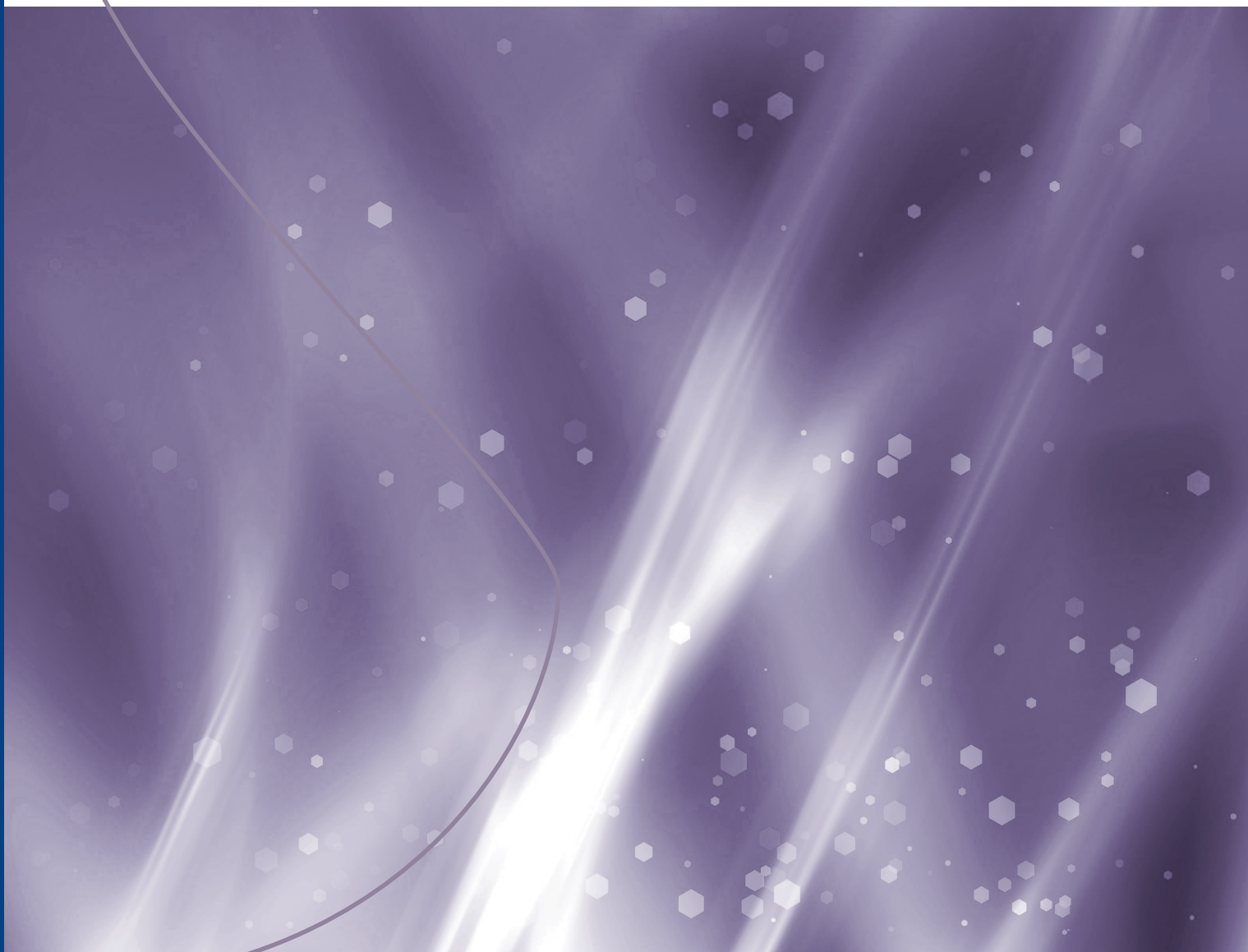


Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2008

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2008

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

© DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group
I. udgave / 100 eksemplarer
DTP - Nuidag.dk / Trykkeri - Lasertryk.dk
Trykt - November 2009

Kolofon

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft ledes af en faglig styregruppe med en formand udpeget af forretningsudvalg i Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG) og består herudover af DBCG' chefstatistikere, 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 juni 2009:

Peer Christiansen	Århus Sygehus (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlertsen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Sygehus (Patologiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiudvalget)
Birgitte Offersen	Århus Sygehus (Radioterapiudvalget)
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 anden indikatorrapport for 2008 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 17. juni 2009.

Revisionspåtegning

Kompetencecenter Nord har gennemgået årsrapporten med udgangspunkt i de gældende Basiskrav for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser som er opstillet af Danske Regioner.

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft er baseret på oplysninger som er indrapporteret til Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). Databasen monitorerer kvaliteten af behandlingen af brystkræft i Danmark ved hjælp af 11 kvalitetsindikatorer. Dette er anden årsrapport baseret på patienter som er diagnosticeret i perioden 1. januar 2008 - 31. december 2008. Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. De statistiske analyser i rapporten er foretaget i samarbejde mellem personale fra Kompetencecenter Nord og DBCG's sekretariat.

Årsrapporten indeholder et særskilt afsnit, hvor alle databasens kvalitetsindikatorer beskrives. Der er opgjort resultater for 10 af 11 kvalitetsindikatorer. Den sidste kvalitetsindikator, der vedrører mammografiscreeningsprogrammet, forudsætter at data fra de regionale screeningsprogrammer er til rådighed, hvilket ikke har været tilfældet i 2008. Databasen har således af årsager som databasen ikke har indflydelse på, været forhindret i et leve op til kravet op at samtlige kvalitetsindikatorer skal opgøres i årsrapporten.

Kvalitetsindikatorerne er offentliggjort på ikke-anonymiserede afdelingsspecifikt niveau, med angivelse af landsresultater til sammenligning. Resultaterne er opgjort både for 2008 og separat for årene 2006 og 2007, 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.

Kvalitetsindikatorerne er ledsaget med forklaringer og faglige kommentarer, der forklarer og formidler resultaterne.

Rapporten indeholder endvidere et samlende afsnit med de vigtigste konklusioner og anbefalinger fra styregruppen.

Rapportens datagrundlag og statistiske analyser kan bære rapportens angivne konklusioner og anbefalinger.

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).

Rapporten lever således samlet set op til basiskravene vedrørende rapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser.

Søren P. Johnsen
Forskningsoverlæge, PhD,
Kompetencecenter Nord

Indholdsfortegnelse

Side	Indhold
2	Kolofon
6	Forord
7	Sammendrag
9	Populationen af danske brystkræftpatienter 2008
22	Indikator 1: Mammografiscreening
23	Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi
29	Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
37	Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden
44	Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder
50	Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)
55	- Tumordiameter 0-20 mm (T1)
58	- Tumordiameter 21-50 mm (T2)
61	Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register
68	Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinier
78	Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram
80	- Højrisiko-patienter
83	- Lavrisiko-patienter
87	- Alle patienter, figurer
90	- Højrisiko-patienter, figurer
93	- Lavrisiko-patienter, figurer
96	Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi
105	Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer
114	Referenceliste
115	Forklaring af kontrolplot til bilag 2
117	BILAG 1 - Prognostistike faktorer per afdeling
135	BILAG 2 - Kontrolplots per afdeling 2008

Forord

Dette er den anden kvalitetsindikatorrapport fra Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft (LKKB) knyttet til Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). I den første rapport for 2006 og 2007, som blev udsendt sidste år, blev der fremlagt resultater for 8 af i alt 11 kvalitetsindikatorer. I dette års rapport er 10 af de 11 indikatorer medtaget.

Etableringen af LKKB er sket i et samarbejde mellem Kompetencecenter Øst (KCØ), Kompetencecenter Nord (KCN) og DBCG. Databasen er forankret i KCN, men patientdata og rapporter skal vises via Analyseportalen med hjemsted i KCØ. Udvekslingen af data imellem DBCG og Klinisk MåleSystem (KMS), som Analyseportalen bygger på, har imidlertid vist sig at volde en del problemer, hvorfor der fortsat ikke kan foretages løbende overførsel, og det er derfor ikke muligt endnu at præsentere vore resultater i Analyseportalen, og det er heller ikke muligt at lave den årlige rapport på baggrund af data herfra.

Arbejdet med kvalitetsindikatorrapporten foretages af DBCG's sekretariat, og der har man i foråret og sommeren 2009 haft en meget stor arbejdsbelastning udsprunget af de strukturelle forandringer og nedskæringer, der er en følge af, at det finansielle grundlag for drift af DBCG er blevet reduceret. Arbejdet med bl.a. omlægning til web-baseret indberetning har vist sig at være en større opgave end først antaget, og det har lagt beslag på en stor del af kapaciteten i sekretariatet. Det har betydet, at vi ikke har kunnet leve op til vores ambition om at færdiggøre den fulde kvalitetsindikatorrapport inden sommerferien. Vi valgte derfor i juli 2009 at lægge en delrapport ud på nettet omfattende i alt 5 indikatorer, som var færdigberegnet. I denne endelige rapport for 2008 er der medtaget yderligere 5 indikatorer, der alle har fordret udtræk fra Patologidatabanken og Landspatientregistret (LPR). Den sidste indikator, der vedrører mammografiscreeningsprogrammet har vi ikke haft data til beregning af.

Sammendrag

Indikatorberegningen for 2008 er foretaget på baggrund af indberetning af i alt 3493 patienter i aldersgruppen 20-75 år af den samlede registrerede population på 4275. I rapporten angives, som tidligere omtalt, indikatorværdi for 10 af de 11 indikatorer, som er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen hvor data for de(n) relevante variable er oplyst.

Resultatet kan sammenfattes som følger:

Indikator	Indikatorværdi	Referenceværdi
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	96%	70%
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio	68%	67%
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden	94%	95%
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder	95%	90%
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)		
Tumordiameter 0-20 mm (T1)	80%	50%
Tumordiameter 21-50 mm (T2)	49%	20%
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register	95%	95%
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer	2007: 96%	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram		
Alle patienter:	67%	95%
Højrisiko-patienter:	65%	95%
Lavrisiko-patienter:	72%	95%
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	97%	93%
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer	96%	

For 6 af de 8 indikatorer (2, 3, 5, 6, 7 og 10), for hvilke Indikatorrapporten har angivet en referenceværdi, lever indikatorværdien for 2008 op til kravet. I indikator 4 er referenceværdien sat til 95% og indikatorværdien når op på 94%. Vedrørende indikator 9, der omhandler kompletheden af follow-up efter behandling, er der stor afstand mellem de faktisk beregnede værdier og referenceværdien på 95%. Det vurderes selvsagt umiddelbart som et utilfredsstillende resultat, som viser, at der ikke er opbakning til de gældende retningslinier på dette område. Der er da også et arbejde i gang med at revidere det pågældende afsnit i DBCG's rekommandationer.

For de to sidste indikatorers vedkommende er der ikke fastlagt nogen referenceværdi i Indikatorrapporten. Umiddelbart ser resultatet for indikator 8 tilfredsstillende ud, men går man lidt dybere ned i det grundlæggende talmateriale, viser det sig, at resultatet bygger på en indberetning af kun 2/3 af det samlede materiale, hvilket anses for helt utilstrækkeligt, og derfor er der allerede taget skridt til at der skal foretages forbedringer på dette område.

Beregningen af indikator 11 hviler i overvejende grad på LPR-registreringer af komplikationer (sårintektion og blødning) og datagrundlaget viser, at der er tale om utilstrækkelig indberetning på dette område. Den beregnede indikatorværdi anses derfor at underestimere hyppigheden af komplikationer, og resultater peger derfor først og fremmest på, at indberetningspraksis på dette område må forbedres.

Populationen af danske brystkræftpatienter 2008

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år; der var i 2008, 19 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 14 onkologiske afdelinger (tabel 2) og 16 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. Aktive kirurgiske afdelinger.

Obs	DBCg 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	2003	Brystkirurgisk Klinik	Nordsjællands Hospital, Hørsholm	Hovedstaden
5	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
6	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
7	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
8	5501	Kirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
9	6008	Organkirurgisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
10	6010	Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
11	6501	Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
12	6502	Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
14	7005	Organkirurgisk afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
15	7010	Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
16	7011	AROS Privathospital, Århus	AROS Privathospital, Århus	Midtjylland
17	7601	Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
18	8001	Specialkirurgisk Center, Mammakirurgi	Aalborg Sygehus	Nordjylland
19	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Tabel 2. Aktive onkologiske afdelinger.

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

Tabel 3. Aktive patologi-afdelinger.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen	Rigshospitalet afsnit 5441	Hovedstaden
2	1516	Patologiafdelingen	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Patologiafdelingen	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4	2501	Patologiafdelingen	Roskilde Sygehus	Sjælland
5	3002	Klinisk patologi	Slagelse Sygehus	Sjælland
6	4201	Patologisk inst.	Sygehus Fyn, Svendborg	Syddanmark
7	4202	Afdeling for Klinisk Patologi	Odense Universitetshospital	Syddanmark
8	5001	Patologisk inst.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
9	5501	Klinik for Patologisk An	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
10	6008	Klinisk Patologi	Vejle Sygehus	Syddanmark
11	6501	Patologisk inst.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
12	7004	Patologisk inst.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
13	7005	Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
14	7602	Patologisk Anatomisk inst.	Regionshospitalet Skive	Midtjylland
15	8001	Patologisk inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
16	8003	Patologisk inst.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Tabel 4. Aktive afdelinger mht. followup af patienter i behandling eller i kontrol.

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

Der blev indberettet 4275 patienter i 2008, enkelte afdelinger havde meget få patienter (tabel 5). I det følgende angives de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnostetidspunkt og operation. Parametrene angives per år (2006-2008) i tabel 6.1 til 6.12. 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 2006-2008.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR			Alle N
	2006	2007	2008	
	N	N	N	
Operationshospital				
RIGSHOSPITALET	503	477	540	1520
HAMLET	18	33	33	84
HERLEV	463	486	646	1595
HØRSBOLM	286	287	55	628
RINGSTED	625	609	618	1852
RØNNE	1	2	.	3
SVENDBORG	94	1	.	95
ODENSE	247	242	205	694
AABENRAA	172	166	222	560
ESBJERG	138	129	207	474
VEJLE	246	271	307	824
MØLHOLM	42	47	47	136
HOLSTEBRO	78	106	102	286
HERNING	84	39	7	130
ÅRHUS	184	204	334	722
RANDERS	182	161	197	540
MAMMAKLINIK	3	20	25	48
AROS privhosp	.	.	28	28
VIBORG	157	162	255	574
AALBORG	196	222	292	710
HJØRRING	146	159	155	460
Total	3865	3823	4275	11963

Screeningen er kommet sent i gang på Sjælland. De tidligere Roskilde og Storstrøms amter begyndte reelt først i slutningen af 2008. Det er der meldt ud, at man ikke forventer at afslutte prævalensrunden før i første halvdel af 2010. I Region Hovedstaden har der været screening af ca. en fjerdedel af den relevante befolkning i mange år, men først fra 2009 er alle områder kommet med.

Implementering af mammografiscreening af 50-69 årige i Danmark efter region og under-område. Populationstørrelser er afrundede.

■ Prævalensperiode
 ■ Incidensperiode

Område	Population	2007				2008				2009				2010			
		1. K	2. K	3. K	4. K	1. K	2. K	3. K	4. K	1. K	2. K	3. K	4. K	1. K	2. K	3. K	4. K
Region Hovedstaden	196000																
Kbh og Fredb Kommune	56500	fra 1991/1994															
Hvidovre	6000																
Glostrup, Albertslund, Tåstrup	12000																
Dragør, Tårnby	7300																
Brøndby, Ishøj, Vallensbæk	8900																
Bornholm	6600	fra 2001															
Herlev, Gentofte, Rødovre	17200																
Resten af Region H	81500																
Region Sjælland	113000																
Fhv. Vestsjællands Amt	41000	fra 2004															
Resten	72000																
Region Syddanmark	154000																
Fhv. Fyns Amt	61000	fra 1993															
Resten	93000																
Region Midtjylland	151000																
Region Nordjylland	74000																
Ålborg	48000																
Hjørring	26000																
Total	688000																

Tabel 6.1 Aldersfordeling af patienter per år.

Alder (år)	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
<=34 år	184	(1.5)	61	(1.5)	55	(1.4)	68	(1.5)
35-39 år	292	(2.4)	92	(2.3)	99	(2.5)	101	(2.3)
40-49 år	1575	(13.1)	523	(13.5)	522	(13.6)	530	(12.3)
50-59 år	2832	(23.6)	922	(23.8)	902	(23.5)	1008	(23.5)
60-69 år	3738	(31.2)	1120	(28.9)	1140	(29.8)	1478	(34.5)
70-74 år	1128	(9.4)	362	(9.3)	364	(9.5)	402	(9.4)
75 + år	2214	(18.5)	785	(20.3)	741	(19.3)	688	(16.0)
Total	11963	(100.0)	3865	(100.0)	3823	(100.0)	4275	(100.0)

Tabel 6.2a Operationstype per år.

Operationstype	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	4834	(40.4)	1716	(44.3)	1547	(40.4)	1571	(36.7)
Lumpektomi	6285	(52.5)	1833	(47.4)	2035	(53.2)	2417	(56.5)
Biopsi*	844	(7.0)	316	(8.1)	241	(6.3)	287	(6.7)
Total	11963	(100.0)	3865	(100.0)	3823	(100.0)	4275	(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		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik								
Nej	1876	(39.1)	700	(41.6)	617	(40.0)	559	(35.6)
Ja	2908	(60.6)	980	(58.2)	920	(59.6)	1008	(64.3)
Uoplyst	7	(0.1)	2	(0.1)	5	(0.3)	.	.

Lumpektomi	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik								
Nej	738	(11.8)	244	(13.5)	254	(12.5)	240	(9.9)
Ja	5491	(88.0)	1549	(86.1)	1775	(87.4)	2167	(90.0)
Uoplyst	5	(0.0)	4	(0.2)	1	(0.0)	.	.

Biopsi*	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik								
Nej	63	(53.3)	21	(55.2)	12	(57.1)	30	(50.8)
Ja	53	(44.9)	17	(44.7)	7	(33.3)	29	(49.1)
Uoplyst	2	(1.6)	.	.	2	(9.5)	.	.

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

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

		Alle		2006		2007		2008	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Aksilrømning i samme seance	Årsag								
	Ja								
	Valideringsfase	39	(1.8)	.	.	15	(2.1)	24	(2.9)
	SN frys svar	1658	(77.9)	488	(78.5)	534	(76.1)	636	(79.0)
	Mistanke om metastase	68	(3.1)	25	(4.0)	22	(3.1)	21	(2.6)
	SN ikke fundet	124	(5.8)	40	(6.4)	41	(5.8)	43	(5.3)
	Uoplyst	238	(11.1)	68	(10.9)	89	(12.6)	81	(10.0)
Total		2127	(100.0)	621	(100.0)	701	(100.0)	805	(100.0)

Tabel 6.3 Diagnose per år.

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type								
DUCTAL	9221	(77.0)	2903	(75.1)	2891	(75.6)	3427	(80.1)
LOBULAR	1118	(9.3)	382	(9.8)	404	(10.5)	332	(7.7)
MEDULLARY	93	(0.7)	27	(0.6)	37	(0.9)	29	(0.6)
MUCINOUS	234	(1.9)	81	(2.0)	84	(2.1)	69	(1.6)
OTHER	153	(1.2)	55	(1.4)	51	(1.3)	47	(1.0)
PAPILLARY	80	(0.6)	33	(0.8)	20	(0.5)	27	(0.6)
TUBULAR	212	(1.7)	64	(1.6)	82	(2.1)	66	(1.5)
UNCLASSIFIED	116	(0.9)	31	(0.8)	45	(1.1)	40	(0.9)
UOPLYST	736	(6.1)	289	(7.3)	209	(5.4)	238	(5.5)
Total	11963	(100.0)	3865	(100.0)	3823	(100.0)	4275	(100.0)

Antallet af lobulære karcinomer er faldende, nu under 10%. En forklaring kan være en tiltagende tendens til at supplere med en farvning for E-cadherin der skelner mellem lobulære og duktale karcinomer. Duktale karcinomer kan have lobulær vækstform og kan derfor uden en E-cadherin farvning fejltolkes som lobulære.

Tabel 6.4 Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder								
00	337	(3.0)	139	(3.9)	109	(3.0)	89	(2.2)
01-04	4511	(40.5)	1366	(38.5)	1456	(40.4)	1689	(42.2)
05-09	791	(7.1)	269	(7.5)	255	(7.0)	267	(6.6)
10 +	5491	(49.2)	1770	(49.9)	1770	(49.2)	1951	(48.8)
Uoplyst	8	(0.0)	1	(0.0)	6	(0.1)	1	(0.0)
Total	11138	(100.0)	3545	(100.0)	3596	(100.0)	3997	(100.0)

Tabel 6.5 Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN								
00	5799	(52.0)	1852	(52.2)	1848	(51.4)	2099	(52.5)
01-03	3468	(31.1)	1086	(30.6)	1121	(31.1)	1261	(31.5)
04 +	1856	(16.6)	606	(17.0)	620	(17.2)	630	(15.7)
Uoplyst	9	(0.0)	1	(0.0)	6	(0.1)	2	(0.0)
Total	11132	(100.0)	3545	(100.0)	3595	(100.0)	3992	(100.0)

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

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumorstørrelse								
00-10	1832	(16.4)	572	(16.1)	544	(15.1)	716	(17.9)
11-20	4546	(40.8)	1421	(40.0)	1463	(40.7)	1662	(41.6)
21-50	4238	(38.0)	1376	(38.8)	1422	(39.5)	1440	(36.0)
51+	405	(3.6)	141	(3.9)	136	(3.7)	128	(3.2)
Uoplyst	108	(0.9)	35	(0.9)	27	(0.7)	46	(1.1)
Total	11129	(100.0)	3545	(100.0)	3592	(100.0)	3992	(100.0)

Tabel 6.7 Malignitetsgrad (kun for duktaletumorer) per år.

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad, duktaletumorer								
Ingen	102	(1.1)	26	(0.9)	22	(0.7)	54	(1.5)
I	2668	(29.0)	801	(27.7)	808	(27.9)	1059	(30.9)
II	3946	(42.8)	1309	(45.3)	1206	(41.7)	1431	(41.7)
III	2357	(25.6)	718	(24.8)	805	(27.8)	834	(24.3)
Ukendt	127	(1.3)	31	(1.0)	49	(1.6)	47	(1.3)
Total	9200	(100.0)	2885	(100.0)	2890	(100.0)	3425	(100.0)

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

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Receptor status								
Negativ	1993	(17.6)	653	(18.1)	659	(18.1)	681	(16.8)
Positiv	9192	(81.6)	2919	(81.2)	2939	(81.1)	3334	(82.3)
Uoplyst	78	(0.6)	21	(0.5)	24	(0.6)	33	(0.8)
Total	11263	(100.0)	3593	(100.0)	3622	(100.0)	4048	(100.0)

Tabel 6.9 Human Epidermal growth factor Receptor 2 (HER2) status per år.

	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status								
Negativ	7354	(61.4)	1998	(51.6)	2414	(63.1)	2942	(68.8)
Positiv	1454	(12.1)	496	(12.8)	450	(11.7)	508	(11.8)
Ukendt	3155	(26.3)	1371	(35.4)	959	(25.0)	825	(19.2)
Total	11963	(100.0)	3865	(100.0)	3823	(100.0)	4275	(100.0)

Det procentuelle antal HER2-positive tumorer er i underkanten af hvad der er publiceret, selv i ikke-selekterede patientmaterialer. Det kan skyldes et påfaldende lavt antal HER2 2+, amplificerede tumorer, men på den anden side mangler der oplysning om FISH-ratio på næsten halvdelen af patienterne hvilket gør at tallet må tages med forbehold.

Tabel 6.10 FISH-ratio per år for patienter med HER2-score på 2.

		Alle		2006		2007		2008	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score	FISH ratio								
2	0.00-1.99	634	(80.8)	214	(76.7)	214	(81.9)	206	(84.4)
	2.00 +	150	(19.1)	65	(23.2)	47	(18.0)	38	(15.5)
Alle med FISH bestemmelse		784	(100.0)	279	(100.0)	261	(100.0)	244	(100.0)

Tabel 6.11 Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

Risikogruppe	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
A lavrisiko	1952	(17.9)	645	(18.8)	601	(17.1)	706	(17.8)
B yngre*, R+/?	2502	(22.9)	538	(15.7)	912	(25.9)	1052	(26.6)
C ældre*, R+/?	4617	(42.4)	1741	(50.9)	1365	(38.8)	1511	(38.2)
D, R-	1792	(16.4)	489	(14.3)	630	(17.9)	673	(17.0)
Sarkom	18	(0.1)	6	(0.1)	6	(0.1)	6	(0.1)
Total	10881	(100.0)	3419	(100.0)	3514	(100.0)	3948	(100.0)

*: 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.

Tabel 6.12 Protokolallokering beregnet efter prognostiske variabler per år.

Protokolberegning	Alle		2006		2007		2008	
	N	%	N	%	N	%	N	%
DBCg 04A	897	(7.4)	819	(21.1)	76	(1.9)	2	(0.0)
DBCg 04B	580	(4.8)	537	(13.8)	42	(1.0)	1	(0.0)
DBCg 04C	1901	(15.8)	1737	(44.9)	151	(3.9)	13	(0.3)
DBCg 04D	317	(2.6)	292	(7.5)	24	(0.6)	1	(0.0)
DBCg 07A	1253	(10.4)	3	(0.0)	544	(14.2)	706	(16.5)
DBCg 07B	1625	(13.5)	1	(0.0)	733	(19.1)	891	(20.8)
DBCg 07B,t	297	(2.4)	.	.	137	(3.5)	160	(3.7)
DBCg 07C	2716	(22.7)	4	(0.1)	1214	(31.7)	1498	(35.0)
DBCg 07D	872	(7.2)	14	(0.3)	404	(10.5)	454	(10.6)
DBCg 07D,t	405	(3.3)	6	(0.1)	183	(4.7)	216	(5.0)
Mangler opl.	132	(1.1)	18	(0.4)	36	(0.9)	78	(1.8)
Sarkom	18	(0.1)	6	(0.1)	6	(0.1)	6	(0.1)
Ikke mulig	950	(7.9)	428	(11.0)	273	(7.1)	249	(5.8)
Total	11963	(100.0)	3865	(100.0)	3823	(100.0)	4275	(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 4275 patienter opfylder kun 3493 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 kontroldiagrammer for hver afdeling og hver indikator i perioden 2006-2008.

Databasen opdateres dagligt. Tabeller og figurer er produceret i perioden juli-september 2009 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 N
	2006	2007	2008	
	N	N	N	
OPERATIONSHOSPITAL				
RIGSHOSPITALET	366	355	406	1127
HAMLET	15	32	29	76
HERLEV	333	353	502	1188
HØRSHOLM	219	229	40	488
RINGSTED	490	507	515	1512
ODENSE	206	194	163	563
AABENRAA	134	133	187	454
ESBJERG	107	111	173	391
VEJLE	203	221	273	697
MØLHOLM	37	44	47	128
HOLSTEBRO	63	84	80	227
HERNING	70	32	6	108
ÅRHUS	130	139	271	540
RANDERS	145	122	171	438
MAMMAKLINIK	3	20	23	46
AROS privhosp	.	.	27	27
VIBORG	123	139	219	481
AALBORG	152	164	225	541
HJØRRING	113	136	136	385
Total	2909	3015	3493	9417

Den kirurgiske afdeling ved Regionshospitalet Herning lukkede per 1. september 2007 og den kirurgiske afdeling ved Nordsjællands Hospital, Hørsholm lukkede per 1. april 2008.

Indikator 1: Mammografiscreening

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

Kommentar

Vi har fortsat ikke mulighed for at udregne denne indikator, da Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS), der er en forudsætning herfor, endnu ikke inkluderer patienter fra alle regioner. Fra 2009 er der i DBCG's database inkluderet en registrering af, om de indberettede patienter er fundet ved mammografiscreening, og der vil derfor næste år kunne afrapporteres for indikatoren uanset om der er tilgængelige data fra det organiserede mammografiscreeningsprogram.

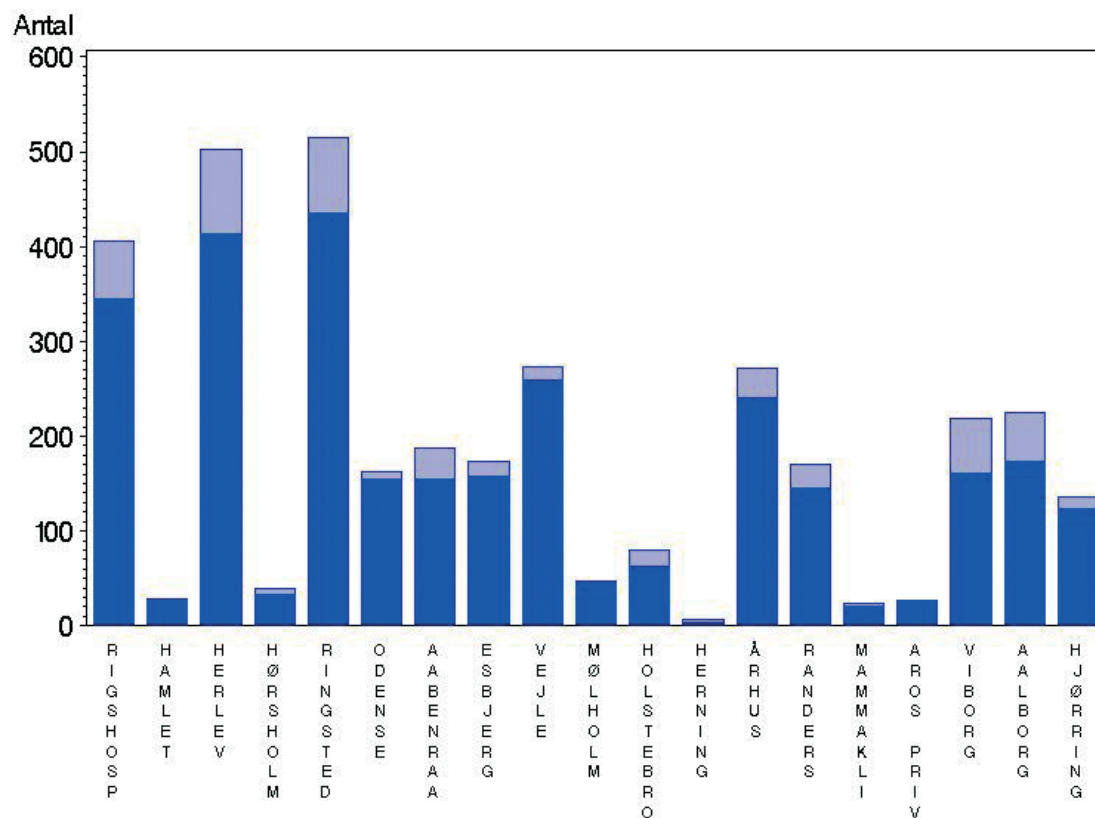
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi

Beskrivelse: Andelen af patienter mellem 20 og 75 år med IBC (C50), hvor der er stillet en præoperativ diagnose ved nålebiopsi forud for definitiv operation.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi for 2006-2008.

Antal patienter med preoperativ diagnose ved nålebiopsi per år	Indikator 2						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2006	134	(4.6)	2491	(87.0)	236	(8.2)	2861
2007	156	(5.1)	2390	(79.4)	461	(15.3)	3007
2008	128	(3.6)	2857	(81.7)	509	(14.5)	3494
Alle	418	(4.4)	7738	(82.6)	1206	(12.8)	9362

Indikator 2: Preoperativ diagnose ved nålebiopsi



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). 85 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberegning.

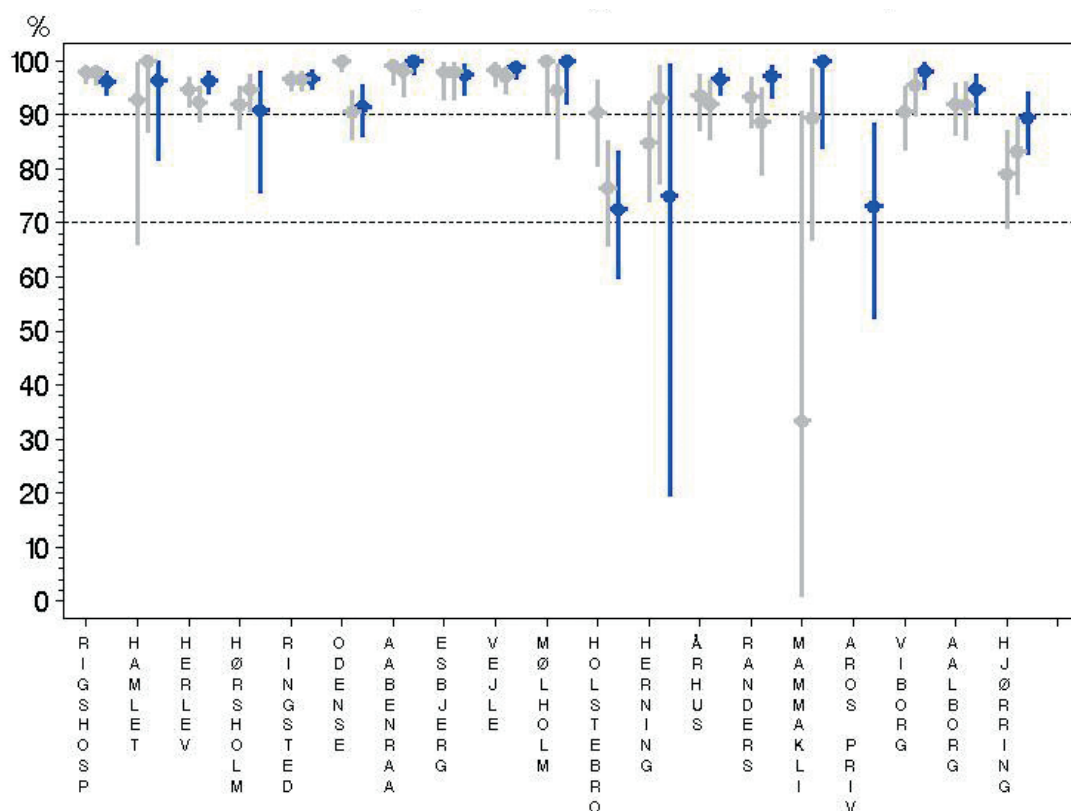
Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling 2008.

Antal patienter med præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling	Indikator 2						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	13	(3.2)	332	(81.7)	61	(15.0)	406
HAMLET	1	(3.4)	27	(93.1)	1	(3.4)	29
HERLEV	15	(2.9)	398	(79.2)	89	(17.7)	502
HØRSBOLM	3	(7.5)	30	(75.0)	7	(17.5)	40
RINGSTED	14	(2.7)	422	(81.9)	79	(15.3)	515
ODENSE	13	(7.9)	142	(87.1)	8	(4.9)	163
AABENRAA	.	.	154	(82.3)	33	(17.6)	187
ESBJERG	4	(2.3)	154	(89.0)	15	(8.6)	173
VEJLE	3	(1.0)	256	(93.4)	15	(5.4)	274
MØLHOLM	.	.	45	(95.7)	2	(4.2)	47
HOLSTEBRO	17	(21.2)	45	(56.2)	18	(22.5)	80
HERNING	1	(16.6)	3	(50.0)	2	(33.3)	6
ÅRHUS	8	(2.9)	233	(85.9)	30	(11.0)	271
RANDERS	4	(2.3)	142	(83.0)	25	(14.6)	171
MAMMAKLINIK	.	.	21	(91.3)	2	(8.6)	23
AROS privhosp	7	(25.9)	19	(70.3)	1	(3.7)	27
VIBORG	3	(1.3)	158	(72.1)	58	(26.4)	219
AALBORG	9	(4.0)	165	(73.3)	51	(22.6)	225
HJØRRING	13	(9.5)	111	(81.6)	12	(8.8)	136
Alle	128	(3.6)	2857	(81.7)	509	(14.5)	3494

Indikator 2: Indikatorværdi per afdeling 2006-2008.

Indikatorværdi for preoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling	2006	2007	2008
	%	%	%
RIGSHOSPITALET	97.9%	98.0%	96.2%
HAMLET	92.9%	100.0%	96.4%
HERLEV	94.7%	92.4%	96.4%
HØRSHOLM	92.0%	94.8%	90.9%
RINGSTED	96.6%	96.6%	96.8%
ODENSE	100.0%	90.6%	91.6%
AABENRAA	99.2%	98.2%	100.0%
ESBJERG	98.0%	98.0%	97.5%
VEJLE	98.4%	97.1%	98.8%
MØLHOLM	100.0%	94.6%	100.0%
HOLSTEBRO	90.5%	76.5%	72.6%
HERNING	84.8%	93.1%	75.0%
ÅRHUS	93.6%	92.0%	96.7%
RANDERS	93.3%	88.7%	97.3%
MAMMAKLINIK	33.3%	89.5%	100.0%
AROS privhosp	.	.	73.1%
VIBORG	90.7%	95.5%	98.1%
AALBORG	92.1%	91.9%	94.9%
HJØRRING	79.1%	83.3%	89.5%
Alle	94.9%	93.9%	95.7%

Indikator 2: Preoperativ diagnose ved nålebiopsi



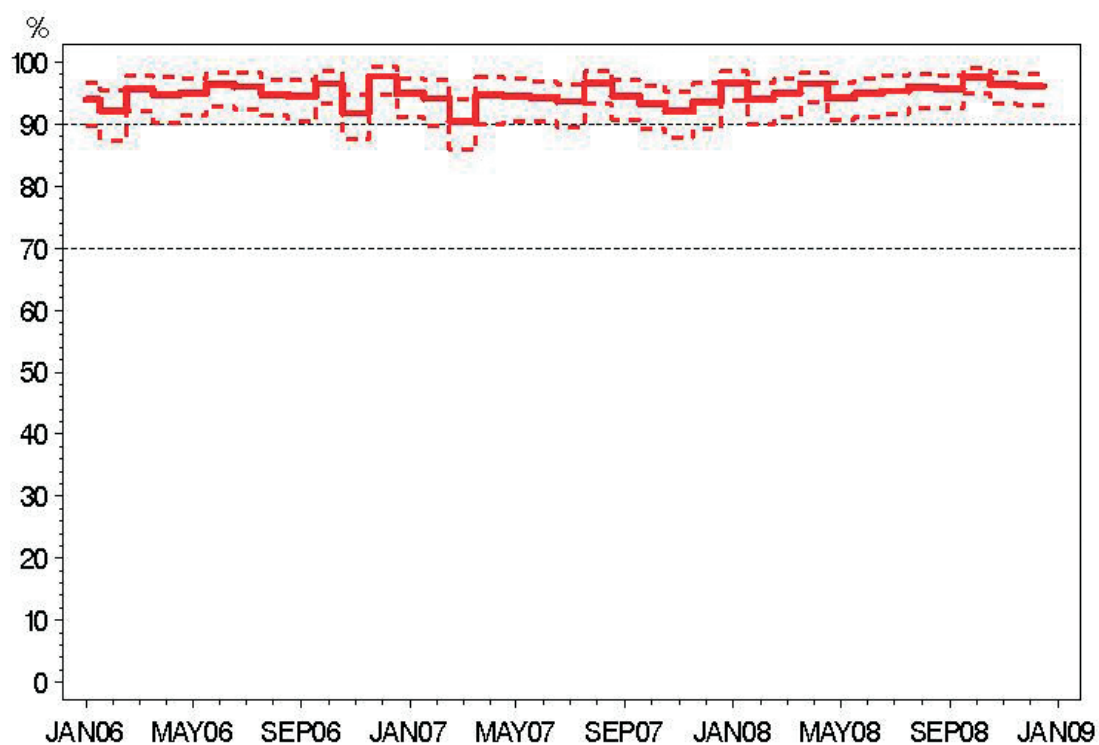
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 og 2007 (grå signatur) og 2008 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linier).

Kommentar

Overordnet er det et tilfredsstillende resultat for indikatoren med knapt 96% opfyldelse af indikatoren. Kun 4 af 19 afdelinger har ikke levet op til den ønskværdige værdi på 90%. En gennemgang af datagrundlaget afslører dog, at der er en stor gruppe patienter, hvor der ikke foreligger indberetninger, der tillader beregning af denne indikator. Tages de med i beregningerne er der kun få afdelinger, der lever op til kravet om 90% opfyldelse.

På baggrund af disse tal må det formodes, at resultatet afspejler forskellig registreringspraksis og usikkerhed om, hvordan resultatet af nålebiopser fortolkes. F.eks. må det antages, at der i nogle tilfælde er registreret, at der er foretaget nålebiopsi, selvom denne ikke har konfirmeret diagnosen. Det overvejes derfor, om registreringen og indikatoren skal formuleres anderledes, så der i stedet angives, om diagnosen er fastlagt inden operationen, og i givet fald hvordan: på basis af trippel diagnostik med fin- eller grovnl eller histologisk på baggrund af excisionsbiopsi evt. med frysemikroskopi.

Indikator 2: Preoperativ diagnose ved nålebiopsi - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2008.
Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linier).

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

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

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 omfatter alle kvinder opereret i brystet i 2008 (operationskoder (SKS-koder): KHAA00-KHAA99, incisioner, biopsier og sutur af bryst; KHAB00-KHAB99, resektioner af bryst; samt KHAC00-KHAC99, mastektomier) og indeholder oplysning om de tilhørende diagnoser og dato for registrering i LPR's administrationstabel.

Udtrækket fra LPR omfatter i alt 8185 hændelser (defineret ved v_recnum, som er den entydige nøgle, der sammenknytter records i LPR). Disse hændelser omfatter i alt 7004 personer, idet der for hver person kan være flere indlæggelser i perioden.

Der udgår 22 personer som har bogstaver i CPR nummer, idet de ikke registreres i DBCG. Desuden er indlæggelser uden for perioden fjernet, og den tidligste indlæggelse er valgt (tilbage er 8110 hændelser).

Der er fjernet i alt 196 hændelser fra datasættet ved at udelade alle in situ-diagnoser (DD05, DD050, DD051, DD057, DD059) samt et antal benigne diagnoser, der ikke skal medtages i beregningen af indikatoren*.

Tilbage er 7914 hændelser, omfattende 6830 personer. Efter samkøring med DBCG registeret findes at 2875 personer optræder i LPR men ikke i DBCG, blandt disse er der dog 823 personer, der tidligere er registreret i DBCG, som derfor må være recidiv-patienter eller personer med ny primær brystkræft. De er udeladt fra beregningen af indikatoren.

*: N60.0 (cyste), N60.1 (multiple cyster), N60.4 (duktectasi), 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 (galactocoele), N64.8 G (fremmedlegeme eksl. proteser), D24.9C (ductus papillom), D24.9D (adenoma papillae), D24.9W (andre benigne tumorer), L72.0 (aterom), L90.5 (æseløre).

Herefter indeholder indikatorpopulationen:
 3955 personer, der er i både DBCG og LPR i 2008,
 323 personer, der er i DBCG 2008 men ikke i LPR 2008, og
 2050 personer, der er i LPR 2008 men ikke i DBCG.

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 4278/2050 hvilket er tæt på 2:1.

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

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
2008	2050	(32.3)	4278	(67.6)	6328

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

Alders-gruppe	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
Alder (år)					
<=34 år	531	(88.6)	68	(11.3)	599
35-39 år	154	(60.3)	101	(39.6)	255
40-49 år	426	(44.5)	531	(55.4)	957
50-59 år	412	(28.9)	1009	(71.0)	1421
60-69 år	349	(19.0)	1479	(80.9)	1828
70-74 år	60	(12.9)	402	(87.0)	462
75 + år	118	(14.6)	688	(85.3)	806
Total	2050	(32.3)	4278	(67.6)	6328

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2008 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	140	(20.6)	539	(79.3)	679
HAMLET	25	(40.9)	36	(59.0)	61
HERLEV	214	(24.8)	646	(75.1)	860
HØRSHOLM	32	(36.7)	55	(63.2)	87
RINGSTED	267	(30.6)	604	(69.3)	871
ODENSE	178	(42.4)	241	(57.5)	419
AABENRÅ	126	(36.6)	218	(63.3)	344
ESBJERG	96	(32.4)	200	(67.5)	296
VEJLE	161	(34.8)	301	(65.1)	462
MØLHOLM	15	(25.4)	44	(74.5)	59
HOLSTEBRO	115	(51.1)	110	(48.8)	225
ÅRHUS	116	(26.0)	329	(73.9)	445
RANDERS	67	(24.9)	202	(75.0)	269
MAMMAKLINIK	10	(27.0)	27	(72.9)	37
AROS privhosp	9	(25.7)	26	(74.2)	35
VIBORG	96	(27.3)	255	(72.6)	351
ÅLBORG	116	(28.5)	291	(71.4)	407
HJØRRING	120	(44.1)	152	(55.8)	272
ANDRE	147	(98.6)	2	(1.3)	149
Alle	2050	(32.3)	4278	(67.6)	6328

Det fremgår af nedenstående tabeller for fordeling af alder og operationstype, at det ikke er et tilfældigt udsnit af patienterne, der optræder i DBCG men ikke i LPR.

Personer der optræder i DBCG 2008 men ikke i LPR 2008 efter operationstype.

	2008	
	N	%
Operationstype		
Mastektomi	33	(10.2)
Lumpektomi	48	(14.8)
Biopsi	242	(74.9)
Total	323	(100.0)

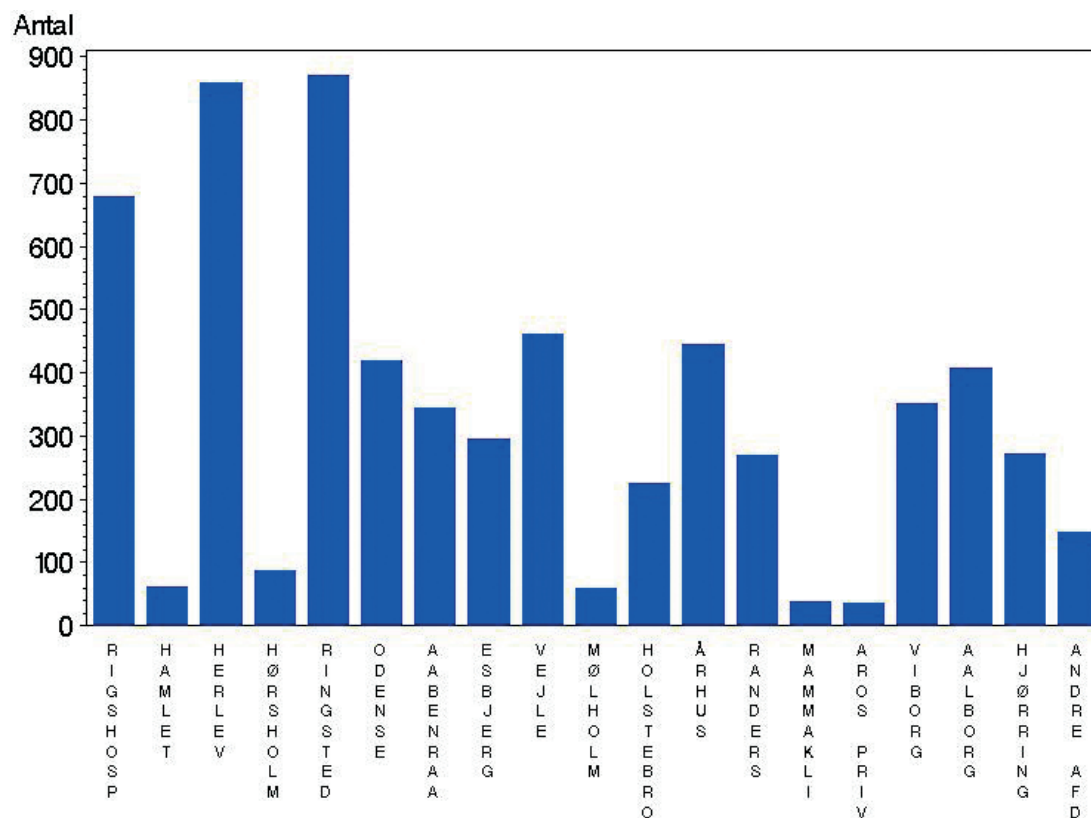
Personer der optræder i DBCG 2008 men ikke i LPR 2008 efter alder.

	2008	
	N	%
Alder (år)		
<=34 år	2	(0.6)
35-39 år	3	(0.9)
40-49 år	18	(5.5)
50-59 år	46	(14.2)
60-69 år	67	(20.7)
70-74 år	31	(9.5)
75 + år	156	(48.2)
Total	323	(100.0)

Personer der optræder i DBCG 2008 men ikke i LPR 2008 efter kirurgisk afdeling.

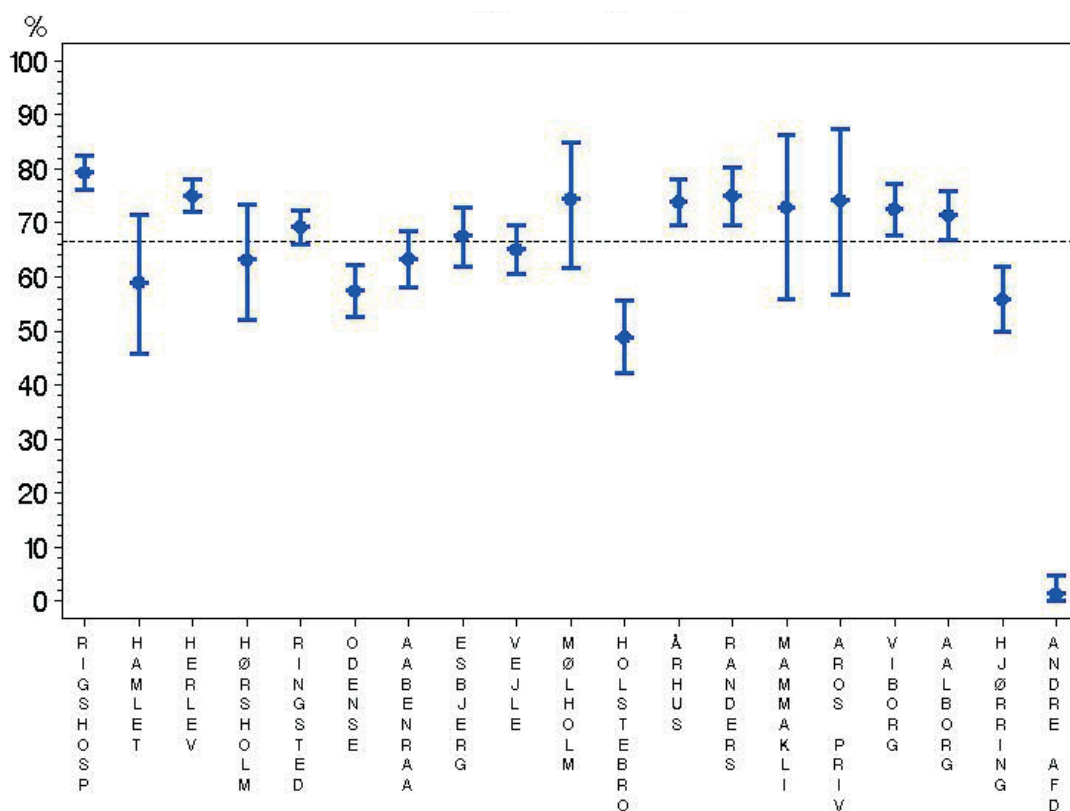
Antal patienter vs kirurgisk afd.	2008
	N
RIGSHOSPITALET	56
HAMLET	3
HERLEV	66
HØRSHOLM	4
RINGSTED	56
ODENSE	1
AABENRÅ	12
ESBJERG	2
VEJLE	5
MØLHOLM	3
HOLSTEBRO	7
ÅRHUS	30
RANDERS	9
MAMMAKLINIK	1
AROS privhosp	26
VIBORG	10
ÅLBORG	30
HJØRRING	2
Total	323

Indikator 3: Malign: Benign operationsratio



Antal brystopererede patienter per afdeling i 2008. 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.
Referenceværdi: 67 % (stiplet linie).

Kommentar

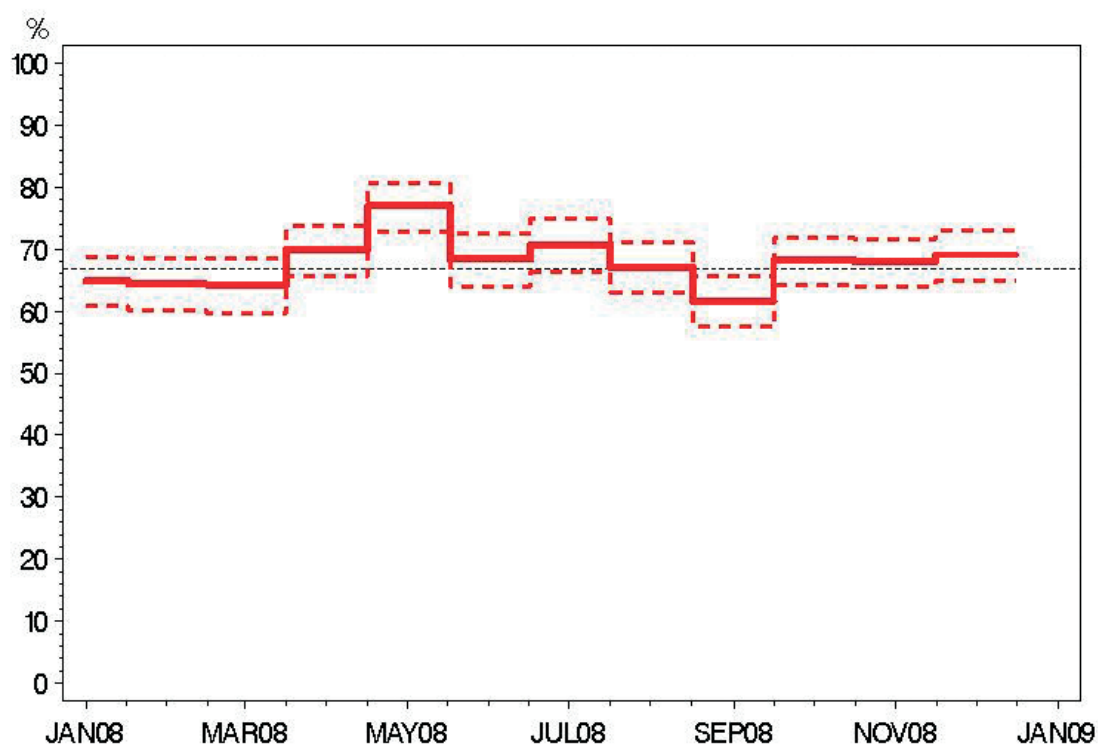
Denne indikator var ikke med i sidste årsrapport, og det er noget tovende, at vi har valgt at medtage den i denne rapport. Det skyldes, at det har vist sig overordentligt svært at kombinere LPR-data med DBCG's egne registreringer på en måde, som svarer til den algoritme, der er opstillet i indikatorspecifikationen. Vi har som konsekvens af problemerne valgt at benytte en forenklet model, der betyder, at vi ikke har gjort ratioen malign:benign op for det enkelte operative indgreb, men i stedet gjort det op på individniveau. Dette medfører, at den ratio, som beregnes i denne forenklede model vil vise en lavere værdi, end tilfældet var, hvis beregningen var udført efter den korrekte algoritme. I gruppen med operationer for cancer må det nemlig formodes, at der vil være en del med flere operative indgreb, hvilket ikke i samme udstrækning forventes at gøre sig gældende hos patienter, der opereres på benign indikation.

Der er i Indikatorrapporten fra 2005 ikke specifikt angivet en referenceværdi, men der er peget på, at der i litteraturen, herunder de seneste EUSOMA guidelines⁶, er angivet ratioer mellem 2:1 og 5:1. I lyset af det forhold, at vi præsenterer en værdi, der overestimerer antallet af benigne operationer, synes de foreliggende data at bekræfte, at der generelt her i landet ikke udføres unødigt mange operationer på benign indikation. Dog antyder de

foreliggende data, at der er nogen variation, og billedet er ikke ensartet, når de enkelte centre sammenlignes.

Det overvejes af styregruppen, om det er relevant at fastholde, at denne indikator vedvarende skal indgå i indikatorsættet. Umiddelbart vurderes det, at det vil være vanskeligt at få så præcise udtræk fra LPR, at indikatorværdien kan beregnes uden en større databearbejdning, der ikke vil tillade en løbende rapportering i Analyseportalen.

Indikator 3: Malign: Benign operationsratio - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2008.
Referenceværdi: 67 % (stiplet linie).

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 for populationen.

Beregning af indikatoren er begrænset til patienter med unifokale tumorer ≤ 40 mm som ikke har lymfeknudemetastaser og som har fået foretaget definitiv operation i overensstemmelse med DBCG's retningslinier. Patienter med excursionsbiopsi, rekonstruktion eller neoadjuverende behandling er udeladt.

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 og 2008 blev der fundet isolerede tumorceller i SN hos henholdsvis 54, 45 og 59 patienter. Af disse 158 patienter havde 122 fået foretaget aksilrømning, mens der for 36 ikke var foretaget mere.

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på sentinel node (SN) metoden i 2006-2008.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	89	(7.7)	1053	(90.5)	21	(1.8)	1163
2007	75	(6.1)	1130	(92.2)	20	(1.6)	1225
2008	93	(6.1)	1401	(91.9)	31	(2.0)	1525
Alle	257	(6.6)	3584	(91.6)	72	(1.8)	3913

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2006-2008.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Tumorstørrelse (mm)							
2006	00-10	16	(5.1)	289	(92.6)	7	(2.2)	312
	11-20	36	(6.3)	523	(91.9)	10	(1.8)	569
	21-30	28	(11.6)	210	(86.8)	4	(1.7)	242
	31-40	9	(22.5)	31	(77.5)	.	.	40
2007	00-10	20	(6.3)	293	(93.0)	2	(0.6)	315
	11-20	28	(4.6)	575	(94.4)	6	(1.0)	609
	21-30	22	(8.5)	227	(87.6)	10	(3.9)	259
	31-40	5	(11.9)	35	(83.3)	2	(4.8)	42
2008	00-10	23	(5.1)	421	(92.7)	10	(2.2)	454
	11-20	32	(4.2)	712	(94.2)	12	(1.6)	756
	21-30	25	(9.7)	226	(87.3)	8	(3.1)	259
	31-40	13	(23.2)	42	(75.0)	1	(1.8)	56
Alle		257	(6.6)	3584	(91.6)	72	(1.8)	3913

I perioden 2006-2008 er indikator 4 ikke opfyldt for 257 patienter, af disse har 17 patienter kontraindikation for anvendelse af SN-metoden i form af tidligere indgreb i brystet og for 64 patienter er det ikke lykkedes at peroperativt at identificere og bortoperere en sentinel node.

Indikator 4: Indikatorværdi efter tumorstørrelse (mm) i 2006-2008.

Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Tumorstørrelse (mm)			
	00-10	11-20	21-30	31-40
	%	%	%	%
2006	95%	94%	88%	78%
2007	94%	95%	91%	88%
2008	95%	96%	90%	76%
Alle	94%	95%	90%	80%

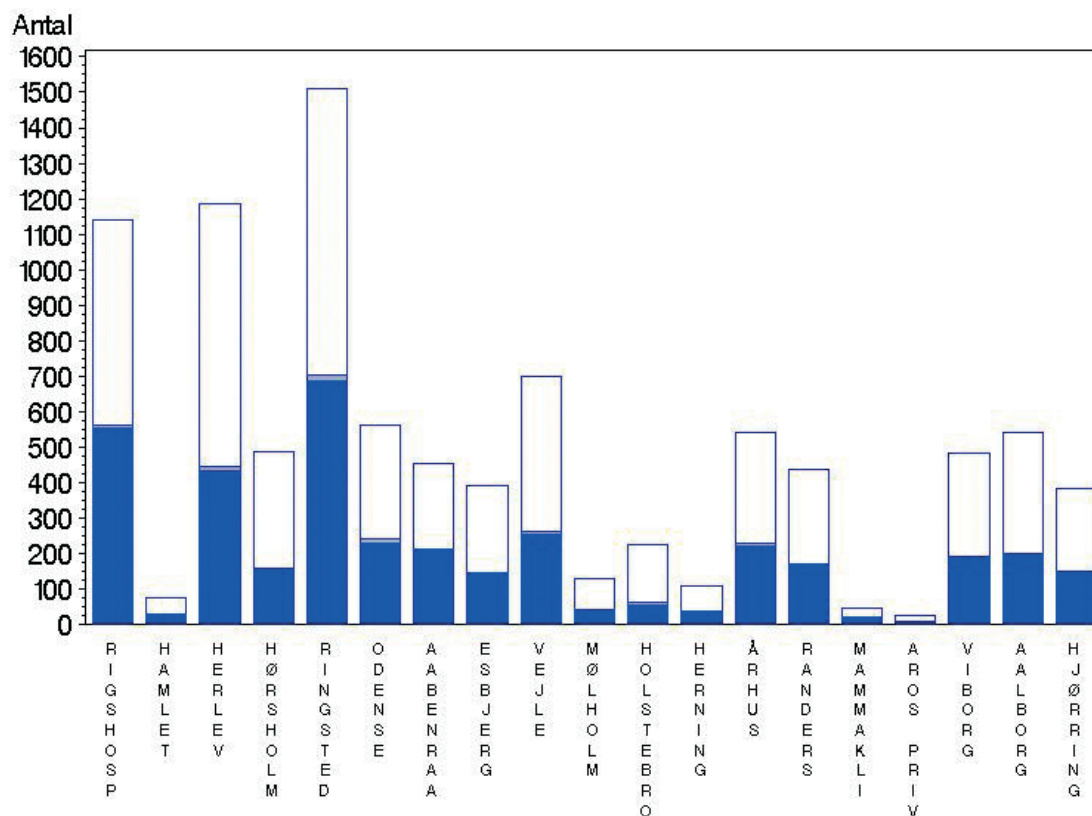
Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden per afdeling 2008.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	11	(5.8)	177	(92.7)	3	(1.6)	191
HAMLET	.	.	10	100.0)	.	.	10
HERLEV	6	(3.1)	182	(95.3)	3	(1.6)	191
HØRSHOLM	1	(11.1)	8	(88.9)	.	.	9
RINGSTED	15	(6.2)	220	(91.3)	6	(2.5)	241
ODENSE	10	(14.7)	55	(80.9)	3	(4.4)	68
AABENRÅ	8	(8.9)	82	(91.1)	.	.	90
ESBJERG	6	(8.7)	62	(89.9)	1	(1.4)	69
VEJLE	3	(2.6)	106	(92.2)	6	(5.2)	115
MØLHOLM	.	.	18	100.0)	.	.	18
HOLSTEBRO	1	(4.0)	20	(80.0)	4	(16.0)	25
HERNING	.	.	1	(50.0)	1	(50.0)	2
ÅRHUS	13	(9.3)	124	(88.6)	3	(2.1)	140
RANDERS	4	(5.0)	75	(93.8)	1	(1.3)	80
MAMMAKLINIK	.	.	11	100.0)	.	.	11
AROS privhosp	1	(10.0)	9	(90.0)	.	.	10
VIBORG	4	(3.6)	106	(96.4)	.	.	110
AALBORG	3	(3.4)	86	(96.6)	.	.	89
HJØRRING	7	(12.5)	49	(87.5)	.	.	56
Alle	93	(6.1)	1401	(91.9)	31	(2.0)	1525

Indikator 4: Indikatorværdi per afdeling 2006-2008.

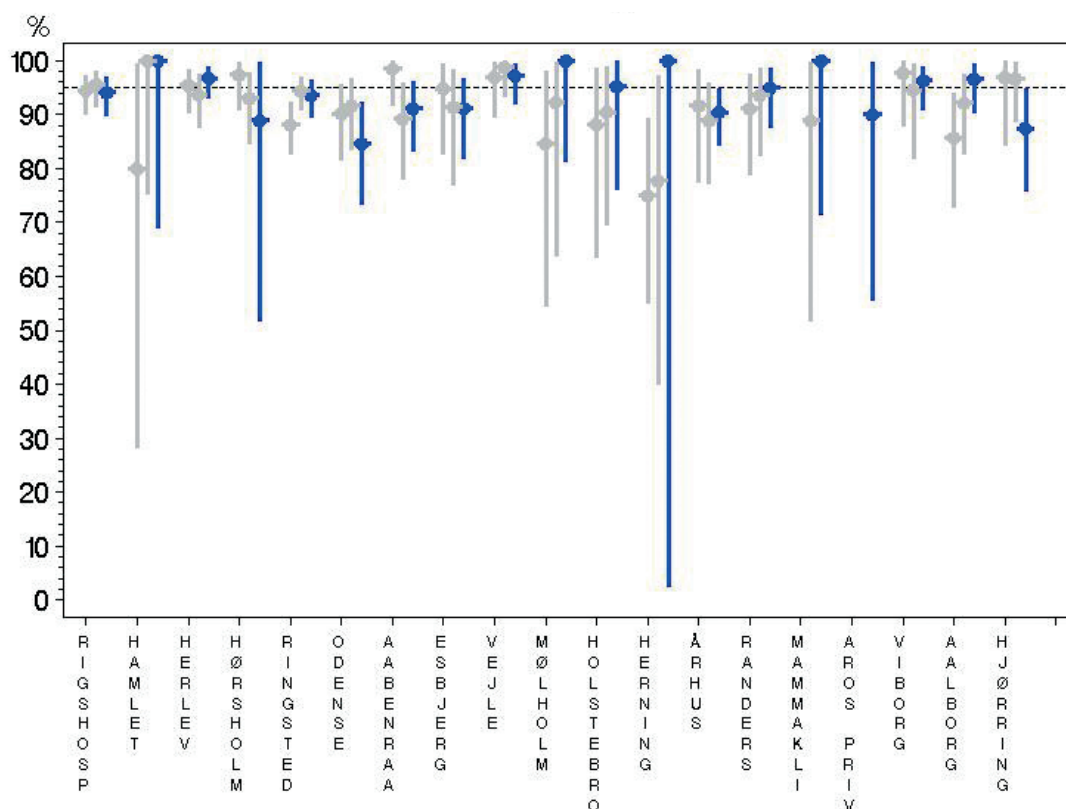
Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	2006	2007	2008
	%	%	%
RIGSHOSPITALET	95%	96%	94%
HAMLET	80%	100%	100%
HERLEV	95%	94%	97%
HØRSHOLM	97%	93%	89%
RINGSTED	88%	94%	94%
SVENDBORG	74%	.	.
ODENSE	90%	92%	85%
AABENRÅ	98%	89%	91%
ESBJERG	95%	91%	91%
VEJLE	97%	99%	97%
MØLHOLM	85%	92%	100%
HOLSTEBRO	88%	90%	95%
HERNING	75%	78%	100%
ÅRHUS	92%	89%	91%
RANDERS	91%	94%	95%
MAMMAKLINIK	.	89%	100%
AROS privhosp	.	.	90%
VIBORG	98%	95%	96%
AALBORG	86%	92%	97%
HJØRRING	97%	97%	88%
Alle	92%	94%	94%

Indikator 4: N-neg ved SN



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). 44 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 4.

Indikator 4: N-neg ved SN



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 og 2007 (grå signatur) og 2008 (blå signatur). Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

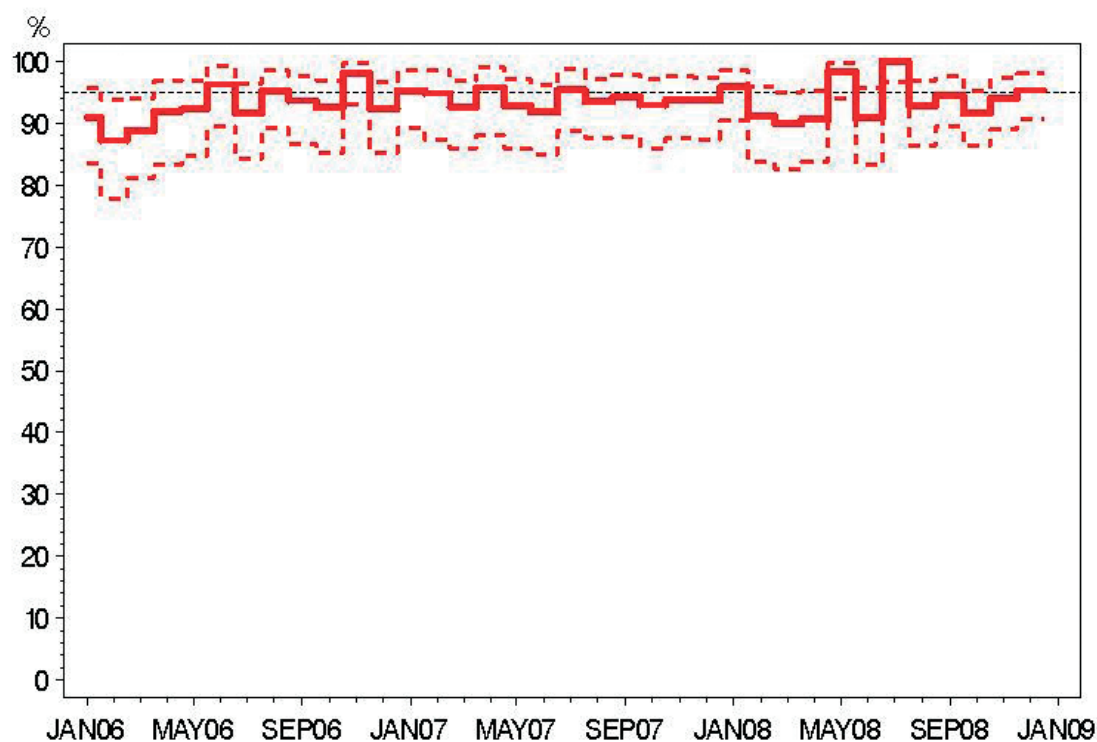
Der er ikke nået en generel opfyldelse af målet, at 95% af patienterne med lymfeknudenegativ sygdom skal have statueret aksillen ved sentinel node biopsi. Referenceværdien på 95% blev lagt fast ved "best guess", idet der ikke var et evidensgrundlag at støtte sig til. Ved den netop afholdte St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2009 blev det imidlertid konkluderet, at sentinel node biopsi er standard ved statuering af aksilstatus hos klinisk lymfeknudenegative patienter¹. Det har dog også siden 2006 været anbefalet i de danske rekommandationer fra DBCG.

Kvalitetsindikator 4 beregnes for patienter, hvor tumor er unifokal og ikke over 4 cm, hvorfor der ideelt set kun bør være få patienter, der ikke statueres med metoden. Der er i de danske retningslinier enkelte kontraindikationer for metoden, der nødvendigvis må medføre, at nogle patienter ikke opereres med brug af sentinel node. Det drejer sig om patienter, hvor der tidligere er foretaget operation i øvre laterale kvadrant af brystet eller tidligere foretaget større plastikkirurgisk indgreb. Der er angivet tidligere indgreb i brystet for 17 af de 257 patienter hvor indikatoren ikke er opfyldt (2006-2008). For multifokale tumorer har der ikke været generel konsensus for metodens anvendelighed, og i de danske retningslinier er der ikke angivet en generel rekommandation på dette område. Det enkelte center definerer selv, om man vil anvende metoden. Hvis det ikke er tilfældet, er der mulighed for at tilslutte

sig et multicenterstudium, hvor der udføres SN med opfølgende aksilrømning. Dette forhold kan influere på valget af aksilstatuerings-metode, idet en billeddiagnostisk mistanke om multifokalitet altså hos nogle afdelinger vil føre til valg af aksilrømning, mens det ikke vil være tilfældet ved andre afdelinger.

Udover ovenstående forhold, der medfører, at man ikke kan forvente en 100% opfyldelse af indikatoren, vil der også være patienter, hvor det ikke er lykkedes peroperativt at identificere og bortoperere en SN. Dette gælder for 64 af de 257 patienter, hvor indikatoren ikke er opfyldt. I disse tilfælde foreskriver retningslinjerne, at der udføres aksilrømning, hvilket altså var tilfældet hos ca. en fjerdedel. Hvorvidt de resterende patienter, der ikke er statueret ved SN, alle kan forklares ved lignende forhold, har vi ikke mulighed for at vurdere. Dette spørgsmål bør belyses ved de lokale audits, og der vil blive lavet lister til de enkelte afdelinger med de lymfeknudenegative patienter, der ikke er statueret med SN til dette formål. På baggrund af en tilbagemelding til LKKB/DBCG om resultatet af disse audits vil styregruppen overveje, om indikatorkravet skal ændres i de kommende årsrapporter.

Indikator 4: N-neg ved SN - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2008.
Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linie).

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

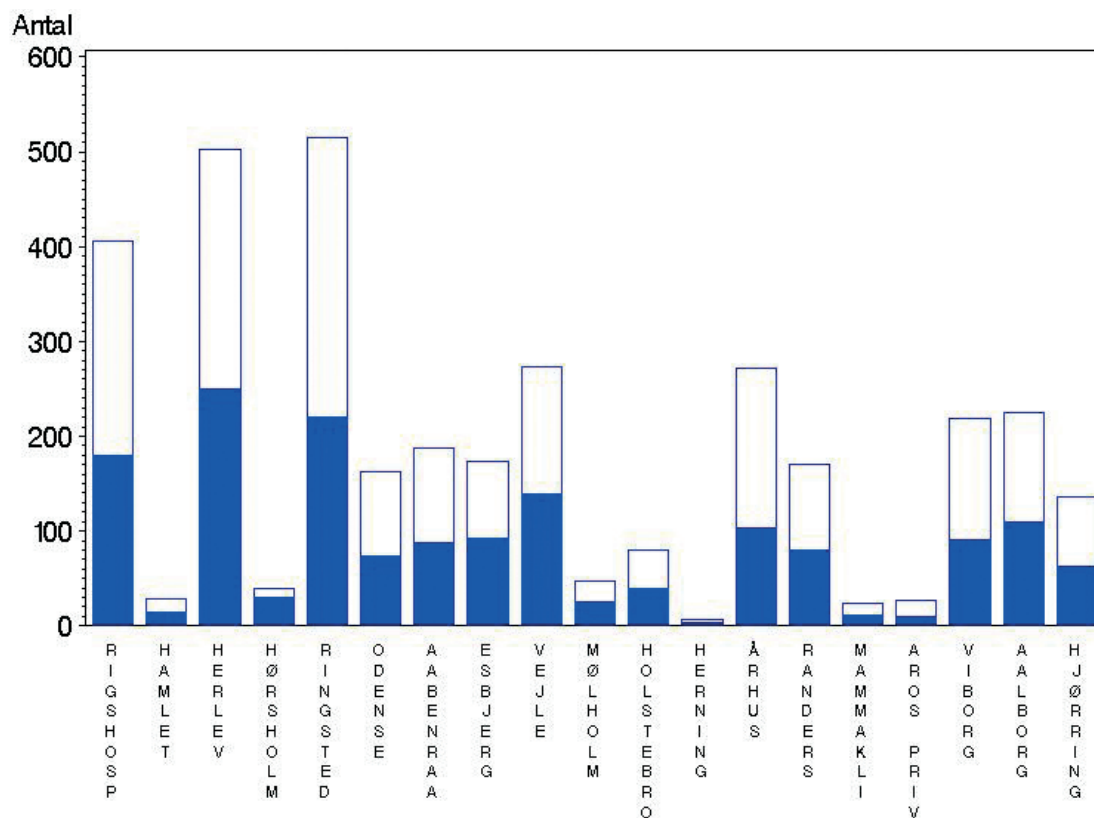
Beskrivelse: Andel af aksil-pNpos patienter med primært IBC (C50), hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i tenderet kurativ operation.

Beregning af indikatoren er begrænset til patienter mellem 20 og 75 år der har lymfeknudemetastaser og som har fået foretaget definitiv operation i overensstemmelse med DBCG's retningslinier med fjernelse af mindst 4 lymfeknuder.

Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder i 2006-2008.

Antal Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2006	82	(5.9)	1292	(93.8)	2	(0.1)	1376
2007	77	(5.3)	1350	(93.9)	10	(0.6)	1437
2008	83	(5.1)	1538	(94.8)	1	(0.0)	1622
Alle	242	(5.4)	4180	(94.2)	13	(0.2)	4435

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 46 % af patienterne er med i beregning af Indikator 5.

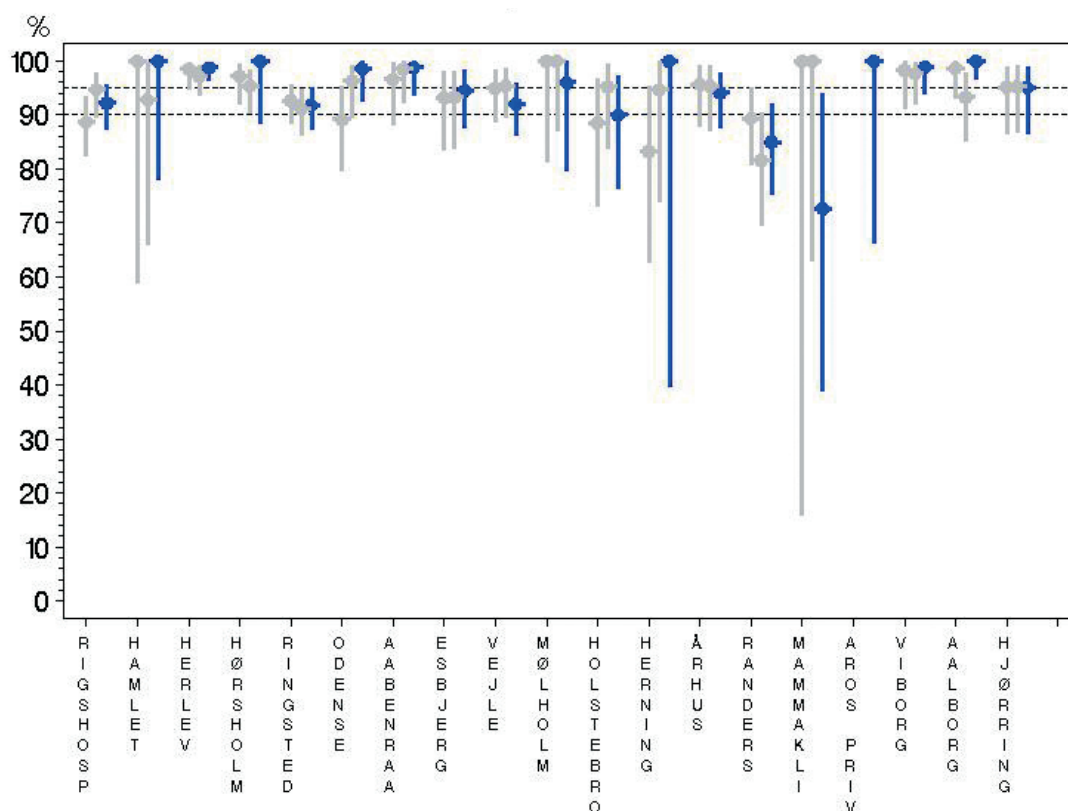
Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder per afdeling 2008.

Antal Npos patienter, ≥ 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	14	(7.7)	166	(92.2)	.	.	180
HAMLET	.	.	15	(100.0)	.	.	15
HERLEV	3	(1.2)	247	(98.8)	.	.	250
HØRSBOLM	.	.	30	(100.0)	.	.	30
RINGSTED	18	(8.1)	203	(91.8)	.	.	221
ODENSE	1	(1.3)	72	(98.6)	.	.	73
AABENRAA	1	(1.1)	86	(98.8)	.	.	87
ESBJERG	5	(5.4)	86	(93.4)	1	(1.0)	92
VEJLE	11	(7.9)	128	(92.0)	.	.	139
MØLHOLM	1	(4.0)	24	(96.0)	.	.	25
HOLSTEBRO	4	(10.0)	36	(90.0)	.	.	40
HERNING	.	.	4	(100.0)	.	.	4
ÅRHUS	6	(5.8)	97	(94.1)	.	.	103
RANDERS	12	(15.0)	68	(85.0)	.	.	80
MAMMAKLINIK	3	(27.2)	8	(72.7)	.	.	11
AROS privhosp	.	.	9	(100.0)	.	.	9
VIBORG	1	(1.0)	90	(98.9)	.	.	91
AALBORG	.	.	110	(100.0)	.	.	110
HJØRRING	3	(4.8)	59	(95.1)	.	.	62
Alle	83	(5.1)	1538	(94.8)	1	(0.0)	1622

Indikator 5: Indikatorværdi per afdeling 2006-2008.

Indikatorværdi for Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	2006	2007	2008
	%	%	%
RIGSHOSPITALET	88.7%	94.7%	92.2%
HAMLET	100.0%	92.9%	100.0%
HERLEV	98.5%	97.2%	98.8%
HØRSHOLM	97.2%	95.4%	100.0%
RINGSTED	92.7%	91.2%	91.9%
SVENDBORG	100.0%	.	.
ODENSE	89.2%	96.3%	98.6%
AABENRAA	96.6%	98.6%	98.9%
ESBJERG	93.2%	93.3%	94.5%
VEJLE	95.0%	95.4%	92.1%
MØLHOLM	100.0%	100.0%	96.0%
HOLSTEBRO	88.6%	95.2%	90.0%
HERNING	83.3%	94.7%	100.0%
ÅRHUS	95.7%	95.4%	94.2%
RANDERS	89.4%	81.7%	85.0%
MAMMAKLINIK	100.0%	100.0%	72.7%
AROS privhosp	.	.	100.0%
VIBORG	98.4%	97.7%	98.9%
AALBORG	98.7%	93.3%	100.0%
HJØRRING	95.2%	95.3%	95.2%
Alle	94.0%	94.6%	94.9%

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes



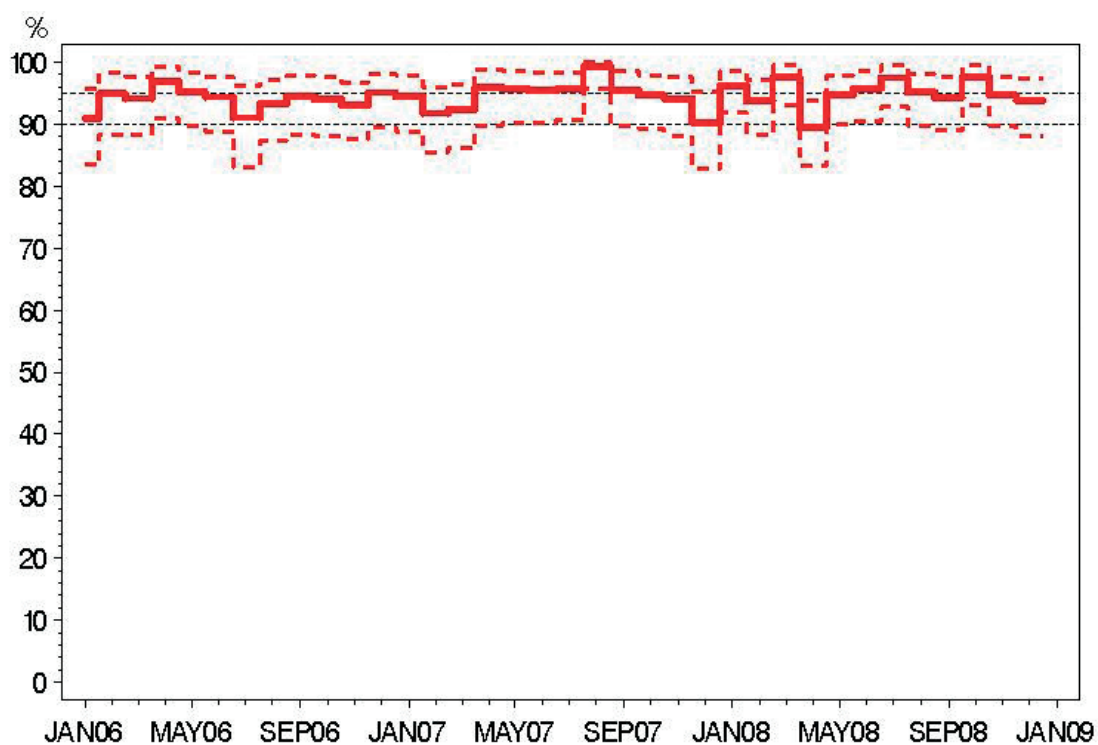
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 og 2007 (grå signatur) og 2008 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linier).

Kommentar

Generelt ligger indikatorværdien højt og over de 90%, der er angivet som referenceværdi. Kun en enkelt afdeling skiller sig lidt ud med indikatorværdier for alle tre registreringsår under 90%. Det bør efter styregruppens vurdering føre til overvejelser om, hvordan man kan bringe sig op på et niveau, der er sammenlignelig med de øvrige afdelinger.

Det må antages, at en mindre andel af de tilfælde, hvor der er færre end 10 fjernede lymfeknuder hos node positive patienter, skyldes, at der er foretaget reoperation i aksillen, idet der ved den endelige undersøgelse af SN blev fundet metastaser eller isolerede tumorceller, som ikke var identificeret ved frysemikroskopi. Ved sådanne reoperationer i aksillen er der ofte cicatricielle forandringer med fibrose, der vanskeliggør identifikationen af små normale lymfeknuder, og antallet formodes derfor underestimeret. Dette problem vil muligvis kunne reduceres, hvis der peroperativt udføres immunhistokemi på frysensnit fra SN-lymfeknuden. Der er for ganske nylig publiceret en enkelt undersøgelse, hvor man systematisk har anvendt metoden. I den blev det fundet, at der var signifikant højere sensitivitet af den peroperative frysemikroskopi, hvis der blev anvendt immunhistokemisk undersøgelse for cytokeratin2.

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdeling i perioden 2006-2008.
Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linier).

Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)

Beskrivelse: Andel af kvinder med IBC, der modtager BCS. Der stratificeres for tumor diameter (T1: 0- 20 mm, T2: 21-50 mm).

Beregning af indikatoren er begrænset til patienter mellem 20 og 75 år med unifokale tumorer, der har fået foretaget definitiv operation i overensstemmelse med DBCG's retningslinier og med tumordiameter mellem 0 og 50 mm. Indikatoren er beregnet for henholdsvis T1 og T2.

Indikator 6: Andel af kvinder med brystkræft der modtager brystbevarende operation fordelt på tumorstørrelse og operationsår i 2006-2008.

Antal patienter med Brystbevarende operation		Indikator 6						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Tumor størrelse							
2006	t1	386	(24.8)	1169	(75.1)	.	.	1555
	t2	520	(55.5)	416	(44.4)	.	.	936
2007	t1	308	(18.9)	1321	(81.0)	.	.	1629
	t2	546	(53.3)	478	(46.6)	.	.	1024
2008	t1	393	(19.3)	1630	(80.4)	3	(0.1)	2026
	t2	533	(50.6)	518	(49.2)	1	(0.0)	1052
Alle		2686	(32.6)	5532	(67.2)	4	(0.0)	8222

Ca. 96% af patienterne indgår i opgørelsen af denne indikator, 5210 i strata med tumordiameter 0-20 mm og 3012 i strata med tumordiameter 21-50 mm.

Indikator 6: Andel af kvinder under 40 år med brystkræft der modtager brystbevarende operation fordelt på tumorstørrelse og operationsår i 2006-2008.

Antal patienter < 40 år med Brystbevarende operation		Indikator 6				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
	Tumor størrelse					
2006	t1	25	(37.3)	42	(62.6)	67
	t2	19	(41.3)	27	(58.6)	46
2007	t1	16	(21.9)	57	(78.0)	73
	t2	28	(60.8)	18	(39.1)	46
2008	t1	24	(31.5)	52	(68.4)	76
	t2	31	(59.6)	21	(40.3)	52
Alle		143	(39.7)	217	(60.2)	360

For unge patienter under 40 år med T1-tumorer er andelen af brystbevarende operationer faldet fra 78% i 2007 til 68% i 2008, mens andelen med T2-tumorer, der får brystbevarende operation i denne aldersgruppe, uændret er omkring 40% (henholdsvis 39% i 2007 og 40% i 2008).

Fordeelingen af Indikator 6 på aldersgruppe stratificeret for operationsår og tumordiameter.

Antal patienter med Brystbevarende operation			Indikator 6						Alle N
			Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
			N	%	N	%	N	%	
År	Størrelse	Alder							
2006	t1	<=34 år	12	(50.0)	12	(50.0)	.	.	24
		35-39 år	13	(30.2)	30	(69.7)	.	.	43
		40-49 år	64	(24.4)	198	(75.5)	.	.	262
		50-59 år	89	(18.9)	380	(81.0)	.	.	469
		60-69 år	141	(24.1)	444	(75.8)	.	.	585
		70-74 år	56	(37.3)	94	(62.6)	.	.	150
		75 + år	11	(50.0)	11	(50.0)	.	.	22
		t2	<=34 år	8	(38.0)	13	(61.9)	.	.	21
	t2	35-39 år	11	(44.0)	14	(56.0)	.	.	25
		40-49 år	75	(52.4)	68	(47.5)	.	.	143
		50-59 år	138	(52.4)	125	(47.5)	.	.	263
		60-69 år	180	(56.6)	138	(43.3)	.	.	318
		70-74 år	95	(66.4)	48	(33.5)	.	.	143
		75 + år	13	(56.5)	10	(43.4)	.	.	23
2007		t1	<=34 år	5	(19.2)	21	(80.7)	.	.	26
	35-39 år		11	(23.4)	36	(76.5)	.	.	47
	40-49 år		53	(20.8)	201	(79.1)	.	.	254
	50-59 år		79	(16.0)	414	(83.9)	.	.	493
	60-69 år		105	(16.8)	519	(83.1)	.	.	624
	70-74 år		43	(29.0)	105	(70.9)	.	.	148
	75 + år		12	(32.4)	25	(67.5)	.	.	37
	t2		<=34 år	11	(68.7)	5	(31.2)	.	.	16
	t2	35-39 år	17	(56.6)	13	(43.3)	.	.	30
		40-49 år	89	(48.6)	94	(51.3)	.	.	183
		50-59 år	137	(50.7)	133	(49.2)	.	.	270
		60-69 år	179	(50.7)	174	(49.2)	.	.	353
		70-74 år	100	(66.6)	50	(33.3)	.	.	150
		75 + år	13	(59.0)	9	(40.9)	.	.	22
2008		t1	<=34 år	6	(26.0)	17	(73.9)	.	.	23
	35-39 år		18	(33.9)	35	(66.0)	.	.	53
	40-49 år		53	(20.0)	211	(79.6)	1	(0.3)	265
	50-59 år		108	(18.9)	461	(81.0)	.	.	569
	60-69 år		145	(16.3)	743	(83.6)	.	.	888
	70-74 år		52	(26.5)	142	(72.4)	2	(1.0)	196
	75 + år		11	(34.3)	21	(65.6)	.	.	32
	t2		<=34 år	15	(55.5)	12	(44.4)	.	.	27
	t2	35-39 år	16	(64.0)	9	(36.0)	.	.	25
		40-49 år	79	(46.1)	92	(53.8)	.	.	171
		50-59 år	127	(44.4)	159	(55.5)	.	.	286
		60-69 år	202	(51.3)	191	(48.6)	.	.	393
		70-74 år	80	(62.5)	47	(36.7)	1	(0.7)	128
		75 + år	14	(63.6)	8	(36.3)	.	.	22

Indikator 6 per afdeling stratificeret på tumordiameter for 2008.

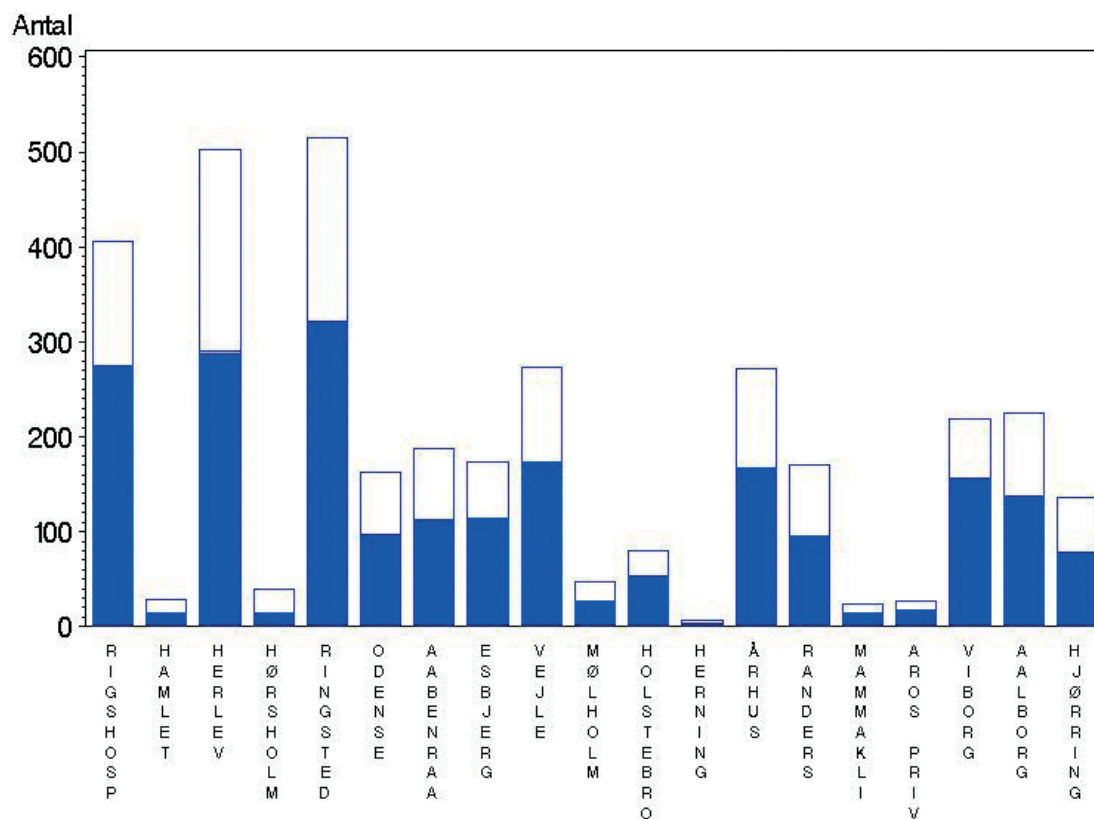
Antal patienter med Brystbevarende operation		Indikator 6						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
Tumorstørrelse								
t1	RIGSHOSPITALET	62	(24.4)	192	(75.5)	.	.	254
	HAMLET	2	(14.2)	12	(85.7)	.	.	14
	HERLEV	53	(19.6)	214	(79.2)	3	(1.1)	270
	HØRSBOLM	3	(23.0)	10	(76.9)	.	.	13
	RINGSTED	35	(11.0)	282	(88.9)	.	.	317
	ODENSE	13	(14.4)	77	(85.5)	.	.	90
	AABENRAA	10	(9.5)	95	(90.4)	.	.	105
	ESBJERG	20	(19.2)	84	(80.7)	.	.	104
	VEJLE	30	(19.2)	126	(80.7)	.	.	156
	MØLBOLM	2	(8.3)	22	(91.6)	.	.	24
	HOLSTEBRO	15	(30.0)	35	(70.0)	.	.	50
	HERNING	.	.	3	(100.0)	.	.	3
	ÅRHUS	40	(27.0)	108	(72.9)	.	.	148
	RANDERS	16	(17.0)	78	(82.9)	.	.	94
	MAMMAKLINIK	4	(28.5)	10	(71.4)	.	.	14
	AROS privhosp	3	(20.0)	12	(80.0)	.	.	15
	VIBORG	35	(23.3)	115	(76.6)	.	.	150
	AALBORG	43	(33.8)	84	(66.1)	.	.	127
	HJØRRING	7	(8.9)	71	(91.0)	.	.	78
t2	RIGSHOSPITALET	71	(63.3)	41	(36.6)	.	.	112
	HAMLET	5	(45.4)	6	(54.5)	.	.	11
	HERLEV	79	(47.5)	86	(51.8)	1	(0.6)	166
	HØRSBOLM	9	(39.1)	14	(60.8)	.	.	23
	RINGSTED	51	(35.6)	92	(64.3)	.	.	143
	ODENSE	33	(64.7)	18	(35.2)	.	.	51
	AABENRAA	35	(58.3)	25	(41.6)	.	.	60
	ESBJERG	23	(46.0)	27	(54.0)	.	.	50
	VEJLE	34	(42.5)	46	(57.5)	.	.	80
	MØLBOLM	7	(50.0)	7	(50.0)	.	.	14
	HOLSTEBRO	8	(53.3)	7	(46.6)	.	.	15
	HERNING	1	(33.3)	2	(66.6)	.	.	3
	ÅRHUS	48	(60.0)	32	(40.0)	.	.	80
	RANDERS	17	(26.5)	47	(73.4)	.	.	64
	MAMMAKLINIK	1	(20.0)	4	(80.0)	.	.	5
	AROS privhosp	5	(62.5)	3	(37.5)	.	.	8
	VIBORG	31	(59.6)	21	(40.3)	.	.	52
	AALBORG	44	(62.8)	26	(37.1)	.	.	70
	HJØRRING	31	(68.8)	14	(31.1)	.	.	45
Alle		926	(30.0)	2148	(69.7)	4	(0.1)	3078

Indikator 6: Indikatorværdi per afdeling stratificeret på tumordiameter for 2006-2008.

Indikatorværdi for Brystbevarende operation		2006	2007	2008
		%	%	%
Tumorstørrelse				
t1	RIGSHOSPITALET	72.4%	82.6%	75.6%
	HAMLET	57.1%	85.7%	85.7%
	HERLEV	82.6%	84.9%	80.1%
	HØRSHOLM	69.1%	72.6%	76.9%
	RINGSTED	77.1%	85.3%	89.0%
	SVENDBORG	72.7%	.	.
	ODENSE	91.7%	79.0%	85.6%
	AABENRAA	84.1%	91.0%	90.5%
	ESBJERG	75.0%	84.5%	80.8%
	VEJLE	86.5%	83.8%	80.8%
	MØLHOLM	84.6%	88.9%	91.7%
	HOLSTEBRO	65.4%	79.4%	70.0%
	HERNING	90.0%	83.3%	100.0%
	ÅRHUS	66.7%	72.2%	73.0%
	RANDERS	68.8%	79.6%	83.0%
	MAMMAKLINIK	100.0%	54.5%	71.4%
	AROS privhosp	.	.	80.0%
	VIBORG	60.6%	72.4%	76.7%
	AALBORG	50.6%	67.4%	66.1%
	HJØRRING	68.0%	84.2%	91.0%
t2	RIGSHOSPITALET	32.1%	37.0%	36.6%
	HAMLET	28.6%	50.0%	54.5%
	HERLEV	53.3%	48.8%	52.1%
	HØRSHOLM	43.7%	38.6%	60.9%
	RINGSTED	45.0%	47.8%	64.3%
	SVENDBORG	30.8%	.	.
	ODENSE	38.6%	33.3%	35.3%
	AABENRAA	48.1%	49.0%	41.7%
	ESBJERG	51.4%	37.8%	54.0%
	VEJLE	71.0%	66.7%	57.5%
	MØLHOLM	65.0%	80.0%	50.0%
	HOLSTEBRO	40.0%	55.9%	46.7%
	HERNING	59.4%	50.0%	66.7%
	ÅRHUS	31.7%	28.6%	40.0%
	RANDERS	46.6%	74.2%	73.4%
	MAMMAKLINIK	.	80.0%	80.0%
	AROS privhosp	.	.	37.5%
	VIBORG	38.1%	29.2%	40.4%
	AALBORG	16.7%	31.6%	37.1%
	HJØRRING	40.0%	48.8%	31.1%
Alle		63.6%	67.8%	69.9%

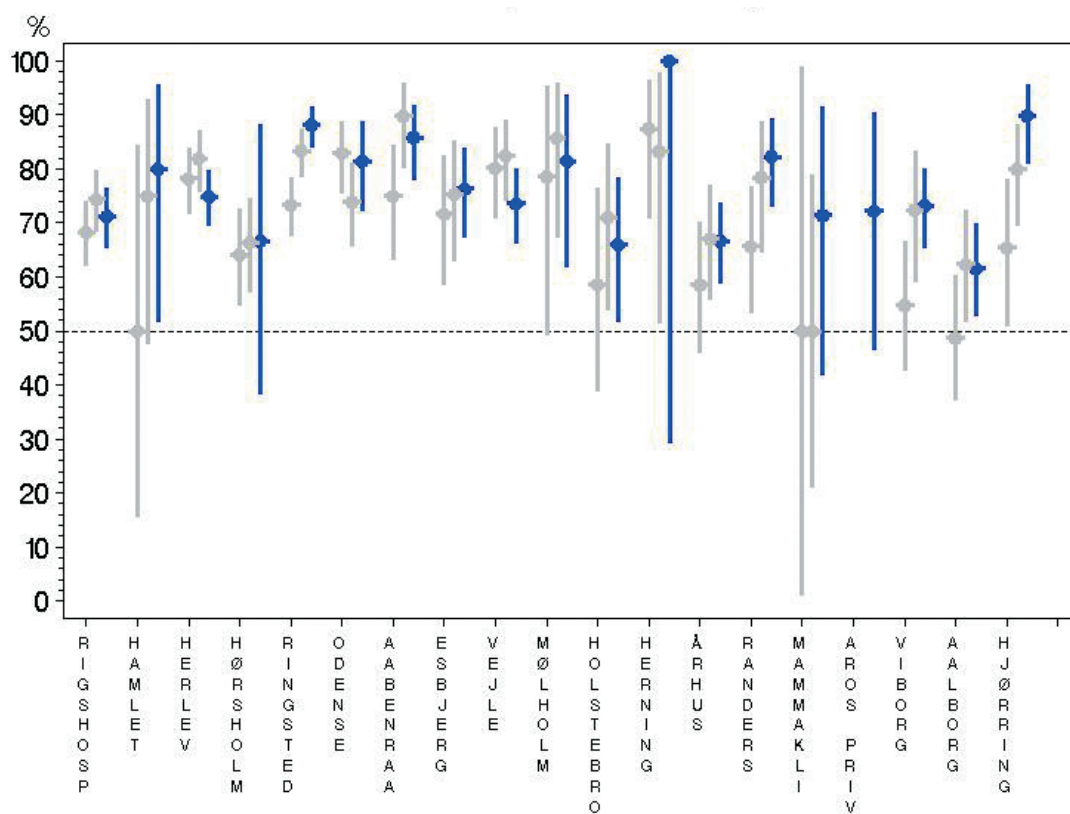
Tumordiameter 0-20 mm (T1)

Indikator 6-T1: Brystbevarende operation



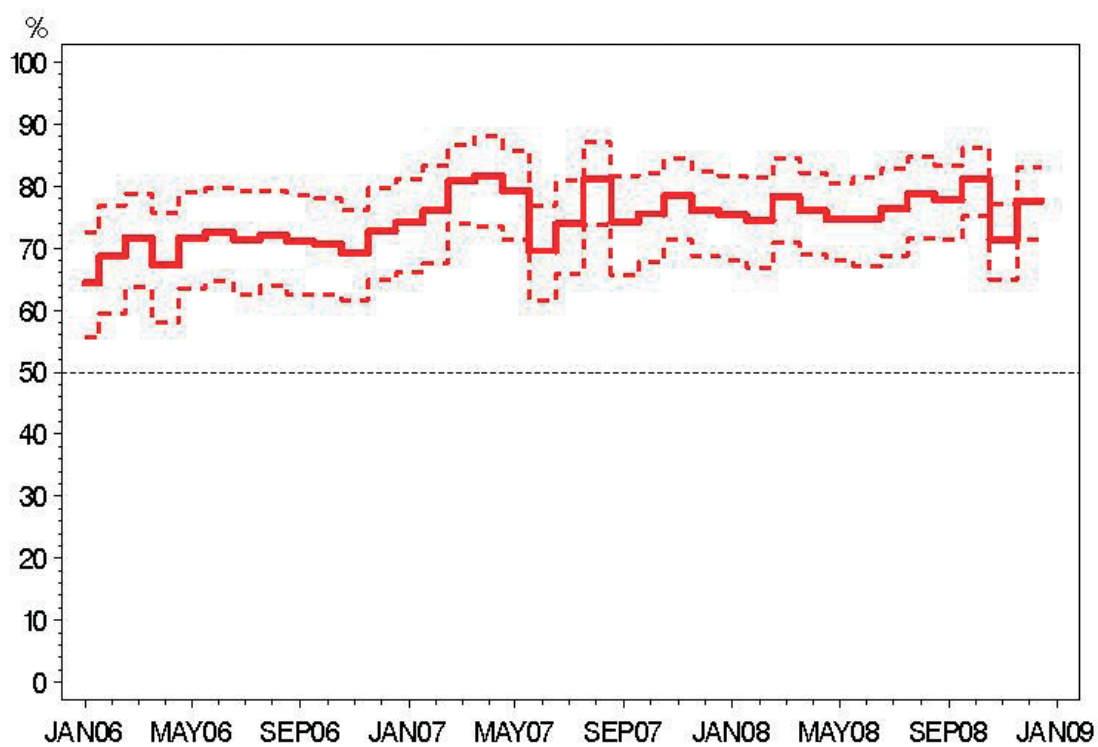
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 62 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 6-T1.

Indikator 6-T1: Brystbevarende operation



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 og 2007 (grå signatur) og 2008 (blå signatur).
 Referenceværdi: > 50 % (stiplet linie).

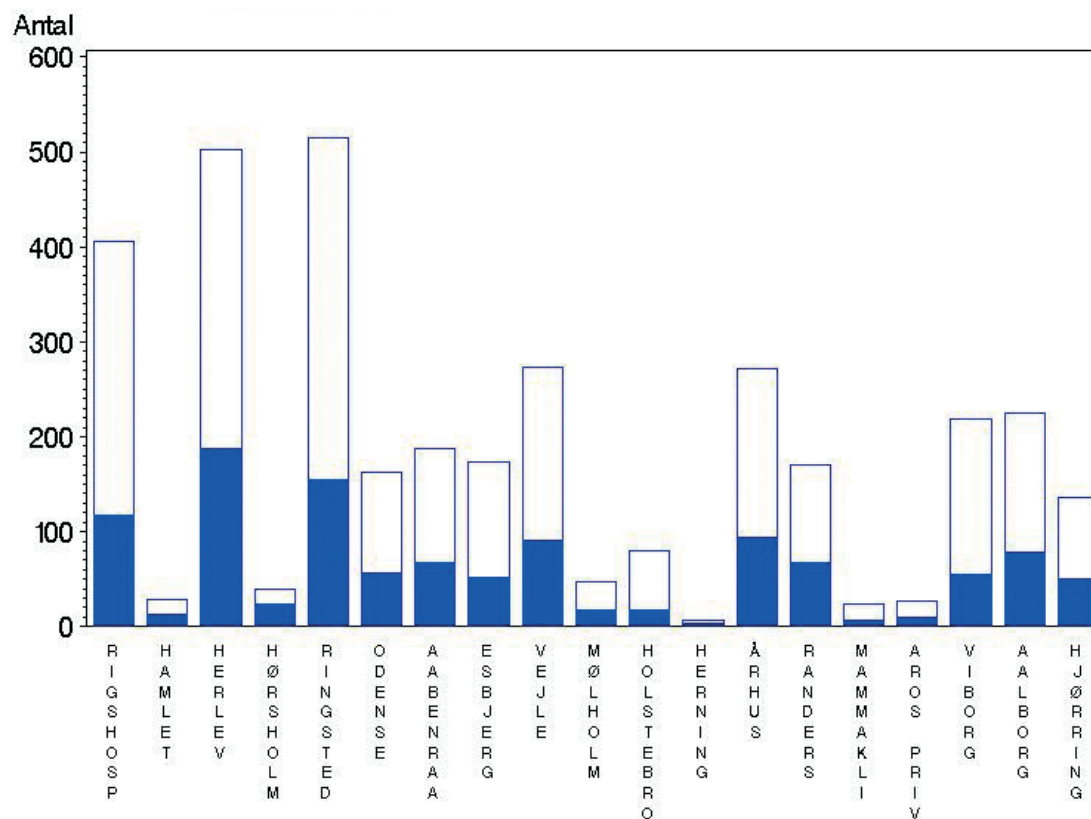
Indikator 6-T1: Brystbevarende operation - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2008.
Referenceværdi: > 50 % (stiplet linie).

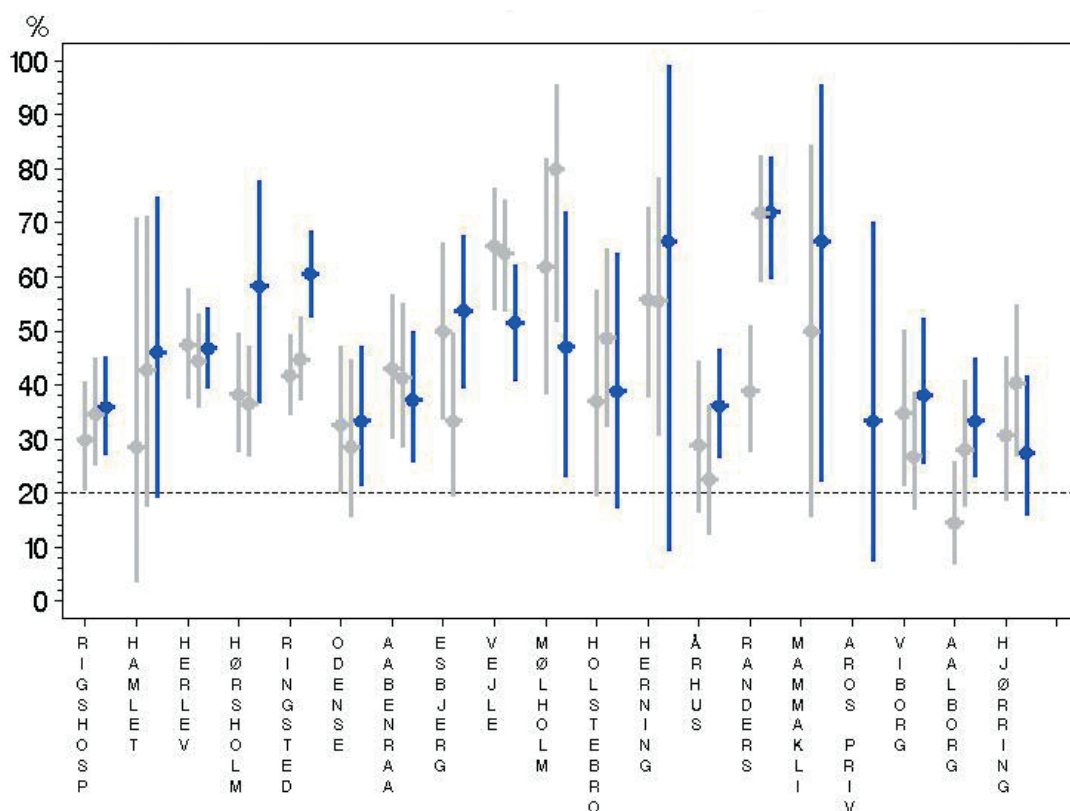
Tumordiameter 21-50 mm (T2)

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikatorpopulation (hvid signatur). 33 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 6-T2.

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 og 2007 (grå signatur) og 2008 (blå signatur). Referenceværdi: > 20 % (stiplet linie).

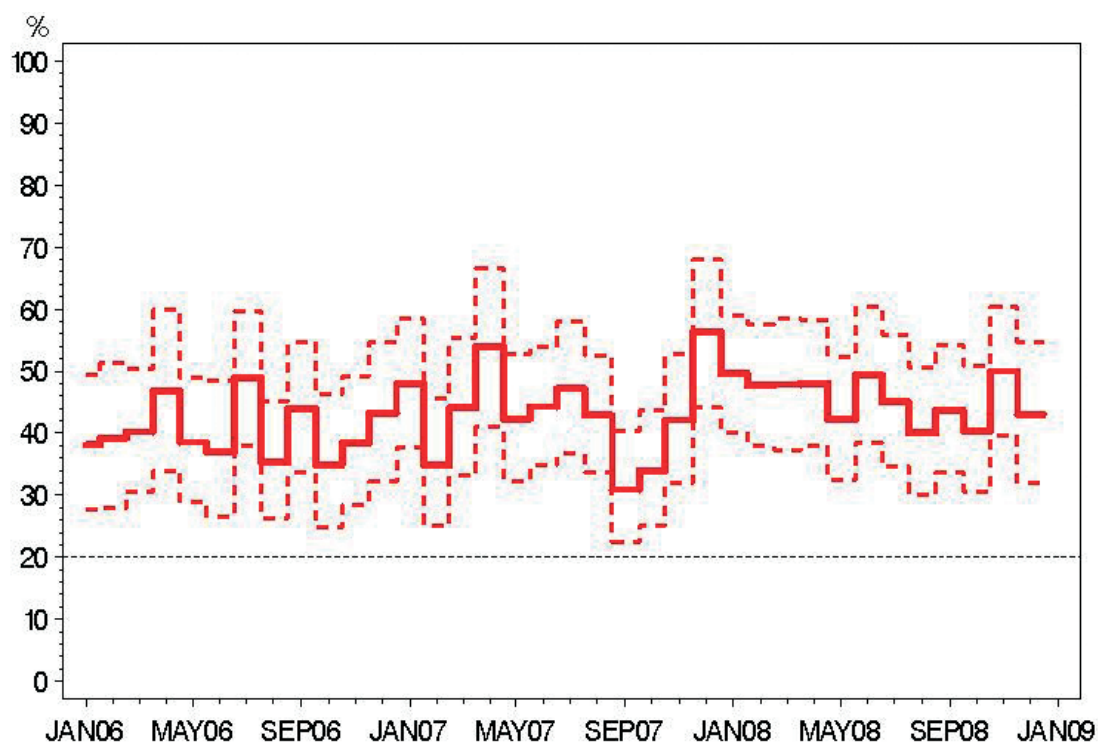
Kommentar

Der er en stigende andel af patienter med brystkræft, der ønsker brystbevarende operation, og det har også været den generelle holdning i behandlingssystemet, at brystbevarende operation er den gyldne standard, og der er bestræbelser i gang, der er møntet på at øge mulighederne for at undgå mastektomi ved stor tumorstørrelse. Her tænkes på onkoplastisk kirurgi og neoadjuverende medicinsk behandling. Der er ikke tvivl om, at det giver bedre behandlingsforløb for mange patienter, men den øgede anvendelse af denne form for kirurgi bør kun ske under en nøje observation af, at resultaterne med hensyn til recidivhyppighed og overlevelse ikke forringes. I opgørelsen af denne indikator er der ikke taget højde for, at der hos nogle patienter, udover den invasive tumor, også er fundet DCIS, og i det omfang, der inden operationen har været mistanke herom, kan det have været årsagen til, at man har valgt at udføre mastektomi frem for brystbevarende operation.

Vedrørende unifokale T2-tumorer, så er det ikke entydigt, at brystbevarende operation frem for mastektomi skal opfattes som kvalitet. Der er en række faktorer, der tæller tungt, når behandlingsstrategien overvejes. Det er frem for alt spørgsmål som radikalitet/recidivrisiko, kosmetiske forhold/bryststørrelse og komorbiditet, der skal inddrages i beslutningen. På trods af disse forhold, har der generelt været en stigende tendens for brystbevarende operation også ved de relativt store tumorer, dog med stor variation afdelingerne imellem. Det efterlader det indtryk, at kirurgens/afdelingen generelle holdning også spiller ind.

Der er hos de unge patienter under 40 år et lille fald i andelen med små tumorer, der behandles med brystbevarende operation men den relativt høje andel, der behandles med brystbevarende operation, er alligevel iøjnefaldende. Det gælder specielt, når det drejer sig om patienter med T2-tumorer. Det vides bl.a. fra vore egne DBCG-opgørelser, at den lokale og regionale recidivforekomst er øget hos meget unge patienter, og der er en generel bekymring for, at dette vil lede til en dårligere overlevelse^{4,5}. Det er styregruppens opfattelse, at der bør være agtpågivenhed på dette område, og det bør være fokus for nøjere overvågning i de kommende rapporter.

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2008.
Referenceværdi: > 20 % (stiplet linie).

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register

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

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 uanset alder (foreningsmængden). Indikatorpopulationen omfatter alle patienter registreret med brystkræftdiagnoser i Patologi-databanken i 2008 og alle patienter i DBCG opereret i 2008. 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.

Indikatorpopulationen indeholder 4515 patienter hvoraf 275 (6,1 %) ikke er i Patobank og 209 (4,7 %) ikke er i DBCG. 4031 patienter (89,2 %) er registreret i begge registre, alle med en registrering i Patobank i 2008 mens 29 patienter har en registrering i DBCG i henholdsvis 2007 og 2009.

Indikatorværdierne for perioden 2006-2007 er overført fra Kvalitetsindikatorrapporten for Brystkræft 2006-2007.

Patienter registeret i DBCG og/eller Patologidatabanken i 2008.

Antal patienter i Patobank eller i DBCG 2008	Patobank		Alle
	Nej	Ja	
	N (%)	N (%)	N (%)
DBCG			
Nej	.	209 (4.7 %)	209 (4.7 %)
Ja	275 (6.1%)	4031 (89.2%)	4306 (95.3%)
Alle	275 (6.1%)	4240 (93,9%)	4515 (100%)

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

Indikator 7: Komplethed af indberetningerne til DBCG i 2008 efter alder. Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Patobank/ DBGC vs alder 2008	indikator7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
25-34 år	.	.	64	100.0)	64
35-44 år	15	(4.7)	305	(95.3)	320
45-54 år	36	(4.7)	732	(95.3)	768
55-64 år	48	(3.4)	1349	(96.6)	1397
65-74 år	47	(4.0)	1116	(96.0)	1163
75-84 år	47	(8.2)	529	(91.8)	576
85 + år	16	(7.0)	211	(93.0)	227
Alle	209	(4.6)	4306	(95.4)	4515

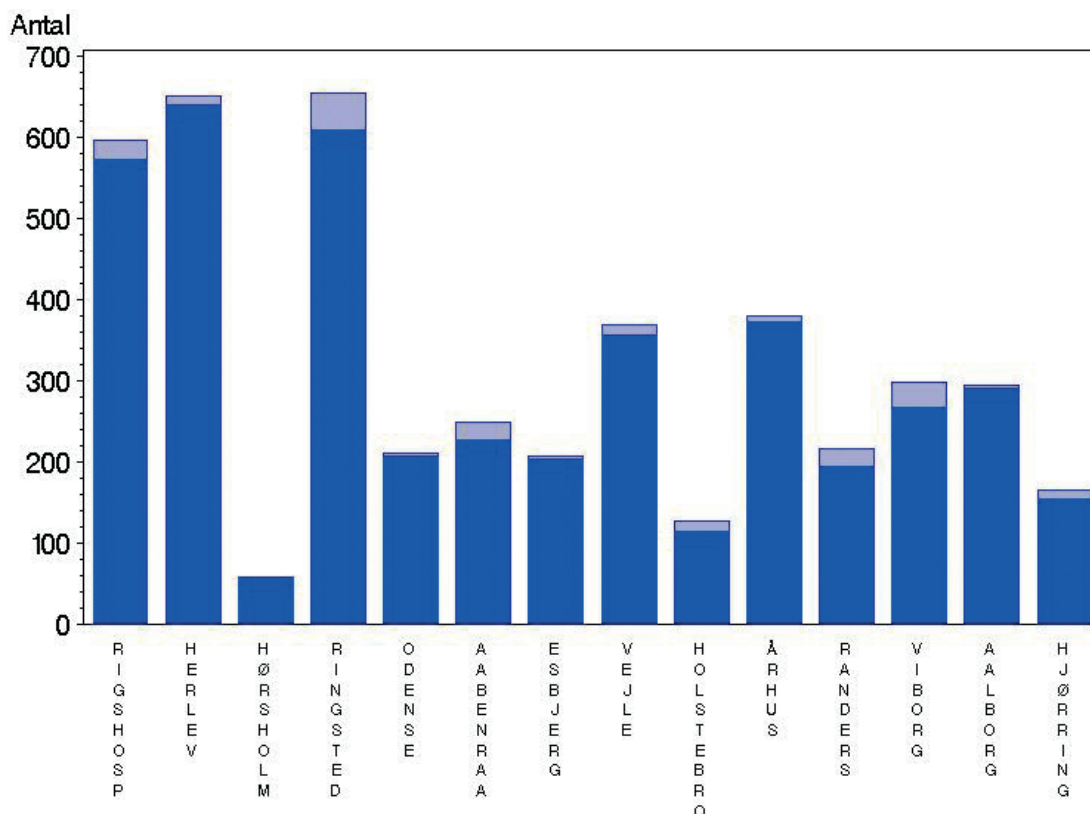
Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2008 efter afdeling. Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Patobank/ DBCG for de aktive afdelinger 2008	indikator7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	24	(4.0)	578	(96.0)	602
HERLEV	10	(1.5)	648	(98.5)	658
HØRSHOLM	3	(5.0)	57	(95.0)	60
RINGSTED	46	(7.0)	613	(93.0)	659
ODENSE	4	(1.9)	210	(98.1)	214
AABENRÅ	21	(8.4)	228	(91.6)	249
ESBJERG	2	(1.0)	206	(99.0)	208
VEJLE	12	(3.2)	359	(96.8)	371
HOLSTEBRO	13	(9.8)	119	(90.2)	132
ÅRHUS	7	(1.8)	377	(98.2)	384
RANDERS	21	(9.6)	197	(90.4)	218
VIBORG	31	(10.4)	268	(89.6)	299
AALBORG	4	(1.4)	291	(98.6)	295
HJØRRING	11	(6.6)	155	(93.4)	166
Alle	209	(4.6)	4306	(95.4)	4515

Indikator 7: Indikatorværdi per afdeling i perioden 2006-2008. Indikatorværdierne for 2006-2007 er overført fra Kvalitetsindikatorrapporten for Brystkræft 2006-2007.

Indikatorværdi for complethed af indberetninger til DBCG	2006	2007	2008
	%	%	%
RIGSHOSPITALET	87.8%	88.8%	96.0%
HERLEV	90.8%	93.3%	98.5%
HØRSBOLM	95.6%	92.1%	95.0%
RINGSTED	92.4%	90.5%	93.0%
ODENSE	92.9%	85.8%	98.1%
AABENRÅ	86.4%	88.6%	91.6%
ESBJERG	93.1%	90.1%	99.0%
VEJLE	84.3%	86.8%	96.8%
HOLSTEBRO	86.8%	73.1%	90.2%
ÅRHUS	93.1%	93.5%	98.2%
RANDERS	96.1%	85.9%	90.4%
VIBORG	95.7%	93.3%	89.6%
AALBORG	93.7%	93.9%	98.6%
HJØRRING	93.4%	88.3%	93.4%
Alle	91.2%	89.6%	95.4%

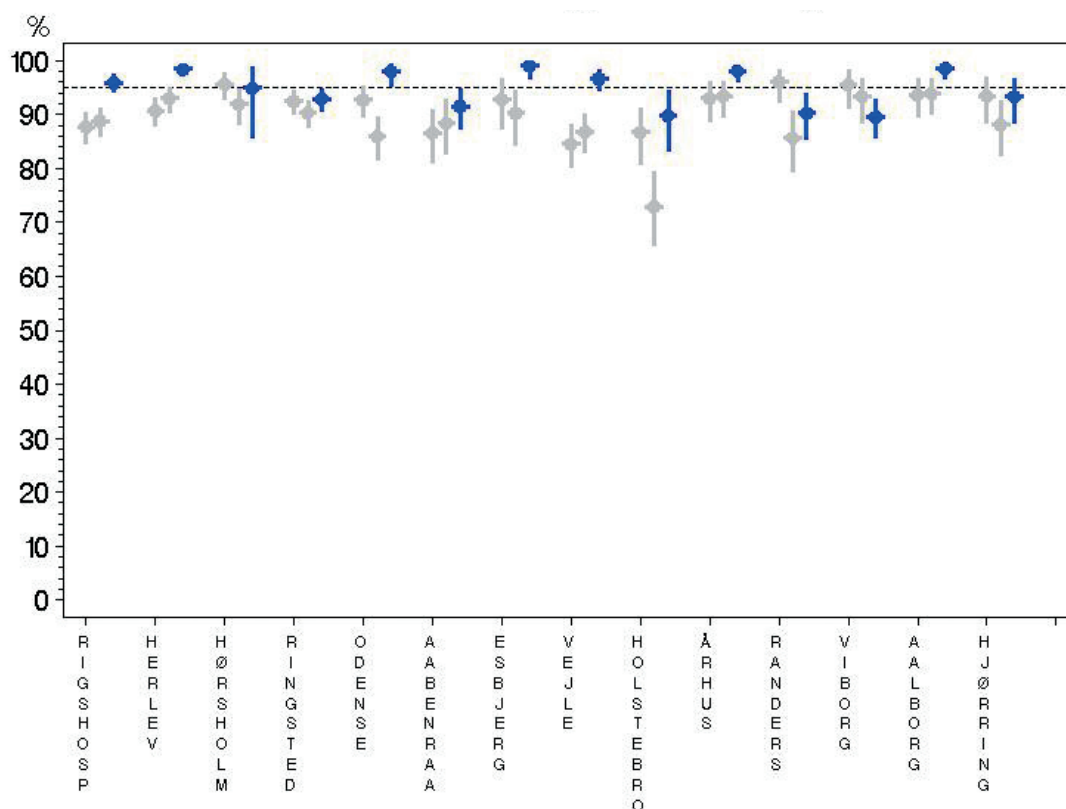
Indikator 7: Indberetning til DBCG register



Antal patienter per afdeling: 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, end ikke således at afdelingerne 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 209 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: Indberetning til DBCG register



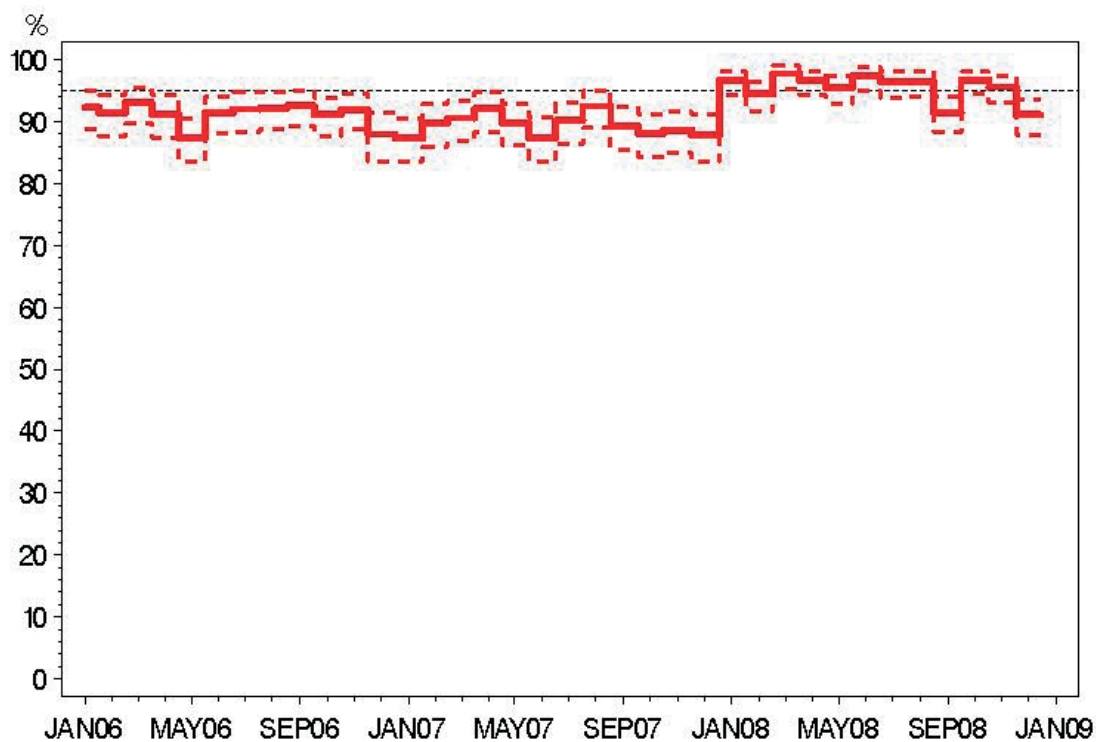
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2007 (grå signatur) og 2008 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

I forhold til 2006 og 2007 er der sket en betydelig forbedring af indberetningen til DBCG. Indikatorværdien var 95% mod henholdsvis 91% og 89% i de to foregående år. Grunden hertil kan der kun gisnes om, men det er da nærliggende at antage, at den fokus, der har været på indberetningspraksis i forbindelse med den forrige årsrapport, og den opmærksomhed, der er på området som følge af omtalen og initieringen af den web-baserede indberetning, har været medvirkende til det gode resultat. Da omlægningen til elektronisk indberetning først er blevet fuldt implementeret i løbet af 2009, er der forventning om, at der i de kommende årsrapporter vil kunne rapporteres yderligere forbedringer.

Oprindeligt var DBCG's register begrænset til patienter op til 75 år. Dette gælder ikke længere, men opgørelsen viser, at der specielt i aldersgruppen fra 75 år og op mangler registreringer, og samlet set er det årsag til af de manglende indberetninger. Fra DBCG's side vil der som følge af denne observation blive rettet fornyet henvendelse til afdelingerne og gjort opmærksom på, at alle patienter skal indberettes uanset alder og uanset om der er foretaget operation eller ej.

Indikator 7: Indberetning til DBCG register - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2008.
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie).

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.

Indikatorpopulationen er indskrænket til patienter i højrisikogruppen. Indikatoren er bestemt for patienter mellem 20 og 75 år opereret i 2006 og 2007, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Disse kriterier opfyldes af 4799 patienter, men af dem er 397 ikke i protokol og 49 behandles efter lavrisiko-protokollen, hvilket betyder at de allerede fra starten ikke får den anbefalede behandling og ikke følges med indberetning af medicinsk behandling. De udelades og indikatorpopulationen består herefter af 4352 patienter.

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

Patienter for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning er henført til den samarbejdende onkologiske afdeling. For patienter opereret i Ringsted kan det ikke afgøres om den samarbejdende onkologiske afdeling er Roskilde eller Næstved. Disse patienter er alene henført til Onkologisk afdeling i Næstved. Dette betyder at andelen af ikke-indberettede bliver overestimeret i Næstved og underestimeret i Roskilde mens indikatorværdien ikke påvirkes.

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højrisiko-gruppen efter årstal og protokol.

Højrisiko-patienter indberetning af flow vs protokol		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
	protokol					
2006	B yngre* R+/?	108	(22.5)	371	(77.4)	479
	C ældre* R+/?	331	(28.9)	813	(71.0)	1144
	D, R-	113	(31.7)	243	(68.2)	356
	Ubestemt	15	(88.2)	2	(11.7)	17
2007	B yngre* R+/?	226	(25.1)	674	(74.8)	900
	C ældre* R+/?	493	(52.0)	455	(47.9)	948
	D, R-	194	(38.2)	313	(61.7)	507
	Ubestemt	1	(100.0)	.	.	1
Alle		1481	(34.0)	2871	(65.9)	4352

* 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 højrisko-gruppen efter årstal og behandelende afdeling.

Højrisko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2006	RIGSHOSPITALET	65	(27.3)	173	(72.6)	238
	HERLEV	37	(16.8)	183	(83.1)	220
	HILLERØD	31	(20.2)	122	(79.7)	153
	ROSKILDE*	.	.	114	(100.0)	114
	NÆSTVED*	173	(72.9)	64	(27.0)	237
	RØNNE	.	.	16	(100.0)	16
	ODENSE	87	(54.7)	72	(45.2)	159
	SØNDERBORG	11	(12.9)	74	(87.0)	85
	ESBJERG	40	(57.1)	30	(42.8)	70
	VEJLE	33	(23.7)	106	(76.2)	139
	HERNING	9	(10.4)	77	(89.5)	86
	ÅRHUS	23	(11.5)	177	(88.5)	200
	VIBORG	13	(16.8)	64	(83.1)	77
	AALBORG	45	(22.2)	157	(77.7)	202
	2007	RIGSHOSPITALET	102	(40.6)	149	(59.3)	251
HERLEV		104	(36.2)	183	(63.7)	287
HILLERØD		59	(31.0)	131	(68.9)	190
ROSKILDE*		1	(1.2)	79	(98.7)	80
NÆSTVED*		210	(70.0)	90	(30.0)	300
RØNNE		.	.	23	(100.0)	23
ODENSE		79	(51.2)	75	(48.7)	154
SØNDERBORG		30	(32.2)	63	(67.7)	93
ESBJERG		37	(41.5)	52	(58.4)	89
VEJLE		82	(41.8)	114	(58.1)	196
HERNING		25	(26.3)	70	(73.6)	95
ÅRHUS		65	(26.2)	183	(73.7)	248
VIBORG		43	(38.3)	69	(61.6)	112
AALBORG		77	(32.3)	161	(67.6)	238
Alle		1481	(34.0)	2871	(65.9)	4352

* Patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning er alene henført til Næstved.

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højrisiko-gruppen efter årstal og aldersgruppe.

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr alder		Registrering af medicinsk behandling				Alle N
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	
	alder					
2006	<=34 år	13	(29.5)	31	(70.4)	44
	35-39 år	22	(32.3)	46	(67.6)	68
	40-49 år	96	(25.7)	277	(74.2)	373
	50-59 år	175	(29.8)	412	(70.1)	587
	60-69 år	199	(28.2)	506	(71.7)	705
	70-74 år	53	(27.4)	140	(72.5)	193
	75 + år	9	(34.6)	17	(65.3)	26
2007	<=34 år	13	(26.5)	36	(73.4)	49
	35-39 år	24	(28.2)	61	(71.7)	85
	40-49 år	114	(26.4)	317	(73.5)	431
	50-59 år	179	(27.2)	479	(72.7)	658
	60-69 år	404	(50.0)	404	(50.0)	808
	70-74 år	147	(53.2)	129	(46.7)	276
	75 + år	33	(67.3)	16	(32.6)	49
Alle		1481	(34.0)	2871	(65.9)	4352

Indikator 8: Indikatorværdi for 2006-2007 efter protokol. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Allokering for højrisikogruppe vs protokol		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
	protokol					
2006	B yngre* R+/?	24	(6.4)	347	(93.5)	371
	C ældre* R+/?	23	(2.8)	790	(97.1)	813
	D, R-	71	(29.2)	172	(70.7)	243
	Ubestemt	2	(100.0)	.	.	2
	Subtotal, 2006	120	(9.2)	1309	(91.6)	1429
2007	B yngre* R+/?	5	(0.7)	670	(99.2)	675
	C ældre* R+/?	47	(10.3)	409	(89.6)	456
	D, R-	17	(5.4)	296	(94.5)	313
	Subtotal, 2007	69	(5.3)	1375	(96.2)	1444
Alle		189	(6.5)	2684	(93.4)	2873

* 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.

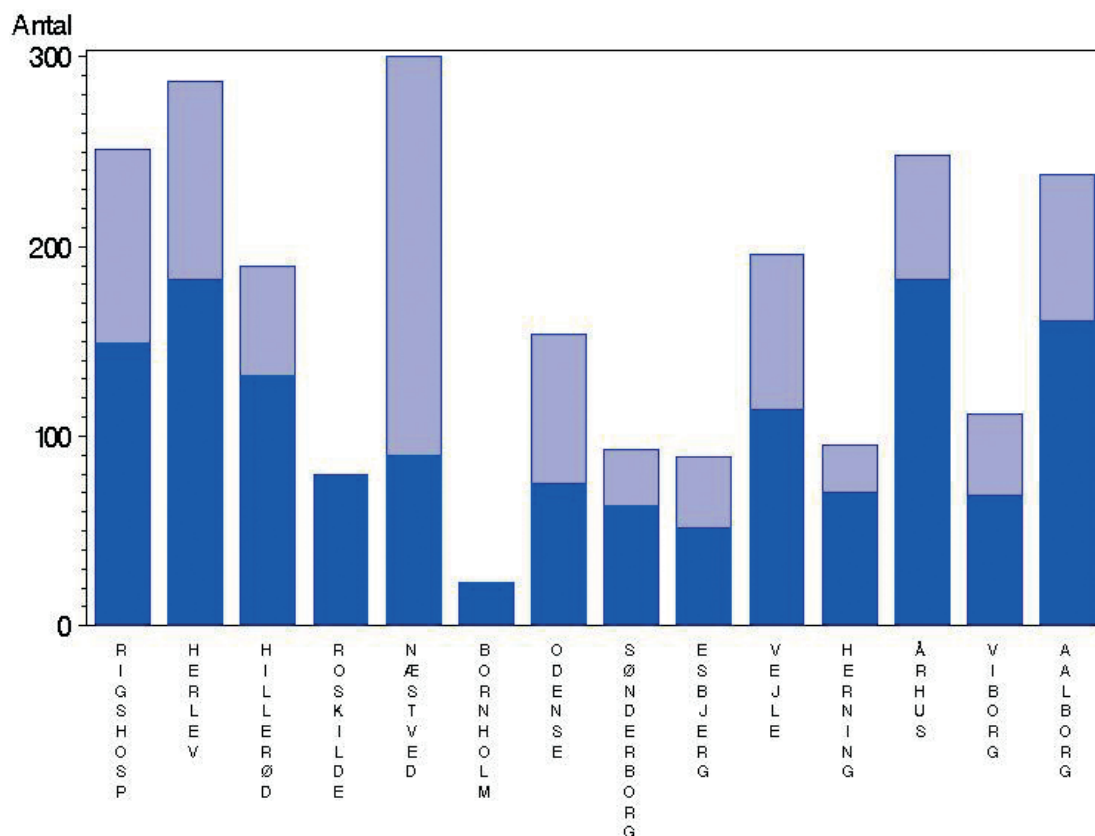
Indikator 8: Indikatorværdi efter alder i 2006-2007. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Allokering for højrisikogruppe vs alder		Indikator 8				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
	alder					
2006	<=34 år	8	(25.8)	23	(74.1)	31
	35-39 år	6	(13.0)	40	(86.9)	46
	40-49 år	23	(8.3)	254	(91.6)	277
	50-59 år	45	(10.9)	367	(89.0)	412
	60-69 år	34	(6.7)	472	(93.2)	506
	70-74 år	3	(2.1)	137	(97.8)	140
	75 + år	1	(5.8)	16	(94.1)	17
	Subtotal, 2006	120	(9.2)	1309	(91.6)	1429
2007	<=34 år	.	.	36	(100.0)	36
	35-39 år	2	(3.2)	59	(96.7)	61
	40-49 år	7	(2.2)	311	(97.7)	318
	50-59 år	13	(2.7)	466	(97.2)	479
	60-69 år	37	(9.1)	368	(90.8)	405
	70-74 år	9	(6.9)	120	(93.0)	129
	75 + år	1	(6.2)	15	(93.7)	16
	Subtotal, 2007	69	(5.3)	1375	(96.2)	1444
Alle		189	(6.5)	2684	(93.4)	2873

Indikator 8: Indikatorværdi per onkologisk afdeling for 2006-2007. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

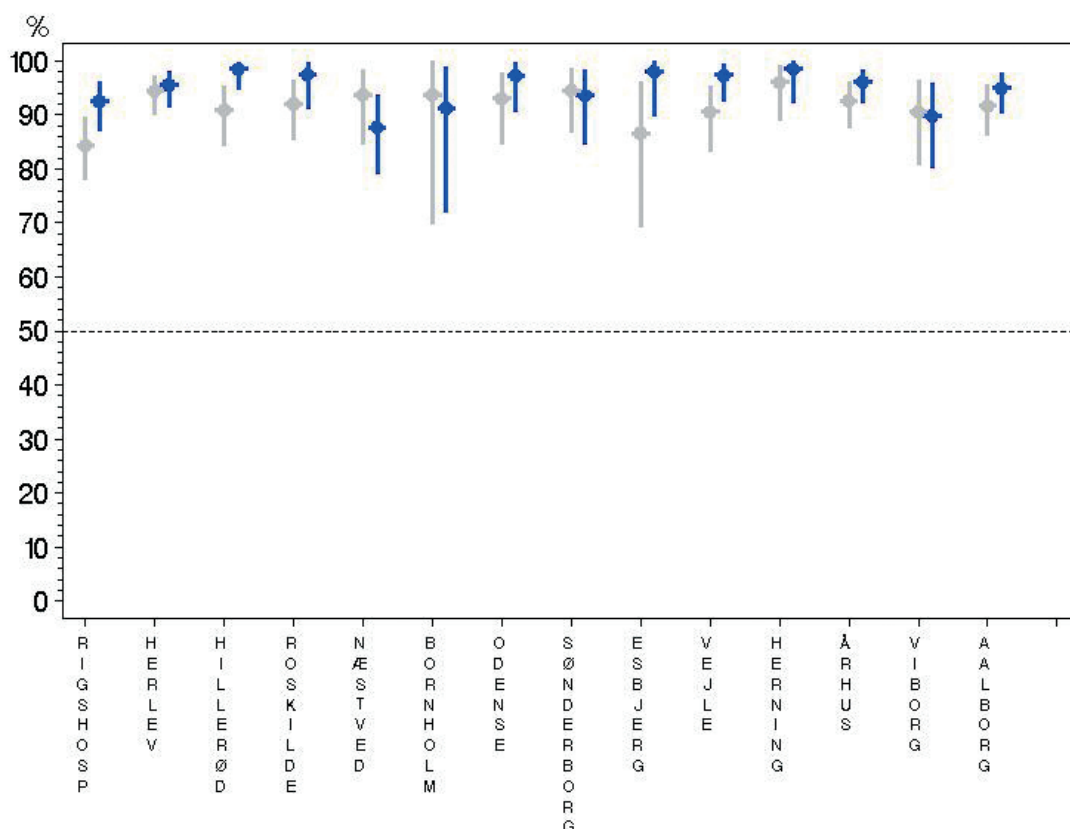
Allokering for højrisikogruppen vs onkologiske afd. aktive i 2008	Indikator 8				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	38	(11.8)	284	(88.1)	322
HERLEV	18	(4.9)	348	(95.0)	366
HILLERØD	13	(5.1)	241	(94.8)	254
ROSKILDE	11	(5.6)	183	(94.3)	194
NÆSTVED	15	(9.7)	139	(90.2)	154
RØNNE	3	(7.6)	36	(92.3)	39
ODENSE	7	(4.7)	140	(95.2)	147
SØNDERBORG	8	(5.8)	129	(94.1)	137
ESBJERG	5	(6.0)	77	(93.9)	82
VEJLE	13	(5.9)	207	(94.0)	220
HERNING	4	(2.7)	143	(97.2)	147
ÅRHUS	20	(5.5)	340	(94.4)	360
VIBORG	13	(9.7)	120	(90.2)	133
AALBORG	21	(6.6)	297	(93.3)	318
Alle	189	(6.5)	2684	(93.4)	2873

Indikator 8: Højrisko-patienter i adjuverende onkologisk behandling



Antal patienter per onkologisk afdeling i 2007: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006 og 2007, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Bemærk at patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning alene er henført til Næstved.

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur). Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006 og 2007, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling.

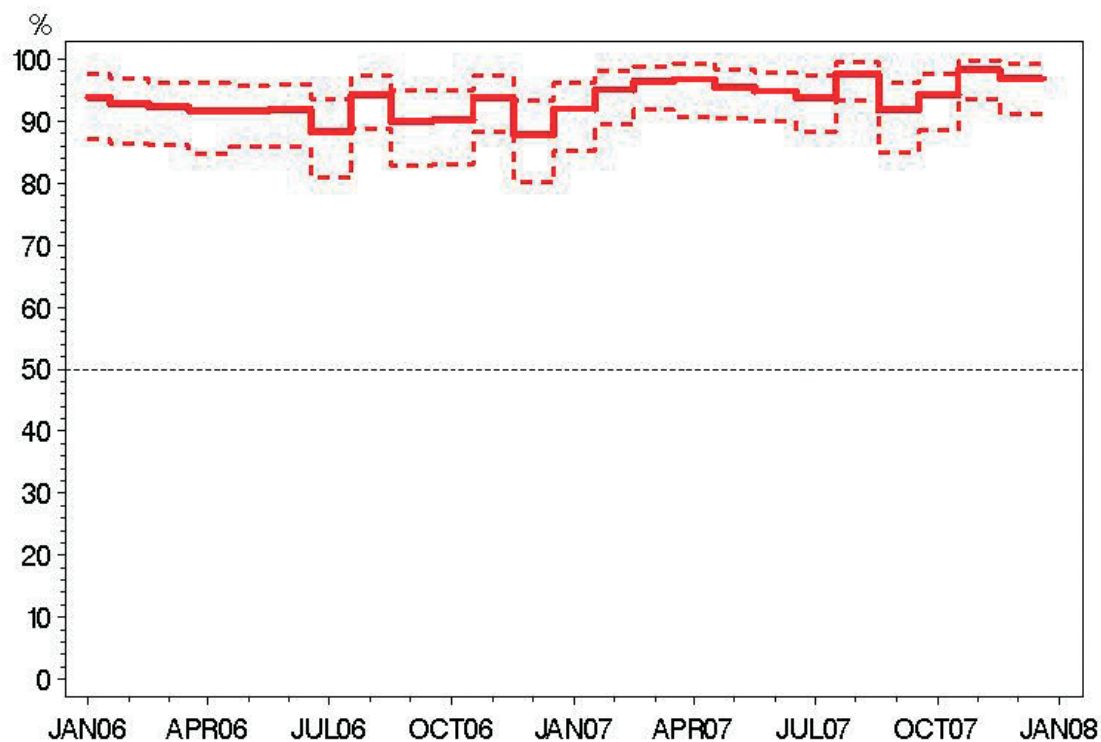
Kommentar

Det fremgår, at de patienter tilhørende højrisikogruppen, der er indberettet til databasen, i stor udstrækning får adjuverende behandling jf. de gældende retningslinier. Der er ikke fastlagt nogen referenceværdi for denne indikator, men en andel på 93%, der opfylder kravet må anses for umiddelbart tilfredsstillende.

Imidlertid afsløres det ved en nærmere granskning af data, at grundlaget for fastlæggelse af indikatorværdien hviler på en indberetning af kun ca. 2/3 af det samlede materiale. Dette på trods af, at der kun er medtaget patienter, der er opereret i 2006 og 2007. Dette er foruroligende lavt og ikke acceptabelt.

Problemet har været drøftet på et møde i DBCG's forretningsudvalg i august 2009, og der er der besluttet, at der skal ydes en særlig indsats for at sikre, at alle relevante behandlingsforløb indberettes rettidigt. I første omgang er det planlagt at skaffe midler til, at DBCG's sekretariat sender en medarbejder ud for at bistå med indberetningen af gamle data. På sigt forventes dette problem løst, når alle indberetninger kan og skal foretages elektronisk.

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling - ALLE SYGEHUSE



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle onkologiske afdelinger i perioden 2006-2007. Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006 og 2007, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling.

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).

Til denne indikator er der medtaget patienter, der er opereret fra 1999 til 2008, idet det handler om 10 års follow-up. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisikopatienter. Indikatoren opgøres kun for patienter mellem 20 og 75 år, 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 2006-2008 (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. 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 1/2 år efter operationen eller hvis patienten er opereret for mindre end 1/2 år siden. Det betyder at næsten halvdelen af 2008 falder ud af bedømmelsen.

Desværre er DBCG sekretariatet pga. af personalemangel ca. 4-5 måneder forsinket med at taste flowskemaer, så en del af de manglende flow kan skyldes dette og skal derfor ikke lægges afdelingerne til last. Højrisiko-patienter for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning er henført til den samarbejdende onkologiske afdeling.

De viste figurer inkluderer patienter opereret fra 1999 til 2007.

Højrisiko-patienter

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 1999-2008 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	%	N
B yngre*, R+/?	1468	(30.0)	3421	(69.9)	4889
C ældre*, R+/?	3479	(37.6)	5770	(62.3)	9249
D post/ 60+	1417	(34.8)	2648	(65.1)	4065
Alle	6364	(34.9)	11839	(65.0)	18203

* 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 1999-2008 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	%	N
<=34 år	126	(30.4)	288	(69.5)	414
35-39 år	234	(31.8)	501	(68.1)	735
40-49 år	1060	(30.5)	2409	(69.4)	3469
50-59 år	1960	(33.0)	3966	(66.9)	5926
60-69 år	2227	(38.2)	3588	(61.7)	5815
70-74 år	651	(39.7)	988	(60.2)	1639
75 + år	106	(51.7)	99	(48.2)	205
Alle	6364	(34.9)	11839	(65.0)	18203

Indikator 9: Højrisko-patienter opereret 1999-2008 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		Alle
	N	%	N	%	N
1999	458	(36.1)	808	(63.8)	1266
2000	543	(37.0)	923	(62.9)	1466
2001	602	(35.8)	1079	(64.1)	1681
2002	615	(31.0)	1365	(68.9)	1980
2003	501	(26.0)	1421	(73.9)	1922
2004	555	(28.6)	1384	(71.3)	1939
2005	645	(32.3)	1350	(67.6)	1995
2006	716	(36.1)	1267	(63.8)	1983
2007	901	(38.2)	1455	(61.7)	2356
2008	828	(51.2)	787	(48.7)	1615
Alle	6364	(34.9)	11839	(65.0)	18203

Indikator 9: Højrisiko-patienter 1999-2008 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Højrisiko patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		Alle
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	777	(36.1)	1370	(63.8)	2147
HERLEV	642	(32.6)	1325	(67.3)	1967
HILLERØD	381	(28.7)	943	(71.2)	1324
ROSKILDE	409	(44.6)	506	(55.3)	915
RINGSTED*	712	(67.1)	349	(32.8)	1061
NÆSTVED	329	(47.3)	366	(52.6)	695
RØNNE	20	(13.6)	126	(86.3)	146
ODENSE	863	(54.6)	715	(45.3)	1578
SØNDERBORG	179	(21.9)	636	(78.0)	815
ESBJERG	342	(46.3)	396	(53.6)	738
VEJLE	537	(34.7)	1008	(65.2)	1545
HERNING	142	(17.6)	664	(82.3)	806
ÅRHUS	402	(20.2)	1584	(79.7)	1986
VIBORG	167	(21.6)	604	(78.3)	771
AALBORG	462	(27.0)	1247	(72.9)	1709
Alle	6364	(34.9)	11839	(65.0)	18203

* 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 er patienter der ifølge guidelines skulle behandles i protokol D men p.gr.a. høj alder eller komorbiditet følger protokol A.

Indikatorværdi for indikator 9: Højrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 1999-2008.

Indikatorværdi for at gennemføre DBCG kontrolprogram per afdeling	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	57%	61%	66%	70%	77%	72%	59%	61%	60%	46%
HERLEV	62%	52%	53%	65%	66%	82%	77%	78%	64%	58%
HILLERØD	70%	59%	63%	67%	75%	76%	79%	72%	70%	81%
ROSKILDE	29%	24%	33%	43%	38%	57%	69%	79%	96%	100%
RINGSTED*	84%	85%	80%	74%	83%	63%	21%	8%	8%	2%
NÆSTVED	39%	43%	39%	44%	32%	32%	68%	91%	97%	100%
RØNNE	62%	100%	95%	83%	87%	82%	100%	63%	100%	100%
ODENSE	32%	38%	39%	53%	81%	49%	36%	31%	47%	40%
SØNDERBORG	73%	52%	83%	75%	89%	91%	89%	87%	68%	57%
ESBJERG	61%	63%	59%	59%	54%	58%	46%	37%	56%	45%
VEJLE	70%	71%	72%	77%	74%	65%	69%	68%	57%	33%
HERNING	91%	90%	94%	77%	86%	83%	82%	78%	73%	77%
ÅRHUS	82%	77%	73%	80%	86%	90%	86%	84%	77%	64%
VIBORG	70%	88%	77%	79%	91%	95%	79%	83%	64%	51%
AALBORG	79%	79%	80%	82%	84%	70%	78%	73%	68%	45%
Alle	64%	63%	64%	69%	74%	71%	68%	64%	62%	49%

* 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 er patienter der ifølge guidelines skulle behandles i protokol D men p.gr.a. høj alder eller komorbiditet følger protokol A.

Lavrisiko-patienter

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 1999-2008 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	%	N
A lavrisiko	1237	(27.6)	3235	(72.3)	4472
Alle	1237	(27.6)	3235	(72.3)	4472

Gennemførelsen af DBCG kontrolprogram er lidt højere for lavrisiko-patienterne end for højrisiko-patienterne. For lavrisiko-patienterne afhænger gennemførelsen ikke af behandlingsprotokol.

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 1999-2008 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	%	N
<=34 år	3	(60.0)	2	(40.0)	5
35-39 år	22	(27.5)	58	(72.5)	80
40-49 år	159	(23.6)	513	(76.3)	672
50-59 år	366	(25.7)	1056	(74.2)	1422
60-69 år	418	(26.9)	1134	(73.0)	1552
70-74 år	241	(35.5)	437	(64.4)	678
75 + år	28	(44.4)	35	(55.5)	63
Alle	1237	(27.6)	3235	(72.3)	4472

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 1999-2008 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				Alle N
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
1999	260	(42.3)	354	(57.6)	614
2000	161	(35.5)	292	(64.4)	453
2001	118	(29.3)	284	(70.6)	402
2002	98	(25.5)	286	(74.4)	384
2003	95	(22.0)	335	(77.9)	430
2004	73	(17.2)	349	(82.7)	422
2005	63	(15.8)	334	(84.1)	397
2006	75	(15.3)	413	(84.6)	488
2007	142	(25.8)	407	(74.1)	549
2008	152	(45.6)	181	(54.3)	333
Alle	1237	(27.6)	3235	(72.3)	4472

Indikator 9: Lavrisiko-patienter 1999-2008 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

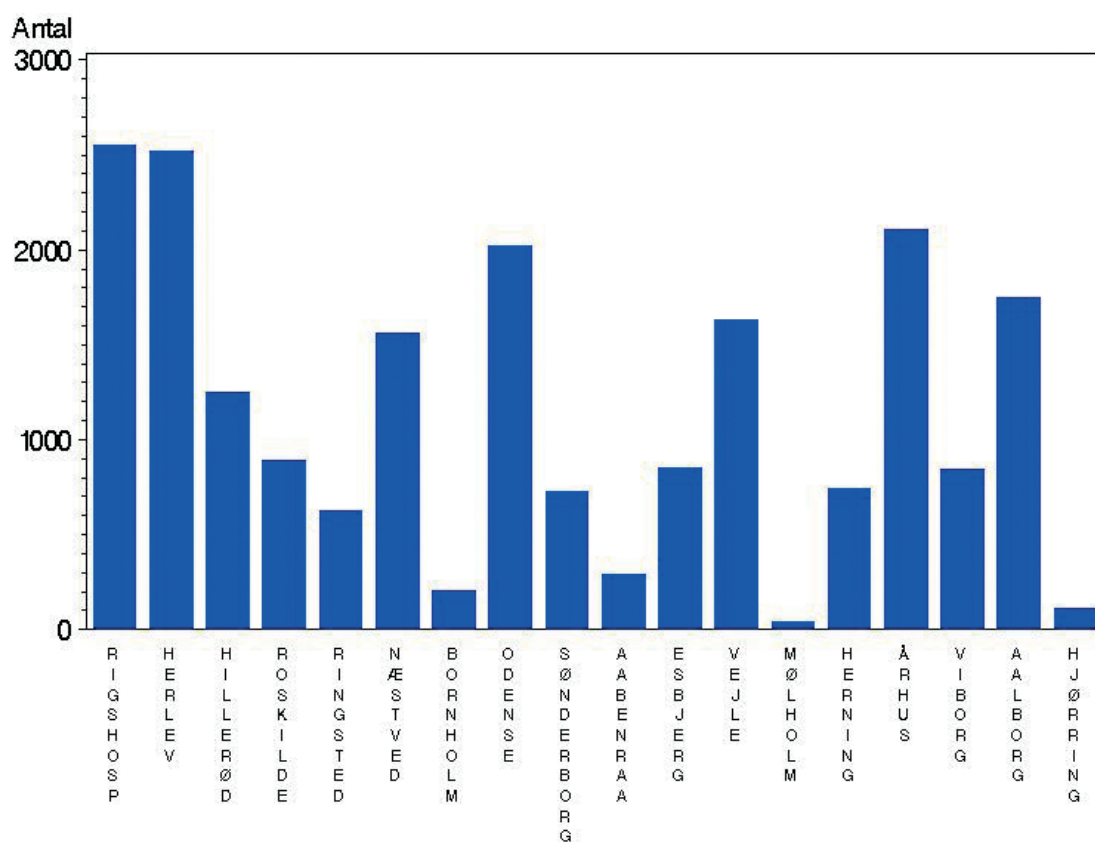
Lavrisiko-patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		Alle
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	154	(24.9)	463	(75.0)	617
HERLEV	425	(52.2)	388	(47.7)	813
RINGSTED	148	(22.1)	519	(77.8)	667
RØNNE	10	(16.3)	51	(83.6)	61
ODENSE	104	(17.8)	479	(82.1)	583
AABENRÅ	53	(16.9)	260	(83.0)	313
ESBJERG	35	(16.3)	179	(83.6)	214
VEJLE	73	(22.8)	246	(77.1)	319
ÅRHUS	97	(27.0)	262	(72.9)	359
VIBORG	29	(18.4)	128	(81.5)	157
AALBORG	82	(33.3)	164	(66.6)	246
HJØRRING	27	(21.9)	96	(78.0)	123
Alle	1237	(27.6)	3235	(72.3)	4472

Indikatorværdi for indikator 9: Lavrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 1999-2008.

Indikatorværdi for at gennemføre DBCG kontrolprogram per afdeling	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	68%	77%	67%	71%	89%	83%	74%	83%	75%	61%
HERLEV	16%	25%	44%	57%	53%	68%	72%	81%	65%	46%
RINGSTED	73%	76%	71%	76%	70%	89%	89%	87%	81%	44%
RØNNE	100%	50%	67%	67%	87%	100%	86%	91%	100%	.
ODENSE	66%	80%	82%	72%	89%	90%	93%	88%	89%	66%
AABENRÅ	80%	66%	95%	92%	94%	91%	100%	89%	71%	68%
ESBJERG	82%	79%	81%	79%	75%	84%	90%	100%	93%	83%
VEJLE	69%	69%	61%	67%	72%	72%	88%	86%	89%	97%
ÅRHUS	74%	88%	66%	87%	77%	86%	79%	84%	58%	12%
VIBORG	83%	75%	83%	100%	93%	76%	95%	88%	69%	67%
AALBORG	88%	80%	83%	79%	72%	85%	76%	64%	41%	17%
HJØRRING	100%	88%	88%	85%	82%	100%	100%	89%	56%	21%
Alle	58%	64%	71%	74%	78%	83%	84%	85%	74%	54%

Alle patienter, figurer

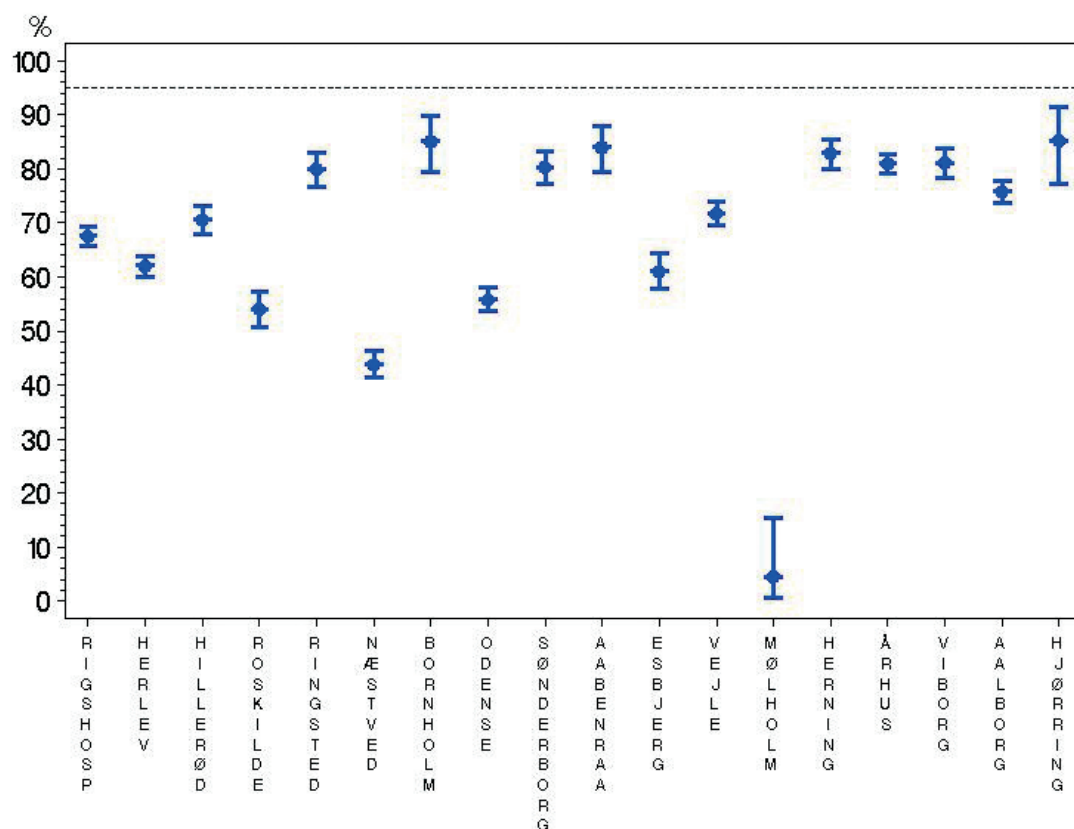
Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram



Antal patienter per afdeling i perioden 1999-2007: 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.

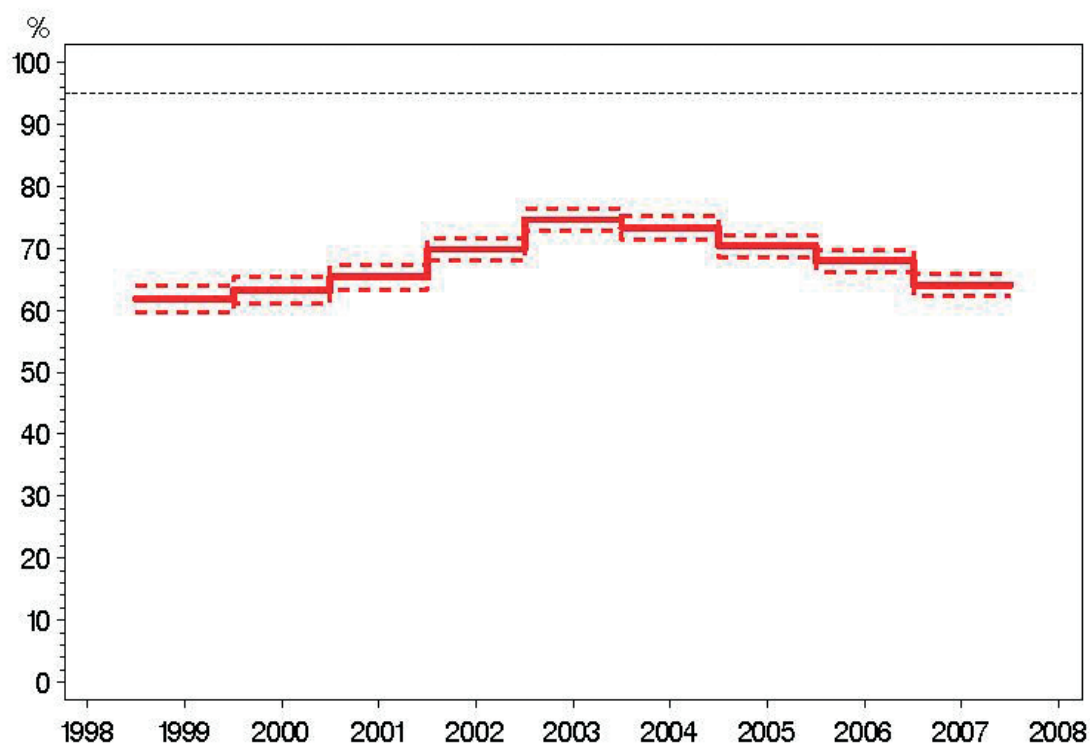
Den gennemsnitlige indikatorværdi for alle patienter er 66.5%.

Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram



Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1999-2007. 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: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram - ALLE SYGEHUSE

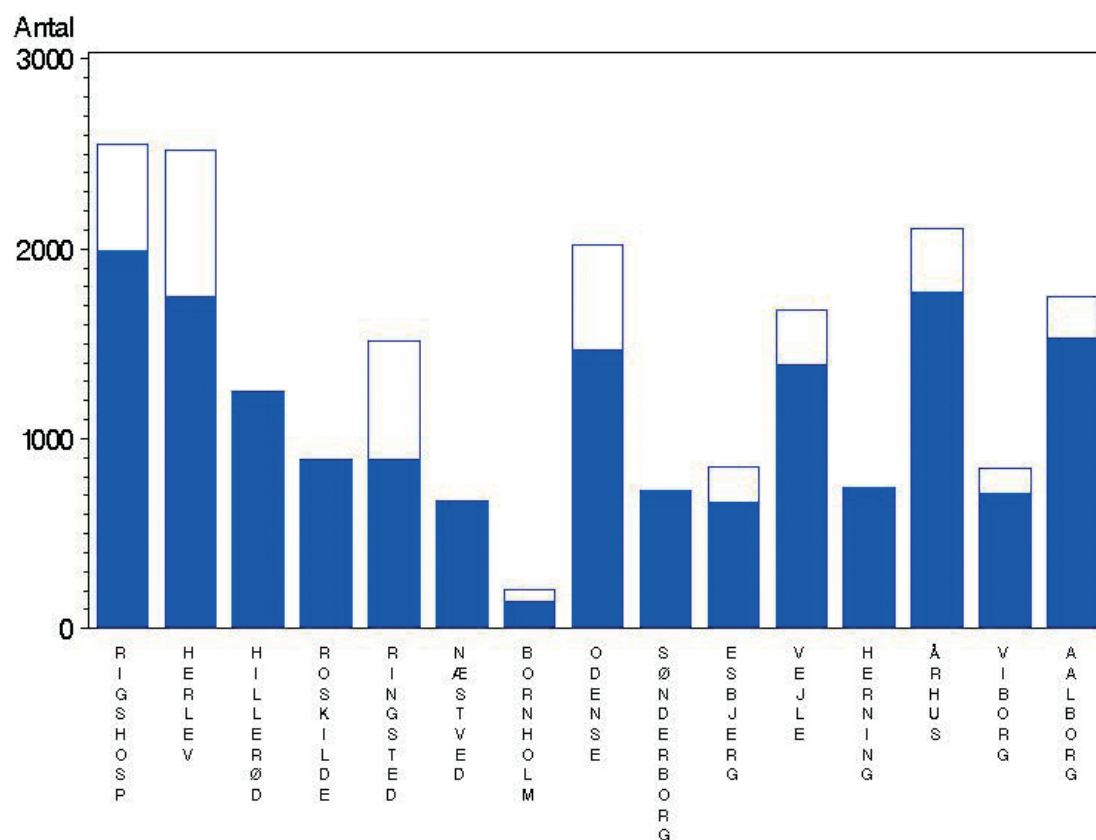


Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 1999-2007.

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.

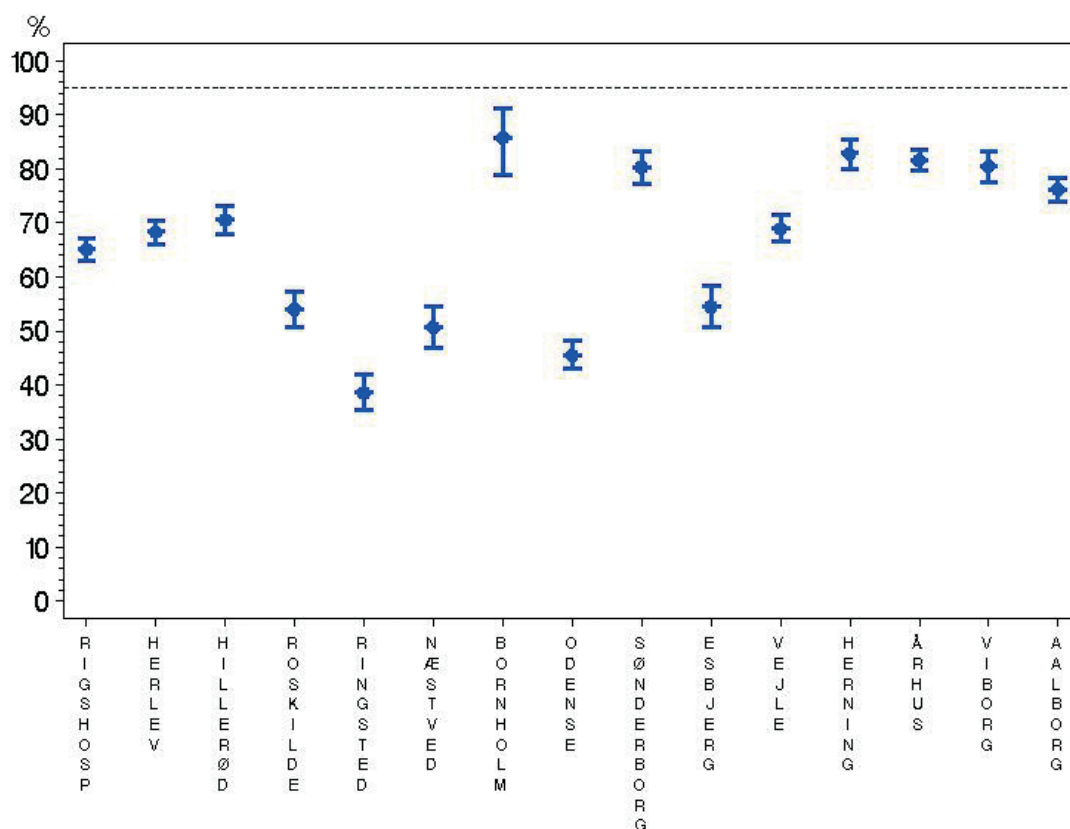
Højrisiko-patienter, figurer

Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram



Antal patienter per afdeling i perioden 1999-2007: 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. 78 % af patienterne i perioden 1999-2007 er med i beregningen af denne indikator.

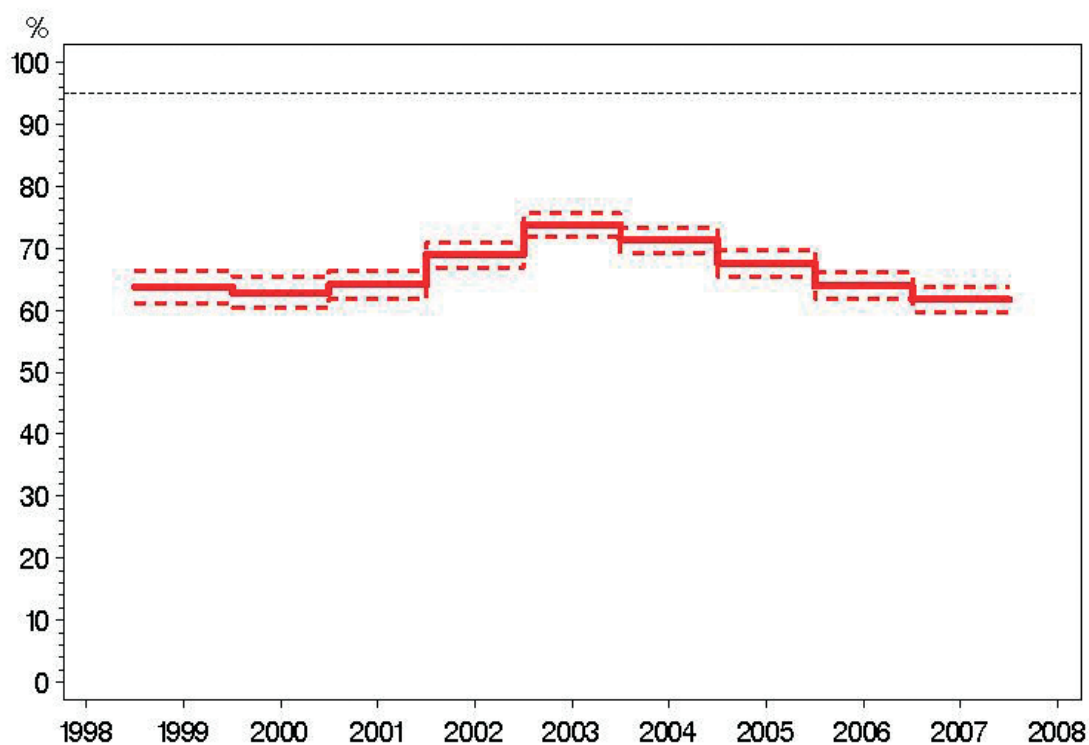
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram



Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1999-2007.

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.

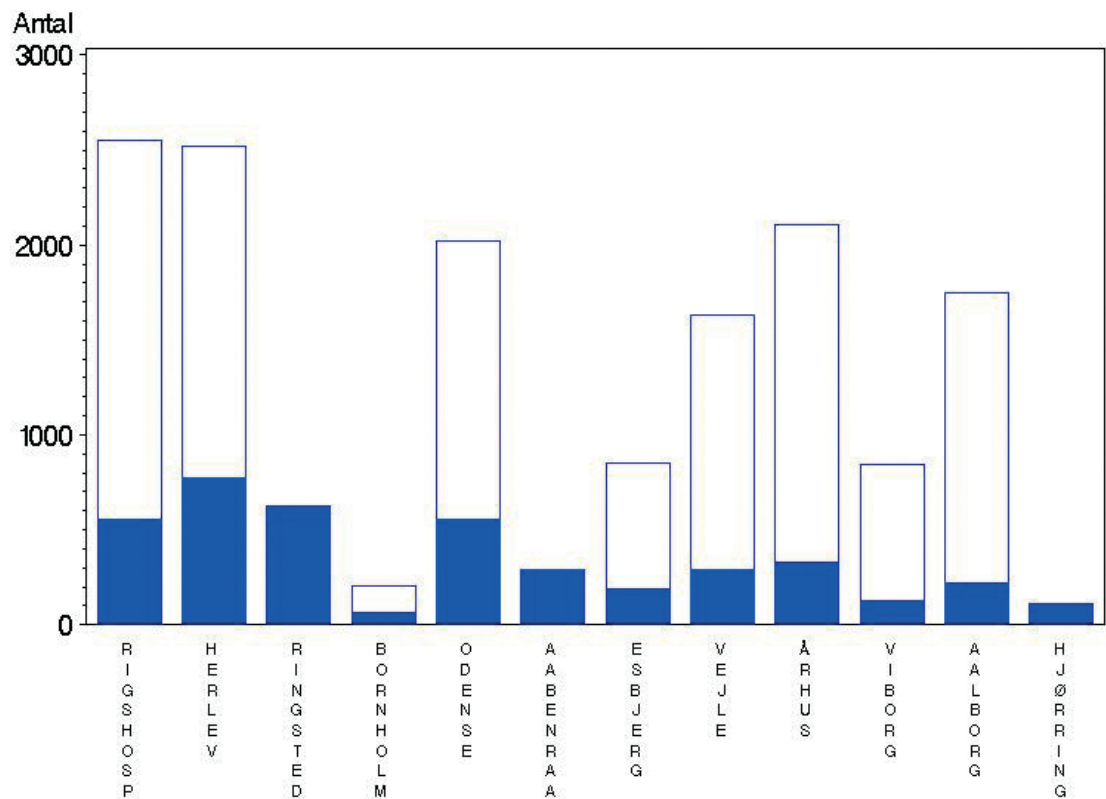
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram - ALLE SYGEHUSE



Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 1999-2007.
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.

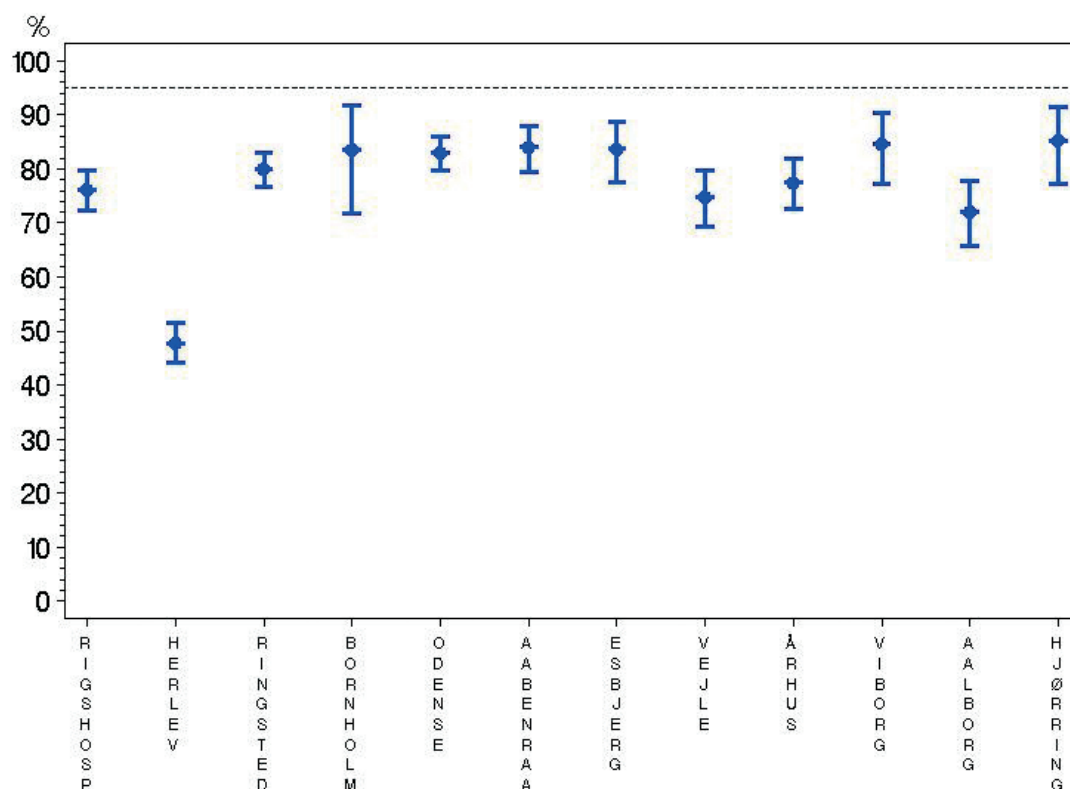
Lavrisko-patienter, figurer

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram



Antal patienter per afdeling i perioden 1999-2007: 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. 22 % af patienterne i perioden 1999-2007 er med i beregningen af denne indikator.

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram

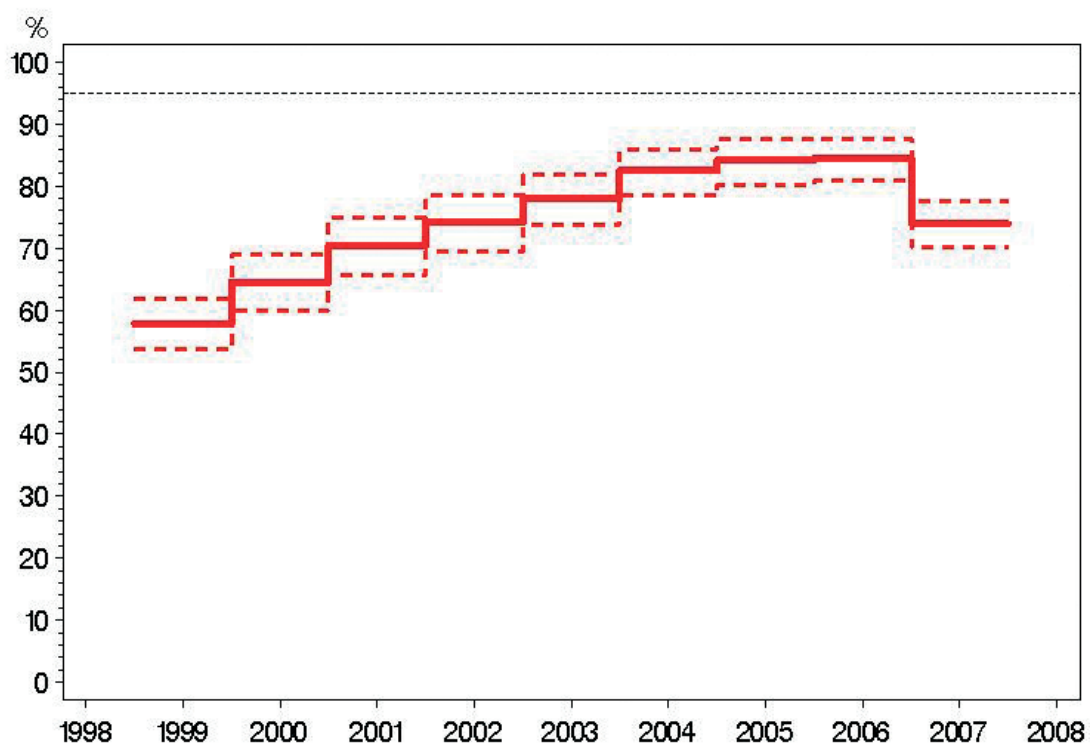


Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1999-2007. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Kommentar

For denne indikators vedkommende er der fortsat stor afstand imellem de faktiske målte værdier og referenceværdien på 95%. Samlet set er det kun 67% af patienterne opereret i perioden 1998-2007, der følges op svarende til rekommandationerne fra DBCG, og andelen aftager jo længere tid, der går efter operationen. Dette resultat må betegnes som helt utilfredsstillende. I sidste årsrapport konkluderedes det, at det bør overvejes om kontrolforløbene kan gøres mindre omfattende og mere strømlinede, uden at det går ud over den samlede kvalitet af opfølgningen. Det er der nu en arbejdsgruppe under DBCG, der vurderer. Indtil resultatet af deres overvejelser og formentlig ændrede guidelines på dette område foreligger, er det svært at forholde sig til dette resultat, der tydeligt afspejler, at der ikke er opbakning til de gældende DBCG-retningslinjer på området.

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram - ALLE SYGEHUSE



Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 1999-2007. 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 mellem 20 og 75 år med primært, invasivt karcinom (IBC, kode C50), som udvikler lokalt recidiv (mammarecidiv) efter brystbevarende terapi (lumpektomi, aksildissektion, node-positive, stråleterapi) inden for 5 år efter tidspunkt for efter operation. Indikatoren opgøres kun for patienter der efter guidelines burde være i protokol.

Forekomst:

Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi er observeret hos 225 patienter opereret i perioden 1996-2008. Antallet af patienter behandlet med brystbevarende terapi i denne periode er 12827.

Beregning:

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

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

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

Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

Indikatorformat: Andel (procent). Angives som procentdel af patienter, der ikke har lokalt recidiv (\pm andre recidiver) som første sygdomsbegivenhed efter en given observationstid 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.

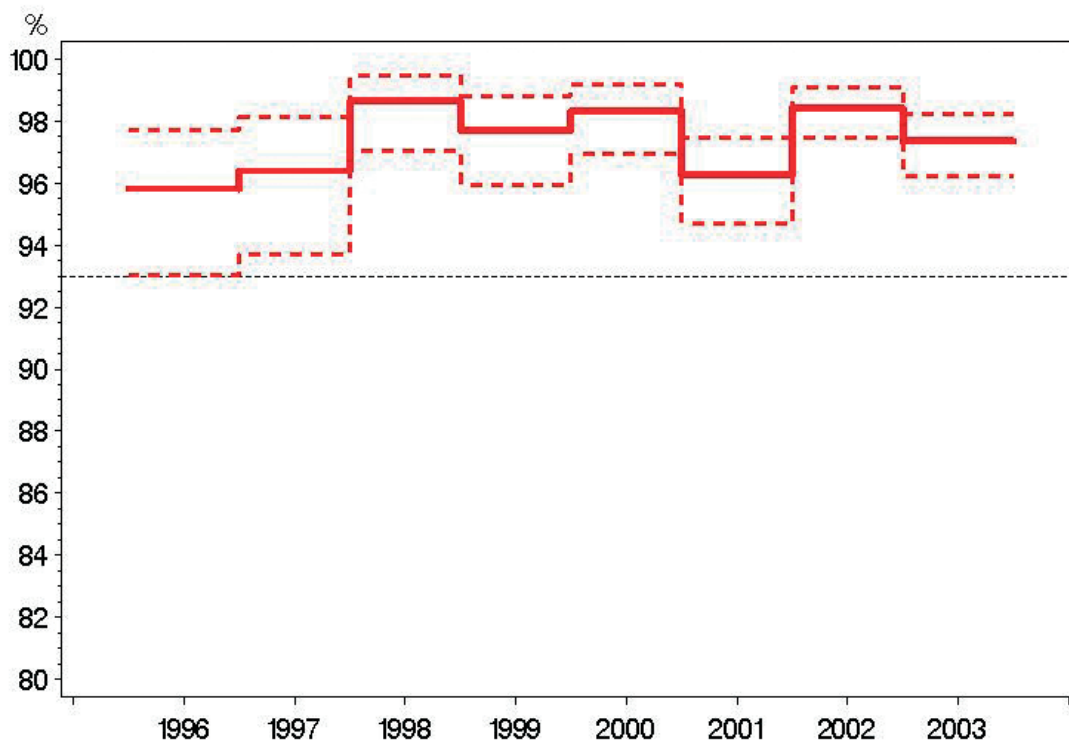
Første event for BCS opererede per operationsår.

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	20	(6.4)	43	(13.8)	230	(73.7)	19	(6.1)	312
1997	21	(6.9)	46	(15.2)	220	(72.6)	16	(5.3)	303
1998	15	(3.6)	63	(15.2)	315	(75.9)	22	(5.3)	415
1999	17	(3.6)	66	(14.0)	351	(74.5)	37	(7.9)	471
2000	16	(2.7)	60	(10.3)	470	(80.6)	37	(6.3)	583
2001	35	(4.4)	62	(7.8)	655	(82.2)	45	(5.6)	797
2002	20	(2.1)	96	(9.9)	806	(82.8)	51	(5.2)	973
2003	29	(2.8)	81	(7.7)	892	(84.8)	50	(4.8)	1052
2004	19	(1.6)	68	(5.8)	1024	(87.7)	57	(4.9)	1168
2005	19	(1.5)	54	(4.1)	1203	(92.1)	30	(2.3)	1306
2006	10	(0.7)	33	(2.3)	1387	(94.9)	32	(2.2)	1462
2007	4	(0.2)	12	(0.7)	1754	(97.9)	21	(1.2)	1791
2008	.	.	7	(0.3)	2177	(99.2)	10	(0.5)	2194
Alle	225	(1.8)	691	(5.4)	11484	(89.5)	427	(3.3)	12827

Indikator 10: Indikatorværdi per operationsår. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år.

Operationsår	Indikatorværdi
1996	95.8%
1997	96.4%
1998	98.6%
1999	97.7%
2000	98.3%
2001	96.3%
2002	98.4%
2003	97.4%

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi - ALLE SYGEHUSE



Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger med operationsår 1996-2003. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) efter 5 år.

Første event for BCS opererede 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	88	(2.2)	239	(6.0)	3531	(88.8)	117	(2.9)	3975
B yngre*, R+/?	28	(1.1)	93	(3.6)	2439	(93.9)	38	(1.5)	2598
C ældre*, R+/?	41	(0.9)	216	(5.0)	3897	(90.1)	169	(3.9)	4323
D post/ 60+	68	(3.5)	143	(7.4)	1617	(83.7)	103	(5.3)	1931
Alle	225	(1.8)	691	(5.4)	11484	(89.5)	427	(3.3)	12827

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

Indikator 10: Indikatorværdi per protokol. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år.

Protokol	Indikatorværdi
A lavrisiko	97.6%
B yngre*, R+/?	98.2%
C ældre*, R+/?	98.6%
D, R-	95.6%
Alle	97.7%

* 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 per kirurgisk afdeling.

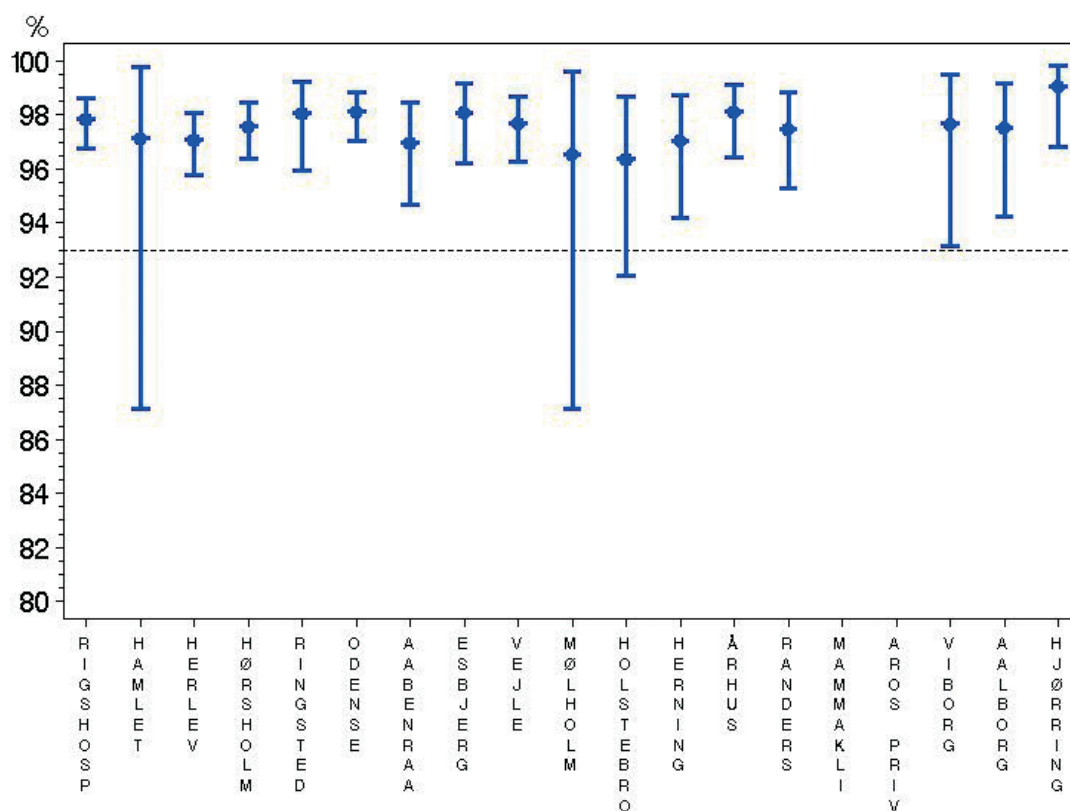
Lokalt recidiv for BCS opererede per afdeling	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	36	(2.2)	91	(5.5)	1472	(88.2)	69	(4.1)	1668
HAMLET	2	(2.6)	6	(7.8)	65	(84.4)	4	(5.2)	77
HERLEV	30	(1.9)	64	(4.0)	1450	(90.7)	54	(3.4)	1598
HØRSHOLM	26	(2.5)	73	(6.9)	917	(86.4)	45	(4.2)	1061
RINGSTED	8	(0.5)	33	(2.2)	1387	(94.5)	39	(2.7)	1467
ODENSE	26	(1.9)	91	(6.8)	1171	(87.5)	51	(3.8)	1339
AABENRÅ	11	(2.0)	15	(2.7)	507	(92.0)	18	(3.3)	551
ESBJERG	11	(1.8)	27	(4.4)	548	(89.5)	26	(4.2)	612
VEJLE	16	(1.5)	55	(5.1)	968	(90.2)	34	(3.2)	1073
MØLHOLM	2	(1.1)	9	(4.8)	172	(91.0)	6	(3.2)	189
HOLSTEBRO	6	(2.4)	16	(6.5)	224	(90.3)	2	(0.8)	248
HERNING	9	(2.8)	41	(12.7)	268	(83.2)	4	(1.2)	322
ÅRHUS	14	(2.0)	62	(8.8)	614	(86.7)	18	(2.5)	708
RANDERS	12	(1.9)	52	(8.3)	544	(86.3)	22	(3.5)	630
MAMMAKLINIK	.	.	.	.	25	(100.0)	.	.	25
AROS privhosp	.	.	.	.	15	(100.0)	.	.	15
VIBORG	4	(1.0)	12	(3.1)	369	(94.1)	7	(1.8)	392
AALBORG	8	(1.9)	19	(4.5)	381	(90.1)	15	(3.5)	423
HJØRRING	4	(0.9)	25	(5.8)	387	(90.2)	13	(3.0)	429
Alle	225	(1.8)	691	(5.4)	11484	(89.5)	427	(3.3)	12827

Indikator 10: Indikatorværdi per kirurgisk afdeling. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år.

