

Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2013

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



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: Radiologiuudvalget, Kirurgisk Udvalg, Radioterapiudvalget, Medicinsk Udvalg og Patologiuudvalget. 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), 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 maj 2014:

Peer Christiansen	Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlertsen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Hospital (Patologiuudvalget)
Mette Holck Nielsen	Odense Universitetshospital (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiuudvalget)
Maj-Britt Jensen og Karsten Bjerre	DBCG (Statistik)
Mette Nørgaard	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Biostatistik Nord (KCEB-Nord)
Anne-Marie Sigsgaard Hansen	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Øst (KCKS-Øst)
Mads Chr. Haugaard	Region Syddanmark
Anne Pedersen	Region Sjælland

Databearbejdning til denne syvende indikatorrapport for 2013 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. maj 2014. Rapporten har desuden været i høring hos Danske Regioner og de indberettende afdelinger fra 14. april til 13. maj 2014.

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
6	Indberettende afdelinger 2013
10	Fuldstændighed af DBCG data
10	- Databasekomplethed
12	- Datakomplethed
14	Demografiske og prognostiske parametre 2010-2013
25	Beregning af kvalitetsindikatorer
28	Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose
32	Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
36	Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden
40	Indikator 5: Npos patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder
44	Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter
49	Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer
53	Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram
55	- Højrisiko-patienter
58	- Lavrisiko-patienter
61	Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi
65	Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer
69	Indikator 12: Sen sentinel node positivitet
73	Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer
80	Oversigt indikatorer 2013
81	- Teknisk beskrivelse af databasekomplethed
82	- Teknisk beskrivelse af indikatorer
91	- Bestemmelser af opfølgningsafdeling for indikator 7
93	- Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 9
96	- Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 8
98	- Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 13
101	Sygehus- og afdelingsklassifikation (SHAK)
105	Regionale kommentarer til indikatorrapport 2013
106	Forklaring af trendplot til bilag 3
107	Bilag 1: Demografiske og prognostiske parametre 2013 efter kirurgisk afdeling
130	Bilag 2: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater
149	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 klinikker, som kun opererer få patienter. 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 2013 er i forhold til tidligere årsrapporter udvidet med indikator 13 ’Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG’s retningslinjer’, mens indikator 12 ’Sen sentinel node positivitet’ blev indført i 2010. Den faglige styregruppe vedtog i oktober 2009 at udelade indikator 6 ’Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)’ af indicatorsættet. Indikator 1 ’Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm’ blev udeladt af indicatorsættet i 2011, idet kvaliteten af mammografiscreening herefter monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening.

Sammendrag

I 2013 havde DBCG en databasekomplethed på 94 % i forhold til referenceregistret Patologidatabanken og i perioden 2011-2013 var databasekompletheden 95 %. Indikatorberegningen for 2013 er foretaget på baggrund af indberetning af i alt 3288 kvinder i aldersgruppen 18-75 år med primær invasiv diagnose, operabel tumor og risikoallokering, og det er data indberettet inden 1. april 2014, 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' og fra 2013 en ny indikator 13 'Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer'. 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.	93 %	90 %
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.	69 %	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.	97 %	95 %
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation.	Udgået i 2010	
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.	86 %	95 %
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer.	85 %*	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram.		
Højrisiko-patienter:	77 %**	95 %
Lavrisiko-patienter:	74 %**	95 %
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.	1.6 %	7 %
Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.	97 %	?
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet	96 %	?
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer		
Lumpektomi:	98 %*	95 %
Mastektomi:	97 %*	95 %

*: Værdi for 2011. **: Værdi for patienter opereret 2003-2012.

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.

Indberettende afdelinger 2013

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år. Der var i 2013, 14 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 13 patologiafdelinger (tabel 2), 14 onkologiske afdelinger (tabel 3) og 8 radioterapiafdelinger (tabel 4). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller under opfølgning indtil 10 år efter operation har 25 afdelinger været aktive (tabel 5).

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	Plastikkirurgisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
6	5004	Organkirurgisk Klinik Br	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
7	5501	Mammae Kirurgisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
8	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
9	6010	Brystkirurgisk Klinik, V	Privathospital Mølholm	Syddanmark
10	7004	Kirurgisk Overafd. P	Århus Universitetshospital	Midtjylland
11	7005	Kirurgisk Overafd. K	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
12	7601	Kirurgisk Afd., Mammacen	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
13	8001	Mammakirurgisk Område	Aalborg Sygehus	Nordjylland
14	8003	Kirurgisk Afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Tabel 2. Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen PA	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Patologisk-anatomisk Ins	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3002	Patologi Afd.	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	6501	Patologisk Institut*	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
9	7004	Patologisk inst.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
10	7005	Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
11	7601	Patologisk inst.	Regionshospitalet Viborg/Skive	Midtjylland
12	8001	Patologisk inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
13	8003	Patologisk-anatomisk Ins	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

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

Tabel 3. Onkologiske afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Onkologisk Afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4	2501	Onkologisk Afd.	Roskilde Sygehus*	Sjælland
5	3004	Mammakirurgisk Afd.	Ringsted Sygehus*	Sjælland
6	3501	Onkologi-Hæmatologi	Næstved Sygehus*	Sjælland
7	4001	Medicinsk Afd.	Bornholms Hospital	Hovedstaden
8	4202	Onkologisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
9	5001	Onkologisk Afd.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
10	5501	Onkologisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
11	6008	Onkologisk Afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
12	6502	Onkologisk Ambulatorium	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13	7003	Onkologisk Afd.	Århus 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.

Table 4. Radioterapi-afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3501	Onkologi-Hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
4	4202	Onkologisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
5	5099	Klinik Strahlentherapie	St.Franziskus-Hospital, Flensborg	(Syddanmark)
6	6008	Onkologisk Afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
7	6502	Onkologisk Ambulatorium	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
8	7003	Onkologisk Afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
9	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

Table 5. Afdelinger der indberetter follow-up af patienter i behandling eller under opfølgning og som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC 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 Afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
6	2501	Onkologisk Afd.	Roskilde Sygehus	Sjælland
7	3004	Mammakirurgisk Afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
8	3501	Onkologi-Hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
9	4001	Medicinsk Afd.	Bornholms Hospital	Hovedstaden
10	4202	Plastikkirurgisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
11	4202	Onkologisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
12	5001	Onkologisk Afd.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
13	5004	Organkirurgisk Klinik Br	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
14	5501	Mammae Kirurgisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
15	5501	Onkologisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
16	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
17	6008	Onkologisk Afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
18	6502	Onkologisk Ambulatorium	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
19	7003	Onkologisk Afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
20	7004	Kirurgisk Overafd. P	Århus Universitetshospital	Midtjylland
21	7005	Kirurgisk Overafd. K	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
22	7601	Kirurgisk Afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
23	8001	Mammakirurgisk Område	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.

I 2013 blev der registreret 4824 patienter i DBCG's transaktionsregister og 4828 i Patobank, hvoraf 268 ikke var kendt i DBCG (tabel 5a). Den nationale databasekomplethed kan derfor bestemmes som: $(4828-268) / 4828 \sim 94 \%$. Databasekompletheden ligger højt i alle regioner mellem 91 og 96 %. Der optræder desuden en alderseffekt, hvor patienter over 75 år har en lavere databasekomplethed 2011-13 (88 %) end patienter under 76 år (97 %) (tabel 5b).

En mindre del af patienterne registreret i DBCG i 2013 er ufuldstændigt indberettet, og for disse kan patologi- eller kirurgiafdelingen være ukendt i DBCG. For disse bestemmes patologiafdelingen ved samkøring med Patobank eller ved anvendelse af kirurgi- eller onkologiafdeling indberettet til DBCG, mens kirurgiafdelingen bestemmes ved samkøring med Patobank eller ved anvendelse patologi- eller onkologiafdeling indberettet til DBCG. Resultatet af denne allokering til afdeling kan ses i "Bestemmelser af opfølgingsafdeling for indikator 7".

Tabel 6a. Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank efter patologisk afdeling i 2013 samt databasekomplethed i 2011-2013. Udtræk fra DBCG's register 20. maj 2014.

Enheda	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCGb	DBCG ej Patobank	Patobankc	Patobank ej DBCG	Komplethed 2013d	Komplethed 2012	Komplethed 2011
DANMARK	5092	4560	4824	264	4828	268	94	96	95
HOVEDSTADEN	1650	1452	1546	94	1556	104	93	95	94
SJÆLLAND	747	671	721	50	697	26	96	97	98
SYDDANMARK	1109	1015	1061	46	1063	48	95	95	94
MIDTJYLLAND	1053	976	1009	33	1020	44	96	97	95
NORDJYLLAND	496	446	454	8	488	42	91	96	94
RIGSHOSPITALET	850	746	779	33	817	71	91	95	92
HERLEV	796	706	763	57	739	33	96	96	96
OPHØRT REG.H	4	0	4	4	0	0	.	20	29
SLAGELSE	692	671	671	0	692	21	97	98	98
OPHØRT REG.SJ	55	0	50	50	5	5	0	17	33
ODENSE	381	343	364	21	360	17	95	96	92
SØNDERBORG	221	218	218	0	221	3	99	96	96
ESBJERG	188	186	187	1	187	1	99	97	97
VEJLE	305	268	278	10	295	27	91	94	92
OPHØRT REG.SYD	14	0	14	14	0	0	.	0	100
HOLSTEBRO	45	37	37	0	45	8	82	68	95
AARHUS	392	360	372	12	380	20	95	94	93
RANDERS	211	198	204	6	205	7	97	99	95
VIBORG	397	381	388	7	390	9	98	99	94
OPHØRT REG.MIDT	8	0	8	8	0	0	.	.	100
AALBORG	318	291	297	6	312	21	93	96	96
HJØRRING	178	155	157	2	176	21	88	97	92
UOPLYST	37	0	33	33	4	4	0	100	100

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

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

c Diagnose invasiv brystkræft registreret højst 30 dage efter operationsdato i DBCG.

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

Tablet 6b. Antal patienter registreret i DBCG eller Patobank og databasekomplethed 2011-2013 efter alder. Udtræk fra DBCG's register 20. maj 2014.

Alder	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG	DBCG ej Patobank	Patobank	Patobank ej DBCG	Komplethedb 2011-2013
<=34 år	257	213	243	30	227	14	94
35-39 år	374	345	365	20	354	9	97
40-49 år	1956	1793	1905	112	1844	51	97
50-59 år	3382	2960	3304	344	3038	78	97
60-69 år	4786	4274	4643	369	4417	143	97
70-75 år	1634	1478	1550	72	1562	84	95
76+ år	2776	2359	2455	96	2680	321	88
Total	15165	13422	14465	1043	14122	700	95

a Diagnose invasiv brystkræft registreret højst 30 dage efter operationsdato i DBCG.

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

Datakomplethed

I DBCG er datakomplethed defineret ved patienter med (a) primær invasiv diagnose, der har en operabel tumor og tilstrækkelig oplysning om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. Desuden inkluderes (b) patienter, der har en præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer, således at patienten må behandles udenfor DBCG's retningslinjer også med hensyn til den adjuverende behandling. Registrering i Patobank er ikke et kriterium for datakomplethed.

I 2013 er kravene til datakomplethed opfyldt for 4141 patienter (ved udtræk fra DBCG's register fra den 20. maj 2014). Heraf var 3940 registreret med diagnosen primær invasiv brystkræft og en operabel tumor, og heraf kunne alle patienter på nær 8 genfindes i Patobank.

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 og 2013 blevet rykket for at få afklaret disse indberetninger, ligesom automatiske rykkersystemer er sat i drift i 2014.

Table 7. DBCG's patientpopulation, patienter med databasekomplethed. Udtræk fra DBCG's register 20. maj 2014.

Population		Operation eller indberetning			Total
		2011	2012	2013	
DBCG total		4911	4730	4824	14465
DBCG med datakomplethed		4162	4134	4141	12437
Fjernmetastase		82	91	101	274
Lokalt avanceret brystkræft		71	86	95	252
Sarkom		1	5	5	11
Primær invasiv brystkræft, tumor operabel*		4008	3952	3940	11900
Heraf Patobank Ja		3997	3941	3932	11870
Heraf Patobank Nej		11	11	8	30
DBCG uden datakomplethed		749	596	683	2028
Heraf Patobank Ja		324	293	439	1056
Heraf Patobank Nej		425	303	244	972
Invasiv diagnose		98	111	213	422
DCIS alene		11	4	8	23
Anden diagnose alene		4	1	0	5
Diagnose ej indberettet		636	480	462	1578

* Ved dataudtræk per 1. april 2014 var patientantallet for 2011-2013 lavere: 3971, 3912, 3861. Det højere antal ved udtræk 20. maj 2014 skyldes formentlig besvarelse af kirurgi- og patologirykkere efter introduktion af DBCG's online rykkersystemer 25. og 23. april 2014.

Demografiske og prognostiske parametre 2010-2013

I dette afsnit præsenteres patienter, som har en primær invasiv diagnose, en operabel tumor og tilstrækkelig oplysning om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. I 2013 opfyldte 3861 patienter i arbejdsregistret disse krav ved udtræk per 1. april, og i det følgende præsenteres de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år i perioden 2010-2013 i Tabel 8.1 til 8.14. 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		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	241	(1.5)	58	(1.3)	66	(1.7)	68	(1.7)	49	(1.3)
35-39 år	407	(2.5)	91	(2.0)	121	(3.0)	87	(2.2)	108	(2.8)
40-49 år	2198	(13.6)	576	(12.9)	528	(13.3)	576	(14.7)	518	(13.4)
50-59 år	3832	(23.6)	1141	(25.5)	897	(22.6)	901	(23.0)	893	(23.1)
60-69 år	5518	(34.0)	1612	(36.0)	1343	(33.8)	1252	(32.0)	1311	(34.0)
70-75 år	1710	(10.5)	412	(9.2)	447	(11.3)	442	(11.3)	409	(10.6)
76+ år	2313	(14.3)	585	(13.1)	569	(14.3)	586	(15.0)	573	(14.8)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.2a Præoperativ diagnose ved billeddiagnostik per år.

	Alle		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Præoperativ diagnose ved billed-diagnostik								
Malign	8782	(74.8)	2949	(74.3)	2903	(74.2)	2930	(75.9)
Suspekt	1964	(16.7)	662	(16.7)	645	(16.5)	657	(17.0)
Benign/atypi	681	(5.8)	232	(5.8)	232	(5.9)	217	(5.6)
Ej udført	211	(1.8)	93	(2.3)	71	(1.8)	47	(1.2)
Uoplyst	106	(0.9)	35	(0.9)	61	(1.6)	10	(0.3)
Total	11744	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Table 8.2b Præoperativ diagnose ved finnålsbiopsi per år. Registreringen ophørte 11. november 2013.

	Alle		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Præoperativ diagnose ved finnålsbiopsi								
Malign	1909	(16.3)	843	(21.2)	584	(14.9)	482	(12.5)
Suspekt	304	(2.6)	121	(3.0)	105	(2.7)	78	(2.0)
Benign/atypi	264	(2.2)	105	(2.6)	76	(1.9)	83	(2.1)
Ej udført	8265	(70.4)	2610	(65.7)	2925	(74.8)	2730	(70.7)
Uoplyst	1002	(8.5)	292	(7.4)	222	(5.7)	488	(12.6)
Total	11744	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Table 8.2c Præoperativ diagnose ved billeddiagnostik og finnålsbiopsi* i 2013.

Præoperativ diagnose ved billeddiagnostik og samtidig FNAC	Finnål (FNAC)										Alle N
	Malign		Suspekt		Benign/atypi		Ej udført		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Billeddiagnostik											
Malign	404	(13.8)	52	(1.8)	52	(1.8)	2033	(69.4)	389	(13.3)	2930
Suspekt	59	(9.0)	17	(2.6)	16	(2.4)	499	(76.0)	66	(10.0)	657
Benign/uspecific	17	(7.8)	8	(3.7)	15	(6.9)	149	(68.7)	28	(12.9)	217
Ej udført	1	(2.1)	1	(2.1)	.	.	42	(89.4)	3	(6.4)	47
Uoplyst	1	(10.0)	.	.	.	.	7	(70.0)	2	(20.0)	10
Alle	482	(12.5)	78	(2.0)	83	(2.1)	2730	(70.7)	488	(12.6)	3861

* Registreringen ophørte 11. november 2013.

Table 8.2d Præoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi per år. Registreringen ophørte 11. november 2013.

	Alle		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Præoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi								
Malign	9739	(82.9)	3272	(82.4)	3315	(84.7)	3152	(81.6)
Suspekt	252	(2.1)	99	(2.5)	79	(2.0)	74	(1.9)
Benign/atypi	183	(1.6)	74	(1.9)	61	(1.6)	48	(1.2)
Ej udført	1140	(9.7)	479	(12.1)	393	(10.0)	268	(6.9)
Uoplyst	430	(3.7)	47	(1.2)	64	(1.6)	319	(8.3)
Total	11744	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.2e Diagnose ved excisionsbiopsi per år.

	Alle		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnose ved excisionsbiopsi								
Nej	10108	(86.1)	3398	(85.6)	3362	(85.9)	3348	(86.7)
Ja	633	(5.4)	209	(5.3)	202	(5.2)	222	(5.7)
Uoplyst	1003	(8.5)	364	(9.2)	348	(8.9)	291	(7.5)
Total	11744	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.3a Operationstype per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operationstype										
Mastektomi	4385	(27.0)	1229	(27.5)	1092	(27.5)	1038	(26.5)	1026	(26.6)
Lumpektomi	10758	(66.3)	2956	(66.1)	2582	(65.0)	2583	(66.0)	2637	(68.3)
Biopsi*	401	(2.5)	102	(2.3)	84	(2.1)	103	(2.6)	112	(2.9)
Mastektomi efter neo-adj	426	(2.6)	135	(3.0)	128	(3.2)	109	(2.8)	54	(1.4)
Lumpektomi efter neo-adj	249	(1.5)	53	(1.2)	85	(2.1)	79	(2.0)	32	(0.8)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(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		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	1127	(25.7)	351	(28.6)	285	(26.1)	252	(24.3)	239	(23.3)
Ja	3254	(74.2)	876	(71.3)	807	(73.9)	786	(75.7)	785	(76.5)
Uoplyst	4	(0.1)	2	(0.2)	.	.	.	.	2	(0.2)

Lumpektomi	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	956	(8.9)	255	(8.6)	227	(8.8)	248	(9.6)	226	(8.6)
Ja	9800	(91.1)	2700	(91.3)	2355	(91.2)	2334	(90.4)	2411	(91.4)
Uoplyst	2	(0.0)	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)	.	.

Biopsi	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	375	(93.5)	98	(96.1)	81	(96.4)	96	(93.2)	100	(89.3)
Ja	24	(6.0)	4	(3.9)	2	(2.4)	6	(5.8)	12	(10.7)
Uoplyst	2	(0.5)	.	.	1	(1.2)	1	(1.0)	.	.

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

Mastektomi efter neo-adj	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	260	(61.0)	89	(65.9)	67	(52.3)	70	(64.2)	34	(63.0)
Ja	128	(30.0)	44	(32.6)	41	(32.0)	23	(21.1)	20	(37.0)
Uoplyst	38	(8.9)	2	(1.5)	20	(15.6)	16	(14.7)	.	.

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

Lumpektomi efter neo-adj	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	87	(34.9)	22	(41.5)	23	(27.1)	24	(30.4)	18	(56.3)
Ja	149	(59.8)	31	(58.5)	54	(63.5)	50	(63.3)	14	(43.8)
Uoplyst	13	(5.2)	.	.	8	(9.4)	5	(6.3)	.	.

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

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

		Alle		2010		2011		2012		2013	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aksilerømning i samme seance	Årsag										
Ja	Valideringsfase	12	(0.5)	7	(0.8)	2	(0.3)	.	.	3	(0.6)
	SN fryser svar	2389	(90.4)	767	(90.9)	631	(91.6)	538	(88.9)	453	(89.5)
	Mistanke om metastase	60	(2.3)	21	(2.5)	15	(2.2)	14	(2.3)	10	(2.0)
	SN ikke fundet	182	(6.9)	48	(5.7)	41	(6.0)	53	(8.8)	40	(7.9)
	Uoplyst	1	(0.0)	1	(0.1)	.	.	.	.	.	.
Total		2644	(100.0)	844	(100.0)	689	(100.0)	605	(100.0)	506	(100.0)

Tabel 8.4 Diagnose per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	12915	(79.6)	3545	(79.2)	3197	(80.5)	3113	(79.6)	3060	(79.3)
Lobulær	1689	(10.4)	453	(10.1)	404	(10.2)	399	(10.2)	433	(11.2)
Mucinøs	339	(2.1)	95	(2.1)	82	(2.1)	91	(2.3)	71	(1.8)
Medullær	52	(0.3)	15	(0.3)	10	(0.3)	17	(0.4)	10	(0.3)
Papillær	120	(0.7)	32	(0.7)	23	(0.6)	41	(1.0)	24	(0.6)
Tubulær	273	(1.7)	89	(2.0)	62	(1.6)	59	(1.5)	63	(1.6)
Andre invasiv	831	(5.1)	246	(5.5)	193	(4.9)	192	(4.9)	200	(5.2)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.5a Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	5	(0.0)	.	.	3	(0.1)	1	(0.0)	1	(0.0)
01-04	8864	(54.7)	2171	(48.5)	2065	(52.0)	2288	(58.5)	2340	(60.6)
05-09	877	(5.4)	245	(5.5)	213	(5.4)	202	(5.2)	217	(5.6)
>=10	5410	(33.4)	1789	(40.0)	1422	(35.8)	1139	(29.1)	1060	(27.5)
Uoplyst	1063	(6.6)	270	(6.0)	268	(6.7)	282	(7.2)	243	(6.3)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.5b Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	9099	(56.1)	2380	(53.2)	2190	(55.1)	2226	(56.9)	2303	(59.6)
01-03	4399	(27.1)	1353	(30.2)	1091	(27.5)	1017	(26.0)	938	(24.3)
>=04	1614	(10.0)	471	(10.5)	411	(10.4)	370	(9.5)	362	(9.4)
Uoplyst	1107	(6.8)	271	(6.1)	279	(7.0)	299	(7.6)	258	(6.7)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.5c Antal lymfeknuder med makrometastaser per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(Makrometastaser)										
00	10297	(63.5)	2788	(62.3)	2502	(63.0)	2503	(64.0)	2504	(64.9)
01-03	3313	(20.4)	980	(21.9)	814	(20.5)	767	(19.6)	752	(19.5)
>=04	1443	(8.9)	427	(9.5)	370	(9.3)	328	(8.4)	318	(8.2)
Uoplyst	1166	(7.2)	280	(6.3)	285	(7.2)	314	(8.0)	287	(7.4)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

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

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo- adjuverende behandling										
01-04	106	(18.2)	27	(17.3)	38	(20.4)	19	(12.2)	22	(25.6)
05-09	39	(6.7)	8	(5.1)	15	(8.1)	12	(7.7)	4	(4.7)
>=10	439	(75.2)	121	(77.6)	133	(71.5)	125	(80.1)	60	(69.8)
Total	584	(100.0)	156	(100.0)	186	(100.0)	156	(100.0)	86	(100.0)

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

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neoadjuverende behandling										
00	210	(39.4)	44	(30.3)	61	(38.6)	59	(42.1)	46	(51.1)
01-03	185	(34.7)	62	(42.8)	53	(33.5)	47	(33.6)	23	(25.6)
>=04	138	(25.9)	39	(26.9)	44	(27.8)	34	(24.3)	21	(23.3)
Total	533	(100.0)	145	(100.0)	158	(100.0)	140	(100.0)	90	(100.0)

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

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor diameter (mm)										
00-10	3691	(22.8)	1023	(22.9)	925	(23.3)	847	(21.7)	896	(23.2)
11-20	6885	(42.5)	1868	(41.7)	1672	(42.1)	1677	(42.9)	1668	(43.2)
21-50	5018	(30.9)	1390	(31.1)	1213	(30.5)	1244	(31.8)	1171	(30.3)
>=51	533	(3.3)	157	(3.5)	135	(3.4)	127	(3.2)	114	(3.0)
Uoplyst	92	(0.6)	37	(0.8)	26	(0.7)	17	(0.4)	12	(0.3)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Tabel 8.8 Malignitetsgrad for duktale og lobulære tumorer per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	513	(4.0)	221	(6.2)	127	(4.0)	107	(3.4)	58	(1.9)
I	3576	(27.7)	1061	(29.9)	857	(26.8)	807	(25.9)	851	(27.8)
II	5425	(42.0)	1372	(38.7)	1351	(42.3)	1378	(44.3)	1324	(43.3)
III	3401	(26.3)	891	(25.1)	862	(27.0)	821	(26.4)	827	(27.0)
Total	12915	(100.0)	3545	(100.0)	3197	(100.0)	3113	(100.0)	3060	(100.0)

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Lobulære tumorer										
Uoplyst	112	(6.6)	47	(10.4)	31	(7.7)	26	(6.5)	8	(1.8)
I	554	(32.8)	161	(35.5)	146	(36.1)	114	(28.6)	133	(30.7)
II	945	(56.0)	226	(49.9)	212	(52.5)	242	(60.7)	265	(61.2)
III	78	(4.6)	19	(4.2)	15	(3.7)	17	(4.3)	27	(6.2)
Total	1689	(100.0)	453	(100.0)	404	(100.0)	399	(100.0)	433	(100.0)

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

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	2225	(13.7)	621	(13.9)	563	(14.2)	559	(14.3)	482	(12.5)
1-9%	245	(1.5)	61	(1.4)	57	(1.4)	66	(1.7)	61	(1.6)
10-100%	13660	(84.2)	3771	(84.3)	3317	(83.5)	3259	(83.3)	3313	(85.8)
Uoplyst	89	(0.5)	22	(0.5)	34	(0.9)	28	(0.7)	5	(0.1)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

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

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	13500	(83.2)	3601	(80.5)	3267	(82.3)	3306	(84.5)	3326	(86.1)
Positiv	2078	(12.8)	626	(14.0)	511	(12.9)	478	(12.2)	463	(12.0)
Uoplyst	641	(4.0)	248	(5.5)	193	(4.9)	128	(3.3)	72	(1.9)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Andelen af HER2 uoplyste falder fra 6 % til 2 % i perioden 2010-2013, mens andelen af HER2 negative stiger fra 81 % til 86 % 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 2013.

	Total	Negativ		Positiv		Uoplyst	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
<=34 år	49	41	(83.7)	8	(16.3)	.	.
35-39 år	108	81	(75.0)	25	(23.1)	2	(1.9)
40-49 år	518	432	(83.4)	85	(16.4)	1	(0.2)
50-59 år	893	774	(86.7)	112	(12.5)	7	(0.8)
60-69 år	1311	1167	(89.0)	132	(10.1)	12	(0.9)
70-75 år	409	365	(89.2)	37	(9.0)	7	(1.7)
76+ år	573	466	(81.3)	64	(11.2)	43	(7.5)
Total	3861	3326	(86.1)	463	(12.0)	72	(1.9)

Tabel 8.12a HER2-score per år.

	Alle		2010		2011		2012		2013	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score										
0	3647	(22.5)	973	(21.7)	931	(23.4)	881	(22.5)	862	(22.3)
1+	7589	(46.8)	1990	(44.5)	1770	(44.6)	1874	(47.9)	1955	(50.6)
2+	2614	(16.1)	745	(16.6)	660	(16.6)	614	(15.7)	595	(15.4)
3+	1830	(11.3)	557	(12.4)	457	(11.5)	430	(11.0)	386	(10.0)
Uoplyst	539	(3.3)	210	(4.7)	153	(3.9)	113	(2.9)	63	(1.6)
Total	16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

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

		Alle		2010		2011		2012		2013	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score	FISH ratio										
0	0.00-1.99	28	(0.2)	3	(0.1)	6	(0.2)	18	(0.5)	1	(0.0)
	2.00 +	1	(0.0)	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
	ubestemt	3618	(22.4)	969	(21.7)	925	(23.4)	863	(22.2)	861	(22.3)
1+	0.00-1.99	71	(0.4)	24	(0.5)	14	(0.4)	19	(0.5)	14	(0.4)
	2.00 +	2	(0.0)	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)	.	.
	ubestemt	7513	(46.5)	1963	(43.9)	1755	(44.5)	1854	(47.7)	1941	(50.3)
2+	0.00-1.99	2195	(13.6)	601	(13.5)	555	(14.1)	541	(13.9)	498	(12.9)
	2.00 +	232	(1.4)	65	(1.5)	49	(1.2)	44	(1.1)	74	(1.9)
	ubestemt	187	(1.2)	79	(1.8)	56	(1.4)	29	(0.7)	23	(0.6)
3+	0.00-1.99	5	(0.0)	1	(0.0)	2	(0.1)	.	.	2	(0.1)
	2.00 +	47	(0.3)	21	(0.5)	6	(0.2)	11	(0.3)	9	(0.2)
	ubestemt	1775	(11.0)	532	(11.9)	449	(11.4)	419	(10.8)	375	(9.7)
Uoplyst	0.00-1.99	74	(0.5)	40	(0.9)	11	(0.3)	12	(0.3)	11	(0.3)
	2.00 +	11	(0.1)	1	(0.0)	5	(0.1)	2	(0.1)	3	(0.1)
	ubestemt	403	(2.5)	167	(3.7)	112	(2.8)	77	(2.0)	47	(1.2)

Tabel 8.13 Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

		Alle		2010		2011		2012		2013	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe											
Ej protokol		410	(2.5)	90	(2.0)	70	(1.8)	111	(2.8)	139	(3.6)
A lavrisiko		1555	(9.6)	623	(13.9)	421	(10.6)	251	(6.4)	260	(6.7)
B, R+/? : KT,ET		5283	(32.6)	1357	(30.3)	1255	(31.6)	1291	(33.0)	1380	(35.7)
C, R+/? : ET		6772	(41.8)	1789	(40.0)	1667	(42.0)	1706	(43.6)	1610	(41.7)
D, R-: KT		2199	(13.6)	616	(13.8)	558	(14.1)	553	(14.1)	472	(12.2)
Total		16219	(100.0)	4475	(100.0)	3971	(100.0)	3912	(100.0)	3861	(100.0)

Table 8.14 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	%	
År	Fundet ved screening							
2010	Nej	143	(15.7)	754	(83.0)	11	(1.2)	908
	Ja	628	(37.8)	1031	(62.1)	1	(0.1)	1660
	Uoplyst	53	(28.6)	132	(71.4)	.	.	185
2011	Nej	112	(15.3)	614	(83.9)	6	(0.8)	732
	Ja	519	(40.1)	773	(59.8)	1	(0.1)	1293
	Uoplyst	66	(30.7)	149	(69.3)	.	.	215
2012	Nej	115	(14.6)	662	(84.3)	8	(1.0)	785
	Ja	462	(37.7)	762	(62.2)	1	(0.1)	1225
	Uoplyst	43	(30.1)	100	(69.9)	.	.	143
2013	Nej	132	(15.5)	719	(84.4)	1	(0.1)	852
	Ja	528	(41.0)	761	(59.0)	.	.	1289
	Uoplyst	20	(31.7)	42	(66.7)	1	(1.6)	63
Alle		2821	(30.2)	6499	(69.5)	30	(0.3)	9350

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 kendt risikoallokering (lavrisiko, højrisko og uden for risikoklassifikation), diagnosen invasiv brystkræft (IBC), operabel tumor og med alder mellem 18 og 75. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på kirurgi- og patologi-afdelinger ses i tabel 9a og 9b. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatorværdien såfremt data for de relevante variable er uoplyste. Andelen af tilstrækkeligt oplyste patienter betegnes som komplettheden. 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 kontrol-diagrammer for hver indikator og administrativ enhed (nationalt og regionalt niveau og afdelingsniveau).

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

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2010	2011	2012	2013	
	N	N	N	N	N
DBCG kode					
DANMARK	3890	3402	3326	3288	13906
HOVEDSTADEN	1105	953	1011	1018	4087
SJÆLLAND	706	547	473	506	2232
SYDDANMARK	917	805	774	724	3220
MIDTJYLLAND	784	736	719	726	2965
NORDJYLLAND	330	330	323	304	1287
RIGSHOSPITALET	536	477	514	568	2095
HERLEV	569	476	497	450	1992
RINGSTED	706	547	473	506	2232
ODENSE	192	208	253	239	892
AABENRAA	231	173	155	162	721
ESBJERG	227	171	129	141	668
VEJLE	267	253	237	182	939
AARHUS	262	261	245	279	1047
RANDERS	160	135	148	146	589
VIBORG	217	232	326	301	1076
OPHØRT REG.MIDT	145	108	.	.	253
AALBORG	218	230	215	188	851
HJØRRING	112	100	108	116	436
HAMLET	19	12	18	3	52
MØLHOLM	26	19	8	6	59
UOPLYST	3	.	.	1	4

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

Antal patienter per patologisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle N
	2010	2011	2012	2013	
	N	N	N	N	
DBCG kode					
DANMARK	3890	3402	3326	3288	13906
HOVEDSTADEN	1116	962	1025	1019	4122
SJÆLLAND	715	550	476	508	2249
SYDDANMARK	940	822	782	727	3271
MIDTJYLLAND	788	736	720	730	2974
NORDJYLLAND	331	330	323	304	1288
RIGSHOSPITALET	546	484	527	568	2125
HERLEV	570	476	498	451	1995
OPHØRT REG.H	.	2	.	.	2
SLAGELSE	714	550	476	508	2248
OPHØRT REG.SJ	1	.	.	.	1
ODENSE	186	203	253	239	881
SØNDERBORG	232	176	155	160	723
ESBJERG	228	172	129	141	670
VEJLE	294	270	245	187	996
OPHØRT REG.SYD	.	1	.	.	1
HOLSTEBRO	145	108	2	3	258
AARHUS	264	260	243	280	1047
RANDERS	162	133	150	148	593
VIBORG	.	61	325	299	685
OPHØRT REG.MIDT	217	174	.	.	391
AALBORG	218	229	216	187	850
HJØRRING	113	101	107	117	438
UOPLYST	.	2	.	.	2

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 %.

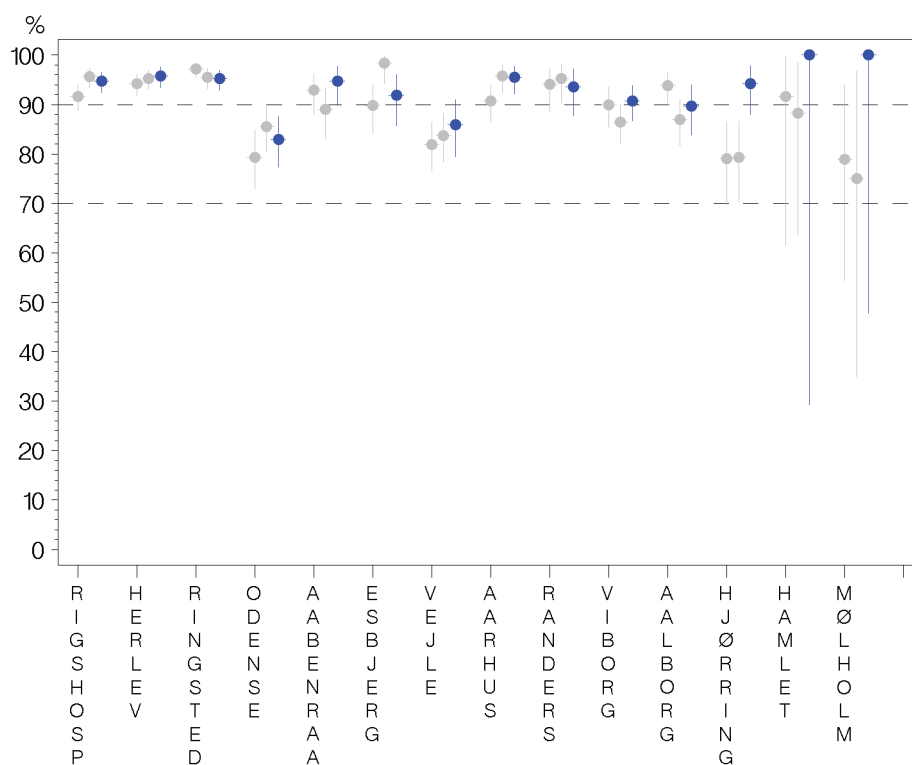
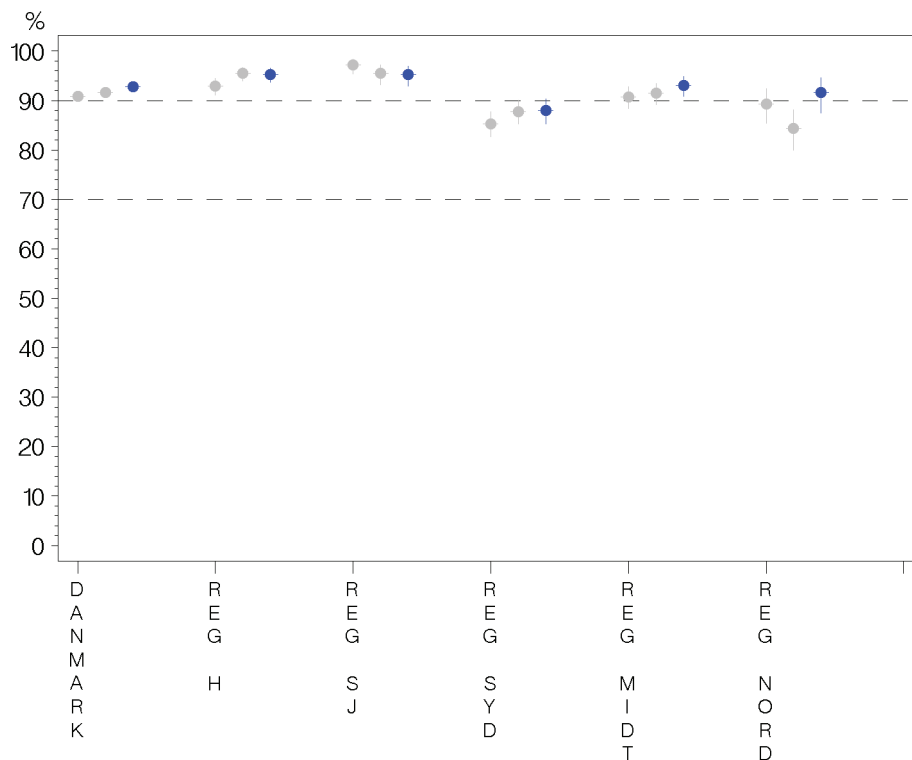
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år med påvist invasiv brystkræft.

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.

Indtil 1. juni 2010 registrerede DBCG alene anvendelse, men ikke resultat af diagnostisk metode. Da denne praksis blev anset for upræcis, indførtes fra 1. juni 2010 en registrering af både diagnostisk metode og resultat for henholdsvis billeddiagnostik, finnålsbiopsi og grovnålsbiopsi. Fra 11. november 2013 ophørte registreringen af finnålsbiopsi og grovnålsbiopsi, ud fra et ønske om at mindske indberetningsbyrden. I nærværende rapport bestemmes indikatoren for perioden 2011-2013 uden justering for den ændrede registreringspraksis.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose 2011-2013.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	3234	92	2966	2754	212	93 (92-94)	92	99	91	99
HOVEDSTADEN	1011	91	921	877	44	95 (94-97)	95	98	93	99
SJÆLLAND	495	94	463	441	22	95 (93-97)	96	99	97	99
SYDDANMARK	705	93	659	580	79	88 (85-90)	88	99	85	99
MIDTJYLLAND	711	92	653	608	45	93 (91-95)	91	99	91	100
NORDJYLLAND	302	86	261	239	22	92 (88-95)	84	99	89	99
RIGSHOSPITALET	564	91	515	488	27	95 (92-97)	96	98	92	99
HERLEV	447	91	406	389	17	96 (93-98)	95	99	94	100
RINGSTED	495	94	463	441	22	95 (93-97)	96	99	97	99
ODENSE	235	97	228	189	39	83 (77-88)	85	98	79	99
AABENRAA	162	93	151	143	8	95 (90-98)	89	100	93	99
ESBJERG	136	91	124	114	10	92 (86-96)	98	98	90	99
VEJLE	172	91	156	134	22	86 (79-91)	84	100	82	99
AARHUS	274	91	248	237	11	96 (92-98)	96	99	91	100
RANDERS	140	89	124	116	8	94 (88-97)	95	99	94	100
VIBORG	297	95	281	255	26	91 (87-94)	86	100	90	100
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	89	99
AALBORG	186	84	156	140	16	90 (84-94)	87	100	94	99
HJØRRING	116	91	105	99	6	94 (88-98)	79	98	79	100
HAMLET	3	100	3	3	0	100 (29-100)	88	94	92	100
MØLHOLM	6	83	5	5	0	100 (48-100)	75	100	79	100
UOPLYST	1	100	1	1	0	100 (3-100)	.	.	.	.



Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 2

Den nationale indberetningskomplethed er faldet fra 99 % i 2012 til 92 % i 2013, hvilket kan tilskrives at registreringen af finnålsbiopsi og grovnålsbiopsi ophørte fra 11. november 2013. Den nationale indikatoropfyldelse er i samme periode steget fra 91 % til 93 %, men der består stadig store regionale forskelle med en uændret indikatoropfyldelse i Region Syddanmark på kun 88 %. Den nationale fremgang kan henføres til bedre resultater i Region Nordjylland, der havde 92 % opfyldelse i 2013 mod kun 84 % i 2012, og i Region Midtjylland, der havde 93 % opfyldelse i 2013 og 91 % i 2012. Det bemærkes, at centrene i Odense og Vejle i 2013 stadig ligger under gennemsnittet, mens centret i Hjørring i 2013 har forbedret resultatet væsentligt.

Styregruppens kommentarer til indikator 2

De registreringer, der har ligget til grund for denne indikator (svar på billeddiagnostik og biopsi), er efter beslutning i Kirurgisk Udvalg ophørt i november 2013. Det er derfor ikke længere muligt at beregne indikatorværdien, og det er derfor besluttet af Styregruppen, at indikatoren herefter udgår af indikatorsættet. Det overordnede billede af resultatet for indikatoren i 2013 er tilfredsstillende. Alle afdelinger ligger pænt over det acceptable niveau, og de fleste er også over det ønskværdige resultat. På baggrund heraf ser Styregruppen ingen problemer med, at indikatoren udgår.

Anbefalinger til indikator 2

Ingen anbefalinger.

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, for in situ tumor og for benign brystforandring udført på den kirurgiske klinik.

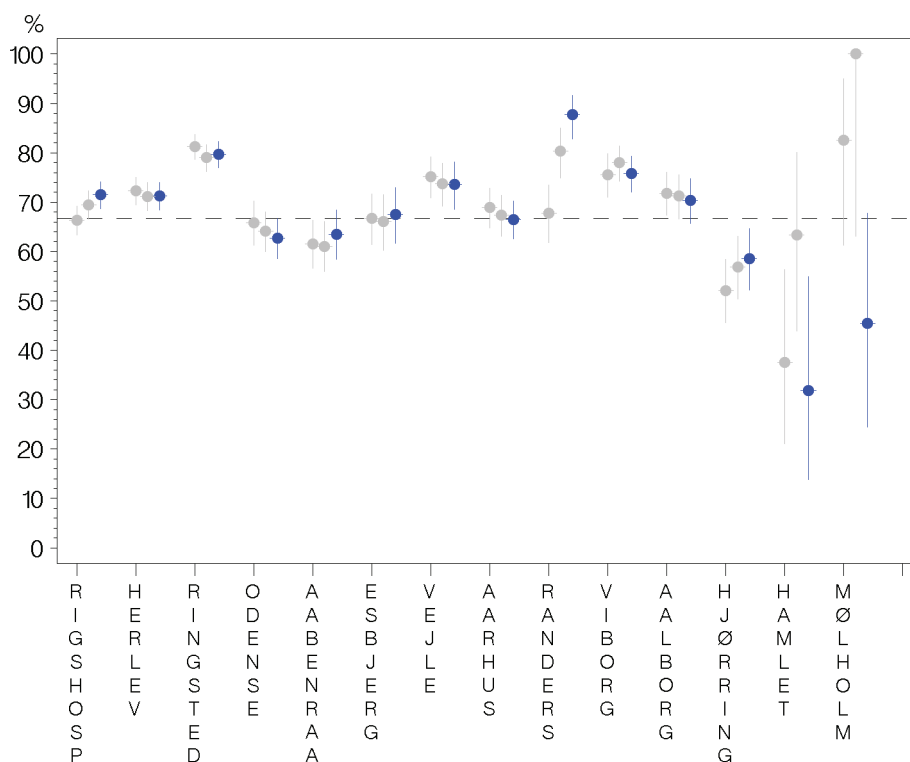
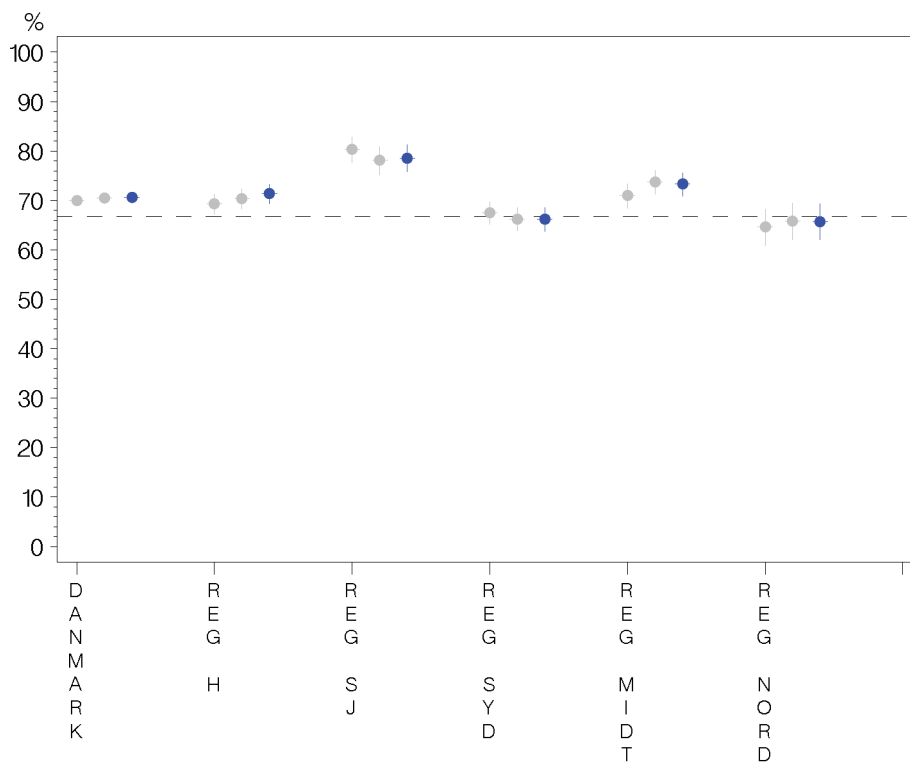
Formål: En høj benign operationsaktivitet bør medføre en vurdering af kvaliteten af den præoperative diagnostiske udredning, herunder især kvaliteten af samarbejdet mellem billeddiagnostiker og patolog. Desuden bør mulighederne for benign mammakirurgi i privat speciallægepraksis klarlægges.

Indikator 3 beskriver forholdet mellem kirurgiske indgreb med diagnoserne malign og in situ og indgreb med benign diagnose alene. 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 2013: Incisioner, biopsier og sutur af bryst, resektioner af bryst og mastektomier.

I forhold til tidligere årsrapporter har styregruppen fra 2013 besluttet at forenkle indikatorspecifikationen, således at patienter med in situ diagnoser og en række accepterede benigne diagnoser ikke længere ekskluderes fra indikatorpopulationen. Desuden regnes indikatoren nu for opfyldt både ved indgreb med maligne og in situ diagnoser. For en nærmere beskrivelse af hvordan indikatoren bestemmes se 'Teknisk beskrivelse af indikatorer'.

Indikator 3: Andel maligne og in situ diagnoser blandt kvinder 18-75 år opereret i brystet i 2011-2013. Indikatorværdien svarer til andel malign og in situ. Alle resultater er beregnet med den reviderede indikatorspecifikation indført fra årsrapport 2013.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	5836	100	5836	4011	1825	69 (68-70)	69	100	69	100
HOVEDSTADEN	1855	100	1855	1288	567	69 (67-72)	69	100	68	100
SJÆLLAND	787	100	787	609	178	77 (74-80)	76	100	79	100
SYDDANMARK	1327	100	1327	860	467	65 (62-67)	66	100	67	100
MIDTJYLLAND	1214	100	1214	857	357	71 (68-73)	72	100	69	100
NORDJYLLAND	596	100	596	380	216	64 (60-68)	65	100	64	100
RIGSHOSPITALET	979	100	979	685	294	70 (67-73)	69	100	65	100
HERLEV	875	100	875	603	272	69 (66-72)	70	100	71	100
OPHØRT REG.H	1	100	1	0	1	0 (0-98)	.	.	.	.
RINGSTED	775	100	775	609	166	79 (76-81)	77	100	80	100
OPHØRT REG.SJ	12	100	12	0	12	0 (0-26)	0	100	0	100
ODENSE	467	100	467	288	179	62 (57-66)	65	100	67	100
AABENRAA	322	100	322	201	121	62 (57-68)	59	100	59	100
ESBJERG	238	100	238	156	82	66 (59-72)	65	100	66	100
VEJLE	300	100	300	215	85	72 (66-77)	73	100	74	100
AARHUS	533	100	533	343	190	64 (60-68)	67	100	67	100
RANDERS	198	100	198	170	28	86 (80-90)	78	100	67	100
VIBORG	471	100	471	343	128	73 (69-77)	76	100	73	100
OPHØRT REG.MIDT	12	100	12	1	11	8 (0-38)	0	100	70	100
AALBORG	365	100	365	252	113	69 (64-74)	71	100	72	100
HJØRRING	230	100	230	128	102	56 (49-62)	54	100	50	100
OPHØRT REG.NORD	1	100	1	0	1	0 (0-98)	.	.	.	.
HAMLET	22	100	22	7	15	32 (14-55)	63	100	38	100
MØLHOLM	21	100	21	9	12	43 (22-66)	100	100	83	100
UOPLYST	14	100	14	1	13	7 (0-34)	0	100	0	100



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (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. Den nye indikatorspecifikation indført i nærværende årsrapport betyder ændringer af både indikatorpopulation og af kriterierne for indikatoropfyldelse. For patienter opereret i 2012 er det nationale resultat med den nye specifikation 69 % opfyldelse, hvilket er lavere end resultat bestemt med den gamle indikatorspecifikation i årsrapport 2012, som viste 72 % opfyldelse. Det nationale resultat for 2013 er 69 % opfyldelse, men dækker over betydelige forskelle mellem regionerne. Andelen af maligne og in situ diagnoser blandt brystopererede kvinder varierer fra 77 % i Region Sjælland, over 71 % og 69 % i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, til 65 % og 64 % i Region Syddanmark og Region Nordjylland.

Styregruppens kommentarer til indikator 3

For denne indikators vedkommende er der relativt stor forskel imellem de enkelte afdelinger. De fleste ligger dog tæt på eller over den 3:2 fordeling mellem maligne og benigne indgreb, som der er lagt til grund for referenceværdien. Kun en enkelt af de offentlige afdelinger ligger signifikant lavere. Der er en tendens i retning af, at andelen af benigne i forhold til maligne indgreb er lavest ved de store afdelinger.

Anbefalinger til indikator 3

Afdelingen i Hjørring ligger igen for 2013 signifikant under landsgennemsnittet, om end indikatorværdien er lidt bedre end forrige år. Man bør gøre en fortsat og forbedret indsats for at opnå et acceptabelt niveau.

Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden

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

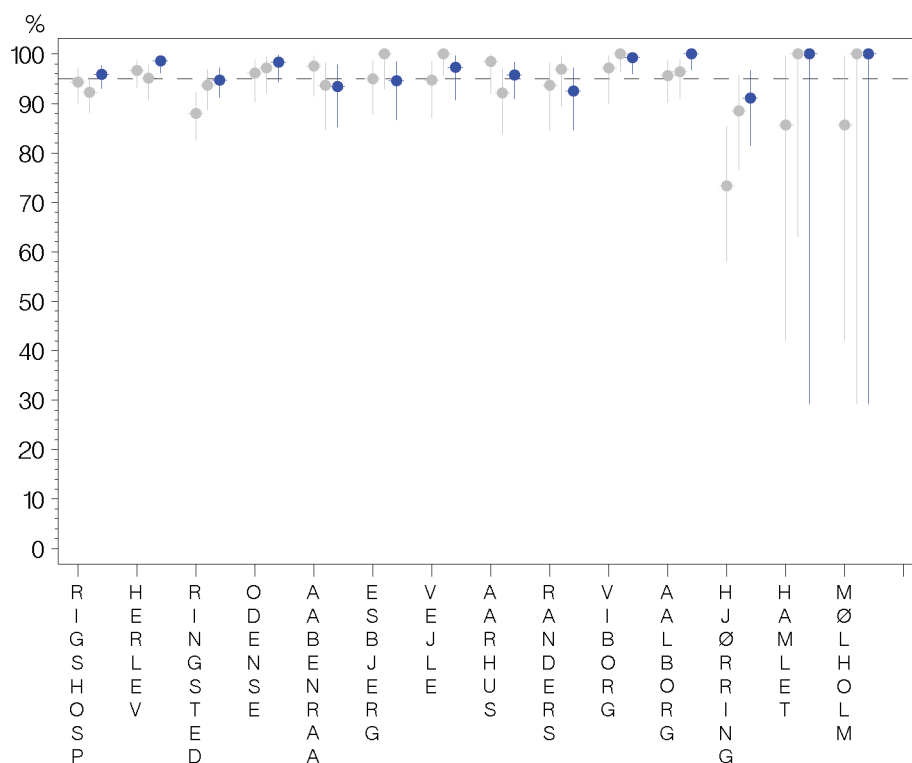
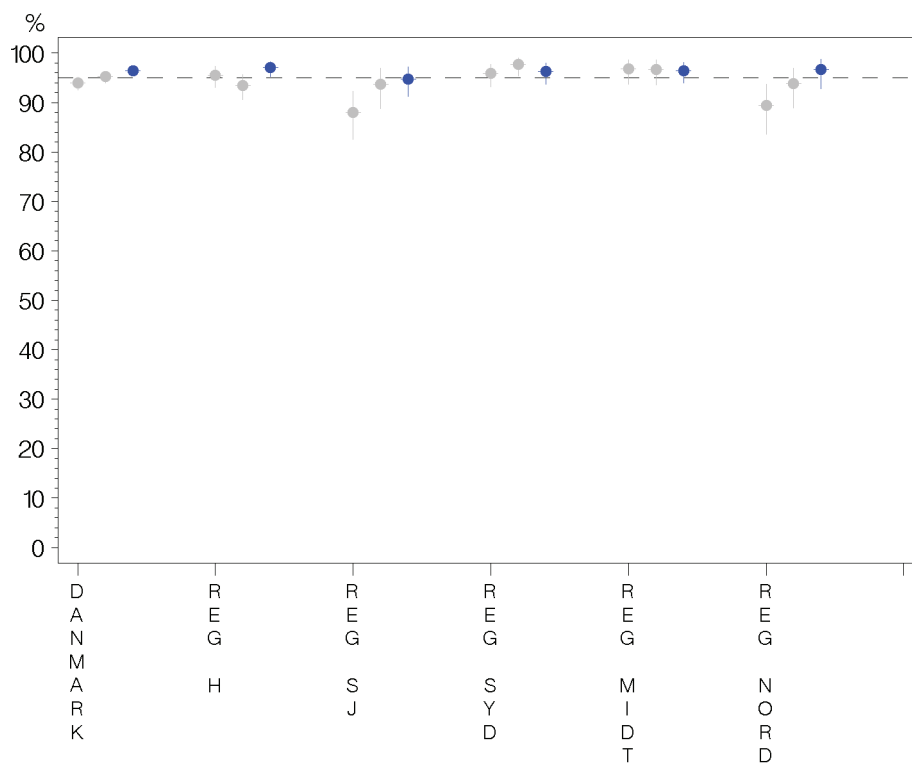
Standard: Der findes ikke danske referenceværdier. Et bedste bud er > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år med påvist invasiv brystkræft. Indtil 6. februar 2013 omfattede indikatorpopulationen patienter, der var lymfeknude-negative (ingen makro- eller mikrometastaser) og desuden ikke havde lymfeknuder med isolerede tumorceller. Efter indførelsen af nye retningslinjer 6. februar 2013 inkluderes patienter med lymfeknude-negativ status eller med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller.

Formål: Statuering af aksilstatus udelukkende med sentinel node metoden er ønskelig for patienter, der er lymfeknude-negative og eller har højst to lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller.

Indikator 4: Aksilstatus fastlagt udelukkende med SN-metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	1686	100	1686	1625	61	96 (95-97)	95	100	94	100
HOVEDSTADEN	542	100	542	526	16	97 (95-98)	93	100	96	100
SJÆLLAND	249	100	249	236	13	95 (91-97)	94	100	88	100
SYDDANMARK	350	100	350	337	13	96 (94-98)	98	100	96	100
MIDTJYLLAND	360	100	360	347	13	96 (94-98)	97	100	97	100
NORDJYLLAND	179	100	179	173	6	97 (93-99)	94	100	89	100
RIGSHOSPITALET	313	100	313	300	13	96 (93-98)	92	100	94	100
HERLEV	229	100	229	226	3	99 (96-100)	95	100	97	100
RINGSTED	249	100	249	236	13	95 (91-97)	94	100	88	100
ODENSE	125	100	125	123	2	98 (94-100)	97	100	96	100
AABENRAA	76	100	76	71	5	93 (85-98)	94	100	98	100
ESBJERG	74	100	74	70	4	95 (87-99)	100	100	95	100
VEJLE	75	100	75	73	2	97 (91-100)	100	100	95	100
AARHUS	142	100	142	136	6	96 (91-98)	92	100	99	100
RANDERS	81	100	81	75	6	93 (85-97)	97	100	94	100
VIBORG	137	100	137	136	1	99 (96-100)	100	100	97	100
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	98	100
AALBORG	112	100	112	112	0	100 (97-100)	96	100	96	100
HJØRRING	67	100	67	61	6	91 (82-97)	88	100	73	100
HAMLET	3	100	3	3	0	100 (29-100)	100	100	86	100
MØLHOLM	3	100	3	3	0	100 (29-100)	100	100	86	100



Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 4

Opfyldelse af indikatoren sker, når supplerende aksilindgreb ikke foretages, og der højst udtages 9 lymfeknuder. Indikatoropfyldelsen ligger højt i alle regioner, mellem 95 og 97 %. Det nationale indikatorresultat, 96 %, er forbedret i forhold til 2012 og 2011, der havde 95 og 94 % opfyldelse. Da indikatorspecifikation følger de ændrede retningslinjer per 6. februar 2013, kan forbedringen af indikatorresultatet både skyldes de ændrede kriterier og efterindberetning af ufuldstændige data.

Styregruppens kommentarer til indikator 4

Det overordnede resultat er tilfredsstillende, idet landsresultatet ligger lige over den nationale referenceværdi på 95 %. Billedet er ensartet med meget lille variation mellem de enkelte afdelinger, og ingen ligger signifikant under referenceværdien. Det gælder også afdelingen i Hjørring, der i sidste års rapport fik en anmærkning, og som i 2013 ligger på et acceptabelt niveau.

Anbefalinger til indikator 4

Ingen.

Indikator 5: Npos patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder

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

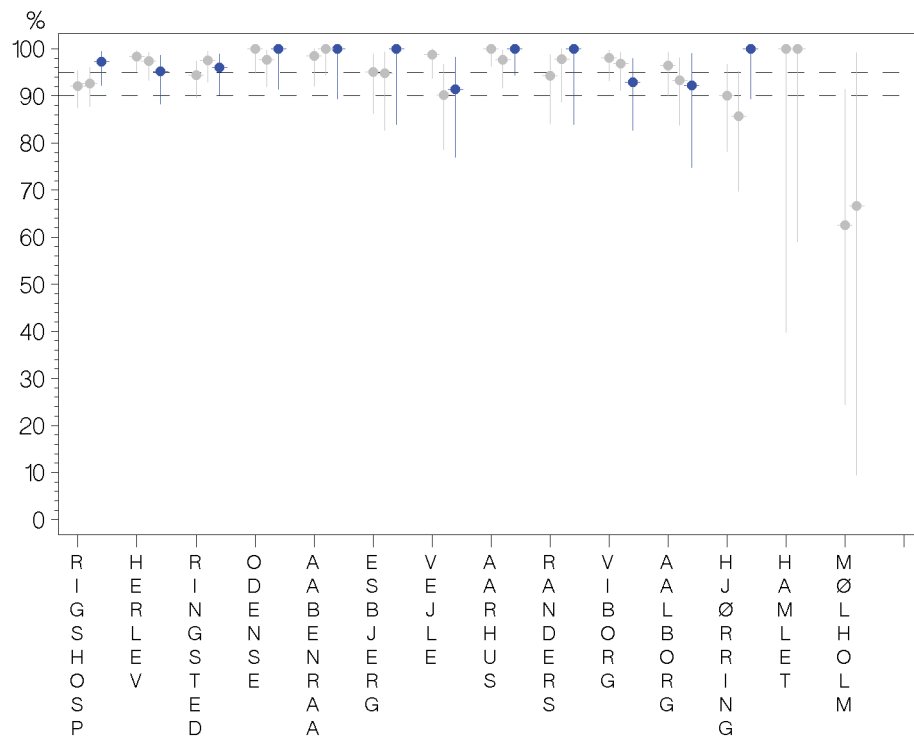
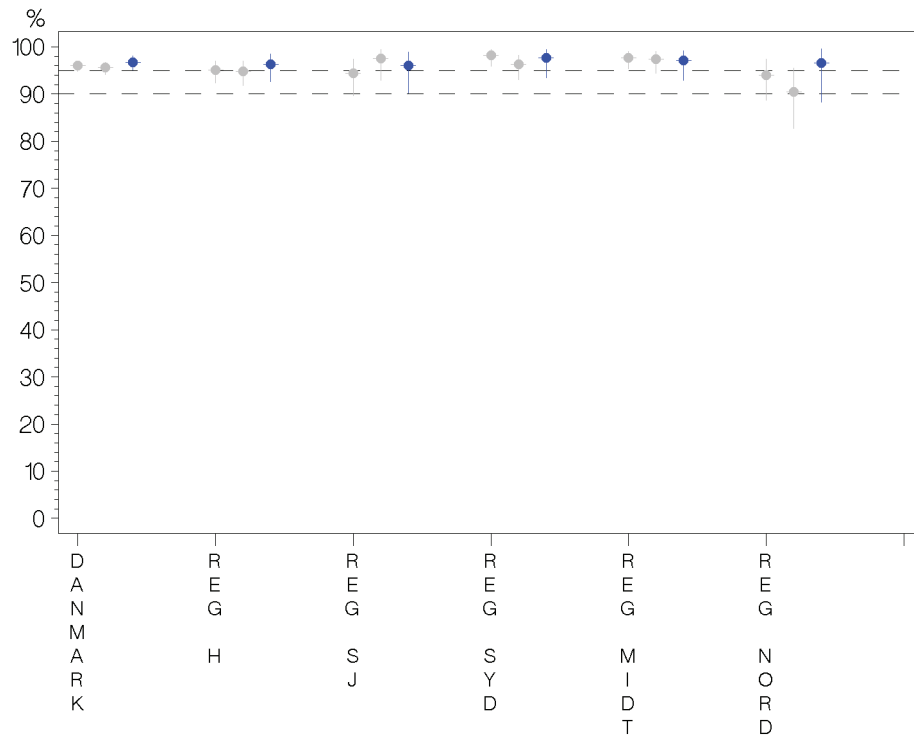
Standard: Acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år med påvist invasiv brystkræft, lymfeknude-metastaser og indberetning af aksilindgreb. Fra 2012 inkluderes patienter med aksilindgreb efter neo-adjuverende behandling. Efter indførelsen af nye retningslinjer 6. februar 2013 ekskluderes patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller, idet aksilrømning ikke længere er indikeret for denne gruppe.

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

Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i 2011-2013.

Enhed	Poten- tiel næv- ner	Komplet- hed (%)	Nævner	Tæller	Ej op- fyldt	Andel 2013 med KI (%)	An- del 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	630	99	625	605	20	97 (95-98)	96	99	96	99
HOVEDSTADEN	194	100	194	187	7	96 (93-99)	95	100	95	99
SJÆLLAND	103	98	101	97	4	96 (90-99)	98	96	94	95
SYDDANMARK	132	98	130	127	3	98 (93-100)	96	97	98	99
MIDTJYLLAND	142	99	141	137	4	97 (93-99)	97	100	98	100
NORDJYLLAND	59	100	59	57	2	97 (88-100)	91	100	94	100
RIGSHOSPITALET	110	100	110	107	3	97 (92-99)	93	100	92	100
HERLEV	84	100	84	80	4	95 (88-99)	97	100	98	99
RINGSTED	103	98	101	97	4	96 (90-99)	98	96	94	95
ODENSE	41	100	41	41	0	100 (91-100)	98	99	100	100
AABENRAA	33	100	33	33	0	100 (89-100)	100	98	99	99
ESBJERG	21	100	21	21	0	100 (84-100)	95	100	95	100
VEJLE	37	95	35	32	3	91 (77-98)	90	89	99	98
AARHUS	64	100	64	64	0	100 (94-100)	98	100	100	100
RANDERS	22	95	21	21	0	100 (84-100)	98	98	94	100
VIBORG	56	100	56	52	4	93 (83-98)	97	100	98	100
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	96	100
AALBORG	26	100	26	24	2	92 (75-99)	93	100	96	100
HJØRRING	33	100	33	33	0	100 (89-100)	86	100	90	100
HAMLET	0	.	0	0	0	. (-.)	100	100	100	100
MØLHOLM	0	.	0	0	0	. (-.)	67	100	63	100



Indikator 5: Npos patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 5

Den regionsvise indberetningskomplethed for denne indikator ligger højt mellem 98 og 100 %. Opfyldelse af indikatoren sker, når der ved aksilindgrebet udtages mindst 10 lymfeknuder. Set over perioden 2011-2013 ligger indikatoropfyldelsen generelt højt på 94-98 %, dog havde Region Nordjylland i 2012 en lavere opfyldelse på 91 %. Dette kan være forårsaget af tilfældige udfald i et relativt lille patientmateriale (n=96, årsrapport 2012).

Styregruppens kommentarer til indikator 5

Som for den forrige indikator er det generelle resultat meget tilfredsstillende. Alle regioner lever op til en meget høj standard over referenceværdien på 95%. Adskillige afdelinger ligger på 100%, og der er kun få, der ikke når op på referenceværdien. For dem ligger, er der ikke tale om en signifikant afvigelse. Det skal også her bemærkes, at man i Hjørring har optimeret sine resultater og nu ligger på en 100% opfyldelse af denne indikator. Det er en meget markant forbedring.

Anbefalinger til indikator 5

Om end niveauet er acceptabelt, er der mulighed for forbedring ved afdelingerne i Vejle, Viborg og Aalborg.

Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter

Beskrivelse: Indberetning af patienter med datakomplethed til DBCG's transaktionsregister på mamma- og kirurgiskema, patologiskema, komorbiditetsskema, sentinel node skema, flowskema eller strålebehandlingsskema.

Standard: Denne indikator bliver fra årsrapport 2013 bestemt som andelen af patienter med datakomplethed i forhold til alle patienter kendt i DBCG (databasekomplethed). Der foreligger ingen standardværdi.

Indikatorpopulation: Kvinder indberettet til DBCG's transaktionsregister med indikation invasiv brystkræft eller med manglende indikation.

Formål: At belyse andelen af indberetning med datakomplethed, der defineres ved patienter med (a) primær invasiv diagnose, operabel tumor og risikoallokering ifølge DBCG's retningslinjer til protokol A, B, C, D eller NUL. Desuden inkluderes patienter, der (b) har en præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer.

Med den nye indikatordefinition indført i årsrapport 2013 kan en lav datakomplethed have to årsager: 1) Indberetning af 'løse' skemaer (f.eks. komorbiditet), hvor den invasive indikation efterfølgende ikke holder, men hvor afdelingen glemmer at korrigere indberetningen. 2) Indberetning af korrekte patientdata, hvor manglende indberetning fra andre afdelinger forårsager manglende datakomplethed.

Indikatoren er ikke specificeret til at afklare hvilke indberetninger, der forårsager manglende indikatoropfyldelse. Med implementeringen af DBCG's websystem for kirurgi- og patologirykkere i foråret 2014 bliver det fremover lettere at finde årsagen til manglende opfyldelse.

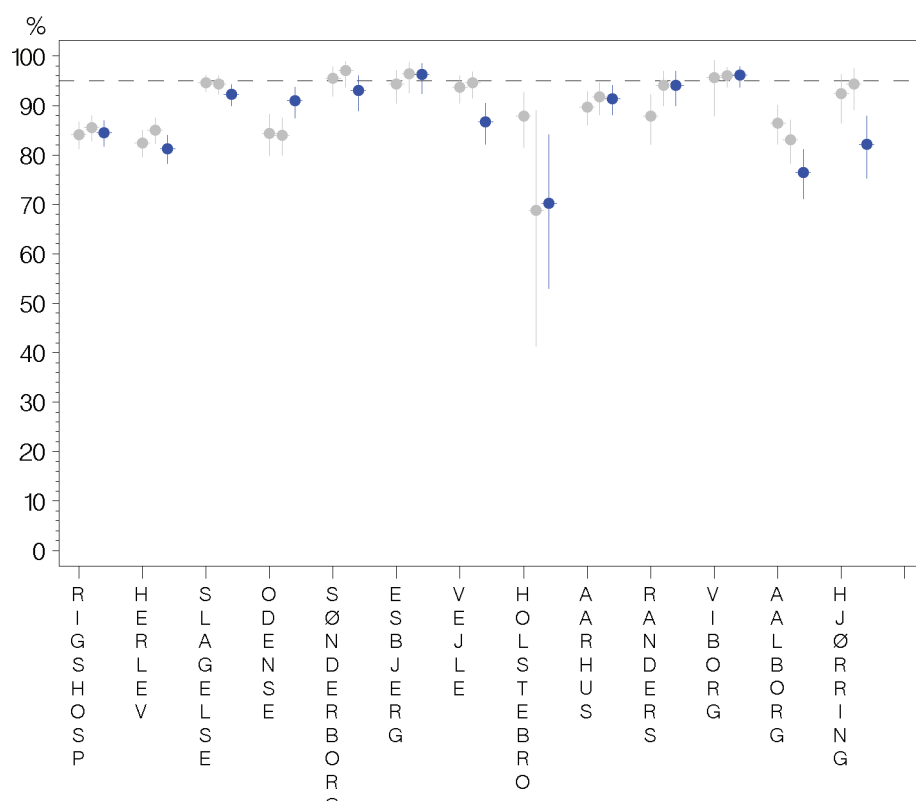
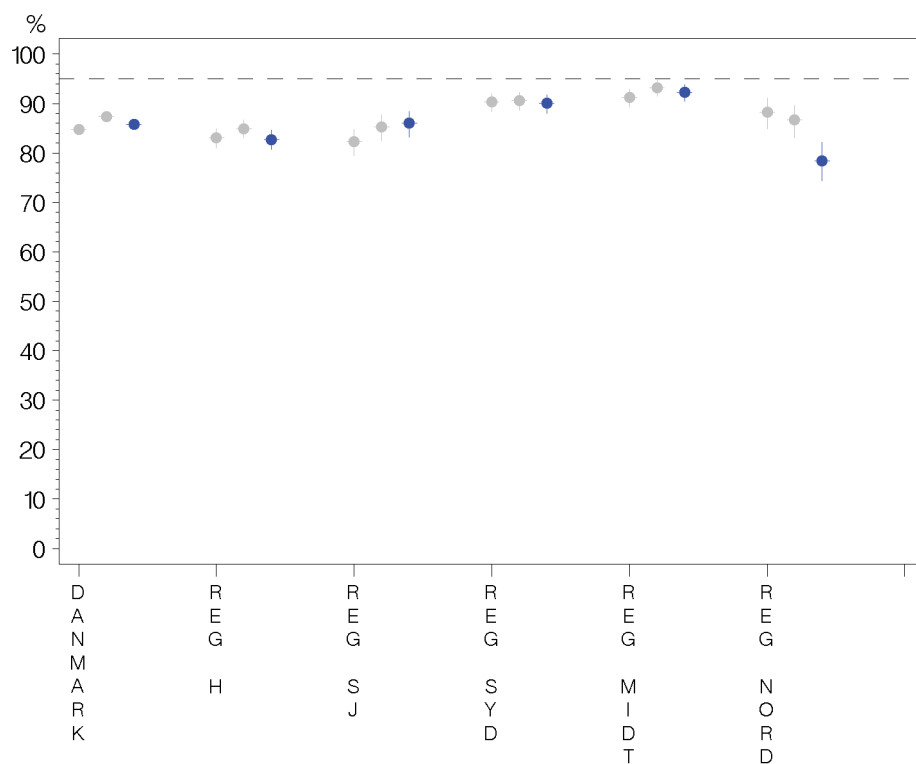
En mindre del af patienterne registreret i DBCG's transaktionsregister er ufuldstændigt indberettet, og for disse kan patologi- og/eller kirurgiafdelingen være ukendt. For patienter med ukendt patologiafdeling er denne fastlagt ved samkøring med Patobank eller ved anvendelse af DBCG kirurgi- eller onkologiafdeling. For patienter med ukendt kirurgiafdeling er denne fastlagt ved samkøring med Patobank eller ved anvendelse af DBCG patologi- eller onkologiafdeling. Disse procedurer er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 7', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter patologisk afdeling 2011-2013.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	4824	100	4824	4141	683	86 (85-87)	87	100	85	100
HOVEDSTADEN	1546	100	1546	1279	267	83 (81-85)	85	100	83	100
SJÆLLAND	721	100	721	620	101	86 (83-88)	85	100	82	100
SYDDANMARK	1061	100	1061	955	106	90 (88-92)	91	100	90	100
MIDTJYLLAND	1009	100	1009	931	78	92 (90-94)	93	100	91	100
NORDJYLLAND	454	100	454	356	98	78 (74-82)	87	100	88	100
RIGSHOSPITALET	779	100	779	658	121	84 (82-87)	86	100	84	100
HERLEV	763	100	763	620	143	81 (78-84)	85	100	82	100
OPHØRT REG.H	4	100	4	1	3	25 (1-81)	0	100	33	100
SLAGELSE	671	100	671	619	52	92 (90-94)	94	100	95	100
OPHØRT REG.SJ	50	100	50	1	49	2 (0-11)	0	100	2	100
ODENSE	364	100	364	331	33	91 (88-94)	84	100	84	100
SØNDERBORG	218	100	218	203	15	93 (89-96)	97	100	95	100
ESBJERG	187	100	187	180	7	96 (92-98)	96	100	94	100
VEJLE	278	100	278	241	37	87 (82-90)	95	100	94	100
OPHØRT REG.SYD	14	100	14	0	14	0 (0-23)	0	100	12	100
HOLSTEBRO	37	100	37	26	11	70 (53-84)	69	100	88	100
AARHUS	372	100	372	340	32	91 (88-94)	92	100	90	100
RANDERS	204	100	204	192	12	94 (90-97)	94	100	88	100
VIBORG	388	100	388	373	15	96 (94-98)	96	100	96	100
OPHØRT REG.MIDT	8	100	8	0	8	0 (0-37)	0	100	97	100
AALBORG	297	100	297	227	70	76 (71-81)	83	100	86	100
HJØRRING	157	100	157	129	28	82 (75-88)	94	100	92	100
UOPLYST	33	100	33	0	33	0 (0-11)	2	100	0	100

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter kirurgisk afdeling 2011-2013.

Enhed	Poten- tiel næv- ner	Komplet- hed (%)	Nævner	Tæller	Ej op- fyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	4824	100	4824	4141	683	86 (85-87)	87	100	85	100
HOVEDSTADEN	1548	100	1548	1281	267	83 (81-85)	85	100	83	100
SJÆLLAND	714	100	714	615	99	86 (83-89)	85	100	82	100
SYDDANMARK	1056	100	1056	951	105	90 (88-92)	91	100	90	100
MIDTJYLLAND	1007	100	1007	928	79	92 (90-94)	93	100	91	100
NORDJYLLAND	453	100	453	356	97	79 (75-82)	87	100	88	100
RIGSHOSPITALET	783	100	783	661	122	84 (82-87)	85	100	84	100
HERLEV	761	100	761	619	142	81 (78-84)	85	100	82	100
OPHØRT REG.H	4	100	4	1	3	25 (1-81)	0	100	0	100
RINGSTED	705	100	705	615	90	87 (85-90)	86	100	82	100
OPHØRT REG.SJ	9	100	9	0	9	0 (0-34)	0	100	0	100
ODENSE	364	100	364	331	33	91 (88-94)	84	100	85	100
AABENRAA	233	100	233	205	28	88 (83-92)	93	100	90	100
ESBJERG	187	100	187	180	7	96 (92-98)	96	100	94	100
VEJLE	271	100	271	235	36	87 (82-91)	94	100	94	100
OPHØRT REG.SYD	1	100	1	0	1	0 (0-98)	33	100	0	100
AARHUS	377	100	377	340	37	90 (87-93)	92	100	90	100
RANDERS	198	100	198	190	8	96 (92-98)	94	100	88	100
VIBORG	422	100	422	398	24	94 (92-96)	95	100	97	100
OPHØRT REG.MIDT	10	100	10	0	10	0 (0-31)	0	100	87	100
AALBORG	297	100	297	228	69	77 (72-81)	83	100	86	100
HJØRRING	156	100	156	128	28	82 (75-88)	94	100	92	100
HAMLET	5	100	5	3	2	60 (15-95)	100	100	92	100
MØLHOLM	8	100	8	7	1	88 (47-100)	100	100	90	100
UOPLYST	33	100	33	0	33	0 (0-11)	0	100	0	100



Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per patologiafdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdier: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Indikatoropfyldelsen varierer betydeligt mellem regionerne: Midtjylland, Syddanmark og Sjælland ligger højest med 92, 90 og 86 % opfyldelse, mens Hovedstaden og Nordjylland ligger lavest med 83 og 78 % opfyldelse. Alle regioner på nær Sjælland havde en højere indikatoropfyldelse i 2012 end i 2013, ligesom den nationale indikatoropfyldelse var 87 % i 2012 mod 86 % i 2013. Hvis indberetning til DBCG's register er forsinket, kan man forvente et stigende antal patienter med datakomplethed, mens det er uklart hvordan antallet af patienter, som indgår i databasen (databasekomplethed) vil udvikle sig.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Denne indikator kan opfattes som helt central i indikatorsættet, idet den afspejler om der for den enkelte patient er registreret tilstrækkelige kirurgiske og patologiske data til at man kan vurdere, hvordan den rette behandling for patienten burde være. Er det ikke tilfældet, så vil det ikke være muligt at inkludere patienten i beregningen af de fleste af de andre indikatorer. Det er altså altafgørende, at der foreligger indberetning, der tillader beregning af denne indikatorværdi. Det er derfor ikke tilfredsstillende, at 3 af landets 5 regioner ligger på en indikatorværdi under 90 %. Ingen regioner når op på den fastlagte referenceværdi på 95 %. På niveau af den enkelte institution (kirurgisk afdeling og tilhørende patologi-afdeling) er billedet meget broget, og fortolkning vanskelig fordi 'korrespondancen' mellem kirurgisk afdeling og patologi-afdeling ikke i alle tilfælde er entydig. Det noteres, at der ved de afdelinger, der i sidste års rapport fik en specifik anmærkning, ikke kan ses nogen betydende forbedring, om end der i nogen grad er sket en efterindberetning af data for det forrige år. Det blev omtalt i sidste års rapport, at der foregår et arbejde med at forbedre rykker-systemet for manglende indberetning. Det arbejdes der fortsat på, og der er nu lavet systemer i web-modulet til indberetning. Det forventes, at der vil lette arbejdsbyrden med efter indberetning af manglende data, men det kræver dog fortsat en aktiv indsats for den pågældende afdeling, at holde øje med, at rykker-listerne gennemgås.

Anbefalinger til indikator 7

Som sidste år er der grund til at fremhæve, at de to store afdelinger i Region Hovedstaden (Rigshospitalet og Herlev) og centret i Aalborg ligger markant under et acceptabelt niveau. Forbedring er her stærkt påkrævet.

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

Beskrivelse: Andel af højrisiko kvinder med invasivt mamma-karcinom (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 allokeringsskemaet eller opståede vanskeligheder i forbindelse med behandlingsregimet

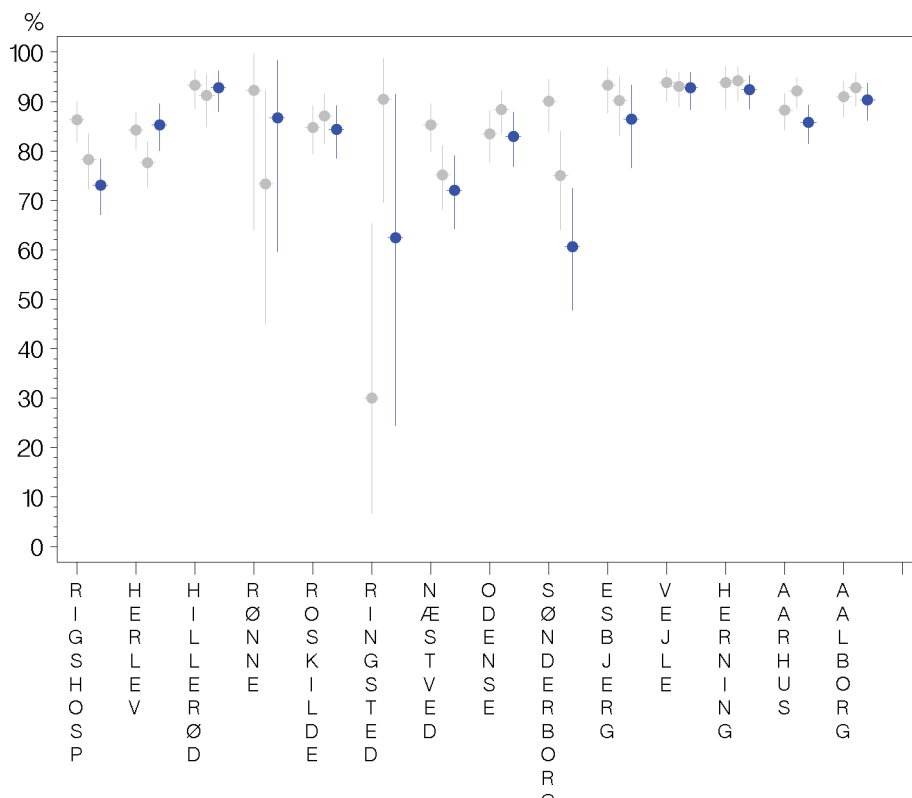
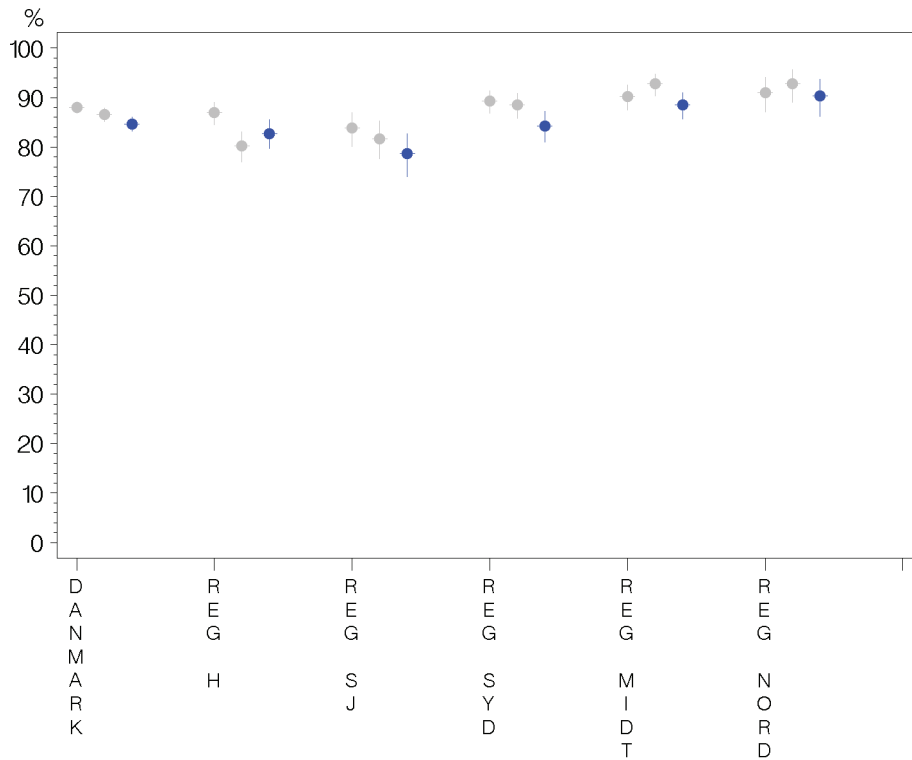
Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2010-2012, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten mindst én gang har modtaget den foreskrevne behandling (kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling).

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: indberetning af flow-afdeling, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), 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 følgende forhold: (a) forskellige optageområder mellem kirurgi og onkologi, (b) visse typer specialiseret kirurgi udføres centralt på universitetssygehusene, (c) stråleterapi gives på en anden afdeling end den medicinske behandling, (d) patienter der ikke ønsker medicinsk behandling henvises ikke samt (e) endokrin terapi varetages i et vist omfang af kirurger. Desuden betyder aldersafgrænsningen 18-75 år, at ældre patienter i C- og D-protokollerne ikke indgår i indikatorberegningen.

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer for operationsår 2010-2012.

Enhed	Poten- tiel næv- ner	Komplet- hed (%)	Nævner	Tæller	Ej op- fyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	2910	84	2449	2074	375	85 (83-86)	87	91	88	95
HOVEDSTADEN	917	74	683	565	118	83 (80-85)	80	81	87	92
SJÆLLAND	416	87	360	283	77	79 (74-83)	82	92	84	95
SYDDANMARK	680	81	553	466	87	84 (81-87)	89	95	89	97
MIDTJYLLAND	611	97	593	525	68	89 (86-91)	93	98	90	99
NORDJYLLAND	286	91	260	235	25	90 (86-94)	93	93	91	94
RIGSHOSPITALET	363	71	256	187	69	73 (67-78)	78	75	86	92
HERLEV	351	66	231	197	34	85 (80-90)	78	80	84	88
HILLERØD	187	97	181	168	13	93 (88-96)	91	100	93	100
RØNNE	16	94	15	13	2	87 (60-98)	73	94	92	100
ROSKILDE	201	99	198	167	31	84 (79-89)	87	97	85	98
RINGSTED	42	19	8	5	3	63 (24-91)	90	44	30	40
NÆSTVED	173	89	154	111	43	72 (64-79)	75	98	85	97
ODENSE	213	91	193	160	33	83 (77-88)	88	98	83	98
SØNDERBORG	122	54	66	40	26	61 (48-72)	75	81	90	95
ESBJERG	106	70	74	64	10	86 (77-93)	90	93	93	98
VEJLE	222	93	207	192	15	93 (88-96)	93	98	94	98
OPHØRT REG.SYD	17	76	13	10	3	77 (46-95)	67	86	33	82
HERNING	267	98	262	242	20	92 (88-95)	94	99	94	100
AARHUS	336	98	330	283	47	86 (82-89)	92	98	88	100
OPHØRT REG.MIDT	8	13	1	0	1	0 (0-98)	89	84	91	97
AALBORG	283	92	260	235	25	90 (86-94)	93	94	91	94
OPHØRT REG.NORD	3	0	0	0	0	. (-.)	.	0	100	50
UOPLYST	0	.	0	0	0	. (-.)	.	0	.	0



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 8

For denne indikator bliver patienter med manglende indberetning af medicinsk behandling til DBCG og LPR allokeret til operationsafdelingen. Dette giver en usikkerhed i afgrænsningen af indikatorpopulation per center, som varierer geografisk, og er størst i Region Hovedstaden og Regions Sjælland, hvor 14 % og 8 % er allokeret efter operationsafdeling, mod kun 2 % for resten af landet (se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8'). Ved opgørelsen af indberetningskomplethed vil disse patienter indgå med manglende indberetning. Indberetningskompletheden for 2012 varierer markant mellem regionerne: Midtjylland, Nordjylland og Sjælland har 97, 91 og 87 % komplethed, mens Syddanmark og Hovedstaden har 81 og 74 %. Den nationale indberetningskomplethed for 2012 er 84 %, hvilket ligger betydeligt lavere end i 2010 og 2011, hvor kompletheden var 91 % og 95 %. Disse store forskelle afspejler, at der sker en forsinket indberetning af medicinsk behandling.

Indikatoropfyldelsen ligger højest i Nordjylland og Midtjylland med 90 % og 89 %, Syddanmark og Hovedstaden har 84 % og 83 %, mens Sjælland har 79 % opfyldelse. I Region Sjælland er resultat for 2011 markant forbedret fra sidste årsrapport (74 %) til nærværende rapport (82 %), dette skyldes især en omfattende efterindberetning fra den onkologiske afdeling i Roskilde, hvor indikatoropfyldelsen for 2011 er steget fra 72 % til 87 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 8

På samtlige onkologiske afdelinger er indikatorværdien utilfredsstillende og den er særdeles utilfredsstillende i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark. Som anført i den klinisk epidemiologiske kommentar så er afgrænsningen af indikatorpopulationen i tillæg usikker for Region Hovedstaden og Region Sjælland.

Anbefalinger til indikator 8

Indberetning af de onkologiske data bør prioriteres og rutinerne bør forbedres.

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgningsprogram

Beskrivelse: DBCG patienter, der indgår i protokol, og som gennemfører DBCG's retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning 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 opfølgningsprogram 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, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), indberetning til onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG operationsafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgningsafdeling 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 2003 til 2012, 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 under opfølgning, idet patienter, der allerede inden operationen eller umiddelbart efter operationen bedømmes til ikke skulle følges i DBCG's opfølgningsprogram, 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 opfølgningsprogrammet er, at der er regelmæssige opfølgningsbesøg indtil der indberettes off-study skema med en af følgende hændelser: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan desuden gennemføre opfølgningsprogrammet, hvis de afsluttes med off-study 3 år efter operation jf. nye retningslinjer fra 20. august 2010.

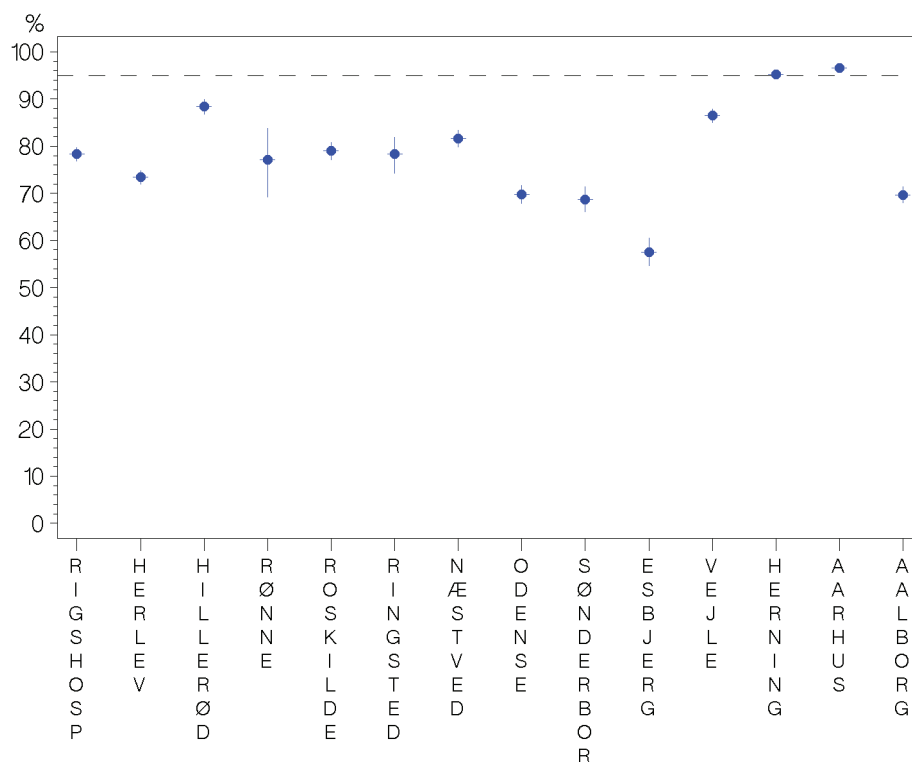
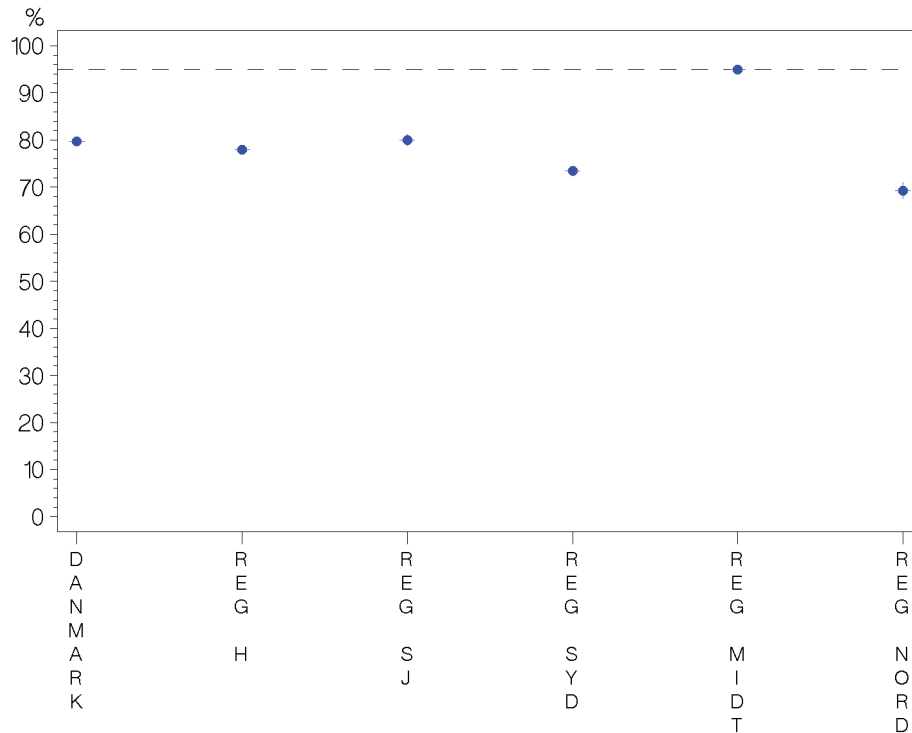
Opfølgningsprogrammet regnes ikke for gennemført, hvis opfølgningsbesøgene ikke er regelmæssige i henhold til følgende kriterier: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgningsbesøg og patienten burde være under opfølgning. B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år. C: Opfølgningsforløbet 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 2003-2012.

Højrisiko-patienter

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2003-2012, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2003-2012 med KI (%)	Årsrapport 2012 (andel 2002-2011 med KI, %)
DANMARK	25199	100	25199	19357	5842	77 (76-77)	76 (75-76)
HOVEDSTADEN	7800	100	7800	5827	1973	75 (74-76)	75 (74-76)
SJÆLLAND	3731	100	3731	2874	857	77 (76-78)	63 (61-64)
SYDDANMARK	6170	100	6170	4326	1844	70 (69-71)	74 (73-75)
MIDTJYLLAND	4995	100	4995	4703	292	94 (93-95)	92 (91-92)
NORDJYLLAND	2493	100	2493	1625	868	65 (63-67)	67 (65-69)
RIGSHOSPITALET	2741	100	2741	2042	699	74 (73-76)	75 (73-77)
HERLEV	3428	100	3428	2396	1032	70 (68-71)	72 (71-74)
HILLERØD	1434	100	1434	1247	187	87 (85-89)	83 (81-85)
RØNNE	137	100	137	105	32	77 (69-83)	86 (79-91)
OPHØRT REG.H	60	100	60	37	23	62 (48-74)	67 (56-77)
ROSKILDE	1683	100	1683	1271	412	76 (73-78)	51 (48-53)
RINGSTED	399	100	399	296	103	74 (70-78)	70 (66-74)
NÆSTVED	1647	100	1647	1306	341	79 (77-81)	72 (70-74)
OPHØRT REG.SJ	2	100	2	1	1	50 (1-99)	67 (30-93)
ODENSE	1981	100	1981	1304	677	66 (64-68)	63 (61-65)
SØNDERBORG	1055	100	1055	679	376	64 (61-67)	72 (69-74)
ESBJERG	976	100	976	506	470	52 (49-55)	70 (67-73)
VEJLE	2091	100	2091	1783	308	85 (84-87)	89 (87-90)
OPHØRT REG.SYD	67	100	67	54	13	81 (69-89)	66 (55-75)
HERNING	1827	100	1827	1727	100	95 (93-96)	96 (94-96)
AARHUS	2840	100	2840	2729	111	96 (95-97)	92 (91-93)
OPHØRT REG.MIDT	328	100	328	247	81	75 (70-80)	75 (70-79)
AALBORG	2416	100	2416	1587	829	66 (64-68)	67 (65-69)
OPHØRT REG.NORD	77	100	77	38	39	49 (38-61)	50 (39-61)



Indikator 9 Højrisiko-patienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram.

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2003-2012. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Patienter der gennemfører DBCG opfølgingsprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års opfølgingsforløb, har afsluttet 10 års opfølgingsforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Gennemførelsen af DBCG's opfølgningsprogram for højrisiko-patienter opereret i perioden fra 2003 til 2012 varierer betydeligt: Midtjylland har 94 % opfyldelse, Sjælland og Hovedstaden har 77 % og 75 % opfyldelse, mens og Syddanmark og Nordjylland har 70 % og 65 % opfyldelse. For Region Sjælland er der tale om en markant forbedring i forhold sidste årsrapport, hvor regionen havde den laveste opfyldelse på kun 63 %. Det bedre indikatorresultat skyldes især en omfattende efterindberetning fra den onkologisk afdeling i Roskilde, der har 76 % opfyldelse mod sidste års 51 %, men også i Næstved er der en forbedring med 79 % opfyldelse mod sidste års 72 % opfyldelse.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Derpågår i Sundhedsstyrelsen et arbejde med at revidere retningslinjerne for opfølgning på kræftområdet, herunder brystkræft. Det har længe ligget nogenlunde fast, at det vil medføre færre opfølgingsbesøg i de kliniske afdelinger (onkologi og kirurgi). De foreliggende indikatorværdier viser da også med klar tydelighed, at det landet over ikke er ensartet opfattelse af, hvordan opfølgningen bør være, og at man systematisk ikke følger de gældende programmer ved alle afdelinger. En del af forklaringen bag de utilfredsstillende tal er formentlig, at der ikke er foretaget den fornødne indberetning til DBCG. I hvilken udstrækning, det er baggrunden, kan ikke vurderes på tallene. Region Midtjylland skiller sig positivt ud fra landsgennemsnittet.

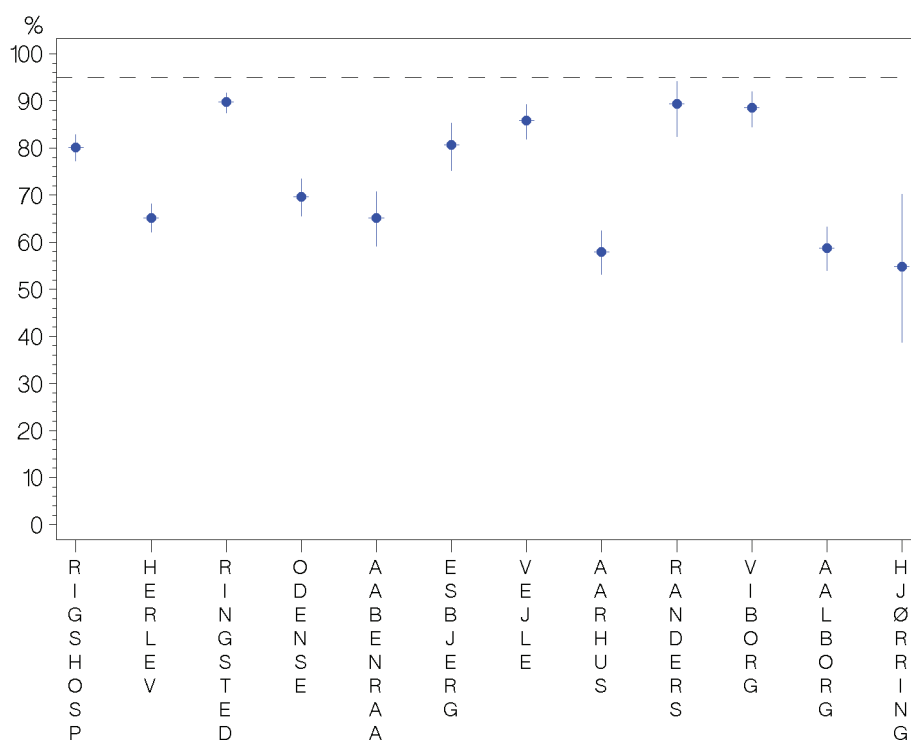
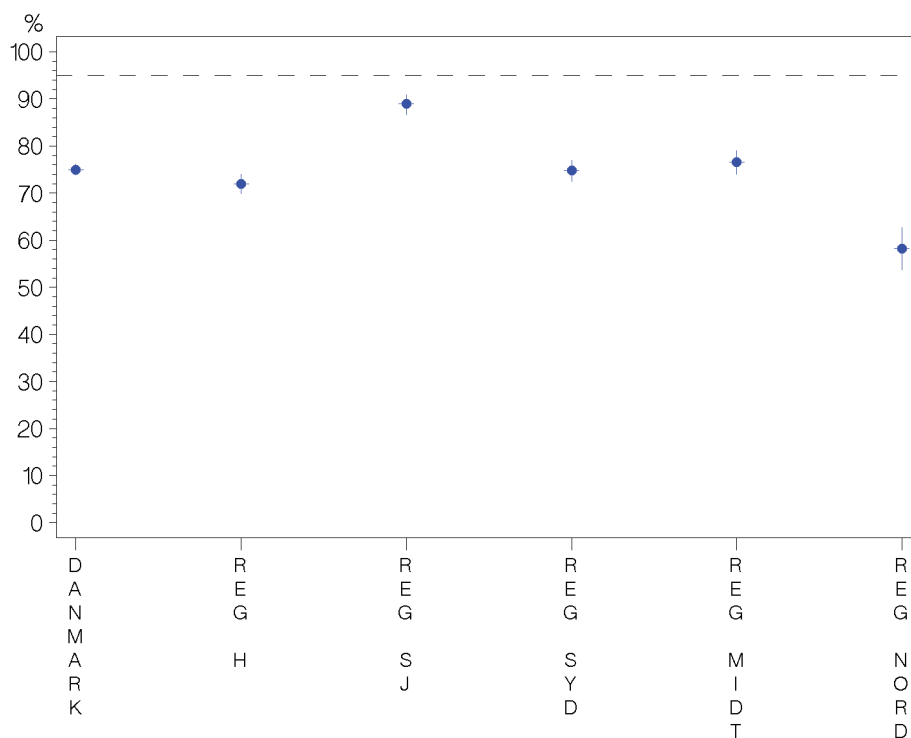
Anbefalinger til indikator 9 Højrisiko

Når Sundhedsstyrelsens program for opfølgning foreligger officielt, bør man i alle regioner tilse, at man ved de onkologiske afdelinger følger anbefalingerne for opfølgning og indberetning af data til DBCG.

Lavrisiko-patienter

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2003-2012 der gennemfører DBCG opfølgningsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2003-2012 med KI (%)	Årsrapport 2012 (andel 2002-2011 med KI, %)
DANMARK	5641	100	5641	4157	1484	74 (73-75)	76 (75-77)
HOVEDSTADEN	1809	100	1809	1277	532	71 (68-73)	72 (70-74)
SJÆLLAND	882	100	882	778	104	88 (86-90)	88 (86-90)
SYDDANMARK	1443	100	1443	1063	380	74 (71-76)	78 (76-80)
MIDTJYLLAND	1030	100	1030	773	257	75 (72-78)	79 (76-81)
NORDJYLLAND	470	100	470	265	205	56 (52-61)	63 (58-67)
RIGSHOSPITALET	789	100	789	626	163	79 (76-82)	80 (77-83)
HERLEV	916	100	916	578	338	63 (60-66)	65 (61-68)
OPHØRT REG.H	104	100	104	73	31	70 (60-79)	69 (61-77)
RINGSTED	781	100	781	695	86	89 (87-91)	90 (87-92)
OPHØRT REG.SJ	101	100	101	83	18	82 (73-89)	75 (65-82)
ODENSE	520	100	520	353	167	68 (64-72)	71 (67-75)
AABENRAA	264	100	264	167	97	63 (57-69)	75 (69-80)
ESBJERG	242	100	242	193	49	80 (74-85)	80 (75-85)
VEJLE	370	100	370	316	54	85 (81-89)	88 (84-91)
OPHØRT REG.SYD	47	100	47	34	13	72 (57-84)	77 (64-88)
AARHUS	431	100	431	238	193	55 (50-60)	67 (62-71)
RANDERS	110	100	110	97	13	88 (81-94)	83 (75-90)
VIBORG	272	100	272	238	34	88 (83-91)	87 (83-91)
OPHØRT REG.MIDT	217	100	217	200	17	92 (88-95)	91 (86-94)
AALBORG	427	100	427	242	185	57 (52-61)	63 (58-67)
HJØRRING	42	100	42	23	19	55 (39-70)	62 (48-75)
OPHØRT REG.NORD	1	100	1	0	1	0 (0-97)	67 (9-99)



Indikator 9 Lavrisiko-patienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram.

Årgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2003-2012. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Patienter der gennemfører DBCG opfølgingsprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års opfølgingsforløb, har afsluttet 10 års opfølgingsforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Gennemførelsen af DBCG's opfølgingsprogram for lavrisiko-patienter opereret i perioden fra 2003 til 2012 varierer betydeligt: Sjælland har 88 % opfyldelse, Midtjylland og Syddanmark har 75 % og 74 % opfyldelse, Hovedstaden 71 % opfyldelse, mens Nordjylland har 56 % opfyldelse. I forhold til sidste årsrapport er indikatoropfyldelsen uændret for Region Sjælland, mens de øvrige regioner har et ringere resultat i nærværende rapport.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Tidligere har lavrisikogruppen givet et bedre resultat i indikator 9 end resultatet for højrisikogruppen. Det er ikke længere tilfældet. Tværtimod. Noget af forklaringen bag det dårlige og skuffende resultat er formentlig manglende korrekt indberetning, idet opfølgingsprogrammet for lavrisikogruppen er lagt om og afkortet til en samlet længde på 3 år. Det antages derfor, at alle afdelinger intenderer at følge den strategi. Styregruppen er i hvert fald ikke vidende om, at nogen har meldt anderledes ud. Derimod kan noget af forklaringen være, at man som led i omlægningen har valgt at afslutte opfølgingsforløb for patienter, der er behandlet tidligere, og hvor 10 års opfølgning var indledt.

Anbefalinger til indikator 9 Lavrisiko

Afdelingerne i Herlev, Aarhus, Aalborg og Hjørring fik kritik i sidste års rapport. Det har ikke medført nogen forbedring for de tre afdelinger, og Styregruppen må derfor skærpe sin kritik. De pågældende afdelingers bør straks gøre en indsats for at forbedre sig på dette område. Aabenraa og Odense bør også forbedre indsatsen.

Indikator 10: 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: < 7 % (95 % CI: 5-9 %).

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

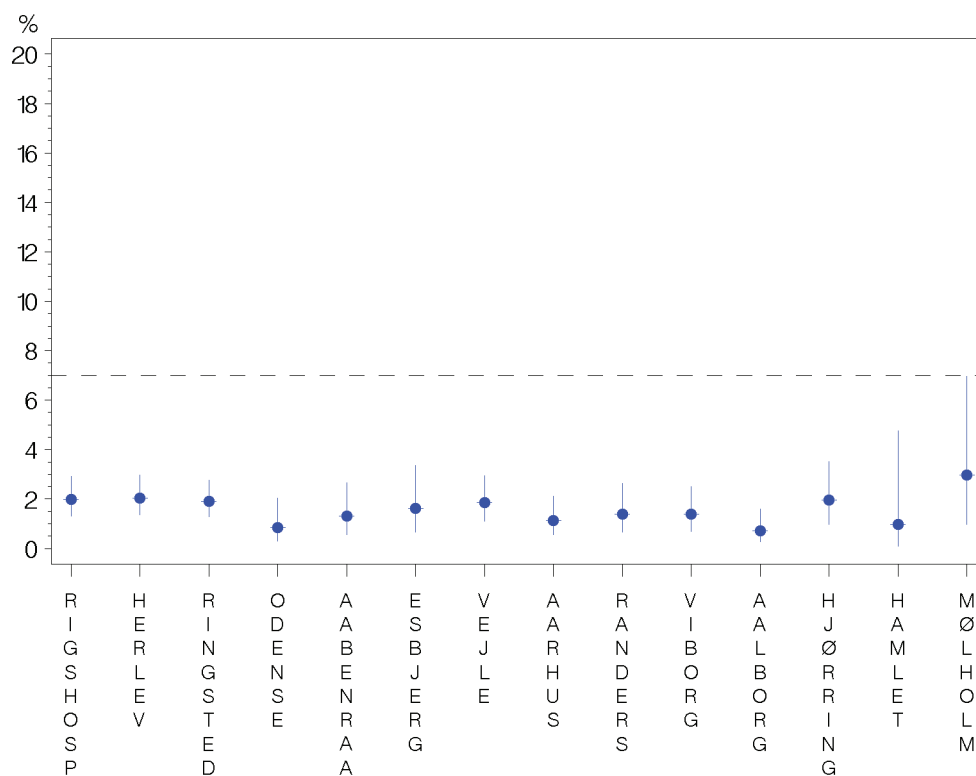
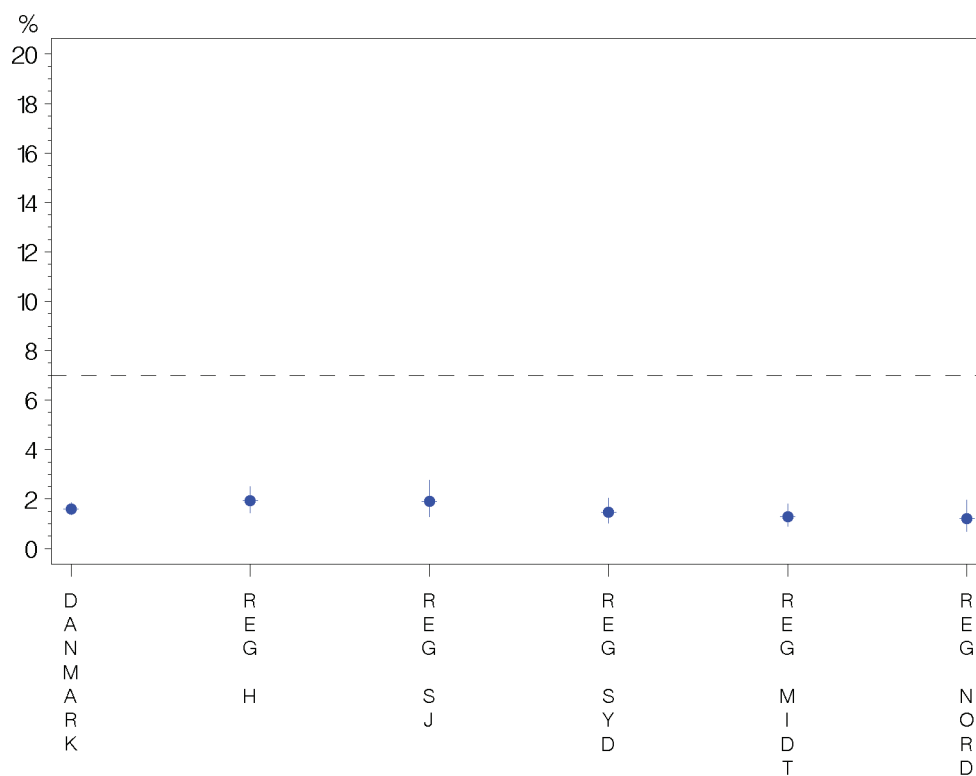
Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

Indikatorformat: Andel (procent). Angives som procentdel af patienter, der 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: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 2007-2011. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2007-2011 med KI (%)	Nedre KI	Øvre KI
DANMARK	11821	97	11408	152	11256	1.6%	1.4%	1.9%
HOVEDSTADEN	3285	96	3140	52	3088	1.9%	1.5%	2.5%
SJÆLLAND	2126	95	2016	27	1989	1.9%	1.3%	2.8%
SYDDANMARK	2727	98	2675	34	2641	1.5%	1.0%	2.0%
MIDTJYLLAND	2394	99	2371	26	2345	1.3%	0.9%	1.8%
NORDJYLLAND	1027	93	957	9	948	1.2%	0.7%	2.0%
RIGSHOSPITALET	1458	95	1383	22	1361	2.0%	1.3%	2.9%
HERLEV	1697	96	1627	29	1598	2.0%	1.4%	3.0%
OPHØRT REG.H	130	100	130	1	129	1.0%	0.2%	3.2%
RINGSTED	2126	95	2016	27	1989	1.9%	1.3%	2.8%
ODENSE	605	99	597	3	594	0.8%	0.3%	2.0%
AABENRAA	674	96	648	7	641	1.3%	0.6%	2.6%
ESBJERG	574	98	560	8	552	1.6%	0.7%	3.4%
VEJLE	874	100	870	16	854	1.8%	1.1%	2.9%
AARHUS	692	99	688	5	683	1.1%	0.6%	2.1%
RANDERS	565	99	558	7	551	1.4%	0.7%	2.6%
VIBORG	762	99	751	8	743	1.4%	0.7%	2.5%
OPHØRT REG.MIDT	375	100	374	6	368	1.3%	0.5%	2.8%
AALBORG	578	94	542	4	538	0.7%	0.3%	1.6%
HJØRRING	449	92	415	5	410	2.0%	1.0%	3.5%
HAMLET	76	88	67	0	67	1.0%	0.1%	4.8%
MØLHOLM	127	98	124	4	120	3.0%	1.0%	7.0%
UOPLYST	59	98	58	0	58	1.6%	1.4%	1.9%



Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

Andelen af patienter der har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger med operationsår 2007-2011. Referenceværdi: 7 % 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 hændelser 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 Sjælland har 96 og 95 %, mens Nordjylland har 93 % komplethed. Den regionsvise indikatoropfyldelse ligger lavt (godt) mellem 1.2 % og 1.9 %. Indikatoropfyldelsen er lavest (bedst) i Nordjylland, der dog samtidig ligger lavest i indberetningskomplethed.

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Der er også for 2013 et meget tilfredsstillende resultat, fordelt over alle landets regioner og ved alle afdelinger. For nylig har man ændret kravene til resektionsmargin. Det er for tidligt endnu at vurdere, om det ændrer recidivmønstret, og Styregruppen finder det derfor vigtigt, at man fortsætter med nøje at holde øje med udviklingen med denne indikator.

Anbefalinger til indikator 10

Styregruppen finder ikke grundlag for nogen specielle anbefalinger 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 eller re-opereres som følge af komplikation 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.

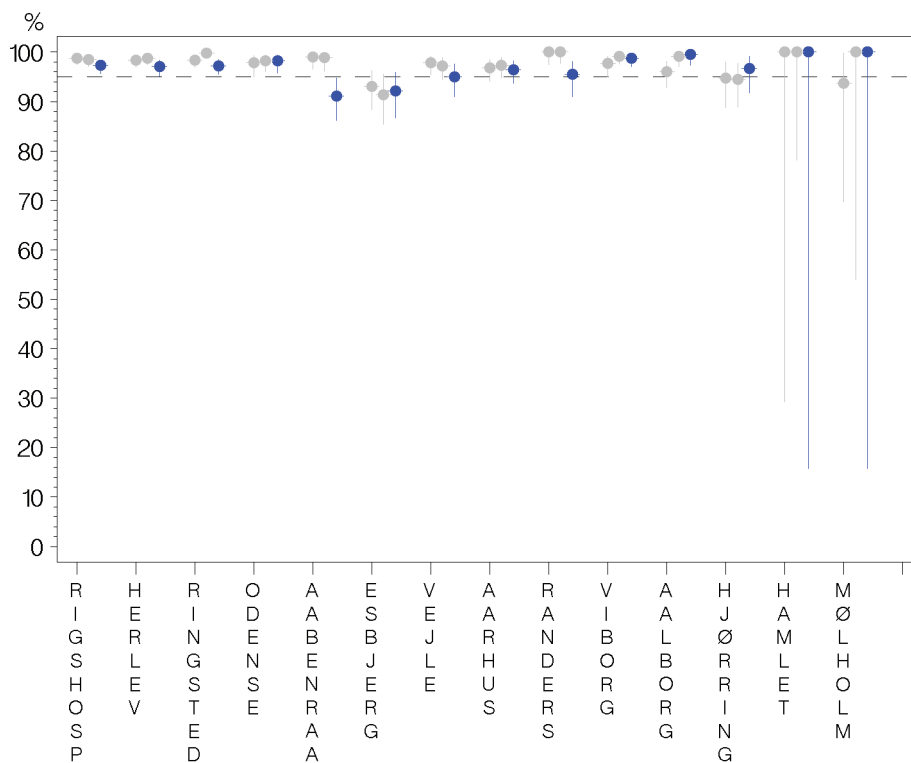
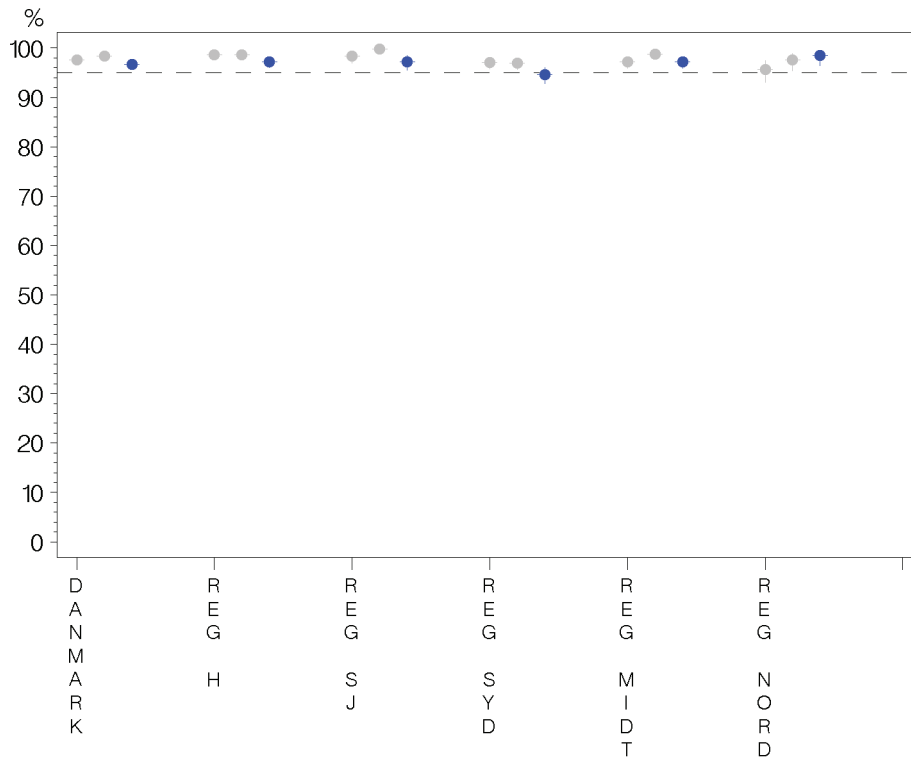
Det skal bemærkes, at Dansk Mammakirurgisk Selskab med virkning fra 27. maj 2010 implementerede en revideret diagnoseliste med henblik på at skabe et fælles grundlag for indberetning af kirurgiske komplikationer til LPR.

I de foregående år fra 2010 til 2012 har nogle afdelinger ikke indberettet diagnoser for kirurgiske komplikationer til LPR, hvilket har ført til 100 % indikatoropfyldelse. Styregruppen anser ikke disse resultater for retvisende, og har derfor anbefalet, at komplikationsraten belyses gennem kodning af re-operation som følge af komplikation (KHW). Siden udgivelsen af sidste årsrapport har nogle afdelinger dog udtrykt interesse for indberetning af diagnoser for komplikationer, og derfor vises der i denne rapport resultater bestemt efter begge metoder.

Overensstemmelsen mellem de to opgørelsesmetoder er ringe. I 2013 er der indberettet 118 tilfælde af re-operation som følge af komplikation (97 % opfyldelse) og 158 tilfælde af diagnose for kirurgisk komplikation (96 % opfyldelse), mens 240 patienter har registrering af re-operation og/eller diagnose (93 % opfyldelse). Disse resultater præsenteres i Bilag 2.

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2011-2013. Kodning af re-operation som følge af komplikation i LPR.

Enhed	Poten- tiel nævner	Kom- plethed (%)	Nævner	Tæller	Ej op- fyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	3719	97	3601	3483	118	97 (96-97)	98	98	98	98
HOVEDSTADEN	1169	94	1097	1066	31	97 (96-98)	99	98	99	99
SJÆLLAND	565	97	549	534	15	97 (96-98)	100	97	98	98
SYDDANMARK	828	99	819	775	44	95 (93-96)	97	99	97	99
MIDTJYLLAND	817	98	803	781	22	97 (96-98)	99	98	97	98
NORDJYLLAND	329	100	328	323	5	98 (96-100)	98	99	96	99
RIGSHOSPITALET	627	99	623	606	17	97 (96-98)	98	99	99	99
HERLEV	542	87	474	460	14	97 (95-98)	99	98	98	99
RINGSTED	565	97	549	534	15	97 (96-98)	100	97	98	98
ODENSE	275	100	275	270	5	98 (96-99)	98	98	98	99
AABENRAA	191	100	191	174	17	91 (86-95)	99	100	99	100
ESBJERG	155	99	153	141	12	92 (87-96)	91	100	93	100
VEJLE	207	97	200	190	10	95 (91-98)	97	98	98	99
AARHUS	312	98	307	296	11	96 (94-98)	97	99	97	99
RANDERS	158	99	156	149	7	96 (91-98)	100	97	100	99
VIBORG	347	98	340	336	4	99 (97-100)	99	99	98	99
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	94	94
AALBORG	206	100	206	205	1	100 (97-100)	99	99	96	98
HJØRRING	123	99	122	118	4	97 (92-99)	94	99	95	100
HAMLET	3	67	2	2	0	100 (16-100)	100	83	100	25
MØLHOLM	7	29	2	2	0	100 (16-100)	100	75	94	84
UOPLYST	1	100	1	0	1	0 (0-98)	.	.	.	.



Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.

Kodning af re-operation som følge af komplikation i LPR (KHW). Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2010-2011 (grå signatur) og 2012 (blå signatur). Den stiplede linje angiver 95 % niveaue (der er ikke fastsat nogen referenceværdi).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Indikatorkompletheden, der defineres ved indberetning af diagnose til LPR, ligger højt mellem 94 og 100 % i alle regioner. På sygehusniveau skiller Herlev sig ud med en lav komplethed på kun 87 %. Den nationale indikatoropfyldelse er 97 % hvilket af samme størrelsesorden som studiet fra Hørsholm Hospital i 2004 viste. Region Syddanmark har en lavere opfyldelse på kun 95 %, hvilket skyldes en hyppigere indberetning af re-operation som følge af komplikation i Aabenraa (92 %) og Esbjerg (91 %). To private afdelinger, Hamlet og Mølholm, har ikke indberettet kirurgiske komplikationer i perioden 2011-2013. Aalborg har i 2013 kun indberettet re-operation for én patient, men præsenteres som 100 % opfyldelse som følge af afrunding.

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Det blev sidste år besluttet, at indikator 11 skulle beregnes på baggrund af registrerede re-operationer. Det var forventningen, at registrering heraf ville være mere komplet, end tilfældet er for diagnosekoder for komplikationer. Det viser sig dog, at der er så stor forskel på forekomsten af re-operation, der forekommer hos mellem ½ og knapt 8 procent ved de enkelte afdelinger. Styregruppen har derfor den opfattelse, at der også for denne kodning må være forskelle på praksis. Styregruppen anser en re-operationsfrekvens over 5 % som ikke acceptabelt.

Anbefalinger til indikator 11

Afdelingerne i Esbjerg og Aabenraa har re-operationshyppigheder på 7-8 %. Man må ved disse afdelinger gøre sig overvejelser om, hvordan man kan gøre det bedre.

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. Lands gennemsnittet var 96 % i perioden 2011-2012, mod 84 % i 2007-2010.

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.

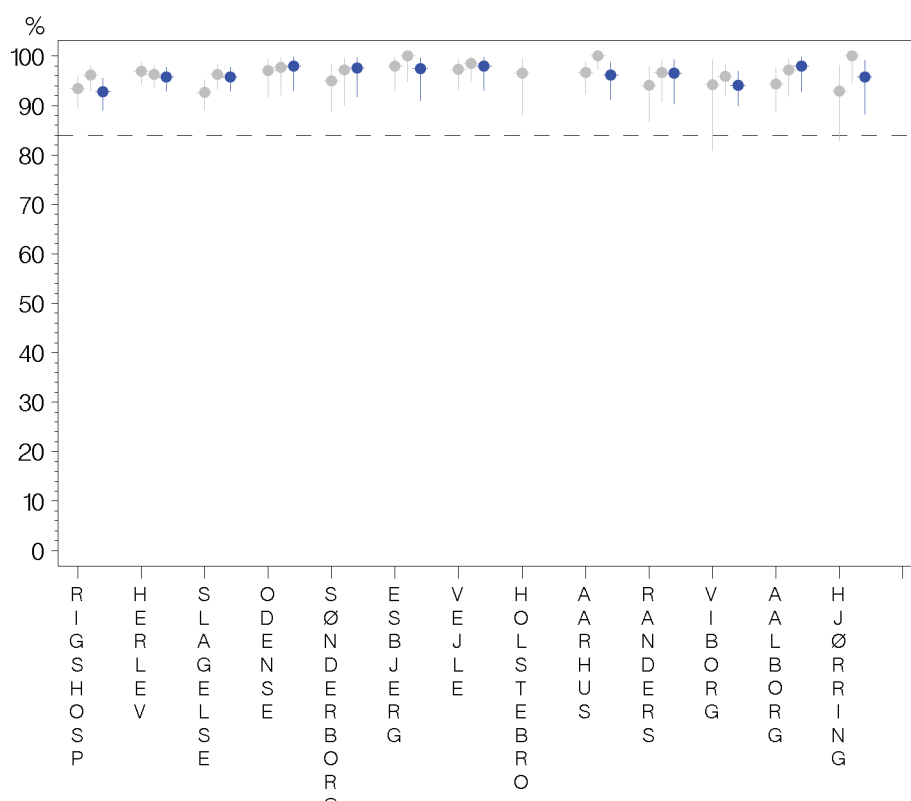
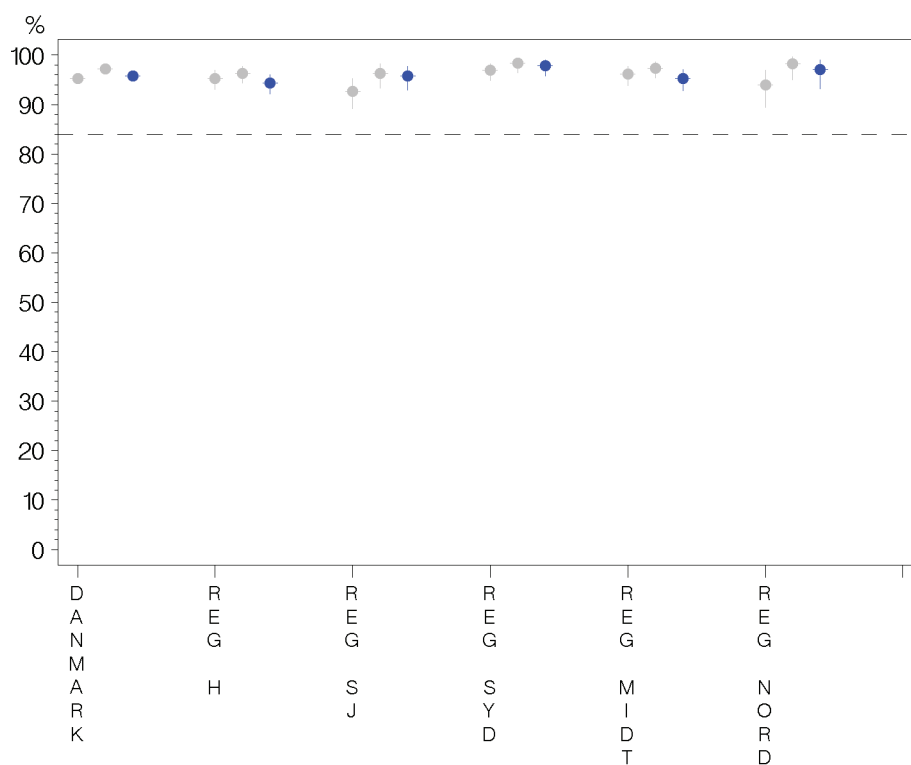
Sene fund i SN-præparatet opdeles i: Fund af makrometastaser, ingen fund af makrometastaser, men fund af mikrometastaser, eller ingen fund af makro- eller mikrometastaser, men fund af enkeltceller. Kriterierne for indikatoropfyldelse er blevet tilpasset de nye retningslinjer for aksilstatuering og -rømning indført den 6. februar 2013:

(a) Fra denne dato er indikatoren opfyldt, hvis der ikke findes makrometastaser og højst findes to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller ved undersøgelsen af SN-præparat eller aksilfedt. Indikatoren er uoplyst, hvis der mangler indberetning af makro- og mikrometastaser og isolerede tumorceller både ved undersøgelse af SN-præparat og aksilfedt.

(b) Inden 6. februar 2013 er indikatoren opfyldt, hvis der ikke findes makrometastaser ved undersøgelsen af SN-præparat eller aksilfedt, og indikatoren er uoplyst, hvis der mangler indberetning af makrometastaser både ved undersøgelse af SN-præparat og aksilfedt.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet i 2011-2013. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Enhed	Poten- tiel nævner	Kom- plethed (%)	Nævner	Tæller	Ej op- fyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	1870	100	1870	1790	80	96 (95-97)	97	100	95	100
HOVEDSTADEN	585	100	585	552	33	94 (92-96)	96	100	95	100
SJÆLLAND	330	100	330	316	14	96 (93-98)	96	100	93	100
SYDDANMARK	366	100	366	358	8	98 (96-99)	98	100	97	100
MIDTJYLLAND	420	100	420	400	20	95 (93-97)	97	100	96	100
NORDJYLLAND	169	100	169	164	5	97 (93-99)	98	100	94	100
RIGSHOSPITALET	277	100	277	257	20	93 (89-96)	96	100	93	100
HERLEV	308	100	308	295	13	96 (93-98)	96	100	97	100
OPHØRT REG.H	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	100	100
SLAGELSE	330	100	330	316	14	96 (93-98)	96	100	93	100
ODENSE	101	100	101	99	2	98 (93-100)	98	100	97	100
SØNDERBORG	85	100	85	83	2	98 (92-100)	97	100	95	100
ESBJERG	78	100	78	76	2	97 (91-100)	100	100	98	100
VEJLE	102	100	102	100	2	98 (93-100)	99	100	97	100
HOLSTEBRO	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	97	100
AARHUS	129	100	129	124	5	96 (91-99)	100	100	97	100
RANDERS	88	100	88	85	3	97 (90-99)	97	100	94	100
VIBORG	203	100	203	191	12	94 (90-97)	96	100	94	100
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	98	100
AALBORG	97	100	97	95	2	98 (93-100)	97	100	94	100
HJØRRING	72	100	72	69	3	96 (88-99)	100	100	93	100



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (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 lymfeknudestatus efter undersøgelse af SN-præparat og/eller aksilfedt altid foretages. Indikatorresultatet i regionerne ligger mellem 94 og 98 % opfyldelse.

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Den høje indikatoropfyldelse afspejler, at der er indført markante ændringer på området, hvor det nu overvejende er sent fundne makrometastaser, der ligger til grund for indikatoren. Mikrometastaser giver sjældent anledning til en sen positiv registrering (kun ved 3 eller flere lymfeknuder med mikrometastaser). Man kan altså ikke umiddelbart sammenligne med resultaterne for indikatoren nu med værdien i 2010-11, hvor den lå omkring 15%.

Det overordnede resultat er meget tilfredsstillende, og der er ikke nogen større forskelle de enkelte afdelinger imellem.

Anbefalinger til indikator 12

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

Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

Beskrivelse: Andel af patienter der modtager adjuverende stråleterapi ifølge DBCG's retningslinjer. Indikatorbestemmelsen stratificeres efter operationstype lumpektomi og mastektomi.

Standard: Indikatoren er ikke specificeret i Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005). Et bedst bud er: Acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 18-75 år allokert til behandlingsregime i henhold til DBCG's gældende retningslinjer og endelig operation med lumpektomi eller primær operation med mastektomi og forekomst af mindst én risikofaktor: Makrometastaser, tumordiameter større end 50 mm eller ikke-radikal operation. Patienter behandlet med eksperimentel behandling (intra-operativ radioterapi) i kliniske forsøg er ekskluderet fra indikatorpopulationen.

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.

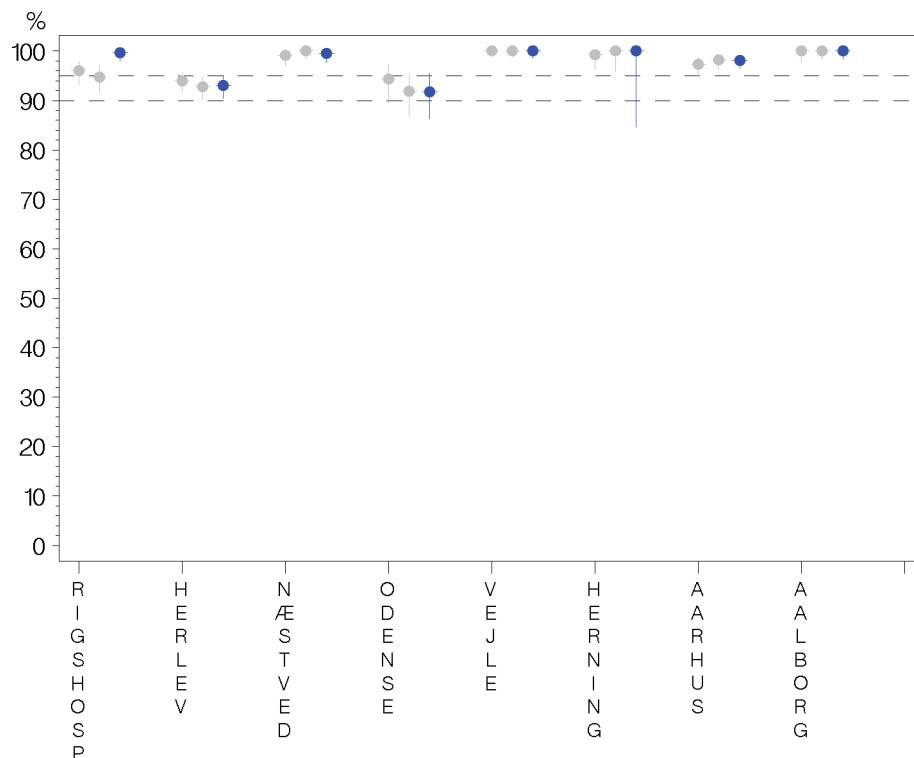
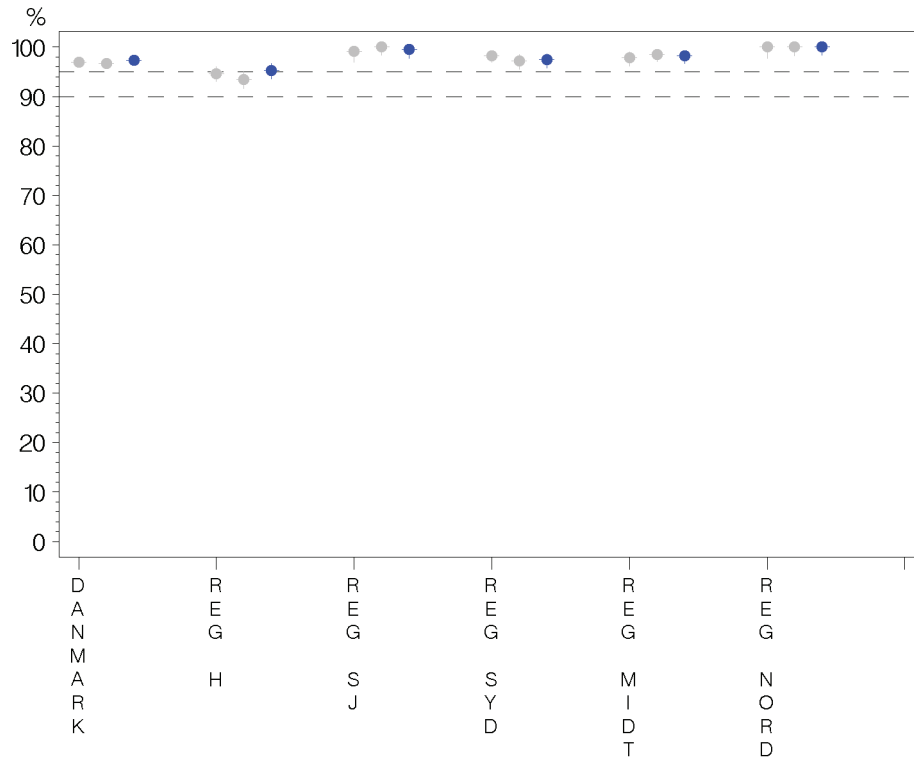
Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2010-2012, fordi der er forsinkelse på registrering af strålebehandling. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten har modtaget strålebehandling med invasiv indikation og stråleterapitype og -dosis er indberettet, eller der angives en årsag til anden strålebehandling og 'anden stråledosis' er indberettet.

Stratificeringen af indikatorpopulationen er baseret på kirurgisk indberetning af operationstype. Omfanget af fejlklassifikation kan vurderes ved at sammenholde operationstypen med angivelsen af stråleterapitype for mastektomi og lumpektomi. I perioden 2010-2012 indeholdt lumpektomi-gruppen 7061 patienter, hvoraf 99 (1.4 %) modtog strålebehandling med indikation mastektomi. Mastektomigruppen indeholdt 1091 patienter, hvoraf 34 (3.1 %) modtog stråleterapi med indikation lumpektomi. Disse resultater viser, at klassifikationen af endelig operation med lumpektomi og primær operation med mastektomi har en høj validitet i DBCG.

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: Indberetning fra stråleafdeling med indikation invasiv mammacancer, randomisering i stråleprotokol, indberetning fra stråleafdeling med indikation DCIS eller manglende indikation, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), indberetning fra onkologi- eller radioterapi afdeling i LPR, og sidst DBCG operationsafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 13', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2010-2012 for patienter med definitiv operation med lumpektomi.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	2232	94	2097	2062	35	98 (98-99)	98	93	98	91
HOVEDSTADEN	739	98	724	707	17	98 (96-99)	95	96	97	97
SJÆLLAND	236	92	217	216	1	100 (97-100)	100	92	99	81
SYDDANMARK	510	95	482	471	11	98 (96-99)	98	92	99	89
MIDTJYLLAND	484	97	468	462	6	99 (97-100)	100	99	98	98
NORDJYLLAND	226	91	206	206	0	100 (98-100)	100	89	100	83
RIGSHOSPITALET	253	100	253	252	1	100 (98-100)	95	98	97	99
HERLEV	486	97	471	455	16	97 (95-98)	96	95	97	96
NÆSTVED	236	92	217	216	1	100 (97-100)	100	92	99	81
ODENSE	150	97	146	135	11	92 (87-96)	94	97	96	94
FLENSBORG	104	96	100	100	0	100 (96-100)	100	77	98	83
VEJLE	256	92	236	236	0	100 (98-100)	100	92	100	90
HERNING	23	78	18	18	0	100 (81-100)	100	96	99	97
AARHUS	461	98	450	444	6	99 (97-100)	99	100	98	98
AALBORG	226	91	206	206	0	100 (98-100)	100	89	100	83
UOPLYST	37	0	0	0	0	. (-.-)	.	0	.	0



Indikator 13 Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdier efter bedste gæt: Acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Indikatorkompletheden for patienter, der modtager stråleterapi efter lumpektomi, ligger i 2012 højt mellem 92 % og 98 % med den laveste komplethed i Sjælland og Nordjylland og den højeste komplethed i Hovedstaden. I perioden 2010-2012 har Hovedstaden og Midtjylland haft en konstant høj komplethed på 96 % til 99 %, mens de øvrige regioner havde en lavere indikatorkomplethed i 2010 og 2011 end i 2012. De laveste kompletheder på 81 % og 83 % optræder i Sjælland og Nordjylland i 2010. Indikatoropfyldelsen ligger i alle regioner højt mellem 98 % og 100 % i 2012 og mellem 95 % og 100 % de foregående år.

Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

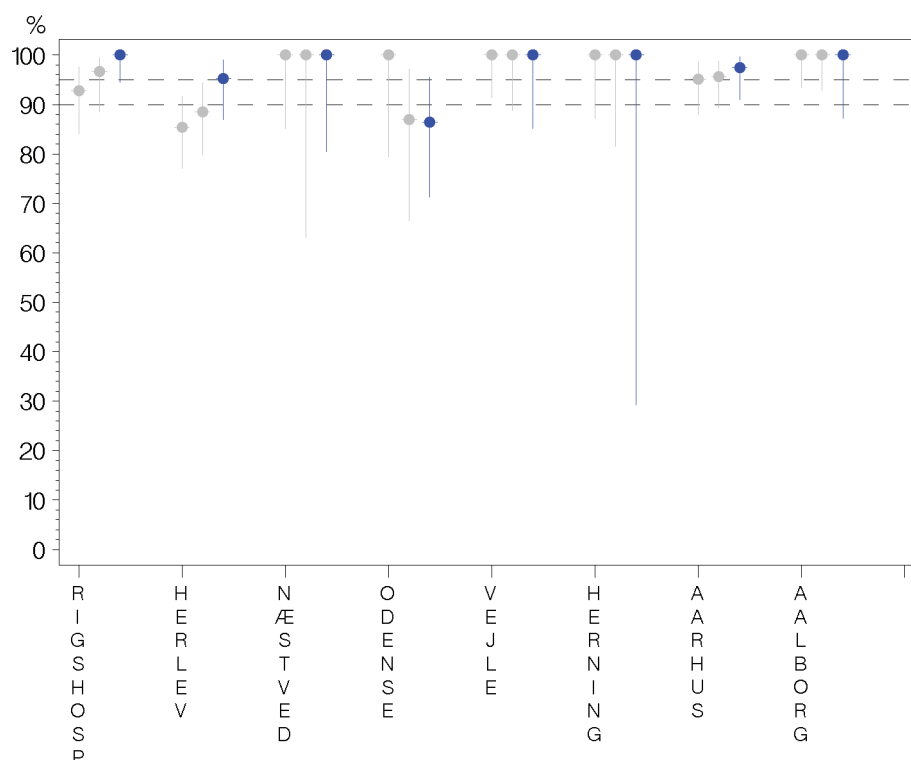
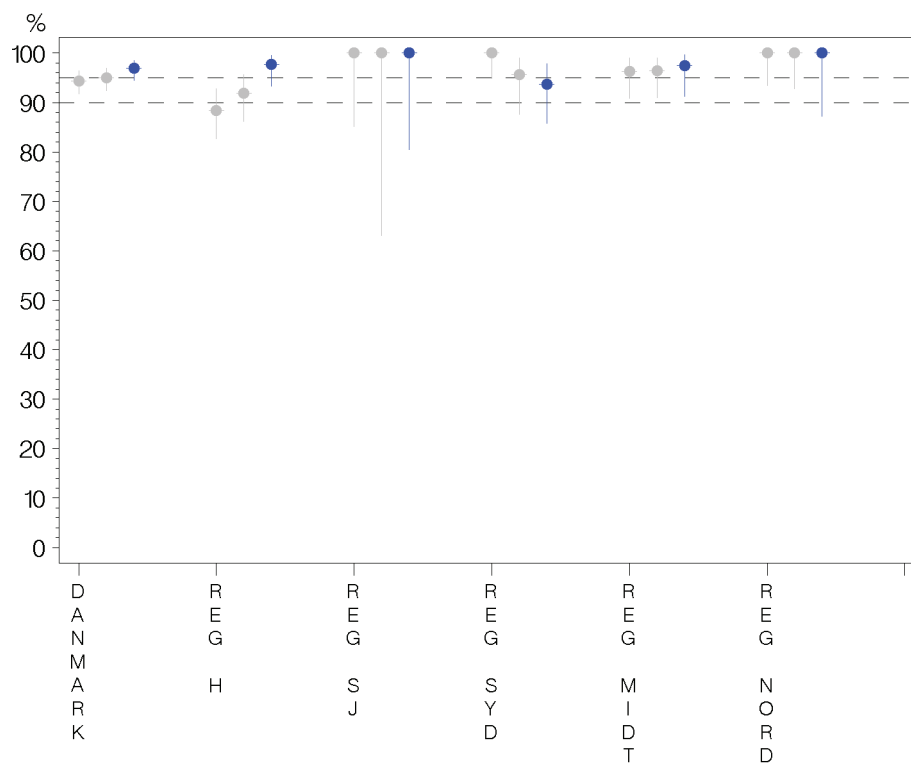
Strålebehandling efter brystbevarende operation er obligatorisk, og udeladelse sker kun i helt særlige situationer. Dette billede bekræftes af opfølgelse af denne indikator. Generelt ligger niveauet højt over hele landet med en opfyldelse på mindst 95 % i alle regioner. Odense har det laveste niveau over hele perioden trods en høj komplethed. Afvigelsen er dog særlig ikke stor.

Anbefalinger til indikator 13 (strata lumpektomi)

Styregruppen anbefaler, at man ved centret i Odense nøje overvejer, om der er indberetningsmæssige årsager til, at man ligger lavest for denne indikator, eller det beror på at man hyppigere afviger fra retningslinjerne for den enkelte patient med hensyn til indikationen for strålebehandling

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2010-2012 for patienter med definitiv operation med mastektomi.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	396	84	332	322	10	97 (95-99)	95	83	94	83
HOVEDSTADEN	140	92	129	126	3	98 (93-100)	92	93	88	94
SJÆLLAND	21	81	17	17	0	100 (80-100)	100	57	100	74
SYDDANMARK	92	86	79	74	5	94 (86-98)	96	73	100	75
MIDTJYLLAND	88	91	80	78	2	98 (91-100)	96	88	96	89
NORDJYLLAND	42	64	27	27	0	100 (87-100)	100	79	100	72
RIGSHOSPITALET	71	92	65	65	0	100 (94-100)	97	90	93	91
HERLEV	69	93	64	61	3	95 (87-99)	89	96	85	95
NÆSTVED	21	81	17	17	0	100 (80-100)	100	57	100	74
ODENSE	39	95	37	32	5	86 (71-95)	87	88	100	73
FLENSBORG	22	86	19	19	0	100 (82-100)	100	64	100	65
VEJLE	31	74	23	23	0	100 (85-100)	100	69	100	80
HERNING	3	100	3	3	0	100 (29-100)	100	90	100	84
AARHUS	85	91	77	75	2	97 (91-100)	96	88	95	90
AALBORG	42	64	27	27	0	100 (87-100)	100	79	100	72
UOPLYST	13	0	0	0	0	. (-.-)	.	0	.	0



Indikator 13 Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdier efter bedste gæt: Acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Indikatorkompletheden for patienter, der modtager stråleterapi efter mastektomi varierer markant mellem regionerne i 2012: Hovedstaden og Midtjylland har 92 % og 91 % komplethed, Syddanmark og Sjælland har 86 % og 81 %, mens Nordjylland har 64 % komplethed. Disse resultater skal ses i lyset af relativt små populationsstørrelser især for Nordjylland (n=42) og Sjælland (n=21), der betyder at tilfældige udsving kan have stor indvirkning på resultatet. Den nationale indikatorkomplethed ligger på 83 % til 84 % i 2010-2012. Indikatoropfyldelsen ligger i 2012 højt mellem 100 % i Sjælland og Nordjylland, over 98 % i Hovedstaden og Midtjylland til 94 % i Syddanmark. I perioden 2010-2012 er indikatoropfyldelsen stigende i Hovedstaden fra 88 % til 98 % og faldende i Syddanmark fra 100 % til 94 %, mens de øvrige regioner har konstant høje niveauer på 96 % til 100 %.

Det skal bemærkes, at dataoverførsel mellem strålecentre og DBCG primært sker ved overførsel af store datapakker indeholdende mange behandlingsforløb. Derfor kan eventuelle fejl i disse overførsler systematisk påvirke resultatet for mange patienter.

Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Når det drejer sig om post-mastektomi-strålebehandling, så er det den ringe komplethed, der umiddelbart falde i øjnene. Der er en påfaldende forskel på den og den tilsvarende for strålebehandling efter brystbevarende operation. Det betyder, at man må betragte de beregnede indikatorværdier med forsigtighed. For flere afdelinger ligger kompletheden betydeligt under 90 %, og det er ikke acceptabelt. Odense har også en lavere indikatoropfyldelse end den resterende del af landet, og også i dette tilfælde er kompletheden af registreringerne fra Odense tilsyneladende høj.

Anbefalinger til indikator 13 (strata mastektomi)

Styregruppen finder det påkrævet, at man ved centrene i Næstved, Flensborg, Vejle og Aalborg sørger for at indberetningen af stråledata forbedres. I Odense er der behov for en redegørelse for, at man oftere afviger fra retningslinjerne for strålebehandling for denne patientgruppe.

Oversigt indikatorer 2013

	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	Aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	Andel	95 %	DBCG
5	Npos brystkræftpatienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksil-lymfeknuder.	Andel	90 %	DBCG
6	Udgået 2010.			
7	Datakomplethed af indberettede patienter.	Andel	?	DBCG
8	Højrisikopatienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer.	Andel	?	DBCG
9	Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgings program*.	Andel	95 %	DBCG
10	Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi.	Andel**	Højst 7 %	DBCG
11	Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.	Andel		DBCG, LPR
12	Sen sentinel node positivitet.	Andel	?	DBCG
13	Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.***	Andel	95 %	DBCG, LPR

* Afrapportering stratificeres efter risikoklassifikation: lavrisiko og højrisiko. ** Kumulativ incidens af lokalt recidiv 5 år efter operation bestemt ved competing risk analyse. *** Afrapportering stratificeres efter stråleterapi-indikation: lumpektomi eller mastektomi med forekomst af specifikke risikofaktorer.

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 2013* (Oracle: stam, flow, sentinel_node, comorbiditet, straalebeh) med indikation invasiv brystkræft eller med manglende indikation og/eller</p> <p>Patobank: Kvinde \cap Invasiv mamma cancer diagnose K_SNOMED in(M80xxY, M81xxY, M82xxY, M83xxY, M84xxY, M85xxY) hvor Y in(2,6,7)** \cap Diagnoseår 2013: year(D_MODTDATO) = 2013 \cap Ikke diagnose af recidiv (Patobank modtagedato højst 30 dage efter DBCG operation: NOT D_MODTDATO - mdy(m24,m23,m25) > 30).</p>	Forekomst i Patobank.	Forekomst i både DBCG og Patobank.	Forekomst alene i DBCG

* Kontaktdato bestemmes i prioriteret rækkefølge: DBCG operationsdato (n=4420), sentinel node proceduredato (n=147), dato for komorbiditetsskema (n=208), maskinel dato for indberetning til DBCG (n=41), første dato for medicinsk behandling eller strålebehandling (n=118) og dato for Patobank-indberetning (n=291).

** Hvis Y in(6,7) og patobank modtagedato \geq 15.12.2010 kræves 'Udgangspunkt i mamma' (K_SNOMED = ÆF4220). Hvis patobank modtagedato ligger inden 15.12.2010 indskrænkes de tilladte recidivdiagnoser til M85xx6 og M85xx7.

Teknisk beskrivelse af indikatorer

NOTE

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 $20 \leq p52 \leq 32$).

Præop. 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 Inoperabel cancer mammae (m41_6=1).

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

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 1	Udgået 2011.		
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose. (Kirurgi)	Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap Præop. 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,.) eller billed-diagnostik ikke anvendt og/eller nåle-cytologi ikke anvendt: p152 in(4,9,.) og p153 in(4,9,.)

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 3: Malign:Benign operationsratio. (Kirurgi)</p>	<p>LPR-data: Kvinde \cap Operation i bryst (substr(C_OPR,1,4) in('KHAA', 'KHAB', 'KHAC')) \cap Operationsår (year(D_ODTO) = 2013) og/eller DBCg-data: Kvinde \cap Operation i bryst ($1 \leq m45 \leq 7$) \cap Operationsår (m25 = 2013).</p> <p>Eksklusion: Diagnosetype 'henvisningsdiagnose' (C_DIAGTYPE = 'H') eller Patient er tidligere opereret (operationsår før 2013: m25 < 2013): a) Invasiv diagnose med tidligere operation for invasiv diagnose, b) 'in situ' mammatumor med tidligere operation for 'in situ' eller invasiv diagnose.</p>	<p>LPR-data_ Diagnose invasiv brystkræft eller 'in-situ' mammatumor (substr(C_DIAG, 1,4) in('DC50', 'DD05')) og/eller DBCg-data Diagnose brystkræft eller 'in-situ' mammatumor.</p>	

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden*</p> <p>* Aksilrømning er per 6.2.2013 ikke indikeret for patienter uden makro-metastaser og med højst to lymfeknuder med isolerede tumorceller eller mikrometastaser (DBCG retningslinjer Kapitel 12 ”Anvendelse af sentinel node biopsi” opdateret 06.02.2013.)</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap mindst én udtagen lymfeknude ($0 < p22 < 99$) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Indtil 6.2.2013 (Lymfeknude-negativ): Ingen lymfeknuder med makro- eller mikrometastaser ($p25 = p129 + p130 = 0$) og ingen fund af tumorpositive enkelt-celler ($p131 = 0$)</p> <p>Fra 6.2.2013: Ingen lymfeknuder med makrometastaser ($p129 = 0$) \cap antal lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller er højst 2 ($p130 + p131 \leq 2$)</p> <p>Eksklusion: Præop. multifokal tumor ($m56$ not in(10,01,11) og operationsdato < 1.4.2013) eller Onkoplastik ($p118$ in(1,10,11) eller $p157$ in(1,10,100)) eller Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>Mellem 1 og 9 udtagne lymfeknuder $p22 < 10$ ($1 \leq p22 \leq 9$) \cap SN procedure udført ($p109 = 1$) \cap aksilrømning ikke anvendt ($p102 \neq 1$).</p>	<p>SN procedure uoplyst: $p109$ in(.,9)</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Aksilrømning udført (p102=1) eller aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1)</p> <p>Indtil 6.2.2013: Lymfeknude-positiv: Forekomst af enten makro- eller mikrometastaser (p25 = p129+p130 \geq 1 eller p25_1 = p129_1+p130_1 \geq 1)</p> <p>Fra 6.2.2013: Aksilrømning indikeret: Lymfeknuder med makrometastaser (p129 \geq 1 eller p129_1 \geq 1) eller tre eller flere lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller (p130+p131 \geq 3 eller p130_1+p131_1 \geq 3)</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 Aksilrømning 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>		

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed</p> <p>(Kirurgi, Patologi og Onkologi)</p>	<p>Databasekomplethed Alle cpr registeret 2013 i DBCG's transaktionsdatabase: Stam, Flow, Komorbiditet, SentinelNode og Strålebehandling med indikation invasiv eller manglende indikation.</p> <p>Kontakt dato, sekundært indberetningsdato.</p> <p>Kontaktafdeling, sekundært afdeling fra Patobank.</p>	<p>Datakomplethed Kvinde \cap Invasiv \cap Operationsår (m25 = 2013). Tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer: M40 in(1,2,3,4,6,7), eller (b) med angivelse af præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer: M40=0.</p>	

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer. (Onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap Invasiv \cap 18-75 år \cap operation i 2010-2012 (2010\leqm25\leq2012) \cap Højrisiko-gruppe, patient allokeret til protokol B, C eller D (2\leqm40\leq4) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Eksklusion: Kirurgi-eksklusion <i>eller</i> Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) <i>eller</i> Kontraindikation for standardbehandling (m41_5=1) <i>eller</i> Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) <i>eller</i> 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.</p> <p>ET: [Tamoxifen eller Letrozol eller Aromasin eller Arimidex (0<f63<8888 and f63^=7)] \cap indtil 2 år efter operation.</p> <p>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>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgningsprogram. (Kirurgi og onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap 18-75 år \cap Invasiv \cap operation 2003-2012 (2003\leqm25\leq2012) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p>Eksklusion: Eksklusion fra DBCG protokol* eller alene operation med biopsi (m45=4).</p>	<p>Gennemført: Regelmæssige opfølgingsbesøg indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan efter 20. august 2010 desuden udgå efter 3 års opfølgning.</p> <p>Ikke gennemført: Opfølgingsbesøgene er ikke regelmæssige: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgingsbesøg, og patienten burde være under opfølgning. B: Patienten dør uden at være set i mere en 2 år. C: Opfølgingsforløbet 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>	

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi. (Kirurgi)	Kvinde \cap Tilstrækkelig indberetning \cap Invasiv \cap 18-75 år \cap Brystbevarende operation (m45=2) i 2007-2011 (2007≤m25≤2011) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst Eksklusion: Eksklusion fra DBCG protokol*.	Fravær af lokalt recidiv, NOT ob4>. \cap (ob13=1 eller ob14=1), indenfor 5 år efter operation. Simultant optrædende regionalt- eller fjernrecidiv er tilladt. Opfølgningstid Se # for recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, off-study indberetning. Se ## for patienter uden off-study.	Follow-up ikke registreret: alle (f6,fa6) = . \cap alle (oa4,ob4,oc4,od4,oe27) = (.).
Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer. (Kirurgi)	Kvinde \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst. Eksklusion: Kirurgi-eksklusion.	Re-operationer efter operationer på bryst C_OPR in('KHW') <i>Erstatter i 2013 den tidligere definition: Fravær af kirurgiske komplikationer: NOT C_DIAG in ('DI972', 'DT810G', 'DT810H', 'DT813D', 'DT813C', 'DT814H', 'DT814G').</i>	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 ≤ p19 ≤ 50) \cap SN udført (p109=1) \cap Fryse-mikroskopi anvendt (p111=1) \cap Ingen tumorpositive lymfeknuder ved fryse-mikroskopi (p112=0) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst. Eksklusion: Kirurgi-eksklusion.	Makro-metastaser er ikke påvist ved afsluttende undersøgelse af SN-præparat (p133=0) og aksilfedt (p129=0) \cap *Der er fundet højst to lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller (sum(p134,p135) ≤ 2, sum(p130,p131) ≤ 2). *Gældende fra 6.2.2013.	Manglende indberetning af makro- og mikrometastaser og isolerede tumorceller både ved undersøgelse af SN-præparat (p133= ., *p134= ., *p135= .) og aksilfedt (p129= ., *p130= ., *p131= .). *Gældende fra 6.2.2013.

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer. (Radioterapi)	Kvinde \cap Invasiv \cap 18-75 år \cap operation i 2010-2012 (2010 \leq m25 \leq 2012) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Indgår i DBCG protokol A,B,C,D (m40 in(1,2,3,4)) \cap Operationstype lumpektomi eller Operationstype mastektomi og alder <75 år og mindst én af følgende risikofaktorer: N+(makrometastaser) eller tumor>50mm eller ikke-radikal operation (P129>0 eller P19>50 eller P13=1 eller P43=1 eller P106=0 eller P107=0). Eksklusion: Kirurgi-eksklusion eller Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) eller Kontraindikation for standardbehandling (m41_5=1) eller Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) eller Død umiddelbart efter operation < 4 uger (m41_9=1) eller Patienter som modtager eksperimentel behandling (intraoperativ strålebehandling).	Første behandlingsdag (ST2,ST3,ST4) er indberettet \cap Indikation er 'Invasiv cancer mammae' (ST62=1) \cap { Stråledosis modtaget (ST52 > 0) og strålebehandlingstype er angivet (1 \leq st51 \leq 10) } eller Stråledosis (anden) modtaget (ST60 > 0) \cap Årsag til ingen eller anden strålebehandling er angivet (st49_1=1 eller st49_5=1 eller st49_8=1 eller st49_9=1) }	Indikation er ikke 'Invasiv cancer mammae' (ST62 \wedge =1)

Opfølgningstid med off-study indberetning af: recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, udgang af opfølgning: Min(mdy(04,1,2014), mdy(ob3,ob2,ob4) , mdy(oc3,oc2,oc4) , mdy(od3,od2,od4), hvis oe27 > . så mdy(oe3,oe2,oe4), mdy(oa3,oa2,oa4)) – mdy(m24,m23,m25).

Opfølgningstid uden off-study indberetning inklusive død alene indberettet fra CPR: Min(mdy(04,1,2014) , max(mdy(f5,f4,f6), mdy(fa5,fa4,fa6)) + 365 , hvis oe27 = . så mdy(oe3,oe2,oe4)) – mdy(m24,m23,m25).

* 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 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)

Bestemmelser af opfølgingsafdeling for indikator 7

Bestemmelse af patologiafdeling for patienter indberettet til DBCG's transaktionsregister i 2013.

Patologiafdeling*	Bestemmelse af patologiafdeling				
	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	DBCG Kirurgiafdeling	DBCG Onkologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	681	67	29	2	779
HERLEV	675	35	41	12	763
OPHØRT REG.H	0	0	1	3	4
SLAGELSE	650	21	0	0	671
OPHØRT REG.SJ	0	0	46	4	50
ODENSE	325	22	15	2	364
SØNDERBORG	206	12	0	0	218
ESBJERG	184	2	1	0	187
VEJLE	242	28	4	4	278
OPHØRT REG.SYD	0	0	12	2	14
HOLSTEBRO	26	11	0	0	37
AARHUS	350	14	6	2	372
RANDERS	195	5	4	0	204
VIBORG	383	0	4	1	388
OPHØRT REG.MIDT	0	0	1	7	8
AALBORG	253	38	6	0	297
HJØRRING	142	13	2	0	157
Total	4312	268	172	39	4791

* 33 patienter havde ubestemt afdeling. Det totale antal patienter er 4824.

Bestemmelse af kirurgiafdeling for patienter indberettet til DBCG's transaktionsregister i 2013.

Kirurgiafdeling*	Bestemmelse af kirurgiafdeling					Total
	DBCG Kirurgiafdeling Operation	DBCG Kirurgiafdeling SN,KOMOR.	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	DBCG Onkologiafdeling	
RIGSHOSPITALET	738	26	11	6	2	783
HAMLET	5	0	0	0	0	5
HERLEV	670	78	1	0	12	761
OPHØRT REG.H	1	0	0	0	3	4
RINGSTED	671	32	0	0	2	705
OPHØRT REG.SJ	0	0	4	3	2	9
ODENSE	347	14	1	0	2	364
AABENRAA	215	16	0	0	2	233
ESBJERG	186	1	0	0	0	187
VEJLE	259	3	2	3	4	271
MØLHOLM	8	0	0	0	0	8
OPHØRT REG.SYD	0	0	1	0	0	1
AARHUS	361	7	7	0	2	377
RANDERS	194	3	0	1	0	198
VIBORG	412	5	4	0	1	422
OPHØRT REG.MIDT	2	0	1	0	7	10
AALBORG	260	3	20	14	0	297
HJØRRING	147	0	4	5	0	156
Total	4476	188	56	32	39	4791

* 33 patienter havde ubestemt afdeling. Det totale antal patienter er 4824.

Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 9

Opfølgningsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Off-study afdeling. (b) Flow-afdeling. (c) For højrisikopatienter: Behandlingshospital og -afdeling ifølge indberetning til LPR. Hvis en patient efter primær operation har været indlagt på en eller flere af nedenstående afdelinger ($d_{\text{inddto}} > \text{mdy}(m24, m23, m25)$), så anvendes afdelingen for den første indlæggelse som opfølgningsafdeling. (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.

For højrisikopatienter uden indberetning af medicinsk behandling eller off-study er allokering til opfølgningsafdeling behæftet med usikkerhed både ved registersamkøring med LPR (c) og ved anvendelse af operationsafdeling (d). For at reducere denne usikkerhed har DBCG fra juni 2013 indført registrering af henvisning til videre onkologisk behandling efter endt kirurgisk behandling.

Søgning efter onkologisk opfølgningsafdeling for højrisikopatienter i LPR.

C_SGH	C_AFD	csghafd	DBCG onkologiafdeling
1301	721	Onkologisk klinik ONK, heldøgn	RIGSHOSPITALET
1301	722	Onkologisk klinik ONK, EKSP, heldøgn	RIGSHOSPITALET
1301	726	Onkologisk klinik ONK, deldøgn	RIGSHOSPITALET
1301	727	Onkologisk klinik ONK, radioterapi	RIGSHOSPITALET
1301	729	Onkologisk klinik ONK, amb.	RIGSHOSPITALET
1301	72D	Onkologisk klinik ONK, EKSP, amb	RIGSHOSPITALET
1301	72E	Onkologisk Klinik ONK, Palliativt ambula	RIGSHOSPITALET
1516	130	Onkologisk afd. R	HERLEV
1516	131	Eksperimentelle kemoterapi, enhed/afd. R	HERLEV
1516	136	Onkologisk dagafsnit R/L	HERLEV
1516	137	Eksperimentelle kemoterapi, enhed/amb. R	HERLEV
1516	139	Onkologisk ambulatorium R/A	HERLEV
2000	228	HI Onkologisk Afd., senge	HILLERØD
2000	22O	HI Onkologisk Afd., amb.	HILLERØD
2501	54	Med.afd.hæmat./onkol.,dagafsn.	ROSKILDE
2501	58	Med.afd. hæmat./onkol., amb.	ROSKILDE
2501	191	Onkologisk/Hæmatol. Afd. senge	ROSKILDE
2501	199	Onkologisk/Hæmatol. Afd. amb	ROSKILDE
3500	450	Næ Onkologi/hæmatologi senge	NÆSTVED
3500	45D	Næ Onkologi/hæmatologi amb.	NÆSTVED
3500	45R	Næ Onkologisk Klinik, radioterapi	NÆSTVED
3501	201	Onkologisk/hæmatol.afd., senge	NÆSTVED

3501	206	Onkologisk/hæmatol. deldøgn	NÆSTVED
3501	209	Onkologisk/hæmatologisk amb.	NÆSTVED
3800	A90	ROS Klin. Onkologisk Afd.	ROSKILDE
3800	A9D	ROS Klin. Onkologisk Amb.	ROSKILDE
3800	N80	NAE Klin. Onkologisk Afd.	NÆSTVED
3800	N8D	NAE Klin. Onkologisk Amb.	NÆSTVED
4001	90	Onkologisk afdeling	RØNNE
4001	99	Onkologisk ambulatorium	RØNNE
4202	260	Od Onkologisk afdeling R	ODENSE
4202	267	Od Onkologisk amb. R	ODENSE
5000	610	SHS Klinik for Kræftsygdomme Sengeafdeli	SØNDERBORG
5000	617	SHS Klinik for Kræftsygdomme Ambulatorie	SØNDERBORG
5000	619	SHS Klinik for Kræftsygdomme Palliativ A	SØNDERBORG
5001	57	Onkologisk ambulatorium	SØNDERBORG
5001	58	Onkologisk afdeling	SØNDERBORG
5501	05C	SVS Onkologisk afsnit (Esbjerg)	ESBJERG
5501	05O	SVS Onkologisk ambulatorium (Esbjerg)	ESBJERG
5501	269	Onkologisk ambulatorium	ESBJERG
6006	03V	Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	HORSENS
6008	180	Afsn.f.onkologi og radioterapi	VEJLE
6008	181	Onkologisk eksp.seng	VEJLE
6008	187	Onkologisk eksp.amb	VEJLE
6008	189	Onkologisk ambulatorium	VEJLE
6502	160	Onkologisk afsnit	HERNING
6502	169	Onkologisk ambulatorium	HERNING
6620	251	Onkologisk Afdeling D	AARHUS
6620	255	Onkologisk Fys-ergoterapi D	AARHUS
6620	259	Onkologisk Ambulatorium D	AARHUS
6650	361	Onkologiske Senge Herning	HERNING
6650	36A	Onkologisk Ambulatorium Herning	HERNING
7003	251	Onkologisk afdeling D	AARHUS
7003	259	Onkologisk Ambulatorium D	AARHUS
7601	46	Medicinsk dagafsnit, Viborg	VIBORG
8001	261	Alb Onkologisk afd.	AALBORG
8001	267	Alb Palliative Team Onkologisk	AALBORG
8001	269	Alb Onkologisk amb.	AALBORG
8003	269	Hjr Onkologisk kontrolamb.	HJØRRING

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2003-2012.

	Risikogruppe		
	Høj	Lav	Total
DBCG Flow-indberetning	20649	2978	23627
DBCG Off-Study indberetning	5316	2945	8261
LPR Onkologisk indberetning	1408	0	1408
DBCG operationsafdeling	758	231	989
Total	28131	6154	34285

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2003-2012, Højrisiko-patienter.

	DBCG Flow-indberetning	DBCG Off-Study indberetning	LPR Onkologisk indberetning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	2288	478	233	167	3166
HERLEV	2402	988	282	187	3859
HILLERØD	1302	234	49	0	1585
OPHØRT REG.H	25	42	0	15	82
ROSKILDE	1535	249	40	0	1824
RINGSTED	122	283	0	102	507
NÆSTVED	1538	100	170	1	1809
OPHØRT REG.SJ	1	1	0	0	2
RØNNE	113	38	5	0	156
ODENSE	1845	274	80	22	2221
SØNDERBORG	892	162	121	0	1175
ESBJERG	839	164	61	2	1066
VEJLE	1897	311	53	2	2263
OPHØRT REG.SYD	28	60	0	29	117
HERNING	1718	248	20	0	1986
AARHUS	2397	633	33	18	3081
OPHØRT REG.MIDT	158	242	7	52	459
AALBORG	1537	754	246	79	2616
OPHØRT REG.NORD	10	50	8	78	146
UOPLYST	2	5	0	4	11
Total	20649	5316	1408	758	28131

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2003-2012, Lavrisiko-patienter.

	DBCG Flow-indberetning	DBCG Off-Study indberetning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	333	535	28	896
HERLEV	512	461	32	1005
OPHØRT REG.H	77	48	8	133
RINGSTED	147	679	20	846
OPHØRT REG.SJ	87	18	9	114
ODENSE	210	346	7	563
AABENRAA	177	99	10	286
ESBJERG	93	154	8	255
VEJLE	315	72	6	393
OPHØRT REG.SYD	33	16	2	51
AARHUS	340	91	15	446
RANDERS	29	82	14	125
VIBORG	168	104	14	286
OPHØRT REG.MIDT	199	32	6	237
AALBORG	253	173	28	454
HJØRRING	2	33	21	56
OPHØRT REG.NORD	0	1	0	1
UOPLYST	3	1	3	7
Total	2978	2945	231	6154

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8

Indikator 8 omhandler alene højrisko-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 Region Hovedstaden og Region Sjælland allokeres 14 % og 8 % af patienterne til operationsafdelingen i 2012, mens dette kun sker for 2 % af patienterne i resten af landet. Disse værdier er bedre end i 2011, hvor de tilsvarende andele var 17 %, 18 % og 4 %. Med en lavere andel af patienter allokeret til operationsafdeling, bliver indikatorpopulationen per center bestemt med mindre usikkerhed.

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2012.

	DBCG Flow-indberetning	LPR Onkologisk indberetning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	256	37	70	363
HERLEV	231	62	58	351
HILLERØD	181	6	0	187
ROSKILDE	198	3	0	201
RINGSTED	8	0	34	42
NÆSTVED	154	19	0	173
RØNNE	15	1	0	16
ODENSE	193	9	11	213
SØNDERBORG	66	56	0	122
ESBJERG	74	31	1	106
VEJLE	207	12	3	222
OPHØRT REG.SYD	13	0	4	17
HERNING	262	5	0	267
AARHUS	330	2	4	336
OPHØRT REG.MIDT	1	0	7	8
AALBORG	260	18	5	283
OPHØRT REG.NORD	0	0	3	3
Total	2449	261	200	2910

Antal opererede højrisko-patienter i 2012 efter kirurgisk afdeling.

M52	Antal
RIGSHOSPITALET	450
HAMLET	18
HERLEV	441
RINGSTED	415
ODENSE	217
AABENRAA	142
ESBJERG	113
VEJLE	210
MØLHOLM	7
AARHUS	202
RANDERS	134
VIBORG	276
AALBORG	184
HJØRRING	101
Total	2910

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 13

Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Afdeling for strålebehandling af invasiv brystkræft. (b) Afdeling for randomisering i strålebehandlingsstudier af invasiv brystkræft. (c1) Afdeling for strålebehandling med indikation DCIS eller manglende indikation. (c2) Rykkerbesvarelse med stråleafdelings henvisning til anden afdeling eller angivelse af patient ukendt på afdeling (kun i årsrapport 2013). (d) Behandlingshospital og -afdeling ved første kontakt efter operation med en onkologi- eller radioterapiafdeling i LPR. (f) DBCG's operationsafdeling.

Resultatet af denne søgeprocedure præsenteres nedenfor. For patienter uden indberetning af strålebehandling er allokering til opfølgingsafdeling behæftet med usikkerhed især ved registersamkøring med LPR (d) og anvendelse af operationsafdeling (e). For at reducere denne usikkerhed har DBCG fra juni 2013 indført registrering af henvisning til videre strålebehandling efter endt kirurgisk behandling.

Søgning efter onkologi og radioterapi behandlingsafdeling i LPR. To radioterapi-afdelinger nedenfor, samt onkologi-afdelingerne i ovenstående liste for indikator 9: 'onkologisk opfølgingsafdeling for højrisikopatienter i LPR'.

C_SGH	C_AFD	csghafd	DBCG onkologiafdeling
3800	N8R	NAE Klin.Onk.Stråleterapi Amb.	NÆSTVED
6008	188	SLB Stråleterapi (Vejle)	VEJLE

Patienter randomiseret til eksperimentel behandling (intra-operativ strålebehandling, IORT) i kliniske forsøg. Disse patienter indgår ikke i indikatorpopulationen.

Operationsår	RIGSHOSPITALET	HERLEV	Total
Ukendt	10	15	25
2003	0	1	1
2007	15	18	33
2008	13	17	30
2009	19	50	69
2010	5	52	57
2011	8	28	36
2012	0	11	11
Total	70	192	262

For patienter uden indberetning af stråleterapi har den anvendte søgning efter onkologi- og radioterapikontakter i LPR kun resulteret i 20 fund (0.2 %), mens 644 patienter (7 %) er allokeret til afdeling efter DBCG operationsafdeling. Andelen af LPR-fund er dermed langt lavere end for indikator 8 vedrørende adjuverende medicinsk behandling, hvor 9 % af patienterne bliver allokeret til afdeling efter LPR-kontakt.

Bestemmelse af behandlingsafdeling for stråleterapi 2010-2012.

Stråleafdeling	DBCG Stråleterapi indberet- ning Invasiv	Randomi- serings- afdeling	DBCG Stråleterapi indberet- ning Anden	Afdeling Rykkerbe- svarelse	LPR Onkologi radioterapi indberet- ning	DBCG operations- afdeling	Total
RIGSHOSPITALET	1059	0	1	0	0	28	1088
HERLEV	1965	6	30	0	4	46	2051
NÆSTVED	746	0	1	0	1	136	884
ODENSE	577	0	9	0	2	23	611
FLENSBORG	303	0	1	0	1	71	376
VEJLE	1015	0	16	0	1	129	1161
HERNING	305	0	1	0	5	26	337
AARHUS	1467	0	5	0	3	44	1519
AALBORG	714	0	1	0	3	141	859
UOPLYST	0	0	0	213*	0	0	213
Total	8151	6	65	213	20	644	9099

* Rykkerbesvarelse 'patient ikke kendt på afdeling' Rigshospitalet (n=157) og Aarhus (n=56).

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

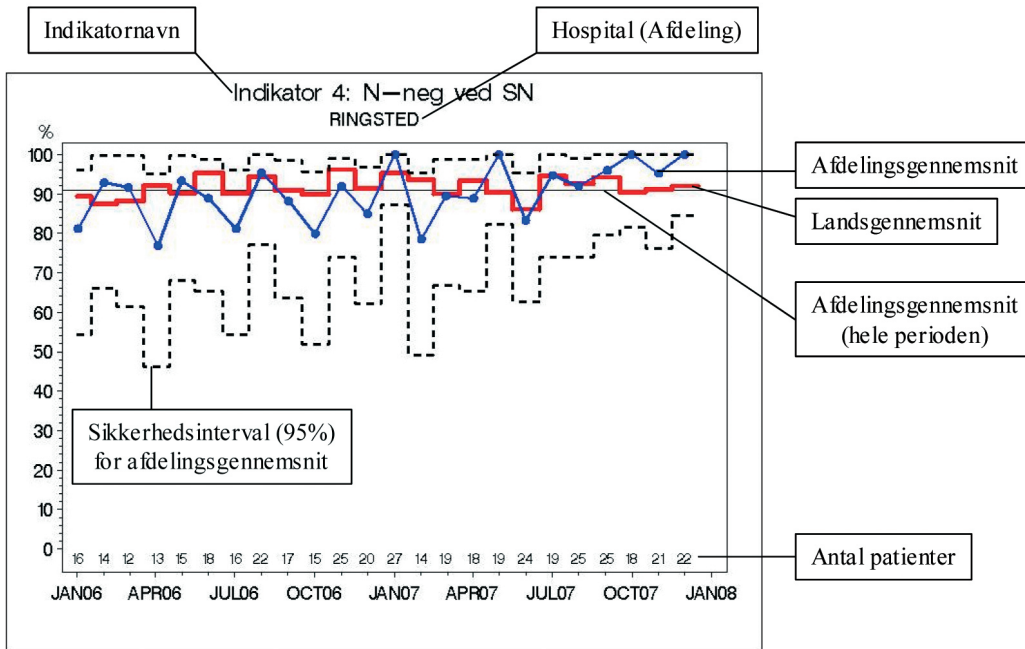
Patologiske afdelinger.

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 2013

Der er ikke fremkommet regionale kommentarer af generel karakter til årsrapport 2013 under høringsfasen fra 14. april til 13. maj 2014.

Forklaring af trendplot til bilag 3



BILAG 1

Prognostiske faktorer per afdeling

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2013
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Tabel 1 Aldersfordeling af patienter per kirurgisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	49	(1.3)	22	(3.5)	.	.	3	(0.5)	5	(0.9)
35-39 år	108	(2.8)	27	(4.2)	.	.	18	(3.3)	12	(2.0)
40-49 år	518	(13.4)	98	(15.4)	.	.	70	(12.7)	61	(10.4)
50-59 år	892	(23.1)	146	(22.9)	2	(66.7)	118	(21.4)	153	(26.1)
60-69 år	1311	(34.0)	196	(30.8)	.	.	183	(33.2)	226	(38.5)
70-75 år	409	(10.6)	79	(12.4)	1	(33.3)	58	(10.5)	49	(8.3)
76+ år	573	(14.8)	69	(10.8)	.	.	101	(18.3)	81	(13.8)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)												
<=34 år	4	(1.4)	1	(0.5)	2	(1.2)	1	(0.5)	.	.	5	(1.5)
35-39 år	3	(1.1)	6	(3.1)	2	(1.2)	7	(3.2)	.	.	12	(3.7)
40-49 år	37	(13.1)	23	(11.9)	15	(9.1)	34	(15.7)	2	(28.6)	59	(18.0)
50-59 år	64	(22.6)	45	(23.3)	39	(23.6)	48	(22.1)	4	(57.1)	70	(21.3)
60-69 år	98	(34.6)	65	(33.7)	67	(40.6)	58	(26.7)	.	.	98	(29.9)
70-75 år	33	(11.7)	22	(11.4)	16	(9.7)	34	(15.7)	.	.	35	(10.7)
76+ år	44	(15.5)	31	(16.1)	24	(14.5)	35	(16.1)	1	(14.3)	49	(14.9)
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)	328	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)								
<=34 år	2	(1.1)	1	(0.3)	3	(1.4)	.	.
35-39 år	2	(1.1)	10	(2.7)	6	(2.8)	3	(2.4)
40-49 år	16	(8.9)	40	(10.8)	38	(17.8)	25	(19.7)
50-59 år	37	(20.6)	93	(25.2)	51	(23.9)	22	(17.3)
60-69 år	69	(38.3)	133	(36.0)	69	(32.4)	49	(38.6)
70-75 år	20	(11.1)	24	(6.5)	21	(9.9)	17	(13.4)
76+ år	34	(18.9)	68	(18.4)	25	(11.7)	11	(8.7)
Total	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 2 Preoperativ diagnostik ved billeddiagnostik per kirurgisk afdeling 2013

Patienter med preoperativ diagnose ved billeddiagnostik	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat										
Malign	2930	(75.9)	489	(76.8)	2	(66.7)	372	(67.5)	529	(90.1)
Suspekt	656	(17.0)	83	(13.0)	.	.	129	(23.4)	40	(6.8)
Benign/uspecifik	217	(5.6)	44	(6.9)	1	(33.3)	28	(5.1)	15	(2.6)
Ej udført	47	(1.2)	17	(2.7)	.	.	21	(3.8)	1	(0.2)
Uoplyst	10	(0.3)	4	(0.6)	.	.	1	(0.2)	2	(0.3)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

Patienter med preoperativ diagnose ved billeddiagnostik	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat										
Malign	176	(62.2)	159	(82.4)	123	(74.5)	163	(75.1)	6	(85.7)
Suspekt	76	(26.9)	18	(9.3)	32	(19.4)	41	(18.9)	1	(14.3)
Benign/uspecifik	26	(9.2)	14	(7.3)	10	(6.1)	13	(6.0)	.	.
Ej udført	2	(0.7)	2	(1.0)	.	.	.	.	.	.
Uoplyst	3	(1.1)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)

Patienter med preoperativ diagnose ved billeddiagnostik	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat										
Malign	278	(84.8)	132	(73.3)	220	(59.6)	168	(78.9)	113	(89.0)
Suspekt	39	(11.9)	32	(17.8)	119	(32.2)	35	(16.4)	11	(8.7)
Benign/uspecifik	10	(3.0)	14	(7.8)	30	(8.1)	9	(4.2)	3	(2.4)
Ej udført	1	(0.3)	2	(1.1)	.	.	1	(0.5)	.	.
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	328	(100.0)	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Table 3. Preoperativ diagnostik ved finnålsbiopsi per kirurgisk afdeling 2013. Registrering ophørte 11. november 2013.

Patienter med preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC)	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat										
Malign	482	(12.5)	42	(6.6)	.	.	18	(3.3)	26	(4.4)
Suspekt	78	(2.0)	6	(0.9)	.	.	3	(0.5)	.	.
Benign/atypi	83	(2.2)	20	(3.1)	.	.	6	(1.1)	6	(1.0)
Ej udført	2729	(70.7)	475	(74.6)	3	(100.0)	464	(84.2)	420	(71.6)
Uoplyst	488	(12.6)	94	(14.8)	.	.	60	(10.9)	135	(23.0)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

Patienter med preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC)	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat												
Malign	51	(18.0)	5	(2.6)	6	(3.6)	63	(29.0)	3	(42.9)	29	(8.8)
Suspekt	18	(6.4)	.	.	.	.	12	(5.5)	.	.	10	(3.0)
Benign/atypi	11	(3.9)	4	(2.1)	1	(0.6)	4	(1.8)	.	.	4	(1.2)
Ej udført	190	(67.1)	168	(87.0)	144	(87.3)	119	(54.8)	3	(42.9)	250	(76.2)
Uoplyst	13	(4.6)	16	(8.3)	14	(8.5)	19	(8.8)	1	(14.3)	35	(10.7)
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)	328	(100.0)

Patienter med preoperativ diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC)	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat								
Malign	120	(66.7)	9	(2.4)	92	(43.2)	18	(14.2)
Suspekt	12	(6.7)	2	(0.5)	11	(5.2)	4	(3.1)
Benign/atypi	5	(2.8)	5	(1.4)	12	(5.6)	5	(3.9)
Ej udført	23	(12.8)	323	(87.5)	58	(27.2)	89	(70.1)
Uoplyst	20	(11.1)	30	(8.1)	40	(18.8)	11	(8.7)
Total	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 4. Preoperativ diagnostik ved grovnålsbiopsi per kirurgisk afdeling 2013. Registrering ophørte 11. november 2013.

Patienter med preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat										
Malign	3151	(81.6)	552	(86.7)	3	(100.0)	487	(88.4)	524	(89.3)
Suspekt	74	(1.9)	12	(1.9)	.	.	9	(1.6)	12	(2.0)
Benign/atypi	48	(1.2)	8	(1.3)	.	.	5	(0.9)	5	(0.9)
Ej udført	268	(6.9)	10	(1.6)	.	.	5	(0.9)	8	(1.4)
Uoplyst	319	(8.3)	55	(8.6)	.	.	45	(8.2)	38	(6.5)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

Patienter med preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat												
Malign	210	(74.2)	168	(87.0)	140	(84.8)	129	(59.4)	4	(57.1)	281	(85.7)
Suspekt	14	(4.9)	.	.	3	(1.8)	2	(0.9)	.	.	5	(1.5)
Benign/atypi	3	(1.1)	8	(4.1)	4	(2.4)	1	(0.5)	.	.	2	(0.6)
Ej udført	47	(16.6)	2	(1.0)	5	(3.0)	66	(30.4)	2	(28.6)	9	(2.7)
Uoplyst	9	(3.2)	15	(7.8)	13	(7.9)	19	(8.8)	1	(14.3)	31	(9.5)
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)	328	(100.0)

Patienter med preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Resultat								
Malign	150	(83.3)	318	(86.2)	92	(43.2)	93	(73.2)
Suspekt	1	(0.6)	14	(3.8)	2	(0.9)	.	.
Benign/atypi	2	(1.1)	8	(2.2)	.	.	2	(1.6)
Ej udført	5	(2.8)	8	(2.2)	81	(38.0)	20	(15.7)
Uoplyst	22	(12.2)	21	(5.7)	38	(17.8)	12	(9.4)
Total	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 5. Diagnostik ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2013

Diagnose ved excisionsbiopsi	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	3347	(86.7)	536	(84.1)	3	(100.0)	486	(88.2)	453	(77.2)
Ja	222	(5.8)	27	(4.2)	.	.	24	(4.4)	78	(13.3)
Uoplyst	291	(7.5)	74	(11.6)	.	.	41	(7.4)	56	(9.5)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	259	(91.5)	168	(87.0)	153	(92.7)	207	(95.4)	7	(100.0)
Ja	10	(3.5)	23	(11.9)	7	(4.2)	5	(2.3)	.	.
Uoplyst	14	(4.9)	2	(1.0)	5	(3.0)	5	(2.3)	.	.
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	280	(85.4)	168	(93.3)	334	(90.5)	189	(88.7)	104	(81.9)
Ja	17	(5.2)	3	(1.7)	10	(2.7)	5	(2.3)	13	(10.2)
Uoplyst	31	(9.5)	9	(5.0)	25	(6.8)	19	(8.9)	10	(7.9)
Total	328	(100.0)	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 6. Operationstype per kirurgisk afdeling 2013

Operationstype	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	1026	(26.6)	219	(34.4)	.	.	124	(22.5)	112	(19.1)
Lumpektomi	2636	(68.3)	412	(64.7)	3	(100.0)	416	(75.5)	422	(71.9)
Biopsi	112	(2.9)	1	(0.2)	.	.	.	.	30	(5.1)
Mastektomi efter neo-adj	54	(1.4)	4	(0.6)	.	.	6	(1.1)	20	(3.4)
Lumpektomi efter neo-adj	32	(0.8)	1	(0.2)	.	.	5	(0.9)	3	(0.5)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

Operationstype	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	117	(41.3)	69	(35.8)	46	(27.9)	29	(13.4)	1	(14.3)	110	(33.5)
Lumpektomi	160	(56.5)	124	(64.2)	107	(64.8)	150	(69.1)	6	(85.7)	203	(61.9)
Biopsi	3	(1.1)	.	.	9	(5.5)	4	(1.8)	.	.	12	(3.7)
Mastektomi efter neo-adj	3	(1.1)	.	.	1	(0.6)	14	(6.5)	.	.	3	(0.9)
Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	2	(1.2)	20	(9.2)	.	.	.	.
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)	328	(100.0)

Operationstype	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	45	(25.0)	46	(12.5)	88	(41.3)	20	(15.7)
Lumpektomi	109	(60.6)	301	(81.6)	120	(56.3)	103	(81.1)
Biopsi	22	(12.2)	22	(6.0)	5	(2.3)	4	(3.1)
Mastektomi efter neo-adj	3	(1.7)	.	.	.	.	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	1	(0.6)	.	.	.	.	.	.
Total	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 7. Preoperativ klassifikation og operationstype per kirurgisk afdeling 2013

		Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation								
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	994	(25.8)	210	(33.0)	.	.	121	(22.0)
	Lumpektomi	2551	(66.1)	393	(61.7)	1	(33.3)	399	(72.4)
	Biopsi	4	(0.1)	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	6	(0.2)	.	.	.	.	2	(0.4)
	Lumpektomi efter neo-adj	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
Mindre indgreb, Biopsi alene	Mastektomi	10	(0.3)	2	(0.3)	.	.	1	(0.2)
	Lumpektomi	25	(0.6)	4	(0.6)	.	.	6	(1.1)
	Biopsi	69	(1.8)	1	(0.2)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	9	(0.2)	2	(0.3)	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	3	(0.1)	1	(0.2)	.	.	.	.
Neo-adj behandling (inop/down st)	Mastektomi	7	(0.2)	1	(0.2)	.	.	1	(0.2)
	Lumpektomi	2	(0.1)	.	.	.	.	.	.
	Biopsi	32	(0.8)	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	38	(1.0)	2	(0.3)	.	.	4	(0.7)
	Lumpektomi efter neo-adj	28	(0.7)	.	.	.	.	5	(0.9)
Uoplyst	Mastektomi	15	(0.4)	6	(0.9)	.	.	1	(0.2)
	Lumpektomi	58	(1.5)	15	(2.4)	2	(66.7)	11	(2.0)
	Biopsi	7	(0.2)	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
Total		3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)

	RINGSTED		ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation												
Planlagt kurativ operation	108	(18.4)	116	(41.0)	68	(35.2)	45	(27.3)	29	(13.4)	1	(14.3)
	414	(70.5)	154	(54.4)	123	(63.7)	104	(63.0)	149	(68.7)	6	(85.7)
	2	(0.3)	2	(0.7)	.	.	.	.	.	.	.	.
	3	(0.5)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	.	.	.	.	.	.	.	.	1	(0.5)	.	.
Mindre indgreb, Biopsi alene	2	(0.3)	1	(0.4)	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
	1	(0.2)	3	(1.1)	1	(0.5)	.	.	1	(0.5)	.	.
	13	(2.2)	1	(0.4)	.	.	2	(1.2)	.	.	.	.
	5	(0.9)	1	(0.4)	.	.	1	(0.6)	.	.	.	.
	.	.	.	.	.	.	2	(1.2)	.	.	.	.
Neo-adj behandling (inop/down st)	1	(0.2)	.	.	.	.	1	(0.6)	.	.	.	.
	1	(0.2)	1	(0.4)	.	.	.	.	.	.	.	.
	13	(2.2)	.	.	.	.	5	(3.0)	4	(1.8)	.	.
	12	(2.0)	2	(0.7)	.	.	.	.	14	(6.5)	.	.
	3	(0.5)	.	.	.	.	.	.	19	(8.8)	.	.
Uoplyst	1	(0.2)	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	6	(1.0)	2	(0.7)	.	.	3	(1.8)	.	.	.	.
	2	(0.3)	.	.	.	.	2	(1.2)	.	.	.	.

Total	587	(100.0)	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation										
Planlagt kurativ operation	105	(32.0)	42	(23.3)	44	(11.9)	85	(39.9)	20	(15.7)
	193	(58.8)	107	(59.4)	294	(79.7)	112	(52.6)	102	(80.3)

	.	.	1	(0.6)	.	.	.	.	.	.

Mindre indgreb, Biopsi alene	2	(0.6)	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	3	(0.9)	.	.	4	(1.1)	2	(0.9)	.	.
	7	(2.1)	20	(11.1)	16	(4.3)	5	(2.3)	4	(3.1)

Neo-adj behandling (inop/down st)	2	(0.6)	.	.	.	.	1	(0.5)	.	.

	5	(1.5)	1	(0.6)	4	(1.1)	.	.	.	.
	2	(0.6)	2	(1.1)	.	.	.	.	.	.
	.	.	1	(0.6)	.	.	.	.	.	.
Uoplyst	1	(0.3)	3	(1.7)	1	(0.3)	2	(0.9)	.	.
	7	(2.1)	2	(1.1)	3	(0.8)	6	(2.8)	1	(0.8)
	.	.	1	(0.6)	2	(0.5)	.	.	.	.
	1	(0.3)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	328	(100.0)	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 8. Diagnose per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	3060	(79.3)	530	(83.5)	452	(81.9)	448	(75.8)	211	(74.6)
Lobulær	433	(11.2)	81	(12.8)	67	(12.1)	69	(11.7)	27	(9.5)
Mucinøs	71	(1.8)	7	(1.1)	8	(1.4)	9	(1.5)	10	(3.5)
Medullær	10	(0.3)	.	.	1	(0.2)	1	(0.2)	.	.
Papillær	24	(0.6)	.	.	2	(0.4)	8	(1.4)	4	(1.4)
Tubulær	63	(1.6)	3	(0.5)	7	(1.3)	18	(3.0)	21	(7.4)
Andre invasiv	200	(5.2)	14	(2.2)	15	(2.7)	38	(6.4)	10	(3.5)
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	157	(82.2)	129	(78.2)	178	(79.8)	7	(77.8)	219	(66.6)
Lobulær	19	(9.9)	20	(12.1)	22	(9.9)	2	(22.2)	38	(11.6)
Mucinøs	7	(3.7)	5	(3.0)	4	(1.8)	.	.	8	(2.4)
Medullær	2	(1.0)	.	.	.	.	.	.	1	(0.3)
Papillær	2	(1.0)	.	.	4	(1.8)	.	.	1	(0.3)
Tubulær	.	.	1	(0.6)	1	(0.4)	.	.	.	.
Andre invasiv	4	(2.1)	10	(6.1)	14	(6.3)	.	.	62	(18.8)
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type								
Duktal	152	(83.5)	299	(82.8)	172	(81.1)	106	(82.8)
Lobulær	15	(8.2)	37	(10.2)	24	(11.3)	12	(9.4)
Mucinøs	3	(1.6)	7	(1.9)	2	(0.9)	1	(0.8)
Medullær	.	.	1	(0.3)	1	(0.5)	3	(2.3)
Papillær	.	.	3	(0.8)	.	.	.	.
Tubulær	.	.	6	(1.7)	4	(1.9)	2	(1.6)
Andre invasiv	12	(6.6)	8	(2.2)	9	(4.2)	4	(3.1)
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 9. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	1	(0.0)	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
01-04	2340	(60.6)	367	(57.8)	371	(67.2)	350	(59.2)	184	(65.0)
05-09	217	(5.6)	43	(6.8)	23	(4.2)	41	(6.9)	14	(4.9)
>=10	1060	(27.5)	211	(33.2)	135	(24.5)	147	(24.9)	76	(26.9)
Uoplyst	243	(6.3)	14	(2.2)	22	(4.0)	53	(9.0)	9	(3.2)
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
01-04	116	(60.7)	107	(64.8)	135	(60.5)	.	.	175	(53.2)
05-09	10	(5.2)	1	(0.6)	6	(2.7)	.	.	27	(8.2)
>=10	58	(30.4)	43	(26.1)	44	(19.7)	.	.	106	(32.2)
Uoplyst	7	(3.7)	14	(8.5)	38	(17.0)	9	(100.0)	21	(6.4)
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder								
00	.	.	.	.	.	.	.	.
01-04	100	(54.9)	238	(65.9)	134	(63.2)	63	(49.2)
05-09	7	(3.8)	19	(5.3)	13	(6.1)	13	(10.2)
>=10	49	(26.9)	88	(24.4)	56	(26.4)	47	(36.7)
Uoplyst	26	(14.3)	16	(4.4)	9	(4.2)	5	(3.9)
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 10. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	2303	(59.6)	394	(62.0)	351	(63.6)	353	(59.7)	163	(57.6)
01-03	938	(24.3)	164	(25.8)	124	(22.5)	122	(20.6)	83	(29.3)
>=04	362	(9.4)	62	(9.8)	54	(9.8)	58	(9.8)	21	(7.4)
Uoplyst	258	(6.7)	15	(2.4)	23	(4.2)	58	(9.8)	16	(5.7)
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	121	(63.4)	98	(59.4)	129	(57.8)	.	.	181	(55.0)
01-03	52	(27.2)	39	(23.6)	38	(17.0)	.	.	89	(27.1)
>=04	11	(5.8)	14	(8.5)	18	(8.1)	.	.	38	(11.6)
Uoplyst	7	(3.7)	14	(8.5)	38	(17.0)	9	(100.0)	21	(6.4)
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder								
00	98	(53.8)	220	(60.9)	123	(58.0)	72	(56.3)
01-03	47	(25.8)	89	(24.7)	56	(26.4)	35	(27.3)
>=04	11	(6.0)	36	(10.0)	23	(10.8)	16	(12.5)
Uoplyst	26	(14.3)	16	(4.4)	10	(4.7)	5	(3.9)
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 11. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	2504	(64.9)	415	(65.4)	390	(70.7)	370	(62.6)	164	(58.0)
01-03	752	(19.5)	148	(23.3)	93	(16.8)	99	(16.8)	60	(21.2)
>=04	318	(8.2)	58	(9.1)	51	(9.2)	54	(9.1)	18	(6.4)
Uoplyst	287	(7.4)	14	(2.2)	18	(3.3)	68	(11.5)	41	(14.5)
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	134	(70.2)	110	(66.7)	140	(62.8)	.	.	203	(61.7)
01-03	43	(22.5)	32	(19.4)	31	(13.9)	.	.	75	(22.8)
>=04	11	(5.8)	8	(4.8)	15	(6.7)	.	.	31	(9.4)
Uoplyst	3	(1.6)	15	(9.1)	37	(16.6)	9	(100.0)	20	(6.1)
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)								
00	110	(60.4)	250	(69.3)	138	(65.1)	80	(62.5)
01-03	36	(19.8)	63	(17.5)	41	(19.3)	31	(24.2)
>=04	10	(5.5)	32	(8.9)	18	(8.5)	12	(9.4)
Uoplyst	26	(14.3)	16	(4.4)	15	(7.1)	5	(3.9)
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 12. Antal fjernede lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	22	(25.6)	3	(50.0)	5	(45.5)	3	(13.0)	1	(20.0)
05-09	4	(4.7)	.	.	.	.	2	(8.7)	1	(20.0)
>=10	60	(69.8)	3	(50.0)	6	(54.5)	18	(78.3)	3	(60.0)
Total	86	(100.0)	6	(100.0)	11	(100.0)	23	(100.0)	5	(100.0)

	ESBJERG		VEJLE		AARHUS		RANDERS		AALBORG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	2	(50.0)	7	(26.9)	1	(20.0)	.	.	.	.
05-09	.	.	1	(3.8)	.	.	.	.	.	.
>=10	2	(50.0)	18	(69.2)	4	(80.0)	5	(100.0)	1	(100.0)
Total	4	(100.0)	26	(100.0)	5	(100.0)	5	(100.0)	1	(100.0)

Tabel 13. Antal positive lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE		ESBJERG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling												
00	46	(51.1)	3	(50.0)	6	(54.5)	10	(45.5)	1	(20.0)	2	(50.0)
01-03	23	(25.6)	3	(50.0)	4	(36.4)	6	(27.3)	3	(60.0)	.	.
>=04	21	(23.3)	.	.	1	(9.1)	6	(27.3)	1	(20.0)	2	(50.0)
Total	90	(100.0)	6	(100.0)	11	(100.0)	22	(100.0)	5	(100.0)	4	(100.0)

	VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS		RANDERS		AALBORG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	20	(66.7)	1	(100.0)	2	(40.0)	1	(20.0)	.	.
01-03	5	(16.7)	.	.	1	(20.0)	.	.	1	(100.0)
>=04	5	(16.7)	.	.	2	(40.0)	4	(80.0)	.	.
Total	30	(100.0)	1	(100.0)	5	(100.0)	5	(100.0)	1	(100.0)

Tabel 14. Tumorstørrelse (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	896	(23.2)	135	(21.3)	151	(27.4)	148	(25.0)	55	(19.4)
11-20	1668	(43.2)	262	(41.3)	256	(46.4)	232	(39.3)	128	(45.2)
21-50	1171	(30.3)	210	(33.1)	138	(25.0)	187	(31.6)	92	(32.5)
>=51	114	(3.0)	25	(3.9)	6	(1.1)	21	(3.6)	8	(2.8)
Uoplyst	12	(0.3)	3	(0.5)	1	(0.2)	3	(0.5)	.	.
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	38	(19.9)	38	(23.0)	55	(24.7)	1	(11.1)	75	(22.8)
11-20	83	(43.5)	76	(46.1)	85	(38.1)	2	(22.2)	134	(40.7)
21-50	69	(36.1)	43	(26.1)	71	(31.8)	6	(66.7)	106	(32.2)
>=51	1	(0.5)	8	(4.8)	12	(5.4)	.	.	14	(4.3)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)								
00-10	37	(20.3)	91	(25.2)	46	(21.7)	26	(20.3)
11-20	80	(44.0)	163	(45.2)	103	(48.6)	64	(50.0)
21-50	53	(29.1)	100	(27.7)	59	(27.8)	37	(28.9)
>=51	8	(4.4)	6	(1.7)	4	(1.9)	1	(0.8)
Uoplyst	4	(2.2)	1	(0.3)	.	.	.	.
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 15. Malignitetsgrad for duktale tumorer per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer								
I	133	(30.7)	11	(13.6)	31	(46.3)	18	(26.1)
II	265	(61.2)	64	(79.0)	30	(44.8)	47	(68.1)
III	27	(6.2)	6	(7.4)	3	(4.5)	3	(4.3)
Uoplyst	8	(1.8)	.	.	3	(4.5)	1	(1.4)
Total	433	(100.0)	81	(100.0)	67	(100.0)	69	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
I	17	(63.0)	9	(47.4)	4	(20.0)	6	(27.3)	2	(100.0)
II	8	(29.6)	8	(42.1)	16	(80.0)	15	(68.2)	.	.
III	1	(3.7)	2	(10.5)	.	.	1	(4.5)	.	.
Uoplyst	1	(3.7)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	27	(100.0)	19	(100.0)	20	(100.0)	22	(100.0)	2	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
I	8	(21.1)	3	(20.0)	10	(27.0)	14	(58.3)	.	.
II	23	(60.5)	11	(73.3)	24	(64.9)	10	(41.7)	9	(75.0)
III	6	(15.8)	.	.	2	(5.4)	.	.	3	(25.0)
Uoplyst	1	(2.6)	1	(6.7)	1	(2.7)	.	.	.	.
Total	38	(100.0)	15	(100.0)	37	(100.0)	24	(100.0)	12	(100.0)

Tabel 16. Østrogen-receptorstatus per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	482	(12.5)	73	(11.5)	67	(12.1)	70	(11.8)	31	(11.0)
1-9%	61	(1.6)	13	(2.0)	4	(0.7)	8	(1.4)	6	(2.1)
10-100%	3313	(85.8)	548	(86.3)	481	(87.1)	512	(86.6)	246	(86.9)
Uoplyst	5	(0.1)	1	(0.2)	.	.	1	(0.2)	.	.
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	21	(11.0)	15	(9.1)	33	(14.8)	1	(11.1)	51	(15.5)
1-9%	1	(0.5)	7	(4.2)	2	(0.9)	1	(11.1)	4	(1.2)
10-100%	169	(88.5)	143	(86.7)	188	(84.3)	7	(77.8)	273	(83.0)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	1	(0.3)
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor								
0 %	18	(9.9)	52	(14.4)	27	(12.7)	23	(18.0)
1-9%	4	(2.2)	6	(1.7)	2	(0.9)	3	(2.3)
10-100%	159	(87.4)	303	(83.9)	182	(85.8)	102	(79.7)
Uoplyst	1	(0.5)	.	.	1	(0.5)	.	.
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 17. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per patologisk afdeling 2013

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	3326	(86.1)	555	(87.4)	493	(89.3)	502	(84.9)	255	(90.1)
Positiv	463	(12.0)	76	(12.0)	56	(10.1)	84	(14.2)	26	(9.2)
Uoplyst	72	(1.9)	4	(0.6)	3	(0.5)	5	(0.8)	2	(0.7)
Total	3861	(100.0)	635	(100.0)	552	(100.0)	591	(100.0)	283	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	171	(89.5)	147	(89.1)	200	(89.7)	8	(88.9)	280	(85.1)
Positiv	17	(8.9)	18	(10.9)	23	(10.3)	.	.	40	(12.2)
Uoplyst	3	(1.6)	.	.	.	.	1	(11.1)	9	(2.7)
Total	191	(100.0)	165	(100.0)	223	(100.0)	9	(100.0)	329	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status								
Negativ	139	(76.4)	304	(84.2)	172	(81.1)	100	(78.1)
Positiv	31	(17.0)	49	(13.6)	32	(15.1)	11	(8.6)
Uoplyst	12	(6.6)	8	(2.2)	8	(3.8)	17	(13.3)
Total	182	(100.0)	361	(100.0)	212	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 18. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) score og FISH-ratio status per patologisk afdeling 2013

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	0.00-1.99	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.	.	.
	ubestemt	861	(22.3)	82	(12.9)	111	(20.1)	183	(31.0)	84	(29.7)
1	0.00-1.99	14	(0.4)	1	(0.2)	5	(0.9)	.	.	.	.
	ubestemt	1941	(50.3)	375	(59.1)	259	(46.9)	252	(42.6)	157	(55.5)
2	0.00-1.99	498	(12.9)	97	(15.3)	117	(21.2)	67	(11.3)	14	(4.9)
	2.00 +	74	(1.9)	8	(1.3)	13	(2.4)	13	(2.2)	5	(1.8)
	ubestemt	23	(0.6)	.	.	3	(0.5)	4	(0.7)	.	.
3	0.00-1.99	2	(0.1)	1	(0.2)	.	.	.	.	.	.
	2.00 +	9	(0.2)	.	.	.	.	.	.	.	.
	ubestemt	375	(9.7)	67	(10.6)	43	(7.8)	71	(12.0)	21	(7.4)
9	0.00-1.99	11	(0.3)	.	.	1	(0.2)	.	.	.	.
	2.00 +	3	(0.1)	.	.	.	.	.	.	.	.
	ubestemt	47	(1.2)	3	(0.5)	.	.	1	(0.2)	2	(0.7)

		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS		RANDERS	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score													
0	1	(0.4)
	41	(21.5)	14	(8.5)	72	(32.3)	1	(11.1)	37	(11.2)	19	(10.4)	
1	.	.	1	(0.6)	5	(2.2)	.	.	1	(0.3)	.	.	
	123	(64.4)	110	(66.7)	113	(50.7)	7	(77.8)	177	(53.8)	74	(40.7)	
2	7	(3.7)	22	(13.3)	9	(4.0)	.	.	55	(16.7)	46	(25.3)	
	1	(0.5)	5	(3.0)	2	(0.9)	.	.	6	(1.8)	7	(3.8)	
	3	(1.6)	.	.	.	.	.	.	2	(0.6)	4	(2.2)
3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	1	(0.5)
	.	.	.	.	.	.	.	.	7	(2.1)	.	.
	16	(8.4)	13	(7.9)	21	(9.4)	.	.	24	(7.3)	23	(12.6)	
9	.	.	.	.	.	.	.	.	10	(3.0)	.	.
	.	.	.	.	.	.	.	.	3	(0.9)	.	.
	.	.	.	.	.	.	1	(11.1)	7	(2.1)	8	(4.4)

	VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%
HER2-score						
0	.	.	.	.	.	.
	107	(29.6)	61	(28.9)	49	(38.3)
1	1	(0.3)	.	.	.	.
	160	(44.3)	83	(39.3)	51	(39.8)
2	36	(10.0)	28	(13.3)	.	.
	10	(2.8)	4	(1.9)	.	.
	1	(0.3)	2	(0.9)	4	(3.1)
3	.	.	.	.	.	.
	2	(0.6)	.	.	.	.
	37	(10.2)	28	(13.3)	11	(8.6)
9	.	.	.	.	.	.

	7	(1.9)	5	(2.4)	13	(10.2)

Tabel 19. Risikogruppe per kirurgisk afdeling 2013

Risikogruppe	Alle		RIGSHOSPITALET		HAMLET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	139	(3.6)	22	(3.5)	.	.	13	(2.4)	14	(2.4)
A lavrisiko	260	(6.7)	34	(5.3)	.	.	49	(8.9)	47	(8.0)
B, R+/? : KT,ET	1379	(35.7)	260	(40.8)	.	.	173	(31.4)	204	(34.8)
C, R+/? : ET	1610	(41.7)	251	(39.4)	1	(33.3)	251	(45.6)	254	(43.3)
D, R-: KT	472	(12.2)	70	(11.0)	2	(66.7)	65	(11.8)	68	(11.6)
Total	3860	(100.0)	637	(100.0)	3	(100.0)	551	(100.0)	587	(100.0)

Risikogruppe	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	15	(5.3)	1	(0.5)	9	(5.5)	10	(4.6)	.	.	11	(3.4)
A lavrisiko	23	(8.1)	13	(6.7)	9	(5.5)	12	(5.5)	.	.	24	(7.3)
B, R+/? : KT,ET	94	(33.2)	67	(34.7)	59	(35.8)	78	(35.9)	3	(42.9)	116	(35.4)
C, R+/? : ET	120	(42.4)	91	(47.2)	74	(44.8)	88	(40.6)	2	(28.6)	127	(38.7)
D, R-: KT	31	(11.0)	21	(10.9)	14	(8.5)	29	(13.4)	2	(28.6)	50	(15.2)
Total	283	(100.0)	193	(100.0)	165	(100.0)	217	(100.0)	7	(100.0)	328	(100.0)

Risikogruppe	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	14	(7.8)	17	(4.6)	7	(3.3)	6	(4.7)
A lavrisiko	9	(5.0)	22	(6.0)	12	(5.6)	6	(4.7)
B, R+/? : KT,ET	68	(37.8)	127	(34.4)	89	(41.8)	41	(32.3)
C, R+/? : ET	71	(39.4)	151	(40.9)	78	(36.6)	51	(40.2)
D, R-: KT	18	(10.0)	52	(14.1)	27	(12.7)	23	(18.1)
Total	180	(100.0)	369	(100.0)	213	(100.0)	127	(100.0)

BILAG 2

Supplerende beskrivelse af indikatorresultater

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2013
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose for patienter opereret 2011-2013 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	3719	92	3415	3196	219	94 (93-94)	92	99	91	99
<= 39 år	150	94	141	122	19	87 (80-92)	89	99	89	99
40-49 år	504	91	459	431	28	94 (91-96)	92	99	91	99
50-59 år	886	92	811	751	60	93 (91-94)	91	99	90	99
60-69 år	1291	91	1181	1095	86	93 (91-94)	92	99	91	99
70-75 år	403	93	374	355	19	95 (92-97)	93	99	93	100
76+ år	485	93	449	442	7	98 (97-99)	94	97	95	99

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

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

Indikator 3 Malign:Benign operationsratio. Resultat 2011-2013 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	6698	100	6698	4729	1969	71 (69-72)	70	100	70	100
<= 39 år	805	100	805	188	617	23 (20-26)	23	100	25	100
40-49 år	1130	100	1130	625	505	55 (52-58)	61	100	56	100
50-59 år	1522	100	1522	1126	396	74 (72-76)	73	100	74	100
60-69 år	1845	100	1845	1585	260	86 (84-87)	84	100	83	100
70-75 år	571	100	571	487	84	85 (82-88)	86	100	88	100
76+ år	825	100	825	718	107	87 (85-89)	83	100	82	100

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

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

Alder*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	1927	100	1927	1857	70	96 (95-97)	95	100	94	100
<= 39 år	59	100	59	57	2	97 (88-100)	97	100	92	100
40-49 år	211	100	211	207	4	98 (95-99)	96	100	94	100
50-59 år	458	100	458	444	14	97 (95-98)	95	100	93	100
60-69 år	756	100	756	727	29	96 (95-97)	95	100	95	100
70-75 år	202	100	202	190	12	94 (90-97)	95	100	92	100
76+ år	241	100	241	232	9	96 (93-98)	93	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 2011-2013. Alle patienter uanset alder er inkluderet.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
Operationsår	Tumordiameter (mm)					
2011	00-10	36	(6.2)	547	(93.8)	583
	11-20	37	(5.4)	644	(94.6)	681
	21-30	15	(7.1)	197	(92.9)	212
	31-40	2	(3.6)	54	(96.4)	56
	41-50	3	(14.3)	18	(85.7)	21
	>=51	3	(25.0)	9	(75.0)	12
	Uoplyst	.	.	1	(100.0)	1
2012	00-10	28	(5.6)	475	(94.4)	503
	11-20	26	(3.8)	659	(96.2)	685
	21-30	11	(5.2)	201	(94.8)	212
	31-40	6	(12.2)	43	(87.8)	49
	41-50	2	(10.5)	17	(89.5)	19
	>=51	1	(12.5)	7	(87.5)	8
	Uoplyst	.	.	1	(100.0)	1
2013	00-10	17	(2.6)	636	(97.4)	653
	11-20	36	(4.0)	857	(96.0)	893
	21-30	7	(2.7)	255	(97.3)	262
	31-40	3	(3.9)	73	(96.1)	76
	41-50	2	(7.4)	25	(92.6)	27
	>=51	5	(31.3)	11	(68.8)	16
	Uoplyst	.	.	1	(100.0)	1

Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder

Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder 2011-2013 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	714	99	709	684	25	96 (95-98)	95	99	96	99
<= 39 år	29	100	29	28	1	97 (82-100)	96	100	95	100
40-49 år	122	99	121	119	2	98 (94-100)	96	98	95	99
50-59 år	163	100	163	155	8	95 (91-98)	94	99	97	99
60-69 år	237	99	235	229	6	97 (95-99)	96	99	96	99
70-75 år	79	97	77	74	3	96 (89-99)	95	98	97	98
76+ år	84	100	84	79	5	94 (87-98)	94	100	93	100

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

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

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed for patienter opereret 2011-2013 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	4824	100	4824	4141	683	86 (85-87)	87	100	85	100
<= 39 år	193	100	193	170	23	88 (83-92)	87	100	86	100
40-49 år	622	100	622	553	69	89 (86-91)	91	100	88	100
50-59 år	1092	100	1092	936	156	86 (83-88)	85	100	83	100
60-69 år	1579	100	1579	1374	205	87 (85-89)	89	100	86	100
70-75 år	504	100	504	439	65	87 (84-90)	93	100	87	100
76+ år	834	100	834	669	165	80 (77-83)	82	100	80	100

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

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer 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	3345	83	2766	2323	443	84 (83-85)	85	89	86	93
<= 39 år	148	81	120	99	21	83 (75-89)	84	91	91	96
40-49 år	549	86	470	366	104	78 (74-82)	84	93	88	96
50-59 år	839	83	699	553	146	79 (76-82)	84	92	84	97
60-69 år	996	85	851	776	75	91 (89-93)	91	89	92	94
70-75 år	378	82	309	280	29	91 (87-94)	84	88	86	90
76+ år	435	73	317	249	68	79 (74-83)	77	75	73	78

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

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2003-2012, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2003-2012 med KI (%)
Total	28131	100	28131	21324	6807	76 (75-76)
<= 39 år	1412	100	1412	1056	356	75 (72-77)
40-49 år	4445	100	4445	3434	1011	77 (76-78)
50-59 år	7504	100	7504	5804	1700	77 (76-78)
60-69 år	8997	100	8997	6921	2076	77 (76-78)
70-75 år	2841	100	2841	2142	699	75 (74-77)
76+ år	2932	100	2932	1967	965	67 (65-69)

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

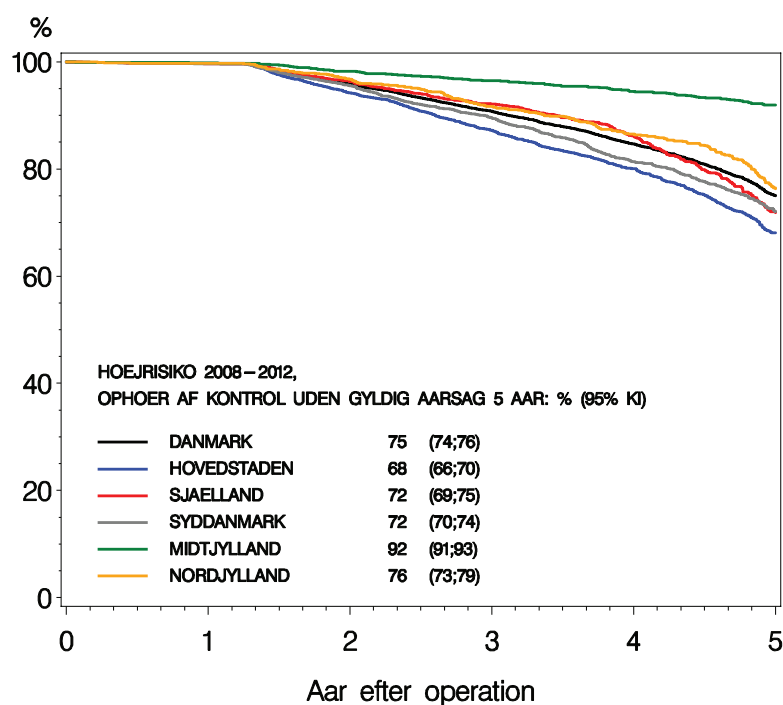
Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2003-2012, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2003-2012 med KI (%)
Total	6154	100	6154	4504	1650	73 (72-74)
<= 39 år	58	100	58	35	23	60 (47-73)
40-49 år	540	100	540	354	186	66 (61-70)
50-59 år	1726	100	1726	1294	432	75 (73-77)
60-69 år	2587	100	2587	1976	611	76 (75-78)
70-75 år	730	100	730	498	232	68 (65-72)
76+ år	513	100	513	347	166	68 (63-72)

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

Højrisiko-patienter

Højrisiko 2008 – 2012: Ophør af kontrol uden gyldig årsag

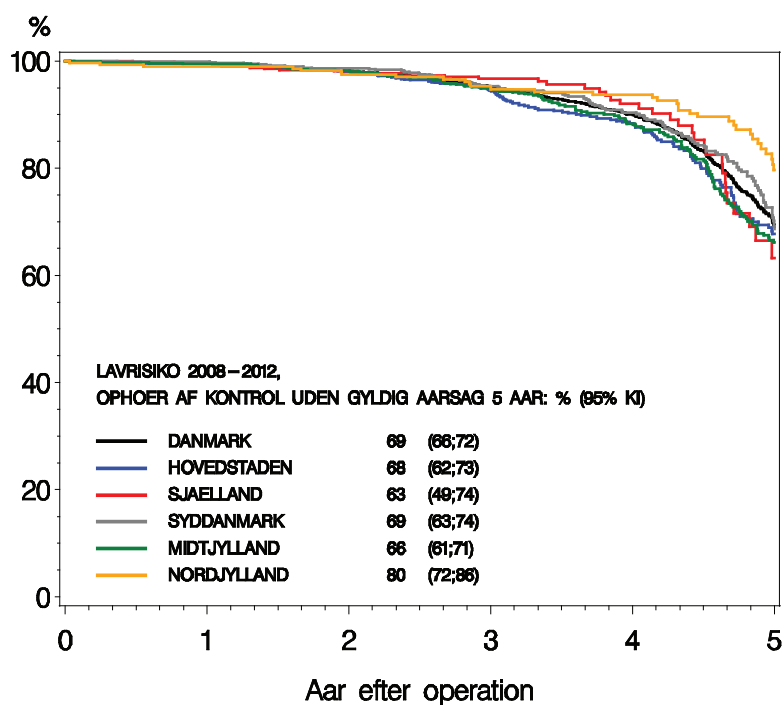


No. at risk:	0	1	2	3	4	5
DANMARK	16833	16173	13108	9581	6100	3044
HOVEDSTADEN	5216	4983	4013	2891	1865	820
SJAELLAND	2430	2348	1900	1404	833	423
SYDDANMARK	4028	3879	3185	2350	1465	793
MIDTJYLLAND	3444	3307	2666	1942	1278	679
NORDJYLLAND	1712	1653	1341	992	658	328

Indikator 9, Højrisiko: Forbliven i opfølgingsprogram for patienter opereret 2008-2012. Kaplan-Meier estimator, observationer censureres ved ophør af opfølgning med gyldig årsag, mens ophør uden gyldig årsag regnes som en event.

Lavrisiko-patienter

Lavrisiko 2008–2012: Ophør af kontrol uden gyldig årsag



No. at risk:	0	1	2	3	4	5
DANMARK	3204	3118	2862	2227	1336	498
HOVEDSTADEN	944	922	841	628	343	115
SJAELLAND	495	481	448	369	113	15
SYDDANMARK	774	754	702	543	355	135
MIDTJYLLAND	697	673	615	483	346	153
NORDJYLLAND	290	284	252	200	176	78

Indikator 9, Lavrisiko: Forbliven i opfølgingsprogram for patienter opereret 2008-2012. Kaplan-Meier estimater, observationer censureres ved ophør af opfølgning med gyldig årsag, mens ophør uden gyldig årsag regnes som en event.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende operation. Indikatorresultat 2007-2011 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2007-2011 med KI (%)	Nedre KI	Øvre KI
Total	12660	95.9	12137	169	11968	1.6	1.4	1.9
18-34 år	119	97.5	116	3	113	2.5	0.9	5.4
35-99 år	238	95.8	228	3	225	1.2	0.4	3.0
40-49 år	1542	96.8	1493	31	1462	1.9	1.3	2.7
50-59 år	3630	97.2	3530	38	3492	1.5	1.1	2.0
60-69 år	5216	96.5	5036	63	4973	1.7	1.3	2.1
70-75 år	1076	93.4	1005	14	991	1.3	0.8	1.9
76+ år	839	86.9	729	17	712	2.3	1.4	3.7

Først event for BCS opererede 2007-2011 per aldersgruppe. Patienter uden follow-up er ekskluderet.

Lokalt recidiv efter BCS per aldersgruppe	Første event efter BCS								
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
<=34 år	3	(2.6)	7	(6.0)	104	(89.7)	2	(1.7)	116
35-39 år	3	(1.3)	11	(4.8)	210	(92.1)	4	(1.8)	228
40-49 år	31	(2.1)	62	(4.2)	1387	(92.9)	13	(0.9)	1493
50-59 år	38	(1.1)	138	(3.9)	3317	(94.0)	37	(1.0)	3530
60-69 år	63	(1.3)	243	(4.8)	4629	(91.9)	101	(2.0)	5036
70-75 år	14	(1.4)	65	(6.5)	898	(89.4)	28	(2.8)	1005
76+ år	17	(2.3)	39	(5.3)	618	(84.8)	55	(7.5)	729
Alle	169	(1.4)	565	(4.7)	11163	(92.0)	240	(2.0)	12137

Først event for mastektomi opererede 2007-2011 per aldersgruppe. Patienter uden follow-up er ekskluderet.

Event efter mastektomi per aldersgruppe	Første event efter mastektomi								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=34 år	2	(1.8)	11	(10.1)	94	(86.2)	2	(1.8)	109
35-39 år	1	(0.5)	24	(12.2)	166	(84.3)	6	(3.0)	197
40-49 år	6	(0.8)	58	(7.6)	682	(89.5)	16	(2.1)	762
50-59 år	13	(1.1)	103	(8.9)	1010	(87.7)	26	(2.3)	1152
60-69 år	16	(1.1)	157	(11.0)	1197	(83.9)	57	(4.0)	1427
70-75 år	4	(0.6)	76	(11.3)	537	(79.6)	58	(8.6)	675
Alle	42	(1.0)	429	(9.9)	3686	(85.3)	165	(3.8)	4322

Først event for BCS opererede per operationsår. Patienter uden follow-up er ekskluderet.

Event efter BCS per operationsår	Første event efter BCS								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2007	43	(2.4)	116	(6.5)	1578	(88.3)	51	(2.9)	1788
2008	44	(2.0)	127	(5.7)	1980	(89.5)	62	(2.8)	2213
2009	34	(1.1)	148	(4.8)	2832	(92.5)	46	(1.5)	3060
2010	33	(1.2)	105	(3.8)	2573	(93.0)	56	(2.0)	2767
2011	15	(0.6)	69	(3.0)	2200	(95.3)	25	(1.1)	2309
Alle	169	(1.4)	565	(4.7)	11163	(92.0)	240	(2.0)	12137

Først event for mastektomi opererede per operationsår. Patienter uden follow-up er ekskluderet.

Event efter mastektomi per operationsår	Første event efter mastektomi								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2007	10	(1.2)	111	(13.5)	664	(80.6)	39	(4.7)	824
2008	9	(0.9)	110	(11.4)	800	(82.6)	50	(5.2)	969
2009	13	(1.2)	105	(9.9)	905	(85.6)	34	(3.2)	1057
2010	5	(0.6)	67	(8.4)	698	(87.1)	31	(3.9)	801
2011	5	(0.7)	36	(5.4)	619	(92.3)	11	(1.6)	671
Alle	42	(1.0)	429	(9.9)	3686	(85.3)	165	(3.8)	4322

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

Kodning af reoperation som følge af komplikation i LPR

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2011-2013 per aldersgruppe. Kodning af re-operation som følge af komplikation i LPR.

Alder	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	3719	97	3601	3483	118	97 (96-97)	98	98	98	98
<= 39 år	150	99	149	146	3	98 (94-100)	99	99	96	97
40-49 år	504	98	495	476	19	96 (94-98)	98	98	97	98
50-59 år	886	98	866	833	33	96 (95-97)	98	99	97	99
60-69 år	1291	97	1255	1223	32	97 (96-98)	98	98	98	99
70-75 år	403	95	384	368	16	96 (93-98)	98	97	99	99
76+ år	485	93	452	437	15	97 (95-98)	99	97	98	97

Kodning af re-operation som følge af komplikation og/eller diagnose for kirurgisk komplikation i LPR

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2011-2013. Kodning af diagnose for kirurgisk komplikation og/eller re-operation som følge af komplikation i LPR.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	3719	97	3601	3361	240	93 (92-94)	98	98	97	98
HOVEDSTADEN	1169	94	1097	1004	93	92 (90-93)	97	98	97	99
SJÆLLAND	565	97	549	517	32	94 (92-96)	99	97	98	98
SYDDANMARK	828	99	819	762	57	93 (91-95)	97	99	97	99
MIDTJYLLAND	817	98	803	757	46	94 (92-96)	98	98	97	98
NORDJYLLAND	329	100	328	317	11	97 (94-98)	98	99	96	99
RIGSHOSPITALET	627	99	623	570	53	91 (89-94)	96	99	97	99
HERLEV	542	87	474	434	40	92 (89-94)	98	98	98	99
RINGSTED	565	97	549	517	32	94 (92-96)	99	97	98	98
ODENSE	275	100	275	265	10	96 (93-98)	98	98	98	99
AABENRAA	191	100	191	171	20	90 (84-93)	99	100	99	100
ESBJERG	155	99	153	140	13	92 (86-95)	91	100	93	100
VEJLE	207	97	200	186	14	93 (89-96)	97	98	98	99
AARHUS	312	98	307	281	26	92 (88-94)	97	99	96	99
RANDERS	158	99	156	145	11	93 (88-96)	99	97	100	99
VIBORG	347	98	340	331	9	97 (95-99)	99	99	98	99
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	94	94
AALBORG	206	100	206	201	5	98 (94-99)	99	99	96	98
HJØRRING	123	99	122	116	6	95 (90-98)	94	99	95	100
HAMLET	3	67	2	2	0	100 (16-100)	100	83	100	25
MØLHOLM	7	29	2	2	0	100 (16-100)	100	75	94	84
UOPLYST	1	100	1	0	1	0 (0-98)	.	.	.	.

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2011-2013 per aldersgruppe. Kodning af diagnose for kirurgisk komplikation og/eller re-operation som følge af komplikation i LPR.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Næv-ner	Tæller	Ej op-fyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	3719	97	3601	3361	240	93 (92-94)	98	98	97	98
<= 39 år	150	99	149	142	7	95 (91-98)	98	99	96	97
40-49 år	504	98	495	459	36	93 (90-95)	97	98	97	98
50-59 år	886	98	866	801	65	92 (91-94)	97	99	96	99
60-69 år	1291	97	1255	1191	64	95 (94-96)	98	98	98	99
70-75 år	403	95	384	352	32	92 (88-94)	97	97	98	99
76+ år	485	93	452	416	36	92 (89-94)	99	97	97	97

Kodning af diagnose for kirurgisk komplikation i LPR

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2011-2013. Kodning af diagnose for kirurgisk komplikation i LPR.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	3719	97	3601	3443	158	96 (95-96)	99	98	99	98
HOVEDSTADEN	1169	94	1097	1015	82	93 (91-94)	98	98	98	99
SJÆLLAND	565	97	549	528	21	96 (94-98)	99	97	99	98
SYDDANMARK	828	99	819	798	21	97 (96-98)	100	99	100	99
MIDTJYLLAND	817	98	803	776	27	97 (95-98)	100	98	99	98
NORDJYLLAND	329	100	328	322	6	98 (96-99)	100	99	100	99
RIGSHOSPITALET	627	99	623	575	48	92 (90-94)	97	99	98	99
HERLEV	542	87	474	440	34	93 (90-95)	98	98	99	99
RINGSTED	565	97	549	528	21	96 (94-98)	99	97	99	98
ODENSE	275	100	275	267	8	97 (94-99)	99	98	100	99
AABENRAA	191	100	191	187	4	98 (95-99)	100	100	100	100
ESBJERG	155	99	153	150	3	98 (94-100)	100	100	100	100
VEJLE	207	97	200	194	6	97 (94-99)	100	98	100	99
AARHUS	312	98	307	291	16	95 (92-97)	99	99	100	99
RANDERS	158	99	156	151	5	97 (93-99)	99	97	100	99
VIBORG	347	98	340	334	6	98 (96-99)	100	99	100	99
OPHØRT REG.MIDT	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	96	94
AALBORG	206	100	206	202	4	98 (95-99)	100	99	100	98
HJØRRING	123	99	122	120	2	98 (94-100)	99	99	100	100
HAMLET	3	67	2	2	0	100 (16-100)	100	83	100	25
MØLHOLM	7	29	2	2	0	100 (16-100)	100	75	100	84
UOPLYST	1	100	1	0	1	0 (0-98)	.	.	.	.

Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2011-2013 per aldersgruppe. Kodning af diagnose for kirurgisk komplikation i LPR.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Næv-ner	Tæller	Ej op-fyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	3719	97	3601	3443	158	96 (95-96)	99	98	99	98
<= 39 år	150	99	149	144	5	97 (92-99)	99	99	99	97
40-49 år	504	98	495	475	20	96 (94-98)	99	98	100	98
50-59 år	886	98	866	821	45	95 (93-96)	99	99	99	99
60-69 år	1291	97	1255	1213	42	97 (96-98)	99	98	99	99
70-75 år	403	95	384	362	22	94 (91-96)	99	97	99	99
76+ år	485	93	452	428	24	95 (92-97)	99	97	99	97

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet 2011-2013 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	2122	100	2122	2035	87	96 (95-97)	97	100	95	100
<= 39 år	79	100	79	73	6	92 (84-97)	97	100	91	100
40-49 år	254	100	254	243	11	96 (92-98)	96	100	92	100
50-59 år	516	100	516	492	24	95 (93-97)	97	100	95	100
60-69 år	790	100	790	760	30	96 (95-97)	97	100	97	100
70-75 år	231	100	231	222	9	96 (93-98)	98	100	97	100
76+ år	252	100	252	245	7	97 (94-99)	96	100	96	100

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

Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

Indikator 13 Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	2473	92	2278	2218	60	97 (97-98)	97	92	97	89
<= 39 år	78	85	66	60	6	91 (81-97)	88	86	98	82
40-49 år	337	93	315	310	5	98 (96-99)	98	94	98	89
50-59 år	655	94	618	609	9	99 (97-99)	98	93	99	92
60-69 år	918	95	876	867	9	99 (98-100)	99	94	98	91
70-75 år	244	91	222	216	6	97 (94-99)	94	94	95	92
76+ år	241	75	181	156	25	86 (80-91)	82	75	77	65

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

Indikator 13 Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2010-2012 per aldersgruppe.

Alder*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
Total	396	84	332	322	10	97 (95-99)	95	83	94	83
<= 39 år	32	94	30	29	1	97 (83-100)	98	86	97	91
40-49 år	111	87	97	96	1	99 (94-100)	98	86	95	89
50-59 år	103	80	82	80	2	98 (91-100)	93	85	95	82
60-69 år	99	87	86	80	6	93 (85-97)	93	80	94	86
70-75 år	51	73	37	37	0	100 (91-100)	94	79	90	59

* Bemærk, at standard-indikatorpopulationen kun omfatter patienter 18-75 år. Strålebehandling efter mastektomi er ikke indikeret for patienter ældre end 75 år.

Indikator 13 (strata lumpektomi og mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2010-2012.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2012 med KI (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)	Andel 2010 (%)	Komp 2010 (%)
DANMARK	2628	92	2429	2384	45	98 (98-99)	97	92	98	89
HOVEDSTADEN	879	97	853	833	20	98 (96-99)	95	96	96	96
SJÆLLAND	257	91	234	233	1	100 (98-100)	100	90	99	81
SYDDANMARK	602	93	561	545	16	97 (95-98)	98	89	99	88
MIDTJYLLAND	572	96	548	540	8	99 (97-99)	99	97	98	96
NORDJYLLAND	268	87	233	233	0	100 (98-100)	100	86	100	80
RIGSHOSPITALET	324	98	318	317	1	100 (98-100)	95	96	96	98
HERLEV	555	96	535	516	19	96 (95-98)	94	95	95	96
NÆSTVED	257	91	234	233	1	100 (98-100)	100	90	99	81
ODENSE	189	97	183	167	16	91 (86-95)	93	96	96	91
FLENSBORG	126	94	119	119	0	100 (97-100)	100	73	98	81
VEJLE	287	90	259	259	0	100 (99-100)	100	89	100	89
HERNING	26	81	21	21	0	100 (84-100)	100	95	99	94
AARHUS	546	97	527	519	8	98 (97-99)	99	97	98	97
AALBORG	268	87	233	233	0	100 (98-100)	100	86	100	80
UOPLYST	50	0	0	0	0	. (-.)	.	0	.	0

BILAG 3

Trendplots for indikatorer efter indberettende afdeling

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2013
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

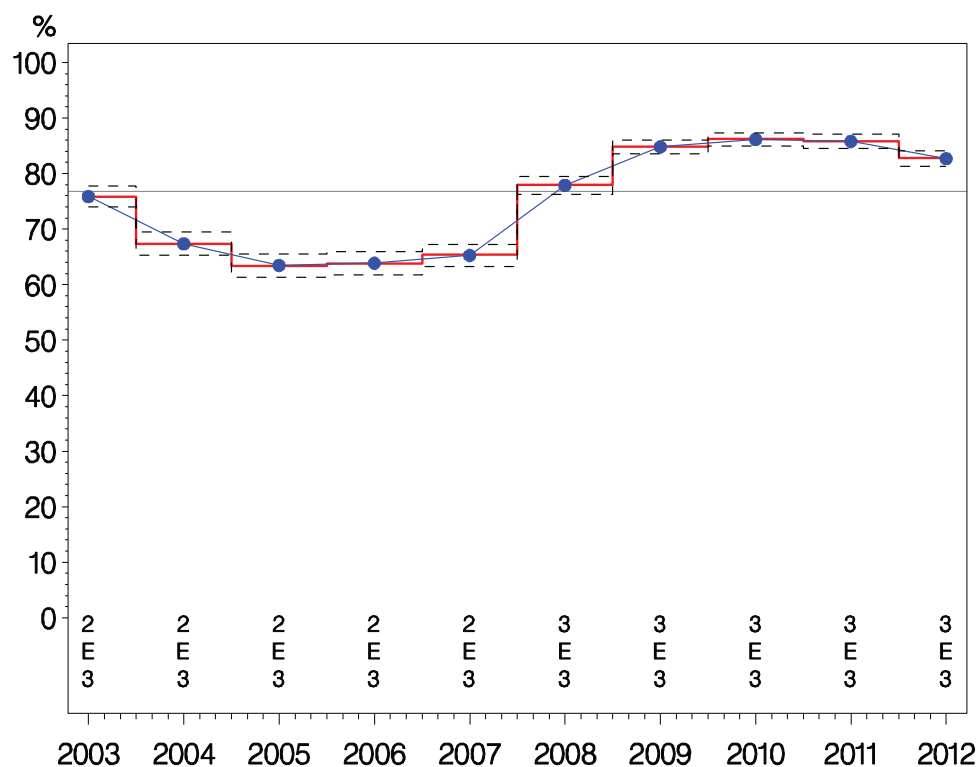
DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

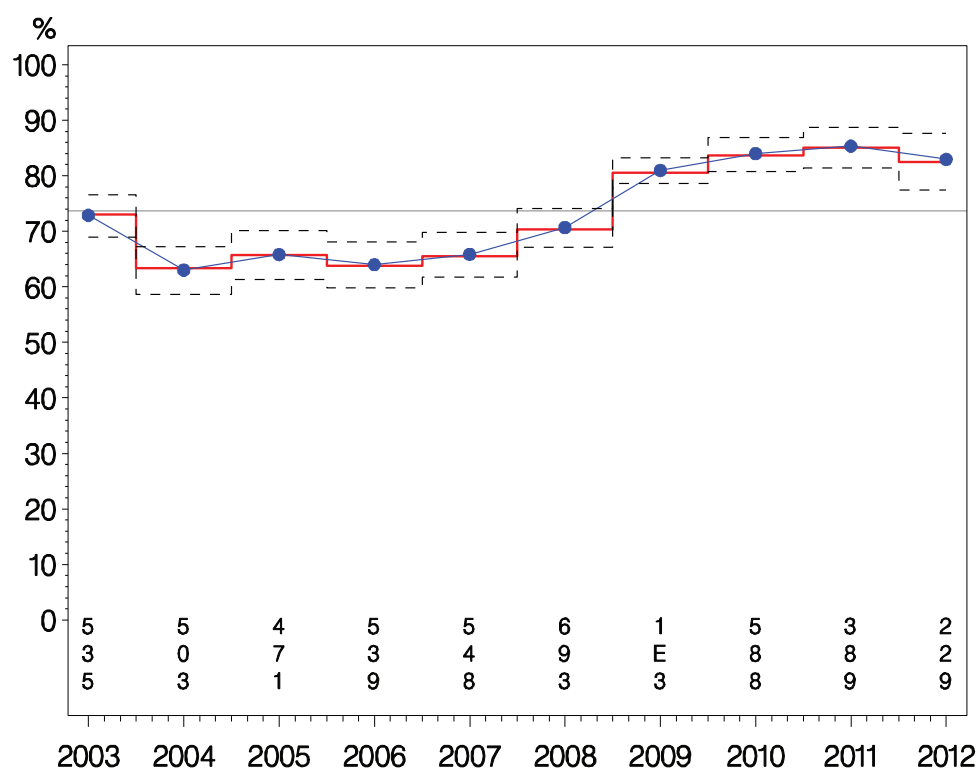
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

DANMARK

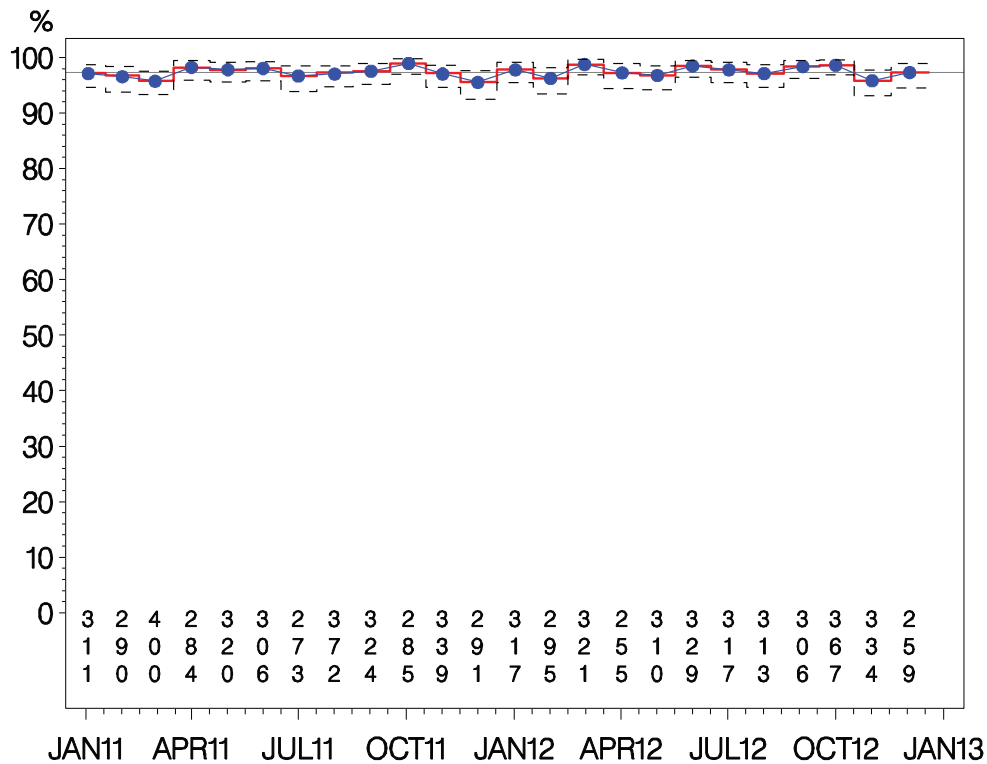


Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

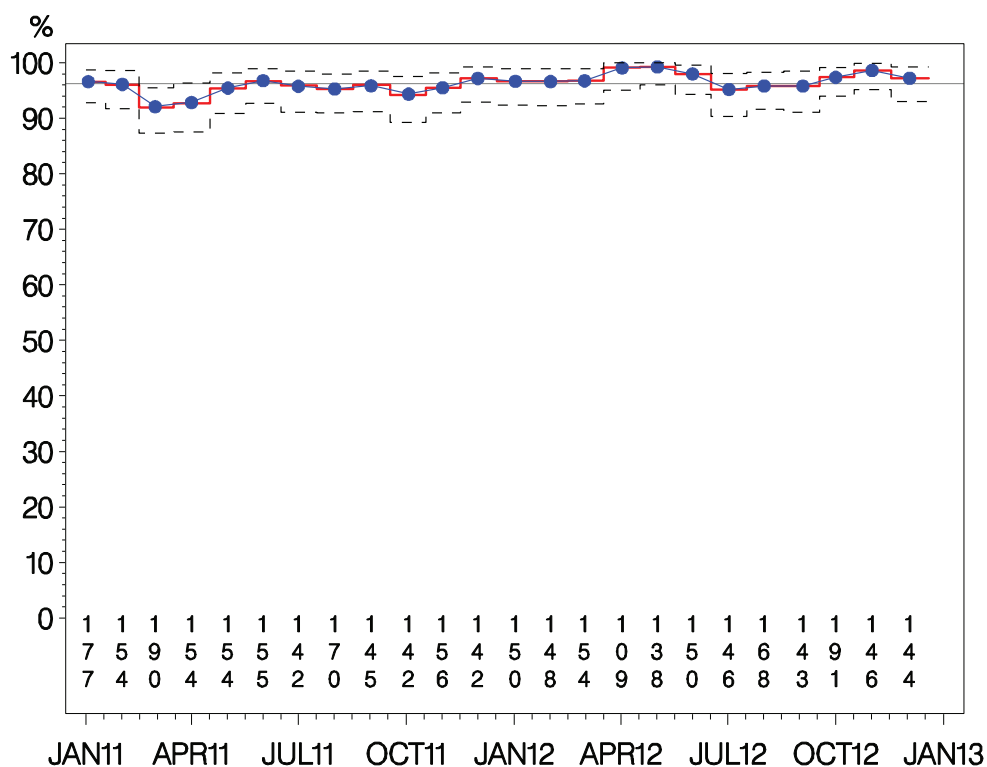
DANMARK



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation DANMARK

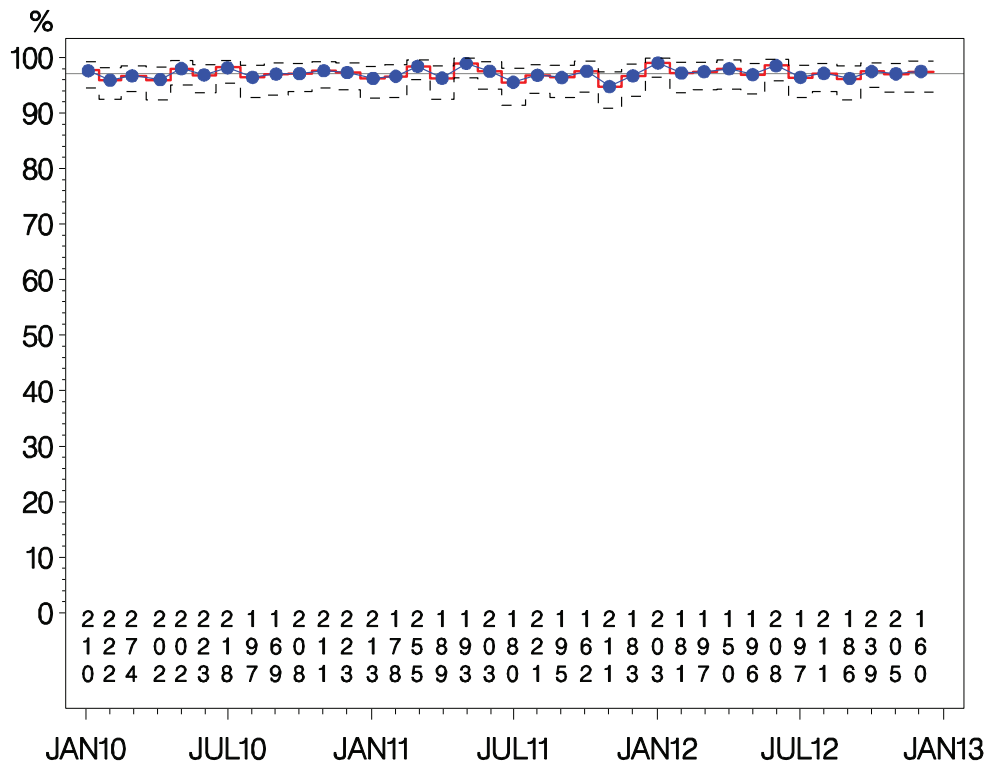


Indikator 12: Sen sentinel node positivitet DANMARK



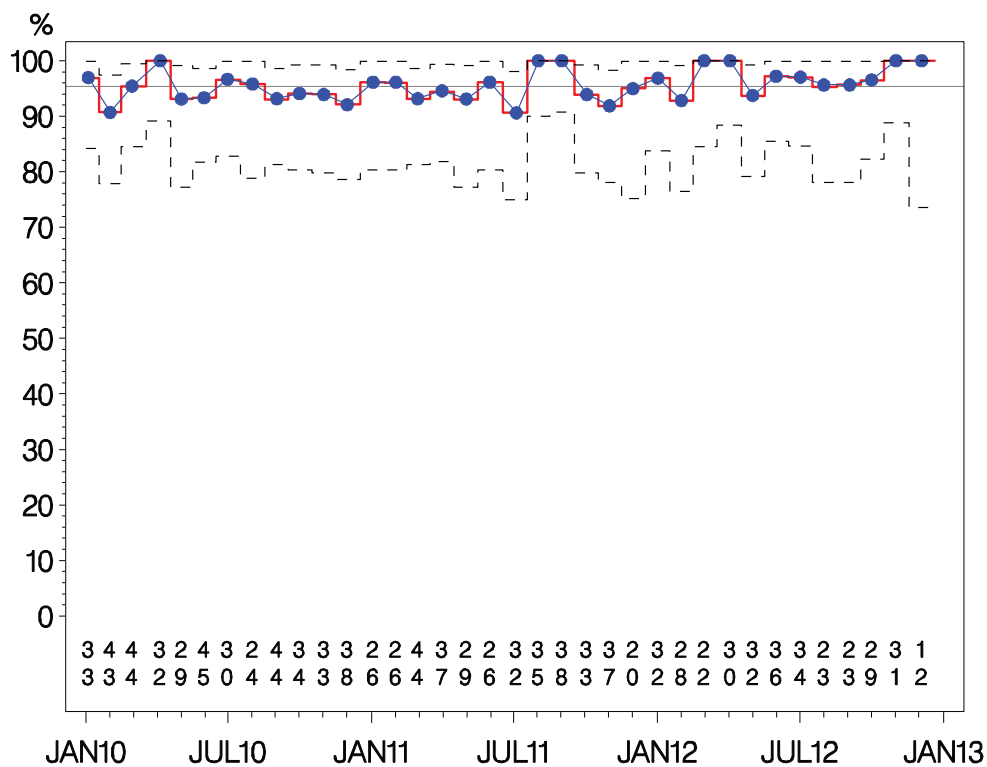
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

DANMARK

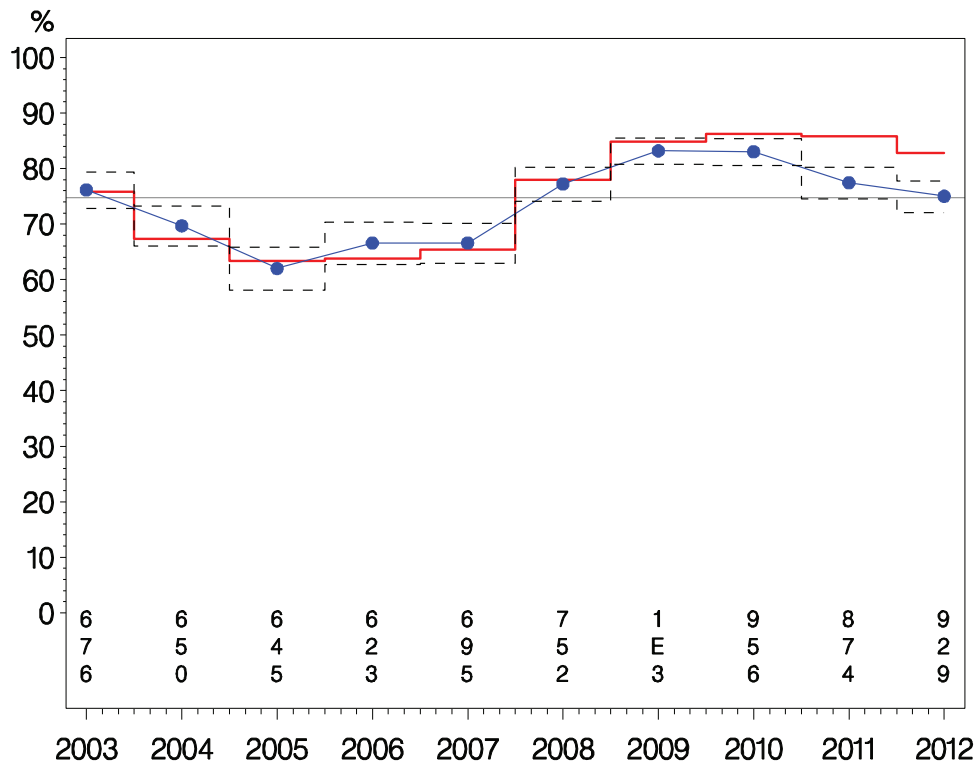


Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

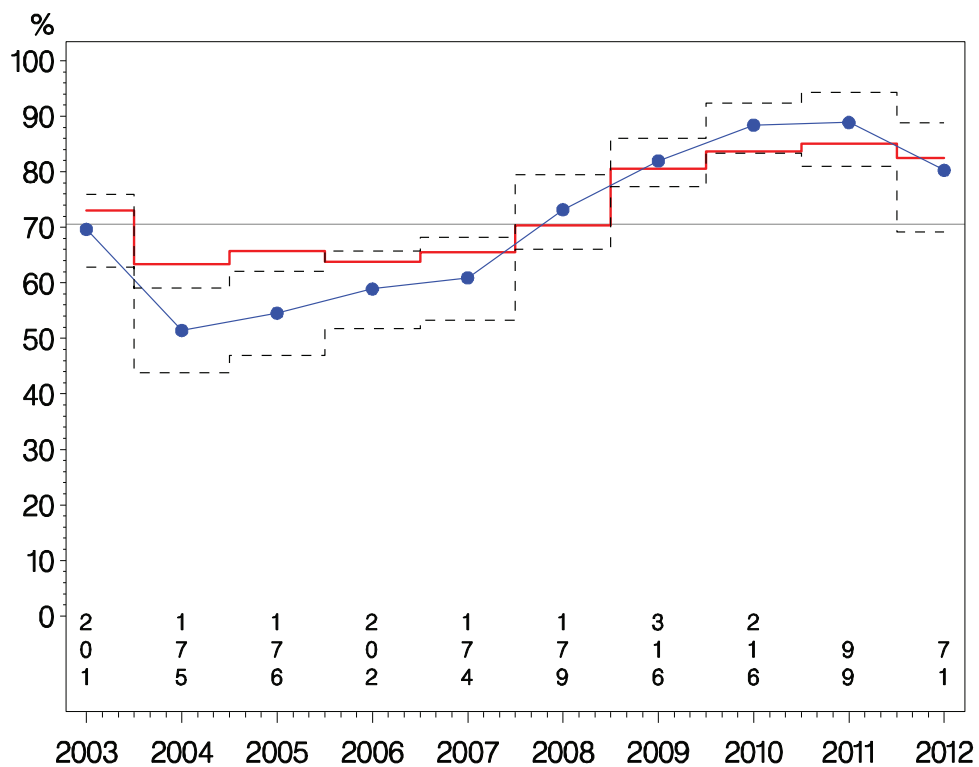
DANMARK



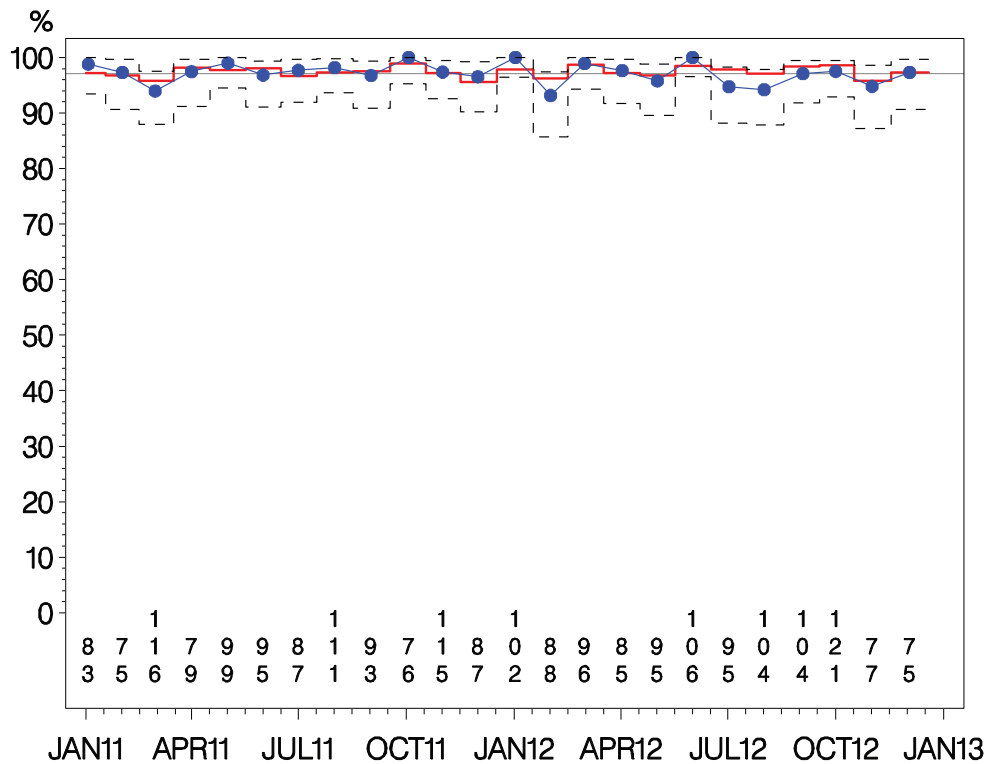
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
HOVEDSTADEN



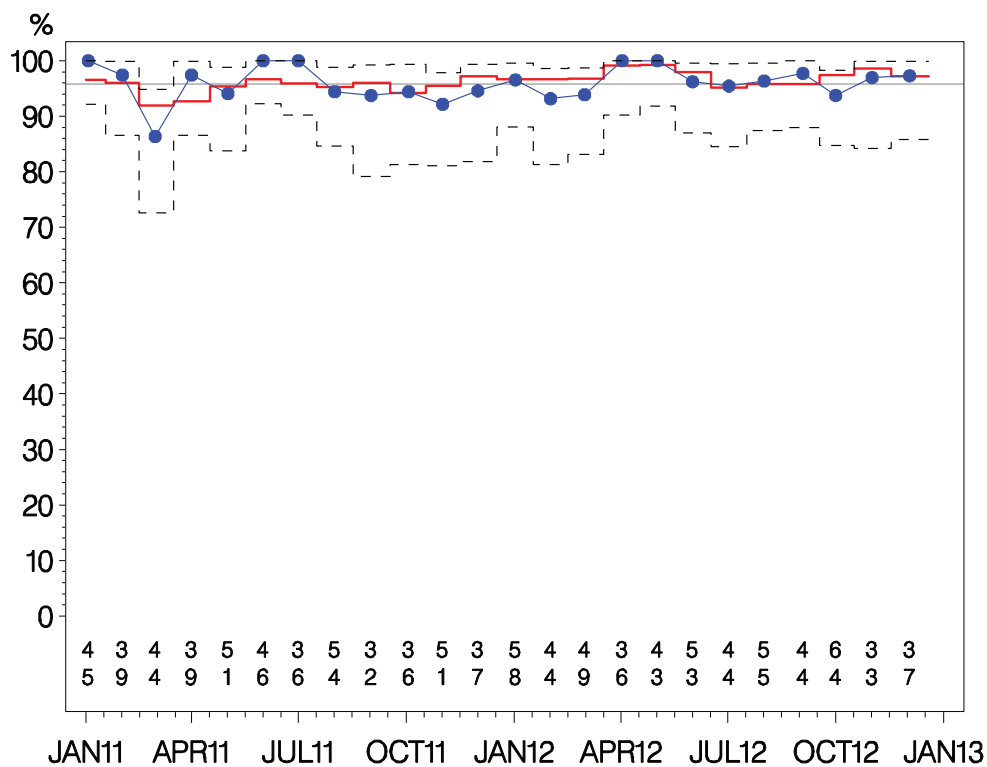
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
HOVEDSTADEN



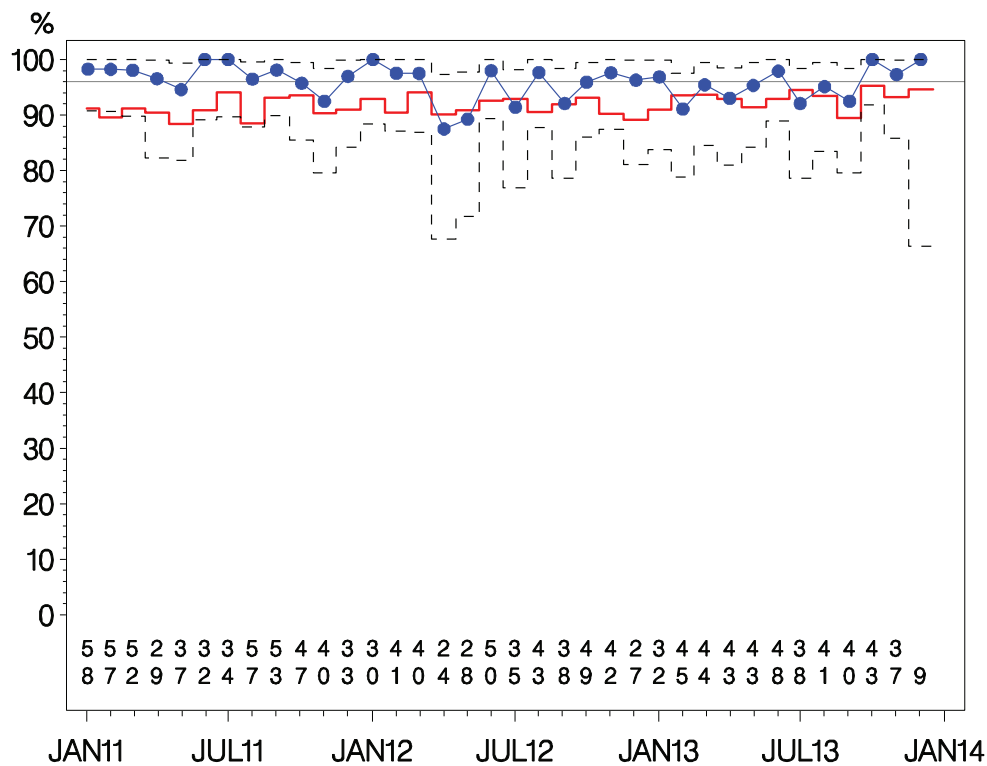
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation HOVEDSTADEN



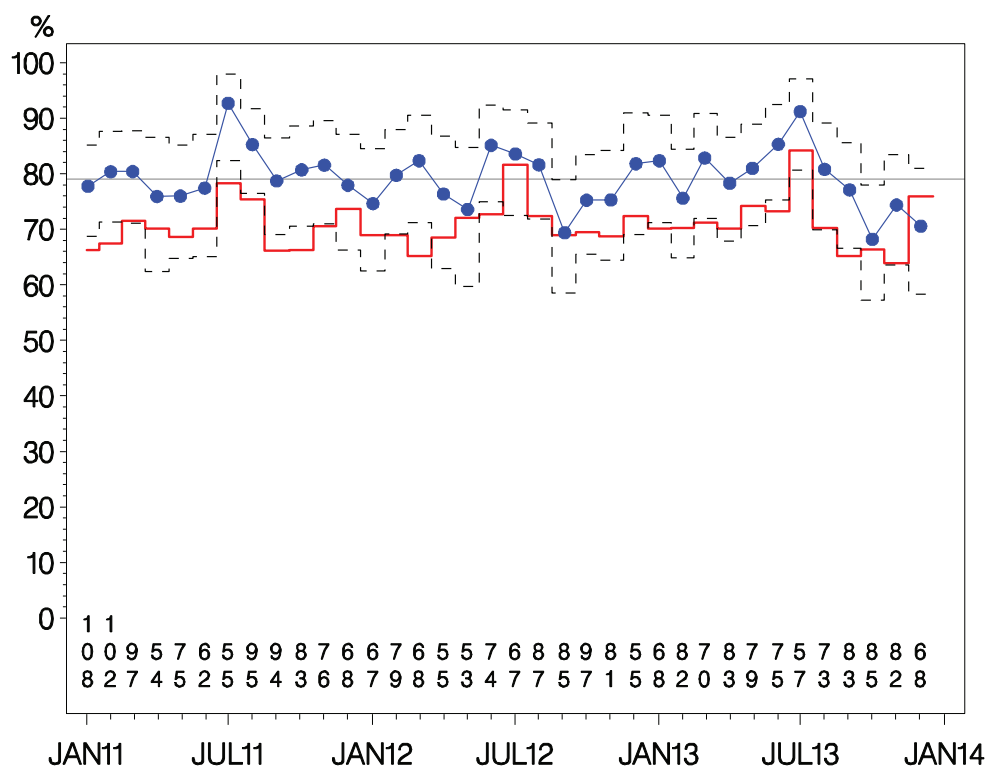
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet HOVEDSTADEN



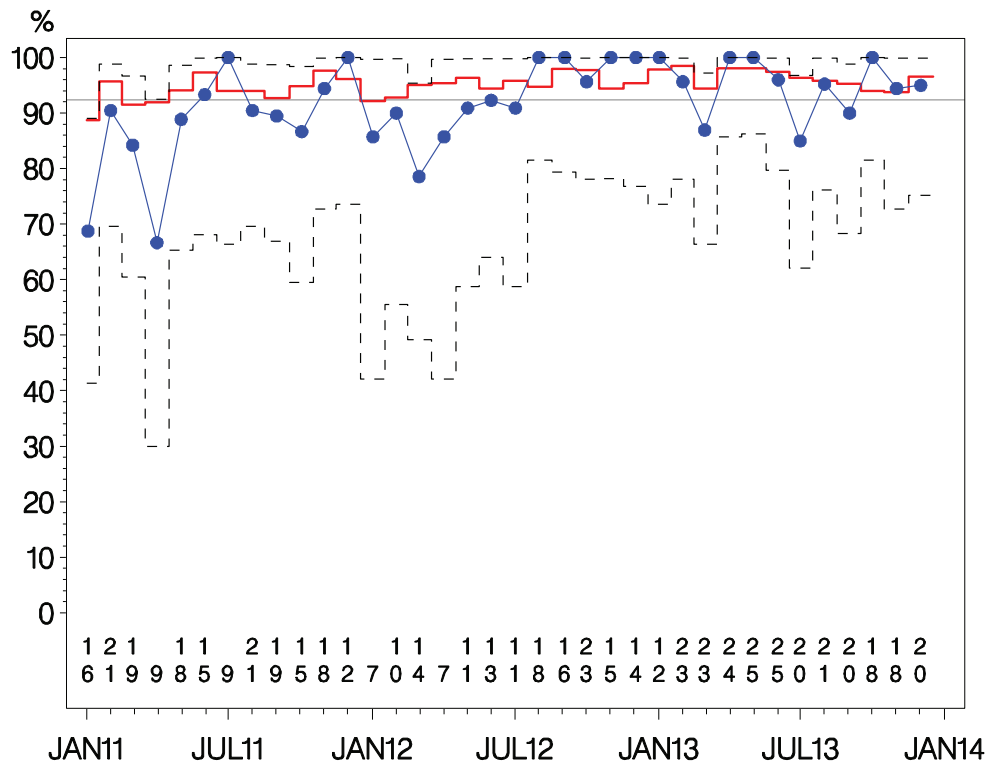
Indikator 2: Præoperativ diagnose SJÆLLAND



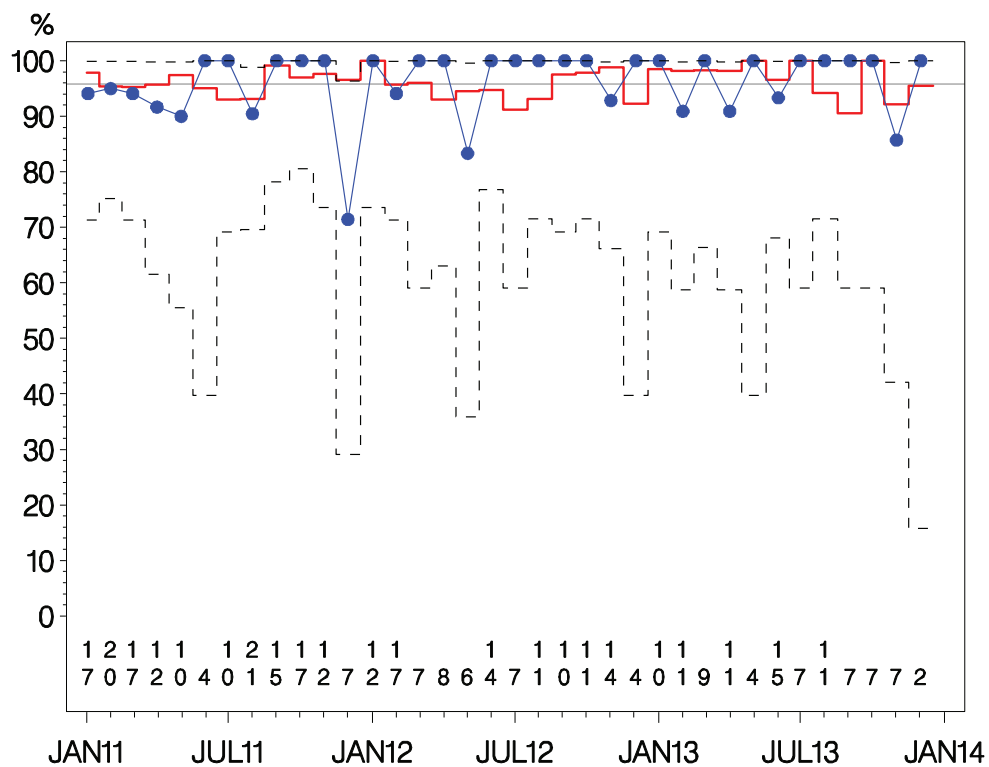
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio SJÆLLAND



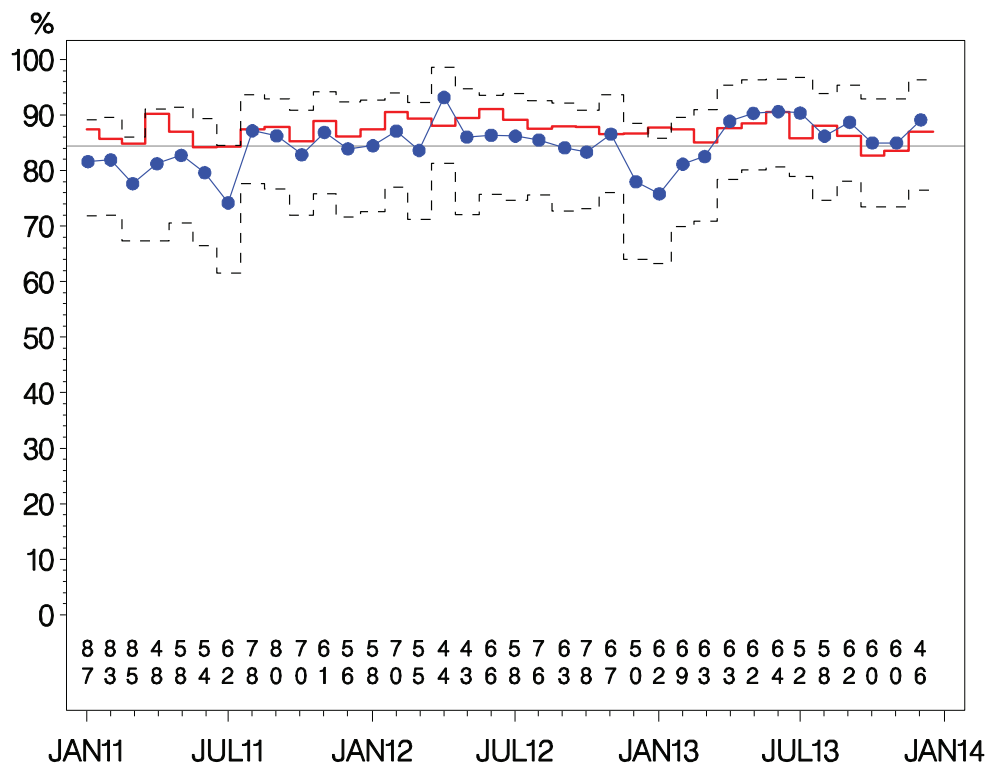
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden SJÆLLAND



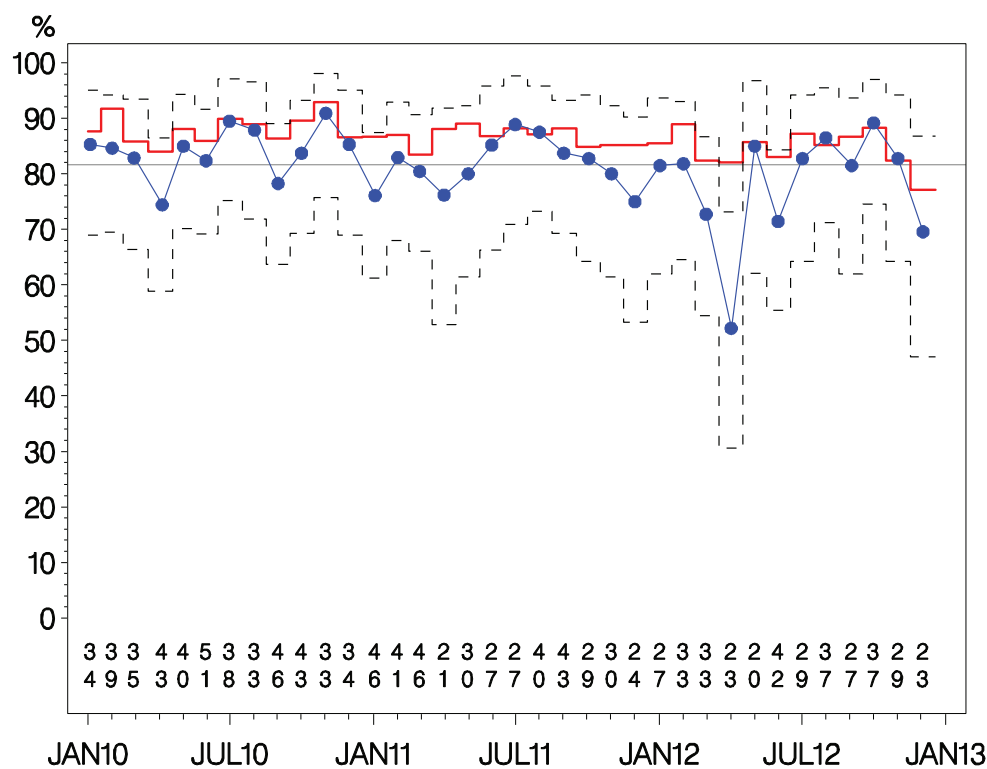
Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes SJÆLLAND



Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed SJÆLLAND

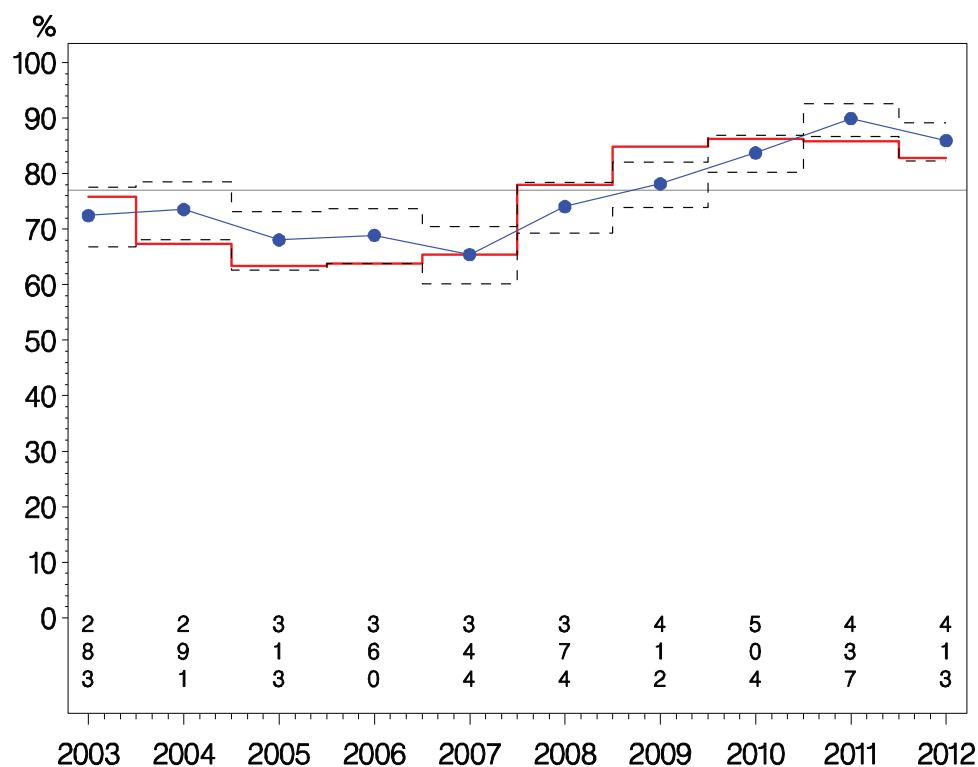


Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling SJÆLLAND



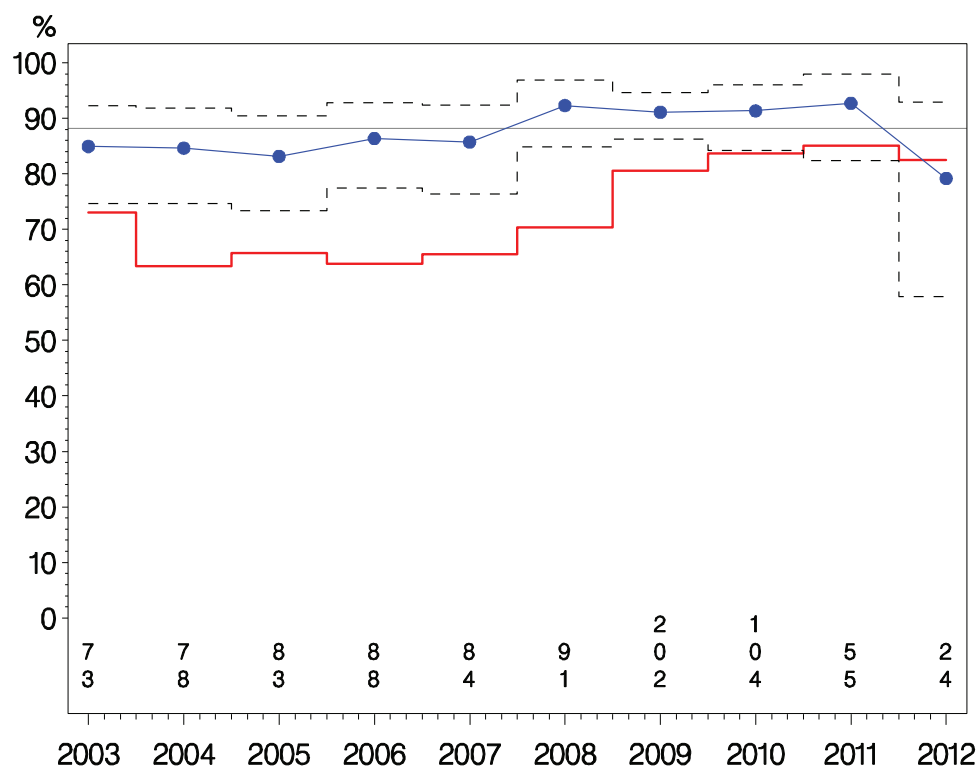
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

SJÆLLAND



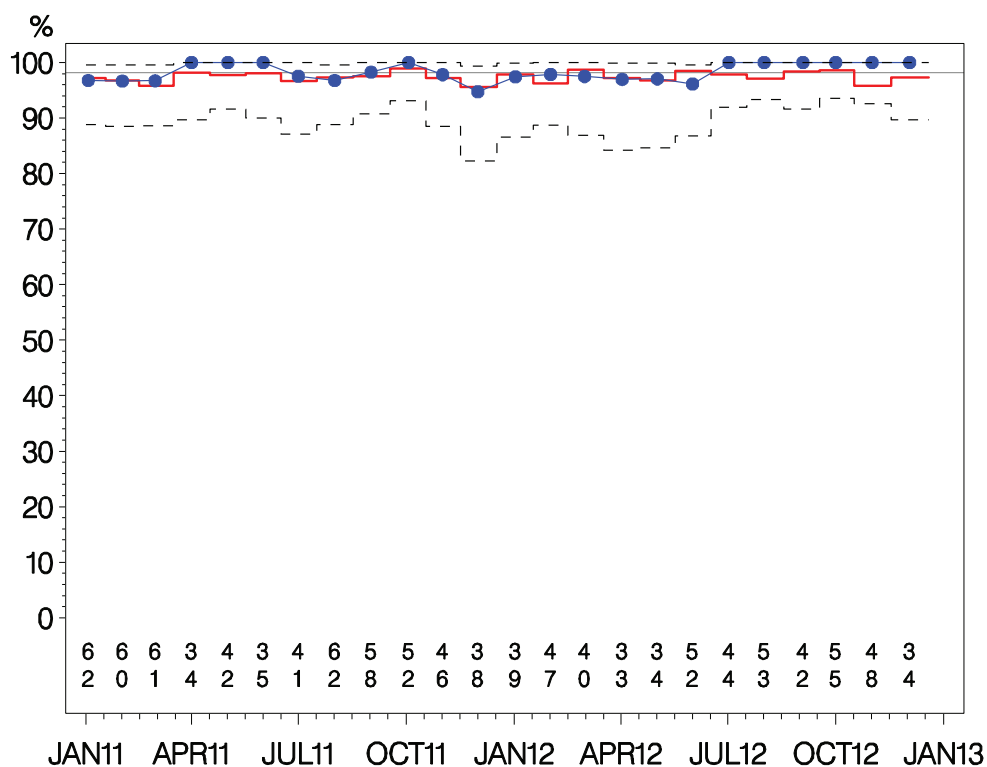
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

SJÆLLAND



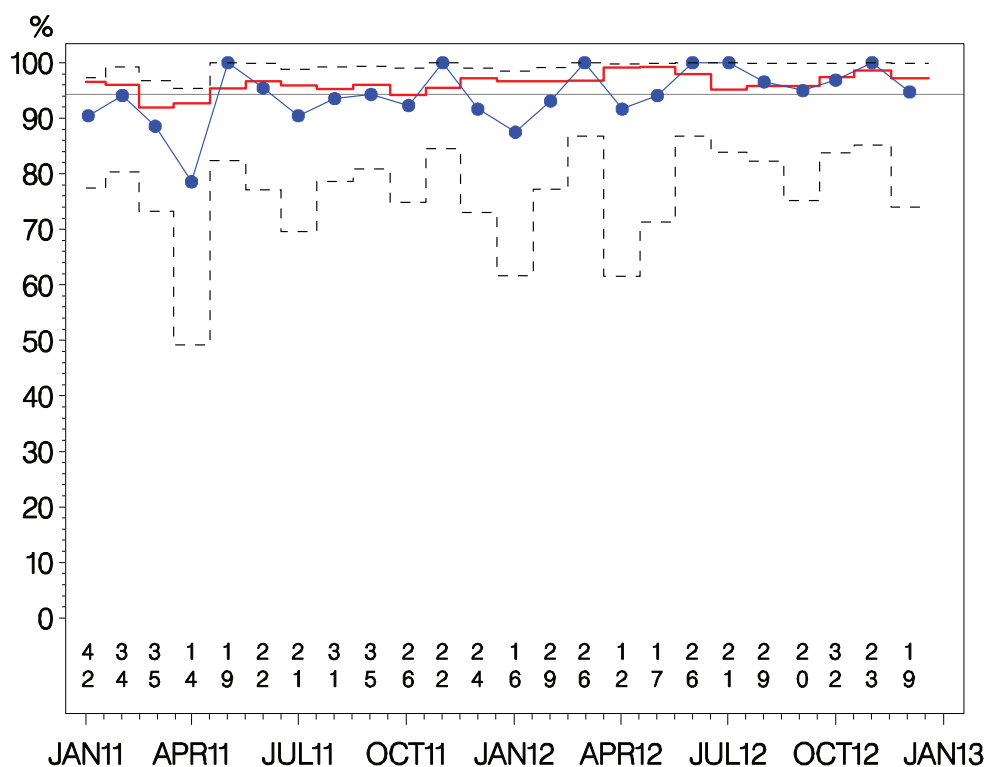
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation

SJÆLLAND



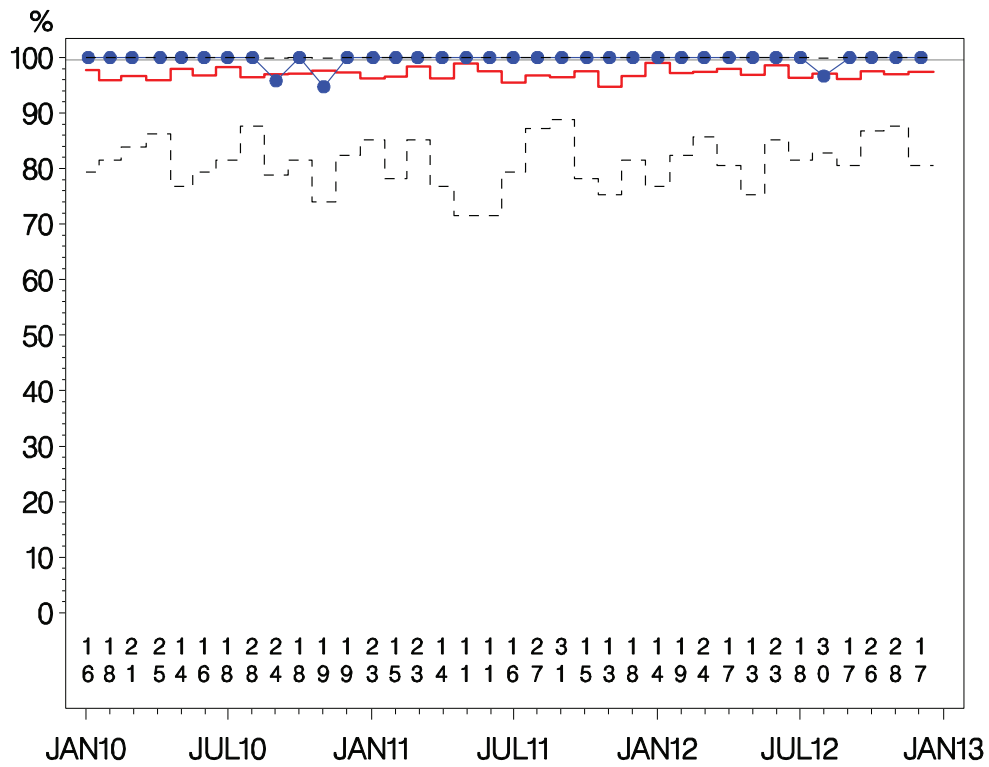
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

SJÆLLAND



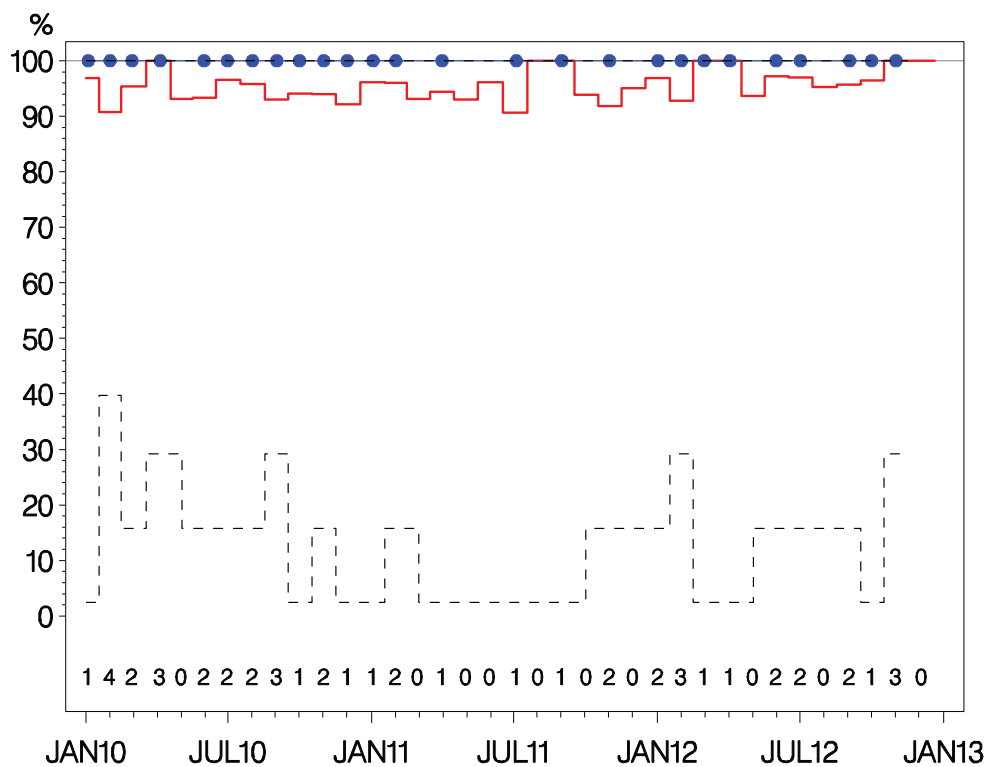
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

SJÆLLAND

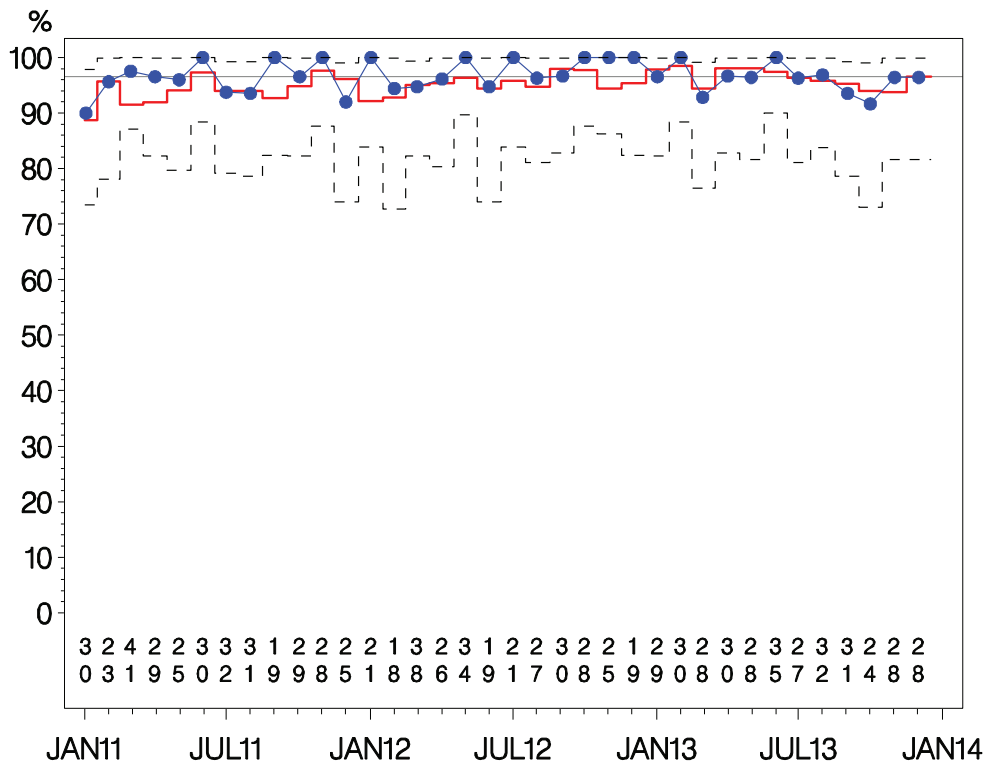


Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

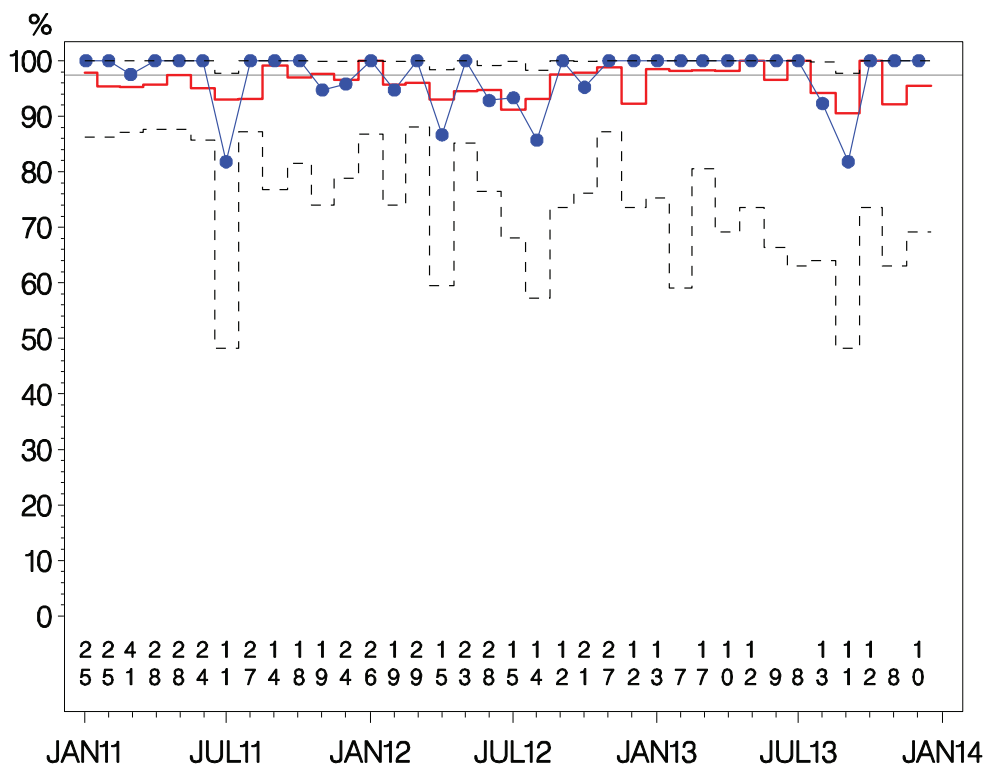
SJÆLLAND



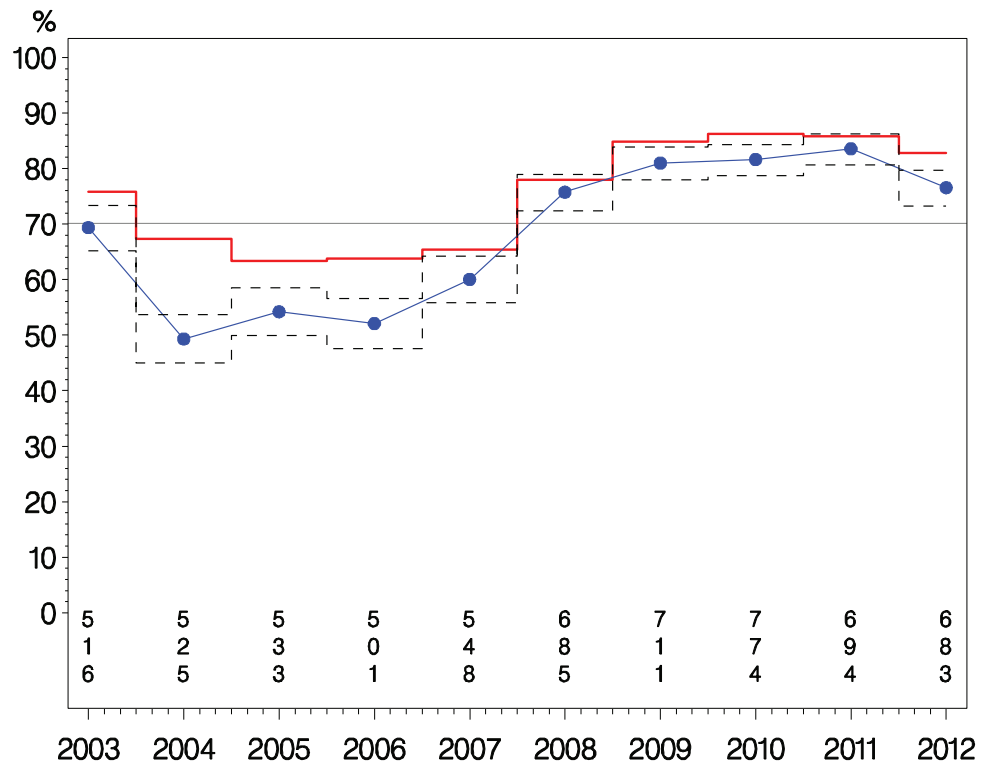
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden SYDDANMARK



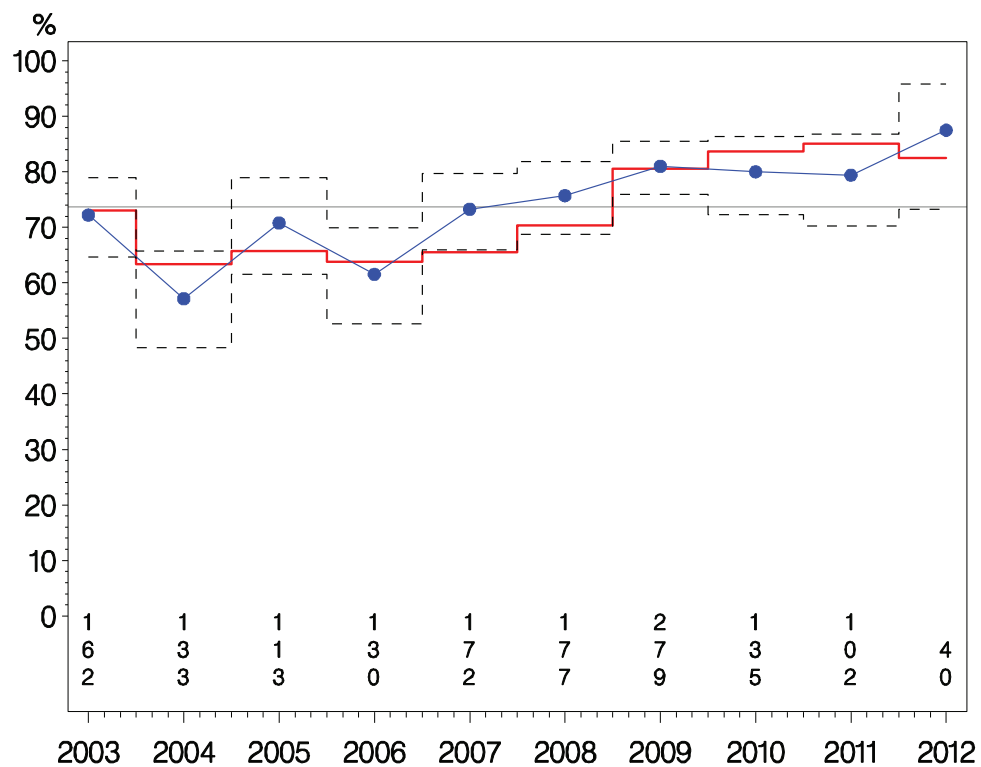
Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes SYDDANMARK



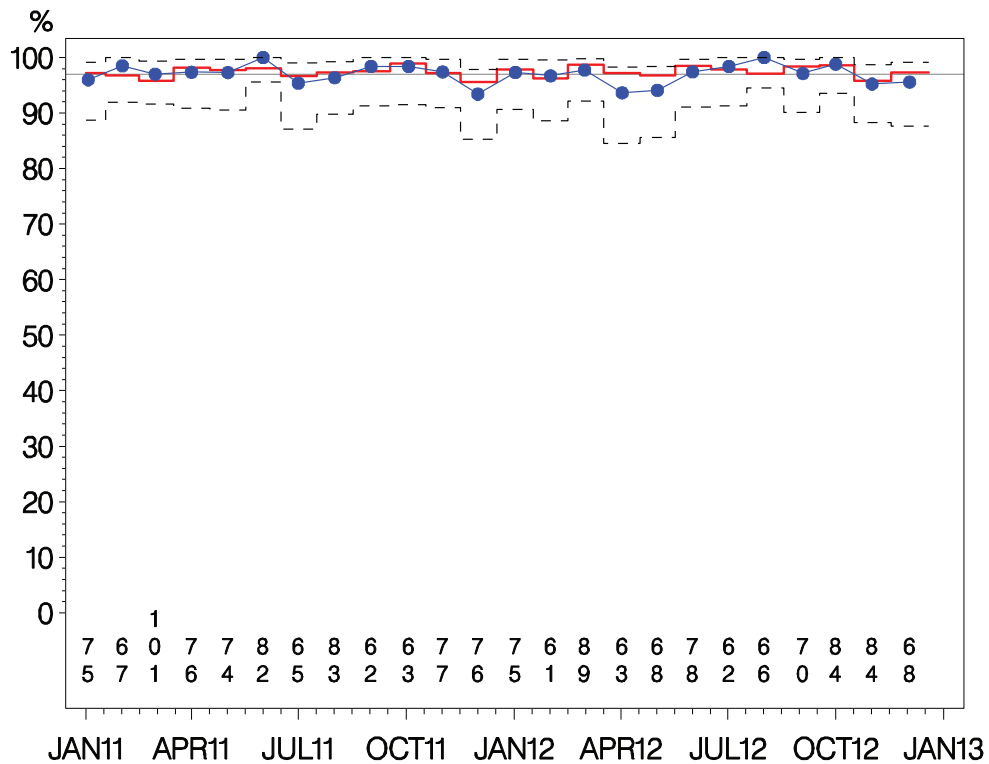
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
 SYDDANMARK



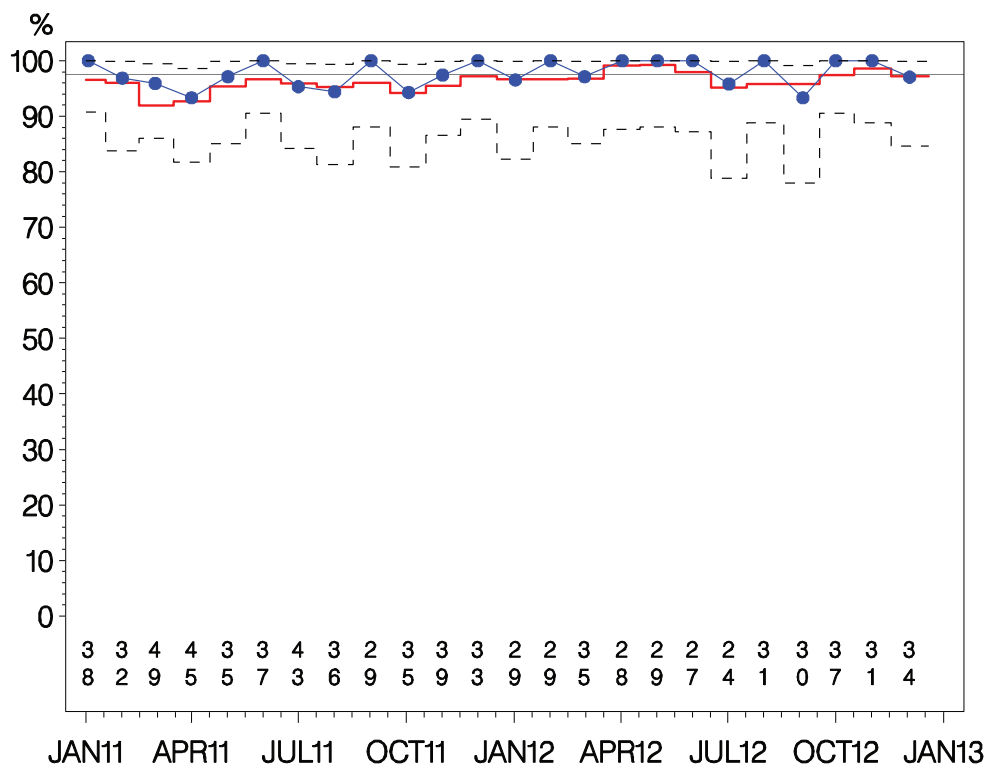
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
 SYDDANMARK



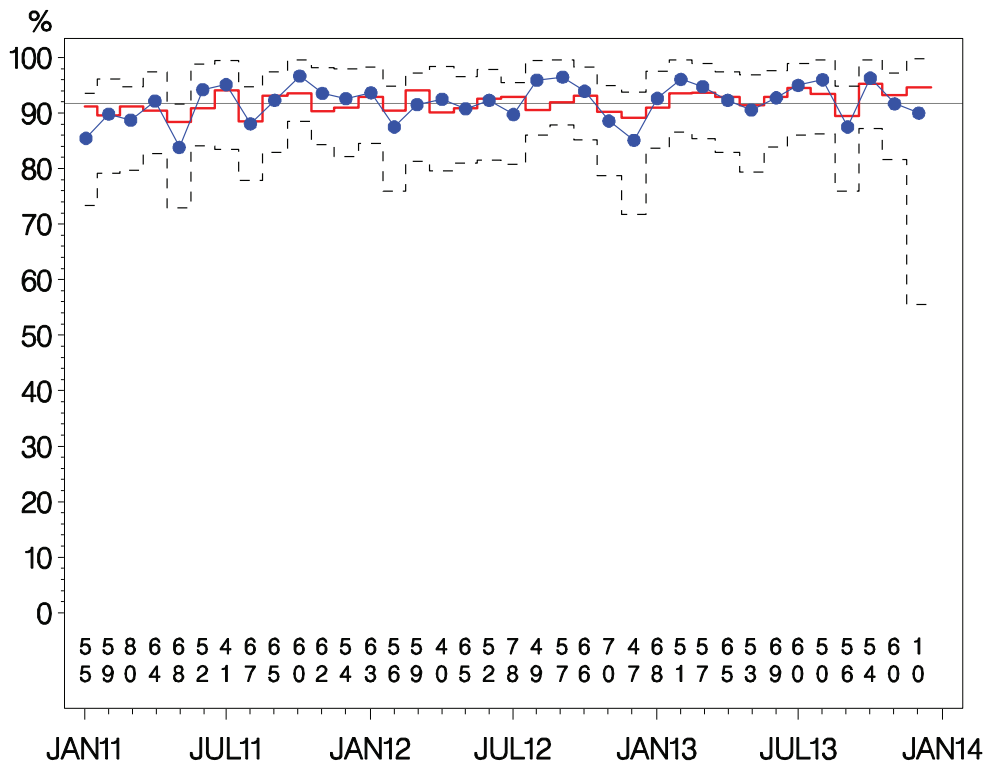
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation SYDDANMARK



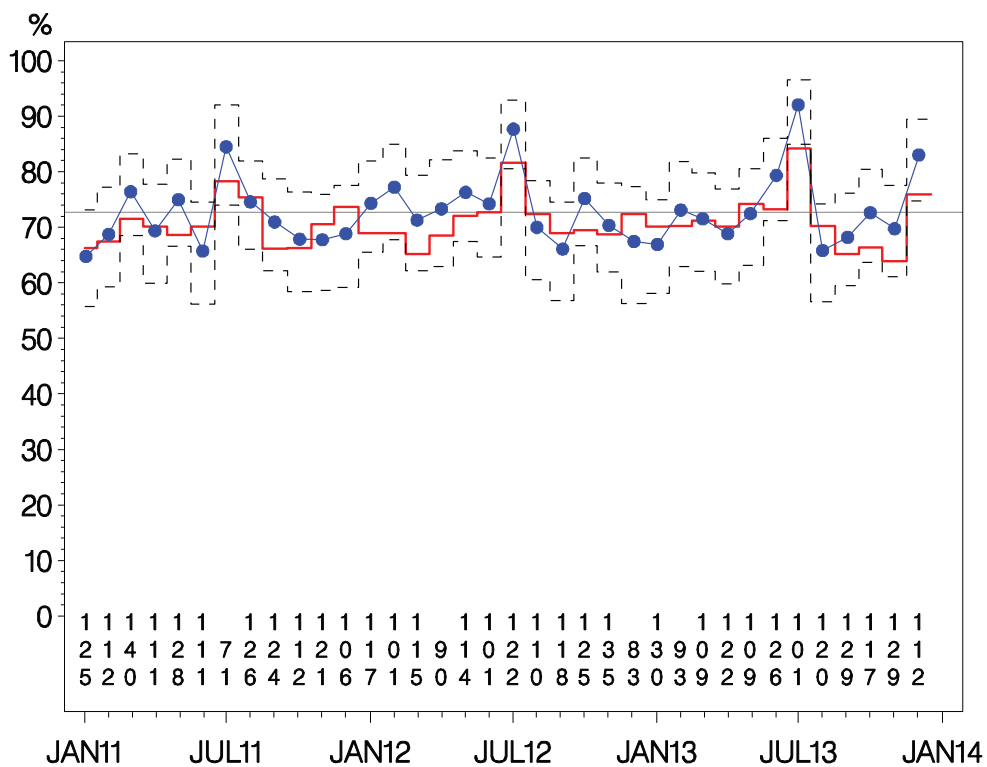
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet SYDDANMARK



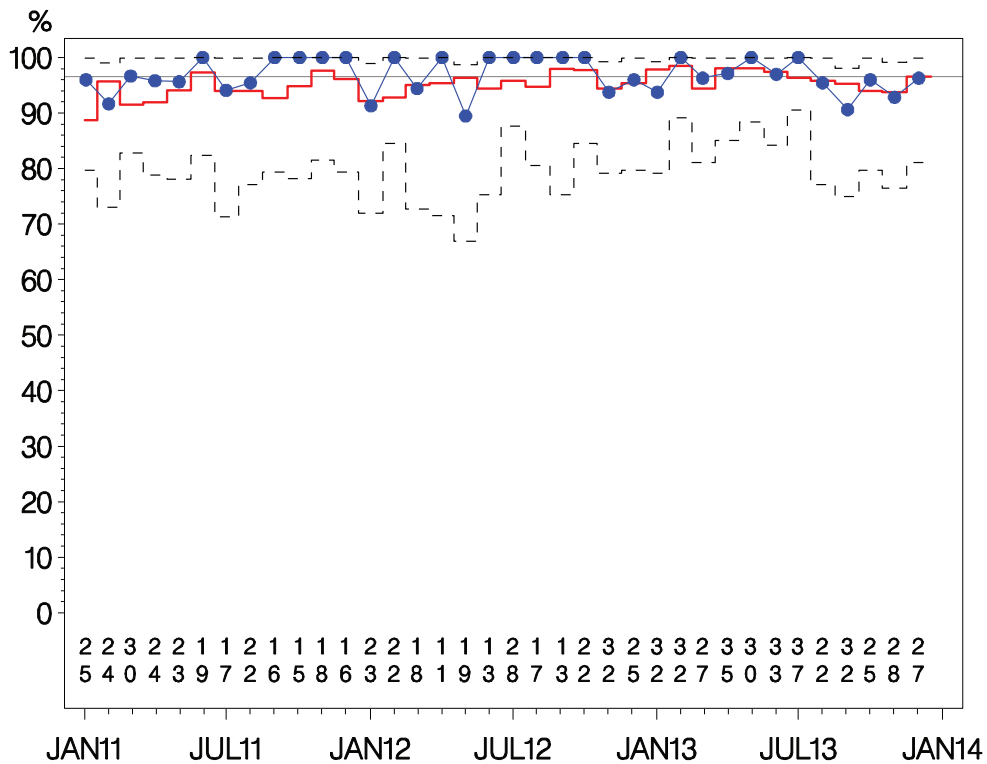
Indikator 2: Præoperativ diagnose MIDTJYLLAND



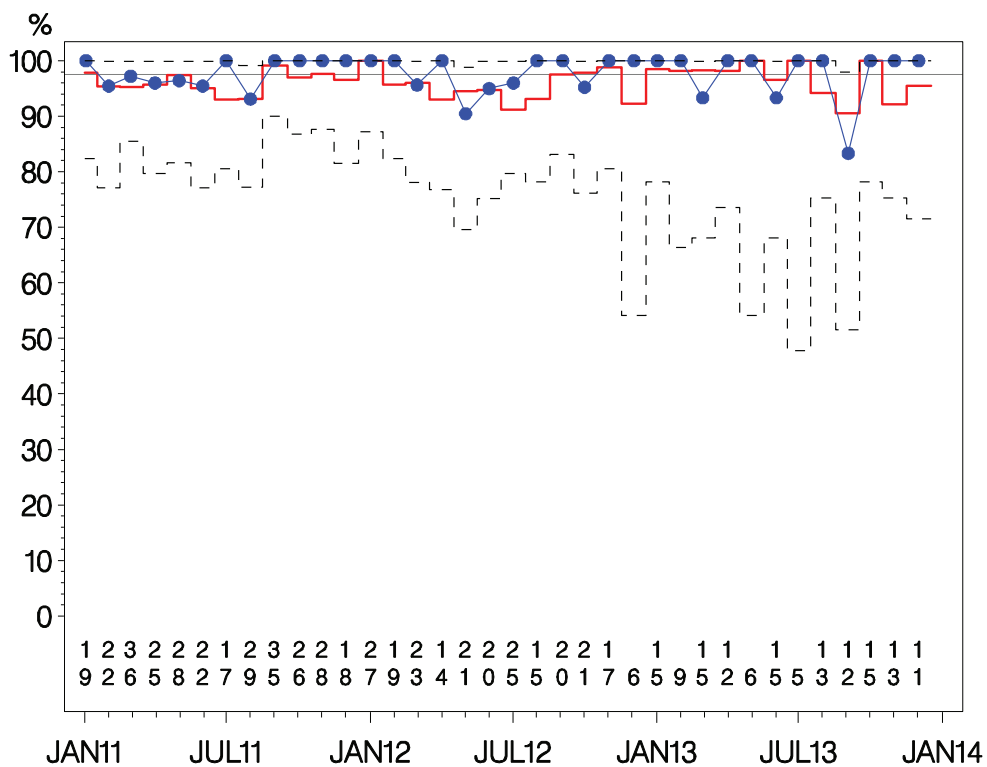
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio MIDTJYLLAND



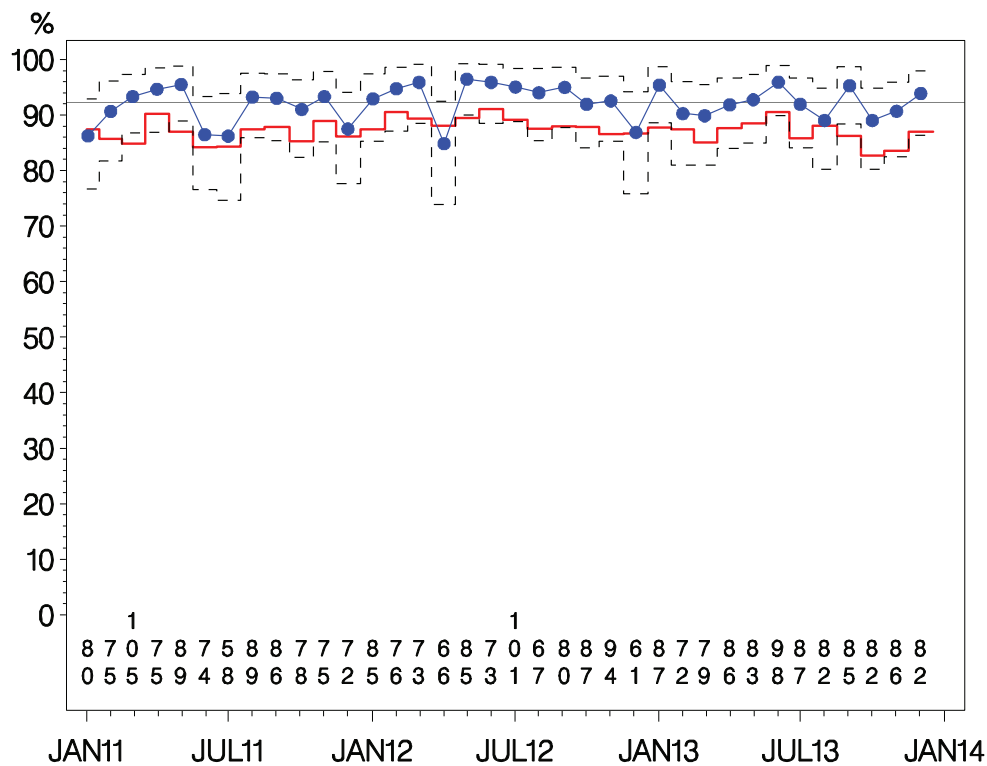
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden MIDTJYLLAND



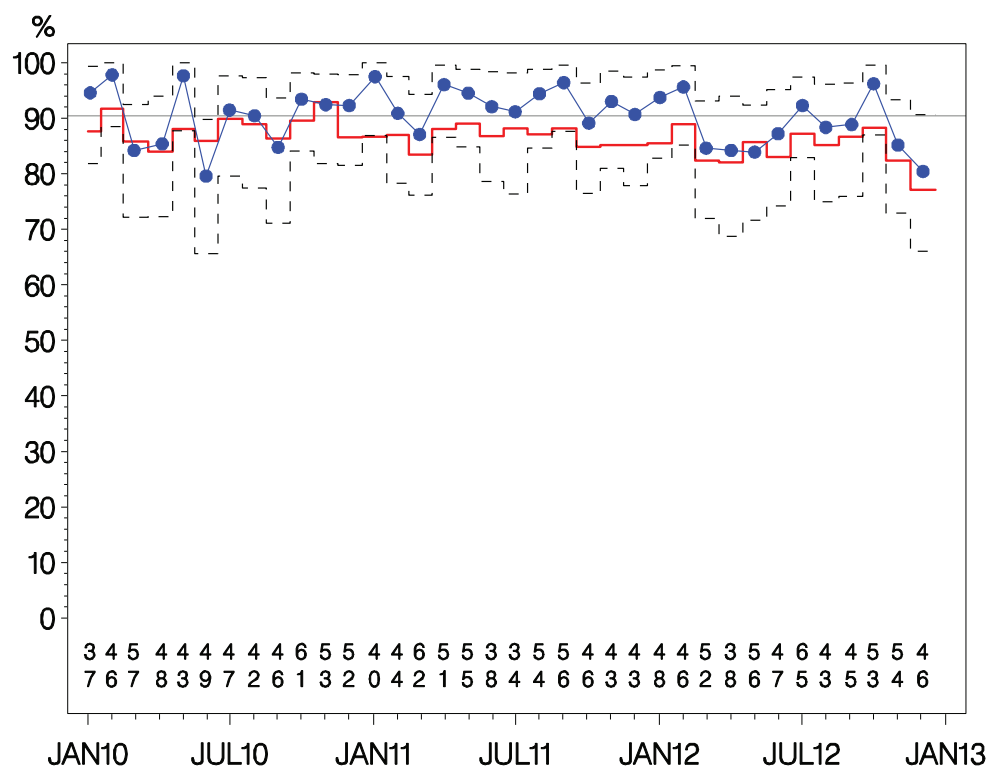
Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes MIDTJYLLAND



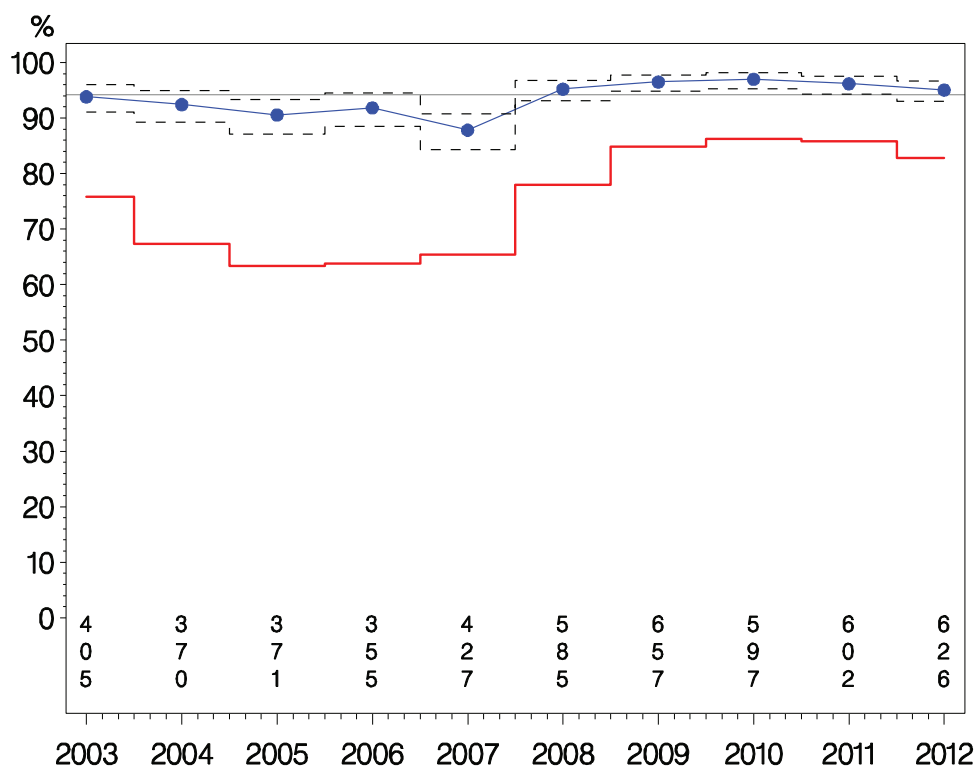
Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed MIDTJYLLAND



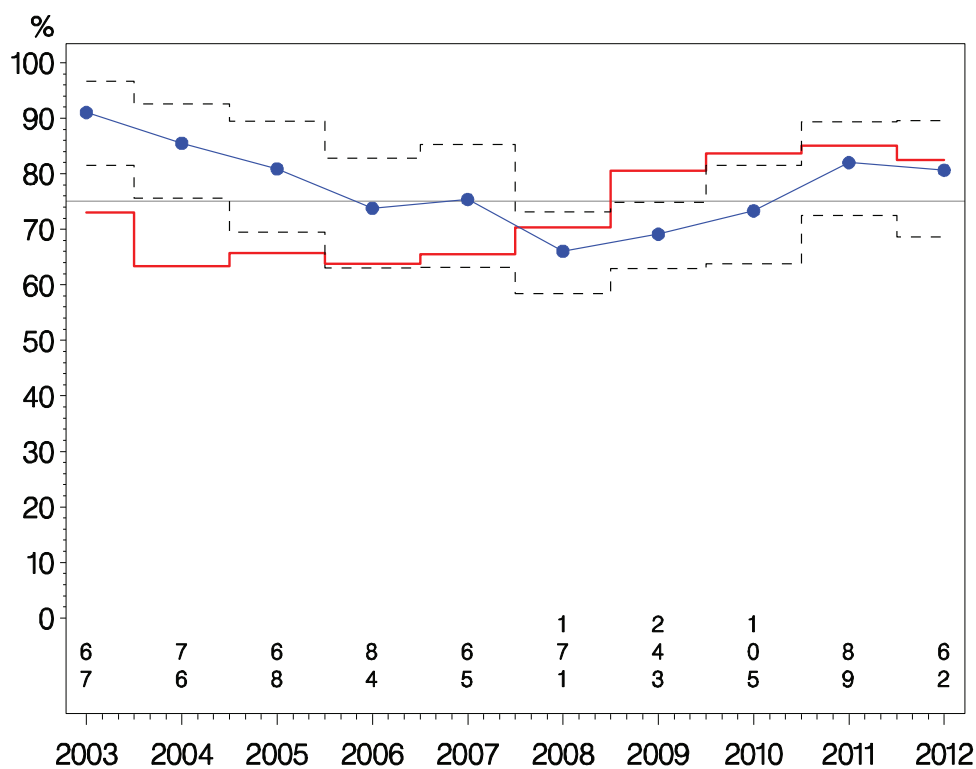
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling MIDTJYLLAND



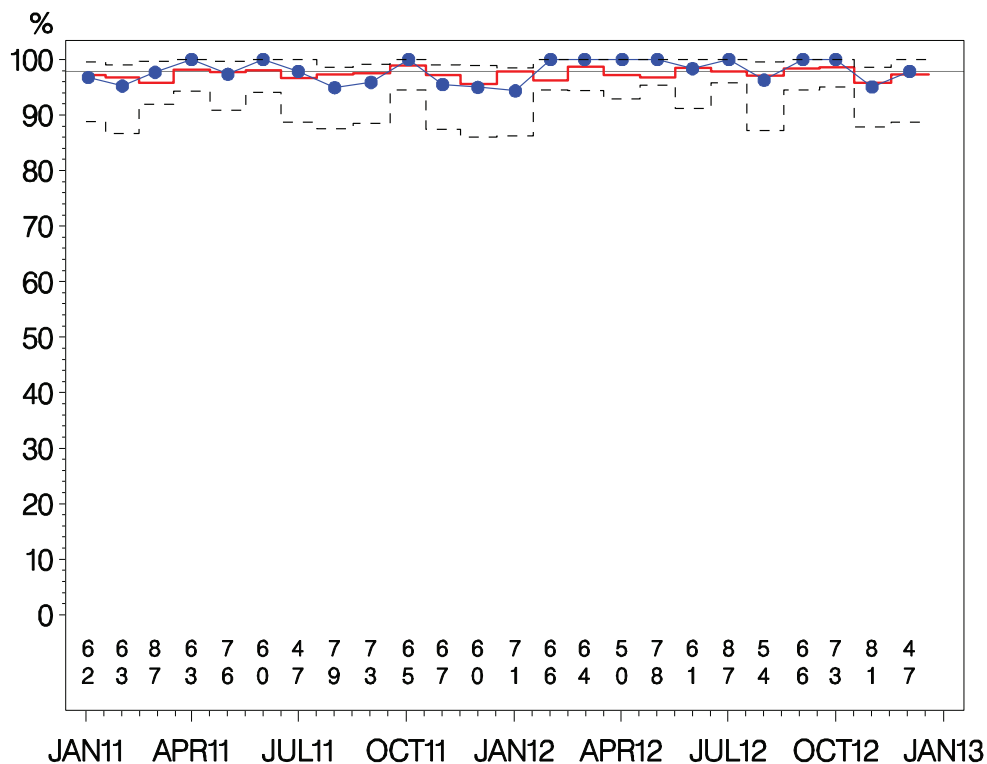
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
MIDTJYLLAND



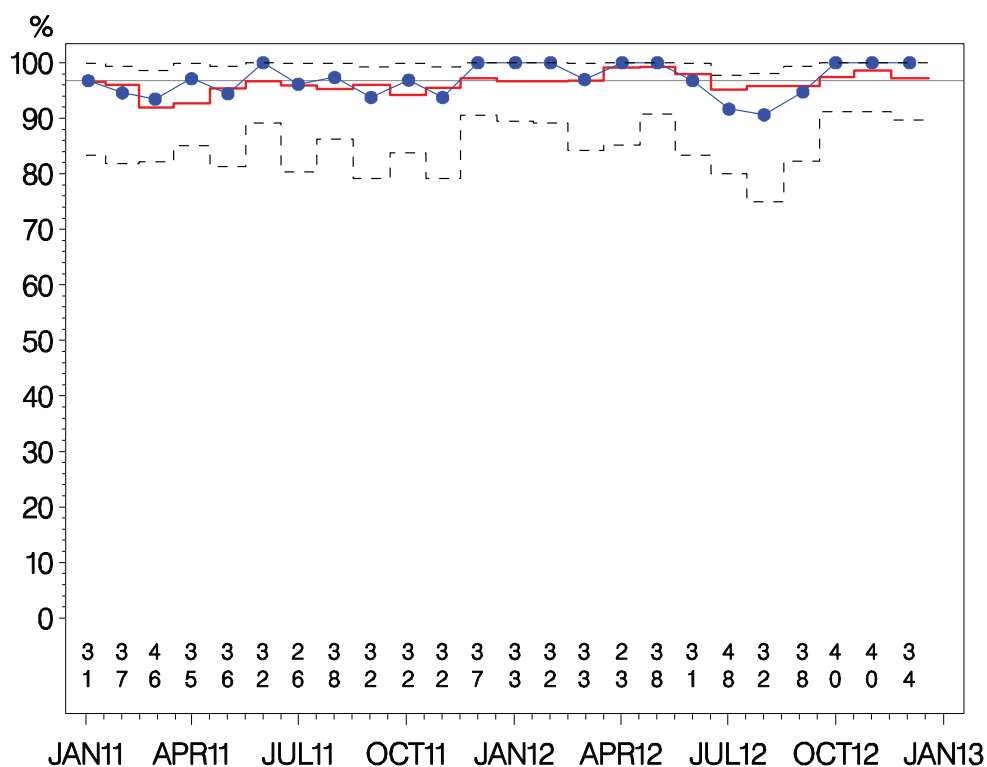
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
MIDTJYLLAND



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation MIDTJYLLAND

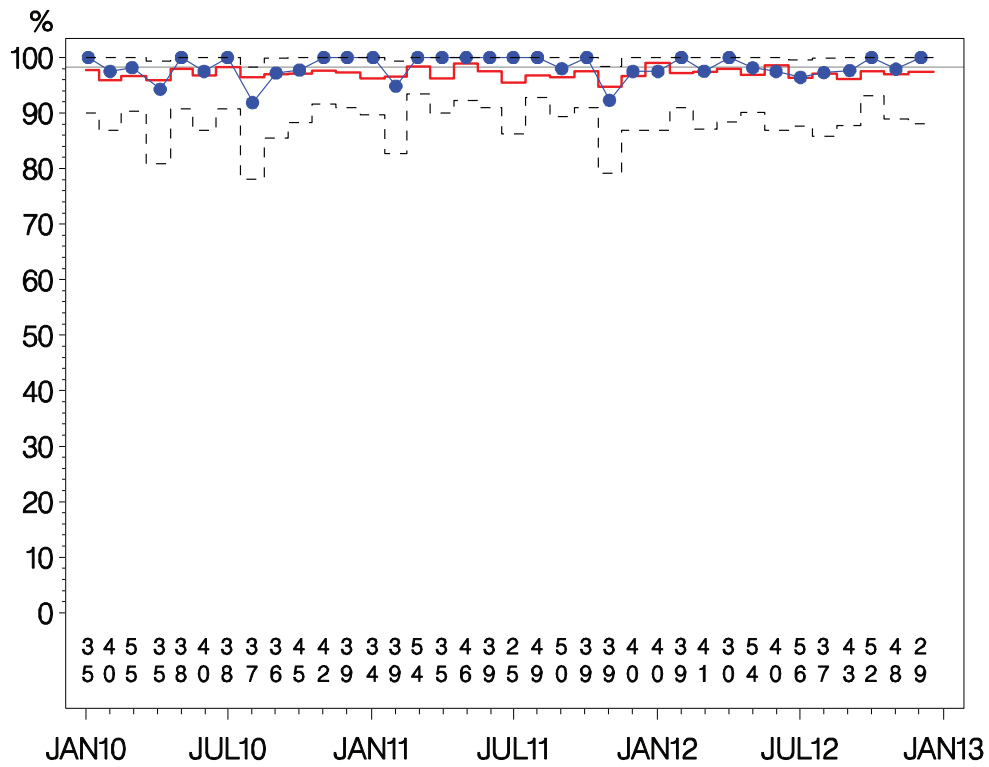


Indikator 12: Sen sentinel node positivitet MIDTJYLLAND



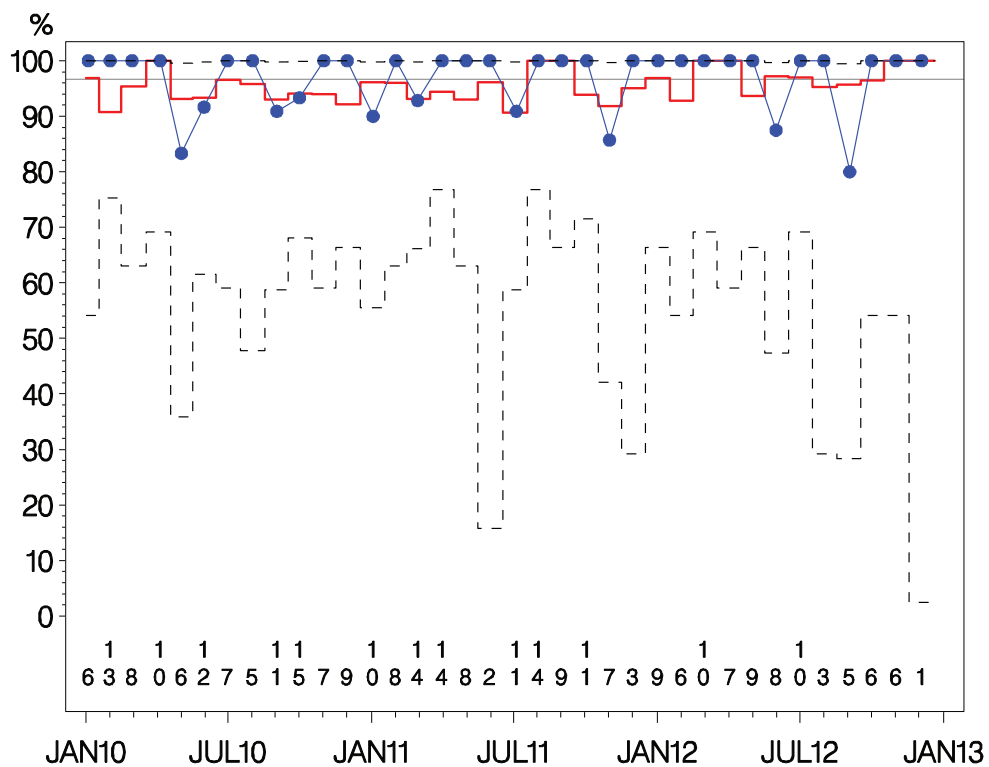
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

MIDTJYLLAND

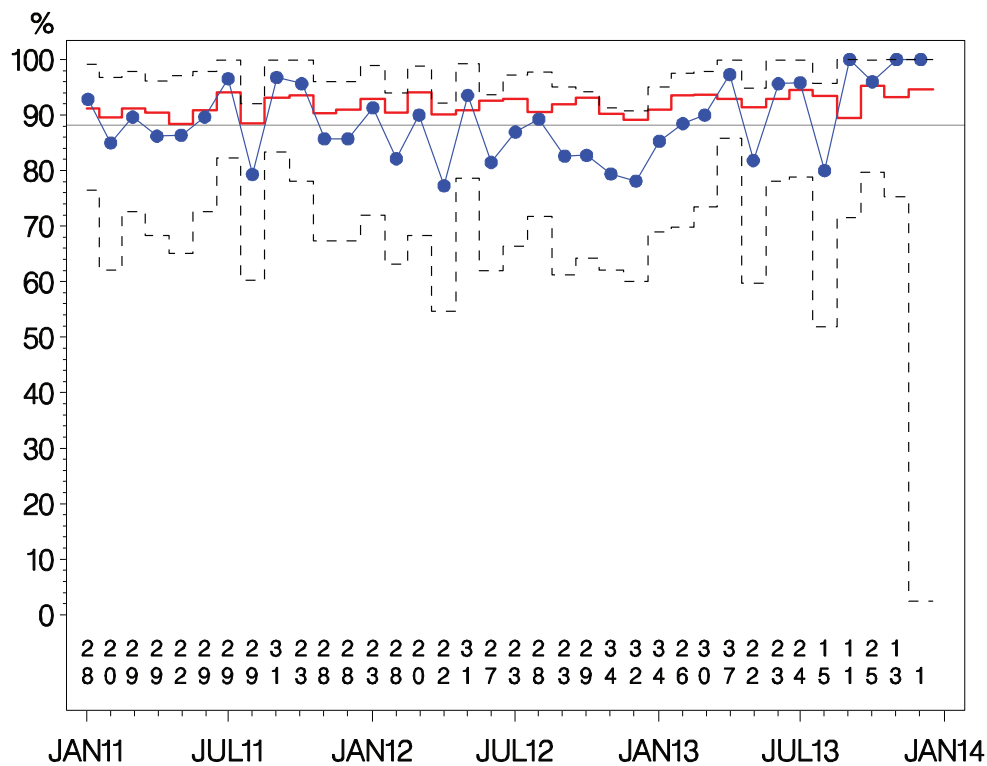


Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

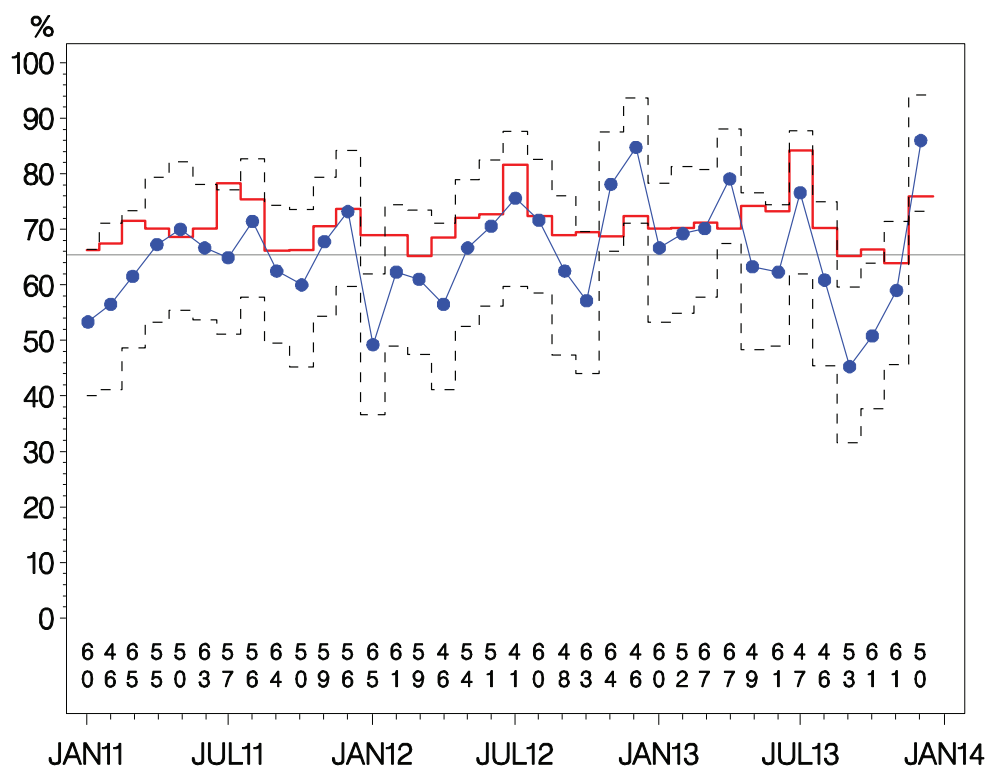
MIDTJYLLAND



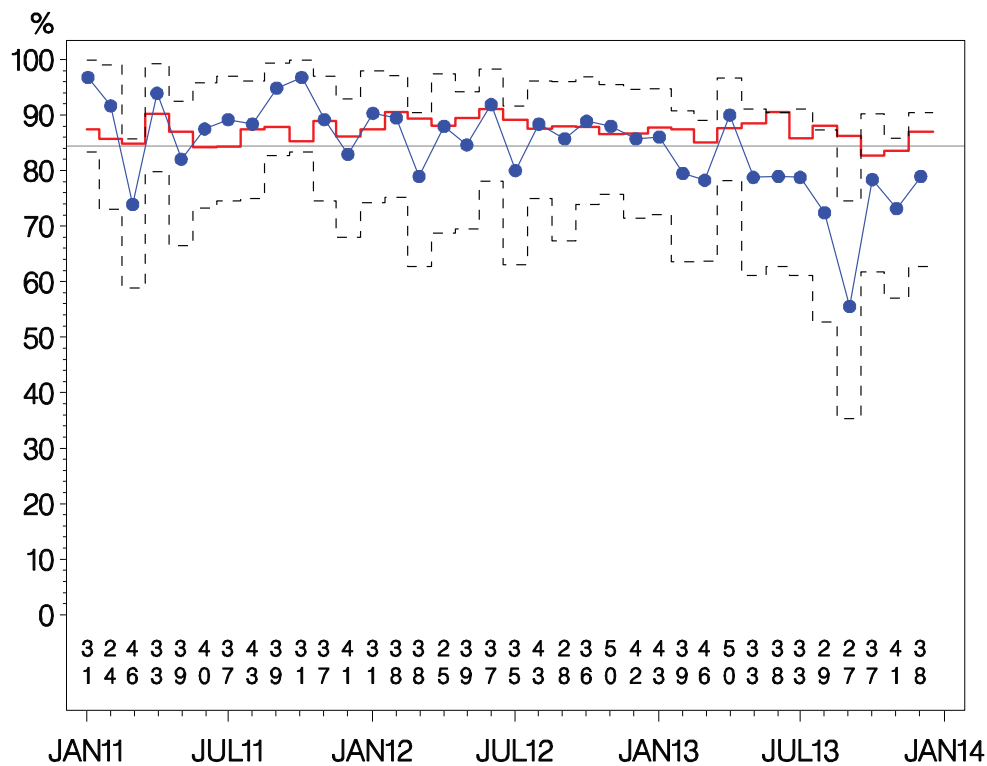
Indikator 2: Præoperativ diagnose NORDJYLLAND



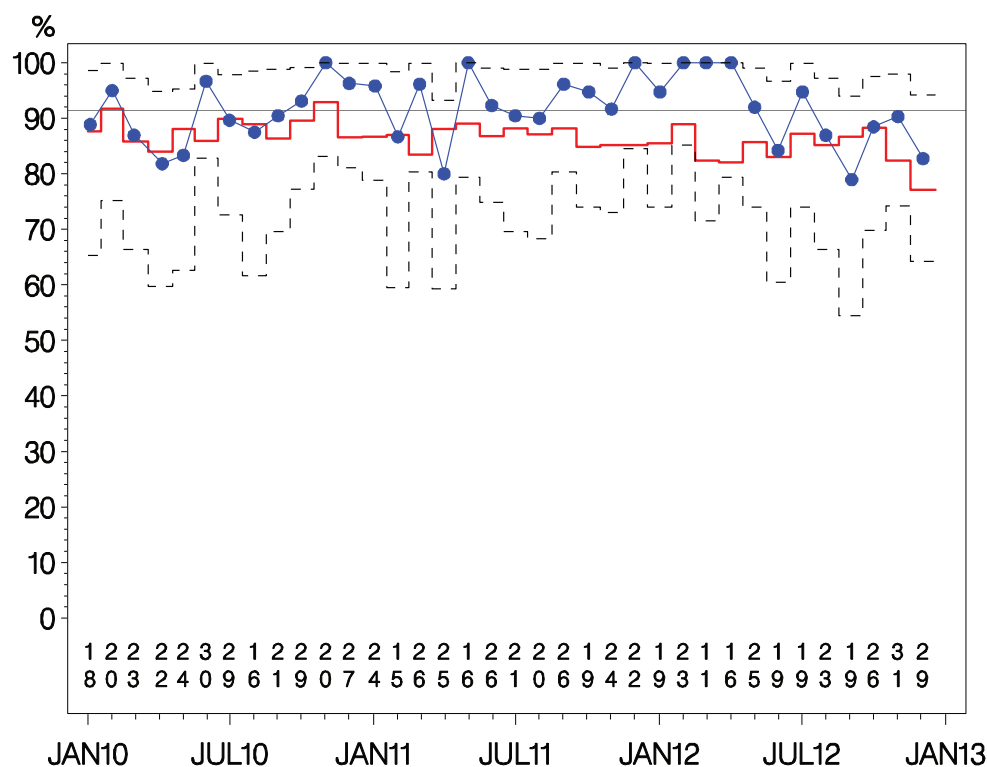
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio NORDJYLLAND



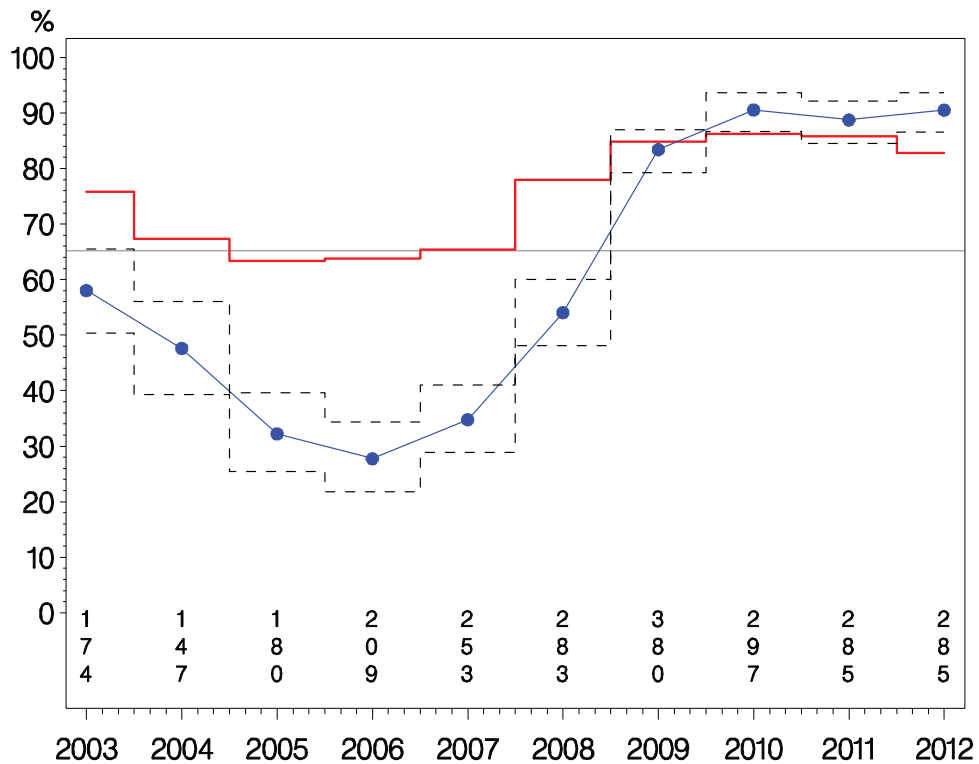
Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed NORDJYLLAND



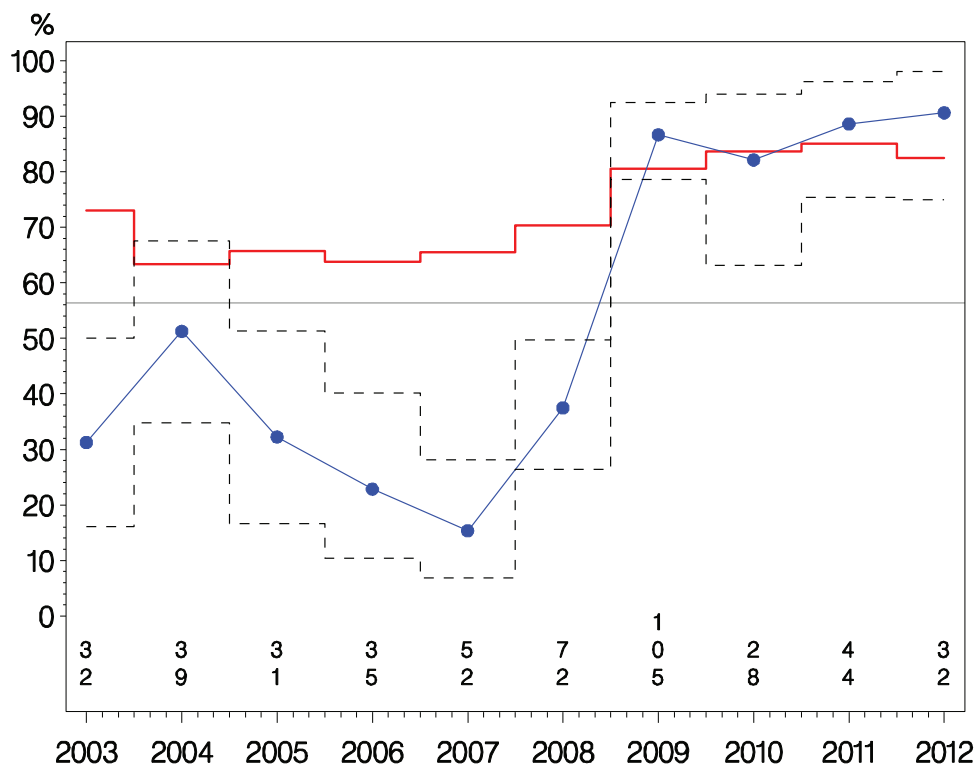
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling NORDJYLLAND



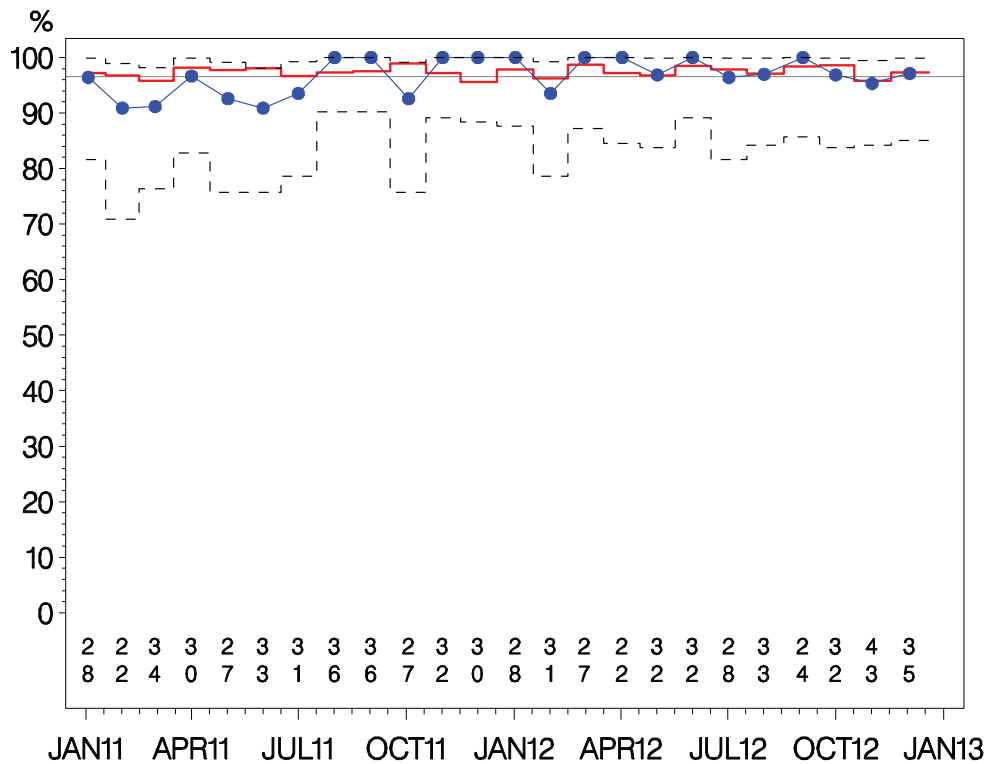
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
 NORDJYLLAND



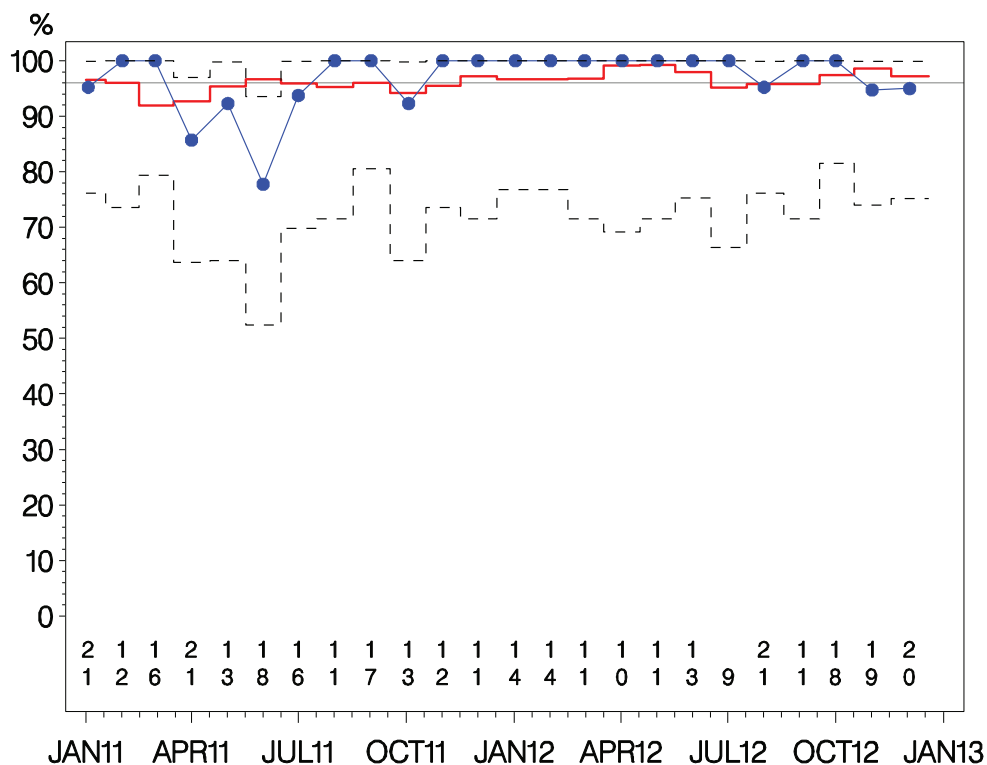
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
 NORDJYLLAND



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation NORDJYLLAND

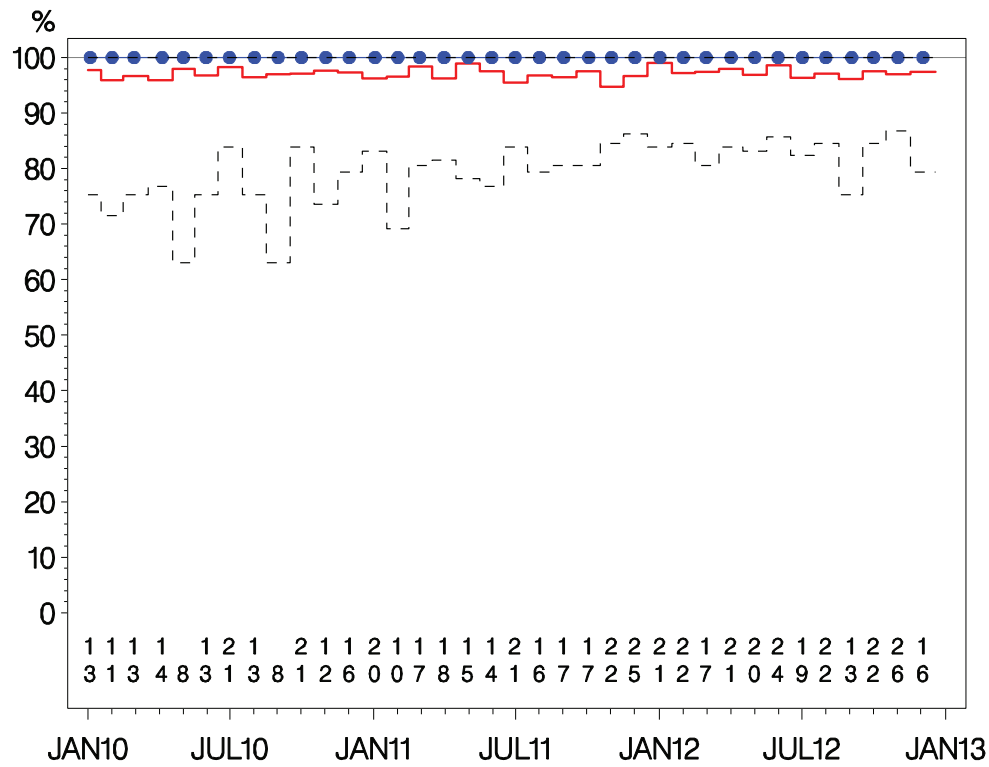


Indikator 12: Sen sentinel node positivitet NORDJYLLAND



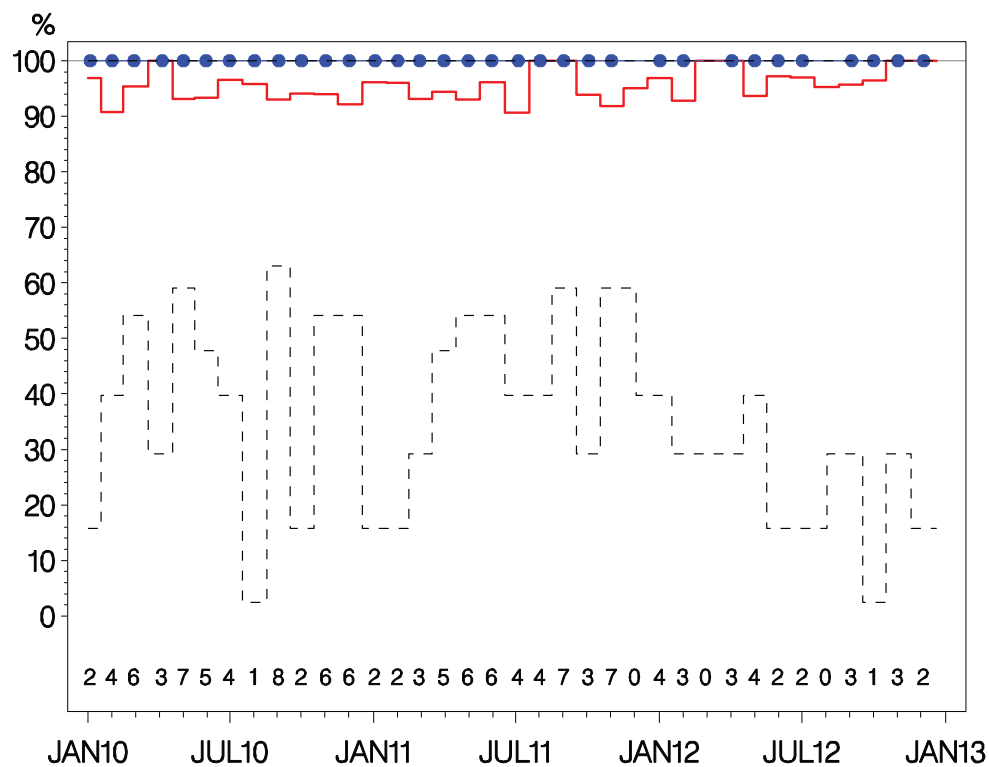
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

NORDJYLLAND

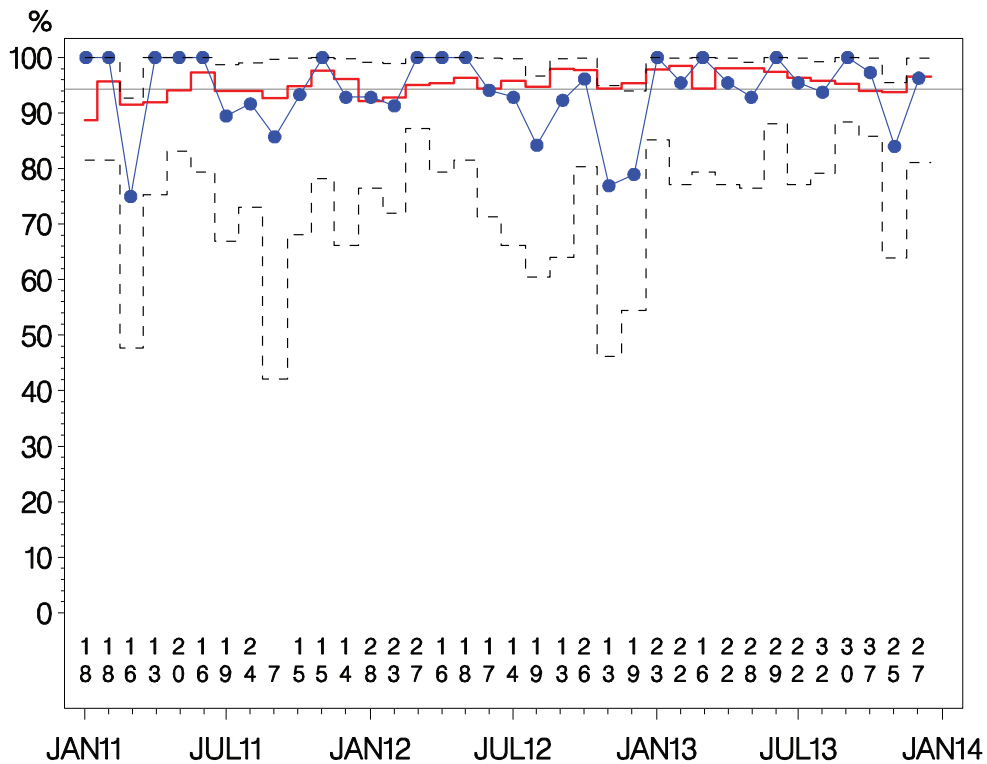


Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

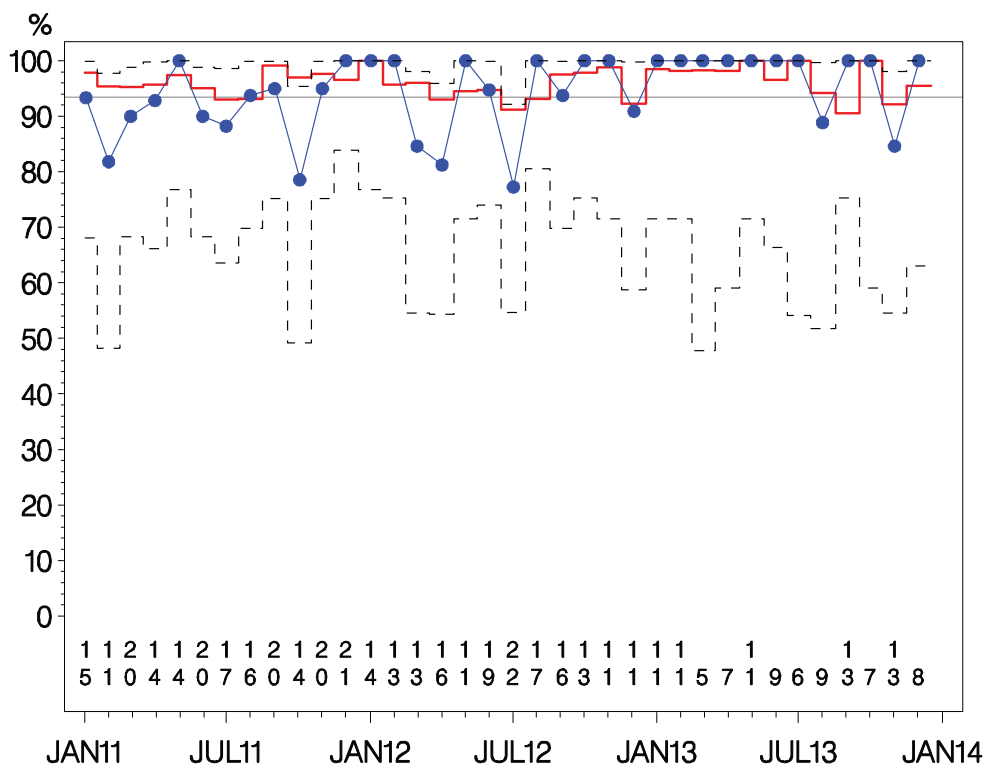
NORDJYLLAND



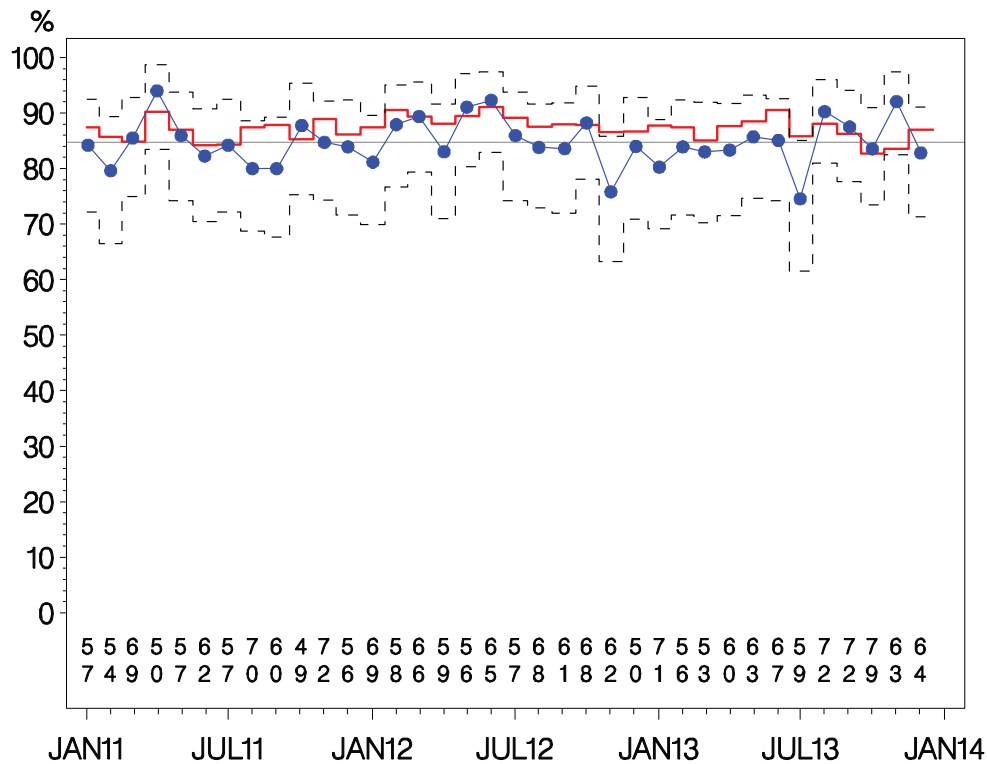
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden RIGSHOSP



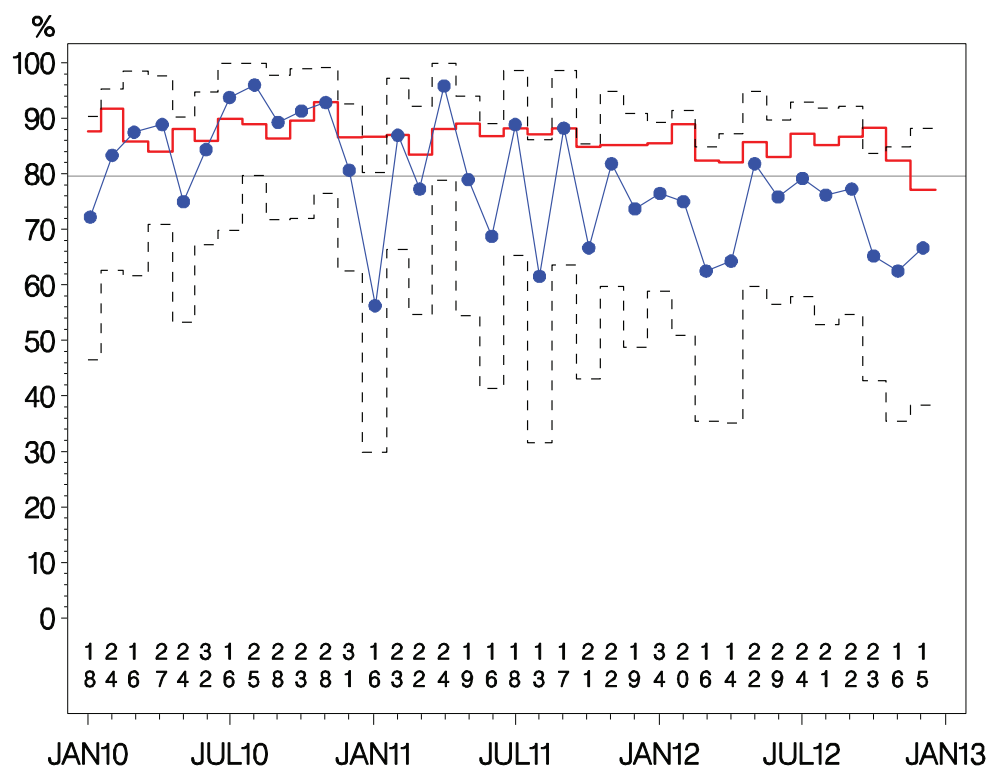
Indikator 5: N-pos med >= 10 udtagne nodes RIGSHOSP



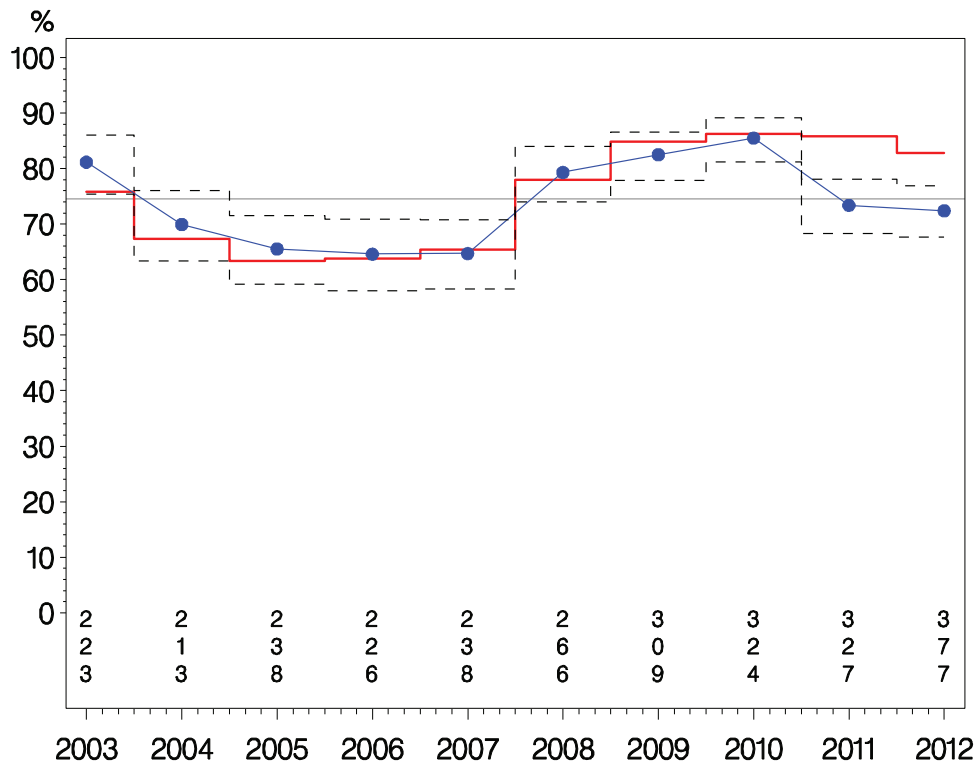
Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed RIGSHOSP



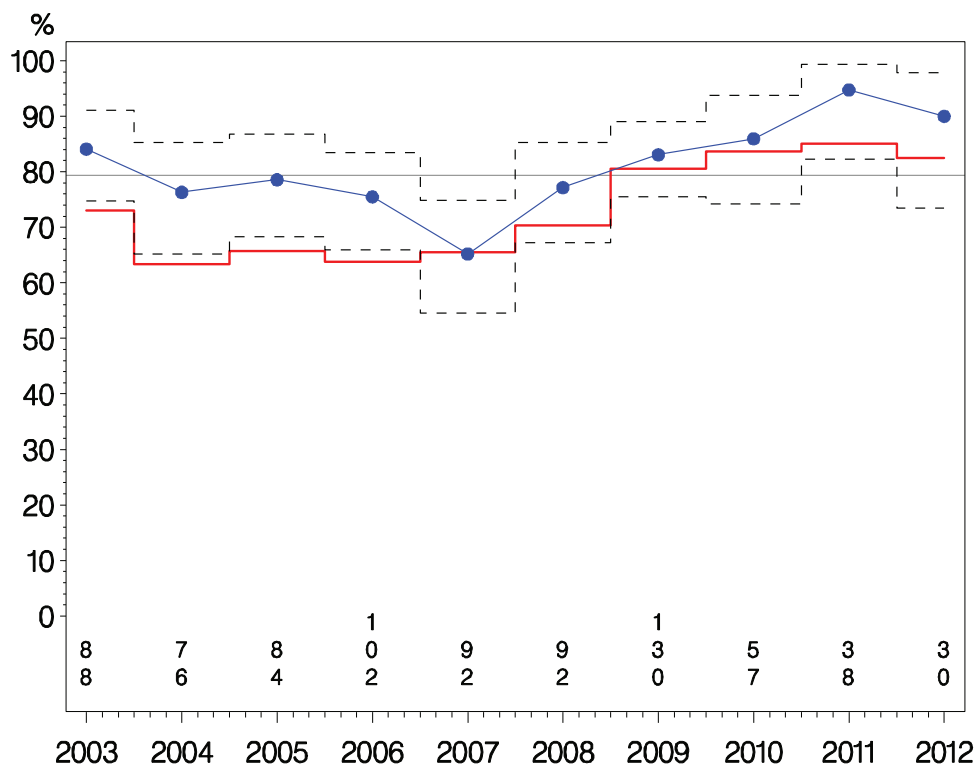
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling RIGSHOSP



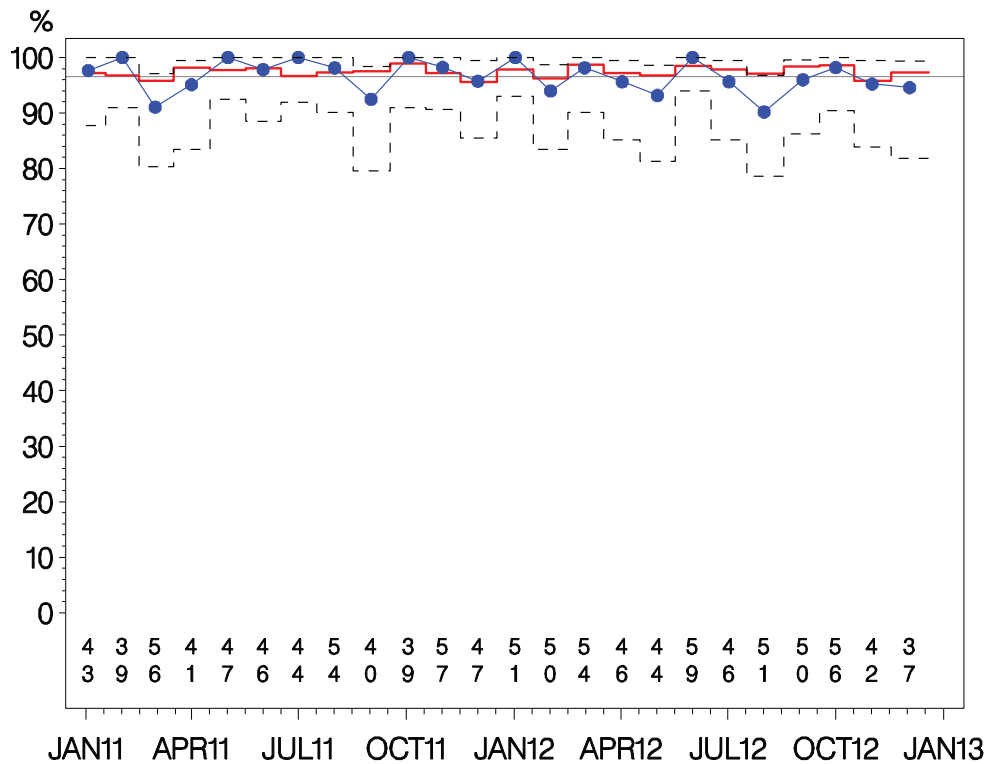
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
RIGSHOSP



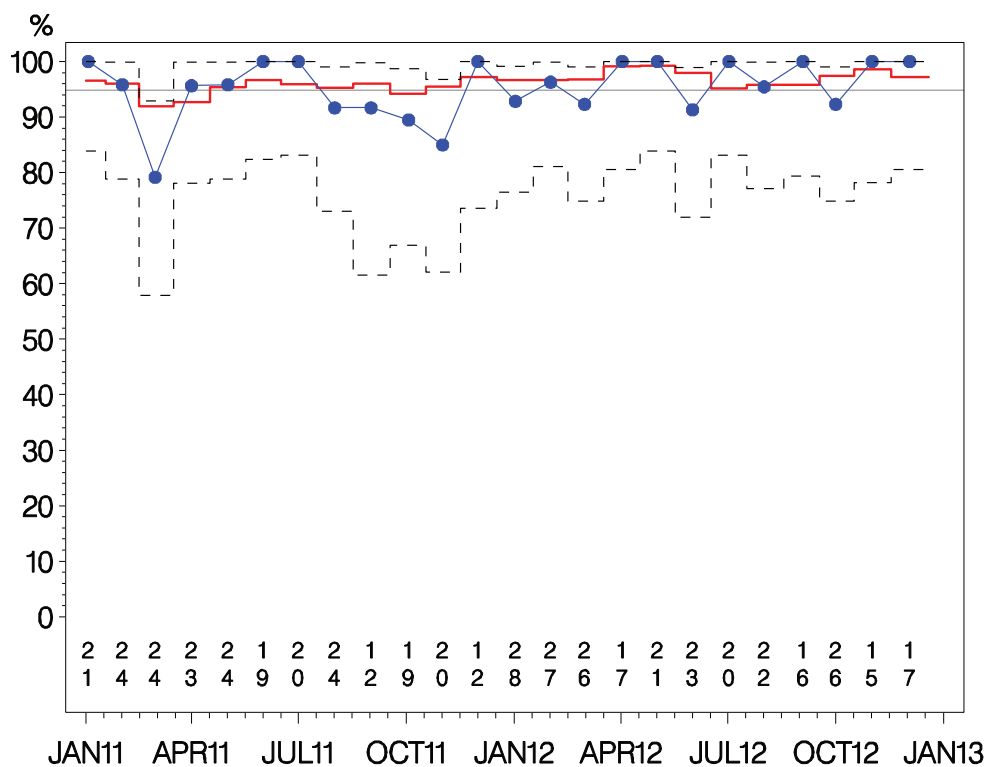
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
RIGSHOSP



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation RIGSHOSP

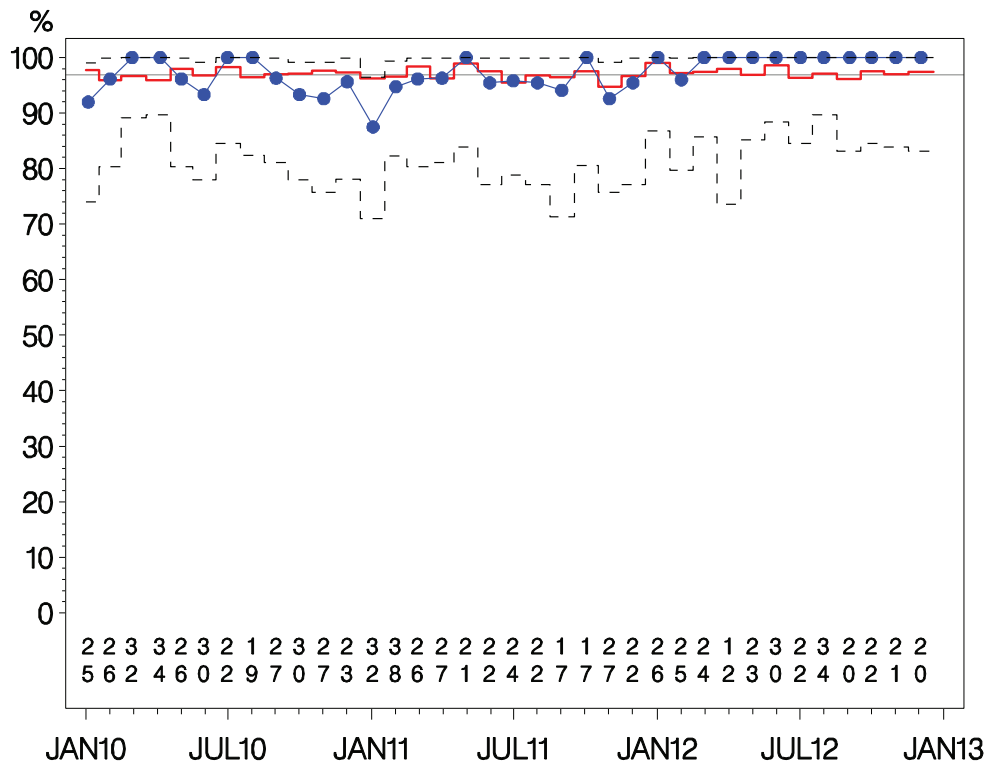


Indikator 12: Sen sentinel node positivitet RIGSHOSP



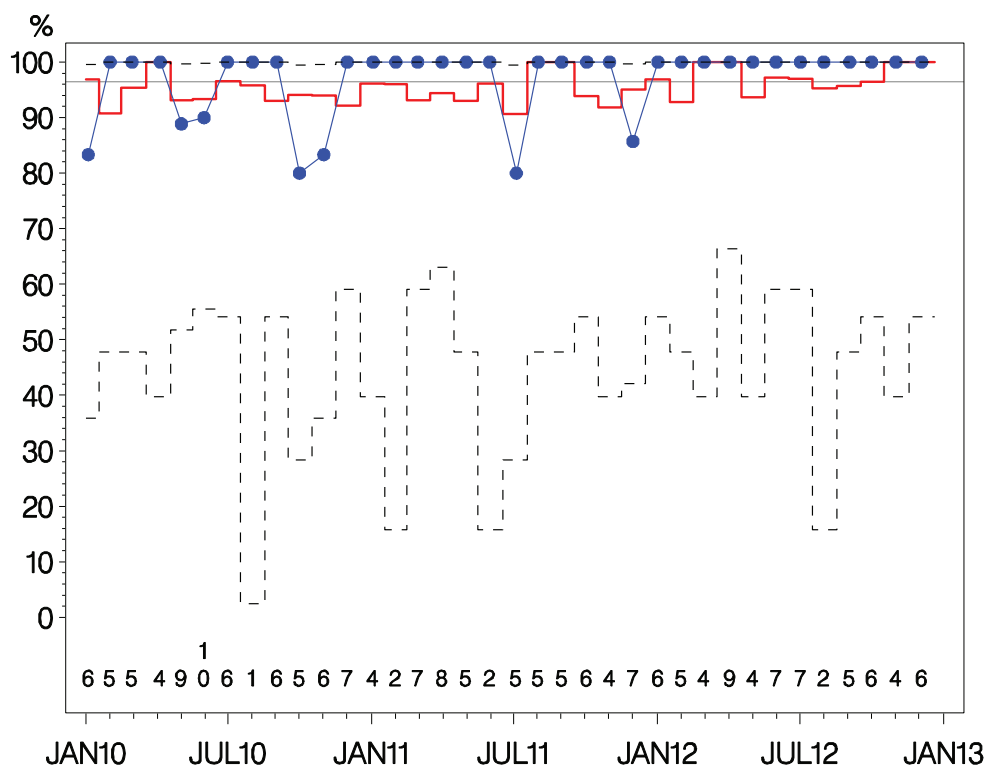
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

RIGSHOSP

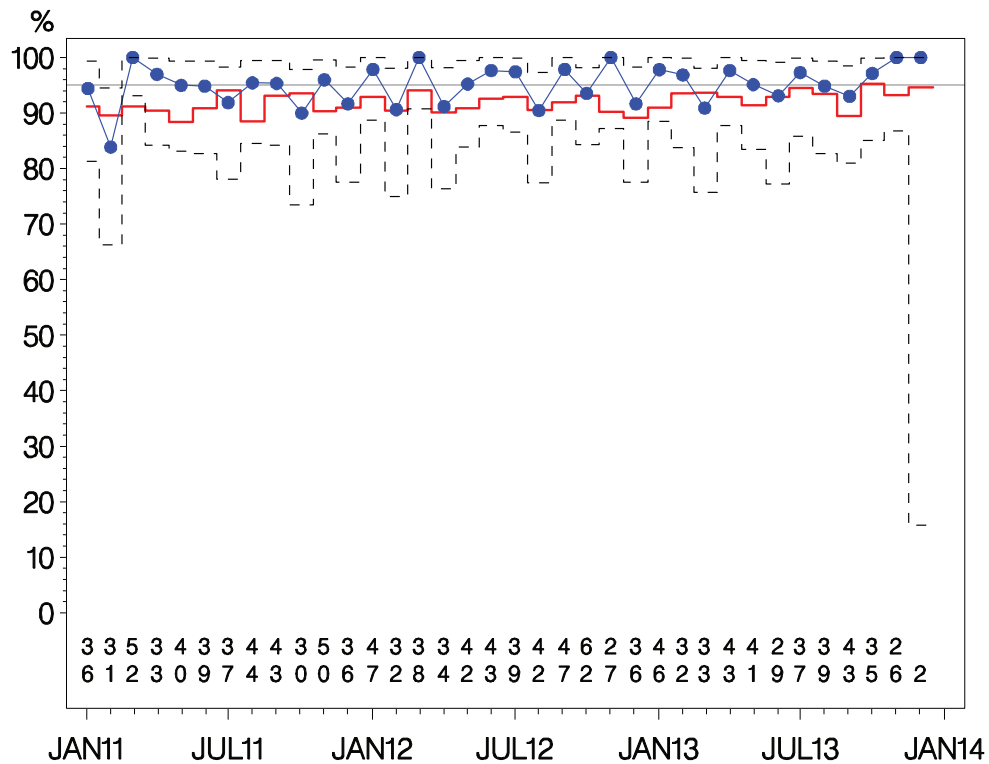


Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

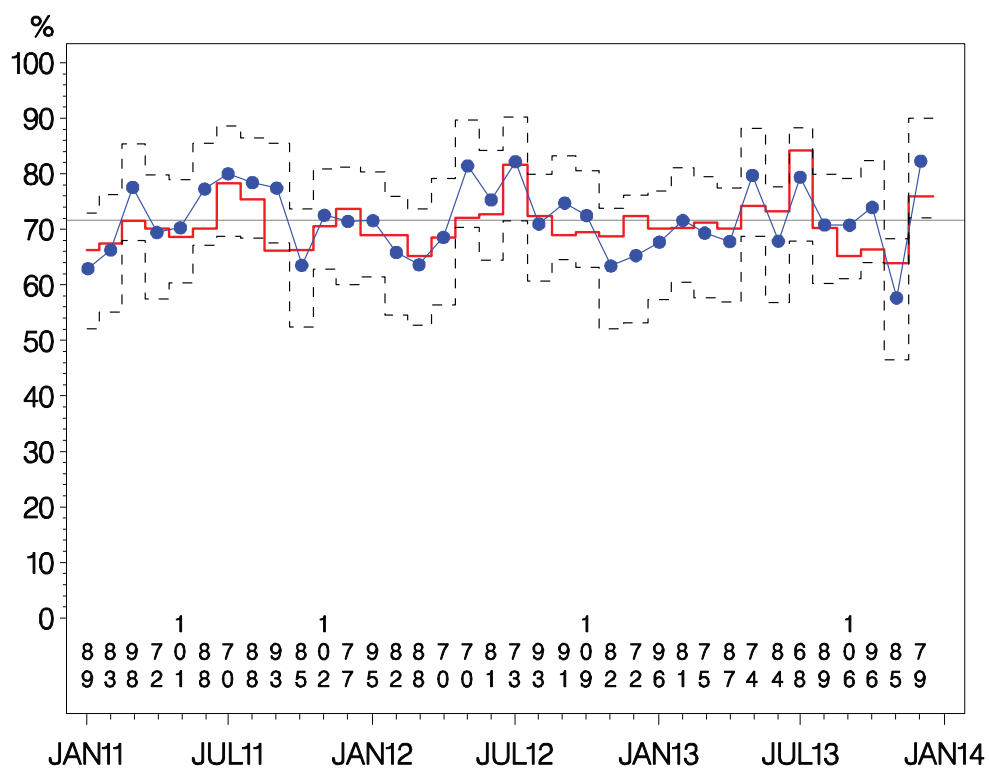
RIGSHOSP



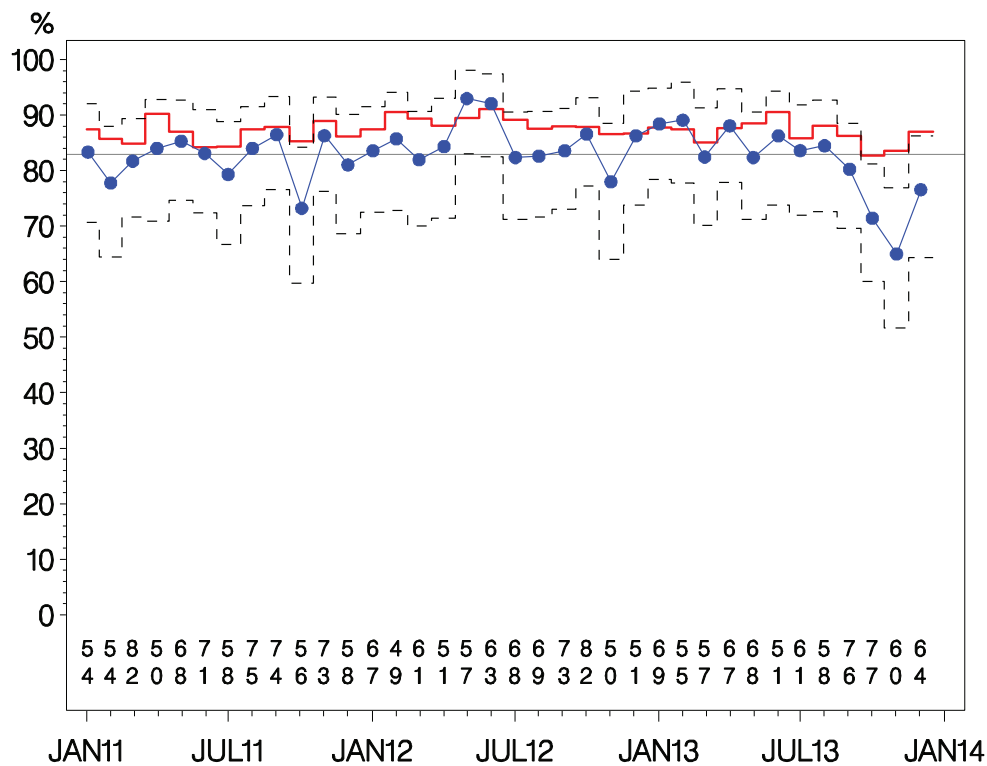
Indikator 2: Præoperativ diagnose HERLEV



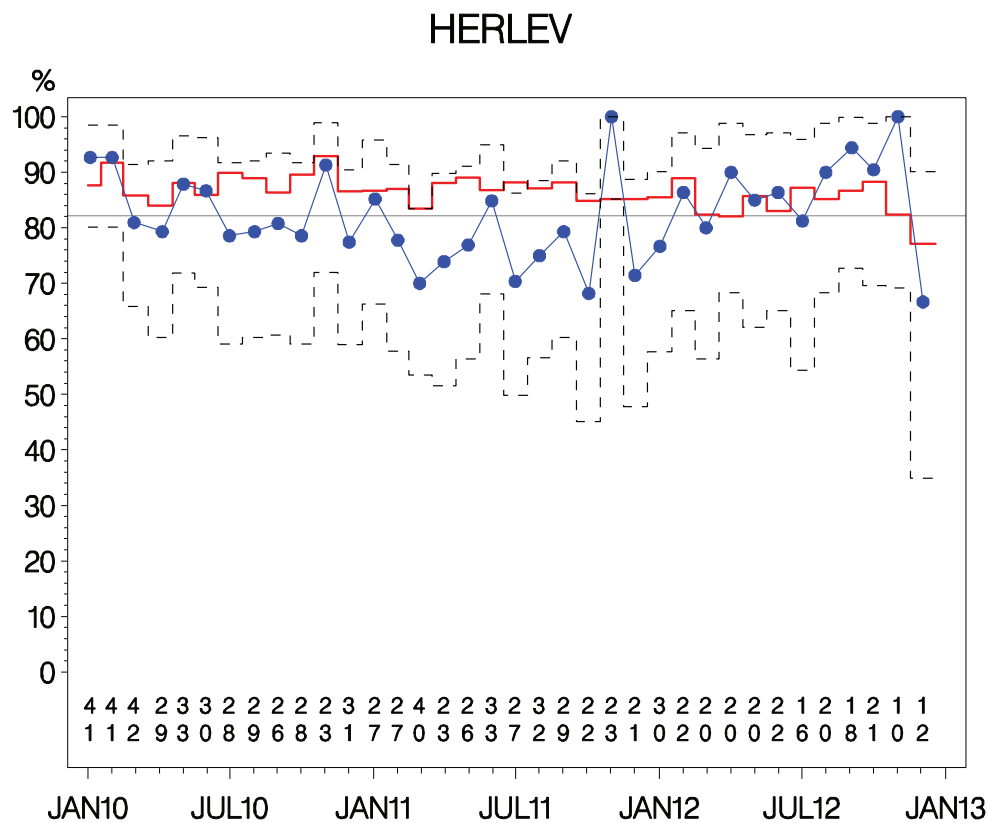
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio HERLEV



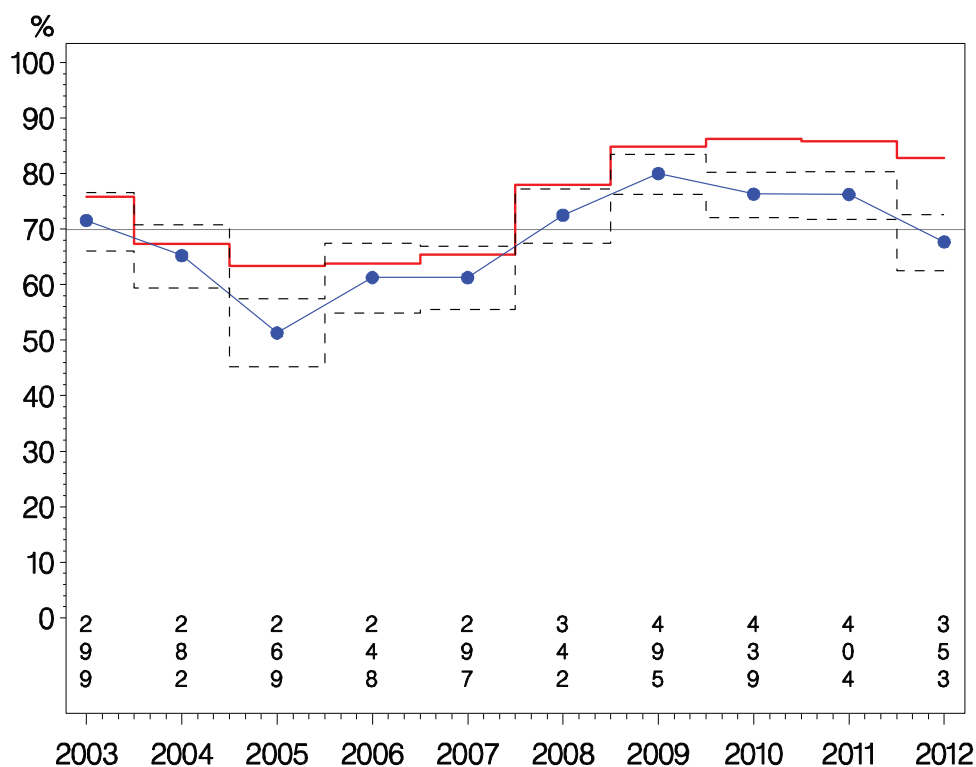
Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed HERLEV



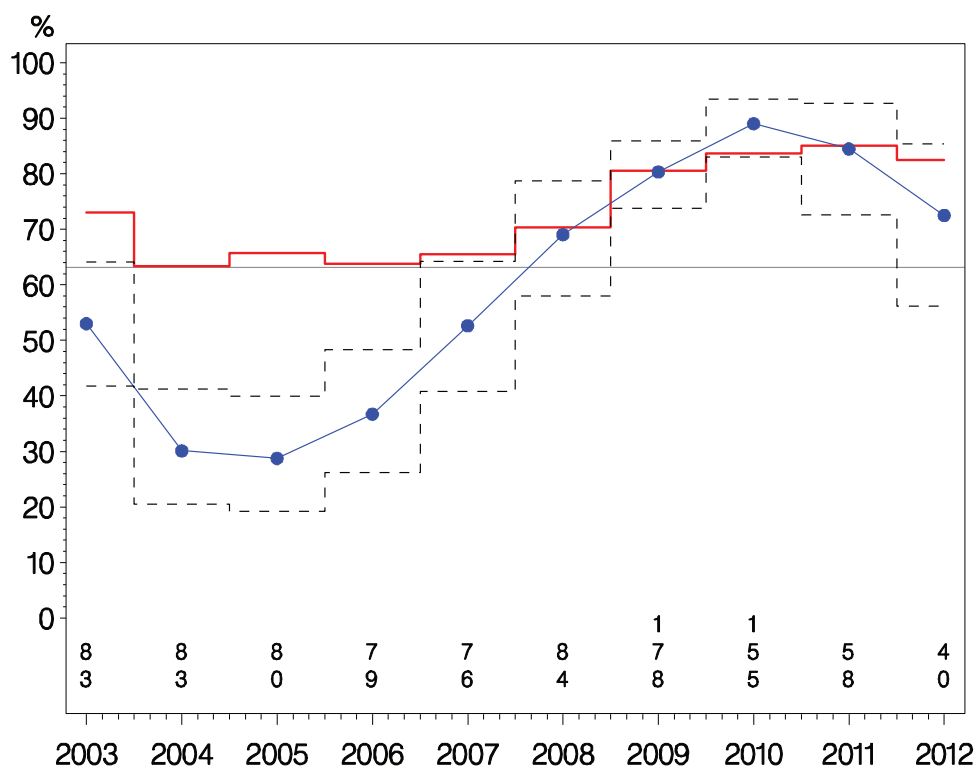
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling HERLEV



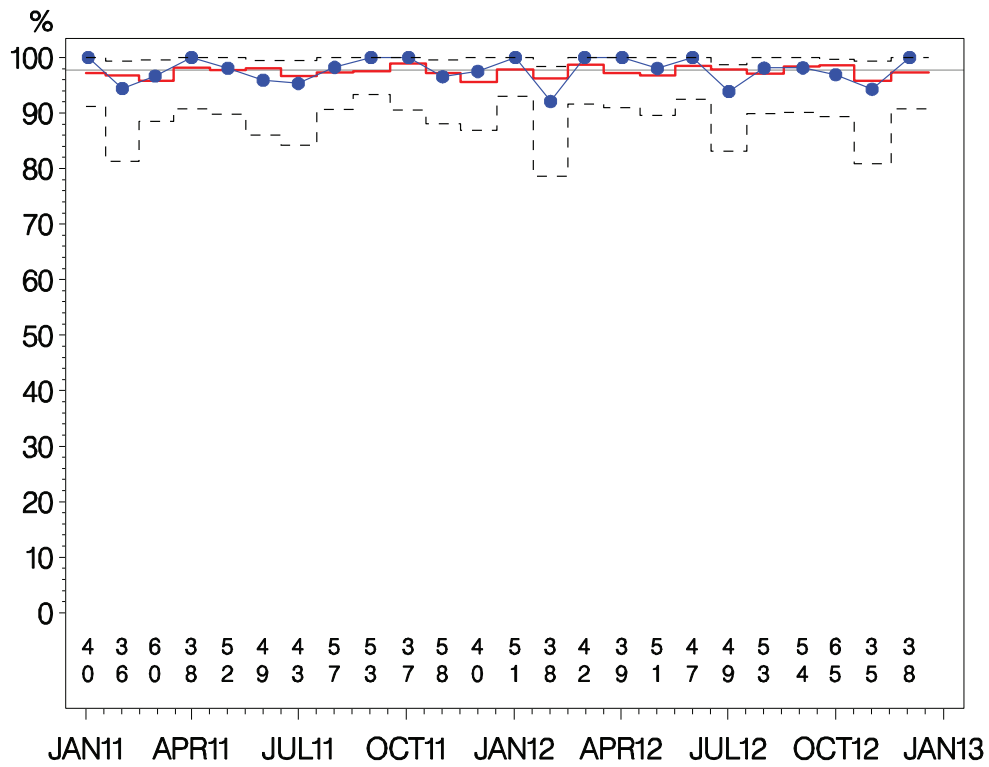
Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
HERLEV



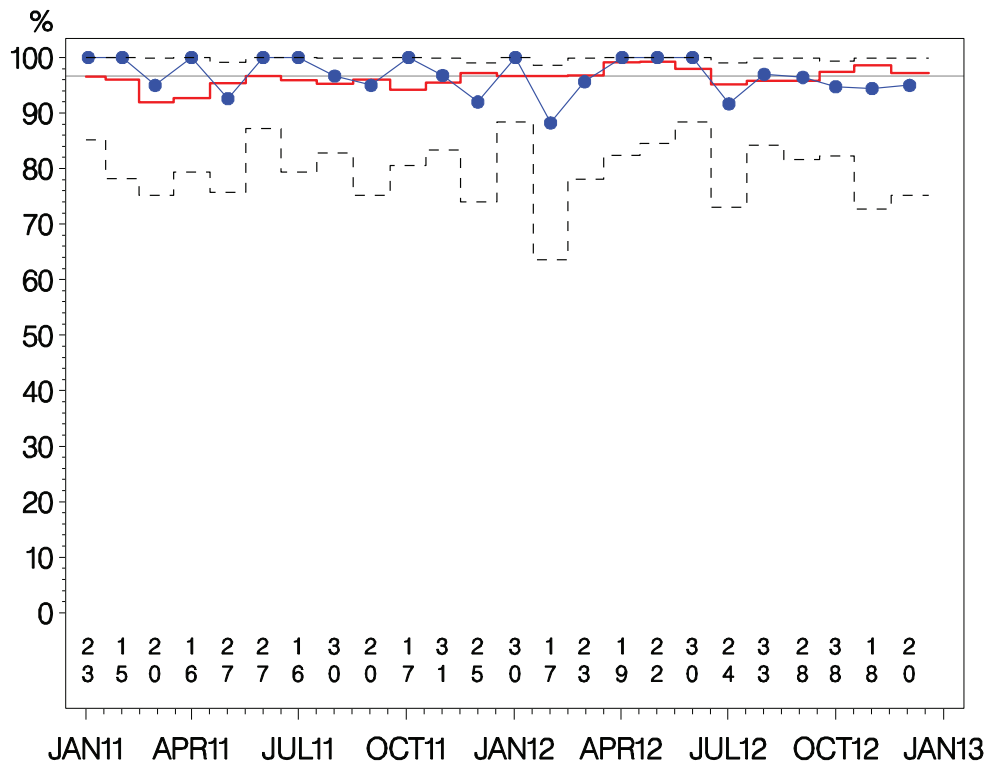
Indikator 9 LR: Lavrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
HERLEV



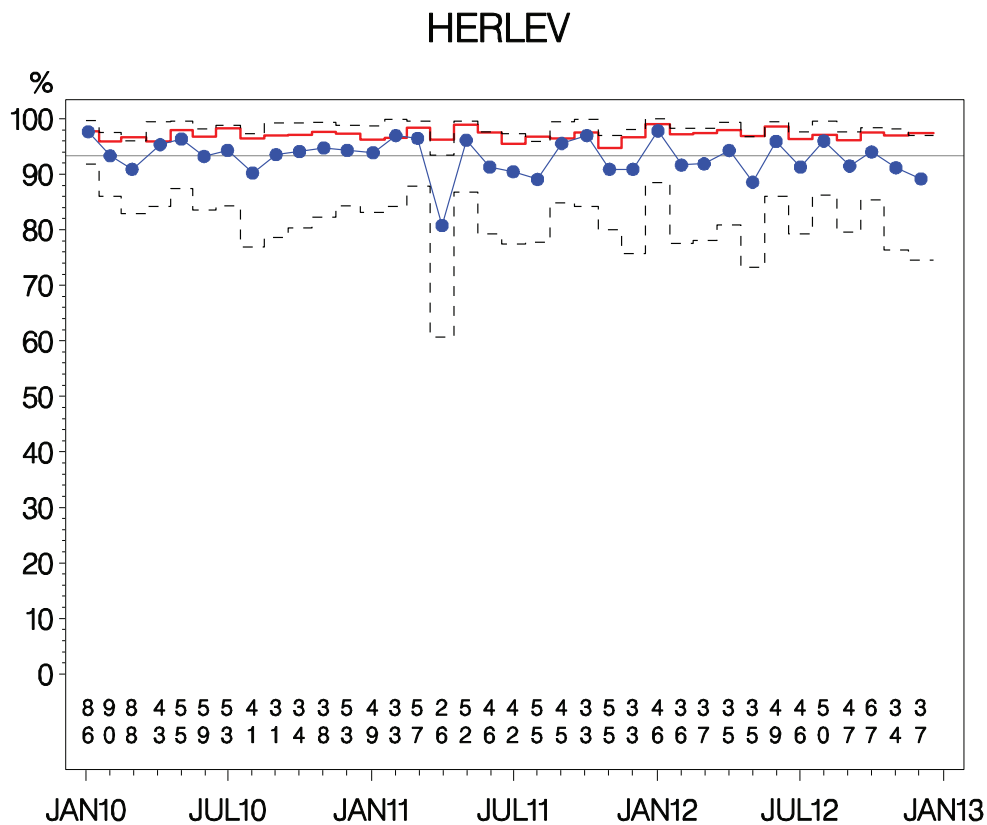
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation HERLEV



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet HERLEV

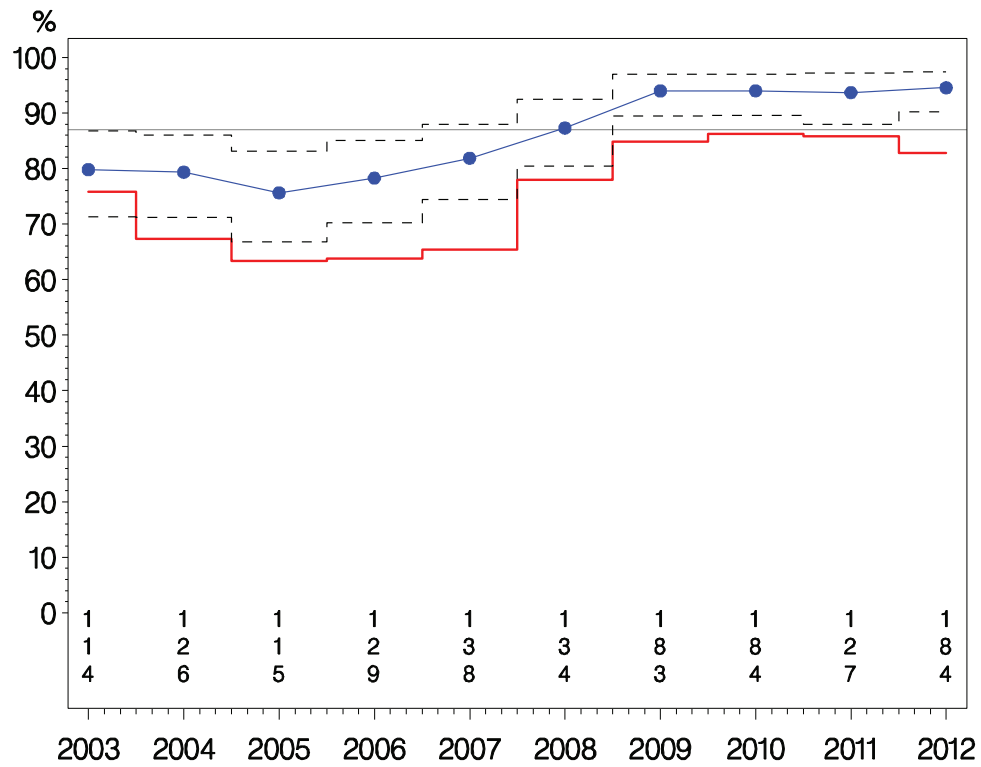


Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer HERLEV



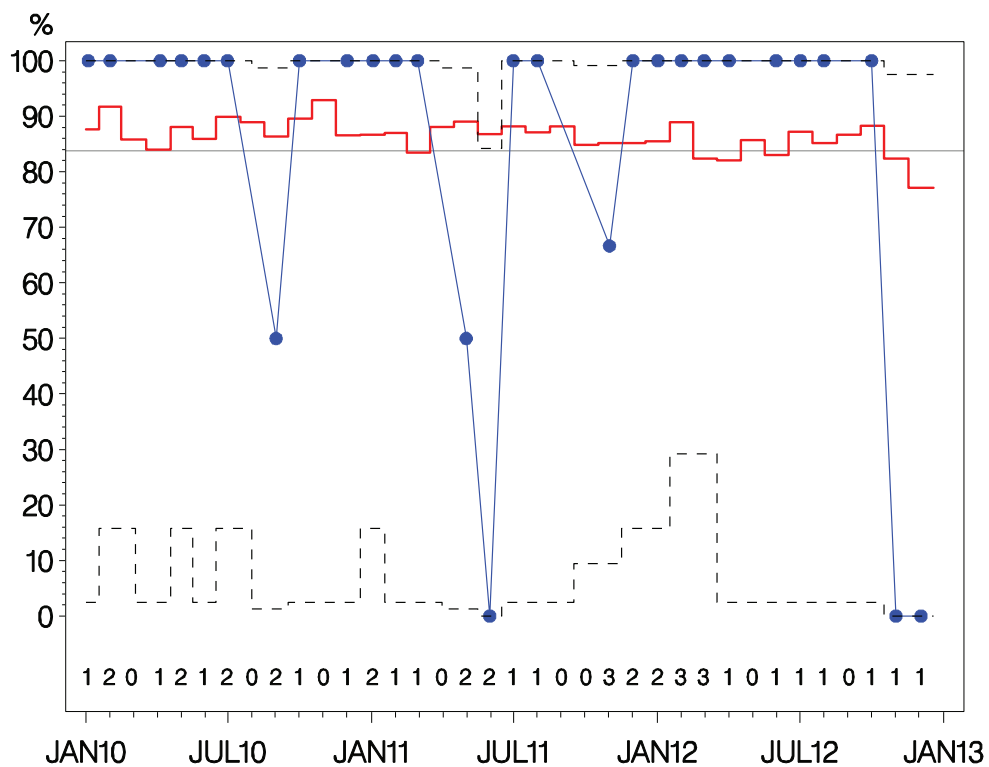
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

HILLERØD



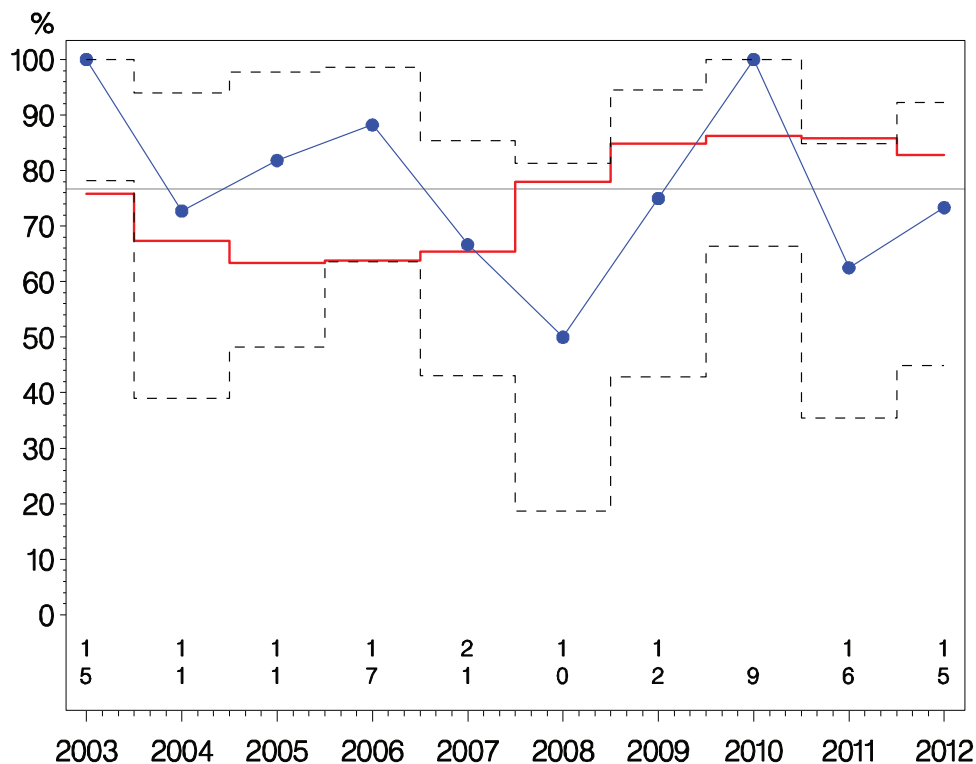
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

RØNNE



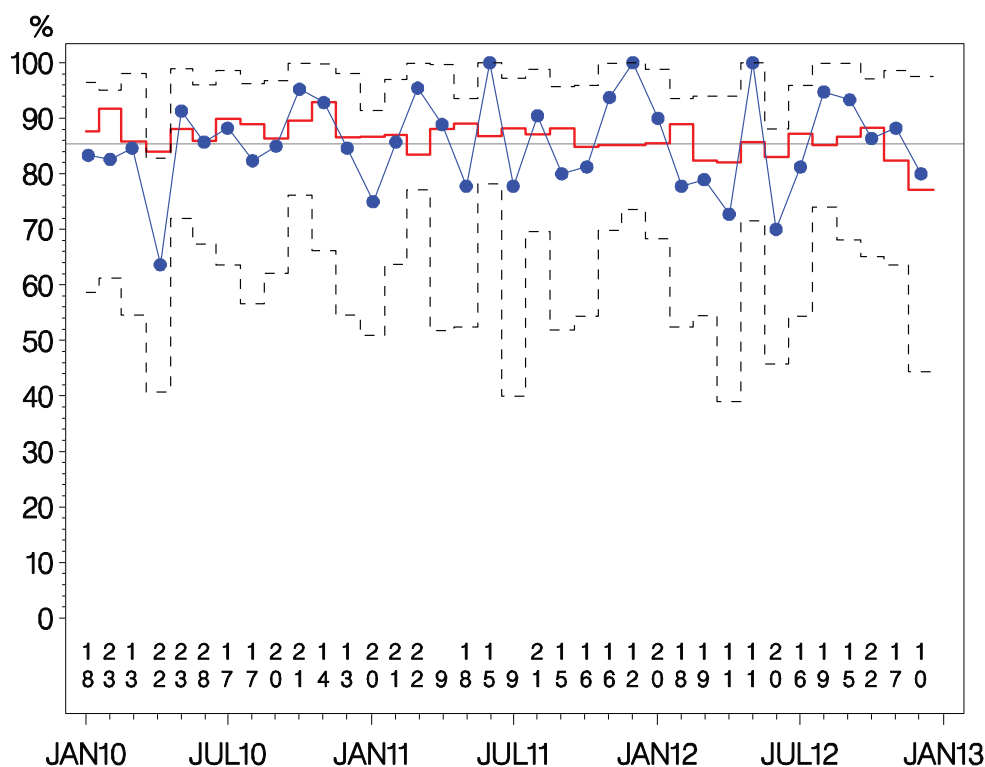
Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

RØNNE

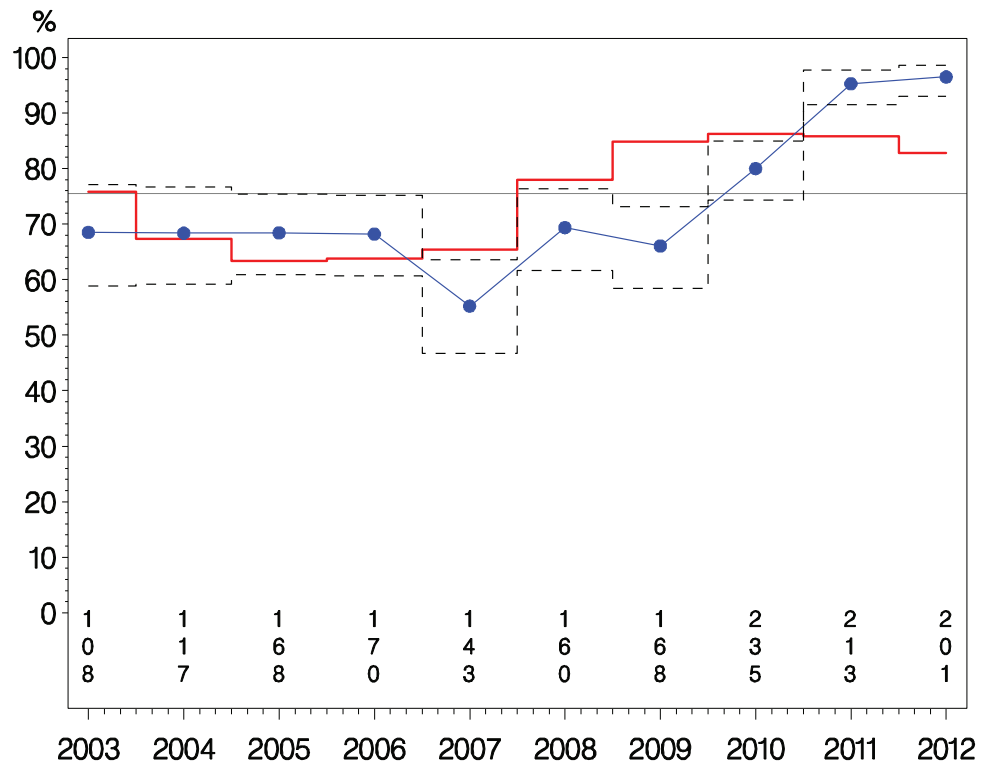


Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

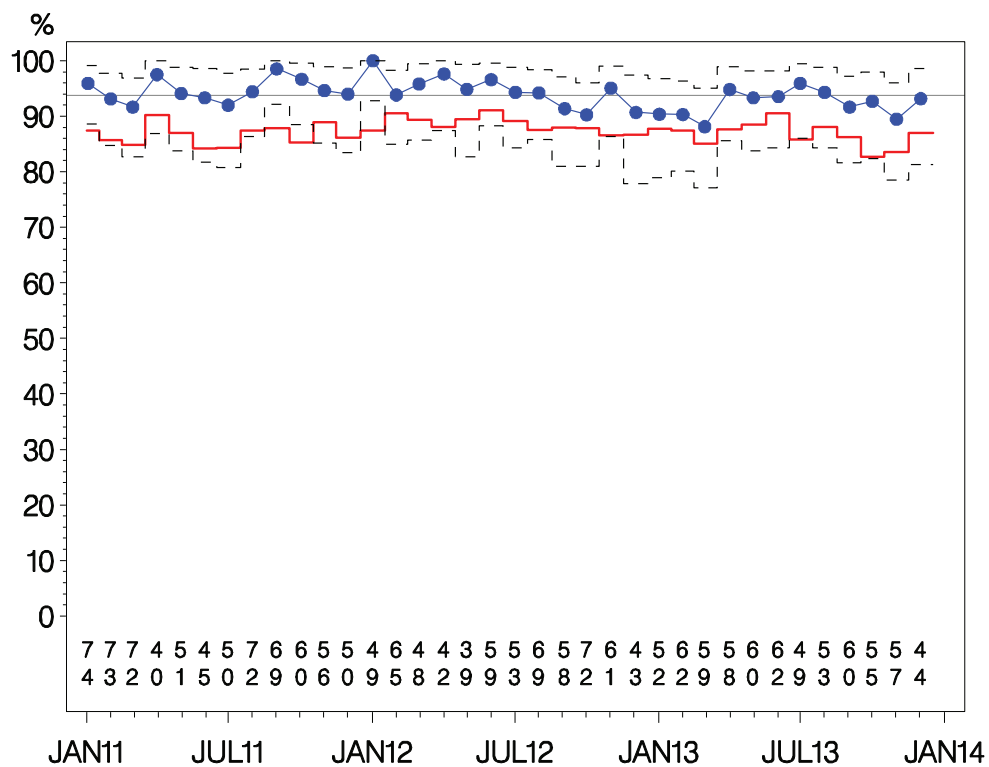
ROSKILDE



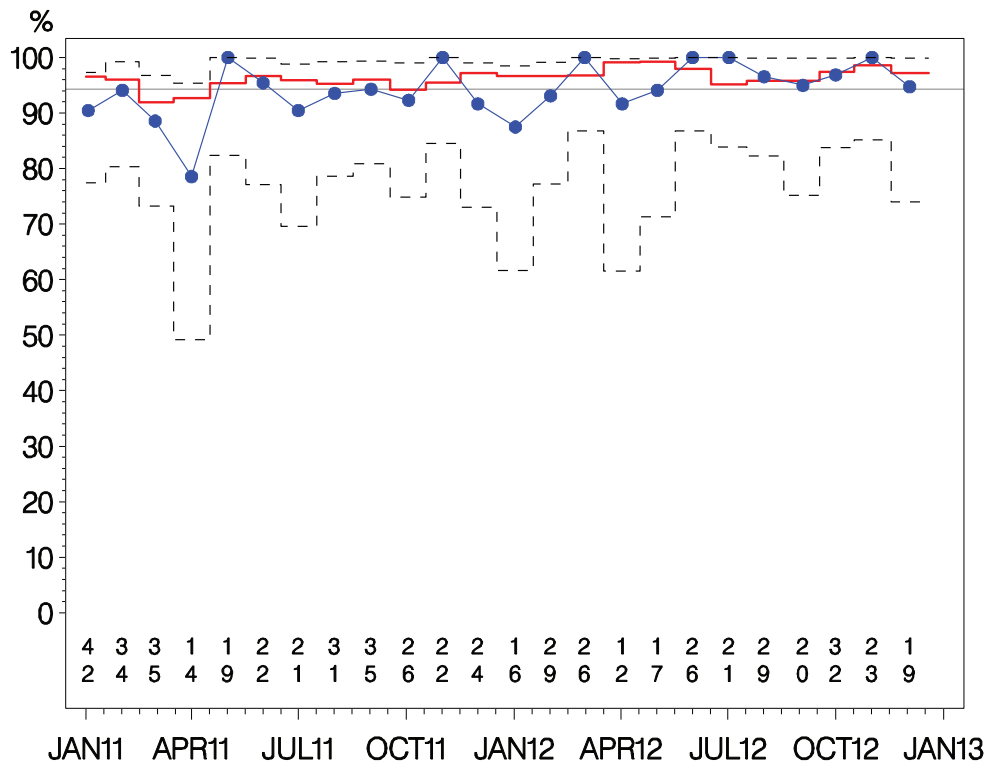
Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
ROSKILDE



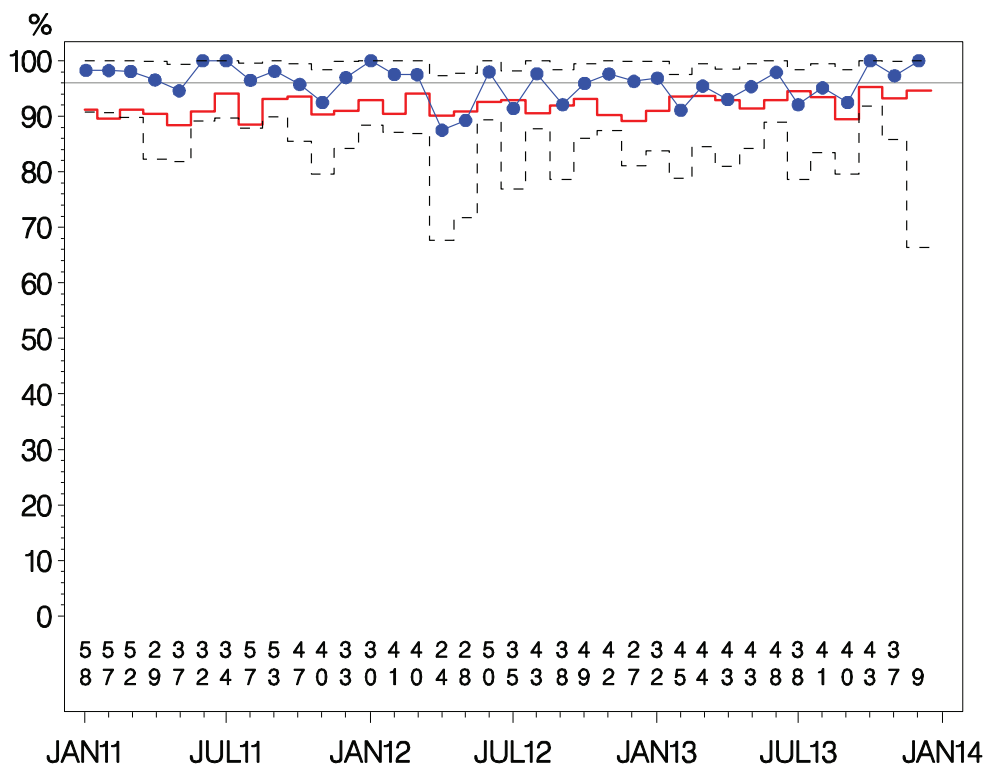
Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed
SLAGELSE



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet SLAGELSE

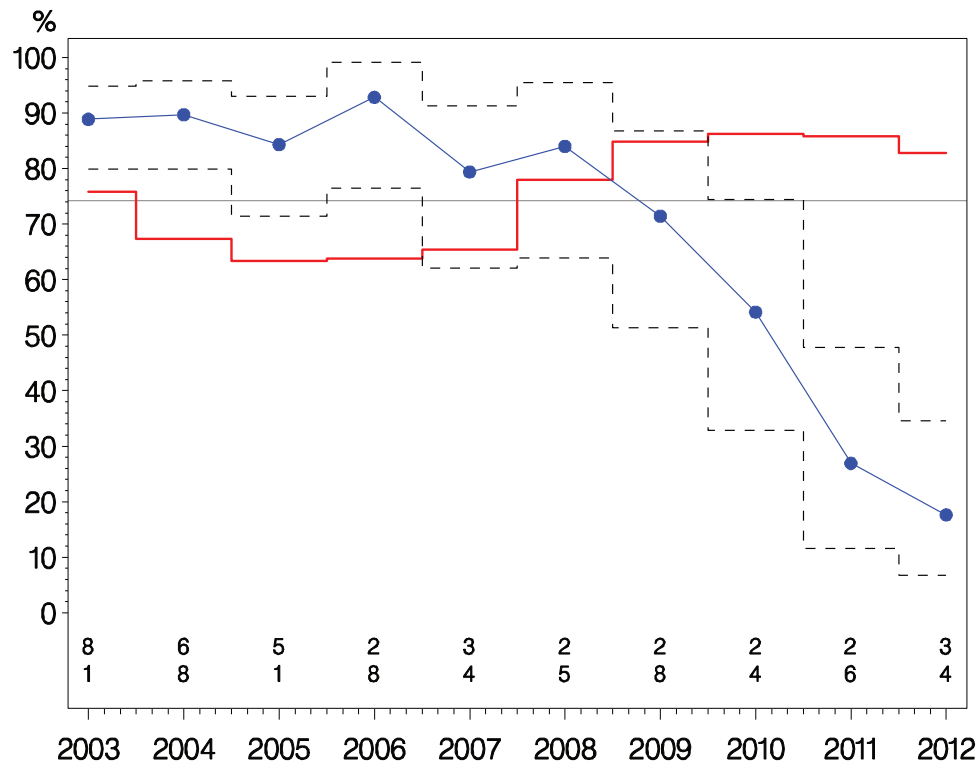


Indikator 2: Præoperativ diagnose RINGSTED



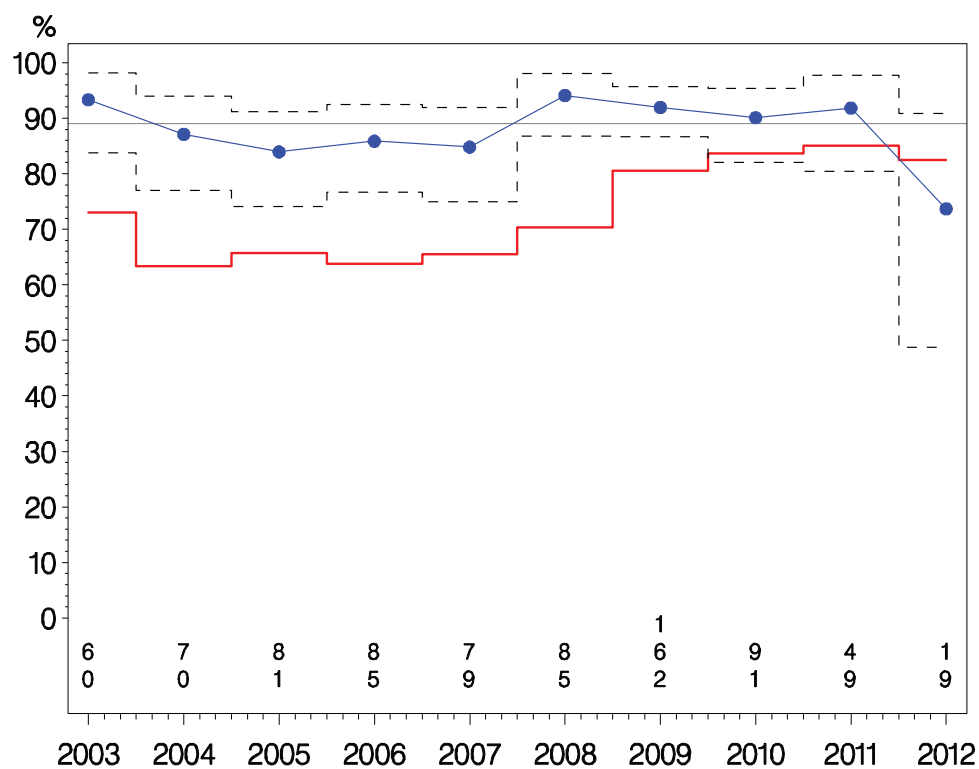
Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

RINGSTED

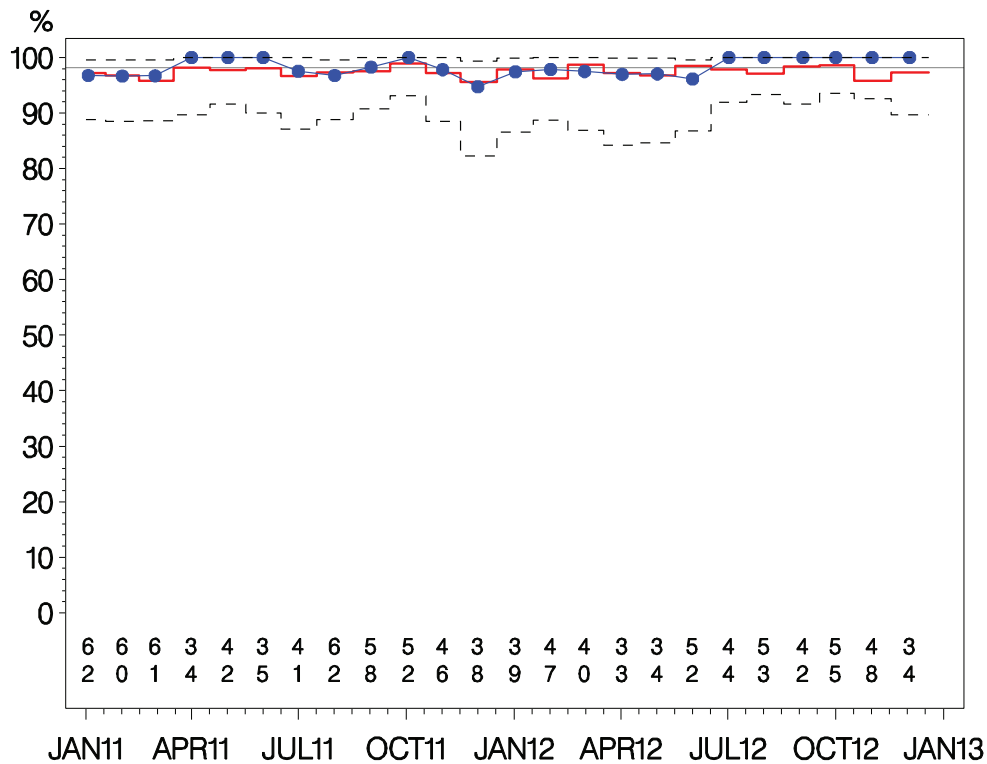


Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

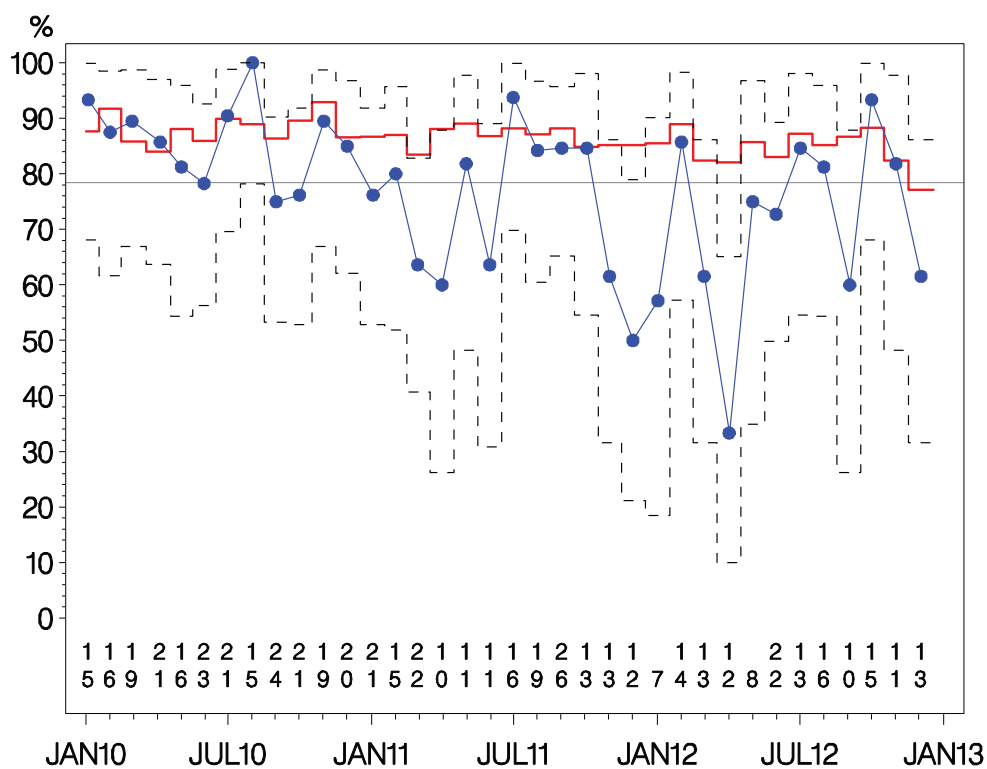
RINGSTED



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation RINGSTED

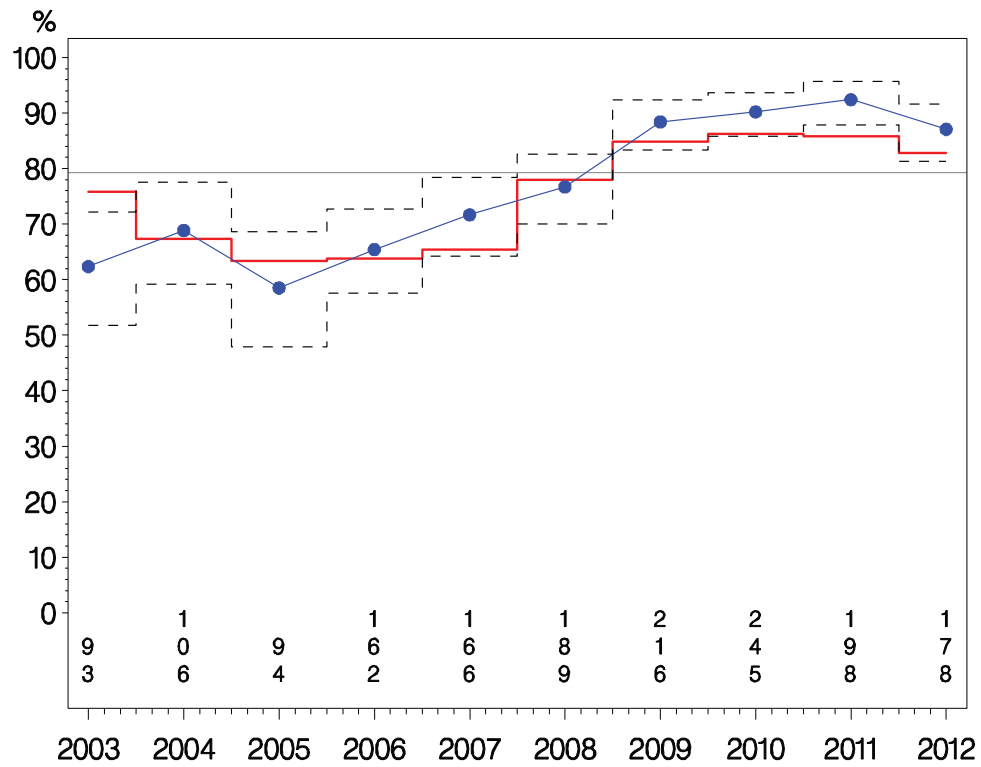


Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling NÆSTVED



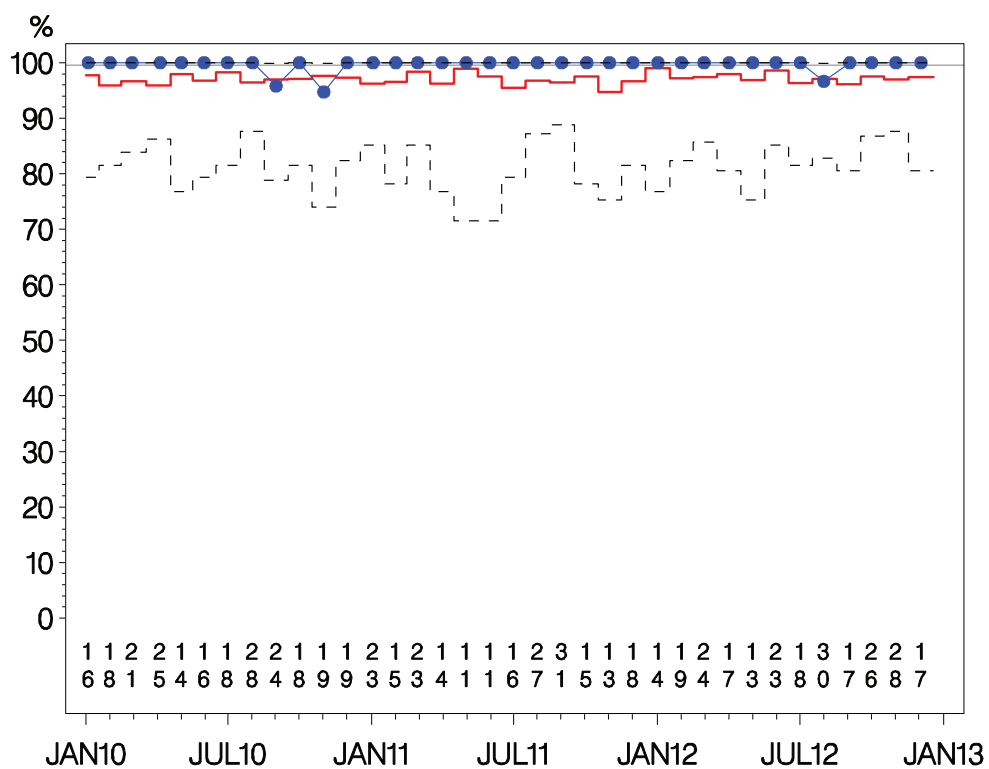
Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

NÆSTVED



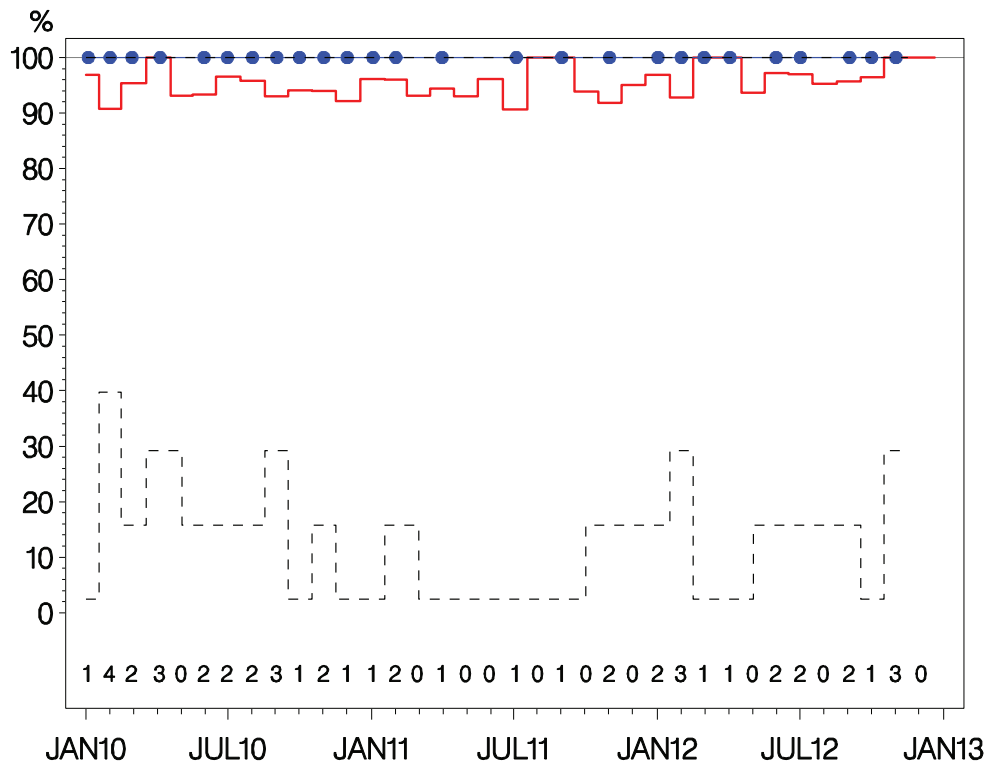
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

NÆSTVED



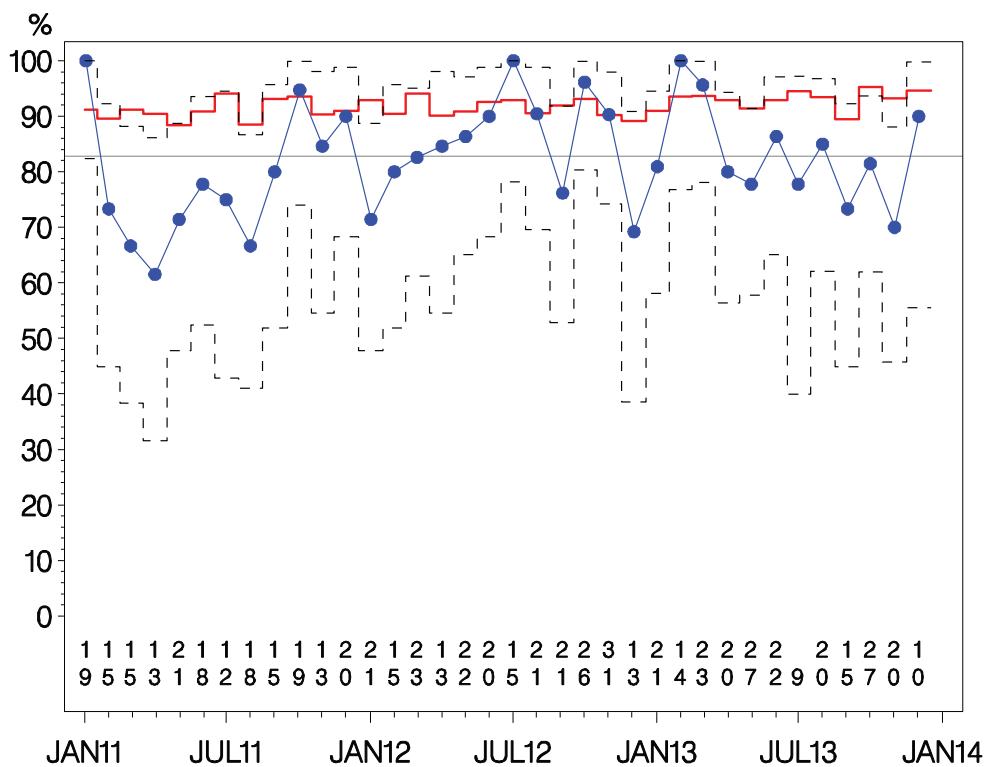
Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

NÆSTVED

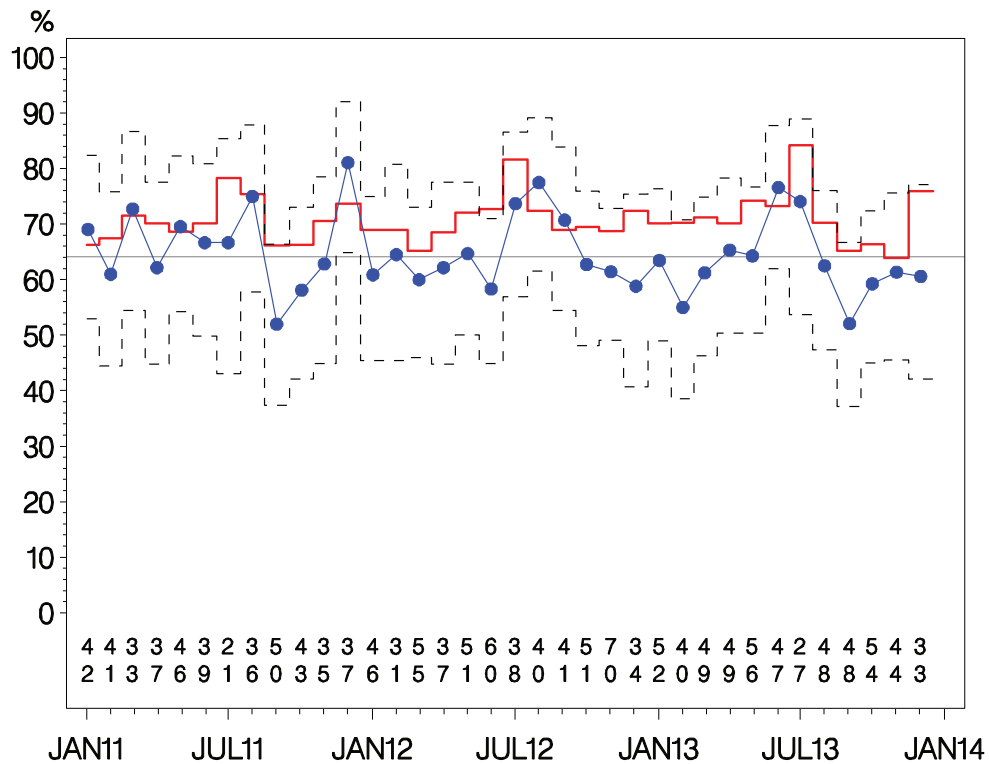


Indikator 2: Præoperativ diagnose

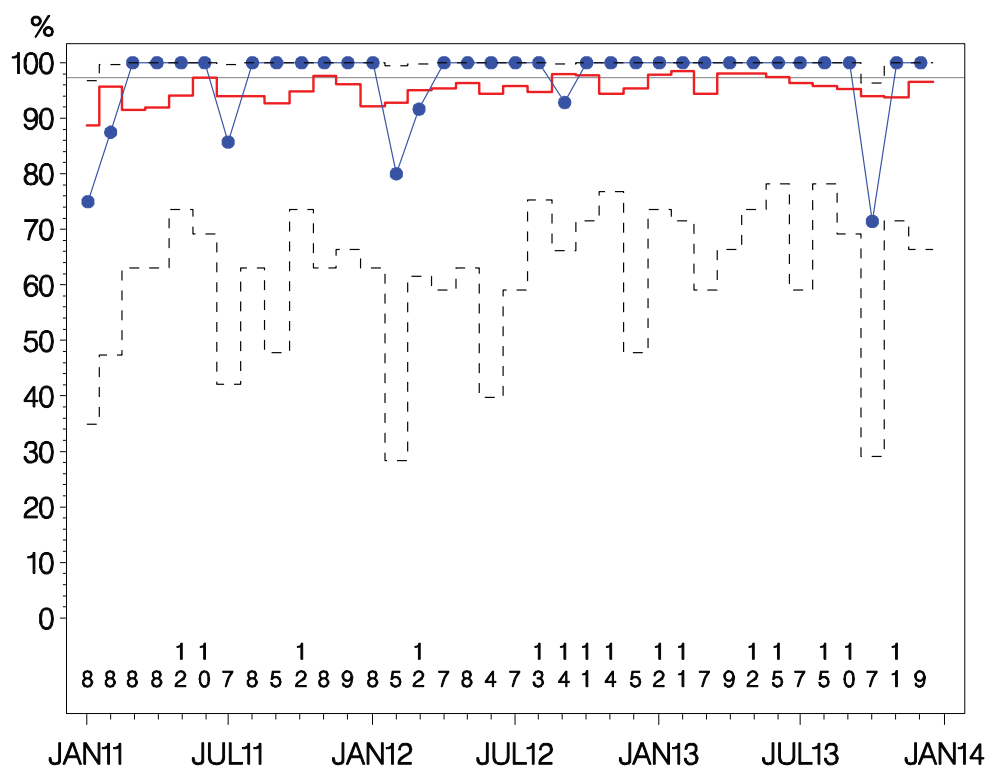
ODENSE



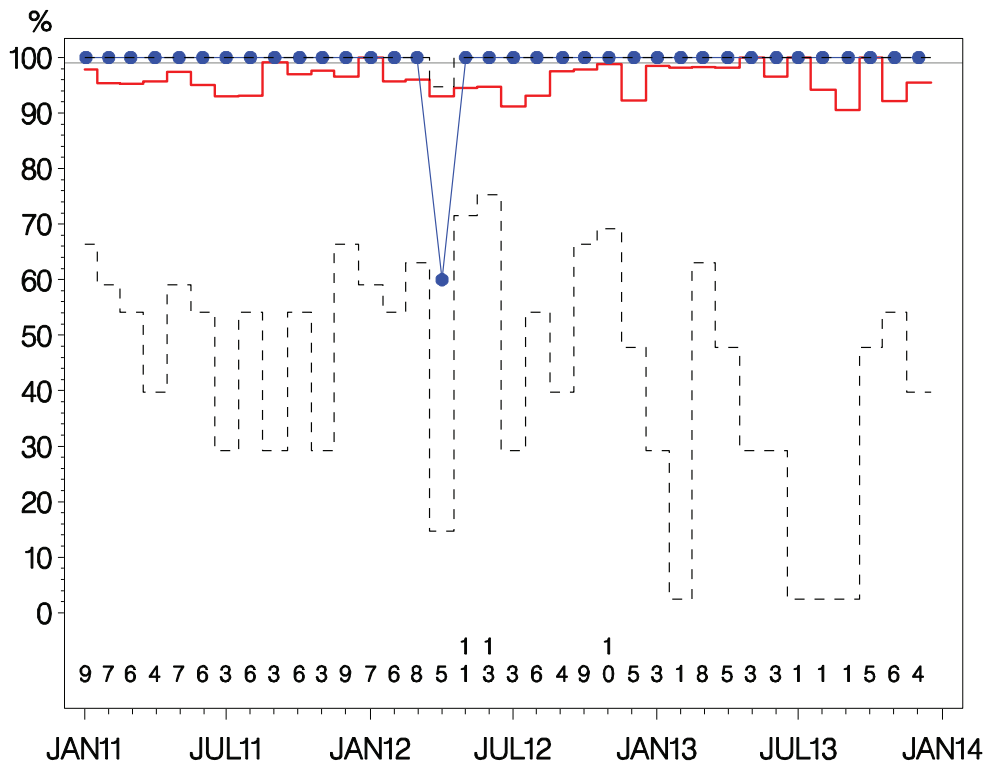
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio ODENSE



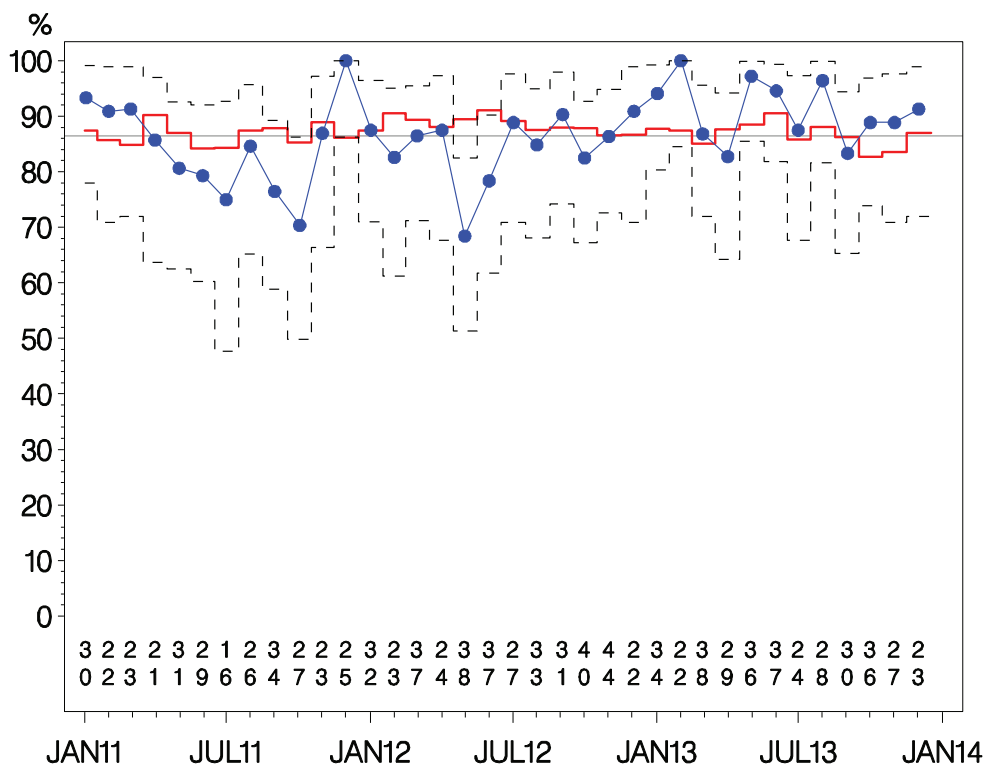
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden ODENSE



Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes ODENSE

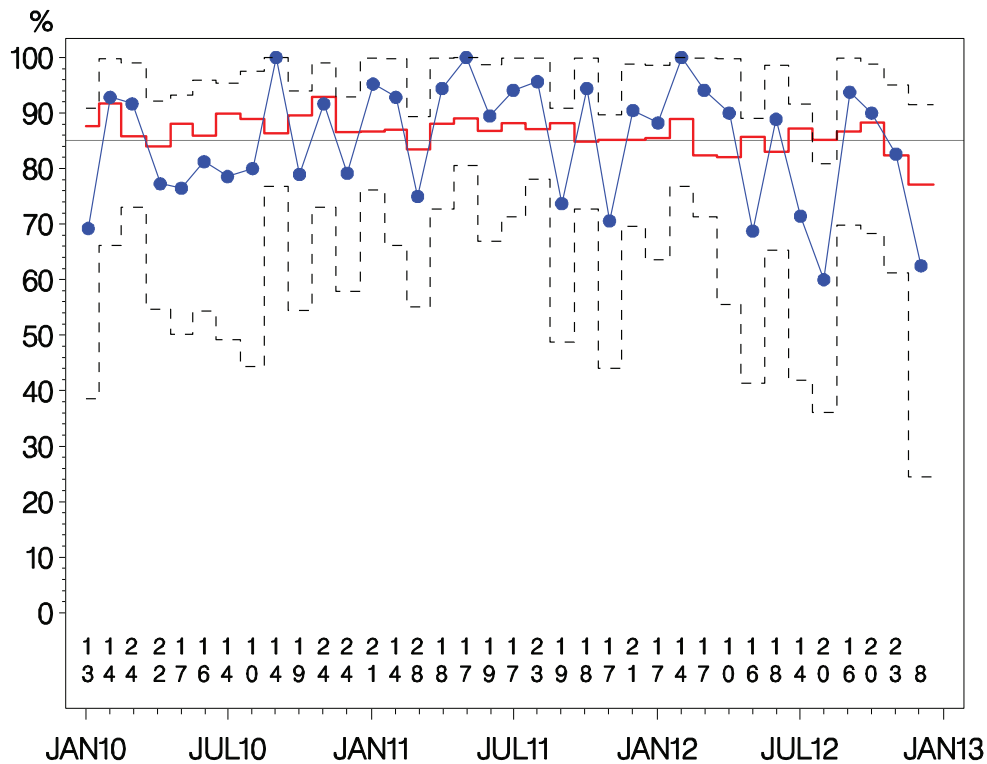


Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed ODENSE



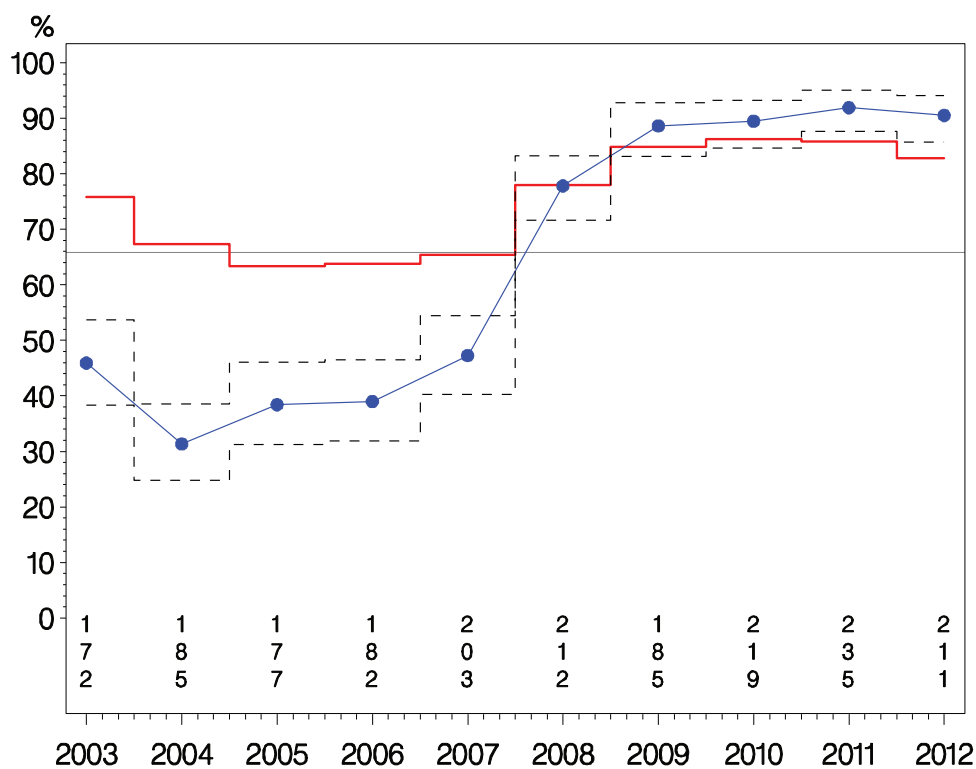
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

ODENSE

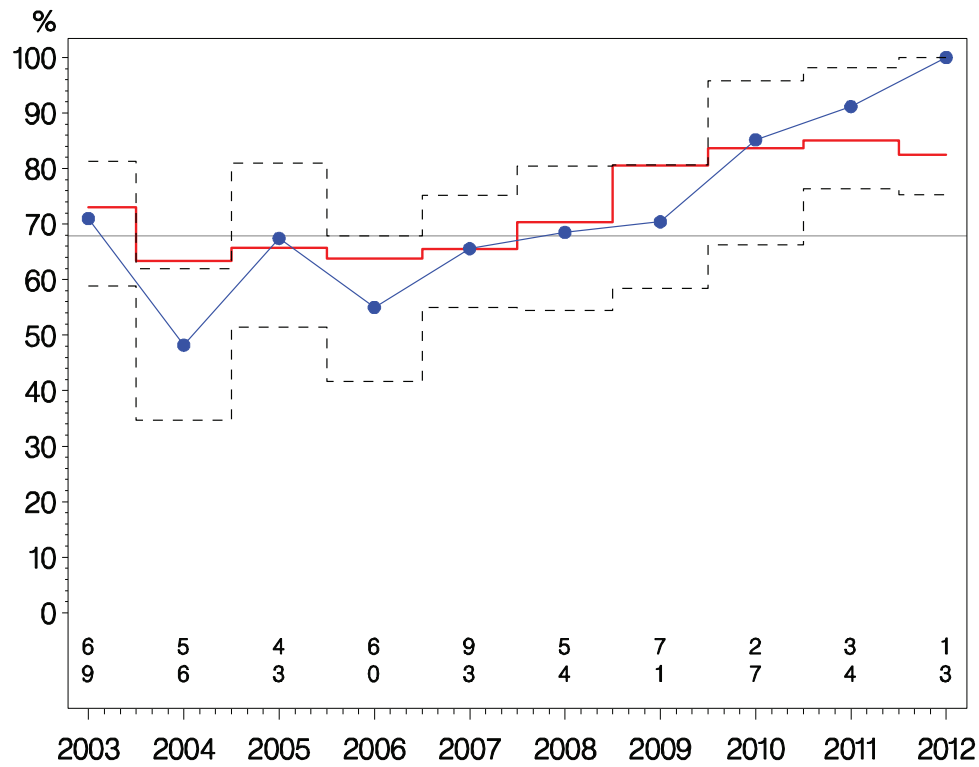


Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

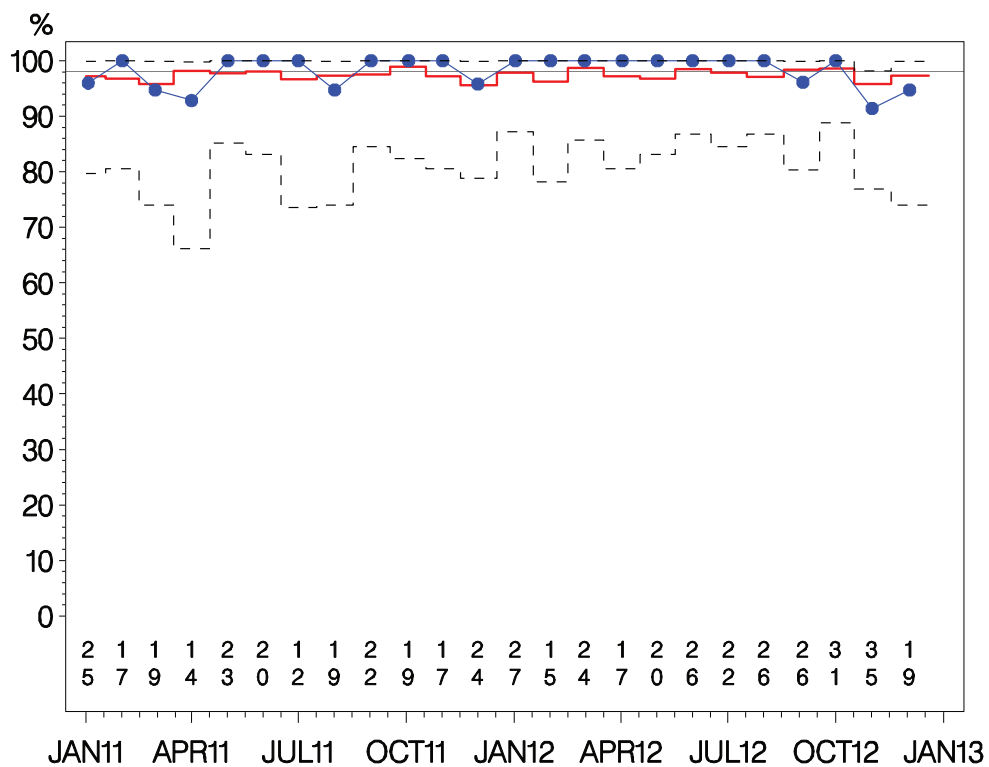
ODENSE



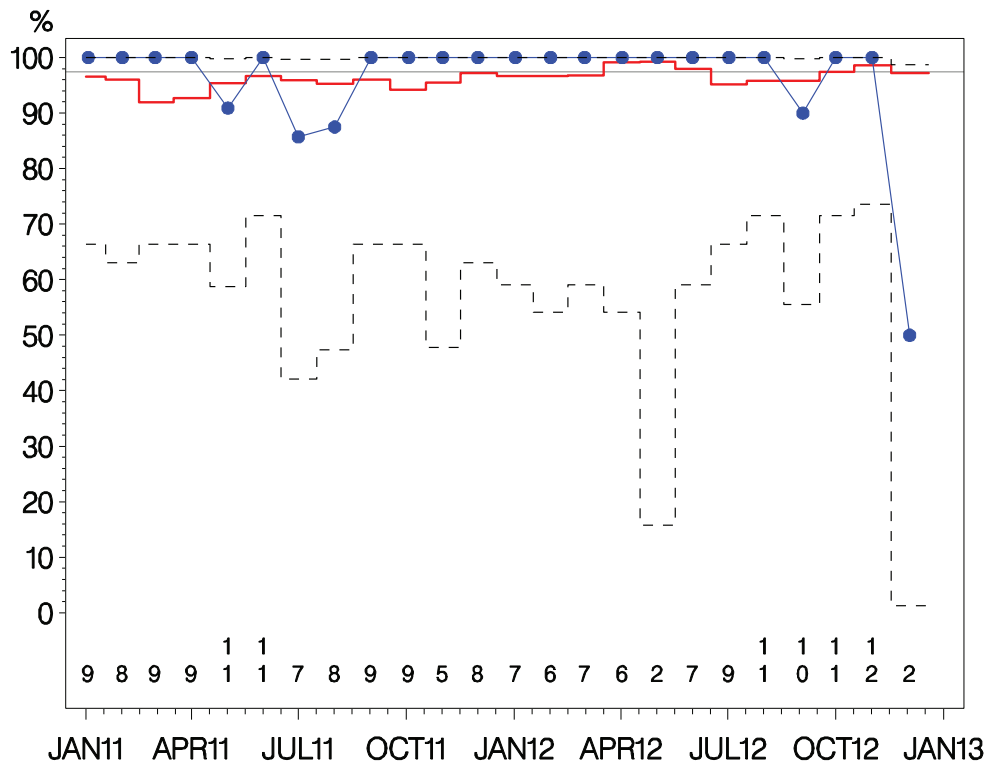
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
ODENSE



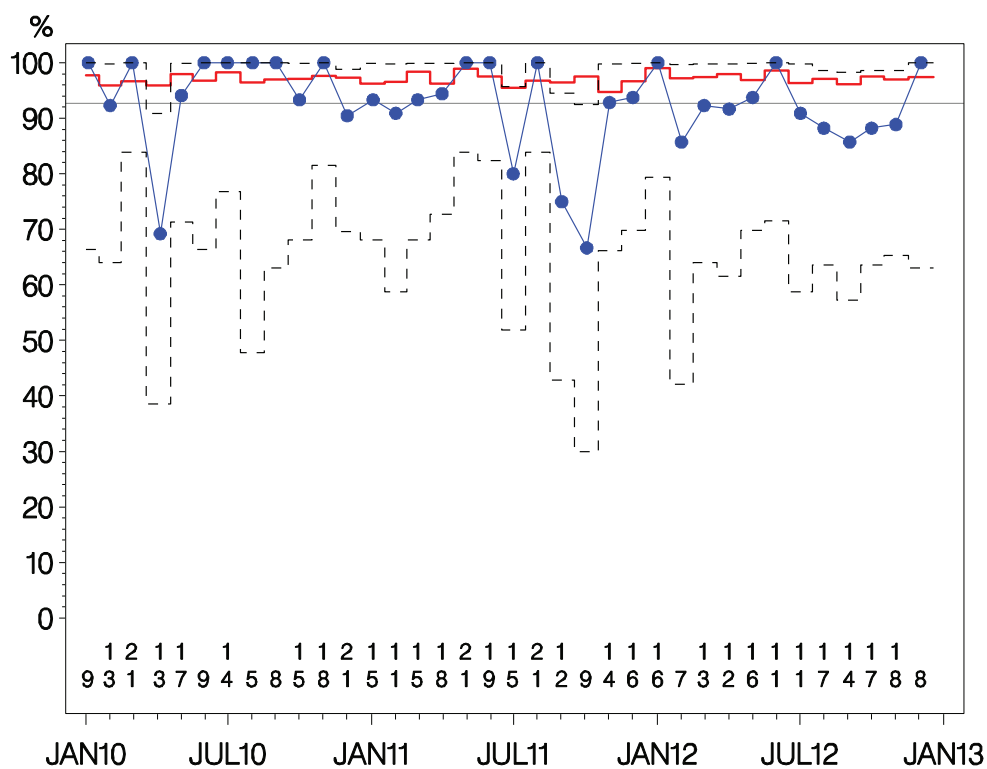
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
ODENSE



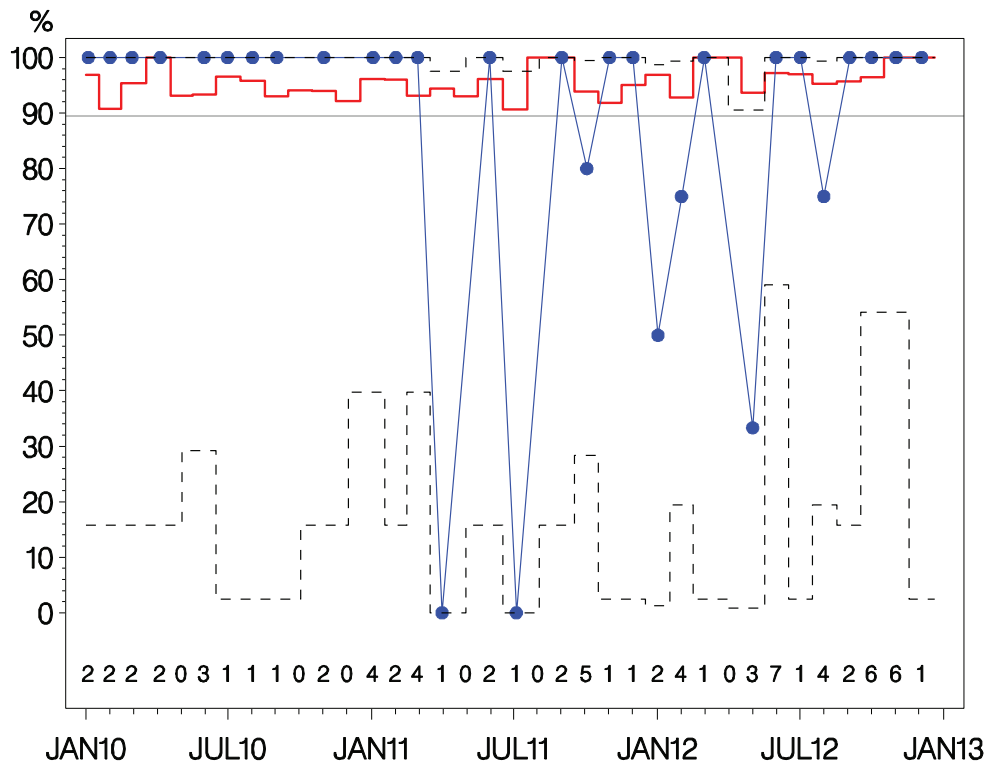
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet ODENSE



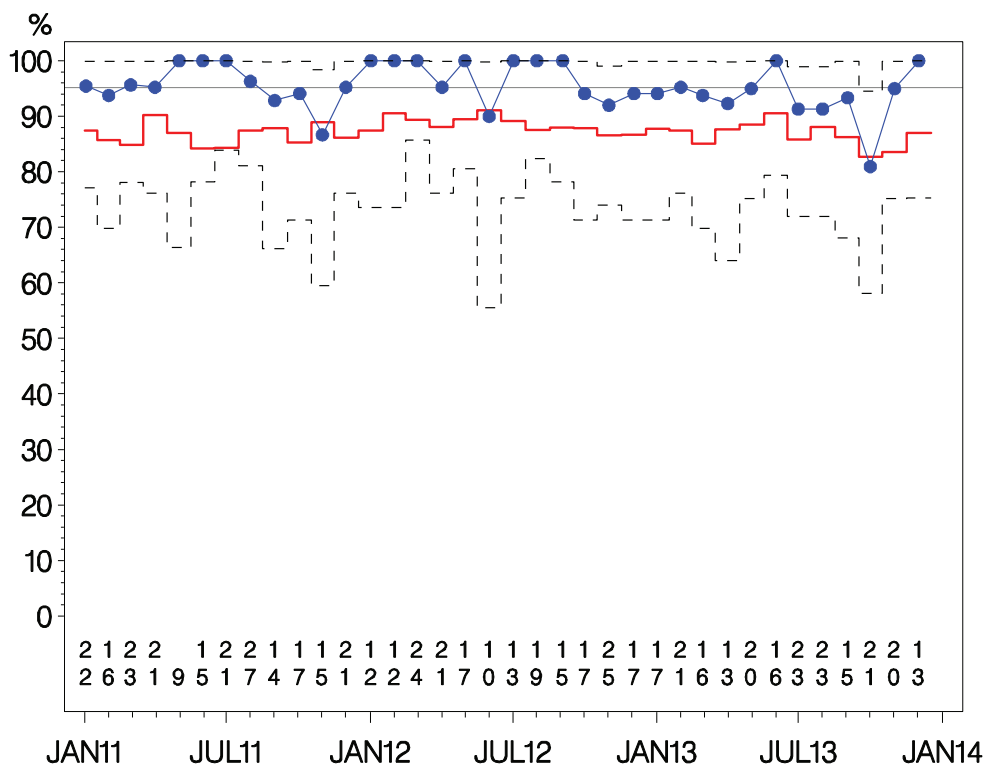
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer ODENSE



Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer
ODENSE

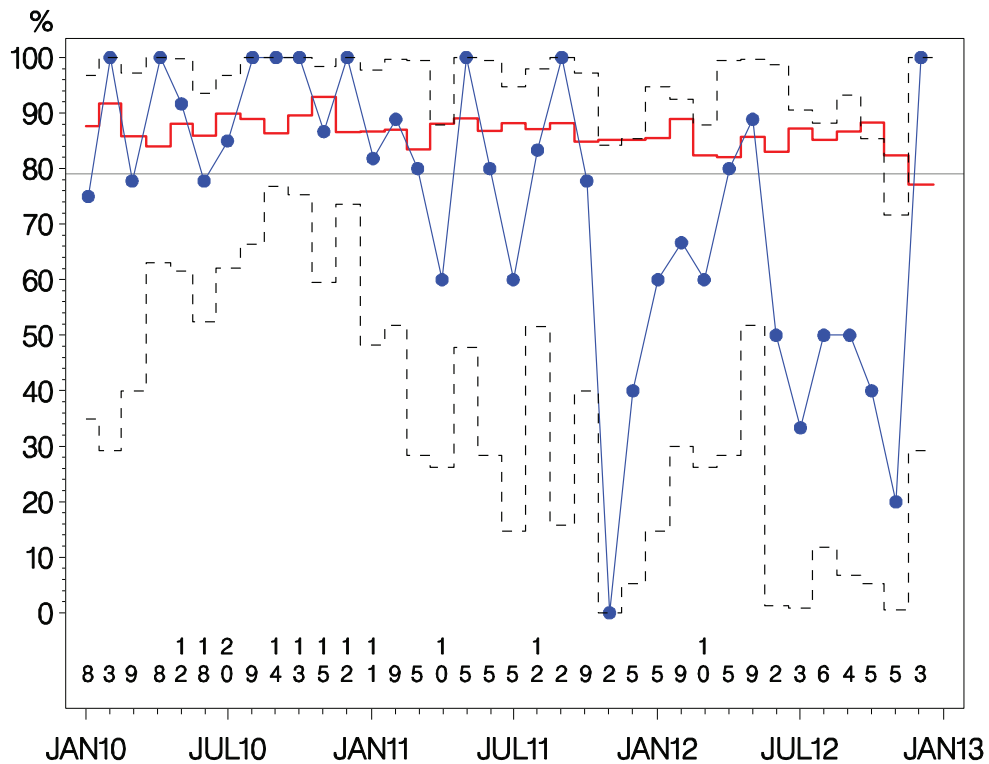


Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed
SØNDERBORG



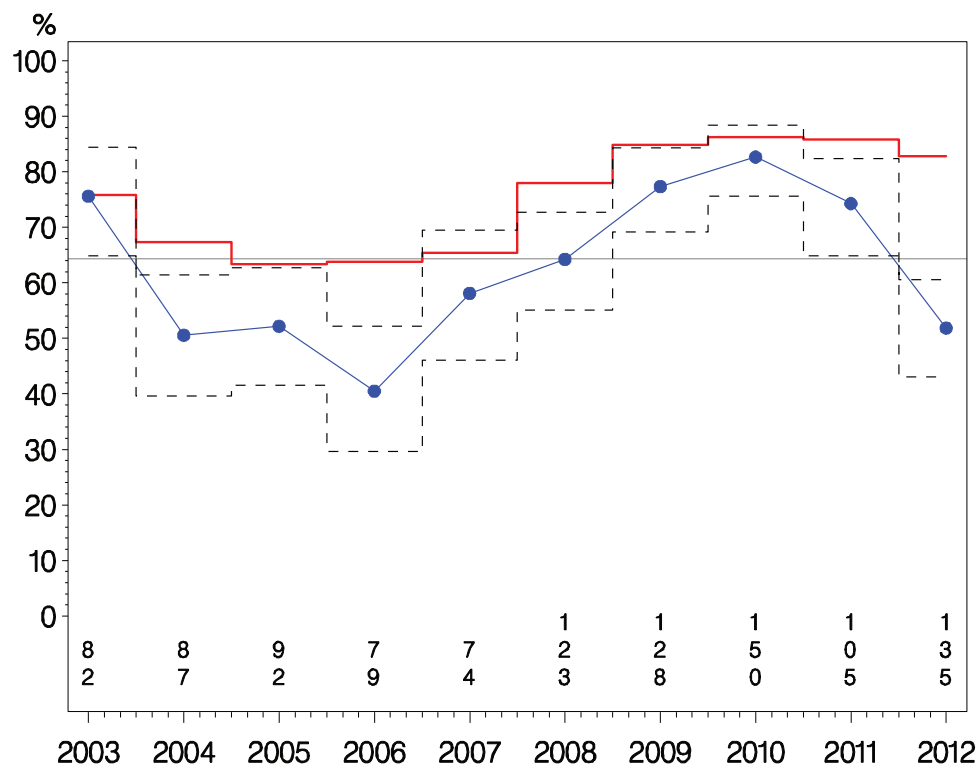
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

SØNDERBORG

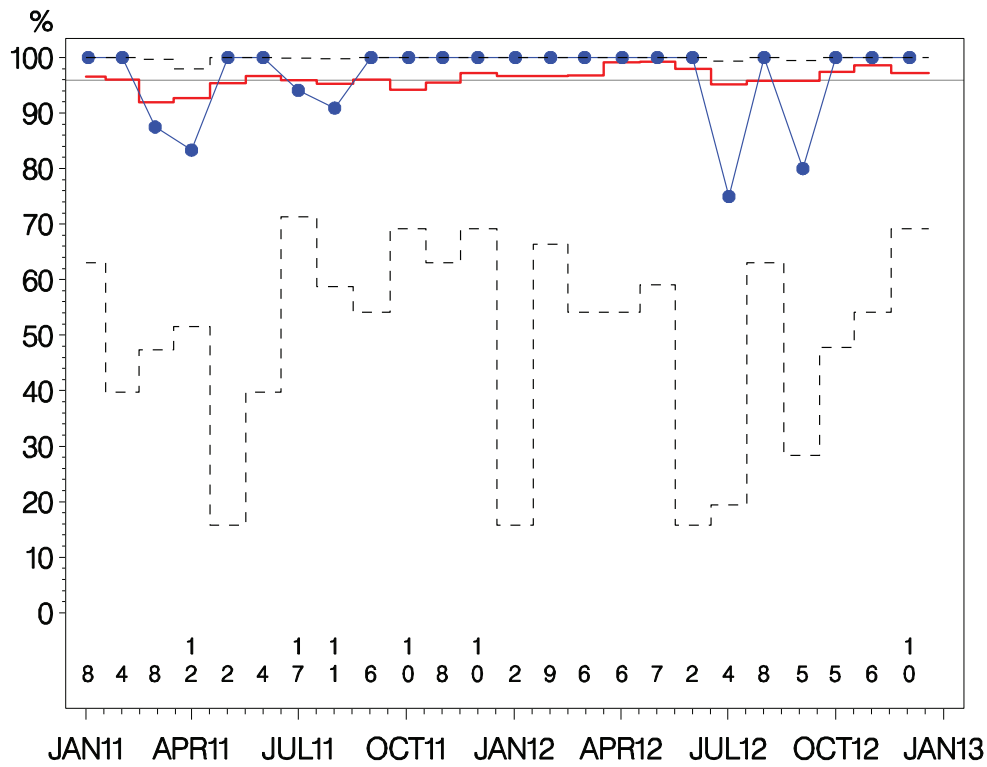


Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

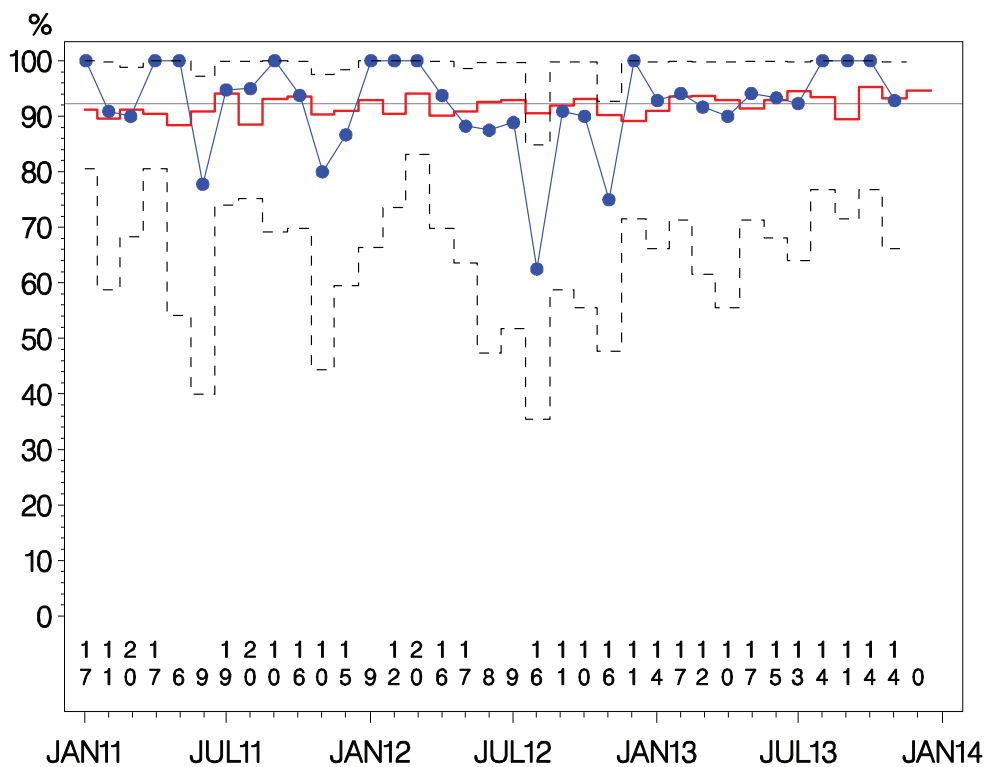
SØNDERBORG



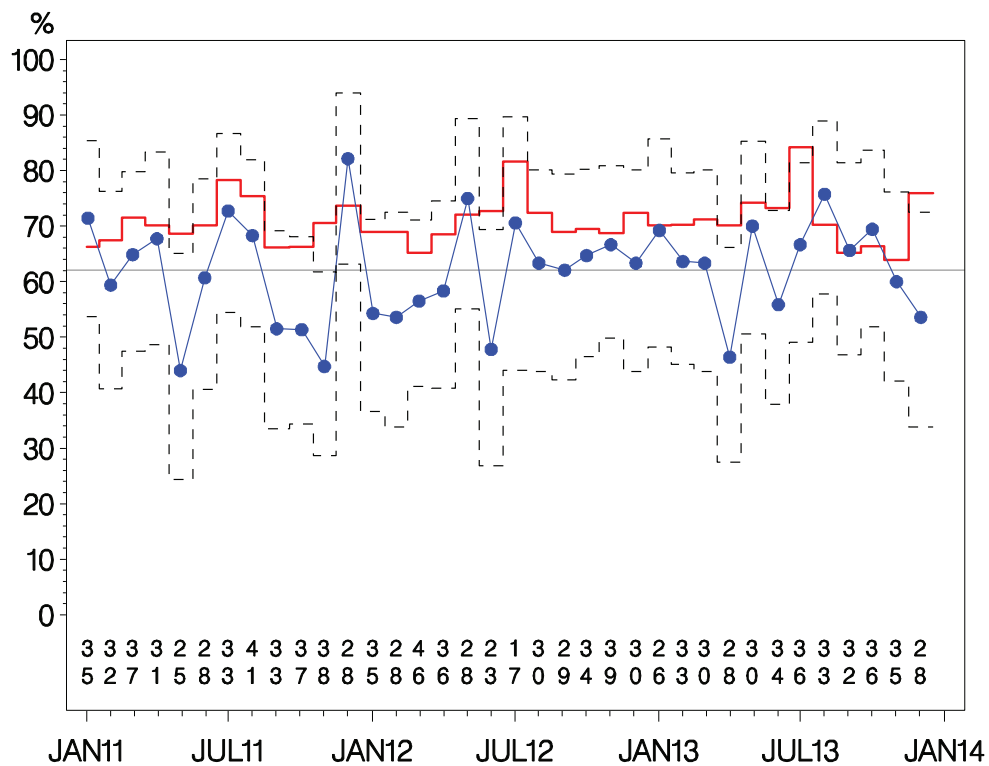
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet SØNDERBORG



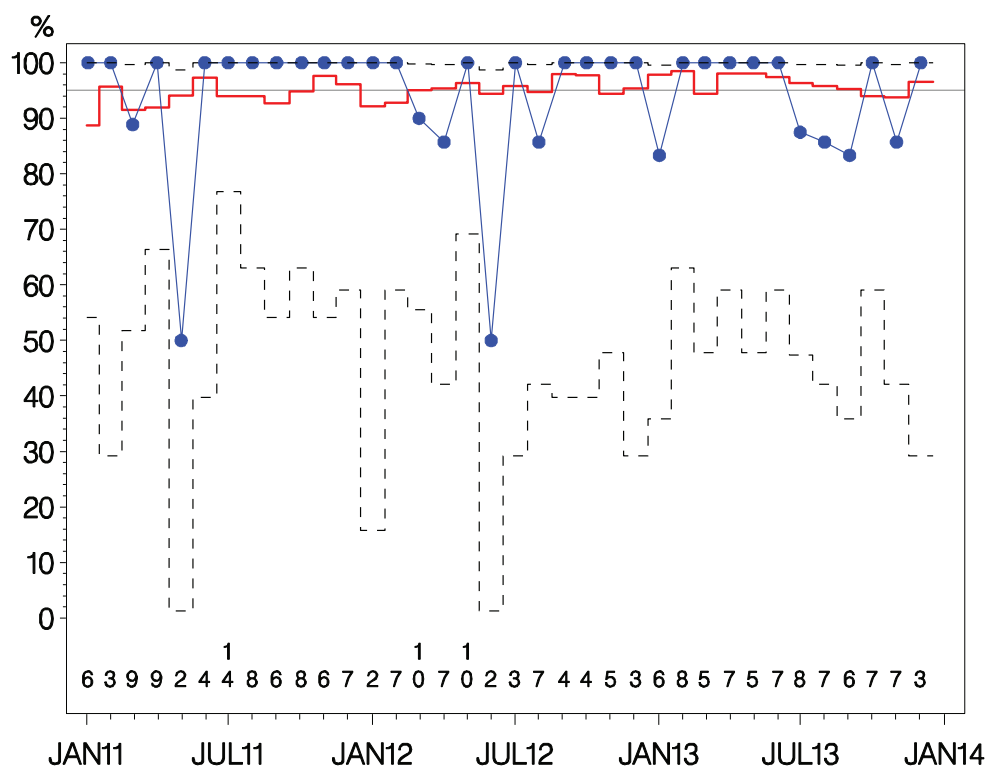
Indikator 2: Præoperativ diagnose AABENRAA



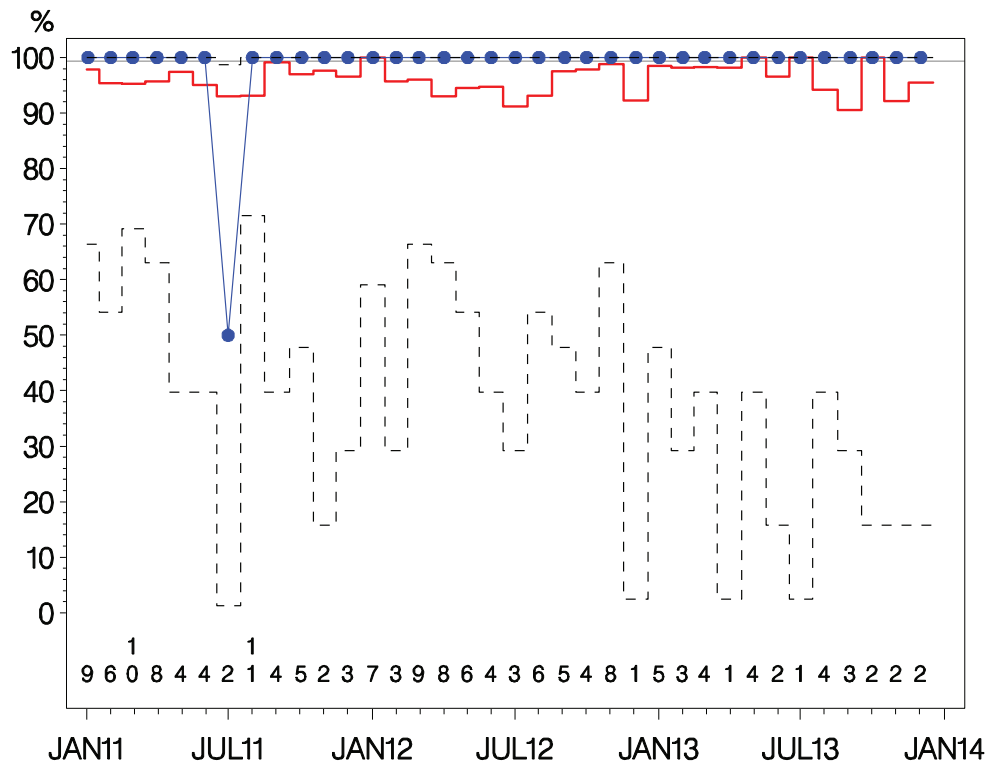
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio AABENRAA



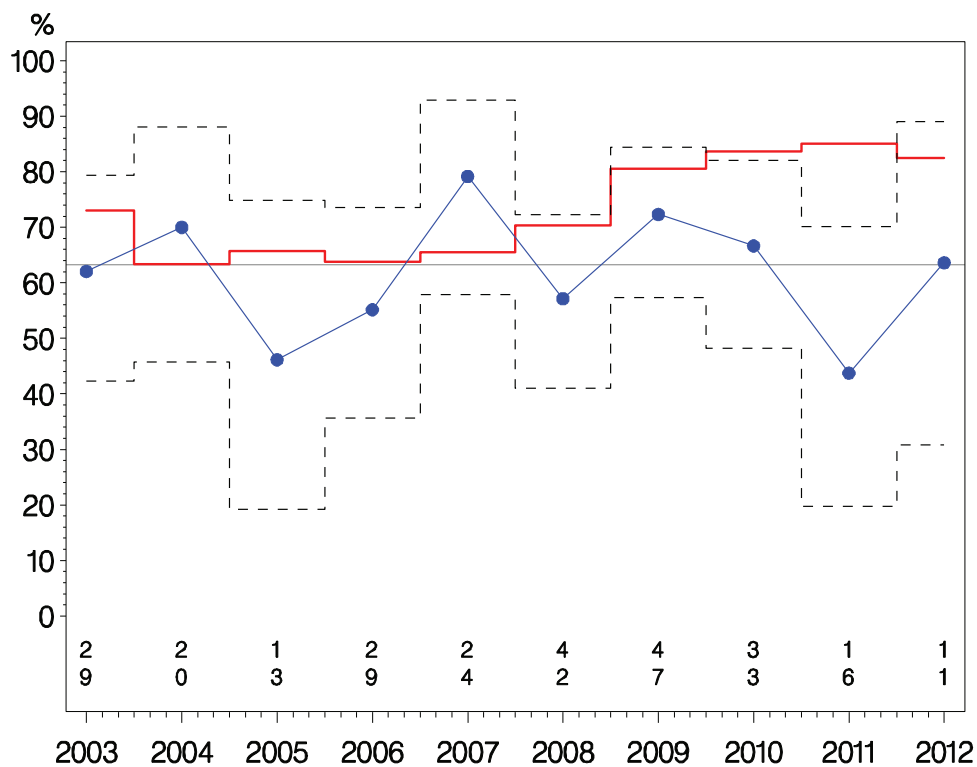
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden AABENRAA



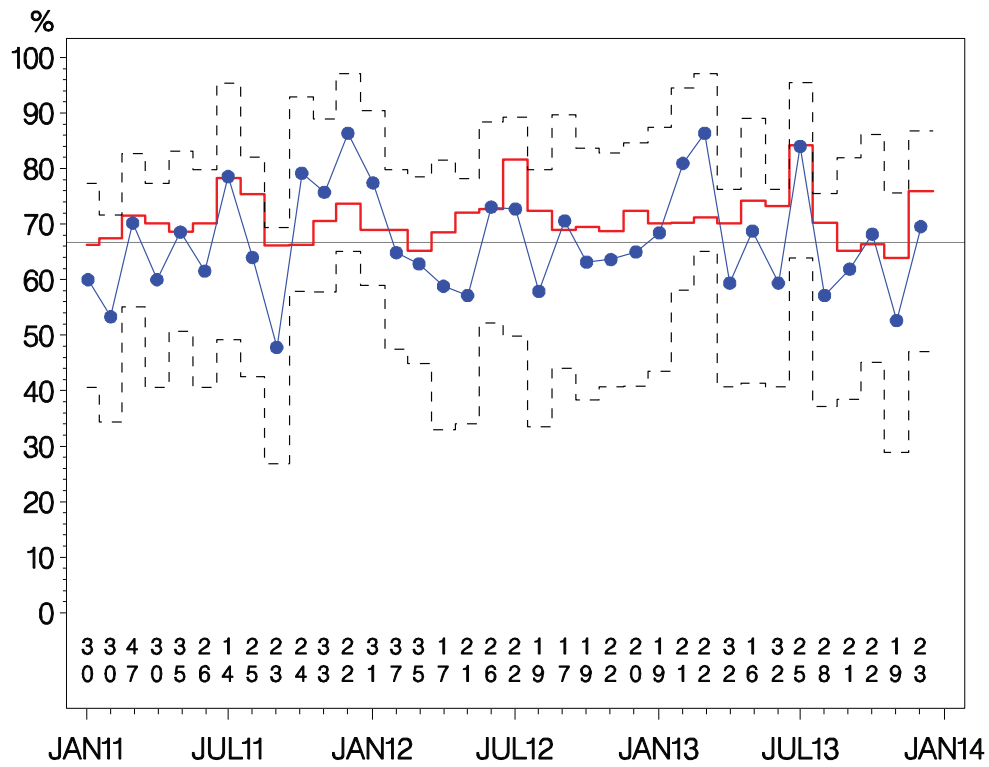
Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes
AABENRAA



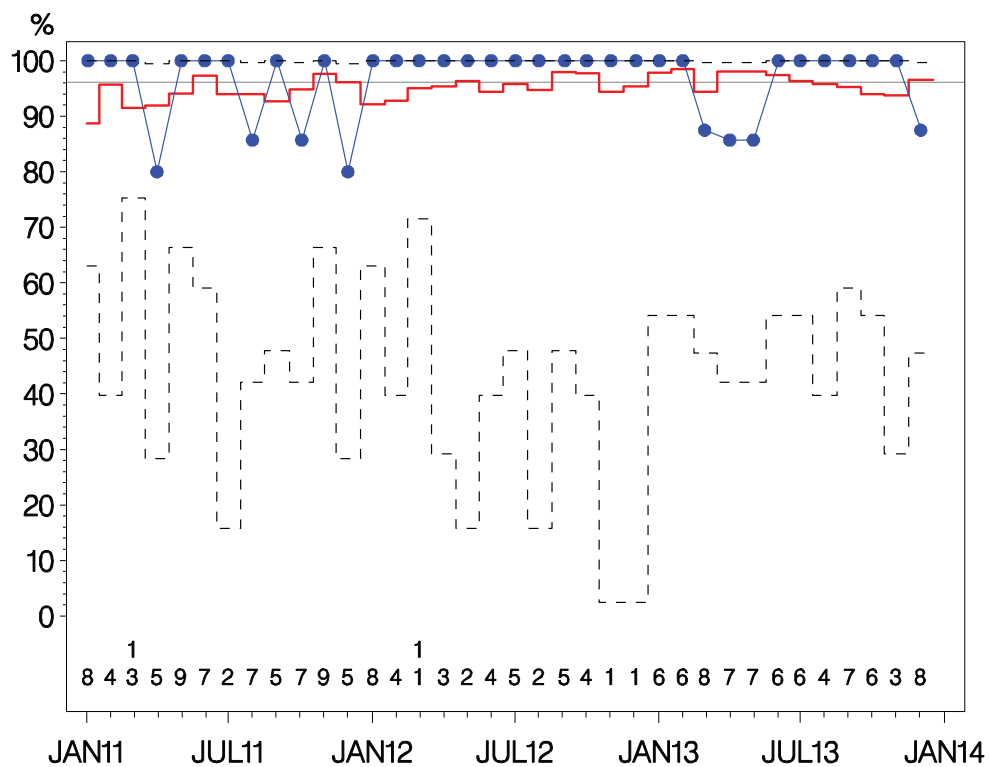
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
AABENRAA



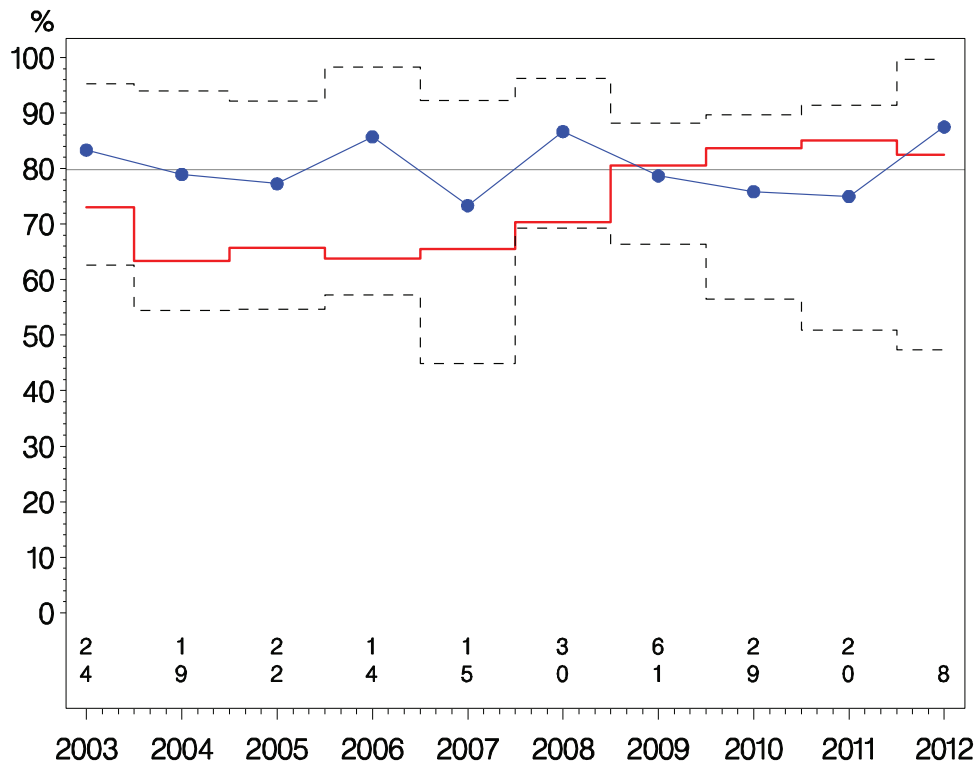
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio ESBJERG



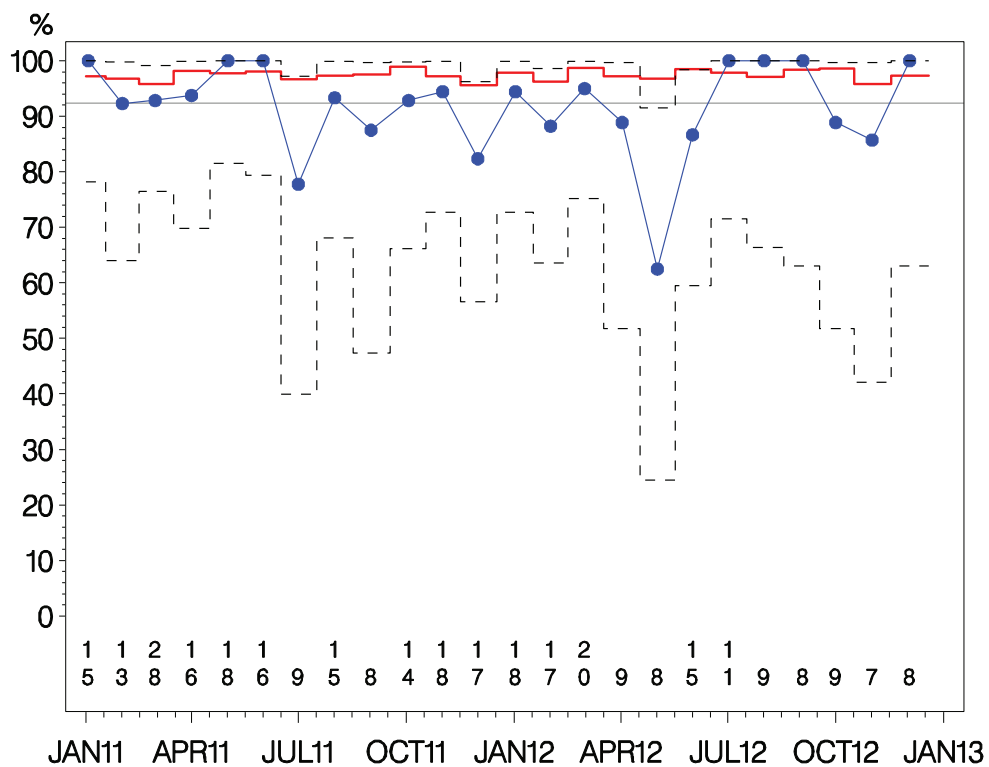
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden ESBJERG



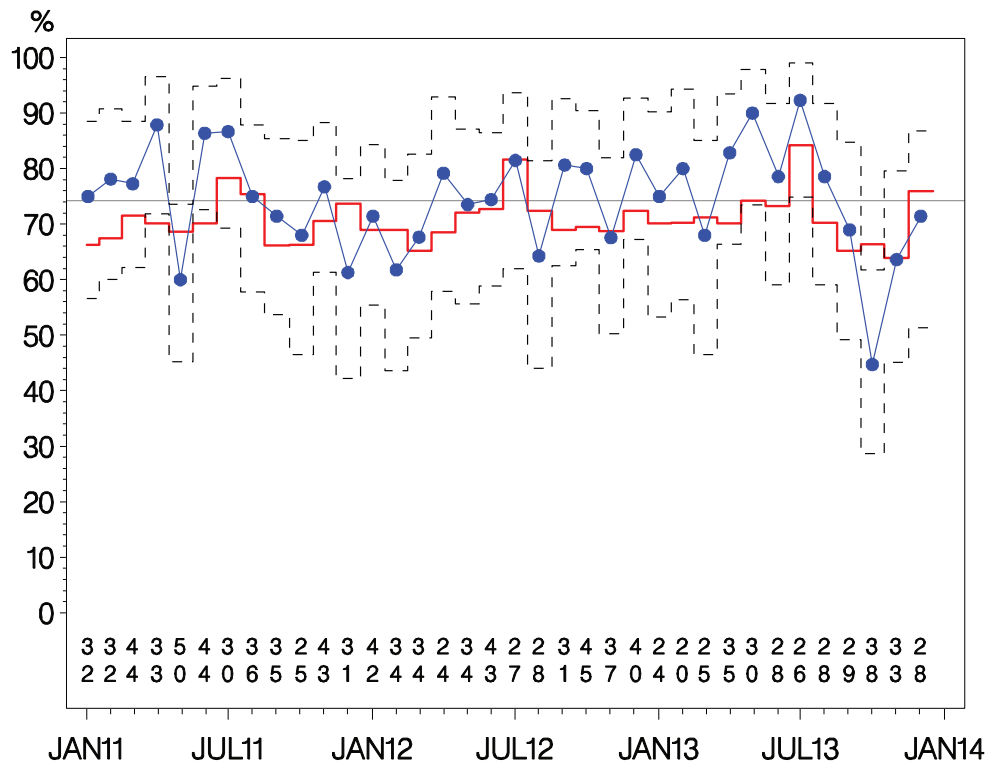
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
ESBJERG



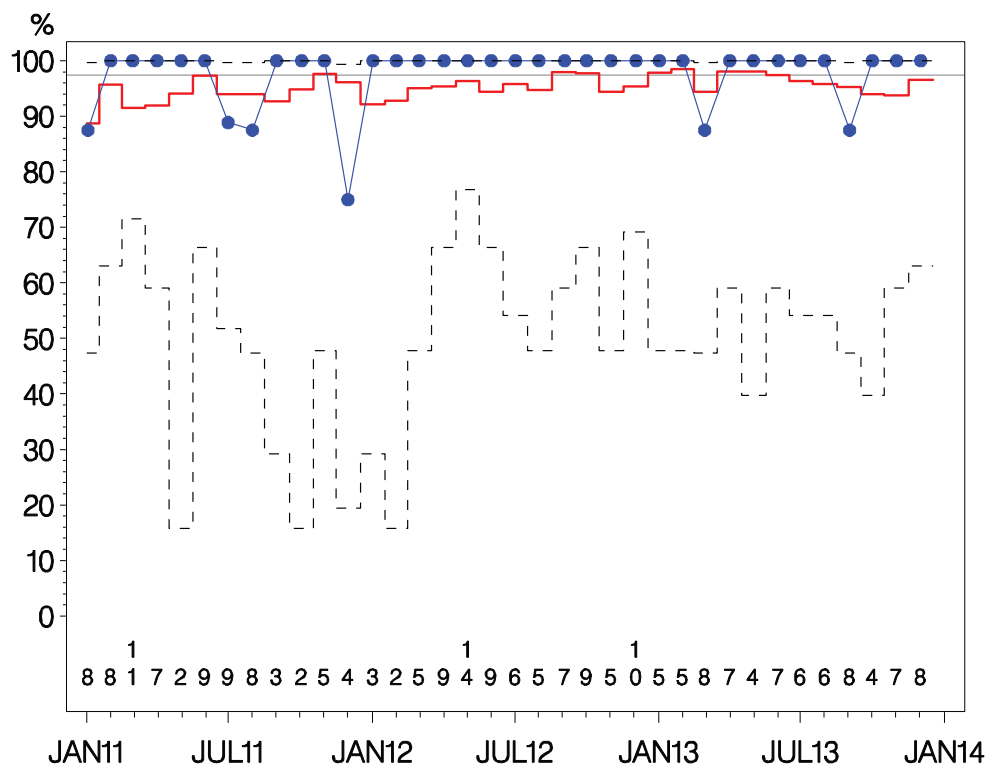
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
ESBJERG



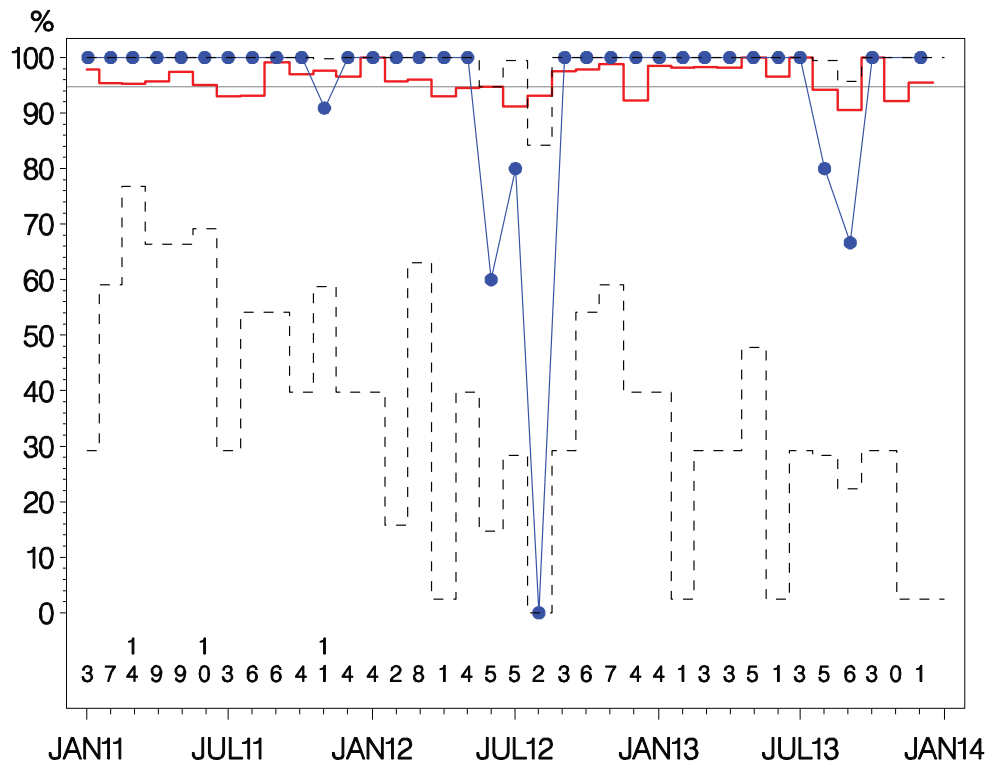
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio VEJLE



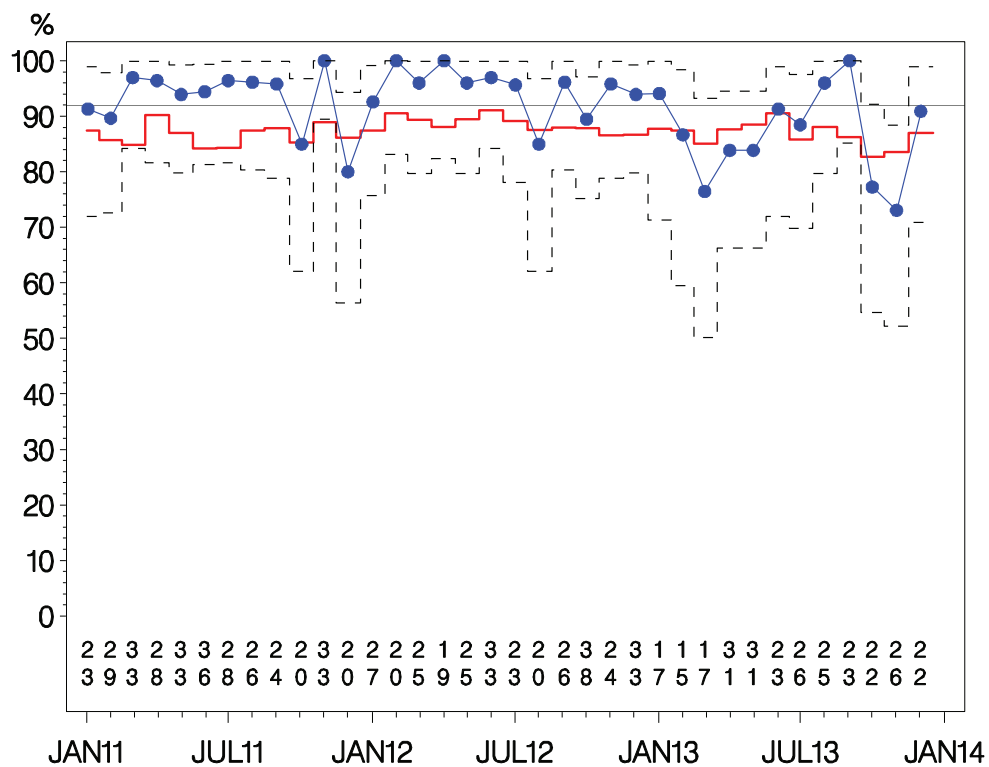
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden VEJLE



Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes
VEJLE

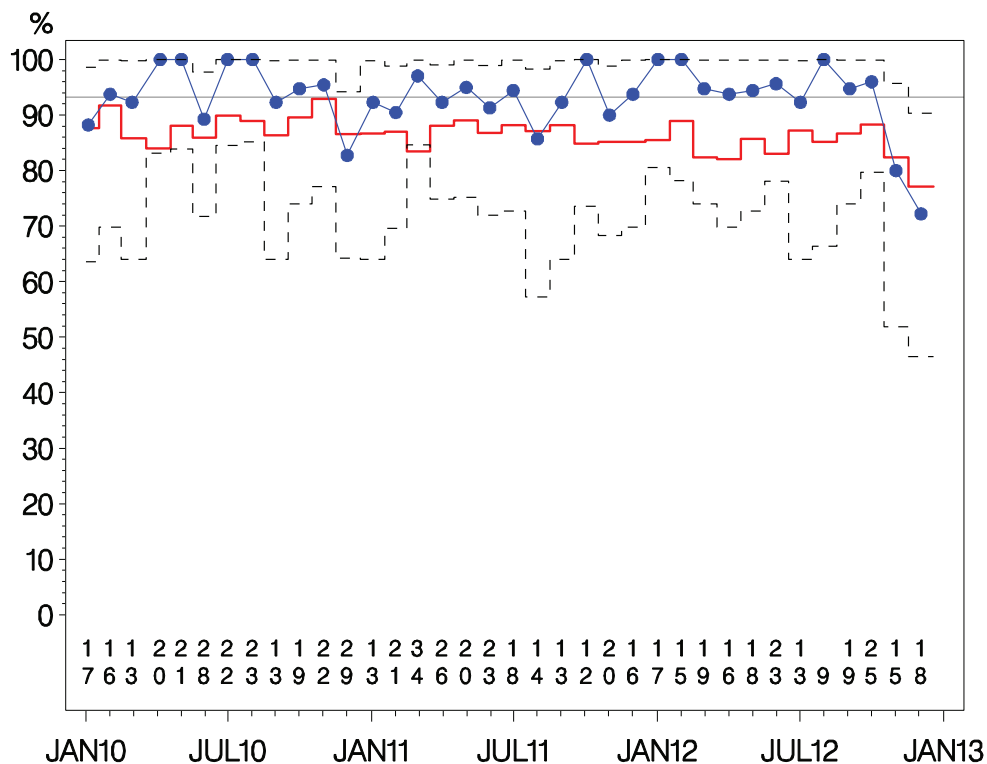


Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed
VEJLE



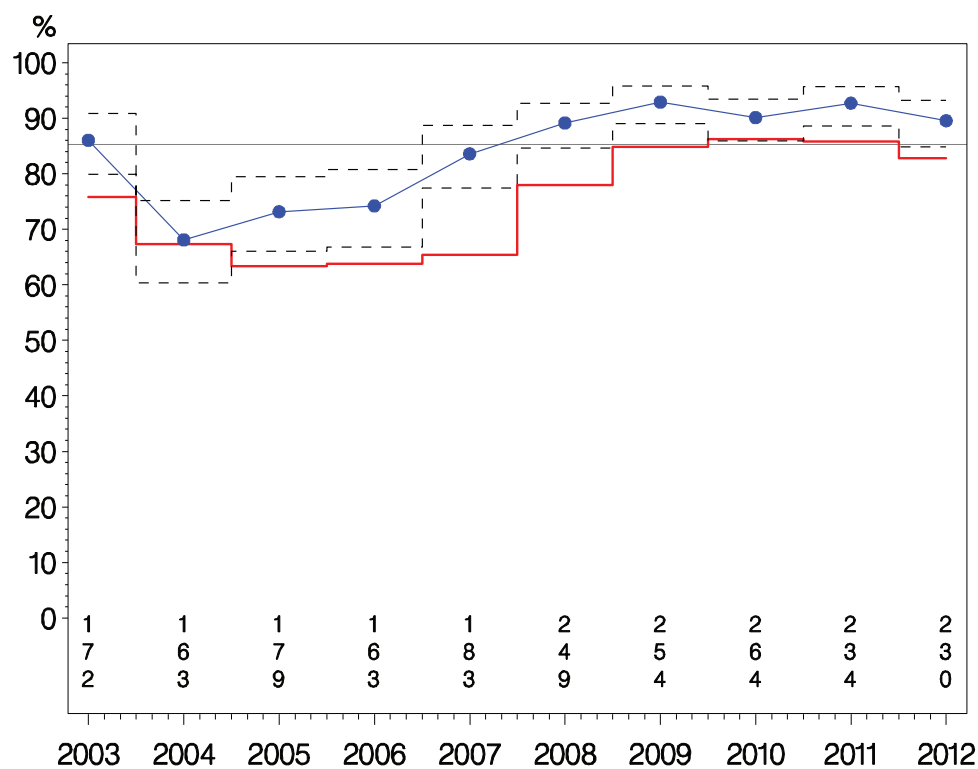
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

VEJLE



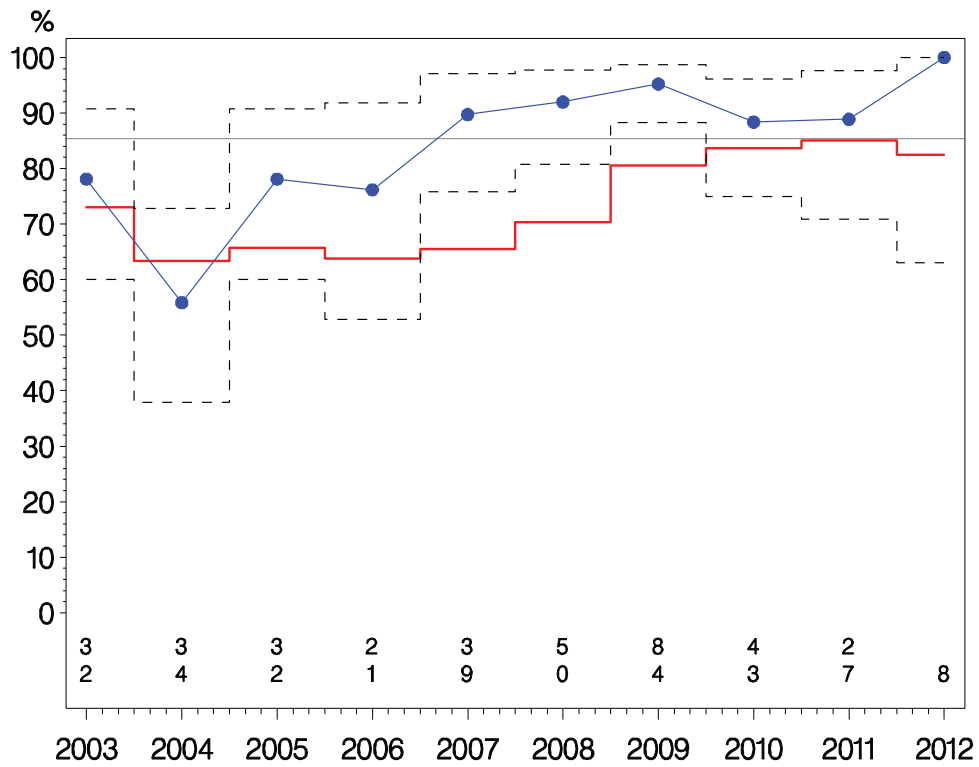
Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

VEJLE



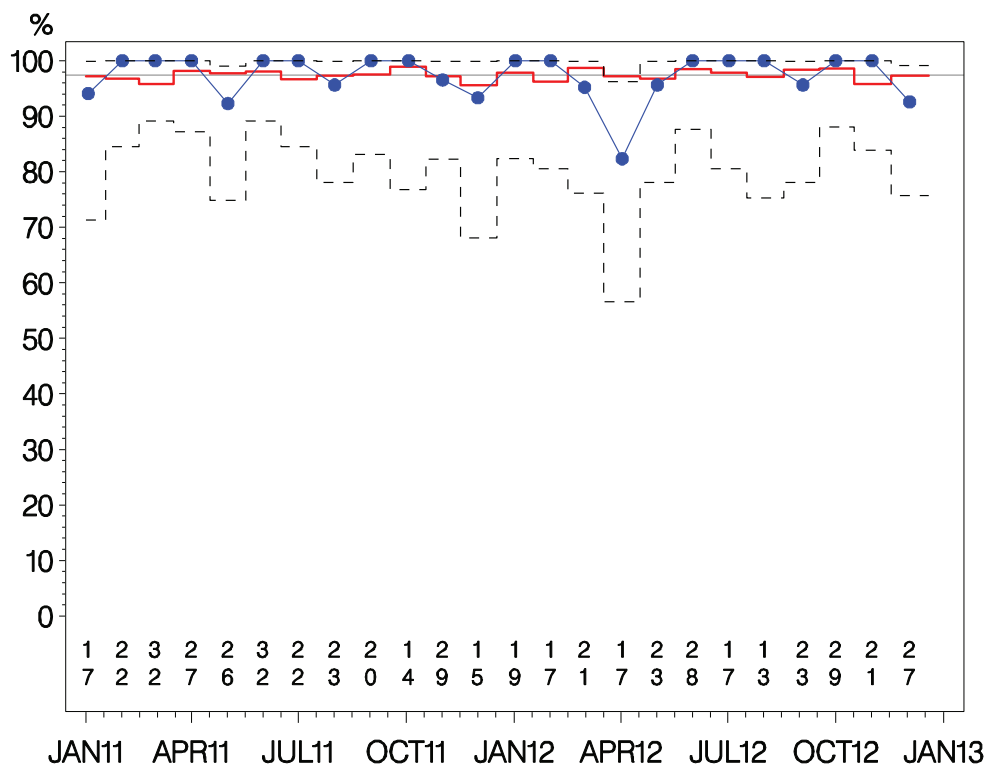
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

VEJLE



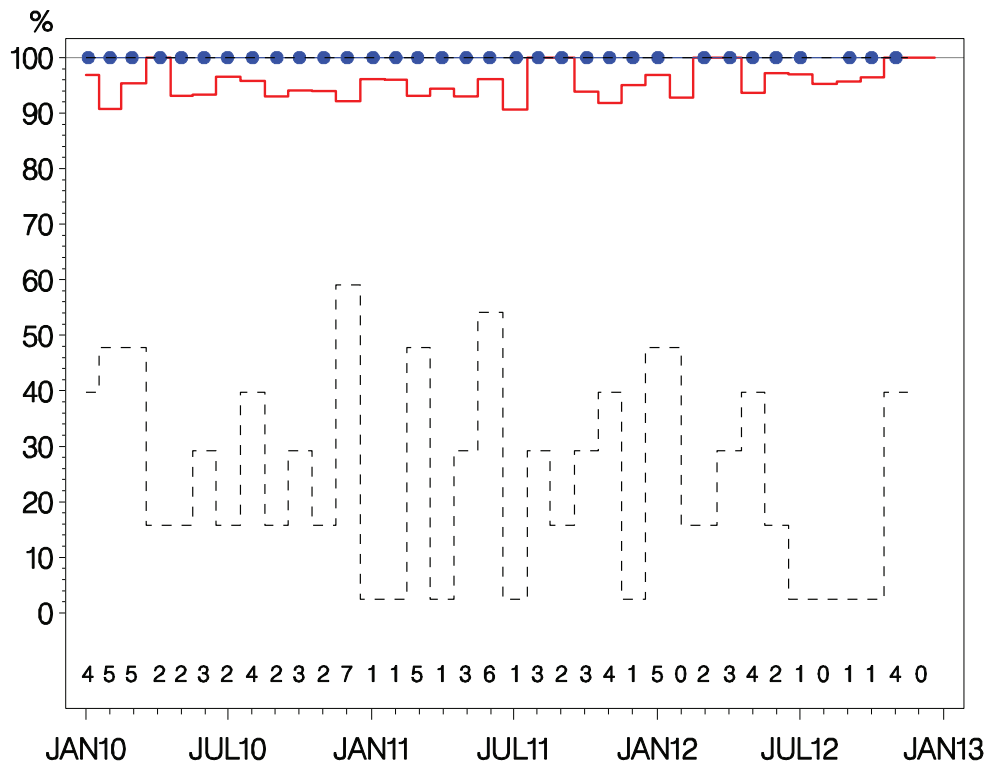
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation

VEJLE



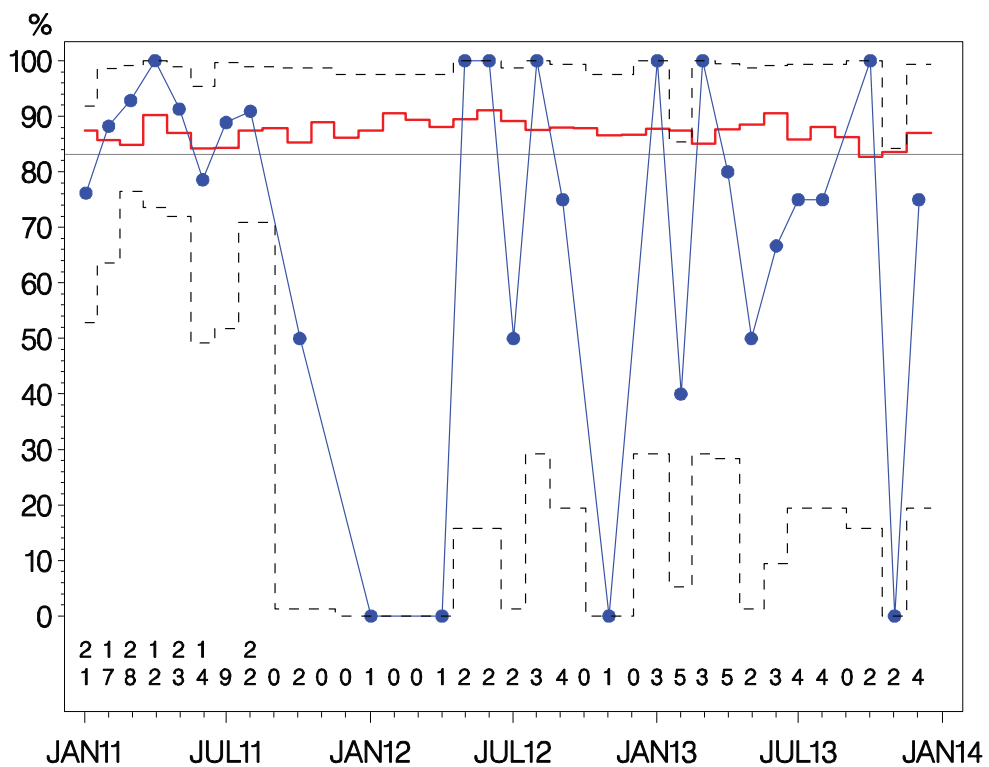
Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

VEJLE

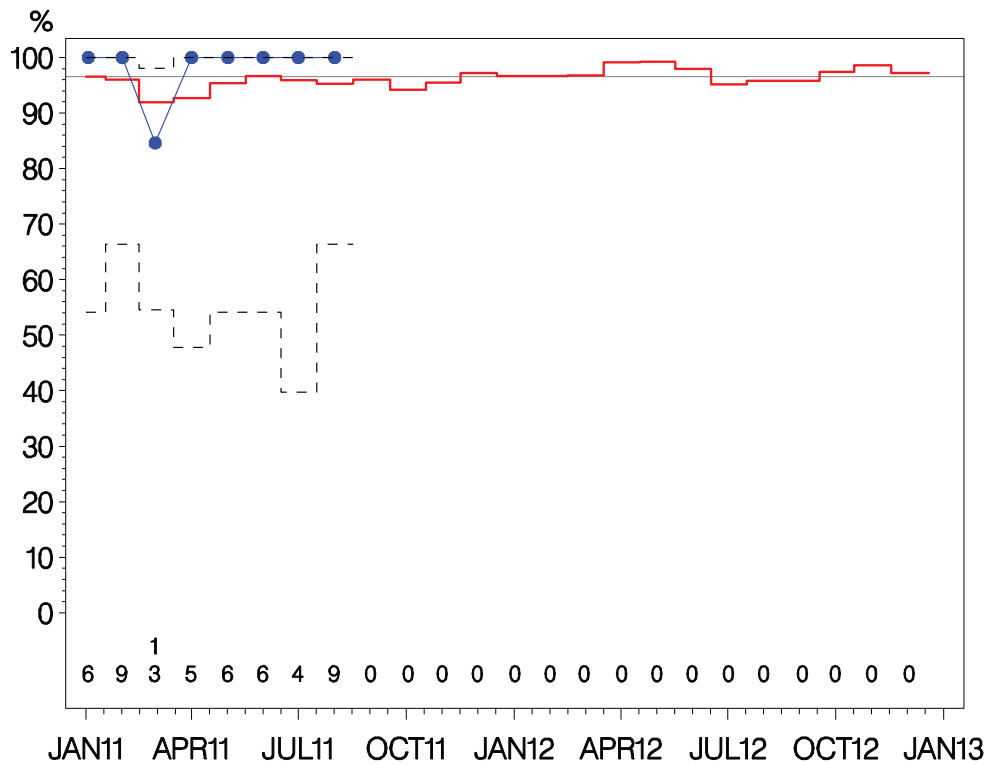


Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed

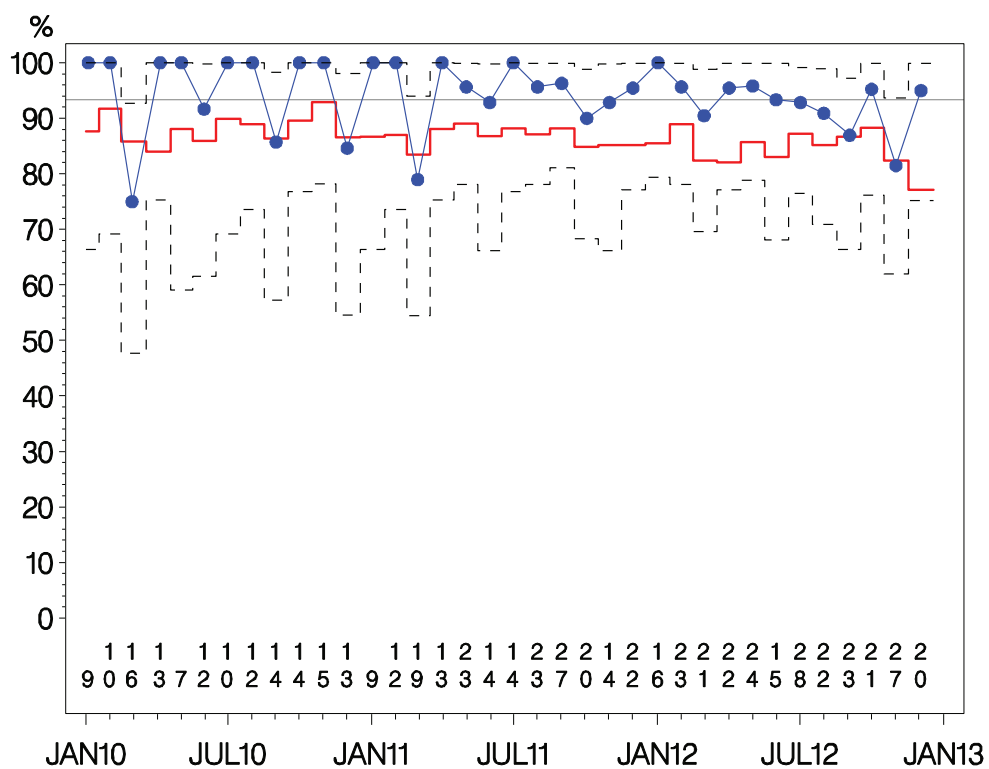
HOLSTEBRO



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet HOLSTEBRO

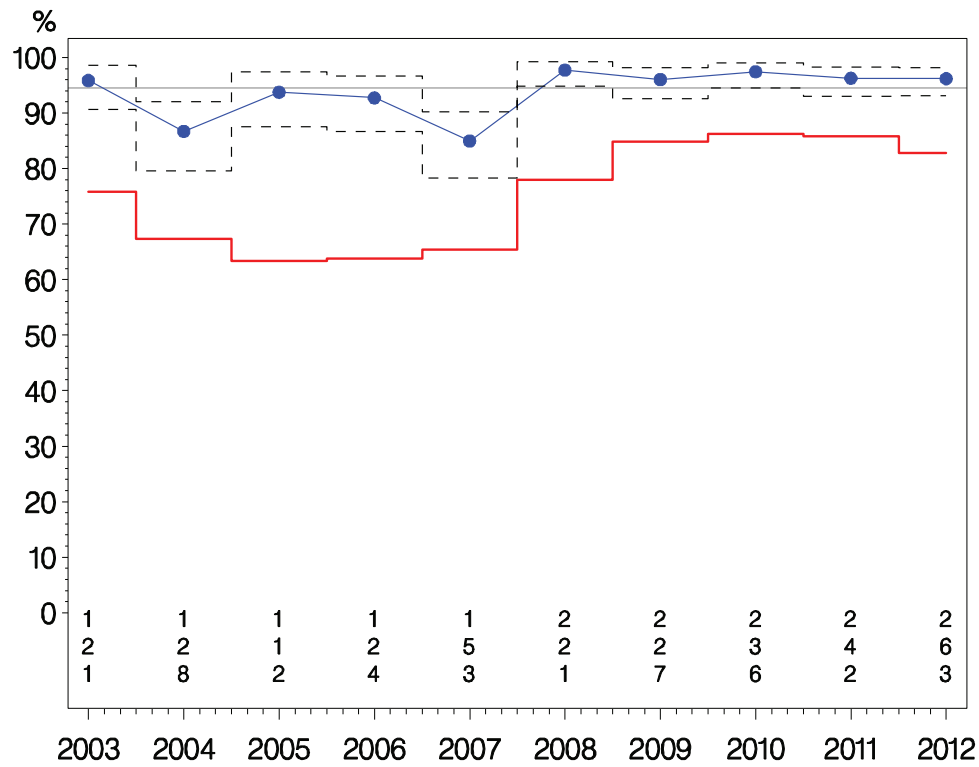


Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling HERNING



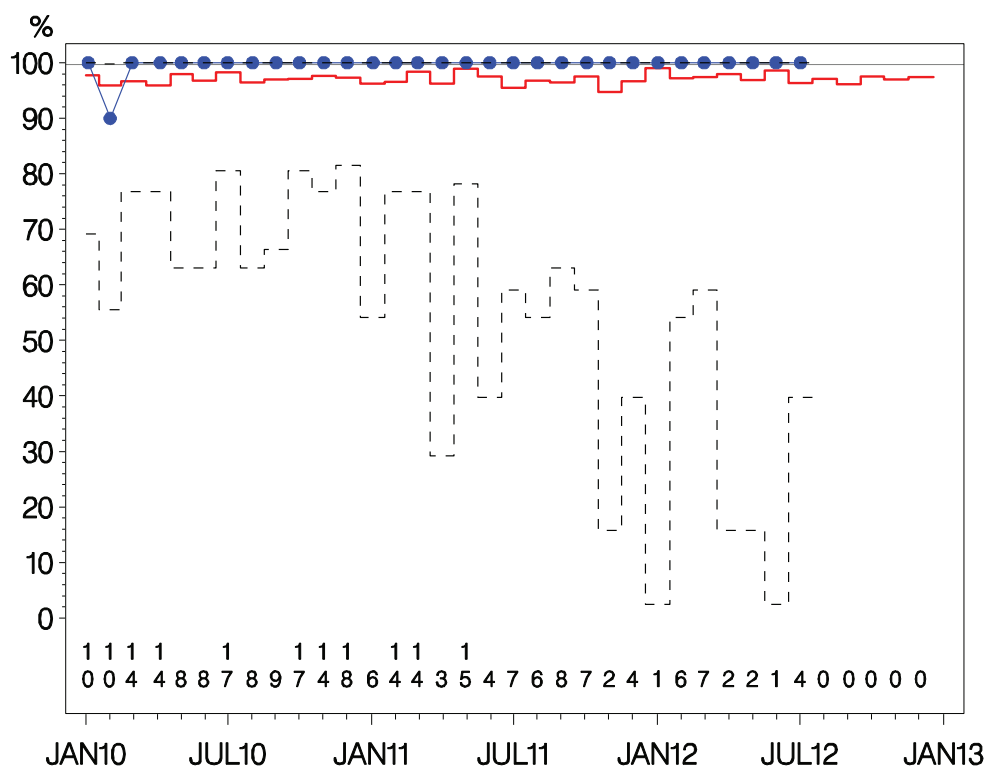
Indikator 9 HR: Højrisiko pt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

HERNING

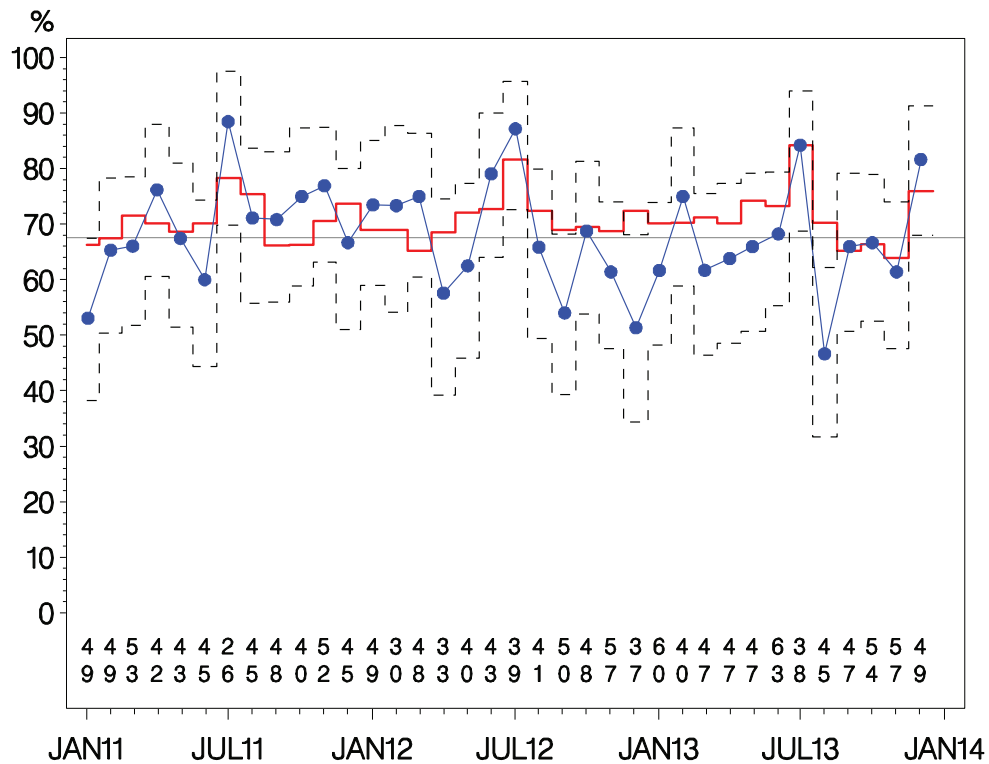


Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

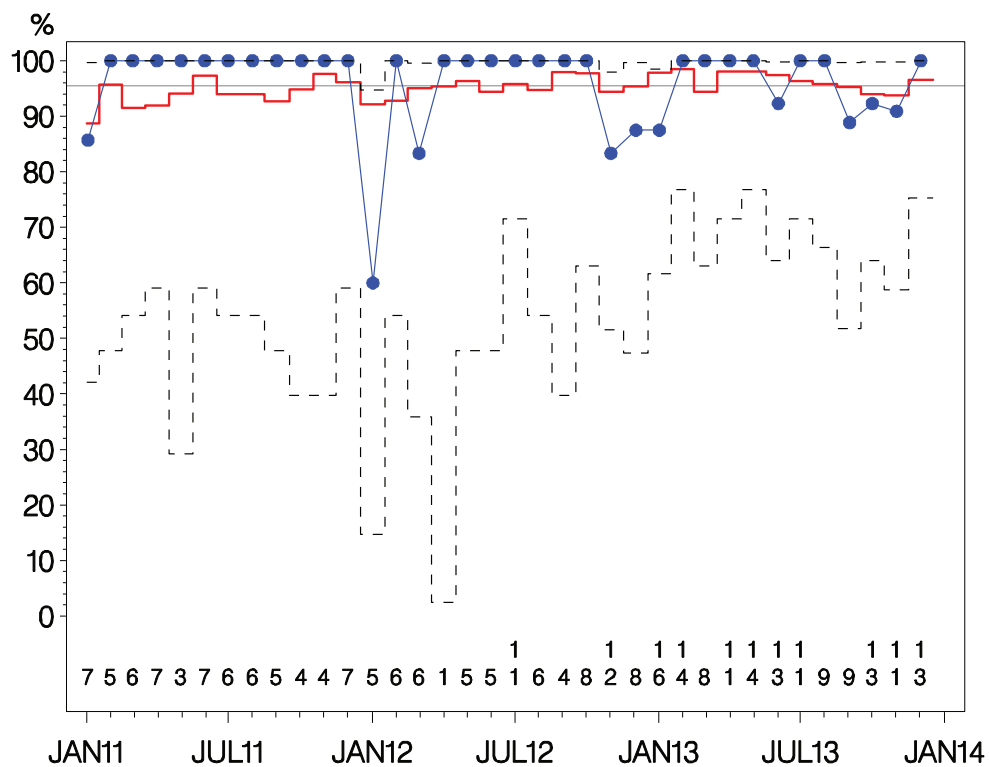
HERNING



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio AARHUS

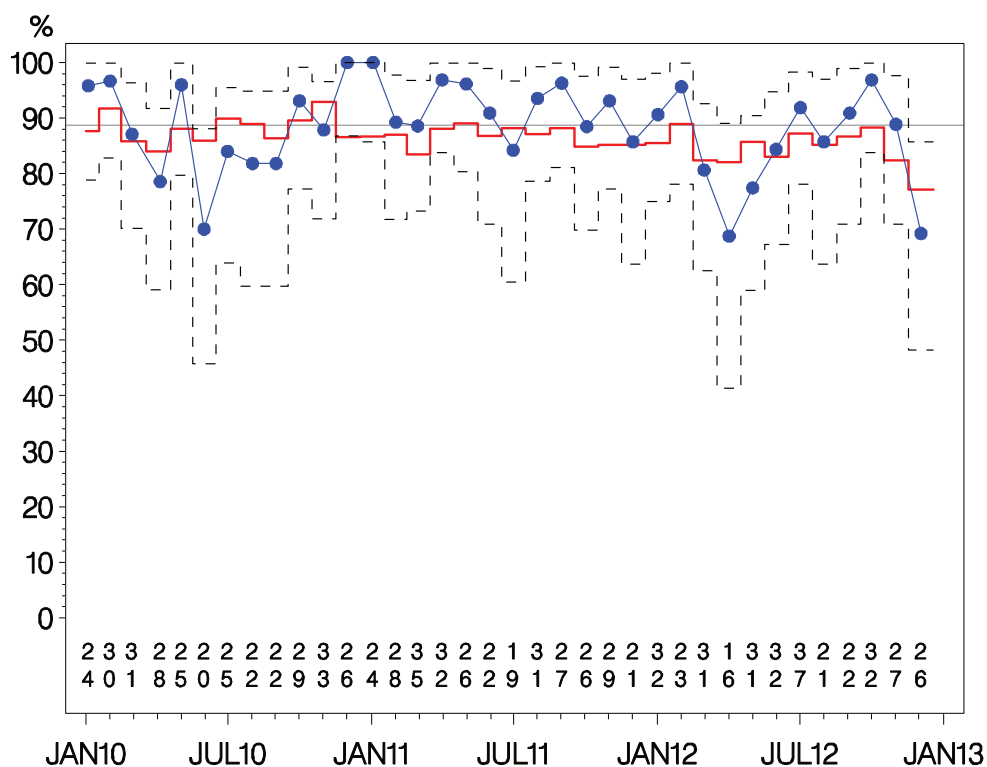


Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden AARHUS



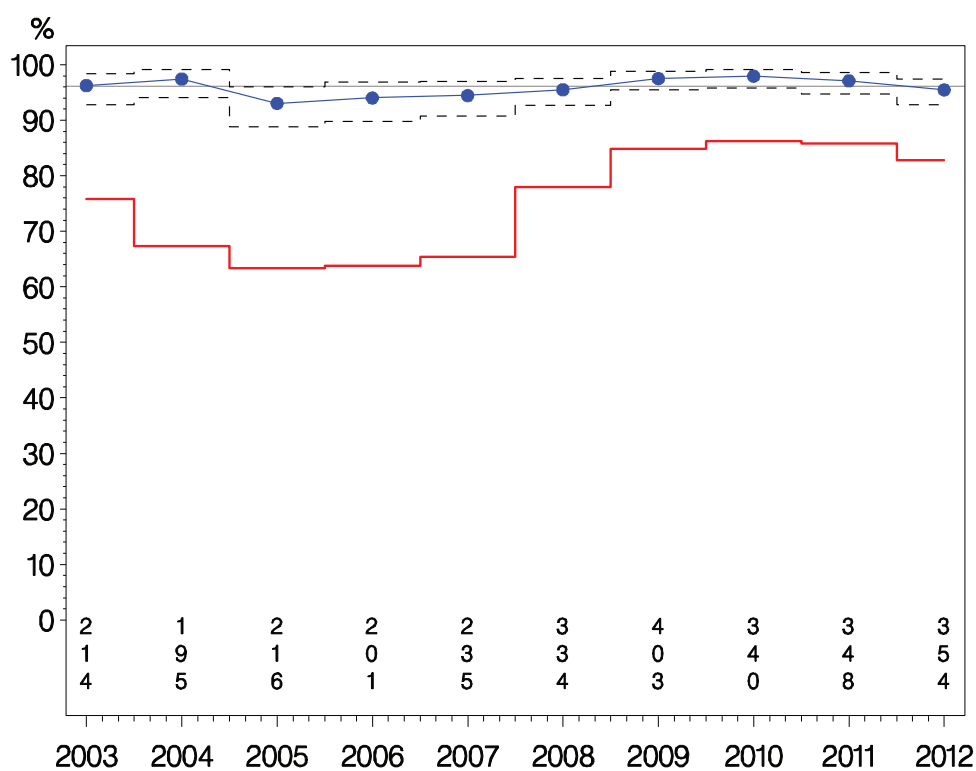
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

AARHUS

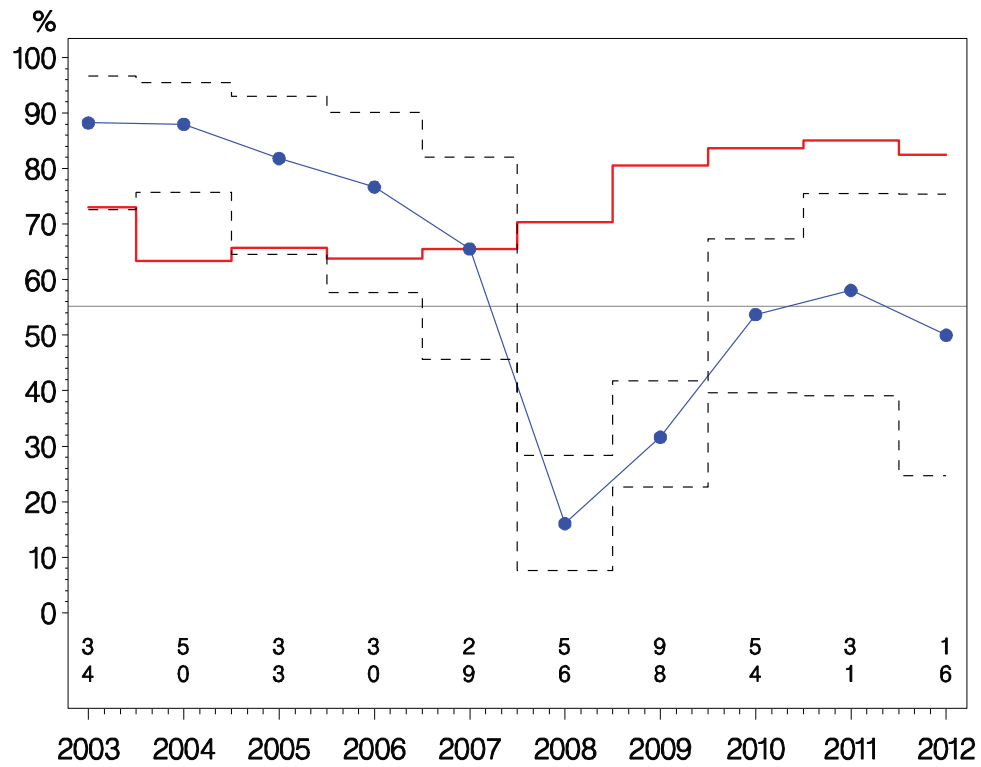


Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

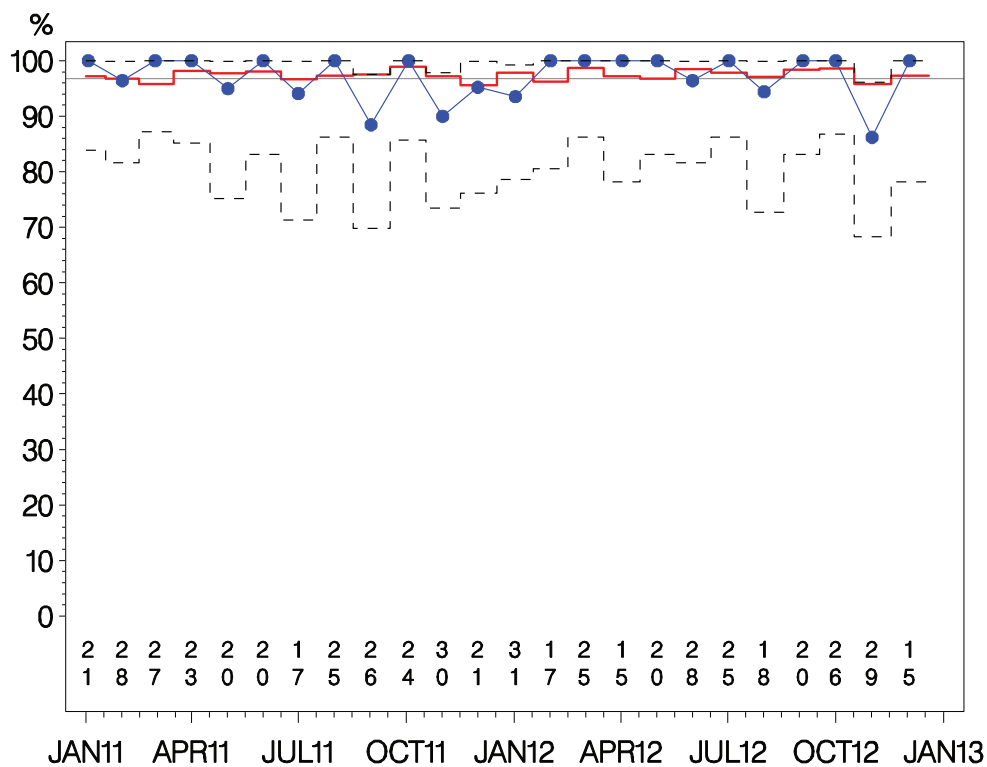
AARHUS



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

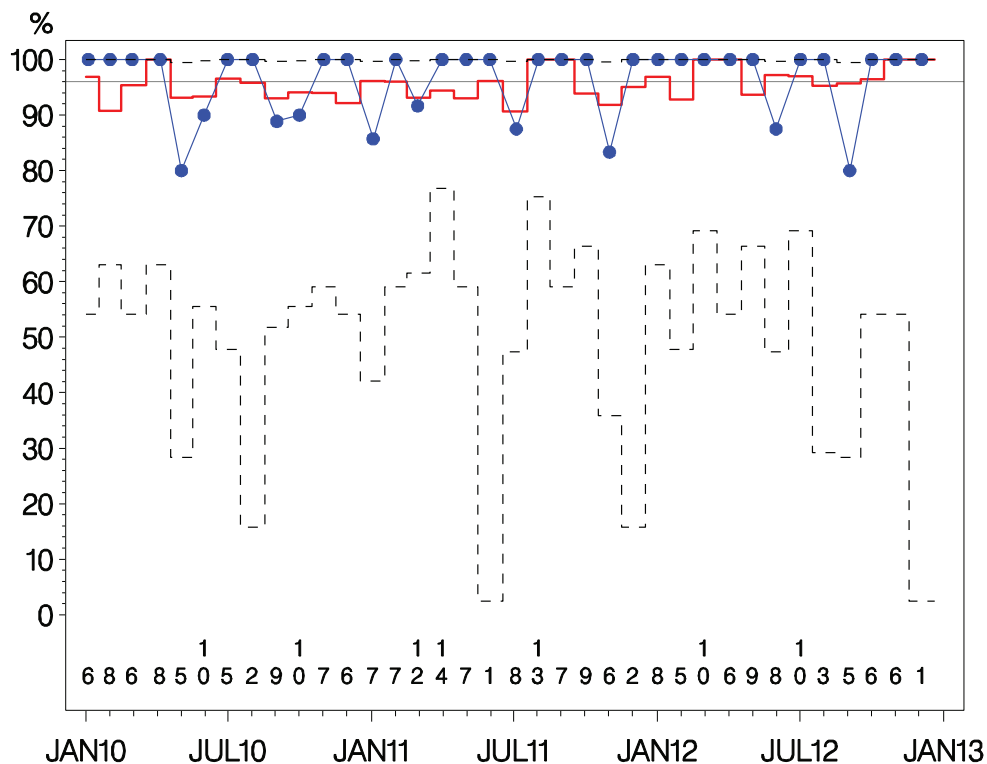


Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
AARHUS



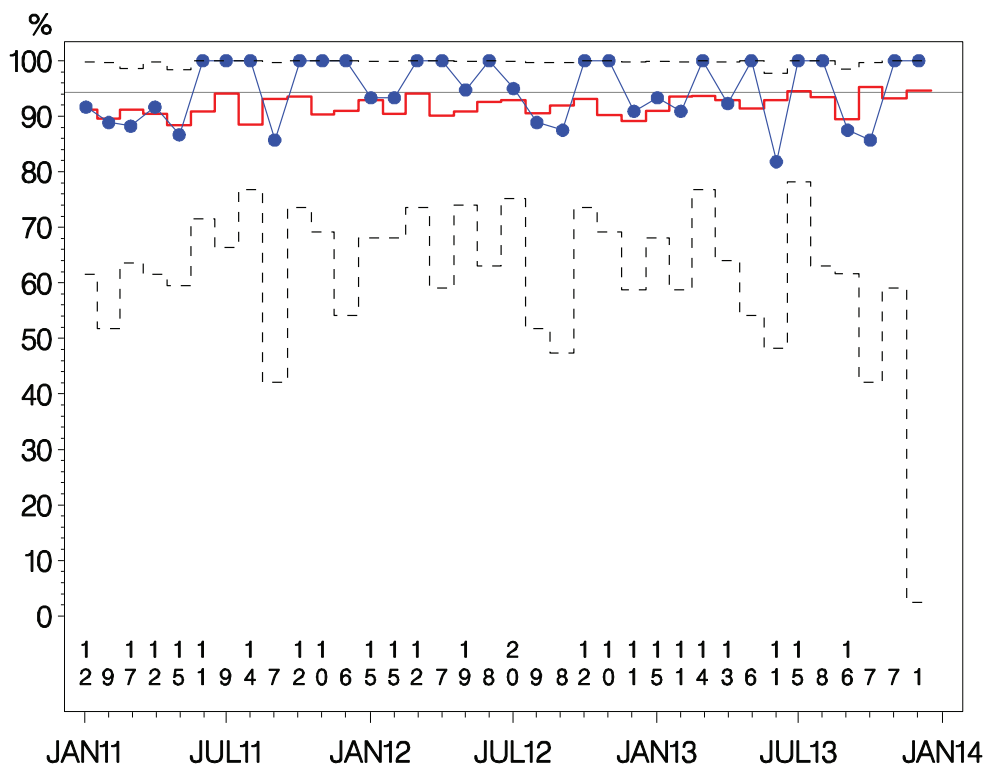
Indikator 13 Mastektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer

AARHUS

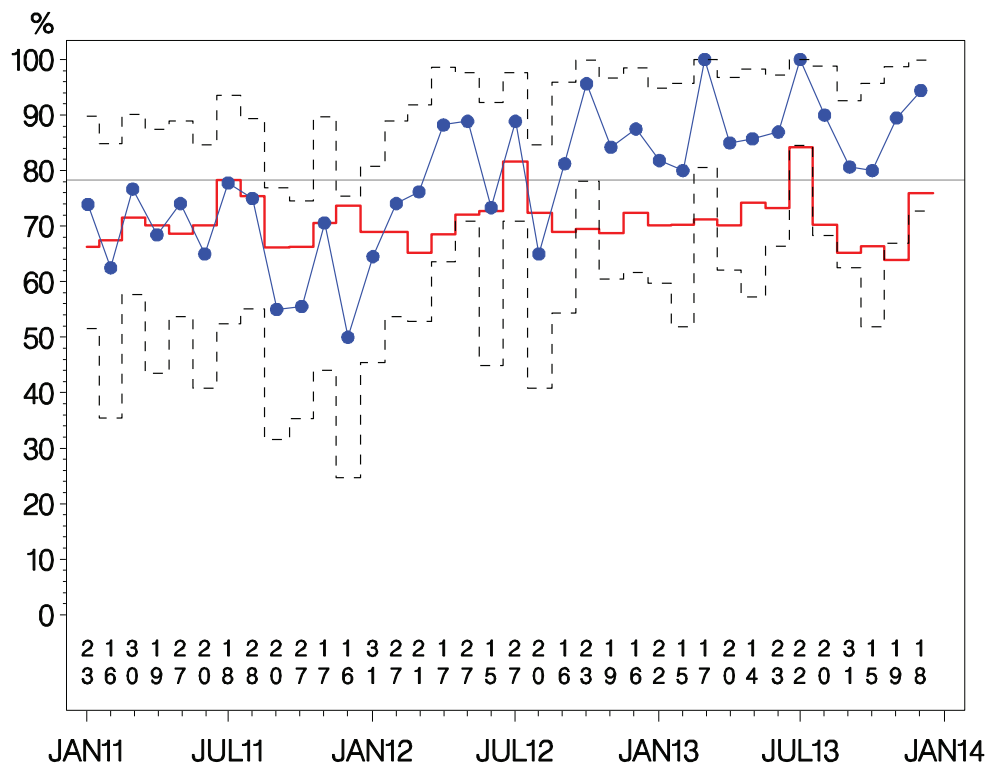


Indikator 2: Præoperativ diagnose

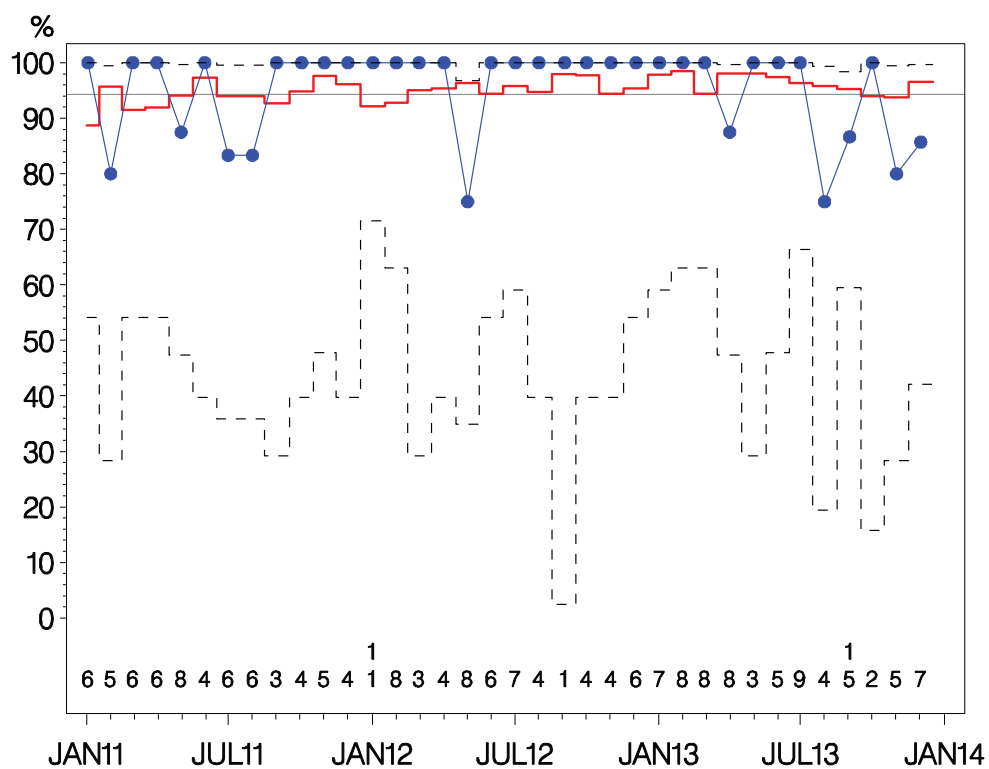
RANDERS



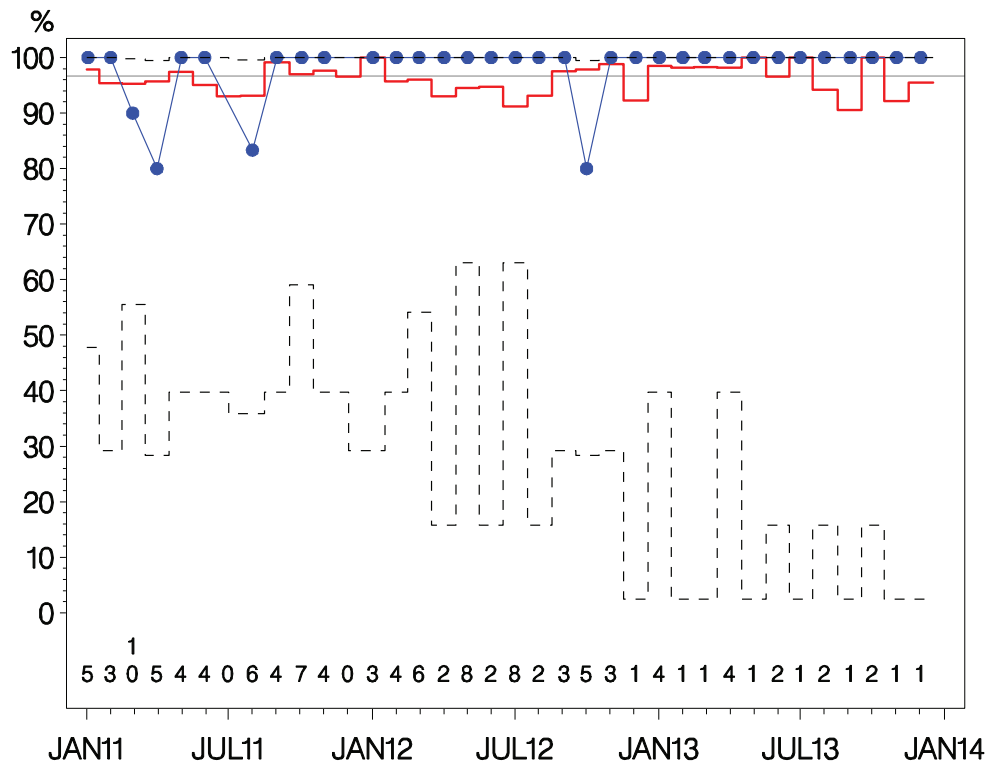
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio RANDERS



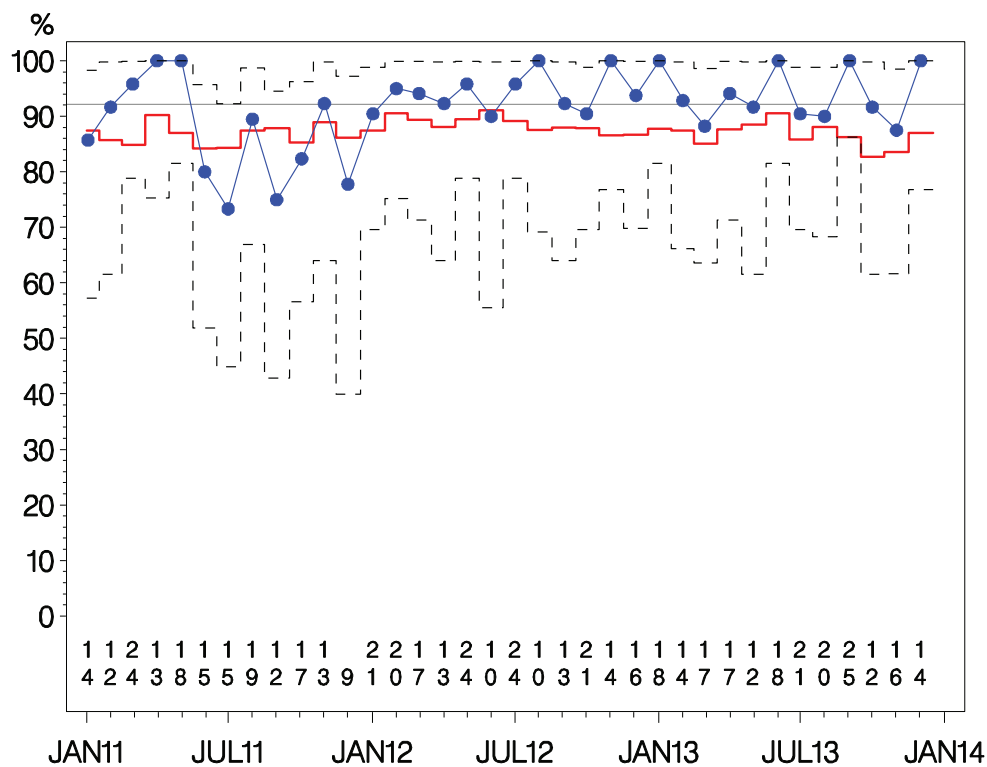
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden RANDERS



Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes
 RANDERS

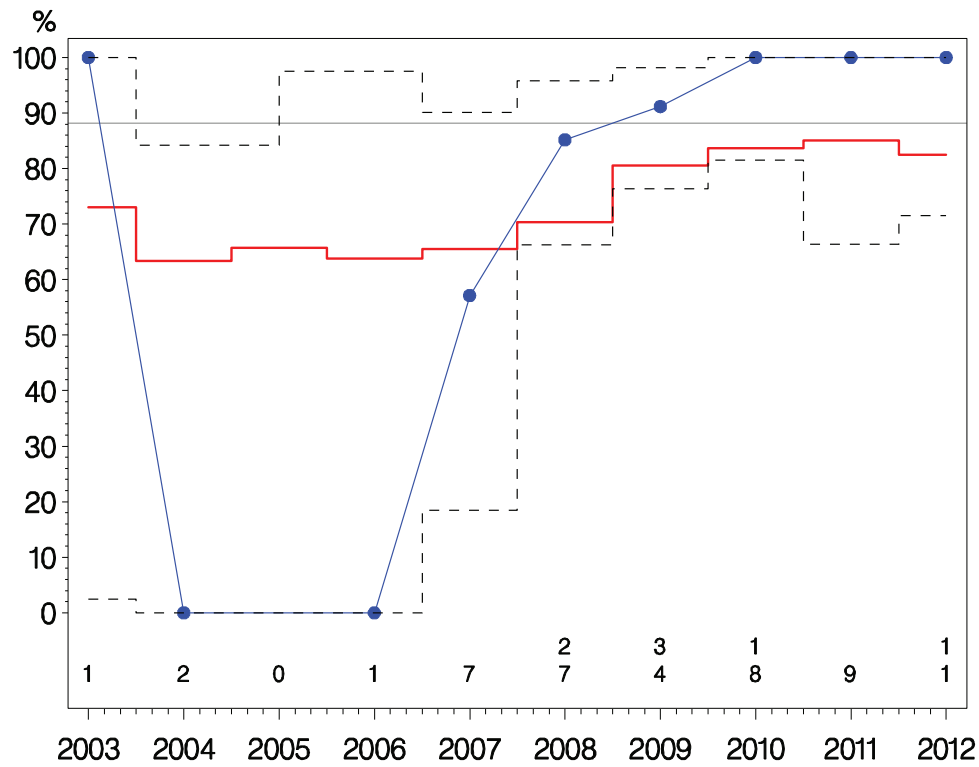


Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed
 RANDERS



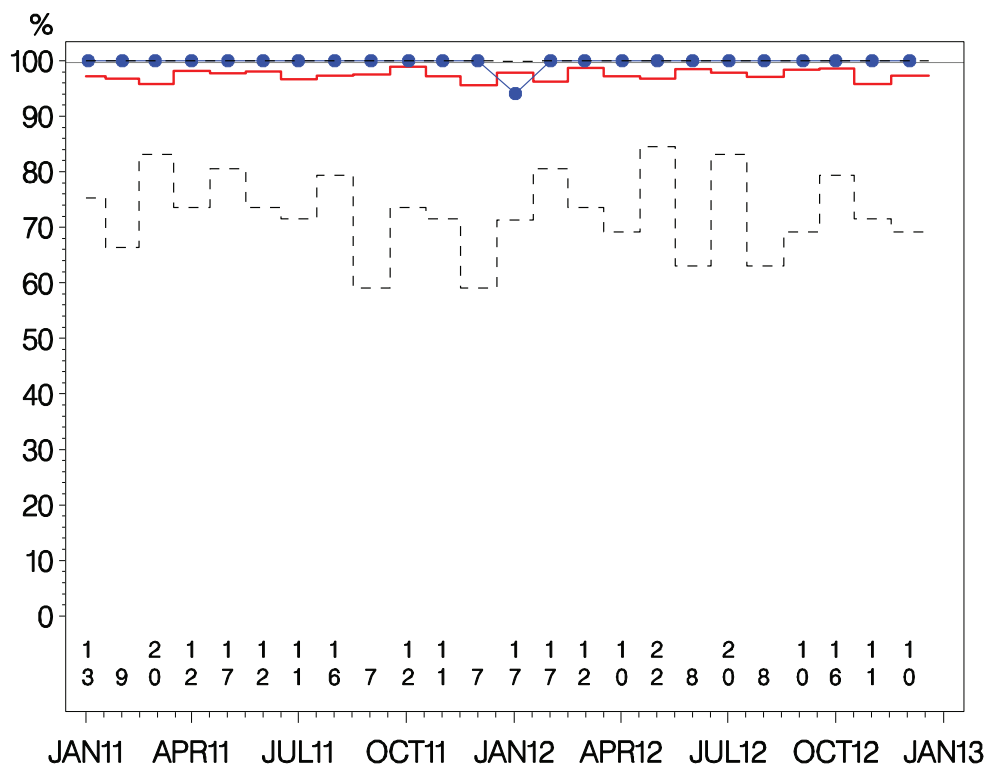
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

RANDERS

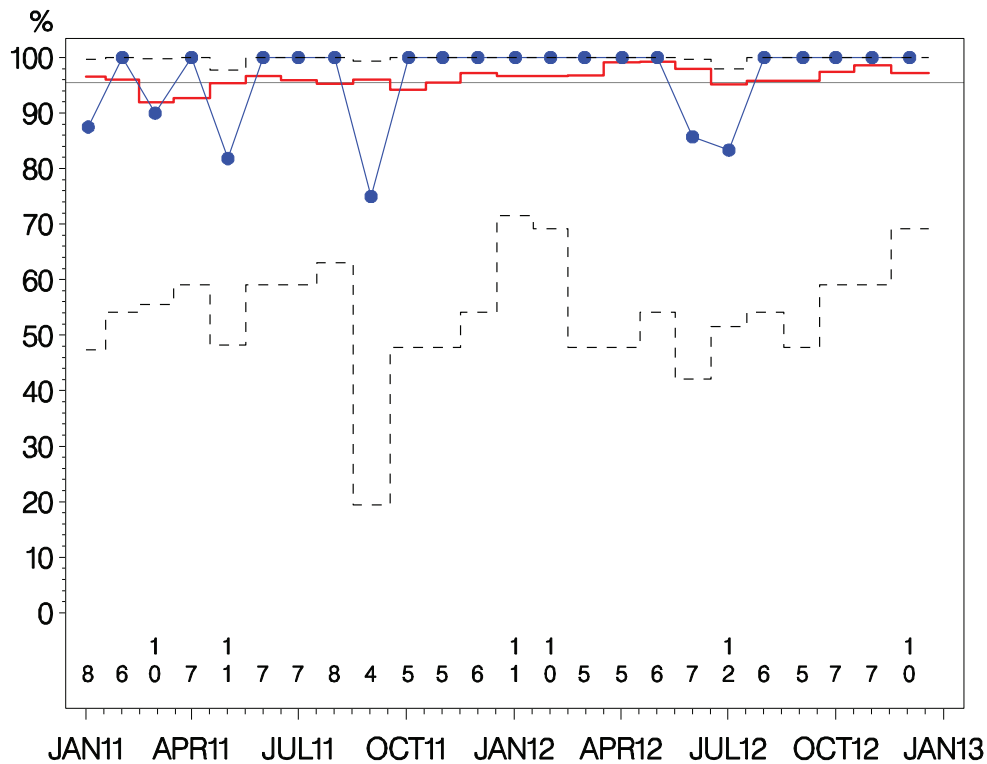


Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation

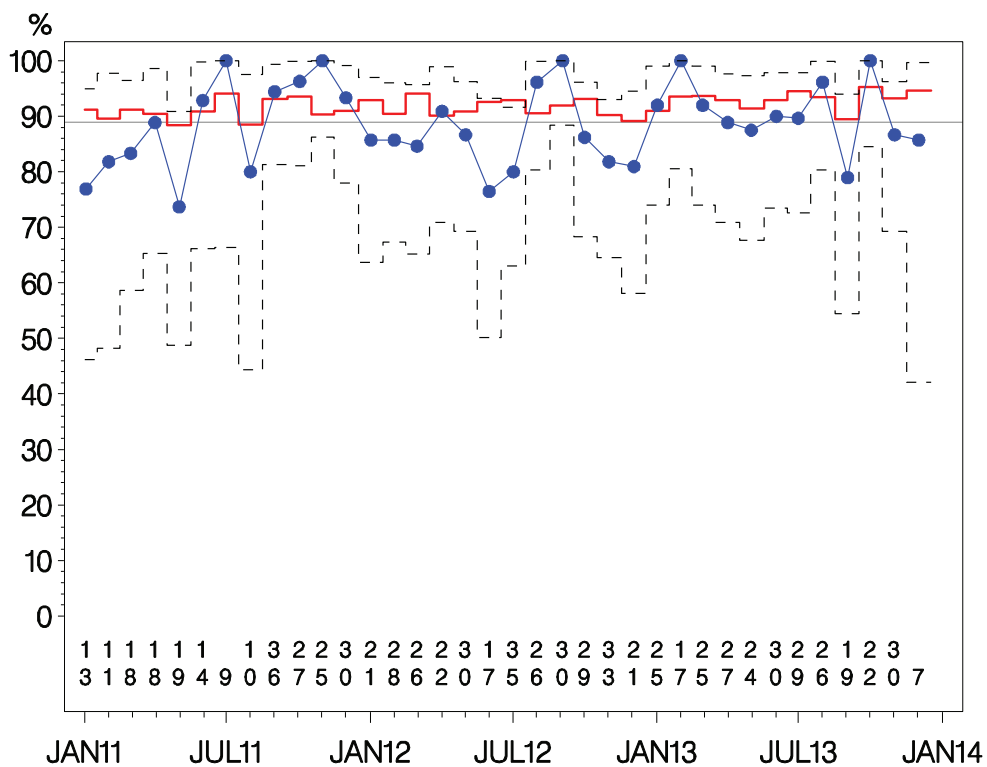
RANDERS



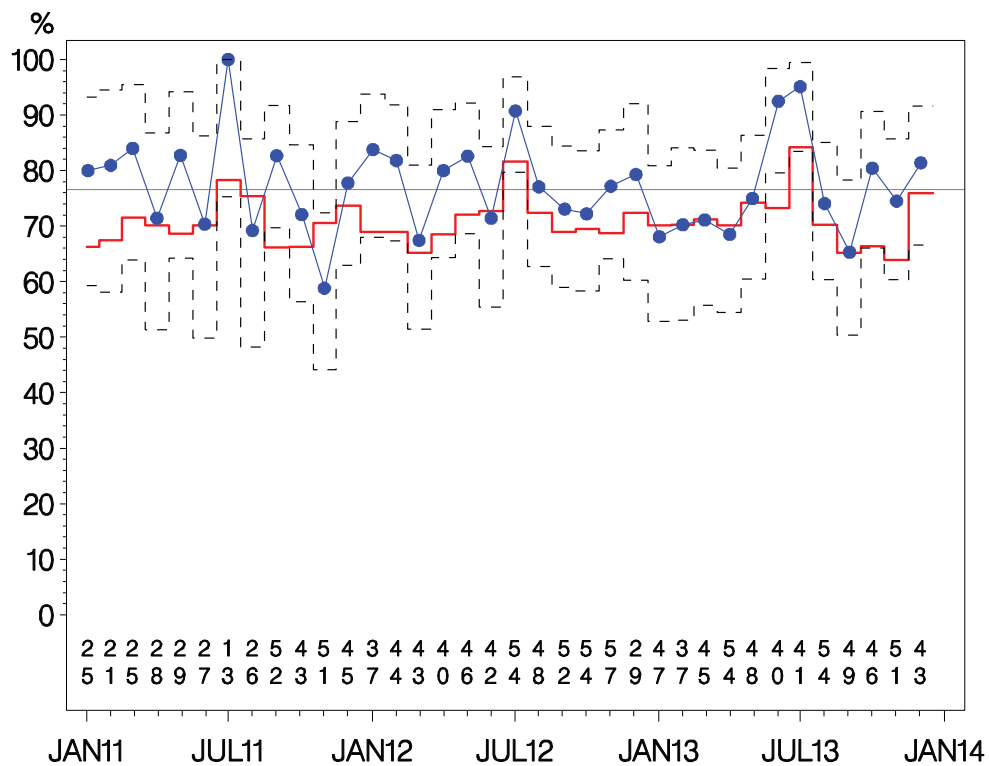
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet RANDERS



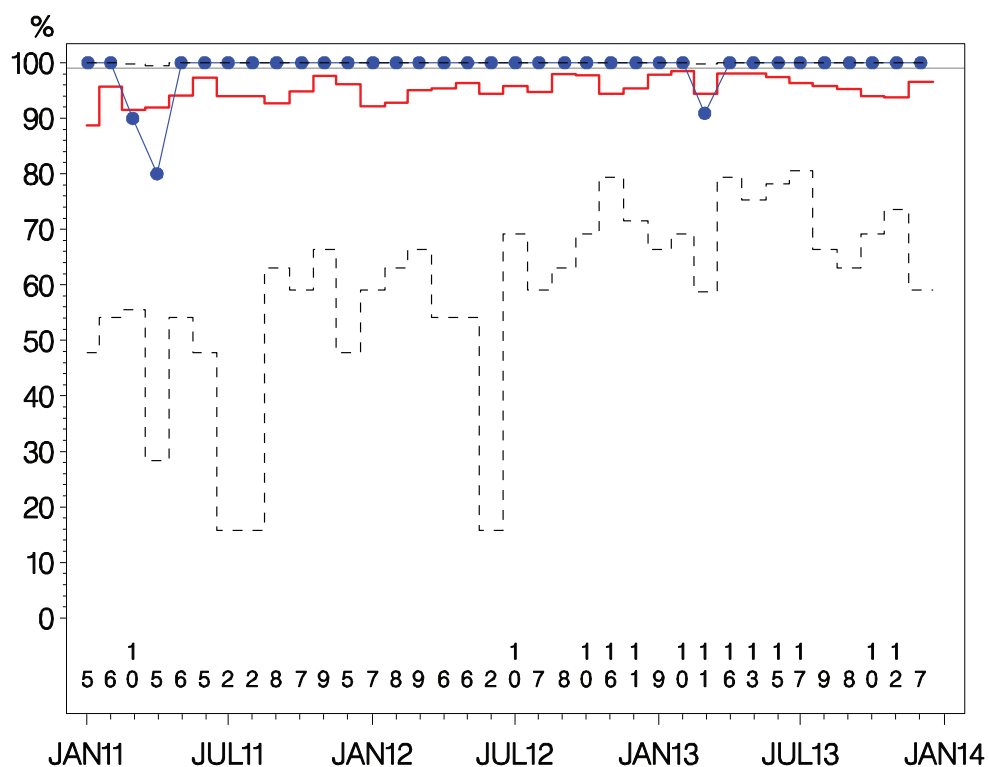
Indikator 2: Præoperativ diagnose VIBORG



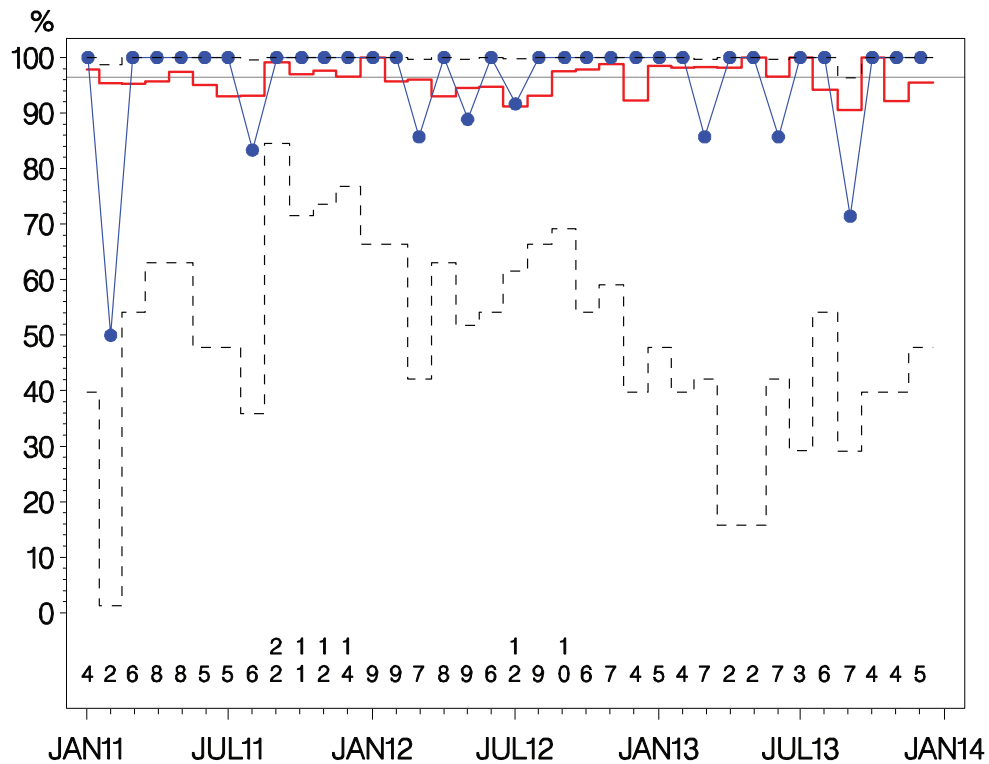
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio VIBORG



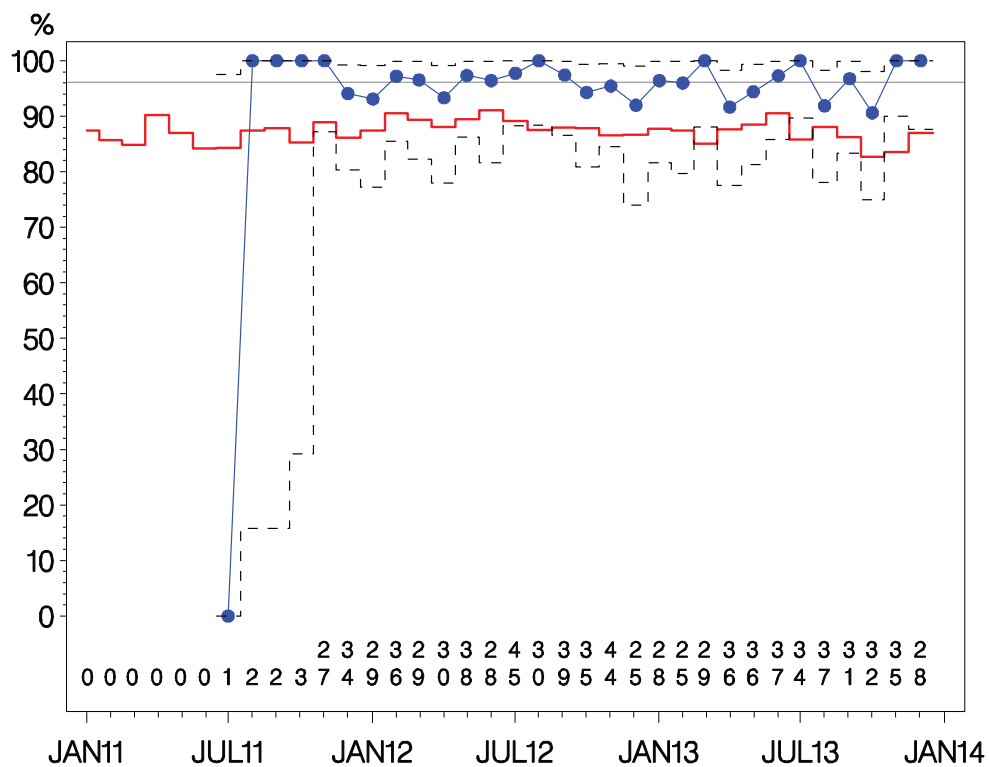
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden VIBORG



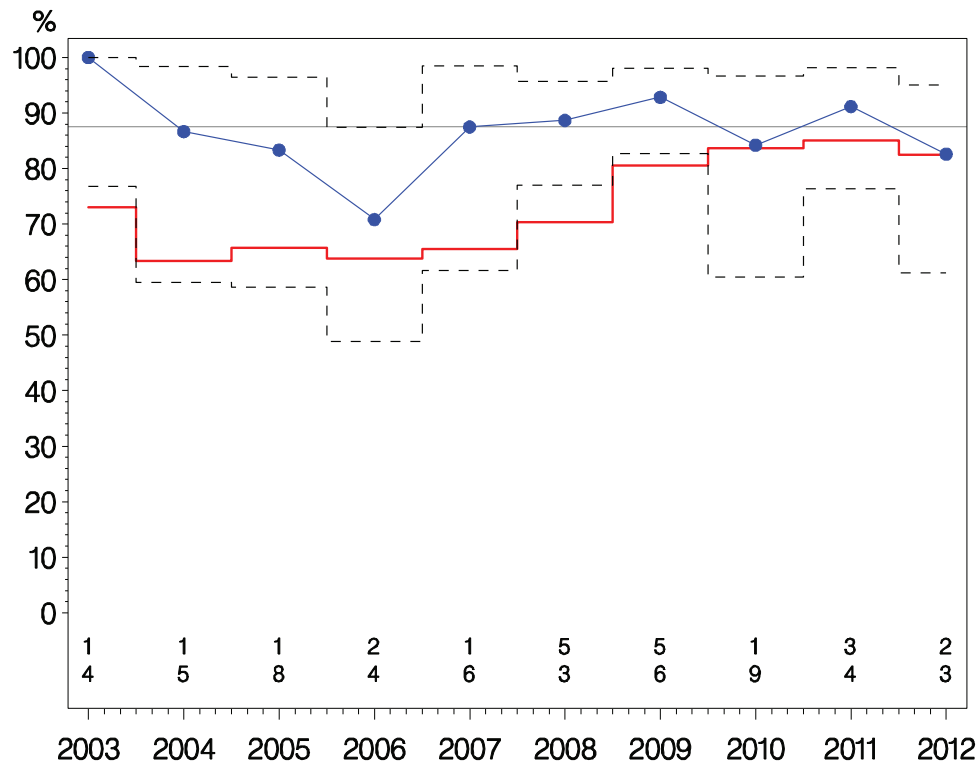
Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes VIBORG



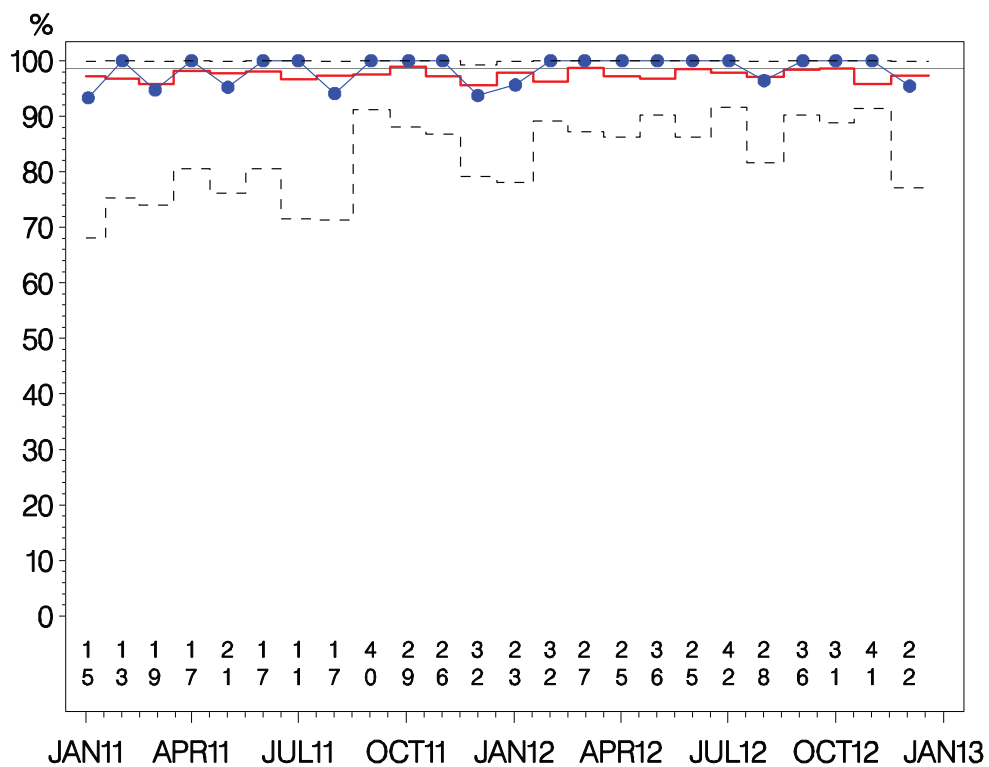
Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed VIBORG



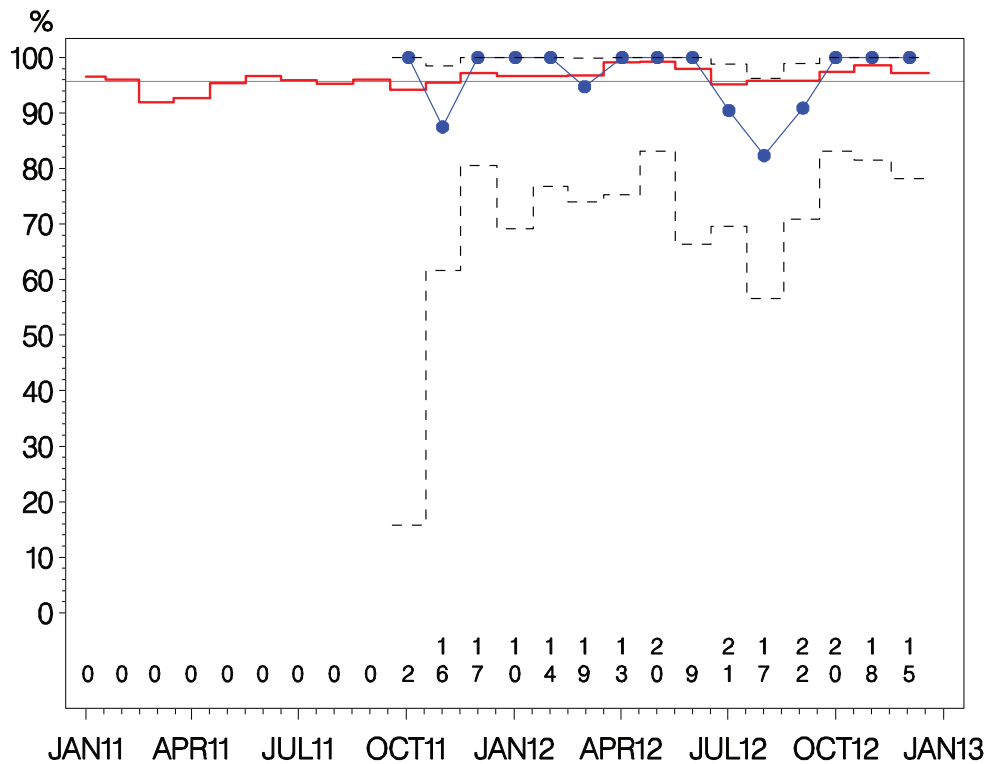
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
VIBORG



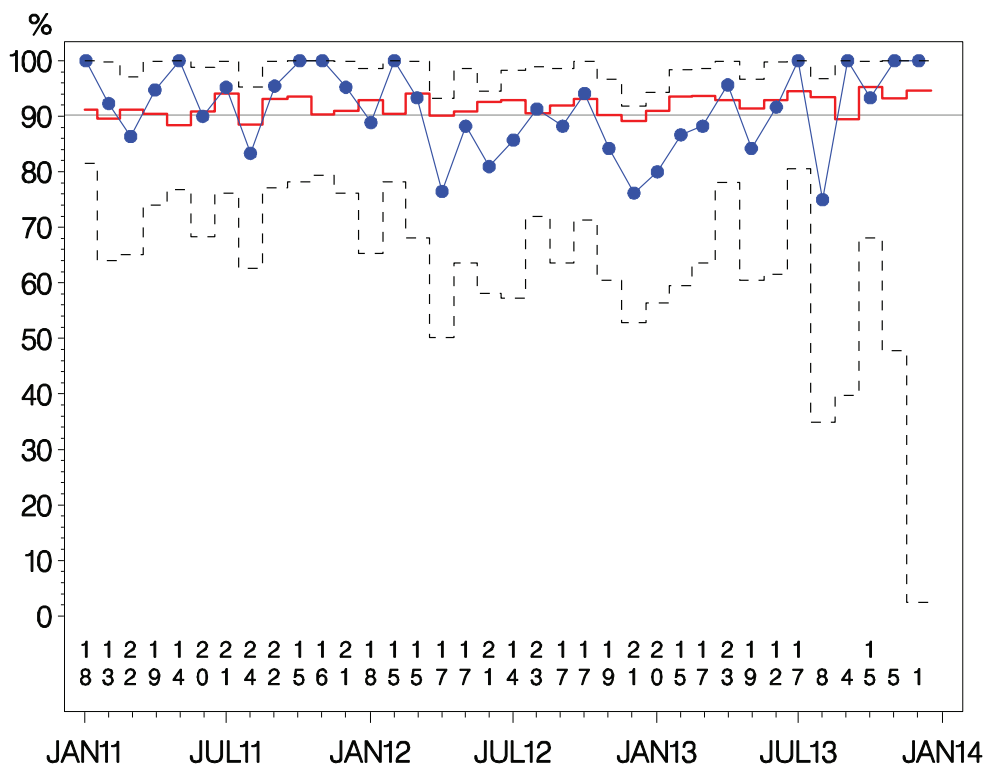
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
VIBORG



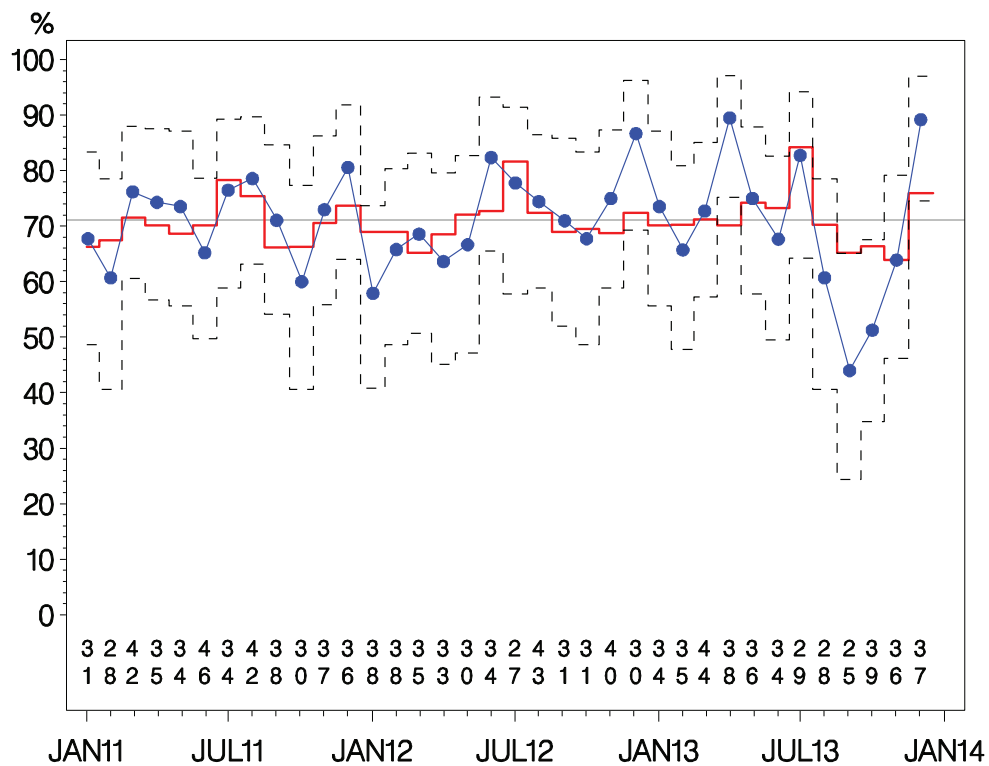
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet VIBORG



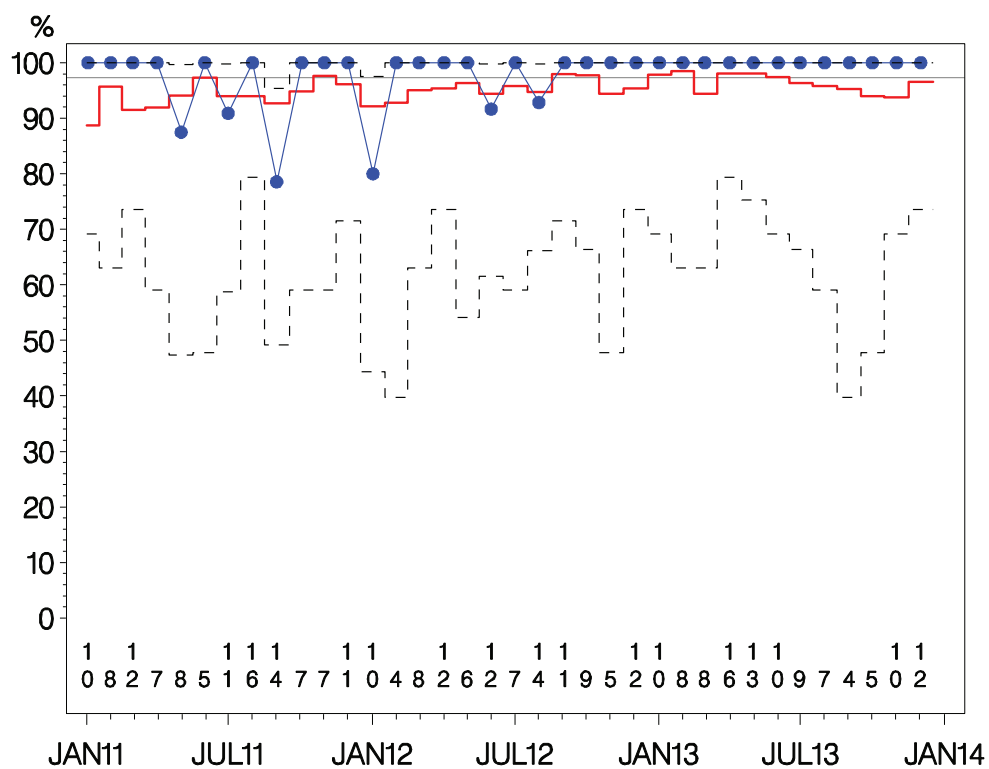
Indikator 2: Præoperativ diagnose AALBORG



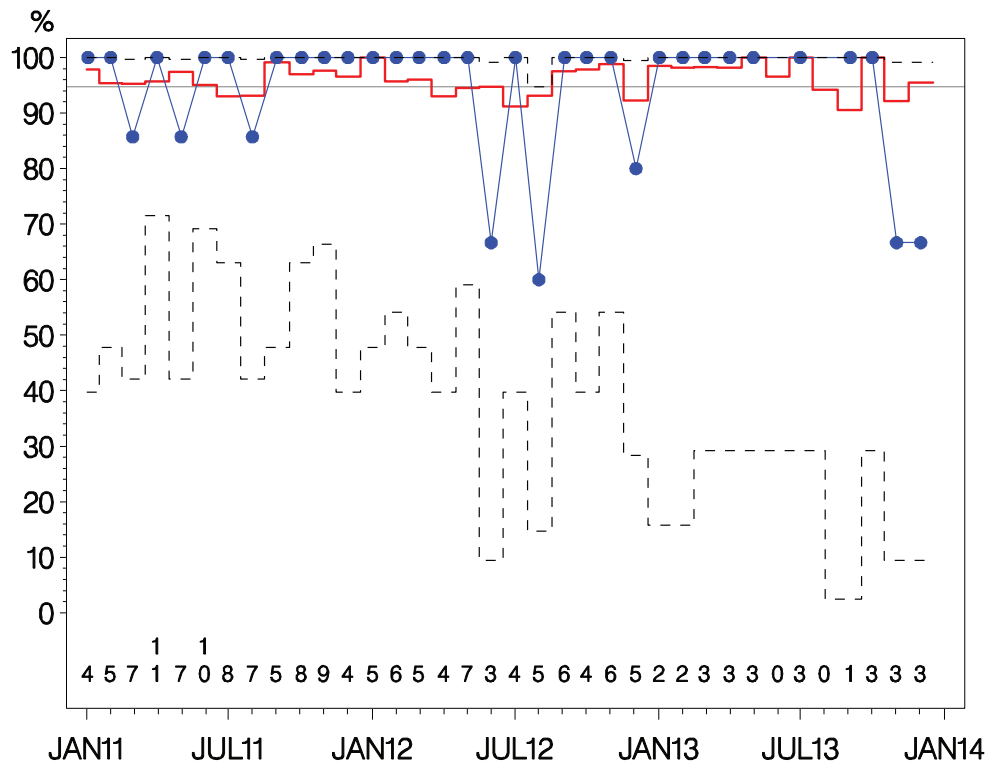
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio AALBORG



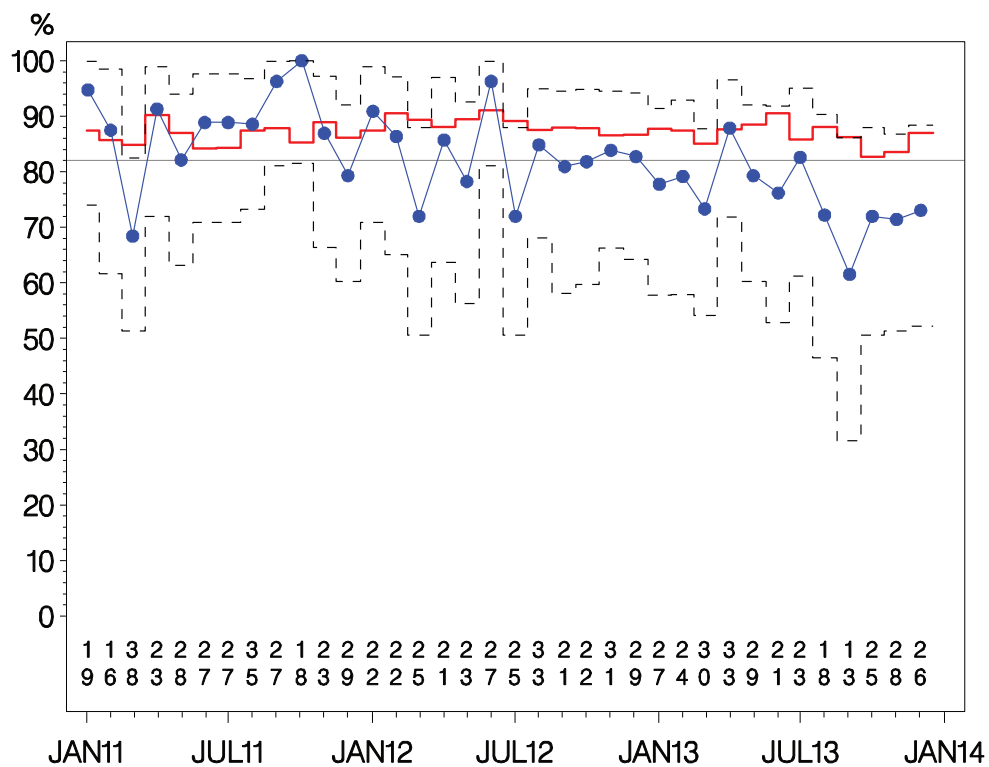
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden AALBORG



Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes AALBORG

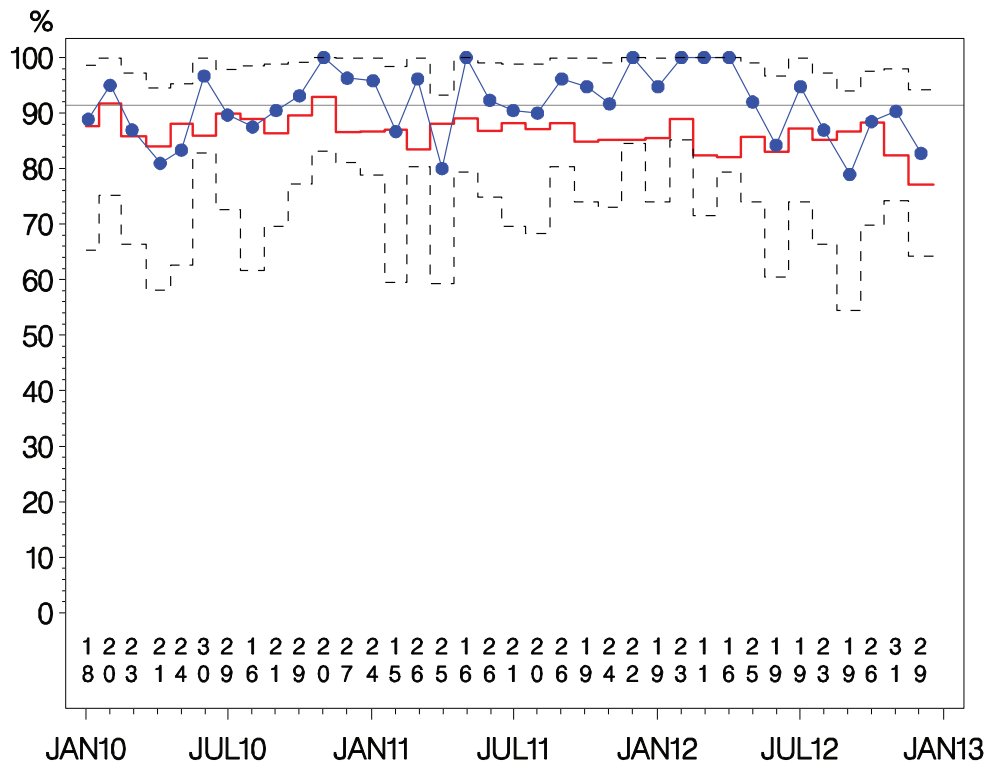


Indikator 7: Indberetning til DBCG med Datakomplethed AALBORG



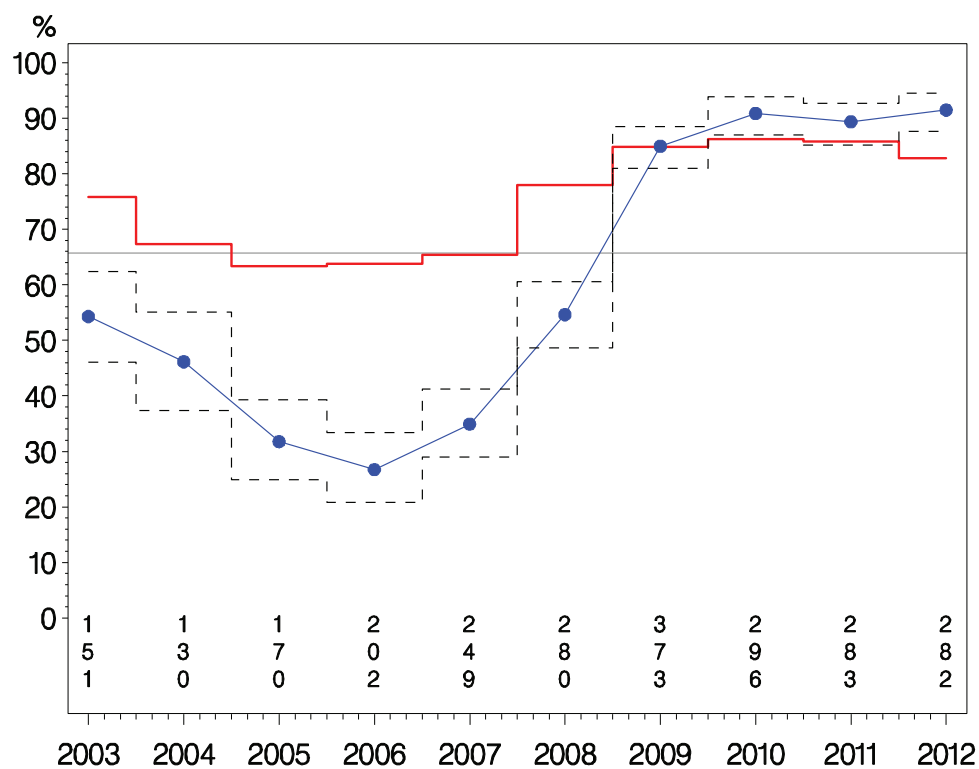
Indikator 8: Højrisiko – patienter i adjuverende medicinsk behandling

AALBORG

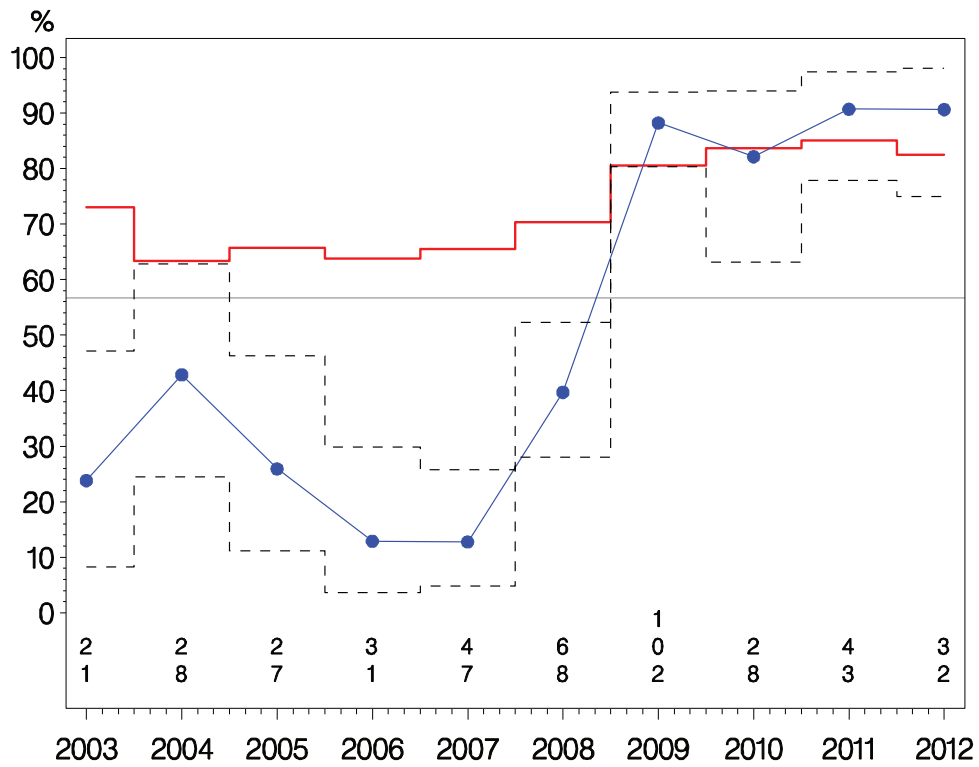


Indikator 9 HR: Højrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

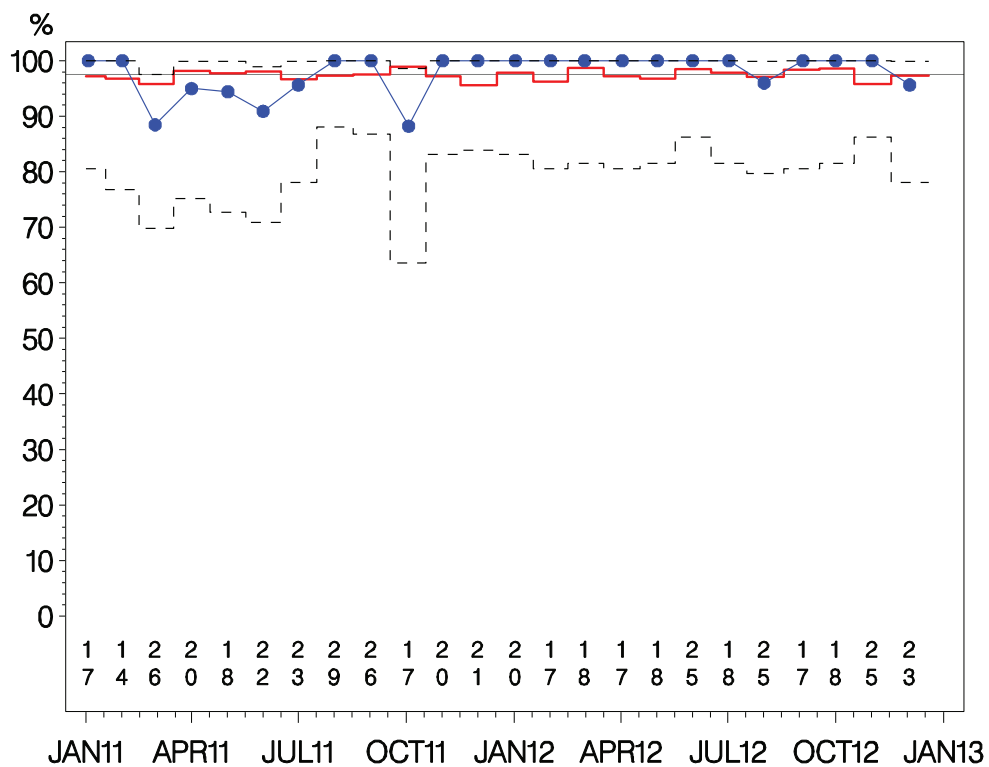
AALBORG



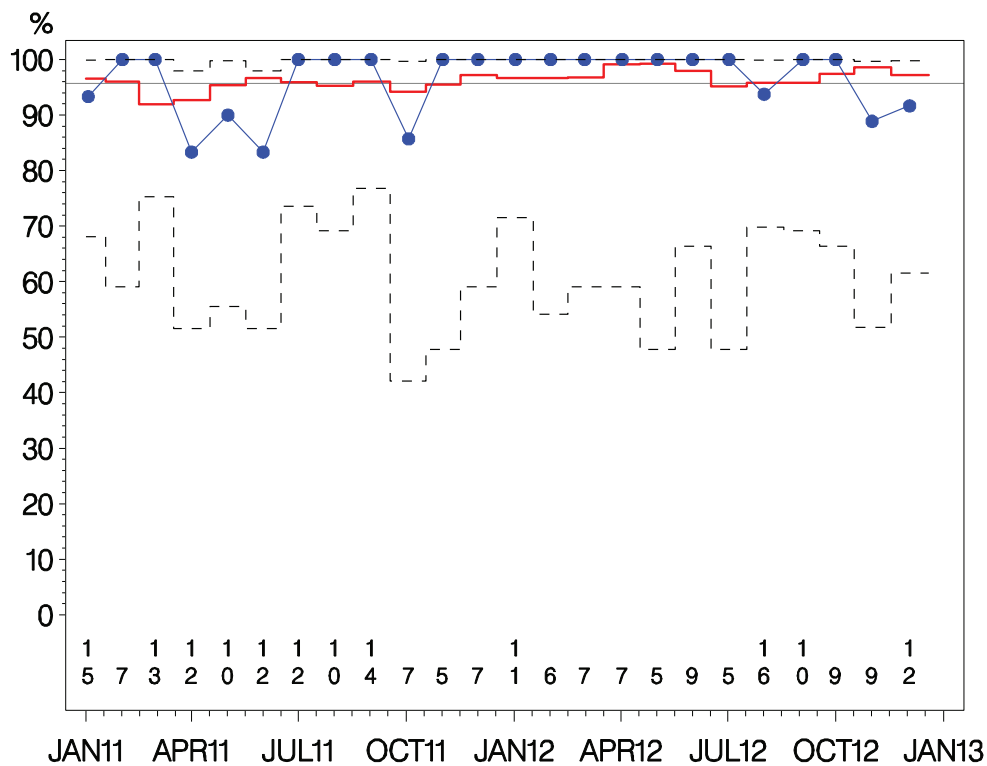
Indikator 9 LR: Lavrisiko ptt. der gennemfører DBCG kontrolprogram
AALBORG



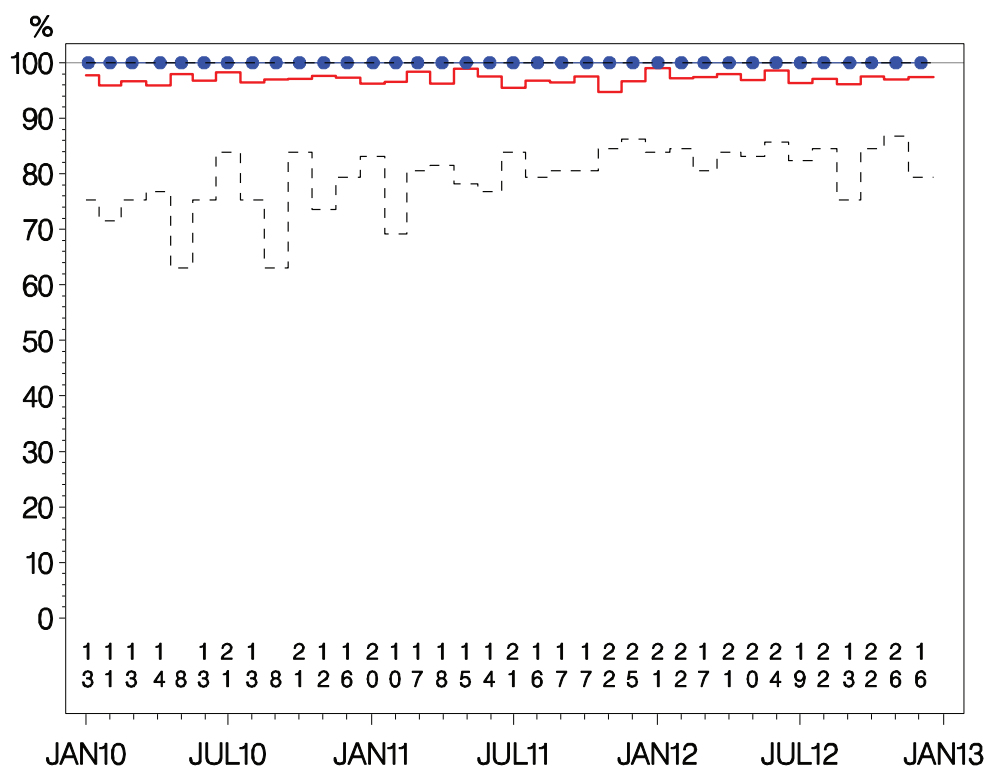
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
AALBORG



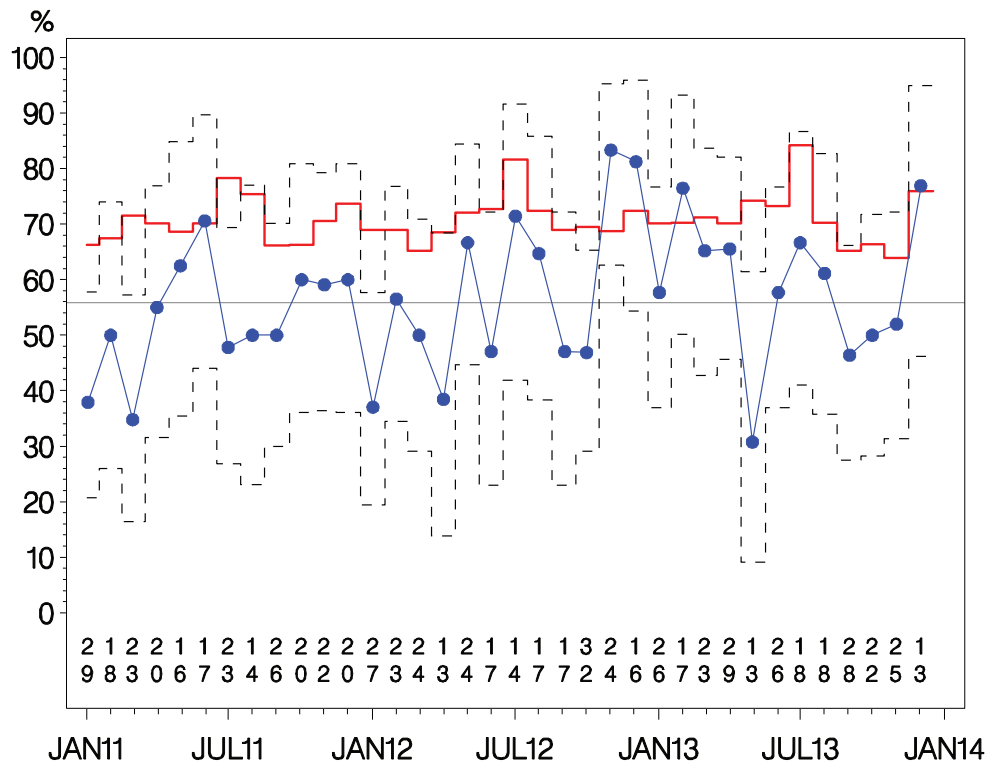
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet AALBORG



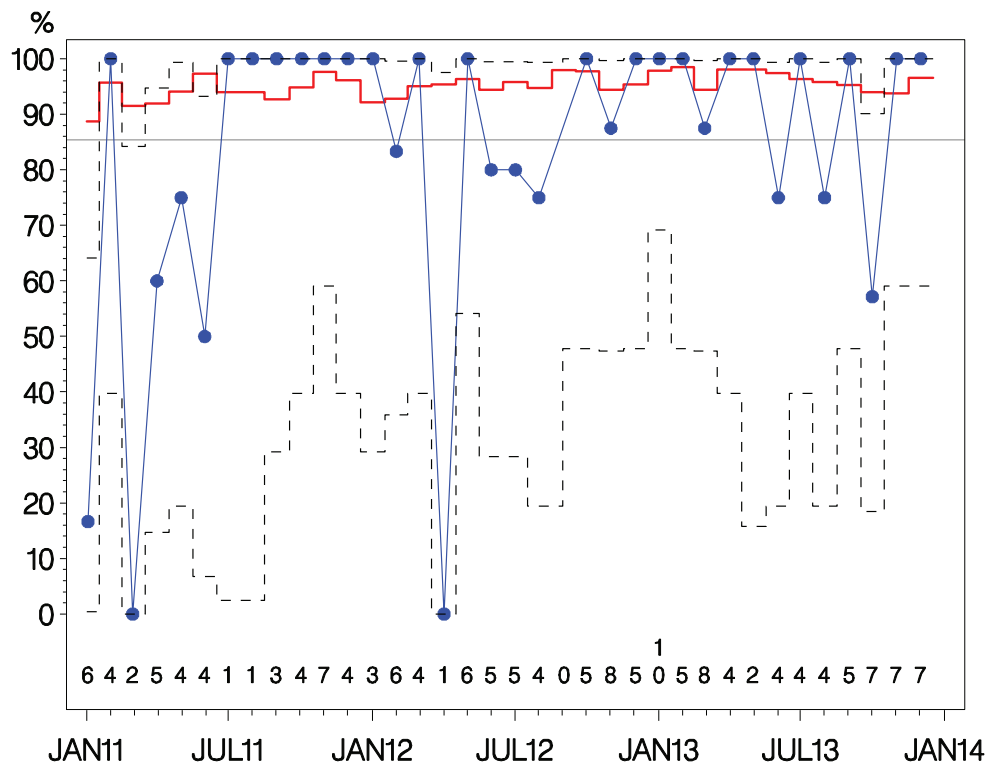
Indikator 13 Lumpektomi: Adj. strålebehandling efter DBCG retningslinjer AALBORG



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio HJØRRING

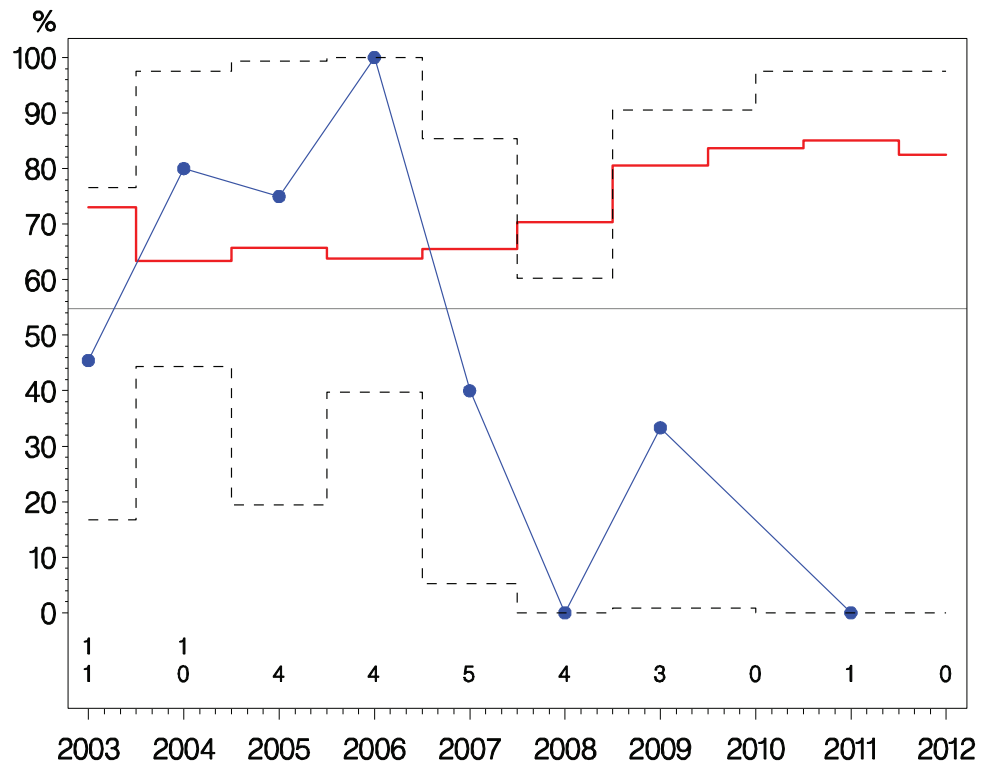


Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden HJØRRING



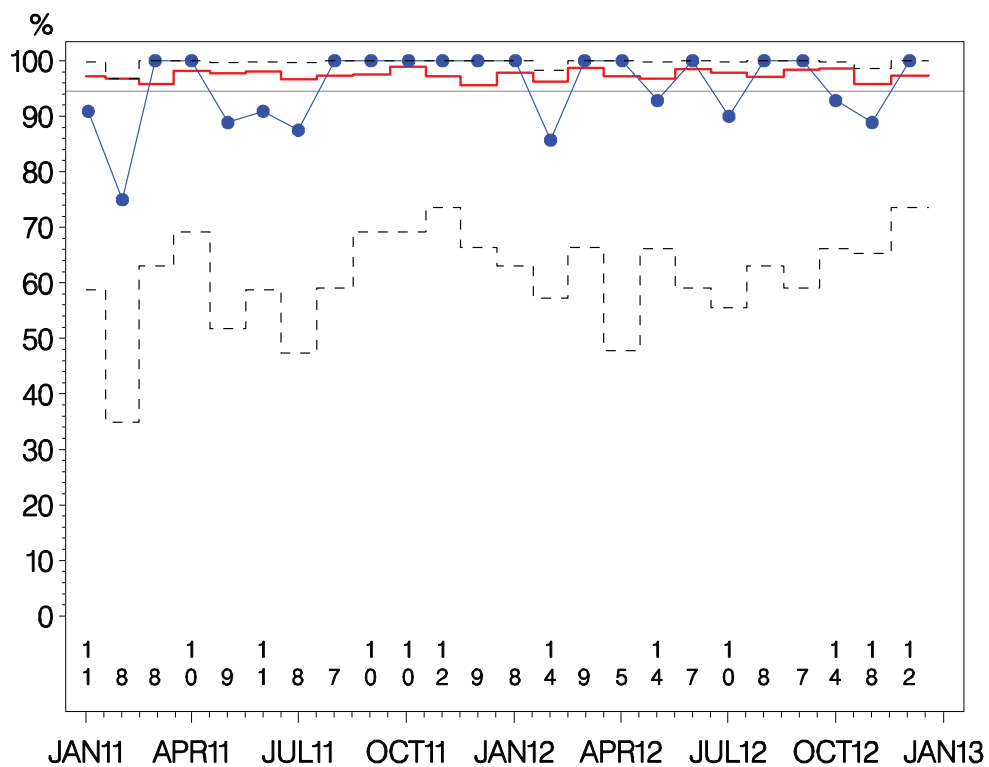
Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram

HJØRRING

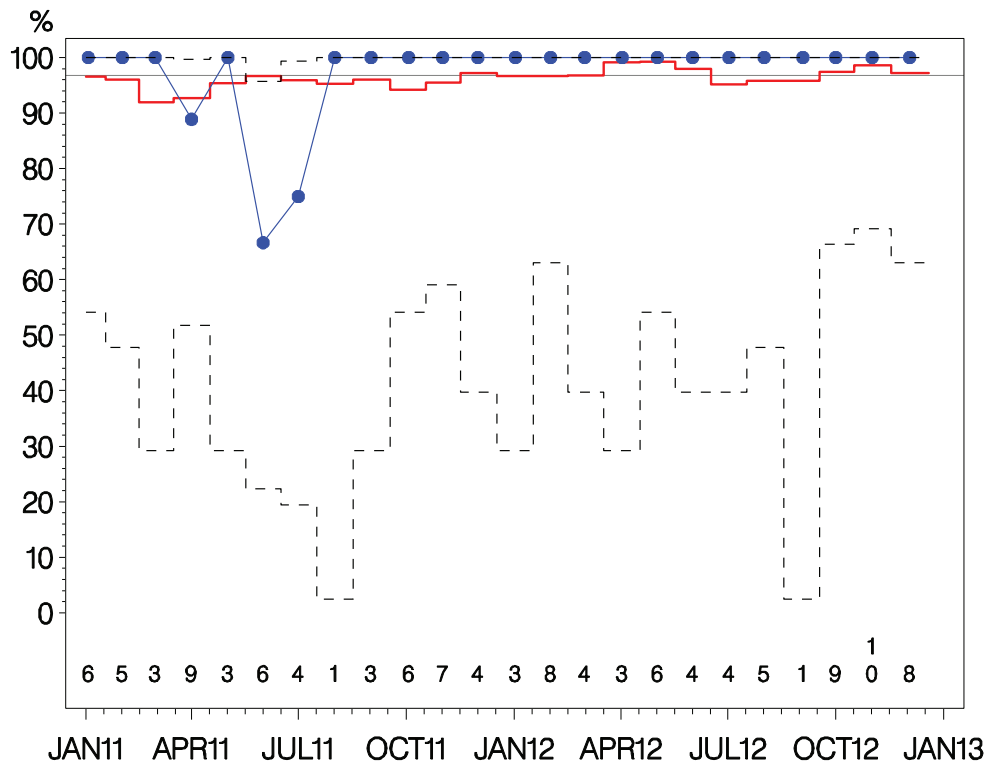


Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation

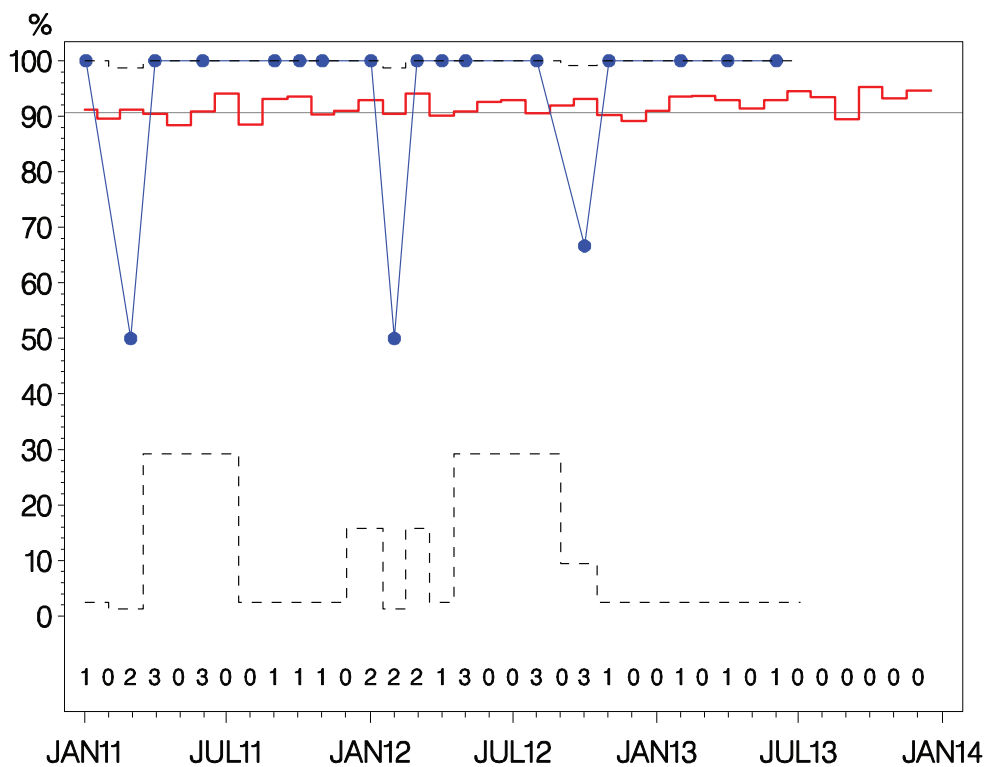
HJØRRING



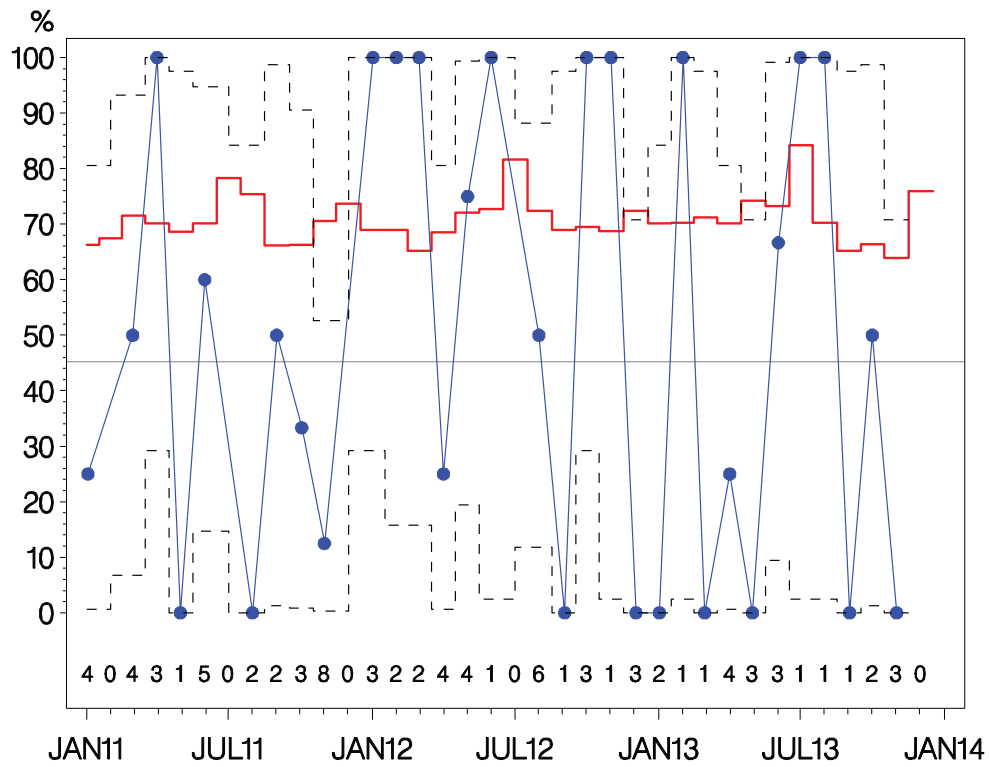
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet HJØRRING



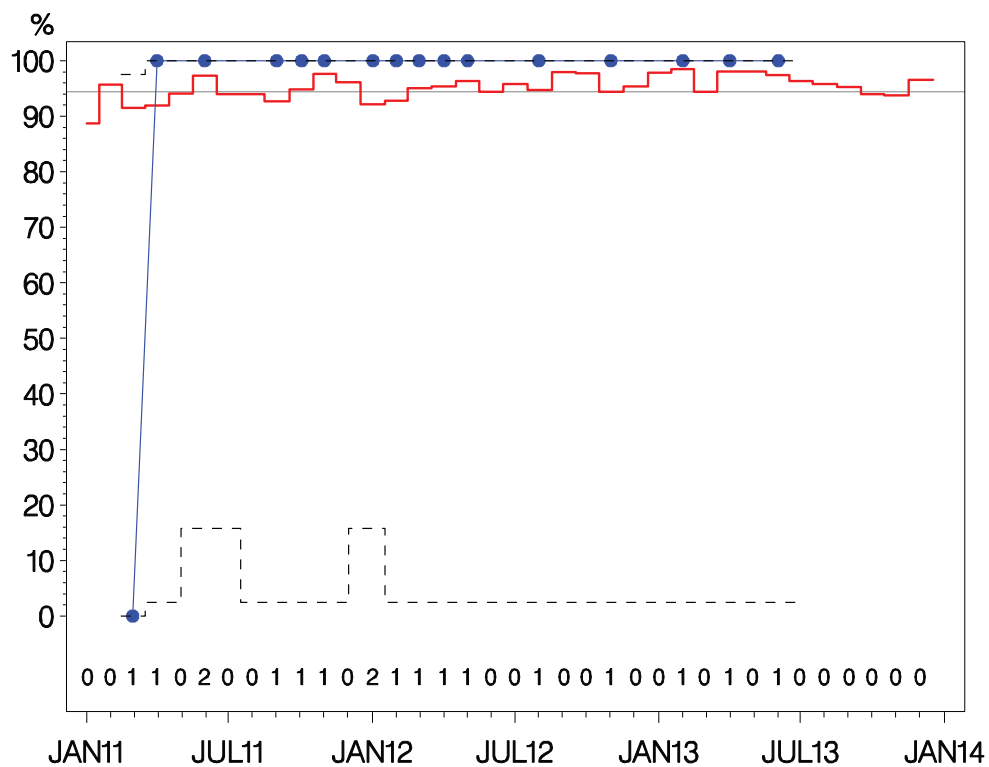
Indikator 2: Præoperativ diagnose HAMLET



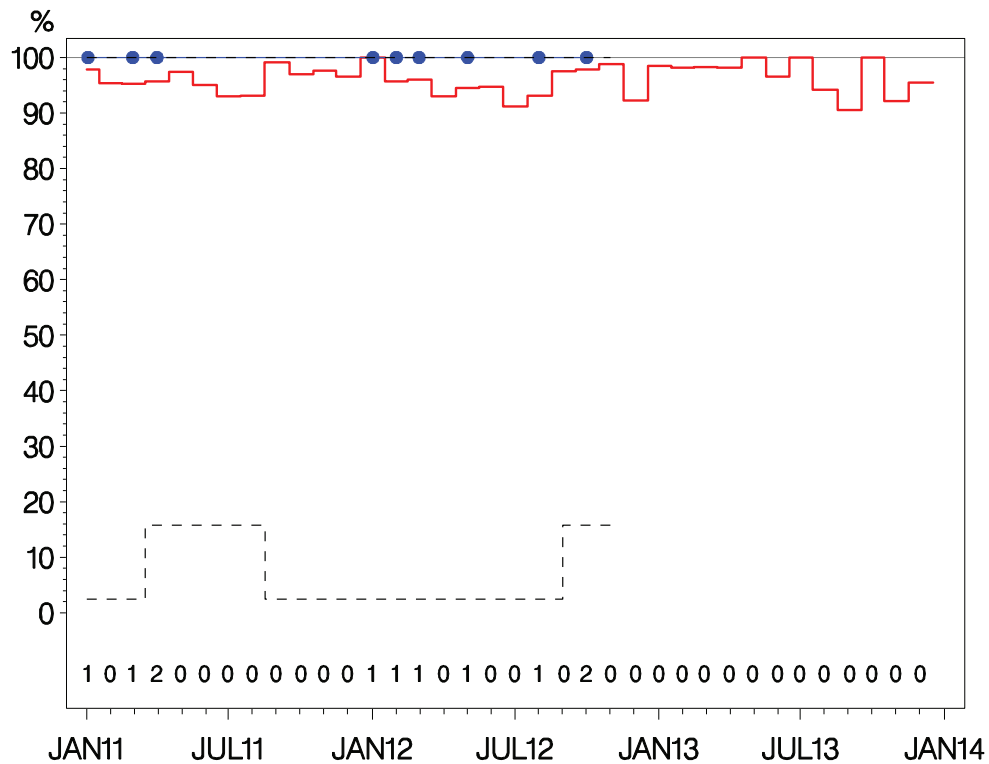
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio HAMLET



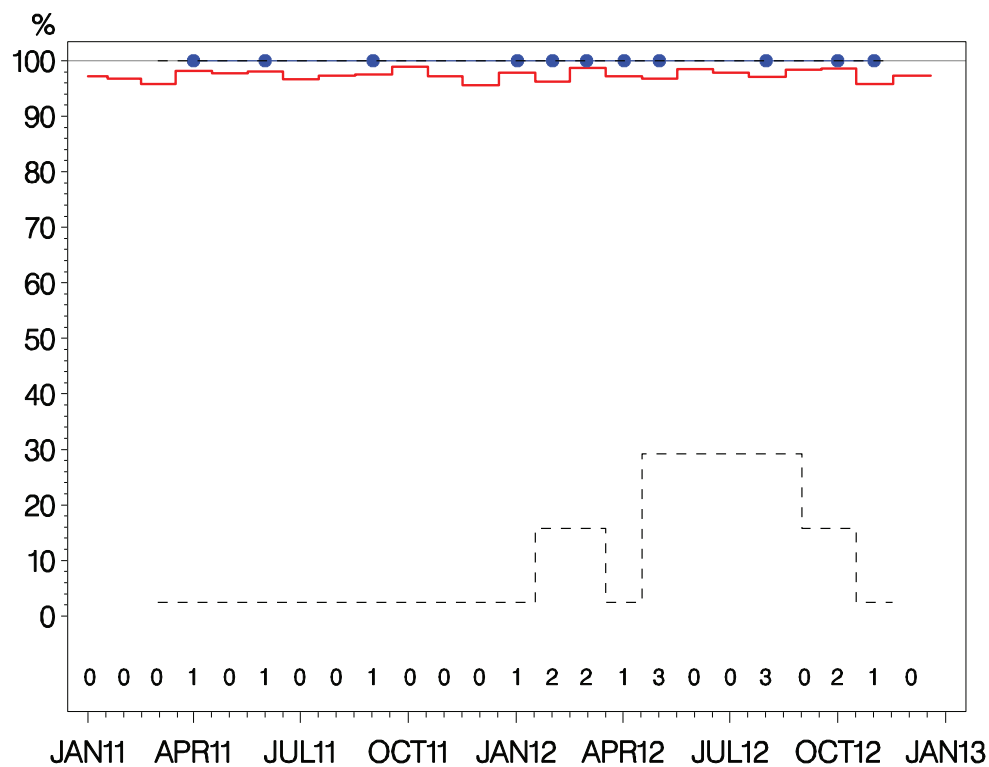
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden HAMLET



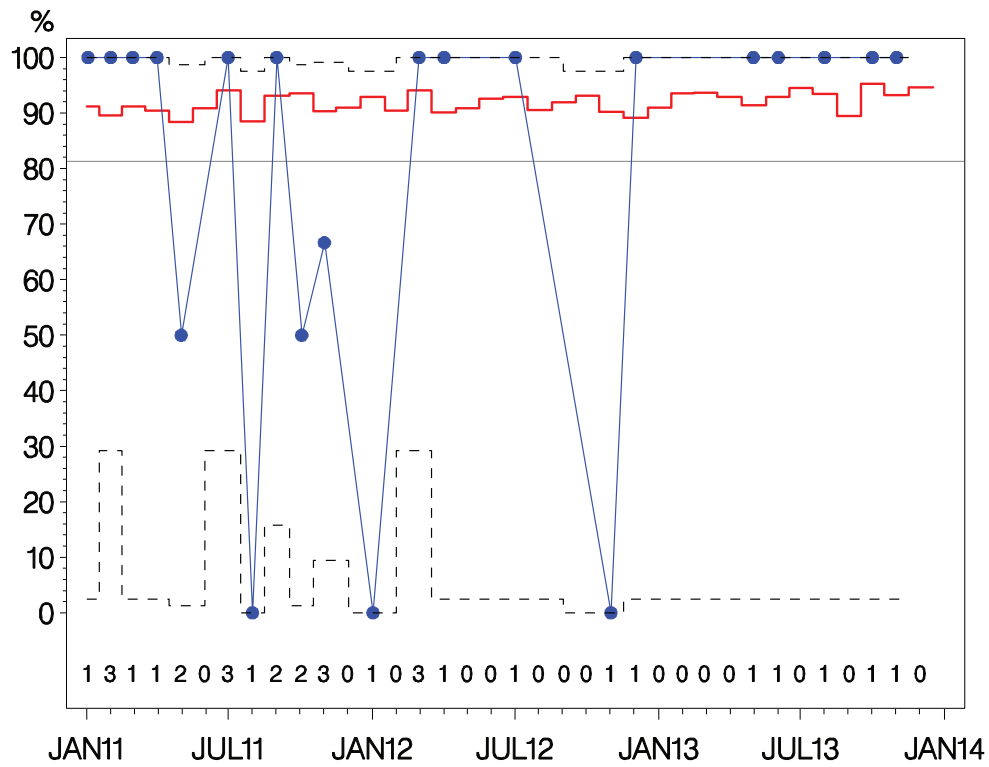
Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes
HAMLET



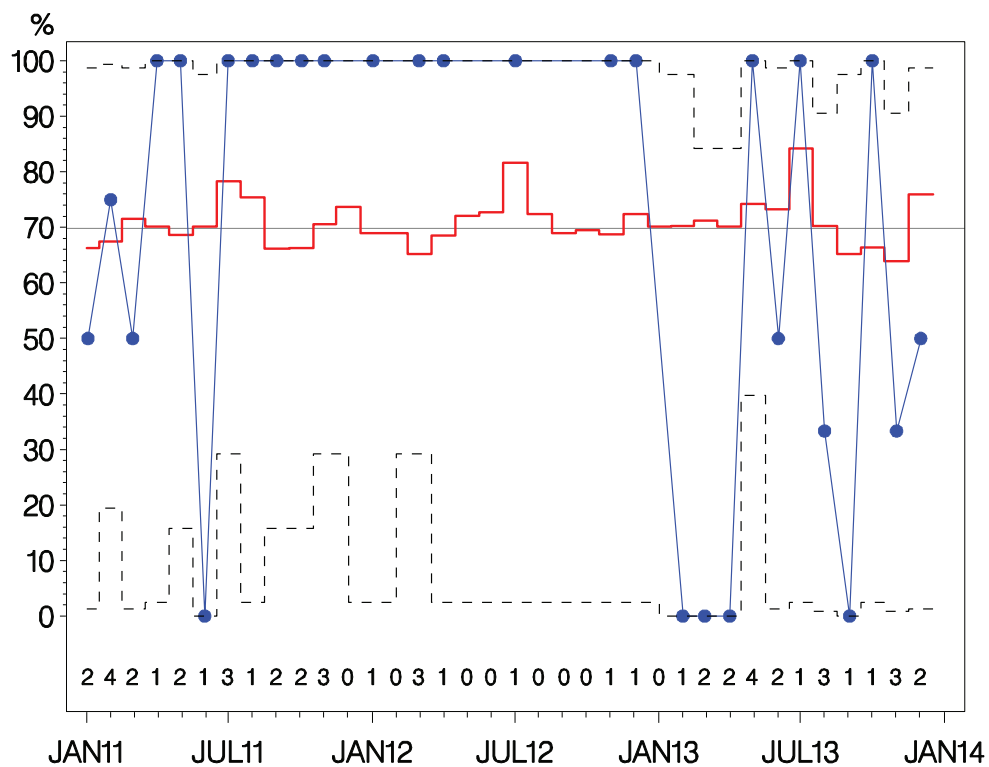
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation
HAMLET



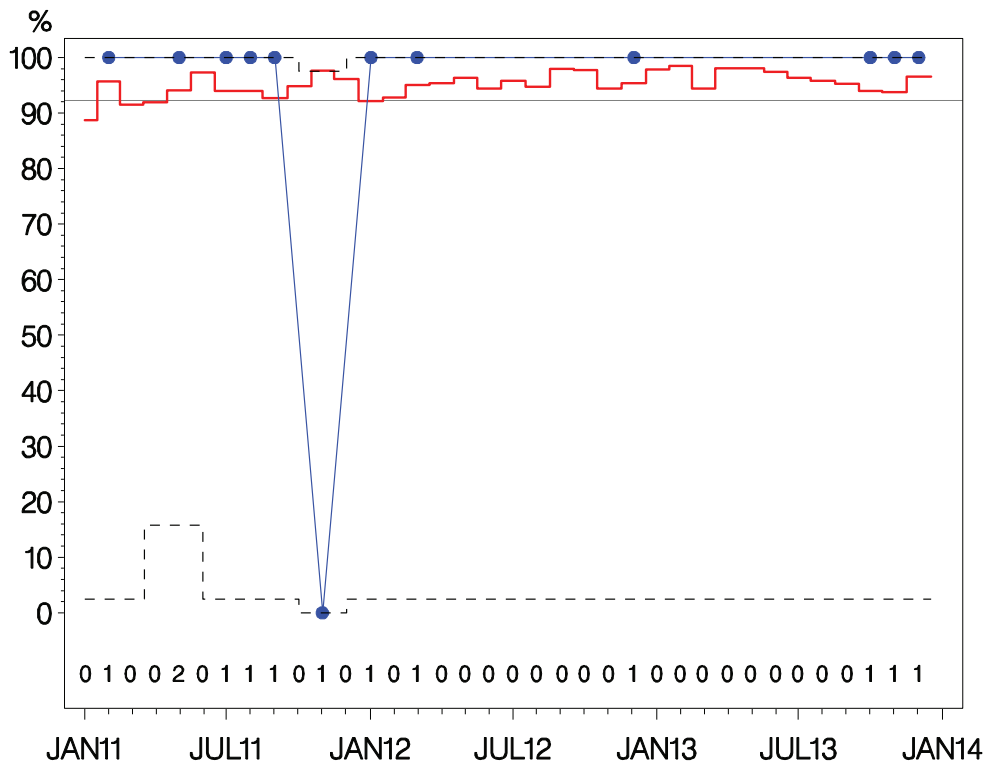
Indikator 2: Præoperativ diagnose MØLHOLM



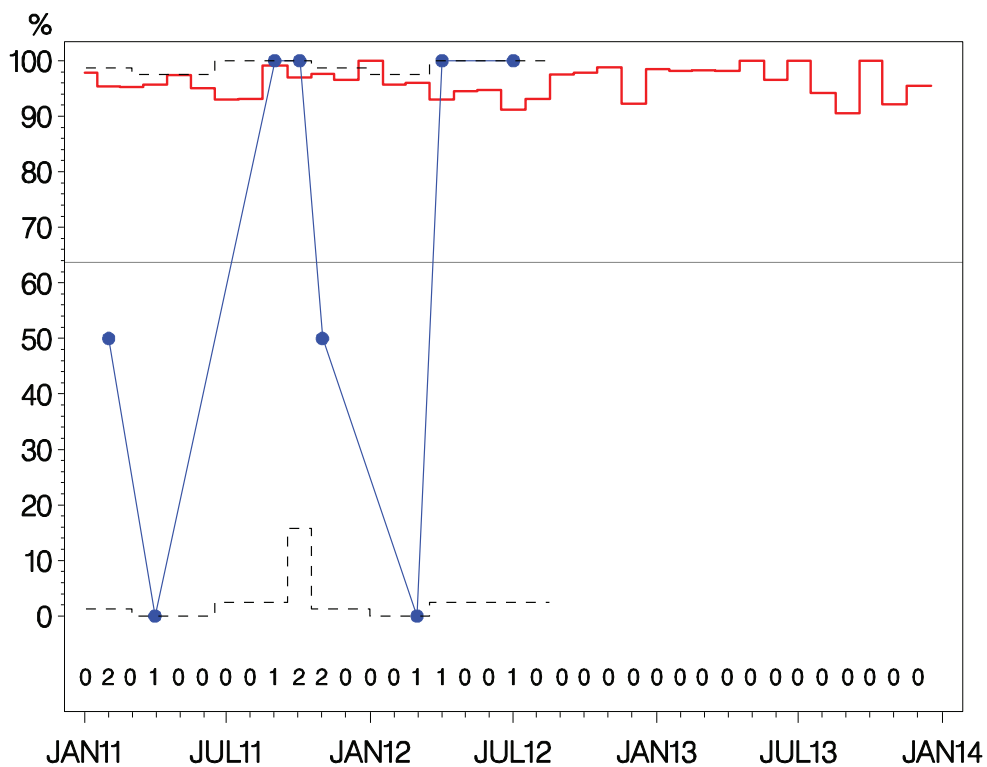
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio MØLHOLM



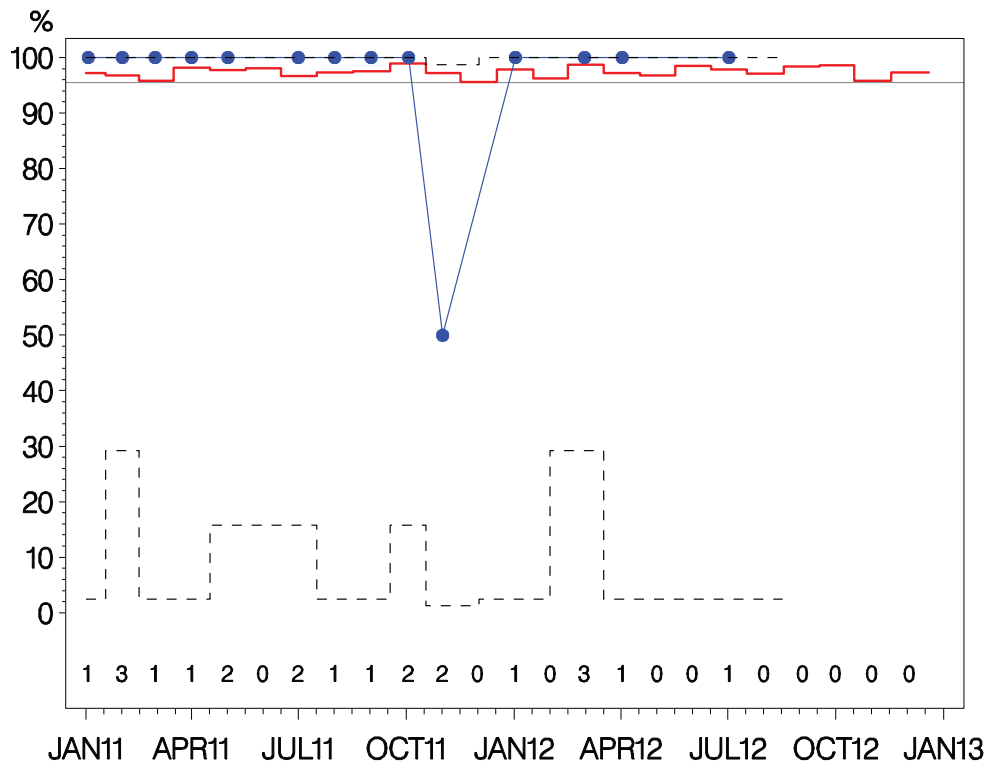
Indikator 4: Aksilstatus med SN metoden MØLHOLM



Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes MØLHOLM



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation MØLHOLM



DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group

Databearbejdning til denne indikatorrapport for 2013 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