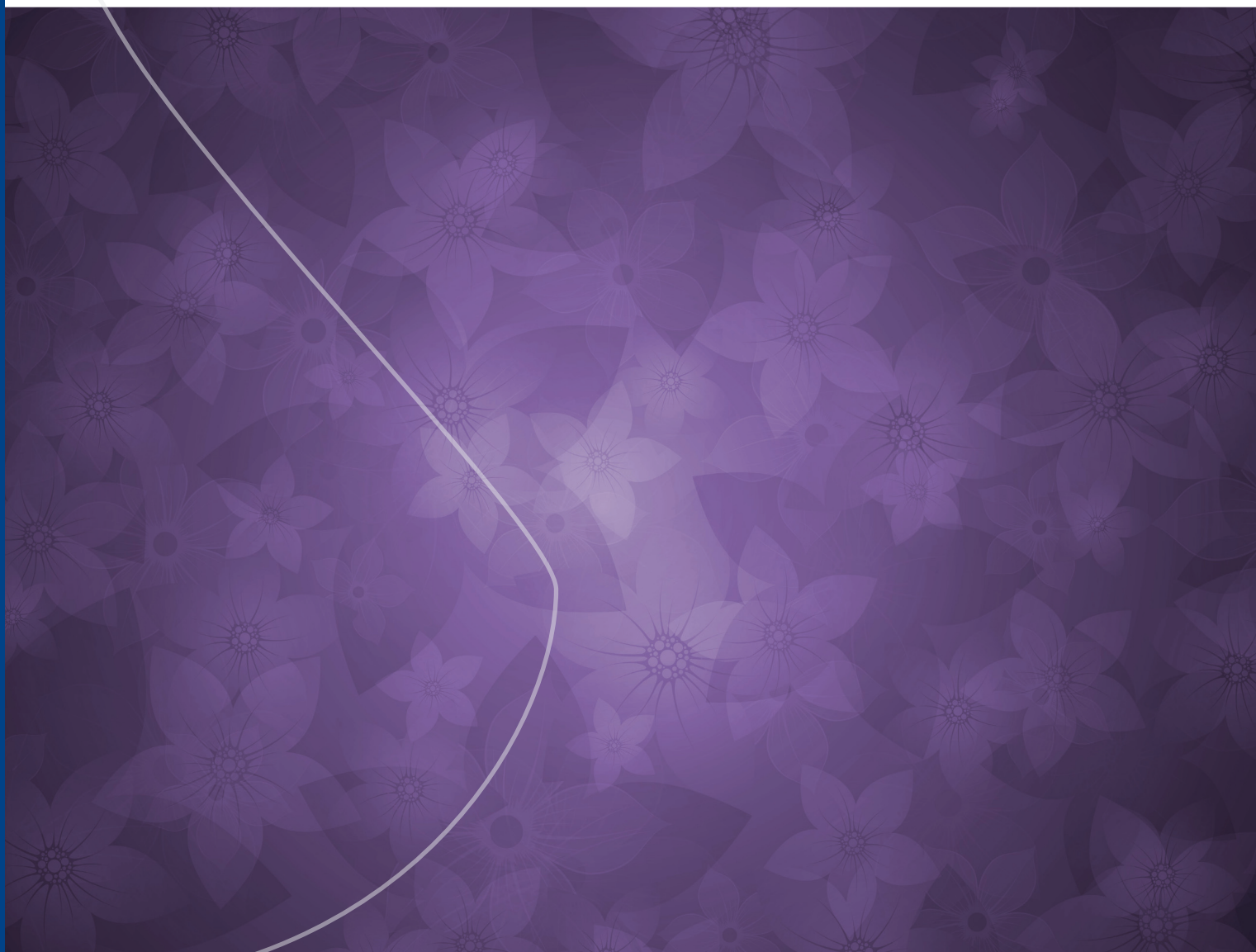


Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2010

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2010

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft
Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

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 DBCG' chefstatistiker, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG: Radiologiudvalget, Kirurgisk Udvalg, Radioterapiudvalget, Medicinsk Udvalg og Patologiudvalget. Derudover er der repræsentanter fra Kompetencecenter Nord (KCN), som DBCG er knyttet til, Kompetencecenter Øst, som driver Analyseportalen, og mulighed for en repræsentant fra hver af de fem regioner. Region Hovedstaden er den registeransvarlige offentlige myndighed, idet DBCG formelt er knyttet til Rigshospitalet.

Styregruppens medlemmer er per maj 2011:

Peer Christiansen	Århus Sygehus (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlersen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Hospital (Patologiudvalget)
Birgitte Offersen	Århus Sygehus (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiudvalget)
Susanne Møller	DBCG (Statistik)
Martin Larsen	DBCG (Dataologi)
Søren Paaske Johnsen	Kompetencecenter Nord
Mads Chr. Haugaard	Region Syddanmark
Anne Pedersen	Region Sjælland

Databearbejdning til denne fjerde indikatorrapport for 2010 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat/KCN, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 30. maj 2011.

Revisionspåtegning

Kompetencecenter Nord har gennemgået årsrapporten med udgangspunkt i de gældende Basiskrav for landsækkende kliniske kvalitetsdatabaser som er opstillet af Danske Regioner. Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft er baseret på oplysninger som er rapporteret til Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). Databasen monitorerer kvaliteten af behandlingen af brystkræft i Danmark ved hjælp af 11 kvalitetsindikatorer. Den aktuelle rapport er baseret på patienter som er diagnosticeret i perioden 1. januar - 31. december 2010. Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. Rapporten, inklusiv de statistiske analyser, er udarbejdet i et samarbejde mellem medarbejdere i DBCG's sekretariat og Kompetencecenter Nord.

Årsrapporten indeholder et særskilt afsnit, hvor alle databasens kvalitetsindikatorer beskrives. Der er opgjort resultater for alle 11 kvalitetsindikatorer. Kvalitetsindikatorerne er offentliggjort på ikke-anonymiserede afdelingsspecifikt niveau, med angivelse af landsresultater til sammenligning. Endvidere er resultaterne for tidligere år (2006-2009) medtaget, således at det er muligt at følge udviklingen over tid. Kvalitetsindikatorerne er præsenteret i både tabel- og grafisk form med henblik på at give læseren et bedre overblik. Til alle kvalitetsindikatorer er der knyttet forklaringer og faglige kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne. Rapporten indeholder endvidere et samlende afsnit med de vigtigste resultater, konklusioner og anbefalinger fra styregruppen.

Rapporten indeholder endeligt et afsnit vedrørende datagrundlaget, inkl. kompletthed af de registrerede variable på både lands- og afdelingsniveau. Komplettheden af patientregistreringen er opgjort som en selvstændig kvalitetsindikator (Indikator 7). Rapportens datagrundlag og statistiske analyser kan bære rapportens angivne konklusioner og anbefalinger.

I forhold til forrige årsrapport er der fulgt op behovet for en revision af indikatorsættet og de tilhørende standarder. Rapporten lever således samlet set op til basiskravene vedrørende rapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser.

Søren Paaske Johnsen
Forskningsoverlæge, PhD,
Kompetencecenter Nord

Indholdsfortegnelse

Side	Indhold
2	Kolofon
3	Revisionspåtegning
5	Indholdsfortegnelse
6	Forord
7	Sammendrag
9	Populationen af danske brystkræftpatienter 2010
22	Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm
30	Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose
35	Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
43	Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden
49	Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder
53	Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register
58	Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinier
68	Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram
69	- Højrisiko-patienter
72	- Lavrisiko-patienter
75	- Alle patienter, figurer
77	- Højrisiko-patienter, figurer
79	- Lavrisiko-patienter, figurer
81	Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi
89	Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer
95	Indikator 12: Sen sentinel node positivitet
101	Forklaring af kontrolplot til bilag 2
103	Bilag 1
123	Bilag 2

Forord

I denne rapport er der medtaget indberetning fra alle behandlende enheder, der indrapporterer til DBCG. Kommentarerne i rapporten er dog generelt møntet på de offentlige enheder. Der er tre private kliniker, der tilsammen kun har opereret 36 patienter (0,8 %) med 26 patienter som det højeste antal. Det beskedne patientantal ligger langt under det, der anbefales behandlet ved en enhed jf. EUSOMA kriterierne og i de anbefalinger, der er angivet i Kræftplan II og i Sundhedsstyrelsens rapport ”Forbedring af kirurgisk kræftbehandling”, og Styregruppen anser det ikke for meningsfyldt at kommentere på så usikkert et grundlag.

Den faglige styregruppe vedtog i oktober 2009 at udelade indikator 6 ’Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)’ af indicatorsættet.

Sammendrag

Indikatorberegningen for 2010 er foretaget på baggrund af indberetning af i alt 3640 patienter i aldersgruppen 20-75 år af den samlede registrerede population på 4567, og det er data indberettet inden 1.4.2011, der danner grundlag for beregningerne. I rapporten angives indikatorværdi for 10 af de 11 indikatorer, som er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. Desuden er der fra 2010 beregnet en ny indikator 12: 'Sen sentinel node positivitet'. Den hidtidige indikator 6 'Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)' udgår af indicatorsættet i 2010. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen, hvor data for de(n) relevante variable er oplyst. Resultatet kan sammenfattes som følger:

Resultat af indikatorberegning 2010	Indikatorværdi	Referenceværdi
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm	37%	30%*
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	95%	70%
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio	65%	67% (bedste gæt)
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden	97%	95% (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder	97%	90%
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)	Udgået i 2010	
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register	93%	95%
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer (pt diagnosticeret 2009)	2009: 94%	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram		
Alle patienter:	65%	95%
Højrisiko-patienter:	64%	95%
Lavrisiko-patienter:	70%	95%
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	98%	93%
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer	95%	
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet	84%	?

*: Referenceværdi for efterfølgende screeningsrunder (incidensperioden).

Det er fortsat det overordnede indtryk, at behandlingen af brystkræft i Danmark har en høj standard, men at der er problemer med indberetning, som desværre er med til at sløre billedet. Der er et helt tilfredsstillende resultat for 7 af de 11 indikatorer (1, 2, 4, 5, 8, 10 og 11). Der synes også at være en lidt mere komplet indberetning til DBCG i 2010 i forhold til det forrige år (92% mod tidligere 91%). Det er fortsat ikke helt tilfredsstillende, men der er trods alt tale om en positiv udvikling på dette område. Som i de tidligere års kvalitetsindikatorrapporter er der problemer med indikatorerne for indberetning af follow-up, og indberetningen af onkologisk behandling er heller ikke forbedret. Det er meget utilfredsstillende og skuffende, at den megen opmærksomhed, der er kommet på dette område med disse kvalitetsindikatorrapporter, ikke

har ført til en mærkbar forbedring. I denne rapport har vi understreget, at det i sidste ende er Danske Regioners ansvar, at der i afdelingerne er de fornødne ressourcer til at udføre kvalitetsregistrering og at sikre, at det sker. Uden en sådan konsekvens er det vanskeligt at se det formålstjenlige i at pålægge afdelingerne de betydelige arbejdsopgaver, der er forbundet med at levere kvalitetsdata til kvalitetsregistret.

I sidste års rapport blev der udtrykt optimisme med hensyn til indikator 11, idet det forventedes, at den netop introducerede kodevejledning vedr. kirurgiske komplikationer ville medføre forbedrede resultater. Det er ikke sket, og selvom der kan have været en indkøringsperiode, der skal overstås, så giver de foreliggende resultater ikke grundlag for større optimisme. Som der redegøres for, er det til overvejelse i styregruppen, om denne indikator skal udelades i fremtidige opgørelser.

Der er medtaget en ny indikator for såkaldt sen sentinel node positivitet. Indikatoren estimerer behovet for at udføre to operationer i stedet for én hos patienter, der i første omgang ved frysemikroskopi vurderes node negative, men hvor der ved efterfølgende viser sig at være fund i lymfeknuden, der giver indikation for aksilrømning. Der er ikke nogen egentlig tærskelværdi at referere til, men det samlede resultat på 16% ligger nok lidt højere end ønskeligt. Der er stor variation afdelingerne imellem, hvilket bl.a. tilskrives, at der anvendes forskellige metoder. Patologiudvalget er da også på baggrund heraf gået i gang med et arbejde, der sigter mod at optimere metodevalget, med henblik på at generelt at forbedre resultaterne og gøre dem mere ensartede ud over landet.

Populationen af danske brystkræftpatienter 2010

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år; der var i 2010, 16 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 15 onkologiske afdelinger (tabel 2) og 13 patologiafdelinger (tabel 3). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller i kontrol indtil 10 år efter operation har 26 afdelinger været aktive (tabel 4).

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

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 3104	Hovedstaden
2	1411	Center for Brystkirurgi, Søborg	Privathospital Hamlet	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
5	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
6	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
7	5501	Kirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
8	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
9	6010	Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
10	6501	Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
11	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
12	7005	Organkirurgisk afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
13	7010	Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
14	7601	Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
15	8001	Specialkirurgisk Center, Mammakirurgi	Aalborg Sygehus	Nordjylland
16	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

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

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

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

Tabel 3. Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen	Rigshospitalet afsnit 5441	Hovedstaden
2	1516	Patologiafdelingen	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3002	Klinisk patologi	Slagelse Sygehus	Sjælland
4	4202	Afdeling for Klinisk Patologi	Odense Universitetshospital	Syddanmark
5	5001	Patologisk inst.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
6	5501	Klinik for Patologisk Anatomi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
7	6008	Klinisk Patologi	Vejle Sygehus	Syddanmark
8	6501	Patologisk inst.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
9	7004	Patologisk inst.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
10	7005	Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
11	7602	Patologisk Anatomisk inst.	Regionshospitalet Skive	Midtjylland
12	8001	Patologisk inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
13	8003	Patologisk inst.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

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

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 3104	Hovedstaden
2	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet afsnit 5073	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	1516	Onkologisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
5	2001	Onkologisk & Palliativ afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
6	2003	Brystkirurgisk Klinik	Nordsjællands Hospital, Hørsholm	Hovedstaden
7	2501	Onkologi/hæmatologisk afd.	Roskilde Sygehus	Sjælland
8	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
9	3501	Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
10	4001	Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
11	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
12	4202	Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
13	5001	Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
14	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
15	5501	Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
16	6008	Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
17	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
18	6010	Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
19	6502	Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
20	7003	Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
21	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
22	7010	Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
23	7601	Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
24	7601	Medicinsk afd., Hæmatologi/onkologi	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
25	8001	Onkologisk afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
26	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Der blev indberettet 4567 patienter i 2010, enkelte afdelinger havde meget få patienter (tabel 5). I det følgende angives de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnostidspunkt og operation. Parametrene angives per år (2006-2010) i tabel 6.1 til 6.13. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 1.

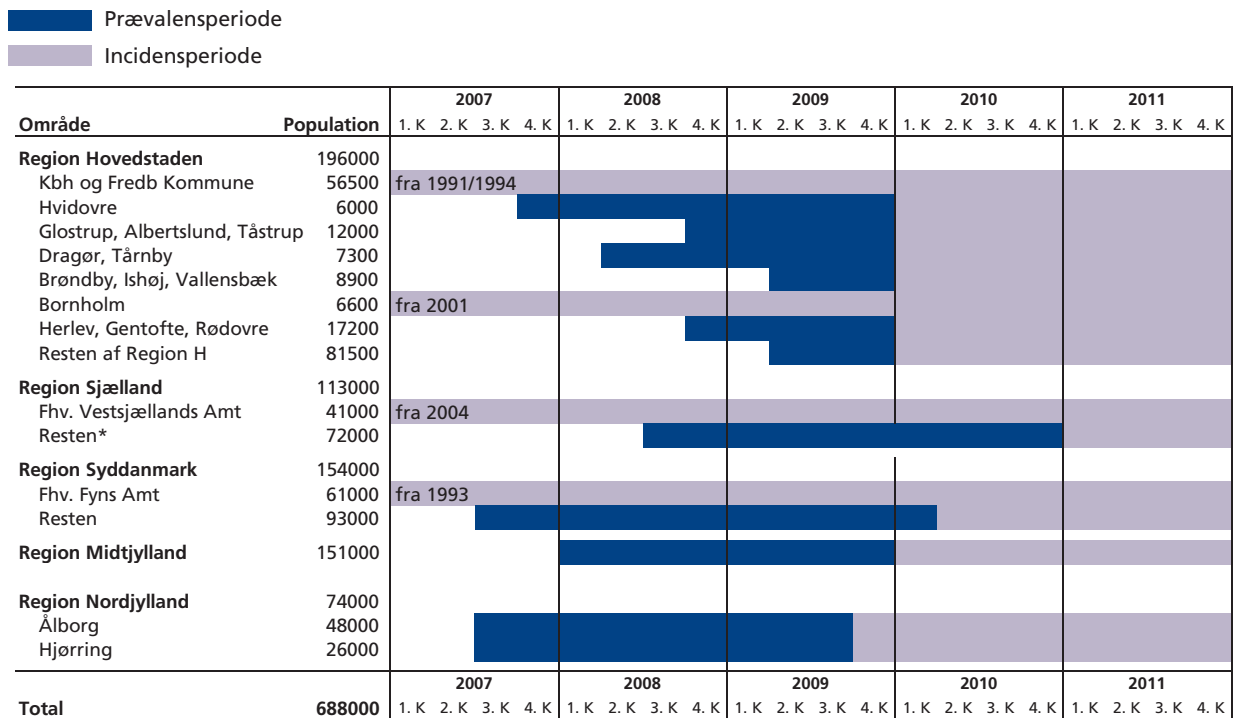
Tabel 5. Antal indberettede brystkræftpatienter per kirurgisk afdeling i 2006-2010.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR					Alle N
	2006	2007	2008	2009	2010	
	N	N	N	N	N	
OPERATIONSHOSPITAL						
RIGSHOSPITALET	511	476	541	730	652	2910
HAMLET	18	33	33	29	7	120
HERLEV	456	484	650	743	662	2995
HØRSHOLM	286	287	56	.	.	629
ROSKILDE	4	.	.	.	.	4
SLAGELSE	.	.	1	.	.	1
RINGSTED	620	607	627	885	854	3593
NÆSTVED	3	.	.	.	.	3
RØNNE	1	2	.	.	.	3
SVENDBORG	90	1	.	.	.	91
ODENSE	250	243	213	230	228	1164
AABENRAA	172	165	230	276	265	1108
ESBJERG	138	129	207	257	264	995
VEJLE	248	268	323	323	272	1434
MØLHOLM	42	47	47	39	26	201
HOLSTEBRO	78	110	107	186	190	671
HERNING	84	40	7	.	.	131
ÅRHUS	182	204	339	368	302	1395
RANDERS	181	163	203	259	194	1000
Mammaklinik	3	20	26	17	3	69
AROSprivhosp	.	.	29	13	.	42
VIBORG	157	162	272	324	239	1154
AALBORG	196	223	294	332	263	1308
HJØRRING	146	159	155	219	146	825
Ukendt	1	.	.	.	.	1
Total	3867	3823	4360	5230	4567	21847

Mammografiscreeningen er kommet godt i gang i hele landet og alle kvinder i målgruppen 50-69 år har nu fået tilbuddet. Region Nord, Region Syd og Region Hovedstaden startede de regionale screeningsprogrammer inden udgangen af 2007. Region Midt og Region Sjælland startede i løbet af 2008. Region Nord, Region Midt og Region Hovedstaden havde inviteret alle kvinder i prævalensrunden (første screeningsrunde) inden udgangen af 2009. De øvrige to regionale screeningsprogrammer sluttede prævalensrunden i 2010. Regionerne har gradvist udrullet mammografiscreeningsprogrammet efterhånden, som screeningsenhederne er blevet klar og personalet uddannet, hvilket har medført at en større del af kvinderne først blev screenet

i 2009. I Københavns kommune, Fyns amt, Frederiksbergs kommune, Bornholms amt og i Vestsjællands amt har der været et screeningstilbud siden hhv. 1991, 1993, 1994, 2001 og 2004. I disse amter/kommuner har der længe været tale om incidensscreening. I de øvrige områder i regionerne er første incidensrunde i gang nu.

Implementering af mammografiscreening af 50-69 årige i Danmark efter region og underområde. Populationsstørrelser er afrundede.



*Alle kvinder i denne gruppe er tilbudt screening i første kvartal 2010 hvis de ønskede det, ellers venter de til det planlagte tidspunkt.

Tabel 6.1 Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
≤ 34 år	231	(1.3)	55	(1.4)	67	(1.5)	51	(1.0)	58	(1.3)
35-39 år	386	(2.1)	98	(2.6)	103	(2.4)	96	(1.8)	89	(1.9)
40-49 år	2173	(12.1)	523	(13.7)	541	(12.4)	544	(10.4)	565	(12.4)
50-59 år	4487	(25.0)	899	(23.5)	1035	(23.7)	1401	(26.8)	1152	(25.2)
60-69 år	6303	(35.1)	1141	(29.8)	1505	(34.5)	2027	(38.8)	1630	(35.7)
70-74 år	1511	(8.4)	365	(9.5)	406	(9.3)	390	(7.5)	350	(7.7)
75 + år	2889	(16.1)	742	(19.4)	703	(16.1)	721	(13.8)	723	(15.8)
Total	17980	(100.0)	3823	(100.0)	4360	(100.0)	5230	(100.0)	4567	(100.0)

Tabel 6.2a Operationstype per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operationstype										
Mastektomi	6006	(33.4)	1552	(40.6)	1597	(36.6)	1619	(31.0)	1238	(27.1)
Lumpektomi	10694	(59.5)	2033	(53.2)	2456	(56.3)	3261	(62.4)	2944	(64.5)
Biopsi*	1061	(5.9)	236	(6.2)	285	(6.5)	258	(4.9)	282	(6.2)
Mastektomi efter neo-adj.	178	(1.0)	.	.	17	(0.4)	77	(1.5)	84	(1.8)
Lumpektomi efter neo-adj.	41	(0.2)	2	(0.1)	5	(0.1)	15	(0.3)	19	(0.4)
Total	17980	(100.0)	3823	(100.0)	4360	(100.0)	5230	(100.0)	4567	(100.0)

* Patienter der ikke umiddelbart efter diagnosen er opereret med kurativt sigte.

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

Mastektomi	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	2037	(34.6)	618	(39.9)	569	(35.7)	503	(32.0)	347	(29.5)
Ja	3847	(65.3)	927	(59.8)	1025	(64.3)	1066	(67.9)	829	(70.5)
Uoplyst	6	(0.1)	5	(0.3)	.	.	1	(0.1)	.	.

Lumpektomi	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	1007	(9.6)	253	(12.5)	242	(9.9)	260	(8.2)	252	(8.9)
Ja	9453	(90.4)	1777	(87.5)	2204	(90.1)	2897	(91.7)	2575	(91.1)
Uoplyst	2	(0.0)	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)	.	.

Biopsi	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	250	(75.5)	11	(55.0)	32	(55.2)	61	(69.3)	146	(88.5)
Ja	79	(23.9)	7	(35.0)	26	(44.8)	27	(30.7)	19	(11.5)
Uoplyst	2	(0.6)	2	(10.0)	.	.	.	.	.	.

Mastektomi efter neo-adj.	Alle		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik								
Nej	70	(79.5)	8	(72.7)	26	(74.3)	36	(85.7)
Ja	18	(20.5)	3	(27.3)	9	(25.7)	6	(14.3)

Lumpektomi efter neo-adj.	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	13	(65.0)	1	(100.0)	4	(100.0)	6	(54.5)	2	(50.0)
Ja	7	(35.0)	.	.	.	.	5	(45.5)	2	(50.0)

Table 6.2c Årsag til aksilrømning i samme seance som sentinel node per år.

		Alle		2007		2008		2009		2010		
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Axilrømning i samme seance	Årsag											
	Ja	valideringsfase	67	(2.0)	15	(2.1)	25	(3.1)	21	(2.1)	6	(0.7)
		SN frys svar	2780	(83.0)	539	(76.2)	649	(79.2)	832	(84.2)	760	(91.1)
		mistanke om metastase	89	(2.7)	23	(3.3)	21	(2.6)	24	(2.4)	21	(2.5)
		SN ikke fundet	222	(6.6)	41	(5.8)	43	(5.3)	92	(9.3)	46	(5.5)
	uoplyst	190	(5.7)	89	(12.6)	81	(9.9)	19	(1.9)	1	(0.1)	
Total		3348	(100.0)	707	(100.0)	819	(100.0)	988	(100.0)	834	(100.0)	

Tabel 6.3 Diagnose per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
DUCTAL	13698	(76.2)	2892	(75.6)	3493	(80.1)	3984	(76.2)	3329	(72.9)
LOBULAR	1648	(9.2)	406	(10.6)	345	(7.9)	464	(8.9)	433	(9.5)
MEDULLARY	103	(0.6)	37	(1.0)	29	(0.7)	24	(0.5)	13	(0.3)
MUCINOUS	335	(1.9)	84	(2.2)	71	(1.6)	89	(1.7)	91	(2.0)
OTHER	506	(2.8)	51	(1.3)	52	(1.2)	169	(3.2)	234	(5.1)
PAPILLARY	99	(0.6)	19	(0.5)	27	(0.6)	25	(0.5)	28	(0.6)
TUBULAR	332	(1.8)	82	(2.1)	68	(1.6)	99	(1.9)	83	(1.8)
UNCLASSIFIED	107	(0.6)	44	(1.2)	40	(0.9)	17	(0.3)	6	(0.1)
unknown	1152	(6.4)	208	(5.4)	235	(5.4)	359	(6.9)	350	(7.7)
Total	17980	(100.0)	3823	(100.0)	4360	(100.0)	5230	(100.0)	4567	(100.0)

Tabel 6.4 Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	216	(1.3)	108	(3.0)	86	(2.1)	21	(0.4)	1	(0.0)
01-04	7473	(45.8)	1455	(40.5)	1715	(42.2)	2303	(49.0)	2000	(50.8)
05-09	1072	(6.6)	254	(7.1)	272	(6.7)	320	(6.8)	226	(5.7)
10 +	7535	(46.2)	1775	(49.3)	1993	(49.0)	2057	(43.7)	1710	(43.4)
Uoplyst	8	(0.0)	5	(0.1)	1	(0.0)	2	(0.0)	.	.
Total	16304	(100.0)	3597	(100.0)	4067	(100.0)	4703	(100.0)	3937	(100.0)

Tabel 6.5 Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	8628	(53.7)	1737	(49.8)	2044	(51.4)	2621	(56.3)	2226	(56.6)
01-03	5103	(31.8)	1123	(32.2)	1285	(32.3)	1445	(31.0)	1250	(31.8)
04 +	2313	(14.4)	620	(17.8)	643	(16.2)	591	(12.7)	459	(11.7)
Uoplyst	9	(0.1)	6	(0.2)	2	(0.1)	1	(0.0)	.	.
Total	16053	(100.0)	3486	(100.0)	3974	(100.0)	4658	(100.0)	3935	(100.0)

Tabel 6.6 Tumorstørrelse (= største diameter i mm) per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor size (mm)										
00-10	3326	(18.5)	546	(14.3)	731	(16.8)	1097	(21.0)	952	(20.8)
11-20	6956	(38.7)	1460	(38.2)	1694	(38.9)	2046	(39.1)	1756	(38.4)
21-50	5572	(31.0)	1424	(37.2)	1458	(33.4)	1481	(28.3)	1209	(26.5)
51+	468	(2.6)	136	(3.6)	131	(3.0)	110	(2.1)	91	(2.0)
Uoplyst	1658	(9.2)	257	(6.7)	346	(7.9)	496	(9.5)	559	(12.2)
Total	17980	(100.0)	3823	(100.0)	4360	(100.0)	5230	(100.0)	4567	(100.0)

Tabel 6.7 Malignitetsgrad (kun for duktale tumorer) per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor grade, Duktale tumorer										
Ingen	92	(0.7)	20	(0.7)	55	(1.6)	17	(0.5)	.	.
I	4121	(32.1)	813	(28.1)	1081	(31.0)	1214	(36.1)	1013	(32.5)
II	5281	(41.1)	1204	(41.6)	1458	(41.8)	1375	(40.9)	1244	(40.0)
III	3214	(25.0)	804	(27.8)	842	(24.2)	722	(21.5)	846	(27.2)
Ukendt	144	(1.1)	50	(1.7)	48	(1.4)	36	(1.1)	10	(0.3)
Total	12852	(100.0)	2891	(100.0)	3484	(100.0)	3364	(100.0)	3113	(100.0)

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

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Receptorstatus										
Negativ	2565	(15.8)	650	(18.0)	696	(16.8)	678	(13.9)	541	(14.8)
Positiv	13569	(83.4)	2947	(81.4)	3404	(82.4)	4137	(85.1)	3081	(84.2)
Uoplyst	137	(0.8)	24	(0.7)	32	(0.8)	46	(0.9)	35	(1.0)
Total	16271	(100.0)	3621	(100.0)	4132	(100.0)	4861	(100.0)	3657	(100.0)

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

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	12674	(70.5)	2426	(63.5)	3013	(69.1)	3846	(73.5)	3389	(74.2)
Positiv	2130	(11.8)	454	(11.9)	521	(11.9)	597	(11.4)	558	(12.2)
Uoplyst	3176	(17.7)	943	(24.7)	826	(18.9)	787	(15.0)	620	(13.6)
Total	17980	(100.0)	3823	(100.0)	4360	(100.0)	5230	(100.0)	4567	(100.0)

Tabel 6.10 Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status versus patientalder i 2010.

	Total	neg		pos		unk	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
≤ 34 år	58	37	(63.8)	12	(20.7)	9	(15.5)
35-39 år	89	54	(60.7)	27	(30.3)	8	(9.0)
40-49 år	565	393	(69.6)	105	(18.6)	67	(11.9)
50-59 år	1152	877	(76.1)	160	(13.9)	115	(10.0)
60-69 år	1630	1332	(81.7)	156	(9.6)	142	(8.7)
70-74 år	350	245	(70.0)	48	(13.7)	57	(16.3)
75 + år	723	451	(62.4)	50	(6.9)	222	(30.7)
Total	4567	3389	(74.2)	558	(12.2)	620	(13.6)

Tabel 6.11 FISH-ratio per år for patienter med HER2-score på 2.

		Alle		2007		2008		2009		2010	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score	FISH ratio										
2	0.00-1.99	1355	(86.6)	210	(81.7)	209	(84.3)	384	(85.7)	552	(90.2)
	2.00 +	210	(13.4)	47	(18.3)	39	(15.7)	64	(14.3)	60	(9.8)
Alle med FISH bestemmelse		1565	(100.0)	257	(100.0)	248	(100.0)	448	(100.0)	612	(100.0)

Antallet af FISH-undersøgelser med amplifikation (ratio > 2,00) er faldende, og er i 2010 på knap 10%. Samtidig er antallet af HER2 positive patienter stabilt, måske let stigende. Det forholdsmæssigt lave antal FISH-amplificerede kan forklares med at en stor del af patologiafdelingerne er gået over til en anden immunhistokemisk analyse, der i modsætning til den tidligere benyttede er stabil men til gengæld giver mange IHC 2+, der udløser en FISH-analyse. En større del af disse borderline HER2 positive vil derfor falde ud som negative i FISH-analysen.

Table 6.12 Risikogruppe beregnet efter prognostiske variable per år.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	807	(4.5)	300	(7.8)	266	(6.1)	135	(2.6)	106	(2.3)
A lavrisiko	2892	(16.1)	629	(16.5)	751	(17.2)	969	(18.5)	543	(11.9)
B yngre*, R+/?	4310	(24.0)	905	(23.7)	1056	(24.2)	1137	(21.7)	1212	(26.5)
C ældre*, R+/?	6084	(33.8)	1299	(34.0)	1500	(34.4)	1671	(32.0)	1614	(35.3)
D, R-	2460	(13.7)	579	(15.1)	667	(15.3)	654	(12.5)	560	(12.3)
Sakom	17	(0.1)	6	(0.2)	4	(0.1)	3	(0.1)	4	(0.1)
ubestemt	1410	(7.8)	105	(2.7)	116	(2.7)	661	(12.6)	528	(11.6)
Total	17980	(100.0)	3823	(100.0)	4360	(100.0)	5230	(100.0)	4567	(100.0)

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

Table 6.13a Protokolallokering beregnet efter prognostiske variable per år i DBCG 2004 programmet. Patienter udenfor protokol ikke medtaget.

	Alle		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning protokol serie DBCG04						
DBCG 04A	51	(19.5)	51	(20.6)	.	.
DBCG 04B	41	(15.6)	40	(16.2)	1	(6.7)
DBCG 04C	132	(50.4)	121	(49.0)	11	(73.3)
DBCG 04D	38	(14.5)	35	(14.2)	3	(20.0)
Total	262	(100.0)	247	(100.0)	15	(100.0)

Table 6.13b Protokolallokering beregnet efter prognostiske variable per år i DBCG 2007 programmet. Patienter udenfor protokol ikke medtaget.

	Alle		2007		2008		2009		2010	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning protokol serie DBCG07										
DBCG 07A	2568	(21.5)	578	(19.3)	751	(20.1)	969	(23.0)	270	(26.3)
DBCG 07B	2806	(23.5)	727	(24.3)	899	(24.1)	966	(22.9)	214	(20.9)
DBCG 07B,t	522	(4.4)	138	(4.6)	156	(4.2)	171	(4.1)	57	(5.6)
DBCG 07C	4712	(39.4)	1178	(39.4)	1489	(39.8)	1671	(39.7)	374	(36.5)
DBCG 07D	1356	(11.3)	369	(12.3)	442	(11.8)	434	(10.3)	111	(10.8)
Total	11964	(100.0)	2990	(100.0)	3737	(100.0)	4211	(100.0)	1026	(100.0)

Table 6.13c Protokolallokering beregnet efter prognostiske variable per år i DBCG 2010 programmet. Patienter udenfor protokol ikke medtaget.

	Alle		2010	
	N	%	N	%
Protokolberegning protokol serie DBCG10				
DBCG 10A	273	(9.6)	273	(9.6)
DBCG 10B	941	(33.0)	941	(33.0)
DBCG 10C	1240	(43.5)	1240	(43.5)
DBCG 10D	398	(14.0)	398	(14.0)
Total	2852	(100.0)	2852	(100.0)

Kvalitetsindikatorerne beregnes på forskellige subpopulationer af patienterne, der er relevante for hver af indikatorerne, men i de fleste afgrænses til patienter med diagnosen invasiv cancer mamma (IBC, C50) og med alder mellem 20 og 75. Af de 4557 patienter opfylder kun 3633 patienter dette. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på de kirurgiske afdelinger ses i tabel 7. For alle indikatorer gælder det at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatorværdien såfremt data for de(n) relevante variable er uoplyste.

Under omtalen af de enkelte kvalitetsindikatorer bliver der vist en figur, der illustrerer hvor stor en del af patienterne, der indgår i beregningen af den pågældende indikator. Desuden angives udviklingen af indikatorværdien over tid og sammenlignes mellem afdelingerne. I BILAG 2 angives kontrolplotter for hver afdeling og hver indikator i perioden 2006-2010.

Databasen opdateres dagligt. Tabeller og figurer er produceret i perioden april-juni 2011 og antallet af patienter kan derfor variere på sidste ciffer.

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

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR					Alle
	2006	2007	2008	2009	2010	
	N	N	N	N	N	N
OPERATIONSHOSPITAL						
RIGSHOSPITALET	378	356	410	570	503	2217
HAMLET	15	32	29	25	6	107
HERLEV	329	350	506	625	501	2311
RINGSTED	485	506	522	722	691	2926
ODENSE	209	195	170	175	172	921
AABENRAA	134	132	193	223	223	905
ESBJERG	107	111	174	212	219	823
VEJLE	205	218	286	279	205	1193
MØLHOLM	37	44	47	36	26	190
HOLSTEBRO	63	88	85	152	145	533
ÅRHUS	129	140	277	294	258	1098
RANDERS	144	122	173	229	157	825
VIBORG	123	139	233	286	209	990
AALBORG	152	164	227	272	211	1026
HJØRRING	113	136	137	190	114	690
Total	2623	2733	3469	4290	3640	16755

Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm

Beskrivelse: Andelen af påviste invasive mamma-cancer (IBC, C50) ≤ 10 mm hos kvinder 50-69 år (inkl.), der deltager i organiseret mammografiscreening med 2 års intervaller, ved hhv. 1. screeningsrunde og efterfølgende screeningsrunder.

Standard: Første screeningsrunde: acceptabelt ≥ 25 % og ønskværdigt ≥ 30 %. Efterfølgende screeningsrunder: acceptabelt ≥ 30 % og ønskværdigt ≥ 35 %. Standardværdierne er fra 2010 hævet med 5 %-point i forhold til værdierne angivet i 'Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport' fra 2005.

Indikatorpopulation: Populationen af alle screeningspåviste IBC uafhængig af størrelse ved hhv. førstegangsscreening og efterfølgende screeninger.

Formål: En lav andel af brystkræftpatienter med små tumorer ≤ 10 mm i populationen af screeningspåviste IBC kan være relateret til dårlig teknisk kvalitet, radiologisk inkompetence eller lav genindkaldelses-rate.

Beregningen af denne indikator er baseret på afdelingernes indberetning til DBCG's register. Fra 1. januar 2009 blev der indført registrering af hvorvidt nye patienter var fundet ved organiseret mammografiscreening eller ej. Det skal bemærkes, at de indberettende kirurgiske afdelinger ikke har en entydig relation til de regionale screeningsprogrammer. Af ressourcemæssige årsager bliver screeningsdetekterede cancer i et vist omfang opereret udenfor egen region. Fra 1. juli 2010 blev der indført registrering af screeningregion.

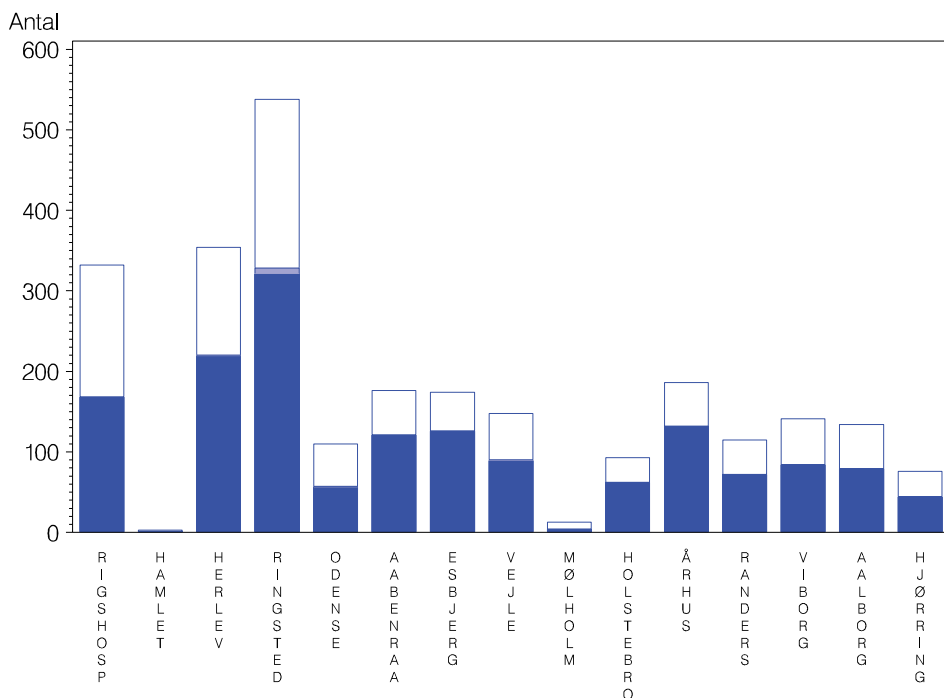
Ved beregning af indikatoren er der ikke skelnet mellem første og efterfølgende screeningsrunder. Bemærk at registreringerne i 2010 hovedsagligt vedrører anden og efterfølgende screeningsrunder jf. figuren om mammografiscreening i afsnittet om Populationen af danske brystkræftpatienter 2010.

Indikator 1: Andel tumorer ≤ 10 mm fundet ved screening hos 50-69 årige patienter i 2009-2010.

Antal patienter med tumor 0-10 mm vs fundet ved screening		Indikator 1						Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	N
	Fundet ved screening							
2009	Nej	607	(80.6)	116	(15.4)	30	(4.0)	753
	Ja*	796	(62.3)	478	(37.4)	4	(0.3)	1278
	Uoplyst	873	(72.6)	316	(26.3)	14	(1.2)	1203
2010	Nej	667	(78.7)	130	(15.3)	51	(6.0)	848
	Ja	988	(62.1)	593	(37.3)	10	(0.6)	1591
	Uoplyst	108	(68.4)	43	(27.2)	7	(4.4)	158
Alle		4039	(69.3)	1676	(28.7)	116	(2.0)	5831

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

I 2010 består indikatorpopulationen af 1591 patienter. Det totale antal patienter i aldersgruppen 50-69 år er 2597. Andelen af små tumorer ≤ 10 mm hos patienter fundet ved mammografiscreening (indikatorværdien) er 37.3 %. For de øvrige patienter, der ikke er fundet ved mammografiscreening, er andelen af små tumorer 15.3 %. Andelen af 50-69 årige patienter, der angives fundet ved mammografiscreening, er steget fra 39.6% i 2009 til 61.2% i 2010. Den lave andel i 2009, skyldes at fund ved mammografiscreening først blev indført som registreringsparameter i 2009.



Indikator 1: Indikatorpopulation, Cancer fundet ved screening.

Antal patienter i aldersgruppen 50-69 år per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). Indikatoren er uoplyst for patienter, hvor tumorstørrelse ikke er indberettet. Indikatorpopulationen består af brystkræftpatienter for hvilke det angives at tumoren er fundet ved mammografiscreening. 49 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberegning.

Tumorstørrelse hos 50-69 årige per afdeling i 2010 uafhængig af præsentationsmåde (+/- mammografiscreening).

Tumorstørrelse for 50-69 årige pr afdeling	Tumorstørrelse						Alle N
	<= 10 mm		> 10 mm		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	95	(28.6)	235	(70.8)	2	(0.6)	332
HAMLET	.	.	3	(100.0)	.	.	3
HERLEV	139	(39.2)	213	(60.0)	3	(0.8)	355
RINGSTED	140	(26.0)	351	(65.2)	47	(8.7)	538
ODENSE	26	(23.6)	82	(74.5)	2	(1.8)	110
AABENRAA	58	(33.0)	118	(67.0)	.	.	176
ESBJERG	52	(29.9)	122	(70.1)	.	.	174
VEJLE	43	(29.1)	104	(70.3)	1	(0.7)	148
MØLHOLM	2	(15.4)	11	(84.6)	.	.	13
HOLSTEBRO	28	(30.1)	64	(68.8)	1	(1.1)	93
ÅRHUS	62	(33.3)	115	(61.8)	9	(4.8)	186
RANDERS	34	(29.6)	81	(70.4)	.	.	115
VIBORG	37	(26.2)	102	(72.3)	2	(1.4)	141
AALBORG	30	(21.9)	106	(77.4)	1	(0.7)	137
HJØRRING	20	(26.3)	56	(73.7)	.	.	76
Alle	766	(29.5)	1763	(67.9)	68	(2.6)	2597

Resultaterne i denne tabel afhænger både af screeningskvaliteten og af deltagelsesprocenten i den kvindelige population.

Tumorstørrelse hos 50-69 årige per screeningregion i 2010 uafhængig af præsentationsmåde (+/- mammografiscreening). Registrering af screeningregion blev først indført 1. juli 2010.

Tumorstørrelse for 50-69 årige pr screenings-region	Tumorstørrelse						Alle N
	≤ 10 mm		> 10 mm		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
Hovedstad	30	(57.7)	22	(42.3)	.	.	52
Sjælland	13	(41.9)	15	(48.4)	3	(9.7)	31
Syd	45	(53.6)	39	(46.4)	.	.	84
Midt	42	(42.0)	58	(58.0)	.	.	100
Nord	8	(34.8)	15	(65.2)	.	.	23
uoplyst	628	(27.2)	1614	(70.0)	65	(2.8)	2307
Alle	766	(29.5)	1763	(67.9)	68	(2.6)	2597

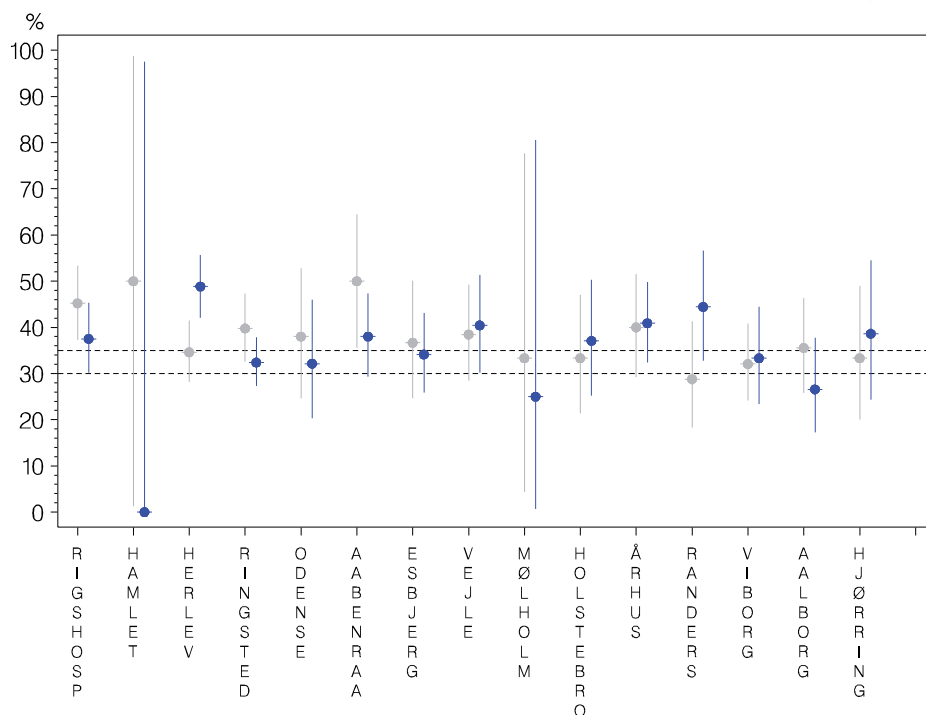
Andel af små tumorer ≤ 10 mm hos 50-69 årige fundet per afdeling i 2009-10 fundet i forbindelse med deltagelse i organiseret mammografiscreening.

2009 Antal patienter 50-69 år med med tumor 0-10 mm pr afdeling		Indikator 1						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Fundet ved screening							
RIGSHOSPITALET	Ja	86	(54.8)	71	(45.2)	.	.	157
HAMLET	Ja	1	(50.0)	1	(50.0)	.	.	2
HERLEV	Ja	136	(65.4)	72	(34.6)	.	.	208
RINGSTED	Ja	109	(58.9)	72	(38.9)	4	(2.2)	185
ODENSE	Ja	31	(62.0)	19	(38.0)	.	.	50
AABENRAA	Ja	25	(50.0)	25	(50.0)	.	.	50
ESBJERG	Ja	38	(63.3)	22	(36.7)	.	.	60
VEJLE	Ja	56	(61.5)	35	(38.5)	.	.	91
MØLHOLM	Ja	4	(66.7)	2	(33.3)	.	.	6
HOLSTEBRO	Ja	38	(66.7)	19	(33.3)	.	.	57
ÅRHUS	Ja	48	(60.0)	32	(40.0)	.	.	80
RANDERS	Ja	47	(71.2)	19	(28.8)	.	.	66
VIBORG	Ja	89	(67.9)	42	(32.1)	.	.	131
AALBORG	Ja	58	(64.4)	32	(35.6)	.	.	90
HJØRRING	Ja	30	(66.7)	15	(33.3)	.	.	45
Alle		796	(62.3)	478	(37.4)	4	(0.3)	1278

2010 Antal patienter 50-69 år med med tumor 0-10 mm pr afdeling		Indikator 1						Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	N
Fundet ved screening								
RIGSHOSPITALET	Ja	105	(62.5)	63	(37.5)	.	.	168
HAMLET	Ja	1	(100.0)	.	.	.	.	1
HERLEV	Ja	112	(50.9)	107	(48.6)	1	(0.5)	220
RINGSTED	Ja	217	(66.2)	104	(31.7)	7	(2.1)	328
ODENSE	Ja	38	(66.7)	18	(31.6)	1	(1.8)	57
AABENRAA	Ja	75	(62.0)	46	(38.0)	.	.	121
ESBJERG	Ja	83	(65.9)	43	(34.1)	.	.	126
VEJLE	Ja	53	(58.9)	36	(40.0)	1	(1.1)	90
MØLHOLM	Ja	3	(75.0)	1	(25.0)	.	.	4
HOLSTEBRO	Ja	39	(62.9)	23	(37.1)	.	.	62
ÅRHUS	Ja	78	(59.1)	54	(40.9)	.	.	132
RANDERS	Ja	40	(55.6)	32	(44.4)	.	.	72
VIBORG	Ja	56	(66.7)	28	(33.3)	.	.	84
AALBORG	Ja	61	(74.4)	21	(25.6)	.	.	82
HJØRRING	Ja	27	(61.4)	17	(38.6)	.	.	44
Alle		988	(62.1)	593	(37.3)	10	(0.6)	1591

Andel af små tumorer ≤ 10 mm hos 50-69 årige fundet per screeningregion i 2010 fundet i forbindelse med deltagelse i organiseret mammografiscreening. Registrering af screeningregion blev først indført 1. juli 2010.

2010 Antal patienter 50-69 år med med tumor 0-10 mm pr screeningsregion		Indikator 1						Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	N
Fundet ved screening								
Hovedstad	Ja	22	(42.3)	30	(57.7)	.	.	52
Sjælland	Ja	15	(48.4)	13	(41.9)	3	(9.7)	31
Syd	Ja	39	(46.4)	45	(53.6)	.	.	84
Midt	Ja	58	(58.0)	42	(42.0)	.	.	100
Nord	Ja	15	(65.2)	8	(34.8)	.	.	23
uoplyst	Nej	667	(78.7)	130	(15.3)	51	(6.0)	848
	Ja	839	(64.5)	455	(35.0)	7	(0.5)	1301
	Uoplyst	108	(68.4)	43	(27.2)	7	(4.4)	158
Alle		1763	(67.9)	766	(29.5)	68	(2.6)	2597



Indikator 1: Fund af små tumorer ≤ 10 mm ved mammografiscreening.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009 (grå signatur) og i 2010 (blå signatur).
 Referenceværdier (anden og efterfølgende screeningsrunde): acceptabelt: $> 30\%$ og ønskværdigt: $> 35\%$ (stiplede linier). Det skal bemærkes, at de indberettende kirurgiske afdelinger ikke har en entydig relation til de regionale screeningsprogrammer.

Antal patienter per afdeling fundet ved screening i 2010 uanset tumorstørrelse.

Antal patienter fundet ved screening pr afdeling	Fundet ved screening						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	121	(36.4)	168	(50.6)	43	(13.0)	332
HAMLET	1	(33.3)	1	(33.3)	1	(33.3)	3
HERLEV	96	(27.0)	220	(62.0)	39	(11.0)	355
RINGSTED	181	(33.6)	328	(61.0)	29	(5.4)	538
ODENSE	50	(45.5)	57	(51.8)	3	(2.7)	110
AABENRAA	49	(27.8)	121	(68.8)	6	(3.4)	176
ESBJERG	44	(25.3)	126	(72.4)	4	(2.3)	174
VEJLE	50	(33.8)	90	(60.8)	8	(5.4)	148
MØLHOLM	9	(69.2)	4	(30.8)	.	.	13
HOLSTEBRO	31	(33.3)	62	(66.7)	.	.	93
ÅRHUS	49	(26.3)	132	(71.0)	5	(2.7)	186
RANDERS	42	(36.5)	72	(62.6)	1	(0.9)	115
VIBORG	50	(35.5)	84	(59.6)	7	(5.0)	141
AALBORG	46	(33.6)	82	(59.9)	9	(6.6)	137
HJØRRING	29	(38.2)	44	(57.9)	3	(3.9)	76
Alle	848	(32.7)	1591	(61.3)	158	(6.1)	2597

Aldersfordeling i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Alder vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)								
50-59 år	1067	(41.1)	392	(46.3)	611	(38.5)	64	(40.5)
60-69 år	1526	(58.9)	455	(53.7)	977	(61.5)	94	(59.5)
Total	2593	(100.0)	847	(100.0)	1588	(100.0)	158	(100.0)

Fordeling af tumorstørrelse i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Tumordiameter vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor størrelse (mm)								
00-10	766	(29.5)	130	(15.3)	593	(37.3)	43	(27.2)
11-20	1177	(45.4)	363	(42.9)	748	(47.1)	66	(41.8)
21-50	545	(21.0)	277	(32.7)	227	(14.3)	41	(25.9)
51+	37	(1.4)	26	(3.1)	10	(0.6)	1	(0.6)
Uoplyst	68	(2.6)	51	(6.0)	10	(0.6)	7	(4.4)
Total	2593	(100.0)	847	(100.0)	1588	(100.0)	158	(100.0)

Fordeling af malignitetsgrad (duktale tumorer) i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Malignitetsgrad vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad, Duktale tumorer								
I	834	(37.9)	192	(26.9)	601	(44.5)	41	(29.9)
II	928	(42.1)	307	(43.0)	556	(41.1)	65	(47.4)
III	436	(19.8)	214	(30.0)	192	(14.2)	30	(21.9)
Ukendt	5	(0.2)	1	(0.1)	3	(0.2)	1	(0.7)
Total	2203	(100.0)	714	(100.0)	1352	(100.0)	137	(100.0)

Fordeling af operationstype i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Operationstype vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Operationstype								
Mastektomi	515	(19.9)	243	(28.7)	231	(14.5)	41	(25.9)
Lumpektomi	2008	(77.4)	553	(65.3)	1345	(84.7)	110	(69.6)
Biopsi*	55	(2.1)	39	(4.6)	11	(0.7)	5	(3.2)
Mastektomi efter neo-adj.	14	(0.5)	11	(1.3)	1	(0.1)	2	(1.3)
Lumpektomi efter neo-adj.	1	(0.0)	1	(0.1)	.	.	.	.
Total	2593	(100.0)	847	(100.0)	1588	(100.0)	158	(100.0)

*:Patienter der ikke umiddelbart efter diagnosen er opereret med kurativt sigte.

Kommentar

Det overordnede resultat vedr. denne indikator må betegnes som tilfredsstillende. Landsgennemsnittet for indikatorværdien er 37%, hvilket ligger over den nye hævede referenceværdi for ønskværdigt niveau på 35%. Otte af de tretten offentlige afdelinger har indikatorværdier over 35%, og kun i et tilfælde er indikatorværdien for en af de offentlige afdelinger under de 30%, der markerer et acceptabelt niveau for incidensrunden. For afdelingen i Ringsted gælder, at der for en stor del af populationen fortsat var tale om prævalensrunde-screening, og det har utvivlsomt været medvirkende til at holde indikatorværdien nede i et lavt leje. Noget tilsvarende forklarer ikke resultatet for Aalborg, hvor indikatorværdien for 2010 ligger på 26,6%. Tallet fremkommer dog på baggrund af et lavt patientantal, og sikkerhedsgrensene for værdien omfatter da også begge referencéværdierne. Ser man samlet på screeningsresultatet i Region Nordjylland, der også omfatter patienter i Hjørring, og antages det, at alle screeningsdetekterede i regionen opereres ét af de to steder, så giver det en indikatorværdi på 31%, altså et acceptabelt niveau.

Registreringen af screeningsregion har i det forløbne år fortsat været temmelig begrænset, og der er derfor ikke grundlag for en nærmere analyse med baggrund i denne registrering. Det håber vi til gengæld bliver muligt fra 2011.

I sidste års rapport blev der gjort nogle overvejelser om en ændret beregning, således at indikatorpopulationen udvidedes til at omfatte alle i aldersgruppen 50-69 år. Det har styregruppen imidlertid valgt ikke at gøre, men der er dog i dette års rapport inkluderet en tabel, der giver svar på, hvor mange i den pågældende aldersgruppe, der har tumorer op til 10 mm i diameter. Det er interessant at se, at det for hele landet drejer sig om næsten 30% (29,5%), og det afspejler det forhold, at 61% af cancertilfældene i den pågældende aldersgruppe er fundet ved screening.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose

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

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

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

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

DBCg's indberetningsskemaer er 1. juni 2010 ændret således, at der nu foretages en særskilt registrering af henholdsvis billeddiagnostik, finnålsbiopsi (FNAC) og grovnålsbiopsi. Det giver en mere entydig og veldefineret registrering. Fremover vil indikatoren være 'opfyldt', hvis billeddiagnostik er anvendt samtidig med finnålsbiopsi og/eller grovnålsbiopsi, og 'ej opfyldt' hvis ingen af de 3 diagnostiske metoder er anvendt. Indikatoren er uoplyst, hvis ingen af de 3 parametre er indberettet.

Der er i år medtaget 3 tabeller, der viser registreringerne af hver af de 3 nye parametre (n=353), det ses at grovnålsbiopsi er den diagnosemetode, der er anvendt hyppigst.

Diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC) og cytologi, registreringer fra 1. juni 2010 til 31. december 2010.

Patienter med præoperativ diagnose ved finnålsbiopsi (FNAC)	resultat										Alle
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		ej udført		uopl.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	15	(37.5)	1	(2.5)	.	.	13	(32.5)	11	(27.5)	40
HERLEV	8	(19.5)	.	.	1	(2.4)	30	(73.2)	2	(4.9)	41
RINGSTED	4	(8.0)	.	.	.	.	36	(72.0)	10	(20.0)	50
ODENSE	5	(38.5)	4	(30.8)	.	.	3	(23.1)	1	(7.7)	13
AABENRAA	17	(81.0)	1	(4.8)	.	.	.	.	3	(14.3)	21
ESBJERG	4	(23.5)	2	(11.8)	.	.	11	(64.7)	.	.	17
VEJLE	15	(75.0)	1	(5.0)	.	.	4	(20.0)	.	.	20
MØLHOLM	2	(33.3)	.	.	.	.	4	(66.7)	.	.	6
HOLSTEBRO	2	(8.0)	2	(8.0)	1	(4.0)	20	(80.0)	.	.	25
ÅRHUS	6	(18.8)	1	(3.1)	2	(6.3)	23	(71.9)	.	.	32
RANDERS	12	(50.0)	5	(20.8)	.	.	7	(29.2)	.	.	24
VIBORG	.	.	1	(4.2)	.	.	23	(95.8)	.	.	24
AALBORG	25	(75.8)	1	(3.0)	3	(9.1)	4	(12.1)	.	.	33
HJØRRING	.	.	1	(14.3)	.	.	6	(85.7)	.	.	7
Alle	115	(32.6)	20	(5.7)	7	(2.0)	184	(52.1)	27	(7.6)	353

Diagnose ved grovnålsbiopsi og histologi, registreringer fra 1. juni 2010 til 31. december 2010.

Patienter med preoperativ diagnose ved grovnålsbiopsi	resultat										Alle
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		ej udført		uopl.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	31	(77.5)	2	(5.0)	.	.	2	(5.0)	5	(12.5)	40
HERLEV	37	(90.2)	2	(4.9)	1	(2.4)	1	(2.4)	.	.	41
RINGSTED	47	(94.0)	2	(4.0)	.	.	.	.	1	(2.0)	50
ODENSE	4	(30.8)	2	(15.4)	.	.	6	(46.2)	1	(7.7)	13
AABENRAA	14	(66.7)	1	(4.8)	1	(4.8)	4	(19.0)	1	(4.8)	21
ESBJERG	14	(82.4)	.	.	.	.	2	(11.8)	1	(5.9)	17
VEJLE	5	(25.0)	.	.	.	.	15	(75.0)	.	.	20
MØLHOLM	4	(66.7)	.	.	.	.	2	(33.3)	.	.	6
HOLSTEBRO	14	(56.0)	3	(12.0)	3	(12.0)	5	(20.0)	.	.	25
ÅRHUS	26	(81.3)	1	(3.1)	.	.	5	(15.6)	.	.	32
RANDERS	16	(66.7)	5	(20.8)	.	.	3	(12.5)	.	.	24
VIBORG	21	(87.5)	1	(4.2)	2	(8.3)	.	.	.	.	24
AALBORG	14	(42.4)	1	(3.0)	.	.	16	(48.5)	2	(6.1)	33
HJØRRING	6	(85.7)	.	.	.	.	1	(14.3)	.	.	7
Alle	253	(71.7)	20	(5.7)	7	(2.0)	62	(17.6)	11	(3.1)	353

Diagnose ved billeddiagnostik og samtidig finnålsbiopsi, registreringer fra 1. juni 2010 til 31. december 2010.

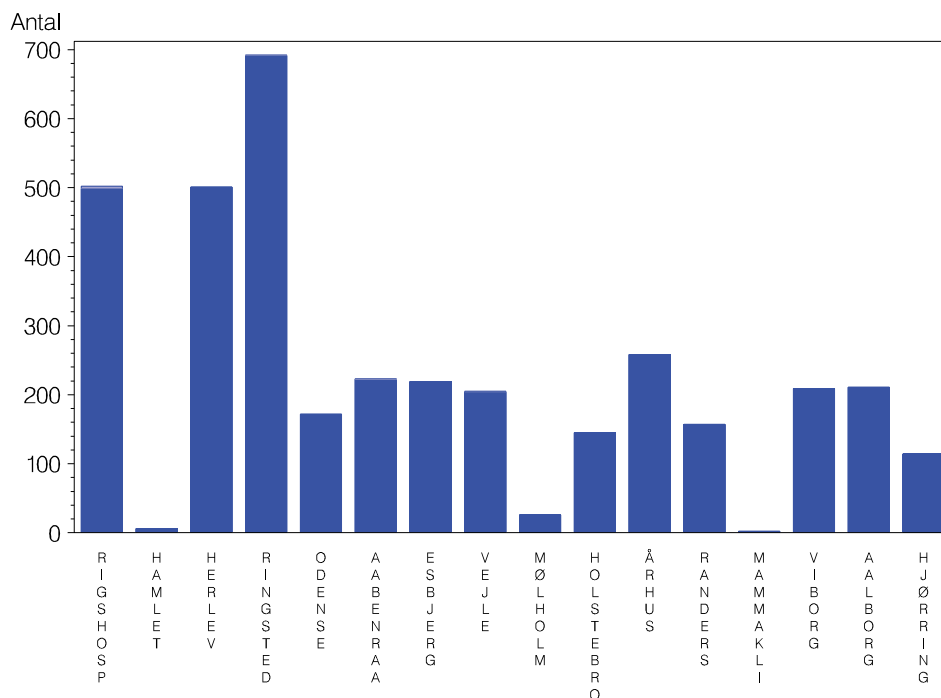
preoperativ diagnose ved billed diagnostik og samtidig FNAC	Finnål (FNAC)										Alle
	Malign		Suspekt		Benign/atyp		ej udført		uopl.		
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Malign	97	(38.5)	14	(5.6)	1	(0.4)	124	(49.2)	16	(6.3)	252
Suspekt	14	(19.2)	6	(8.2)	3	(4.1)	46	(63.0)	4	(5.5)	73
Benign/atyp	2	(11.1)	.	.	3	(16.7)	11	(61.1)	2	(11.1)	18
ej udført	.	.	.	.	.	.	2	(100.0)	.	.	2
uopl.	2	(25.0)	.	.	.	.	1	(12.5)	5	(62.5)	8
Alle	115	(32.6)	20	(5.7)	7	(2.0)	184	(52.1)	27	(7.6)	353

Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose for 2006-2010.

Patienter med præoperativ diagnose	Nej		Ja		Uoplyst		Alle
	N	%	N	%	N	%	N
2006	108	(4.1)	2301	(87.6)	217	(8.3)	2626
2007	146	(5.3)	2186	(79.4)	421	(15.3)	2753
2008	125	(3.6)	2866	(82.0)	502	(14.4)	3493
2009	165	(3.8)	3951	(91.8)	189	(4.4)	4305
2010	165	(4.5)	3471	(95.3)	6	(0.2)	3642
Alle	709	(4.2)	14775	(87.8)	1335	(7.9)	16819

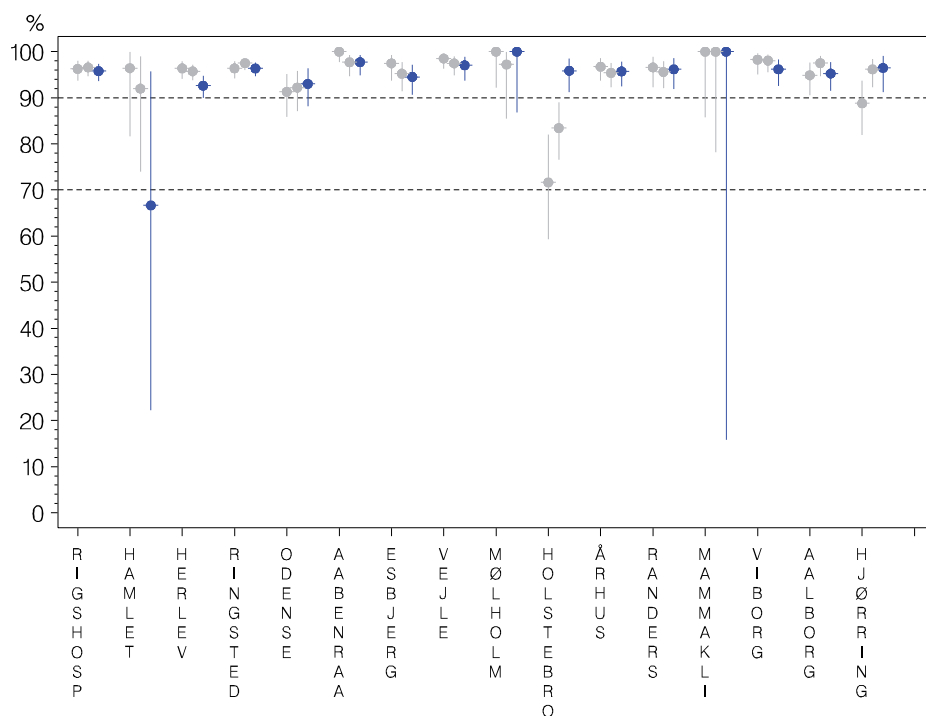
Præoperativ diagnose per afdeling 2010.

Patienter med præoperativ diagnose	Nej		Ja		Uoplyst		Alle
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	21	(4.2)	479	(95.2)	3	(0.6)	503
HAMLET	2	(33.3)	4	(66.7)	.	.	6
HERLEV	37	(7.4)	464	(92.6)	.	.	501
RINGSTED	25	(3.6)	665	(96.2)	1	(0.1)	691
ODENSE	12	(7.0)	160	(93.0)	.	.	172
AABENRAA	5	(2.2)	217	(97.3)	1	(0.4)	223
ESBJERG	12	(5.5)	207	(94.5)	.	.	219
VEJLE	6	(2.9)	198	(96.6)	1	(0.5)	205
MØLHOLM	.	.	26	(100.0)	.	.	26
HOLSTEBRO	6	(4.1)	139	(95.9)	.	.	145
ÅRHUS	11	(4.3)	247	(95.7)	.	.	258
RANDERS	6	(3.8)	151	(96.2)	.	.	157
Mammaklinik	.	.	2	(100.0)	.	.	2
VIBORG	8	(3.8)	201	(96.2)	.	.	209
AALBORG	10	(4.7)	201	(95.3)	.	.	211
HJØRRING	4	(3.5)	110	(96.5)	.	.	114
Alle	165	(4.5)	3471	(95.3)	6	(0.2)	3642



Indikator 2: Indikatorpopulation, Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). 97,6 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberegning.



Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008-2009 (grå signatur) og 2010 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linier).

Indikator 2: Indikatorværdi per afdeling 2006-2010. Uoplyste værdier udelades af beregningen.

Indikatorværdi for preoperativ diagnose	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	98.0%	98.0%	96.3%	96.6%	95.8%
HAMLET	92.9%	100.0%	96.4%	92.0%	66.7%
HERLEV	94.9%	92.4%	96.4%	95.7%	92.6%
RINGSTED	96.6%	96.4%	96.4%	97.5%	96.4%
ODENSE	100.0%	90.6%	91.3%	92.2%	93.0%
AABENRAA	99.2%	98.2%	100.0%	97.7%	97.7%
ESBJERG	98.0%	98.0%	97.5%	95.2%	94.5%
VEJLE	98.5%	97.1%	98.5%	97.5%	97.1%
MØLHOLM	100.0%	94.6%	100.0%	97.2%	100.0%
HOLSTEBRO	90.5%	76.5%	71.6%	83.4%	95.9%
ÅRHUS	93.9%	92.1%	96.7%	95.4%	95.7%
RANDERS	93.3%	88.7%	96.6%	95.6%	96.2%
Mammaklinik	33.3%	89.5%	100.0%	100.0%	100.0%
VIBORG	90.7%	95.5%	98.3%	98.1%	96.2%
AALBORG	92.1%	91.9%	94.9%	97.5%	95.3%
HJØRRING	79.1%	83.3%	88.8%	96.2%	96.5%
Alle	95.5%	93.7%	95.8%	96.0%	95.5%

Kommentar

Indikatorværdien er i år over referenceværdien på 90% for samtlige offentlige afdelinger, hvilket er særdeles tilfredsstillende. Specielt er det bemærkelsesværdigt, at man ved centret i Holstebro markant har forbedret resultatet.

Som det allerede blev omtalt i sidste års rapport, er der rejst mulighed for en mere entydig og retvisende registrering af den præoperative diagnostik fremadrettet. Det beskedne antal patienter i 2010, hvor der foreligger specifik indberetning af finnålsbiopsi, grovålsbiopsi og billeddiagnostik (de første tre tabeller), tillader ikke en nærmere vurdering, men i næste års rapport vil det blive interessant at se, hvordan indikatoren falder ud.

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

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

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

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

Formål: Indikator 3 beskriver forholdet mellem maligne og benigne kirurgiske indgreb. Da DBCG's register ikke indeholder oplysninger om patienter med benigne diagnoser bestemmes indikatorpopulationen ved samkøring mellem DBCG's register og et udtræk fra Landspatientregistret (LPR). Udtrækket fra LPR er sammenfattet fra 3 tabeller i LPR (ADM, der sammenkobler dato for registrering, cpr og v_recnum som er den entydige nøgle, der sammenknytter records i LPR, SKSOPR der angiver operationskoder, og som definerer udtrækket til alle kvinder opereret i brystet i 2010 (SKS-koder: KHAA00-KHAA99, incisioner, biopsier og sutur af bryst; KHAB00-KHAB99, resektioner af bryst; samt KHAC00-KHAC99, mastektomier), samt DIAG tabellen, der indeholder oplysning om de tilhørende diagnoser fra LPR's Diagnostisetabel.

Udtrækket fra LPR omfatter i alt 9745 hændelser (defineret ved v_recnum, som er den entydige nøgle, der sammenknytter records i LPR). Herfra udelades alle situ-diagnoser (DD05, DD050, DD051, DD057, DD059) samt et antal benigne diagnoser, der ikke skal medtages i beregningen af indikatoren*, hvorved antallet af hændelser bliver 8714. Ved kun at medtage én hændelse pr patient, samt udelade alle cpr-numre med bogstaver fås ialt 7704 patienter. Sammenkøring via cpr-nummer med DBCG's registreringer af patienter opereret i 2010 giver ialt et antal patienter på 8031, heraf er 4232 patienter i begge registre, 327 patienter er i DBCG men ikke i LPR, og 3472 patienter i LPR-udtrækket, kan ikke genfindes i DBCG's database for patienter i 2010.

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

Ved at sammenholde med hele DBCG's register ses at 979 personer ud af de 3473, der kun er i LPR for 2010, er tidligere registreret, de kan derfor være recidiv-patienter eller personer med ny primær brystkræft, dvs $n=8031-979=7052$, og patienter med sikker benign lidelse er $3472-979=2493$

Herefter indeholder indikatorpopulationen:

4559 personer (64.6 %), der er i både DBCG og LPR i 2010,

2493 personer (35.4 %), der er i LPR 2010 men ikke i DBCG, hverken i 2010 eller tidligere.

Det antages at personer der ikke er i DBCG er opereret for en benign lidelse, mens personer der er i begge registre eller kun i DBCG er opereret for en malign lidelse. Hermed kan forholdet

mellem maligne og benigne indgreb bestemmes til $4559/2493 = 1,83$, hvilket er tæt på værdien for 2009 (1,84) og standardværdien for malign:benign (2:1).

Indikatoren udviser en fladende tendens i perioden fra 2008 til 2010. Det kan skyldes indførelsen af mammografiscreening, men der er ikke i dette materiale medtaget nogen parametre, der kan verificere om der er en sådan sammenhæng.

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2008-2010. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle N
	Begnign		Malign		
	N	%	N	%	
2008	2050	32.4	4278	67.6	6328
2009	2784	36.5	4835	63.5	7619
2010	2493	35.4	4559	64.6	7052
Total	7327	34.9	13672	65.1	20999

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2010 efter aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter pr aldersgruppe	Indikator 3				Alle N
	Begnign		Malign		
	N	%	N	%	
Alder (år)					
≤ 34 år	614	91.6	56	8.4	670
35-39 år	195	68.9	88	31.1	283
40-49 år	497	46.8	564	53.2	1061
50-59 år	517	31.0	1150	69.0	1667
60-69 år	449	21.6	1629	78.4	2078
70-74 år	91	20.6	350	79.4	441
75 + år	130	15.3	722	84.7	852
Total	2493	35.4	4559	64.6	7052

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2010 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle N
	Begnign		Malign		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	331	33.6	654	66.4	985
HAMLET	30	81.1	7	18.9	37
HERLEV	377	36.1	668	63.9	1045
RINGSTED	246	22.6	843	77.4	1089
ODENSE	161	41.5	227	58.5	388
AABENRAA	154	36.7	266	63.3	420
ESBJERG	145	35.5	263	64.5	408
VEJLE	175	39.2	271	60.8	446
MØLHOLM	19	42.2	26	57.8	45
HOLSTEBRO	92	32.5	191	67.5	283
ÅRHUS	166	35.6	300	64.4	466
RANDERS	88	31.0	196	69.0	284
MAMMAKLINIK	.	.	3	100.0	3
AROS privhosp	5	100.0	.	.	5
VIBORG	94	28.4	237	71.6	331
ÅLBORG	155	37.7	256	62.3	411
HJØRRING	120	44.6	149	55.4	269
ANDRE	135	98.5	2	1.5	137
Total	2493	35.4	4559	64.6	7052

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2010 efter kirurgisk afdeling og aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter pr afdeling og aldersgruppe		Indikator 3				Alle N
		Begnign		Malign		
		N	%	N	%	
	Alder (år)					
RIGSHOSPITALET	≤ 39 år	116	76.8	35	23.2	151
	40-59 år	146	37.2	246	62.8	392
	60 + år	68	15.4	373	84.6	441
HAMLET	≤ 39 år	14	100.0	.	.	14
	40-59 år	13	72.2	5	27.8	18
	60 + år	3	60.0	2	40.0	5

Antal patienter pr afdeling og aldersgruppe		Indikator 3				Alle
		Begnign		Malign		
		N	%	N	%	N
HERLEV	≤ 39 år	65	85.5	11	14.5	76
	40-59 år	167	42.2	229	57.8	396
	60 + år	145	25.3	428	74.7	573
RINGSTED	≤ 39 år	61	93.8	4	6.2	65
	40-59 år	102	26.1	289	73.9	391
	60 + år	83	13.1	550	86.9	633
ODENSE	≤ 39 år	53	82.8	11	17.2	64
	40-59 år	60	40.5	88	59.5	148
	60 + år	48	27.3	128	72.7	176
AABENRAA	≤ 39 år	39	90.7	4	9.3	43
	40-59 år	59	38.6	94	61.4	153
	60 + år	56	25.0	168	75.0	224
ESBJERG	≤ 39 år	62	89.9	7	10.1	69
	40-59 år	51	32.3	107	67.7	158
	60 + år	32	17.7	149	82.3	181
VEJLE	≤ 39 år	49	77.8	14	22.2	63
	40-59 år	85	42.9	113	57.1	198
	60 + år	41	22.2	144	77.8	185
MØLHOLM	≤ 39 år	7	58.3	5	41.7	12
	40-59 år	10	35.7	18	64.3	28
	60 + år	2	40.0	3	60.0	5
HOLSTEBRO	≤ 39 år	33	80.5	8	19.5	41
	40-59 år	35	35.7	63	64.3	98
	60 + år	24	16.7	120	83.3	144
ÅRHUS	≤ 39 år	46	80.7	11	19.3	57
	40-59 år	73	37.8	120	62.2	193
	60 + år	47	21.8	169	78.2	216
RANDERS	≤ 39 år	31	83.8	6	16.2	37
	40-59 år	31	29.0	76	71.0	107
	60 + år	26	18.6	114	81.4	140
MAMMAKLINIK	≤ 39 år	.	.	1	100.0	1
	40-59 år	.	.	2	100.0	2
AROS privhosp	≤ 39 år	5	100.0	.	.	5
VIBORG	≤ 39 år	34	77.3	10	22.7	44
	40-59 år	36	26.3	101	73.7	137
	60 + år	23	15.4	126	84.6	149

Antal patienter pr afdeling og aldersgruppe		Indikator 3				Alle
		Begnign		Malign		
		N	%	N	%		N
ÅLBORG	≤ 39 år	49	81.7	11	18.3	60
	40-59 år	73	44.0	93	56.0	166
	60 + år	33	17.8	152	82.2	185
HJØRRING	≤ 39 år	44	88.0	6	12.0	50
	40-59 år	48	41.0	69	59.0	117
	60 + år	28	27.5	74	72.5	102
ANDRE	≤ 39 år	101	100.0	.	.	101
	40-59 år	23	95.8	1	4.2	24
	60 + år	11	91.7	1	8.3	12
Total		2491	35.3	4559	64.7	7050

Indikator 3: Indikatorværdi i 2008-2010 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Indikatorværdi for Malign/ benign operationsrate	2008	2009	2010
	%	%	%
RIGSHOSPITALET	79.4	66.3	66.4
HAMLET	59.0	39.1	18.9
HERLEV	75.1	64.1	63.9
HØRSHOLM	63.2	0.0	.
RINGSTED	69.3	73.2	77.4
ODENSE	57.5	54.7	58.5
AABENRAA	63.4	61.6	63.3
ESBJERG	67.6	61.6	64.5
VEJLE	65.2	64.6	60.8
MØLHOLM	74.6	97.4	57.8
HOLSTEBRO	48.9	51.0	67.5
ÅRHUS	73.9	68.5	64.4
RANDERS	75.1	72.3	69.0
MAMMAKLINIK	73.0	61.5	100.0
AROS privhosp	74.3	0.0	0.0
VIBORG	72.6	65.3	71.6
ÅLBORG	71.5	60.4	62.3
HJØRRING	55.9	56.7	55.4
ANDRE	1.3	0.9	1.5
Alle	67.6	63.5	64.6

Det fremgår af nedenstående tabeller for fordeling af alder og operationstype, at det især er ældre patienter alene opereret med biopsi, der optræder i DBCG, men ikke i LPR.

Personer der optræder i DBCG 2010, men ikke i LPR 2010 efter operationstype.

Antal patienter pr operationstype	2010	
	N	%
Mastektomi	14	4.3
Lumpektomi	43	13.1
Biopsi	243	74.3
Mastektomi efter neo-adj.	23	7.0
Lumpektomi efter neo-adj.	4	1.2
Total	327	100.0

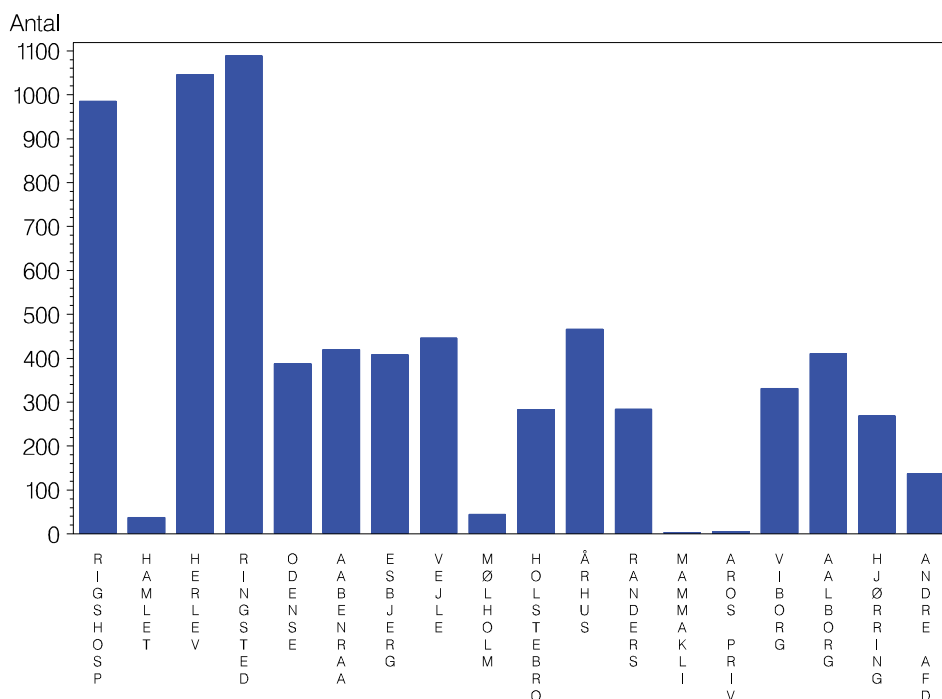
Personer der optræder i DBCG 2010, men ikke i LPR 2010 efter alder.

Antal patienter pr aldersgruppe	2010	
	N	%
Alder (år)		
≤ 34 år	4	1.2
35-39 år	1	0.3
40-49 år	29	8.9
50-59 år	50	15.3
60-69 år	73	22.3
70-74 år	23	7.0
75 + år	147	45.0
Total	327	100.0

Personer der optræder i DBCG 2010, men ikke i LPR 2010 efter afdeling.

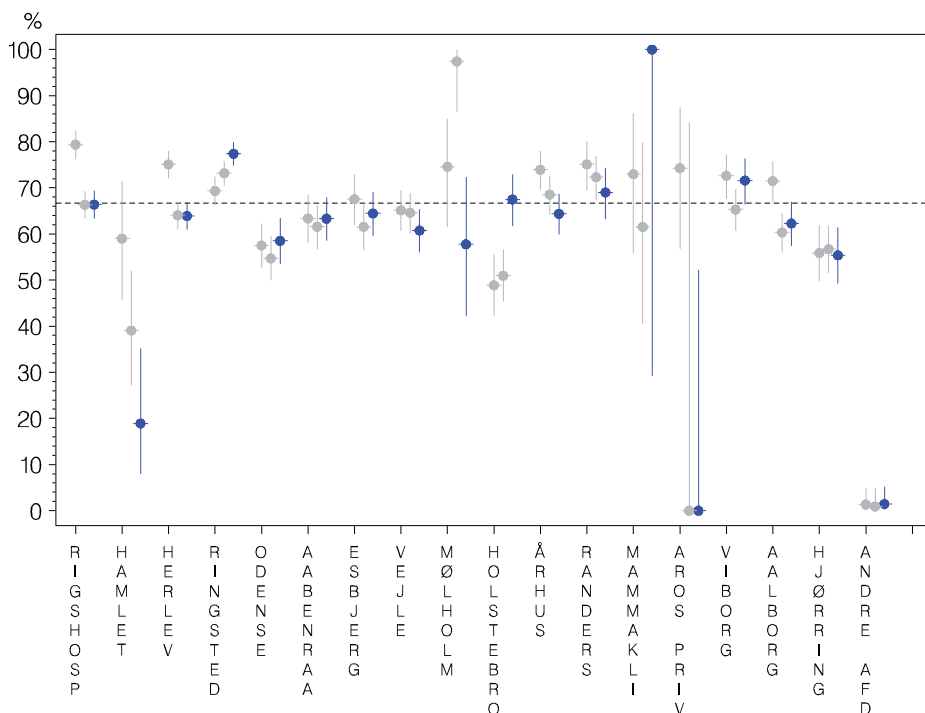
Antal patienter vs kirurgisk afd.	2010	
	N	%
RIGSHOSPITALET	39	11.9
HAMLET	6	1.8
HERLEV	34	10.4
RINGSTED	125	38.2
ODENSE	20	6.1
AABENRAA	2	0.6
ESBJERG	8	2.4
VEJLE	14	4.3

Antal patienter vs kirurgisk afd.	2010	
	N	%
MØLHOLM	1	0.3
HOLSTEBRO	10	3.1
ÅRHUS	22	6.7
RANDERS	20	6.1
MAMMAKLINIK	1	0.3
VIBORG	4	1.2
ÅLBORG	19	5.8
HJØRRING	1	0.3
ANDRE	1	0.3
Total	327	100.0



Indikator 3: Indikatorpopulation, Malign:Benign operationsratio.

Antal brystopererede patienter per afdeling i 2010. Indikatorpopulationen er bestemt ved samkøring af DBCG's register (maligne diagnoser) med et udtræk fra Landspatientregistret indeholdende brystopererede patienter med benigne diagnoser. Beregningen af indikator 3 er nærmere beskrevet i afsnittets indledning.



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.

Gennemsnitsværdi og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008-9 (grå signatur) og 2010 (blå signatur).
 Referenceværdi: 67 % (stiplet linie).

Kommentar

Der er i tidligere rapporter redegjort for, at der benyttes en forenklet model, der betyder, at ratioen malign:benign ikke beregnes for det enkelte operative indgreb, men i stedet på individniveau. Estimatet giver derfor en lavere værdi end den sande værdi for ratioen (dette er mere udførligt beskrevet i Kvalitetsindikator for Brystkræft 2009).

Den samlede indikatorværdi for hele landet er 65% svarende til, at der for hver patient, der opereres på benign indikation er 2 patienter, der opereres for malignitet. Der er i Indikatorrapporten fra 2005 ikke en egentlig referenceværdi, men der er peget på, at der i litteraturen er angivet ratioer mellem 2:1 og 5:1. Derfor må det samlede resultat anses for at være tilfredsstillende. Indikatorværdien har ligget konstant i de seneste tre år, hvor der gradvist er indført mammografiscreening, og der er derfor ikke noget, der peger på, at mammografiscreeningen har væsentlig indflydelse på indikatorværdien. Der er enkelte offentlige afdelinger, der har indikatorværdier, der ligger væsentligt under 67%, og de afdelinger bør overveje, om der opereres for mange med godartede forandringer. Det falder specielt i øjnene, at der landet over udføres et betydeligt antal operationer på benign indikation på unge kvinder.

Styregruppen har haft til overvejelse, om indikatoren skal vedblive med at indgå i indikatorsættet, idet det altså er vanskeligt, at give et sikkert mål. Det er dog besluttet, at trods denne usikkerhed anses det for en væsentlig parameter, der ikke kan undværes i det samlede billede.

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

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

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

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-negativ status. Yderligere afgrænsninger er tumorstørrelse ≤ 40 mm, unifokal tumor og definitiv operation i henhold til DBCG's retningslinier.

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

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

Hvis der er angivet SN og ingen aksilrømning er metoden normalt sat til SN, men i de få tilfælde, hvor der er fjernet 10 eller flere lymfeknuder er metoden alligevel sat til aksilrømning. Hvis der er angivet aksilrømning er metoden sat til aksilrømning, uanset hvad der er angivet med hensyn til SN metoden, dog bliver aksilrømning og SN med angivelse af samme antal fjernede lymfeknuder regnet som SN fra årsrapport 2010. Hvis der er angivet ukendt eller 'andet' til aksilrømning og nej eller ukendt til SN er metoden sat til aksilrømning. Hvis der er angivet ukendt eller 'andet' til aksilrømning og ja til SN, er metoden sat til SN metoden hvis der er fjernet mindre end 10 lymfeknuder, ellers er metoden sat til uoplyst.

Patienter der er nodenegative men for hvilke der er fundet isolerede tumorceller i SN, skal ifølge retningslinjerne have fuld aksilrømning, og derfor udelades disse patienter af indikatorberegningen. I 2006, 2007, 2008, 2009 og 2010 blev der fundet isolerede tumorceller i SN hos henholdsvis 55, 44, 59, 91 og 70 patienter.

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på sentinel node (SN) metoden i 2006-2010.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2006	74	(7.2)	953	(92.7)	1	(0.1)	1028
2007	61	(5.4)	1060	(94.5)	1	(0.1)	1122
2008	87	(5.8)	1406	(94.2)	.	.	1493
2009	73	(3.6)	1938	(96.4)	.	.	2011
2010	48	(2.8)	1677	(97.0)	4	(0.2)	1729
Alle	343	(4.6)	7034	(95.3)	6	(0.1)	7383

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2006-2010.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Tumorstørrelse (mm)	Indikator 4						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
2006	00-10	14	(4.8)	275	(95.2)	.	.	289
	11-20	31	(6.2)	467	(93.8)	.	.	498
	21-30	24	(11.5)	183	(88.0)	1	(0.5)	208
	31-40	5	(15.2)	28	(84.8)	.	.	33
2007	00-10	15	(5.2)	275	(94.8)	.	.	290
	11-20	23	(4.1)	540	(95.9)	.	.	563
	21-30	18	(7.8)	212	(91.8)	1	(0.4)	231
	31-40	5	(13.2)	33	(86.8)	.	.	38
2008	00-10	19	(4.3)	423	(95.7)	.	.	442
	11-20	34	(4.5)	715	(95.5)	.	.	749
	21-30	24	(9.6)	225	(90.4)	.	.	249
	31-40	10	(18.9)	43	(81.1)	.	.	53
2009	00-10	20	(2.7)	715	(97.3)	.	.	735
	11-20	29	(3.0)	922	(97.0)	.	.	951
	21-30	20	(7.2)	259	(92.8)	.	.	279
	31-40	4	(8.7)	42	(91.3)	.	.	46
2010	00-10	12	(1.8)	641	(98.0)	1	(0.2)	654
	11-20	26	(3.3)	765	(96.3)	3	(0.4)	794
	21-30	9	(3.6)	239	(96.4)	.	.	248
	31-40	1	(3.0)	32	(97.0)	.	.	33
Alle		343	(4.6)	7034	(95.3)	6	(0.1)	7383

Indikator 4: Indikatorværdi efter tumorstørrelse (mm) i 2006-2010.

Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Tumorstørrelse (mm)			
	00-10	11-20	21-30	31-40
	%	%	%	%
2006	95.2%	93.8%	88.4%	84.8%
2007	94.8%	95.9%	92.2%	86.8%
2008	95.7%	95.5%	90.4%	81.1%
2009	97.3%	97.0%	92.8%	91.3%
2010	98.2%	96.7%	96.4%	97.0%
Alle	96.7%	96.0%	92.2%	87.7%

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden per afdeling 2010.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	4	(1.8)	213	(98.2)	.	.	217
HAMLET	.	.	2	100.0)	.	.	2
HERLEV	3	(1.1)	264	(98.9)	.	.	267
RINGSTED	7	(2.1)	318	(97.2)	2	(0.6)	327
ODENSE	2	(2.7)	73	(97.3)	.	.	75
AABENRAA	12	(10.1)	107	(89.9)	.	.	119
ESBJERG	4	(3.3)	116	(96.7)	.	.	120
VEJLE	4	(3.7)	103	(96.3)	.	.	107
MØLHOLM	1	(9.1)	10	(90.9)	.	.	11
HOLSTEBRO	.	.	61	100.0)	.	.	61
ÅRHUS	2	(1.8)	112	(98.2)	.	.	114
RANDERS	4	(4.8)	79	(95.2)	.	.	83
VIBORG	3	(3.2)	92	(96.8)	.	.	95
AALBORG	1	(1.1)	88	(96.7)	2	(2.2)	91
HJØRRING	1	(2.5)	39	(97.5)	.	.	40
Alle	48	(2.8)	1677	(97.0)	4	(0.2)	1729

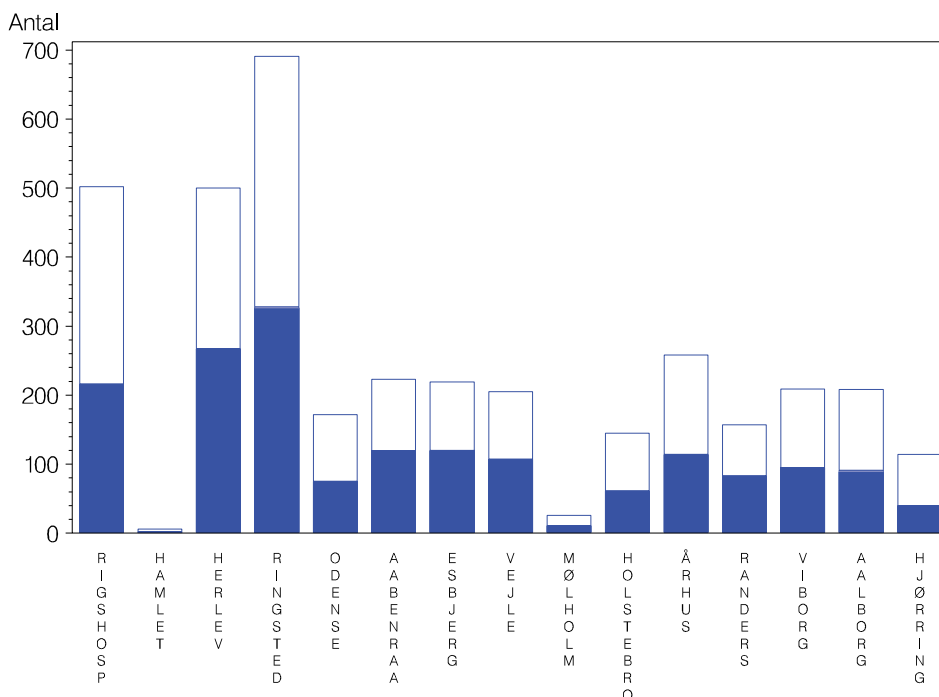
I 2010 er indikator 4 ikke opfyldt for 48 patienter. Blandt 52 patienter, der var preklassificerede som multifokale var indikatoren ikke opfyldt for 7 (13,5 %) mens indikatoren ikke var opfyldt for 41 (2.4%) af de resterende 1677 patienter, der var preklassificerede som ikke-multifokale.

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter afdeling og status for multifokalitet 2010.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	preklassifikation multifocal							
RIGSHOSPITALET	Nej	3	(1.4)	204	(98.6)	.	.	207
	Ja	1	(10.0)	9	(90.0)	.	.	10
HAMLET	Nej	.	.	2	100.0)	.	.	2
HERLEV	Nej	3	(1.2)	255	(98.8)	.	.	258
	Ja	.	.	9	100.0)	.	.	9
RINGSTED	Nej	7	(2.2)	315	(97.2)	2	(0.6)	324
	Ja	.	.	3	100.0)	.	.	3
ODENSE	Nej	2	(2.7)	72	(97.3)	.	.	74
	Ja	.	.	1	100.0)	.	.	1
AABENRAA	Nej	10	(8.5)	107	(91.5)	.	.	117
	Ja	2	100.0)	.	.	.	.	2
ESBJERG	Nej	4	(3.4)	113	(96.6)	.	.	117
	Ja	.	.	3	100.0)	.	.	3
VEJLE	Nej	4	(3.8)	100	(96.2)	.	.	104
	Ja	.	.	3	100.0)	.	.	3
MØLHOLM	Nej	1	(10.0)	9	(90.0)	.	.	10
	Ja	.	.	1	100.0)	.	.	1
HOLSTEBRO	Nej	.	.	58	100.0)	.	.	58
	Ja	.	.	3	100.0)	.	.	3
ÅRHUS	Nej	1	(0.9)	110	(99.1)	.	.	111
	Ja	1	(33.3)	2	(66.7)	.	.	3
RANDERS	Nej	3	(3.8)	76	(96.2)	.	.	79
	Ja	1	(25.0)	3	(75.0)	.	.	4
VIBORG	Nej	2	(2.1)	92	(97.9)	.	.	94
	Ja	1	100.0)	.	.	.	.	1
AALBORG	Nej	1	(1.2)	82	(96.5)	2	(2.4)	85
	Ja	.	.	6	100.0)	.	.	6
HJØRRING	Nej	.	.	37	100.0)	.	.	37
	Ja	1	(33.3)	2	(66.7)	.	.	3
Alle		48	(2.8)	1677	(97.0)	4	(0.2)	1729

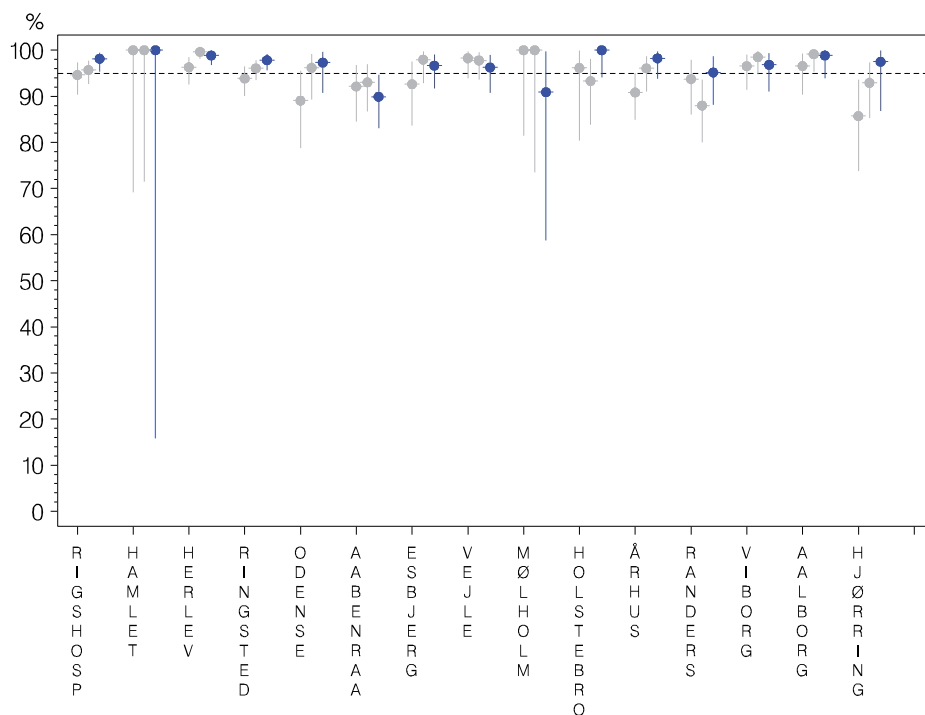
Indikator 4: Indikatorværdi per afdeling 2006-2010.

Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	94.6%	95.6%	94.6%	95.7%	98.2%
HAMLET	80.0%	100.0%	100.0%	100.0%	100.0%
HERLEV	95.4%	93.3%	96.3%	99.7%	98.9%
RINGSTED	88.4%	94.8%	93.9%	96.1%	97.8%
ODENSE	91.3%	95.1%	89.1%	96.2%	97.3%
AABENRAA	98.5%	89.1%	92.1%	93.0%	89.9%
ESBJERG	94.9%	94.4%	92.6%	98.0%	96.7%
VEJLE	97.0%	98.8%	98.3%	97.8%	96.3%
MØLHOLM	84.6%	92.3%	100.0%	100.0%	90.9%
HOLSTEBRO	88.2%	91.3%	96.2%	93.3%	100.0%
ÅRHUS	91.7%	92.6%	90.8%	96.1%	98.2%
RANDERS	90.9%	93.8%	93.8%	88.0%	95.2%
VIBORG	97.7%	94.6%	96.6%	98.5%	96.8%
AALBORG	85.7%	92.1%	96.6%	99.2%	98.9%
HJØRRING	97.0%	96.7%	85.7%	92.9%	97.5%
Alle	92.8%	94.6%	94.2%	96.4%	97.2%



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

Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 47.5 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 4.



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008-2009 (grå signatur) og 2010 (blå signatur).
 Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

For denne indikator er der gradvist sket en forbedring over de seneste fem år, og gennemsnittet ligger nu på 97%, hvilket må anses for at være meget tilfredsstillende. På afdelingsniveau har 12 af 13 offentlige afdelinger en indikatorværdi, der ligger over de 95%, der er angivet som reference. Som nærmere redegjort for i Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2009 kan der peges på flere forhold, der medfører, at 100% ikke kan opnås, og det er et derfor et overraskende godt resultat, der er opnået for denne indikator. Der er dog én afdeling, hvor indikatorværdien ligger lige under 90%, og det må i lyset af de øvrige afdelingers resultat anbefales, at man ved denne afdeling tager op til overvejelse, hvorledes man der yderligere kan minimere brugen af aksilrømning hos patienter, der ikke har lymfeknudemetastaser.

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

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

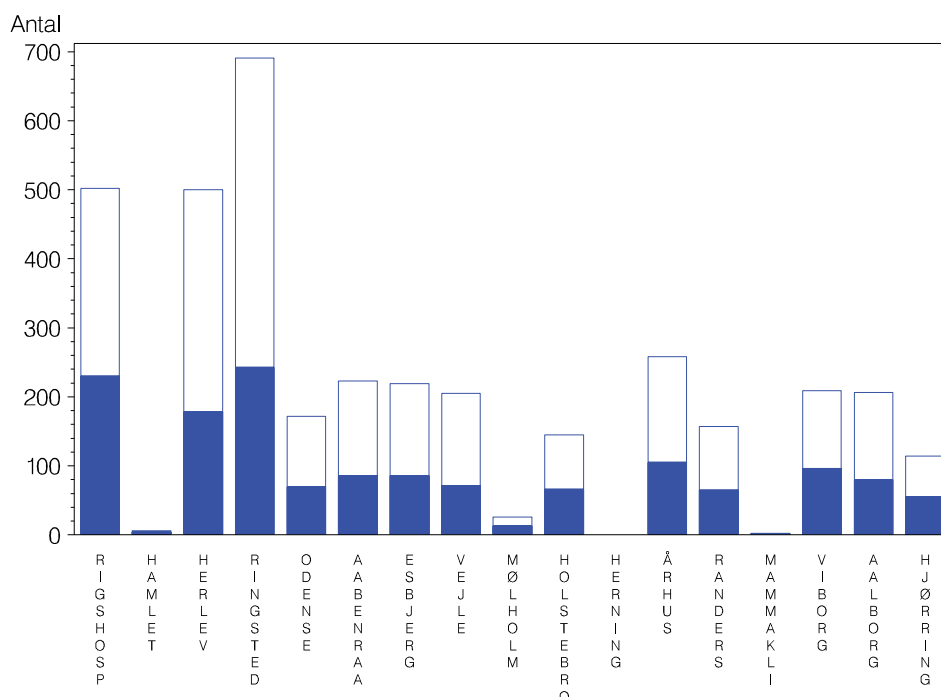
Standard: Acceptabelt: $> 90\%$ og ønskværdigt: $> 95\%$.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-metastaser. Yderligere afgrænsninger er operation i henhold til DBCG's retningslinier med ekscision af mindst 4 aksillære lymfeknuder som led i en tenderet kurativ operation.

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

Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder i 2006-2010.

Antal Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2006	79	(6.3)	1169	(93.7)	.	.	1248
2007	71	(5.4)	1232	(94.3)	3	(0.2)	1306
2008	85	(5.3)	1523	(94.7)	1	(0.1)	1609
2009	90	(5.2)	1634	(94.8)	.	.	1724
2010	49	(3.4)	1400	(96.6)	.	.	1449
Alle	374	(5.1)	6958	(94.8)	4	(0.1)	7336



Indikator 5: Indikatorpopulation, node-positive med ≥ 10 udtagne nodes.

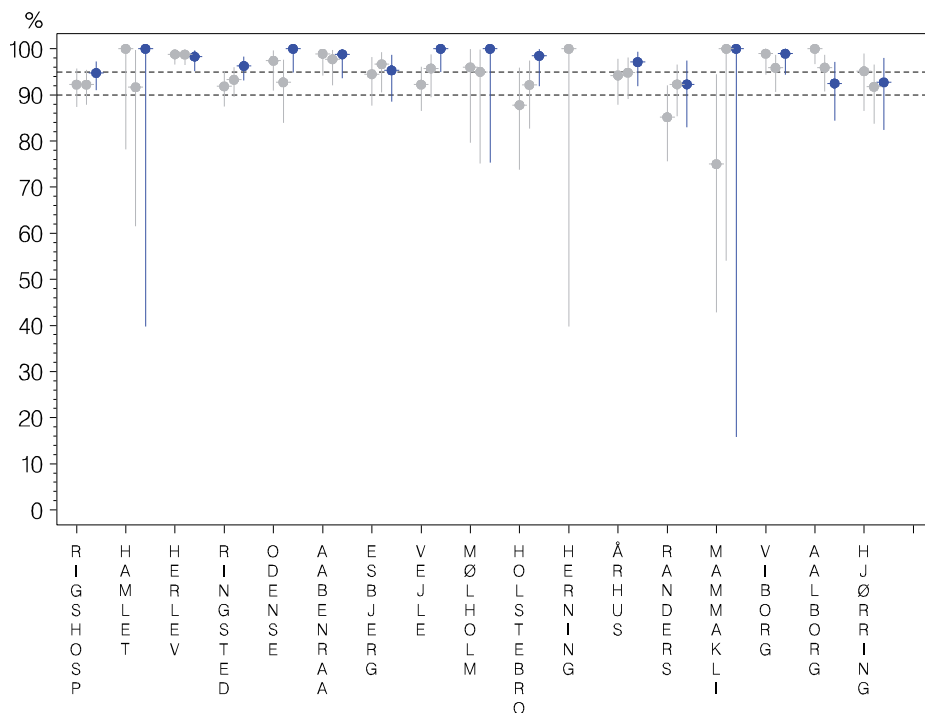
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). 40 % af patienterne er med i beregning af Indikator 5.

Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder per afdeling 2010.

Antal Npos patienter, ≥ 10 lymfeknuder	Indikator 5				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	12	(5.2)	218	(94.8)	230
HAMLET	.	.	4	(100.0)	4
HERLEV	3	(1.7)	175	(98.3)	178
RINGSTED	9	(3.7)	234	(96.3)	243
ODENSE	.	.	70	(100.0)	70
AABENRAA	1	(1.2)	84	(98.8)	85
ESBJERG	4	(4.7)	82	(95.3)	86
VEJLE	.	.	71	(100.0)	71
MØLHOLM	.	.	13	(100.0)	13
HOLSTEBRO	1	(1.5)	65	(98.5)	66
ÅRHUS	3	(2.9)	102	(97.1)	105
RANDERS	5	(7.7)	60	(92.3)	65
Mammaklinik	.	.	2	(100.0)	2
VIBORG	1	(1.0)	95	(99.0)	96
AALBORG	6	(7.5)	74	(92.5)	80
HJØRRING	4	(7.3)	51	(92.7)	55
Alle	49	(3.4)	1400	(96.6)	1449

Indikator 5: Indikatorværdi per afdeling 2006-2010.

Indikatorværdi for Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	2006	2007	2008	2009	2010
	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	88.7%	94.8%	92.3%	92.2%	94.8%
HAMLET	100.0%	92.9%	100.0%	91.7%	100.0%
HERLEV	98.5%	97.2%	98.8%	98.8%	98.3%
RINGSTED	92.7%	91.2%	91.9%	93.3%	96.3%
ODENSE	89.2%	96.3%	97.4%	92.8%	100.0%
AABENRAA	96.6%	98.6%	98.9%	97.8%	98.8%
ESBJERG	93.2%	93.4%	94.5%	96.7%	95.3%
VEJLE	95.0%	95.4%	92.3%	95.7%	100.0%
MØLHOLM	100.0%	100.0%	96.0%	95.0%	100.0%
HOLSTEBRO	88.6%	95.6%	87.8%	92.2%	98.5%
HERNING	83.3%	95.0%	100.0%	.	.
ÅRHUS	95.7%	95.4%	94.2%	94.8%	97.1%
RANDERS	89.4%	81.7%	85.2%	92.3%	92.3%
Mammaklinik	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%	100.0%
VIBORG	98.4%	97.7%	99.0%	95.9%	99.0%
AALBORG	98.7%	93.3%	100.0%	95.9%	92.5%
HJØRRING	95.2%	95.3%	95.2%	91.8%	92.7%
Alle	93.7%	94.6%	94.7%	94.8%	96.6%



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008-2009 (grå signatur) og 2010 (blå signatur).
 Referenceværdier: acceptabelt: $> 90\%$ og ønskværdigt: $> 95\%$ (stiplede linier).

Kommentar

Som i de foregående år opnås et meget tilfredsstillende resultat for denne parameter, og alle afdelinger har i seneste par år haft et resultat, der anses for acceptabelt i forhold til referenceværdien.

Indikatoren tager udgangspunkt i en registrering, der har været foretaget i en længere årrække, før de årlige kvalitetsindikatorrapporter blev indført, og det kan dokumenteres, at der i den periode har været en markant forbedring af resultaterne hvad angår antallet af lymfeknuder i aksilpræparaterne ved operation for brystkræft. Nu er der imidlertid nået et resultat, der har ligget stabilt højt på et tilfredsstillende niveau over flere år, og det overvejes derfor af styregruppen, om denne indikator skal tages ud af opgørelsen og erstattes af en eller flere andre, der vedrører områder, hvor kvaliteten af behandlingen ikke på samme måde kan anses for at være helt tilfredsstillende.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

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

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

Beregningen af indikatoren foretages ved hjælp af en samkøring mellem DBCG databasen og Patologidatabanken (Patobank). Patientpopulationen bestemmes som patienter der er registreret i DBCG og/eller Patobank (foreningsmængden). Indikatorpopulationen omfatter alle patienter registreret med brystkræftdiagnoser i Patologidatabanken i 2010. Der er altså ikke lavet en indskrænkning af patientmaterialet som ved de foregående indikatorer. Der er dog foretaget en oprensning for at fjerne de patienter, der tidligere er registret med en brystkræftdiagnose i DBCG. Dette er nødvendigt da Patobank alene registrerer kontaktdiagnoser og man derfor ikke ud fra et udtræk kan afgøre om en patient har primær brystkræft, recidiv eller en ny sekundær brystkræft.

Foreningsmængden for de to registre i 2010 indeholder 4760 patienter, hvoraf 654 (13,7 %) ikke er i Patobank og 292 (6,1 %) ikke er i DBCG. 3814 patienter (80,1 %) er registreret i begge registre. Indikatorpopulationen omfatter herefter 4106 patienter.

Patienter registreret i DBCG og/eller Patologidatabanken i 2006-2010.

Antal patienter i Patobank og/eller DBCG 2006-2010		Patobank		Alle
		Nej	Ja	
		N	N	N
2006	DBCG			
	Nej	.	97	97
2007	Ja	234	3066	3300
	Nej	.	105	105
2008	Ja	206	3253	3459
	Nej	.	158	158
2009	Ja	251	3975	4226
	Nej	.	310	310
2010	Ja	339	4764	5103
	Nej	.	310	310

Antal patienter i Patobank og/ eller DBCG 2006-2010		Patobank		Alle
		Nej	Ja	
		N	N	N
2010	Nej	.	292	292
	Ja	654	384	4468
2011	Ja	.	6	6
Alle		1684	19840	21524

Indikator 7: Komplethed af indberetningerne til DBCG i 2006-2010. Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Patobank, der også er registrert i DBCG 2006-2010	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
2006	102	(2.9)	3433	(97.1)	3535
2007	117	(3.2)	3517	(96.8)	3634
2008	161	(3.8)	4027	(96.2)	4188
2009	310	(6.1)	4764	(93.9)	5074
2010	292	(7.1)	3814	(92.9)	4106
2011	.	.	7	100.0)	7

Indikator 7: Komplethed af indberetningerne til DBCG i 2010 efter alder. Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Patobank/DBGC vs alder 2010	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
≤ 25 år	.	.	4	100.0)	4
25-34 år	3	(6.8)	41	(93.2)	44
35-44 år	18	(7.5)	222	(92.5)	240
45-54 år	51	(6.5)	737	(93.5)	788
55-64 år	99	(7.6)	1198	(92.4)	1297
65-74 år	71	(6.2)	1069	(93.8)	1140
75-84 år	29	(6.6)	412	(93.4)	441
85 + år	21	(13.8)	131	(86.2)	152
Alle	292	(7.1)	3814	(92.9)	4106

Indikator 7: Komplethed af indberetningerne til DBCG i 2010 efter afdeling. Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Pato-bank/DBCG 2010	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	65	(10.5)	554	(89.5)	619
HERLEV	95	(14.2)	572	(85.8)	667
HØRSHOLM	.	.	1	100.0)	1
RINGSTED	23	(3.6)	624	(96.4)	647
ODENSE	11	(5.7)	183	(94.3)	194
AABENRAA	6	(2.4)	243	(97.6)	249
ESBJERG	2	(0.9)	226	(99.1)	228
VEJLE	34	(12.5)	237	(87.5)	271
HOLSTEBRO	8	(4.4)	173	(95.6)	181
ÅRHUS	12	(4.3)	267	(95.7)	279
RANDERS	1	(0.6)	157	(99.4)	158
VIBORG	19	(7.6)	231	(92.4)	250
AALBORG	13	(5.8)	213	(94.2)	226
HJØRRING	3	(2.2)	133	(97.8)	136
Alle	292	(7.1)	3814	(92.9)	4106

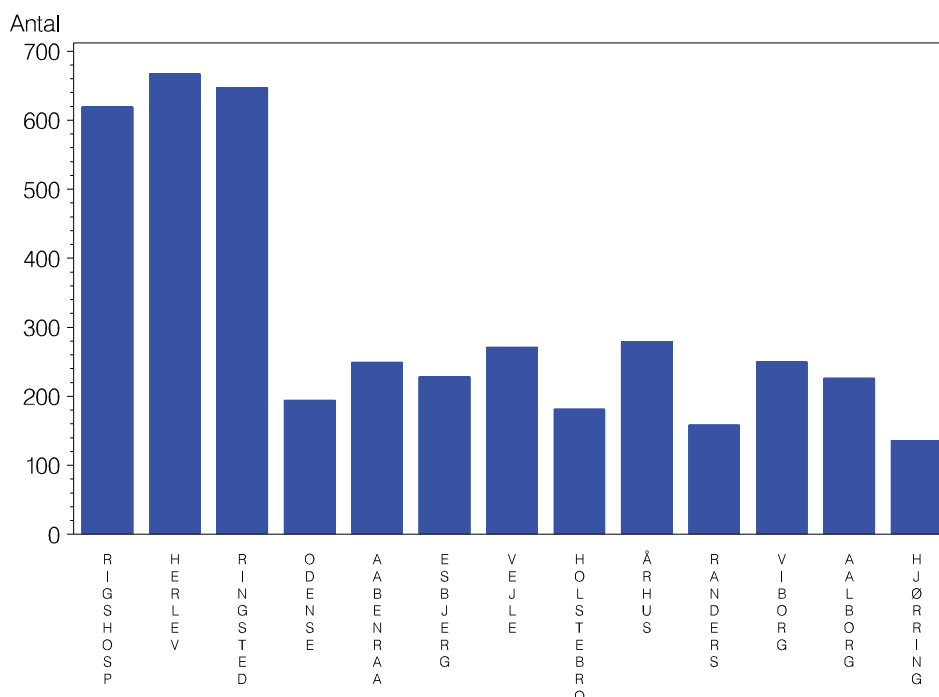
Tabellerne viser at indberetning til DBCG varierer med afdeling, men ikke med patientens alder.

Indikator 7: Indikatorværdi per afdeling i perioden 2006-2010.

Antal patienter i Pato-bank/DBCG pr afdeling 2006-2010	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	0.93	0.95	0.96	0.91	0.89	1.00
HERLEV	0.98	0.99	0.99	0.90	0.86	.
HØRSHOLM	0.99	0.96	0.95	.	1.00	.
ROSKILDE	0.98	1.00	.	.	.	.
RINGSTED	0.99	0.96	0.93	0.96	0.96	.
ODENSE	0.98	0.98	0.99	0.90	0.94	1.00
AABENRAA	0.95	0.96	0.92	0.97	0.98	.
ESBJERG	1.00	0.99	0.99	1.00	0.99	.
VEJLE	0.96	0.98	0.98	0.93	0.87	.
HOLSTEBRO	0.93	0.91	0.93	0.96	0.96	.
ÅRHUS	0.95	0.96	0.99	0.97	0.96	1.00
RANDERS	0.98	0.97	0.91	0.97	0.99	.
VIBORG	0.99	0.99	0.95	0.94	0.92	1.00

Antal patienter i Patobank/DBCG pr afdeling 2006-2010	2006	2007	2008	2009	2010	2011
	%	%	%	%	%	%
AALBORG	0.99	1.00	0.98	0.97	0.94	.
HJØRRING	0.99	0.96	0.93	0.92	0.98	.
Alle	0.97	0.97	0.96	0.94	0.93	1.00

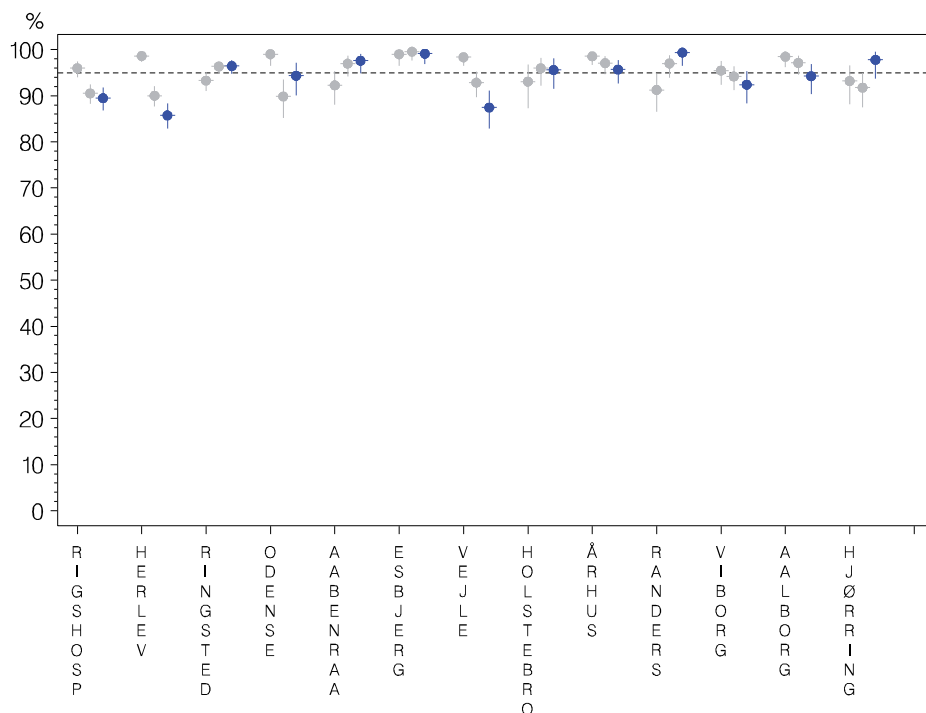
For denne indikator er der et efterslæb i indberetningerne således at kompletheden forventes at stige. Indikatorværdien for 2009 der nu ligger på 94 % var på samme tid forrige år på 91 %.



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

Antal patienter per afdeling i 2010: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). Patientpopulationen bestemmes som patienter der er registreret i DBCG og/eller Patobank (foreningsmængden). Patienter der kun er registreret i DBCG regnes for indberettede mens patienter der kun er registreret i Patobank regnes for ikke indberettede. Alle patienter er medtaget i beregningen af Indikator 7.

I de fleste tilfælde er det patologiafdelingen og den kirurgiske afdeling fra samme sygehus, der behandler en patient, men det gælder ikke altid. Der er eksempler på, at afdelingerne ikke ligger i samme område. Der er derfor ikke nogen entydig sammenhæng mellem hvilken patologiafdeling, der indberetter til Patobank og hvilken kirurgisk afdeling, der indberetter til DBCG. For de 292 patienter, der mangler i DBCG, har vi på trods af dette foretaget det bedst mulige gæt på kirurgisk afdeling ud fra geografisk nærhed.



Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2007-2009 (grå signatur) og 2010 (blå signatur).
 Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

Et af de forhold, som de tidligere kvalitetsindikatorrapporter gennemgående har peget på som problematiske er de manglende indberetninger. Dette års rapport adskiller sig ikke på det punkt. Indberetningen er mangelfuld ved tre afdelinger, der markant ligger under referenceværdien, og ved de pågældende afdelinger bør det føre til, at problemet analyseres ved interne audits.

De manglende indberetninger vedrører formentlig overvejende patienter, der ikke opereres primært. Således omfatter det bl.a. patienter, der i første omgang får systemisk behandling med kemoterapi eller endokrin behandling mhp. down staging før operation (neo-adjuverende behandling), og patienter, der på diagnosetidspunktet har lokalavanceret sygdom. Indberetning af denne type patienter er blevet mere hensigtsmæssig i 2010, hvor man i mammaskemaet specifikt kan angive netop disse kategorier. Der skal derfor opfordres til, at man i de mammakirurgiske centre holder sig for øje, at også disse patienter skal indberettes.

Patienter, der ikke opereres pga. af konkurrerende sygdom, skal også indberettes til DBCG. Langt hovedparten af sådanne patienter udredes via de mammakirurgiske centre, og også i disse tilfælde er man forpligtet til indberetning, og der er også en rubrik på mammaskemaet, der er specielt beregnet til det ("Mindre indgreb/biopsi alene").

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

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

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

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

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

Forbehold: Patienter for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Disse patienter henføres til den samarbejdende kirurgiske afdeling.

Indikatorpopulationen er indskrænket til patienter i højrisikogruppen. Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006-2009, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Disse kriterier opfyldes for 10399 patienter, men af dem har kun 7662 (73.9%) en registrering af medicinsk behandling, således at indikatorpopulationen består af 7662 patienter.-

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

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

Højrisiko-patienter indberetning af flow vs protokol		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2006	protokol					
	B yngre*, R+/?	79	(15.6)	428	(84.4)	507
	C ældre*, R+/?	225	(18.4)	995	(81.6)	1220
	D, R-	104	(23.5)	338	(76.5)	442
	ubestemt	.	.	2	(100.0)	2

Højrisiko-patienter indberetning af flow vs protokol		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2007	B yngre*, R+/?	110	(12.2)	795	(87.8)	905
	C ældre*, R+/?	235	(24.5)	725	(75.5)	960
	D, R-	120	(23.5)	390	(76.5)	510
	ubestemt	1	(100.0)	.	.	1
2008	B yngre*, R+/?	267	(25.3)	788	(74.7)	1055
	C ældre*, R+/?	324	(27.7)	844	(72.3)	1168
	D, R-	219	(37.6)	364	(62.4)	583
2009	B yngre*, R+/?	340	(29.9)	796	(70.1)	1136
	C ældre*, R+/?	466	(35.1)	861	(64.9)	1327
	D, R-	247	(42.7)	331	(57.3)	578
	ubestemt	.	.	5	(100.0)	5
Alle		2737	(26.3)	7662	(73.7)	10399

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

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

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2006	RIGSHOSPITALET	37	(14.8)	213	(85.2)	250
	HERLEV	31	(12.8)	212	(87.2)	243
	HILLERØD	22	(13.7)	139	(86.3)	161
	ROSKILDE*	2	(1.6)	123	(98.4)	125
	RINGSTED*	147	(95.5)	7	(4.5)	154
	NÆSTVED*	2	(2.1)	92	(97.9)	94
	RØNNE	1	(5.3)	18	(94.7)	19
	ODENSE	50	(26.0)	142	(74.0)	192
	SØNDERBORG	7	(8.0)	80	(92.0)	87
	ESBJERG	22	(26.8)	60	(73.2)	82
	VEJLE	28	(15.6)	151	(84.4)	179
	HERNING	11	(12.0)	81	(88.0)	92
	ÅRHUS	11	(5.4)	194	(94.6)	205
	VIBORG	5	(6.0)	79	(94.0)	84
AALBORG	32	(15.7)	172	(84.3)	204	

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2007	RIGSHOSPITALET	49	(19.8)	198	(80.2)	247
	HERLEV	56	(18.9)	240	(81.1)	296
	HILLERØD	26	(14.1)	158	(85.9)	184
	ROSKILDE*	.	.	107	(100.0)	107
	RINGSTED*	125	(86.8)	19	(13.2)	144
	NÆSTVED*	.	.	114	(100.0)	114
	RØNNE	.	.	24	(100.0)	24
	ODENSE	51	(28.5)	128	(71.5)	179
	SØNDERBORG	14	(15.2)	78	(84.8)	92
	ESBJERG	14	(15.1)	79	(84.9)	93
	VEJLE	37	(19.2)	156	(80.8)	193
	HERNING	4	(3.9)	98	(96.1)	102
	ÅRHUS	33	(13.1)	219	(86.9)	252
	VIBORG	11	(10.1)	98	(89.9)	109
AALBORG	46	(19.2)	194	(80.8)	240	
2008	RIGSHOSPITALET	88	(30.2)	203	(69.8)	291
	HERLEV	104	(27.2)	278	(72.8)	382
	HILLERØD	1	(0.8)	118	(99.2)	119
	ROSKILDE*	.	.	57	(100.0)	57
	RINGSTED*	220	(87.6)	31	(12.4)	251
	NÆSTVED*	.	.	77	(100.0)	77
	RØNNE	.	.	10	(100.0)	10
	ODENSE	76	(38.2)	123	(61.8)	199
	SØNDERBORG	30	(22.2)	105	(77.8)	135
	ESBJERG	31	(28.4)	78	(71.6)	109
	VEJLE	78	(29.3)	188	(70.7)	266
	HERNING	4	(4.0)	96	(96.0)	100
	ÅRHUS	73	(19.6)	300	(80.4)	373
	VIBORG	16	(10.6)	135	(89.4)	151
AALBORG	89	(31.1)	197	(68.9)	286	

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2009	RIGSHOSPITALET	171	(45.8)	202	(54.2)	373
	HERLEV	164	(36.8)	282	(63.2)	446
	HILLERØD	.	.	112	(100.0)	112
	ROSKILDE*	.	.	75	(100.0)	75
	RINGSTED*	248	(95.0)	13	(5.0)	261
	NÆSTVED*	.	.	65	(100.0)	65
	RØNNE	.	.	9	(100.0)	9
	ODENSE	72	(50.7)	70	(49.3)	142
	SØNDERBORG	56	(38.6)	89	(61.4)	145
	ESBJERG	25	(18.1)	113	(81.9)	138
	VEJLE	86	(36.9)	147	(63.1)	233
	HERNING	22	(16.2)	114	(83.8)	136
	ÅRHUS	35	(8.7)	366	(91.3)	401
	VIBORG	33	(22.9)	111	(77.1)	144
AALBORG	141	(38.5)	225	(61.5)	366	
Alle		2737	(26.3)	7662	(73.7)	10399

* For patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan det ikke afgøres om den samarbejdende onkologiske afdeling er Roskilde eller Næstved. Disse patienter er derfor henført til fiktiv Onkologisk afdeling benævnt 'Ringsted'. Det samlede antal patienter ved afdelingerne Roskilde, Ringsted og Næstved er for 2006: 151 (40.5%) og 222 (59.5%), i alt 373 patienter, for 2007: 125 (34.2%) og 240 (65.8%), i alt 365 patienter, for 2008: 220 (57.1%) og 165 (42.9%), i alt 385 patienter og for 2009: 248 (61.8%) og 153 (38.2%), i alt 401 patienter.

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

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr alder		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
	alder					
2006	≤ 34 år	11	(21.6)	40	(78.4)	51
	35-39 år	16	(20.5)	62	(79.5)	78
	40-49 år	76	(18.6)	332	(81.4)	408
	50-59 år	131	(20.0)	524	(80.0)	655
	60-69 år	128	(17.0)	626	(83.0)	754
	70-74 år	39	(19.7)	159	(80.3)	198
	75 + år	7	(25.9)	20	(74.1)	27

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr alder		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2007	≤ 34 år	10	(19.2)	42	(80.8)	52
	35-39 år	17	(20.0)	68	(80.0)	85
	40-49 år	57	(13.1)	377	(86.9)	434
	50-59 år	91	(13.7)	574	(86.3)	665
	60-69 år	185	(22.7)	631	(77.3)	816
	70-74 år	90	(32.7)	185	(67.3)	275
	75 + år	16	(32.7)	33	(67.3)	49
2008	≤ 34 år	21	(32.8)	43	(67.2)	64
	35-39 år	33	(35.5)	60	(64.5)	93
	40-49 år	119	(26.9)	323	(73.1)	442
	50-59 år	210	(27.2)	563	(72.8)	773
	60-69 år	299	(27.7)	782	(72.3)	1081
	70-74 år	112	(37.0)	191	(63.0)	303
	75 + år	16	(32.0)	34	(68.0)	50
2009	≤ 34 år	18	(42.9)	24	(57.1)	42
	35-39 år	27	(36.5)	47	(63.5)	74
	40-49 år	114	(29.1)	278	(70.9)	392
	50-59 år	299	(31.7)	645	(68.3)	944
	60-69 år	456	(36.1)	808	(63.9)	1264
	70-74 år	116	(42.5)	157	(57.5)	273
	75 + år	23	(40.4)	34	(59.6)	57
Alle		2737	(26.3)	7662	(73.7)	10399

Indikator 8: Indikatorværdi for operationsår 2006-2009 efter protokol. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højrisikogruppe vs protokol		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
	protokol					
2006	B yngre*, R+/?	8	(1.9)	420	(98.1)	428
	C ældre*, R+/?	58	(5.8)	937	(94.2)	995
	D, R-	120	(35.5)	218	(64.5)	338
	ubestemt	2	(100.0)	.	.	2

Allokering for højriskogruppe vs protokol		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
2007	B yngre*, R+/?	11	(1.4)	784	(98.6)	795
	C ældre*, R+/?	67	(9.2)	658	(90.8)	725
	D, R-	63	(16.2)	327	(83.8)	390
2008	B yngre*, R+/?	20	(2.5)	768	(97.5)	788
	C ældre*, R+/?	65	(7.7)	779	(92.3)	844
	D, R-	85	(23.4)	279	(76.6)	364
2009	B yngre*, R+/?	20	(2.5)	776	(97.5)	796
	C ældre*, R+/?	43	(5.0)	818	(95.0)	861
	D, R-	59	(17.8)	272	(82.2)	331
	ubestemt	5	(100.0)	.	.	5
Alle		626	(8.2)	7036	(91.8)	7662

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

Indikator 8: Indikatorværdi efter alder for operationsår 2006-2009. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højriskogruppe vs alder		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
	alder					
2006	≤ 34 år	5	(12.5)	35	(87.5)	40
	35-39 år	7	(11.3)	55	(88.7)	62
	40-49 år	33	(9.9)	299	(90.1)	332
	50-59 år	82	(15.6)	442	(84.4)	524
	60-69 år	55	(8.8)	571	(91.2)	626
	70-74 år	5	(3.1)	154	(96.9)	159
	75 + år	1	(5.0)	19	(95.0)	20
2007	≤ 34 år	1	(2.4)	41	(97.6)	42
	35-39 år	6	(8.8)	62	(91.2)	68
	40-49 år	11	(2.9)	366	(97.1)	377
	50-59 år	35	(6.1)	539	(93.9)	574
	60-69 år	64	(10.1)	567	(89.9)	631
	70-74 år	21	(11.4)	164	(88.6)	185
	75 + år	3	(9.1)	30	(90.9)	33

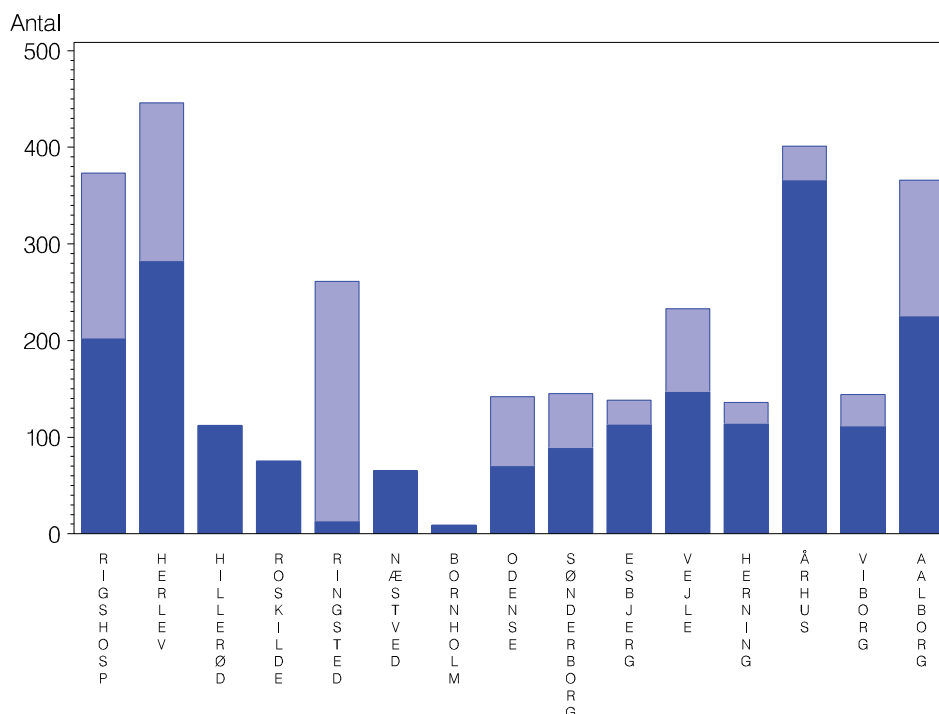
Allokering for højriskogruppe vs alder		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
2008	≤ 34 år	1	(2.3)	42	(97.7)	43
	35-39 år	5	(8.3)	55	(91.7)	60
	40-49 år	18	(5.6)	305	(94.4)	323
	50-59 år	28	(5.0)	535	(95.0)	563
	60-69 år	94	(12.0)	688	(88.0)	782
	70-74 år	21	(11.0)	170	(89.0)	191
	75 + år	3	(8.8)	31	(91.2)	34
2009	≤ 34 år	1	(4.2)	23	(95.8)	24
	35-39 år	3	(6.4)	44	(93.6)	47
	40-49 år	14	(5.0)	264	(95.0)	278
	50-59 år	28	(4.3)	617	(95.7)	645
	60-69 år	65	(8.0)	743	(92.0)	808
	70-74 år	13	(8.3)	144	(91.7)	157
	75 + år	3	(8.8)	31	(91.2)	34
Alle		626	(8.2)	7036	(91.8)	7662

Indikator 8: Indikatorværdi per onkologisk afdeling for operationsår 2006-2009. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højriskogruppen vs onkologiske afd. aktive i 2010	Indikator 8				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	82	(10.0)	734	(90.0)	816
HERLEV	61	(6.0)	951	(94.0)	1012
HILLERØD	33	(6.3)	494	(93.7)	527
ROSKILDE*	24	(6.6)	338	(93.4)	362
RINGSTED*	28	(40.0)	42	(60.0)	70
NÆSTVED*	29	(8.3)	319	(91.7)	348
RØNNE	6	(9.8)	55	(90.2)	61
ODENSE	48	(10.4)	415	(89.6)	463
SØNDERBORG	41	(11.6)	311	(88.4)	352
ESBJERG	31	(9.4)	299	(90.6)	330
VEJLE	45	(7.0)	597	(93.0)	642
HERNING	30	(7.7)	359	(92.3)	389
ÅRHUS	80	(7.4)	999	(92.6)	1079
VIBORG	43	(10.2)	380	(89.8)	423

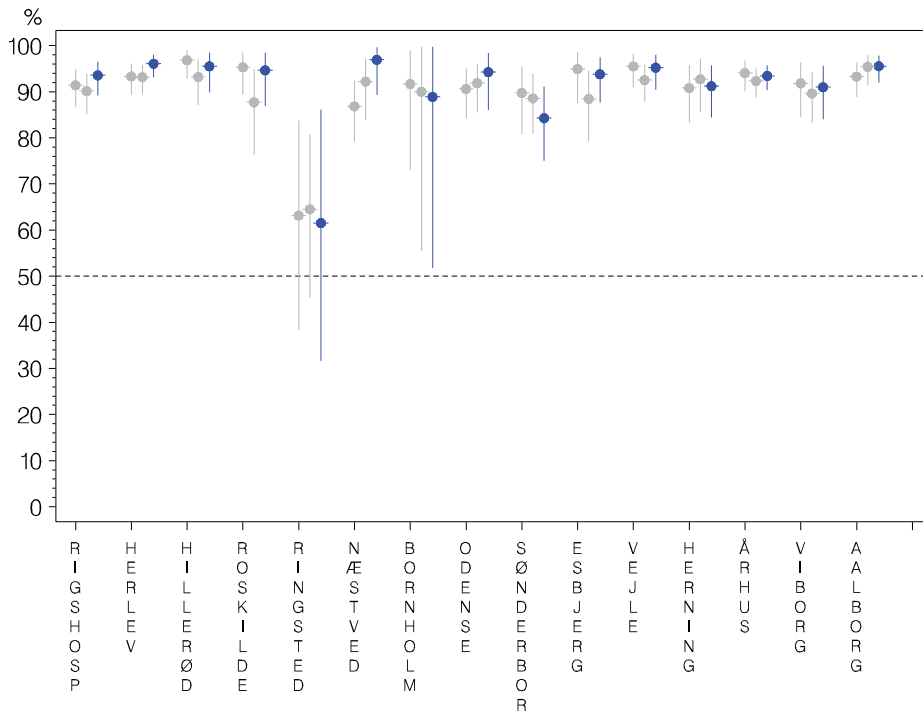
Allokering for højrisikogruppen vs onkologiske afd. aktive i 2010	Indikator 8				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
AALBORG	45	(5.7)	743	(94.3)	788
Alle	626	(8.2)	7036	(91.8)	7662

* For patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan det ikke afgøres om den samarbejdende onkologiske afdeling er Roskilde eller Næstved. Disse patienter er derfor henført til fiktiv Onkologisk afdeling benævnt 'Ringsted'. Det samlede antal patienter ved afdelingerne Roskilde, Ringsted og Næstved er for 2006-9: 81 (10.4%) og 699 (89.6%), i alt 780 patienter.



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

Antal patienter per onkologisk afdeling med operationsår 2009: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2007-2009, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Bemærk at patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning henføres til en fiktiv onkologisk afdeling 'Ringsted'.



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

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2007-2008 (grå signatur) og patienter med operationsår 2009 (blå signatur). Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2007-2009, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Bemærk at patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning henføres til en fiktiv onkologisk afdeling 'Ringsted'.

Kommentar

Der er vedr. denne indikator ikke sket nogen positiv udvikling det seneste år. Som tidligere er der en tilsyneladende høj grad af opfyldelse af indikatoren ved alle afdelinger bortset fra Ringsted, hvor der er specielle forhold, der gør sig gældende, som udførligt beskrevet i sidste års rapport. Ser man derimod på antallet af indberetninger, er billedet stort set lige så dystert som i den forrige indikatorrapport. Der foreligger kun indberetning om medicinsk behandling for 71% af de patienter, der er opereret i løbet af årene 2007-2009, hvor der ifølge de kirurgiske indberetninger kan ses, at medicinsk behandling er indiceret. Dette er ikke tilfredsstillende, og der er centre, der skiller sig ud med meget lave værdier, som må anses for helt utilfredsstillende, idet mindre end 2/3 af de relevante patientforløb for den tre-årige periode er indberettet: Rigshospitalet (62%), Odense (57%) og Region Sjælland (46%). Der har været forventning om, at elektronisk indberetning ville medføre en forbedring på dette område, men den effekt er indtil videre ikke iøjnefaldende. Det har nemlig været muligt at foretage indberetning af disse data i en stor del af 2010 via det nye web-modul.

I Kvalitetsindikator for Brystkræft 2009 blev der gjort udtrykkeligt opmærksom på disse problemer, og der blev kraftigt appelleret til, at der lokalt skulle tages initiativ til at finde løsninger på dette område. Det synes ikke at være fulgt op. Det er således de samme centre, der vedbliver med ikke at leve op til de krav, der må stilles for at der kan foretages en rimelig vurdering af kvaliteten af behandlingen, og det må i sidste ende være Danske Regioners ansvar at sørge for, at alle afdelinger har de fornødne ressourcer til at varetage de opgaver, der er blevet dem pålagt, og til at sikre, at opgaverne udføres som intenderet. Ellers er der ingen mening i at pålægge de kliniske afdelinger de betydelige arbejdsopgaver, der er forbundet med at levere kvalitetsdata til kvalitetsregistret.

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

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

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

Forbehold: Højrisiko-patienter for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Disse patienter henføres til den samarbejdende onkologiske afdeling. Det er et særligt problem for hospitalerne Ringsted, Næstved og Roskilde samt Rigshospitalet, Herlev og Hillerød, men patienterne i disse områder vil dog normalt henvises til nærmeste hospital i forhold til bopæl, således at kommunekoderne kan anvendes som et første gæt på den behandlende afdeling. Det er ikke implementeret i denne rapport.

Der er den 20. august 2010 vedtaget nye retningslinier for kontrol af lavrisikopatienter, der herefter kan afsluttes med kontrol efter 3 år. Det har ikke betydning for denne rapport, da vi beregner indikatoren for patienter opereret før 1. januar 2010, under de tidligere retningslinier.

Til denne indikator er der medtaget patienter, der er opereret fra 2000 til 2009, idet det handler om 10 års follow-up. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisikopatienter. Indikatoren opgøres kun for patienter der efter guidelines burde være i kontrol. Hvor en indberettende afdeling ikke er kendt eller den oprindeligt indberettende afdeling er ophørt med behandling er patienterne henført til den samarbejdende eller nærmeste afdeling som har været aktiv i perioden 2006-2009 (tabel 4). Højrisikopatienter opereret i Ringsted bliver nu fulgt på onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. De er dog registreret for Ringsted hvis den aktuelle onkologiske afdeling endnu ikke er kendt i DBCG som følge af manglende flow-indberetning. Der er højrisikopatienter som er fulgt 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.

Definitionen på at en patient har gennemført kontrolprogrammet er at der er regelmæssige kontrolbesøg indtil et event opstår (recidiv, anden malign sygdom eller død som første event) eller indtil patienten afslutter 10 års kontrol uden event. Kontrolprogrammet regnes ikke for gennemført hvis der er gået mere end 1 år og 3 måneder siden sidste kontrolbesøg og patienten burde være under kontrol, eller hvis patienten dør, og hun inden da ikke er set i mere 1 år og 3 måneder. Hvis patienten aldrig har fået registreret et flowskema, og der er gået mere end 1/2

år efter operation, regnes det heller ikke som et fuldført kontrolforløb. Indikatoren kan ikke bestemmes hvis patienten dør indenfor ½ år efter operationen eller hvis patienten er opereret for mindre end ½ år siden. Derfor har vi i årsrapport 2010 valgt at udelade 2010 af bedømmelsen.

De viste figurer inkluderer patienter opereret fra 2000 til 2009.

Højrisiko-patienter

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus behandlingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
B yngre*, R+/?	2349	(38.4)	3770	(61.6)	6119
C ældre*, R+/?	3334	(33.6)	6590	(66.4)	9924
D, R-	1801	(40.3)	2667	(59.7)	4468
Alle	7484	(36.5)	13027	(63.5)	20511

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

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
≤ 34 år	167	(37.0)	284	(63.0)	451
35-39 år	307	(39.6)	468	(60.4)	775
40-49 år	1456	(39.2)	2259	(60.8)	3715
50-59 år	2370	(36.4)	4133	(63.6)	6503
60-69 år	2429	(34.8)	4547	(65.2)	6976
70-74 år	646	(35.6)	1167	(64.4)	1813
75 + år	109	(39.2)	169	(60.8)	278
Alle	7484	(36.5)	13027	(63.5)	20511

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Høj				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
2000	411	(29.0)	1007	(71.0)	1418
2001	550	(34.8)	1032	(65.2)	1582
2002	685	(37.1)	1163	(62.9)	1848
2003	663	(38.3)	1070	(61.7)	1733
2004	698	(39.8)	1055	(60.2)	1753
2005	660	(33.9)	1286	(66.1)	1946
2006	696	(34.5)	1323	(65.5)	2019
2007	914	(38.6)	1451	(61.4)	2365
2008	1101	(39.4)	1695	(60.6)	2796
2009	1106	(36.3)	1945	(63.7)	3051
Alle	7484	(36.5)	13027	(63.5)	20511

Indikator 9: Højrisiko-patienter 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Højrisiko patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				
	Høj				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	840	(35.0)	1562	(65.0)	2402
HERLEV	877	(39.4)	1347	(60.6)	2224
HILLERØD	422	(32.3)	885	(67.7)	1307
ROSKILDE*	624	(66.9)	309	(33.1)	933
RINGSTED*	893	(64.6)	489	(35.4)	1382
NÆSTVED*	397	(47.5)	439	(52.5)	836
RØNNE	11	(9.7)	102	(90.3)	113
ODENSE	827	(48.2)	890	(51.8)	1717
SØNDERBORG	279	(29.2)	675	(70.8)	954
ESBJERG	246	(28.9)	604	(71.1)	850
VEJLE	658	(36.5)	1146	(63.5)	1804
HERNING	145	(15.9)	769	(84.1)	914
ÅRHUS	438	(18.2)	1970	(81.8)	2408

Højrisiko patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
VIBORG	193	(21.2)	718	(78.8)	911
AALBORG	635	(36.1)	1122	(63.9)	1757
Alle	7485	(36.5)	13027	(63.5)	20512

*: Indikator 9 vedrører indberetning af patienter i kontrolforløb. For ikke-indberettede patienter opereret i Ringsted kan det ikke afgøres om disse skal henføres til de onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. En del af de registrerede patienter skulle ifølge guidelines behandles i protokol D men følger p.gr.a. høj alder eller komorbiditet protokol A. Den samlede andel af patienter i afdelingerne Roskilde, Ringsted og Næstved for 2000-2009, hvor indikator 9 er opfyldt, udgør 38,9 %.

Indikatorværdi for indikator 9: Højrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 2000-2009.

Indikatorværdi for at gennemføre DBCG kontrolprogram per afdeling	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	72%	69%	64%	61%	67%	66%	73%	69%	63%	55%
HERLEV	60%	58%	63%	46%	55%	63%	64%	63%	60%	62%
HILLERØD	57%	54%	54%	59%	59%	71%	74%	70%	84%	96%
ROSKILDE	31%	27%	22%	20%	19%	28%	29%	35%	51%	88%
RINGSTED	89%	86%	79%	84%	75%	35%	13%	16%	11%	9%
NÆSTVED	47%	35%	34%	39%	34%	68%	62%	59%	74%	90%
RØNNE	100%	100%	91%	100%	88%	80%	75%	77%	71%	100%
ODENSE	53%	50%	51%	50%	40%	70%	56%	46%	51%	53%
SØNDERBORG	78%	76%	63%	75%	71%	76%	83%	72%	66%	61%
ESBJERG	85%	68%	63%	65%	69%	73%	74%	67%	64%	83%
VEJLE	76%	64%	70%	61%	62%	69%	64%	57%	56%	63%
HERNING	94%	86%	81%	80%	82%	76%	85%	81%	87%	89%
ÅRHUS	86%	84%	79%	81%	83%	87%	90%	76%	73%	86%
VIBORG	91%	82%	68%	75%	79%	67%	92%	78%	83%	75%
AALBORG	81%	70%	66%	65%	52%	70%	74%	61%	58%	57%
Alle	71%	65%	63%	62%	60%	66%	66%	61%	61%	64%

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

Lavrisiko-patienter

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus behandlingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
A lavrisiko	1506	(29.8)	3541	(70.2)	5047
Alle	1506	(29.8)	3541	(70.2)	5047

Gennemførelsen af DBCG kontrolprogram er lidt højere for lavrisikopatienterne end for højrisikopatienterne. For lavrisikopatienterne afhænger gennemførelsen ikke af behandlingsprotokol.

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
≤ 34 år	.	.	3	(100.0)	3
35-39 år	29	(37.7)	48	(62.3)	77
40-49 år	205	(30.5)	467	(69.5)	672
50-59 år	462	(29.1)	1126	(70.9)	1588
60-69 år	539	(27.0)	1460	(73.0)	1999
70-74 år	240	(37.7)	397	(62.3)	637
75 + år	31	(43.7)	40	(56.3)	71
Alle	1506	(29.8)	3541	(70.2)	5047

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
2000	165	(38.6)	262	(61.4)	427
2001	132	(35.8)	237	(64.2)	369
2002	129	(36.9)	221	(63.1)	350

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		Alle
	N	%	N	%	N
2003	135	(34.5)	256	(65.5)	391
2004	140	(36.3)	246	(63.7)	386
2005	111	(29.8)	262	(70.2)	373
2006	124	(27.7)	323	(72.3)	447
2007	143	(27.8)	371	(72.2)	514
2008	184	(26.6)	508	(73.4)	692
2009	243	(22.1)	855	(77.9)	1098
Alle	1506	(29.8)	3541	(70.2)	5047

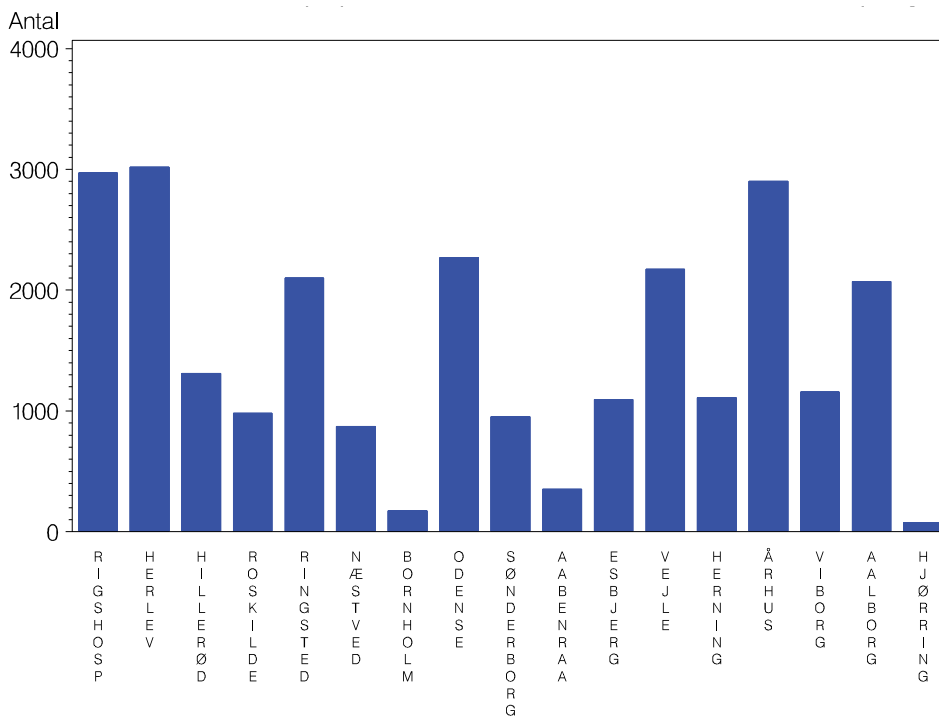
Indikator 9: Lavrisiko-patienter 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Lavrisiko patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		Alle
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	278	(50.3)	275	(49.7)	553
HERLEV	439	(55.2)	356	(44.8)	795
ROSKILDE	22	(50.0)	22	(50.0)	44
RINGSTED	97	(13.1)	646	(86.9)	743
NÆSTVED	16	(45.7)	19	(54.3)	35
RØNNE	2	(3.3)	58	(96.7)	60
ODENSE	136	(25.1)	405	(74.9)	541
AABENRAA	52	(14.7)	301	(85.3)	353
ESBJERG	54	(22.1)	190	(77.9)	244
VEJLE	75	(20.3)	295	(79.7)	370
HERNING	25	(12.8)	171	(87.2)	196
ÅRHUS	135	(27.7)	353	(72.3)	488
VIBORG	25	(10.5)	213	(89.5)	238
AALBORG	118	(36.3)	207	(63.7)	325
HJØRRING	32	(51.6)	30	(48.4)	62
Alle	1506	(29.8)	3541	(70.2)	5047

Indikatorværdi for indikator 9: Lavrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 2000-2009.

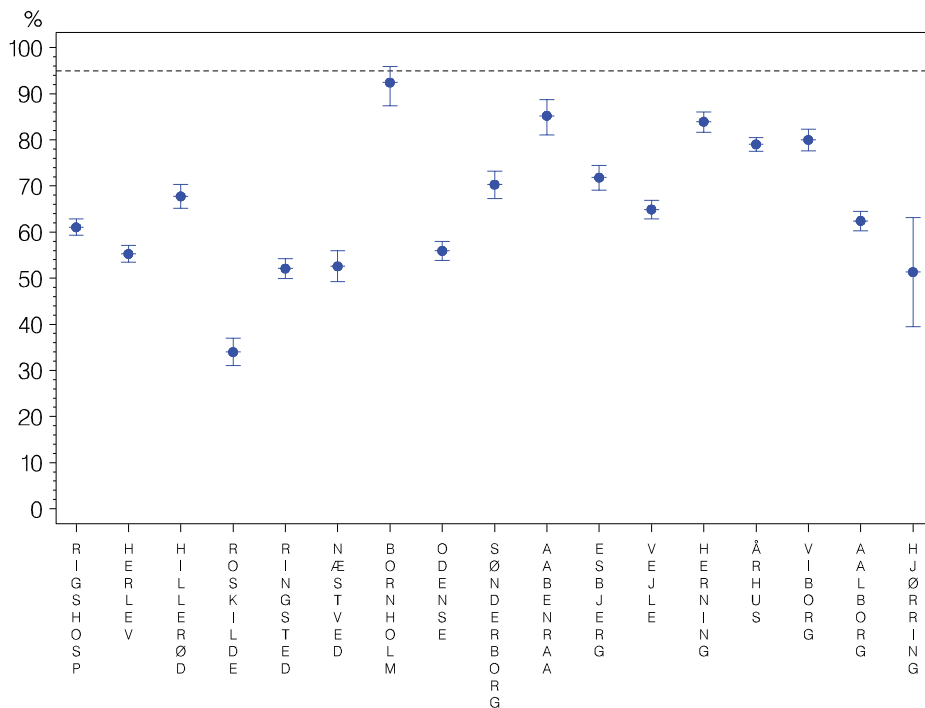
Indikatorværdi for at gennemføre DBCG kontrolprogram per afdeling	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	58%	49%	50%	64%	31%	49%	39%	30%	53%	60%
HERLEV	19%	29%	40%	19%	17%	36%	43%	59%	60%	75%
ROSKILDE	50%	20%	30%	25%	33%	50%	.	100%	100%	90%
RINGSTED	100%	97%	91%	93%	100%	87%	87%	86%	80%	79%
NÆSTVED	67%	50%	50%	25%	100%	.	0%	.	100%	100%
RØNNE	100%	67%	100%	93%	100%	100%	100%	100%	100%	100%
ODENSE	74%	59%	60%	65%	59%	76%	78%	88%	87%	91%
AABENRAA	73%	88%	77%	84%	73%	87%	94%	88%	91%	92%
ESBJERG	88%	77%	57%	57%	61%	71%	93%	86%	87%	84%
VEJLE	72%	70%	63%	66%	69%	84%	81%	100%	98%	78%
HERNING	75%	80%	100%	93%	75%	71%	82%	92%	91%	98%
ÅRHUS	76%	77%	73%	82%	80%	81%	84%	77%	49%	73%
VIBORG	90%	89%	75%	85%	82%	94%	87%	93%	98%	86%
AALBORG	70%	53%	27%	23%	47%	67%	65%	56%	73%	74%
HJØRRING	71%	57%	40%	43%	83%	100%	80%	50%	0%	0%
Alle	61%	64%	63%	65%	64%	70%	72%	72%	73%	78%

Alle patienter, figurer



Indikator 9 Alle patienter: Indikatorpopulation, brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Antal patienter per afdeling i perioden 2000-2009: indikator bestemt (blå signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. Alle patienter er medtaget i denne indikatorberegning.



Indikator 9 Alle patienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2000-2009. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

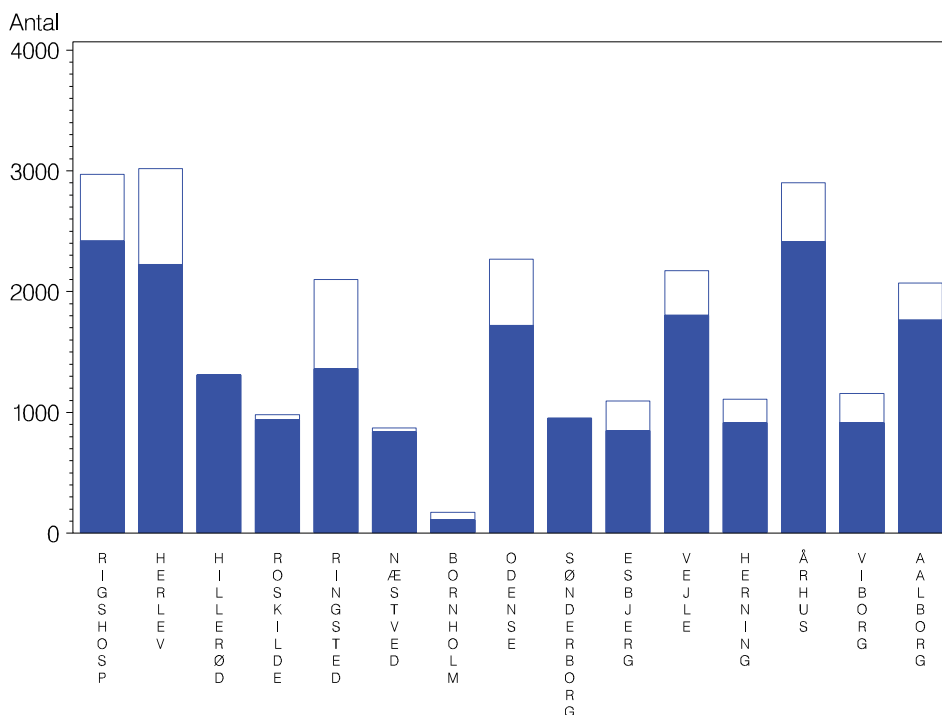
Den gennemsnitlige indikatorværdi for alle patienter er 67,5%.



Indikator 9 Alle patienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

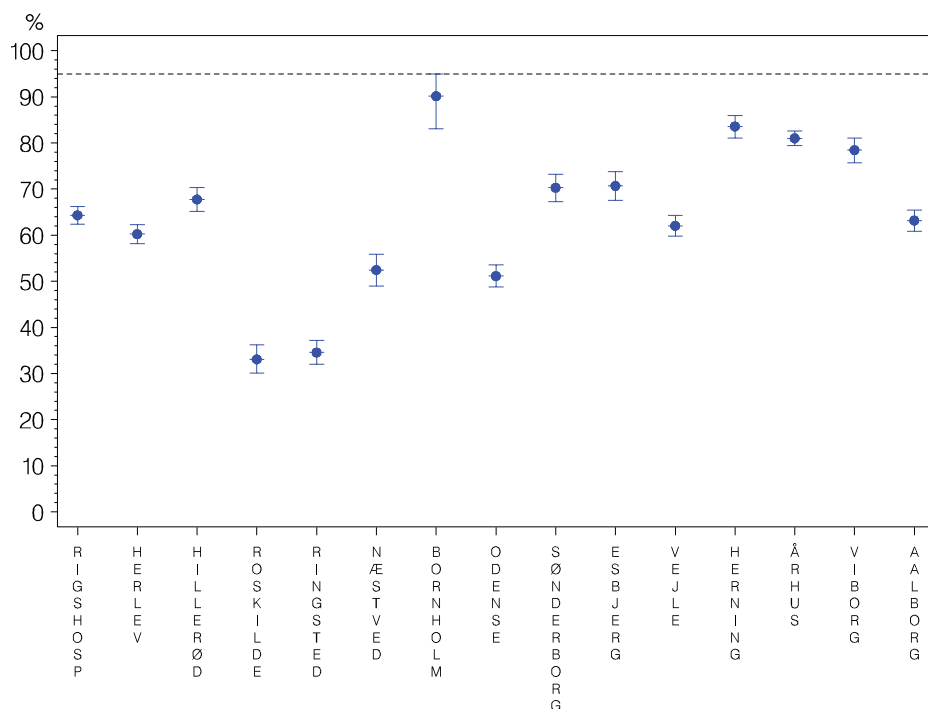
Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2000-2009. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Højrisko-patienter, figurer



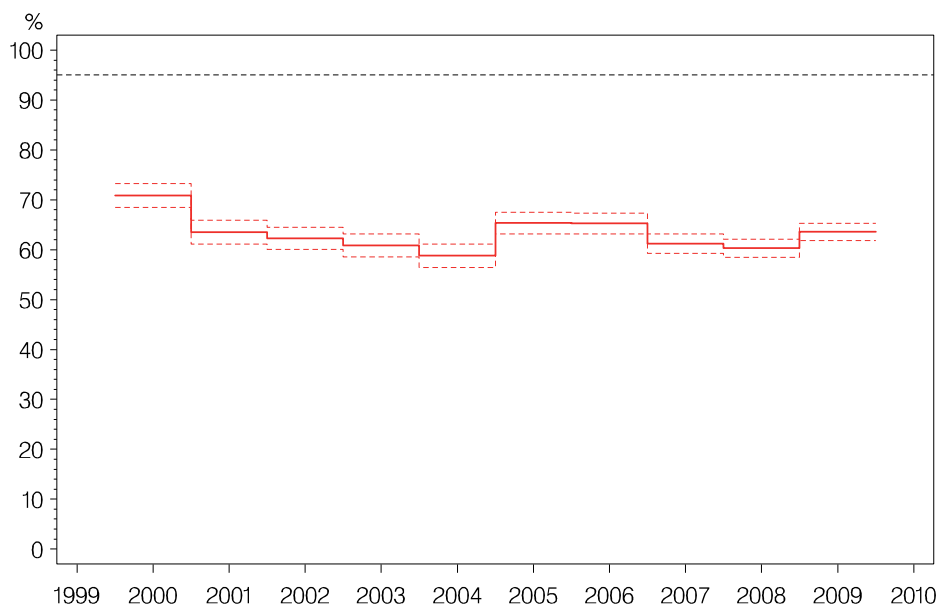
Indikator 9 Højriskopatienter: Indikatorpopulation, brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Antal patienter per afdeling i perioden 2000-2009: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 80,3 % af patienterne i perioden 2000-2009 er med i beregningen af denne indikator.



Indikator 9 Højrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

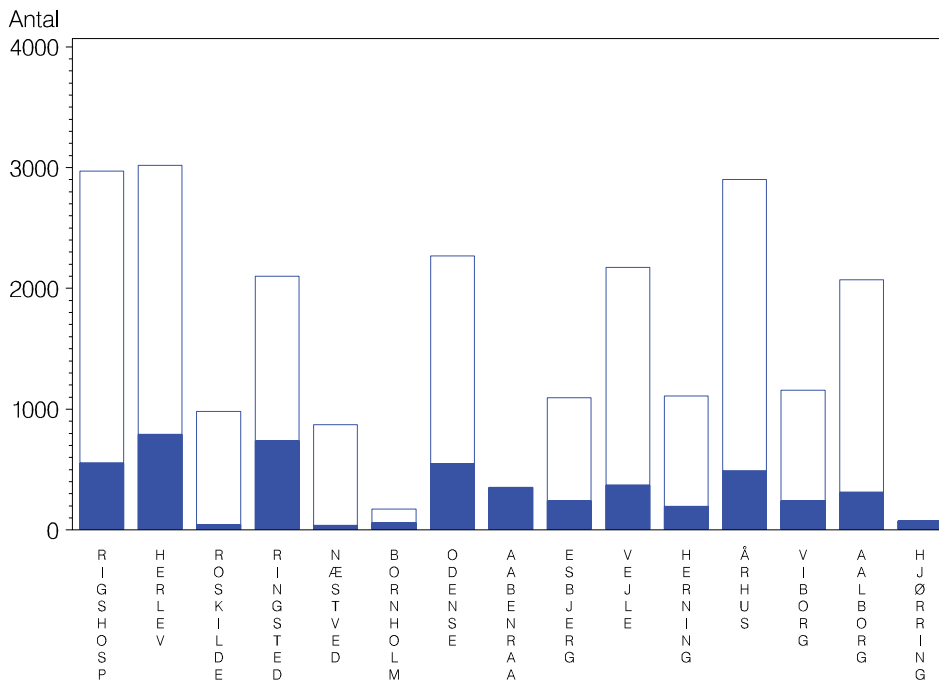
Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2000-2009. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.



Indikator 9 Højrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

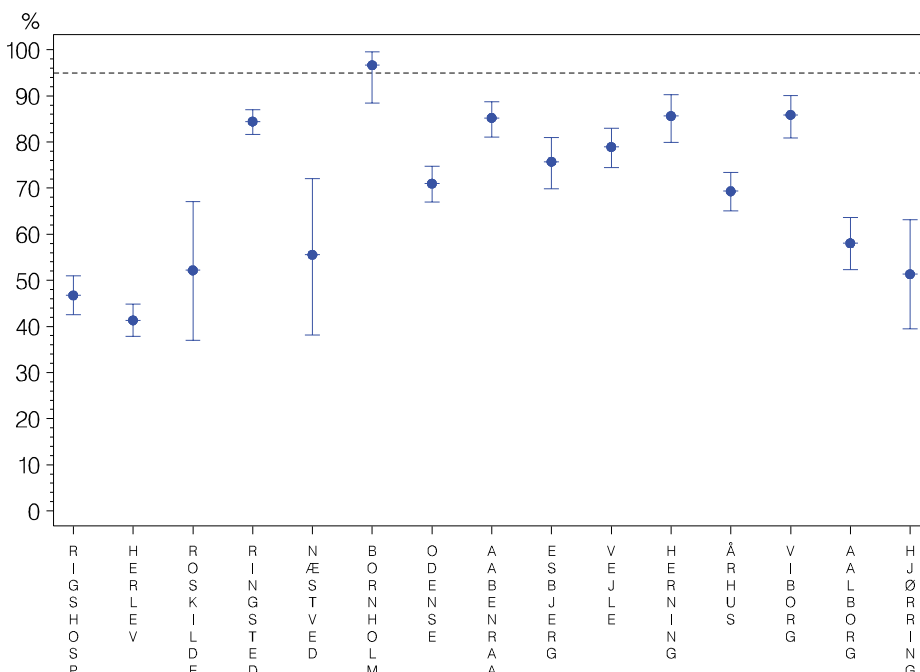
Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2000-2009. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Lavrisiko-patienter, figurer



Indikator 9 Lavrisikopatienter: Indikatorpopulation, brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Antal patienter per afdeling i perioden 2000-2009: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 19,7 % af patienterne i perioden 2000-2009 er med i beregningen af denne indikator.



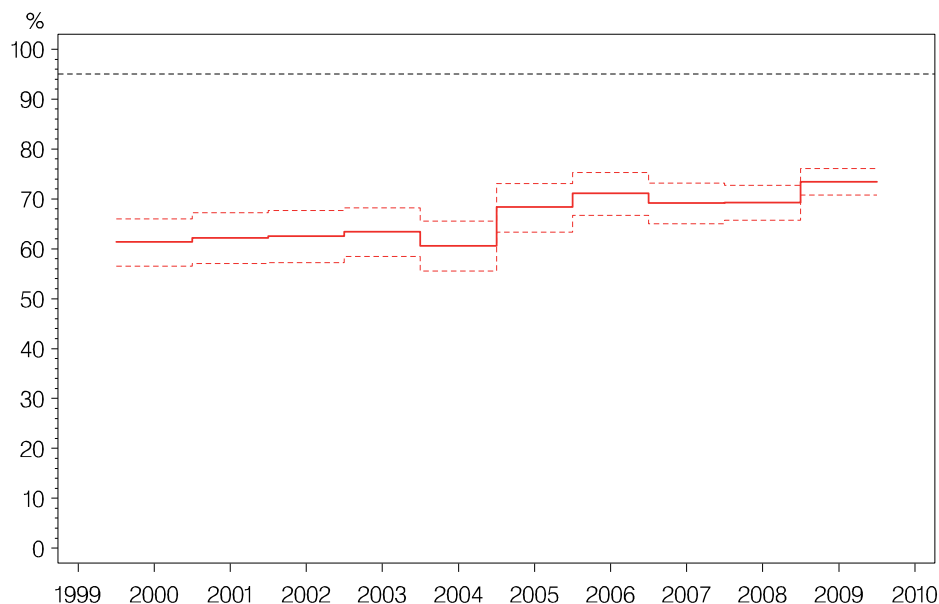
Indikator 9 Lavrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2000-2009. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Kommentar

Også dette år ligger indikatorværdien langt under referenceværdien på 95%. Samlet set er det kun 68% af patienterne opereret i perioden 2000-2009, der følges op svarende til rekommandationerne fra DBCG, og andelen aftager jo længere tid, der går efter operationen. Sidste år rapporteredes en værdi på 65%. Resultatet må betegnes som helt utilfredsstillende. Der skal også henvises til de kommentarer, der er knyttet til indikator 8, som også adresserer dette spørgsmål.

Arbejdet med på længere sigt at fastlægge DBCG's kontrolprogram og sikre den fremtidige registrering er ikke færdigt på nuværende tidspunkt. Arbejdsgruppen har ikke afsluttet møderækken, men der forventes at ske snart. På baggrund heraf anser styregruppen det ikke for relevant at kommentere yderligere på de foreliggende resultater.



Indikator 9 Lavrisikopatienter: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2000-2009. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter som gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

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: > 93 % (95 % CI: 91-95).

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

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

Lokalt recidiv efter brystbevarende operation er observeret hos 286 patienter opereret i perioden 1996-2009. Antallet af patienter behandlet med brystbevarende terapi i denne periode er 14323. I årsrapport 2010 er patienter opereret i 2010 ikke inkluderet i indikatorberegningen som følge af den korte opfølgingsperiode.

I DBCG's kvalitetsdatabase registreres den første registrerede sygdomsbegivenhed efter operation i kategorierne: lokalt recidiv, andre gruppers 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 ikke har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernrecidiv) som første sygdomsbegivenhed beregnet som kumuleret incidens efter 5 år ved competing risk analyse.

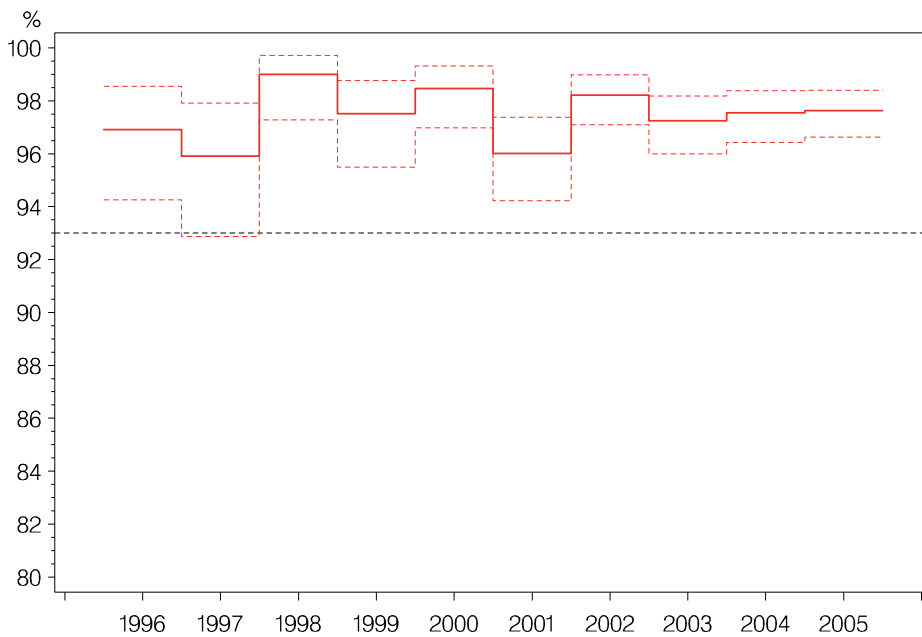
Nævnerdefinition (population): Antal kvinder med IBC, der modtager brystbevarende terapi uanset observationsperiodens længde efter diagnosetidspunkt.

Første event for BCS opererede per operationsår.

Event for BCS opererede per operationsår	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1996	16	(5.7)	41	(14.5)	206	(73.0)	19	(6.7)	282
1997	19	(7.0)	43	(15.9)	197	(73.0)	11	(4.1)	270
1998	10	(2.9)	49	(14.1)	266	(76.7)	22	(6.3)	347
1999	18	(4.6)	47	(12.0)	284	(72.3)	44	(11.2)	393
2000	17	(3.4)	69	(13.7)	379	(75.3)	38	(7.6)	503
2001	36	(5.6)	72	(11.3)	490	(76.8)	40	(6.3)	638
2002	25	(3.1)	103	(12.8)	626	(77.8)	51	(6.3)	805
2003	36	(4.0)	89	(9.9)	721	(80.4)	51	(5.7)	897
2004	27	(2.7)	89	(8.8)	825	(81.8)	68	(6.7)	1009
2005	30	(2.6)	76	(6.5)	1005	(86.6)	50	(4.3)	1161
2006	21	(1.6)	67	(5.1)	1168	(88.4)	66	(5.0)	1322
2007	16	(1.0)	43	(2.6)	1530	(92.1)	72	(4.3)	1661
2008	7	(0.3)	59	(2.7)	2049	(94.3)	58	(2.7)	2173
2009	8	(0.3)	31	(1.1)	2794	(97.6)	29	(1.0)	2862
Alle	286	(2.0)	878	(6.1)	12540	(87.6)	619	(4.3)	14323

Indikator 10: Indikatorværdi per operationsår. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning. CI: 95% konfidensinterval.

Operationsår	Indikatorværdi	Nedre CI	Øvre CI
1996	96.9%	94.2%	98.5%
1997	95.9%	92.9%	97.9%
1998	99.0%	97.3%	99.7%
1999	97.5%	95.5%	98.8%
2000	98.5%	97.0%	99.3%
2001	96.0%	94.2%	97.4%
2002	98.2%	97.1%	99.0%
2003	97.2%	96.0%	98.2%
2004	97.5%	96.4%	98.4%
2005	97.6%	96.6%	98.4%
Alle	97.9%	97.6%	98.2%

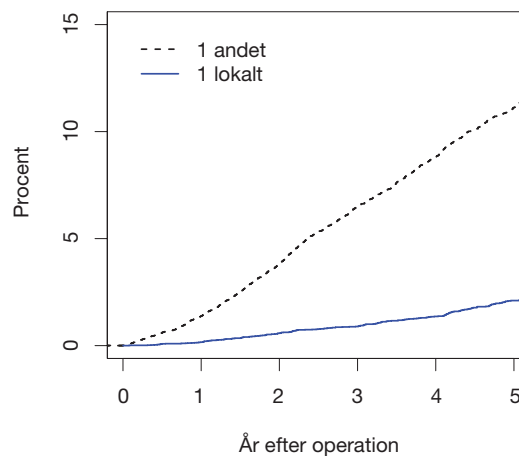


Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger med operationsår 1996-2005. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm andre recidiver) efter 5 år.

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

Alle afdelinger



Indikator 10: Indikatorværdi per protokol. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (\pm andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning. CI: 95% konfidensinterval.

Protokol	Indikatorværdi	Nedre CI	Øvre CI
A lavrisiko	97.7%	97.0%	98.2%
B yngre*, R+/?	98.7%	98.0%	99.2%
C ældre*, R+/?	98.6%	98.2%	99.0%
D, R-	95.7%	94.5%	96.6%
Alle	97.9%	97.6%	98.2%

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

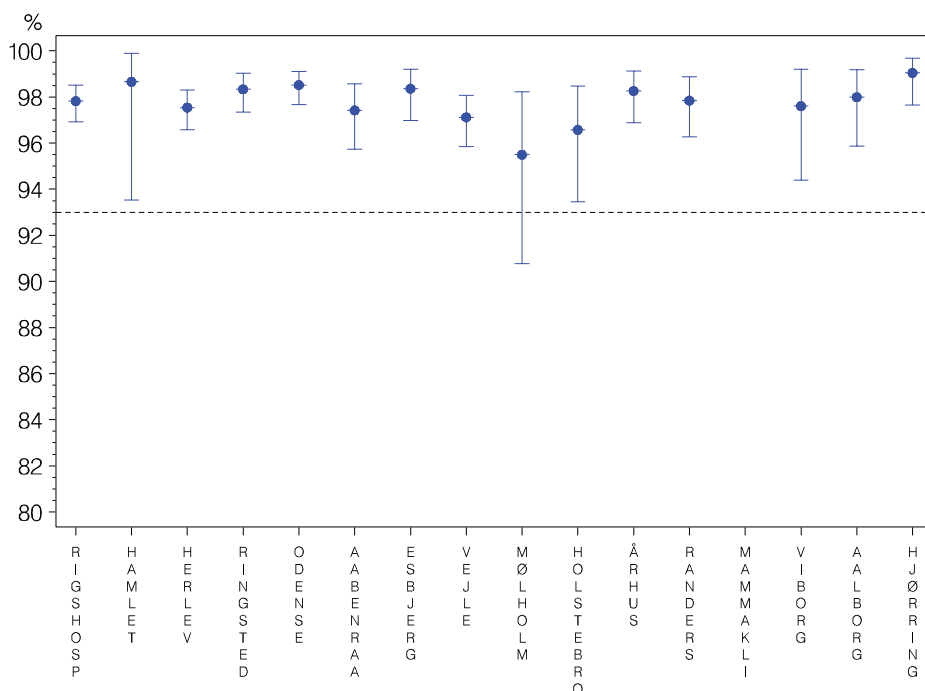
Første event for BCS opererede 1996-2009 per kirurgisk afdeling.

Events for BCS opererede per afdeling	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	49	(2.4)	137	(6.7)	1737	(85.3)	114	(5.6)	2037
HAMLET	2	(2.2)	7	(7.5)	78	(83.9)	6	(6.5)	93
HERLEV	42	(2.1)	105	(5.2)	1791	(88.4)	87	(4.3)	2025
RINGSTED	19	(1.0)	72	(3.7)	1777	(90.7)	92	(4.7)	1960
ODENSE	31	(2.1)	120	(8.2)	1245	(84.9)	71	(4.8)	1467
AABENRAA	18	(2.5)	36	(5.1)	626	(88.0)	31	(4.4)	711
ESBJERG	15	(2.0)	44	(5.9)	653	(87.0)	39	(5.2)	751
VEJLE	33	(2.6)	80	(6.2)	1109	(86.4)	62	(4.8)	1284
MØLHOLM	6	(2.8)	13	(6.0)	191	(88.4)	6	(2.8)	216
HOLSTEBRO	9	(2.6)	23	(6.7)	306	(88.7)	7	(2.0)	345
ÅRHUS	18	(2.0)	74	(8.4)	764	(86.8)	24	(2.7)	880
RANDERS	18	(2.3)	69	(8.6)	684	(85.6)	28	(3.5)	799
Mammaklinik	.	.	3	(8.3)	33	(91.7)	.	.	36
VIBORG	6	(1.0)	29	(4.8)	559	(92.4)	11	(1.8)	605
AALBORG	11	(2.0)	28	(5.0)	502	(89.5)	20	(3.6)	561
HJØRRING	9	(1.6)	38	(6.9)	485	(87.7)	21	(3.8)	553
Alle	286	(2.0)	878	(6.1)	12540	(87.6)	619	(4.3)	14323

Indikator 10: Indikatorværdi per kirurgisk afdeling. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning. CI: 95% konfidensinterval.

Afdeling	Indikatorværdi	Nedre CI	Øvre CI
RIGSHOSPITALET	97.8%	96.9%	98.5%
HAMLET	98.7%	93.5%	99.9%
HERLEV	97.5%	96.6%	98.3%
RINGSTED	98.3%	97.3%	99.0%
ODENSE	98.5%	97.7%	99.1%
ÅBENRAA	97.4%	95.7%	98.6%
ESBJERG	98.4%	97.0%	99.2%
VEJLE	97.1%	95.9%	98.1%
MØLHOLM	95.5%	90.8%	98.2%
HOLSTEBRO	96.6%	93.4%	98.5%
ÅRHUS AS	98.3%	96.9%	99.1%
RANDERS	97.8%	96.3%	98.9%
MAMMAKLINIK*			
VIBORG	97.6%	94.4%	99.2%
ÅLBORG	98.0%	95.9%	99.2%
HJØRRING	99.0%	97.7%	99.7%
ALLE	97.9%	97.6%	98.2%

*Kan ikke bestemmes.



Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1996-2009. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm andre recidiver) efter 5 år. Bemærk at begivenheden lokalt recidiv forekommer i konkurrence med andre sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom og død). Indikator 10 kan ikke bestemmes for Mammaklinik.

Første event for BCS opererede 1996-2009 per protokol.

Lokalt recidiv for BCS opererede per protokol	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A lavrisiko	111	(2.4)	298	(6.5)	3997	(87.7)	154	(3.4)	4560
B yngre*, R+/?	33	(1.1)	110	(3.6)	2855	(93.1)	68	(2.2)	3066
C ældre*, R+/?	57	(1.2)	315	(6.7)	4067	(87.1)	233	(5.0)	4672
D, R-	85	(4.2)	155	(7.7)	1621	(80.0)	164	(8.1)	2025
Alle	286	(2.0)	878	(6.1)	12540	(87.6)	619	(4.3)	14323

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

Første event for BCS opererede i 1996-2009 efter patienters alder ved operation.

Events for BCS opererede per aldersgruppe	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
≤ 34 år	18	(8.1)	25	(11.2)	171	(76.7)	9	(4.0)	223
35-39 år	23	(5.8)	27	(6.8)	338	(84.5)	12	(3.0)	400
40-49 år	64	(2.7)	148	(6.2)	2113	(88.4)	65	(2.7)	2390
50-59 år	92	(1.9)	303	(6.3)	4236	(87.9)	186	(3.9)	4817
60-69 år	67	(1.3)	304	(5.8)	4656	(88.3)	248	(4.7)	5275
70-74 år	21	(1.9)	68	(6.3)	907	(83.8)	86	(7.9)	1082
75 + år	1	(0.7)	3	(2.2)	119	(87.5)	13	(9.6)	136
Alle	286	(2.0)	878	(6.1)	12540	(87.6)	619	(4.3)	14323

Indikator 10: Indikatorværdi per aldersgruppe. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning. CI: 95% konfidensinterval.

Alder	Indikatorværdi	Nedre CI	Øvre CI
≤ 34 år	91.0%	86.0%	94.8%
35-39 år	94.2%	91.1%	96.5%
40-49 år	97.8%	97.0%	98.4%
50-59 år	98.1%	97.6%	98.5%
60-69 år	98.5%	98.0%	98.9%
70-74 år	97.5%	96.0%	98.5%
75 + år	99.3%	96.2%	99.9%
Alle	97.9%	97.6%	98.2%

Første event for Mastektomi opererede i 1996-2009 efter patienters alder ved operation. Data tjener til sammenligning med resultaterne hos BCS opererede patienter.