Afdeling	Indikatorværdi
RIGSHOSPITALET	97.8%
HAMLET	97.1%
HERLEV	97.1%
HØRSHOLM	97.6%
RINGSTED	98.1%
ODENSE	98.1%
AABENRÅ	97.0%
ESBJERG	98.1%
VEJLE	97.7%
MØLHOLM	96.5%
HOLSTEBRO	96.4%
HERNING	97.1%
ÅRHUS	98.1%
RANDERS	97.5%
MAMMAKLINIK*	-
AROS privhosp*	-
VIBORG	97.7%
ÅLBORG	97.5%
HJØRRING	99.1%
ALLE	97.7%

* 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 1996-2008. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) 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 og AROS privathospital.

Første event for BCS opererede efter patienters alder ved operation.

Lokalt recidiv for BCS opererede per aldersgruppe	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv / anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=34 år	16	(7.1)	25	(11.1)	178	(79.1)	6	(2.7)	225
35-39 år	20	(5.0)	28	(7.0)	345	(85.8)	9	(2.2)	402
40-49 år	46	(1.9)	133	(5.6)	2163	(90.8)	40	(1.7)	2382
50-59 år	83	(1.9)	243	(5.5)	3915	(89.2)	150	(3.4)	4391
60-69 år	45	(1.0)	218	(5.0)	3900	(90.2)	163	(3.8)	4326
70-74 år	14	(1.4)	44	(4.4)	876	(88.6)	55	(5.6)	989
75 + år	1	(0.9)	.	.	107	(95.5)	4	(3.6)	112
Alle	225	(1.8)	691	(5.4)	11484	(89.5)	427	(3.3)	12827

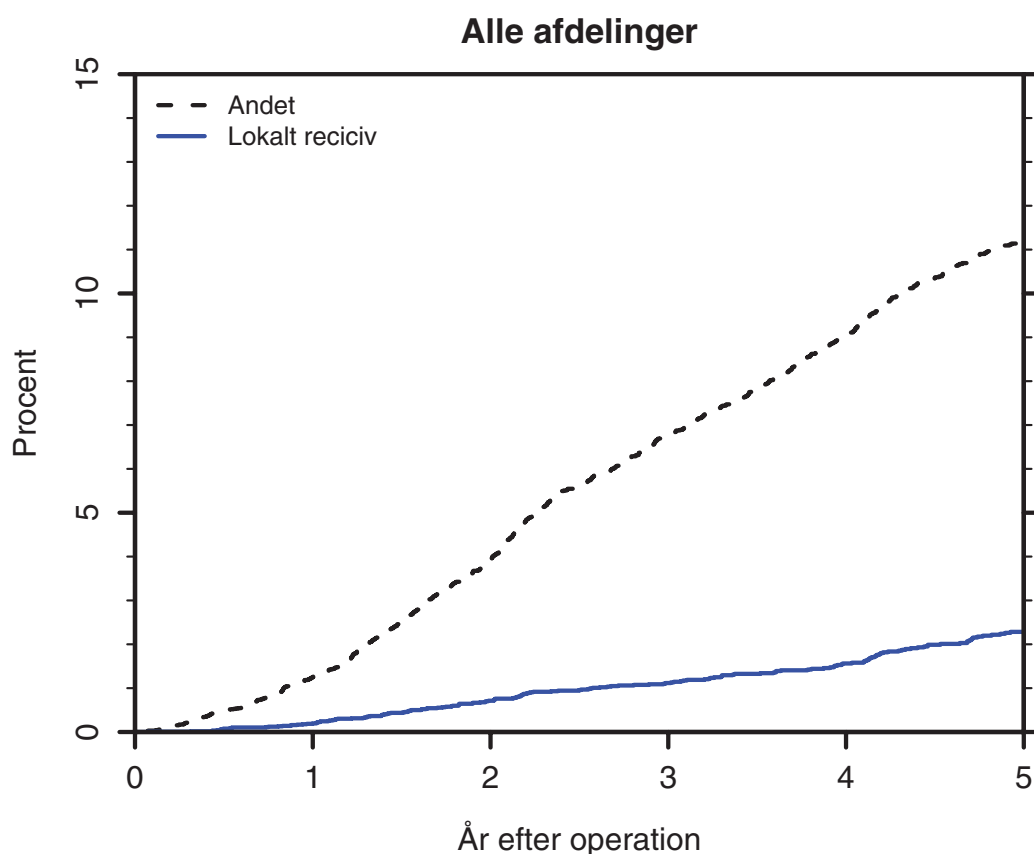
Indikator 10: Indikatorværdi per aldersgruppe. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år.

Alder	Indikatorværdi
<=34 år	89.2%
35-39 år	94.8%
40-49 år	97.8%
50-59 år	97.8%
60-69 år	98.4%
70-74 år	97.6%
75 + år	99.0%
ALLE	97.7%

Kommentar

Lokalrecidivfrekvensen efter BCT er uændret under 5% over fem år ved alle afdelinger, og dette resultat må fortsat anses for tilfredsstillende, og i overensstemmelse med de bedste internationale resultater. Som dog også bemærket i sidste årsrapport, så må øget anvendelse af brystbevarende kirurgi ikke ske på bekostning af en øget recidivhyppighed. I forbindelse med opgørelsen af indikator 6 i denne rapport har det vist sig, at der i det seneste år har været en vis tilbageholdenhed mht. at anvende brystbevarende operation hos de unge patienter. Resultaterne for indikator 10 understøtter denne tilbageholdenhed. Selvom der er tale om små talmaterialer, giver det anledning til bekymring, når det konstateres, at 5-11% af patienterne under 40 år i løbet af fem år efter operation kan forvente at få et lokalt recidiv med den dertil knyttede ringere chance for overlevelse på langt sigt^{4,5}. Hvorvidt der reelt er tale om tilbageholdenhed mht. brystbevarende operation hos unge patienter, eller det

beror på tilfældigheder, at der i 2008 har været en mindre andel, i disse aldersgrupper, kan ikke afgøres på baggrund af de foreliggende data. Det må derfor fortsat være genstand for øget opmærksomhed i de kommende opgørelser. Det falder i øjnene, at der i lavrisikogruppen (A) optræder flere cancerrelaterede hændelser i follow-up-perioden, end tilfældet er for de hormonreceptorpositive højriskogrupper (B og C). Det understreger behovet for, at der foretages en revision af risikogrupperingerne, som der også er lagt op til efter den seneste opdatering ved St Gallen konsensuskonferencen 2009. I DBCG er der allerede et arbejde i gang med henblik på dette, og det forventes, at nye risikokriterier vil blive besluttet indenfor den nærmeste fremtid.



Forekomst af lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) og konkurrerende sygdoms-begivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom eller død) efter brystbevarende terapi for alle afdelinger.

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

Indikatornavn: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer, i.e. blødning, sårinfektion og nekrose.

Beskrivelse: Andel af alle patienter registreret i DBCG, der ikke udvikler en eller flere af ovennævnte komplikationer inden for 30 dage efter brystkræftoperation.

Indikator 11 er beregnet på grundlag af udtræk fra LPR. For alle patienter opereret med brystkræft i 2008 uanset alder (n=4278) 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 293 diagnoser fordelt på 287 forskellige indlæggelsesdatoer for i alt 191 patienter. Alle fundne diagnoser ses i nedenstående tabel.

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 169 patienter (4%) der har en registreret komplikation indenfor 30 dage. De følgende tabeller viser sammenhæng mellem forekomst af kirurgiske komplikationer og de prognostiske faktorer.

Der foreligger ikke international konsensus om en referenceværdi for kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation.

Fundne diagnosekoder for kirurgiske komplikationer for 4278 patienter opereret i 2008.

Fundne diagnosekoder		2008	
		N	%
Diagnosekode	Beskrivelse	64	(21.8)
DT810	Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted		
DT810A	Haematoma in cicatrice	3	(1.0)
DT810B	Haematoma et haemorrhagia superficialis in vuln. operationis	1	(0.3)
DT810G	Postoperativ blødning	6	(2.0)
DT810H	Postoperativt hæmatom	6	(2.0)
DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	69	(23.5)
DT814A	Abscessus in cicatrice	9	(3.0)
DT814D	Sepsis postoperativa	1	(0.3)
DT814F	Infectio vulneris postoperativa	12	(4.0)
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	77	(26.2)
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion	42	(14.3)
DT814X	Anden postoperativ infektion	2	(0.6)
DT818	Komplikationer til indgreb ikke klassif andetsteds, andre	1	(0.3)
Alle		293	(100.0)

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

Antal patienter med kirurgiske komplikationer	Indikator 11				Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
2008	169	(3.9)	4109	(96.0)	4278
Alle	169	(3.9)	4109	(96.0)	4278

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs kirurgisk afdeling	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	19	(3.5)	521	(96.4)	540
HAMLET	.	.	33	(100.0)	33
HERLEV	46	(7.1)	600	(92.8)	646
HØRSHOLM	1	(1.8)	54	(98.1)	55
RINGSTED	47	(7.6)	571	(92.3)	618
ODENSE	4	(1.9)	201	(98.0)	205
AABENRÅ	2	(0.9)	220	(99.0)	222
ESBJERG	3	(1.4)	204	(98.5)	207
VEJLE	9	(2.9)	300	(97.0)	309
MØLHOLM	2	(4.2)	45	(95.7)	47
HOLSTEBRO	4	(3.9)	98	(96.0)	102
HERNING	1	(14.2)	6	(85.7)	7
ÅRHUS	8	(2.3)	326	(97.6)	334
RANDERS	7	(3.5)	191	(96.4)	198
MAMMAKLINIK	.	.	25	(100.0)	25
AROS privhosp	1	(3.5)	27	(96.4)	28
VIBORG	13	(5.0)	242	(94.9)	255
AALBORG	.	.	292	(100.0)	292
HJØRRING	2	(1.2)	153	(98.7)	155
All	169	(3.9)	4109	(96.0)	4278

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008 efter operationstype. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs operationstype	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
Operationstype					
Mastektomi	71	(4.5)	1501	(95.4)	1572
Lumpektomi	93	(3.8)	2325	(96.1)	2418
Ikke ifølge DBCG	5	(1.7)	283	(98.2)	288
Alle	169	(3.9)	4109	(96.0)	4278

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008 efter tumor størrelse. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs tumorsize (mm)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
Tumorstørrelse (mm)					
0-20	81	(3.4)	2296	(96.5)	2377
21-50	76	(5.2)	1365	(94.7)	1441
>50	5	(3.9)	123	(96.0)	128
Uoplyst	2	(3.9)	49	(96.0)	51
Alle	164	(4.1)	3833	(95.8)	3997

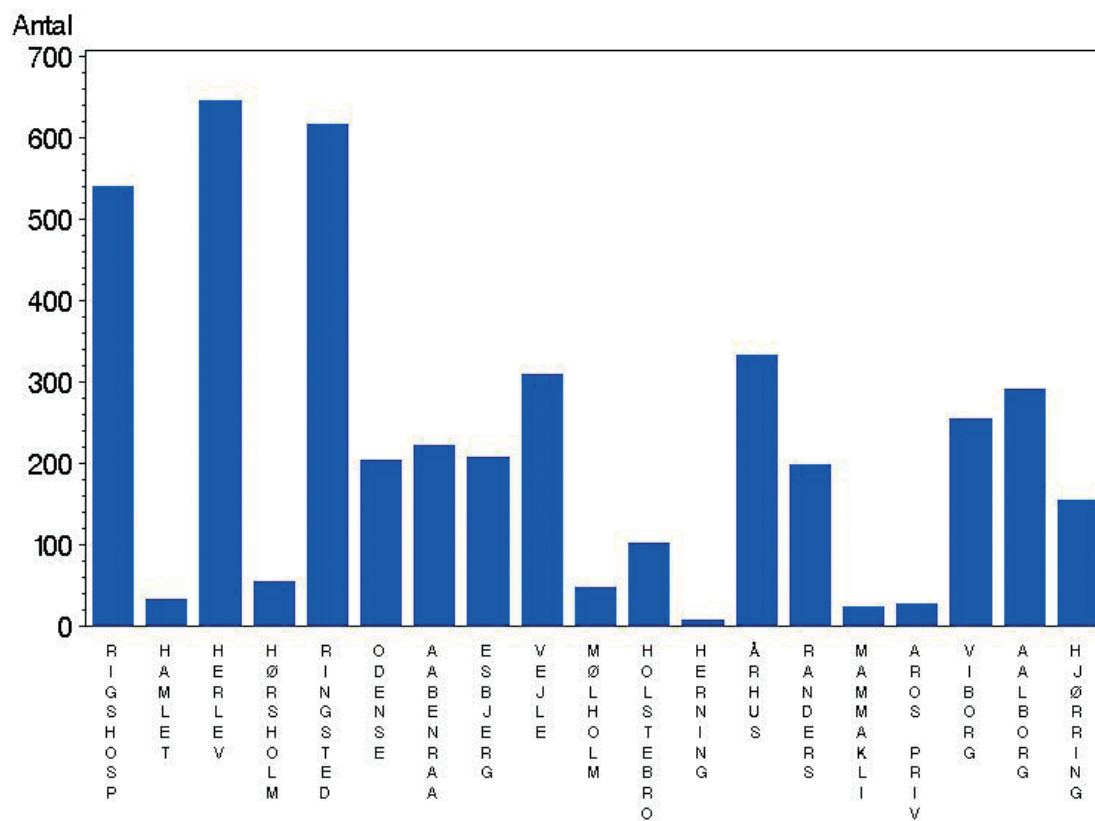
Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008 efter alder. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs alder (år)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
alder					
<=34 år	1	(1.4)	67	(98.5)	68
35-39 år	2	(1.9)	99	(98.0)	101
40-49 år	19	(3.5)	512	(96.4)	531
50-59 år	42	(4.1)	967	(95.8)	1009
60-69 år	56	(3.7)	1423	(96.2)	1479
70-74 år	20	(4.9)	382	(95.0)	402
75 + år	29	(4.2)	659	(95.7)	688
Alle	169	(3.9)	4109	(96.0)	4278

Diagnosekoder for kirurgiske komplikationer per patient i 2008.

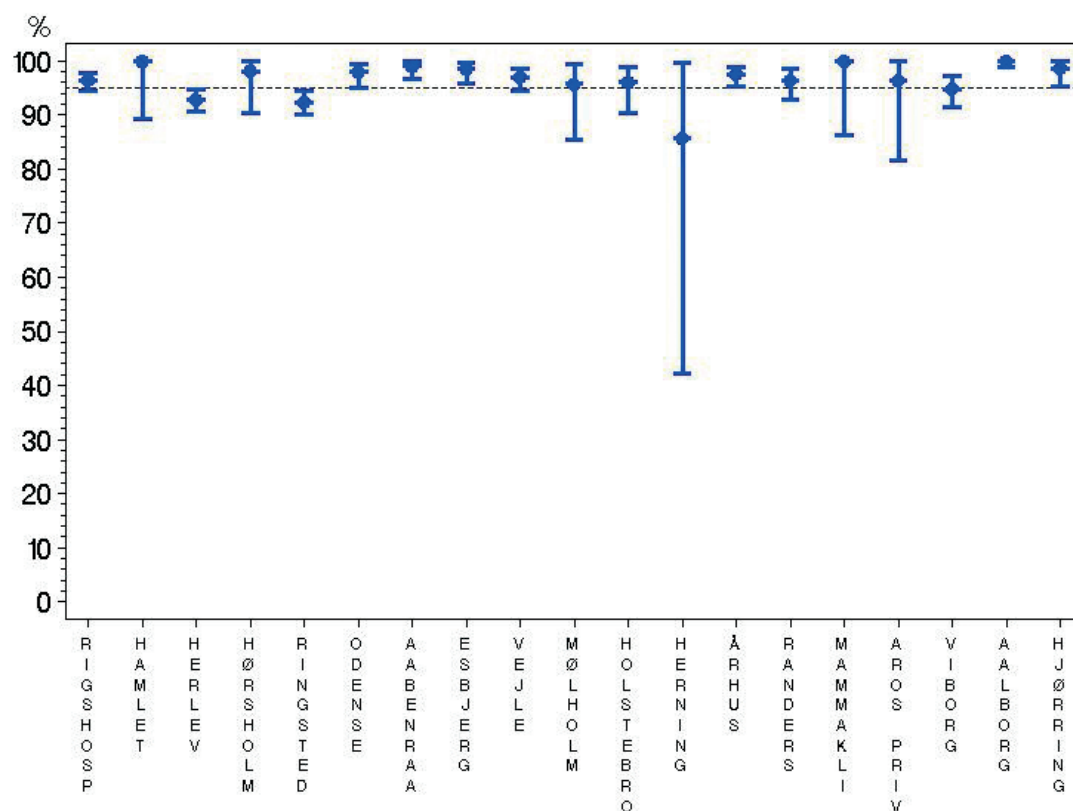
Diagnosekoder per patient		2008	
Diagnosekode	Tekst	N	%
DT810	Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	36	(0.84)
DT810A	Haematoma in cicatrice	1	(0.02)
DT810B	Haematoma et haemorrhagia superficialis in vuln. operationis	1	(0.02)
DT810G	Postoperativ blødning	5	(0.12)
DT810H	Postoperativt hæmatom	1	(0.02)
DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	39	(0.91)
DT814A	Abscessus in cicatrice	4	(0.09)
DT814F	Infectio vulneris postoperativa	7	(0.16)
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	50	(1.17)
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion	23	(0.54)
DT814X	Anden postoperativ infektion	1	(0.02)
DT818	Komplikationer til indgreb ikke klassif andetsteds, andre	1	(0.02)
INGEN	Ingen diagnose for kirurgisk komplikation	4109	(96.05)
Alle		4278	(100.00)

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



Antal patienter per afdeling i perioden 2008: indikator bestemt (blå signatur). Alle patienter uanset alder indgår i indikatorpopulationen (n = 4278).

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



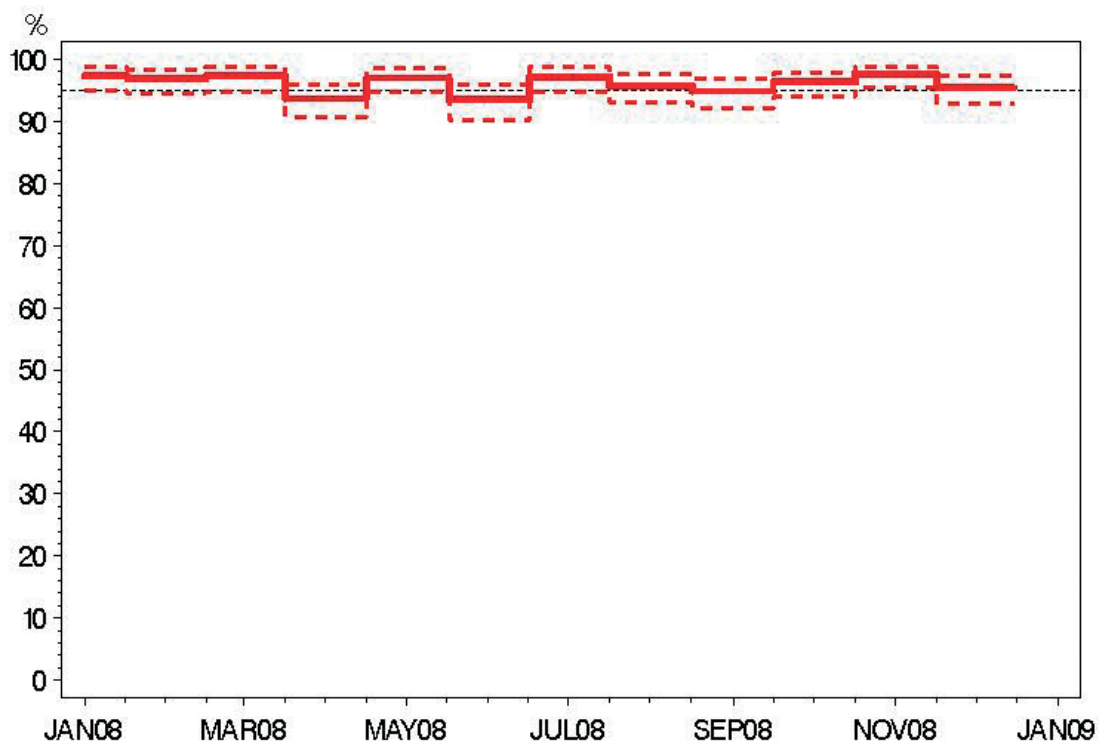
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008. Den stiplede linie angiver 95 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Bemærk at registreringspraksis varierer afdelingerne imellem. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren hvilket skyldes at de ikke indberetter kirurgiske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

Kommentar

Det er tydeligt, at der er forskellig registreringspraksis afdelingerne imellem, og der får afgørende betydning for denne indikator, som i princippet kun kan monitorere "toppen af isbjerget". Totalt er der altså ca. 4½ procent, hos hvem, der i LPR er registreret komplikationer i form af blødning eller infektion. Der er i Indikatorrapporten lagt op til, at indikatoren også skulle medtage den andel af opererede patienter, der får sårnekrose. Det er forudsat, at det ville blive kodet med DT818, men det synes ikke at være tilfældet. Derimod fremgår det, at der bliver foretaget kodning af patienter med blødning og infektion, omend disse komplikationer ikke registreres ved alle centre.

På baggrund af de foreliggende data må det konkluderes, at antallet af postoperative komplikationer ligger højere end tilfældet var i den opgørelse fra Hørsholm, der er refereret til i Indikatorrapporten. En mere præcis registrering synes dog at være en forudsætning for en mere detaljeret analyse, og det må overvejes hvordan det kan sikres, at der efter ethvert behandlingsforløb foretages en registrering af, om der har været kirurgiske komplikationer. Det er i den sammenhæng nærliggende at pege på, at denne registrering skal optimeres, hvilket foreslås faciliteret af en kodevejledning udarbejdet af DBCG's Kirurgiske Udvalg.

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation - ALLE SYGEHUSE

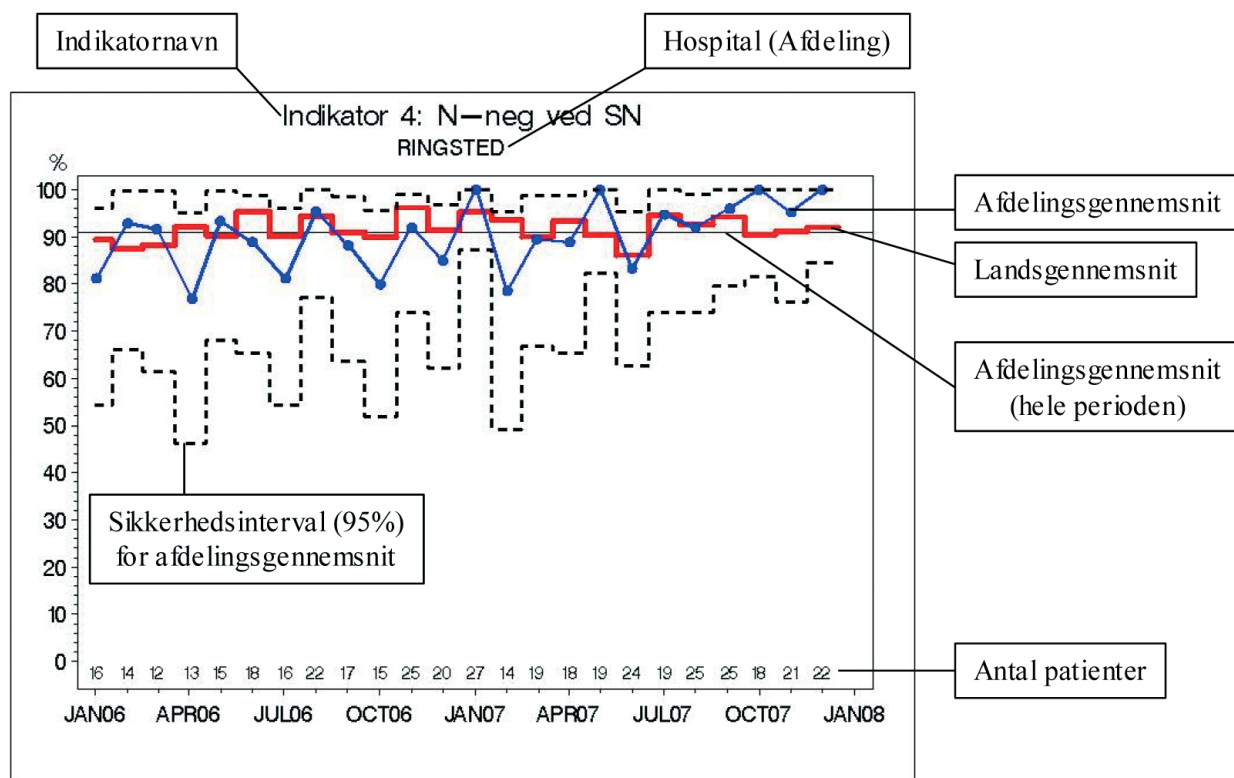


Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2008. Den stiplede linie angiver 95 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi).

Referenceliste

- (1) Goldhirsch A, Ingle JN, Gelber RD, Coates AS, Thurlimann B, Senn HJ. Thresholds for therapies: highlights of the St Gallen International Expert Consensus on the Primary Therapy of Early Breast Cancer 2009. *Ann Oncol* 2009.
- (2) Krishnamurthy S, Meric-Bernstam F, Lucci A, Hwang RF, Kuerer HM, Babiera G et al. A prospective study comparing touch imprint cytology, frozen section analysis, and rapid cytokeratin immunostain for intraoperative evaluation of axillary sentinel lymph nodes in breast cancer. *Cancer* 2009; 115(7):1555-1562.
- (3) Christiansen P, Al-Suliman N, Bjerre K, Moller S. Recurrence pattern and prognosis in low-risk breast cancer patients--data from the DBCG 89-A programme. *Acta Oncol* 2008; 47(4):691-703.
- (4) Clarke M, Collins R, Darby S, Davies C, Elphinstone P, Evans E et al. Effects of radiotherapy and of differences in the extent of surgery for early breast cancer on local recurrence and 15-year survival: an overview of the randomised trials. *Lancet* 2005; 366(9503):2087-2106.
- (5) Kroman N, Holtveg H, Wohlfahrt J, Jensen MB, Mouridsen HT, Blichert-Toft M et al. Effect of breast-conserving therapy versus radical mastectomy on prognosis for young women with breast carcinoma. *Cancer* 2004; 100(4):688-693.
- (6) Perry N, Broeders M, de WC, Tornberg S, Holland R, von KL. European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis. Fourth edition--summary document. *Ann Oncol* 2008; 19(4):614-622.

Forklaring af kontrolplot til bilag 2:



DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group

Databearbejdning til denne indikatorrapport for 2008 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat.

Peer Christiansen
Professor, dr. med.
Århus Sygehus
Formand for DBCG's
forretningsudvalg
email: peerchri@rm.dk

Susanne Møller
Ledende statistiker, M.Sc.stat
DBCG
email: sm@dbcg.dk

Karsten D Bjerre
Cand. agro, Ph.d.
DBCG
email: kb@dbcg.dk

DBCG sekretariatet
Strandboulevarden 47 C
2100 Kbh Ø
email: dbcg@dbcg.dk
Tlf.: 35386530

Post-adresse:
DBCG sekretariatet
Rigshospitalet, afsnit 2501
Blegdamsvej 9
2100 Kbh Ø