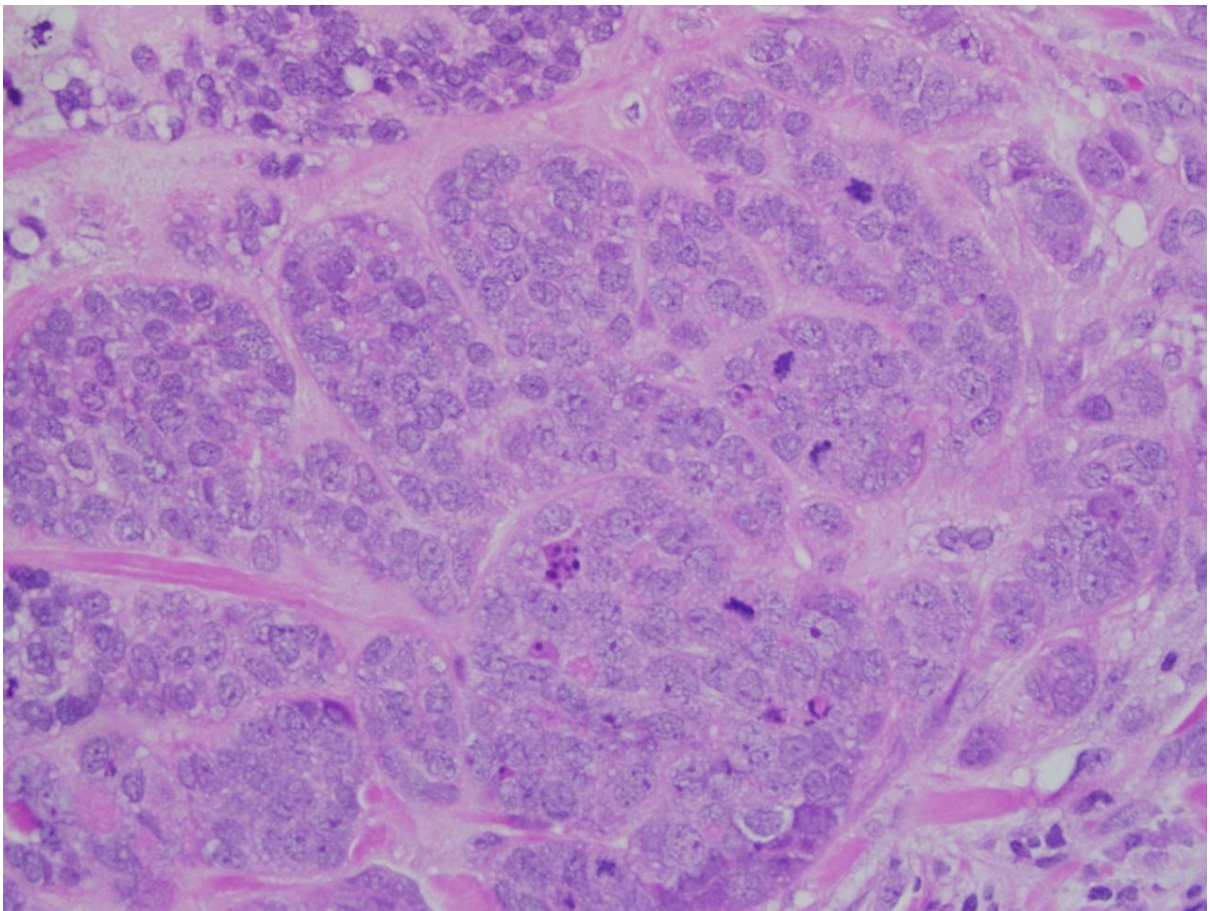


Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2016

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft



Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Kolofon

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

Styregruppens medlemmer er per maj 2017:

Peer Christiansen	Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlersen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Anne-Vibeke Lænkholm	Slagelse Sygehus (Patologiuudvalget, Region Sjælland)
Birgitte Offersen	Aarhus Universitetshospital (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiuudvalget, Region Hovedstaden)
Maj-Britt Jensen	DBCG (Statistik)
Lilian Schelde Baunbæk	Informationssikkerhed i Region Hovedstaden (dataansvarlig myndighed).
Nidal Al-Suliman	Aarhus Universitetshospital (Region Midt)
Ute Hoyer	Aalborg Universitetshospital (Region Nord)
Mette Holck Nielsen	Odense Universitetshospital (Region Syddanmark)

Databearbejdning til denne tiende indikatorrapport fra den Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af statistiker Signe Thorup, DBCG's sekretariat, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 22. maj 2017. Rapporten har været i høring hos Danske Regioner og de indberettende afdelinger fra 1. maj til 19. maj 2017.

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

Indholdsfortegnelse

Forord	4
Sammendrag	6
Beregning af kvalitetsindikatorer	7
Indikator 4: Aksilstatus baseret på sentinel node metoden	10
Indikator 5: Npos patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder	15
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter	20
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer	28
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram	35
Højrisiko-patienter	37
Lavrisiko-patienter	43
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	48
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer	52
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet	57
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer	62
Lumpektomi	63
Mastektomi	67
Fuldstændighed af DBCG data	71
Dækningsgrad	71
Oversigt indikatorer 2016	74
Teknisk beskrivelse af dækningsgrad og databasekomplethed	75
Teknisk beskrivelse af indikatorer	76
Bestemmelse af opfølgingsafdeling	83
Indikator 7	83
Indikator 8	85
Indikator 9	87
Indikator 13	90
Indberettende afdelinger 2016	92
Sygehus og afdelingsklassifikation (SHAK)	95
Konklusion og anbefalinger fra den faglige styregruppe	98
Regionale kommentarer til indikatorrapport 2016	98

Bilag 1: Supplerende beskrivelse af indikatorresultater.

Bilag 2: Populationen af danske brystkræftpatienter 2013-2016.

Bilag 3: Demografiske og prognostiske parametre 2016 efter afdeling.

Bilag 4: Nye indikatorer pr. 1. juli 2017.

Forord

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

Årsrapport 2016 er beregningsmæssigt uændret i forhold til årsrapport 2015 og alle indikatorpopulationer har således kun en afgrænsning i form af en nedre aldersgrænse på 18 år. Tidligere havde indikator 4, 5, 8, 9, 10, 12 og 13 en øvre aldersgrænse på 75 år. Ved sammenligning med resultater i årsrapporter før 2014 er det vigtigt at have denne ændring in mente.

Den faglige styregruppe vedtog i november 2015 at udelade indikator 3 ’Malign:Benign operationsratio’ af indikatorsættet. Indikator 6 ’Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)’. Indikator 1 ’Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm’ blev udeladt af indikatorsættet i 2011, idet kvaliteten af mammografiscreening herefter monitoreres af Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening. Indikator 2 ’Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi’ blev udeladt af indikatorsættet i 2013. Registreringen af præoperativ diagnostik er efter ønske fra DBCG’s kirurgiske udvalg blevet reduceret, og det er herefter ikke muligt at bestemme indikatoren.

I Årsrapport 2016 vises kontroldiagrammer af indikatorresultat versus inklusionsår eller inklusionsmåned ikke. Dette begrundes med, at de indberettende afdelinger fra 1. januar 2015 har kunnet tilgå indikatorresultater og kontroldiagrammer for egen afdeling i de regionale ledelsesinformationssystemer, hvor resultaterne opdateres månedligt.

Iht. RKKP’s skabelon til landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser fra 26. oktober 2015 er der tilføjet tragtdiagrammer til alle indikatorer med undtagelse af indikator 10. Tragtdiagrammer er et punktdiagram af patientpopulationens størrelse mod de opnåede indikatorresultater. I diagrammerne er vist indikatorresultater for det seneste år ift. standarden. For de resultater, hvor der ikke er fastsat en standard, er resultaterne vist i forhold til bedste afdelingsresultat (indikator 11).

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

resultatet. Resultater, der ligger uden for tragten afviger markant fra den fastsatte referenceværdi.

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

Kort læsevejledning til tragtdiagrammer og konfidensinterval-plots:

Tragtdiagram: 95 % konfidensinterval om referenceværdien (angivet med en grå tragt). Referenceværdien er angivet med en rød horisontal linje. Viser indeværende år (blå prikker).

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

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

Sammendrag

I 2016 havde DBCG en dækningsgrad på 93 % i forhold til referenceregistret Patobank, og i de forudgående år 2015 og 2014 var dækningsgraden 95 %. Indikatorberegningen for 2016 er foretaget på baggrund af indberetning 3740 kvinder med primær invasiv diagnose, operabel tumor og risikoallokering, og det er data indberettet inden 1. april 2017, der danner grundlag for beregningerne. I rapporten angives indikatorværdi for 8 af de 11 indikatorer, som er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. Desuden er der fra 2010 beregnet en ny indikator 12: 'Sen sentinel node positivitet' og fra 2013 en ny indikator 13 'Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer'. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen, hvor data for de relevante variable er oplyst.

Resultatet for Årsrapport 2016 kan sammenfattes som følger:

Indikatornavn	2016	2015	2014	2013	Reference
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm.	Udgået i 2011				
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi.	Udgået i 2013				
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.	Udgået i 2015				
Indikator 4: Aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	97 %	97 %	97 %		95 % (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved interderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.	96 %	97 %	96 %		95 %
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation.	Udgået i 2010				
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.	91 %	92 %	92 %		95 %
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer.	*	84 %	88 %	89 %	90%
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram.					
Højrisiko-patienter:	*	77 % [#]	79 %	82 %	95 %
Lavrisiko-patienter:	*	77 % [#]	86 %	78 %	95 %
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.			1,7 % [§]	1,5 %	2,5 %
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.	97 %	97 %	97 %		
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.	97 %	96 %	96 %		(øvre kvartil, 97 %)
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.					
Lumpektomi:	*	92 %	93 %	94 %	95 %
Mastektomi:	*	95 %	95 %	94 %	95 %

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

Vedrører 10 års opfølgning, værdi for patienter opereret 2006-2015.

§ Vedrører patienter opereret 2010-2014.

Beregning af kvalitetsindikatorer

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

Rapportens resultater er baseret på dataudtræk fra forskellige kilder: DBCG den 1. april 2017, Patobank og Landspatientregisteret (LPR) den 30. marts 2017 (leveret af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP).

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

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

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

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2013	2014	2015	2016	
DANMARK	3916	3879	3817	3726	15338
HOVEDSTADEN	1282	1239	1264	1205	4990
SJÆLLAND	573	572	575	579	2299
SYDDANMARK	853	898	848	853	3452
MIDTJYLLAND	838	800	772	731	3141
NORDJYLLAND	357	368	353	358	1436
RIGSHOSPITALET	656	607	626	558	2447
HERLEV	626	632	638	647	2543
RINGSTED	573	572	575	579	2299
ODENSE	284	275	250	273	1082
AABENRAA	191	183	182	151	707
ESBJERG	155	153	182	187	677
VEJLE	223	287	234	242	986
AARHUS	326	328	300	236	1190
RANDERS	161	154	140	182	637
VIBORG	351	318	332	313	1314
AALBORG	231	239	236	242	948
HJØRRING	126	129	117	116	488
OPHØRT PRIV.HOSP.	13	2	5	0	20

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

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

Antal patienter per patologisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2013	2014	2015	2016	
DANMARK	3916	3879	3817	3726	15338
HOVEDSTADEN	1281	1235	1261	1202	4979
SJÆLLAND	578	574	576	581	2309
SYDDANMARK	859	900	855	855	3469
MIDTJYLLAND	840	801	772	729	3142
NORDJYLLAND	358	369	353	359	1439
RIGSHOSPITALET	654	603	624	556	2437
HERLEV	626	632	637	646	2541
OPHØRT REG.H	1	0	0	0	1
SLAGELSE	578	574	576	581	2309
ODENSE	284	276	256	287	1103
SØNDERBORG	189	183	181	148	701
ESBJERG	154	153	180	185	672
VEJLE	232	288	238	235	993
HOLSTEBRO	4	7	5	2	18
AARHUS	325	328	298	234	1185
RANDERS	163	154	142	180	639
VIBORG	348	312	327	313	1300
AALBORG	231	237	236	243	947
HJØRRING	127	132	117	116	492

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

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

Indikator 4: Aksilstatus baseret på sentinel node metoden

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

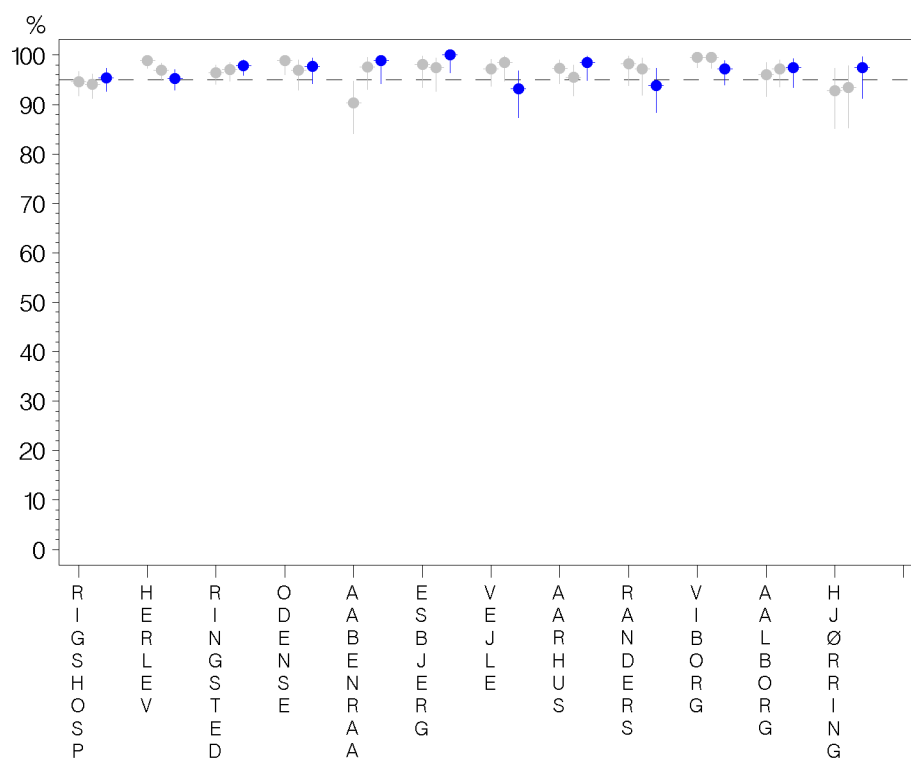
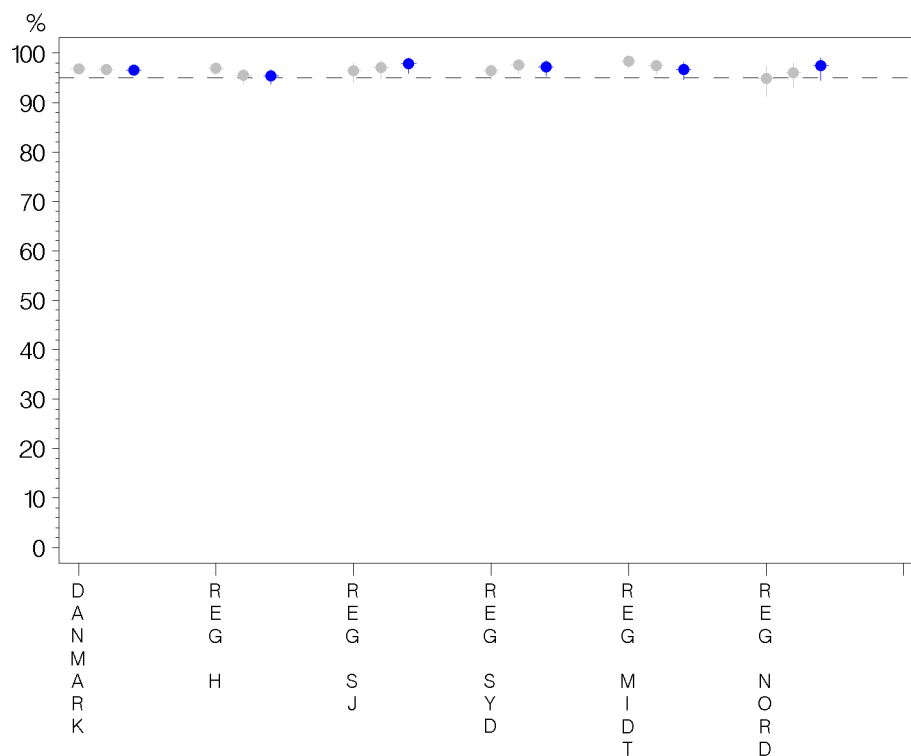
Standard: Der findes ikke danske referenceværdier. Et bedste bud er > 95 %.

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

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

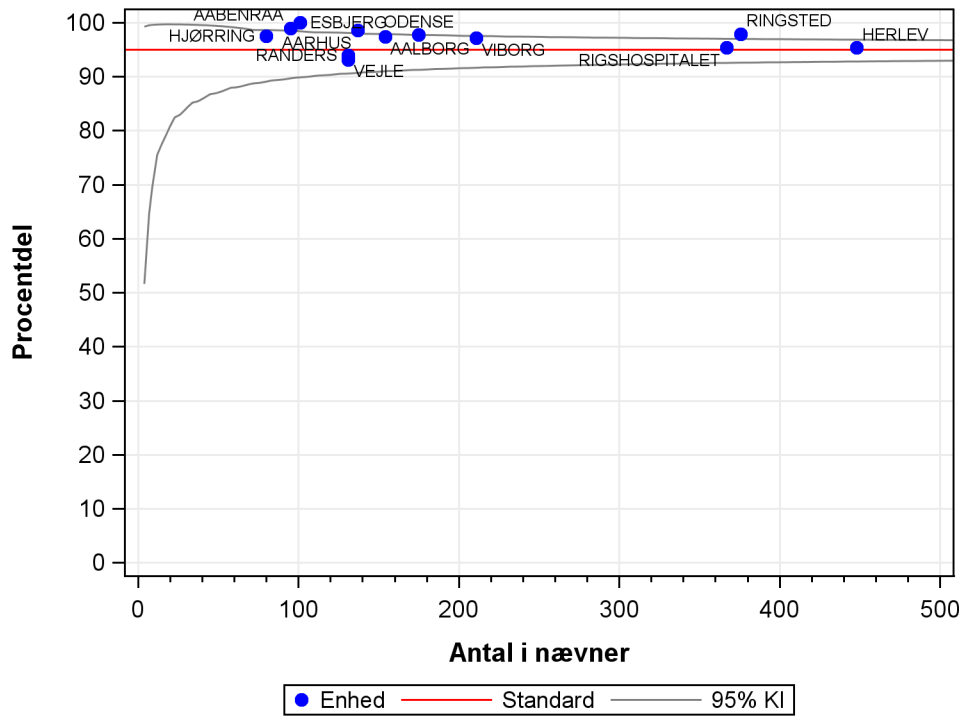
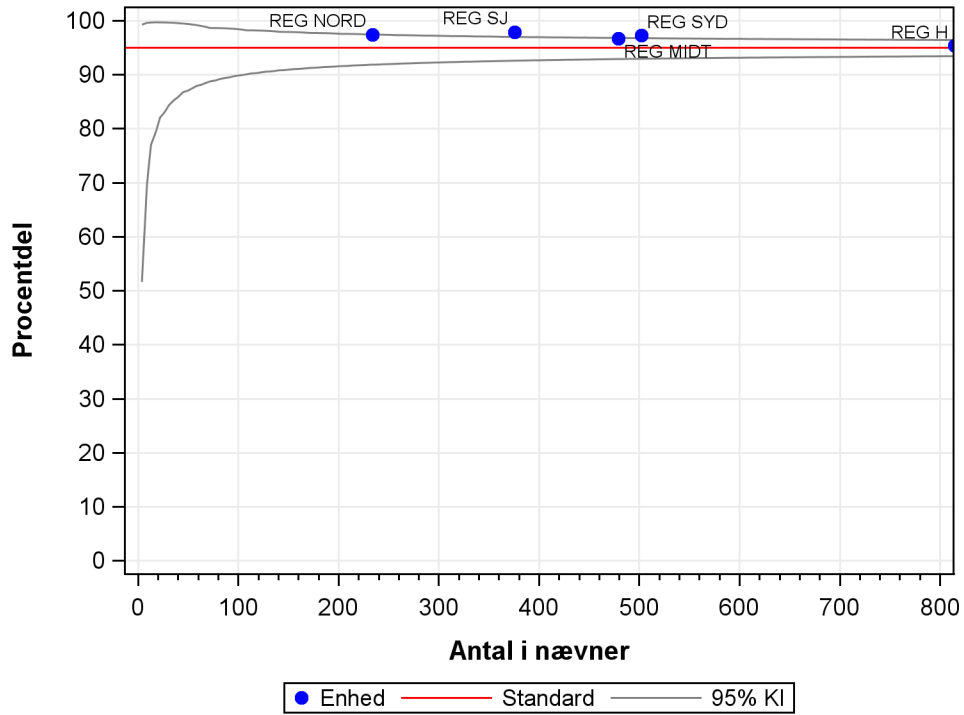
Indikator 4: Aksilstatus fastlagt udelukkende med SN-metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller i 2014-2016.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	2406	100	2406	2324	82	97 (96-97)	97	100	97	100
HOVEDSTADEN	815	100	815	777	38	95 (94-97)	96	100	97	100
SJÆLLAND	376	100	376	368	8	98 (96-99)	97	100	96	100
SYDDANMARK	502	100	502	488	14	97 (95-98)	98	100	96	100
MIDTJYLLAND	479	100	479	463	16	97 (95-98)	97	100	98	100
NORDJYLLAND	234	100	234	228	6	97 (95-99)	96	100	95	100
RIGSHOSPITALET	367	100	367	350	17	95 (93-97)	94	100	95	100
HERLEV	448	100	448	427	21	95 (93-97)	97	100	99	100
RINGSTED	376	100	376	368	8	98 (96-99)	97	100	96	100
ODENSE	175	100	175	171	4	98 (94-99)	97	100	99	100
AABENRAA	95	100	95	94	1	99 (94-100)	98	100	90	100
ESBJERG	101	100	101	101	0	100 (96-100)	97	100	98	100
VEJLE	131	100	131	122	9	93 (87-97)	99	100	97	100
AARHUS	137	100	137	135	2	99 (95-100)	96	100	97	100
RANDERS	131	100	131	123	8	94 (88-97)	97	100	98	100
VIBORG	211	100	211	205	6	97 (94-99)	100	100	100	100
AALBORG	154	100	154	150	4	97 (93-99)	97	100	96	100
HJØRRING	80	100	80	78	2	98 (91-100)	93	100	93	100



Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).



Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 4

Opfyldelse af indikatoren sker, når supplerende aksilindgreb ikke foretages. Landsresultatet for 2016 er 97 % opfyldelse, hvilket er ét procent-point højere end resultatet i årsrapport 2015. Indikatoropfyldelsen ligger ensartet højt i alle regioner fra 95 % - 98 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 4

Det er vedtaget at indikatoren udgår af indikatorsættet efter Årsrapport 2016, da den i en årrække har dokumenteret en høj indikatoropfyldelse for alle afdelinger. Indikatoren vil fra 2017 rapporten formentlig blive erstattet af en ny indikator, der også skal måle i hvilket omfang SN kan undlades som følge af den præoperative diagnostik af lymfeknudemetastaser. Den mulige nye indikator er beregnet for 2016 datasættet og vedlagt denne rapport som bilag.

Anbefalinger til indikator 4

Ingen. Indikatoren udgår herefter.

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

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

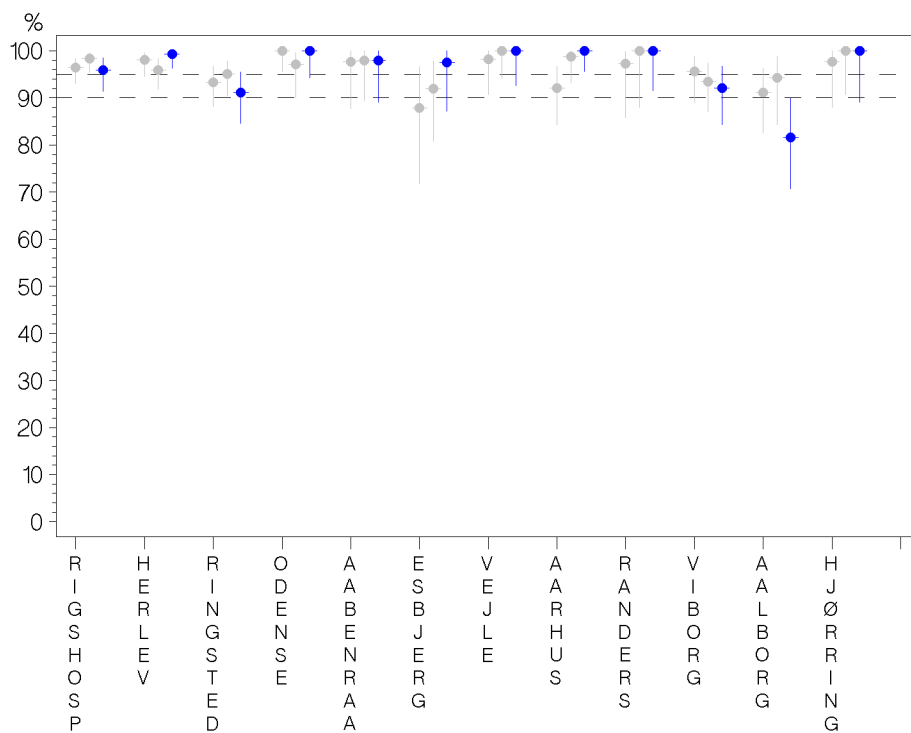
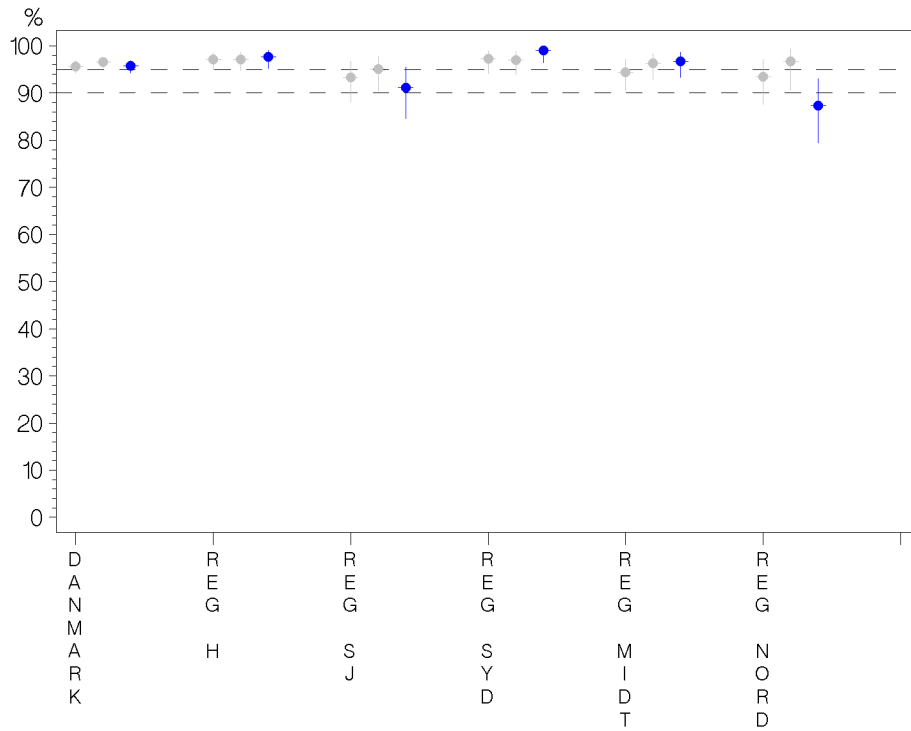
Standard: Acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 %.

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

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

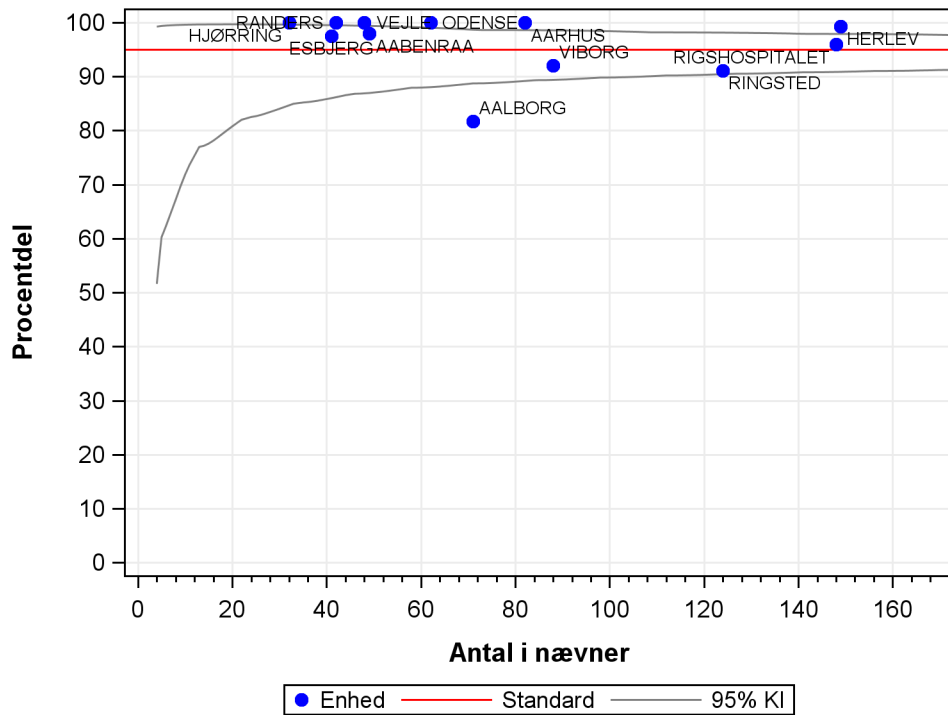
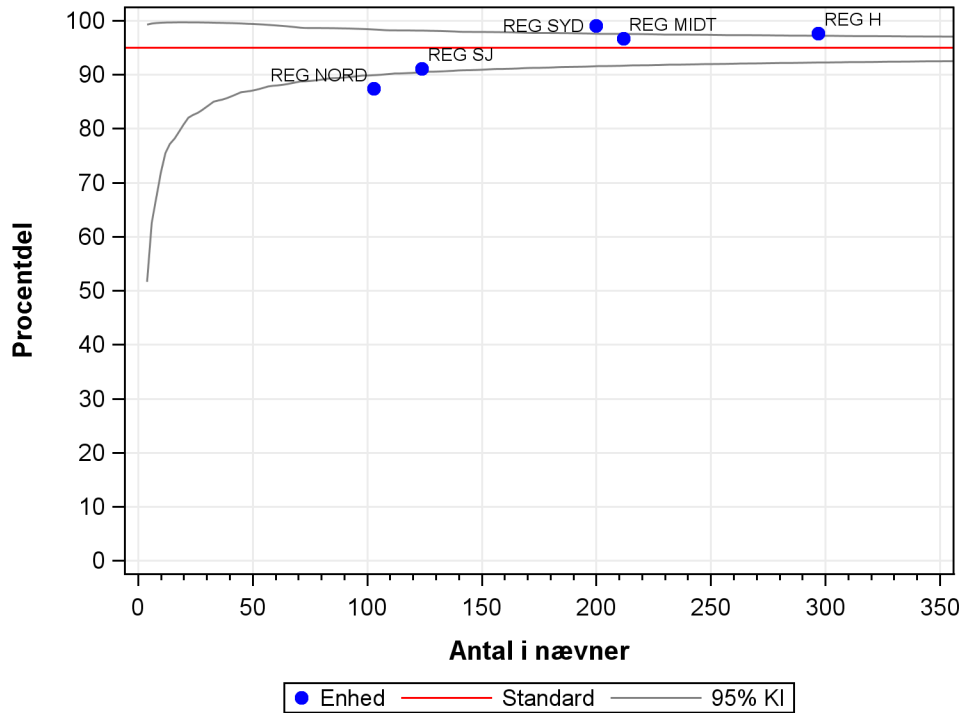
Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i 2014-2016.

Enhed	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	936	100	936	896	40	96 (94-97)	97	100	96	100
HOVEDSTADEN	297	100	297	290	7	98 (95-99)	97	100	97	100
SJÆLLAND	124	100	124	113	11	91 (85-95)	95	100	93	100
SYDDANMARK	200	100	200	198	2	99 (96-100)	97	100	97	100
MIDTJYLLAND	212	100	212	205	7	97 (93-99)	96	100	94	100
NORDJYLLAND	103	100	103	90	13	87 (79-93)	97	100	93	100
RIGSHOSPITALET	148	100	148	142	6	96 (91-98)	98	100	96	100
HERLEV	149	100	149	148	1	99 (96-100)	96	100	98	100
RINGSTED	124	100	124	113	11	91 (85-95)	95	100	93	100
ODENSE	62	100	62	62	0	100 (94-100)	97	100	100	100
AABENRAA	49	100	49	48	1	98 (89-100)	98	100	98	100
ESBJERG	41	100	41	40	1	98 (87-100)	92	100	88	100
VEJLE	48	100	48	48	0	100 (93-100)	100	100	98	100
AARHUS	82	100	82	82	0	100 (96-100)	99	100	92	100
RANDERS	42	100	42	42	0	100 (92-100)	100	100	97	100
VIBORG	88	100	88	81	7	92 (84-97)	94	100	96	100
AALBORG	71	100	71	58	13	82 (71-90)	94	100	91	100
HJØRRING	32	100	32	32	0	100 (89-100)	100	100	98	100



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 90 % og ønskværdigt: > 95 % (stiplede linjer).



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 5

Opfyldelse af indikatoren sker, når der ved aksilindgrebet udtages mindst 10 lymfeknuder. Landsresultatet for 2016 er 96 % opfyldelse, med Region Syddanmark i toppen med 99 % og i bunden Region Nordjylland med 87 %. Mht. afdeling ligger kun Aalborg under 90 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 5

Afdelingen i Aalborg har en uacceptabel lav opfyldelse af indikatoren og skiller sig signifikant ud fra det ellers ensartede og homogene billede, der tegner sig over landet, og som også har ligget meget konstant over tid i forhold til de tidligere rapporter.

Anbefalinger til indikator 5

Afdelingen i Aalborg bør gøre sig overvejelser om, hvordan man kan bringe sig op på et niveau, der svarer til det, der gælder for de øvrige afdelinger i landet.

Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter

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

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

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

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

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

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region 2014-2016. 'Ej opfyldt' dækker kirurgi og patologi.

Enheds ^α	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt*	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	4489	100	4489	4103	386	91 (91-92)	92	100	92	100
HOVEDSTADEN	1417	100	1417	1268	149	89 (88-91)	91	100	90	100
SJÆLLAND	726	100	726	658	68	91 (88-93)	91	100	93	100
SYDDANMARK	1039	100	1039	986	53	95 (93-96)	94	100	95	100
MIDTJYLLAND	877	100	877	813	64	93 (91-94)	95	100	96	100
NORDJYLLAND	430	100	430	378	52	88 (84-91)	86	100	86	100

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region og patologi/afdeling 2014-2016. 'Ej opfyldt' dækker patologi alene.

Enheds ^α	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt*	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	4489	100	4489	4326	163	96 (96-97)	96	100	96	100
HOVEDSTADEN	1416	100	1416	1378	38	97 (96-98)	96	100	96	100
SJÆLLAND	728	100	728	706	22	97 (95-98)	98	100	99	100
SYDDANMARK	1041	100	1041	1004	37	96 (95-97)	96	100	96	100
MIDTJYLLAND	874	100	874	843	31	96 (95-98)	98	100	97	100
NORDJYLLAND	430	100	430	395	35	92 (89-94)	89	100	87	100
RIGSHOSPITALET	691	100	691	668	23	97 (95-98)	95	100	95	100
HERLEV	725	100	725	710	15	98 (97-99)	96	100	97	100
SLAGELSE	728	100	728	706	22	97 (95-98)	98	100	99	100
ODENSE	379	100	379	369	10	97 (95-99)	94	100	94	100
SØNDERBORG	177	100	177	161	16	91 (86-95)	96	100	97	100
ESBJERG	213	100	213	208	5	98 (95-99)	100	100	98	100
VEJLE	272	100	272	266	6	98 (95-99)	95	100	97	100
HOLSTEBRO**	9	100	9	7	2	78 (40-97)	97	100	67	100
AARHUS	290	100	290	277	13	96 (92-98)	97	100	97	100
RANDERS	219	100	219	211	8	96 (93-98)	98	100	98	100
VIBORG	356	100	356	348	8	98 (96-99)	98	100	100	100
AALBORG	291	100	291	265	26	91 (87-94)	89	100	89	100
HJØRRING	139	100	139	130	9	94 (88-97)	89	100	85	100

^α Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 7'.

* Rykkerlister: Implementering af en delmængde af disse i DBCGs webmodul har haft en betydelig effekt, og en fuld implementering afsluttes snarest.

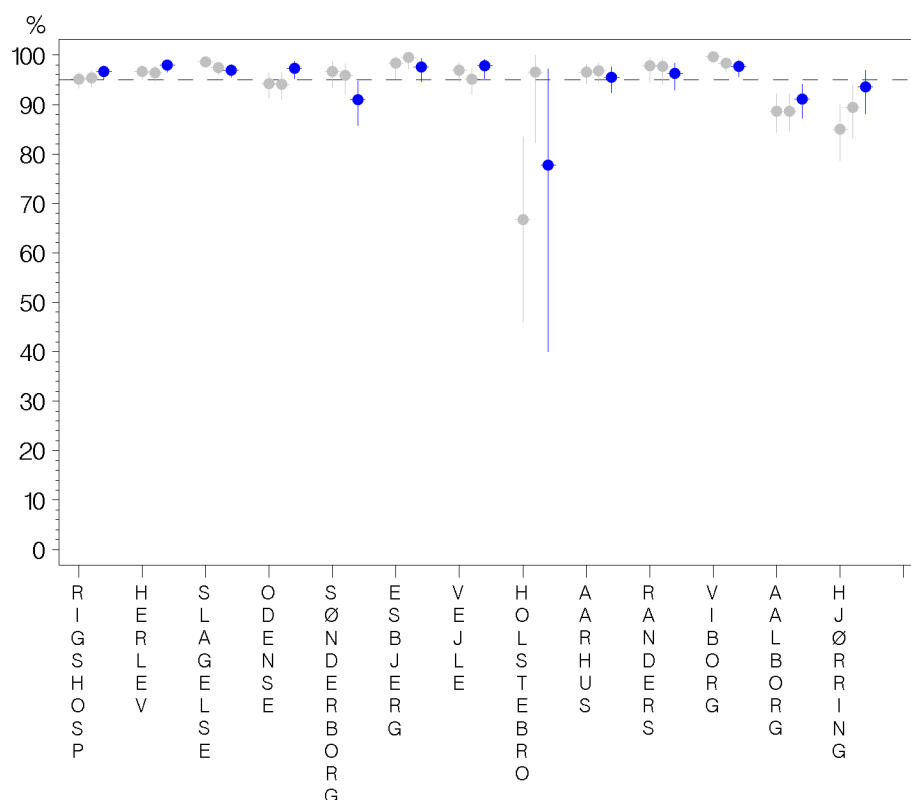
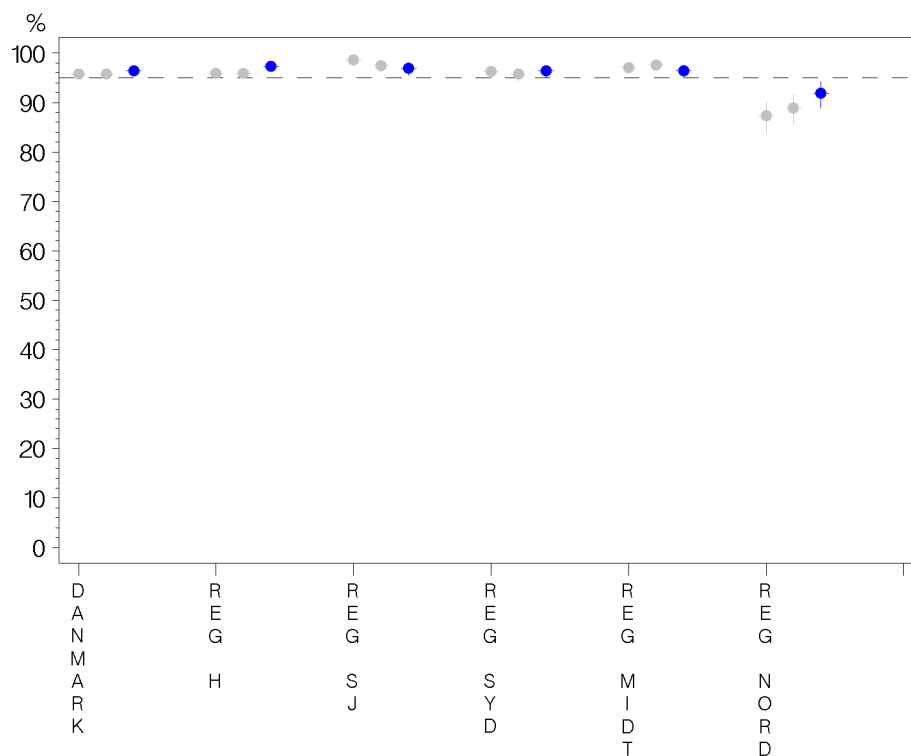
** Afdelingen i Holstebro undersøger alene biopsi-præparater.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed efter region og kirurgisk afdeling 2014-2016. 'Ej opfyldt' dækker kirurgi alene.

