423 (53,0%)
Score 1-2	218 (32,4%)	239 (35,0%)	271 (33,9%)	197 (28,4%)	265 (33,2%)
Score 3 eller derover	91 (13,5%)	89 (13,0%)	87 (10,9%)	87 (12,5%)	110 (13,8%)
T stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	153 (22,7%)	151 (22,1%)	168 (21,0%)	199 (28,7%)	234 (29,3%)
Ikke registreret	54 (8,0%)	53 (7,8%)	57 (7,1%)	38 (5,5%)	44 (5,5%)
T0	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (0,1%)	0 (0%)
T1	15 (2,2%)	12 (1,8%)	12 (1,5%)	10 (1,4%)	13 (1,6%)
T1a	10 (1,5%)	12 (1,8%)	14 (1,8%)	13 (1,9%)	13 (1,6%)
T1b	13 (1,9%)	7 (1,0%)	10 (1,3%)	10 (1,4%)	10 (1,3%)
T1c	181 (26,9%)	164 (24,0%)	202 (25,3%)	148 (21,3%)	177 (22,2%)
T2	15 (2,2%)	14 (2,1%)	21 (2,6%)	13 (1,9%)	23 (2,9%)
T2a	74 (11,0%)	80 (11,7%)	92 (11,5%)	74 (10,7%)	95 (11,9%)
T2b	64 (9,5%)	58 (8,5%)	86 (10,8%)	50 (7,2%)	56 (7,0%)
T2c	34 (5,1%)	44 (6,5%)	51 (6,4%)	50 (7,2%)	57 (7,1%)
T3	14 (2,1%)	36 (5,3%)	26 (3,3%)	38 (5,5%)	24 (3,0%)
T3a	19 (2,8%)	24 (3,5%)	28 (3,5%)	30 (4,3%)	25 (3,1%)
T3b	12 (1,8%)	9 (1,3%)	16 (2,0%)	9 (1,3%)	9 (1,1%)

	År for Watchful waiting				
	2025	2024	2023	2022	2021
T4	# (0,1%)	3 (0,4%)	# (0,3%)	# (0,3%)	7 (0,9%)
Tx	14 (2,1%)	15 (2,2%)	14 (1,8%)	9 (1,3%)	11 (1,4%)
N stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	153 (22,7%)	151 (22,1%)	168 (21,0%)	199 (28,7%)	234 (29,3%)
Ikke registreret	43 (6,4%)	53 (7,8%)	51 (6,4%)	37 (5,3%)	52 (6,5%)
N0	424 (63,0%)	428 (62,8%)	475 (59,4%)	345 (49,7%)	347 (43,5%)
N1	5 (0,7%)	8 (1,2%)	16 (2,0%)	13 (1,9%)	13 (1,6%)
Nx	48 (7,1%)	42 (6,2%)	89 (11,1%)	100 (14,4%)	152 (19,0%)
M stadie (v/ diagnose)					
(Diagnose før 2019)	153 (22,7%)	151 (22,1%)	168 (21,0%)	199 (28,7%)	234 (29,3%)
Ikke registreret	24 (3,6%)	30 (4,4%)	23 (2,9%)	22 (3,2%)	36 (4,5%)
M0	481 (71,5%)	487 (71,4%)	570 (71,3%)	444 (64,0%)	469 (58,8%)
M1	7 (1,0%)	7 (1,0%)	24 (3,0%)	17 (2,4%)	23 (2,9%)
Mx	8 (1,2%)	7 (1,0%)	14 (1,8%)	12 (1,7%)	36 (4,5%)

*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 graderingsystem.

Anden behandling

Endokrin terapi og anden medicinsk behandling:

På relativt kort tid er de medicinske behandlinger blevet relativt mange, og overlevelsen med avanceret sygdom markant forlænget. Dette afspejles i den aktuelle opgørelse, hvor der i 2025 ses en fortsat høj behandlingsaktivitet på tværs af alle præparatgrupper. For flere behandlingstyper ses ændringer sammenlignet med 2024. Antallet af patienter behandlet med abirateron er steget fra 1.343 i 2024 til 1.691 i 2025, mens behandling med enzalutamid (239 til 261) og apalutamid (80 til 69) er henholdsvis let stigende og let faldende. Anvendelsen af darolutamid er reduceret fra 122 til 88, mens anvendelsen af docetaxel er uændret (532 til 535) og cabazitaxel let faldende (275 til 244).

Den initiale endokrine behandling er fortsat domineret af GnRH-analoger (2.473 til 2.290) og antiandrogener (1.119 til 1.006), begge med et let fald i 2025.

Der ses betydelig interregional variation i anvendelsen af de enkelte behandlinger. For eksempel anvendes GnRH-antagonist næsten udelukkende i Region Hovedstaden (64/66), mens anvendelsen er minimal i de øvrige regioner. Tilsvarende ses, at denosumab i høj grad anvendes i Region Midtjylland (447/864), mens anvendelsen er væsentligt lavere i Region Sjælland og Region Syddanmark.

Hertil kommer, at man særligt hos patienter med hormonsensitiv metastatisk sygdom (mHSPC) vidtgående har forladt monoterapi til fordel for dobbelt- og triplebehandlinger. Tabellen rummer således en meget stor og omkostningstung behandlingsindsats svarende til den metastatiske sygdomsfase, hvilket det med de forhåndenværende data ikke er muligt at vurdere hverken kvaliteten eller effekten af.

Overblikket over de mangfoldige og ofte langvarige medicinske behandlingsforløb hos patienter med dissemineret sygdom, herunder behandlingstype, tidspunkt i sygdomsforløbet, frekvens og kombinationer af behandlinger, forudsætter en korrekt stadi- og behandlingsspecifik kodning.

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 fortsat at kunne bidrage til mere komplette data og dermed bedre muligheder for kvalitetsovervågning. Indtil da kan det af tabellen ses, at anvendelsen af den initiale endokrine terapi samlet set er relativt stabil, om end med betydelige interregionale variationer. På nær enkelte præparater gør det samme forhold sig gældende for behandling med ARPI og cytostatika. Den fortsat høje anvendelse af abirateron er forenelig med præparatets dokumenterede effekt i kombinationsbehandling ved HSPC samt pris efter patentets udløb.

2025

Behandling startet 2025	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.006	241	4	166	473	121
GNRH analog	2.290	599	319	650	485	232
GNRH antagonist	66	64	0	#	#	0
Orchiectomi	27	6	#	15	#	3
Abirateron	1.691	397	152	502	417	223
Enzalutamid	261	84	51	51	39	35
Apalutamid	69	23	11	22	4	9
Darolutamid	88	33	23	10	11	11
Docetaxel	535	120	104	151	112	48
Cabazitaxel	244	60	34	91	41	18
Bisfosfonat	297	40	79	106	56	16
Denosumab	864	179	63	29	447	146
Radium-223	76	23	13	20	19	#
Forsøgsmedicin	4	#	0	0	#	0

2024

Behandling startet 2024	Region (primære urologiske behandlingscenter)					
	I alt	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Antiandrogen	1.119	263	10	319	391	135
GNRH analog	2.473	682	396	782	388	224
GNRH antagonist	65	49	0	15	#	0
Orchiectomi	59	16	4	28	9	#
Abirateron	1.343	334	152	382	312	162
Enzalutamid	239	55	64	42	46	32
Apalutamid	80	35	22	7	5	11
Darolutamid	122	49	27	19	17	10
Docetaxel	532	126	93	160	110	43
Cabazitaxel	275	64	48	87	56	20
Bisfosfonat	296	40	77	110	53	15
Denosumab	838	193	44	19	445	136
Radium-223	58	18	6	17	16	#
Forsøgsmedicin	8	0	0	0	8	0

Beskrivelse af sygdomsområdet

Prostatacancer manifesterer sig sjældent klinisk før 50-årsalderen, men obduktionsstudier viser, at sygdommen ofte kan påvises histologisk betydeligt tidligere. Incidensen stiger markant med alderen, og omkring halvdelen af 60-årige og op mod 75% af 75-årige mænd vil kunne diagnosticeres med typisk klinisk ikke-signifikant sygdom. Et betydeligt antal patienter diagnosticeres som følge af forhøjet PSA i forbindelse med opportunistisk screening.

Prostatacancer er den hyppigste kræftform blandt mænd (ekskl. non-melanom hudcancer). Selv ved uændret diagnostisk aktivitet forventes prævalensen at stige fra godt 50.000 til omkring 70.000 patienter i 2030.

Det kliniske dilemma med overdiagnosticering af klinisk ikke-betydende sygdom er reduceret med implementeringen af MR-baseret diagnostik, som har forbedret selektionen af patienter med behandlingskrævende sygdom. Sygdomsforløbet er imidlertid yderst heterogent og i tidlige stadier vanskeligt at forudsige, hvorfor systematisk risikostratifikation ved diagnositidspunktet er afgørende for valg af behandlingsstrategi. Denne fastlægges ved multidisciplinær teamkonference (MDT).

Patienter med lavrisikosygdom tilbydes i stigende omfang – om end i faldende absolut antal – active surveillance, dvs. et struktureret observationsprogram med henblik på at identificere behov for kurativ behandling.

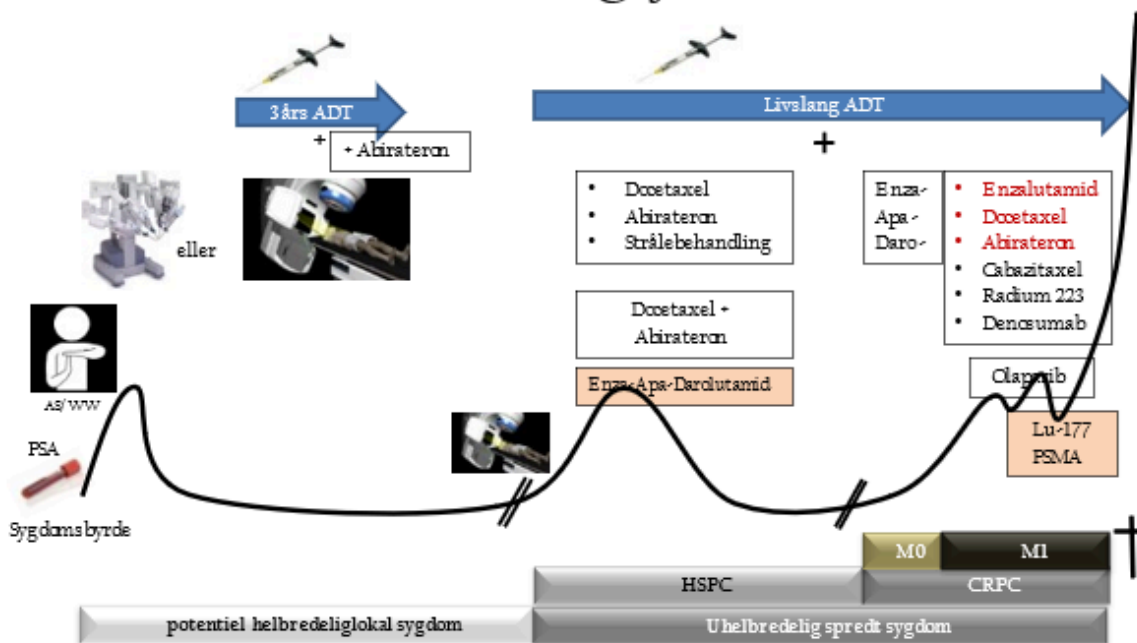
I Danmark udføres årligt omkring 1.000 radikale prostatektomier, i dag næsten udelukkende robotassisteret. Indgrebet omfatter fjernelse af prostata og sædblærer med efterfølgende rekonstruktion af urinvejene, eventuelt suppleret med lymfeknudejernelse, som i stigende grad forventes reduceret med anvendelsen af PSMA-PET/CT. Patienten udskrives typisk dagen efter operation med kateter, som fjernes efter 6–8 dage.

Den præoperative sygdomskortlægning er fortsat forbundet med usikkerhed. Omkring en tredjedel af tumorer, der præoperativt vurderes som intraprostatiske (cT1–2), viser sig postoperativt at være ekstraprostatiske (pT3), og cirka en fjerdedel har positive resektionsrande. Disse forhold er associeret med øget risiko for senere recidiv. Samlet behandles cirka halvdelen af patienterne kurativt med operation eller strålebehandling, som er centraliseret til få højt specialiserede centre.

Ekstern strålebehandling tilbydes årligt omkring 700 patienter og kombineres ved højrisikosygdom typisk med længerevarende medicinsk kastrationsbehandling samt abirateron. Patienterne er generelt ældre, mere komorbide og har mere avanceret sygdom end operationspatienter. Ved biokemisk recidiv efter operation kan patienter uden dissemineret sygdom tilbydes salvage strålebehandling.

Ved metastatisk sygdom er tilstanden uheldelig, men kan ofte kontrolleres i flere år med medicinsk kastration i kombination med systemisk behandling. Sygdommen er initialt hormonsensitiv (HSPC), men udvikler sig over tid til kastrationsresistent sygdom (CRPC). Prognosen i denne fase er væsentligt forbedret de seneste år med introduktion af nye behandlingsmuligheder, og den gennemsnitlige overlevelse er nu omkring tre år mod tidligere under ét år.

Behandlingsforløb



Datakomplethed og dækningsgrad

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

Cancerregisteret kan anvendes som grundlag for opgørelse af et forventet antal nye diagnoser pr. år. I 2024 havde databasen 4.157 nye tilfælde, hvilket er 94% af den samlede incidens i året ifølge Cancerregisteret (4.446 tilfælde). Det er forventeligt, at der er prostatacancerdiagnoser i Cancerregisteret, der ikke er patologisk verificeret, fx for en person med biokemiske mål og radiologisk undersøgelse som viser klare tegn på prostatakæft, men hvor der ikke foreligger en vævsprøve.

Databasens dækningsgrad opfylder med stor sandsynlighed det fastsatte mål på 90%.

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

Patienter med erstatnings cpr-nummer.

Patienter uden bopæl i Danmark på diagnosetidspunktet.

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 Patologiregisteret. 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:
