

# Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2011

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group

## Kolofon

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft ledes af en faglig styregruppe med en formand udpeget af bestyrelsen for Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG) og består herudover af den statistiske leder af DBCG's databaseenhed, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG: Radiologiuudvalget, Kirurgisk Udvalg, Radioterapiudvalget, Medicinsk Udvalg og Patologiuudvalget. Derudover er der repræsentanter fra Kompetencecenter Nord (KCN), som DBCG er knyttet til, Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Øst (KCKS Øst), som driver Analyseportalen, og mulighed for en repræsentant fra hver af de fem regioner. Region Hovedstaden er den registeransvarlige offentlige myndighed, idet DBCG formelt er knyttet til Rigshospitalet.

Styregruppens medlemmer er per juni 2012:

Peer Christiansen	Århus Sygehus (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlertsen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Hospital (Patologiuudvalget)
Mette Møller Nielsen	Odense Sygehus (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiuudvalget)
Susanne Møller	DBCG-D (Statistik)
Martin Larsen	DBCG-D (Datalogi)
Mette Nørgaard	Kompetencecenter Nord
Thor Schmidt	Kompetencecenter Øst
Mads Chr. Haugaard	Region Syddanmark
Anne Pedersen	Region Sjælland

Databearbejdning til denne femte indikatorrapport for 2011 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat/KCN, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 12. juni 2012. Rapporten har desuden været i høring hos de indberettende afdelinger i perioden 12. juli til 7. september 2012.

# Indholdsfortegnelse

Side	Indhold
2	<a href="#">Kolofon</a>
3	<a href="#">Indholdsfortegnelse</a>
4	<a href="#">Forord</a>
5	<a href="#">Sammendrag</a>
7	<a href="#">Populationen af danske brystkræftpatienter 2011</a>
21	<a href="#">Beregning af kvalitetsindikatorer</a>
22	<a href="#">Fuldstændighed af DBCG's data</a>
23	<a href="#">Indikator 2:</a> Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose
30	<a href="#">Indikator 3:</a> Malign:Benign operationsratio
38	<a href="#">Indikator 4:</a> Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden
43	<a href="#">Indikator 5:</a> Npos brystkræftpatienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet $\geq 10$ aksillymfeknuder
47	<a href="#">Indikator 7:</a> Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register
53	<a href="#">Indikator 8:</a> Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer
65	<a href="#">Indikator 9:</a> Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram
67	<a href="#">Højrisiko-patienter</a>
71	<a href="#">Lavrisiko-patienter</a>
75	<a href="#">Alle patienter, figurer</a>
77	<a href="#">Højrisiko-patienter, figurer</a>
79	<a href="#">Lavrisiko-patienter, figurer</a>
82	<a href="#">Indikator 10:</a> Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi
90	<a href="#">Indikator 11:</a> Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer
97	<a href="#">Indikator 12:</a> Sen sentinel node positivitet
104	<a href="#">Forklaring af kontrolplot til bilag 2</a>

## Forord

I denne rapport er der medtaget indberetning fra alle behandlende enheder, der indberetter til DBCG. Kommentarerne i rapporten er dog generelt møntet på de offentlige enheder. Der er to private kliniker, der tilsammen kun har opereret 30 patienter (0,8 %) med 19 patienter som det højeste antal. Det beskedne patientantal ligger langt under det, der anbefales behandlet ved en enhed jf. EUSOMA kriterierne og i de anbefalinger, der er angivet i Kræftplan II og i Sundhedsstyrelsens rapport "Forbedring af kirurgisk kræftbehandling", og Styregruppen anser det ikke for meningsfyldt at kommentere på så usikkert et grundlag.

Den faglige styregruppe vedtog i oktober 2009 at udelade indikator 6 'Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)' af indicatorsættet. For at opretholde antallet af indikatorer blev indikator 12 'sen sentinel node positivitet' indført. Indikator 1 'Mammografiscreening, små tumorer  $\leq 10$  mm' blev bestemt i 2009 og 2010 men er udeladt af indicatorsættet i 2011 idet kvaliteten af mammografiscreening nu monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening.

## Sammendrag

Indikatorberegningen for 2011 er foretaget på baggrund af indberetning af i alt 3335 patienter i aldersgruppen 20-75 år af den samlede registrerede population på 3932, og det er data indberettet inden 20.06.2012, der danner grundlag for beregningerne. I rapporten angives indikatorværdi for 10 af de 11 indikatorer, som er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. Desuden er der fra 2010 beregnet en ny indikator 12: 'Sen sentinel node positivitet'. Den hidtidige indikator 6 'Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)' udgik af indicatorsættet i 2010. Indikator 1 'Mammografiscreening, små tumorer  $\leq 10$  mm' udgik 2011 idet kvaliteten af mammografiscreening nu monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen, hvor data for de(n) relevante variable er oplyst.

Resultatet kan sammenfattes som følger:

Indikator	Indikatorværdi	Referenceværdi
<b>Indikator 1:</b> Mammografiscreening, små tumorer $\leq 10$ mm	Udgået i 2011	
<b>Indikator 2:</b> Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	91%	70%
<b>Indikator 3:</b> Malign:Benign operationsratio	67%	67% (bedste gæt)
<b>Indikator 4:</b> Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden	97%	95% (bedste gæt)
<b>Indikator 5:</b> Npos brystkræftpatienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet $\geq 10$ aksillymfeknuder	96%	90%
<b>Indikator 6:</b> Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)	Udgået i 2010	
<b>Indikator 7:</b> Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register	93%	95%
<b>Indikator 8:</b> Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer	92%*	?
<b>Indikator 9:</b> Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram		
Alle patienter:	68%	95%
Højrisiko-patienter:	68%	95%
Lavrisiko-patienter:	70%	95%
<b>Indikator 10:</b> Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi	98%	93%
<b>Indikator 11:</b> Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer	99%	?
<b>Indikator 12:</b> Sen sentinel node positivitet	86%	?

\*: Værdi for 2010.

Årets indikatorrapport beskriver organisationen af den multidisciplinære udredning og behandling af brystkræft i Danmark og giver resultat for i alt 10 kvalitetsindikatorer. Overordnet set dokumenterer den, at behandlingen ligger på et fagligt højt niveau. Hovedparten af indikatorværdierne ligger på et niveau, som må betegnes som tilfredsstillende. Det er kun vedr. indberetning af data til DBCG og til Landspatientregistret, at der er grund til at pege på, at der er problemer. Det er en problemstilling, som har været eksponeret i alle de foregående indikatorrapporter fra den første, der vedrørte 2006-7. I sidste års rapport blev der rettet opmærksomhed på, at Danske Regioner har et væsentligt

ansvar for dette, f.eks. ved at sørge for, at der i afdelingerne er de fornødne ressourcer til at udføre kvalitetsregistrering, og også at sikre, at det sker. Regionerne har ikke reageret på denne opfordring. I løbet af dette år er der sket en opdatering af retningslinjerne for en række behandlingselementer. Herunder også sentinel node proceduren. Det betyder, at problemstillingen af sen positiv sentinel node biopsi, der for den enkelt patient betyder en ny operation, ændres. I 2011 var der 14% af de patienter, der fik udført sentinel node biopsi, der efterfølgende viste sig at skulle gennemgå en ekstra operation. Det er et relativt højt tal, men fra næste år, vil det blive meget reduceret og formentlig komme ned på niveau af 3-4%. Det hænger sammen med, at det ikke længere anbefales at udføre aksilrømning hos patienter, der kun har mikroskopisk spredning til 1-2 lymfeknuder. Dette er begrundet med, at aksilrømning hos denne type af patienter ikke medfører en forbedring af en i øvrigt favorabel prognose. Det bliver en lettelse for mange patienter, og det kommer også til at få positiv indflydelse på patientforløb og overgang fra kirurgi til onkologisk behandling.

## Populationen af danske brystkræftpatienter 2011

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år; der var i 2011, 15 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 15 onkologiske afdelinger (tabel 2) og 14 patologi-afdelinger (tabel 3). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller i kontrol indtil 10 år efter operation har 24 afdelinger været aktive (tabel 4).

**Tabel 1.** Kirurgiske afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 3104	Hovedstaden
2	1411	Center for Brystkirurgi, Søborg	Privathospital Hamlet	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
5	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
6	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
7	5501	Brystkirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
8	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
9	6010	Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
10	6501	Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Holstebro*	Midtjylland
11	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
12	7005	Organkirurgisk afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
13	7601	Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg*	Midtjylland
14	8001	Specialkirurgisk Center, Mammakirurgi	Aalborg Sygehus	Nordjylland
15	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

\*: Holstebro er 1.9.2011 lagt sammen med Viborg, og de vil fremover registreres under navnet Regionshospital Viborg.

**Table 2.** Onkologiske afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 5073	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Onkologisk & Palliativ afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4	2501	Onkologi/hæmatologisk afd.	Roskilde Sygehus *	Sjælland
5	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus *	Sjælland
6	3501	Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus *	Sjælland
7	4001	Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
8	4202	Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
9	5001	Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
10	5501	Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
11	6008	Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
12	6502	Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13	7003	Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
14	7601	Medicinsk afd., Hæmatologi/onkologi	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
15	8001	Onkologisk afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

\*: Højrisikopatienter opereret i Ringsted bliver fulgt på onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. De er dog registreret for Ringsted hvis den onkologiske afdeling ikke er kendt i DBCG. Visse højrisikopatienter følges i Ringsted, dette gælder bl.a. for patienter der ifølge guidelines skulle behandles i protokol D, men p.g.a. høj alder eller komorbiditet følger protokol A.



**Table 3.** Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen	Rigshospitalet afsnit 5441	Hovedstaden
2	1516	Patologiafdelingen	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3002	Klinisk patologi	Slagelse Sygehus	Sjælland
4	4202	Afdeling for Klinisk Patologi	Odense Universitetshospital	Syddanmark
5	5001	Patologisk inst.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
6	5501	Klinik for Patologisk Anatomi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
7	6008	Klinisk Patologi	Vejle Sygehus	Syddanmark
8	6501	Patologisk inst.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
9	7004	Patologisk inst.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
10	7005	Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
11	7601	Patologi	Regionshospitalet Viborg/Skive	Midtjylland
13	8001	Patologisk inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
14	8003	Patologisk inst.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

**Tabel 4.** Afdelinger, der indberetter followup af patienter i behandling eller i kontrol, og som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 3104	Hovedstaden
2	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 5073	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	1516	Onkologisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
5	2001	Onkologisk & Palliativ afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
6	2501	Onkologisk afd.	Roskilde Sygehus	Sjælland
7	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
8	3501	Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
9	4001	Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
10	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
11	4202	Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
12	5001	Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
13	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
14	5501	Brystkirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
15	5501	Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
16	6008	Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
17	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
18	6010	Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
19	6502	Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
20	7003	Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
21	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
22	7601	Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
23	7601	Medicinsk afd., Hæmatologi/onkologi	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
24	8001	Onkologisk afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
25	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Der blev indberettet 3932 patienter i 2011, enkelte afdelinger havde meget få patienter (tabel 5). I det følgende angives de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnostidspunkt og operation. Parametrene angives per år i perioden 2008-2011 i tabel 6.1 til 6.15. Tabeller, der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling, er angivet i BILAG 1.

**Tabel 5.** Antal indberettede brystkræftpatienter per kirurgisk afdeling i 2008-2011.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle N
	2008	2009	2010	2011	
	N	N	N	N	
<b>OPERATIONSHOSPITAL</b>					
RIGSHOSPITALET	543	754	676	556	2529
HAMLET	33	33	14	11	91
HERLEV	651	746	708	541	2646
HØRSHOLM	56	.	.	.	56
SLAGELSE	1	.	.	.	1
RINGSTED	636	881	867	669	3053
ODENSE	215	259	249	247	970
AABENRAA	233	272	246	203	954
ESBJERG	210	255	261	194	920
VEJLE	329	349	319	290	1287
MØLHOLM	47	38	26	19	130
HOLSTEBRO	107	163	174	128	572
HERNING	7	.	.	.	7
ÅRHUS	336	365	319	310	1330
RANDERS	205	258	201	159	823
Mammaklinik	26	17	3	.	46
AROSprivhosp	29	13	.	.	42
VIBORG	273	321	237	246	1077
AALBORG	296	327	257	246	1126
HJØRRING	155	225	139	113	632
UOPLYST	1	.	.	.	1
Total	4389	5276	4696	3932	18293

Tabel 6.1 Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Alder (år)</b>										
≤ 34 år	243	(1.3)	67	(1.5)	53	(1.0)	60	(1.3)	63	(1.6)
35-39 år	417	(2.3)	102	(2.3)	101	(1.9)	97	(2.1)	117	(3.0)
40-49 år	2212	(12.1)	549	(12.5)	547	(10.4)	592	(12.6)	524	(13.3)
50-59 år	4509	(24.6)	1039	(23.7)	1410	(26.7)	1167	(24.9)	893	(22.7)
60-69 år	6493	(35.5)	1513	(34.5)	2028	(38.4)	1640	(34.9)	1312	(33.4)
70-75 år	1822	(10.0)	477	(10.9)	468	(8.9)	435	(9.3)	442	(11.2)
≥ 76 år	2597	(14.2)	642	(14.6)	669	(12.7)	705	(15.0)	581	(14.8)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

Tabel 6.2a Operationstype per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Operationstype</b>										
Mastektomi	5526	(30.2)	1605	(36.6)	1598	(30.3)	1240	(26.4)	1083	(27.5)
Lumpektomi	11200	(61.2)	2461	(56.1)	3243	(61.5)	2952	(62.9)	2544	(64.7)
Biopsi*	1045	(5.7)	288	(6.6)	290	(5.5)	322	(6.9)	145	(3.7)
Mastektomi efter neo-adj	373	(2.0)	28	(0.6)	116	(2.2)	135	(2.9)	94	(2.4)
Lumpektomi efter neo-adj	149	(0.8)	7	(0.2)	29	(0.5)	47	(1.0)	66	(1.7)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

\*: Patienter der ikke umiddelbart efter diagnosen er opereret med kurativt sigte eller patienter der bliver behandlet neoadjuverende og endnu ikke er opereret.

**Table 6.2b** Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.

Mastektomi	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sentinel node teknik</b>										
Nej	1721	(31.6)	571	(35.6)	507	(32.2)	352	(29.3)	291	(27.1)
Ja	3728	(68.4)	1031	(64.4)	1065	(67.7)	848	(70.7)	784	(72.9)
Uoplyst	1	(0.0)	.	.	1	(0.1)	.	.	.	.

Lumpektomi	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sentinel node teknik</b>										
Nej	1016	(9.2)	244	(9.9)	266	(8.4)	268	(9.3)	238	(9.4)
Ja	10031	(90.8)	2211	(90.1)	2905	(91.6)	2611	(90.7)	2304	(90.6)
Uoplyst	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)	.	.	.	.

Biopsi	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sentinel node teknik</b>										
Nej	437	(82.9)	39	(60.0)	83	(72.8)	183	(89.7)	132	(91.7)
Ja	90	(17.1)	26	(40.0)	31	(27.2)	21	(10.3)	12	(8.3)

Mastektomi efter neo-adj	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sentinel node teknik*</b>										
Nej	227	(74.9)	14	(82.4)	65	(80.2)	81	(71.7)	67	(72.8)
Ja	76	(25.1)	3	(17.6)	16	(19.8)	32	(28.3)	25	(27.2)

Lumpektomi efter neo-adj	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Sentinel node teknik*</b>										
Nej	49	(36.6)	5	(100.0)	12	(48.0)	16	(38.1)	16	(25.8)
Ja	85	(63.4)	.	.	13	(52.0)	26	(61.9)	46	(74.2)

\*: Sentinel node procedure udført for neo-adjuverende behandling.

**Tabel 6.2c** Årsag til aksilerømning i samme seance som sentinel node per år.

		Alle		2008		2009		2010		2011	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aksilerømning i samme seance	Årsag										
Ja	Valideringsfase	52	(1.6)	25	(3.0)	20	(2.0)	6	(0.7)	1	(0.1)
	SN frys svar	2866	(86.2)	652	(79.2)	829	(84.2)	762	(90.9)	623	(91.9)
	Mistanke om metastase	80	(2.4)	21	(2.6)	23	(2.3)	21	(2.5)	15	(2.2)
	SN ikke fundet	224	(6.7)	44	(5.3)	93	(9.5)	48	(5.7)	39	(5.8)
	Uoplyst	101	(3.0)	81	(9.8)	19	(1.9)	1	(0.1)	.	.
Total		3323	(100.0)	823	(100.0)	984	(100.0)	838	(100.0)	678	(100.0)

**Tabel 6.3** Fordelingen på histologiske typer per år.

Histologisk type	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
DUCTAL	14208	(77.7)	3519	(80.2)	4065	(77.0)	3489	(74.3)	3135	(79.7)
LOBULAR	1677	(9.2)	347	(7.9)	479	(9.1)	453	(9.6)	398	(10.1)
MEDULLARY	78	(0.4)	29	(0.7)	25	(0.5)	13	(0.3)	11	(0.3)
MUCINOUS	335	(1.8)	71	(1.6)	90	(1.7)	93	(2.0)	81	(2.1)
OTHER	700	(3.8)	57	(1.3)	179	(3.4)	261	(5.6)	203	(5.2)
PAPILLARY	111	(0.6)	27	(0.6)	27	(0.5)	33	(0.7)	24	(0.6)
TUBULAR	318	(1.7)	71	(1.6)	98	(1.9)	88	(1.9)	61	(1.6)
UNCLASSIFIED	71	(0.4)	39	(0.9)	17	(0.3)	11	(0.2)	4	(0.1)
unknown	795	(4.3)	229	(5.2)	296	(5.6)	255	(5.4)	15	(0.4)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Tabel 6.4** Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Lymfeknuder</b>										
00	110	(0.6)	86	(2.0)	21	(0.4)	1	(0.0)	2	(0.1)
01-04	8001	(43.7)	1723	(39.3)	2314	(43.9)	2029	(43.2)	1935	(49.2)
05-09	1040	(5.7)	276	(6.3)	321	(6.1)	235	(5.0)	208	(5.3)
≥ 10	7225	(39.5)	2003	(45.6)	2074	(39.3)	1751	(37.3)	1397	(35.5)
Uoplyst	1917	(10.5)	301	(6.9)	546	(10.3)	680	(14.5)	390	(9.9)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Tabel 6.5** Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Positive LN</b>										
0	9050	(49.5)	2059	(46.9)	2638	(50.0)	2257	(48.1)	2096	(53.3)
1-3	5036	(27.5)	1290	(29.4)	1443	(27.4)	1283	(27.3)	1020	(25.9)
≥ 4	2134	(11.7)	646	(14.7)	602	(11.4)	472	(10.1)	414	(10.5)
Uoplyst	2073	(11.3)	394	(9.0)	593	(11.2)	684	(14.6)	402	(10.2)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Tabel 6.6** Tumorstørrelse (= største diameter i mm) per år. Ved neoadjuverende behandling anvendes størrelsen bestemt ved billeddiagnostik.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Tumor size (mm)</b>										
00-10	3799	(20.8)	736	(16.8)	1134	(21.5)	1008	(21.5)	921	(23.4)
11-20	7255	(39.7)	1710	(39.0)	2072	(39.3)	1829	(38.9)	1644	(41.8)
21-50	5629	(30.8)	1474	(33.6)	1563	(29.6)	1399	(29.8)	1193	(30.3)
≥ 51	608	(3.3)	139	(3.2)	167	(3.2)	172	(3.7)	130	(3.3)
Uoplyst	1002	(5.5)	330	(7.5)	340	(6.4)	288	(6.1)	44	(1.1)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Table 6.7** Malignitetsgrad for duktale og lobulære tumorer per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Duktale tumorer</b>										
Uoplyst	1191	(8.4)	118	(3.4)	704	(17.3)	260	(7.5)	109	(3.5)
I	4201	(29.6)	1088	(30.9)	1228	(30.2)	1037	(29.7)	848	(27.0)
II	5514	(38.8)	1467	(41.7)	1398	(34.4)	1319	(37.8)	1330	(42.4)
III	3302	(23.2)	846	(24.0)	735	(18.1)	873	(25.0)	848	(27.0)
Total	14208	(100.0)	3519	(100.0)	4065	(100.0)	3489	(100.0)	3135	(100.0)

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Lobulære tumorer</b>										
Uoplyst	171	(10.2)	9	(2.6)	82	(17.1)	52	(11.5)	28	(7.0)
I	591	(35.2)	139	(40.1)	151	(31.5)	158	(34.9)	143	(35.9)
II	859	(51.2)	190	(54.8)	234	(48.9)	223	(49.2)	212	(53.3)
III	56	(3.3)	9	(2.6)	12	(2.5)	20	(4.4)	15	(3.8)
Total	1677	(100.0)	347	(100.0)	479	(100.0)	453	(100.0)	398	(100.0)

**Table 6.8** Receptorstatus (ER-positiv og/eller PgR-positiv) per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Receptorstatus</b>										
Negativ	2612	(14.3)	700	(15.9)	709	(13.4)	595	(12.7)	608	(15.5)
Positiv	14187	(77.6)	3434	(78.2)	4210	(79.8)	3265	(69.5)	3278	(83.4)
Uoplyst	1494	(8.2)	255	(5.8)	357	(6.8)	836	(17.8)	46	(1.2)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)



**Tabel 6.9** Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HER2 status</b>										
Negativ	13710	(74.9)	3034	(69.1)	3922	(74.3)	3535	(75.3)	3219	(81.9)
Positiv	2249	(12.3)	527	(12.0)	617	(11.7)	608	(12.9)	497	(12.6)
Uoplyst	2334	(12.8)	828	(18.9)	737	(14.0)	553	(11.8)	216	(5.5)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

Andelen af HER2 positive patienter ligger stabilt omkring 12% i perioden 2008-2011, mens andelen af uoplyste faldet fra 19% til 6% i samme periode.

**Tabel 6.10** Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status versus patientalder i 2011.

	Total	Negativ		Positiv		Uoplyst	
	N	N	%	N	%	N	%
<b>Alder (år)</b>							
<=34 år	63	45	(71.4)	18	(28.6)	.	.
35-39 år	117	89	(76.1)	24	(20.5)	4	(3.4)
40-49 år	524	410	(78.2)	91	(17.4)	23	(4.4)
50-59 år	893	747	(83.7)	117	(13.1)	29	(3.2)
60-69 år	1312	1115	(85.0)	134	(10.2)	63	(4.8)
70-75 år	442	363	(82.1)	49	(11.1)	30	(6.8)
76+ år	581	450	(77.5)	64	(11.0)	67	(11.5)
Total	3932	3219	(81.9)	497	(12.6)	216	(5.5)

**Tabel 6.11** HER2-score per år.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>HER2-score</b>										
0	4585	(25.1)	1281	(29.2)	1425	(27.0)	962	(20.5)	917	(23.3)
1+	7305	(39.9)	1538	(35.0)	2071	(39.3)	1944	(41.4)	1752	(44.6)
2+	2515	(13.7)	494	(11.3)	620	(11.8)	748	(15.9)	653	(16.6)
3+	2012	(11.0)	485	(11.1)	540	(10.2)	539	(11.5)	448	(11.4)
Uoplyst	1876	(10.3)	591	(13.5)	620	(11.8)	503	(10.7)	162	(4.1)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Tabel 6.12** FISH-ratio per år for patienter med HER2-score på 2+.

		Alle		2008		2009		2010		2011	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
2+	0.00-1.99	1743	(89.0)	213	(84.5)	395	(85.7)	594	(90.1)	541	(92.2)
	2.00 +	216	(11.0)	39	(15.5)	66	(14.3)	65	(9.9)	46	(7.8)
Alle med FISH bestemmelse		1959	(100.0)	252	(100.0)	461	(100.0)	659	(100.0)	587	(100.0)

Andelen af FISH-undersøgelser med amplifikation (ratio  $\geq 2,00$ ) er faldende fra 16% i 2008 til 8% i 2011. Den forholdsmæssigt lave andel FISH-amplificerede kan forklares med at en stor del af patologiafdelingerne er gået over til en ny immunhistokemisk analyse, der i modsætning til den tidligere benyttede er stabil, men til gengæld giver en større andel HER2 IHC-score 2+, der udløser en FISH-analyse. En større del af disse borderline HER2 positive vil derfor falde ud som negative i FISH-analysen.

**Tabel 6.13** Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

		Alle		2008		2009		2010		2011	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe											
Ej protokol		644	(3.5)	270	(6.2)	158	(3.0)	136	(2.9)	80	(2.0)
A lavrisiko		2658	(14.5)	761	(17.3)	977	(18.5)	549	(11.7)	371	(9.4)
B <60 år, R+/?		4748	(26.0)	1066	(24.3)	1174	(22.3)	1309	(27.9)	1199	(30.5)
C $\geq 60$ år, R+/?		6552	(35.8)	1508	(34.4)	1705	(32.3)	1713	(36.5)	1626	(41.4)
D, R-		2500	(13.7)	672	(15.3)	681	(12.9)	600	(12.8)	547	(13.9)
Sarkom		12	(0.1)	4	(0.1)	4	(0.1)	4	(0.1)	.	.
Ubestemt		1179	(6.4)	108	(2.5)	577	(10.9)	385	(8.2)	109	(2.8)
Total		18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Table 6.14** Protokolallokering beregnet efter prognostiske variabler per år i DBCG 2004, 2007 og 2010 programmerne.

	Alle		2008		2009		2010		2011	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Protokolberegning</b>										
DBCG 04B	1	(0.0)	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
DBCG 04C	12	(0.1)	12	(0.3)	.	.	.	.	.	.
DBCG 04D	3	(0.0)	3	(0.1)	.	.	.	.	.	.
DBCG 07A	2006	(11.0)	761	(17.3)	977	(18.5)	268	(5.7)	.	.
DBCG 07B	2123	(11.6)	906	(20.6)	995	(18.9)	222	(4.7)	.	.
DBCG 07B,t	396	(2.2)	159	(3.6)	179	(3.4)	58	(1.2)	.	.
DBCG 07C	3585	(19.6)	1496	(34.1)	1705	(32.3)	384	(8.2)	.	.
DBCG 07D	1016	(5.6)	445	(10.1)	456	(8.6)	115	(2.4)	.	.
DBCG 07D,t	504	(2.8)	224	(5.1)	225	(4.3)	55	(1.2)	.	.
DBCG 10A	652	(3.6)	.	.	.	.	281	(6.0)	371	(9.4)
DBCG 10B	2228	(12.2)	.	.	.	.	1029	(21.9)	1199	(30.5)
DBCG 10C	2955	(16.2)	.	.	.	.	1329	(28.3)	1626	(41.4)
DBCG 10D	977	(5.3)	.	.	.	.	430	(9.2)	547	(13.9)
Sarkom	12	(0.1)	4	(0.1)	4	(0.1)	4	(0.1)	.	.
Ej bestemt	1179	(6.4)	108	(2.5)	577	(10.9)	385	(8.2)	109	(2.8)
Ej i protokol	644	(3.5)	270	(6.2)	158	(3.0)	136	(2.9)	80	(2.0)
Total	18293	(100.0)	4389	(100.0)	5276	(100.0)	4696	(100.0)	3932	(100.0)

**Table 6.15** Andel tumorer 1-10 mm fundet ved populationscreening blandt 50-69 årige.

Tumorstørrelse vs fund ved screening		Tumorstørrelse						Alle
		> 10 mm		0-10 mm		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
år	Fundet ved screening							
2009	Nej	634	(82.4)	120	(15.6)	15	(2.0)	769
	Ja *	799	(62.3)	482	(37.6)	1	(0.1)	1282
	Uoplyst	890	(72.5)	326	(26.6)	11	(0.9)	1227
2010	Nej	738	(81.4)	139	(15.3)	30	(3.3)	907
	Ja	995	(62.3)	597	(37.4)	6	(0.4)	1598
	Uoplyst	129	(69.0)	56	(29.9)	2	(1.1)	187
2011	Nej	594	(82.7)	117	(16.3)	7	(1.0)	718
	Ja	759	(60.2)	500	(39.7)	2	(0.2)	1261
	Uoplyst	150	(68.5)	66	(30.1)	3	(1.4)	219
Alle		5688	(69.6)	2403	(29.4)	77	(0.9)	8168

\*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført 1. juli 2009.

## Beregning af kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorerne beregnes på forskellige subpopulationer af patienter, der er relevante for hver af indikatorerne, men i de fleste afgrænses til patienter med diagnosen invasiv cancer mamma (IBC, C50) og med alder mellem 20 og 75. Af de 3932 patienter indberettet i 2011 opfylder kun 3335 patienter dette. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på de kirurgiske afdelinger ses i tabel 7. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatorværdien såfremt data for de(n) relevante variable er uoplyste. Beregningen af indikatorer er ujusteret, der tages således ikke hensyn til eventuelle forskelle mellem hospitalernes patientpopulationer, dog vises indikatorresultatet ofte stratificeret efter patientalder eller andre relevante variable.

Under omtalen af de enkelte kvalitetsindikatorer bliver der vist en figur, der illustrerer hvor stor en del af patienterne, der indgår i beregningen af den pågældende indikator. Desuden angives udviklingen af indikatorværdien over tid og sammenlignes mellem afdelingerne. I BILAG 2 angives kontrolgrammer for hver afdeling og hver indikator i perioden 2009-2011.

**Tabel 7.** Fordeling af patienter med diagnosen invasiv cancer mamma (IBC, C50) og alder 20-75 år.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2008	2009	2010	2011	
	N	N	N	N	N
<b>OPERATIONSHOSPITAL</b>					
RIGSHOSPITALET	411	593	532	459	1995
HAMLET	29	27	13	11	80
HERLEV	509	630	543	437	2119
RINGSTED	529	715	705	554	2503
ODENSE	172	188	185	204	749
AABENRAA	194	223	208	169	794
ESBJERG	175	218	231	175	799
VEJLE	291	311	270	253	1125
MØLHOLM	47	37	26	19	129
HOLSTEBRO	85	137	132	111	465
ÅRHUS	280	302	277	271	1130
RANDERS	177	236	166	137	716
VIBORG	234	290	212	217	953
AALBORG	228	267	206	219	920
HJØRRING	137	194	109	99	539
Total	3498	4368	3815	3335	15016

## Fuldstændighed af DBCG's data

Efter indførelse af on-line indberetning af data kan der ligge ufuldstændige indberetninger i databasen i kortere eller længere tid. I nogle tilfælde er det fejlindberetninger af patienter, der senere får en benign diagnose eller diagnosen DCIS, og de slettes efterfølgende. I andre tilfælde kan enten patologi- eller kirurgiindberetning mangle, eller data kan være indberettet forkert på skemaerne: 'neo-adjuverende systemisk behandling før operation' versus 'operation som første behandling'. Indberetningen af en patient anses som fuldstændig, hvis der (a) er tilstrækkelig oplysning om operationsdato og prognostiske variable, således at man kan bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer, eller (b) er angivet en præoperativ klassifikation om at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer, således at patienten må behandles udenfor DBCG's retningslinjer. Der er i 2012 blevet rykket intensivt for at få afklaret disse indberetninger. I nærværende opgørelse vil patienter med ufuldstændige indberetninger ikke indgå i tabellerne, men vil i indikator 7 være anført som 'ikke i DBCG'.

## Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose

**Beskrivelse:** Andelen af patienter med IBC (C50), hvor der er stillet en præoperativ diagnose forud for definitiv operation.

**Standard:** Acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 %.

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft.

**Formål:** Indikatorens formål er at vurdere i hvilket omfang, der foretages operation på patienter, hvor der inden operation ikke foreligger definitiv diagnosticering af cancer, og hvor man derfor ikke kan informere patienterne fuldstændig om behandlingsstrategien inden operationen.

DBCg's indberetningsskemaer er 1. juni 2010 ændret således, at der foretages en særskilt registrering af henholdsvis billeddiagnostik, finnålsbiopsi og grovnålsbiopsi. Det giver en mere entydig og veldefineret registrering. Efter denne dato vil indikatoren være 'opfyldt', hvis der opnås en malign diagnose ved anvendelse af billeddiagnostik samtidig med finnålsbiopsi eller ved anvendelse af grovnålsbiopsi, og 'ej opfyldt' hvis ingen af disse diagnostiske metoder er anvendt eller hvis der ikke er en malign diagnose. Indikatoren er uoplyst, hvis ingen af de 3 parametre er indberettet.

Der er i år medtaget 3 tabeller, der viser registreringerne af hver af de 3 nye parametre, det ses at grovnålsbiopsi er den diagnosemetode, der er anvendt hyppigst.

**Indikator 2:** Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet for 2008-2011.

Patienter med preoperativ diagnose	Indikator 2						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2008	126	(3.6)	2863	(81.8)	509	(14.6)	3498
2009	190	(4.3)	3985	(91.2)	193	(4.4)	4368
2010	169	(4.4)	3628	(95.1)	18	(0.5)	3815
2011	298	(8.9)	3018	(90.5)	19	(0.6)	3335
Alle	783	(5.2)	13494	(89.9)	739	(4.9)	15016

## Diagnose ved billeddiagnostik i 2011 efter afdeling.

Patienter med preoperativ diagnose ved billeddiagnostik	Resultat										Alle N
	Malign		Suspekt		Benign/uspecifik		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	338	(73.6)	77	(16.8)	37	(8.1)	2	(0.4)	5	(1.1)	459
HAMLET	5	(45.5)	3	(27.3)	2	(18.2)	1	(9.1)	.	.	11
HERLEV	304	(69.7)	96	(22.0)	30	(6.9)	4	(0.9)	2	(0.5)	436
RINGSTED	489	(88.3)	46	(8.3)	15	(2.7)	.	.	4	(0.7)	554
ODENSE	152	(74.5)	43	(21.1)	7	(3.4)	.	.	2	(1.0)	204
AABENRAA	133	(78.7)	20	(11.8)	13	(7.7)	3	(1.8)	.	.	169
ESBJERG	131	(74.9)	32	(18.3)	12	(6.9)	.	.	.	.	175
VEJLE	184	(72.7)	50	(19.8)	18	(7.1)	1	(0.4)	.	.	253
MØLHOLM	13	(68.4)	5	(26.3)	1	(5.3)	.	.	.	.	19
HOLSTEBRO	41	(36.9)	56	(50.5)	12	(10.8)	1	(0.9)	1	(0.9)	111
ÅRHUS	200	(73.8)	50	(18.5)	19	(7.0)	2	(0.7)	.	.	271
RANDERS	97	(70.8)	29	(21.2)	11	(8.0)	.	.	.	.	137
VIBORG	131	(60.4)	69	(31.8)	15	(6.9)	2	(0.9)	.	.	217
AALBORG	182	(83.1)	23	(10.5)	11	(5.0)	1	(0.5)	2	(0.9)	219
HJØRRING	81	(81.8)	10	(10.1)	8	(8.1)	.	.	.	.	99
Alle	2481	(74.4)	609	(18.3)	211	(6.3)	17	(0.5)	16	(0.5)	3334



## Diagnose ved finnålsbiopsi (cytologi) i 2011 efter afdeling.

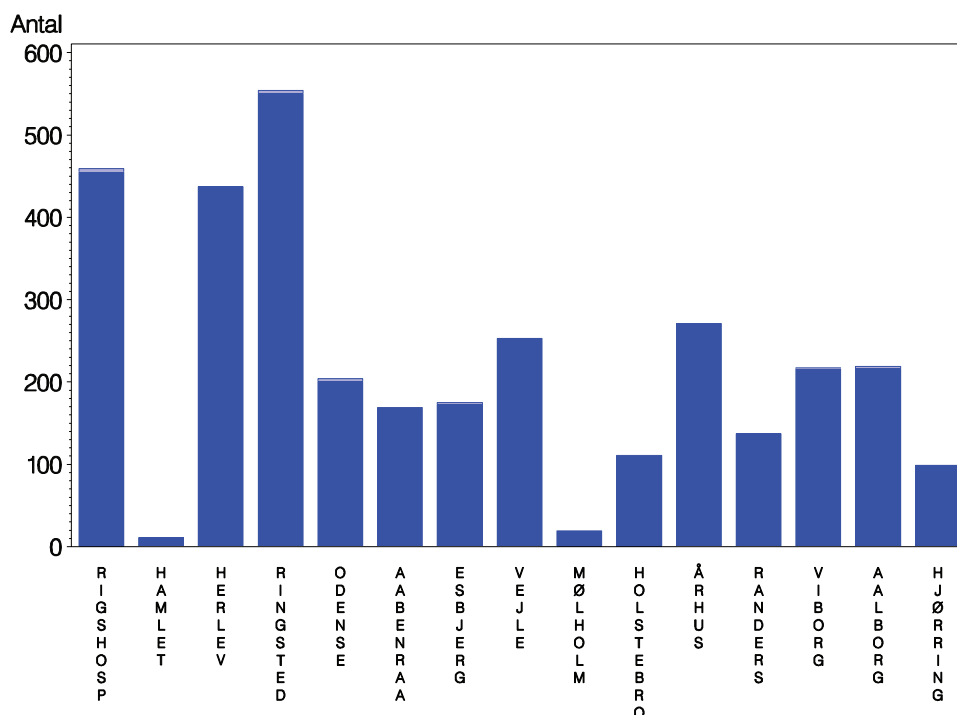
Patienter med preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC)	Resultat										Alle N
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	70	(15.3)	14	(3.1)	11	(2.4)	311	(67.8)	53	(11.5)	459
HAMLET	1	(9.1)	.	.	.	.	10	(90.9)	.	.	11
HERLEV	24	(5.5)	4	(0.9)	4	(0.9)	388	(89.0)	16	(3.7)	436
RINGSTED	25	(4.5)	1	(0.2)	.	.	419	(75.6)	109	(19.7)	554
ODENSE	74	(36.3)	17	(8.3)	10	(4.9)	89	(43.6)	14	(6.9)	204
AABENRAA	116	(68.6)	12	(7.1)	13	(7.7)	18	(10.7)	10	(5.9)	169
ESBJERG	26	(14.9)	2	(1.1)	2	(1.1)	140	(80.0)	5	(2.9)	175
VEJLE	68	(26.9)	20	(7.9)	9	(3.6)	156	(61.7)	.	.	253
MØLHOLM	9	(47.4)	2	(10.5)	.	.	8	(42.1)	.	.	19
HOLSTEBRO	6	(5.4)	2	(1.8)	1	(0.9)	94	(84.7)	8	(7.2)	111
ÅRHUS	56	(20.7)	8	(3.0)	8	(3.0)	196	(72.3)	3	(1.1)	271
RANDERS	90	(65.7)	11	(8.0)	16	(11.7)	20	(14.6)	.	.	137
VIBORG	4	(1.8)	2	(0.9)	2	(0.9)	203	(93.5)	6	(2.8)	217
AALBORG	142	(64.8)	6	(2.7)	8	(3.7)	55	(25.1)	8	(3.7)	219
HJØRRING	27	(27.3)	6	(6.1)	10	(10.1)	51	(51.5)	5	(5.1)	99
Alle	738	(22.1)	107	(3.2)	94	(2.8)	2158	(64.7)	237	(7.1)	3334

## Diagnose ved grovnålsbiopsi (histologi) i 2011 efter afdeling.

Patienter med preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi	Resultat										Alle N
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	413	(90.0)	16	(3.5)	10	(2.2)	14	(3.1)	6	(1.3)	459
HAMLET	10	(90.9)	.	.	.	.	1	(9.1)	.	.	11
HERLEV	408	(93.6)	6	(1.4)	14	(3.2)	8	(1.8)	.	.	436
RINGSTED	526	(94.9)	7	(1.3)	8	(1.4)	7	(1.3)	6	(1.1)	554
ODENSE	113	(55.4)	11	(5.4)	3	(1.5)	71	(34.8)	6	(2.9)	204
AABENRAA	145	(85.8)	3	(1.8)	6	(3.6)	14	(8.3)	1	(0.6)	169
ESBJERG	141	(80.6)	8	(4.6)	4	(2.3)	20	(11.4)	2	(1.1)	175
VEJLE	158	(62.5)	9	(3.6)	6	(2.4)	80	(31.6)	.	.	253
MØLHOLM	8	(42.1)	.	.	.	.	11	(57.9)	.	.	19
HOLSTEBRO	95	(85.6)	6	(5.4)	2	(1.8)	7	(6.3)	1	(0.9)	111
ÅRHUS	235	(86.7)	7	(2.6)	5	(1.8)	24	(8.9)	.	.	271
RANDERS	127	(92.7)	3	(2.2)	.	.	7	(5.1)	.	.	137
VIBORG	197	(90.8)	7	(3.2)	8	(3.7)	4	(1.8)	1	(0.5)	217
AALBORG	88	(40.2)	1	(0.5)	1	(0.5)	125	(57.1)	4	(1.8)	219
HJØRRING	63	(63.6)	2	(2.0)	5	(5.1)	29	(29.3)	.	.	99
Alle	2727	(81.8)	86	(2.6)	72	(2.2)	422	(12.7)	27	(0.8)	3334

## Diagnose ved billeddiagnostik og samtidig finnålsbiopsi (FNAC) i 2011.

Preoperativ diagnose ved billeddiagnostik og samtidig FNAC	Finnål (FNAC)										Alle N
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Billeddiagnostik</b>											
Malign	607	(24.5)	62	(2.5)	46	(1.9)	1572	(63.4)	194	(7.8)	2481
Suspekt	96	(15.8)	31	(5.1)	26	(4.3)	429	(70.4)	27	(4.4)	609
Benign/uspecifik	27	(12.8)	13	(6.2)	22	(10.4)	140	(66.4)	9	(4.3)	211
Ej udført	4	(23.5)	1	(5.9)	.	.	12	(70.6)	.	.	17
Uoplyst	4	(25.0)	.	.	.	.	5	(31.3)	7	(43.8)	16
Alle	738	(22.1)	107	(3.2)	94	(2.8)	2158	(64.7)	237	(7.1)	3334



### Indikator 2: Indikatorpopulation, Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

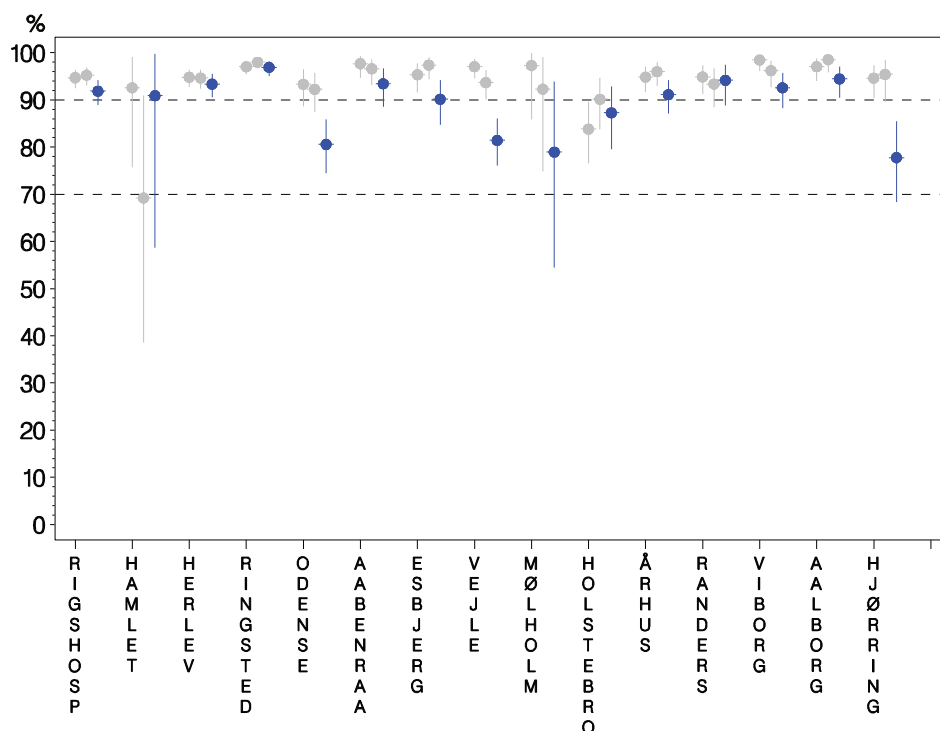
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). 99.4 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberegning.

### Indikator 2: Præoperativ diagnose per afdeling 2011.

Patienter med preoperativ diagnose	Indikator 2						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	37	(8.1)	418	(91.1)	4	(0.9)	459
HAMLET	1	(9.1)	10	(90.9)	.	.	11
HERLEV	29	(6.6)	408	(93.4)	.	.	437
RINGSTED	17	(3.1)	533	(96.2)	4	(0.7)	554
ODENSE	39	(19.1)	162	(79.4)	3	(1.5)	204
AABENRAA	11	(6.5)	157	(92.9)	1	(0.6)	169
ESBJERG	17	(9.7)	156	(89.1)	2	(1.1)	175
VEJLE	47	(18.6)	206	(81.4)	.	.	253
MØLHOLM	4	(21.1)	15	(78.9)	.	.	19
HOLSTEBRO	14	(12.6)	96	(86.5)	1	(0.9)	111
ÅRHUS	24	(8.9)	247	(91.1)	.	.	271
RANDERS	8	(5.8)	129	(94.2)	.	.	137
VIBORG	16	(7.4)	200	(92.2)	1	(0.5)	217
AALBORG	12	(5.5)	204	(93.2)	3	(1.4)	219
HJØRRING	22	(22.2)	77	(77.8)	.	.	99
Alle	298	(8.9)	3018	(90.5)	19	(0.6)	3335

**Indikator 2:** Indikatorværdi per afdeling 2008-2011. Uoplyste værdier udelades af beregningen.

Indikatorværdi for preoperativ diagnose	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	96.3%	94.7%	95.3%	91.9%
HAMLET	96.4%	92.6%	69.2%	90.9%
HERLEV	96.4%	94.8%	94.6%	93.4%
RINGSTED	96.2%	97.0%	98.0%	96.9%
ODENSE	91.4%	93.3%	92.3%	80.6%
AABENRAA	100.0%	97.7%	96.6%	93.5%
ESBJERG	97.5%	95.4%	97.4%	90.2%
VEJLE	98.5%	97.1%	93.7%	81.4%
MØLHOLM	100.0%	97.3%	92.3%	78.9%
HOLSTEBRO	71.6%	83.8%	90.2%	87.3%
ÅRHUS	96.7%	94.9%	96.0%	91.1%
RANDERS	96.6%	94.9%	93.4%	94.2%
VIBORG	98.3%	98.5%	96.2%	92.6%
AALBORG	94.9%	97.1%	98.5%	94.4%
HJØRRING	88.8%	94.6%	95.4%	77.8%
Alle	95.8%	95.4%	95.5%	91.0%



### Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linjer).

#### **Kommentar**

Fra 2011 er der foretaget en ændring i beregningen af denne indikator, som nu beregnes på baggrund af specifik indberetning af finnålsbiopsi, grovnålsbiopsi og billeddiagnostik. Det er en model, der er tillempet den i dag gængse tolkning af principperne for "trippeldiagnostik", således at det opfattes som malign præoperativ diagnose, hvis der er karcinom i grovnålsbiopsien eller hvis både billeddiagnostik (BIRADS 5) og finnålsbiopsi er vurderet malign. Resultatet for 2011 kan derfor ikke umiddelbart sammenlignes med resultatet i de tidligere årsrapporter.

Den gennemsnitlige opfyldelse af indikatorværdien på 91% anses for tilfredsstillende. Der er dog tre afdelinger (Odense, Vejle og Hjørring) som falder noget udenfor det generelle billede, og de opfordres til at granske deres procedurer, herunder indberetningspraksis på området.

## Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

**Beskrivelse:** Forholdet mellem maligne og benigne kirurgiske indgreb for hele patientpopulationen analyseres uafhængig af udfaldet af præoperativ diagnostik.

**Standard:** Der er i Indikatorrapporten fra 2005 ikke specifikt angivet en referenceværdi, men der er peget på, at der i litteraturen er angivet ratioer mellem 2:1 og 5:1. I denne rapport er førstnævnte ratio omregnet til standardværdien 67%.

**Indikatorpopulation:** Antallet af operationer for primær brystkræft og for benign brystforandring udført på den kirurgiske klinik.

**Formål:** Indikator 3 beskriver forholdet mellem maligne og benigne kirurgiske indgreb. Da DBCG's register ikke indeholder oplysninger om patienter med benigne diagnoser, bestemmes indikatorpopulationen ved samkøring mellem DBCG's register og et udtræk fra Landspatientregistret (LPR). Udtrækket fra LPR er sammenfattet fra 3 tabeller: (a) ADM, der sammenkobler dato for registrering, cpr og v\_recnum, som er den entydige nøgle, der sammenknytter records i LPR, (b) SKSOPR, der angiver operationskoder, og som definerer udtrækket til alle kvinder opereret i brystet i 2011 med SKS-koder: KHAA00-KHAA99, incisioner, biopsier og sutur af bryst; KHAB00-KHAB99, resektioner af bryst; samt KHAC00-KHAC99, mastektomier, samt (c) DIAG tabellen, der indeholder oplysning om de tilhørende diagnoser.

Udtrækket fra LPR omfatter i alt 9126 hændelser (defineret ved v\_recnum). Herfra udelades alle in situ-diagnoser (DD05, DD050, DD051, DD057, DD059) samt et antal benigne diagnoser, der ikke skal medtages i beregningen af indikatoren\*, hvorved antallet af hændelser bliver 8314. Ved kun at medtage én hændelse pr patient, samt udelade alle cpr-numre med bogstaver fås i alt 7181 patienter. Sammenkøring via cpr-nummer med DBCG's registreringer af patienter opereret i 2011 giver i alt et antal patienter på 7413, heraf er 3700 patienter i begge registre, 232 patienter er i DBCG, men ikke i LPR, og 3481 patienter i LPR-udtrækket kan ikke genfindes i DBCG's database for patienter i 2011, men ved at sammenholde med hele DBCG's register ses, at 1042 personer blandt disse er tidligere registreret, de kan derfor være recidiv-patienter eller personer med ny primær brystkræft, dvs. populationen bliver på  $7413 - 1042 = 6371$  og antal patienter, der er i LPR, men ikke i DBCG bliver  $n = 3481 - 1042 = 2439$ . Der er yderligere blandt disse 322 patienter med diagnose C50. Det antages at personer, der ikke er i DBCG og ikke har malign diagnose, er opereret for en benign lidelse, antal patienter med sikker benign lidelse er derfor  $2439 - 322 = 2117$ , og antal patienter med malign diagnose er  $6371 - 2117 = 4254$ .

Herefter indeholder indikatorpopulationen:

4254 personer (65.0 %), der er i både DBCG og LPR i 2011 eller i LPR alene med diagnosen C50  
2117 personer (35.0 %), der er i LPR 2011, men ikke i DBCG hverken i 2011 eller tidligere og uden diagnosen C50 i LPR.

---

\*: N60.0 (cyste), N60.1 (multiple cyster), N60.4 (duktektasi), N61.9B (absces non puerp), N61.9E (mastitis), N62.9D (hypertrofi), N64.0B (mamma fistel), N64.5 (andre symptomer og fund inkl. mammografifund), N64.5 A (papilsekretion), N64.5 C (papilinversion), N64.8D (galactoccele), N64.8 G (fremmedlegeme ekskl. proteser), D24.9C (ductus papillom), D24.9D (adenoma papillae), D24.9W (andre benigne tumorer), L72.0 (aterom), L90.5 (æseløre).

Forholdet mellem maligne og benigne indgreb bestemmes til  $4254/2117 = 2,01$ , hvilket er tæt på standardværdien for malign:benign (2:1). Indikatoren havde lavere værdier i 2009 (1,74) og i 2010 (1,83). Dette kan skyldes indførelsen af landsdækkende mammografiscreening, men der er ikke i dette materiale medtaget nogen parametre, der kan verificere, om der er en sådan sammenhæng.

Det fremgår, at aktiviteten ved to private klinikker er meget lav selv når benigne indgreb inkluderes.

**Indikator 3:** Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2008-2011. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
2008	2050	32.4	4278	67.6	6328
2009	2784	36.5	4835	63.5	7619
2010	2491	35.3	4559	64.7	7050
2011	2117	33.2	4254	66.8	6371
Total	9442	34.5	17926	65.5	27368

**Indikator 3:** Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2011 efter aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter pr aldersgruppe	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
<b>Alder (år)</b>					
≤ 34 år	640	90.4	68	9.6	708
35-39 år	173	57.9	126	42.1	299
40-49 år	453	45.0	553	55.0	1006
50-59 år	398	29.2	965	70.8	1363
60-69 år	320	18.4	1415	81.6	1735
70-74 år	50	10.8	411	89.2	461
≥ 75 år	83	10.4	716	89.6	799
Total	2117	33.2	4254	66.8	6371

**Indikator 3:** Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2011 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle N
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	337	35.3	618	64.7	955
HAMLET	26	70.3	11	29.7	37
HERLEV	291	31.1	644	68.9	935
RINGSTED	217	23.9	690	76.1	907
ODENSE	118	30.8	265	69.2	383
AABENRAA	146	40.6	214	59.4	360
ESBJERG	130	39.8	197	60.2	327
VEJLE	129	29.9	302	70.1	431
MØLHOLM	6	24.0	19	76.0	25
HOLSTEBRO	37	22.2	130	77.8	167
ÅRHUS	125	28.2	318	71.8	443
RANDERS	72	30.8	162	69.2	234
VIBORG	86	24.2	270	75.8	356
AALBORG	106	27.1	285	72.9	391
HJØRRING	141	52.8	126	47.2	267
ANDRE	150	98.0	3	2.0	153
Total	2117	33.2	4254	66.8	6371



**Indikator 3:** Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2011 efter kirurgisk afdeling og aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter pr afdeling og aldersgruppe		Indikator 3				Alle N
		Benign		Malign		
		N	%	N	%	
Afdeling	Alder (år)					
RIGSHOSPITALET	≤ 39 år	176	82.6	37	17.4	213
	40-59 år	117	33.9	228	66.1	345
	≥ 60 år	44	11.1	353	88.9	397
HAMLET	≤ 39 år	13	81.3	3	18.8	16
	40-59 år	12	63.2	7	36.8	19
	≥ 60 år	1	50.0	1	50.0	2
HERLEV	≤ 39 år	86	77.5	25	22.5	111
	40-59 år	129	37.4	216	62.6	345
	≥ 60 år	76	15.9	403	84.1	479
RINGSTED	≤ 39 år	61	74.4	21	25.6	82
	40-59 år	103	30.6	234	69.4	337
	≥ 60 år	53	10.9	435	89.1	488
ODENSE	≤ 39 år	32	72.7	12	27.3	44
	40-59 år	59	41.3	84	58.7	143
	≥ 60 år	27	13.8	169	86.2	196
AABENRAA	≤ 39 år	47	88.7	6	11.3	53
	40-59 år	52	40.0	78	60.0	130
	≥ 60 år	47	26.6	130	73.4	177
ESBJERG	≤ 39 år	50	87.7	7	12.3	57
	40-59 år	49	40.8	71	59.2	120
	≥ 60 år	31	20.7	119	79.3	150
VEJLE	≤ 39 år	51	78.5	14	21.5	65
	40-59 år	57	32.2	120	67.8	177
	≥ 60 år	21	11.1	168	88.9	189
MØLHOLM	≤ 39 år	3	37.5	5	62.5	8
	40-59 år	3	25.0	9	75.0	12
	≥ 60 år	.	.	5	100.0	5
HOLSTEBRO	≤ 39 år	15	68.2	7	31.8	22
	40-59 år	15	25.4	44	74.6	59
	≥ 60 år	7	8.1	79	91.9	86
ÅRHUS	≤ 39 år	34	69.4	15	30.6	49
	40-59 år	48	31.4	105	68.6	153
	≥ 60 år	43	17.8	198	82.2	241

Antal patienter pr afdeling og aldersgruppe		Indikator 3				Alle
		Benign		Malign		
		N	%	N	%	N
RANDERS	≤ 39 år	22	71.0	9	29.0	31
	40-59 år	33	36.3	58	63.7	91
	≥ 60 år	17	15.2	95	84.8	112
VIBORG	≤ 39 år	28	77.8	8	22.2	36
	40-59 år	36	26.3	101	73.7	137
	≥ 60 år	22	12.0	161	88.0	183
AALBORG	≤ 39 år	44	75.9	14	24.1	58
	40-59 år	42	27.1	113	72.9	155
	≥ 60 år	20	11.2	158	88.8	178
HJØRRING	≤ 39 år	55	83.3	11	16.7	66
	40-59 år	58	53.7	50	46.3	108
	≥ 60 år	28	30.1	65	69.9	93
ANDRE	≤ 39 år	96	100.0	.	.	96
	40-59 år	38	100.0	.	.	38
	≥ 60 år	16	84.2	3	15.8	19
Total		2117	33.2	4254	66.8	6371

**Indikator 3:** Indikatorværdi i 2008-2011 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Indikatorværdi for Malign/ benign operationsrate	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	79.4	66.3	66.5	64.7
HAMLET	59.0	39.1	18.9	29.7
HERLEV	75.1	64.1	63.9	68.9
HØRSBOLM	63.2	0.0	.	.
RINGSTED	69.3	73.2	77.4	76.1
ODENSE	57.5	54.7	58.5	69.2
AABENRAA	63.4	61.6	63.3	59.4
ESBJERG	67.6	61.6	64.5	60.2
VEJLE	65.2	64.6	60.8	70.1
MØLHOLM	74.6	97.4	57.8	76.0
HOLSTEBRO	48.9	51.0	67.5	77.8
ÅRHUS	73.9	68.5	64.4	71.8
RANDERS	75.1	72.3	69.0	69.2
MAMMAKLINIK	73.0	61.5	100.0	.

Indikatorværdi for Malign/ benign operationsrate	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
AROS privhosp	74.3	0.0	0.0	.
VIBORG	72.6	65.3	71.8	75.8
AALBORG	71.5	60.4	62.3	72.9
HJØRRING	55.9	56.7	55.4	47.2
ANDRE	1.3	0.9	1.5	2.0
Alle	67.6	63.5	64.7	66.8

Indberetning af brystkræftpatienter til DBCG og LPR synes at hænge sammen med alder og klinisk forløb. Det fremgår af nedenstående tabeller for fordeling af alder og operationstype, at det især er ældre patienter alene opereret med biopsi, der optræder i DBCG, men ikke i LPR.

Personer der optræder i DBCG 2011, men ikke i LPR 2011 efter operationstype.

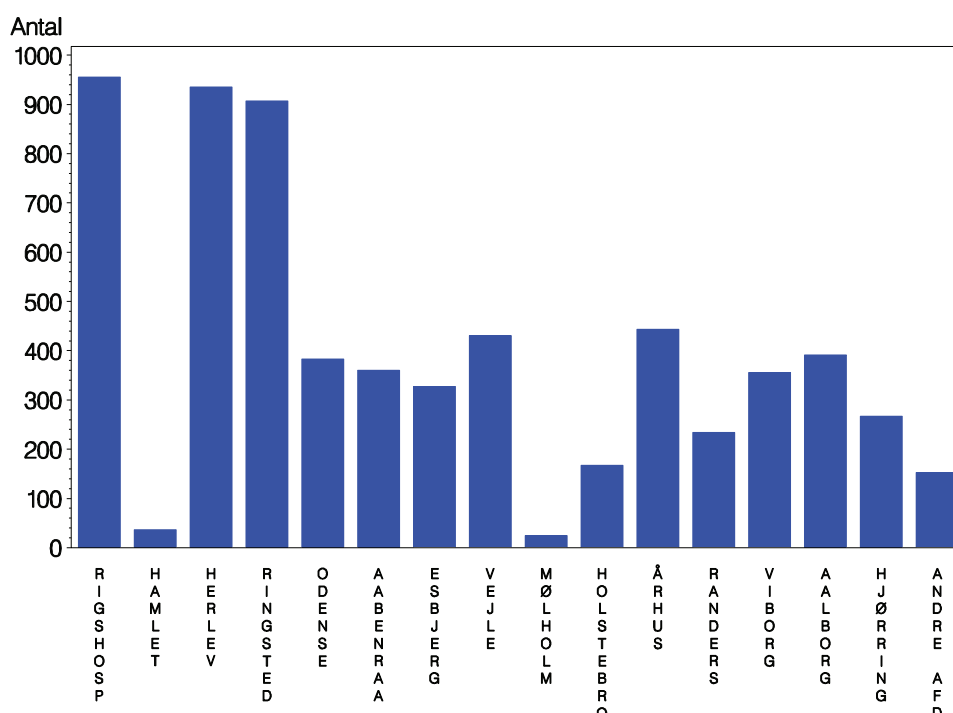
Antal patienter pr operationstype	2011	
	N	%
Mastektomi	18	7.8
Lumpektomi	41	17.7
Biopsi	116	50.0
Mastektomi efter neo-adj	38	16.4
Lumpektomi efter neo-adj	19	8.2
Total	232	100.0

Personer der optræder i DBCG 2011, men ikke i LPR 2011 efter alder.

Antal patienter pr aldersgruppe	2011	
	N	%
<b>Alder (år)</b>		
≤ 34 år	5	2.2
35-39 år	11	4.7
40-49 år	32	13.8
50-59 år	36	15.5
60-69 år	49	21.1
70-74 år	17	7.3
≥ 75 år	82	35.3
Total	232	100.0

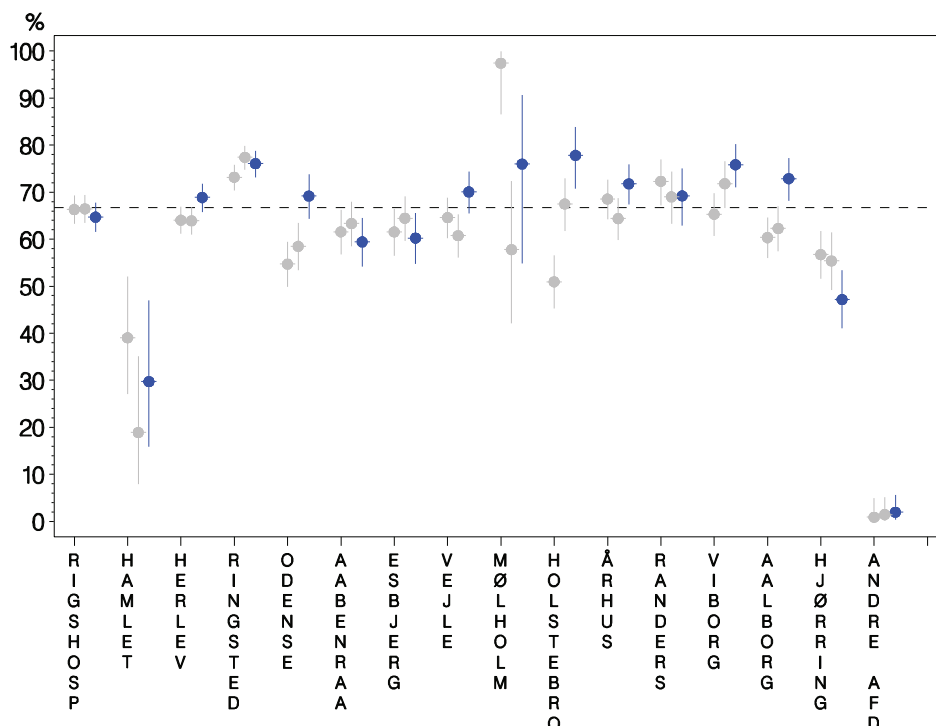
Personer der optræder i DBCG 2011, men ikke i LPR 2011 efter afdeling.

Antal patienter vs kirurgisk afd.	2011	
	N	%
RIGSHOSPITALET	10	4.3
HAMLET	8	3.4
HERLEV	11	4.7
RINGSTED	92	39.7
ODENSE	13	5.6
AABENRAA	1	0.4
ESBJERG	2	0.9
VEJLE	31	13.4
MØLHOLM	3	1.3
HOLSTEBRO	10	4.3
ÅRHUS	25	10.8
RANDERS	17	7.3
VIBORG	6	2.6
AALBORG	3	1.3
Total	232	100.0



### Indikator 3: Indikatorpopulation, Malign:Benign operationsratio.

Antal brystopererede patienter per afdeling i 2011. Indikatorpopulationen er bestemt ved samkøring af DBCG's register (maligne diagnoser) med et udtræk fra Landspatientregistret indeholdende brystopererede patienter med både maligne og benigne diagnoser. Beregningen af indikator 3 er nærmere beskrevet i afsnittets indledning.



### Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.

Gennemsnitsværdi og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur).  
Referenceværdi: 67 % (stiplet linje).

#### Kommentar

I perioden 2007-11 har denne parameter varieret. I 2008 lå andelen maligne på 67% og derefter synes andelen lidt lavere i 2009-10 (omkring 64%), hvorefter den igen i 2011 er steget til omkring 67%. Det er små ændringer, og det er ikke statistisk signifikant, men mønstret er i overensstemmelse med forventningerne. Faldet i andelen maligne i 2009-10 kan således hænge sammen med, at mammografiscreening i 2009-10 overvejende var i prævalensrunden. Erfaringsmæssigt ved man, at der i starten vil være lidt flere operationer på benign indikation.

Ved afdelingen i Hjørring synes andelen af maligne i forhold til benigne at være lavere end ved de øvrige offentlige afdelinger i landet. Der har således nu de seneste tre år været signifikant lavere andel end den fastsatte referenceværdi på 67%. Dette bør efter styregruppens vurdering føre til, at man overvejer hvorledes man kan bringe sig på linie med det øvrige land på dette område.

## Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

**Beskrivelse:** Andelen af patienter med primær IBC (C50) uden lymfeknudemetastaser, hvor N (lymfeknude) status er afklaret ved SN metoden.

**Standard:** Der findes ikke danske referenceværdier. Det bedste bud er  $> 95\%$ .

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-negativ status. Yderligere afgrænsninger er tumorstørrelse  $\leq 40$  mm, unifokal tumor ved den preoperative bestemmelse og definitiv operation i henhold til DBCG's retningslinjer.

**Formål:** Statuering af aksilstatus med sentinel node metoden er ønskelig for lymfeknude-negative patienter.

Det er registreret i DBCG om der er brugt sentinel node metode og/eller aksilrømning, men i enkelte tilfælde er registreringen ikke helt entydig. Desuden er det muligt at rapportere, at der er fundet nogle få lymfeknuder i fedtvæv uden egentlig aksildissektion (ved at angive 'andet' til aksilrømning). Beregningen af indikatoren blev i årsrapport 2009 og 2010 ændret en smule og foretages på følgende måde:

Hvis det fremgår af indberetningen, at der er anvendt sentinel node metode (SN) samtidig med 'ingen aksilrømning' regnes aksilstatus for at være statueret med SN, undtagen i de få tilfælde, hvor der er fjernet 10 eller flere lymfeknuder, og det derfor antages, at der alligevel er foretaget aksilrømning. Hvis der er angivet aksilrømning regnes det for at være den anvendte metode, undtagen i de tilfælde hvor 'total antal fjernede lymfeknuder' og 'antal lymfeknuder fundet ved SN' er ens, her antages metoden at være SN. Hvis der er angivet ukendt eller 'andet' til aksilrømning og nej eller ukendt til SN anses metoden for at være aksilrømning. Hvis der er angivet ukendt eller 'andet' til aksilrømning og ja til SN, anses metoden for at være SN metoden, hvis der er fjernet mindre end 10 lymfeknuder. Ellers er metoden sat til uoplyst.

Patienter, der er nodenegative, men for hvilke, der er fundet isolerede tumorceller i SN, skal ifølge retningslinjerne have fuld aksilrømning, og derfor udelades disse patienter af indikatorberegningen.

**Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på sentinel node (SN) metoden i 2008-2011.**

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2008	110	(6.8)	1498	(93.2)	.	.	1608
2009	87	(4.1)	2031	(95.9)	.	.	2118
2010	53	(3.0)	1728	(96.8)	4	(0.2)	1785
2011	40	(2.4)	1598	(97.3)	5	(0.3)	1643
Alle	290	(4.1)	6855	(95.8)	9	(0.1)	7154

**Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2008-2011.**

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4						Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
år	Tumorstørrelse (mm)							
2008	00-10	24	(4.9)	470	(95.1)	.	.	494
	11-20	42	(5.3)	746	(94.7)	.	.	788
	21-30	28	(10.9)	228	(89.1)	.	.	256
	31-40	16	(22.9)	54	(77.1)	.	.	70
2009	00-10	29	(3.6)	776	(96.4)	.	.	805
	11-20	35	(3.6)	940	(96.4)	.	.	975
	21-30	18	(6.4)	263	(93.6)	.	.	281
	31-40	5	(8.8)	52	(91.2)	.	.	57
2010	00-10	20	(2.9)	659	(96.9)	1	(0.1)	680
	11-20	24	(2.9)	788	(96.7)	3	(0.4)	815
	21-30	8	(3.2)	241	(96.8)	.	.	249
	31-40	1	(2.4)	40	(97.6)	.	.	41
2011	00-10	13	(2.1)	620	(97.8)	1	(0.2)	634
	11-20	17	(2.2)	736	(97.2)	4	(0.5)	757
	21-30	8	(3.8)	202	(96.2)	.	.	210
	31-40	2	(4.8)	40	(95.2)	.	.	42
Alle		290	(4.1)	6855	(95.8)	9	(0.1)	7154

**Indikator 4:** Indikatorværdi efter tumorstørrelse (mm) i 2008-2011.

Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Tumorstørrelse (mm)			
	00-10	11-20	21-30	31-40
	%	%	%	%
år				
2008	95.1%	94.7%	89.1%	77.1%
2009	96.4%	96.4%	93.6%	91.2%
2010	97.1%	97.0%	96.8%	97.6%
2011	97.9%	97.7%	96.2%	95.2%
Alle	96.7%	96.5%	93.8%	88.6%

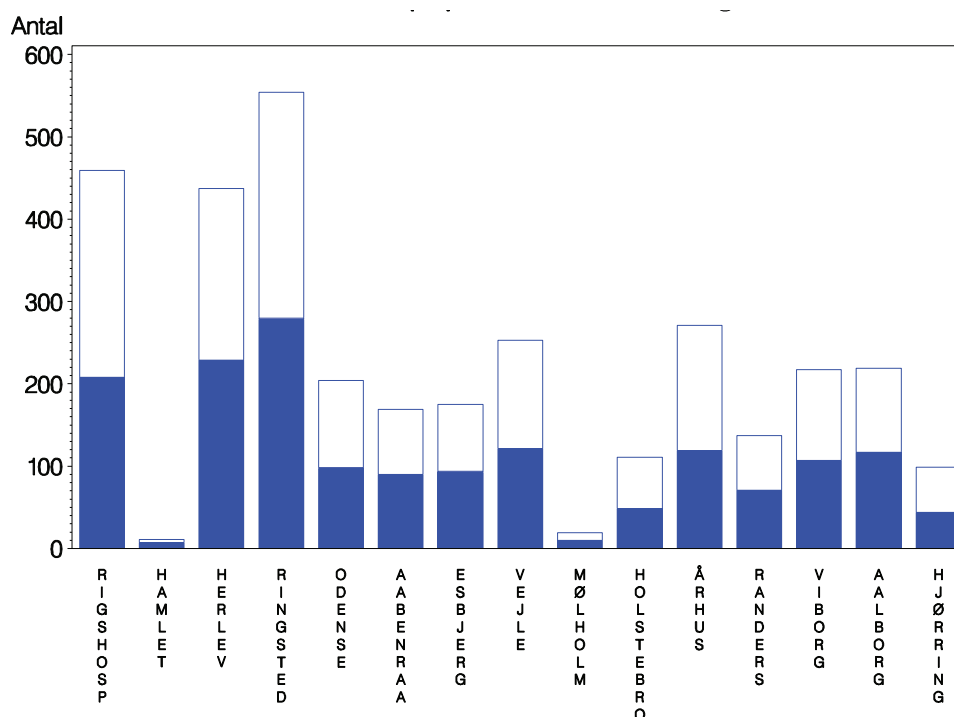
**Indikator 4:** Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden per afdeling 2011.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	6	(2.9)	202	(97.1)	.	.	208
HAMLET	.	.	7	100.0)	.	.	7
HERLEV	4	(1.7)	225	(98.3)	.	.	229
RINGSTED	8	(2.9)	270	(96.4)	2	(0.7)	280
ODENSE	1	(1.0)	96	(98.0)	1	(1.0)	98
AABENRAA	2	(2.2)	88	(97.8)	.	.	90
ESBJERG	2	(2.1)	90	(95.7)	2	(2.1)	94
VEJLE	5	(4.1)	116	(95.9)	.	.	121
MØLHOLM	1	(10.0)	9	(90.0)	.	.	10
HOLSTEBRO	1	(2.1)	47	(97.9)	.	.	48
ÅRHUS	.	.	119	100.0)	.	.	119
RANDERS	2	(2.8)	69	(97.2)	.	.	71
VIBORG	2	(1.9)	105	(98.1)	.	.	107
AALBORG	5	(4.3)	112	(95.7)	.	.	117
HJØRRING	1	(2.3)	43	(97.7)	.	.	44
Alle	40	(2.4)	1598	(97.3)	5	(0.3)	1643

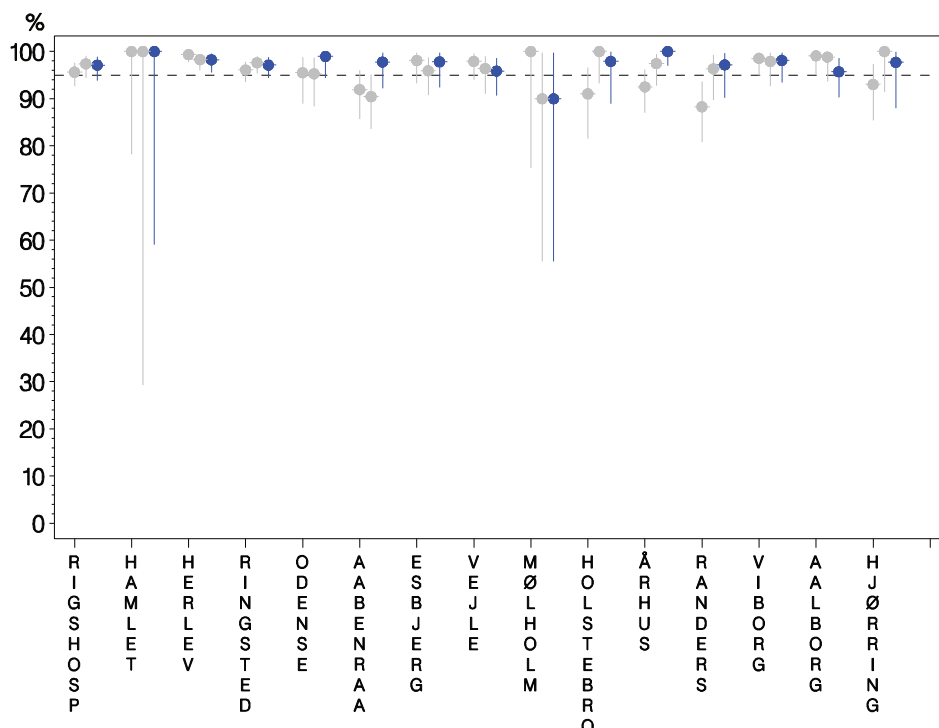


**Indikator 4:** Indikatorværdi per afdeling 2008-2011.

Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	94.5%	95.6%	97.4%	97.1%
HAMLET	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HERLEV	96.6%	99.4%	98.3%	98.3%
RINGSTED	93.1%	96.1%	97.6%	97.1%
ODENSE	84.2%	95.5%	95.3%	99.0%
AABENRAA	92.3%	91.9%	90.4%	97.8%
ESBJERG	91.3%	98.1%	95.9%	97.8%
VEJLE	98.3%	97.9%	96.4%	95.9%
MØLHOLM	100.0%	100.0%	90.0%	90.0%
HOLSTEBRO	91.7%	91.0%	100.0%	97.9%
ÅRHUS	90.3%	92.5%	97.5%	100.0%
RANDERS	93.0%	88.3%	96.3%	97.2%
VIBORG	94.2%	98.5%	97.9%	98.1%
AALBORG	94.9%	99.1%	98.8%	95.7%
HJØRRING	82.8%	93.0%	100.0%	97.7%
Alle	93.2%	95.9%	97.0%	97.6%

**Indikator 4:** Indikatorpopulation, Node-negativ aksilstatus ved sentinel node metoden.

Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 49.1 % af patienterne er medtaget i beregningen af indikator 4.



#### Indikator 4: Node-negativ aksilstatus baseret på sentinel node metoden.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur).  
Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linje).

#### **Kommentar**

Den høje indikatorværdi på næsten 98 % for landet som gennemsnit er selvfølgelig meget tilfredsstillende, og vi har derfor også i styregruppen gjort os overvejelser om indikatoren skal udgå, men besluttet, at den også er med næste år. Indikatoren i sin nuværende form afspejler forholdene omkring tidspunktet for implementering af sentinel node metoden. Da var metoden begrænset til unifokale tumorer op til 4 cm store. Med de nye retningslinier på området falder denne begrænsning bort, og styregruppen har derfor besluttet, at det også vil være relevant at monitorere området i de kommende år, men fra næste år vil multifokalitet og tumorstørrelse ikke være begrænsende for populationen, hvorfra indikatoren beregnes.

## Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet $\geq 10$ aksillymfeknuder

**Beskrivelse:** Andel af aksil-pNpos patienter med primært IBC (C50), hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i tenderet kurativ operation.

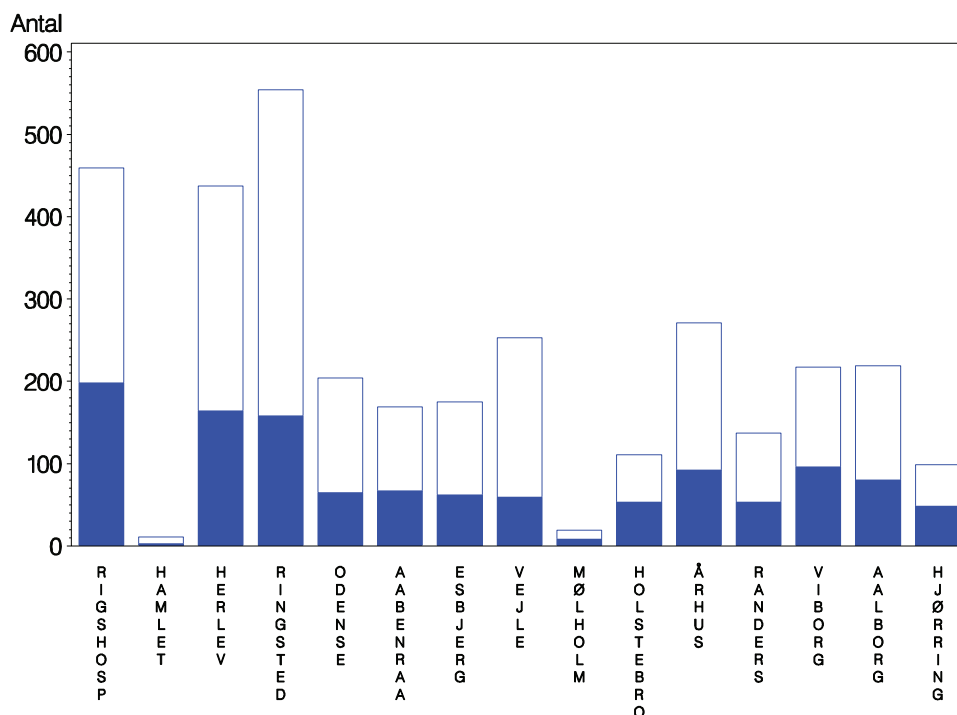
**Standard:** Acceptabelt:  $> 90$  % og ønskværdigt:  $> 95$  %.

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-metastaser. Populationen er begrænset til patienter, der er behandlet i henhold til DBCG's retningslinjer som led i en intenderet kurativ operation med ekscision af mindst 4 aksillære lymfeknuder.

**Formål:** For patienter med lymfeknude-metastaser er fjernelse og undersøgelse af mindst 10 lymfeknuder ønskelig ved intenderet kurativ aksiloperation.

**Indikator 5:** Nodepositive patienter, der har fået fjernet mindst 10 lymfeknuder i 2008-2011.

Antal Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2008	82	(5.1)	1520	(94.8)	1	(0.1)	1603
2009	88	(5.1)	1643	(94.9)	.	.	1731
2010	51	(3.4)	1431	(96.6)	.	.	1482
2011	52	(4.3)	1154	(95.7)	.	.	1206
Alle	273	(4.5)	5748	(95.5)	1	(0.0)	6022



#### Indikator 5: Indikatorpopulation, node-positive med mindst 10 udtagne lymfeknuder.

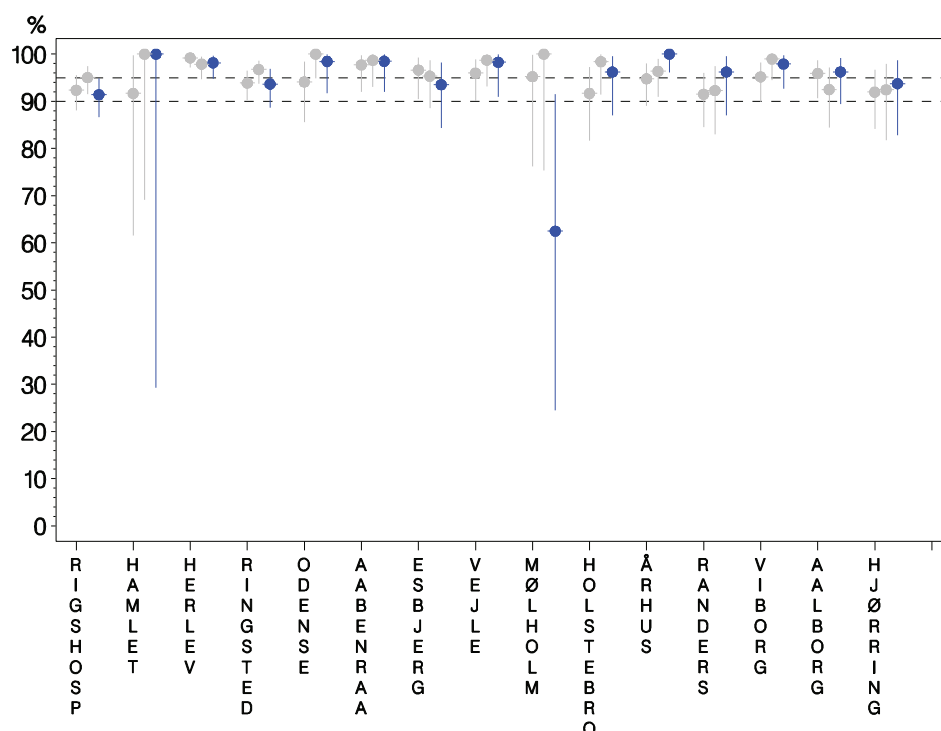
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). 36.2 % af patienterne er med i beregning af indikator 5.

#### Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet mindst 10 lymfeknuder per afdeling 2011.

Antal Npos patienter, mindst 10 udtagne lymfeknuder	Indikator 5				Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	17	(8.6)	181	(91.4)	198
HAMLET	.	.	3	(100.0)	3
HERLEV	3	(1.8)	161	(98.2)	164
RINGSTED	10	(6.3)	148	(93.7)	158
ODENSE	1	(1.5)	64	(98.5)	65
AABENRAA	1	(1.5)	66	(98.5)	67
ESBJERG	4	(6.5)	58	(93.5)	62
VEJLE	1	(1.7)	58	(98.3)	59
MØLHOLM	3	(37.5)	5	(62.5)	8
HOLSTEBRO	2	(3.8)	51	(96.2)	53
ÅRHUS	.	.	92	(100.0)	92
RANDERS	2	(3.8)	51	(96.2)	53
VIBORG	2	(2.1)	94	(97.9)	96
AALBORG	3	(3.8)	77	(96.3)	80
HJØRRING	3	(6.3)	45	(93.8)	48
Alle	52	(4.3)	1154	(95.7)	1206

## Indikator 5: Indikatorværdi per afdeling 2008-2011.

Indikatorværdi for Npos patienter, mindste 10 udtagne lymfeknuder	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	92.3%	92.4%	95.0%	91.4%
HAMLET	100.0%	91.7%	100.0%	100.0%
HERLEV	98.8%	99.2%	97.9%	98.2%
RINGSTED	92.0%	93.9%	96.7%	93.7%
ODENSE	97.4%	94.1%	100.0%	98.5%
AABENRAA	98.9%	97.7%	98.7%	98.5%
ESBJERG	94.5%	96.6%	95.3%	93.5%
VEJLE	92.3%	96.0%	98.7%	98.3%
MØLHOLM	96.0%	95.2%	100.0%	62.5%
HOLSTEBRO	87.8%	91.7%	98.4%	96.2%
ÅRHUS	94.2%	94.8%	96.4%	100.0%
RANDERS	85.4%	91.5%	92.3%	96.2%
VIBORG	99.0%	95.2%	99.0%	97.9%
AALBORG	100.0%	95.9%	92.5%	96.3%
HJØRRING	95.2%	92.0%	92.5%	93.8%
Alle	94.9%	94.9%	96.6%	95.7%



**Indikator 5:** Node-positive brystkræftpatienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

### **Kommentar**

Igen i dette år ligger indikatorværdien på et tilfredsstillende højt niveau. Alle afdelinger ligger over referenceværdien for acceptabelt niveau, og 9 af 13 offentlige afdelinger ligger også over den ønskværdige referenceværdi på 95 %. Indikatoren er opgjort på populationen af patienter op til 75 år, hvor der udføres aksilrømning. Fra 2012 vil vi supplere med indikatorværdi for patienter på 75 år eller ældre, men opgjort separat. Styregruppen har således fundet det interessant af få belyst, om der også for de ældre patienters vedkommende udføres lige så omhyggelig dissektion af aksillen, når det findes indiceret.

## Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG's register

**Beskrivelse:** Indberetning af brystkræftpatienter (kode C50) til DBCG register på mammaskema og patologiskema.

**Standard:** Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

**Indikatorpopulation:** Kvinder, der får stillet diagnosen primær invasiv brystkræft ved en behandlingsenhed, og som er indberettet til patologidatabanken.

**Formål:** At belyse overensstemmelsen mellem indberetning af brystkræftpatienter til DBCG og til Patologidatabanken.

Beregningen af indikatoren foretages ved hjælp af en samkøring mellem DBCG databasen og Patologidatabanken (Patobank). Patientpopulationen bestemmes som patienter, der er registreret i DBCG og/eller Patobank (foreningsmængden). Indikatorpopulationen omfatter alle patienter registreret med brystkræftdiagnoser i Patobank i 2011. Der er altså ikke lavet en indskrænkning af patientmaterialet som ved de foregående indikatorer. Der er dog foretaget en oprensning af registreringerne i Patobanken for at fjerne de patienter, der tidligere er registreret med en brystkræftdiagnose i DBCG. Dette er nødvendigt, da Patobank alene registrerer kontaktdiagnoser og man derfor ikke ud fra et udtræk kan afgøre, om en patient har primær brystkræft, recidiv eller en ny sekundær brystkræft. I DBCG anses en patient for at være registreret, hvis der er indberettet tilstrækkelige data m.h.t. diagnose, prognostiske parametre og kirurgi, til bestemmelse af behandlingen i henhold til retningslinierne. Efter indførelsen af on-line registrering kommer der flere ufuldstændige indberetninger hvor én eller flere af disse oplysninger mangler, således at patienterne i et stykke tid kan være kendt i DBCG's systemer, men ikke er 'fuldt registrerede'. Nogle af disse patienter er fejlrapporterede, idet den endelige diagnose bliver benign eller DCIS, hvorefter patienten slettes fra databasen. Der er i øjeblikket ca. 1000 ufuldstændige records på patienter for 2008-2011.

Foreningsmængden for de to registre i 2011 indeholder 4321 patienter, hvoraf 198 (4,7 %) ikke er i Patobank og 310 (7,3 %) ikke er i DBCG. 3813 patienter (88,0 %) er registreret i begge registre. Indikatorpopulationen omfatter herefter 4123 patienter.

Patienter registreret i DBCG og/eller Patologidatabanken i 2008-2011.

Antal patienter i Patobank og/eller DBCG 2008-2011		Patobank		
		Nej	Ja	Alle
		N	N	N
År	DBCG			
2008	nej	.	138	138
	ja	246	3991	4237
2009	nej	.	293	293
	ja	339	4858	5197
2010	nej	.	244	244
	ja	345	4368	4713
2011	nej	.	310	310
	ja	198	3813	4011
Alle		1128	18015	19143

**Indikator 7:** Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2008-2011. Indikatorværdien svarer til andelen af patienter registreret i Patologidatabanken, som også er registreret i DBCG.

Antal patienter i Patobank		Indikator 7				
		Ikke i DBCG		I DBCG		Alle
		N	%	N	%	N
År						
2008	138	(3.3)	3991	(96.7)	4129	
2009	293	(5.7)	4858	(94.3)	5151	
2010	244	(5.3)	4368	(94.7)	4612	
2011	310	(7.5)	3813	(92.5)	4123	
Alle	985	(5.5)	17030	(94.5)	18015	



**Indikator 7:** Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2011 efter alder. Indikatorværdien svarer til andelen af patienter registreret i Patologidatabanken, som også er registreret i DBCG.

Antal patienter i Patobank/DBGC vs alder 2011	Indikator 7				Alle N
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	
<b>Alder</b>					
25-34 år	7	(11.9)	52	(88.1)	59
35-44 år	18	(5.5)	307	(94.5)	325
45-54 år	47	(6.2)	712	(93.8)	759
55-64 år	67	(6.2)	1011	(93.8)	1078
65-74 år	89	(7.5)	1098	(92.5)	1187
75-84 år	51	(9.6)	482	(90.4)	533
≥ 85 år	31	(17.0)	151	(83.0)	182
Alle	310	(7.5)	3813	(92.5)	4123

**Indikator 7:** Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2011 efter afdeling. Indikatorværdien svarer til andelen af patienter registreret i Patologidatabanken, som også er registreret i DBCG.

Antal patienter i Patobank/DBCG 2011	Indikator 7				Alle N
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	
<b>Patologiafdeling</b>					
RIGSHOSPITALET	81	(12.8)	553	(87.2)	634
HERLEV	108	(16.2)	558	(83.8)	666
SLAGELSE	15	(2.5)	596	(97.5)	611
ODENSE	13	(5.3)	233	(94.7)	246
SØNDERBORG	4	(1.9)	210	(98.1)	214
ESBJERG	3	(1.5)	192	(98.5)	195
VEJLE	5	(1.7)	292	(98.3)	297
HOLSTEBRO	4	(3.0)	128	(97.0)	132
ÅRHUS	14	(4.5)	295	(95.5)	309
RANDERS	1	(0.7)	149	(99.3)	150
VIBORG	36	(12.5)	253	(87.5)	289
ÅLBORG	22	(8.2)	245	(91.8)	267
HJØRRING	4	(3.5)	109	(96.5)	113
Alle	310	(7.5)	3813	(92.5)	4123

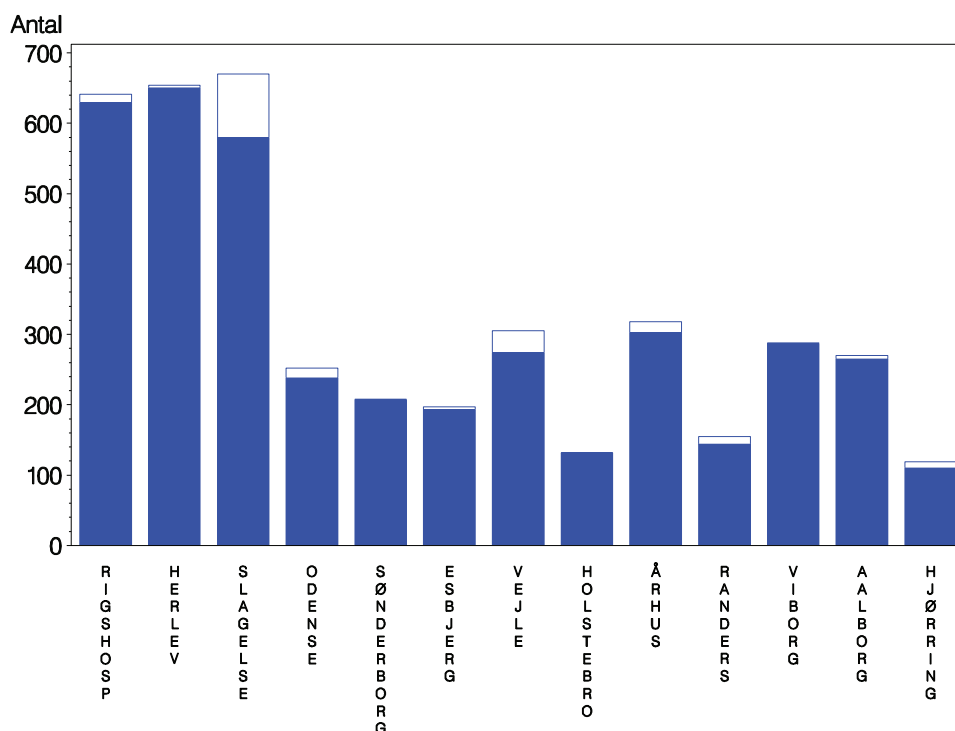
Tabellerne viser, at indberetning til DBCG varierer med afdeling, men ikke med patientens alder.

**Indikator 7:** Indikatorværdi per afdeling i perioden 2008-2011.

Indikatorværdien svarer til andelen af patienter registreret i Patologidatabanken, som også er registreret i DBCG.

Antal patienter i Patobank/ DBCG pr afdeling 2008-2011	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
<b>Patologiafdeling</b>				
RIGSHOSPITALET	96.0%	93.6%	94.6%	87.2%
HERLEV	98.8%	91.1%	92.0%	83.8%
SLAGELSE	94.8%	95.8%	96.7%	97.5%
ODENSE	98.5%	94.0%	99.1%	94.7%
SØNDERBORG	93.6%	96.2%	90.4%	98.1%
ESBJERG	99.0%	97.9%	98.5%	98.5%
VEJLE	99.2%	96.8%	97.5%	98.3%
HOLSTEBRO	92.9%	84.6%	85.3%	97.0%
ÅRHUS	98.8%	97.4%	98.3%	95.5%
RANDERS	92.8%	97.9%	99.4%	99.3%
VIBORG	95.5%	93.8%	92.5%	87.5%
ÅLBORG	98.9%	94.9%	92.1%	91.8%
HJØRRING	93.2%	93.5%	94.4%	96.5%
Alle	96.7%	94.3%	94.7%	92.5%

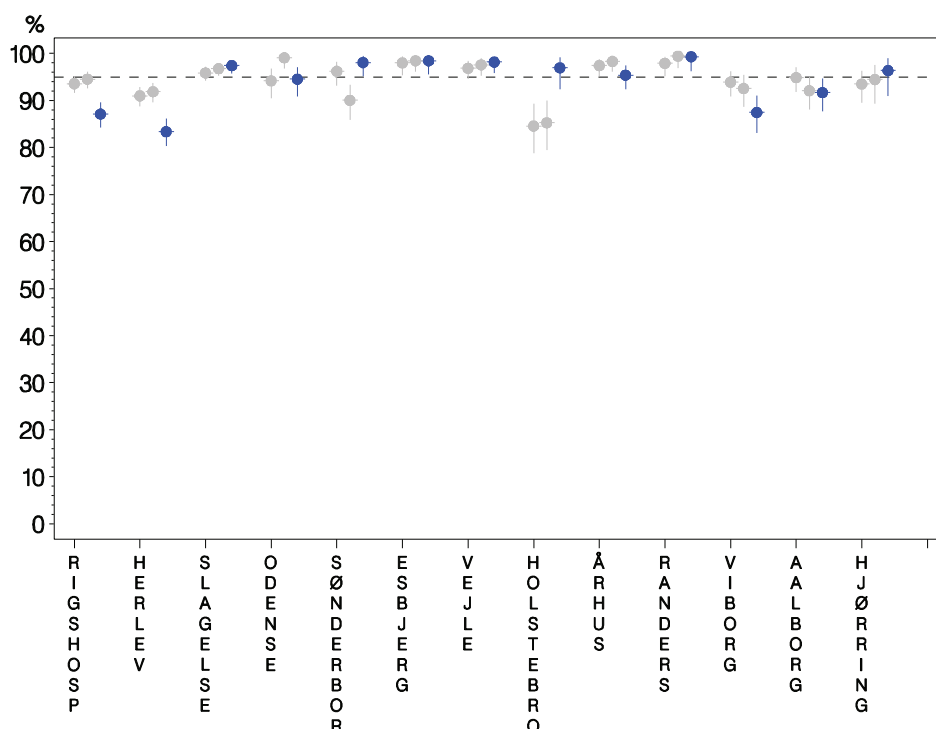
For denne indikator er der et efterslæb i indberetningerne således, at kompletheden forventes at stige.



#### Indikator 7: Indikatorpopulation, Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register.

Antal patienter per afdeling i 2011: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikatorpopulationen (hvid signatur). Indikatorpopulationen omfatter alle patienter registreret i Patobank. Patienter udenfor indikatorpopulationen er alene registreret i DBCG. Alle patienter er medtaget i beregningen af indikator 7.

I de fleste tilfælde er det patologiafdelingen og den kirurgiske afdeling fra samme sygehus, der behandler en patient, men det gælder ikke altid. Der er eksempler på, at afdelingerne ikke ligger i samme område. Der er derfor ikke nogen entydig sammenhæng mellem hvilken patologiafdeling, der indberetter til Patobank, og hvilken kirurgisk afdeling, der indberetter til DBCG. For de 413 patienter, der mangler i DBCG, har vi på trods af dette foretaget det bedst mulige gæt på kirurgisk afdeling ud fra geografisk nærhed.



#### Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur).  
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).

#### Kommentar

Det generelle billede for denne indikator er, at det kniber med at leve op til referenceværdien for 4 af de 12 afdelinger, der fortsat er aktive (afdelingen i Holstebro er i 2011 lukket som selvstændig afdeling og lagt sammen med afdelingen i Viborg). Det kan ikke anses for tilfredsstillende. Indberetning for den langt overvende del af patienterne, der primært opereres, bør ske via onlinemodulet ved operationen. Tilsvarende forventes, at der ved afslutning af udredning sker onlineindberetning af de patienter, der ikke opereres primært (neoadjuverende behandling), og af de patienter, der slet ikke opereres.

Sammenligner man tallene for årene 2008-10 i denne årsrapport med de tilsvarende værdier i de foregående års rapporter, står det klart, at en del indberetninger er kommet sent ind, og det må derfor forventes, at tallene for 2011 vil bedres noget over tid. Det synes specielt at være fra afdelingerne i hovedstaden, de sene indberetninger er kommet.

## Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG's retningslinjer

**Beskrivelse:** Andel af højrisiko kvinder med invasivt mammakarcinom (IBC), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG behandlingsregimer. Der stratificeres for specifikke DBCG behandlingsregimer.

**Standard:** Der er ikke fastsat nogen standardværdi. Dette skyldes, at allokering til adjuverende behandling afhænger af patientpræference og praksis for patientinformation.

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år med højrisiko-brystkræft i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering.

**Formål:** Ved lav deltagelse bør der rettes henvendelse til den indberettende afdelings specialeansvarlige overlæge for at afklare allokeringspraksis eller opståede vanskeligheder i forbindelse med behandlingsregimet.

**Forbehold:** Patienter, for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning, kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Disse patienter knyttes til den onkologiske afdeling, som vanligvis samarbejder med den kirurgiske afdeling, der har foretaget udredning og operation. Dette er valgt som en bedste tilnærmelse, dog er proceduren behæftet med usikkerhed som følge en række forhold: (a) forskellige optageområder mellem kirurgi og onkologi, (b) visse typer specialiseret kirurgi udføres centralt på universitetssygehusene, (c) stråleterapi gives på en anden afdeling end den medicinske behandling, (d) patienter, der ikke ønsker medicinsk behandling, henvises ikke samt (e) endokrin terapi varetages i et vist omfang af kirurger. Desuden betyder aldersafgrænsningen 20-75 år, at ældre patienter i C- og D-protokollerne ikke indgår i indikatorberegningen.

Indikatorpopulationen er indskrænket til patienter i højrisikogruppen. Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2007-2010, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Disse kriterier opfyldes for 11484 patienter, men af dem har kun 9902 (86.2%) en registrering af medicinsk behandling, således at indikatorpopulationen består af 9902 patienter.

Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten en gang har modtaget den foreskrevne behandling (kemoterapi, trastuzumab og/eller endokrin terapi).

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højrisikogruppen efter årstal for operation og protokol.

Højrisiko-patienter indberetning af flow vs protokol		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
År	protokol					
2007	B <60 år*, R+/?	49	(5.4)	859	(94.6)	908
	C ≥60 år*, R+/?	133	(13.9)	827	(86.1)	960
	D, R-	87	(17.0)	425	(83.0)	512
2008	B <60 år*, R+/?	123	(11.5)	942	(88.5)	1065
	C ≥60 år*, R+/?	155	(13.2)	1018	(86.8)	1173
	D, R-	112	(19.0)	478	(81.0)	590
2009	B <60 år*, R+/?	115	(9.8)	1061	(90.2)	1176
	C ≥60 år*, R+/?	176	(13.0)	1176	(87.0)	1352
	D, R-	112	(18.7)	486	(81.3)	598
2010	B <60 år*, R+/?	193	(15.0)	1096	(85.0)	1289
	C ≥60 år*, R+/?	221	(16.7)	1100	(83.3)	1321
	D, R-	102	(19.6)	418	(80.4)	520
	ubestemt	10	(40.0)	15	(60.0)	25
Alle		1588	(13.8)	9901	(86.2)	11489

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højrisikogruppen efter årstal for operation og behandlende afdeling.

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle N
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	
2007	RIGSHOSPITALET	28	(11.6)	214	(88.4)	242
	HERLEV	37	(12.5)	260	(87.5)	297
	HILLERØD**	21	(11.5)	162	(88.5)	183
	REGION SJÆLLAND*	68	(18.7)	295	(81.3)	363
	RØNNE**	.	.	25	(100.0)	25
	ODENSE	12	(5.9)	192	(94.1)	204
	SØNDERBORG	5	(5.8)	81	(94.2)	86
	ESBJERG	8	(8.8)	83	(91.2)	91
	VEJLE	10	(5.2)	181	(94.8)	191
	HERNING	1	(1.0)	102	(99.0)	103
	ÅRHUS	29	(11.6)	220	(88.4)	249
	VIBORG	7	(6.6)	99	(93.4)	106
	AALBORG	43	(17.9)	197	(82.1)	240
2008	RIGSHOSPITALET	41	(14.6)	240	(85.4)	281
	HERLEV	68	(17.9)	311	(82.1)	379
	HILLERØD**	.	.	126	(100.0)	126
	REGION SJÆLLAND*	90	(22.9)	303	(77.1)	393
	RØNNE**	.	.	12	(100.0)	12
	ODENSE	23	(10.1)	204	(89.9)	227
	SØNDERBORG	10	(7.5)	123	(92.5)	133
	ESBJERG	10	(9.8)	92	(90.2)	102
	VEJLE	14	(5.3)	251	(94.7)	265
	HERNING	4	(3.5)	110	(96.5)	114
	ÅRHUS	52	(14.2)	313	(85.8)	365
	VIBORG	10	(6.8)	137	(93.2)	147
	AALBORG	68	(23.9)	216	(76.1)	284

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2009	RIGSHOSPITALET	74	(21.8)	266	(78.2)	340
	HERLEV	53	(11.3)	415	(88.7)	468
	HILLERØD**	.	.	154	(100.0)	154
	REGION SJÆLLAND*	116	(28.6)	290	(71.4)	406
	RØNNE**	.	.	9	(100.0)	9
	ODENSE	10	(5.9)	160	(94.1)	170
	SØNDERBORG	25	(17.7)	116	(82.3)	141
	ESBJERG	10	(7.0)	132	(93.0)	142
	VEJLE	9	(3.4)	252	(96.6)	261
	HERNING	4	(2.9)	133	(97.1)	137
	ÅRHUS	24	(6.0)	378	(94.0)	402
	VIBORG	10	(7.9)	117	(92.1)	127
	AALBORG	68	(18.4)	301	(81.6)	369
2010	RIGSHOSPITALET	88	(23.7)	284	(76.3)	372
	HERLEV	67	(17.1)	325	(82.9)	392
	HILLERØD**	.	.	149	(100.0)	149
	REGION SJÆLLAND*	185	(34.7)	348	(65.3)	533
	RØNNE**	.	.	6	(100.0)	6
	ODENSE	12	(5.5)	207	(94.5)	219
	SØNDERBORG	50	(33.1)	101	(66.9)	151
	ESBJERG	17	(10.9)	139	(89.1)	156
	VEJLE	34	(13.0)	228	(87.0)	262
	HERNING	5	(3.2)	150	(96.8)	155
	ÅRHUS	30	(8.4)	327	(91.6)	357
	VIBORG	7	(6.2)	106	(93.8)	113
	AALBORG	31	(10.7)	259	(89.3)	290
Alle	1588	(13.8)	9901	(86.2)	11489	

\* Region Sjælland inkluderer data fra den kirurgiske afdeling i Ringsted og de samarbejdende onkologiske afdelinger i Roskilde og Næstved. Denne sammenfatning er valgt, fordi det for et stort antal patienter ikke kan afgøres, hvor den adjuverende behandling gives, da DBCG ikke har modtaget flow-indberetning.

\*\* Hillerød og Rønne har altid 100% indberetning, idet DBCG først ved at patienten behandles på de pågældende hospitaler når flow-skemaet er indberettet.



Registrering af medicinsk behandling for patienter i højrisikogruppen efter årstal for operation og per aldersgruppe.

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr alder		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
År	Alder					
2007	<=34 år	8	(15.4)	44	(84.6)	52
	35-39 år	7	(8.2)	78	(91.8)	85
	40-49 år	31	(7.1)	404	(92.9)	435
	50-59 år	48	(7.2)	620	(92.8)	668
	60-69 år	103	(12.6)	713	(87.4)	816
	70-74 år	60	(21.8)	215	(78.2)	275
	75 + år	12	(24.5)	37	(75.5)	49
2008	<=34 år	9	(14.1)	55	(85.9)	64
	35-39 år	15	(16.0)	79	(84.0)	94
	40-49 år	57	(12.7)	393	(87.3)	450
	50-59 år	103	(13.2)	676	(86.8)	779
	60-69 år	135	(12.4)	951	(87.6)	1086
	70-74 år	63	(20.7)	242	(79.3)	305
	75 + år	8	(16.0)	42	(84.0)	50
2009	<=34 år	12	(25.5)	35	(74.5)	47
	35-39 år	13	(15.9)	69	(84.1)	82
	40-49 år	34	(8.2)	382	(91.8)	416
	50-59 år	106	(11.1)	853	(88.9)	959
	60-69 år	178	(13.8)	1108	(86.2)	1286
	70-74 år	49	(17.7)	228	(82.3)	277
	75 + år	11	(18.6)	48	(81.4)	59
2010	<=34 år	12	(21.4)	44	(78.6)	56
	35-39 år	13	(14.8)	75	(85.2)	88
	40-49 år	70	(13.0)	469	(87.0)	539
	50-59 år	137	(14.8)	788	(85.2)	925
	60-69 år	219	(18.3)	979	(81.7)	1198
	70-74 år	61	(21.0)	229	(79.0)	290
	75 + år	14	(23.7)	45	(76.3)	59
Alle		1588	(13.8)	9901	(86.2)	11489

**Indikator 8:** Indikatorværdi for operationsår 2007-2010 efter protokol. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højrisikogruppe vs protokol		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
År	Protokol					
2007	B <60 år*, R+/?	10	(1.2)	849	(98.8)	859
	C ≥60 år*, R+/?	75	(9.1)	752	(90.9)	827
	D, R-	77	(18.1)	348	(81.9)	425
2008	B <60 år*, R+/?	20	(2.1)	922	(97.9)	942
	C ≥60 år*, R+/?	93	(9.1)	925	(90.9)	1018
	D, R-	115	(24.1)	363	(75.9)	478
2009	B <60 år*, R+/?	15	(1.4)	1046	(98.6)	1061
	C ≥60 år*, R+/?	91	(7.7)	1085	(92.3)	1176
	D, R-	93	(19.1)	393	(80.9)	486
2010	B <60 år*, R+/?	27	(2.5)	1069	(97.5)	1096
	C ≥60 år*, R+/?	82	(7.5)	1018	(92.5)	1100
	D, R-	48	(11.5)	370	(88.5)	418
	Ubestemt	15	(100.0)	.	.	15
Alle		761	(7.7)	9140	(92.3)	9901

**Indikator 8:** Indikatorværdi efter alder for operationsår 2007-2010. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højrisikogruppe vs alder		Indikator 8				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
År	Alder					
2007	<=34 år	2	(4.5)	42	(95.5)	44
	35-39 år	6	(7.7)	72	(92.3)	78
	40-49 år	10	(2.5)	394	(97.5)	404
	50-59 år	43	(6.9)	577	(93.1)	620
	60-69 år	73	(10.2)	640	(89.8)	713
	70-74 år	25	(11.6)	190	(88.4)	215
	75 + år	3	(8.1)	34	(91.9)	37
2008	<=34 år	3	(5.5)	52	(94.5)	55
	35-39 år	4	(5.1)	75	(94.9)	79
	40-49 år	20	(5.1)	373	(94.9)	393
	50-59 år	38	(5.6)	638	(94.4)	676
	60-69 år	129	(13.6)	822	(86.4)	951
	70-74 år	31	(12.8)	211	(87.2)	242
	75 + år	3	(7.1)	39	(92.9)	42
2009	<=34 år	1	(2.9)	34	(97.1)	35
	35-39 år	2	(2.9)	67	(97.1)	69
	40-49 år	15	(3.9)	367	(96.1)	382
	50-59 år	34	(4.0)	819	(96.0)	853
	60-69 år	121	(10.9)	987	(89.1)	1108
	70-74 år	20	(8.8)	208	(91.2)	228
	75 + år	6	(12.5)	42	(87.5)	48
2010	<=34 år	2	(4.5)	42	(95.5)	44
	35-39 år	5	(6.7)	70	(93.3)	75
	40-49 år	18	(3.8)	451	(96.2)	469
	50-59 år	41	(5.2)	747	(94.8)	788
	60-69 år	80	(8.2)	899	(91.8)	979
	70-74 år	24	(10.5)	205	(89.5)	229
	75 + år	2	(4.4)	43	(95.6)	45
Alle		761	(7.7)	9140	(92.3)	9901

**Indikator 8:** Indikatorværdi per onkologisk afdeling for operationsår 2007-2010. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

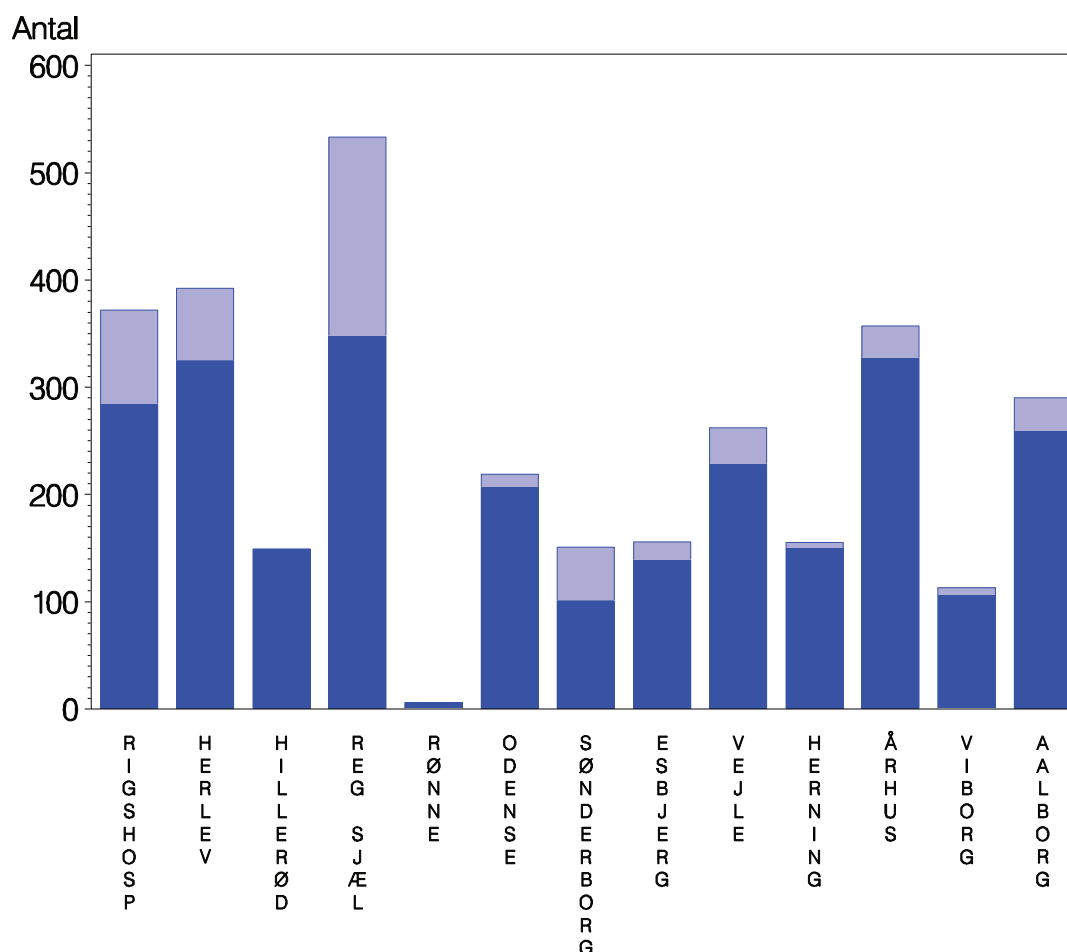
Allokering for højrisikogruppen vs onkologiske afd. aktive i 2011	Indikator 8				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	70	(7.0)	934	(93.0)	1004
HERLEV	84	(6.4)	1227	(93.6)	1311
HILLERØD	25	(4.2)	566	(95.8)	591
REGION SJÆLLAND*	127	(10.3)	1109	(89.7)	1236
RØNNE	5	(9.6)	47	(90.4)	52
ODENSE	71	(9.3)	692	(90.7)	763
SØNDERBORG	48	(11.4)	373	(88.6)	421
ESBJERG	36	(8.1)	410	(91.9)	446
VEJLE	78	(8.6)	834	(91.4)	912
HERNING	48	(9.7)	447	(90.3)	495
ÅRHUS	73	(5.9)	1165	(94.1)	1238
VIBORG	47	(10.2)	412	(89.8)	459
AALBORG	49	(5.0)	924	(95.0)	973
Alle	761	(7.7)	9140	(92.3)	9901

\* Region Sjælland inkluderer data fra den kirurgiske afdeling i Ringsted og de samarbejdende onkologiske afdelinger i Roskilde og Næstved. Denne sammenfatning er valgt, fordi det for et stort antal patienter ikke kan afgøres hvor den adjuverende behandling gives da DBCG ikke har modtaget flow-indberetning.

**Indikator 8:** Indikatorværdi per onkologisk afdeling i perioden 2007-2010.

Allokering for højrisikogruppen per onkologisk afdeling	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	92%	93%	95%	92%
HERLEV	94%	93%	94%	94%
HILLERØD	98%	97%	92%	96%
REGION SJÆLLAND	89%	86%	90%	93%
RØNNE	92%	83%	89%	100%
ODENSE	91%	89%	96%	87%
SØNDERBORG	89%	88%	85%	93%
ESBJERG	94%	87%	91%	95%
VEJLE	92%	89%	89%	96%
HERNING	89%	91%	90%	91%
ÅRHUS	94%	91%	95%	95%
VIBORG	90%	88%	89%	93%
AALBORG	94%	95%	95%	95%
Alle	92%	91%	93%	93%

\* Region Sjælland inkluderer data fra den kirurgiske afdeling i Ringsted og de samarbejdende onkologiske afdelinger i Roskilde og Næstved. Denne sammenfatning er valgt, fordi det for et stort antal patienter ikke kan afgøres, hvor den adjuverende behandling gives, da DBCG ikke har modtaget flow-indberetning.

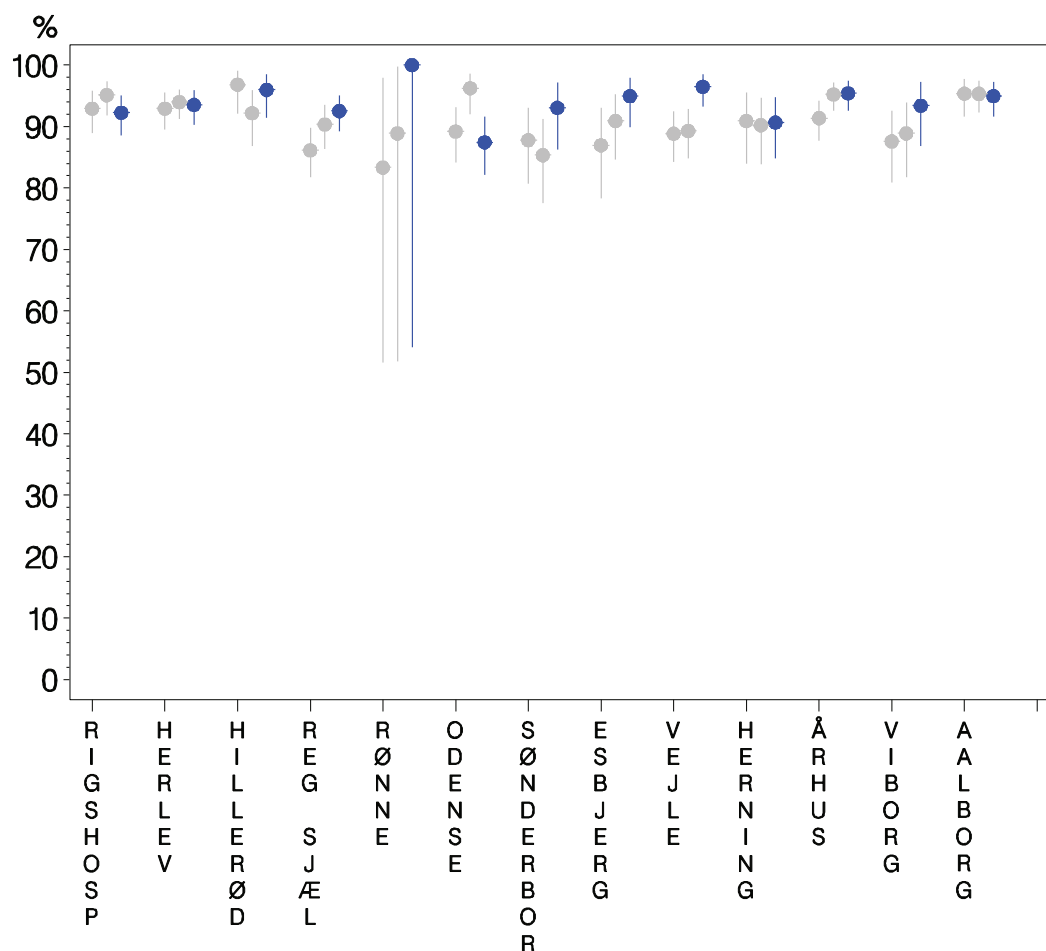


**Indikator 8:** Indikatorpopulation, Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG's retningslinjer.

Antal patienter per onkologisk afdeling med operationsår 2010: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2008-2010, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling.

Region Sjælland inkluderer data fra den kirurgiske afdeling i Ringsted og de samarbejdende onkologiske afdelinger i Roskilde og Næstved. Denne sammenfatning er valgt, fordi det for et stort antal patienter ikke kan afgøres, hvor den adjuverende behandling gives, da DBCG ikke har modtaget flow-indberetning.

Hillerød og Rønne har altid 100% indberetning, idet DBCG først ved, at patienten behandles på de pågældende hospitaler, når flow-skemaet er indberettet.



**Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG's retningslinjer.**

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2008-2009 (grå signatur) og patienter med operationsår 2010 (blå signatur). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2008-2010, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling.

Region Sjælland inkluderer data fra den kirurgiske afdeling i Ringsted og de samarbejdende onkologiske afdelinger i Roskilde og Næstved. Denne sammenfatning er valgt, fordi det for et stort antal patienter ikke kan afgøres, hvor den adjuverende behandling gives, da DBCG ikke har modtaget flow-indberetning.

### **Kommentar**

For denne indikator vedkommende er der den specielle problemstilling, som også har været fremhævet i de foregående års opgørelser, at der har været en utilfredsstillende lav andel af patienterne, hvor der er foretaget indberetning fra de onkologiske afdelinger, mens indikatorværdien gennemgående har ligget på et tilfredsstillende højt niveau. For 2010 er der sket en markant forbedring. Som følge af en forskningsbevilling til DBCG's sekretariat er der i 2011 sket en større efterindberetning af kemoterapi og trastuzumab for patienter behandlet mellem 2007 og 2011 i B, Bt, D og Dt programmerne. Andelen af registrering af medicinsk behandling var i indikatorrapporterne 2009 og 2010 henholdsvis 63% og 74% mod 86% i denne rapport. Selve indikatorværdien over 92% anses for at være tilfredsstillende.

For Region Sjælland er der en speciel problemstilling med registrering af den onkologiske behandling af de patienter, der er opereret i Ringsted. De behandles typisk ved én af afdelingerne i Roskilde og Næstved, men det har tidligere ikke været muligt at identificere hvilken af de to afdelinger, den enkelte patient skulle knyttes til. Det har haft den paradoksale effekt, at de to onkologiske afdelinger har fremstået med meget høje indikatorværdier, idet de patienter, der ikke er blevet medicinsk behandlet ved den pågældende afdeling ikke er registreret. Vi har derfor besluttet at oprette en ny fælles registrering Region Sjælland omfattende de tre afdelinger (Roskilde, Næstved og Ringsted). Den nye registrering afdækker, at registreringen fra Region Sjælland ligger lavt i alle de tre registrerede år. Styregruppen skal understrege, at vi finder dette meget utilfredsstillende, og vi vil stærkt tilskynde de pågældende afdelinger til at forbedre praksis på dette område.



## Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram

**Beskrivelse:** DBCG patienter, der indgår i protokol, og som gennemfører DBCG's retningslinjer for kontrolprogram (opfølgning med indberetning på CRF til DBCG).

**Standard:** Acceptabelt og ønskværdigt: > 95%.

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år allokeret til behandlingsregime i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering.

**Formål:** Ved lav deltagelse i DBCG's kontrolprogram bør der rettes henvendelse til den indberettende afdelings specialeansvarlige overlæge mhp. afklaring af indberetningspraksis eller opståede vanskeligheder.

**Forbehold:** Højrisiko-patienter, for hvilke der hverken er modtaget flow- eller off-indberetning, kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Hvis der i Landspatientregistret (LPR) er registreret et besøg på en onkologisk afdeling efter operationen, er patienten henført til denne afdeling; ellers er patienten henført til den kirurgiske afdelings samarbejdende eller nærmeste onkologiske afdeling, som har været aktiv i perioden 2008-2011 (tabel 4, se endvidere 'Forbehold' under indikator 8). Højrisikopatienter opereret i Ringsted bliver fulgt på de onkologiske afdelinger i enten Roskilde eller Næstved. Disse afdelinger er i denne rapport registreret samlet under betegnelsen 'Region Sjælland'. Patienter opereret på Rigshospitalet eller Herlev kan blive behandlet på de tilsvarende onkologiske afdelinger eller i Hillerød.

Der er den 20. august 2010 vedtaget nye retningslinjer for kontrol af lavrisikopatienter, der herefter kan afsluttes fra kontrol 3 år efter operation. I denne rapport er der alene beregnet gennemførelse af 10 års kontrolprogram.

Til denne indikator er der medtaget patienter i alderen 20-75 år, der er opereret fra 2001 til 2010, idet det handler om 10 års follow-up. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisikopatienter. Indikatoren opgøres kun for patienter, der efter guidelines burde være i kontrol (n=26.543), idet patienter, der allerede inden operationen eller umiddelbart efter operationen bedømmes til ikke skulle følges i DBCG's kontrolprogram, og patienter, der ikke opereres ifølge DBCG's retningslinjer eller udelukkende får foretaget en biopsi er udeladt af populationen.

Definitionen på at en patient har gennemført kontrolprogrammet er, at der er regelmæssige kontrolbesøg indtil et event opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af kontrol efter 10 år uden event eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand.

Kontrolprogrammet regnes ikke for gennemført, hvis kontrolbesøgene ikke er regelmæssige i henhold til følgende kriterier: A: Der er gået mere end 1.5 år siden sidste kontrolbesøg, og patienten burde være under kontrol. B: Patienten dør uden at være set i mere en 2 år. C: Kontrolforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet. D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der for en højrisikopatient er gået mere end 1 år efter operation, eller for en lavrisikopatient er gået mere end 1.5 år efter operation.

Indikatoren kan ikke bestemmes, hvis patienten dør indenfor 1 år efter operationen, eller hvis patienten er opereret for mindre end 1 år siden. Derfor har vi i årsrapport 2011 valgt at beskrive indikatoren for patienter opereret i perioden 2001-2010.

De viste figurer inkluderer patienter opereret fra 2001 til 2010.

## Højrisiko-patienter

**Indikator 9:** Højrisiko-patienter opereret 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram versus behandlingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Risikogruppe				Alle N
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
Protokol					
B yngre*, R+/?	2004	(28.9)	4933	(71.1)	6937
C ældre*, R+/?	3380	(33.2)	6803	(66.8)	10183
D, R-	1599	(36.5)	2787	(63.5)	4386
Alle	6983	(32.5)	14523	(67.5)	21506

\*: Indtil 2007 markerede menopausen overgangen imellem den yngre og den ældre aldersgruppe. Fra 2007 tilhører patienter op til 59 år den yngre aldersgruppe og patienter på 60 år eller ældre den ældre gruppe.

**Indikator 9:** Højrisiko-patienter opereret 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram versus aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Risikogruppe				Alle N
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
Alder					
≤ 34 år	167	(36.9)	286	(63.1)	453
35-39 år	270	(33.9)	527	(66.1)	797
40-49 år	1256	(32.8)	2569	(67.2)	3825
50-59 år	2186	(32.7)	4503	(67.3)	6689
60-69 år	2348	(31.2)	5182	(68.8)	7530
70-74 år	645	(34.1)	1247	(65.9)	1892
≥ 75 år	111	(34.7)	209	(65.3)	320
Alle	6983	(32.5)	14523	(67.5)	21506

**Indikator 9:** Højrisiko-patienter opereret 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Høj				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
År					
2001	957	(60.5)	625	(39.5)	1582
2002	698	(38.4)	1122	(61.6)	1820
2003	645	(37.9)	1058	(62.1)	1703
2004	738	(42.5)	998	(57.5)	1736
2005	859	(44.8)	1057	(55.2)	1916
2006	671	(34.0)	1302	(66.0)	1973
2007	561	(24.5)	1725	(75.5)	2286
2008	643	(23.6)	2084	(76.4)	2727
2009	627	(21.3)	2312	(78.7)	2939
2010	584	(20.7)	2240	(79.3)	2824
Alle	6983	(32.5)	14523	(67.5)	21506

**Indikator 9:** Højrisiko-patienter 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Højrisiko-patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	1025	(39.9)	1544	(60.1)	2569
HERLEV	1015	(38.0)	1659	(62.0)	2674
HILLERØD	366	(28.8)	906	(71.2)	1272
REGION SJÆLLAND*	1416	(47.5)	1563	(52.5)	2979
RØNNE	38	(30.6)	86	(69.4)	124
ODENSE	853	(45.5)	1020	(54.5)	1873
SØNDERBORG	349	(35.5)	635	(64.5)	984
ESBJERG	226	(26.0)	644	(74.0)	870
VEJLE	390	(20.3)	1533	(79.7)	1923
HERNING	158	(11.5)	1211	(88.5)	1369
ÅRHUS	439	(17.3)	2101	(82.7)	2540
VIBORG	125	(28.7)	310	(71.3)	435
AALBORG	585	(30.9)	1311	(69.1)	1896
Alle	6985	(32.5)	14523	(67.5)	21508

\*: Indikator 9 vedrører indberetning af patienter i kontrolforløb. For ikke-indberettede patienter opereret i Ringsted kan det ikke afgøres, om disse skal henføres til de onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. Derfor sammenfattes data fra disse afdelinger under betegnelsen Region Sjælland. En del af de registrerede patienter skulle ifølge guidelines behandles i protokol D, men følger p.gr.a. høj alder eller komorbiditet protokol A.

## Indikatorværdi for indikator 9: Højrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 2001-2010.

Indikatorværdi for at gennemføre DBCG kontrolprogram per afdeling	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	33%	58%	57%	50%	41%	57%	72%	77%	74%	75%
HERLEV	21%	60%	39%	47%	52%	62%	72%	71%	73%	73%
HILLERØD	25%	59%	66%	63%	60%	73%	80%	84%	90%	94%
REGION SJÆLLAND	40%	43%	46%	49%	36%	36%	66%	62%	58%	65%
RØNNE	84%	70%	82%	60%	70%	69%	65%	67%	71%	20%
ODENSE	19%	38%	37%	29%	34%	67%	71%	71%	84%	85%
SØNDERBORG	62%	54%	64%	58%	57%	58%	69%	71%	75%	71%
ESBJERG	47%	76%	70%	65%	64%	73%	81%	82%	81%	82%
VEJLE	48%	76%	79%	74%	78%	83%	87%	88%	90%	80%
HERNING	61%	77%	88%	80%	84%	90%	90%	97%	95%	95%
ÅRHUS	52%	83%	86%	79%	78%	87%	83%	85%	89%	89%
VIBORG	61%	71%	78%	81%	50%	82%	77%	82%	61%	67%
AALBORG	41%	62%	58%	45%	52%	74%	73%	68%	78%	87%
Alle	40%	62%	62%	57%	55%	66%	75%	76%	79%	79%

\*: Indikator 9 vedrører indberetning af patienter i kontrolforløb. For ikke-indberettede patienter opereret i Ringsted kan det ikke afgøres, om disse skal henføres til de onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. Derfor sammenfattes data fra disse afdelinger under betegnelsen Region Sjælland. En del af de registrerede patienter skulle ifølge guidelines behandles i protokol D, men følger p.gr.a. høj alder eller komorbiditet protokol A.

## Lavrisiko-patienter

**Indikator 9:** Lavrisiko-patienter opereret 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram versus behandlingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG's kontrolprogram per protokol	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
Protokol	N	%	N	%	N
A lavrisiko	1533	(30.4)	3504	(69.6)	5037
Alle	1533	(30.4)	3504	(69.6)	5037

Gennemførslen af DBCG's kontrolprogram er lidt højere for lavrisikopatienterne end for højrisikopatienterne. For lavrisikopatienterne afhænger gennemførslen ikke af behandlingsprotokol.

**Indikator 9:** Lavrisiko-patienter opereret 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram versus aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG's kontrolprogram per aldersgruppe	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
Alder	N	%	N	%	N
≤ 34 år	.	.	1	(100.0)	1
35-39 år	22	(31.4)	48	(68.6)	70
40-49 år	210	(34.5)	398	(65.5)	608
50-59 år	468	(29.7)	1106	(70.3)	1574
60-69 år	553	(26.1)	1562	(73.9)	2115
70-74 år	245	(40.9)	354	(59.1)	599
≥ 75 år	35	(50.0)	35	(50.0)	70
Alle	1533	(30.4)	3504	(69.6)	5037

**Indikator 9:** Lavrisiko-patienter opereret 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG's kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Lav				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
År					
2001	145	(39.0)	227	(61.0)	372
2002	130	(37.1)	220	(62.9)	350
2003	170	(44.9)	209	(55.1)	379
2004	160	(42.6)	216	(57.4)	376
2005	167	(45.8)	198	(54.2)	365
2006	169	(38.8)	267	(61.2)	436
2007	197	(39.9)	297	(60.1)	494
2008	182	(26.7)	500	(73.3)	682
2009	156	(14.9)	893	(85.1)	1049
2010	57	(10.7)	477	(89.3)	534
Alle	1533	(30.4)	3504	(69.6)	5037



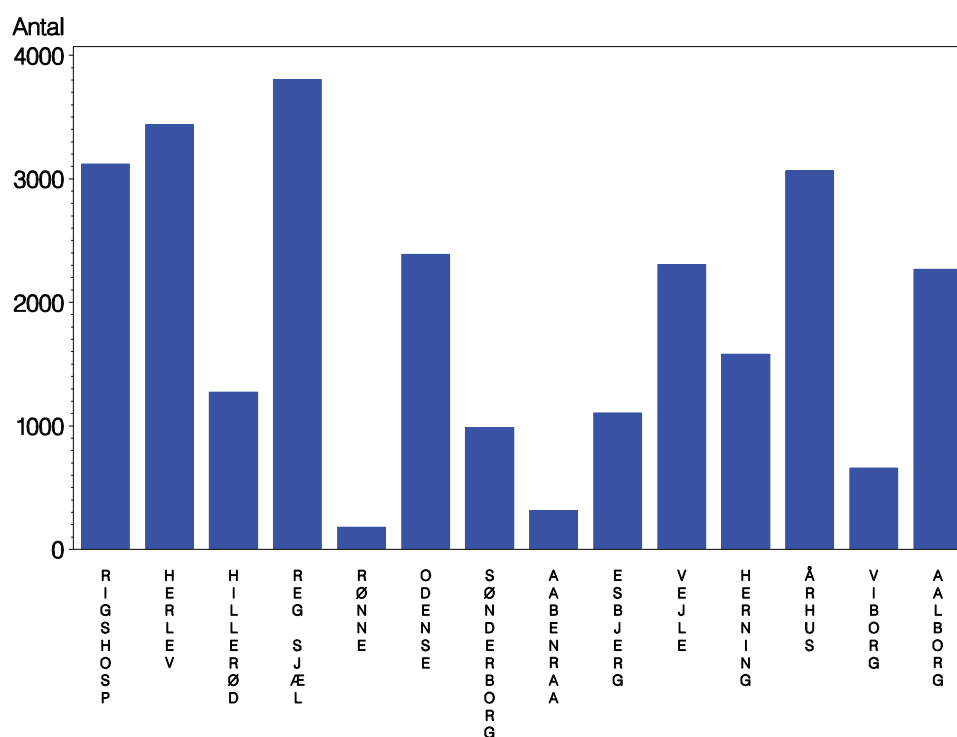
**Indikator 9:** Lavrisiko-patienter 2001-2010, der gennemfører DBCG's kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

lavrisiko patienter gennemfører DBCG's kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	238	(43.4)	311	(56.6)	549
HERLEV	362	(47.4)	402	(52.6)	764
HØRSBOLM	39	(58.2)	28	(41.8)	67
REGION SJÆLLAND	164	(19.9)	662	(80.1)	826
RØNNE	14	(25.5)	41	(74.5)	55
ODENSE	247	(47.9)	269	(52.1)	516
AABENRÅ	59	(18.7)	256	(81.3)	315
ESBJERG	49	(20.9)	186	(79.1)	235
VEJLE	69	(18.1)	312	(81.9)	381
HERNING	30	(14.3)	180	(85.7)	210
ÅRHUS	117	(22.3)	407	(77.7)	524
VIBORG	24	(10.8)	199	(89.2)	223
AALBORG	121	(32.5)	251	(67.5)	372
Alle	1533	(30.4)	3504	(69.6)	5037

**Indikatorværdi for indikator 9:** Lavrisiko-patienter, der har fulgt kontrolprogram i 10 år efter afdeling og operationsår 2001-2010.

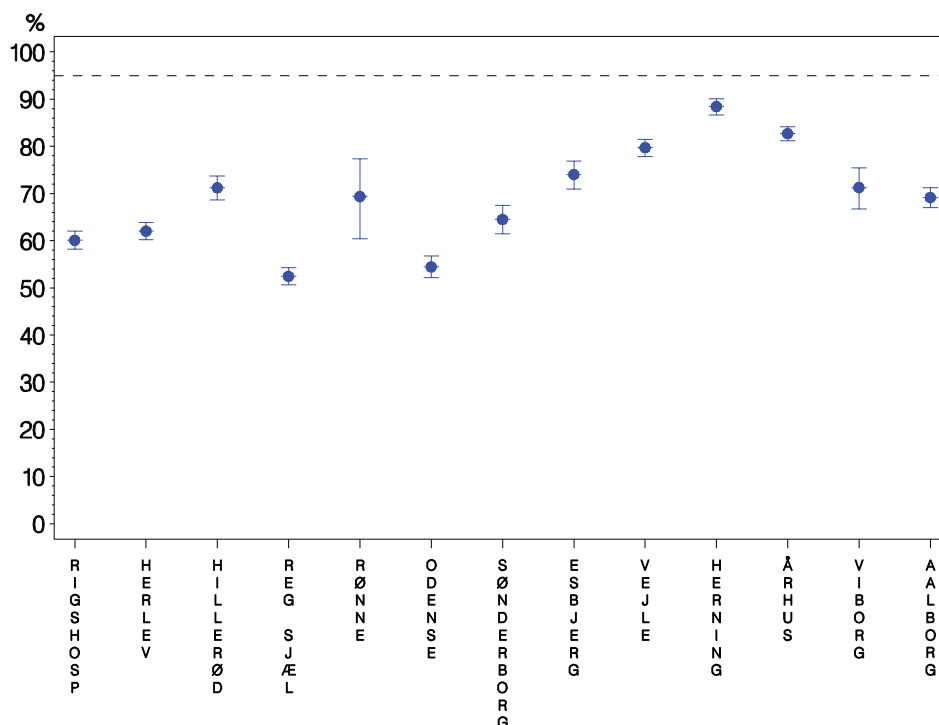
Indikatorværdi for at gennemføre DBCG's kontrolprogram per afdeling	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	48%	58%	57%	35%	47%	38%	28%	50%	83%	92%
HERLEV	22%	36%	14%	14%	14%	33%	56%	55%	76%	89%
HØRSHOLM	55%	57%	40%	18%	20%	11%	50%	100%	100%	.
REGION SJÆLLAND	76%	78%	77%	81%	73%	75%	79%	82%	84%	86%
RØNNE	100%	83%	67%	60%	50%	82%	100%	33%	100%	100%
ODENSE	58%	47%	39%	55%	44%	38%	18%	58%	94%	93%
AABENRÅ	70%	58%	57%	70%	83%	85%	92%	88%	93%	94%
ESBJERG	73%	85%	45%	63%	70%	71%	79%	76%	97%	93%
VEJLE	78%	70%	65%	71%	77%	81%	90%	85%	93%	87%
HERNING	79%	85%	82%	56%	76%	69%	92%	94%	98%	100%
ÅRHUS	75%	80%	74%	80%	71%	90%	75%	71%	75%	88%
VIBORG	100%	83%	82%	87%	53%	82%	93%	96%	94%	95%
AALBORG	45%	31%	30%	42%	45%	68%	76%	81%	79%	85%
Alle	61%	63%	55%	57%	54%	61%	60%	73%	85%	89%

## Alle patienter, figurer



**Indikator 9:** Indikatorpopulation for brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

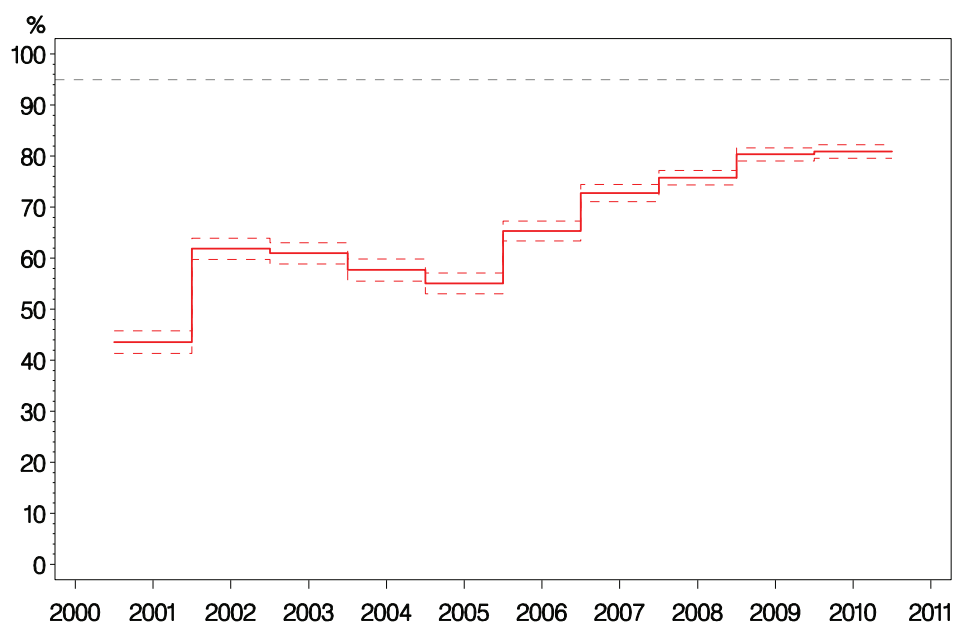
Antal patienter per afdeling i perioden 2001-2010: indikator bestemt (blå signatur). Patienter der gennemfører DBCG's kontrolprogram inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. Alle patienter er medtaget i denne indikatorberegning.



**Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.**

Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2001-2010. Referenceværdi: > 95% (stiplet linje). Patienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

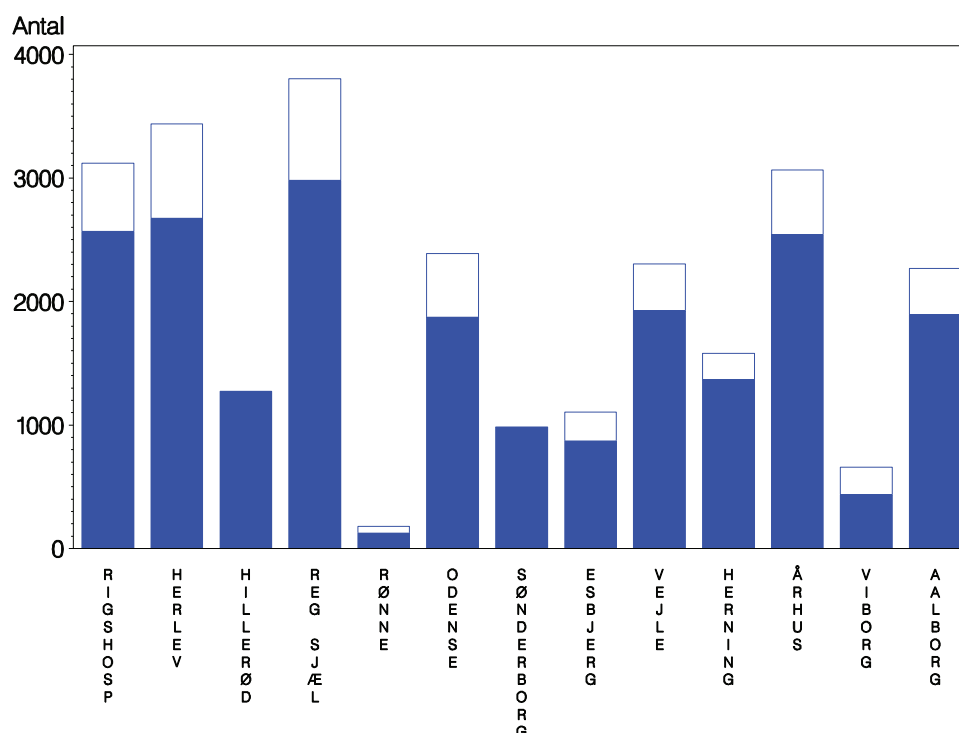
Den gennemsnitlige indikatorværdi for alle patienter er 68%.



**Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.**

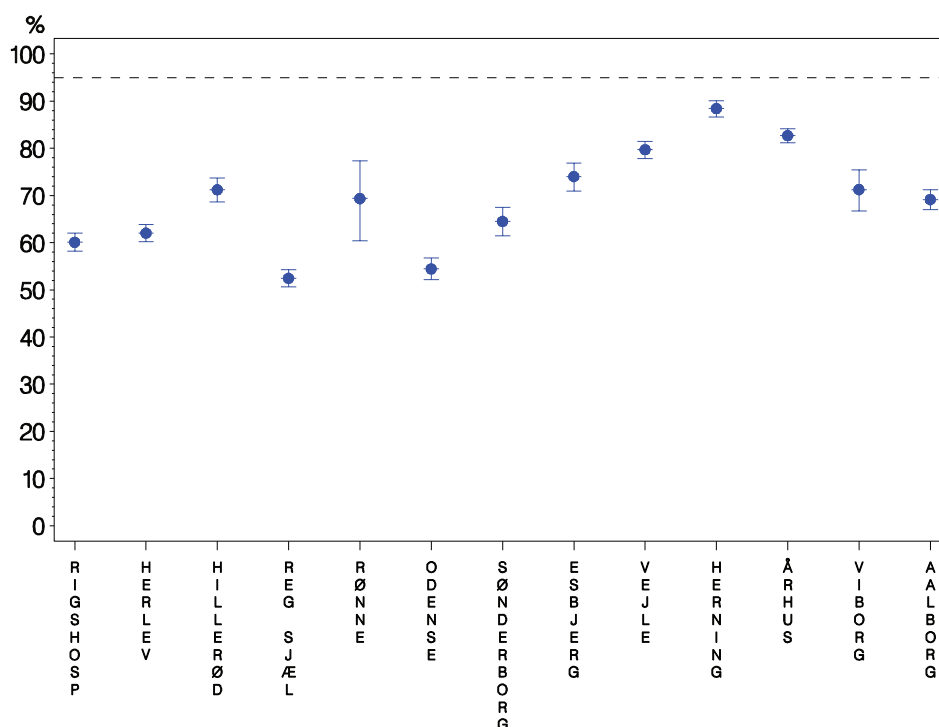
Årgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2001-2010. Referenceværdi: > 95% (stiplet linje). Patienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

## Højrisiko-patienter, figurer



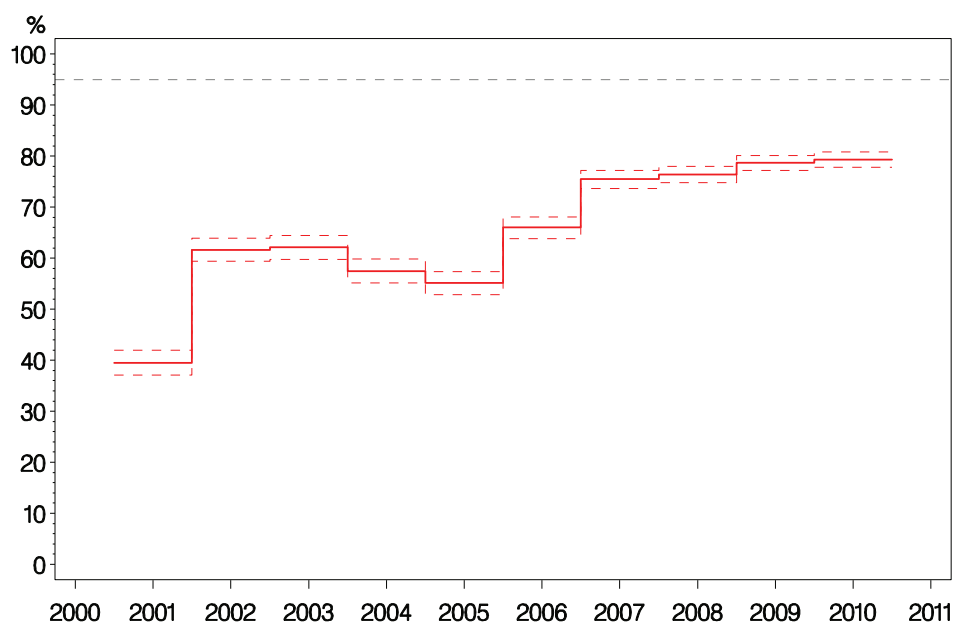
**Indikator 9 Højrisikopatienter:** Indikatorpopulation for brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

Antal patienter per afdeling i perioden 2001-2010: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). Patienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 81,2 % af patienterne i perioden 2001-2010 er med i beregningen af denne indikator.



**Indikator 9 Højrisikopatienter:** Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

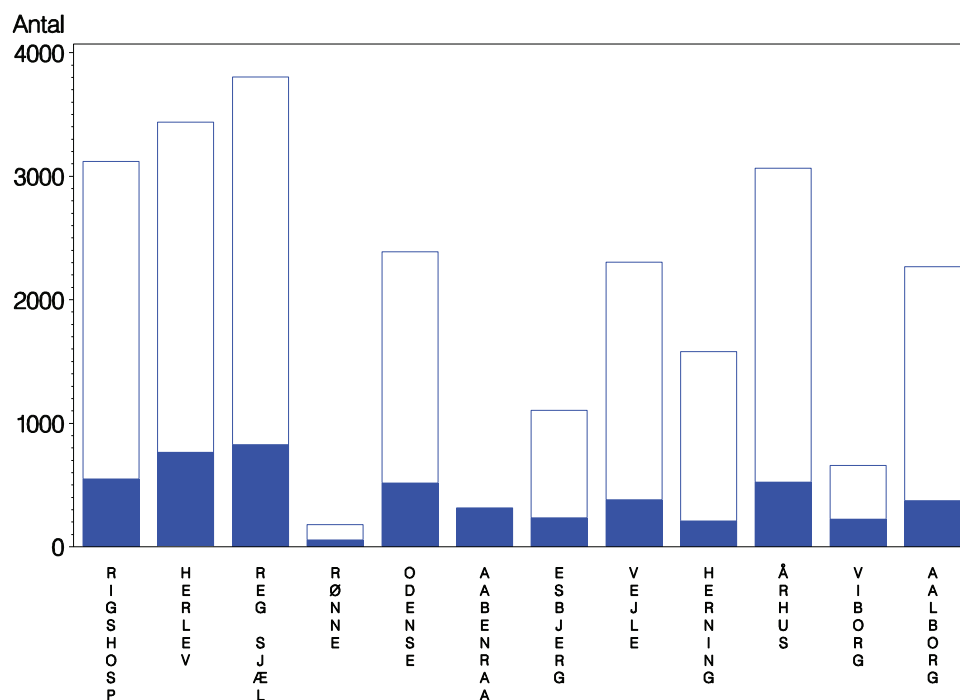
Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2001-2010. Referenceværdi: > 95% (stiplet linje). Patienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.



**Indikator 9 Højrisikopatienter:** Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

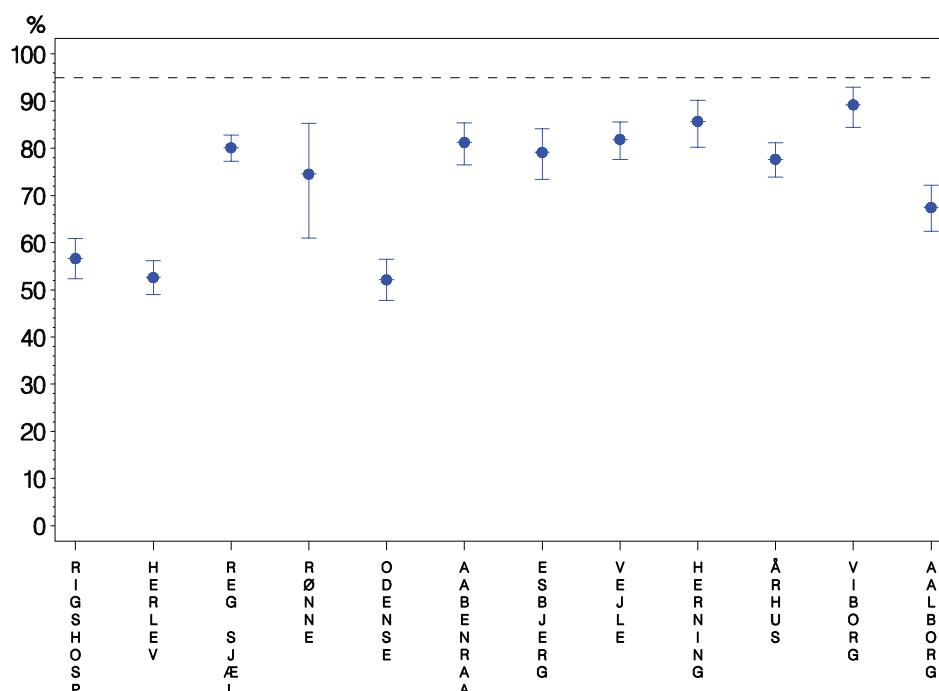
Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2001-2010. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Patienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

## Lavrisiko-patienter, figurer



**Indikator 9 Lavrisikopatienter:** Indikatorpopulation for brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

Antal patienter per afdeling i perioden 2001-2010: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). Patienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 18,8% af patienterne i perioden 2001-2010 er med i beregningen af denne indikator.



### Indikator 9 Lavrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

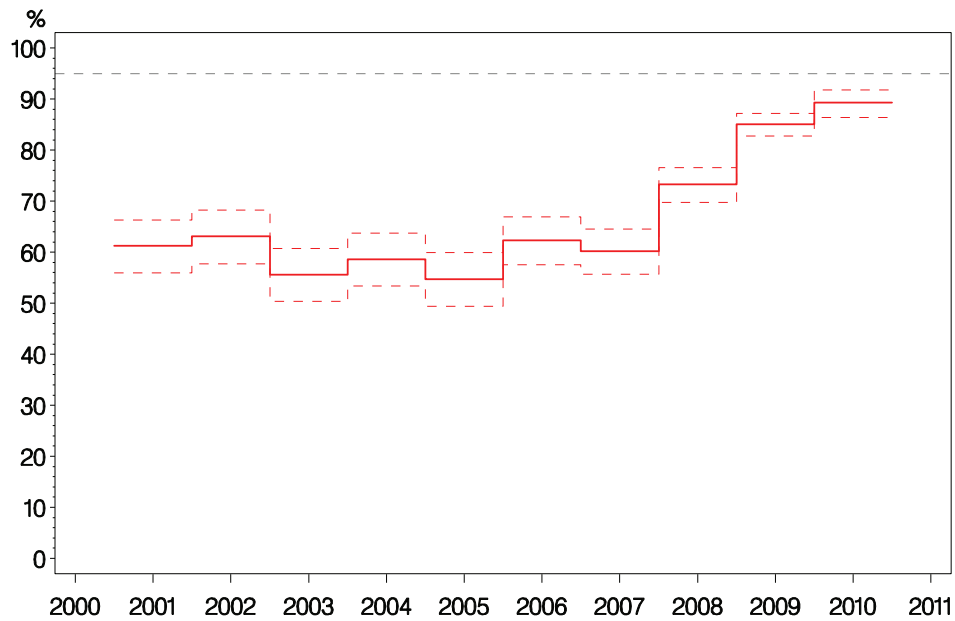
Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2001-2010. Referenceværdi: > 95% (stiplet linje). Patienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltagte i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

#### **Kommentar**

*Denne indikator har ligget utilfredsstillende lavt i hele den periode, hvor kvalitetsindikatorerne er blevet beregnet og publiceret. Der har det seneste år ikke været nogen positiv udvikling på dette område.*

*Styregruppen finder det imidlertid ikke formålstjenligt at knytte yderligere kommentarer til det på nuværende tidspunkt. Der henvises i stedet til bemærkninger i de forregnende års rapporter, men frem for alt afventes fortsat en grundlæggende revision af kontrolprogrammet og den fortsatte monitorering af langtidsresultaterne efter behandling af brystkræft. Arbejdet med dette var forventet afsluttet, men det er trukket ud. Det er antydnet, at der lægges om til en delvis automatisk datafangst fra eksisterende registrering i Landspatientregistret og Patobanken, og det imødeses med en vis forventning fra styregruppen.*





**Indikator 9 Lavrisikopatienter:** Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2001-2010. Referenceværdi: > 95% (stiplet linje). Patienter, som gennemfører DBCG's kontrolprogram, inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

## Indikator 10: Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi

**Beskrivelse:** Andelen af patienter med primært, invasivt karcinom (IBC, kode C50), som ikke udvikler lokalt recidiv (mammarecidiv) efter brystbevarende terapi (lumpektomi, aksilindgreb, stråleterapi) inden for 5 år efter operation.

**Standard:** Acceptabelt og ønskværdigt: > 93% (95% CI: 91-95).

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år opereret med brystbevarende operation.

**Formål:** Risikoen for lokalt recidiv kan reduceres ved kirurgisk og radioterapeutisk radikalitet, men påvirkes også af patientens alder samt ekstensiv DCIS komponent, BRCA-positiv status, mv.

Lokalt recidiv efter brystbevarende operation er observeret hos 376 patienter opereret i perioden 1997-2010. Antallet af patienter behandlet med brystbevarende terapi i denne periode er 18.108. I årsrapport 2011 er patienter opereret i 2011 ikke inkluderet i indikatorberegningen som følge den korte opfølgingsperiode.

I DBCG's kvalitetsdatabase grupperes den første registrerede sygdomsbegivenhed efter operation i kategorierne: lokalt recidiv, andre recidiver (inklusive kombinationer af flere lokalisationer), anden malign sygdom samt død som første begivenhed (uanset årsag).

Begivenheden lokalt recidiv optræder derfor i konkurrence med andre og normalt mere alvorlige begivenheder. Hvis første hændelse for en patient er død, så er begivenheden lokalt recidiv udelukket. Hvis første hændelse for en patient er fjernrecidiv eller anden malign sygdom (f.eks. lungekræft), så vil en efterfølgende forekomst af lokalt recidiv ikke blive registreret og vil sandsynligvis have ringe betydning for denne patients prognose.

En lav andel af lokalt recidiv kan derfor både fremkomme efter, at der i det hele taget er få hændelser deriblandt lokalt recidiv, eller ved at der er mange andre hændelser, så der ikke bliver plads for hændelsen lokalt recidiv. Derfor bestemmes indikatoren: 'lokalt recidiv ved brystbevarende terapi' ved hjælp af en competing risk analyse, der under ét estimerer forekomsten af de konkurrerende begivenhedstyper.

Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

**Indikatorformat:** Andel (procent). Angives som procentdel af patienter, der ikke har lokalt recidiv ( $\pm$ regionalt recidiv eller fjernrecidiv) som første sygdomsbegivenhed beregnet som kumuleret incidens efter 5 år ved competing risk analyse.

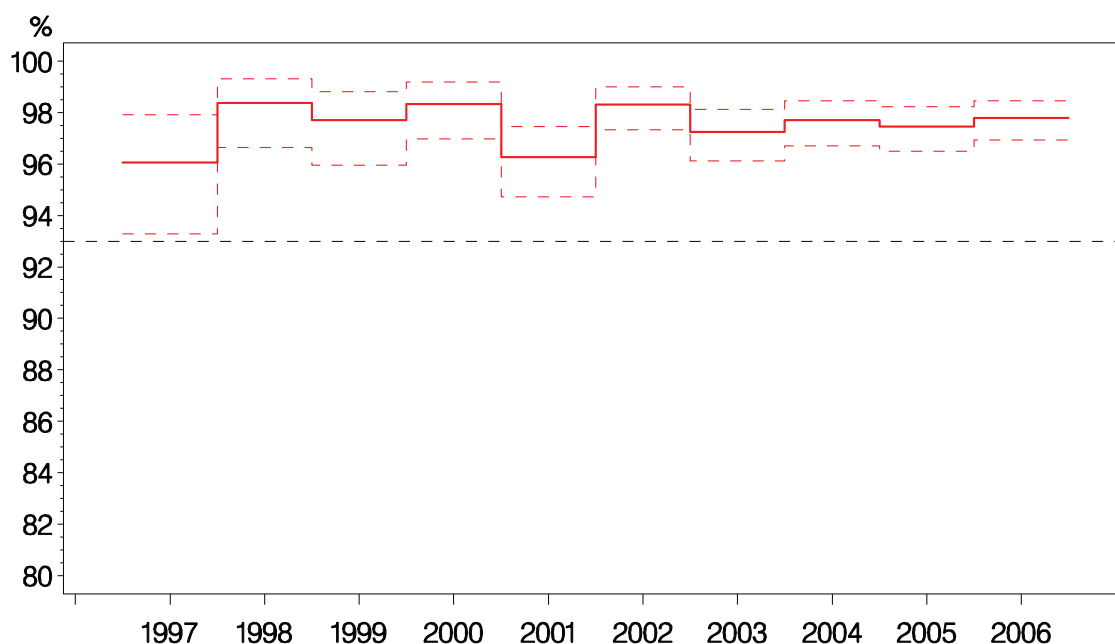
**Nævnerdefinition (population):** Antal kvinder med IBC, der modtager brystbevarende terapi, uanset observationsperiodens længde efter diagnosetidspunkt.

Første event for BCS opererede per operationsår.

Event for BCS opererede per operationsår	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1997	19	(6.3)	60	(19.8)	216	(71.3)	8	(2.6)	303
1998	15	(3.6)	70	(16.9)	310	(74.7)	20	(4.8)	415
1999	20	(4.2)	68	(14.4)	332	(70.5)	51	(10.8)	471
2000	21	(3.6)	79	(13.5)	441	(75.4)	44	(7.5)	585
2001	44	(5.5)	85	(10.7)	611	(76.7)	57	(7.2)	797
2002	29	(3.0)	138	(14.2)	743	(76.3)	64	(6.6)	974
2003	46	(4.4)	119	(11.3)	827	(78.6)	60	(5.7)	1052
2004	32	(2.7)	108	(9.2)	943	(80.7)	86	(7.4)	1169
2005	42	(3.2)	99	(7.5)	1116	(84.0)	71	(5.3)	1328
2006	34	(2.3)	88	(5.9)	1267	(85.2)	98	(6.6)	1487
2007	28	(1.6)	73	(4.1)	1596	(88.9)	98	(5.5)	1795
2008	19	(0.9)	90	(4.1)	2010	(91.3)	83	(3.8)	2202
2009	18	(0.6)	73	(2.5)	2819	(95.1)	53	(1.8)	2963
2010	9	(0.4)	38	(1.5)	2487	(96.9)	33	(1.3)	2567
Alle	376	(2.1)	1188	(6.6)	15718	(86.8)	826	(4.6)	18108

**Indikator 10:** Indikatorværdi per operationsår. Andel af patienter, der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning.

Operationsår	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
1997	96.1%	93.3%	97.9%
1998	98.4%	96.6%	99.3%
1999	97.7%	96.0%	98.8%
2000	98.3%	97.0%	99.2%
2001	96.3%	94.7%	97.5%
2002	98.3%	97.3%	99.0%
2003	97.3%	96.1%	98.1%
2004	97.7%	96.7%	98.5%
2005	97.5%	96.5%	98.2%
2006	97.8%	96.9%	98.5%
Alle	97.9%	97.6%	98.1%



#### Indikator 10: Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi.

Andelen af patienter, der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger med operationsår 1997-2006. Referenceværdi: 93% af patienter fri for lokalt recidiv ( $\pm$ andre recidiver) efter 5 år.

#### Første event for BCS opererede 1997-2010 per protokol.

Lokalt recidiv for BCS opererede per protokol	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A lavrisiko	136	(2.6)	372	(7.0)	4596	(87.1)	173	(3.3)	5277
B yngre*, R+/?	53	(1.3)	179	(4.3)	3808	(91.8)	106	(2.6)	4146
C ældre*, R+/?	86	(1.4)	416	(6.8)	5291	(86.3)	338	(5.5)	6131
D, R-	101	(4.0)	221	(8.7)	2023	(79.2)	209	(8.2)	2554
Alle	376	(2.1)	1188	(6.6)	15718	(86.8)	826	(4.6)	18108

\*: Indtil 2007 markerede menopausen overgangen imellem den yngre og den ældre aldersgruppe. Fra 2007 tilhører patienter op til 59 år den yngre aldersgruppe og patienter på 60 år eller ældre den ældre gruppe.

**Indikator 10:** Indikatorværdi per protokol. Andel af patienter, der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning.

Protokol	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
A lavrisiko	97.5%	97.0%	98.0%
B yngre*, R+/?	98.6%	98.1%	99.0%
C ældre*, R+/?	98.5%	98.1%	98.8%
D, R-	96.1%	95.2%	96.9%
Alle	97.9%	97.6%	98.1%

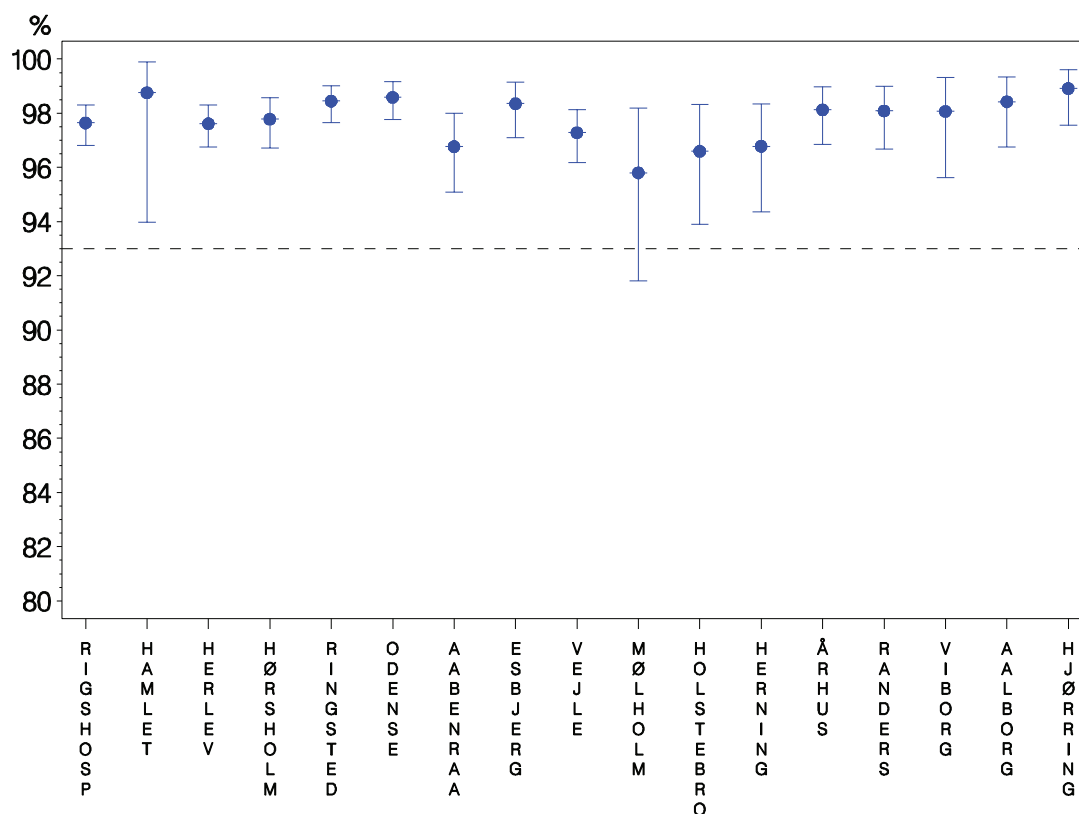
\*: Indtil 2007 markerede menopausen overgangen imellem den yngre og den ældre aldersgruppe. Fra 2007 tilhører patienter op til 59 år den yngre aldersgruppe og patienter på 60 år eller ældre den ældre gruppe.

Første event for BCS opererede 1997-2010 per kirurgisk afdeling.

Lokalt recidiv for BCS opererede per afdeling	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	60	(2.5)	174	(7.4)	1986	(84.2)	138	(5.9)	2358
HAMLET	1	(1.1)	6	(6.5)	80	(87.0)	5	(5.4)	92
HERLEV	49	(2.0)	124	(5.1)	2148	(88.4)	109	(4.5)	2430
HØRSHOLM	30	(2.9)	98	(9.4)	844	(81.2)	68	(6.5)	1040
RINGSTED	25	(1.0)	90	(3.6)	2248	(90.4)	123	(4.9)	2486
ODENSE	31	(2.1)	117	(7.8)	1268	(84.1)	91	(6.0)	1507
AABENRAA	27	(3.1)	49	(5.6)	766	(87.1)	37	(4.2)	879
ESBJERG	16	(1.8)	57	(6.4)	777	(87.6)	37	(4.2)	887
VEJLE	39	(2.6)	112	(7.5)	1273	(84.9)	76	(5.1)	1500
MØLHOLM	8	(3.4)	17	(7.2)	203	(86.4)	7	(3.0)	235
HOLSTEBRO	11	(2.6)	26	(6.1)	378	(89.4)	8	(1.9)	423
HERNING	16	(5.0)	49	(15.3)	246	(76.9)	9	(2.8)	320
ÅRHUS	18	(1.8)	77	(7.6)	896	(88.3)	24	(2.4)	1015
RANDERS	17	(1.9)	72	(8.0)	772	(86.2)	35	(3.9)	896
VIBORG	7	(0.9)	39	(5.1)	705	(92.0)	15	(2.0)	766
AALBORG	10	(1.5)	38	(5.8)	582	(89.3)	22	(3.4)	652
HJØRRING	11	(1.8)	43	(6.9)	546	(87.8)	22	(3.5)	622
Alle	376	(2.1)	1188	(6.6)	15718	(86.8)	826	(4.6)	18108

**Indikator 10:** Indikatorværdi per kirurgisk afdeling. Andel af patienter, der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning.

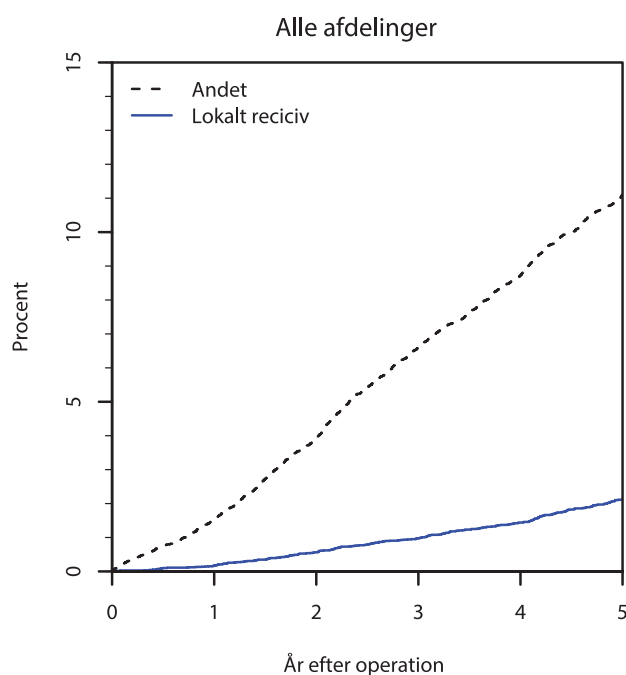
Afdeling	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
RIGSHOSPITALET	97.6%	96.8%	98.3%
HAMLET	98.8%	94.0%	99.9%
HERLEV	97.6%	96.7%	98.3%
HØRSHOLM	97.8%	96.7%	98.6%
RINGSTED	98.4%	97.7%	99.0%
ODENSE	98.6%	97.8%	99.2%
ÅBENRÅ	96.8%	95.1%	98.0%
ESBJERG	98.4%	97.1%	99.1%
VEJLE	97.3%	96.2%	98.1%
MØLHOLM	95.8%	91.8%	98.2%
HOLSTEBRO	96.6%	93.9%	98.3%
HERNING	96.8%	94.4%	98.4%
ÅRHUS AS	98.1%	96.9%	99.0%
RANDERS	98.1%	96.7%	99.0%
VIBORG	98.1%	95.6%	99.3%
ÅLBORG	98.4%	96.8%	99.3%
HJØRRING	98.9%	97.6%	99.6%
UOPLYST	97.9%	97.6%	98.1%



### Indikator 10: Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi.

Andelen af patienter, der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1997-2010. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv ( $\pm$ andre recidiver) efter 5 år. Bemærk at begivenheden lokalt recidiv forekommer i konkurrence med andre sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom og død).

Forekomst af lokalt recidiv ( $\pm$ andre recidiver) og konkurrerende sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom eller død) efter brystbevarende terapi for alle afdelinger. Indikatoren omhandler andelen af patienter, der ikke udvikler lokalt recidiv 5 år efter operation og indikatorværdien bestemmes som  $100\% - 2.1\% = 97.9\%$ .



Første event for BCS opererede i 1997-2010 efter patienters alder ved operation.

Lokalt recidiv for BCS opererede per aldersgruppe	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
≤ 34 år	19	(7.4)	33	(12.9)	191	(74.6)	13	(5.1)	256
35-39 år	25	(5.1)	38	(7.8)	406	(83.5)	17	(3.5)	486
40-49 år	84	(2.9)	202	(6.9)	2567	(87.4)	85	(2.9)	2938
50-59 år	121	(2.0)	396	(6.5)	5296	(87.5)	239	(3.9)	6052
60-69 år	100	(1.5)	413	(6.0)	5991	(87.6)	335	(4.9)	6839
70-74 år	26	(1.9)	102	(7.5)	1112	(81.7)	121	(8.9)	1361
≥ 75 år	1	(0.6)	4	(2.3)	155	(88.1)	16	(9.1)	176
Alle	376	(2.1)	1188	(6.6)	15718	(86.8)	826	(4.6)	18108

**Indikator 10:** Indikatorværdi per aldersgruppe. Andel af patienter, der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning.

Alder	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
≤ 34 år	91.7%	87.4%	95.0%
35-39 år	95.2%	92.7%	97.0%
40-49 år	97.6%	96.9%	98.2%
50-59 år	98.1%	97.7%	98.5%
60-69 år	98.3%	97.9%	98.7%
70-74 år	97.8%	96.6%	98.6%
≥ 75 år	99.4%	97.0%	99.9%
Alle	97.9%	97.6%	98.1%



Første event for mastektomi opererede i 1997-2010 efter patienters alder ved operation. Data tjener til sammenligning med resultaterne hos BCS opererede patienter.

Event for mastektomi opererede per aldersgruppe	Første event for mastektomi opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
≤ 34 år	6	(1.9)	51	(16.6)	219	(71.1)	32	(10.4)	308
35-39 år	12	(2.1)	92	(16.2)	425	(74.7)	40	(7.0)	569
40-49 år	40	(1.5)	376	(14.1)	2075	(77.6)	182	(6.8)	2673
50-59 år	101	(2.3)	707	(15.8)	3304	(74.0)	351	(7.9)	4463
60-69 år	85	(1.7)	774	(15.7)	3458	(70.3)	599	(12.2)	4916
70-74 år	48	(2.4)	274	(13.6)	1302	(64.7)	389	(19.3)	2013
≥ 75 år	3	(1.1)	32	(12.2)	173	(66.0)	54	(20.6)	262
Alle	295	(1.9)	2306	(15.2)	10956	(72.1)	1647	(10.8)	15204

### **Kommentar**

Resultatet vedr. denne indikator ligger stabilt højt omkring 98%, og det afspejler en lokalrecidivfrekvens over 5 år på 2%. Dette er særdeles tilfredsstillende, og styregruppen vil som tidligere også fremhæve, at de gode resultater er ligeligt fordelt ved alle afdelinger.

De bemærkninger, der blev knyttet til sidste års rapport vedr. den relativt høje lokalrecidivfrekvens for de meget unge patienter, er fortsat gældende. Som også omtalt sidste år, er der projekter i gang, der skal belyse dette forhold nærmere, men på nuværende tidspunkt, er dette arbejde ikke færdigt.

## Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

**Beskrivelse:** Andel af patienter, der ikke udvikler en eller flere komplikationer blødning, sårinfektion og nekrose inden for 30 dage efter brystkræftoperation.

**Standard:** Der foreligger ikke international konsensus om en referenceværdi for kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation. En opgørelse fra Hørsholm Hospital i 2004 viste: blødning med akut re-operation: 1,2 %, sårinfektion med pus: 0,4 %, nekrose: hudlapsnekrose 1,2 % og epidermiolyse 2,9 %.

**Indikatorpopulation:** Alle patienter, der får udført cancer mammae operation.

**Formål:** Ved høje komplikationsfrekvenser må den kirurgiske kompetence evalueres for den aktuelle afdeling. Ved meget lave værdier må registreringspraksis analyseres.

**Forbehold:** I perioden 2008-2010 indberettede nogle afdelinger ikke kirurgiske komplikationer. Dette førte til 100 % opfyldelse af indikatoren, hvilket ikke kan afspejle den reelle situation.

Indikator 11 er beregnet på grundlag af udtræk fra LPR. For alle patienter opereret med brystkræft i 2011 uanset alder (n=3932) er der søgt efter følgende diagnose- og komplikationskoder: T81.0 (blødning), T81.3 (bristning og nekrose), T81.4 (sårinfektion) og T81.8 (nekrose), og for hvert fund er der registreret dato for den tilhørende indlæggelse og operationsprocedure. Der blev i alt fundet 165 indberetninger af kirurgiske komplikationer fordelt på 56 indlæggelsesdatoer for i alt 48 patienter. I 2010 blev der fundet 1650 indberetninger af kirurgiske komplikationer fordelt på 416 indlæggelsesdatoer for i alt 229 patienter.

Det skal bemærkes, at Dansk Mammakirurgisk Selskab med virkning fra 27. maj 2010 implementerede en revideret diagnoseliste, der inkluderer DT813D og DT813C (dyb hhv. overfladisk bristning og nekrose). 2011 er det første år hvor disse diagnoser inkluderes i beregningen af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

Det er kun komplikationer, der er indtruffet inden for 30 dage efter den primære operation, der medregnes ved beregningen af indikatoren. For hver patient medregnes den tidligste hændelse, og tidsforskellen er beregnet som tid fra operationsdato i DBCG's register til tid for operationsproceduren, hvor den er oplyst, ellers til tid for indlæggelsen. I 2011 har 48 patienter (1.2 %) registreret en komplikation indenfor 30 dage. Dette er et markant fald fra 2010, hvor antallet var 229 patienter (5.1 %). Det er derfor tvivlsomt om de indberettede komplikationer afspejler den reelle situation. De følgende tabeller viser sammenhæng mellem forekomst af kirurgiske komplikationer og de prognostiske faktorer.

**Indikator 11:** Patienter, der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008-2011. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Antal patienter uden kirurgiske komplikationer	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
2008	168	4.0	4055	96.0	4223
2009	186	3.6	4932	96.4	5118
2010	229	5.0	4327	95.0	4556
2011	48	1.2	3884	98.8	3932
Alle	631	3.5	17198	96.5	17829

**Indikator 11:** Patienter, der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2011 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren, hvilket skyldes, at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Ingen komplikationer vs kirurgisk afdeling	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	10	1.8	546	98.2	556
HAMLET	.	.	11	100.0	11
HERLEV	10	1.8	531	98.2	541
RINGSTED	11	1.6	658	98.4	669
ODENSE	3	1.2	244	98.8	247
AABENRAA	.	.	203	100.0	203
ESBJERG	.	.	194	100.0	194
VEJLE	2	0.7	288	99.3	290
MØLHOLM	.	.	19	100.0	19
HOLSTEBRO	5	3.9	123	96.1	128
ÅRHUS	3	1.0	307	99.0	310
RANDERS	.	.	159	100.0	159
VIBORG	1	0.4	245	99.6	246
ÅLBORG	2	0.8	244	99.2	246
HJØRRING	1	0.9	112	99.1	113
Alle	48	1.2	3884	98.8	3932

**Indikator 11:** Indikatorværdi per afdeling 2008-2011. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren hvilket skyldes, at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Indikatorværdi for operationer uden kirurgiske Komplikationer	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	96.5	94.2	90.5	98.2
HAMLET	100.0	96.2	100.0	100.0
HERLEV	92.9	95.9	94.7	98.2
RINGSTED	92.4	94.7	93.1	98.4
ODENSE	98.0	98.7	96.5	98.8
AABENRAA	99.1	98.1	98.1	100.0
ESBJERG	98.6	96.1	98.5	100.0
VEJLE	97.1	98.2	97.8	99.3
MØLHOLM	95.7	100.0	100.0	100.0
HOLSTEBRO	96.1	92.9	90.5	96.1
HERNING	85.7	100.0	.	.
ÅRHUS	97.6	97.6	97.7	99.0
RANDERS	96.5	94.5	93.8	100.0
Mammaklinik	100.0	100.0	100.0	.
AROSprivhosp	96.4	80.0	.	.
VIBORG	94.9	98.3	95.8	99.6
ÅLBORG	100.0	100.0	99.6	99.2
HJØRRING	98.7	98.6	98.6	99.1
Alle	96.0	96.4	95.0	98.8

**Indikator 11:** Patienter, der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2011 efter operationstype. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Ingen komplikationer vs operationstype	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
<b>Operationstype</b>					
Mastektomi	16	1.5	1067	98.5	1083
Lumpektomi	32	1.3	2512	98.7	2544
Biopsi	.	.	145	100.0	145
Mastektomi efter neo-adj	.	.	94	100.0	94
Lumpektomi efter neo-adj	.	.	66	100.0	66
Alle	48	1.2	3884	98.8	3932

**Indikator 11:** Patienter, der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2011 efter tumorstørrelse. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

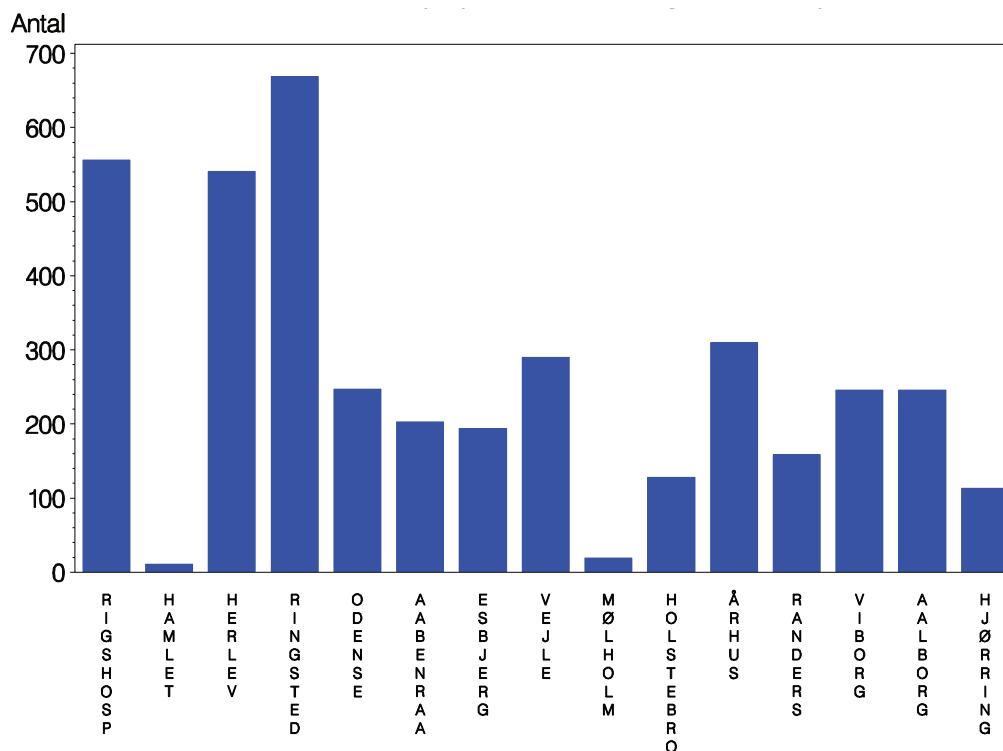
Ingen komplikationer vs tumorstørrelse (mm)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
<b>Tumorstørrelse (mm)</b>					
00-10	7	0.8	914	99.2	921
11-20	27	1.6	1617	98.4	1644
21-50	13	1.1	1180	98.9	1193
≥ 51	1	0.8	129	99.2	130
Uoplyst	.	.	44	100.0	44
Alle	48	1.2	3884	98.8	3932

**Indikator 11:** Patienter, der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2011 efter alder. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Ingen komplikationer vs alder (år)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
<b>Alder</b>					
≤ 34 år	.	.	63	100.0	63
35-39 år	1	0.9	116	99.1	117
40-49 år	5	1.0	519	99.0	524
50-59 år	15	1.7	878	98.3	893
60-69 år	15	1.1	1297	98.9	1312
70-74 år	4	1.1	371	98.9	375
≥ 75 år	8	1.2	640	98.8	648
Alle	48	1.2	3884	98.8	3932

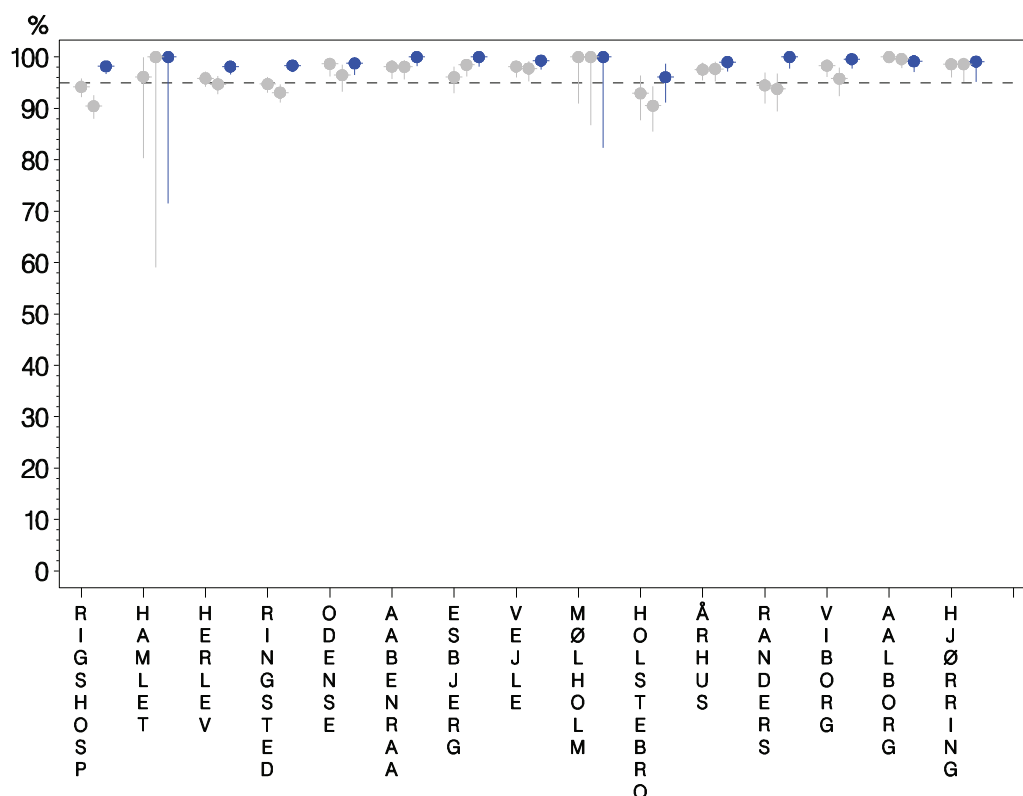
## Diagnosekoder for kirurgiske komplikationer per patient i 2011.

Diagnosekoder per patient		2011	
		N	%
Diagnosekode	Tekst		
DT810	Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	1	0.03
	Postoperativ blødning el hæmatom IKA	11	0.28
DT810B	Haematoma et haemorrhagia superficialis in vuln. operationis	1	0.03
DT810C	Dybt hæmatom el blødning i operationssår	2	0.05
	Haematoma et haemorrhagia profunda in vulneris operationis	1	0.03
DT810G	Postoperativ blødning UNS	11	0.28
DT810H	Postoperativt hæmatom UNS	4	0.10
DT813D	Dyb bristning af operationssår	1	0.03
DT814	Infektion efter indgreb IKA	1	0.03
DT814D	Sepsis postoperativa	1	0.03
DT814F	Infectio vulneris postoperativa	1	0.03
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	7	0.18
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion	5	0.13
DT814X	Anden postoperativ infektion	1	0.03
INGEN	Ingen diagnose for kirurgisk komplikation	3884	98.78
Alle		3932	100.00



**Indikator 11:** Indikatorpopulation, kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.

Antal patienter per afdeling i perioden 2011: indikator bestemt (blå signatur). Alle patienter uanset alder indgår i indikatorpopulationen (n = 3932).



### Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur).

Den stiplede linje angiver 95 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Bemærk at registreringspraksis varierer afdelingerne imellem. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren, hvilket skyldes, at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

### Kommentar

Der er ikke sket nogen ændring vedr. denne indikator i de år, den er blevet registreret. Som tidligere beskrevet, kan den høje indikatorværdi ikke i sig selv tages som udtryk for høj kvalitet, men er derimod et resultat af manglende indberetning af komplikationer ved de mammakirurgiske afdelinger. Der har været rettet fokus mod dette i de seneste års rapporter, og der er også gjort en aktiv indsats for forbedringer af indberetningspraksis med udgivelsen af kodevejledningen fra Dansk Mammakirurgisk Selskab. Dette har dog ikke ført til det ønskede resultat, og der er flere afdelinger, der tilsyneladende slet ikke har indberettet komplikationer. Styregruppen har på baggrund heraf besluttet, at indikatoren ikke længere skal indgå i indikatorsættet, idet den giver et helt misvisende resultat.



## Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

**Beskrivelse:** Andel af operationer med anvendelse af sentinel node teknik, hvor der er anvendt frysemikroskopi, og hvor der er angivet at alle fundne sentinel node lymfeknuder er negative i frysemikroskopi, men hvor der siden opgives, at der er fundet en positiv sentinel node lymfeknude.

**Standard:** Der er ikke defineret en standard for denne indikator.

**Indikatorpopulation:** Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og tumorstørrelse mellem 0 og 50 mm, hvor der er anvendt sentinel node teknik og lavet frysemikroskopi, og hvor der kun er fundet negative sentinel node lymfeknuder i frysepræparatet.

**Formål:** Det er ønskeligt at bestemme sentinel node positivitet i første operation, så patienten ikke skal gennem en yderligere operation. På den anden side er det ønskeligt at finde de få tilfælde, hvor første sentinel node lymfeknude fra frysensnit er falsk negativ.

**Beregning:** Beregningen af indikatoren sker på grundlag af parametre indberettet via patologiskemaet af patologiafdelingen: SN teknik er anvendt, frysemikroskopi er anvendt uden fund af positive lymfeknuder, men der er afsluttende fundet positive mikro- eller makrometastaser i SN lymfeknuder. Sen sentinel node positivitet opdeles i: Fund af makrometastaser, ingen fund af makrometastaser, men fund af mikrometastaser, eller ingen fund af makro- eller mikrometastaser, men fund af enkeltceller. Indikatoren er opfyldt, hvis det negative fund i frysemikroskopi ikke efterfølges af et senere fund af positive SN-lymfeknuder. Indikatoren kan beregnes fra og med 2007.

I perioden 2008-2011 blev der opereret 15.016 patienter i aldersgruppen 20 til 75 år med invasiv brystkræft og tumorstørrelse mellem 0 og 50 mm. Sentinel node teknik blev anvendt for 13.895 patienter (92.5%), blandt disse er der lavet frys for 12.859 patienter (92.5%), der er ikke frys for 732 (5.3%), mens det er uoplyst for 304 patienter (2.2%).

I årsrapport 2010 blev anvendelsen af SN ved operation bestemt til 82.4% for perioden 2007-2010. Denne værdi er væsentligt lavere end 92.5% fundet for perioden 2008-2011. Årsagerne hertil er formentlig en ændring af indberetningspraksis i 2007 samt oprensning af data i forbindelse med forskningsprojekter baseret på DBCG's registerdata. I forhold til årsrapport 2010 er antallet af patienter med SN operation således steget med 358, 387 og 447 i perioden 2008-2010, mens antallet af patienter med anvendelse af frys er steget 296, 334 og 378.

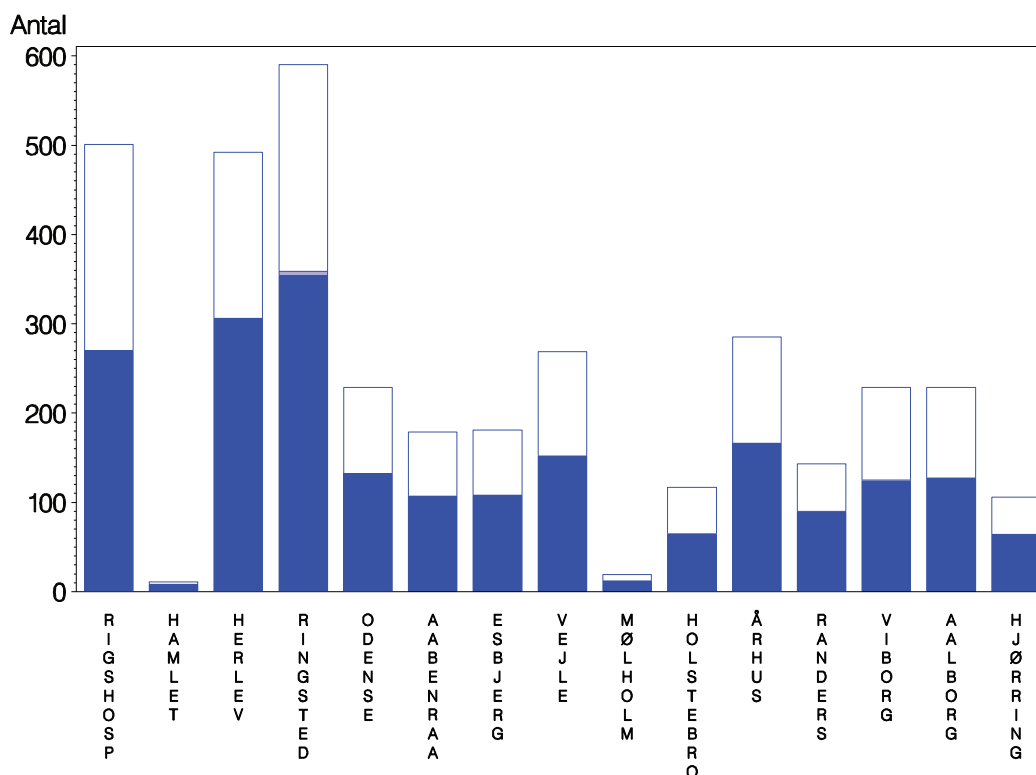
## Anvendelse af frysemikroskopi blandt patienter med SN operation 2008-2011.

Antal patienter med SN anvendt	Frysemikroskopi						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2008	150	(4.7)	2880	(90.7)	147	(4.6)	3177
2009	147	(3.7)	3747	(93.4)	117	(2.9)	4011
2010	174	(4.9)	3338	(94.4)	24	(0.7)	3536
2011	261	(8.2)	2894	(91.3)	16	(0.5)	3171
Total	732	(5.3)	12859	(92.5)	304	(2.2)	13895

For de 12.859 patienter med anvendelse af frys er SN er vurderet negativ i frys for 9126 patienter (71.0%) og positiv for 2.780 patienter (21.7%), mens status er ukendt for 945 patienter (7.3%). Antallet af uoplyste er faldet meget fra 2008, så der i 2011 kun er 2.2 % uoplyste. Andelen af positive fund er steget. Dette afspejler muligvis en ændring i indberetningerne, idet man tidligere ikke altid indberettede positive fund i frys særskilt.

## Fund i frysemikroskopi blandt patienter med SN-operation og anvendelse af frys i 2008-2011.

Antal patienter med SN og fryse- mikroskopi	Fund i frysemikroskopi						Alle
	Negativ		Positiv		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2008	1988	(69.0)	195	(6.8)	697	(24.2)	2880
2009	2689	(71.8)	929	(24.8)	129	(3.4)	3747
2010	2358	(70.6)	924	(27.7)	56	(1.7)	3338
2011	2091	(72.3)	740	(25.6)	63	(2.2)	2894
Total	9126	(71.0)	2788	(21.7)	945	(7.3)	12859



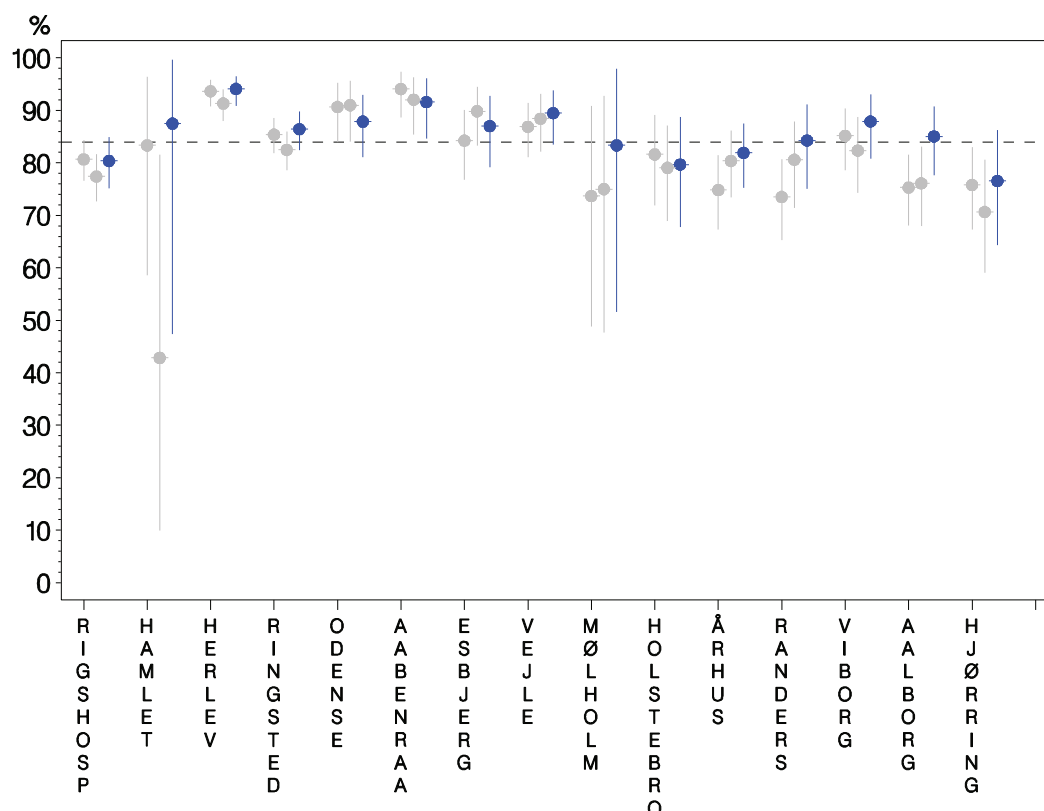
#### Indikator 12: Indikatorpopulation, sen sentinel node positivitet.

Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 62.5% af patienterne er med i beregningen af indikator 12.

I den endelige vurdering af sentinel node lymfeknuder er der 7698 patienter uden yderligere fund i SN blandt de 9.126 med negativ SN i frys (84.4%), der er 1414 patienter som er sent sentinel node positive (15.5%) fordelt med 302 med positive makrometastaser (3.3%) og 816 med positive mikrometastaser (8.9%). Derudover er der fundet 296 med enkeltceller (3.2%) og 14 uoplyste. Andelen af sen SN-positivitet (svarende til indikator 'Ej opfyldt') lå omkring 16% i årene 2008-2010 men er i 2011 faldet til 13.5%. Ved efterfølgende aksilrømning blev der fundet yderligere positive lymfeknuder hos 107 af de 302 patienter med positive makrometastaser (35%), hos 131 af de 816 patienter med mikrometastaser (16%), og hos 8 af de 296 patienter med isolerede tumorceller (3%).

**Indikator 12:** Sen sentinel node positivitet i 2008-2011. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved frys.

Antal patienter med negativ fund i fryse- mikroskopi	Indikator 12						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2008	314	(15.8)	1674	(84.2)	.	.	1988
2009	428	(15.9)	2259	(84.0)	2	(0.1)	2689
2010	389	(16.5)	1965	(83.3)	4	(0.2)	2358
2011	283	(13.5)	1800	(86.1)	8	(0.4)	2091
Alle	1414	(15.5)	7698	(84.4)	14	(0.2)	9126



**Indikator 12:** Sen sentinel node positivitet.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009-2010 (grå signatur) og 2011 (blå signatur). Den stiplede linje angiver landsgennemsnittet for 2007-2010: 84 %. Der er ikke fastsat nogen referenceværdi for denne indikator.

**Indikator 12:** Sen sentinel node positivitet per afdeling i 2011. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved frys.

Antal patienter med negativ fund i frysemikroskopi	Indikator 12						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	53	(19.6)	217	(80.4)	.	.	270
HAMLET	1	(12.5)	7	(87.5)	.	.	8
HERLEV	18	(5.9)	288	(94.1)	.	.	306
RINGSTED	48	(13.4)	306	(85.2)	5	(1.4)	359
ODENSE	16	(12.1)	116	(87.9)	.	.	132
AABENRAA	9	(8.4)	98	(91.6)	.	.	107
ESBJERG	14	(13.0)	94	(87.0)	.	.	108
VEJLE	16	(10.5)	136	(89.5)	.	.	152
MØLHOLM	2	(16.7)	10	(83.3)	.	.	12
HOLSTEBRO	13	(20.0)	51	(78.5)	1	(1.5)	65
ÅRHUS	30	(18.1)	136	(81.9)	.	.	166
RANDERS	14	(15.6)	75	(83.3)	1	(1.1)	90
VIBORG	15	(12.0)	109	(87.2)	1	(0.8)	125
AALBORG	19	(15.0)	108	(85.0)	.	.	127
HJØRRING	15	(23.4)	49	(76.6)	.	.	64
Alle	283	(13.5)	1800	(86.1)	8	(0.4)	2091

Antal sent positive SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2008-2011.

Antal patienter med negativ fund i fryse- mikroskopi	Antal sent positive SN-lymfeknuder										
	0		1		2		≥ 3		Uoplyst		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2008	1674	(84.2)	270	(13.6)	38	(1.9)	6	(0.3)	.	.	1988
2009	2259	(84.0)	370	(13.8)	49	(1.8)	9	(0.3)	2	(0.1)	2689
2010	1965	(83.3)	350	(14.8)	34	(1.4)	5	(0.2)	4	(0.2)	2358
2011	1800	(86.1)	247	(11.8)	27	(1.3)	9	(0.4)	8	(0.4)	2091
Total	7698	(84.4)	1237	(13.6)	148	(1.6)	29	(0.3)	14	(0.2)	9126

Sent positive makrometastaser i SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2008-2011.

Antal patienter med negativ fund i fryse- mikroskopi	Positive makrometastaser i SN						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2008	1916	(96.4)	72	(3.6)	.	.	1988
2009	2607	(97.0)	76	(2.8)	6	(0.2)	2689
2010	2258	(95.8)	87	(3.7)	13	(0.6)	2358
2011	1990	(95.2)	67	(3.2)	34	(1.6)	2091
Total	8771	(96.1)	302	(3.3)	53	(0.6)	9126

Sent positive mikrometastaser i SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2008-2011.

Antal patienter med negativ fund i fryse- mikroskopi	Positive mikrometastaser i SN						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2008	1738	(87.4)	178	(9.0)	72	(3.6)	1988
2009	2361	(87.8)	247	(9.2)	81	(3.0)	2689
2010	2025	(85.9)	236	(10.0)	97	(4.1)	2358
2011	1848	(88.4)	155	(7.4)	88	(4.2)	2091
Total	7972	(87.4)	816	(8.9)	338	(3.7)	9126

Sent positive enkeltceller i SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2008-2011.

Antal patienter med negativ fund i fryse- mikroskopi	Positive enkelt celler i SN						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2008	1674	(84.2)	64	(3.2)	250	(12.6)	1988
2009	2255	(83.9)	105	(3.9)	329	(12.2)	2689
2010	1955	(82.9)	66	(2.8)	337	(14.3)	2358
2011	1795	(85.8)	61	(2.9)	235	(11.2)	2091
Total	7679	(84.1)	296	(3.2)	1151	(12.6)	9126

**Kommentar**

Opgørelsen af denne indikator viser et overordnet tilfredsstillende resultat med 86% opfyldelse af indikatoren, men som det også blev fundet i sidste års opgørelse, er der relativt stor spredning ved de offentlige afdelinger. Det er dog at bemærke, at de afdelinger, der tidligere har ligget i den lavere ende alle synes at have forbedret resultatet det seneste år. Forklaringen på spredningen i resultaterne er forsøgt givet i sidste års rapport. Det anses primært for et udtryk for uensartet praksis på området. Der er afdelinger, der har anvendt peroperativ immunfarvning for cytokeratin, og derfor detekterer flere mikrometastaser og ITC. Omvendt er der andre afdelinger, hvor dette ikke har været tilfældet, men hvor der i forbindelse med undersøgelse på paraffinindstøbt materiale udføres mere intensiv opskæring af præparatet og dermed detekteres flere sent positive lymfeknuder.

Det blev sidste år fremhævet, at der var behov for en ensretning på dette område. Imidlertid er grundlaget fra midten af 2012 helt ændret med indførelse af de nye retningslinjer for anvendelsen af sentinel node, og fra næste års rapport vil der være et andet grundlag for at beregne indikatoren. Aksilrømning vil ikke længere blive anbefalet ved udelukkende mikrometastaser eller ITC i op til 2 lymfeknuder, og samtidig med den ændring, så vil der ikke længere være noget rationale for rutinemæssig immunfarvning ved frysemikroskopi. Sen positiv SN vil derefter fortrinsvist dreje sig om patienter med makrometastaser. Det for 2011 opgjort til omkring 3 %. Selvom andelen altså er beskeden, så har styregruppen besluttet at bevare indikatoren, i hvert fald næste år, men altså kun for patienter med sen positiv SN som følge af makrometastase.

## Forklaring af kontrolplot til bilag 2:

