

Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft

2012

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

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, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG: Radiologiudvalget, Kirurgisk Udvalg, Radioterapiudvalget, Medicinsk Udvalg og Patologiudvalget. Derudover er der repræsentanter fra Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Biostatistik, Nord (KCEB-Nord), 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 april 2013:

Peer Christiansen	Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlersen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Hospital (Patologiudvalget)
Mette Holck Nielsen	Odense Universitetshospital (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiudvalget)
Susanne Møller	DBCG (Statistik) <i>indtil 1.7.2013</i>
Maj-Britt Jensen og Karsten Bjerre	DBCG (Statistik) <i>fra 1.7.2013</i>
Martin Larsen	DBCG-D (Datalogi)
Mette Nørgaard	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Biostatistik Nord (KCEB-Nord)
Thor Schmidt	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Øst (KCKS-Øst)
Mads Chr. Haugaard	Region Syddanmark
Anne Pedersen	Region Sjælland

Databearbejdning til denne sjette indikatorrapport for 2012 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af statistiker Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat/KCEB-Nord, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 12. juni 2013. Rapporten har desuden været i høring hos Danske Regioner og de indberettende afdelinger fra 6. maj til 5. juni 2013.

DBCG-sekretariatet
Strandboulevarden 49, 4. sal
c/o Kræftens Bekæmpelse
2100 København Ø
E-mail: dbcg@dbcg.dk
Tlf.: 38 66 06 60

Postadresse:
DBCG-sekretariat
Rigshospitalet, afsnit 2501
Blegdamsvej 9
2100 København Ø

Peer Christiansen peerchri@rm.dk
Maj-Britt Jensen mj@dbcg.dk
Karsten Bjerre kb@dbcg.dk

Side	Indhold
2	Kolofon
4	Forord
5	Sammendrag
7	Indberettende afdelinger 2012
10	Fuldstændighed af DBCG data
10	Databasekomplethed
13	Patienter efter kirurgisk og patologisk afdeling i DBCG
16	Datakomplethed
18	Demografiske og prognostiske parametre 2009-2012
30	Beregning af kvalitetsindikatorer
32	Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose
36	Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
40	Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden
44	Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder
48	Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed
52	Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer
56	Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram
57	Højrisiko-patienter
60	Lavrisiko-patienter
63	Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved brystbevarende terapi
68	Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer
72	Indikator 12: Sen sentinel node positivitet
76	Oversigt indikatorer 2012
77	Teknisk beskrivelse af databasekomplethed
78	Teknisk beskrivelse af indikatorer
82	Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 9
86	Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 8
88	Sygehus- og afdelingsklassifikation (SHAK)
92	Regionale kommentarer til indikatorrapport 2012
93	Forklaring af trendplot til bilag 3
94	BILAG 1: Demografiske og prognostiske parametre 2012 efter kirurgisk afdeling.
122	BILAG 2: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater.
136	BILAG 3: Trendplots for indikatorer efter indberettende afdeling.

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 25 patienter (0,6 %) med 18 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". Styregruppen anser det ikke for meningsfyldt at kommentere på så usikkert et grundlag.

Årsrapport 2012 er i forhold til tidligere årsrapporter udvidet med bestemmelse af databasekomplethed i forhold til Patologidatabanken, herved medtages alle CPR registeret i DBCG's tabel for patienter med primær invasiv brystkræft.

Den faglige styregruppe vedtog i oktober 2009 at udelade indikator 6 'Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)' af indikatorsættet. Indikator 12 'sen sentinel node positivitet' blev indført i 2010. Indikator 1 'Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm' blev udeladt af indikatorsættet i 2011, idet kvaliteten af mammografiscreening nu monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening.

Sammendrag

I 2012 havde DBCG en databasekomplethed på 95 % i forhold til referenceregistret Patologi-databanken. Indikatorberegningen for 2012 er foretaget på baggrund af indberetning af i alt 3382 kvinder med primære invasive diagnoser i aldersgruppen 18-75 år, og det er data indberettet inden 30. maj 2012, der danner grundlag for beregningerne. I rapporten angives indikatorværdi for 9 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'. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen, hvor data for de(n) relevante variable er oplyst.

Resultatet kan sammenfattes som følger:

Indikatornavn	Indikator-værdi	Reference-værdi
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm.	Udgået i 2011	
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi.	91 %	70 %
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.	72 %	67 % (bedste gæt)
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	96 %	95 % (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder.	96 %	90 %
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation.	Udgået i 2010	
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med data-komplethed.	86 %	95 %
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer.	86 %*	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.		
Højrisiko-patienter:	76 %	95 %
Lavrisiko-patienter:	76 %	95 %
Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.	98.0 %	93 %
Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.	98.9 %	?
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.	97 %	?

*: Værdi for 2011.

Den multidisciplinære behandling af brystkræft i Danmark ligger på et fagligt højt niveau. Det dokumenterer dette års kvalitetsindikatorrapport, og sammen med de foregående rapporter fra 2006 og frem, så er det også evident, at det faglige niveau ligger stabilt højt. I dette års rapport er der gjort en hel del ud af at redegøre for kompletheden af registrering, og det har selvfølgelig som baggrund, at der på netop det område ikke leves op til de standarder, der ønskes. DBCG har gjort en stor indsats for at simplificere indberetningsproceduren, der nu udelukkende er webbaseret, men det har ikke ført til en signifikant forbedring, og det må anses for meget utilfredsstillende. Det er et tilbagevendende tema, når dette problem drøftes i faglige kredse, at der ikke er de tilstrækkelige ressourcer ved de kliniske afdelinger, til at sikre, at indberetning sker som tilsigtet. Styregruppen vil igen opfordre Danske Regioner og deres kvalitetsafdelinger til at medvirke til, at der kommer

en løsning på problemet. Vi anser det for at være en alvorlig brist for kvalitetsarbejdet, at kvalitetsindikatorerne kan være beregnet på et for begrænset grundlag og derfor ikke nødvendigvis er retvisende.

Indberettende afdelinger 2012

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år; der var i 2012 14 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 14 onkologiske afdelinger (tabel 2) og 12 patologi-afdelinger (tabel 3). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller i kontrol indtil 10 år efter operation har 25 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	Hovedstaden
2	1411	Center for Brystkirurgi	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, V	Privathospital Mølholm	Syddanmark
10	7004	Kirurgisk Afd.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
11	7005	Organkirurgisk Afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
12	7601	Organkirurgisk Afd., Mam	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
13	8001	Specialkirurgisk Center,	Aalborg Sygehus	Nordjylland
14	8003	Kirurgisk Afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Tabel 2. Onkologiske afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCg kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Onkologisk & Palliativ A	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4	2501	Onkologisk 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.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
14	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

*: Højrisiko-patienter 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 Højrisiko-patienter følges i Ringsted, dette gælder bl.a. for patienter der ifølge guidelines skulle behandles i protokol D, men p.gr.a. høj alder eller komorbiditet følger protokol A.

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

Obs	DBCg kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Patologiafdelingen	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3002	Klinisk Patologi	Slagelse Sygehus	Sjælland
4	4202	Afdeling for Klinisk Pat	Odense Universitetshospital	Syddanmark
5	5001	Patologisk Inst.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
6	5501	Klinik for Patologisk An	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
7	6008	Klinisk Patologi	Vejle Sygehus	Syddanmark
8	7004	Patologisk Inst.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
9	7005	Patologisk Inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
10	7601	Patologisk Inst.	Regionshospitalet Viborg/Skive	Midtjylland
11	8001	Patologisk Inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
12	8003	Patologisk Inst.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

*: Patologiafdelingen i Holstebro udfører primær diagnostik på nålebiopsier, men ikke diagnostik på operationspræparater.

Table 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	Hovedstaden
2	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
5	2001	Onkologisk & Palliativ A	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	Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
15	5501	Brystkirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
16	6008	Onkologisk Afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
17	6008	Organkirurgisk Afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
18	6010	Brystkirurgisk Klinik, V	Privathospital Mølholm	Syddanmark
19	6502	Onkologisk Afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
20	7003	Onkologisk Afd.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
21	7004	Kirurgisk Afd.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
22	7601	Organkirurgisk Afd., Mam	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
23	8001	Specialkirurgisk Center,	Aalborg Sygehus	Nordjylland
24	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
25	8003	Kirurgisk Afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Fuldstændighed af DBCG data

Fuldstændighed af registerdata kan opgøres dels som databasekomplethed, der angiver om den relevante patientpopulation er kendt i registret, og dels som [datakomplethed](#), der angiver om patienter er tilstrækkeligt registreret i henhold til bestemte kriterier.

Databasekomplethed

Databasekomplethed kan hensigtsmæssigt defineres som antal patienter i databasen i forhold til antal patienter i et referenceregister. For DBCG anvendes Patologidatabanken (Patobank) som referenceregister, da patienter med primær invasiv brystkræft normalt diagnosticeres ved patologisk bedømmelse af histologiske prøver. Ikke alle patienter i DBCG optræder i Patobank, enten fordi de er diagnosticeret uden en histologisk prøve eller fordi de er fejlregistrerede i DBCG med benign diagnose, diagnosen DCIS eller brystkræftrecidiv. Vi har valgt at definere databasekomplethed som: $\text{Antal kvinder i både DBCG og Patobank} / \text{Antal kvinder i Patobank}$. Diagnoser registreret i Patobank mere end 30 dage efter operationsdato i DBCG anses for recidivdiagnoser og indgår ikke i beregningen af databasekomplethed. For patienter alene registreret i Patobank kan omfanget af recidivdiagnoser ikke bestemmes.

I 2012 blev der registreret 4424 patienter i DBCG's transaktionsregister og 4462 i Patobank, hvoraf 223 ikke var kendt i DBCG (tabel 5a). Den nationale databasekomplethed kan derfor bestemmes som: $(4462-223)/4462 \sim 95 \%$. Databasekompletheden ligger lavere i Region Hovedstaden (93 %) end i resten af landet (96 %). Der optræder desuden en alderseffekt, hvor patienter over 75 år har en lavere databasekomplethed 2010-12 (87 %) end patienter under 76 år (96 %).

I nedenstående tabeller 6a, 6b, 6c og 6d er patienter registreret i DBCG eller Patobank vist efter den afdeling, der har indberettet til DBCG's transaktionsregister.

Table 5a. Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank efter patologisk afdeling i 2012 samt databasekomplethed i 2010-2012.

Enhed ^a	Enten DBCG eller Patobank	Både DBCG og Patobank	DBCG ^b	DBCG ej Patobank	Patobank ^c	Patobank ej DBCG	Komplethed ^d 2012	Komplethed 2011	Komplethed 2010
DANMARK	4647	4239	4424	185	4462	223	95	94	95
HOVEDSTADEN	1479	1323	1375	52	1427	104	93	92	95
SJÆLLAND	682	617	658	41	641	24	96	96	98
SYDDANMARK	1084	976	1042	66	1018	42	96	94	94
MIDTJYLLAND	945	897	916	19	926	29	97	95	97
NORDJYLLAND	455	425	432	7	448	23	95	92	93
RIGSHOSPITALET	752	689	704	15	737	48	93	91	94
HERLEV	727	634	671	37	690	56	92	93	95
SLAGELSE	668	616	648	32	636	20	97	97	98
OPHØRT REG.SJ	14	1	10	9	5	4	20	0	20
ODENSE	376	336	364	28	348	12	97	93	94
SØNDERBORG	209	201	206	5	204	3	99	96	97
ESBJERG	173	160	170	10	163	3	98	97	97
VEJLE	325	279	302	23	302	23	92	91	91
OPHØRT REG.SYD	1	0	0	0	1	1	0	.	64
AARHUS	322	293	304	11	311	18	94	92	98
RANDERS	196	188	194	6	190	2	99	94	96
VIBORG	403	398	400	2	401	3	99	94	100
OPHØRT REG.MIDT	24	18	18	0	24	6	75	97	96
AALBORG	311	288	293	5	306	18	94	93	93
HJØRRING	144	137	139	2	142	5	96	90	94
UOPLYST	2	1	1	0	2	1	50	.	60

^a Patologisk afdeling ifølge DBCG. Hvis afdelingen ikke er indberettet til DBCG eller patienten kun optræder i Patobank, så anvendes afdelingen fra Patobank.

^b CPR registeret i DBCG's transaktionsregister for patienter med invasiv diagnose og med kendt operationsdato eller sekundært dato for indberetning.

^c Diagnose (K_SNOMED: M80xx3, M81xx3, M82xx3, M83xx3, M84xx3, M85xx3) registreret højst 30 dage efter operationsdato i DBCG.

^d Antal kvinder i både DBCG og Patobank / Antal kvinder i Patobank.

Table 5b. Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank og databasekomplethed 2010-2012 efter alder.

Alder	Enten DBCG eller Patobank	Både DBCG og Patobank	DBCG	DBCG ej Patobank	Patobank ^a	Patobank ej DBCG	Komplethed ^b 2010-2012
<=34 år	226	199	216	17	209	10	95
35-39 år	339	295	329	34	305	10	97
40-49 år	1877	1661	1813	152	1725	64	96
50-59 år	3269	3011	3178	167	3102	91	97
60-69 år	4719	4311	4546	235	4484	173	96
70-75 år	1533	1373	1457	84	1449	76	95
76+ år	2654	2175	2340	165	2489	314	87
Total	14617	13025	13879	854	13763	738	95

^a Diagnose (K_SNOMED: M80xx3, M81xx3, M82xx3, M83xx3, M84xx3, M85xx3) registreret højst 30 dage efter operationsdato i DBCG.

^b Antal kvinder i både DBCG og Patobank / Antal kvinder i Patobank.

Patienter efter kirurgisk og patologisk afdeling i DBCG

Tablet 6a. Kirurgisk afdeling indberettet til DBCG for patienter registeret i DBCG eller Patobank 2009-2012.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2009	2010	2011	2012	
	N	N	N	N	
OPERATIONSHOSPITAL					
RIGSHOSPITALET	781	714	664	688	2847
HAMLET	35	19	13	18	85
HERLEV	845	790	680	659	2974
RINGSTED	911	896	707	649	3163
ODENSE	270	258	293	366	1187
AABENRAA	281	289	217	202	989
ESBJERG	261	266	213	169	909
VEJLE	359	321	301	290	1271
MØLHOLM	41	27	21	7	96
HOLSTEBRO	190	199	135	2	526
AARHUS	369	328	319	305	1321
RANDERS	264	206	172	192	834
Mammaklinik	17	4	.	.	21
AROSprivhosp	13	.	.	.	13
VIBORG	340	257	279	412	1288
SKIVE	.	1	.	.	1
AALBORG	348	277	288	277	1190
HJØRRING	233	146	123	138	640
UOPLYST	346	246	301	273	1166
Total	5904	5244	4726	4647	20521

Tabel 6b. Patologisk afdeling indberettet til DBCG for patienter registeret i DBCG eller Patobank 2009-2012.

Antal patienter per patologisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle N
	2009	2010	2011	2012	
	N	N	N	N	
PATOLOGIHOSPITAL					
RIGSHOSPITALET	751	654	591	633	2629
HERLEV	760	684	591	576	2611
SLAGELSE	889	870	673	622	3054
ODENSE	236	224	252	320	1032
SØNDERBORG	267	268	211	192	938
ESBJERG	249	263	203	167	882
VEJLE	401	345	314	291	1351
HOLSTEBRO	199	196	133	9	537
AARHUS	361	324	314	295	1294
RANDERS	257	195	162	187	801
VIBORG	2	1	68	396	467
SKIVE	335	256	215	.	806
AALBORG	309	244	259	265	1077
HJØRRING	227	145	120	130	622
UOPLYST	661	575	620	564	2420
Total	5904	5244	4726	4647	20521

Tabel 6c. Kirurgisk afdeling for operation efter neo-adjuverende behandling indberettet til DBCG 2009-2012.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR*				Alle N
	2009	2010	2011	2012	
	N	N	N	N	
OPERATIONSHOSPITAL_NEO					
RIGSHOSPITALET	25	20	31	17	93
HERLEV	49	69	56	37	211
RINGSTED	34	74	81	62	251
ODENSE	32	29	27	25	113
AABENRAA	6	17	8	5	36
ESBJERG	16	17	17	9	59
VEJLE	38	57	61	48	204
MØLHOLM	1	.	1	.	2
HOLSTEBRO	6	2	3	.	11
AARHUS	6	13	23	11	53
RANDERS	3	8	5	7	23
Mammaklinik	1	.	.	.	1
VIBORG	.	3	1	6	10
AALBORG	2	3	8	5	18
HJØRRING	1	.	1	.	2
Total	220	312	323	232	1087

*: Årstal for biopsi.

Tabel 6d. Patologisk afdeling for patologisk undersøgelse efter neo-adjuverende behandling indberettet til DBCG 2009-2012.

Antal patienter per patologisk afd. og år	OPERATIONSÅR*				Alle
	2009	2010	2011	2012	
	N	N	N	N	
PATOLOGIHOSPITAL_NEO					
RIGSHOSPITALET	19	18	33	16	86
HERLEV	42	59	49	36	186
SLAGELSE	37	60	80	63	240
ODENSE	29	26	27	30	112
SØNDERBORG	7	16	10	6	39
ESBJERG	15	17	16	10	58
VEJLE	38	56	59	44	197
HOLSTEBRO	5	.	2	.	7
AARHUS	7	15	22	9	53
RANDERS	2	7	5	6	20
VIBORG	.	.	1	10	11
SKIVE	3	2	.	.	5
AALBORG	1	3	2	11	17
HJØRRING	.	.	1	.	1
Total	205	279	307	241	1032

*: Årstal for biopsi.

Datakomplethed

I DBCG er datakomplethed defineret ved patienter med primær invasiv diagnose, der har: (a) tilstrækkelig oplysning om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer, eller (b) angivelse af præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer, således at patienten må behandles udenfor DBCG's retningslinjer. Registrering i Patobank er ikke et kriterium for datakomplethed. Overensstemmelse mellem patienter med datakomplethed og registrering i Patobank beskrives i Indikator 7.

I 2012 er kravene til datakomplethed opfyldt for 3948 patienter.

Efter 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'. Der er i 2012 blevet rykket intensivt for at få afklaret disse indberetninger, ligesom et automatisk rykkersystem er under etablering.

Tabel 7. Patienter med datakomplethed i DBCG og/eller forekomst i Patobank efter patologisk afdeling i 2012.

Enhed ^a	Enten DBCG eller Patobank	Både DBCG og Patobank	DBCG ^b	DBCG ej Patobank	Patobank ^c	Patobank ej DBCG
DANMARK	4558	3852	3948	96	4462	610
HOVEDSTADEN	1440	1159	1172	13	1427	268
SJÆLLAND	663	581	603	22	641	60
SYDDANMARK	1069	891	942	51	1018	127
MIDTJYLLAND	934	856	864	8	926	70
NORDJYLLAND	450	365	367	2	448	83
RIGSHOSPITALET	740	605	608	3	737	132
HERLEV	700	554	564	10	690	136
OPHØRT REG.H	0	0	0	0	0	0
SLAGELSE	658	581	603	22	636	55
OPHØRT REG.SJ	5	0	0	0	5	5
ODENSE	365	293	310	17	348	55
SØNDERBORG	208	182	186	4	204	22
ESBJERG	171	155	163	8	163	8
VEJLE	324	261	283	22	302	41
OPHØRT REG.SYD	1	0	0	0	1	1
AARHUS	315	281	285	4	311	30
RANDERS	194	182	186	4	190	8
VIBORG	401	389	389	0	401	12
OPHØRT REG.MIDT	24	4	4	0	24	20
AALBORG	308	239	241	2	306	67
HJØRRING	142	126	126	0	142	16
UOPLYST	2	0	0	0	2	2

^a Patologisk afdeling ifølge DBCG. Hvis patienten kun optræder i Patobank, anvendes afdelingen fra Patobank.

^b Patient indberettet med datakomplethed til DBCG.

^c Diagnose (K_SNOMED: M80xx3, M81xx3, M82xx3, M83xx3, M84xx3, M85xx3) registreret højst 30 dage efter operationsdato i DBCG.

Demografiske og prognostiske parametre 2009-2012

I dette afsnit præsenteres den subpopulation af patienter, som indgår i DBCG's arbejdsregister. For at indgå i arbejdsregistret skal kravene til datakomplethed i princippet være opfyldt, men af forskellige årsager herunder fejlrettelse, vil et mindre antal kvinder indgå her uden en kendt primær invasiv diagnose eller uden protokol-allokering iht. DBCG's retningslinjer. I 2012 blev 4130 patienter* overført til arbejdsregistret og i det følgende præsenteres de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år i perioden 2009-2012 i Tabel 8.1 til 8.15. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 1.

Tabel 8.1 Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	253	(1.3)	53	(1.0)	63	(1.3)	69	(1.6)	68	(1.6)
35-39 år	418	(2.2)	105	(1.9)	101	(2.1)	122	(2.9)	90	(2.2)
40-49 år	2317	(12.4)	570	(10.4)	611	(12.5)	544	(12.8)	592	(14.3)
50-59 år	4516	(24.1)	1454	(26.5)	1202	(24.6)	926	(21.9)	934	(22.6)
60-69 år	6467	(34.5)	2094	(38.1)	1708	(34.9)	1382	(32.6)	1283	(31.1)
70-75 år	1864	(9.9)	488	(8.9)	450	(9.2)	472	(11.1)	454	(11.0)
76+ år	2915	(15.5)	728	(13.3)	759	(15.5)	719	(17.0)	709	(17.2)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

* Heraf har 124 patienter uoplyst diagnose og 5 patienter uklassificeret diagnose, desuden er 129 patienter ikke allokeret til protokol.

Tabel 8.2a Preoperativ diagnose ved billeddiagnostik per år.

	Alle		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Preoperativ diagnose ved billeddiagnostik						
Malign	6124	(73.2)	3093	(73.1)	3031	(73.4)
Suspekt	1329	(15.9)	674	(15.9)	655	(15.9)
Benign/atypi	483	(5.8)	235	(5.6)	248	(6.0)
Ej udført	260	(3.1)	144	(3.4)	116	(2.8)
Uoplyst	168	(2.0)	88	(2.1)	80	(1.9)
Total	8364	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.2b Preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi per år.

	Alle		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi						
Malign	1483	(17.7)	866	(20.5)	617	(14.9)
Suspekt	230	(2.7)	122	(2.9)	108	(2.6)
Benign/atypi	186	(2.2)	108	(2.6)	78	(1.9)
Ej udført	5867	(70.1)	2787	(65.8)	3080	(74.6)
Uoplyst	598	(7.1)	351	(8.3)	247	(6.0)
Total	8364	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.2c Preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi med billeddiagnostik og finnålsbiopsi i 2012.

Preoperativ diagnose ved billeddiagnostik og samtidig FNAC	Finnål (FNAC)										
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		Ej udført		Uoplyst		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Billeddiagnostik											
Malign	493	(16.3)	59	(1.9)	42	(1.4)	2291	(75.6)	146	(4.8)	3031
Suspekt	84	(12.8)	40	(6.1)	20	(3.1)	489	(74.7)	22	(3.4)	655
Benign/uspecific	30	(12.1)	8	(3.2)	16	(6.5)	184	(74.2)	10	(4.0)	248
Ej udført	7	(6.0)	.	.	.	.	107	(92.2)	2	(1.7)	116
Uoplyst	3	(3.8)	1	(1.3)	.	.	9	(11.3)	67	(83.8)	80
Alle	617	(14.9)	108	(2.6)	78	(1.9)	3080	(74.6)	247	(6.0)	4130

Tabel 8.2d Preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi per år.

	Alle		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi						
Malign	6974	(83.4)	3480	(82.2)	3494	(84.6)
Suspekt	182	(2.2)	102	(2.4)	80	(1.9)
Benign/atypi	146	(1.7)	78	(1.8)	68	(1.6)
Ej udført	884	(10.6)	479	(11.3)	405	(9.8)
Uoplyst	178	(2.1)	95	(2.2)	83	(2.0)
Total	8364	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.2e Diagnose ved excisionsbiopsi per år.

	Alle		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%
Diagnose ved excisionsbiopsi						
Nej	7136	(85.3)	3592	(84.8)	3544	(85.8)
Ja	431	(5.2)	219	(5.2)	212	(5.1)
Uoplyst	797	(9.5)	423	(10.0)	374	(9.1)
Total	8364	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.3a Operationstype per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operationstype										
Mastektomi	5098	(27.2)	1650	(30.0)	1270	(26.0)	1116	(26.4)	1062	(25.7)
Lumpektomi	11571	(61.7)	3323	(60.5)	3037	(62.1)	2606	(61.5)	2605	(63.1)
Biopsi *	1193	(6.4)	313	(5.7)	322	(6.6)	270	(6.4)	288	(7.0)
Mastektomi efter neo-adj	611	(3.3)	160	(2.9)	194	(4.0)	153	(3.6)	104	(2.5)
Lumpektomi efter neo-adj	277	(1.5)	46	(0.8)	71	(1.5)	89	(2.1)	71	(1.7)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

*: Nåle- og/eller excisionsbiopsi inkluderer patienter, der ikke umiddelbart efter diagnosen er opereret med kurativt sigte eller patienter, der bliver behandlet neoadjuverende, og endnu ikke er opereret.

Tabel 8.3b Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.

Mastektomi	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	1457	(28.6)	524	(31.8)	361	(28.4)	301	(27.0)	271	(25.5)
Ja	3594	(70.5)	1109	(67.2)	882	(69.4)	814	(72.9)	789	(74.3)
Uoplyst	47	(0.9)	17	(1.0)	27	(2.1)	1	(0.1)	2	(0.2)

Lumpektomi	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	1069	(9.2)	282	(8.5)	274	(9.0)	249	(9.6)	264	(10.1)
Ja	10408	(89.9)	3000	(90.3)	2710	(89.2)	2357	(90.4)	2341	(89.9)
Uoplyst	94	(0.8)	41	(1.2)	53	(1.7)	.	.	.	.

Biopsi	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	587	(49.2)	101	(32.3)	186	(57.8)	137	(50.7)	163	(56.6)
Ja	53	(4.4)	28	(8.9)	9	(2.8)	4	(1.5)	12	(4.2)
Uoplyst	553	(46.4)	184	(58.8)	127	(39.4)	129	(47.8)	113	(39.2)

*: Sentinel node teknik anvendt før planlagt neo-adjuverende behandling.

Mastektomi efter neo-adj	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	370	(60.6)	82	(51.3)	105	(54.1)	104	(68.0)	79	(76.0)
Ja	127	(20.8)	22	(13.8)	43	(22.2)	39	(25.5)	23	(22.1)
Uoplyst	114	(18.7)	56	(35.0)	46	(23.7)	10	(6.5)	2	(1.9)

*: Sentinel node teknik anvendt før neo-adjuverende behandling.

Lumpektomi efter neo-adj	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	90	(32.5)	19	(41.3)	26	(36.6)	21	(23.6)	24	(33.8)
Ja	143	(51.6)	19	(41.3)	32	(45.1)	53	(59.6)	39	(54.9)
Uoplyst	44	(15.9)	8	(17.4)	13	(18.3)	15	(16.9)	8	(11.3)

*: Sentinel node teknik anvendt før neo-adjuverende behandling.

Tabel 8.3c Årsag til aksilrømning i samme seance som sentinel node per år.

		Alle		2009		2010		2011		2012	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aksilrømning i samme seance	Årsag										
Nej	Uoplyst	9304	(49.6)	2631	(47.9)	2242	(45.8)	2132	(50.4)	2299	(55.7)
Ja	Valideringsfase	29	(0.2)	21	(0.4)	7	(0.1)	1	(0.0)	.	.
	SN frys svar	2817	(15.0)	853	(15.5)	787	(16.1)	637	(15.0)	540	(13.1)
	Mistanke om metastase	76	(0.4)	25	(0.5)	21	(0.4)	15	(0.4)	15	(0.4)
	SN ikke fundet	236	(1.3)	94	(1.7)	48	(1.0)	41	(1.0)	53	(1.3)
	Uoplyst	20	(0.1)	19	(0.3)	1	(0.0)	.	.	.	.
Uoplyst	Uoplyst	6268	(33.4)	1849	(33.7)	1788	(36.5)	1408	(33.3)	1223	(29.6)
Total		18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.4 Diagnose per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	14284	(76.2)	4234	(77.1)	3635	(74.3)	3262	(77.0)	3153	(76.3)
Lobulær	1793	(9.6)	501	(9.1)	471	(9.6)	415	(9.8)	406	(9.8)
Mucinøs	364	(1.9)	92	(1.7)	96	(2.0)	83	(2.0)	93	(2.3)
Medullær	67	(0.4)	25	(0.5)	14	(0.3)	11	(0.3)	17	(0.4)
Papillær	134	(0.7)	28	(0.5)	37	(0.8)	26	(0.6)	43	(1.0)
Tubulær	324	(1.7)	103	(1.9)	92	(1.9)	66	(1.6)	63	(1.5)
Andre	928	(4.9)	203	(3.7)	278	(5.7)	221	(5.2)	226	(5.5)
Uklassificeret	36	(0.2)	18	(0.3)	9	(0.2)	4	(0.1)	5	(0.1)
Uoplyst	820	(4.4)	288	(5.2)	262	(5.4)	146	(3.4)	124	(3.0)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.5a Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	25	(0.1)	21	(0.4)	.	.	3	(0.1)	1	(0.0)
01-04	8981	(47.9)	2427	(44.2)	2184	(44.6)	2077	(49.1)	2293	(55.5)
05-09	1002	(5.3)	340	(6.2)	243	(5.0)	215	(5.1)	204	(4.9)
>=10	6547	(34.9)	2146	(39.1)	1810	(37.0)	1439	(34.0)	1152	(27.9)
Uoplyst	2195	(11.7)	558	(10.2)	657	(13.4)	500	(11.8)	480	(11.6)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.5b Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	9559	(51.0)	2749	(50.1)	2387	(48.8)	2194	(51.8)	2229	(54.0)
01-03	5011	(26.7)	1517	(27.6)	1364	(27.9)	1105	(26.1)	1025	(24.8)
>=04	1905	(10.2)	621	(11.3)	484	(9.9)	422	(10.0)	378	(9.2)
Uoplyst	2275	(12.1)	605	(11.0)	659	(13.5)	513	(12.1)	498	(12.1)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.6a Antal fjernede lymfeknuder efter neoadjuverende behandling per år. Årstal for biopsi inden neoadjuverende behandling.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behl.										
00	3	(0.4)	1	(0.6)	2	(0.9)	.	.	.	.
01-04	137	(18.1)	27	(15.1)	47	(21.4)	43	(20.5)	20	(13.7)
05-09	57	(7.5)	13	(7.3)	12	(5.5)	20	(9.5)	12	(8.2)
>=10	558	(73.9)	138	(77.1)	159	(72.3)	147	(70.0)	114	(78.1)
Total	755	(100.0)	179	(100.0)	220	(100.0)	210	(100.0)	146	(100.0)

Tabel 8.6b Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling per år. Årstal for biopsi inden neoadjuverende behandling

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behl.										
00	257	(36.7)	65	(34.9)	73	(34.8)	66	(36.3)	53	(43.1)
01-03	218	(31.1)	45	(24.2)	70	(33.3)	63	(34.6)	40	(32.5)
>=04	226	(32.2)	76	(40.9)	67	(31.9)	53	(29.1)	30	(24.4)
Total	701	(100.0)	186	(100.0)	210	(100.0)	182	(100.0)	123	(100.0)

Tabel 8.7 Tumorstørrelse (= største diameter i mm) per år. Ved neoadjuverende behandling anvendes størrelsen bestemt ved ultralydsundersøgelse.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor size (mm)										
00-10	4102	(21.9)	1181	(21.5)	1072	(21.9)	964	(22.8)	885	(21.4)
11-20	7489	(39.9)	2165	(39.4)	1915	(39.1)	1704	(40.2)	1705	(41.3)
21-50	5737	(30.6)	1658	(30.2)	1492	(30.5)	1285	(30.3)	1302	(31.5)
>=51	738	(3.9)	200	(3.6)	217	(4.4)	165	(3.9)	156	(3.8)
Uoplyst	684	(3.6)	288	(5.2)	198	(4.0)	116	(2.7)	82	(2.0)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.8 Malignitetsgrad for duktale og lobulære tumorer per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	1220	(8.5)	733	(17.3)	269	(7.4)	128	(3.9)	90	(2.9)
I	4055	(28.4)	1273	(30.1)	1074	(29.5)	886	(27.2)	822	(26.1)
II	5647	(39.5)	1475	(34.8)	1386	(38.1)	1376	(42.2)	1410	(44.7)
III	3362	(23.5)	753	(17.8)	906	(24.9)	872	(26.7)	831	(26.4)
Total	14284	(100.0)	4234	(100.0)	3635	(100.0)	3262	(100.0)	3153	(100.0)

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Lobulære tumorer										
Uoplyst	196	(10.9)	83	(16.6)	56	(11.9)	34	(8.2)	23	(5.7)
I	593	(33.1)	160	(31.9)	165	(35.0)	148	(35.7)	120	(29.6)
II	938	(52.3)	245	(48.9)	229	(48.6)	218	(52.5)	246	(60.6)
III	66	(3.7)	13	(2.6)	21	(4.5)	15	(3.6)	17	(4.2)
Total	1793	(100.0)	501	(100.0)	471	(100.0)	415	(100.0)	406	(100.0)

Table 8.9 Østrogenreceptor, procent positiv farvning ved immuno-histokemisk farvning (IHC) per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	2443	(13.0)	631	(11.5)	642	(13.1)	583	(13.8)	587	(14.2)
1-9%	257	(1.4)	63	(1.1)	67	(1.4)	60	(1.4)	67	(1.6)
10-100%	14991	(80.0)	4387	(79.9)	3872	(79.1)	3406	(80.4)	3326	(80.5)
Uoplyst	1059	(5.6)	411	(7.5)	313	(6.4)	185	(4.4)	150	(3.6)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Table 8.10 Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	14522	(77.5)	4098	(74.6)	3683	(75.3)	3360	(79.4)	3381	(81.9)
Positiv	2308	(12.3)	653	(11.9)	639	(13.1)	526	(12.4)	490	(11.9)
Uoplyst	1920	(10.2)	741	(13.5)	572	(11.7)	348	(8.2)	259	(6.3)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Andelen af HER2 uoplyste falder fra 14 % til 6 % i perioden 2009-2012, mens andelen af HER2 negative stiger fra 75 % til 82 % i samme periode. Andelen af HER2 positive falder med stigende alder.

Tabel 8.11 Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status versus patientalder i 2012.

	Total	neg		pos		unknown	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
<=34 år	68	57	(83.8)	9	(13.2)	2	(2.9)
35-39 år	90	69	(76.7)	20	(22.2)	1	(1.1)
40-49 år	592	479	(80.9)	97	(16.4)	16	(2.7)
50-59 år	934	785	(84.0)	127	(13.6)	22	(2.4)
60-69 år	1283	1095	(85.3)	139	(10.8)	49	(3.8)
70-75 år	454	386	(85.0)	47	(10.4)	21	(4.6)
76+ år	709	510	(71.9)	51	(7.2)	148	(20.9)
Total	4130	3381	(81.9)	490	(11.9)	259	(6.3)

Tabel 8.12a HER2-score per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score										
0	4330	(23.1)	1474	(26.8)	990	(20.2)	952	(22.5)	914	(22.1)
1+	7935	(42.3)	2166	(39.4)	2039	(41.7)	1824	(43.1)	1906	(46.2)
2+	2723	(14.5)	649	(11.8)	767	(15.7)	681	(16.1)	626	(15.2)
3+	2053	(10.9)	569	(10.4)	567	(11.6)	473	(11.2)	444	(10.8)
Uoplyst	1709	(9.1)	634	(11.5)	531	(10.9)	304	(7.2)	240	(5.8)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Tabel 8.12b HER2-score og FISH-ratio per år.

		Alle		2009		2010		2011		2012	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score	FISH ratio										
0	0.00-1.99	34	(0.2)	6	(0.1)	3	(0.1)	6	(0.1)	19	(0.5)
	2.00 +	2	(0.0)	.	.	2	(0.0)	.	.	.	.
	ubestemt	4294	(22.9)	1468	(26.7)	985	(20.1)	946	(22.3)	895	(21.7)
1+	0.00-1.99	77	(0.4)	15	(0.3)	26	(0.5)	17	(0.4)	19	(0.5)
	2.00 +	2	(0.0)	1	(0.0)	1	(0.0)	.	.	.	.
	ubestemt	7856	(41.9)	2150	(39.1)	2012	(41.1)	1807	(42.7)	1887	(45.7)
2+	0.00-1.99	2156	(11.5)	422	(7.7)	614	(12.5)	571	(13.5)	549	(13.3)
	2.00 +	230	(1.2)	69	(1.3)	68	(1.4)	49	(1.2)	44	(1.1)
	ubestemt	337	(1.8)	158	(2.9)	85	(1.7)	61	(1.4)	33	(0.8)
3+	0.00-1.99	4	(0.0)	1	(0.0)	1	(0.0)	2	(0.0)	.	.
	2.00 +	45	(0.2)	8	(0.1)	20	(0.4)	7	(0.2)	10	(0.2)
	ubestemt	2004	(10.7)	560	(10.2)	546	(11.2)	464	(11.0)	434	(10.5)
Uoplyst	0.00-1.99	105	(0.6)	37	(0.7)	43	(0.9)	13	(0.3)	12	(0.3)
	2.00 +	21	(0.1)	14	(0.3)	1	(0.0)	4	(0.1)	2	(0.0)
	ubestemt	1583	(8.4)	583	(10.6)	487	(10.0)	287	(6.8)	226	(5.5)

Tabel 8.13 Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	1186	(6.3)	329	(6.0)	313	(6.4)	223	(5.3)	321	(7.8)
A lavrisiko*	2545	(13.6)	1257	(22.9)	622	(12.7)	417	(9.8)	249	(6.0)
B <60 år, R+/?	5057	(27.0)	1206	(22.0)	1341	(27.4)	1243	(29.4)	1267	(30.7)
C >=60 år, R+/?	6777	(36.1)	1744	(31.8)	1737	(35.5)	1643	(38.8)	1653	(40.0)
D, R-	2390	(12.7)	685	(12.5)	612	(12.5)	553	(13.1)	540	(13.1)
Sarkom	4	(0.0)	2	(0.0)	2	(0.0)	.	.	.	.
Ubestemt	791	(4.2)	269	(4.9)	267	(5.5)	155	(3.7)	100	(2.4)
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

*: Kriterierne for at indgå i lavrisikogruppen blev ændret i marts 2010 og i juni 2010.

Tabel 8.14 Protokolallokering beregnet efter prognostiske variabler per år i DBCG 2004, 2007 og 2010 programmerne.

	Alle		2009		2010		2011		2012	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning										
DBCG 04C	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)	.	.	.	.
DBCG 07A	1556	(8.3)	1257	(22.9)	299	(6.1)	.	.	.	.
DBCG 07B	1256	(6.7)	1022	(18.6)	234	(4.8)	.	.	.	.
DBCG 07B,t	245	(1.3)	184	(3.4)	61	(1.2)	.	.	.	.
DBCG 07C	2143	(11.4)	1744	(31.8)	399	(8.2)	.	.	.	.
DBCG 07D	567	(3.0)	453	(8.2)	114	(2.3)	.	.	.	.
DBCG 07D,t	289	(1.5)	232	(4.2)	57	(1.2)	.	.	.	.
DBCG 10A	989	(5.3)	.	.	323	(6.6)	417	(9.8)	249	(6.0)
DBCG 10B	3556	(19.0)	.	.	1046	(21.4)	1243	(29.4)	1267	(30.7)
DBCG 10C	4633	(24.7)	.	.	1337	(27.3)	1643	(38.8)	1653	(40.0)
DBCG 10D	1534	(8.2)	.	.	441	(9.0)	553	(13.1)	540	(13.1)
Ikke bestemt	791	(4.2)	269	(4.9)	267	(5.5)	155	(3.7)	100	(2.4)
Ikke i protokol	1186	(6.3)	329	(6.0)	313	(6.4)	223	(5.3)	321	(7.8)
Sarkom	4	(0.0)	2	(0.0)	2	(0.0)	.	.	.	.
Total	18750	(100.0)	5492	(100.0)	4894	(100.0)	4234	(100.0)	4130	(100.0)

Table 8.15 Andel tumorer 1-10 mm fundet ved populationscreening blandt 50-69 årige.

Tumorstørrelse vs fund ved screening		Tumordiameter						Alle
		0-10 mm		≥11 mm		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	N
År	Fundet ved screening							
2009	Nej	129	(14.8)	704	(80.7)	39	(4.5)	872
	Ja *	511	(37.2)	850	(61.9)	13	(0.9)	1374
	Uoplyst	335	(25.7)	920	(70.7)	47	(3.6)	1302
2010	Nej	151	(15.2)	802	(80.5)	43	(4.3)	996
	Ja	637	(37.3)	1039	(60.9)	30	(1.8)	1706
	Uoplyst	57	(27.4)	142	(68.3)	9	(4.3)	208
2011	Nej	123	(15.9)	638	(82.2)	15	(1.9)	776
	Ja	524	(40.2)	775	(59.4)	5	(0.4)	1304
	Uoplyst	68	(29.8)	156	(68.4)	4	(1.8)	228
2012	Nej	125	(14.9)	698	(83.1)	17	(2.0)	840
	Ja	472	(38.2)	761	(61.6)	2	(0.2)	1235
	Uoplyst	44	(31.0)	97	(68.3)	1	(0.7)	142
Alle		3176	(28.9)	7582	(69.0)	225	(2.0)	10983

*: 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 18 og 75. Af de 4130 patienter, der blev overført til arbejdsregistret i 2012 opfylder kun 3382 patienter dette. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på de kirurgiske afdelinger ses i tabel 9. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatorværdien såfremt data for de(n) relevante variable er uoplyste. Andelen af tilstrækkeligt oplyste patienter betegnes som kompletheden. Beregningen af indikatorer omtales i resultatafsnittet og beskrives detaljeret i afsnittet 'Teknisk beskrivelse af indikatorer'. Beregningen er ujusteret, der tages således ikke hensyn til eventuelle forskelle mellem hospitalernes patientpopulationer, dog vises indikatorresultatet ofte stratificeret efter patientalder eller andre relevante variable (se BILAG 2: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater).

I BILAG 3 angives kontrolplotter for hver indikator og administrativ enhed (nationalt og regionalt niveau og afdelingsniveau).

Table 9. Fordeling af patienter med diagnosen invasiv cancer mamma (IBC, C50) og alder 18-75 år.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle N
	2009	2010	2011	2012	
	N	N	N	N	
DBCG kode					
DANMARK	4573	3973	3465	3382	15393
HOVEDSTADEN	1278	1126	958	1009	4371
SJÆLLAND	746	725	557	489	2517
SYDDANMARK	969	927	822	799	3517
MIDTJYLLAND	1002	819	767	735	3323
NORDJYLLAND	483	330	331	325	1469
RIGSHOSPITALET	612	552	482	522	2168
HERLEV	666	574	476	487	2203
RINGSTED	746	725	557	489	2517
ODENSE	196	189	213	262	860
AABENRAA	230	230	173	153	786
ESBJERG	225	233	179	140	777
VEJLE	318	275	257	244	1094
AARHUS	306	283	276	254	1119
RANDERS	239	166	140	154	699
VIBORG	301	220	238	327	1086
OPHØRT REG.MIDT	156	150	113	.	419
AALBORG	278	214	229	220	941
HJØRRING	205	116	102	105	528
HAMLET	29	17	11	18	75
MØLHOLM	37	26	19	7	89
UOPLYST	29	3	.	.	32

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 %.

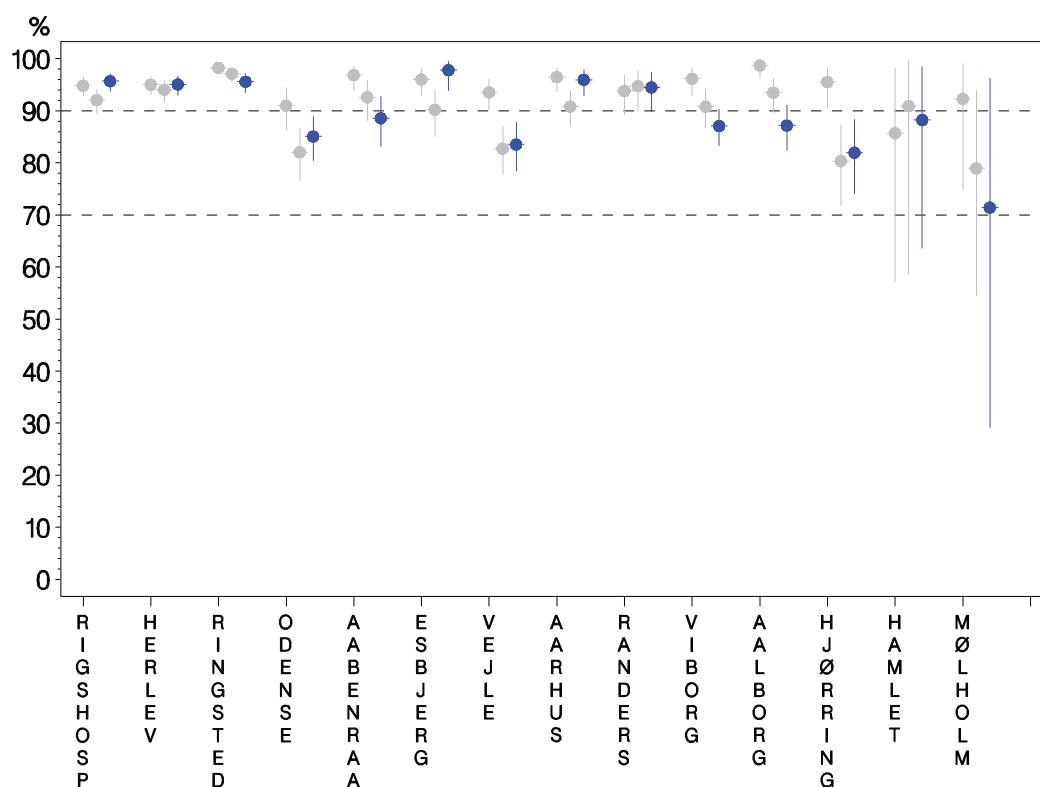
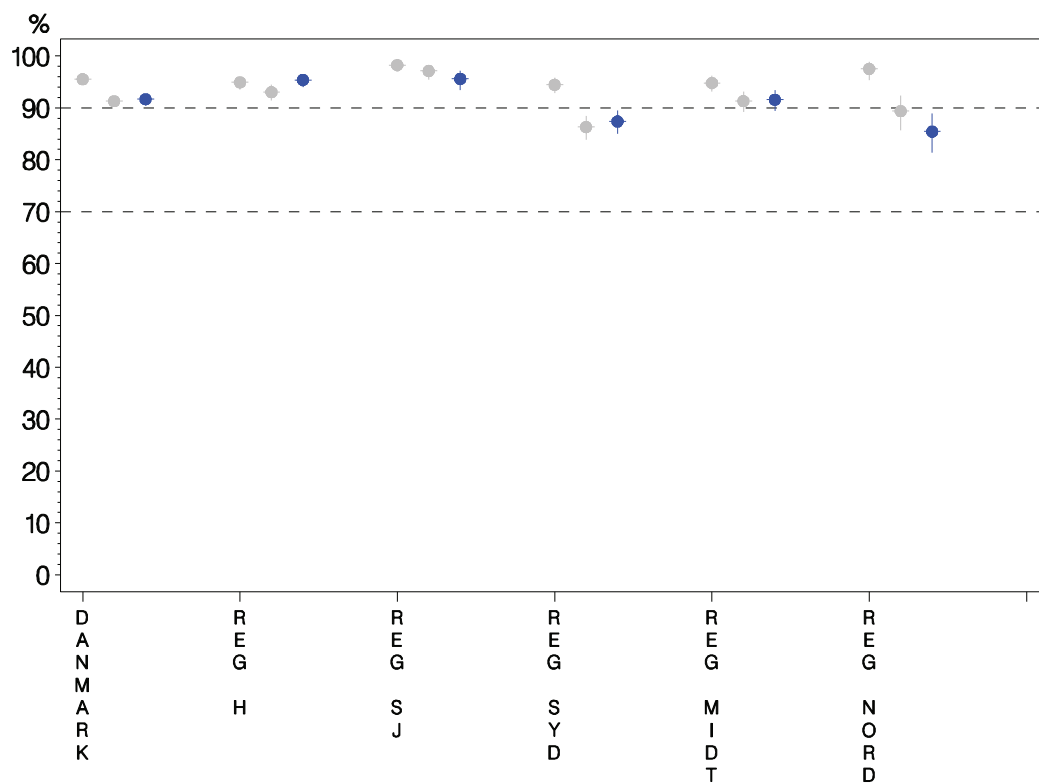
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år med påvist invasiv brystkræft.

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 malign finnålsbiopsi eller malign diagnose ved grovnålsbiopsi, og 'ej opfyldt' hvis der ikke er en malign diagnose. Indikatoren er uoplyst, hvis ingen af de 3 parametre er indberettet.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose 2010-2012.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	3258	99	3212	2936	276	91 (90-92)	91	98	95	99
HOVEDSTADEN	996	98	977	928	49	95 (93-96)	93	97	95	98
SJÆLLAND	446	99	441	420	21	95 (93-97)	97	98	98	99
SYDDANMARK	760	98	748	655	93	88 (85-90)	85	99	94	99
MIDTJYLLAND	709	99	705	644	61	91 (89-93)	91	99	94	100
NORDJYLLAND	322	98	317	269	48	85 (80-89)	88	99	98	100
RIGSHOSPITALET	516	98	504	480	24	95 (93-97)	91	97	95	98
HERLEV	480	99	473	448	25	95 (92-97)	94	98	95	98
RINGSTED	446	99	441	420	21	95 (93-97)	97	98	98	99
ODENSE	249	97	241	205	36	85 (80-89)	79	99	90	99
AABENRAA	153	100	153	136	17	89 (83-93)	93	99	96	100
ESBJERG	126	98	124	122	2	98 (94-100)	90	97	96	100
VEJLE	232	99	230	192	38	83 (78-88)	82	99	93	99
AARHUS	243	99	240	230	10	96 (92-98)	91	99	96	100
RANDERS	147	99	146	139	7	95 (90-98)	94	99	93	100
VIBORG	319	100	319	275	44	86 (82-90)	90	100	96	100
OPHØRT REG. MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	89	97	90	100
AALBORG	217	99	214	186	28	87 (82-91)	93	99	99	100
HJØRRING	105	98	103	83	20	81 (72-88)	79	98	96	100
HAMLET	18	94	17	15	2	88 (64-99)	91	100	86	82
MØLHOLM	7	100	7	5	2	71 (29-96)	79	100	92	100



Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur).
 Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 2

Der er generelt en høj komplethed i indberetning af præoperativ diagnose på mellem 97 og 100 %. Opfyldelsen af præoperativ diagnose varierer markant mellem regionerne: Hovedstaden og Sjælland har en opfyldelse på 95 %, Midtjylland har 91 %, mens Syddanmark og Nordjylland kun har 88 og 85 % opfyldelse. Dette mønster er en gentagelse af indikatorresultatet for 2011, hvor der allerede blev foretaget særskilt registrering af billeddiagnostik, finnålsbiopsi og grovnålsbiopsi. Det bemærkes, at centrene i Odense, Vejle og Hjørring ligger lidt lavere end gennemsnittet.

Styregruppens kommentarer til indikator 2

Der kan ikke nås 100 % opfyldelse af denne indikator. Det er anerkendt som god praksis på området, at man udfører lumpektomi på mindre tumorer, der billedmæssigt er suspekter, men hvor der ikke er en verificeret diagnose på forhånd. Tilsvarende vil der være patienter, der opereres med histologisk verificeret DCIS, hvor den histologiske undersøgelse af præparatet afslører mindre områder med invasivt karcinom. Det synes derfor vanskeligt med den gældende indikatordefinition at komme ret meget over den ønskværdige værdi på 90 %. Det viser sig dog, at man ud over landet ligger meget tæt på denne værdi, og det må opfattes som udtryk for, at der er høj kvalitet af den præoperative diagnostik.

Anbefalinger til indikator 2

De tre centre i Odense, Vejle og Hjørring bør gøre sig overvejelser om, hvorledes de kan bringe sig op på niveau med landets øvrige centre.

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 %.

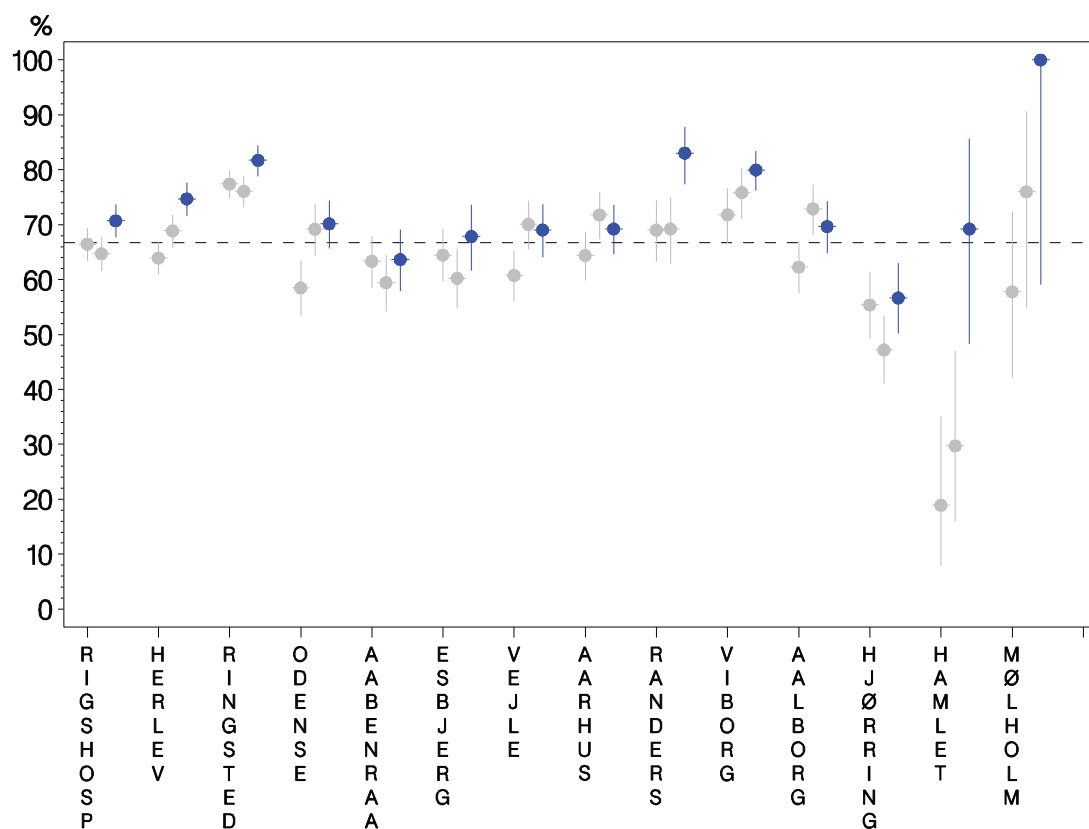
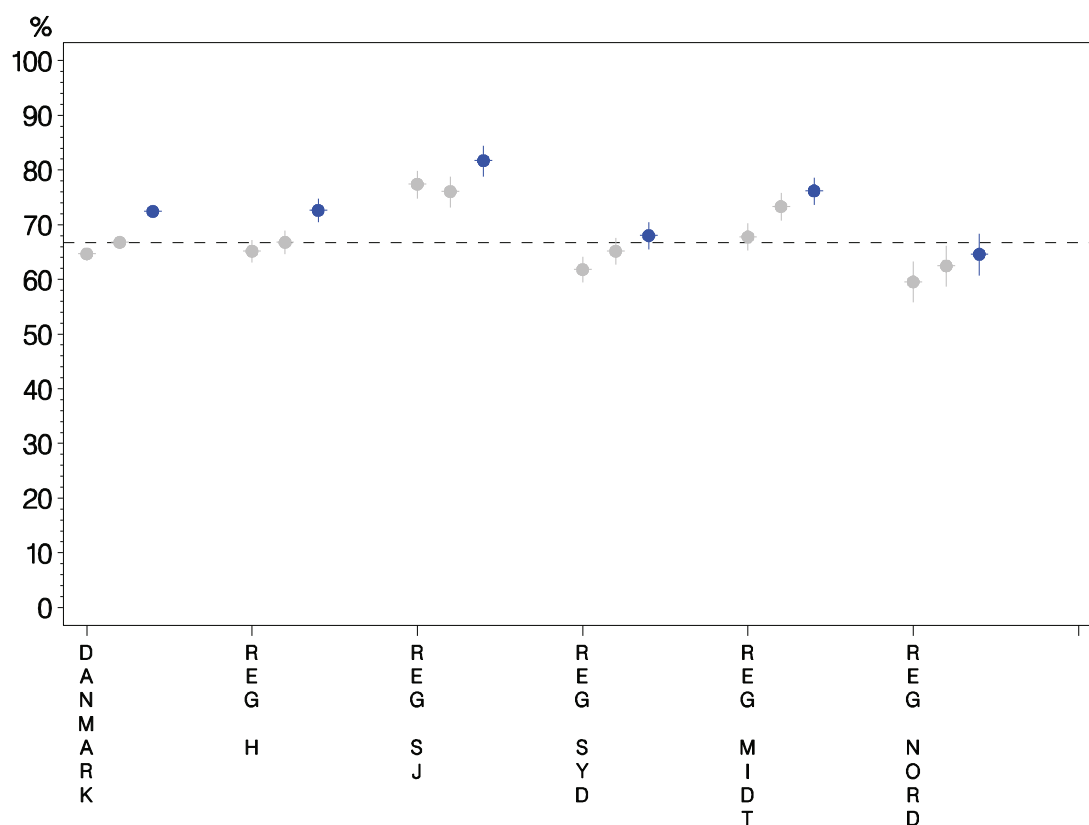
Indikatorpopulation: Antallet af operationer for primær brystkræft og for benign brystforandring udført på den kirurgiske klinik.

Formål: En høj benign operationsaktivitet bør medføre en vurdering af kvaliteten af den præoperative diagnostiske udredning, herunder især kvaliteten af samarbejdet mellem billeddiagnostiker og patolog. Desuden bør mulighederne for benign mammakirurgi i privat speciallægepraksis klarlægges.

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 inkluderer alle kvinder opereret i brystet i 2012: incisioner, biopsier og sutur af bryst, resektioner af bryst og mastektomier. Kvinder, der alene har diagnose af in-situ cancer eller en række benigne diagnoser, udelades af indikatorpopulationen. For en nærmere beskrivelse af hvordan indikatoren bestemmes se 'Teknisk beskrivelse af indikatorer'.

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2010-2012 uanset alder. Indikatorværdien svarer til andel malign. De angivne værdier for andel maligne diagnoser i 2010 og 2011 stammer fra de respektive årsrapporter.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	5661	100	5661	4101	1560	72 (71-74)	67	100	65	100
HOVEDSTADEN	1743	100	1743	1266	477	73 (70-75)	67	100	65	100
SJÆLLAND	750	100	750	613	137	82 (79-84)	76	100	77	100
SYDDANMARK	1360	100	1360	925	435	68 (65-70)	65	100	62	100
MIDTJYLLAND	1147	100	1147	874	273	76 (74-79)	73	100	68	100
NORDJYLLAND	616	100	616	398	218	65 (61-68)	62	100	60	100
RIGSHOSPITALET	905	100	905	640	265	71 (68-74)	65	100	66	100
HERLEV	838	100	838	626	212	75 (72-78)	69	100	64	100
RINGSTED	750	100	750	613	137	82 (79-84)	76	100	77	100
ODENSE	446	100	446	313	133	70 (66-74)	69	100	59	100
AABENRAA	300	100	300	191	109	64 (58-69)	59	100	63	100
ESBJERG	249	100	249	169	80	68 (62-74)	60	100	64	100
VEJLE	365	100	365	252	113	69 (64-74)	70	100	61	100
AARHUS	429	100	429	297	132	69 (65-74)	72	100	64	100
RANDERS	218	100	218	181	37	83 (77-88)	69	100	69	100
VIBORG	494	100	494	395	99	80 (76-83)	76	100	72	100
OPHØRT REG.MIDT	6	100	6	1	5	17 (0-64)	78	100	67	100
AALBORG	376	100	376	262	114	70 (65-74)	73	100	62	100
HJØRRING	240	100	240	136	104	57 (50-63)	47	100	55	100
HAMLET	26	100	26	18	8	69 (48-86)	30	100	19	100
MØLHOLM	7	100	7	7	0	100 (59-100)	76	100	58	100
UOPLYST	0	.	0	0	0	. (-.)	2	100	1	100



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.

Gennemsnitsværdi og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur). Referenceværdi: 67 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 3

Indberetningskompletheden for denne indikator er per definition 100 %, idet indikatorpopulationen udgøres af alle kvinder, der optræder med brystoperation i LPR og/eller DBCG. Andelen af maligne diagnoser blandt brystopererede kvinder varierer markant mellem regionerne: Sjælland har 82 % opfyldelse, Midtjylland og Hovedstaden har 76 og 73 % opfyldelse, mens Syddanmark og Nordjylland har 68 og 65 % opfyldelse. På regionsniveau er der god overensstemmelse mellem indikatorresultatet og andelen af patienter med præoperativ diagnose (Indikator 2) for hvilken Sjælland og Hovedstaden også har en høj opfyldelse (95 %), mens Syddanmark og Nordjylland ligeledes har en lav opfyldelse (88 og 85 %).

Styregruppens kommentarer til indikator 3

Denne indikator er kompliceret at beregne, og der er en række fortolkningsmæssige problemer knyttet til den pga. de mange diagnoser, der ekskluderes af indikatorpopulationen. Den oprindelige tanke var, at indikatoren skulle afspejle den diagnostiske sikkerhed og være et supplement til indikator 2, idet den skulle illustrere den andel af patienter, der bliver opereret med baggrund i en (svagere) mistanke om malignitet, og hvor denne mistanke frafaldes efter den histologiske diagnose. Styregruppen finder det tvivlsomt, om man med den gældende indikatordefinition har nået til et resultat, der reelt giver svar på det stillede spørgsmål. Det vurderes, at man kan nå samme resultat med en mere simpel model, hvor der ikke skelnes mellem de forskellige benigne diagnoser, og hvor diagnosen DCIS inkluderes i antal opfyldte. Som det kan ses af bilag 2, så har vi lavet en beregning af indikatoren efter denne model, og styregruppen har besluttet, at det fremover vil være den beregningsalgoritme, der lægges til grund for indikatorberegningen med en tærskelværdi på 70 % (best guess på baggrund af de foreliggende data). Ved en beregning af indikatoren efter denne model findes en lidt lavere indikatoropfyldelse, men samme rangordning af regionsresultaterne som ovenfor (se bilag 2).

Anbefalinger til indikator 3

Afdelingen i Hjørring ligger markant under landsgennemsnittet for denne indikator, og man bør derfor overveje baggrunden herfor og ændre praksis på området, så man bringer sig på linje med landets øvrige centre på området.

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, et bedste bud er $> 95 \%$.

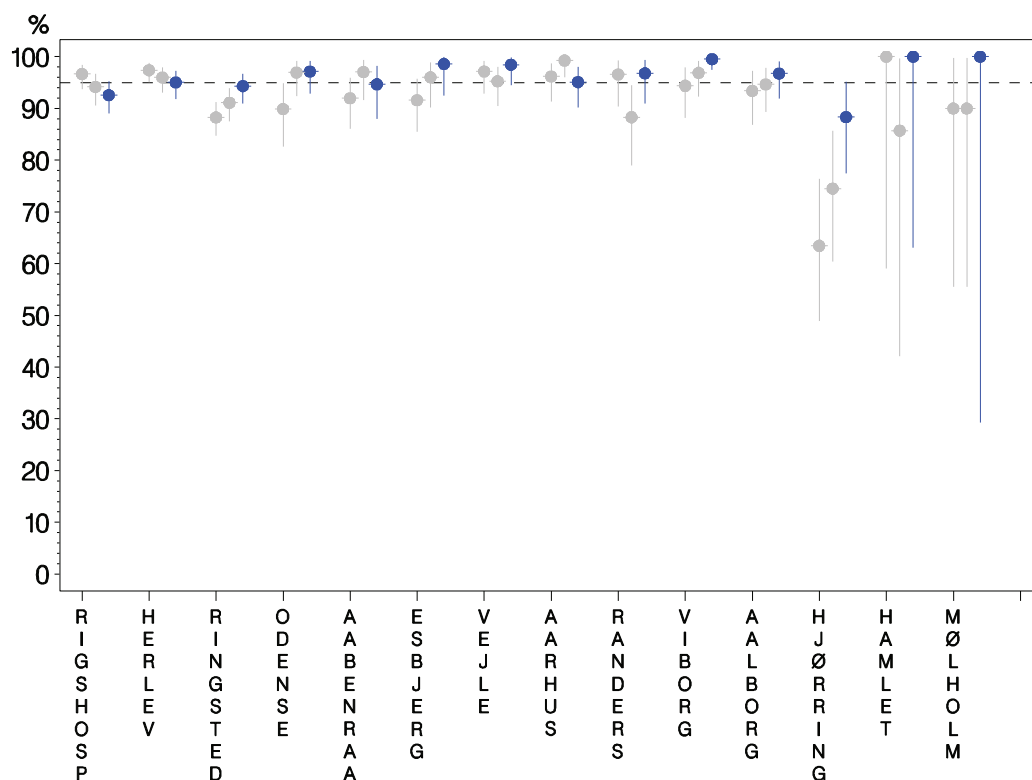
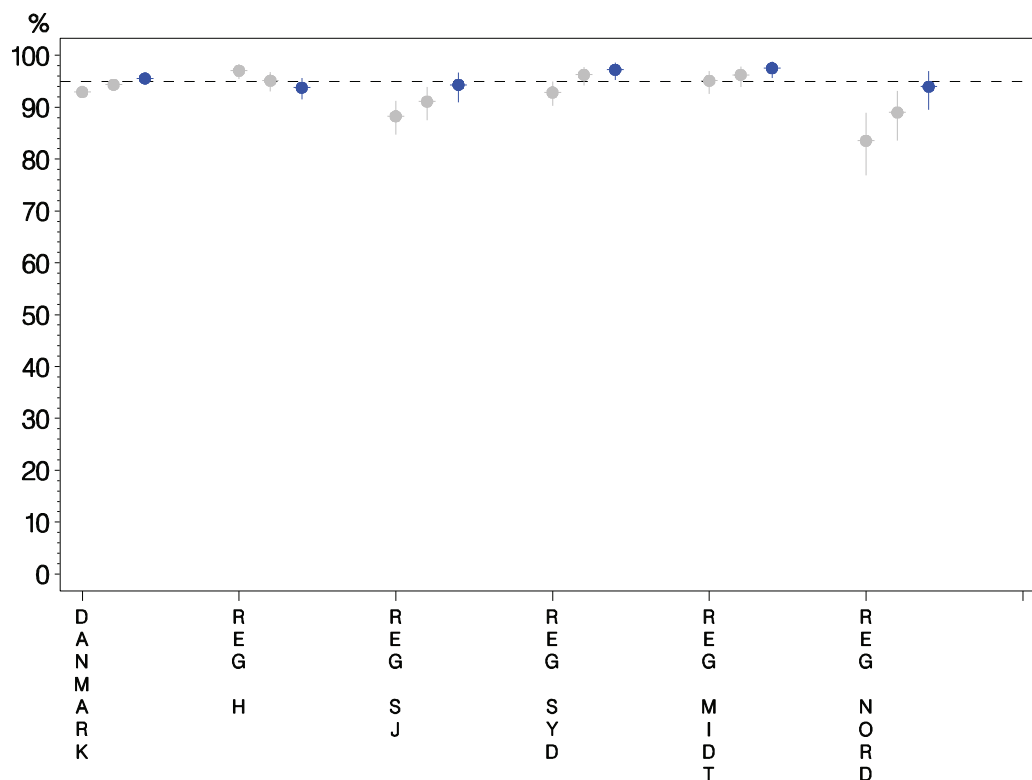
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-negativ status.

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

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 2010-2012.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	1704	100	1704	1631	73	96 (95-97)	95	100	94	100
HOVEDSTADEN	506	100	506	477	29	94 (92-96)	96	100	97	100
SJÆLLAND	235	100	235	222	13	94 (91-97)	91	100	90	100
SYDDANMARK	385	100	385	375	10	97 (95-99)	96	100	93	100
MIDTJYLLAND	398	100	398	388	10	97 (95-99)	97	100	96	100
NORDJYLLAND	169	100	169	158	11	93 (89-97)	89	100	84	100
RIGSHOSPITALET	261	100	261	243	18	93 (89-96)	95	100	97	100
HERLEV	245	100	245	234	11	96 (92-98)	96	100	98	100
RINGSTED	235	100	235	222	13	94 (91-97)	91	100	90	100
ODENSE	116	100	116	113	3	97 (93-99)	96	100	90	100
AABENRAA	83	100	83	78	5	94 (86-98)	98	100	91	100
ESBJERG	66	100	66	66	0	100 (95-100)	96	100	93	100
VEJLE	120	100	120	118	2	98 (94-100)	96	100	97	100
AARHUS	128	100	128	121	7	95 (89-98)	99	100	97	100
RANDERS	85	100	85	82	3	96 (90-99)	90	100	96	100
VIBORG	185	100	185	185	0	100 (98-100)	98	100	96	100
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	98	100	97	100
AALBORG	114	100	114	110	4	96 (91-99)	95	100	94	100
HJØRRING	55	100	55	48	7	87 (76-95)	73	100	63	100
HAMLET	8	100	8	8	0	100 (63-100)	86	100	100	100
MØLHOLM	3	100	3	3	0	100 (29-100)	90	100	90	100



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur).
Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 4

Opfyldelse af indikatoren sker, når supplerende aksilindgreb ikke foretages. Indikatoropfyldelsen ligger højt i alle regioner, mellem 96 og 100 %. Det nationale indikatorresultat, 96 %, er forbedret i forhold til 2011 og 2010, der havde 95 og 94 % opfyldelse.

Styregruppens kommentarer til indikator 4

Resultatet ligger meget tæt på de foregående års tilfredsstillende resultat vedrørende denne indikator. Set i lyset af de foreliggende resultater, er det kun en meget lille gruppe patienter, der får udført et unødigt stort aksilindgreb.

Nærmere granskning af resultaterne efterlader dog en lille mistanke om, at der er forskellig praksis for sentinel node biopsi ved de enkelte centre. Det er således påfaldende, at afdelinger med en stor andel af populationen har 100 % opfyldelse. Statistisk ville man forvente, at der i enkelte tilfælde ikke vil kunne findes en skildvagslymfeknude, og at aksilrømning derfor ville være indiceret. Når det tilsyneladende ikke er sket, så kan det for nogle patienters vedkommende hænge sammen med, at der har været andre forhold, der har vejet tungere, f.eks. komorbiditet. Dette kan ikke vurderes på de foreliggende resultater.

Næste år vil indikatorberegningen ikke udelukke patienter med multifokalitet, idet de netop reviderede retningslinjer på området har åbnet op for, at sentinel node biopsi udføres på den gruppe på linje med patienter, der har unifokal sygdom. Da der generelt er en lidt større risiko for lymfeknudemetastasing hos denne patientpopulation, skal vigtigheden af, at man har fulgt anbefalet praksis for udredning, inden patienten klassificeres som lymfeknude-negativ, understreges.

Anbefalinger til indikator 4

I Hjørring ligger andelen noget under landsgennemsnittet, og der bør man se på praksis på området. Afdelingerne Esbjerg og Viborg med 100 % opfyldelse bør ligeledes gøre sig overvejelser om, hvorvidt man følger en praksis, der er i overensstemmelse med de gældende retningslinjer på området.

Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 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 %.

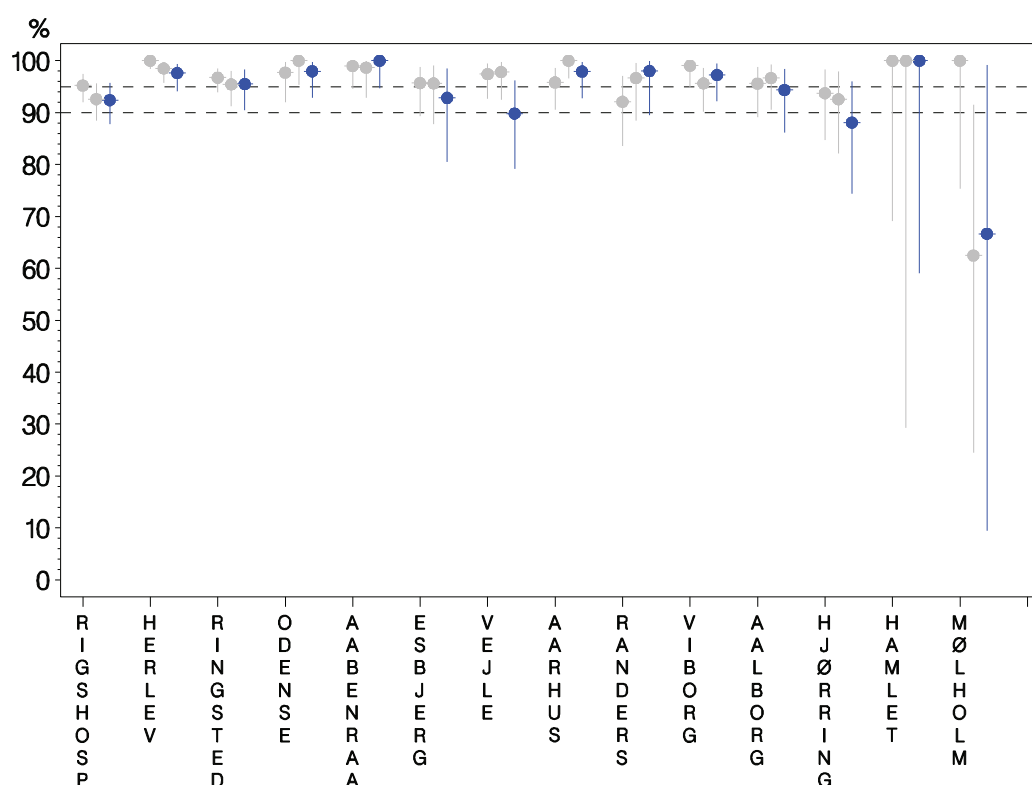
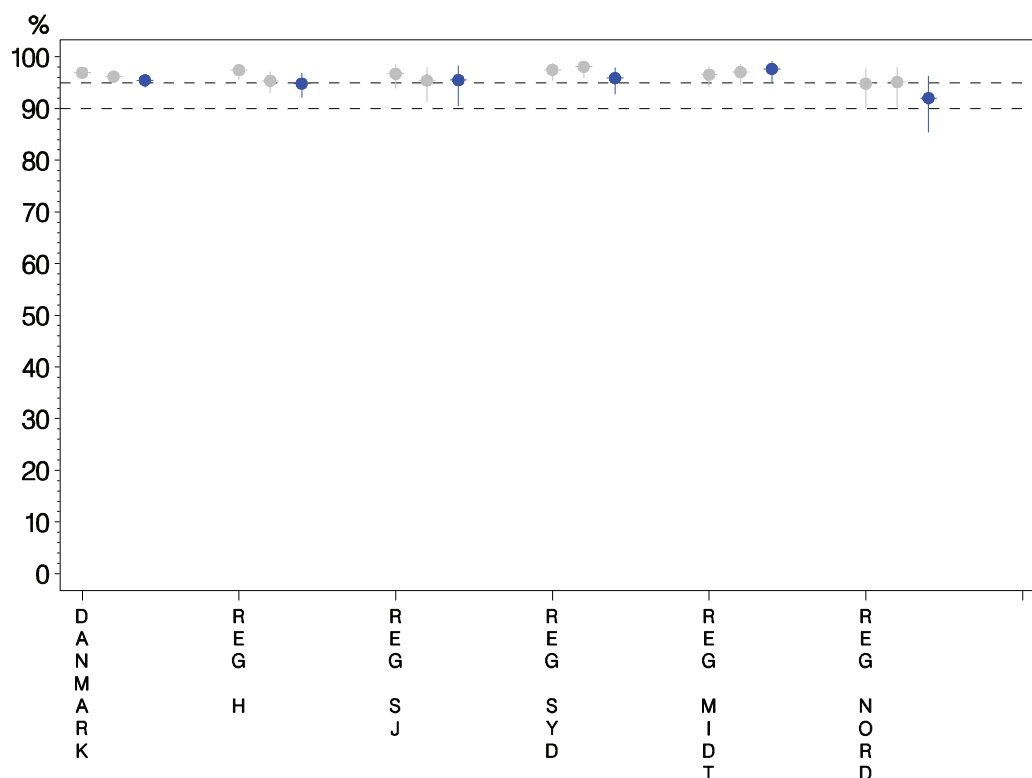
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft, lymfeknude-metastaser og indberetning af aksilindgreb. Fra 2012 inkluderes patienter med aksilindgreb efter neo-adjuverende behandling.

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

Fra årsrapport 2012 er aksiloperation efter neoadjuverende behandling inkluderet i indikatorberegningen. Antallet af sådanne aksilindgreb indenfor indikatorpopulationen var 58, 84, 80 og 47 i perioden 2009 til 2012.

Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet mindst 10 lymfeknuder i 2010-2012.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	1017	99	1005	961	44	96 (94-97)	96	99	97	100
HOVEDSTADEN	317	100	317	301	16	95 (92-97)	95	99	98	100
SJÆLLAND	121	98	118	115	3	97 (93-99)	95	95	96	99
SYDDANMARK	245	97	237	228	9	96 (93-98)	98	99	98	99
MIDTJYLLAND	228	100	227	221	6	97 (94-99)	98	100	97	100
NORDJYLLAND	96	100	96	87	9	91 (83-96)	94	100	95	100
RIGSHOSPITALET	171	100	171	159	12	93 (88-96)	92	100	96	100
HERLEV	146	100	146	142	4	97 (93-99)	98	99	100	99
RINGSTED	121	98	118	115	3	97 (93-99)	95	95	96	99
ODENSE	89	99	88	86	2	98 (92-100)	100	100	99	100
AABENRAA	63	98	62	62	0	100 (94-100)	99	99	99	100
ESBJERG	39	100	39	37	2	95 (83-99)	95	100	95	100
VEJLE	54	89	48	43	5	90 (77-97)	99	98	98	98
AARHUS	85	100	85	83	2	98 (92-100)	100	100	95	100
RANDERS	48	98	47	46	1	98 (89-100)	94	100	93	100
VIBORG	95	100	95	92	3	97 (91-99)	98	100	99	100
OPHØRT REG. MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	96	100	98	100
AALBORG	61	100	61	57	4	93 (84-98)	96	100	95	100
HJØRRING	35	100	35	30	5	86 (70-95)	90	100	95	100
HAMLET	7	100	7	7	0	100 (59-100)	100	100	100	100
MØLHOLM	3	100	3	2	1	67 (9-99)	63	100	100	100



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur).
Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 5

Den regionsvise indberetningskomplethed for denne indikator ligger højt på 97-100 %. Opfyldelse af indikatoren sker, når der ved aksilindgrebet udtages mindst 10 lymfeknuder. Set over perioden 2010-2012 ligger indikatoropfyldelsen generelt højt på 95-98 %, dog har Region Nordjylland i 2012 en lavere opfyldelse på 91 %. Dette kan være forårsaget af tilfældige udfald i et relativt lille patientmateriale (n=96).

Styregruppens kommentarer til indikator 5

Generelt har man nået et tilfredsstillende resultat. Der er taget en ny beregningsalgoritme i brug, således at der nu inkluderes patienter, der har været i neoadjuverende behandling. Det vides, at for den gruppe gælder det forhold, at der ofte er et lavere antal identificerede lymfeknuder i aksilfedtet.

Anbefalinger til indikator 5

Centrene i Hjørring og Vejle bør se på årsager til, at der tilsyneladende er sket et fald i indikatorværdien hos dem.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed

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 og/eller DBCG. Fra DBCG inkluderes kun patienter med tilstrækkelig indberetning til datakomplethed (se 'Fuldstændighed af DBCG's data').

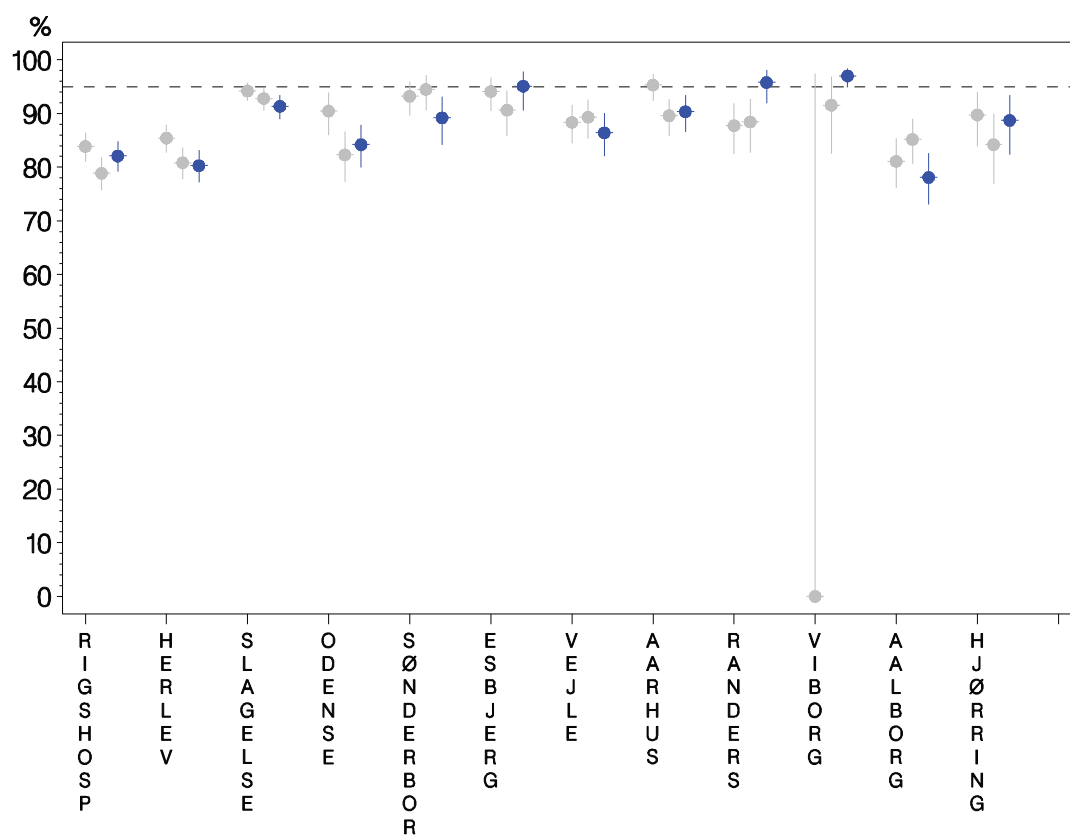
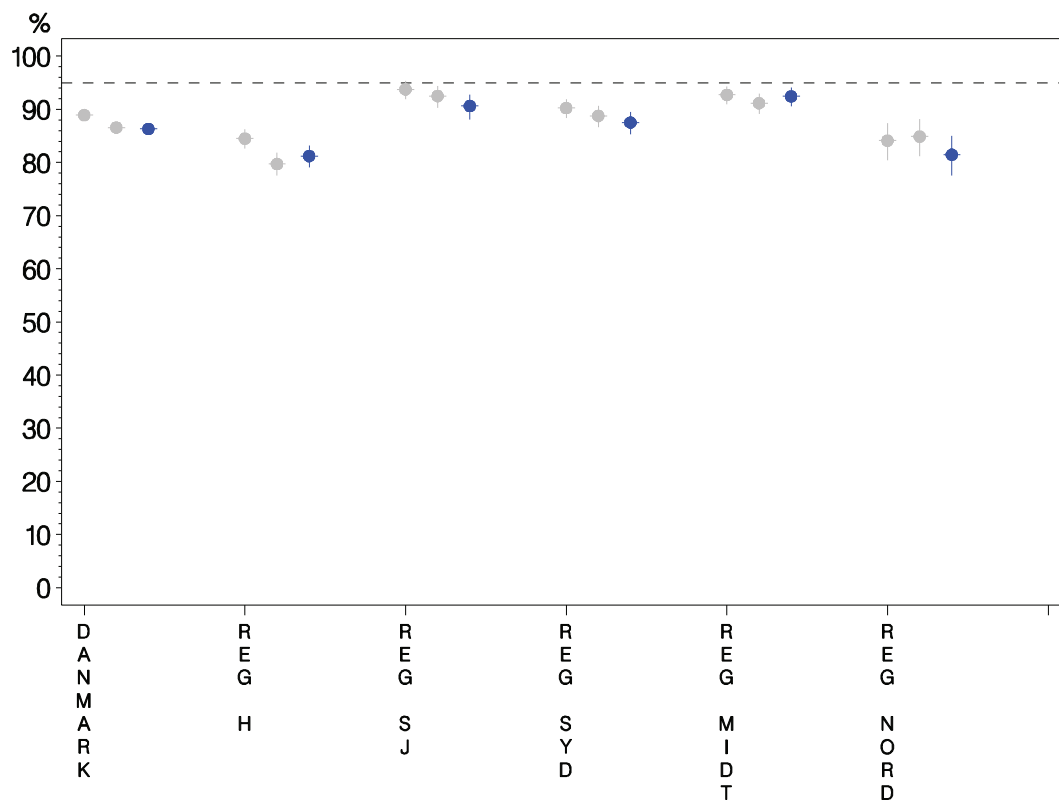
Formål: At belyse overensstemmelsen mellem indberetning af brystkræftpatienter til DBCG og til Patologidatabanken.

Denne indikator omhandler patienter med datakomplethed i DBCG, som desuden er registeret i Patologidatabanken. Datakomplethed defineres i afsnit 'Fuldstændighed af DBCG's data' og indebærer, at patienten har en invasiv diagnose samt, at der enten foreligger tilstrækkelig information til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer, eller det angives, at operation ikke kan gennemføres ifølge DBCG's retningslinjer, og patienten derfor kan behandles udenfor disse.

Overensstemmelsen mellem DBCG og Patologidatabanken beskrives desuden for alle patienter kendt i DBCG uanset omfang af indberetning (Databasekomplethed).

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed efter patologisk afdeling 2010-2012.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	4558	98	4462	3852	610	86 (85-87)	87	96	89	96
HOVEDSTADEN	1440	99	1427	1159	268	81 (79-83)	80	98	84	99
SJÆLLAND	663	97	641	581	60	91 (88-93)	93	92	94	91
SYDDANMARK	1069	95	1018	891	127	88 (85-89)	89	93	90	94
MIDTJYLLAND	934	99	926	856	70	92 (91-94)	91	98	93	98
NORDJYLLAND	450	100	448	365	83	81 (78-85)	85	98	84	99
RIGSHOSPITALET	740	100	737	605	132	82 (79-85)	79	98	84	99
HERLEV	700	99	690	554	136	80 (77-83)	81	98	85	99
OPHØRT REG.H	0	.	0	0	0	. (-.)	100	100	100	100
SLAGELSE	658	97	636	581	55	91 (89-93)	93	92	94	91
OPHØRT REG.SJ	5	100	5	0	5	100 (48-100)	100	100	20	100
ODENSE	365	95	348	293	55	84 (80-88)	82	94	90	95
SØNDERBORG	208	98	204	182	22	89 (84-93)	94	98	93	99
ESBJERG	171	95	163	155	8	95 (91-98)	91	94	94	94
VEJLE	324	93	302	261	41	86 (82-90)	89	88	88	88
OPHØRT REG.SYD	1	100	1	0	1	100 (3-100)	.	0	100	100
AARHUS	315	99	311	281	30	90 (87-93)	90	97	95	97
RANDERS	194	98	190	182	8	96 (92-98)	88	98	88	96
VIBORG	401	100	401	389	12	97 (95-98)	92	99	100	100
OPHØRT REG.MIDT	24	100	24	4	20	17 (5-37)	94	99	93	99
AALBORG	308	99	306	239	67	78 (73-83)	85	99	81	99
HJØRRING	142	100	142	126	16	89 (82-93)	84	97	90	99



Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobanken og DBCG med datakomplethed.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur).
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Manglende kompletthed er defineret som indberetning af en invasiv brystkræftdiagnose til DBCG, men ikke til Patobanken. Indikatorkompletheden ligger højt på 93-100 %, og bag de få tilfælde af manglende kompletthed kan der ligge fejlregistrering i DBCG. Indikatoropfyldelsen varierer betydeligt mellem regionerne: Midtjylland, Sjælland og Syddanmark ligger højest med 92, 91 og 88 % opfyldelse, mens Nordjylland og Hovedstaden ligger lavest, begge med 81 % opfyldelse. Dette mønster i indikatoropfyldelse ses også i de foregående år 2011 og 2010. Manglende indikatoropfyldelse kan skyldes utilstrækkelig indberetning til DBCG af patologiske data og/eller kirurgiske data. For denne indikator forbedres det nationale indikatorresultat med længere opfølgningstid fra 86 % i 2012 til 87 % i 2011 og 89 % i 2010. Dette skyldes formentlig forsinket indberetning til DBCG's register.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Det er vigtigt at understrege, at denne indikator vedrører datakomplethed og ikke databasekomplethed. I dette års rapport er der i de indledende afsnit anført andel patienter, der er indberettet til DBCG i forhold til det samlede antal patienter, der kan identificeres med inddragelse af Patobanken som udtryk for databasekompletheden, og andelen er 95 %, hvilket er et godt resultat.

Når det angår det ringere resultat for datakomplethed kan det på baggrund af indikatorberegningen ikke afgøres, om manglende indberetning til DBCG skyldes ufuldstændighed af kirurgi- og/eller patologiindberetning. DBCG rykker særskilt for ufuldstændig eller manglende indberetning, og indenfor det seneste år er der gjort en betydelig indsats på dette område, og der er ved at blive indført automatiske rykkersystemer. Det er derfor styregruppens forventning, at der i de kommende år vil være en positiv tendens med hensyn til denne indikator. Det er selvsagt ikke acceptabelt, når der, som i dette år, er 610 patienter, hvor indberetningerne er så ufuldstændige, at det ikke er muligt at klassificere patienterne med hensyn til risikogruppe.

Anbefalinger til indikator 7

De to store afdelinger i Region Hovedstaden (Rigshospitalet og Herlev) og centret i Aalborg bør tilstræbe en mere komplet indberetningspraksis.

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG 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 18-75 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

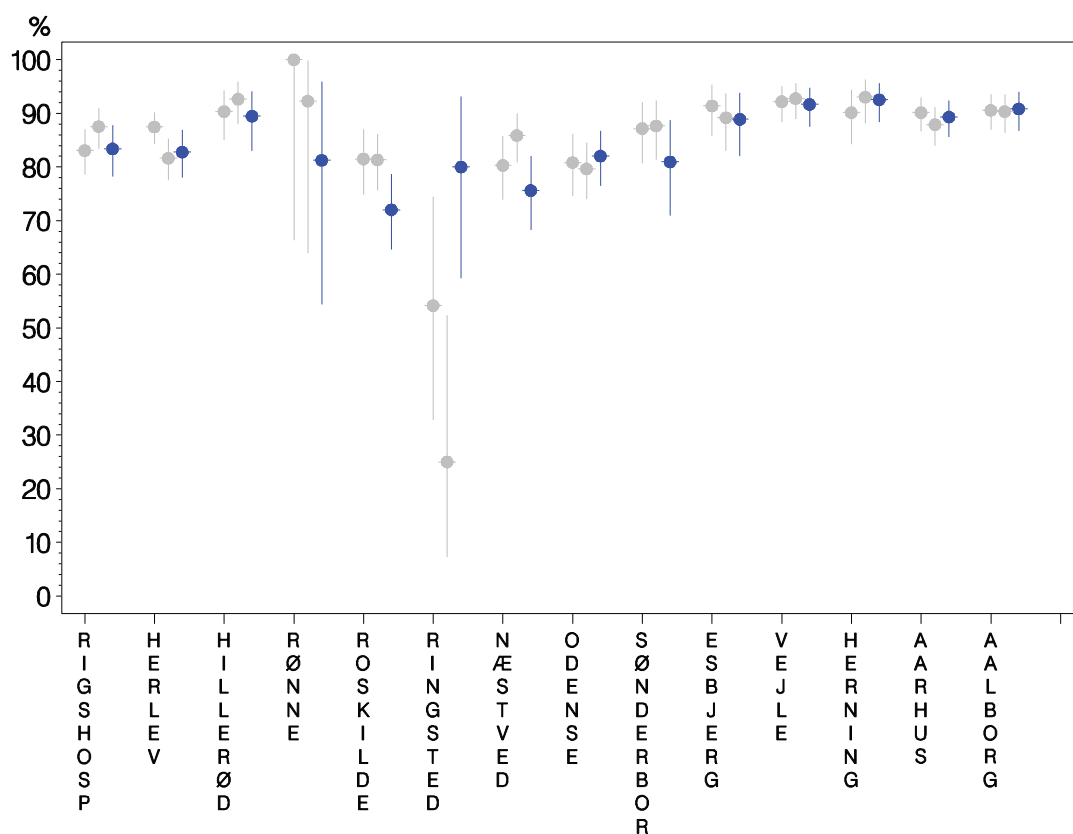
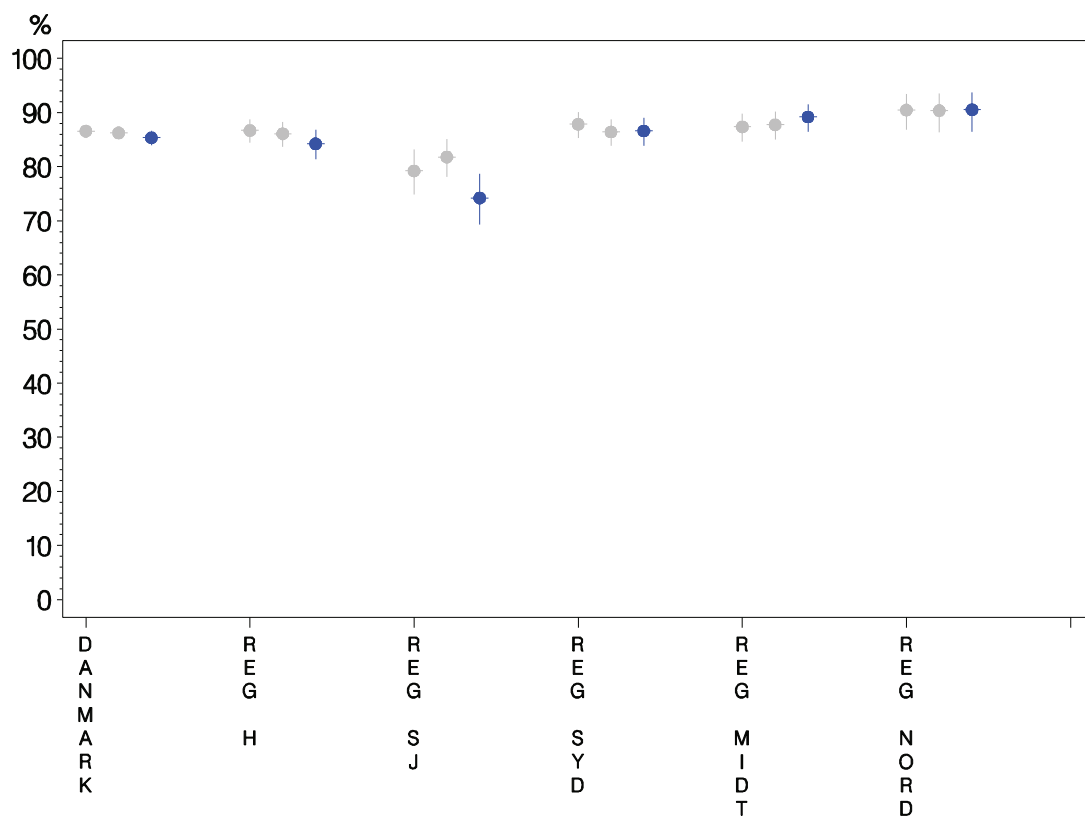
Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2009-2011, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Indikatoren regnes for opfyldt hvis patienten mindst én gang har modtaget den foreskrevne behandling (kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling).

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: indberetning af flow-afdeling, indberetning til onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG operationsafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

Forbehold: Patienter for hvilke, der ikke er modtaget flow-indberetning, kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Når disse patienter henføres fra den kirurgiske afdeling til den samarbejdende onkologiske afdeling er denne procedure behæftet med usikkerhed som følge af 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 kirurgiske afdelinger. Desuden betyder aldersafgrænsningen 18-75 år, at ældre patienter i C- og D-protokollerne ikke indgår i indikatorberegningen.

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer for operationsår 2009-2011.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2011 med KI (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)	Andel 2009 (%)	Komp 2009 (%)
DANMARK	2842	83	2361	2034	327	86 (85-88)	88	94	87	94
HOVEDSTADEN	848	70	597	503	94	84 (81-87)	87	89	87	92
SJÆLLAND	423	77	325	242	83	74 (69-79)	82	92	79	91
SYDDANMARK	697	89	622	545	77	88 (85-90)	89	97	89	98
MIDTJYLLAND	588	96	563	514	49	91 (89-93)	90	99	88	99
NORDJYLLAND	277	92	254	230	24	91 (86-94)	91	93	91	88
RIGSHOSPITALET	315	65	206	171	35	83 (77-88)	88	89	83	89
HERLEV	395	66	260	215	45	83 (78-87)	84	85	88	91
HILLERØD	123	95	117	106	11	91 (84-95)	94	99	90	100
RØNNE	15	93	14	11	3	79 (49-95)	92	100	100	88
OPHØRT REG.H	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	100	100
ROSKILDE	167	96	160	115	45	72 (64-79)	82	97	79	97
RINGSTED	98	21	21	18	3	86 (64-97)	30	29	61	44
NÆSTVED	158	91	144	109	35	76 (68-82)	85	96	80	96
ODENSE	235	90	211	177	34	84 (78-89)	82	97	84	95
SØNDERBORG	79	90	71	58	13	82 (71-90)	89	97	87	98
ESBJERG	124	90	111	100	11	90 (83-95)	92	98	92	99
VEJLE	239	94	225	206	19	92 (87-95)	94	98	92	100
OPHØRT REG.SYD	20	20	4	4	0	100 (40-100)	33	69	33	50
HERNING	211	99	208	197	11	95 (91-97)	94	100	89	99
AARHUS	337	95	319	285	34	89 (85-93)	87	99	90	98
OPHØRT REG.MIDT	40	90	36	32	4	89 (74-97)	90	97	83	99
AALBORG	274	93	254	230	24	91 (86-94)	91	94	91	89
OPHØRT REG.NORD	3	0	0	0	0	. (-.)	100	50	86	50



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2009-2010 (grå signatur) og patienter med operationsår 2011 (blå signatur).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 8

Indberetningskompletheden for 2011 varierer markant mellem regionerne: Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark har 96, 92 og 89 % komplethed, mens Sjælland og Hovedstaden har 77 og 70 %. Den nationale indberetningskomplethed for 2011 er 83 %, hvilket ligger væsentligt lavere end i 2009 og 2010, hvor kompletheden var 94 %. Disse store forskelle afspejler, at der sker en forsinket indberetning af medicinsk behandling. Dette gør sig særligt gældende i Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark, hvor indberetningskompletheden fra 2010 til 2011 falder med 19, 15 og 8 procentpoint.

Indikatoropfyldelsen ligger højest i Midtjylland og Nordjylland med 91 %, Syddanmark og Hovedstaden har 88 og 84 % opfyldelse, mens Sjælland har 74 % opfyldelse. For Sjælland ligger indikatorresultatet noget højere de foregående år med 82 % i 2010 og 79 % i 2009, men stadig lavere end i de øvrige regioner.

Styregruppens kommentarer til indikator 8

Der har i de seneste år været rettet speciel opmærksomhed mod betydningen af manglende indberetninger af onkologisk behandling og problemerne med at identificere den onkologiske afdeling, som en patient er tilknyttet i de tilfælde, hvor der ikke er foretaget indberetning. Det har gjort sig specielt gældende for Region Sjælland. I dette års opgørelse er der gjort et forsøg på at identificere den relevante afdeling på baggrund af søgning i LPR, men det er fortsat ikke muligt med sikkerhed at finde den rette afdeling i alle tilfælde. Der indføres nu en ny parameter i de kirurgiske afdelingers indberetning på mammaskemaet, hvor der skal oplyses om, hvilken afdeling, der henvises til mht. medicinsk onkologisk behandling og strålebehandling. Dette tiltag forventes at kunne minimere problemet.

Den samlede indikatorværdi for landet ligger højt, og det fortæller altså, at anbefalingerne for onkologisk behandling i vid udstrækning følges ved de onkologiske centre.

Anbefalinger til indikator 8

I Region Sjælland er der fortsat markant lavere indikatorværdi i forhold til de øvrige regioner og landsgennemsnittet. Styregruppen anbefaler derfor centrene i Roskilde og Næstved til at se på praksis på området og vurdere, om deres mindre efterlevelse af behandlingsanbefalingerne er i overensstemmelse med god praksis på området.

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 18-75 år allokert 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 ikke er modtaget en off-study eller en flow-indberetning, kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Se den uddybende beskrivelse af forbehold under indikator 8.

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: indberetning af off-study, indberetning af flow, indberetning til onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG operationsafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9', hvor antal allokerede patienter efter datakilde ligeledes præsenteres.

Til denne indikator er der medtaget patienter i alderen 18-75 år, der er opereret fra 2002 til 2011, 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, 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 der indberettes off-study card med en af følgende events: 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. Lavrisiko-patienter kan desuden gennemføre kontrolprogrammet, hvis de afsluttes med off-study 3 år efter operation jf. nye retningslinjer fra 20. august 2010.

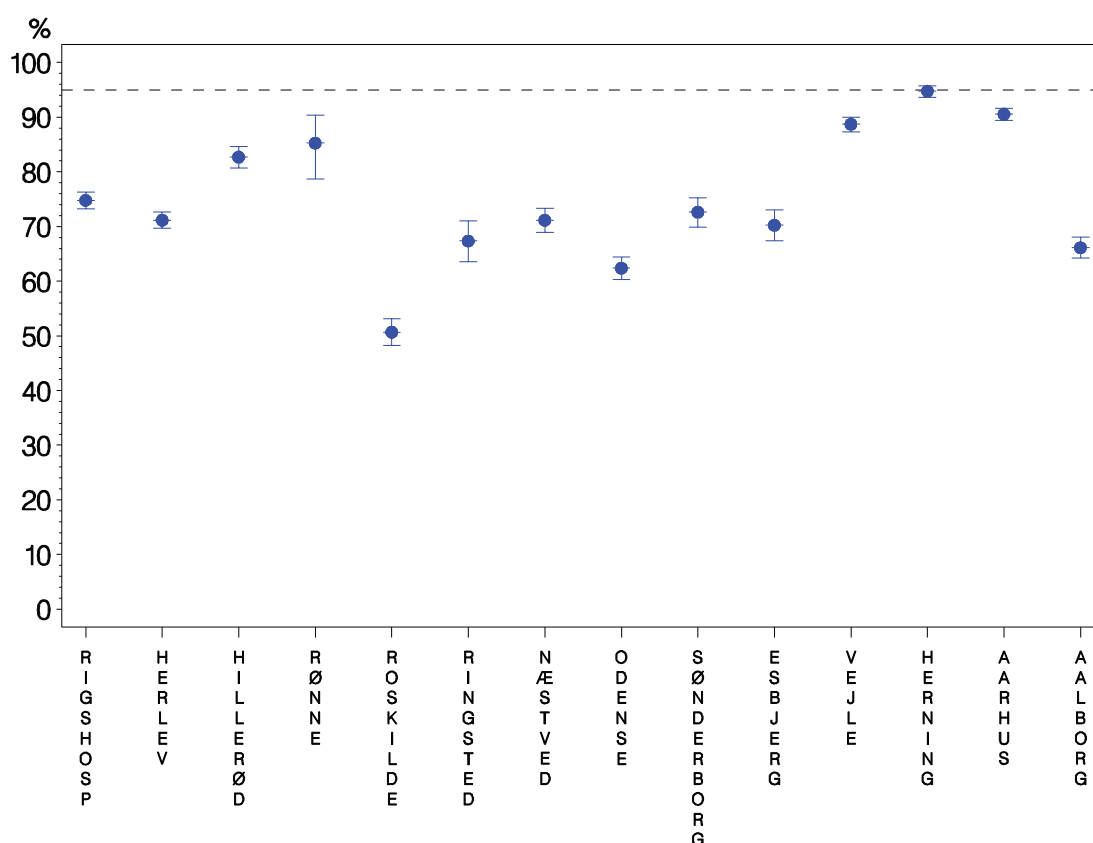
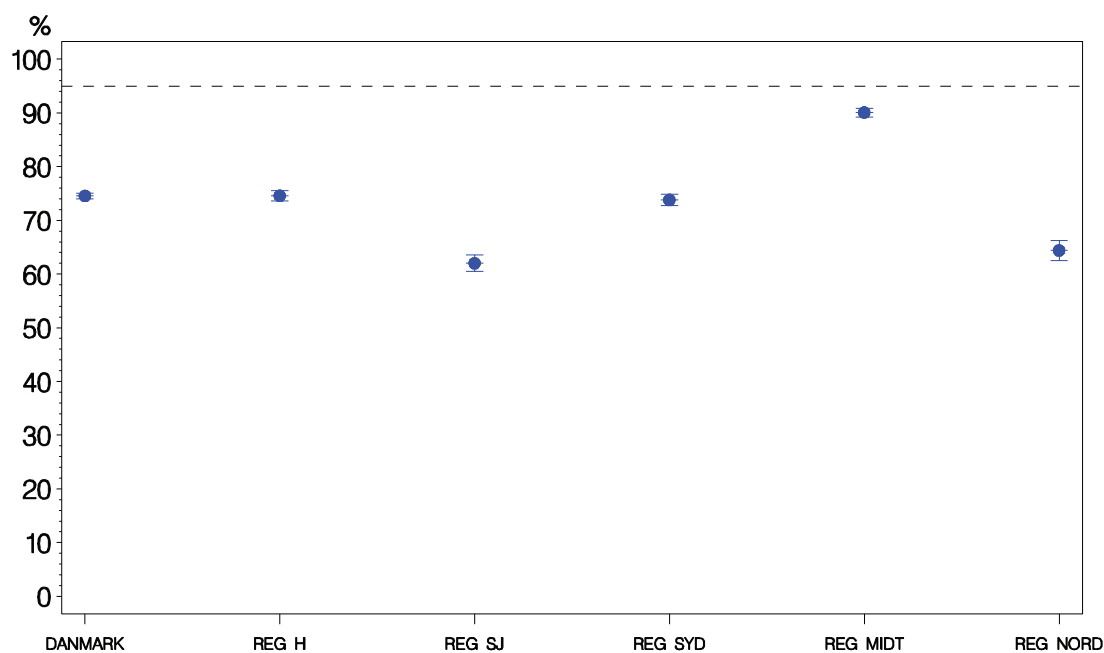
Kontrolprogrammet regnes ikke for gennemført, hvis kontrolbesøgene ikke er regelmæssige i henhold til følgende kriterier: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste kontrolbesøg og patienten burde være under kontrol. B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år. C: Kontrolforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet. D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder 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 2012 valgt at beskrive indikatoren for patienter opereret i perioden 2002-2011.

Højrisko-patienter

Indikator 9: Højrisko-patienter opereret 2002-2011 der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2002-2011 med KI (%)
DANMARK	24310	100	24310	18357	5953	76 (75-76)
HOVEDSTADEN	7529	100	7529	5676	1853	75 (74-76)
SJÆLLAND	3566	100	3566	2236	1330	63 (61-64)
SYDDANMARK	6052	100	6052	4478	1574	74 (73-75)
MIDTJYLLAND	4789	100	4789	4391	398	92 (91-92)
NORDJYLLAND	2356	100	2356	1573	783	67 (65-69)
RIGSHOSPITALET	2604	100	2604	1957	647	75 (73-77)
HERLEV	3362	100	3362	2428	934	72 (71-74)
HILLERØD	1346	100	1346	1120	226	83 (81-85)
RØNNE	135	100	135	116	19	86 (79-91)
OPHØRT REG.H	82	100	82	55	27	67 (56-77)
ROSKILDE	1517	100	1517	771	746	51 (48-53)
RINGSTED	525	100	525	368	157	70 (66-74)
NÆSTVED	1515	100	1515	1091	424	72 (70-74)
OPHØRT REG.SJ	9	100	9	6	3	67 (30-93)
ODENSE	1978	100	1978	1240	738	63 (61-65)
SØNDERBORG	986	100	986	707	279	72 (69-74)
ESBJERG	965	100	965	673	292	70 (67-73)
VEJLE	2029	100	2029	1796	233	89 (87-90)
OPHØRT REG.SYD	94	100	94	62	32	66 (55-75)
HERNING	1675	100	1675	1600	75	96 (94-96)
AARHUS	2714	100	2714	2491	223	92 (91-93)
OPHØRT REG.MIDT	400	100	400	300	100	75 (70-79)
AALBORG	2270	100	2270	1530	740	67 (65-69)
OPHØRT REG.NORD	86	100	86	43	43	50 (39-61)



Indikator 9 Højrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2002-2011. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Det gennemsnitlige indikatorresultat for højrisiko-patienter opereret i perioden fra 2002 til 2011 varierer betydeligt: Midtjylland har 92 % opfyldelse, Hovedstaden og Syddanmark har 75 % og 74 % opfyldelse, mens Nordjylland og Sjælland har 67 % og 63 % opfyldelse.

Indikatoren vedrører patienter opereret over en 10 årig periode, hvor den regionale praksis for kontrolprogram kan have ændret sig. For at mindske indflydelsen af ældre data, har vi lavet en supplerende opgørelse af 'forbliven i kontrolforløb' for patienter opereret 2007-2011 (se Bilag 2). Ved denne opgørelse bliver indikatorresultatet efter 5 års opfølgning: Midtjylland 87 %, Sjælland 81 %, Syddanmark 78 %, Hovedstaden og Nordjylland begge 71 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Det har været et konstant problem i de foregående års rapporter, at man generelt ikke har levet op til kravene for denne indikatorværdi. Problemet er desværre uændret, og der er altså kun en enkelt afdeling, hvor man ikke signifikant ligger under tærskelværdien på 95 %, og det gælder for samtlige 5 regioner, at man ligger langt under et bare nogenlunde acceptabelt niveau. Det er styregruppens opfattelse, at det dårlige resultat i høj grad hænger sammen med, at der ikke sker korrekt indberetning af kontrolforløb, hvilket vi har peget på gang på gang i de årlige rapporter.

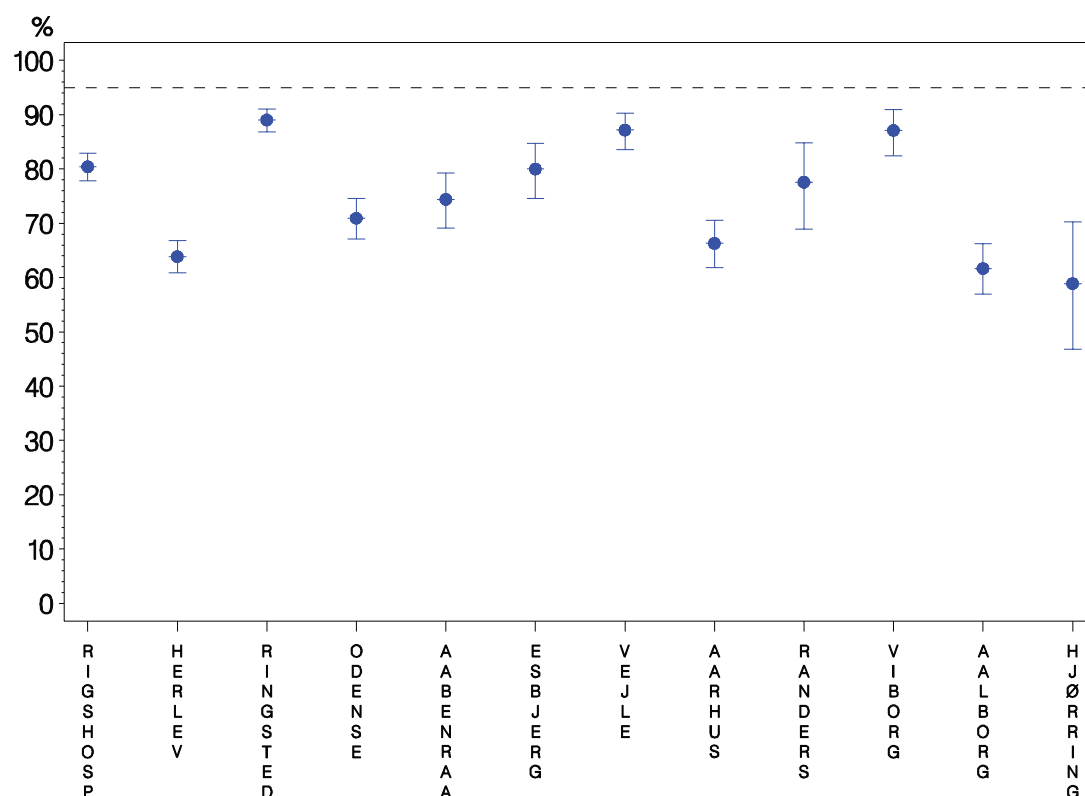
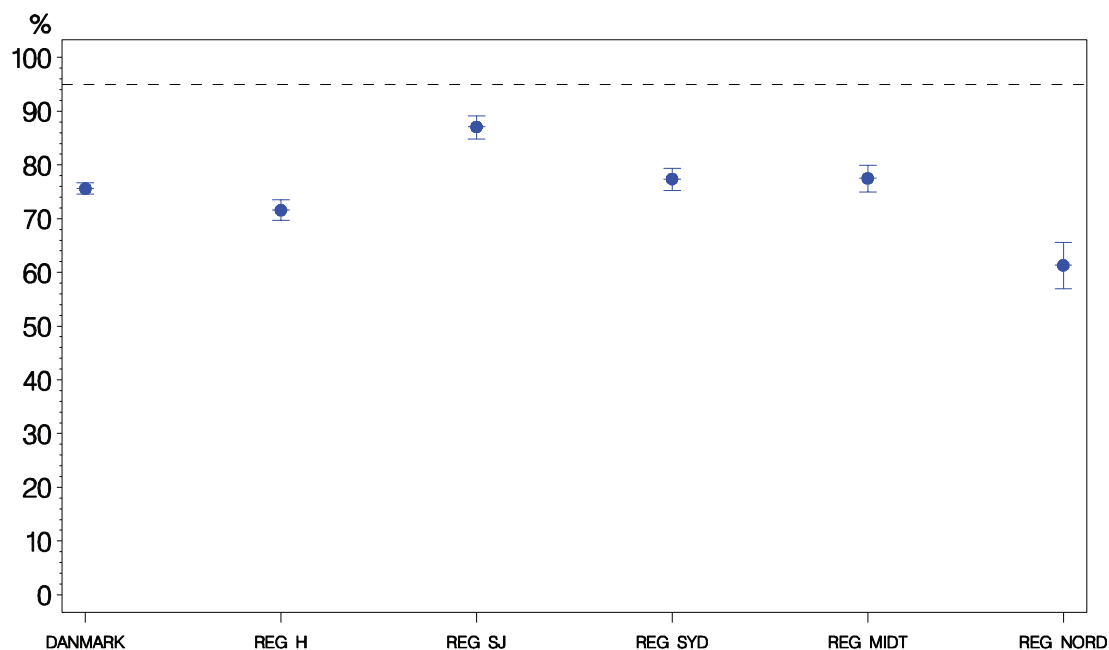
Anbefalinger til indikator 9 Højrisiko

De enkelte regioner og Region Sjælland i særdeleshed bør sikre, at der først og fremmest sker en markant forbedring af indberetning af follow-up. Dette forudsætter, at man kritisk ser på organisationen i de onkologiske ambulatorier og sikrer, at der er tilstrækkelige ressourcer til rådighed, så indberetning kan foretages i umiddelbar tilknytning til den ambulante kontakt. Det skal understreges, at en målrettet indsats indenfor det næste år vil kunne rette op på dette problem. Det er den sidste indberetning, der tæller, og man behøver derfor ikke at fylde hullerne ud, hvis der vel at mærke ikke er relevante events at indberette.

Lavrisiko-patienter

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2002-2011 der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2002-2011 med KI (%)
DANMARK	5887	100	5887	4489	1398	76 (75-77)
HOVEDSTADEN	1925	100	1925	1382	543	72 (70-74)
SJÆLLAND	926	100	926	813	113	88 (86-90)
SYDDANMARK	1527	100	1527	1188	339	78 (76-80)
MIDTJYLLAND	1033	100	1033	811	222	79 (76-81)
NORDJYLLAND	469	100	469	294	175	63 (58-67)
RIGSHOSPITALET	843	100	843	677	166	80 (77-83)
HERLEV	948	100	948	612	336	65 (61-68)
OPHØRT REG.H	134	100	134	93	41	69 (61-77)
RINGSTED	820	100	820	734	86	90 (87-92)
OPHØRT REG.SJ	106	100	106	79	27	75 (65-82)
ODENSE	557	100	557	396	161	71 (67-75)
AABENRAA	278	100	278	208	70	75 (69-80)
ESBJERG	248	100	248	199	49	80 (75-85)
VEJLE	391	100	391	344	47	88 (84-91)
OPHØRT REG.SYD	53	100	53	41	12	77 (64-88)
AARHUS	457	100	457	304	153	67 (62-71)
RANDERS	102	100	102	85	17	83 (75-90)
VIBORG	252	100	252	220	32	87 (83-91)
OPHØRT REG.MIDT	222	100	222	202	20	91 (86-94)
AALBORG	411	100	411	258	153	63 (58-67)
HJØRRING	55	100	55	34	21	62 (48-75)
OPHØRT REG.NORD	3	100	3	2	1	67 (9-99)



Indikator 9 Lavrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2002-2011. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Patienter som gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter, der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Det gennemsnitlige indikatorresultat for lavrisiko-patienter opereret i perioden fra 2002 til 2011 varierer betydeligt: Sjælland har 88 % opfyldelse, Midtjylland og Syddanmark har 79 % og 78 % opfyldelse, mens Hovedstaden og Nordjylland med 72 % og 63 % opfyldelse.

Indikatoren vedrører patienter opereret over en 10 årig periode, hvor den regionale praksis for kontrolprogram kan have ændret sig. For at mindske indflydelsen af ældre data, har vi lavet en supplerende opgørelse af 'forbliven i kontrolforløb' for patienter opereret 2007-2011 (se Bilag 2). Ved denne opgørelse bliver indikatorresultatet efter 5 års opfølgning: Nordjylland 78 %, Syddanmark 74 %, Sjælland 67 %, Hovedstaden 65 % og Midtjylland 54 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Mange af de kommentarer, der er knyttet til afsnittet om højrisikopatienterne er også gældende for lavrisiko-gruppen, som typisk kontrolleres i kirurgisk regi. Generelt synes der at være sket en forringelse på dette område. Det anses for ikke at være acceptabelt. Et træk fra databasen har vist, at der ud af den samlede population på 6429 patienter var 895, hvor der manglede indberetning indenfor en periode på 18 måneder. Det viser med al tydelighed, at den manglende elektroniske indberetning, der efterlystes fra de onkologiske ambulatorier, også er gældende for de kirurgiske afdelinger.

Styregruppen har bemærket, at Ringsted skiller sig positivt ud. Det er specielt interessant i lyset af den kritik, der er rettet mod Region Sjælland for så vidt angår opfølgningen af højrisikogruppen.

Anbefalinger til indikator 9 Lavrisiko

Se de generelle anbefalinger for højrisikogruppen ovenfor. Afdelingerne i Herlev, Aarhus, Aalborg og Hjørring bør forbedre sig på dette område.

Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved 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 18-75 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.

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 ved, 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: 'Fravær af lokalt recidiv ved brystbevarende terapi' ved hjælp af en competing risk analyse, der under ét estimerer forekomsten af de konkurrerende begivenhedstyper.

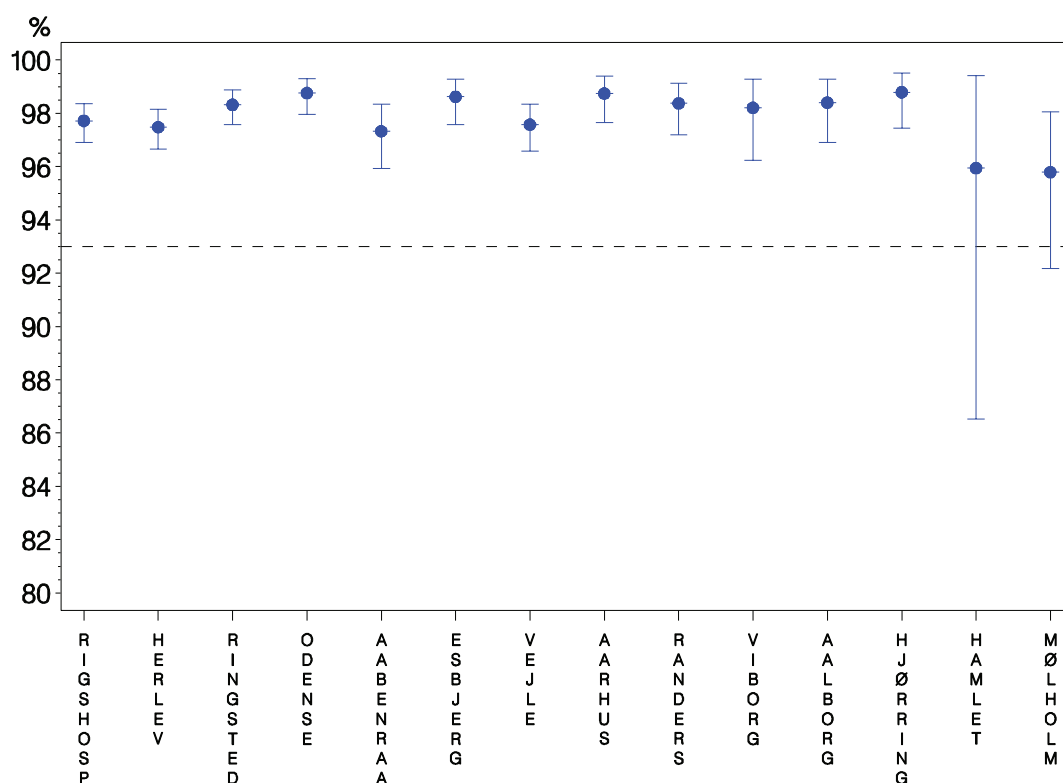
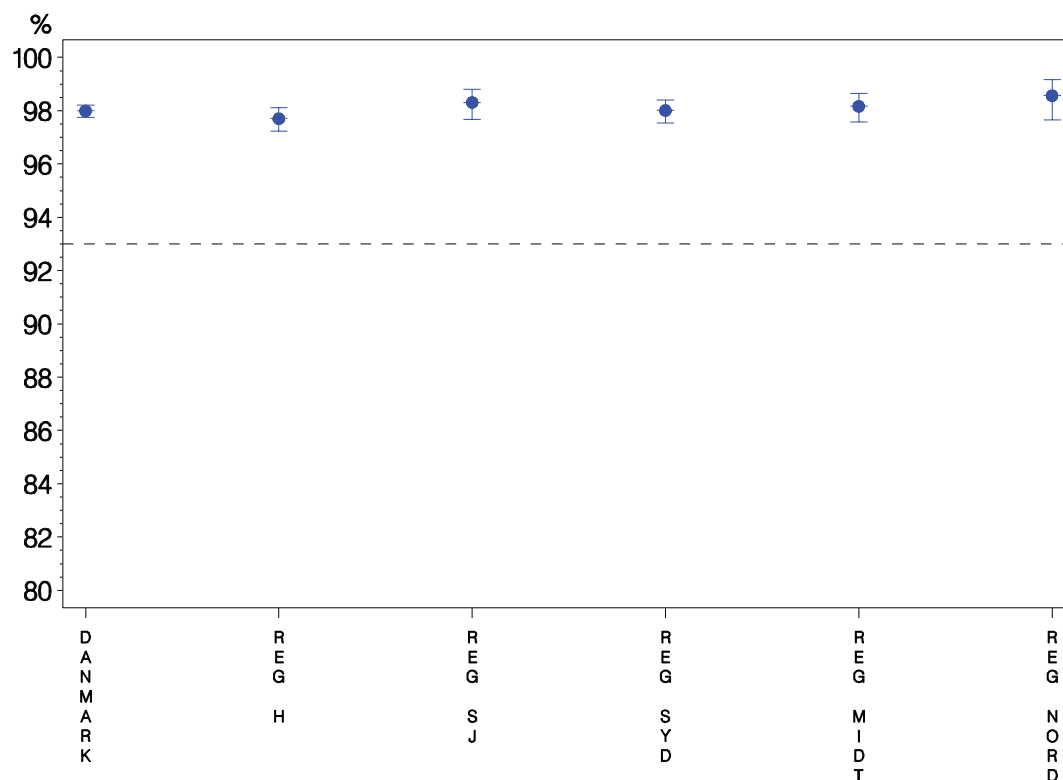
Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

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.

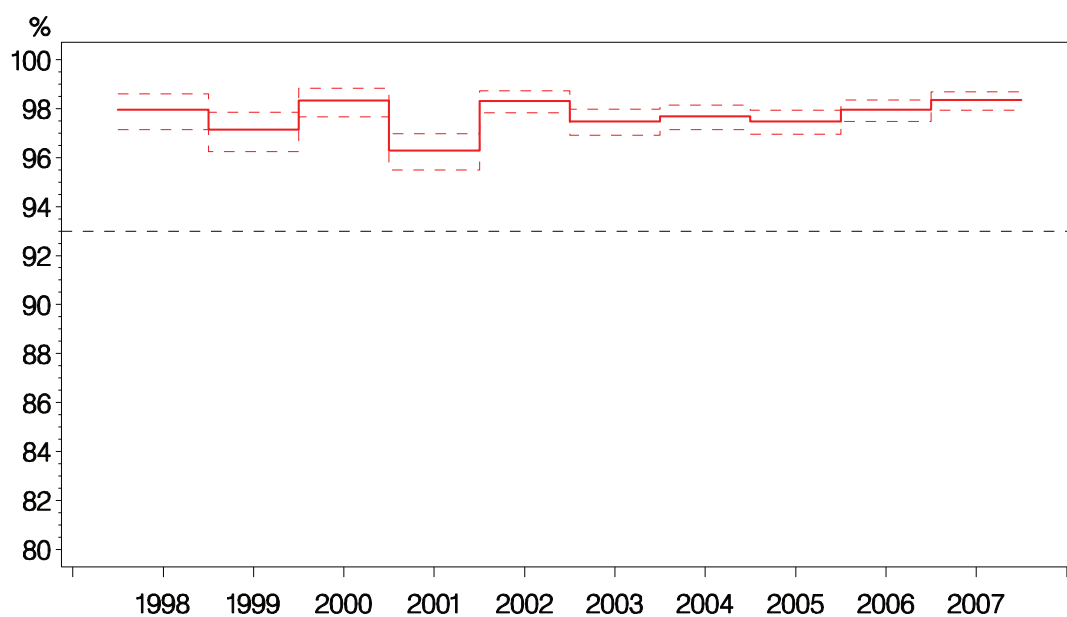
Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 1998-2011. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der ikke har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Andel 1998-2011	Nedre KI	Øvre KI
DANMARK	21051	95.8	20158	98.0	97.8	98.2
HOVEDSTADEN	6430	95.1	6117	97.7	97.2	98.1
SJÆLLAND	3306	90.7	3000	98.3	97.7	98.8
SYDDANMARK	5516	98.0	5407	98.0	97.5	98.4
MIDTJYLLAND	3904	98.8	3857	98.2	97.6	98.6
NORDJYLLAND	1484	93.6	1389	98.6	97.7	99.2
RIGSHOSPITALET	2588	94.7	2451	97.7	96.9	98.4
HERLEV	2731	94.4	2578	97.5	96.7	98.1
OPHØRT REG.H	1111	97.9	1088	97.9	96.8	98.6
RINGSTED	2865	90.5	2594	98.3	97.6	98.9
OPHØRT REG.SJ	441	92.1	406	97.8	96.0	98.9
ODENSE	1580	98.4	1555	98.8	98.0	99.3
AABENRAA	1017	96.3	979	97.3	95.9	98.3
ESBJERG	969	97.4	944	98.6	97.6	99.3
VEJLE	1572	98.9	1554	97.6	96.6	98.3
OPHØRT REG.SYD	378	99.2	375	97.2	95.1	98.6
AARHUS	1118	98.9	1106	98.7	97.7	99.4
RANDERS	944	98.4	929	98.4	97.2	99.1
VIBORG	931	98.2	914	98.2	96.2	99.3
OPHØRT REG.MIDT	911	99.7	908	97.1	95.7	98.2
AALBORG	775	93.3	723	98.4	96.9	99.3
HJØRRING	689	93.8	646	98.8	97.4	99.5
OPHØRT REG.NORD	20	100.0	20	94.7	78.0	99.7
HAMLET	100	89.0	89	95.9	86.5	99.4
MØLHOLM	250	95.6	239	95.8	92.2	98.1



Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1998-2011. 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).



Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved 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.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Komplethed defineres som indberetning af follow-up og/eller off-study events indenfor 5 år efter operation. Indikatorkompletheden ligger på et højt niveau, men med mindre regionale forskelle: Midtjylland og Syddanmark ligger højt, begge med 99 % og 98 % komplethed, Hovedstaden og Nordjylland har 95 og 94 %, mens Sjælland har 91 % komplethed.

Den regionsvise indikatoropfyldelse ligger højt mellem 97.7 % og 98.6 %. Det bemærkes, at indikatoropfyldelsen er højest i Nordjylland og Sjælland, der dog samtidig ligger lavest i indberetningskomplethed.

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Tallene taler for sig selv. Det er meget tilfredsstillende resultat og bekræfter, at standarden for den lokoregionale behandling af brystkræft i Danmark er høj.

Anbefalinger til indikator 10

Styregruppen finder ikke grundlag for nogen anbefaling på dette område.

Indikator 11: Fravær af 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 med kurativt sigte inklusive operation efter neo-adjuverende behandling.

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

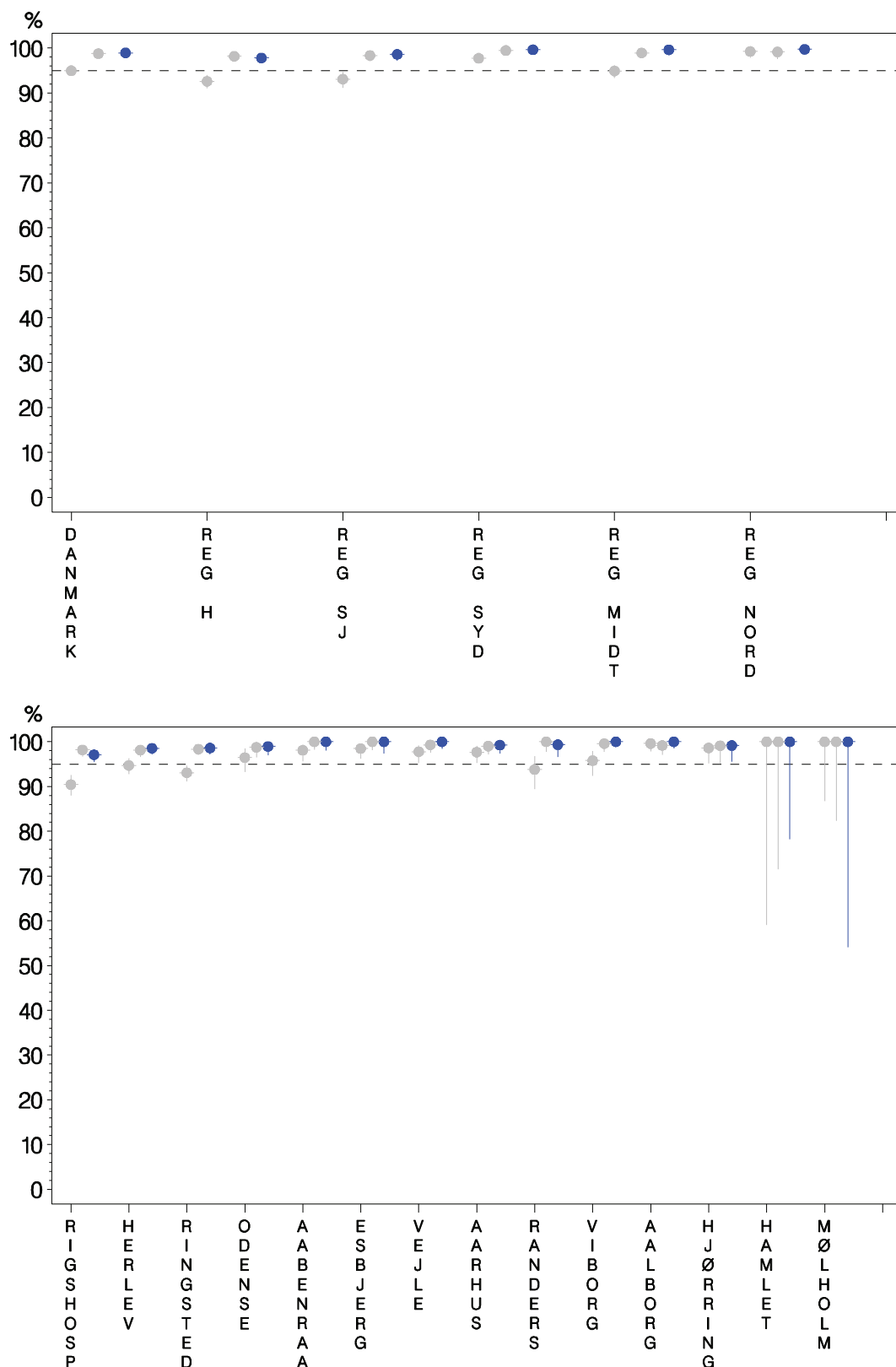
Forbehold: I perioden 2010-2012 indberettede nogle afdelinger ikke kirurgiske komplikationer. Dette førte til 100 % opfyldelse af indikatoren, hvilket ikke kan afspejle den reelle situation.

Det skal bemærkes, at Dansk Mammakirurgisk Selskab med virkning fra 27. maj 2010 implementerede en revideret diagnoseliste med henblik på at skabe et fælles grundlag for indberetning af kirurgiske komplikationer til LPR.

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren, hvilket skyldes, at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011* (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010* (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	3784	97.1	3673	3634	39	98.9 (98.6-99.2)	98.8	100.0	95.0	100.0
HOVEDSTADEN	1161	97.8	1136	1111	25	97.8 (96.8-98.6)	98.2	100.0	92.6	100.0
SJÆLLAND	535	94.6	506	499	7	98.6 (97.2-99.4)	98.4	100.0	93.1	100.0
SYDDANMARK	877	96.5	846	843	3	99.6 (99.0-99.9)	99.5	100.0	97.8	100.0
MIDTJYLLAND	816	97.7	797	794	3	99.6 (98.9-99.9)	98.9	100.0	94.9	100.0
NORDJYLLAND	370	99.2	367	366	1	99.7 (98.5-100.0)	99.2	100.0	99.3	100.0
RIGSHOSPITALET	597	98.3	587	570	17	97.1 (95.4-98.3)	98.2	100.0	90.5	100.0
HERLEV	564	97.3	549	541	8	98.5 (97.1-99.4)	98.2	100.0	94.7	100.0
RINGSTED	535	94.6	506	499	7	98.6 (97.2-99.4)	98.4	100.0	93.1	100.0
ODENSE	296	97.0	287	284	3	99.0 (97.0-99.8)	98.8	100.0	96.5	100.0
AABENRAA	184	100.0	184	184	0	100.0 (98.0-100.0)	100.0	100.0	98.1	100.0
ESBJERG	140	100.0	140	140	0	100.0 (97.4-100.0)	100.0	100.0	98.5	100.0
VEJLE	257	91.4	235	235	0	100.0 (98.4-100.0)	99.3	100.0	97.8	100.0
AARHUS	277	97.8	271	269	2	99.3 (97.4-99.9)	99.0	100.0	97.7	100.0
RANDERS	166	96.4	160	159	1	99.4 (96.6-100.0)	100.0	100.0	93.8	100.0
VIBORG	373	98.1	366	366	0	100.0 (99.0-100.0)	99.6	100.0	95.8	100.0
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	96.1	100.0	90.5	100.0
AALBORG	246	99.6	245	245	0	100.0 (98.5-100.0)	99.2	100.0	99.6	100.0
HJØRRING	124	98.4	122	121	1	99.2 (95.5-100.0)	99.1	100.0	98.6	100.0
HAMLET	18	83.3	15	15	0	100.0 (78.2-100.0)	100.0	100.0	100.0	100.0
MØLHOLM	7	85.7	6	6	0	100.0 (54.1-100.0)	100.0	100.0	100.0	100.0

*: Indikatorværdierne for 2010 og 2011 er beregnet i henhold til algoritme, der inkluderer flere diagnosekoder end anbefalet af Dansk Mammakirurgisk Selskab, derfor er indikatorværdierne for disse år ikke fuldt sammenlignelige med indikatorværdien for 2012.



Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (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.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 11

To offentlige og to private afdelinger har ikke indberettet kirurgiske komplikationer hverken i 2011 eller 2012: Aabenraa, Esbjerg, Hamlet og Mølholm. Desuden har tre offentlige afdelinger ikke indberettet komplikationer i 2012: Vejle, Viborg og Aalborg. Disse værdier ligger langt under, hvad en undersøgelse fra Hørsholm Hospital i 2004 viste, og kan ikke afspejle den reelle situation.

I modsætning hertil har afdelingerne i Region Hovedstaden og Region Sjælland i både 2011 og 2012 indberettet komplikationsrater mellem 1.4 % og 2.9 %.

Indikatorkompletheden, der defineres ved indberetning af diagnose til LPR, ligger under 95 % for afdelingerne i Ringsted og Vejle og under 90 % for de private afdelinger Hamlet og Mølholm.

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Der har været gjort en ekstraordinær indsats for at forbedre indberetningspraksis til LPR vedrørende kirurgiske komplikationer, som grundlag for beregning af denne indikator. Det har ikke ført til den ønskede virkning. Styregruppen anser indikatorværdien for misvisende og har derfor besluttet, at indikatoren fremover vil blive beregnet på en anden måde. Det vil kun være en registrering i LPR af reoperationer pga. komplikationer (KHW), der kommer til at være udgangspunkt for beregningen. Styregruppen vurderer, at korrekt registrering af procedurekoder er mere sandsynligt forekommende end registrering af diagnosekoder for komplikationerne.

Anbefalinger til indikator 11

I lyset af ovenstående beslutning finder styregruppen, på baggrund af dette års opgørelse, at det ikke er relevant at komme med specifikke anbefalinger til afdelinger og regioner.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

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

Standard: Der er ikke defineret en standard for denne indikator. Landsgennemsnittet for 2007-2010 var 84 %.

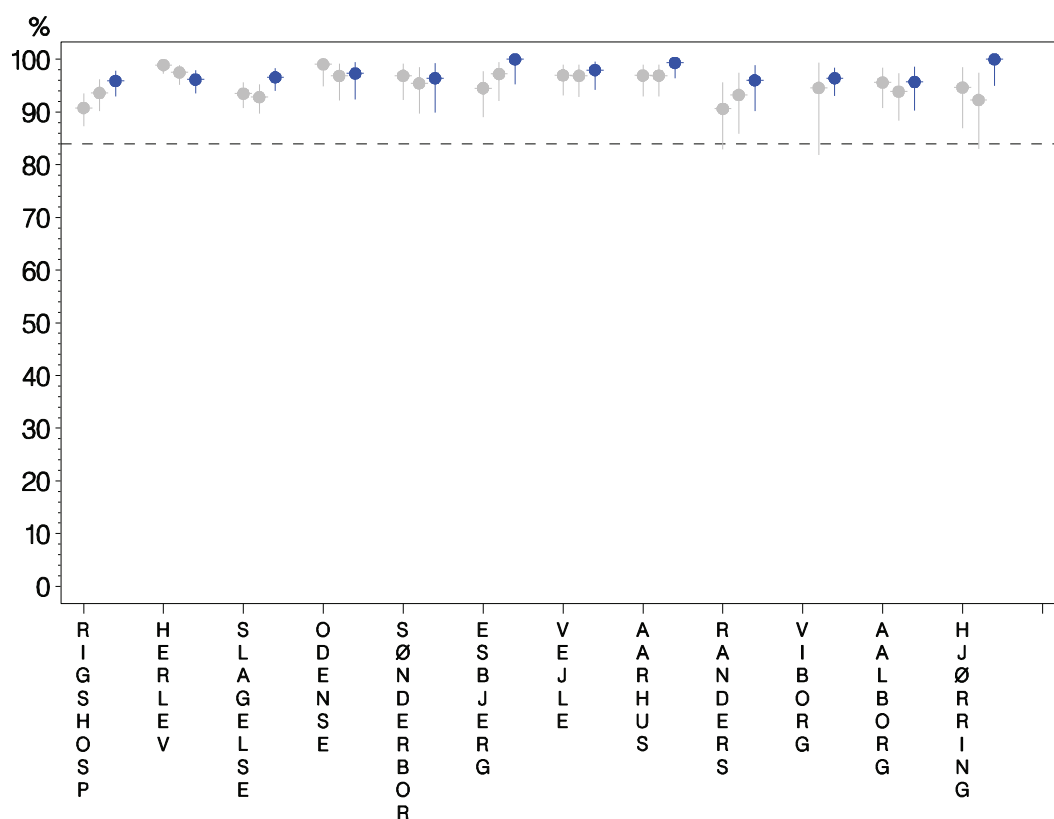
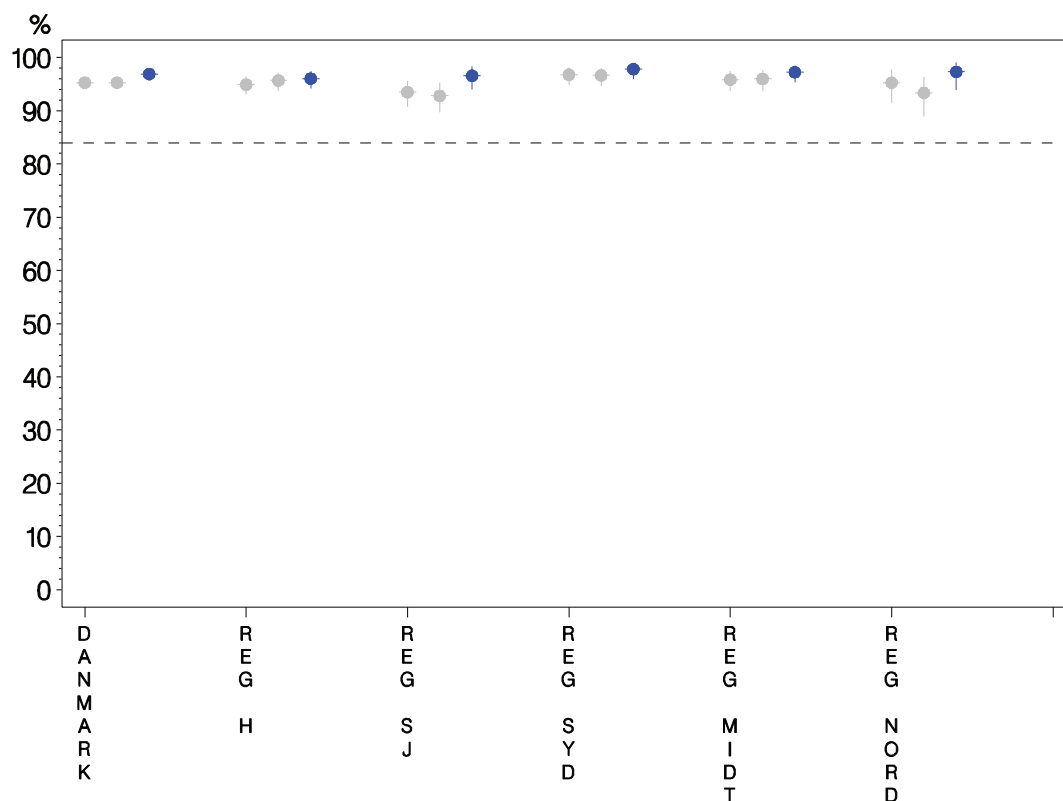
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år med påvist invasiv brystkræft og tumorstørrelse mellem 0 og 50 mm, hvor der er anvendt sentinel node teknik og lavet frysemikroskopi, og hvor der kun er fundet negative sentinel node lymfeknuder i frysepræparatet.

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.

Sene fund i SN-præparatet 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 der ikke findes makrometastaser ved undersøgelsen af SN-præparat eller aksilfedt. Indikatoren er uoplyst, hvis der mangler indberetning af makrometastaser både ved undersøgelse af SN-præparat og aksilfedt.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet i 2000-2012. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi. Indikatoren er opfyldt, hvis der ikke findes makrometastaser ved den efterfølgende undersøgelse af SN-præparat eller aksilfedt.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	1788	100	1788	1735	53	97 (96-98)	95	100	95	100
HOVEDSTADEN	556	100	556	535	21	96 (94-98)	95	100	95	100
SJÆLLAND	271	100	271	261	10	96 (93-98)	93	100	93	100
SYDDANMARK	367	100	367	361	6	98 (96-99)	97	100	97	100
MIDTJYLLAND	424	100	424	413	11	97 (95-99)	96	100	96	100
NORDJYLLAND	170	100	170	165	5	97 (93-99)	93	100	95	100
RIGSHOSPITALET	260	100	260	250	10	96 (93-98)	93	100	90	100
HERLEV	296	100	296	285	11	96 (93-98)	97	100	99	100
SLAGELSE	271	100	271	261	10	96 (93-98)	93	100	93	100
ODENSE	90	100	90	88	2	98 (92-100)	97	100	99	100
SØNDERBORG	70	100	70	68	2	97 (90-100)	95	100	98	100
ESBJERG	71	100	71	71	0	100 (95-100)	97	100	94	100
VEJLE	136	100	136	134	2	99 (95-100)	97	100	97	100
AARHUS	135	100	135	135	0	100 (97-100)	97	100	97	100
RANDERS	91	100	91	88	3	97 (91-99)	94	100	90	100
VIBORG	198	100	198	190	8	96 (92-98)	94	100	.	.
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	97	100	98	100
AALBORG	108	100	108	103	5	95 (90-98)	94	100	95	100
HJØRRING	62	100	62	62	0	100 (94-100)	91	100	95	100



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur). Den stiplede linje angiver landsgennemsnittet for 2007-2010: 84 %. Der er ikke fastsat nogen referenceværdi for denne indikator.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Indikatorkompletheden er 100 % for alle afdelinger. Dette afspejler, at indberetning af makrometastaser efter undersøgelse af SN-præparat og/eller aksilfedt altid foretages. Indikatoropfyldelsen ligger på et højt niveau i alle regioner, mellem 96 og 98 % opfyldelse.

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Billedet er ensartet med meget høj indikatorværdi for alle afdelinger. Det er i sig selv tilfredsstillende, men man skal dog være opmærksom på, at beregningen i årsrapport 2012 er anderledes end den, der er foretaget tidligere, idet det nu kun er makrometastaser, der evalueres på. Tidligere var mikrometastaser og specielt ITC en væsentlig årsag til sen positiv undersøgelse. Denne ændring afspejler, at der er indført nye retningslinjer på området. Det er derfor relevant at overveje, hvor tærskelværdien skal ligge. På baggrund af dette års opgørelse synes en værdi på mindst 95 % umiddelbart at være opnåelig, og styregruppen har vurderet, at det er den korrekte værdi og vil benytte denne tærskelværdi i næste års opgørelse.

På sigt vil det blive overvejet, om indikatorværdien fortsat skal indgå i indicatorsættet. Indtil videre vil styregruppen dog opretholde en overvågning på dette område.

Anbefalinger til indikator 12

Styregruppen finder ikke grundlag for at give specifikke anbefalinger vedrørende denne indikator.

Oversigt indikatorer 2012

	Indikatornavn	Format	Standard	Datakilder
1	Udgået 2011.			
2	Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.	Andel	70 %	DBCG
3	Malign:Benign operationsratio.	Andel (forhold)	67 %	DBCG, LPR
4	Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	Andel	95 %	DBCG
5	Npos brystkræftpatienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.	Andel	90 %	DBCG
6	Udgået 2010.			
7	Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed.	Andel	95 %	DBCG, Patobank
8	Højrisikopatienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer.	Andel	?	DBCG
9	Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's kontrolprogram.*	Andel	95 %	DBCG
10	Fravær af lokalt recidiv efter brystbevarende terapi.	Andel**	93 % negative	DBCG
11	Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.	Andel		DBCG, LPR
12	Sen sentinel node positivitet.	Andel	?	DBCG

*: Afrapportering stratificeres efter risikoklassifikation: lavrisiko og højrisiko.

** : Kumulativ incidens af lokalt recidiv 5 år efter operation bestemt ved competing risk analyse.

Teknisk beskrivelse af databasekomplethed

	Population	Database-komplethed maksimum (nævner)	Database-komplethed opfyldt (tæller)	Database-komplethed kan ikke bestemmes (eksklusion)
Databasekomplethed (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	<p>DBCG: Kvinde registreret i DBCG's transaktionsregister <i>og/eller</i> Patobank: Kvinde \cap Invasiv mamma cancer diagnose K_SNOMED in(M80xx3, M81xx3, M82xx3, M83xx3, M84xx3, M85xx3) \cap Diagnoseår 2012: year(D_MODTDATO) = 2012 \cap Ikke diagnose af recidiv (Patobank modtagedato højst 30 dage efter DBCG operation: NOT D_MODTDATO - mdy(m24,m23,m25) > 30).</p> <p>Diagnosedato bestemmes i prioriteret rækkefølge: DBCG operationsdato (n=4308), dato for Patobank-indberetning (n=326), dato for indberetning af præoperativ klassifikation på DBCG mammaskema (n=13), hvor tallene i parentes angiver antal patienter i 2012.</p>	Forekomst i Patobank.	Forekomst i både DBCG og Patobank.	Forekomst alene i DBCG

Teknisk beskrivelse af indikatorer

Kvinde: CPR-nummer lige (m1).

18-75 år: Alder ved operation ($18 \leq m46 \leq 75$).

Invasiv: Karcinomklassifikation invasiv cancer mammae (IBC C50) undtagen Pagets Disease of the Nipple: ($20 \leq p50 \leq 32$ eller $20 \leq p51 \leq 32$ eller $20 \leq p52 \leq 32$).

Preop. Kurativ/neo.adj/uoplyst: Præoperativ klassifikation m42 in(1,2,5,6,9,..).

Kirurgi-eksklusion: Metastaserende eller primær inoperabel lokoregional fremskreden cancer mammae (m41_1=1)

eller Sarkom/phyloides (m41_3=1)

eller Inoperabel cancer mammae (m41_6=1)

eller Ikke opereret iht. DBCG's procedure (m41_7=1).

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 1	Udgået 2011.		
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi. (Kirurgi)	Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst. Eksklusion: Kirurgi-eksklusion.	Positiv nåle-histologi (p154=1) eller (positiv billed-diagnostik: p152=1 \cap positiv nåle-cytologi: p153=1) eller operationsdato<1.7.2010 \cap (anvendt nåle-cytologi og/eller anvendt nåle-histologi: mod(p38,100) in(01,10,11)).	Nåle-histologi ikke anvendt: p154 in(4,9,.) og billed-diagnostik ikke anvendt: p152 in(4,9,.) og nåle-cytologi ikke anvendt: p153 in(4,9,.) og nåle-cytologi og nåle-histologi ikke anvendt: mod(p38,100)=0.
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio. (Kirurgi)	LPR-data: Kvinde \cap Operation i bryst (substr(C_OPR,1,4) in('KHAA','KHAB','KHAC')) \cap Operationsår (year(D_ODTO) = 2012) og/eller DBCG-data: Kvinde \cap Operation i bryst ($1 \leq m45 \leq 7$) \cap Operationsår (m25 = 2012). Eksklusion: Alene diagnose 'in-situ' (substr(C_DIAG, 1,4) = 'DD05') eller Alene accepterede benigne diagnoser§ eller Diagnosetype ,henvisningsdiagnose' (C_DIAGTYPE = 'H') eller Operationsår før 2012 (m25<2012) for ptt med invasiv diagnose i DBCG-tabeller: STAM, REG7782.	LPR-data med diagnose invasiv brystkræft (substr(C_DIAG, 1,4) = 'DC50'). og/eller DBCG-data \cap Invasiv	

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 4: Node-negativ aksilstatus baseret på sentinel node metoden.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap Node-negativ (p25=0 og 0<p22<99) \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Eksklusion: Præop. multifokal tumor (m56 not in(10,01,11) og <1.4.2013) eller Fund af tumorpositive enkelt-celler i SN-præparat (0<p135<99) eller aksil (0<p131<99) \cap operations- dato<1.1.2013 eller Rekonstruktion (p118 in(01,10,11)) eller Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>Mellem 1 og 9 udtagne lymfeknu- der p22<10 (1 \leq p22 \leq 9) \cap SN udført (p109=1) \cap aksilrømning ikke anvendt (p102 \neq 1).</p>	<p>SN uoplyst: p109 in(.,9)</p>
<p>Indikator 5: Node-positive patienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap Node-positiv: 0<p25<99 eller 0<p25_1<99 \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Aksilrømning udført (p102=1) eller aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1)</p> <p>Eksklusion: Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>10 eller flere udtagne lymfeknuder (10 \leq p22 < 99) \cap Aksilrømning udført (p102=1) eller 10 eller flere udtagne lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling (10 \leq p22_1 < 99) \cap Aksilrøm- ning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1)</p>	<p>Antal udtagne lymfeknuder uoplyst \cap aksilrømning udført (p102=1 eller Antal udtagne lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling uoplyst \cap Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1).</p>
<p>Indikator 6</p>	<p>Udgået i 2010.</p>		
<p>Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberet- tes til Patobank og DBCG med datakomplethed.</p> <p>(Kirurgi og Patologi)</p>	<p>Patobank: Kvinde \cap Invasiv mamma cancer diag- nose K_SNOMED in(M80xx3, M81xx3, M82xx3, M83xx3, M84xx3, M85xx3) \cap Diagnoseår 2012: year (D_ MODTDATO) = 2012 \cap Ikke diagnose af recidiv (Patobank modtagedato højst 30 dage efter DBCG opera- tion: NOT D_MODTDATO - mdy(m24,m23,m25) > 30). og/eller DBCG-data: Kvinde \cap Tilstrækkelig indberet- ning \cap Invasiv \cap Operationsår (m25 = 2012). Tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer, eller (b) med angivelse af præoperativ klas- sifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retnings- linjer: M40 in(0,1,2,3,4,6,7).</p>	<p>Forekomst i både DBCG-data og Patobank.</p>	<p>Alene forekomst i DBCG-data.</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG's retningslinjer.</p> <p>(Onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap Invasiv \cap 18-75 år \cap operation i 2009-2011 (2009\leqm25\leq2011) \cap Højrisiko-gruppe, patient al- lokeret til protokol B, C eller D (2\leqm40\leq4) \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Eksklusion: Kirurgi-eksklusion eller Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) eller Kontraindikation for standardbe- handling (m41_5=1) eller Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) eller Død umiddelbart efter operation < 4 uger (m41_9=1)</p>	<p>Opfyldelse afhænger af protokol- allokering. B og Her2-/? : Kemo \cap ET. B og Her2+ : Kemo \cap ET \cap Bio. C : ET. D og Her2-/? : Kemo. D og Her2+ : Kemo \cap Bio.</p> <p>Kemo: [Cyklofosamid (0< f7<8888) eller Epirubicin (0< f61 < 8888) eller Docetaxel (0< f87 < 8888 or f63=7)] \cap indtil 2 år efter operation. ET: [Tamoxifen eller Letrozol el- ler Aromasin eller Arimidex (0<f63<8888 and f63^=7)] \cap indtil 2 år efter operation. Bio: [Trastuzumab 0<f89<8888 eller Lapatinib 0<f102<8888] \cap indtil 2 år efter operation.</p>	<p>Manglende indberetning af flow: alle (f6) = .</p>
<p>Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfø- rer DBCG kontrolprogram.</p> <p>(Kirurgi og onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap operation 2002-2011 (2002\leqm25\leq2011) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Eksklusion: Eksklusion fra DBCG protokol* eller alene operation med biopsi (m45=4).</p>	<p>Gennemført: Regelmæssige kontrolbesøg indtil en 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 hel- bredsmæssige tilstand. Lavrisiko- patienter kan efter 20. august 2010 desuden udgå efter 3 års kontrol.</p> <p>Ikke gennemført: Kontrolbesøgene er ikke regelmæssige: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder 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 er gået mere end 1 år og 3 måneder efter operation.</p>	
<p>Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved brystbe- varende terapi.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap Tilst.indb. \cap Invasiv \cap 18-75 år \cap Brystbevarende opera- tion (m45=2) i 1998-2011 (1998\leqm25\leq2011) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Eksklusion: Eksklusion fra DBCG protokol*.</p>	<p>Fravær af lokalt recidiv, NOT ob4>. \cap (ob13=1 eller ob14=1), indenfor 5 år efter operation. <i>Simultant optrædende regional- eller fjernrecidiv er tilladt indenfor 3 måneder.</i></p> <p>Opfølgningstid Se # for recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, off-study indberetning. Se ## for patienter uden off-study.</p>	<p>Follow-up ikke registreret: alle (f6,fa6) = . \cap alle (oa4,ob4,oc4,od4,oe27) = (.) .</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer. (Kirurgi)	Kvinde \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst. Eksklusion: Kirurgi-eksklusion.	Fravær af kirurgiske komplikationer: NOT C_DIAG in ('DI972','DT810G','DT810H','DT813D','DT813C','DT814H','DT814G').	Patient optræder ikke i LPR diagnoseliste (C_DIAG = ' ').
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet. (Patologi)	Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap tumordiameter mellem 0 og 50 mm ($0 \leq p19 \leq 50$) \cap SN udført (p109=1) \cap Fryse-mikroskopi anvendt (p111=1) \cap Ingen tumorpositive lymfeknuder ved fryse- mikroskopi (p112=0) \cap Preop. Kurativ/neo.adj./uoplyst. Eksklusion: Kirurgi-eksklusion.	Makro-metastaser er ikke påvist ved afsluttende undersøgelse af SN-præparat (p133=0) og aksilfedt (p129=0).	Manglende indberetning af makrometastaser både ved undersøgelse af SN-præparat (p133= .) og aksilfedt (p129= .).

#: Opfølgningstid med off-study indberetning af: recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, udgang af kontrol: $\text{Min}(\text{mdy}(04,1,2013), \text{mdy}(ob3,ob2,ob4), \text{mdy}(oc3,oc2,oc4), \text{mdy}(od3,od2,od4))$, hvis $oe27 > .$ så $\text{mdy}(oe3,oe2,oe4), \text{mdy}(oa3,oa2,oa4)) - \text{mdy}(m24,m23,m25)$.

##: Opfølgningstid uden off-study indberetning inklusive død alene indberettet fra CPR: $\text{Min}(\text{mdy}(04,1,2013))$, $\text{max}(\text{mdy}(f5,f4,f6), \text{mdy}(fa5,fa4,fa6)) + 365$, hvis $oe27 = .$ så $\text{mdy}(oe3,oe2,oe4) - \text{mdy}(m24,m23,m25)$.

*: $\text{ver_mam}=5$ ($m41_1=1$ or $m41_2=1$ or $m41_3=1$ or $m41_4=1$ or $m41_5=1$ or $m41_6=1$ or $m41_7=1$ or $m41_8=1$ or $m41_9=1$) eller $\text{ver_mam}=6$ ($m41_1=1$ or $m41_2=1$ or $m41_3=1$ or $m41_6=1$ or $m41_7=1$ or $m41_8=1$ or $m41_9=1$)

§ Accepterede benigne diagnoser ved operation i mamma med antal forekomster i 2012.

C_DIAG	Frequency
DD249C: Papilloma ductuli mammae	212
DL905: Ardannelse el fibrose i hud	8
DN600: Solitær mammacyste	42
DN601: Multiple mammacyster	14
DN604: Ectasia ductus mammae	79
DN619B: Ikke-puerperal mammaabsces	64
DN619E: Ikke-puerperal infektiøs mastitis	1
DN629D: Dobbeltsidig mammahypertrofi	6
DN640B: Fistel i brystvorte	9
DN645: Andet symptom el fund i mamma	31
DN645A: Fluor papillae mammae	112
DN645C: Inversio papillae mammae	17
DN648D: Galaktocele	6
DN648G: Fremmedlegeme i mamma	1

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9

Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Off-study afdeling, (b) Flow-afdeling, (c) For højrisikopatienter: Behandlingshospital og -afdeling ifølge onkologiske indberetninger til LPR. Hvis en patient efter primær operation har været indlagt på en eller flere af nedenstående afdelinger ($d_inddto > mdy(m24,m23,m25)$), så anvendes afdelingen for den første indlæggelse som opfølgingsafdeling. (d) DBCG's operationsafdeling. (f) Patienter associeret med afdelinger, der ikke er aktive i 2012 klassificeres til 'ophørt afdeling' indenfor region. Resultatet af denne søgeprocedure præsenteres nedenfor.

Søgning efter onkologisk opfølgingsafdeling for højrisikopatienter i LPR.

C_SGH	C_AFD	Csghafd
1301	721	Onkologisk klinik ONK, heldøgn
1301	729	Onkologisk klinik ONK, amb.
1301	72D	Onkologisk klinik ONK, EKSP, amb
1516	130	Onkologisk afd. R
1516	131	Eksperimentelle kemoterapi, enhed/afd. R
1516	137	Eksperimentelle kemoterapi, enhed/amb. R
1516	139	Onkologisk ambulatorium R/A
2000	228	HI Onkologisk Afd., senge
2000	22O	HI Onkologisk Afd., amb.
2501	058	Med.afd. hæmat./onkol., amb.
2501	191	Onkologisk/Hæmatol. Afd. senge
2501	199	Onkologisk/Hæmatol. Afd. amb
3500	450	Næ Onkologi/hæmatologi senge
3500	45D	Næ Onkologi/hæmatologi amb.
3501	201	Onkologisk/hæmatol.afd., senge
3501	209	Onkologisk/hæmatologisk amb.
3800	A90	ROS Klin. Onkologisk Afd.
3800	A9D	ROS Klin. Onkologisk Amb.
3800	N80	Onkologi-Hæmatologisk Afd.
3800	N8D	Onkologi-Hæmatologisk Amb.
4001	090	Onkologisk afdeling
4001	099	Onkologisk ambulatorium
4202	260	Od Onkologisk afdeling R
4202	267	Od Onkologisk amb. R
5001	057	Onkologisk ambulatorium
5001	058	Onkologisk afdeling

C_SGH	C_AFD	Csghafd
5501	05C	Onkologisk afdeling Es
5501	05O	Onkologisk ambulatorium Es
5501	269	Onkologisk ambulatorium
6006	03V	Gyn-/onkologisk Amb., Horsens
6008	181	Onkologisk eksp.seng
6008	187	Onkologisk eksp.amb
6008	189	Onkologisk ambulatorium
6502	160	Onkologisk afsnit
6502	169	Onkologisk ambulatorium
6620	251	Onkologisk Afdeling D
6620	255	Onkologisk Fys-ergoterapi D
6620	259	Onkologisk Ambulatorium D
6650	361	Onkologiske Senge Herning
6650	36A	Onkologisk Ambulatorium Herning
7003	251	Onkologisk afdeling D
7003	259	Onkologisk Ambulatorium D
7601	046	Medicinsk dagafsnit, Viborg
8001	261	Alb Onkologisk afd.
8001	267	Alb Palliative Team Onkologisk
8001	269	Alb Onkologisk amb.
8003	269	Hjr Onkologisk kontrolamb.

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2002-2011.

	Risikogruppe		
	Høj	Lav	Total
DBCG Flow-indberetning	19079	3246	22325
DBCG Off-Study indberetning	5563	2936	8499
LPR Onkologisk indberetning	1407	0	1407
DBCG operationsafdeling	829	247	1076
Total	26878	6429	33307

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2002-2011, Højrisko-patienter.

	DBCG Flow-indbe- retning	DBCG Off- Study indbe- retning	LPR Onkolo- gisk indbe- retning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	2147	517	171	160	2995
HERLEV	2154	1130	293	165	3742
HILLERØD	1185	235	55	0	1475
OPHØRT REG.H	29	63	0	19	111
ROSKILDE	1277	147	200	0	1624
RINGSTED	185	292	0	157	634
NÆSTVED	1382	77	189	2	1650
OPHØRT REG.SJ	3	6	0	1	10
RØNNE	102	50	4	0	156
ODENSE	1773	307	81	29	2190
SØNDERBORG	876	170	36	0	1082
ESBJERG	813	194	34	4	1045
VEJLE	1773	348	42	9	2172
OPHØRT REG.SYD	25	73	0	48	146
HERNING	1566	223	8	0	1797
AARHUS	2211	632	66	16	2925
OPHØRT REG.MIDT	182	282	10	43	517
AALBORG	1383	753	211	92	2439
OPHØRT REG.NORD	11	57	7	74	149
UOPLYST	2	7	0	10	19
Total	19079	5563	1407	829	26878

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2002-2011, Lavrisiko-patienter.

	DBCG Flow-indbe- retning	DBCG Off- Study indbe- retning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	347	585	34	966
HERLEV	545	461	32	1038
OPHØRT REG.H	88	69	11	168
RINGSTED	245	621	20	886
OPHØRT REG.SJ	81	30	10	121
ODENSE	226	366	7	599
AABENRAA	199	94	8	301
ESBJERG	125	123	12	260
VEJLE	329	78	6	413
OPHØRT REG.SYD	34	22	3	59
AARHUS	348	114	10	472
RANDERS	24	75	17	116
VIBORG	180	72	12	264
OPHØRT REG.MIDT	200	36	6	242
AALBORG	268	144	29	441
HJØRRING	2	44	27	73
OPHØRT REG.NORD	2	1	0	3
UOPLYST	3	1	3	7
Total	3246	2936	247	6429

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8

Indikator 8 omhandler alene højrisiko-patienter. Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: Flow-afdeling (b), Behandlingshospital og -afdeling indberettet til LPR (c), Operationshospital (d), Reallokering af ikke-aktive afdelinger (f), hvor bogstavet i parentes henviser til beskrivelsen under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9'.

I Hovedstaden og Sjælland allokeres 17 % og 18 % af patienterne til operationsafdelingen i 2011, mens dette kun sker for 4 % af patienterne i resten af landet.

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2011.

	DBC G Flow-indberetning	LPR Onkologisk indberetning	DBC G operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	206	30	79	315
HERLEV	260	66	69	395
HILLERØD	117	6	0	123
ROSKILDE	160	7	0	167
RINGSTED	20	0	78	98
NÆSTVED	144	14	0	158
RØNNE	14	1	0	15
ODENSE	211	10	14	235
SØNDERBORG	71	8	0	79
ESBJERG	111	11	2	124
VEJLE	225	10	4	239
OPHØRT REG.SYD	4	0	16	20
HERNING	208	3	0	211
AARHUS	319	15	3	337
OPHØRT REG.MIDT	36	0	4	40
AALBORG	254	11	9	274
OPHØRT REG.NORD	0	0	3	3
UOPLYST	0	5	4	9
Total	2360	197	285	2842

Antal opererede højrisko-patienter i 2011 efter kirurgisk afdeling.

M52	Frequency
RIGSHOSPITALET	411
HAMLET	11
HERLEV	400
RINGSTED	450
ODENSE	171
AABENRÅ	144
ESBJERG	141
VEJLE	217
MØLHOLM	18
HOLSTEBRO	89
ÅRHUS	208
RANDERS	116
VIBORG	191
AALBORG	184
HJØRRING	91
Total	2842

Sygehus- og afdelingsklassifikation (SHAK)

Oplysning om sygehus- og afdelingsklassifikation er indhentet fra de indberettende afdelinger og fra SKS-browser. Nedenfor præsenteres sygehusnavn, afdelingsnavn og SHAK-kode for kirurgiske, onkologiske og patologiske afdelinger.

Kirurgiske afdelinger.

Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Brystkirurgisk Klinik, CE, heldøgn	1301641
Brystkirurgisk Klinik, CE, amb	1301649
Herlev Hospital	1516
Brystkirurgisk afd. F	1516300
Brystkirurgisk amb. FA	1516309
Region Sjælland	
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	
RIN Mammakirurgisk Afd.	3800U20
RIN Mammakirurgisk Amb.	3800U2D
Region Syddanmark	
OUH Odense Universitetshospital	4202
Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital	420223
Od Plastikkirurgisk afdeling Z	4202230
Od Plastikkirurgisk ambulat. Z	4202239
Sygehus Sønderjylland	5000
SHS Organkirurgisk Klinik Brystkræft Sengeafd. (Aabenraa)	5000710
SHS Organkirurgisk Klinik Brystkræft Amb. (Aabenraa)	500071B
SHS Organkirurgisk Klinik Brystkræft Dagkirurgi (Aabenraa)	500071D
SVS Mammae Kirurgisk afsnit (Esbjerg)	5501041
SVS Mammae Kirurgisk ambulatorium (Esbjerg)	550104M
Region Midtjylland	
Vejle Sygehus	6008
Organkirurgisk afdeling	6008210
Organkirurgisk ambulatorium	6008219
Aarhus Universitetshospital	6620
Kirurgisk Overafd. P	662029
Kirurgisk Afdeling P	6620291
Regionshospitalet Randers	7005
Kirurgisk Overafd. K	700507

Mammaklinikken	7005077
Regionshospitalet Viborg, Skive	7601
Kirurgisk afdeling	760105
Mammacenter, Viborg	7601059
Region Nordjylland	
Aalborg Universitetshospital	8001
Alb Mammakirurgisk Område	800151
Alb Mammakirurgisk Sengeafd.	8001511
Alb Mammakirurgisk Amb.	8001519
Sygehus Vendsyssel	8003
Hjr Kirurgisk afd.	8003071
Private klinikker	
Aleris-Hamlet Hospitaler	1411
Aleris-Hamlet, Søborg	141152
Aleris-Hamlet, Søborg, kirurgi	1411522
Privathospitalet Mølholm	6010
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	601001

Onkologiske afdelinger.

Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Onkologisk klinik ONK, heldøgn	1301721
Onkologisk klinik ONK, amb.	1301729
Herlev Hospital	1516
Onkologisk afd. R	1516130
Onkologisk ambulatorium R/A	1516139
Hospitalerne i Nordsjælland	2000
HI Onkologisk Afd., senge	2000228
HI Onkologisk Afd., amb.	2000220
Bornholms Hospital	4001
Medicinsk Afdeling	400103
Region Sjælland	
Region Sjællands Sygehusvæsen	3800
Roskilde og Køge sygehuse	
ROS Klin. Onkologisk Afd.	3800A90
ROS Klin. Onkologisk Amb.	3800A9D
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	

NAE Onkologi-Hæmatologi	3800N8
Region Syddanmark	
OUH Odense Universitetshospital	4202
Od Onkologisk afdeling R	4202260
Od Onkologisk amb. R	4202267
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5001
Onkologisk ambulatorium	5001057
Onkologisk afdeling	5001058
Sydvestjysk Sygehus	5501
SVS Onkologisk afsnit (Esbjerg)	550105C
SVS Onkologisk ambulatorium (Esbjerg)	550105O
Vejle Sygehus	6008
Onkologisk afd.	600818
Onkologisk ambulatorium	6008189
Region Midtjylland	
Aarhus Universitetshospital	6620
Onkologisk Afdeling D	6620251
Onkologisk Ambulatorium D	6620259
Hospitalsenheden Vest	6650
Onkologiske Senge Herning	6650361
Onkologisk Ambulatorium Herning	665036A
Aalborg Universitetshospital	8001
Region Nordjylland	
Alb Onkologisk afd.	8001261
Alb Onkologisk amb.	8001269

Patologiske afdelinger.

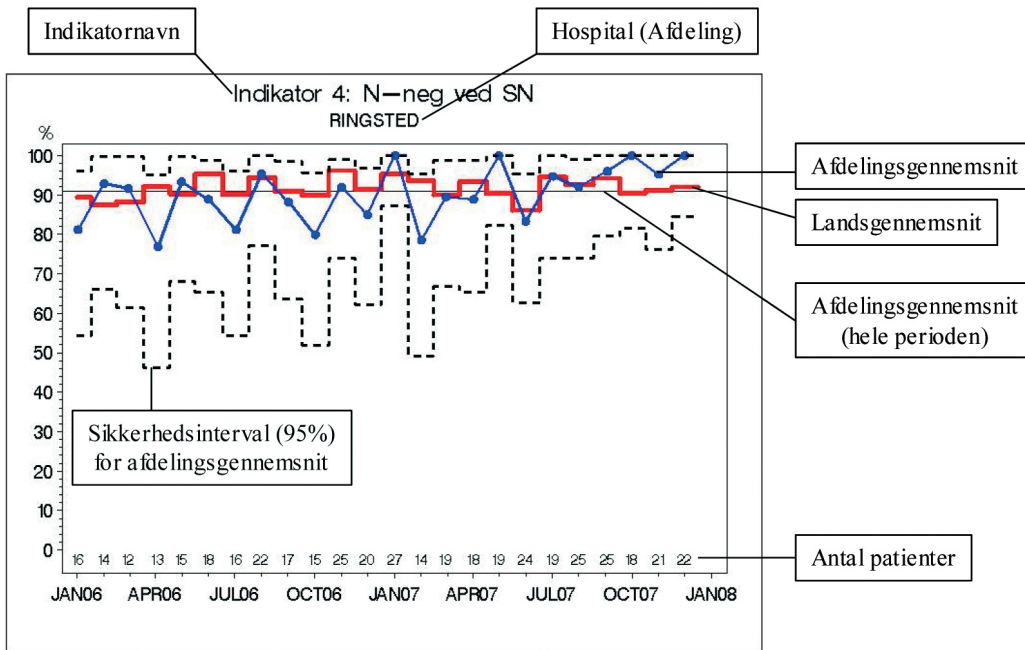
Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Rigshospitalet, Patologiafdelingen, PA	130148
Herlev Hospital	1516
Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev	151612
Patologisk-anatomisk institut	1516120
Region Sjælland	
Region Sjællands Sygehusvæsen	3800
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	
SLA Patologi Afd.	3800T80

Region Syddanmark	
OUH Odense Universitetshospital	4202
Afdelingen for Klinisk Patologi, OUH	420222
Afdelingen for Klinisk Patologi	4202220
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5001
Patologisk institut, Sønderborg Sygehus	500112
Patologisk institut	5001120
Klinisk diagnostisk område Esbjerg	550107
Patologisk Afdeling (Esbjerg)	5501074
Vejle Sygehus	6008
Klinisk Patologi, Laboratoriecentret, overafdeling	600813
Klinisk Patologi, Laboratoriecentret	6008130
Region Midtjylland	
Aarhus Universitetshospital	6620
Patologisk Institut Overafd.	662021
Hospitalsenhed Midt	6630
Patologisk Institut Viborg	6630721
Regionshospitalet Randers	7005
Patologisk Institut S	700513
Region Nordjylland	
Aalborg Universitetshospital	8001
Alb Patologisk Institut	800124
Sygehus Vendsyssel	8003
Hjr Patologisk anatomisk inst.	800314

Regionale kommentarer til indikatorrapport 2012

Der er ikke fremkommet regionale kommentarer af generel karakter til årsrapport 2012 under høringsfasen fra 6. maj til 5. juni 2013.

Forklaring af trendplot til bilag 3



BILAG 1

Demografiske og prognostiske parametre 2012 efter kirurgisk afdeling

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2012
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

DBCg | Danish Breast Cancer Cooperative Group



Aldersfordeling af patienter per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)												
<=34 år	68	(1.6)	20	(3.1)	1	(5.6)	5	(0.9)	6	(1.0)	7	(2.0)
35-39 år	90	(2.2)	19	(3.0)	1	(5.6)	11	(1.9)	17	(2.7)	5	(1.4)
40-49 år	592	(14.3)	94	(14.8)	4	(22.2)	99	(16.9)	92	(14.9)	39	(11.3)
50-59 år	934	(22.6)	134	(21.0)	5	(27.8)	110	(18.8)	130	(21.0)	86	(24.9)
60-69 år	1283	(31.1)	192	(30.1)	4	(22.2)	205	(35.0)	175	(28.3)	102	(29.5)
70-75 år	454	(11.0)	69	(10.8)	3	(16.7)	66	(11.3)	76	(12.3)	29	(8.4)
76+ år	709	(17.2)	109	(17.1)	.	.	89	(15.2)	123	(19.9)	78	(22.5)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	2	(1.1)	1	(0.6)	4	(1.4)	.	.	4	(1.3)
35-39 år	4	(2.1)	3	(1.8)	5	(1.8)	.	.	5	(1.7)
40-49 år	24	(12.7)	21	(12.7)	58	(20.4)	3	(42.9)	43	(14.4)
50-59 år	63	(33.3)	50	(30.1)	59	(20.8)	4	(57.1)	71	(23.7)
60-69 år	45	(23.8)	46	(27.7)	82	(28.9)	.	.	92	(30.8)
70-75 år	17	(9.0)	20	(12.0)	37	(13.0)	.	.	40	(13.4)
76+ år	34	(18.0)	25	(15.1)	39	(13.7)	.	.	44	(14.7)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)								
<=34 år	2	(1.1)	6	(1.5)	10	(3.9)	.	.
35-39 år	5	(2.7)	6	(1.5)	2	(0.8)	7	(5.2)
40-49 år	23	(12.4)	47	(11.7)	35	(13.6)	10	(7.4)
50-59 år	49	(26.3)	97	(24.2)	59	(22.9)	17	(12.6)
60-69 år	59	(31.7)	135	(33.7)	88	(34.1)	58	(43.0)
70-75 år	16	(8.6)	38	(9.5)	28	(10.9)	15	(11.1)
76+ år	32	(17.2)	72	(18.0)	36	(14.0)	28	(20.7)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Preoperativ diagnostik ved billeddiagnostik per kirurgisk afdeling 2012

Patienter med preoperativ diagnose ved billeddiagnostik	Resultat										Alle
	Malign		Suspekt		Benign/uspecifik		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	443	(69.5)	70	(11.0)	48	(7.5)	56	(8.8)	20	(3.1)	637
HAMLET	13	(72.2)	2	(11.1)	2	(11.1)	.	.	1	(5.6)	18
HERLEV	392	(67.0)	120	(20.5)	28	(4.8)	30	(5.1)	15	(2.6)	585
RINGSTED	544	(87.9)	32	(5.2)	28	(4.5)	5	(0.8)	10	(1.6)	619
ODENSE	217	(62.7)	85	(24.6)	23	(6.6)	9	(2.6)	12	(3.5)	346
AABENRAA	144	(76.2)	22	(11.6)	18	(9.5)	4	(2.1)	1	(0.5)	189
ESBJERG	140	(84.3)	15	(9.0)	8	(4.8)	1	(0.6)	2	(1.2)	166
VEJLE	192	(67.6)	65	(22.9)	17	(6.0)	7	(2.5)	3	(1.1)	284
MØLHOLM	4	(57.1)	2	(28.6)	1	(14.3)	.	.	.	.	7
AARHUS	245	(81.9)	32	(10.7)	15	(5.0)	1	(0.3)	6	(2.0)	299
RANDERS	138	(74.2)	26	(14.0)	18	(9.7)	2	(1.1)	2	(1.1)	186
VIBORG	246	(61.3)	128	(31.9)	26	(6.5)	.	.	1	(0.2)	401
AALBORG	197	(76.4)	42	(16.3)	13	(5.0)	1	(0.4)	5	(1.9)	258
HJØRRING	116	(85.9)	14	(10.4)	3	(2.2)	.	.	2	(1.5)	135
Alle	3031	(73.4)	655	(15.9)	248	(6.0)	116	(2.8)	80	(1.9)	4130

Preoperativ diagnostik ved finnålsbiopsi per kirurgisk afdeling 2012

Patienter med preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC)	Resultat										Alle
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	51	(8.0)	16	(2.5)	24	(3.8)	488	(76.6)	58	(9.1)	637
HAMLET	.	.	.	.	.	.	17	(94.4)	1	(5.6)	18
HERLEV	22	(3.8)	2	(0.3)	5	(0.9)	537	(91.8)	19	(3.2)	585
RINGSTED	23	(3.7)	2	(0.3)	4	(0.6)	492	(79.5)	98	(15.8)	619
ODENSE	67	(19.4)	15	(4.3)	3	(0.9)	241	(69.7)	20	(5.8)	346
AABENRAA	8	(4.2)	1	(0.5)	3	(1.6)	167	(88.4)	10	(5.3)	189
ESBJERG	6	(3.6)	.	.	1	(0.6)	151	(91.0)	8	(4.8)	166
VEJLE	90	(31.7)	26	(9.2)	5	(1.8)	160	(56.3)	3	(1.1)	284
MØLHOLM	1	(14.3)	1	(14.3)	1	(14.3)	4	(57.1)	.	.	7
AARHUS	31	(10.4)	4	(1.3)	3	(1.0)	253	(84.6)	8	(2.7)	299
RANDERS	122	(65.6)	16	(8.6)	7	(3.8)	38	(20.4)	3	(1.6)	186
VIBORG	13	(3.2)	8	(2.0)	4	(1.0)	370	(92.3)	6	(1.5)	401
AALBORG	159	(61.6)	10	(3.9)	9	(3.5)	69	(26.7)	11	(4.3)	258
HJØRRING	24	(17.8)	7	(5.2)	9	(6.7)	93	(68.9)	2	(1.5)	135
Alle	617	(14.9)	108	(2.6)	78	(1.9)	3080	(74.6)	247	(6.0)	4130

Preoperativ diagnostik ved grovnålsbiopsi per kirurgisk afdeling 2012

Patienter med preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi	Resultat										Alle
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	589	(92.5)	10	(1.6)	6	(0.9)	15	(2.4)	17	(2.7)	637
HAMLET	15	(83.3)	.	.	1	(5.6)	1	(5.6)	1	(5.6)	18
HERLEV	546	(93.3)	14	(2.4)	7	(1.2)	7	(1.2)	11	(1.9)	585
RINGSTED	582	(94.0)	9	(1.5)	9	(1.5)	8	(1.3)	11	(1.8)	619
ODENSE	263	(76.0)	6	(1.7)	4	(1.2)	61	(17.6)	12	(3.5)	346
AABENRAA	165	(87.3)	1	(0.5)	13	(6.9)	9	(4.8)	1	(0.5)	189
ESBJERG	160	(96.4)	1	(0.6)	.	.	3	(1.8)	2	(1.2)	166
VEJLE	174	(61.3)	3	(1.1)	3	(1.1)	102	(35.9)	2	(0.7)	284
MØLHOLM	5	(71.4)	.	.	.	.	2	(28.6)	.	.	7
AARHUS	276	(92.3)	7	(2.3)	.	.	10	(3.3)	6	(2.0)	299
RANDERS	173	(93.0)	3	(1.6)	5	(2.7)	1	(0.5)	4	(2.2)	186
VIBORG	349	(87.0)	23	(5.7)	10	(2.5)	18	(4.5)	1	(0.2)	401
AALBORG	103	(39.9)	2	(0.8)	2	(0.8)	138	(53.5)	13	(5.0)	258
HJØRRING	94	(69.6)	1	(0.7)	8	(5.9)	30	(22.2)	2	(1.5)	135
Alle	3494	(84.6)	80	(1.9)	68	(1.6)	405	(9.8)	83	(2.0)	4130

Diagnostik ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2012

Diagnose ved excisionsbiopsi	Excisionsbiopsi						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	553	(86.8)	19	(3.0)	65	(10.2)	637
HAMLET	12	(66.7)	2	(11.1)	4	(22.2)	18
HERLEV	516	(88.2)	27	(4.6)	42	(7.2)	585
RINGSTED	473	(76.4)	80	(12.9)	66	(10.7)	619
ODENSE	306	(88.4)	16	(4.6)	24	(6.9)	346
AABENRAA	172	(91.0)	10	(5.3)	7	(3.7)	189
ESBJERG	147	(88.6)	3	(1.8)	16	(9.6)	166
VEJLE	259	(91.2)	10	(3.5)	15	(5.3)	284
MØLHOLM	6	(85.7)	.	.	1	(14.3)	7
AARHUS	250	(83.6)	7	(2.3)	42	(14.0)	299
RANDERS	163	(87.6)	2	(1.1)	21	(11.3)	186
VIBORG	353	(88.0)	17	(4.2)	31	(7.7)	401
AALBORG	223	(86.4)	6	(2.3)	29	(11.2)	258
HJØRRING	111	(82.2)	13	(9.6)	11	(8.1)	135
Alle	3544	(85.8)	212	(5.1)	374	(9.1)	4130

Operationstype per kirurgisk afdeling 2012

Operationstype	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	1062	(25.7)	230	(36.1)	11	(61.1)	137	(23.4)	99	(16.0)	113	(32.7)
Lumpektomi	2605	(63.1)	372	(58.4)	7	(38.9)	419	(71.6)	380	(61.4)	171	(49.4)
Biopsi	288	(7.0)	29	(4.6)	.	.	14	(2.4)	84	(13.6)	41	(11.8)
Mastektomi efter neo-adj	104	(2.5)	5	(0.8)	.	.	6	(1.0)	42	(6.8)	17	(4.9)
Lumpektomi efter neo-adj	71	(1.7)	1	(0.2)	.	.	9	(1.5)	14	(2.3)	4	(1.2)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

Operationstype	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	64	(33.9)	37	(22.3)	37	(13.0)	3	(42.9)	87	(29.1)
Lumpektomi	121	(64.0)	104	(62.7)	179	(63.0)	4	(57.1)	188	(62.9)
Biopsi	1	(0.5)	17	(10.2)	21	(7.4)	.	.	17	(5.7)
Mastektomi efter neo-adj	.	.	4	(2.4)	17	(6.0)	.	.	5	(1.7)
Lumpektomi efter neo-adj	3	(1.6)	4	(2.4)	30	(10.6)	.	.	2	(0.7)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

Operationstype	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	64	(34.4)	62	(15.5)	95	(36.8)	23	(17.0)
Lumpektomi	96	(51.6)	313	(78.1)	149	(57.8)	102	(75.6)
Biopsi	19	(10.2)	22	(5.5)	14	(5.4)	9	(6.7)
Mastektomi efter neo-adj	5	(2.7)	2	(0.5)	.	.	1	(0.7)
Lumpektomi efter neo-adj	2	(1.1)	2	(0.5)	.	.	.	.
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Operationstype og preoperativ klassifikation per kirurgisk afdeling 2012

		Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operation	Preoperativ klassifikation										
Mastektomi	Mindre indgreb, Biopsi alene	8	(0.2)	1	(0.2)	.	.	.	.	1	(0.2)
	Planlagt kurativ operation	981	(23.8)	189	(29.7)	7	(38.9)	131	(22.4)	95	(15.3)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	8	(0.2)	4	(0.6)	.	.	1	(0.2)	1	(0.2)
	Uoplyst	65	(1.6)	36	(5.7)	4	(22.2)	5	(0.9)	2	(0.3)
Lumpektomi	Mindre indgreb, Biopsi alene	27	(0.7)	2	(0.3)	.	.	2	(0.3)	2	(0.3)
	Planlagt kurativ operation	2458	(59.5)	322	(50.5)	6	(33.3)	400	(68.4)	367	(59.3)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	8	(0.2)	1	(0.2)	.	.	1	(0.2)	3	(0.5)
	Uoplyst	112	(2.7)	47	(7.4)	1	(5.6)	16	(2.7)	8	(1.3)
Biopsi	Mindre indgreb, Biopsi alene	173	(4.2)	26	(4.1)	.	.	9	(1.5)	43	(6.9)
	Planlagt kurativ operation	8	(0.2)	.	.	.	.	.	.	3	(0.5)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	101	(2.4)	3	(0.5)	.	.	5	(0.9)	36	(5.8)
	Uoplyst	6	(0.1)	.	.	.	.	.	.	2	(0.3)
Mastektomi efter neo-adj	Mindre indgreb, Biopsi alene	11	(0.3)	.	.	.	.	.	.	7	(1.1)
	Planlagt kurativ operation	7	(0.2)	.	.	.	.	.	.	5	(0.8)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	85	(2.1)	5	(0.8)	.	.	5	(0.9)	30	(4.8)
	Uoplyst	1	(0.0)	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	Mindre indgreb, Biopsi alene	2	(0.0)	.	.	.	.	.	.	1	(0.2)
	Planlagt kurativ operation	8	(0.2)	.	.	.	.	1	(0.2)	4	(0.6)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	59	(1.4)	1	(0.2)	.	.	8	(1.4)	9	(1.5)
	Uoplyst	2	(0.0)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total		4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)

		ODENSE		AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operation	Preoperativ klassifikation										
Mastektomi	Mindre indgreb, Biopsi alene	1	(0.3)	2	(1.1)	.	.	1	(0.4)	.	.
	Planlagt kurativ operation	108	(31.2)	62	(32.8)	35	(21.1)	35	(12.3)	3	(42.9)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	2	(0.6)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Uoplyst	2	(0.6)	.	.	2	(1.2)	1	(0.4)	.	.
Lumpektomi	Mindre indgreb, Biopsi alene	.	.	2	(1.1)	4	(2.4)	3	(1.1)	.	.
	Planlagt kurativ operation	165	(47.7)	116	(61.4)	95	(57.2)	172	(60.6)	4	(57.1)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	1	(0.3)	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
	Uoplyst	5	(1.4)	3	(1.6)	5	(3.0)	3	(1.1)	.	.
Biopsi	Mindre indgreb, Biopsi alene	23	(6.6)	.	.	9	(5.4)	9	(3.2)	.	.
	Planlagt kurativ operation	3	(0.9)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behandling (inop/down st)	15	(4.3)	1	(0.5)	8	(4.8)	12	(4.2)	.	.
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	Mindre indgreb, Biopsi alene	.	.	.	.	.	.	2	(0.7)	.	.
	Planlagt kurativ operation	1	(0.3)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behandling (inop/down st)	16	(4.6)	.	.	4	(2.4)	15	(5.3)	.	.
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	Mindre indgreb, Biopsi alene	.	.	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
	Planlagt kurativ operation	.	.	1	(0.5)	1	(0.6)	1	(0.4)	.	.
	Neo-adj behandling (inop/down st)	4	(1.2)	2	(1.1)	3	(1.8)	28	(9.9)	.	.
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total		346	(100.0)	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)

		ÅRHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operation	Preoperativ klassifikation										
Mastektomi	Mindre indgreb, Biopsi alene	1	(0.3)	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	Planlagt kurativ operation	84	(28.1)	62	(33.3)	58	(14.5)	89	(34.5)	23	(17.0)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Uoplyst	2	(0.7)	2	(1.1)	3	(0.7)	6	(2.3)	.	.
Lumpektomi	Mindre indgreb, Biopsi alene	2	(0.7)	1	(0.5)	7	(1.7)	.	.	2	(1.5)
	Planlagt kurativ operation	184	(61.5)	89	(47.8)	299	(74.6)	140	(54.3)	99	(73.3)
	Neo-adj behandling (inop/down st)	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	Uoplyst	2	(0.7)	6	(3.2)	6	(1.5)	9	(3.5)	1	(0.7)
Biopsi	Mindre indgreb, Biopsi alene	7	(2.3)	13	(7.0)	16	(4.0)	9	(3.5)	9	(6.7)
	Planlagt kurativ operation	1	(0.3)	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behandling (inop/down st)	9	(3.0)	3	(1.6)	4	(1.0)	5	(1.9)	.	.
	Uoplyst	.	.	2	(1.1)	2	(0.5)	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	Mindre indgreb, Biopsi alene	2	(0.7)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Planlagt kurativ operation	.	.	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behandling (inop/down st)	3	(1.0)	4	(2.2)	2	(0.5)	.	.	1	(0.7)
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	Mindre indgreb, Biopsi alene	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Planlagt kurativ operation	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behandling (inop/down st)	1	(0.3)	2	(1.1)	1	(0.2)	.	.	.	.
	Uoplyst	1	(0.3)	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
Total		299	(100.0)	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Preoperativ klassifikation og operationstype per kirurgisk afdeling 2012

		Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Mindre indgreb, Biopsi alene	Mastektomi	8	(0.2)	1	(0.2)	.	.	.	.	1	(0.2)
	Lumpektomi	27	(0.7)	2	(0.3)	.	.	2	(0.3)	2	(0.3)
	Biopsi	173	(4.2)	26	(4.1)	.	.	9	(1.5)	43	(6.9)
	Mastektomi efter neo-adj	11	(0.3)	.	.	.	.	.	.	7	(1.1)
	Lumpektomi efter neo-adj	2	(0.0)	.	.	.	.	.	.	1	(0.2)
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	981	(23.8)	189	(29.7)	7	(38.9)	131	(22.4)	95	(15.3)
	Lumpektomi	2458	(59.5)	322	(50.5)	6	(33.3)	400	(68.4)	367	(59.3)
	Biopsi	8	(0.2)	.	.	.	.	.	.	3	(0.5)
	Mastektomi efter neo-adj	7	(0.2)	.	.	.	.	.	.	5	(0.8)
	Lumpektomi efter neo-adj	8	(0.2)	.	.	.	.	1	(0.2)	4	(0.6)
Neo-adj behandling (inop/down st)	Mastektomi	8	(0.2)	4	(0.6)	.	.	1	(0.2)	1	(0.2)
	Lumpektomi	8	(0.2)	1	(0.2)	.	.	1	(0.2)	3	(0.5)
	Biopsi	101	(2.4)	3	(0.5)	.	.	5	(0.9)	36	(5.8)
	Mastektomi efter neo-adj	85	(2.1)	5	(0.8)	.	.	5	(0.9)	30	(4.8)
	Lumpektomi efter neo-adj	59	(1.4)	1	(0.2)	.	.	8	(1.4)	9	(1.5)
Uoplyst	Mastektomi	65	(1.6)	36	(5.7)	4	(22.2)	5	(0.9)	2	(0.3)
	Lumpektomi	112	(2.7)	47	(7.4)	1	(5.6)	16	(2.7)	8	(1.3)
	Biopsi	6	(0.1)	.	.	.	.	.	.	2	(0.3)
	Mastektomi efter neo-adj	1	(0.0)	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	2	(0.0)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total		4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)

		ODENSE		AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Mindre indgreb, Biopsialene	Mastektomi	1	(0.3)	2	(1.1)	.	.	1	(0.4)	.	.
	Lumpektomi	.	.	2	(1.1)	4	(2.4)	3	(1.1)	.	.
	Biopsi	23	(6.6)	.	.	9	(5.4)	9	(3.2)	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	2	(0.7)	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	108	(31.2)	62	(32.8)	35	(21.1)	35	(12.3)	3	(42.9)
	Lumpektomi	165	(47.7)	116	(61.4)	95	(57.2)	172	(60.6)	4	(57.1)
	Biopsi	3	(0.9)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	1	(0.3)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	1	(0.5)	1	(0.6)	1	(0.4)	.	.
Neo-adj behandling (inop/downst)	Mastektomi	2	(0.6)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	1	(0.3)	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
	Biopsi	15	(4.3)	1	(0.5)	8	(4.8)	12	(4.2)	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	16	(4.6)	.	.	4	(2.4)	15	(5.3)	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	4	(1.2)	2	(1.1)	3	(1.8)	28	(9.9)	.	.
Uoplyst	Mastektomi	2	(0.6)	.	.	2	(1.2)	1	(0.4)	.	.
	Lumpektomi	5	(1.4)	3	(1.6)	5	(3.0)	3	(1.1)	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total		346	(100.0)	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)

		ÅRHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Mindre indgreb, Biopsi alene	Mastektomi	1	(0.3)	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	Lumpektomi	2	(0.7)	1	(0.5)	7	(1.7)	.	.	2	(1.5)
	Biopsi	7	(2.3)	13	(7.0)	16	(4.0)	9	(3.5)	9	(6.7)
	Mastektomi efter neo-adj	2	(0.7)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	84	(28.1)	62	(33.3)	58	(14.5)	89	(34.5)	23	(17.0)
	Lumpektomi	184	(61.5)	89	(47.8)	299	(74.6)	140	(54.3)	99	(73.3)
	Biopsi	1	(0.3)	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Neo-adj behandling (inop/downst)	Mastektomi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	Biopsi	9	(3.0)	3	(1.6)	4	(1.0)	5	(1.9)	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	3	(1.0)	4	(2.2)	2	(0.5)	.	.	1	(0.7)
	Lumpektomi efter neo-adj	1	(0.3)	2	(1.1)	1	(0.2)	.	.	.	.
Uoplyst	Mastektomi	2	(0.7)	2	(1.1)	3	(0.7)	6	(2.3)	.	.
	Lumpektomi	2	(0.7)	6	(3.2)	6	(1.5)	9	(3.5)	1	(0.7)
	Biopsi	.	.	2	(1.1)	2	(0.5)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	1	(0.3)	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
Total		299	(100.0)	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Diagnose per kirurgisk afdeling

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type												
Duktal	3153	(76.3)	499	(78.3)	16	(88.9)	465	(79.5)	456	(73.7)	239	(69.1)
Lobulær	406	(9.8)	63	(9.9)	2	(11.1)	67	(11.5)	64	(10.3)	21	(6.1)
Mucinøs	93	(2.3)	9	(1.4)	.	.	12	(2.1)	15	(2.4)	5	(1.4)
Medullær	17	(0.4)	3	(0.5)	.	.	.	.	2	(0.3)	.	.
Papillær	43	(1.0)	3	(0.5)	.	.	6	(1.0)	11	(1.8)	9	(2.6)
Tubulær	63	(1.5)	8	(1.3)	.	.	3	(0.5)	13	(2.1)	12	(3.5)
Andre	226	(5.5)	22	(3.5)	.	.	13	(2.2)	45	(7.3)	29	(8.4)
Uklassificeret	5	(0.1)	1	(0.2)	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.
Uoplyst	124	(3.0)	29	(4.6)	.	.	19	(3.2)	12	(1.9)	31	(9.0)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	167	(88.4)	138	(83.1)	235	(82.7)	7	(100.0)	194	(64.9)
Lobulær	8	(4.2)	15	(9.0)	24	(8.5)	.	.	26	(8.7)
Mucinøs	9	(4.8)	.	.	10	(3.5)	.	.	8	(2.7)
Medullær	1	(0.5)	1	(0.6)	.	.	.	.	1	(0.3)
Papillær	2	(1.1)	1	(0.6)	3	(1.1)	.	.	.	.
Tubulær	.	.	6	(3.6)	.	.	.	.	1	(0.3)
Andre	.	.	4	(2.4)	8	(2.8)	.	.	63	(21.1)
Uklassificeret	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.	2	(0.7)
Uoplyst	1	(0.5)	1	(0.6)	4	(1.4)	.	.	4	(1.3)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type								
Duktal	137	(73.7)	299	(74.6)	193	(74.8)	108	(80.0)
Lobulær	29	(15.6)	57	(14.2)	19	(7.4)	11	(8.1)
Mucinøs	3	(1.6)	8	(2.0)	8	(3.1)	6	(4.4)
Medullær	.	.	3	(0.7)	4	(1.6)	2	(1.5)
Papillær	1	(0.5)	5	(1.2)	1	(0.4)	1	(0.7)
Tubulær	5	(2.7)	6	(1.5)	9	(3.5)	.	.
Andre	9	(4.8)	18	(4.5)	14	(5.4)	1	(0.7)
Uklassificeret	.	.	.	.	.	.	.	.
Uoplyst	2	(1.1)	5	(1.2)	10	(3.9)	6	(4.4)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Antal fjernede lymfeknuder per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder												
00	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.
01-04	2293	(55.5)	354	(55.6)	11	(61.1)	352	(60.2)	328	(53.0)	166	(48.0)
05-09	204	(4.9)	31	(4.9)	.	.	22	(3.8)	28	(4.5)	20	(5.8)
>=10	1152	(27.9)	205	(32.2)	7	(38.9)	172	(29.4)	128	(20.7)	101	(29.2)
Uoplyst	480	(11.6)	47	(7.4)	.	.	39	(6.7)	134	(21.6)	59	(17.1)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
01-04	96	(50.8)	93	(56.0)	190	(66.9)	4	(57.1)	142	(47.5)
05-09	5	(2.6)	6	(3.6)	10	(3.5)	1	(14.3)	30	(10.0)
>=10	73	(38.6)	38	(22.9)	49	(17.3)	2	(28.6)	104	(34.8)
Uoplyst	15	(7.9)	29	(17.5)	35	(12.3)	.	.	23	(7.7)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder								
00	.	.	.	.	.	.	.	.
01-04	101	(54.3)	247	(61.6)	148	(57.4)	61	(45.2)
05-09	9	(4.8)	12	(3.0)	17	(6.6)	13	(9.6)
>=10	51	(27.4)	103	(25.7)	73	(28.3)	46	(34.1)
Uoplyst	25	(13.4)	39	(9.7)	20	(7.8)	15	(11.1)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Antal positive lymfeknuder per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN												
00	2229	(54.0)	353	(55.4)	8	(44.4)	322	(55.0)	328	(53.0)	157	(45.4)
01-03	1025	(24.8)	165	(25.9)	8	(44.4)	166	(28.4)	124	(20.0)	96	(27.7)
>=04	378	(9.2)	72	(11.3)	2	(11.1)	58	(9.9)	28	(4.5)	23	(6.6)
Uoplyst	498	(12.1)	47	(7.4)	.	.	39	(6.7)	139	(22.5)	70	(20.2)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	101	(53.4)	83	(50.0)	156	(54.9)	4	(57.1)	165	(55.2)
01-03	55	(29.1)	39	(23.5)	75	(26.4)	2	(28.6)	74	(24.7)
>=04	18	(9.5)	14	(8.4)	17	(6.0)	1	(14.3)	37	(12.4)
Uoplyst	15	(7.9)	30	(18.1)	36	(12.7)	.	.	23	(7.7)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN								
00	99	(53.2)	233	(58.1)	149	(57.8)	71	(52.6)
01-03	33	(17.7)	91	(22.7)	67	(26.0)	30	(22.2)
>=04	29	(15.6)	38	(9.5)	22	(8.5)	19	(14.1)
Uoplyst	25	(13.4)	39	(9.7)	20	(7.8)	15	(11.1)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Antal fjernede lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE		AABENRÅ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behl.												
01-04	20	(13.7)	1	(20.0)	2	(25.0)	7	(14.0)	2	(11.1)	.	.
05-09	12	(8.2)	.	.	.	.	5	(10.0)	1	(5.6)	.	.
>=10	114	(78.1)	4	(80.0)	6	(75.0)	38	(76.0)	15	(83.3)	2	(100.0)
Total	146	(100.0)	5	(100.0)	8	(100.0)	50	(100.0)	18	(100.0)	2	(100.0)

	ESBJERG		VEJLE		ÅRHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behl.														
01-04	1	(12.5)	4	(11.8)	2	(40.0)	.	.	1	(16.7)	.	.	.	.
05-09	.	.	5	(14.7)	.	.	.	.	1	(16.7)	.	.	.	.
>=10	7	(87.5)	25	(73.5)	3	(60.0)	7	(100.0)	4	(66.7)	2	(100.0)	1	(100.0)
Total	8	(100.0)	34	(100.0)	5	(100.0)	7	(100.0)	6	(100.0)	2	(100.0)	1	(100.0)

Antal positive lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling per kirurgisk afdeling

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE		AABENRÅ	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behl.												
00	53	(43.1)	2	(40.0)	4	(57.1)	11	(30.6)	4	(40.0)	1	(50.0)
01-03	40	(32.5)	1	(20.0)	3	(42.9)	11	(30.6)	4	(40.0)	1	(50.0)
>=04	30	(24.4)	2	(40.0)	.	.	14	(38.9)	2	(20.0)	.	.
Total	123	(100.0)	5	(100.0)	7	(100.0)	36	(100.0)	10	(100.0)	2	(100.0)

	ESBJERG		VEJLE		ÅRHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behl.														
00	3	(37.5)	20	(58.8)	3	(60.0)	3	(42.9)	1	(16.7)	.	.	1	(100.0)
01-03	2	(25.0)	11	(32.4)	2	(40.0)	.	.	4	(66.7)	1	(50.0)	.	.
>=04	3	(37.5)	3	(8.8)	.	.	4	(57.1)	1	(16.7)	1	(50.0)	.	.
Total	8	(100.0)	34	(100.0)	5	(100.0)	7	(100.0)	6	(100.0)	2	(100.0)	1	(100.0)

Tumorstørrelse (=største diameter i mm) per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiam (mm)												
00-10	885	(21.4)	140	(22.0)	3	(16.7)	132	(22.6)	111	(17.9)	62	(17.9)
11-20	1705	(41.3)	250	(39.2)	11	(61.1)	246	(42.1)	245	(39.6)	133	(38.4)
21-50	1302	(31.5)	200	(31.4)	4	(22.2)	179	(30.6)	211	(34.1)	132	(38.2)
>=51	156	(3.8)	31	(4.9)	.	.	18	(3.1)	36	(5.8)	6	(1.7)
Uoplyst	82	(2.0)	16	(2.5)	.	.	10	(1.7)	16	(2.6)	13	(3.8)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiam (mm)										
00-10	42	(22.2)	29	(17.5)	55	(19.4)	2	(28.6)	60	(20.1)
11-20	76	(40.2)	70	(42.2)	123	(43.3)	2	(28.6)	126	(42.1)
21-50	62	(32.8)	55	(33.1)	93	(32.7)	3	(42.9)	93	(31.1)
>=51	8	(4.2)	9	(5.4)	5	(1.8)	.	.	15	(5.0)
Uoplyst	1	(0.5)	3	(1.8)	8	(2.8)	.	.	5	(1.7)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiam (mm)								
00-10	32	(17.2)	108	(26.9)	82	(31.8)	27	(20.0)
11-20	74	(39.8)	186	(46.4)	104	(40.3)	59	(43.7)
21-50	65	(34.9)	92	(22.9)	68	(26.4)	45	(33.3)
>=51	11	(5.9)	12	(3.0)	2	(0.8)	3	(2.2)
Uoplyst	4	(2.2)	3	(0.7)	2	(0.8)	1	(0.7)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Malignitetsgrad for duktales og lobulære tumorer per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer												
I	822	(26.1)	94	(18.8)	3	(18.8)	135	(29.0)	70	(15.4)	55	(23.0)
II	1410	(44.7)	237	(47.5)	10	(62.5)	175	(37.6)	235	(51.5)	106	(44.4)
III	831	(26.4)	148	(29.7)	3	(18.8)	137	(29.5)	138	(30.3)	69	(28.9)
Uoplyst	90	(2.9)	20	(4.0)	.	.	18	(3.9)	13	(2.9)	9	(3.8)
Total	3153	(100.0)	499	(100.0)	16	(100.0)	465	(100.0)	456	(100.0)	239	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
I	57	(34.1)	37	(26.8)	51	(21.7)	1	(14.3)	54	(27.8)
III	44	(26.3)	33	(23.9)	41	(17.4)	1	(14.3)	37	(19.1)
Uoplyst	2	(1.2)	2	(1.4)	7	(3.0)	.	.	8	(4.1)
Total	167	(100.0)	138	(100.0)	235	(100.0)	7	(100.0)	194	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer								
I	43	(31.4)	130	(43.5)	69	(35.8)	23	(21.3)
II	55	(40.1)	112	(37.5)	60	(31.1)	54	(50.0)
III	37	(27.0)	55	(18.4)	58	(30.1)	30	(27.8)
Uoplyst	2	(1.5)	2	(0.7)	6	(3.1)	1	(0.9)
Total	137	(100.0)	299	(100.0)	193	(100.0)	108	(100.0)

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulare tumorer												
I	120	(29.6)	8	(12.7)	.	.	24	(35.8)	6	(9.4)	14	(66.7)
II	246	(60.6)	51	(81.0)	2	(100.0)	37	(55.2)	43	(67.2)	6	(28.6)
III	17	(4.2)	1	(1.6)	.	.	3	(4.5)	5	(7.8)	1	(4.8)
Uoplyst	23	(5.7)	3	(4.8)	.	.	3	(4.5)	10	(15.6)	.	.
Total	406	(100.0)	63	(100.0)	2	(100.0)	67	(100.0)	64	(100.0)	21	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulare tumorer								
I	2	(25.0)	4	(26.7)	9	(37.5)	8	(30.8)
II	6	(75.0)	10	(66.7)	14	(58.3)	12	(46.2)
III	.	.	.	.	1	(4.2)	3	(11.5)
Uoplyst	.	.	1	(6.7)	.	.	3	(11.5)
Total	8	(100.0)	15	(100.0)	24	(100.0)	26	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulare tumorer								
I	11	(37.9)	24	(42.1)	10	(52.6)	.	.
II	15	(51.7)	33	(57.9)	8	(42.1)	9	(81.8)
III	1	(3.4)	.	.	.	.	2	(18.2)
Uoplyst	2	(6.9)	.	.	1	(5.3)	.	.
Total	29	(100.0)	57	(100.0)	19	(100.0)	11	(100.0)

Receptorstatus per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Receptorstatus												
Negativ	644	(15.6)	102	(16.0)	2	(11.1)	83	(14.2)	108	(17.4)	51	(14.7)
Positiv	3336	(80.8)	498	(78.2)	16	(88.9)	482	(82.4)	493	(79.6)	263	(76.0)
Uoplyst	150	(3.6)	37	(5.8)	.	.	20	(3.4)	18	(2.9)	32	(9.2)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Receptorstatus										
Negativ	26	(13.8)	24	(14.5)	48	(16.9)	.	.	42	(14.0)
Positiv	162	(85.7)	141	(84.9)	230	(81.0)	7	(100.0)	250	(83.6)
Uoplyst	1	(0.5)	1	(0.6)	6	(2.1)	.	.	7	(2.3)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Receptorstatus								
Negativ	31	(16.7)	61	(15.2)	47	(18.2)	19	(14.1)
Positiv	153	(82.3)	334	(83.3)	197	(76.4)	110	(81.5)
Uoplyst	2	(1.1)	6	(1.5)	14	(5.4)	6	(4.4)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Østrogen-receptorstatus per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor												
0 %	587	(14.2)	90	(14.1)	2	(11.1)	78	(13.3)	99	(16.0)	49	(14.2)
1-9%	67	(1.6)	12	(1.9)	.	.	6	(1.0)	15	(2.4)	2	(0.6)
10-100%	3326	(80.5)	498	(78.2)	16	(88.9)	481	(82.2)	487	(78.7)	263	(76.0)
Uoplyst	150	(3.6)	37	(5.8)	.	.	20	(3.4)	18	(2.9)	32	(9.2)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	25	(13.2)	20	(12.0)	46	(16.2)	.	.	38	(12.7)
1-9%	2	(1.1)	4	(2.4)	2	(0.7)	.	.	5	(1.7)
10-100%	161	(85.2)	141	(84.9)	230	(81.0)	7	(100.0)	249	(83.3)
Uoplyst	1	(0.5)	1	(0.6)	6	(2.1)	.	.	7	(2.3)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor								
0 %	29	(15.6)	57	(14.2)	36	(14.0)	18	(13.3)
1-9%	2	(1.1)	4	(1.0)	11	(4.3)	2	(1.5)
10-100%	153	(82.3)	334	(83.3)	197	(76.4)	109	(80.7)
Uoplyst	2	(1.1)	6	(1.5)	14	(5.4)	6	(4.4)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status												
neg	3381	(81.9)	523	(82.1)	18	(100.0)	487	(83.2)	503	(81.3)	264	(76.3)
pos	490	(11.9)	70	(11.0)	.	.	65	(11.1)	92	(14.9)	48	(13.9)
unk	259	(6.3)	44	(6.9)	.	.	33	(5.6)	24	(3.9)	34	(9.8)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
neg	164	(86.8)	145	(87.3)	245	(86.3)	6	(85.7)	266	(89.0)
pos	18	(9.5)	20	(12.0)	34	(12.0)	1	(14.3)	22	(7.4)
unk	7	(3.7)	1	(0.6)	5	(1.8)	.	.	11	(3.7)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status								
neg	134	(72.0)	341	(85.0)	217	(84.1)	68	(50.4)
pos	36	(19.4)	43	(10.7)	28	(10.9)	13	(9.6)
unk	16	(8.6)	17	(4.2)	13	(5.0)	54	(40.0)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) score og Fish-ratio per afdeling 2012

		Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio												
0	0.00-1.99	19	(0.5)	13	(2.0)	.	.	.	.	.	.	.	.
	ubestemt	895	(21.7)	121	(19.0)	6	(33.3)	137	(23.4)	160	(25.8)	69	(19.9)
1	0.00-1.99	19	(0.5)	3	(0.5)	1	(5.6)	5	(0.9)	2	(0.3)	.	.
	ubestemt	1887	(45.7)	247	(38.8)	7	(38.9)	241	(41.2)	281	(45.4)	166	(48.0)
2	0.00-1.99	549	(13.3)	138	(21.7)	4	(22.2)	101	(17.3)	58	(9.4)	28	(8.1)
	2.00 +	44	(1.1)	2	(0.3)	.	.	9	(1.5)	9	(1.5)	3	(0.9)
	ubestemt	33	(0.8)	3	(0.5)	.	.	12	(2.1)	4	(0.6)	2	(0.6)
3	2.00 +	10	(0.2)	1	(0.2)	.	.	.	.	2	(0.3)	1	(0.3)
	ubestemt	434	(10.5)	67	(10.5)	.	.	55	(9.4)	81	(13.1)	44	(12.7)
9	0.00-1.99	12	(0.3)	1	(0.2)	.	.	3	(0.5)	2	(0.3)	1	(0.3)
	2.00 +	2	(0.0)	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	ubestemt	226	(5.5)	41	(6.4)	.	.	21	(3.6)	20	(3.2)	32	(9.2)

		AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	0.00-1.99	.	.	1	(0.6)	1	(0.4)	.	.	3	(1.0)
	ubestemt	29	(15.3)	28	(16.9)	66	(23.2)	1	(14.3)	51	(17.1)
1	0.00-1.99	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.	6	(2.0)
	ubestemt	131	(69.3)	86	(51.8)	150	(52.8)	5	(71.4)	159	(53.2)
2	0.00-1.99	3	(1.6)	30	(18.1)	27	(9.5)	.	.	43	(14.4)
	2.00 +	.	.	1	(0.6)	3	(1.1)	.	.	6	(2.0)
	ubestemt	5	(2.6)	.	.	.	.	.	.	.	.
3	2.00 +	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.	3	(1.0)
	ubestemt	18	(9.5)	19	(11.4)	30	(10.6)	1	(14.3)	12	(4.0)
9	0.00-1.99	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.	4	(1.3)
	2.00 +	.	.	.	.	.	.	.	.	1	(0.3)
	ubestemt	2	(1.1)	1	(0.6)	5	(1.8)	.	.	11	(3.7)

		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio								
0	0.00-1.99	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
	ubestemt	24	(12.9)	111	(27.7)	64	(24.8)	28	(20.7)
1	0.00-1.99	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	ubestemt	75	(40.3)	189	(47.1)	110	(42.6)	40	(29.6)
2	0.00-1.99	35	(18.8)	40	(10.0)	42	(16.3)	.	.
	2.00 +	1	(0.5)	8	(2.0)	2	(0.8)	.	.
	ubestemt	1	(0.5)	2	(0.5)	1	(0.4)	3	(2.2)
3	2.00 +	.	.	1	(0.2)	1	(0.4)	.	.
	ubestemt	35	(18.8)	34	(8.5)	25	(9.7)	13	(9.6)
9	0.00-1.99	.	.	.	.	.	.	.	.
	2.00 +	.	.	.	.	.	.	.	.
	ubestemt	15	(8.1)	15	(3.7)	12	(4.7)	51	(37.8)

Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe												
Ej protokol	321	(7.8)	53	(8.3)	.	.	22	(3.8)	57	(9.2)	37	(10.7)
A lavrisiko	249	(6.0)	37	(5.8)	.	.	43	(7.4)	22	(3.6)	15	(4.3)
B <60 år, R+/?	1267	(30.7)	212	(33.3)	9	(50.0)	172	(29.4)	185	(29.9)	102	(29.5)
C >=60 år, R+/?	1653	(40.0)	231	(36.3)	7	(38.9)	257	(43.9)	251	(40.5)	127	(36.7)
D, R-	540	(13.1)	84	(13.2)	2	(11.1)	75	(12.8)	89	(14.4)	47	(13.6)
ubestemt	100	(2.4)	20	(3.1)	.	.	16	(2.7)	15	(2.4)	18	(5.2)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	5	(2.6)	22	(13.3)	23	(8.1)	1	(14.3)	27	(9.0)
A lavrisiko	13	(6.9)	9	(5.4)	10	(3.5)	.	.	16	(5.4)
B <60 år, R+/?	69	(36.5)	57	(34.3)	98	(34.5)	6	(85.7)	91	(30.4)
C >=60 år, R+/?	77	(40.7)	59	(35.5)	110	(38.7)	.	.	123	(41.1)
D, R-	23	(12.2)	17	(10.2)	37	(13.0)	.	.	35	(11.7)
ubestemt	2	(1.1)	2	(1.2)	6	(2.1)	.	.	7	(2.3)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe								
Ej protokol	15	(8.1)	34	(8.5)	16	(6.2)	9	(6.7)
A lavrisiko	12	(6.5)	41	(10.2)	27	(10.5)	4	(3.0)
B <60 år, R+/?	61	(32.8)	101	(25.2)	72	(27.9)	32	(23.7)
C >=60 år, R+/?	72	(38.7)	168	(41.9)	101	(39.1)	70	(51.9)
D, R-	26	(14.0)	55	(13.7)	33	(12.8)	17	(12.6)
ubestemt	.	.	2	(0.5)	9	(3.5)	3	(2.2)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

Protokolberegning iht. DBCG retningslinjer per kirurgisk afdeling 2012

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning												
DBCG 10A	249	(6.0)	37	(5.8)	.	.	43	(7.4)	22	(3.6)	15	(4.3)
DBCG 10B	1267	(30.7)	212	(33.3)	9	(50.0)	172	(29.4)	185	(29.9)	102	(29.5)
DBCG 10C	1653	(40.0)	231	(36.3)	7	(38.9)	257	(43.9)	251	(40.5)	127	(36.7)
DBCG 10D	540	(13.1)	84	(13.2)	2	(11.1)	75	(12.8)	89	(14.4)	47	(13.6)
Ikke bestemt	100	(2.4)	20	(3.1)	.	.	16	(2.7)	15	(2.4)	18	(5.2)
Ikke i prot	321	(7.8)	53	(8.3)	.	.	22	(3.8)	57	(9.2)	37	(10.7)
Total	4130	(100.0)	637	(100.0)	18	(100.0)	585	(100.0)	619	(100.0)	346	(100.0)

	AABENRÅ		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		ÅRHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning										
DBCG 10A	13	(6.9)	9	(5.4)	10	(3.5)	.	.	16	(5.4)
DBCG 10B	69	(36.5)	57	(34.3)	98	(34.5)	6	(85.7)	91	(30.4)
DBCG 10C	77	(40.7)	59	(35.5)	110	(38.7)	.	.	123	(41.1)
DBCG 10D	23	(12.2)	17	(10.2)	37	(13.0)	.	.	35	(11.7)
Ikke bestemt	2	(1.1)	2	(1.2)	6	(2.1)	.	.	7	(2.3)
Ikke i prot	5	(2.6)	22	(13.3)	23	(8.1)	1	(14.3)	27	(9.0)
Total	189	(100.0)	166	(100.0)	284	(100.0)	7	(100.0)	299	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning								
DBCG 10A	12	(6.5)	41	(10.2)	27	(10.5)	4	(3.0)
DBCG 10B	61	(32.8)	101	(25.2)	72	(27.9)	32	(23.7)
DBCG 10C	72	(38.7)	168	(41.9)	101	(39.1)	70	(51.9)
DBCG 10D	26	(14.0)	55	(13.7)	33	(12.8)	17	(12.6)
Ikke bestemt	.	.	2	(0.5)	9	(3.5)	3	(2.2)
Ikke i prot	15	(8.1)	34	(8.5)	16	(6.2)	9	(6.7)
Total	186	(100.0)	401	(100.0)	258	(100.0)	135	(100.0)

BILAG 2

Supplerende beskrivelse af indikatorresultater

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2012
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

DBCg | Danish Breast Cancer Cooperative Group



Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose for patienter opereret 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	3773	98	3713	3404	309	92 (91-93)	91	98	96	99
<= 39 år	149	99	148	131	17	89 (82-93)	88	98	93	99
40-49 år	564	99	560	514	46	92 (89-94)	91	98	95	99
50-59 år	895	98	877	797	80	91 (89-93)	90	99	95	99
60-69 år	1228	98	1209	1104	105	91 (90-93)	91	98	95	99
70-75 år	422	99	418	390	28	93 (90-96)	93	98	97	99
76+ år	515	97	501	468	33	93 (91-95)	95	98	97	99

*: Bemærk, at standard-indikatorpopulationen kun omfatter patienter 18-75 år.

Indikator 3 (alternativ beregning): Malign:Benign operationsratio. Alle diagnoser (invasiv brystkræft, DCIS og benign) inkluderes i nævneren og diagnosen DCIS inkluderes i antal opfyldte.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)
DANMARK	6326	100	6326	4499	1827	71 (70-72)
HOVEDSTADEN	1958	100	1958	1399	559	71 (69-73)
SJÆLLAND	843	100	843	661	182	78 (75-81)
SYDDANMARK	1546	100	1546	1027	519	66 (64-69)
MIDTJYLLAND	1286	100	1286	965	321	75 (73-77)
NORDJYLLAND	645	100	645	422	223	65 (62-69)
RIGSHOSPITALET	982	100	982	700	282	71 (68-74)
HERLEV	976	100	976	699	277	72 (69-74)
RINGSTED	843	100	843	661	182	78 (75-81)
ODENSE	517	100	517	347	170	67 (63-71)
AABENRAA	349	100	349	220	129	63 (58-68)
ESBJERG	286	100	286	192	94	67 (61-73)
VEJLE	394	100	394	268	126	68 (63-73)
AARHUS	494	100	494	346	148	70 (66-74)
RANDERS	248	100	248	196	52	79 (73-84)
VIBORG	536	100	536	422	114	79 (75-82)
OPHØRT REG.MIDT	8	100	8	1	7	13 (0-53)
AALBORG	396	100	396	281	115	71 (66-75)
HJØRRING	249	100	249	141	108	57 (50-63)
HAMLET	29	100	29	18	11	62 (42-79)
MØLHOLM	7	100	7	7	0	100 (59-100)

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio. Resultat 2010-2012 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
<=34 år	6128	100	6128	4168	1960	68 (67-69)	61	100	60	100
35-39 år	229	100	229	94	135	41 (35-48)	42	100	31	100
40-49 år	931	100	931	599	332	64 (61-67)	55	100	53	100
50-59 år	1270	100	1270	940	330	74 (72-76)	71	100	69	100
60-69 år	1497	100	1497	1299	198	87 (85-88)	82	100	78	100
70-75 år	507	100	507	464	43	92 (89-94)	89	100	79	100
76+ år	760	100	760	638	122	84 (81-86)	89	100	86	100

Indikator 3: Personer der optræder i DBCG 2012, men ikke i LPR 2012 efter alder.

Antal patienter pr aldersgruppe	2012	
	N	%
Alder (år)		
<=34 år	6	1.5
35-39 år	11	2.7
40-49 år	47	11.4
50-59 år	44	10.7
60-69 år	78	18.9
70-75 år	42	10.2
76+ år	184	44.7
Total	412	100.0

Indikator 3: Personer der optræder i DBCG 2012, men ikke i LPR 2012 efter operationstype og efter preoperativ klassifikation.

Antal patienter pr operationstype	2012	
	N	%
Mastektomi	22	5.3
Lumpektomi	45	10.9
Biopsi	275	66.7
Mastektomi efter neo-adj	43	10.4
Lumpektomi efter neo-adj	27	6.6
Total	412	100.0

Antal patienter pr preoperativ klassifikation	2012	
	N	%
Mindre indgreb, Biopsi alene	179	45.2
Planlagt kurativ operation	63	15.9
Neo-adj behandling (inop/down st)	153	38.6
Uoplyst	1	0.3
Total	396	100.0

Indikator 3: Personer der optræder i DBCG 2012, men ikke i LPR 2012 efter kirurgisk afdeling og efter patologisk afdeling.

Antal patienter vs kirurgisk afd.	2012	
	N	%
RIGSHOSPITALET	45	10.9
HAMLET	3	0.7
HERLEV	33	8.0
RINGSTED	115	27.9
ODENSE	49	11.9
AABENRAA	2	0.5
ESBJERG	16	3.9
VEJLE	48	11.7
MØLHOLM	1	0.2
AARHUS	23	5.6
RANDERS	23	5.6
VIBORG	31	7.5
AALBORG	13	3.2
HJØRRING	10	2.4
Total	412	100.0

Antal patienter pr patologifdeling	2012	
	N	%
RIGSHOSPITALET	19	6.5
HERLEV	19	6.5
SLAGELSE	104	35.5
ODENSE	15	5.1
SØNDERBORG	2	0.7
ESBJERG	16	5.5
VEJLE	46	15.7
HOLSTEBRO	4	1.4
AARHUS	18	6.1
RANDERS	22	7.5
VIBORG	21	7.2
AALBORG	3	1.0
HJØRRING	4	1.4
Total	293	100.0

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden for patienter opereret 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	1888	100	1888	1854	34	98 (97-99)	96	100	96	100
<= 39 år	59	100	59	58	1	98 (91-100)	97	100	93	100
40-49 år	210	100	210	205	5	98 (95-99)	96	100	98	100
50-59 år	471	100	471	464	7	99 (97-99)	95	100	95	100
60-69 år	711	100	711	694	17	98 (96-99)	96	100	96	100
70-75 år	213	100	213	210	3	99 (96-100)	98	100	96	100
76+ år	224	100	224	223	1	100 (98-100)	96	100	93	100

*: Bemærk, at standard-indikatorpopulationen kun omfatter patienter 18-75 år.

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2010-2012. Alle patienter uanset alder er inkluderet.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
År	Tumorstørrelse (mm)					
2010	00-10	27	3.7	703	96.3	730
	11-20	42	4.6	879	95.4	921
	21-30	16	5.1	299	94.9	315
	31-40	3	4.8	59	95.2	62
	41-50	2	9.1	20	90.9	22
	>=51	1	12.5	7	87.5	8
	Uoplyst	.	.	3	100.0	3
2011	00-10	32	4.7	656	95.3	688
	11-20	33	3.8	837	96.2	870
	21-30	8	3.0	259	97.0	267
	31-40	.	.	65	100.0	65
	41-50	2	9.1	20	90.9	22
	>=51	2	16.7	10	83.3	12
	Uoplyst	.	.	5	100.0	5
2012	00-10	10	1.7	570	98.3	580
	11-20	17	1.9	900	98.1	917
	21-30	7	2.3	293	97.7	300
	31-40	.	.	60	100.0	60
	41-50	.	.	21	100.0	21
	>=51	.	.	7	100.0	7
	Uoplyst	.	.	3	100.0	3
Total		202	3.4	5676	96.6	5878

Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	1165	99	1153	1100	53	95 (94-97)	96	99	97	100
<= 39 år	63	100	63	60	3	95 (87-99)	95	100	99	100
40-49 år	227	98	223	215	8	96 (93-98)	95	99	97	100
50-59 år	281	99	277	262	15	95 (91-97)	97	99	97	100
60-69 år	314	99	311	299	12	96 (93-98)	96	99	96	99
70-75 år	132	99	131	125	6	95 (90-98)	98	98	98	100
76+ år	148	100	148	139	9	94 (89-97)	93	100	95	100

*: Bemærk, at standard-indikatorpopulationen kun omfatter patienter 18-75 år.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed for patienter opereret 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	4558	98	4462	3852	610	86 (85-87)	87	96	89	96
<= 39 år	177	96	170	149	21	88 (82-92)	93	92	90	93
40-49 år	632	97	611	559	52	91 (89-94)	93	95	93	93
50-59 år	998	98	983	897	86	91 (89-93)	92	96	94	97
60-69 år	1376	98	1346	1219	127	91 (89-92)	91	97	92	97
70-75 år	501	98	489	432	57	88 (85-91)	85	96	88	96
76+ år	874	99	863	596	267	69 (66-72)	68	96	73	95

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer 2009-2011 per aldersgruppe.

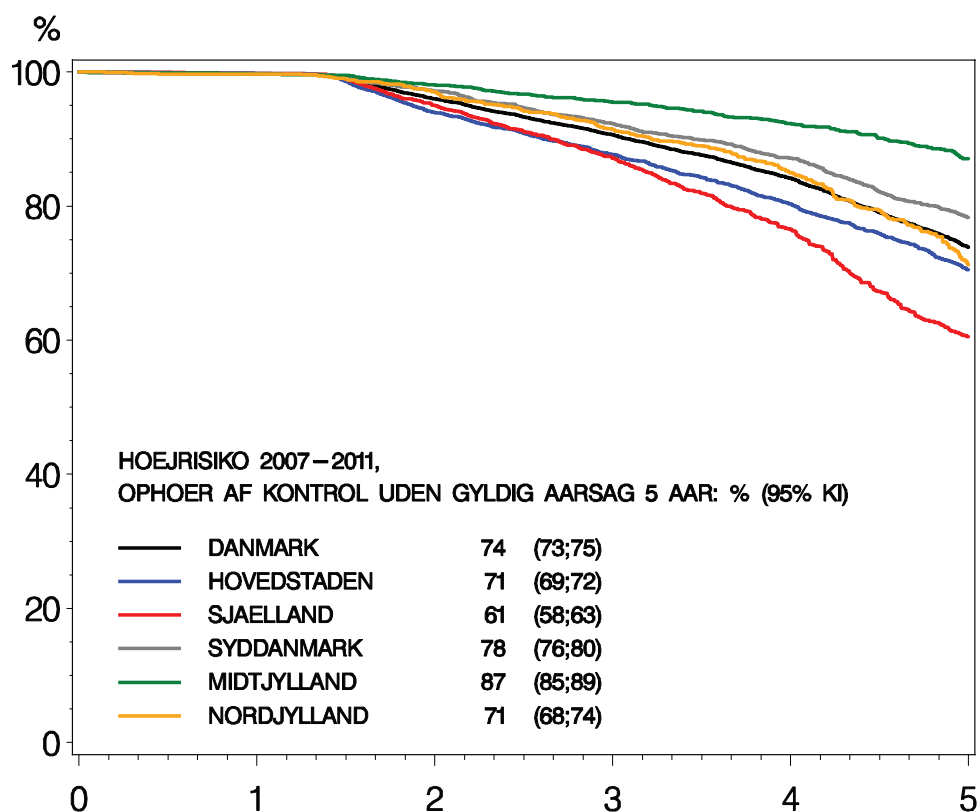
Alder*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2011 med KI (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)	Andel 2009 (%)	Komp 2009 (%)
Total	3265	81	2648	2260	388	85 (84-87)	86	91	87	92
<= 39 år	175	83	145	121	24	83 (76-89)	91	96	84	93
40-49 år	523	84	437	358	79	82 (78-85)	86	96	84	97
50-59 år	732	85	622	518	104	83 (80-86)	84	95	81	94
60-69 år	1034	83	857	786	71	92 (90-93)	91	93	93	93
70-75 år	378	79	300	251	49	84 (79-88)	86	88	91	91
76+ år	423	68	287	226	61	79 (74-83)	73	76	81	77

*: Bemærk, at standard-indikatorpopulationen kun omfatter patienter 18-75 år.

Indikator 8 opfyldt, ej opfyldt og uoplyst i 2009-2011 per protokol. Kun patienter i alderen 18-75 år svarende til indikatorpopulationen.

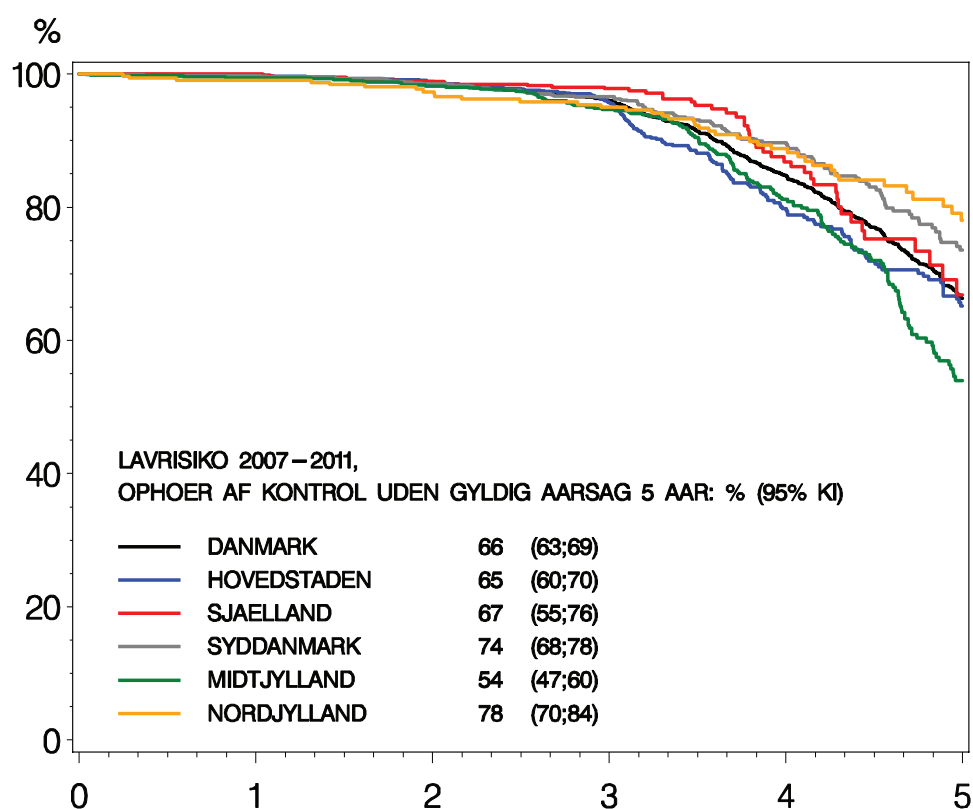
Allokering for højrisikopatienter vs protokol		Potentiel nævner*						Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
År	Protokol	N	%	N	%	N	%	N
2009	B <60 år, R+/?	222	(19)	894	(77)	48	(4)	1164
	C >=60 år, R+/?	68	(5)	1182	(89)	78	(6)	1328
	D, R-	79	(14)	431	(76)	59	(10)	569
2010	B <60 år, R+/?	231	(18)	970	(77)	64	(5)	1265
	C >=60 år, R+/?	56	(4)	1148	(89)	85	(7)	1289
	D, R-	62	(13)	386	(78)	45	(9)	493
2011	B <60 år, R+/?	225	(19)	759	(64)	196	(17)	1180
	C >=60 år, R+/?	42	(3)	969	(80)	201	(17)	1212
	D, R-	60	(13)	306	(68)	84	(19)	450
Total		1045	(12)	7045	(79)	860	(10)	8950

*: Uoplyst udelades af indikatorberegning.



No. at risk:	Aar efter operation					
	0	1	2	3	4	5
DANMARK	15895	15332	12897	9124	5779	2999
HOVEDSTADEN	4886	4696	3932	2820	1646	868
SJAELLAND	2290	2233	1890	1308	824	461
SYDDANMARK	3866	3727	3146	2192	1475	798
MIDTJYLLAND	3209	3086	2593	1820	1187	543
NORDJYLLAND	1634	1580	1330	979	644	328

Indikator 9, Højrisiko: Forbliven i kontrolforløb for patienter opereret 2007-2011. Kaplan-Meier estimater, observationer censureres ved ophør af kontrol med gyldig årsag, mens ophør uden gyldig årsag regnes som en event.



No. at risk:	Aar efter operation					
	0	1	2	3	4	5
DANMARK	3547	3461	3121	2472	1079	446
HOVEDSTADEN	1062	1033	930	713	251	130
SJAELLAND	553	540	492	405	116	29
SYDDANMARK	917	898	816	637	302	130
MIDTJYLLAND	695	677	612	486	260	86
NORDJYLLAND	315	308	266	226	147	70

Indikator 9, Lavrisiko: Forbliven i kontrolforløb for patienter opereret 2007-2011. Kaplan-Meier estimater, observationer censureres ved ophør af kontrol med gyldig årsag, mens ophør uden gyldig årsag regnes som en event.

Indikator 10: Fravær af lokalt recidiv ved brystbevarende terapi. Indikatorresultat 1998-2011 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 1998-2011 med KI (%)
Total	21051	95.8	20158	19710	448	98.0 (97.8-98.2)
<= 34 år	292	95.5	279	261	18	93.5 (91.4-95.2)
35-39 år	571	95.8	547	511	36	94.1 (92.7-95.3)
40-49 år	3423	96.8	3312	3212	100	97.7 (97.4-98.1)
50-59 år	6974	96.2	6710	6569	141	98.3 (98.1-98.5)
60-69 år	7981	95.5	7621	7499	122	98.4 (98.2-98.6)
70-75 år	1810	93.3	1689	1658	31	98.1 (97.6-98.5)

Indikator 10: Først event efter BCS 1998-2011 per aldersgruppe.

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	18	(6.5)	42	(15.1)	218	(78.1)	1	(0.4)	279
35-39 år	36	(6.6)	49	(9.0)	461	(84.3)	1	(0.2)	547
40-49 år	100	(3.0)	246	(7.4)	2961	(89.4)	5	(0.2)	3312
50-59 år	141	(2.1)	468	(7.0)	6064	(90.4)	37	(0.6)	6710
60-69 år	122	(1.6)	512	(6.7)	6923	(90.8)	64	(0.8)	7621
70-75 år	31	(1.8)	142	(8.4)	1498	(88.7)	18	(1.1)	1689
Alle	448	(2.2)	1459	(7.2)	18125	(89.9)	126	(0.6)	20158

*: Ved opfølgning til 30.5.2013.

Indikator 10: Først event efter mastektomi 1998-2011 per aldersgruppe.

Event for mastektomi opererede per aldersgruppe	Første event for mastektomi opererede*								
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<=34 år	5	(1.9)	47	(18.2)	204	(79.1)	2	(0.8)	258
35-39 år	6	(1.3)	77	(16.3)	388	(82.0)	2	(0.4)	473
40-49 år	24	(1.2)	306	(14.7)	1733	(83.5)	13	(0.6)	2076
50-59 år	66	(2.0)	558	(16.7)	2687	(80.2)	39	(1.2)	3350
60-69 år	60	(1.6)	616	(16.6)	2951	(79.4)	89	(2.4)	3716
70-75 år	43	(2.5)	248	(14.6)	1343	(79.1)	63	(3.7)	1697
Alle	204	(1.8)	1852	(16.0)	9306	(80.4)	208	(1.8)	11570

*: Ved opfølgning til 30.5.2013.

Indikator 10: Først event efter BCS per operationsår.

Event for BCS opererede per operationsår	Første event for BCS opererede*								
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
1998	27	(4.8)	94	(16.5)	439	(77.3)	8	(1.4)	568
1999	29	(4.6)	87	(13.7)	510	(80.1)	11	(1.7)	637
2000	28	(4.0)	94	(13.5)	570	(81.8)	5	(0.7)	697
2001	52	(5.8)	103	(11.4)	738	(81.7)	10	(1.1)	903
2002	31	(2.8)	166	(14.9)	905	(81.4)	10	(0.9)	1112
2003	51	(4.4)	140	(12.0)	962	(82.8)	9	(0.8)	1162
2004	38	(3.1)	129	(10.5)	1046	(85.2)	15	(1.2)	1228
2005	48	(3.7)	115	(8.8)	1128	(86.6)	11	(0.8)	1302
2006	35	(2.5)	107	(7.5)	1271	(89.5)	7	(0.5)	1420
2007	31	(1.9)	95	(5.7)	1539	(91.9)	10	(0.6)	1675
2008	31	(1.5)	108	(5.2)	1924	(92.8)	11	(0.5)	2074
2009	22	(0.8)	110	(3.8)	2737	(95.2)	7	(0.2)	2876
2010	17	(0.7)	77	(3.0)	2435	(95.9)	9	(0.4)	2538
2011	8	(0.4)	34	(1.7)	1921	(97.7)	3	(0.2)	1966
Alle	448	(2.2)	1459	(7.2)	18125	(89.9)	126	(0.6)	20158

* Ved opfølgning til 30.5.2013.

Indikator 10: Først event efter mastektomi per operationsår.

Event for mastektomi opererede per operationsår	Første event for mastektomi opererede*								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1998	37	(5.2)	200	(28.1)	453	(63.6)	22	(3.1)	712
1999	25	(3.3)	167	(22.1)	542	(71.6)	23	(3.0)	757
2000	17	(2.1)	185	(22.7)	584	(71.7)	28	(3.4)	814
2001	16	(1.8)	197	(22.0)	664	(74.3)	17	(1.9)	894
2002	18	(1.9)	202	(21.4)	705	(74.5)	21	(2.2)	946
2003	22	(2.4)	178	(19.8)	675	(75.2)	23	(2.6)	898
2004	13	(1.6)	140	(17.5)	637	(79.4)	12	(1.5)	802
2005	10	(1.3)	123	(15.8)	638	(81.8)	9	(1.2)	780
2006	10	(1.3)	114	(14.7)	638	(82.5)	11	(1.4)	773
2007	10	(1.2)	93	(11.5)	697	(85.8)	12	(1.5)	812
2008	9	(0.9)	92	(9.7)	840	(88.2)	11	(1.2)	952
2009	11	(1.1)	87	(8.4)	923	(89.4)	11	(1.1)	1032
2010	3	(0.4)	50	(6.4)	721	(92.3)	7	(0.9)	781
2011	3	(0.5)	24	(3.9)	589	(95.5)	1	(0.2)	617
Alle	204	(1.8)	1852	(16.0)	9306	(80.4)	208	(1.8)	11570

* Ved opfølgning til 30.5.2013.

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2012 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)
<=34 år	66	93.9	62	61	1	98.4 (91.3-100.0)
35-39 år	83	95.2	79	79	0	100.0 (95.4-100.0)
40-49 år	564	95.7	540	532	8	98.5 (97.1-99.4)
50-59 år	895	98.2	879	873	6	99.3 (98.5-99.7)
60-69 år	1234	97.6	1205	1191	14	98.8 (98.1-99.4)
70-75 år	424	96.5	409	405	4	99.0 (97.5-99.7)
76+ år	518	96.3	499	493	6	98.8 (97.4-99.6)

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	2042	100	2042	1979	63	97 (96-98)	95	100	95	100
<= 39 år	68	100	68	66	2	97 (90-100)	89	100	93	100
40-49 år	272	100	272	261	11	96 (93-98)	92	100	92	100
50-59 år	496	100	496	480	16	97 (95-98)	95	100	95	100
60-69 år	720	100	720	701	19	97 (96-98)	97	100	96	100
70-75 år	232	100	232	227	5	98 (95-99)	96	100	97	100
76+ år	254	100	254	244	10	96 (93-98)	96	100	96	100

*: Bemærk, at standard-indikatorpopulationen kun omfatter patienter 18-75 år.

BILAG 3

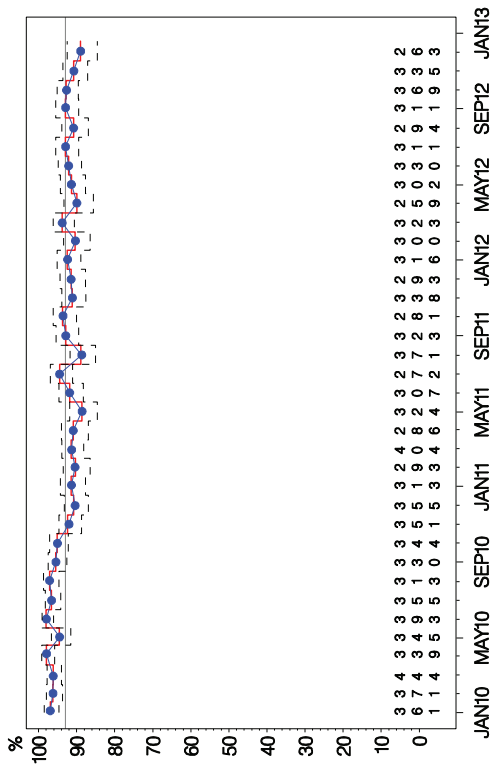
Trendplots for indikatorer efter indberettende afdeling

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2012
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

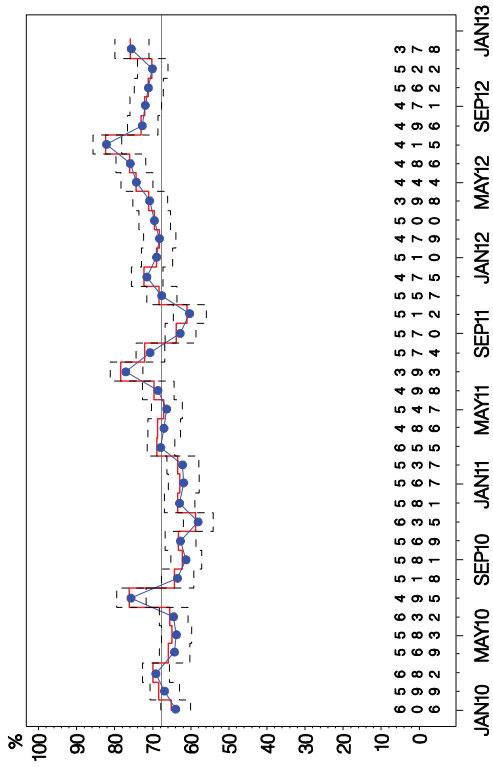
DBCg | Danish Breast Cancer Cooperative Group



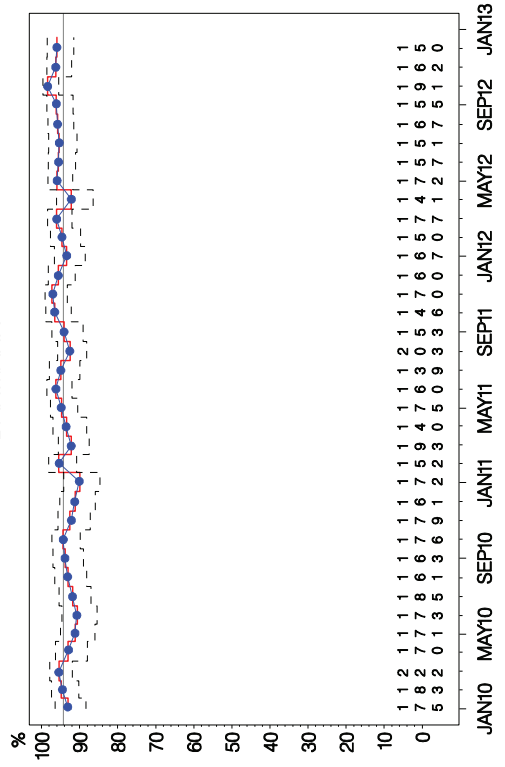
Indikator 2: Præoperativ diagnose
DANMARK



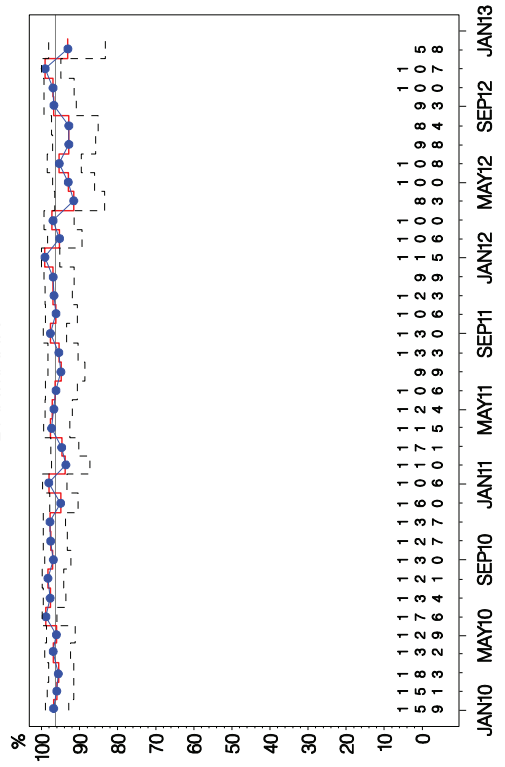
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
DANMARK



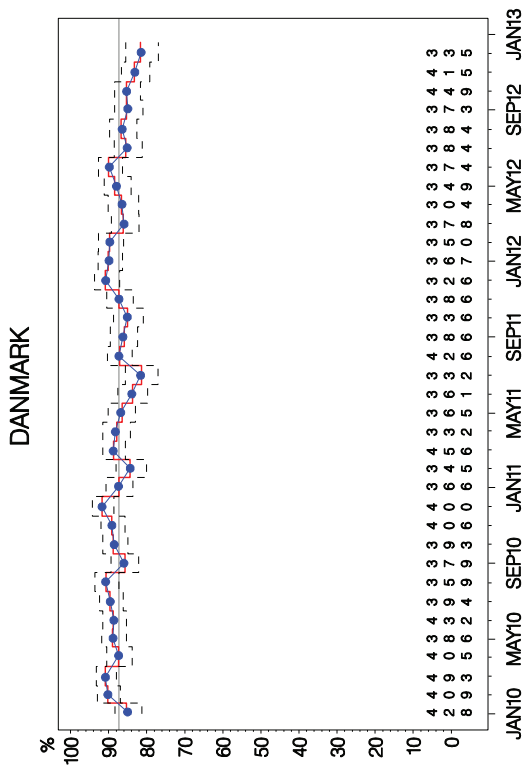
Indikator 4: Node – negativ ved SN
DANMARK



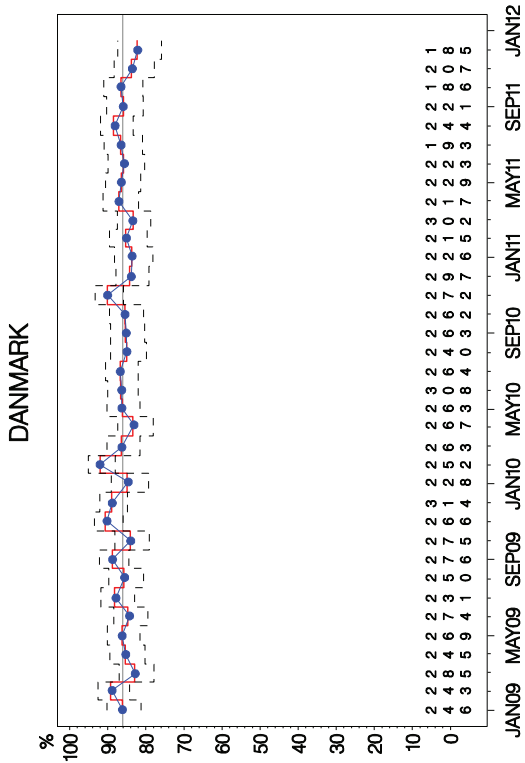
Indikator 5: N – pos med >= 10 udtagne nodes
DANMARK



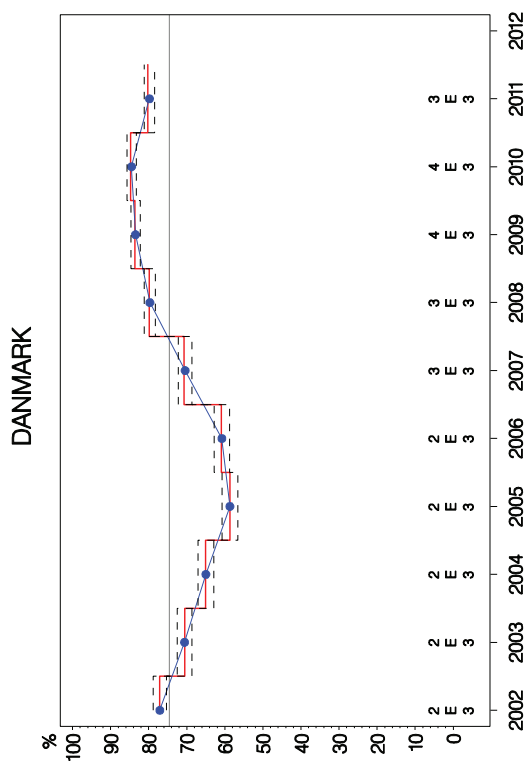
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



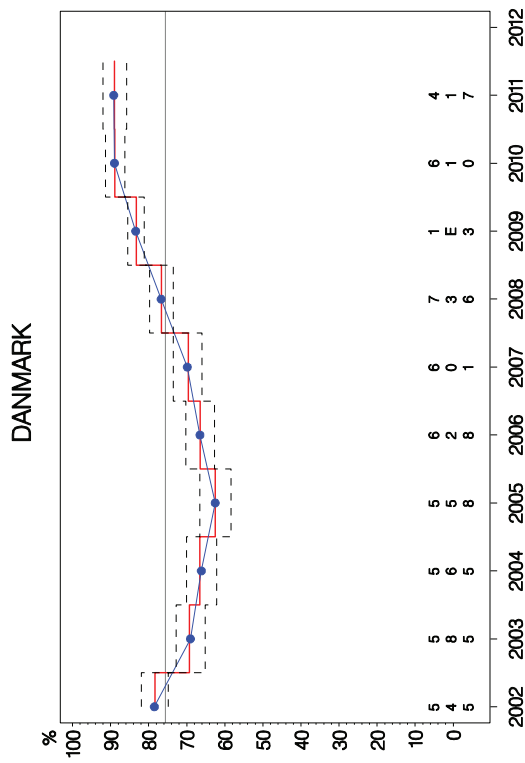
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



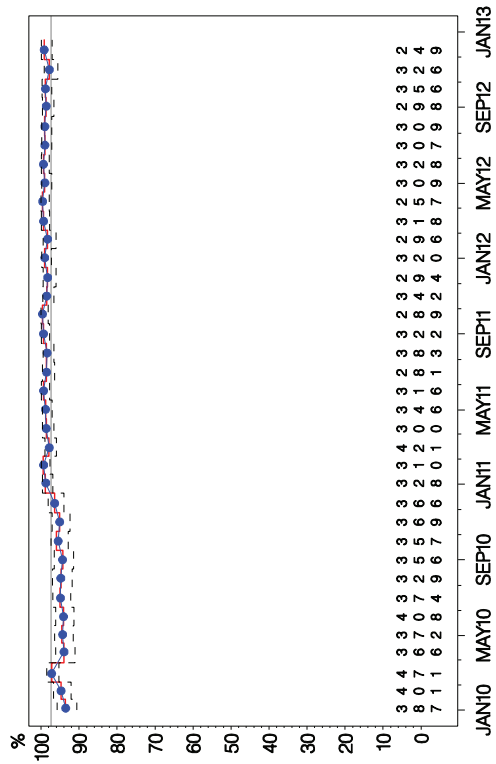
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



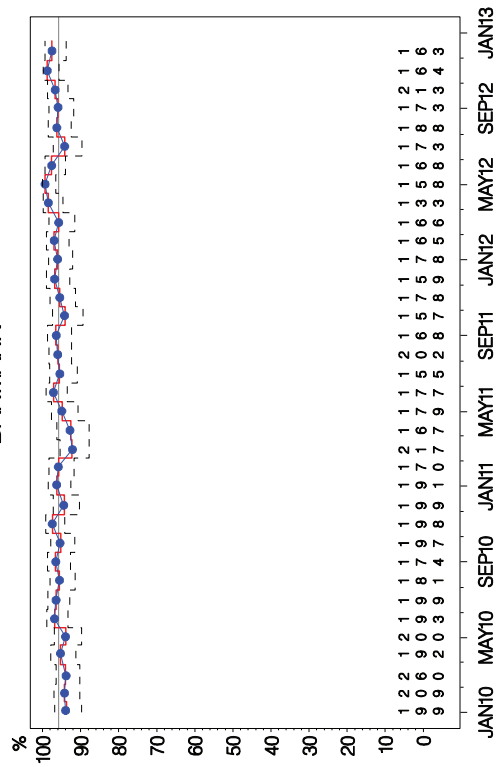
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



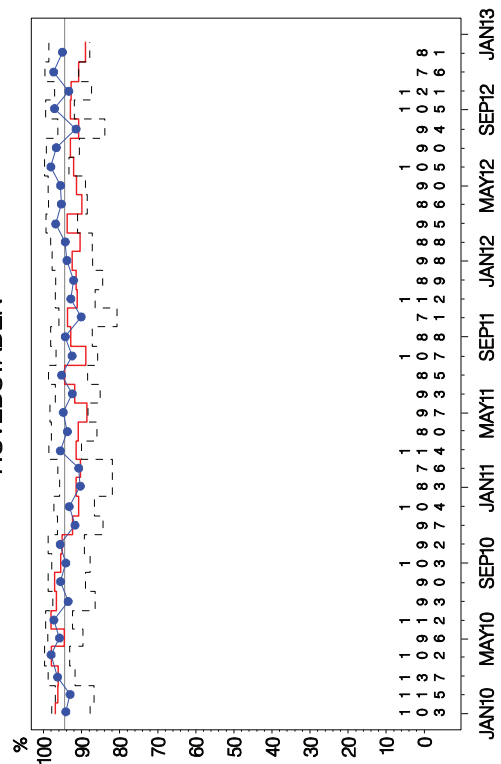
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
DANMARK



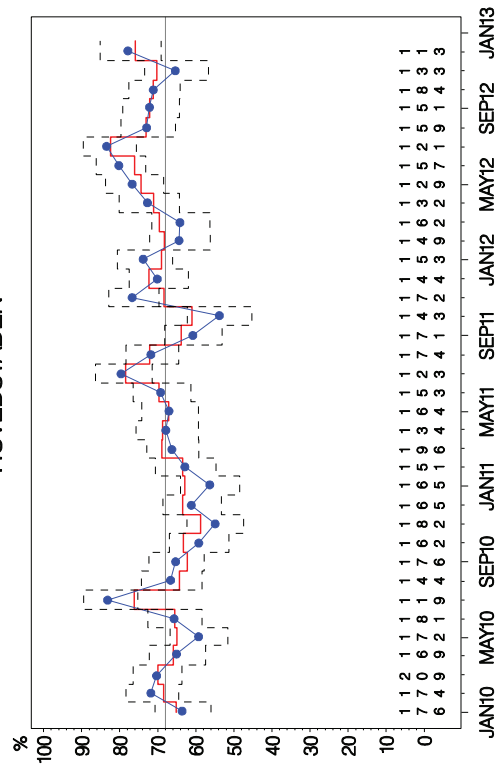
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet
DANMARK



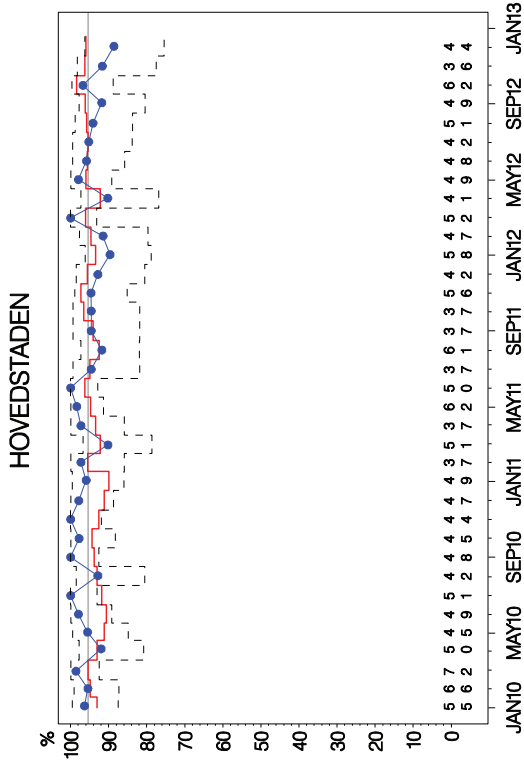
Indikator 2: Præoperativ diagnose
HOVEDSTADEN



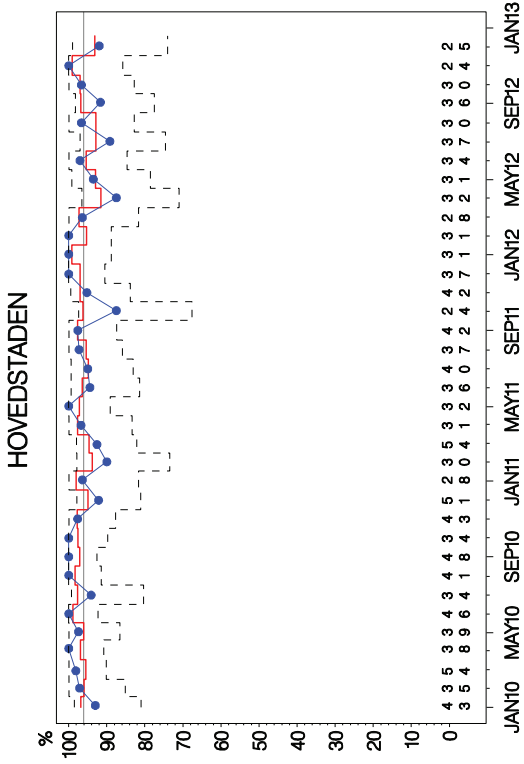
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
HOVEDSTADEN



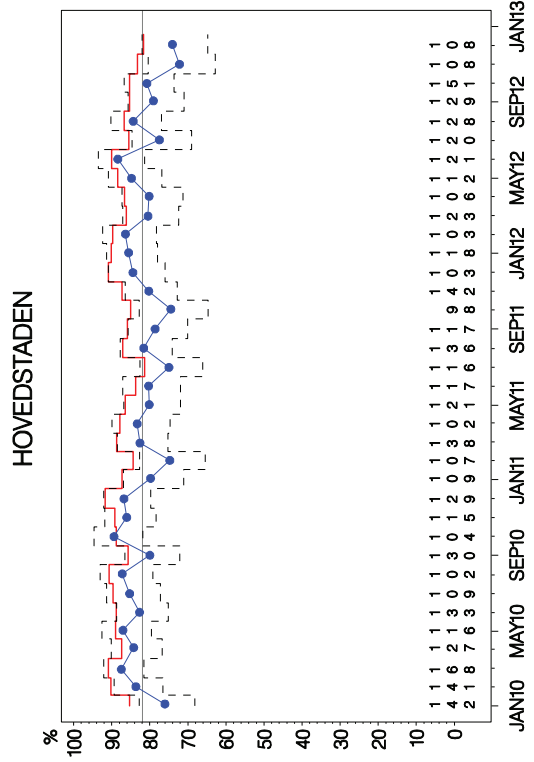
Indikator 4: Node – negativ ved SN



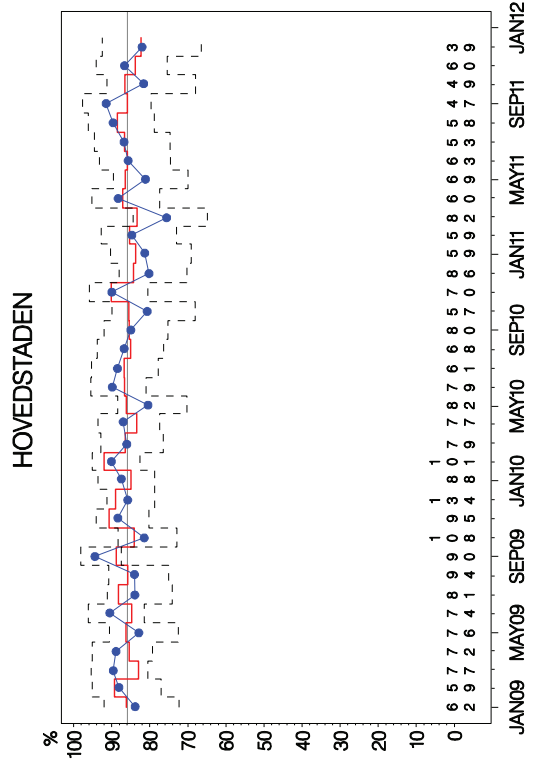
Indikator 5: N – pos med > = 10 udtagne nodes



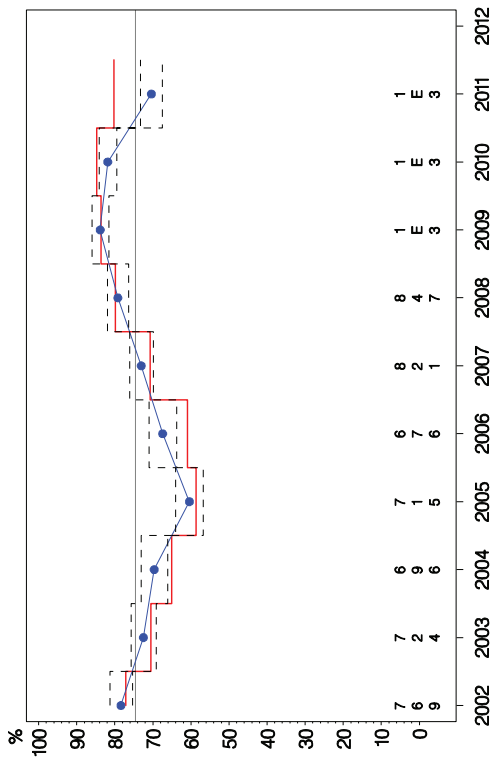
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



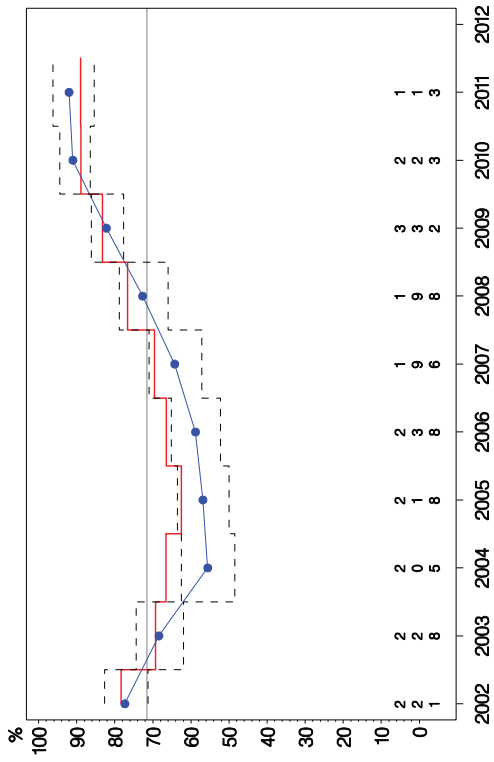
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



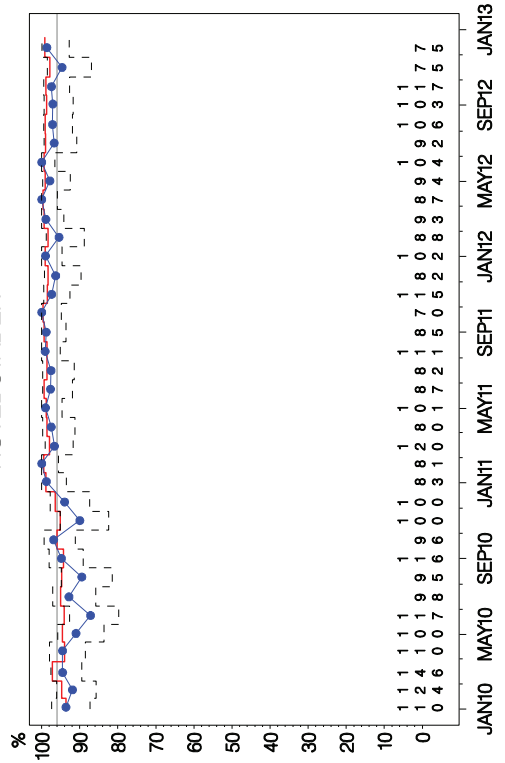
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram HOVEDSTADEN



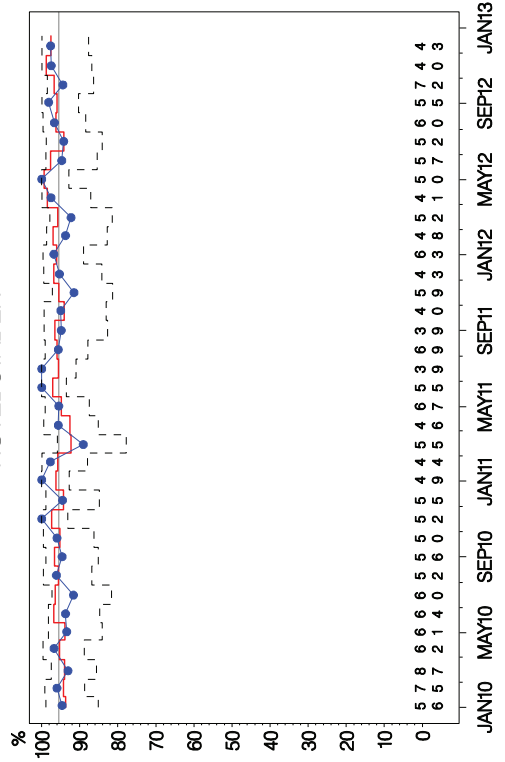
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram HOVEDSTADEN



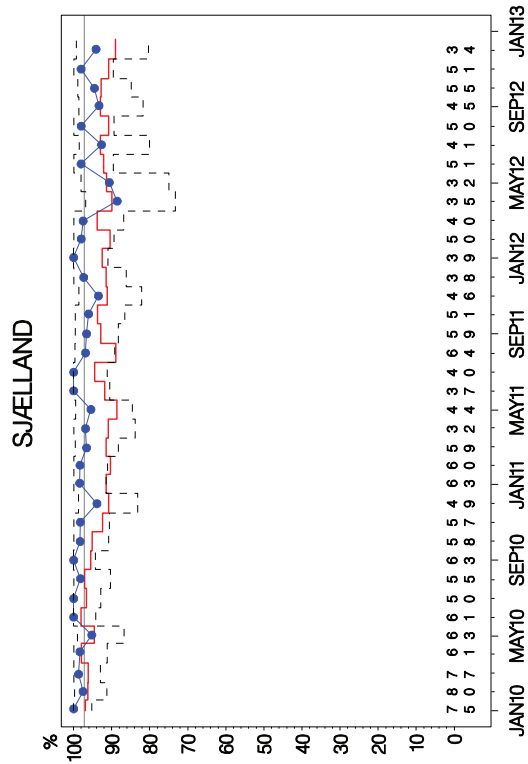
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation HOVEDSTADEN



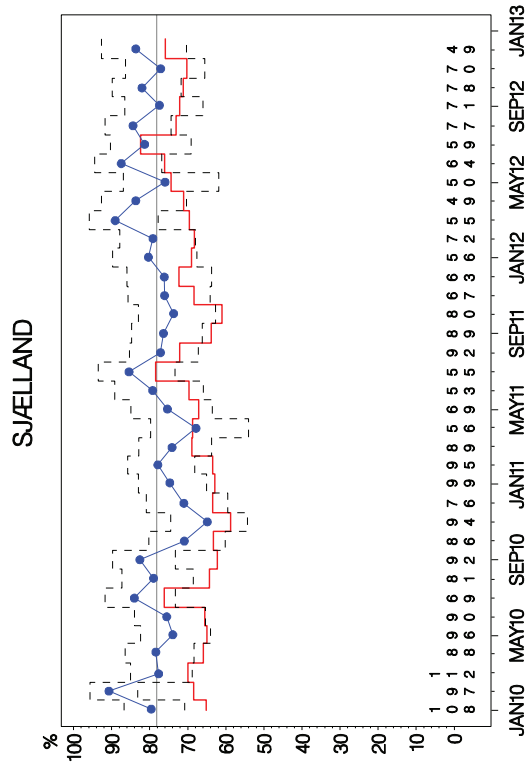
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet HOVEDSTADEN



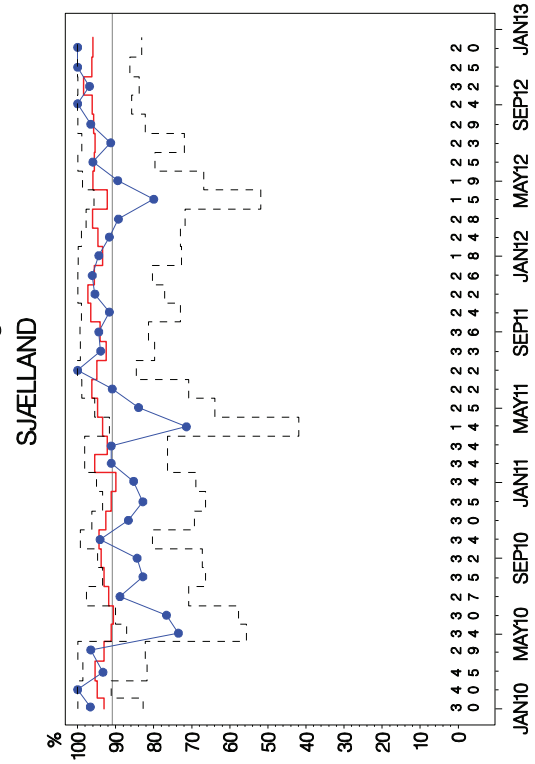
Indikator 2: Præoperativ diagnose



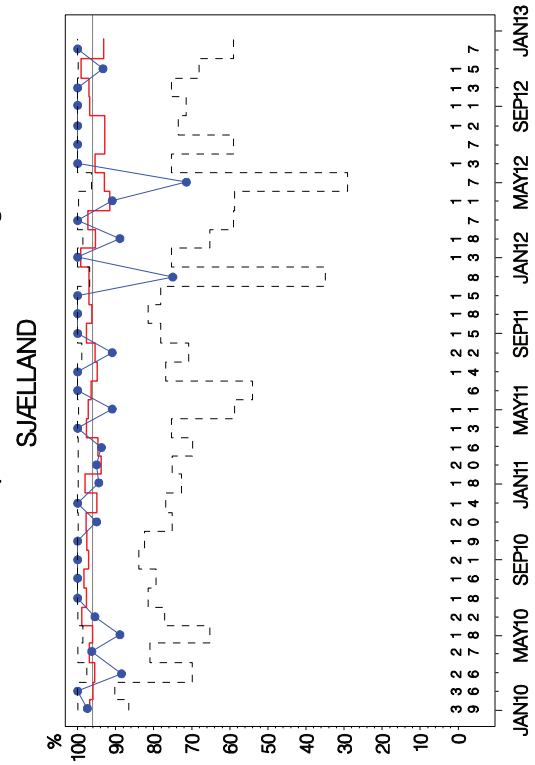
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



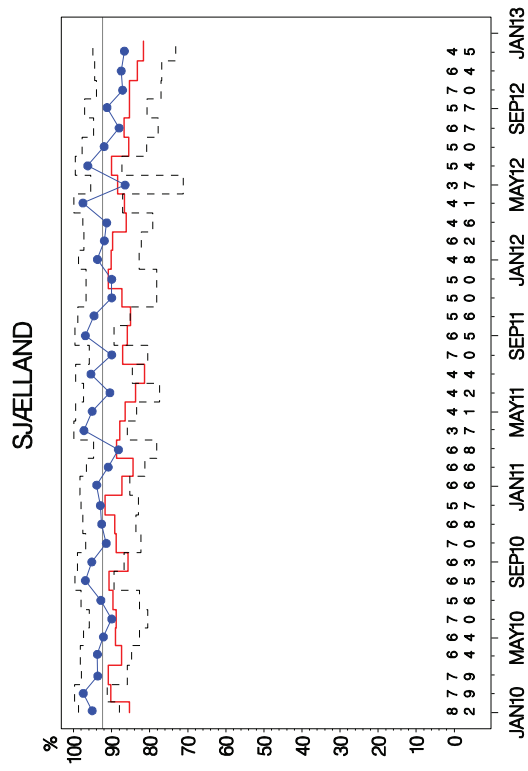
Indikator 4: Node – negativ ved SN



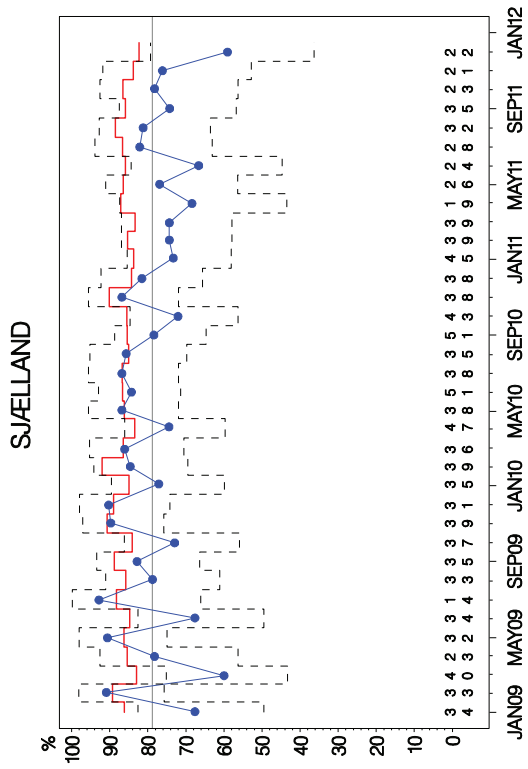
Indikator 5: N – pos med >= 10 udtagne nodes



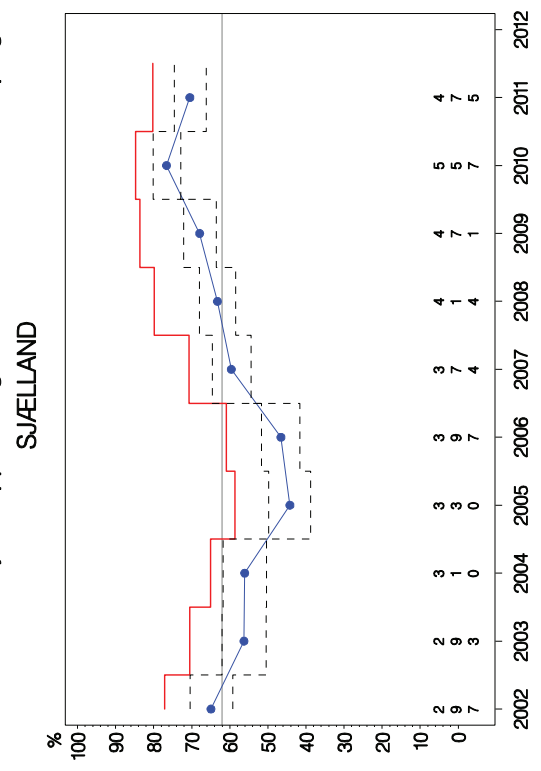
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



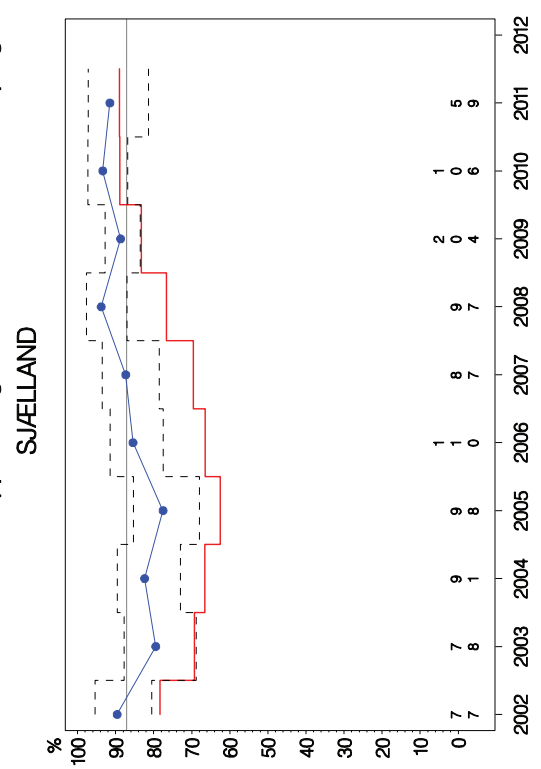
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



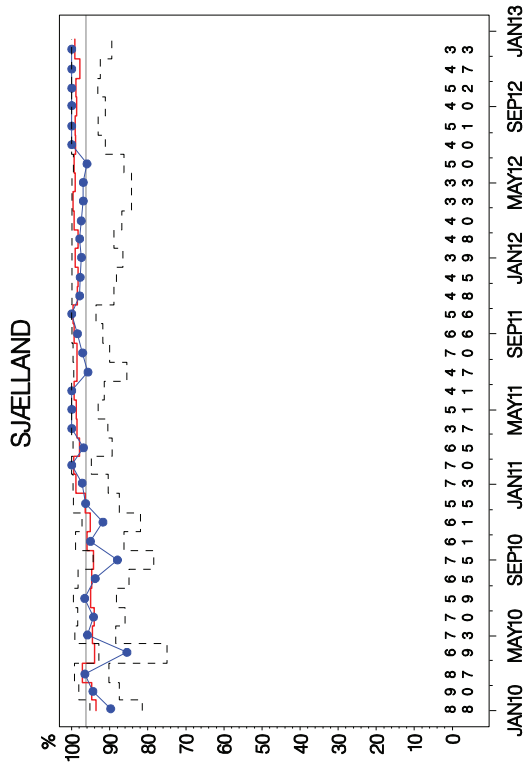
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



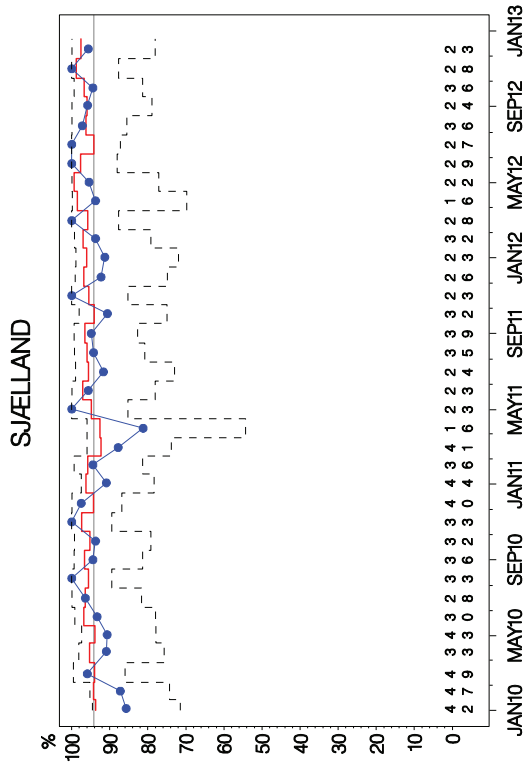
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



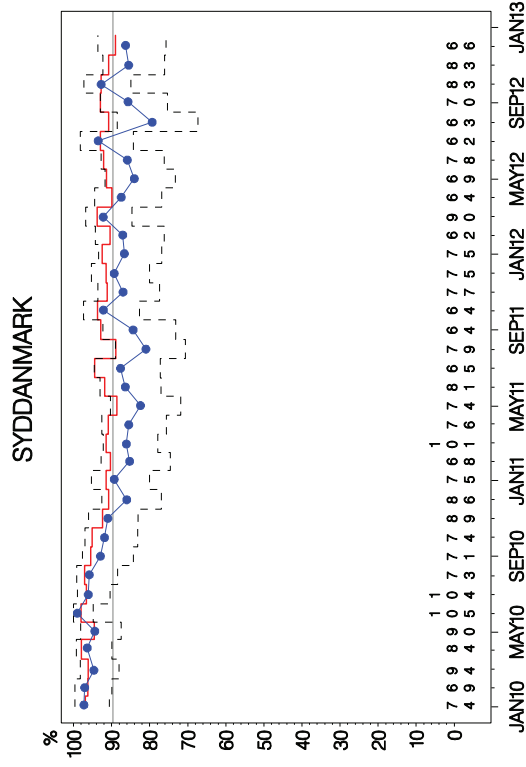
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



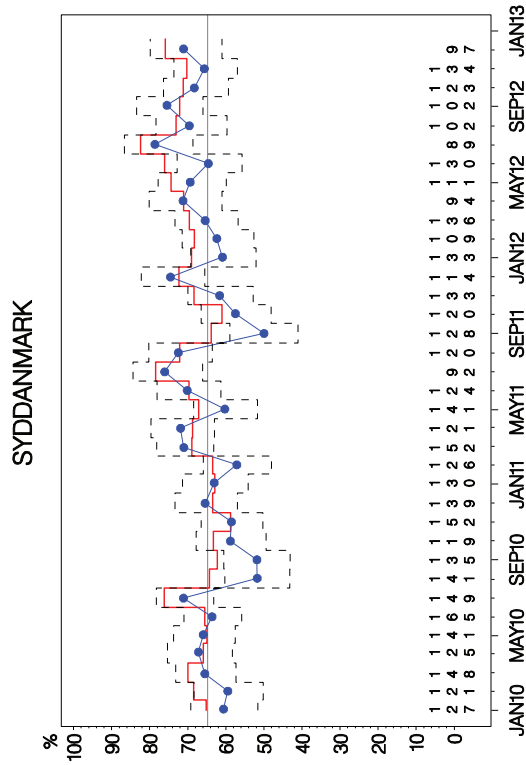
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



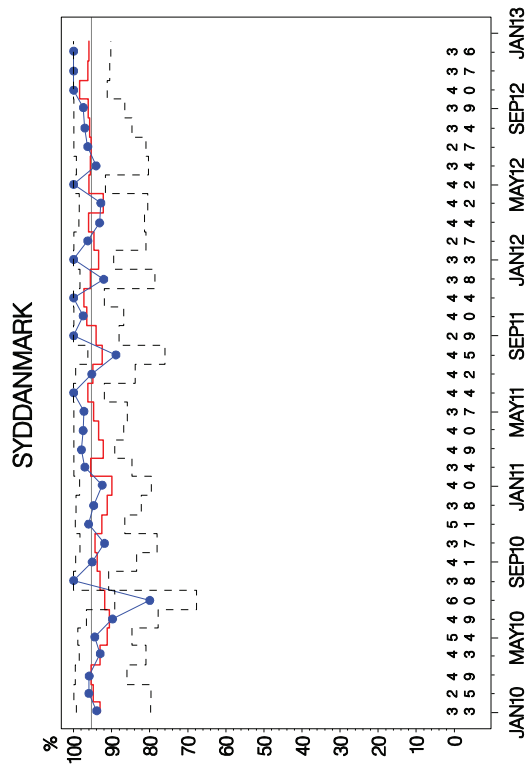
Indikator 2: Præoperativ diagnose



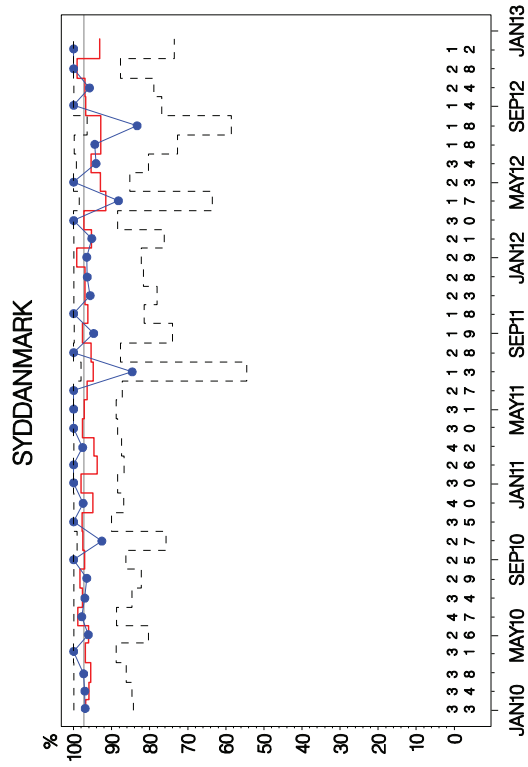
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



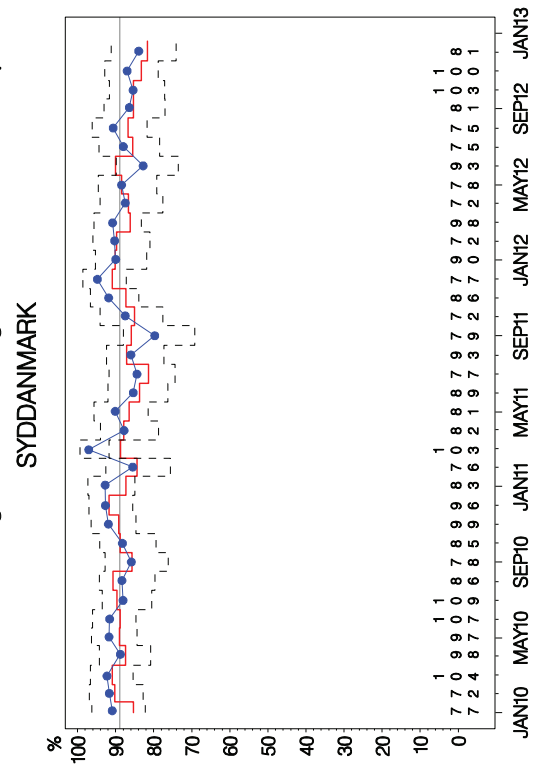
Indikator 4: Node – negativ ved SN



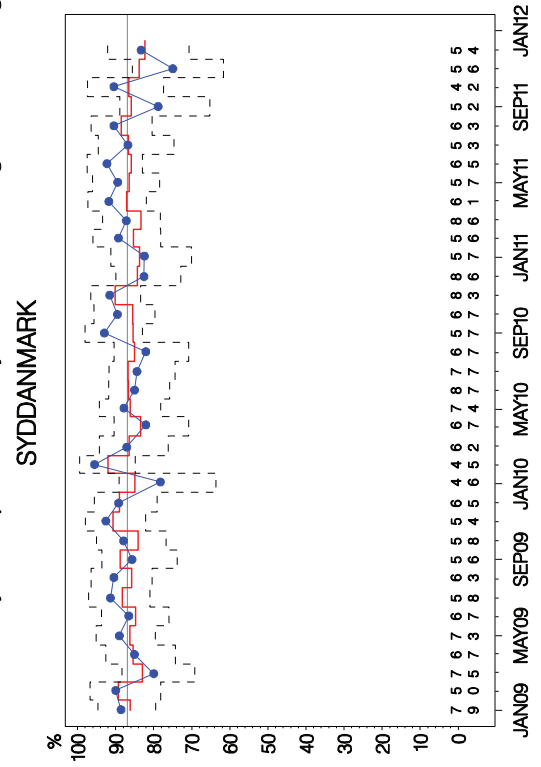
Indikator 5: N – pos med > = 10 udtagne nodes



Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed

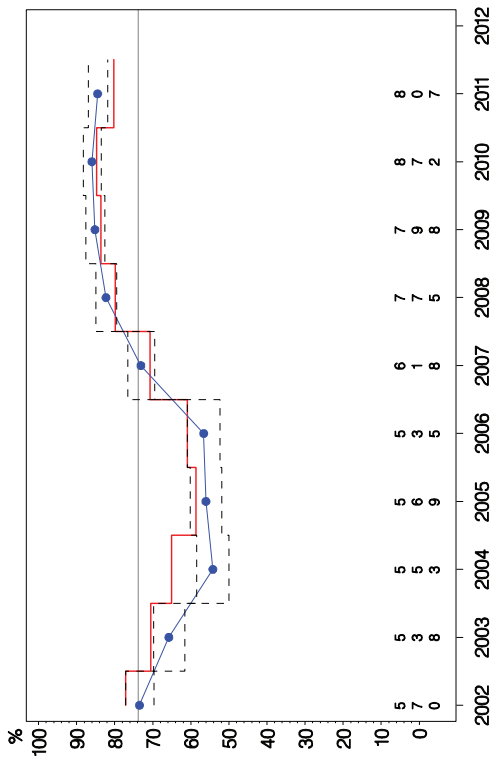


Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



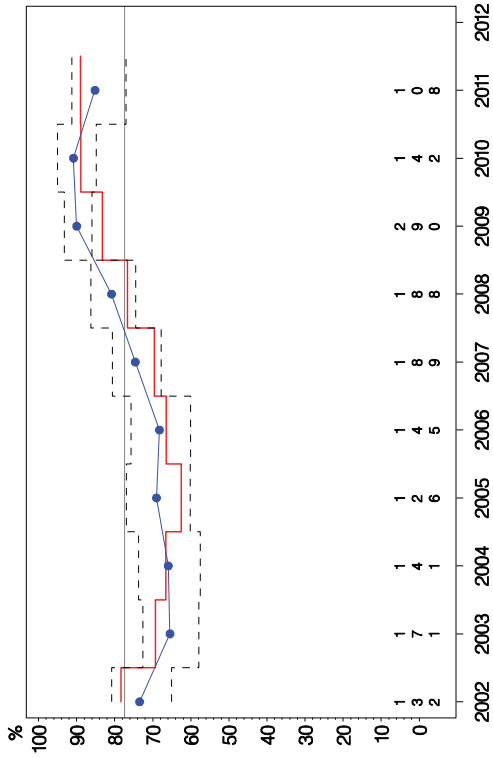
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

SYDDANMARK



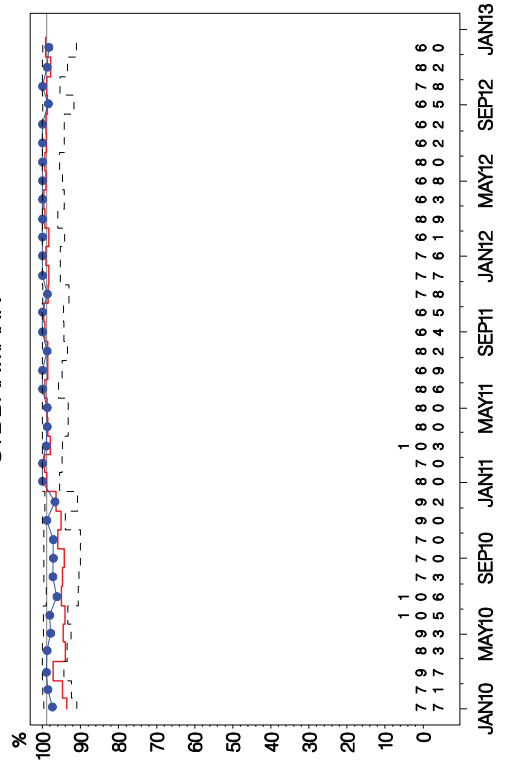
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

SYDDANMARK



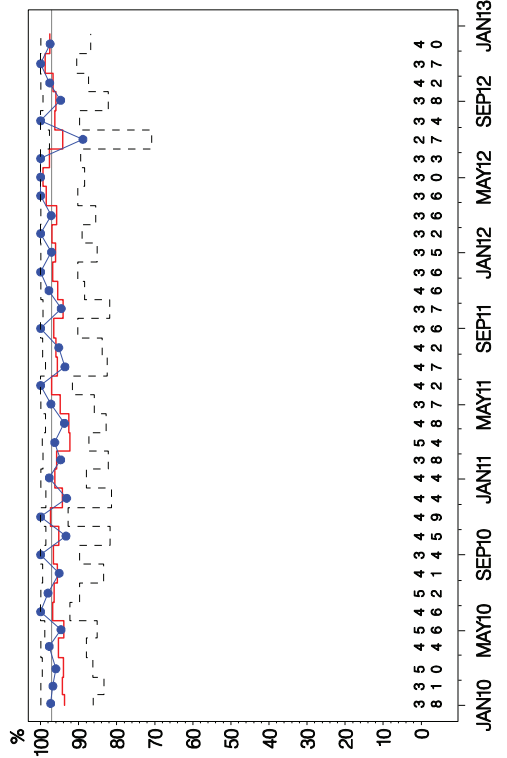
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation

SYDDANMARK

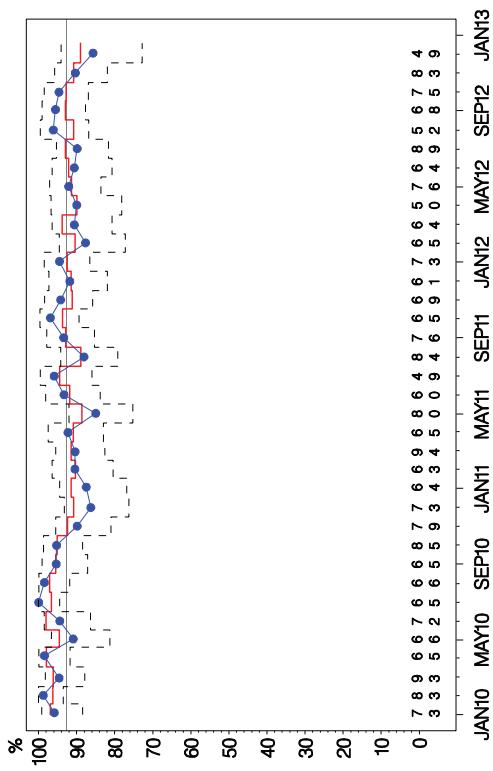


Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

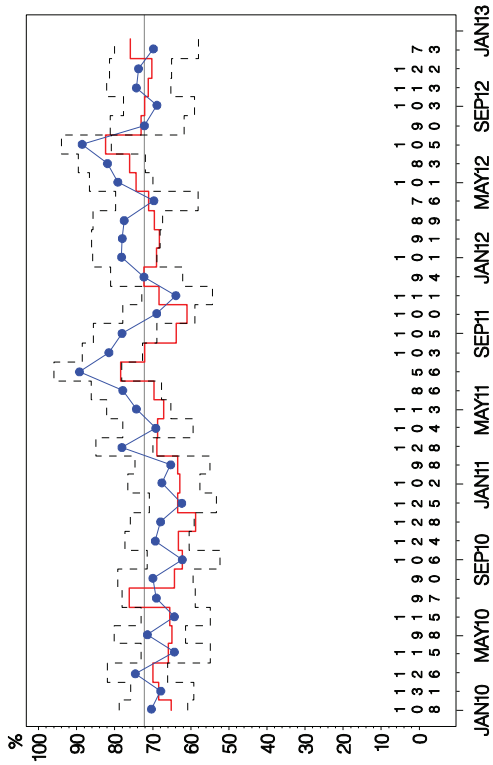
SYDDANMARK



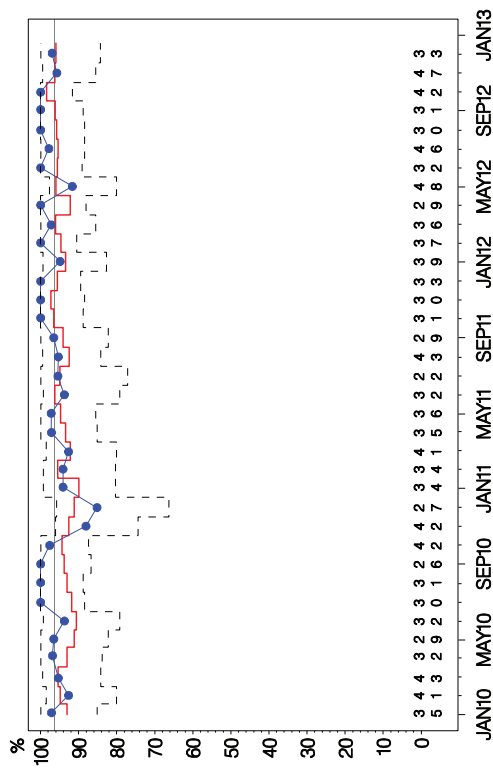
Indikator 2: Præoperativ diagnose
MIDTJYLLAND



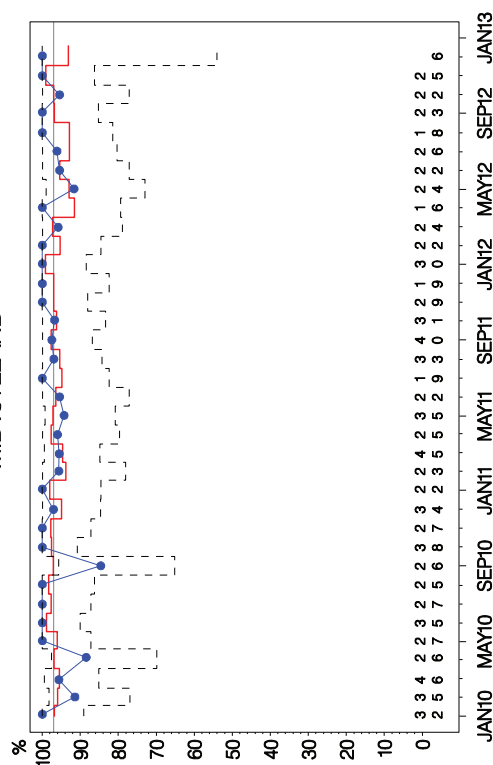
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
MIDTJYLLAND



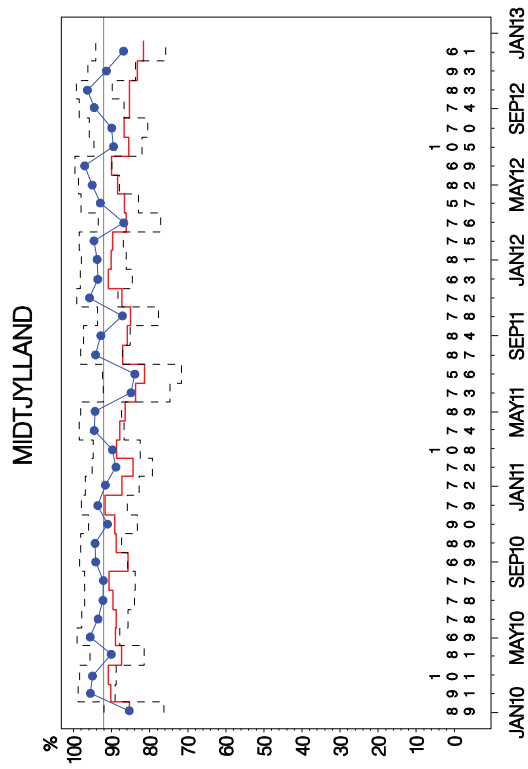
Indikator 4: Node—negativ ved SN
MIDTJYLLAND



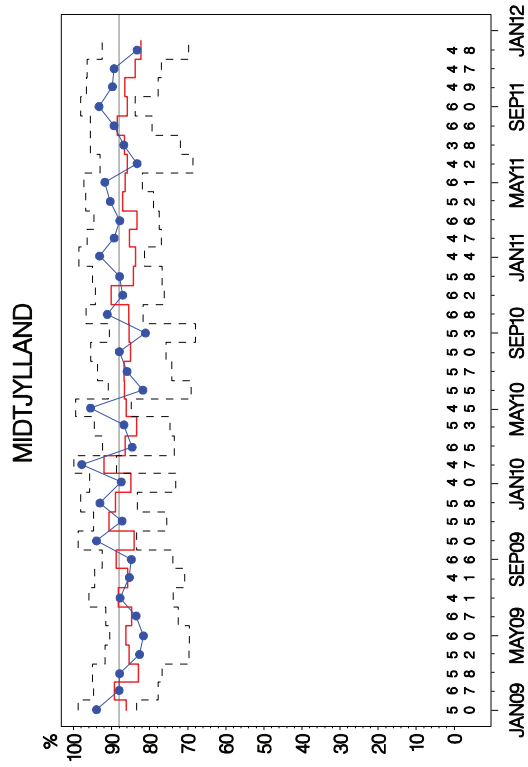
Indikator 5: N—pos med >= 10 udtagne nodes
MIDTJYLLAND



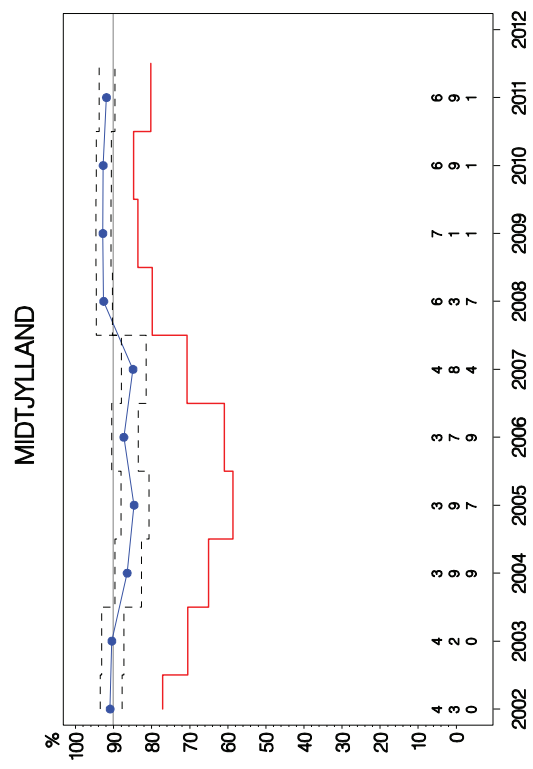
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



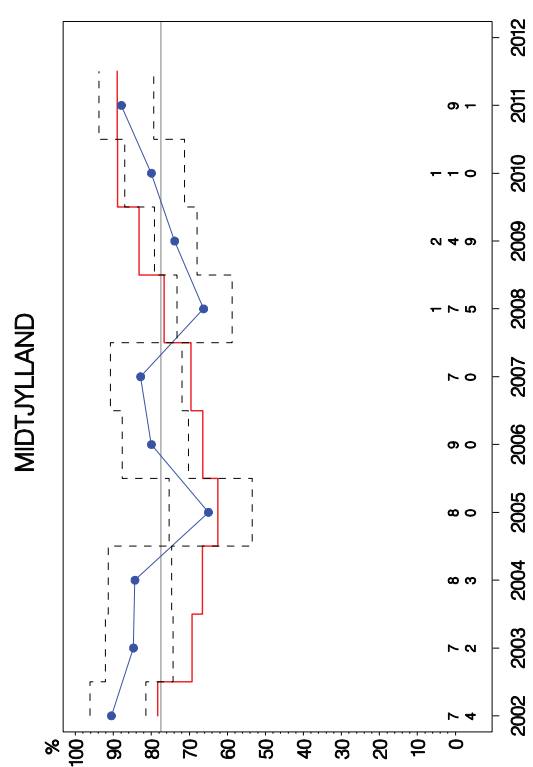
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



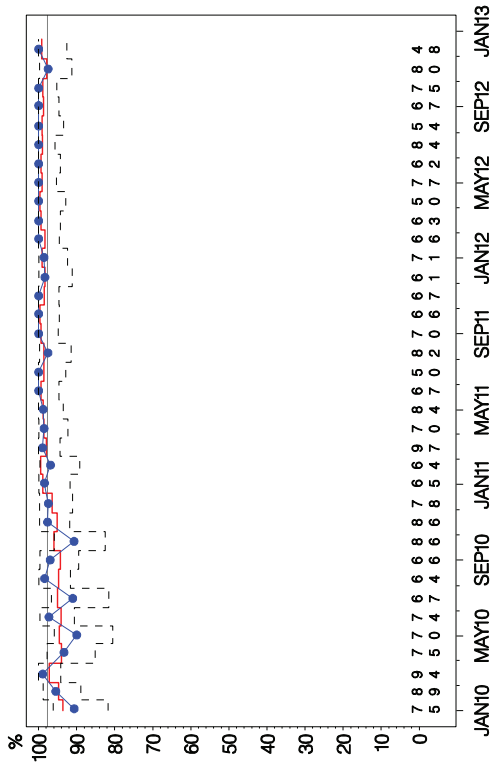
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



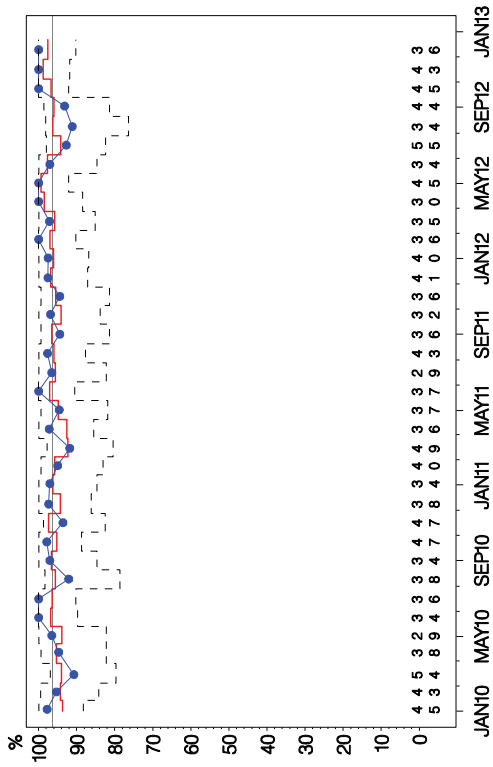
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



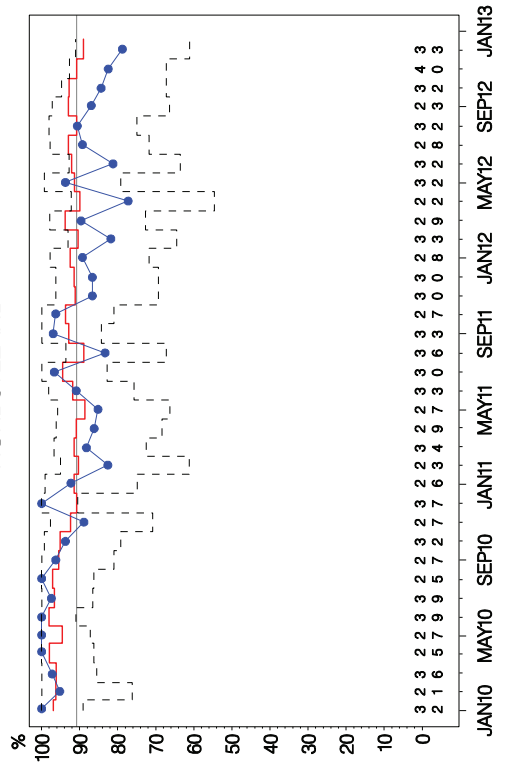
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
MIDTJYLLAND



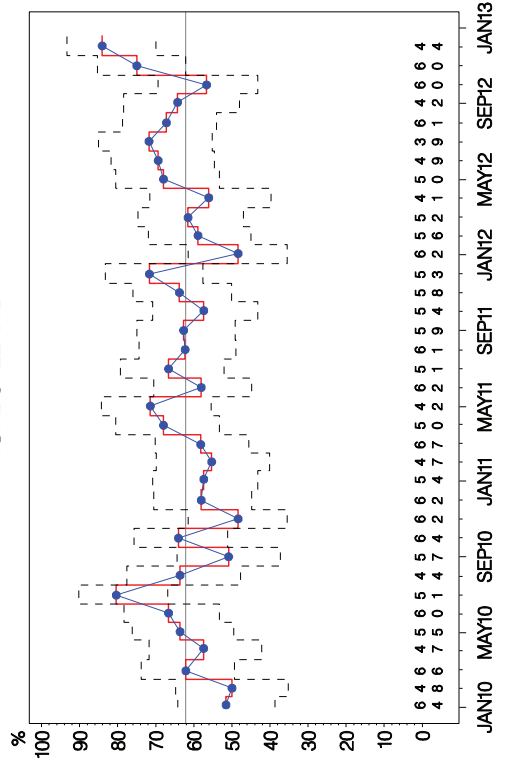
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet
MIDTJYLLAND

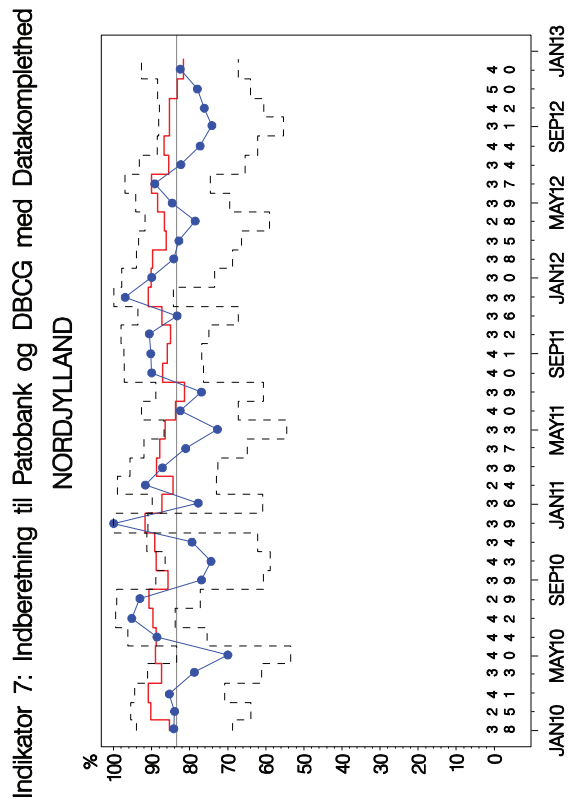
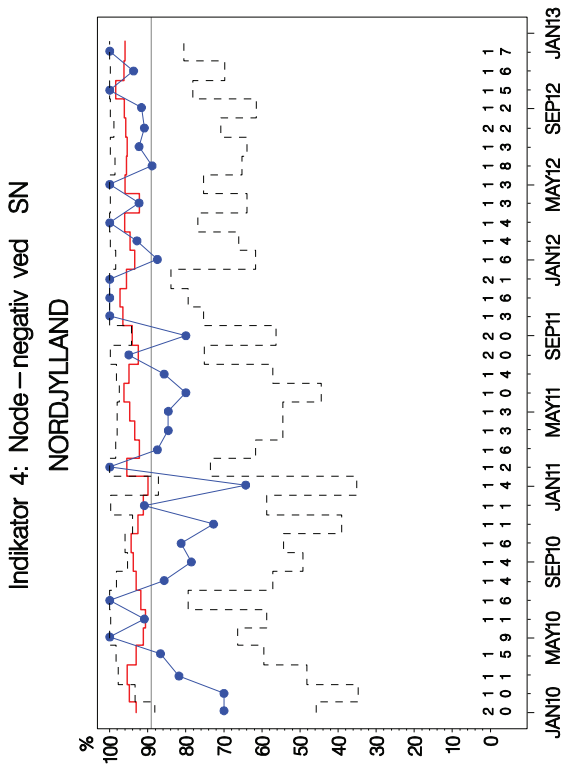
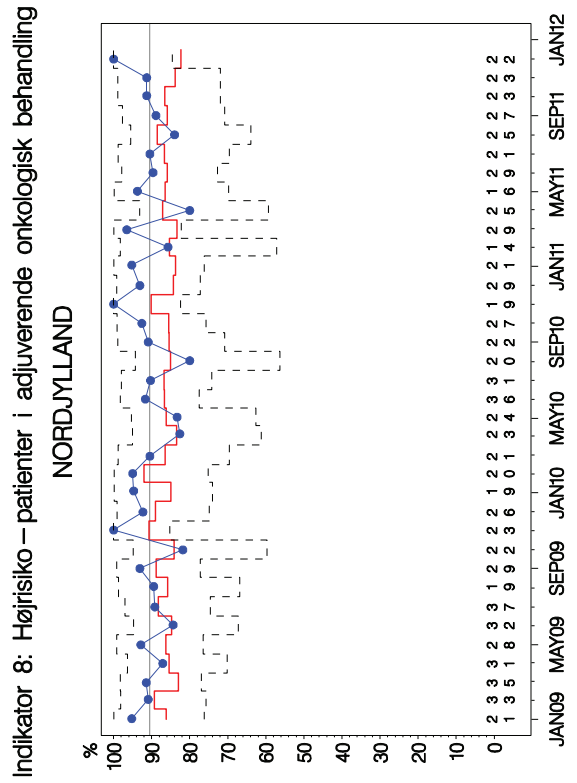
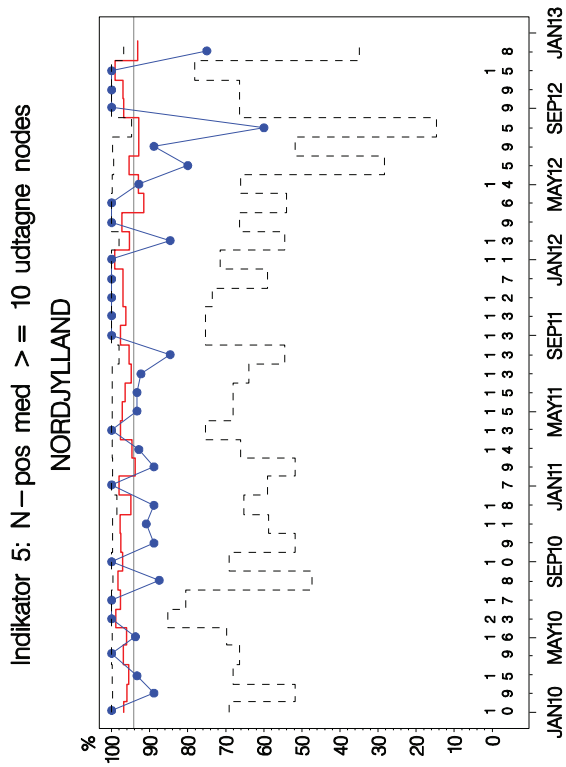


Indikator 2: Præoperativ diagnose
NORDJYLLAND

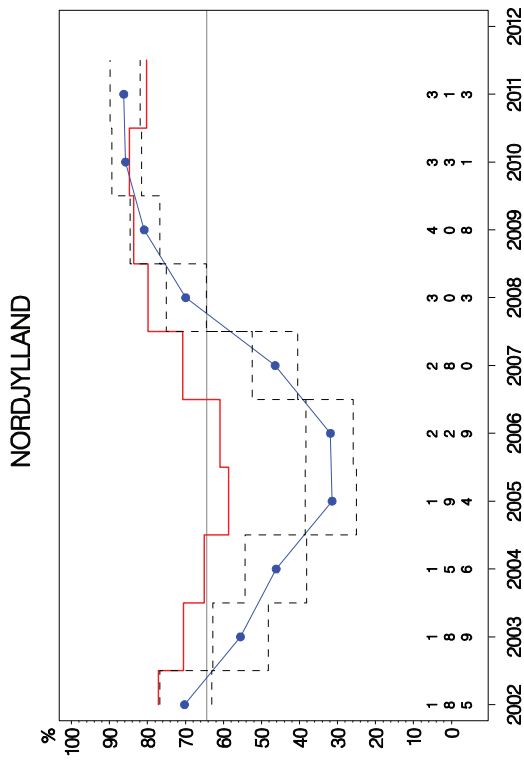


Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
NORDJYLLAND

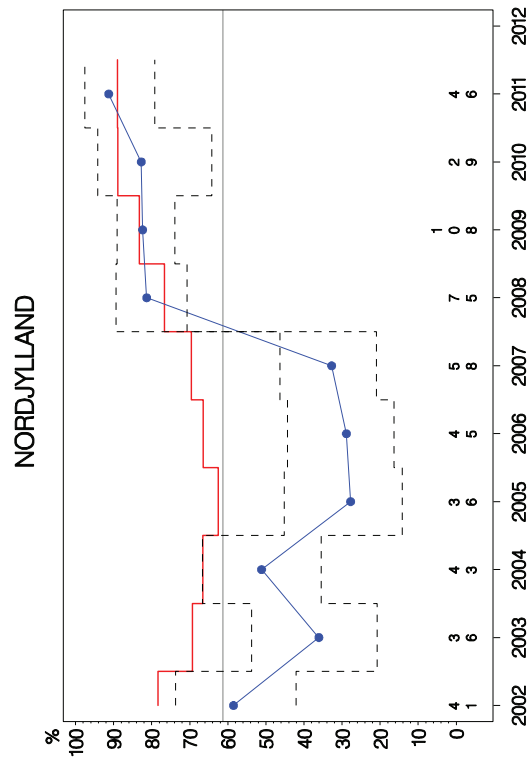




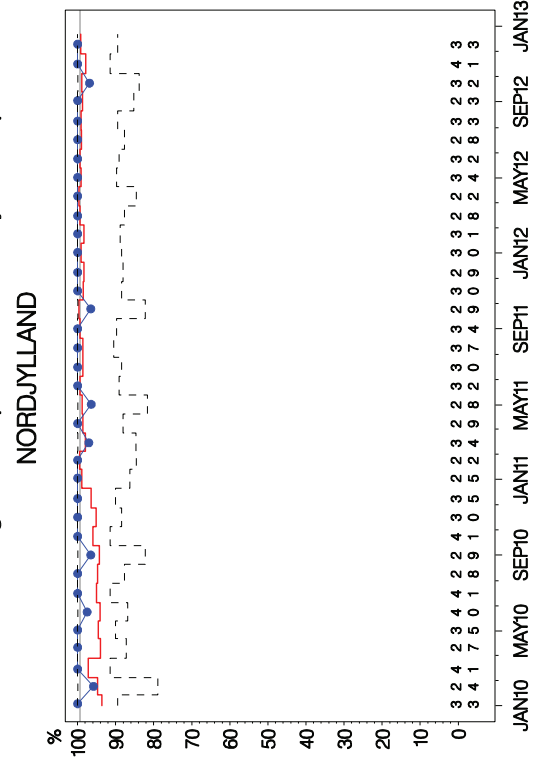
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



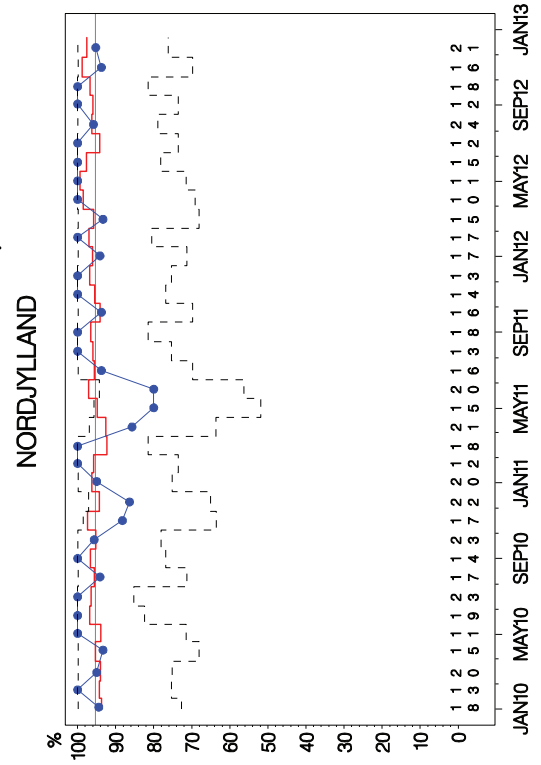
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



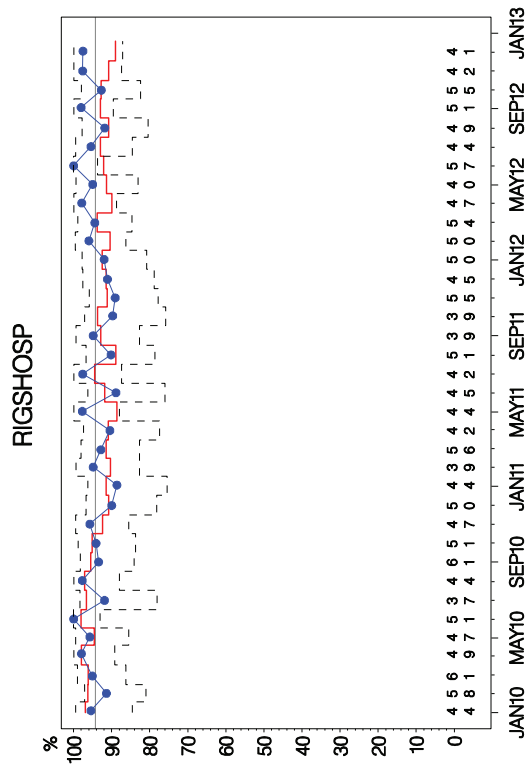
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



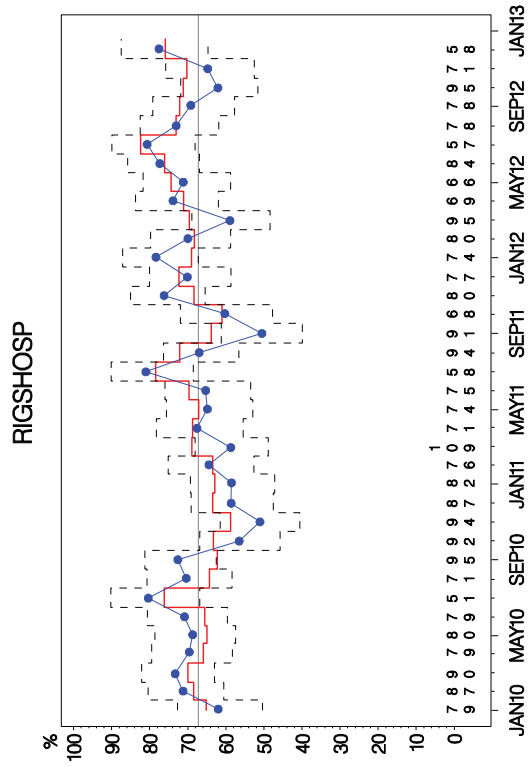
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



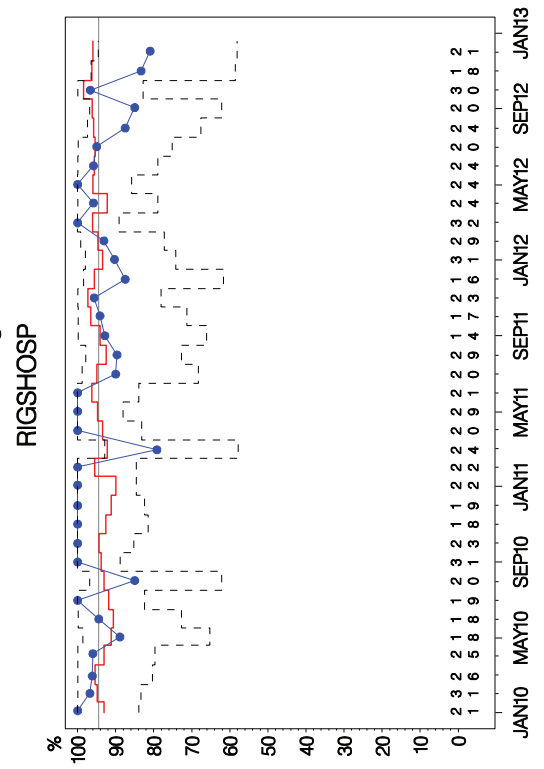
Indikator 2: Præoperativ diagnose



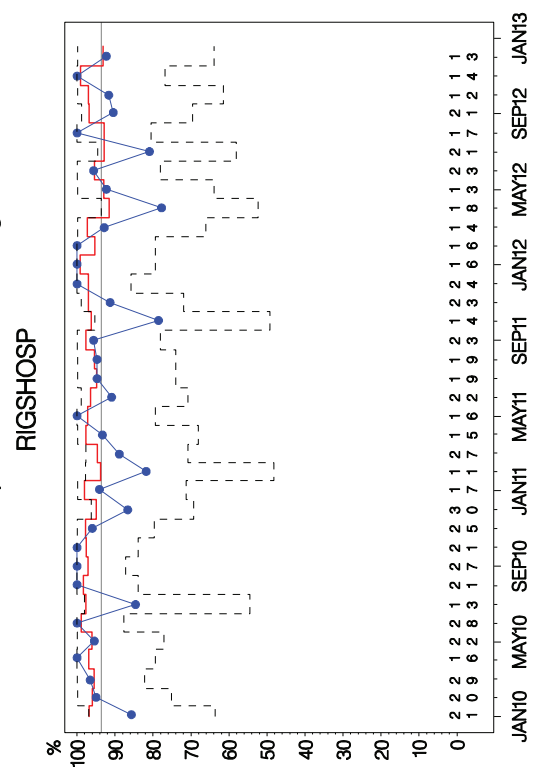
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



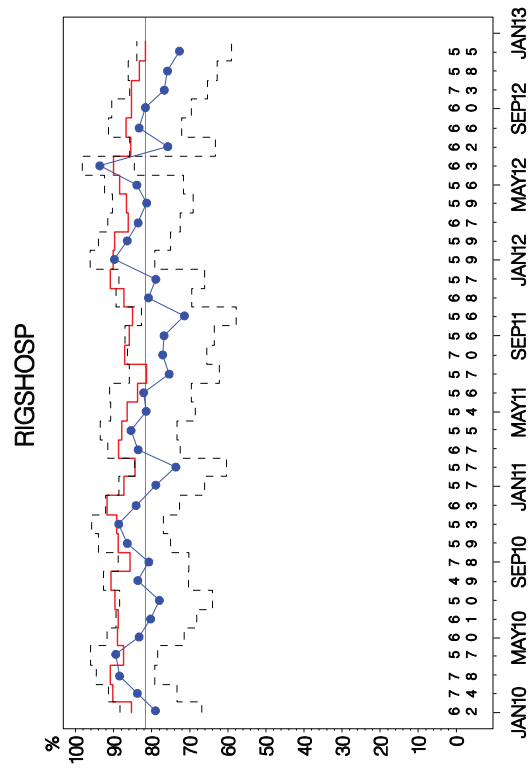
Indikator 4: Node—negativ ved SN



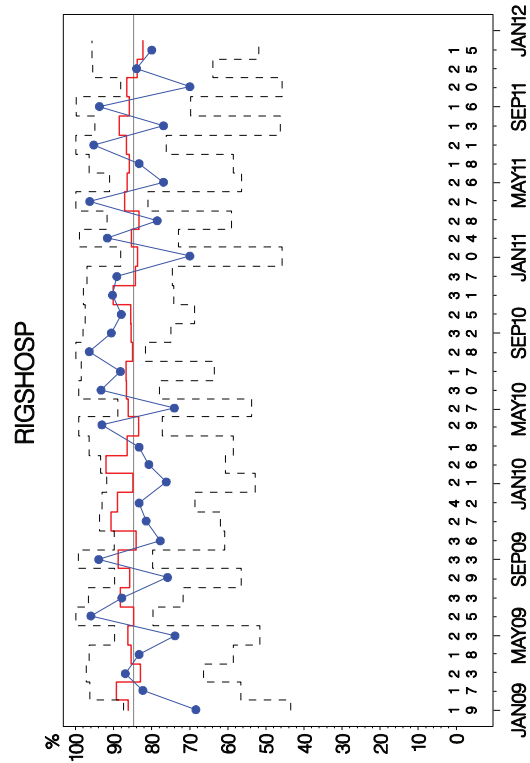
Indikator 5: N—pos med >= 10 udtagne nodes



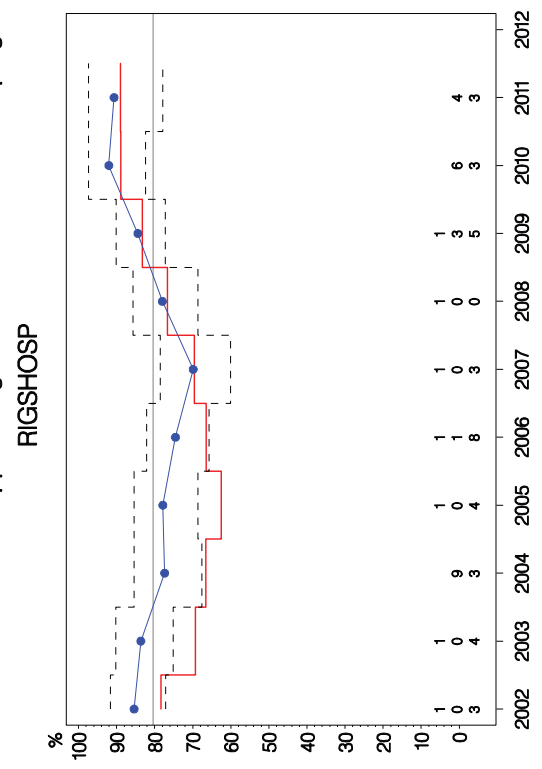
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



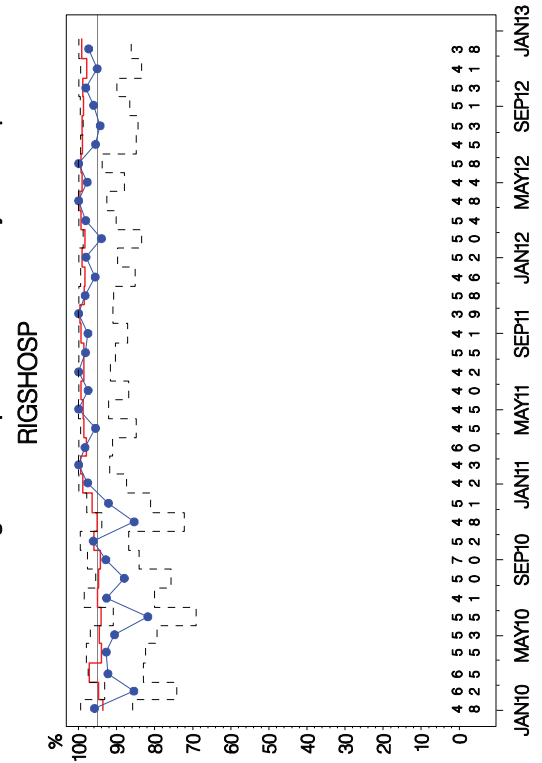
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



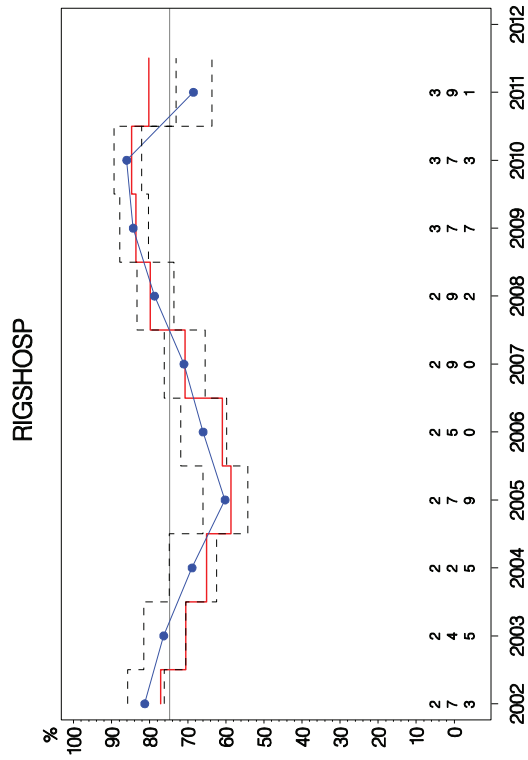
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



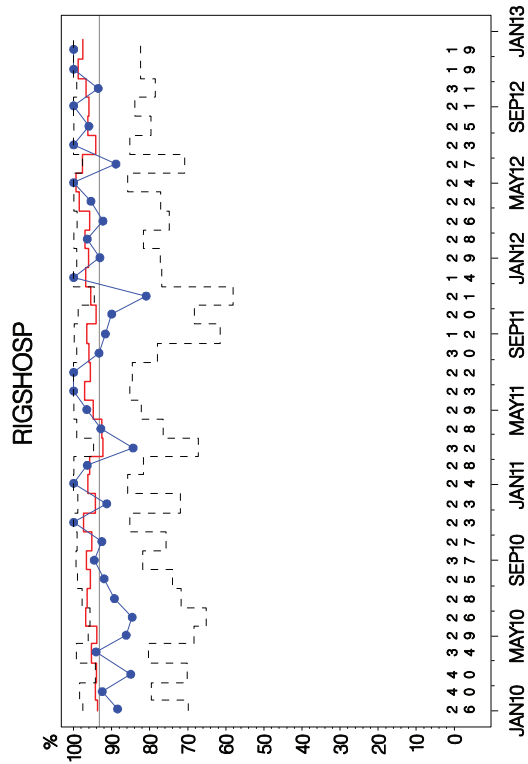
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



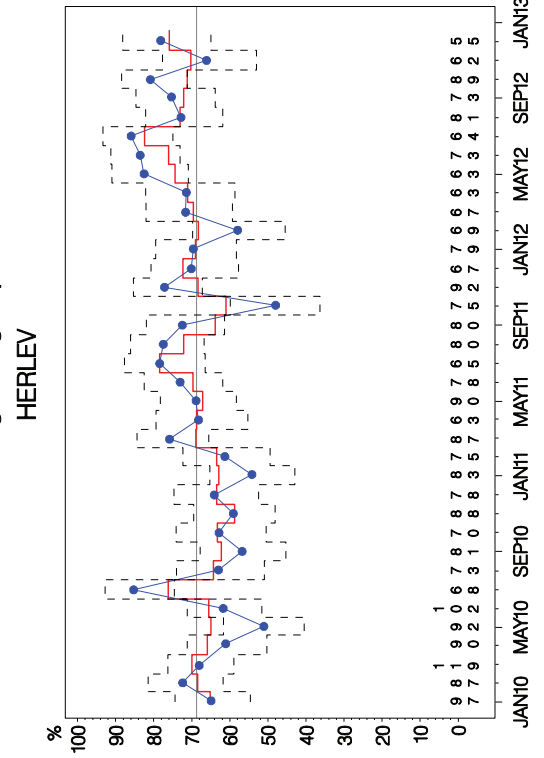
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



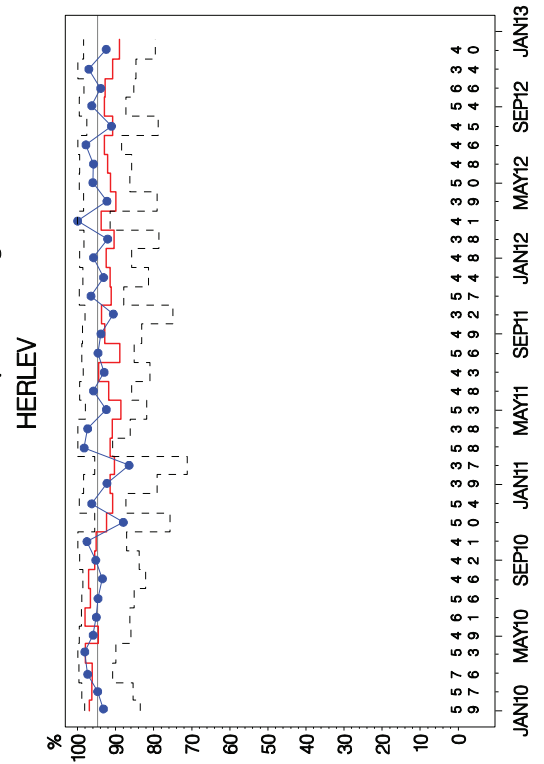
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



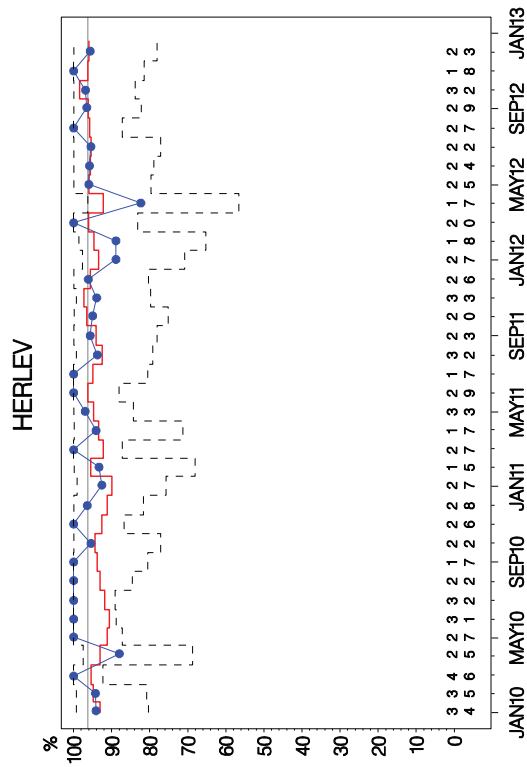
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



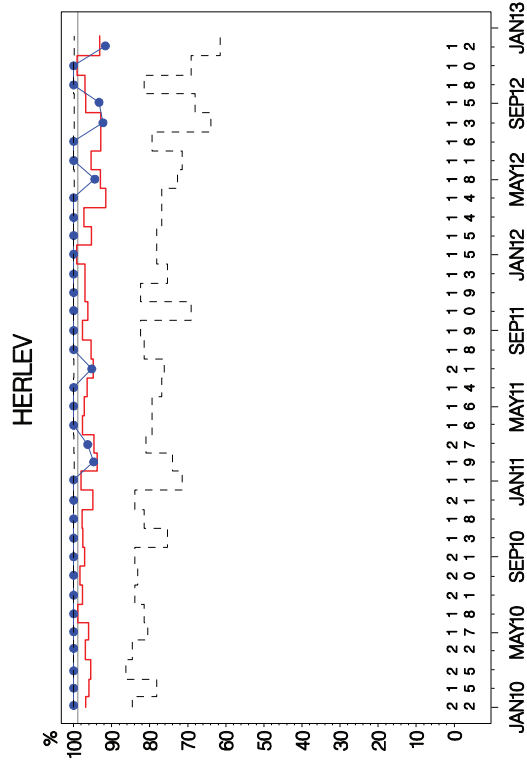
Indikator 2: Præoperativ diagnose



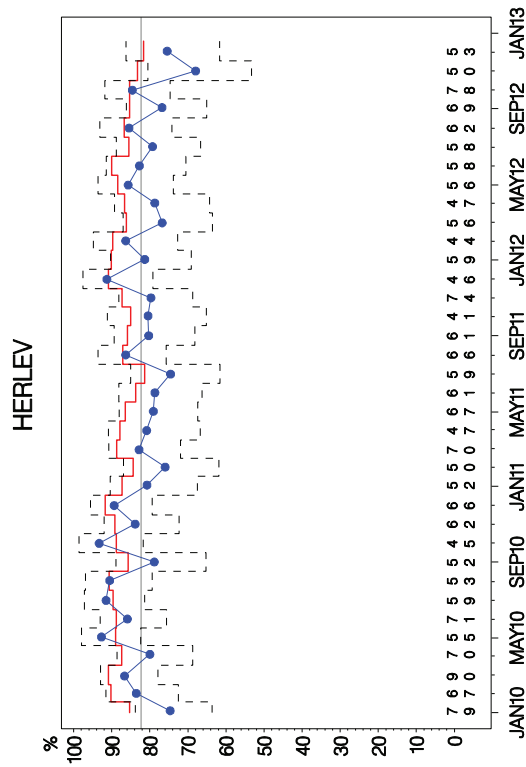
Indikator 4: Node – negativ ved SN



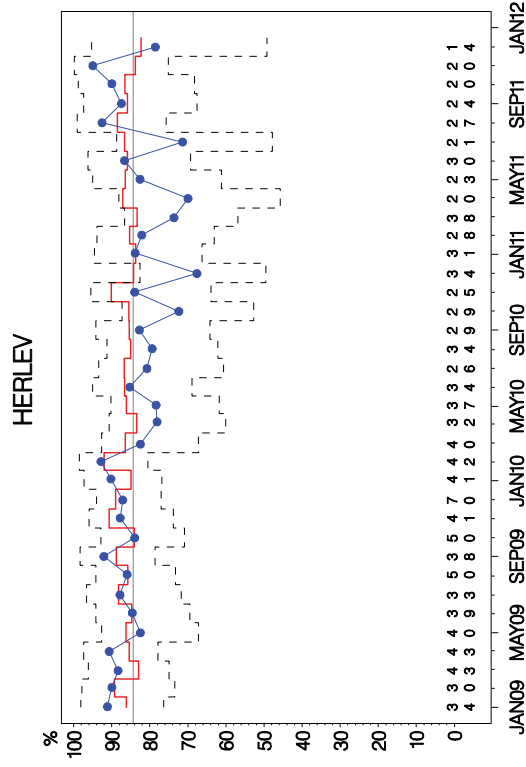
Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes



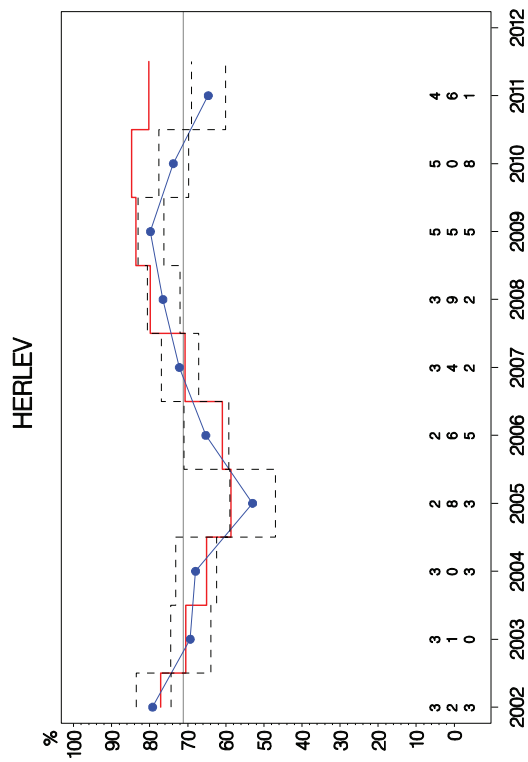
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



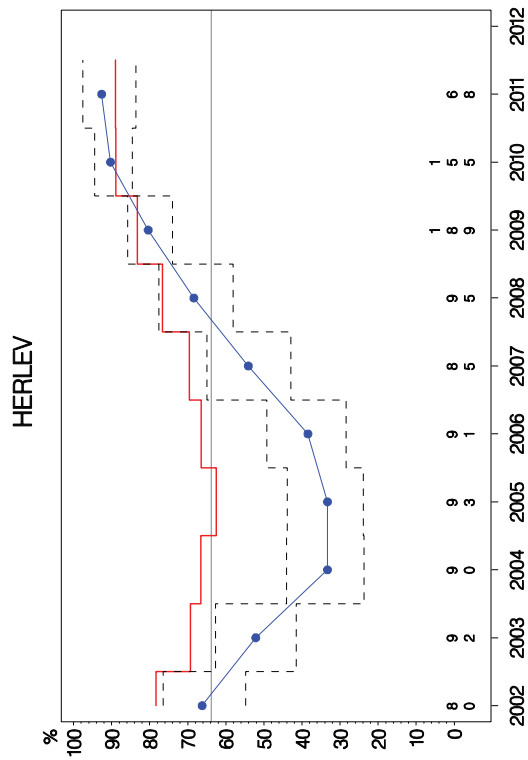
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



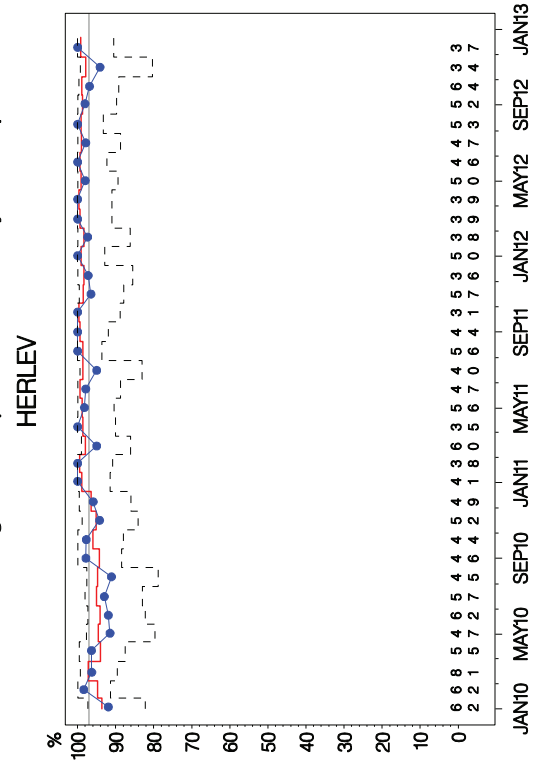
Indikator 9 HR: Højrisko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



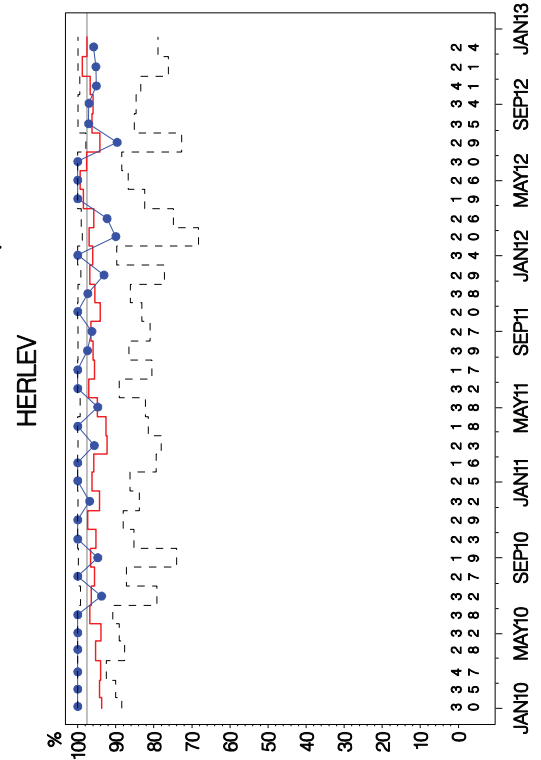
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



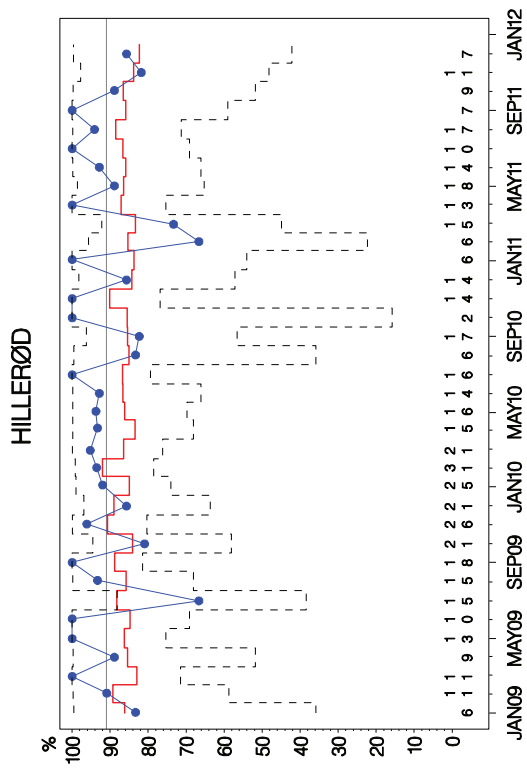
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



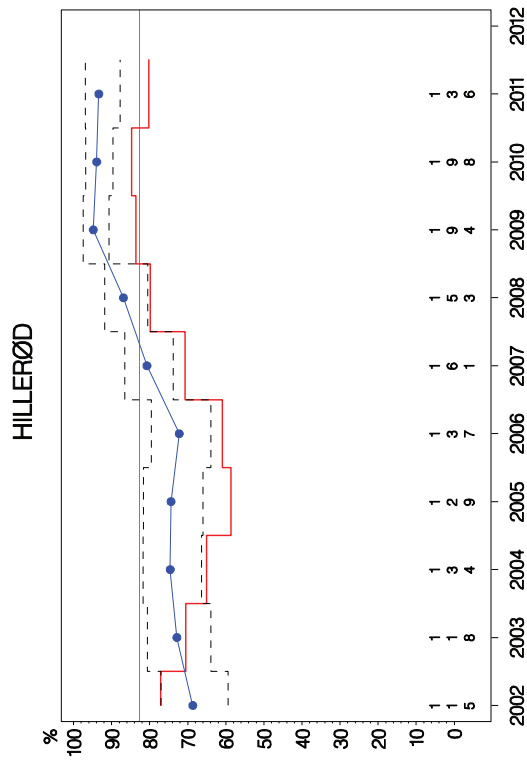
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



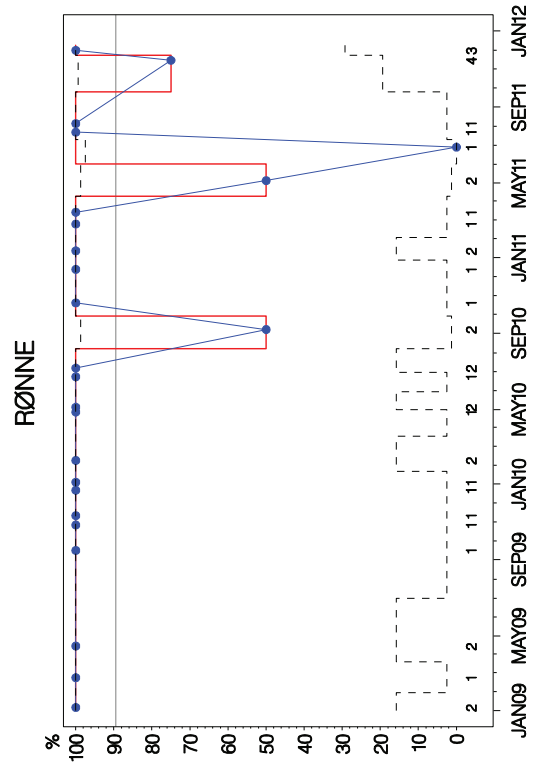
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



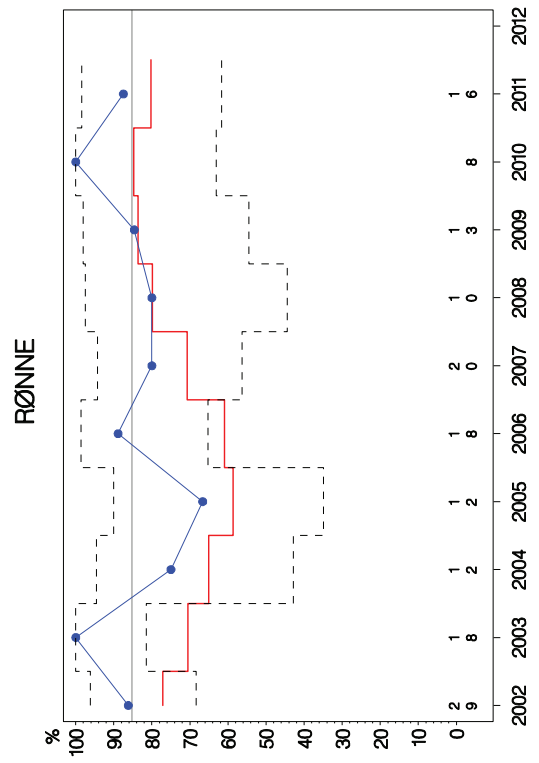
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



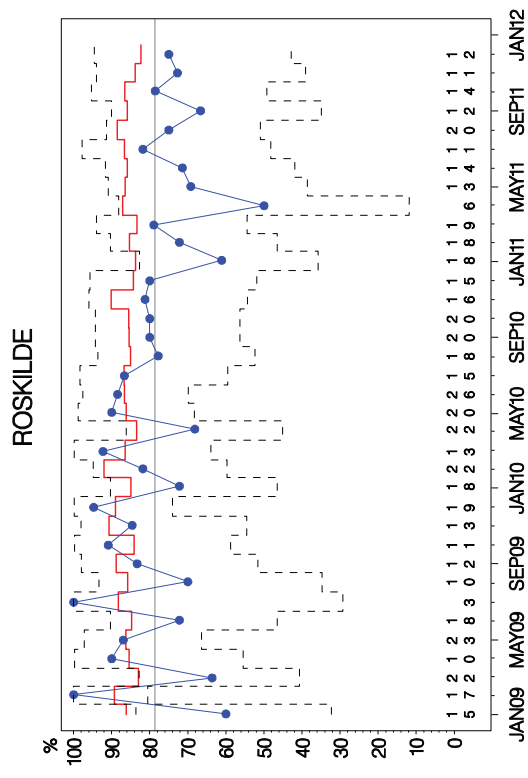
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



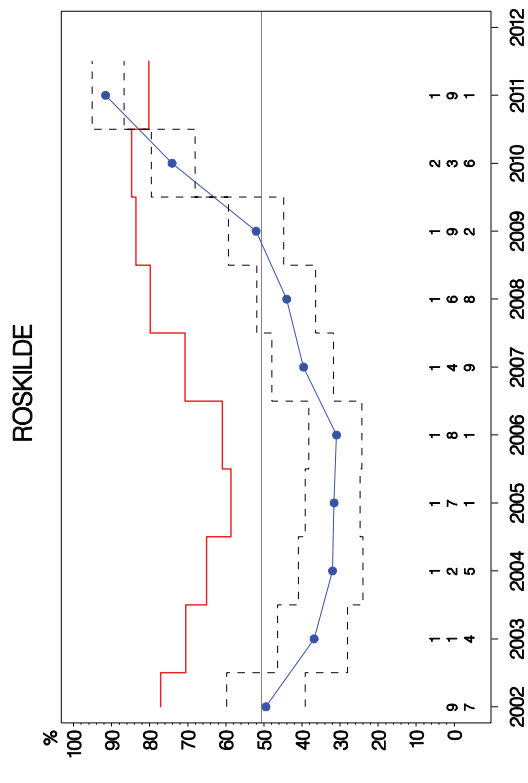
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



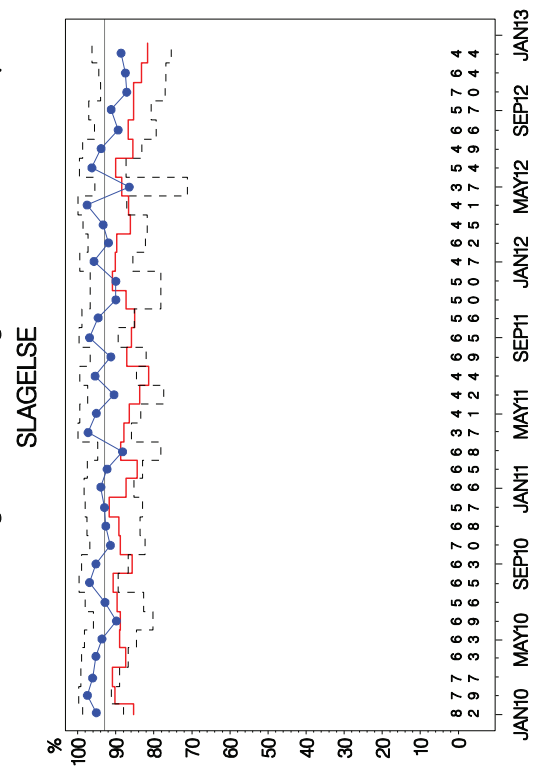
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



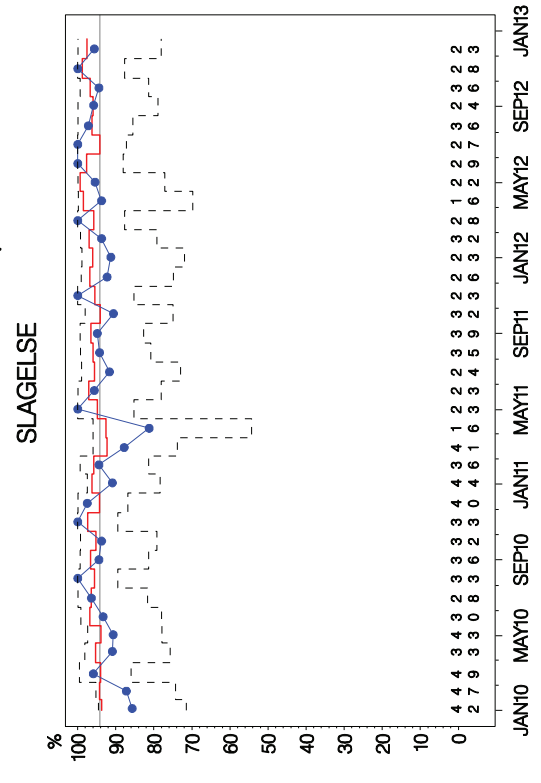
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



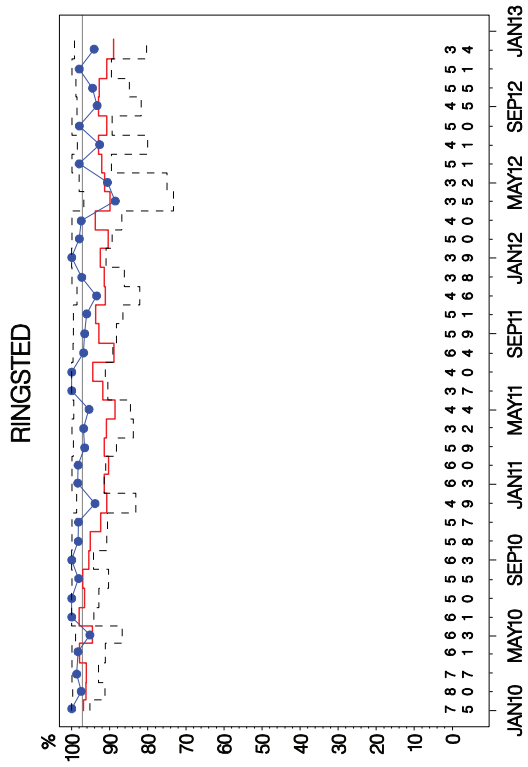
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



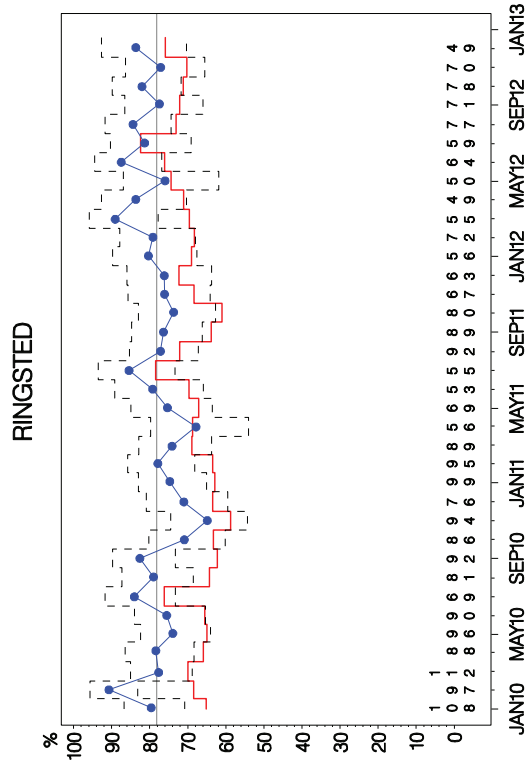
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



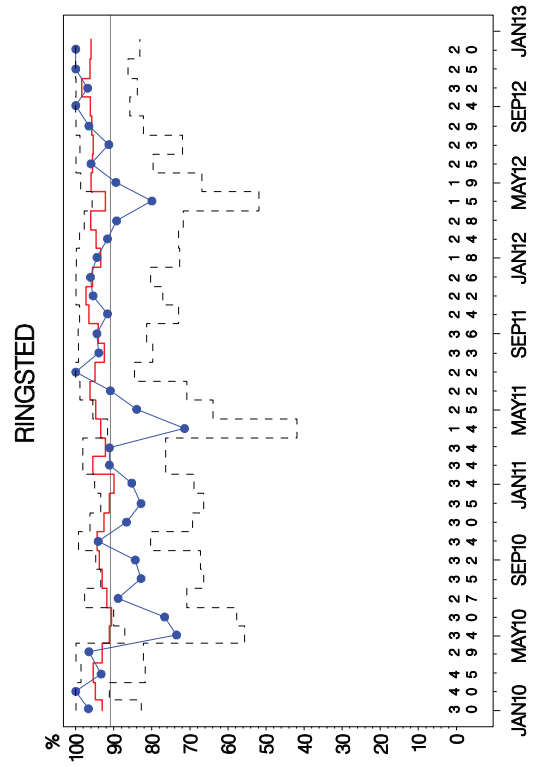
Indikator 2: Præoperativ diagnose



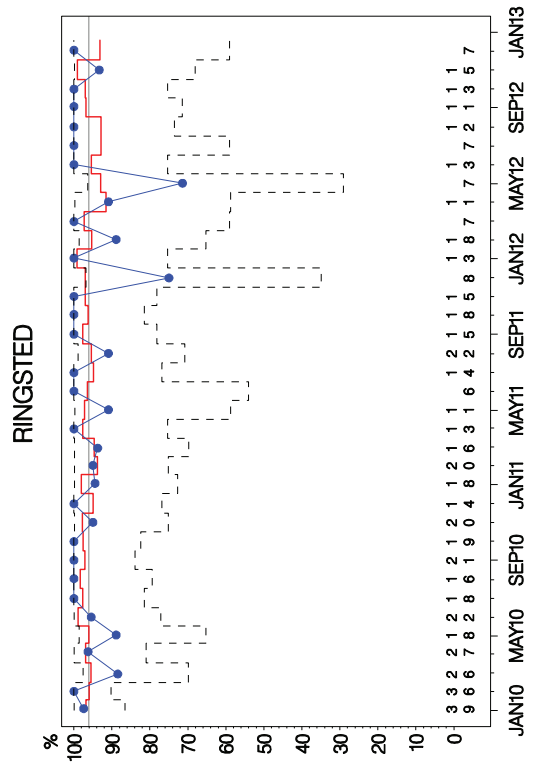
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



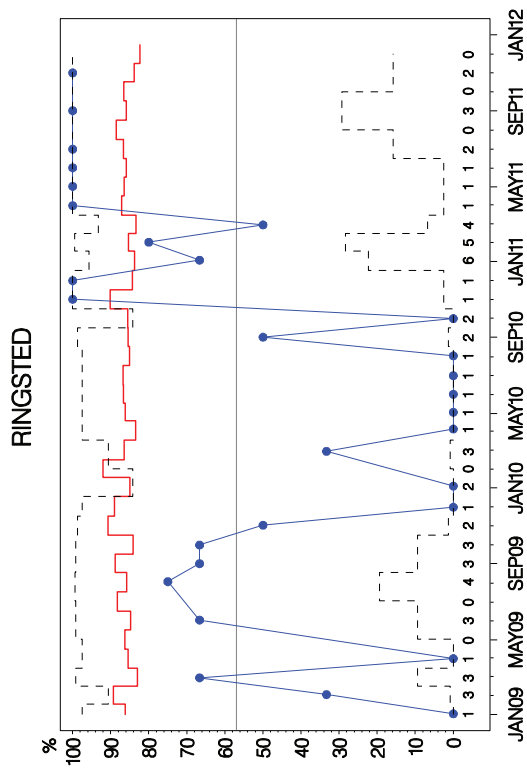
Indikator 4: Node—negativ ved SN



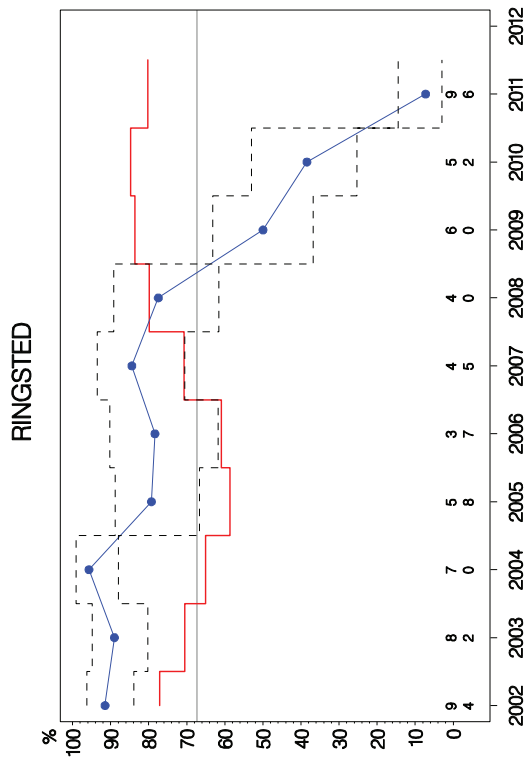
Indikator 5: N—pos med >= 10 udtagne nodes



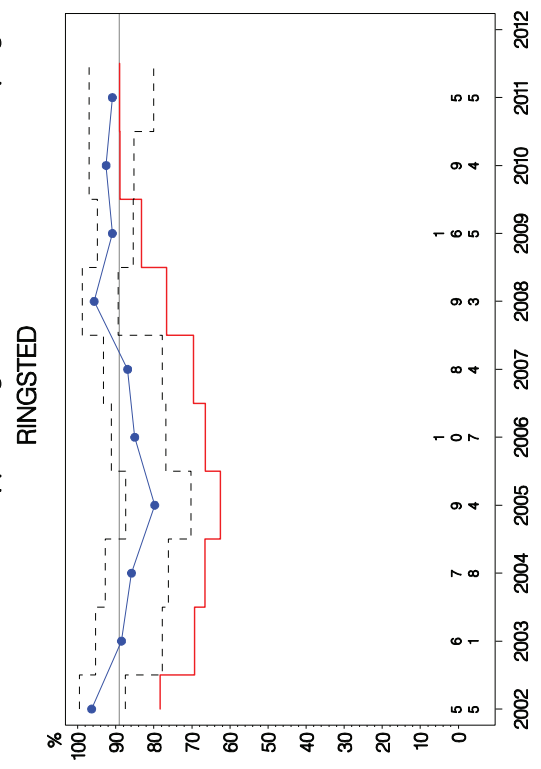
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



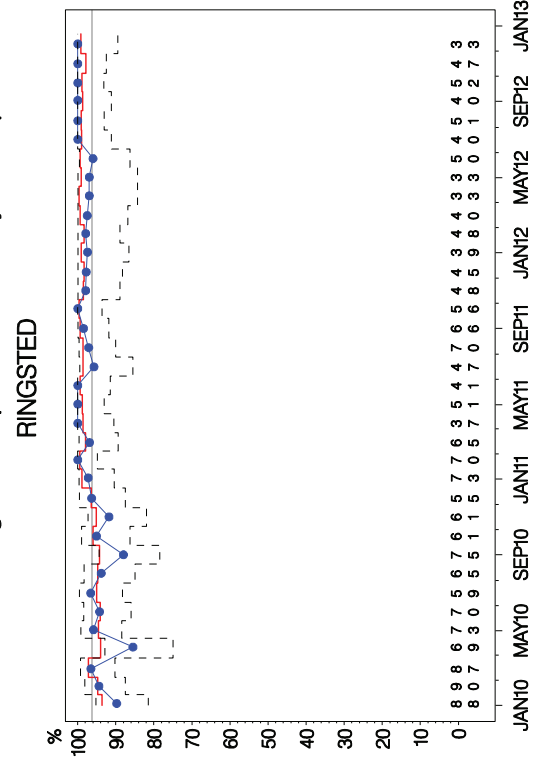
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



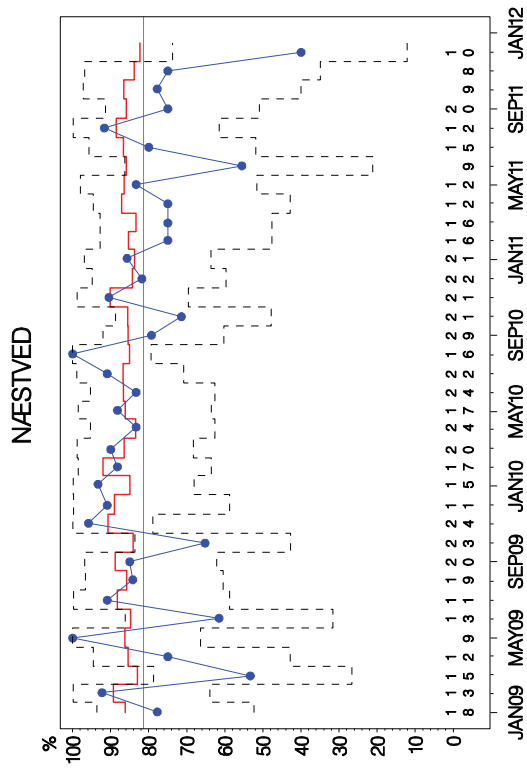
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



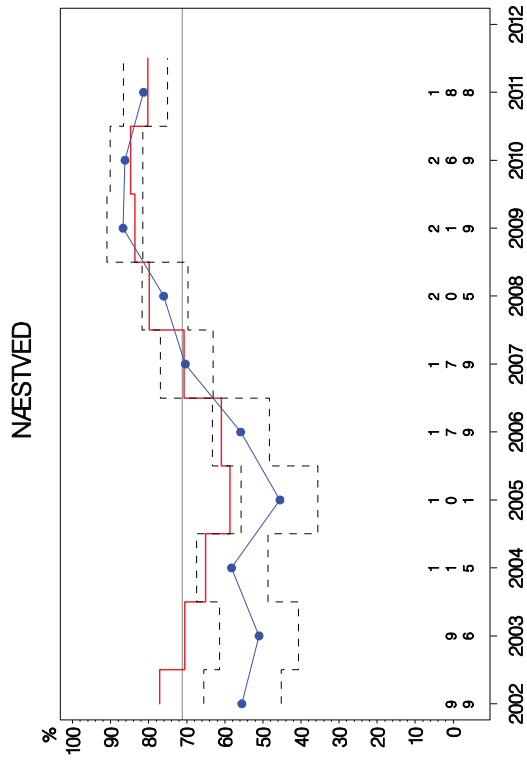
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



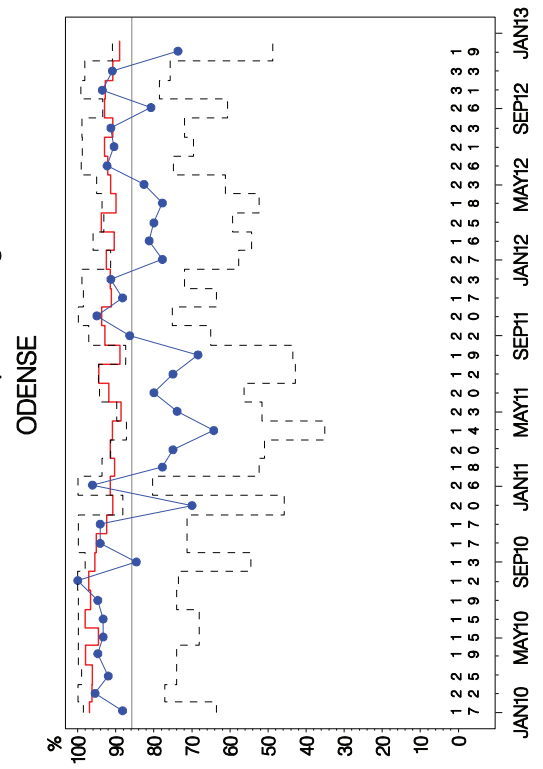
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



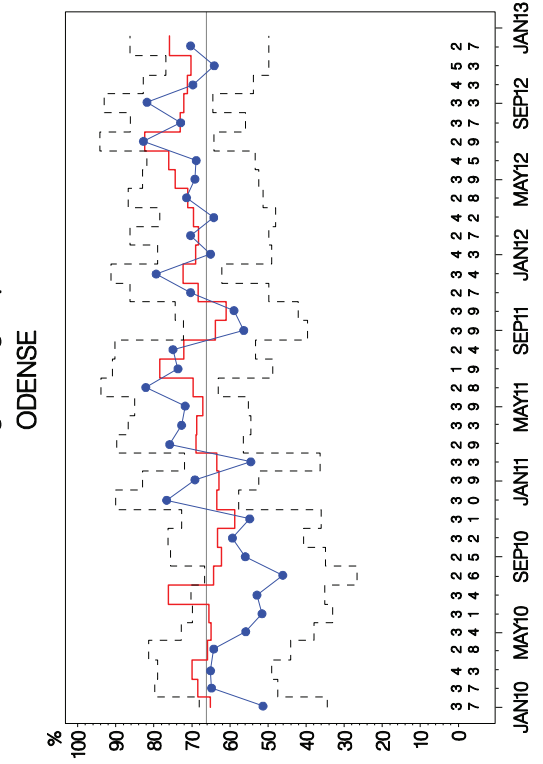
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

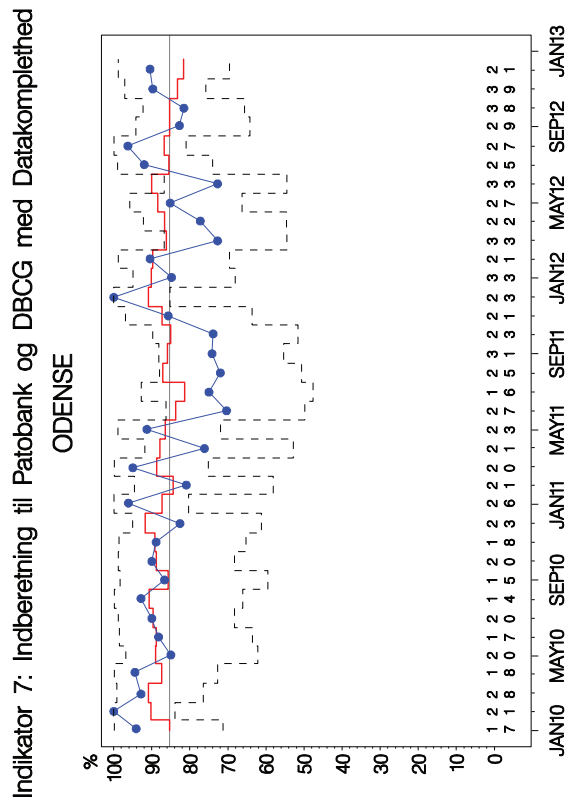
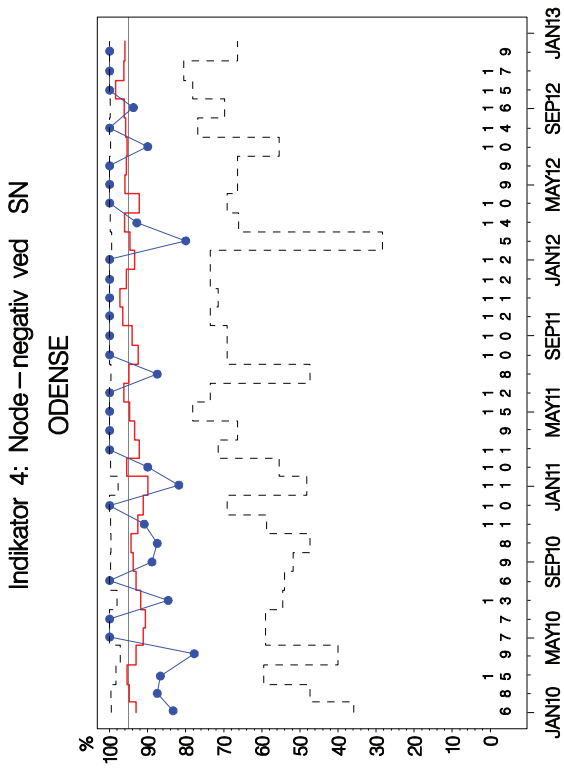
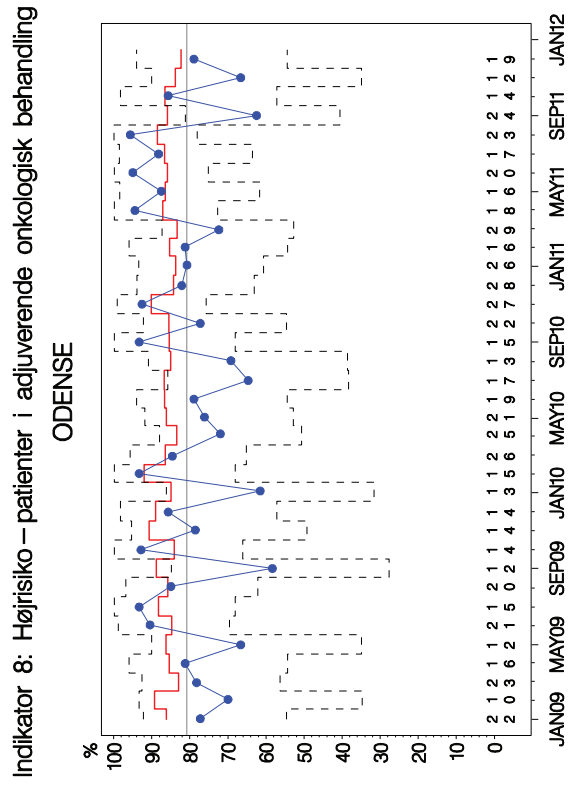
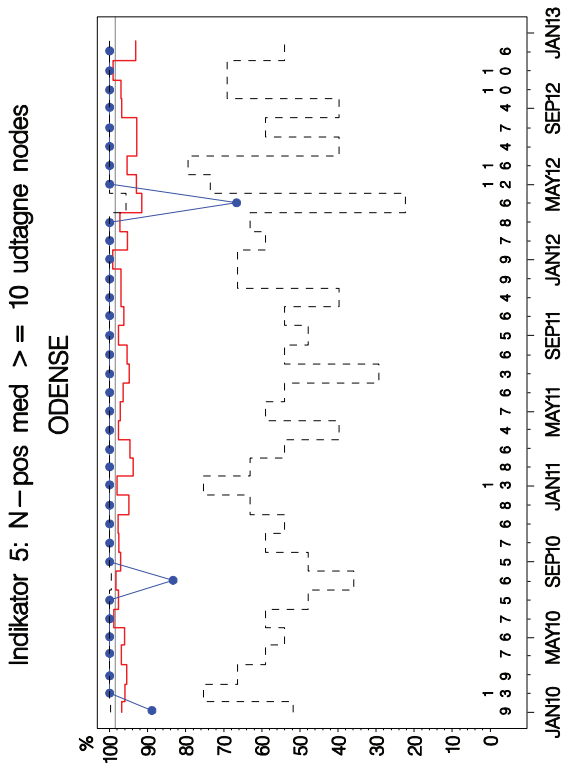


Indikator 2: Præoperativ diagnose

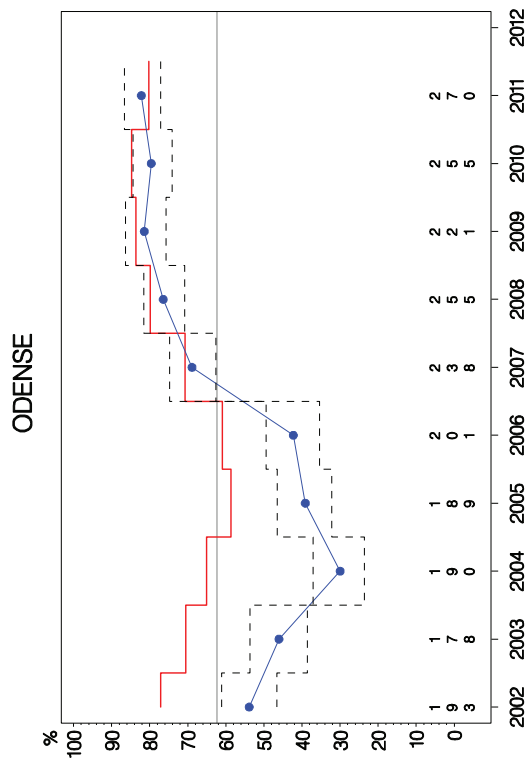


Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

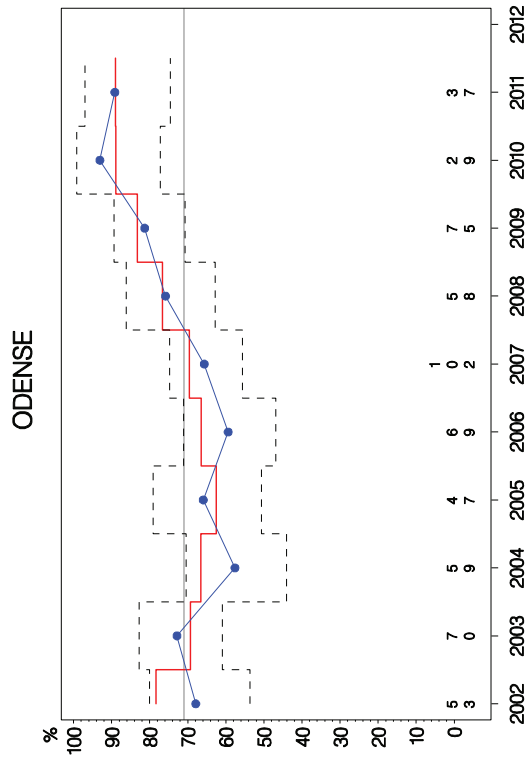




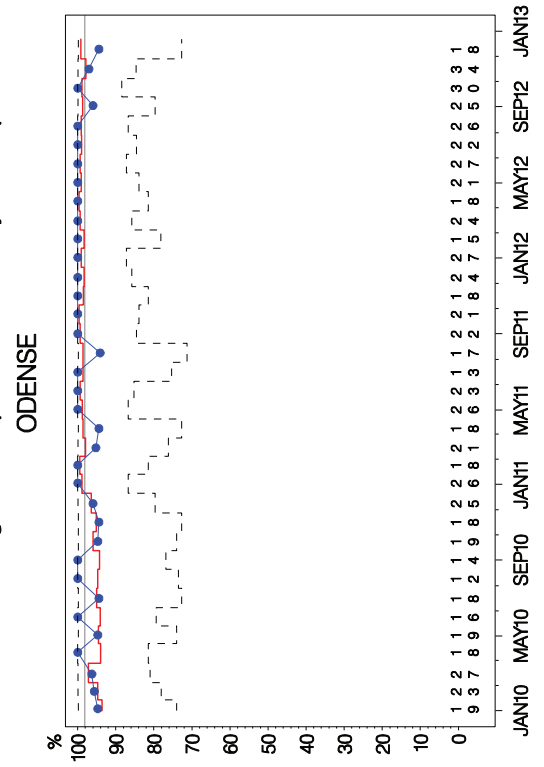
Indikator 9 HR: Højrisko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



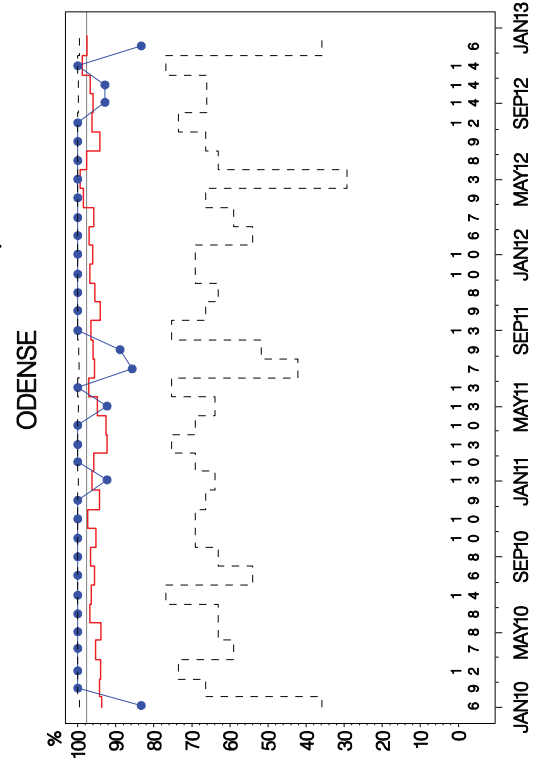
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



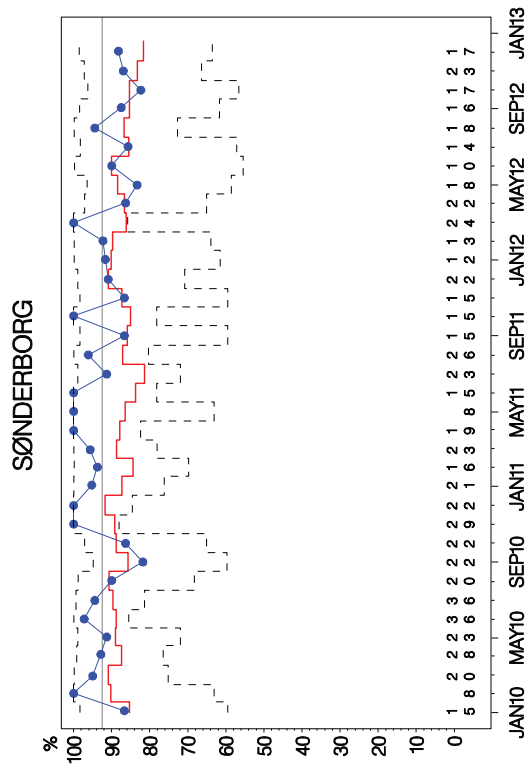
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



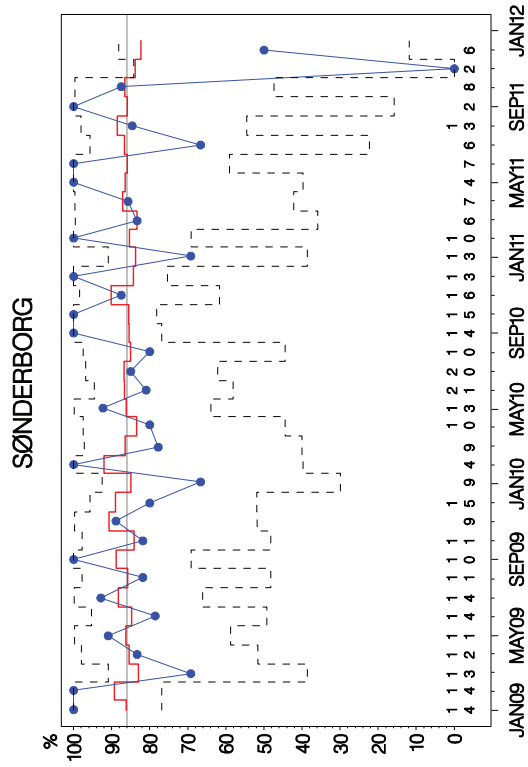
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



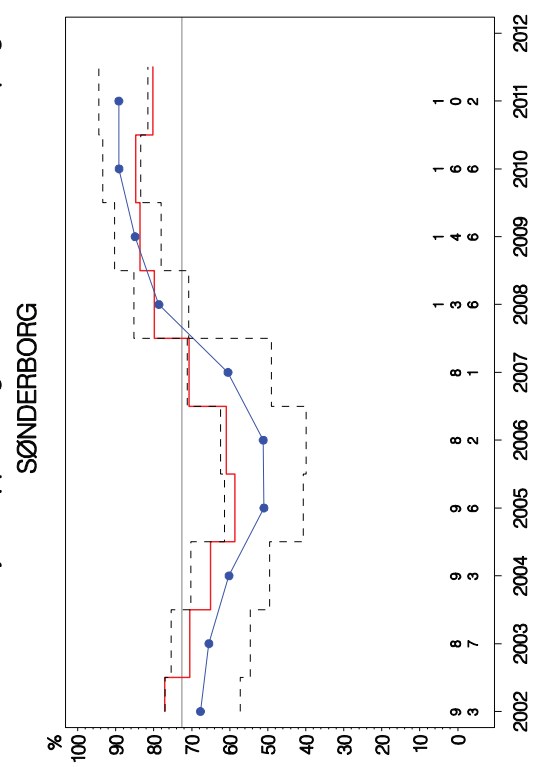
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



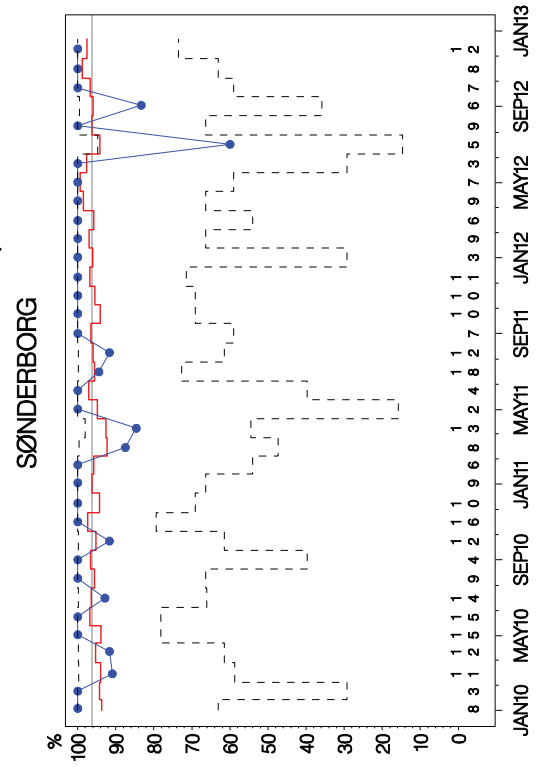
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



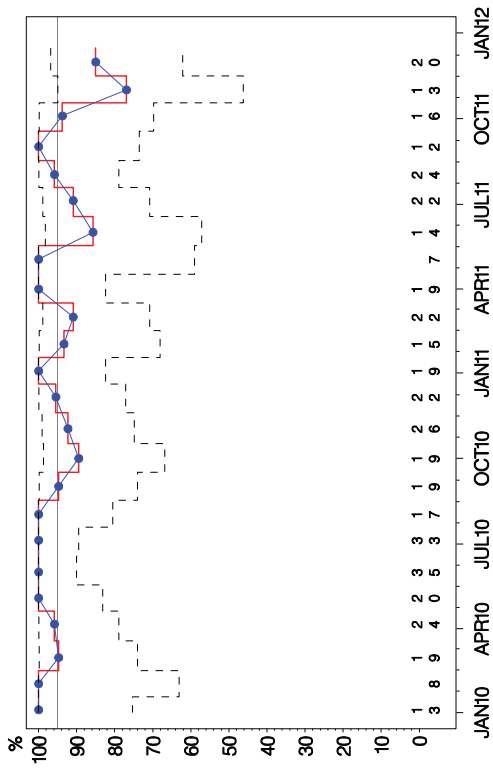
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



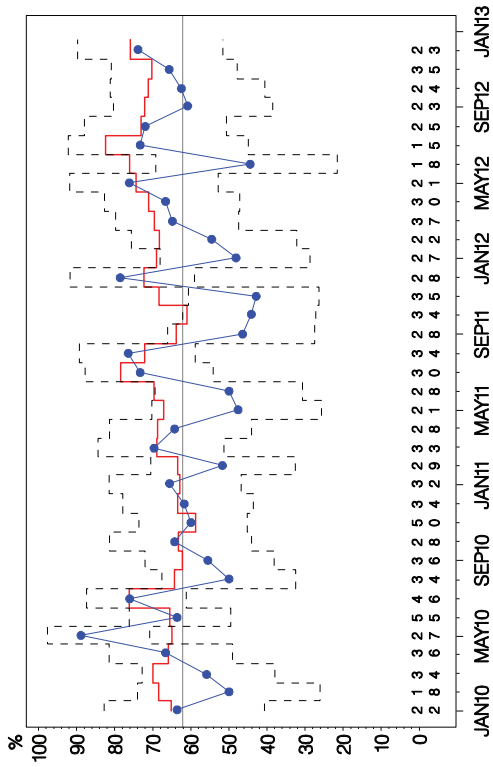
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



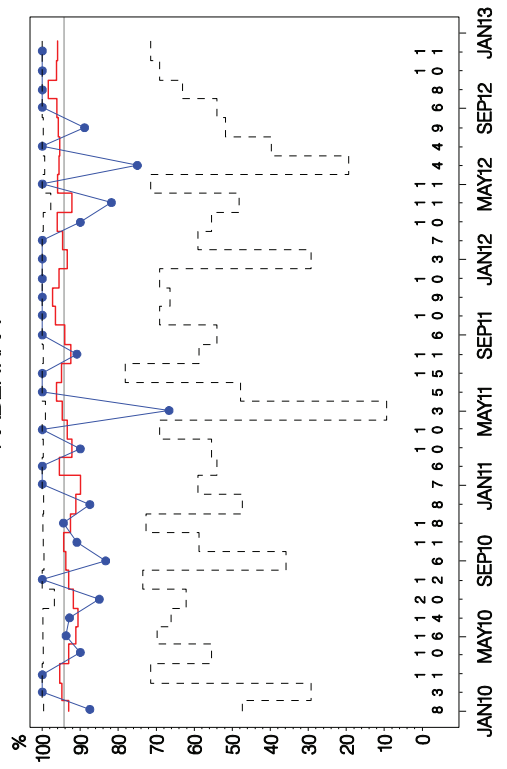
Indikator 2: Præoperativ diagnose
AABENRAA



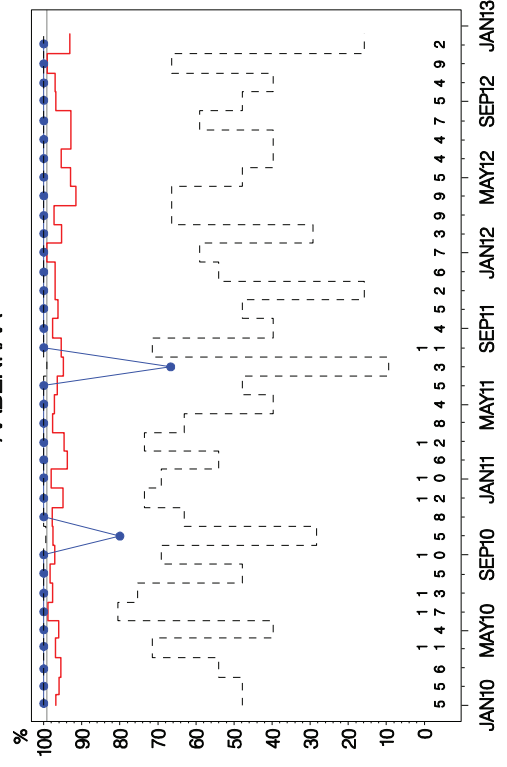
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
AABENRAA



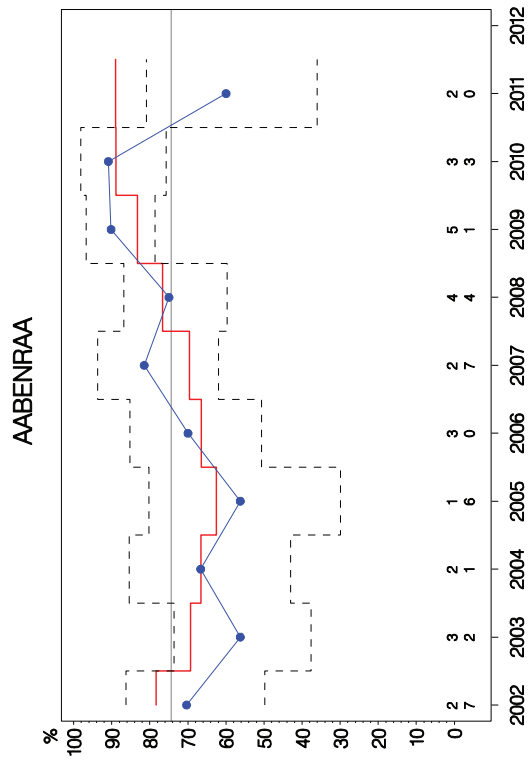
Indikator 4: Node – negativ ved SN
AABENRAA



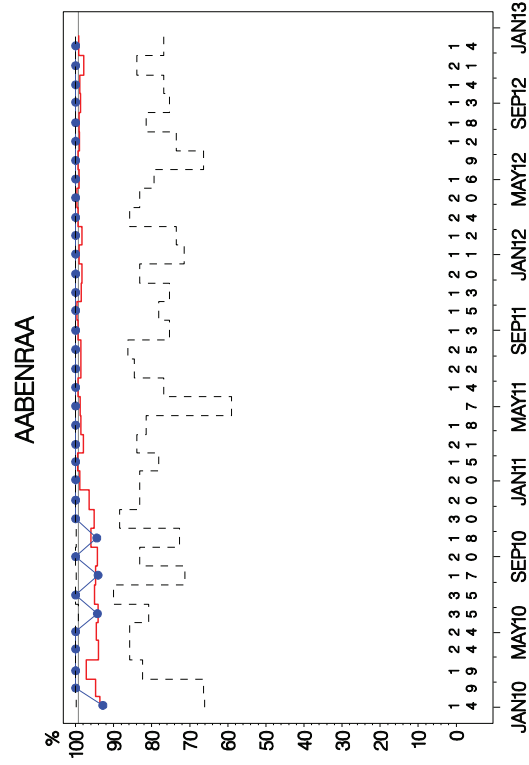
Indikator 5: N – pos med >= 10 udtagne nodes
AABENRAA



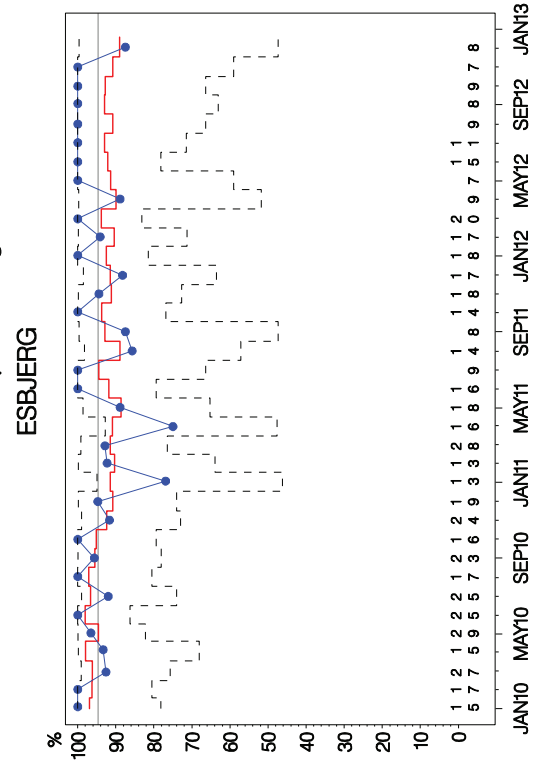
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



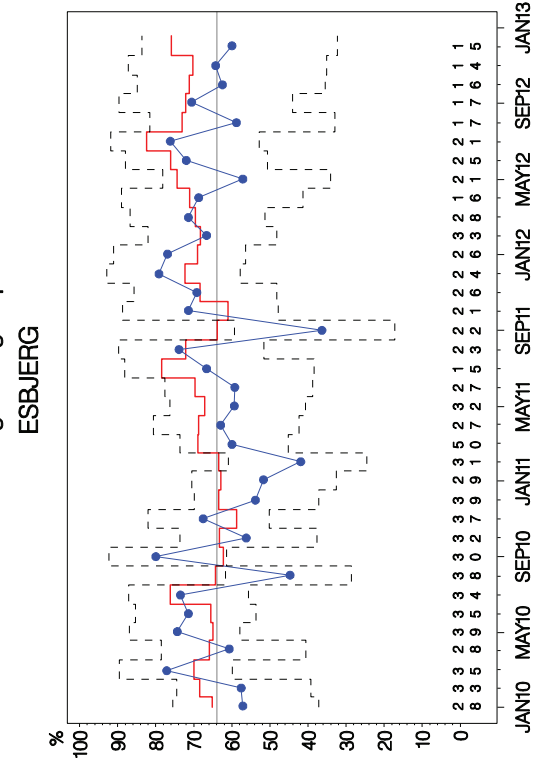
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation

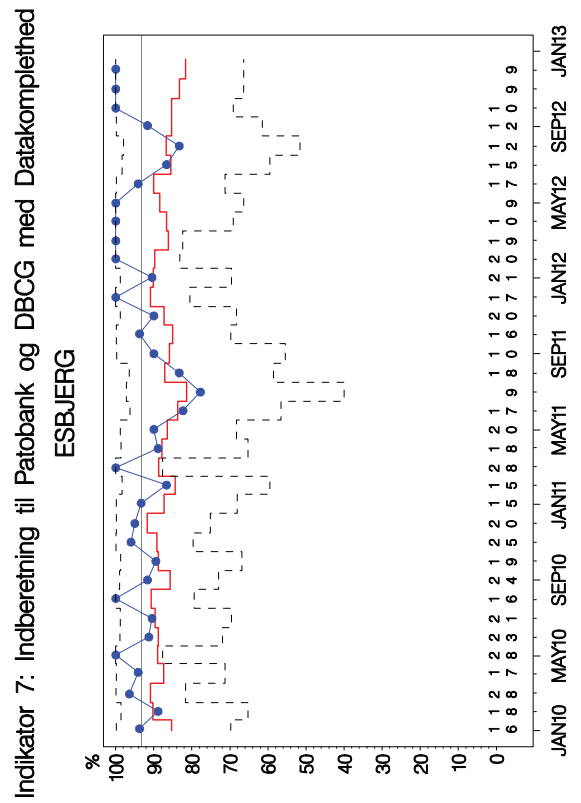
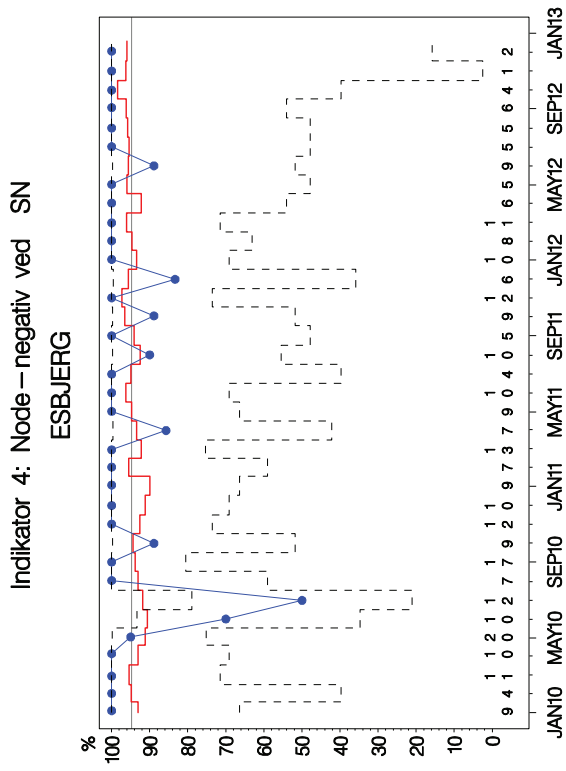
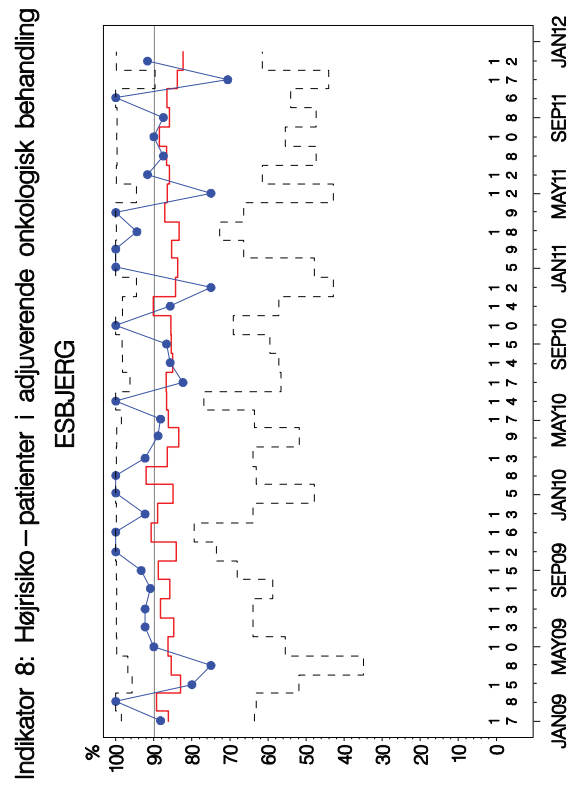
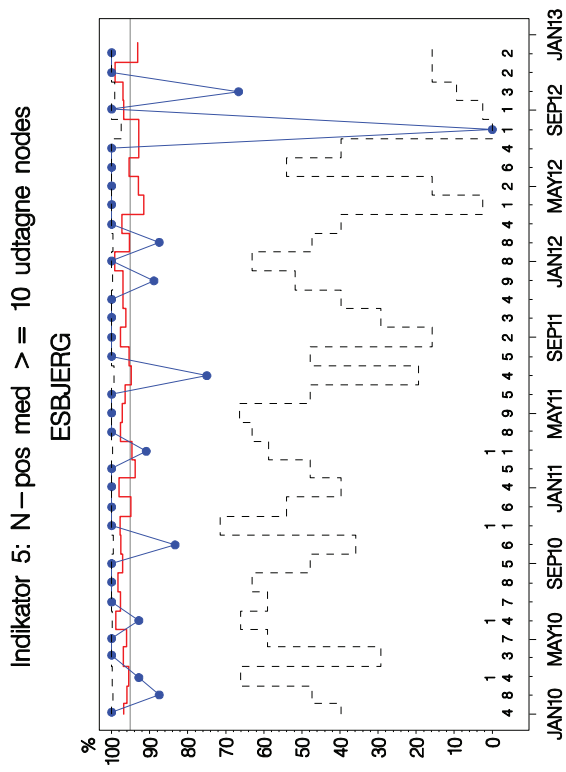


Indikator 2: Præoperativ diagnose

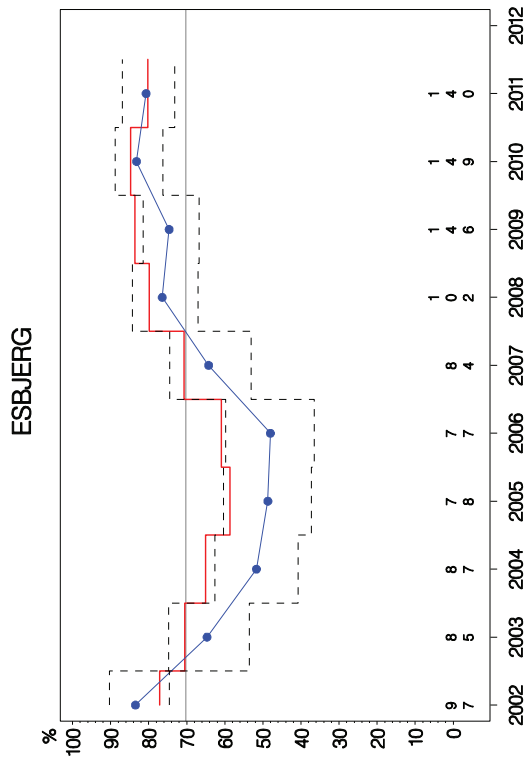


Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

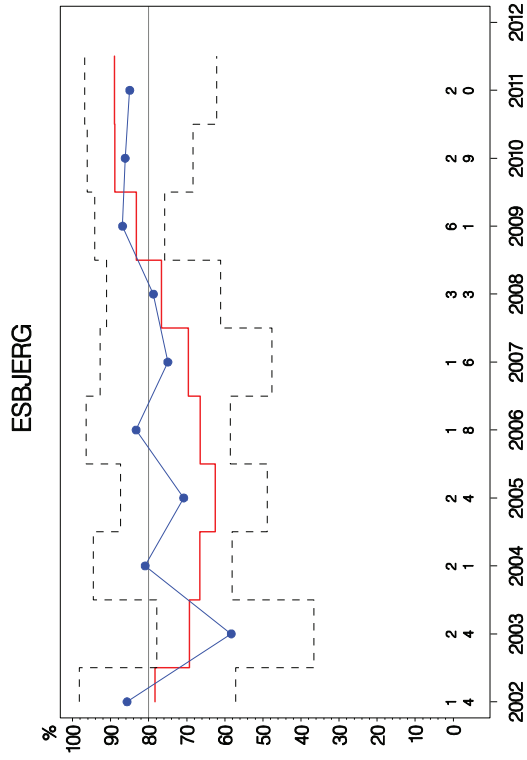




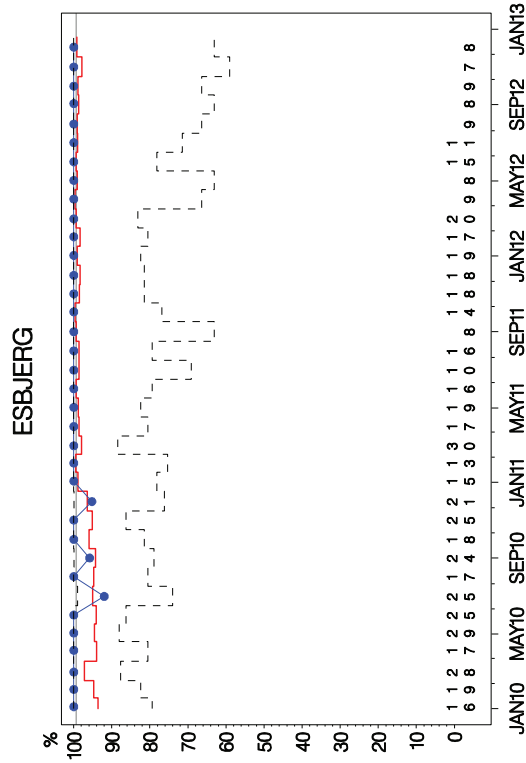
Indikator 9 HR: Højrisko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



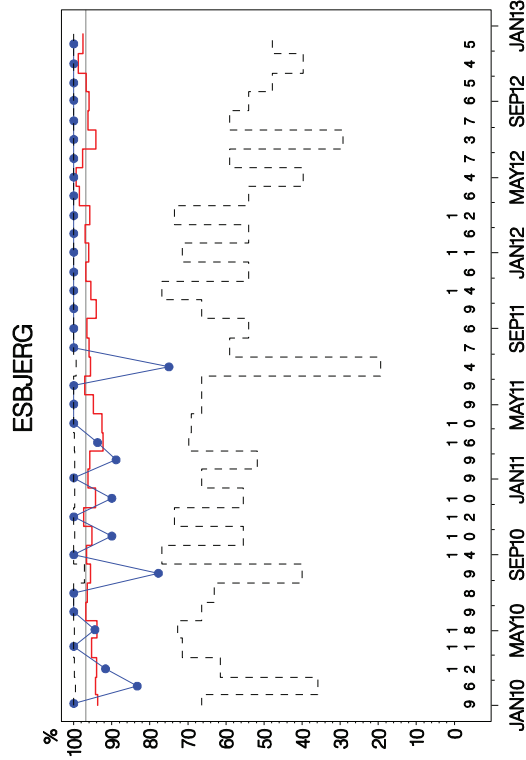
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



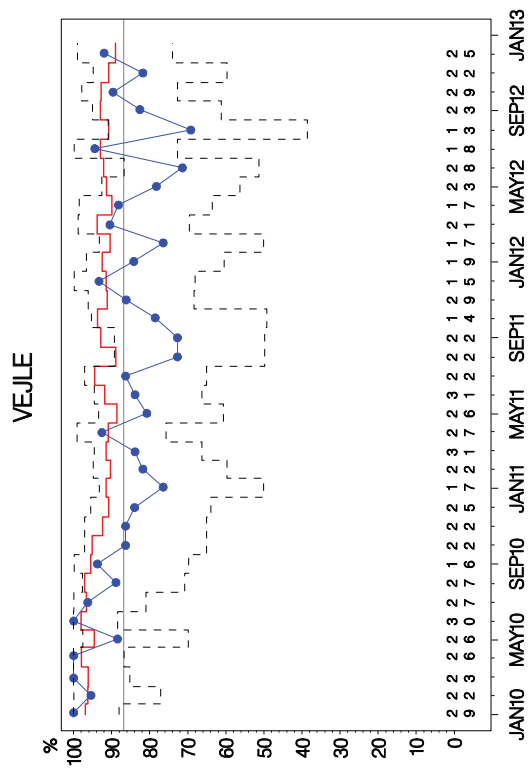
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



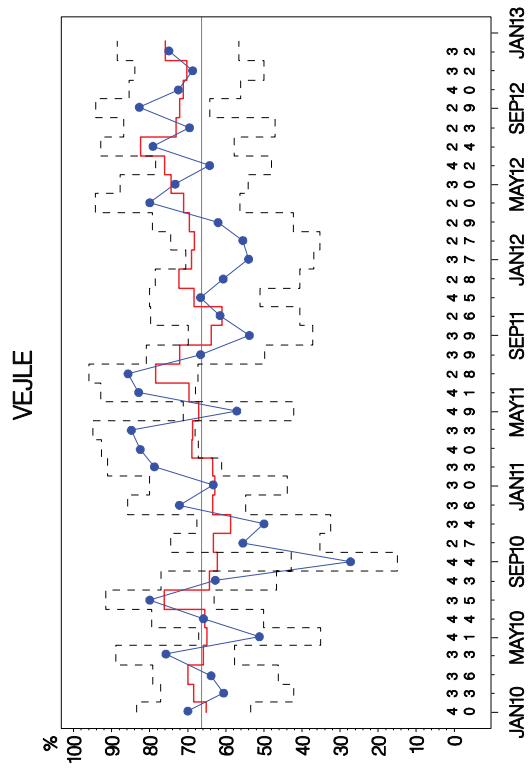
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



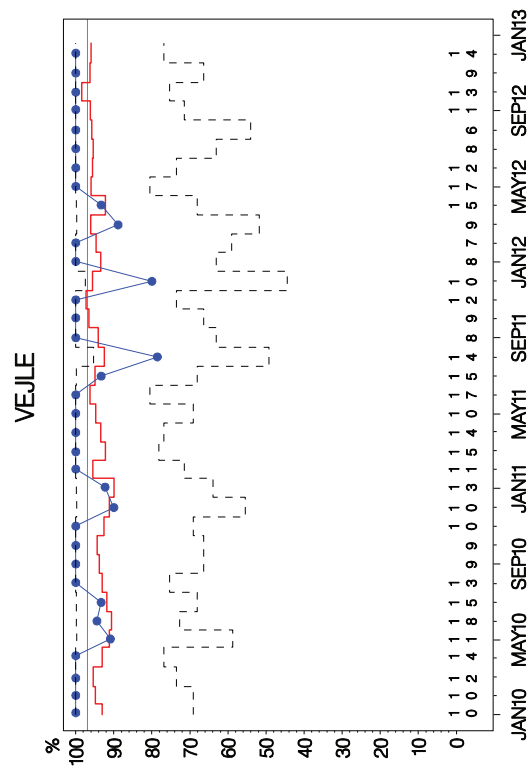
Indikator 2: Præoperativ diagnose



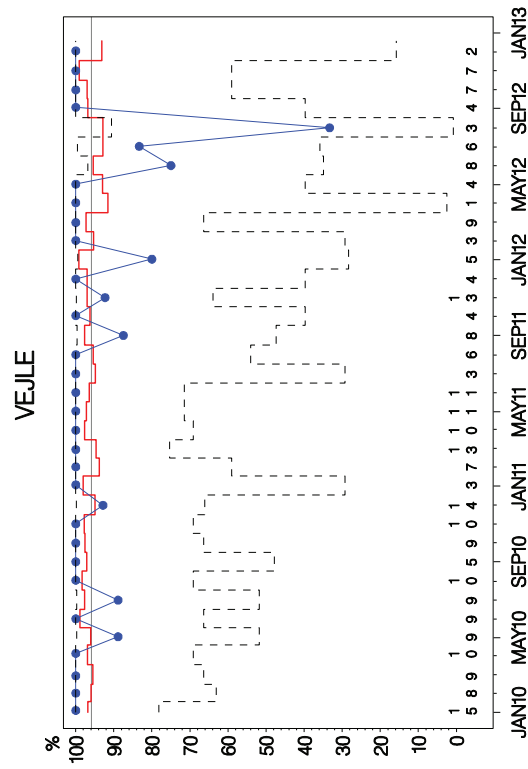
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



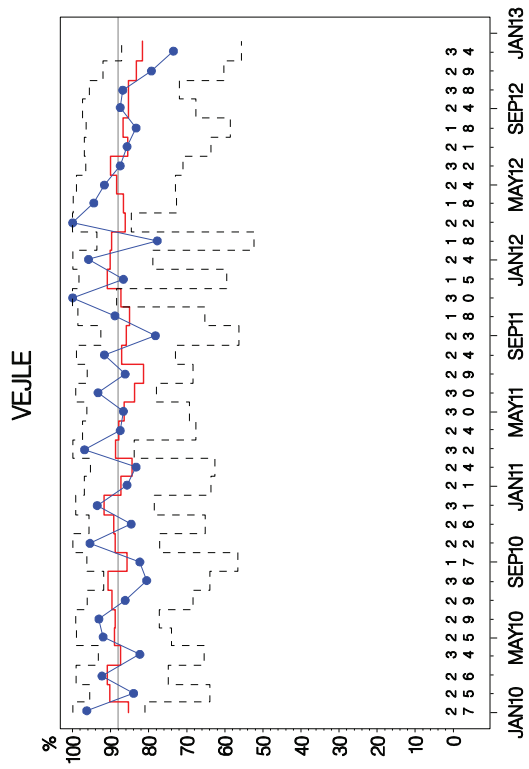
Indikator 4: Node—negativ ved SN



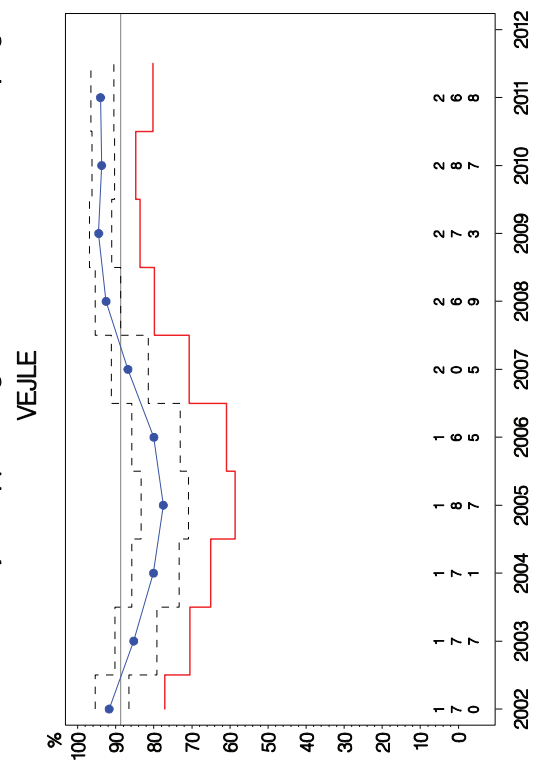
Indikator 5: N—pos med >= 10 udiagne nodes



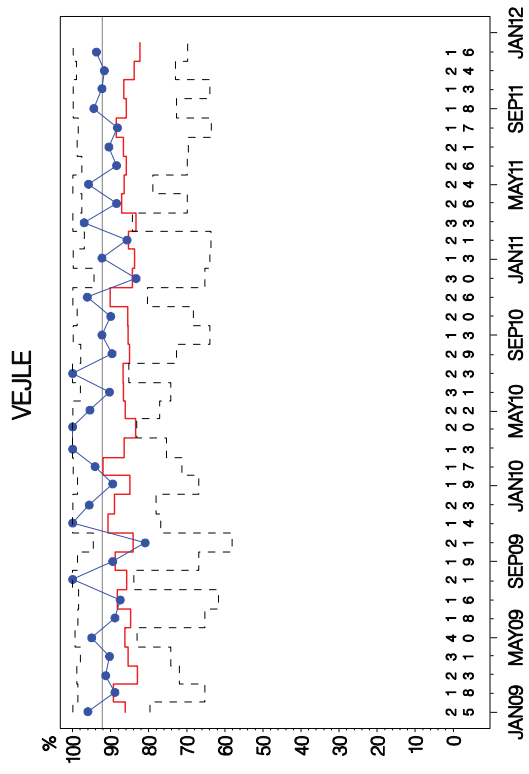
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



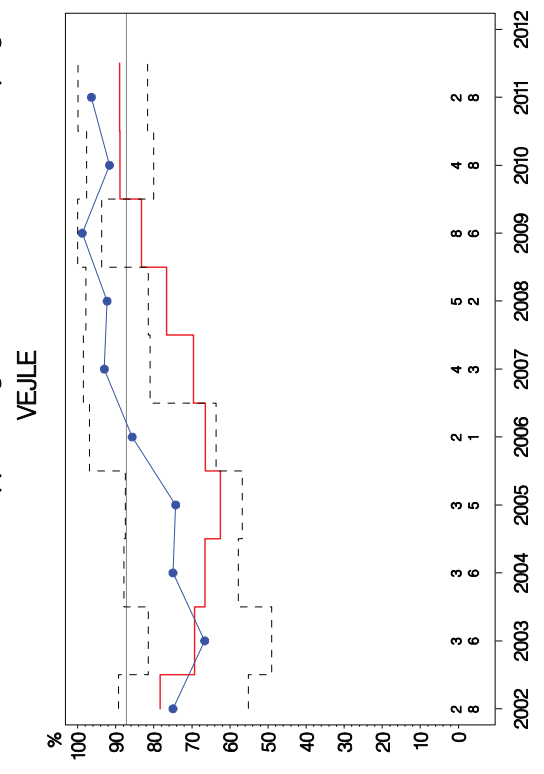
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



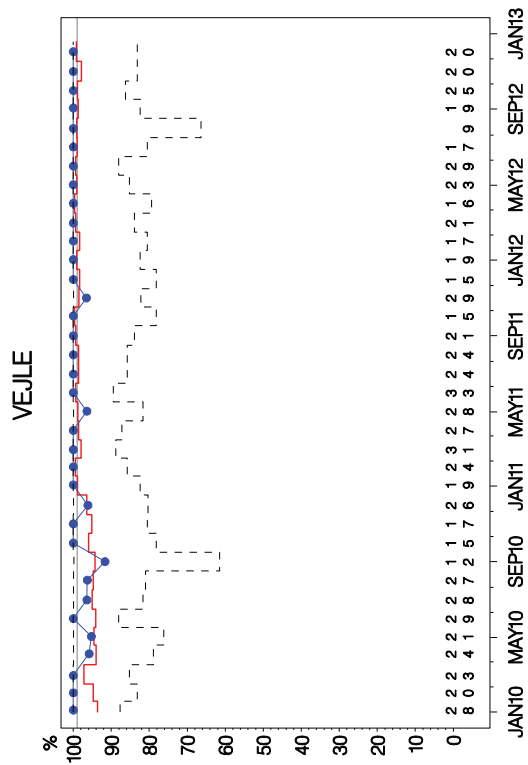
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



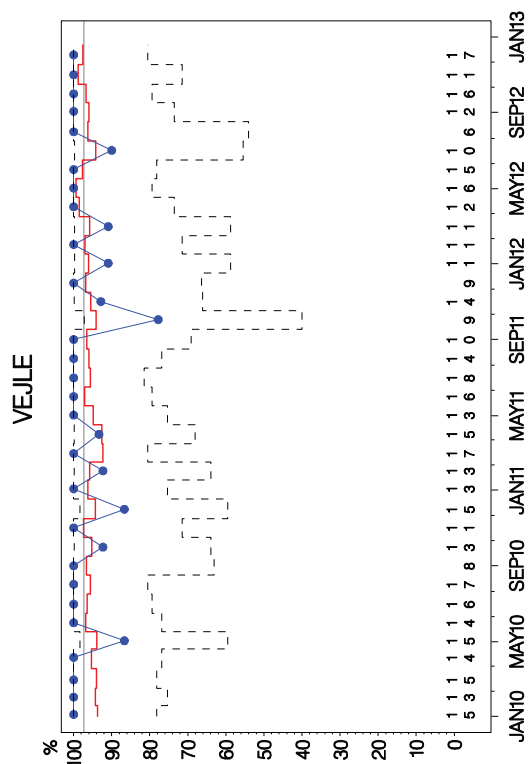
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



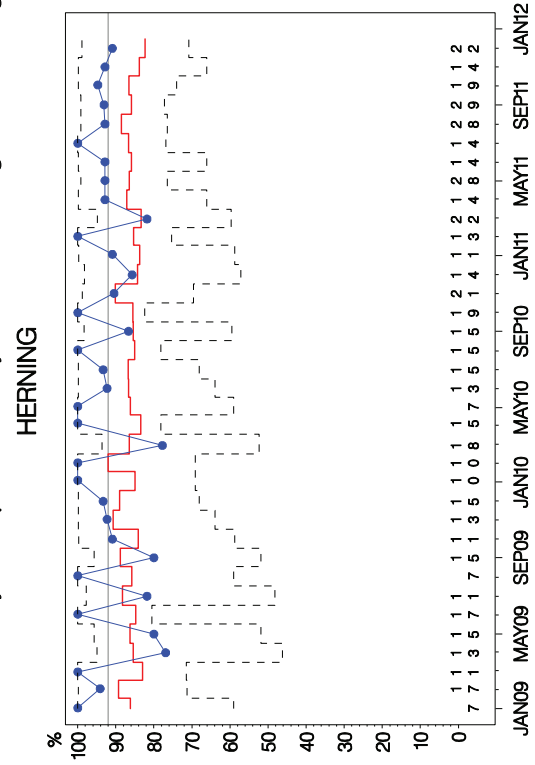
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



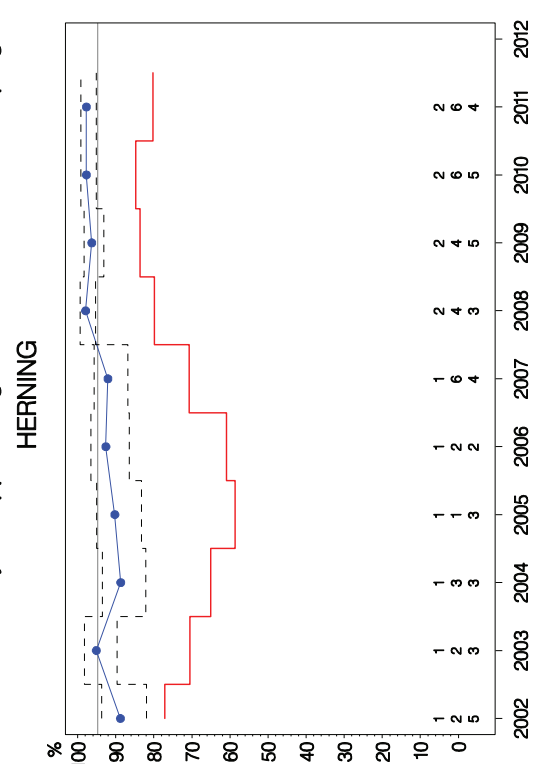
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



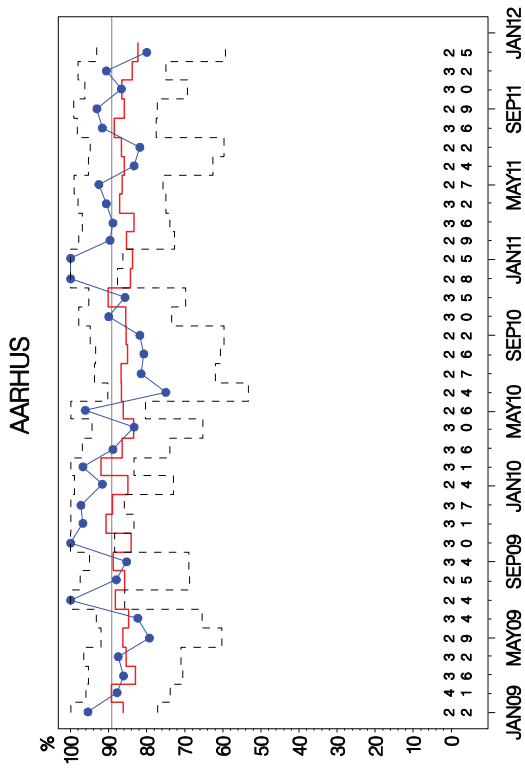
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



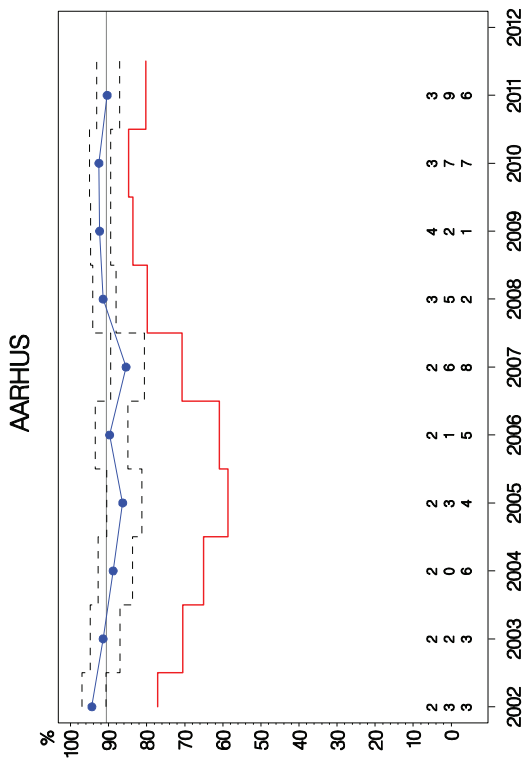
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



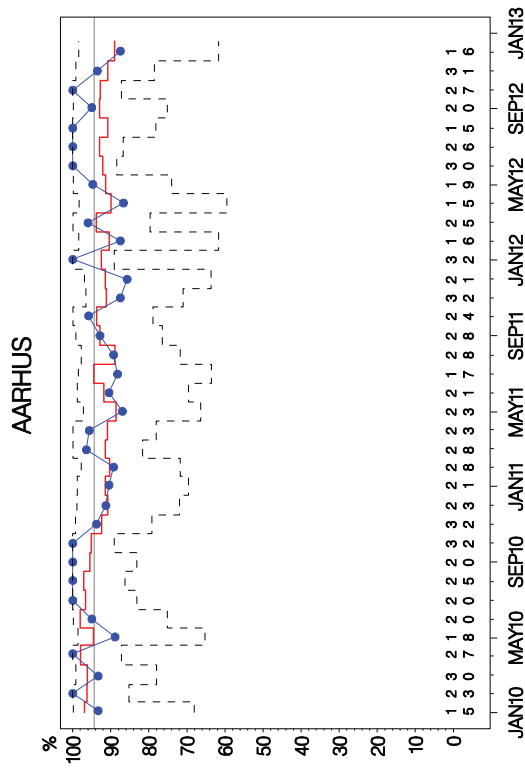
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



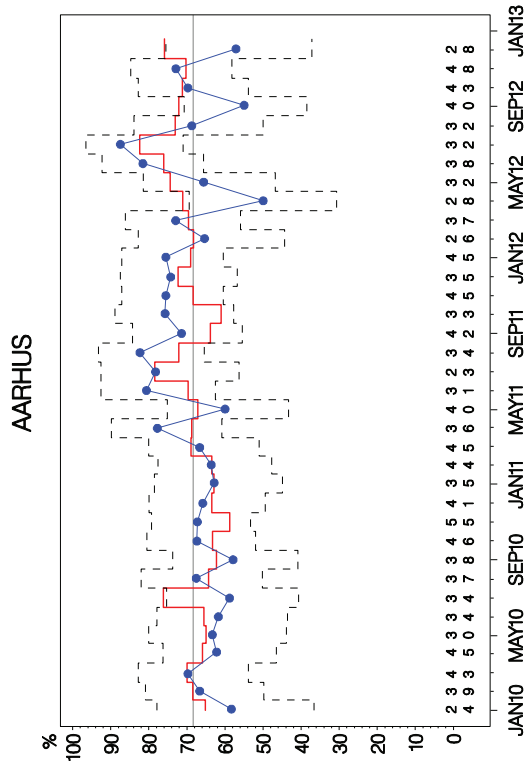
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

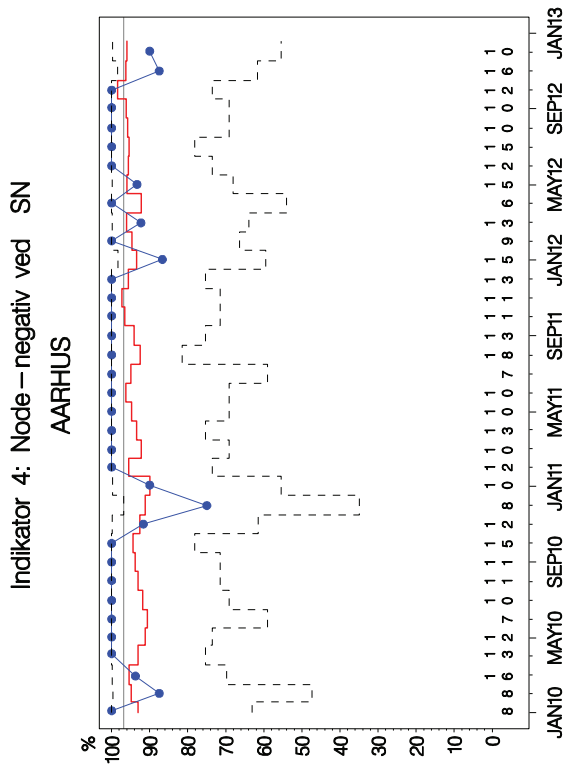
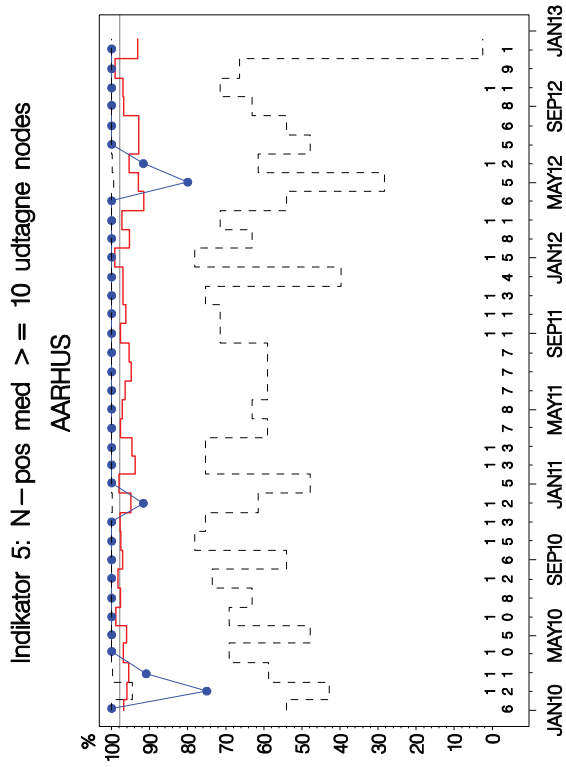


Indikator 2: Præoperativ diagnose

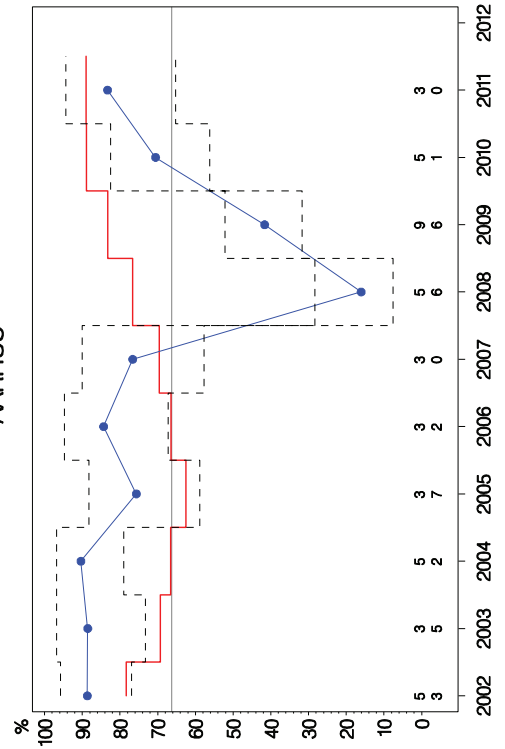


Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

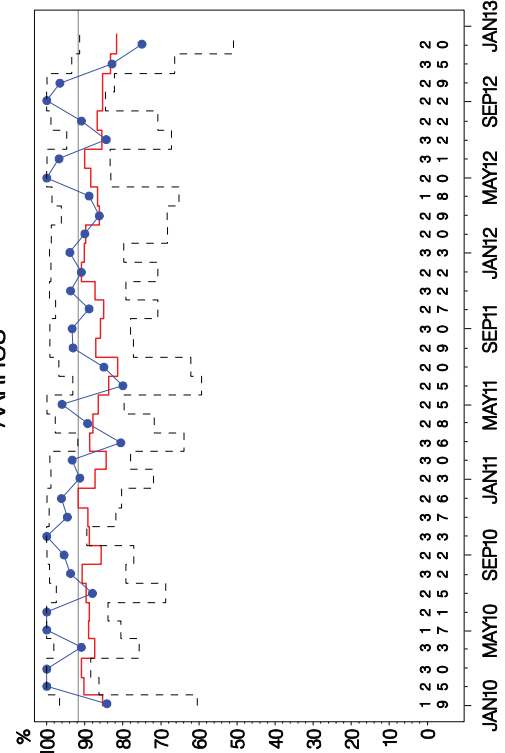




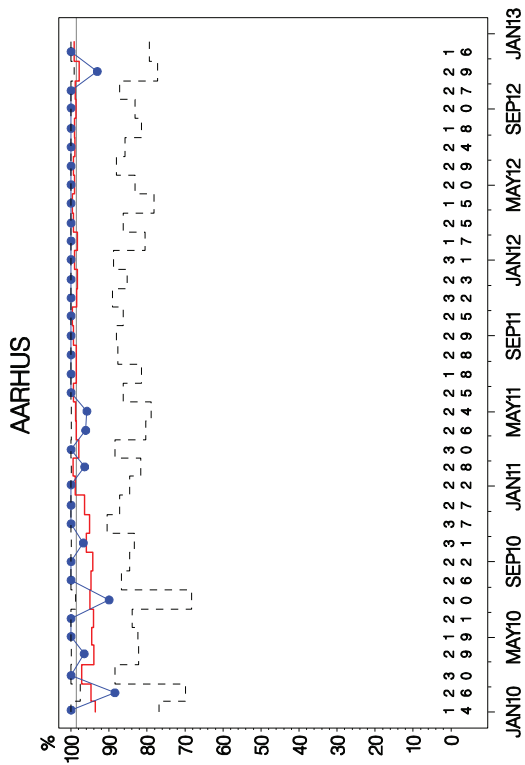
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
AARHUS



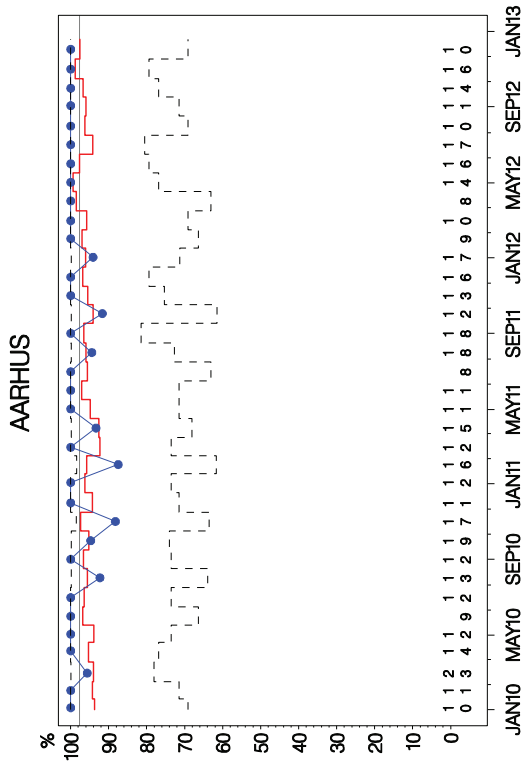
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed
AARHUS



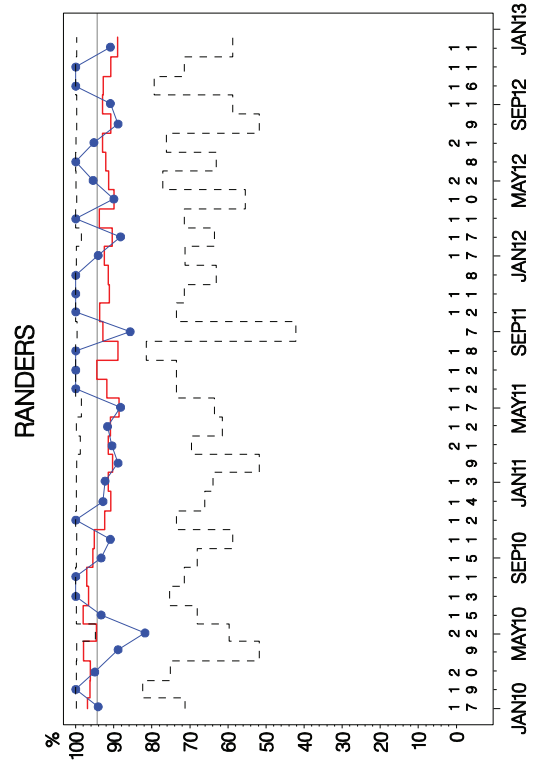
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



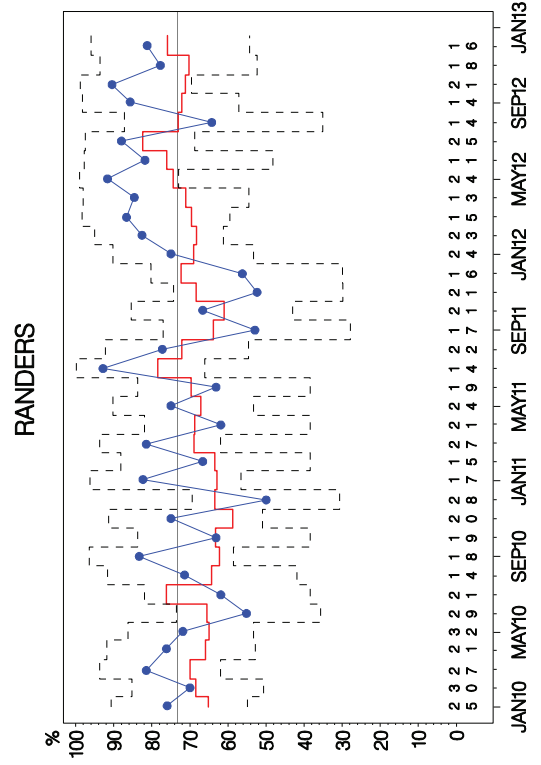
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

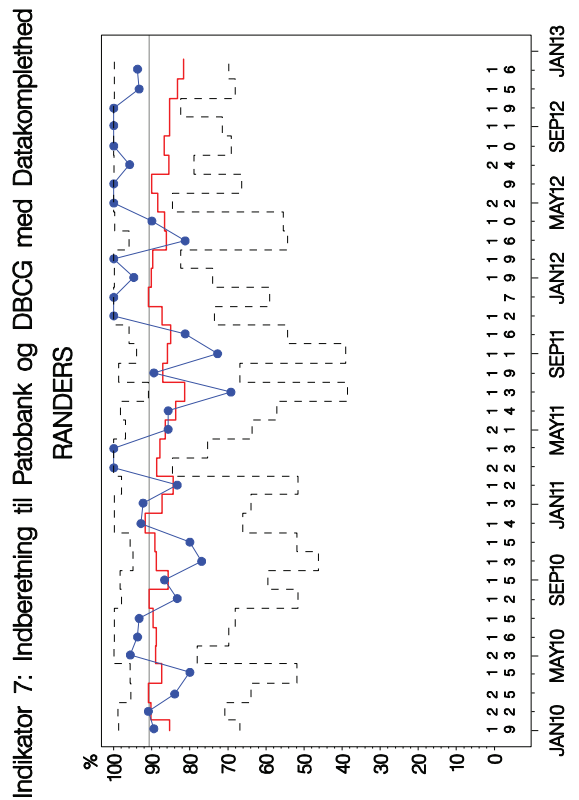
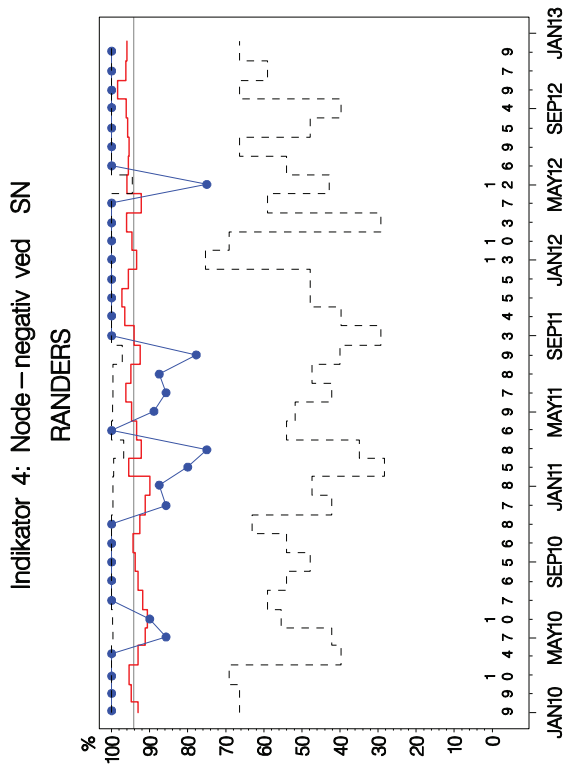
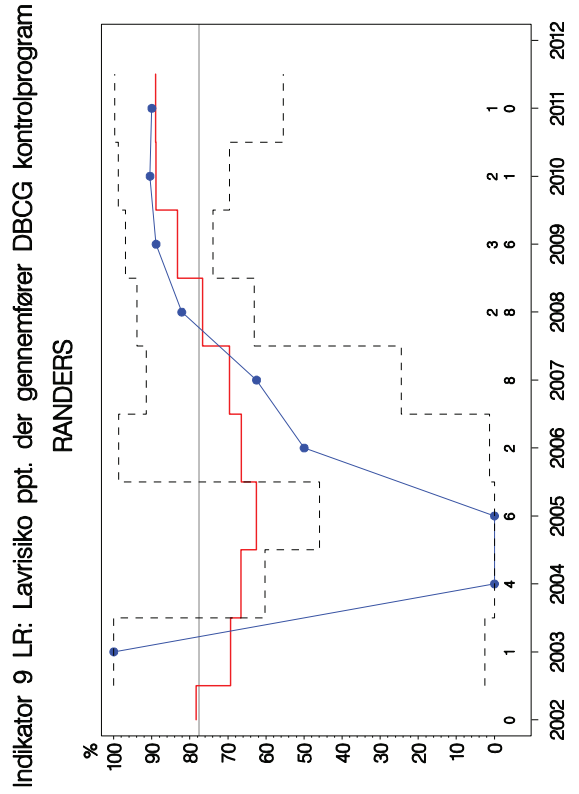
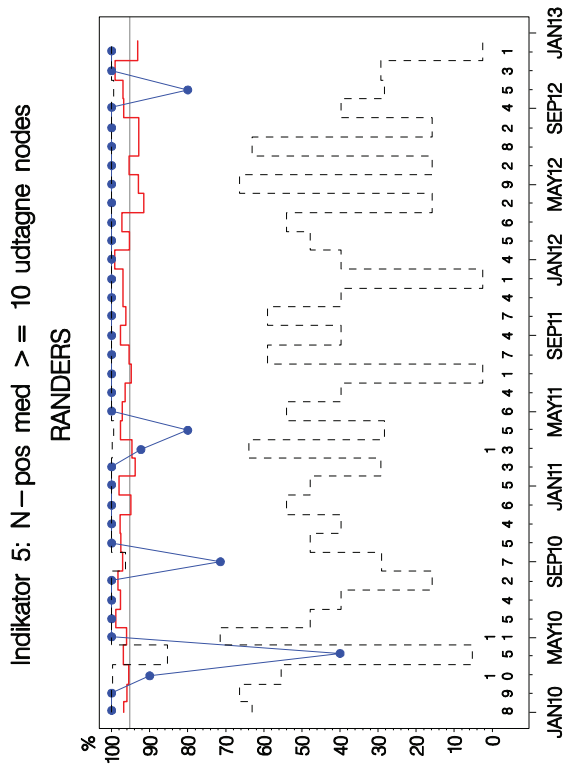


Indikator 2: Præoperativ diagnose

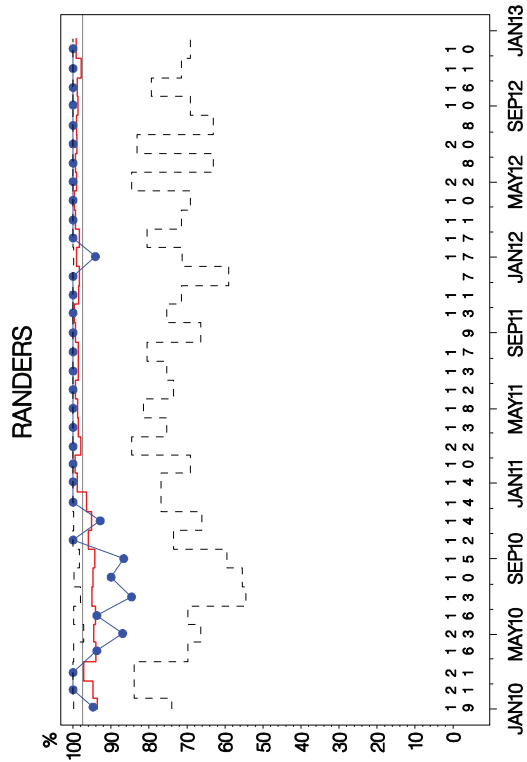


Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

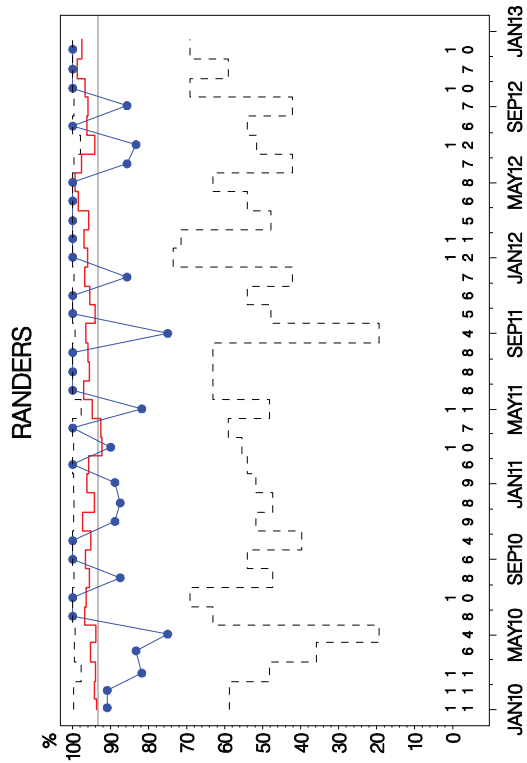




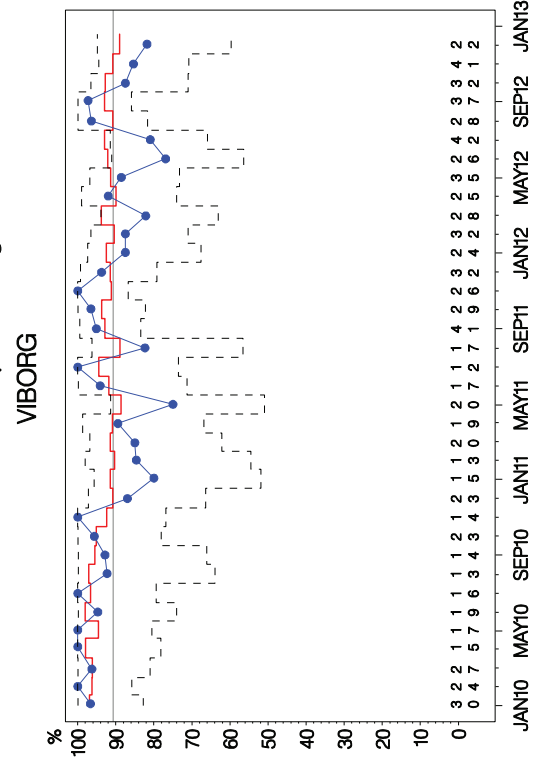
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



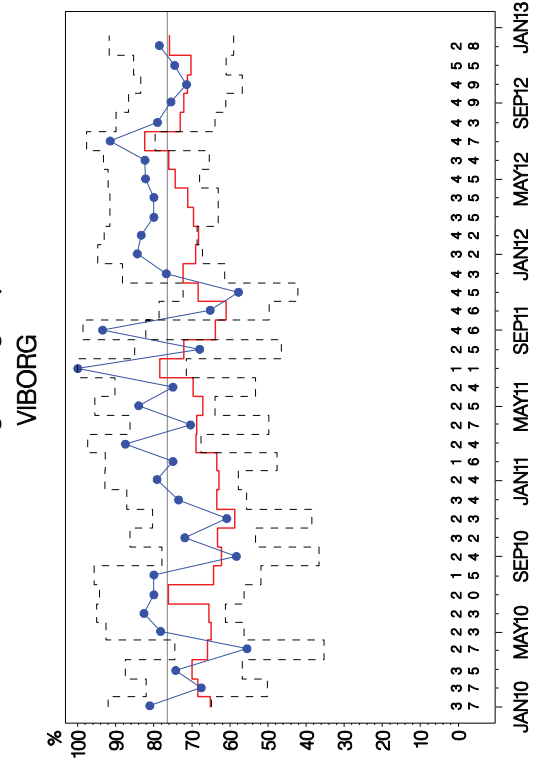
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



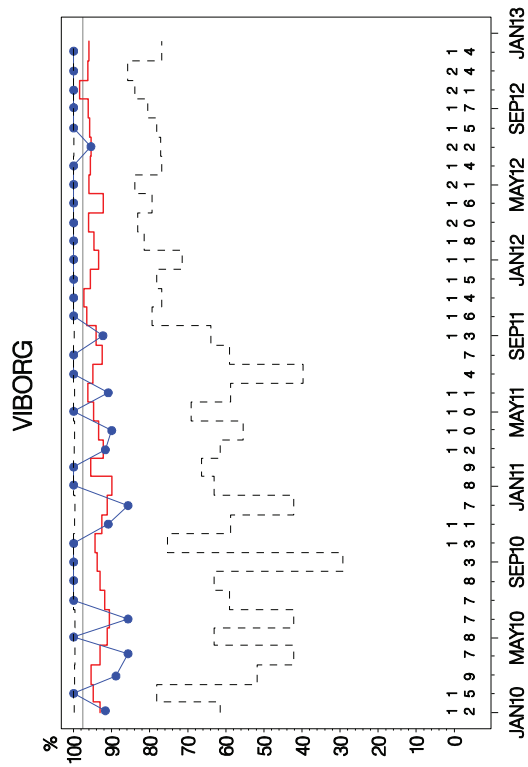
Indikator 2: Præoperativ diagnose



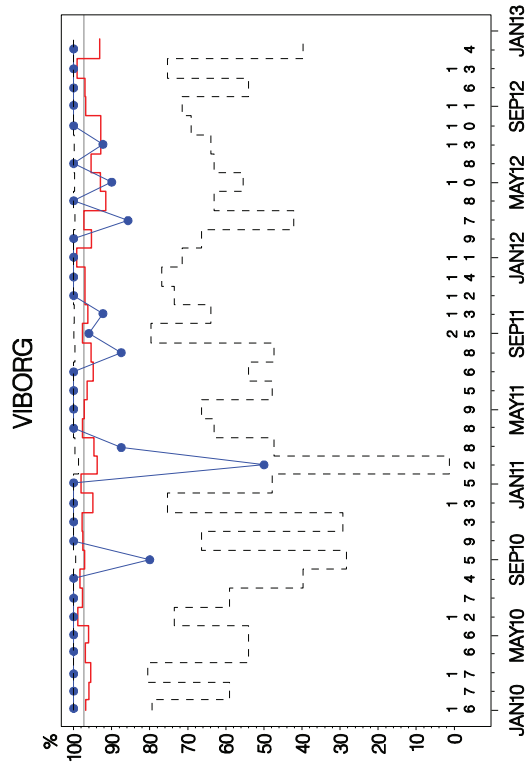
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



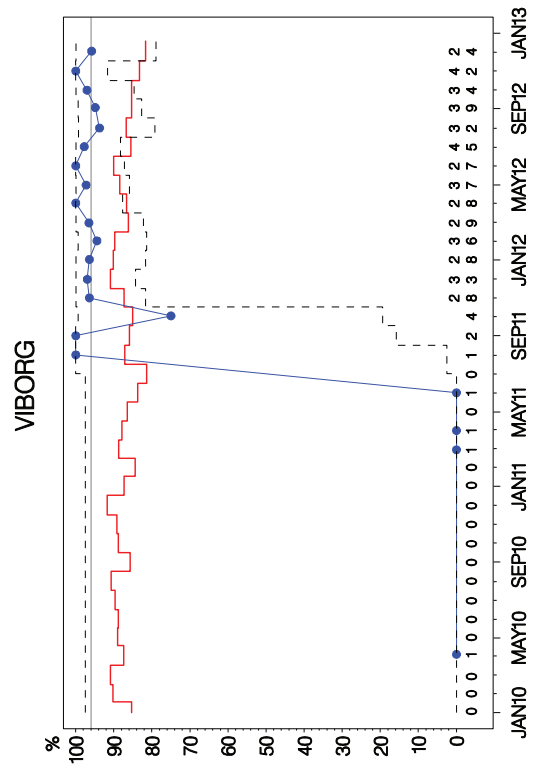
Indikator 4: Node – negativ ved SN



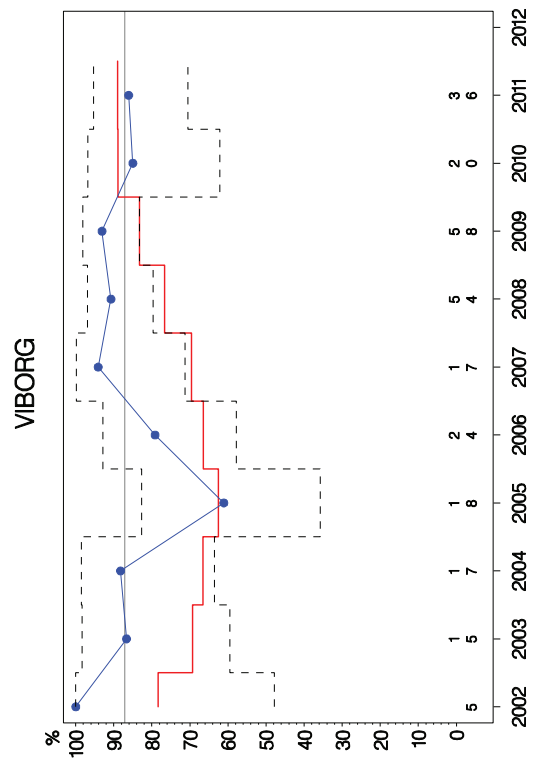
Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes



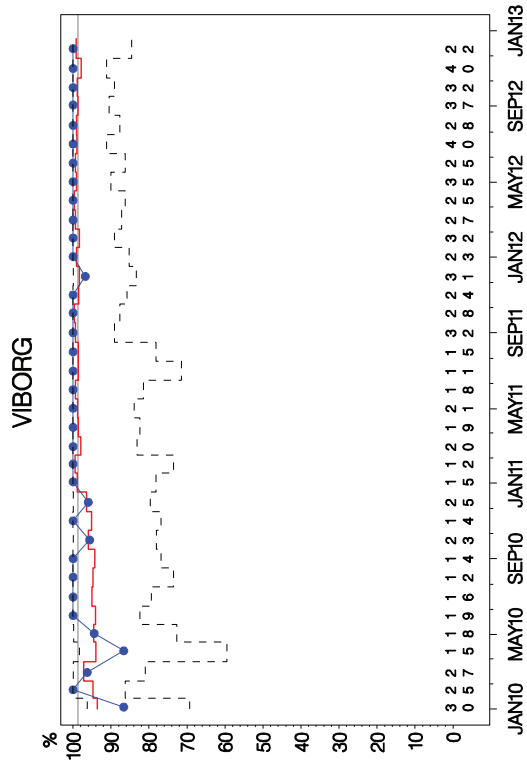
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



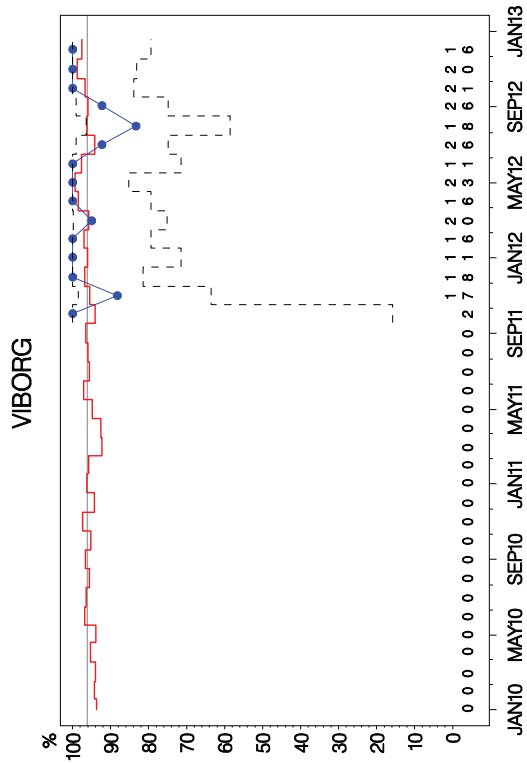
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



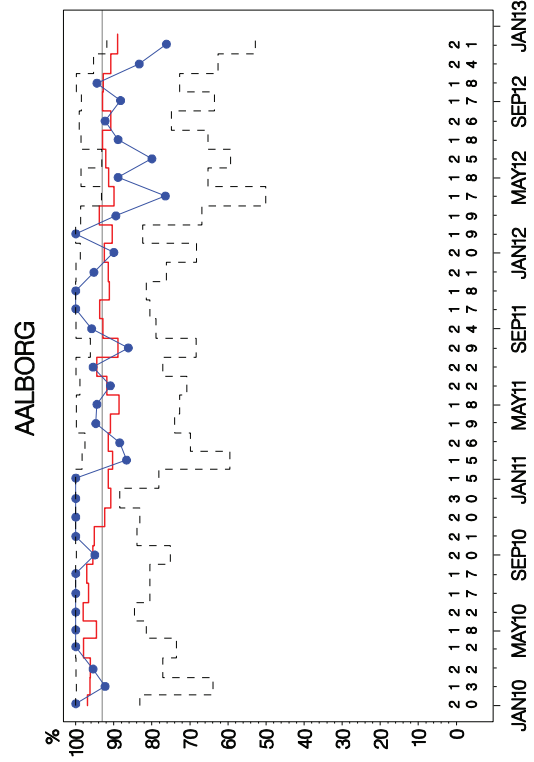
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



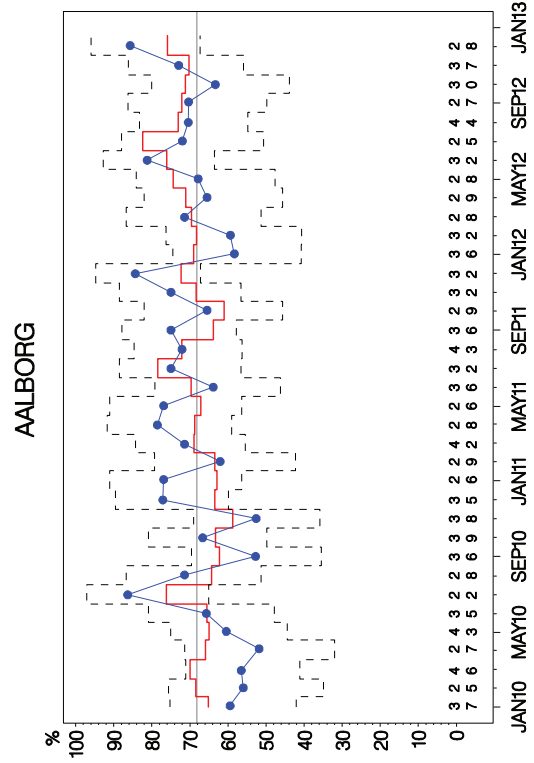
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



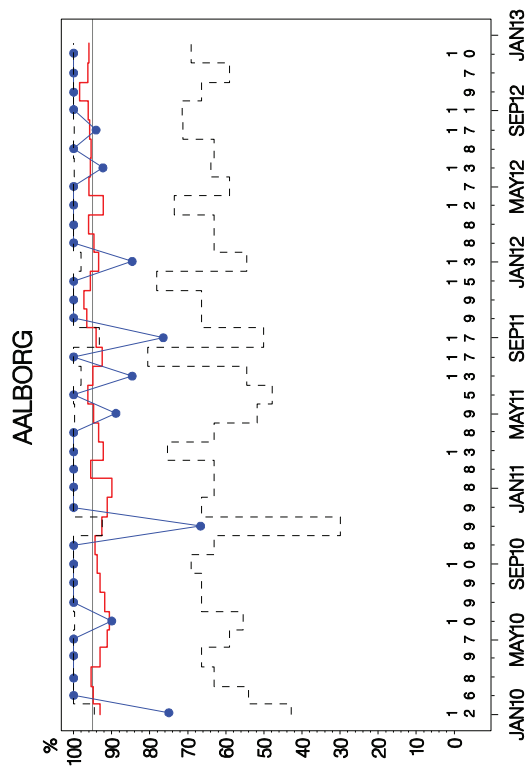
Indikator 2: Præoperativ diagnose



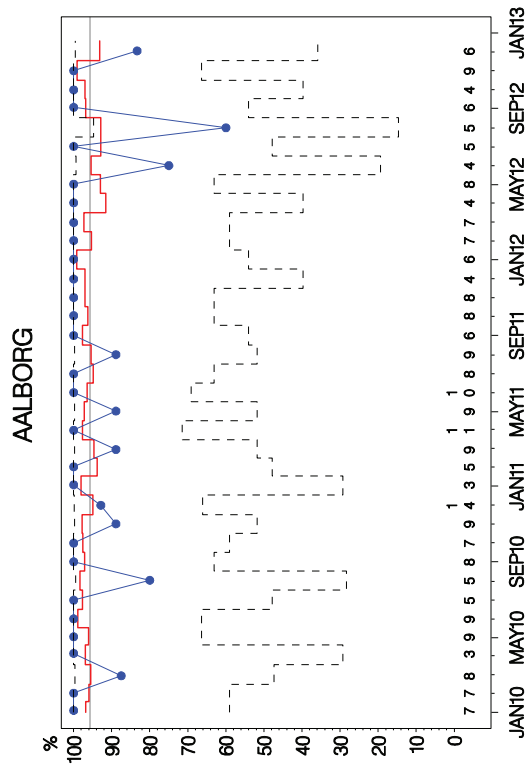
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



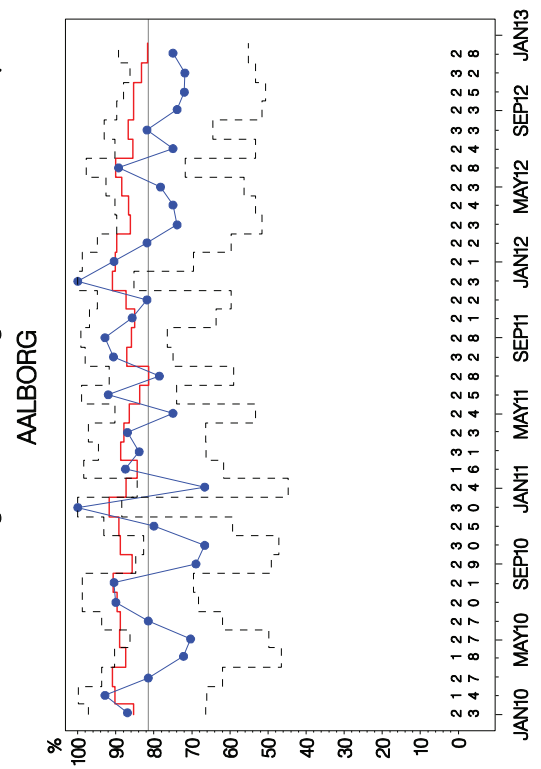
Indikator 4: Node – negativ ved SN



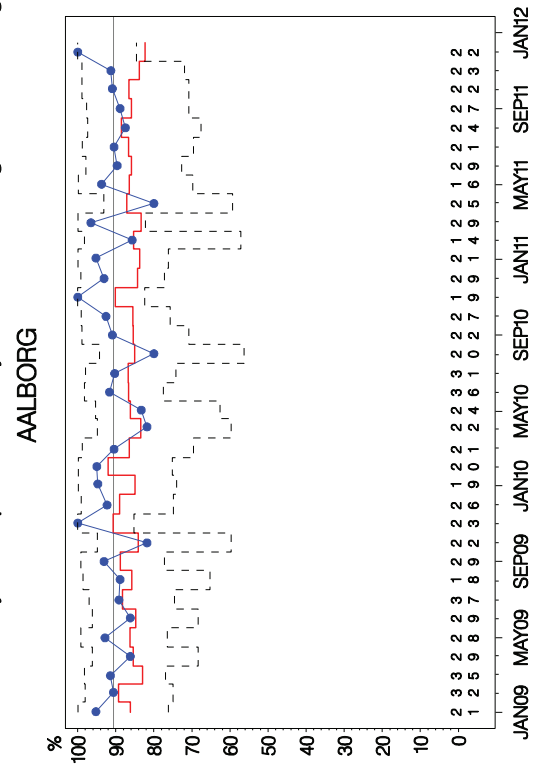
Indikator 5: N – pos med > = 10 udtagne nodes



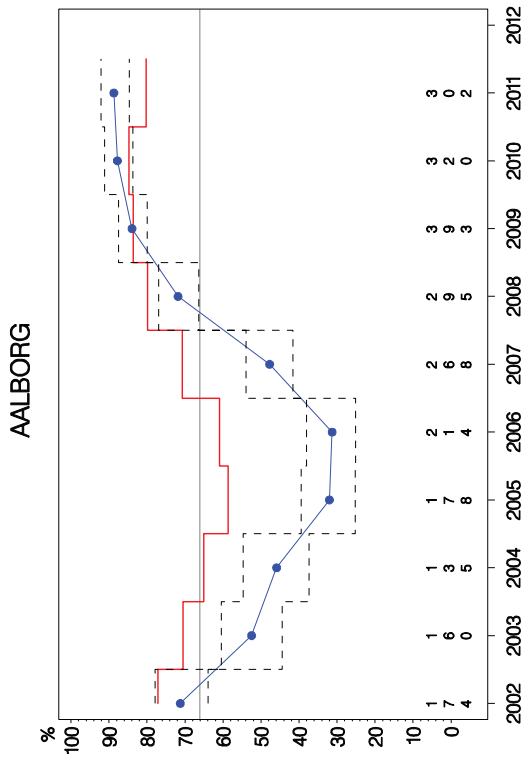
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



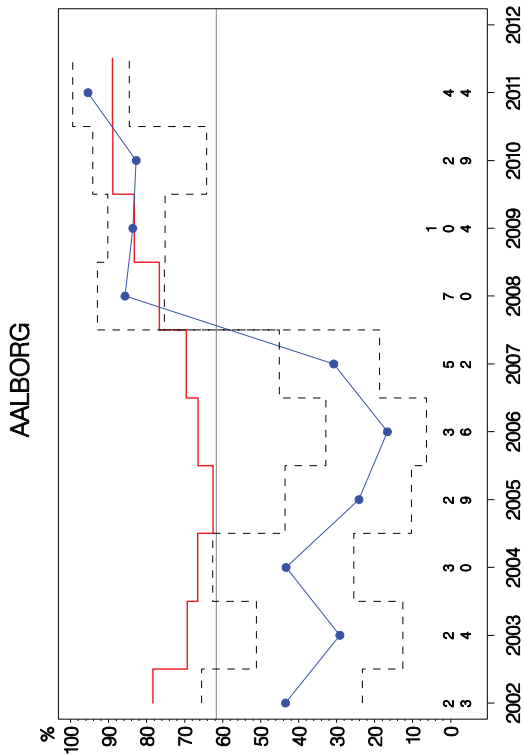
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende onkologisk behandling



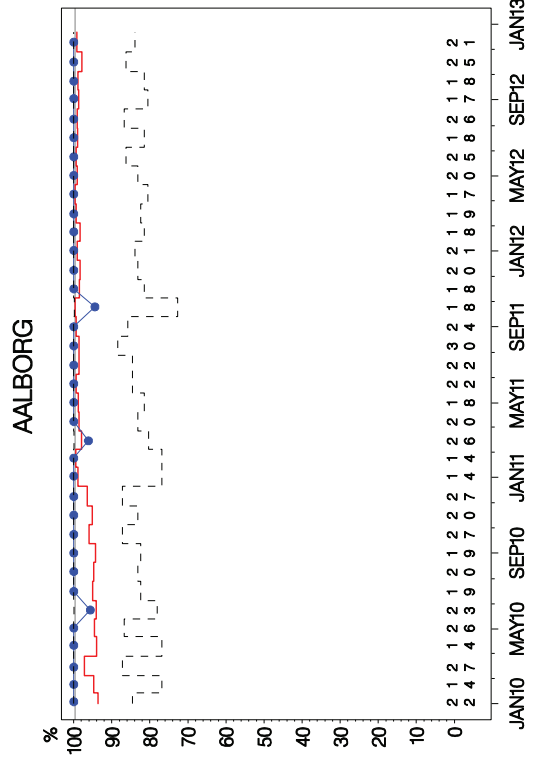
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



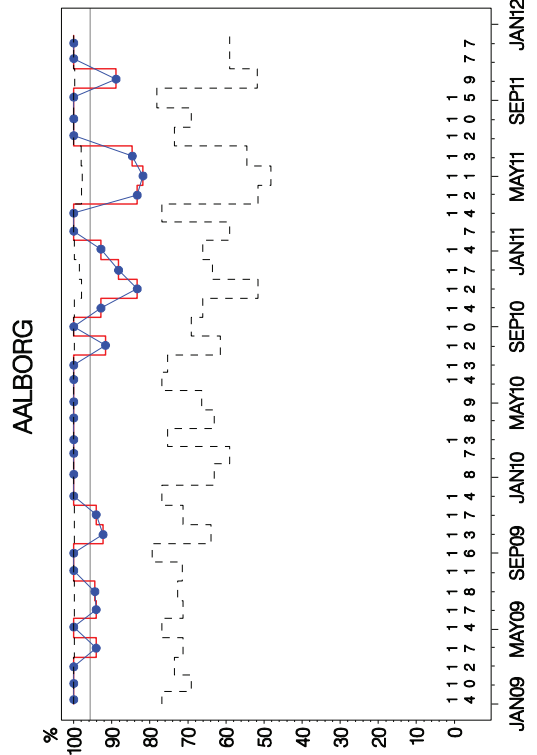
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



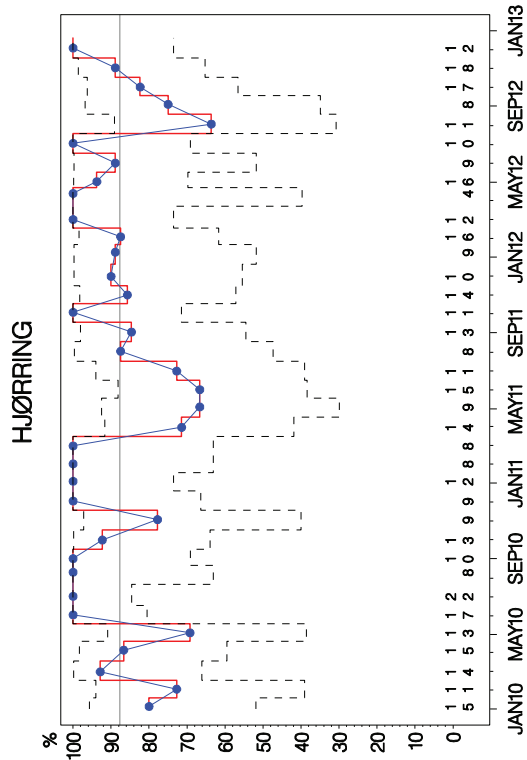
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



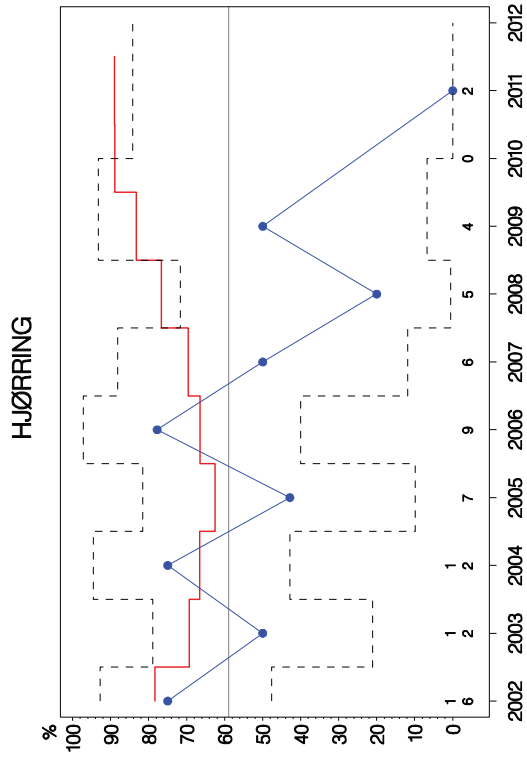
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



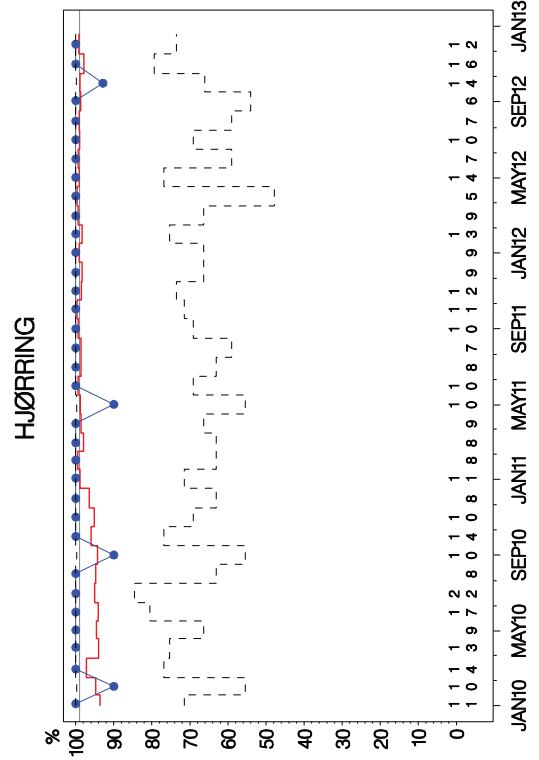
Indikator 7: Indberetning til Patobank og DBCG med Datakomplethed



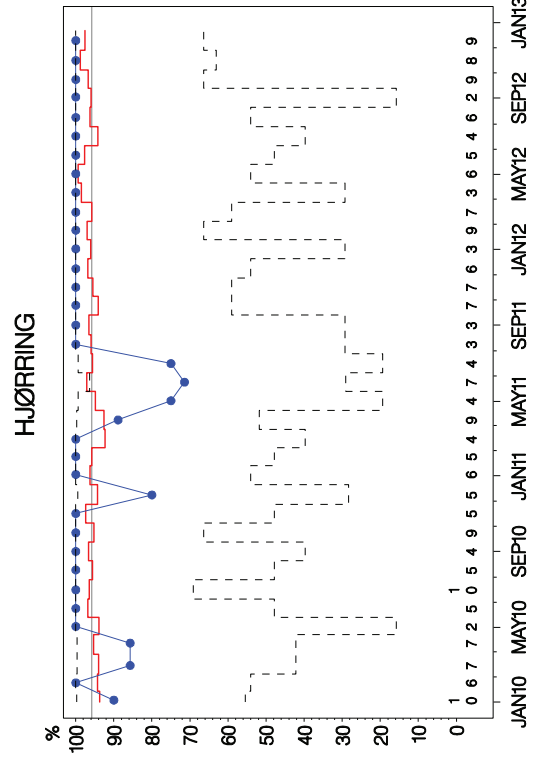
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



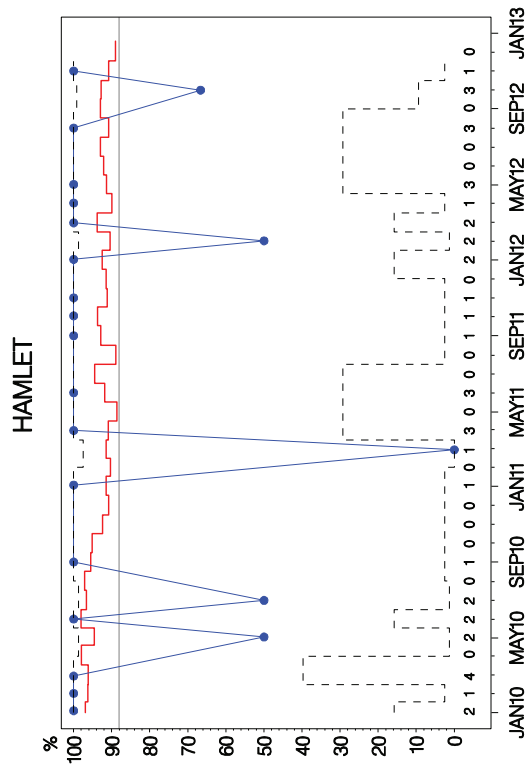
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



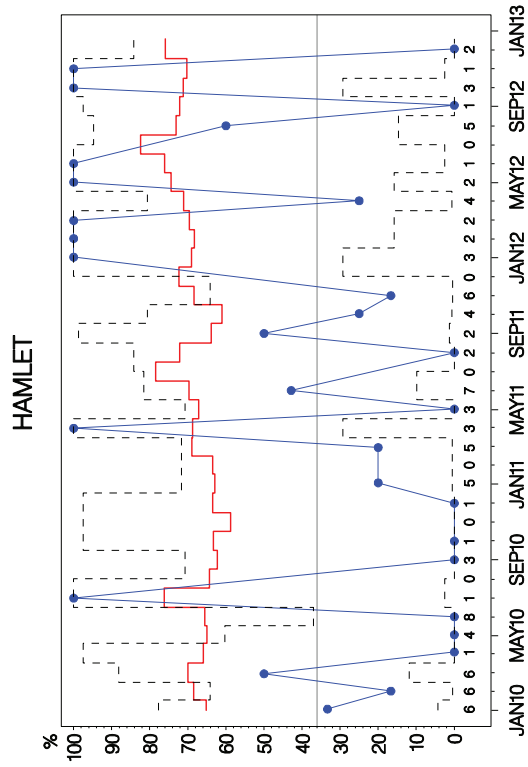
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet



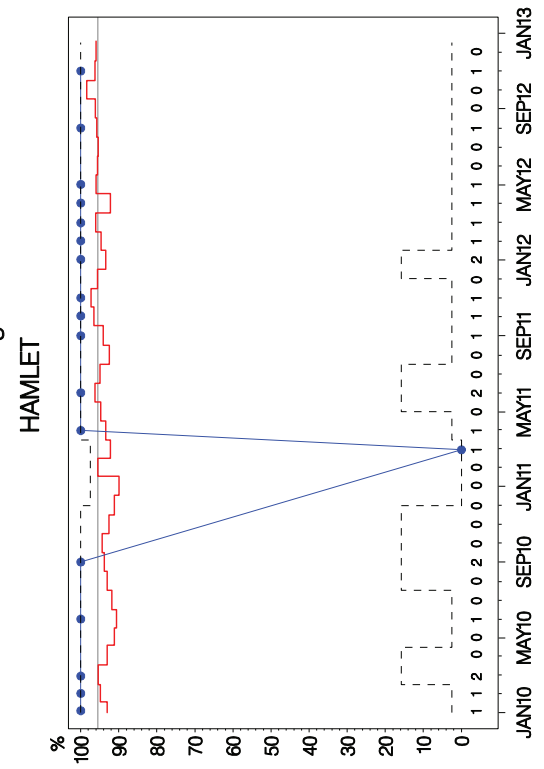
Indikator 2: Præoperativ diagnose



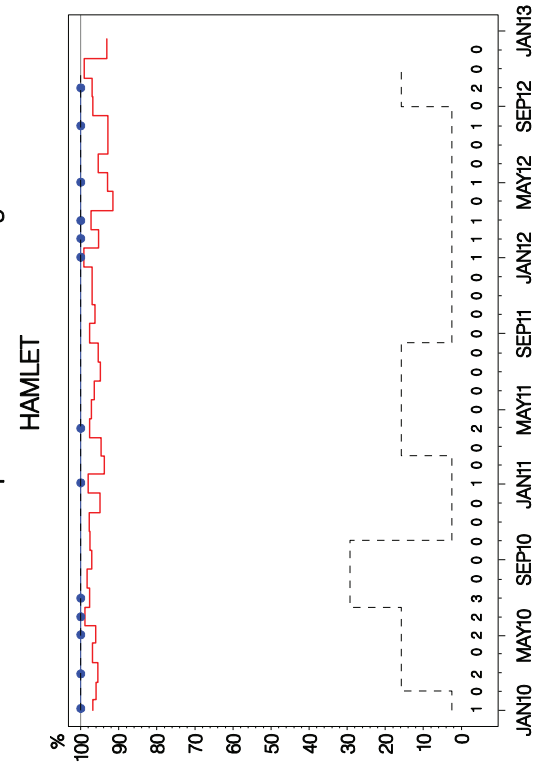
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



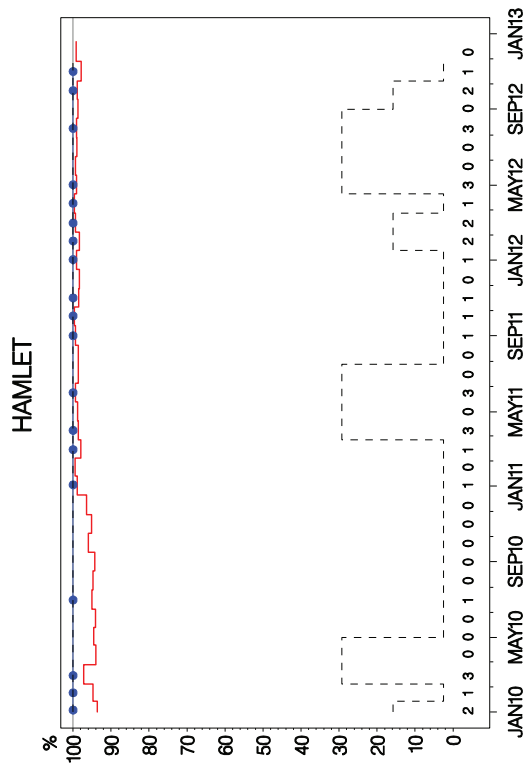
Indikator 4: Node-negativ ved SN



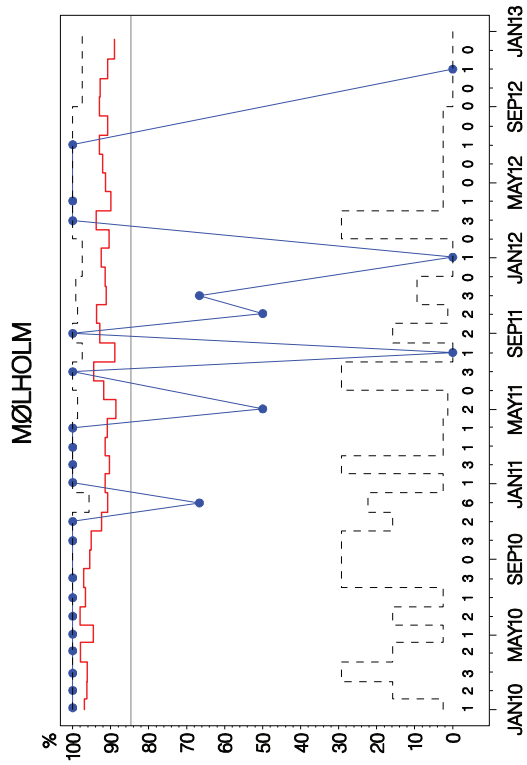
Indikator 5: N-pos med >= 10 udiagne nodes



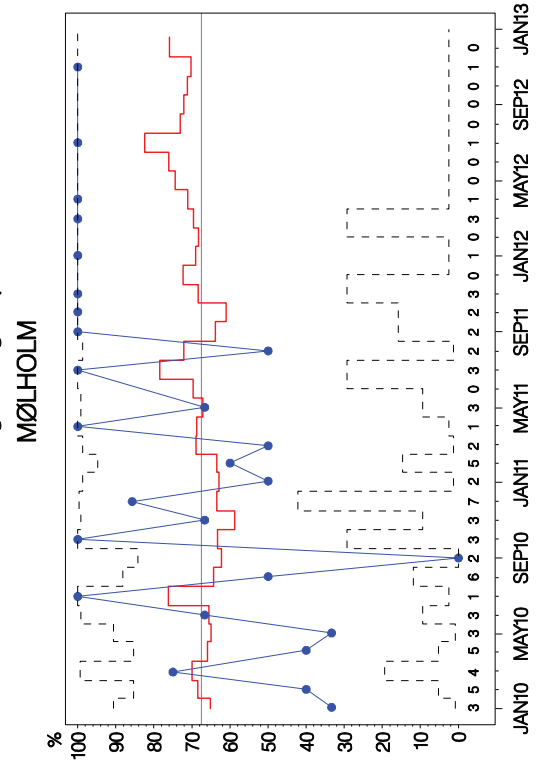
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



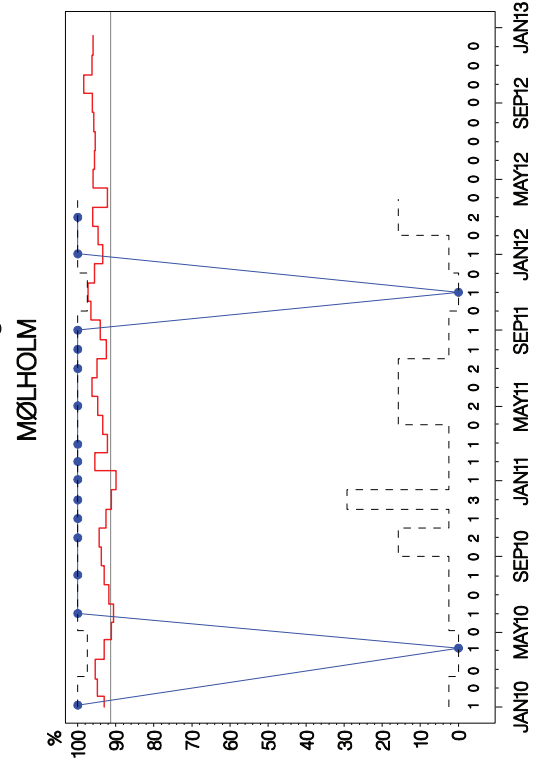
Indikator 2: Præoperativ diagnose



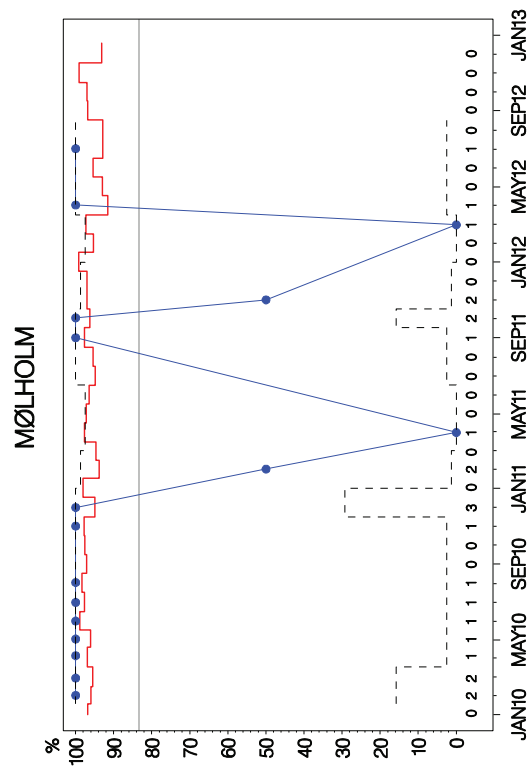
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



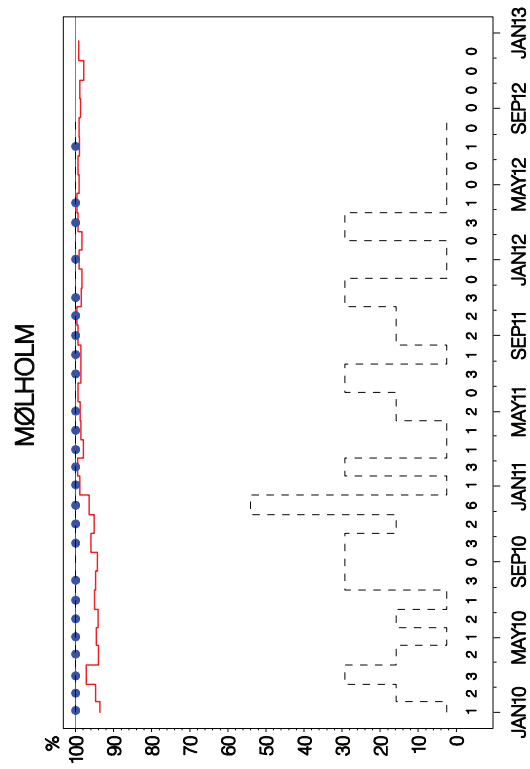
Indikator 4: Node – negativ ved SN



Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group

Databearbejdning til denne indikatorrapport for 2012 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat.

Peer Christiansen

Professor, dr. med.
Aarhus Universitetshospital
Formand for DBCG's bestyrelse
E-mail: peerchri@rm.dk

Maj-Britt Jensen

Ledende statistiker, M.Sc.stat
DBCG
E-mail: mj@dbcg.dk

Karsten D Bjerre

Cand. agro, Ph.d.
DBCG
E-mail: kb@dbcg.dk

DBCG sekretariatet

Strandboulevarden 49, 4. sal
c/o Kræftens Bekæmpelse
2100 København Ø
E-mail: dbcg@dbcg.dk
Tlf.: 38 66 06 60

Post-adresse:

DBCG sekretariatet
Rigshospitalet, afsnit 2501
Blegdamsvej 9
2100 Kbh Ø