Enhed ^α	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt*	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	4489	100	4489	4261	228	95 (94-96)	96	100	96	100
HOVEDSTADEN	1417	100	1417	1303	114	92 (90-93)	95	100	94	100
SJÆLLAND	726	100	726	680	46	94 (92-95)	94	100	94	100
SYDDANMARK	1039	100	1039	1023	16	98 (98-99)	98	100	98	100
MIDTJYLLAND	877	100	877	842	35	96 (94-97)	97	100	99	100
NORDJYLLAND	430	100	430	413	17	96 (94-98)	97	100	98	100
RIGSHOSPITALET	693	100	693	615	78	89 (86-91)	91	100	92	100
HERLEV	724	100	724	688	36	95 (93-96)	98	100	96	100
RINGSTED	726	100	726	680	46	94 (92-95)	94	100	94	100
ODENSE	362	100	362	358	4	99 (97-100)	97	100	99	100
AABENRAA	180	100	180	172	8	96 (91-98)	99	100	98	100
ESBJERG	215	100	215	214	1	100 (97-100)	99	100	98	100
VEJLE	282	100	282	279	3	99 (97-100)	98	100	99	100
AARHUS	299	100	299	284	15	95 (92-97)	98	100	99	100
RANDERS	215	100	215	205	10	95 (92-98)	96	100	100	100
VIBORG	363	100	363	353	10	97 (95-99)	97	100	98	100
AALBORG	291	100	291	283	8	97 (95-99)	96	100	99	100
HJØRRING	139	100	139	130	9	94 (88-97)	97	100	97	100

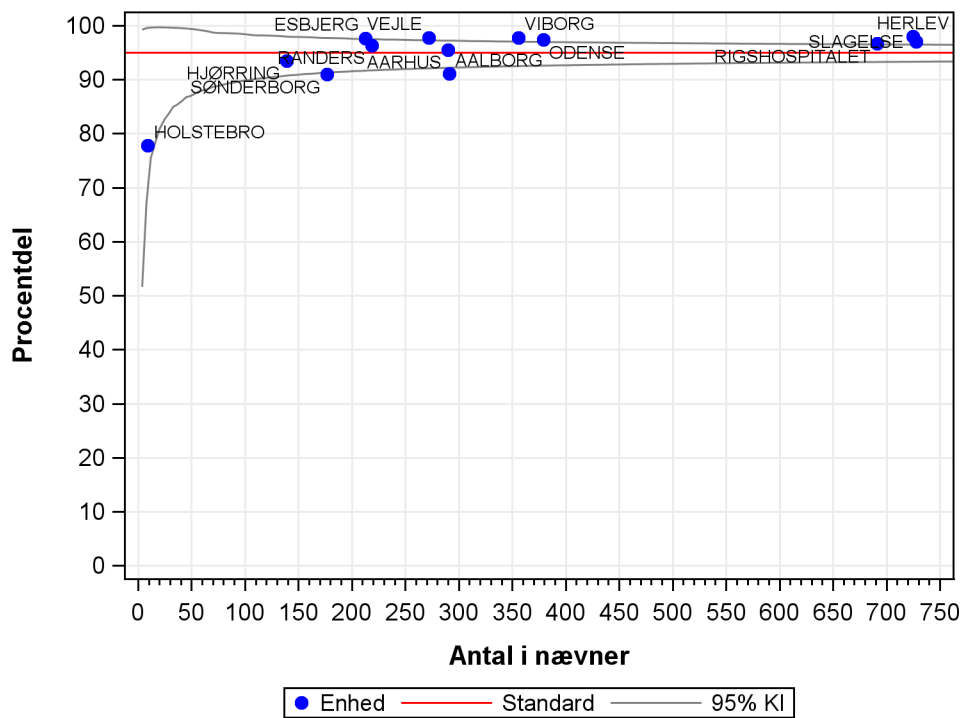
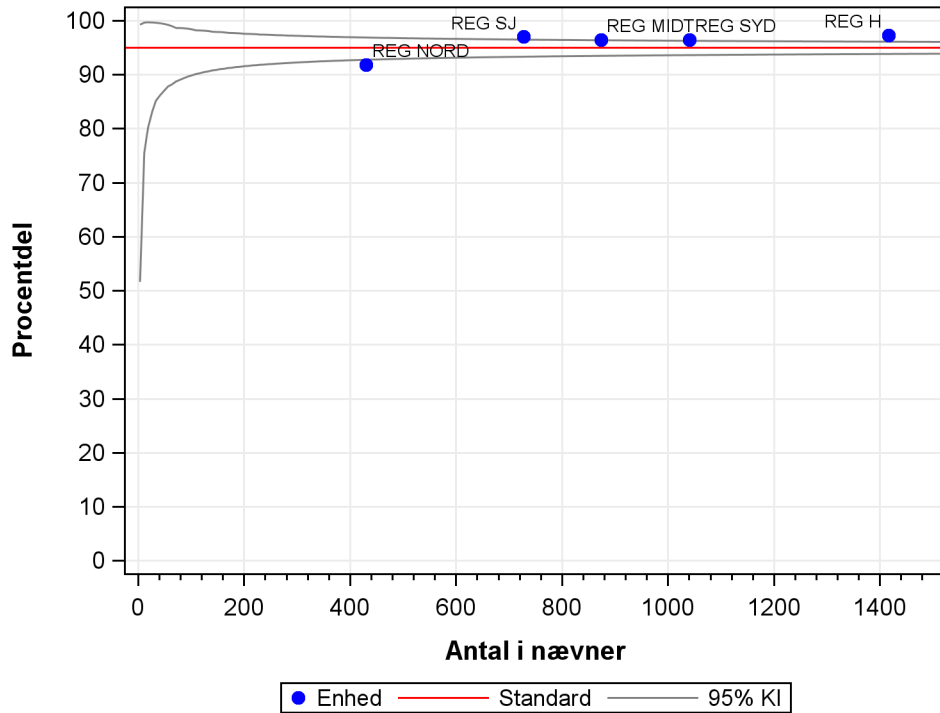
^α Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 7'.

* Rykkerlister: Implementering af en delmængde af disse i DBCGs webmodul har haft en betydelig effekt, og en fuld implementering afsluttes snarest.



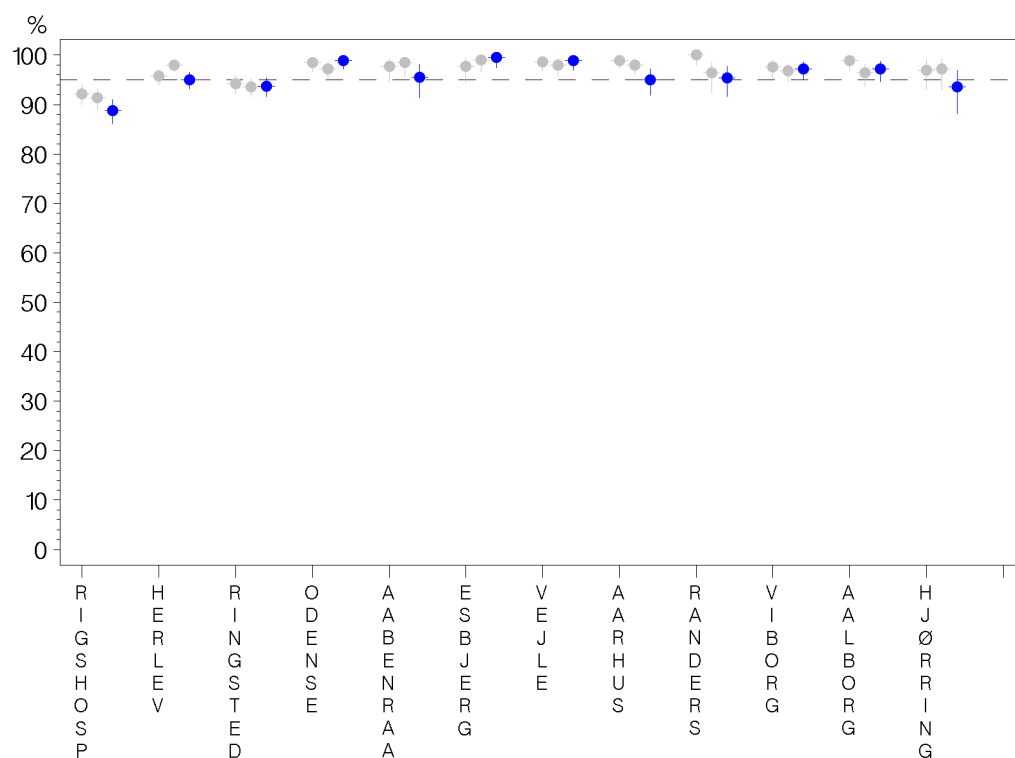
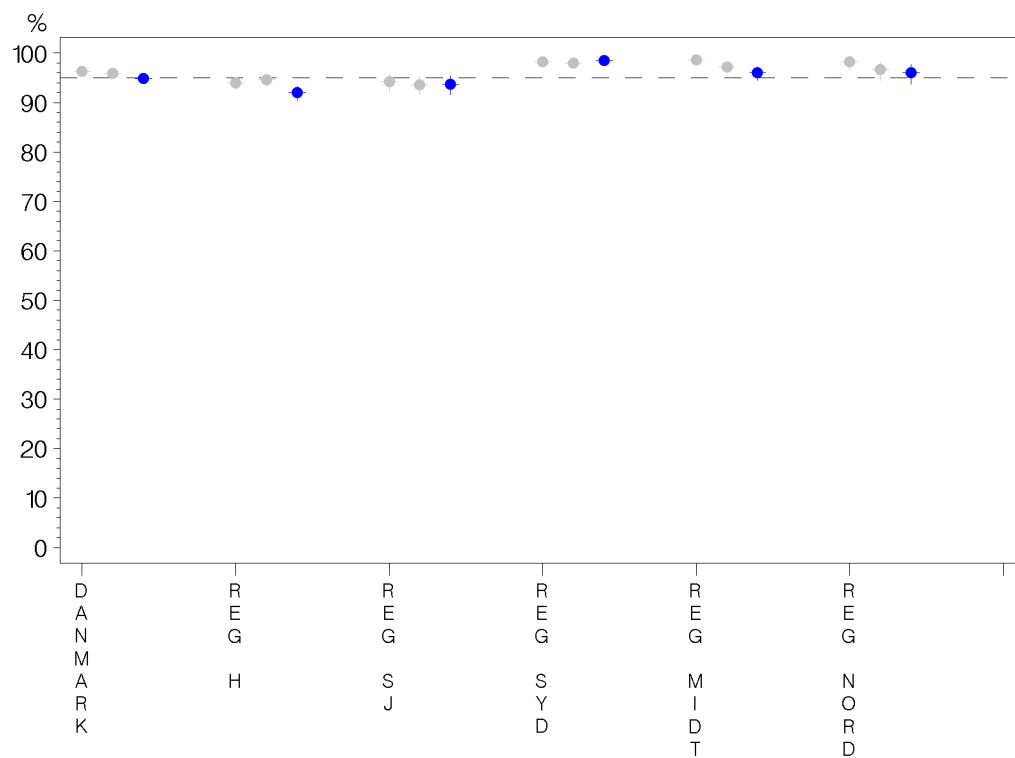
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne per patologiafdeling for patienter med operationsår 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur).
Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).



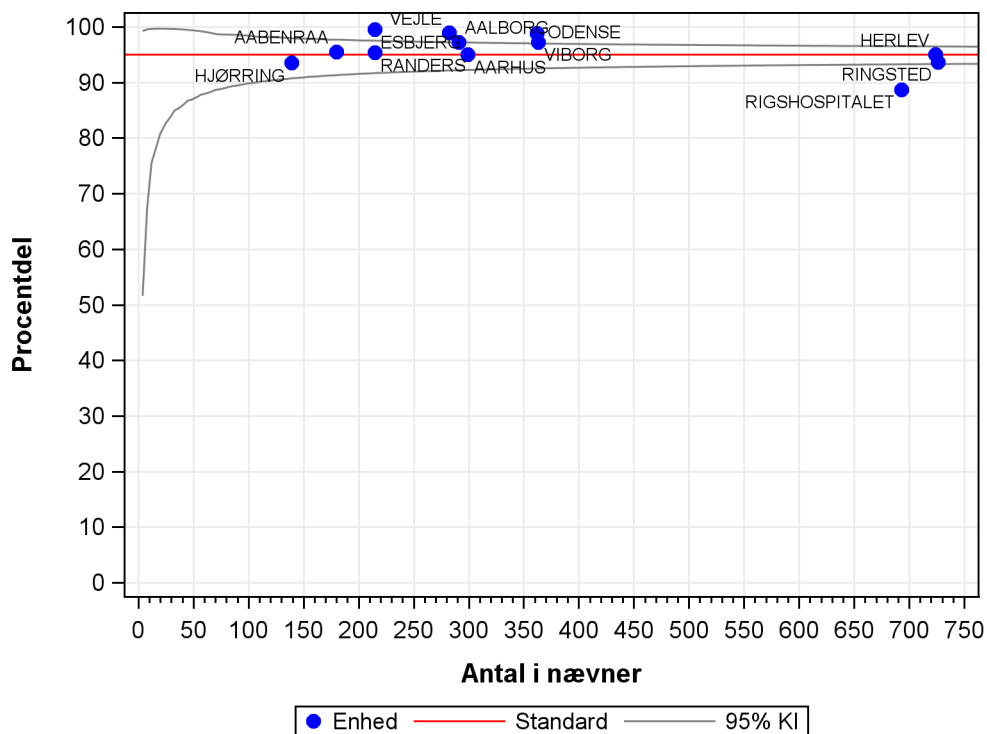
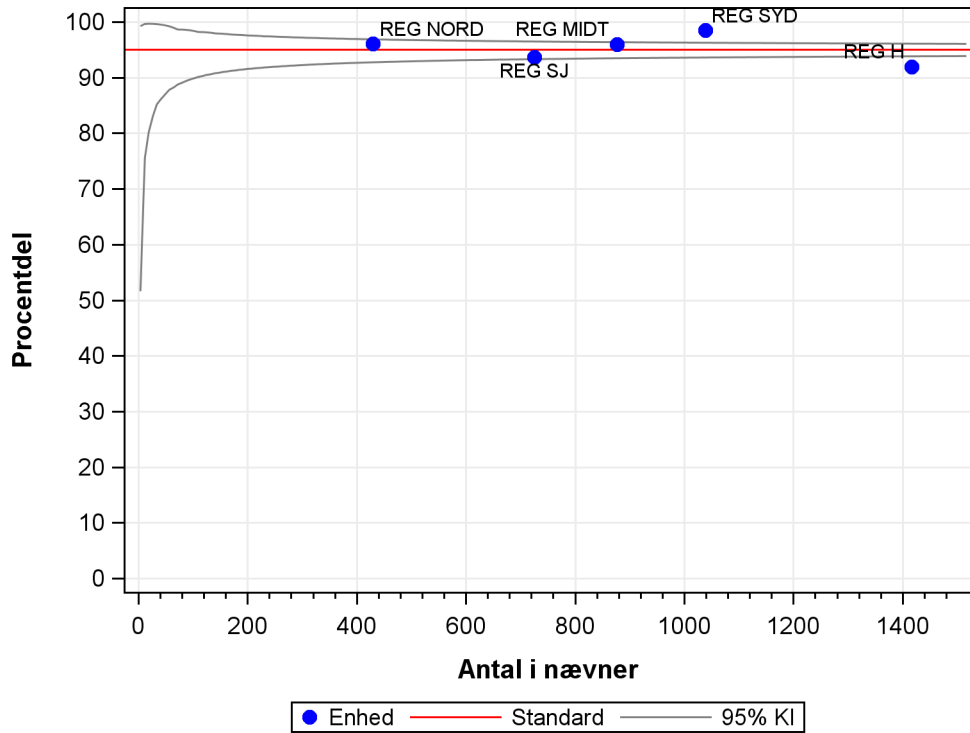
Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016 per patologiafdeling.
 Referenceværdi: > 95 % (rød linje).



Indikator 7: Datakomplethed af

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne per kirurgiafdeling for patienter med operationsår 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje).



Indikator 7: Datakomplethed af indberettede patienter.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016 per kirurgiafdeling. Referenceværdi: > 95 % (rød linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 7

Landsresultatet for 2016 er 91 % opfyldelse, og opfyldelsen er hele 3 procent-point højere i forhold til årsrapport 2015. De regionale resultater varierer fra 95 % opfyldelse i Region Syddanmark, til 88 % i Nordjylland. Patologiafdelingen i Holstebro har en relativ lav indikatoropfyldelse på 78 %, hvilket kan henføres til statistisk tilfældighed i en lille population (n=9), samt at afdelingen som den eneste ikke undersøger operationspræparater, men alene biopsi-præparater. Kirurgi-afdelingen på Rigshospitalet ligger lavt med 89 %.

Det bemærkes at indikatoren er blevet opdelt regionalt samt efter afdelingstype. Dette skyldes et ønske om at placere uopfyldte hos den rette patologiske eller kirurgiske afdeling. På landsplan findes 386 uopfyldte; heraf vedrører 163 patologi og 228 kirurgi og der er således et overlap på 5 uopfyldte.

Rykkerlister: Implementering af en delmængde af de ikke-opfyldte patienter i DBCGs webmodul har haft en betydelig effekt, og en fuld implementering afsluttes snarest.

Styregruppens kommentarer til indikator 7

Indikator 7 er meget central for hele datasættet i kvalitetsdatabasen. Det er derfor helt uacceptabelt, at landsresultatet ligger så lavt som 91 %, og at resultaterne for 4 af 5 regioner ligger signifikant lavere end standarden. Kun Region Syddanmark opnår et tilfredsstillende resultat.

Indikatoropfyldelsen for de enkelte patologi-afdelinger viser nogen variation. Resultatet fra Aalborg ligger signifikant under standardværdien, men også resultatet fra Sønderborg er med til at trække landsgennemsnittet ned. Holstebro er kommenteret i afsnittet 'Klinisk epidemiologiske kommentarer', og de øvrige afdelinger holder sig tæt på standarden. Af de kirurgiske afdelinger er det udelukkende en lav indikatoropfyldelse ved Rigshospitalet, der afviger fra et ellers ensartet tilfredsstillende billede. I forhold til denne indikator viser opgørelsen, at det samlede resultat er meget følsomt for selv relativt små afvigelser fra den ønskede standardopfyldelse ved henholdsvis de kirurgiske og patologiske afdelinger.

Anbefalinger til indikator 7

Forbedret indberetning fra den kirurgiske afdeling på Rigshospitalet og patologi-afdelingerne i Sønderborg og Aalborg er påkrævet. Der er dog generelt behov for yderligere optimering af indberetningen fra de kirurgiske og patologiske afdelinger, i 4 af 5 regioner med Region Syddanmark som eneste undtagelse, hvis indikatoropfyldelsen skal nå op på tærskelværdien på 95 %.

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

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

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

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

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

Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2013-2015, fordi medicinsk behandling helt overvejende gives i det post-operative forløb. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten mindst én gang har modtaget den foreskrevne behandling (kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling).

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

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer for operationsår 2013-2015. Opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk afdeling).

Region

Enheda	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	3350	80	2679	2246	433	84 (82-85)	88	86	89	88
HOVEDSTADEN	1083	60	652	545	107	84 (81-86)	87	75	88	84
SJÆLLAND	533	70	374	297	77	79 (75-83)	87	74	88	85
SYDDANMARK	759	95	720	616	104	86 (83-88)	91	99	90	89
MIDTJYLLAND	660	96	631	531	100	84 (81-87)	86	95	91	93
NORDJYLLAND	315	96	302	257	45	85 (81-89)	89	93	91	96

Onkologiske afdelinger (for patienter allokeret hertil)

Enheda	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
RIGSHOSPITALET	323	99	320	268	52	84 (79-88)	85	99	89	99
HERLEV	142	67	95	83	12	87 (79-93)	91	86	91	98
HILLERØD	202	100	202	173	29	86 (80-90)	92	100	89	100
RØNNE	27	96	26	15	11	58 (37-77)	74	96	73	100
ROSKILDE	112	97	109	71	38	65 (55-74)	78	96	87	100
NÆSTVED	265	100	264	226	38	86 (81-90)	93	100	89	100
ODENSE	280	100	280	235	45	84 (79-88)	89	100	89	100
SØNDERBORG	125	99	124	109	15	88 (81-93)	94	98	91	99
ESBJERG	117	100	117	93	24	79 (71-86)	92	100	93	91
VEJLE	199	100	199	179	20	90 (85-94)	93	100	91	100
HERNING	259	100	259	235	24	91 (87-94)	89	100	93	100
AARHUS	368	100	368	294	74	80 (75-84)	86	100	91	100
AALBORG	302	100	302	257	45	85 (81-89)	89	100	91	100

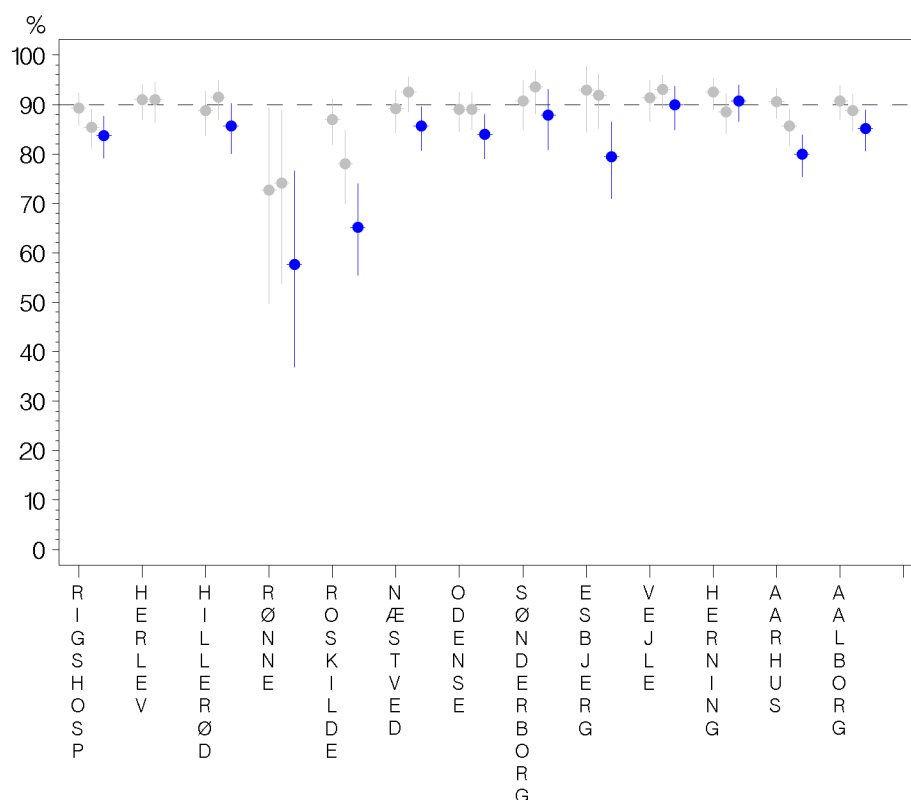
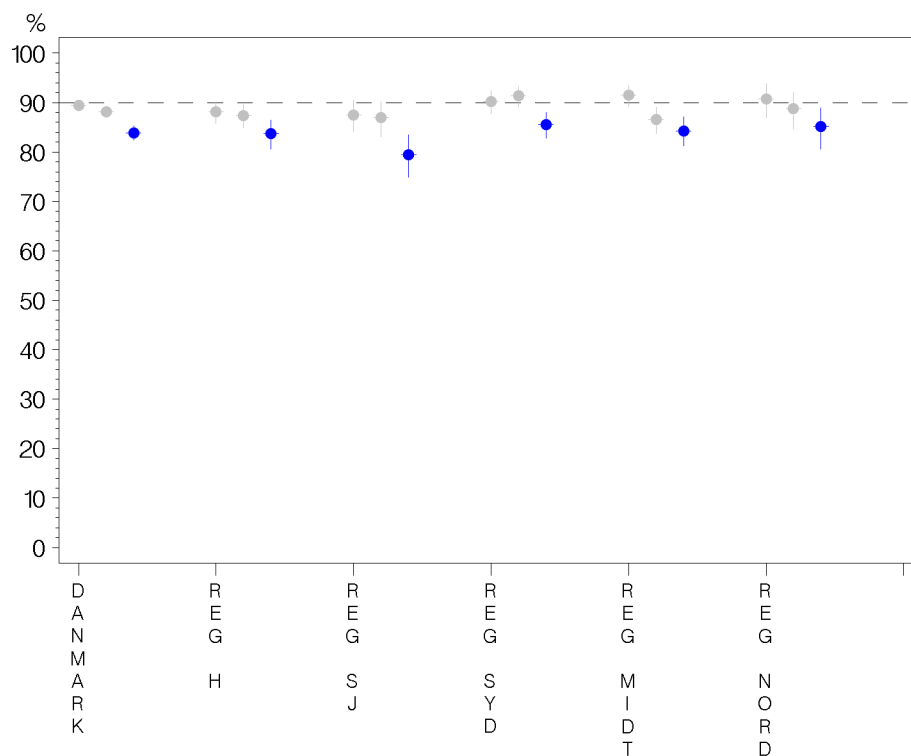
Kirurgiske afdelinger (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk afdeling)

Enheda	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
RIGSHOSPITALET	#	1	#	#	#	#	0	5	71	10
HERLEV	276	3	8	6	2	75 (35-97)	61	11	44	19
RINGSTED	#	1	#	#	#	#	0	2	25	5
ODENSE	#	0	#	#	#	#	.	0	0	15
AABENRAA	23	0	0	0	0	. (-.)	0	17	100	8
VEJLE	14	0	0	0	0	. (-.)	.	.	.	0
AARHUS	#	33	#	#	#	#	0	14	0	4
RANDERS	6	0	0	0	0	. (-.)	33	20	.	0
VIBORG	#	13	#	#	#	#	80	71	100	22
AALBORG	5	0	0	0	0	. (-.)	.	0	.	0
HJØRRING	8	0	0	0	0	. (-.)	.	0	.	0

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

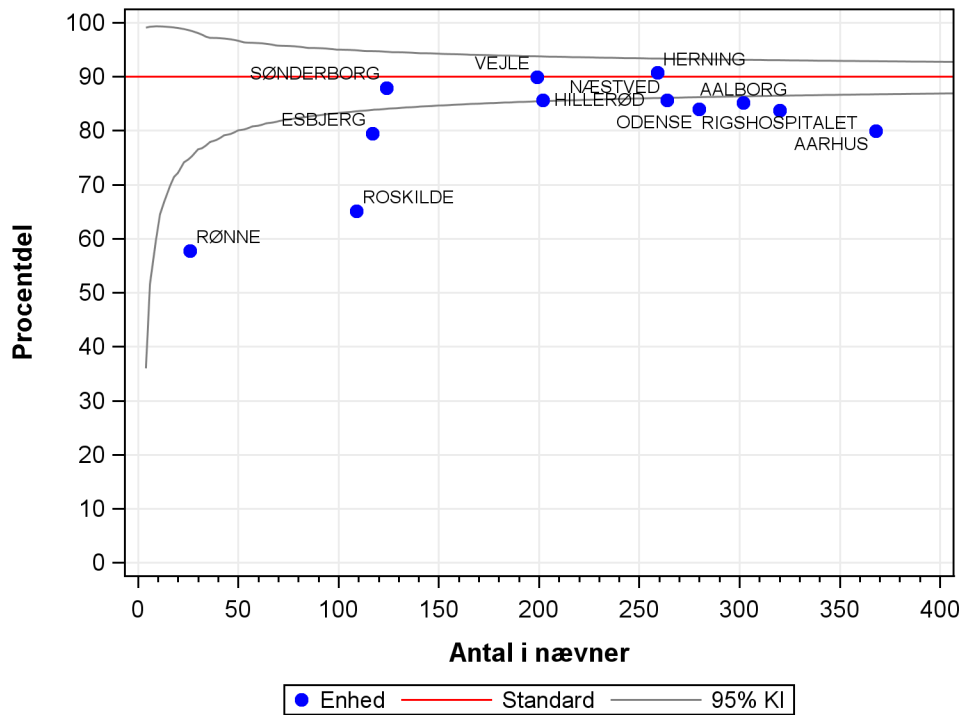
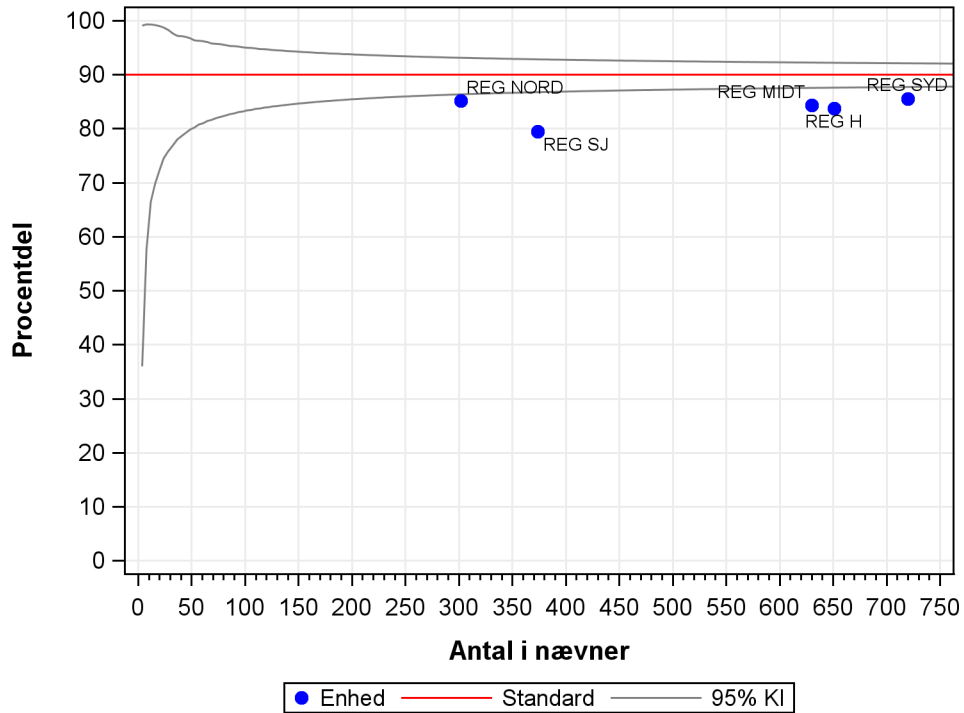
Opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk behandling).

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



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne (komplethed på minimum 80 %) per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2012-2014 (grå signatur) og 2015 (blå signatur). Referenceværdi: > 90 % (stiplet linje). Kirurgiske afdelinger er markeret med *.



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne (komplethed på minimum 80 %) for 2015. Referenceværdi: > 90 % (rød linje). Kirurgiske afdelinger er markeret med *.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 8

Indberetningskompletheden for 2015 varierer markant mellem regionerne: Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland ligger i 96 %, hvor Hovedstaden og Sjælland har hhv. 60 % og 70 %. Den nationale indberetningskomplethed for 2015 er 80 %, hvilket er lavere end i 2014 og 2013, hvor kompletheden var 86 % og 88 %. Denne ændring over tid afspejler en forsinket indberetning af medicinsk behandling.

Den nationale indikatoropfyldelse for 2015 er 84 %, hvilket er 4 procent-point lavere end i 2014. Denne forskel indikerer, at også indikatorresultatet forbedres med efterindberetning. På regionalt niveau ligger opfyldelsen ret ens på 84-86 %, med undtagelse af Sjælland på 79 %. På afdelingsniveau falder Rønne og Roskilde ud med 58 % og 65 %, hvor resten af afdelingerne ligger noget højere 79 % - 91 % med kun Vejle og Herning som opfylder standarden på 90 %.

Indikatoren er i Årsrapport 2016 opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokert hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk behandling).

Rykkerlister: Implementering af en delmængde af de ikke-opfyldte patienter i DBCGs webmodul har haft en betydelig effekt, og en fuld implementering afsluttes snarest.

Styregruppens kommentarer til indikator 8

Landsresultatet for indikatorværdien ligger langt under standarden på 90 % og er ikke opfyldt i nogen af de 5 regioner. For de enkelte onkologiske afdelingers vedkommende ligger resultatet signifikant under standarden ved Rigshospitalet, Rønne, Roskilde, Odense, Esbjerg, Aarhus og Aalborg.

Det foreliggende resultat bærer i nogen grad præg af, at der specielt ved de kirurgiske afdelinger i Region Hovedstaden og afdelingen i Ringsted, men også i et betydeligt omfang i Vejle, Aabenraa og Viborg ikke systematisk er angivet behandlende korresponderende afdeling for onkologi og strålebehandling. Derved er en betydelig del af behandlingsforløbene registreret som om de ikke er overgået til onkologisk afdeling, og ved manglende indberetning af behandlingsdata fra de onkologiske afdelinger er det den kirurgiske afdeling, der figurerer som den 'skyldige'. Det har som konsekvens, at der ikke kan sendes rykkere til de behandlende afdelinger. Når det ikke sker ved oprettelse af mammaskemaet, så er det formentlig fordi man ikke på forhånd kan fastslå, hvilken onkologisk afdeling, der bliver den korresponderende for den pågældende patient. Det formodes, at en korrekt registrering af

behandlende onkologisk afdeling vil føre til, at indikatoropfyldelsen for de korresponderende onkologiske afdelinger forringes.

Anbefalinger til indikator 8

Indberetning fra Region H og Region S bør forbedres væsentligt.

Der bør ved de kirurgiske afdelinger ved RH, Herlev, Ringsted, Aabenraa, Viborg og Vejle redegøres nærmere for, hvorfor der ikke er sket indberetning af behandlende onkologisk afdeling alternativt behandlingsdata fra egen afdeling i et forholdsvist stort omfang. I de tilfælde, hvor det ikke ved udfyldelse af mammaskemaet er fastlagt hvilken onkologisk afdeling, der bliver den korresponderende afdeling for patienten, bør der indføres en praksis der sikrer, at der ved/efter MDT-konferencen sker efterindberetning af dette på mammaskemaet.

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgningsprogram

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

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

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

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

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

Til denne indikator er der medtaget patienter, der er opereret fra 2006 til og med 2015, idet det handler om 10 års follow-up. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisiko-patienter. Indikatoren opgøres kun for patienter, der efter guidelines burde være under opfølgning. Patienter, der allerede inden operationen eller umiddelbart efter operationen, bedømmes til ikke at skulle følges i DBCG's opfølgningsprogram, og patienter, der ikke opereres ifølge DBCG's retningslinjer er udeladt af populationen.

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

Indikatoren kan ikke bestemmes hvis patienten får recidiv, anden malign sygdom eller dør indenfor 1 år efter operationen eller hvis patienten er opereret for mindre end 1 år siden. Derfor har vi i Årsrapport 2016 valgt at beskrive indikatoren for patienter opereret i perioden 2006-2015.

Højrisiko-patienter

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2006-2015, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk afdeling).

Region

Enhed ^a	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)	Årsrapport 2015 (andel 2005-2014 med KI, %)
DANMARK	32247	100	32247	24984	7263	77 (77-78)	79 (79-79)
HOVEDSTADEN	10151	100	10151	7504	2647	74 (73-75)	86 (86-87)
SJÆLLAND	4842	100	4842	3367	1475	70 (68-71)	71 (70-72)
SYDDANMARK	7640	100	7640	6592	1048	86 (85-87)	85 (84-86)
MIDTJYLLAND	6412	100	6412	5345	1067	83 (82-84)	74 (73-75)
NORDJYLLAND	3182	100	3182	2173	1009	68 (67-70)	62 (60-64)
OPHØRT PRIV.HOSP.	#	100	#	#	#	#	#

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

Onkologiske afdelinger (for patienter allokeret hertil)

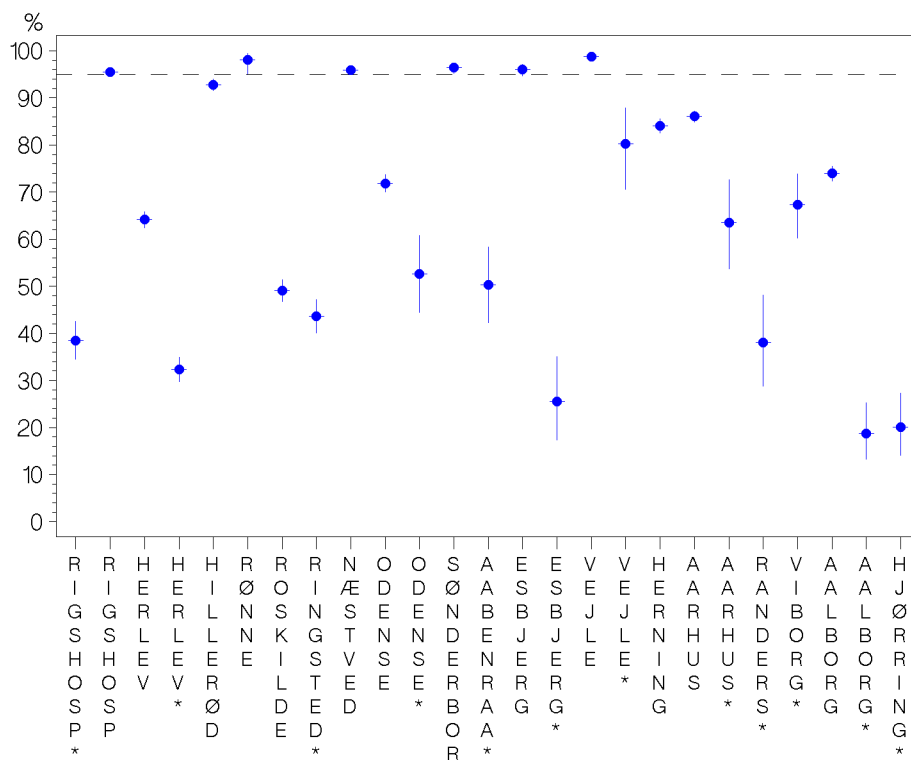
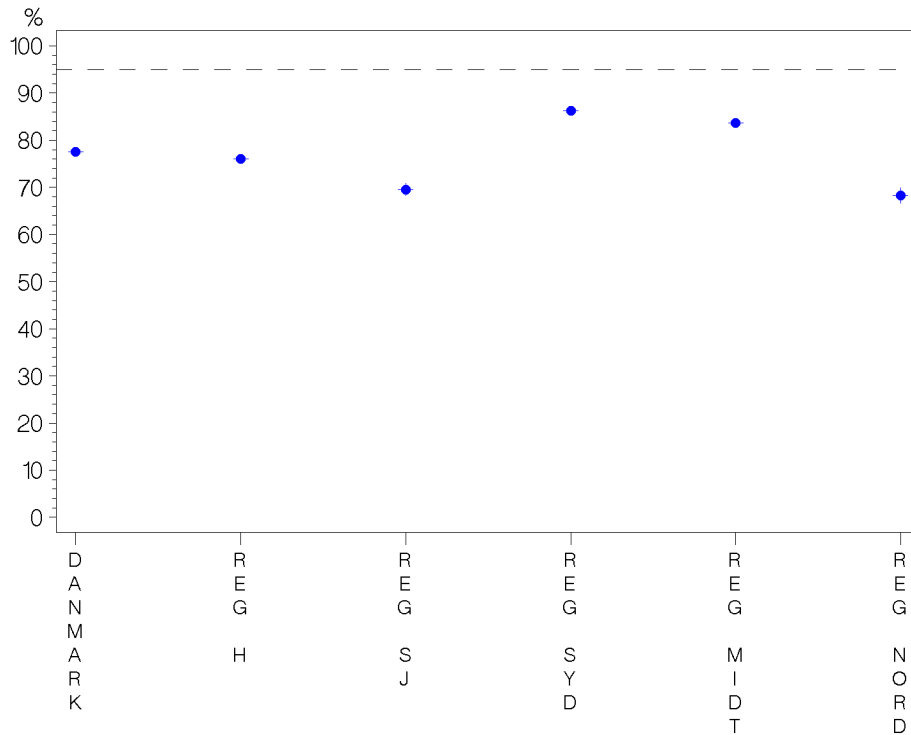
Enhed ^a	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)	Årsrapport 2015 (andel 2005-2014 med KI, %)
RIGSHOSPITALET	3095	100	3095	2954	141	95 (95-96)	89 (88-90)
HERLEV	3107	100	3107	1994	1113	64 (62-66)	81 (80-82)
HILLERØD	1827	100	1827	1696	131	93 (92-94)	94 (93-95)
RØNNE	207	100	207	203	4	98 (95-99)	98 (95-99)
ROSKILDE	1834	100	1834	899	935	49 (47-51)	51 (48-53)
NÆSTVED	2213	100	2213	2122	91	96 (95-97)	94 (93-95)
ODENSE	2429	100	2429	1746	683	72 (70-74)	71 (69-73)
SØNDERBORG	1296	100	1296	1250	46	96 (95-97)	93 (91-94)
ESBJERG	1075	100	1075	1033	42	96 (95-97)	88 (85-89)
VEJLE	2331	100	2331	2302	29	99 (98-99)	97 (96-97)
HERNING	2359	100	2359	1983	376	84 (83-86)	89 (88-90)
AARHUS	3526	100	3526	3036	490	86 (85-87)	65 (64-67)
OPHØRT REG.MIDT	102	100	102	77	25	75 (66-83)	
AALBORG	2852	100	2852	2109	743	74 (72-76)	65 (63-66)

Kirurgiske afdelinger (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk afdeling)

Enhed ^α	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)	Årsrapport 2015 (andel 2005-2014 med KI, %)
RIGSHOSPITALET	582	100	582	224	358	38 (35-43)	
HERLEV	1300	100	1300	420	880	32 (30-35)	
OPHØRT REG.H	33	100	33	13	20	39 (23-58)	
RINGSTED	794	100	794	346	448	44 (40-47)	
OPHØRT REG.SJ	#	100	#	#	#	#	
ODENSE	152	100	152	80	72	53 (44-61)	
AABENRAA	161	100	161	81	80	50 (42-58)	
ESBJERG	102	100	102	26	76	25 (17-35)	
VEJLE	91	100	91	73	18	80 (71-88)	
OPHØRT REG.SYD	#	100	#	#	#	#	
AARHUS	107	100	107	68	39	64 (54-73)	
RANDERS	105	100	105	40	65	38 (29-48)	
VIBORG	196	100	196	132	64	67 (60-74)	
OPHØRT REG.MIDT	17	100	17	9	8	53 (28-77)	
AALBORG	176	100	176	33	143	19 (13-25)	
HJØRRING	154	100	154	31	123	20 (14-27)	

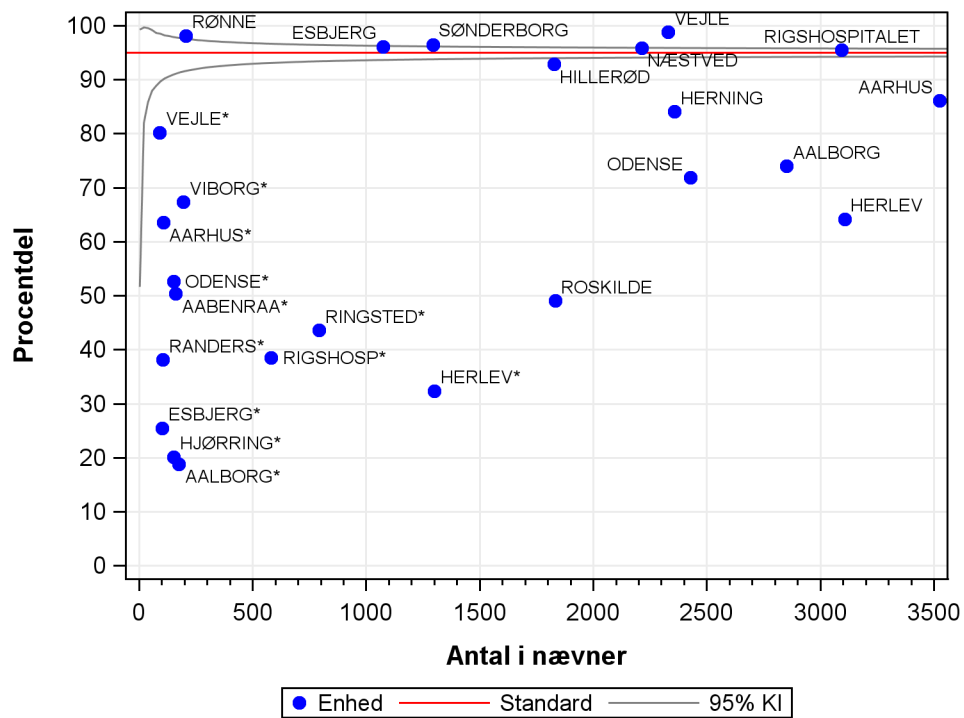
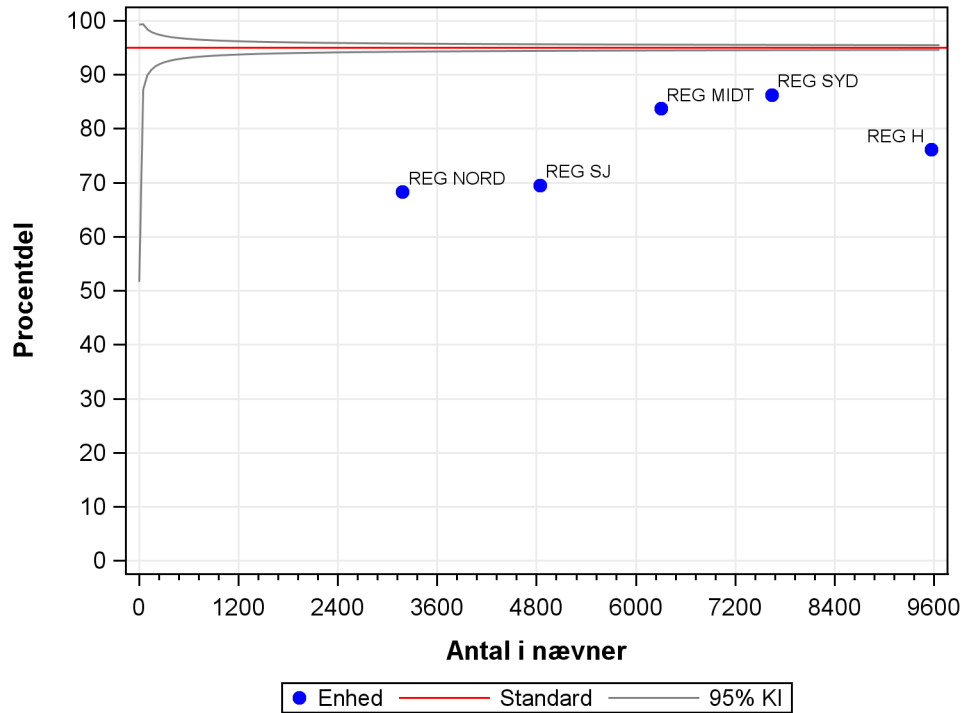
^α Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 9' for specificering af tildeling af afdeling.

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



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for perioden 2006-2015. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Kirurgiske afdelinger er markeret *.



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2006-2015. Referenceværdi: > 95 % (rød linje). Kirurgiske afdelinger er markeret med *.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Gennemførelsen af DBCG's opfølgingsprogram for højrisiko-patienter opereret i perioden fra 2006 til 2015 varierer betydeligt mellem regionerne: Syddanmark har 86 %, mens Nordjylland har 68 % opfyldelse og Sjælland 70 %. I forhold til Årsrapport 2015 er landsresultatet forringet med 2 procent-point fra 79 % til 77 % opfyldelse.

På afdelingsniveau ligger Herlev og Roskilde i bund med hhv. 64 % og 49 %; i toppen og med opfyldelse på 95 % eller mere ligger: Rigshospitalet, Rønne, Næstved, Sønderborg, Esbjerg og Vejle. Resten af afdelingerne ligger mellem 72 % og 93 %.

Hos de afdelinger, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk afdeling, ligger Vejle med 80 % og alle andre afdeling lang under (19 % - 67 %).

Indikatoren er i Årsrapport 2016 opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk behandling).

Årsrapport 2015's resultater er placeret ud for de onkologiske afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Højrisiko

Indikatoropfyldelsen ligger på landsplan langt under standarden, og det er uacceptabelt. Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nord ligger specielt lavt. På afdelingsniveau skiller de onkologiske afdelinger i Herlev, Roskilde, Odense og Aalborg sig ud med indikatoropfyldelse under 80 %, men opfyldelsen ligger også signifikant under standarden ved afdelingerne i Herning og Aarhus. Det bemærkes, at resultatet fra RH er markant forbedret fra sidste års rapport.

En mindre del af højrisikogruppen (11 %) er ikke henvist til onkologisk afdeling, men er fortsat knyttet til de kirurgiske afdelinger. Det drejer sig formentlig i et vist omfang om patienter i endokrin behandling, der ikke har modtaget strålebehandling, men det store antal er overraskende, da indikatoren kun vedrører patienter, der er behandlet i henhold til en af DBCG's protokoller, og det forudsætter kurativ operation. Det kan ikke udelukkes, at nogle af disse patienter er forkert registrerede, f.eks. kunne det dreje sig om patienter, der pga. komorbiditet og høj alder ikke er behandlet i henhold til retningslinjerne. For patienter, der er knyttet til kirurgiske afdelinger er indikatoropfyldelsen helt uacceptabel. Eneste positive afvigelse gælder for Vejle.

Anbefalinger til indikator 9 Højrisiko

Der er behov for at man ser på opfølgning af højrisiko-patienter, der har haft forløb ved de onkologiske afdelinger i Herlev, Roskilde, Odense og Aalborg.

Tilsvarende gør sig gældende for alle de kirurgiske afdelinger på nær Viborg. Der bør ved de kirurgiske afdelinger ses på, om registreringspraksis er i overensstemmelse med de gældende retningslinjer.

Lavrisiko-patienter

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2006-2015 der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Opgjort efter region hhv. kirurgisk afdeling samt onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil).

Region

Enhed ^a	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)	Årsrapport 2015 (andel 2005-2014 med KI, %)
DANMARK	5235	100	5235	4028	1207	77 (76-78)	86 (85-87)
HOVEDSTADEN	1666	100	1666	1115	551	67 (65-69)	78 (76-80)
SJÆLLAND	783	100	783	652	131	83 (80-86)	92 (90-94)
SYDDANMARK	1279	100	1279	1014	265	79 (77-81)	89 (87-91)
MIDTJYLLAND	1041	100	1041	824	217	79 (77-82)	90 (88-92)
NORDJYLLAND	459	100	459	420	39	92 (89-94)	90 (87-92)
OPHØRT PRIV.HOSP.	7	100	7	3	4	43 (10-82)	#

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

Kirurgiske afdelinger

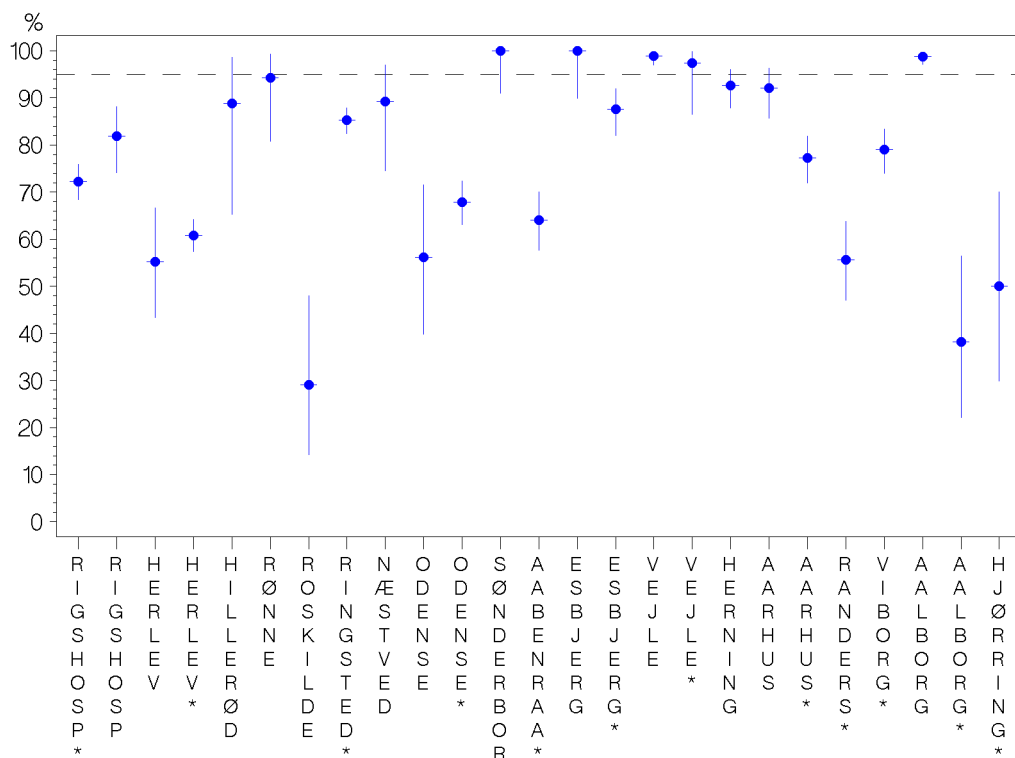
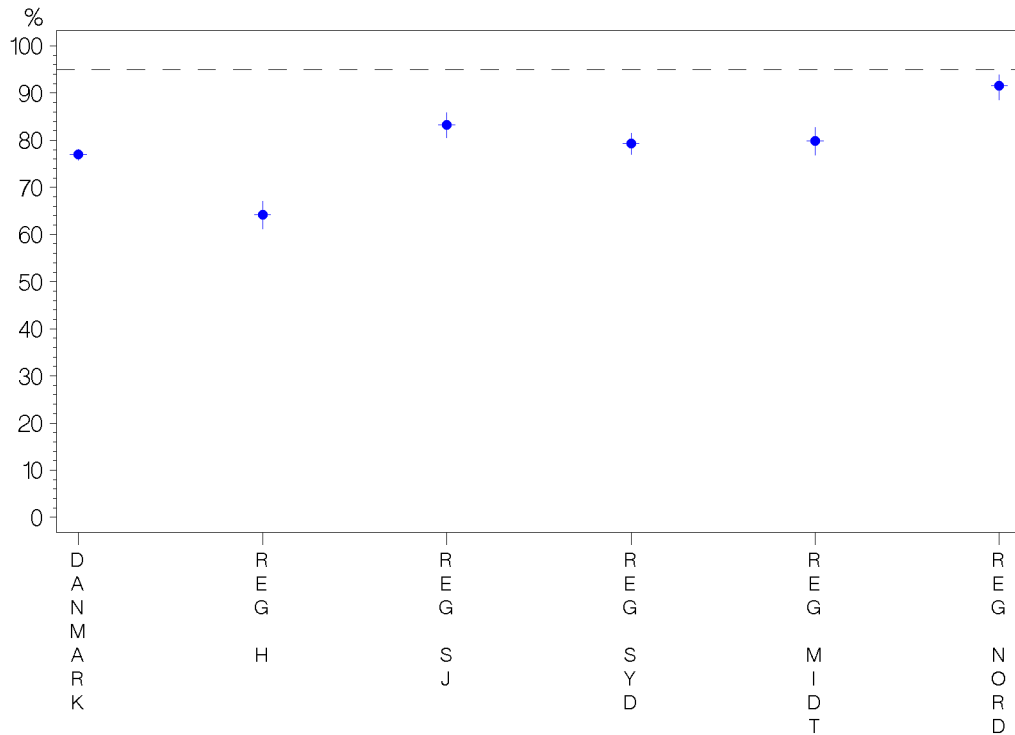
Enhed ^a	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)	Årsrapport 2015 (andel 2005-2014 med KI, %)
RIGSHOSPITALET	570	100	570	412	158	72 (68-76)	76 (73-79)
HERLEV	824	100	824	501	323	61 (57-64)	80 (78-83)
OPHØRT REG.H	16	100	16	7	9	44 (20-70)	79 (69-87)
RINGSTED	715	100	715	610	105	85 (83-88)	95 (93-96)
ODENSE	410	100	410	278	132	68 (63-72)	87 (84-90)
AABENRAA	242	100	242	155	87	64 (58-70)	72 (66-78)
ESBJERG	186	100	186	163	23	88 (82-92)	97 (94-99)
VEJLE	39	100	39	38	1	97 (87-100)	98 (96-99)
OPHØRT REG.SYD	#	100	#	#	#	#	#
AARHUS	294	100	294	227	67	77 (72-82)	93 (89-96)
RANDERS	144	100	144	80	64	56 (47-64)	85 (78-90)
VIBORG	305	100	305	241	64	79 (74-83)	97 (94-98)
OPHØRT REG.MIDT	#	100	#	#	#	#	#
AALBORG	34	100	34	13	21	38 (22-56)	92 (89-95)
HJØRRING	26	100	26	13	13	50 (30-70)	53 (35-71)

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

Onkologiske afdelinger (for patienter allokeret hertil)

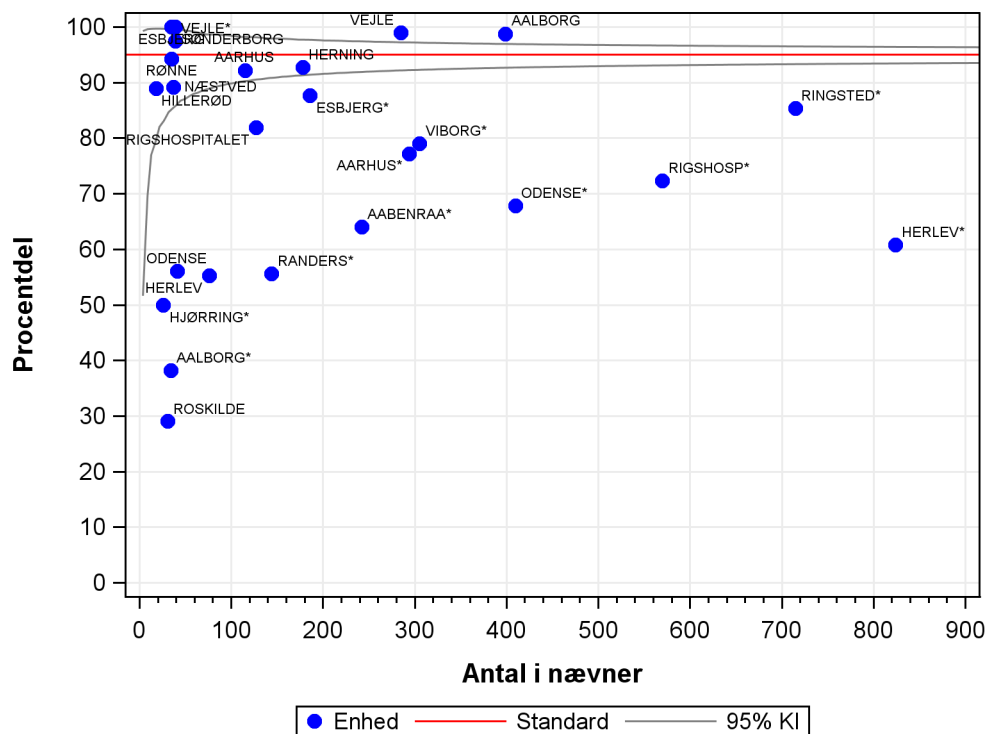
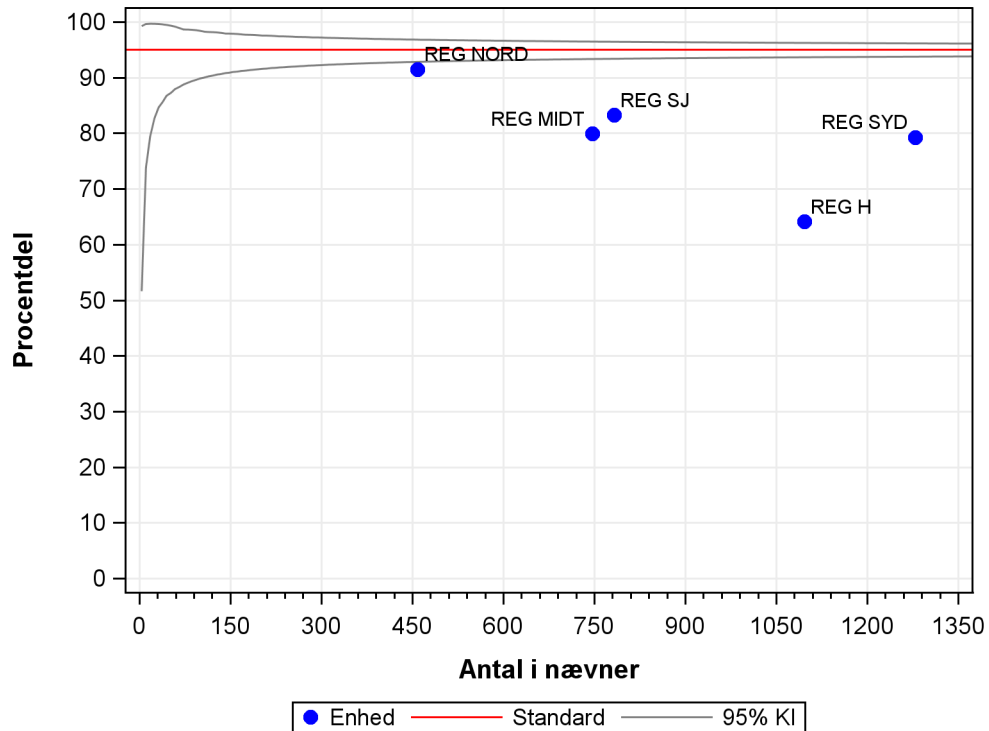
Enhed ^α	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)	Årsrapport 2015 (andel 2005-2014 med KI, %)
RIGSHOSPITALET	127	100	127	104	23	82 (74-88)	
HERLEV	76	100	76	42	34	55 (43-67)	
HILLERØD	18	100	18	16	2	89 (65-99)	
RØNNE	35	100	35	33	2	94 (81-99)	
ROSKILDE	31	100	31	9	22	29 (14-48)	
NÆSTVED	37	100	37	33	4	89 (75-97)	
ODENSE	41	100	41	23	18	56 (40-72)	
SØNDERBORG	39	100	39	39	0	100 (91-100)	
ESBJERG	35	100	35	35	0	100 (90-100)	
VEJLE	285	100	285	282	3	99 (97-100)	
HERNING	178	100	178	165	13	93 (88-96)	
AARHUS	115	100	115	106	9	92 (86-96)	
OPHØRT REG.MIDT	3	100	3	3	0	100 (29-100)	
AALBORG	399	100	399	394	5	99 (97-100)	

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



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for perioden 2006-2015. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Kirurgiske afdelinger er markeret med *.



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2006-2015. Referenceværdi: > 95 % (rød linje). Kirurgiske afdelinger er markeret *.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Gennemførelsen af DBCG's opfølgningsprogram for lavrisiko-patienter opereret i perioden fra 2006 til 2015 varierer betydeligt mellem regionerne: Fra Nordjylland med 92 % opfyldelse til alle andre regioner med 67 % og 83 % opfyldelse. I forhold til årsrapport 2015 er landsresultatet dykket fra 86 % til 77 % opfyldelse.

På afdelingsniveau ligger Vejle på den fastsatte standard med 97 %. Resten af afdelingerne ligger mellem 38 % og 88 %.

For lavrisiko-patienter allokeret til en onkologisk afdeling ligger flere afdelinger pænt. Især bør Sønderborg, Esbjerg, Vejle og Aalborg fremhæves.

Indikatoren er i Årsrapport 2016 opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk behandling).

I sidste årsrapport dækkede "anden afdeling" over både kirurgiske og ophørte afdelinger. Årsrapport 2015's resultater er placeret ud for de kirurgiske afdelinger.

Styregruppens kommentarer til indikator 9 Lavrisiko

Det er åbenbart, at der er mangelfuld indberetning af opfølgning fra de kirurgiske afdelinger. Dette hænger utvivlsomt sammen med, at de nye retningslinjer for opfølgning ikke er blevet implementeret. Dels har man ikke lokalt været opmærksomme på, at der vil blive rykket for årlig indberetning af lavrisikogruppen, også for de patienter, der fortsat følges og ikke er off-study registreret. Dels har man i overgangsfasen fejlagtigt afsluttet patienter via off-study i stedet for at lade dem overgå til fortsat opfølgning uden fremmøde, hvorfor de ikke kommer ind i rykkersystemet, men i opgørelsen til rapporten er registreret med en ikke opfyldt indikatorværdi.

Anbefalinger til indikator 9 Lavrisiko

Proceduren for opfølgning efter de nye retningslinjer skal indarbejdes ved alle afdelinger. Afdelingerne kan modtage lister med de lavrisiko-patienter, der er registreret off-study inden 3 års opfølgning og ændre deres status til hospitalsbaseret opfølgning uden faste fremmøder.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: <2,5 %. Referenceværdien er fastlagt på baggrund af en opgørelse af et meget stort DBCG-materiale¹.

Indikatorpopulation: Kvinder opereret med brystbevarende operation.

