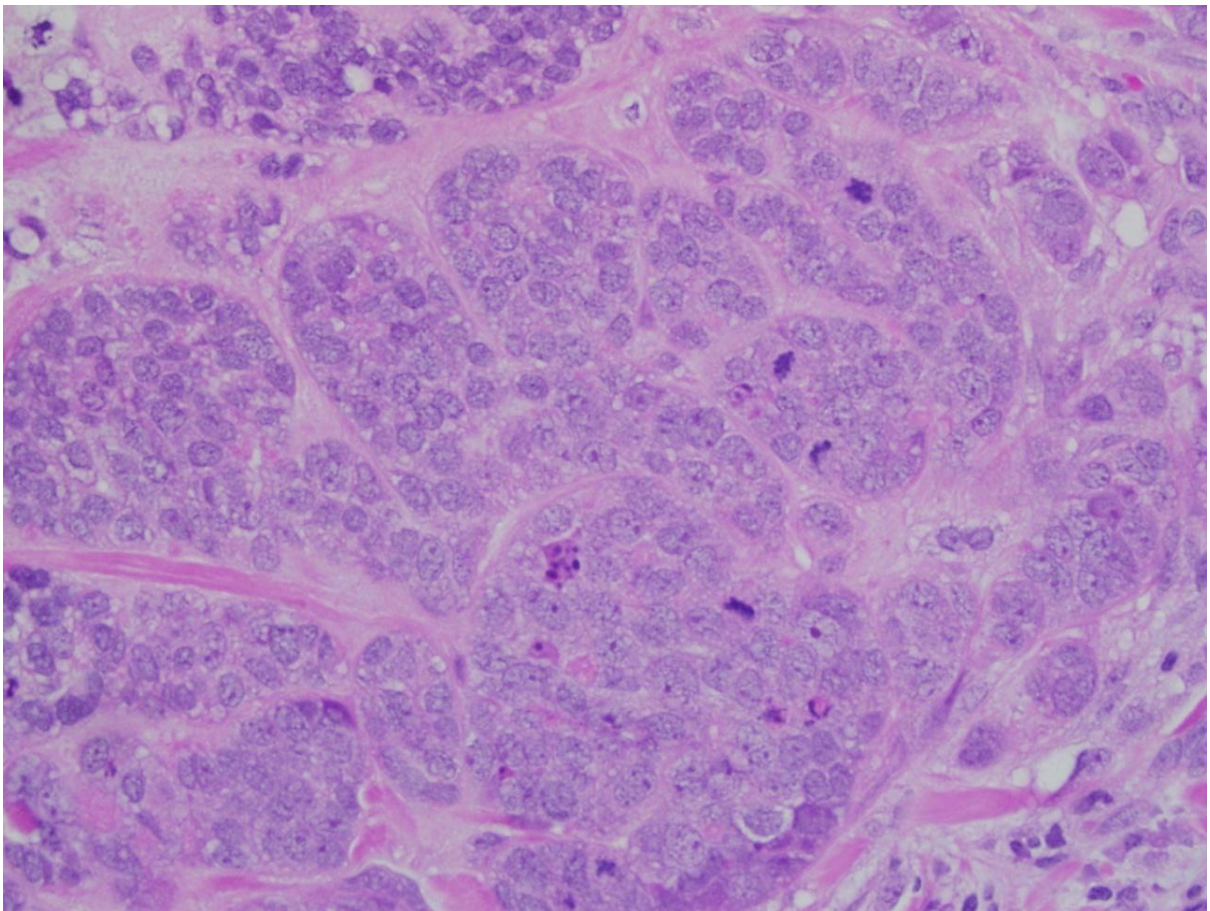


Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2015

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Kolofon

Den kliniske kvalitetsdatabase ledes af en faglig styregruppe med en formand udpeget af DBCG's bestyrelse, DBCG's chefstatistikere, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG: Radiologiuudvalget, Kirurgisk Udvalg, Radioterapiudvalget, Medicinsk Udvalg og Patologiuudvalget. Derudover en repræsentant fra Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Biostatistik Nord (KCEB-Nord), som DBCG er knyttet til, og fra Region Hovedstaden som registeransvarlig offentlig myndighed, idet DBCG formelt er knyttet til Rigshospitalet. Derudover udpeges én faglig repræsentant fra hver af de fem regioner fra de respektive DBCG Regionsudvalg. Et medlem af styregruppen udpeget af et videnskabeligt udvalg kan også repræsentere den region, som vedkommende er ansat i, hvis man i den pågældende region peger på vedkommende.

Styregruppens medlemmer er per maj 2016:

Peer Christiansen	Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlersen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Anne-Vibeke Lænkholm	Slagelse Sygehus (Patologiuudvalget, Region Sjælland)
Birgitte Offersen	Aarhus Universitetshospital (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiuudvalget, Region Hovedstaden)
Maj-Britt Jensen	DBCG (Statistik)
Mette Nørgaard	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Biostatistik Nord (KCEB-Nord)
Monika Madsen	Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet og Sundhedsinformatik Øst (dataansvarlig myndighed)
Nidal Al-Suliman	Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Ute Hoyer	Aalborg Universitetshospital (Region Nord, per juni 2016)
Mette Holck Nielsen	Odense Universitetshospital (Region Syddanmark, per juni 2016)

Databearbejdning til denne niende indikatorrapport fra den Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af statistiker Signe Thorup, DBCG's sekretariat, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 20. maj 2016. Rapporten har været i høring hos Danske Regioner og de indberettende afdelinger fra 27. april til 25. maj 2015.

DBCG-sekretariat Strandboulevarden 49, 4. sal c/o Kræftens Bekæmpelse 2100 København Ø Tlf.: 38 66 06 60	Postadresse: DBCG-sekretariat Rigshospitalet, afsnit 2501 Blegdamsvej 9 2100 København Ø
Peer Christiansen	peerchri@rm.dk
Maj-Britt Jensen	mj@dbcg.dk
Signe Thorup	sst@dbcg.dk

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag	6
Konklusion og anbefalinger fra den faglige styregruppe	7
Regionale kommentarer til indikatorrapport 2015	7
Beregning af kvalitetsindikatorer	9
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio	12
Indikator 4: Aksilstatus baseret på sentinel node metoden	17
Indikator 5: Npos patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder	22
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter	27
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer	34
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgningsprogram	40
Højrisiko-patienter	42
Lavrisiko-patienter	47
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	51
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer	55
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet	60
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer	65
Lumpektomi	66
Mastektomi	70
Fuldstændighed af DBCG data	74
Dækningsgrad	74
Datakomplethed	76
Oversigt indikatorer 2015	78
Teknisk beskrivelse af dækningsgrad og databasekomplethed	79
Teknisk beskrivelse af indikatorer	80
Bestemmelse af opfølgningsafdeling	87
Indikator 7	87
Indikator 8	89
Indikator 9	91
Indikator 13	95
Indberettende afdelinger 2015	97
Sygehus og afdelingsklassifikation (SHAK)	100

Bilag 1: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater.

Bilag 2: Populationen af danske brystkræftpatienter 2012-2015.

Bilag 3: Demografiske og prognostiske parametre 2015 efter afdeling.

Forord

I denne rapport er der medtaget indberetning fra alle behandlende enheder, der indberetter til DBCG. Kommentarerne i rapporten er dog generelt møntet på de offentlige enheder. Der er en privat klinik, som kun opererer få patienter. Det beskedne patientantal ligger langt under det, der anbefales behandlet ved en enhed jf. EUSOMA kriterierne og i de anbefalinger, der er angivet i Kræftplan II og i Sundhedsstyrelsens rapport ”Forbedring af kirurgisk kræftbehandling”. Styregruppen anser det ikke for meningsfyldt at kommentere på så usikkert et grundlag.

Årsrapport 2015 er beregningsmæssigt uændret i forhold til årsrapport 2014 og alle indikatorpopulationer har således kun en afgrænsning i form af en nedre aldersgrænse på 18 år. Tidligere havde indikator 4, 5, 8, 9, 10, 12 og 13 en øvre aldersgrænse på 75 år. Ved sammenligning med resultater i årsrapporter før 2014 er det vigtigt at have denne ændring in mente.

Følgende indikatorer har fået nye referenceværdier: Indikator (3, 8, 10, 12). Indikatorernes referenceværdier ændres fra hhv. (67 %, ingen, 7 %, ingen) til hhv. (øvre kvartil: 74 %, 90 %, 2,5 %, øvre kvartil: 95 %). I indikator 12 er indført tekniske ændringer, som følge af et ændret patologiskema; således at fryse-mikroskopi på lymfeknuder i stedet for ja/nej nu følger samme standard som sentinel node lymfeknuder og påviste aksillymfeknuder. Indikator 11 har ændret navn fra ”Fravær af kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation” til ”Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer”; beregningen er den samme.

Indikator 12 ’Sen sentinel node positivitet’ blev indført i 2010, og indikator 13 ’Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG’s retningslinjer’ blev introduceret i 2013. Den faglige styregruppe vedtog i oktober 2009 at udelade indikator 6 ’Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)’ af indikatorsættet. Indikator 1 ’Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm’ blev udeladt af indikatorsættet i 2011, idet kvaliteten af mammografiscreening herefter monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Indikator 2 ’Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi’ udgår af indikatorsættet med virkning fra nærværende årsrapport. Registreringen af præoperativ diagnostik er efter ønske fra DBCG’s kirurgiske udvalg blevet reduceret, og det er herefter ikke muligt at bestemme indikatoren.

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

Iht. RKKP’s skabelon til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser fra 26. oktober 2015 er der tilføjet tragtdiagrammer til alle indikatorer med undtagelse af indikator 10. Tragtdiagrammerne er tilføjet til alle indikatorer med undtagelse af indikator 10.

diagrammer er et punktdiagram af patientpopulationens størrelse mod de opnåede indikatorresultater. I diagrammerne er vist indikatorresultater for det seneste år ift. standarden. For de resultater, hvor der ikke er fastsat en standard, er resultaterne vist i forhold til bedste afdelingsresultat (indikator 11).

De blå prikker viser indikatorresultatet for seneste opgørelsesår på y-aksen mod antallet af patientforløb i den givne opgørelse i året (x-aksen). Den røde linje viser referenceværdien. Den omkringliggende tragt (grå) viser et 95 % konfidensinterval omkring referenceværdien ifht. antal. Tragten er et billede på den variation, der kan ligge omkring et givent niveau i resultatet. Resultater, der ligger uden for tragten afviger markant fra den fastsatte referenceværdi.

Bemærk at for nogle indikatorer, er det godt at ligge højt (eksempelvis indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer), mens det for andre er godt at ligge lavt (eksempelvis indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi). I vurdering af resultaterne skal tages højde for det.

Kort læsevejledning til tragtdiagrammer og konfidensinterval-plots:

- Tragtdiagram: 95 % konfidensinterval om referenceværdien (angivet med en grå tragt). Referenceværdien er angivet med en rød horisontal linje. Viser indeværende år (blå prikker).
- Konfidensinterval-plot: 95 % konfidensinterval om andelen/indikator-resultatet (lodret streg). Referenceværdien er angivet med en grå stiplede horisontal linje. Indeværende år (blå prikker) samt de to foregående (grå prikker).

For indikator 8 og 13 kræves en kompletthed på 80 % for at komme med i plottene.

Sammendrag

I 2015 havde DBCG en dækningsgrad på 94 % i forhold til referenceregistret Patobank, og i de forudgående år 2014 og 2013 var dækningsgraden 95 %. Indikatorberegningen for 2015 er foretaget på baggrund af indberetning 3725 kvinder med primær invasiv diagnose, operabel tumor og risikoallokering, og det er data indberettet inden 1. april 2016, der danner grundlag for beregningerne. I rapporten angives indikatorværdi for 8 af de 11 indikatorer, som er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. Desuden er der fra 2010 beregnet en ny indikator 12: 'Sen sentinel node positivitet' og fra 2013 en ny indikator 13 'Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer'. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen, hvor data for de relevante variable er oplyst.

Resultatet for årsrapport 2015 kan sammenfattes som følger:

Indikatornavn	2015	2014	2013	2012	Reference
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm.	Udgået i 2011				
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi.	Udgået i 2013				
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.	74 %	71 %	71 %		(øvre kvartil, 74 %)
Indikator 4: Aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	96 %	97 %	97 %		95 % (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved interderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.	96 %	96 %	96 %		95 %
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation.	Udgået i 2010				
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.	88 %	89 %	92 %		95 %
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer.	*	84 %	89 %	91 %	90%
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram.					
Højrisiko-patienter:	*	79 % [#]	82 %	77 %	95 %
Lavrisiko-patienter:	*	86 % [#]	78 %	74 %	95 %
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.			1,5 % [§]	1,6 %	2,5 %
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.	97 %	97 %	97 %		
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.	96 %	96 %	96 %		(øvre kvartil, 95 %)
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.					
Lumpektomi:	*	96 %	96 %	98 %	95 %
Mastektomi:	*	98 %	97 %	97 %	95 %

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

[#] Vedrører 10 års opfølgning, værdi for patienter opereret 2005-2014.

[§] Vedrører patienter opereret 2009-2013.

Konklusion og anbefalinger fra den faglige styregruppe

Det overordnede billede af behandlingen af brystkræft i Danmark i 2015, som tegnes i denne rapport, er tilfredsstillende og nogenlunde ensartet ud over landet. Det er dermed meget på linje med resultatet fra året forinden. Dog er der også i forhold til dette års opgørelse grund til at fremhæve, at der er betydelige mangler vedr. indberetning af data, og at dette skæmmer rapporten og giver bekymring for, at de fremlagte resultater ikke er helt retvisende. De beregnede indikatorer vurderes i nogle tilfælde at tegne et for positivt billede. Ved en række afdelinger er den primære indberetning desværre så mangelfuld, at det for en alt for stor andel af patienterne ikke er muligt at klassificere sygdomsstadiet. Dette anser styregruppen for specielt utilfredsstillende og i de specifikke kommentarer bragt fokus på de pågældende afdelinger.

Sidste år blev der i rapporten udtrykt forventning om, at indberetningen som følge af de automatiserede rykkesystemer ville forbedres. Desværre synes dette ikke at have været tilfældet. Styregruppen er opmærksom på, at der i 2015 har været specielle forhold vedr. implementering af nye opfølgingsprogrammer, der kan have haft betydning for DBCG-indberetningen. Der er derfor fortsat forhåbning om, at der sker en forbedring på dette område, idet den usikkerhed, der har været omkring patientforløbene nu skulle være afklaret. Styregruppen vil i næste års rapport have speciel opmærksomhed rettet mod disse forhold.

Der lægges fra styregruppen op til, at der foretages ændringer i indikatorsættet inden næste års rapport. Herunder anbefales at indikator 3 vedr. forholdet mellem benign og malign operationsindikation udgår. I stedet gøres overvejelser om på anden vis at evaluere indsatsen af den præoperative diagnostik herunder specielt billeddiagnostikken. Som allerede nævnt er der vedr. indikator 7 fremhævet afdelinger, der bør gøre en speciel indsats for at forbedre sig. Tilsvarende er der for indikatorerne 8, 9 og 13 fremhævet navngivne afdelinger, som bør forbedre sig.

Regionale kommentarer til indikatorrapport 2015

Region Hovedstaden kommentarer

Indikator 8 med lavt antal allokerede patienter på Bornholms Hospital udløste journalaudit til afklaring af problemet. Det viste sig, at der var tale om et problem med registreringen af nye allokerede patienter, og ikke et problem relateret til, at patienterne ikke blev alliceret. Audit viste alliceringsprocent på 91,6 % og udløste ny arbejdsang for at forbedre registrering af nye patienter fremover.

Region Midt kommentarer

Vedr. indikator 5 (om der ved aksilrømning er fjernet mere end 10 lymfeknuder)

Afdelingen ved Regionshospitalet Viborg har ved journalgennemgang fundet en fejl i registreringen af 1 af de 9 patienter. For de øvrige 8 patienter var antal fjernede lymfeknuder meget tæt på 10, eller der var tale om ældre patienter, hvor man ofte ikke er så radikalt opererende i aksillen.

Vedr. indikator 10 (recidiv)

Afdelingen ved Regionshospitalet Viborg har gennemgået journalerne for de 25 patienter, der har fået recidiv. Fem af patienterne er ældre patienter i 80'erne og 90'erne, der IKKE har modtaget den planlagte efterbehandling. Recidiverne er langt overvejende i mamma, alle opereret radikalt. Fire af recidiverne er for to patienters vedkommende i en allerede rømmet aksil, en i modsatte aksil og en i knogle, som så ikke er et lokalt recidiv.

Beregning af kvalitetsindikatorer

Kvalitetsindikatorerne beregnes på forskellige subpopulationer af patienter, der er relevante for hver af indikatorerne, men i de fleste afgrænses til patienter med kendt risikoallokering (lavrisiko, højrisko eller uden for risikoklassifikation), diagnosen invasiv brystkræft (IBC) og operabel tumor. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på kirurgi- og patologi-afdelinger ses i tabel 1a og 1b. Fra årsrapport 2014 inkluderes alle patienter fra 18 år, i tidligere årsrapporter blev populationerne for indikator 2, 4, 5, 8, 9, 10, 12 og 13 afgrænset til aldersgruppen mellem 18 og 75 år. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatorværdien såfremt data for de relevante variable er uoplyste. Andelen af tilstrækkeligt oplyste patienter betegnes som kompletheden. Beregningen af indikatorer omtales i resultat afsnittet og beskrives detaljeret i afsnittet 'Teknisk beskrivelse af indikatorer'. Beregningen er ujusteret, der tages således ikke hensyn til eventuelle forskelle mellem hospitalernes patientpopulationer, dog vises indikatorresultatet ofte stratificeret efter patientalder eller andre relevante variable (se BILAG 1: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater).

Rapportens resultater er baseret på dataudtræk fra forskellige kilder: DBCG den 1. april 2016, Patobank og Landspatientregisteret (LPR) den 10. marts 2016 (leveret af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP).

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

Efter indførelsen af den løbende afrapportering giver de regionale ledelsesinformationssystemer adgang til tidstro kontrolplots af egne indikatorresultater versus inklusionsår eller inklusionsmåned. Styregruppen fra 2015 vurderede, at det ikke længere er relevant at inkludere afdelingspecifikke kontrolplots i årsrapporten.

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

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2012	2013	2014	2015	
DANMARK	3823	3886	3843	3725	15277
HOVEDSTADEN	1207	1276	1225	1220	4928
SJÆLLAND	527	562	564	558	2211
SYDDANMARK	880	846	887	833	3446
MIDTJYLLAND	808	832	798	770	3208
NORDJYLLAND	375	357	367	344	1443
RIGSHOSPITALET	600	653	602	608	2463
HERLEV	607	623	623	612	2465
RINGSTED	527	562	564	558	2211
ODENSE	296	282	274	248	1100
AABENRAA	184	191	183	179	737
ESBJERG	139	153	145	175	612
VEJLE	261	220	285	231	997
AARHUS	273	324	326	296	1219
RANDERS	163	160	152	139	614
VIBORG	372	348	320	335	1375
AALBORG	248	231	238	227	944
HJØRRING	127	126	129	117	499
HAMLET**	18	3	.	.	21
MØLHOLM	8	10	2	5	20

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

** Indgår ikke i årsrapport 2015, da afdelingen ikke længere er aktiv.

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

Antal patienter per patologisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2012	2013	2014	2015	
DANMARK	3823	3886	3843	3725	15277
HOVEDSTADEN	1220	1274	1221	1218	4933
SJÆLLAND	531	567	566	559	2223
SYDDANMARK	888	853	889	834	3464
MIDTJYLLAND	809	835	799	770	3213
NORDJYLLAND	375	357	368	344	1444
RIGSHOSPITALET	612	651	598	606	2467
HERLEV	608	623	623	612	2466
SLAGELSE	531	567	566	559	2223
ODENSE	296	282	275	253	1106
SØNDERBORG	184	189	183	179	735
ESBJERG	139	153	145	172	609
VEJLE	269	229	286	230	1014
HOLSTEBRO**	1	3	5	4	13
AARHUS	273	324	326	295	1218
RANDERS	163	162	152	140	617
VIBORG	372	346	316	331	1365
AALBORG	249	230	236	227	942
HJØRRING	126	127	132	117	502

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

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

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

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

Standard: Det er ved Styregruppemødet 12. november 2015 besluttet at referenceværdien bestemmes som øvre kvartil (74 %).

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

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

Indikator 3 beskriver forholdet mellem kirurgiske indgreb med diagnoserne malign og in situ og indgreb med benign diagnose alene. Da DBCG's register ikke indeholder oplysninger om patienter med benigne diagnoser bestemmes indikatorpopulationen ved samkøring mellem DBCG's register og et udtræk fra Landspatientregistret (LPR). Udtrækket fra LPR inkluderer alle kvinder opereret i brystet: Incisioner, biopsier og sutur af bryst, resektioner af bryst og mastektomier.

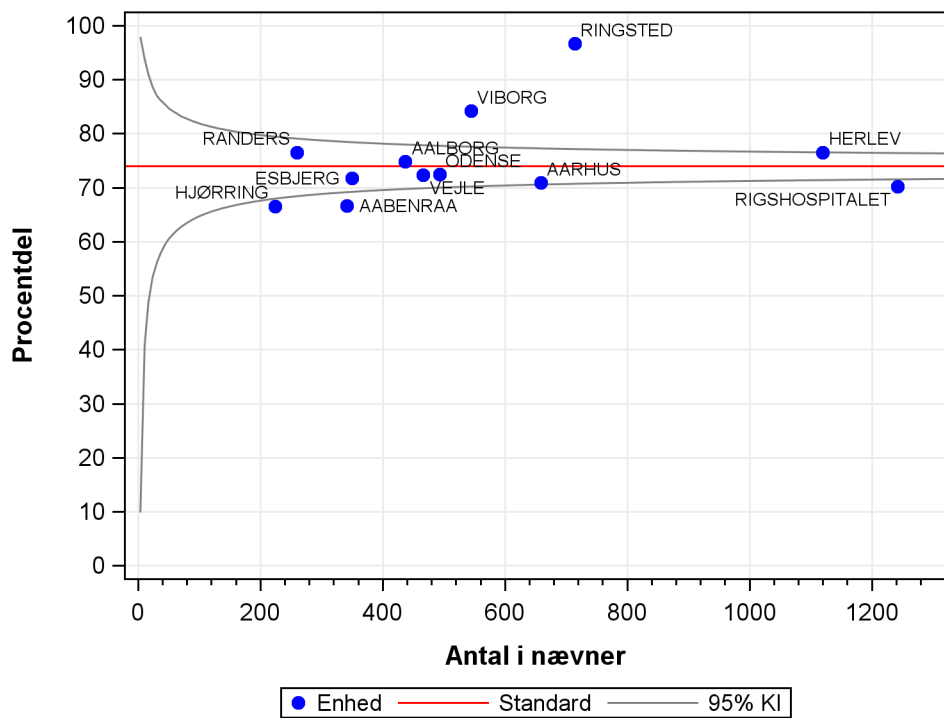
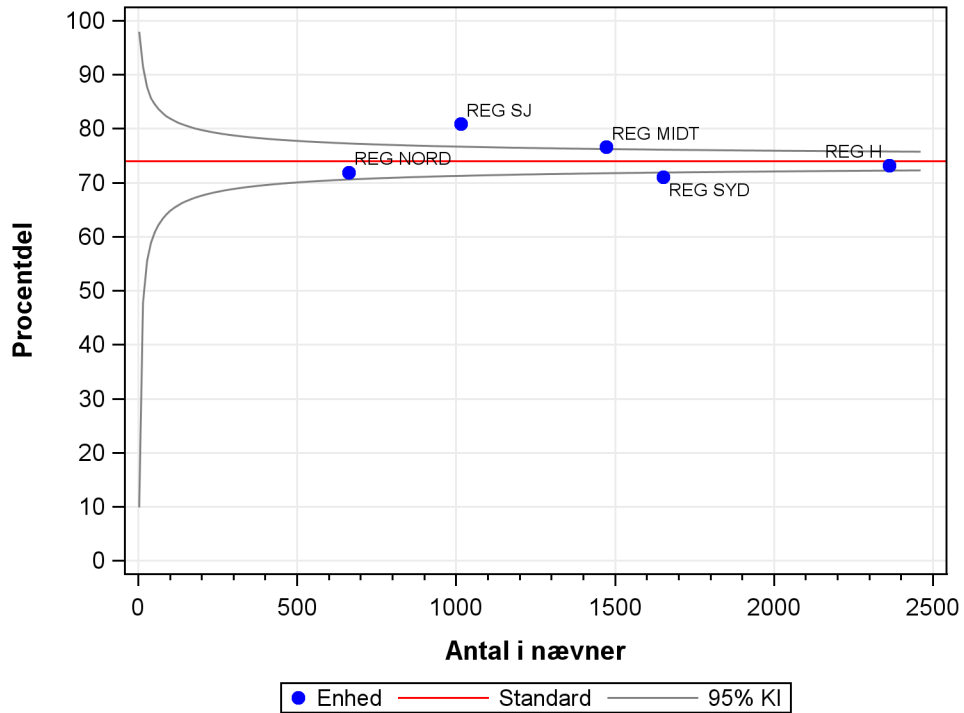
Indikator 3: Andel maligne og in situ diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2013-2015.
Indikatorværdien svarer til andel malign og in situ.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	7192	100	7192	5331	1861	74 (73-75)	74	100	74	100
HOVEDSTADEN	2362	100	2362	1729	633	73 (71-75)	75	100	75	100
SJÆLLAND	1015	100	1015	821	194	81 (78-83)	81	100	81	100
SYDDANMARK	1651	100	1651	1173	478	71 (69-73)	72	100	71	100
MIDTJYLLAND	1472	100	1472	1127	345	77 (74-79)	75	100	76	100
NORDJYLLAND	662	100	662	476	186	72 (68-75)	70	100	68	100
RIGSHOSPITALET	1242	100	1242	872	370	70 (68-73)	72	100	74	100
HERLEV	1120	100	1120	857	263	77 (74-79)	77	100	76	100
RINGSTED	714	100	714	690	24	97 (95-98)	82	100	82	100
ANDEN AFD.REG.SJ*	301	100	301	131	170	44 (38-49)	18	100	17	100
ODENSE	493	100	493	357	136	72 (68-76)	73	100	68	100
AABENRAA	342	100	342	228	114	67 (61-72)	62	100	68	100
ESBJERG	350	100	350	251	99	72 (67-76)	71	100	71	100
VEJLE	466	100	466	337	129	72 (68-76)	79	100	80	100
AARHUS	659	100	659	467	192	71 (67-74)	72	100	71	100
RANDERS	260	100	260	199	61	77 (71-82)	78	100	87	100
VIBORG	545	100	545	459	86	84 (81-87)	78	100	79	100
ANDEN AFD.REG.MIDT*	#	100	#	#	#	#	0	100	8	100
AALBORG	437	100	437	327	110	75 (70-79)	74	100	73	100
HJØRRING	224	100	224	149	75	67 (60-73)	65	100	59	100
ANDEN AFD.REG.NORD*	#	100	#	#	#	#	.	.	0	100
MØLHOLM	10	100	10	5	5	50 (19-81)	30	100	48	100
OPHØRT PRIVATHOSPITAL	6	100	6	0	6	0 (0-46)	0	100	35	100
UOPLYST**	14	100	14	0	14	0 (0-23)	0	100	0	100

* Indgreb foretaget på ikke brystkirurgiske afsnit. For Region Sjælland gælder dog, at der er tale om indgreb foretaget på matriklen i Roskilde idet der er sket en organisatorisk sammenlægning af plastikkirurgi og brystkirurgi som fremadrettet er placeret på to geografier.

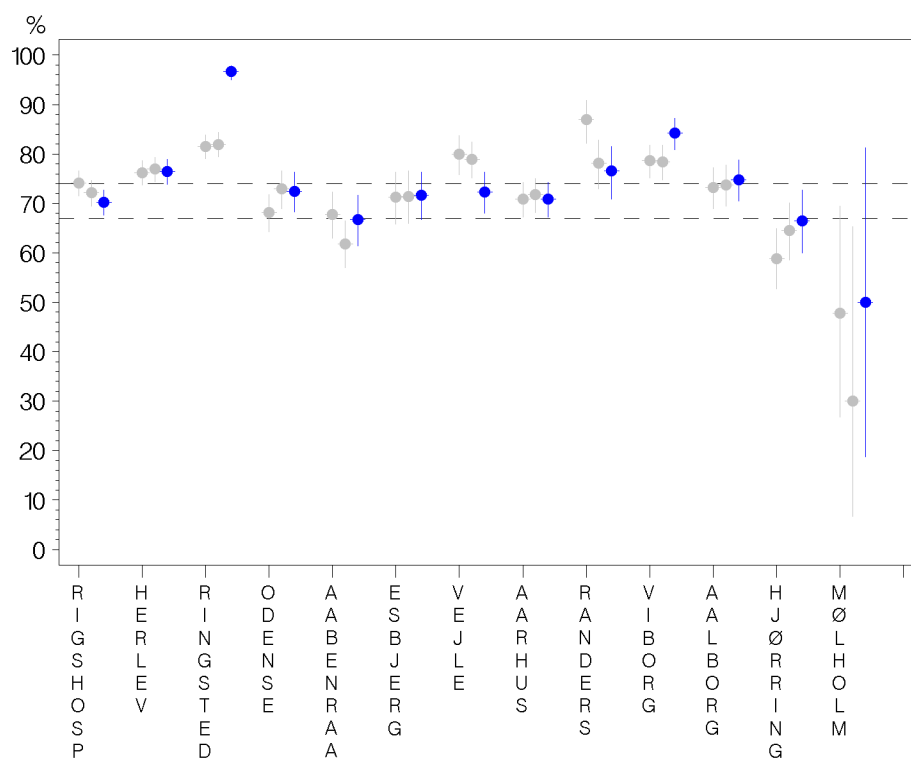
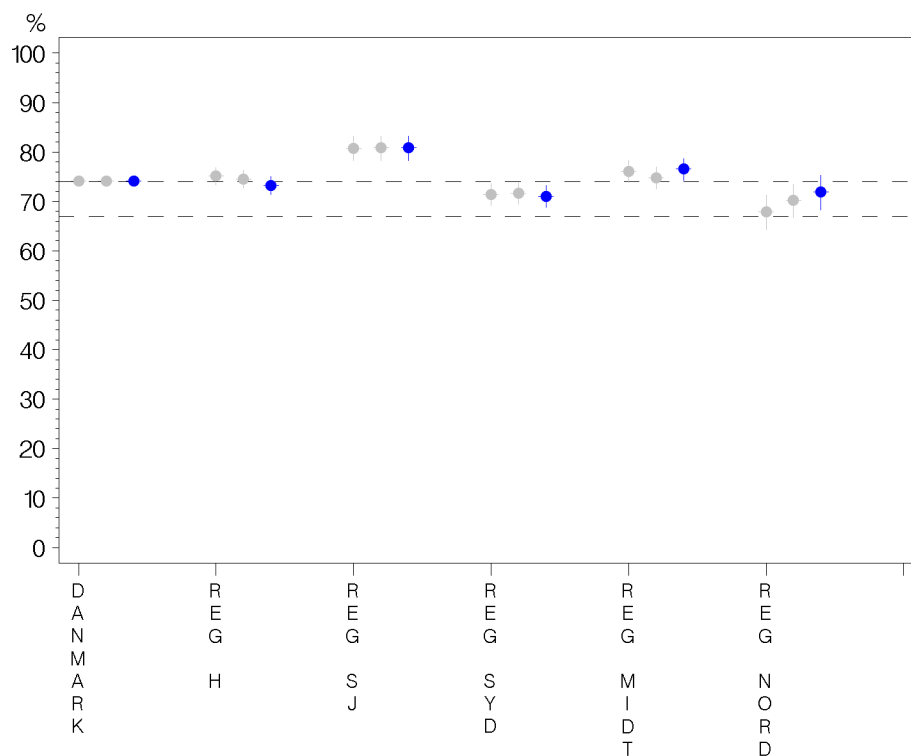
** Uoplyst: Patienter, hvor indgrebet er foretaget på privathospital, der udfører benigne, men ikke in situ eller maligne operationer.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2015. Referenceværdi: øvre kvartil: > 74 % (rød linje).



Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2013-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur). Referenceværdier: øvre kvartil: > 74 % og fra 2014: > 67 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 3

Indberetningskompletheden for denne indikator er per definition 100 %, idet indikatorpopulationen udgøres af alle kvinder, der optræder med brystoperation i LPR og/eller DBCG. Landsresultatet for 2015 er 74 % opfyldelse, men dækker over betydelige forskelle mellem regionerne. Andelen af maligne og in situ diagnoser blandt brystopererede kvinder varierer fra 81 % i Region Sjælland, over 77 % og 73 % for hhv. Region Midtjylland og Region Hovedstaden, til 72 % og 71 % i Region Nordjylland og Region Syddanmark. Disse resultater ligger tæt på niveauet for 2014 og 2013. Region Nordjylland har forbedret resultatet fra 68 % opfyldelse i 2013 til 72 % opfyldelse i 2015.

I forhold til sidste årsrapport er landsresultatet fra 2014 og 2013 på samme niveau; 74 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 3

Langt de fleste afdelinger har en indikatorværdi, der ligger indenfor et relativt snævert interval omkring en fordeling sv.t. 2 maligne operationer for hvert benignt indgreb. Det anses overoverordnet for at være tilfredsstillende. Imidlertid er der for afdelingen i Ringsted en påfaldende høj indikatorværdi, og det har ført til, at der er eksploreret nærmere i tallene fra Region Sjælland. Det viser sig, at man efter den organisatoriske sammenlægning af mammakirurgi og plastikkirurgi i region Sjælland nu langt overvejende foretager de benigne indgreb i Roskilde (her registreret under betegnelsen 'Anden afd. Reg. Sj. '), og det har medført, at man i Ringsted kun udfører ganske få benigne indgreb. Det er derfor mere retvisende at se på Region Sjælland som en samlet enhed i denne sammenhæng.

Udregningen af indikatoren er kompliceret, da den forudsætter adgang til LPR-data for den enkelte afdeling. I analogi med ovenstående vedr. Region Sjælland, kan der være problemer med afgrænsningen af data for de sygehuse hvor der er sket en sammenlægning af mammakirurgi og plastikkirurgi (Odense og fra 2016 Aarhus). Det kan derfor give problemer at komme frem til et retvisende billede for den enkelte afdeling. Da indikatoren i de seneste to år ikke har peget på kvalitetsbrist på området og derfor ikke har givet anledning til specielle bemærkninger, har styregruppen besluttet, at indikatoren udgår efter 2015.

Anbefalinger til indikator 3

Ingen. Indikatoren udgår fra 2016.

Indikator 4: Aksilstatus baseret på sentinel node metoden

Beskrivelse: Andelen af patienter hvor aksilstatus er fastlagt udelukkende med sentinel node (SN) metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller.

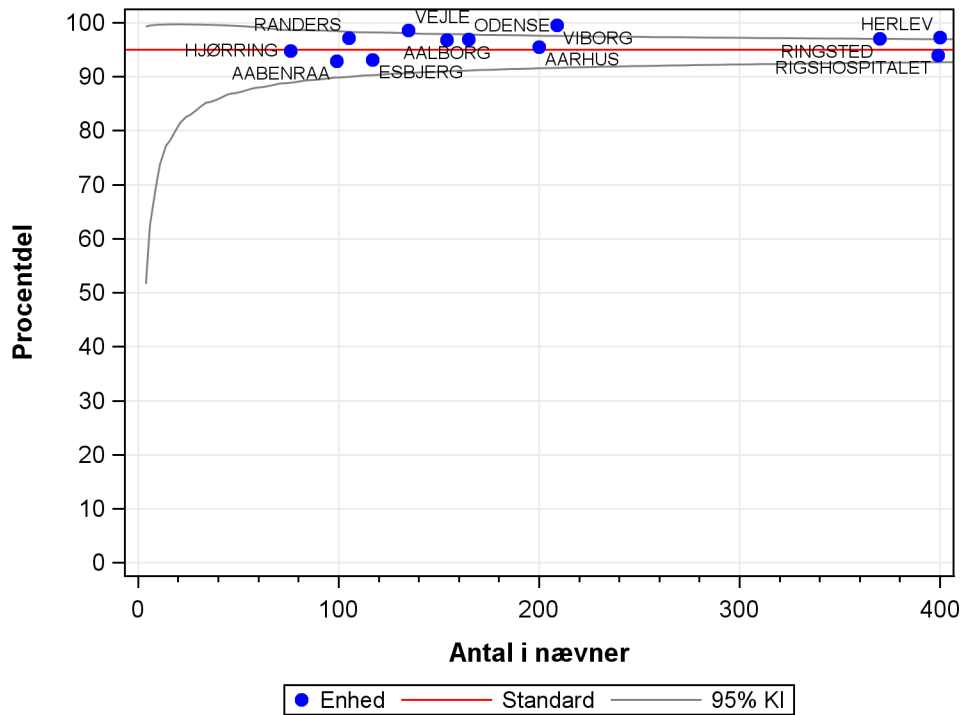
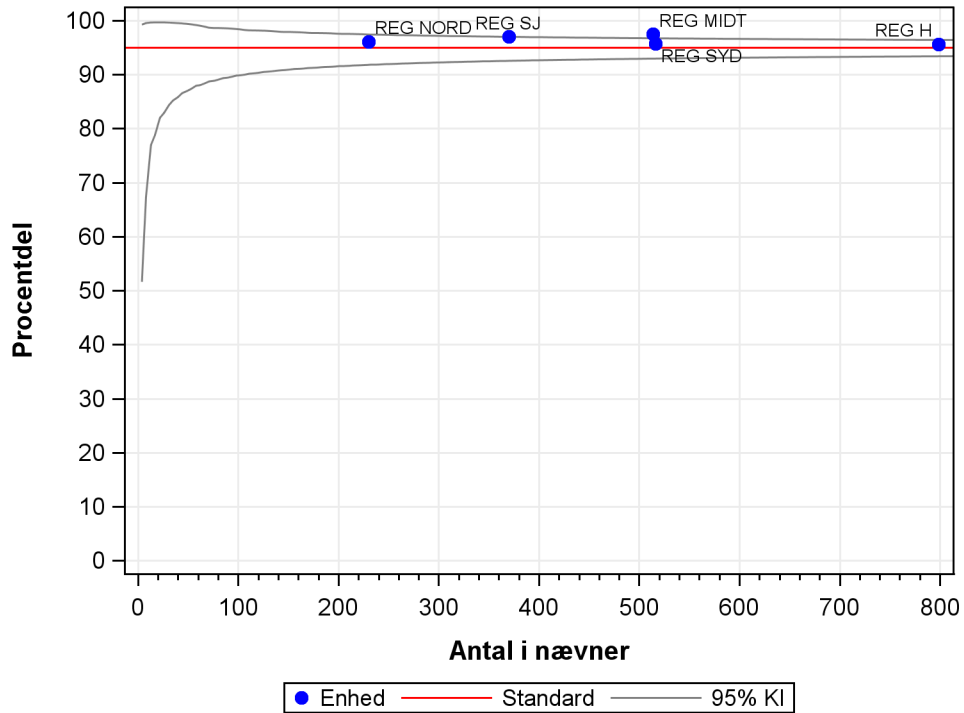
Standard: Der findes ikke danske referenceværdier. Et bedste bud er > 95 %.

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

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

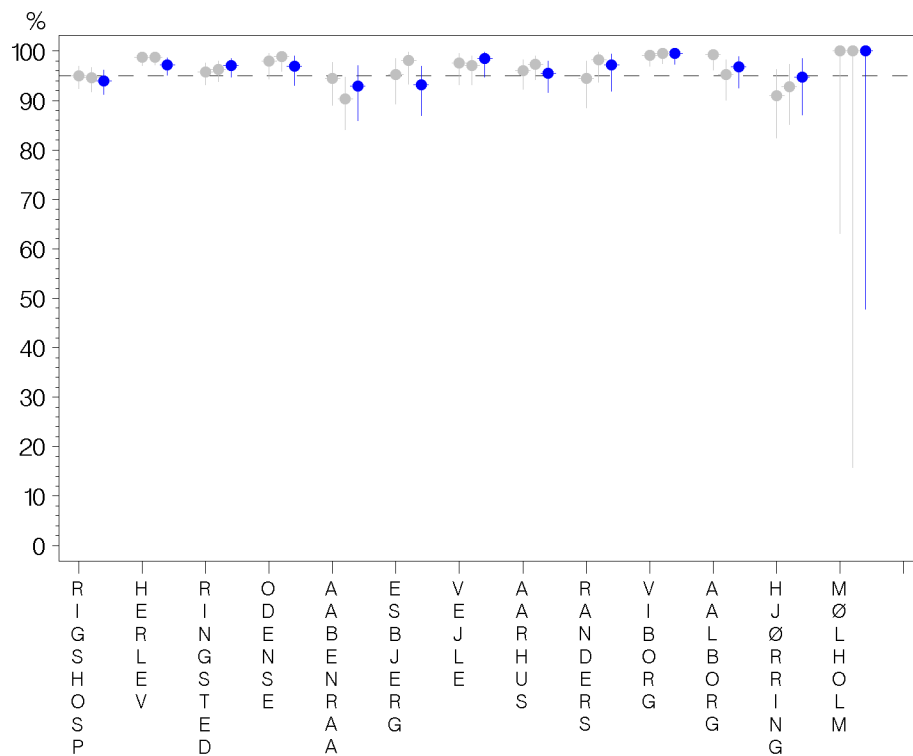
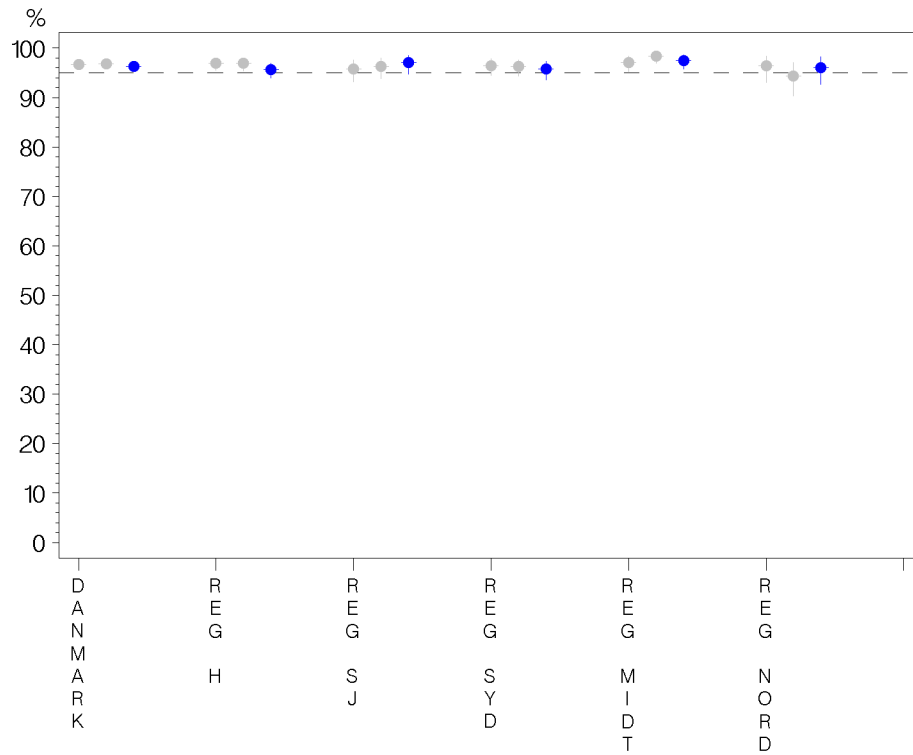
Indikator 4: Aksilstatus fastlagt udelukkende med SN-metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller i 2013-2015.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	2434	100	2434	2344	90	96 (95-97)	97	100	97	100
HOVEDSTADEN	799	100	799	764	35	96 (94-97)	97	100	97	100
SJÆLLAND	370	100	370	359	11	97 (95-99)	96	100	96	100
SYDDANMARK	516	100	516	494	22	96 (94-97)	96	100	96	100
MIDTJYLLAND	514	100	514	501	13	97 (96-99)	98	100	97	100
NORDJYLLAND	230	100	230	221	9	96 (93-98)	94	100	96	100
RIGSHOSPITALET	399	100	399	375	24	94 (91-96)	95	100	95	100
HERLEV	400	100	400	389	11	97 (95-99)	99	100	99	100
RINGSTED	370	100	370	359	11	97 (95-99)	96	100	96	100
ODENSE	165	100	165	160	5	97 (93-99)	99	100	98	100
AABENRAA	99	100	99	92	7	93 (86-97)	90	100	95	100
ESBJERG	117	100	117	109	8	93 (87-97)	98	100	95	100
VEJLE	135	100	135	133	2	99 (95-100)	97	100	98	100
AARHUS	200	100	200	191	9	96 (92-98)	97	100	96	100
RANDERS	105	100	105	102	3	97 (92-99)	98	100	95	100
VIBORG	209	100	209	208	1	100 (97-100)	100	100	99	100
AALBORG	154	100	154	149	5	97 (93-99)	95	100	99	100
HJØRRING	76	100	76	72	4	95 (87-99)	93	100	91	100
MØLHOLM	5	100	5	5	0	100 (48-100)	100	100	100	100



Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2015. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2013-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 4

Opfyldelse af indikatoren sker, når supplerende aksilindgreb ikke foretages. Landsresultatet for 2015 er 96 % opfyldelse, hvilket er ét procent-point lavere end resultatet i årsrapport 2014. Indikatoropfyldelsen ligger ensartet højt i alle regioner fra 96 % - 97 %.

Region Nordjylland har forbedret resultatet fra 94 % opfyldelse i 2014 til 96 % opfyldelse i 2015.

Styregruppens kommentarer til indikator 4

Der tegnes et ensartet billede med en høj opfyldelse af indikatoren over hele landet og ved alle afdelinger. Det er meget tilfredsstillende.

Anbefalinger til indikator 4

Ingen.

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

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

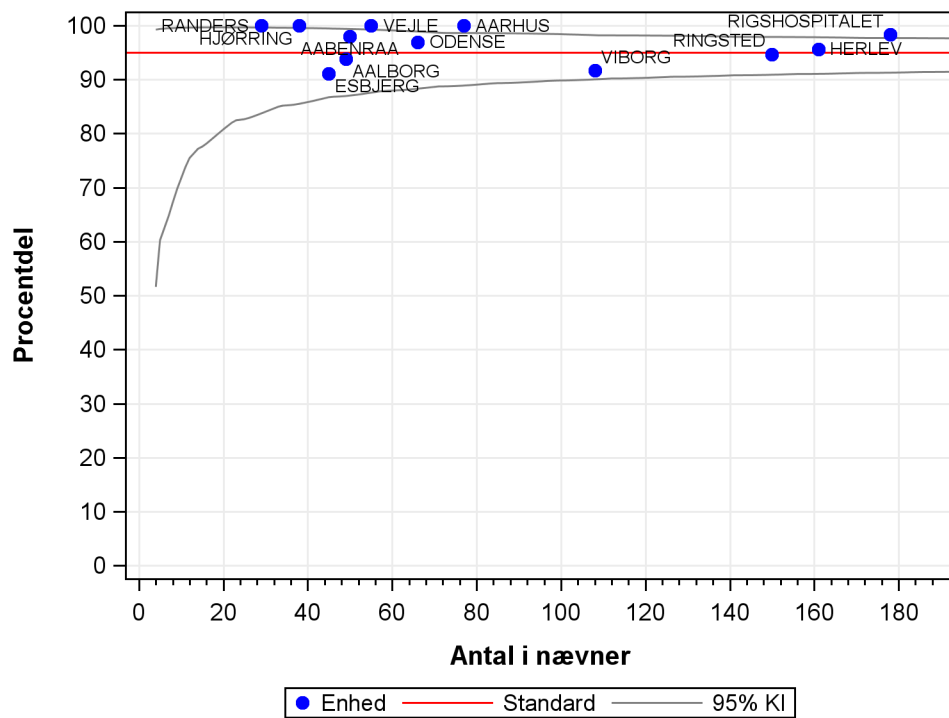
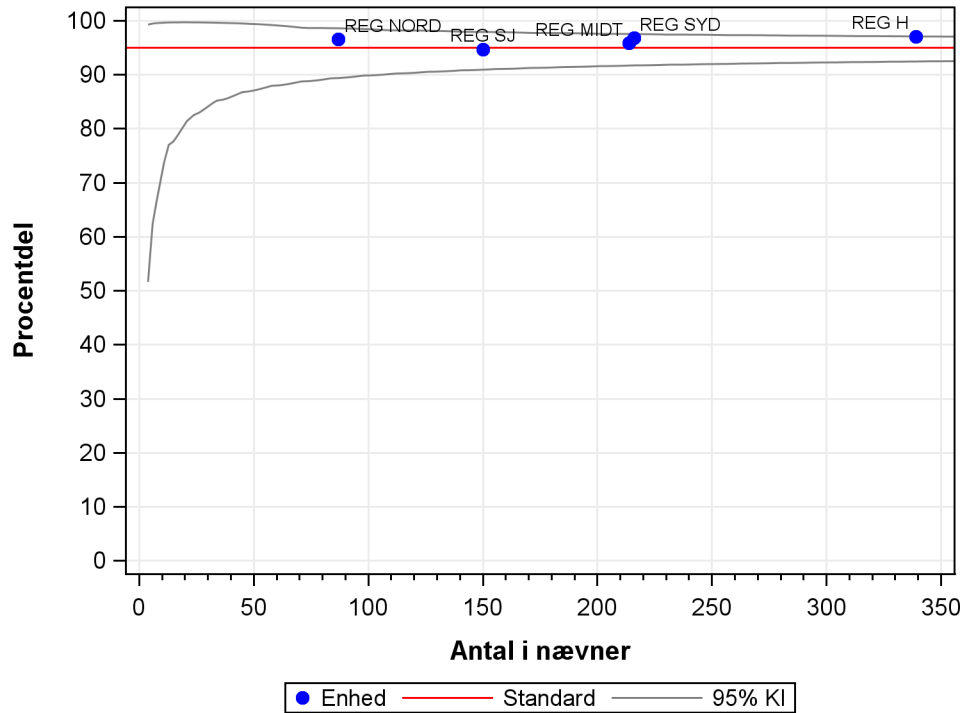
Standard: Acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder med påvist invasiv brystkræft, lymfeknude-metastaser og indberetning af aksilindgreb. Efter indførelsen af nye retningslinjer 6. februar 2013 ekskluderes patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller, idet aksilrømning ikke længere er indikeret for denne gruppe.

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

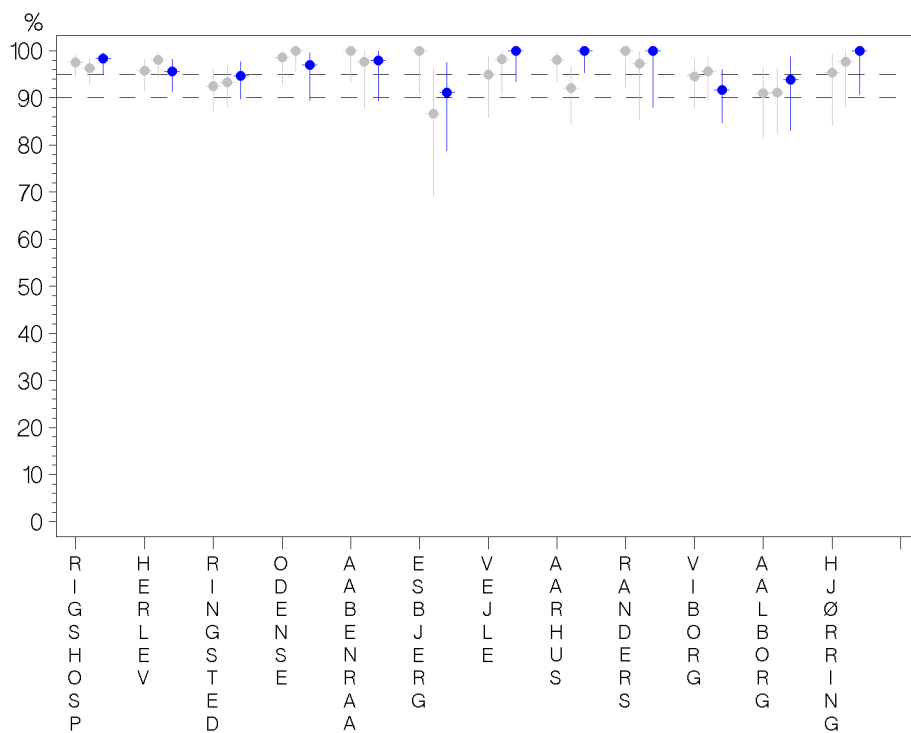
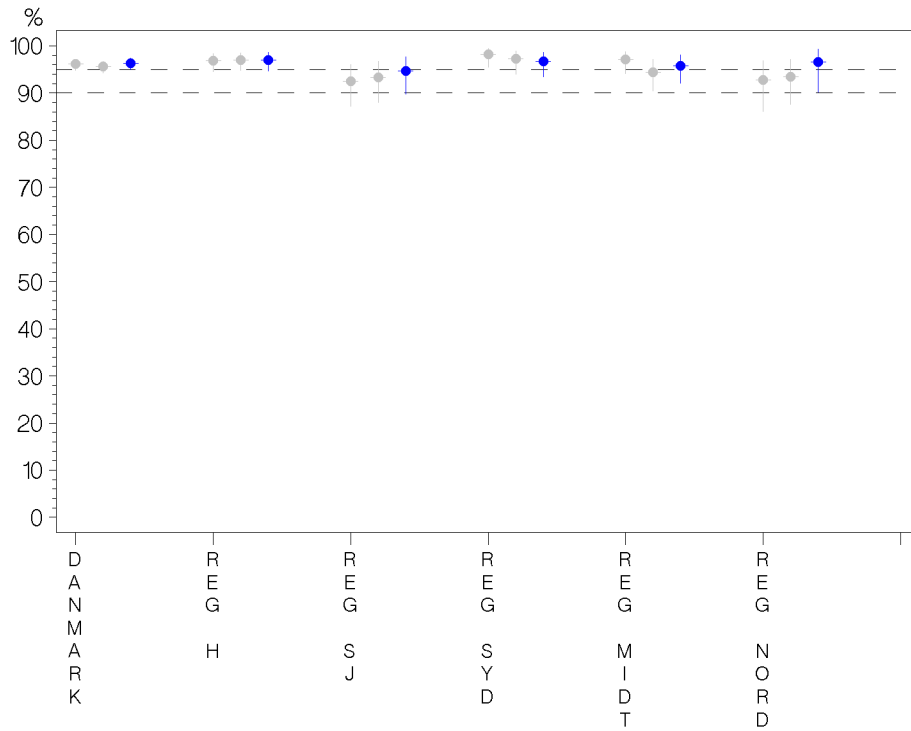
Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i 2013-2015.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	1006	100	1006	969	37	96 (95-97)	96	100	96	100
HOVEDSTADEN	339	100	339	329	10	97 (95-99)	97	100	97	100
SJÆLLAND	150	100	150	142	8	95 (90-98)	93	100	92	100
SYDDANMARK	216	100	216	209	7	97 (93-99)	97	100	98	100
MIDTJYLLAND	214	100	214	205	9	96 (92-98)	94	100	97	100
NORDJYLLAND	87	100	87	84	3	97 (90-99)	93	100	93	100
RIGSHOSPITALET	178	100	178	175	3	98 (95-100)	96	100	98	100
HERLEV	161	100	161	154	7	96 (91-98)	98	100	96	100
RINGSTED	150	100	150	142	8	95 (90-98)	93	100	92	100
ODENSE	66	100	66	64	2	97 (89-100)	100	100	99	100
AABENRAA	50	100	50	49	1	98 (89-100)	98	100	100	100
ESBJERG	45	100	45	41	4	91 (79-98)	87	100	100	100
VEJLE	55	100	55	55	0	100 (94-100)	98	100	95	100
AARHUS	77	100	77	77	0	100 (95-100)	92	100	98	100
RANDERS	29	100	29	29	0	100 (88-100)	97	100	100	100
VIBORG	108	100	108	99	9	92 (85-96)	96	100	95	100
AALBORG	49	100	49	46	3	94 (83-99)	91	100	91	100
HJØRRING	38	100	38	38	0	100 (91-100)	98	100	95	100



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2015. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2013-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 5

Opfyldelse af indikatoren sker, når der ved aksilindgrebet udtages mindst 10 lymfeknuder. Landsresultatet for 2015 er 96 % opfyldelse, og variationen mellem regionerne er udjævnet i forhold til årsrapport 2014. Regionerne har enten haft en stigende tendens i procent-opfyldelse eller holdt et stabilt niveau i forhold til 2014.

Styregruppens kommentarer til indikator 5

Indikatoropfyldelsen er tilfredsstillende høj for hele landet og ved alle afdelinger. Dette billede går igen år for år, og det har ført til en diskussion i styregruppen om indikatoren er overflødig og derfor skal udgå. Styregruppen har imidlertid besluttet, at den fortsat skal indgå i indikatorsættet, da den er et mål for den grundlæggende kirurgiske kvalitet.

Anbefalinger til indikator 5

Ingen.

Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter

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

Standard: Denne indikator bliver fra årsrapport 2013 bestemt som andelen af patienter med datakomplethed i forhold til alle patienter kendt i DBCG (databasekomplethed). Referenceværdien for indberetning til DBCG's register er fastsat til 95 % i Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005).

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

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

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

En mindre del af patienterne registreret i DBCG er ufuldstændigt indberettet, og for disse kan patologi- og/eller kirurgiafdelingen være ukendt. Fastlæggelse af afdeling er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 7', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region og patologiafdeling 2013-2015.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	4623	100	4623	4077	546	88 (87-89)	89	100	92	100
HOVEDSTADEN	1458	100	1458	1277	181	88 (86-89)	87	100	90	100
SJÆLLAND	723	100	723	639	84	88 (86-91)	91	100	91	100
SYDDANMARK	1020	100	1020	927	93	91 (89-93)	91	100	94	100
MIDTJYLLAND	973	100	973	865	108	89 (87-91)	89	100	96	100
NORDJYLLAND	449	100	449	369	80	82 (78-86)	84	100	89	100
RIGSHOSPITALET	737	100	737	633	104	86 (83-88)	88	100	90	100
HERLEV	719	100	719	644	75	90 (87-92)	87	100	91	100
ANDEN AFD. REG.H***	#	100	#	#	#	#	0	100	20	100
SLAGELSE	703	100	703	638	65	91 (88-93)	93	100	94	100
ANDEN AFD. REG.SJ***	20	100	20	1	19	5 (0-25)	0	100	10	100
ODENSE	326	100	326	293	33	90 (86-93)	86	100	95	100
SØNDERBORG	197	100	197	184	13	93 (89-96)	93	100	94	100
ESBJERG	201	100	201	191	10	95 (91-98)	98	100	98	100
VEJLE	290	100	290	258	32	89 (85-92)	93	100	92	100
ANDEN AFD. REG.SYD***	#	100	#	#	#	#	0	100	0	100
HOLSTEBRO**	25	100	25	19	6	76 (55-91)	42	100	84	100
AARHUS	353	100	353	323	30	92 (88-94)	93	100	96	100
RANDERS	173	100	173	161	12	93 (88-96)	94	100	98	100
VIBORG	376	100	376	362	14	96 (94-98)	98	100	98	100
ANDEN AFD. REG.MIDT***	46	100	46	0	46	0 (0-8)	0	100	0	100
AALBORG	308	100	308	245	63	80 (75-84)	86	100	90	100
HJØRRING	141	100	141	124	17	88 (81-93)	81	100	86	100

* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 7'.

** Afdelingen i Holstebro undersøger alene biopsi-præparater.

*** Anden afdeling: En anden afdeling end patologiafdeling.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

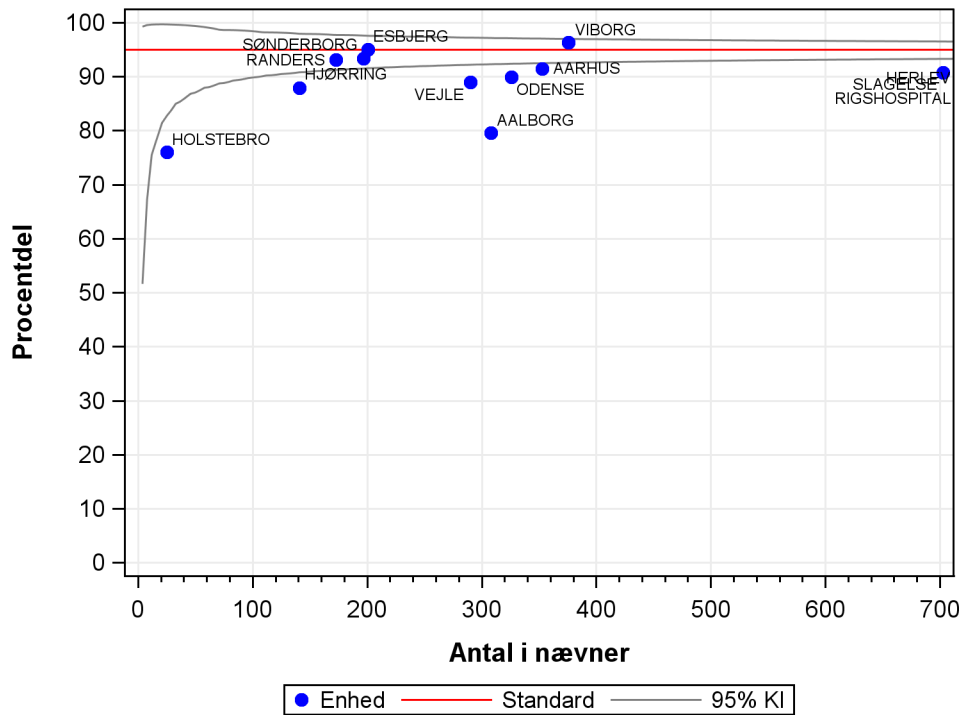
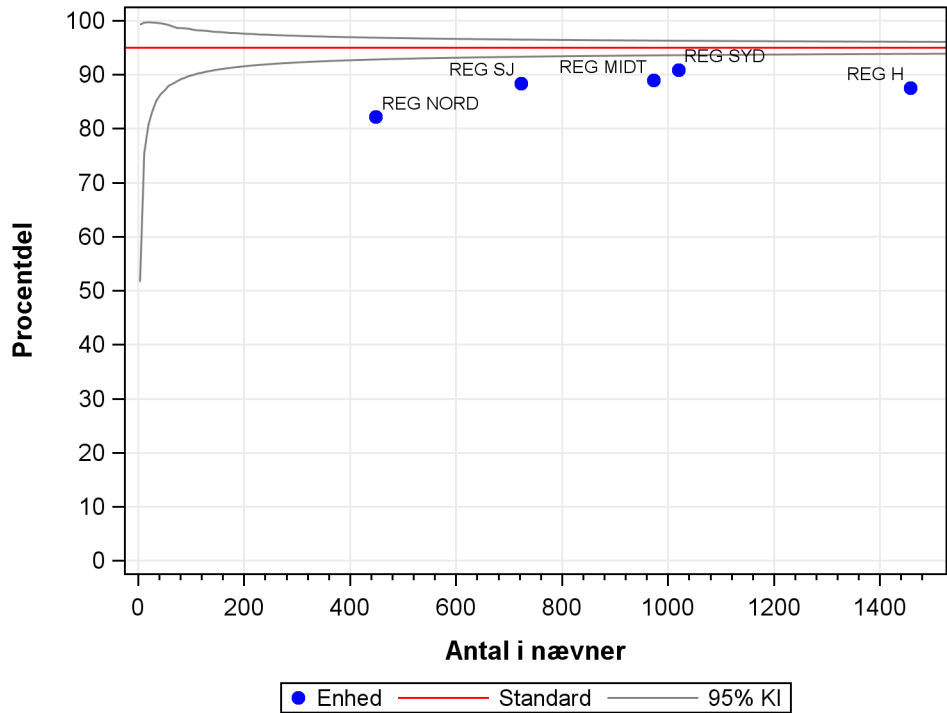
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region og kirurgisk afdeling 2013-2015.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	4623	100	4623	4077	546	88 (87-89)	89	100	92	100
HOVEDSTADEN	1460	100	1460	1279	181	88 (86-89)	87	100	90	100
SJÆLLAND	722	100	722	637	85	88 (86-90)	91	100	91	100
SYDDANMARK	1013	100	1013	920	93	91 (89-93)	91	100	94	100
MIDTJYLLAND	976	100	976	867	109	89 (87-91)	89	100	96	100
NORDJYLLAND	447	100	447	369	78	83 (79-86)	84	100	89	100
RIGSHOSPITALET	739	100	739	635	104	86 (83-88)	88	100	90	100
HERLEV	719	100	719	644	75	90 (87-92)	87	100	91	100
ANDEN AFD. REG.H**	#	100	#	#	#	#	0	100	20	100
RINGSTED	703	100	703	637	66	91 (88-93)	93	100	93	100
ANDEN AFD. REG.SJ**	19	100	19	0	19	0 (0-18)	0	100	0	100
ODENSE	317	100	317	288	29	91 (87-94)	86	100	95	100
AABENRAA	206	100	206	187	19	91 (86-94)	91	100	92	100
ESBJERG	205	100	205	194	11	95 (91-97)	97	100	98	100
VEJLE	285	100	285	251	34	88 (84-92)	93	100	92	100
AARHUS	361	100	361	328	33	91 (87-94)	94	100	95	100
RANDERS	168	100	168	158	10	94 (89-97)	94	100	98	100
VIBORG	397	100	397	381	16	96 (94-98)	94	100	97	100
ANDEN AFD. REG.MIDT**	50	100	50	0	50	0 (0-7)	0	100	0	100
AALBORG	307	100	307	245	62	80 (75-84)	86	100	91	100
HJØRRING	140	100	140	124	16	89 (82-93)	80	100	86	100
MØLHOLM	5	100	5	5	0	100 (48-100)	100	100	100	100

* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 7'.

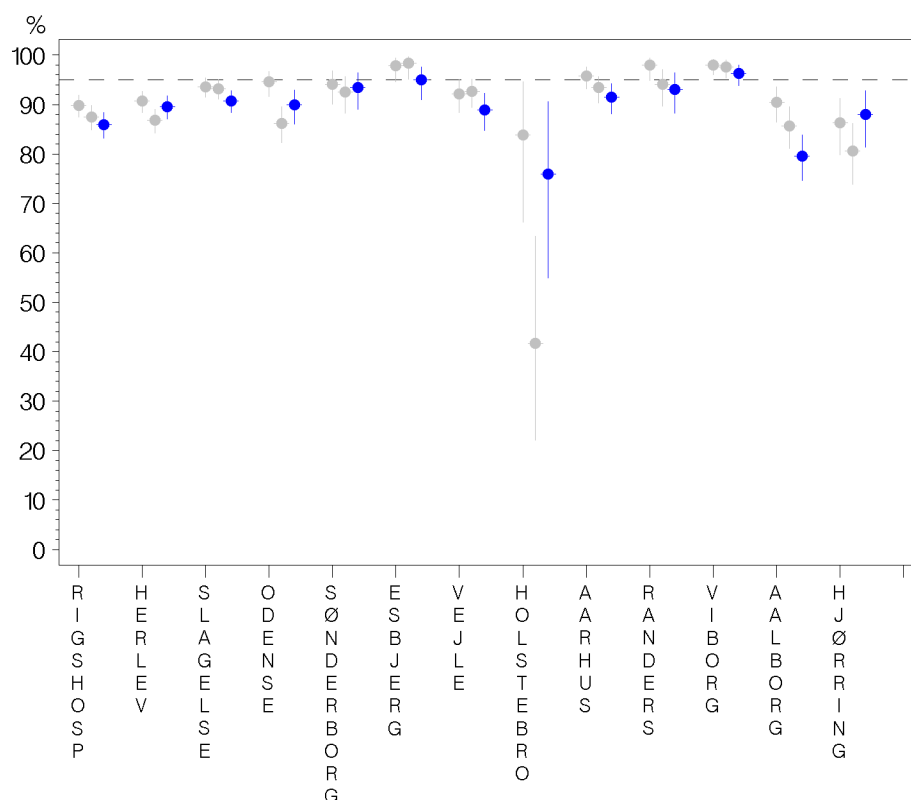
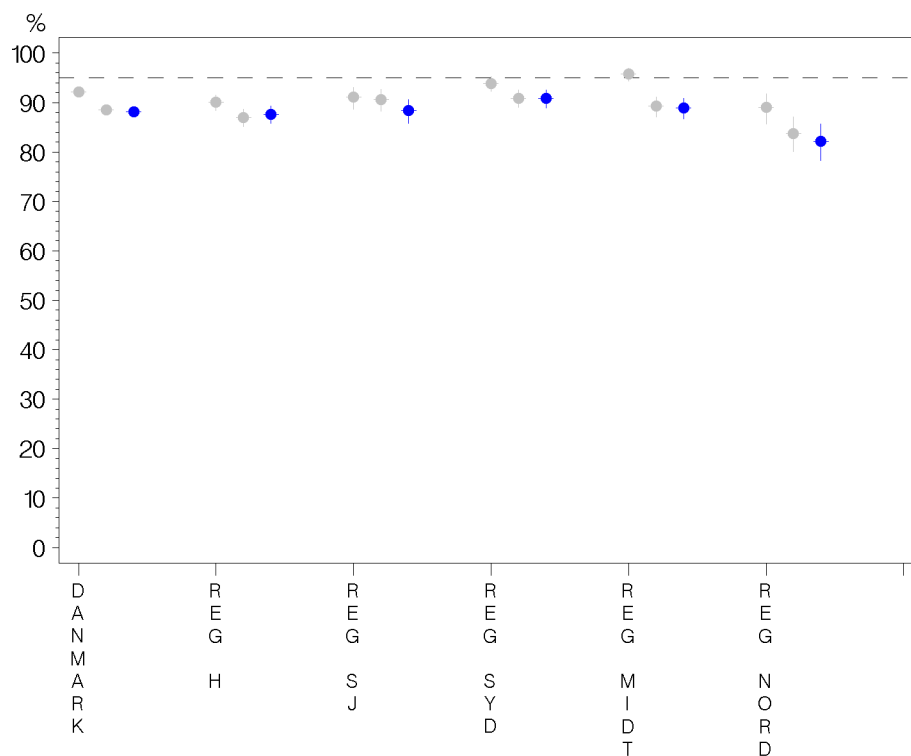
** Anden afdeling: En anden afdeling end kirurgisk afdeling.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.



Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2015 per patologiafdeling.
 Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne per patologiafdeling for patienter med operationsår 2013-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur).
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Landsresultatet for 2015 er 88 % opfyldelse, altså lidt lavere end i 2014 og noget lavere end i 2013, hvilket indikerer at efterindberetning som svar på rykkere har en effekt. På landsplan er opfyldelsen den samme i forhold til årsrapport 2014. De regionale resultater varierer fra 91 % opfyldelse i Region Syddanmark, over 88-89 % opfyldelse i Midtjylland, Hovedstaden og Sjælland til 82-83 % i Nordjylland. Patologiafdelingen i Holstebro har en relativ lav indikatoropfyldelse på 76 %, hvilket kan henføres til statistisk tilfældighed i en lille population (n=25), samt at afdelingen som den eneste ikke undersøger operationspræparater, men alene biopsi-præparater.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

En komplet og korrekt indberetning til databasen er en fundamental forudsætning for kvalitetsarbejdet. Det er således ikke alene vigtigt at så mange som muligt af de diagnosticerede og behandlede patienter indberettes til databasen. Det er lige så vigtigt for kvalitetsarbejdet, at de indberettede data er valide og tilstrækkelige. Styregruppen finder derfor at indikatoren bør være opfyldt hos mindst 95 % af patienterne og 88 % er ikke tilfredsstillende.

I sidste års rapport blev den betydelige forbedring i forhold til de foregående år fremhævet, og indførelsen af et interaktivt rykkersystem med forbedrede muligheder for efterindberetning af data blev tillagt en afgørende betydning. Desværre synes denne tendens ikke at være fortsat. I den aktuelle rapport, kan der ikke ses en tilsvarende opdatering af de forrige års tal. Rykkersystemet bliver yderligere raffineret, idet fejlagtig indberetning af henholdsvis DCIS og invasivt karcinom kan korrigeres af den indberettende afdeling. Det har nemlig vist sig, at indberetning via det forkerte online modul har været medvirkende årsag til nogle af de mangelfuldt registrerede patienter. Således vil en patient, der af patologerne er indberettet korrekt som DCIS, men hvor der fra kirurgisk side er indberettet som invasivt karcinom (og altså ikke efter mikroskopisvaret korrigeret), være inkluderet blandt de mangelfuldt registrerede. Stikprøver har dog også peget på, at nogen af de patienter ikke burde være inkluderet, da diagnosen har vist sig at være benign.

Når for en patient er registreret 'Anden afdeling', så er det f.eks. set i tilfælde, hvor der ikke foreligger en indberetning fra kirurgisk og patologisk side, men hvor der er kommet en registrering ind fra en anden type afdeling i den pågældende region.

Anbefalinger til indikator 7

De mammakirurgiske enheder har alle på nær Esbjerg, Randers og Viborg behov for at forbedre indberetningen. Tilsvarende gælder for alle patologiske afdelinger undtagen afdelingerne i Sønderborg, Esbjerg, Randers og Viborg.

Forbedringerne kan ske gennem, at der rettes større opmærksomhed mod de rykkerlister, der er tilgængelige i webmodulet på DBCG's hjemmeside, og som løbende opdateres.

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

Beskrivelse: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer.

Standard: Fra denne årsrapport er standarden sat til 90 % iht. Styregruppemødet 12. november 2015.

Indikatorpopulation: Kvinder med højrisiko-brystkræft i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering.

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

Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2012-2014, fordi medicinsk behandling helt overvejende gives i det post-operative forløb. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten mindst én gang har modtaget den foreskrevne behandling (kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling).

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: indberetning fra behandlings-/opfølgingsafdeling, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), indberetning fra onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG kirurgiafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 8', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

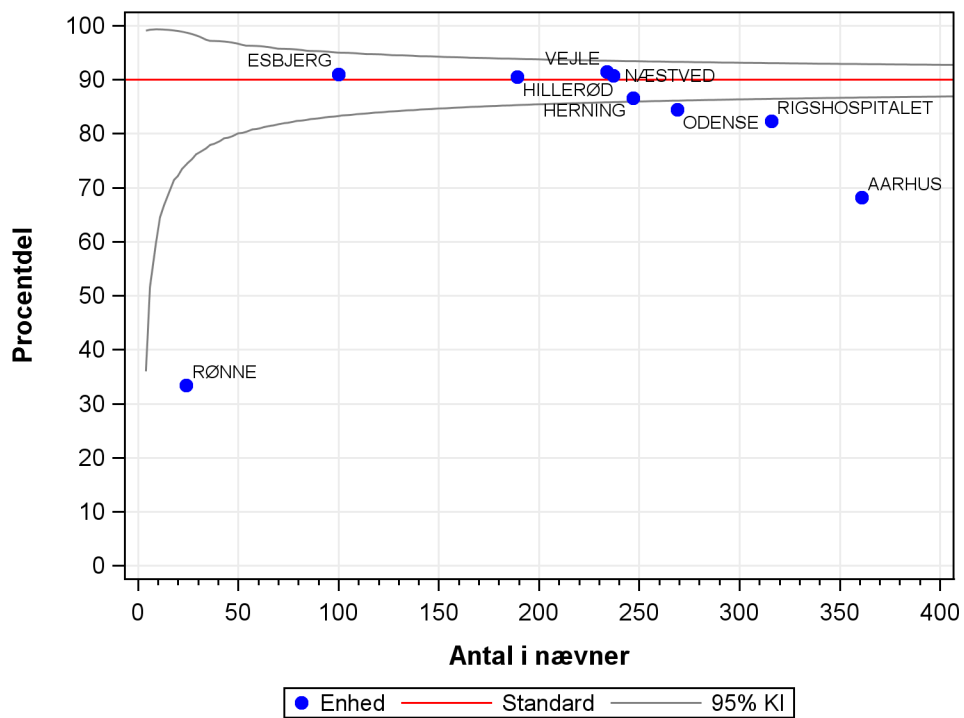
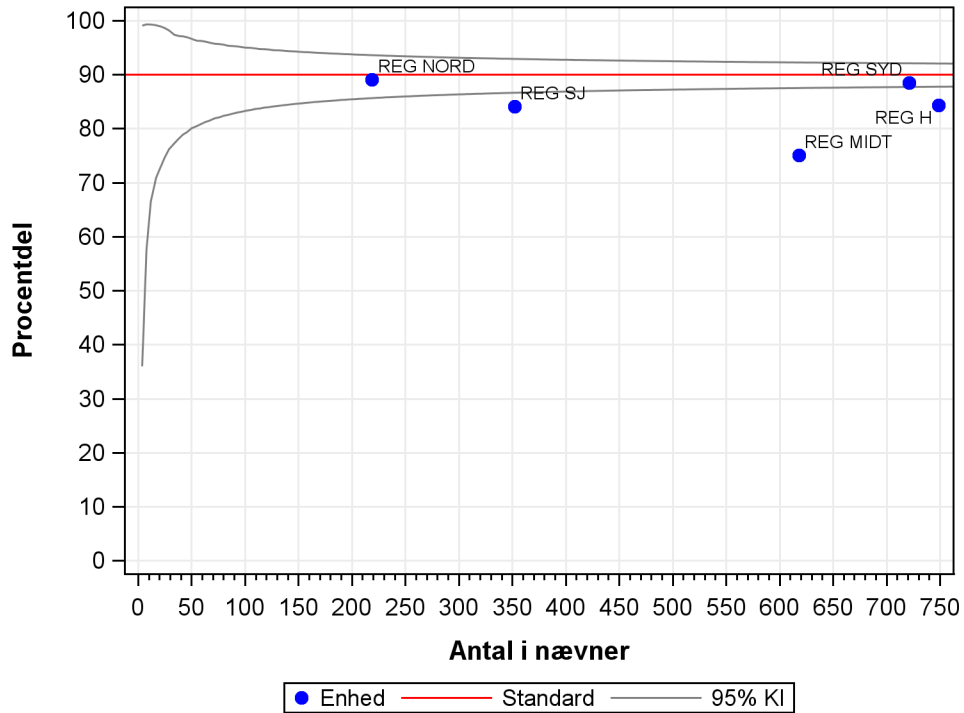
Forbehold: Patienter for hvilke, der ikke er modtaget behandlings-/opfølgingsindberetning, kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Når disse patienter henføres fra kirurgiafdelingen til den samarbejdende onkologiske afdeling er denne procedure behæftet med usikkerhed som følge en række forhold: (a) forskellige optageområder mellem kirurgi og onkologi, (b) visse typer specialiseret kirurgi udføres centralt på universitetssygehusene, (c) stråleterapi gives på en anden afdeling end den medicinske behandling, (d) patienter der ikke ønsker medicinsk behandling henvises ikke samt (e) endokrin terapi varetages i et vist omfang af kirurger.

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer for operationsår 2012-2014.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	3433	77	2659	2225	434	84 (82-85)	89	84	91	93
HOVEDSTADEN	1094	68	749	632	117	84 (82-87)	87	82	92	91
SJÆLLAND	502	70	352	296	56	84 (80-88)	87	84	88	95
SYDDANMARK	806	89	721	638	83	88 (86-91)	89	82	91	92
MIDTJYLLAND	705	88	618	464	154	75 (71-78)	92	90	91	96
NORDJYLLAND	326	67	219	195	24	89 (84-93)	91	90	92	94
RIGSHOSPITALET	372	85	316	260	56	82 (78-86)	86	87	93	89
HERLEV	469	47	220	193	27	88 (83-92)	87	69	92	88
HILLERØD	227	83	189	171	18	90 (85-94)	88	95	92	99
RØNNE	26	92	24	8	16	33 (16-55)	73	96	81	95
ROSKILDE	246	46	113	81	32	72 (62-80)	86	77	87	100
NÆSTVED	248	96	237	215	22	91 (86-94)	90	94	89	99
ANDEN AFD. REG.SJ	#	25	#	#	#	#	0	27	80	43
ODENSE	299	90	269	227	42	84 (79-89)	88	94	89	96
SØNDERBORG	151	77	117	106	11	91 (84-95)	90	79	93	98
ESBJERG	105	95	100	91	9	91 (84-96)	98	37	89	81
VEJLE	247	95	234	214	20	91 (87-95)	88	95	95	97
ANDEN AFD. REG.SYD	#	25	#	#	#	#	100	50	73	45
HERNING	268	92	247	214	33	87 (82-91)	94	95	95	100
AARHUS	425	85	361	246	115	68 (63-73)	91	87	89	100
ANDEN AFD. REG.MIDT	12	83	10	4	6	40 (12-74)	50	29	55	30
AALBORG	326	67	219	195	24	89 (84-93)	91	91	93	98

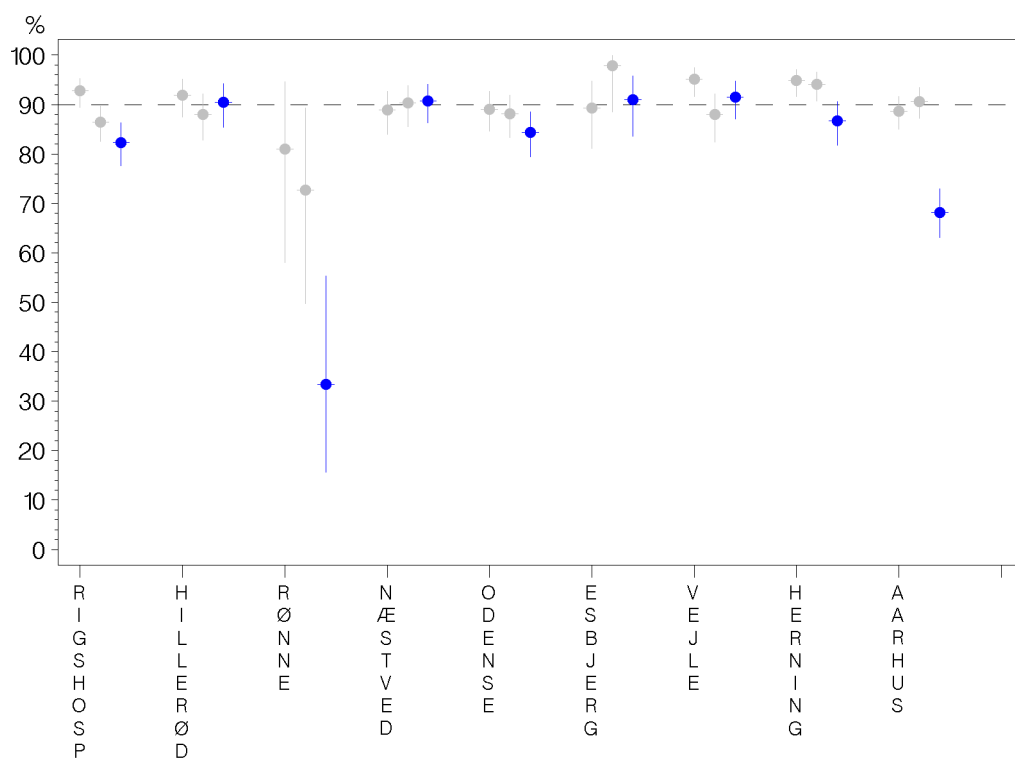
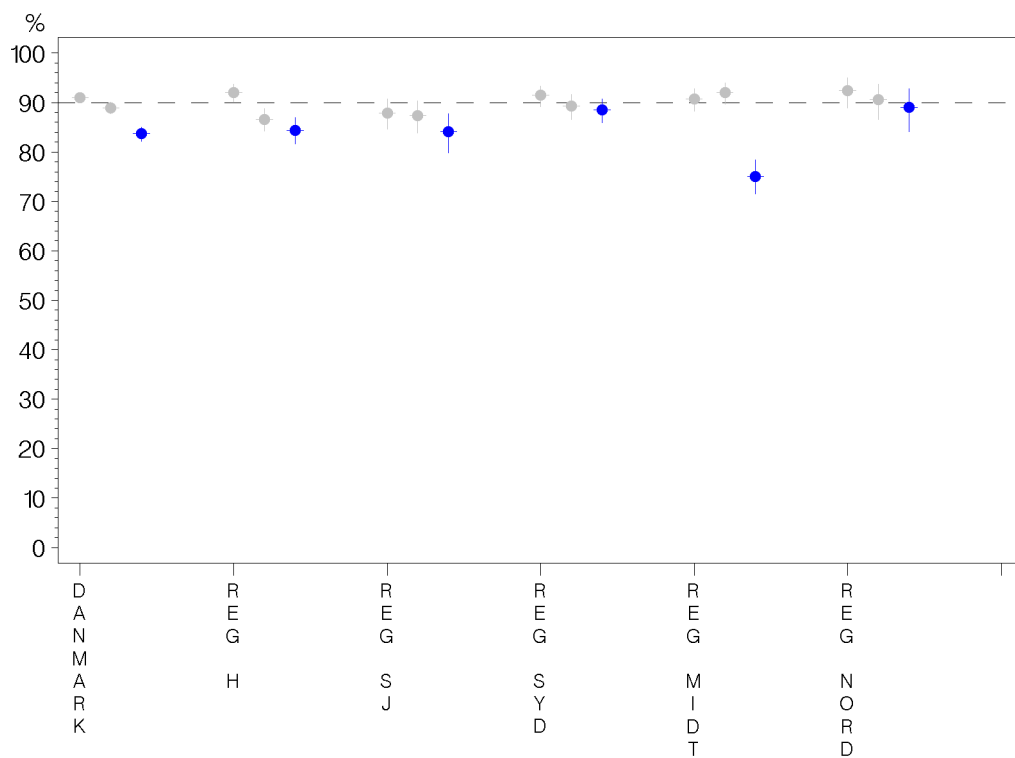
* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 8' for specificering af tildeling af afdeling.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2014. Referenceværdi: > 90 % (rød linje).



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2012-2013 (grå signatur) og 2014 (blå signatur). Referenceværdi: > 90 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 8

Indberetningskompletheden for 2014 varierer markant mellem regionerne: Syddanmark og Midtjylland har 88-89 % komplethed; Sjælland, Hovedstaden og Nordjylland har hhv. 70 %, 68 % og 67 % komplethed. Den nationale indberetningskomplethed for 2014 er 77 %, hvilket er betydeligt lavere end i 2012 og 2013, hvor kompletheden var 84 % og 93 %. Denne store ændring over tid afspejler en forsinket indberetning af medicinsk behandling.

Den nationale indikatoropfyldelse for 2014 er 84 %, hvilket er 5 procent-point lavere end i 2013. Denne markante forskel indikerer, at også indikatorresultatet forbedres med efterindberetning. På regionalt niveau ligger opfyldelsen højest i Nordjylland og Syddanmark med 88-89 %, fulgt af Sjælland og Hovedstaden, der begge har 84 % opfyldelse og i bund Midtjylland med 75 % opfyldelse. Region Syddanmark har som den eneste region høj komplethed og høj indikatoropfyldelse; 89 % og 88 %, hvor Nord har lav komplethed. På afdelingsniveau fremhæves især Esbjerg, Vejle og Næstved for høj komplethed og opfyldelse af indikatoren.

Styregruppens kommentarer til indikator 8

Manglende indberetninger udgør et meget stort problem i forhold til denne indikator. Kompletheden på 77 % er ikke acceptabelt. Specielt skal fremhæves, at Herlev og Roskilde skiller sig væsentligt ud med meget lave antal indberetninger. Herlev blev også påtalt i den sidste års rapport, men trods det, er resultatet yderligere forringet. Esbjerg har derimod reageret positivt på omtalen i sidste års rapport, og har bragt sig helt i top hvad dette angår.

Indikatoropfyldelsen ligger på 84 %, hvilket er på linje med sidste år, når man tager i betragtning, at der må forventes nogen efterindberetning (der er således sket en 3% forbedring i forhold til 2014 rapporten af 2013 indikatoren). Imidlertid er der 3 afdelinger der skiller sig markant ud med en påfaldende lav indikatoropfyldelse. Det drejer sig om Rønne, Roskilde og Aarhus. For alle tre afdelinger gælder, at resultatet er væsentligt lavere end året før. Specielt for Aarhus er der sket en mærkbar ændring fra 91 % til 68 %. Det er meget overraskende, at man i 2015 så markant har ændret behandlingsstrategi.

Anbefalinger til indikator 8

Der er behov for, at Herlev og Roskilde gør en ekstraordinær indsats overfor indberetning, således at der sikres tilstrækkelige mængder af data. Der er ligeledes behov for en forbedret indberetning i Sønderborg, og Aalborg.

Afdelingerne i Rønne, Roskilde og Aarhus bør fremlægge en nærmere redegørelse for,

hvorfor retningslinjerne for onkologisk behandling af højrisiko-patienterne tilsyneladende tilsidesættes i stort omfang.

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgningsprogram

Beskrivelse: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som gennemfører DBCG's retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG).

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder allokert til behandlingsregime i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering.

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

Forbehold: Højrisiko-patienter for hvilke, der ikke er modtaget en off-study eller en behandlings-/opfølgningsindberetning, kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Se beskrivelsen af forbehold under indikator 8.

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: indberetning af off-study, indberetning af flow, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), indberetning fra onkologisk afdeling i LPR, og sidst DBCG kirurgiafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 9', hvor antal allokerede patienter efter datakilde ligeledes præsenteres.

Til denne indikator er der medtaget patienter, der er opereret fra 2005 til 2014, idet det handler om 10 års follow-up. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisiko-patienter. Indikatoren opgøres kun for patienter, der efter guidelines burde være under opfølgning. Patienter, der allerede inden operationen eller umiddelbart efter operationen, bedømmes til ikke at skulle følges i DBCG's opfølgningsprogram, og patienter, der ikke opereres ifølge DBCG's retningslinjer er udeladt af populationen.

Definitionen på at en patient har gennemført opfølgningsprogrammet er, at der er regelmæssige opfølgningsbesøg indtil der indberettes off-study skema med en af følgende hændelser: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan desuden gennemføre opfølgningsprogrammet, hvis de afsluttes med off-study 3 år efter operation jf. retningslinjer fra 20. august 2010.

Indikatoren kan ikke bestemmes hvis patienten dør indenfor 1 år efter operationen eller hvis patienten er opereret for mindre end 1 år siden. Derfor har vi i årsrapport 2015 valgt at beskrive indikatoren for patienter opereret i perioden 2005-2014.

Det bemærkes, at der er kommet nye opfølgingsprogrammer, som ikke er implementeret i 2015, men da indikatoren er beskrevet bagudrettet beholdes specifikationen i denne årsrapport som en overgangsordning.

Højrisko-patienter

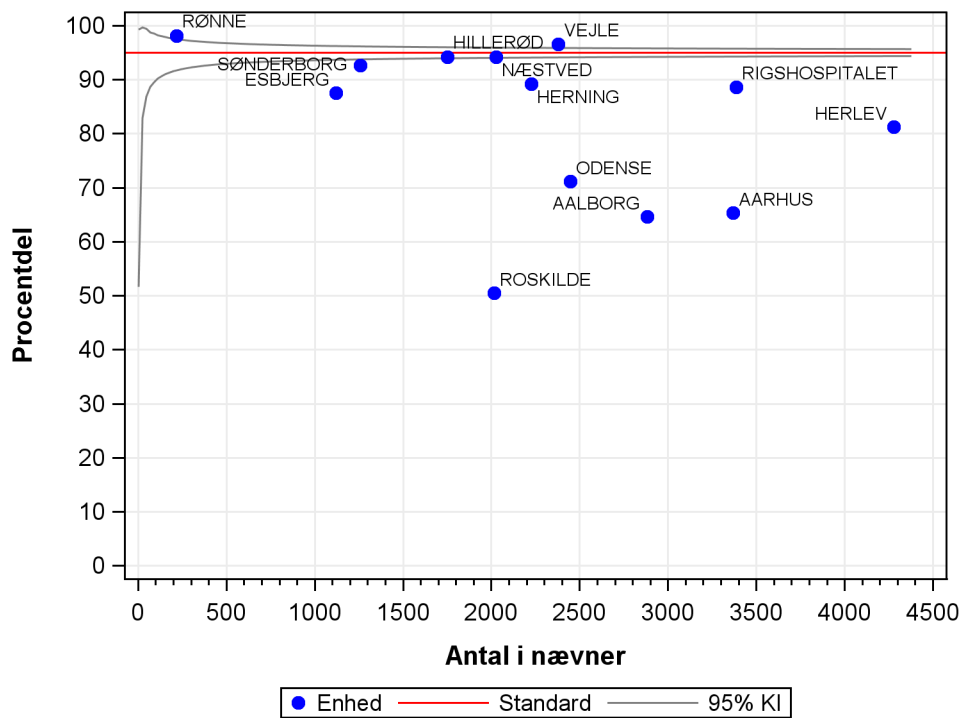
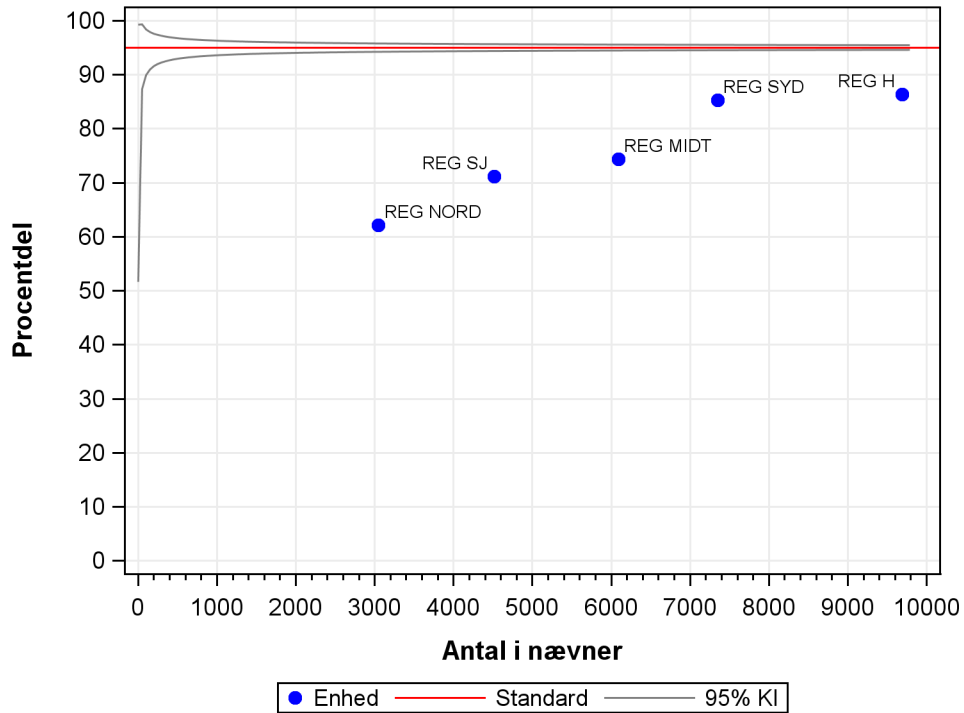
Indikator 9: Højrisko-patienter opereret 2005-2014, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2005-2014 med KI (%)	Årsrapport 2014 (andel 2004-2013 med KI, %)
DANMARK	30718	100	30718	24265	6453	79 (79-79)	82 (82-83)
HOVEDSTADEN	9691	100	9691	8364	1327	86 (86-87)	86 (85-87)
SJÆLLAND	4516	100	4516	3213	1303	71 (70-72)	77 (75-78)
SYDDANMARK	7348	100	7348	6265	1083	85 (84-86)	83 (82-84)
MIDTJYLLAND	6092	100	6092	4530	1562	74 (73-75)	87 (87-88)
NORDJYLLAND	3048	100	3048	1892	1156	62 (60-64)	64 (63-66)
RIGSHOSPITALET	3387	100	3387	3002	385	89 (88-90)	87 (86-88)
HERLEV	4279	100	4279	3475	804	81 (80-82)	83 (82-85)
HILLERØD	1751	100	1751	1650	101	94 (93-95)	92 (91-93)
RØNNE	217	100	217	213	4	98 (95-99)	97 (93-99)
ANDEN AFD. REG.H	57	100	57	24	33	42 (29-56)	46 (35-56)
ROSKILDE	2015	100	2015	1018	997	51 (48-53)	69 (67-72)
NÆSTVED	2026	100	2026	1908	118	94 (93-95)	89 (88-91)
ANDEN AFD. REG.SJ	475	100	475	287	188	60 (56-65)	61 (57-65)
ODENSE	2449	100	2449	1742	707	71 (69-73)	70 (68-72)
SØNDERBORG	1257	100	1257	1165	92	93 (91-94)	90 (88-92)
ESBJERG	1120	100	1120	980	140	88 (85-89)	84 (82-86)
VEJLE	2378	100	2378	2297	81	97 (96-97)	96 (95-96)
ANDEN AFD. REG.SYD	144	100	144	81	63	56 (48-64)	50 (42-57)
HERNING	2227	100	2227	1986	241	89 (88-90)	96 (95-97)
AARHUS	3367	100	3367	2200	1167	65 (64-67)	85 (84-86)
ANDEN AFD. REG.MIDT	498	100	498	344	154	69 (65-73)	69 (65-73)
AALBORG	2883	100	2883	1862	1021	65 (63-66)	68 (66-69)
ANDEN AFD. REG.NORD	165	100	165	30	135	18 (13-25)	21 (15-27)
UOPLYST**	#	100	#	#	#	#	3 (0-18)

* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 9' for specificering af tildeling af afdeling.

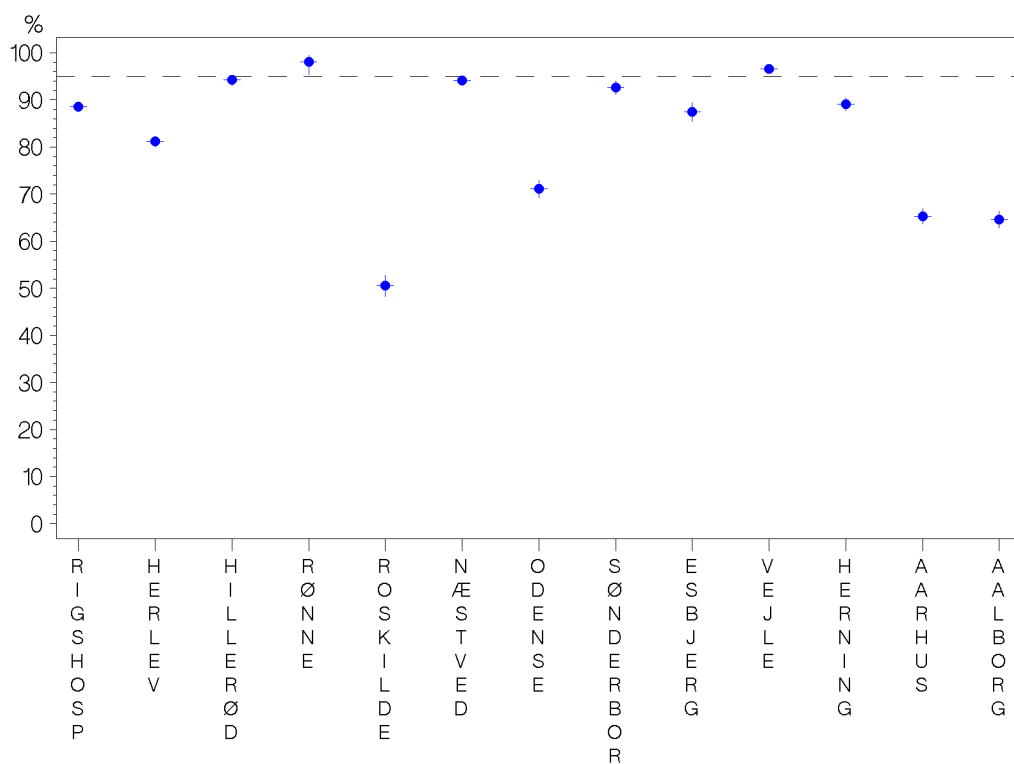
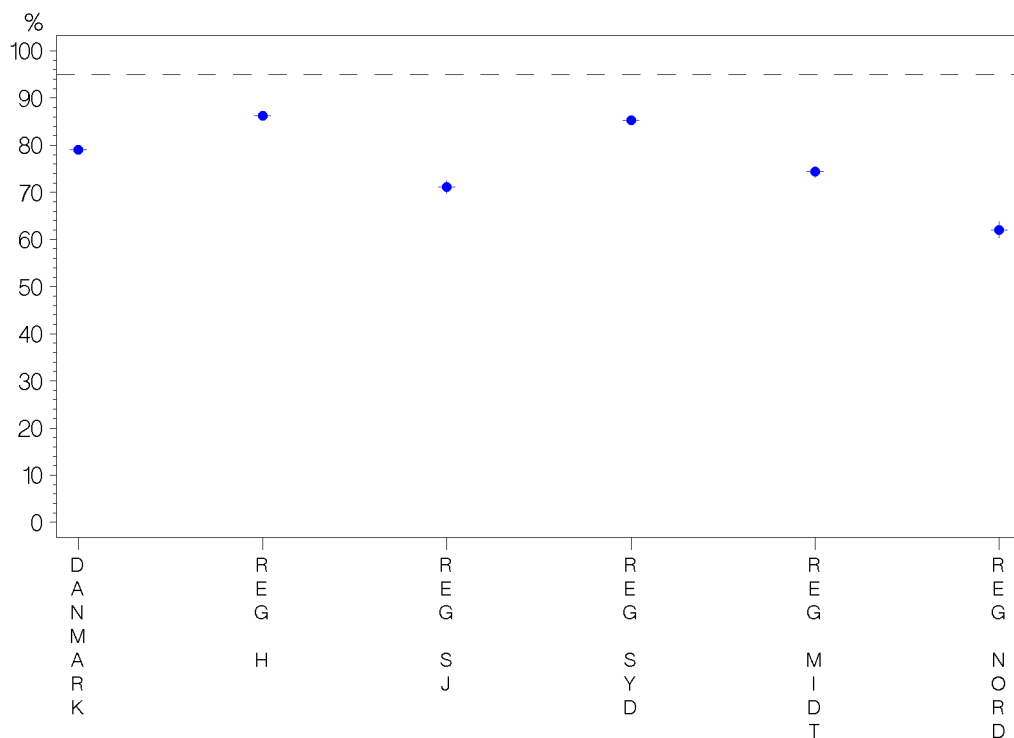
** Tilknyttet privathospitaler som er ophørt som aktive afdelinger.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2005-2014. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for perioden 2005-2014.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Gennemførelsen af DBCG's opfølgingsprogram for højrisiko-patienter opereret i perioden fra 2005 til 2014 varierer betydeligt mellem regionerne: Syddanmark og Hovedstaden har 86 % og 85 % opfyldelse, Midtjylland og Sjælland har 74 % og 71 % opfyldelse, mens Nordjylland har 62 % opfyldelse. I forhold til årsrapport 2014 er landsresultatet forringet med 3 procent-point fra 82 % til 79 % opfyldelse. Denne forringelse dækker over følgende forskelle mellem regionerne: Hovedstaden er stabil i sit resultat, mens Syddanmark og Nordjylland er relativt stabile med kun en lille forbedring eller forringelse (2 procent-point), mens Sjælland og Midtjylland har reduktioner på hhv. 6 og 13 procent-point.

Også på afdelingsniveau er resultatudviklingen fra sidste årsrapport i mange tilfælde markant. I region Hovedstaden er afdelingerne stabile; i region Sjælland har afdelingen i Næstved opnået et bedre resultat, som dog trækkes ned af ringere resultater i Roskilde og Anden afd. region Sjælland (Ringsted); i region Syddanmark har alle afdelinger opnået bedre resultater, i region Midtjylland er alle afdelinger faldet - især Aarhus med 20 procent-point. Region Nordjylland har et lille fald.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Højrisiko

På flere onkologiske afdelinger resultatet meget utilfredsstillende, og dette til trods for at der med opbakning fra Danske Regioner har været stor fokus på Sundhedsstyrelsens Opfølgingsprogram for brystkræft.

Usikkerhed om hvorledes programmet skulle implementeres kan have været en medvirkende faktor, men DBCG har i løbet af 2015 afklaret hvordan dette overordnede program kan udmøntes. Kredsen af Sundhedsdirektører under Danske Regioner har på baggrund af de af DBCG udarbejdede modeller fastslået at patienter skal have et åbent forløb i den afdeling, hvor de har modtaget den seneste behandling (onkologisk eller kirurgisk) og have mulighed for direkte at kontakte afdelingen ved relevante symptomer, og have udleveret en skrivelse, der redegør for 'alarmsymptomer' og symptomer på senfølger, som de skal forholde sig til.

Da der fra Sundhedsstyrelsens og Danske Regioners side er lagt stor vægt på, at de nye retningslinjer implementeres, må det forudsættes, at der i løbet af 2016 rettes op på de skæve forhold.

I opfølgingsprogrammet er det beskrevet at fraset mammografi, bør der uden symptomer på tilbagefald ikke planlægges undersøgelser mhp. opsporing af tilbagefald. Det anbefales, at alle patienter under 50 år og kvinder med højpenetrante risikogivende gener følges med årlig klinisk mammografi og at øvrige patienter, der er fyldt 50 år og i løbet af deres levetid er

opereret for brystkræft, følges med en screeningsmammografi til de er 79 år. Styregruppen har drøftet, at der er behov for at vurdere, om denne rekommandation følges.

Anbefalinger til indikator 9 Højrisiko

Der er specielt ved de onkologiske afdelinger i Roskilde, Odense, Aalborg og Aarhus behov for, at man får iværksat forbedringer vedr. denne indikator.

Styregruppen anbefaler, at der oprettes en separat indikator med henblik på at måle, om rekommandationerne vedr. mammografi beskrevet i opfølgingsprogrammet følges.

Lavrisiko-patienter

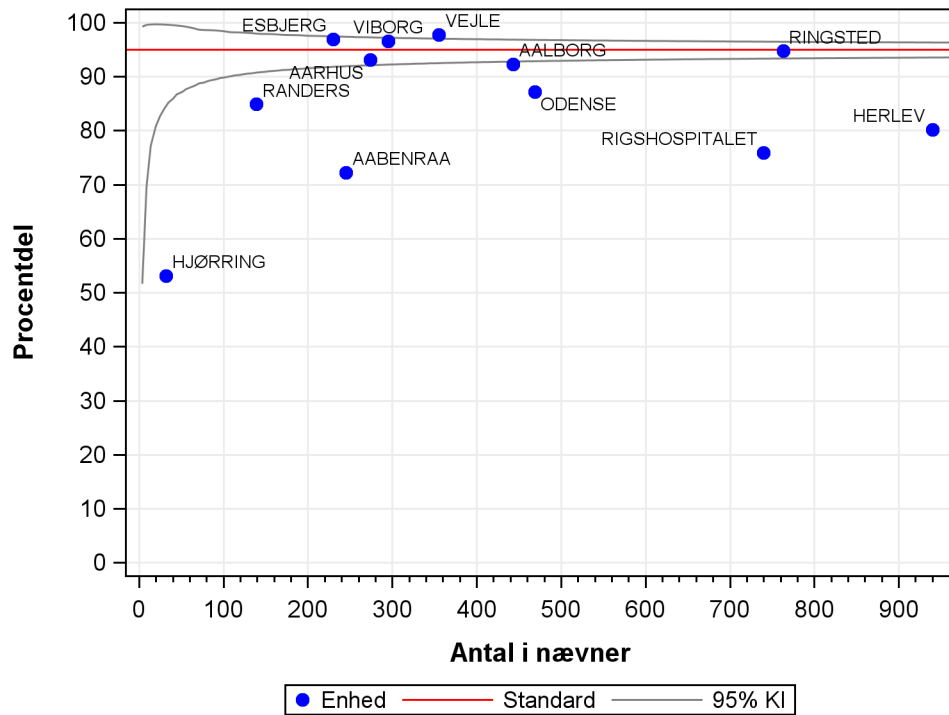
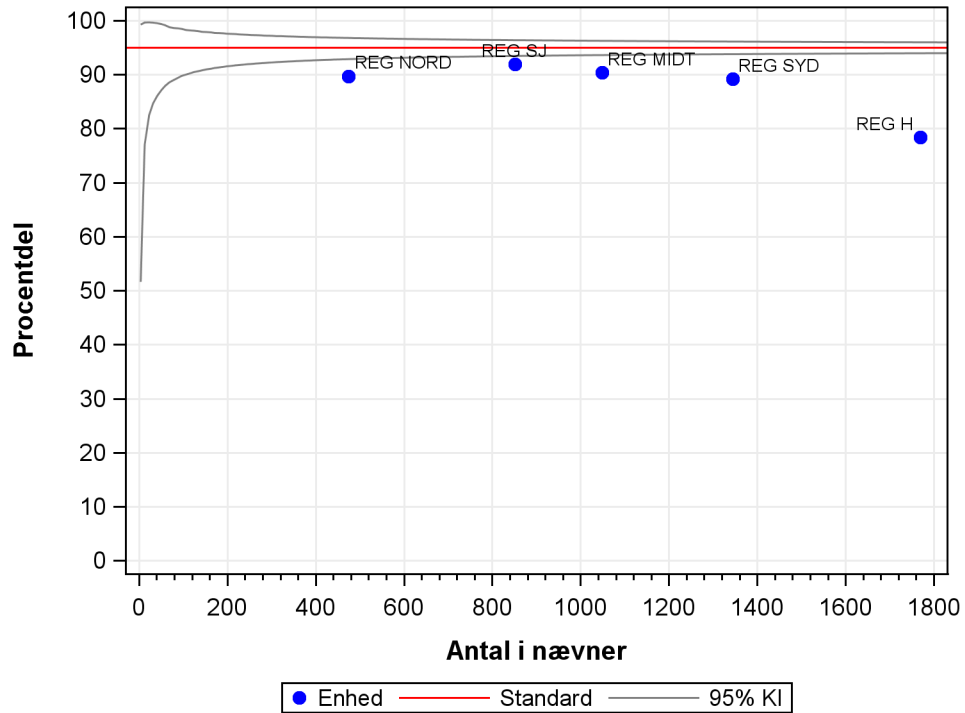
Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2005-2014 der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2005-2014 med KI (%)	Årsrapport 2014 (andel 2004-2013 med KI, %)
DANMARK	5493	100	5493	4741	752	86 (85-87)	84 (83-85)
HOVEDSTADEN	1769	100	1769	1386	383	78 (76-80)	76 (74-78)
SJÆLLAND	851	100	851	782	69	92 (90-94)	94 (92-96)
SYDDANMARK	1344	100	1344	1198	146	89 (87-91)	85 (83-87)
MIDTJYLLAND	1049	100	1049	948	101	90 (88-92)	87 (85-89)
NORDJYLLAND	475	100	475	426	49	90 (87-92)	86 (82-89)
RIGSHOSPITALET	740	100	740	562	178	76 (73-79)	78 (75-80)
HERLEV	940	100	940	754	186	80 (78-83)	76 (73-79)
ANDEN AFD. REG.H	89	100	89	70	19	79 (69-87)	71 (61-79)
RINGSTED	763	100	763	723	40	95 (93-96)	95 (94-97)
ANDEN AFD. REG.SJ	88	100	88	59	29	67 (56-77)	84 (75-90)
ODENSE	469	100	469	409	60	87 (84-90)	74 (70-78)
AABENRAA	245	100	245	177	68	72 (66-78)	80 (74-84)
ESBJERG	230	100	230	223	7	97 (94-99)	95 (92-98)
VEJLE	355	100	355	347	8	98 (96-99)	96 (93-98)
ANDEN AFD. REG.SYD	45	100	45	42	3	93 (82-99)	95 (84-99)
AARHUS	274	100	274	255	19	93 (89-96)	91 (87-94)
RANDERS	139	100	139	118	21	85 (78-90)	86 (79-91)
VIBORG	295	100	295	285	10	97 (94-98)	94 (91-97)
ANDEN AFD. REG.MIDT	341	100	341	290	51	85 (81-89)	79 (75-83)
AALBORG	443	100	443	409	34	92 (89-95)	89 (85-91)
HJØRRING	32	100	32	17	15	53 (35-71)	59 (43-74)
UOPLYST**	#	100	#	#	#	#	14 (0-58)

* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 9' for specificering af tildeling af afdeling.

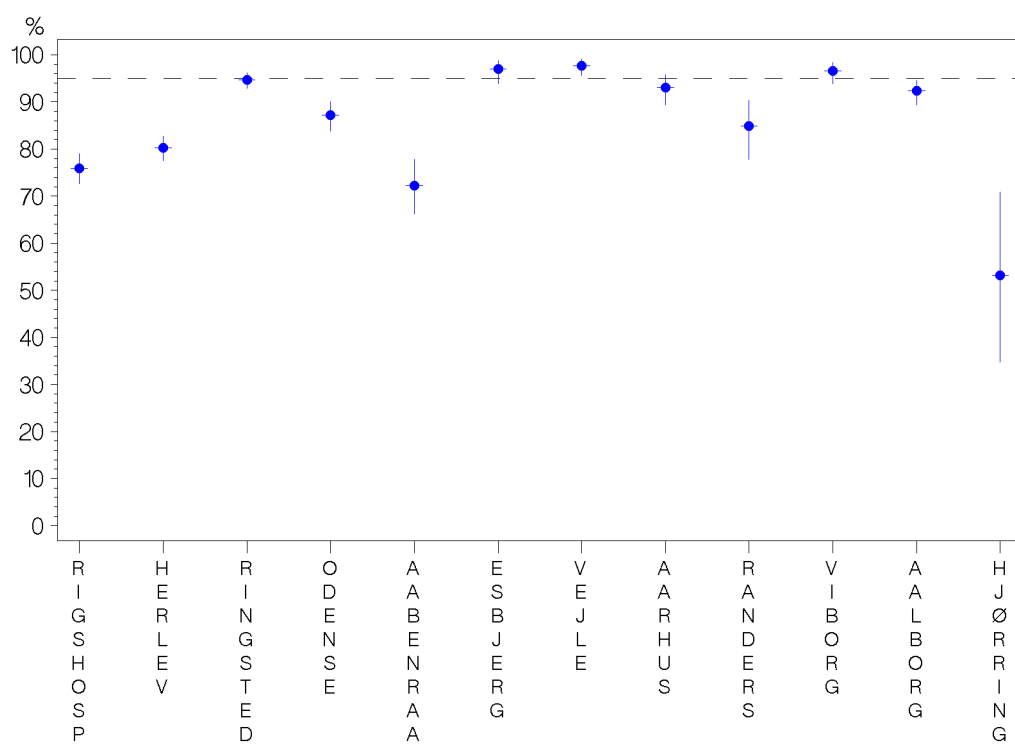
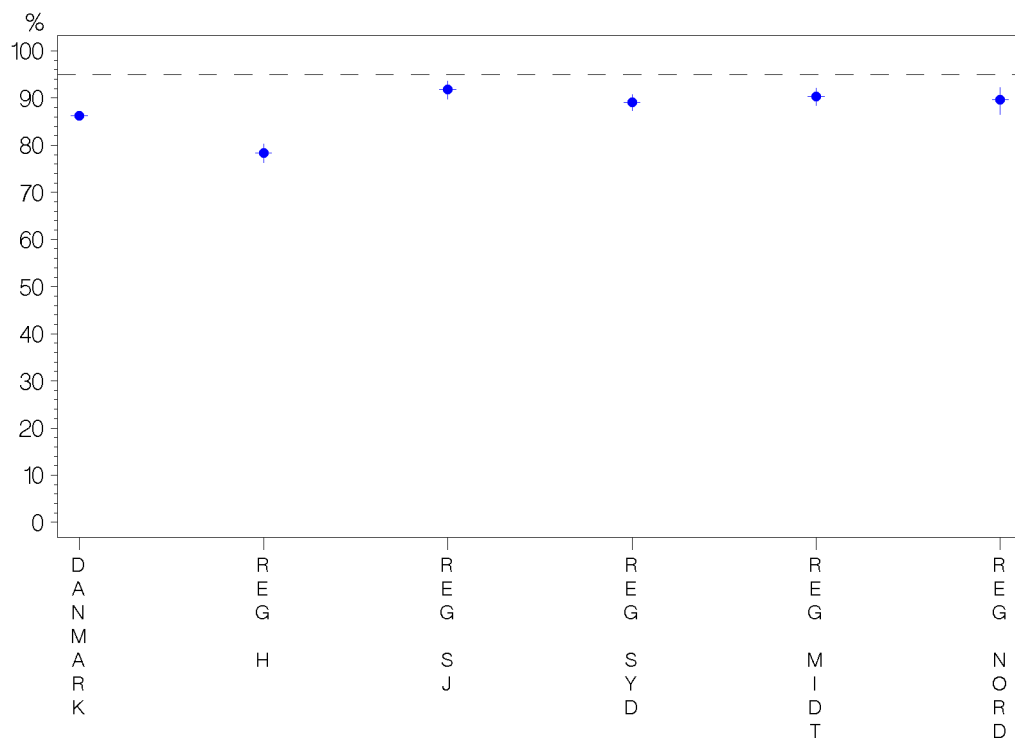
** Tilknyttet privathospitaler som er ophørt som aktive afdelinger.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2005-2014. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for perioden 2005-2014.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Gennemførelsen af DBCG's opfølgingsprogram for lavrisiko-patienter opereret i perioden fra 2005 til 2014 varierer betydeligt mellem regionerne: Fra Sjælland med 92 % opfyldelse til Hovedstaden med 78 % opfyldelse. I forhold til årsrapport 2014 er landsresultatet forbedret med 2 procent-point fra 84 % til 86 % opfyldelse.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Der gør sig samme forhold gældende, som dem, der er omtalt under Højrisiko.

Anbefalinger til indikator 9 Lavrisiko

Der er grund til at fremhæve den meget lave indikatoropfyldelse for afdelingerne i Hjørring, Aabenraa, Rigshospitalet og Herlev.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

Beskrivelse: Andelen af patienter med primært, invasivt karcinom (C50), som udvikler lokalt recidiv (mammarecidiv) efter brystbevarende terapi (lumpektomi, aksilindgreb, stråleterapi) inden for 5 år efter operation.

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: <2,5 %.

Indikatorpopulation: Kvinder opereret med brystbevarende operation.

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

I DBCG's kvalitetsdatabase grupperes den første registrerede sygdomsbegivenhed efter operation i kategorierne: lokalt recidiv, andre recidiver (inklusive kombinationer af flere lokalisationer), anden malign sygdom samt død som første begivenhed (uanset årsag). Begivenheden lokalt recidiv optræder derfor i konkurrence med andre og normalt mere alvorlige begivenheder. Hvis første hændelse for en patient er død så er begivenheden lokalt recidiv udelukket. Hvis første hændelse for en patient er fjernrecidiv eller anden malign sygdom (f.eks. lungekræft) så vil en efterfølgende forekomst af lokalt recidiv ikke blive registreret og vil sandsynligvis have ringe betydning for denne patients prognose.

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

Indikatorspecifikationen er følgende:

Indikatorformat: Andel (procent). Angives som procentdel af patienter, der har lokalt recidiv (±regionalt recidiv eller fjernrecidiv) som første sygdomsbegivenhed beregnet som kumuleret incidens efter 5 år ved competing risk analyse.

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

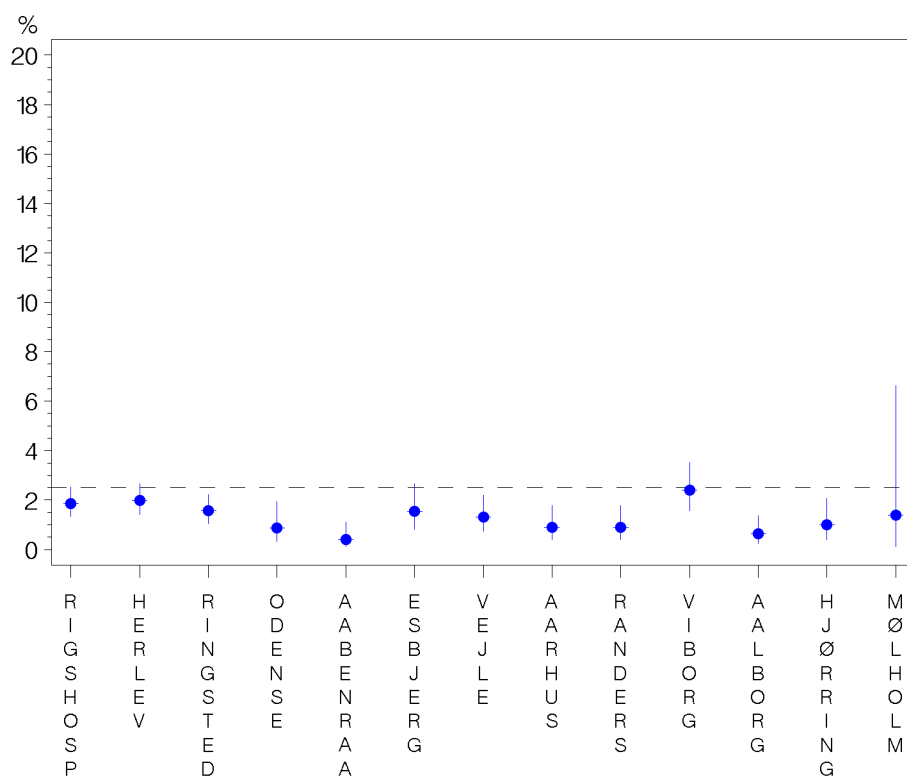
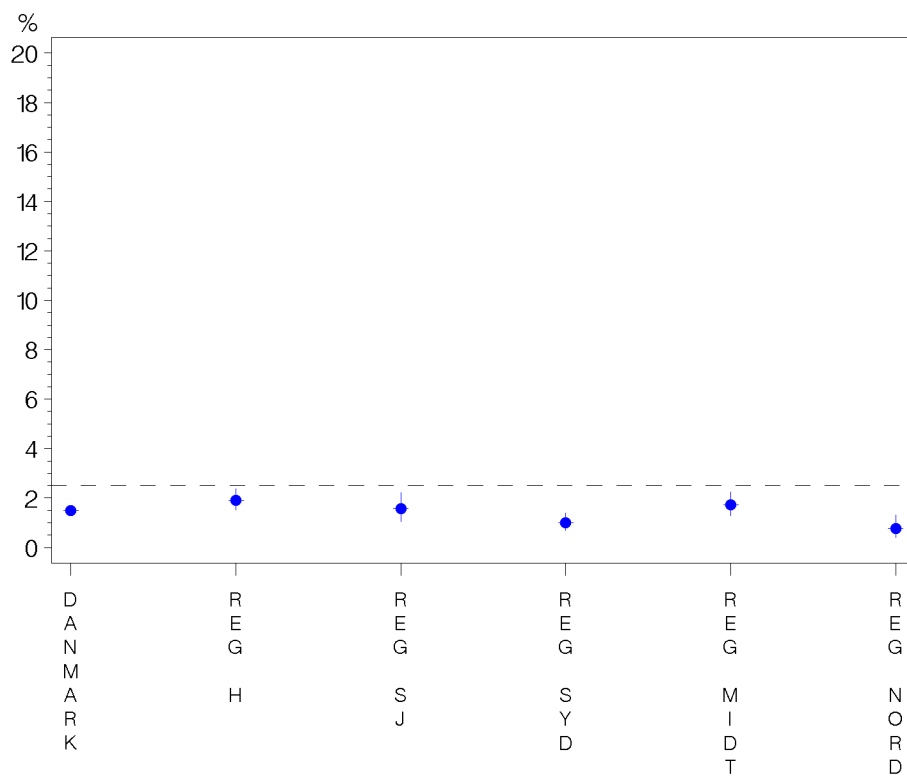
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 2009-2013. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Enhed	Potenti el nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2009-2013 med KI (%)	Nedre SI	Øvre SI
DANMARK	13679	95	13049	173	12876	1,5%	1,3%	1,7%
HOVEDSTADEN	4090	94	3832	71	3761	1,9%	1,5%	2,4%
SJÆLLAND	2306	95	2192	25	2167	1,6%	1,1%	2,2%
SYDDANMARK	2995	96	2875	27	2848	1,0%	0,7%	1,4%
MIDTJYLLAND	2956	98	2891	43	2848	1,7%	1,3%	2,3%
NORDJYLLAND	1185	95	1120	3	1117	0,8%	0,4%	1,3%
RIGSHOSPITALET	1868	95	1770	34	1736	1,9%	1,3%	2,5%
HERLEV	2222	93	2062	37	2025	2,0%	1,4%	2,7%
RINGSTED	2306	95	2192	25	2167	1,6%	1,1%	2,2%
ODENSE	743	100	740	6	734	0,9%	0,3%	1,9%
AABENRAA	729	94	688	3	685	0,4%	0,1%	1,1%
ESBJERG	620	89	552	11	541	1,5%	0,8%	2,7%
VEJLE	903	99	895	7	888	1,3%	0,7%	2,2%
AARHUS	899	98	878	5	873	0,9%	0,4%	1,8%
RANDERS	561	98	548	4	544	0,9%	0,4%	1,8%
VIBORG	1197	98	1168	25	1143	2,4%	1,6%	3,5%
ANDEN AFD. REG.MIDT*	299	99	297	9	288	2,8%	1,5%	4,7%
AALBORG	688	96	660	#	≥ 658	0,6%	#	#
HJØRRING	497	93	460	#	≥ 458	1,0%	#	#
MØLHOLM	76	96	73	#	≥ 71	1,4%	#	#
OPHØRT PRIVATHOSPITAL	51	90	46	#	≥ 44	2,7%	#	#
UOPLYST**	20	100	20	0	20	0,0%	0,0%	0,0%

* Holstebro. Afdelingen er ikke aktiv i 2015 og dermed anført som 'anden afd.'

** Tilknyttet privathospitaler som er ophørt som aktive afdelinger.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner. Andelen beregnes på baggrund af en competing risk analyse (kræver: tid til første hændelse samt forekomst af evt. andre hændelser), og kan således ikke genberegnes ud fra tabellen.



Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

Andelen af patienter der har udviklet lokalt recidiv efter brystbevarende terapi 2009-2013. Referenceværdi: 2,5 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm andre recidiver).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Den regionsvise indberetningskomplethed ligger højt i Midtjylland med 98 %, fulgt af en lille variation mellem de resterende regioner: Syddanmark med 96 %, Sjælland og Nordjylland med 95 % og Hovedstaden 94 % komplethed. Den regionsvise indikatoropfyldelse ligger lavt (godt) mellem 0,8 % og 1,9 %. Indikatoropfyldelsen er lavest (bedst) i Nordjylland og højest (dårligst) i Hovedstaden; begge har 94-95 % komplethed.

Referenceværdien er ændret fra 7 % til 2,5 % ved Styregruppemødet 12. november 2015.

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Som det fremgår ovenfor, er der indført en ny referenceværdi, som er fastlagt på baggrund af en opgørelse af et meget stort DBCG-materiale¹. Resultatet er for alle afdelinger meget tilfredsstillende, idet der ikke er statistisk afvigelse fra referenceværdien på 2,5 %.

Anbefalinger til indikator 10

Ingen.

¹ **Importance of margin width in breast-conserving treatment of early breast cancer.** / Bodilsen A, Bjerre K, Offersen BV, Vahl P, Amby N, Dixon JM, Ejlertsen B, Overgaard J, Christiansen P. J Surg Oncol. 2016 May;113(6):609-15.

Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer

Beskrivelse: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 30 dage efter brystkræftoperation.

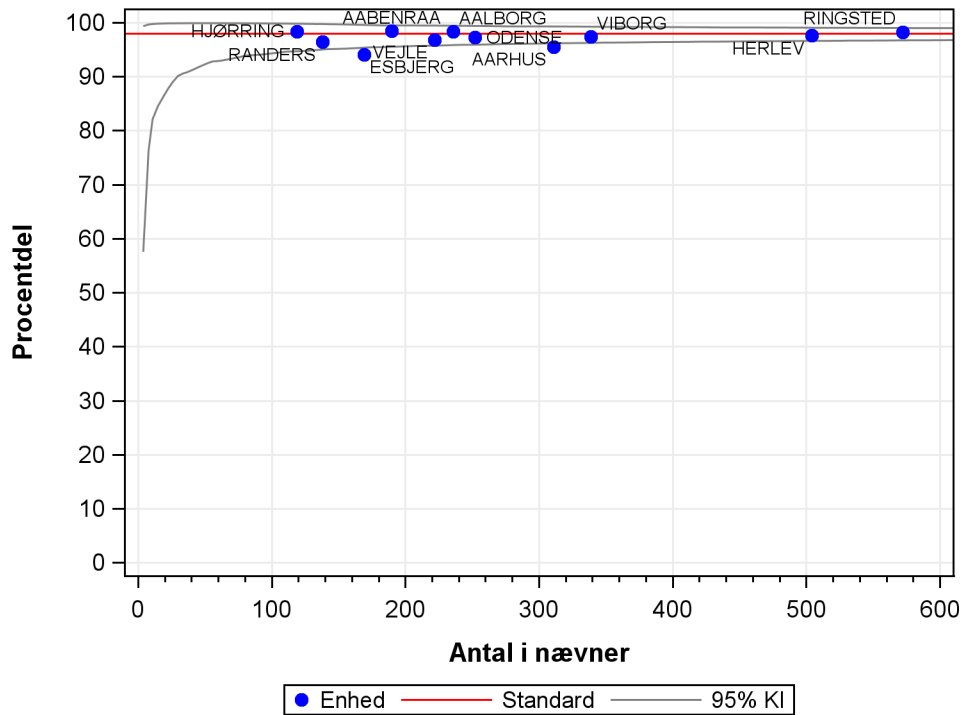
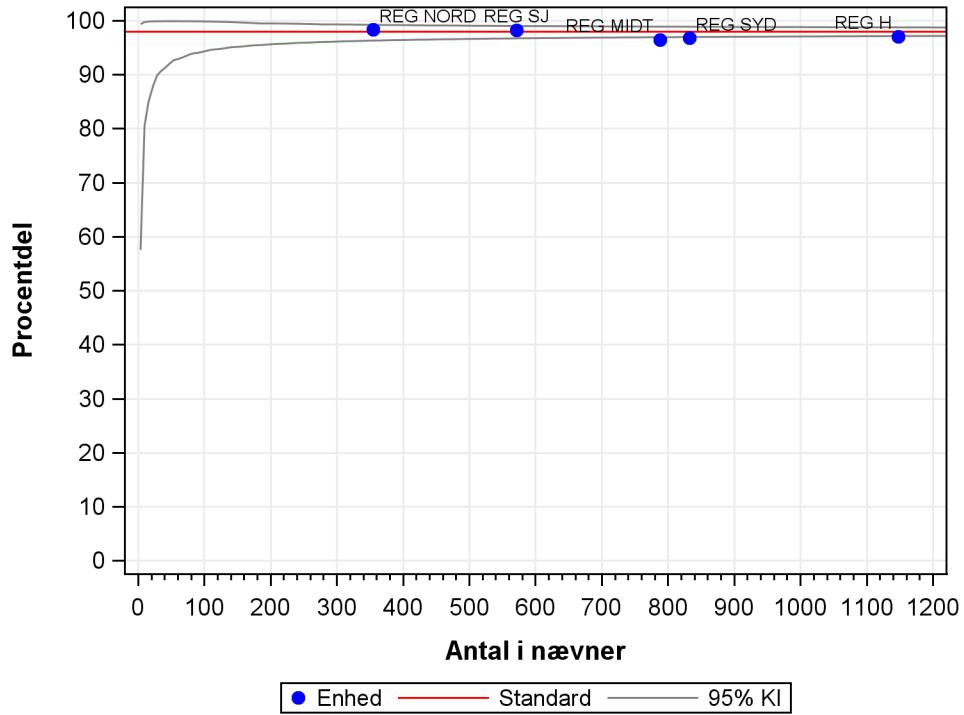
Standard: Der foreligger ikke international konsensus om en referenceværdi for kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation. En opgørelse fra Hørsholm Hospital i 2004 viste: blødning med akut re-operation: 1,2 %, sårinfektion med pus: 0,4 %, nekrose: hudlapsnekrose 1,2 % og epidermiolyse 2,9 %.

Indikatorpopulation: Alle patienter der får udført cancer mammae operation med kurativt sigte inklusive operation efter neo-adjuverende behandling.

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

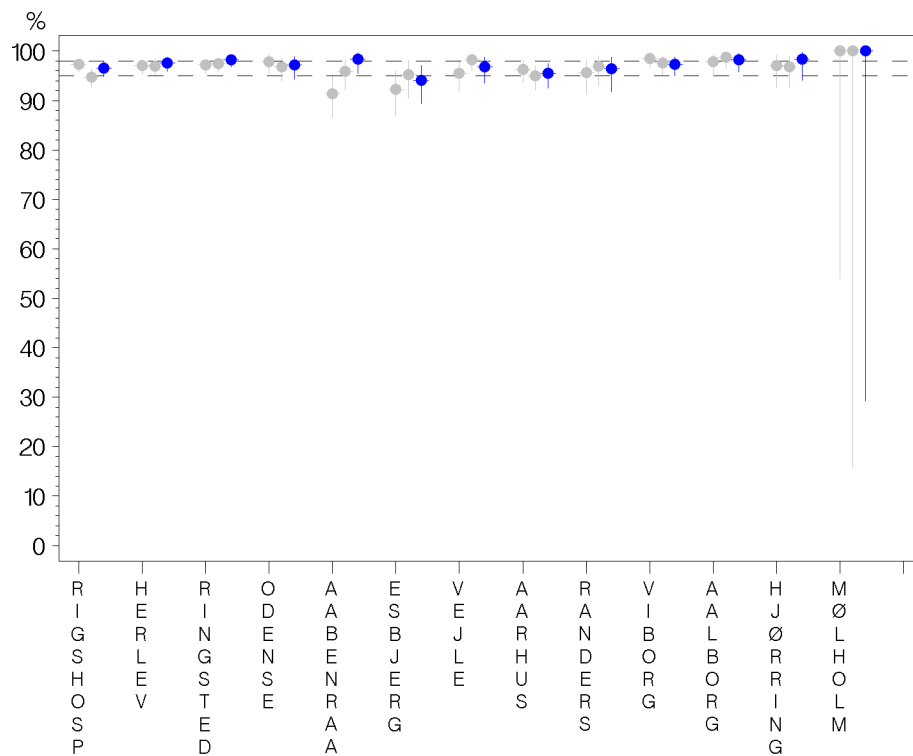
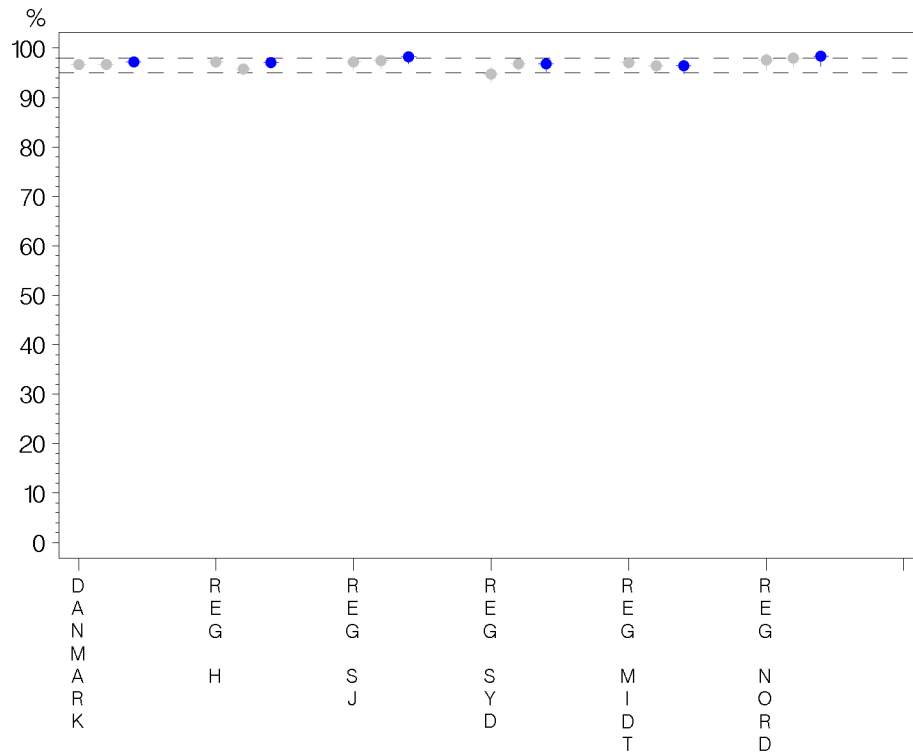
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer 2013-2015. Kodning af re-operation som følge af komplikation i LPR.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	3917	94	3699	3594	105	97 (97-98)	97	97	97	97
HOVEDSTADEN	1297	89	1148	1114	34	97 (96-98)	96	92	97	94
SJÆLLAND	590	97	572	562	10	98 (97-99)	97	98	97	98
SYDDANMARK	865	96	833	806	27	97 (95-98)	97	100	95	99
MIDTJYLLAND	803	98	788	760	28	96 (95-98)	96	99	97	99
NORDJYLLAND	357	99	355	349	6	98 (96-99)	98	100	98	98
RIGSHOSPITALET	652	99	644	622	22	97 (95-98)	95	99	97	99
HERLEV	645	78	504	492	12	98 (96-99)	97	85	97	88
RINGSTED	590	97	572	562	10	98 (97-99)	97	98	97	98
ODENSE	255	99	252	245	7	97 (94-99)	97	99	98	99
AABENRAA	192	99	190	187	3	98 (95-100)	96	99	91	99
ESBJERG	183	92	169	159	10	94 (89-97)	95	99	92	99
VEJLE	235	94	222	215	7	97 (94-99)	98	100	96	98
AARHUS	315	99	311	297	14	95 (93-98)	95	99	97	99
RANDERS	142	97	138	133	5	96 (92-99)	97	100	96	99
VIBORG	346	98	339	330	9	97 (95-99)	98	99	99	99
AALBORG	238	99	236	232	4	98 (96-100)	99	100	98	97
HJØRRING	119	100	119	117	2	98 (94-100)	97	99	97	99
MØLHOLM	5	60	3	3	0	100 (29-100)	100	100	100	60



Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2015. Der er ikke fastsat nogen referenceværdi; jvf. RKKP's retningslinjer er indsat linje for bedste afdelingsresultat: >98 % (rød linje).



Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2013-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur). Der er ikke fastsat nogen referenceværdi; jvf. RKKP's retningslinjer er indsat linje for bedste afdelingsresultat: >98 %, endvidere indsat referenceværdien fra 2014: >95 % (striplede linjer).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Indikatorkompletheden, der defineres ved indberetning af diagnose til LPR, ligger højt mellem 96 og 99 % i alle regioner på nær Hovedstaden, der har en indberetningskomplethed på 89 %. Det lave resultat skyldes en lav indberetningskomplethed på kun 78 % ved afdelingen i Herlev. Den nationale indikatoropfyldelse er 97 % hvilket er af samme størrelsesorden som studiet fra Hørsholm Hospital i 2004 viste. Den regionale indikatoropfyldelse ligger i alle tilfælde højt mellem 96 % og 98 %. Det bemærkes at enkelte afdelinger ligger meget lavt.

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Der er vedr. indikatoropfyldelsen et meget tilfredsstillende resultat ved alle afdelinger med meget lille variation.

Den lave komplethed ved den kirurgiske afdeling i Herlev falder i øjnene. Styregruppen har henvendt sig til afdelingen og spurgt, om det kunne relatere sig til, at der i nogle tilfælde er foretaget et operativt indgreb mhp. intraoperativ strålebehandling, og at disse patienter kodes på en måde, så de falder ud af beregningsalgoritmen. Det har vist sig at være en korrekt tolkning, og det er fra Herlev oplyst, at problemet har været rejst i forhold til Sundhedsdatastyrelsen med anmodning om, at denne type operativ behandling tildeles en specifik kodning.

Anbefalinger til indikator 11

Der er ikke behov for specifikke anbefalinger om forbedringer i forhold til indikatoren. Afdelingen i Herlev bør i samarbejde med Sundhedsdatastyrelsen afklare, hvordan patienter, der modtager intraoperativ strålebehandling, skal procedurekodes.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

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

Standard: Indikatoren er ikke specificeret i Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005).

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

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

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

Kriterierne for indikatoropfyldelse er blevet tilpasset de nye retningslinjer for aksilstatuering og -rømning indført den 6. februar 2013:

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

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

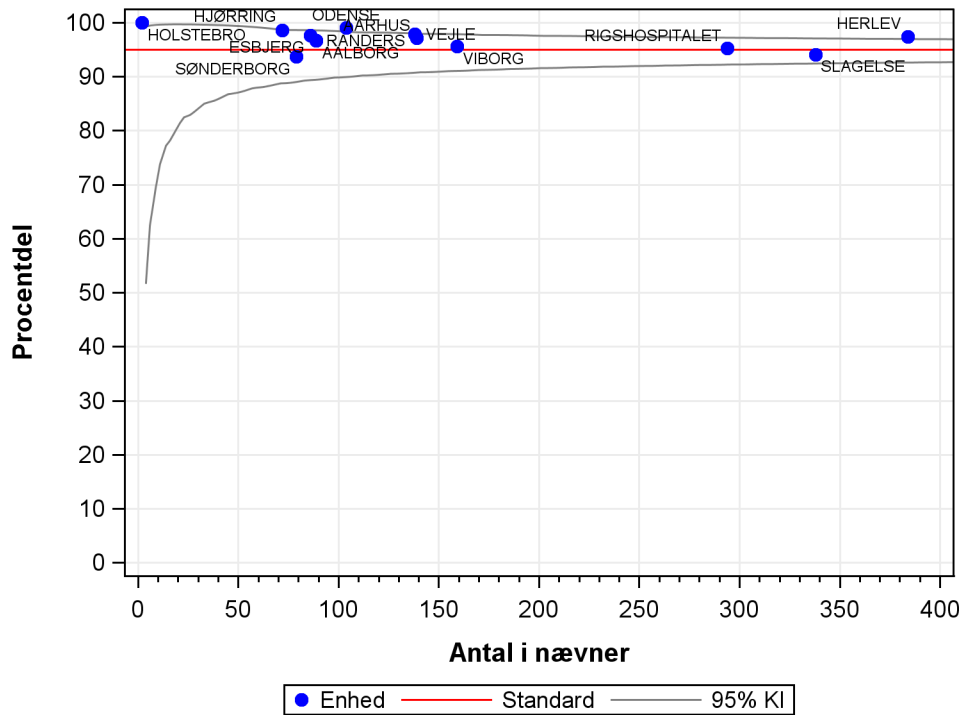
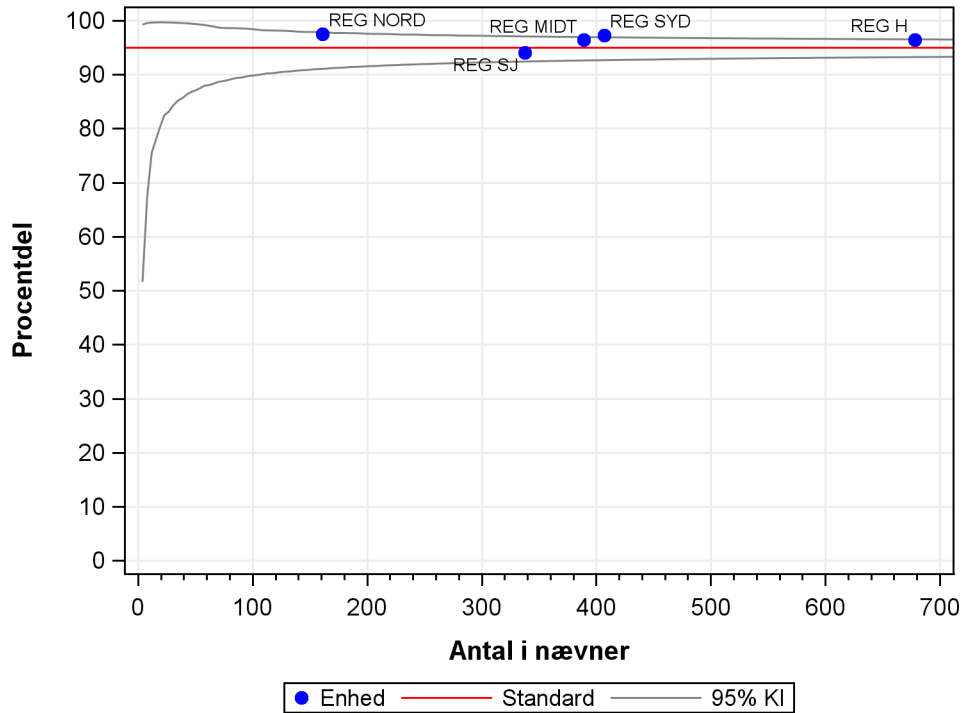
Som følge af ændringer på patologi-skemaet 1. juli 2015 opdeles frysepræparater nu også i makrometastaser, mikrometastaser og fund af enkeltceller. Tidligere blev kun antal positive sentinel nodes opgivet. Dette er dog kun af teknisk karakter og har ikke betydning for beregningen af indikatorværdien.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet i 2013-2015. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	1973	100	1973	1900	73	96 (95-97)	96	100	96	100
HOVEDSTADEN	678	100	678	654	24	96 (95-98)	96	100	95	100
SJÆLLAND	338	100	338	318	20	94 (91-96)	94	100	96	100
SYDDANMARK	407	100	407	396	11	97 (95-99)	98	100	98	100
MIDTJYLLAND	389	100	389	375	14	96 (94-98)	97	100	95	100
NORDJYLLAND	161	100	161	157	4	98 (94-99)	97	100	97	100
RIGSHOSPITALET	294	100	294	280	14	95 (92-97)	95	100	93	100
HERLEV	384	100	384	374	10	97 (95-99)	97	100	96	100
SLAGELSE	338	100	338	318	20	94 (91-96)	94	100	96	100
ODENSE	104	100	104	103	1	99 (95-100)	97	100	98	100
SØNDERBORG	79	100	79	74	5	94 (86-98)	99	100	98	100
ESBJERG	86	100	86	84	2	98 (92-100)	100	100	98	100
VEJLE	138	100	138	135	3	98 (94-100)	98	100	98	100
HOLSTEBRO*	#	100	#	#	#	#	.	.	.	.
AARHUS	139	100	139	135	4	97 (93-99)	95	100	96	100
RANDERS	89	100	89	86	3	97 (90-99)	99	100	97	100
VIBORG	159	100	159	152	7	96 (91-98)	97	100	94	100
AALBORG	89	100	89	86	3	97 (90-99)	97	100	98	100
HJØRRING	72	100	72	71	1	99 (93-100)	96	100	96	100

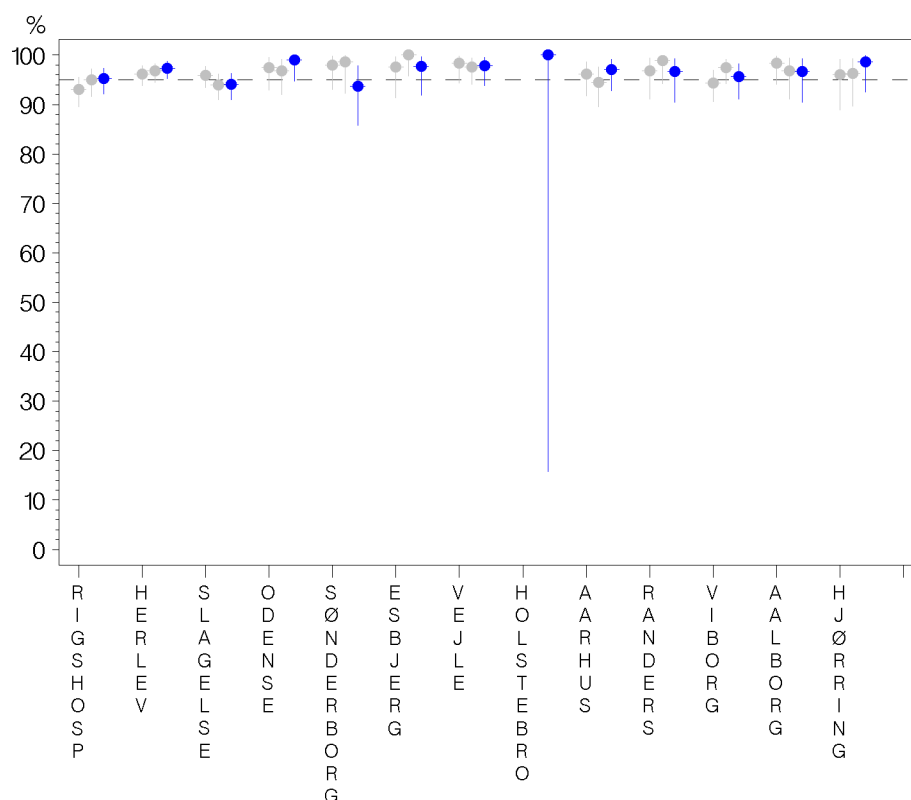
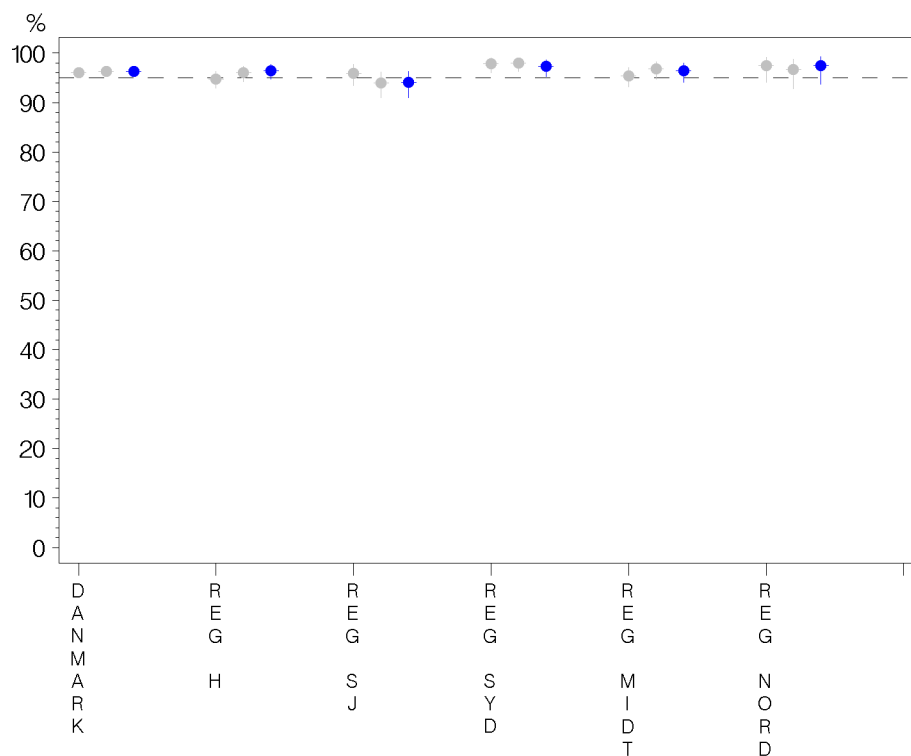
* Patologiafdelingen i Holstebro udfører primær diagnostik på nålebiopsier, men ikke diagnostik på operationspræparater.

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2015. Referenceværdi: øvre kvartil: >95 %.



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2013-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur). Referenceværdi: øvre kvartil: >95 %.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Landsresultatet er uændret 96 % indikatoropfyldelse, og resultatet i regionerne ligger mellem 94 og 98 % opfyldelse, hvilket er samme niveau som i årsrapport 2014.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Det samlede billede med en indikatoropfyldelse på 96 % er meget tilfredsstillende, og der er ikke afdelinger, der afviger signifikant fra dette resultat.

Anbefalinger til indikator 12

Ingen.

Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer

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

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

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

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

Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2012-2014, fordi strålebehandling overvejende gives i det post-operative forløb. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten har modtaget strålebehandling med invasiv indikation og stråleterapitype og stråledosis er indberettet, eller der angives en årsag til anden strålebehandling og 'anden stråledosis' er indberettet.

Patienter allokeres til afdeling i prioriteret rækkefølge efter: Indberetning fra stråleafdeling med indikation invasiv mamma-cancer, randomisering i stråleprotokol, henvisning fra kirurgisk afdeling (indført 1.6.2013), indberetning af strålerykkere, indberetning fra radioterapiafdeling i LPR, og sidst DBCG kirurgiafdeling. Denne procedure er nærmere beskrevet under 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 13', hvor antal allokerede patienter efter datakilde desuden præsenteres.

Lumpektomi

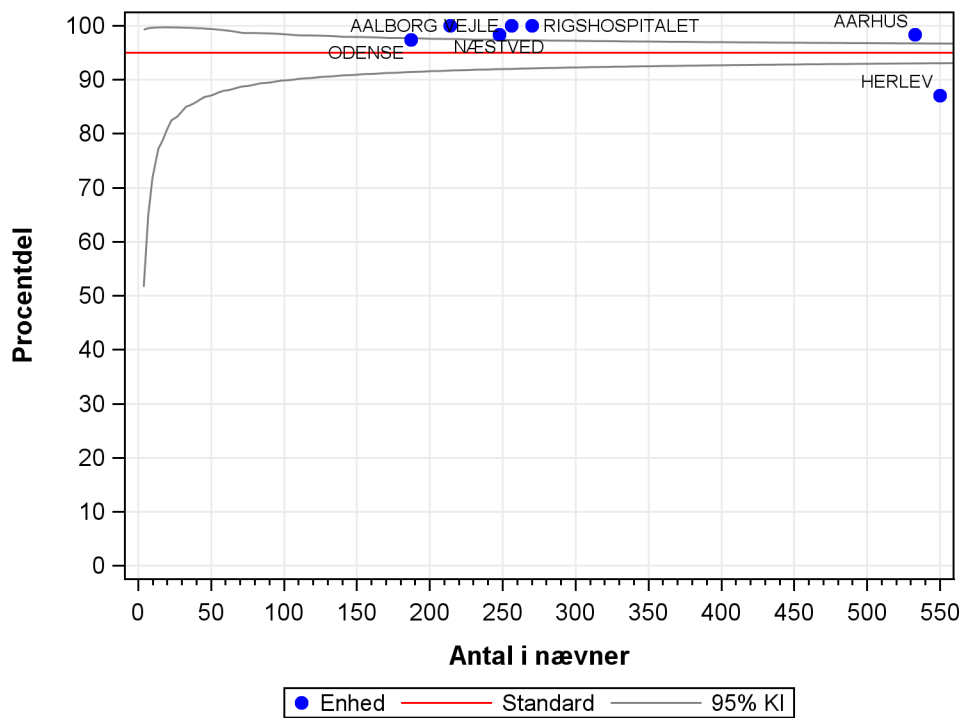
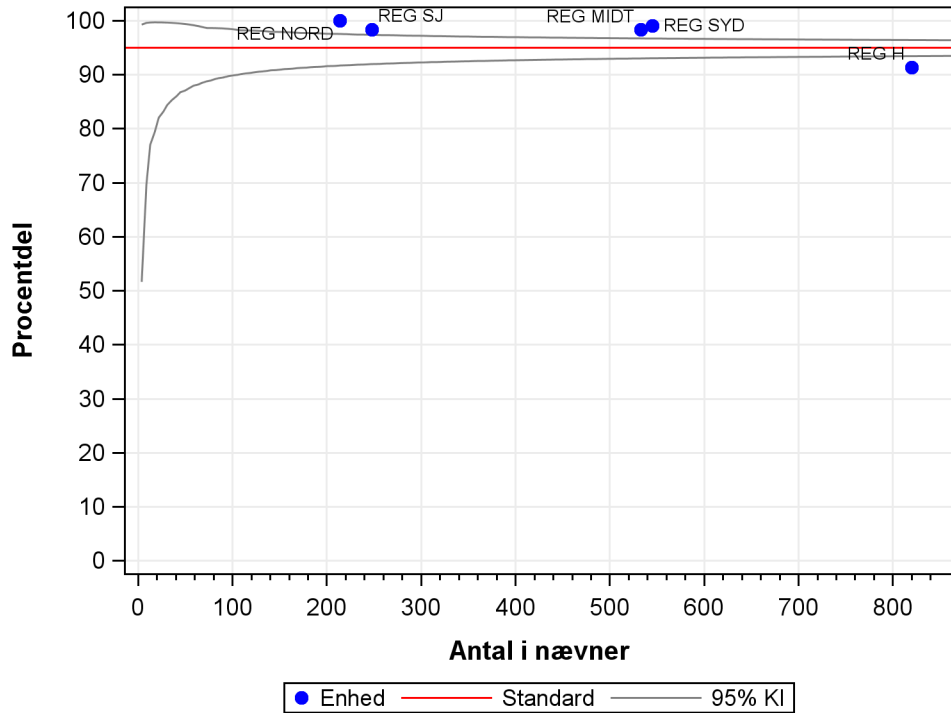
Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer i 2012-2014 for patienter med definitiv operation med lumpektomi.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	2620	90	2360	2271	89	96 (95-97)	96	93	98	94
HOVEDSTADEN	959	86	820	749	71	91 (89-93)	91	91	95	94
SJÆLLAND	297	84	248	244	4	98 (96-100)	99	92	100	90
SYDDANMARK	583	93	545	540	5	99 (98-100)	100	93	98	94
MIDTJYLLAND	533	100	533	524	9	98 (97-99)	98	100	98	99
NORDJYLLAND	248	86	214	214	0	100 (98-100)	100	85	100	86
RIGSHOSPITALET	339	80	270	270	0	100 (99-100)	98	88	100	89
HERLEV***	620	89	550	479	71	87 (84-90)	87	93	93	97
NÆSTVED	297	84	248	244	4	98 (96-100)	99	92	100	90
ODENSE	188	99	187	182	5	97 (94-99)	99	99	94	99
FLENSBORG	110	93	102	102	0	100 (96-100)	100	94	100	95
VEJLE	285	90	256	256	0	100 (99-100)	100	88	100	91
AARHUS**	533	100	533	524	9	98 (97-99)	98	100	98	99
AALBORG	248	86	214	214	0	100 (98-100)	100	85	100	86

* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 13'.

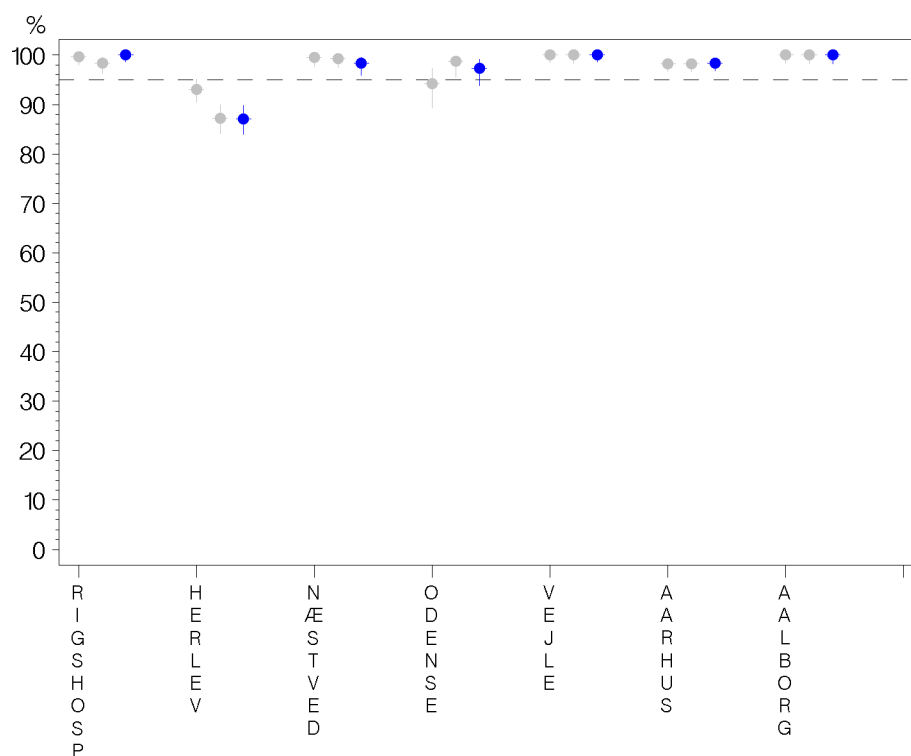
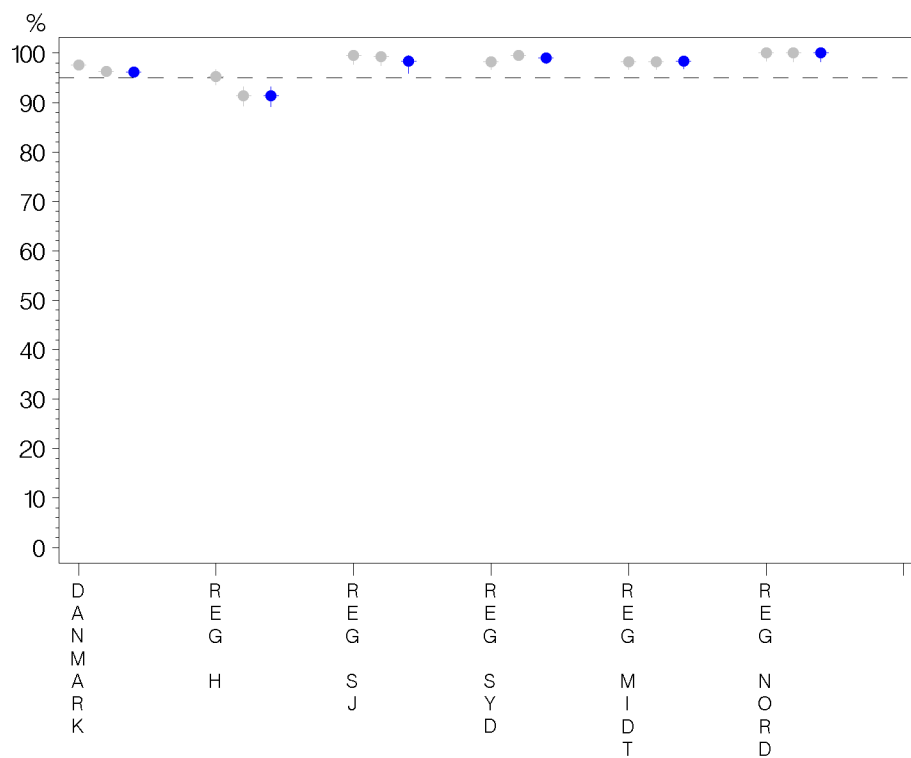
** Fra 2015 er Herning en satellit-afdeling af Aarhus.

*** I 2014 modtog 63 patienter intraoperativ behandling i et klinisk forsøg ifølge indberetning til DBCG. Intraoperativ strålebehandling opfylder ikke DBCG's retningslinjer for adjuverende strålebehandling.



Indikator 13 Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2014. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



Indikator 13 Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2012-2013 (grå signatur) og 2014 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre, og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Region Midtjylland ligger i top med indberetningskomplethed på 100%, efterfulgt af Syddanmark med 93 %, Nordjylland og Hovedstaden med 86 %, og Sjælland med 84 %. Region Nordjylland har markant forbedret sin indberetning i forhold til årsrapport 2014 dvs. fra 54 % komplethed til 86 % komplethed. I lighed med årsrapport 2014 ses der også i nærværende årsrapport en markant effekt af efterindberetning med 93 % komplethed i 2013 og 94 % i 2012, mod 90 % komplethed i 2014.

Den regionale indikatoropfyldelse ligger højt mellem 91 % og 100 %. I årsrapport 2014 havde Hovedstaden 91 % opfyldelse, og lå også da i bund. Dette skyldes intraoperativ strålebehandling (IORT) på Herlev hospital. IORT opfylder ikke DBCG's retningslinjer for adjuverende strålebehandling.

Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

Også vedr. denne indikator, er der grund til at hæfte sig ved, at kompletheden af indberettede data er mangelfuld i for stort omfang. Det er specielt afdelingen på Rigshospitalet, der skiller sig ud, men også afdelingerne i Herlev, Næstved og Vejle er med mindre end 90 % komplethed med til at trække landsgennemsnittet ned. I denne forbindelse lægges der vægt på, at der i løbet af det forløbne år er indført et interaktivt elektronisk rykkersystem for stråledata. Manglende komplethed må derfor tolkes derhen, at de pågældende afdelinger ikke i tilstrækkelig grad forholder sig til de udsendte rykkere. Der er nu Rigshospitalet for at få data elektronisk overført fra stråleterapienhederne, men indtil videre er det kun Rigshospitalet og Aarhus, der har benyttet sig af den mulighed. Det er dog en forventning, at når det er implementeret, så vil det være en lettelse for den pågældende afdeling, og det kan måske være med til at frigøre ressourcer, der kan benyttes til at bedre opfølgningen på rykkersystemet.

Indikatoropfyldelsen er tilfredsstillende ved alle afdelinger, når der tages forbehold for afdelingen i Herlev, hvor særlige forhold gør sig gældende, idet en ikke ubetydelig andel af patienterne indgår i klinisk forsøg med intraoperativ strålebehandling (TARGIT).

Anbefalinger til indikator 13 (strata lumpektomi)

Det anbefales, at elektronisk overførsel af stråledata implementeres. Opfølgning på rykkersystemerne bør intensiveres på Rigshospitalet og ved afdelingerne i Herlev, Næstved Vejle og Aalborg.

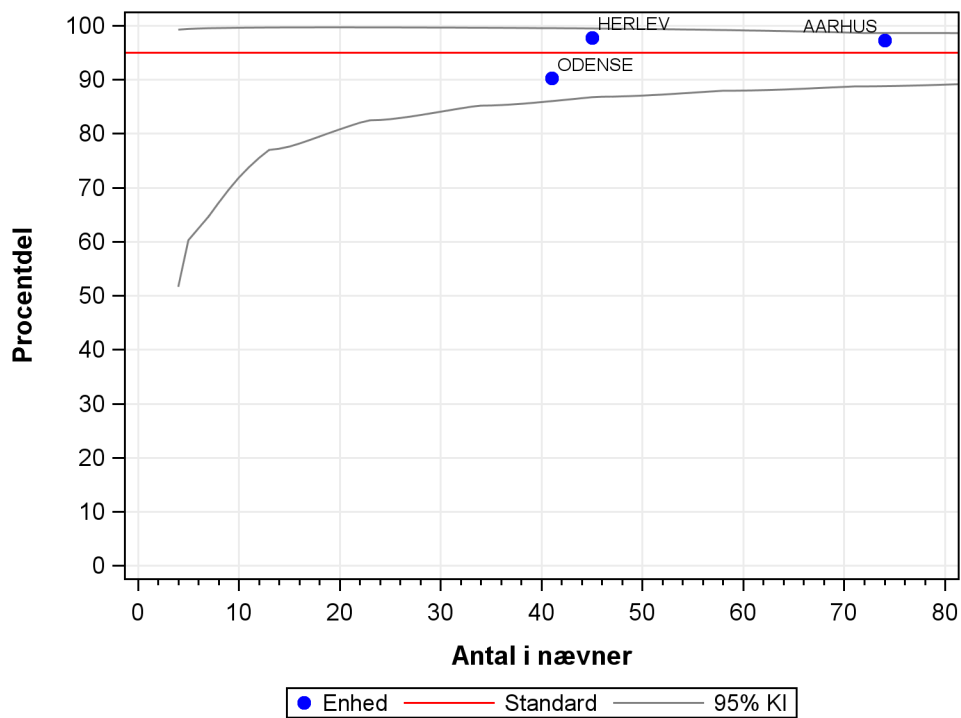
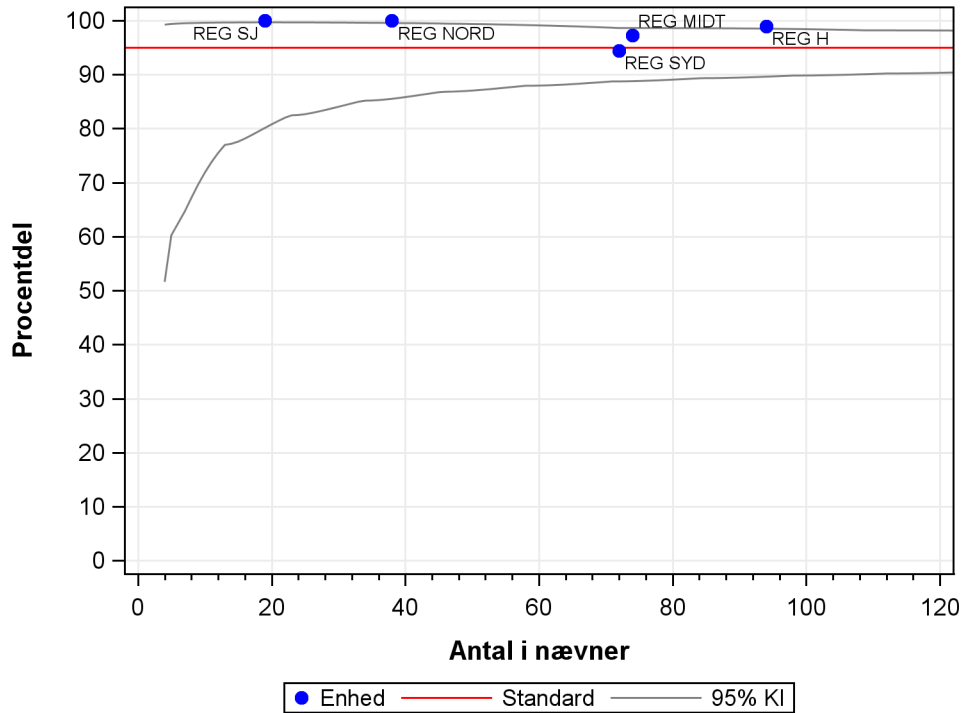
Mastektomi

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer i 2012-2014 for patienter med definitiv operation med mastektomi.

Enhed*	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	352	84	297	290	7	98 (95-99)	97	87	97	89
HOVEDSTADEN	117	80	94	93	1	99 (94-100)	99	85	98	87
SJÆLLAND	29	66	19	19	0	100 (82-100)	96	72	100	73
SYDDANMARK	81	89	72	68	4	94 (86-98)	96	89	94	91
MIDTJYLLAND	74	100	74	72	2	97 (91-100)	95	99	96	100
NORDJYLLAND	51	75	38	38	0	100 (91-100)	100	84	100	84
RIGSHOSPITALET	63	78	49	49	0	100 (93-100)	100	80	100	78
HERLEV	54	83	45	44	1	98 (88-100)	98	91	97	97
NÆSTVED	29	66	19	19	0	100 (82-100)	96	72	100	73
ODENSE	41	100	41	37	4	90 (77-97)	90	89	86	93
FLENSBORG	15	80	12	12	0	100 (74-100)	100	80	100	90
VEJLE	25	76	19	19	0	100 (82-100)	100	96	100	88
AARHUS**	74	100	74	72	2	97 (91-100)	95	99	96	100
AALBORG	51	75	38	38	0	100 (91-100)	100	84	100	84

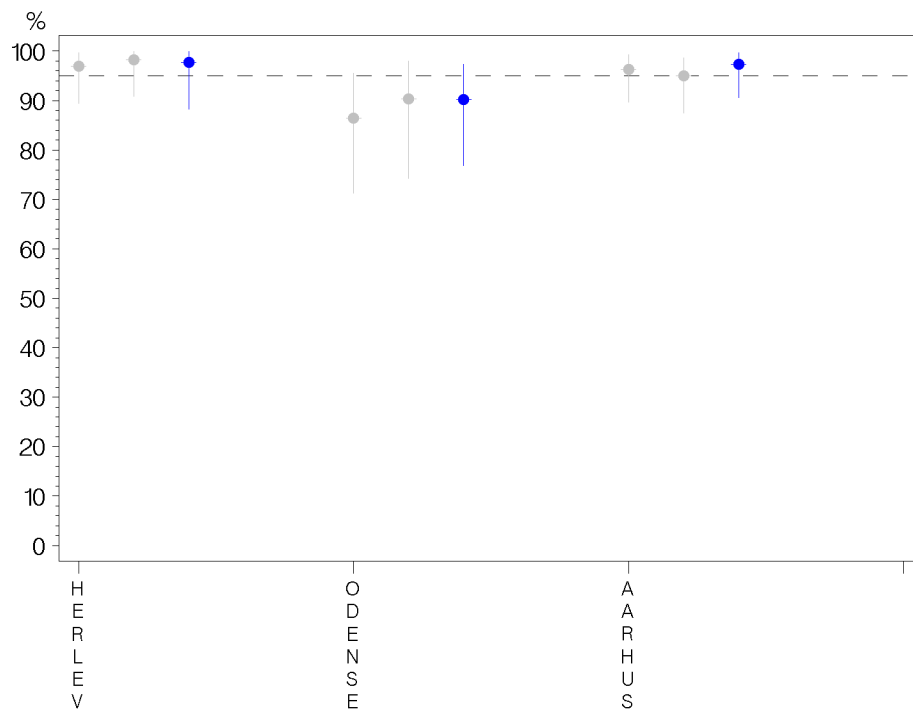
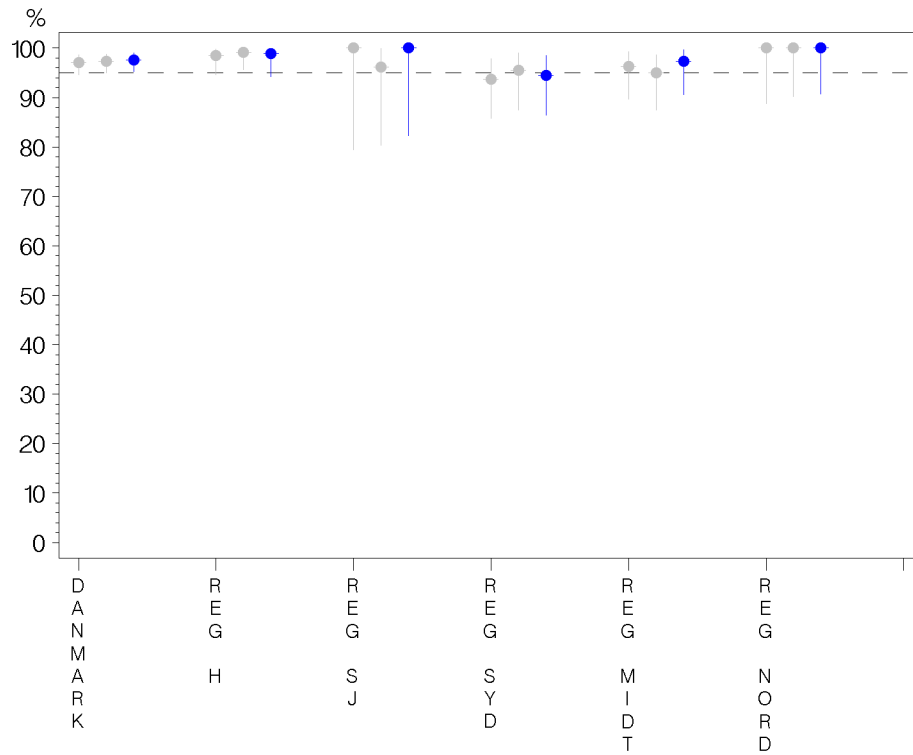
* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 13'.

** Fra 2015 er Herning en satellit-afdeling af Aarhus.



Indikator 13 Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2014. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



Indikator 13 Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2011-2012 (grå signatur) og 2013 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre, og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Region Sjælland havde i 2014 en meget lav indberetningskomplethed på kun 66 % mod 75 % til 100 % for de øvrige regioner. Med undtagelse af Region Sjælland har regionerne haft en fremgang i komplethed ift. årsrapport 2014. Den nationale indberetningskomplethed er 84 %, hvilket er en markant forbedring fra 73 % i sidste årsrapport. I lighed med strålebehandling efter lumpektomi ses der også for strålebehandling efter mastektomi en effekt af efterindberetning, der opnås således et højere niveau på 87 % komplethed i 2013 og 89 % i 2013. Den nationale indikatoropfyldelse er på 98 % i 2014; der er tale om en lille stigning i forhold til 2012 og 2013, hvor opfyldelsen lå på 97 %.

Som ved lumpektomi ligger den regionale indikatoropfyldelse højt mellem 94 % og 100 % , og de enkelte afdelinger lige så.

Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Som omtalt under strata lumpektomi, er indberetningen af data mangelfuld og når det drejer sig om postmastektomi-strålebehandling, synes problemet at være mere udbredt. Der kun 2 afdelinger, der må vurderes at have foretaget en sufficient indberetning (Odense og Aarhus). Det generelle billede af indikatoropfyldelsen er fint. Der er et tilfredsstillende resultat over hele landet.

Anbefalinger til indikator 13 (strata mastektomi)

Som omtalt tidligere, skal elektronisk overførsel af stråledata implementeres ved alle afdelinger. Opfølgning på rykkersystemerne bør intensiveres på alle afdelinger undtagen afdelingerne i Odense og Aarhus.

Fuldstændighed af DBCG data

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

Dækningsgrad

Fuldstændighed skal efter anvisning fra RKKP bestemmes som dækningsgrad², der for DBCG bestemmes som: $\text{Antal kvinder i DBCG} / (\text{Antal kvinder i DBCG og/eller Patobank})$. Dækningsgrad har som grundantagelse, at databasen er korrekt.

Diagnoser registreret i Patobank mere end 30 dage efter operationsdato i DBCG anses for recidivdiagnoser, og indgår ikke i bestemmelsen af dækningsgrad. Graden af overensstemmelse mellem DBCG og Patobank er 4493/4936 ~ 91%; af de 443 kvinder som ikke forekommer i begge registre, optræder n=313 i Patobank, og n=130 i DBCG. I 2015 kan den nationale dækningsgrad bestemmes som: 4623 / 4936 ~ 94 % (tabel 2a). Den regionale dækningsgrad ligger mellem 91 % og 96 %, med Hovedstaden som den laveste og Midtjylland og Sjælland som de højeste. Der optræder desuden en alderseffekt, hvor patienter over 75 år har en lavere dækningsgrad (87 %) end patienter under 76 år (95 %) (tabel 2b).

² Notat om opgørelse af datakomplethed og dækningsgrad i regi af RKKP-databaser (version 1.0, 15. okt. 2014).

Tabel 2a. Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank efter region og patologisk afdeling i 2015 samt dækningsgrad i 2014 og 2013.

Enhed ^a	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG ^b	DBCG ej Patobank	Patobank ^c	Patobank ej DBCG	Dækning 2015 med KI ^d	Dækning 2014 (%)	Dækning 2013 (%)
DANMARK	4936	4493	4623	130	4806	313	94 (93-94)	95	95
HOVEDSTADEN	1609	1432	1458	26	1583	151	91 (89-92)	93	95
SJÆLLAND	753	700	723	23	730	30	96 (94-97)	95	97
SYDDANMARK	1069	1004	1020	16	1053	49	95 (94-97)	95	95
MIDTJYLLAND	1016	915	973	58	958	43	96 (94-97)	97	97
NORDJYLLAND	489	442	449	7	482	40	92 (89-94)	93	91
RIGSHOSPITALET	821	732	737	5	816	84	90 (87-92)	93	94
HERLEV	785	700	719	19	766	66	92 (89-93)	94	96
ANDEN AFD. REG.H	#	#	#	#	#	#	#	43	100
SLAGELSE	731	699	703	4	727	28	96 (95-97)	96	97
ANDEN AFD. REG.SJ	22	1	20	19	3	2	91 (71-99)	80	84
ODENSE	337	321	326	5	332	11	97 (94-98)	94	95
SØNDERBORG	212	197	197	0	212	15	93 (89-96)	98	98
ESBJERG	205	200	201	1	204	4	98 (95-99)	99	98
VEJLE	309	286	290	4	305	19	94 (91-96)	93	92
ANDEN AFD.REG.SYD	6	0	6	6	0	0	100 (54-100)	100	100
HOLSTEBRO	37	24	25	1	36	12	68 (50-82)	71	79
AARHUS	371	348	353	5	366	18	95 (92-97)	96	96
RANDERS	183	171	173	2	181	10	95 (90-97)	96	96
VIBORG	379	372	376	4	375	3	99 (98-100)	99	99
ANDEN AFD. REG.MIDT	46	0	46	46	0	0	100 (92-100)	100	100
AALBORG	338	301	308	7	331	30	91 (88-94)	93	93
HJØRRING	151	141	141	0	151	10	93 (88-97)	94	87

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

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

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

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

Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Tabel 2b. Antal patienter registreret i DBCG eller Patobank og dækningsgrad 2013-2015 efter alder.

Alder	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG ^b	DBCG ej Patobank	Patobank ^c	Patobank ej DBCG	Dækning 2015 med KI ^d	Dækning 2014 (%)	Dækning 2013 (%)
Total	4936	4493	4623	130	4806	313	94 (93-94)	95	95
18-39 år	188	174	177	3	185	11	94 (90-97)	98	93
40-49 år	607	570	579	9	598	28	95 (93-97)	97	98
50-59 år	1083	1002	1045	43	1040	38	96 (95-98)	97	97
60-69 år	1409	1296	1348	52	1357	61	96 (94-97)	96	97
70-75 år	647	592	603	11	636	44	93 (91-95)	94	95
76+ år	1002	859	871	12	990	131	87 (85-89)	88	88

b CPR-numre optræder i DBCG for patienter med invasiv diagnose og med kendt operationsdato eller sekundært dato for indberetning.

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

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

Datakomplethed

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

I 2015 er kravene til datakomplethed opfyldt for 4077 patienter. Heraf var 3878 registreret med diagnosen primær invasiv brystkræft, og heraf kunne alle patienter på nær 3 genfindes i Patobank (tabel 3).

Efter indberetning af data kan der ligge ufuldstændige indberetninger i databasen i kortere eller længere tid. I nogle tilfælde er det fejlindberetninger af patienter, der senere får en benign diagnose eller diagnosen DCIS, og de slettes efterfølgende. I andre tilfælde kan enten patologi- eller kirurgiindberetning mangle, eller data kan være indberettet forkert på skemaerne.

Tabel 3. DBCG's patientpopulation, patienter med databasekomplethed. Udtræk fra DBCG's register 1. april 2016.

Population		Operation eller indberetning		
		2013	2014	2015
DBCG total		4700	4770	4623
DBCG med datakomplethed		4335	4227	4077
Fjernmetastase		116	97	86
Lokal fremskreden brystkræft		112	120	113
Sarkom		3	2	0
Primær invasiv brystkræft		4104	4008	3878
Patobank	Ja	4097	3997	3875
	Nej	7	11	3
Operabel*	Ja	3886	3843	3725
	Nej	218	165	153
DBCG uden datakomplethed		365	543	546
Patobank	Ja	260	377	426
	Nej	105	166	120
Invasiv diagnose		140	195	215
Anden diagnose alene		0	1	1
Diagnose ej indberettet		225	347	330
Operationstype	Operation	122	172	156
	Ikke-operabel	76	116	157
	Kun biopsi indberettet	17	30	43
	Uoplyst operation	150	225	190
Aksil	Nodalstatus - positiv	11	20	24
	Nodalstatus – negativ	22	29	30
	Nodalstatus - uoplyst	332	494	492

* Præoperativ klassifikation til kurativ operation, neo-adjuverende behandling eller uoplyst, og eksklusion af patienter klassificeret til mindre indgreb/biopsi alene.

Oversigt indikatorer 2015

Indikatornavn	Format	Standard	Datakilder
1 Udgået 2011.			
2 Udgået 2013.			
3 Malign:Benign operationsratio.	Andel (forhold)	74 % (øvre kvartil)	DBCG, LPR
4 Aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	Andel	95 %	DBCG
5 Npos brystkræftpatienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.	Andel	90 %	DBCG
6 Udgået 2010.			
7 Datakomplethed af indberettede patienter.	Andel	95 %	DBCG
8 Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer.	Andel	90 %	DBCG
9 Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgings-program*.	Andel	95 %	DBCG
10 Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi.	Andel**	2,5 %	DBCG
11 Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.	Andel		DBCG, LPR
12 Sen sentinel node positivitet.	Andel	95 % (øvre kvartil)	DBCG
13 Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.***	Andel	95 %	DBCG

* Afrapportering stratificeres efter risikoklassifikation: lavrisiko og højrisiko.

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

*** Afrapportering stratificeres efter stråleterapi-indikation: lumpektomi eller mastektomi med forekomst af specifikke risikofaktorer.

Teknisk beskrivelse af dækningsgrad og databasekomplethed

	Population (nævner)	Dækningsgrad opfyldt (tæller)	Dækningsgrad kan ikke bestemmes
Dækningsgrad (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	<p>DBCG: Kvinde registreret i DBCG's register i 2015* (Oracle: <code>stam, flow, sentinel_node, straalebeh</code>) med indikation invasiv brystkræft eller med manglende indikation <i>og/eller</i></p> <p>Patobank: Kvinde <code>∩ Invasiv mamma cancer diagnose K_SNOMED in(M80xxY, M81xxY, M82xxY, M83xxY, M84xxY, M85xxY) hvor Y in(2,6,7)**</code> <code>∩ Diagnoseår 2015: year(D_MODTDATO) = 2015</code> <code>∩ Ikke diagnose af recidiv (Patobank modtagedato højst 30 dage efter DBCG operation: NOT D_MODTDATO - mdy(m24,m23,m25) > 30).</code></p>	Forekomst i DBCG	
Databasekomplethed (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	Patobank	Forekomst i DBCG og Patobank	Forekomst alene i DBCG

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

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

Teknisk beskrivelse af indikatorer

NOTE

Kvinde: CPR-nummer lige (m1).

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

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

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

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

eller Inoperabel cancer mammae (m41_6=1).

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

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 1	Udgået 2011.		
Indikator 2:	Udgået 2013.		
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio. (Kirurgi)	<p><u>LPR-data</u>: Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Operation i bryst (substr(C_OPR,1,4) in('KHAA', 'KHAB', 'KHAC')) \cap Operationsår (year(D_ODTO) = 2015) og/eller <u>DBCG-data</u>: Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Operation i bryst ($1 \leq m45 \leq 7$) \cap Operationsår (m25 = 2015).</p> <p><u>Eksklusion</u>: Diagnosetype 'henvisningsdiagnose' (C_DIAGTYPE = 'H') eller Patient er tidligere opereret (operationsår før 2015: m25<2015): a) Invasiv diagnose med tidligere operation for invasiv diagnose, b) 'in situ' mammatumorer med tidligere</p>	<p><u>LPR-data</u> Diagnose invasiv brystkræft eller 'in-situ' mammatumorer (substr(C_DIAG, 1,4) in('DC50', 'DD05')) og/eller <u>DBCG-data</u> Diagnose brystkræft eller 'in-situ' mammatumorer.</p>	

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	operation for 'in situ' eller invasiv diagnose.		
<p>Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden*</p> <p>* Aksilrømning er per 6.2.2013 ikke indikeret for patienter uden makro-metastaser og med højst to lymfeknuder med isolerede tumorceller eller mikrometastaser (DBCg's retningslinjer Kapitel 12 "Anvendelse af sentinel node biopsi" opdateret 06.02.2013.)</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde $\cap \geq 18$ år \cap Invasiv \cap mindst én udtagen lymfeknude ($0 < p22 < 99$) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår (m25 = 2015)</p> <p><u>\cap Aksilrømning ikke indikeret:</u> Indtil 6.2.2013 (Lymfeknude-negativ): Ingen lymfeknuder med makro- eller mikrometastaser ($p25 = p129 + p130 = 0$) og ingen fund af tumorpositive enkelt-celler ($p131 = 0$)</p> <p>Fra 6.2.2013: Ingen lymfeknuder med makrometastaser ($p129 = 0$) \cap antal lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller er højst 2 ($p130 + p131 \leq 2$)</p> <p><u>Eksklusion:</u> Præop. multifokal tumor (m56 not in(10,01,11)) og operationsdato <6.2.2013) eller Rekonstruktion efter mastektomi ($p118$ in(1,10,11)) eller Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>Mellem 1 og 9 udtagne lymfeknuder $p22 < 10$ ($1 \leq p22 \leq 9$) \cap SN procedure udført ($p109 = 1$) \cap aksilrømning ikke anvendt ($p102 \neq 1$).</p>	<p>SN procedure uoplyst: $p109$ in(.,9)</p>
<p>Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ</p>	<p>Kvinde $\cap \geq 18$ år \cap Invasiv \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Aksilrømning udført ($p102 = 1$) eller aksilrømning udført efter neo-adjuverende</p>	<p>10 eller flere udtagne lymfeknuder ($10 \leq p22 < 99$) \cap Aksilrømning udført ($p102 = 1$) eller 10 eller flere udtagne</p>	<p>Antal udtagne lymfeknuder uoplyst \cap aksilrømning udført ($p102 = 1$) eller Antal udtagne</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder. (Kirurgi)	behandling (p102_1=1) \cap Operationsår (m25 = 2015) <u>\cap Aksilrømning indikeret:</u> Indtil 6.2.2013: Lymfeknude-positiv: Forekomst af enten makro- eller mikrometastaser (p25 = p129+p130 \geq 1 eller p25_1 = p129_1+p130_1 \geq 1) Fra 6.2.2013: Aksilrømning indikeret: Lymfeknuder med makrometastaser (p129 \geq 1 eller p129_1 \geq 1) eller tre eller flere lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller (p130+p131 \geq 3 eller p130_1+p131_1 \geq 3) <u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.	lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling (10 \leq p22_1 < 99) \cap Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1)	lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling uoplyst \cap Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1).
Indikator 6:	Udgået i 2010.		
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed (Kirurgi, Patologi og Onkologi)	<u>Databasekomplethed</u> Alle patienter registeret 2015 i DBCG's database: Stam, Flow, SentinelNode og Strålebehandling med indikation invasiv eller manglende indikation. <u>Kontakt dato</u> , sekundært indberetningsdato. <u>Kontaktafdeling</u> , sekundært afdeling fra Patobank.	<u>Datakomplethed</u> Kvinde \cap Invasiv \cap Operationsår (m25 = 2015). Tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer: M40 in(1,2,3,4), eller (b) med angivelse af præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer: M40=0.	

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer.</p> <p>(Onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap Invasiv \cap ≥ 18 år \cap operation i 2012-2014 ($2012 \leq m25 \leq 2014$) \cap Højrisiko-gruppe, patient allokeret til protokol B, C eller D ($2 \leq m40 \leq 4$) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p><u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion eller Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) eller Kontraindikation for standardbehandling (m41_5=1) eller Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) eller Død umiddelbart efter operation < 4 uger (m41_9=1)</p> <p>*M40 justeres hvis re-allokeret gennem M41.</p>	<p>Opfyldelse afhænger af protokol-allokering. B og Her2-/? : Kemo \cap ET. B og Her2+ : Kemo \cap ET \cap Bio. C : ET. D og Her2-/? : Kemo. D og Her2+ : Kemo \cap Bio.</p> <p>Kemo: [Cyklofosamid ($0 < f7 < 8888$) eller Epirubicin ($0 < f61 < 8888$) eller Docetaxel ($0 < f87 < 8888$ or $f63=7$)] \cap indtil 2 år efter operation \cap ej recidiv. ET: [Tamoxifen eller Letrozol eller Aromasin eller Arimidex ($0 < f63 < 8888$ and $f63^{\wedge}=7$)] \cap indtil 2 år efter operation \cap ej recidiv. Bio: [Trastuzumab $0 < f89 < 8888$ eller Lapatinib $0 < f102 < 8888$] \cap indtil 2 år efter operation \cap ej recidiv.</p>	<p>Manglende indberetning af flow: alle (f6) = .</p>
<p>Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgningsprogram.</p> <p>(Kirurgi og onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Invasiv \cap operation 2005-2014 ($2005 \leq m25 \leq 2014$) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p><u>Eksklusion:</u> Eksklusion fra DBCG protokol eller alene operation med biopsi (m45=4).</p>	<p>Gennemført: Regelmæssige opfølgingsbesøg indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan efter 20. august 2010 desuden udgå efter 3 års opfølgning.</p> <p>Ikke gennemført: Opfølgingsbesøgene er ikke</p>	

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
		<p>regelmæssige:</p> <p>A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgingsbesøg, og patienten burde være under opfølgning.</p> <p>B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år.</p> <p>C: Opfølgingsforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet.</p> <p>D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter operation.</p>	
<p>Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap Tilstrækkelig indberetning \cap Invasiv \cap ≥ 18 år \cap Brystbevarende operation (m45=2) i 2009-2013 (2009 \leq m25 \leq 2013) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p><u>Eksklusion:</u> Eksklusion fra DBCG protokol.</p>	<p>Fravær af lokalt recidiv, NOT ob4>. \cap (ob13=1 eller ob14=1), indenfor 5 år efter operation. Simultant optrædende regionalt- eller fjernrecidiv er tilladt.</p> <p>Opfølgningstid Se # for recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, off-study indberetning. Se ## for patienter uden off-study.</p>	<p>Follow-up ikke registreret: alle (f6,fa6) = . \cap alle (oa4,ob4,oc4,od4,oe27) = (.) .</p>
<p>Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår (m25 = 2015).</p> <p><u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>LPR registrering af 'Re-operationer efter operationer på bryst' C_OPR in('KHW') indenfor 60 dage efter DBCG-operation (-3 \leq d_odto - mdy(m24,m23,m25) \leq 60).</p>	<p>Patient optræder ikke i LPR (t_adm) eller har ikke operation i LPR (C_OPR not in('KHAA', 'KHAB', 'KHAC', 'KHW')).</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.</p> <p>(Patologi)</p>	<p>Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Invasiv \cap tumordiameter mellem 0 og 50 mm ($0 \leq p19 \leq 50$) \cap SN udført ($p109=1$) \cap Fryse-mikroskopi anvendt ($p111=1$ eller $**p167>0$) \cap Ingen tumorpositive lymfeknuder ved fryse-mikroskopi ($p112=0$ eller $**p168=0$, $**p169=0$) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår ($m25 = 2015$).</p> <p><u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion. ** Gældende fra 1.7.2015</p>	<p>Makro-metastaser er ikke påvist ved afsluttende undersøgelse af SN-præparat ($p133=0$) og aksilfedt ($p129=0$) <i>eller</i> *Der er fundet højst to lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller ($\text{sum}(p134,p135) \leq 2$, $\text{sum}(p130,p131) \leq 2$).</p> <p>*Gældende fra 6.2.2013.</p>	<p>Manglende indberetning af makro- og mikrometastaser og isolerede tumorceller både ved undersøgelse af SN-præparat ($p133=.$, $*p134=.$, $*p135=.$) og aksilfedt ($p129=.$, $*p130=.$, $*p131=.$).</p> <p>*Gældende fra 6.2.2013.</p>
<p>Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.</p> <p>(Radioterapi)</p>	<p>Kvinde \cap Invasiv \cap ≥ 18 år \cap operation i 2012-2014 ($2012 \leq m25 \leq 2014$) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Indgår i DBCG protokol A,B,C,D ($m40 \text{ in}(1,2,3,4)$) \cap <u>Indikation for strålebehandling</u> Operationstype lumpektomi <i>eller</i> Operationstype mastektomi* og alder < 75 år og mindst én af følgende risikofaktorer: N+(makrometastaser) eller tumor > 50mm eller ikke-radikal operation ($P129 > 0$ eller $P19 > 50$ eller $P13=1$ eller $P43=1$ eller $P106=0$ eller $P107=0$).</p> <p>*Hvis ≤ 270 dage (9 mdr.) mellem lumpektomi og mastektomi, da klassificeres operationen som mastektomi, herunder ændring af indikation via query-system.</p>	<p>Første behandlingsdag (ST2,ST3,ST4) er indberettet \cap Indikation er 'Invasiv cancer mammae' ($ST62=1$) \cap { Stråledosis modtaget ($ST52 > 0$) og strålebehandlingstype er angivet ($1 \leq st51 \leq 10$) <i>eller</i> Stråledosis (anden) modtaget ($ST60 > 0$) \cap Årsag til ingen eller anden strålebehandling er angivet ($st49_1=1$ eller $st49_5=1$ eller $st49_8=1$ eller $st49_9=1$) }.</p>	<p>Mangler stråle-indberetning med indikation 'Invasiv cancer mammae' ($ST62^{\wedge}=1$).</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	<u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion <i>eller</i> Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) <i>eller</i> Kontraindikation for standardbehandling (m41_5=1) <i>eller</i> Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) <i>eller</i> Død umiddelbart efter operation < 4 uger (m41_9=1) <i>eller</i> Indgår i randomiseret forsøg med intraoperativ strålebehandling.		

Opfølgningstid med off-study indberetning af: recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, udgang af opfølgning: $\text{Min}(\text{mdy}(04,01,2016), \text{mdy}(\text{ob3},\text{ob2},\text{ob4}), \text{mdy}(\text{oc3},\text{oc2},\text{oc4}), \text{mdy}(\text{od3},\text{od2},\text{od4}), \text{hvis } \text{oe27} > . \text{ så } \text{mdy}(\text{oe3},\text{oe2},\text{oe4}), \text{mdy}(\text{oa3},\text{oa2},\text{oa4})) - \text{mdy}(\text{m24},\text{m23},\text{m25})$.

Opfølgningstid uden off-study indberetning inklusive død alene indberettet fra CPR: $\text{Min}(\text{mdy}(04,01,2016), \text{max}(\text{mdy}(\text{f5},\text{f4},\text{f6}), \text{mdy}(\text{fa5},\text{fa4},\text{fa6}))) + 365, \text{hvis } \text{oe27} = . \text{ så } \text{mdy}(\text{oe3},\text{oe2},\text{oe4}) - \text{mdy}(\text{m24},\text{m23},\text{m25})$.

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

Bestemmelse af opfølgningsafdeling

Indikator 7

Bestemmelse af patologiafdeling for patienter indberettet til DBCG i 2015.

Patologiafdeling	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	DBCG Kirurgiafdeling	DBCG Onkologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	683	51	3	0	737
HERLEV	664	37	2	16	719
ANDEN AFD.REG.H	0	0	0	2	2
SLAGELSE	673	30	0	0	703
ANDEN AFD.REG.SJ	0	1	8	11	20
ODENSE	295	28	1	2	326
SØNDERBORG	191	6	0	0	197
ESBJERG	198	2	0	1	201
VEJLE	255	31	0	4	290
ANDEN AFD.REG.SYD	0	0	3	3	6
HOLSTEBRO	23	2	0	0	25
AARHUS	340	8	4	1	353
RANDERS	169	3	1	0	173
VIBORG	372	1	2	1	376
ANDEN AFD.REG.MIDT	0	0	0	46	46
AALBORG	244	57	2	5	308
HJØRRING	126	15	0	0	141
Total	4233	272	26	92	4623

Bestemmelse af kirurgiafdeling for patienter indberettet til DBCG i 2015.

Kirurgiafdeling	DBCG Kirurgiafdeling Operation	DBCG Kirurgiafdeling SN	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	DBCG Onkologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	714	3	20	2	0	739
HERLEV	701	0	2	0	16	719
ANDEN AFD.REG.H	0	0	0	0	2	2
RINGSTED	701	0	0	0	2	703
ANDEN AFD.REG.SJ	0	0	8	2	9	19
ODENSE	311	0	4	0	2	317
AABENRAA	203	0	0	0	3	206
ESBJERG	204	0	0	0	1	205
VEJLE	278	0	0	3	4	285
MØLHOLM	5	0	0	0	0	5
AARHUS	354	1	1	4	1	361
RANDERS	167	0	0	1	0	168
VIBORG	394	1	0	1	1	397
ANDEN AFD.REG.MIDT	0	0	3	1	46	50
AALBORG	293	1	6	2	5	307
HJØRRING	139	0	1	0	0	140
Total	4464	6	45	16	92	4623

Indikator 8

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

Med denne søgeprocedure kan lav flow-indberetning dels skyldes manglende indberetning af kendte patienter (b,c), og dels skyldes allokering af patienter opereret på samme hospital (e), hvoraf nogle måske modtager onkologisk behandling på et andet hospital uden flow-indberetning. Andelen af patienter som er allokering til kirurgiafdeling er størst for Rigshospitalet (4 %), Herlev (5,4 %), Odense (2,2 %) og Esbjerg (5,8 %). I forhold til sidste årsrapport er der sket et markant skifte i indberetning, hvor allokeringen fra en kirurgiafdeling var 10 %.

Bestemmelse af opfølgningsafdeling for operationsår 2012-2014.

	DBCFlow-indberetning	DBCOnkologi-henvisning	LPR Onkologi-indberetning	DBC Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	1025	47	62	47	1181
HERLEV	914	44	341	74	1373
HILLERØD	620	1	51	0	672
RØNNE	67	2	2	0	71
ROSKILDE	567	8	191	0	766
NÆSTVED	678	0	28	0	706
ANDEN AFD.REG.SJ	12	1	0	41	54
ODENSE	765	1	41	18	825
SØNDERBORG	377	45	26	0	448
ESBJERG	239	13	71	20	343
VEJLE	672	1	25	4	702
ANDEN AFD.REG.SYD	17	0	0	22	39
HERNING	824	0	36	0	860
AARHUS	1112	4	120	0	1236
ANDEN AFD.REG.MIDT	21	0	0	35	56
AALBORG	808	34	107	12	961
ANDEN AFD.REG.NORD	2	0	0	14	16
UOPLYST	0	0	0	4	4
Total	8720	201	1101	291	10313

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2014.

	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	LPR Onkologi-indberetning	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	316	28	24	4	372
HERLEV	220	37	195	17	469
HILLERØD	189	0	38	0	227
RØNNE	24	1	1	0	26
ROSKILDE	113	8	125	0	246
NÆSTVED	237	0	11	0	248
ANDEN AFD.REG.SJ	2	0	0	6	8
ODENSE	269	1	28	1	299
SØNDERBORG	117	28	6	0	151
ESBJERG	100	3	2	0	105
VEJLE	234	0	13	0	247
ANDEN AFD.REG.SYD	1	0	0	3	4
HERNING	247	0	21	0	268
AARHUS	360	2	63	0	425
ANDEN AFD.REG.MIDT	10	0	0	2	12
AALBORG	219	28	77	2	326
Total	2658	136	604	35	3433

Indikator 9

Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Off-study afdeling. (b) Flow-afdeling. (c) Onkologi-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013. (d) For højrisiko-patienter: Behandlingshospital og -afdeling ifølge indberetning til LPR. Hvis en patient efter primær operation har været indlagt på en eller flere af nedenstående afdelinger (d_inddto > mdy(m24,m23,m25)), så anvendes afdelingen for den første indlæggelse som opfølgingsafdeling. (e) DBCG's kirurgiafdeling. (f) Patienter associeret med afdelinger, der ikke er aktive i 2015 klassificeres til 'Anden afdeling' indenfor region. Resultatet af denne søgeprocedure præsenteres nedenfor.

For højrisiko-patienter uden indberetning af medicinsk behandling eller off-study er allokering til opfølgingsafdeling behæftet med usikkerhed både ved registersamkøring med LPR (d) og ved anvendelse af kirurgiafdeling (e).

Onkologisk opfølgingsafdeling for højrisiko-patienter i LPR.

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

3500	45R	Næ Onkologisk Klinik, radioterapi	NÆSTVED
3501	206	Onkologisk/hæmatol. deldøgn	NÆSTVED
3501	209	Onkologisk/hæmatologisk amb.	NÆSTVED
3800	A90	ROS Klin. Onkologisk Afd.	ROSKILDE
3800	A91	ROS Klin.Onkologisk Afd. Næstv	ROSKILDE
3800	A9D	ROS Klin. Onkologisk Amb.	ROSKILDE
3800	A9E	ROS Klin.Onkologisk Amb. Næstv	ROSKILDE
3800	A9R	ROS Klin.Onk.Stråle Amb. Næstv	ROSKILDE
3800	N80	NAE Klin. Onkologisk Afd.	NÆSTVED
3800	N8D	NAE Klin. Onkologisk Amb.	NÆSTVED
3800	N8R	NAE Klin.Onk.Stråleterapi Amb.	NÆSTVED
4001	90	Onkologisk afdeling	RØNNE
4001	99	Onkologisk ambulatorium	RØNNE
4202	260	Od Onkologisk afdeling R	ODENSE
4202	267	Od Onkologisk amb. R	ODENSE
4202	268	OUI Onko. Amb. Livsrum (Odense)	ODENSE
5000	610	SHS Klinik for Kræftsygdomme Sengeafdeli	SØNDERBORG
5000	617	SHS Klinik for Kræftsygdomme Ambulatorie	SØNDERBORG
5000	619	SHS Klinik for Kræftsygdomme Palliativ A	SØNDERBORG
5001	57	Onkologisk ambulatorium	SØNDERBORG
5001	58	Onkologisk afdeling	SØNDERBORG
5501	05C	SVS Onkologisk afsnit (Esbjerg)	ESBJERG
5501	05O	SVS Onkologisk ambulatorium (Esbjerg)	ESBJERG
5501	269	Onkologisk ambulatorium	ESBJERG
6006	03V	Gyn-/onkologisk Amb., Horsens	HORSENS
6008	180	Afsn.f.onkologi og radioterapi	VEJLE
6008	189	Onkologisk ambulatorium	VEJLE
6502	160	Onkologisk afsnit	HERNING
6502	169	Onkologisk ambulatorium	HERNING
6620	259	Onkologisk Ambulatorium D	AARHUS
6650	361	Onkologiske Senge Herning	HERNING
6650	36A	Onkologisk Ambulatorium Herning	HERNING
7003	251	Onkologisk afdeling D	AARHUS
7003	259	Onkologisk Ambulatorium D	AARHUS

7601	41	Medicinsk afdeling, Viborg	VIBORG
7601	46	Medicinsk dagafsnit, Viborg	VIBORG
8001	261	Alb Onkologisk afd.	AALBORG
8001	267	Alb Palliative Team Onkologisk	AALBORG
8001	268	Alb Onkologisk Akut Amb	AALBORG
8001	269	Alb Onkologisk amb.	AALBORG
8003	269	Hjr Onkologisk kontrolamb.	HJØRRING

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2005-2014.

Frequency	Lavrisiko	Højrisiko	Total
DBCG Off-Study-indberetning	3360	6906	10266
DBCG Flow-indberetning	1930	21218	23148
DBCG Onkologi-henvisning	0	188	188
LPR Onkologi-indberetning	25	1057	1082
DBCG Kirurgiafdeling	178	1349	1527
Total	5493	30718	36211

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2005-2014, højrisiko-patienter.

Højrisiko	DBCG Off-Study-indberetning	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	LPR Onkologi-indberetning	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	662	2410	43	57	215	3387
HERLEV	954	2678	45	340	262	4279
HILLERØD	303	1400	1	47	0	1751
RØNNE	56	158	1	2	0	217
ANDEN AFD.REG.H	13	4	0	0	40	57
ROSKILDE	216	1598	8	188	5	2015
NÆSTVED	265	1733	0	27	1	2026
ANDEN AFD.REG.SJ	242	35	1	0	197	475
ODENSE	370	1984	1	38	56	2449
SØNDERBORG	237	958	38	24	0	1257
ESBJERG	214	787	11	70	38	1120
VEJLE	453	1892	1	20	12	2378
ANDEN AFD.REG.SYD	47	24	0	0	73	144
HERNING	512	1681	0	33	1	2227
AARHUS	982	2277	4	104	0	3367
ANDEN AFD.REG.MIDT	259	122	0	0	117	498
AALBORG	1105	1473	34	107	164	2883
ANDEN AFD.REG.NORD	15	4	0	0	146	165
UOPLYST	1	0	0	0	22	23
Total	6906	21218	188	1057	1349	30718

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2005-2014, lavrisiko-patienter.

Lavrisiko	DBCG Off-Study-indberetning	DBCG Flow-indberetning	LPR-indberetning	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	422	294	3	21	740
HERLEV	533	359	10	38	940
ANDEN AFD.REG.H	33	50	0	6	89
RINGSTED	633	113	0	17	763
ANDEN AFD.REG.SJ	11	75	0	2	88
ODENSE	412	52	1	4	469
AABENRAA	141	92	0	12	245
ESBJERG	165	61	0	4	230
VEJLE	88	262	1	4	355
ANDEN AFD.REG.SYD	14	27	3	1	45
AARHUS	201	64	0	9	274
RANDERS	111	19	0	9	139
VIBORG	175	110	0	10	295
ANDEN AFD.REG.MIDT	121	214	2	4	341
AALBORG	283	136	5	19	443
HJØRRING	16	0	0	16	32
ANDEN AFD.REG.NORD	1	2	0	2	5
Total	3360	1930	25	178	5493

Indikator 13

Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Afdeling for strålebehandling af invasiv brystkræft. (b) Afdeling for randomisering i strålebehandlingsstudier af invasiv brystkræft. (c) Stråle-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013. (d) Rykkerbesvarelse med stråleafdelings henvisning til anden afdeling eller angivelse af patient ukendt på afdeling. (e) DBCG rykkerliste. (f) Behandlingshospital og -afdeling ved første kontakt efter operation med en radioterapiafdeling i LPR. (g) DBCG's kirurgiafdeling.

Resultatet af denne søgeprocedure præsenteres nedenfor. For patienter uden indberetning af strålebehandling er allokering til opfølgingsafdeling behæftet med usikkerhed især ved anvendelse af kirurgiafdeling (g). Registersamkøring med LPR (f) synes at afspejle indberetning af fulde behandlingsforløb.

Ved søgning efter onkologi og radioterapi behandlingsafdeling i LPR anvendes listen for onkologisk opfølgingsafdeling fra indikator 9 'Onkologisk opfølgingsafdeling for højrisiko-patienter i LPR' suppleret med en radioterapi-afdeling:

C_SGH	C_AFD	csghafd	DBCG onkologiafdeling
6008	188	SLB Stråleterapi (Vejle)	VEJLE

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for stråleterapi 2012-2014.

	DBCG Stråle-indberetning	DBCG Stråle-randomisering	DBCG Stråle-henvisning	Afd. rykkerbesvarelse	DBCG rykkerliste	LPR Stråle-indberetning	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	1038	0	57	0	18	11	111	1235
HERLEV	1769	0	0	0	3	51	85	1908
NÆSTVED	842	0	1	0	20	29	77	969
ODENSE	610	2	0	0	0	3	7	622
FLENSBORG	354	0	1	0	2	0	24	381
VEJLE	802	0	4	0	9	47	36	898
AARHUS	1784	1	0	45	0	2	4	1836
AALBORG	756	0	13	0	59	6	57	891
Total	7955	3	76	45	111	149	401	8740

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for stråleterapi 2014.

	DBCG Stråle- indberetning	DBCG Stråle- henvisning	DBCG rykkerliste	LPR Stråle- indberetning	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	319	40	9	4	30	402
HERLEV	595	0	2	35	42	674
NÆSTVED	267	1	4	25	29	326
ODENSE	228	0	0	1	0	229
FLENSBORG	114	0	1	0	10	125
VEJLE	275	2	3	18	12	310
AARHUS	607	0	0	0	0	607
AALBORG	252	8	17	1	21	299
Total	2657	51	36	84	144	2972

Indberettende afdelinger 2015

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræft-patienter er blevet væsentlig færre i de sidste år. Der var i 2015, 13 kirurgiske afdelinger (tabel 4), 13 patologiafdelinger (tabel 5), 14 onkologiske afdelinger (tabel 6) og 9 radioterapi-afdelinger (tabel 7). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller under opfølgning indtil 10 år efter operation har 25 afdelinger været aktive (tabel 8).

Tabel 4. Kirurgiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

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

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

Tabel 5. Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen PA	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Patologisk-anatomisk Ins	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3002	Patologi Afd.	Sjællands Universitetshospital, Slagelse	Sjælland
4	4202	Afdeling for Klinisk Pat	Odense Universitetshospital	Syddanmark
5	5001	Patologisk inst.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
6	5501	Klinik for Patologisk An	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
7	6008	Klinisk Patologi	Vejle Sygehus	Syddanmark
8	6501	Patologisk Institut*	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
9	7004	Patologisk inst.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
10	7005	Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
11	7601	Patologisk inst.	Regionshospitalet Viborg/Skive	Midtjylland
12	8001	Patologisk inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
13	8003	Patologisk-anatomisk Ins	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

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

Tabel 6. Onkologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Onkologisk Afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4	2501	Onkologisk Afd.	Sjællands Universitetshospital, Roskilde*	Sjælland
5	3004	Plast- og brystkirurgisk Afd.	Ringsted Sygehus*	Sjælland
6	3501	Onkologi-Hæmatologi	Næstved Sygehus*	Sjælland
7	4001	Medicinsk Afd.	Bornholms Hospital	Hovedstaden
8	4202	Onkologisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
9	5001	Onkologisk Afd.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
10	5501	Onkologisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg**	Syddanmark
11	6008	Onkologisk Afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
12	6502	Onkologisk Ambulatorium	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13	7003	Onkologisk Afd.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
14	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

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

** : Administreres med Vejle.

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

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

*: Stråle-afdelingen i Herning hører under Aarhus per 1. januar 2016.

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

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	1516	Onkologisk Afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
5	2001	Onkologisk Afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
6	2501	Onkologisk Afd.	Sjællands Universitetshospital, Roskilde	Sjælland
7	3004	Plast- og brystkirurgisk Afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
8	3501	Onkologi-Hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
9	4001	Medicinsk Afd.	Bornholms Hospital	Hovedstaden
10	4202	Plastikkirurgisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
11	4202	Onkologisk Afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
12	5001	Onkologisk Afd.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
13	5004	Organkirurgisk Klinik Br	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
14	5501	Mammae Kirurgisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
15	5501	Onkologisk Afsnit	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
16	6008	Organkirurgisk afd	Vejle Sygehus	Syddanmark
17	6008	Onkologisk Afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
18	6502	Onkologisk Ambulatorium	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
19	7003	Onkologisk Afd.	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
20	7004	Kirurgisk Overafd. P	Aarhus Universitetshospital	Midtjylland
21	7005	Kirurgisk Overafd. K	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
22	7601	Kirurgisk Afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
23	8001	Mammakirurgisk Område	Aalborg Sygehus	Nordjylland
24	8001	Onkologisk Afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
25	8003	Kirurgisk Afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Sygehus og afdelingsklassifikation (SHAK)

Kirurgiafdelinger.

Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB	130166
Herlev og Gentofte Hospital	1516
Brystkirurgisk overafd. F	151630
Region Sjælland	
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	3800
RIN Mammakirurgi	3800U2
Region Syddanmark	
OUH Odense Universitetshospital	4202
Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital	420223
Sygehus Sønderjylland	5000
SHS Organkirurgisk Klinik (Aabenraa)	500071
Kirurgisk område Esbjerg	550104
Vejle Sygehus	6008
Organkir. afd.	600821
Region Midtjylland	
Aarhus Universitetshospital	6620
Kirurgisk Overafd. P	662029
Regionshospitalet Randers	7005
Kirurgisk Overafd. K	700507
Regionshospitalet Viborg, Skive	7601
Kirurgisk afdeling	7601051
Kirurgisk dagafsnit, Viborg	7601056
Hospitalsenhed Midt	6630
Kirurgisk Afdeling	663005
Kirurgisk Ambulatorium Viborg	6630059
Region Nordjylland	
Aalborg Universitetshospital	8001
Alb Mammakirurgisk Område	800151
Sygehus Vendsyssel	8003
Ven Kirurgisk Område	800307
Private klinikker	
Privathospitalet Mølholm	6010
Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	601001

Onkologiafdelinger*.

Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Onkologisk klinik ONK, heldøgn	130172
Herlev og Gentofte Hospital	1516
Onkologisk Overafd. R	151613
Hospitalerne i Nordsjælland	2000
HI Onkologisk & Palliativ Oafd	200022
Bornholms Hospital	4001
Medicinsk Afdeling	400103
Region Sjælland	
Region Sjællands Sygehusvæsen	3800
Roskilde og Køge sygehuse	
ROS Klin. Onkologisk.	3800A9
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	
NAE Klin. Onkologi	3800N8
Region Syddanmark	
OUH Odense Universitetshospital	4202
Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital	420226
Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	5001
Onkologisk ambulatorium	5001057
Onkologisk afdeling	5001058
Sydvestjysk Sygehus	5501
SVS Onkologisk afsnit (Esbjerg)	550105C
SVS Onkologisk ambulatorium (Esbjerg)	550105O
Vejle Sygehus	6008
Onkologisk afd.	600818
Region Midtjylland	
Aarhus Universitetshospital	6620
Onkologisk Overafd. D	662025
Hospitalsenheden Vest	6650
Onkologisk Afdeling	665036
Region Nordjylland	
Aalborg Universitetshospital	8001
Alb Onkologisk Område	800126

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

Patologiafdelinger.

Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Rigshospitalet, Patologiafdelingen, PA	130148

Herlev Hospital	1516
Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev	151612
Patologisk-anatomisk institut	1516120
Region Sjælland	
Region Sjællands Sygehusvæsen	3800
Næstved, Slagelse og Ringsted sygehuse	
SLA Patologi	3800T8
SLA Patologi Afd.	3800T80
Region Syddanmark	
OUH Odense Universitetshospital	4202
Afdelingen for Klinisk Patologi, OUH	420222
Afdelingen for Klinisk Patologi	4202220
Sygehus Sønderjylland	5000
SHS Patologisk Klinik	500083
SHS Patologisk Klinik	5000830
Sydvestjysk Sygehus	5001
Klinisk diagnostisk område Esbjerg	550107
SVS Patologisk Afdeling (Esbjerg)	5501074
Vejle Sygehus	6008
Klinisk Patologi, Laboratoriecentret, overafdeling	600813
Klinisk Patologi, Laboratoriecentret	6008130
Region Midtjylland	
Aarhus Universitetshospital	6620
Patologisk Institut Overafd.	662021
Hospitalsenheden Vest	6650
Patologisk Institut	665064
Patologisk Institut Holstebro	6650641
Hospitalsenhed Midt	6630
Patologisk Institut Viborg	6630721
Regionshospitalet Randers	7005
Patologisk Institut S	700513
Region Nordjylland	
Aalborg Universitetshospital	8001
Alb Patologisk Institut	800124
Sygehus Vendsyssel	8003
Hjr Patologisk anatomisk inst.	800314

BILAG 1

Supplerende beskrivelse af indikatorresultater

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2015
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indholdsfortegnelse

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

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

Indikator 3: Andel maligne og in situ diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2013-2015 efter aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign og in situ.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	7192	100	7192	5331	1861	74 (73-75)	74	100	74	100
18-39 år	736	100	736	213	523	29 (26-32)	29	100	28	100
40-49 år	1139	100	1139	683	456	60 (57-63)	60	100	59	100
50-59 år	1555	100	1555	1213	342	78 (76-80)	77	100	77	100
60-69 år	1870	100	1870	1636	234	87 (86-89)	88	100	88	100
70-75 år	816	100	816	699	117	86 (83-88)	88	100	87	100
76+ år	1076	100	1076	887	189	82 (80-85)	82	100	87	100

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

Indikator 4: Aksilstatus fastlagt udelukkende med SN-metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller i 2013-2015 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	2434	100	2434	2344	90	96 (95-97)	97	100	97	100
18-39 år	63	100	63	63	0	100 (94-100)	99	100	97	100
40-49 år	254	100	254	247	7	97 (94-99)	96	100	98	100
50-59 år	566	100	566	544	22	96 (94-98)	98	100	97	100
60-69 år	876	100	876	846	30	97 (95-98)	96	100	96	100
70-75 år	334	100	334	321	13	96 (93-98)	97	100	95	100
76+ år	341	100	341	323	18	95 (92-97)	97	100	97	100

Indikator 4: Node-negativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2013-2015.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
Operationsår	Tumordiameter (mm)					
2013	00-10	19	(2.5)	754	(97.5)	773
	11-20	42	(3.6)	1122	(96.4)	1164
	21-30	10	(2.8)	342	(97.2)	352
	31-40	3	(3.1)	93	(96.9)	96
	41-50	2	(5.9)	32	(94.1)	34
	>=51	5	(27.8)	13	(72.2)	18
2014	00-10	24	(3.2)	721	(96.8)	745
	11-20	34	(2.9)	1138	(97.1)	1172
	21-30	15	(3.6)	396	(96.4)	411
	31-40	5	(4.4)	109	(95.6)	114
	41-50	2	(5.7)	33	(94.3)	35
	>=51	1	(5.3)	18	(94.7)	19
	Uoplyst	0	0	2	(100.0)	2
2015	00-10	15	(2.1)	694	(97.9)	709
	11-20	47	(3.9)	1147	(96.1)	1194
	21-30	17	(4.5)	365	(95.5)	382
	31-40	6	(6.3)	89	(93.7)	95
	41-50	5	(15.2)	28	(84.8)	33
	>=51	0	0	21	(100.0)	21

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

Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i 2013-2015 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	1006	100	1006	969	37	96 (95-97)	96	100	96	100
18-39 år	52	100	52	49	3	94 (84-99)	95	100	97	100
40-49 år	169	100	169	165	4	98 (94-99)	96	100	98	100
50-59 år	256	100	256	248	8	97 (94-99)	97	100	96	100
60-69 år	250	100	250	242	8	97 (94-99)	95	100	97	100
70-75 år	124	100	124	117	7	94 (89-98)	97	100	95	100
76+ år	155	100	155	148	7	95 (91-98)	93	100	93	100

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

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes med datakomplethed for patienter opereret 2013-2015 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	4623	100	4623	4077	546	88 (87-89)	89	100	92	100
18-39 år	177	100	177	162	15	92 (86-95)	93	100	95	100
40-49 år	579	100	579	529	50	91 (89-94)	94	100	95	100
50-59 år	1045	100	1045	923	122	88 (86-90)	88	100	93	100
60-69 år	1348	100	1348	1228	120	91 (89-93)	91	100	93	100
70-75 år	603	100	603	540	63	90 (87-92)	91	100	92	100
76+ år	871	100	871	695	176	80 (77-82)	79	100	88	100

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

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer 2012-2014 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	3433	77	2659	2225	434	84 (82-85)	89	84	91	93
18-39 år	159	75	119	95	24	80 (71-87)	90	82	97	95
40-49 år	528	76	403	326	77	81 (77-85)	89	85	91	96
50-59 år	907	79	721	596	125	83 (80-85)	87	86	89	95
60-69 år	1026	80	825	738	87	89 (87-91)	93	86	95	94
70-75 år	376	75	282	237	45	84 (79-88)	90	81	92	93
76+ år	437	71	309	233	76	75 (70-80)	80	77	81	83

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2005-2014, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2005-2014 med KI (%)
Total	30718	100	30718	24265	6453	79 (79-79)
18-39 år	1452	100	1452	1197	255	82 (80-84)
40-49 år	4709	100	4709	3877	832	82 (81-83)
50-59 år	7904	100	7904	6345	1559	80 (79-81)
60-69 år	9847	100	9847	7647	2200	78 (77-78)
70-75 år	3221	100	3221	2546	675	79 (78-80)
76+ år	3585	100	3585	2653	932	74 (73-75)

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2005-2014, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2005-2014 med KI (%)
Total	5493	100	5493	4741	752	86 (85-87)
18-39 år	43	100	43	34	9	79 (64-90)
40-49 år	379	100	379	313	66	83 (78-86)
50-59 år	1367	100	1367	1226	141	90 (88-91)
60-69 år	2697	100	2697	2373	324	88 (87-89)
70-75 år	571	100	571	469	102	82 (79-85)
76+ år	436	100	436	326	110	75 (70-79)

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 2009-2013 efter aldersgruppe. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2009-2013 med KI (%)	Nedre SI	Øvre SI
Total	13679	95	13049	173	12876	1.5%	1.3%	1.7%
18-39 år	382	94	360	7	353	2.7%	1.1%	5.5%
40-49 år	1632	95	1552	25	1527	1.5%	0.5%	3.5%
50-59 år	3832	96	3691	38	3653	1.4%	1.0%	2.0%
60-69 år	5558	96	5337	61	5276	1.3%	1.0%	1.8%
70-75 år	1205	95	1144	16	1128	1.5%	1.2%	1.9%
76+ år	1070	90	965	26	939	1.1%	0.6%	1.7%

Første hændelse ved brystbevarende terapi (BSC) for patienter opereret 2009-2013 efter aldersgruppe.

Alder	Første hændelse efter BCS								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
18-34 år	3	(2.5)	8	(6.7)	106	(88.3)	3	(2.5)	120
35-39 år	4	(1.7)	19	(7.9)	217	(90.4)	.	.	240
40-49 år	25	(1.6)	79	(5.1)	1433	(92.3)	15	(1.0)	1552
50-59 år	38	(1.0)	215	(5.8)	3400	(92.1)	38	(1.0)	3691
60-69 år	61	(1.1)	383	(7.2)	4789	(89.7)	104	(1.9)	5337
70-75 år	16	(1.4)	101	(8.8)	997	(87.2)	30	(2.6)	1144
76+ år	26	(2.7)	82	(8.5)	776	(80.4)	81	(8.4)	965
Alle	173	(1.3)	887	(6.8)	11718	(89.8)	271	(2.1)	13049

Første hændelse ved brystbevarende terapi (BSC) for patienter opereret 2009-2013 efter operationsår.

Operationsår	Første hændelse efter BCS								
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	N
2009	59	(1.9)	278	(9.0)	2690	(86.8)	72	(2.3)	3099
2010	50	(1.8)	245	(8.7)	2431	(86.4)	87	(3.1)	2813
2011	24	(1.0)	173	(7.1)	2186	(89.8)	51	(2.1)	2434
2012	22	(0.9)	117	(4.9)	2220	(92.9)	31	(1.3)	2390
2013	18	(0.8)	74	(3.2)	2191	(94.7)	30	(1.3)	2313
Alle	173	(1.3)	887	(6.8)	11718	(89.8)	271	(2.1)	13049

Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer

Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer ved brystkræftoperationer 2013-2015 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	3917	94	3699	3594	105	97 (97-98)	97	97	97	97
18-39 år	152	93	141	140	1	99 (96-100)	97	100	98	100
40-49 år	516	96	497	483	14	97 (95-98)	96	100	96	99
50-59 år	934	98	913	879	34	96 (95-97)	96	100	96	98
60-69 år	1215	94	1139	1105	34	97 (96-98)	97	95	97	97
70-75 år	511	92	469	461	8	98 (97-99)	97	96	95	96
76+ år	589	92	540	526	14	97 (96-99)	97	94	97	93

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet 2013-2015 efter aldersgruppe. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	1973	100	1973	1900	73	96 (95-97)	96	100	96	100
18-39 år	62	100	62	58	4	94 (84-98)	96	100	93	100
40-49 år	220	100	220	214	6	97 (94-99)	96	100	96	100
50-59 år	454	100	454	441	13	97 (95-98)	95	100	96	100
60-69 år	672	100	672	648	24	96 (95-98)	98	100	96	100
70-75 år	286	100	286	275	11	96 (93-98)	97	100	96	100
76+ år	279	100	279	264	15	95 (91-97)	94	100	97	100

Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2012-2014 for patienter med definitiv operation med lumpektomi efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	2620	90	2360	2271	89	96 (95-97)	96	93	98	94
18-39 år	71	77	55	55	0	100 (94-100)	98	90	93	88
40-49 år	320	88	281	279	2	99 (97-100)	100	92	98	94
50-59 år	694	92	641	637	4	99 (98-100)	99	93	99	96
60-69 år	1012	93	943	890	53	94 (93-96)	97	95	99	97
70-75 år	292	90	262	250	12	95 (92-98)	94	96	97	93
76+ år	231	77	178	160	18	90 (84-94)	83	80	86	79

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2012-2014 for patienter med definitiv operation med mastektomi efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	352	84	297	290	7	98 (95-99)	97	87	97	89
18-39 år	30	73	22	22	0	100 (85-100)	100	94	100	97
40-49 år	87	86	75	74	1	99 (93-100)	97	87	99	94
50-59 år	92	90	83	82	1	99 (93-100)	98	91	96	89
60-69 år	107	83	89	86	3	97 (90-99)	97	88	93	94
70-75 år	34	82	28	26	2	93 (76-99)	96	80	100	74
76+ år	2	0	0	0	0	. (-.)	60	63	.	0

Indikator 13 (strata lumpektomi og mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2012-2014 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
Total	2972	89	2657	2561	96	96 (96-97)	96	92	97	93
18-39 år	101	76	77	77	0	100 (95-100)	98	91	95	91
40-49 år	407	87	356	353	3	99 (98-100)	99	91	99	94
50-59 år	786	92	724	719	5	99 (98-100)	99	92	99	95
60-69 år	1119	92	1032	976	56	95 (93-96)	97	95	98	97
70-75 år	326	89	290	276	14	95 (92-97)	94	93	98	90
76+ år	233	76	178	160	18	90 (84-94)	83	79	86	78

Indikator 13 (strata lumpektomi og mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2012-2014.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2014 med KI (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)	Andel 2012 (%)	Komp 2012 (%)
DANMARK	2972	89	2657	2561	96	96 (96-97)	96	92	97	93
HOVEDSTADEN	1076	85	914	842	72	92 (90-94)	92	90	96	93
SJÆLLAND	326	82	267	263	4	99 (96-100)	99	90	100	89
SYDDANMARK	664	93	617	608	9	99 (97-99)	99	92	98	94
MIDTJYLLAND	607	100	607	596	11	98 (97-99)	98	100	98	99
NORDJYLLAND	299	84	252	252	0	100 (99-100)	100	85	100	86
RIGSHOSPITALET	402	79	319	319	0	100 (99-100)	99	86	100	87
HERLEV	674	88	595	523	72	88 (85-90)	88	93	93	97
NÆSTVED	326	82	267	263	4	99 (96-100)	99	90	100	89
ODENSE	229	100	228	219	9	96 (93-98)	97	97	93	98
FLENSBORG	125	91	114	114	0	100 (97-100)	100	93	100	95
VEJLE	310	89	275	275	0	100 (99-100)	100	89	100	91
AARHUS	607	100	607	596	11	98 (97-99)	98	100	98	99
AALBORG	299	84	252	252	0	100 (99-100)	100	85	100	86

BILAG 2

Populationen af danske brystkræftpatienter 2012-2015

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2015
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indholdsfortegnelse

Demografiske og prognostiske parametre 2012-2015	3
Tabel 1. Aldersfordeling af patienter per år.	3
Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per år.	3
Tabel 3a. Operationstype per år.	4
Tabel 3b. Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.	4
Tabel 3c. Årsag til aksilrømning i samme seance som sentinel node per år.	5
Tabel 4. Diagnose per år.	5
Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per år (adjuverende).	6
Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per år (adjuverende).	6
Tabel 5c. Antal lymfeknuder med makrometastaser per år (adjuverende).	6
Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per år (neo-adjuverende).	7
Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per år (neo-adjuverende).	7
Tabel 7a. Tumorstørrelse mikroskopisk (= største diameter i mm) per år (adjuverende).	7
Tabel 7b. Tumorstørrelse ved ultralyd (= største diameter i mm) per år (kun neo-adjuverende).	8
Tabel 8a. Malignitetsgrad for duktale tumorer per år.	8
Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per år.	8
Tabel 9. Østrogenreceptor, procent positiv farvning ved immun-histokemisk farvning (IHC) per år.	9
Tabel 10a. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status per år.	9
Tabel 10b. HER2 status versus patientalder i 2015.	9
Tabel 10c. HER2-score per år.	10
Tabel 10d. HER2-score og FISH-ratio per år.	10
Tabel 11. Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.	11
Tabel 12. Tumorstørrelse mikroskopisk (adjuverende) versus fund ved populationscreening blandt 50-69-årige.	11

Demografiske og prognostiske parametre 2012-2015

I dette bilag 2 præsenteres patienter, som har en primær invasiv diagnose, en operabel tumor og tilstrækkelig oplysning om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. I 2015 opfyldte 3725 patienter i registret disse krav, og i det følgende præsenteres de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år i perioden 2012-2015 i tabel 1 til 12. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 3.

Tabel 1. Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	245	(1.6)	65	(1.7)	50	(1.3)	72	(1.9)	58	(1.6)
35-39 år	379	(2.5)	84	(2.2)	115	(3.0)	92	(2.4)	88	(2.4)
40-49 år	2144	(14.0)	571	(14.9)	535	(13.8)	542	(14.1)	496	(13.3)
50-59 år	3642	(23.8)	904	(23.6)	922	(23.7)	926	(24.1)	890	(23.9)
60-69 år	5036	(33.0)	1247	(32.6)	1333	(34.3)	1285	(33.4)	1171	(31.4)
70-75 år	1761	(11.5)	430	(11.2)	422	(10.9)	422	(11.0)	487	(13.1)
76+ år	2070	(13.5)	522	(13.7)	509	(13.1)	504	(13.1)	535	(14.4)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per år.

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnose ved excisionsbiopsi										
Nej	13382	(87.6)	3316	(86.7)	3373	(86.8)	3440	(89.5)	3253	(87.3)
Ja	920	(6.0)	202	(5.3)	224	(5.8)	238	(6.2)	256	(6.9)
Uoplyst	975	(6.4)	305	(8.0)	289	(7.4)	165	(4.3)	216	(5.8)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 3a. Operationstype per år.

Operationstype	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	4040	(26.4)	1048	(27.4)	1053	(27.1)	989	(25.7)	950	(25.5)
Lumpektomi	10631	(69.6)	2585	(67.6)	2683	(69.0)	2736	(71.2)	2627	(70.5)
Biopsi*	84	(0.5)	24	(0.6)	18	(0.5)	9	(0.2)	33	(0.9)
Mastektomi efter neo-adj	296	(1.9)	88	(2.3)	80	(2.1)	66	(1.7)	62	(1.7)
Lumpektomi efter neo-adj	226	(1.5)	78	(2.0)	52	(1.3)	43	(1.1)	53	(1.4)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

* Nåle- og/eller excisionsbiopsi, inkluderer patienter, der bliver behandlet neoadjuverende og endnu ikke er opereret.

Tabel 3b. Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.

Mastektomi	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	920	(22.8)	251	(24.0)	243	(23.1)	217	(21.9)	209	(22.0)
Ja	3119	(77.2)	797	(76.0)	809	(76.8)	772	(78.1)	741	(78.0)
Uoplyst	1	(0.0)	.	.	1	(0.1)	.	.	.	.

Lumpektomi	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	861	(8.1)	229	(8.9)	211	(7.9)	220	(8.0)	201	(7.7)
Ja	9770	(91.9)	2356	(91.1)	2472	(92.1)	2516	(92.0)	2426	(92.3)

Biopsi	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	54	(64.3)	19	(79.2)	13	(72.2)	7	(77.8)	15	(45.5)
Ja	30	(35.7)	5	(20.8)	5	(27.8)	2	(22.2)	18	(54.5)

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

Mastektomi efter neo-adj	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	181	(61.1)	65	(73.9)	48	(60.0)	35	(53.0)	33	(53.2)
Ja	111	(37.5)	21	(23.9)	32	(40.0)	29	(43.9)	29	(46.8)
Uoplyst	4	(1.4)	2	(2.3)	.	.	2	(3.0)	.	.

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

Lumpektomi efter neo-adj	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	91	(40.3)	25	(32.1)	26	(50.0)	14	(32.6)	26	(49.1)
Ja	135	(59.7)	53	(67.9)	26	(50.0)	29	(67.4)	27	(50.9)

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

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

		Alle		2012		2013		2014		2015	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Axilrømning i samme seance	Årsag										
Ja	Valideringsfase	6	(0.3)	.	.	4	(0.7)	2	(0.3)	.	.
	SN frys svar	2113	(89.1)	600	(89.0)	524	(88.1)	513	(89.7)	476	(89.6)
	Mistanke om metastase	59	(2.5)	14	(2.1)	18	(3.0)	13	(2.3)	14	(2.6)
	SN ikke fundet	194	(8.2)	60	(8.9)	49	(8.2)	44	(7.7)	41	(7.7)
Total		2372	(100.0)	674	(100.0)	595	(100.0)	572	(100.0)	531	(100.0)

Tabel 4. Diagnose per år.

Histologisk type	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Duktal	12234	(80.1)	3059	(80.0)	3101	(79.8)	3032	(78.9)	3042	(81.7)
Lobulær	1665	(10.9)	382	(10.0)	435	(11.2)	452	(11.8)	396	(10.6)
Mucinøs	325	(2.1)	85	(2.2)	69	(1.8)	87	(2.3)	84	(2.3)
Medullær	48	(0.3)	17	(0.4)	10	(0.3)	18	(0.5)	3	(0.1)
Papillær	117	(0.8)	42	(1.1)	26	(0.7)	34	(0.9)	15	(0.4)
Tubulær	229	(1.5)	60	(1.6)	65	(1.7)	58	(1.5)	46	(1.2)
Andre invasiv	659	(4.3)	178	(4.7)	180	(4.6)	162	(4.2)	139	(3.7)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per år (adjuverende).

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	2	(0.0)	1	(0.0)	1	(0.0)	.	.	.	.
01-04	9447	(61.8)	2238	(58.5)	2396	(61.7)	2456	(63.9)	2357	(63.3)
05-09	826	(5.4)	199	(5.2)	224	(5.8)	196	(5.1)	207	(5.6)
>=10	4257	(27.9)	1138	(29.8)	1079	(27.8)	1053	(27.4)	987	(26.5)
Uoplyst	139	(0.9)	57	(1.5)	36	(0.9)	20	(0.5)	26	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	606	(4.0)	190	(4.9)	150	(3.9)	118	(3.1)	148	(3.9)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per år (adjuverende).

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	9214	(60.3)	2208	(57.8)	2373	(61.1)	2340	(60.9)	2293	(61.6)
01-03	3870	(25.3)	986	(25.8)	946	(24.3)	1023	(26.6)	915	(24.6)
>=04	1409	(9.2)	366	(9.6)	366	(9.4)	334	(8.7)	343	(9.2)
Uoplyst	178	(1.2)	73	(1.9)	51	(1.3)	28	(0.7)	26	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	606	(4.0)	190	(4.9)	150	(3.9)	118	(3.1)	148	(3.9)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 5c. Antal lymfeknuder med makrometastaser per år (adjuverende).

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(Makrometastaser)										
00	10106	(66.2)	2481	(64.9)	2566	(66.0)	2562	(66.7)	2564	(68.8)
01-03	2972	(19.5)	744	(19.5)	763	(19.6)	790	(20.6)	675	(18.1)
>=04	1245	(8.1)	322	(8.4)	321	(8.3)	290	(7.5)	312	(8.4)
Uoplyst	348	(2.3)	86	(2.2)	86	(2.2)	83	(2.2)	26	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	606	(4.0)	190	(4.9)	150	(3.9)	118	(3.1)	148	(3.9)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per år (neo-adjuverende).

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	74	(0.5)	15	(0.4)	25	(0.6)	22	(0.6)	12	(0.3)
05-09	19	(0.1)	7	(0.2)	4	(0.1)	3	(0.1)	5	(0.1)
>=10	319	(2.1)	104	(2.7)	83	(2.1)	62	(1.6)	70	(1.9)
Uoplyst	194	(1.3)	64	(1.7)	38	(1.0)	31	(0.8)	61	(1.6)
Adjuverende	14671	(96.0)	3633	(95.0)	3736	(96.2)	3725	(96.9)	3577	(96.1)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per år (neo-adjuverende).

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	177	(1.2)	48	(1.3)	46	(1.2)	44	(1.1)	39	(1.0)
01-03	137	(0.9)	39	(1.0)	37	(1.0)	31	(0.8)	30	(0.8)
>=04	87	(0.6)	27	(0.7)	31	(0.8)	11	(0.3)	18	(0.5)
Uoplyst	205	(1.3)	76	(2.0)	36	(0.9)	32	(0.8)	61	(1.6)
Adjuverende	14671	(96.0)	3633	(95.0)	3736	(96.1)	3725	(97.0)	3577	(96.1)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

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

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	3462	(22.7)	834	(21.8)	917	(23.6)	876	(22.8)	835	(22.4)
11-20	6598	(43.2)	1613	(42.2)	1659	(42.7)	1651	(43.0)	1675	(45.0)
21-50	4257	(27.9)	1090	(28.5)	1077	(27.7)	1095	(28.5)	995	(26.7)
>=51	305	(2.0)	82	(2.1)	74	(1.9)	87	(2.3)	62	(1.7)
Uoplyst	49	(0.3)	14	(0.4)	9	(0.2)	16	(0.4)	10	(0.3)
Biopsi / neo-adjuverende	606	(3.9)	190	(5.0)	150	(3.9)	118	(3.0)	148	(3.9)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 7b. Tumorstørrelse ved ultralyd (= største diameter i mm) per år (kun neo-adjuverende).

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	32	(5.3)	7	(3.7)	9	(6.0)	8	(6.8)	8	(5.4)
11-20	30	(5.0)	9	(4.7)	5	(3.3)	6	(5.1)	10	(6.8)
21-50	100	(16.5)	39	(20.5)	21	(14.0)	21	(17.8)	19	(12.8)
>=51	360	(59.4)	108	(56.8)	89	(59.3)	68	(57.6)	95	(64.2)
Uoplyst	84	(13.9)	27	(14.2)	26	(17.3)	15	(12.7)	16	(10.8)
Total	606	(100.0)	190	(100.0)	150	(100.0)	118	(100.0)	148	(100.0)

Tabel 8a. Malignitetsgrad for duktaletumorer per år.

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	145	(1.2)	69	(2.3)	33	(1.1)	17	(0.6)	26	(0.9)
I	3263	(26.7)	811	(26.5)	872	(28.1)	807	(26.6)	773	(25.4)
II	5449	(44.5)	1361	(44.5)	1342	(43.3)	1361	(44.9)	1385	(45.5)
III	3377	(27.6)	818	(26.7)	854	(27.5)	847	(27.9)	858	(28.2)
Total	12234	(100.0)	3059	(100.0)	3101	(100.0)	3032	(100.0)	3042	(100.0)

Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per år.

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Lobulære tumorer										
Uoplyst	12	(0.7)	6	(1.6)	4	(0.9)	1	(0.2)	1	(0.3)
I	442	(26.5)	110	(28.8)	133	(30.6)	126	(27.9)	73	(18.4)
II	1117	(67.1)	248	(64.9)	269	(61.8)	299	(66.2)	301	(76.0)
III	94	(5.6)	18	(4.7)	29	(6.7)	26	(5.8)	21	(5.3)
Total	1665	(100.0)	382	(100.0)	435	(100.0)	452	(100.0)	396	(100.0)

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

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	2026	(13.3)	562	(14.7)	497	(12.8)	492	(12.8)	475	(12.8)
1-9%	238	(1.6)	63	(1.6)	62	(1.6)	48	(1.2)	65	(1.7)
10-100%	12999	(85.1)	3193	(83.5)	3323	(85.5)	3298	(85.8)	3185	(85.5)
Uoplyst	14	(0.1)	5	(0.1)	4	(0.1)	5	(0.1)	.	.
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

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

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	13150	(86.1)	3270	(85.5)	3355	(86.3)	3288	(85.6)	3237	(86.9)
Positiv	1991	(13.0)	471	(12.3)	490	(12.6)	548	(14.3)	482	(12.9)
Uoplyst	136	(0.9)	82	(2.1)	41	(1.1)	7	(0.2)	6	(0.2)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 10b. HER2 status versus patientalder i 2015.

	Total	Negativ		Positiv		Uoplyst	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
<=34 år	58	45	(77.6)	13	(22.4)	.	.
35-39 år	88	69	(78.4)	19	(21.6)	.	.
40-49 år	496	423	(85.3)	73	(14.7)	.	.
50-59 år	890	776	(87.2)	113	(12.7)	1	(0.1)
60-69 år	1171	1041	(88.9)	127	(10.8)	3	(0.3)
70-75 år	487	420	(86.2)	66	(13.6)	1	(0.2)
76+ år	535	463	(86.5)	71	(13.3)	1	(0.2)
Total	3725	3237	(86.9)	482	(12.9)	6	(0.2)

Tabel 10c. HER2-score per år.

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score										
0	3394	(22.2)	870	(22.8)	868	(22.3)	772	(20.1)	884	(23.7)
1+	7534	(49.3)	1853	(48.5)	1980	(51.0)	1934	(50.3)	1767	(47.4)
2+	2530	(16.6)	614	(16.1)	595	(15.3)	665	(17.3)	656	(17.6)
3+	1666	(10.9)	418	(10.9)	412	(10.6)	445	(11.6)	391	(10.5)
Uoplyst	153	(1.0)	68	(1.8)	31	(0.8)	27	(0.7)	27	(0.7)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

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

	FISH ratio	Alle		2012		2013		2014		2015	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score											
0	ubestemt	3367	(22.0)	851	(22.3)	866	(22.3)	769	(20.0)	881	(23.7)
	0.00-1.99	27	(0.2)	19	(0.5)	2	(0.1)	3	(0.1)	3	(0.1)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	7433	(48.7)	1834	(48.0)	1967	(50.6)	1880	(48.9)	1752	(47.0)
	0.00-1.99	100	(0.7)	18	(0.5)	13	(0.3)	54	(1.4)	15	(0.4)
	2.00 +	1	(0.0)	1	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	57	(0.4)	27	(0.7)	24	(0.6)	1	(0.0)	5	(0.1)
	0.00-1.99	2165	(14.2)	538	(14.1)	496	(12.8)	567	(14.8)	564	(15.1)
	2.00 +	308	(2.0)	49	(1.3)	75	(1.9)	97	(2.5)	87	(2.3)
3+	ubestemt	1601	(10.5)	409	(10.7)	400	(10.3)	420	(10.9)	372	(10.0)
	0.00-1.99	5	(0.0)	.	(0.0)	2	(0.1)	2	(0.1)	1	(0.0)
	2.00 +	60	(0.4)	9	(0.2)	10	(0.3)	23	(0.6)	18	(0.5)
Uoplyst	ubestemt	79	(0.5)	55	(1.4)	17	(0.4)	6	(0.2)	1	(0.0)
	0.00-1.99	62	(0.4)	11	(0.3)	12	(0.3)	17	(0.4)	22	(0.6)
	2.00 +	12	(0.1)	2	(0.1)	2	(0.1)	4	(0.1)	4	(0.1)
Total		15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 11. Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

	Alle		2012		2013		2014		2015	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe [M40]										
Ej protokol	341	(2.2)	101	(2.6)	85	(2.2)	79	(2.1)	76	(2.0)
A lavrisiko	1068	(7.0)	255	(6.7)	273	(7.0)	274	(7.1)	266	(7.1)
B, ER+/? : KT,ET	5933	(38.8)	1264	(33.1)	1428	(36.7)	1657	(43.1)	1584	(42.5)
C, ER+/? : ET	5942	(38.9)	1652	(43.2)	1610	(41.4)	1351	(35.2)	1329	(35.7)
D, ER-: KT	1993	(13.0)	551	(14.4)	490	(12.6)	482	(12.5)	470	(12.6)
Total	15277	(100.0)	3823	(100.0)	3886	(100.0)	3843	(100.0)	3725	(100.0)

Tabel 12. Tumorstørrelse mikroskopisk (adjuverende) versus fund ved populationscreening blandt 50-69-årige.

		Tumordiameter								Alle N
		0-10 mm		≥11 mm		Uoplyst		Biopsi / neo-adj.		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
År	Fundet ved screening									
2012	Nej	118	(14.6)	640	(79.0)	3	(0.4)	49	(6.0)	810
	Ja	486	(38.1)	758	(59.5)	3	(0.2)	27	(2.1)	1274
	Uoplyst	16	(23.9)	43	(64.2)	.	.	8	(11.9)	67
2013	Nej	138	(15.6)	692	(78.4)	1	(0.1)	52	(5.9)	883
	Ja	552	(41.3)	766	(57.3)	.	.	19	(1.4)	1337
	Uoplyst	7	(20.0)	25	(71.4)	2	(5.7)	1	(2.9)	35
2014	Nej	130	(16.1)	652	(80.6)	6	(0.7)	21	(2.6)	809
	Ja	537	(38.9)	832	(60.3)	1	(0.1)	10	(0.7)	1380
	Uoplyst	8	(36.4)	13	(59.1)	.	.	1	(4.5)	22
2015	Nej	119	(15.2)	633	(80.7)	1	(0.1)	31	(4.0)	784
	Ja	490	(39.2)	753	(60.2)	1	(0.1)	7	(0.6)	1251
	Uoplyst	8	(30.8)	16	(61.5)	.	.	2	(7.7)	26
Alle		2609	(30.1)	5823	(67.1)	18	(0.2)	228	(2.6)	8678

BILAG 3

Demografiske og prognostiske parametre per afdeling 2015

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2015
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indholdsfortegnelse

Tabel 1 Aldersfordeling af patienter per kirurgisk afdeling 2015.....	3
Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2015.....	4
Tabel 3a. Operationstype per kirurgisk afdeling 2015.....	5
Tabel 3b. Præoperativ klassifikation og operationstype per kir. afd. 2015.....	6
Tabel 4. Diagnose per patologisk afdeling 2015.....	9
Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).	10
Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).....	11
Tabel 5c. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).....	12
Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (neo-adjuverende).	13
Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (neo-adjuverende).....	14
Tabel 7a. Tumorstørrelse (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).....	15
Tabel 7b. Tumorstørrelse Ultralyd (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2015. Kun neo-adjuverende.	16
Tabel 8a. Malignitetsgrad for duktale tumorer per patologisk afdeling 2015.....	17
Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per patologisk afdeling 2015.	18
Tabel 9. Østrogen-receptorstatus per patologisk afdeling 2015.....	19
Tabel 10a. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per patologisk afdeling 2015.....	20
Tabel 10b. HER2-score per patologisk afdeling 2015.	21
Tabel 10c. HER2-score og FISH-ratio status per patologisk afdeling 2015.....	22
Tabel 11. Risikogruppe per kirurgisk afdeling 2015.....	24

Tabel 1 Aldersfordeling af patienter per kirurgisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	58	(1.6)	15	(2.5)	5	(0.8)	6	(1.1)	3	(1.2)
35-39 år	88	(2.4)	19	(3.1)	19	(3.1)	10	(1.8)	5	(2.0)
40-49 år	496	(13.3)	88	(14.5)	77	(12.6)	76	(13.6)	35	(14.1)
50-59 år	890	(23.9)	156	(25.7)	119	(19.4)	128	(22.9)	55	(22.2)
60-69 år	1171	(31.4)	177	(29.1)	191	(31.2)	179	(32.1)	82	(33.1)
70-75 år	487	(13.1)	75	(12.3)	105	(17.2)	76	(13.6)	29	(11.7)
76+ år	535	(14.4)	78	(12.8)	96	(15.7)	83	(14.9)	39	(15.7)
Total	3725	(100.0)	608	(100.0)	612	(100.0)	558	(100.0)	248	(100.0)

	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	.	.	2	(1.1)	5	(2.2)	.	.	6	(2.0)
35-39 år	4	(2.2)	2	(1.1)	3	(1.3)	.	.	8	(2.7)
40-49 år	23	(12.8)	20	(11.4)	40	(17.7)	2	(40.0)	42	(14.2)
50-59 år	37	(20.7)	51	(29.1)	54	(23.9)	2	(40.0)	74	(25.0)
60-69 år	56	(31.3)	53	(30.3)	57	(25.2)	1	(20.0)	102	(34.5)
70-75 år	22	(12.3)	25	(14.3)	28	(12.4)	.	.	34	(11.5)
76+ år	37	(20.7)	22	(12.6)	39	(17.3)	.	.	30	(10.1)
Total	179	(100.0)	175	(100.0)	226	(100.0)	5	(100.0)	296	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)								
<=34 år	2	(1.4)	8	(2.4)	6	(2.6)	.	.
35-39 år	4	(2.9)	10	(3.0)	3	(1.3)	1	(0.9)
40-49 år	20	(14.4)	39	(11.6)	20	(8.8)	14	(12.0)
50-59 år	29	(20.9)	72	(21.5)	78	(34.4)	35	(29.9)
60-69 år	57	(41.0)	112	(33.4)	76	(33.5)	28	(23.9)
70-75 år	9	(6.5)	43	(12.8)	23	(10.1)	18	(15.4)
76+ år	18	(12.9)	51	(15.2)	21	(9.3)	21	(17.9)
Total	139	(100.0)	335	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2015.

Diagnose ved excisionsbiopsi	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	3253	(87.3)	435	(71.5)	569	(93.0)	500	(89.6)	234	(94.4)
Ja	256	(6.9)	138	(22.7)	24	(3.9)	21	(3.8)	10	(4.0)
Uoplyst	216	(5.8)	35	(5.8)	19	(3.1)	37	(6.6)	4	(1.6)
Total	3725	(100.0)	608	(100.0)	612	(100.0)	558	(100.0)	248	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	169	(94.4)	164	(93.7)	205	(90.7)	3	(60.0)	252	(85.1)
Ja	4	(2.2)	8	(4.6)	13	(5.8)	2	(40.0)	3	(1.0)
Uoplyst	6	(3.4)	3	(1.7)	8	(3.5)	.	.	41	(13.9)
Total	179	(100.0)	175	(100.0)	226	(100.0)	5	(100.0)	296	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi								
Nej	119	(85.6)	297	(88.7)	211	(93.0)	95	(81.2)
Ja	6	(4.3)	15	(4.5)	3	(1.3)	9	(7.7)
Uoplyst	14	(10.1)	23	(6.9)	13	(5.7)	13	(11.1)
Total	139	(100.0)	335	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 3a. Operationstype per kirurgisk afdeling 2015.

Operationstype	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	950	(25.5)	183	(30.1)	119	(19.4)	119	(21.3)
Lumpektomi	2627	(70.5)	416	(68.4)	464	(75.8)	417	(74.7)
Biopsi	33	(0.9)	3	(0.5)	4	(0.7)	5	(0.9)
Mastektomi efter neo-adj	62	(1.7)	4	(0.7)	11	(1.8)	14	(2.5)
Lumpektomi efter neo-adj	53	(1.4)	2	(0.3)	14	(2.3)	3	(0.5)
Total	3725	(100.0)	608	(100.0)	612	(100.0)	558	(100.0)

Operationstype	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	102	(41.1)	55	(30.7)	62	(35.4)	44	(19.5)	.	.
Lumpektomi	143	(57.7)	124	(69.3)	97	(55.4)	144	(63.7)	5	(100.0)
Biopsi	.	.	.	.	5	(2.9)	5	(2.2)	.	.
Mastektomi efter neo-adj	3	(1.2)	.	.	7	(4.0)	12	(5.3)	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	4	(2.3)	21	(9.3)	.	.
Total	248	(100.0)	179	(100.0)	175	(100.0)	226	(100.0)	5	(100.0)

Operationstype	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	75	(25.3)	44	(31.7)	48	(14.3)	63	(27.8)	36	(30.8)
Lumpektomi	205	(69.3)	91	(65.5)	276	(82.4)	164	(72.2)	81	(69.2)
Biopsi	2	(0.7)	1	(0.7)	8	(2.4)	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	6	(2.0)	3	(2.2)	2	(0.6)	.	.	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	8	(2.7)	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
Total	296	(100.0)	139	(100.0)	335	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 3b. Præoperativ klassifikation og operationstype per kir. afd. 2015.

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation								
Uoplyst	Mastektomi	2	(0.1)	.	.	1	(0.2)	.	.
	Lumpektomi	14	(0.4)	6	(1.0)	.	.	2	(0.4)
	Biopsi	2	(0.1)	.	.	1	(0.2)	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	942	(25.3)	183	(30.1)	118	(19.3)	117	(21.0)
	Lumpektomi	2607	(70.0)	409	(67.3)	464	(75.8)	414	(74.2)
	Biopsi	6	(0.2)	2	(0.3)	1	(0.2)	1	(0.2)
	Mastektomi efter neo-adj	6	(0.2)	.	.	2	(0.3)	3	(0.5)
	Lumpektomi efter neo-adj	4	(0.1)	.	.	2	(0.3)	.	.
Neo-adj behandling (down st)	Mastektomi	6	(0.2)	.	.	.	.	2	(0.4)
	Lumpektomi	6	(0.2)	1	(0.2)	.	.	1	(0.2)
	Biopsi	25	(0.7)	1	(0.2)	2	(0.3)	4	(0.7)
	Mastektomi efter neo-adj	55	(1.5)	4	(0.7)	9	(1.5)	11	(2.0)
	Lumpektomi efter neo-adj	49	(1.3)	2	(0.3)	12	(2.0)	3	(0.5)
Total		3725	(100.0)	608	(100.0)	612	(100.0)	558	(100.0)

		ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Uoplyst	Mastektomi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi	1	(0.4)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	102	(41.1)	55	(30.7)	61	(34.9)	43	(19.0)	.	.
	Lumpektomi	142	(57.3)	124	(69.3)	96	(54.9)	143	(63.3)	5	(100.0)
	Biopsi	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
Neo-adj behandling (down st)	Mastektomi	.	.	.	.	1	(0.6)	1	(0.4)	.	.
	Lumpektomi	.	.	.	.	1	(0.6)	1	(0.4)	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	5	(2.9)	5	(2.2)	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	3	(1.2)	.	.	7	(4.0)	12	(5.3)	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	.	.	.	.	4	(2.3)	20	(8.8)	.	.
Total		248	(100.0)	179	(100.0)	175	(100.0)	226	(100.0)	5	(100.0)

		AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Preoperativ klassifikation	Operation										
Uoplyst	Mastektomi	.	.	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	Lumpektomi	1	(0.3)	3	(2.2)	1	(0.3)	.	.	.	.
	Biopsi	.	.	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	1	(0.7)	.	.	.	.	.	.
Planlagt kurativ operation	Mastektomi	75	(25.3)	44	(31.7)	46	(13.7)	62	(27.3)	36	(30.8)
	Lumpektomi	202	(68.2)	88	(63.3)	275	(82.1)	164	(72.2)	81	(69.2)
	Biopsi	.	.	.	.	2	(0.6)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	.	.	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	1	(0.3)	.	.	.	.	.	.	.	.
Neo-adj behandling (down st)	Mastektomi	.	.	.	.	1	(0.3)	1	(0.4)	.	.
	Lumpektomi	2	(0.7)	.	.	.	.	.	.	.	.
	Biopsi	2	(0.7)	1	(0.7)	5	(1.5)	.	.	.	.
	Mastektomi efter neo-adj	6	(2.0)	2	(1.4)	1	(0.3)	.	.	.	.
	Lumpektomi efter neo-adj	7	(2.4)	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
Total	296	(100.0)	139	(100.0)	335	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)	

Tabel 4. Diagnose per patologisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	3042	(81.7)	514	(84.8)	504	(82.4)	449	(80.3)	198	(78.3)
Lobulær	396	(10.6)	68	(11.2)	63	(10.3)	62	(11.1)	24	(9.5)
Mucinøs	84	(2.3)	13	(2.1)	6	(1.0)	13	(2.3)	5	(2.0)
Medullær	3	(0.1)	.	.	.	.	.	.	.	.
Papillær	15	(0.4)	2	(0.3)	3	(0.5)	4	(0.7)	3	(1.2)
Tubulær	46	(1.2)	2	(0.3)	9	(1.5)	9	(1.6)	9	(3.6)
Andre invasiv	139	(3.7)	7	(1.2)	27	(4.4)	22	(3.9)	14	(5.5)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	155	(86.6)	139	(80.8)	176	(76.5)	4	(100.0)	223	(75.6)
Lobulær	10	(5.6)	20	(11.6)	26	(11.3)	.	.	44	(14.9)
Mucinøs	6	(3.4)	7	(4.1)	9	(3.9)	.	.	5	(1.7)
Medullær	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Papillær	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.	.	.
Tubulær	.	.	1	(0.6)	2	(0.9)	.	.	.	.
Andre invasiv	8	(4.5)	5	(2.9)	16	(7.0)	.	.	23	(7.8)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type								
Duktal	113	(80.7)	269	(81.3)	195	(85.9)	103	(88.0)
Lobulær	14	(10.0)	35	(10.6)	22	(9.7)	8	(6.8)
Mucinøs	8	(5.7)	3	(0.9)	6	(2.6)	3	(2.6)
Medullær	.	.	1	(0.3)	1	(0.4)	1	(0.9)
Papillær	.	.	2	(0.6)	.	.	.	.
Tubulær	3	(2.1)	9	(2.7)	2	(0.9)	.	.
Andre invasiv	2	(1.4)	12	(3.6)	1	(0.4)	2	(1.7)
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
01-04	2357	(63.3)	383	(63.2)	411	(67.2)	348	(62.3)	149	(58.9)
05-09	207	(5.6)	21	(3.5)	22	(3.6)	33	(5.9)	29	(11.5)
>=10	987	(26.5)	189	(31.2)	146	(23.9)	153	(27.4)	68	(26.9)
Uoplyst	26	(0.7)	4	(0.7)	4	(0.7)	3	(0.5)	1	(0.4)
Biopsi / neo-adjuverende	148	(4.0)	9	(1.5)	29	(4.7)	22	(3.9)	6	(2.4)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
01-04	112	(62.6)	116	(67.4)	144	(62.6)	2	(50.0)	175	(59.3)
05-09	14	(7.8)	4	(2.3)	2	(0.9)	.	.	27	(9.2)
>=10	53	(29.6)	35	(20.3)	45	(19.6)	1	(25.0)	77	(26.1)
Uoplyst	.	.	3	(1.7)	2	(0.9)	.	.	2	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	.	.	14	(8.1)	37	(16.1)	1	(25.0)	14	(4.7)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder								
01-04	92	(65.7)	197	(59.5)	169	(74.4)	59	(50.4)
05-09	11	(7.9)	24	(7.3)	6	(2.6)	14	(12.0)
>=10	31	(22.1)	97	(29.3)	50	(22.0)	42	(35.9)
Uoplyst	1	(0.7)	2	(0.6)	2	(0.9)	2	(1.7)
Biopsi / neo-adjuverende	5	(3.6)	11	(3.3)	.	.	.	.
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	2293	(61.6)	382	(63.0)	388	(63.4)	332	(59.4)	151	(59.7)
01-03	915	(24.6)	153	(25.2)	143	(23.4)	152	(27.2)	67	(26.5)
>=04	343	(9.2)	58	(9.6)	48	(7.8)	50	(8.9)	28	(11.1)
Uoplyst	26	(0.7)	4	(0.7)	4	(0.7)	3	(0.5)	1	(0.4)
Biopsi / neo-adjuverende	148	(4.0)	9	(1.5)	29	(4.7)	22	(3.9)	6	(2.4)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	119	(66.5)	101	(58.7)	129	(56.1)	2	(50.0)	182	(61.7)
01-03	45	(25.1)	45	(26.2)	46	(20.0)	1	(25.0)	73	(24.7)
>=04	15	(8.4)	9	(5.2)	16	(7.0)	.	.	24	(8.1)
Uoplyst	.	.	3	(1.7)	2	(0.9)	.	.	2	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	.	.	14	(8.1)	37	(16.1)	1	(25.0)	14	(4.7)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder								
00	100	(71.4)	185	(55.9)	154	(67.8)	68	(58.1)
01-03	24	(17.1)	90	(27.2)	53	(23.3)	23	(19.7)
>=04	10	(7.1)	43	(13.0)	18	(7.9)	24	(20.5)
Uoplyst	1	(0.7)	2	(0.6)	2	(0.9)	2	(1.7)
Biopsi / neo-adjuverende	5	(3.6)	11	(3.3)	.	.	.	.
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 5c. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)								
00	2564	(68.8)	418	(69.0)	425	(69.4)	377	(67.4)
01-03	675	(18.1)	121	(20.0)	110	(18.0)	108	(19.3)
>=04	312	(8.4)	54	(8.9)	44	(7.2)	49	(8.8)
Uoplyst	26	(0.7)	4	(0.7)	4	(0.7)	3	(0.5)
Biopsi / neo-adjuverende	148	(4.0)	9	(1.5)	29	(4.7)	22	(3.9)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	180	(71.1)	125	(69.8)	119	(69.2)	146	(63.5)	2	(50.0)
01-03	40	(15.8)	39	(21.8)	27	(15.7)	31	(13.5)	1	(25.0)
>=04	26	(10.3)	15	(8.4)	9	(5.2)	14	(6.1)	.	.
Uoplyst	1	(0.4)	.	.	3	(1.7)	2	(0.9)	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	6	(2.4)	.	.	14	(8.1)	37	(16.1)	1	(25.0)
Total	253	(100.0)	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	209	(70.8)	105	(75.0)	207	(62.5)	174	(76.7)	77	(65.8)
01-03	50	(16.9)	22	(15.7)	75	(22.7)	35	(15.4)	16	(13.7)
>=04	20	(6.8)	7	(5.0)	36	(10.9)	16	(7.0)	22	(18.8)
Uoplyst	2	(0.7)	1	(0.7)	2	(0.6)	2	(0.9)	2	(1.7)
Biopsi / neo-adjuverende	14	(4.7)	5	(3.6)	11	(3.3)	.	.	.	.
Total	295	(100.0)	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (neo-adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	12	(0.3)	2	(0.3)	4	(0.7)	1	(0.2)	.	.
05-09	5	(0.1)	.	.	1	(0.2)	1	(0.2)	1	(0.4)
>=10	70	(1.9)	5	(0.8)	15	(2.5)	11	(2.0)	4	(1.6)
Uoplyst	61	(1.6)	2	(0.3)	9	(1.5)	9	(1.6)	1	(0.4)
Adjuverende	3577	(96.0)	597	(98.5)	583	(95.3)	537	(96.1)	247	(97.6)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	.	.	1	(0.6)	2	(0.9)	.	.	1	(0.3)
05-09	.	.	.	.	.	.	.	.	2	(0.7)
>=10	.	.	7	(4.1)	16	(7.0)	.	.	7	(2.4)
Uoplyst	.	.	6	(3.5)	19	(8.3)	1	(25.0)	4	(1.4)
Adjuverende	179	(100.0)	158	(91.9)	193	(83.9)	3	(75.0)	281	(95.3)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling								
01-04	1	(0.7)	.	.	.	.	.	.
05-09	.	.	.	.	.	.	.	.
>=10	3	(2.1)	2	(0.6)	.	.	.	.
Uoplyst	1	(0.7)	9	(2.7)	.	.	.	.
Adjuverende	135	(96.4)	320	(96.7)	227	(100.0)	117	(100.0)
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2015 (neo-adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	39	(1.0)	2	(0.3)	7	(1.1)	9	(1.6)	3	(1.2)
01-03	30	(0.8)	2	(0.3)	8	(1.3)	3	(0.5)	2	(0.8)
>=04	18	(0.5)	3	(0.5)	5	(0.8)	1	(0.2)	.	.
Uoplyst	61	(1.6)	2	(0.3)	9	(1.5)	9	(1.6)	1	(0.4)
Adjuverende	3577	(96.0)	597	(98.5)	583	(95.3)	537	(96.1)	247	(97.6)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	.	.	2	(1.2)	9	(3.9)	.	.	5	(1.7)
01-03	.	.	5	(2.9)	5	(2.2)	.	.	3	(1.0)
>=04	.	.	1	(0.6)	4	(1.7)	.	.	2	(0.7)
Uoplyst	.	.	6	(3.5)	19	(8.3)	1	(25.0)	4	(1.4)
Adjuverende	179	(100.0)	158	(91.9)	193	(83.9)	3	(75.0)	281	(95.3)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling								
00	2	(1.4)	.	.	.	.	.	.
01-03	1	(0.7)	1	(0.3)	.	.	.	.
>=04	1	(0.7)	1	(0.3)	.	.	.	.
Uoplyst	1	(0.7)	9	(2.7)	.	.	.	.
Adjuverende	135	(96.4)	320	(96.7)	227	(100.0)	117	(100.0)
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 7a. Tumorstørrelse mikroskopisk (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2015 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	835	(22.4)	127	(21.0)	154	(25.2)	107	(19.1)	54	(21.3)
11-20	1675	(45.0)	277	(45.7)	269	(44.0)	254	(45.4)	113	(44.7)
21-50	995	(26.7)	179	(29.5)	151	(24.7)	159	(28.4)	74	(29.2)
>=51	62	(1.7)	13	(2.1)	9	(1.5)	15	(2.7)	5	(2.0)
Uoplyst	10	(0.3)	1	(0.2)	.	.	2	(0.4)	1	(0.4)
Biopsi / neo-adjuverende	148	(4.0)	9	(1.5)	29	(4.7)	22	(3.9)	6	(2.4)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	38	(21.2)	30	(17.4)	48	(20.9)	.	.	80	(27.1)
11-20	83	(46.4)	75	(43.6)	104	(45.2)	1	(25.0)	144	(48.8)
21-50	56	(31.3)	45	(26.2)	39	(17.0)	2	(50.0)	51	(17.3)
>=51	2	(1.1)	6	(3.5)	2	(0.9)	.	.	4	(1.4)
Uoplyst	.	.	2	(1.2)	.	.	.	.	2	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	.	.	14	(8.1)	37	(16.1)	1	(25.0)	14	(4.7)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)								
00-10	47	(33.6)	81	(24.5)	57	(25.1)	12	(10.3)
11-20	53	(37.9)	146	(44.1)	107	(47.1)	49	(41.9)
21-50	32	(22.9)	91	(27.5)	62	(27.3)	54	(46.2)
>=51	2	(1.4)	1	(0.3)	1	(0.4)	2	(1.7)
Uoplyst	1	(0.7)	1	(0.3)	.	.	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	5	(3.6)	11	(3.3)	.	.	.	.
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 7b. Tumorstørrelse Ultralyd (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2015 (kun neo-adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	10	(6.8)	1	(11.1)	3	(10.3)	2	(9.1)	.	.
11-20	19	(12.8)	.	.	4	(13.8)	3	(13.6)	1	(16.7)
21-50	95	(64.2)	4	(44.4)	14	(48.3)	11	(50.0)	4	(66.7)
>=51	16	(10.8)	2	(22.2)	6	(20.7)	3	(13.6)	.	.
Uoplyst	8	(5.4)	2	(22.2)	2	(6.9)	3	(13.6)	1	(16.7)
Total	148	(100.0)	9	(100.0)	29	(100.0)	22	(100.0)	6	(100.0)

	ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS		RANDERS		VIBORG	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)												
00-10	1	(7.1)	2	(5.4)	.	.	.	.	.	.	1	(9.1)
11-20	4	(28.6)	4	(10.8)	.	.	.	.	.	.	3	(27.3)
21-50	8	(57.1)	30	(81.1)	1	(100.0)	13	(92.9)	4	(80.0)	6	(54.5)
>=51	1	(7.1)	1	(2.7)	.	.	1	(7.1)	1	(20.0)	1	(9.1)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	14	(100.0)	37	(100.0)	1	(100.0)	14	(100.0)	5	(100.0)	11	(100.0)

Tabel 8a. Malignitetsgrad for duktale tumorer per patologisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer								
Uoplyst	26	(0.9)	10	(1.9)	.	.	2	(0.4)
I	773	(25.4)	122	(23.7)	158	(31.3)	88	(19.6)
II	1385	(45.5)	237	(46.1)	236	(46.8)	191	(42.5)
III	858	(28.2)	145	(28.2)	110	(21.8)	168	(37.4)
Total	3042	(100.0)	514	(100.0)	504	(100.0)	449	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	1	(0.5)	1	(0.6)	.	.	1	(0.6)	.	.
I	60	(30.3)	27	(17.4)	44	(31.7)	39	(22.2)	2	(50.0)
II	90	(45.5)	66	(42.6)	73	(52.5)	85	(48.3)	2	(50.0)
III	47	(23.7)	61	(39.4)	22	(15.8)	51	(29.0)	.	.
Total	198	(100.0)	155	(100.0)	139	(100.0)	176	(100.0)	4	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	10	(4.5)	.	.	.	.	1	(0.5)	.	.
I	56	(25.1)	28	(24.8)	75	(27.9)	56	(28.7)	18	(17.5)
II	106	(47.5)	62	(54.9)	117	(43.5)	79	(40.5)	41	(39.8)
III	51	(22.9)	23	(20.4)	77	(28.6)	59	(30.3)	44	(42.7)
Total	223	(100.0)	113	(100.0)	269	(100.0)	195	(100.0)	103	(100.0)

Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per patologisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
I	73	(18.4)	12	(17.6)	23	(36.5)	8	(12.9)	8	(33.3)
II	301	(76.0)	52	(76.5)	38	(60.3)	51	(82.3)	15	(62.5)
III	21	(5.3)	4	(5.9)	2	(3.2)	3	(4.8)	1	(4.2)
Uoplyst	1	(0.3)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	396	(100.0)	68	(100.0)	63	(100.0)	62	(100.0)	24	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		AARHUS		RANDERS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
I	1	(10.0)	3	(15.0)	6	(23.1)	2	(4.5)	3	(21.4)
II	9	(90.0)	17	(85.0)	19	(73.1)	37	(84.1)	10	(71.4)
III	.	.	.	.	1	(3.8)	4	(9.1)	1	(7.1)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	1	(2.3)	.	.
Total	10	(100.0)	20	(100.0)	26	(100.0)	44	(100.0)	14	(100.0)

	VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer						
I	3	(8.6)	4	(18.2)	.	.
II	31	(88.6)	16	(72.7)	6	(75.0)
III	1	(2.9)	2	(9.1)	2	(25.0)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.
Total	35	(100.0)	22	(100.0)	8	(100.0)

Tabel 9. Østrogen-receptorstatus per patologisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	475	(12.8)	63	(10.4)	93	(15.2)	86	(15.4)	28	(11.1)
1-9%	65	(1.7)	15	(2.5)	4	(0.7)	6	(1.1)	1	(0.4)
10-100%	3185	(85.5)	528	(87.1)	515	(84.2)	467	(83.5)	224	(88.5)
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	15	(8.4)	11	(6.4)	42	(18.3)	.	.	29	(9.8)
1-9%	3	(1.7)	5	(2.9)	6	(2.6)	.	.	5	(1.7)
10-100%	161	(89.9)	156	(90.7)	182	(79.1)	4	(100.0)	261	(88.5)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor								
0 %	9	(6.4)	53	(16.0)	29	(12.8)	17	(14.5)
1-9%	6	(4.3)	6	(1.8)	4	(1.8)	4	(3.4)
10-100%	125	(89.3)	272	(82.2)	194	(85.5)	96	(82.1)
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 10a. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per patologisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	3237	(86.9)	528	(87.1)	530	(86.6)	481	(86.0)	221	(87.4)
Positiv	482	(12.9)	77	(12.7)	81	(13.2)	78	(14.0)	32	(12.6)
Uoplyst	6	(0.2)	1	(0.2)	1	(0.2)	.	.	.	.
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	158	(88.3)	152	(88.4)	204	(88.7)	3	(75.0)	264	(89.5)
Positiv	21	(11.7)	20	(11.6)	26	(11.3)	1	(25.0)	31	(10.5)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status								
Negativ	125	(89.3)	276	(83.4)	202	(89.0)	93	(79.5)
Positiv	15	(10.7)	52	(15.7)	24	(10.6)	24	(20.5)
Uoplyst	.	.	3	(0.9)	1	(0.4)	.	.
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 10b. HER2-score per patologisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC										
0	884	(23.7)	105	(17.3)	100	(16.3)	194	(34.7)	106	(41.9)
1+	1767	(47.4)	310	(51.2)	336	(54.9)	204	(36.5)	106	(41.9)
2+	656	(17.6)	129	(21.3)	114	(18.6)	94	(16.8)	13	(5.1)
3+	391	(10.5)	62	(10.2)	62	(10.1)	67	(12.0)	28	(11.1)
Uoplyst	27	(0.7)	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)	253	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC										
0	44	(24.6)	15	(8.7)	55	(23.9)	.	.	18	(6.1)
1+	97	(54.2)	101	(58.7)	130	(56.5)	2	(50.0)	126	(42.7)
2+	21	(11.7)	36	(20.9)	27	(11.7)	1	(25.0)	108	(36.6)
3+	17	(9.5)	16	(9.3)	18	(7.8)	1	(25.0)	21	(7.1)
Uoplyst	.	.	4	(2.3)	.	.	.	.	22	(7.5)
Total	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)	295	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC								
0	18	(12.9)	108	(32.6)	89	(39.2)	32	(27.4)
1+	75	(53.6)	127	(38.4)	99	(43.6)	54	(46.2)
2+	36	(25.7)	53	(16.0)	16	(7.0)	8	(6.8)
3+	11	(7.9)	42	(12.7)	23	(10.1)	23	(19.7)
Uoplyst	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
Total	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 10c. HER2-score og FISH-ratio status per patologisk afdeling 2015.

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio								
0	ubestemt	881	(23.7)	105	(17.3)	99	(16.2)	192	(34.3)
	0.00-1.99	3	(0.1)	.	(0.0)	1	(0.2)	2	(0.4)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	1752	(47.0)	308	(50.8)	335	(54.7)	202	(36.1)
	0.00-1.99	15	(0.4)	2	(0.3)	1	(0.2)	2	(0.4)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	5	(0.1)	1	(0.2)	1	(0.2)	.	(0.0)
	0.00-1.99	564	(15.1)	113	(18.6)	94	(15.4)	83	(14.8)
	2.00 +	87	(2.3)	15	(2.5)	19	(3.1)	11	(2.0)
3+	ubestemt	372	(10.0)	60	(9.9)	62	(10.1)	65	(11.6)
	0.00-1.99	1	(0.0)	1	(0.2)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	18	(0.5)	1	(0.2)	.	(0.0)	2	(0.4)
Uoplyst	ubestemt	1	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	22	(0.6)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	4	(0.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		3725	(100.0)	606	(100.0)	612	(100.0)	559	(100.0)

		ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	ubestemt	106	(41.9)	44	(24.6)	15	(8.7)	55	(23.9)	.	(0.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	106	(41.9)	97	(54.2)	101	(58.7)	130	(56.5)	1	(25.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(25.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	9	(3.6)	17	(9.5)	32	(18.6)	19	(8.3)	1	(25.0)
	2.00 +	4	(1.6)	4	(2.2)	4	(2.3)	8	(3.5)	.	(0.0)
3+	ubestemt	28	(11.1)	17	(9.5)	16	(9.3)	18	(7.8)	1	(25.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Uoplyst	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	4	(2.3)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		253	(100.0)	179	(100.0)	172	(100.0)	230	(100.0)	4	(100.0)

		AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	ubestemt	18	(6.1)	18	(12.9)	108	(32.6)	89	(39.2)	32	(27.4)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	119	(40.3)	74	(52.9)	127	(38.4)	98	(43.2)	54	(46.2)
	0.00-1.99	7	(2.4)	1	(0.7)	.	(0.0)	1	(0.4)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	2	(0.6)	1	(0.4)	.	(0.0)
	0.00-1.99	102	(34.6)	32	(22.9)	41	(12.4)	14	(6.2)	7	(6.0)
	2.00 +	6	(2.0)	4	(2.9)	10	(3.0)	1	(0.4)	1	(0.9)
3+	ubestemt	6	(2.0)	11	(7.9)	42	(12.7)	23	(10.1)	23	(19.7)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	15	(5.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Uoplyst	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.3)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	18	(6.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	4	(1.4)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		295	(100.0)	140	(100.0)	331	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)

Tabel 11. Risikogruppe per kirurgisk afdeling 2015.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	76	(2.0)	22	(3.6)	10	(1.6)	3	(0.5)	4	(1.6)
A lavrisiko	266	(7.1)	38	(6.3)	58	(9.5)	32	(5.7)	18	(7.3)
B, ER+/? : KT,ET	1584	(42.5)	285	(46.9)	218	(35.6)	226	(40.5)	112	(45.2)
C, ER+/? : ET	1329	(35.7)	200	(32.9)	234	(38.2)	210	(37.6)	89	(35.9)
D, ER-: KT	470	(12.6)	63	(10.4)	92	(15.0)	87	(15.6)	25	(10.1)
Total	3725	(100.0)	608	(100.0)	612	(100.0)	558	(100.0)	248	(100.0)

	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		MØLHOLM		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	1	(0.6)	4	(2.3)	11	(4.9)	.	.	4	(1.4)
A lavrisiko	11	(6.1)	15	(8.6)	8	(3.5)	.	.	27	(9.1)
B, ER+/? : KT,ET	83	(46.4)	82	(46.9)	97	(42.9)	2	(40.0)	133	(44.9)
C, ER+/? : ET	69	(38.5)	62	(35.4)	71	(31.4)	1	(20.0)	103	(34.8)
D, ER-: KT	15	(8.4)	12	(6.9)	39	(17.3)	2	(40.0)	29	(9.8)
Total	179	(100.0)	175	(100.0)	226	(100.0)	5	(100.0)	296	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe								
Ej protokol	4	(2.9)	5	(1.5)	6	(2.6)	2	(1.7)
A lavrisiko	12	(8.6)	31	(9.3)	14	(6.2)	2	(1.7)
B, ER+/? : KT,ET	64	(46.0)	133	(39.7)	84	(37.0)	65	(55.6)
C, ER+/? : ET	50	(36.0)	114	(34.0)	95	(41.9)	31	(26.5)
D, ER-: KT	9	(6.5)	52	(15.5)	28	(12.3)	17	(14.5)
Total	139	(100.0)	335	(100.0)	227	(100.0)	117	(100.0)