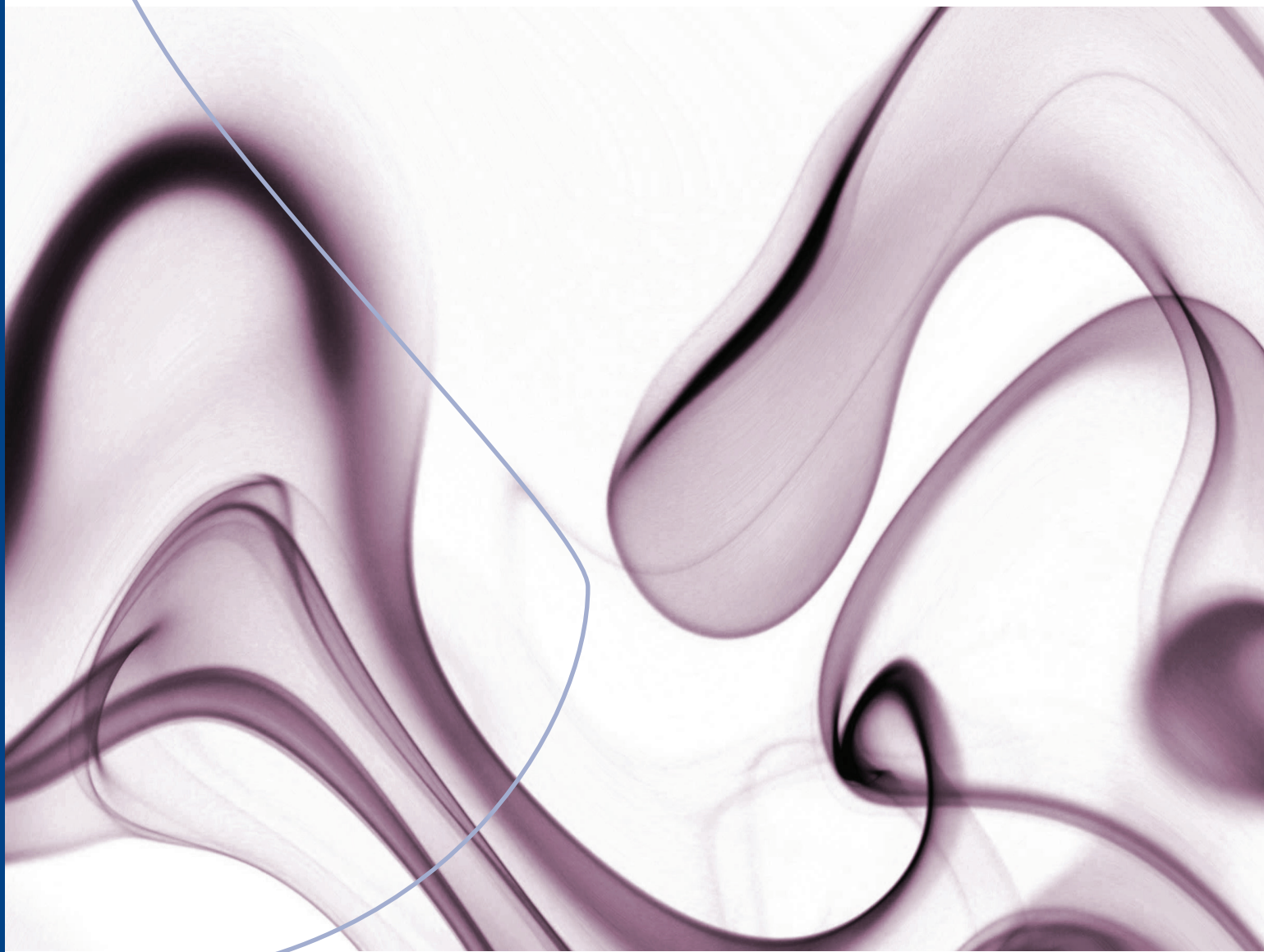


Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2006 og 2007

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



Kolofon

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft ledes af en faglig styregruppe med en formand udpeget af forretningsudvalg i Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG) og består herudover af DBCG' chefstatistikere, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG: Radiologiuudvalget, Kirurgisk Udvalg, Radioterapiudvalget, Medicinsk Udvalg og Patologiuudvalget. Derudover er der repræsentanter fra Kompetencecenter Nord (KCN), som DBCG er knyttet til, Kompetencecenter Øst, som driver Analyseportalen, og mulighed for en repræsentant fra hver af de fem regioner. Region Hovedstaden er den registeransvarlige offentlige myndighed, idet DBCG formelt er knyttet til Rigshospitalet.

Styregruppens medlemmer er per juni 2008:

Peer Christiansen	Århus Sygehus (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlertsen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Sygehus (Patologiuudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiuudvalget)
Marie Overgaard	Århus Sygehus (Radioterapiudvalget)
Susanne Møller	DBCG (Statistik)
Martin Larsen	DBCG (Datalogi)
Søren Paaske Johnsen	Kompetencecenter Nord
Lisbeth L. Rasmussen	Region Syddanmark
Anne Pedersen	Region Sjælland
Anne Lichtenberg	Region Hovedstaden

Databearbejdning til denne første indikatorrapport for 2006 og 2007 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 10. juni 2008.

Revisionspåtegning

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

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft er baseret på oplysninger som er indrapporteret til Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG). Databasen monitorerer kvaliteten af behandlingen af brystkræft i Danmark ved hjælp af 11 kvalitetsindikatorer. Dette er første årsrapport baseret på patienter som er diagnosticeret i perioden 1. januar 2006 - 31. december 2007. Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. De statistiske analyser i rapporten er foretaget af statistikere i DBCG's sekretariat.

Årsrapporten indeholder et særskilt afsnit, hvor alle databasens kvalitetsindikatorer beskrives. Der er opgjort resultater for 8 af 11 kvalitetsindikatorer. De 3 resterende kvalitetsindikatorer er ikke opgjort fordi de endnu ikke er relevante på grund af manglende implementering af landsdækkende mammografiscreeningstilbud (Indikator 1) eller fordi de er baseret på kobling med data fra Landspatientregisteret. Inddragelse af data fra Landspatientregisteret afventer dels at databasens rapportfunktion etableres på Analyseportalen (Indikator 3 og 11) samt at der udarbejdes retningslinjer vedr. kodepraksis (Indikator 11). Det forligger en realistisk plan for at kunne offentliggøre alle kvalitetsindikatorer i næste årsrapport.

Kvalitetsindikatorerne er offentliggjort på ikke-anonymiserede afdelings specifikt niveau, med angivelse af landsresultater til sammenligning. Resultaterne er opgjort separat for 2006 og 2007, således at det er muligt at følge udviklingen over tid. Kvalitetsindikatorerne er præsenteret i både tabel- og grafisk form med henblik på at give læseren et bedre overblik.

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

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

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

Rapporten indeholder endeligt et afsnit vedrørende datagrundlaget, inkl. kompletthed af de registrerede variable på både lands- og afdelingsniveau. Komplettheden af patientregistreringen er opgjort som en selvstændig kvalitetsindikator (Indikator 7).

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

Søren P. Johnsen
Forskningsoverlæge, PhD,
Kompetencecenter Nord

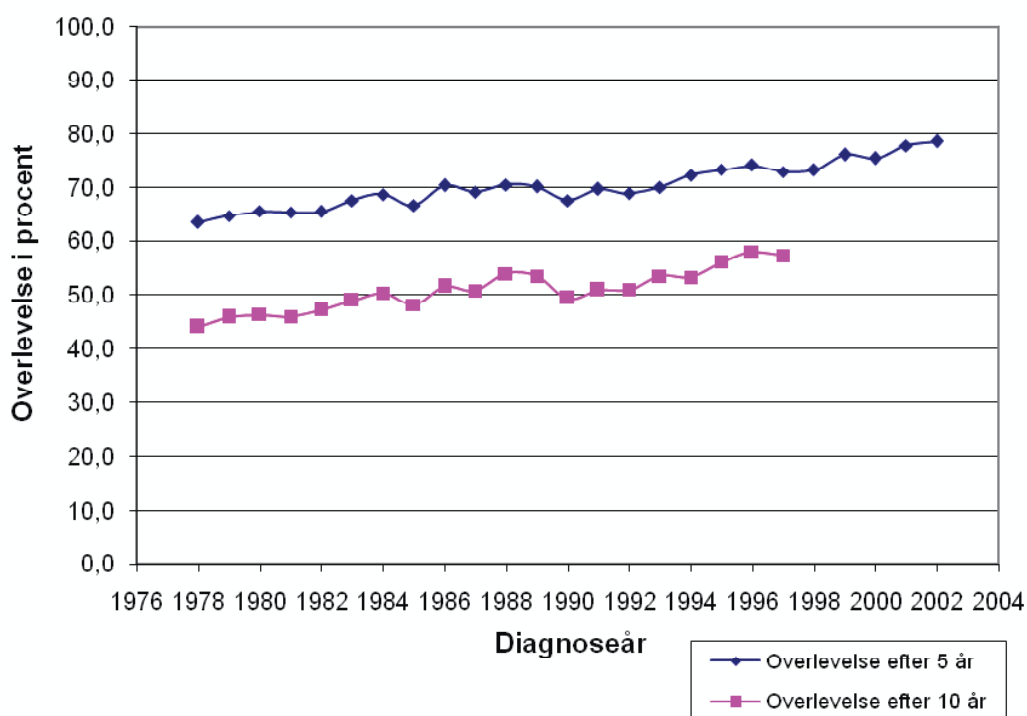
Indholdsfortegnelse

Side	Indhold
2	Kolofon
6	Forord
8	Sammendrag
10	Populationen af danske brystkræftpatienter 2006-2007
20	Indikator 1: Mammografiscreening
21	Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi
28	Indikator 3: Malign:Benign operationsratio
29	Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden
36	Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder
43	Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)
49	- Tumordiameter 0-20 mm (T1)
53	- Tumordiameter 21-50 mm (T2)
57	Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register
65	Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinier
75	Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram
82	- Alle patienter
85	- Højrisiko-patienter
88	- Lavrisiko-patienter
91	Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi
97	Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer
99	Bilag 1: Prognostiske parametre per afdeling.pdf
99	Bilag 2: Kontrolplot per afdeling 2006-2007.pdf (Indikator: 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 og 10)
99	Forklaring af kontrolplot

Forord

I maj 2008 har Den Danske Brystkræft Gruppe (DBCG) markeret sit 30 års jubilæum, og ved den lejlighed blev der gjort status over den hidtidige indsats. Dette skete bl.a. ved publikation af en række videnskabelige artikler (*Acta Oncologica* 2008; 47, issue 4), der samlet dokumenterer, at der er sket en markant forbedring af behandlingsresultaterne for brystkræft i Danmark i perioden 1977-2007.

Overlevelse for brystkræftpatienter behandlet efter DBCG's retningslinier



Dette tillægges flere forhold. For det første er der kommet nye behandlingsmuligheder i form af medicinsk adjuverende behandling med kemoterapi, endokrin behandling og senest monoklonale antistoffer, og disse supplerer de traditionelle behandlingsmodaliteter kirurgi og strålebehandling, som også er markant ændret og forbedret i den forløbne periode. For det andet er der med DBCG indført nationale evidensbaserede retningslinier, og det har ført til at behandlingstilbuddene er blevet mere ensartet udover landet. Samtidig har udviklingen medført, at der er sket en samling af specielt den kirurgiske behandling, hvor der nu kun er 13 aktive offentlige afdelinger mod mere end 90 ved DBCG's start. En tilsvarende udvikling er set indenfor mammaradiologien.

Udviklingen har betydet, at der i dag kun er relativt få behandlingscentre, der alle er fokuserede på denne patientkategori og foretager udredning og behandling i multidisciplinære behandlingsteams. Da der derudover i en årrække har været entydige og evidensbaserede retningslinier for behandlingen, er udgangspunktet for kvalitetsmonitorering af brystkræftbehandling særdeles gunstigt, og der er stor opbakning til at indgå i et monitorerings-arbejde fra de enkelte afdelingers side.

På nuværende tidspunkt er arbejdet med at etablere Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft ikke færdigt, og denne første rapport er derfor ikke komplet. Etableringen sker i et samarbejde mellem Kompetencecenter Øst (KCØ), Kompetencecenter Nord (KCN) og DBCG. Databasen skal forankres i KCØ, men patientdata og rapporter skal vises via Analyseportalen i KCØ. Kvalitetsdatabasen opbygges i en ny version af Klinisk MåleSystem (KMS), og denne har ikke været klar til at modtage data i perioden 2006-2007. Når den står klar, vil der udover indberetninger til DBCG, ske overførsel af data fra Patologidatabanken og Landspatientregistret (LPR). Beregning af alle de 11 kvalitetsindikatorer forudsætter data fra alle tre datakilder, men 8 af indikatorerne hviler alene på DBCG data og kan beregnes uafhængigt af data fra de øvrige datakilder. Disse 8 indikatorer danner baggrund for denne første årsrapport for 2006 og 2007.

Sammendrag

Denne rapport vedrører 8 af de 11 kvalitetsindikatorer, der er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. De tre sidste indikatorer fordrer adgang til andre datakilder end DBCG's database, og det har ikke været muligt at få de relevante data gjort tilgængelige til denne rapport.

I 2006 og 2007 blev der indberettet 7593 patienter til DBCG. Denne rapport vedrører kun patienter i aldersgruppen 20-75 år, som er den aldersgruppe, der er omfattet af de foreliggende retningslinier. Denne gruppe består af i alt 5871 patienter.

Resultatet for de 8 indikatorer kan sammenfattes om følger:

Indikator	Andel af patienter, hvor indikatoren er opfyldt (%)	Reference-værdi
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	2006: 87% 2007: 80%	70%
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden	2006: 89% 2007: 90%	95% (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet \geq 10 aksillymfeknuder	2006: 94% 2007: 94%	90%
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)		
Tumordiameter 0-20 mm (T1)	2006: 70% 2007: 77%	50%
Tumordiameter 21-50 mm (T2)	2006: 40% 2007: 42%	20%
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register	2006: 91% 2007: 89%	95%
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinier	2006: 70%	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram		
Alle patienter:	68%	95%
Højrisiko-patienter:	67%	95%
Lavrisiko-patienter:	71%	95%
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	95%	93%

Generelt var der i 2006 og 2007 et tilfredsstillende resultat i forhold til de fastsatte referenceværdier for 4 af de 6 indikatorer, hvor der i Indikatorrapporten var fastsat evidensbaserede referenceværdier (indikatorerne 2, 5, 6 og 10). Når det drejer sig om indikatorerne for indberetning (Indikator 7) og follow-up (Indikator 9), så er der generelt stor afstand imellem de faktisk observerede og de fastlagte referenceværdier, og den vigtigste konklusion i denne rapport er, at der bør gøres en indsats i de enkelte centre for at forbedre indberetningspraksis og sikre, at den

rekommanderede follow-up gennemføres. Samtidig hermed bør arbejdet i DBCG med at lægge om til web-baseret indberetning fremmes, og det bør overvejes om kontrolforløbene kan gøres mindre omfattende og mere strømlinede, uden at det går ud over den samlede kvalitet af opfølgningen.

I et tilfælde (Indikator 4), hvor der ikke er en evidensbaseret referenceværdi, ligger resultatet for indikatoren så højt, at resultatet må anses for tilfredsstillende. Endelig er der helt specielle forhold, der gør sig gældende vedrørende Indikator 8, idet det har vist sig, at der en meget stor andel af patienterne opereret i 2006 og 2007, hvor der endnu ikke foreligger registrering i DBCG's register. Kun for 2006 er det muligt at estimere indikatoren, og det foreliggende resultat anses umiddelbart for tilfredsstillende, selvom usikkerheden er betydelig.

Populationen af danske brystkræftpatienter 2006-2007

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år; der var i 2006-2007, 18 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 14 onkologiske afdelinger (tabel 2) og 17 patologifdelinger (tabel 3). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller i kontrol indtil 10 år efter operation har 32 afdelinger været aktive (tabel 4).

Tabel 1. Aktive kirurgiske afdelinger.

Obs	kodenr	Afdeling	Sygehus	Region
1		Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2		Center for Brystkirurgi, Søborg	Privathospital Hamlet	Hovedstaden
3		Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4		Brystkirurgisk Klinik	Nordsjællands Hospital, Hørsholm	Hovedstaden
5		Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
6		Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
7		Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
8		Kirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
9		Organkirurgisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
10		Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
11		Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
12		Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13		Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
14		Organkirurgisk afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
15		Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
16		Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
17		Spezialkirurgisk Center, Mammakirurgi	Ålborg Sygehus	Nordjylland
18		Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Table 2. Aktive onkologiske afdelinger.

Obs	Kodenr	Afdeling	Sygehus	Region
1		Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2		Onkologisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3		Onkologisk & Palliativ afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4		Onkologi/hæmatologisk afd.	Roskilde Sygehus	Sjælland
5		Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
6		Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
7		Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
8		Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
9		Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
10		Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
11		Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
12		Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
13		Medicinsk afd., Hæmatologi/ onkologi	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
14	8001	Onkologisk afd.	Ålborg Sygehus	Nordjylland

Table 3. Active pathology departments.

Obs	kodenr	Afdeling	Sygehus	Region
1		Patologiafdelingen	Rigshospitalet	Hovedstaden
2		Patologiafdelingen	Bispebjerg Hospital	Hovedstaden
3		Patologiafdelingen	Herlev Hospital	Hovedstaden
4		Patologiafdelingen	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
5		Patologiafdelingen	Roskilde Sygehus	Sjælland
6		Klinisk patologi	Slagelse Sygehus	Sjælland
7		Patologisk inst.	Sygehus Fyn, Svendborg	Syddanmark
8		Afdeling for Klinisk Patologi	Odense Universitetshospital	Syddanmark
9		Patologisk inst.	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
10		Klinik for Patologisk Anatomi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
11		Klinisk Patologi	Vejle Sygehus	Syddanmark
12		Patologisk inst.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
13		Patologisk inst.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
14		Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
15		Patologisk Anatomisk inst.	Regionshospitalet Skive	Midtjylland
16		Patologisk inst.	Ålborg Sygehus	Nordjylland
17		Patologisk inst.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

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

Obs	kodenr	Afdeling	Sygehus	Region
1		Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2		Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
3		Center for Brystkirurgi, Søborg	Privathospital Hamlet	Hovedstaden
4		Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
5		Onkologisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
6		Onkologisk & Palliativ afd.	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
7		Brystkirurgisk Klinik	Nordsjællands Hospital, Hørsholm	Hovedstaden
8		Onkologi/hæmatologisk afd.	Roskilde Sygehus	Sjælland
9		Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
10		Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
11		Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
12		Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
13		Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
14		Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
15		Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
16		Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
17		Kirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
18		Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
19		Organkirurgisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
20		Brystkirurgisk Klinik, Vejle	Privathospital Mølholm	Syddanmark
21		Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
22		Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
23		Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
24		Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
25		Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
26		Organkirurgisk afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
27		Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
28		Organkirurgisk afd., Mammacenter	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
29		Medicinsk afd., Hæmatologi/onkologi	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
30		Spezialkirurgisk Center, Mammakirurgi	Ålborg Sygehus	Nordjylland
31		Onkologisk afd.	Ålborg Sygehus	Nordjylland
32		Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Der blev indberettet 3811 patienter i 2006 og 3782 patienter i 2007, enkelte afdelinger havde meget få patienter (tabel 5). I det følgende angives de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år (2006 og 2007) i tabel 6.1 til 6.9. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 1.

Tabel 5. Antal indberettede brystkræftpatienter per kirurgisk afdeling i 2006 og 2007.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR		Alle N
	2006	2007	
	N	N	
OPERATIONSHOSPITAL			
RIGSHOSPITALET	483	483	966
HAMLET	18	33	51
HERLEV	452	485	937
HØRSHOLM	285	283	568
RINGSTED	624	606	1230
RØNNE	1	2	3
SVENDBORG	94	1	95
ODENSE	247	241	488
AABENRAA	171	163	334
ESBJERG	136	129	265
VEJLE	232	269	501
MØLHOLM	42	47	89
HOLSTEBRO	77	91	168
HERNING	83	37	120
ÅRHUS	183	204	387
RANDERS	182	150	332
MAMMAKLINIK	3	19	22
VIBORG	157	162	319
ÅLBORG	196	221	417
HJØRRING	145	156	301
Alle	3811	3782	7593

Tabel 6.1 Aldersfordeling af patienter per år.

Alder	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
<=34 år	117	(1.5)	61	(1.6)	56	(1.4)
35-44 år	583	(7.6)	289	(7.5)	294	(7.7)
45-54 år	1442	(18.9)	704	(18.4)	738	(19.5)
55-64 år	2230	(29.3)	1115	(29.2)	1115	(29.4)
65-74 år	1712	(22.5)	866	(22.7)	846	(22.3)
75 + år	1509	(19.8)	776	(20.3)	733	(19.3)

Tabel 6.2 Operationstype per år.

Operation	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	3239	(42.6)	1708	(44.8)	1531	(40.4)
Lumpektomi	3830	(50.4)	1820	(47.7)	2010	(53.1)
Biopsi	524	(6.9)	283	(7.4)	241	(6.3)

Tabel 6.3 Diagnose per år.

Histologisk type	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
DUCTAL	5728	(80.6)	2865	(81.1)	2863	(80.1)
LOBULAR	770	(10.8)	376	(10.6)	394	(11.0)
MUCINOUS	162	(2.2)	81	(2.2)	81	(2.2)
MEDULLARY	63	(0.8)	27	(0.7)	36	(1.0)
PAPILLARY	53	(0.7)	33	(0.9)	20	(0.5)
TUBULAR	145	(2.0)	63	(1.7)	82	(2.2)
OTHER	105	(1.4)	55	(1.5)	50	(1.3)
UNCLASSIFIED	77	(1.0)	31	(0.8)	46	(1.2)

Tabel 6.4 Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder						
00	246	(3.4)	137	(3.8)	109	(3.0)
01-04	2832	(40.0)	1378	(39.1)	1454	(40.9)
05-09	516	(7.2)	268	(7.6)	248	(6.9)
10 +	3476	(49.1)	1739	(49.3)	1737	(48.8)
Uoplyst	7	(0.0)	1	(0.0)	6	(0.1)

Tabel 6.5 Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Positive LN						
00	3665	(51.7)	1839	(52.1)	1826	(51.3)
01-03	2193	(30.9)	1080	(30.6)	1113	(31.3)
04 +	1211	(17.1)	603	(17.1)	608	(17.1)
Uoplyst	8	(0.1)	1	(0.0)	7	(0.1)

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

	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Tumor size (mm)						
0.00-2.00	3969	(56.1)	1982	(56.2)	1987	(55.9)
2.01-5.00	2766	(39.1)	1365	(38.7)	1401	(39.4)
5.01+	275	(3.8)	141	(4.0)	134	(3.7)
Uoplyst	64	(0.9)	35	(0.9)	29	(0.8)

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

	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Tumour grade						
None	54	(0.8)	29	(0.8)	25	(0.7)
I	1895	(29.1)	941	(29.0)	954	(29.2)
II	2901	(44.6)	1501	(46.3)	1400	(42.9)
III	1555	(23.9)	731	(22.5)	824	(25.3)
Uoplyst	89	(1.3)	36	(1.1)	53	(1.6)

Tabel 6.8 Receptorstatus per år.

	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Receptor status						
Neg	1299	(18.2)	637	(17.9)	662	(18.4)
Pos	5782	(81.1)	2889	(81.4)	2893	(80.8)
Uoplyst	45	(0.6)	20	(0.5)	25	(0.6)

Tabel 6.9 Behandlingsprogram per år.

	Alle		2006		2007	
	N	%	N	%	N	%
Behandlingsprogram						
ej protokol	1296	(17.0)	950	(24.9)	346	(9.1)
A lavrisiko	1267	(16.6)	633	(16.6)	634	(16.7)
B pre/ <60	1358	(17.8)	472	(12.3)	886	(23.4)
C ≥60, R+/?	2579	(33.9)	1323	(34.7)	1256	(33.2)
D post/ ≥60	1026	(13.5)	417	(10.9)	609	(16.1)
Sarkom	7	(0.0)	4	(0.1)	3	(0.0)
Mangler oplysninger	60	(0.7)	12	(0.3)	48	(1.2)

Kvalitetsindikatorerne beregnes på forskellige subpopulationer af patienterne, der er relevante for hver af indikatorerne, men i de fleste afgrænses der til patienter med diagnosen invasiv cancer mamma (IBC, C50), og med alder mellem 20 og 75. Af de 7593 patienter opfylder kun 5871 patienter dette. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på de kirurgiske afdelinger ses i tabel 7. For alle indikatorer gælder det at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren såfremt data for de(n) relevante variable er uoplyste.

Under omtalen af de enkelte kvalitetsindikatorer bliver der vist en figur, der illustrerer hvor stor en del af patienterne, der indgår i beregningen af den pågældende indikator. Desuden angives udviklingen af indikatoren over tid og sammenlignes mellem afdelingerne. I BILAG 2 angives kontroldiagrammer for hver afdeling og hver indikator i perioden 2006-2007.

Databasen opdateres dagligt. Tabeller og figurer er produceret i perioden 9.-20. juni 2008 og antallet af patienter kan derfor variere på sidste ciffer.

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

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR		Alle
	2006	2007	
	N	N	N
OPERATIONSHOSPITAL			
RIGSHOSPITALET	372	360	732
HAMLET	15	32	47
HERLEV	324	353	677
HØRSHOLM	219	226	445
RINGSTED	489	504	993
ODENSE	206	194	400
AABENRAA	133	130	263
ESBJERG	107	111	218
VEJLE	192	219	411
MØLHOLM	37	44	81
HOLSTEBRO	63	71	134
HERNING	69	30	99
ÅRHUS	130	137	267
RANDERS	145	115	260
MAMMAKLINIK	3	19	22
VIBORG	122	139	261
ÅLBORG	152	164	316
HJØRRING	112	133	245
Alle	2890	2981	5871

Indikator 1: Mammografiscreening

Beskrivelse

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

Kommentar

Det nationale mammografiscreeningsprogram for kvinder i aldersgruppen 50-70 år bliver først implementeret fuldt ud i løbet af 2008. Styregruppen har derfor vurderet, at denne indikator, der udelukkende omhandler patienter med brystkræft påvist ved screening, ikke skal medtages i denne første rapport, idet screening i perioden 2006-2007 kun har været et tilbud i enkelte af de tidligere amter. Indikatoren forventes derimod at indgå i næste års rapport.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi

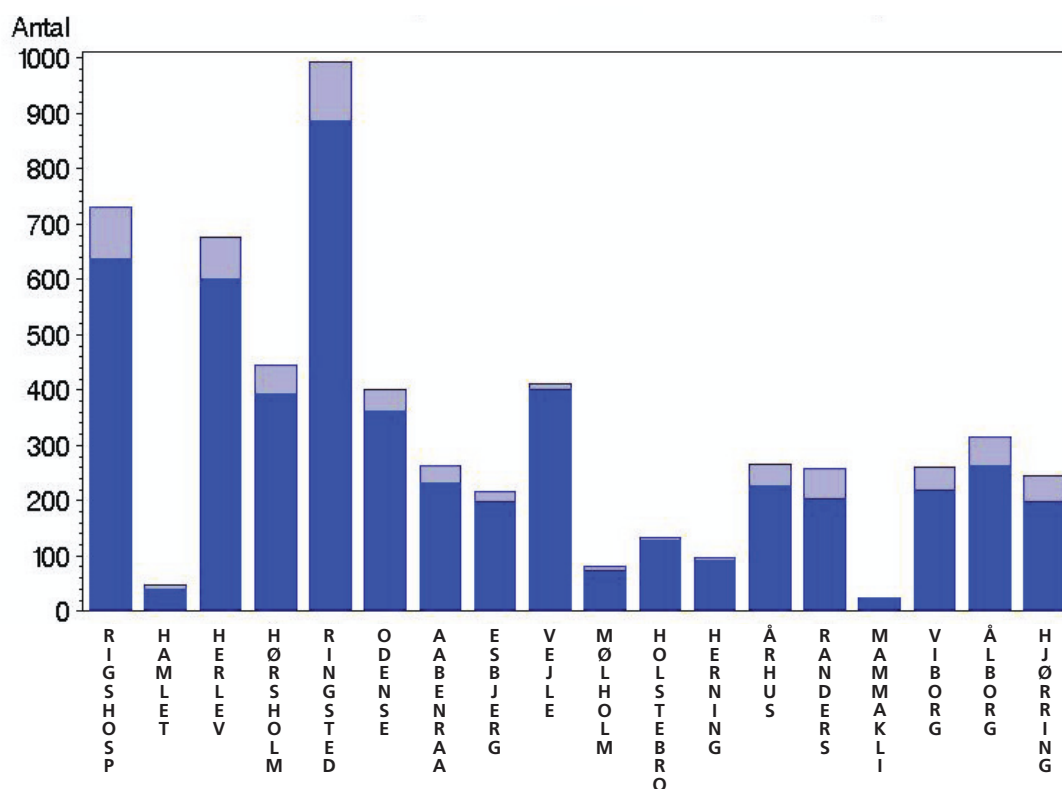
Beskrivelse

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

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi for 2006-2007.

Antal patienter med præoperativ diagnose ved nålebiopsi per år	Indikator 2						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	134	(4.6)	2520	(87.1)	236	(8.1)	2890
2007	151	(5.0)	2377	(79.7)	454	(15.2)	2982
Alle	285	(4.8)	4897	(83.3)	690	(11.7)	5872

Indikator 2: Preoperativ diagnose ved nålebiopsi



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 88 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberregning.

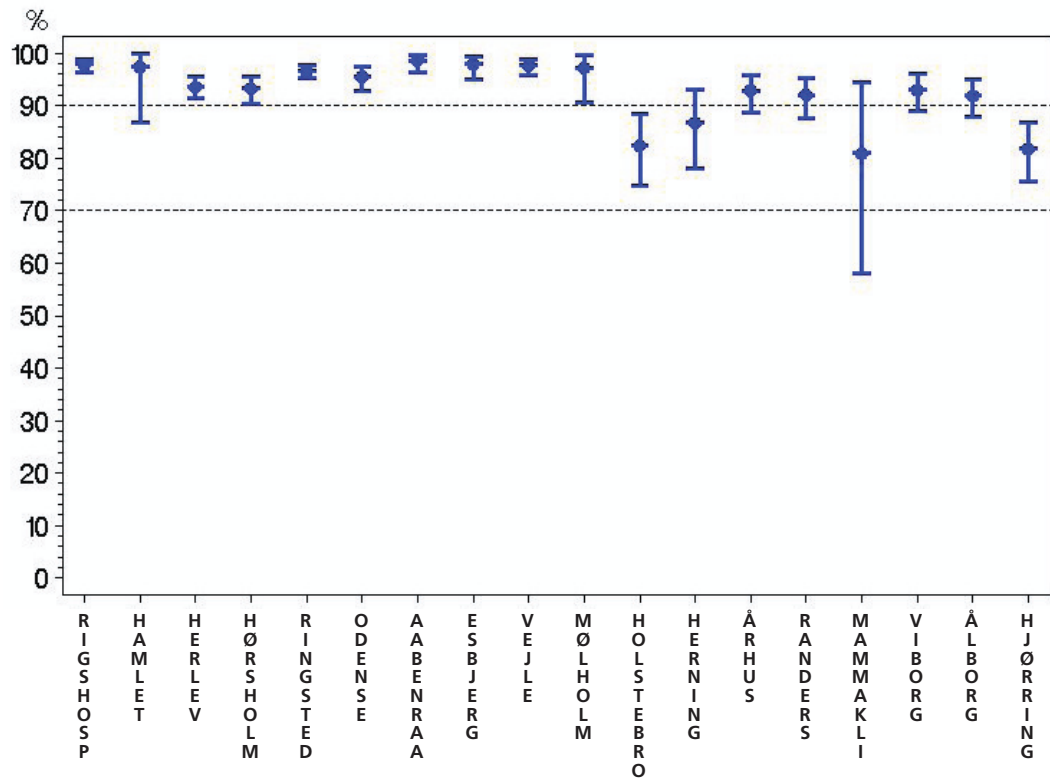
Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling 2006.

Antal patienter med præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling	indikator2						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	7	(1.8)	330	(88.7)	35	(9.4)	372
HAMLET	1	(6.6)	13	(86.6)	1	(6.6)	15
HERLEV	16	(4.9)	290	(89.5)	18	(5.5)	324
HØRSHOLM	16	(7.3)	187	(85.3)	16	(7.3)	219
RINGSTED	15	(3.0)	428	(87.5)	46	(9.4)	489
ODENSE	.	.	183	(88.8)	23	(11.1)	206
AABENRAA	1	(0.7)	125	(93.9)	7	(5.2)	133
ESBJERG	2	(1.8)	98	(91.5)	7	(6.5)	107
VEJLE	3	(1.5)	189	(98.4)	.	.	192
MØLHOLM	.	.	37	(100.0)	.	.	37
HOLSTEBRO	6	(9.5)	57	(90.4)	.	.	63
HERNING	10	(14.4)	55	(79.7)	4	(5.7)	69
ÅRHUS	7	(5.3)	109	(83.8)	14	(10.7)	130
RANDERS	9	(6.2)	126	(86.8)	10	(6.8)	145
MAMMAKLINIK	2	(66.6)	1	(33.3)	.	.	3
VIBORG	10	(8.1)	96	(78.6)	16	(13.1)	122
ÅLBORG	11	(7.2)	128	(84.2)	13	(8.5)	152
HJØRRING	18	(16.0)	68	(60.7)	26	(23.2)	112
Alle	134	(4.6)	2520	(87.1)	236	(8.1)	2890

Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling 2007.

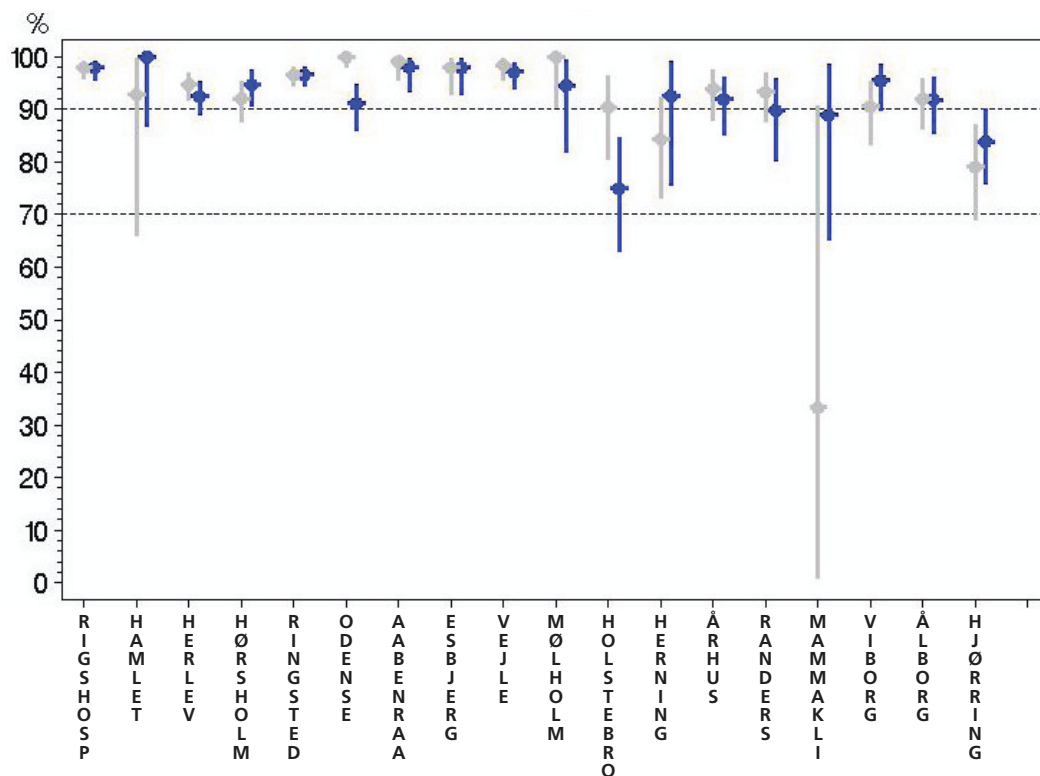
Antal patienter med præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling	Indikator 2						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	6	(1.6)	294	(81.6)	60	(16.6)	360
HAMLET	.	.	26	(81.2)	6	(18.7)	32
HERLEV	22	(6.2)	272	(77.0)	59	(16.7)	353
HØRSHOLM	10	(4.4)	180	(79.6)	36	(15.9)	226
RINGSTED	15	(2.9)	429	(85.1)	60	(11.9)	504
ODENSE	16	(8.2)	164	(84.5)	14	(7.2)	194
AABENRAA	2	(1.5)	106	(80.9)	23	(17.5)	131
ESBJERG	2	(1.8)	97	(87.3)	12	(10.8)	111
VEJLE	6	(2.7)	203	(92.6)	10	(4.5)	219
MØLHOLM	2	(4.5)	35	(79.5)	7	(15.9)	44
HOLSTEBRO	17	(23.9)	51	(71.8)	3	(4.2)	71
HERNING	2	(6.6)	25	(83.3)	3	(10.0)	30
ÅRHUS	9	(6.5)	103	(75.1)	25	(18.2)	137
RANDERS	7	(6.0)	62	(53.9)	46	(40.0)	115
MAMMAKLINIK	2	(10.5)	16	(84.2)	1	(5.2)	19
VIBORG	5	(3.5)	107	(76.9)	27	(19.4)	139
ÅLBORG	10	(6.0)	113	(68.9)	41	(25.0)	164
HJØRRING	18	(13.5)	94	(70.6)	21	(15.7)	133
Alle	151	(5.0)	2377	(79.7)	454	(15.2)	2982

Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi.



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

Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi.

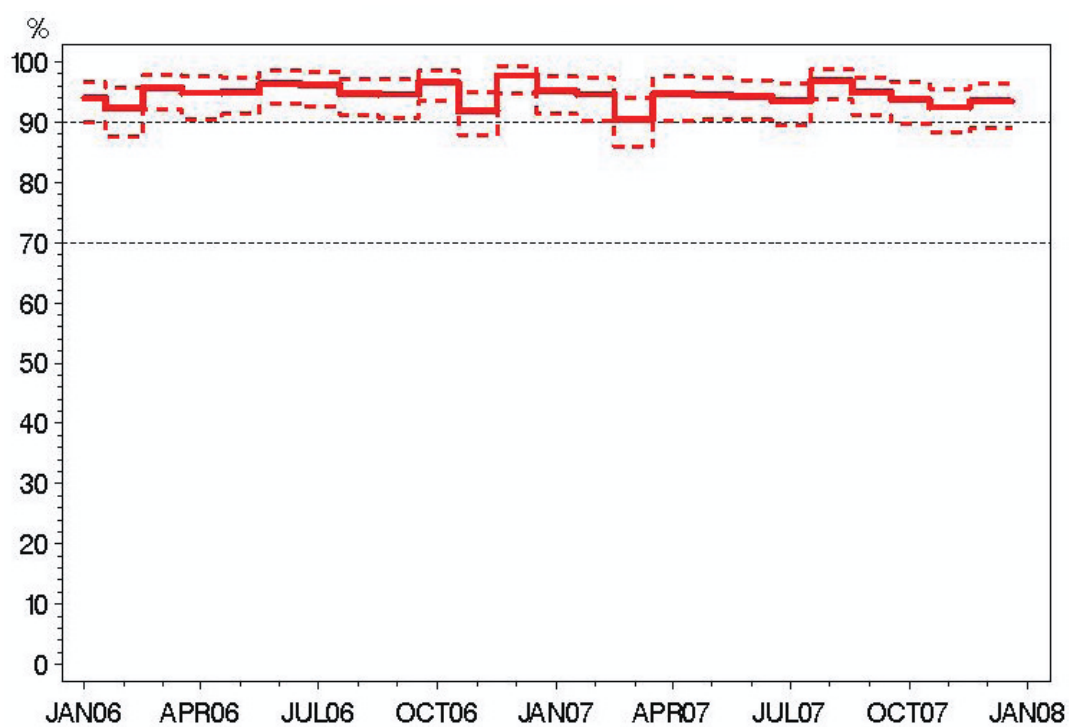


Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur).
Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linier).

Kommentar

Der er stor ensartethed i resultaterne vedrørende Indikator 2. Alle afdelinger ligger på et acceptabelt niveau, og 14 af de 18 afdelinger ligger i begge perioder på eller over det ønskværdige niveau på 90 %. En enkelt afdeling skiller sig ud ved en betydeligt lavere andel af patienter diagnosticeret ved nålebiopsi i det seneste år. Selv om resultatet er baseret på få patienter bør dette forhold lede til overvejelser om årsagerne i den pågældende afdeling.

Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2007.
Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linier).

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

Beskrivelse

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

Kommentar

Beregningen af denne indikator er afhængig af data, der ikke alle er tilgængelige i DBCG. Den er derfor ikke medtaget i denne indikatorrapport.

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

Beskrivelse

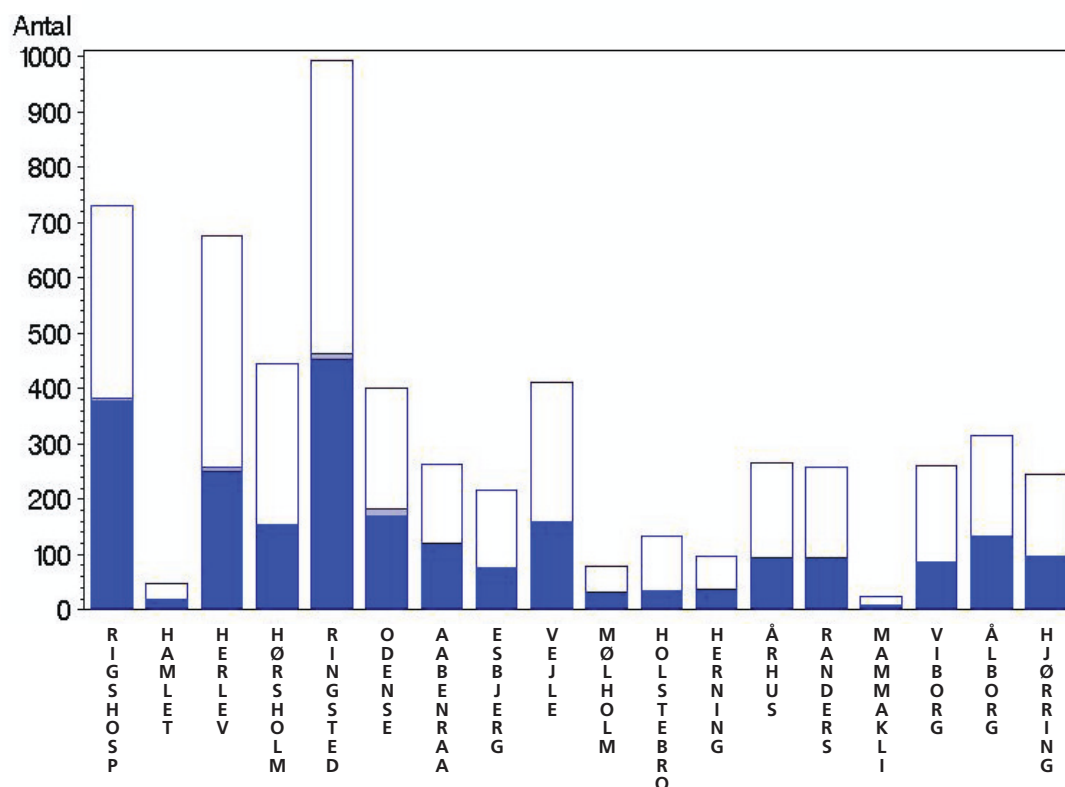
Andelen af patienter med primær IBC (C50) uden lymfeknudemetastaser, hvor N (lymfeknude) status er afklaret ved SN metoden for populationen.

Beregning af indikatoren er begrænset til patienter med unifokale tumorer \leq 40 mm som ikke har lymfeknudemetastaser og som har fået foretaget definitiv operation i overensstemmelse med DBCG's retningslinier.

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på sentinel node (SN) metoden.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	108	(8.9)	1070	(88.7)	28	(2.3)	1206
2007	101	(8.0)	1129	(90.2)	21	(1.6)	1251
Alle	209	(8.5)	2199	(89.4)	49	(1.9)	2457

Indikator 4: N-neg ved SN.



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 42 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 4.

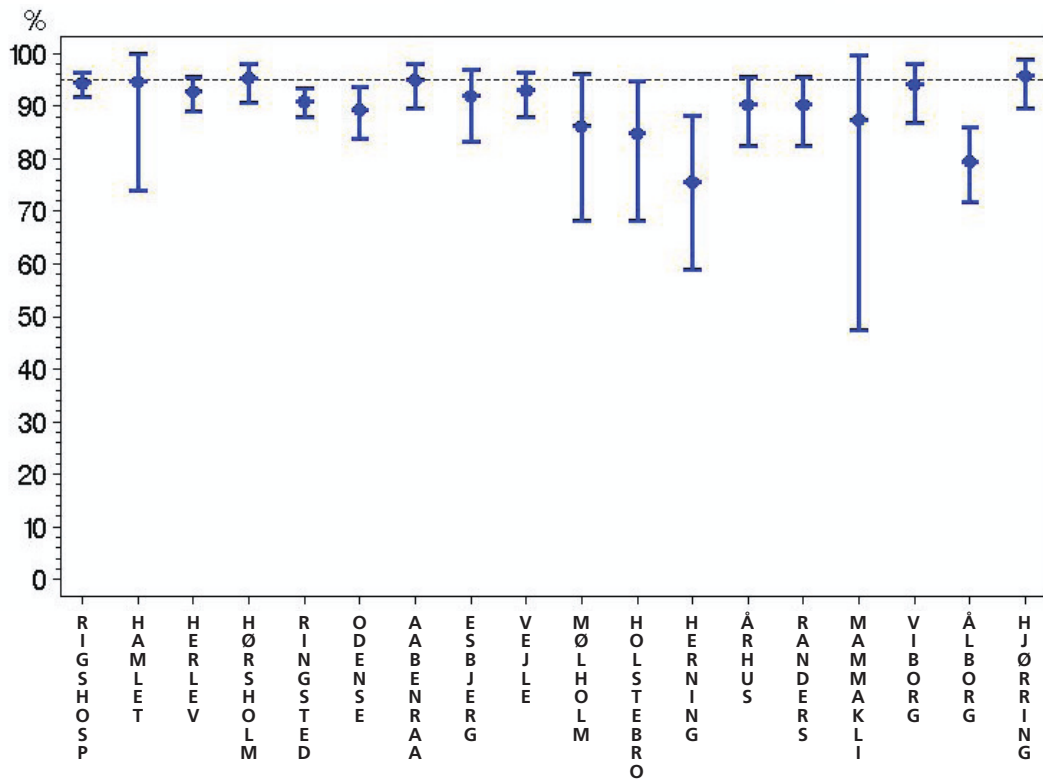
Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden per afdeling 2006.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	12	(6.2)	176	(92.1)	3	(1.5)	191
HAMLET	1	(20.0)	4	(80.0)	.	.	5
HERLEV	6	(4.5)	125	(94.6)	1	(0.7)	132
HØRSHOLM	2	(2.5)	77	(96.2)	1	(1.2)	80
RINGSTED	25	(11.9)	178	(85.1)	6	(2.8)	209
SVENDBORG	7	(29.1)	17	(70.8)	.	.	24
ODENSE	9	(9.3)	75	(78.1)	12	(12.5)	96
AABENRAA	1	(1.4)	66	(98.5)	.	.	67
ESBJERG	2	(5.0)	38	(95.0)	.	.	40
VEJLE	6	(8.4)	64	(90.1)	1	(1.4)	71
MØLHOLM	2	(12.5)	13	(81.2)	1	(6.2)	16
HOLSTEBRO	3	(16.6)	15	(83.3)	.	.	18
HERNING	7	(24.1)	21	(72.4)	1	(3.4)	29
ÅRHUS	4	(10.0)	36	(90.0)	.	.	40
RANDERS	6	(12.2)	43	(87.7)	.	.	49
VIBORG	.	.	45	(97.8)	1	(2.1)	46
ÅLBORG	14	(23.7)	45	(76.2)	.	.	59
HJØRRING	1	(2.9)	32	(94.1)	1	(2.9)	34
Alle	108	(8.9)	1070	(88.7)	28	(2.3)	1206

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på SN-metoden per afdeling 2007.

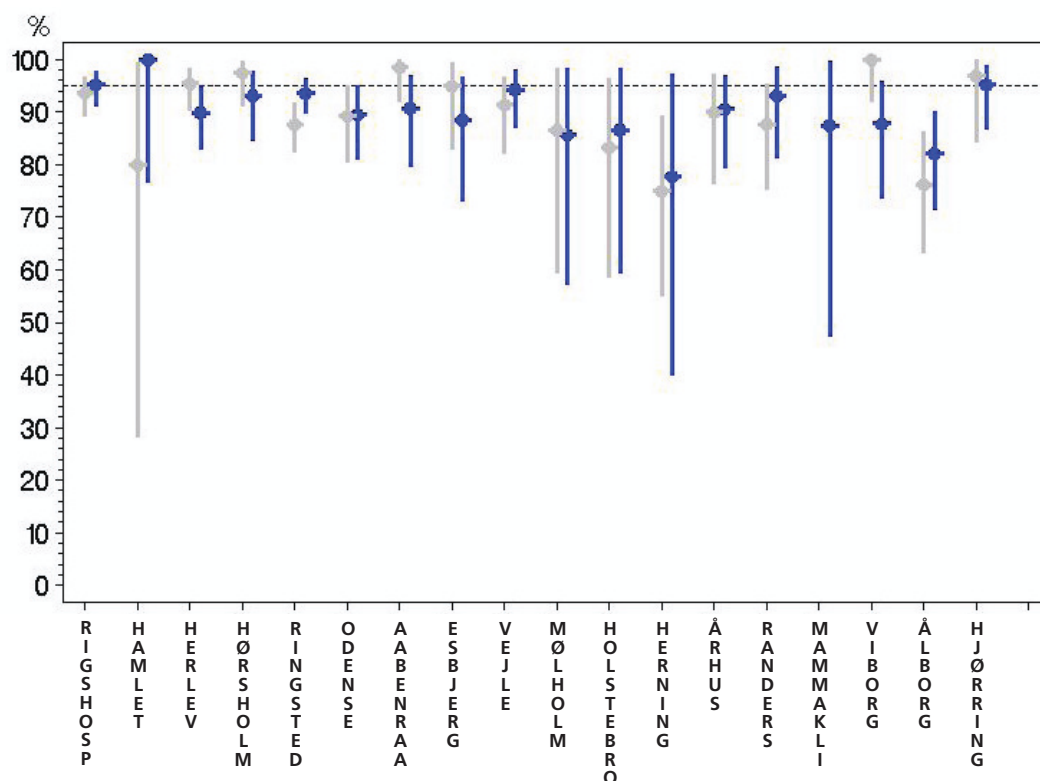
Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	9	(4.7)	179	(94.7)	1	(0.5)	189
HAMLET	.	.	14	(93.3)	1	(6.6)	15
HERLEV	12	(9.5)	107	(84.9)	7	(5.5)	126
HØRSHOLM	5	(6.7)	68	(91.8)	1	(1.3)	74
RINGSTED	16	(6.2)	235	(92.5)	3	(1.1)	254
ODENSE	9	(10.2)	78	(88.6)	1	(1.1)	88
AABENRAA	5	(9.2)	49	(90.7)	.	.	54
ESBJERG	4	(10.5)	32	(84.2)	2	(5.2)	38
VEJLE	5	(5.6)	83	(94.3)	.	.	88
MØLHOLM	2	(13.3)	12	(80.0)	1	(6.6)	15
HOLSTEBRO	2	(11.7)	13	(76.4)	2	(11.7)	17
HERNING	2	(22.2)	7	(77.7)	.	.	9
ÅRHUS	5	(9.2)	48	(88.8)	1	(1.8)	54
RANDERS	3	(6.6)	41	(91.1)	1	(2.2)	45
MAMMAKLINIK	1	(12.5)	7	(87.5)	.	.	8
VIBORG	5	(12.1)	36	(87.8)	.	.	41
ÅLBORG	13	(17.8)	60	(82.1)	.	.	73
HJØRRING	3	(4.7)	60	(95.2)	.	.	63
Alle	101	(8.0)	1129	(90.2)	21	(1.6)	1251

Indikator 4: N-neg ved SN.



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

Indikator 4: N-neg ved SN.

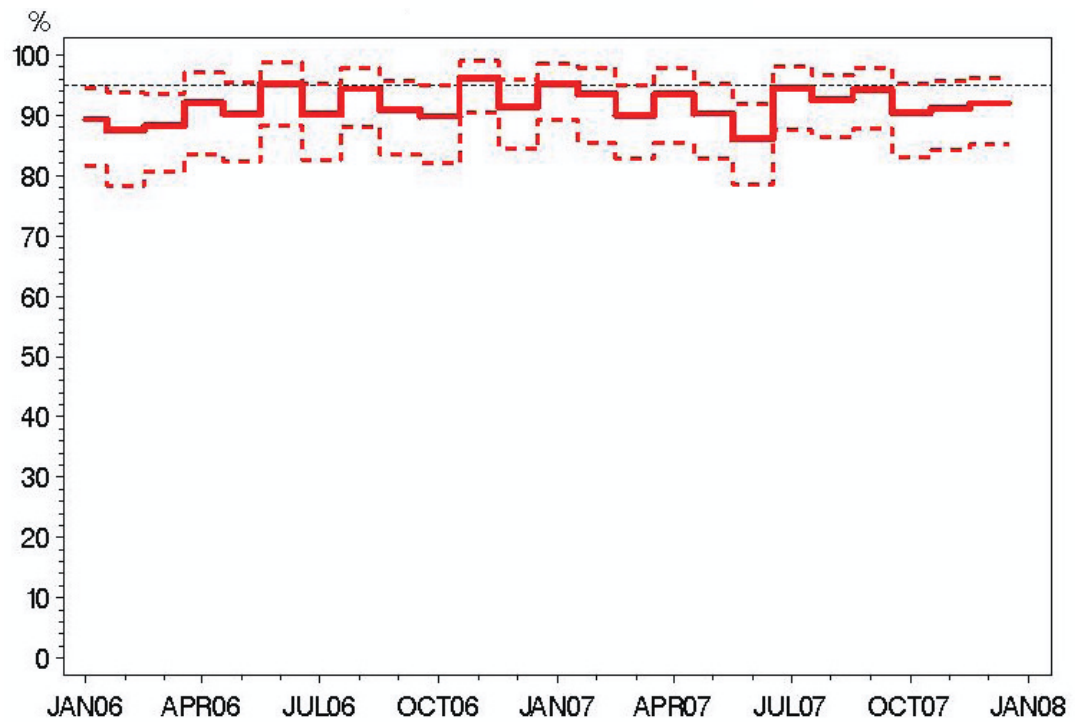


Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur). Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

Der foreligger ikke internationale referenceværdier, der er relevante for denne indikator, og det blev derfor i Indikatorrapporten anbefalet, at denne parameter følges i et "observationsstudium" med det formål på sigt at fastlægge en passende referenceværdi. "Bedste gæt" blev i Indikatorrapporten sat til 95%, og det er synes ikke urealistisk at nå dette niveau på baggrund af de foreliggende registreringer fra 2006 og 2007. Der er, som det fremgår, relativt stor spredning i resultaterne ud over landet, og der synes at være en tendens til, at fastlæggelse af lymfeknude negativ status ved de største afdelinger i højere grad udelukkende bygger på SN metoden end ved de mindre afdelinger.

Indikator 4: N-neg ved SN. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2007.
Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linie).

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

Beskrivelse

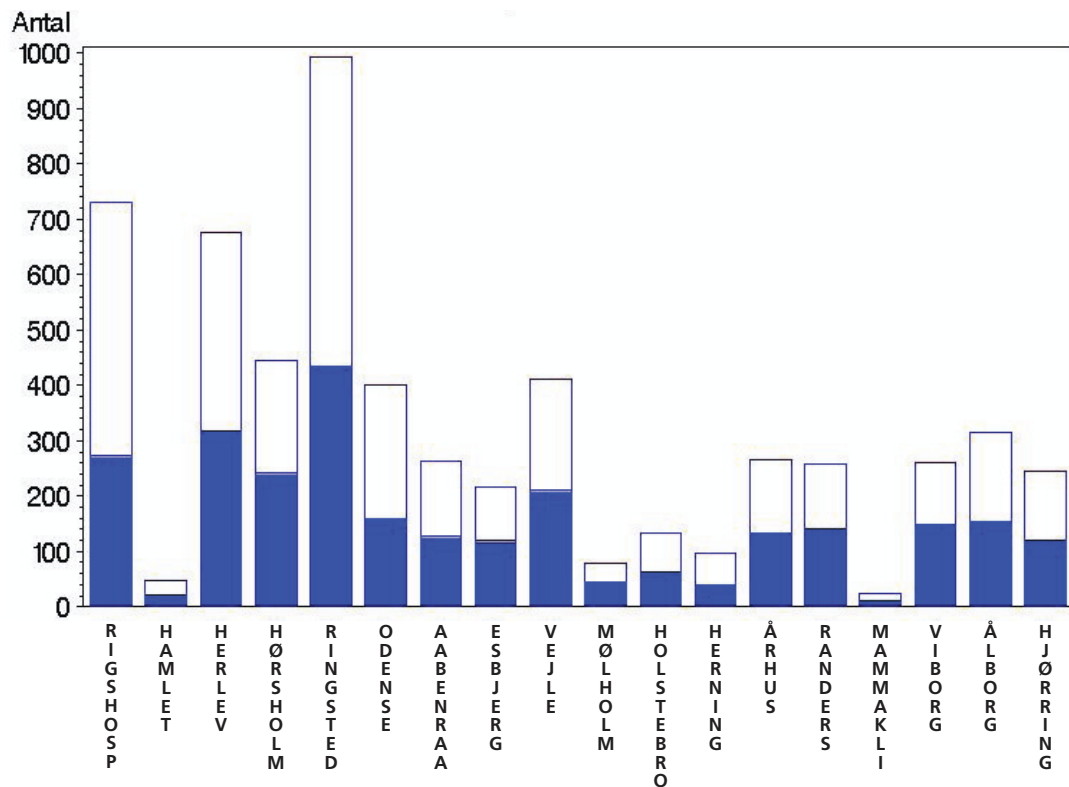
Andel af aksil-pNpos patienter med primært IBC (C50), hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i tenderet kurativ operation.

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

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

Antal Npos patienter, fjernet ≥ 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
2006	86	(6.2)	1294	(93.5)	3	(0.2)	1383
2007	77	(5.4)	1317	(93.6)	12	(0.8)	1406
Alle	163	(5.8)	2611	(93.6)	15	(0.5)	2789

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes.



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 48 % af patienterne er med i beregning af Indikator 5.

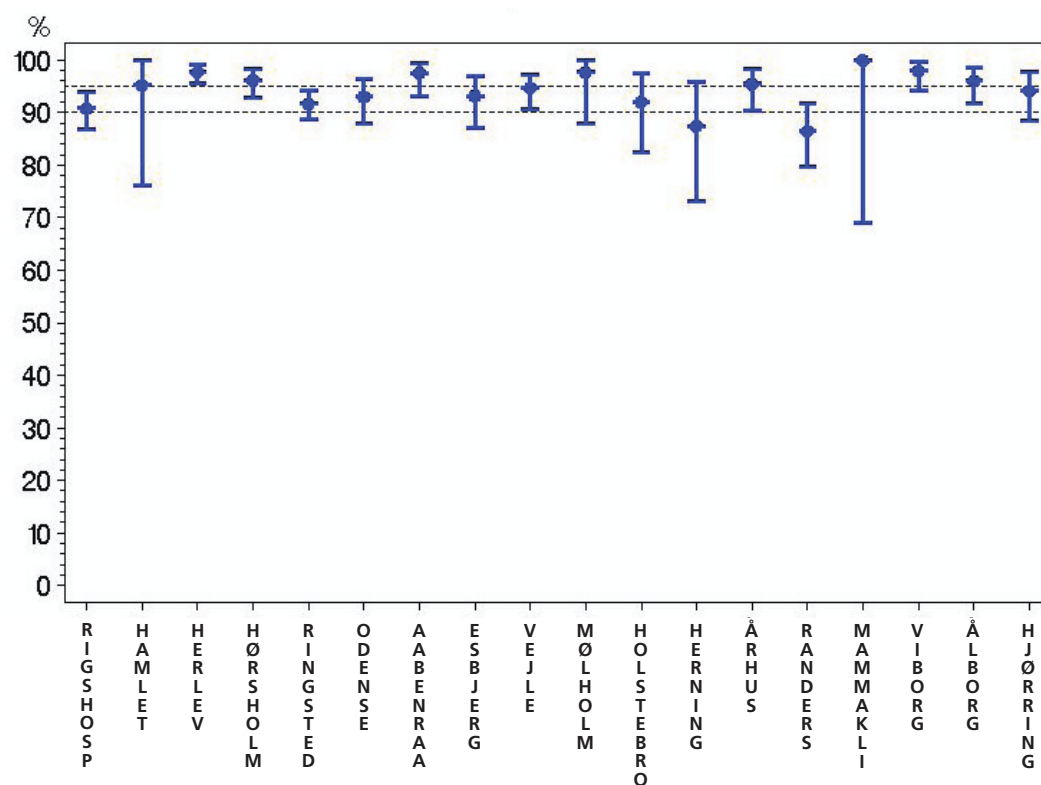
Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder per afdeling 2006.

Antal Npos patienter, ≥ 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	17	(11.9)	125	(88.0)	.	.	142
HAMLET	.	.	7	(100.0)	.	.	7
HERLEV	2	(1.4)	137	(98.5)	.	.	139
HØRSHOLM	3	(2.7)	107	(96.3)	1	(0.9)	111
RINGSTED	18	(7.6)	216	(91.9)	1	(0.4)	235
SVENDBORG	.	.	23	(100.0)	.	.	23
ODENSE	8	(10.3)	69	(89.6)	.	.	77
AABENRAA	2	(3.4)	56	(96.5)	.	.	58
ESBJERG	4	(6.7)	55	(93.2)	.	.	59
VEJLE	6	(5.7)	97	(93.2)	1	(0.9)	104
MØLHOLM	.	.	17	(100.0)	.	.	17
HOLSTEBRO	4	(13.3)	26	(86.6)	.	.	30
HERNING	4	(17.3)	19	(82.6)	.	.	23
ÅRHUS	3	(4.2)	67	(95.7)	.	.	70
RANDERS	9	(10.5)	76	(89.4)	.	.	85
MAMMAKLINIK	.	.	2	(100.0)	.	.	2
VIBORG	1	(1.6)	61	(98.3)	.	.	62
ÅLBORG	1	(1.2)	77	(98.7)	.	.	78
HJØRRING	4	(6.5)	57	(93.4)	.	.	61
Alle	86	(6.2)	1294	(93.5)	3	(0.2)	1383

Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder per afdeling 2007.

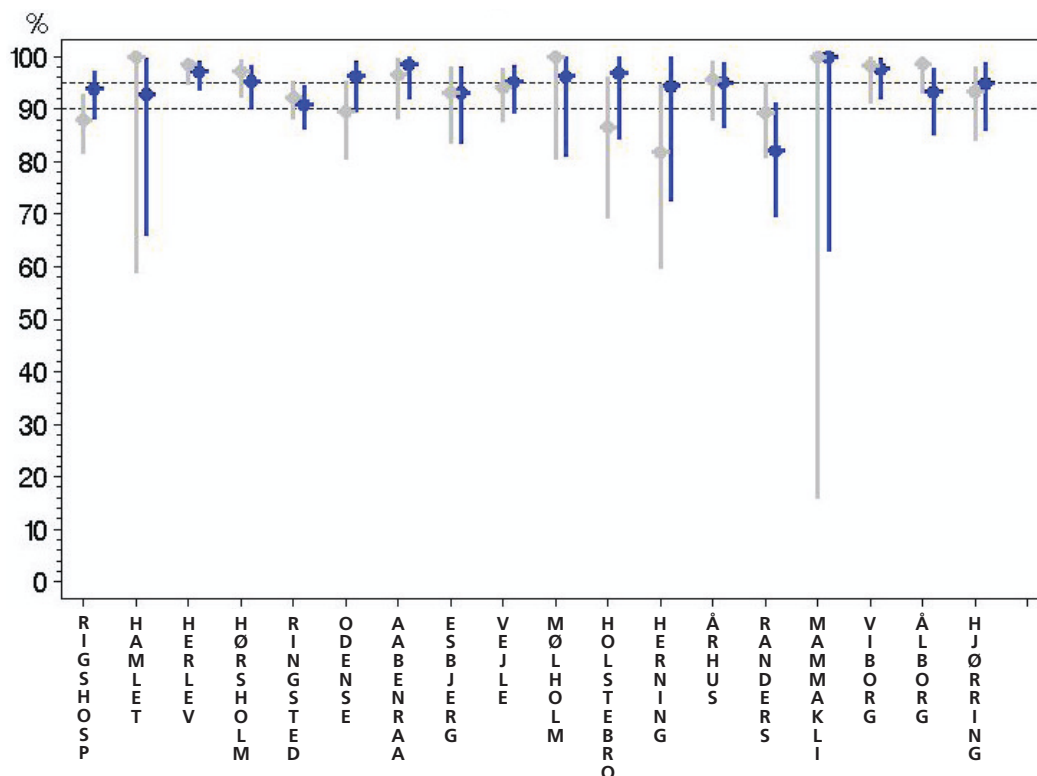
Antal Npos patienter, fjernet ≥ 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	8	(6.1)	122	(93.1)	1	(0.7)	131
HAMLET	1	(6.6)	13	(86.6)	1	(6.6)	15
HERLEV	5	(2.7)	173	(96.6)	1	(0.5)	179
HØRSHOLM	6	(4.5)	123	(93.8)	2	(1.5)	131
RINGSTED	18	(9.0)	182	(91.0)	.	.	200
ODENSE	3	(3.6)	79	(96.3)	.	.	82
AABENRAA	1	(1.4)	66	(95.6)	2	(2.8)	69
ESBJERG	4	(6.6)	55	(91.6)	1	(1.6)	60
VEJLE	5	(4.6)	101	(93.5)	2	(1.8)	108
MØLHOLM	1	(3.7)	26	(96.2)	.	.	27
HOLSTEBRO	1	(3.0)	32	(96.9)	.	.	33
HERNING	1	(5.5)	17	(94.4)	.	.	18
ÅRHUS	3	(4.6)	60	(92.3)	2	(3.0)	65
RANDERS	10	(17.2)	48	(82.7)	.	.	58
MAMMAKLINIK	.	.	8	(100.0)	.	.	8
VIBORG	2	(2.2)	85	(97.7)	.	.	87
ÅLBORG	5	(6.6)	70	(93.3)	.	.	75
HJØRRING	3	(5.0)	57	(95.0)	.	.	60
Alle	77	(5.4)	1317	(93.6)	12	(0.8)	1406

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes.



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

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes.



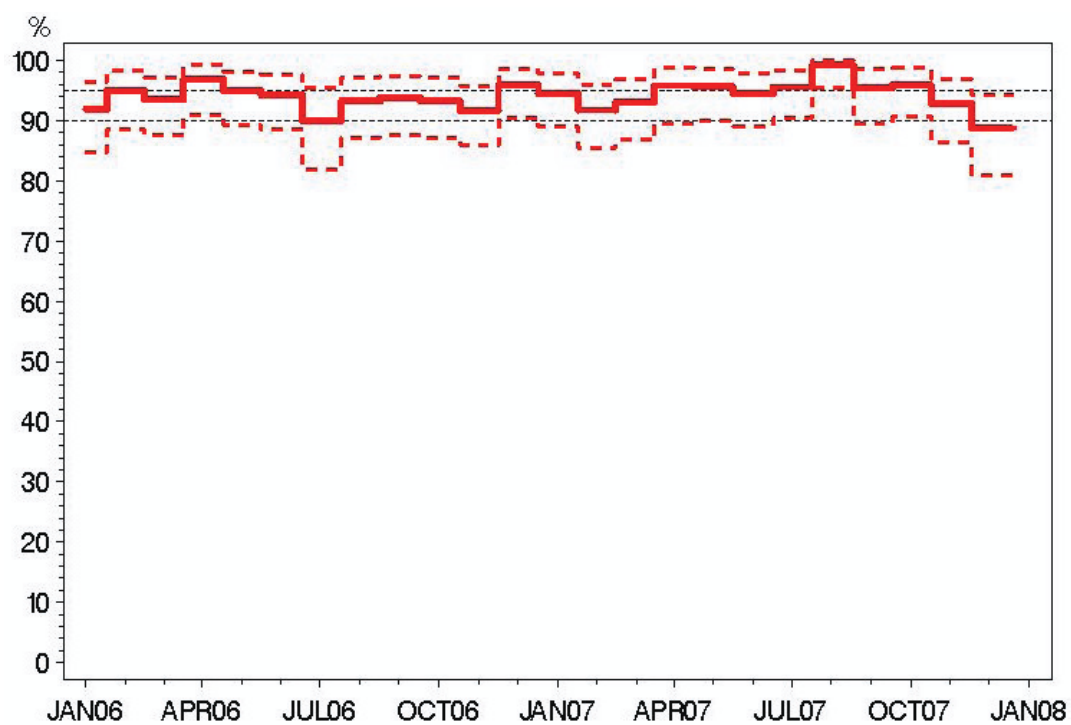
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur).
Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linier).

Kommentar

Denne indikator har i en årrække fra begyndelsen af 1990-erne været anvendt som en kvalitetsindikator for sufficent primær behandling, og DBCG har løbende rapporteret resultater for den enkelte afdeling sammen med landsgennemsnittet til sammenligning. Det er almindelig anerkendt, at antallet af fundne lymfeknuder i aksilpræparatet først og fremmest afspejler kompletheden af aksilindgrebet, men dog også den omhu, der er lagt i den patologiske undersøgelse af præparatet. Endelig er der en biologisk variation, der også har indflydelse på resultatet.

På baggrund af den hidtidige fokus på denne parameter fra DBCG's side er det ikke overraskende, at hovedparten af afdelingerne lever op til det acceptable niveau på 90%, og at mange afdelinger også lever op til det ønskværdige resultat på 95%. En enkelt afdeling skiller sig ud med et ikke acceptabelt niveau i både 2006 og 2007. Alle de øvrige afdelinger når et acceptabelt niveau i 2007.

Indikator 5: N-pos, >= 10 Nodes. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdeling i perioden 2006-2007.
Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linier).

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

Beskrivelse

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

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

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

Antal patienter med Brystbevarende operation		Indikator 6						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
2006	størrelse							
	>50	92	(96.8)	3	(3.1)	.	.	95
	t1	511	(29.7)	1207	(70.2)	.	.	1718
	t2	641	(60.3)	422	(39.6)	.	.	1063
	Ukendt	21	(77.7)	6	(22.2)	.	.	27
2007	>50	89	(92.7)	7	(7.2)	.	.	96
	t1	402	(23.3)	1322	(76.6)	.	.	1724
	t2	643	(57.7)	471	(42.2)	.	.	1114
	Ukendt	9	(52.9)	4	(23.5)	4	(23.5)	17
Alle		2408	(41.1)	3442	(58.7)	4	(0.0)	5854

Ca. 95% af patienterne indgår i opgørelsen af denne indikator, 3439 i strata med tumordiameter 0-20 mm og 2170 i strata med tumordiameter 21-50 mm.

Fordelingen af **Indikator 6** på aldersgruppe stratificeret for operationsår og tumordiameter.

Antal patienter med Brystbevarende operation			Indikator 6				Alle
			Ej opfyldt		Opfyldt		N
			N	%	N	%	
Size	Age						
2006	t1	<=34 år	16	(55.1)	13	(44.8)	29
		35-59 år	238	(27.5)	626	(72.4)	864
		60-69 år	179	(27.9)	461	(72.0)	640
		70-75 år	78	(42.1)	107	(57.8)	185
	t2	<=34 år	11	(45.8)	13	(54.1)	24
		35-59 år	293	(58.0)	212	(41.9)	505
		60-69 år	215	(60.7)	139	(39.2)	354
		70-75 år	122	(67.7)	58	(32.2)	180
2007	t1	<=34 år	9	(30.0)	21	(70.0)	30
		35-59 år	192	(22.6)	655	(77.3)	847
		60-69 år	136	(20.8)	516	(79.1)	652
		70-75 år	65	(33.3)	130	(66.6)	195
	t2	<=34 år	12	(70.5)	5	(29.4)	17
		35-59 år	297	(55.9)	234	(44.0)	531
		60-69 år	211	(54.8)	174	(45.1)	385
		70-75 år	123	(67.9)	58	(32.0)	181

Der er kun få observationer for kvinder ≤ 34 år, men der er en tendens til at færre får BCS i denne gruppe. For kvinder ≥ 70 år er der klart færre der får BCS.

Indikator 6 per afdeling stratificeret på tumordiameter for 2006.

Antal patienter med Brystbevarende operation 2006		Indikator 6				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
Size						
T1	RIGSHOSPITALET	87	(32.3)	182	(67.6)	269
	HAMLET	4	(50.0)	4	(50.0)	8
	HERLEV	44	(22.4)	152	(77.5)	196
	HØRSHOLM	43	(35.2)	79	(64.7)	122
	RINGSTED	76	(26.4)	211	(73.5)	287
	SVENDBORG	12	(32.4)	25	(67.5)	37
	ODENSE	23	(16.5)	116	(83.4)	139
	AABENRAA	17	(23.9)	54	(76.0)	71
	ESBJERG	17	(28.3)	43	(71.6)	60
	VEJLE	19	(18.8)	82	(81.1)	101
	MØLHOLM	3	(21.4)	11	(78.5)	14
	HOLSTEBRO	12	(41.3)	17	(58.6)	29
	HERNING	4	(12.5)	28	(87.5)	32
	ÅRHUS	33	(43.4)	43	(56.5)	76
	RANDERS	24	(34.2)	46	(65.7)	70
	MAMMAKLINIK	1	(50.0)	1	(50.0)	2
	VIBORG	33	(45.2)	40	(54.7)	73
	ÅLBORG	41	(51.2)	39	(48.7)	80
	HJØRRING	18	(34.6)	34	(65.3)	52

Antal patienter med Brystbevarende operation 2006		Indikator 6				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
T2	RIGSHOSPITALET	66	(71.7)	26	(28.2)	92
	HAMLET	5	(71.4)	2	(28.5)	7
	HERLEV	53	(53.0)	47	(47.0)	100
	HØRSBORG	51	(61.4)	32	(38.5)	83
	RINGSTED	103	(57.5)	76	(42.4)	179
	SVENDBORG	13	(72.2)	5	(27.7)	18
	ODENSE	35	(67.3)	17	(32.6)	52
	AABENRAA	33	(56.8)	25	(43.1)	58
	ESBJERG	20	(50.0)	20	(50.0)	40
	VEJLE	29	(37.6)	48	(62.3)	77
	MØLHOLM	8	(38.0)	13	(61.9)	21
	HOLSTEBRO	17	(62.9)	10	(37.0)	27
	HERNING	14	(42.4)	19	(57.5)	33
	ÅRHUS	33	(71.7)	13	(28.2)	46
	RANDERS	44	(61.1)	28	(38.8)	72
	VIBORG	29	(64.4)	16	(35.5)	45
	ÅLBORG	53	(85.4)	9	(14.5)	62
HJØRRING	35	(68.6)	16	(31.3)	51	
Alle		1152	(41.4)	1629	(58.5)	2781

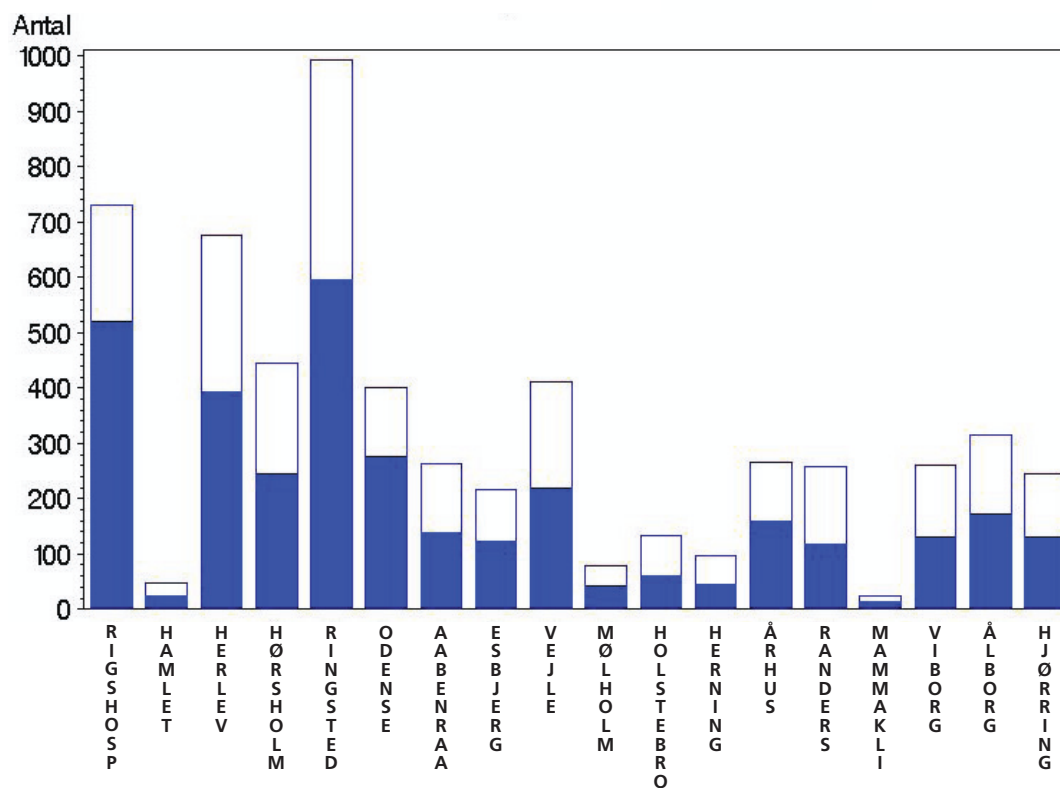
Indikator 6 per afdeling stratificeret på tumordiameter for 2007.

Antal patienter med Brystbevarende operation 2007		Indikator 6				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
Size						
T1	RIGSHOSPITALET	64	(25.4)	187	(74.5)	251
	HAMLET	4	(25.0)	12	(75.0)	16
	HERLEV	37	(18.7)	160	(81.2)	197
	HØRSHOLM	41	(33.3)	82	(66.6)	123
	RINGSTED	51	(16.5)	257	(83.4)	308
	ODENSE	36	(26.0)	102	(73.9)	138
	AABENRAA	6	(8.9)	61	(91.0)	67
	ESBJERG	16	(24.6)	49	(75.3)	65
	VEJLE	20	(17.0)	97	(82.9)	117
	MØLHOLM	4	(14.2)	24	(85.7)	28
	HOLSTEBRO	9	(29.0)	22	(70.9)	31
	HERNING	2	(16.6)	10	(83.3)	12
	ÅRHUS	28	(33.7)	55	(66.2)	83
	RANDERS	11	(23.4)	36	(76.5)	47
	MAMMAKLINIK	6	(54.5)	5	(45.4)	11
	VIBORG	16	(27.5)	42	(72.4)	58
	ÅLBORG	35	(37.6)	58	(62.3)	93
HJØRRING	16	(20.2)	63	(79.7)	79	

Antal patienter med Brystbevarende operation 2007		Indikator 6				Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	N
T2	RIGSHOSPITALET	66	(66.0)	34	(34.0)	100
	HAMLET	8	(57.1)	6	(42.8)	14
	HERLEV	76	(55.4)	61	(44.5)	137
	HØRSBOLM	59	(63.4)	34	(36.5)	93
	RINGSTED	94	(55.6)	75	(44.3)	169
	ODENSE	30	(71.4)	12	(28.5)	42
	AABENRAA	34	(59.6)	23	(40.3)	57
	ESBJERG	28	(66.6)	14	(33.3)	42
	VEJLE	31	(35.2)	57	(64.7)	88
	MØLHOLM	3	(20.0)	12	(80.0)	15
	HOLSTEBRO	18	(52.9)	16	(47.0)	34
	HERNING	7	(43.7)	9	(56.2)	16
	ÅRHUS	41	(77.3)	12	(22.6)	53
	RANDERS	18	(29.0)	44	(70.9)	62
	MAMMAKLINIK	4	(50.0)	4	(50.0)	8
	VIBORG	52	(73.2)	19	(26.7)	71
	ÅLBORG	46	(71.8)	18	(28.1)	64
HJØRRING	28	(57.1)	21	(42.8)	49	
Alle	1045	(36.8)	1793	(63.1)	2838	

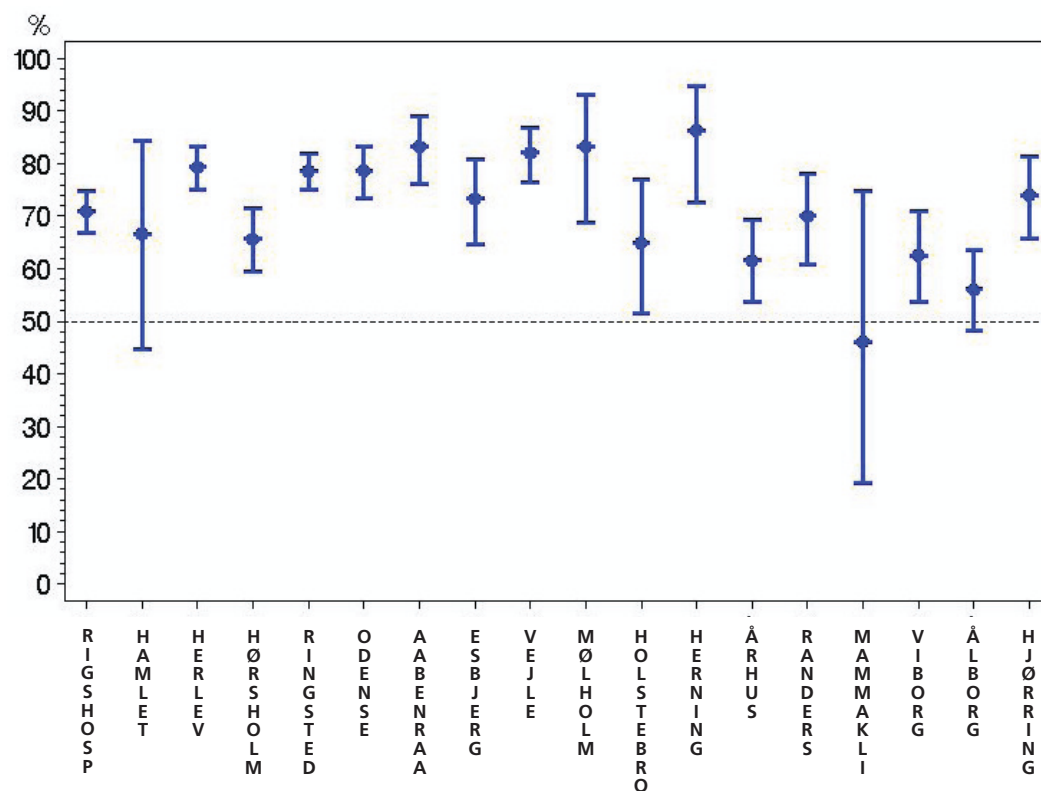
Tumordiameter 0-20 mm (T1)

Indikator 6-T1: Brystbevarende operation



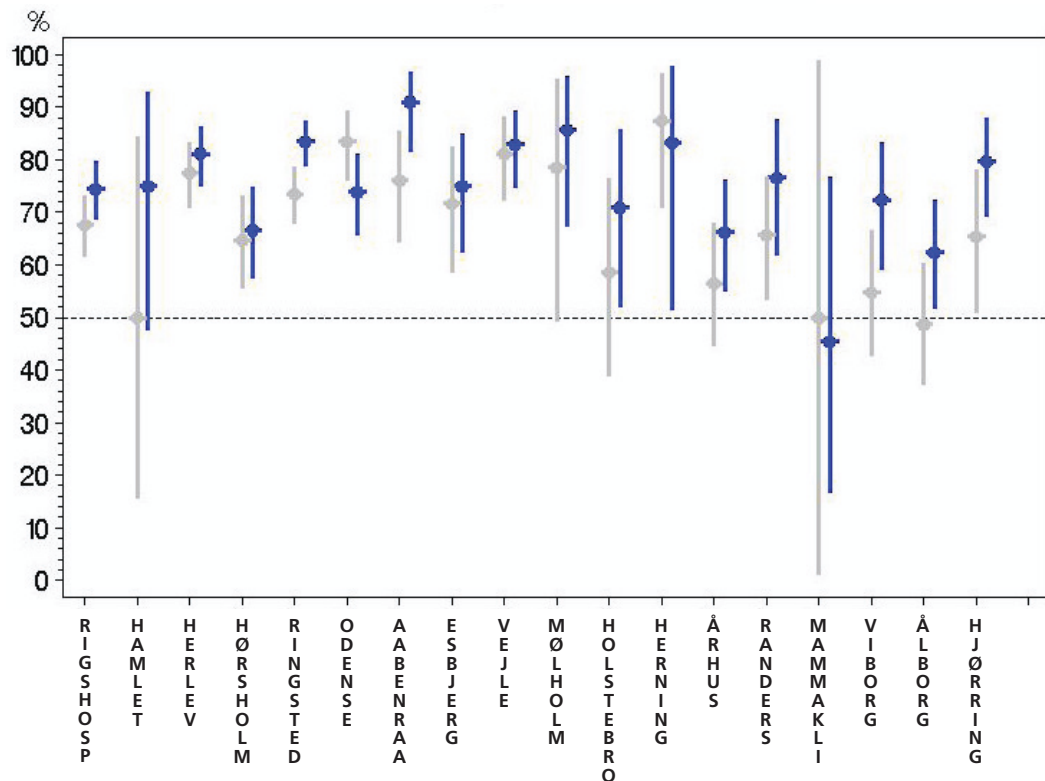
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 59 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 6-T1.

Indikator 6-T1: Brystbevarende operation



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2007. Referenceværdi: > 50 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Indikator 6-T1: Brystbevarende operation

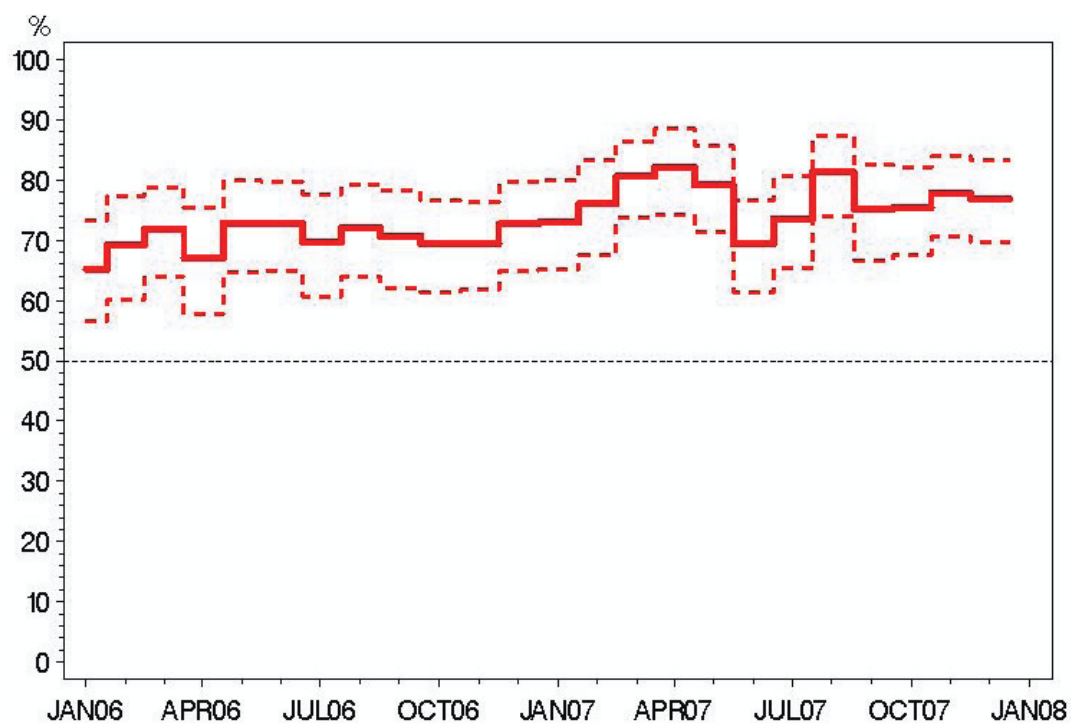


Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur). Referenceværdi: > 50 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Kommentar

Alle offentlige afdelinger ligger over referenceværdien på 50%. Der er to private kliniker, der tilsyneladende ligger lidt lavere, men for begge disse afdelingers vedkommende er tallene små, hvilket afspejles i de store sikkerhedsgrænser. På baggrund af resultaterne er der grund til at overveje, om ikke referenceværdien skal hæves for denne gruppe. Udviklingen i retning af, at flere og flere patienter behandles med brystbevarende operation er gået stærkt i de sidste år, og nu behandles over 70% af alle patienter på denne måde.

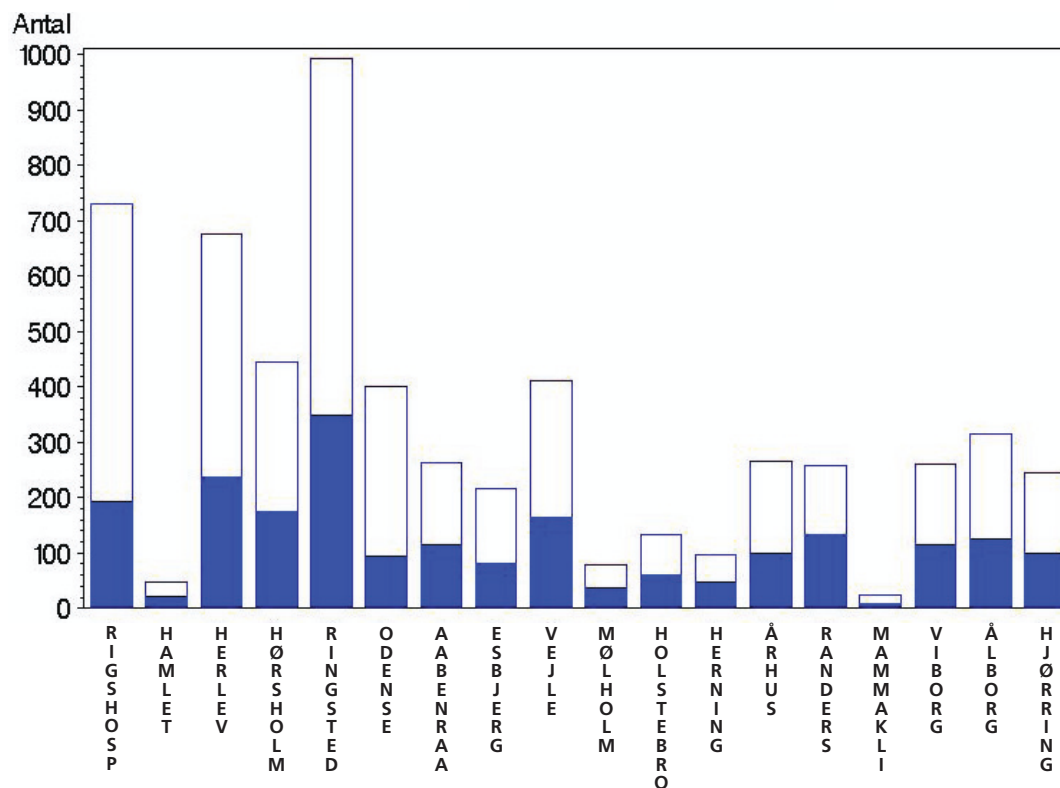
Indikator 6-T1: Brystbevarende operation. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2007.
Referenceværdi: > 50 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

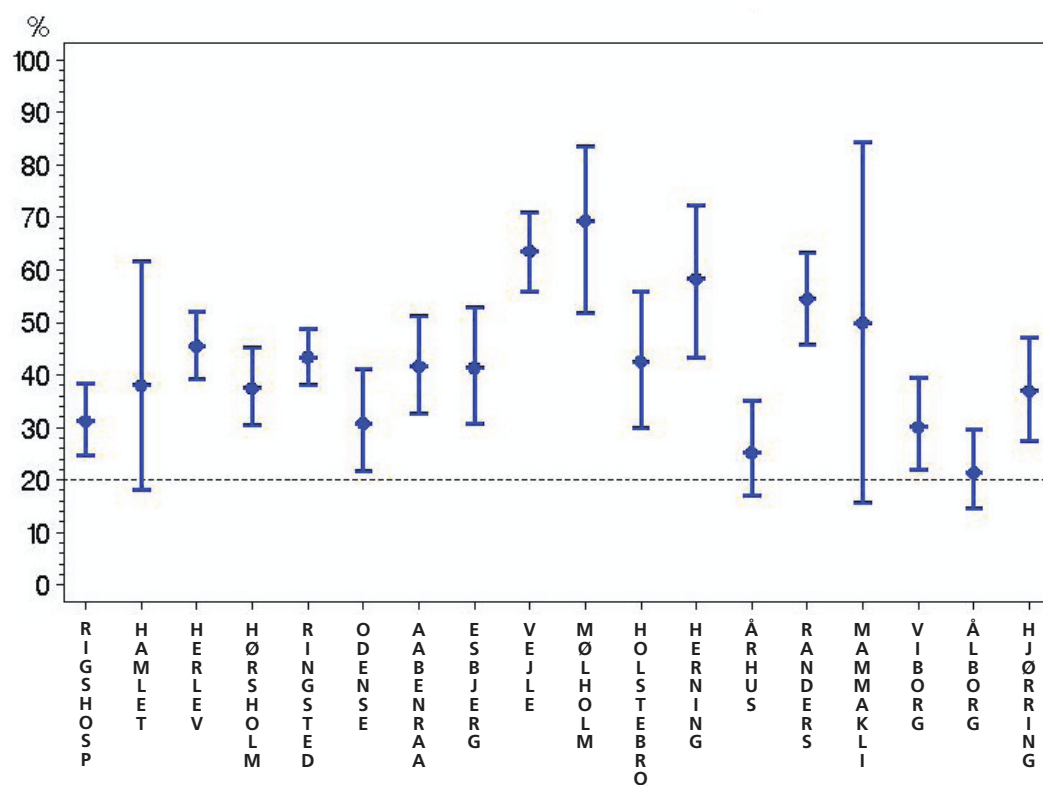
Tumordiameter 21-50 mm (T2)

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation.



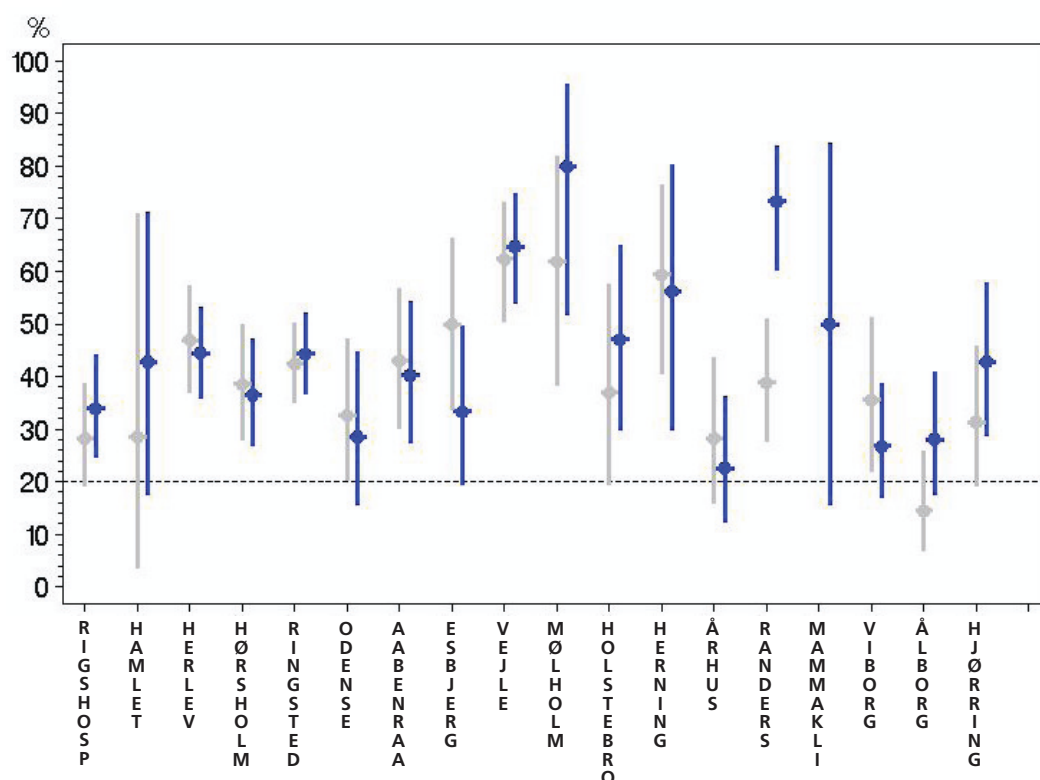
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 37 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 6-T2.

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation.



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2007. Referenceværdi: > 20 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation.



