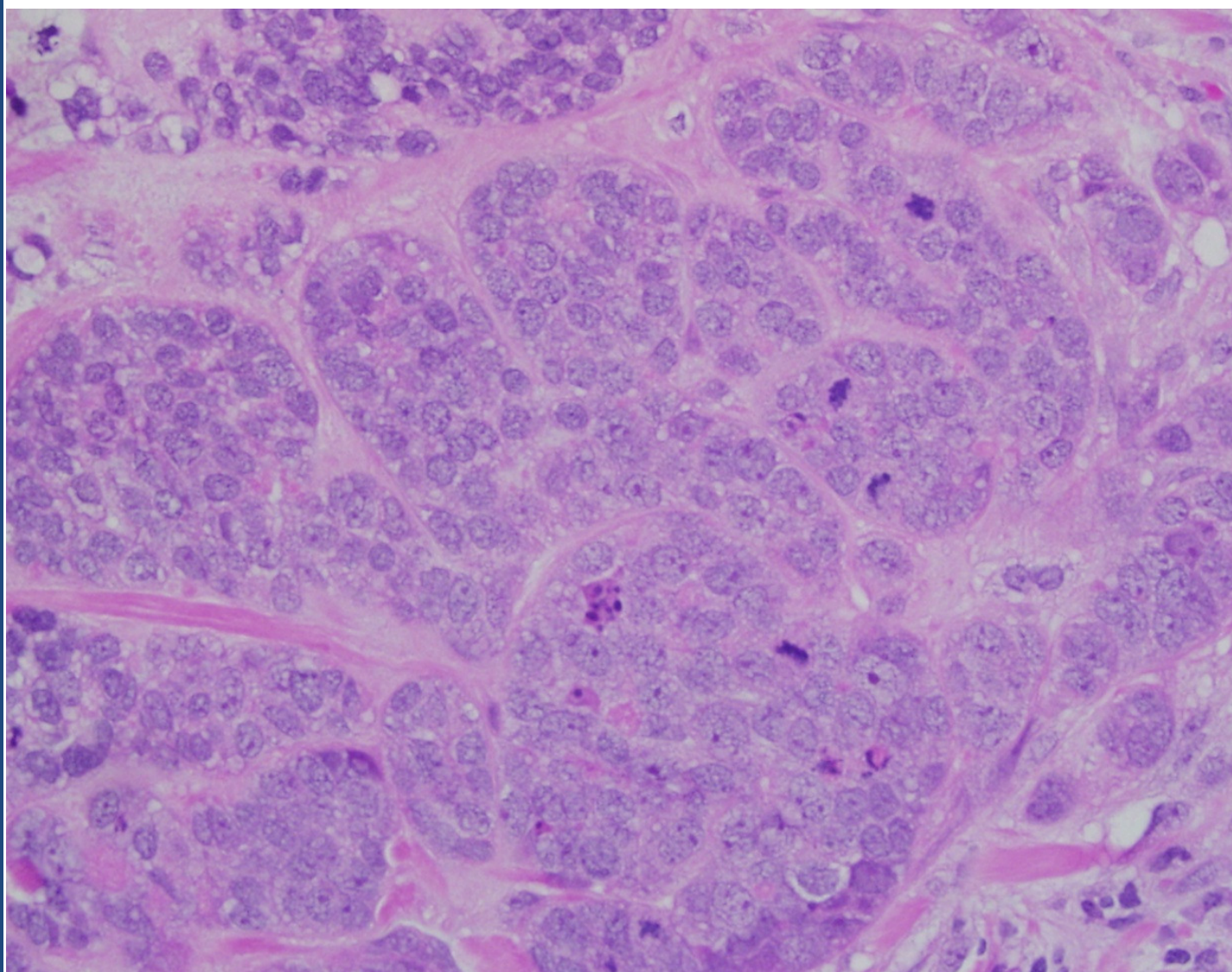


# Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2014

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

**DBCG**



datasernes  
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 2015:

Peer Christiansen	Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlersen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Anne-Vibeke Lænkholm	Slagelse Sygehus (Patologiuudvalget)
Mette Holck Nielsen	Odense Universitetshospital (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiuudvalget)
Maj-Britt Jensen og Karsten Bjerre	DBCG (Statistik)
Anne-Marie Sigsgaard Hansen	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Øst (KCKS-Øst)
Mette Nørgaard	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Biostatistik Nord (KCEB-Nord)
Monica Madsen	Region Hovedstaden (dataansvarlig myndighed), Kompetencecenter for Kvalitet og Sundhedsinformatik, Øst (KCKS-Øst)
Anne Pedersen	Region Sjælland
Mads Chr. Haugaard	Region Syddanmark

Databearbejdning til denne ottende indikatorrapport fra den Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af statistiker Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat/KCEB-Nord, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 13. maj 2015. Rapporten har desuden været i høring hos Danske Regioner og de indberettende afdelinger fra 22. april til 21. maj 2015.

DBCG-sekretariat Strandboulevarden 49, 4. sal c/o Kræftens Bekæmpelse 2100 København Ø Tlf.: 38 66 06 60	Postadresse: DBCG-sekretariat Rigshospitalet, afsnit 2501 Blegdamsvej 9 2100 København Ø
Peer Christiansen	<a href="mailto:peerchri@rm.dk">peerchri@rm.dk</a>
Maj-Britt Jensen	<a href="mailto:mj@dbcg.dk">mj@dbcg.dk</a>
Karsten Bjerre	<a href="mailto:kb@dbcg.dk">kb@dbcg.dk</a>

# Indholdsfortegnelse

Forord.....	4
Sammendrag.....	5
Konklusion og anbefalinger fra den faglige styregruppe.....	6
Regionale kommentarer til indikatorrapport 2014.....	7
Beregning af kvalitetsindikatorer.....	8
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.....	11
Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden.....	15
Indikator 5: Npos patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.....	19
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.....	23
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer.....	29
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram.....	34
Højrisiko-patienter.....	36
Lavrisiko-patienter.....	40
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.....	43
Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.....	47
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.....	51
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.....	55
Fuldstændighed af DBCG data.....	62
Dækningsgrad.....	62
Datakomplethed.....	64
Oversigt indikatorer 2014.....	66
Teknisk beskrivelse af dækningsgrad og databasekomplethed.....	67
Teknisk beskrivelse af indikatorer.....	68
Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 7.....	74
Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9.....	76
Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8.....	80
Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 13.....	81
Indberettende afdelinger 2014.....	83
Sygehus- og afdelingsklassifikation (SHAK).....	86

Bilag 1: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater.

Bilag 2: Populationen af danske brystkræftpatienter 2012-2014.

Bilag 3: Demografiske og prognostiske parametre 2014 efter 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 en privat klinik, 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 2014 er beregningsmæssigt uændret i forhold til årsrapport 2013, dog er en øvre aldersgrænse på 75 år blevet ophævet for en række indikatorer (4, 5, 8, 9, 10, 12 og 13), således at alle indikatorpopulationer nu alene afgrænses af en nedre aldersgrænse på 18 år. Indikator 12 ’Sen sentinel node positivitet’ blev indført i 2010, og indikator 13 ’Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG’s retningslinjer’ blev introduceret i 2013. Den faglige styregruppe vedtog i oktober 2009 at udelade indikator 6 ’Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)’ af indikatorsættet. Indikator 1 ’Mammografiscreening, små tumorer  $\leq 10$  mm’ blev udeladt af indikatorsættet i 2011, idet kvaliteten af mammografiscreening herefter monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Indikator 2 ’Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi’ udgår af indikatorsættet med virkning fra nærværende årsrapport. Registreringen af præoperativ diagnostik er efter ønske fra DBCG’s kirurgiske udvalg blevet reduceret, og det er herefter ikke muligt at bestemme indikatoren.

I årsrapport 2014 udgår de hidtidige kontroldiagrammer af indikatorresultat versus inklusionsår eller inklusionsmåned. Dette begrundes med, at de indberettende afdelinger fra 1. januar 2015 har kunnet tilgå indikatorresultater og kontroldiagrammer for egen afdeling i de regionale ledelsesinformationssystemer, hvor resultaterne opdateres månedligt.

# Sammendrag

I 2014 havde DBCG en dækningsgrad på 94 % i forhold til referenceregistret Patobank, og i de forudgående år 2012 og 2013 var dækningsgraden 95 %. Indikatorberegningen for 2014 er foretaget på baggrund af indberetning 3826 kvinder 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 8 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'. For en række indikatorer er en øvre aldersgrænse på 75 år blevet ophævet i årsrapport 2014 (indikator 4, 5, 8, 9, 10, 12 og 13), ved sammenligning med

Resultatet for årsrapport 2014 kan sammenfattes som følger:

Indikatornavn	Indikator-værdi (%)				Reference
	2014	2013	2012	2011	
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm.	Udgået i 2011				
Indikator 2. Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi.	Udgået i 2013				
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.	73 %	74 %	74 %		67 % (bedste gæt)
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	96 %	96 %	95 %		95 % (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder.	96 %	96 %	95 %		95 %
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation.	Udgået i 2010				
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.	88 %	92 %	93 %		95 %
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer.	*	84 %	88 %	87 %	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram.					
Højrisiko-patienter:		82 % <sup>#</sup>			95 %
Lavrisiko-patienter:		84 % <sup>#</sup>			95 %
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.			1.6 % <sup>§</sup>		7 %
Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.	97 %	97 %	98 %		?
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet	96 %	96 %	97 %		?
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer					
Lumpektomi:	*	97 %	97 %	97 %	95 %
Mastektomi:	*	99 %	97 %	95 %	95 %

\* Da adjuverende behandling gives efter operation, bestemmes indikatoren med ét års forsinkelse.

# Vedrører 10 års opfølgning, værdi for patienter opereret 2004-2013.

§ Indikatoren bestemmes med 5 års opfølgning, vedrører patienter opereret 2008-2012.



resultater i tidligere årsrapporter er det vigtigt at have denne ændring in mente. I nærværende rapport er alle resultater beregnet efter de nye aldersgrænser. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen, hvor data for de relevante variable er oplyst.

## Konklusion og anbefalinger fra den faglige styregruppe

Som det fremgår af oversigtstabellen i rapportens sammendrag, så er der generelt på landsplan et højt niveau, og en tilfredsstillende indikatoropfyldelse. Gennemgående er det dog, når man ser detaljerne for de enkelte indikatorer og kommentarerne hertil, at der er et stort problem med manglende eller utilstrækkelige indberetninger. Det er ikke et nyt problem, idet det har været gennemgående siden den første indikatorrapport fra 2006-7. DBCG er dog overbevist om, at de tiltag, der i de seneste år er gjort for at forbedre situationen langsomt er ved at bære frugt. Det er specielt de automatiske elektroniske rykkersystemer, der nu er indført for såvel kirurgiske, patologiske som medicinske data, der forventes at ville minimere dette problem. Der er da også i dette års rapport adskillige indikatorer, der peget på, at der er en positiv udvikling. Styregruppen har knyttet en række kommentarer til de enkelte indikatorer. For en stor dels vedkommende (indikator 3, 4, 5, 10 og 12) er der ikke fundet grund til at give specifikke anbefalinger med henblik på opstramninger og forbedringer. Det anser styregruppen for særdeles tilfredsstillende. Derimod er det fundet påkrævet at påtale enkelte afdelinger i forhold til indikatorerne 7, 8, 9, 11 og 13. Anbefalingerne vedrører primært opstramning af indberetning af data.

I dette års rapport er der kun ét privathospital - Mølholm Klinikken. Der er kun behandlet 2 patienter der, og styregruppen anser det ikke relevant at kommentere på disse tal. Det er opfattelsen, at brystkræftkirurgi ikke længere udføres på klinikken.

# Regionale kommentarer til indikatorrapport 2014

Region Midtjylland har indsendt følgende kommentar til indikator 8:

Onkologisk afdeling i Herning har ikke ændret behandlingsstrategi i forhold til tidligere år, og kan derfor ikke umiddelbart forklare den lavere målopfyldelse sammenlignet med forrige år. Afdelingen vurderer, at en mulig forklaring kan være, at de udsendte rykkerlister ikke har indeholdt alle oplysninger om manglende indberetninger, og derfor ikke har givet optimale betingelser for at få efterindberettet patienter. Der vil i dialog mellem databasen, regionen og afdelingen blive fulgt op på dette.

## 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 eller uden for risikoklassifikation), diagnosen invasiv brystkræft (IBC) og operabel tumor. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på kirurgi- og patologi-afdelinger ses i tabel 1a og 1b. Fra årsrapport 2014 inkluderes alle patienter fra 18 år, i tidligere årsrapporter blev populationerne for indikator 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12 og 13 afgrænset til aldersgruppen mellem 18 og 75 år. 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 1: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater).

Rapportens resultater er baseret på dataudtræk fra forskellige kilder: DBCG den 1. april 2015, Patologidatabanken den 26. marts 2015 (levereret af RKKP), LPR den 7. april 2015 (levereret af SSI Forskerservice).

Fra 1. januar 2015 afrapporteres indikatorresultatet hver måned til RKKP, som føder det til de regionale ledelsesinformationssystemer. I forbindelse med denne ændring blev der indført en revideret data-standard, som indeholder krav om en detaljeret afrapportering af eksklusionsårsager for hver indikatorpopulation. Disse ændringer har givet anledning til en omfattende revision og re-programmering af beregningsgrundlaget for kvalitetsindikatorerne.

Efter indførelsen af den løbende afrapportering giver de regionale ledelsesinformationssystemer adgang til tidstro kontrolplots af egne indikatorresultater versus inklusionsår eller inklusionsmåned. Styregruppen har på denne baggrund vurderet, at det ikke længere er relevant at inkludere afdelingsspecifikke kontrolplots i årsrapporten.



**Tabel 1a.** Kvinder fra 18 år med operabel\* primær invasiv brystkræft (IBC, C50) og kendt risikoallokering efter region og kirurgiafdeling.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2011	2012	2013	2014	
DANMARK	3884	3830	3865	3826	15405
HOVEDSTADEN	1164	1207	1261	1206	4838
SJÆLLAND	595	531	562	565	2253
SYDDANMARK	908	881	846	887	3522
MIDTJYLLAND	818	810	828	800	3256
NORDJYLLAND	368	375	355	366	1464
RIGSHOSPITALET	563	600	644	593	2400
HERLEV	601	607	617	613	2438
RINGSTED	595	531	562	565	2253
ODENSE	236	295	282	273	1086
AABENRAA	205	186	191	183	765
ESBJERG	186	139	153	146	624
VEJLE	281	261	220	285	1047
AARHUS	286	272	319	327	1204
RANDERS	147	164	160	152	623
VIBORG	261	374	349	321	1305
HOLSTEBRO**	124	.	.	.	124
AALBORG	255	248	232	238	973
HJØRRING	113	127	123	128	491
MØLHOLM	19	8	10	2	39
HAMLET**	12	18	3	.	33

\* Præoperativ klassifikation til kurativ operation, neo-adjuverende behandling eller uoplyst, og eksklusion ved klassifikation til mindre indgreb/biopsi alene samt angivelse af lokal fremskreden sygdom eller fjerne metastase.

\*\* Indgår ikke i årsrapport 2014, da afdelingerne ikke var aktive dette år.

**Tabel 1b.** Kvinder fra 18 år med operabel\* primær invasiv brystkræft (IBC, C50) og kendt risikoallokering efter region og patologiafdeling.

Antal patienter per patologisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2011	2012	2013	2014	
DANMARK	3881	3830	3865	3826	15402
HOVEDSTADEN	1174	1220	1259	1202	4855
SJÆLLAND	599	535	567	567	2268
SYDDANMARK	925	889	853	889	3556
MIDTJYLLAND	818	811	831	801	3261
NORDJYLLAND	368	375	355	367	1465
RIGSHOSPITALET	571	612	642	589	2414
HERLEV	601	608	617	613	2439
SLAGELSE	599	535	567	567	2268
ODENSE	232	295	282	275	1084
SØNDERBORG	208	186	189	183	766
ESBJERG	186	139	153	146	624
VEJLE	298	269	229	285	1081
HOLSTEBRO	123	1	3	4	131
AARHUS	285	272	319	327	1203
RANDERS	145	164	162	152	623
VIBORG	64	374	347	318	1103
SKIVE**	201	.	.	.	201
AALBORG	254	249	231	236	970
HJØRRING	114	126	124	131	495

\* Præoperativ klassifikation til kurativ operation, neo-adjuverende behandling eller uoplyst, og eksklusion ved klassifikation til mindre indgreb/biopsi alene samt angivelse af lokal fremskreden sygdom eller fjerne metastase.

\*\* Indgår ikke i årsrapport 2014, da afdelingen ikke var aktiv dette år.

## 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.

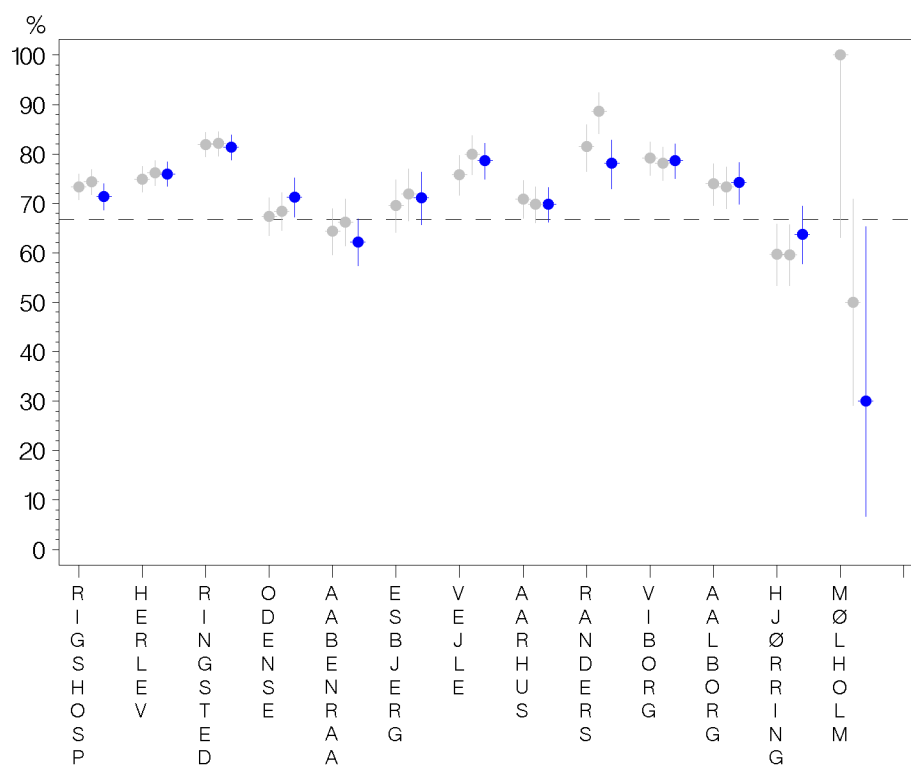
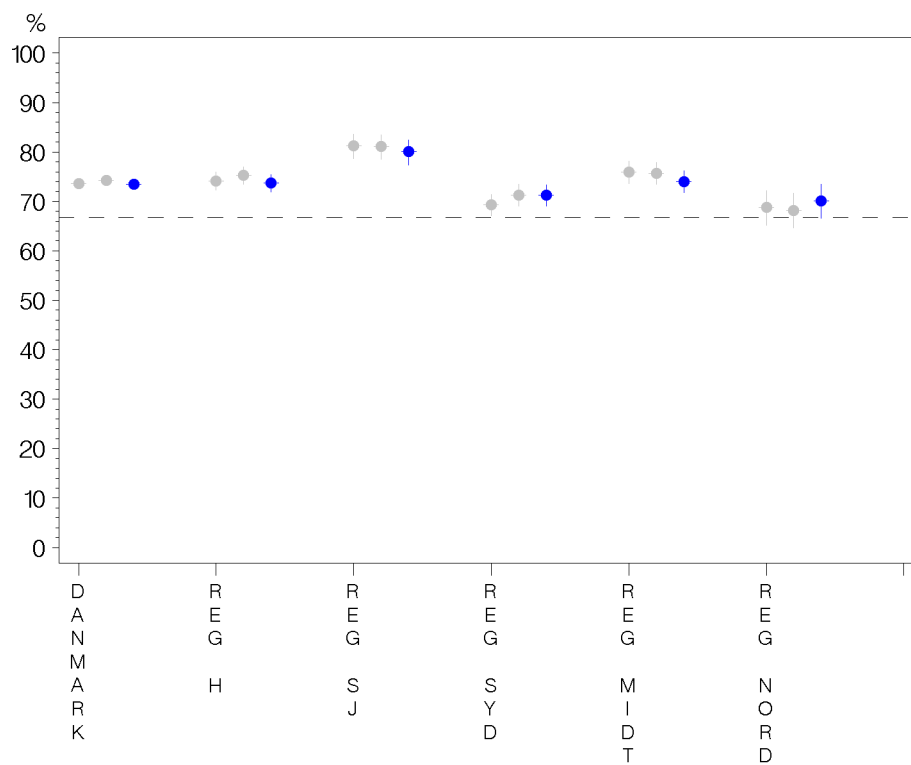
**Formål:** En høj benign operationsaktivitet bør medføre en vurdering af kvaliteten af den præoperative diagnostiske udredning, herunder især kvaliteten af samarbejdet mellem billeddiagnostiker og patolog. Desuden bør mulighederne for benign mammakirurgi i privat speciallægepraksis klarlægges.

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: 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 opereret i brystet i 2012-2014. 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 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	7380	100	7380	5419	1961	73 (72-74)	74	100	74	100
HOVEDSTADEN	2356	100	2356	1736	620	74 (72-75)	75	100	74	100
SJÆLLAND	997	100	997	798	199	80 (77-82)	81	100	81	100
SYDDANMARK	1762	100	1762	1255	507	71 (69-73)	71	100	69	100
MIDTJYLLAND	1528	100	1528	1131	397	74 (72-76)	76	100	76	100
NORDJYLLAND	707	100	707	496	211	70 (67-74)	68	100	69	100
RIGSHOSPITALET	1177	100	1177	840	337	71 (69-74)	74	100	73	100
HERLEV	1179	100	1179	896	283	76 (73-78)	76	100	75	100
RINGSTED	979	100	979	797	182	81 (79-84)	82	100	82	100
ANDEN AFD./OPHØRT REG.SJ	18	100	18	1	17	6 (0-27)	0	100	0	100
ODENSE	537	100	537	383	154	71 (67-75)	68	100	67	100
AABENRAA	423	100	423	263	160	62 (57-67)	66	100	64	100
ESBJERG	295	100	295	210	85	71 (66-76)	72	100	70	100
VEJLE	507	100	507	399	108	79 (75-82)	80	100	76	100
AARHUS	685	100	685	478	207	70 (66-73)	70	100	71	100
RANDERS	284	100	284	222	62	78 (73-83)	89	100	82	100
VIBORG	548	100	548	431	117	79 (75-82)	78	100	79	100
ANDEN AFD./OPHØRT REG.MIDT	11	100	11	0	11	0 (0-28)	8	100	20	100
AALBORG	434	100	434	322	112	74 (70-78)	73	100	74	100
HJØRRING	273	100	273	174	99	64 (58-69)	60	100	60	100
MØLHOLM	10	100	10	3	7	30 (7-65)	50	100	100	100
UOPLYST	20	100	20	0	20	0 (0-17)	23	100	43	100



**Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.**

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2012-2013 (grå signatur) og 2014 (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. Landsresultatet for 2014 er 73 % opfyldelse, men dækker over betydelige forskelle mellem regionerne. Andelen af maligne og in situ diagnoser blandt brystopererede kvinder varierer fra 80 % i Region Sjælland, over 74 % i Region Midtjylland og Region Hovedstaden, til 71 % og 70 % i Region Syddanmark og Region Nordjylland. Disse resultater ligger tæt på niveauet for 2011 og 2012.

## Styregruppens kommentarer til indikator 3

Alle regioner ligger samlet set over referenceværdien på 67 %, hvilket er tilfredsstillende. Der er fortsat nogen variation, men den er mindre end sidste år. To afdelinger ligger lige under den angivne referenceværdi, men begge afviger dog ikke signifikant. Resultatet er tilfredsstillende, og anbefalinger er ikke påkrævet for de offentlige afdelinger. Som beskrevet i de generelle kommentarer knyttet til sammenfatningen finder styregruppen det ikke relevant at kommentere på Mølholm Klinikken, der kun har behandlet meget få patienter med cancer mammae.

## Anbefalinger til indikator 3

Der er ikke behov for anbefalinger.



## Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden

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

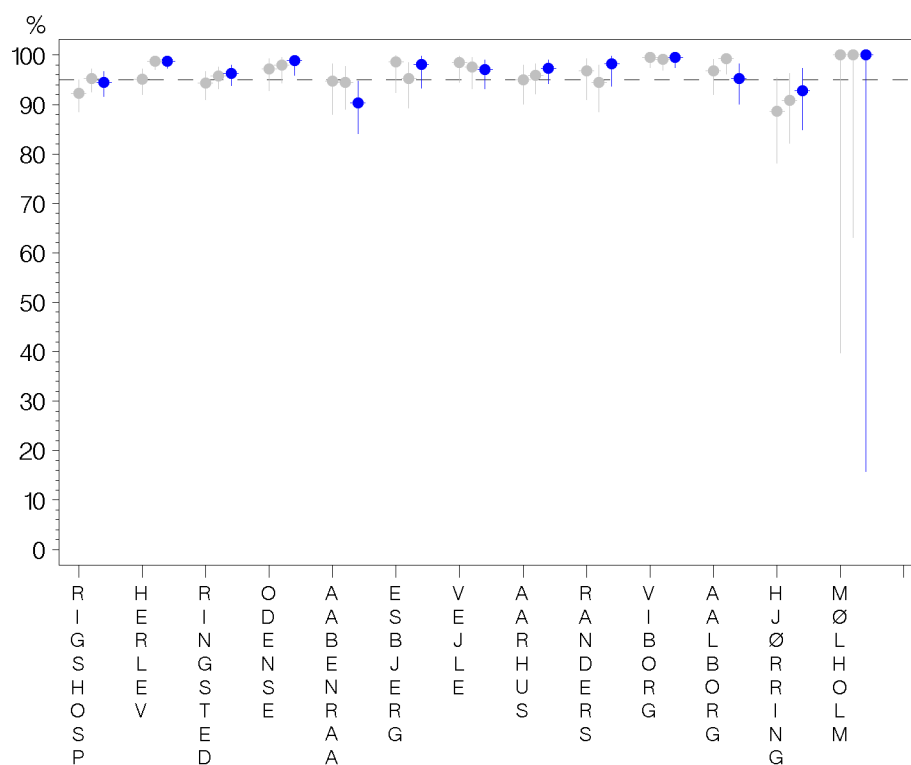
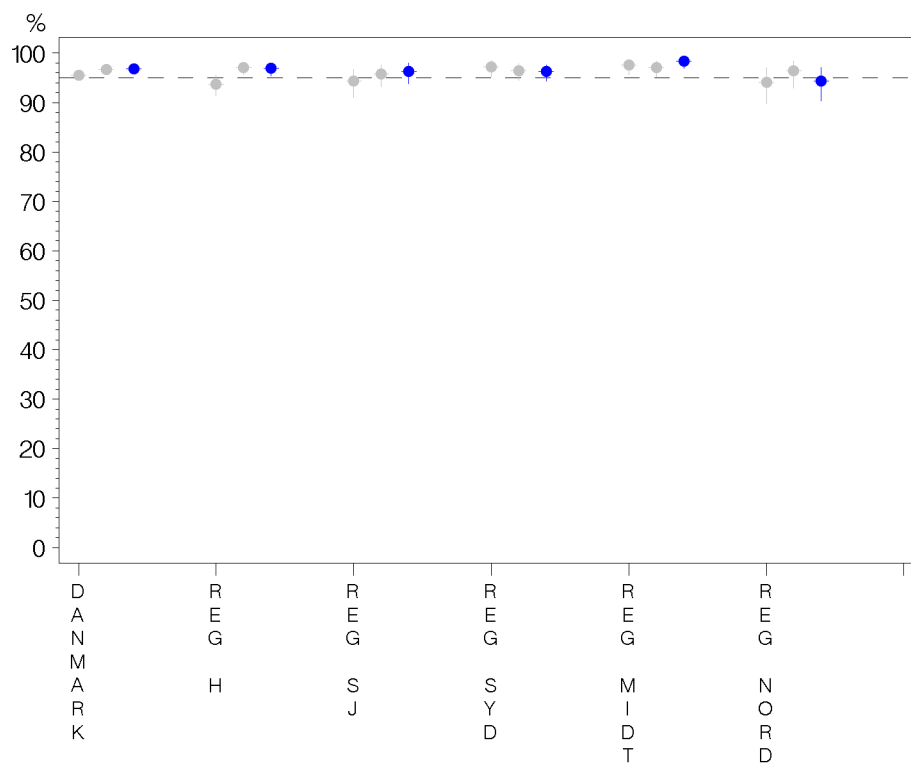
**Standard:** Der findes ikke danske referenceværdier. Et bedste bud er > 95 %.