Event for mastektomi opererede per aldersgruppe	Første event for mastektomi opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
≤ 34 år	7	(2.6)	52	(19.0)	186	(68.1)	28	(10.3)	273
35-39 år	9	(1.8)	86	(17.2)	374	(74.9)	30	(6.0)	499
40-49 år	34	(1.5)	342	(14.7)	1815	(78.3)	128	(5.5)	2319
50-59 år	91	(2.3)	613	(15.7)	2906	(74.5)	290	(7.4)	3900
60-69 år	78	(1.8)	648	(15.1)	3057	(71.4)	499	(11.7)	4282
70-74 år	51	(2.9)	221	(12.7)	1153	(66.4)	311	(17.9)	1736
75 + år	2	(1.0)	20	(10.3)	134	(68.7)	39	(20.0)	195
Alle	272	(2.1)	1982	(15.0)	9625	(72.9)	1325	(10.0)	13204

Kommentar

Som i sidste års rapport må det konstateres, at det samlede resultat med en indikatorværdi på knapt 98% er meget tilfredsstillende, idet det angiver, at der over fem år kun opstår lokalt recidiv hos 2% af de patienter, der opereres med brystbevarende operation og efterfølgende gives strålebehandling. Ydermere er det overordentligt tilfredsstillende, at der ikke er nogen væsentlig forskel på resultaterne ved de enkelte behandlingscentre. Disse tal dokumenterer entydigt, at kirurgien og strålebehandlingen i Danmark er af meget høj kvalitet, og samlet set svarer det til de bedste internationale resultater.

Til sammenligning er medtaget resultatet efter mastektomi. Lokalrecidivforekomsten er den samme som efter brystbevarende operation (2,1% og 2,0%, henholdsvis) men relativt er lokalrecidiv væsentligt hyppigere efter brystbevarende operation. Dette ses af den ringere prognose for mastektomerede patienter, hvoraf 27,1% har recidiv, anden sygdom eller død 5 år efter operation mod kun 12,4% for patienter opereret med brystbevarende operation. At lokalrecidivet efter brystbevarende operation er relativt hyppigere forekommende end efter mastektomi, er helt i overensstemmelse med det, der er forventeligt. Det er dog bemærkelsesværdigt, at lokalt recidiv efter brystbevarende operation optræder meget hyppigere hos yngre patienter end hos ældre. En sådan aldersrelation gælder ikke for gruppen, der er opereret med mastektomi. Dette fund bestyrker de bestræbelser, der i DBCG er i gang for at belyse sammenhængen mellem alder og recidivmønster og sammenhængen mellem forekomsten af lokalt recidiv og resektionsmargenens størrelse ved brystbevarende operation.

Det fremgår også af datamaterialet, at recidiv, herunder lokalt recidiv, forekommer nogenlunde lige så hyppigt i den hidtidige lavrisikogruppe som blandt de østrogenreceptor positive højrisikopatienter (recidiv fri 5-års overlevelse 87,7% vs. 89,5%). Dette bekræfter, at der var behov for en opstramning af indikationerne for systemisk endokrin behandling, som den der i DBCG blev foretaget efter St. Gallen konsensuskonferencen i 2009.

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

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

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

Indikatorpopulation: Alle patienter der får udført cancer mammae operation.

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

Forbehold: Nogle afdelinger indberetter ikke kirurgiske komplikationer. Dette fører til 100 % opfyldelse af indikatoren, hvilket ikke kan afspejle den reelle situation.

Indikator 11 er beregnet på grundlag af udtræk fra LPR. For alle patienter opereret med brystkræft i 2010 uanset alder (n=4556) er der søgt efter følgende diagnose- og komplikationskoder: T81.0 (blødning), T81.4 (sårinfektion) og T81.8 (nekrose), og for hvert fund er der registreret dato for den tilhørende indlæggelse og operationsprocedure. Der blev i alt fundet 1650 indberetninger af kirurgiske komplikationer fordelt på 416 indlæggelsesdatoer for i alt 229 patienter.

Det skal bemærkes, at Dansk Mammakirurgisk Selskab med virkning fra 27. maj 2010 implementerede en revideret diagnoseliste, der inkluderer DT813D og DT813C (dyb hhv. overfladisk bristning og nekrose). Disse diagnosekoder er ikke inkluderet i årsrapport 2010.

Det er kun komplikationer, der er indtruffet inden for 30 dage efter den primære operation, der medregnes ved beregningen af indikatoren. For hver patient medregnes den tidligste hændelse, og tidsforskellen er beregnet som tid fra operationsdato i DBCG's register til tid for operationsproceduren, hvor den er oplyst, ellers til tid for indlæggelsen. Der er 229 patienter (5.1 %) der har en registreret komplikation indenfor 30 dage. De følgende tabeller viser sammenhæng mellem forekomst af kirurgiske komplikationer og de prognostiske faktorer.

Indikator 11: Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008-2010. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Antal patienter uden kirurgiske komplikationer	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
2008	168	4.0	4055	96.0	4223
2009	186	3.6	4932	96.4	5118
2010	229	5.0	4327	95.0	4556
Alle	583	4.2	13314	95.8	13897

Indikator 11: Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2010 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren, hvilket skyldes, at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Ingen komplikationer vs kirurgisk afdeling	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	62	9.5	588	90.5	650
HAMLET	.	.	7	100.0	7
HERLEV	35	5.3	627	94.7	662
RINGSTED	59	6.9	794	93.1	853
ODENSE	8	3.5	220	96.5	228
AABENRAA	5	1.9	260	98.1	265
ESBJERG	4	1.5	260	98.5	264
VEJLE	6	2.2	264	97.8	270
MØLHOLM	.	.	26	100.0	26
HOLSTEBRO	18	9.5	172	90.5	190
ÅRHUS	7	2.3	295	97.7	302
RANDERS	12	6.2	182	93.8	194
Mammaklinik	.	.	3	100.0	3
VIBORG	10	4.2	228	95.8	238
ÅLBORG	1	0.4	257	99.6	258
HJØRRING	2	1.4	144	98.6	146
Alle	229	5.0	4327	95.0	4556

Indikator 11: Indikatorværdi per afdeling 2008-2010. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren hvilket skyldes at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

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

Indikator 11: Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2010 efter operationstype. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Ingen komplikationer vs operationstype	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
Operationstype					
Mastektomi	79	6.4	1154	93.6	1233
Lumpektomi	150	5.1	2793	94.9	2943
Biopsi	.	.	288	100.0	288
Mastektomi efter neo-adj.	.	.	75	100.0	75
Lumpektomi efter neo-adj.	.	.	17	100.0	17
Alle	229	5.0	4327	95.0	4556

Indikator 11: Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2010 efter tumorstørrelse. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

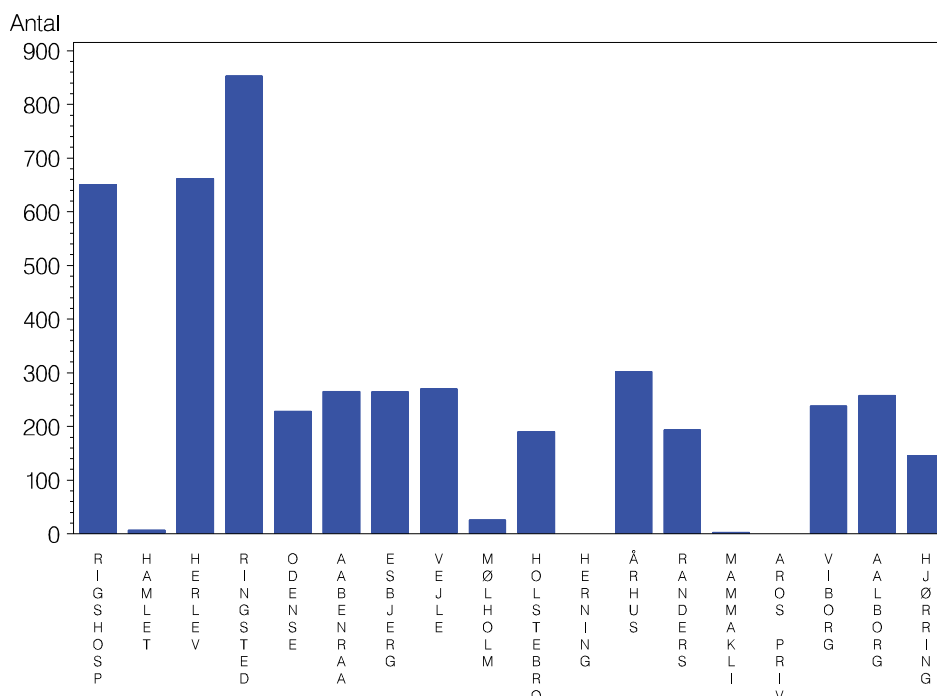
Ingen komplikationer vs tumorsize (mm)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
Tumorstørrelse (mm)					
00-10	34	3.6	917	96.4	951
11-20	106	6.0	1649	94.0	1755
21-50	76	6.3	1129	93.7	1205
51+	8	8.8	83	91.2	91
Uoplyst	5	0.9	549	99.1	554
Alle	229	5.0	4327	95.0	4556

Indikator 11: Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2010 efter alder. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Ingen komplikationer vs alder (år)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
Alder					
≤ 34 år	3	5.4	53	94.6	56
35-39 år	8	9.1	80	90.9	88
40-49 år	32	5.7	531	94.3	563
50-59 år	49	4.3	1101	95.7	1150
60-69 år	82	5.0	1545	95.0	1627
70-74 år	18	5.1	332	94.9	350
75 + år	37	5.1	685	94.9	722
Alle	229	5.0	4327	95.0	4556

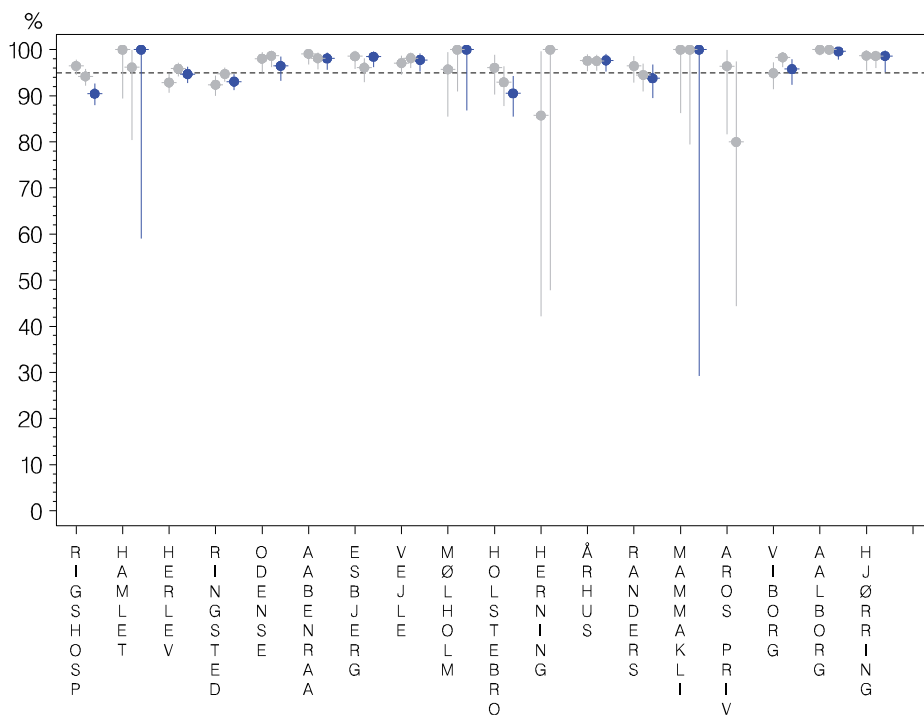
Diagnosekoder for kirurgiske komplikationer per patient i 2010.

Diagnosekoder per patient		2010	
		N	%
Diagnosekode	Tekst		
DT810	Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	41	0.90
DT810A	Haematoma in cicatrice	5	0.11
DT810C	Haematoma et haemorrhagia profunda in vulneris operationis	4	0.09
DT810E	Haematoma et haemorrhagia intraperitonialis, postoperativa	1	0.02
DT810G	Postoperativ blødning	24	0.53
DT810H	Postoperativt hæmatom	10	0.22
DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	37	0.81
DT814A	Abscessus in cicatrice	2	0.04
DT814F	Infectio vulneris postoperativa	10	0.22
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	53	1.16
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion	42	0.92
INGEN	Ingen diagnose for kirurgisk komplifikation	4327	94.97
Alle		4556	100.00



Indikator 11: Indikatorpopulation, kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.

Antal patienter per afdeling i perioden 2010: indikator bestemt (blå signatur). Alle patienter uanset alder indgår i indikatorpopulationen (n = 4556).



Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008-9 (grå signatur) og 2010 (blå signatur). Den stiplede linie angiver 95 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Bemærk at registreringspraksis varierer afdelingerne imellem. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren, hvilket skyldes, at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Kommentar

Der synes ikke at være sket meget mht. forbedring af indberetning af kirurgiske komplikationer i det seneste år, trods den fokus, der har været rettet mod netop dette med bl.a. udgivelse af kodevejledning fra Dansk Mammakirurgisk Selskab. Der er afdelinger, hvor antallet af indberetninger er så lavt, at man må formode, at det ikke er dækkende. Kodeforskrifterne blev indført midt i 2010, og man kan håbe på, at de lige skal have tid til at blive implementeret. Det må dog tages til overvejelse i styregruppen, om det vedvarende skal være en indikator, der skal indgå i indikatorsættet. Der er grundlæggende problemer med en indikator, der er afhængig af indberetning, og hvor øget indberetning vægerligt fører til en "dårligere" indikatorværdi. Alt andet lige, kan det altså være en fordel for den enkelte afdeling ikke at indberette komplikationer i forhold til kvalitetsindikatorregistreringen.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

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

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

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

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

Beregningen af indikatoren sker på grundlag af parametre indberettet via patologi-skemaet af patologi-afdelingen: SN teknik er anvendt, frys er anvendt uden fund af positive lymfeknuder, men der er afsluttende fundet positive mikro- eller makrometastaser i SN lymfeknuder. Sen sentinel node positivitet opdeles i: Fund af makrometastaser, ingen fund af makrometastaser men fund af mikrometastaser, eller ingen fund af makro- eller mikrometastaser men fund af enkeltceller. Indikatoren kan beregnes fra og med 2007.

I perioden 2007-2010 blev der opereret 14.189 patienter i aldersgruppen 20 til 75 år med invasiv brystkræft og tumorstørrelse mellem 0 og 50 mm. Sentinel node teknik blev anvendt for 11.678 patienter (82.4 %), blandt disse er der lavet frys for 10.729 patienter (91.9%), der er ikke frys for 464 (4.0%), mens det er uoplyst for 485 patienter (4.1%). Fra 2007 til 2010 blev der rapporteret frys for et stigende antal SN-operationer.

Anvendelse af frysemikroskopi blandt patienter med SN operation 2007-2010.

Antal patienter med SN anvendt	Frysemikroskopi						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2007	115	(5.4)	1772	(82.6)	259	(12.1)	2146
2008	126	(4.5)	2584	(91.7)	109	(3.9)	2819
2009	116	(3.2)	3413	(94.2)	95	(2.6)	3624
2010	107	(3.5)	2960	(95.8)	22	(0.7)	3089
Total	464	(4.0)	10729	(91.9)	485	(4.2)	11678

For de 10.729 patienter med anvendelse af frys er SN er vurderet negativ i frys for 7.566 patienter (70.5%) og positiv for 1.870 patienter (17.4%), mens status er ukendt for 1.293 patienter (12.1%). Antallet af uoplyste er faldet meget, så der i 2010 kun er 1.6 % uoplyste. Andelen af positive fund er steget. Dette afspejler muligvis en ændring i indberetningerne, idet man tidligere ikke altid indberettede positive fund i frys særskilt.

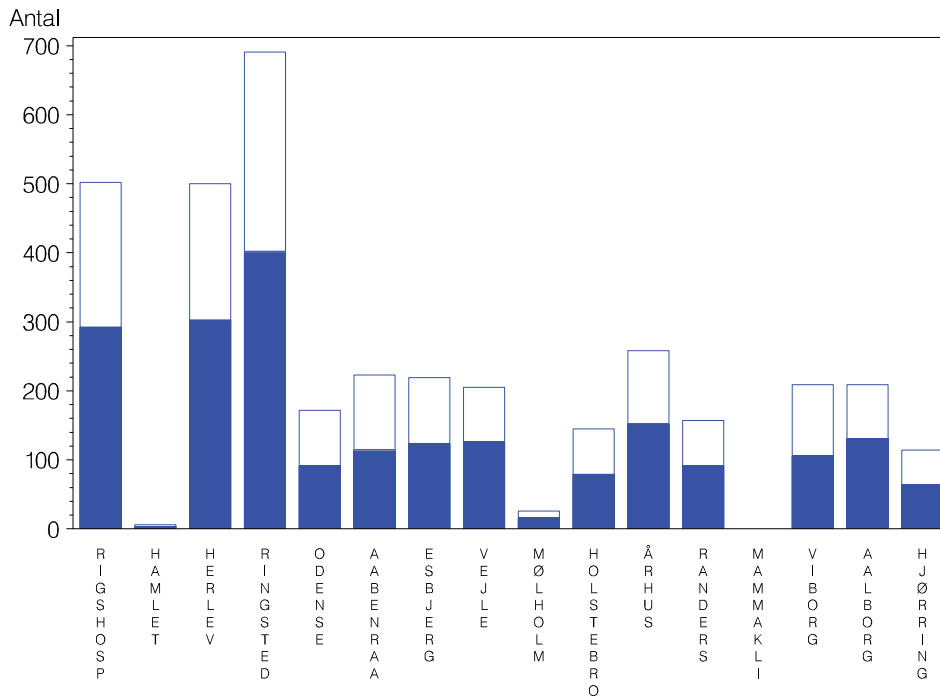
Fund i frysemikroskopi blandt patienter med SN-operation og anvendelse af frys i 2007-2010.

Antal patienter med SN og fryse mikroskopi	Fund i frysemikroskopi						Alle
	Negativ		Positiv		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2007	1209	(68.2)	53	(3.0)	510	(28.8)	1772
2008	1787	(69.2)	172	(6.7)	625	(24.2)	2584
2009	2474	(72.5)	827	(24.2)	112	(3.3)	3413
2010	2096	(70.8)	818	(27.6)	46	(1.6)	2960
Total	7566	(70.5)	1870	(17.4)	1293	(12.1)	10729

I den endelige vurdering af sentinel node lymfeknuder er der 6350 patienter uden yderligere fund i SN blandt de 7.566 med negativ SN i frys (83.9%), der er 1112 patienter som er sentinel node positive (16.0%) fordelt med 250 med positive makrometastaser (3.3%), 701 med positive mikrometastaser (9.3%) og 261 med enkeltceller (3.4 %). Andelen af sen SN-positivitet er uændret over årene 2007-2010.

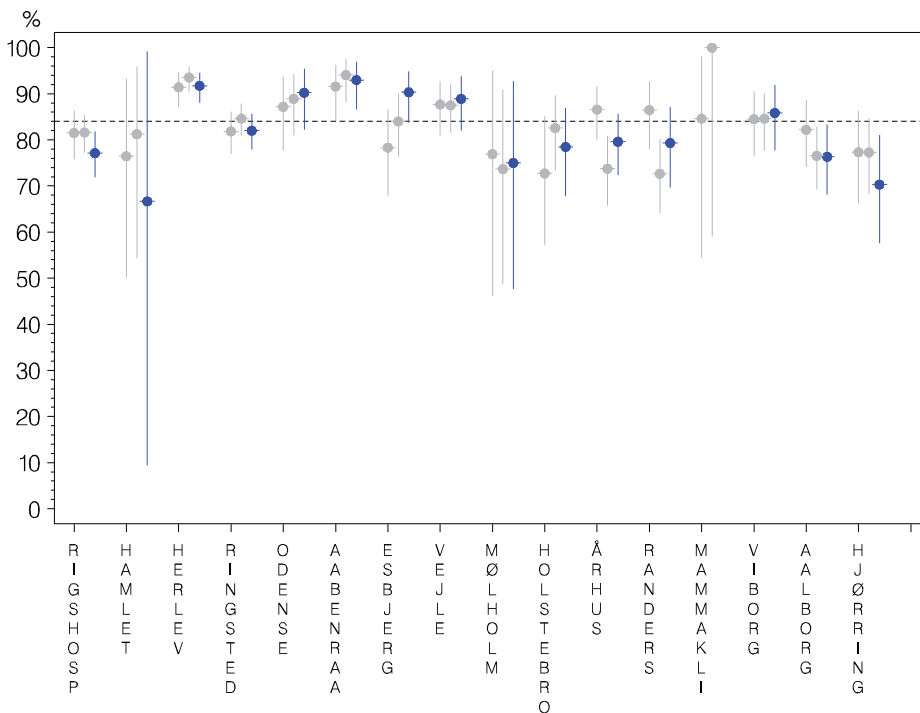
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet i 2007-2010. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved frys.

Antal patienter med negativ fund i fryse-mikroskopi	Indikator 12						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2007	195	(16.1)	1014	(83.9)	.	.	1209
2008	278	(15.6)	1509	(84.4)	.	.	1787
2009	395	(16.0)	2077	(84.0)	2	(0.1)	2474
2010	344	(16.4)	1750	(83.5)	2	(0.1)	2096
Alle	1212	(16.0)	6350	(83.9)	4	(0.1)	7566



Indikator 12: Indikatorpopulation, sen sentinel node positivitet.

Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 57.6% af patienterne er med i beregningen af indikator 12.



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008-9 (grå signatur) og 2010 (blå signatur). Den stiplede linie angiver landsgennemsnittet for 2007-2010: 84 %. Der er ikke fastsat nogen referenceværdi for denne indikator.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet per afdeling i 2010. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved frys.

Antal patienter med negativ fund i fryse mikroskopi	Indikator 12						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	67	(22.9)	226	(77.1)	.	.	293
HAMLET	1	(33.3)	2	(66.7)	.	.	3
HERLEV	25	(8.3)	277	(91.7)	.	.	302
RINGSTED	72	(18.0)	328	(81.8)	1	(0.2)	401
ODENSE	9	(9.8)	83	(90.2)	.	.	92
AABENRAA	8	(7.0)	106	(92.2)	1	(0.9)	115
ESBJERG	12	(9.7)	112	(90.3)	.	.	124
VEJLE	14	(11.1)	112	(88.9)	.	.	126
MØLHOLM	4	(25.0)	12	(75.0)	.	.	16
HOLSTEBRO	17	(21.5)	62	(78.5)	.	.	79
ÅRHUS	31	(20.4)	121	(79.6)	.	.	152
RANDERS	19	(20.7)	73	(79.3)	.	.	92
VIBORG	15	(14.2)	91	(85.8)	.	.	106
AALBORG	31	(23.7)	100	(76.3)	.	.	131
HJØRRING	19	(29.7)	45	(70.3)	.	.	64
Alle	344	(16.4)	1750	(83.5)	2	(0.1)	2096

Antal sent positive SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2007-2010.

Antal patienter med negativ fund i fryse- mikroskopi	Antal sent positive SN-lymfeknuder										
	00		01		02		03 +		Uoplyst		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
2007	1014	(83.9)	169	(14.0)	23	(1.9)	3	(0.2)	.	.	1209
2008	1509	(84.4)	236	(13.2)	36	(2.0)	6	(0.3)	.	.	1787
2009	2077	(84.0)	344	(13.9)	44	(1.8)	7	(0.3)	2	(0.1)	2474
2010	1750	(83.5)	307	(14.6)	32	(1.5)	5	(0.2)	2	(0.1)	2096
Total	6350	(83.9)	1056	(14.0)	135	(1.8)	21	(0.3)	4	(0.1)	7566

Sent positive makrometastaser i SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2007-2010.

Antal patienter med negativ fund i fryse-mikroskopi	Positive makrometastaser i SN						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2007	1169	(96.7)	40	(3.3)	.	.	1209
2008	1723	(96.4)	64	(3.6)	.	.	1787
2009	2401	(97.0)	67	(2.7)	6	(0.2)	2474
2010	2007	(95.8)	79	(3.8)	10	(0.5)	2096
Total	7300	(96.5)	250	(3.3)	16	(0.2)	7566

Sent positive mikrometastaser i SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2007-2010.

Antal patienter med negativ fund i fryse-mikroskopi	Positive mikrometastaser i SN						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2007	1062	(87.8)	107	(8.9)	40	(3.3)	1209
2008	1567	(87.7)	156	(8.7)	64	(3.6)	1787
2009	2166	(87.6)	236	(9.5)	72	(2.9)	2474
2010	1808	(86.3)	202	(9.6)	86	(4.1)	2096
Total	6603	(87.3)	701	(9.3)	262	(3.5)	7566

Sent positive enkeltceller i SN-lymfeknuder blandt patienter med negativ SN status ved frys i 2007-2010.

Antal patienter med negativ fund i fryse-mikroskopi	Positive enkeltceller i SN						Alle N
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2007	1014	(83.9)	48	(4.0)	147	(12.2)	1209
2008	1509	(84.4)	58	(3.2)	220	(12.3)	1787
2009	2073	(83.8)	92	(3.7)	309	(12.5)	2474
2010	1741	(83.1)	63	(3.0)	292	(13.9)	2096
Total	6337	(83.8)	261	(3.4)	968	(12.8)	7566

Kommentar

Der er stor spredning afdelingerne imellem på opfyldelse af indikatoren, som er at finde de positive SN peroperativt, strækkende sig fra knap 80% og til 94%. Diskrepansen kan formentlig forklares ved forskellige protokoller til påvisning af mikrometastaser og enkeltcelle infiltrater. F.eks vil afdelinger der benytter immunhistokemi på frys detektere flere mikrometastaser og enkeltceller peroperativt end afdelinger der ikke benytter sig af denne metode. Omvendt vil en meget intensiv opskæring af restlymfeknude efter frysensnitsundersøgelsen, formentlig fange flere metastaser. Mange sene positive SN kan således skyldes en kombination af frysensnitsundersøgelse uden immunhistokemi og intensiv senere opskæring af restlymfeknude.

Der er i DBCG's retningslinier nogle minimumskrav for håndtering af SN, men det er indtrykket at der bruges meget forskellige metoder på de enkelte afdelinger. DBCG's patologiudvalg har startet et arbejde med at ensrette og optimere de metoder der kan være relevante mhp. at finde så mange metastaser så tidligt som muligt med ensartet procedure over hele landet.

Forklaring af kontrolplot til bilag 2:

