



# **DBCG Kvalitetsdatabase for Brystkræft**

## **National årsrapport 2019**

**For opgørelsesperioden**

**1. januar 2019 - 31. december 2019**

**og**

**1. januar 2018 – 31. december 2018**

21.08.2020



## Forord

Den foreliggende rapport indeholder resultater fra både 2018 og 2019. I rapportens første del opgøres 2019 med relevante sammenligningsår, og i appendiks 6 vises indikatorerne for 2018. Processen med omlægning af databasen fra den hidtidige drift i DBCG's sekretariat til nuværende drift i RKKP's Videncenter viste sig at være mere omfattende end først antaget, hvorfor arbejdet med 2018-rapporten ikke blev klar til publikation i 2019. Styregruppen valgte derfor, i samråd med RKKP, at afstå fra en selvstændig rapport, men i stedet inkludere resultaterne i den foreliggende publikation, som blev prioriteret udgivet rettidigt.

Manglende indberetning af data og dermed mangelfuldt grundlag for beregning af dataindikatorerne har været et gennemgående problem i de årlige rapporter, og det har ført til gentagen kritik i forbindelse med udgivelsen af de årlige indikatorrapporter. Udsættelsen af udgivelsen af 2018-rapporten har imidlertid haft som konsekvens, at det har været muligt at forlænge fristen med en måned for indberetning af data fra såvel 2018 som fra 2019, og det har ført til en mærkbar forbedring, og kompletheden af indberetninger til databasen er forbedret betydeligt, specielt for de primære indberetninger, som afspejles i indikatorerne 1 og 2. En målrettet indsats fra de onkologiske afdelinger i Region Hovedstaden og Region Sjælland har også bidraget væsentligt til, at kompletheden af data i den herværende rapport må betegnes som meget bedre end tidligere. Dette afspejles i særlig grad i indikator 4, der beskriver i hvilken grad danske patienter modtager den anbefalede adjuverende medicinske behandling. Da indberetning af strålebehandling også er blevet forbedret og ligger på et acceptabelt niveau, anser styregruppen overordnet, at indberetning af de data, der karakteriserer udredning og den primære behandling som værende tilfredsstillende.

En nærmere gennemgang af rapportens indikatorer findes i Konklusioner og Anbefalinger samt i de enkelte indikatorcommentarer.

De statistiske analyser og den epidemiologiske kommentering af resultater er udarbejdet af RKKPs Videncenter i samarbejde med databasens styregruppe. Styregruppens sammensætning fremgår af afsnittet af samme overskrift. Styregruppens kliniske medlemmer er ansvarlige for den lægefaglige kommentering af rapporten.

Databasens kliniske epidemiolog er Louise Hansen, RKKPs Videncenter.

Databasens datamanager er Vibeke Dahl Andersen, RKKPs Videncenter.

Databasens kontaktperson er Mette Roed Eriksen, RKKPs Videncenter, Frederiksberg Hospital, Nordre Fasanvej 57, 2000 Frederiksberg, Vej 3, bygning 4, e-mail: [MEEERI@rkkp.dk](mailto:MEEERI@rkkp.dk), tlf: 29246809.

Årsrapporten kan downloades fra [www.dbcg.dk](http://www.dbcg.dk) og [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).



# Indhold

<b>1. Konklusioner og anbefalinger</b> .....	<b>4</b>
<b>2. Oversigt over indikatorer</b> .....	<b>5</b>
<b>3. Indikatorresultater</b> .....	<b>8</b>
3.1. Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank .....	10
3.2. Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank .....	15
3.3. Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed .....	20
3.4. Indikator 3: Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder .....	27
3.5. Indikator 4: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer .....	31
3.6. Indikator 5a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko .....	37
3.7. Indikator 5b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko .....	42
3.8. Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation .....	48
3.9. Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation .....	51
3.10. Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer .....	55
3.11. Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer .....	59
3.12. Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi .....	63
3.13. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne) .....	67
3.14. Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT .....	69
3.15. Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS .....	73
3.16. Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter $\geq$ 50 år med udtalt ( $\geq$ 10%) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation .....	77
<b>4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet</b> .....	<b>80</b>
<b>5. Datagrundlag</b> .....	<b>82</b>
5.1. Grundpopulation .....	82
5.2. Indikatoralgoritmer .....	84
<b>6. Styregruppens sammensætning</b> .....	<b>98</b>
<b>7. Regionale kommentarer</b> .....	<b>99</b>
<b>Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater</b> .....	<b>103</b>
<b>Appendiks 2. Aldersopdelte analyser</b> .....	<b>104</b>
A2.1. Overordnede aldersfordelinger .....	104
A2.2. Aldersopdelte indikatorresultater .....	105
A2.3. Øvrige aldersopdelte analyser .....	112
<b>Appendiks 3. Prognostiske parametre</b> .....	<b>113</b>
<b>Appendiks 4. Prognostiske parametre, opgjort pr. afdeling</b> .....	<b>121</b>
<b>Appendiks 5. Supplerende analyser til indikatorerne</b> .....	<b>131</b>
A5.1. Supplerende analyse til indikator 6 .....	131
<b>Appendiks 6. Indikatorstabeller for opgørelsesåret 2018</b> .....	<b>132</b>
<b>Appendiks 7. Oversigt over historiske indikatorer</b> .....	<b>145</b>
<b>Appendiks 8. Sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK)</b> .....	<b>146</b>



## 1. Konklusioner og anbefalinger

Overordnet vurderer styregruppen, at den foreliggende rapport afdækker en betydelig fremgang med hensyn til indberetning af data og afdækker et højt og ensartet behandlingsniveau i Danmark. Der er dog fortsat behov for en betydelig indsats for at dokumentere, at opfølgning af patienterne sker i henhold til retningslinjerne.

Den foreliggende rapport indeholder i alt 13 indikatorer, hvoraf 5 er opdelt i flere delindikatorer. Som det fremgår af indikatoroversigten, dækker indikatorsættet såvel udredning, patologi, kirurgisk og onkologisk behandling samt follow-up. Ydermere er der lagt vægt på, at indikatorerne skal bidrage til at monitorere nye tiltag på det totale udrednings- og behandlingsforløb.

Som det også fremgår af oversigten, når indikatoropfyldelsen ikke op på standarden for flere indikatorer, hvilket nøjere kommenteres i styregruppens kommentarer til de enkelte indikatorer. Til trods for dette, er det styregruppens overordnede vurdering, at den foreliggende indikatorrapport afdækker, at danske patienter med brystkræft generelt udredes og behandles på tilfredsstillende vis på et højt fagligt niveau. Gennemgang af de foreliggende data har dog afdækket, at der er behov for justering af standardværdierne for flere indikatorer, og der er lagt op til en nøjere drøftelse af dette på et kommende møde i styregruppen i efteråret 2020.

Indikatoropfyldelsen vedr. udredningsfasen anses for at kunne optimeres. Det gælder i særlig grad for detektion af lymfeknudemetastaser ved den præoperative ultralydsskanning (indikator 9), hvor der er behov for en evaluering af mulighederne for forbedring ved Rigshospitalet, Herlev og Ringsted/Roskilde.

Indikator 13, der vedrører udredning med PAM50 hos udvalgte patienter, blev inddraget som prøve fra 2018, men da rapporten fra 2018 ikke udkom, har den også i denne rapport særstatus, og endelig beslutning om inddragelse i indikatorsættet vil først blive foretaget senere. Det foreliggende resultat kan ikke bedømmes i forhold til en fastsat standard, men det er vurderingen i styregruppen, at en højere opfyldelse end de foreliggende 82 % bør tilstræbes.

For den primære behandling gælder, at der for 3 af 4 indikatorer opnås en tilfredsstillende indikatoropfyldelse (for re-operation, indikator 7, neo-adjuverende kemoterapi (NACT), indikatorer 11 og 12, samt strålebehandling, indikator 8). For den medicinske onkologiske behandling (indikator 4), der ikke når tilfredsstillende niveau i forhold til den foreliggende standard, er det dog vurderet, at der er behov for en justering af standardværdien til et lavere niveau, da den foreliggende anses for højt sat.

Follow-up efter primær behandling når ikke samme tilfredsstillende niveau. Follow-up efter primær behandling afspejles i indikatorerne 5 og 10. Den direkte indberetning af follow-up (indikator 5) ligger for både lav- og højrisikogruppen på et niveau, som må betegnes som betydende under standarden og derfor uacceptabel. Der kan iagttages en forbedring for de onkologiske afdelingers vedkommende, men der er fortsat behov for en samlet forbedring af indsatsen fra flere afdelinger. De kirurgiske afdelinger, der ikke lever op til standarden og signifikant ligger under landsgennemsnittet (Rigshospitalet, Herlev og Aalborg) bør gøre en ekstra indsats på dette område. Tilsvarende krav om en forbedret indsats stilles til de onkologiske afdelinger i Hillerød, Rønne, Næstved og Esbjerg.

Indberetning på patienter i opfølgning og evt. rettidig respons på de af DBCG fremsendte rykkerlister vurderes at fordrer en beskedent indsats fra den enkelte afdeling. Indikatoren for opfølgende mammografi når heller ikke op på det ønskede niveau, men det er dog noteret med tilfredshed, at indikatoropfyldelsen for de ældre aldersgrupper når op på et niveau, der afspejler, at gruppen af brystkræftoverlevende også efter 70-års alderen får tilbud om mammografiscreening. Der skal i denne forbindelse understreges, at indikator 6, der beskriver forekomsten af lokalt recidiv efter brystbevarende operation op til 5 år, afdækker en særdeles tilfredsstillende lav forekomst, dog bør man i Herlev undersøge årsagen til den højere forekomst af recidiv i denne afdeling, og både Herlev og Ringsted har et højt antal uoplyste.



## 2. Oversigt over indikatorer

Herunder præsenteres en oversigt over de i rapporten inkluderede indikatorer og resultaterne på landsplan for aktuelle år samt for tidligere år. Idet indikatornummereringen er ændret i forhold til tidligere findes efterfølgende desuden en oversigt over nummereringen i den foregående rapport. Derudover findes i appendiks 7 en oversigt over historiske indikatorer.

### Oversigtstabel over samlede indikatorresultat

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse (95% CI)		
				01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank	Dækningsgrad	≥ 90	1	94,7 (94,1-95,3)	96,4 (95,8-96,9)	96,4 (95,9-96,9)
Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank	Overensstemmelsesgrad		1	99,6 (99,4-99,8)	99,6 (99,4-99,7)	99,3 (99,0-99,5)
Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG	Andel	≥ 95	1	95,8 (95,2-96,3)	96,3 (95,7-96,8)	96,7 (96,2-97,2)
Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger	Andel	≥ 95	1	97,6 (97,1-98,0)	98,6 (98,2-98,9)	98,4 (98,0-98,8)
Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger	Andel	≥ 95	1	97,8 (97,4-98,2)	97,7 (97,2-98,1)	98,2 (97,8-98,6)
Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation.	Andel	≥ 90	2	94,3 (92,3-95,9)	95,6 (94,0-96,9)	95,8 (94,3-97,0)
Indikator 4reg: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt carcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau.*	Andel	≥ 90	12	85,4 (84,2-86,6)	87,2 (86,0-88,4)	83,6 (82,2-85,0)
Indikator 4onk: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt carcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger.*	Andel	≥ 90	5	85,5 (84,2-86,7)	87,3 (86,1-88,5)	83,7 (82,2-85,0)
Indikator 4kir: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt carcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For kirurgiske afdelinger.*	Andel	≥ 90	98	60,0 (14,7-94,7)	33,3 (4,3-77,7)	50,0 (6,8-93,2)
Indikator 5areg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. På regionsniveau.*	Andel	≥ 95	1	77,5 (77,1-78,0)		
Indikator 5aonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For onkologiske afdelinger.*	Andel	≥ 95	0	81,7 (81,2-82,1)		
Indikator 5akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger.*	Andel	≥ 95	10	40,3 (38,7-41,9)		
Indikator 5breg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. På regionsniveau.*	Andel	≥ 95	10	80,9 (79,6-82,1)		
Indikator 5bkir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger.*	Andel	≥ 95	11	79,8 (78,3-81,2)		
Indikator 5bonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For onkologiske afdelinger.*	Andel	≥ 95	5	84,1 (81,7-86,3)		



Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse (95% CI)		
				01.01.2019 - 31.12.2019	01.01.2018 - 31.12.2018	01.01.2017 - 31.12.2017
Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation*	Andel	≤ 2.5	10	2,3 (2,0-2,7)		
Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation.	Andel	≥ 95	13	96,7 (96,1-97,3)	96,5 (95,9-97,0)	96,4 (95,8-97,0)
Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.*	Andel	≥ 90	4	94,1 (93,1-95,0)	93,9 (92,9-94,8)	94,3 (93,3-95,2)
Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.*	Andel	≥ 90	12	88,1 (83,6-91,7)	89,0 (85,1-92,1)	86,6 (82,8-89,8)
Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi	Andel	≥ 39	0	31,7 (28,4-35,2)	33,3 (30,1-36,6)	34,3 (31,1-37,5)
Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)*	Andel	≥ 95	1	87,9 (87,6-88,3)		
Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT	Andel		5	54,3 (50,8-57,8)	51,1 (47,6-54,5)	41,0 (37,5-44,6)
Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS	Andel		25	61,0 (55,7-66,2)	66,8 (61,9-71,5)	57,5 (51,6-63,2)
Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter >= 50 år med udtalt (>= 10%) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation**	Andel	≥ 90	0	81,9 (77,2-86,1)	85,5 (81,2-89,2)	

**\* Nogle indikatorer er tidsforskudt, hvilket ikke fremgår af tabellen, og aktuelle opgørelsesperiode listes her. Indikatorer med kumuleret tidsperiode vises kun for den aktuelle periode.**

Indikator 4: 1. januar 2018 – 31. december 2018

Indikator 5a-b: 1. januar 2009 – 31. december 2018

Indikator 6: 1. januar 2013 – 31. december 2017

Indikator 8a-b: 1. januar 2018 – 31. december 2018

Indikator 10: 1. januar 2006 – 31. december 2017

\*\* Datagrundlaget til indikator 13 er indført fra 2018, hvorfor den ikke kan opgøres for 2017



## Oversigt over nummerering i nærværende versus årsrapport 2017

<i>Indikatornummerering i nærværende rapport</i>	<i>Indikatornummerering i foregående årsrapport</i>
Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank	n/a
Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank	n/a
Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG	7
Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger	7
Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger	7
Indikator 3: Andel af aksilerømmede patienter med primært, invasivt karcinom (C50), hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation.	5
Indikator 4: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer.	8
Indikator 5a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko	9a
Indikator 5b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko	9b
Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation	10
Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation.	11
Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.	13a
Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.	13b
Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi	14
Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)	15
Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT	16a
Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS	16b
Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter $\geq$ 50 år med udtalt ( $\geq$ 10%) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation	n/a

***n/a: indgik ikke som indikator i foregående årsrapport***



### 3. Indikatorresultater

I det følgende præsenteres resultaterne for hver indikator på henholdsvis lands-, regions- og afdelingsniveau jf. ovenstående indikator tabel for opgørelsesperioden 1. januar 2019 – 31. december 2019. En oversigt over indberettende og afrapporterende afdelinger med tilhørende kode for sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK-kode) findes i appendiks 8. I appendiks 2 (A2.2) fremgår de aldersopdelte indikatorresultater. Desuden fremgår en række andre supplerende resultater for prognostiske parametre i appendiks 3 og 4. En vejledning i fortolkning af resultaterne findes i appendiks 1.

Idet der ikke udkom en årsrapport i 2018, findes der i appendiks 6 udvalgte indikator tabeller for opgørelsesåret 2018.

Årsrapporten har været til kommentering i regionerne, og evt. tilkomne kommentarer eller forslag til ændringer til specifikke indikatorer kan læses i afsnit Afsnit 7, Regionale kommentarer.

Indikatorerne beregnes på forskellige underpopulationer relevant for den pågældende indikator, men de fleste afgrænses til patienter med kendt risikoallokering (lavrisiko, højrisiko eller uden for risikoklassifikation), diagnosen invasiv brystkræft og operabel tumor.

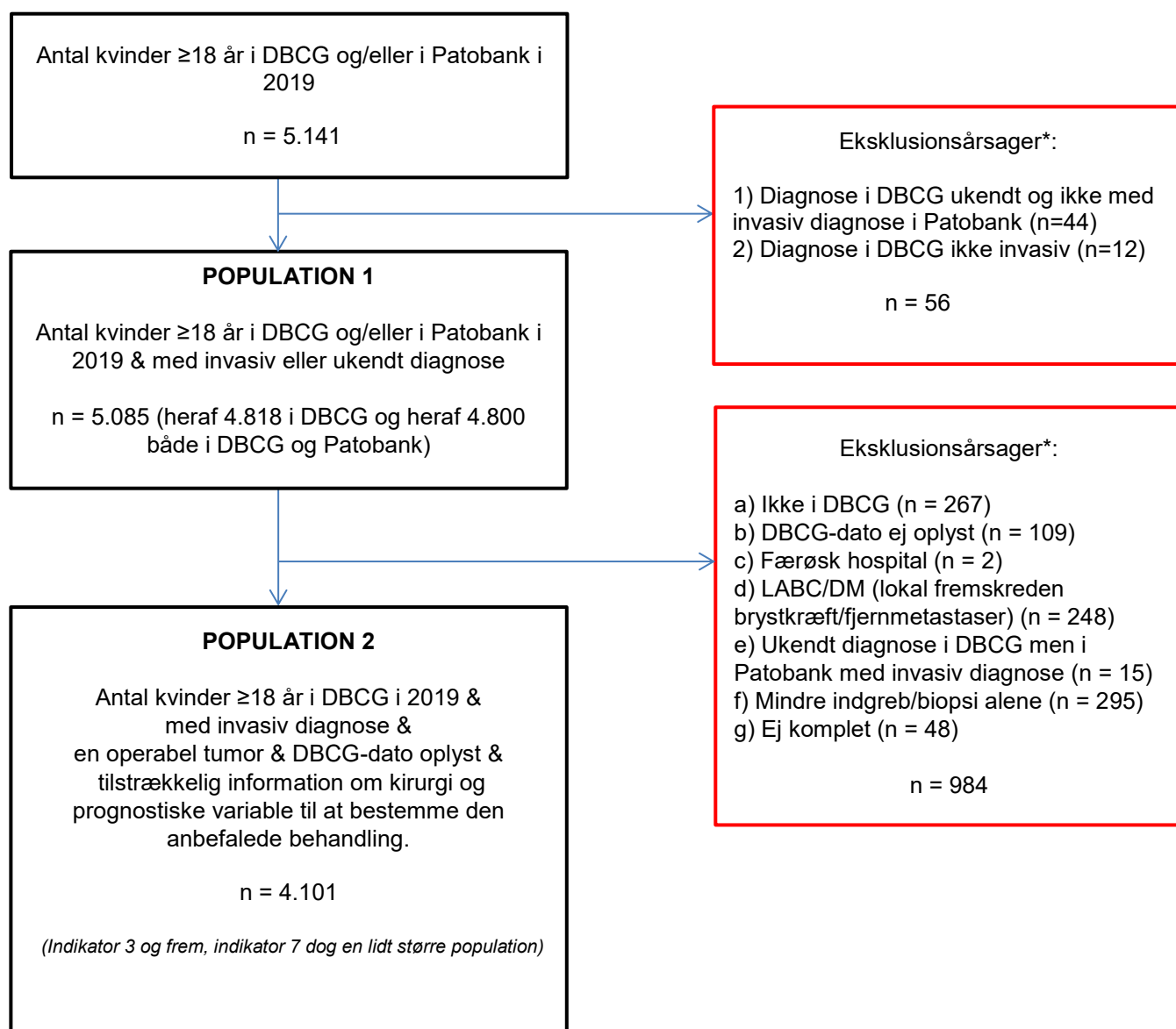
Hjørring og Randers er begge ophørt med operation for brystkræft med udgangen af februar 2019, og resultaterne for disse afdelinger kommenteres derfor ikke.

For alle indikatorer gælder det, at patienter ikke indgår i beregningen af indikatorværdien, såfremt data for de relevante variable er uoplyste. Værdien "Uoplyste" kan dække over patienter som ikke bør indgå i nævneren og opgøres som uoplyste grundet mangelfuld indtastning. Styregruppen vil se nærmere på dette i forbindelse med årsrapport 2020. Desuden gælder følgende: for patienter uden operation og for patienter allokeret til neoadjuverende behandling, er perioden afgrænset ved dato for biopsi. Ellers er perioden afgrænset ved dato for operation. For indikator 7 og 10 anvendes dog som udgangspunkt operationsdatoen. Denne bestemmelse af dato til afgrænsning er nærmere beskrevet i afsnittet 'Datagrundlag'. Beregningen af indikatorer beskrives under hver enkelt indikator og fremgår desuden af tabellen i afsnittet 'Datagrundlag'. Opgørelserne er ujusterede, og der tages således ikke forbehold for eventuelle forskelle mellem afdelingernes patientpopulationer.

Årsrapporten indeholder for første gang data fra LPR3, det nye Landspatientregister, som blev udrullet i foråret 2019. Der indgår specifikt LPR-data i indikator 7 og indikator 10. Disse opgørelser skal derfor tolkes med forsigtighed. Der vil af samme årsag ikke angives anbefalinger for indikatorer baseret på LPR3 data i denne årsrapport.

Tabeller med '#' betyder, at resultatet er fjernet af diskretionshensyn, hvor der er en eller to patienter/forløb.

## Flowchart for indikatorpopulationen



\*Se evt. kapitel om indikatoralgoritmer for nærmere beskrivelse af eksklusionerne.

### 3.1. Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres den overordnede dækningsgrad (indikatortabel 1a på næste side). Dækningsgraden er et udtryk for om patientpopulationen i DBCG-kvalitetsdatabasen afspejler den relevante kliniske population. For at kunne undersøge dette, sammenlignes antallet af registrerede patienter i DBCG-kvalitetsdatabasen med antallet af registrerede patienter i en referencepopulation, som i dette tilfælde er patienter med invasiv brystkræft registreret i Patobank.

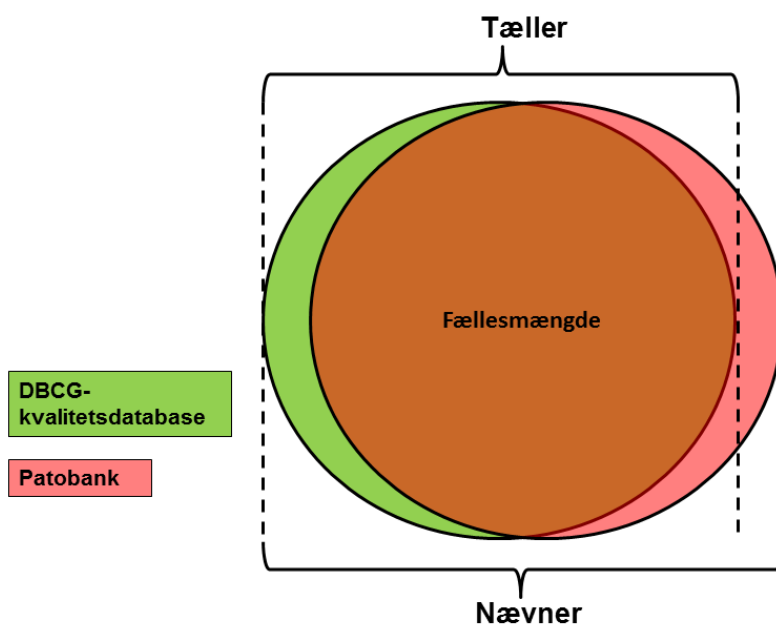
**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen og/eller Patobank. Tælleren udgør patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen (se figur 1).

I afsnittet 'Datagrundlag' er det specificeret hvilke SNOMED-koder, der er udtrukket fra Patobank.

Diagnoser registreret i Patobank >30 dage efter operationsdatoen set i DBCG-kvalitetsdatabasen anses for recidivdiagnoser og indgår dermed ikke i bestemmelsen af dækningsgraden.

**Standard.** Der er fastsat en standard på  $\geq 90\%$  for denne indikator jf. kravet til de kliniske kvalitetsdatabaser om inklusion af mindst 90 % af relevante patienter.

**Figur 1. Illustration af populationer inkluderet i beregning af DBCG-kvalitetsdatabasens dækningsgrad i forhold til Patobank**



**Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2019 - 31.12.2019		Tidligere år			
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2018		2017	
	opfyldt					Antal	Andel (95% CI)	Antal	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.818 / 5.085	44 (1)	<b>94,7</b>	(94,1-95,3)	4.779 / 4.960	96,4 (95,8-96,9)	4.562 / 4.731	96,4 (95,9-96,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.506 / 1.640	11 (1)	<b>91,8</b>	(90,4-93,1)	1.423 / 1.520	93,6 (92,3-94,8)	1.374 / 1.456	94,4 (93,1-95,5)
<b>Sjælland</b>	Ja	828 / 830	10 (1)	<b>99,8</b>	(99,1-100,0)	791 / 793	99,7 (99,1-100,0)	764 / 766	99,7 (99,1-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.144 / 1.168	11 (1)	<b>97,9</b>	(97,0-98,7)	1.233 / 1.259	97,9 (97,0-98,6)	1.028 / 1.047	98,2 (97,2-98,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	924 / 973	6 (1)	<b>95,0</b>	(93,4-96,3)	894 / 919	97,3 (96,0-98,2)	971 / 1.001	97,0 (95,7-98,0)
<b>Nordjylland</b>	Nej	416 / 473	6 (1)	<b>87,9</b>	(84,7-90,7)	438 / 469	93,4 (90,7-95,5)	425 / 461	92,2 (89,4-94,5)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.506 / 1.640	11 (1)	<b>91,8</b>	(90,4-93,1)	1.423 / 1.520	93,6 (92,3-94,8)	1.374 / 1.456	94,4 (93,1-95,5)
Herlev	Ja	772 / 857	8 (1)	<b>90,1</b>	(87,9-92,0)	707 / 760	93,0 (91,0-94,7)	697 / 746	93,4 (91,4-95,1)
Rigshospitalet	Ja	734 / 783	3 (0)	<b>93,7</b>	(91,8-95,3)	716 / 760	94,2 (92,3-95,8)	677 / 710	95,4 (93,5-96,8)
<b>Sjælland</b>	Ja	828 / 830	10 (1)	<b>99,8</b>	(99,1-100,0)	791 / 793	99,7 (99,1-100,0)	764 / 766	99,7 (99,1-100,0)
Slagelse	Ja	828 / 830	10 (1)	<b>99,8</b>	(99,1-100,0)	791 / 793	99,7 (99,1-100,0)	764 / 766	99,7 (99,1-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.144 / 1.168	11 (1)	<b>97,9</b>	(97,0-98,7)	1.233 / 1.259	97,9 (97,0-98,6)	1.028 / 1.047	98,2 (97,2-98,9)
Esbjerg	Ja	211 / 211	2 (1)	<b>100,0</b>	(98,3-100,0)	200 / 201	99,5 (97,3-100,0)	156 / 156	100,0 (97,7-100,0)
Odense	Ja	374 / 379	6 (2)	<b>98,7</b>	(96,9-99,6)	432 / 439	98,4 (96,7-99,4)	384 / 391	98,2 (96,3-99,3)
Sønderborg	Ja	240 / 244	3 (1)	<b>98,4</b>	(95,9-99,6)	270 / 270	100,0 (98,6-100,0)	194 / 194	100,0 (98,1-100,0)
Vejle	Ja	319 / 334	0 (0)	<b>95,5</b>	(92,7-97,5)	331 / 349	94,8 (92,0-96,9)	294 / 306	96,1 (93,3-98,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	924 / 973	6 (1)	<b>95,0</b>	(93,4-96,3)	894 / 919	97,3 (96,0-98,2)	971 / 1.001	97,0 (95,7-98,0)
Aarhus	Ja	391 / 416	3 (1)	<b>94,0</b>	(91,3-96,1)	354 / 367	96,5 (94,0-98,1)	365 / 377	96,8 (94,5-98,3)
Holstebro*								18 / 23	78,3 (56,3-92,5)
Randers**	Ja	18 / 20	0 (0)	<b>90,0</b>	(68,3-98,8)	192 / 201	95,5 (91,7-97,9)	213 / 225	94,7 (90,9-97,2)
Viborg	Ja	515 / 537	3 (1)	<b>95,9</b>	(93,9-97,4)	348 / 351	99,1 (97,5-99,8)	375 / 376	99,7 (98,5-100,0)
<b>Nordjylland</b>	Nej	416 / 473	6 (1)	<b>87,9</b>	(84,7-90,7)	438 / 469	93,4 (90,7-95,5)	425 / 461	92,2 (89,4-94,5)
Aalborg	Nej	396 / 451	6 (1)	<b>87,8</b>	(84,4-90,7)	266 / 287	92,7 (89,0-95,4)	235 / 256	91,8 (87,7-94,9)
Hjørring**	Ja	20 / 22	0 (0)	<b>90,9</b>	(70,8-98,9)	172 / 182	94,5 (90,1-97,3)	190 / 205	92,7 (88,2-95,8)
<b>Privathospitaler</b>									
In-Lab Patologi	Nej	###	0 (0)	<b>0,0</b>	(0,0-97,5)				

\*Patologiafdelingen i Holstebro er lukket 1. oktober 2017 (sammenlagt med patologiafdelingen i Viborg). Adelingen i Holstebro udførte diagnostik på nålebiopsier, men ikke diagnostik på operationspræparater.

\*\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.



## **Epidemiologiske kommentarer til indikator 1a**

Af ovenstående fremgår det, at dækningsgraden af DBCG kvalitetsdatabasen i forhold til Patobank på landsplan ligger på 94,7 % (95 % CI: 94,1-95,3), hvilket svarer til, at 267 patienter kun indgår i Patobank. Af disse stammer 20 patienter fra Grønland og vil ikke indgå i indikatorberegningen i årsrapport 2020. Standarden opfyldes på landsplan for aktuelle opgørelsesperiode, men andelen ligger lidt lavere end tidligere (2018: 96,4 % (95 % CI: 95,8-96,9)). Der kan regionerne imellem observeres forskelle, og Region Nordjylland opfylder ikke standarden med en andel på 87,9 % (95 % CI: 84,7-90,7). På afdelingsniveau ses det at Aalborg ikke opfylder standarden.

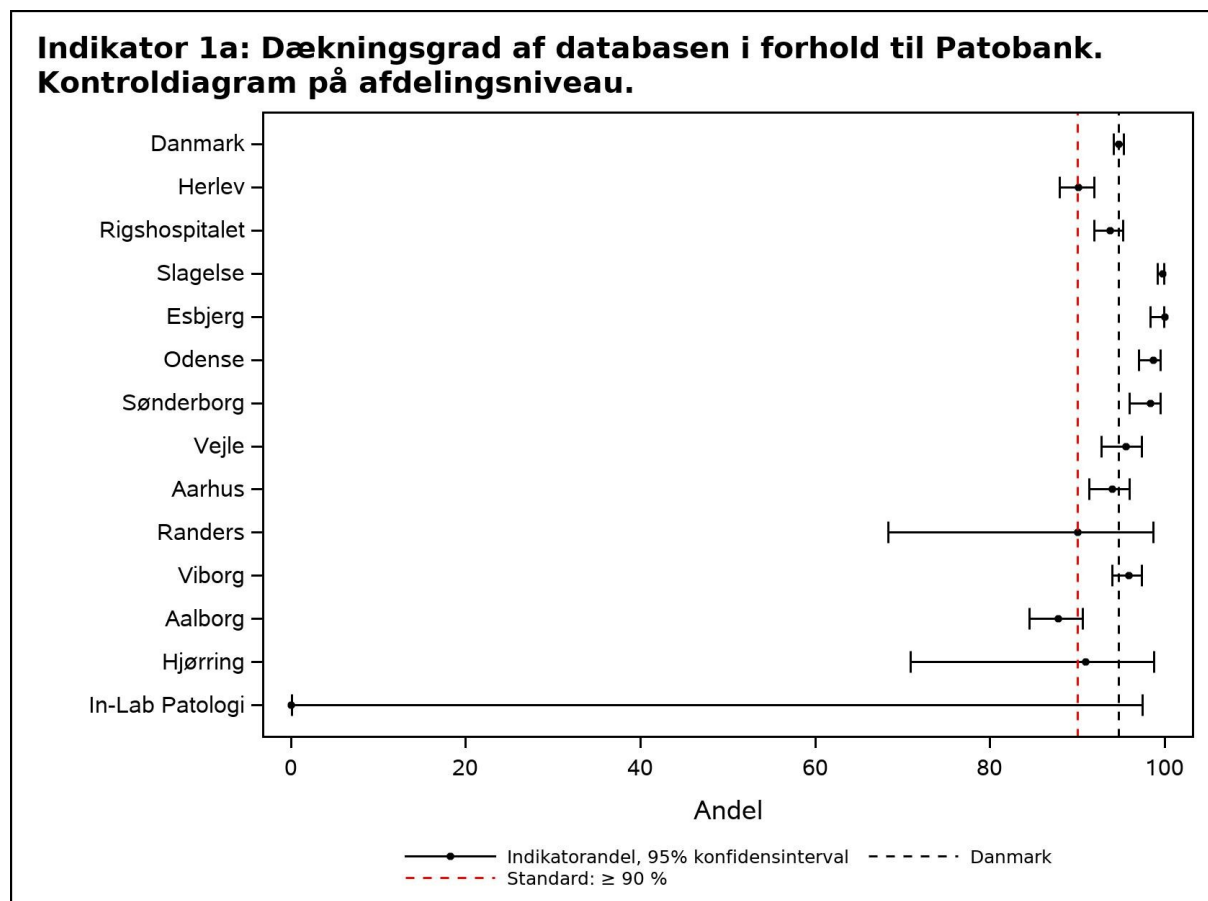
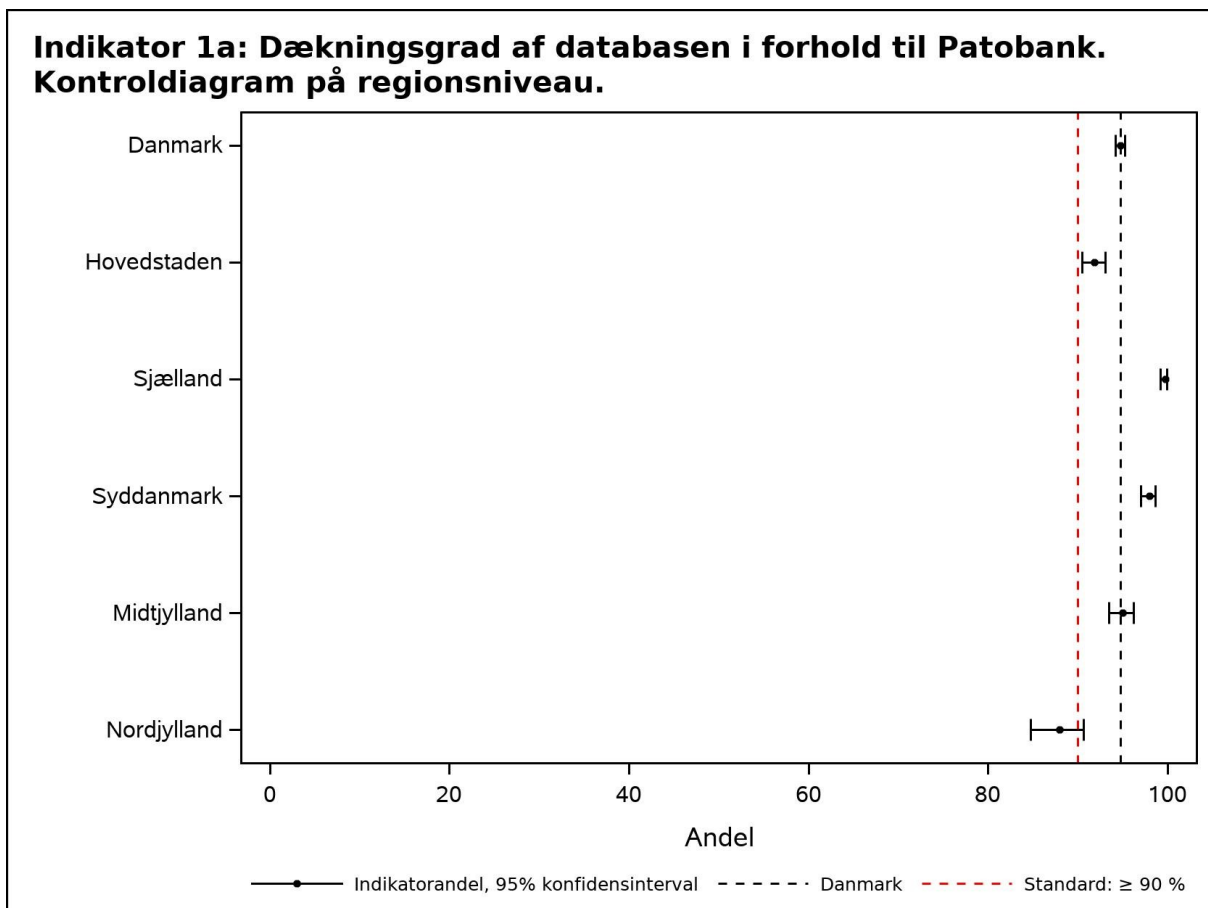
## **Lægefaglige kommentarer**

Dækningsgraden på 94,7 % anses for meget tilfredsstillende. Tages den statistiske usikkerhed i betragtning, er der ikke regioner eller afdelinger, der ligger signifikant under standarden. På basis af de foreliggende indikatoropfyldelser, synes det realistisk, at standarden hæves til 95 %. Det vil kræve en lille forbedring ved enkelte enheder, men det er vurderingen, at det vil kunne ske uden større besvær ved en samlet indsats fra kirurger og patologer.

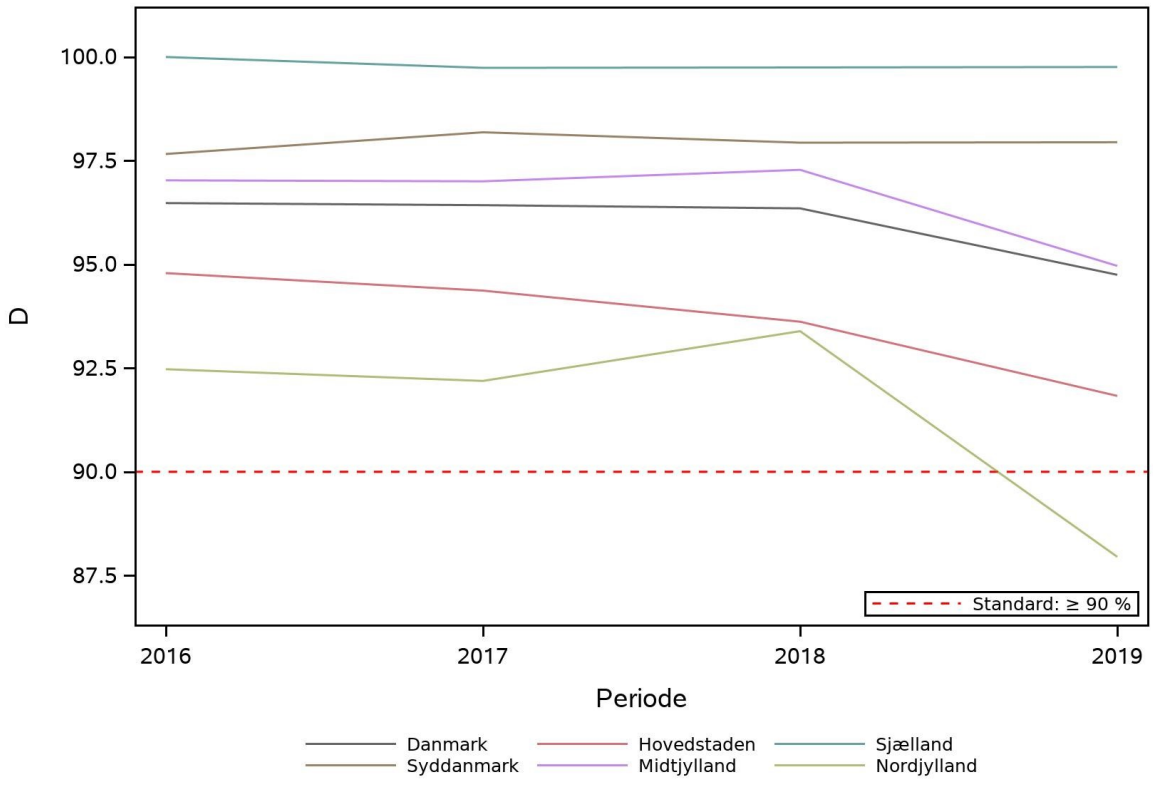
## **Anbefalinger**

Styregruppen vil senere tage op til overvejelse, om standarden skal hæves til 95 %.

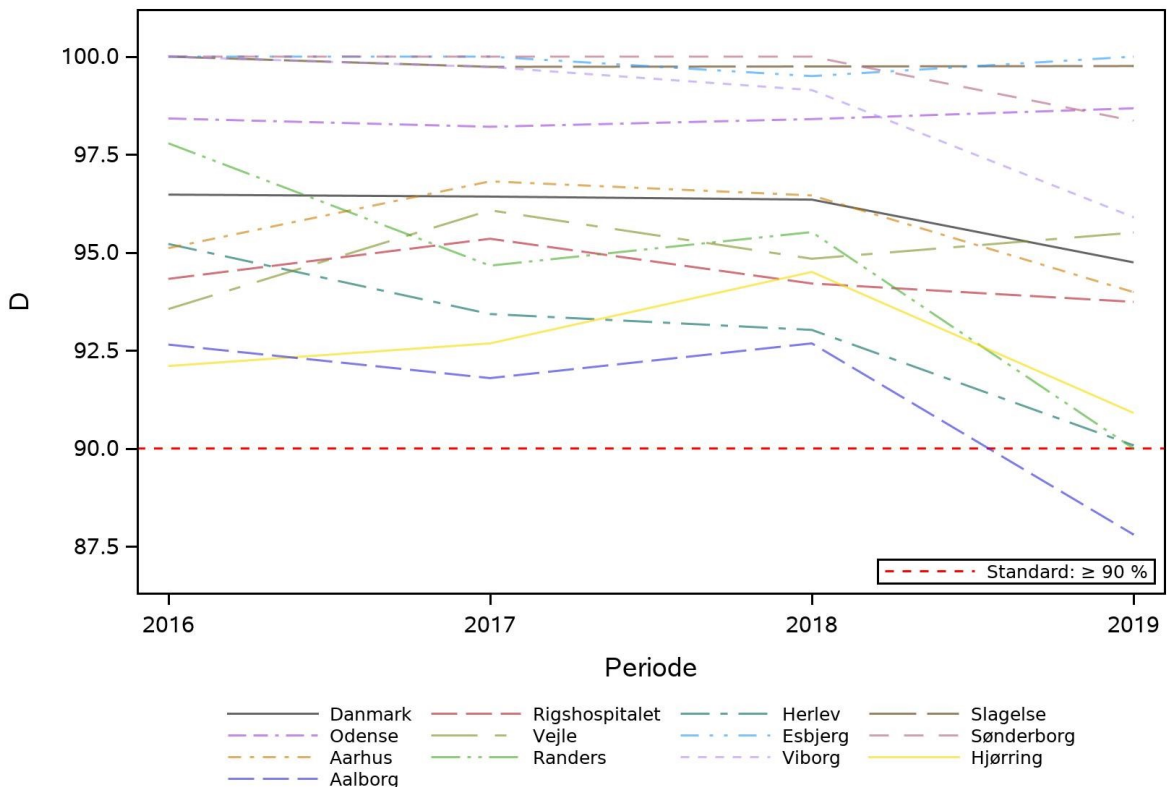
Figurer til indikator 1a



**Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank.  
Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank.  
Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.2. Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank

**Indikatorbeskrivelse.** Her præsenteres graden af overensstemmelse mellem DBCG-kvalitetsdatabasen og Patobank (indikator Tabellen ses på næste side).

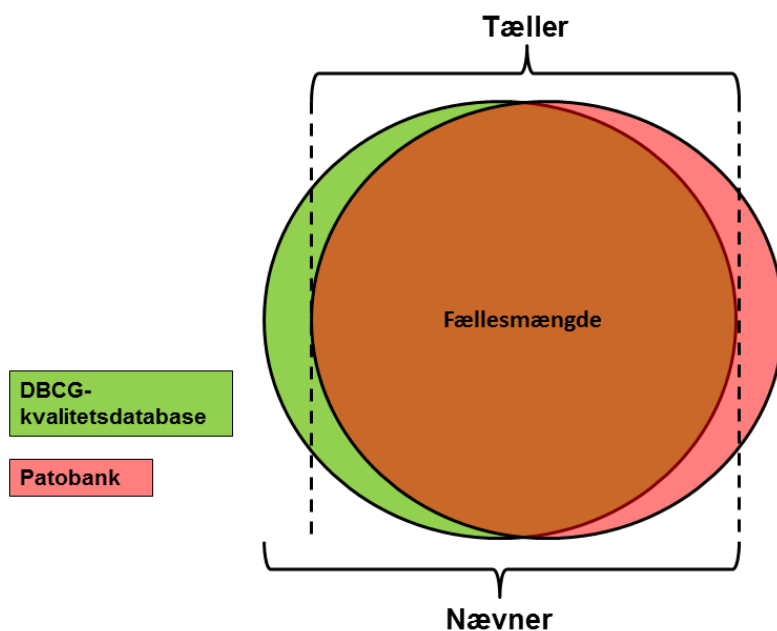
**Nævner og tæller.** Beregningen af overensstemmelsesgrad (herunder definitionen af tæller og nævner) er tilpasset til nu at være i overensstemmelse med RKKPs definitioner og begreber. RKKPs definition af overensstemmelsesgrad er:

*Patienter, der er indberettet til databasen, der kan genfindes i andet register (fx Patobank) som havende sygdommen / patienter, der er indberettet til databasen.*

I opgørelsen (nævneren) indgår alle patienter med invasiv brystkræft, som er registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen. Tælleren er fællesmængden for de 2 datakilder, dvs. antallet af patienter som er registreret i både DBCG-kvalitetsdatabasen og i Patobank (se figur 2). Tidligere indgik der i nævneren patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen og/eller Patobank (dvs. alle 3 delmængder i figur 2).

**Standard.** Der er ikke fastsat en standard for denne indikator.

**Figur 2. Illustration af populationer inkluderet i beregning af overensstemmelsesgrad mellem DBCG-kvalitetsdatabasen og Patobank**



**Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
			antal (%)	Andel	01.01.2019 - 31.12.2019		2018		2017
					95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	
<b>Danmark</b>	4.800 / 4.818	44 (1)	<b>99,6</b>	(99,4-99,8)	4.759 / 4.779	99,6 (99,4-99,7)	99,3 (99,0-99,5)		
<b>Hovedstaden</b>	1.501 / 1.506	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,2-99,9)	1.421 / 1.423	99,9 (99,5-100,0)	99,6 (99,1-99,8)		
<b>Sjælland</b>	822 / 828	10 (1)	<b>99,3</b>	(98,4-99,7)	785 / 791	99,2 (98,4-99,7)	99,5 (98,7-99,9)		
<b>Syddanmark</b>	1.140 / 1.144	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-99,9)	1.227 / 1.233	99,5 (98,9-99,8)	99,4 (98,7-99,8)		
<b>Midtjylland</b>	922 / 924	6 (1)	<b>99,8</b>	(99,2-100,0)	890 / 894	99,6 (98,9-99,9)	99,2 (98,4-99,6)		
<b>Nordjylland</b>	415 / 416	6 (1)	<b>99,8</b>	(98,7-100,0)	436 / 438	99,5 (98,4-99,9)	98,4 (96,6-99,3)		
<b>Hovedstaden</b>	1.501 / 1.506	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,2-99,9)	1.421 / 1.423	99,9 (99,5-100,0)	99,6 (99,1-99,8)		
Herlev	770 / 772	8 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	706 / 707	99,9 (99,2-100,0)	99,7 (99,0-100,0)		
Rigshospitalet	731 / 734	3 (0)	<b>99,6</b>	(98,8-99,9)	715 / 716	99,9 (99,2-100,0)	99,4 (98,5-99,8)		
<b>Sjælland</b>	822 / 828	10 (1)	<b>99,3</b>	(98,4-99,7)	785 / 791	99,2 (98,4-99,7)	99,5 (98,7-99,9)		
Slagelse	822 / 828	10 (1)	<b>99,3</b>	(98,4-99,7)	785 / 791	99,2 (98,4-99,7)	99,5 (98,7-99,9)		
<b>Syddanmark</b>	1.140 / 1.144	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-99,9)	1.227 / 1.233	99,5 (98,9-99,8)	99,4 (98,7-99,8)		
Esbjerg	211 / 211	2 (1)	<b>100,0</b>	(98,3-100,0)	199 / 200	99,5 (97,2-100,0)	98,1 (94,5-99,6)		
Odense	372 / 374	6 (2)	<b>99,5</b>	(98,1-99,9)	429 / 432	99,3 (98,0-99,9)	99,7 (98,6-100,0)		
Sønderborg	239 / 240	3 (1)	<b>99,6</b>	(97,7-100,0)	268 / 270	99,3 (97,3-99,9)	99,5 (97,2-100,0)		
Vejle	318 / 319	0 (0)	<b>99,7</b>	(98,3-100,0)	331 / 331	100,0 (98,9-100,0)	99,7 (98,1-100,0)		
<b>Midtjylland</b>	922 / 924	6 (1)	<b>99,8</b>	(99,2-100,0)	890 / 894	99,6 (98,9-99,9)	99,2 (98,4-99,6)		
Aarhus	391 / 391	3 (1)	<b>100,0</b>	(99,1-100,0)	352 / 354	99,4 (98,0-99,9)	99,2 (97,6-99,8)		
Holstebro*							100,0 (81,5-100,0)		
Randers**	18 / 18	0 (0)	<b>100,0</b>	(81,5-100,0)	191 / 192	99,5 (97,1-100,0)	99,1 (96,6-99,9)		
Viborg	513 / 515	3 (1)	<b>99,6</b>	(98,6-100,0)	347 / 348	99,7 (98,4-100,0)	99,2 (97,7-99,8)		
<b>Nordjylland</b>	415 / 416	6 (1)	<b>99,8</b>	(98,7-100,0)	436 / 438	99,5 (98,4-99,9)	98,4 (96,6-99,3)		
Aalborg	395 / 396	6 (1)	<b>99,7</b>	(98,6-100,0)	264 / 266	99,2 (97,3-99,9)	98,3 (95,7-99,5)		
Hjørring**	20 / 20	0 (0)	<b>100,0</b>	(83,2-100,0)	172 / 172	100,0 (97,9-100,0)	98,4 (95,5-99,7)		

\*Patologiafdelingen i Holstebro er lukket 1. oktober 2017 (sammenlagt med patologiafdelingen i Viborg). Adelingen i Holstebro udførte diagnostik på nålebiopsier, men ikke diagnostik på operationspræparater.

\*\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019



## **Epidemiologiske kommentarer til indikator 1b**

Af opgørelsen fremgår det, at for opgørelsesperioden 2019 er der 18 patienter i DBCG databasen der ikke indgår i Patobank. Dette må bero på en fejlrapportering til DBCG. Overensstemmelsesgraden er 99,6 % (95 % CI: 99,4-99,8), hvilket er på niveau med tidligere. Der er kun små forskelle på regionsniveau.

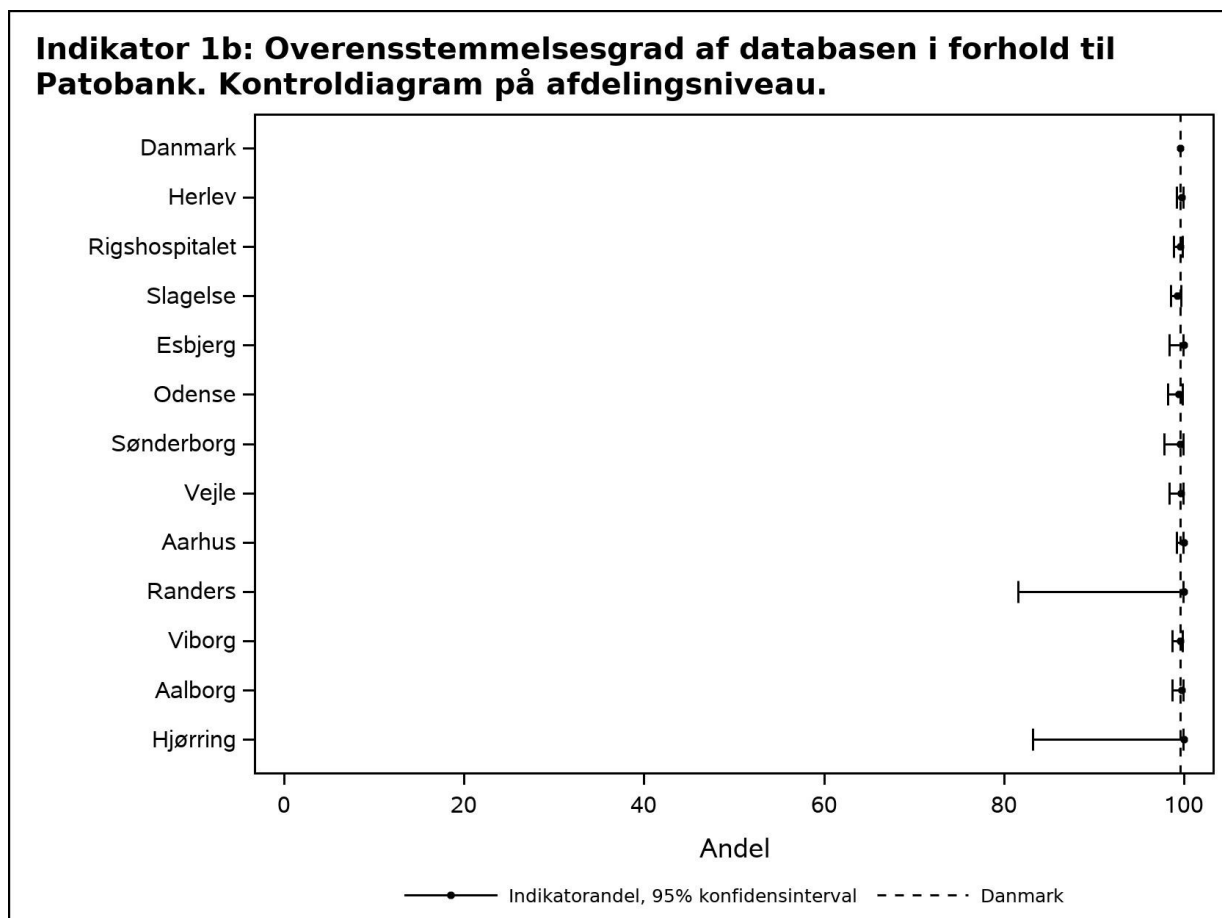
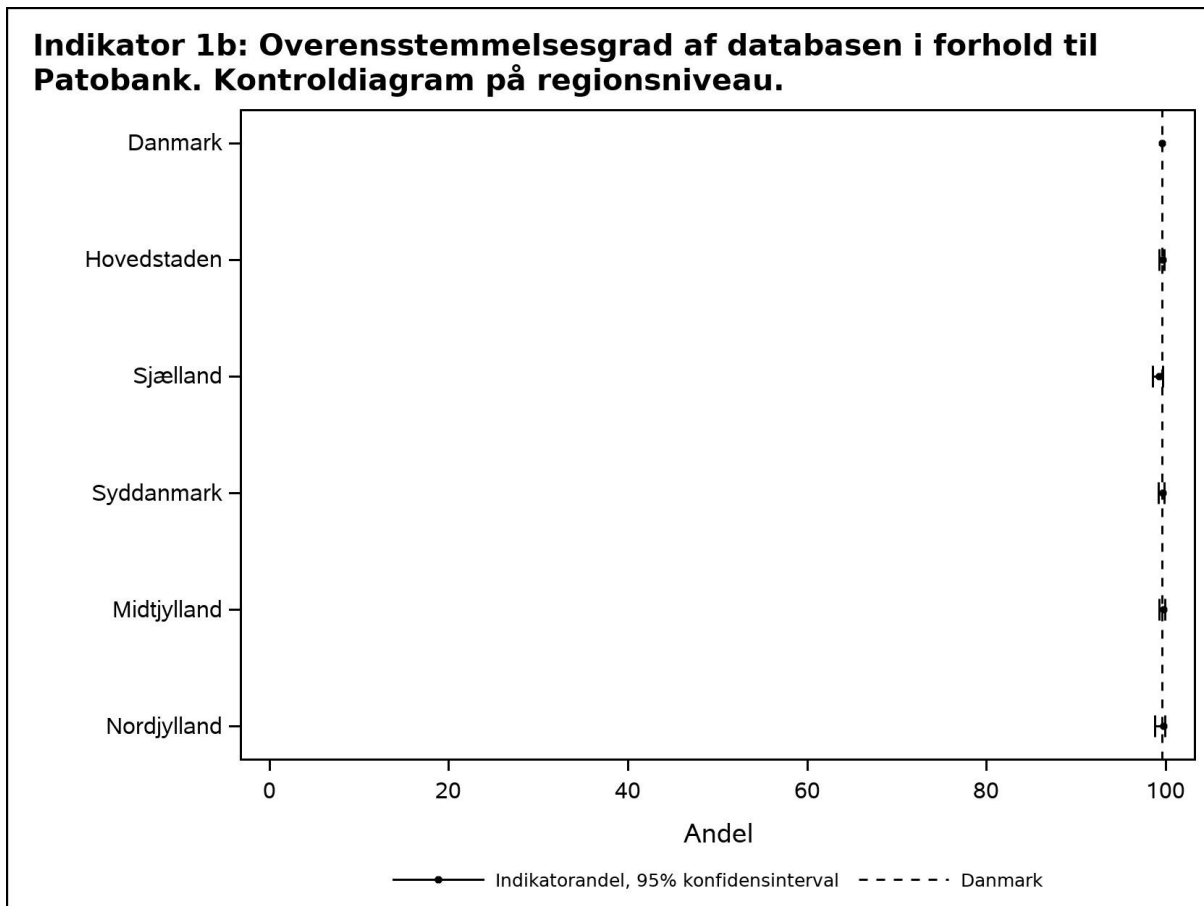
## **Lægefaglige kommentarer**

Indikatoropfyldelsen i forhold til overensstemmelsesgrad er meget høj og viser, at der foregår en meget omhyggelig indberetning fra de patologiske afdelingers side. Det anses for at være overordentligt tilfredsstillende. De 44 patienter i kolonnen "Uoplyste" omfatter patienter, hvis diagnose er mangelfuldt indberettet til DBCG. Disse patienter vil findes i ledelsesinformationssystemerne (LIS-systemer) i de enkelte regioner samt fremgå af rykkerlister fra DBCG databasen til de kirurgiske afdelinger med henblik på at få rettet forkerte indberetninger (f.eks. til DCIS) og slettet patienter, der er fejlregistreret i databasen.

## **Anbefalinger**

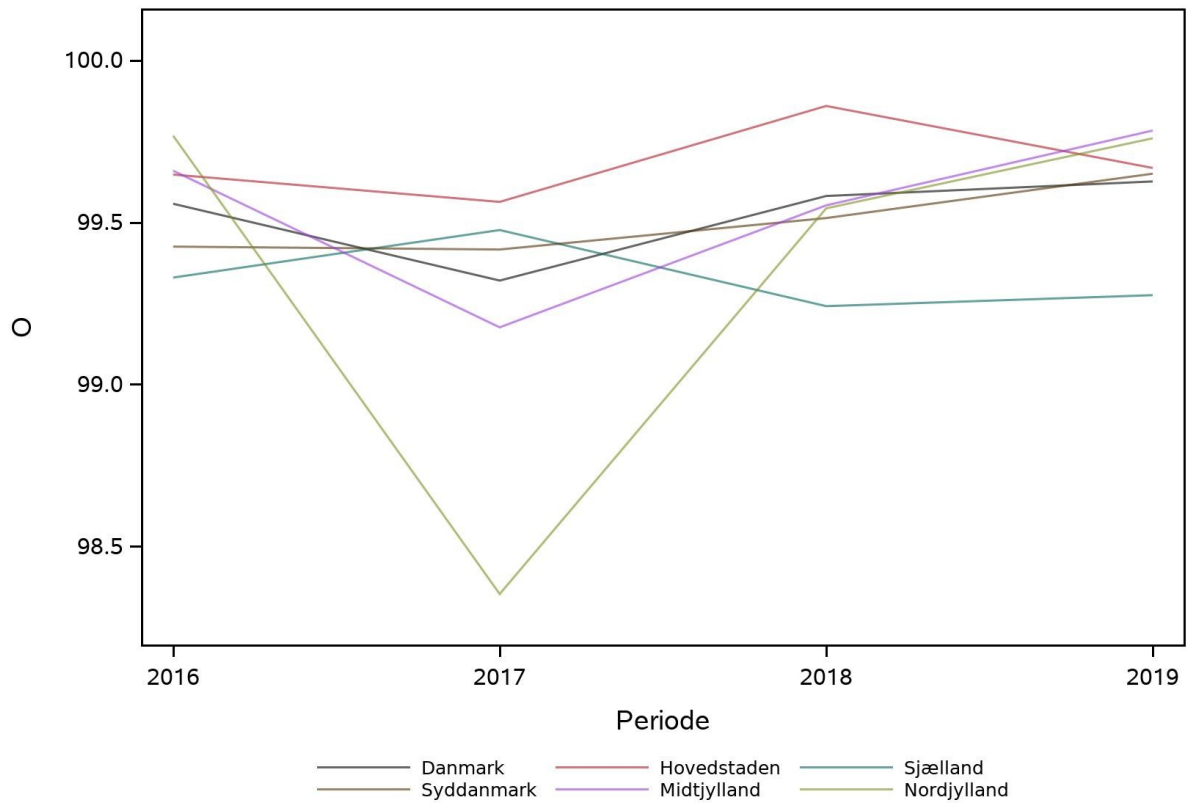
Ingen. Styregruppen anbefaler at indikatoren udgår i forbindelse med næste årsrapport.

Figurer til indikator 1b

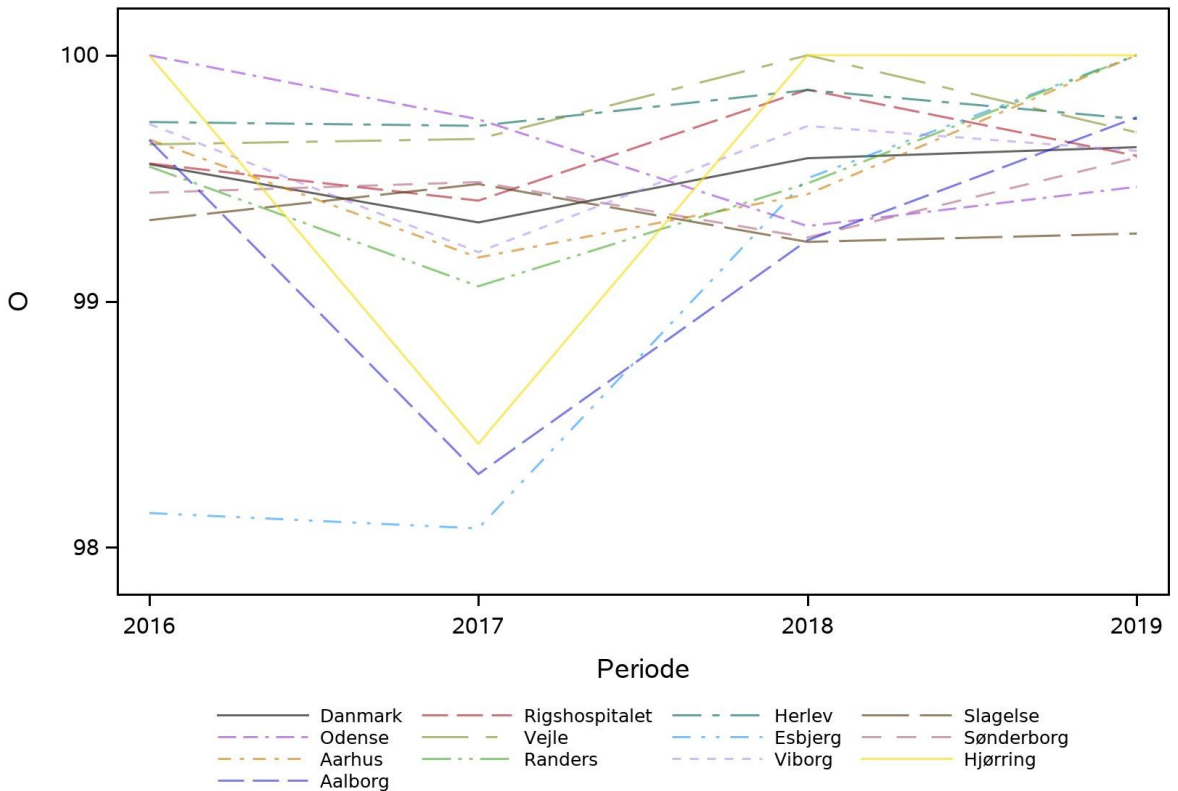




**Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.3. Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres andelen af patienter med indleveret behandlingskema, herunder indleveret mamma-, kirurgi-, patologi- eller sentinel node skema.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen, og som er opereret i aktuelle periode. Tælleren udgør patienter med indleveret behandlingskema (defineret som komplette data). Data for en mindre andel patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen vil være ufuldstændigt indberettet, og for disse kan patologi- og eller kirurgiafdelingen være ukendt.

Patienter med komplette data defineres som patienter (a) med primær invasiv brystkræftdiagnose, operabel tumor og risikoallokering ifølge DBCG's retningslinjer til protokol A, B, C, D eller uden for risikoklassifikation, samt patienter (b), der har en præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer.

Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis patologi- og kirurgiafdeling, og resultaterne fremgår af tabellerne herunder (indikatortabel 2a og 2b).

**Standard.** Som det fremgår i 'Kliniske indikatorspecifikation og dokumentalistrapport (2005)' er der fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

#### Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019	2018	2017		
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.615 / 4.818	44 (1)	<b>95,8</b>	(95,2-96,3)	4.602 / 4.779	96,3 (95,7-96,8)	96,7 (96,2-97,2)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	1.418 / 1.516	11 (1)	<b>93,5</b>	(92,2-94,7)	1.328 / 1.426	93,1 (91,7-94,4)	94,8 (93,5-95,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	800 / 823	10 (1)	<b>97,2</b>	(95,8-98,2)	784 / 789	99,4 (98,5-99,8)	99,1 (98,1-99,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.120 / 1.145	11 (1)	<b>97,8</b>	(96,8-98,6)	1.197 / 1.230	97,3 (96,3-98,1)	97,4 (96,2-98,3)
<b>Midtjylland</b>	Ja	893 / 923	6 (1)	<b>96,7</b>	(95,4-97,8)	864 / 898	96,2 (94,7-97,4)	97,1 (95,9-98,1)
<b>Nordjylland</b>	Nej	384 / 411	6 (1)	<b>93,4</b>	(90,6-95,6)	428 / 435	98,4 (96,7-99,4)	96,2 (93,9-97,8)
<b>Privathospitaler</b>		0 / 0				##	100,0 (2,5-100,0)	

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

#### Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019	2018	2017		
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.702 / 4.818	44 (1)	<b>97,6</b>	(97,1-98,0)	4.711 / 4.779	98,6 (98,2-98,9)	98,4 (98,0-98,8)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.449 / 1.506	11 (1)	<b>96,2</b>	(95,1-97,1)	1.392 / 1.423	97,8 (96,9-98,5)	97,7 (96,8-98,5)
<b>Sjælland</b>	Ja	821 / 828	10 (1)	<b>99,2</b>	(98,3-99,7)	788 / 791	99,6 (98,9-99,9)	99,6 (98,9-99,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.126 / 1.144	11 (1)	<b>98,4</b>	(97,5-99,1)	1.221 / 1.233	99,0 (98,3-99,5)	99,2 (98,5-99,7)
<b>Midtjylland</b>	Ja	906 / 924	6 (1)	<b>98,1</b>	(96,9-98,8)	876 / 894	98,0 (96,8-98,8)	98,6 (97,6-99,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	400 / 416	6 (1)	<b>96,2</b>	(93,8-97,8)	434 / 438	99,1 (97,7-99,8)	96,5 (94,2-98,0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.449 / 1.506	11 (1)	<b>96,2</b>	(95,1-97,1)	1.392 / 1.423	97,8 (96,9-98,5)	97,7 (96,8-98,5)



	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Antal	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
Herlev	Nej	724 / 772	8 (1)	<b>93,8</b>	(91,8-95,4)	684 / 707	96,7 (95,2-97,9)	97,1 (95,6-98,2)
Rigshospitalet	Ja	725 / 734	3 (0)	<b>98,8</b>	(97,7-99,4)	708 / 716	98,9 (97,8-99,5)	98,4 (97,1-99,2)
<b>Sjælland</b>	Ja	821 / 828	10 (1)	<b>99,2</b>	(98,3-99,7)	788 / 791	99,6 (98,9-99,9)	99,6 (98,9-99,9)
Slagelse	Ja	821 / 828	10 (1)	<b>99,2</b>	(98,3-99,7)	788 / 791	99,6 (98,9-99,9)	99,6 (98,9-99,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.126 / 1.144	11 (1)	<b>98,4</b>	(97,5-99,1)	1.221 / 1.233	99,0 (98,3-99,5)	99,2 (98,5-99,7)
Esbjerg	Ja	211 / 211	2 (1)	<b>100,0</b>	(98,3-100,0)	199 / 200	99,5 (97,2-100,0)	98,7 (95,4-99,8)
Odense	Ja	371 / 374	6 (2)	<b>99,2</b>	(97,7-99,8)	430 / 432	99,5 (98,3-99,9)	99,7 (98,6-100,0)
Sønderborg	Ja	229 / 240	3 (1)	<b>95,4</b>	(91,9-97,7)	263 / 270	97,4 (94,7-99,0)	98,5 (95,5-99,7)
Vejle	Ja	315 / 319	0 (0)	<b>98,7</b>	(96,8-99,7)	329 / 331	99,4 (97,8-99,9)	99,3 (97,6-99,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	906 / 924	6 (1)	<b>98,1</b>	(96,9-98,8)	876 / 894	98,0 (96,8-98,8)	98,6 (97,6-99,2)
Aarhus	Ja	378 / 391	3 (1)	<b>96,7</b>	(94,4-98,2)	344 / 354	97,2 (94,9-98,6)	97,8 (95,7-99,0)
Holstebro*								100,0 (81,5-100,0)
Randers**	Nej	17 / 18	0 (0)	<b>94,4</b>	(72,7-99,9)	186 / 192	96,9 (93,3-98,8)	98,1 (95,3-99,5)
Viborg	Ja	511 / 515	3 (1)	<b>99,2</b>	(98,0-99,8)	346 / 348	99,4 (97,9-99,9)	99,5 (98,1-99,9)
<b>Nordjylland</b>	Ja	400 / 416	6 (1)	<b>96,2</b>	(93,8-97,8)	434 / 438	99,1 (97,7-99,8)	96,5 (94,2-98,0)
Aalborg	Ja	383 / 396	6 (1)	<b>96,7</b>	(94,5-98,2)	264 / 266	99,2 (97,3-99,9)	96,2 (92,9-98,2)
Hjørring**	Nej	17 / 20	0 (0)	<b>85,0</b>	(62,1-96,8)	170 / 172	98,8 (95,9-99,9)	96,8 (93,3-98,8)

\*Patologiafdelingen i Holstebro er lukket 1. oktober 2017 (sammenlagt med patologiafdelingen i Viborg). Afdelingen i Holstebro udførte diagnostik på nålebiopsier, men ikke diagnostik på operationspræparater.

\*\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019



**Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger**

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2019 - 31.12.2019	2018			2017
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.713 / 4.818	44 (1)	<b>97,8</b>	(97,4-98,2)	4.667 / 4.779	97,7 (97,2-98,1)	98,2 (97,8-98,6)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.463 / 1.516	11 (1)	<b>96,5</b>	(95,5-97,4)	1.356 / 1.426	95,1 (93,8-96,2)	96,9 (95,9-97,8)
<b>Sjælland</b>	Ja	805 / 823	10 (1)	<b>97,8</b>	(96,6-98,7)	787 / 789	99,7 (99,1-100,0)	99,6 (98,9-99,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.140 / 1.145	11 (1)	<b>99,6</b>	(99,0-99,9)	1.209 / 1.230	98,3 (97,4-98,9)	98,3 (97,3-99,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	908 / 923	6 (1)	<b>98,4</b>	(97,3-99,1)	882 / 898	98,2 (97,1-99,0)	98,5 (97,5-99,1)
<b>Nordjylland</b>	Ja	397 / 411	6 (1)	<b>96,6</b>	(94,4-98,1)	432 / 435	99,3 (98,0-99,9)	99,5 (98,3-99,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.463 / 1.516	11 (1)	<b>96,5</b>	(95,5-97,4)	1.356 / 1.426	95,1 (93,8-96,2)	96,9 (95,9-97,8)
Herlev	Ja	750 / 784	8 (1)	<b>95,7</b>	(94,0-97,0)	690 / 720	95,8 (94,1-97,2)	96,4 (94,8-97,7)
Rigshospitalet	Ja	713 / 732	3 (0)	<b>97,4</b>	(96,0-98,4)	666 / 706	94,3 (92,4-95,9)	97,5 (96,0-98,5)
<b>Sjælland</b>	Ja	805 / 823	10 (1)	<b>97,8</b>	(96,6-98,7)	787 / 789	99,7 (99,1-100,0)	99,6 (98,9-99,9)
Ringsted	Ja	805 / 823	10 (1)	<b>97,8</b>	(96,6-98,7)	787 / 789	99,7 (99,1-100,0)	99,6 (98,9-99,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.140 / 1.145	11 (1)	<b>99,6</b>	(99,0-99,9)	1.209 / 1.230	98,3 (97,4-98,9)	98,3 (97,3-99,0)
Aabenraa	Ja	272 / 275	3 (1)	<b>98,9</b>	(96,8-99,8)	269 / 286	94,1 (90,7-96,5)	92,5 (88,0-95,8)
Esbjerg	Ja	199 / 199	2 (1)	<b>100,0</b>	(98,2-100,0)	201 / 201	100,0 (98,2-100,0)	99,4 (96,7-100,0)
Odense	Ja	326 / 327	6 (2)	<b>99,7</b>	(98,3-100,0)	410 / 411	99,8 (98,7-100,0)	100,0 (99,0-100,0)
Vejle	Ja	343 / 344	0 (0)	<b>99,7</b>	(98,4-100,0)	329 / 332	99,1 (97,4-99,8)	99,3 (97,6-99,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	908 / 923	6 (1)	<b>98,4</b>	(97,3-99,1)	882 / 898	98,2 (97,1-99,0)	98,5 (97,5-99,1)
Aarhus	Ja	388 / 401	3 (1)	<b>96,8</b>	(94,5-98,3)	350 / 362	96,7 (94,3-98,3)	98,1 (96,1-99,2)
Randers*	Ja	13 / 13	0 (0)	<b>100,0</b>	(75,3-100,0)	175 / 178	98,3 (95,2-99,7)	99,1 (96,7-99,9)
Viborg	Ja	507 / 509	3 (1)	<b>99,6</b>	(98,6-100,0)	357 / 358	99,7 (98,5-100,0)	98,4 (96,6-99,4)
<b>Nordjylland</b>	Ja	397 / 411	6 (1)	<b>96,6</b>	(94,4-98,1)	432 / 435	99,3 (98,0-99,9)	99,5 (98,3-99,9)
Aalborg	Ja	377 / 391	6 (2)	<b>96,4</b>	(94,1-98,0)	262 / 263	99,6 (97,9-100,0)	99,6 (97,7-100,0)
Hjørring*	Ja	20 / 20	0 (0)	<b>100,0</b>	(83,2-100,0)	170 / 172	98,8 (95,9-99,9)	99,5 (97,1-100,0)
Ophørt privathospital		0 / 0				##	100,0 (2,5-100,0)	

\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 2

Indikator 2 opgør andelen af patienter med indleveret behandlingsskema på regionsniveau samt opdelt på patologi- og kirurgiafdeling (hhv. indikortabel 2a og 2b). I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter med datakomplethed på indleveret behandlingsskema på landsplan på 95,8 % (95 % CI: 95,2-96,3), hvilket er på niveau med tidligere.

Af opgørelsen fremgår det, at Region Hovedstaden (93,5 %; 95 % CI: 92,2-94,7) og Region Nordjylland (93,4 % (90,6-95,6) ligger lavere end de øvrige regioner hvad angår inddateringspraksis. Opdeling på patologiafdeling (tabel 2a samt trendfigur 2a) viser, at der er sket et fald i Herlev (fra 96,7 % i 2018 til 93,8 % i 2019), og afdelingen opfylder ikke standarden. Der er tilfredsstillende indberetning på samtlige kirurgiske afdelinger med andel over 95 %.

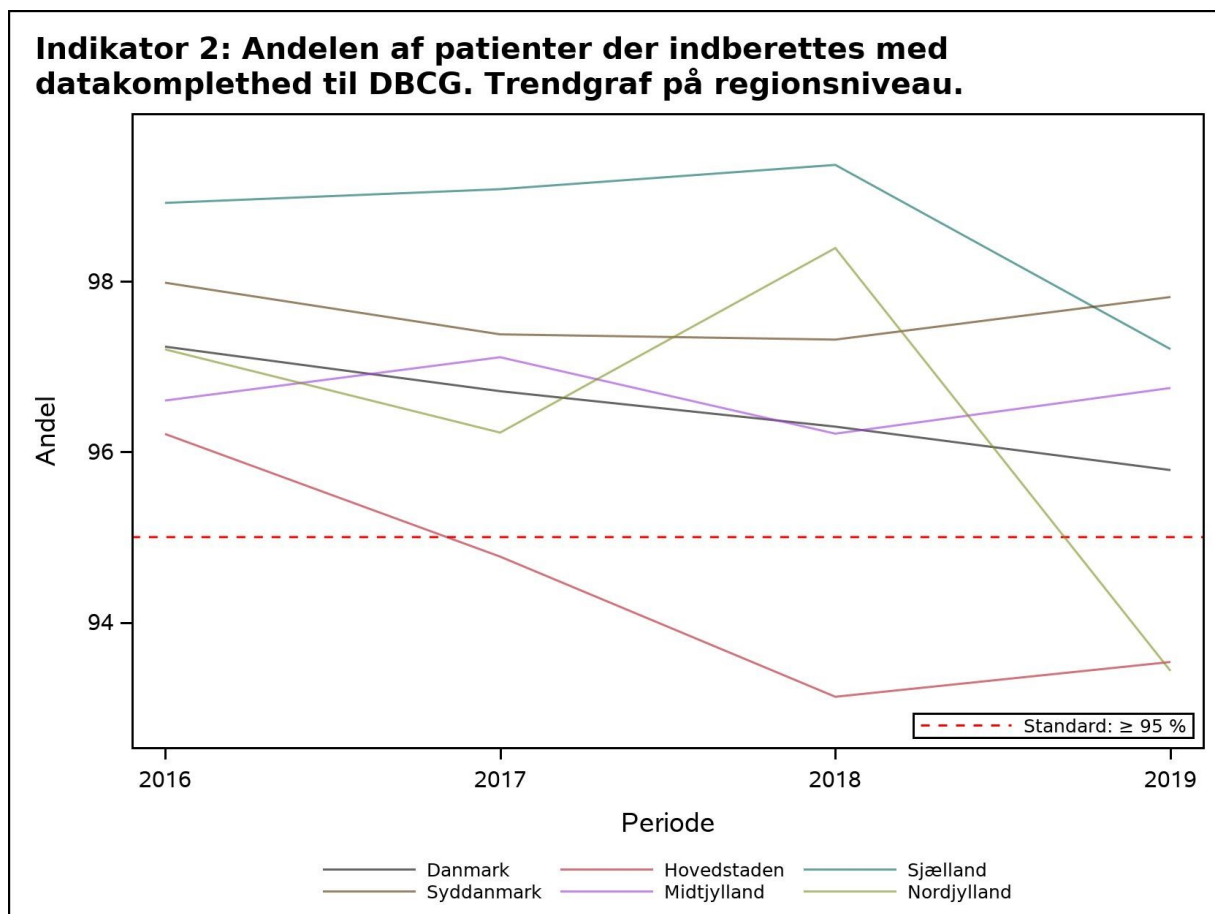
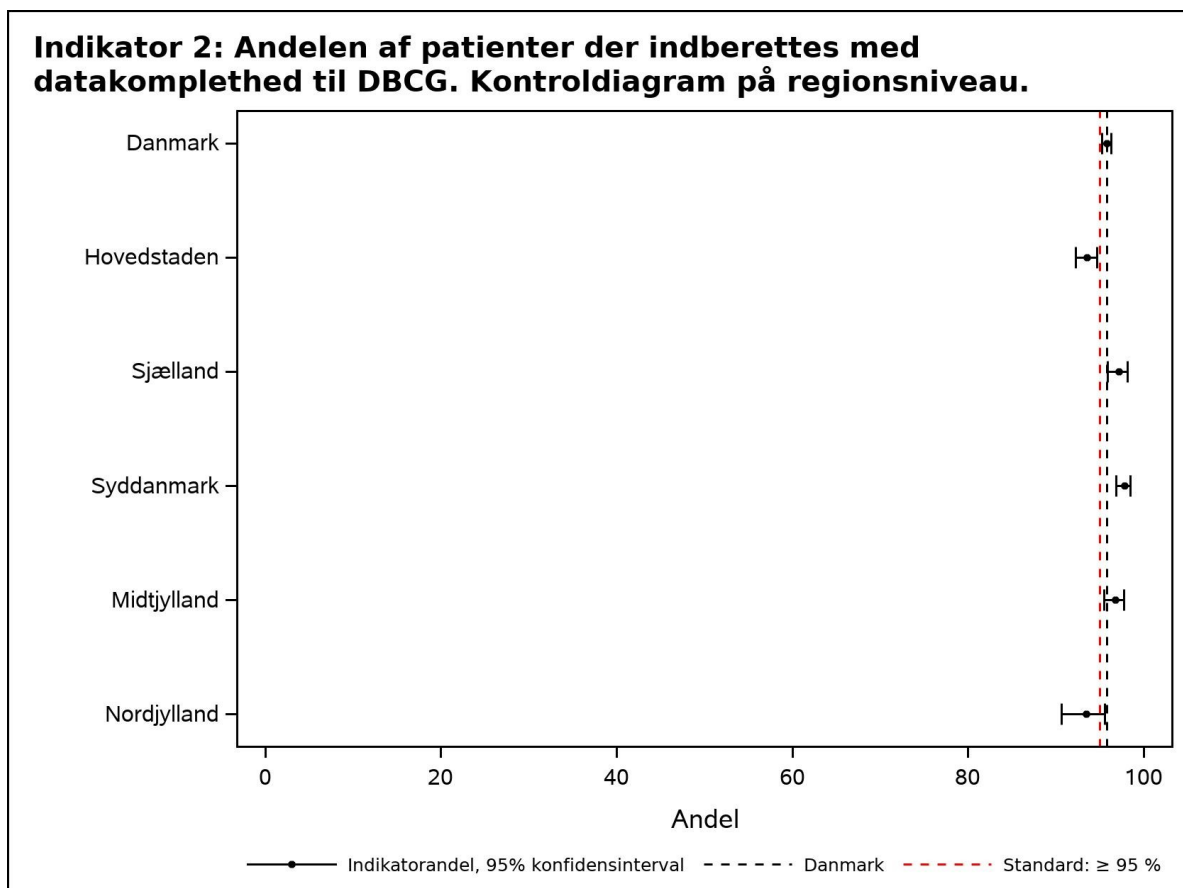
## Lægefaglige kommentarer

Indikatoren afspejler indberetningspraksis ved de kirurgiske og patologiske enheder og anses for at være helt central for hele indikatorsættet. Indikatoren er fuldt opfyldt for 3 af 5 regioner. For de øvrige 2 regioner ligger indikatoropfyldelsen dog ikke signifikant under standarden. På afdelingsniveau er billedet tilsvarende, og ingen afviger signifikant fra standarden. Det anses samlet set for meget tilfredsstillende. Styregruppen er bekendt med, at de foreliggende resultater er kommet i stand efter en betydelig ekstraordinær indsats fra afdelingerne med indberetning og opdatering af de fra DBCG udsendte rykkerlister. Dette gælder i særlig grad den kirurgiske afdeling i Region Sjælland (Roskilde tidl. Ringsted).

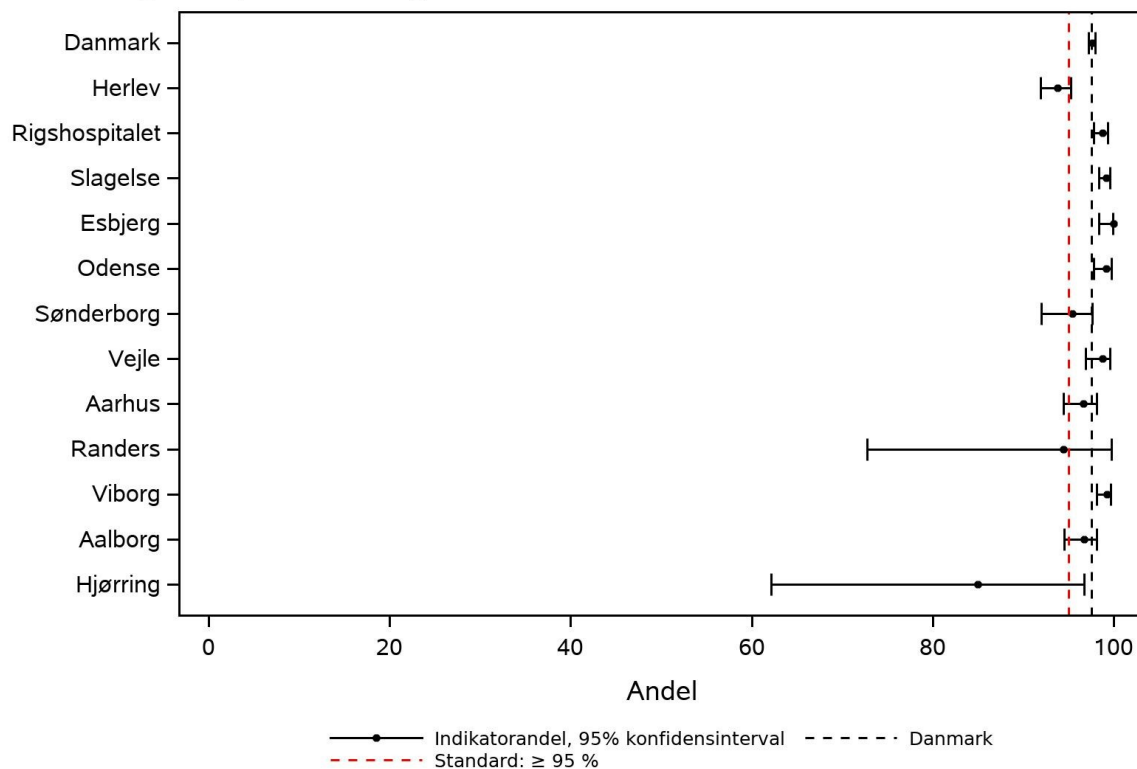
## Anbefaling

Ingen.

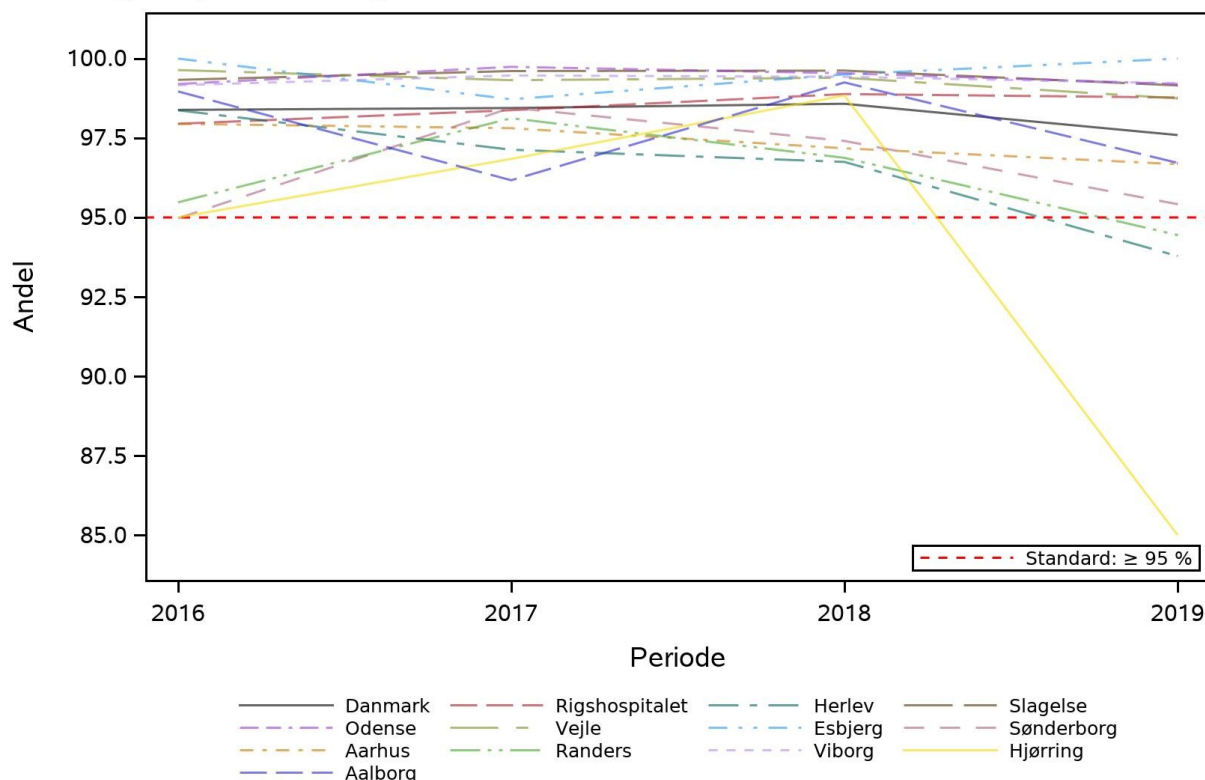
Figurer til indikator 2



**Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologiplysninger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**

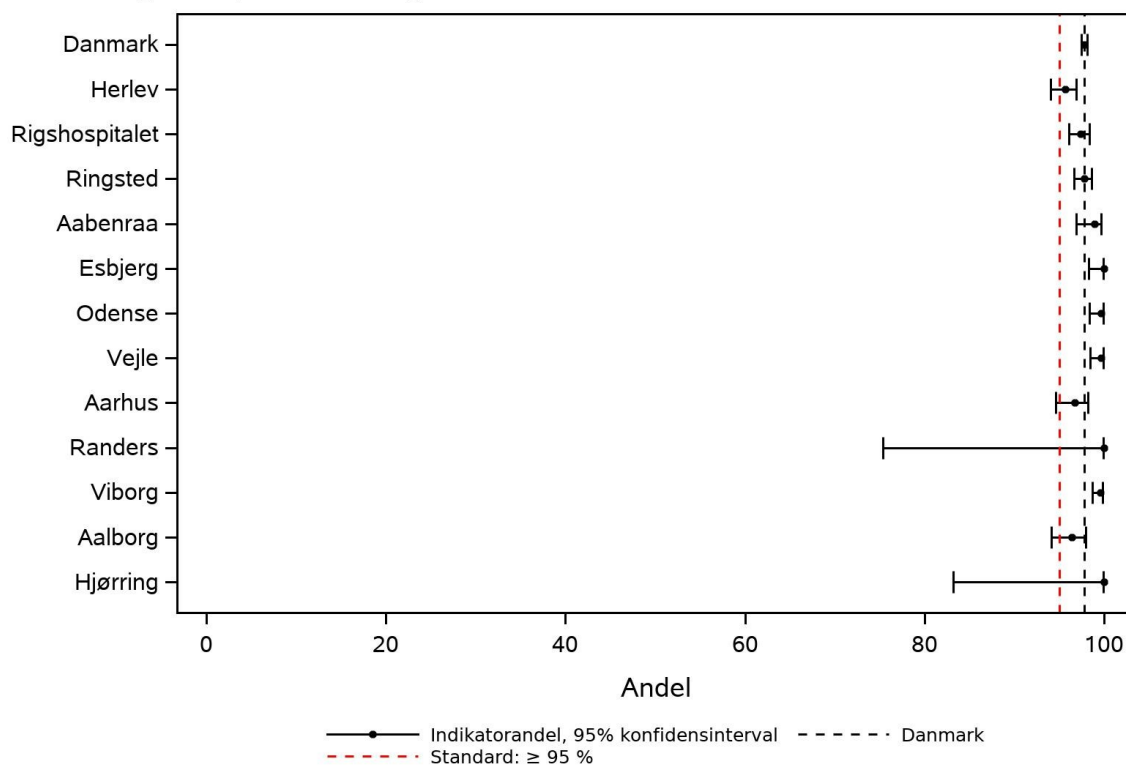


**Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologiplysninger. Trendgraf på afdelingsniveau.**

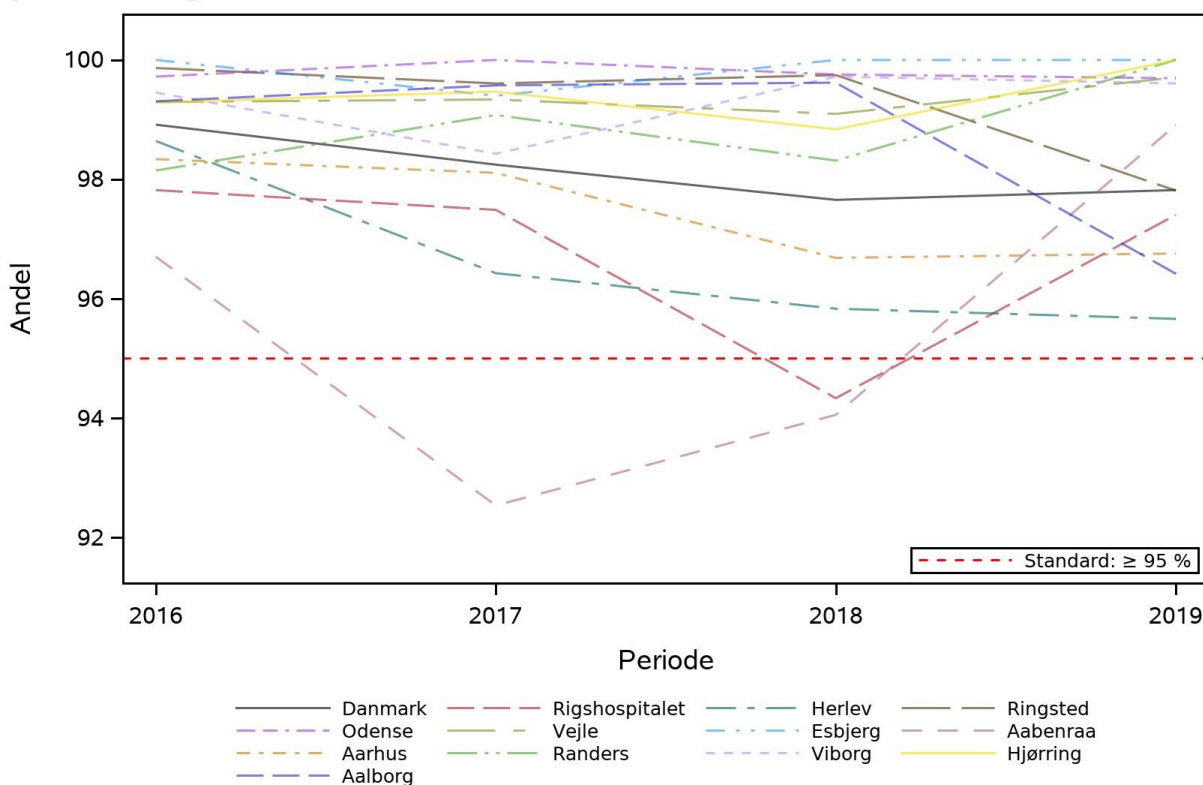




**Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



**Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.4. Indikator 3. Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres andelen af aksilrømmede patienter med primært, invasivt karcinom (C50), som har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ behandling.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasivt karcinom, lymfeknudemetastaser og med indberettet aksil-indgreb. Tælleren udgør patienter, som ved intenderet kurativ, aksiloperation har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder. Efter indførelse af de seneste retningslinjer (2013) ekskluderes patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller, idet aksilrømning ikke længere er indikeret for denne gruppe.

**Standard.** Der er fastsat en acceptabel standard på  $\geq 90\%$  og en ønskværdig standard på  $\geq 95\%$ .

#### Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2019 - 31.12.2019	95% CI	2018	2017	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	675 / 716	11 (2)	<b>94,3</b>	(92,3-95,9)	830 / 868	95,6 (94,0-96,9)	95,8 (94,3-97,0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	208 / 212	8 (4)	<b>98,1</b>	(95,2-99,5)	224 / 237	94,5 (90,8-97,0)	97,6 (95,1-99,0)
<b>Sjælland</b>	Ja	111 / 123	1 (1)	<b>90,2</b>	(83,6-94,9)	149 / 160	93,1 (88,0-96,5)	93,2 (87,5-96,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	175 / 185	2 (1)	<b>94,6</b>	(90,3-97,4)	199 / 205	97,1 (93,7-98,9)	96,2 (92,6-98,3)
<b>Midtjylland</b>	Ja	122 / 128	0 (0)	<b>95,3</b>	(90,1-98,3)	157 / 161	97,5 (93,8-99,3)	96,1 (92,5-98,3)
<b>Nordjylland</b>	Nej	59 / 68	0 (0)	<b>86,8</b>	(76,4-93,8)	101 / 105	96,2 (90,5-99,0)	92,7 (86,0-96,8)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	208 / 212	8 (4)	<b>98,1</b>	(95,2-99,5)	224 / 237	94,5 (90,8-97,0)	97,6 (95,1-99,0)
Herlev, kirurgi	Ja	106 / 110	5 (4)	<b>96,4</b>	(91,0-99,0)	124 / 133	93,2 (87,5-96,9)	98,2 (94,7-99,6)
Rigshospitalet, kirurgi	Ja	102 / 102	3 (3)	<b>100,0</b>	(96,4-100,0)	100 / 104	96,2 (90,4-98,9)	96,9 (92,3-99,2)
<b>Sjælland</b>	Ja	111 / 123	1 (1)	<b>90,2</b>	(83,6-94,9)	149 / 160	93,1 (88,0-96,5)	93,2 (87,5-96,9)
Ringsted, kirurgi	Ja	111 / 123	1 (1)	<b>90,2</b>	(83,6-94,9)	149 / 160	93,1 (88,0-96,5)	93,2 (87,5-96,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	175 / 185	2 (1)	<b>94,6</b>	(90,3-97,4)	199 / 205	97,1 (93,7-98,9)	96,2 (92,6-98,3)
Aabenraa, kirurgi	Nej	40 / 45	1 (2)	<b>88,9</b>	(75,9-96,3)	44 / 45	97,8 (88,2-99,9)	90,9 (78,3-97,5)
Esbjerg, kirurgi	Nej	32 / 36	0 (0)	<b>88,9</b>	(73,9-96,9)	31 / 33	93,9 (79,8-99,3)	96,7 (82,8-99,9)
Odense, kirurgi	Ja	58 / 58	0 (0)	<b>100,0</b>	(93,8-100,0)	67 / 70	95,7 (88,0-99,1)	97,6 (91,7-99,7)
Vejle, kirurgi	Ja	45 / 46	1 (2)	<b>97,8</b>	(88,5-99,9)	57 / 57	100,0 (93,7-100,0)	98,1 (89,7-100,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	122 / 128	0 (0)	<b>95,3</b>	(90,1-98,3)	157 / 161	97,5 (93,8-99,3)	96,1 (92,5-98,3)
Aarhus, kirurgi	Ja	48 / 50	0 (0)	<b>96,0</b>	(86,3-99,5)	64 / 66	97,0 (89,5-99,6)	93,6 (85,7-97,9)
Randers, kirurgi*	Ja	6 / 6	0 (0)	<b>100,0</b>	(54,1-100,0)	26 / 27	96,3 (81,0-99,9)	100,0 (91,4-100,0)
Viborg, kirurgi	Ja	68 / 72	0 (0)	<b>94,4</b>	(86,4-98,5)	67 / 68	98,5 (92,1-100,0)	96,6 (90,4-99,3)
<b>Nordjylland</b>	Nej	59 / 68	0 (0)	<b>86,8</b>	(76,4-93,8)	101 / 105	96,2 (90,5-99,0)	92,7 (86,0-96,8)
Aalborg, kirurgi	Nej	54 / 63	0 (0)	<b>85,7</b>	(74,6-93,3)	48 / 52	92,3 (81,5-97,9)	87,5 (75,9-94,8)

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		2018		2017
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Hjørring, kirurgi*	Ja	5 / 5	0 (0)	<b>100,0</b>	(47,8-100,0)	53 / 53	100,0 (93,3-100,0)	98,1 (89,9-100,0)

\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

### Epidemiologiske kommentarer til indikator 3

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af aksilrømmede patienter med primært, invasivt karcinom, som har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder på landsplan på 94,3 % (95 % CI: 92,3-95,9). Dette er lidt lavere end tidligere (2018: 95,6 %, 95 % CI: 94,0-96,9), men den fastsatte standard på ≥ 90 % opfyldes på landsplan samt for alle regioner på nær Region Nordjylland. Her ses et stort fald fra en andel på 96,2 % (95 % CI: 90,5-99,0) i 2018 til 86,8 % (95 % CI: 76,4-93,8 %) i 2019. Det bemærkes, at andelen i Aalborg er faldet fra 92,3 % (95 % CI: 81,5-97,9) i 2018 til 85,7 % (95 % CI: 74,6-93,3) i 2019.

### Lægefaglige kommentarer

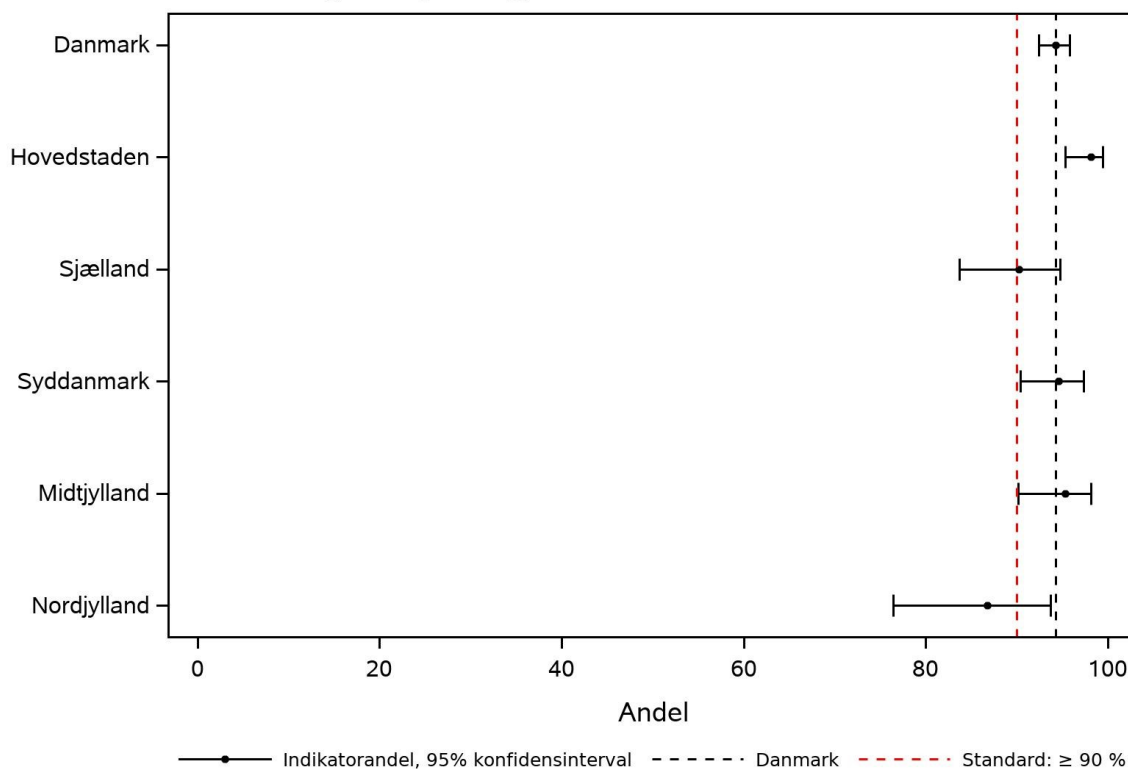
Resultatet anses for overordnet tilfredsstillende. Ingen afdelinger ligger i 2019 signifikant under standarden, men der er dog 3 afdelinger, der ikke når op på 90 %. Aalborg har tidligere ligget under standarden, om end resultatet i 2018 var tilfredsstillende. I 2019 er resultatet på 85,7 % signifikant lavere end den ønskværdige tærskel på 95 %.

### Anbefalinger

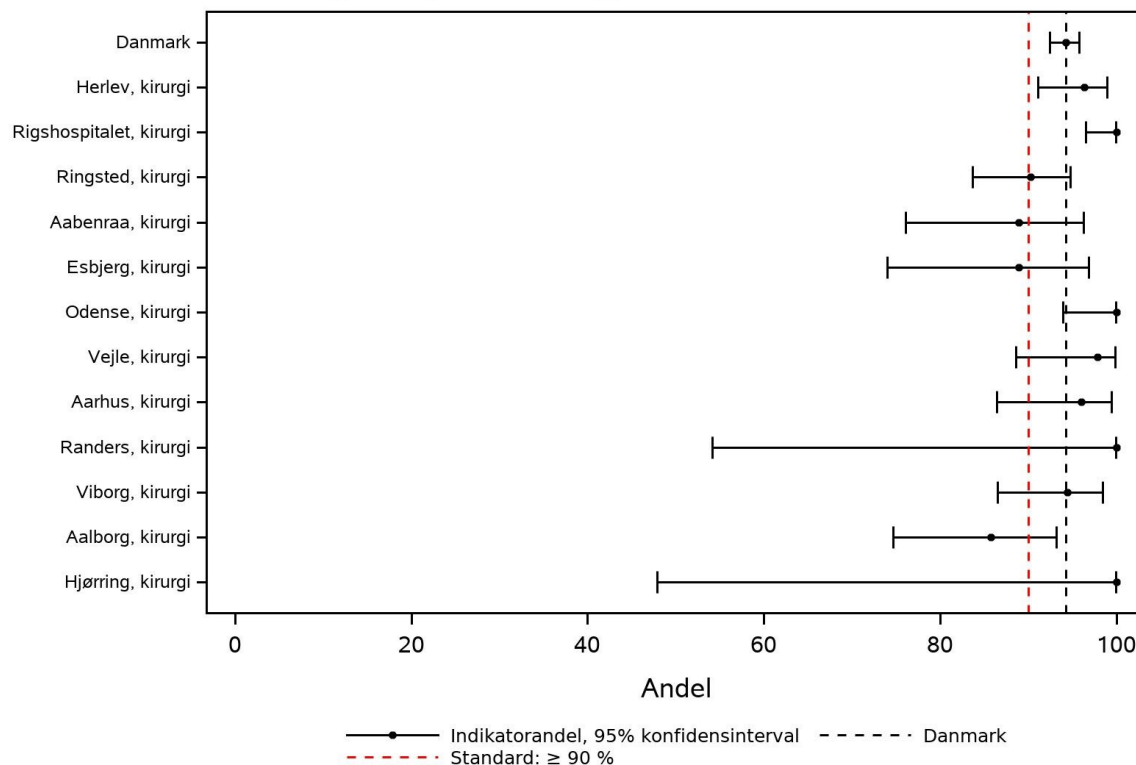
Enheden i Aalborg bør tilstræbe at nå en højere indikatoropfyldelse vedr. denne indikator.

Figurer til indikator 3

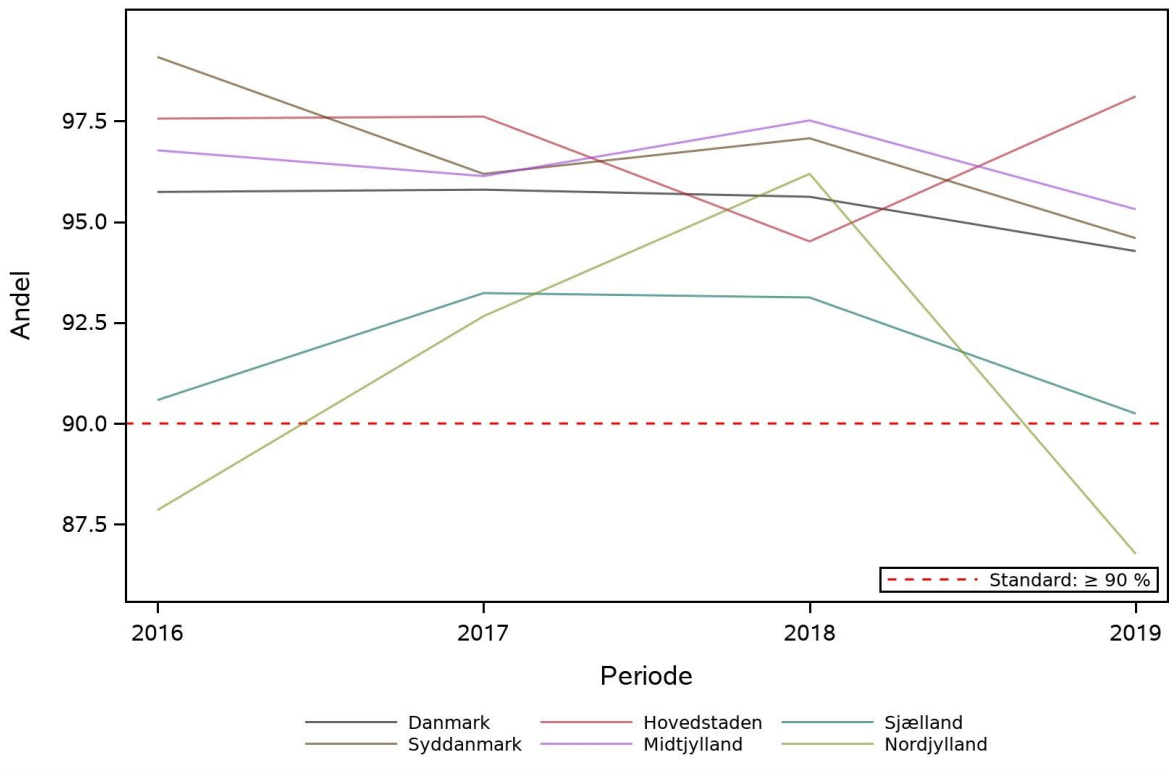
**Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation. Kontrolldiagram på regionsniveau.**



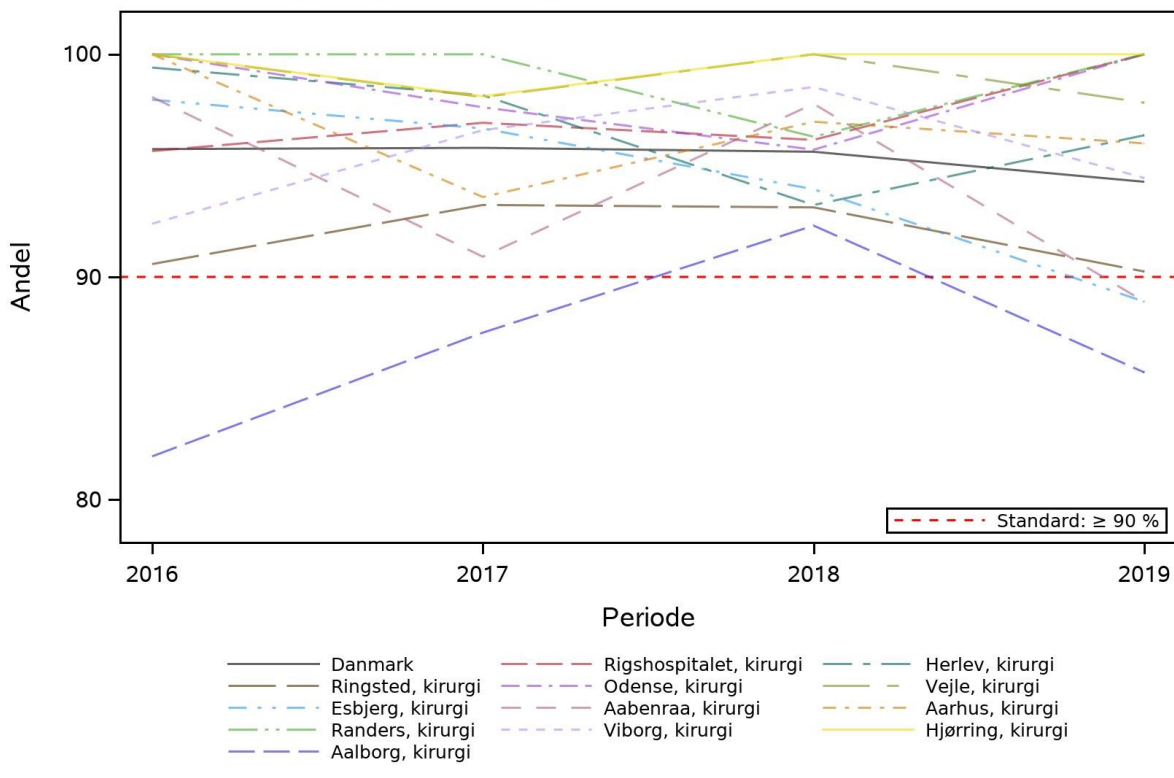
**Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



**Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.5. Indikator 4: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres andelen af højrisiko-kvinder (i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering) med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår højrisiko-patienter med invasivt karcinom (C50). Tælleren udgør patienter allokeret til adjuverende, onkologisk behandling. Indikatoren er tidsforskudt, idet onkologisk behandling overvejende gives i det post-operative forløb. Hvis patienten mindst en gang har modtaget den foreskrevne behandling, herunder kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling, anses indikatoren for opfyldt.

Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis onkologi- og kirurgiafdeling, og resultaterne fremgår af tabellerne herunder (indikatortabel 4onk og 4kir).

Desuden følger efter den første indikatortabel tre oversigtstabeller over årsager til manglende opfyldelse af indikatoren.

**Standard.** Der er fastsat en standard på  $\geq 90\%$  for denne indikator.

#### **Indikator 4reg: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau**

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/nævner		01.01.2018 - 31.12.2018	95% CI	2017	2016	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	2.810 / 3.289	458 (12)	<b>85,4</b>	(84,2-86,6)	2.697 / 3.092	87,2 (86,0-88,4)	83,6 (82,2-85,0)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	673 / 821	252 (23)	<b>82,0</b>	(79,2-84,5)	666 / 799	83,4 (80,6-85,9)	83,0 (80,2-85,5)
<b>Sjælland</b>	Nej	501 / 591	48 (8)	<b>84,8</b>	(81,6-87,6)	439 / 502	87,5 (84,2-90,2)	66,8 (61,0-72,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	724 / 845	91 (10)	<b>85,7</b>	(83,1-88,0)	650 / 739	88,0 (85,4-90,2)	89,2 (86,8-91,3)
<b>Midtjylland</b>	Nej	604 / 689	45 (6)	<b>87,7</b>	(85,0-90,0)	646 / 731	88,4 (85,8-90,6)	83,3 (80,2-86,0)
<b>Nordjylland</b>	Nej	308 / 343	22 (6)	<b>89,8</b>	(86,1-92,8)	296 / 321	92,2 (88,7-94,9)	87,9 (83,8-91,4)

## Årsager til manglende opfyldelse af indikator 4

### Protokol B

Kemoterapi	Endokrin behandling		
	+Behandling	Dosis 0	Ukendt
+Behandling	9*	132	42
Dosis 0	147	#	.
Ukendt	78	12	.

\*HER-2 positive patienter, der ikke har modtaget anti-HER2 behandling  
# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

### Protokol C

Endokrin behandling
Dosis 0
42

### Protokol D

Kemoterapi	
+Behandling	Dosis 0
4*	12

\*HER-2 positive patienter, der ikke har modtaget anti-HER2 behandling

### Indikator 4onk: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2017 Antal	2016 Antal (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Nej	2.807 / 3.284	161 (5)	<b>85,5</b>	(84,2-86,7)	2.695 / 3.086	87,3 (86,1-88,5)	83,7 (82,2-85,0)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	670 / 817	40 (5)	<b>82,0</b>	(79,2-84,6)	664 / 795	83,5 (80,8-86,0)	82,9 (80,2-85,4)
<b>Sjælland</b>	Nej	501 / 591	21 (3)	<b>84,8</b>	(81,6-87,6)	439 / 501	87,6 (84,4-90,4)	66,8 (61,0-72,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	724 / 845	62 (7)	<b>85,7</b>	(83,1-88,0)	650 / 738	88,1 (85,5-90,3)	89,2 (86,8-91,3)
<b>Midtjylland</b>	Nej	604 / 688	22 (3)	<b>87,8</b>	(85,1-90,1)	646 / 731	88,4 (85,8-90,6)	83,5 (80,4-86,3)
<b>Nordjylland</b>	Nej	308 / 343	16 (4)	<b>89,8</b>	(86,1-92,8)	296 / 321	92,2 (88,7-94,9)	87,9 (83,8-91,4)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	670 / 817	40 (5)	<b>82,0</b>	(79,2-84,6)	664 / 795	83,5 (80,8-86,0)	82,9 (80,2-85,4)
Herlev, onkologi	Nej	212 / 269	11 (4)	<b>78,8</b>	(73,4-83,5)	185 / 232	79,7 (74,0-84,7)	84,1 (79,0-88,5)
Hillerød, onkologi	Nej	158 / 187	14 (7)	<b>84,5</b>	(78,5-89,4)	152 / 179	84,9 (78,8-89,8)	83,4 (77,5-88,3)
Rigshospitalet, onkologi	Nej	280 / 338	14 (4)	<b>82,8</b>	(78,4-86,7)	318 / 373	85,3 (81,2-88,7)	82,0 (77,6-85,9)
Rønne, onkologi	Nej	20 / 23	1 (4)	<b>87,0</b>	(66,4-97,2)	9 / 11	81,8 (48,2-97,7)	78,9 (54,4-93,9)
<b>Sjælland</b>	Nej	501 / 591	21 (3)	<b>84,8</b>	(81,6-87,6)	439 / 501	87,6 (84,4-90,4)	66,8 (61,0-72,2)





	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%			01.01.2018 - 31.12.2018		2017		2016
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
Næstved, onkologi	Nej	501 / 591	21 (3)	<b>84,8</b>	(81,6-87,6)	439 / 501	87,6 (84,4-90,4)	66,8 (61,0-72,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	724 / 845	62 (7)	<b>85,7</b>	(83,1-88,0)	650 / 738	88,1 (85,5-90,3)	89,2 (86,8-91,3)
Esbjerg, onkologi	Nej	112 / 125	36 (22)	<b>89,6</b>	(82,9-94,3)	110 / 116	94,8 (89,1-98,1)	91,8 (86,1-95,7)
Odense, onkologi	Nej	268 / 321	19 (6)	<b>83,5</b>	(79,0-87,4)	234 / 277	84,5 (79,7-88,5)	86,8 (82,2-90,6)
Sønderborg, onkologi	Nej	102 / 140	6 (4)	<b>72,9</b>	(64,7-80,0)	111 / 124	89,5 (82,7-94,3)	91,3 (84,9-95,6)
Vejle, onkologi	Ja	242 / 259	1 (0)	<b>93,4</b>	(89,7-96,1)	195 / 221	88,2 (83,2-92,2)	89,3 (84,3-93,1)
<b>Midtjylland</b>	Nej	604 / 688	22 (3)	<b>87,8</b>	(85,1-90,1)	646 / 731	88,4 (85,8-90,6)	83,5 (80,4-86,3)
Aarhus, onkologi	Nej	343 / 404	7 (2)	<b>84,9</b>	(81,0-88,2)	386 / 438	88,1 (84,7-91,0)	79,5 (75,0-83,5)
Herning, onkologi	Ja	261 / 284	15 (5)	<b>91,9</b>	(88,1-94,8)	260 / 293	88,7 (84,5-92,1)	88,6 (84,3-92,0)
<b>Nordjylland</b>	Nej	308 / 343	16 (4)	<b>89,8</b>	(86,1-92,8)	296 / 321	92,2 (88,7-94,9)	87,9 (83,8-91,4)
Aalborg, onkologi	Nej	308 / 343	16 (4)	<b>89,8</b>	(86,1-92,8)	296 / 321	92,2 (88,7-94,9)	87,9 (83,8-91,4)

**Indikator 4kir: Antal uoplyst for indikator 4, kirurgiske afdelinger, højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer.**

	Uoplyst	Aktuelle år
	antal	01.01.2018 - 31.12.2018
	(%)	
<b>Danmark</b>	297 (98)	
<b>Hovedstaden</b>	212 (98)	
Sjælland	27 (100)	
Syddanmark	29 (100)	
Midtjylland	23 (96)	
<b>Nordjylland</b>	6 (100)	
<b>Hovedstaden</b>	212 (98)	
Herlev, kirurgi	201 (100)	
Rigshospitalet, kirurgi	11 (73)	
<b>Sjælland</b>	27 (100)	
Ringsted, kirurgi	27 (100)	
<b>Syddanmark</b>	29 (100)	
Aabenraa, kirurgi	23 (100)	
Odense, kirurgi	5 (100)	
Vejle, kirurgi	1 (100)	
<b>Midtjylland</b>	23 (96)	
Aarhus, kirurgi	11 (100)	
Randers, kirurgi	11 (100)	

	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018
Viborg, kirurgi	1 (50)	
<b>Nordjylland</b>	6 (100)	
Aalborg, kirurgi	3 (100)	
Hjørring, kirurgi	3 (100)	

#### Epidemiologiske kommentarer til indikator 4

På landsplan ligger andelen af højrisiko-patienter med invasivt karcinom, som indgår i aktiverede, adjuverende, onkologisk behandling på 85,4 % (95 % CI: 84,1-86,6). Således opfyldes standard på  $\geq 90$  % ikke, hvilket ligeledes gør sig gældende for alle regionerne, omend Region Nordjylland er nærmest en opfyldelse (89,8 % (95 % CI: 86,1-92,8)). Der ses forskelle både på regions- og afdelingsniveau, hvor Region Hovedstaden ligger lavest (82,0 %; 95 % CI: 79,2-84,5). Det er væsentligt at have for øje, at særligt flere af de kirurgiske afdelinger repræsenterer meget få patienter og har samtidigt høje tal i kolonnen *uoplyst antal*, hvorfor resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.

#### Lægefaglige kommentarer

Når denne indikator har været kommenteret i de årlige rapporter, har der som regel været rettet fokus på mangelfulde indberetninger. Med dette års rapport er der imidlertid sket en markant forbedring på det område. Således er der kun 12 % af patienterne, hvor der mangler oplysninger om dette. I den senest offentliggjorte rapport fra 2017 udgjorde den tilsvarende andel 30 %. Det fremgår meget tydeligt af de fremlagte tal, at man i to regioner, henholdsvis Region Hovedstaden og Region Sjælland, har gjort en ekstraordinær indsats for at forbedre sig. Mest bemærkelsesværdigt er forbedringen i Region Sjælland. Forbedringen gælder både tallene for 2019 og 2018, og udviklingen vurderes meget positiv af styregruppen, og de foreliggende resultater betyder, at man kan forholde sig mere konkret til de beregnede indikatorværdier.

I den seneste publicerede rapport var der udover for afdelingerne i Region Sjælland og Region Hovedstaden også påtale af indberetning fra Aabenraa. Det var således åbenbart, at der var mange uoplyste, hvor dette mistænkte at hidrøre fra manglende indberetning af korresponderende onkologisk afdeling. Det fremgår af de aktuelle tal, at man der har taget dette til efterretning.

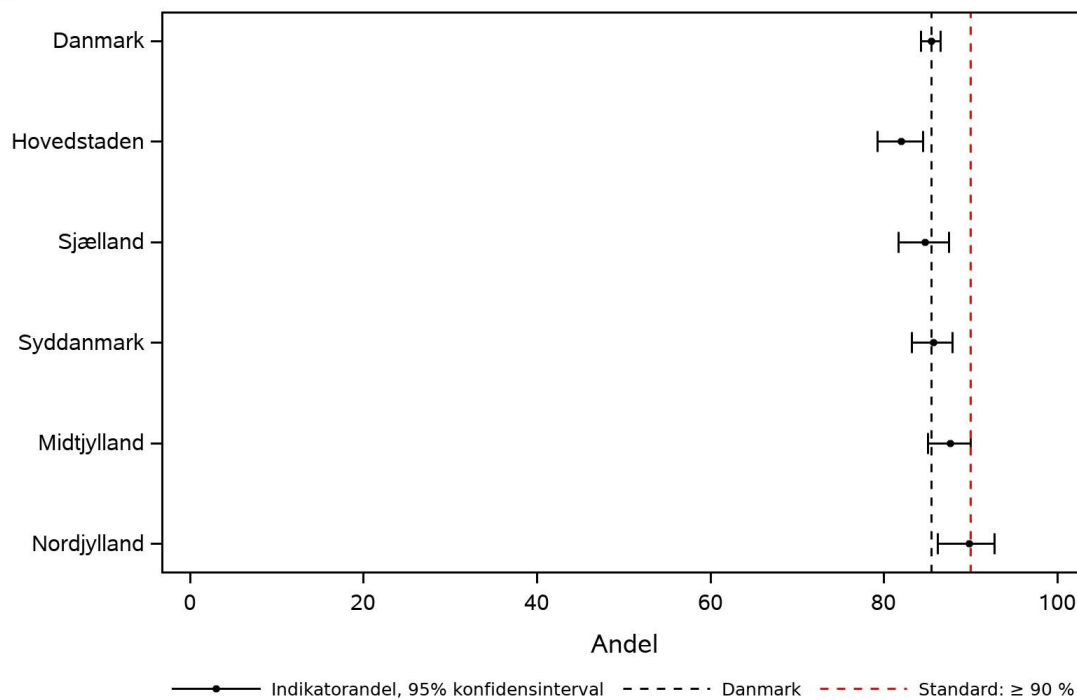
Indikatoropfyldelsen er under standarden for hele landet. Generelt er der et relativt ensartet billede, hvor indikatorværdien for opgørelse baseret på de enkelte onkologiske afdelinger ligger omkring 5 % under standarden på 90 %. Der er kun 2 afdelinger (Vejle og Herning), hvor indikatorværdien er opfyldt. For de øvrige onkologiske afdelinger gælder, at man ikke når standarden, og for afdelingerne i Herlev, Hillerød, Rigshospitalet, Næstved, Odense, Sønderborg og Aarhus ligger indikatorværdien signifikant under standarden.

#### Anbefaling

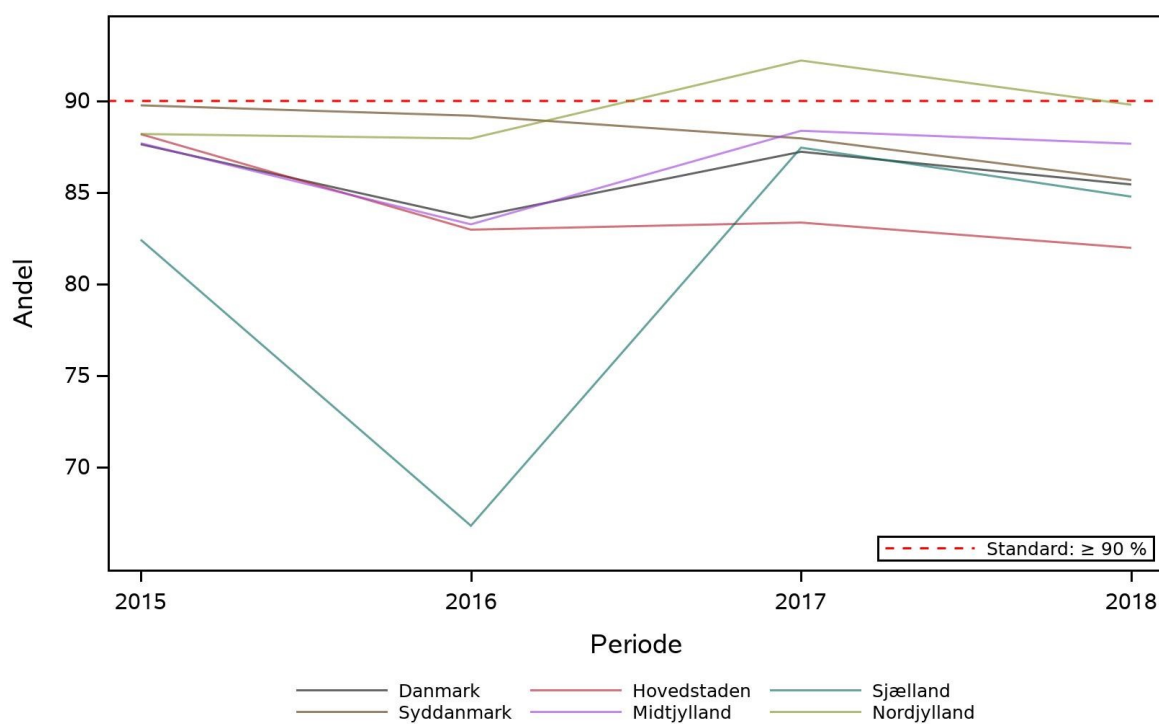
På baggrund af det generelle og ret ensartede billede og med udgangspunkt i, at de foreliggende data er så relativt komplette, at det er meningsfyldt at lægge dem til grund for en nøjere granskning, har styregruppen lagt op til en ændring og sænkning af standarden til f.eks. 85 %. Det vurderes umiddelbart, at de meget komplekse og langvarige behandlingsforløb betyder, at en standard på 90 % er urealistisk højt sat. En endelig beslutning herom vil blive taget op til det kommende styregruppemøde i efteråret 2020.

Figurer til indikator 4

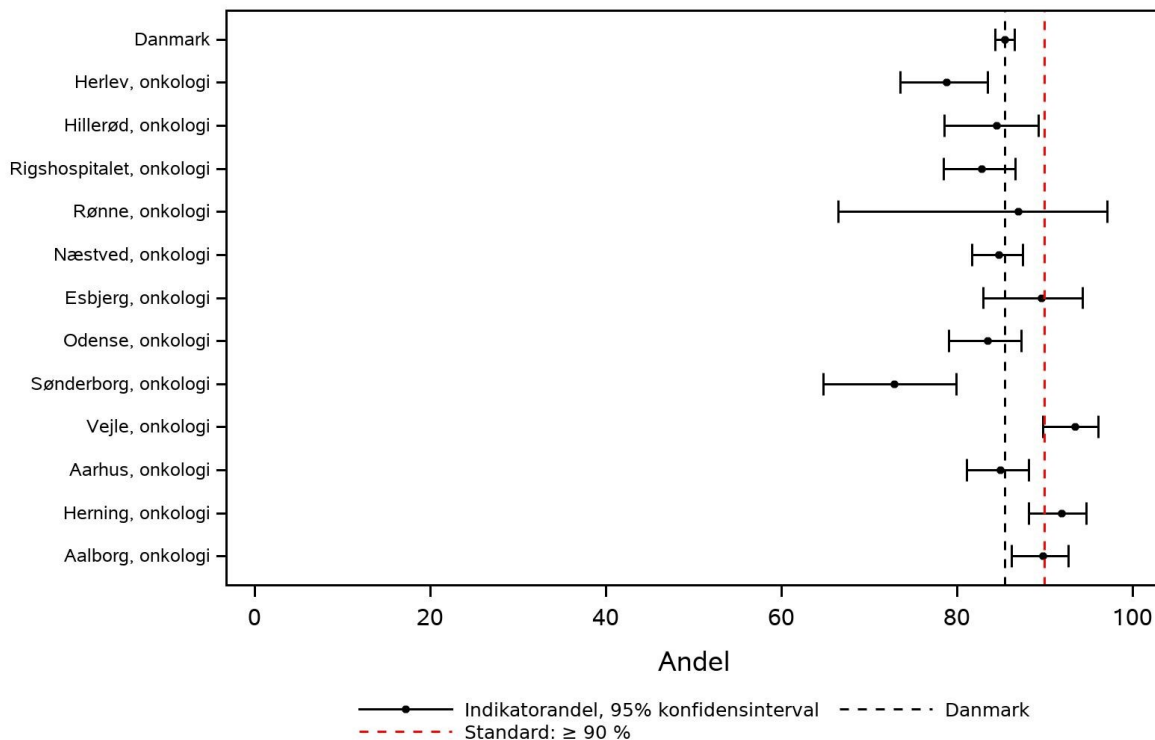
**Indikator 4reg: Andel af højrisko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau. Kontrolldiagram på regionsniveau.**



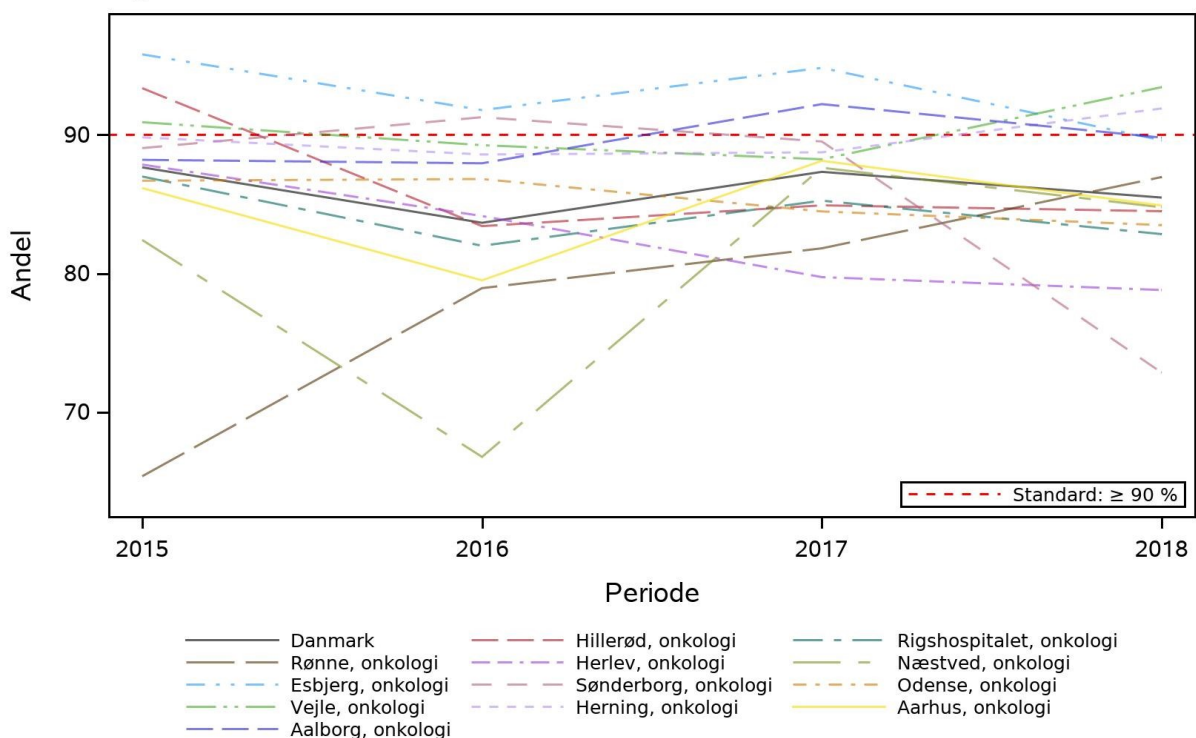
**Indikator 4reg: Andel af højrisko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 4onk: Andel af højrisko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



**Indikator 4onk: Andel af højrisko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.6. Indikator 5a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres andelen af højrisiko DBCG-patienter med invasiv brystkræft, der indgår i protokol, og som følger DBCG's opfølgingsprogram. Gennemførelse af opfølgingsprogrammet er defineret som regelmæssige opfølgingsbesøg indtil, der indberettes off-study skema med en af følgende hændelser: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået efter 10 år uden hændelse eller tidligere grundet patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår højrisiko-patienter med invasiv brystkræft opereret i den foregående 10-års periode, og som er allokert til DBCG's opfølgingsprogram i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering. Tælleren udgør patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram. Patienter med recidiv, anden malign sygdom, eller som dør inden for et år efter operationen, samt patienter med mindre end et års opfølgning efter operation, indgår ikke i opgørelsen. Således er indikatoren tidsforskudt med et år. Patienter, der allerede inden operation eller umiddelbart efter vurderes til ikke at skulle følge DBCG's opfølgingsprogram, samt patienter, der ikke opereres jf. DBCG's retningslinjer, er ligeledes ekskluderet.

Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis onkologi- og kirurgiafdeling (tabel 5aonk og 5akir).

**Standard.** Der er fastsat en acceptabel/ønskeværdi standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

**Indikator 5areg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. På regionsniveau**

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år	
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	27.058 / 34.896	435 (1)	<b>77,5</b>	(77,1-78,0)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	8.694 / 11.031	163 (1)	<b>78,8</b>	(78,0-79,6)
<b>Sjælland</b>	Nej	2.956 / 5.423	55 (1)	<b>54,5</b>	(53,2-55,8)
<b>Syddanmark</b>	Nej	6.693 / 8.085	77 (1)	<b>82,8</b>	(81,9-83,6)
<b>Midtjylland</b>	Nej	5.866 / 6.985	70 (1)	<b>84,0</b>	(83,1-84,8)
<b>Nordjylland</b>	Nej	2.843 / 3.361	66 (2)	<b>84,6</b>	(83,3-85,8)
<b>Privathospitaler</b>	Nej	6 / 11	4 (27)	<b>54,5</b>	(23,4-83,3)

Fra forrige periode\*:

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år	
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	24.079 / 34.259	720 (2)	<b>70,3</b>	(69,8-70,8)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	8.043 / 10.857	293 (3)	<b>74,1</b>	(73,2-74,9)
<b>Sjælland</b>	Nej	940 / 5.149	89 (2)	<b>18,3</b>	(17,2-19,3)
<b>Syddanmark</b>	Nej	7.190 / 7.990	128 (2)	<b>90,0</b>	(89,3-90,6)
<b>Midtjylland</b>	Nej	5.291 / 6.933	117 (2)	<b>76,3</b>	(75,3-77,3)
<b>Nordjylland</b>	Nej	2.612 / 3.316	91 (3)	<b>78,8</b>	(77,3-80,2)

\*Tabellen stammer fra den upublicerede 2018 årsrapport (sendt til kommentering den 4/3-2020) og skal derfor fortolkes med forsigtighed. Datagrundlaget er siden opdateret men kan ikke genkøres grundet den tekniske opsætning.

**Indikator 5aonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For onkologiske afdelinger**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner		01.01.2009 - 31.12.2018	
	opfyldt			Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	25.659 / 31.424	57 (0)	<b>81,7</b>	(81,2-82,1)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	8.085 / 9.117	19 (0)	<b>88,7</b>	(88,0-89,3)
<b>Sjælland</b>	Nej	2.711 / 4.648	4 (0)	<b>58,3</b>	(56,9-59,7)
<b>Syddanmark</b>	Nej	6.472 / 7.792	17 (0)	<b>83,1</b>	(82,2-83,9)
<b>Midtjylland</b>	Nej	5.658 / 6.654	6 (0)	<b>85,0</b>	(84,2-85,9)
<b>Nordjylland</b>	Nej	2.733 / 3.213	11 (0)	<b>85,1</b>	(83,8-86,3)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	8.085 / 9.117	19 (0)	<b>88,7</b>	(88,0-89,3)
Herlev, onkologi	Ja	3.251 / 3.358	5 (0)	<b>96,8</b>	(96,2-97,4)
Hillerød, onkologi	Nej	1.460 / 1.999	3 (0)	<b>73,0</b>	(71,0-75,0)
Rigshospitalet, onkologi	Nej	3.208 / 3.503	11 (0)	<b>91,6</b>	(90,6-92,5)
Rønne, onkologi	Nej	166 / 257	0 (0)	<b>64,6</b>	(58,4-70,4)
<b>Sjælland</b>	Nej	2.711 / 4.648	4 (0)	<b>58,3</b>	(56,9-59,7)
Næstved, onkologi	Nej	2.711 / 4.648	4 (0)	<b>58,3</b>	(56,9-59,7)
<b>Syddanmark</b>	Nej	6.472 / 7.792	17 (0)	<b>83,1</b>	(82,2-83,9)
Esbjerg, onkologi	Nej	630 / 1.230	2 (0)	<b>51,2</b>	(48,4-54,0)
Odense, onkologi	Nej	2.183 / 2.693	2 (0)	<b>81,1</b>	(79,5-82,5)
Sønderborg, onkologi	Nej	1.324 / 1.426	11 (1)	<b>92,8</b>	(91,4-94,1)
Vejle, onkologi	Ja	2.335 / 2.443	2 (0)	<b>95,6</b>	(94,7-96,4)
<b>Midtjylland</b>	Nej	5.658 / 6.654	6 (0)	<b>85,0</b>	(84,2-85,9)
Aarhus, onkologi	Nej	3.282 / 3.975	3 (0)	<b>82,6</b>	(81,4-83,7)
Herning, onkologi	Nej	2.376 / 2.679	3 (0)	<b>88,7</b>	(87,4-89,9)
<b>Nordjylland</b>	Nej	2.733 / 3.213	11 (0)	<b>85,1</b>	(83,8-86,3)
Aalborg, onkologi	Nej	2.733 / 3.213	11 (0)	<b>85,1</b>	(83,8-86,3)

**Indikator 5akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner		01.01.2009 - 31.12.2018	
	opfyldt			Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	1.399 / 3.472	378 (10)	<b>40,3</b>	(38,7-41,9)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	609 / 1.914	144 (7)	<b>31,8</b>	(29,7-34,0)
<b>Sjælland</b>	Nej	245 / 775	51 (6)	<b>31,6</b>	(28,4-35,0)
<b>Syddanmark</b>	Nej	221 / 293	60 (17)	<b>75,4</b>	(70,1-80,2)
<b>Midtjylland</b>	Nej	208 / 331	64 (16)	<b>62,8</b>	(57,4-68,1)
<b>Nordjylland</b>	Nej	110 / 148	55 (27)	<b>74,3</b>	(66,5-81,1)



	Standard		Uoplyst	Aktuelle år	
	≥ 95%	Tæller/ opfyldt	antal	01.01.2009 - 31.12.2018	95% CI
		nævner	(%)	Andel	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	609 / 1.914	144 (7)	<b>31,8</b>	(29,7-34,0)
Herlev, kirurgi	Nej	364 / 1.560	59 (4)	<b>23,3</b>	(21,3-25,5)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	245 / 354	85 (19)	<b>69,2</b>	(64,1-74,0)
<b>Sjælland</b>	Nej	245 / 775	51 (6)	<b>31,6</b>	(28,4-35,0)
Ringsted, kirurgi	Nej	245 / 775	51 (6)	<b>31,6</b>	(28,4-35,0)
<b>Syddanmark</b>	Nej	221 / 293	60 (17)	<b>75,4</b>	(70,1-80,2)
Aabenraa, kirurgi	Nej	64 / 94	34 (27)	<b>68,1</b>	(57,7-77,3)
Esbjerg, kirurgi	Nej	29 / 39	6 (13)	<b>74,4</b>	(57,9-87,0)
Odense, kirurgi	Nej	85 / 113	11 (9)	<b>75,2</b>	(66,2-82,9)
Vejle, kirurgi	Nej	43 / 47	9 (16)	<b>91,5</b>	(79,6-97,6)
<b>Midtjylland</b>	Nej	208 / 331	64 (16)	<b>62,8</b>	(57,4-68,1)
Aarhus, kirurgi	Nej	63 / 95	27 (22)	<b>66,3</b>	(55,9-75,7)
Ophørt, Region Midtjylland	Ja	10 / 10	2 (17)	<b>100,0</b>	(69,2-100,0)
Randers, kirurgi	Nej	30 / 67	22 (25)	<b>44,8</b>	(32,6-57,4)
Viborg, kirurgi	Nej	105 / 159	13 (8)	<b>66,0</b>	(58,1-73,4)
<b>Nordjylland</b>	Nej	110 / 148	55 (27)	<b>74,3</b>	(66,5-81,1)
Aalborg, kirurgi	Nej	70 / 75	12 (14)	<b>93,3</b>	(85,1-97,8)
Hjørring, kirurgi	Nej	40 / 73	43 (37)	<b>54,8</b>	(42,7-66,5)
<b>Privathospitaler</b>					
Ophørt privathospital	Nej	6 / 11	4 (27)	<b>54,5</b>	(23,4-83,3)

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 5a

Af opgørelsen fremgår det, at andelen af højrisiko-patienter, som gennemfører opfølgingsprogrammet ligger på 77,5 % (95 % CI: 77,1-78,0) på landsplan. Standarden på ≥ 95 % opfyldes hverken på landsplan eller regionalt. Særligt Region Sjælland ligger væsentligt lavere end de øvrige regioner (54,5 %, 95 % CI: 53,2-55,8) om end der kan ses en markant forbedring fra 2018 (18,3 %; 95 % CI: 17,2-19,3). Der kan også observeres nævneværdige forskelle på afdelingsniveau, og kun fire af de onkologiske afdelinger opfylder standarden (Herlev, Rigshospitalet, Sønderborg, og Vejle). Ingen af de kirurgiske afdelinger opfylder standarden, og der ses stor variation mellem afdelingerne. Især er andelen lave i Herlev (23,3 %: 95 % CI: 21,3-25,5) og Ringsted (31,6 %; 95 % CI: 28,4-35,0). Det er væsentligt at bemærke, at der i nogle afdelinger indgår få observationer, hvorfor resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.

## Lægefaglige kommentarer

Indikatoropfyldelsen er fortsat alt for lav i forhold til den valgte standard. Resultatet for hele landet med en indikatoropfyldelse på kun godt 77,5 % er uacceptabel, men der kan dog observeres en forbedring i forhold til den seneste publicerede rapport med 2017 data. Der er sket en forbedring i alle regioner, men alle ligger også i det seneste år signifikant under standarden. Mest markant er forbedringen i Region Hovedstaden, hvor





de onkologiske afdelinger i Herlev og ved Rigshospitalet skiller sig ud med indikatoropfyldelser over 90 %. Tilsvarende er der to afdelinger i Region Syd (Sønderborg og Vejle), der har nået indikatorværdier over 90 %. Trods indikatorværdier over 90 % når Rigshospitalet og Sønderborg ikke op på niveau for standarden.

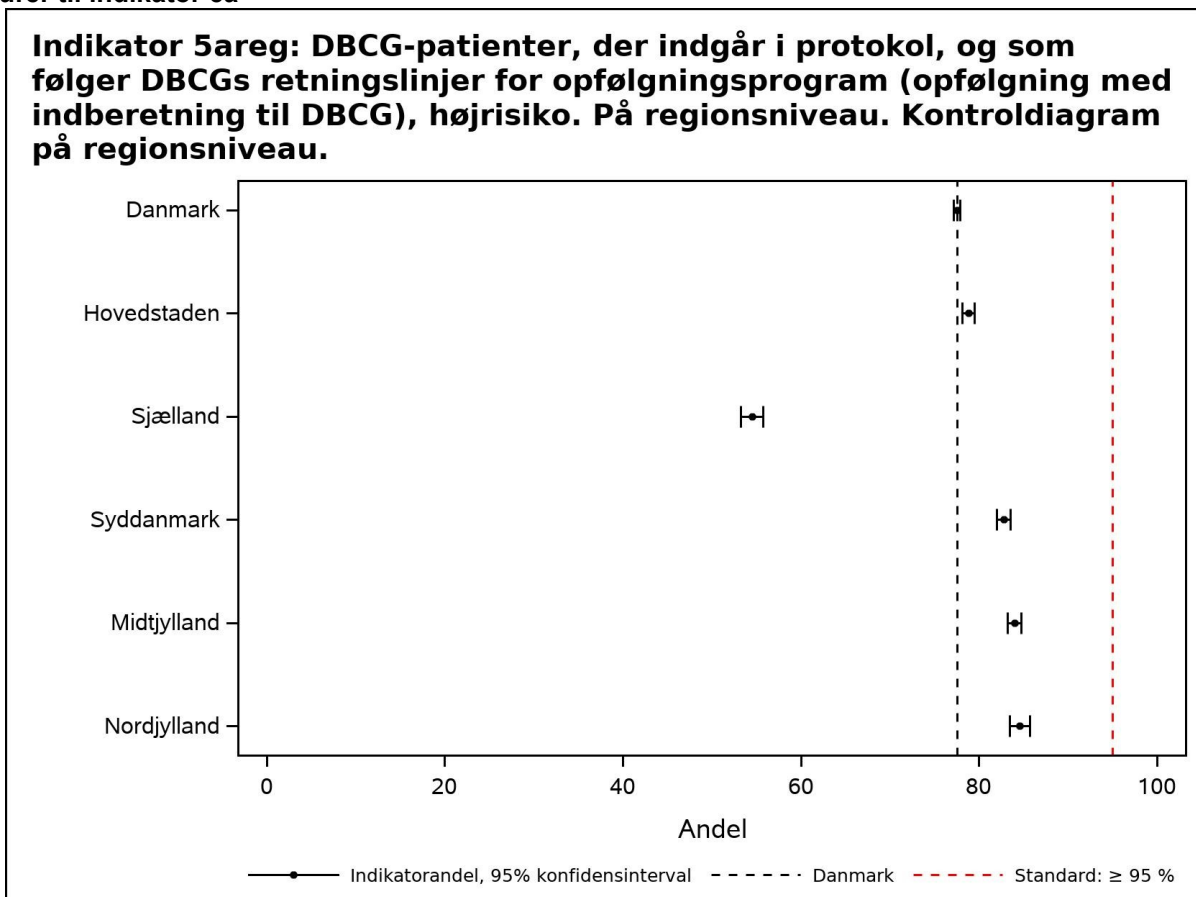
Der er fortsat en relativ stor andel af højrisikopatienterne, som ikke følges i onkologisk regi, men er registreret ved de kirurgiske afdelinger. Andelen er dog faldende. Indikatoropfyldelsen er ringe for denne patientgruppe (40,3 %). Der er tidligere i forbindelse med de årlige rapporter gjort opmærksom på, at noget af problemet skyldes, at der af den kirurgiske afdeling ikke er angivet en korresponderende onkologisk afdeling, hvorfor rykkere ikke er videresendt til den relevante afdeling, hvorfra der altså heller ikke er kommet indberetning. Billedet er broget, og der er kun to afdelinger, som ikke signifikant ligger under standarden. Det er Vejle og Aalborg. For de to københavnske afdelinger og afdelingen i Ringsted drejer det sig om et betydeligt antal patienter, og indikatoropfyldelsen ligger langt under niveau. Herlev og Ringsted har bemærkelsesværdigt ringe indikatoropfyldelse, og det er et billede, der gentages fra de foregående år. Styregruppen er dog bekendt med, at der ved de pågældende hospitaler pågår en omfattende registreringsaktivitet baseret på studentermedarbejdere, og det forventes derfor, at næste års rapport vil give et anderledes billede.

### Anbefalinger

Der er behov for en ekstraordinær indsats mht. indberetning ved specielt afdelingerne på Sjælland. For de kirurgiske afdelingers vedkommende må indberetning af korresponderende afdeling betragtes som 'lavt hængende frugter', og det anbefales på det kraftigste, at man tager opfordringen til efterretning.

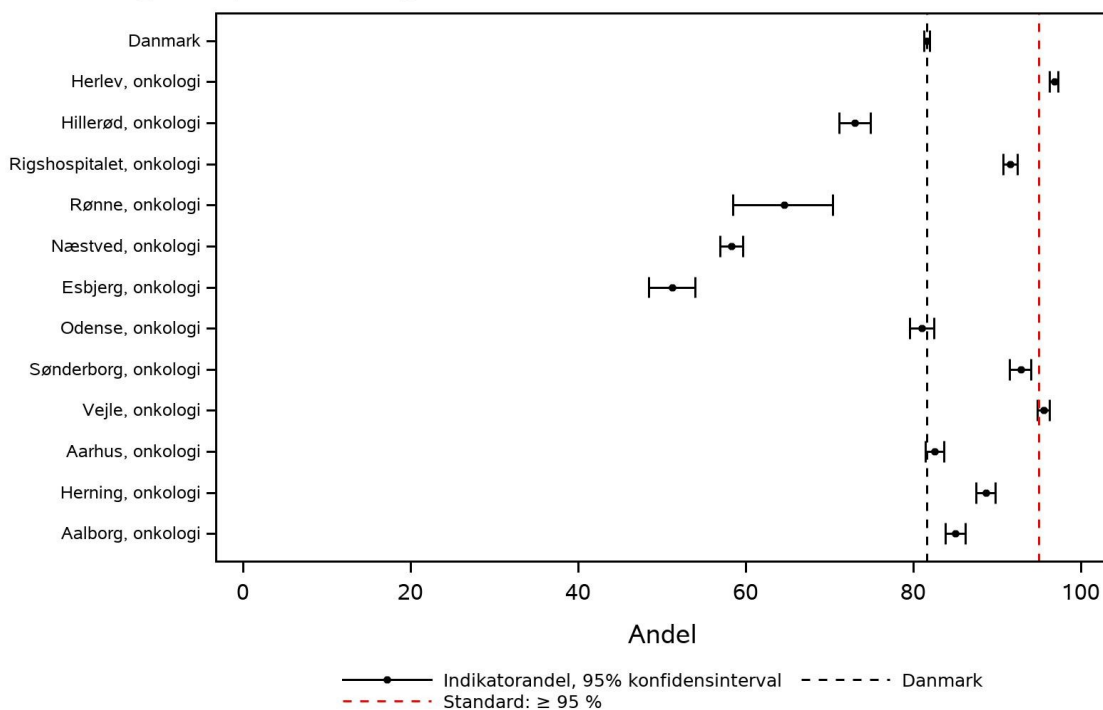
Styregruppen har fundet det relevant at gøre sig overvejelser om at sænke standarden for denne indikator til 90 % i stedet for de gældende 95 %, og der lægges op til en beslutning herom ved det kommende møde i styregruppen.

### Figurer til indikator 5a

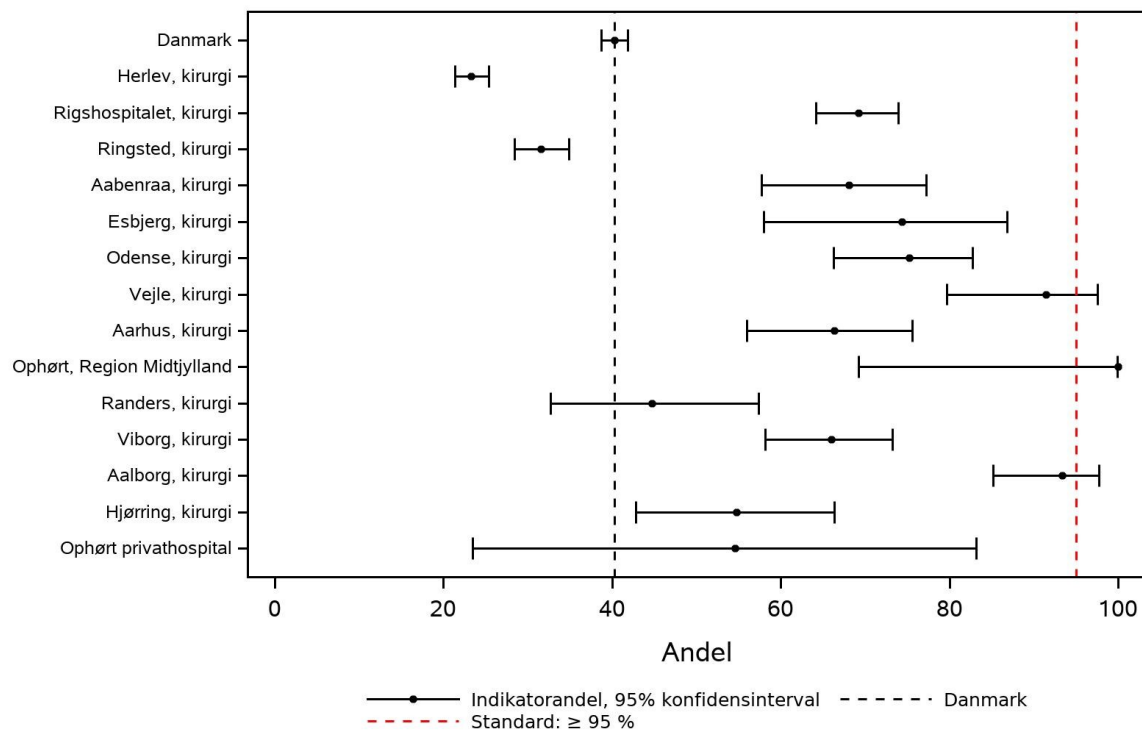




**Indikator 5aonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For onkologiske afdelinger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



**Indikator 5akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



### 3.7. Indikator 5b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres andelen af lavrisiko DBCG-patienter med invasiv brystkræft, der indgår i protokol, og som følger DBCG's opfølgingsprogram. Ligesom beskrevet ovenfor, så defineres gennemførelse af opfølgingsprogrammet som regelmæssige opfølgingsbesøg indtil der indberettes off-study skema med en af følgende hændelser: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået efter 10 år uden hændelse eller tidligere grundet patientens eget ønske eller helbreds-mæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan desuden gennemføre opfølgingsprogrammet, hvis de afsluttes med off-study 3 år efter operation jf. gældende retningslinjer fra 2010.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår lavrisiko-patienter med invasiv brystkræft opereret i den foregående 10-års periode, og som er allokert til DBCG's opfølgingsprogram i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering. Tælleren udgør patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram. Patienter med recidiv, anden malign sygdom, eller som dør inden for et år efter operationen, samt patienter med mindre end et års opfølgning efter operation, indgår ikke i opgørelsen. Således er indikatoren tidsforskudt med et år. Patienter, der allerede inden operationen eller umiddelbart efter vurderes til ikke at skulle følge DBCG's opfølgingsprogram, samt patienter, der ikke opereres jf. DBCG's retningslinjer, er ligeledes ekskluderet.

Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis onkologi- og kirurgiafdeling (tabel 5bkir og 5bonk).

**Standard.** Der er fastsat en acceptabel/ønskeværdi standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

**Indikator 5breg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. På regionsniveau**

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år	
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	01.01.2009 - 31.12.2018 95% CI	
<b>Danmark</b>	Nej	3.234 / 3.998	428 (10)	<b>80,9</b>	(79,6-82,1)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	835 / 1.283	160 (11)	<b>65,1</b>	(62,4-67,7)	
<b>Sjælland</b>	Nej	551 / 623	55 (8)	<b>88,4</b>	(85,7-90,8)	
<b>Syddanmark</b>	Nej	840 / 917	75 (8)	<b>91,6</b>	(89,6-93,3)	
<b>Midtjylland</b>	Nej	711 / 830	69 (8)	<b>85,7</b>	(83,1-88,0)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	297 / 344	65 (16)	<b>86,3</b>	(82,2-89,8)	
<b>Privathospitaler</b>	Nej	###	4 (80)	<b>0,0</b>	(0,0-97,5)	

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

Fra forrige periode\*:

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år	
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	01.01.2008 - 31.12.2017 95% CI	
<b>Danmark</b>	Nej	3.623 / 4.517	713 (14)	<b>80,2</b>	(79,0-81,4)	
<b>Hovedstaden</b>	Nej	890 / 1.405	290 (17)	<b>63,3</b>	(60,8-65,9)	
<b>Sjælland</b>	Nej	582 / 676	88 (12)	<b>86,1</b>	(83,3-88,6)	
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.018 / 1.058	126 (11)	<b>96,2</b>	(94,9-97,3)	
<b>Midtjylland</b>	Nej	752 / 966	117 (11)	<b>77,8</b>	(75,1-80,4)	
<b>Nordjylland</b>	Nej	378 / 406	90 (18)	<b>93,1</b>	(90,2-95,4)	

\*Tabellen stammer fra den upublicerede 2018 årsrapport (sendt til kommentering den 4/3-2020) og skal derfor fortolkes med forsigtighed. Datagrundlaget er siden opdateret men kan ikke genkøres grundet den tekniske opsætning.



**Indikator 5b kir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger**

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
	≥ 95% opfyldt		antal (%)	01.01.2009 - 31.12.2018	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	2.366 / 2.966	375 (11)	<b>79,8</b>	(78,3-81,2)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	680 / 1.089	141 (11)	<b>62,4</b>	(59,5-65,3)
<b>Sjælland</b>	Nej	525 / 569	51 (8)	<b>92,3</b>	(89,8-94,3)
<b>Syddanmark</b>	Ja	575 / 588	60 (9)	<b>97,8</b>	(96,2-98,8)
<b>Midtjylland</b>	Nej	559 / 671	64 (9)	<b>83,3</b>	(80,3-86,1)
<b>Nordjylland</b>	Nej	27 / 48	55 (53)	<b>56,3</b>	(41,2-70,5)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	680 / 1.089	141 (11)	<b>62,4</b>	(59,5-65,3)
Herlev, kirurgi	Nej	374 / 683	58 (8)	<b>54,8</b>	(50,9-58,5)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	306 / 406	83 (17)	<b>75,4</b>	(70,9-79,5)
<b>Sjælland</b>	Nej	525 / 569	51 (8)	<b>92,3</b>	(89,8-94,3)
Ringsted, kirurgi	Nej	525 / 569	51 (8)	<b>92,3</b>	(89,8-94,3)
<b>Syddanmark</b>	Ja	575 / 588	60 (9)	<b>97,8</b>	(96,2-98,8)
Aabenraa, kirurgi	Ja	145 / 152	34 (18)	<b>95,4</b>	(90,7-98,1)
Esbjerg, kirurgi	Ja	148 / 150	6 (4)	<b>98,7</b>	(95,3-99,8)
Odense, kirurgi	Ja	269 / 272	11 (4)	<b>98,9</b>	(96,8-99,8)
Vejle, kirurgi	Nej	13 / 14	9 (39)	<b>92,9</b>	(66,1-99,8)
<b>Midtjylland</b>	Nej	559 / 671	64 (9)	<b>83,3</b>	(80,3-86,1)
Aarhus, kirurgi	Nej	261 / 290	27 (9)	<b>90,0</b>	(86,0-93,2)
Ophørt, Region Midtjylland		0 / 0	2 (100)		
Randers, kirurgi	Nej	79 / 129	22 (15)	<b>61,2</b>	(52,3-69,7)
Viborg, kirurgi	Nej	219 / 252	13 (5)	<b>86,9</b>	(82,1-90,8)
<b>Nordjylland</b>	Nej	27 / 48	55 (53)	<b>56,3</b>	(41,2-70,5)
Aalborg, kirurgi	Nej	23 / 39	12 (24)	<b>59,0</b>	(42,1-74,4)
Hjørring, kirurgi	Nej	4 / 9	43 (83)	<b>44,4</b>	(13,7-78,8)
<b>Privathospitaler</b>					
Ophørt privathospital	Nej	###	4 (80)	<b>0,0</b>	(0,0-97,5)

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Indikator 5bonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For onkologiske afdelinger**

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2009 - 31.12.2018 Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	868 / 1.032	53 (5)	<b>84,1</b>	(81,7-86,3)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	155 / 194	19 (9)	<b>79,9</b>	(73,6-85,3)
<b>Sjælland</b>	Nej	26 / 54	4 (7)	<b>48,1</b>	(34,3-62,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	265 / 329	15 (4)	<b>80,5</b>	(75,9-84,7)
<b>Midtjylland</b>	Ja	152 / 159	5 (3)	<b>95,6</b>	(91,1-98,2)
<b>Nordjylland</b>	Nej	270 / 296	10 (3)	<b>91,2</b>	(87,4-94,2)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	155 / 194	19 (9)	<b>79,9</b>	(73,6-85,3)
Herlev, onkologi	Nej	64 / 68	5 (7)	<b>94,1</b>	(85,6-98,4)
Hillerød, onkologi	Nej	8 / 17	3 (15)	<b>47,1</b>	(23,0-72,2)
Rigshospitalet, onkologi	Nej	79 / 93	11 (11)	<b>84,9</b>	(76,0-91,5)
Rønne, onkologi	Nej	4 / 16	0 (0)	<b>25,0</b>	(7,3-52,4)
<b>Sjælland</b>	Nej	26 / 54	4 (7)	<b>48,1</b>	(34,3-62,2)
Næstved, onkologi	Nej	26 / 54	4 (7)	<b>48,1</b>	(34,3-62,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	265 / 329	15 (4)	<b>80,5</b>	(75,9-84,7)
Esbjerg, onkologi	Nej	10 / 27	2 (7)	<b>37,0</b>	(19,4-57,6)
Odense, onkologi	Nej	25 / 31	1 (3)	<b>80,6</b>	(62,5-92,5)
Sønderborg, onkologi	Nej	31 / 42	11 (21)	<b>73,8</b>	(58,0-86,1)
Vejle, onkologi	Nej	199 / 229	1 (0)	<b>86,9</b>	(81,8-91,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	152 / 159	5 (3)	<b>95,6</b>	(91,1-98,2)
Aarhus, onkologi	Nej	48 / 51	3 (6)	<b>94,1</b>	(83,8-98,8)
Herning, onkologi	Ja	104 / 108	2 (2)	<b>96,3</b>	(90,8-99,0)
<b>Nordjylland</b>	Nej	270 / 296	10 (3)	<b>91,2</b>	(87,4-94,2)
Aalborg, onkologi	Nej	270 / 296	10 (3)	<b>91,2</b>	(87,4-94,2)

### Epidemiologiske kommentarer til indikator 5b

Blandt lavrisiko-patienter med invasiv brystkræft ligger andelen af patienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram på landsplan på 80,9 % (95 % CI: 79,6-82,1). Standarden på ≥ 95 % opfyldes ej heller for denne indikator på hverken landsplan eller regionalt. Sammenlignet med resultatet i den forrige periode (2018: 80,2 %; 95 % CI: 79,0-81,4) afviger resultat i aktuelle rapport ikke. Som for indikator 5a, kan der også for denne indikator observeres forskelle på regions- og afdelingsniveau, hvor Region Hovedstaden ligger lavest (65,1 %; 95 % CI: 62,4-67,7), og Region Syddanmark (91,6 %; 95 % CI: 89,6-93,3) ligger højest. Der kan også observeres markante forskelle på afdelingsniveau, og kun en af de onkologiske afdelinger opfylder standarden (Herning). Det er væsentligt at bemærke, at der i nogle afdelinger indgår få observationer, hvorfor resultaterne skal fortolkes med forsigtighed.



## Lægefaglige kommentarer

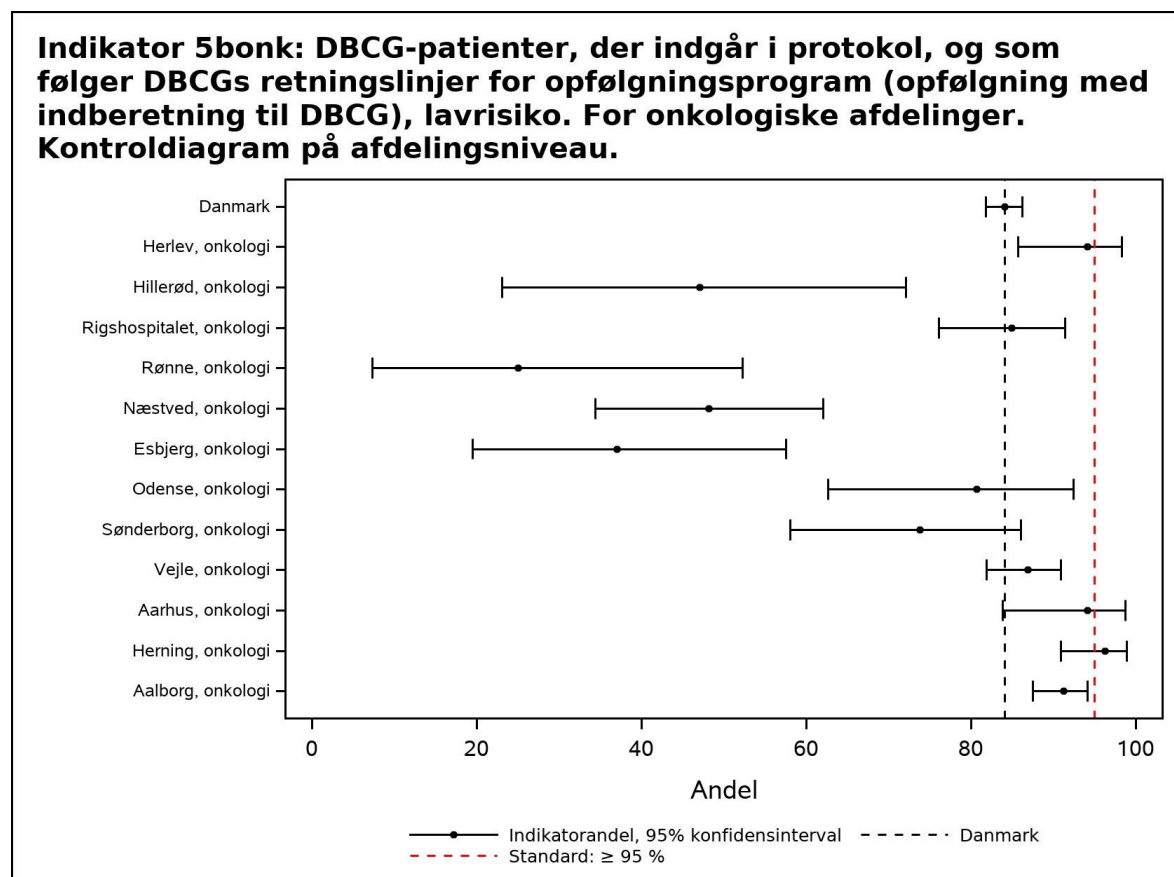
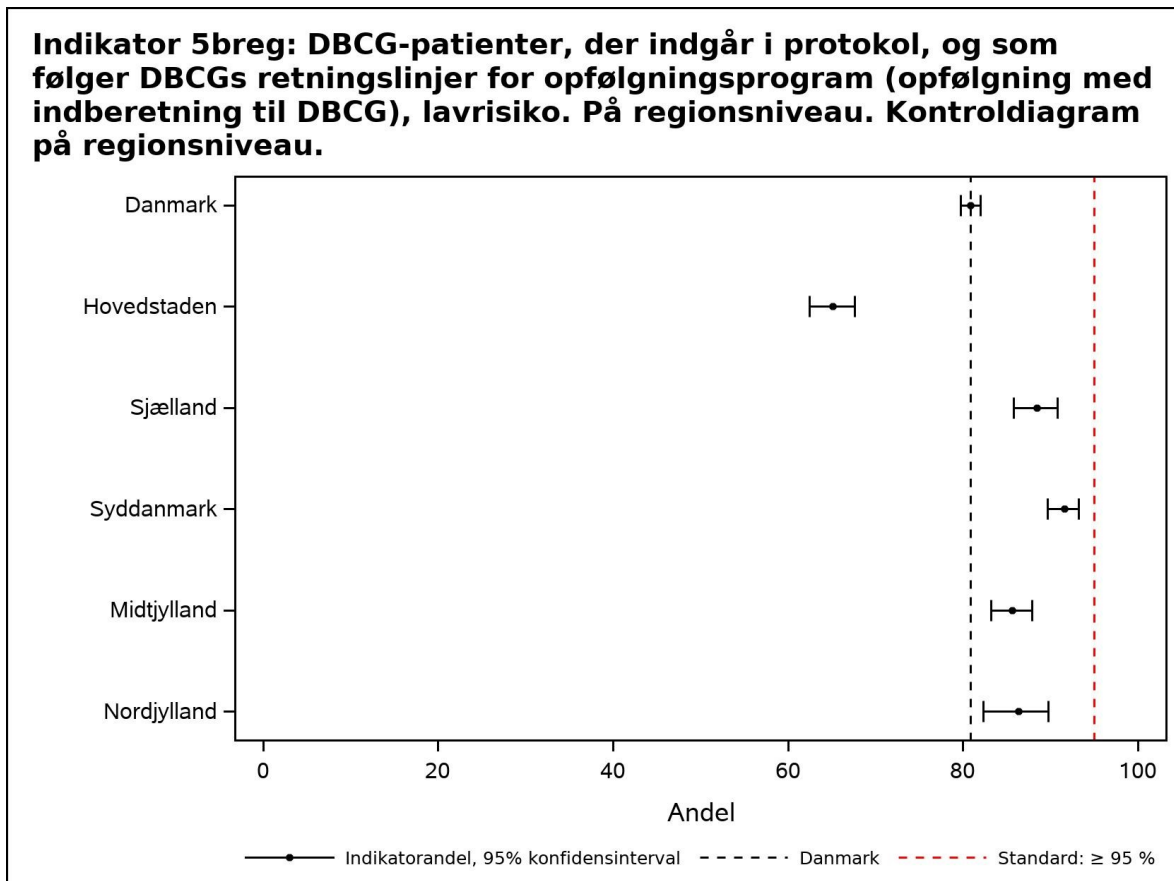
Som det fremgår af de ovenstående kommentarer, er mønstret stort set det samme som for de foregående år. Opfyldelsen er mangelfuld på landsplan, men som også i 2017-rapporten, ligger Region Syd på et højere niveau end gennemsnittet, men dog signifikant under standarden. Region Hovedstaden ligger på et uacceptabelt lavt niveau, markant under landsgennemsnittet og de øvrige regioner.

Cirka en fjerdedel af lavrisikopatienter følges i de onkologiske afdelinger, og på landsplan synes indikatoropfyldelsen lidt højere for opfølgning end, hvad der ses ved de kirurgiske afdelinger, og der er flere afdelinger, der når et tilfredsstillende eller acceptabelt niveau (Herlev, Rigshospitalet, Aarhus og Aalborg). For de kirurgiske afdelingers vedkommende når man tilsvarende niveauer i Aabenraa, Esbjerg, Odense og Vejle. Herlev, Aalborg og Hjørring ligger på et uacceptabelt lavt niveau.

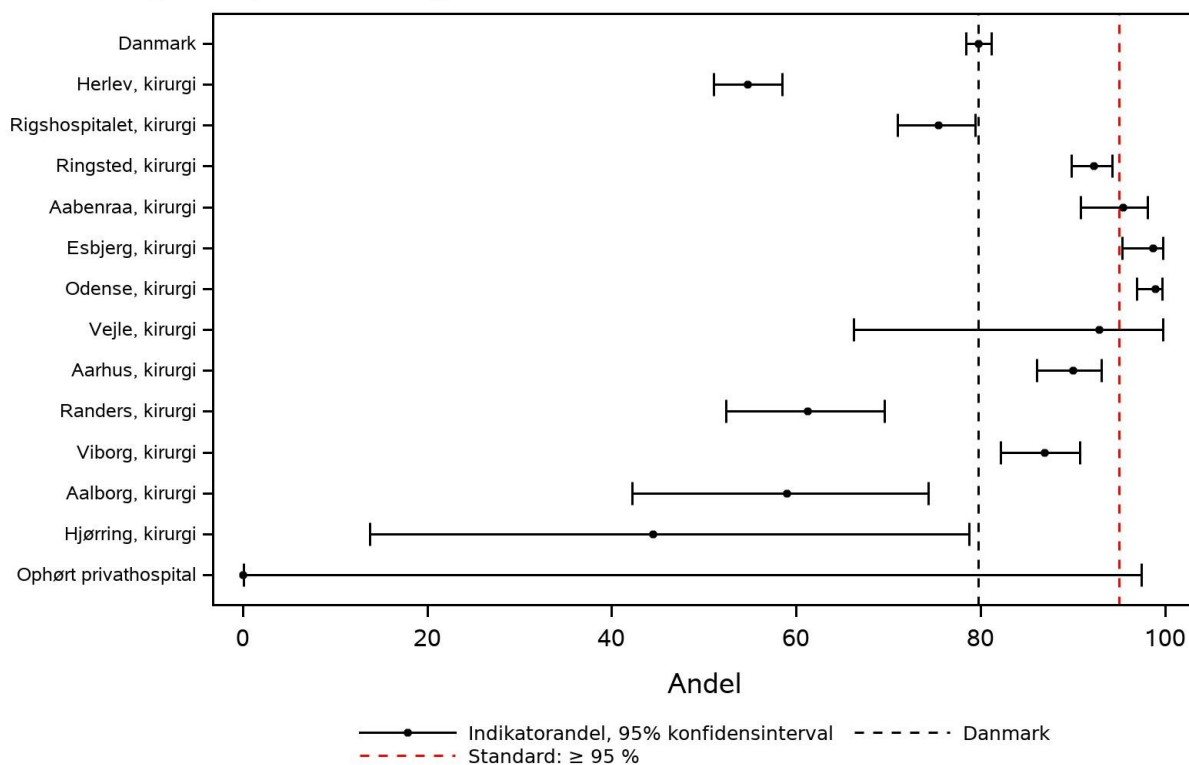
## Anbefalinger

De kirurgiske afdelinger, der ikke lever op til standarden og ligger signifikant under landsgennemsnittet (Rigshospitalet, Herlev og Aalborg) bør gøre en ekstra indsats på dette område (Hjørring og Randers er ophørt, og der er derfor ikke grund til anbefalinger sv.t. disse afdelinger). Tilsvarende krav om en forbedret indsats stilles til de onkologiske afdelinger i Hillerød, Rønne, Næstved og Esbjerg. Indberetning på patienter i opfølgning og evt. rettidig respons på de af DBCG fremsendte rykkerlister vurderes at fordrer en beskedet indsats fra den enkelte afdeling.

Figurer til indikator 5b



**Indikator 5bkir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



### 3.8. Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation

**Indikatorbeskrivelse.** Risikoen for lokalt recidiv ved brystbevarende terapi (BCS), herunder lumpektomi, aksilindgreb og stråleterapi, kan reduceres ved kirurgisk og radioterapeutisk radikalitet, men påvirkes også af patientens alder samt ekstensiv ductalt karcinom in situ (DCIS) komponent, BRCA-positiv status mv. Således angiver denne indikator andelen af patienter, som indgår i DBCG-protokol, og som udvikler lokalt recidiv efter brystbevarende operation inden for 5 år efter operationsdatoen.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, som har modtaget BCS, og som indgår i DBCG-protokol. Tælleren udgør patienter der udvikler lokalt recidiv ( $\pm$ regionalt recidiv/fjernrecidiv) som første begivenhed inden for 5 år efter operationsdatoen. I DBCG-kvalitetsdatabasen grupperes den første registrerede sygdomsbegivenhed efter operation i kategorierne: lokalt recidiv, andre recidiver (inklusive kombinationer af flere lokalisationer) eller anden malign sygdom, samt død som første begivenhed (uanset årsag). Begivenheden lokalt recidiv optræder i konkurrence med andre og normalt mere alvorlige begivenheder. Hvis første hændelse er død, så er begivenheden lokalt recidiv udelukket. Hvis første hændelse er fjernrecidiv eller anden malign sygdom (fx lungekræft), så vil en efterfølgende forekomst af lokalt recidiv ikke blive registreret og vil sandsynligvis have ringe betydning for den pågældende patients prognose. Således kan en lav andel af lokalt recidiv være et resultat af, at der i det hele taget er få hændelser af lokalt recidiv, eller et resultat af udkonkurrerende hændelser, der ikke giver plads til hændelsen lokalt recidiv.

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.

**Standard.** Der er fastsat en standard på  $\leq 2,5$  % for denne indikator på baggrund af et stort DBCG-studie (Bodilsen et al, 2016). Som supplement findes i appendiks 5 (A5.1.) en opgørelse over patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation opdelt efter operations-år.

#### Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år	
	$\leq 2.5\%$ opfyldt	Tæller/nævner		01.01.2013 - 31.12.2017	95% CI
<b>Danmark</b>	Ja	181 / 11.978	1277 (10)	<b>2,3</b>	(2,0-2,7)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	81 / 3.456	772 (18)	<b>3,4</b>	(2,7-4,2)
<b>Sjælland</b>	Nej	26 / 1.839	387 (17)	<b>3,0</b>	(1,9-4,5)
<b>Syddanmark</b>	Ja	30 / 2.723	27 (1)	<b>1,6</b>	(1,1-2,3)
<b>Midtjylland</b>	Ja	27 / 2.733	43 (2)	<b>1,5</b>	(1,0-2,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	16 / 1.209	47 (4)	<b>2,0</b>	(1,1-3,2)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	81 / 3.456	772 (18)	<b>3,4</b>	(2,7-4,2)
Herlev, kirurgi	Nej	45 / 1.549	723 (32)	<b>4,3</b>	(3,1-5,7)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	36 / 1.907	49 (3)	<b>2,6</b>	(1,8-3,6)
<b>Sjælland</b>	Nej	26 / 1.839	387 (17)	<b>3,0</b>	(1,9-4,5)
Ringsted, kirurgi	Nej	26 / 1.839	387 (17)	<b>3,0</b>	(1,9-4,5)
<b>Syddanmark</b>	Ja	30 / 2.723	27 (1)	<b>1,6</b>	(1,1-2,3)
Aabenraa, kirurgi	Ja	###	13 (2)	<b>0,2</b>	(0,0-1,0)



	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
	≤ 2.5% opfyldt		antal (%)	01.01.2013 - 31.12.2017 Andel	95% CI
Esbjerg, kirurgi	Ja	7 / 516	1 (0)	<b>2,4</b>	(0,9-5,2)
Odense, kirurgi	Ja	7 / 736	2 (0)	<b>1,3</b>	(0,5-2,6)
Vejle, kirurgi	Ja	15 / 892	11 (1)	<b>2,3</b>	(1,3-3,7)
<b>Midtjylland</b>	Ja	27 / 2.733	43 (2)	<b>1,5</b>	(1,0-2,2)
Aarhus, kirurgi	Ja	7 / 945	12 (1)	<b>0,9</b>	(0,4-1,7)
Randers, kirurgi	Ja	##	19 (4)	<b>1,1</b>	(0,2-3,6)
Viborg, kirurgi	Ja	18 / 1.270	12 (1)	<b>2,1</b>	(1,2-3,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	16 / 1.209	47 (4)	<b>2,0</b>	(1,1-3,2)
Aalborg, kirurgi	Ja	12 / 728	4 (1)	<b>2,4</b>	(1,3-4,2)
Hjørring, kirurgi	Ja	4 / 481	43 (8)	<b>1,3</b>	(0,4-3,2)
<b>Privathospitaler</b>					
Ophørt privathospital	Nej	##	1 (5)	<b>5,6</b>	(0,3-23,1)

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 6

Andelen af kvinder der får lokalt recidiv inden for 5 år efter brystbevarende terapi er på landsniveau 2,3 % (95 % CI: 2,0-2,7), og standarden opfyldes hermed. På regionsniveau opfyldes standarden ikke af Region Hovedstaden (3,4 % (95 % CI: 2,7-4,2) og Region Sjælland (3,0 % (95 % CI: 1,9-4,5)). Region Midtjylland ligger lavest (1,5 % (95 % CI: 1,0-2,2)), og på afdelingsniveau ses stor andelsvariation fra 0,2-4,5 %. Det bemærkes at kompletheden for indberetning til denne indikator er varierende, hvor Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger lavest.

## Lægefaglige kommentarer

Det generelle billede er positivt. På landsplan er der en tilfredsstillende indikatoropfyldelse, men regionalt og på afdelingsniveau er der nogen variation. Region Hovedstaden opfylder ikke standarden, og det skyldes primært en betydelig højere forekomst af lokalt recidiv hos patienter, der er opereret i Herlev.

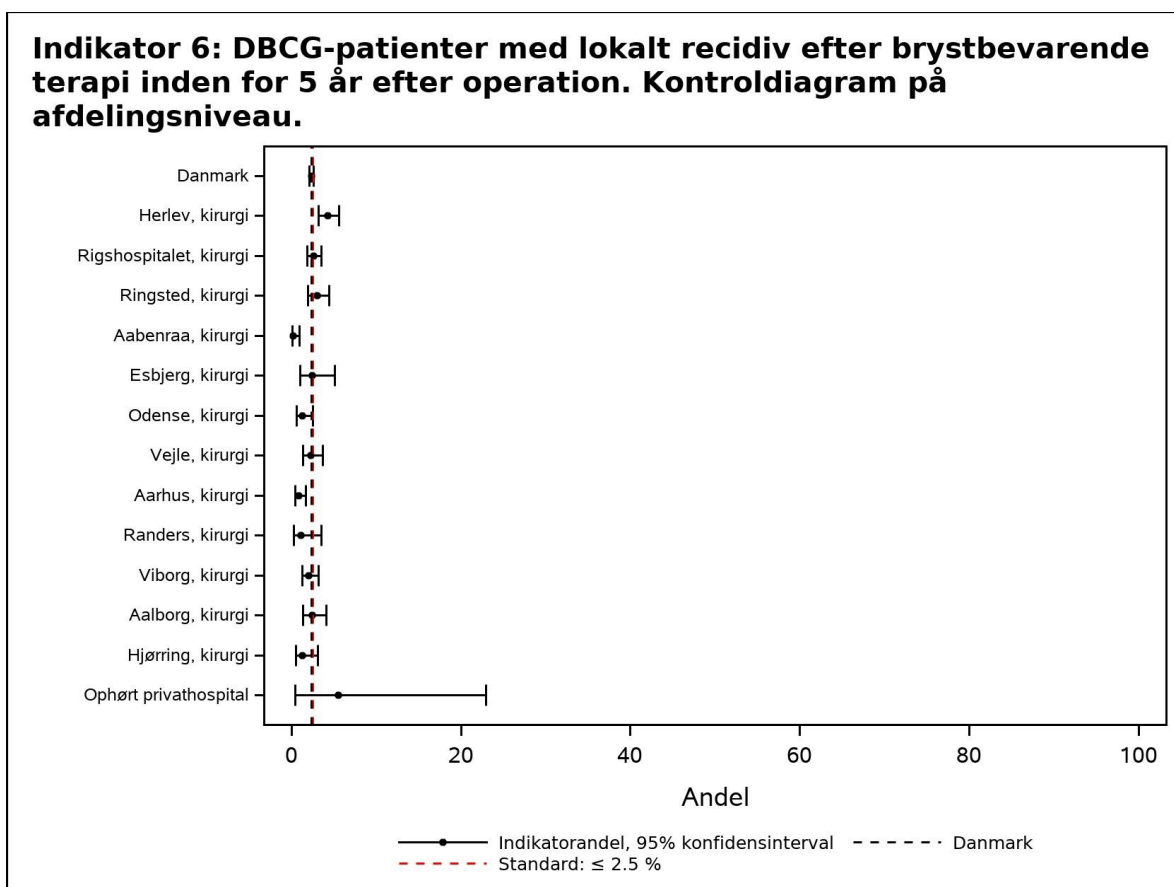
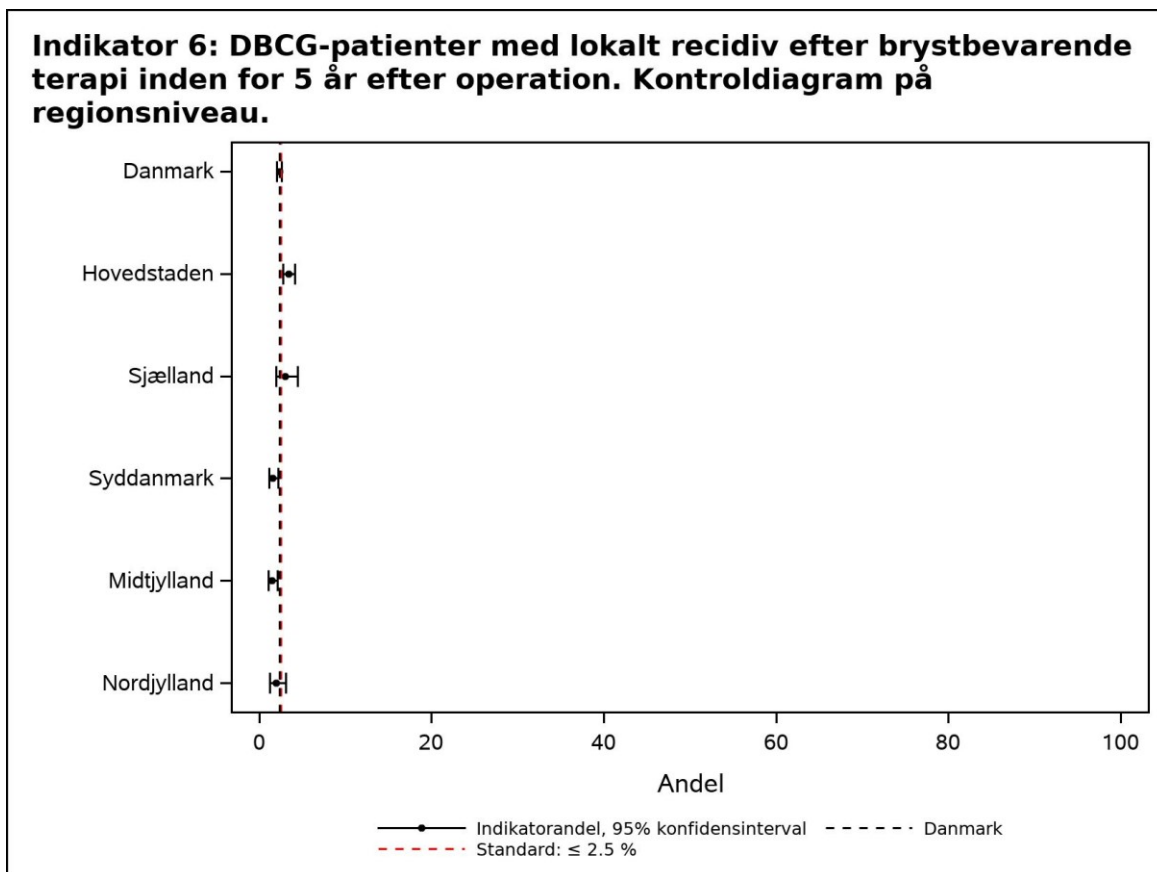
Der er påfaldende mange uoplyste fra Herlev og Ringsted (henholdsvis 32 % og 17 %), og det er ikke tilfredsstillende.

## Anbefalinger

I Herlev bør man se nærmere på de påfaldende mange lokale recidiver og forsøge at afklare, om der er mulige forklaringer på den høje forekomst.

Indberetningen af opfølgning fra Herlev og Ringsted/Roskilde bør optimeres.

Figurer til indikator 6



### 3.9. Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation

**Indikatorbeskrivelse.** I det følgende præsenteres andelen af patienter med fravær af re-operation som følge af postoperativ komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, som har fået udført brystkræft operation med kurativt sigte (inklusive operation efter neo-adjuverende behandling). Tælleren udgør patienter, som ikke har fået udført re-operation inden for 60 dage efter operationsdatoen som følge af postoperative komplikationer. Således er indikatoren tidsforskudt og inkluderer kun patienter med 60 dages opfølgning efter operation. Patienter med "Ingen operationskode i LPR" er kategoriseret som en datafejl ("uoplyst").

**Standard.** Baseret på en opgørelse fra Hørsholm Hospital fandt man, at frekvensen af henholdsvis blødning med akut re-operation, sårinfektion med pus, hudlapsnekroser og epidermiolyse lå på 1,2 %, 0,4 %, 1,2 % og 2,9 %. Således er der fastsat en acceptabel/ønskværdig standard på  $\geq 95$  % for denne indikator.

#### Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Antal	2018 Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	3.628 / 3.751	565 (13)	<b>96,7</b>	(96,1-97,3)	3.837 / 3.977	96,5 (95,9-97,0)	96,4 (95,8-97,0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.229 / 1.265	87 (6)	<b>97,2</b>	(96,1-98,0)	1.080 / 1.123	96,2 (94,9-97,2)	95,9 (94,6-97,0)
<b>Sjælland</b>	Ja	671 / 686	33 (5)	<b>97,8</b>	(96,4-98,8)	646 / 657	98,3 (97,0-99,2)	98,4 (97,1-99,2)
<b>Syddanmark</b>	Ja	948 / 994	42 (4)	<b>95,4</b>	(93,9-96,6)	1.012 / 1.047	96,7 (95,4-97,7)	95,7 (94,1-96,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	439 / 452	396 (47)	<b>97,1</b>	(95,1-98,5)	740 / 763	97,0 (95,5-98,1)	97,0 (95,5-98,0)
<b>Nordjylland</b>	Ja	341 / 354	7 (2)	<b>96,3</b>	(93,8-98,0)	359 / 387	92,8 (89,7-95,1)	95,2 (92,6-97,2)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.229 / 1.265	87 (6)	<b>97,2</b>	(96,1-98,0)	1.080 / 1.123	96,2 (94,9-97,2)	95,9 (94,6-97,0)
Herlev, kirurgi	Ja	664 / 686	50 (7)	<b>96,8</b>	(95,2-98,0)	542 / 561	96,6 (94,8-97,9)	95,1 (93,0-96,7)
Rigshospitalet, kirurgi	Ja	565 / 579	37 (6)	<b>97,6</b>	(96,0-98,7)	538 / 562	95,7 (93,7-97,2)	96,7 (94,9-98,0)
<b>Sjælland</b>	Ja	671 / 686	33 (5)	<b>97,8</b>	(96,4-98,8)	646 / 657	98,3 (97,0-99,2)	98,4 (97,1-99,2)
Ringsted, kirurgi	Ja	671 / 686	33 (5)	<b>97,8</b>	(96,4-98,8)	646 / 657	98,3 (97,0-99,2)	98,4 (97,1-99,2)
<b>Syddanmark</b>	Ja	948 / 994	42 (4)	<b>95,4</b>	(93,9-96,6)	1.012 / 1.047	96,7 (95,4-97,7)	95,7 (94,1-96,9)
Aabenraa, kirurgi	Ja	249 / 262	6 (2)	<b>95,0</b>	(91,7-97,3)	228 / 238	95,8 (92,4-98,0)	97,3 (93,8-99,1)
Esbjerg, kirurgi	Nej	162 / 172	11 (6)	<b>94,2</b>	(89,6-97,2)	175 / 185	94,6 (90,3-97,4)	94,6 (89,6-97,6)
Odense, kirurgi	Ja	258 / 267	6 (2)	<b>96,6</b>	(93,7-98,4)	321 / 331	97,0 (94,5-98,5)	94,2 (90,8-96,6)
Vejle, kirurgi	Ja	279 / 293	19 (6)	<b>95,2</b>	(92,1-97,4)	288 / 293	98,3 (96,1-99,4)	96,9 (93,9-98,6)
<b>Midtjylland</b>	Ja	439 / 452	396 (47)	<b>97,1</b>	(95,1-98,5)	740 / 763	97,0 (95,5-98,1)	97,0 (95,5-98,0)
Aarhus, kirurgi	Ja	109 / 114	257 (69)	<b>95,6</b>	(90,1-98,6)	301 / 316	95,3 (92,3-97,3)	96,4 (93,6-98,2)
Randers, kirurgi*	Nej	14 / 15	3 (17)	<b>93,3</b>	(68,1-99,8)	158 / 165	95,8 (91,5-98,3)	95,1 (91,1-97,6)
Viborg, kirurgi	Ja	316 / 323	136 (30)	<b>97,8</b>	(95,6-99,1)	281 / 282	99,6 (98,0-100,0)	98,7 (96,8-99,7)
<b>Nordjylland</b>	Ja	341 / 354	7 (2)	<b>96,3</b>	(93,8-98,0)	359 / 387	92,8 (89,7-95,1)	95,2 (92,6-97,2)
Aalborg, kirurgi	Ja	322 / 335	7 (2)	<b>96,1</b>	(93,5-97,9)	214 / 222	96,4 (93,0-98,4)	95,4 (91,5-97,9)
Hjørring, kirurgi*	Ja	19 / 19	0 (0)	<b>100,0</b>	(82,4-100,0)	145 / 165	87,9 (81,9-92,4)	95,0 (90,8-97,7)

\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019



## Epidemiologiske kommentarer til indikator 7

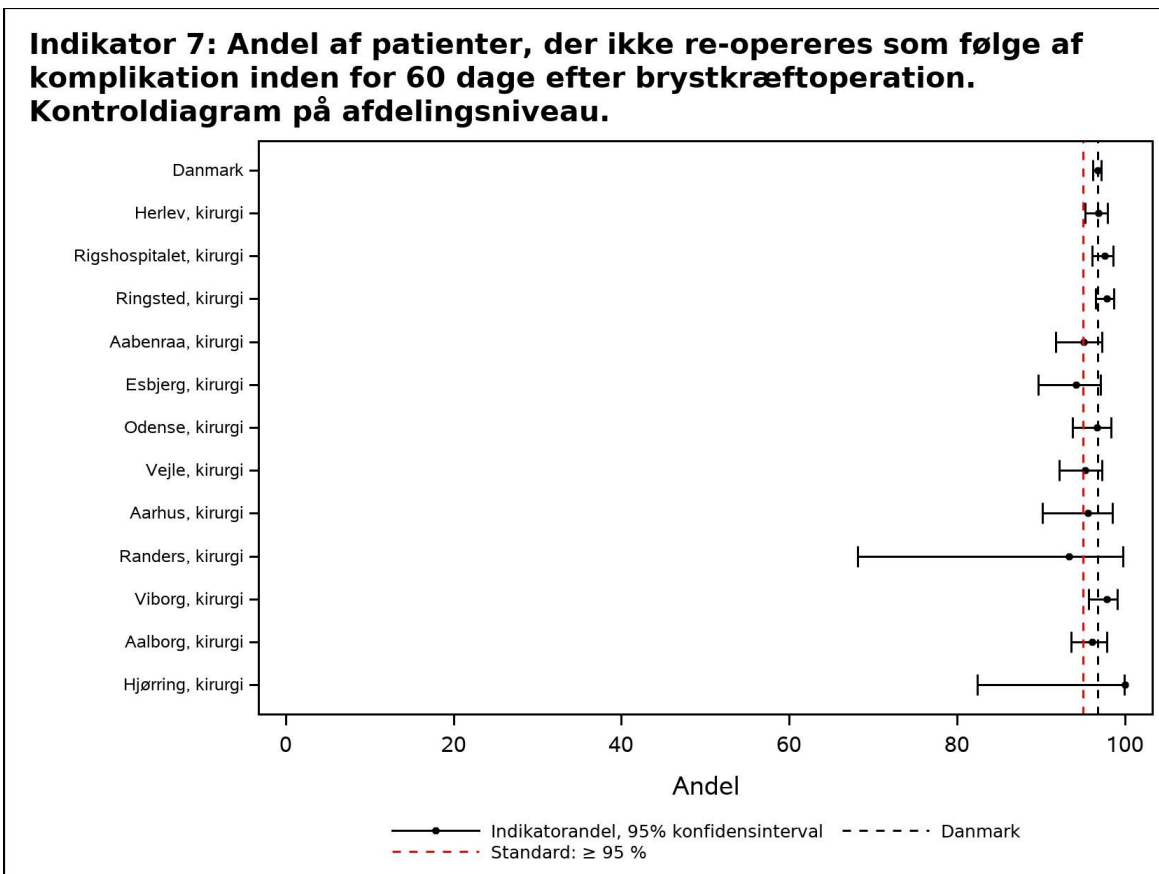
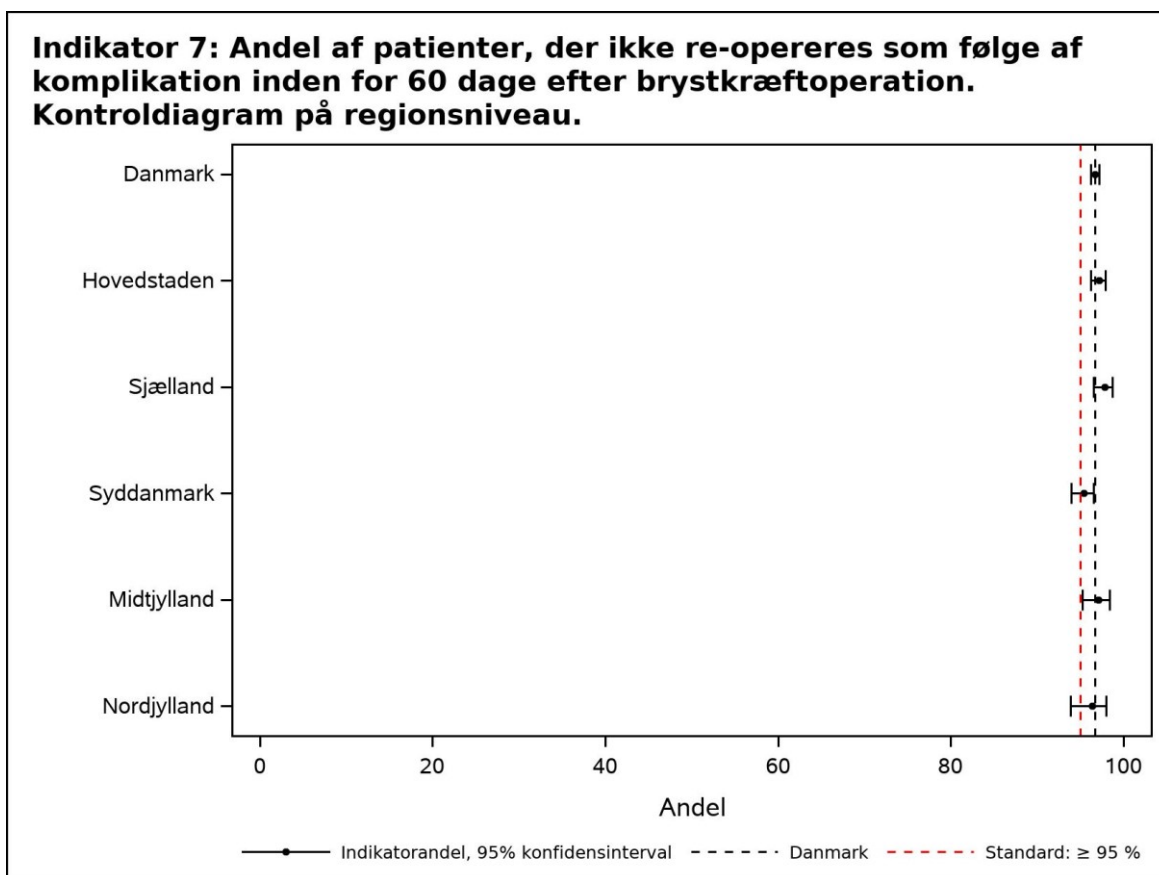
Indikatoren er for første gang baseret på data fra LPR3, det nye Landspatientregister, som blev udrullet i foråret 2019. Indikatorresultaterne skal derfor tolkes med forsigtighed. Der vil af samme årsag ikke angives anbefalinger for indikatorer baseret på LPR3 data i denne årsrapport.

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter, der ikke re-opereres inden for 60 dage efter operation som følge af komplikationer på 96,7 % (95 % CI: 96,1-97,3). Dermed opfyldes den fastsatte standard på landsplan, hvilket også gør sig gældende for samtlige regioner. Især Region Nordjylland har set en stigning siden 2018. På afdelingsniveau opfylder næsten alle afdelinger standarden, og kun 2 afdelinger ligger lidt under (Esbjerg og Randers med andele på hhv. 94,2 % og 93,3 %). Det bemærkes, at der er et højt antal uoplyste i Region Midtjylland, og dette skyldes sandsynligvis mangelfuld indberetning grundet overgangen til LPR3.

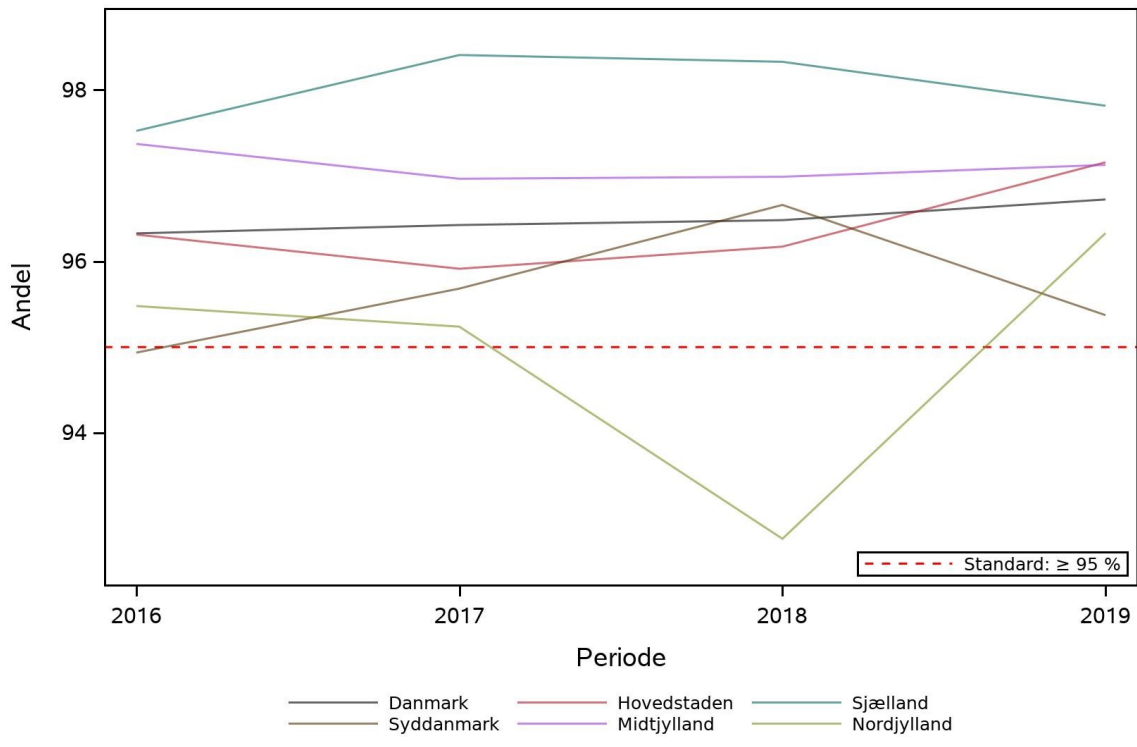
## Lægefaglige kommentarer

Overordnet vurderes det samlede resultat på landsplan for at være tilfredsstillende. Ingen regioner afviger signifikant fra standarden på 95 %. På afdelingsniveau er der heller ikke afdelinger, der ligger signifikant under standarden. Det bemærkes, at der i Region Midtjylland er en helt uacceptabelt høj andel med mangelfulde oplysninger. Dette beror formentlig på problemer med LPR3.

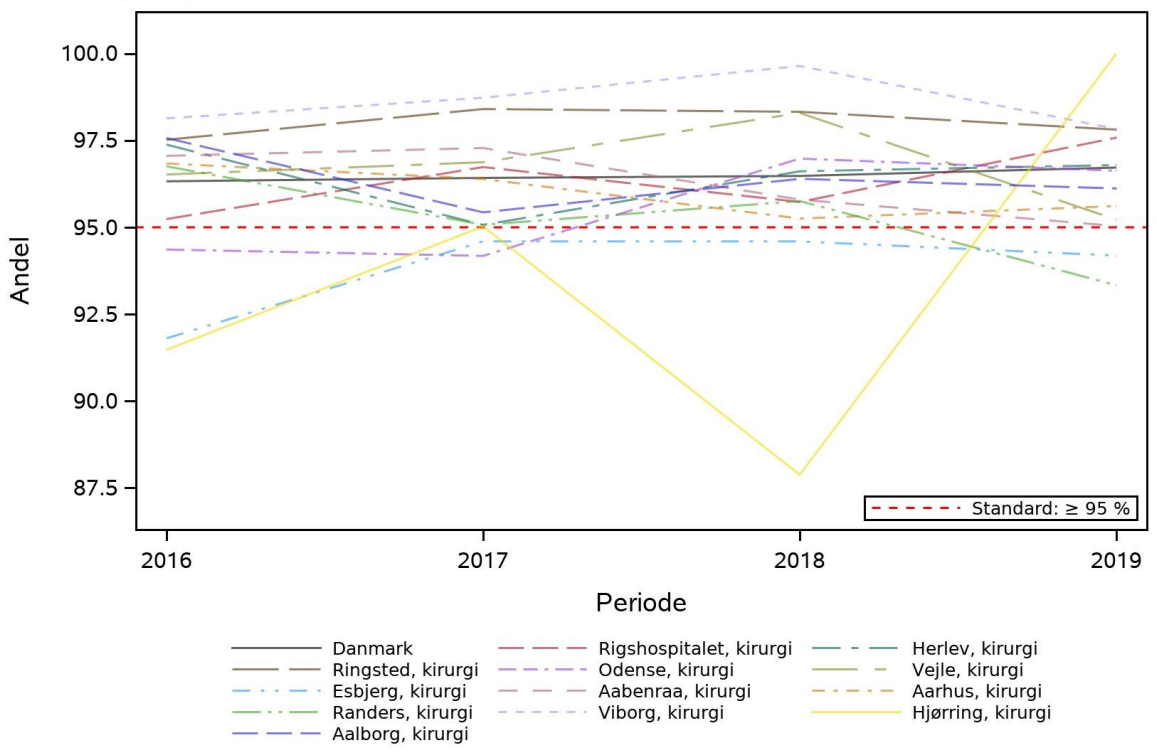
Figurer til indikator 7



**Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.10. Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG

#### retningslinjer

**Indikatorbeskrivelse.** I det følgende præsenteres andelen af patienter med invasiv brystkræft og definitiv operation med lumpektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår dermed patienter med invasiv brystkræft og definitiv operation med lumpektomi. Tælleren udgør patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer. I det strålebehandling overvejende gives i det post-operative forløb, er indikatoren tidsforskudt og inkluderer patienter med et års opfølgning. Derudover skal stråleterapitype og stråledosis være indberettet, eller der skal være angivet en årsag til anden strålebehandling samt 'anden stråledosis' skal være indberettet. Patienter som indgår i kliniske forsøg med eksperimentel behandling (intraoperativ radioterapi) er ligeledes ekskluderet fra opgørelsen.

**Standard.** I 'Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005)' er der ikke specificeret en standard for denne indikator. Dog vil et bedste bud på en acceptabel og en ønskværdig standard være henholdsvis  $\geq 90\%$  og  $\geq 95\%$ .

Som supplement findes desuden en oversigtstabel over årsager til manglende opfyldelse af indikatoren.

#### Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

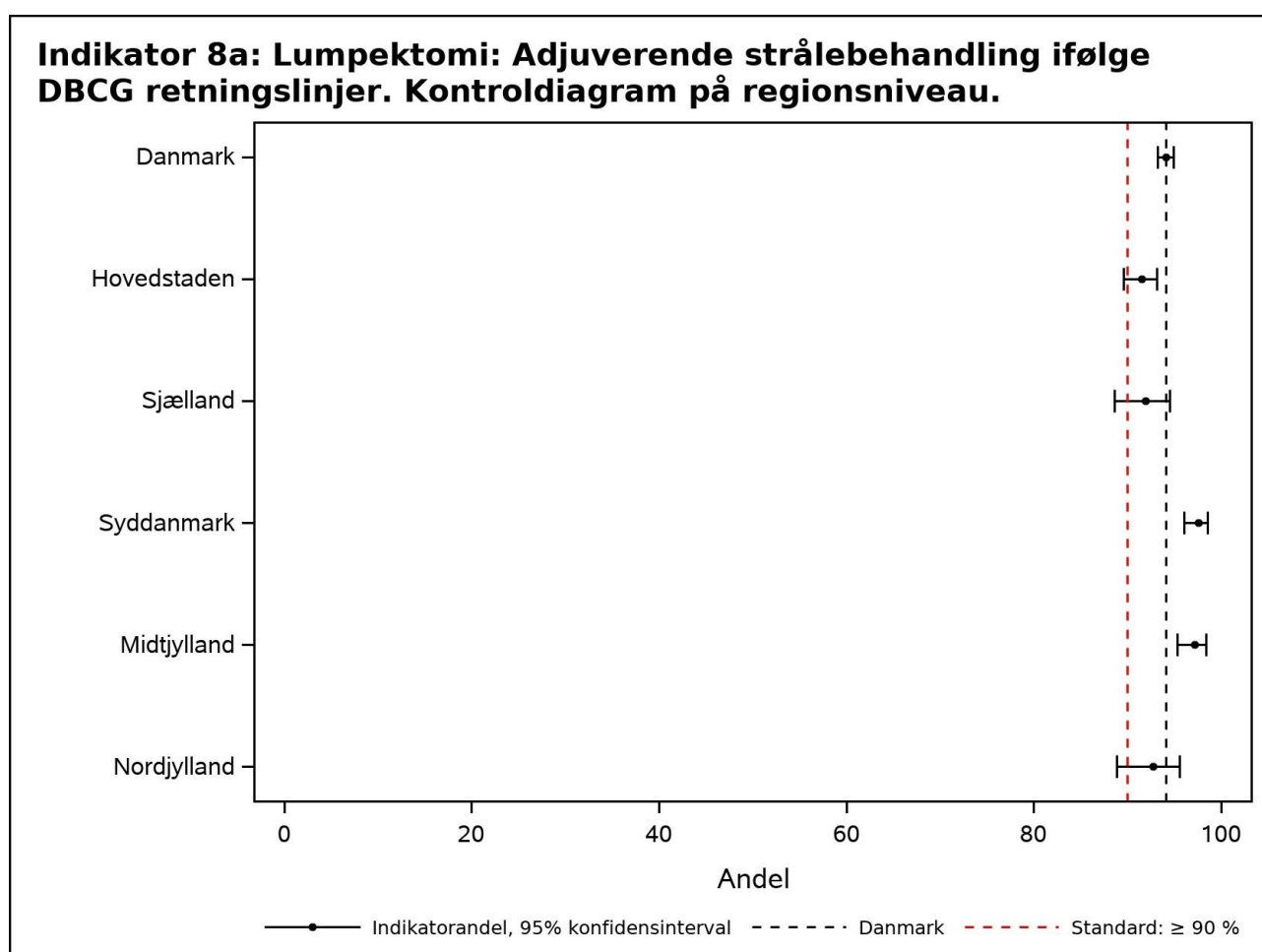
	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$	Tæller/ nævner		01.01.2018 - 31.12.2018		2017		2016
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	2.432 / 2.584	111 (4)	<b>94,1</b>	(93,1-95,0)	2.358 / 2.510	93,9 (92,9-94,8)	94,3 (93,3-95,2)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	851 / 930	10 (1)	<b>91,5</b>	(89,5-93,2)	752 / 823	91,4 (89,2-93,2)	90,6 (88,4-92,5)
<b>Sjælland</b>	Ja	308 / 335	25 (7)	<b>91,9</b>	(88,5-94,6)	367 / 394	93,1 (90,2-95,4)	93,9 (90,8-96,1)
<b>Syddanmark</b>	Ja	595 / 610	48 (7)	<b>97,5</b>	(96,0-98,6)	482 / 503	95,8 (93,7-97,4)	96,3 (94,3-97,8)
<b>Midtjylland</b>	Ja	448 / 461	23 (5)	<b>97,2</b>	(95,2-98,5)	516 / 527	97,9 (96,3-99,0)	98,9 (97,5-99,6)
<b>Nordjylland</b>	Ja	230 / 248	5 (2)	<b>92,7</b>	(88,8-95,6)	241 / 263	91,6 (87,6-94,7)	94,4 (90,7-96,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	851 / 930	10 (1)	<b>91,5</b>	(89,5-93,2)	752 / 823	91,4 (89,2-93,2)	90,6 (88,4-92,5)
Herlev	Nej	481 / 537	3 (1)	<b>89,6</b>	(86,7-92,0)	469 / 521	90,0 (87,1-92,5)	90,0 (87,1-92,4)
Rigshospitalet	Ja	370 / 393	7 (2)	<b>94,1</b>	(91,3-96,3)	283 / 302	93,7 (90,3-96,2)	91,7 (87,8-94,7)
<b>Sjælland</b>	Ja	308 / 335	25 (7)	<b>91,9</b>	(88,5-94,6)	367 / 394	93,1 (90,2-95,4)	93,9 (90,8-96,1)
Næstved	Ja	308 / 335	25 (7)	<b>91,9</b>	(88,5-94,6)	367 / 394	93,1 (90,2-95,4)	93,9 (90,8-96,1)
<b>Syddanmark</b>	Ja	595 / 610	48 (7)	<b>97,5</b>	(96,0-98,6)	482 / 503	95,8 (93,7-97,4)	96,3 (94,3-97,8)
Odense	Ja	217 / 226	6 (3)	<b>96,0</b>	(92,6-98,2)	171 / 182	94,0 (89,4-96,9)	94,9 (90,6-97,7)
Vejle	Ja	378 / 384	42 (10)	<b>98,4</b>	(96,6-99,4)	311 / 321	96,9 (94,3-98,5)	96,5 (93,7-98,3)
Øvrige i Region Syddanmark								100,0 (92,3-100,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	448 / 461	23 (5)	<b>97,2</b>	(95,2-98,5)	516 / 527	97,9 (96,3-99,0)	98,9 (97,5-99,6)
Aarhus	Ja	448 / 461	23 (5)	<b>97,2</b>	(95,2-98,5)	516 / 527	97,9 (96,3-99,0)	98,9 (97,5-99,6)
<b>Nordjylland</b>	Ja	230 / 248	5 (2)	<b>92,7</b>	(88,8-95,6)	241 / 263	91,6 (87,6-94,7)	94,4 (90,7-96,9)
Aalborg	Ja	230 / 248	5 (2)	<b>92,7</b>	(88,8-95,6)	241 / 263	91,6 (87,6-94,7)	94,4 (90,7-96,9)

### Årsager til manglende opfyldelse af indikator 8a

	Patientens eget valg	Kardiovaskulær sygdom	Defekt cikatrice/infektion	Andet	Andre årsager/ datakvalitet	Alle
Hovedstaden	29	3	.	46	#	79
Sjælland	23	.	.	4	.	27
Syddanmark	10	.	.	5	.	15
Midtjylland	13	.	.	.	.	13
Nordjylland	.	.	.	18	.	18

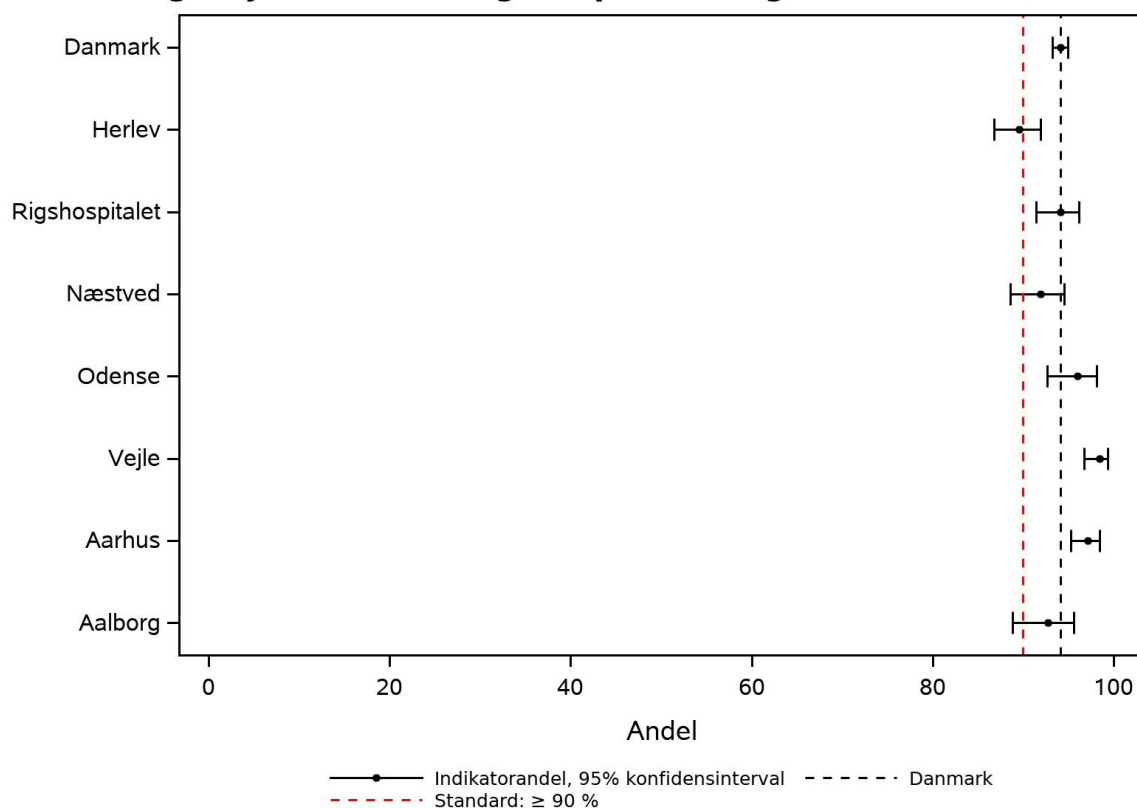
# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

### Figurer til indikator 8a

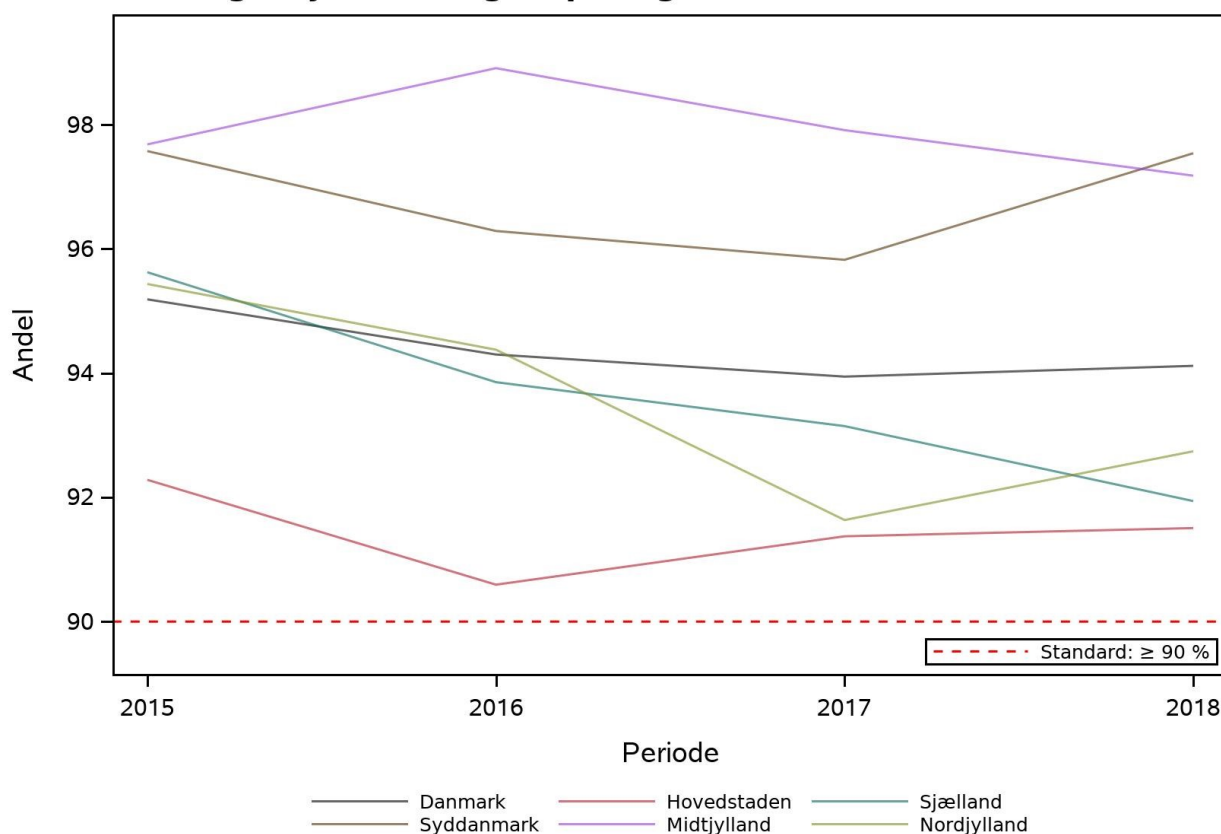




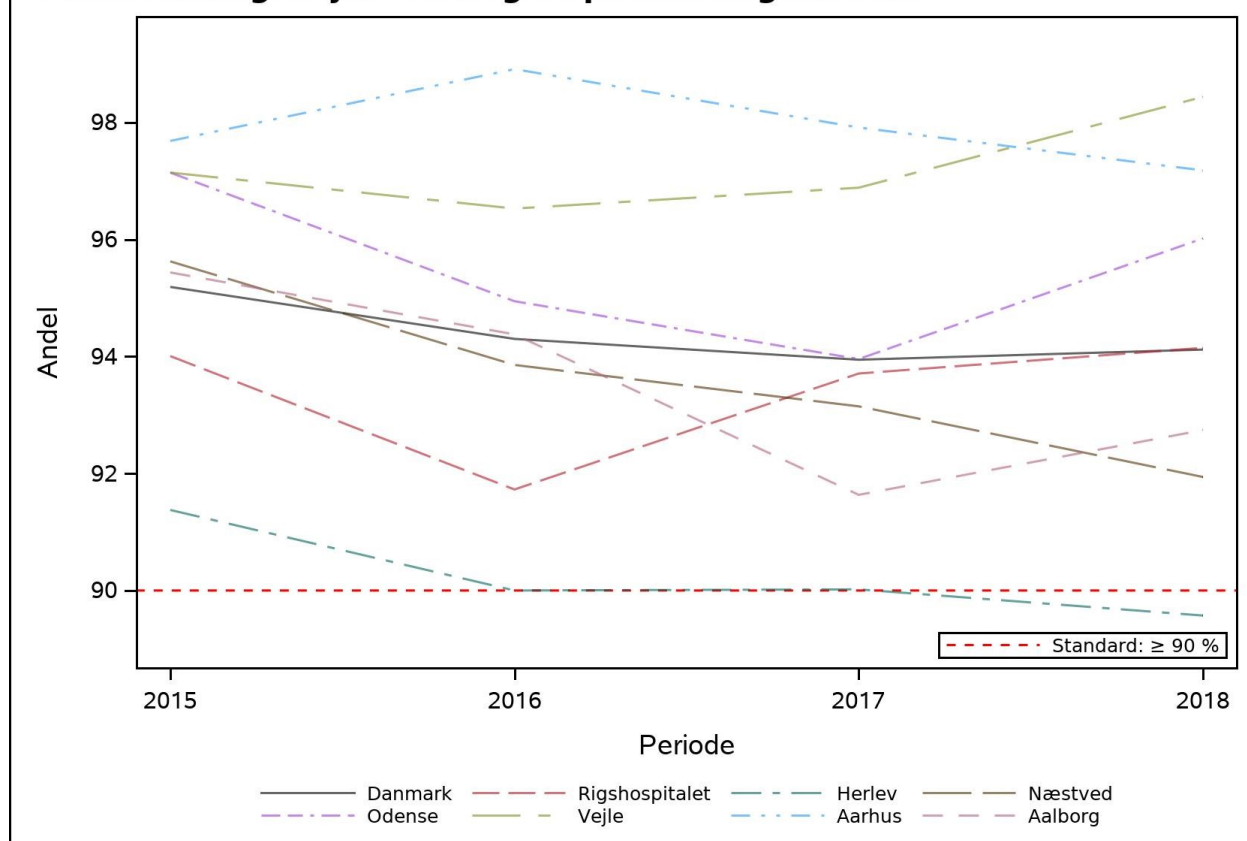
### Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



### Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Trendgraf på regionsniveau.



### Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Trendgraf på afdelingsniveau.



#### Epidemiologiske kommentarer til indikator 8a

Af ovenstående fremgår det, at andelen af patienter med invasiv brystkræft opereret med lumpektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling jf. DBCG's retningslinjer ligger på 94,1 % (95 % CI: 93,1-95,0) på landsplan. Således opfyldes den acceptable ( $\geq 90$  %) standard, om end ikke den ønskværdige standard ( $\geq 95$  %). Resultatet adskiller sig ikke betydeligt fra resultaterne i de foregående opgørelsesperioder. Samtlige regioner opfylder standarden om end der er variation. Blandt afdelingerne opfylder Herlev netop ikke standarden (89,6 (95 % CI: 86,7-92,0)). Antal uoplyste i afdelingerne er generelt lav, men i Næstved (7 %) og Vejle (10 %) ligger tallet noget højere.

#### Lægefaglige kommentarer

Ser man på det samlede resultat, er indikatoropfyldelsen på landsplan tilfredsstillende, og alle regioner lever op til standarden. Der er enkelte afdelinger, der ligger lidt under, men det er ikke signifikant. Det samme billede tegnede sig for 2018 data (appendiks 6). I forhold til tidligere er andelen uoplyste blevet reduceret, og specielt gælder det for Næstved og Herlev, der i sidste offentliggjorte rapport fik en anmærkning om dette.

#### Anbefalinger

Ingen.

### 3.11. Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

**Indikatorbeskrivelse.** Her præsenteres andelen af patienter med invasiv brystkræft og definitiv operation med mastektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter (alder <75 år) med invasiv brystkræft og definitiv operation med mastektomi samt med mindst en af følgende risikofaktorer: makrometastaser, tumordiameter >50 mm eller ikke-radikal operation. Tælleren udgør patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer. Idet strålebehandling overvejende gives i det post-operative forløb, er indikatoren tidsforskudt og inkluderer patienter med et års opfølgning. Derudover skal stråleterapitype og stråledosis være indberettet, eller der skal være angivet en årsag til anden strålebehandling samt 'anden stråledosis' skal være indberettet. Patienter som indgår i kliniske forsøg med eksperimentel behandling (intra-operativ radioterapi) er ligeledes ekskluderet fra opgørelsen.

**Standard.** I 'Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005)' er der ikke specificeret en standard for denne indikator. Dog vil et bedste bud på en acceptabel og en ønskværdig standard være henholdsvis  $\geq 90\%$  og  $\geq 95\%$ . Som supplement findes desuden en oversigtstabel over årsager til manglende opfyldelse af indikatoren.

#### Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018 Andel	95% CI	2017 Antal	2016 Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	237 / 269	37 (12)	<b>88,1</b>	(83,6-91,7)	299 / 336	89,0 (85,1-92,1) 86,6 (82,8-89,8)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	73 / 86	9 (9)	<b>84,9</b>	(75,5-91,7)	113 / 136	83,1 (75,7-89,0) 80,0 (72,6-86,2)
<b>Sjælland</b>	Nej	16 / 22	5 (19)	<b>72,7</b>	(49,8-89,3)	25 / 31	80,6 (62,5-92,5) 86,2 (68,3-96,1)
<b>Syddanmark</b>	Ja	55 / 60	10 (14)	<b>91,7</b>	(81,6-97,2)	59 / 62	95,2 (86,5-99,0) 90,9 (82,9-96,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	58 / 62	12 (16)	<b>93,5</b>	(84,3-98,2)	76 / 78	97,4 (91,0-99,7) 91,2 (83,4-96,1)
<b>Nordjylland</b>	Nej	35 / 39	1 (3)	<b>89,7</b>	(75,8-97,1)	26 / 29	89,7 (72,6-97,8) 91,2 (76,3-98,1)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	73 / 86	9 (9)	<b>84,9</b>	(75,5-91,7)	113 / 136	83,1 (75,7-89,0) 80,0 (72,6-86,2)
Herlev	Nej	39 / 48	4 (8)	<b>81,3</b>	(67,4-91,1)	60 / 76	78,9 (68,1-87,5) 82,8 (73,2-90,0)
Rigshospitalet	Nej	34 / 38	5 (12)	<b>89,5</b>	(75,2-97,1)	53 / 60	88,3 (77,4-95,2) 75,9 (62,8-86,1)
<b>Sjælland</b>	Nej	16 / 22	5 (19)	<b>72,7</b>	(49,8-89,3)	25 / 31	80,6 (62,5-92,5) 86,2 (68,3-96,1)
Næstved	Nej	16 / 22	5 (19)	<b>72,7</b>	(49,8-89,3)	25 / 31	80,6 (62,5-92,5) 86,2 (68,3-96,1)
<b>Syddanmark</b>	Ja	55 / 60	10 (14)	<b>91,7</b>	(81,6-97,2)	59 / 62	95,2 (86,5-99,0) 90,9 (82,9-96,0)
Odense	Nej	25 / 29	6 (17)	<b>86,2</b>	(68,3-96,1)	34 / 36	94,4 (81,3-99,3) 95,0 (83,1-99,4)
Vejle	Ja	30 / 31	4 (11)	<b>96,8</b>	(83,3-99,9)	25 / 26	96,2 (80,4-99,9) 87,0 (73,7-95,1)
Øvrige i Region Syddanmark							100,0 (15,8-100,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	58 / 62	12 (16)	<b>93,5</b>	(84,3-98,2)	76 / 78	97,4 (91,0-99,7) 91,2 (83,4-96,1)
Aarhus	Ja	58 / 62	12 (16)	<b>93,5</b>	(84,3-98,2)	76 / 78	97,4 (91,0-99,7) 91,2 (83,4-96,1)
<b>Nordjylland</b>	Nej	35 / 39	1 (3)	<b>89,7</b>	(75,8-97,1)	26 / 29	89,7 (72,6-97,8) 91,2 (76,3-98,1)
Aalborg	Nej	35 / 39	1 (3)	<b>89,7</b>	(75,8-97,1)	26 / 29	89,7 (72,6-97,8) 91,2 (76,3-98,1)

### Årsager til manglende opfyldelse af indikator 8b

	<i>Patientens eget valg</i>	<i>Kardiovaskulær sygdom</i>	<i>Defekt cikatrice/infektion</i>	<i>Andet</i>	<i>Andre årsager/datakvalitet</i>	<i>Alle</i>
Hovedstaden	6	.	.	7	.	13
Sjælland	3	.	.	3	.	6
Syddanmark	#	.	.	3	.	5
Midtjylland	3	.	.	#	.	4
Nordjylland	.	.	.	4	.	4

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

### Epidemiologiske kommentarer til indikator 8b

I den aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter med invasiv brystkræft opereret med mastektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling jf. DBCG's retningslinjer på 88,1 % (95 % CI: 83,6-91,7) på landsplan, og hverken den ønskværdige eller acceptable standard opfyldes således. Tre regioner (Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland) opfylder ikke standarden, hvor især Region Sjælland trækker ned med en andel på 72,7 % (95 % CI: 49,8-89,3). Næstved har ligeledes den højeste andel uoplyste (19 %) men også Aarhus, Vejle, Odense og Rigshospitalet ligger på en andel over 10 % uoplyste. To ud af syv afdelinger opfylder standarden.

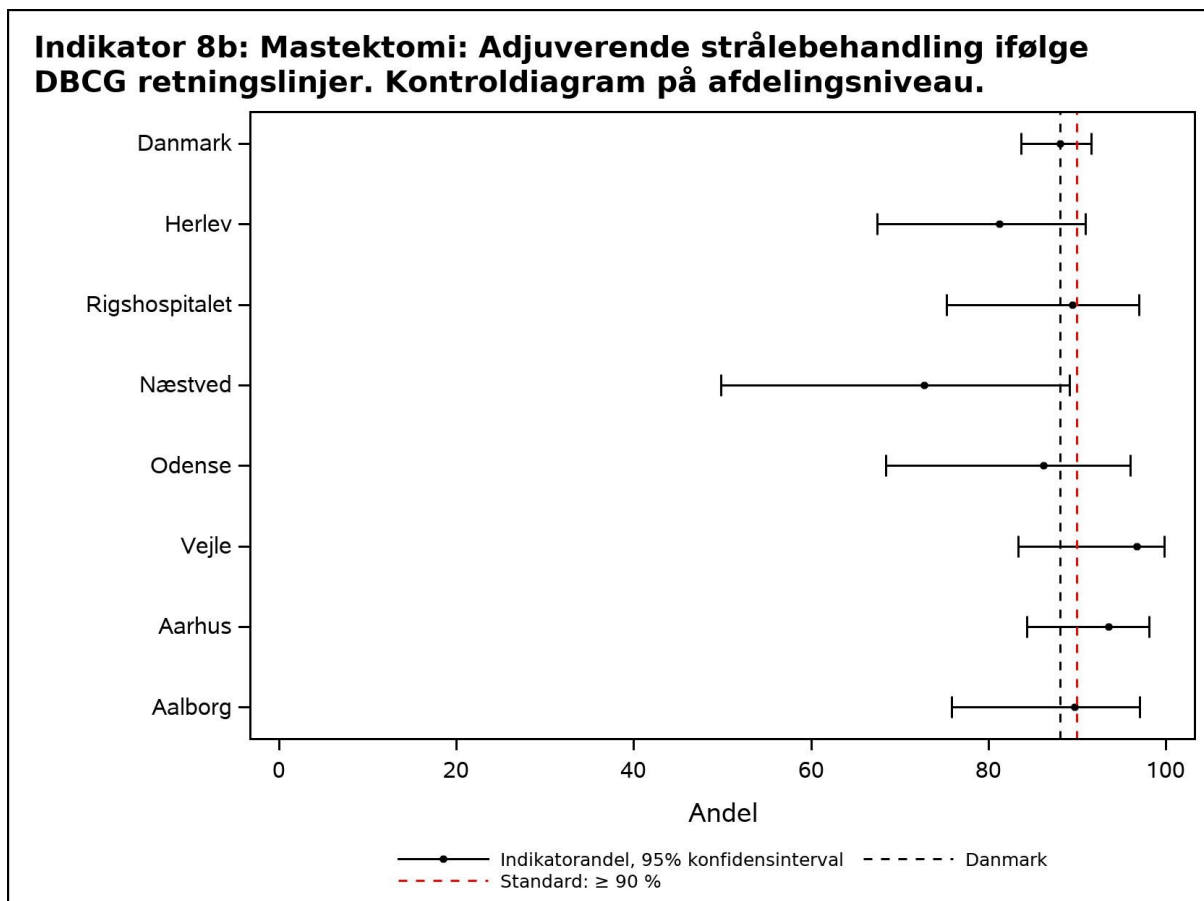
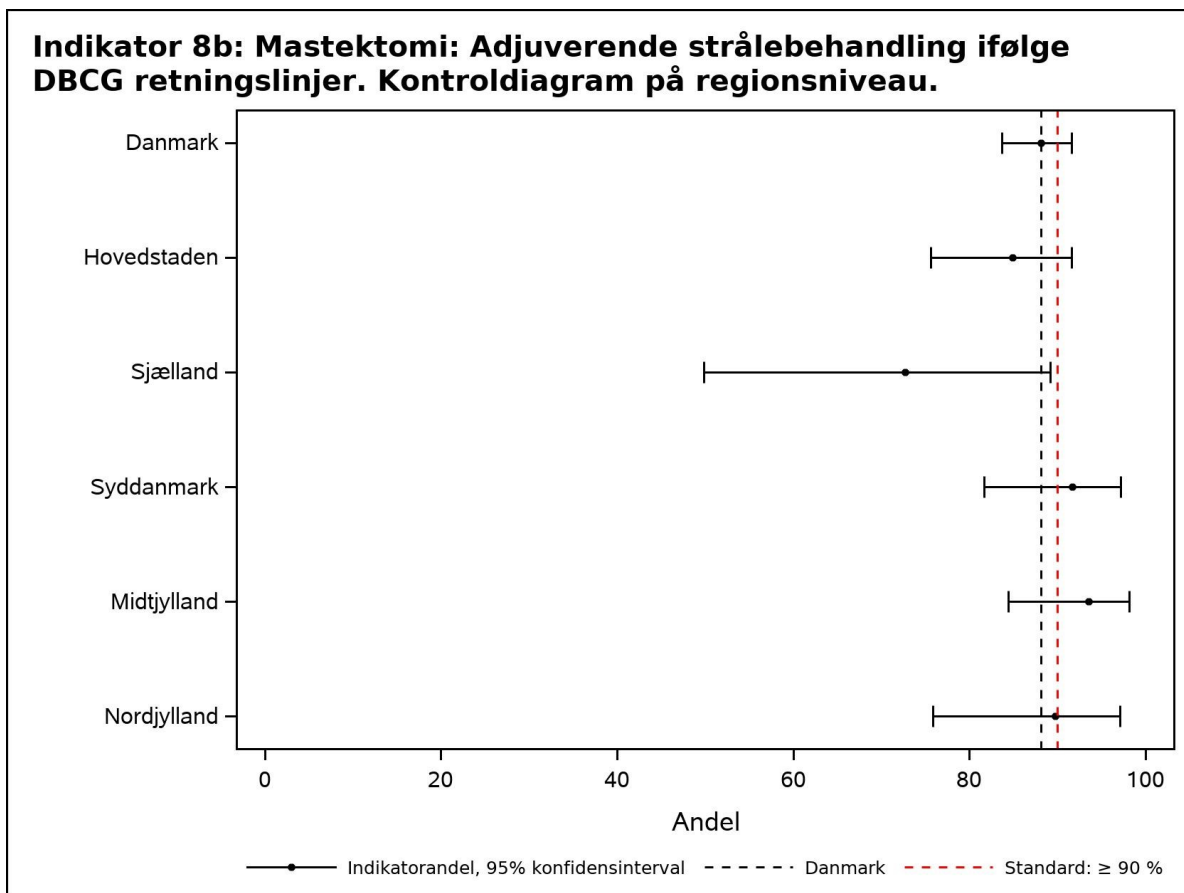
### Lægefaglige kommentarer

På landsplan er resultatet ikke signifikant forskelligt fra standarden på 90 %, om end opfyldelsen kun er opgjort til 88,1 %. Det samme gør sig gældende for 2018. Opgørelserne bygger på lave antal og derfor også brede konfidensintervaller. Det er således kun for afdelingen i Næstved, at indikatoropfyldelsen ligger signifikant under. Dette anses for overordnet nogenlunde tilfredsstillende. Det er som i 2017-rapporten, Region Hovedstaden og Region Sjælland, der trækker indikatoropfyldelsen ned under 90 %. For de onkologiske afdelingers vedkommende er det specielt afdelingen i Næstved, der ligger under standarden. Rigshospitalet har markant forbedret sig i forhold til den seneste rapport.

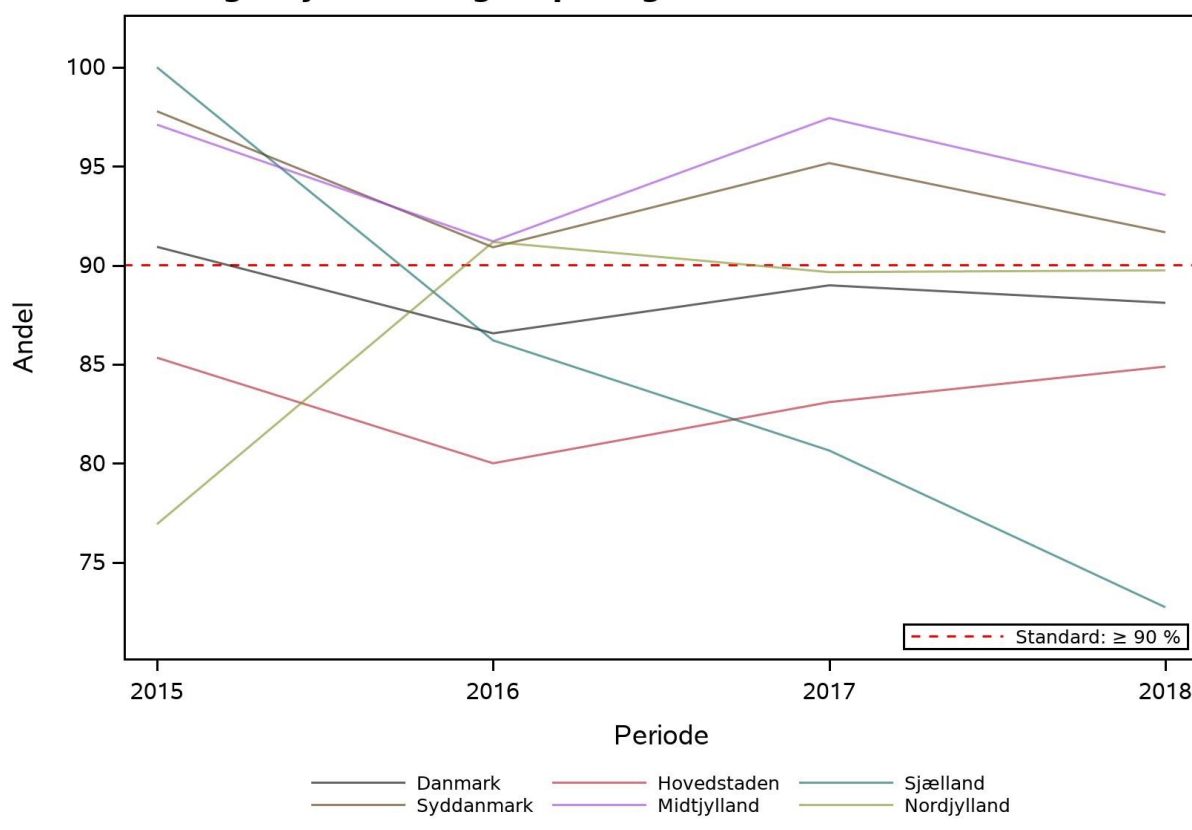
### Anbefalinger

Der er behov for en forbedret indsats fra den onkologiske afdeling i Næstved, hvor omkring en fjerdedel af patienterne efter mastektomi tilsyneladende ikke modtager strålebehandling i henhold til retningslinjerne.

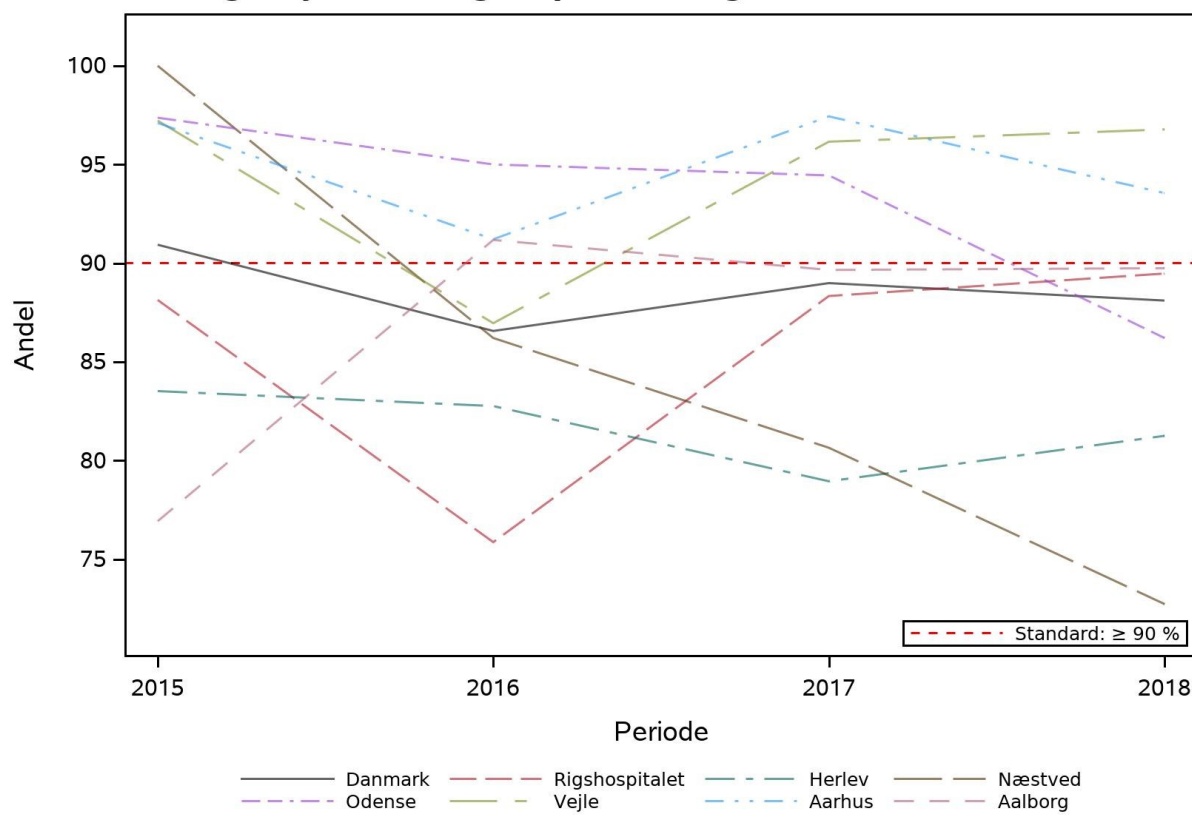
Figurer til indikator 8b



**Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.12. Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi

**Indikatorbeskrivelse.** I det følgende præsenteres andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres som følge af klinisk mammografi med ultralydsskanning og finnålsbiopsi og ikke på baggrund af sentinel node (SN) biopsi. Indikatorværdien afspejler således 'sensitiviteten' af billeddiagnostikken med hensyn til lymfeknudestatus. Statuering af aksilstatus som 'klinisk node positiv' på baggrund af ultralydsskanning og finnålsbiopsi fremfor SN biopsi er ønskværdigt. Således kan man begrænse andelen af operationer, hvor der foretages SN biopsi og aksilrømning efter frysemikroskopi samt re-operationer med aksilrømning hos patienter, hvor der ikke udføres frysemikroskopi ved primære indgreb.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft og detekteret makrometastaser i lymfeknuderne, og som er behandlet i henhold til DBCG-protokol. Tælleren udgør patienter, som ikke har fået udført SN biopsi.

**Standard.** I 'Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005)' er der ikke specificeret en standard for denne indikator. Indtil videre fastlægges standarden som øvre kvartil for den beregnede indikatorværdi for 2016, svarende til  $\geq 39\%$ , hvor denne indikator første gang indgik i årsrapporten for DBCG-kvalitetsdatabasen.

#### Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 39\%$ opfyldt	Tæller/nævner		01.01.2019 - 31.12.2019	95% CI	2018	2017	
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	242 / 763	0 (0)	<b>31,7</b>	(28,4-35,2)	276 / 830	33,3 (30,1-36,6)	34,3 (31,1-37,5)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	61 / 243	0 (0)	<b>25,1</b>	(19,8-31,0)	71 / 241	29,5 (23,8-35,7)	38,8 (33,1-44,7)
<b>Sjælland</b>	Nej	14 / 92	0 (0)	<b>15,2</b>	(8,6-24,2)	33 / 125	26,4 (18,9-35,0)	28,8 (20,6-38,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	70 / 195	0 (0)	<b>35,9</b>	(29,2-43,1)	62 / 190	32,6 (26,0-39,8)	31,8 (25,0-39,2)
<b>Midtjylland</b>	Ja	62 / 150	0 (0)	<b>41,3</b>	(33,4-49,7)	65 / 170	38,2 (30,9-46,0)	35,7 (29,3-42,5)
<b>Nordjylland</b>	Ja	35 / 83	0 (0)	<b>42,2</b>	(31,4-53,5)	45 / 104	43,3 (33,6-53,3)	28,7 (20,1-38,6)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	61 / 243	0 (0)	<b>25,1</b>	(19,8-31,0)	71 / 241	29,5 (23,8-35,7)	38,8 (33,1-44,7)
Herlev, kirurgi	Nej	32 / 135	0 (0)	<b>23,7</b>	(16,8-31,8)	43 / 140	30,7 (23,2-39,1)	38,3 (30,4-46,6)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	29 / 108	0 (0)	<b>26,9</b>	(18,8-36,2)	28 / 101	27,7 (19,3-37,5)	39,4 (31,2-48,1)
<b>Sjælland</b>	Nej	14 / 92	0 (0)	<b>15,2</b>	(8,6-24,2)	33 / 125	26,4 (18,9-35,0)	28,8 (20,6-38,2)
Ringsted, kirurgi	Nej	14 / 92	0 (0)	<b>15,2</b>	(8,6-24,2)	33 / 125	26,4 (18,9-35,0)	28,8 (20,6-38,2)
<b>Syddanmark</b>	Nej	70 / 195	0 (0)	<b>35,9</b>	(29,2-43,1)	62 / 190	32,6 (26,0-39,8)	31,8 (25,0-39,2)
Aabenraa, kirurgi	Nej	16 / 52	0 (0)	<b>30,8</b>	(18,7-45,1)	13 / 50	26,0 (14,6-40,3)	33,3 (19,6-49,5)
Esbjerg, kirurgi	Nej	10 / 30	0 (0)	<b>33,3</b>	(17,3-52,8)	6 / 24	25,0 (9,8-46,7)	26,3 (9,1-51,2)
Odense, kirurgi	Ja	27 / 62	0 (0)	<b>43,5</b>	(31,0-56,7)	30 / 69	43,5 (31,6-56,0)	35,7 (24,6-48,1)
Vejle, kirurgi	Nej	17 / 51	0 (0)	<b>33,3</b>	(20,8-47,9)	13 / 47	27,7 (15,6-42,6)	26,7 (14,6-41,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	62 / 150	0 (0)	<b>41,3</b>	(33,4-49,7)	65 / 170	38,2 (30,9-46,0)	35,7 (29,3-42,5)
Aarhus, kirurgi	Ja	28 / 66	0 (0)	<b>42,4</b>	(30,3-55,2)	26 / 71	36,6 (25,5-48,9)	39,0 (28,4-50,4)
Randers, kirurgi*	Ja	4 / 6	0 (0)	<b>66,7</b>	(22,3-95,7)	11 / 40	27,5 (14,6-43,9)	34,0 (20,9-49,3)
Viborg, kirurgi	Nej	30 / 78	0 (0)	<b>38,5</b>	(27,7-50,2)	28 / 59	47,5 (34,3-60,9)	33,3 (23,4-44,5)



	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 39%	Tæller/	antal	01.01.2019 - 31.12.2019		2018		2017
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Nordjylland</b>	Ja	35 / 83	0 (0)	<b>42,2</b>	(31,4-53,5)	45 / 104	43,3 (33,6-53,3)	28,7 (20,1-38,6)
Aalborg, kirurgi	Ja	34 / 79	0 (0)	<b>43,0</b>	(31,9-54,7)	23 / 54	42,6 (29,2-56,8)	36,0 (22,9-50,8)
Hjørring, kirurgi*	Nej	###	0 (0)	<b>25,0</b>	(0,6-80,6)	22 / 50	44,0 (30,0-58,7)	21,6 (11,3-35,3)

\*\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 9

Det fremgår, at andelen af patienter med invasiv brystkræft med makrometastaser detekteret uden SN er 31,7 % (95 % CI: 28,4-35,2) på landsplan. Dermed er standarden (≥39 %) ikke opfyldt på landsplan og blandt regionerne opfyldes standarden ikke af tre ud af fem regioner (Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark). Især Region Sjælland ligger meget lavt med en andel på 15,2 % (95 % CI: 8,6-24,2) og er faldet betydeligt siden sidste opgørelsesperiode. Det skyldes hovedsageligt et fald hos afdelingen i Ringsted. Også Hovedstaden ligger lavt med en andel på 25,1 % (95 % CI: 19,8-31,0).

## Lægefaglige kommentarer

Tallene varierer meget med en indikatoropfyldelse fra kun 15 % i Region Sjælland til godt 42 % i Region Nordjylland. Region Hovedstaden og Region Sjælland ligger signifikant under standarden, og det anses for ikke tilfredsstillende. Indikatoren har været beregnet i flere år, og flere afdelinger har gennem perioden haft indikatoropfyldelser omkring eller over 30 %. Styregruppen anser det derfor for at være opnåeligt at komme tættere på standarden, end tilfældet er.

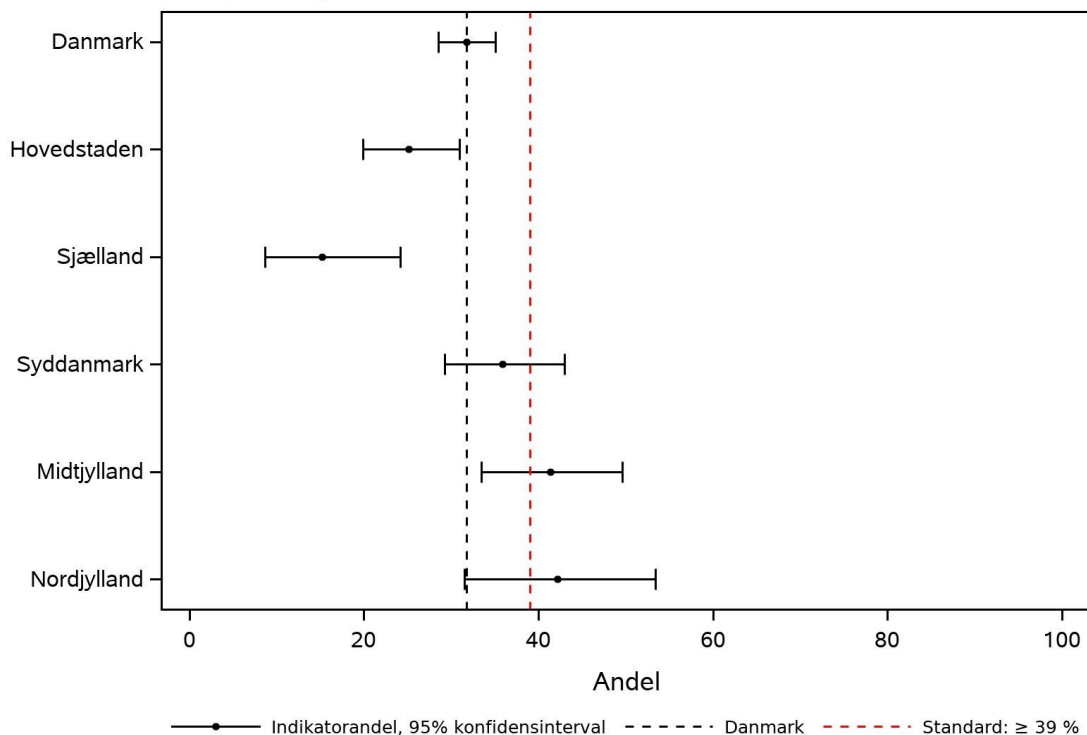
## Anbefalinger

Der er behov for en evaluering af mulighederne for forbedring i ved Rigshospitalet, Herlev og Ringsted/Roskilde.

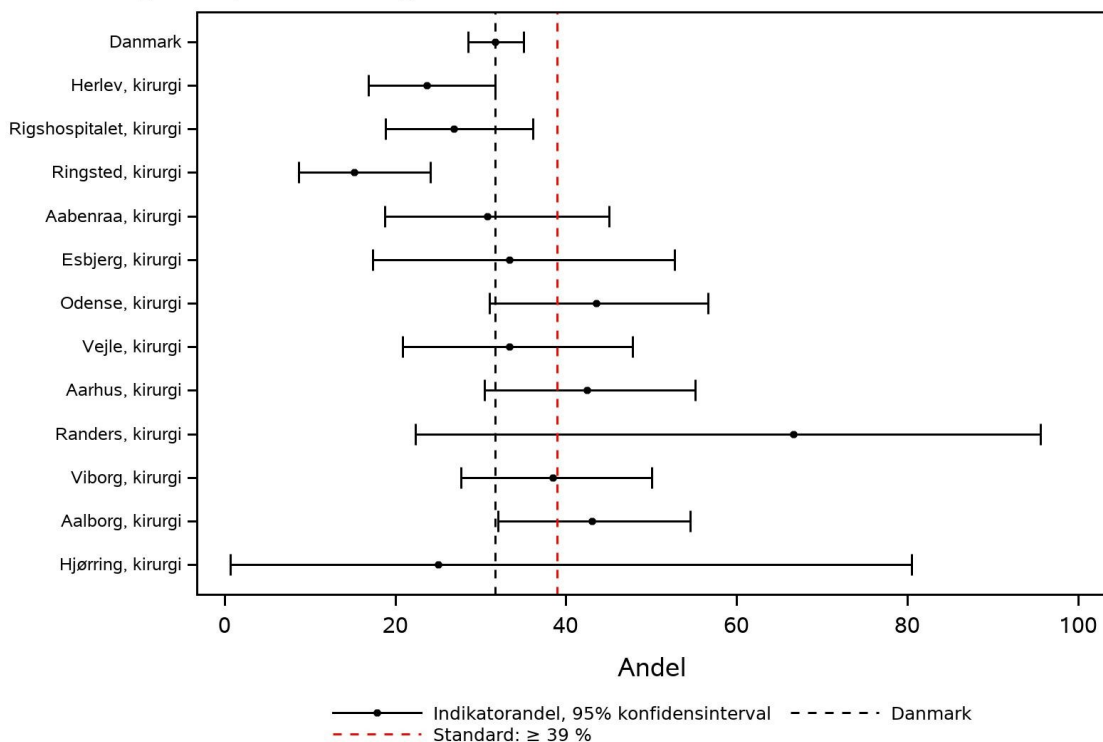


Figurer til indikator 9

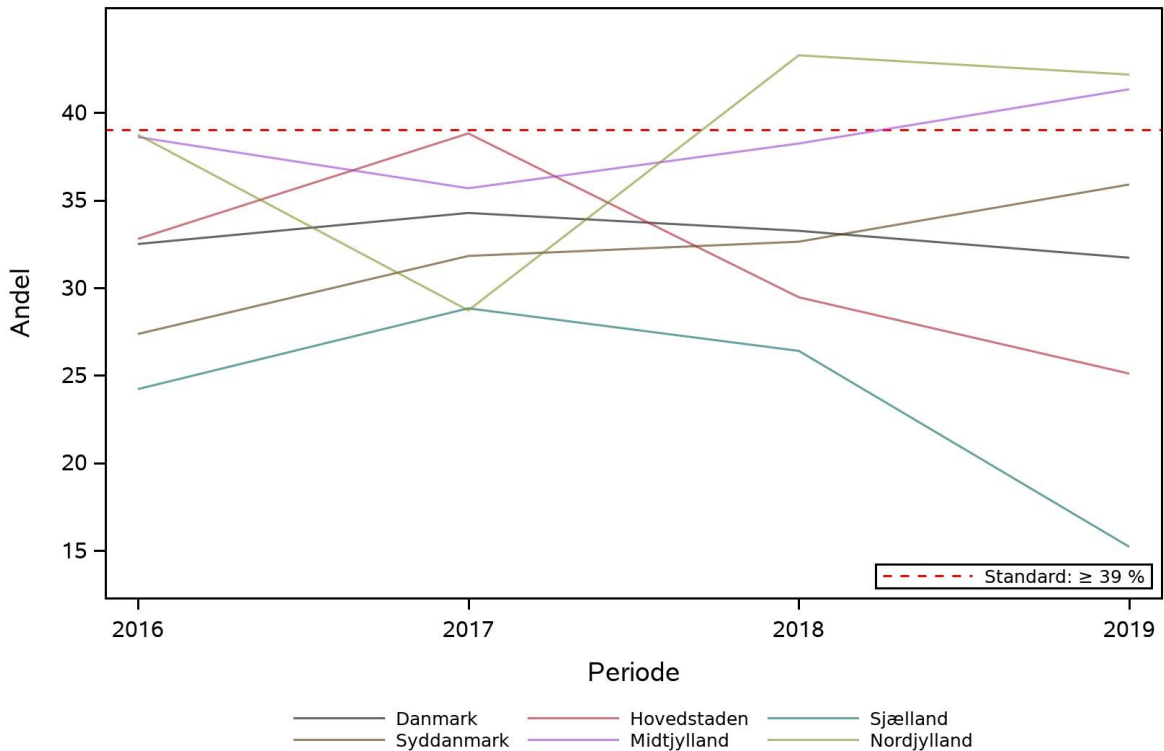
**Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Kontrolldiagram på regionsniveau.**



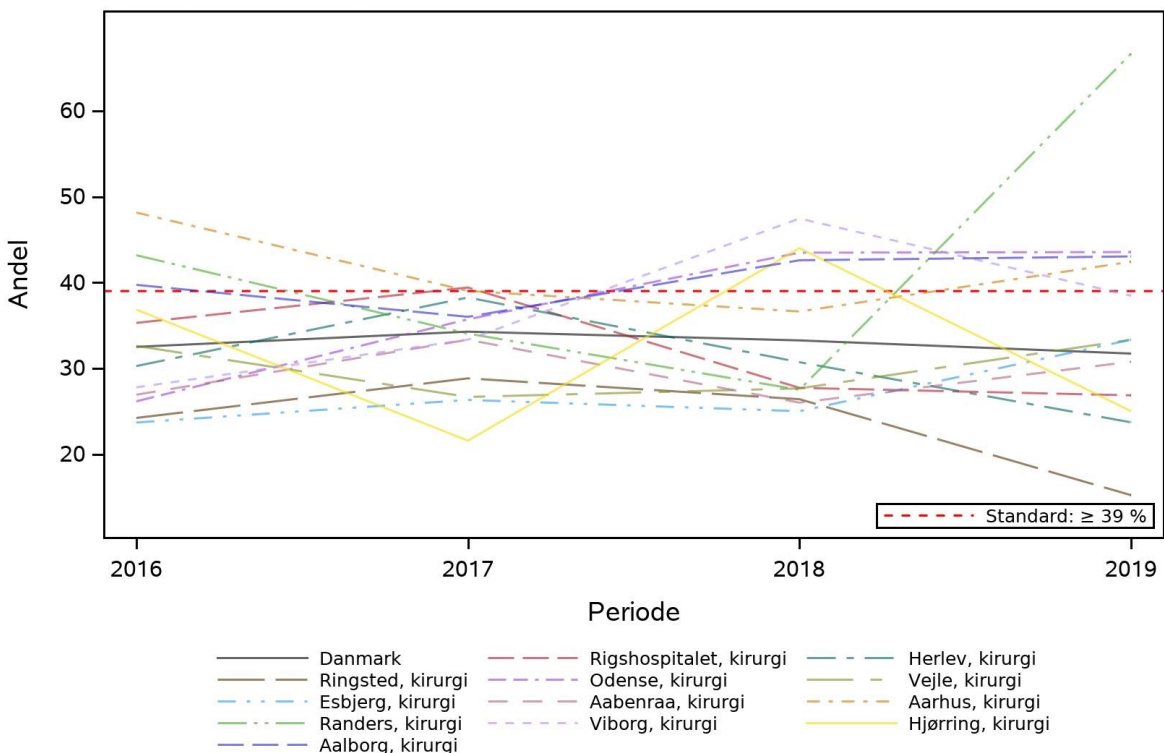
**Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



**Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.13. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)

**Indikatorbeskrivelse.** Herunder præsenteres andelen af patienter med invasiv brystkræft, der har fået opfølgende mammografi i henhold til retningslinjerne. Ifølge retningslinjerne (2015) skal alle patienter, der har gennemgået behandling for brystkræft, have foretaget mammografi hvert andet år, til de fylder 79 år. Formålet med indikatoren er således at monitorere, at retningslinjerne følges.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter (18-79 år) opereret for invasiv brystkræft siden 2006 og frem til to år før aktuelle opgørelsesperiode. Tælleren udgør patienter med mindst en opfølgingsmammografi i henhold til DBCG-protokol i perioden oktober 2017 til og med december 2019. Indikatoren er således tidsforskuet med to år.

**Standard.** I 'Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005)' er der ikke specificeret en standard for denne indikator. Der findes ingen danske eller udenlandske standarder, men et bedste bud på en standard er  $\geq 95\%$ .

Som supplement findes desuden en oversigtstabel over årsager til manglende opfyldelse af indikatoren.

I appendiks A2.2 findes uddybende tabeller, hvor denne indikator er opdelt på aldersgrupper for hver region.

**Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)**

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år	
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2006 - 31.12.2017* Andel	95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	25.286 / 28.755	242 (1)	<b>87,9</b>	(87,6-88,3)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	7.835 / 8.816	86 (1)	<b>88,9</b>	(88,2-89,5)
<b>Sjælland</b>	Nej	3.973 / 4.470	33 (1)	<b>88,9</b>	(87,9-89,8)
<b>Syddanmark</b>	Nej	6.280 / 6.776	41 (1)	<b>92,7</b>	(92,0-93,3)
<b>Midtjylland</b>	Nej	4.789 / 5.851	39 (1)	<b>81,8</b>	(80,8-82,8)
<b>Nordjylland</b>	Nej	2.402 / 2.830	38 (1)	<b>84,9</b>	(83,5-86,2)
<b>Privathospitaler</b>	Nej	7 / 12	5 (29)	<b>58,3</b>	(27,7-84,8)

\*Nævner: patienter opereret i 2006-2017

Tæller: patienter med mindst en opfølgingsmammografi i perioden oktober 2017 til og med december 2019

#### Årsager til manglende opfyldelse af indikatoren

Ej indberetning til LPR med relevant kode	Ikke-godkendt skanningstype (UL/MR), men tiden overholdes	Total
3.252	217	3.469

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Indikatoren er for første gang baseret på data fra LPR3, det nye Landspatientregister, som blev udrullet i foråret 2019. Indikatorresultaterne skal derfor tolkes med forsigtighed. Der vil af samme årsag ikke angives anbefalinger for indikatorer baseret på LPR3 data i denne årsrapport.

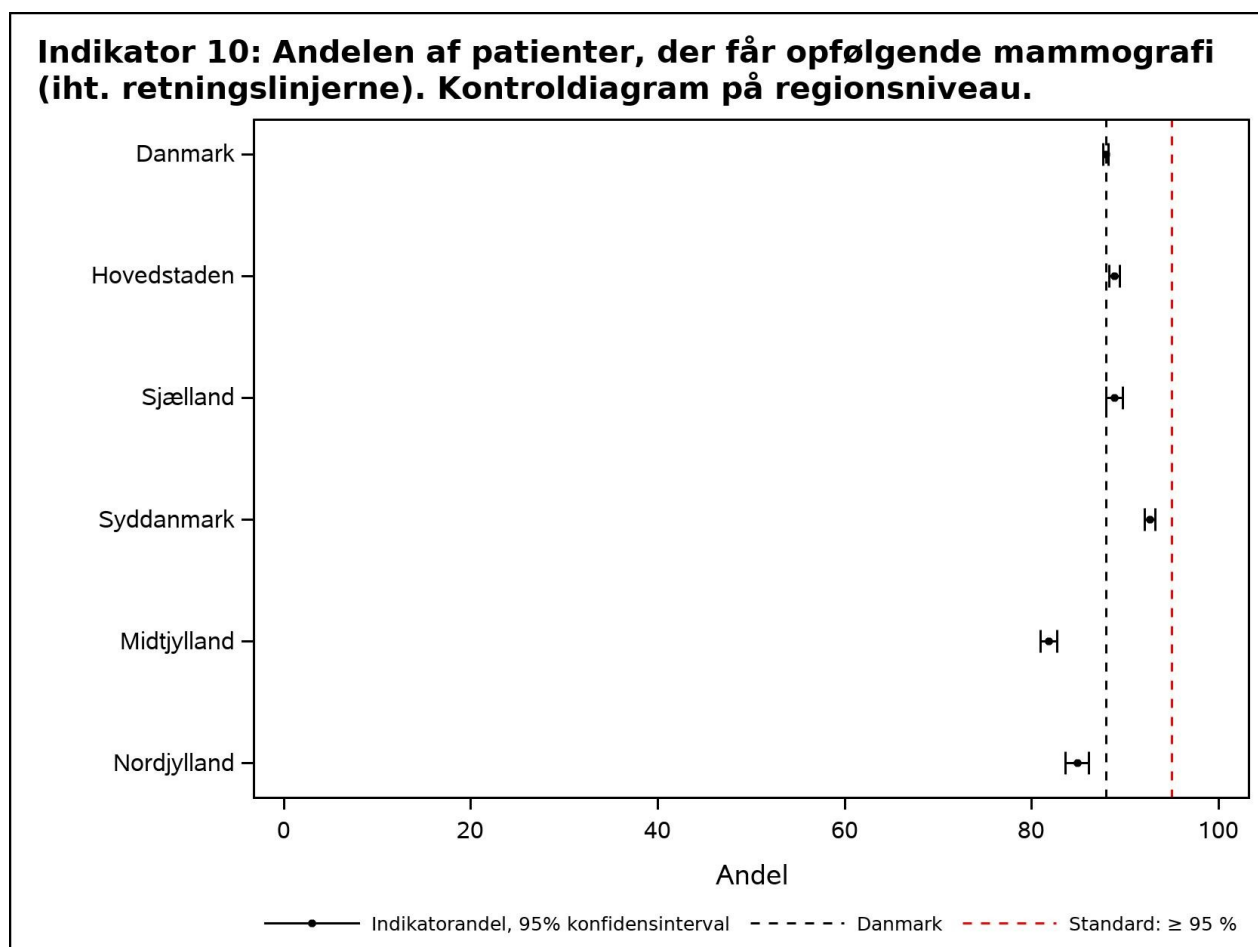
Af opgørelsen fremgår det, at andelen af patienter, der har fået opfølgende mammografi efter operation iht. retningslinjerne ligger på 87,9 % (95 % CI: 87,6-88,3) på landsplan. Således opfyldes det bedste bud på en standard ikke på landsniveau, og det samme gør sig gældende for regionerne. Der er forskelle på regionsniveau, hvor Region Midtjylland (81,8 %; 95 % CI: 80,0-82,8) og Region Nordjylland (84,9 %; 95 % CI: 83,5-86,2) ligger lavere end de øvrige regioner. Omvendt ligger Region Syddanmark (92,7 %; 95 % CI: 92,0-93,3) højere end de andre regioner.

## Lægefaglige kommentarer

Generelt vurderes det foreliggende resultat at være bedre end umiddelbart forventet. Det er således specielt bemærkelsesværdigt, at der for de højeste aldersgrupper også er en relativt høj indikatoropfyldelse (appendiks 2, Tabel A2.2.12). I forhold til de øvrige regioner, skiller indikatorværdierne for Region Midtjylland og Region Nordjylland sig negativt ud.

Styregruppen har lagt op til en drøftelse af standardværdien, som foreslås reduceret til 90 %.

Figur til indikator 10



### 3.14. Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT

**Indikatorbeskrivelse.** I det følgende præsenteres andelen af patienter med invasiv brystkræft, der opfylder kriterierne for neo-adjuverende kemoterapi (NACT), som behandles med NACT. I det NACT anvendes med tiltagende hyppighed efter lanceringen af et sæt retningslinjer for denne behandling i 2016, findes det særdeles relevant at monitorere området.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, der opfylder kriterierne for NACT i aktuelle opgørelsesperiode. Tælleren udgør patienter, der behandles med NACT.

**Standard.** Der er endnu ingen fastsat standard for denne indikator.

#### Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Antal Andel (95% CI)	2017 Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	429 / 790	43 (5)	<b>54,3</b>	(50,8-57,8)	427 / 836	51,1 (47,6-54,5)	41,0 (37,5-44,6)
<b>Hovedstaden</b>	109 / 240	19 (7)	<b>45,4</b>	(39,0-51,9)	106 / 236	44,9 (38,5-51,5)	33,2 (27,6-39,2)
<b>Sjælland</b>	90 / 131	6 (4)	<b>68,7</b>	(60,0-76,5)	88 / 134	65,7 (57,0-73,7)	57,1 (45,9-67,9)
<b>Syddanmark</b>	115 / 184	8 (4)	<b>62,5</b>	(55,1-69,5)	112 / 207	54,1 (47,1-61,0)	54,4 (46,9-61,8)
<b>Midtjylland</b>	97 / 170	6 (3)	<b>57,1</b>	(49,3-64,6)	101 / 193	52,3 (45,0-59,6)	41,4 (33,9-49,2)
<b>Nordjylland</b>	18 / 65	4 (6)	<b>27,7</b>	(17,3-40,2)	20 / 66	30,3 (19,6-42,9)	10,5 (4,0-21,5)
<b>Hovedstaden</b>	109 / 240	19 (7)	<b>45,4</b>	(39,0-51,9)	106 / 236	44,9 (38,5-51,5)	33,2 (27,6-39,2)
Herlev, kirurgi	28 / 93	14 (13)	<b>30,1</b>	(21,0-40,5)	41 / 120	34,2 (25,8-43,4)	29,7 (21,9-38,4)
Rigshospitalet, kirurgi	81 / 147	5 (3)	<b>55,1</b>	(46,7-63,3)	65 / 116	56,0 (46,5-65,2)	36,4 (28,5-44,8)
<b>Sjælland</b>	90 / 131	6 (4)	<b>68,7</b>	(60,0-76,5)	88 / 134	65,7 (57,0-73,7)	57,1 (45,9-67,9)
Ringsted, kirurgi	90 / 131	6 (4)	<b>68,7</b>	(60,0-76,5)	88 / 134	65,7 (57,0-73,7)	57,1 (45,9-67,9)
<b>Syddanmark</b>	115 / 184	8 (4)	<b>62,5</b>	(55,1-69,5)	112 / 207	54,1 (47,1-61,0)	54,4 (46,9-61,8)
Aabenraa, kirurgi	12 / 32	6 (16)	<b>37,5</b>	(21,1-56,3)	22 / 42	52,4 (36,4-68,0)	25,0 (8,7-49,1)
Esbjerg, kirurgi	36 / 41	0 (0)	<b>87,8</b>	(73,8-95,9)	26 / 42	61,9 (45,6-76,4)	61,0 (44,5-75,8)
Odense, kirurgi	27 / 52	1 (2)	<b>51,9</b>	(37,6-66,0)	25 / 60	41,7 (29,1-55,1)	57,8 (44,8-70,1)
Vejle, kirurgi	40 / 59	1 (2)	<b>67,8</b>	(54,4-79,4)	39 / 63	61,9 (48,8-73,9)	56,1 (42,4-69,3)
<b>Midtjylland</b>	97 / 170	6 (3)	<b>57,1</b>	(49,3-64,6)	101 / 193	52,3 (45,0-59,6)	41,4 (33,9-49,2)
Aarhus, kirurgi	40 / 71	4 (5)	<b>56,3</b>	(44,0-68,1)	36 / 80	45,0 (33,8-56,5)	49,2 (36,6-61,9)
Randers, kirurgi*	###	0 (0)	<b>0,0</b>	(0,0-97,5)	9 / 26	34,6 (17,2-55,7)	17,2 (5,8-35,8)
Viborg, kirurgi	57 / 98	2 (2)	<b>58,2</b>	(47,8-68,1)	56 / 87	64,4 (53,4-74,4)	44,0 (32,5-55,9)
<b>Nordjylland</b>	18 / 65	4 (6)	<b>27,7</b>	(17,3-40,2)	20 / 66	30,3 (19,6-42,9)	10,5 (4,0-21,5)
Aalborg, kirurgi	17 / 61	3 (5)	<b>27,9</b>	(17,1-40,8)	17 / 42	40,5 (25,6-56,7)	16,7 (5,6-34,7)
Hjørring, kirurgi*	###	1 (20)	<b>25,0</b>	(0,6-80,6)	3 / 24	12,5 (2,7-32,4)	3,7 (0,1-19,0)

\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 11

I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter, der er behandlet med NACT på landsplan på 54,3 % (95 % CI: 50,8-57,8), hvilket er en lidt højere end tidligere. Der kan observeres markante regionale forskelle, og især noteres Region Nordjylland (27,7 %; 95 % CI: 17,3-40,2), der ligger lavere end landsgennemsnittet. Dette ses også i de to nordjyske kirurgiske afdelinger, hvor begge ligger lavt: Hjørring (25,0 %; 95 % CI: 0,6-80,6) og Aalborg (27,9 %; 95 % CI: 17,1-40,8). Ligeledes ligger Herlev lavt med en andel på 30,1 % (21,1-40,5). Det skal dog bemærkes, at der for nogle afdelinger indgår få observationer, hvorfor resultaterne bør fortolkes med forsigtighed.

## Lægefaglige kommentarer

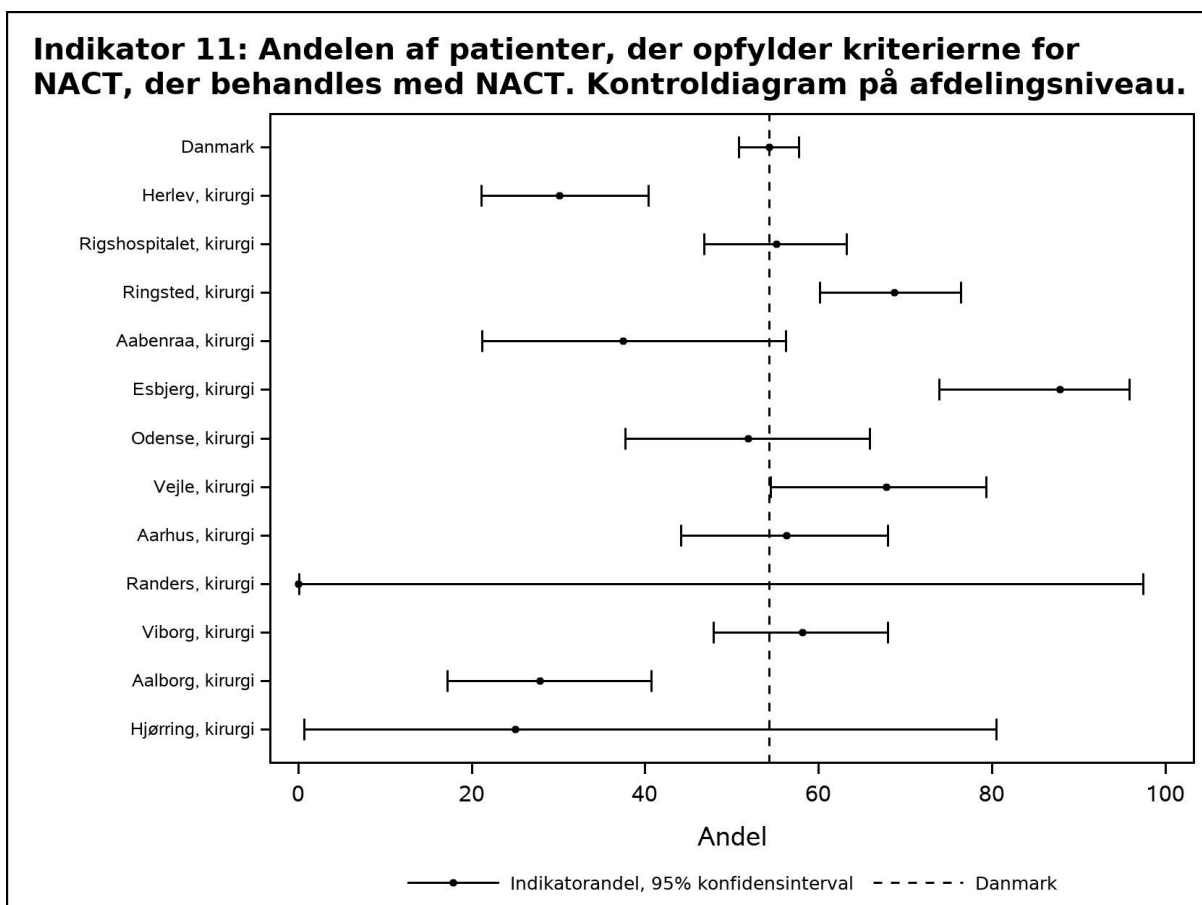
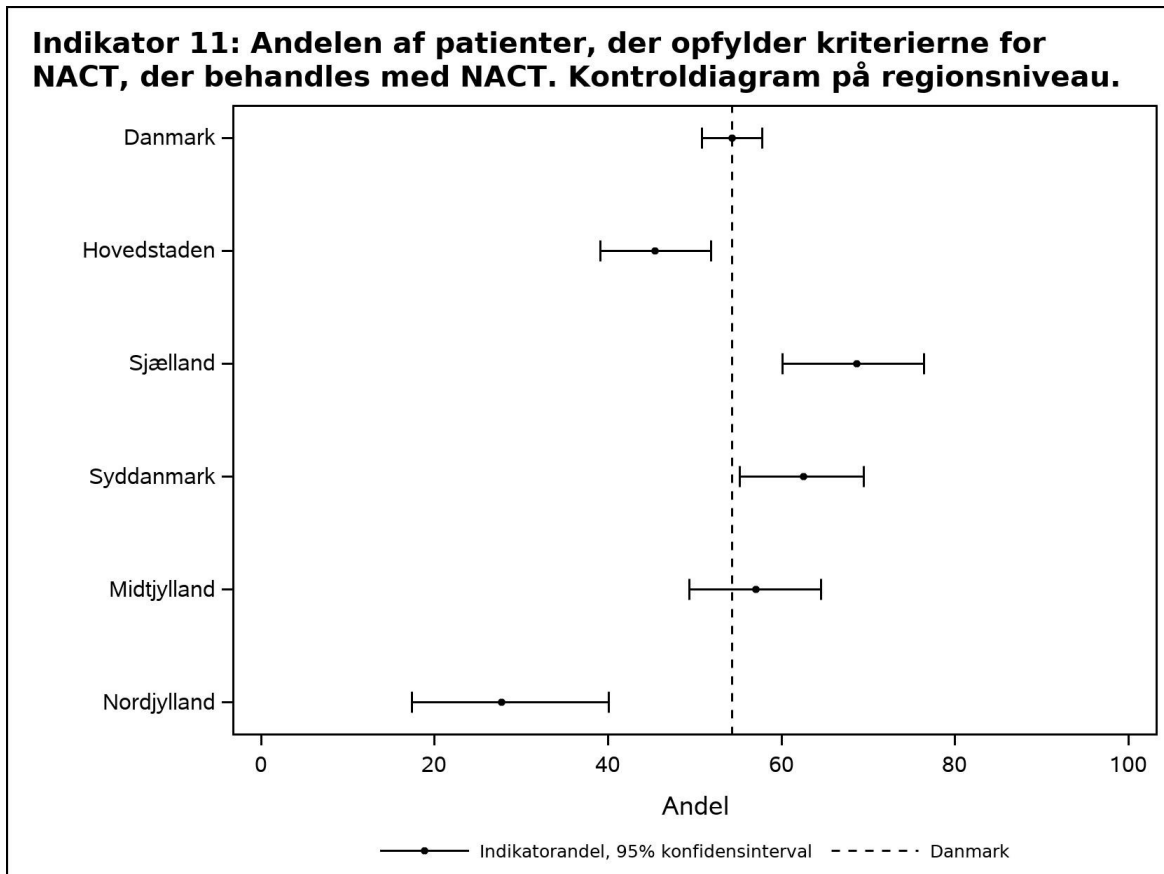
Neoadjuverende behandling med kemoterapi mhp. down-sizing af tumorstørrelse forud for brystbevarende operation indføjedes som et tilbud til patienterne, der i øvrigt er kandidater til at modtage kemoterapi, i 2016. De foreliggende tal bekræfter, at denne mulighed udnyttes bredt, og det samlede resultat på landsplan anses for tilfredsstillende. Der er dog fortsat nogen spredning over landet, men den er mindre end de tal, der blev præsenteret i relation til sidste publicerede rapport (da indikatoren blev introduceret som en prøve). Metoden synes senest at være implementeret fuldt i Region Nord. Der er 3 afdelinger, der skiller sig ud med påfaldende lavere indikatoropfyldelse end de øvrige afdelinger. Det drejer sig om de to nordjyske afdelinger i Hjørring og Aalborg og afdelingen i Herlev. Der er enkelte afdelinger, der har en forholdsvis høj andel uoplyste: Herlev 13 %, Aabenraa 16 % og Hjørring 20 %. Det anses for uacceptabelt, og der er rejst mistanke om, at manglende indberetning af tumorstørrelse ved UL er baggrunden.

Beregningsgrundlaget for indikatoren vil i de kommende år ændres, da der i forbindelse med revision af retningslinjerne på området vil blive indført nye indikationer, der vil styrke anbefalingen om NACT. Det drejer sig bl.a. om patienter med lymfeknudepositiv brystkræft.

## Anbefalinger

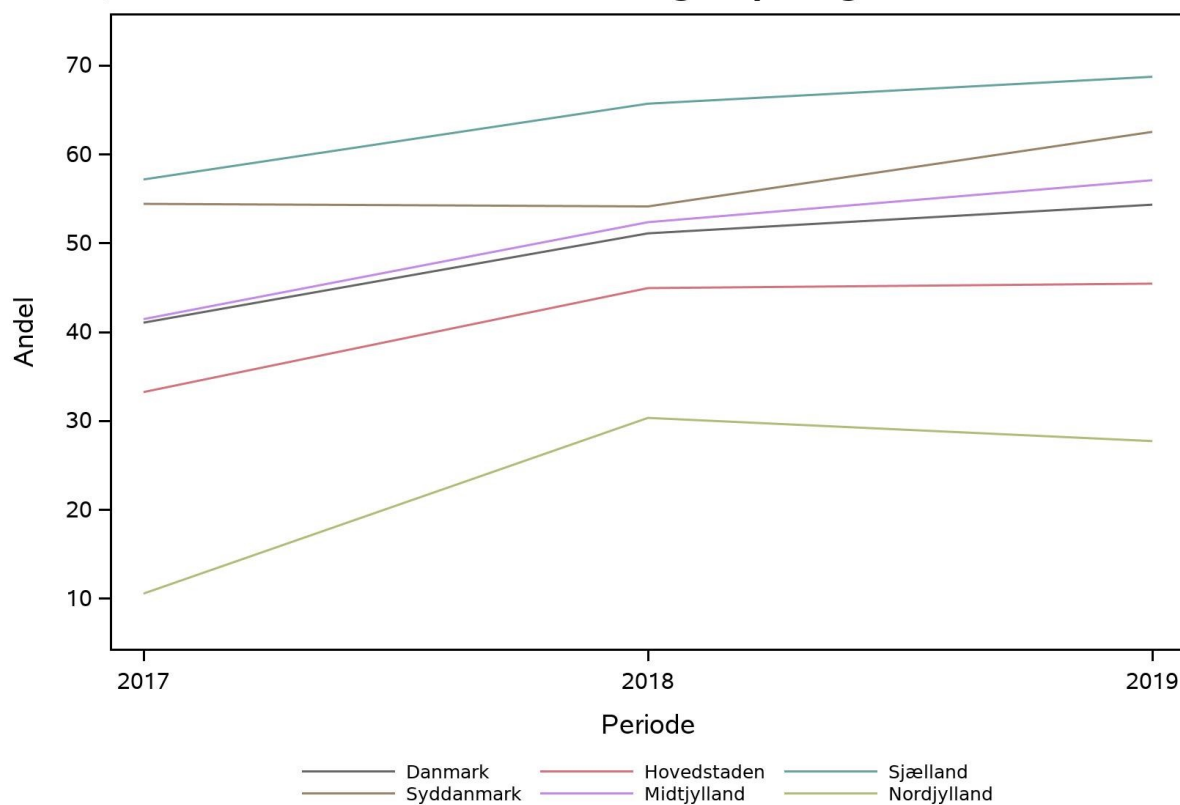
De kirurgiske afdelinger i Herlev og Aalborg (Hjørring er ikke længere aktiv) anbefales at overveje, om anvendelsen af NACT kan øges. Tilsvarende opfordres Herlev og Aabenraa til at bedre indberetningen.

Figurer til indikator 11

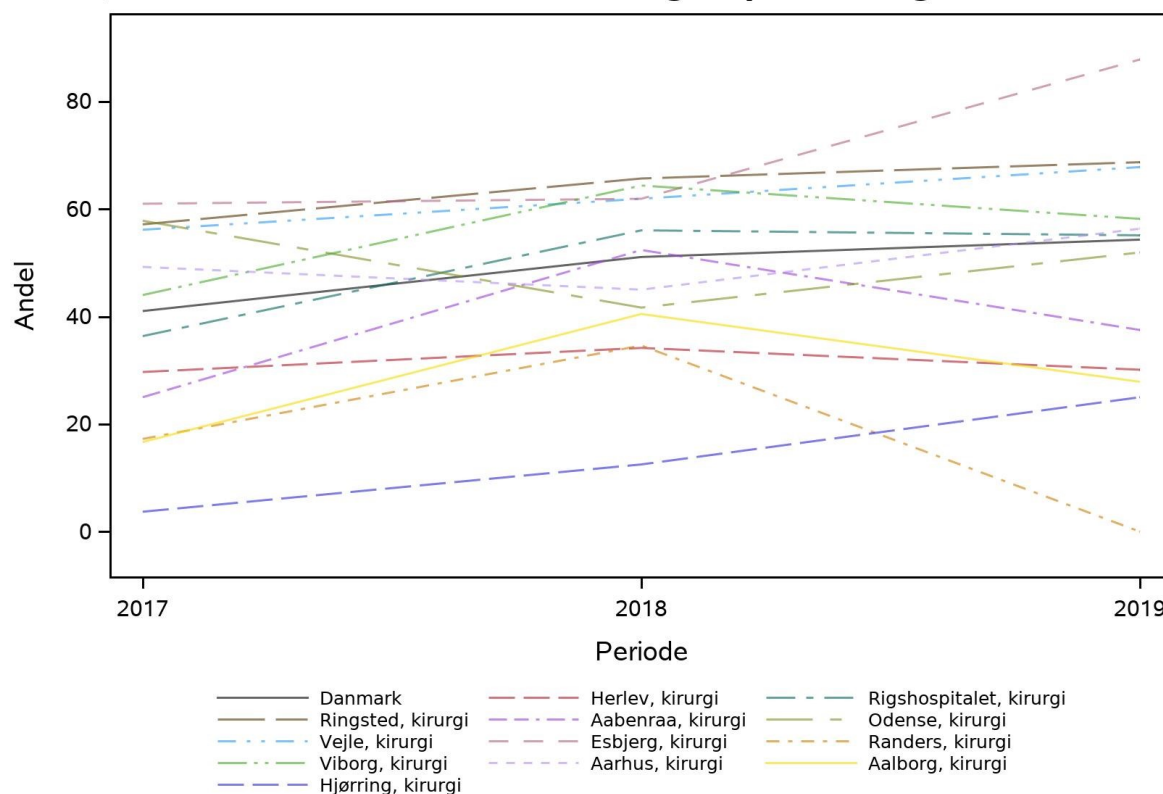




**Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT. Trendgraf på afdelingsniveau.**





### 3.15. Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS

**Indikatorbeskrivelse.** Hermed præsenteres andelen af patienter med invasiv brystkræft, der efter NACT får udført brystbevarende operation (BCS). NACT anvendes med tiltagende hyppighed efter lanceringen af et sæt retningslinjer for denne behandling i 2016, derfor findes det særdeles relevant at monitorere området.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, der er behandlet med NACT og er opereret i aktuelle opgørelsesperiode. Patienter med biopsi alene ekskluderes og vises som uoplyste. Tælleren udgør patienter, som har fået udført BCS.

**Standard.** Der er endnu ingen fastsat standard for denne indikator.

#### Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal (%)	01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017	
				Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>		210 / 344	112 (25)	<b>61,0</b>	(55,7-66,2)	262 / 392	66,8 (61,9-71,5)	57,5 (51,6-63,2)
<b>Hovedstaden</b>		51 / 88	37 (30)	<b>58,0</b>	(47,0-68,4)	56 / 93	60,2 (49,5-70,2)	54,7 (43,5-65,4)
<b>Sjælland</b>		34 / 71	21 (23)	<b>47,9</b>	(35,9-60,1)	54 / 84	64,3 (53,1-74,4)	63,4 (46,9-77,9)
<b>Syddanmark</b>		54 / 87	32 (27)	<b>62,1</b>	(51,0-72,3)	68 / 97	70,1 (60,0-79,0)	58,1 (47,4-68,2)
<b>Midtjylland</b>		66 / 81	19 (19)	<b>81,5</b>	(71,3-89,2)	75 / 98	76,5 (66,9-84,5)	60,3 (47,7-72,0)
<b>Nordjylland</b>		5 / 17	3 (15)	<b>29,4</b>	(10,3-56,0)	9 / 20	45,0 (23,1-68,5)	16,7 (0,4-64,1)
<b>Hovedstaden</b>		51 / 88	37 (30)	<b>58,0</b>	(47,0-68,4)	56 / 93	60,2 (49,5-70,2)	54,7 (43,5-65,4)
Herlev, kirurgi		16 / 25	15 (38)	<b>64,0</b>	(42,5-82,0)	23 / 40	57,5 (40,9-73,0)	57,1 (39,4-73,7)
Rigshospitalet, kirurgi		35 / 63	22 (26)	<b>55,6</b>	(42,5-68,1)	33 / 53	62,3 (47,9-75,2)	52,9 (38,5-67,1)
<b>Sjælland</b>		34 / 71	21 (23)	<b>47,9</b>	(35,9-60,1)	54 / 84	64,3 (53,1-74,4)	63,4 (46,9-77,9)
Ringsted, kirurgi		34 / 71	21 (23)	<b>47,9</b>	(35,9-60,1)	54 / 84	64,3 (53,1-74,4)	63,4 (46,9-77,9)
<b>Syddanmark</b>		54 / 87	32 (27)	<b>62,1</b>	(51,0-72,3)	68 / 97	70,1 (60,0-79,0)	58,1 (47,4-68,2)
Aabenraa, kirurgi		##	6 (40)	<b>22,2</b>	(2,8-60,0)	14 / 22	63,6 (40,7-82,8)	80,0 (28,4-99,5)
Esbjerg, kirurgi		21 / 26	10 (28)	<b>80,8</b>	(60,6-93,4)	15 / 22	68,2 (45,1-86,1)	68,2 (45,1-86,1)
Odense, kirurgi		11 / 21	6 (22)	<b>52,4</b>	(29,8-74,3)	9 / 16	56,3 (29,9-80,2)	42,9 (26,3-60,6)
Vejle, kirurgi		20 / 31	10 (24)	<b>64,5</b>	(45,4-80,8)	30 / 37	81,1 (64,8-92,0)	64,5 (45,4-80,8)
<b>Midtjylland</b>		66 / 81	19 (19)	<b>81,5</b>	(71,3-89,2)	75 / 98	76,5 (66,9-84,5)	60,3 (47,7-72,0)
Aarhus, kirurgi		29 / 37	4 (10)	<b>78,4</b>	(61,8-90,2)	24 / 35	68,6 (50,7-83,1)	62,5 (43,7-78,9)
Randers, kirurgi*		0 / 0				7 / 9	77,8 (40,0-97,2)	100,0 (47,8-100,0)
Viborg, kirurgi		37 / 44	15 (25)	<b>84,1</b>	(69,9-93,4)	44 / 54	81,5 (68,6-90,7)	51,6 (33,1-69,8)
<b>Nordjylland</b>		5 / 17	3 (15)	<b>29,4</b>	(10,3-56,0)	9 / 20	45,0 (23,1-68,5)	16,7 (0,4-64,1)
Aalborg, kirurgi		5 / 16	2 (11)	<b>31,3</b>	(11,0-58,7)	8 / 17	47,1 (23,0-72,2)	20,0 (0,5-71,6)
Hjørring, kirurgi*		##	1 (50)	<b>0,0</b>	(0,0-97,5)	##	33,3 (0,8-90,6)	0,0 (0,0-97,5)

\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

## Epidemiologiske kommentarer til indikator 12

I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af opererede patienter, der efter NACT har fået udført BCS på 61,0 % (95 % CI: 55,7-66,2) på landsplan. Der kan observeres forskelle regionerne imellem, hvor Region Nordjylland (29,4 %; 95 % CI: 10,3-56,0) ligger lavest, dog er opgørelsen baseret på få patienter. På afdelingsniveau har Viborg den højeste andel (84,1 %; 95 % CI: 69,9-93,4). Der er et højt antal uoplyste i mange af afdelingerne, og på landsplan ligger antal uoplyste på 25 %.

## Lægefaglige kommentarer

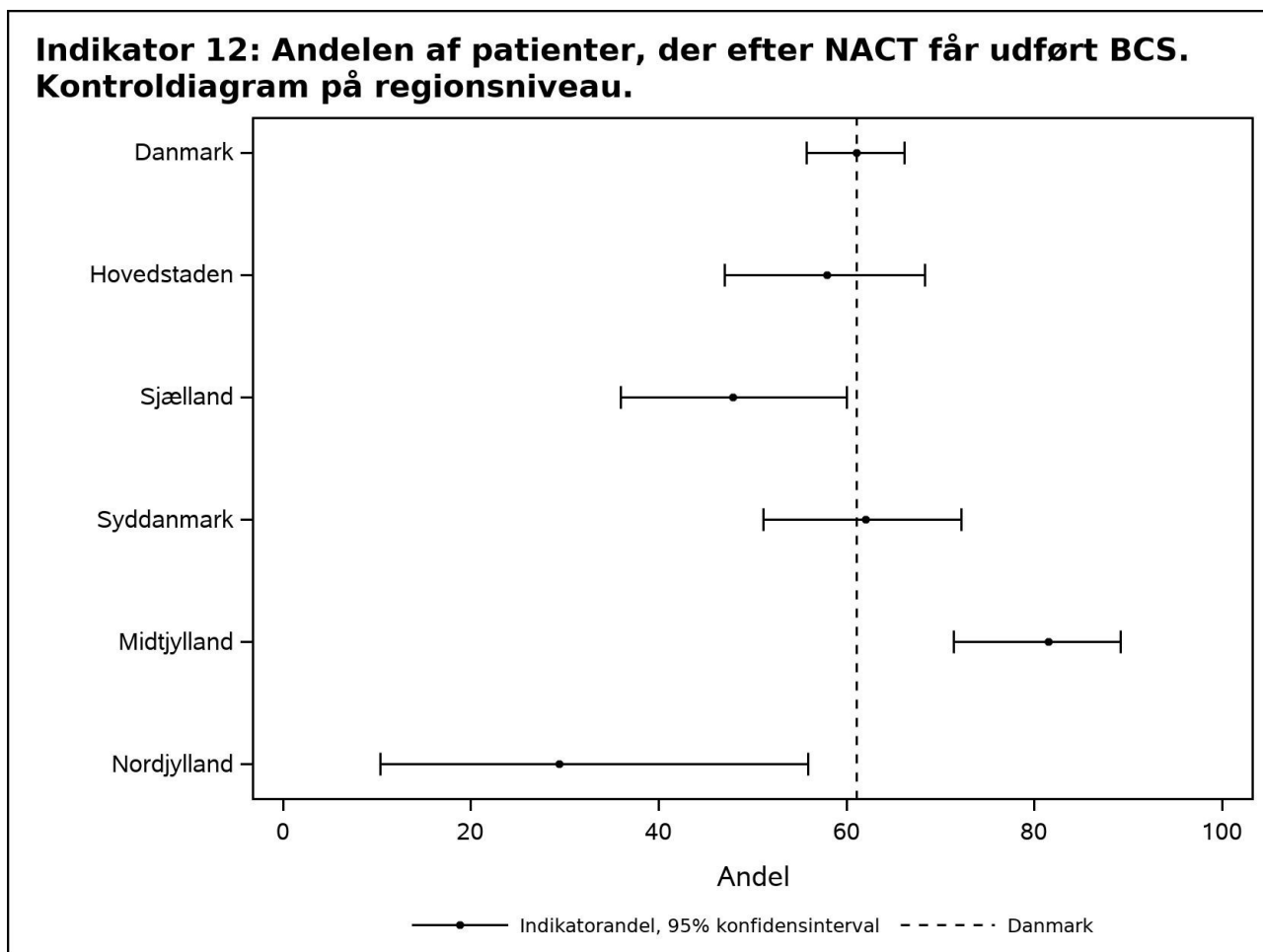
Indikatoropfyldelsen på godt 60 % anses for tilfredsstillende. Tallene viser relativt stor variation regionerne imellem, og for enkelte afdelinger er opnået et overraskende godt resultat, mens Ringsted/Roskilde, Aabenraa og Aalborg ligger signifikant under gennemsnittet med påfaldende lave opfyldelser.

Styregruppen vil ikke på det foreliggende komme med yderligere kommentarer omkring variationen. Der er behov for at følge udviklingen over en længere periode, da de individuelle tal bygger på relativt spinkle tal.

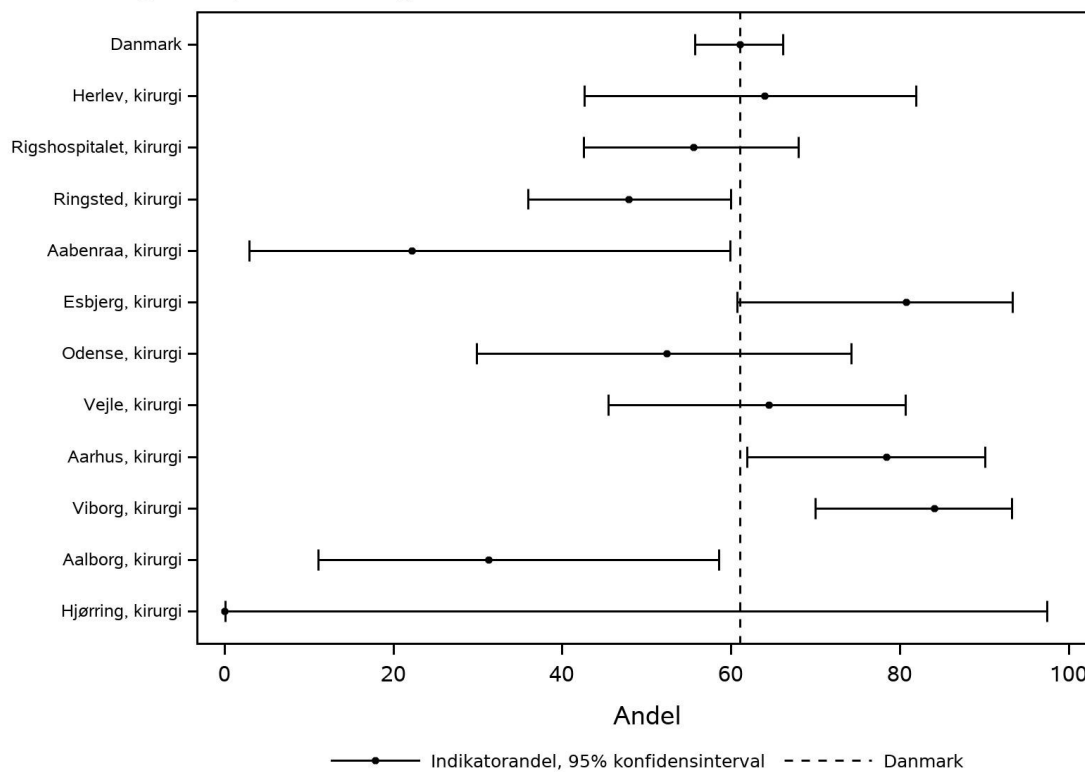
## Anbefalinger

Ingen.

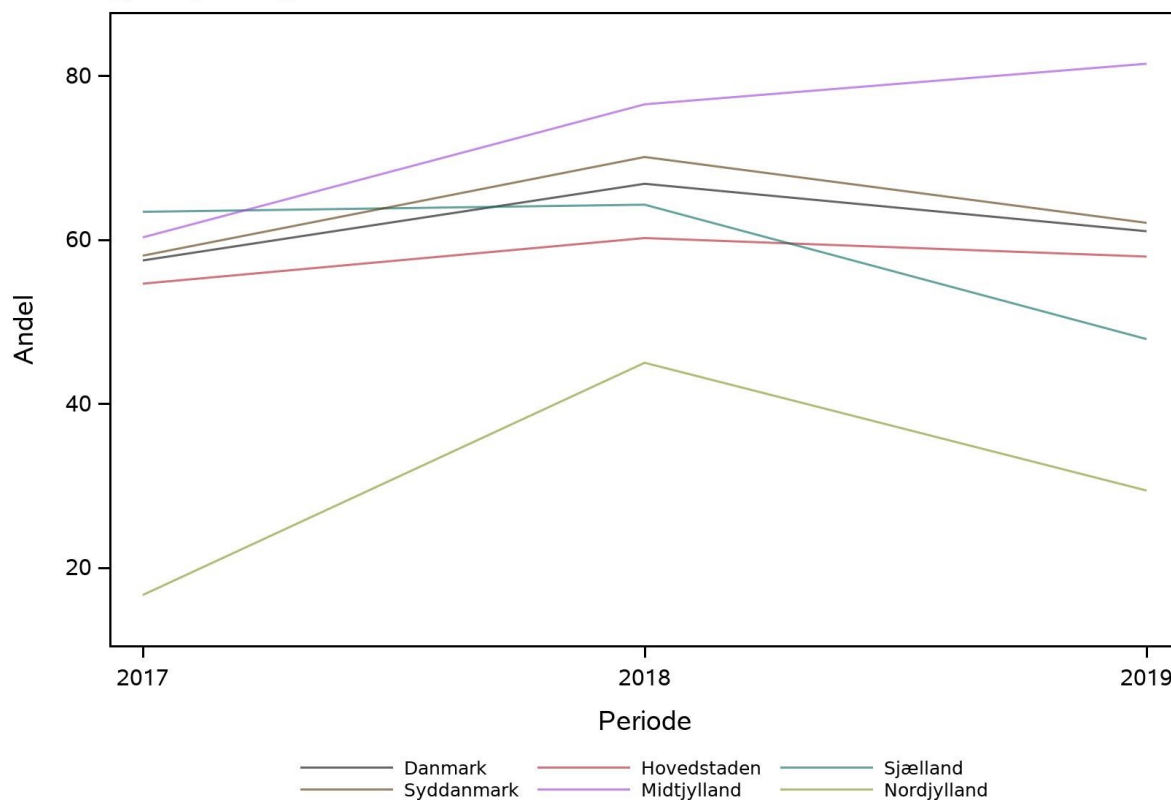
## Figurer til indikator 12



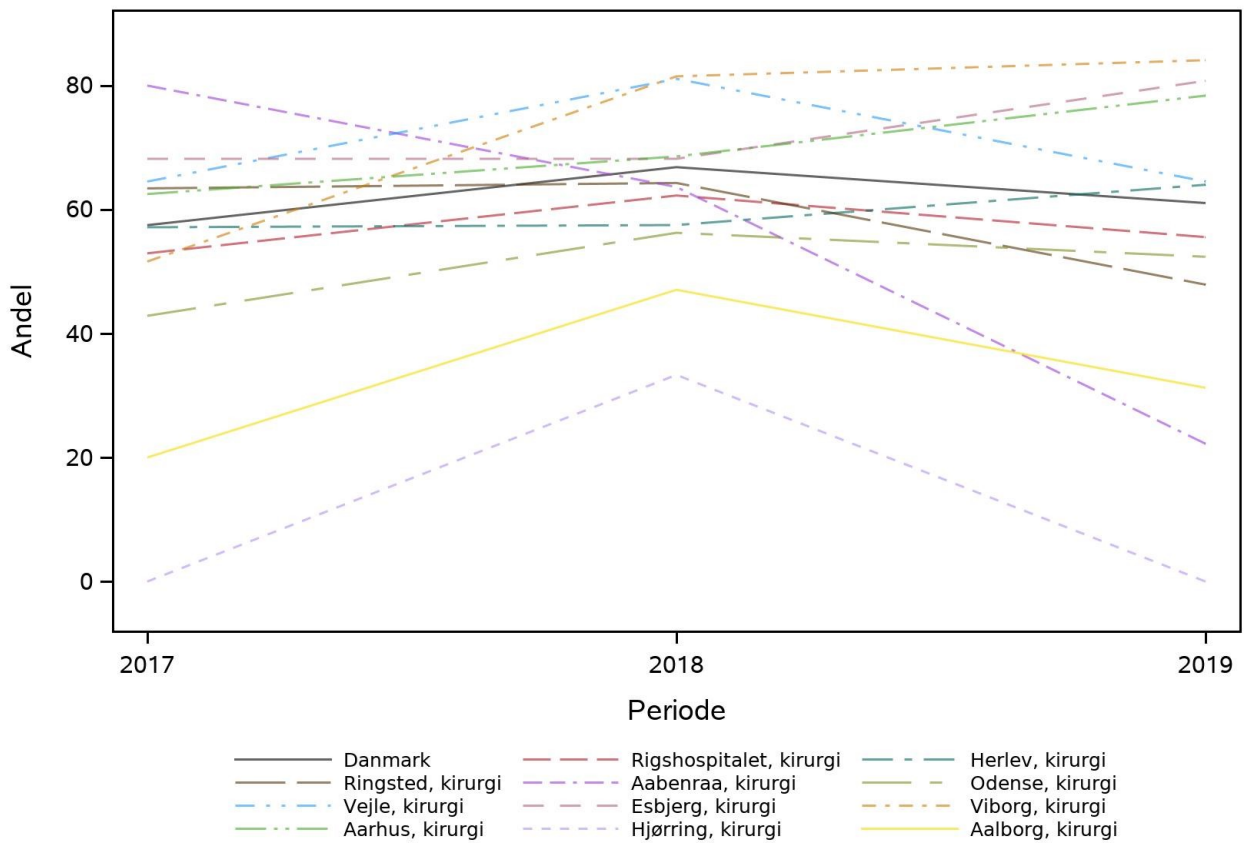
**Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



**Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS. Trendgraf på regionsniveau.**



**Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS.  
Trendgraf på afdelingsniveau.**



### 3.16. Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter $\geq 50$ år med udtalt ( $\geq 10\%$ ) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation

**Indikatorbeskrivelse.** Hermed præsenteres for første gang andelen af postmenopausale patienter med udtalt ER-positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation.

**Nævner og tæller.** I opgørelsen indgår således postmenopausale patienter med alder  $\geq 50$  år, med udtalt ( $\geq 10\%$ ) ER-positiv tumor, og med Q-score-kategori 2. Tælleren udgør patienter der er registreret med en PAM50 klassifikation.

**Standard.**  $\geq 90\%$

**Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter  $\geq 50$  år med udtalt ( $\geq 10\%$ ) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation**

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2019 - 31.12.2019 Andel	95% CI	2018 Antal	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	254 / 310	0 (0)	<b>81,9</b>	(77,2-86,1)	278 / 325	85,5 (81,2-89,2)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	52 / 69	0 (0)	<b>75,4</b>	(63,5-84,9)	49 / 78	62,8 (51,1-73,5)
<b>Sjælland</b>	Ja	51 / 52	0 (0)	<b>98,1</b>	(89,7-100,0)	67 / 68	98,5 (92,1-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	81 / 88	0 (0)	<b>92,0</b>	(84,3-96,7)	75 / 80	93,8 (86,0-97,9)
<b>Midtjylland</b>	Nej	43 / 72	0 (0)	<b>59,7</b>	(47,5-71,1)	58 / 69	84,1 (73,3-91,8)
<b>Nordjylland</b>	Ja	27 / 29	0 (0)	<b>93,1</b>	(77,2-99,2)	29 / 30	96,7 (82,8-99,9)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	52 / 69	0 (0)	<b>75,4</b>	(63,5-84,9)	49 / 78	62,8 (51,1-73,5)
Herlev, kirurgi	Nej	30 / 38	0 (0)	<b>78,9</b>	(62,7-90,4)	26 / 46	56,5 (41,1-71,1)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	22 / 31	0 (0)	<b>71,0</b>	(52,0-85,8)	23 / 32	71,9 (53,3-86,3)
<b>Sjælland</b>	Ja	51 / 52	0 (0)	<b>98,1</b>	(89,7-100,0)	67 / 68	98,5 (92,1-100,0)
Ringsted, kirurgi	Ja	51 / 52	0 (0)	<b>98,1</b>	(89,7-100,0)	67 / 68	98,5 (92,1-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	81 / 88	0 (0)	<b>92,0</b>	(84,3-96,7)	75 / 80	93,8 (86,0-97,9)
Aabenraa, kirurgi	Ja	31 / 32	0 (0)	<b>96,9</b>	(83,8-99,9)	17 / 19	89,5 (66,9-98,7)
Esbjerg, kirurgi	Nej	11 / 13	0 (0)	<b>84,6</b>	(54,6-98,1)	16 / 17	94,1 (71,3-99,9)
Odense, kirurgi	Nej	21 / 24	0 (0)	<b>87,5</b>	(67,6-97,3)	29 / 30	96,7 (82,8-99,9)
Vejle, kirurgi	Ja	18 / 19	0 (0)	<b>94,7</b>	(74,0-99,9)	13 / 14	92,9 (66,1-99,8)
<b>Midtjylland</b>	Nej	43 / 72	0 (0)	<b>59,7</b>	(47,5-71,1)	58 / 69	84,1 (73,3-91,8)
Aarhus, kirurgi	Nej	27 / 35	0 (0)	<b>77,1</b>	(59,9-89,6)	28 / 30	93,3 (77,9-99,2)
Randers, kirurgi*		0 / 0				21 / 25	84,0 (63,9-95,5)
Viborg, kirurgi	Nej	16 / 37	0 (0)	<b>43,2</b>	(27,1-60,5)	9 / 14	64,3 (35,1-87,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	27 / 29	0 (0)	<b>93,1</b>	(77,2-99,2)	29 / 30	96,7 (82,8-99,9)
Aalborg, kirurgi	Ja	27 / 29	0 (0)	<b>93,1</b>	(77,2-99,2)	21 / 22	95,5 (77,2-99,9)
Hjørring, kirurgi*		0 / 0				8 / 8	100,0 (63,1-100,0)

\*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019



### **Epidemiologiske kommentarer til indikator 13**

Indikator 13 er i årsrapport 2019 indført som ny officiel indikator. Af opgørelsen fremgår det, at andelen, der er registreret med en PAM50 klassifikation blandt postmenopausale patienter med udtalt ER-positiv tumor og Q-score kategori 2 på landsplan ligger på 81,9 % (95 % CI: 77,2-86,1), og den standarden på 90 % opfyldes ikke. Der kan observeres forskelle regionerne og afdelingerne i mellem, hvor Region Hovedstaden (75,4 % (95 % CI: 63,5-84,9) og Region Midtjylland (59,7 %; 95 % CI: 47,5-71,1) ligger lavere end de øvrige regioner. Midtjylland ligger markant lavere ift. forrige opgørelsesperiode, hvilket især gør sig gældende for Viborg.

### **Lægefaglige kommentarer**

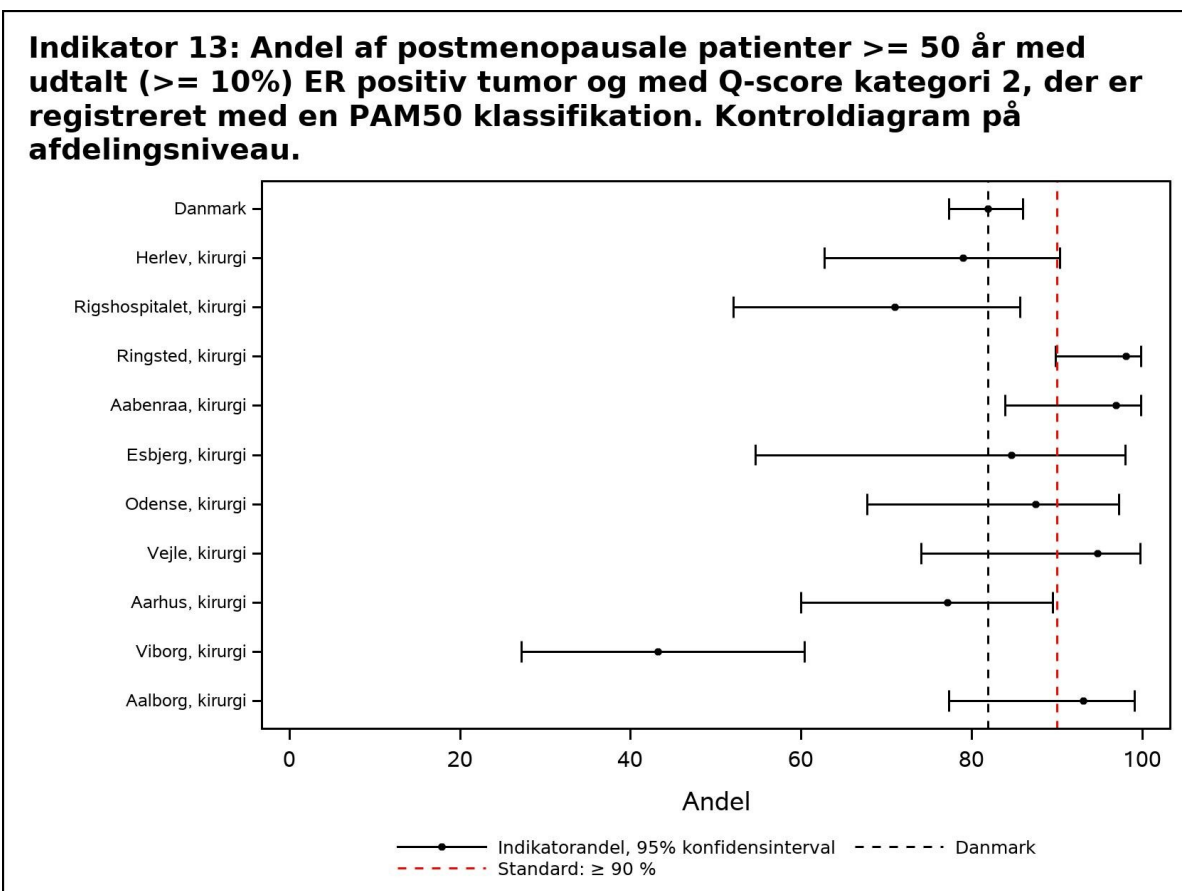
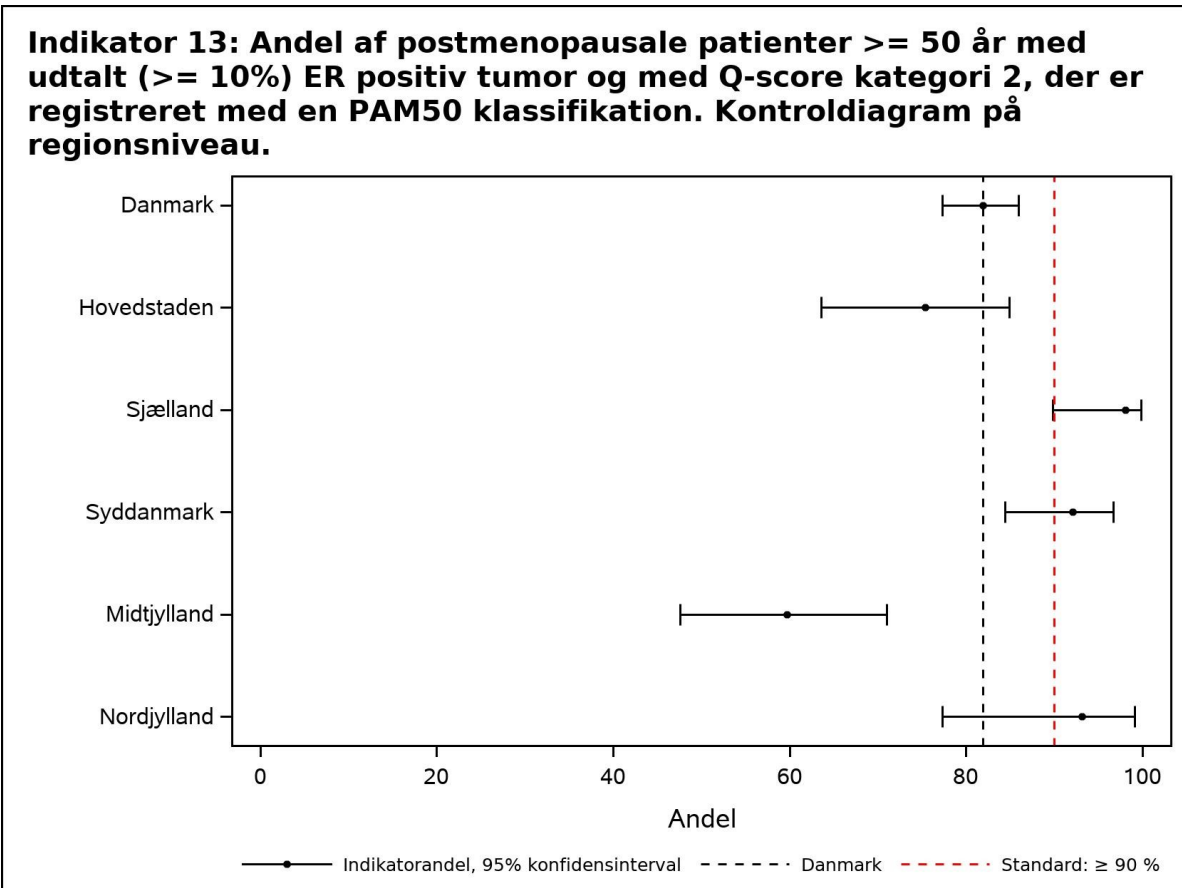
På landsplan er der i 2019 i alt 310 patienter, der er kandidater til at få foretaget analysen, og det er sket hos 254 svarende til en indikatoropfyldelse på 81,9 %. Det vurderes meget tilfredsstillende set i lyset af, at der er tale om en helt ny og teknologikrævende procedure. I relation til en potentiel standard på 90 %, så er indikatoropfyldelsen i 2019 signifikant lavere ved Rigshospitalet, i Aarhus og i Viborg. Styregruppens overvejelser om dette er, at det ikke er helt tilfredsstillende, men der lægges samtidig vægt på, at der endnu ikke er etableret noget formelt rykkersystem for denne indikator. Endelig rejses et spørgsmål om specifikation af indikatoren kan optimeres, således at patienter, der ikke er kandidater til kemoterapi f.eks. pga. komorbiditet ikke inkluderes i indikatorpopulationen.

### **Anbefalinger**

Rigshospitalet og Aarhus opfordres til at tage skridt til at øge indberetningen.

På baggrund af de foreliggende resultater har styregruppen vurderet, at standarden for opfyldelse indtil videre bør fastlægges til 90 %, hvis indikatoren også fremover skal indgå. Dette vil der blive taget endelig stilling til senere i 2020, og i forbindelse hermed vil indikatorspecifikationen blive taget til overvejelse. Der anbefales indført et rykkersystem.

Figurer til indikator 13



## 4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

### Forekomst

Brystkræft udgør ca. en fjerdedel (26 %) af samtlige kræfttilfælde hos kvinder, og brystkræft tegner sig for cirka 15 % af kræftdødeligheden. Forekomsten (incidensen) har været støt stigende de seneste 50-60 år. Omkring 1950 var der omkring 1000 nye tilfælde i Danmark. Dette var i 2017 øget til godt 4700 nye tilfælde. Brystkræft rammer kun omkring 30 mænd årligt i Danmark. Hver niende til hver tiende dansk kvinde rammes af brystkræft. Medianalderen er 62 år. Godt halvdelen af patienterne er i aldersgruppen 50-70 år, og sygdommen er meget sjælden hos kvinder under 30 år. Mere end 90 % af patienter med nydiagnosticeret brystkræft anses for at have kurabel sygdom (lokaliseret sygdom +/- regional spredning). Omkring 10 % har ved diagnosen mere udbredt sygdom enten 1) lokal fremskreden sygdom med lokal spredning til thoraxsvæg, hud, massiv og in-ekstirpabel lymfeknudeinvolvering, eller inflammatorisk cancer eller 2) som dissemineret sygdom med fjernmetastaser (oftest lunger, lever eller knogler).

### Risikofaktorer

Risikofaktorerne for brystkræft omfatter en række hormonrelaterede faktorer, herunder tidlig menarche, sen menopause, ingen eller få fødsler og sen første fødsel. Hormonbehandling i overgangsalderen anses for at have væsentlig betydning. Hormonel antikonception (P-piller) synes at være af mindre belastende, med dog ikke helt uden betydning. Alkoholforbrug og overvægt spiller en betydelig rolle. 5-10 % er betinget af nedarvede mutationer (først og fremmest BRCA1-2) med autosomal dominant arvegang. Det er karakteristisk for arvelig brystkræft, at sygdommen debuterer tidligt, og at der i familierne også er andre kræftformer, frem for alt æggestokskræft.

### Diagnose

Diagnosen brystkræft stilles typisk ved den såkaldte triple diagnostik omfattende klinisk undersøgelse, klinisk mammografi (mammografi og ultralydsundersøgelse) og biopsi. Indgang til undersøgelse er enten symptomer fra brystet, oftest en knude, eller suspekt fund på mammografiscreeningsundersøgelse. Alle kvinder i aldersgruppen 50-69 år indkaldes til mammografiscreening hvert andet år.

### Behandling

Behandlingen af brystkræft er multidisciplinær. Patienter, der er kandidater til kurativ behandling, vil alle blive opereret. Hovedparten opereres som den første del af behandlingen, men i udvalgte tilfælde tilbydes primær kemoterapi mhp. down-sizing af tumor før operation. Godt 70 % af operationerne udføres som brystbevarende indgreb, mens knapt 30 % får bortopereret brystet (mastektomi). Operation omfatter også indgreb i aksillen mhp. at fastslå, om der foreligger lymfeknudemetastaser som sentinel node biopsi, eller mhp. at bortoperere metastatiske lymfeknuder som aksilrømning. Knapt 40 % af patienter med tidlig brystkræft har lymfeknudemetastaser.

Der gives strålebehandling til alle patienter, der har fået foretaget brystbevarende operation (mod den tilbageværende del af det afficerede bryst). Ved lymfeknudemetastaser bestråles yderligere mod brystvæg og de højere liggende lymfeknudestationer, hvor der ikke opereres. 95 % af brystkræftpatienter, der behandles med kurativt sigte, modtager medicinsk behandling i form af en eller flere af følgende modaliteter: endokrin behandling (antiøstrogen), kemoterapi og anti-HER2 rettet medicin (bl.a. Herceptin).

### Prognosen

Prognosen ved brystkræft er relativt favorabel sammenlignet med andre cancerformer. Der er dog stor variation, der kan specificeres yderligere på baggrund af tumorstadium (størrelse og spredning) og forekomst af biologiske prognostiske variable: hormonreceptorer og HER2-receptorer, malignitetsgradering, proliferation (Ki67-index). De såkaldte molekylære subtyper, som tumorerne kan inddeles i på baggrund af gen-profil af den enkelte tumor, har vundet indpas i vurdering af prognose og som rettesnor for den onkologiske



behandling (prædiktiv faktor). Den overordnede inddeling er: luminal A, luminal B, HER2 positiv og dobbel negativ. De luminale typer er østrogenreceptor positive, mens de double (triple) negative omfatter gruppen, hvor hverken hormonreceptorer eller HER2 receptoren er positiv. HER2 positive og dobbel negative har en betydelig dårligere prognose end de luminale typer.

Udover kirurgi tilbydes patienter med luminale subtyper endokrinbehandling. Kemoterapi anbefales til patienter HER2 positiv og dobbel negativ brystkræft og til patienter, der har luminal B subtype. Hos postmenopausal patienter med østrogenreceptor positiv sygdom anbefales kemoterapi på baggrund af beregning af PSI-score (Q-score), der tager højde for tumorstørrelse, lymfeknudestatus, graden af receptorpositivitet, malignitetsgrad, lymfovaskulær invasion og indikation for strålebehandling. Til yderligere diskrimination mellem luminal A og B subtyper anvendes gen-profylering med PAM50 hos patienter med Q-score 2.

## **Organisering**

Udredning og behandling er stærkt centraliseret i Danmark, hvor der per januar 2020 er 9 brystenheder med mammariologi, mammapatologi og mammakirurgi. Derudover udføres en del mammografier i privat regi. Der er 12 onkologiske enheder, hvoraf kun 8 udfører strålebehandling.

Hele området er organiseret i Den Danske Brystkræft Gruppe (DBCG), der modtager indberetning om diagnose og behandling, hvoraf en væsentlig del er omfattet af kvalitetsdatabasen, der leverer data til aktuelle rapport. DBCG står også for at udfærdige de kliniske retningslinjer på området.

## 5. Datagrundlag

DBCg-kvalitetsdatabase består primært af data videregivet fra DBCg's Behandlingsdatabase, som blev etableret som landsdækkende journalsystem i 1978. Således er der siden 1978 blevet indsamlet en imponerende mængde data vedrørende demografi, diagnostik, kirurgi og onkologisk behandlingsstrategi samt opfølgning af tidlig brystkræft. Derudover er der de senere år blevet suppleret med data vedrørende diagnostik og behandling af forstadier til brystkræft. Fra 2006 er kliniske kvalitetsdata på brystkræftområdet blevet afrapporteret årligt i årsrapporten for DBCg-kvalitetsdatabase med det formål at monitorere og forbedre kvaliteten af diagnostik og behandling blandt patienter med brystkræft uafhængigt af geografisk tilhørsforhold. Tidligere årsrapporter er at finde på DBCg's hjemmeside ([www.dbcg.dk](http://www.dbcg.dk)). Der henvises i øvrigt til RKKP-dokumentationen ([www.rkkp-dokumentation.dk](http://www.rkkp-dokumentation.dk)), hvor alle de kliniske databaser dokumenteres online. Revision af dokumentationen foretages løbende og i forbindelse med offentliggørelsen af årsrapporten. I rapportens kommenteringsperiode vil indikatorspecifikationerne således endnu ikke være opdateret online, og det vil dermed være specifikationerne beskrevet i rapporten, der er gældende.

### 5.1. Grundpopulation

Til beregningen af dækningsgrad (indikator 1a) og overensstemmelsesgrad (indikator 1b) udtrækkes data fra henholdsvis Patobank og DBCg-kvalitetsdatabase. Fra Patobank er der i aktuelle opgørelsesperiode udtrukket følgende SNOMED-koder:

- T04\* + M80\*\*3, M81\*\*3, M82\*\*3, M83\*\*3, M84\*\*3 eller M85\*\*3 men IKKE M85403 eller M80743  
eller
- ÆF4220 + M80\*\*6, M81\*\*6, M82\*\*6, M83\*\*6, M84\*\*6, M85\*\*6, M80\*\*7, M81\*\*7, M82\*\*7, M83\*\*7, M84\*\*7 eller M85\*\*7 + modtagedato >= 15. december 2010  
eller
- M85\*\*6 eller M85\*\*7 + modtagedato < 15. december 2010
- For alle tre ovenstående gælder, at hvis koden ÆF4\*\*\* optræder i materialet, skal det være ÆF4220, ellers inkluderes det ikke.

Inklusionskriterierne for den samlede population udtrukket fra DBCg-kvalitetsdatabase og Patobank (som anvendt i indikator 1a-b) er defineret herunder. Patienter som findes i Patobank og ikke i DBCg-kvalitetsdatabase gennemgås manuelt, og hvis det vurderes at patienten ikke opfylder kriterierne alligevel, slettes personen fra den samlede population.

- Kvinde
- $\geq 18$  år
- Dansk cpr-nummer
- Invasiv eller ukendt diagnose i DBCg-kvalitetsdatabase, eller diagnose i Patobank (ikke-invasiv diagnose i DBCg-kvalitetsdatabase ekskluderes, hvis patienten heller ikke findes i Patobank med invasiv diagnose)
- Hvis patienten findes i både DBCg-kvalitetsdatabase og Patobank, må modtagedatoen i Patobank højst ligge 30 dage efter operationsdato i DBCg-kvalitetsdatabase
- Dato til afgrænsning defineres af operationsdatoen i DBCg-kvalitetsdatabase og ellers modtagedatoen i Patobank.

For patienter registreret i DBCg-kvalitetsdatabase bestemmes kontaktdato i prioriteret rækkefølge, som er følgende: DBCg-operationsdato, sentinel node proceduredato, maskinel data for indberetning til database, første dato for medicinsk behandling, strålebehandling og dato for indberetning til Patobank.

For data anvendt til indikator 3 og frem afgrænses den dato, som afgør hvilken periode personen hører til, på følgende måde:

Datoen for operation/ operation efter neoadjuverende behandling bestemmes som følger:

- Hvis både dato for tumorektomi og dato for mastektomi er udfyldt, og datoen for mastektomi ligger inden for 30 dage efter tumorektomi, anvendes dato for mastektomi. Hvis dato for mastektomi ligger mere end 30 dage efter dato for tumorektomi, anvendes dato for tumorektomi.
- Hvis ikke både dato for tumorektomi og dato for mastektomi er udfyldt, anvendes datoen for mastektomi eller tumorektomi.
- Tilsvarende gælder for datoer for mastektomi og tumorektomi efter neoadjuverende behandling.

Derefter bestemmes den samlede dato, som anvendes til afgrænsning, på følgende måde:

- Hvis der findes en dato for operation efter neoadjuverende behandling, men ingen dato for operation, anvendes datoen for biopsi.
- Ellers hvis der findes en dato for operation, anvendes denne dato.
- Ellers, hvis der hverken er dato for operation eller dato for operation efter neoadjuverende behandling, anvendes datoen for biopsi.

For indikator 7 og 10 anvendes dog en anden dato til afgrænsning:

- Hvis der findes en dato for operation efter neoadjuverende behandling, anvendes denne dato.
- Ellers hvis der findes en dato for operation, anvendes denne dato.
- Ellers, hvis der hverken er dato for operation eller operation efter neoadjuverende behandling, anvendes datoen for biopsi.

## 5.2. Indikatoralgoritmer

Jf. flowchart side 9 beskrives her 2 grundpopulationer der bruges i forbindelse med indikatorberegningerne.

### POPULATION 1:

Antal kvinder  $\geq 18$  år i DBCG og/eller Patobank i 2019 & med invasiv eller ukendt diagnose.

**n = 5.085**

### POPULATION 2:

Antal kvinder  $\geq 18$  år i DBCG i 2019 & med invasiv diagnose & en operabel tumor & tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling.

**n = 4.101**

### Generelle eksklusioner for at nå til Population 1 på 5.085 patienter

Eksklusionen "Diagnose i DBCG ukendt og ikke med invasiv diagnose i Patobank er defineret som:

```
I_dbcg = 1 and I_pato = 0 and not (dmny in (1,1.5) or Risikoallokering (m40) = 5  
or (10 <= Diagnose_histologisk_1 (p50) <= 60) or (10 <= Diagnose_histologisk_2 (p51) <= 60)  
or (10 <= Diagnose_histologisk_3 (p52) <= 60) or (10 <= Diagnose_histologisk_1_neo (p50a) <= 60)  
or (10 <= Diagnose_histologisk_2_neo (p51a) <= 60) or (10 <= Diagnose_histologisk_3_neo (p52a) <= 60)  
or (. < Antal_lymfeknuder_pos (p25) < 99))  
Disse opgøres som Uoplyst.
```

Efter ovenstående er ekskluderet, er eksklusionen "Diagnose i DBCG ikke invasiv" defineret som:

```
I_dbcg = 1 and I_pato = 0 and not ( (20 <= Diagnose_histologisk_1 (p50) <= 32)  
or (20 <= Diagnose_histologisk_2 (p51) <= 32) or (20 <= Diagnose_histologisk_3 (p52) <= 32)  
or (20 <= Diagnose_histologisk_1_neo (p50a) <= 32) or (20 <= Diagnose_histologisk_2_neo (p51a) <= 32)  
or (20 <= Diagnose_histologisk_3_neo (p52a) <= 32) or Diagnose_histologisk_1 (p50) in (36)  
or Diagnose_histologisk_2 (p51) in (36) or Diagnose_histologisk_3 (p52) in (36)  
or Diagnose_histologisk_1_neo (p50a) in (36) or Diagnose_histologisk_2_neo (p51a) in (36)  
or Diagnose_histologisk_3_neo (p52a) in (36) )
```

### Generelle eksklusioner for at nå fra Population 1 til Population 2 på 4.101 patienter

Eksklusionen "Ikke i DBCG" er defineret som:

```
I_dbcg = 0
```

Eksklusionen "DBCG-dato ej oplyst" er defineret som:

```
Dato_operation_oprindelig = . (missing)
```

Disse opgøres som Uoplyst



Eksklusionen "Færøsk hospital" er defineret som:  
Afdeling\_kirurgi\_afrap = '970411'

Eksklusionen "LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser" er defineret som:  
dmny in (1,1.5)

Eksklusionen "Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose" er defineret som:  
l\_pato = 0 and not (dmny in (1,1.5) or Risikoallokering (m40) = 5  
or (10 <= Diagnose\_histologisk\_1 (p50) <= 60) or (10 <= Diagnose\_histologisk\_2 (p51) <= 60)  
or (10 <= Diagnose\_histologisk\_3 (p52) <= 60) or (10 <= Diagnose\_histologisk\_1\_neo (p50a) <= 60)  
or (10 <= Diagnose\_histologisk\_2\_neo (p51a) <= 60) or (10 <= Diagnose\_histologisk\_3\_neo (p52a) <= 60)  
or (. < Antal\_lymfeknuder\_pos (p25) < 99))  
Disse opgøres som Uoplyst.

Eksklusionen "Mindre indgreb/biopsi alene" er defineret som:  
m42 not in (1,2,5,6,9,.)  
eller  
m41\_3 = 1 or m41\_6 = 1 or m41\_7 = 1 or m41 in (1,3,22,26,27,30)

Eksklusionen "Ej komplet" er defineret som:  
Risikoallokering (m40) not in (0,1,2,3,4,6,7)  
Disse opgøres som Uoplyst, bortset fra i indikator 9.

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<b>Indikator 1a</b>  Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank			Patienter registreret i DBCG + patienter i Patobank (Population 1). Det vil sige alle patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller invasiv diagnose i Patobank. Se afsnit 5.1 for kriterier for udtræk fra Patobank.	Patienter registreret i DBCG: I_dbcg = 1	DBCG behandlingsdatabase, Landsregisteret for Patologi
<b>Indikator 1b</b>  Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank		Patienter som ikke er registreret i DBCG: I_dbcg = 0	Patienter fra Population 1 registreret i DBCG. Se afsnit 5.1 for kriterier for udtræk fra Patobank.	Patienter registreret i DBCG OG Patobank: I_dbcg = 1 and I_pato = 1	DBCG behandlingsdatabase, Landsregisteret for Patologi
<b>Indikator 2</b>  Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG		Patienter som ikke er registreret i DBCG: I_dbcg = 0	Patienter fra Population 1 registreret i DBCG	Patienter med tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer: Risikoallokering (M40) in (1,2,3,4), eller (b) med angivelse af præoperativ klassifikation af at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer (Risikoallokering (M40) =0).  Risikoallokering (m40) in (0,1,2,3,4)	DBCG behandlingsdatabase

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 2a</b></p> <p>Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologiplysninger</p>		<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG: I_dbcg = 0</p>	<p>Patienter fra Population 1 registreret i DBCG</p>	<p>Tilstrækkelig indberetning: Risikoallokering (m40) in (0,1,2,3,4)</p> <p>ELLER</p> <p>Utilstrækkelig kirurgisk indberetning, så patologisk indberetning kan ikke tjekkes: m45 in (.,9) or (m45=4 and m42 in (.,9) )</p> <p>ELLER</p> <p>Neoadjuverende behandling og diagnose samt østrogenreceptor- og HER2- status angivet: Neo2 = 1 and (1&lt;= Diagnose_histologisk_1_neo (p50a)&lt;=60 or 1&lt;= Diagnose_histologisk_2_neo (p51a)&lt;=60 or 1&lt;= Diagnose_histologisk_3_neo (p52a)&lt;=60 and p72 not in (.,999) and p137 not in (.,9)</p> <p>ELLER</p> <p>Ingen neoadjuverende behandling og angivelse af østrogenreceptor status, HER2 status, antal tumor-positive lymfeknuder, tumordiameter, samt angivelse af malignitetsgrad hvis duktalt eller lobulært karcinom: Neo2 = 0 and not ( p72 in (.,999) or p137 in (.,9) or Antal_lymfeknuder_pos (p25) in (.,88) or p19 in (.,0,888,999) or Diagnose_histologisk_1 (p50)=20 or ( p63 in (.,0,9) and ( Diagnose_histologisk_1 (p50) in (21,22,23) or Diagnose_histologisk_2 (p51) in (21,22,23) or Diagnose_histologisk_3</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase</p>

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 2b</b></p> <p>Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger</p>		<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG: I_dbcg = 0</p>	<p>Patienter fra Population 1 registreret i DBCG</p>	<p>Tilstrækkelig indberetning: Risikoallokering (m40) in (0,1,2,3,4)</p> <p>ELLER</p> <p>Angivelse af menopausestatus, operationstype, operationsdato samt præoperativ klassifikation hvis kun biopsi: Not ( m34 = . or m45 in (.,9) or (m45=4 and m42 in (.,9)) or Dato_operation_biopsi_oprindelig = . )</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase</p>
<p><b>Indikator 3</b></p> <p>Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksil-lymfeknuder</p>	<p>Oplysninger mangler på patologi-skema: Antal_lymfeknuder (p22)/ Antal_lymfeknuder_neoadj (p22_1) ikke udfyldt OG Før 6. februar 2013: Antal_lymfeknuder_pos (p25)/ Antal_lymfeknuder_pos_neoadj (p25_1) ikke udfyldt Fra og med 6. februar 2013: p129/p129_1 ikke udfyldt og sum(p130,p131) &lt; 3</p>	<p>Ikke indikation for aksilrømning: Dato fra og med 6. februar 2013 and not (0 &lt; p129 &lt; 88 or 0 &lt; p129_1 &lt; 88 or sum(p130,p131) &gt;= 3 or sum(p130_1,p131_1) &gt;= 3) eller Dato før 6. februar 2013 and not (0 &lt; Antal_lymfeknuder_pos (p25) &lt; 88 or 0 &lt; Antal_lymfeknuder_pos_neoadj (p25_1) &lt; 88)</p> <p>Aksilrømning ikke foretaget: not (p102 = 1 or p102_1 = 1)</p>	<p>Patienter i Population 2 med lymfeknudemetastaser og med indberettet aksilindgreb</p>	<p>Patienter som ved intenderet kurativ, aksiloperation har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksil-lymfeknuder: (10 &lt;= Antal_lymfeknuder (p22)/ Antal_lymfeknuder_neoadj (p22_1) &lt; 88)</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase</p>



Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 4</b></p> <p>Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer</p> <p>(Indikatoren er tidsforskudt, idet onkologisk behandling overvejende gives i det post-operative forløb. Hvis patienten mindst en gang har modtaget den foreskrevne behandling, herunder kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling, anses indikatoren for opfyldt).</p>	<p>Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler: bio in (.,-1) and kemo in (.,-1) and endo in (.,-1)</p>	<p>Ikke i højrisikogruppe: Risikoallokering (m40) not in (2,3,4)</p> <p>Død eller emigreret inden for 30 dage efter operation</p> <p>Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study inden for 30 dage efter operation: m41_2 = 1 or m41_5 = 1 or m41_8 = 1 ELLER ( (-9999 &lt; ( Opfoelgning_dato ) - Dato_operation_biopsi) &lt;= 30) and (substr(Opfoelgning_status,1,3) in ('And','Mod','Rec')) or substr(Opfoelgning_status,1,3) = 'CEN' and Opfoelgning_ophoer_aarsag (oa5) ne . ) )</p>	<p>Patienter i Population 2, dog i året før den pågældende årsrapportperiode, som er højrisiko-patienter (allokeret til protokol B, C eller D)</p>	<p>Patienter allokeret til adjuverende, onkologisk behandling: Risikoallokering (m40) = 2 (protokol B) and p137 (HER2-status) in (0,9,.) and kemo = 1 and endo = 1 ELLER Risikoallokering (m40) = 2 (protokol B) and p137 (HER2-status) = 1 and kemo = 1 and endo = 1 and bio = 1 ELLER Risikoallokering (m40) = 3 (protokol C) and endo = 1 ELLER Risikoallokering (m40) = 4 (protokol D) and p137 (HER2-status) in (0,9,.) and kemo = 1 ELLER Risikoallokering (m40) = 4 (protokol D) and p137 (HER2-status) = 1 and kemo = 1 and bio = 1</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 5a</b></p> <p>DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko</p>		<p>Ikke protokolallokeret: Risikoallokering (m40) not in (1,2,3,4,6,7)</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for et år efter operationen: (m41_1 = 1 or m41_2 = 1 or m41_3 = 1 or m41_4 = 1 or m41_5 = 1 or m41_6 = 1 or m41_7 = 1 or m41_8 = 1) or (-9999 &lt; (Doed_dato - Dato_operation_biopsi) &lt;= 365)</p> <p>Biopsi alene: m42 = 4 and m45 = 4</p> <p>Lavrisiko patienter: Risikoallokering (m40) = 1</p>	<p>Patienter i Population 2, højrisiko-patienter opereret i den foregående 10-års periode (til og med året før den aktuelle opgørelsesperiode), og som er allokeret til DBCG's opfølgingsprogram i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering</p>	<p>Patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram.</p> <p>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. Ikke gennemført: Opfølgingsbesøgene er ikke regelmæssige: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgingsbesøg, og patienten burde være under opfølgning. B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år. C: Opfølgingsforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet. D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter operation: Opfoelg_gennemfoert_hoej = 1</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 5b</b></p> <p>DBCg-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCg's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko</p>		<p>Ikke protokolallokeret: Risikoallokering (m40) not in (1,2,3,4,6,7)</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for et år efter operationen: (m41_1 = 1 or m41_2 = 1 or m41_3 = 1 or m41_4 = 1 or m41_5 = 1 or m41_6 = 1 or m41_7 = 1 or m41_8 = 1) or (-9999 &lt; (Doed_dato - Dato_operation_biopsi) &lt;= 365)</p> <p>Biopsi alene: m42 = 4 and m45 = 4</p> <p>Højrisiko patienter: Risikoallokering (m40) in (2,3,4,6,7)</p>	<p>Patienter i Population 2, lavrisiko-patienter opereret i den foregående 10-års periode (til og med året før den aktuelle opgørelsesperiode), og som er allokeret til DBCg's opfølgingsprogram i henhold til DBCg's gældende retningslinjer for risikoallokering</p>	<p>Patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram.</p> <p>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. Ikke gennemført: Opfølgingsbesøgene er ikke regelmæssige: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgingsbesøg, og patienten burde være under opfølgning. B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år. C: Opfølgingsforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet. D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter operation: Opfoelg_gennemfoert_lav = 1</p>	<p>DBCg behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 6</b></p> <p>DBCG-patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation</p>	<p>Follow-up ikke registreret: Foerste_event = 9</p>	<p>Ikke protokolallokeret: Risikoallokering (m40) not in (1,2,3,4,6,7)</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for 30 dage efter operationen: (m41_1 = 1 or m41_2 = 1 or m41_3 = 1 or m41_4 = 1 or m41_5 = 1 or m41_6 = 1 or m41_7 = 1 or m41_8 = 1) or (-9999 &lt; (Doed_dato - Dato_operation_biopsi) &lt;= 30)</p> <p>Biopsi alene: m42 = 4 and m45 = 4</p> <p>Ikke brystbevarende operation: m45 not in (2,6)</p>	<p>Patienter i Population 2, som har fået brystbevarende operation i en 5-års periode (seneste er 2 år før aktuelle opgørelsesperiode) og som indgår i DBCG-protokol</p>	<p>Patienter der udvikler lokalt recidiv (+/- regionalt recidiv/fjernrecidiv) som første begivenhed inden for 5 år efter operationsdatoen: Foerste_event = 1 and Opfoelgning_dato &lt; intnx("year", dato_operation_biopsi, 5, "same")</p> <p>Den rå tæller vises i indikatortabellen, men ved beregning af andel, korrigeres for forskellig opfølgningstid/kumuleret incidens samt for andre konkurrerende begivenheder (død, andre maligne tilstande). Dette gøres ved hjælp af Kaplan-Meier samt Gray's test.</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>
<p><b>Indikator 7</b></p> <p>Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræft-operation</p>	<p>Patienten findes ikke i LPR: I_LPR = 0</p> <p>Ingen operationskode (KHAA*, KHAB* eller KHAC*) i LPR: Operation_i_LPR = 0</p>		<p>Patienter i Population 2 (dog uden eksklusion for "Ej (primær) diagnose" og "Ej komplet"), som kan findes med operationskode i LPR.</p>	<p>Patienter, der ikke har re-operation inden for 60 dage efter operationsdatoen som følge af postoperative komplikationer (kode KHW* i LPR): Reop_i_LPR_60dg = 0</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, Landspatientregisteret (LPR)</p>

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<b>Indikator 8a</b>  Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	Oplysninger mangler på stråleskema: RTStraale = -1	Ikke protokolallokeret: Risikoallokering (m40) not in (1,2,3,4,6,7)  Død eller emigreret inden for 30 dage efter operation  Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study inden for 30 dage efter operation: m41_2 = 1 or m41_5 = 1 or m41_8 = 1 ELLER ( (-9999 < ( Opfoelgning_dato ) - Dato_operation_biopsi) <= 30) and (substr(Opfoelgning_status,1,3) in ('And','Mod','Rec')) or substr(Opfoelgning_status,1,3) = 'CEN' and Opfoelgning_ophoer_aarsag (oa5) ne . ) )  Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer: ITT_RT in (.,0)  Eksperimentel strålebehandling: protokol = 'RT07TARGIT'  Ikke brystbevarende operation: m45 not in (2,6)	Patienter i Population 2 i året før den aktuelle opgørelsesperiode, brystbevarende operation og indikation for strålebehandling	Patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer: RTStraale in (1,2,3,4,5)	DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<b>Indikator 8b</b>  Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	Oplysninger mangler på stråleskema: RTStraale = -1	Ikke protokolallokeret: Risikoallokering (m40) not in (1,2,3,4,6,7)  Død eller emigreret inden for 30 dage efter operation  Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study inden for 30 dage efter operation: m41_2 = 1 or m41_5 = 1 or m41_8 = 1 ELLER ( (-9999 < ( Opfoelgning_dato ) - Dato_operation_biopsi) <= 30) and (substr(Opfoelgning_status,1,3) in ('And','Mod','Rec') or substr(Opfoelgning_status,1,3) = 'CEN' and Opfoelgning_ophoer_aarsag (oa5) ne .) )  Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer: ITT_RT in (.,0)  Eksperimentel strålebehandling: protokol = 'RT07TARGIT'  Ikke mastektomi: m45 not in (1,3,5,7)	Patienter i Population 2 i året før den aktuelle opgørelsesperiode, mastektomi og indikation for strålebehandling	Patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer: RTStraale in (1,2,3,4,5)	DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p><b>Indikator 9</b></p> <p>Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi</p>	<p>Mangler risikogruppe: Risikoallokering (m40) not in (0,1,2,3,4,6,7)</p>	<p>Ej makrometastaser aksil: not (<math>0 &lt; p129 &lt; 88</math>)</p> <p>Neoadjuverende behandling (ny eksklusion): Neo2 = 1</p>	<p>Patienter i Population 2, med detekteret makrometastaser i lymfeknuderne, og som er behandlet i henhold til DBCG-protokol</p>	<p>Patienter, som ikke har fået udført SN biopsi: p109 = 0</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase</p>
<p><b>Indikator 10</b></p> <p>Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)</p>	<p>Patienten findes ikke i LPR: I_LPR = 0</p>	<p>Kvinder der er fyldt 80 år ved udgangen af aktuelle opgørelsesperiode</p> <p>Ikke protokolallokeret: Risikoallokering (m40) = 0</p> <p>Bilateral mastektomi ifølge LPR (Mastektomi_dobb_dato_LPR), recidiv (Opfoelgning_status='Recidiv'), død eller emigration inden udgangen af aktuelle opgørelsesperiode</p>	<p>Patienter i Population 2 opereret fra 2006 og til og med 2 år før den aktuelle opgørelsesperiode</p>	<p>Patienter, der har fået foretaget mindst en opfølgingsmammografi (koderne DZ108A, DZ123AA, UXRC40, UXRC45 i LPR) i perioden 1. oktober 2 år før aktuelle opgørelsesperiode til og med udgangen af aktuelle opgørelsesperiode. Dog ikke hvis mammografidatoen ligger før DBCG operationsdatoen (kan ske for patienter opereret i 4. kvartal i det første årstal der ledes i LPR).</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, Landspatientregisteret (LPR) CPR-registeret</p>

Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datkilder
<p><b>Indikator 11</b></p> <p>Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT</p>		<p>Lobulær: Diagnose_histologisk_1 (p50) = 23</p> <p>Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til protokol B eller D: Risikoallokering (m40) not in (2,4)</p> <p>Tumordiameter målt ved UL er ikke 20-50 mm: not (20 &lt; p141 &lt;= 50)</p> <p>Biopsi alene og uden præoperativ klassifikation: (m42 = 9 or m42 = .) and m45 = 4</p>	<p>Patienter i Population 2, der opfylder kriterierne for NACT i aktuelle opgørelsesperiode</p>	<p>Patienter, der behandles med NACT: m45 in (5,6,7) or (m45=4 and m42=6)</p>	<p>DBCg behandlingsdatabase</p>
<p><b>Indikator 12</b></p> <p>Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS</p>	<p>Biopsi alene (ny eksklusion): m45 = 4</p> <p>Dette betyder, at tælleren i indikator 11 og nævneren i indikator 12 ikke længere er samme population</p>	<p>Lobulær: Diagnose_histologisk_1 (p50) = 23</p> <p>Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til protokol B eller D: Risikoallokering (m40) not in (2,4)</p> <p>Tumordiameter målt ved UL er ikke 20-50 mm: not (20 &lt; p141 &lt;= 50)</p> <p>Biopsi alene og uden præoperativ klassifikation: (m42 = 9 or m42 = .) and m45 = 4</p> <p>Ikke behandling med NACT: m45 not in (5,6,7) and (m45 ≠ 4 or m42 ≠ 6)</p>	<p>Patienter i Population 2, der er behandlet med NACT i aktuelle opgørelsesperiode og som er opererede</p>	<p>Patienter der har fået brystbevarende operation efter NACT: m45 = 6</p>	<p>DBCg behandlingsdatabase</p>



Indikator nr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<b>Indikator 13</b>  Andel af postmenopausale patienter $\geq$ 50 år med udtalt ( $\geq$ 10%) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation		Under 50 år: Alder < 50  Ikke postmenopausal: m34_12 $\neq$ 2  Ikke udtalt ER positiv tumor: not ( (10 $\leq$ p72 $\leq$ 100) or p72 = 910)  Ikke Q-score kategori 2: m66 $\neq$ 2	Patienter i Population 2, postmenopausale $\geq$ 50 år, med udtalt ( $\geq$ 10%) ER-positiv tumor, og med Q-score-kategori 2	Patienter der er registreret med en PAM50 klassifikation: p172 in (0,1,2,3)	DBCG behandlingsdatabase

## 6. Styregruppens sammensætning

Styregruppen består af en formand udpeget af bestyrelsen i DBCG, DBCGs chefstatistiker, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG, herunder Kirurgisk Udvalg, Medicinsk Udvalg, Patologiudvalget, Radiologiudvalget og Ratioterapiudvalget. Derudover indgår i styregruppen en 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.

### Formandskab

Peer Christiansen, Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg)

### Øvrige medlemmer

Bent Ejlertsen, Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)

Anne-Vibeke Lænkholm, Sjællands Universitetshospital (Patologiudvalget, Region Sjælland)

Birgitte Offersen, Aarhus Universitetshospital (Ratioterapiudvalget)

Ilse Vejborg, Rigshospitalet (Radiologiudvalget, Region Hovedstaden)

Maj-Britt Jensen, DBCG (Statistik)

Nidal Al-Suliman, Aarhus Universitetshospital (Region Midtjylland)

Ute Hoyer, Aalborg Universitetshospital (Region Nordjylland)

Helle Mikél Hvid, Aalborg Universitetshospital (stedfortrædende repræsentant for Region Nordjylland i 2020)

Mette Holck Nielsen, Odense Universitetshospital (Region Syddanmark)

### RKKP

Vibeke Dahl Andersen (datamanager)

Mette Roed Eriksen (kontaktperson, repræsentant for den dataansvarlige myndighed)

Louise Hansen (klinisk epidemiolog)



## 7. Regionale kommentarer

Ingen kommentarer fra Region Midt, Region Syd, eller Region Sjælland.

Styregruppen har indsat svar til udvalgte spørgsmål/kommentarer (*i grå kursiv*); resten af kommentarerne vil blive diskuteret på førstkommende styregruppemøde i 2020.

**Kommentarer fra Region Hovedstaden** (*Sundhedsfagligt Råd Mammakirurgi, Sundhedsfagligt Råd Patologi og fra afdeling for Kræftbehandling, Herlev-Gentofte*)

### **Kommentarer Sundhedsfagligt Råd Mammakirurgi:**

Vedrørende Indikator 1a.

En medvirkende årsag til den manglende kongruens kan være at der optræder Grønlandske patienter i patologisystemet på RH som ikke hører hjemme i DBCG databasen. Det kan også være nogle second-opinions som registreres dobbelt samt sarkomer og phylloides tumorer som tælles med. Kunne man få en aldersfordeling på de manglende registreringer, kunne man få et fingerpeg om, hvor vi skal sætte ind vedrørende registrering. Man kunne tro, at vi glemmer de gamle, som fortsætter i Letrozol-behandling i kirurgisk regi, uden at komme i kontakt med onkologer.

*Kommentar fra RKKP/styregruppen: der kan findes 20 grønlandske patienter i populationen der kun findes i Patobank. RKKP vil være opmærksom på dette ved udarbejdelse af årsrapport 2020, hvor disse vil udgå. Samtidigt bliver det rettet i de løbende leverancer. RKKP vil ligeledes sørge for at der findes aldersopdelte tabeller for indikator 1a og 1b i årsrapport 2020.*

Vedrørende indikator 1b:

Man kan ikke være sikker på at patologer aldrig laver fejl. (Det kunne være en hud-patolog eller en øjenpatolog som kom til at kode forkert). Fejlregistreringer i patologien vil have indflydelse på indikator 1a

Vedrørende Indikator 2.

Herlev opfylder ikke standarden, med fald fra 2018 på 96,7 % til 2019 93,8 %. Dette er patologi-oplysninger. For kirurgi-oplysninger ser det bedre ud – i Herlev. Dette skyldes bl.a. manglende kirurgisk indberetning. Der er taget initiativ til forbedring.

Vedrørende indikator 4.

Årsagen til at Region H ligger lavt i denne indikator er at der ikke er sat kryds i en selvstændigt rubrik på et af de mange indberetningsskemaer. Det er ikke udtryk for at patienterne ikke er henvist efter retningslinjerne. Vi mener opgørelsesmåden er uheldig og begrundet i databasens uhensigtsmæssige udformning. Vi mener som sådan ikke indikatoren kan tillægges nogen værdi. Data kunne opgøres på en anden måde f.eks. med træk fra SP. På Herlev drejer det sig om et relativ stort antal patienter (201 patient), som ikke har fået tildelt onkologisk afdeling i DBCG-indberetningen.

Vi finder det beklageligt at DBCG fastholder opgørelsesmetoden, da det er svært at forstå at et manglende kirurgisk kryds, skulle betyde at en påbegyndt onkologisk behandling ikke registreres. Det har ikke noget at gøre med om behandlingen ikke er gennemført. Vi vil dog tilstræbe at forbedre indberetningen. Alt i alt må det være et spørgsmål om manglende onkologisk indberetning (flowskema?)

Det fremgår af Tabel A2.2.3 (p.102) at kun ca. 83% af 18-39-årige højrisiko-ptt indgår i adjuverende beh. Man kan undre sig over om det kan passe at tallet er så lavt.

Vedrørende indikator 5a

Hvordan kan man opgøre opfyldelse/manglende opfyldelse af kirurgisk opfølgning på Højrisiko-ptt?

*Kommentar fra RKKP/styregruppen: kirurger skal anføre den onkologiske afdeling, som en patient henvises til. Hvis der ikke er denne henvisning, og der ikke er indberetning fra en onkologisk afdeling, da allokeres patienten til den kirurgiske afdeling.*

Vedrørende indikator 5b.

De kliniske kontroller for denne patientgruppe er fundet irrelevante og over en bred kam afskaffet både efter anbefaling fra SST og Regionerne. Afdelingen har derfor valgt ikke at prioritere denne indberetning. Vi finder at oplysningerne alene har videnskabelig værdi. Derfor ligger Region H lavt på denne parameter. For at

imødekomme indikatorrapporten har vi ændret i vores indberetningsmåde så standarden fremadrettet vil blive forbedret. Denne ændring har dog intet reelt at gøre med om patienten er fulgt. Resultatet har som sådan ingen værdi for patienten. Tallene i tabellen synes også "forkerte" eller urealistiske, i det man på Herlev matriklen har 364/1560 patienter og på RH 245/354. (OBS: tallene er fra indikator 5A: manglende kirurgisk opfølgning af HØJ-risiko-ptt) Disse to burde være cirka lige store.

Vi undrer os over om vi har så mange lavrisiko-patienter. Det er ganske vist over 10 år, - og tidligere var der flere men alligevel.

Manglende opfølgning af lavrisiko-ptt i onkologisk afd: onk-RH har 93 ptt på 10 år (+ 11 uoplyste); - det må være ptt fra ca. 2010 – vi mener ikke onkologerne har taget lavrisiko-ptt i kontrol de sidste mange år.

Det fremgår af tabel A2.2.5 (p 103) at et vist antal 18-39-årige, 40-49-årige og 50-59-årige følger opfølgingsprogram for lavrisiko. Hvordan kan disse aldersgrupper være lavrisiko?

*Kommentar fra RKKP/styregruppen: Indikator 5b er opgjort over en periode (2009-2018), og der er sket ændringer i DBCG protokollen i denne periode hvad angår aldersgrænse ift. allokering til lav hhv. højrisiko. Dette reflekteres i tabel A2.2.5, hvor der godt kan optræde patienter som er lavrisiko på trods af, at de nuværende retningslinjer har 60 år som skæringsalder.*

Vedrørende indikator 6.

Herlev har en høj forekomst af lokalrecidiv 5 år efter BCS 4,3% og RH en tilsvarende på 2,6%. Det er uafklaret på nuværende tidspunkt hvad dette skyldes. Der er på Herlev en stor gruppe manglende indberetninger (723). Procenten i tabellen beregnes med "competing risk analyse", en metode jeg ikke kan tolke. Hvis vi derimod forudsætter, at de uoplyste er recidivfri og tager de i tabellen opgivne tal er der for Herlev  $45/1549+723 = 2272$  svarende til 1,9% og på RH  $36/1907+49=1956$  svarende til 1,8% lokalrecidiver. Onkologisk afdeling er ved at analysere tallene nærmere.

En del af de patienter som indgår i opgørelsen, har fået intraoperativ strålebehandling. Her kender vi fra publikation i 2020 lokalrecidivraten til 3,96%. På trods af dette ser man igen ændring i overlevelsen, men meget færre bivirkninger til meget lavere omkostninger både for patienter og samfund.

Det er svært at forstå tallene, - også sammenlignet med tabel A2.26 og A2.2.7 (p.103 og 104)

Vedrørende indikator 8a + 8b.

Som ved indikator 4 kan der være et problem om et selvstændigt kryds i et indberetningsskema. Desuden vil vi henvise til onkologisk afdeling Herlevs kommentarer til strålebehandlingen.

Vedrørende A2.2.9 (p.104): Kan der være unge som ikke får strålebeh efter BCS fordi de er blevet mastektomeret efter adjuverende kemoterapi.

Samme vedr A2.2.12 og A2.2.12A som omhandler manglende opfølgende mammografi.

Vedrørende indikator 9.

Indikator 9 er en røntgen kvalitets indikator. Makrometastase i lymfeknude fundet uden brug af SN. Vi har sat et særskilt kvalitetsprojekt i gang for at undersøge dette nærmere. Vi vil undersøge om der ydes samme diagnostiske kvalitet på de privatklinikker som udreder et meget stort antal patienter i Region Hovedstaden som på hospitalsafdelingerne.

Vedr Indikator 11 og 12: NACT

Vi mener i SFR mammakirurgi at man skal være tilbageholdende med at sætte en standard, når det endnu ikke er vist at NACT er en fordel for patienterne. Der bør i givet fald tages højde for "relative indikationer". BCS efter NACT bør ikke nødvendigvis være en succes-parameter, - f.eks. hvis der gives NACT mhp downstaging af en aksil hos en pt som med karcinom og udbredt DCIS.

Indikator 13. PAM50 ved Q-score 2

Denne indikator giver ikke nødvendigvis mening, hvis en patient under alle omstændigheder bedømmes uegnet til kemoterapi.

A3.2.4 og A3.2.5 (p. 111). Vi undrer os over om det kan være rigtigt, at så få får lavet SN ved operation efter NACT. Vores afdelings totaler synes at overskride de anførte totaler for hele landet.

#### **Kommentarer Sundhedsfagligt Råd, Patologi:**

Som kommentar til DBCG årsrapporten kan RH anføre, at RH opfylder de indikatorer, der er relevante for patologi på nær indikatoren for PAM 50 analyse. Den ligger på 70% og bør ligge på 90%. Indikatoren

angiver, om der udføres PAM50 analyse på de postmenopausale kvinder med ER+, HER2- tumorer med en PSI score på 2. Det er små tal, idet det drejer sig om ca. 10 test der enten ikke er udført eller ikke er indberettet. Der foreligger endnu ikke noget rykkersystem for denne parameter, og det er derfor ikke muligt at indberette de manglende data uden manuelt at skulle lede efter dem. Det er en dyr analyse at udføre, og patologerne på RH laver den ikke, hvis onkologerne på forhånd ved, at patienten ikke kan tåle kemoterapi. Der kan derfor sagtens være patienter, der burde have fået testen, men hvor den er ikke udført, fordi det ikke får en konsekvens.

#### **Kommentarer Gentofte-Herlev, afdeling for Kræftbehandling, om Indikator 6, lokalrecidiv:**

##### **Anbefalinger i rapporten:**

I Herlev bør man se nærmere på de påfaldende mange lokale recidiver og forsøge at afklare, om der er mulige forklaringer på den høje forekomst.

##### **Svar:**

Ved gennemgang af de 45 pt med recidiv findes:

12 pt. der ikke har modtaget strålebehandling ("fravalgt" eller comorbiditet)

9 pt. behandlet med peroperativ brachyterapi (IORT/TARGIT)

24 pt. der har modtaget ekstern strålebehandling i afdeling for kræftbehandling

3 pt som er fejlregistreret med lokalrecidiv som 1. event.

Samtlige eksterne dosisplaner er gennemgået, dosisfordeling og evt. dosiskompromis opfylder for alle patienter DBCG retningslinier.

Iflg rapporten er der registreret i alt 2272 patienter behandlet med brystbevarende terapi fra Herlev og Gentofte Hospital (HGH) 2013-2017 inkl.

Ved beregning af recidivfrekvens udgår 723 pt (32%) da follow-up data ikke er komplette. Potentielt øges den beregnede recidivrisiko med 46%, da risiko for manglende registrering af lokalrecidiver vurderes at være lav.

Ved gennemgang af stråleterapien database findes 2671 patienter bosat i Region Hovedstaden der har opstartet postlumpektomi ekstern bestråling på HGH i perioden 2013-2017 inkl. – herudover er der behandlet 735 pt med peroperativ strålebehandling (IORT) i alt 3406 patienter mod 2272 medtaget i opgørelsen.

Indikator 8a/13 opgør andel af pt der har fået ekstern postlumpektomi bestråling (IORT patienter ekskluderet).

Ved gennemgang af tal for indikator 8a/13 i aktuelle og tidligere årsrapporter findes i perioden 2013-2017 inkl i alt 2302 pt der har modtaget adjuverende ekstern postlumpektomi strålebehandling og 390 patienter hvor den adj strålebehandling ikke blev givet (ialt 2692).

Antallet af pt der er registreret i DBCG som have modtaget ekstern strålebehandling (2302) er stort set identisk med det antal (2272) der indgår i recidivfrekvens tabellen hvor sidstnævnte også skulle være inkl. IORT patienter (735).

Der er såvel ved gennemgang af indikator 8a/13 og vores egen database en betydelig manko i antal af patienter der potentielt burde indgå i opgørelsen. Da recidiv hos ikke-strålebehandlede patienter og IORT patienter medtages i beregning burde den potentielle nævner være i størrelsesordenen  $2692+735 = 3427$ , ved komplette data kan recidivfrekvensen potentielt være overestimeret med faktor på op til 2,2 ved brug af nævner til beregning af recidivfrekvens på 3427 versus 1549 som er benyttet i årsrapporten ( $3427/1549$ ).

##### *Kommentar fra RKKP/styregruppen:*

- *for opgørelse postlumpektomi strålebehandling: i DBCGs opgørelse indgår patienter allokeret i protokol (patienter med tidlig invasiv brystkræft uden tidligere malign sygdom), og derfor er tallet lavere end alle postlumpektomi rtg-patienter (DCIS, patienter med tidligere malign sygdom)*
- *kun patienter med follow-up kan indgå i beregning af rater for lokalrecidiv. Komplette data vedrørende follow-up vil helt klart give et retvisende billede af raten.*

Der er en handleplan for indrapportering af manglende follow-up data på såvel brystkirurgisk og onkologisk afdeling.

#### Konklusion:

1. Stråleplaner for recidiv patienter er gennemgået og alle overholder DBCG's retningslinier
2. Ved gennemgang af egen database og årsrapporter findes et betydeligt antal patienter der ikke indgår ved beregning af recidivfrekvens - (svarende til antal af ikke- strålebehandlede og IORT patienter i perioden)
3. Manglende follow-up data medfører at 32% af patienterne ikke indgår i opgørelsen.  
Der er iværksat plan for indrapportering af follow-up data fra såvel brystkirurgisk og onkologisk afdeling.

#### Kommentarer fra Region Nord

##### Generelle bemærkninger:

Styregruppen bedes drøfte det formålstjenlige ved at der er indikatorer for follow-up, som strækker sig over forskellige tidsperioder. Tidsperioden på 10 år er en langstrakt periode, hvor opfølgingsprogrammerne har ændret sig. Der tænkes specifikt på relevansen af indikator 10 og 5.

I forhold til indikator 10 vil vi gerne anmode om på det kraftigste, at sætningen på side 68 *".. og Region Nord bør specielt se på, om deres tilbud om opfølgende mammografi efter behandling af brystkræft kan forbedres.."* enten bør omformuleres eller udelades af årsrapporten. Vi mener, at det er absolut misvisende, at der konkluderes på denne måde ud fra en indikator som for nyligt er overgået til at basere sig på LPR3. Vi har en forholdsvis stor andel af patienter, som ikke er kodet korrekt i forhold til de nye koder, og derfor fremgår de af den supplerende tabel, ej indberetning til LPR med relevant kode. Eksempelvis medtages følgende opfølgninger ikke i ift. opgørelsen af indikatoren: UL, MR-mammografi og UL-thoraxvæg+axil (UXUC10)

*Kommentar fra RKKP/styregruppen: Anbefalingen (ovenstående sætning) er hermed slettet fra gennemgangen af indikator 10. Indikatoren evalueres på ny i årsrapport 2020.*

##### Bemærkninger til specifikke indikatorer:

Indikator 1a: Der har været en manglende gennemgang af indikator 1a op mod skæringsdatoen, hvorfor den manglende målopfyldelse kan forklares med et registreringsproblem.

Indikator 3: Region Nordjylland opfylder ikke for 9 patienter, og disse er efterfølgende blevet gennemgået. De tre af patienterne er blevet registreret ved en fejl.

Udelades disse tre patienter opfylder Region Nordjylland standarden.

Indikator 10: Det er en standard der for nyligt er overgået til LPR3, og der er derfor et forbehold på inkluderede koder, hvilket påvirker målopfyldelsen for Region Nordjylland.

##### Udarbejdet af:

Helle Mikél Hviid, overlæge mammakirurgisk afd. Aalborg Universitetshospital (medlem af styregruppen DBCG)

Kristina Rosenkilde, Klinik Kirurgi og Kræftbehandling Aalborg Universitetshospital

Monica Guldager Terkelsen, Kvalitet og Forretningsprocesser Region Nordjylland

## Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater

I det følgende gives en vejledning i, hvorledes resultaterne i årsrapporten skal læses.

### Indikatorstabeller:

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Der gøres opmærksom på at der pga. persondatalovens regler og de almindelige regler om tavshedspligt, ikke må offentliggøres følsomme personoplysninger i en form hvor det er muligt "alene eller sammen med andre oplysninger" at henføre det til en identificerbar person. Definitionen af en personoplysning følger af persondatalovens § 3 nr. 1. "Enhver form for information om en identificeret eller identificerbar fysisk person (den registrerede)." Som følge heraf har Sundhedsdatastyrelsen besluttet, at alle resultater med persondata under 3, ikke må offentliggøres. Resultater med under 3, men over 0, i tæller eller nævner bliver erstattet med # i tabellen. Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

### Standard:

Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højst må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et "<" foran procentværdien angiver, at indikatorværdien højst må antage denne for at standard er opfyldt.

### Standard opfyldt, Ja:

Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" betyder, at standarden ikke er opfyldt. " " viser, at standarden ikke er opfyldt.

### Tæller/nævner:

Angiver det samlede antal patienter, der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringsskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.

### Uoplyst:

Angiver antallet af indberetninger med manglende oplysninger til beregning af indikatoren. Andelen af det potentielle datagrundlag angives i procent i en parentes.

### Andel patientforløb som opfylder kravet, % (95 % CI):

Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientforløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95 % konfidensinterval (95 % CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95 % sandsynlighed befinder sig indenfor det opstillede interval. Konfidensintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Der anvendes Clopper-Pearsons metode for at beregne CI. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

### Kontroldiagrammer

Grafisk præsentation af resultaterne for hver region hhv. afdeling. Diagrammerne giver en oversigt over den fastsatte standard, landsresultatet og regionsresultaterne hhv. afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator (prikker) angivet med tilhørende 95 % CI (vandrette streger).

### Trendgrafer

Trendgraferne angiver indikatoropfyldelsen over tid svarende til de seneste årsrapporters resultat. Trendgraferne er opgjort på hhv. (lands-), regions og afdelingsniveau.



## Appendiks 2. Aldersopdelte analyser

I det følgende fremgår en række aldersopdelte analyser. Først præsenteres aldersfordelingen i aktuelle opgørelsesperiode blandt patienter med en primær invasiv diagnose, en operabel tumor og tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. I aktuelle opgørelsesperiode opfyldte i alt 4.101 patienter disse inklusionskriterier (Population 2), og årsager til eksklusion ses i flowchart i afsnit 3. Dernæst præsenteres aldersfordelingen af patienter pr. kirurgisk afdeling, de aldersopdelte indikatorresultater (indikator 2-12) samt øvrige aldersopdelte analyser, herunder aldersfordelingen i forhold til human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) status.

### A2.1. Overordnede aldersfordelinger

**Tabel A2.1.1. Aldersfordeling blandt patienter med invasiv brystkræft, opdelt efter år**

Aldersgruppe	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Total</i>	3.917	24,3	3.951	24,6	4.119	25,6	4.101	25,5	16.088	100,0
18-39 år	181	26,0	165	23,7	162	23,3	188	27,0	696	4,3
40-49 år	559	27,0	511	24,7	519	25,0	483	23,3	2.072	12,9
50-59 år	913	23,7	940	24,4	1.043	27,1	957	24,8	3.853	23,9
60-69 år	1.189	25,0	1.221	25,6	1.181	24,8	1.173	24,6	4.764	29,6
70-75 år	494	23,2	505	23,7	560	26,3	571	26,8	2.130	13,2
76+ år	581	22,6	609	23,7	654	25,4	729	28,3	2.573	16,0

**Tabel A2.1.2. Aldersfordeling af patienter, opdelt efter kirurgisk afdeling**

Aldersgruppe	18-39 år		40-49 år		50-59 år		60-69 år		70-75 år		76+ år		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Alle afdelinger</i>	188	4,6	483	11,8	957	23,3	1.173	28,6	571	13,9	729	17,8	4.101	100,0
Herlev	21	3,0	82	11,8	171	24,7	183	26,4	109	15,7	127	18,3	693	100,0
Rigshospitalet	35	5,7	97	15,9	149	24,4	151	24,8	96	15,7	82	13,4	610	100,0
Ringsted	19	2,7	83	12,0	179	25,8	203	29,3	93	13,4	116	16,7	693	100,0
Aabenraa	10	4,2	16	6,8	61	25,7	79	33,3	28	11,8	43	18,1	237	100,0
Esbjerg	7	3,9	14	7,9	28	15,7	61	34,3	34	19,1	34	19,1	178	100,0
Odense	17	6,5	24	9,2	55	21,2	75	28,8	29	11,2	60	23,1	260	100,0
Vejle	21	6,9	41	13,5	78	25,7	74	24,3	27	8,9	63	20,7	304	100,0
Aarhus	25	7,1	44	12,4	73	20,6	114	32,2	36	10,2	62	17,5	354	100,0
Randers	.	.	#	8,3	.	.	4	33,3	3	25,0	4	33,3	12	100,0
Viborg	19	4,5	40	9,5	87	20,6	128	30,3	58	13,7	91	21,5	423	100,0
Aalborg	13	4,0	40	12,4	74	23,0	98	30,4	54	16,8	43	13,4	322	100,0
Hjørring	#	6,7	#	6,7	#	13,3	3	20,0	4	26,7	4	26,7	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.



## A2.2. Aldersopdelte indikatorresultater

**Tabel A2.2.1. Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	4.615 / 4.818	95,8 (95,2-96,3)	96,3	96,7
18-39 år	203 / 217	93,5 (89,4-96,4)	95,0	96,8
40-49 år	517 / 556	93,0 (90,5-95,0)	95,5	97,3
50-59 år	1.002 / 1.046	95,8 (94,4-96,9)	96,6	97,1
60-69 år	1.248 / 1.282	97,3 (96,3-98,2)	97,1	97,1
70-75 år	638 / 669	95,4 (93,5-96,8)	96,6	96,7
76+ år	1.007 / 1.048	96,1 (94,7-97,2)	95,4	95,3

**Tabel A2.2.2. Indikator 3: Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder, aldersopdelt**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	675 / 716	94,3 (92,3-95,9)	95,6	95,8
18-39 år	29 / 30	96,7 (82,8-99,9)	94,4	91,8
40-49 år	81 / 84	96,4 (89,9-99,3)	96,0	97,4
50-59 år	149 / 159	93,7 (88,7-96,9)	95,3	96,2
60-69 år	156 / 167	93,4 (88,5-96,7)	94,2	96,5
70-75 år	105 / 111	94,6 (88,6-98,0)	97,7	96,4
76+ år	155 / 165	93,9 (89,1-97,1)	96,0	93,2

**Tabel A2.2.3. Indikator 4: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer, aldersopdelt**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2018 (95% CI)	Andel 2017	Andel 2016
Total	2.810 / 3.289	85,4 (84,2-86,6)	87,2	83,6
18-39 år	125 / 151	82,8 (75,8-88,4)	91,8	89,2
40-49 år	386 / 463	83,4 (79,7-86,6)	89,5	81,8
50-59 år	800 / 925	86,5 (84,1-88,6)	85,5	82,7
60-69 år	780 / 866	90,1 (87,9-92,0)	89,9	86,7
70-75 år	378 / 434	87,1 (83,6-90,1)	90,2	87,5
76+ år	341 / 450	75,8 (71,5-79,7)	78,8	75,4

**Tabel A2.2.4. Indikator 5a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko, aldersopdelt**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2009-2018 (95% CI)</i>
Total	27.058 / 34.896	77,5 (77,1-78,0)
18-39 år	1.293 / 1.581	81,8 (79,8-83,7)
40-49 år	4.104 / 5.209	78,8 (77,7-79,9)
50-59 år	6.986 / 9.095	76,8 (75,9-77,7)
60-69 år	7.886 / 10.481	75,2 (74,4-76,1)
70-75 år	3.108 / 3.941	78,9 (77,6-80,1)
76+ år	3.681 / 4.589	80,2 (79,0-81,4)

**Tabel A2.2.5. Indikator 5b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko, aldersopdelt**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2009-2018 (95% CI)</i>
Total	3.234 / 3.998	80,9 (79,6-82,1)
18-39 år	9 / 11	81,8 (48,2-97,7)
40-49 år	93 / 113	82,3 (74,0-88,8)
50-59 år	620 / 701	88,4 (85,8-90,7)
60-69 år	2.038 / 2.561	79,6 (78,0-81,1)
70-75 år	293 / 384	76,3 (71,7-80,5)
76+ år	181 / 228	79,4 (73,5-84,4)

**Tabel A2.2.6. Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation, aldersopdelt**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2013-2017 (95% CI)</i>
Total	181 / 11.978	2,3 (2,0-2,7)
18-39 år	19 / 388	7,1 (4,2-10,9)
40-49 år	33 / 1.485	3,0 (2,0-4,2)
50-59 år	37 / 3.186	1,6 (1,2-2,3)
60-69 år	43 / 4.395	1,7 (1,2-2,3)
70-75 år	26 / 1.330	3,4 (2,3-5,0)
76+ år	23 / 1.194	3,0 (1,9-4,5)

**Tabel A2.2.7. Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi (BCS) inden for 5 år efter operation, opdelt på alder og første hændelse efter BCS**

Aldersgruppe	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv/ anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		Alle
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Total	181	(1,5)	583	(4,9)	10.918	(91,2)	285	(2,4)	11.978
18-39 år	19	(4,9)	27	(7,0)	339	(87,4)	3	(0,8)	388
40-49 år	33	(2,2)	75	(5,1)	1.371	(92,3)	6	(0,4)	1.485
50-59 år	37	(1,2)	135	(4,2)	2.976	(93,4)	34	(1,1)	3.186
60-69 år	43	(1,0)	182	(4,1)	4.083	(92,9)	83	(1,9)	4.395
70-75 år	26	(2,0)	89	(6,7)	1.172	(88,1)	43	(3,2)	1.330
76+ år	23	(1,9)	75	(6,3)	977	(81,8)	116	(9,7)	1.194

**Tabel A2.2.8. Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation, aldersopdelt**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	3.628 / 3.751	96,7 (96,1-97,3)	96,5	96,4
18-39 år	163 / 177	92,1 (87,1-95,6)	98,7	95,3
40-49 år	435 / 453	96,0 (93,8-97,6)	95,8	95,6
50-59 år	912 / 933	97,7 (96,6-98,6)	97,2	96,7
60-69 år	1.003 / 1.028	97,6 (96,4-98,4)	96,2	96,9
70-75 år	490 / 511	95,9 (93,8-97,4)	96,0	95,9
76+ år	625 / 649	96,3 (94,5-97,6)	96,0	96,5

**Tabel A2.2.9. Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer, aldersopdelt**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2018 (95% CI)	Andel 2017	Andel 2016
Total	2.432 / 2.584	94,1 (93,1-95,0)	93,9	94,3
18-39 år	69 / 75	92,0 (83,4-97,0)	87,3	90,8
40-49 år	284 / 294	96,6 (93,8-98,4)	94,5	93,1
50-59 år	712 / 731	97,4 (96,0-98,4)	96,2	96,8
60-69 år	835 / 876	95,3 (93,7-96,6)	96,9	97,4
70-75 år	299 / 320	93,4 (90,1-95,9)	96,3	95,5
76+ år	233 / 288	80,9 (75,9-85,3)	78,0	78,4

**Tabel A2.2.10. Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer, aldersopdelt**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2018 (95% CI)	Andel 2017	Andel 2016
Total	237 / 269	88,1 (83,6-91,7)	89,0	86,6
18-39 år	12 / 13	92,3 (64,0-99,8)	90,6	71,4
40-49 år	37 / 40	92,5 (79,6-98,4)	94,2	93,3
50-59 år	66 / 77	85,7 (75,9-92,6)	87,8	91,7
60-69 år	61 / 71	85,9 (75,6-93,0)	85,7	88,5
70-75 år	53 / 60	88,3 (77,4-95,2)	90,0	80,7
76+ år	8 / 8	100,0 (63,1-100,0)	66,7	16,7

**Tabel A2.2.11. Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi, aldersopdelt**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	242 / 763	31,7 (28,4-35,2)	33,3	34,3
18-39 år	3 / 17	17,6 (3,8-43,4)	25,0	51,5
40-49 år	17 / 68	25,0 (15,3-37,0)	30,1	37,9
50-59 år	42 / 172	24,4 (18,2-31,5)	21,8	23,6
60-69 år	66 / 181	36,5 (29,5-43,9)	29,9	31,3
70-75 år	33 / 123	26,8 (19,2-35,6)	40,8	38,3
76+ år	81 / 202	40,1 (33,3-47,2)	44,0	43,4

**Tabel A2.2.12. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne), aldersopdelt, Danmark**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006- 2017 (95% CI)
Total	25.286 / 28.755	87,9 (87,6-88,3)
18-39 år	963 / 1.104	87,2 (85,1-89,1)
40-49 år	4.481 / 4.862	92,2 (91,4-92,9)
50-59 år	8.535 / 9.314	91,6 (91,1-92,2)
60-69 år	9.721 / 11.633	83,6 (82,9-84,2)
70-75 år	1.497 / 1.748	85,6 (83,9-87,3)
76+ år	89 / 94	94,7 (88,0-98,3)

**Tabel A2.2.12A. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne), aldersopdelt, Region Hovedstaden**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 2017 (95% CI)</i>
Total	7.835 / 8.816	88,9 (88,2-89,5)
18-39 år	343 / 385	89,1 (85,5-92,0)
40-49 år	1.453 / 1.583	91,8 (90,3-93,1)
50-59 år	2.497 / 2.758	90,5 (89,4-91,6)
60-69 år	2.979 / 3.458	86,1 (85,0-87,3)
70-75 år	528 / 595	88,7 (85,9-91,2)
76+ år	35 / 37	94,6 (81,8-99,3)

**Tabel A2.2.12B. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne), aldersopdelt, Region Sjælland**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 2017 (95% CI)</i>
Total	3.973 / 4.470	88,9 (87,9-89,8)
18-39 år	118 / 138	85,5 (78,5-90,9)
40-49 år	645 / 709	91,0 (88,6-93,0)
50-59 år	1.319 / 1.425	92,6 (91,1-93,9)
60-69 år	1.656 / 1.901	87,1 (85,5-88,6)
70-75 år	226 / 286	79,0 (73,8-83,6)
76+ år	9 / 11	81,8 (48,2-97,7)

**Tabel A2.2.12C. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne), aldersopdelt, Region Syddanmark**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006-2017 (95% CI)</i>
Total	6.280 / 6.776	92,7 (92,0-93,3)
18-39 år	225 / 252	89,3 (84,8-92,8)
40-49 år	1.098 / 1.160	94,7 (93,2-95,9)
50-59 år	2.158 / 2.274	94,9 (93,9-95,8)
60-69 år	2.452 / 2.703	90,7 (89,6-91,8)
70-75 år	334 / 374	89,3 (85,7-92,2)
76+ år	13 / 13	100,0 (75,3-100,0)

**Tabel A2.2.12D. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne), aldersopdelt, Region Midtjylland**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2017 (95% CI)
Total	4.789 / 5.851	81,8 (80,8-82,8)
18-39 år	181 / 217	83,4 (77,8-88,1)
40-49 år	850 / 936	90,8 (88,8-92,6)
50-59 år	1.721 / 1.908	90,2 (88,8-91,5)
60-69 år	1.755 / 2.428	72,3 (70,5-74,1)
70-75 år	259 / 339	76,4 (71,5-80,8)
76+ år	23 / 23	100,0 (85,2-100,0)

**Tabel A2.2.12E. Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne), aldersopdelt, Region Nordjylland**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006- 2017 (95% CI)
Total	2.402 / 2.830	84,9 (83,5-86,2)
18-39 år	96 / 111	86,5 (78,7-92,2)
40-49 år	432 / 469	92,1 (89,3-94,4)
50-59 år	837 / 944	88,7 (86,5-90,6)
60-69 år	878 / 1.142	76,9 (74,3-79,3)
70-75 år	150 / 154	97,4 (93,5-99,3)
76+ år	9 / 10	90,0 (55,5-99,7)

**Tabel A2.2.13. Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT**

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	429 / 790	54,3 (50,8-57,8)	51,1	41,0
18-39 år	60 / 74	81,1 (70,3-89,3)	84,9	63,8
40-49 år	128 / 172	74,4 (67,2-80,8)	72,9	55,6
50-59 år	112 / 212	52,8 (45,9-59,7)	50,9	43,4
60-69 år	63 / 135	46,7 (38,0-55,4)	49,3	32,2
70-75 år	42 / 95	44,2 (34,0-54,8)	29,5	37,8
76+ år	24 / 102	23,5 (15,7-33,0)	22,7	13,3

**Tabel A2.2.14. Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2019 (95% CI)</i>	<i>Andel 2018</i>	<i>Andel 2017</i>
Total	210 / 344	61,0 (55,7-66,2)	66,8	57,5
18-39 år	19 / 39	48,7 (32,4-65,2)	52,8	25,0
40-49 år	67 / 104	64,4 (54,4-73,6)	67,0	59,3
50-59 år	63 / 101	62,4 (52,2-71,8)	73,5	58,6
60-69 år	38 / 51	74,5 (60,4-85,7)	65,7	73,3
70-75 år	16 / 33	48,5 (30,8-66,5)	73,1	65,5
76+ år	7 / 16	43,8 (19,8-70,1)	65,5	66,7

**Tabel A2.2.15. Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter  $\geq 50$  år med udtalt ( $\geq 10\%$ ) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation**

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2019 (95% CI)</i>	<i>Andel 2018</i>
Total	254 / 310	81,9 (77,2-86,1)	85,5
50-59 år	134 / 160	83,8 (77,1-89,1)	86,1
60-69 år	94 / 112	83,9 (75,8-90,2)	85,0
70-75 år	20 / 24	83,3 (62,6-95,3)	82,9
76+ år	6 / 14	42,9 (17,7-71,1)	90,0

### A2.3. Øvrige aldersopdelte analyser

**Tabel A2.3. Aldersfordelingen i forhold til human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) status for aktuelle opgørelsesperiode**

Aldersgruppe	Negativ		Positiv		Uoplyst		Alle	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.656	100,0	440	100,0	5	100,0	4.101	100,0
18-39 år	146	4,0	42	9,5	.	.	188	4,6
40-49 år	407	11,1	76	17,3	.	.	483	11,8
50-59 år	836	22,9	121	27,5	.	.	957	23,3
60-69 år	1.079	29,5	92	20,9	#	40,0	1.173	28,6
70-75 år	520	14,2	50	11,4	#	20,0	571	13,9
76+ år	668	18,3	59	13,4	#	40,0	729	17,8

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.



### Appendiks 3. Prognostiske parametre

I det følgende præsenteres supplerende fremgår en række supplerende deskriptive resultater for patienter med operabel primær brystkræft samt tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at kunne bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. I opgørelserne indgår således patienter ( $\geq 18$  år) med operabel primær invasiv brystkræft og kendt risikoallokering. I aktuelle opgørelsesperiode opfyldte i alt 4.101 patienter disse inklusionskriterier (Population 2), og årsager til eksklusion ses i flowchart i afsnit 3. Fordelingerne præsenteres for prognostiske parametre ved diagnostidspunkt og operation opgjort pr. år.

**Tabel A3.1. Diagnose med ved excisionsbiopsi, opgjort pr. år**

Diagnose ved excisionsbiopsi	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
Uoplyst	275	7,0	396	10,0	337	8,2	360	8,8	1.368	8,5
Nej	3.382	86,3	3.299	83,5	3.569	86,6	3.451	84,2	13.701	85,2
Ja	260	6,6	256	6,5	213	5,2	290	7,1	1.019	6,3

**Tabel A3.2. Operationstype, opgjort pr. år**

Operationstype	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
Mastektomi	1.048	26,8	964	24,4	968	23,5	995	24,3	3.975	24,7
Lumpektomi	2.501	63,8	2.482	62,8	2.444	59,3	2.395	58,4	9.822	61,1
Biopsi	29	0,7	42	1,1	70	1,7	156	3,8	297	1,8
Mastektomi efter neoadjuverende	191	4,9	233	5,9	253	6,1	249	6,1	926	5,8
Lumpektomi efter neoadjuverende	148	3,8	230	5,8	384	9,3	306	7,5	1.068	6,6

**Tabel A3.2.1. Mastektomi og anvendelse af sentinel node teknik, opgjort pr. år**

Mastektomi: Sentinel node teknik	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	1.048	100,0	964	100,0	968	100,0	995	100,0	3.975	100,0
Nej	216	20,6	195	20,2	197	20,4	182	18,3	790	19,9
Ja	832	79,4	769	79,8	771	79,6	813	81,7	3.185	80,1

**Tabel A3.2.2. Lumpektomi og anvendelse af sentinel node teknik, opgjort pr. år**

Lumpektomi: Sentinel node teknik	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	2.501	100,0	2.482	100,0	2.444	100,0	2.395	100,0	9.822	100,0
Nej	176	7,0	179	7,2	156	6,4	143	6,0	654	6,7
Ja	2.325	93,0	2.303	92,8	2.288	93,6	2.252	94,0	9.168	93,3

**Tabel A3.2.3. Biopsi og anvendelse af sentinel node teknik, opgjort pr. år**

Biopsi: Sentinel node teknik	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	29	100,0	42	100,0	70	100,0	156	100,0	297	100,0
Nej	18	62,1	31	73,8	66	94,3	146	93,6	261	87,9
Ja	11	37,9	11	26,2	4	5,7	10	6,4	36	12,1

**Tabel A3.2.4. Mastektomi efter neo-adjuverende behandling og anvendelse af sentinel node teknik, opgjort pr. år**

Mastektomi efter neoadjuverende: Sentinel node teknik	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	191	100,0	233	100,0	253	100,0	249	100,0	926	100,0
Nej	124	64,9	209	89,7	226	89,3	238	95,6	797	86,1
Ja	67	35,1	24	10,3	27	10,7	11	4,4	129	13,9

**Tabel A3.2.5. Lumpektomi efter neo-adjuverende behandling og anvendelse af sentinel node teknik, opgjort pr. år**

Lumpektomi efter neoadjuverende: Sentinel node teknik	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	148	100,0	230	100,0	384	100,0	306	100,0	1.068	100,0
Nej	90	60,8	217	94,3	366	95,3	303	99,0	976	91,4
Ja	58	39,2	13	5,7	18	4,7	3	1,0	92	8,6

**Tabel A3.3. Årsag til aksilrømning i samme seance som sentinel node teknik, opgjort pr. år**

Årsag	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	512	100,0	467	100,0	332	100,0	282	100,0	1.593	100,0
Valideringsfase	.	.	#	0,4	#	0,6	#	0,4	5	0,3
SN frys svar	454	88,7	396	84,8	272	81,9	203	72,0	1.325	83,2
Mistanke om metastase	17	3,3	18	3,9	16	4,8	20	7,1	71	4,5
SN ikke fundet	41	8,0	51	10,9	42	12,7	58	20,6	192	12,1

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A3.4. Histologisk diagnosetype, opgjort pr. år**

Histologisk type	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
Duktal	3.108	79,3	3.136	79,4	3.248	78,9	3.210	78,3	12.702	79,0
Lobulær	480	12,3	464	11,7	495	12,0	494	12,0	1.933	12,0
Mucinøs	81	2,1	81	2,1	83	2,0	80	2,0	325	2,0
Medullær	4	0,1	#	0,0	#	0,0	4	0,1	11	0,1
Papillær	35	0,9	30	0,8	48	1,2	46	1,1	159	1,0
Tubulær	43	1,1	49	1,2	50	1,2	62	1,5	204	1,3
Andre invasive	166	4,2	190	4,8	193	4,7	205	5,0	754	4,7

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A3.5.1. Antal fjernede lymfeknuder (adjuverende), opgjort pr. år**

Antal lymfeknuder	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0	#	0,1	#	0,1	#	0,0	#	0,0	6	0,0
1-4	2.375	60,6	2.389	60,5	2.433	59,1	2.535	61,8	9.732	60,5
5-9	212	5,4	194	4,9	228	5,5	212	5,2	846	5,3
>= 10	917	23,4	826	20,9	706	17,1	599	14,6	3.048	18,9
Uoplyst	43	1,1	35	0,9	44	1,1	43	1,0	165	1,0
Biopsi/ neoadjuverende	368	9,4	505	12,8	707	17,2	711	17,3	2.291	14,2

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A3.5.2. Antal fjernede positive lymfeknuder (adjuverende), opgjort pr. år**

Antal positive lymfeknuder	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0	2.312	59,0	2.261	57,2	2.284	55,5	2.303	56,2	9.160	56,9
1-3	885	22,6	875	22,1	837	20,3	825	20,1	3.422	21,3
>= 4	307	7,8	273	6,9	246	6,0	218	5,3	1.044	6,5
Uoplyst	45	1,1	37	0,9	45	1,1	44	1,1	171	1,1
Biopsi/ neoadjuverende	368	9,4	505	12,8	707	17,2	711	17,3	2.291	14,2

**Tabel A3.5.3. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser (adjuverende), opgjort pr. år**

Antal lymfeknuder med makrometastaser	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0	2.554	65,2	2.531	64,1	2.540	61,7	2.585	63,0	10.210	63,5
1-3	682	17,4	641	16,2	620	15,1	566	13,8	2.509	15,6
>= 4	268	6,8	237	6,0	207	5,0	195	4,8	907	5,6
Uoplyst	45	1,1	37	0,9	45	1,1	44	1,1	171	1,1
Biopsi/ neoadjuverende	368	9,4	505	12,8	707	17,2	711	17,3	2.291	14,2

**Tabel A3.6.1. Antal fjernede lymfeknuder (neo-adjuverende), opgjort pr. år**

Antal lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
1-4	78	2,0	229	5,8	314	7,6	270	6,6	891	5,5
5-9	23	0,6	33	0,8	54	1,3	44	1,1	154	1,0
>= 10	173	4,4	186	4,7	246	6,0	193	4,7	798	5,0
Uoplyst	65	1,7	15	0,4	23	0,6	48	1,2	151	0,9
Adjuverende	3.578	91,3	3.488	88,3	3.482	84,5	3.546	86,5	14.094	87,6

**Tabel A3.6.2. Antal fjernede positive lymfeknuder (neo-adjuverende), opgjort pr. år**

Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0	155	4,0	288	7,3	416	10,1	337	8,2	1.196	7,4
1-4	82	2,1	122	3,1	153	3,7	131	3,2	488	3,0
5-9	20	0,5	27	0,7	30	0,7	24	0,6	101	0,6
>= 10	16	0,4	11	0,3	15	0,4	15	0,4	57	0,4
Uoplyst	66	1,7	15	0,4	23	0,6	48	1,2	152	0,9
Adjuverende	3.578	91,3	3.488	88,3	3.482	84,5	3.546	86,5	14.094	87,6

**Tabel A3.7.1. Tumorstørrelse mikroskopisk og angivet som største diameter i mm (adjuverende), opgjort pr. år**

Tumorstørrelse mikroskopisk	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0-10 mm	850	21,7	870	22,0	870	21,1	893	21,8	3.483	21,6
11-20 mm	1.618	41,3	1.554	39,3	1.540	37,4	1.568	38,2	6.280	39,0
21-50 mm	983	25,1	944	23,9	897	21,8	835	20,4	3.659	22,7
51+ mm	90	2,3	69	1,7	93	2,3	84	2,0	336	2,1
Uoplyst	8	0,2	9	0,2	12	0,3	10	0,2	39	0,2
Biopsi/ neoadjuverende	368	9,4	505	12,8	707	17,2	711	17,3	2.291	14,2

**Tabel A3.7.2. Tumorstørrelse ved ultralyd og angivet som største diameter i mm (neo-adjuverende), opgjort pr. år**

Tumorstørrelse ultralyd	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	339	100,0	463	100,0	637	100,0	555	100,0	1.994	100,0
0-10 mm	6	1,8	14	3,0	19	3,0	18	3,2	57	2,9
11-20 mm	36	10,6	48	10,4	115	18,1	102	18,4	301	15,1
21-50 mm	216	63,7	315	68,0	407	63,9	354	63,8	1.292	64,8
51+ mm	60	17,7	69	14,9	76	11,9	64	11,5	269	13,5
Uoplyst	21	6,2	17	3,7	20	3,1	17	3,1	75	3,8

**Tabel A3.8.1. Malignitetsgrad for ductale tumorer, opgjort pr. år**

Tumor gradering - ductale	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.107	100,0	3.136	100,0	3.248	100,0	3.210	100,0	12.701	100,0
Uoplyst	20	0,6	26	0,8	33	1,0	17	0,5	96	0,8
Uegnet	35	1,1	10	0,3	14	0,4	18	0,6	77	0,6
I	790	25,4	785	25,0	782	24,1	828	25,8	3.185	25,1
II	1.432	46,1	1.517	48,4	1.591	49,0	1.659	51,7	6.199	48,8
III	830	26,7	798	25,4	828	25,5	688	21,4	3.144	24,8

**Tabel A3.8.2. Malignitetsgrad for lobulære tumorer, opgjort pr. år**

Tumor gradering - lobulære	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	480	100,0	464	100,0	495	100,0	494	100,0	1.933	100,0
Uoplyst	6	1,3	#	0,4	#	0,4	#	0,2	11	0,6
Uegnet	#	0,2	4	0,9	#	0,2	#	0,2	7	0,4
I	125	26,0	108	23,3	115	23,2	134	27,1	482	24,9
II	311	64,8	315	67,9	340	68,7	328	66,4	1.294	66,9
III	37	7,7	35	7,5	37	7,5	30	6,1	139	7,2

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A3.9. Østrogenreceptor, andel positiv farvning ved immun-histokemisk farvning (IHC), opgjort pr. år**

	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0%	500	12,8	502	12,7	560	13,6	524	12,8	2.086	13,0
1-9%	93	2,4	82	2,1	87	2,1	79	1,9	341	2,1
10-100%	3.320	84,8	3.364	85,1	3.471	84,3	3.494	85,2	13.649	84,8
Uoplyst	4	0,1	3	0,1	#	0,0	4	0,1	12	0,1

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A3.10.1. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) status, opgjort pr. år**

HER2 status	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
Negativ	3.386	86,4	3.365	85,2	3.501	85,0	3.656	89,1	13.908	86,4
Positiv	522	13,3	581	14,7	605	14,7	440	10,7	2.148	13,4
Uoplyst	9	0,2	5	0,1	13	0,3	5	0,1	32	0,2

**Tabel A3.10.2. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) score, opgjort pr. år**

HER2 score	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0	1.086	27,7	1.136	28,8	1.187	28,8	1.115	27,2	4.524	28,1
1+	1.729	44,1	1.620	41,0	1.657	40,2	1.813	44,2	6.819	42,4
2+	657	16,8	707	17,9	759	18,4	696	17,0	2.819	17,5
3+	416	10,6	435	11,0	455	11,0	433	10,6	1.739	10,8
Uoplyst	29	0,7	53	1,3	61	1,5	44	1,1	187	1,2

**Tabel A3.10.3. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) score opdelt efter fluorescence in situ hybridization (FISH) ratio, opgjort pr. år**

HER2-score og FISH-ratio	2016		2017		2018		2019		Alle år		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Total											
	0.00-1.99	582	14,9	628	15,9	686	16,7	604	14,7	2.500	15,5
	2.00+	113	2,9	163	4,1	160	3,9	151	3,7	587	3,6
	Ubestemt	3.222	82,3	3.160	80,0	3.273	79,5	3.346	81,6	13.001	80,8
0	0.00-1.99	#	0,0	4	0,1	5	0,1	5	0,1	15	0,1
	2.00+	.	.	#	0,0	.	.	.	.	#	0,0
	Ubestemt	1.085	27,7	1.131	28,6	1.182	28,7	1.110	27,1	4.508	28,0
1+	0.00-1.99	9	0,2	12	0,3	23	0,6	8	0,2	52	0,3
	Ubestemt	1.720	43,9	1.608	40,7	1.634	39,7	1.805	44,0	6.767	42,1
2+	0.00-1.99	555	14,2	572	14,5	614	14,9	557	13,6	2.298	14,3
	2.00+	101	2,6	134	3,4	139	3,4	138	3,4	512	3,2
	Ubestemt	#	0,0	#	0,0	6	0,1	#	0,0	9	0,1
3+	0.00-1.99	.	.	#	0,1	#	0,0	#	0,0	5	0,0
	2.00+	7	0,2	17	0,4	10	0,2	6	0,1	40	0,2
	Ubestemt	409	10,4	416	10,5	444	10,8	425	10,4	1.694	10,5
Uoplyst	0.00-1.99	17	0,4	38	1,0	43	1,0	32	0,8	130	0,8
	2.00+	5	0,1	11	0,3	11	0,3	7	0,2	34	0,2
	Ubestemt	7	0,2	4	0,1	7	0,2	5	0,1	23	0,1

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A3.11. Risikogruppe opdelt efter prognostiske variable, opgjort pr. år**

Risikogruppe	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
Ej protokol	127	3,2	141	3,6	141	3,4	115	2,8	524	3,3
A lavrisiko	246	6,3	264	6,7	234	5,7	267	6,5	1.011	6,3
B, ER+: KT,ET	1.723	44,0	1.656	41,9	1.633	39,6	1.539	37,5	6.551	40,7
C, ER+: ET	1.333	34,0	1.410	35,7	1.560	37,9	1.640	40,0	5.943	36,9
D, ER-: KT	488	12,5	480	12,1	551	13,4	540	13,2	2.059	12,8

**Tabel A3.12. Tumorstørrelse (mikroskopisk, adjuverende) opdelt efter fund ved screening blandt 50-69-årige, opgjort pr. år**

Årstal og fundet ved screening	Tumordiameter										
	0-10 mm		≥ 11 mm		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Alle		
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Total	Nej	489	19,2	2.154	41,8	66	67,3	554	66,9	3.263	37,9
	Ja	2.026	79,6	2.914	56,6	30	30,6	247	29,8	5.217	60,5
	Uoplyst	29	1,1	79	1,5	#	2,0	27	3,3	137	1,6
2016	Nej	124	4,9	586	11,4	8	8,2	93	11,2	811	9,4
	Ja	490	19,3	736	14,3	4	4,1	31	3,7	1.261	14,6
	Uoplyst	7	0,3	21	0,4	.	.	#	0,2	30	0,3
2017	Nej	127	5,0	552	10,7	9	9,2	124	15,0	812	9,4
	Ja	503	19,8	744	14,5	3	3,1	54	6,5	1.304	15,1
	Uoplyst	8	0,3	24	0,5	#	1,0	12	1,4	45	0,5
2018	Nej	118	4,6	530	10,3	17	17,3	189	22,8	854	9,9
	Ja	523	20,6	731	14,2	4	4,1	79	9,5	1.337	15,5
	Uoplyst	4	0,2	21	0,4	.	.	8	1,0	33	0,4
2019	Nej	120	4,7	486	9,4	32	32,7	148	17,9	786	9,1
	Ja	510	20,0	703	13,7	19	19,4	83	10,0	1.315	15,3
	Uoplyst	10	0,4	13	0,3	#	1,0	5	0,6	29	0,3

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.



## Appendiks 4. Prognostiske parametre, opgjort pr. afdeling

I dette appendiks præsenteres de prognostiske parametre som indgår i appendiks 3 blot opgjort pr. afdeling og for aktuelle opgørelsesperiode. Bemærk at der i tabeloverskriften står angivet, om resultaterne er opgjort for kirurgiske eller patologiske afdelinger. Det gælder ligeledes her, at det er resultater for patienter med operabel primær brystkræft samt tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at kunne bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. I opgørelserne indgår således patienter ( $\geq 18$  år) med operabel primær invasiv brystkræft og kendt risikoallokering.

**Tabel A4.1. Diagnose ved excisionsbiopsi, opgjort pr. kirurgisk afdeling**

Diagnose ved excisionsbiopsi	Uoplyst		Nej		Ja		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	360	8,8	3.451	84,2	290	7,1	4.101	100,0
Herlev	109	15,7	548	79,1	36	5,2	693	100,0
Rigshospitalet	55	9,0	517	84,8	38	6,2	610	100,0
Ringsted	55	7,9	527	76,0	111	16,0	693	100,0
Aabenraa	6	2,5	222	93,7	9	3,8	237	100,0
Esbjerg	14	7,9	161	90,4	3	1,7	178	100,0
Odense	7	2,7	237	91,2	16	6,2	260	100,0
Vejle	9	3,0	270	88,8	25	8,2	304	100,0
Aarhus	57	16,1	287	81,1	10	2,8	354	100,0
Randers	#	8,3	11	91,7	.	.	12	100,0
Viborg	29	6,9	385	91,0	9	2,1	423	100,0
Aalborg	16	5,0	274	85,1	32	9,9	322	100,0
Hjørring	#	13,3	12	80,0	#	6,7	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.2. Operationstype, opgjort pr. kirurgisk afdeling**

Operationstype	Mastektomi		Lumpektomi		Biopsi		Mastektomi efter neoadjuverende		Lumpektomi efter neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Alle afdelinger</i>	995	24,3	2.395	58,4	156	3,8	249	6,1	306	7,5	4.101	100,0
Herlev	164	23,7	479	69,1	8	1,2	21	3,0	21	3,0	693	100,0
Rigshospitalet	141	23,1	339	55,6	32	5,2	48	7,9	50	8,2	610	100,0
Ringsted	119	17,2	415	59,9	39	5,6	64	9,2	56	8,1	693	100,0
Aabenraa	55	23,2	162	68,4	6	2,5	10	4,2	4	1,7	237	100,0
Esbjerg	39	21,9	75	42,1	15	8,4	15	8,4	34	19,1	178	100,0
Odense	102	39,2	120	46,2	9	3,5	15	5,8	14	5,4	260	100,0
Vejle	57	18,8	161	53,0	17	5,6	27	8,9	42	13,8	304	100,0
Aarhus	94	26,6	206	58,2	8	2,3	12	3,4	34	9,6	354	100,0
Randers	5	41,7	7	58,3	.	.	.	.	.	.	12	100,0
Viborg	104	24,6	239	56,5	19	4,5	17	4,0	44	10,4	423	100,0
Aalborg	114	35,4	181	56,2	3	0,9	17	5,3	7	2,2	322	100,0
Hjørring	#	6,7	11	73,3	.	.	3	20,0	.	.	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.3. Histologisk type, opgjort pr. patologisk afdeling**

Histologisk type	Duktal		Lobulær		Mucinøs		Medullær		Papillær		Tubulær		Andre invasive		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>Alle afdelinger</i>	3.210	78,3	494	12,0	80	2,0	4	0,1	46	1,1	62	1,5	205	5,0	4.101	100,0
Herlev	508	74,7	93	13,7	15	2,2	.	.	3	0,4	24	3,5	37	5,4	680	100,0
Rigshospitalet	496	80,4	72	11,7	14	2,3	.	.	7	1,1	3	0,5	25	4,1	617	100,0
Slagelse	570	82,0	76	10,9	14	2,0	#	0,1	14	2,0	13	1,9	7	1,0	695	100,0
Esbjerg	153	80,1	23	12,0	6	3,1	.	.	4	2,1	#	1,0	3	1,6	191	100,0
Odense	195	64,8	29	9,6	6	2,0	.	.	6	2,0	13	4,3	52	17,3	301	100,0
Sønderborg	167	82,3	23	11,3	4	2,0	.	.	#	1,0	#	0,5	6	3,0	203	100,0
Vejle	232	81,7	29	10,2	7	2,5	.	.	#	0,4	3	1,1	12	4,2	284	100,0
Aarhus	250	72,5	43	12,5	7	2,0	.	.	7	2,0	.	.	38	11,0	345	100,0
Randers	15	93,8	#	6,3	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16	100,0
Viborg	347	81,1	50	11,7	5	1,2	#	0,2	#	0,5	3	0,7	20	4,7	428	100,0
Aalborg	265	81,3	53	16,3	#	0,6	#	0,3	.	.	.	.	5	1,5	326	100,0
Hjørring	12	80,0	#	13,3	.	.	#	6,7	.	.	.	.	.	.	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.4.1. Antal fjernede lymfeknuder (adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Antal lymfeknuder	0		1-4		5-9		≥ 10		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	# 0,0	2.535	61,8	212	5,2	599	14,6	43	1,0	711	17,3	4.101	100,0	
Herlev	# 0,1	462	67,9	48	7,1	105	15,4	14	2,1	50	7,4	680	100,0	
Rigshospitalet	.	374	60,6	19	3,1	84	13,6	11	1,8	129	20,9	617	100,0	
Slagelse	.	407	58,6	37	5,3	88	12,7	3	0,4	160	23,0	695	100,0	
Esbjerg	.	99	51,8	3	1,6	24	12,6	# 0,5	64	33,5	191	100,0		
Odense	.	167	55,5	16	5,3	63	20,9	4	1,3	51	16,9	301	100,0	
Sønderborg	.	133	65,5	10	4,9	39	19,2	3	1,5	18	8,9	203	100,0	
Vejle	.	176	62,0	5	1,8	28	9,9	# 0,4	74	26,1	284	100,0		
Aarhus	.	217	62,9	27	7,8	50	14,5	# 0,3	50	14,5	345	100,0		
Randers	.	7	43,8	# 12,5	6	37,5	.	.	# 6,3	16	100,0			
Viborg	.	269	62,9	19	4,4	55	12,9	# 0,5	83	19,4	428	100,0		
Aalborg	.	218	66,9	25	7,7	53	16,3	3	0,9	27	8,3	326	100,0	
Hjørring	.	6	40,0	# 6,7	4	26,7	.	.	4	26,7	15	100,0		

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.4.2. Antal positive lymfeknuder (adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Antal positive lymfeknuder	0		1-3		≥ 4		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	2.303	56,2	825	20,1	218	5,3	44	1,1	711	17,3	4.101	100,0
Herlev	438	64,4	137	20,1	40	5,9	15	2,2	50	7,4	680	100,0
Rigshospitalet	331	53,6	114	18,5	32	5,2	11	1,8	129	20,9	617	100,0
Slagelse	394	56,7	104	15,0	34	4,9	3	0,4	160	23,0	695	100,0
Esbjerg	88	46,1	29	15,2	9	4,7	# 0,5	64	33,5	191	100,0	
Odense	158	52,5	63	20,9	25	8,3	4	1,3	51	16,9	301	100,0
Sønderborg	119	58,6	52	25,6	11	5,4	3	1,5	18	8,9	203	100,0
Vejle	143	50,4	58	20,4	8	2,8	# 0,4	74	26,1	284	100,0	
Aarhus	200	58,0	78	22,6	16	4,6	# 0,3	50	14,5	345	100,0	
Randers	7	43,8	5	31,3	3	18,8	.	.	# 6,3	16	100,0	
Viborg	224	52,3	103	24,1	16	3,7	# 0,5	83	19,4	428	100,0	
Aalborg	194	59,5	79	24,2	23	7,1	3	0,9	27	8,3	326	100,0
Hjørring	7	46,7	3	20,0	# 6,7	.	.	4	26,7	15	100,0	

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.4.3. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser (adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Antal lymfeknuder med makrometastaser	0		1-3		≥ 4		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	2.585	63,0	566	13,8	195	4,8	44	1,1	711	17,3	4.101	100,0
Herlev	484	71,2	92	13,5	39	5,7	15	2,2	50	7,4	680	100,0
Rigshospitalet	366	59,3	81	13,1	30	4,9	11	1,8	129	20,9	617	100,0
Slagelse	439	63,2	66	9,5	27	3,9	3	0,4	160	23,0	695	100,0
Esbjerg	96	50,3	22	11,5	8	4,2	#	0,5	64	33,5	191	100,0
Odense	173	57,5	51	16,9	22	7,3	4	1,3	51	16,9	301	100,0
Sønderborg	135	66,5	38	18,7	9	4,4	3	1,5	18	8,9	203	100,0
Vejle	163	57,4	38	13,4	8	2,8	#	0,4	74	26,1	284	100,0
Aarhus	231	67,0	51	14,8	12	3,5	#	0,3	50	14,5	345	100,0
Randers	9	56,3	3	18,8	3	18,8	.	.	#	6,3	16	100,0
Viborg	264	61,7	65	15,2	14	3,3	#	0,5	83	19,4	428	100,0
Aalborg	218	66,9	56	17,2	22	6,7	3	0,9	27	8,3	326	100,0
Hjørring	7	46,7	3	20,0	#	6,7	.	.	4	26,7	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.5.1. Antal fjernede lymfeknuder (neo-adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Antal lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	1-4		5-9		≥ 10		Uoplyst		Adjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	270	6,6	44	1,1	193	4,7	48	1,2	3.546	86,5	4.101	100,0
Herlev	18	2,6	6	0,9	16	2,4	#	0,3	638	93,8	680	100,0
Rigshospitalet	44	7,1	#	0,2	38	6,2	14	2,3	520	84,3	617	100,0
Slagelse	57	8,2	15	2,2	37	5,3	12	1,7	574	82,6	695	100,0
Esbjerg	29	15,2	5	2,6	13	6,8	#	1,0	142	74,3	191	100,0
Odense	17	5,6	3	1,0	16	5,3	.	.	265	88,0	301	100,0
Sønderborg	6	3,0	#	1,0	5	2,5	.	.	190	93,6	203	100,0
Vejle	39	13,7	#	0,4	19	6,7	4	1,4	221	77,8	284	100,0
Aarhus	16	4,6	4	1,2	12	3,5	9	2,6	304	88,1	345	100,0
Randers	.	.	#	6,3	.	.	.	.	15	93,8	16	100,0
Viborg	28	6,5	4	0,9	29	6,8	3	0,7	364	85,0	428	100,0
Aalborg	16	4,9	#	0,6	6	1,8	.	.	302	92,6	326	100,0
Hjørring	.	.	.	.	#	13,3	#	13,3	11	73,3	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.5.2. Antal positive lymfeknuder (neo-adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	0		1-4		5-9		≥ 10		Uoplyst		Adjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	337	8,2	131	3,2	24	0,6	15	0,4	48	1,2	3.546	86,5	4.101	100,0
Herlev	31	4,6	6	0,9	#	0,1	#	0,3	#	0,3	638	93,8	680	100,0
Rigshospitalet	48	7,8	26	4,2	5	0,8	4	0,6	14	2,3	520	84,3	617	100,0
Slagelse	66	9,5	36	5,2	4	0,6	3	0,4	12	1,7	574	82,6	695	100,0
Esbjerg	33	17,3	12	6,3	#	1,0	.	.	#	1,0	142	74,3	191	100,0
Odense	27	9,0	7	2,3	#	0,3	#	0,3	.	.	265	88,0	301	100,0
Sønderborg	8	3,9	3	1,5	#	0,5	#	0,5	.	.	190	93,6	203	100,0
Vejle	42	14,8	14	4,9	#	0,7	#	0,4	4	1,4	221	77,8	284	100,0
Aarhus	25	7,2	6	1,7	#	0,3	.	.	9	2,6	304	88,1	345	100,0
Randers	#	6,3	.	.	.	.	.	.	.	.	15	93,8	16	100,0
Viborg	37	8,6	19	4,4	4	0,9	#	0,2	3	0,7	364	85,0	428	100,0
Aalborg	18	5,5	#	0,3	3	0,9	#	0,6	.	.	302	92,6	326	100,0
Hjørring	#	6,7	#	6,7	.	.	.	.	#	13,3	11	73,3	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.6.1. Tumorstørrelse mikroskopisk og angivet som største diameter i mm (adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Tumorstørrelse mikroskopisk	0-10 mm		11-20 mm		21-50 mm		51+ mm		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	893	21,8	1.568	38,2	835	20,4	84	2,0	10	0,2	711	17,3	4.101	100,0
Herlev	185	27,2	297	43,7	134	19,7	14	2,1	.	.	50	7,4	680	100,0
Rigshospitalet	129	20,9	217	35,2	121	19,6	18	2,9	3	0,5	129	20,9	617	100,0
Slagelse	154	22,2	250	36,0	120	17,3	9	1,3	#	0,3	160	23,0	695	100,0
Esbjerg	22	11,5	62	32,5	37	19,4	5	2,6	#	0,5	64	33,5	191	100,0
Odense	56	18,6	110	36,5	78	25,9	5	1,7	#	0,3	51	16,9	301	100,0
Sønderborg	47	23,2	91	44,8	38	18,7	8	3,9	#	0,5	18	8,9	203	100,0
Vejle	53	18,7	102	35,9	49	17,3	6	2,1	.	.	74	26,1	284	100,0
Aarhus	71	20,6	153	44,3	65	18,8	6	1,7	.	.	50	14,5	345	100,0
Randers	#	12,5	5	31,3	7	43,8	#	6,3	.	.	#	6,3	16	100,0
Viborg	96	22,4	145	33,9	98	22,9	5	1,2	#	0,2	83	19,4	428	100,0
Aalborg	76	23,3	133	40,8	83	25,5	6	1,8	#	0,3	27	8,3	326	100,0
Hjørring	#	13,3	3	20,0	5	33,3	#	6,7	.	.	4	26,7	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Table A4.6.2. Tumor størrelse ved ultralyd og angivet som største diameter i mm (neo-adjuverende), opgjort pr. patologisk afdeling**

Tumor størrelse ultralyd	0-10 mm		11-20 mm		21-50 mm		51+ mm		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	18	3,2	102	18,4	354	63,8	64	11,5	17	3,1	555	100,0
Herlev	#	4,8	3	7,1	28	66,7	7	16,7	#	4,8	42	100,0
Rigshospitalet	#	2,1	16	16,5	63	64,9	16	16,5	.	.	97	100,0
Slagelse	5	4,1	31	25,6	73	60,3	11	9,1	#	0,8	121	100,0
Esbjerg	#	4,1	8	16,3	28	57,1	7	14,3	4	8,2	49	100,0
Odense	.	.	5	13,9	28	77,8	#	5,6	#	2,8	36	100,0
Sønderborg	#	7,7	#	15,4	8	61,5	#	15,4	.	.	13	100,0
Vejle	3	4,8	29	46,0	28	44,4	#	1,6	#	3,2	63	100,0
Aarhus	#	2,4	3	7,3	33	80,5	3	7,3	#	2,4	41	100,0
Randers	.	.	.	.	#	100,0	.	.	.	.	#	100,0
Viborg	#	1,6	3	4,7	46	71,9	11	17,2	3	4,7	64	100,0
Aalborg	#	4,2	#	4,2	17	70,8	#	8,3	3	12,5	24	100,0
Hjørring	.	.	#	25,0	#	25,0	#	50,0	.	.	4	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Table A4.7.1. Malignitetsgrad for duktaletumorer, opgjort pr. patologisk afdeling**

Tumor gradering - duktale	Uoplyst		Uegnet		I		II		III		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	17	0,5	18	0,6	828	25,8	1.659	51,7	688	21,4	3.210	100,0
Herlev	#	0,4	.	.	194	38,2	223	43,9	89	17,5	508	100,0
Rigshospitalet	5	1,0	10	2,0	138	27,8	233	47,0	110	22,2	496	100,0
Slagelse	#	0,2	#	0,4	104	18,2	323	56,7	140	24,6	570	100,0
Esbjerg	.	.	.	.	39	25,5	90	58,8	24	15,7	153	100,0
Odense	3	1,5	.	.	65	33,3	87	44,6	40	20,5	195	100,0
Sønderborg	.	.	.	.	37	22,2	84	50,3	46	27,5	167	100,0
Vejle	.	.	.	.	67	28,9	104	44,8	61	26,3	232	100,0
Aarhus	6	2,4	3	1,2	50	20,0	144	57,6	47	18,8	250	100,0
Randers	.	.	.	.	3	20,0	10	66,7	#	13,3	15	100,0
Viborg	.	.	#	0,3	88	25,4	216	62,2	42	12,1	347	100,0
Aalborg	.	.	#	0,8	41	15,5	140	52,8	82	30,9	265	100,0
Hjørring	.	.	.	.	#	16,7	5	41,7	5	41,7	12	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.7.2. Malignitetsgrad for lobulære tumorer, opgjort pr. patologisk afdeling**

Tumor gradering - lobulære	Uoplyst		Uegnet		I		II		III		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	#	0,2	#	0,2	134	27,1	328	66,4	30	6,1	494	100,0
Herlev	.	.	.	.	39	41,9	50	53,8	4	4,3	93	100,0
Rigshospitalet	.	.	#	1,4	28	38,9	40	55,6	3	4,2	72	100,0
Slagelse	.	.	.	.	14	18,4	59	77,6	3	3,9	76	100,0
Esbjerg	.	.	.	.	10	43,5	11	47,8	#	8,7	23	100,0
Odense	.	.	.	.	10	34,5	17	58,6	#	6,9	29	100,0
Sønderborg	.	.	.	.	7	30,4	13	56,5	3	13,0	23	100,0
Vejle	#	3,4	.	.	7	24,1	17	58,6	4	13,8	29	100,0
Aarhus	.	.	.	.	#	2,3	40	93,0	#	4,7	43	100,0
Randers	.	.	.	.	.	.	#	100,0	.	.	#	100,0
Viborg	.	.	.	.	9	18,0	38	76,0	3	6,0	50	100,0
Aalborg	.	.	.	.	9	17,0	40	75,5	4	7,5	53	100,0
Hjørring	.	.	.	.	.	.	#	100,0	.	.	#	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.8. Østrogenreceptor, andel positiv farvning ved immun-histokemisk farvning (IHC), opgjort pr. patologisk afdeling**

	2016		2017		2018		2019		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.917	100,0	3.951	100,0	4.119	100,0	4.101	100,0	16.088	100,0
0%	500	12,8	502	12,7	560	13,6	524	12,8	2.086	13,0
1-9%	93	2,4	82	2,1	87	2,1	79	1,9	341	2,1
10-100%	3.320	84,8	3.364	85,1	3.471	84,3	3.494	85,2	13.649	84,8
Uoplyst	4	0,1	3	0,1	#	0,0	4	0,1	12	0,1

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.9.1. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) status, opgjort pr. patologisk afdeling**

HER2 status	Negativ		Positiv		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	3.656	89,1	440	10,7	5	0,1	4.101	100,0
Herlev	618	90,9	61	9,0	#	0,1	680	100,0
Rigshospitalet	538	87,2	79	12,8	.	.	617	100,0
Slagelse	611	87,9	83	11,9	#	0,1	695	100,0
Esbjerg	167	87,4	24	12,6	.	.	191	100,0
Odense	273	90,7	28	9,3	.	.	301	100,0
Sønderborg	183	90,1	20	9,9	.	.	203	100,0
Vejle	249	87,7	34	12,0	#	0,4	284	100,0
Aarhus	309	89,6	34	9,9	#	0,6	345	100,0
Randers	16	100,0	.	.	.	.	16	100,0
Viborg	387	90,4	41	9,6	.	.	428	100,0
Aalborg	292	89,6	34	10,4	.	.	326	100,0
Hjørring	13	86,7	#	13,3	.	.	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.9.2. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) score, opgjort pr. patologisk afdeling**

HER2 score	0		1+		2+		3+		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	1.115	27,2	1.813	44,2	696	17,0	433	10,6	44	1,1	4.101	100,0
Herlev	237	34,9	329	48,4	50	7,4	61	9,0	3	0,4	680	100,0
Rigshospitalet	147	23,8	273	44,2	117	19,0	79	12,8	#	0,2	617	100,0
Slagelse	254	36,5	244	35,1	114	16,4	83	11,9	.	.	695	100,0
Esbjerg	25	13,1	126	66,0	16	8,4	24	12,6	.	.	191	100,0
Odense	129	42,9	131	43,5	13	4,3	28	9,3	.	.	301	100,0
Sønderborg	71	35,0	87	42,9	24	11,8	20	9,9	#	0,5	203	100,0
Vejle	27	9,5	186	65,5	36	12,7	34	12,0	#	0,4	284	100,0
Aarhus	17	4,9	129	37,4	136	39,4	27	7,8	36	10,4	345	100,0
Randers	4	25,0	7	43,8	5	31,3	.	.	.	.	16	100,0
Viborg	67	15,7	157	36,7	161	37,6	41	9,6	#	0,5	428	100,0
Aalborg	132	40,5	139	42,6	21	6,4	34	10,4	.	.	326	100,0
Hjørring	5	33,3	5	33,3	3	20,0	#	13,3	.	.	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.



**Tabel A4.9.3. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) score opdelt efter fluorescense in situ hybridization (FISH) ratio, opgjort pr. patologisk afdeling**

HER2-score og FISH-ratio	0				1+				2+					
	0.00-1.99		Ubestemt		0.00-1.99		Ubestemt		0.00-1.99		2.00+		Ubestemt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	5	0,1	1.110	27,1	8	0,2	1.805	44,0	557	13,6	138	3,4	#	0,0
Herlev	.	.	237	34,9	#	0,1	328	48,2	38	5,6	12	1,8	.	.
Rigshospitalet	#	0,2	146	23,7	.	.	273	44,2	82	13,3	35	5,7	.	.
Slagelse	.	.	254	36,5	#	0,3	242	34,8	96	13,8	17	2,4	#	0,1
Esbjerg	.	.	25	13,1	.	.	126	66,0	15	7,9	#	0,5	.	.
Odense	.	.	129	42,9	.	.	131	43,5	8	2,7	5	1,7	.	.
Sønderborg	#	0,5	70	34,5	#	1,0	85	41,9	21	10,3	3	1,5	.	.
Vejle	.	.	27	9,5	.	.	186	65,5	25	8,8	11	3,9	.	.
Aarhus	#	0,6	15	4,3	#	0,6	127	36,8	124	35,9	12	3,5	.	.
Randers	.	.	4	25,0	.	.	7	43,8	3	18,8	#	12,5	.	.
Viborg	.	.	67	15,7	#	0,2	156	36,4	126	29,4	35	8,2	.	.
Aalborg	#	0,3	131	40,2	.	.	139	42,6	17	5,2	4	1,2	.	.
Hjørring	.	.	5	33,3	.	.	5	33,3	#	13,3	#	6,7	.	.

HER2-score og FISH-ratio	3+						Uoplyst						Total	
	0.00-1.99		2.00+		Ubestemt		0.00-1.99		2.00+		Ubestemt		Antal	%
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	#	0,0	6	0,1	425	10,4	32	0,8	7	0,2	5	0,1	4.101	100,0
Herlev	.	.	#	0,1	60	8,8	#	0,3	.	.	#	0,1	680	100,0
Rigshospitalet	#	0,2	#	0,2	77	12,5	#	0,2	.	.	.	.	617	100,0
Slagelse	#	0,1	#	0,1	81	11,7	.	.	.	.	.	.	695	100,0
Esbjerg	.	.	.	.	24	12,6	.	.	.	.	.	.	191	100,0
Odense	.	.	.	.	28	9,3	.	.	.	.	.	.	301	100,0
Sønderborg	.	.	.	.	20	9,9	#	0,5	.	.	.	.	203	100,0
Vejle	.	.	.	.	34	12,0	.	.	.	.	#	0,4	284	100,0
Aarhus	.	.	3	0,9	24	7,0	26	7,5	7	2,0	3	0,9	345	100,0
Randers	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	16	100,0
Viborg	.	.	.	.	41	9,6	#	0,5	.	.	.	.	428	100,0
Aalborg	.	.	.	.	34	10,4	.	.	.	.	.	.	326	100,0
Hjørring	.	.	.	.	#	13,3	.	.	.	.	.	.	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Tabel A4.10. Risikogruppe opdelt efter prognostiske variable, opgjort pr. kirurgisk afdeling**

Risikogruppe	Ej protokol		A lavrisiko		B, ER+: KT,ET		C, ER+: ET		D, ER-: KT		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	115	2,8	267	6,5	1.539	37,5	1.640	40,0	540	13,2	4.101	100,0
Herlev	22	3,2	66	9,5	221	31,9	309	44,6	75	10,8	693	100,0
Rigshospitalet	26	4,3	37	6,1	264	43,3	193	31,6	90	14,8	610	100,0
Ringsted	3	0,4	43	6,2	275	39,7	282	40,7	90	13,0	693	100,0
Aabenraa	3	1,3	15	6,3	86	36,3	109	46,0	24	10,1	237	100,0
Esbjerg	13	7,3	#	1,1	70	39,3	68	38,2	25	14,0	178	100,0
Odense	9	3,5	19	7,3	79	30,4	116	44,6	37	14,2	260	100,0
Vejle	15	4,9	12	3,9	113	37,2	117	38,5	47	15,5	304	100,0
Aarhus	8	2,3	27	7,6	124	35,0	145	41,0	50	14,1	354	100,0
Randers	.	.	.	.	5	41,7	7	58,3	.	.	12	100,0
Viborg	4	0,9	30	7,1	180	42,6	161	38,1	48	11,3	423	100,0
Aalborg	11	3,4	16	5,0	119	37,0	127	39,4	49	15,2	322	100,0
Hjørring	#	6,7	.	.	3	20,0	6	40,0	5	33,3	15	100,0

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

## Appendiks 5. Supplerende analyser til indikatorerne

I det følgende fremgår andre supplerende analyser for indikatorerne i nærværende årsrapport.

### A5.1. Supplerende analyse til indikator 6

**Tabel A5.1. Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi (BCS) inden for 5 år efter operation, opdelt efter operationsår**

<i>År for operation</i>	<i>Lokalt recidiv</i>		<i>Fjernrecidiv/ anden malign</i>		<i>Ingen hændelse</i>		<i>Død uden recidiv</i>		<i>Alle</i>
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	
Total	181	(1,5)	583	(4,9)	10.918	(91,2)	285	(2,4)	11.978
2013	30	(1,2)	187	(7,3)	2.244	(87,7)	87	(3,4)	2.558
2014	51	(2,0)	110	(4,3)	2.312	(90,9)	70	(2,8)	2.544
2015	39	(1,6)	127	(5,3)	2.172	(90,6)	59	(2,5)	2.397
2016	34	(1,6)	90	(4,2)	1.982	(92,2)	44	(2,0)	2.150
2017	27	(1,2)	69	(3,0)	2.208	(94,8)	25	(1,1)	2.329

## Appendiks 6. Indikatorstabeller for opgørelsesåret 2018

Idet årsrapport 2018 ikke udkom vises herunder indikatorstabeller for opgørelsesåret 2018.

Dog er det ikke teknisk muligt at genkøre de indikatorer hvor der er samlet nogle årgange, dvs. indikator 5a, 5b, 6 og 10, og herunder linkes derfor til indikatorstabellerne for 2019.

### Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017 Antal	2017 Andel (95% CI)	2016 Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.779 / 4.960	25 (1)	<b>96,4</b>	(95,8-96,9)	4.562 / 4.731	96,4 (95,9-96,9)	96,5 (95,9-97,0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.423 / 1.520	1 (0)	<b>93,6</b>	(92,3-94,8)	1.374 / 1.456	94,4 (93,1-95,5)	94,8 (93,5-95,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	791 / 793	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	764 / 766	99,7 (99,1-100,0)	100,0 (99,5-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.233 / 1.259	8 (1)	<b>97,9</b>	(97,0-98,6)	1.028 / 1.047	98,2 (97,2-98,9)	97,7 (96,6-98,5)
<b>Midtjylland</b>	Ja	894 / 919	2 (0)	<b>97,3</b>	(96,0-98,2)	971 / 1.001	97,0 (95,7-98,0)	97,0 (95,7-98,0)
<b>Nordjylland</b>	Ja	438 / 469	3 (1)	<b>93,4</b>	(90,7-95,5)	425 / 461	92,2 (89,4-94,5)	92,5 (89,7-94,7)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.423 / 1.520	1 (0)	<b>93,6</b>	(92,3-94,8)	1.374 / 1.456	94,4 (93,1-95,5)	94,8 (93,5-95,9)
Herlev	Ja	707 / 760	1 (0)	<b>93,0</b>	(91,0-94,7)	697 / 746	93,4 (91,4-95,1)	95,2 (93,5-96,6)
Rigshospitalet	Ja	716 / 760	0 (0)	<b>94,2</b>	(92,3-95,8)	677 / 710	95,4 (93,5-96,8)	94,3 (92,4-95,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	791 / 793	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	764 / 766	99,7 (99,1-100,0)	100,0 (99,5-100,0)
Slagelse	Ja	791 / 793	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	764 / 766	99,7 (99,1-100,0)	100,0 (99,5-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.233 / 1.259	8 (1)	<b>97,9</b>	(97,0-98,6)	1.028 / 1.047	98,2 (97,2-98,9)	97,7 (96,6-98,5)
Esbjerg	Ja	200 / 201	0 (0)	<b>99,5</b>	(97,3-100,0)	156 / 156	100,0 (97,7-100,0)	100,0 (98,3-100,0)
Odense	Ja	432 / 439	0 (0)	<b>98,4</b>	(96,7-99,4)	384 / 391	98,2 (96,3-99,3)	98,4 (96,6-99,4)
Sønderborg	Ja	270 / 270	8 (3)	<b>100,0</b>	(98,6-100,0)	194 / 194	100,0 (98,1-100,0)	100,0 (98,0-100,0)
Vejle	Ja	331 / 349	0 (0)	<b>94,8</b>	(92,0-96,9)	294 / 306	96,1 (93,3-98,0)	93,6 (90,1-96,1)
<b>Midtjylland</b>	Ja	894 / 919	2 (0)	<b>97,3</b>	(96,0-98,2)	971 / 1.001	97,0 (95,7-98,0)	97,0 (95,7-98,0)
Aarhus	Ja	354 / 367	1 (0)	<b>96,5</b>	(94,0-98,1)	365 / 377	96,8 (94,5-98,3)	95,1 (92,1-97,2)
Holstebro						18 / 23	78,3 (56,3-92,5)	58,8 (32,9-81,6)
Randers	Ja	192 / 201	0 (0)	<b>95,5</b>	(91,7-97,9)	213 / 225	94,7 (90,9-97,2)	97,8 (94,9-99,3)
Viborg	Ja	348 / 351	1 (0)	<b>99,1</b>	(97,5-99,8)	375 / 376	99,7 (98,5-100,0)	100,0 (99,0-100,0)
<b>Nordjylland</b>	Ja	438 / 469	3 (1)	<b>93,4</b>	(90,7-95,5)	425 / 461	92,2 (89,4-94,5)	92,5 (89,7-94,7)
Aalborg	Ja	266 / 287	2 (1)	<b>92,7</b>	(89,0-95,4)	235 / 256	91,8 (87,7-94,9)	92,7 (89,2-95,3)
Hjørring	Ja	172 / 182	1 (1)	<b>94,5</b>	(90,1-97,3)	190 / 205	92,7 (88,2-95,8)	92,1 (86,6-95,9)

### Indikator 1b: Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal	01.01.2018 - 31.12.2018		2017		2016
			(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	4.759 / 4.779	25 (1)	<b>99,6</b>	(99,4-99,7)	4.531 / 4.562	99,3 (99,0-99,5)	99,6 (99,3-99,7)	
<b>Hovedstaden</b>	1.421 / 1.423	1 (0)	<b>99,9</b>	(99,5-100,0)	1.368 / 1.374	99,6 (99,1-99,8)	99,6 (99,2-99,9)	
<b>Sjælland</b>	785 / 791	11 (1)	<b>99,2</b>	(98,4-99,7)	760 / 764	99,5 (98,7-99,9)	99,3 (98,4-99,8)	
<b>Syddanmark</b>	1.227 / 1.233	8 (1)	<b>99,5</b>	(98,9-99,8)	1.022 / 1.028	99,4 (98,7-99,8)	99,4 (98,8-99,8)	
<b>Midtjylland</b>	890 / 894	2 (0)	<b>99,6</b>	(98,9-99,9)	963 / 971	99,2 (98,4-99,6)	99,7 (99,0-99,9)	
<b>Nordjylland</b>	436 / 438	3 (1)	<b>99,5</b>	(98,4-99,9)	418 / 425	98,4 (96,6-99,3)	99,8 (98,7-100,0)	
<b>Hovedstaden</b>	1.421 / 1.423	1 (0)	<b>99,9</b>	(99,5-100,0)	1.368 / 1.374	99,6 (99,1-99,8)	99,6 (99,2-99,9)	
Herlev	706 / 707	1 (0)	<b>99,9</b>	(99,2-100,0)	695 / 697	99,7 (99,0-100,0)	99,7 (99,0-100,0)	
Rigshospitalet	715 / 716	0 (0)	<b>99,9</b>	(99,2-100,0)	673 / 677	99,4 (98,5-99,8)	99,6 (98,7-99,9)	
<b>Sjælland</b>	785 / 791	11 (1)	<b>99,2</b>	(98,4-99,7)	760 / 764	99,5 (98,7-99,9)	99,3 (98,4-99,8)	
Slagelse	785 / 791	11 (1)	<b>99,2</b>	(98,4-99,7)	760 / 764	99,5 (98,7-99,9)	99,3 (98,4-99,8)	
<b>Syddanmark</b>	1.227 / 1.233	8 (1)	<b>99,5</b>	(98,9-99,8)	1.022 / 1.028	99,4 (98,7-99,8)	99,4 (98,8-99,8)	
Esbjerg	199 / 200	0 (0)	<b>99,5</b>	(97,2-100,0)	153 / 156	98,1 (94,5-99,6)	98,1 (95,3-99,5)	
Odense	429 / 432	0 (0)	<b>99,3</b>	(98,0-99,9)	383 / 384	99,7 (98,6-100,0)	100,0 (99,0-100,0)	
Sønderborg	268 / 270	8 (3)	<b>99,3</b>	(97,3-99,9)	193 / 194	99,5 (97,2-100,0)	99,4 (96,9-100,0)	
Vejle	331 / 331	0 (0)	<b>100,0</b>	(98,9-100,0)	293 / 294	99,7 (98,1-100,0)	99,6 (98,0-100,0)	
<b>Midtjylland</b>	890 / 894	2 (0)	<b>99,6</b>	(98,9-99,9)	963 / 971	99,2 (98,4-99,6)	99,7 (99,0-99,9)	
Aarhus	352 / 354	1 (0)	<b>99,4</b>	(98,0-99,9)	362 / 365	99,2 (97,6-99,8)	99,7 (98,1-100,0)	
Holstebro					18 / 18	100,0 (81,5-100,0)	100,0 (69,2-100,0)	
Randers	191 / 192	0 (0)	<b>99,5</b>	(97,1-100,0)	211 / 213	99,1 (96,6-99,9)	99,5 (97,5-100,0)	
Viborg	347 / 348	1 (0)	<b>99,7</b>	(98,4-100,0)	372 / 375	99,2 (97,7-99,8)	99,7 (98,5-100,0)	
<b>Nordjylland</b>	436 / 438	3 (1)	<b>99,5</b>	(98,4-99,9)	418 / 425	98,4 (96,6-99,3)	99,8 (98,7-100,0)	
Aalborg	264 / 266	2 (1)	<b>99,2</b>	(97,3-99,9)	231 / 235	98,3 (95,7-99,5)	99,7 (98,1-100,0)	
Hjørring	172 / 172	1 (1)	<b>100,0</b>	(97,9-100,0)	187 / 190	98,4 (95,5-99,7)	100,0 (97,4-100,0)	

### Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%		antal	01.01.2018 - 31.12.2018		2017		2016
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.602 / 4.779	25 (1)	<b>96,3</b>	(95,7-96,8)	4.412 / 4.562	96,7 (96,2-97,2)	97,2 (96,7-97,7)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	1.328 / 1.426	1 (0)	<b>93,1</b>	(91,7-94,4)	1.305 / 1.377	94,8 (93,5-95,9)	96,2 (95,1-97,1)
<b>Sjælland</b>	Ja	784 / 789	11 (1)	<b>99,4</b>	(98,5-99,8)	755 / 762	99,1 (98,1-99,6)	98,9 (97,9-99,5)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.197 / 1.230	8 (1)	<b>97,3</b>	(96,3-98,1)	1.003 / 1.030	97,4 (96,2-98,3)	98,0 (96,9-98,7)
<b>Midtjylland</b>	Ja	864 / 898	2 (0)	<b>96,2</b>	(94,7-97,4)	941 / 969	97,1 (95,9-98,1)	96,6 (95,2-97,7)



	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2018 - 31.12.2018	2017		2016	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Nordjylland</b>	Ja	428 / 435	3 (1)	<b>98,4</b>	(96,7-99,4)	408 / 424	96,2 (93,9-97,8)	97,2 (95,2-98,5)
<b>Privathospitaler</b>	Ja	###	0 (0)	<b>100,0</b>	(2,5-100,0)			

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

### Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	antal	01.01.2018 - 31.12.2018	2017		2016	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.711 / 4.779	25 (1)	<b>98,6</b>	(98,2-98,9)	4.491 / 4.562	98,4 (98,0-98,8)	98,4 (98,0-98,7)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.392 / 1.423	1 (0)	<b>97,8</b>	(96,9-98,5)	1.343 / 1.374	97,7 (96,8-98,5)	98,2 (97,3-98,8)
<b>Sjælland</b>	Ja	788 / 791	11 (1)	<b>99,6</b>	(98,9-99,9)	761 / 764	99,6 (98,9-99,9)	99,3 (98,4-99,8)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.221 / 1.233	8 (1)	<b>99,0</b>	(98,3-99,5)	1.020 / 1.028	99,2 (98,5-99,7)	98,8 (97,9-99,3)
<b>Midtjylland</b>	Ja	876 / 894	2 (0)	<b>98,0</b>	(96,8-98,8)	957 / 971	98,6 (97,6-99,2)	97,8 (96,7-98,7)
<b>Nordjylland</b>	Ja	434 / 438	3 (1)	<b>99,1</b>	(97,7-99,8)	410 / 425	96,5 (94,2-98,0)	97,7 (95,8-98,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.392 / 1.423	1 (0)	<b>97,8</b>	(96,9-98,5)	1.343 / 1.374	97,7 (96,8-98,5)	98,2 (97,3-98,8)
Herlev	Ja	684 / 707	1 (0)	<b>96,7</b>	(95,2-97,9)	677 / 697	97,1 (95,6-98,2)	98,4 (97,2-99,2)
Rigshospitalet	Ja	708 / 716	0 (0)	<b>98,9</b>	(97,8-99,5)	666 / 677	98,4 (97,1-99,2)	97,9 (96,6-98,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	788 / 791	11 (1)	<b>99,6</b>	(98,9-99,9)	761 / 764	99,6 (98,9-99,9)	99,3 (98,4-99,8)
Slagelse	Ja	788 / 791	11 (1)	<b>99,6</b>	(98,9-99,9)	761 / 764	99,6 (98,9-99,9)	99,3 (98,4-99,8)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.221 / 1.233	8 (1)	<b>99,0</b>	(98,3-99,5)	1.020 / 1.028	99,2 (98,5-99,7)	98,8 (97,9-99,3)
Esbjerg	Ja	199 / 200	0 (0)	<b>99,5</b>	(97,2-100,0)	154 / 156	98,7 (95,4-99,8)	100,0 (98,3-100,0)
Odense	Ja	430 / 432	0 (0)	<b>99,5</b>	(98,3-99,9)	383 / 384	99,7 (98,6-100,0)	99,2 (97,7-99,8)
Sønderborg	Ja	263 / 270	8 (3)	<b>97,4</b>	(94,7-99,0)	191 / 194	98,5 (95,5-99,7)	95,0 (90,7-97,7)
Vejle	Ja	329 / 331	0 (0)	<b>99,4</b>	(97,8-99,9)	292 / 294	99,3 (97,6-99,9)	99,6 (98,0-100,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	876 / 894	2 (0)	<b>98,0</b>	(96,8-98,8)	957 / 971	98,6 (97,6-99,2)	97,8 (96,7-98,7)
Aarhus	Ja	344 / 354	1 (0)	<b>97,2</b>	(94,9-98,6)	357 / 365	97,8 (95,7-99,0)	97,9 (95,6-99,2)
Holstebro						18 / 18	100,0 (81,5-100,0)	100,0 (69,2-100,0)
Randers	Ja	186 / 192	0 (0)	<b>96,9</b>	(93,3-98,8)	209 / 213	98,1 (95,3-99,5)	95,5 (91,8-97,8)
Viborg	Ja	346 / 348	1 (0)	<b>99,4</b>	(97,9-99,9)	373 / 375	99,5 (98,1-99,9)	99,2 (97,6-99,8)
<b>Nordjylland</b>	Ja	434 / 438	3 (1)	<b>99,1</b>	(97,7-99,8)	410 / 425	96,5 (94,2-98,0)	97,7 (95,8-98,9)
Aalborg	Ja	264 / 266	2 (1)	<b>99,2</b>	(97,3-99,9)	226 / 235	96,2 (92,9-98,2)	99,0 (97,0-99,8)
Hjørring	Ja	170 / 172	1 (1)	<b>98,8</b>	(95,9-99,9)	184 / 190	96,8 (93,3-98,8)	95,0 (90,0-98,0)



**Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017		2016
	opfyldt					Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	4.667 / 4.779	25 (1)	<b>97,7</b>	(97,2-98,1)	4.482 / 4.562	98,2 (97,8-98,6)	98,9 (98,6-99,2)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.356 / 1.426	1 (0)	<b>95,1</b>	(93,8-96,2)	1.335 / 1.377	96,9 (95,9-97,8)	98,2 (97,4-98,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	787 / 789	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	759 / 762	99,6 (98,9-99,9)	99,9 (99,3-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.209 / 1.230	8 (1)	<b>98,3</b>	(97,4-98,9)	1.012 / 1.030	98,3 (97,3-99,0)	99,1 (98,4-99,6)
<b>Midtjylland</b>	Ja	882 / 898	2 (0)	<b>98,2</b>	(97,1-99,0)	954 / 969	98,5 (97,5-99,1)	98,8 (97,8-99,4)
<b>Nordjylland</b>	Ja	432 / 435	3 (1)	<b>99,3</b>	(98,0-99,9)	422 / 424	99,5 (98,3-99,9)	99,3 (98,0-99,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.356 / 1.426	1 (0)	<b>95,1</b>	(93,8-96,2)	1.335 / 1.377	96,9 (95,9-97,8)	98,2 (97,4-98,9)
Herlev	Ja	690 / 720	1 (0)	<b>95,8</b>	(94,1-97,2)	675 / 700	96,4 (94,8-97,7)	98,6 (97,5-99,3)
Rigshospitalet	Nej	666 / 706	0 (0)	<b>94,3</b>	(92,4-95,9)	660 / 677	97,5 (96,0-98,5)	97,8 (96,4-98,8)
<b>Sjælland</b>	Ja	787 / 789	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	759 / 762	99,6 (98,9-99,9)	99,9 (99,3-100,0)
Ringsted	Ja	787 / 789	11 (1)	<b>99,7</b>	(99,1-100,0)	759 / 762	99,6 (98,9-99,9)	99,9 (99,3-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.209 / 1.230	8 (1)	<b>98,3</b>	(97,4-98,9)	1.012 / 1.030	98,3 (97,3-99,0)	99,1 (98,4-99,6)
Aabenraa	Nej	269 / 286	8 (3)	<b>94,1</b>	(90,7-96,5)	186 / 201	92,5 (88,0-95,8)	96,7 (93,0-98,8)
Esbjerg	Ja	201 / 201	0 (0)	<b>100,0</b>	(98,2-100,0)	166 / 167	99,4 (96,7-100,0)	100,0 (98,3-100,0)
Odense	Ja	410 / 411	0 (0)	<b>99,8</b>	(98,7-100,0)	360 / 360	100,0 (99,0-100,0)	99,7 (98,5-100,0)
Vejle	Ja	329 / 332	0 (0)	<b>99,1</b>	(97,4-99,8)	300 / 302	99,3 (97,6-99,9)	99,3 (97,5-99,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	882 / 898	2 (0)	<b>98,2</b>	(97,1-99,0)	954 / 969	98,5 (97,5-99,1)	98,8 (97,8-99,4)
Aarhus	Ja	350 / 362	1 (0)	<b>96,7</b>	(94,3-98,3)	363 / 370	98,1 (96,1-99,2)	98,3 (96,2-99,5)
Randers	Ja	175 / 178	0 (0)	<b>98,3</b>	(95,2-99,7)	215 / 217	99,1 (96,7-99,9)	98,1 (95,3-99,5)
Viborg	Ja	357 / 358	1 (0)	<b>99,7</b>	(98,5-100,0)	376 / 382	98,4 (96,6-99,4)	99,5 (98,0-99,9)
<b>Nordjylland</b>	Ja	432 / 435	3 (1)	<b>99,3</b>	(98,0-99,9)	422 / 424	99,5 (98,3-99,9)	99,3 (98,0-99,9)
Aalborg	Ja	262 / 263	2 (1)	<b>99,6</b>	(97,9-100,0)	234 / 235	99,6 (97,7-100,0)	99,3 (97,5-99,9)
Hjørring	Ja	170 / 172	1 (1)	<b>98,8</b>	(95,9-99,9)	188 / 189	99,5 (97,1-100,0)	99,3 (96,1-100,0)
<b>Privathospitaler</b>								
Ophørt privathospital	Ja	###	0 (0)	<b>100,0</b>	(2,5-100,0)			

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2018 - 31.12.2018		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017	2016	
	opfyldt					Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Ja	830 / 868	12 (1)	<b>95,6</b>	(94,0-96,9)	912 / 952	95,8 (94,3-97,0)	95,7 (94,3-96,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	224 / 237	7 (3)	<b>94,5</b>	(90,8-97,0)	286 / 293	97,6 (95,1-99,0)	97,6 (95,3-98,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	149 / 160	1 (1)	<b>93,1</b>	(88,0-96,5)	124 / 133	93,2 (87,5-96,9)	90,6 (84,4-94,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	199 / 205	2 (1)	<b>97,1</b>	(93,7-98,9)	202 / 210	96,2 (92,6-98,3)	99,1 (96,8-99,9)
<b>Midtjylland</b>	Ja	157 / 161	2 (1)	<b>97,5</b>	(93,8-99,3)	199 / 207	96,1 (92,5-98,3)	96,8 (93,5-98,7)
<b>Nordjylland</b>	Ja	101 / 105	0 (0)	<b>96,2</b>	(90,5-99,0)	101 / 109	92,7 (86,0-96,8)	87,9 (80,1-93,4)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	224 / 237	7 (3)	<b>94,5</b>	(90,8-97,0)	286 / 293	97,6 (95,1-99,0)	97,6 (95,3-98,9)
Herlev, kirurgi	Ja	124 / 133	6 (4)	<b>93,2</b>	(87,5-96,9)	160 / 163	98,2 (94,7-99,6)	99,4 (96,7-100,0)
Rigshospitalet, kirurgi	Ja	100 / 104	1 (1)	<b>96,2</b>	(90,4-98,9)	126 / 130	96,9 (92,3-99,2)	95,7 (91,2-98,2)
<b>Sjælland</b>	Ja	149 / 160	1 (1)	<b>93,1</b>	(88,0-96,5)	124 / 133	93,2 (87,5-96,9)	90,6 (84,4-94,9)
Ringsted, kirurgi	Ja	149 / 160	1 (1)	<b>93,1</b>	(88,0-96,5)	124 / 133	93,2 (87,5-96,9)	90,6 (84,4-94,9)
<b>Syddanmark</b>	Ja	199 / 205	2 (1)	<b>97,1</b>	(93,7-98,9)	202 / 210	96,2 (92,6-98,3)	99,1 (96,8-99,9)
Aabenraa, kirurgi	Ja	44 / 45	2 (4)	<b>97,8</b>	(88,2-99,9)	40 / 44	90,9 (78,3-97,5)	98,1 (89,7-100,0)
Esbjerg, kirurgi	Ja	31 / 33	0 (0)	<b>93,9</b>	(79,8-99,3)	29 / 30	96,7 (82,8-99,9)	98,0 (89,1-99,9)
Odense, kirurgi	Ja	67 / 70	0 (0)	<b>95,7</b>	(88,0-99,1)	82 / 84	97,6 (91,7-99,7)	100,0 (94,4-100,0)
Vejle, kirurgi	Ja	57 / 57	0 (0)	<b>100,0</b>	(93,7-100,0)	51 / 52	98,1 (89,7-100,0)	100,0 (93,5-100,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	157 / 161	2 (1)	<b>97,5</b>	(93,8-99,3)	199 / 207	96,1 (92,5-98,3)	96,8 (93,5-98,7)
Aarhus, kirurgi	Ja	64 / 66	0 (0)	<b>97,0</b>	(89,5-99,6)	73 / 78	93,6 (85,7-97,9)	100,0 (95,6-100,0)
Randers, kirurgi	Ja	26 / 27	1 (4)	<b>96,3</b>	(81,0-99,9)	41 / 41	100,0 (91,4-100,0)	100,0 (91,8-100,0)
Viborg, kirurgi	Ja	67 / 68	1 (1)	<b>98,5</b>	(92,1-100,0)	85 / 88	96,6 (90,4-99,3)	92,4 (84,9-96,9)
<b>Nordjylland</b>	Ja	101 / 105	0 (0)	<b>96,2</b>	(90,5-99,0)	101 / 109	92,7 (86,0-96,8)	87,9 (80,1-93,4)
Aalborg, kirurgi	Ja	48 / 52	0 (0)	<b>92,3</b>	(81,5-97,9)	49 / 56	87,5 (75,9-94,8)	81,9 (71,1-90,0)
Hjørring, kirurgi	Ja	53 / 53	0 (0)	<b>100,0</b>	(93,3-100,0)	52 / 53	98,1 (89,9-100,0)	100,0 (90,0-100,0)

**Indikator 4reg: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2016	2015	
	opfyldt					Andel (95% CI)	Andel (95% CI)	
<b>Danmark</b>	Nej	2.697 / 3.092	454 (13)	<b>87,2</b>	(86,0-88,4)	2.362 / 2.825	83,6 (82,2-85,0)	87,6 (86,4-88,8)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	666 / 799	292 (27)	<b>83,4</b>	(80,6-85,9)	677 / 816	83,0 (80,2-85,5)	88,2 (85,9-90,3)
<b>Sjælland</b>	Nej	439 / 502	86 (15)	<b>87,5</b>	(84,2-90,2)	191 / 286	66,8 (61,0-72,2)	82,4 (78,5-85,9)





	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2016		2015
	opfyldt					Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Syddanmark</b>	Nej	650 / 739	32 (4)	<b>88,0</b>	(85,4-90,2)	677 / 759	89,2 (86,8-91,3)	89,8 (87,4-91,8)
<b>Midtjylland</b>	Nej	646 / 731	23 (3)	<b>88,4</b>	(85,8-90,6)	547 / 657	83,3 (80,2-86,0)	87,7 (84,9-90,1)
<b>Nordjylland</b>	Ja	296 / 321	21 (6)	<b>92,2</b>	(88,7-94,9)	270 / 307	87,9 (83,8-91,4)	88,2 (84,0-91,6)

**Indikator 4onk: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger**

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2016		2015
	opfyldt					Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	2.695 / 3.086	97 (3)	<b>87,3</b>	(86,1-88,5)	2.360 / 2.821	83,7 (82,2-85,0)	87,7 (86,4-88,8)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	664 / 795	36 (4)	<b>83,5</b>	(80,8-86,0)	675 / 814	82,9 (80,2-85,4)	88,2 (85,9-90,3)
<b>Sjælland</b>	Nej	439 / 501	20 (4)	<b>87,6</b>	(84,4-90,4)	191 / 286	66,8 (61,0-72,2)	82,4 (78,5-85,9)
<b>Syddanmark</b>	Nej	650 / 738	19 (3)	<b>88,1</b>	(85,5-90,3)	677 / 759	89,2 (86,8-91,3)	89,8 (87,4-91,8)
<b>Midtjylland</b>	Nej	646 / 731	8 (1)	<b>88,4</b>	(85,8-90,6)	547 / 655	83,5 (80,4-86,3)	87,7 (84,9-90,1)
<b>Nordjylland</b>	Ja	296 / 321	14 (4)	<b>92,2</b>	(88,7-94,9)	270 / 307	87,9 (83,8-91,4)	88,2 (84,0-91,6)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	664 / 795	36 (4)	<b>83,5</b>	(80,8-86,0)	675 / 814	82,9 (80,2-85,4)	88,2 (85,9-90,3)
Herlev, onkologi	Nej	185 / 232	9 (4)	<b>79,7</b>	(74,0-84,7)	207 / 246	84,1 (79,0-88,5)	87,9 (83,1-91,7)
Hillerød, onkologi	Nej	152 / 179	6 (3)	<b>84,9</b>	(78,8-89,8)	166 / 199	83,4 (77,5-88,3)	93,4 (89,3-96,2)
Rigshospitalet, onkologi	Nej	318 / 373	19 (5)	<b>85,3</b>	(81,2-88,7)	287 / 350	82,0 (77,6-85,9)	87,0 (83,1-90,3)
Rønne, onkologi	Nej	9 / 11	2 (15)	<b>81,8</b>	(48,2-97,7)	15 / 19	78,9 (54,4-93,9)	65,4 (44,3-82,8)
<b>Sjælland</b>	Nej	439 / 501	20 (4)	<b>87,6</b>	(84,4-90,4)	191 / 286	66,8 (61,0-72,2)	82,4 (78,5-85,9)
Næstved, onkologi	Nej	439 / 501	20 (4)	<b>87,6</b>	(84,4-90,4)	191 / 286	66,8 (61,0-72,2)	82,4 (78,5-85,9)
<b>Syddanmark</b>	Nej	650 / 738	19 (3)	<b>88,1</b>	(85,5-90,3)	677 / 759	89,2 (86,8-91,3)	89,8 (87,4-91,8)
Esbjerg, onkologi	Ja	110 / 116	4 (3)	<b>94,8</b>	(89,1-98,1)	134 / 146	91,8 (86,1-95,7)	95,8 (90,5-98,6)
Odense, onkologi	Nej	234 / 277	11 (4)	<b>84,5</b>	(79,7-88,5)	237 / 273	86,8 (82,2-90,6)	86,7 (82,1-90,5)
Sønderborg, onkologi	Nej	111 / 124	3 (2)	<b>89,5</b>	(82,7-94,3)	115 / 126	91,3 (84,9-95,6)	89,0 (82,8-93,6)
Vejle, onkologi	Nej	195 / 221	1 (0)	<b>88,2</b>	(83,2-92,2)	191 / 214	89,3 (84,3-93,1)	90,9 (86,2-94,4)
<b>Midtjylland</b>	Nej	646 / 731	8 (1)	<b>88,4</b>	(85,8-90,6)	547 / 655	83,5 (80,4-86,3)	87,7 (84,9-90,1)
Aarhus, onkologi	Nej	386 / 438	4 (1)	<b>88,1</b>	(84,7-91,0)	291 / 366	79,5 (75,0-83,5)	86,2 (82,3-89,5)
Herning, onkologi	Nej	260 / 293	4 (1)	<b>88,7</b>	(84,5-92,1)	256 / 289	88,6 (84,3-92,0)	89,8 (85,6-93,1)
<b>Nordjylland</b>	Ja	296 / 321	14 (4)	<b>92,2</b>	(88,7-94,9)	270 / 307	87,9 (83,8-91,4)	88,2 (84,0-91,6)
Aalborg, onkologi	Ja	296 / 321	14 (4)	<b>92,2</b>	(88,7-94,9)	270 / 307	87,9 (83,8-91,4)	88,2 (84,0-91,6)

**Indikator 4kir: Antal uoplyst for indikator 4, kirurgiske afdelinger: højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer.**

	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2017
<b>Danmark</b>	357 (98)	
<b>Hovedstaden</b>	256 (98)	
Sjælland	66 (99)	
Syddanmark	13 (93)	
Midtjylland	15 (100)	
Nordjylland	7 (100)	
<b>Hovedstaden</b>	256 (98)	
Herlev, kirurgi	244 (100)	
Rigshospitalet, kirurgi	12 (80)	
<b>Sjælland</b>	66 (99)	
Ringsted, kirurgi	66 (99)	
<b>Syddanmark</b>	13 (93)	
Aabenraa, kirurgi	10 (91)	
Odense, kirurgi	1 (100)	
Vejle, kirurgi	2 (100)	
<b>Midtjylland</b>	15 (100)	
Aarhus, kirurgi	8 (100)	
Randers, kirurgi	5 (100)	
Viborg, kirurgi	2 (100)	
<b>Nordjylland</b>	7 (100)	
Aalborg, kirurgi	2 (100)	
Hjørring, kirurgi	5 (100)	

[Indikator 5a](#)

[Indikator 5b](#)

[Indikator 6](#)



**Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation**

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2018 - 31.12.2018	2017	2016		
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	3.837 / 3.977	121 (3)	<b>96,5</b>	(95,9-97,0)	3.720 / 3.858	96,4 (95,8-97,0)	96,3 (95,7-96,9)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.080 / 1.123	100 (8)	<b>96,2</b>	(94,9-97,2)	1.103 / 1.150	95,9 (94,6-97,0)	96,3 (95,1-97,3)
<b>Sjælland</b>	Ja	646 / 657	7 (1)	<b>98,3</b>	(97,0-99,2)	617 / 627	98,4 (97,1-99,2)	97,5 (95,9-98,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.012 / 1.047	8 (1)	<b>96,7</b>	(95,4-97,7)	842 / 880	95,7 (94,1-96,9)	94,9 (93,2-96,3)
<b>Midtjylland</b>	Ja	740 / 763	6 (1)	<b>97,0</b>	(95,5-98,1)	798 / 823	97,0 (95,5-98,0)	97,4 (96,0-98,4)
<b>Nordjylland</b>	Nej	359 / 387	0 (0)	<b>92,8</b>	(89,7-95,1)	360 / 378	95,2 (92,6-97,2)	95,5 (92,9-97,3)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.080 / 1.123	100 (8)	<b>96,2</b>	(94,9-97,2)	1.103 / 1.150	95,9 (94,6-97,0)	96,3 (95,1-97,3)
Herlev, kirurgi	Ja	542 / 561	96 (15)	<b>96,6</b>	(94,8-97,9)	540 / 568	95,1 (93,0-96,7)	97,4 (95,8-98,5)
Rigshospitalet, kirurgi	Ja	538 / 562	4 (1)	<b>95,7</b>	(93,7-97,2)	563 / 582	96,7 (94,9-98,0)	95,2 (93,2-96,8)
<b>Sjælland</b>	Ja	646 / 657	7 (1)	<b>98,3</b>	(97,0-99,2)	617 / 627	98,4 (97,1-99,2)	97,5 (95,9-98,6)
Ringsted, kirurgi	Ja	646 / 657	7 (1)	<b>98,3</b>	(97,0-99,2)	617 / 627	98,4 (97,1-99,2)	97,5 (95,9-98,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.012 / 1.047	8 (1)	<b>96,7</b>	(95,4-97,7)	842 / 880	95,7 (94,1-96,9)	94,9 (93,2-96,3)
Aabenraa, kirurgi	Ja	228 / 238	3 (1)	<b>95,8</b>	(92,4-98,0)	179 / 184	97,3 (93,8-99,1)	97,1 (93,3-99,0)
Esbjerg, kirurgi	Nej	175 / 185	1 (1)	<b>94,6</b>	(90,3-97,4)	140 / 148	94,6 (89,6-97,6)	91,8 (86,8-95,3)
Odense, kirurgi	Ja	321 / 331	1 (0)	<b>97,0</b>	(94,5-98,5)	275 / 292	94,2 (90,8-96,6)	94,4 (90,9-96,8)
Vejle, kirurgi	Ja	288 / 293	3 (1)	<b>98,3</b>	(96,1-99,4)	248 / 256	96,9 (93,9-98,6)	96,5 (93,3-98,5)
<b>Midtjylland</b>	Ja	740 / 763	6 (1)	<b>97,0</b>	(95,5-98,1)	798 / 823	97,0 (95,5-98,0)	97,4 (96,0-98,4)
Aarhus, kirurgi	Ja	301 / 316	3 (1)	<b>95,3</b>	(92,3-97,3)	294 / 305	96,4 (93,6-98,2)	96,8 (93,9-98,6)
Randers, kirurgi	Ja	158 / 165	2 (1)	<b>95,8</b>	(91,5-98,3)	193 / 203	95,1 (91,1-97,6)	96,8 (93,1-98,8)
Viborg, kirurgi	Ja	281 / 282	1 (0)	<b>99,6</b>	(98,0-100,0)	311 / 315	98,7 (96,8-99,7)	98,1 (96,0-99,3)
<b>Nordjylland</b>	Nej	359 / 387	0 (0)	<b>92,8</b>	(89,7-95,1)	360 / 378	95,2 (92,6-97,2)	95,5 (92,9-97,3)
Aalborg, kirurgi	Ja	214 / 222	0 (0)	<b>96,4</b>	(93,0-98,4)	188 / 197	95,4 (91,5-97,9)	97,6 (94,8-99,1)
Hjørring, kirurgi	Nej	145 / 165	0 (0)	<b>87,9</b>	(81,9-92,4)	172 / 181	95,0 (90,8-97,7)	91,5 (85,3-95,7)

**Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer**

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015		
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Ja	2.358 / 2.510	65 (3)	<b>93,9</b>	(92,9-94,8)	2.250 / 2.386	94,3 (93,3-95,2)	95,2 (94,3-96,0)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	752 / 823	13 (2)	<b>91,4</b>	(89,2-93,2)	732 / 808	90,6 (88,4-92,5)	92,3 (90,4-93,9)
<b>Sjælland</b>	Ja	367 / 394	12 (3)	<b>93,1</b>	(90,2-95,4)	336 / 358	93,9 (90,8-96,1)	95,6 (92,8-97,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	482 / 503	23 (4)	<b>95,8</b>	(93,7-97,4)	493 / 512	96,3 (94,3-97,8)	97,6 (95,8-98,7)
<b>Midtjylland</b>	Ja	516 / 527	12 (2)	<b>97,9</b>	(96,3-99,0)	454 / 459	98,9 (97,5-99,6)	97,7 (96,0-98,8)
<b>Nordjylland</b>	Ja	241 / 263	5 (2)	<b>91,6</b>	(87,6-94,7)	235 / 249	94,4 (90,7-96,9)	95,4 (92,0-97,7)



	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Hovedstaden</b>	Ja	752 / 823	13 (2)	<b>91,4</b>	(89,2-93,2)	732 / 808	90,6 (88,4-92,5)	92,3 (90,4-93,9)
Herlev	Ja	469 / 521	8 (2)	<b>90,0</b>	(87,1-92,5)	477 / 530	90,0 (87,1-92,4)	91,4 (88,8-93,5)
Rigshospitalet	Ja	283 / 302	5 (2)	<b>93,7</b>	(90,3-96,2)	255 / 278	91,7 (87,8-94,7)	94,0 (90,8-96,4)
<b>Sjælland</b>	Ja	367 / 394	12 (3)	<b>93,1</b>	(90,2-95,4)	336 / 358	93,9 (90,8-96,1)	95,6 (92,8-97,6)
Næstved	Ja	367 / 394	12 (3)	<b>93,1</b>	(90,2-95,4)	336 / 358	93,9 (90,8-96,1)	95,6 (92,8-97,6)
<b>Syddanmark</b>	Ja	482 / 503	23 (4)	<b>95,8</b>	(93,7-97,4)	493 / 512	96,3 (94,3-97,8)	97,6 (95,8-98,7)
Odense	Ja	171 / 182	0 (0)	<b>94,0</b>	(89,4-96,9)	169 / 178	94,9 (90,6-97,7)	97,1 (93,5-99,1)
Vejle	Ja	311 / 321	23 (7)	<b>96,9</b>	(94,3-98,5)	278 / 288	96,5 (93,7-98,3)	97,1 (94,2-98,8)
Øvrige i Region Syddanmark						46 / 46	100,0 (92,3-100,0)	100,0 (95,2-100,0)
<b>Midtjylland</b>	Ja	516 / 527	12 (2)	<b>97,9</b>	(96,3-99,0)	454 / 459	98,9 (97,5-99,6)	97,7 (96,0-98,8)
Aarhus	Ja	516 / 527	12 (2)	<b>97,9</b>	(96,3-99,0)	454 / 459	98,9 (97,5-99,6)	97,7 (96,0-98,8)
<b>Nordjylland</b>	Ja	241 / 263	5 (2)	<b>91,6</b>	(87,6-94,7)	235 / 249	94,4 (90,7-96,9)	95,4 (92,0-97,7)
Aalborg	Ja	241 / 263	5 (2)	<b>91,6</b>	(87,6-94,7)	235 / 249	94,4 (90,7-96,9)	95,4 (92,0-97,7)

#### Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/	antal	01.01.2017 - 31.12.2017		2016	2015	
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	299 / 336	46 (12)	<b>89,0</b>	(85,1-92,1)	335 / 387	86,6 (82,8-89,8)	90,9 (87,6-93,6)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	113 / 136	8 (6)	<b>83,1</b>	(75,7-89,0)	116 / 145	80,0 (72,6-86,2)	85,3 (78,6-90,6)
<b>Sjælland</b>	Nej	25 / 31	7 (18)	<b>80,6</b>	(62,5-92,5)	25 / 29	86,2 (68,3-96,1)	100,0 (90,7-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	59 / 62	11 (15)	<b>95,2</b>	(86,5-99,0)	80 / 88	90,9 (82,9-96,0)	97,8 (92,2-99,7)
<b>Midtjylland</b>	Ja	76 / 78	15 (16)	<b>97,4</b>	(91,0-99,7)	83 / 91	91,2 (83,4-96,1)	97,1 (89,9-99,6)
<b>Nordjylland</b>	Nej	26 / 29	5 (15)	<b>89,7</b>	(72,6-97,8)	31 / 34	91,2 (76,3-98,1)	76,9 (60,7-88,9)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	113 / 136	8 (6)	<b>83,1</b>	(75,7-89,0)	116 / 145	80,0 (72,6-86,2)	85,3 (78,6-90,6)
Herlev	Nej	60 / 76	3 (4)	<b>78,9</b>	(68,1-87,5)	72 / 87	82,8 (73,2-90,0)	83,5 (74,3-90,5)
Rigshospitalet	Nej	53 / 60	5 (8)	<b>88,3</b>	(77,4-95,2)	44 / 58	75,9 (62,8-86,1)	88,1 (77,1-95,1)
<b>Sjælland</b>	Nej	25 / 31	7 (18)	<b>80,6</b>	(62,5-92,5)	25 / 29	86,2 (68,3-96,1)	100,0 (90,7-100,0)
Næstved	Nej	25 / 31	7 (18)	<b>80,6</b>	(62,5-92,5)	25 / 29	86,2 (68,3-96,1)	100,0 (90,7-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	59 / 62	11 (15)	<b>95,2</b>	(86,5-99,0)	80 / 88	90,9 (82,9-96,0)	97,8 (92,2-99,7)
Odense	Ja	34 / 36	4 (10)	<b>94,4</b>	(81,3-99,3)	38 / 40	95,0 (83,1-99,4)	97,4 (86,2-99,9)
Vejle	Ja	25 / 26	7 (21)	<b>96,2</b>	(80,4-99,9)	40 / 46	87,0 (73,7-95,1)	97,2 (85,5-99,9)
Øvrige i Region Syddanmark						##	100,0 (15,8-100,0)	100,0 (79,4-100,0)



	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90%	Tæller/ opfyldt	antal	01.01.2017 - 31.12.2017	2016	2015		
		nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Midtjylland</b>	Ja	76 / 78	15 (16)	<b>97,4</b>	(91,0-99,7)	83 / 91	91,2 (83,4-96,1)	97,1 (89,9-99,6)
Aarhus	Ja	76 / 78	15 (16)	<b>97,4</b>	(91,0-99,7)	83 / 91	91,2 (83,4-96,1)	97,1 (89,9-99,6)
<b>Nordjylland</b>	Nej	26 / 29	5 (15)	<b>89,7</b>	(72,6-97,8)	31 / 34	91,2 (76,3-98,1)	76,9 (60,7-88,9)
Aalborg	Nej	26 / 29	5 (15)	<b>89,7</b>	(72,6-97,8)	31 / 34	91,2 (76,3-98,1)	76,9 (60,7-88,9)

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

### Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi

	Standard		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 39%	Tæller/ opfyldt	antal	01.01.2018 - 31.12.2018	2017	2016		
		nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel (95% CI)	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	Nej	276 / 830	0 (0)	<b>33,3</b>	(30,1-36,6)	304 / 887	34,3 (31,1-37,5)	32,5 (29,5-35,6)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	71 / 241	0 (0)	<b>29,5</b>	(23,8-35,7)	111 / 286	38,8 (33,1-44,7)	32,8 (27,5-38,4)
<b>Sjælland</b>	Nej	33 / 125	0 (0)	<b>26,4</b>	(18,9-35,0)	32 / 111	28,8 (20,6-38,2)	24,2 (17,1-32,6)
<b>Syddanmark</b>	Nej	62 / 190	0 (0)	<b>32,6</b>	(26,0-39,8)	56 / 176	31,8 (25,0-39,2)	27,4 (21,3-34,1)
<b>Midtjylland</b>	Nej	65 / 170	0 (0)	<b>38,2</b>	(30,9-46,0)	76 / 213	35,7 (29,3-42,5)	38,6 (32,1-45,5)
<b>Nordjylland</b>	Ja	45 / 104	0 (0)	<b>43,3</b>	(33,6-53,3)	29 / 101	28,7 (20,1-38,6)	38,7 (29,6-48,5)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	71 / 241	0 (0)	<b>29,5</b>	(23,8-35,7)	111 / 286	38,8 (33,1-44,7)	32,8 (27,5-38,4)
Herlev, kirurgi	Nej	43 / 140	0 (0)	<b>30,7</b>	(23,2-39,1)	57 / 149	38,3 (30,4-46,6)	30,3 (23,1-38,2)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	28 / 101	0 (0)	<b>27,7</b>	(19,3-37,5)	54 / 137	39,4 (31,2-48,1)	35,3 (27,7-43,4)
<b>Sjælland</b>	Nej	33 / 125	0 (0)	<b>26,4</b>	(18,9-35,0)	32 / 111	28,8 (20,6-38,2)	24,2 (17,1-32,6)
Ringsted, kirurgi	Nej	33 / 125	0 (0)	<b>26,4</b>	(18,9-35,0)	32 / 111	28,8 (20,6-38,2)	24,2 (17,1-32,6)
<b>Syddanmark</b>	Nej	62 / 190	0 (0)	<b>32,6</b>	(26,0-39,8)	56 / 176	31,8 (25,0-39,2)	27,4 (21,3-34,1)
Aabenraa, kirurgi	Nej	13 / 50	0 (0)	<b>26,0</b>	(14,6-40,3)	14 / 42	33,3 (19,6-49,5)	26,9 (15,6-41,0)
Esbjerg, kirurgi	Nej	6 / 24	0 (0)	<b>25,0</b>	(9,8-46,7)	5 / 19	26,3 (9,1-51,2)	23,7 (11,4-40,2)
Odense, kirurgi	Ja	30 / 69	0 (0)	<b>43,5</b>	(31,6-56,0)	25 / 70	35,7 (24,6-48,1)	26,2 (16,0-38,5)
Vejle, kirurgi	Nej	13 / 47	0 (0)	<b>27,7</b>	(15,6-42,6)	12 / 45	26,7 (14,6-41,9)	32,6 (19,5-48,0)
<b>Midtjylland</b>	Nej	65 / 170	0 (0)	<b>38,2</b>	(30,9-46,0)	76 / 213	35,7 (29,3-42,5)	38,6 (32,1-45,5)
Aarhus, kirurgi	Nej	26 / 71	0 (0)	<b>36,6</b>	(25,5-48,9)	32 / 82	39,0 (28,4-50,4)	48,1 (36,9-59,5)
Randers, kirurgi	Nej	11 / 40	0 (0)	<b>27,5</b>	(14,6-43,9)	16 / 47	34,0 (20,9-49,3)	43,2 (28,3-59,0)
Viborg, kirurgi	Ja	28 / 59	0 (0)	<b>47,5</b>	(34,3-60,9)	28 / 84	33,3 (23,4-44,5)	27,8 (18,9-38,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	45 / 104	0 (0)	<b>43,3</b>	(33,6-53,3)	29 / 101	28,7 (20,1-38,6)	38,7 (29,6-48,5)
Aalborg, kirurgi	Ja	23 / 54	0 (0)	<b>42,6</b>	(29,2-56,8)	18 / 50	36,0 (22,9-50,8)	39,7 (28,5-51,9)
Hjørring, kirurgi	Ja	22 / 50	0 (0)	<b>44,0</b>	(30,0-58,7)	11 / 51	21,6 (11,3-35,3)	36,8 (21,8-54,0)

### Indikator 10



**Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018	95% CI	2017	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>		427 / 836	21 (2)	<b>51,1</b>	(47,6-54,5)	313 / 763	41,0 (37,5-44,6)
<b>Hovedstaden</b>		106 / 236	6 (2)	<b>44,9</b>	(38,5-51,5)	90 / 271	33,2 (27,6-39,2)
<b>Sjælland</b>		88 / 134	0 (0)	<b>65,7</b>	(57,0-73,7)	48 / 84	57,1 (45,9-67,9)
<b>Syddanmark</b>		112 / 207	5 (2)	<b>54,1</b>	(47,1-61,0)	99 / 182	54,4 (46,9-61,8)
<b>Midtjylland</b>		101 / 193	8 (4)	<b>52,3</b>	(45,0-59,6)	70 / 169	41,4 (33,9-49,2)
<b>Nordjylland</b>		20 / 66	2 (3)	<b>30,3</b>	(19,6-42,9)	6 / 57	10,5 (4,0-21,5)
<b>Hovedstaden</b>		106 / 236	6 (2)	<b>44,9</b>	(38,5-51,5)	90 / 271	33,2 (27,6-39,2)
Herlev, kirurgi		41 / 120	5 (4)	<b>34,2</b>	(25,8-43,4)	38 / 128	29,7 (21,9-38,4)
Rigshospitalet, kirurgi		65 / 116	1 (1)	<b>56,0</b>	(46,5-65,2)	52 / 143	36,4 (28,5-44,8)
<b>Sjælland</b>		88 / 134	0 (0)	<b>65,7</b>	(57,0-73,7)	48 / 84	57,1 (45,9-67,9)
Ringsted, kirurgi		88 / 134	0 (0)	<b>65,7</b>	(57,0-73,7)	48 / 84	57,1 (45,9-67,9)
<b>Syddanmark</b>		112 / 207	5 (2)	<b>54,1</b>	(47,1-61,0)	99 / 182	54,4 (46,9-61,8)
Aabenraa, kirurgi		22 / 42	5 (11)	<b>52,4</b>	(36,4-68,0)	5 / 20	25,0 (8,7-49,1)
Esbjerg, kirurgi		26 / 42	0 (0)	<b>61,9</b>	(45,6-76,4)	25 / 41	61,0 (44,5-75,8)
Odense, kirurgi		25 / 60	0 (0)	<b>41,7</b>	(29,1-55,1)	37 / 64	57,8 (44,8-70,1)
Vejle, kirurgi		39 / 63	0 (0)	<b>61,9</b>	(48,8-73,9)	32 / 57	56,1 (42,4-69,3)
<b>Midtjylland</b>		101 / 193	8 (4)	<b>52,3</b>	(45,0-59,6)	70 / 169	41,4 (33,9-49,2)
Aarhus, kirurgi		36 / 80	3 (4)	<b>45,0</b>	(33,8-56,5)	32 / 65	49,2 (36,6-61,9)
Randers, kirurgi		9 / 26	5 (16)	<b>34,6</b>	(17,2-55,7)	5 / 29	17,2 (5,8-35,8)
Viborg, kirurgi		56 / 87	0 (0)	<b>64,4</b>	(53,4-74,4)	33 / 75	44,0 (32,5-55,9)
<b>Nordjylland</b>		20 / 66	2 (3)	<b>30,3</b>	(19,6-42,9)	6 / 57	10,5 (4,0-21,5)
Aalborg, kirurgi		17 / 42	1 (2)	<b>40,5</b>	(25,6-56,7)	5 / 30	16,7 (5,6-34,7)
Hjørring, kirurgi		3 / 24	1 (4)	<b>12,5</b>	(2,7-32,4)	##	3,7 (0,1-19,0)

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2018 - 31.12.2018	95% CI	2017	Andel (95% CI)
<b>Danmark</b>	262 / 392	45 (10)	<b>66,8</b>	(61,9-71,5)	169 / 294	57,5 (51,6-63,2)	
<b>Hovedstaden</b>	56 / 93	14 (13)	<b>60,2</b>	(49,5-70,2)	47 / 86	54,7 (43,5-65,4)	
<b>Sjælland</b>	54 / 84	4 (5)	<b>64,3</b>	(53,1-74,4)	26 / 41	63,4 (46,9-77,9)	
<b>Syddanmark</b>	68 / 97	18 (16)	<b>70,1</b>	(60,0-79,0)	54 / 93	58,1 (47,4-68,2)	
<b>Midtjylland</b>	75 / 98	8 (8)	<b>76,5</b>	(66,9-84,5)	41 / 68	60,3 (47,7-72,0)	
<b>Nordjylland</b>	9 / 20	1 (5)	<b>45,0</b>	(23,1-68,5)	##	16,7 (0,4-64,1)	
<b>Hovedstaden</b>	56 / 93	14 (13)	<b>60,2</b>	(49,5-70,2)	47 / 86	54,7 (43,5-65,4)	
Herlev, kirurgi	23 / 40	2 (5)	<b>57,5</b>	(40,9-73,0)	20 / 35	57,1 (39,4-73,7)	
Rigshospitalet, kirurgi	33 / 53	12 (18)	<b>62,3</b>	(47,9-75,2)	27 / 51	52,9 (38,5-67,1)	
<b>Sjælland</b>	54 / 84	4 (5)	<b>64,3</b>	(53,1-74,4)	26 / 41	63,4 (46,9-77,9)	
Ringsted, kirurgi	54 / 84	4 (5)	<b>64,3</b>	(53,1-74,4)	26 / 41	63,4 (46,9-77,9)	
<b>Syddanmark</b>	68 / 97	18 (16)	<b>70,1</b>	(60,0-79,0)	54 / 93	58,1 (47,4-68,2)	
Aabenraa, kirurgi	14 / 22	3 (12)	<b>63,6</b>	(40,7-82,8)	4 / 5	80,0 (28,4-99,5)	
Esbjerg, kirurgi	15 / 22	4 (15)	<b>68,2</b>	(45,1-86,1)	15 / 22	68,2 (45,1-86,1)	
Odense, kirurgi	9 / 16	9 (36)	<b>56,3</b>	(29,9-80,2)	15 / 35	42,9 (26,3-60,6)	
Vejle, kirurgi	30 / 37	2 (5)	<b>81,1</b>	(64,8-92,0)	20 / 31	64,5 (45,4-80,8)	
<b>Midtjylland</b>	75 / 98	8 (8)	<b>76,5</b>	(66,9-84,5)	41 / 68	60,3 (47,7-72,0)	
Aarhus, kirurgi	24 / 35	2 (5)	<b>68,6</b>	(50,7-83,1)	20 / 32	62,5 (43,7-78,9)	
Randers, kirurgi	7 / 9	4 (31)	<b>77,8</b>	(40,0-97,2)	5 / 5	100,0 (47,8-100,0)	
Viborg, kirurgi	44 / 54	2 (4)	<b>81,5</b>	(68,6-90,7)	16 / 31	51,6 (33,1-69,8)	
<b>Nordjylland</b>	9 / 20	1 (5)	<b>45,0</b>	(23,1-68,5)	##	16,7 (0,4-64,1)	
Aalborg, kirurgi	8 / 17	1 (6)	<b>47,1</b>	(23,0-72,2)	##	20,0 (0,5-71,6)	
Hjørring, kirurgi	##	0 (0)	<b>33,3</b>	(0,8-90,6)	##	0,0 (0,0-97,5)	

# Resultatet er fjernet af diskretionshensyn, da der er tale om et eller to patienter/forløb.

**Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter  $\geq 50$  år med udtalt ( $\geq 10\%$ ) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation**

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år	
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2018 - Andel	31.12.2018 95% CI
<b>Danmark</b>	Nej	278 / 325	0 (0)	<b>85,5</b>	(81,2-89,2)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	49 / 78	0 (0)	<b>62,8</b>	(51,1-73,5)
<b>Sjælland</b>	Ja	67 / 68	0 (0)	<b>98,5</b>	(92,1-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	75 / 80	0 (0)	<b>93,8</b>	(86,0-97,9)
<b>Midtjylland</b>	Nej	58 / 69	0 (0)	<b>84,1</b>	(73,3-91,8)
<b>Nordjylland</b>	Ja	29 / 30	0 (0)	<b>96,7</b>	(82,8-99,9)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	49 / 78	0 (0)	<b>62,8</b>	(51,1-73,5)
Herlev, kirurgi	Nej	26 / 46	0 (0)	<b>56,5</b>	(41,1-71,1)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	23 / 32	0 (0)	<b>71,9</b>	(53,3-86,3)
<b>Sjælland</b>	Ja	67 / 68	0 (0)	<b>98,5</b>	(92,1-100,0)
Ringsted, kirurgi	Ja	67 / 68	0 (0)	<b>98,5</b>	(92,1-100,0)
<b>Syddanmark</b>	Ja	75 / 80	0 (0)	<b>93,8</b>	(86,0-97,9)
Aabenraa, kirurgi	Nej	17 / 19	0 (0)	<b>89,5</b>	(66,9-98,7)
Esbjerg, kirurgi	Ja	16 / 17	0 (0)	<b>94,1</b>	(71,3-99,9)
Odense, kirurgi	Ja	29 / 30	0 (0)	<b>96,7</b>	(82,8-99,9)
Vejle, kirurgi	Ja	13 / 14	0 (0)	<b>92,9</b>	(66,1-99,8)
<b>Midtjylland</b>	Nej	58 / 69	0 (0)	<b>84,1</b>	(73,3-91,8)
Aarhus, kirurgi	Ja	28 / 30	0 (0)	<b>93,3</b>	(77,9-99,2)
Randers, kirurgi	Nej	21 / 25	0 (0)	<b>84,0</b>	(63,9-95,5)
Viborg, kirurgi	Nej	9 / 14	0 (0)	<b>64,3</b>	(35,1-87,2)
<b>Nordjylland</b>	Ja	29 / 30	0 (0)	<b>96,7</b>	(82,8-99,9)
Aalborg, kirurgi	Ja	21 / 22	0 (0)	<b>95,5</b>	(77,2-99,9)
Hjørring, kirurgi	Ja	8 / 8	0 (0)	<b>100,0</b>	(63,1-100,0)



## Appendiks 7. Oversigt over historiske indikatorer

I det følgende fremgår en oversigt over indikatorer, som tidligere var inkluderet i årsrapporten for DBCG-kvalitetsdatabasen, men som af forskellige årsager er udgået.

**Tabel A7.1. Oversigt over historiske indikatorer**

<i>Indikatorbeskrivelse</i>	<i>Udgået år</i>
Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation	2010
Mammografiscreening, små tumorer $\leq 10$ mm	2011
Brystkræftpatienter med præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	2013
Malign:benign operationsratio	2015
Aksil-status baseret på sentinel node metoden	2017
Sen sentinel node positivitet	Efter 2017*
Opfølgingsplan	Efter 2017*

\*Årsrapport 2018 udkom ikke

## Appendiks 8. Sygehus-afdelingsklassifikation (SHAK)

Sygehus-afdelingsklassifikationen (SHAK) klassificerer hospitaler og andre sundhedsrelaterede institutioner, samt afdelinger og afsnit i det danske sundhedsvæsen. I det følgende findes en oversigt over indberettende og afrapporterende afdelinger samt de respektive SHAK-koder for henholdsvis kirurgi-, onkologi-, patologi- og radioterapiafdeling samt for opfølgende afdeling, som anvendt i aktuelle opgørelse.

**Tabel A8.1. Sygehus-afdelingsklassifikation, kirurgiafdeling**

Region	Afdeling, kort navn	Indberettende afdeling	Afrapporterende afdeling
Hovedstaden	Herlev, kirurgi	1516150 Herlev og Gentofte Hospital: Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Hovedstaden	Rigshospitalet, kirurgi	1301350 Rigshospitalet: KIRURGISK AFDELING D	130166 Rigshospitalet: Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB
Hovedstaden	Rigshospitalet, kirurgi	1301480 Rigshospitalet: PATOLOGIAFDELING	130166 Rigshospitalet: Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB
Sjælland	Ringsted, kirurgi	3004041 Ringsted Sygehus: KIRURGISK AFDELING	3800B6 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Brystkirurgi
Syddanmark	Aabenraa, kirurgi	5004040 Sygehus Sønderjylland, Aabenraa: Ortopædkirurgisk afdeling	500071 Sygehus Sønderjylland: SHS Kirurgi
Syddanmark	Esbjerg, kirurgi	5501060 Sydvestjysk Sygehus: KIRURGISK AFDELING	550104 Sydvestjysk Sygehus: Kirurgisk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, kirurgi	4202290 OUH Odense Universitetshospital: KIRURGISK AFDELING K	420223 OUH Odense Universitetshospital: Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Vejle, kirurgi	6008060 Vejle Sygehus: ORGANKIRURGISK DAGHOSPITAL	600821 Vejle Sygehus: SLB Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus, kirurgi	7004071 Århus Amtssygehus: Kirurgisk Afd. P	662023 Aarhus Universitetshospital: Plastik- og Brystkirurgi
Midtjylland	Randers, kirurgi	7005071 Regionshospitalet Randers: Mave- og Tarmkirurgi - Randers	700507 Regionshospitalet Randers: Mave- og Tarmkirurgi - Randers
Midtjylland	Viborg, kirurgi	7601051 Regionshospitalet Viborg, Skive: Kirurgisk afdeling, Viborg	663001 Hospitalsenhed Midt: Operation og Intensiv
Nordjylland	Aalborg, kirurgi	8001111 Aalborg Universitetshospital: KIRURGISK AFDELING, NORD	800151 Aalborg Universitetshospital: Alb Mammakirurgisk Område
Nordjylland	Hjørring, kirurgi	8003071 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Kirurgisk afd.	800307 Regionshospital Nordjylland Ven: Ven Kirurgisk Område
Færøerne	Færøerne	9704111	970411

**Tabel A8.2. Sygehus-afdelingsklassifikation, onkologiafdeling**

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev, onkologi	1516 .	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Herlev, onkologi	1516139 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk ambulatorium R/A	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Hillerød, onkologi	2001049 Hillerød Sygehus: MEDICINSK AMBULATORIUM B	200022 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Onkologisk & Palliativ Oafd
Hovedstaden	Rigshospitalet, onkologi	1302 .	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rigshospitalet, onkologi	1302149 KØBENHAVN, FINSENINSTITUTET: RADIUMSTATIONEN, AMBULATORIUM	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rønne, onkologi	4001039 Bornholms Hospital: Medicinsk ambulatorium	400103 Bornholms Hospital: Medicinsk afdeling
Sjælland	Næstved, onkologi	2501059 Roskilde Sygehus: Medicinsk afdeling, amb.	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Sjælland	Næstved, onkologi	3501059 Centralsygehuset i Næstved: Medicinsk ambulatorium	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Syddanmark	Esbjerg, onkologi	5501269 Sydvestjysk Sygehus: Onkologisk ambulatorium	550105 Sydvestjysk Sygehus: Medicinsk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, onkologi	4202 .	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Odense, onkologi	4202269 OUH Odense Universitetshospital: Palliativ team Fyn	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Sønderborg, onkologi	5001109 Sygehus Sønderjylland, Sønderborg: Ortopædkirurgisk amb. O	500061 Sygehus Sønderjylland: SHS Kræftsygdomme
Syddanmark	Vejle, onkologi	6008180 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afsnit (Vejle)	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus, onkologi	7003259 Århus Sygehus: Onkologisk Ambulatorium D	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Herning, onkologi	6502030 Regionshospitalet Herning: Røntgenafdeling	665036 Hospitalsenheden Vest: Onkologisk Afdeling
Nordjylland	Aalborg, onkologi	8001 .	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område
Nordjylland	Aalborg, onkologi	8001269 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk amb.	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område

**Tabel A8.3. Sygehus-afdelingsklassifikation, patologiafdeling**

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev, patologi	1516120 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut	151612 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Hovedstaden	Rigshospitalet, patologi	1301480 Rigshospitalet: PATOLOGIAFDELING	130148 Rigshospitalet: Patologiafdelingen, PA
Sjælland	Slagelse, patologi	3002100 Slagelse Sygehus: Patologiafdeling	3800T8 Region Sjællands Sygehusvæsen: SLA Patologi
Syddanmark	Esbjerg, patologi	5501140 Sydvestjysk Sygehus: Patologisk institut	550107 Sydvestjysk Sygehus: Klinisk diagnostisk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, patologi	4202220 OUH Odense Universitetshospital: Afdelingen for Klinisk Patologi	420222 OUH Odense Universitetshospital: Afdelingen for Klinisk Patologi, OUH
Syddanmark	Sønderborg, patologi	5001120 Sygehus Sønderjylland, Sønderborg: Patologisk institut	500083 Sygehus Sønderjylland: SHS Patologi
Syddanmark	Vejle, patologi	6008130 Vejle Sygehus: Klinisk Patologi, Laboratoriecentret	600813 Vejle Sygehus: Klinisk Patologi, Laboratoriecentret, overafdeling
Midtjylland	Aarhus, patologi	7004100 Århus Amtssygehus: Patologisk institut	662021 Aarhus Universitetshospital: Patologisk Institut Overafd.
Midtjylland	Randers, patologi	7005131 Regionshospitalet Randers: Patologi - Randers	700513 Regionshospitalet Randers: Patologi - Randers
Midtjylland	Viborg, patologi	7601120 Regionshospitalet Viborg, Skive: Patologisk Institut, Viborg	663072 Hospitalsenhed Midt: Patologi
Nordjylland	Aalborg, patologi	8001240 Aalborg Universitetshospital: Alb Patologisk Institut	800124 Aalborg Universitetshospital: Alb Patologisk Institut
Nordjylland	Hjørring, patologi	8003140 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Patologisk anatomisk inst.	800314 Regionshospital Nordjylland Ven: Hjr Patologisk anatomisk inst.

**Tabel A8.4. Sygehus-afdelingsklassifikation, radioterapiafdeling**

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapperende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev	1516 Herlev og Gentofte Hospital	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Herlev	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Herlev	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Rigshospitalet	130166 Rigshospitalet: Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rigshospitalet	1302 KØBENHAVN, FINSENINSTITUTET	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rigshospitalet	130214	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Sjælland	Næstved	350105	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Sjælland	Næstved	3800B6 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Brystkirurgi	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Syddanmark	Odense	4202 OUH Odense Universitetshospital	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Odense	420223 OUH Odense Universitetshospital: Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Odense	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Vejle	500071 Sygehus Sønderjylland: SHS Kirurgi	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Syddanmark	Vejle	550104 Sydvestjysk Sygehus: Kirurgisk område Esbjerg	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Syddanmark	Vejle	6008 Vejle Sygehus	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Syddanmark	Vejle	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Syddanmark	Vejle	600821 Vejle Sygehus: SLB Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling (Vejle)	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus	650203 Regionshospitalet Herning: Røntgenafd., Herning	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Aarhus	662023 Aarhus Universitetshospital: Plastik- og Brystkirurgi	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Aarhus	663001 Hospitalsenhed Midt: Operation og Intensiv	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Aarhus	700325 Århus Sygehus: Onkologisk Overafd. D	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Aarhus	700507 Regionshospitalet Randers: Mave- og Tarmkirurgi - Randers	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Nordjylland	Aalborg	8001 Aalborg Universitetshospital	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område
Nordjylland	Aalborg	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område
Nordjylland	Aalborg	800151 Aalborg Universitetshospital: Alb Mammakirurgisk Område	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område
Nordjylland	Aalborg	800307 Regionshospital Nordjylland Ven: Ven Kirurgisk Område	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område

**Tabel A8.5. Sygehus-afdelingsklassifikation, opfølgende afdeling**

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev, kirurgi	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Hovedstaden	Herlev, onkologi	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Hillerød, onkologi	200022 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Onkologisk & Palliativ Oafd
Hovedstaden	Rigshospitalet, kirurgi	130166 Rigshospitalet: Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB
Hovedstaden	Rigshospitalet, onkologi	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rønne, onkologi	400103 Bornholms Hospital: Medicinsk afdeling
Sjælland	Næstved, onkologi	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Sjælland	Ringsted, kirurgi	3800B6 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Brystkirurgi
Syddanmark	Aabenraa, kirurgi	500071 Sygehus Sønderjylland: SHS Kirurgi
Syddanmark	Esbjerg, kirurgi	550104 Sydvestjysk Sygehus: Kirurgisk område Esbjerg
Syddanmark	Esbjerg, onkologi	550105 Sydvestjysk Sygehus: Medicinsk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, kirurgi	420223 OUH Odense Universitetshospital: Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Odense, onkologi	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Sønderborg, onkologi	500061 Sygehus Sønderjylland: SHS Kræftsygdomme
Syddanmark	Vejle, kirurgi	600821 Vejle Sygehus: SLB Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling (Vejle)
Syddanmark	Vejle, onkologi	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus, kirurgi	662023 Aarhus Universitetshospital: Plastik- og Brystkirurgi
Midtjylland	Aarhus, onkologi	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Herning, onkologi	665036 Hospitalsenheden Vest: Onkologisk Afdeling
Midtjylland	Randers, kirurgi	700507 Regionshospitalet Randers: Mave- og Tarmkirurgi - Randers
Midtjylland	Viborg, kirurgi	663001 Hospitalsenhed Midt: Operation og Intensiv
Nordjylland	Aalborg, kirurgi	800151 Aalborg Universitetshospital: Alb Mammakirurgisk Område
Nordjylland	Aalborg, onkologi	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område
Nordjylland	Hjørring, kirurgi	800307 Regionshospital Nordjylland Ven: Ven Kirurgisk Område