**Indikatorpopulation:** Kvinder 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 i 2012-2014.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	2495	100	2495	2414	81	97 (96-97)	97	100	96	100
HOVEDSTADEN	772	100	772	748	24	97 (95-98)	97	100	94	100
SJÆLLAND	377	100	377	363	14	96 (94-98)	96	100	94	100
SYDDANMARK	585	100	585	563	22	96 (94-98)	96	100	97	100
MIDTJYLLAND	548	100	548	539	9	98 (97-99)	97	100	98	100
NORDJYLLAND	211	100	211	199	12	94 (90-97)	96	100	94	100
RIGSHOSPITALET	348	100	348	329	19	95 (92-97)	95	100	92	100
HERLEV	424	100	424	419	5	99 (97-100)	99	100	95	100
RINGSTED	377	100	377	363	14	96 (94-98)	96	100	94	100
ODENSE	175	100	175	173	2	99 (96-100)	98	100	97	100
AABENRAA	135	100	135	122	13	90 (84-95)	95	100	95	100
ESBJERG	106	100	106	104	2	98 (93-100)	95	100	99	100
VEJLE	169	100	169	164	5	97 (93-99)	98	100	98	100
AARHUS	221	100	221	215	6	97 (94-99)	96	100	95	100
RANDERS	113	100	113	111	2	98 (94-100)	95	100	97	100
VIBORG	214	100	214	213	1	100 (97-100)	99	100	100	100
AALBORG	128	100	128	122	6	95 (90-98)	99	100	97	100
HJØRRING	83	100	83	77	6	93 (85-97)	91	100	89	100
MØLHOLM	2	100	2	2	0	100 (16-100)	100	100	100	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. Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Gruppen af patienter over 75 år udgør 12 %, og adskiller sig ikke fra resten af populationen (bilag 1). Landsresultatet for 2014 er 97 % opfyldelse, hvilket er ét procent-point højere end resultatet i sidste årsrapport 2013. Indikatoropfyldelsen ligger højt i alle regioner fra 98 % i Midtjylland til 94 % i Nordjylland. Region Hovedstaden og region Sjælland har forbedret resultatet fra 94 % opfyldelse i 2012 til 96-97 % opfyldelse i 2013 og 2014.

## Styregruppens kommentarer til indikator 4

Generelt er der tale om et godt og ensartet resultat, når det anskues på regionsniveau. Det gælder også for de enkelte afdelinger. Aabenraa ligger lavt med 90 % målopfyldelse, hvilket dog ikke adskiller sig signifikant fra referenceværdien på 95 %. Afdelingen har da tidligere heller ikke afvejet fra referenceværdien eller landsgennemsnittet på denne parameter, og resultatet tolkes derfor som udtryk for statistisk variation.

## Anbefalinger til indikator 4

Der er ikke behov for anbefalinger.

## 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 %.

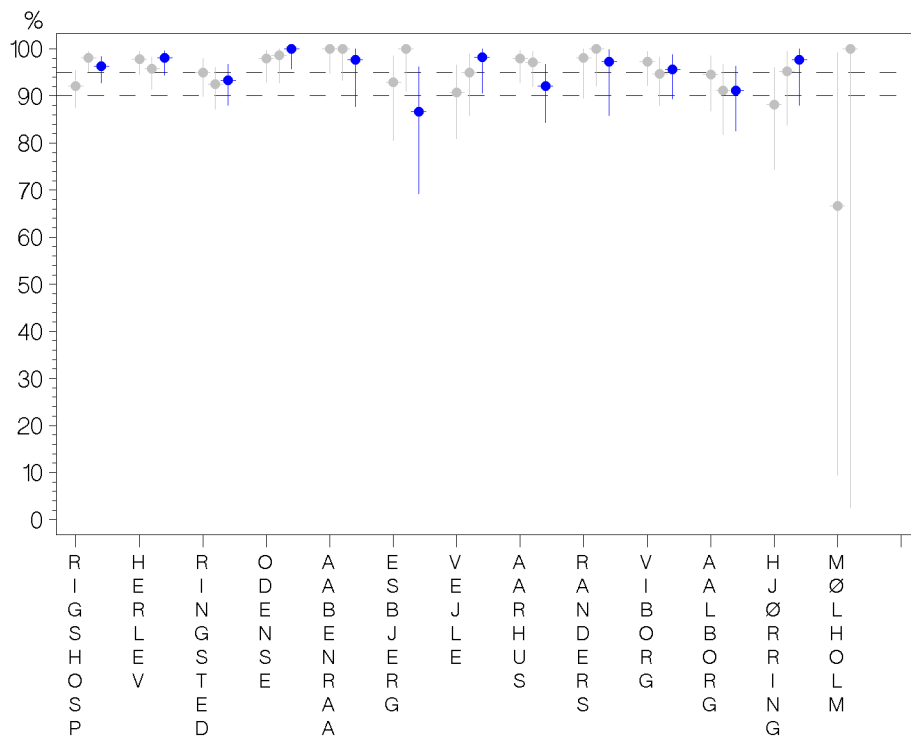
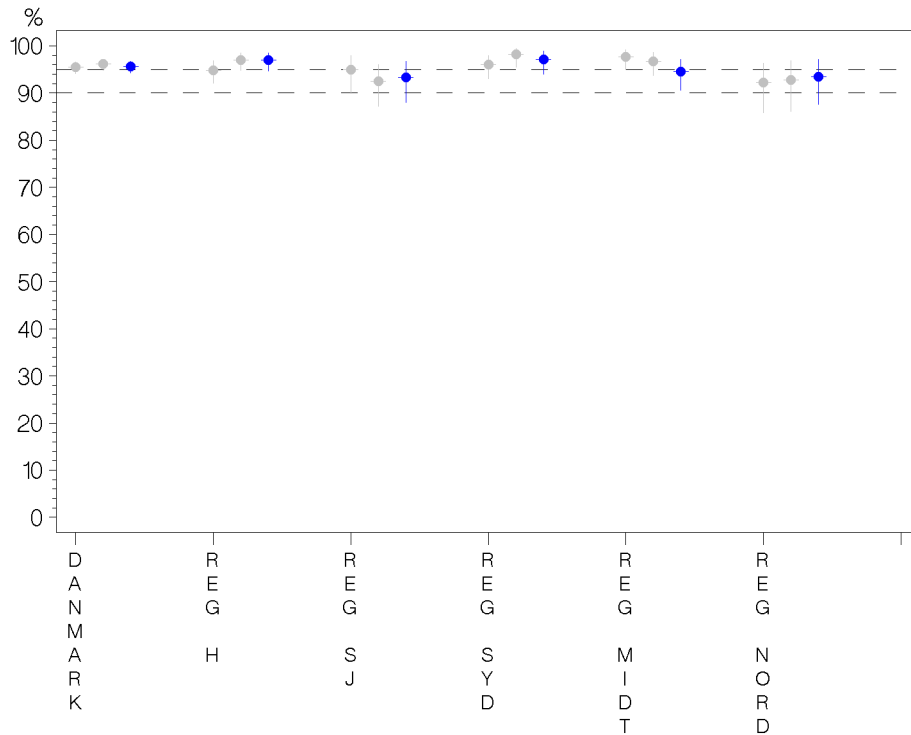
**Indikatorpopulation:** Kvinder med påvist invasiv brystkræft, lymfeknude-metastaser og indberetning af aksilindgreb. Fra 2012 inkluderes patienter med aksilindgreb efter neo-adjuverende behandling. Efter indførelsen af nye retningslinjer 6. februar 2013 ekskluderes patienter med højst to lymfeknuder 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 2012-2014.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	1074	100	1074	1027	47	96 (94-97)	96	100	95	99
HOVEDSTADEN	368	100	368	357	11	97 (95-98)	97	100	95	100
SJÆLLAND	150	100	150	140	10	93 (88-97)	92	100	95	97
SYDDANMARK	215	100	215	209	6	97 (94-99)	98	100	96	97
MIDTJYLLAND	218	100	218	206	12	94 (91-97)	97	100	98	100
NORDJYLLAND	123	100	123	115	8	93 (88-97)	93	100	92	100
RIGSHOSPITALET	215	100	215	207	8	96 (93-98)	98	100	92	100
HERLEV	153	100	153	150	3	98 (94-100)	96	100	98	100
RINGSTED	150	100	150	140	10	93 (88-97)	92	100	95	97
ODENSE	85	100	85	85	0	100 (96-100)	99	100	98	99
AABENRAA	43	100	43	42	1	98 (88-100)	100	100	100	99
ESBJERG	30	100	30	26	4	87 (69-96)	100	100	93	100
VEJLE	57	100	57	56	1	98 (91-100)	95	100	91	92
AARHUS	88	100	88	81	7	92 (84-97)	97	100	98	100
RANDERS	37	100	37	36	1	97 (86-100)	100	100	98	98
VIBORG	93	100	93	89	4	96 (89-99)	95	100	97	100
AALBORG	79	100	79	72	7	91 (83-96)	91	100	95	100
HJØRRING	44	100	44	43	1	98 (88-100)	95	100	88	100
MØLHOLM	0	.	0	0	0	. (-.)	100	100	67	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 2012-2013 (grå signatur) og 2014 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

## Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 5

Den regionsvise indberetningskomplethed for denne indikator ligger meget højt på 100 %. Opfyldelse af indikatoren sker, når der ved aksilindgrebet udtages mindst 10 lymfeknuder. Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Gruppen af patienter over 75 år udgør 16 % af populationen, og har en lavere indikatoropfyldelse end resten (bilag 1). En sammenligning med sidste årsrapport viser, at landsresultatet for 2012 og 2013 er faldet med ét procentpoint fra 97 % til 96 % og fra 96 % til 95 %. Landsresultatet for 2014 er 96 % opfyldelse, men dækker over nogen variation mellem regioner fra 97 % opfyldelse i Hovedstaden og Syddanmark, over 94 % i Midtjylland til 93 % i Sjælland og Nordjylland. Disse resultater ligger tæt på resultaterne for 2013, bortset fra Region Midtjylland, der havde 97 % opfyldelse i 2013.

## Styregruppens kommentarer til indikator 5

Der er et meget ensartet resultat, både når man betragter det på regionsniveau og ser på de enkelte afdelinger. Der er ingen, der signifikant ligger under de angivne referenceværdier for henholdsvis det ønskværdige og det acceptable. Resultatet er af styregruppen vurderet som tilfredsstillende.

## Anbefalinger til indikator 5

Der er ikke behov for anbefalinger.

## Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter

**Beskrivelse:** Indberetning af patienter med datakomplethed til DBCG's register på mamma- og kirurgiskema, patologiskema, 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). Referenceværdien for indberetning til DBCG's register er fastsat til 95 % i Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005).

**Indikatorpopulation:** Kvinder indberettet til DBCG 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 udenfor risikoklassifikation. 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 skemaer, hvor den invasive indikation efterfølgende ikke holder, og afdelingen glemmer at korrigere indberetningen. 2) Indberetning af korrekte patientdata, hvor manglende indberetning forårsager manglende datakomplethed.

Indikatoren er ikke specificeret til at afklare hvilke indberetninger, der forårsager manglende indikatoropfyldelse. Med implementeringen af DBCG's webssystem for kirurgi- og patologirykkere i foråret 2014 kan årsagen til ufuldstændig indberetning nu afklares hurtigt og effektivt.

En mindre del af patienterne registreret i DBCG 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 opfølgningsafdeling for indikator 7', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region og patologiafdeling 2012-2014.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	4743	100	4743	4191	552	88 (87-89)	92	100	93	100
HOVEDSTADEN	1490	100	1490	1279	211	86 (84-88)	89	100	91	100
SJÆLLAND	709	100	709	643	66	91 (88-93)	91	100	94	100
SYDDANMARK	1125	100	1125	1019	106	91 (89-92)	94	100	94	100
MIDTJYLLAND	977	100	977	870	107	89 (87-91)	95	100	97	100
NORDJYLLAND	437	100	437	380	57	87 (83-90)	90	100	93	100
RIGSHOSPITALET	722	100	722	627	95	87 (84-89)	89	100	91	100
HERLEV	765	100	765	652	113	85 (83-88)	90	100	91	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.H	3	100	3	0	3	0 (0-71)	25	100	0	100
SLAGELSE	689	100	689	643	46	93 (91-95)	94	100	96	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.SJ	20	100	20	0	20	0 (0-17)	5	100	11	100
ODENSE**	366	100	366	314	52	86 (82-89)	95	100	91	100
SØNDERBORG	218	100	218	203	15	93 (89-96)	94	100	97	100
ESBJERG	178	100	178	175	3	98 (95-100)	98	100	98	100
VEJLE	355	100	355	327	28	92 (89-95)	93	100	96	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.SYD	8	100	8	0	8	0 (0-37)	0	100	0	100
HOLSTEBRO***	22	100	22	8	14	36 (17-59)	84	100	63	100
AARHUS	381	100	381	353	28	93 (90-95)	94	100	96	100
RANDERS	186	100	186	175	11	94 (90-97)	98	100	99	100
VIBORG	343	100	343	334	9	97 (95-99)	98	100	99	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.MIDT	45	100	45	0	45	0 (0-8)	0	100	0	100
AALBORG	272	100	272	245	27	90 (86-93)	92	100	92	100
HJØRRING	165	100	165	135	30	82 (75-87)	85	100	94	100
UOPLYST	5	100	5	0	5	0 (0-52)	0	100	33	100

\* Se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 7'.

\*\* I Region Syddanmark er 5 patienter i 2014 blevet opereret i Kiel. For disse kan risikoallokering ikke bestemmes på grund af manglende kirurgioplysninger.

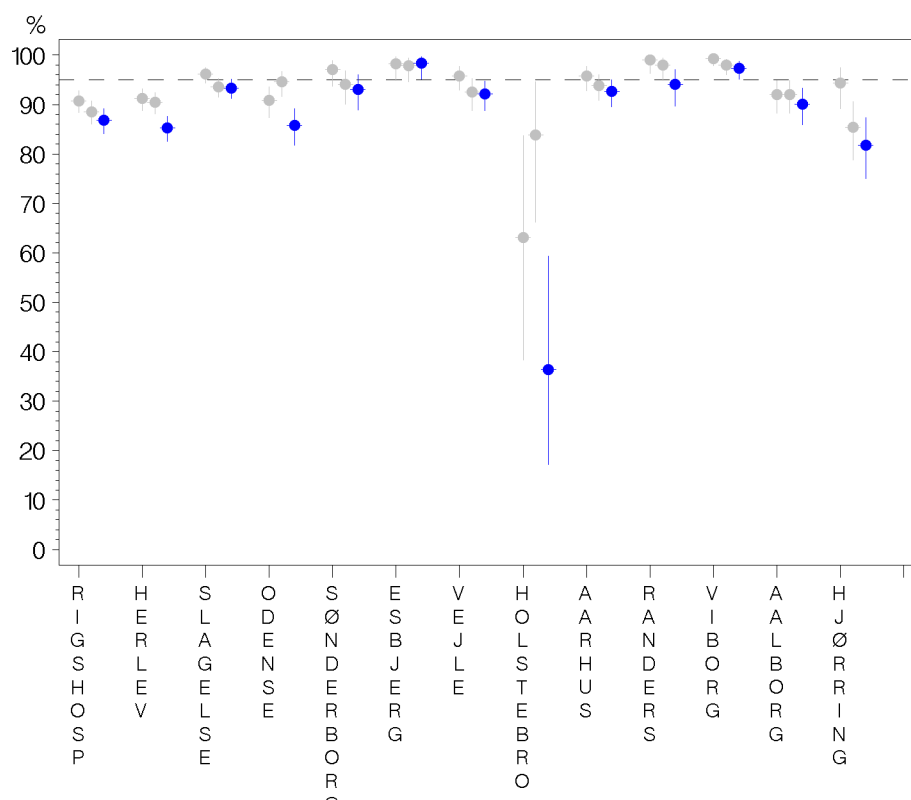
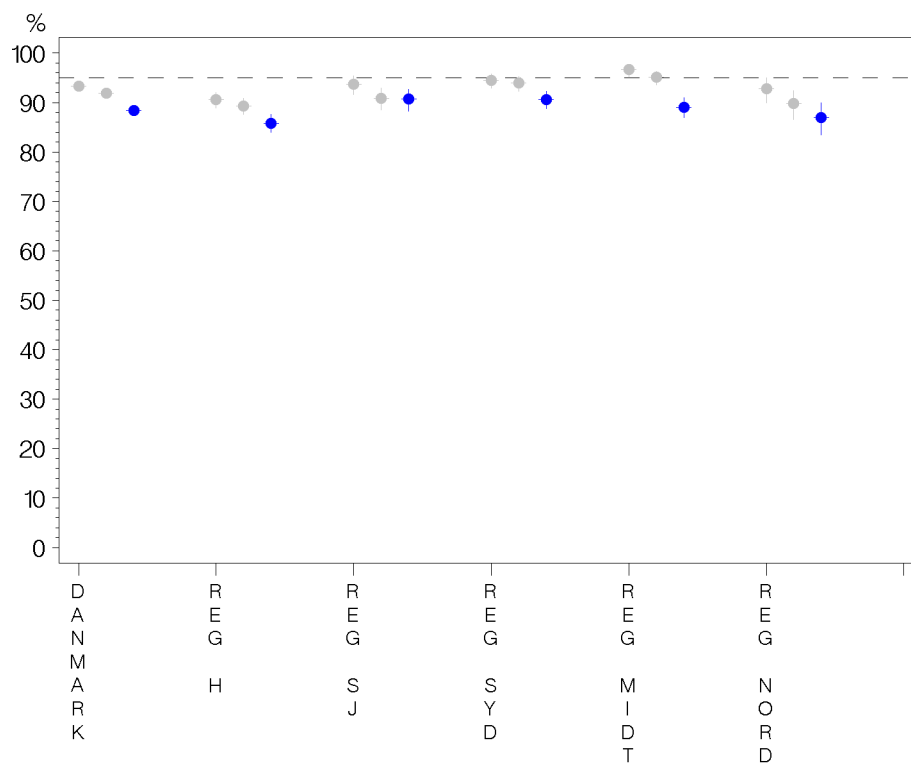
\*\*\* Afdelingen i Holstebro undersøger alene biopsi-præparater.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region og kirurgisk afdeling 2012-2014.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	4743	100	4743	4191	552	88 (87-89)	92	100	93	100
HOVEDSTADEN	1495	100	1495	1283	212	86 (84-88)	89	100	91	100
SJÆLLAND	707	100	707	641	66	91 (88-93)	91	100	94	100
SYDDANMARK	1122	100	1122	1017	105	91 (89-92)	94	100	94	100
MIDTJYLLAND	976	100	976	869	107	89 (87-91)	95	100	97	100
NORDJYLLAND	436	100	436	379	57	87 (83-90)	90	100	93	100
RIGSHOSPITALET	727	100	727	632	95	87 (84-89)	88	100	90	100
HERLEV	765	100	765	651	114	85 (82-88)	90	100	91	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.H	3	100	3	0	3	0 (0-71)	25	100	0	100
RINGSTED	692	100	692	640	52	92 (90-94)	92	100	95	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.SJ	15	100	15	1	14	7 (0-32)	0	100	0	100
ODENSE**	360	100	360	310	50	86 (82-90)	95	100	91	100
AABENRAA	224	100	224	203	21	91 (86-94)	93	100	97	100
ESBJERG	181	100	181	176	5	97 (94-99)	98	100	98	100
VEJLE	355	100	355	328	27	92 (89-95)	92	100	96	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.SYD	2	100	2	0	2	0 (0-84)	0	100	60	100
AARHUS	381	100	381	354	27	93 (90-95)	93	100	96	100
RANDERS	185	100	185	174	11	94 (90-97)	99	100	99	100
VIBORG	362	100	362	341	21	94 (91-96)	97	100	98	100
ANDEN AFD. / OPHØRT REG.MIDT	48	100	48	0	48	0 (0-7)	0	100	0	100
AALBORG	275	100	275	247	28	90 (86-93)	93	100	92	100
HJØRRING	161	100	161	132	29	82 (75-88)	85	100	94	100
MØLHOLM	2	100	2	2	0	100 (16-100)	100	100	100	100
UOPLYST	5	100	5	0	5	0 (0-52)	50	100	90	100

\* Se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 7'.

\*\* I Region Syddanmark er 5 patienter i 2014 blevet opereret i Kiel. For disse kan risikoallokering ikke bestemmes på grund af manglende kirurgioplysninger.



**Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.**

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per patologiafdeling i 2012-2013 (grå signatur) og 2014 (blå signatur). Referenceværdier: > 95 % (stiplet linje).



## Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Indførelsen af rykkersystemet for patologi- og kirurgiindberetning i foråret 2014 har givet anledning til en markant øget efterindberetning af manglende data. Indikatorresultatet er desuden positivt påvirket af, at indberetning på komorbiditetsskema fra oktober 2014 er udeladt af indikatorpopulationen som følge af en høj grad af inkonsistens i angivelse af indikation. I forhold til årsrapport 2013 er landsresultatet forbedret med 6 procent-point i både 2012 (87 % til 93 %) og 2013 (86 % til 92 %). Landsresultatet for 2014 er 88 % opfyldelse, altså noget lavere end i 2012 og 2013, hvilket indikerer at efterindberetning som svar på rykkere har en effekt. De regionale resultater varierer fra 91 % opfyldelse i Sjælland og Syddanmark, over 89 % opfyldelse i Midtjylland til 87 % og 86 % i Nordjylland og Hovedstaden. Patologiafdelingen i Holstebro har en meget lav indikatoropfyldelse på 36 %, hvilket kan henføres til statistisk tilfældighed i en lille population (n=22), samt at afdelingen som den eneste ikke undersøger operationspræparater, men alene biopsi-præparater.

## Styregruppens kommentarer til indikator 7

Denne indikator er tidligere fremhævet som helt essentiel og der har derfor været rejst stærk kritik af, at indikatoropfyldelsen ikke har levet op til referenceværdien. Det er da heller ikke tilfældet i det forløbne år, hvor der på landsplan kun er en opfyldelse på 88 %. Styregruppen anser alligevel de fremlagte data som opmuntrende, idet det tydeligt fremgår, at der har været en betydelig efterindberetning, som har forbedret resultatet for de forudgående 2 år (2012 og 2013). Det er udførligt beskrevet i ovenstående klinisk epidemiologiske kommentarer. Vi er af den opfattelse, at dette beror på, at de elektroniske rykkersystemer, der er indført, nu fungerer og fører til bedre indberetning. Region Hovedstaden og Rigshospitalet og Herlev har i de sidste 3 år ligget signifikant under 95 % opfyldelse, og om end der som følge af indberetning er sket forbedring, så ligger niveauet forsat signifikant under referenceværdien. Hjørring har en opfyldelse for de sidste 2 år, der ligger betydeligt lavere end referenceværdien og skiller sig ud fra landsgennemsnittet. For Holstebro gælder det specielle forhold, at patologiafdelingen der korresponderer med den kirurgiske afdeling i Viborg. Resultatet kan derfor ikke ses isoleret for Holstebro, men må ses i sammenhæng med Viborg. Beregnes indikatoren samlet for patologiafdelingerne i Holstebro og Viborg, bliver indikatorværdien 94 %.

Der blev i sidste års Kvalitetsindikatorrapport anbefalet, at man gjorde en ekstra indsats i Region Hovedstaden og i Aalborg. De aktuelle tal kan tolkes derhen, at man i nogen udstrækning har taget kritikken til efterretning. Specielt ses forbedringer i Aalborg. Som med al anden indberetning, er det optimalt, at indberetningen sker med det samme og ikke først efter nogen forsinkelse og som følge af rykkere. Derfor er der behov for forbedringer i alle regioner. På afdelingsniveau falder afdelingerne i hovedstaden, Odense, Aalborg og Hjørring i øjnene.

## Anbefalinger til indikator 7

I Region Hovedstaden er der behov for opstramning på dette område inklusive bedre respons på modtagne rykkere. Odense, Aalborg og Hjørring bør se til, at indberetning af de nødvendige data sker umiddelbart i forbindelse med behandling af patienterne og ikke på et senere tidspunkt.

## 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.

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

**Indikatorpopulation:** Kvinder 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 allokeringsskema eller opståede vanskeligheder i forbindelse med behandlingsregimet

Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2011-2013, fordi medicinsk behandling helt overvejende gives i det post-operative forløb, og der desuden er forsinkelse på registreringen. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten mindst én gang har modtaget den foreskrevne behandling (kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling).

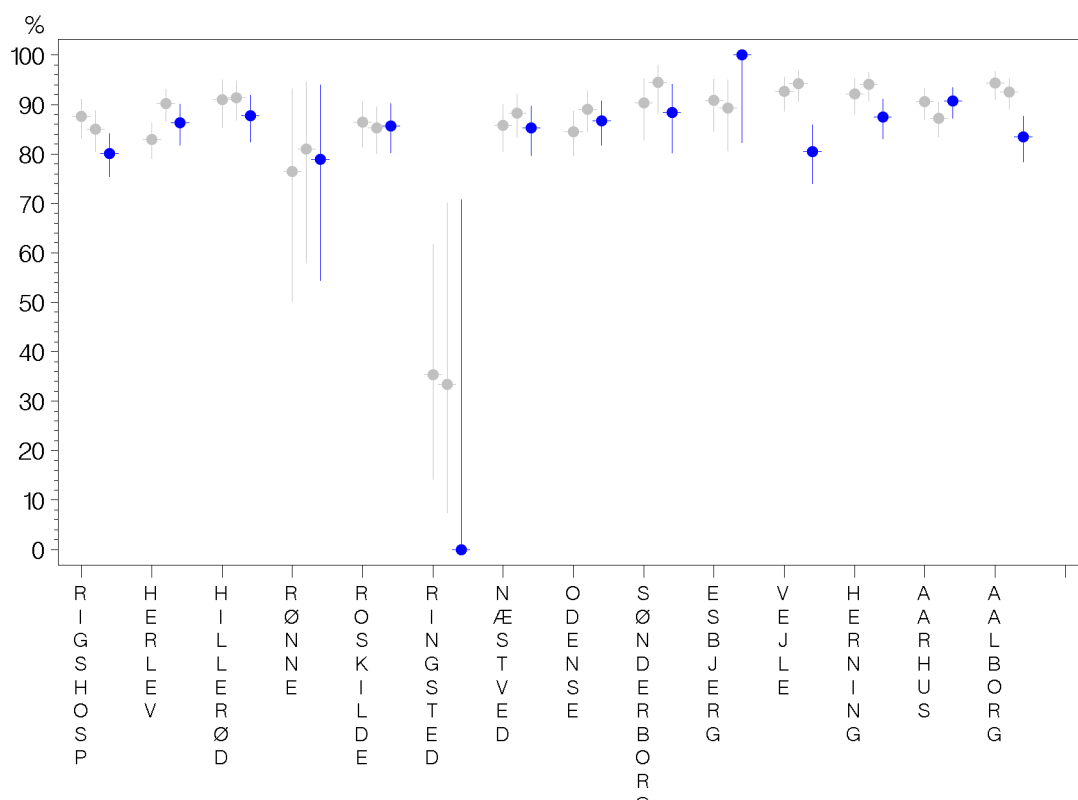
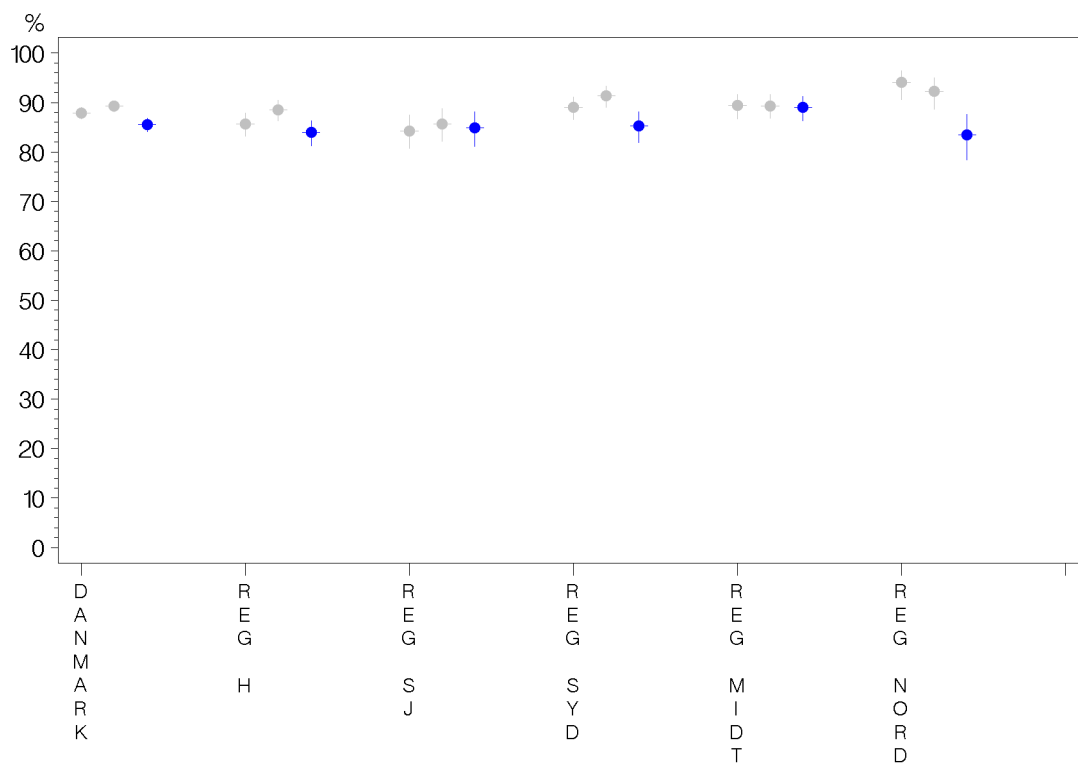
Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: indberetning fra flow-afdeling, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), indberetning fra onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG operationsafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling 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 operationsafdelingen til den samarbejdende onkologiske afdeling er denne procedure behæftet med usikkerhed som følge af en række forhold: (a) forskellige optageområder mellem kirurgi og onkologi, (b) visse typer specialiseret kirurgi udføres centralt på universitetssygehusene, (c) stråleterapi gives på en anden afdeling end den medicinske behandling, (d) patienter der ikke ønsker medicinsk behandling henvises ikke samt (e) endokrin terapi varetages i et vist omfang af kirurger.

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer for operationsår 2011-2013. Resultater baseret på udtræk af behandlingsdata per 4. juni 2015.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	3457	79	2731	2335	396	85 (84-87)	89	90	88	91
HOVEDSTADEN	1125	75	847	711	136	84 (81-86)	89	87	86	88
SJÆLLAND	523	81	423	359	64	85 (81-88)	86	93	84	90
SYDDANMARK	753	72	541	461	80	85 (82-88)	91	87	89	94
MIDTJYLLAND	739	89	655	583	72	89 (86-91)	89	95	89	96
NORDJYLLAND	315	84	265	221	44	83 (78-88)	92	90	94	90
RIGSHOSPITALET	434	79	341	273	68	80 (75-84)	85	83	88	84
HERLEV	451	63	284	245	39	86 (82-90)	90	84	83	87
HILLERØD	221	92	203	178	25	88 (82-92)	91	99	91	100
RØNNE	19	100	19	15	4	79 (54-94)	81	100	76	100
ROSKILDE	279	75	210	180	30	86 (80-90)	85	100	86	99
RINGSTED	10	30	3	0	3	0 (0-71)	33	21	35	26
NÆSTVED	234	90	210	179	31	85 (80-90)	88	99	86	100
ODENSE	259	93	241	209	32	87 (82-91)	89	92	85	96
SØNDERBORG	168	57	95	84	11	88 (80-94)	94	99	90	98
ESBJERG	122	16	19	19	0	100 (82-100)	89	73	91	94
VEJLE	201	92	184	148	36	80 (74-86)	94	97	93	98
ANDEN AFD./ OPHØRT REG.SYD	3	67	2	1	1	50 (1-99)	73	27	71	23
HERNING	304	95	288	252	36	88 (83-91)	94	100	92	100
AARHUS	428	85	365	331	34	91 (87-93)	87	100	91	100
ANDEN AFD./ OPHØRT REG.MIDT	7	29	2	0	2	0 (0-84)	22	22	69	65
AALBORG	313	85	265	221	44	83 (78-88)	93	94	94	93
ANDEN AFD./ OPHØRT REG.NORD	2	0	0	0	0	. (-.)	50	12	50	15
UOPLYST	2	0	0	0	0	. (-.)	.	0	.	0

\* Se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8'.



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur).

## Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 8

For denne indikator bestemmes den indberettende afdeling ud fra den første flow-indberetning. Ved manglende indberetning af medicinsk behandling sker allokering til afdeling ifølge en prioriteret søgning efter: henvisning fra kirurgisk afdeling, indberetning til onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG operationsafdeling. Andelen af patienter med kirurgisk henvisning eller med LPR-indberetning er høj for Rigshospitalet (8 %), Herlev (12 %), Roskilde (9 %), Sønderborg (20 %) og Esbjerg (28 %). Søgeproceduren og dens resultater og validitet er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8'. Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Aldersgruppen over 75 år udgør 12 % af populationen, og har lavere indberetningskomplethed og indikatoropfyldelse end resten af indikatorpopulationen (se bilag 1). Indberetningskompletheden for 2013 varierer markant mellem regionerne: Midtjylland har 89 % komplethed, fulgt af Nordjylland og Sjælland med 84 % og 81 %, mens Hovedstaden og Syddanmark har 75 % og 72 % komplethed. Den nationale indberetningskomplethed for 2013 er 79 %, hvilket er betydeligt lavere end i 2011 og 2012, hvor kompletheden var 89 % og 91 %. Denne store forbedring over tid afspejler en forsinket indberetning af medicinsk behandling.

Den nationale indikatoropfyldelse for 2013 er 85 %, hvilket er 4 procent-point lavere end i 2012. Denne markante forskel indikerer, at også indikatorresultatet forbedres med efterindberetning. På regionalt niveau ligger opfyldelsen højst i Midtjylland med 89 %, fulgt af Sjælland og Syddanmark, der begge har 85 % opfyldelse, Hovedstaden med 84 % opfyldelse, og Nordjylland med 83 % opfyldelse.

## Styregruppens kommentarer til indikator 8

Som det er fremhævet i de klinisk epidemiologiske kommentarer, så er grund til at fremhæve to forhold i forhold til denne indikator. Først og fremmest, falder det i øjnene, at indberetningspraksis generelt er utilfredsstillende, og at Esbjerg skiller sig ud med ekstraordinært lav komplethed på kun 16 %. Herlev ligger også med 63 % langt under det niveau, man forventer. Som også fremhævet, er de lave komplethedstal udtryk for, at der sker en betydelig efterindberetning, men styregruppen er af den opfattelse, at der er behov for en generel forbedring på dette område.

Det andet forhold, der er grund til at rette opmærksomhed mod er, at indikatorpopulationen nu også rummer de ældre patienter. Det er velkendt, at de ældre patienter pga. højere komorbiditet i mindre omfang får den adjuverende behandling, deres sygdomsstadium tilsiger, et forhold, som man i DBCG nu har rettet fokus imod. En nylig offentliggjort undersøgelse har vist, at de ældre har en dårligere relativ overlevelse, hvilket kunne indikere, at man er for tilbageholdende med at give adjuverende behandling, og der er et oplagt behov for gennem forskning at afdække, hvorledes denne patientgruppe gives optimal behandling. Med dette in mente, anser styregruppen den foreliggende indikator-opfyldelse for opmuntrende. Indikatoropfyldelsen er,



trods inklusionen af de ældre patienter, på samme niveau som i sidste års rapport, og det betyder, at opfyldelsen for patienter under 75 år er blevet forbedret.

Der er ikke angivet nogen referenceværdi for denne indikator. Styregruppen vil tage op til diskussion i det kommende år om der skal angives en reference for indikatorværdien fra 2015.

### Anbefalinger til indikator 8

Der er behov for at forbedre indberetningen af onkologisk behandlingsdata i alle regioner. Specielt bør man i Esbjerg og Herlev forbedre sig på det punkt.

## 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 allokeret 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 beskrivelsen 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, der er opereret fra 2004 til 2013, 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: 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.

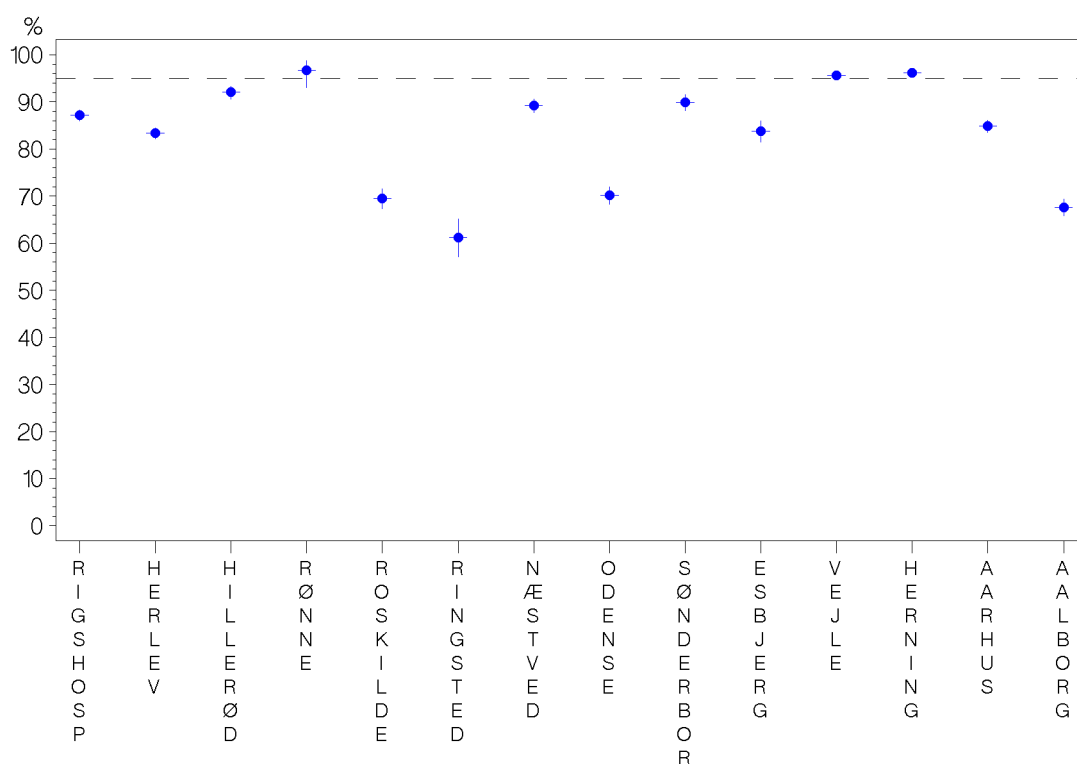
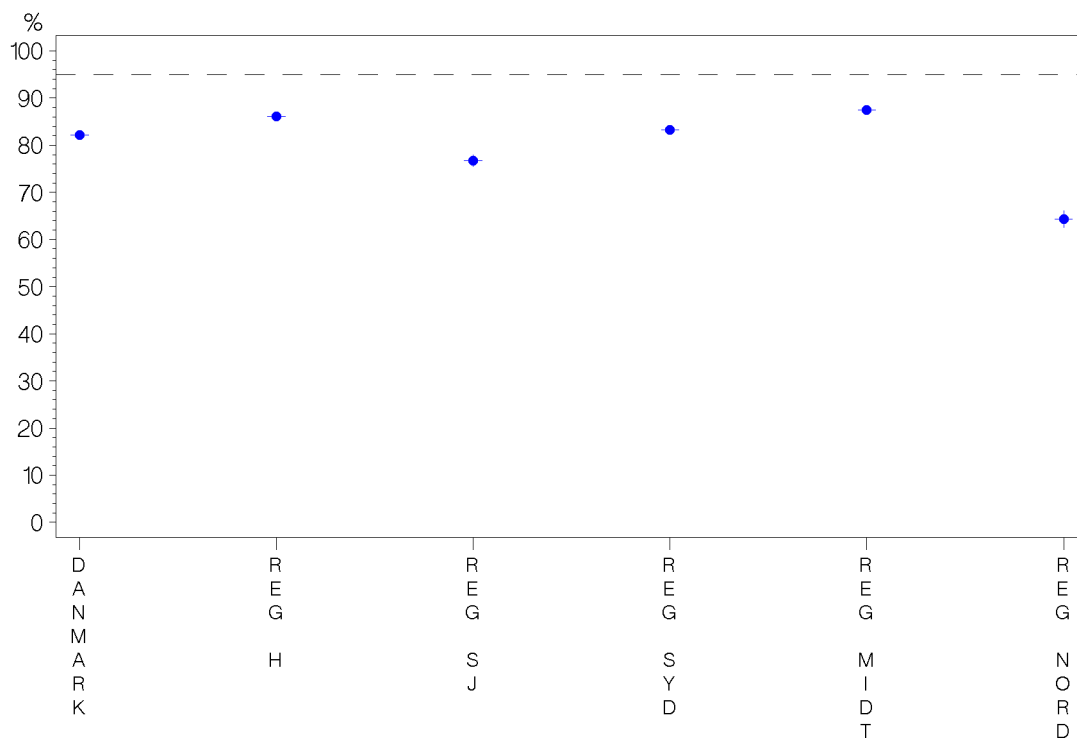
Indikatoren kan ikke bestemmes hvis patienten dør indenfor 1 år efter operationen eller hvis patienten er opereret for mindre end 1 år siden. Derfor har vi i årsrapport 2014 valgt at beskrive indikatoren for patienter opereret i perioden 2004-2013.

## Højrisiko-patienter

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2004-2013, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2004-2013 med KI (%)	Årsrapport 2013 (andel 2003-2012 med KI, %)
DANMARK	29598	100	29598	24301	5297	82 (82-83)	77 (76-77)
HOVEDSTADEN	9330	100	9330	8038	1292	86 (85-87)	75 (74-76)
SJÆLLAND	4395	100	4395	3372	1023	77 (75-78)	77 (76-78)
SYDDANMARK	7119	100	7119	5925	1194	83 (82-84)	70 (69-71)
MIDTJYLLAND	5834	100	5834	5104	730	87 (87-88)	94 (93-95)
NORDJYLLAND	2891	100	2891	1861	1030	64 (63-66)	65 (63-67)
RIGSHOSPITALET	3268	100	3268	2849	419	87 (86-88)	74 (73-76)
HERLEV	4128	100	4128	3442	686	83 (82-85)	70 (68-71)
HILLERØD	1660	100	1660	1528	132	92 (91-93)	87 (85-89)
RØNNE	184	100	184	178	6	97 (93-99)	77 (69-83)
OPHØRT REG.H	90	100	90	41	49	46 (35-56)	62 (48-74)
ROSKILDE	1937	100	1937	1346	591	69 (67-72)	76 (73-78)
RINGSTED	572	100	572	350	222	61 (57-65)	74 (70-78)
NÆSTVED	1876	100	1876	1674	202	89 (88-91)	79 (77-81)
OPHØRT REG.SJ	10	100	10	2	8	20 (3-56)	50 (1-99)
ODENSE	2349	100	2349	1648	701	70 (68-72)	66 (64-68)
SØNDERBORG	1185	100	1185	1066	119	90 (88-92)	64 (61-67)
ESBJERG	1113	100	1113	933	180	84 (82-86)	52 (49-55)
VEJLE	2283	100	2283	2184	99	96 (95-96)	85 (84-87)
OPHØRT REG.SYD	189	100	189	94	95	50 (42-57)	81 (69-89)
HERNING	2109	100	2109	2029	80	96 (95-97)	95 (93-96)
AARHUS	3192	100	3192	2708	484	85 (84-86)	96 (95-97)
OPHØRT REG.MIDT	533	100	533	367	166	69 (65-73)	75 (70-80)
AALBORG	2689	100	2689	1819	870	68 (66-69)	66 (64-68)
OPHØRT REG.NORD	202	100	202	42	160	21 (15-27)	49 (38-61)
UOPLYST	29	100	29	1	28	3 (0-18)	0 (. - .)

\* Se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9': 226 patienter er allokeret til Ringsted som følge af manglende flow-indberetning.



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

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2004-2013. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Patienter der gennemfører DBCG opfølgningsprogram 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 Højrisko

Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Aldersgruppen over 75 år udgør 11 % af populationen, og har lavere indikatoropfyldelse end resten af indikatorpopulationen (se bilag 1). Gennemførelsen af DBCG's opfølgingsprogram for højrisko-patienter opereret i perioden fra 2004 til 2013 varierer betydeligt mellem regionerne: Midtjylland og Hovedstaden har 87 % og 86 % opfyldelse, Syddanmark og Sjælland har 83 % og 77 % opfyldelse, mens Nordjylland har 64 % opfyldelse. I forhold til årsrapport 2013 er landsresultatet forbedret med 5 procent-point fra 77 % til 82 % opfyldelse, men denne fremgang dækker over betydelige forskelle mellem regionerne: Hovedstaden og Syddanmark har store forbedringer på 11 og 13 procent-point, mens Midtjylland med en reduktion på 7 procent-point fra 94 % stadig opnår et godt resultat med 87 % opfyldelse.

Også på afdelingsniveau er resultatudviklingen fra sidste årsrapport i mange tilfælde markant. I region Hovedstaden har alle afdelinger opnået bedre resultater, i region Sjælland har afdelingen i Næstved opnået et bedre resultat, som dog opvejes af ringere resultater i Roskilde og Ringsted, i region Syddanmark har afdelingerne i Sønderborg, Esbjerg og Vejle opnået markant bedre resultater, i region Midtjylland er resultatet i Herning uændret på et højt niveau, mens resultatet i Aarhus er faldet.

## Styregruppens kommentarer til indikator 9 Højrisko

Denne indikator har gennemgående i de forrige 8 års opgørelser vist utilfredsstillende resultater. Det gælder også for dette års opgørelse. Dog er der sket ret betydelig forbedring til en opfyldelse på 82 % mod 77 % i den forrige opgørelse. Forbedringen har været markant i Region Hovedstaden og i Region Syd. Region Nord (Aalborg) skiller sig ud med en betydeligt lavere opfyldelse end de øvrige regioner. Det er også bemærkelsesværdigt, at Aarhus har en betydeligt lavere opfyldelse i den seneste opgørelse i forhold til tidligere. På afdelingsniveau er resultaterne også utilfredsstillende lave i Roskilde, Ringsted og Odense.

For Regions Sjælland gælder fortsat det specielle forhold, at der kun er en kirurgisk afdeling, der refererer til de to onkologiske afdelinger i Næstved og Roskilde, men også i et vist omfang til Rigshospitalet. Det betyder bl.a., at patienter, der aldrig er indberettet fra en af de onkologiske afdelinger, registreres som knyttet til kirurgisk afdeling i Ringsted, som derved tilskrives evt. manglende opfølgning. Fra juni 2013 har det været muligt at registrere korresponderende onkologisk afdeling, hvorfor denne specielle registrering ikke længere forekommer, men da indikatoren gælder for patienter behandlet over en 10-årig periode, vil der fortsat forekomme ældre forløb, der ikke påvirkes af ændringen. Det er derfor ikke relevant at vurdere indikatoren på afdelingsniveau for Ringsteds vedkommende, men mere retvisende at se på regionstallene. Derimod kan man godt foretage en vurdering af indikatoropfyldelsen fra de to onkologiske afdelingers side, men man må altså holde sig for øje, at deres resultat estimeres lidt for højt pga. ovenstående forhold.

## Anbefalinger til indikator 9 Højrisiko

På nuværende tidspunkt er man på regionalt niveau ved at ændre og implementere opfølgingsprogrammerne i henhold til Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Styregruppen har derfor valgt ikke at komme med specifikke anbefalinger, men nøjes med at konstatere, at det generelle billede er utilfredsstillende.

## Lavrisiko-patienter

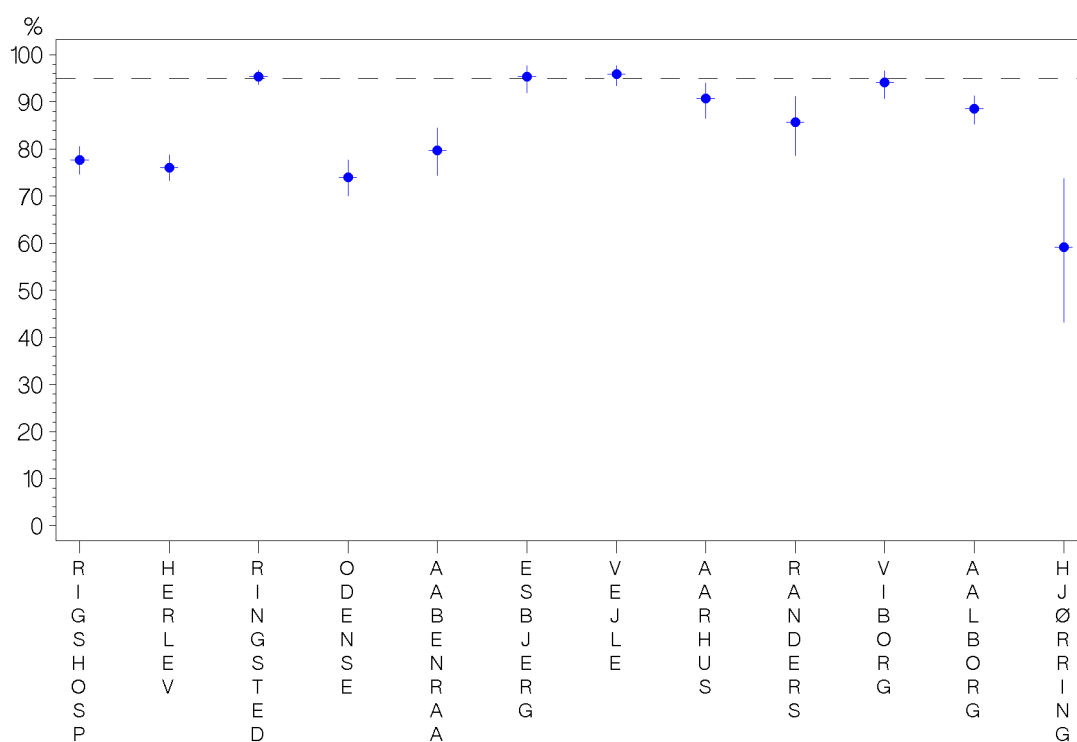
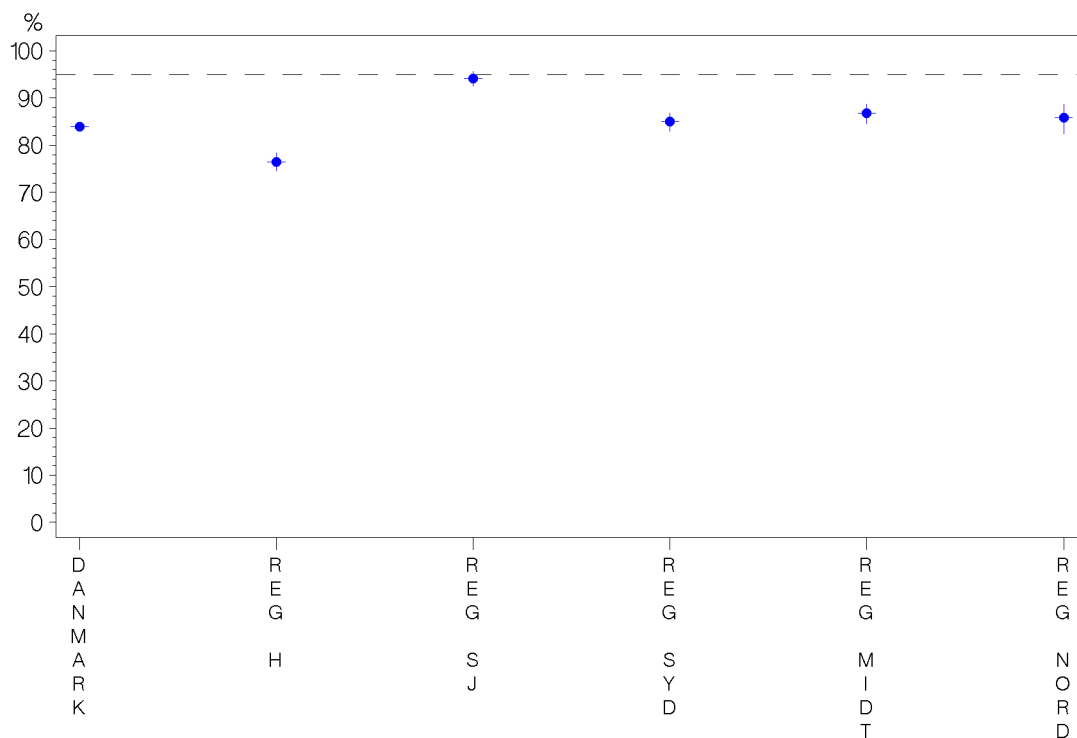
Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2003-2012 der gennemfører DBCG opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller **	Ej opfyldt	Andel 2004-2013 med KI (%)	Årsrapport 2013 (andel 2003-2012 med KI, %)
DANMARK	5855	100	5855	4917	938	84 (83-85)	74 (73-75)
HOVEDSTADEN	1904	100	1904	1456	448	76 (74-78)	71 (68-73)
SJÆLLAND	925	100	925	871	54	94 (92-96)	88 (86-90)
SYDDANMARK	1437	100	1437	1221	216	85 (83-87)	74 (71-76)
MIDTJYLLAND	1082	100	1082	939	143	87 (85-89)	75 (72-78)
NORDJYLLAND	500	100	500	429	71	86 (82-89)	56 (52-61)
RIGSHOSPITALET	819	100	819	636	183	78 (75-80)	79 (76-82)
HERLEV	978	100	978	744	234	76 (73-79)	63 (60-66)
OPHØRT REG.H	107	100	107	76	31	71 (61-79)	70 (60-79)
RINGSTED	826	100	826	788	38	95 (94-97)	89 (87-91)
OPHØRT REG.SJ	99	100	99	83	16	84 (75-90)	82 (73-89)
ODENSE	519	100	519	384	135	74 (70-78)	68 (64-72)
AABENRAA	262	100	262	209	53	80 (74-84)	63 (57-69)
ESBJERG	241	100	241	230	11	95 (92-98)	80 (74-85)
VEJLE	372	100	372	357	15	96 (93-98)	85 (81-89)
OPHØRT REG.SYD	43	100	43	41	2	95 (84-99)	72 (57-84)
AARHUS	250	100	250	227	23	91 (87-94)	55 (50-60)
RANDERS	133	100	133	114	19	86 (79-91)	88 (81-94)
VIBORG	290	100	290	273	17	94 (91-97)	88 (83-91)
OPHØRT REG.MIDT	409	100	409	325	84	79 (75-83)	92 (88-95)
AALBORG	455	100	455	403	52	89 (85-91)	57 (52-61)
HJØRRING	44	100	44	26	18	59 (43-74)	55 (39-70)
OPHØRT REG.NORD	1	100	1	0	1	0 (0-98)	0 (0-97)
UOPLYST	7	100	7	1	6	14 (0-58)	0 (. - .)