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

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

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

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

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

Indikatorspecifikationen er følgende:

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

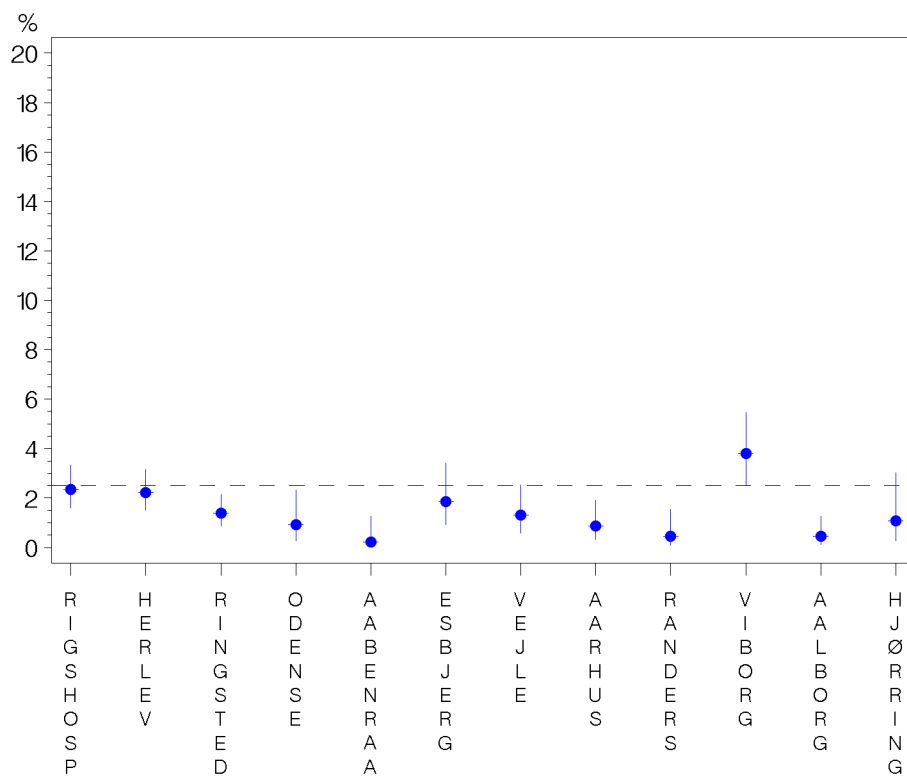
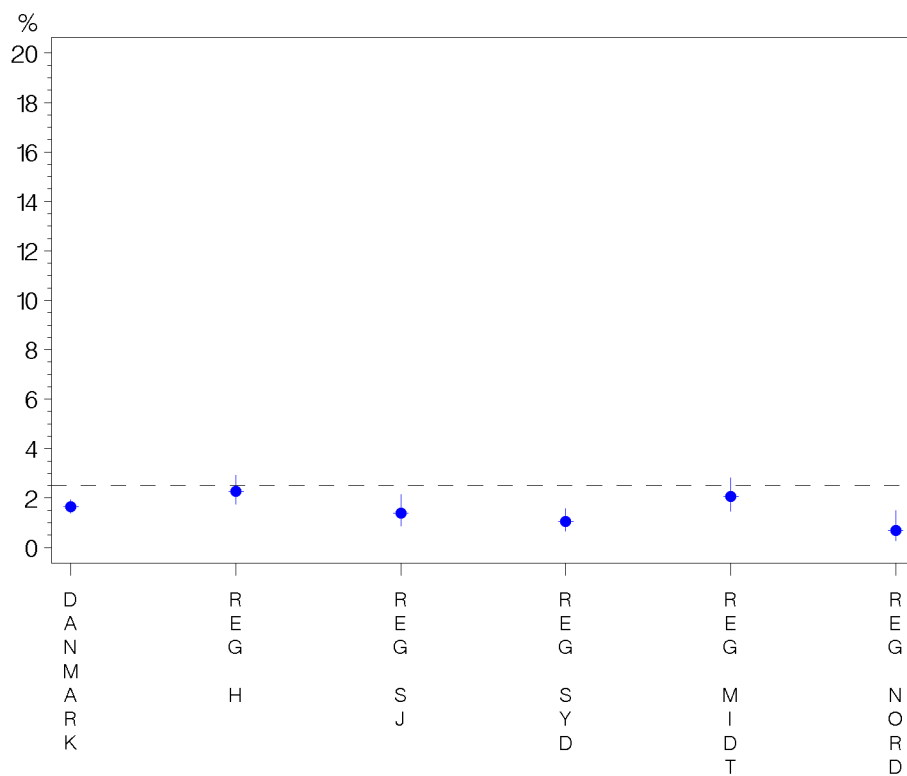
Nævnerdefinition (population): Antal kvinder med primært, invasivt karcinom (IBC), der modtager brystbevarende terapi uanset observationsperiodens længde efter diagnostidspunkt.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 2010-2014. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernrecidiv) 5 år efter operation.

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2010-2014 med KI (%)	Nedre SI	Øvre SI
DANMARK	13193	94	12405	154	12251	1.7%	1.4%	1.9%
HOVEDSTADEN	4043	90	3631	64	3567	2.3%	1.7%	2.9%
SJÆLLAND	2203	92	2026	20	2006	1.4%	0.9%	2.1%
SYDDANMARK	2898	97	2802	23	2779	1.0%	0.7%	1.6%
MIDTJYLLAND	2836	98	2781	40	2741	2.1%	1.5%	2.8%
NORDJYLLAND	1134	96	1092	6	1086	0.7%	0.3%	1.5%
RIGSHOSPITALET	1851	92	1711	31	1680	2.4%	1.6%	3.3%
HERLEV	2192	88	1920	33	1887	2.2%	1.5%	3.1%
RINGSTED	2203	92	2026	20	2006	1.4%	0.9%	2.1%
ODENSE	761	100	759	5	754	0.9%	0.3%	2.3%
AABENRAA	685	95	650	#	≥ 648	0.2%	0.0%	1.2%
ESBJERG	576	91	523	9	514	1.9%	0.9%	3.4%
VEJLE	876	99	870	7	863	1.3%	0.6%	2.5%
AARHUS	938	99	926	5	921	0.9%	0.3%	1.9%
RANDERS	484	96	467	3	464	0.5%	0.1%	1.5%
VIBORG	1229	98	1204	29	1175	3.8%	2.5%	5.5%
ANDEN AFD. REG.MIDT*	185	99	184	3	181	1.1%	0.2%	3.7%
AALBORG	683	98	666	3	663	0.5%	0.1%	1.3%
HJØRRING	451	94	426	3	423	1.1%	0.3%	3.0%
OPHØRT PRIV.HOSP.	79	92	73	#	≥ 71	1.4%	0.1%	6.6%

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

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



Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi.

Andelen af patienter der har udviklet lokalt recidiv efter brystbevarende terapi 2010-2014. Referenceværdi: 2,5 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm andre recidiver).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 10

Den regionsvise indberetningskomplethed ligger højt i Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland med 96-98 %, Hovedstaden og Sjælland ligger i bund med hhv. 90 % og 92 % komplethed. Den regionsvise indikatoropfyldelse ligger lavt (godt) mellem 0,7 % og 2,3 %. Indikatoropfyldelsen er lavest (bedst) i Syddanmark og Nordjylland og højest (dårligst) i Midtjylland; alle 3 har 96-98 % komplethed.

Afdelingsmæssigt ligger Viborg højest med 3,8 %. Overvejende ligger afdelingerne med mange patienter også højere mht. indikatoropfyldelsen.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 10

Raten for lokalt recidiv over 5 år ligger for hele landet og i alle regionerne tilfredsstillende lavt vurderet i forhold til standarden på 2,5 %. Styregruppen bemærker dog, at raten for lokalt recidiv er signifikant højere for patienter opereret i Viborg. Her er risikoen for lokalt recidiv mere end dobbelt så høj som landsgennemsnittet.

Anbefalinger til indikator 10

Der er behov for at man i Viborg udfører en audit på patienter med lokalt recidiv. Raten bør her bringes ned til samme niveau, som ses ved de øvrige afdelinger.

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

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

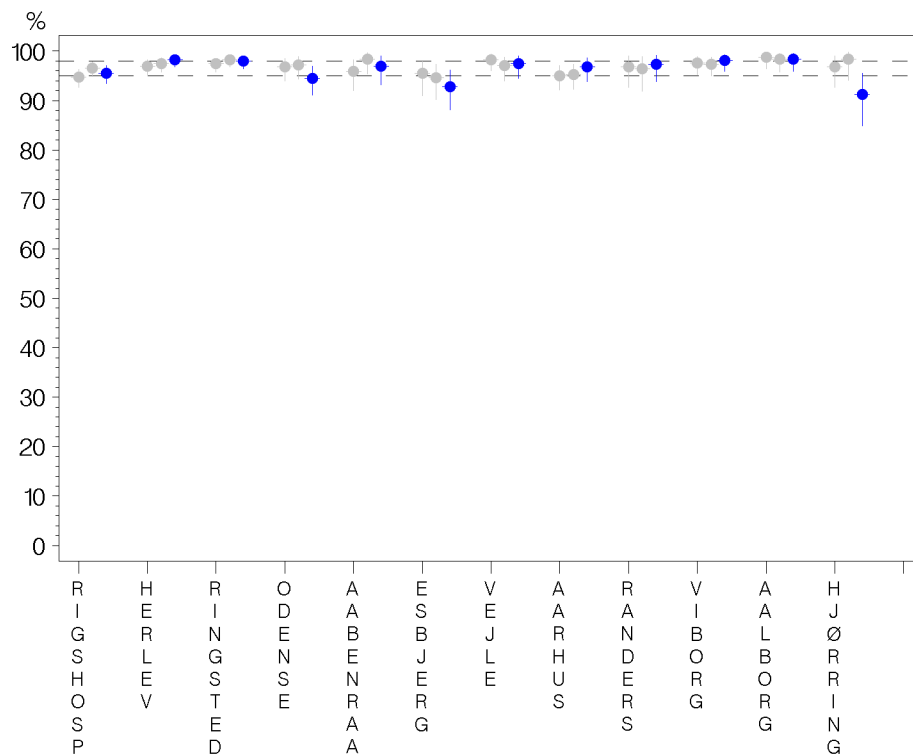
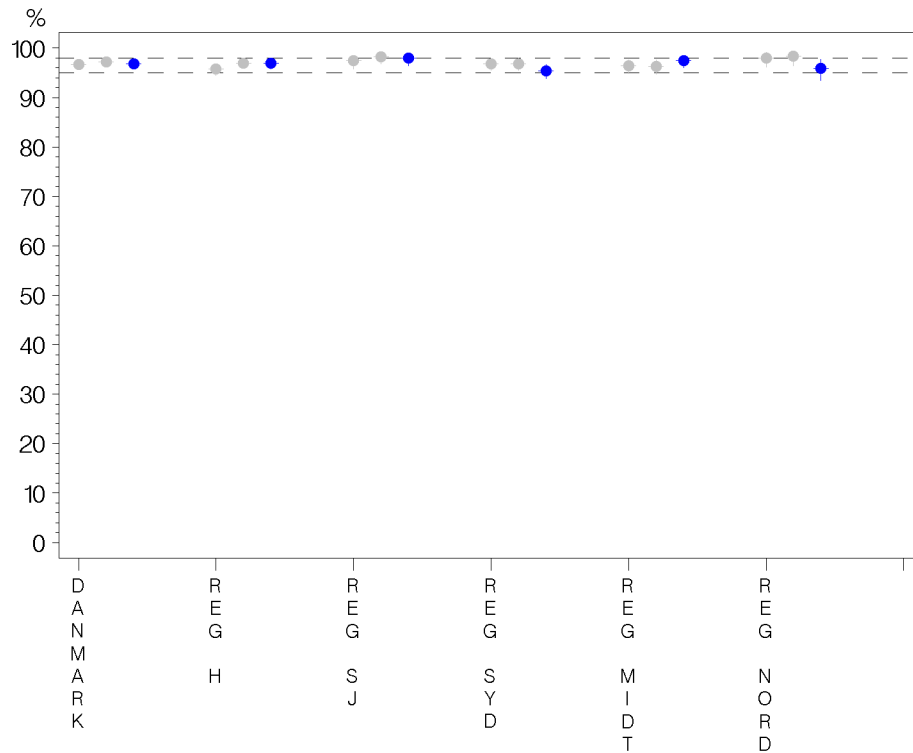
Standard: Der foreligger ikke international konsensus om en referenceværdi for kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation. En opgørelse fra Hørsholm Hospital i 2004 viste: blødning med akut re-operation: 1,2 %, sårinfektion med pus: 0,4 %, nekrose: hudlapsnekrose 1,2 % og epidermiolyse 2,9 %.

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

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

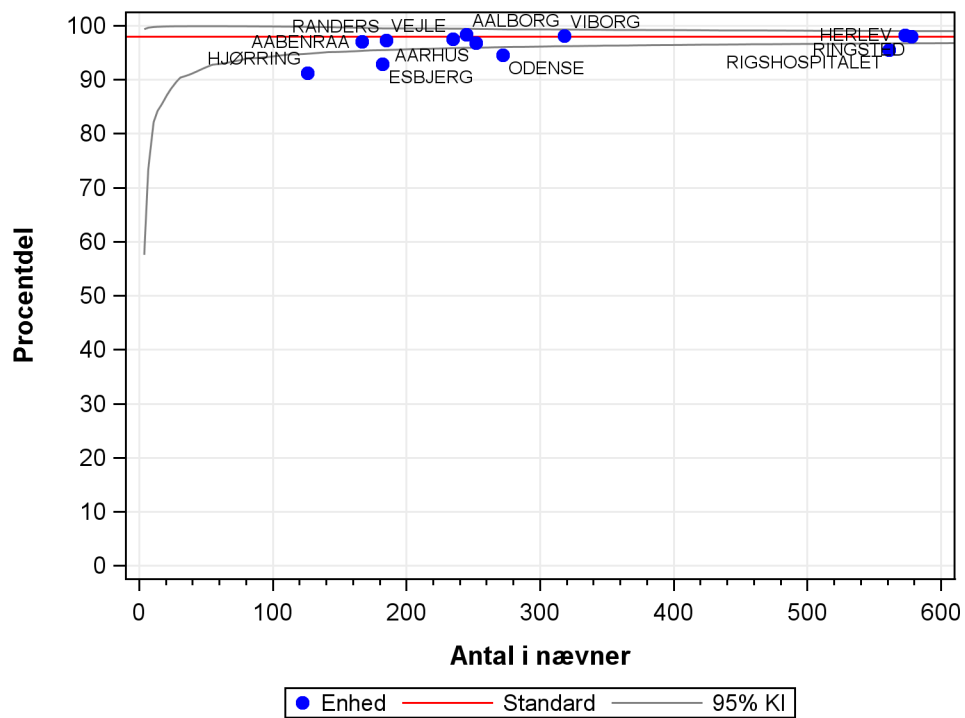
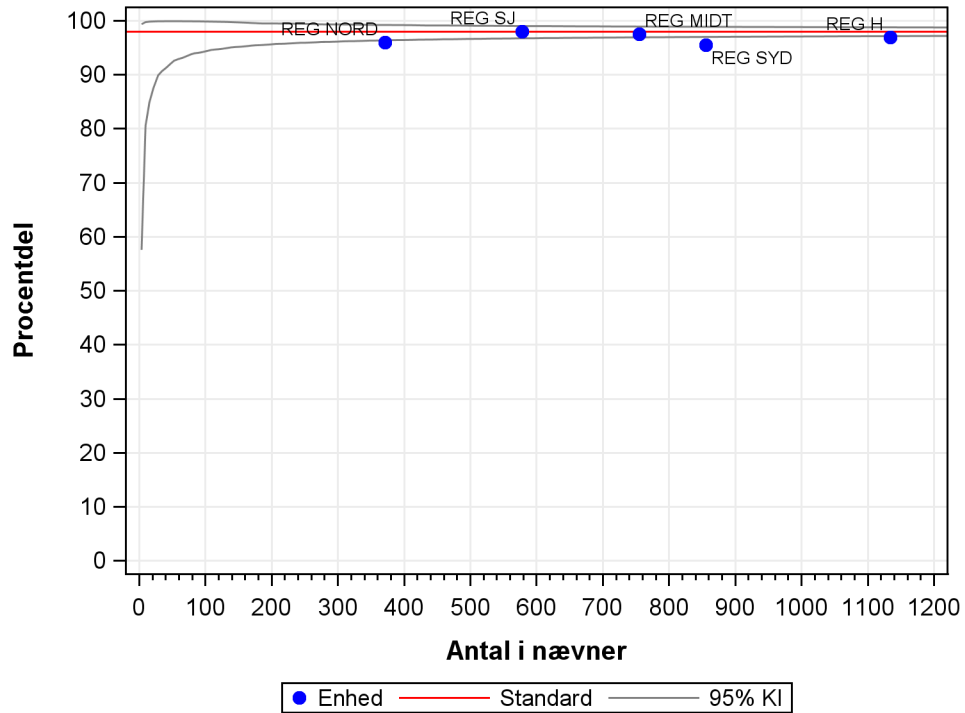
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer 2014-2016. Baseret på LPR-koder for re-operation som følge af komplikation.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	3903	95	3694	3574	120	97 (96-97)	97	96	97	97
HOVEDSTADEN	1264	90	1134	1099	35	97 (96-98)	97	89	96	92
SJÆLLAND	600	96	578	566	12	98 (96-99)	98	99	97	98
SYDDANMARK	893	96	856	817	39	95 (94-97)	97	99	97	99
MIDTJYLLAND	771	98	755	736	19	97 (96-98)	96	99	96	100
NORDJYLLAND	375	99	371	356	15	96 (93-98)	98	100	98	100
RIGSHOSPITALET	583	96	561	536	25	96 (93-97)	97	100	95	99
HERLEV	681	84	573	563	10	98 (97-99)	97	79	97	86
RINGSTED	600	96	578	566	12	98 (96-99)	98	99	97	98
ODENSE	281	97	272	257	15	94 (91-97)	97	98	97	98
AABENRAA	170	98	167	162	5	97 (93-99)	98	99	96	99
ESBJERG	193	94	182	169	13	93 (88-96)	95	100	96	99
VEJLE	249	94	235	229	6	97 (95-99)	97	100	98	100
AARHUS	254	99	252	244	8	97 (94-99)	95	100	95	99
RANDERS	190	97	185	180	5	97 (94-99)	96	99	97	100
VIBORG	327	97	318	312	6	98 (96-99)	97	99	98	99
AALBORG	248	99	245	241	4	98 (96-100)	98	100	99	100
HJØRRING	127	99	126	115	11	91 (85-96)	98	100	97	100



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

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur). Der er ikke fastsat nogen referenceværdi; jvf. RKKP's retningslinjer er indsat linje for bedste afdelingsresultat: >98 %, endvidere indsat referenceværdien fra 2015: >95 % (striplede linjer).



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

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016. Der er ikke fastsat nogen referenceværdi; jvf. RKKP's retningslinjer er indsat linje for bedste afdelingsresultat: >98 % (rød linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 11

Indikatorkompletheden, der defineres ved indberetning af diagnose til LPR, ligger højt mellem 95 og 98 %. Generelt ligger indberetningskompletheden højt mellem 96 og 99 % i alle regioner på nær Hovedstaden, der har en indberetningskomplethed på 90 %. Det lave resultat skyldes en lav indberetningskomplethed på kun 84 % ved afdelingen i Herlev. Den nationale indikatoropfyldelse er 97 % hvilket er af samme størrelsesorden som studiet fra Hørsholm Hospital i 2004 viste. Den regionale indikatoropfyldelse ligger i alle tilfælde højt mellem 95 % og 98 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 11

Der er et meget ensartet billede af risikoen for re-operation. Gennemsnit for landet er 3%, hvilke må betegnes som meget tilfredsstillende. Bedste resultat for indikatoropfyldelsen er 98 %, hvilket er nået ved flere afdelinger. Enkelte afdelinger ligger lige signifikant under denne standard, men det drejer sig om ganske beskedne afvigelser. Dog synes resultatet i Hjørring at afvige negativt i forhold til det overordnede billede.

Anbefalinger til indikator 11

Afdelingen i Hjørring bør stræbe efter at forbedre og reducere antallet af operationskrævende komplikationer.

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

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

Standard: Indikatoren er ikke specificeret i Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport (2005). Øvre kvartil beregnet ud fra foregående år er defineret som standard fra Årsrapport 2015 dvs. 97 % for denne årsrapport.