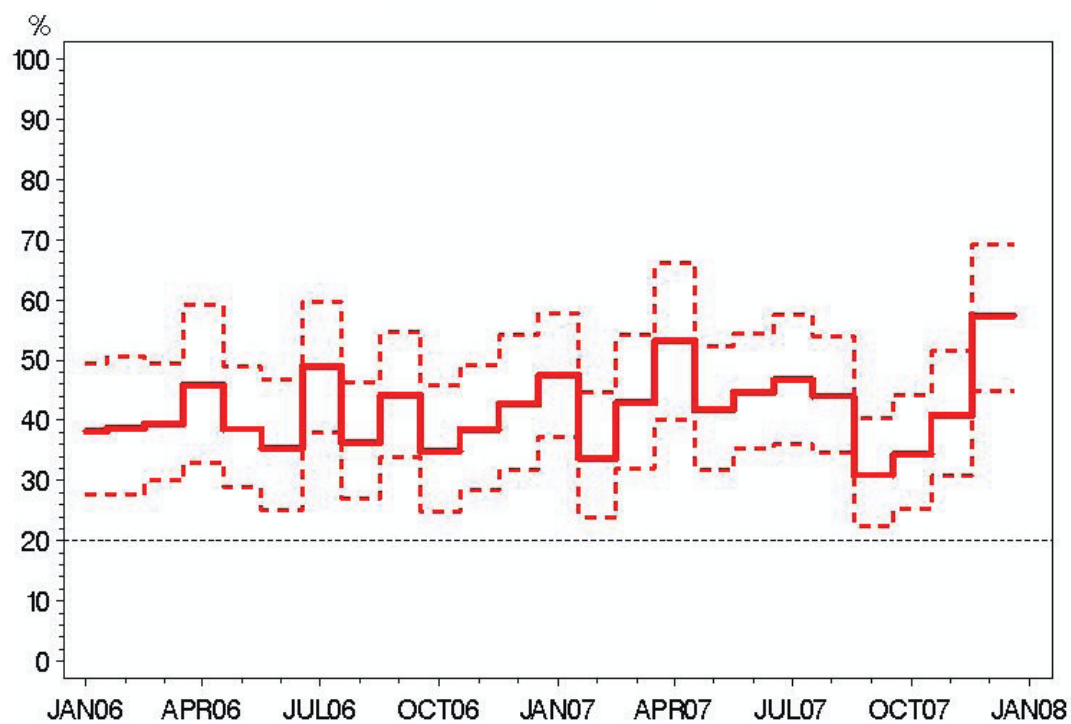
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur). Referenceværdi: > 20 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Kommentar

Den relativt store ensartethed, der præger billedet for T1-tumorerne, er ikke tilstede for de større T2-tumorer. Her viser tallene, at der er stor variation udover landet med hensyn til, hvordan patienter med tumorer over 2 cm behandles. Dette afspejler, at der er generelle forskelle i holdning i de enkelte afdelinger, og der er for én afdelings vedkommende tale om en signifikant øget andel af brystbevarende indgreb fra 2006 til 2007.

Det kan undre, at der er så store forskelle, og at man på enkelte afdelinger har kunnet udføre brystbevarende operation på mere end 60% af patienter med T2-tumorer, mens det kun er sket for mindre end 30% på andre afdelinger. DBCG har lagt en strategi, der på sigt skulle føre til at denne patientgruppe i større omfang får udført brystbevarende operation. Strategien omfatter indførelse af onkoplastisk kirurgi og neoadjuverende systemisk behandling, men på nuværende tidspunkt, er disse tiltag ikke ført ud i livet. Der må derfor søges andre forklaringer på de store forskelle, og der er grund til en nøjere granskning af tallene og analyse af, hvilke patientgrupper, der inddrages. Dette vil der umiddelbart blive taget fat på i DBCG, ligesom der løbende vil blive sat fokus på denne gruppes recidivmønster (herunder på Indikator 10).

Indikator 6-T2: Brystbevarende operation. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2007.
Referenceværdi: > 20 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register

Beskrivelse

Indberetning af brystkræftpatienter (koder C50, D05.0, D05.1) til DBCG register på mammaskema + patologiskema.

Beregningen af indikatoren foretages ved hjælp af en samkøring mellem DBCG databasen og Patologidatabanken (Patobank). Patientpopulationen bestemmes som patienter der er registreret i DBCG og/eller Patobank (foreningsmængden). Patienter i Patobank, der er tidligere patienter i DBCG, dvs. recidivpatienter er udeladt, ligesom ny brystkræft i modsat side er udeladt. Der kan være en tidsforskel, idet Patobank typisk registrerer første gang diagnosen stilles, mens DBCG registrerer operationsdatoen. Derfor er der medtaget et lidt længere tidsrum end 2006-2007.

Indikator 7: Komplethed af indberetningerne til DBCG undersøgt ved registersamkøring med Patobank.

Antal patienter i Patobank og/eller i DBCG	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
2005	.	.	169	(100.0)	169
2006	362	(8.7)	3786	(91.2)	4148
2007	438	(10.5)	3732	(89.4)	4170
2008	.	.	3	(100.0)	3
Alle	800	(9.4)	7690	(90.5)	8490

Der er i Patobank registreret henholdsvis 4113 og 4120 patienter i 2006 og 2007, og af dem er der 3751 og 3682 registreret i DBCG samme år, 172 patienter er registreret i DBCG i 2006 og 2007 men er kommet til Patobank i 2005 og 2008. Der er yderligere 85 patienter i DBCG (35 fra 2006 og 50 fra 2007), der ikke er i Patobank. I alt er der 800 patienter i Patobank, der ikke er i DBCG og 85 patienter, der er i DBCG, men ikke i Patobank. I tabellerne er benyttet oplysningerne fra Patobank mht. årstal for indberetning, alder og patologiafdeling. For de patienter, der kun er registreret i DBCG er det de tilsvarende værdier i DBCG databasen, der er anvendt.

Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG per aldersgrupper 2005-2008.

Antal patienter i Patobank/DBCG vs alder		Indikator 7				Alle N
		Ikke i DBCG		I DBCG		
		N	%	N	%	
2005	25-34 år	.	.	3	(100.0)	3
	35-44 år	.	.	15	(100.0)	15
	45-54 år	.	.	34	(100.0)	34
	55-64 år	.	.	43	(100.0)	43
	65-74 år	.	.	41	(100.0)	41
	75-84 år	.	.	19	(100.0)	19
	85 + år	.	.	14	(100.0)	14
2006	<=25 år	1	(50.0)	1	(50.0)	2
	25-34 år	3	(4.4)	65	(95.5)	68
	35-44 år	16	(5.2)	291	(94.7)	307
	45-54 år	47	(6.2)	707	(93.7)	754
	55-64 år	70	(5.9)	1110	(94.0)	1180
	65-74 år	95	(9.9)	858	(90.0)	953
	75-84 år	84	(12.9)	564	(87.0)	648
	85 + år	46	(19.4)	190	(80.5)	236
2007	<=25 år	.	.	3	(100.0)	3
	25-34 år	2	(3.3)	57	(96.6)	59
	35-44 år	19	(6.0)	297	(93.9)	316
	45-54 år	58	(7.3)	726	(92.6)	784
	55-64 år	91	(7.5)	1121	(92.4)	1212
	65-74 år	81	(8.9)	820	(91.0)	901
	75-84 år	108	(17.0)	527	(82.9)	635
	85 + år	79	(30.3)	181	(69.6)	260
2008	45-54 år	.	.	1	(100.0)	1
	55-64 år	.	.	1	(100.0)	1
	75-84 år	.	.	1	(100.0)	1
Alle		800	(9.4)	7690	(90.5)	8490

Indberetningerne afhænger af alder, idet der er flere der ikke bliver indberettet blandt de ældre patienter. Andelen for de 35-64 årige er ca. 6.5 % og stigende til 24 % for patienter ældre end 84 år.

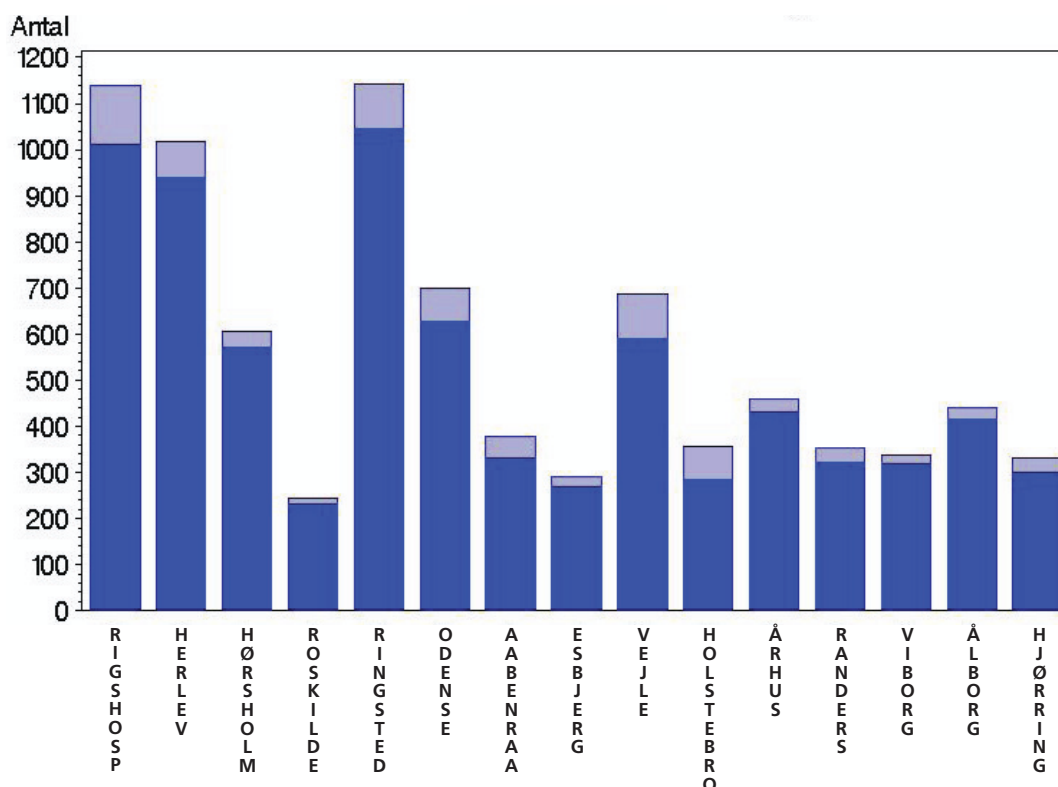
Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG per afdeling for 2006.

Antal patienter i Patobank/DBCG for de aktive afdelinger 2006	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	66	(12.2)	472	(87.7)	538
HERLEV	45	(9.2)	442	(90.7)	487
HØRSHOLM	13	(4.2)	290	(95.7)	303
ROSKILDE	8	(5.5)	135	(94.4)	143
RINGSTED	42	(7.4)	521	(92.5)	563
ODENSE	26	(7.2)	335	(92.7)	361
AABENRAA	27	(13.3)	175	(86.6)	202
ESBJERG	10	(7.0)	131	(92.9)	141
VEJLE	50	(15.4)	274	(84.5)	324
HOLSTEBRO	24	(13.1)	158	(86.8)	182
ÅRHUS	14	(6.9)	188	(93.0)	202
RANDERS	7	(3.8)	176	(96.1)	183
VIBORG	7	(4.4)	152	(95.5)	159
ÅLBORG	13	(6.3)	193	(93.6)	206
HJØRRING	10	(6.4)	144	(93.5)	154
Alle	362	(8.7)	3786	(91.2)	4148

Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG per afdeling for 2007.

Antal patienter i Patobank/DBCG for de aktive afdelinger 2007	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	64	(11.1)	510	(88.8)	574
HERLEV	34	(6.9)	456	(93.0)	490
HØRSHOLM	24	(8.0)	274	(91.9)	298
ROSKILDE	4	(4.2)	90	(95.7)	94
RINGSTED	53	(9.6)	498	(90.3)	551
ODENSE	45	(14.0)	276	(85.9)	321
AABENRAA	20	(11.5)	153	(88.4)	173
ESBJERG	14	(9.6)	131	(90.3)	145
VEJLE	47	(13.1)	310	(86.8)	357
HOLSTEBRO	47	(27.0)	127	(72.9)	174
ÅRHUS	16	(6.4)	231	(93.5)	247
RANDERS	24	(14.2)	144	(85.7)	168
VIBORG	11	(6.5)	157	(93.4)	168
ÅLBORG	14	(6.0)	218	(93.9)	232
HJØRRING	21	(11.7)	157	(88.2)	178
Alle	438	(10.5)	3732	(89.4)	4170

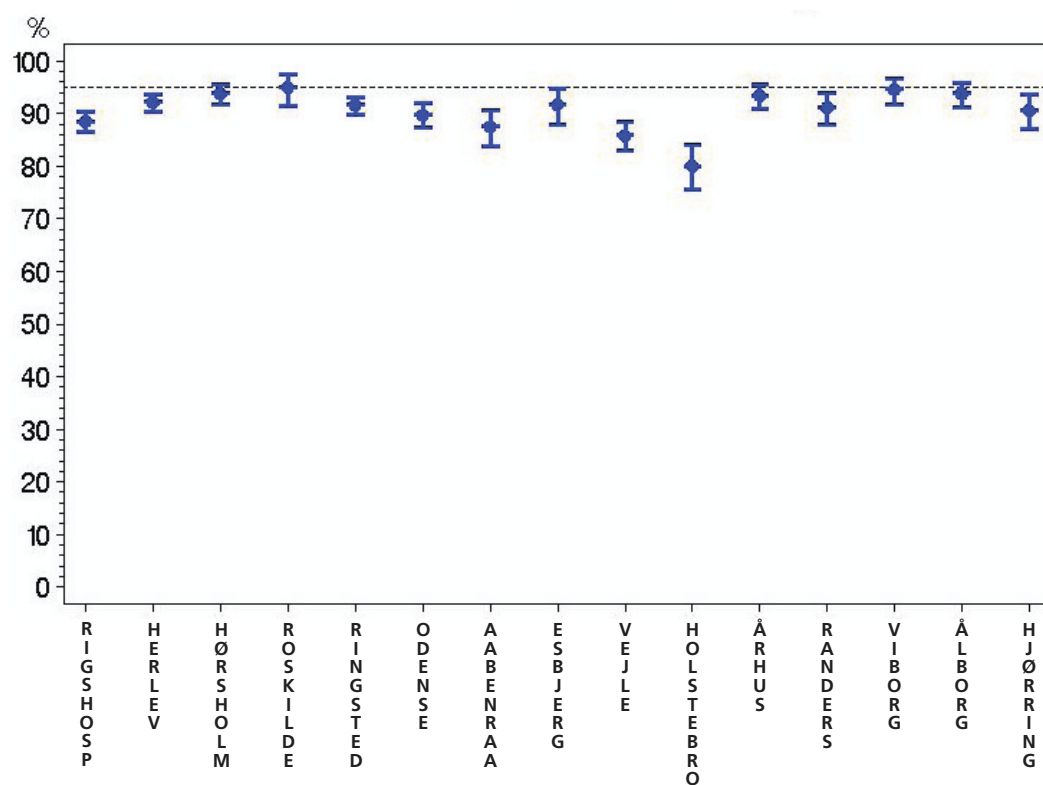
Indikator 7: Indberetning til DBCG register.



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

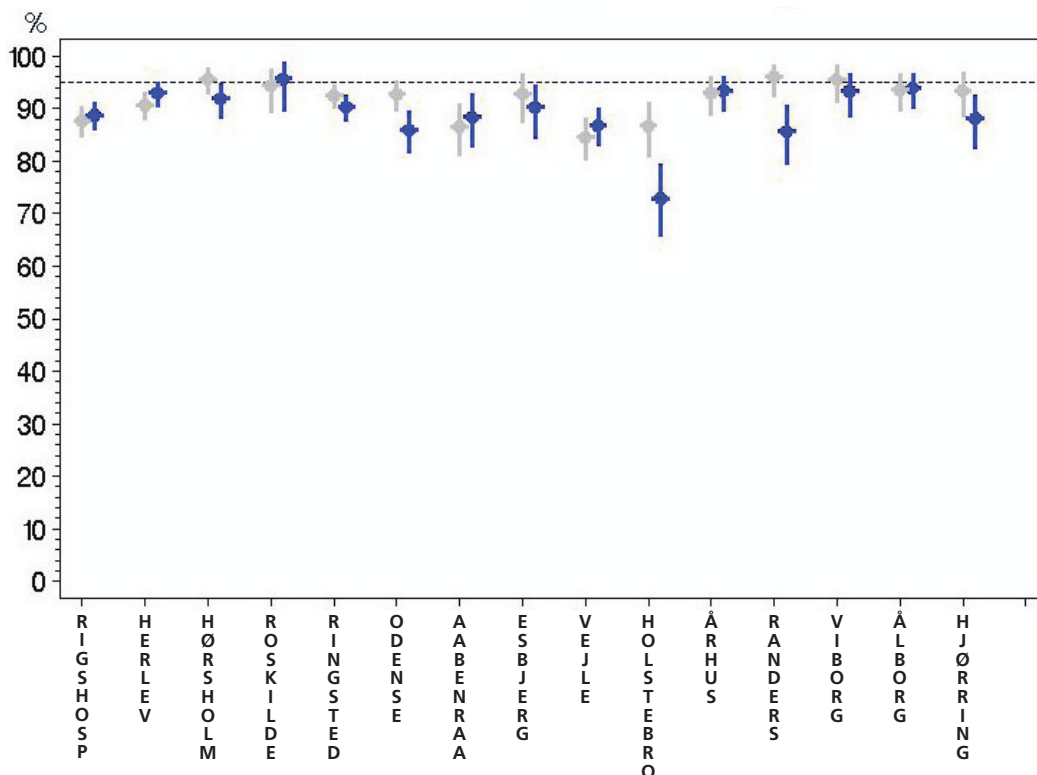
I de fleste tilfælde er det patologi-afdelingen og den kirurgiske afdeling fra samme sygehus, der behandler en patient, men det gælder ikke altid, end ikke således at afdelingerne ligger i samme område. Der er derfor ikke nogen entydig sammenhæng mellem hvilken patologi-afdeling, der indberetter til Patobank og hvilken kirurgisk afdeling, der indberetter til DBCG. For de 800 patienter, der mangler i DBCG, har vi på trods af dette foretaget det bedst mulige gæt på kirurgisk afdeling ud fra geografisk nærhed.

Indikator 7: Indberetning til DBCG register.



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

Indikator 7: Indberetning til DBCG register.

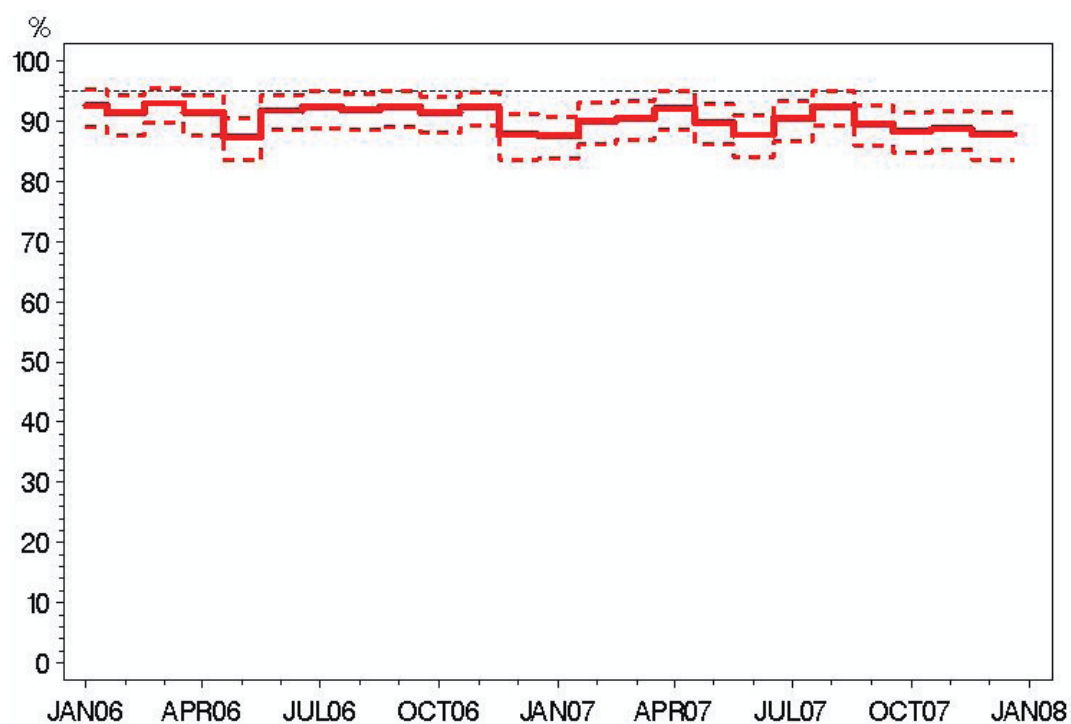


Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur).
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

Denne indikator afspejler hele det grundlag, som kvalitetsregistreringen hviler på. Kun ved en komplet registrering (svarende til referenceværdien på 95%), er det muligt at foretage meningsfulde og valide beregninger af alle indikatorerne. Det er derfor ikke acceptabelt, at der er så stor variation i tallene, som tilfældet er. Stort set alle afdelinger bør seriøst overveje, hvordan indberetningspraksis kan optimeres. Fra DBCG's side er der nu åbnet mulighed for, at indberetning af de kirurgiske data kan ske web-baseret, og i løbet af dette år, forventes det også at komme til at omfatte de patologiske data. Der er tiltro til, at dette vil fremme en rettidig og mere komplet indberetning af data, og på baggrund af de foreliggende resultater, tilskyndes der til, at arbejdet med at få dette fuldt ud etableres bliver prioriteret i DBCG.

Indikator 7: Indberetning til DBCG register. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2007. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Tidspunktet er bestemt som diagnosetidspunkt i Patobank for alle patienter med undtagelse af 85 patienter, som kun er fundet i DBCG's database. For disse er tidspunktet bestemt som operationstidspunktet. Bemærk at 169 patienter har diagnosetidspunkt i juni-december 2005 og 3 patienter har diagnosetidspunkt i januar 2008.

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

Beskrivelse

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

Ud fra de prognostiske parametre beregnes patientens risikogruppe samt den protokol, patienten bør allokeres til. For 167 patienter var oplysningerne utilstrækkelige til at bestemme risikogruppen, og for yderligere 72 kunne protokollen ikke bestemmes på grund af manglende oplysninger.

Fordeling af risikogrupper bestemt ved de prognostiske faktorer versus behandlingsregimer: A, B, C, D og ubestemt (=U). Behandlingsregime B,t og D,t inkluderer tillægsbehandling med trastuzumab.

Allokering vs risikogruppe		Risikogruppe						Alle
		Lav		Høj		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
2006	Protokol							
	A	433	(45.7)	58	(1.2)	.	.	491
	B	.	.	534	(11.0)	.	.	534
	C	.	.	1352	(28.0)	.	.	1352
	D	.	.	457	(9.4)	.	.	457
	U	.	.	.	.	112	(67.0)	112
2007	A	514	(54.2)	4	(0.0)	.	.	518
	B	.	.	714	(14.8)	.	.	714
	B,t	.	.	125	(2.5)	.	.	125
	C	.	.	973	(20.2)	.	.	973
	D	.	.	368	(7.6)	.	.	368
	D,t	.	.	156	(3.2)	.	.	156
	U	.	.	72	(1.4)	55	(32.9)	127
Alle		947	(100.0)	4813	(100.0)	167	(100.0)	5927

Nogle patienter er afforskellige årsager ikke egnet til behandling ifølge protokollerne og behandles derfor ”udenfor protokol”. For højrisiko-patienterne (protokol B, C og D) var det i 2006 12-15%, men efter de ændrede retningslinier i 2007 er det nu kun 2-4% der ikke kommer i det anbefalede behandlingsprogram. Protokol A er lig lavrisiko patientgruppen, som har færre udenfor protokol, idet der for denne gruppe ikke gives adjuverende behandling.

Fordeling af patienter der er uegnet (ej protokol) hhv. egnet (i protokol) til at indgå i behandlingsprogram versus behandlingsregimer: A, B, C, D og ubestemt (=U). Behandlingsregime B,t og D,t inkluderer tillægsbehandling med trastuzumab.

Allokering versus egnet eller ikke egnet for behandlingsprogram		Ej protokol		I protokol		Alle
		N	%	N	%	N
	Protokol					
2006	A	38	(7.7)	453	(92.2)	491
	B	65	(12.1)	469	(87.8)	534
	C	207	(15.3)	1145	(84.6)	1352
	D	54	(11.8)	403	(88.1)	457
	U	16	(14.2)	96	(85.7)	112
2007	A	7	(1.3)	511	(98.6)	518
	B	14	(1.9)	700	(98.0)	714
	B,t	.	.	125	(100.0)	125
	C	37	(3.8)	936	(96.1)	973
	D	11	(2.9)	357	(97.0)	368
	D,t	6	(3.8)	150	(96.1)	156
	U	6	(4.7)	121	(95.2)	127
Alle		461	(7.7)	5466	(92.2)	5927

Ved beregning af indikatoren udelades lavrisikogruppen, samt patienter der ikke er egnet til behandlingsprotokollerne. Indikatoren er opfyldt hvis patienten allokeres korrekt ifølge DBCG's retningslinier.

Allokeringen er bekræftet ved indberetning af flowsheet, der indsendes efter 3 måneder for patienter i kemoterapibehandling, og derefter hvert halve år til DBCG. Det store antal uoplyste svarer til manglende indberetninger af flowsheet. Der rykkes for manglende skemaer efter ca. 1/2-1 år, og der kan derfor gå 1/2-1 1/2 år inden skemaerne kommer ind til sekretariatet. Desværre har der på grund af personalemangel i DBGC siden juni 2007 været yderligere 3-4 måneders forsinkelse på selve indtastningen. Denne ventetid afspejles i at der er flere oplyste for 2006 (55%) end for 2007 (11%).

Selve indikatoren er beregnet på grundlag af resultatet for de patienter, for hvem der er oplysninger om behandling (31.4%).

Indikator 8: Allokering af højrisiko-patienter egnet til at indgå i behandlingsprogram bekræftet via indberetning af DBCG flowskema.

Allokering for højrisikogruppe i protokol per år	Indikator 8						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	353	(16.6)	812	(38.3)	951	(44.9)	2116
2007	155	(6.4)	102	(4.2)	2138	(89.2)	2395
Alle	508	(11.2)	914	(20.2)	3089	(68.4)	4511

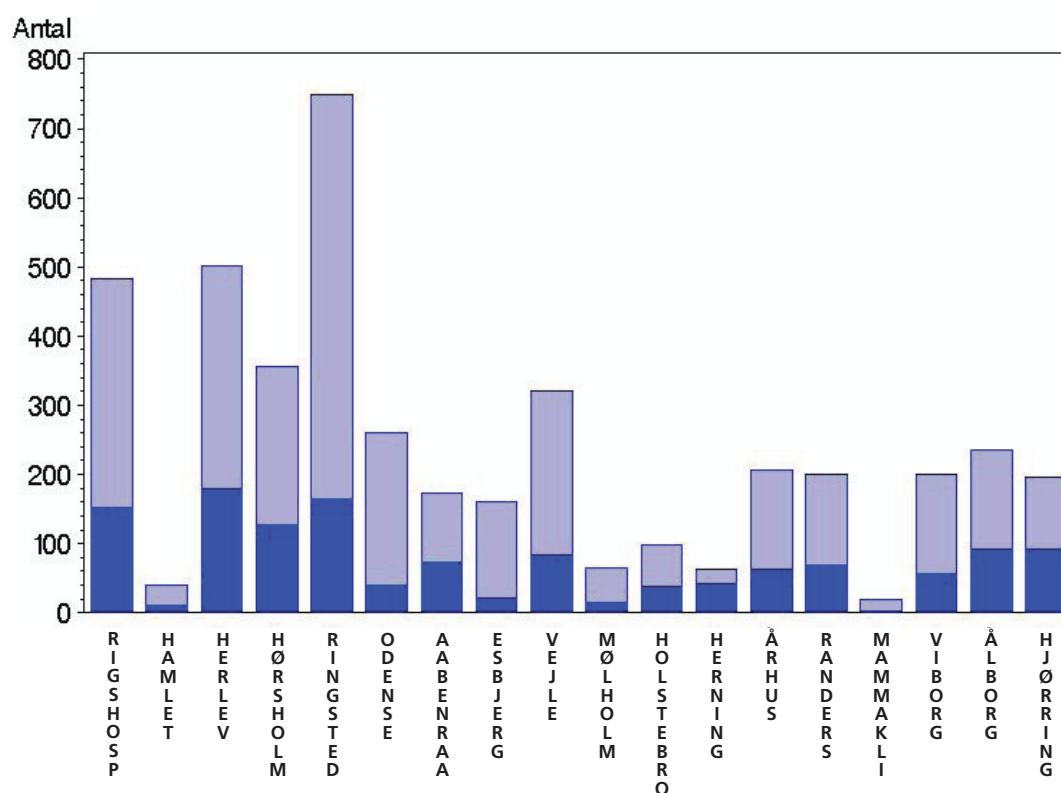
Indikator 8: Allokering af højrisiko-patienter egnet til at indgå i behandlingsprogram per afdeling for 2006.

Allokering for højrisikogruppe for de aktive afdelinger 2006	Indikator 8						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	64	(24.2)	97	(36.7)	103	(39.0)	264
HAMLET	1	(7.6)	8	(61.5)	4	(30.7)	13
HERLEV	30	(13.2)	119	(52.4)	78	(34.3)	227
HØRSHOLM	36	(21.0)	62	(36.2)	73	(42.6)	171
RINGSTED	47	(12.6)	106	(28.5)	218	(58.7)	371
ODENSE	21	(14.6)	24	(16.7)	98	(68.5)	143
AABENRAA	36	(39.1)	30	(32.6)	26	(28.2)	92
ESBJERG	11	(14.6)	14	(18.6)	50	(66.6)	75
VEJLE	41	(26.9)	33	(21.7)	78	(51.3)	152
MØLHOLM	2	(7.4)	10	(37.0)	15	(55.5)	27
HOLSTEBRO	10	(23.2)	20	(46.5)	13	(30.2)	43
HERNING	5	(12.1)	28	(68.2)	8	(19.5)	41
ÅRHUS	6	(6.3)	48	(51.0)	40	(42.5)	94
RANDERS	4	(3.6)	57	(51.8)	49	(44.5)	110
MAMMAKLINIK	1	(50.0)	1	(50.0)	.	.	2
VIBORG	18	(21.4)	35	(41.6)	31	(36.9)	84
ÅLBORG	8	(6.9)	62	(53.9)	45	(39.1)	115
HJØRRING	12	(13.0)	58	(63.0)	22	(23.9)	92
Alle	353	(16.6)	812	(38.3)	951	(44.9)	2116

Indikator 8: Allokering af højrisiko-patienter egnet til at indgå i behandlingsprogram per afdeling for 2007.

Allokering for højrisikogruppe for de aktive afdelinger 2007	Indikator 8						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	16	(5.9)	5	(1.8)	246	(92.1)	267
HAMLET	1	(3.8)	.	.	25	(96.1)	26
HERLEV	12	(4.1)	26	(8.9)	254	(86.9)	292
HØRSHOLM	26	(13.4)	9	(4.6)	159	(81.9)	194
RINGSTED	17	(4.2)	7	(1.7)	374	(93.9)	398
ODENSE	3	(2.2)	3	(2.2)	128	(95.5)	134
AABENRAA	10	(10.7)	6	(6.4)	77	(82.7)	93
ESBJERG	1	(1.0)	.	.	90	(98.9)	91
VEJLE	9	(5.0)	6	(3.3)	165	(91.6)	180
MØLHOLM	3	(7.6)	.	.	36	(92.3)	39
HOLSTEBRO	4	(6.7)	5	(8.4)	50	(84.7)	59
HERNING	7	(30.4)	4	(17.3)	12	(52.1)	23
ÅRHUS	8	(6.6)	2	(1.6)	110	(91.6)	120
RANDERS	6	(6.2)	3	(3.1)	87	(90.6)	96
MAMMAKLINIK	1	(5.5)	1	(5.5)	16	(88.8)	18
VIBORG	4	(3.2)	4	(3.2)	115	(93.4)	123
ÅLBORG	13	(10.0)	11	(8.4)	106	(81.5)	130
HJØRRING	14	(12.5)	10	(8.9)	88	(78.5)	112
Alle	155	(6.4)	102	(4.2)	2138	(89.2)	2395

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling.



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). 32 % af højrisiko-patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 8.

Indikator 8: Allokering af højrisiko-patienter egnet til at indgå i behandlingsprogram per aldersgruppe.

Allokering for højrisikogruppe i protokol vs. alder		Indikator 8						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	alder							
2006	<=34 år	4	(8.8)	16	(35.5)	25	(55.5)	45
	35-59 år	184	(17.4)	389	(36.8)	482	(45.6)	1055
	60-69 år	116	(15.4)	306	(40.8)	327	(43.6)	749
	70-75 år	49	(18.3)	101	(37.8)	117	(43.8)	267
2007	<=34 år	6	(12.0)	1	(2.0)	43	(86.0)	50
	35-59 år	114	(9.5)	30	(2.5)	1046	(87.8)	1190
	60-69 år	28	(3.4)	51	(6.2)	742	(90.3)	821
	70-75 år	7	(2.0)	20	(5.9)	307	(91.9)	334
Alle		508	(11.2)	914	(20.2)	3089	(68.4)	4511

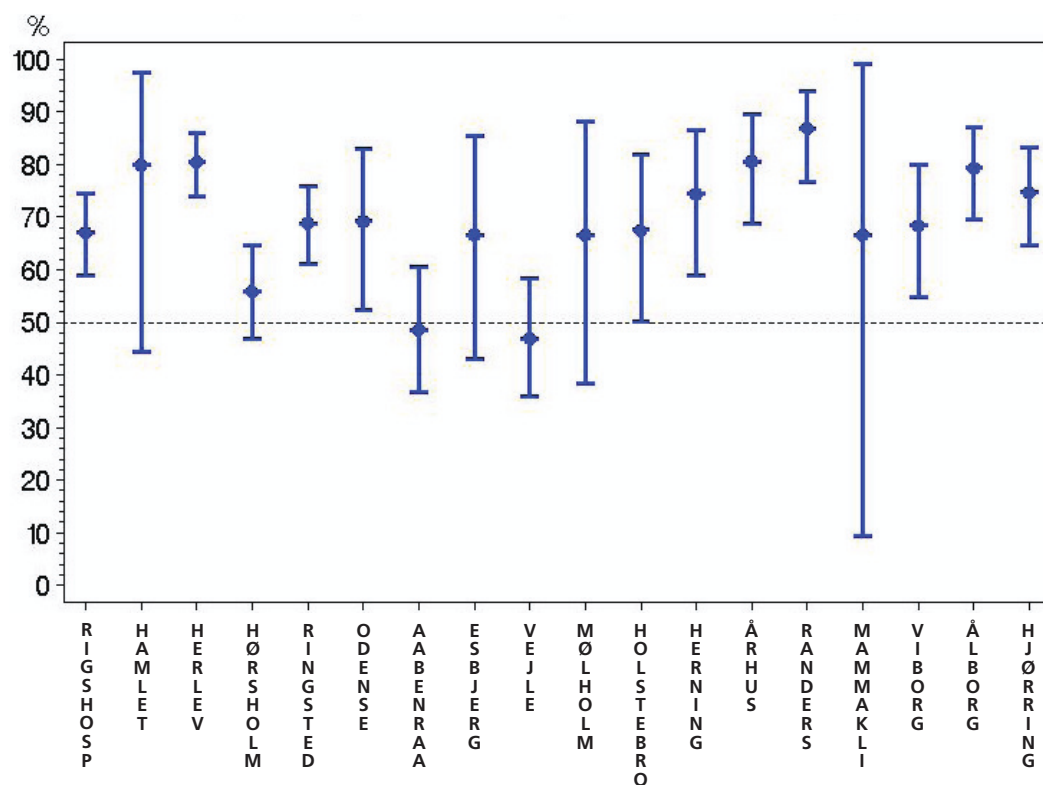
Det ses af tallene for 2006 at korrekt allokering er uafhængig af alder for patienter mellem 35 og 75 år, men lavere for patienter ≤ 34 år.

Indikator 8: Allokering af højrisko-patienter egnet til at indgå i behandlingsprogram per behandlingsregime: A, B, C, D og ubestemt (=U).

Allokering for højriskogruppe i protokol vs. protokol		Indikator 8						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Protokol							
2006	A	24	(54.5)	.	.	20	(45.4)	44
	B	93	(20.3)	168	(36.8)	195	(42.7)	456
	C	85	(7.5)	523	(46.3)	521	(46.1)	1129
	D	77	(19.6)	121	(30.9)	193	(49.3)	391
	U	74	(77.0)	.	.	22	(22.9)	96
2007	A	.	.	.	.	4	(100.0)	4
	B	74	(10.5)	12	(1.7)	614	(87.7)	700
	B,t	2	(1.6)	10	(8.0)	113	(90.4)	125
	C	15	(1.6)	58	(6.1)	863	(92.2)	936
	D	46	(12.8)	13	(3.6)	300	(83.5)	359
	D,t	2	(1.3)	9	(6.0)	139	(92.6)	150
	U	16	(13.2)	.	.	105	(86.7)	121
Alle		508	(11.2)	914	(20.2)	3089	(68.4)	4511

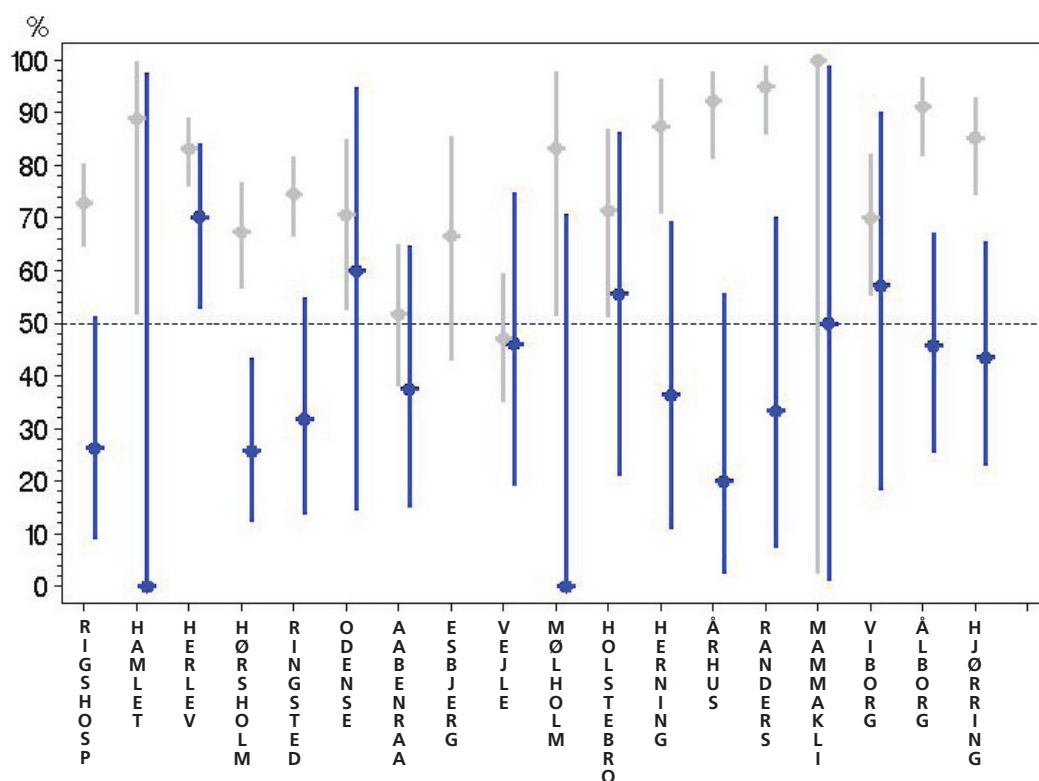
Allokeringen i 2006 er bedre opfyldt for behandlingsprogram C: endokrin behandling end for behandlingsprogram B og D, der er kemoterapi-behandlinger.

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling.



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2007. Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi).

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling.



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006 (grå signatur) og 2007 (blå signatur). Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi).

Kommentar

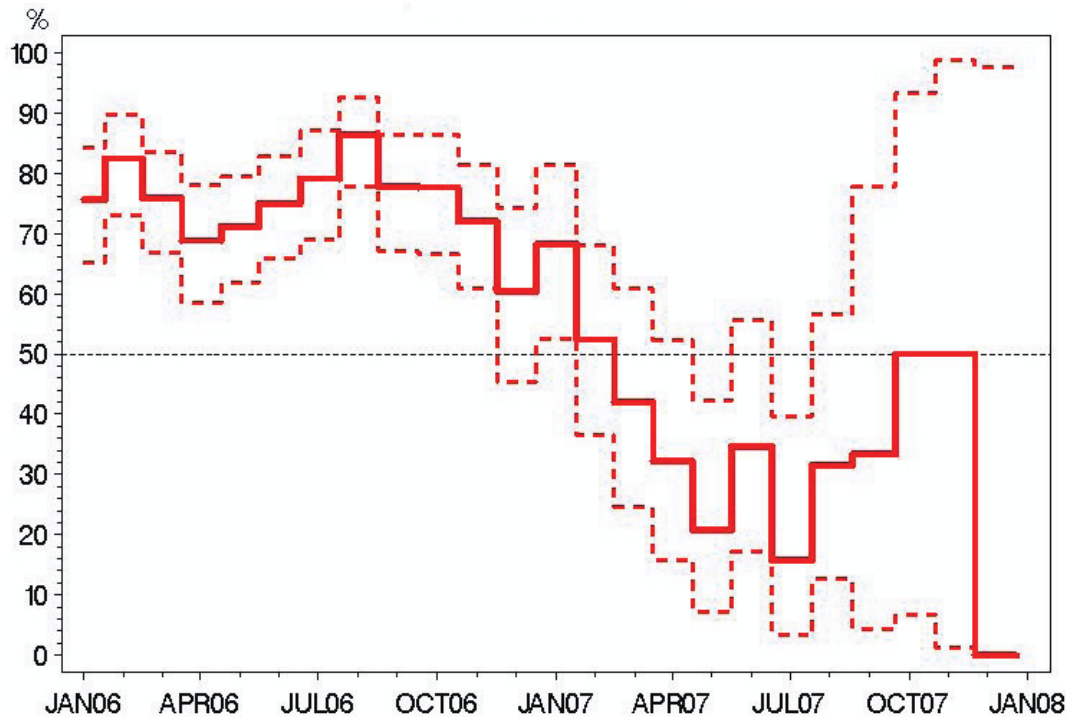
Den foreliggende opgørelse er helt utilstrækkelig til at vurdere forholdene vedr. Indikator 8 i 2007, og resultatet for 2006 må også tages med et vist forbehold. Dette beror på, at de foreliggende data endnu ikke er indberettet eller at indberettede data ikke i tilstrækkeligt omfang er tastet ind i databasen.

Ser man isoleret på tallene for 2006, hvor der er tilgængelige data på 55% af de relevante patienter, så fik 70% af patienterne den adjuverende medicinske behandling svarende til den protokol, der jf. DBCG's retningslinier anbefales. Dette resultat kan ikke sættes i forhold til nogen evidensbaseret referenceværdi, men som for Indikator 4 blev det anbefalet i Indikatorrapporten, at denne indikator løbende følges for senere at fastlægge et referenceniveau. Det foreliggende resultat må dog umiddelbart betragtes som tilfredsstillende. En ikke ubetydelig andel af denne patientgruppe vil have komorbiditet, der har indflydelse på valget af adjuverende terapi, hvilket reducerer andelen, der opfylder indikatoren. Ligeledes spiller patientpræferencer ind. Nogle patienter fravælger de tilbudte behandlingsregimer. Desværre har vi ikke adgang til data, der kan belyse i hvor stort omfang disse forhold har betydning for opgørelsen af denne indikator.

Grundet de mange uoplyste tilfælde er det vanskeligt at gå ned og se på tallene på afdelingsniveau, men det umiddelbare indtryk er, at der er stor variation

afdelingerne imellem, og der er behov for en nøjere granskning og analyse af disse data både lokalt og i DBCG. Specielt må det overvejes hvordan data kan gøres mere tidstro. Der er dog ikke tvivl om, at der i fremtidige opgørelser bør tages højde for "latenstiden" og basere indikatoren på patienter, der er primært behandlet i tidsperioder, der ligger mere end et år forud for opgørelsen.

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling. Alle sygehuse.



Månedsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2006-2007.
Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi).

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram

Beskrivelse

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

Til denne indikator er der medtaget patienter, der er opereret fra 1998 til 2007, idet det handler om 10 års follow-up. Der er i alt 23411 patienter. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisikopatienter.

Definitionen på at en patient har gennemført kontrolprogrammet er at der er regelmæssige kontrolbesøg indtil et event opstår (recidiv, anden malign sygdom eller død som første event) eller indtil patienten afslutter 10 års kontrol uden event. Hvis der er gået mere end 1 år og 3 måneder siden sidste kontrolbesøg og patienten burde være under kontrol, eller hvis patienten dør, og hun inden da ikke er set i mere 1 år og 3 måneder, regnes det ikke som et fuldført kontrolforløb. Hvis patienten aldrig har fået registreret et flowskema, og der er gået mere end 1/2 år efter operation, regnes det heller ikke som et fuldført kontrolforløb. Hvis patienten dør indenfor 1/2 år efter operationen kan indikatoren ikke bestemmes. Hvis patienten er opereret for mindre end 1/2 år siden, kan indikatoren heller ikke bestemmes, og det betyder at næsten halvdelen af 2007 falder ud af bedømmelsen.

Desværre er DBCG sekretariatet pga. af personalemangel siden juni 2007 ca. 3-4 måneder forsinket med at taste flowskemaer, så den del af de manglende flow kan skyldes dette og skal derfor ikke lægges afdelingerne til last.

De viste figurer inkluderer patienter opereret fra 1998 til 2006.

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus behandlingsprogram.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Højrisikogruppe				Alle
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
B pre/ <60	1533	(36.4)	2676	(63.5)	4209
C ≥60, R+/?	3236	(35.0)	5997	(64.9)	9233
D post/ ≥60	1587	(37.7)	2612	(62.2)	4199
Alle	6356	(36.0)	11285	(63.9)	17641

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Lavrisikogruppe				Alle
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
A lavrisiko	1746	(30.2)	4027	(69.7)	5773
Alle	1746	(30.2)	4027	(69.7)	5773

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

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus aldersgruppe.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Højrisikogruppe				Alle
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
<=34 år	162	(38.4)	259	(61.5)	421
35-59 år	3603	(35.6)	6499	(64.3)	10102
60-69 år	1931	(35.7)	3469	(64.2)	5400
70-75 år	660	(38.4)	1058	(61.5)	1718
Alle	6356	(36.0)	11285	(63.9)	17641

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus aldersgruppe.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Lavrisikogruppe				Alle
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
<=34 år	5	(45.4)	6	(54.5)	11
35-59 år	809	(28.6)	2011	(71.3)	2820
60-69 år	546	(28.5)	1365	(71.4)	1911
70-75 år	386	(37.4)	645	(62.5)	1031
Alle	1746	(30.2)	4027	(69.7)	5773

Indikator 9: Patienter opereret 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår for højrisiko- og lavrisikopatienter.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Højrisikogruppe				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
1998	410	(37.1)	695	(62.8)	1105
1999	565	(37.4)	942	(62.5)	1507
2000	607	(35.5)	1100	(64.4)	1707
2001	624	(32.5)	1292	(67.4)	1916
2002	497	(23.0)	1660	(76.9)	2157
2003	508	(24.8)	1537	(75.1)	2045
2004	521	(26.3)	1456	(73.6)	1977
2005	700	(34.7)	1315	(65.2)	2015
2006	981	(48.3)	1048	(51.6)	2029
2007	943	(79.7)	240	(20.2)	1183
Alle	6356	(36.0)	11285	(63.9)	17641

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Lavrisikogruppe				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
1998	421	(40.5)	617	(59.4)	1038
1999	327	(42.2)	447	(57.7)	774
2000	224	(38.0)	364	(61.9)	588
2001	159	(29.8)	373	(70.1)	532
2002	111	(22.2)	387	(77.7)	498
2003	93	(17.4)	441	(82.5)	534
2004	87	(17.2)	416	(82.7)	503
2005	66	(14.0)	403	(85.9)	469
2006	103	(19.2)	433	(80.7)	536
2007	155	(51.4)	146	(48.5)	301
Alle	1746	(30.2)	4027	(69.7)	5773

Indikator 9: Højrisiko-patienter 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aktiv afdeling	Højrisikogruppe				Alle N
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	602	(33.5)	1191	(66.4)	1793
HAMLET	44	(54.3)	37	(45.6)	81
HERLEV	603	(36.7)	1039	(63.2)	1642
HØRSHOLM	455	(27.7)	1184	(72.2)	1639
RINGSTED	691	(45.4)	830	(54.5)	1521
ODENSE	645	(53.0)	571	(46.9)	1216
AABENRAA	140	(22.4)	485	(77.6)	625
ESBJERG	293	(47.6)	322	(52.3)	615
VEJLE	341	(32.2)	716	(67.7)	1057
MØLHOLM	75	(42.6)	101	(57.3)	176
HOLSTEBRO	73	(20.8)	277	(79.1)	350
HERNING	55	(13.6)	349	(86.3)	404
ÅRHUS	312	(33.6)	614	(66.3)	926
RANDERS	229	(29.8)	539	(70.1)	768
MAMMAKLINIK	4	(57.1)	3	(42.8)	7
VIBORG	124	(29.1)	301	(70.8)	425
ÅLBORG	253	(31.0)	562	(68.9)	815
HJØRRING	181	(26.0)	514	(73.9)	695
Alle	5120	(34.7)	9635	(65.2)	14755

Indikator 9: Lavrisiko-patienter 1998-2007 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Lavrisikogruppe				Alle N
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	174	(18.9)	742	(81.0)	916
HAMLET	24	(68.5)	11	(31.4)	35
GENTOFTE	110	(100.0)	.	.	110
GLOSTRUP	120	(100.0)	.	.	120
ERICHSEN	2	(100.0)	.	.	2
HERLEV	291	(56.1)	227	(43.8)	518
HØRSHOLM	65	(14.2)	390	(85.7)	455
FREDERIKSSUND	.	.	2	(100.0)	2
ROSKILDE	74	(38.9)	116	(61.0)	190
KØGE	16	(94.1)	1	(5.8)	17
HOLBÆK	3	(12.5)	21	(87.5)	24
SLAGELSE	4	(23.5)	13	(76.4)	17
RINGSTED	58	(16.5)	293	(83.4)	351
NÆSTVED	43	(50.0)	43	(50.0)	86
NYKØBING F	61	(65.5)	32	(34.4)	93
NAKSKOV	7	(58.3)	5	(41.6)	12
STEGE	3	(75.0)	1	(25.0)	4
RØNNE	6	(16.2)	31	(83.7)	37
SVENDBORG	23	(22.5)	79	(77.4)	102
ODENSE	152	(28.0)	389	(71.9)	541
MIDDELFART	2	(100.0)	.	.	2
SØNDERBORG	16	(18.6)	70	(81.3)	86
HADERSLEV	11	(18.9)	47	(81.0)	58
TØNDER	8	(50.0)	8	(50.0)	16
AABENRAA	32	(15.3)	176	(84.6)	208

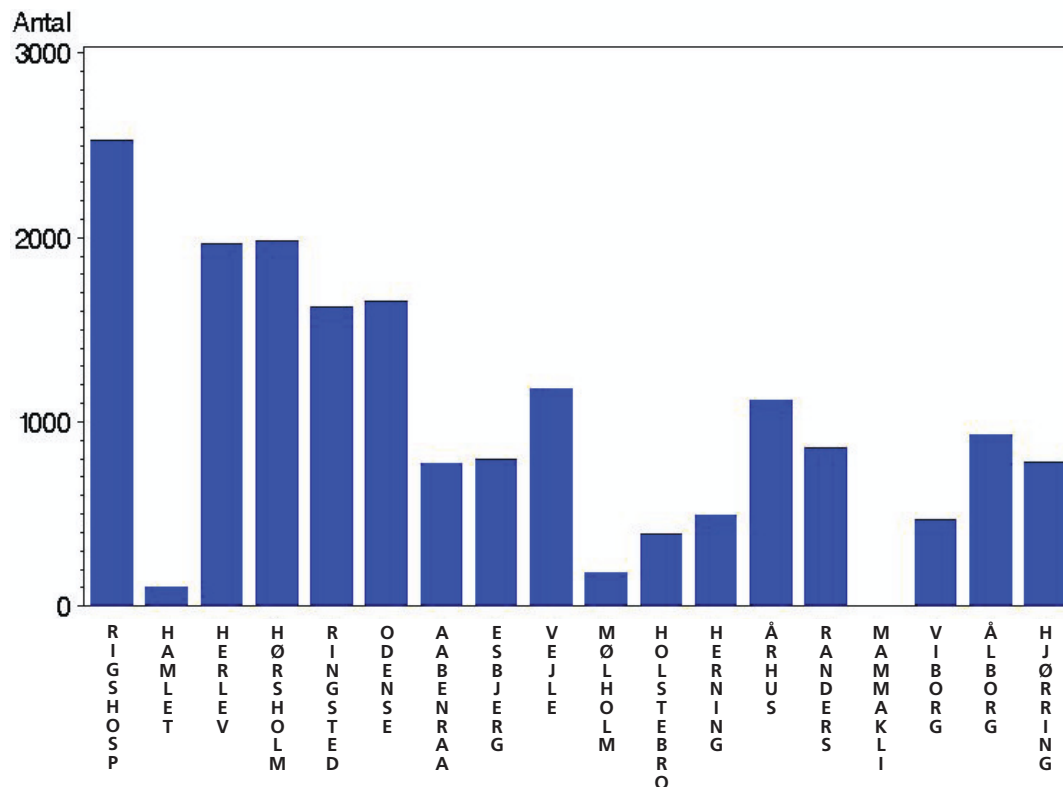
(tabel fortsættes)

(tabel fortsat)

Gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Lavrisikogruppe				Alle
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
ESBJERG	50	(21.6)	181	(78.3)	231
GRINDSTED	2	(8.0)	23	(92.0)	25
FREDERICIA	8	(29.6)	19	(70.3)	27
HORSENS	17	(33.3)	34	(66.6)	51
KOLDING	10	(22.7)	34	(77.2)	44
VEJLE	70	(30.7)	158	(69.2)	228
MØLHOLM	8	(30.7)	18	(69.2)	26
HOLSTEBRO	13	(18.3)	58	(81.6)	71
HERNING	16	(15.0)	90	(84.9)	106
TARM	.	.	1	(100.0)	1
SILKEBORG	3	(16.6)	15	(83.3)	18
ÅRHUS	65	(25.4)	190	(74.5)	255
RANDERS	39	(26.8)	106	(73.1)	145
ODDER	2	(22.2)	7	(77.7)	9
GRENÅ	1	(33.3)	2	(66.6)	3
MAMMAKLINIK	1	(50.0)	1	(50.0)	2
VIBORG	23	(20.7)	88	(79.2)	111
SKIVE	6	(19.3)	25	(80.6)	31
THISTED	7	(25.9)	20	(74.0)	27
NYKØBING M	1	(50.0)	1	(50.0)	2
KJELLERUP	.	.	2	(100.0)	2
ÅLBORG	69	(35.0)	128	(64.9)	197
HJØRRING	30	(18.9)	128	(81.0)	158
HOBRO	.	.	1	(100.0)	1
Alle	1746	(30.2)	4027	(69.7)	5773

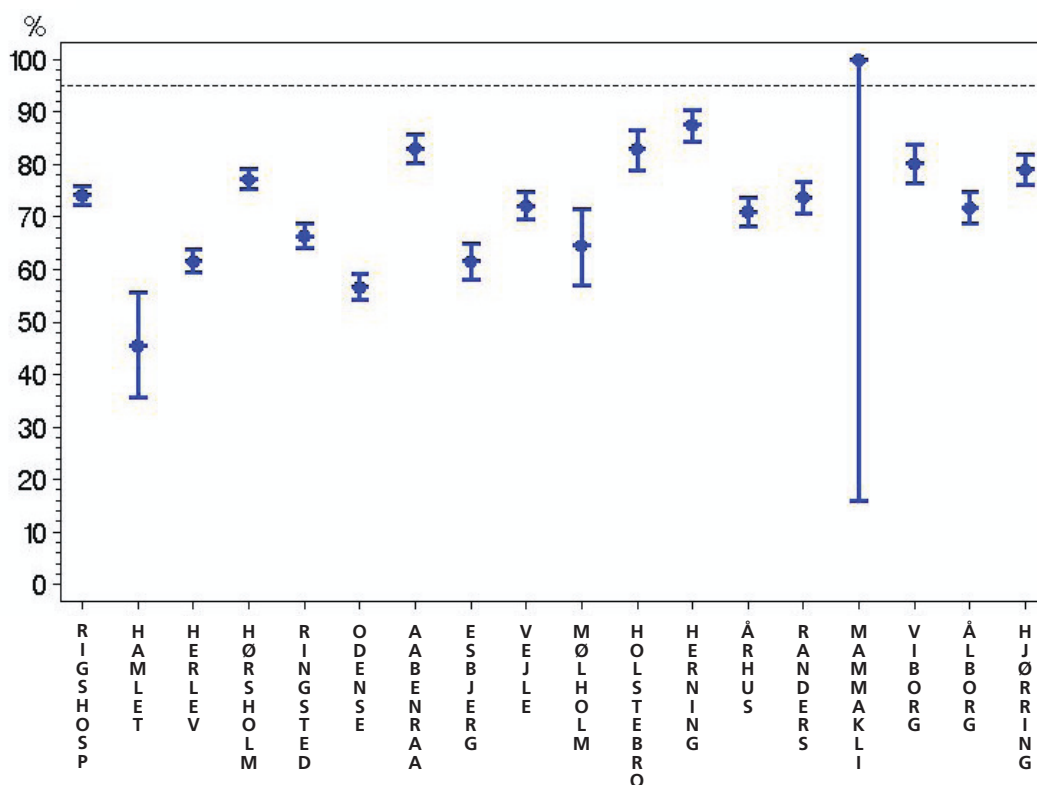
Alle patienter

Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram



Antal patienter per afdeling i perioden 1998-2006: indikator bestemt (blå signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. Alle patienter er medtaget i denne indikatorberegning.

Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram

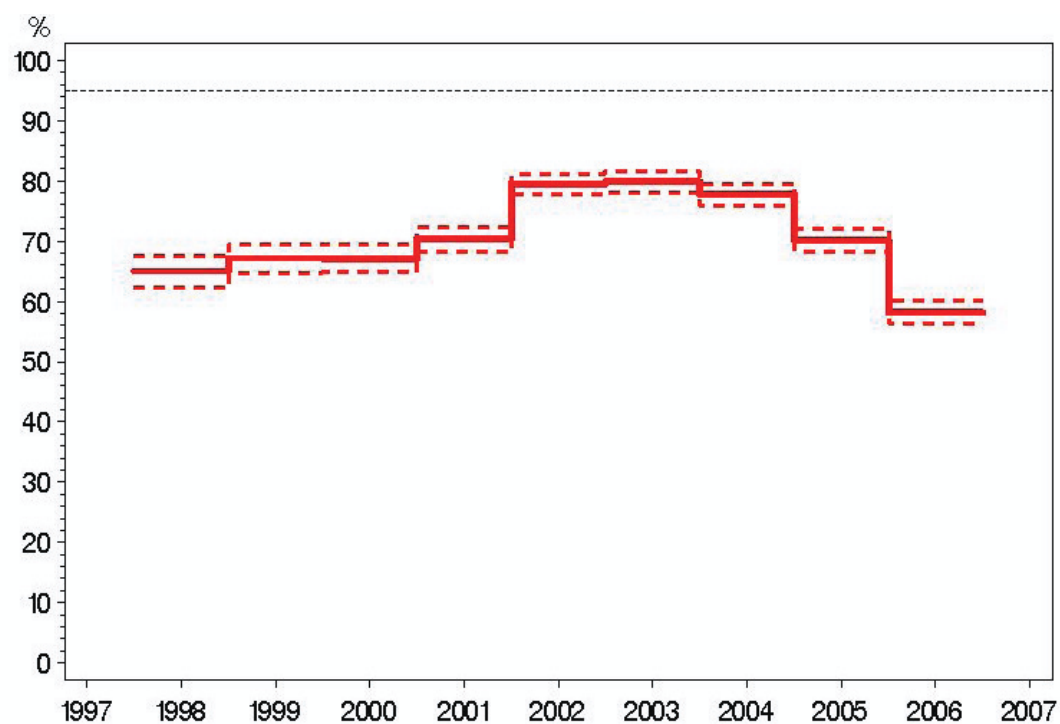


Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1998-2006. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Kommentar

Som tilfældet er med indberetning, er det af afgørende betydning for monitorering af resultaterne af behandlingen, at patienterne følges i et kontrolprogram og at der løbende foretages indberetning af data. Samlet set er det kun 68% af patienterne opereret i perioden 1998-2006, der følges op svarende til rekommandationerne fra DBCG, og det er langt fra den referenceværdi på 95%, der blev lanceret med Indikatorrapporten, og resultatet må derfor anses for utilfredsstillende. Der er behov for en markant forbedring i de kommende år, hvis kvaliteten af behandlingen skal monitoreres via kvalitetsdatabasen. I den forbindelse der bør gøres en indsats i de enkelte centre for at forbedre indberetningspraksis og sikre, at den rekommanderede follow-up gennemføres. Samtidig hermed bør arbejdet i DBCG med at lægge om til web-baseret indberetning fremmes. Endelig bør resultatet føre til overvejelser om kontrolforløbene kan gøres mindre omfattende og mere strømlinede, uden at det går ud over den samlede kvalitet af opfølgningen.

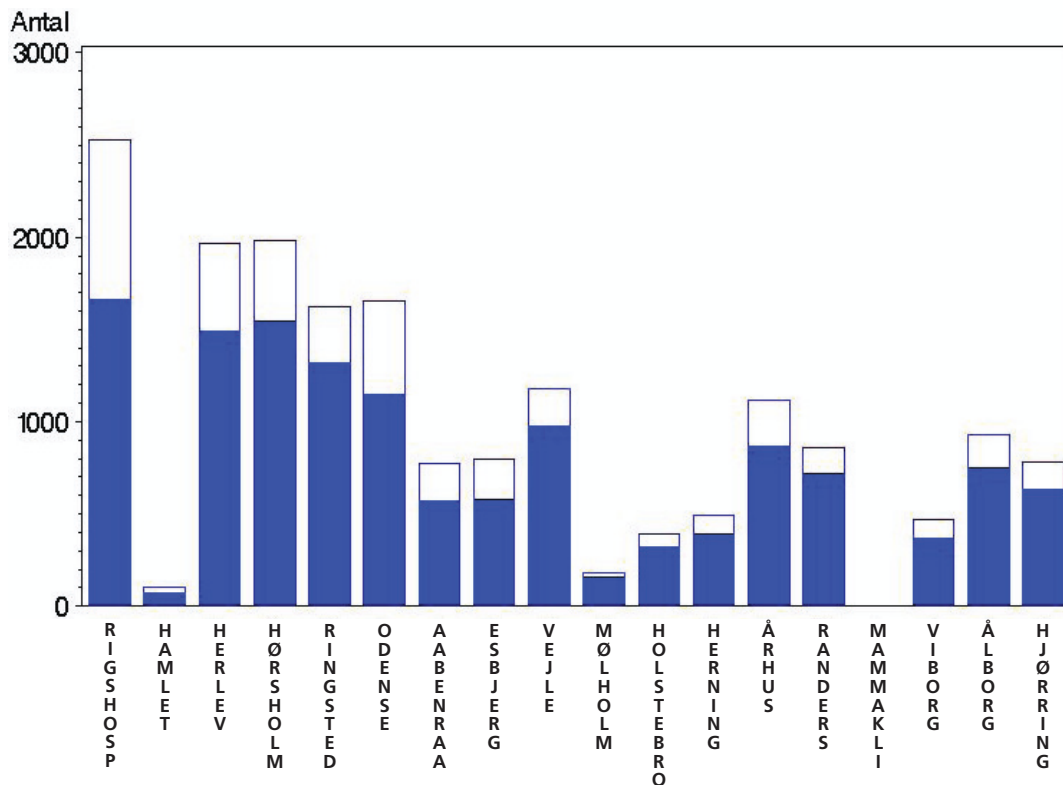
Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram. Alle sygehuse.



Årgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 1998-2006.
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

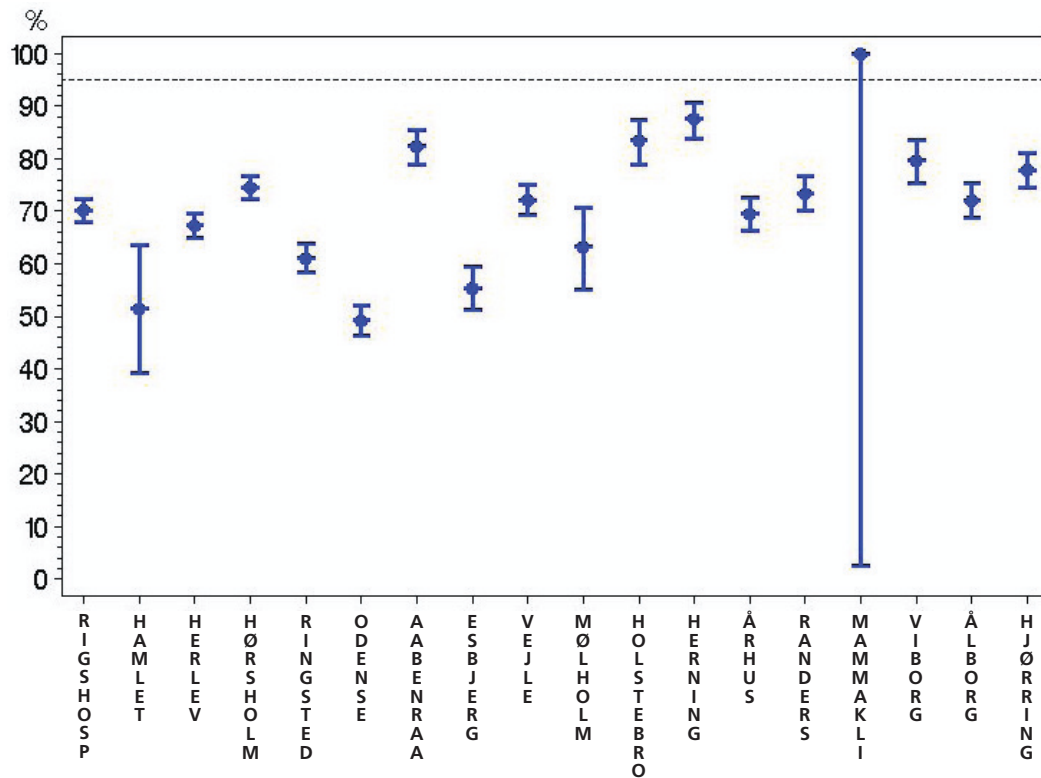
Højrisiko-patienter

Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram.



Antal patienter per afdeling i perioden 1998-2006: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 75 % af patienterne i perioden 1998-2006 er med i beregningen af denne indikator.

Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram.

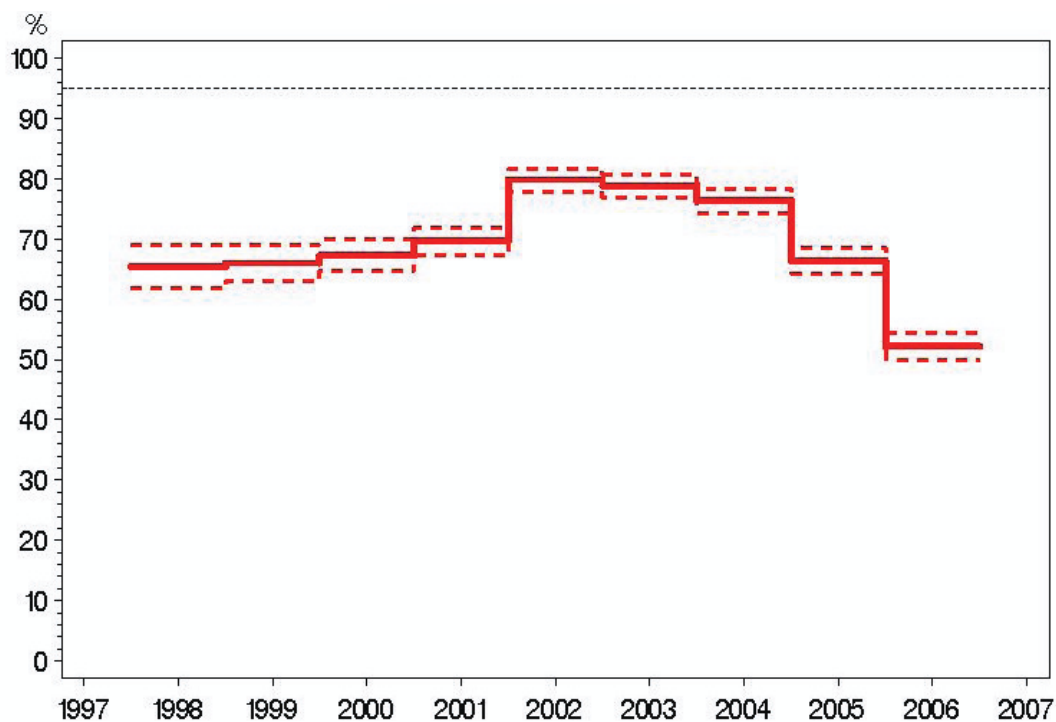


Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1998-2006. Referenceværdi: >95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Kommentar

Se generelle kommentarer på side 4. Der er store forskelle imellem de enkelte centre vedrørende denne indikator. Der er grund til at gå ind i en nøjere analyse af tallene og se på indberetningspraksis i de enkelte afdelinger. Specielt falder det i øjnene, at der ved en større universitetsafdeling kun er indberettet komplet opfølgning for knapt 50% af patienter i højrisikogruppen.

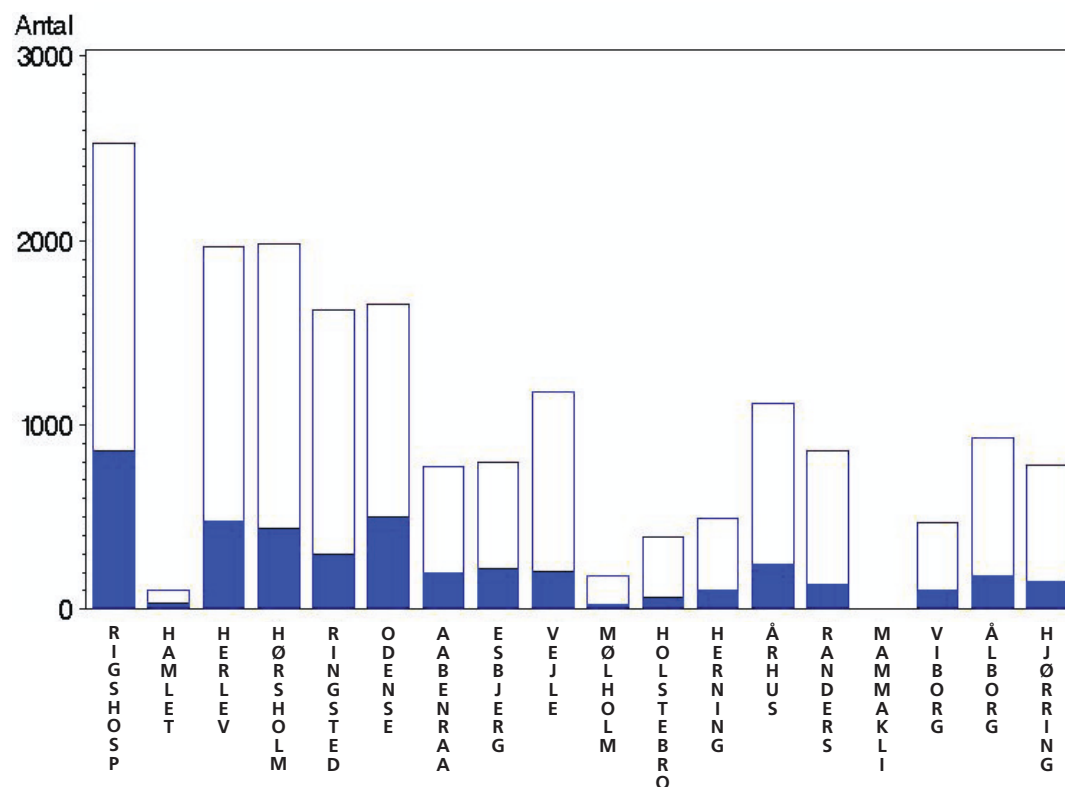
Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram. Alle sygehuse.



Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 1998-2006. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

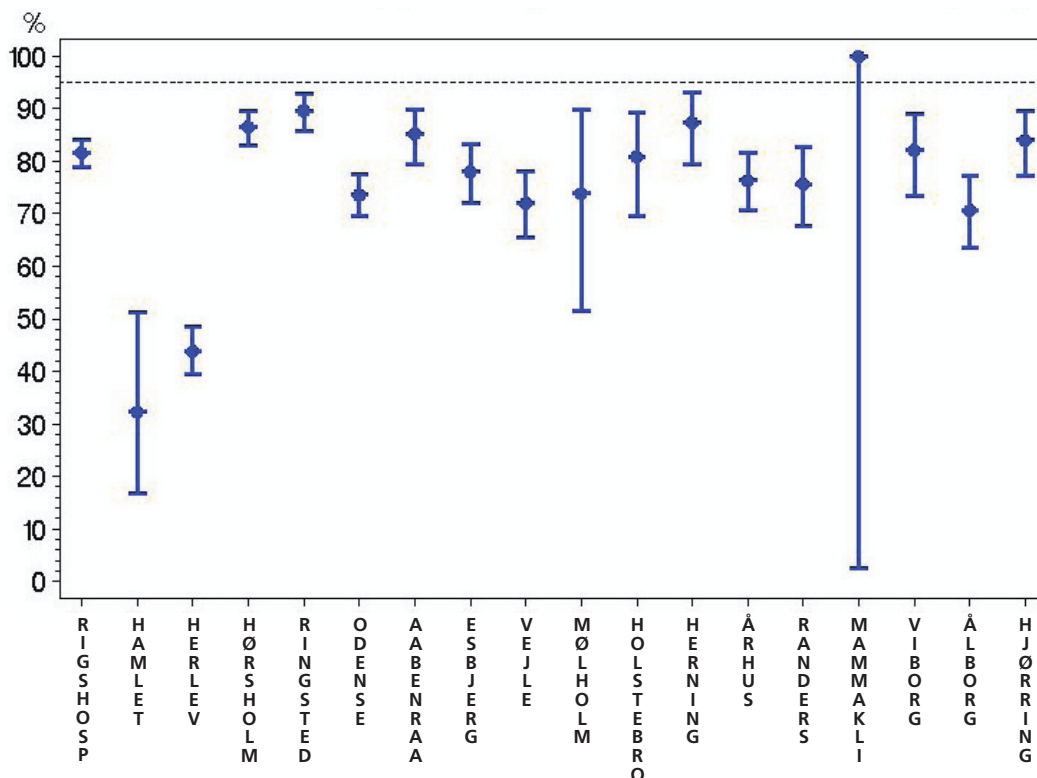
Lavrisiko-patienter

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram.



Antal patienter per afdeling i perioden 1998-2006: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 25 % af patienterne i perioden 1998-2006 er med i beregningen af denne indikator.

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram.

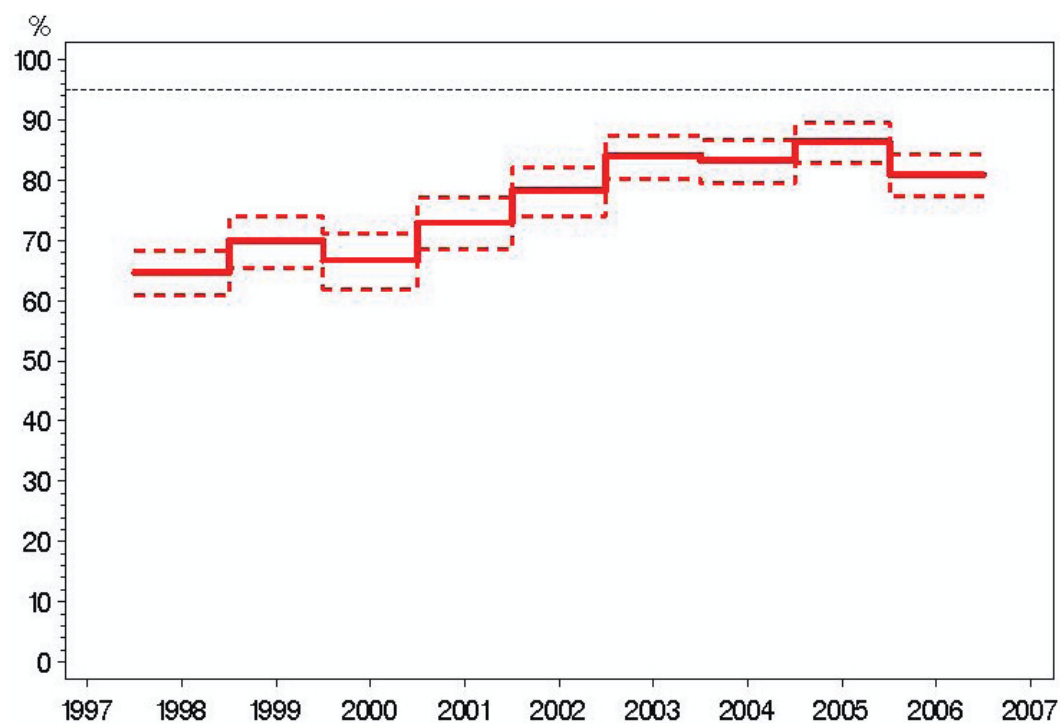


Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1998-2006. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Kommentar

Se generelle kommentarer på side 4. Fjorten af de 15 offentlige afdelinger har værdier for denne indikator, der ligger relativt tæt omkring det gennemsnitlige niveau på 71%, men en større universitetsafdeling falder helt udenfor dette generelle mønster med indberetning af follow-up på kun 44% af patienterne i lavrisikogruppen.

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCGs kontrolprogram. Alle sygehuse.



Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 1998-2006. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter som gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

Beskrivelse

Andelen af patienter med primært, invasivt karcinom (IBC, kode C50), som udvikler lokalt recidiv (mammarecidiv) efter brystbevarende terapi (lumpektomi, aksildissektion, pNpos, stråleterapi) inden for 5 år efter tidspunkt for efter operation.

Forekomst

Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi er observeret hos 269 patienter opereret i perioden 1995-2007. Antallet af patienter behandlet med brystbevarende terapi i denne periode er 10924 (tabel 10.1 og 10.2).

Beregning

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

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

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

Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

Indikatorformat:

Andel (procent). Angives som procentdel af patienter, der ikke har lokalt recidiv (\pm andre recidiver) som første sygdomsbegivenhed efter en given observationstid beregnet som kumuleret incidens efter 5 år ved competing risk analyse.

Nævnerdefinition (population):

Antal kvinder med IBC, der modtager brystbevarende terapi uanset observationsperiodens længde efter diagnostidspunkt.

Table 10.1

Patients with local recurrence (\pm distant recurrence) as first disease event with breast-conserving therapy per department with operation year 1995-2007.

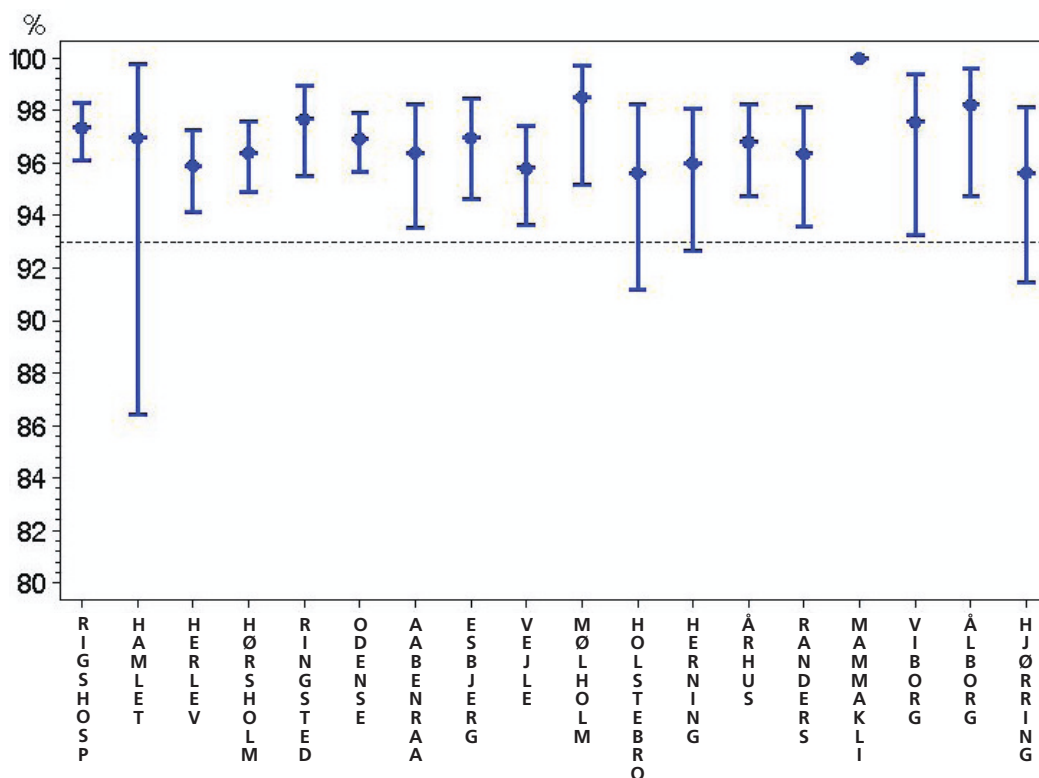
AFDELING	nej	ja	total
RIGSHOSPITALET	1407	38	1445
HAMLET	62	2	64
HERLEV	1279	33	1312
HØRSHOLM	1025	31	1056
RINGSTED	1085	10	1095
ODENSE	1342	34	1376
AABENRAA	413	10	423
ESBJERG	487	14	501
VEJLE	893	22	915
MØLHOLM	158	2	160
HOLSTEBRO	199	7	206
HERNING	310	12	322
ÅRHUS AS	577	19	596
RANDERS	494	15	509
MAMMAKLINIK	10	0	10
VIBORG	256	4	260
ÅLBORG	323	6	329
HJØRRING	341	10	351
Total	10661	269	10930

Table 10.2

Patients with local recurrence (\pm distant recurrence) as first disease event with breast-conserving therapy per operation year in the period 1995-2007.

OPERATIONSÅR	nej	ja	total
1995	302	16	318
1996	286	26	312
1997	278	25	303
1998	395	20	415
1999	451	20	471
2000	566	17	583
2001	758	39	797
2002	947	24	971
2003	1012	33	1045
2004	1147	18	1165
2005	1283	23	1306
2006	1470	8	1478
2007	1766	0	1766
Total	10661	269	10930

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

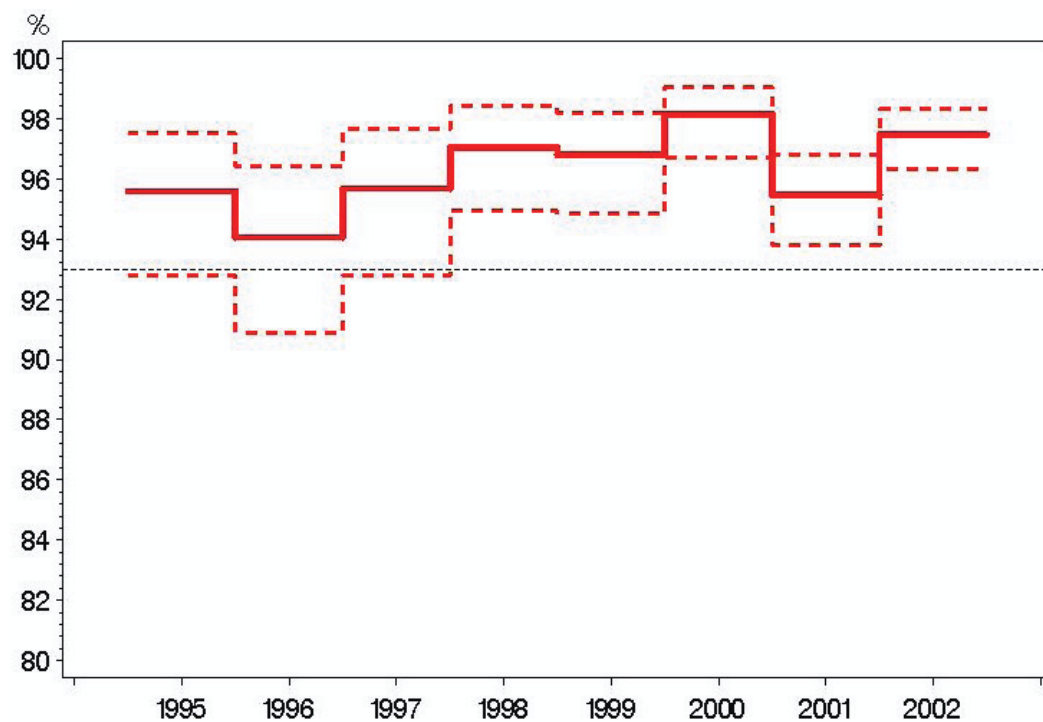


Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1995-2007. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm fernt recidiv) efter 5 år. Bemærk at begivenheden lokalt recidiv forekommer i konkurrence med andre sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom og død).

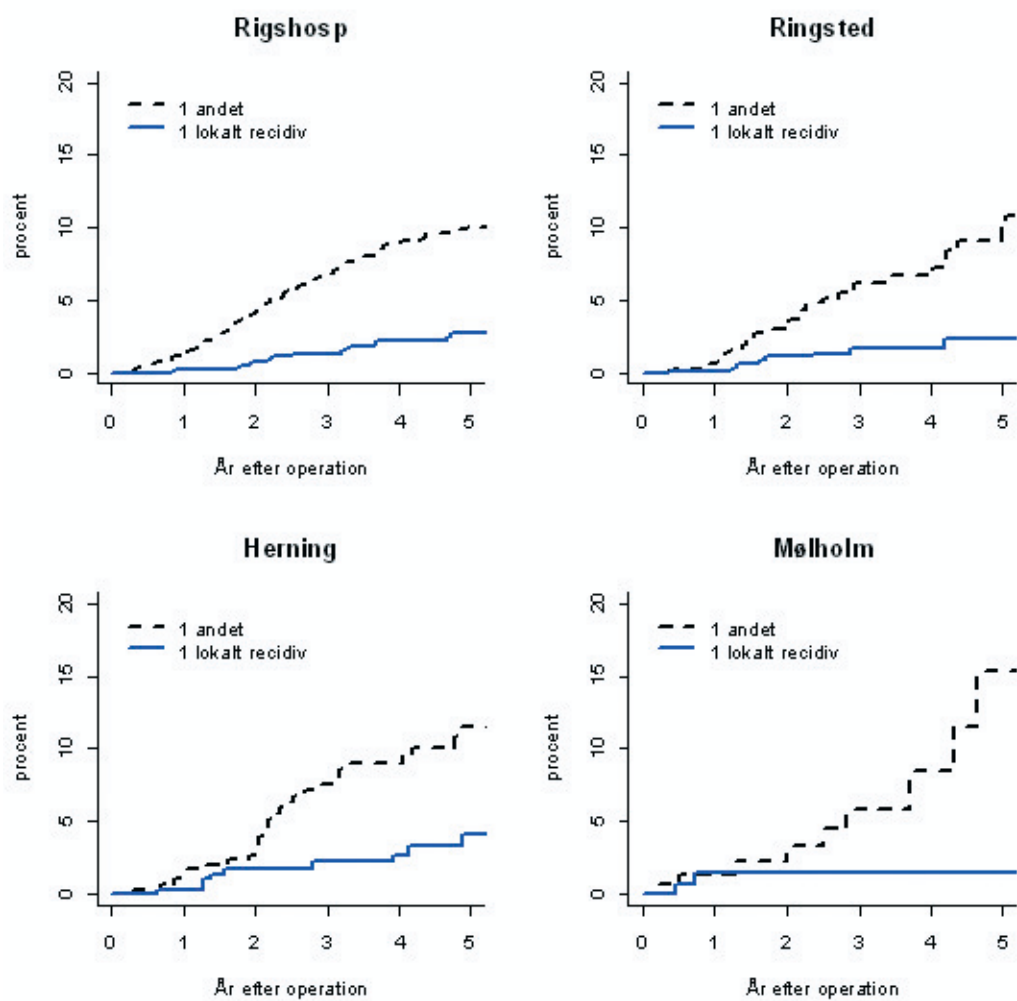
Kommentar

Som det fremgår, er lokalrecidivfrekvensen efter BCT under 5% over fem år ved alle afdelinger, og dette resultat er meget tilfredsstillende, og helt i overensstemmelse med de bedste internationale resultater. Denne indikator afspejler fortrinsvist forhold vedrørende behandling, der ligger nogle få år tilbage, mens ændringer heri, der er sket indenfor det seneste år, kun i begrænset omfang får betydning. Med den aktuelt ændrede behandlingsstrategi, der leder til at en større andel af patienterne får brystbevarende behandling, er det vigtigt at holde fokus på recidivfrekvensen herunder forekomsten af lokalt recidiv. Øget brug af brystbevarende behandling må ikke ske på bekostning af flere recidiver! Imidlertid kan de aktuelle tal ikke benyttes til at vurdere, om der reelt er sket en ændring i recidivhyppigheden. Det vil først afsløres i løbet af de næste par år.

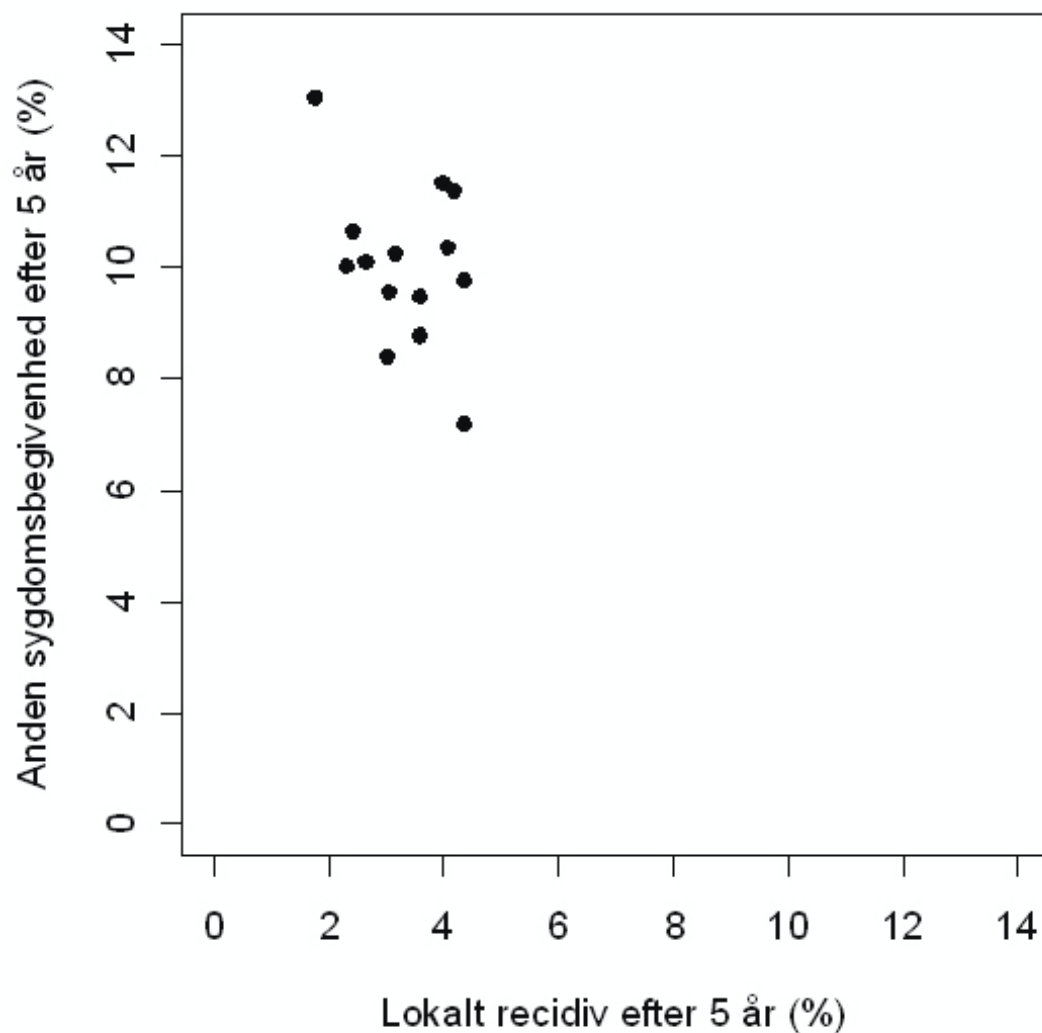
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi. Alle sygehuse.



Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger med operationsår 1995-2002. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) efter 5 år.



Forekomst af lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) og konkurrerende sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom eller død) efter brystbevarende terapi for fire afdelinger: Rigshospitalet, Ringsted, Herning og Mølholm i perioden 1995-2007. For Mølholm er der 5 år efter operation registreret 2 lokale recidiver og 9 konkurrerende sygdomsbegivenheder.



Andelen af patienter der har udviklet lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) som første sygdomsbegivenhed versus andelen af patienter der har udviklet andre sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom eller død) 5 år efter brystbevarende terapi. Bemærk at begivenheden lokalt recidiv forekommer i konkurrence med andre sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom og død).

Plottet af lokalt recidiv versus andre sygdomsbegivenheder per afdeling (ovenfor) antyder at der er tale om konkurrerende begivenheder: høje værdier af andre sygdomsbegivenheder er associeret med lave værdier af lokalt recidiv.

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

Indikatornavn

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

Beskrivelse

Andel af patienter, der udvikler en eller flere af ovennævnte komplikationer inden for 30 dage efter brystkræftoperation.

Kommentar

Data til denne indikator forudsætter data fra LPR, som ikke har været tilgængelige for denne opgørelse.

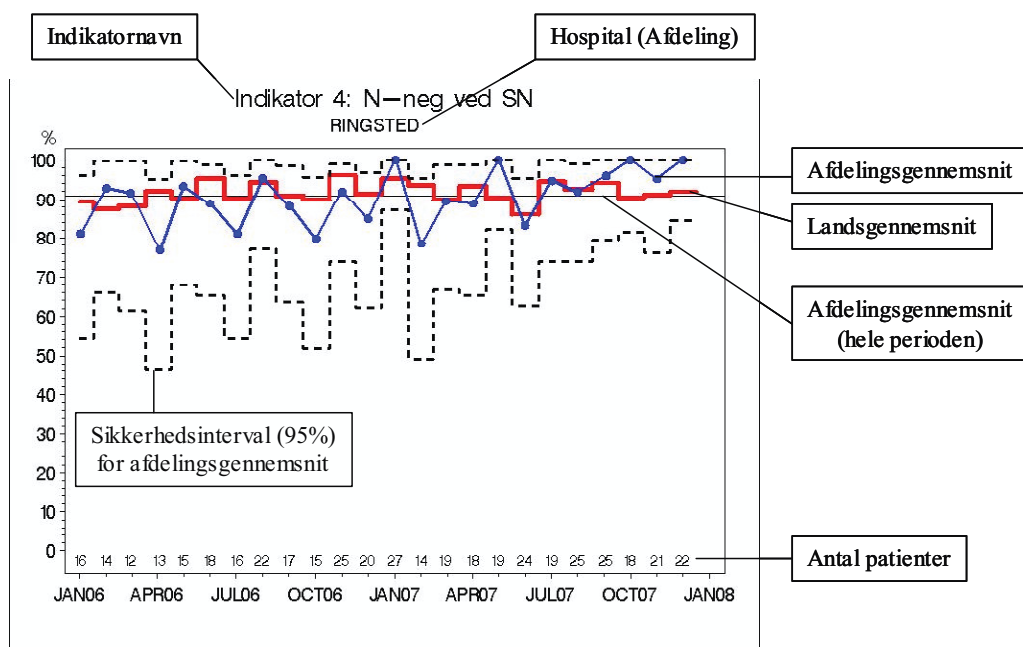
Bilag 1:

Prognostiske faktorer per afdeling

Bilag 2:

Kontrolplot per afdeling 2006-2007 (Indikator: 2, 4, 5, 6, 7, 8, 9 og 10)

Forklaring af kontrolplot:



DBCG | Danish Breast Cancer Cooperative Group

Databearbejdning til denne første indikatorrapport for 2006 og 2007 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat.

Peer Christiansen

Overlæge dr. med.
Århus Sygehus
Formand for DBCG's
forretningsudvalg
email: peer.christiansen@dadlnet.dk

Susanne Møller

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

Karsten D Bjerre

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

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

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