\* Se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9'.

\*\* Afslutning fra afdeling 3-10 år efter operation bliver fra 20. august 2010 regnet som gyldig udgang uanset angivelse af årsag.





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

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2004-2013. 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

Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Aldersgruppen over 75 år udgør 8 % af populationen, og har lavere indikatoropfyldelse end resten af indikatorpopulationen (se bilag 1). Gennemførelsen af DBCG's opfølgingsprogram for lavrisiko-patienter opereret i perioden fra 2004 til 2013 varierer betydeligt mellem regionerne: Sjælland har 94 % opfyldelse, Midtjylland, Nordjylland og Syddanmark har 87 %, 86 % og 85 % opfyldelse, mens Hovedstaden har 76 % opfyldelse. I forhold til årsrapport 2013 er landsresultatet forbedret med 10 procent-point fra 74 % til 84 % opfyldelse.

Den markante fremgang kan henføres til forbedret indberetning (4 procent-point) samt justering af indikatorens beregningsalgoritme, hvorefter afslutning fra 3 til 10 år efter operation fra den 20. august 2010 accepteres uanset årsag. Ved den hidtidige beregning blev afslutning kun accepteret, hvis ophørsårsagen var angivet som '3 års kontrol er afsluttet (lavrisiko patient)'. Denne praksis var uhensigtsmæssig, da afdelingerne i Aalborg, Aabenraa, Odense og Herlev har indberettet andre ophørsårsager ved afslutning 3 år efter operation.

I forhold til årsrapport 2013 kan en stor resultatfremgang i Aarhus (36 procent-point) og Esbjerg (15 procent-point) henføres til forbedret indberetning.

## Styregruppens kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Generelt er det et meget uensartet billede, der tegnes, og det samlede resultat på 84 % indikatoropfyldelse må betegnes som ikke tilfredsstillende. Der har dog været en ganske betydelig forbedring med en samlet forbedring på 10 procentpoint fra forrige års rapport. Region Sjælland og afdelingen i Ringsted skiller sig positivt ud sammen med afdelingerne i Esbjerg, Vejle og Viborg, der alle ligger tæt på de 95 procent indikatoropfyldelse, der svarer til referenceværdien. Det bemærkes, at Region Hovedstaden ligger med en indikatorværdi under 80 % og på afdelingsniveau er der tilsvarende mindre end 80 % opfyldelse ved Rigshospitalet, Herlev Hospital, Odense UH, og Hjørring Sygehus. I sidste års rapport rejstes kritik mod flere afdelinger herunder Herlev, Aarhus, Aabenraa og Aalborg. Det har ført til forbedringer de fire steder, men resultatet i Herlev ligger altså fortsat betydeligt under referenceværdien, mens man i Aarhus og Aalborg er kommet tæt på det acceptable. Tilsvarende kritik af Hjørring og Odense har kun ført til relativt beskedne ændringer.

## Anbefalinger til indikator 9 Lavrisiko

Der gives ikke specifikke anbefalinger, men henvises til de kommentarer, der anført under anbefalingerne til indikator 9, højrisiko.

## 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 % konfidensinterval: 5-9 %).

**Indikatorpopulation:** Kvinder 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.

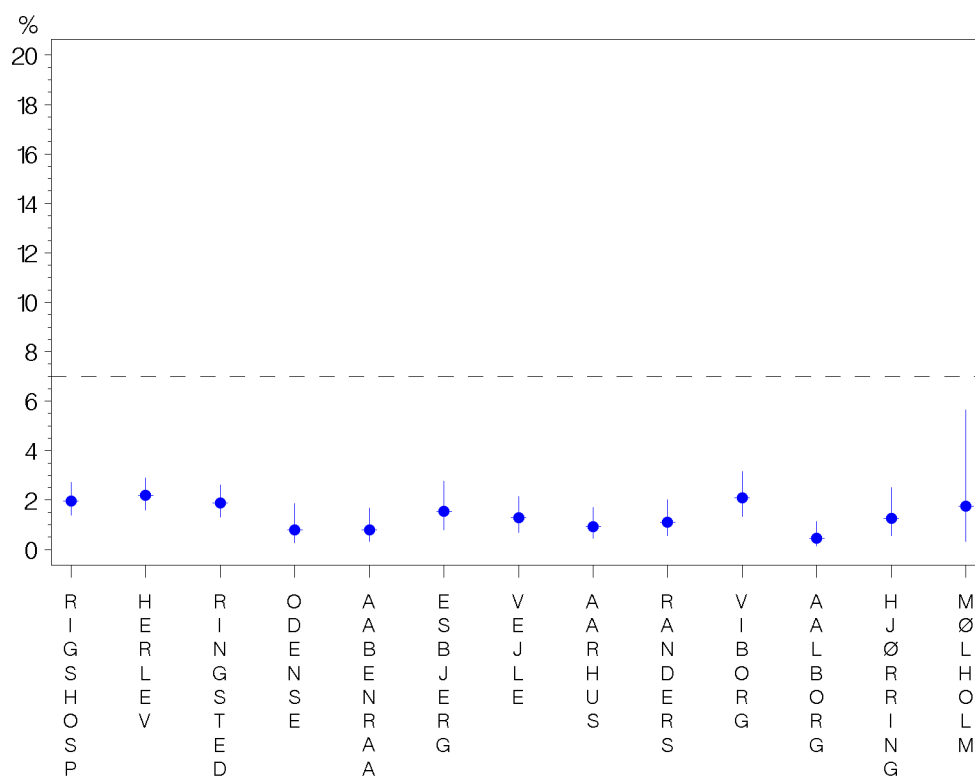
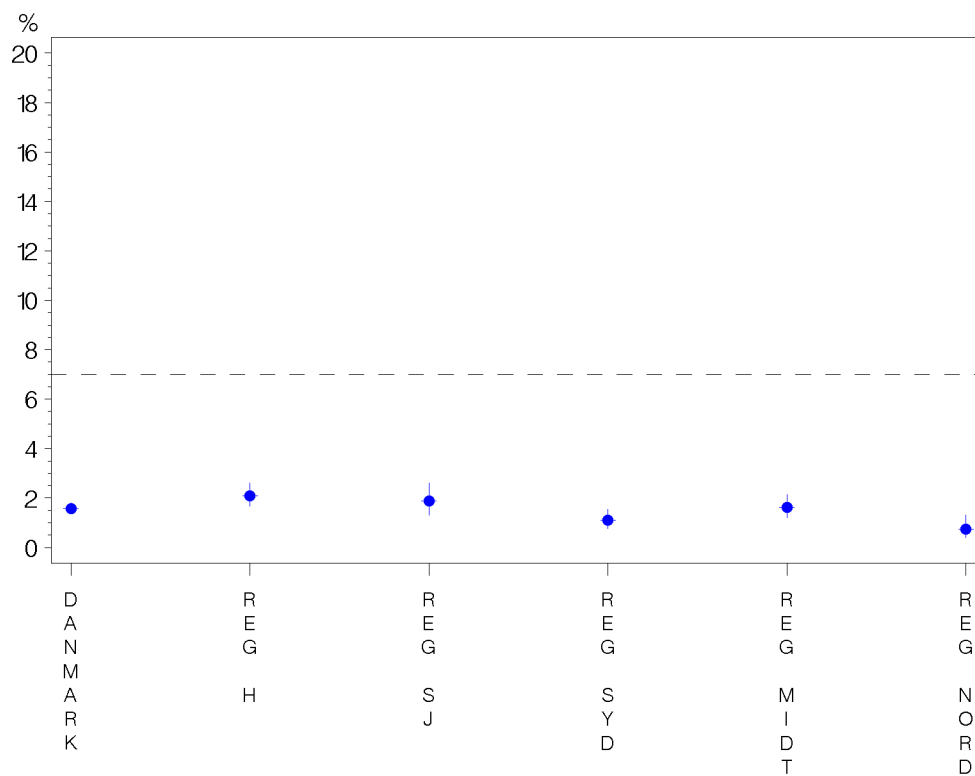
Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

**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 2008-2012. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv ( $\pm$ regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2008-2012 med KI (%)	Nedre KI	Øvre KI
DANMARK	13360	96	12875	180	12695	1.6%	1.4%	1.8%
HOVEDSTADEN	3831	95	3651	72	3579	2.1%	1.7%	2.6%
SJÆLLAND	2286	96	2200	31	2169	1.9%	1.3%	2.6%
SYDDANMARK	3025	97	2927	32	2895	1.1%	0.8%	1.5%
MIDTJYLLAND	2843	99	2805	39	2766	1.6%	1.2%	2.1%
NORDJYLLAND	1161	94	1087	4	1083	0.7%	0.4%	1.3%
RIGSHOSPITALET	1696	96	1625	30	1595	2.0%	1.4%	2.7%
HERLEV	2110	95	2001	41	1960	2.2%	1.6%	2.9%
OPHØRT REG.H	25	100	25	1	24	2.6%	0.2%	12.1%
RINGSTED	2286	96	2200	31	2169	1.9%	1.3%	2.6%
ODENSE	692	98	675	4	671	0.8%	0.3%	1.9%
AABENRAA	743	94	702	7	695	0.8%	0.3%	1.7%
ESBJERG	641	94	605	11	594	1.5%	0.8%	2.8%
VEJLE	949	100	945	10	935	1.3%	0.7%	2.1%
AARHUS	836	99	826	6	820	0.9%	0.4%	1.7%
RANDERS	600	99	594	5	589	1.1%	0.5%	2.0%
VIBORG	1056	98	1036	21	1015	2.1%	1.3%	3.1%
OPHØRT REG.MIDT	351	99	349	7	342	2.7%	1.5%	4.6%
AALBORG	673	95	637	2	635	0.5%	0.2%	1.1%
HJØRRING	488	92	450	2	448	1.3%	0.6%	2.5%
MØLHOLM	97	98	95	2	93	1.7%	0.3%	5.7%
UOPLYST	117	94	110	0	110	1.6%	1.4%	1.8%



**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 2008-2012. Referenceværdi: 7 % af patienter fri for lokalt recidiv ( $\pm$ andre recidiver) efter 5 år.

## Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Patientgruppen over 75 år udgør 11 % af populationen opereret med brystbevarende operation, og er kendetegnet ved en lavere indberetningskomplethed, men en højere indikatoropfyldelse i forhold til gennemsnittet (se bilag 1). Dette afspejles muligvis i udviklingen fra sidste årsrapport 2013, som viser at den nationale indberetningskomplethed er faldet fra 97 % til 95 %, mens indikatorresultatet er uændret 1.6 % opfyldelse. Den regionsvise indberetningskomplethed ligger højt i Midtjylland med 98 %, fulgt af Sjælland og Syddanmark, begge med 96 %, og lavere i Hovedstaden og Nordjylland med 94 % og 89 % komplethed. Den regionsvise indikatoropfyldelse ligger lavt (godt) mellem 0.7 % og 2.1 %. Indikatoropfyldelsen er lavest (bedst) i Nordjylland, der dog samtidig ligger lavest i indberetningskomplethed.

## Styregruppens kommentarer til indikator 10

Det er i tidligere i kvalitetsindikatorrapporterne beskrevet, at resultatet for denne indikator giver et meget tilfredsstillende resultat og dokumenter, at den lokale kontrol efter behandling af brystkræft er særdeles høj. Det gælder også for dette års resultat. Billedet er entydigt for hele landet, og ingen skiller sig ud.

## Anbefalinger til indikator 10

Styregruppen finder det ikke relevant at give anbefalinger vedrørende denne indikator.

## Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

**Beskrivelse:** Andel af patienter, der ikke 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.

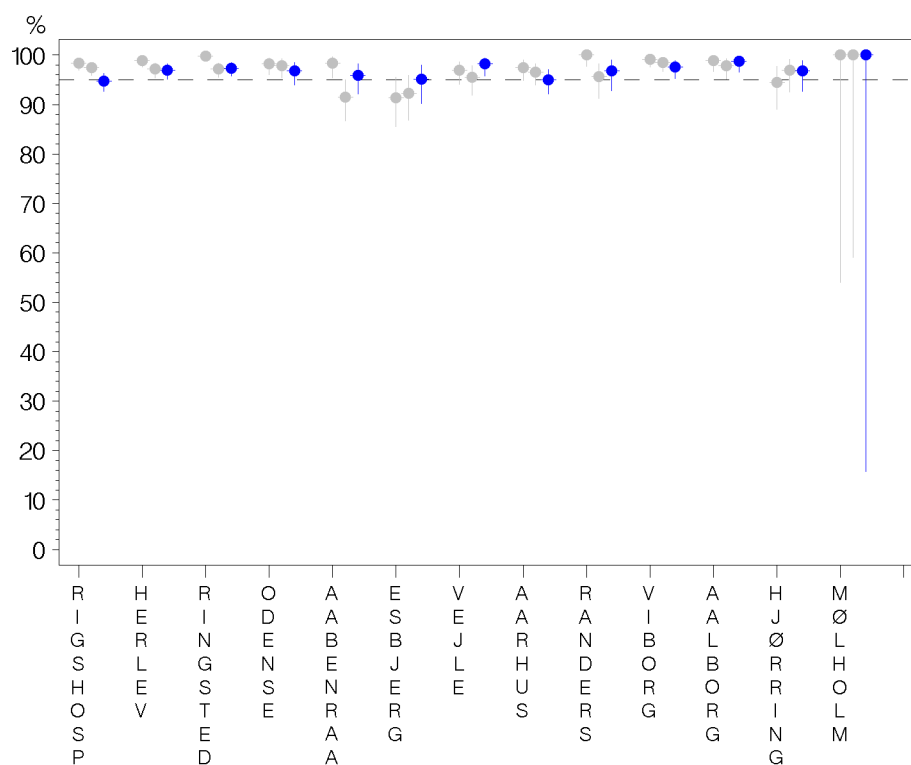
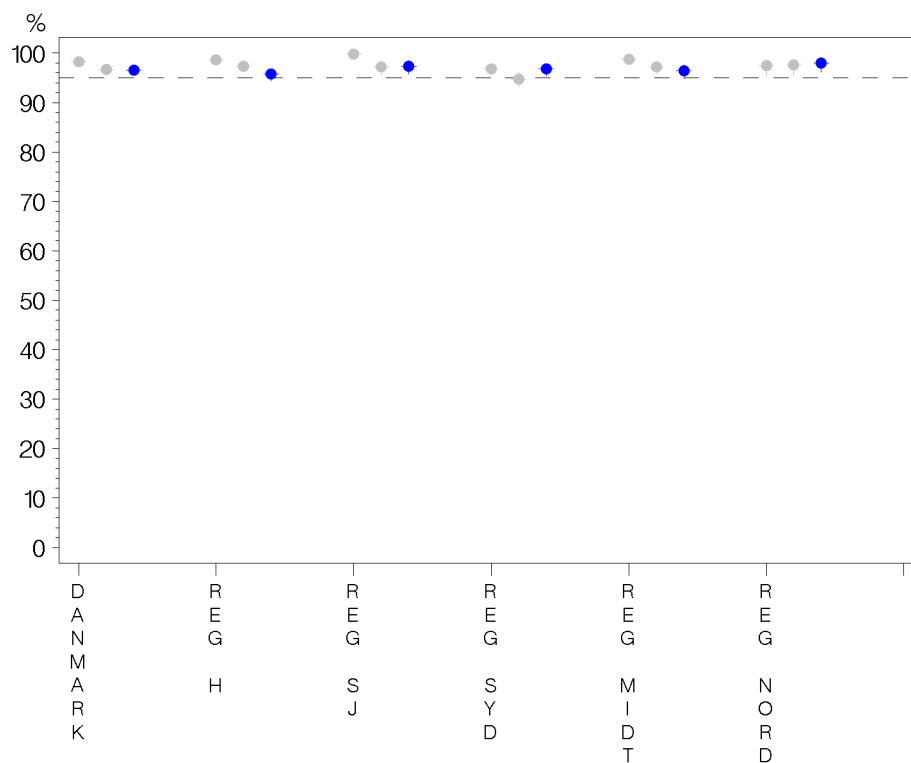
Det skal bemærkes, at Dansk Mammakirurgisk Selskab med virkning fra 27. maj 2010 implementerede en revideret diagnoseliste med henblik på at skabe et fælles grundlag for indberetning af kirurgiske komplikationer til LPR.

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).

Indikator 11: Fravær af re-operation som følge af kirurgiske komplikationer ved brystkræft-operationer 2012-2014.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	4054	96	3873	3741	132	97 (96-97)	97	97	98	99
HOVEDSTADEN	1287	91	1170	1120	50	96 (94-97)	97	94	99	98
SJÆLLAND	595	96	573	558	15	97 (96-99)	97	98	100	99
SYDDANMARK	923	97	895	866	29	97 (95-98)	95	99	97	99
MIDTJYLLAND	843	98	830	800	30	96 (95-98)	97	99	99	99
NORDJYLLAND	404	100	403	395	8	98 (96-99)	98	99	97	100
RIGSHOSPITALET	628	99	620	587	33	95 (93-96)	97	99	98	99
HERLEV	659	83	550	533	17	97 (95-98)	97	88	99	98
RINGSTED	595	96	573	558	15	97 (96-99)	97	98	100	99
ODENSE	279	99	277	268	9	97 (94-99)	98	99	98	98
AABENRAA	199	99	198	190	8	96 (92-98)	91	100	98	99
ESBJERG	149	96	143	136	7	95 (90-98)	92	99	91	100
VEJLE	296	94	277	272	5	98 (96-99)	96	98	97	99
AARHUS	348	99	344	327	17	95 (92-97)	97	99	97	99
RANDERS	161	99	160	155	5	97 (93-99)	96	99	100	98
VIBORG	334	98	326	318	8	98 (95-99)	99	99	99	99
AALBORG	248	100	247	244	3	99 (96-100)	98	99	99	100
HJØRRING	156	100	156	151	5	97 (93-99)	97	100	95	100
MØLHOLM	2	100	2	2	0	100 (16-100)	100	70	100	75





**Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.**

Kodning af diagnose for kirurgisk komplikation og/eller re-operation som følge af komplikation i LPR. Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Den stiplede linje angiver 95 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi).

## Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Indikatorkompletheden, der defineres ved indberetning af diagnose til LPR, ligger højt mellem 96 og 100 % i alle regioner på nær Hovedstaden, der har en indberetningskomplethed på 91 %. Det lave resultat skyldes en lav indberetningskomplethed på kun 83 % ved afdelingen i Herlev. Den nationale indikatoropfyldelse er 97 % hvilket er af samme størrelsesorden som studiet fra Hørsholm Hospital i 2004 viste. Den regionale indikatoropfyldelse ligger i alle tilfælde højt mellem 96 % og 98 %. Afdelingen i Aalborg har i 2014 indberettet re-operation for tre patienter, mod kun én patient i 2013.

## Styregruppens kommentarer til indikator 11

Der er et generelt godt resultat med mindre end 5 % re-operation i alle regioner og ved alle afdelinger. Det må betegnes som værende tilfredsstillende. I sidste års rapport blev der rejst kritik af den høje re-operationsrate i Aabenraa og Esbjerg, Det er derfor glædeligt, at se, at indikatoropfyldelsen for disse to afdelinger i dette års opgørelse er klart forbedret. Det eneste, der falder i øjnene er den lave komplethed, der er gældende for Herlev.

## Anbefalinger til indikator 11

Ved afdelingen i Herlev må man gøre sig overvejelser over, hvad der ligger bag ved den utilfredsstillende lave komplethed af data for denne indikator.

## 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:** Indikatoren er ikke specificeret i Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005). Landsgennemsnittet for de 18-75 årige var 96 % i perioden 2011-2012, mod 84 % i 2007-2010.

**Indikatorpopulation:** Kvinder 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.

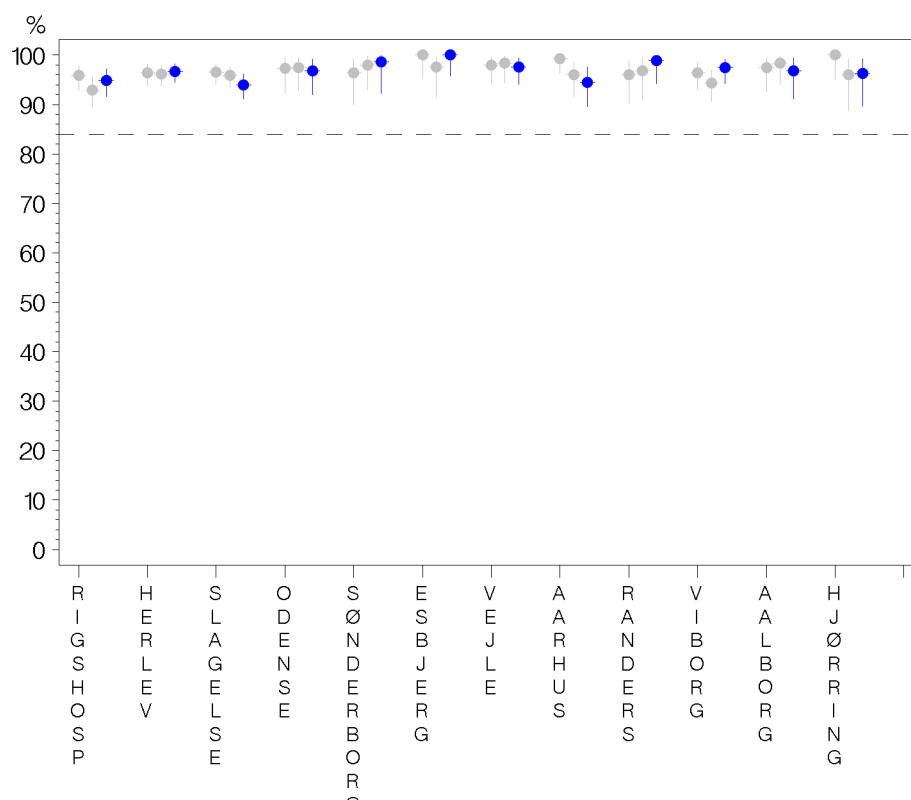
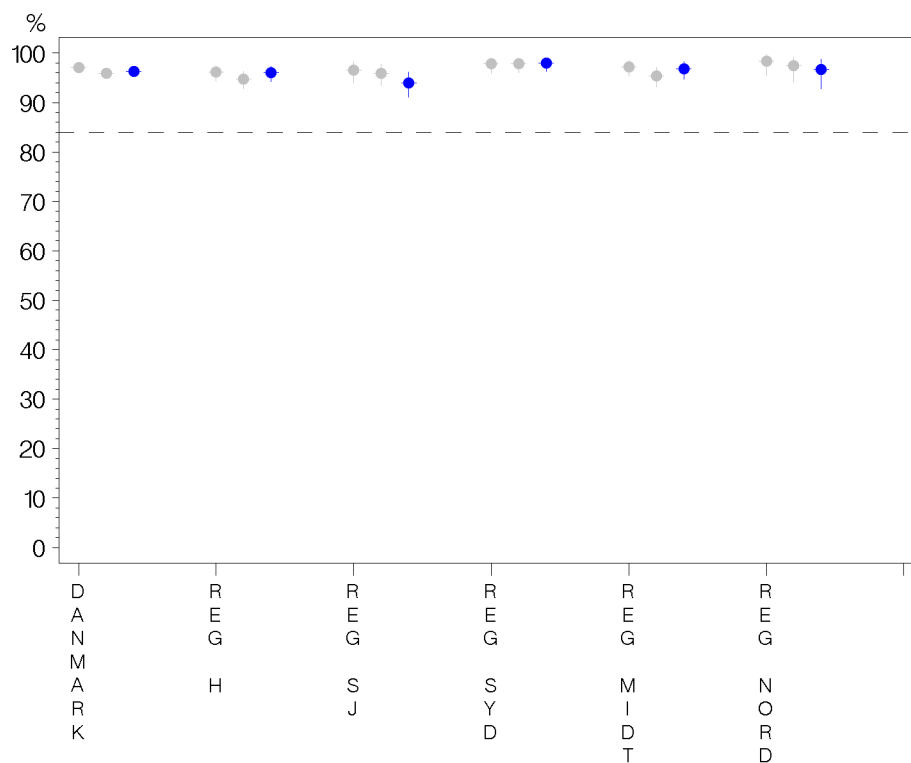
Sene fund i SN-præparatet opdeles i: Fund af makrometastaser, ingen fund af makrometastaser, men fund af mikrometastaser, eller ingen fund af makro- eller mikrometastaser, men fund af enkeltceller.

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 2012-2014. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	2106	100	2106	2028	78	96 (95-97)	96	100	97	100
HOVEDSTADEN	673	100	673	646	27	96 (94-97)	95	100	96	100
SJÆLLAND	367	100	367	345	22	94 (91-96)	96	100	97	100
SYDDANMARK	450	100	450	441	9	98 (96-99)	98	100	98	100
MIDTJYLLAND	438	100	438	424	14	97 (95-98)	95	100	97	100
NORDJYLLAND	178	100	178	172	6	97 (93-99)	97	100	98	100
RIGSHOSPITALET	274	100	274	260	14	95 (92-97)	93	100	96	100
HERLEV	399	100	399	386	13	97 (94-98)	96	100	96	100
SLAGELSE	367	100	367	345	22	94 (91-96)	96	100	97	100
ODENSE	125	100	125	121	4	97 (92-99)	98	100	97	100
SØNDERBORG	70	100	70	69	1	99 (92-100)	98	100	96	100
ESBJERG	85	100	85	85	0	100 (96-100)	98	100	100	100
VEJLE	170	100	170	166	4	98 (94-99)	98	100	98	100
AARHUS	146	100	146	138	8	95 (89-98)	96	100	99	100
RANDERS	95	100	95	94	1	99 (94-100)	97	100	96	100
VIBORG	197	100	197	192	5	97 (94-99)	94	100	96	100
AALBORG	96	100	96	93	3	97 (91-99)	98	100	97	100
HJØRRING	82	100	82	79	3	96 (90-99)	96	100	100	100



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2012-2013 (grå signatur) og 2014 (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 lymfeknude-status efter undersøgelse af SN-præparat og/eller aksilfedt altid foretages. Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Gruppen over 75 år udgør 12 % af populationen, og har en lidt lavere indikatoropfyldelse end for resten (bilag 1). Landsresultatet er uændret 96 % indikatoropfyldelse, og resultatet i regionerne ligger mellem 94 og 98 % opfyldelse, hvilket er samme niveau som i årsrapport 2013.

Der er tale om en procesindikator for hvilken udsving i indikatoropfyldelse, kan give anledning til evaluering af lokale procedurer.

## Styregruppens kommentarer til indikator 12

I forhold til 2013 er der tale om et uændret godt resultat med mindre end 5 % sent positiv SN. Der er stort set ingen variation. Der skal i øvrigt henvises til kommentarerne til forrige års rapport, der redegjorde for, at de lave rater for sent positiv sentinel node afspejler, at der ikke længere tages fund af mikrometastaser i op til 2 positive SN med, idet de ikke underkastes yderligere operation. På den anden side er der nu mange steder indført en praksis, hvor man ikke udfører frysemikroskopi på patienter med tumorer under 10 mm. Udeladelse af dette fra indikatorpopulationen vil alt andet lige medføre en lidt højere risiko for fund af positiv SN og dermed også for sent positiv SN. Det bestyrker indtrykket af, at det foreliggende resultat er meget tilfredsstillende.

## Anbefalinger til indikator 12

Anbefalinger er ikke påkrævet.

## 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 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 som indgår i kliniske forsøg med eksperimentel behandling (intra-operativ radioterapi) 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 2011-2013, fordi strålebehandling gives efter operation og først indberettes ved afsluttet behandlingsforløb. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten har modtaget strålebehandling med invasiv indikation og stråleterapitype og stråledosis 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 2011-2013 indeholdt lumpektomi-gruppen 6769 patienter med indberetning, hvoraf 96 (1.4 %) modtog strålebehandling med indikation mastektomi og 229 manglede angivelse af indikation (3 %). Mastektomi-gruppen indeholdt 1015 patienter med indberetning, hvoraf 31 (3 %) modtog stråleterapi med indikation lumpektomi og 29 patienter manglede indikation (3 %). Blandt patienter uden stråleindberetning kan omfanget af fejlklassifikation ikke bestemmes.

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: Indberetning fra stråleafdeling med indikation invasiv mamma-cancer, randomisering i stråleprotokol, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), ad hoc indberetning af strålerykkere, indberetning fra 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.

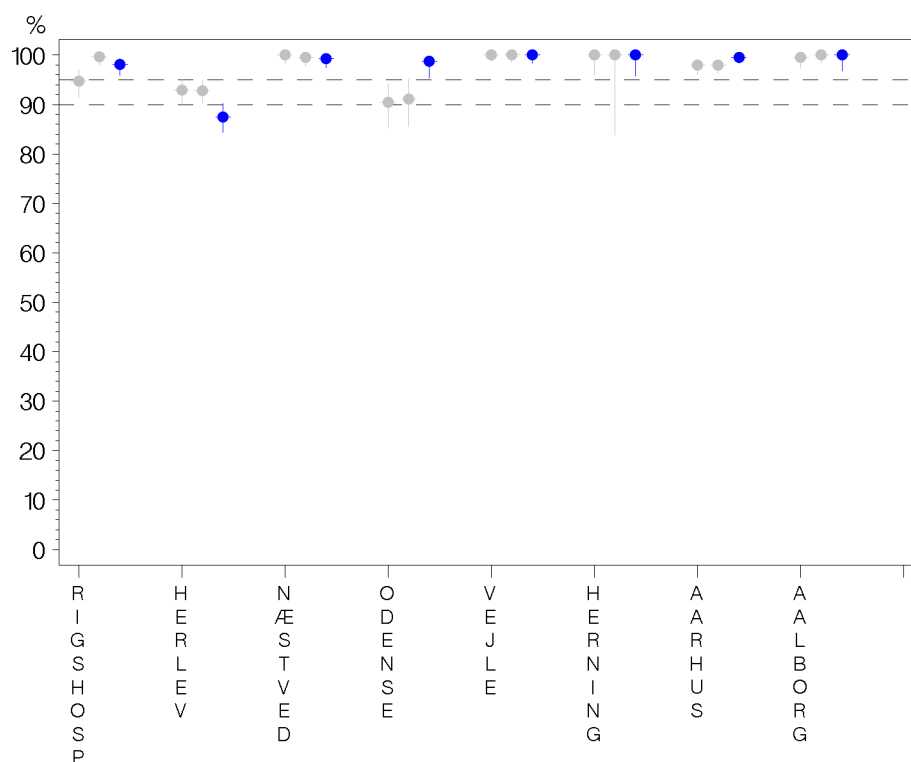
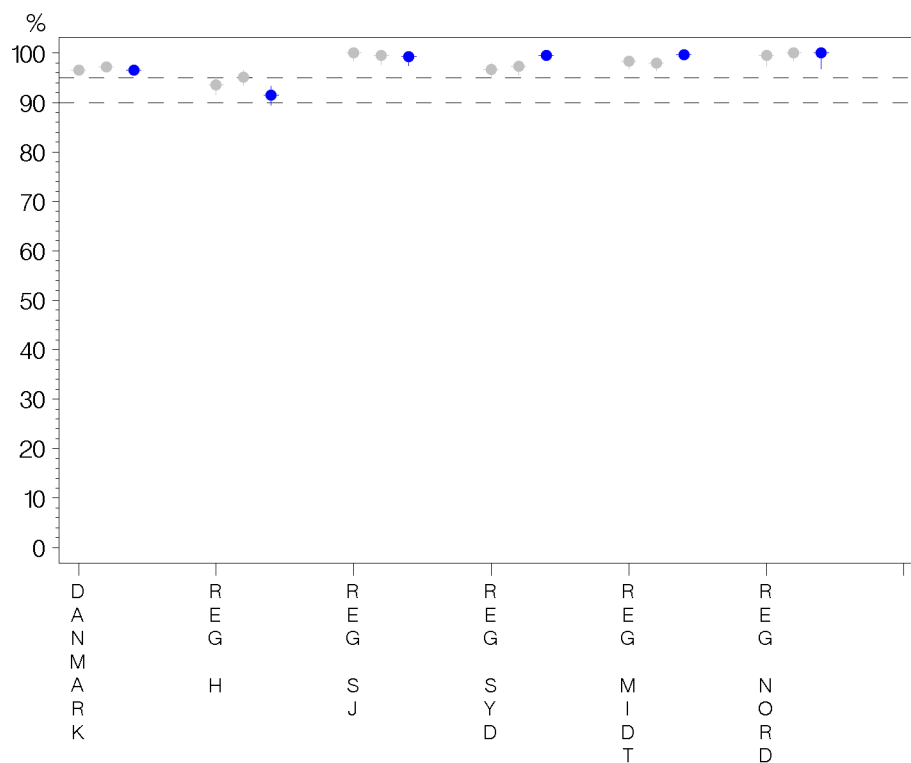
Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2011-2013 for patienter med definitiv operation med lumpektomi.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	2599	86	2240	2162	78	97 (96-97)	97	93	97	93
HOVEDSTADEN	952	89	843	771	72	91 (89-93)	95	93	94	94
SJÆLLAND	309	93	287	285	2	99 (98-100)	100	91	100	91
SYDDANMARK	554	86	477	475	2	100 (98-100)	97	94	97	91
MIDTJYLLAND	574	91	521	519	2	100 (99-100)	98	92	98	96
NORDJYLLAND	209	54	112	112	0	100 (97-100)	100	91	100	90
RIGSHOSPITALET	373	84	315	309	6	98 (96-99)	100	87	95	89
HERLEV**	579	91	528	462	66	88 (84-90)	93	96	93	97
NÆSTVED	309	93	287	285	2	99 (98-100)	100	91	100	91
ODENSE	177	87	154	152	2	99 (95-100)	91	97	90	92
FLENSBORG	107	92	98	98	0	100 (96-100)	100	96	100	85
VEJLE	270	83	225	225	0	100 (98-100)	100	92	100	91
HERNING	86	100	86	86	0	100 (96-100)	100	100	100	93
AARHUS	488	89	435	433	2	100 (98-100)	98	92	98	97
AALBORG	209	54	112	112	0	100 (97-100)	100	91	100	90
UOPLYST	1	0	0	0	0	. (-.)	.	.	.	.

\* Se 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 13'.

\*\* : I 2013 og 2014 modtog 54 og 22 patienter intraoperativ strålebehandling udenfor randomiserede kliniske forsøg ifølge indberetning til DBCG. Intraoperativ strålebehandling opfylder ikke DBCG's retningslinjer for adjuverende strålebehandling. Hvis de 22 patienter trækkes ud af indikatorberegningen for 2014 øges indikatorresultatet til 91 % opfyldelse.





**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)

Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Patientgruppen over 75 år udgør 9 % af populationen, der modtager stråleterapi efter lumpektomi, og er kendetegnet ved en lavere indberetningskomplethed og en lavere indikatoropfyldelse end gennemsnittet (se bilag 1). Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre, og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Region Nordjylland har en meget lav indberetningskomplethed på kun 54 % mod 86 % til 93 % for de øvrige regioner. Selv når Nordjylland trækkes ud af tallene for 2014, er kompletheden for de øvrige regioner på 89 %, hvilket er væsentligt lavere end den nationale komplethed på 94 % i årsrapport 2013. I lighed med årsrapport 2013 ses der også i nærværende årsrapport en markant effekt af efterindberetning med 97 % national komplethed i 2011 og 2012, mod kun 86 % komplethed i 2013.

Den regionale indikatoropfyldelse ligger højt mellem 99 % og 100 %, bortset fra region Hovedstaden, der kun har 91 % indikatoropfyldelse. Det er påfaldende, at Hovedstaden i årsrapport 2013 havde 98 % opfyldelse hvilket var på linje med de øvrige regioner. Uklarhed om indberetning af intraoperativ strålebehandling have påvirket resultaterne for region Hovedstaden, da online indberetning først blev indført i april 2014.

## Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

Resultatet er generelt godt for denne indikator, hvilket klart dokumenterer, at den givne strålebehandling efter brystbevarende operation gives jf. de kliniske retningslinjer. Imidlertid skæmmes billedet af manglende indberetninger, som omtalt i de klinisk epidemiologiske kommentarer ovenfor. Det er Region Nordjylland og afdelingen i Aalborg, der specielt skiller sig ud med indberetning på kun 54 % af patienterne, men landsgennemsnittet ligger på kun 86 % komplethed, og flere afdelinger mangler indberetning på mere end 10 % af patientpopulationen: Rigshospitalet, Odense, Vejle og Odense.

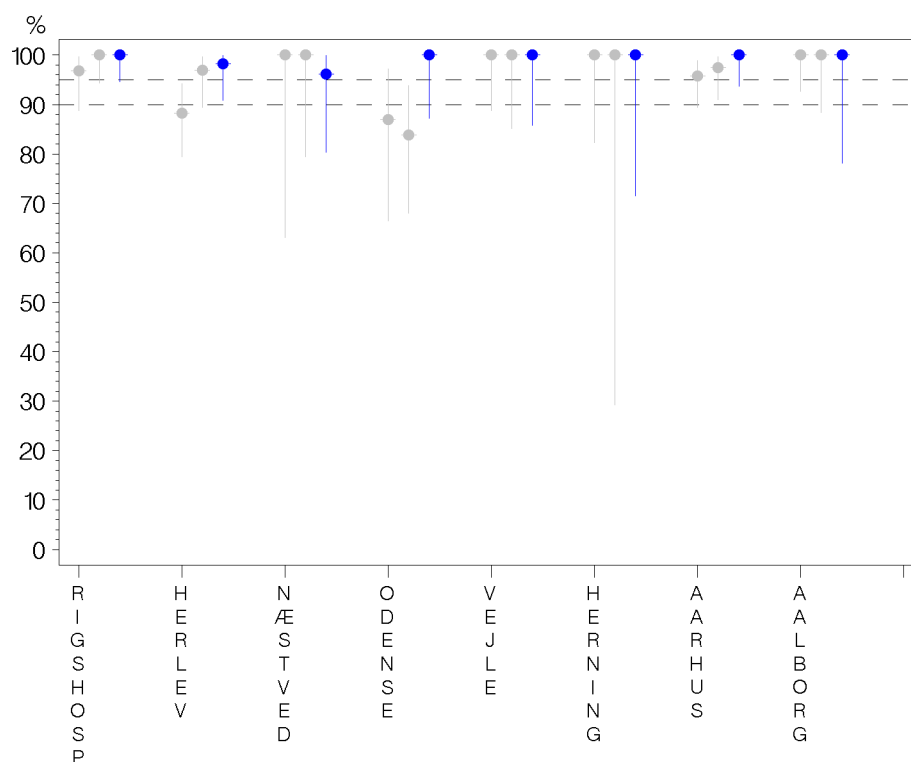
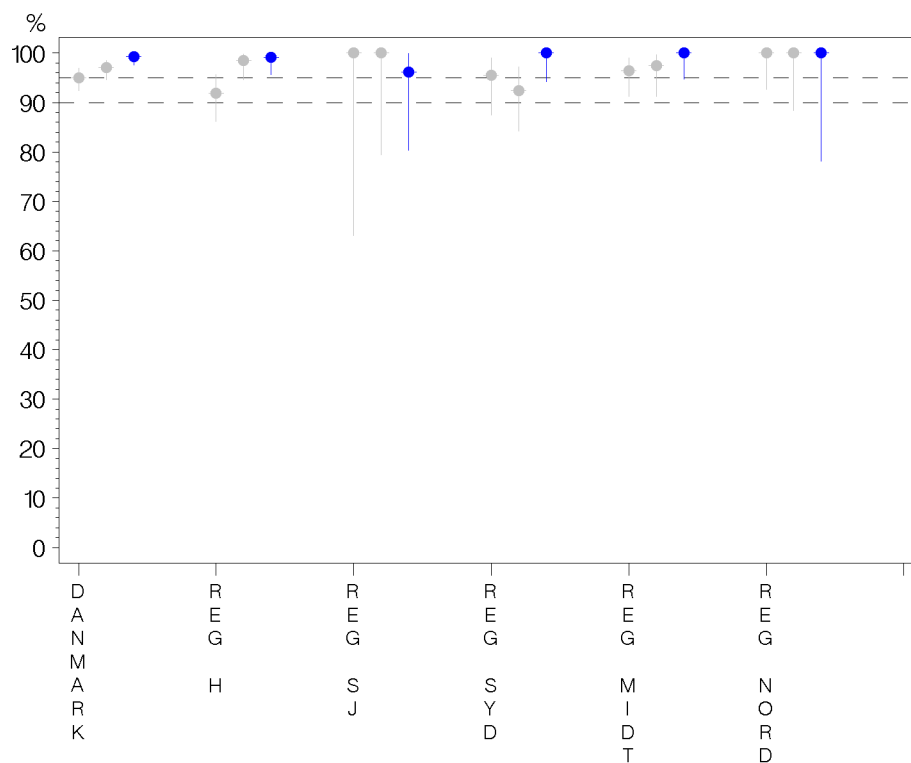
Der er i de senere år arbejdet på at simplificere indberetning af stråledata via elektronisk overførsel af data fra stråleterapienhederne direkte til DBCG. Man er nu i en implementeringsfase, og det forventes, at man gradvist kan overgå til denne type dataoverførsel ved alle afdelinger inden for en kortere periode. Det imødeses derfor, at kompletheden fremover øges væsentligt.

## Anbefalinger til indikator 13 (strata lumpektomi)

Afdelingen i Aalborg bør tilse, at man forbedrer indberetning af stråledata.

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2011-2013 for patienter med definitiv operation med mastektomi.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	406	73	297	295	2	99 (98-100)	97	87	95	87
HOVEDSTADEN	166	76	126	125	1	99 (96-100)	98	86	92	89
SJÆLLAND	31	84	26	25	1	96 (80-100)	100	80	100	67
SYDDANMARK	81	77	62	62	0	100 (94-100)	92	86	96	78
MIDTJYLLAND	89	76	68	68	0	100 (95-100)	98	96	96	93
NORDJYLLAND	39	38	15	15	0	100 (78-100)	100	77	100	84
RIGSHOSPITALET	91	74	67	67	0	100 (95-100)	100	81	97	82
HERLEV	75	79	59	58	1	98 (91-100)	97	90	88	96
NÆSTVED	31	84	26	25	1	96 (80-100)	100	80	100	67
ODENSE	37	73	27	27	0	100 (87-100)	84	90	87	88
FLENSBORG	17	65	11	11	0	100 (72-100)	100	95	100	72
VEJLE	27	89	24	24	0	100 (86-100)	100	74	100	74
HERNING	11	100	11	11	0	100 (72-100)	100	100	100	100
AARHUS	78	73	57	57	0	100 (94-100)	97	96	96	92
AALBORG	39	38	15	15	0	100 (78-100)	100	77	100	84



**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)

Indikatorpopulationen var tidligere afgrænset til 18-75 år, men fra årsrapport 2014 er den øvre aldersgrænse ophævet. Patientgruppen over 75 år udgør kun 3 % af populationen, der modtager stråleterapi efter mastektomi (bilag 1), og inklusion af denne gruppe kan derfor kun have en meget begrænset indflydelse på indikatorresultatet. Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre, og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Region Nordjylland havde i 2013 en meget lav indberetningskomplethed på kun 38 % mod 76 % til 84 % for de øvrige regioner. Den nationale indberetningskomplethed er 73 %, hvilket er et markant fald fra 84 % i sidste årsrapport. I lighed med strålebehandling efter lumpektomi ses der også for strålebehandling efter mastektomi en effekt af efterindberetning, der opnås dog et lavere niveau på 87 % komplethed i 2011 og 2012. Den nationale indikatoropfyldelse er på 99 % i 2013, der er tale om en stigning i forhold til 2011 og 2012, hvor opfyldelsen lå på 95 % og 97 %.

## Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Som gældende for lumpektomi er der for denne indikator tale om en meget høj og helt tilfredsstillende opfyldelse. Kommentarerne vedr. manglende indberetning er imidlertid også aktuelle for denne indikator, hvor kompletheden af indberetning for hele landet ligger på kun 73%. Det anses for at være særdeles utilfredsstillende. Samtlige afdelinger på nær afdelingen i Herning har mere end 10 % manglende indberetning og for Aalborg mangler 62 %.

## Anbefalinger til indikator 13 (strata mastektomi)

Det er ikke relevant at give specifikke anbefalinger til de enkelte afdelinger. Alle på nær Herning har behov for at forbedre indberetningspraksis for stråledata på mastektomerede patienter.

## Fuldstændighed af DBCG data

Fuldstændighed er et udtryk for om patientpopulationen i DBCG's database afspejler den relevante kliniske population. For at kunne undersøge dette skal DBCG's population sammenlignes med populationen i et referenceregister, som i DBCG's tilfælde er valgt til Patobank.

### Dækningsgrad

Fuldstændighed skal efter anvisning fra RKKP bestemmes som dækningsgrad<sup>1</sup>, der for DBCG bestemmes som:  $\text{Antal kvinder i DBCG} / (\text{Antal kvinder i DBCG og/eller Patobank})$ . Dækningsgrad har som grundantagelse, at databasen er korrekt.

I årsrapport 2013 blev fuldstændighed af DBCG's register bestemt som databasekomplethed, der angiver DBCG's komplethed i forhold til Patobank:  $\text{Antal kvinder i både DBCG og Patobank} / \text{Antal kvinder i Patobank}$ . Dette blev anset som en hensigtsmæssig metode, da patienter med primær invasiv brystkræft normalt diagnosticeres ved patologisk bedømmelse af histologiske prøver. Det blev noteret, at 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.

Diagnoser registreret i Patobank mere end 30 dage efter operationsdato i DBCG anses for recidivdiagnoser, og indgår ikke i bestemmelsen af dækningsgrad. Graden af overensstemmelse mellem DBCG og Patobank er  $4551/5055 \sim 90\%$ , af de 504 kvinder som ikke forekommer i begge registre, optræder flere i Patobank alene ( $n=312$ ) end i DBCG alene ( $n=192$ ). I 2014 kan den nationale dækningsgrad bestemmes som:  $4743 / 5055 \sim 94\%$  (tabel 2a). Den regionale dækningsgrad ligger mellem  $90\%$  og  $96\%$ , med Nordjylland som den laveste og Midtjylland som den højeste. Der optræder desuden en alderseffekt, hvor patienter over 75 år har en lavere dækningsgrad 2011-13 ( $88\%$ ) end patienter under 76 år ( $97\%$ ) (tabel 2b). Den nationale databasekomplethed kan som i årsrapport 2013 tilsvarende bestemmes som:  $4551 / 4863 \sim 94\%$ , hvilket er det samme resultat som for dækningsgrad.

En mindre del af patienterne registreret i DBCG i 2014 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'.

---

<sup>1</sup> Notat om opgørelse af datakomplethed og dækningsgrad i regi af RKKP-databaser (version 1.0, 15. okt. 2014).

**Table 2a.** Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank efter region og patologisk afdeling i 2014 samt dækningsgrad i 2012-2014.

Enhed <sup>a</sup>	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG <sup>b</sup>	DBCG ej Patobank	Patobank <sup>c</sup>	Patobank ej DBCG	Dækning 2014 med KI <sup>d</sup>	Dækning 2013 (%)	Dækning 2012 (%)
DANMARK	5055	4551	4743	192	4863	312	94 (93-94)	95	95
HOVEDSTADEN	1619	1437	1490	53	1566	129	92 (91-93)	95	94
SJÆLLAND	746	684	709	25	721	37	95 (93-96)	97	97
SYDDANMARK	1181	1082	1125	43	1138	56	95 (94-96)	95	96
MIDTJYLLAND	1016	915	977	62	954	39	96 (95-97)	97	96
NORDJYLLAND	488	432	437	5	483	51	90 (86-92)	90	95
RIGSHOSPITALET	790	709	722	13	777	68	91 (89-93)	94	95
HERLEV	822	728	765	37	785	57	93 (91-95)	96	94
ANDEN AFD./OPHØRT REG.H	7	0	3	3	4	4	43 (10-82)	100	60
SLAGELSE	720	684	689	5	715	31	96 (94-97)	97	97
ANDEN AFD./OPHØRT REG.SJ	26	0	20	20	6	6	77 (56-91)	81	83
ODENSE	392	343	366	23	369	26	93 (90-96)	95	96
SØNDERBORG	222	215	218	3	219	4	98 (95-100)	98	98
ESBJERG	180	176	178	2	178	2	99 (96-100)	99	98
VEJLE	379	348	355	7	372	24	94 (91-96)	92	94
ANDEN AFD./OPHØRT REG.SYD	8	0	8	8	0	0	100 (63-100)	100	75
HOLSTEBRO	35	22	22	0	35	13	63 (45-79)	79	73
AARHUS	398	371	381	10	388	17	96 (93-97)	96	93
RANDERS	194	181	186	5	189	8	96 (92-98)	96	98
VIBORG	344	341	343	2	342	1	100 (98-100)	99	99
ANDEN AFD./OPHØRT REG.MIDT	45	0	45	45	0	0	100 (92-100)	100	100
AALBORG	309	269	272	3	306	37	88 (84-91)	92	94
HJØRRING	179	163	165	2	177	14	92 (87-96)	85	97
UOPLYST	5	1	5	4	1	0	100 (48-100)	33	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 register for patienter med invasiv diagnose og med kendt biopsidato/operationsdato eller sekundært dato for indberetning.

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

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

**Tabel 2b.** Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank og dækningsgrad 2012-2014 efter alder.

Alder	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG	DBCG ej Patobank	Patobank	Patobank ej DBCG	Dækning 2014 med KI	Dækning 2013 (%)	Dækning 2012 (%)
Total	5055	4551	4743	192	4863	312	94 (93-94)	95	95
18-39 år	199	189	195	6	193	4	98 (95-99)	93	98
40-49 år	650	608	622	14	636	28	96 (94-97)	98	98
50-59 år	1137	1028	1097	69	1068	40	96 (95-97)	97	98
60-69 år	1547	1417	1485	68	1479	62	96 (95-97)	97	96
70-75 år	558	504	518	14	544	40	93 (90-95)	94	95
76+ år	964	805	826	21	943	138	86 (83-88)	88	89

## Datakomplethed

I DBCG er datakomplethed defineret ved patienter med (a) primær invasiv diagnose, der har 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 2014 er kravene til datakomplethed opfyldt for 4191 patienter (ved udtræk fra DBCG's register fra den 1. april 2015). Heraf var 3974 registreret med diagnosen primær invasiv brystkræft, og heraf kunne alle patienter på nær 11 genfindes i Patobank (tabel 3).

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. Der er i 2012 og 2013 blevet rykket for at få afklaret disse indberetninger, ligesom automatiske rykkersystemer er sat i drift i 2014.



**Tabel 3.** DBCG's patientpopulation, patienter med databasekomplethed. Udtræk fra DBCG's register 1. april 2015.

Population	Operation eller indberetning			Total	
	2012	2013	2014		
DBCG total	4480	4686	4743	13909	
DBCG med datakomplethed	4183	4303	4191	12677	
Fjernmetastase	96	110	99	305	
Lokalt avanceret brystkræft	98	112	116	326	
Sarkom	1	3	2	6	
Primær invasiv brystkræft	3988	4078	3974	12040	
Heraf Patobank	Ja	3981	4071	3963	12015
Nej	7	7	11	25	
Heraf operabel*	3830	3865	3826	11521	
DBCG uden datakomplethed	297	383	552	1232	
Heraf Patobank	Ja	212	277	383	872
Nej	85	106	169	360	
Invasiv diagnose	84	148	188	420	
Anden diagnose alene	2	0	1	3	
Diagnose ej indberettet	211	235	363	809	

\* Patienter allokeret til kurativt indgreb med præoperativ klassifikation til kurativ operation, neo-adjuverende behandling eller uoplyst, og eksklusion af patienter klassificeret til mindre indgreb/biopsi alene.

Kravene til datakomplethed er ikke opfyldt for 552 patienter i 2014. Heraf kan 383 findes med invasiv diagnose i Patobank, mens kun 188 har en tilsvarende indberetning til DBCG (tabel 3). Patienterne kan deles i tre grupper efter hvor meget information, der er indberettet til DBCG.

Antal	Karakteristik
108	Patienter allokeret udenfor protokol. Overvejende over 75 år (n=84), og en del er registreret med biopsi alene (ingen operation) (n=102). Alle mangler indberetning af diagnose for invasiv brystkræft. Alle patienter findes i Patobank.
221	Specifikke mangler for at kunne bestemme protokolallokering: Operation ej indberettet (n=55). Patologi delvist ukendt (nodalstatus n=164, HER2-status n=116, histologisk diagnose n=83). 190 patienter findes i Patobank.
223	Store mangler for at bestemme protokolallokering. Præoperativ klassifikation ukendt (n=195), operation ukendt (n=219), nodalstatus ukendt (n=190), HER2-status ukendt (n=175), histologisk diagnose ukendt (n=174). 90 patienter er alene kendt fra stråleindberetning. Kun 85 patienter findes i Patobank. En del af disse patienter formodes at være fejlllokeret, dvs. har ikke invasiv brystkræft, og vil ved efterfølgende dataoprensning blive ekskluderet.
552	Total

## Oversigt indikatorer 2014

Indikatornavn	Format	Standard	Datakilder
1 Udgået 2011.			
2 Udgået 2014.			
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 aksillymfeknuder.	Andel	90 %	DBCG
6 Udgået 2010.			
7 Datakomplethed af indberettede patienter.	Andel	95 %	DBCG
8 Højrisikopatienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG retningslinjer.	Andel	?	DBCG
9 Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram*.	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

\* 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 dækningsgrad og databasekomplethed

	Population (nævner)	Dækningsgrad opfyldt (tæller)	Dækningsgrad kan ikke bestemmes
Dækningsgrad  (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	<p><b>DBCG:</b> Kvinde registreret i DBCG's register i 2014* (Oracle: stam, flow, sentinel_node, straalebeh) med indikation invasiv brystkræft eller med manglende indikation <i>og/eller</i></p> <p><b>Patobank:</b> Kvinde  <math>\cap</math> Invasiv mamma cancer diagnose            K_SNOMED in(M80xxY, M81xxY, M82xxY, M83xxY, M84xxY, M85xxY) hvor Y in(2,6,7)**  <math>\cap</math> Diagnoseår 2014: year(D_MODTDATO) = 2014  <math>\cap</math> Ikke diagnose af recidiv (Patobank modtagedato højst 30 dage efter DBCG operation: NOT D_MODTDATO - mdy(m24,m23,m25) &gt; 30).</p>	Forekomst i <b>DBCG</b>	
Databasekomplethed  (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	<b>Patobank</b>	Forekomst i <b>DBCG</b> og <b>Patobank</b>	Forekomst alene i <b>DBCG</b>

\* Kontaktdato bestemmes i prioriteret rækkefølge: DBCG operationsdato, sentinel node proceduredato, maskinel dato for indberetning til DBCG, første dato for medicinsk behandling eller strålebehandling og dato for Patobank-indberetning.

\*\* 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 år: Alder ved operation (m46 ≥ 18).

Invasiv: Karcinomklassifikation invasiv cancer mammae (IBC C50) undtagen Pagets Disease of the Nipple: (20 ≤ p50 ≤ 32 eller 20 ≤ p51 ≤ 32 eller 20 ≤ p52 ≤ 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 (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 1	Udgået 2011.		
Indikator 2:	Udgået 2013.		
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.  (Kirurgi)	<p><u>LPR-data</u>: Kvinde <math>\cap</math> <math>\geq 18</math> år <math>\cap</math> Operation i bryst (substr(C_OPR,1,4) in('KHAA', 'KHAB', 'KHAC')) <math>\cap</math> Operationsår (year(D_ODTO) = 2014) og/eller <u>DBCG-data</u>: Kvinde <math>\cap</math> <math>\geq 18</math> år <math>\cap</math> Operation i bryst (1 ≤ m45 ≤ 7) <math>\cap</math> Operationsår (m25 = 2014).</p> <p><u>Eksklusion</u>: Diagnosetype 'henvisningsdiagnose' (C_DIAGTYPE = 'H') eller Patient er tidligere opereret (operationsår før 2014: m25 &lt; 2014): a) Invasiv diagnose med tidligere operation for invasiv diagnose, b) 'in situ' mammatumorer med tidligere operation for 'in situ' eller invasiv diagnose.</p>	<p><u>LPR-data</u> Diagnose invasiv brystkræft eller 'in-situ' mammatumorer (substr(C_DIAG, 1,4) in('DC50', 'DD05')) og/eller <u>DBCG-data</u> Diagnose brystkræft eller 'in-situ' mammatumorer.</p>	
Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden*	Kvinde $\cap$ $\geq 18$ år $\cap$ Invasiv $\cap$ mindst én udtagen lymfeknude (0 < p22 < 99)	Mellem 1 og 9 udtagne lymfeknuder p22 < 10 (1 ≤ p22 ≤ 9)	SN procedure uoplyst: p109 in(.,9)

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<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><math>\cap</math> Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p><u><math>\cap</math> Aksilrømning ikke indikeret:</u> Indtil 6.2.2013 (Lymfeknude-negativ): Ingen lymfeknuder med makro- eller mikrometastaser (<math>p25 = p129+p130 = 0</math>) og ingen fund af tumorpositive enkelt-celler (<math>p131=0</math>)</p> <p>Fra 6.2.2013: Ingen lymfeknuder med makrometastaser (<math>p129=0</math>) <math>\cap</math> antal lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller er højst 2 (<math>p130+p131 \leq 2</math>)</p> <p><u>Eksklusion:</u> Præop. multifokal tumor (m56 not in(10,01,11) og operationsdato &lt;6.2.2013) <i>eller</i> Rekonstruktion efter mastektomi (<math>p118</math> in(1,10,11)) <i>eller</i> Kirurgi-eksklusion.</p>	<p><math>\cap</math> SN procedure udført (<math>p109=1</math>) <math>\cap</math> aksilrømning ikke anvendt (<math>p102 \neq 1</math>).</p>	
<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 <math>\cap \geq 18</math> år <math>\cap</math> Invasiv <math>\cap</math> Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst <math>\cap</math> Aksilrømning udført (<math>p102=1</math>) eller aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (<math>p102\_1=1</math>)</p> <p><u><math>\cap</math> Aksilrømning indikeret:</u> Indtil 6.2.2013: Lymfeknude-positiv: Forekomst af enten makro- eller mikrometastaser (<math>p25 = p129+p130 \geq 1</math> <i>eller</i> <math>p25\_1 = p129\_1+p130\_1 \geq 1</math>)</p> <p>Fra 6.2.2013: Aksilrømning indikeret: Lymfeknuder med makrometastaser (<math>p129 \geq 1</math> eller <math>p129\_1 \geq 1</math>) <i>eller</i></p>	<p>10 eller flere udtagne lymfeknuder (<math>10 \leq p22 &lt; 99</math>) <math>\cap</math> Aksilrømning udført (<math>p102=1</math>) <i>eller</i> 10 eller flere udtagne lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling (<math>10 \leq p22\_1 &lt; 99</math>) <math>\cap</math> Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (<math>p102\_1=1</math>)</p>	<p>Antal udtagne lymfeknuder uoplyst <math>\cap</math> aksilrømning udført (<math>p102=1</math>) <i>eller</i> Antal udtagne lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling uoplyst <math>\cap</math> Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (<math>p102\_1=1</math>).</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	tre eller flere lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller ( $p130+p131 \geq 3$ eller $p130\_1+p131\_1 \geq 3$ )  <u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.		
Indikator 6:	Udgået i 2010.		
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed  (Kirurgi, Patologi og Onkologi)	<u>Databasekomplethed</u> Alle patienter registeret 2014 i DBCG's register: Stam, Flow, SentinelNode og Strålebehandling med indikation invasiv eller manglende indikation. <u>Kontaktdata</u> , sekundært indberetningsdato. <u>Kontaktafdeling</u> , sekundært afdeling fra Patobank.	<u>Datakomplethed</u> $Kvinde \cap Invasiv \cap Operationsår$ ( $m25 = 2014$ ). Tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer: M40 in(1,2,3,4), eller (b) med angivelse af præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer: M40=0.	
Indikator 8: Højrisikopatienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer.  (Onkologi)	$Kvinde \cap Invasiv \cap \geq 18 \text{ år}$ $\cap$ operation i 2011-2013 ( $2011 \leq m25 \leq 2013$ ) $\cap$ Højrisiko-gruppe, patient allokeret til protokol B, C eller D ( $2 \leq m40 \leq 4$ ) $\cap$ Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst  <u>Eksklusion:</u> 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 ( $m41\_9=1$ )	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+ : $Kemo \cap Bio$ .  Kemo: [Cyklofosamid ( $0 < f7 < 8888$ ) eller Epirubicin ( $0 < f61 < 8888$ ) eller Docetaxel ( $0 < f87 < 8888$ or $f63=7$ )] $\cap$ indtil 2 år efter operation $\cap$ ej recidiv. ET: [Tamoxifen eller Letrozol eller Aromasin eller Arimidex ( $0 < f63 < 8888$ and $f63^=7$ )] $\cap$ indtil 2 år efter operation $\cap$ ej recidiv. Bio: [Trastuzumab $0 < f89 < 8888$ eller Lapatinib $0 < f102 < 8888$ ] $\cap$ indtil 2 år efter operation $\cap$ ej recidiv.	Manglende indberetning af flow: alle ( $f6$ ) = .

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 <math>\cap \geq 18</math> år <math>\cap</math> Invasiv <math>\cap</math> operation 2004-2013 (<math>2004 \leq m25 \leq 2013</math>)  <math>\cap</math> Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7)  <math>\cap</math> Præop. Kurativ_neo.adj./uoplyst</p> <p><u>Eksklusion:</u>  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: 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.</p>	
<p>Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi. (Kirurgi)</p>	<p>Kvinde <math>\cap</math> Tilstrækkelig indberetning <math>\cap</math> Invasiv <math>\cap \geq 18</math> år <math>\cap</math> Brystbevarende operation (m45=2) i 2008-2012 (<math>2008 \leq m25 \leq 2012</math>)  <math>\cap</math> Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7)  <math>\cap</math> Præop. Kurativ_neo.adj./uoplyst</p> <p><u>Eksklusion:</u>  Eksklusion fra DBCG protokol*.</p>	<p>Fravær af lokalt recidiv, NOT ob4&gt;. <math>\cap</math> (ob13=1 eller ob14=1), indenfor 5 år efter operation. Simultant optrædende regional- eller fjernrecidiv er tilladt.</p> <p>Opfølgningstid  Se # for recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, off-study indberetning.  Se ## for patienter uden off-study.</p>	<p>Follow-up ikke registreret:  alle (f6,fa6) = . <math>\cap</math> alle (oa4,ob4,oc4,od4,oe27) = (.) .</p>
<p>Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer. (Kirurgi)</p>	<p>Kvinde <math>\cap \geq 18</math> år <math>\cap</math> Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst.</p> <p><u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>LPR registrering af 'Re-operationer efter operationer på bryst' C_OPR in('KHW') indenfor 60 dage efter DBCG-operation (<math>-3 \leq d\_odto - mdy(m24,m23,m25) \leq 60</math>).</p>	<p>Patient optræder ikke i LPR (t_adm) eller har ikke operation i LPR (C_OPR not in('KHAA', 'KHAB', 'KHAC',</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
			'KHW)').
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.  (Patologi)	Kvinde $\cap$ $\geq 18$ år $\cap$ Invasiv $\cap$ tumordiameter mellem 0 og 50 mm ( $0 \leq p19 \leq 50$ ) $\cap$ SN udført (p109=1) $\cap$ Fryse-mikroskopi anvendt (p111=1) $\cap$ Ingen tumorpositive lymfeknuder ved fryse- mikroskopi (p112=0) $\cap$ Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst.  <u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.	Makro-metastaser er ikke påvist ved afsluttende undersøgelse af SN-præparat (p133=0) og aksilfedt (p129=0) <i>eller</i> *Der er fundet højst to lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller ( $\text{sum}(p134,p135) \leq 2$ , $\text{sum}(p130,p131) \leq 2$ ).  *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.
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.  (Radioterapi)	Kvinde $\cap$ Invasiv $\cap$ $\geq 18$ år $\cap$ operation i 2011-2013 ( $2011 \leq m25 \leq 2013$ ) $\cap$ Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst $\cap$ Indgår i DBCG protokol A,B,C,D (m40 in(1,2,3,4)) $\cap$ <u>Indikation for strålebehandling</u> Operationstype lumpektomi <i>eller</i> Operationstype mastektomi og alder $< 75$ år og mindst én af følgende risikofaktorer: N+(makrometastaser) eller tumor $> 50$ mm eller ikke-radikal operation (P129 $> 0$ eller P19 $> 50$ eller P13=1 eller P43=1 eller P106=0 eller P107=0).  <u>Eksklusion:</u> 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) <i>eller</i> Indgår i forsøg med intra-operativ 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 ( $1 \leq st51 \leq 10$ ) <i>eller</i> 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) }.	Mangler stråleindberetning med indikation '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:  $\text{Min}( \text{mdy}(04,1,2015), \text{mdy}(ob3,ob2,ob4) , \text{mdy}(oc3,oc2,oc4) , \text{mdy}(od3,od2,od4), \text{hvis } oe27 > . \text{ så } \text{mdy}(oe3,oe2,oe4), \text{mdy}(oa3,oa2,oa4) ) - \text{mdy}(m24,m23,m25).$

## Opfølgningstid uden off-study indberetning inklusive død alene indberettet fra CPR:  $\text{Min}( \text{mdy}(04,1,2015) , \text{max}( \text{mdy}(f5,f4,f6), \text{mdy}(fa5,fa4,fa6) ) + 365 , \text{hvis } oe27 = . \text{ så } \text{mdy}(oe3,oe2,oe4) ) - \text{mdy}(m24,m23,m25).$

\*  $\text{ver\_mam}=5 \cap (m41\_1=1 \text{ or } m41\_2=1 \text{ or } m41\_3=1 \text{ or } m41\_4=1 \text{ or } m41\_5=1 \text{ or } m41\_6=1 \text{ or } m41\_7=1 \text{ or } m41\_8=1 \text{ or } m41\_9=1) \text{ eller}$   
 $\text{ver\_mam}=6 \cap (m41\_1=1 \text{ or } m41\_2=1 \text{ or } m41\_3=1 \text{ or } m41\_6=1 \text{ or } m41\_7=1 \text{ or } m41\_8=1 \text{ or } m41\_9=1)$

## Bestemmelse af opfølgningsafdeling for indikator 7

Bestemmelse af patologiafdeling for patienter indberettet til DBCG's register i 2014.

Patologiafdeling	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	DBCG Kirurgiafdeling	DBCG Onkologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	653	61	6	2	722
HERLEV	694	36	5	30	765
OPHØRT REG.H	0	0	0	3	3
SLAGELSE	660	29	0	0	689
OPHØRT REG.SJ	0	0	12	8	20
ODENSE	306	37	2	21	366
SØNDERBORG	208	9	0	1	218
ESBJERG	177	1	0	0	178
VEJLE	328	21	2	4	355
OPHØRT REG.SYD	0	0	4	4	8
HOLSTEBRO	10	12	0	0	22
AARHUS	367	6	4	4	381
RANDERS	179	3	4	0	186
VIBORG	342	0	1	0	343
OPHØRT REG.MIDT	0	0	0	45	45
AALBORG	248	21	3	0	272
HJØRRING	137	26	2	0	165
Total	4309	262	45	122	4738*

\* 5 patienter havde ukendt afdeling. Det totale antal patienter er 4743.

Bestemmelse af kirurgiafdeling for patienter indberettet til DBCG's register i 2014.

Kirurgiafdeling	DBCG Kirurgiafdeling Operation	DBCG Kirurgiafdeling SN	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	DBCG Onkologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	699	1	15	10	2	727
HERLEV	714	6	12	3	30	765
OPHØRT REG.H	0	0	0	0	3	3
RINGSTED	691	0	0	0	1	692
OPHØRT REG.SJ	0	0	4	4	7	15
ODENSE	334	0	2	3	21	360
AABENRAA	219	1	0	0	4	224
ESBJERG	181	0	0	0	0	181
VEJLE	346	1	1	3	4	355
MØLHOLM	2	0	0	0	0	2
OPHØRT REG.SYD	0	0	0	1	1	2
AARHUS	376	0	1	0	4	381
RANDERS	185	0	0	0	0	185
VIBORG	361	0	1	0	0	362
OPHØRT REG.MIDT	0	0	0	3	45	48
AALBORG	274	0	0	1	0	275
HJØRRING	161	0	0	0	0	161
Total	4543	9	36	28	122	4738*

\* 5 patienter havde ukendt afdeling. Det totale antal patienter er 4743.

## Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9

Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Off-study afdeling. (b) Flow-afdeling. (c) Onkologi-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013. (d) 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 ( $d_{inddto} > mdy(m24, m23, m25)$ ), så anvendes afdelingen for den første indlæggelse som opfølgingsafdeling. (e) DBCG's operationsafdeling. (f) Patienter associeret med afdelinger, der ikke er aktive i 2013 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 opfølgingsafdeling behæftet med usikkerhed både ved registersamkøring med LPR (d) og ved anvendelse af operationsafdeling (e).

Onkologisk opfølgingsafdeling 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 Ambulatorier	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 2004-2013.

Frequency	Lavrisiko	Højrisiko	Total
DBCG Off-Study-indberetning	3243	6272	9515
DBCG Flow-indberetning	2402	20916	23318
DBCG Onkologi-henvisning	0	140	140
LPR Onkologi-indberetning	19	628	647
DBCG operationsafdeling	191	1642	1833
Total	5855	29598	35453

### Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2003-2012, Højrisiko-patienter.

Højrisiko	DBCG Off-Study-indberetning	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	LPR Onkologi-indberetning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	651	2249	31	70	267	3268
HERLEV	1094	2574	8	166	286	4128
HILLERØD	292	1341	1	26	0	1660
OPHØRT REG.H	23	13	0	0	54	90
ROSKILDE	246	1615	0	69	7	1937
RINGSTED	275	70	1	0	226	572
NÆSTVED	180	1659	0	32	5	1876
OPHØRT REG.SJ	0	1	0	0	9	10
RØNNE	47	136	1	0	0	184
ODENSE	350	1911	0	17	71	2349
SØNDERBORG	249	852	51	33	0	1185
ESBJERG	222	726	31	77	57	1113
VEJLE	402	1836	2	20	23	2283
OPHØRT REG.SYD	61	25	0	0	103	189
HERNING	307	1783	0	16	3	2109
AARHUS	594	2536	2	60	0	3192
OPHØRT REG.MIDT	265	138	0	0	130	533
AALBORG	985	1441	12	42	209	2689
OPHØRT REG.NORD	27	8	0	0	167	202
UOPLYST	2	2	0	0	25	29
Total	6272	20916	140	628	1642	29598

Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2004-2013, Lavrisiko-patienter.

Lavrisiko	DBCG Off-Study-indberetning	DBCG Flow-indberetning	LPR Onkologi-indberetning	DBCG operations-afdeling	Total
RIGSHOSPITALET	474	320	3	24	821
HERLEV	499	446	2	31	978
OPHØRT REG.H	34	64	0	7	105
RINGSTED	705	101	0	14	820
OPHØRT REG.SJ	17	80	6	2	105
ODENSE	313	200	0	6	519
AABENRAA	133	121	0	8	262
ESBJERG	168	67	0	6	241
VEJLE	91	274	1	6	372
OPHØRT REG.SYD	18	23	0	2	43
AARHUS	173	67	0	10	250
RANDERS	98	22	0	13	133
VIBORG	142	137	0	11	290
OPHØRT REG.MIDT	97	305	3	4	409
AALBORG	253	172	4	26	455
HJØRRING	26	0	0	18	44
OPHØRT REG.NORD	1	0	0	0	1
UOPLYST	1	3	0	3	7
Total	3243	2402	19	191	5855

## Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 8

Indikator 8 omhandler adjuverende medicinsk behandling af højrisiko-patienter. Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: Flow-afdeling (b), Onkologi-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013 (c). Behandlingshospital og -afdeling indberettet til LPR (d), Operationshospital (e), Reallokering af ikke-aktive afdelinger (f), hvor bogstavet i parentes henviser til beskrivelsen under 'Bestemmelse af opfølgingsafdeling for indikator 9'.

Med denne søgeprocedure kan lav flow-indberetning dels skyldes manglende indberetning af kendte patienter (b,c), og dels skyldes allokering af patienter opereret på samme hospital (e), hvoraf nogle måske modtager onkologisk behandling på et andet hospital uden flow-indberetning. Andelen af patienter som er allokeret til operationsafdeling er stor for Rigshospitalet (10 %), Herlev (10 %), Ringsted (75 %, kirurgiafdeling) og Esbjerg (10 %). Den totale andel af patienter, som ikke er indberettet, er højst for Rigshospitalet (18 %), Herlev (22 %), Ringsted (75%), Sønderborg (20 %) og Esbjerg (38 %), heraf udgør andelen med Onkologi-henvisning eller LPR-indberetning 8 %, 12 %, 1 %, 20% og 28 %. Indenfor Region Sjælland har de onkologiske afdeling i Roskilde og Næstved en manglende indberetning af kendte patienter (b,c) på 9 % hhv. 4 %.

### Bestemmelse af opfølgingsafdeling 2011-2013.

	DBC Flow-indberetning	DBC Onkologi-henvisning	LPR Onkologi-indberetning	DBC operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	944	27	67	120	1158
HERLEV	1095	8	162	134	1399
HILLERØD	578	1	19	0	598
ROSKILDE	677	0	71	0	748
RINGSTED	29	1	0	88	118
NÆSTVED	657	0	27	0	684
RØNNE	57	0	0	0	57
ODENSE	752	0	15	33	800
SØNDERBORG	306	43	33	0	382
ESBJERG	234	31	75	36	376
VEJLE	686	2	18	10	716
OPHØRT REG.SYD	24	0	0	66	90
HERNING	809	0	17	0	826
AARHUS	1101	2	61	0	1164
OPHØRT REG.MIDT	62	0	0	65	127
AALBORG	845	10	41	38	934
OPHØRT REG.NORD	4	0	0	28	32
UOPLYST	0	0	0	8	8
Total	8860	125	606	626	10217



## 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. (c) Stråle-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013. (d) Ad hoc rykker-besvarelse med stråleafdelings henvisning til anden afdeling eller angivelse af patient ukendt på afdeling (i årsrapport 2013 og 2014). (e) Behandlingshospital og -afdeling ved første kontakt efter operation med en 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 anvendelse af operationsafdeling (f). Registersamkøring med LPR (e) synes at afspejle indberetning af fulde behandlingsforløb.

Ved søgning efter onkologi og radioterapi behandlingsafdeling i LPR anvendes ovenstående liste for indikator 9 'Onkologisk opfølgingsafdeling for højrisikopatienter i LPR' suppleret med to radioterapi-afdelinger:

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

Patienter randomiseret i kliniske forsøg med eksperimentel behandling: Intra-operativ strålebehandling, IORT. Disse patienter indgår ikke i indikatorpopulationen.

Operationsår	RIGSHOSPITALET	HERLEV	Total
Ukendt	3	3	6
2003	0	2	2
2004	1	0	1
2007	29	38	67
2008	22	39	61
2009	32	102	134
2010	17	95	112
2011	18	77	95
2012	5	23	28
Total	127	379	506

For patienter uden indberetning af stråleterapi har den anvendte søgning efter onkologi- og radioterapikontakter i LPR resulteret i 257 fund (3 %), mens 626 patienter (7 %) er allokeret til afdeling efter DBCG operationsafdeling.

#### Bestemmelse af opfølgingsafdeling for stråleterapi 2011-2013.

	DBCG Stråle- indberetning	DBCG Stråle- randomisering	DBCG Stråle- henvisning	Afd. ad hoc rykker- besvarelse	LPR Stråle- indberetning	DBCG operationsafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	1064	0	21	0	42	123	1250
HERLEV	1764	0	2	0	58	56	1880
OPHØRT REG.H	0	0	0	0	1	0	1
NÆSTVED	801	0	0	0	10	72	883
ODENSE	582	6	0	0	31	31	650
FLENSBORG	291	0	2	0	0	38	331
VEJLE	863	0	2	0	61	57	983
HERNING	228	0	0	0	0	7	235
AARHUS	1485	1	0	59	40	103	1688
AALBORG	630	1	33	0	14	138	816
UOPLYST	0	0	0	0	0	1	1
Total	7708	8	60	59	257	626	8718

## Indberettende afdelinger 2014

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræft-patienter er blevet væsentlig færre i de sidste år. Der var i 2014, 13 kirurgiske afdelinger (tabel 4), 13 patologiafdelinger (tabel 5), 14 onkologiske afdelinger (tabel 6) og 8 radioterapi-afdelinger (tabel 7). 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 8).

**Tabel 4.** Kirurgiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Brystkirurgisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3004	Mammakirurgisk Afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
4	4202	Plastikkirurgisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
5	5004	Organkirurgisk Klinik Br	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
6	5501	Mammae Kirurgisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
7	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
8	6010	Brystkirurgisk Klinik, V	Privathospital Mølholm	Syddanmark
9	7004	Kirurgisk Overafd. P*	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
10	7005	Kirurgisk Overafd. K*	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
11	7601	Kirurgisk Afd., Mammacen	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
12	8001	Mammakirurgisk Område	Aalborg Sygehus	Nordjylland
13	8003	Kirurgisk Afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

\*: De kirurgiske afdelinger i Aarhus og Randers er per 1. januar 2015 sammenlagt.

**Tabel 5.** Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG 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.	Aarhus 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 6.** Onkologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Onkologisk 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.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
14	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

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

**Tabel 7.** Radioterapi-afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	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.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
9	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

**Tabel 8.** Afdelinger der indberetter follow-up af patienter i behandling eller under opfølgning og som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
5	2001	Onkologisk 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.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
20	7004	Kirurgisk Overafd. P	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
21	7005	Kirurgisk Overafd. K	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
22	7601	Kirurgisk Mammacenter Afd.,	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

# Sygehus- og afdelingsklassifikation (SHAK)

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

## Kirurgiafdelinger.

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

## Onkologifdelinger\*.

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

\* Udenfor Sygehus- og afdelingsklassifikation: St.Franziskus-Hospital, Flensborg, Klinik Strahlentherapie.

## Patologiafdelinger.

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



# BILAG 1

## Supplerende beskrivelse af indikatorresultater

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2014  
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes  
fællessekretariat  
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

## Indholdsfortegnelse

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.....	3
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden .....	3
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder .....	5
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til Patobank og DBCG med datakomplethed .....	6
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer .....	6
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram. ....	7
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi .....	8
Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer .....	11
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.....	11
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer .....	12

### Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

Indikator 3: Andel maligne og in situ diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2012-2014 efter aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign og in situ. Alle resultater er beregnet med den reviderede indikatorspecifikation indført fra årsrapport 2013.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	7380	100	7380	5419	1961	73 (72-74)	74	100	74	100
18-39 år	760	100	760	217	543	29 (25-32)	27	100	27	100
40-49 år	1201	100	1201	712	489	59 (56-62)	59	100	63	100
50-59 år	1672	100	1672	1273	399	76 (74-78)	77	100	75	100
60-69 år	2049	100	2049	1784	265	87 (86-88)	88	100	86	100
70-75 år	688	100	688	602	86	88 (85-90)	88	100	88	100
76+ år	1010	100	1010	831	179	82 (80-85)	88	100	85	100

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

Indikator 4: Aksilstatus fastlagt udelukkende med SN-metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller i 2012-2014 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	2495	100	2495	2414	81	97 (96-97)	97	100	96	100
18-39 år	75	100	75	74	1	99 (93-100)	97	100	98	100
40-49 år	286	100	286	275	11	96 (93-98)	98	100	97	100
50-59 år	612	100	612	598	14	98 (96-99)	97	100	97	100
60-69 år	946	100	946	909	37	96 (95-97)	97	100	95	100
70-75 år	286	100	286	276	10	97 (94-98)	95	100	96	100
76+ år	290	100	290	282	8	97 (95-99)	97	100	94	100

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2012-2014.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
Operationsår	Tumordiameter (mm)					
2012	00-10	32	(5.3)	573	(94.7)	605
	11-20	32	(3.4)	898	(96.6)	930
	21-30	14	(4.6)	292	(95.4)	306
	31-40	6	(9.2)	59	(90.8)	65
	41-50	2	(9.5)	19	(90.5)	21
	>=51	1	(14.3)	6	(85.7)	7
	Uoplyst	.	.	2	(100.0)	2
2013	00-10	19	(2.5)	750	(97.5)	769
	11-20	41	(3.5)	1116	(96.5)	1157
	21-30	10	(2.8)	342	(97.2)	352
	31-40	3	(3.1)	93	(96.9)	96
	41-50	2	(6.1)	31	(93.9)	33
	>=51	5	(29.4)	12	(70.6)	17
	Uoplyst	.	.	2	(100.0)	2
2014	00-10	24	(3.2)	720	(96.8)	744
	11-20	34	(2.9)	1137	(97.1)	1171
	21-30	15	(3.6)	396	(96.4)	411
	31-40	5	(4.4)	108	(95.6)	113
	41-50	2	(5.7)	33	(94.3)	35
	>=51	1	(5.3)	18	(94.7)	19
	Uoplyst	.	.	2	(100.0)	2

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

Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i 2012-2014 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	1074	100	1074	1027	47	96 (94-97)	96	100	95	99
18-39 år	57	100	57	54	3	95 (85-99)	97	100	96	100
40-49 år	189	100	189	181	8	96 (92-98)	98	100	96	98
50-59 år	254	100	254	246	8	97 (94-99)	96	100	94	99
60-69 år	291	100	291	278	13	96 (92-98)	97	100	96	99
70-75 år	112	100	112	109	3	97 (92-99)	95	100	96	98
76+ år	171	100	171	159	12	93 (88-96)	93	100	94	100

## 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 2012-2014 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	4743	100	4743	4191	552	88 (87-89)	92	100	93	100
18-39 år	195	100	195	178	17	91 (86-95)	95	100	94	100
40-49 år	622	100	622	571	51	92 (89-94)	94	100	94	100
50-59 år	1097	100	1097	959	138	87 (85-89)	93	100	93	100
60-69 år	1485	100	1485	1351	134	91 (89-92)	93	100	96	100
70-75 år	518	100	518	472	46	91 (88-93)	92	100	96	100
76+ år	826	100	826	660	166	80 (77-83)	87	100	87	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 2011-2013 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
Total	3457	79	2731	2335	396	85 (84-87)	89	90	88	91
18-39 år	159	73	116	101	15	87 (80-93)	93	88	92	92
40-49 år	523	80	416	342	74	82 (78-86)	89	92	89	95
50-59 år	904	80	726	602	124	83 (80-86)	88	92	87	95
60-69 år	1082	82	883	802	81	91 (89-93)	94	92	92	92
70-75 år	371	77	287	250	37	87 (83-91)	91	89	83	90
76+ år	418	72	303	238	65	79 (73-83)	79	80	77	79

## Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2004-2013, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2004-2013 med KI (%)
Total	29598	100	29598	24301	5297	82 (82-83)
18-39 år	1437	100	1437	1197	240	83 (81-85)
40-49 år	4603	100	4603	3838	765	83 (82-84)
50-59 år	7731	100	7731	6464	1267	84 (83-84)
60-69 år	9503	100	9503	7854	1649	83 (82-83)
70-75 år	3041	100	3041	2509	532	83 (81-84)
76+ år	3283	100	3283	2439	844	74 (73-76)

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2004-2013, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller *	Ej opfyldt	Andel 2004-2013 med KI (%)
Total	5855	100	5855	4917	938	84 (83-85)
18-39 år	49	100	49	36	13	73 (59-85)
40-49 år	463	100	463	366	97	79 (75-83)
50-59 år	1541	100	1541	1321	220	86 (84-87)
60-69 år	2649	100	2649	2306	343	87 (86-88)
70-75 år	663	100	663	530	133	80 (77-83)
76+ år	490	100	490	358	132	73 (69-77)

\* Afslutning fra afdeling 3-10 år efter operation bliver fra 20. august 2010 regnet som gyldig udgang uanset angivelse af årsag.

## Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 2008-2012 efter aldersgruppe. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv ( $\pm$ regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2008-2012 med KI (%)	Nedre SI	Øvre SI
Total	19196	95	18267	234	18033	1.6%	1.4%	1.8%
18-39 år	698	97	675	12	663	2.5%	1.5%	4.0%
40-49 år	2433	97	2352	32	2320	1.7%	1.0%	2.8%
50-59 år	4958	97	4807	48	4759	1.6%	1.3%	2.0%
60-69 år	7051	96	6780	88	6692	1.3%	1.1%	1.5%
70-75 år	1933	94	1822	16	1806	1.6%	1.4%	1.9%
76+ år	2123	86	1831	38	1793	0.9%	0.7%	1.3%



Først event for BCS opererede 2008-2012 per aldersgruppe. Patienter uden follow-up er ekskluderet.

Lokalt recidiv efter BCS per aldersgruppe	Første event efter BCS								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alder									
18-34 år	3	(2.4)	8	(6.5)	109	(87.9)	4	(3.2)	124
35-39 år	5	(2.2)	21	(9.3)	199	(88.1)	1	(0.4)	226
40-49 år	25	(1.6)	76	(4.9)	1436	(92.6)	13	(0.8)	1550
50-59 år	39	(1.1)	222	(6.1)	3367	(91.8)	40	(1.1)	3668
60-69 år	70	(1.3)	379	(7.1)	4760	(89.3)	123	(2.3)	5332
70-75 år	14	(1.3)	91	(8.2)	957	(86.5)	44	(4.0)	1106
76+ år	24	(2.8)	60	(6.9)	703	(80.9)	82	(9.4)	869
Alle	180	(1.4)	857	(6.7)	11531	(89.6)	307	(2.4)	12875

Først event for mastektomi opererede 2008-2012 per aldersgruppe. Patienter uden follow-up er ekskluderet.

Lokalt recidiv efter mastektomi per aldersgruppe	Første event efter mastektomi								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Alder									
18-34 år	3	(2.3)	19	(14.3)	107	(80.5)	4	(3.0)	133
35-39 år	1	(0.5)	26	(12.4)	178	(84.8)	5	(2.4)	210
40-49 år	7	(0.8)	85	(9.8)	758	(87.7)	14	(1.6)	864
50-59 år	9	(0.7)	130	(10.6)	1051	(85.4)	41	(3.3)	1231
60-69 år	19	(1.2)	211	(13.7)	1232	(80.1)	77	(5.0)	1539
70-75 år	3	(0.4)	110	(14.9)	540	(73.0)	87	(11.8)	740
76+ år	15	(1.5)	112	(11.5)	703	(71.9)	148	(15.1)	978
Alle	57	(1.0)	693	(12.2)	4569	(80.2)	376	(6.6)	5695

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

Lokalt recidiv efter BCS per aldersgruppe	Første event efter BCS								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Operationsår									
2008	53	(2.4)	196	(8.8)	1902	(84.9)	88	(3.9)	2239
2009	45	(1.5)	241	(7.8)	2737	(88.5)	70	(2.3)	3093
2010	45	(1.6)	206	(7.3)	2475	(88.2)	81	(2.9)	2807
2011	21	(0.9)	132	(5.5)	2204	(91.8)	45	(1.9)	2402
2012	16	(0.7)	82	(3.5)	2213	(94.8)	23	(1.0)	2334
Alle	180	(1.4)	857	(6.7)	11531	(89.6)	307	(2.4)	12875

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

Lokalt recidiv efter mastektomi per aldersgruppe	Første event efter mastektomi								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
Operationsår									
2008	17	(1.3)	206	(15.9)	971	(74.8)	104	(8.0)	1298
2009	16	(1.1)	204	(14.5)	1092	(77.6)	96	(6.8)	1408
2010	11	(1.0)	130	(11.7)	885	(79.7)	84	(7.6)	1110
2011	9	(0.9)	91	(9.3)	834	(85.2)	45	(4.6)	979
2012	4	(0.4)	62	(6.9)	787	(87.4)	47	(5.2)	900
Alle	57	(1.0)	693	(12.2)	4569	(80.2)	376	(6.6)	5695

## Indikator 11: Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

Indikator 11: Fravær af re-operation som følge af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer 2012-2014 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	4054	96	3873	3741	132	97 (96-97)	97	97	98	99
18-39 år	167	95	158	153	5	97 (93-99)	98	100	99	99
40-49 år	550	97	531	507	24	95 (93-97)	96	100	98	98
50-59 år	985	99	971	936	35	96 (95-97)	96	98	98	99
60-69 år	1343	94	1258	1220	38	97 (96-98)	97	97	98	99
70-75 år	445	96	426	414	12	97 (95-99)	96	95	98	98
76+ år	564	94	529	511	18	97 (95-98)	97	93	99	97

## Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet 2012-2014 per aldersgruppe. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	2106	100	2106	2028	78	96 (95-97)	96	100	97	100
18-39 år	69	100	69	66	3	96 (88-99)	93	100	97	100
40-49 år	263	100	263	253	10	96 (93-98)	96	100	96	100
50-59 år	517	100	517	489	28	95 (92-96)	95	100	97	100
60-69 år	753	100	753	738	15	98 (97-99)	96	100	97	100
70-75 år	254	100	254	246	8	97 (94-99)	96	100	98	100
76+ år	250	100	250	236	14	94 (91-97)	97	100	96	100

## Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 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	2599	86	2240	2162	78	97 (96-97)	97	93	97	93
18-39 år	94	82	77	75	2	97 (91-100)	91	86	88	86
40-49 år	336	84	281	281	0	100 (99-100)	98	93	98	94
50-59 år	700	85	596	589	7	99 (98-100)	98	95	98	94
60-69 år	992	90	895	866	29	97 (95-98)	99	96	99	95
70-75 år	251	88	222	208	14	94 (90-97)	97	91	94	94
76+ år	226	75	169	143	26	85 (78-90)	86	76	84	77

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 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	405	73	297	295	2	99 (98-100)	97	87	95	87
18-39 år	34	94	32	32	0	100 (89-100)	100	97	98	90
40-49 år	76	74	56	55	1	98 (90-100)	99	90	98	90
50-59 år	92	77	71	70	1	99 (92-100)	96	85	92	90
60-69 år	127	76	96	96	0	100 (96-100)	93	93	94	85
70-75 år	62	63	39	39	0	100 (91-100)	100	74	94	84
76+ år	14	21	3	3	0	100 (29-100)	100	20	100	33

Indikator 13 (strata lumpektomi og mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2011-2013.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2013 med KI (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)	Andel 2011 (%)	Komp 2011 (%)
DANMARK	3082	85	2607	2526	81	97 (96-98)	97	92	96	91
HOVEDSTADEN	1152	87	999	925	74	93 (91-94)	96	92	93	93
SJÆLLAND	344	92	315	312	3	99 (97-100)	100	90	100	90
SYDDANMARK	667	85	570	568	2	100 (99-100)	97	92	97	88
MIDTJYLLAND	670	89	596	594	2	100 (99-100)	98	93	98	95
NORDJYLLAND	248	51	127	127	0	100 (97-100)	100	88	100	88
RIGSHOSPITALET	469	83	387	380	7	98 (96-99)	100	86	95	88
HERLEV	683	90	612	545	67	89 (86-91)	94	96	92	96
OPHØRT REG.H	0	.	0	0	0	. (-.)	.	.	.	0
NÆSTVED	344	92	315	312	3	99 (97-100)	100	90	100	90
ODENSE	214	85	181	179	2	99 (96-100)	90	95	90	90
FLENSBORG	123	89	109	109	0	100 (97-100)	100	96	100	83
VEJLE	330	85	280	280	0	100 (99-100)	100	88	100	89
HERNING	98	100	98	98	0	100 (96-100)	100	100	100	94
AARHUS	572	87	498	496	2	100 (99-100)	98	92	98	95
AALBORG	248	51	127	127	0	100 (97-100)	100	88	100	88
UOPLYST	1	0	0	0	0	. (-.)	.	.	.	.

# BILAG 2

## Demografiske og prognostiske parametre 2011-2014

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2014  
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes  
fællessekretariat  
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

## Demografiske og prognostiske parametre 2011-2014

I dette bilag 2 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 2014 opfyldte 3826 patienter i arbejdsregistret disse krav, og i det følgende præsenteres de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år i perioden 2011-2014 i Tabel 1 til 12. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 3.

Tabel 1. Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	255	(1.7)	67	(1.7)	67	(1.7)	49	(1.3)	72	(1.9)
35-39 år	405	(2.6)	119	(3.1)	85	(2.2)	114	(2.9)	87	(2.3)
40-49 år	2161	(14.0)	529	(13.6)	573	(15.0)	528	(13.7)	531	(13.9)
50-59 år	3637	(23.6)	892	(23.0)	901	(23.5)	920	(23.8)	924	(24.2)
60-69 år	5203	(33.8)	1338	(34.4)	1248	(32.6)	1329	(34.4)	1288	(33.7)
70-75 år	1717	(11.1)	444	(11.4)	433	(11.3)	418	(10.8)	422	(11.0)
76+ år	2027	(13.2)	495	(12.7)	523	(13.7)	507	(13.1)	502	(13.1)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnose ved excisionsbiopsi										
Nej	13394	(86.9)	3327	(85.7)	3287	(85.8)	3355	(86.8)	3425	(89.5)
Ja	857	(5.6)	200	(5.1)	199	(5.2)	221	(5.7)	237	(6.2)
Uoplyst	1154	(7.5)	357	(9.2)	344	(9.0)	289	(7.5)	164	(4.3)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 3a. Operationstype per år.

Operationstype	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	4165	(27.0)	1087	(28.0)	1048	(27.4)	1045	(27.0)	985	(25.7)
Lumpektomi	10579	(68.7)	2579	(66.4)	2585	(67.5)	2678	(69.3)	2737	(71.5)
Biopsi*	82	(0.5)	15	(0.4)	24	(0.6)	16	(0.4)	27	(0.7)
Mastektomi efter neo-adj	334	(2.2)	117	(3.0)	94	(2.5)	75	(1.9)	48	(1.3)
Lumpektomi efter neo-adj	245	(1.6)	86	(2.2)	79	(2.1)	51	(1.3)	29	(0.8)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(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 3b. Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.

Mastektomi	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	989	(23.7)	278	(25.6)	252	(24.0)	241	(23.1)	218	(22.1)
Ja	3173	(76.2)	809	(74.4)	796	(76.0)	801	(76.7)	767	(77.9)
Uoplyst	3	(0.1)	.	.	.	.	3	(0.3)	.	.

Lumpektomi	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	866	(8.2)	205	(7.9)	229	(8.9)	211	(7.9)	221	(8.1)
Ja	9712	(91.8)	2374	(92.1)	2355	(91.1)	2467	(92.1)	2516	(91.9)
Uoplyst	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)	.	.	.	.

Biopsi	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	58	(70.7)	13	(86.7)	19	(79.2)	12	(75.0)	14	(51.9)
Ja	24	(29.3)	2	(13.3)	5	(20.8)	4	(25.0)	13	(48.1)

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

Mastektomi efter neo-adj	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	205	(61.4)	71	(60.7)	63	(67.0)	45	(60.0)	26	(54.2)
Ja	107	(32.0)	36	(30.8)	21	(22.3)	30	(40.0)	20	(41.7)
Uoplyst	22	(6.6)	10	(8.5)	10	(10.6)	.	.	2	(4.2)

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



Lumpektomi efter neo-adj	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	86	(35.1)	27	(31.4)	25	(31.6)	25	(49.0)	9	(31.0)
Ja	155	(63.3)	57	(66.3)	52	(65.8)	26	(51.0)	20	(69.0)
Uoplyst	4	(1.6)	2	(2.3)	2	(2.5)	.	.	.	.

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

Tabel 3c. Årsag til aksilrømning i samme seance som sentinel node per år.

		Alle		2011		2012		2013		2014	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Axilrømning i samme seance	Årsag										
Ja	Valideringsfase	15	(0.6)	9	(1.2)	.	.	4	(0.7)	2	(0.3)
	SN frys svar	2333	(89.4)	696	(90.4)	600	(88.9)	524	(88.4)	513	(89.7)
	Mistanke om metastase	67	(2.6)	21	(2.7)	15	(2.2)	18	(3.0)	13	(2.3)
	SN ikke fundet	195	(7.5)	44	(5.7)	60	(8.9)	47	(7.9)	44	(7.7)
Total		2610	(100.0)	770	(100.0)	675	(100.0)	593	(100.0)	572	(100.0)

Tabel 4. Diagnose per år.

Histologisk type	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Duktal	12320	(80.0)	3143	(80.9)	3066	(80.1)	3087	(79.9)	3024	(79.0)
Lobulær	1661	(10.8)	393	(10.1)	383	(10.0)	434	(11.2)	451	(11.8)
Mucinøs	319	(2.1)	78	(2.0)	86	(2.2)	69	(1.8)	86	(2.2)
Medullær	54	(0.4)	9	(0.2)	17	(0.4)	10	(0.3)	18	(0.5)
Papillær	124	(0.8)	23	(0.6)	41	(1.1)	26	(0.7)	34	(0.9)
Tubulær	245	(1.6)	63	(1.6)	60	(1.6)	64	(1.7)	58	(1.5)
Andre invasiv	681	(4.4)	175	(4.5)	177	(4.6)	175	(4.5)	154	(4.0)
Uoplyst	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.	1	(0.0)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	5	(0.0)	3	(0.1)	1	(0.0)	1	(0.0)	.	.
01-04	9235	(59.9)	2079	(53.5)	2303	(60.1)	2395	(62.0)	2458	(64.2)
05-09	827	(5.4)	209	(5.4)	200	(5.2)	223	(5.8)	195	(5.1)
>=10	4706	(30.5)	1427	(36.7)	1146	(29.9)	1078	(27.9)	1055	(27.6)
Uoplyst	632	(4.1)	166	(4.3)	180	(4.7)	168	(4.3)	118	(3.1)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	9154	(59.4)	2206	(56.8)	2245	(58.6)	2364	(61.2)	2339	(61.1)
01-03	4085	(26.5)	1092	(28.1)	1019	(26.6)	949	(24.6)	1025	(26.8)
>=04	1484	(9.6)	409	(10.5)	370	(9.7)	369	(9.5)	336	(8.8)
Uoplyst	682	(4.4)	177	(4.6)	196	(5.1)	183	(4.7)	126	(3.3)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 5c. Antal lymfeknuder med makrometastaser per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(Makrometastaser)										
00	10161	(66.0)	2520	(64.9)	2521	(65.8)	2559	(66.2)	2561	(66.9)
01-03	3138	(20.4)	813	(20.9)	771	(20.1)	762	(19.7)	792	(20.7)
>=04	1314	(8.5)	370	(9.5)	327	(8.5)	325	(8.4)	292	(7.6)
Uoplyst	792	(5.1)	181	(4.7)	211	(5.5)	219	(5.7)	181	(4.7)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder efter neoadjuverende behandling per år. Årstal for biopsi inden neoadjuverende behandling.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	100	(0.6)	37	(1.0)	16	(0.4)	30	(0.8)	17	(0.4)
05-09	29	(0.2)	13	(0.3)	10	(0.3)	3	(0.1)	3	(0.1)
>=10	374	(2.4)	127	(3.3)	111	(2.9)	84	(2.2)	52	(1.4)
Uoplyst	14902	(96.7)	3707	(95.4)	3693	(96.4)	3748	(97.0)	3754	(98.1)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling per år. Årstal for biopsi inden neoadjuverende behandling.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	201	(1.3)	62	(1.6)	51	(1.3)	52	(1.3)	36	(0.9)
01-03	155	(1.0)	51	(1.3)	44	(1.1)	36	(0.9)	24	(0.6)
>=04	109	(0.7)	37	(1.0)	29	(0.8)	31	(0.8)	12	(0.3)
Uoplyst	14940	(97.0)	3734	(96.1)	3706	(96.8)	3746	(96.9)	3754	(98.1)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 7a. Tumorstørrelse (= største diameter i mm) per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	3551	(23.1)	922	(23.7)	840	(21.9)	913	(23.6)	876	(22.9)
11-20	6538	(42.4)	1615	(41.6)	1616	(42.2)	1653	(42.8)	1654	(43.2)
21-50	4318	(28.0)	1047	(27.0)	1094	(28.6)	1081	(28.0)	1096	(28.6)
>=51	327	(2.1)	82	(2.1)	83	(2.2)	73	(1.9)	89	(2.3)
Uoplyst	671	(4.4)	218	(5.6)	197	(5.1)	145	(3.8)	111	(2.9)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 7b. Tumorstørrelse Ultralyd (= største diameter i mm) per år. Kun patienter uden bestemmelse af mikroskopisk tumorstørrelse.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	19	(2.8)	2	(0.9)	6	(3.0)	5	(3.4)	6	(5.4)
11-20	131	(19.5)	46	(21.1)	43	(21.8)	20	(13.8)	22	(19.8)
21-50	384	(57.2)	122	(56.0)	110	(55.8)	87	(60.0)	65	(58.6)
>=51	97	(14.5)	35	(16.1)	28	(14.2)	24	(16.6)	10	(9.0)
Uoplyst	40	(6.0)	13	(6.0)	10	(5.1)	9	(6.2)	8	(7.2)
Total	671	(100.0)	218	(100.0)	197	(100.0)	145	(100.0)	111	(100.0)

Tabel 8. Malignitetsgrad for duktale og lobulære tumorer per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	282	(2.3)	111	(3.5)	98	(3.2)	56	(1.8)	17	(0.6)
I	3306	(26.8)	844	(26.9)	797	(26.0)	862	(27.9)	803	(26.6)
II	5365	(43.5)	1331	(42.3)	1354	(44.2)	1323	(42.9)	1357	(44.9)
III	3367	(27.3)	857	(27.3)	817	(26.6)	846	(27.4)	847	(28.0)
Total	12320	(100.0)	3143	(100.0)	3066	(100.0)	3087	(100.0)	3024	(100.0)

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Lobulære tumorer										
Uoplyst	63	(3.8)	25	(6.4)	21	(5.5)	9	(2.1)	8	(1.8)
I	504	(30.3)	143	(36.4)	105	(27.4)	131	(30.2)	125	(27.7)
II	1009	(60.7)	210	(53.4)	240	(62.7)	267	(61.5)	292	(64.7)
III	85	(5.1)	15	(3.8)	17	(4.4)	27	(6.2)	26	(5.8)
Total	1661	(100.0)	393	(100.0)	383	(100.0)	434	(100.0)	451	(100.0)

Tabel 9. Østrogenreceptor, procent positiv farvning ved immuno-histokemisk farvning (IHC) per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	2093	(13.6)	554	(14.3)	561	(14.6)	489	(12.7)	489	(12.8)
1-9%	229	(1.5)	57	(1.5)	63	(1.6)	61	(1.6)	48	(1.3)
10-100%	13039	(84.6)	3257	(83.9)	3190	(83.3)	3309	(85.6)	3283	(85.8)
Uoplyst	44	(0.3)	16	(0.4)	16	(0.4)	6	(0.2)	6	(0.2)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 10a. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	13090	(85.0)	3216	(82.8)	3262	(85.2)	3335	(86.3)	3277	(85.7)
Positiv	2013	(13.1)	515	(13.3)	473	(12.3)	485	(12.5)	540	(14.1)
Uoplyst	302	(2.0)	153	(3.9)	95	(2.5)	45	(1.2)	9	(0.2)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 10b. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status versus patientalder i 2014.

	Total	Negativ		Positiv		Uoplyst	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
<=34 år	72	53	(73.6)	19	(26.4)	.	.
35-39 år	87	58	(66.7)	29	(33.3)	.	.
40-49 år	531	451	(84.9)	79	(14.9)	1	(0.2)
50-59 år	924	769	(83.2)	154	(16.7)	1	(0.1)
60-69 år	1288	1146	(89.0)	135	(10.5)	7	(0.5)
70-75 år	422	359	(85.1)	63	(14.9)	.	.
76+ år	502	441	(87.8)	61	(12.2)	.	.
Total	3826	3277	(85.7)	540	(14.1)	9	(0.2)

Tabel 10c. HER2-score per år.

	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score										
0	3416	(22.2)	917	(23.6)	867	(22.6)	864	(22.4)	768	(20.1)
1+	7489	(48.6)	1747	(45.0)	1849	(48.3)	1968	(50.9)	1925	(50.3)
2+	2511	(16.3)	638	(16.4)	613	(16.0)	593	(15.3)	667	(17.4)
3+	1723	(11.2)	459	(11.8)	420	(11.0)	407	(10.5)	437	(11.4)
Uoplyst	266	(1.7)	123	(3.2)	81	(2.1)	33	(0.9)	29	(0.8)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 10d. HER2-score og FISH-ratio per år.

HER2score	FISH ratio	Alle		2011		2012		2013		2014	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
0	ubestemt	3387	(22.2)	910	(23.9)	849	(22.5)	863	(22.3)	765	(20.0)
	0.00-1.99	29	(0.2)	7	(0.2)	18	(0.5)	1	(0.0)	3	(0.1)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	7387	(48.4)	1732	(45.5)	1830	(48.6)	1955	(50.6)	1870	(48.9)
	0.00-1.99	100	(0.7)	14	(0.4)	18	(0.5)	13	(0.3)	55	(1.4)
	2.00 +	1	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	103	(0.7)	51	(1.3)	27	(0.7)	24	(0.6)	1	(0.0)
	0.00-1.99	2137	(14.0)	538	(14.1)	537	(14.3)	493	(12.8)	569	(14.9)
	2.00 +	271	(1.8)	49	(1.3)	49	(1.3)	76	(2.0)	97	(2.5)
3+	ubestemt	1672	(11.0)	452	(11.9)	411	(10.9)	397	(10.3)	412	(10.8)
	0.00-1.99	6	(0.0)	2	(0.1)	.	(0.0)	2	(0.1)	2	(0.1)
	2.00 +	45	(0.3)	5	(0.1)	9	(0.2)	8	(0.2)	23	(0.6)
Uoplyst	ubestemt	66	(0.4)	34	(0.9)	10	(0.3)	18	(0.5)	4	(0.1)
	0.00-1.99	40	(0.3)	5	(0.1)	8	(0.2)	10	(0.3)	17	(0.4)
	2.00 +	11	(0.1)	5	(0.1)	.	(0.0)	2	(0.1)	4	(0.1)

Tabel 11. Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

Risikogruppe	Alle		2011		2012		2013		2014	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	327	(2.1)	70	(1.8)	98	(2.6)	82	(2.1)	77	(2.0)
A lavrisiko	1224	(7.9)	424	(10.9)	255	(6.7)	271	(7.0)	274	(7.2)
B, ER+/? : KT,ET	5587	(36.3)	1248	(32.1)	1275	(33.3)	1419	(36.7)	1645	(43.0)
C, ER+/? : ET	6205	(40.3)	1595	(41.1)	1650	(43.1)	1610	(41.7)	1350	(35.3)
D, ER-: KT	2062	(13.4)	547	(14.1)	552	(14.4)	483	(12.5)	480	(12.5)
Total	15405	(100.0)	3884	(100.0)	3830	(100.0)	3865	(100.0)	3826	(100.0)

Tabel 12. Tumorstørrelse versus fund ved populationsscreening blandt 50-69 årige.

År	Fundet ved screening	Tumordiameter						Alle N
		0-10 mm		≥11 mm		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
2011	Nej	119	(15.7)	573	(75.4)	68	(8.9)	760
	Ja	556	(41.1)	769	(56.8)	29	(2.1)	1354
	Uoplyst	13	(15.5)	65	(77.4)	6	(7.1)	84
2012	Nej	118	(14.6)	636	(78.8)	53	(6.6)	807
	Ja	486	(38.2)	760	(59.7)	27	(2.1)	1273
	Uoplyst	8	(21.1)	26	(68.4)	4	(10.5)	38
2013	Nej	137	(15.6)	697	(79.1)	47	(5.3)	881
	Ja	550	(41.3)	765	(57.4)	17	(1.3)	1332
	Uoplyst	4	(14.3)	21	(75.0)	3	(10.7)	28
2014	Nej	127	(15.8)	652	(80.9)	27	(3.3)	806
	Ja	540	(39.0)	834	(60.3)	10	(0.7)	1384
	Uoplyst	6	(31.6)	12	(63.2)	1	(5.3)	19
Alle		2664	(30.4)	5810	(66.3)	292	(3.3)	8766

# BILAG 3

## Demografiske og prognostiske parametre per afdeling 2014

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2014  
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 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	72	(1.9)	27	(4.6)	3	(0.5)	8	(1.4)	2	(0.7)
35-39 år	87	(2.3)	15	(2.5)	11	(1.8)	12	(2.1)	7	(2.6)
40-49 år	531	(13.9)	86	(14.5)	87	(14.2)	78	(13.8)	37	(13.6)
50-59 år	924	(24.2)	137	(23.1)	135	(22.0)	125	(22.1)	77	(28.2)
60-69 år	1288	(33.7)	176	(29.7)	199	(32.5)	207	(36.6)	78	(28.6)
70-75 år	422	(11.0)	66	(11.1)	94	(15.3)	63	(11.2)	34	(12.5)
76+ år	502	(13.1)	86	(14.5)	84	(13.7)	72	(12.7)	38	(13.9)
Total	3826	(100.0)	593	(100.0)	613	(100.0)	565	(100.0)	273	(100.0)

	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	3	(1.6)	1	(0.7)	7	(2.5)	.	.	12	(3.7)
35-39 år	6	(3.3)	3	(2.1)	11	(3.9)	1	(50.0)	4	(1.2)
40-49 år	25	(13.7)	14	(9.6)	46	(16.1)	.	.	49	(15.0)
50-59 år	41	(22.4)	40	(27.4)	66	(23.2)	.	.	90	(27.5)
60-69 år	64	(35.0)	56	(38.4)	93	(32.6)	1	(50.0)	110	(33.6)
70-75 år	14	(7.7)	15	(10.3)	29	(10.2)	.	.	25	(7.6)
76+ år	30	(16.4)	17	(11.6)	33	(11.6)	.	.	37	(11.3)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	2	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)								
<=34 år	1	(0.7)	4	(1.2)	4	(1.7)	.	.
35-39 år	4	(2.6)	3	(0.9)	6	(2.5)	4	(3.1)
40-49 år	24	(15.8)	38	(11.8)	33	(13.9)	14	(10.9)
50-59 år	37	(24.3)	89	(27.7)	53	(22.3)	34	(26.6)
60-69 år	57	(37.5)	108	(33.6)	92	(38.7)	47	(36.7)
70-75 år	18	(11.8)	31	(9.7)	19	(8.0)	14	(10.9)
76+ år	11	(7.2)	48	(15.0)	31	(13.0)	15	(11.7)
Total	152	(100.0)	321	(100.0)	238	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 2. Diagnostik ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2014.

Diagnose ved excisionsbiopsi	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	3425	(89.5)	480	(80.9)	548	(89.4)	520	(92.0)	252	(92.3)
Ja	237	(6.2)	91	(15.3)	36	(5.9)	21	(3.7)	7	(2.6)
Uoplyst	164	(4.3)	22	(3.7)	29	(4.7)	24	(4.2)	14	(5.1)
Total	3826	(100.0)	593	(100.0)	613	(100.0)	565	(100.0)	273	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	165	(90.2)	138	(94.5)	274	(96.1)	2	(100.0)	298	(91.1)
Ja	10	(5.5)	6	(4.1)	10	(3.5)	.	.	8	(2.4)
Uoplyst	8	(4.4)	2	(1.4)	1	(0.4)	.	.	21	(6.4)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	2	(100.0)	327	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi								
Nej	135	(88.8)	280	(87.2)	226	(95.0)	107	(83.6)
Ja	5	(3.3)	29	(9.0)	5	(2.1)	9	(7.0)
Uoplyst	12	(7.9)	12	(3.7)	7	(2.9)	12	(9.4)
Total	152	(100.0)	321	(100.0)	238	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 3. Operationstype per kirurgisk afdeling 2014.

Operationstype	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	985	(25.7)	189	(31.9)	127	(20.7)	105	(18.6)
Lumpektomi	2737	(71.5)	399	(67.3)	469	(76.5)	441	(78.1)
Biopsi	27	(0.7)	.	.	2	(0.3)	6	(1.1)
Mastektomi efter neo-adj	48	(1.3)	4	(0.7)	9	(1.5)	9	(1.6)
Lumpektomi efter neo-adj	29	(0.8)	1	(0.2)	6	(1.0)	4	(0.7)
Total	3826	(100.0)	593	(100.0)	613	(100.0)	565	(100.0)

Operationstype	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	109	(39.9)	56	(30.6)	35	(24.0)	41	(14.4)	.	.
Lumpektomi	164	(60.1)	127	(69.4)	104	(71.2)	203	(71.2)	2	(100.0)
Biopsi	.	.	.	.	5	(3.4)	10	(3.5)	.	.
Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	1	(0.7)	17	(6.0)	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	1	(0.7)	14	(4.9)	.	.
Total	273	(100.0)	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	2	(100.0)

Operationstype	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	105	(32.1)	51	(33.6)	48	(15.0)	83	(34.9)	36	(28.1)
Lumpektomi	218	(66.7)	98	(64.5)	266	(82.9)	154	(64.7)	92	(71.9)
Biopsi	.	.	.	.	4	(1.2)	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	4	(1.2)	2	(1.3)	2	(0.6)	.	.	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	.	.	1	(0.7)	1	(0.3)	1	(0.4)	.	.
Total	327	(100.0)	152	(100.0)	321	(100.0)	238	(100.0)	128	(100.0)

Tabel 4. Preoperativ klassifikation og operationstype per kir. afd. 2014.

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation								
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	978	(25.6)	187	(31.5)	126	(20.6)	105	(18.6)
	Lumpektomi	2724	(71.3)	396	(66.8)	466	(76.1)	440	(78.0)
	Biopsi	4	(0.1)	.	.	1	(0.2)	2	(0.4)
	Mastektomi efter neo-adj	7	(0.2)	1	(0.2)	1	(0.2)	4	(0.7)
	Lumpektomi efter neo-adj	6	(0.2)	1	(0.2)	2	(0.3)	2	(0.4)
Neo-adj behandling (down st)	Mastektomi	5	(0.1)	2	(0.3)	1	(0.2)	.	.
	Lumpektomi	7	(0.2)	1	(0.2)	2	(0.3)	.	.
	Biopsi	22	(0.6)	.	.	1	(0.2)	4	(0.7)
	Mastektomi efter neo-adj	41	(1.1)	3	(0.5)	8	(1.3)	5	(0.9)
	Lumpektomi efter neo-adj	23	(0.6)	.	.	4	(0.7)	2	(0.4)
Uoplyst	Mastektomi	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	2	(0.1)	2	(0.3)	.	.	.	.
	Biopsi	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
Total		3821	(100.0)	593	(100.0)	612	(100.0)	564	(100.0)

		ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	108	(39.6)	56	(30.6)	34	(23.3)	40	(14.0)	.	.
	Lumpektomi	164	(60.1)	127	(69.4)	104	(71.2)	200	(70.2)	2	(100.0)
	Biopsi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Neo-adj behandling (down st)	Mastektomi	.	.	.	.	1	(0.7)	1	(0.4)	.	.
	Lumpektomi	.	.	.	.	.	.	3	(1.1)	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	5	(3.4)	10	(3.5)	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	1	(0.7)	17	(6.0)	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	1	(0.7)	14	(4.9)	.	.
Uoplyst	Mastektomi	1	(0.4)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total		273	(100.0)	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	2	(100.0)

		AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	104	(32.0)	51	(33.6)	48	(15.0)	83	(34.9)	36	(28.3)
	Lumpektomi	217	(66.8)	98	(64.5)	265	(82.6)	154	(64.7)	91	(71.7)
	Biopsi	.	.	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	1	(0.7)	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
Neo-adj behandling (down st)	Mastektomi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	.	.	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	2	(0.6)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	4	(1.2)	1	(0.7)	2	(0.6)	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	1	(0.7)	1	(0.3)	.	.	.	.
Uoplyst	Mastektomi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
Total		325	(100.0)	152	(100.0)	321	(100.0)	238	(100.0)	127	(100.0)

Tabel 5. Diagnose per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	3024	(79.0)	482	(81.8)	491	(80.1)	462	(81.5)	206	(74.9)
Lobulær	451	(11.8)	77	(13.1)	72	(11.7)	53	(9.3)	35	(12.7)
Mucinøs	86	(2.2)	9	(1.5)	15	(2.4)	17	(3.0)	8	(2.9)
Medullær	18	(0.5)	1	(0.2)	.	.	2	(0.4)	.	.
Papillær	34	(0.9)	3	(0.5)	1	(0.2)	5	(0.9)	6	(2.2)
Tubulær	58	(1.5)	3	(0.5)	10	(1.6)	13	(2.3)	15	(5.5)
Andre invasiv	154	(4.0)	13	(2.2)	24	(3.9)	15	(2.6)	5	(1.8)
Uoplyst	1	(0.0)	1	(0.2)	.	.	.	.	.	.
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	148	(80.9)	106	(72.6)	219	(76.8)	4	(100.0)	238	(72.8)
Lobulær	22	(12.0)	15	(10.3)	33	(11.6)	.	.	41	(12.5)
Mucinøs	4	(2.2)	5	(3.4)	5	(1.8)	.	.	4	(1.2)
Medullær	4	(2.2)	.	.	3	(1.1)	.	.	.	.
Papillær	2	(1.1)	2	(1.4)	6	(2.1)	.	.	1	(0.3)
Tubulær	.	.	4	(2.7)	5	(1.8)	.	.	.	.
Andre invasiv	3	(1.6)	14	(9.6)	14	(4.9)	.	.	43	(13.1)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type								
Duktal	125	(82.2)	260	(81.8)	175	(74.2)	108	(82.4)
Lobulær	18	(11.8)	34	(10.7)	36	(15.3)	15	(11.5)
Mucinøs	5	(3.3)	6	(1.9)	6	(2.5)	2	(1.5)
Medullær	.	.	.	.	3	(1.3)	5	(3.8)
Papillær	.	.	4	(1.3)	4	(1.7)	.	.
Tubulær	2	(1.3)	5	(1.6)	1	(0.4)	.	.
Andre invasiv	2	(1.3)	9	(2.8)	11	(4.7)	1	(0.8)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 6. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
01-04	2458	(64.2)	340	(57.7)	419	(68.4)	372	(65.6)	163	(59.3)
05-09	195	(5.1)	25	(4.2)	25	(4.1)	33	(5.8)	20	(7.3)
>=10	1055	(27.6)	216	(36.7)	146	(23.8)	147	(25.9)	89	(32.4)
Uoplyst	118	(3.1)	8	(1.4)	23	(3.8)	15	(2.6)	3	(1.1)
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
01-04	124	(67.8)	106	(72.6)	190	(66.7)	.	.	210	(64.2)
05-09	6	(3.3)	4	(2.7)	4	(1.4)	.	.	29	(8.9)
>=10	52	(28.4)	28	(19.2)	49	(17.2)	.	.	84	(25.7)
Uoplyst	1	(0.5)	8	(5.5)	42	(14.7)	4	(100.0)	4	(1.2)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder								
01-04	105	(69.1)	215	(67.6)	142	(60.2)	72	(55.0)
05-09	8	(5.3)	11	(3.5)	20	(8.5)	10	(7.6)
>=10	36	(23.7)	87	(27.4)	72	(30.5)	49	(37.4)
Uoplyst	3	(2.0)	5	(1.6)	2	(0.8)	.	.
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 7. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	2339	(61.1)	339	(57.6)	386	(63.0)	349	(61.6)	165	(60.0)
01-03	1025	(26.8)	167	(28.4)	147	(24.0)	168	(29.6)	81	(29.5)
>=04	336	(8.8)	74	(12.6)	56	(9.1)	35	(6.2)	26	(9.5)
Uoplyst	126	(3.3)	9	(1.5)	24	(3.9)	15	(2.6)	3	(1.1)
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	133	(72.7)	97	(66.4)	175	(61.4)	.	.	199	(60.9)
01-03	35	(19.1)	32	(21.9)	58	(20.4)	.	.	94	(28.7)
>=04	14	(7.7)	9	(6.2)	10	(3.5)	.	.	30	(9.2)
Uoplyst	1	(0.5)	8	(5.5)	42	(14.7)	4	(100.0)	4	(1.2)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder								
00	99	(65.1)	195	(61.3)	127	(53.8)	75	(57.3)
01-03	37	(24.3)	79	(24.8)	86	(36.4)	41	(31.3)
>=04	12	(7.9)	37	(11.6)	21	(8.9)	12	(9.2)
Uoplyst	4	(2.6)	7	(2.2)	2	(0.8)	3	(2.3)
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)



Tabel 8. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)								
00	2561	(66.9)	368	(62.5)	431	(70.3)	382	(67.4)
01-03	792	(20.7)	142	(24.1)	109	(17.8)	123	(21.7)
>=04	292	(7.6)	70	(11.9)	46	(7.5)	32	(5.6)
Uoplyst	181	(4.7)	9	(1.5)	27	(4.4)	30	(5.3)
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	181	(65.8)	137	(74.9)	106	(72.6)	183	(64.2)	.	.
01-03	63	(22.9)	33	(18.0)	25	(17.1)	38	(13.3)	.	.
>=04	23	(8.4)	12	(6.6)	6	(4.1)	9	(3.2)	.	.
Uoplyst	8	(2.9)	1	(0.5)	9	(6.2)	55	(19.3)	4	(100.0)
Total	275	(100.0)	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	231	(70.6)	113	(74.3)	215	(67.6)	129	(54.7)	85	(64.9)
01-03	68	(20.8)	26	(17.1)	67	(21.1)	61	(25.8)	37	(28.2)
>=04	24	(7.3)	9	(5.9)	31	(9.7)	21	(8.9)	9	(6.9)
Uoplyst	4	(1.2)	4	(2.6)	5	(1.6)	25	(10.6)	.	.
Total	327	(100.0)	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 9. Antal fjernede lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	17	(0.4)	.	.	5	(0.8)	2	(0.4)	.	.
05-09	3	(0.1)	1	(0.2)	1	(0.2)	1	(0.2)	.	.
>=10	52	(1.4)	6	(1.0)	13	(2.1)	5	(0.9)	.	.
Uoplyst	3754	(98.1)	582	(98.8)	594	(96.9)	559	(98.6)	275	(100.0)
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	.	.	1	(0.7)	5	(1.8)	.	.	2	(0.6)
05-09	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
>=10	.	.	2	(1.4)	18	(6.3)	3	(75.0)	2	(0.6)
Uoplyst	183	(100.0)	143	(97.9)	262	(91.9)	1	(25.0)	323	(98.8)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling								
01-04	1	(0.7)	.	.	.	.	1	(0.8)
05-09	.	.	.	.	.	.	.	.
>=10	2	(1.3)	1	(0.3)	.	.	.	.
Uoplyst	149	(98.0)	317	(99.7)	236	(100.0)	130	(99.2)
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 10. Antal positive lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	36	(0.9)	2	(0.3)	8	(1.3)	4	(0.7)	.	.
01-03	24	(0.6)	4	(0.7)	5	(0.8)	4	(0.7)	.	.
>=04	12	(0.3)	1	(0.2)	6	(1.0)	.	.	.	.
Uoplyst	3754	(98.1)	582	(98.8)	594	(96.9)	559	(98.6)	275	(100.0)
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	.	.	3	(2.1)	13	(4.6)	.	.	3	(0.9)
01-03	.	.	.	.	7	(2.5)	1	(25.0)	1	(0.3)
>=04	.	.	.	.	3	(1.1)	2	(50.0)	.	.
Uoplyst	183	(100.0)	143	(97.9)	262	(91.9)	1	(25.0)	323	(98.8)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling								
00	1	(0.7)	1	(0.3)	.	.	1	(0.8)
01-03	2	(1.3)	.	.	.	.	.	.
>=04	.	.	.	.	.	.	.	.
Uoplyst	149	(98.0)	317	(99.7)	236	(100.0)	130	(99.2)
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 11a. Tumorstørrelse (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	876	(22.9)	119	(20.2)	162	(26.4)	129	(22.8)	51	(18.5)
11-20	1654	(43.2)	237	(40.2)	271	(44.2)	235	(41.4)	123	(44.7)
21-50	1096	(28.6)	201	(34.1)	151	(24.6)	172	(30.3)	88	(32.0)
>=51	89	(2.3)	25	(4.2)	10	(1.6)	16	(2.8)	11	(4.0)
Uoplyst	111	(2.9)	7	(1.2)	19	(3.1)	15	(2.6)	2	(0.7)
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	47	(25.7)	35	(24.0)	71	(24.9)	.	.	88	(26.9)
11-20	82	(44.8)	62	(42.5)	128	(44.9)	.	.	144	(44.0)
21-50	51	(27.9)	38	(26.0)	42	(14.7)	.	.	85	(26.0)
>=51	3	(1.6)	3	(2.1)	2	(0.7)	.	.	5	(1.5)
Uoplyst	.	.	8	(5.5)	42	(14.7)	4	(100.0)	5	(1.5)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)								
00-10	32	(21.1)	69	(21.7)	52	(22.0)	21	(16.0)
11-20	60	(39.5)	142	(44.7)	116	(49.2)	54	(41.2)
21-50	55	(36.2)	95	(29.9)	65	(27.5)	53	(40.5)
>=51	2	(1.3)	8	(2.5)	1	(0.4)	3	(2.3)
Uoplyst	3	(2.0)	4	(1.3)	2	(0.8)	.	.
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 11b. Tumorstørrelse Ultralyd (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2014.  
Kun patienter uden mikroskopisk bestemmelse af tumorstørrelse.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)								
00-10	6	(5.4)	1	(14.3)	.	.	2	(13.3)
11-20	22	(19.8)	.	.	4	(21.1)	3	(20.0)
21-50	65	(58.6)	4	(57.1)	12	(63.2)	6	(40.0)
>=51	10	(9.0)	1	(14.3)	2	(10.5)	1	(6.7)
Uoplyst	8	(7.2)	1	(14.3)	1	(5.3)	3	(20.0)
Total	111	(100.0)	7	(100.0)	19	(100.0)	15	(100.0)

	ODENSE		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	.	.	.	.	.	.	.	.	1	(20.0)
11-20	1	(50.0)	4	(50.0)	9	(21.4)	.	.	.	.
21-50	1	(50.0)	3	(37.5)	30	(71.4)	3	(75.0)	2	(40.0)
>=51	.	.	.	.	3	(7.1)	1	(25.0)	1	(20.0)
Uoplyst	.	.	1	(12.5)	.	.	.	.	1	(20.0)
Total	2	(100.0)	8	(100.0)	42	(100.0)	4	(100.0)	5	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG	
	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)						
00-10	.	.	.	.	2	(100.0)
11-20	.	.	1	(25.0)	.	.
21-50	2	(66.7)	2	(50.0)	.	.
>=51	1	(33.3)	.	.	.	.
Uoplyst	.	.	1	(25.0)	.	.
Total	3	(100.0)	4	(100.0)	2	(100.0)

Tabel 12a. Malignitetsgrad for ductale tumorer per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer								
Uoplyst	17	(0.6)	7	(1.5)	1	(0.2)	4	(0.9)
I	803	(26.6)	100	(20.7)	152	(31.0)	126	(27.3)
II	1357	(44.9)	222	(46.1)	223	(45.4)	199	(43.1)
III	847	(28.0)	153	(31.7)	115	(23.4)	133	(28.8)
Total	3024	(100.0)	482	(100.0)	491	(100.0)	462	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	.	.	1	(0.7)	1	(0.9)	.	.	.	.
I	55	(26.7)	33	(22.3)	29	(27.4)	64	(29.2)	2	(50.0)
II	72	(35.0)	62	(41.9)	58	(54.7)	97	(44.3)	2	(50.0)
III	79	(38.3)	52	(35.1)	18	(17.0)	58	(26.5)	.	.
Total	206	(100.0)	148	(100.0)	106	(100.0)	219	(100.0)	4	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	1	(0.4)	.	.	.	.	2	(1.1)	.	.
I	72	(30.3)	35	(28.0)	60	(23.1)	60	(34.3)	15	(13.9)
II	102	(42.9)	62	(49.6)	119	(45.8)	68	(38.9)	71	(65.7)
III	63	(26.5)	28	(22.4)	81	(31.2)	45	(25.7)	22	(20.4)
Total	238	(100.0)	125	(100.0)	260	(100.0)	175	(100.0)	108	(100.0)

Tabel 12b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
I	125	(27.7)	13	(16.9)	37	(51.4)	9	(17.0)	16	(45.7)
II	292	(64.7)	59	(76.6)	34	(47.2)	39	(73.6)	17	(48.6)
III	26	(5.8)	4	(5.2)	.	.	4	(7.5)	1	(2.9)
Uoplyst	8	(1.8)	1	(1.3)	1	(1.4)	1	(1.9)	1	(2.9)
Total	451	(100.0)	77	(100.0)	72	(100.0)	53	(100.0)	35	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		AARHUS		RANDERS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
I	3	(13.6)	2	(13.3)	17	(51.5)	5	(12.2)	6	(33.3)
II	16	(72.7)	13	(86.7)	15	(45.5)	30	(73.2)	8	(44.4)
III	3	(13.6)	.	.	1	(3.0)	5	(12.2)	2	(11.1)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	1	(2.4)	2	(11.1)
Total	22	(100.0)	15	(100.0)	33	(100.0)	41	(100.0)	18	(100.0)

	VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer						
I	6	(17.6)	11	(30.6)	.	.
II	26	(76.5)	22	(61.1)	13	(86.7)
III	1	(2.9)	3	(8.3)	2	(13.3)
Uoplyst	1	(2.9)	.	.	.	.
Total	34	(100.0)	36	(100.0)	15	(100.0)

Tabel 13. Østrogen-receptorstatus per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	489	(12.8)	79	(13.4)	88	(14.4)	61	(10.8)	36	(13.1)
1-9%	48	(1.3)	8	(1.4)	5	(0.8)	5	(0.9)	2	(0.7)
10-100%	3283	(85.8)	500	(84.9)	518	(84.5)	500	(88.2)	237	(86.2)
Uoplyst	6	(0.2)	2	(0.3)	2	(0.3)	1	(0.2)	.	.
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	34	(18.6)	21	(14.4)	36	(12.6)	1	(25.0)	32	(9.8)
1-9%	2	(1.1)	3	(2.1)	8	(2.8)	.	.	3	(0.9)
10-100%	147	(80.3)	121	(82.9)	241	(84.6)	3	(75.0)	292	(89.3)
Uoplyst	.	.	1	(0.7)	.	.	.	.	.	.
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor								
0 %	18	(11.8)	41	(12.9)	28	(11.9)	14	(10.7)
1-9%	4	(2.6)	5	(1.6)	2	(0.8)	1	(0.8)
10-100%	130	(85.5)	272	(85.5)	206	(87.3)	116	(88.5)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)



Tabel 14a. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	3277	(85.7)	510	(86.6)	528	(86.1)	487	(85.9)	240	(87.3)
Positiv	540	(14.1)	77	(13.1)	82	(13.4)	78	(13.8)	35	(12.7)
Uoplyst	9	(0.2)	2	(0.3)	3	(0.5)	2	(0.4)	.	.
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	160	(87.4)	125	(85.6)	240	(84.2)	2	(50.0)	287	(87.8)
Positiv	23	(12.6)	20	(13.7)	45	(15.8)	2	(50.0)	39	(11.9)
Uoplyst	.	.	1	(0.7)	.	.	.	.	1	(0.3)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status								
Negativ	131	(86.2)	259	(81.4)	198	(83.9)	110	(84.0)
Positiv	21	(13.8)	59	(18.6)	38	(16.1)	21	(16.0)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 14b. HER2-score per patologisk afdeling 2014.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC										
0	768	(20.1)	72	(12.2)	114	(18.6)	150	(26.5)	77	(28.0)
1+	1925	(50.3)	311	(52.8)	313	(51.1)	252	(44.4)	151	(54.9)
2+	667	(17.4)	140	(23.8)	107	(17.5)	103	(18.2)	19	(6.9)
3+	437	(11.4)	58	(9.8)	75	(12.2)	59	(10.4)	28	(10.2)
Uoplyst	29	(0.8)	8	(1.4)	4	(0.7)	3	(0.5)	.	.
Total	3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)	275	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC										
0	51	(27.9)	21	(14.4)	45	(15.8)	1	(25.0)	24	(7.3)
1+	97	(53.0)	86	(58.9)	171	(60.0)	1	(25.0)	163	(49.8)
2+	14	(7.7)	25	(17.1)	28	(9.8)	.	.	101	(30.9)
3+	21	(11.5)	13	(8.9)	41	(14.4)	2	(50.0)	27	(8.3)
Uoplyst	.	.	1	(0.7)	.	.	.	.	12	(3.7)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)	327	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC								
0	7	(4.6)	97	(30.5)	62	(26.3)	47	(35.9)
1+	85	(55.9)	127	(39.9)	114	(48.3)	54	(41.2)
2+	42	(27.6)	50	(15.7)	28	(11.9)	10	(7.6)
3+	18	(11.8)	43	(13.5)	32	(13.6)	20	(15.3)
Uoplyst	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
Total	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 14c. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) score og FISH-ratio status per patologisk afdeling 2014.

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio								
0	ubestemt	765	(20.0)	72	(12.2)	114	(18.6)	150	(26.5)
	0.00-1.99	3	(0.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	1870	(48.9)	307	(52.1)	305	(49.8)	249	(43.9)
	0.00-1.99	55	(1.4)	4	(0.7)	8	(1.3)	3	(0.5)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	1	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.2)	.	(0.0)
	0.00-1.99	569	(14.9)	121	(20.5)	99	(16.2)	84	(14.8)
	2.00 +	97	(2.5)	19	(3.2)	7	(1.1)	19	(3.4)
3+	ubestemt	412	(10.8)	56	(9.5)	70	(11.4)	57	(10.1)
	0.00-1.99	2	(0.1)	1	(0.2)	1	(0.2)	.	(0.0)
	2.00 +	23	(0.6)	1	(0.2)	4	(0.7)	2	(0.4)
Uoplyst	ubestemt	8	(0.2)	2	(0.3)	2	(0.3)	2	(0.4)
	0.00-1.99	17	(0.4)	6	(1.0)	2	(0.3)	1	(0.2)
	2.00 +	4	(0.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		3826	(100.0)	589	(100.0)	613	(100.0)	567	(100.0)

		ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	ubestemt	77	(28.0)	51	(27.9)	21	(14.4)	45	(15.8)	1	(25.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	151	(54.9)	95	(51.9)	86	(58.9)	170	(59.6)	1	(25.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	2	(1.1)	.	(0.0)	1	(0.4)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	12	(4.4)	13	(7.1)	18	(12.3)	24	(8.4)	.	(0.0)
	2.00 +	7	(2.5)	1	(0.5)	7	(4.8)	4	(1.4)	.	(0.0)
3+	ubestemt	28	(10.2)	21	(11.5)	13	(8.9)	41	(14.4)	2	(50.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Uoplyst	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.7)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		275	(100.0)	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	4	(100.0)

		AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	ubestemt	21	(6.4)	7	(4.6)	97	(30.5)	62	(26.3)	47	(35.9)
	0.00-1.99	3	(0.9)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	131	(40.1)	85	(55.9)	124	(39.0)	114	(48.3)	52	(39.7)
	0.00-1.99	32	(9.8)	.	(0.0)	3	(0.9)	.	(0.0)	2	(1.5)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	93	(28.4)	39	(25.7)	35	(11.0)	22	(9.3)	9	(6.9)
	2.00 +	8	(2.4)	3	(2.0)	15	(4.7)	6	(2.5)	1	(0.8)
3+	ubestemt	12	(3.7)	18	(11.8)	43	(13.5)	32	(13.6)	19	(14.5)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	15	(4.6)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.8)
Uoplyst	ubestemt	1	(0.3)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	7	(2.1)	.	(0.0)	1	(0.3)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	4	(1.2)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		327	(100.0)	152	(100.0)	318	(100.0)	236	(100.0)	131	(100.0)

Tabel 15. Risikogruppe per kirurgisk afdeling 2014.

Risikogruppe	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	77	(2.0)	20	(3.4)	8	(1.3)	10	(1.8)	8	(2.9)
A lavrisiko	274	(7.2)	31	(5.2)	59	(9.6)	40	(7.1)	14	(5.1)
B, ER+/? : KT,ET	1645	(43.0)	264	(44.5)	232	(37.8)	240	(42.5)	114	(41.8)
C, ER+/? : ET	1350	(35.3)	199	(33.6)	228	(37.2)	213	(37.7)	103	(37.7)
D, ER-: KT	480	(12.5)	79	(13.3)	86	(14.0)	62	(11.0)	34	(12.5)
Total	3826	(100.0)	593	(100.0)	613	(100.0)	565	(100.0)	273	(100.0)

Risikogruppe	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	1	(0.5)	5	(3.4)	4	(1.4)	.	.	3	(0.9)
A lavrisiko	15	(8.2)	14	(9.6)	21	(7.4)	.	.	26	(8.0)
B, ER+/? : KT,ET	77	(42.1)	51	(34.9)	120	(42.1)	1	(50.0)	152	(46.5)
C, ER+/? : ET	56	(30.6)	55	(37.7)	105	(36.8)	1	(50.0)	116	(35.5)
D, ER-: KT	34	(18.6)	21	(14.4)	35	(12.3)	.	.	30	(9.2)
Total	183	(100.0)	146	(100.0)	285	(100.0)	2	(100.0)	327	(100.0)

Risikogruppe	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Ej protokol	2	(1.3)	7	(2.2)	5	(2.1)	4	(3.1)
A lavrisiko	13	(8.6)	22	(6.9)	15	(6.3)	4	(3.1)
B, ER+/? : KT,ET	73	(48.0)	148	(46.1)	105	(44.1)	68	(53.1)
C, ER+/? : ET	47	(30.9)	103	(32.1)	86	(36.1)	38	(29.7)
D, ER-: KT	17	(11.2)	41	(12.8)	27	(11.3)	14	(10.9)
Total	152	(100.0)	321	(100.0)	238	(100.0)	128	(100.0)

# DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group

Databearbejdning til denne indikatorrapport for 2014 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