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

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

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

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

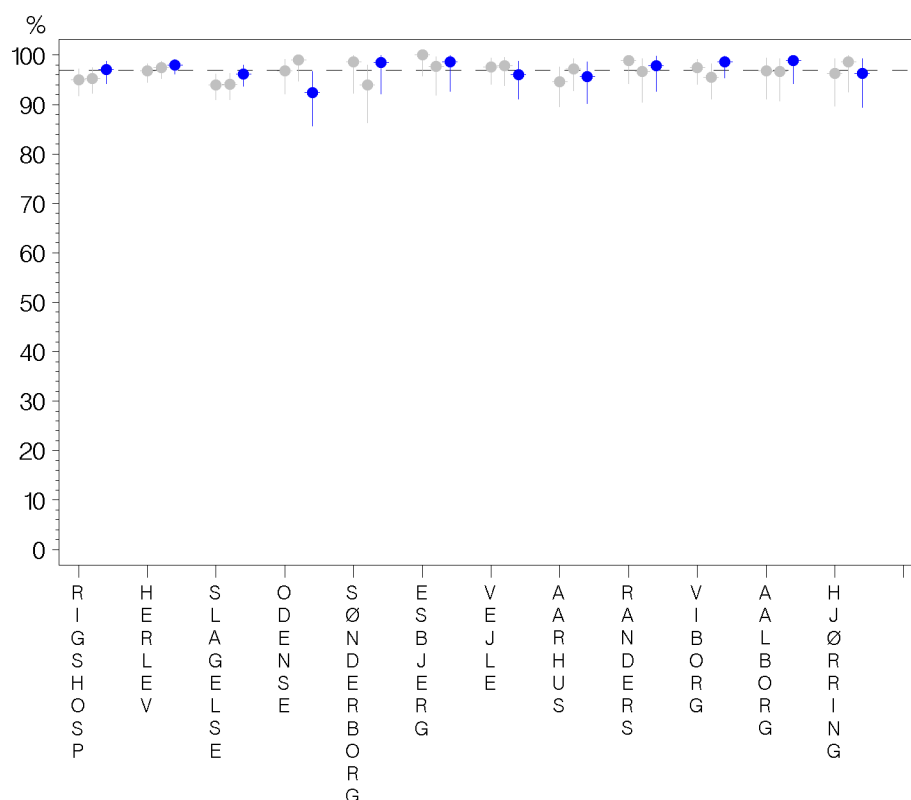
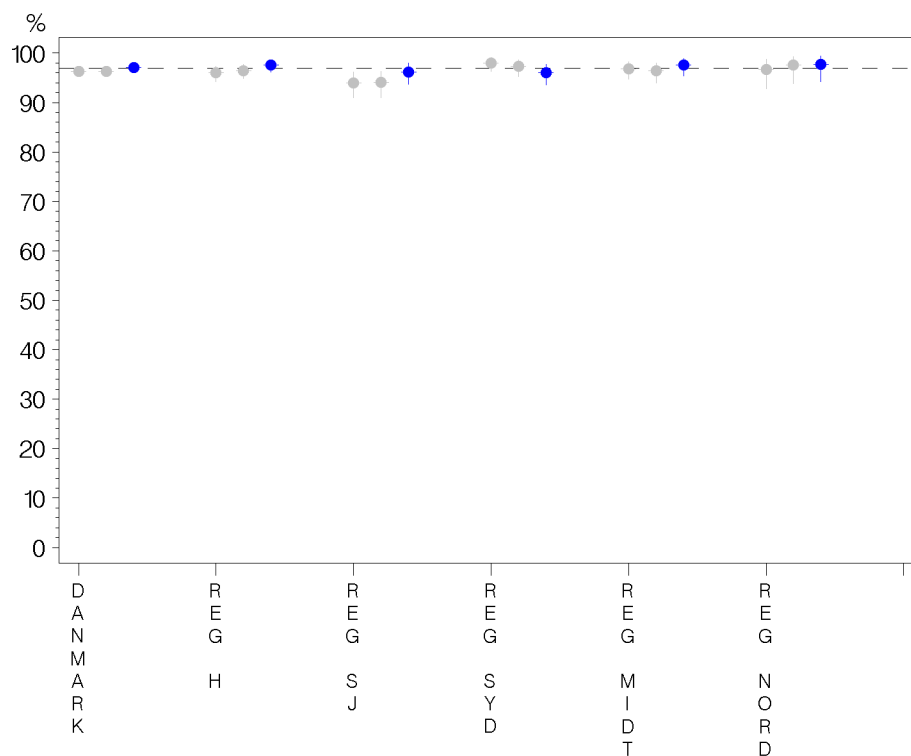
(a) Fra denne dato er indikatoren opfyldt, hvis der ikke findes makrometastaser og højst findes to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller ved undersøgelsen af SN-præparat eller aksilfedt. Indikatoren er uoplyst, hvis der mangler indberetning af makro- og mikrometastaser og isolerede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

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

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

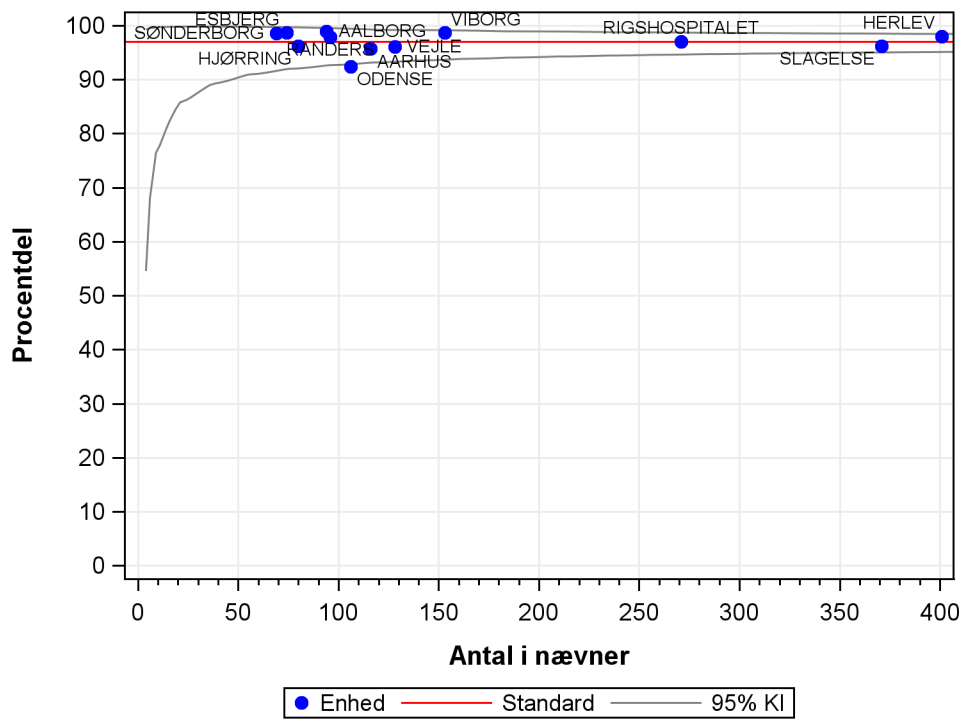
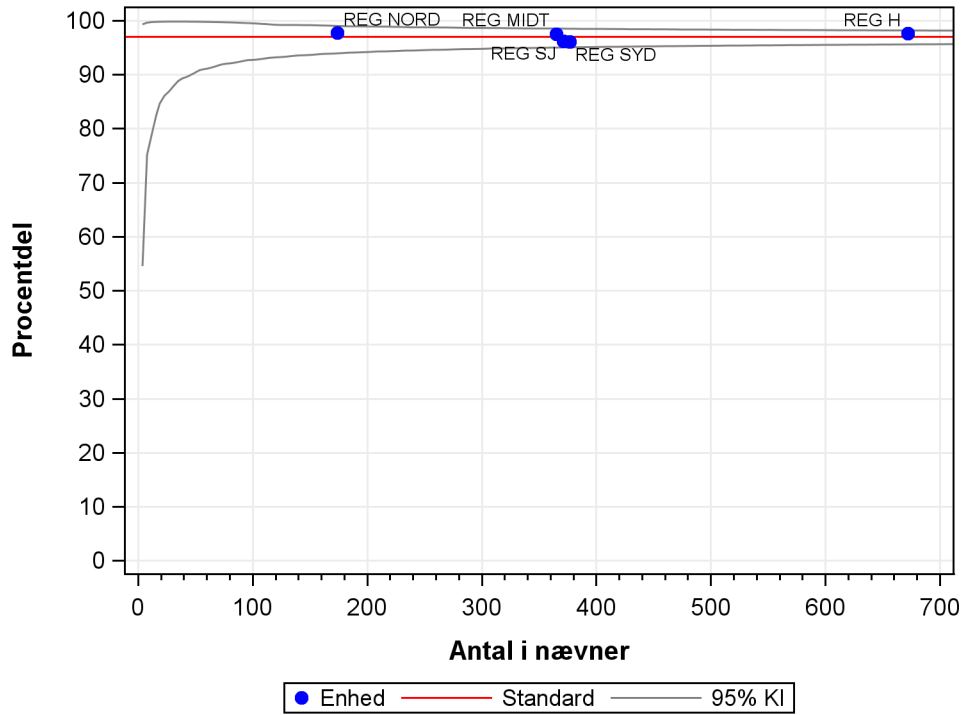
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet i 2014-2016. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	1959	100	1959	1901	58	97 (96-98)	96	100	96	100
HOVEDSTADEN	672	100	672	656	16	98 (96-99)	96	100	96	100
SJÆLLAND	371	100	371	357	14	96 (94-98)	94	100	94	100
SYDDANMARK	377	100	377	362	15	96 (94-98)	97	100	98	100
MIDTJYLLAND	365	100	365	356	9	98 (95-99)	96	100	97	100
NORDJYLLAND	174	100	174	170	4	98 (94-99)	98	100	97	100
RIGSHOSPITALET	271	100	271	263	8	97 (94-99)	95	100	95	100
HERLEV	401	100	401	393	8	98 (96-99)	97	100	97	100
SLAGELSE	371	100	371	357	14	96 (94-98)	94	100	94	100
ODENSE	106	100	106	98	8	92 (86-97)	99	100	97	100
SØNDERBORG	69	100	69	68	1	99 (92-100)	94	100	99	100
ESBJERG	74	100	74	73	1	99 (93-100)	98	100	100	100
VEJLE	128	100	128	123	5	96 (91-99)	98	100	98	100
AARHUS	116	100	116	111	5	96 (90-99)	97	100	95	100
RANDERS	96	100	96	94	2	98 (93-100)	97	100	99	100
VIBORG	153	100	153	151	2	99 (95-100)	96	100	97	100
AALBORG	94	100	94	93	1	99 (94-100)	97	100	97	100
HJØRRING	80	100	80	77	3	96 (89-99)	99	100	96	100



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur). Referenceværdi: øvre kvartil: >95 %.



Indikator 12: Sen sentinel node positivitet.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016. Referenceværdi: øvre kvartil: >97 %.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 12

Landsresultatet er øget 1 procent-point til 97 % indikatoropfyldelse, og resultatet i regionerne ligger mellem 96 og 98 % opfyldelse, hvilket er højere end i Årsrapport 2015.

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

Styregruppens kommentarer til indikator 12

Lands gennemsnittet på 97 % svarer til standarden på 97%, og ingen afdelinger afviger signifikant herfra. Resultatet må betegnes som meget tilfredsstillende.

Anbefalinger til indikator 12

Ingen.

Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer

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

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

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

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

Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2013-2015, fordi strålebehandling overvejende gives i det post-operative forløb. Indikatoren regnes for opfyldt, hvis patienten har modtaget strålebehandling med invasiv indikation og stråleterapitype og stråledosis er indberettet, eller der angives en årsag til anden strålebehandling og 'anden stråledosis' er indberettet.

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

Lumpektomi

Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer i 2013-2015 for patienter med definitiv operation med lumpektomi.

Enhed*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	2371	97	2309	2115	194	92 (90-93)	93	99	94	99
HOVEDSTADEN	886	97	855	688	167	80 (78-83)	83	99	87	99
SJÆLLAND	308	100	308	300	8	97 (95-99)	98	100	98	100
SYDDANMARK	488	96	468	454	14	97 (95-98)	98	99	98	98
MIDTJYLLAND	459	100	459	456	3	99 (98-100)	98	100	98	100
NORDJYLLAND	230	95	219	217	2	99 (97-100)	100	97	100	96
RIGSHOSPITALET	301	97	292	273	19	93 (90-96)	91	100	94	100
HERLEV***	585	96	563	415	148	74 (70-77)	78	98	83	98
NÆSTVED	308	100	308	300	8	97 (95-99)	98	100	98	100
ODENSE	172	100	172	167	5	97 (93-99)	98	99	98	99
FLENSBORG	95	80	76	76	0	100 (95-100)	100	95	100	94
VEJLE	221	100	220	211	9	96 (92-98)	98	99	96	100
AARHUS**	459	100	459	456	3	99 (98-100)	98	100	98	100
AALBORG	230	95	219	217	2	99 (97-100)	100	97	100	96

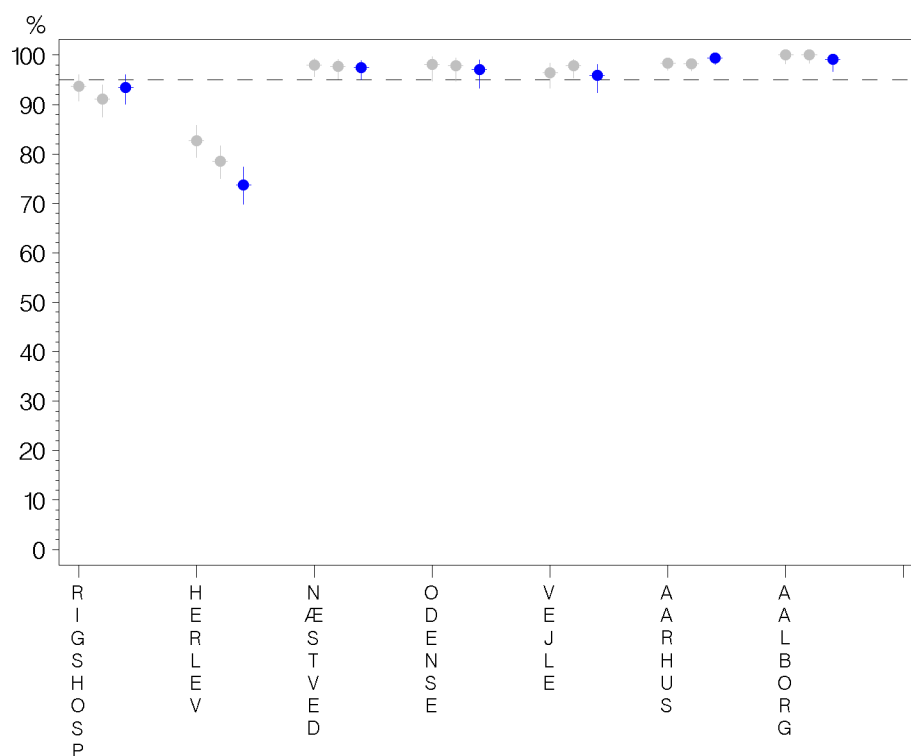
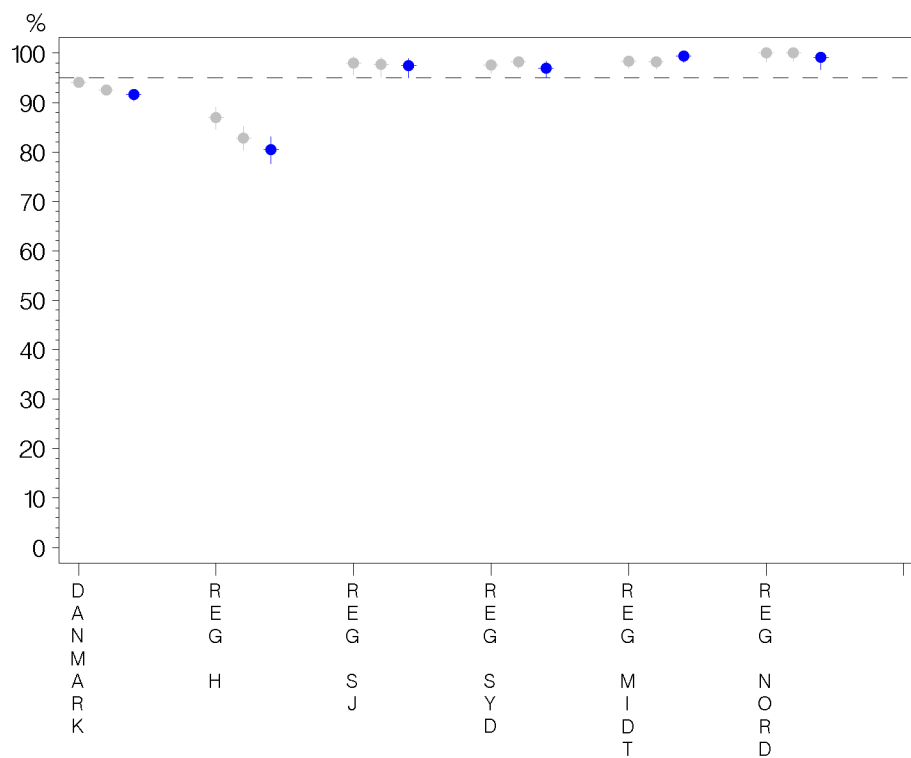
* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 13'.

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

*** I 2015 modtog 105 patienter intraoperativ behandling (IORT) i et klinisk forsøg ifølge indberetning til DBCG. Intraoperativ strålebehandling opfylder ikke DBCG's retningslinjer for adjuverende strålebehandling.

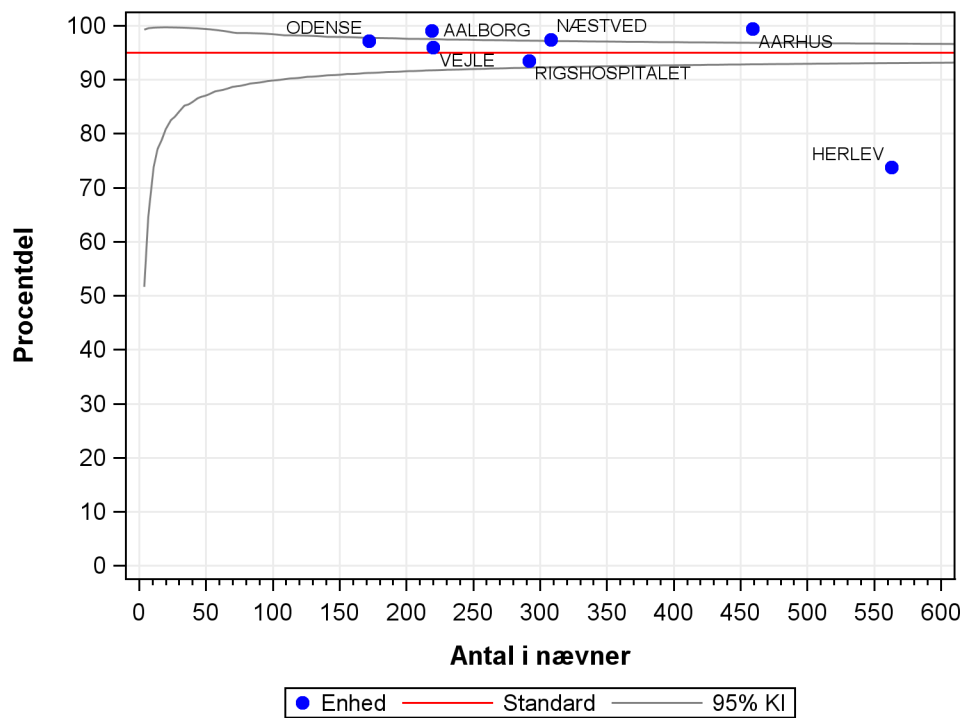
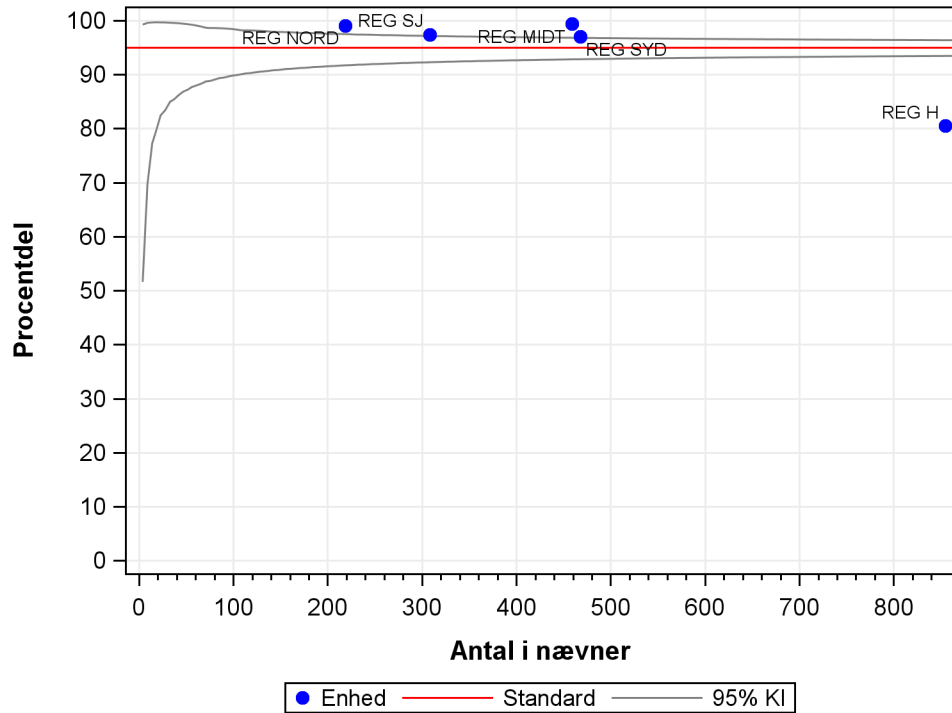
Årsag til manglende opfyldelse af indikatoren.

Fejl og mangler i indberetning	IORT	Årsag: Patientens eget valg	Årsag: Kardiovaskulær sygdom	Årsag: Andet	Total
4	105	39	2	44	194



Indikator 13 Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

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



Indikator 13 Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

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

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre, og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Regionerne ligger generelt højt med indberetningskomplethed; to har endda indberettet til 100 % (Sjælland og Midtjylland). I lighed med årsrapport 2015 ses der også i nærværende årsrapport en effekt af efterindberetning med 99 % komplethed i 2014 og 2013, mod 97 % komplethed i 2015.

Den regionale indikatoropfyldelse ligger højt mellem 97 % og 99 %; hvor kun Hovedstaden igen ligger i bund med 80 % opfyldelse. Dette skyldes intraoperativ strålebehandling (IORT) på Herlev hospital. IORT opfylder ikke DBCG's retningslinjer for adjuverende strålebehandling.

Indikatoren har desuden fået tilføjet et skema med ikke-gyldige årsager til, at indikatoren ikke er opfyldt. De tre store hovedårsager er IORT, patientens eget valg samt anden årsag (ikke specificeret yderligere). Det bemærkes, at kun 4 af 194 ikke-opfyldte skyldes fejl eller mangler.

Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata lumpektomi)

Med hensyn til indikatoropfyldelsen er billedet generelt godt og tilfredsstillende, når man ser bort fra de specielle forhold, der gælder for Herlev pga. IORT.

Der er sket en markant forbedring af indberetningen, og dette må opfattes som følge af implementering af elektronisk indberetning ved nogle afdelinger. Vigtigst er nok, at et udbygget rykkersystem har ført til en ganske betydelig efterindberetning af manglende data fra stråleenhederne. Flensborg synes at hænge efter og indberetter senere end gennemsnittet, men afdelingen modtager nu ikke længere patienter fra Danmark.

Anbefalinger til indikator 13 (strata lumpektomi)

Ingen.

Mastektomi

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer i 2013-2015 for patienter med definitiv operation med mastektomi.

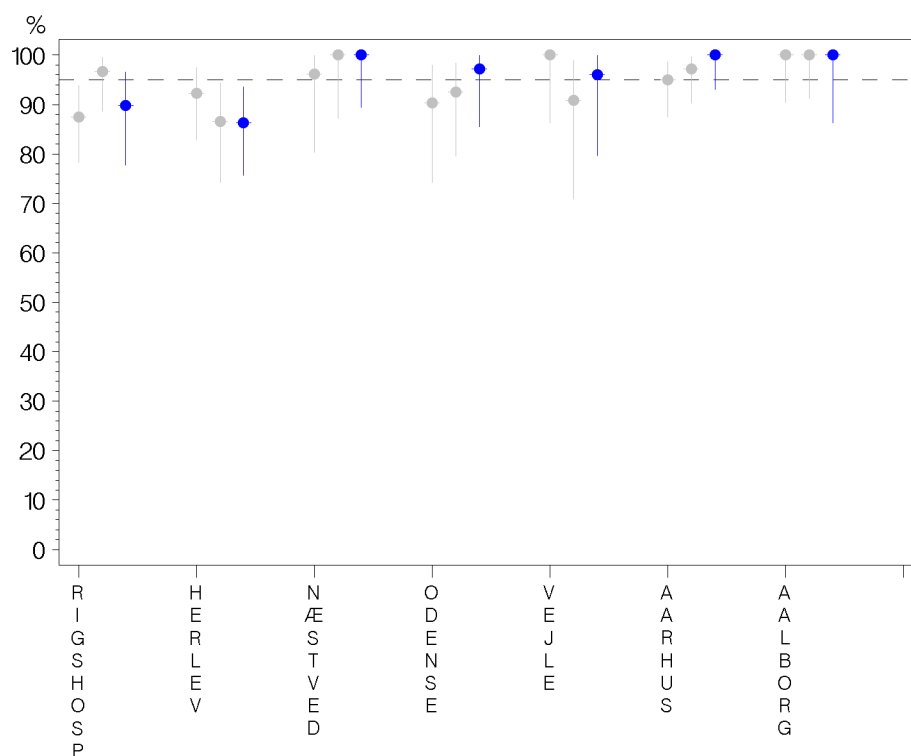
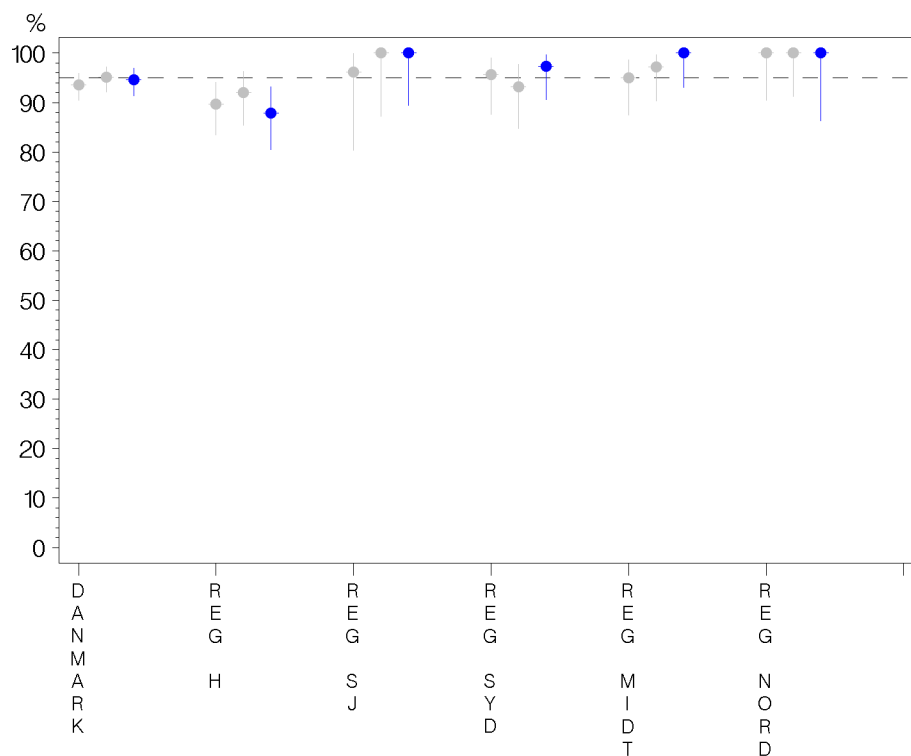
Enhed*	Potentiel nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
DANMARK	314	95	298	282	16	95 (91-97)	95	97	94	97
HOVEDSTADEN	120	96	115	101	14	88 (80-93)	92	97	90	97
SJÆLLAND	34	97	33	33	0	100 (89-100)	100	100	96	100
SYDDANMARK	79	94	74	72	2	97 (91-100)	93	97	96	96
MIDTJYLLAND	52	98	51	51	0	100 (93-100)	97	100	95	99
NORDJYLLAND	29	86	25	25	0	100 (86-100)	100	91	100	95
RIGSHOSPITALET	50	98	49	44	5	90 (78-97)	97	100	88	99
HERLEV	70	94	66	57	9	86 (76-94)	87	95	92	96
NÆSTVED	34	97	33	33	0	100 (89-100)	100	100	96	100
ODENSE	37	97	36	35	1	97 (85-100)	93	100	90	100
FLENSBORG	16	81	13	13	0	100 (75-100)	100	85	100	80
VEJLE	26	96	25	24	1	96 (80-100)	91	100	100	100
AARHUS**	52	98	51	51	0	100 (93-100)	97	100	95	99
AALBORG	29	86	25	25	0	100 (86-100)	100	91	100	95

* Se 'Bestemmelse af hospitalsafdeling for indikator 13'.

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

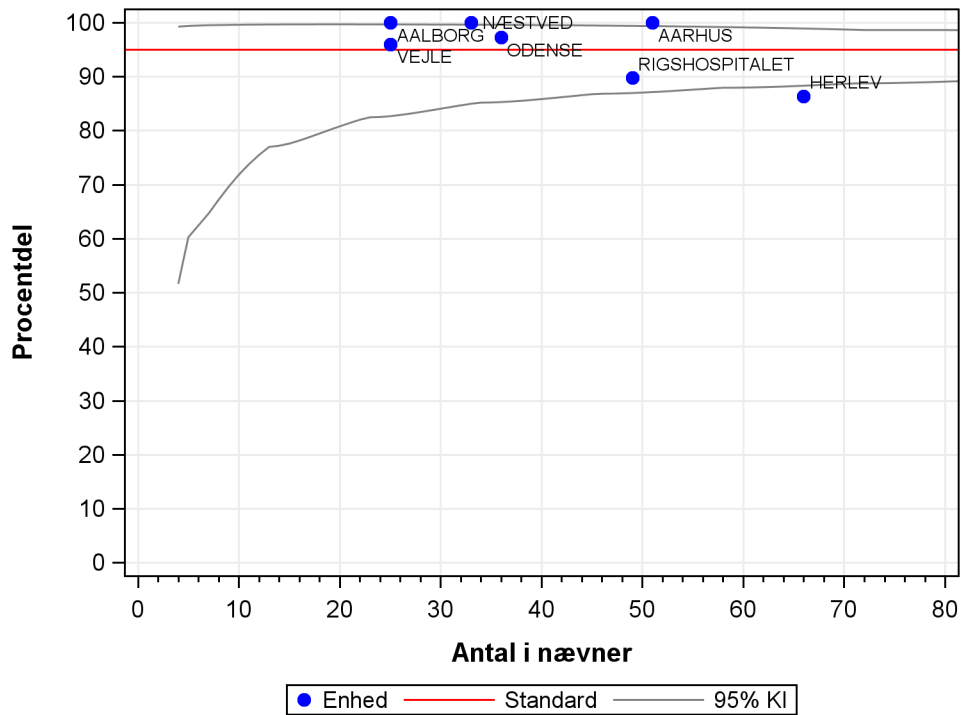
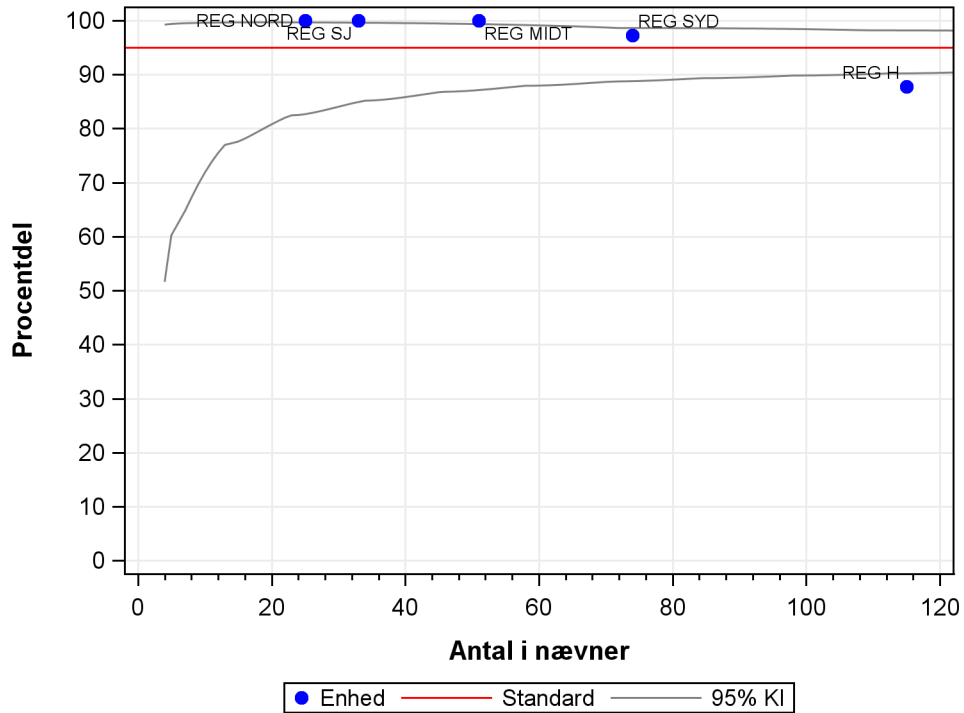
Årsag til manglende opfyldelse af indikatoren.

Fejl og mangler i indberetning	IORT	Årsag: Patientens eget valg	Årsag: Kardiovaskulær sygdom	Årsag: Andet	Total
0	0	7	1	8	16



Indikator 13 Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

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



Indikator 13 Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

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

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Stråleterapi gives ved et begrænset antal centre, og derfor vil indikatorresultaterne her blive diskuteret regionsvist. Regionerne ligger generelt højt med en indberetningskomplethed på 94 – 98 %, og med Nordjylland i bund med 86 %. Den nationale indberetningskomplethed er 95 %. I lighed med strålebehandling efter lumpektomi ses der også for strålebehandling efter mastektomi en effekt af efterindberetning, der opnås således et højere niveau på 97 % komplethed i 2014 og 2013.

Den nationale indikatoropfyldelse er på 95 % i 2015. Som ved lumpektomi ligger den regionale indikatoropfyldelse højt mellem 88 % og 100 %, og de enkelte afdelinger lige så.

Indikatoren har desuden fået tilføjet et skema med ikke-gyldige årsager til, at indikatoren ikke er opfyldt. De to store hovedårsager er patientens eget valg samt anden årsag (ikke specificeret yderligere). Det bemærkes at alle ikke-opfyldte har en tilknyttet årsag.

Styregruppens kommentarer til indikator 13 (strata mastektomi)

Umiddelbart ser landsgennemsnittet for indikatoropfyldelsen meget tilfredsstillende ud med kun 16 patienter (5 %), der ikke får strålebehandling i henhold til retningslinjerne. Det bemærkes dog, at 14 af de 16 patienter, har modtaget behandling i Region Hovedstaden.

Kompletheden af indberetning synes også generelt god, med undtagelse af Aalborg og Flensborg. Disse to afdelinger ligger også lavest på den parameter for 2014 tallene. Som anført tidligere behandler afdelingen i Flensborg ikke længere danske patienter.

Anbefalinger til indikator 13 (strata mastektomi)

Afdelingen i Aalborg bør forbedre sig på indberetningen af stråldata specielt efter mastektomi.

Fuldstændighed af DBCG data

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

Dækningsgrad

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

Diagnoser registreret i Patobank mere end 30 dage efter operationsdato i DBCG anses for recidivdiagnoser, og indgår ikke i bestemmelsen af dækningsgrad. Graden af overensstemmelse mellem DBCG og Patobank er 4465/4815 ~ 93 %; af de 350 kvinder som ikke forekommer i begge registre, optræder n=326 i Patobank, og n=24 i DBCG. I 2016 kan den nationale dækningsgrad bestemmes som: 4489 / 4815 ~ 93 % (tabel 2a). Den regionale dækningsgrad ligger mellem 91 % og 95 %, med Hovedstaden som den laveste og Sjælland, Syddanmark og Midtjylland som de højeste. Der optræder desuden en alderseffekt, hvor patienter over 75 år har en lavere dækningsgrad (83 %) end patienter under 76 år (96 %) (tabel 2b).

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

Table 2a. Antal patienter registreret i DBCG eller Patobank efter region og patologisk afdeling i 2016 samt dækningsgrad i 2015 og 2014.

Enhed ^a	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG ^b	DBCG ej Patobank	Patobank ^c	Patobank ej DBCG*	Dækning 2016 med KI ^d	Dækning 2015 (%)	Dækning 2014 (%)
DANMARK	4815	4465	4489	24	4791	326	93 (92-94)	95	95
HOVEDSTADEN	1556	1409	1416	7	1549	140	91 (89-92)	93	94
SJÆLLAND	768	728	728	0	768	40	95 (93-96)	99	97
SYDDANMARK	1101	1037	1041	4	1097	60	95 (93-96)	97	96
MIDTJYLLAND	922	868	874	6	916	48	95 (93-96)	96	96
NORDJYLLAND	468	423	430	7	461	38	92 (89-94)	94	93
RIGSHOSPITALET	761	686	691	5	756	70	91 (89-93)	94	94
HERLEV	795	723	725	2	793	70	91 (89-93)	93	94
SLAGELSE	764	728	728	0	764	36	95 (94-97)	99	98
ANDEN AFD. REG.SJ**	4	0	0	0	4	4	0 (0-60)	0	0
ODENSE	395	378	379	1	394	16	96 (94-98)	96	94
SØNDERBORG	191	177	177	0	191	14	93 (88-96)	94	96
ESBJERG	218	212	213	1	217	5	98 (95-99)	98	99
VEJLE	297	270	272	2	295	25	92 (88-94)	98	97
HOLSTEBRO	24	9	9	0	24	15	38 (19-59)	81	73
AARHUS	309	289	290	1	308	19	94 (91-96)	95	96
RANDERS	228	218	219	1	227	9	96 (93-98)	92	95
VIBORG	361	352	356	4	357	5	99 (97-100)	99	99
AALBORG	317	288	291	3	314	26	92 (88-95)	93	93
HJØRRING	151	135	139	4	147	12	92 (87-96)	94	94

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

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

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

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

*Implementering af en delmængde af ikke-opfyldte i DBCG's webmodul har haft en betydelig effekt, og en fuld implementering afsluttes snarest.

** Roskilde og Næstved. Invasiv M-koder i Patobank (M85003).

Tabel 2b. Antal patienter registeret i DBCG eller Patobank og dækningsgrad 2014-2016 efter alder.

Alder	Enten DBCG eller Patobank	DBCG og Patobank	DBCG ^b	DBCG ej Patobank	Patobank ^c	Patobank ej DBCG	Dækning 2016 med KI ^d	Dækning 2015 (%)	Dækning 2014 (%)
Total	4815	4465	4489	24	4791	326	93 (92-94)	95	100
18-39 år	205	198	199	1	204	6	97 (94-99)	98	100
40-49 år	619	587	591	4	615	28	95 (94-97)	99	100
50-59 år	1028	991	997	6	1022	31	97 (96-98)	98	100
60-69 år	1332	1278	1283	5	1327	49	96 (95-97)	96	100
70-75 år	610	565	570	5	605	40	93 (91-95)	93	100
76+ år	1021	846	849	3	1018	172	83 (81-85)	90	100

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

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

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

Oversigt indikatorer 2016

Indikatornavn	Format	Standard	Datakilder
1 Udgået 2011.			
2 Udgået 2013.			
3 Udgået 2015.			
4 Aksilstatus baseret på sentinel node metoden.	Andel	95 %	DBCG
5 Npos brystkræftpatienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.	Andel	90 %	DBCG
6 Udgået 2010.			
7 Datakomplethed af indberettede patienter.	Andel	95 %	DBCG
8 Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer.	Andel	90 %	DBCG
9 Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgings-program*.	Andel	95 %	DBCG
10 Lokalt recidiv efter brystbevarende terapi.	Andel**	2,5 %	DBCG
11 Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer.	Andel		DBCG, LPR
12 Sen sentinel node positivitet.	Andel	97 % (øvre kvartil)	DBCG
13 Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer.***	Andel	95 %	DBCG

* Afrapportering stratificeres efter risikoklassifikation: lavrisiko og højrisiko.

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

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

Teknisk beskrivelse af dækningsgrad og overensstemmelsesgrad

	Population (nævner)	Grad opfyldt (tæller)	Grad kan ikke bestemmes
Dækningsgrad (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	<p>DBCG: Kvinde registreret i DBCG's register i 2016* (Oracle: stam, flow, sentinel_node, straalebeh) med indikation invasiv brystkræft eller med manglende indikation <i>og/eller</i></p> <p>Patobank: Kvinde \cap Invasiv mamma cancer diagnose K_SNOMED in(M80xxY, M81xxY, M82xxY, M83xxY, M84xxY, M85xxY) hvor Y in(3,6,7)** \cap Diagnoseår 2016: year(D_MODTDATO) = 2016 \cap Ikke diagnose af recidiv (Patobank modtagedato højst 30 dage efter DBCG operation: NOT D_MODTDATO - mdy(m24,m23,m25) > 30).</p>	Forekomst i DBCG	
Overensstemmelsesgrad (Kirurgi, Patologi, Onkologi)	DBCG og/eller Patobank. Se Dækningsgrad.	Forekomst i DBCG og Patobank	

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

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

Teknisk beskrivelse af indikatorer

NOTE

Kvinde: CPR-nummer lige (m1).

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

Invasiv: Karcinomklassifikation invasiv cancer mammae (IBC C50) undtagen Pagets Disease of the Nipple: (20 ≤ p50 ≤ 32, 36 eller 20 ≤ p51 ≤ 32, 36 eller 20 ≤ p52 ≤ 32, 36).

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

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

eller Inoperabel cancer mammae (m41_6=1).

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

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 1:	Udgået 2011.		
Indikator 2:	Udgået 2013.		
Indikator 3:	Udgået 2015.		
Indikator 4: Aksilstatus fastlagt med SN-metoden* * Aksilrømning er per 6.2.2013 ikke indikeret for patienter uden makro-metastaser og med højst to lymfeknuder med isolerede tumorceller eller mikrometastaser. (Kirurgi)	<p>Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Invasiv \cap mindst én udtagen lymfeknude (0 < p22 < 99) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår (m25 = 2016)</p> <p><u>\cap Aksilrømning ikke indikeret:</u> Indtil 6.2.2013 (Lymfeknude-negativ): Ingen lymfeknuder med makro- eller mikrometastaser (p25 = p129+p130 = 0) og ingen fund af tumorpositive enkelt-celler (p131=0)</p> <p>Fra 6.2.2013: Ingen lymfeknuder med makrometastaser (p129=0) \cap antal lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller er højst 2</p>	<p>Mellem 1 og 9 udtagne lymfeknuder p22 < 10 (1 ≤ p22 ≤ 9) \cap SN procedure udført (p109=1) \cap aksilrømning ikke anvendt (p102 ≠ 1).</p>	<p>SN procedure uoplyst: p109 in(.,9)</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	<p>$(p130+p131 \leq 2)$</p> <p><u>Eksklusion:</u> Præop. multifokal tumor (m56 not in(10,01,11) og operationsdato <6.2.2013) <i>eller</i> Rekonstruktion efter mastektomi (p118 in(1,10,11)) <i>eller</i> Kirurgi-eksklusion.</p>		
<p>Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder.</p> <p>(Kirurgi)</p>	<p>Kvinde $\cap \geq 18$ år \cap Invasiv \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Aksilrømning udført (p102=1) eller aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1) \cap Operationsår (m25 = 2016)</p> <p><u>\cap Aksilrømning indikeret:</u> Indtil 6.2.2013: Lymfeknude-positiv: Forekomst af enten makro- eller mikrometastaser (p25 = p129+p130 ≥ 1 eller p25_1 = p129_1+p130_1 ≥ 1)</p> <p>Fra 6.2.2013: Aksilrømning indikeret: Lymfeknuder med makrometastaser (p129 ≥ 1 eller p129_1 ≥ 1) <i>eller</i> tre eller flere lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller (p130+p131 ≥ 3 eller p130_1+p131_1 ≥ 3)</p> <p><u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.</p>	<p>10 eller flere udtagne lymfeknuder ($10 \leq p22 < 99$) \cap Aksilrømning udført (p102=1) <i>eller</i> 10 eller flere udtagne lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling ($10 \leq p22_1 < 99$) \cap Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1)</p>	<p>Antal udtagne lymfeknuder uoplyst \cap aksilrømning udført (p102=1) <i>eller</i> Antal udtagne lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling uoplyst \cap Aksilrømning udført efter neo-adjuverende behandling (p102_1=1).</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 6:	Udgået i 2010.		
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG med datakomplethed (Kirurgi, Patologi og Onkologi)	Kvinde $\cap \geq 18$ år \cap Indberetning fra enten kirurgi, patologi, strålebehandling eller medicinsk onkologisk afdeling (DBCG's database: Stam, Flow, SentinelNode og Strålebehandling med indikation invasiv eller manglende indikation) \cap Invasiv eller med invasiv diagnose i Patobank. <u>Kontakt</u> dato, sekundært indberetningsdato. <u>Kontakt</u> afdeling, sekundært afdeling fra Patobank.	<u>Datakomplethed</u> Kvinde \cap Invasiv \cap Operationsår (m25 = 2016). Tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer: M40 in(1,2,3,4), eller (b) med angivelse af præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer: M40=0.	
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende medicinsk behandling iht. DBCG's retningslinjer. (Onkologi)	Kvinde \cap Invasiv $\cap \geq 18$ år \cap operation i 2013-2015 (2013 \leq m25 \leq 2015) \cap Højrisiko-gruppe, patient allokeret til protokol B, C eller D (2 \leq m40* \leq 4) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst <u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion eller Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) eller Kontraindikation for standardbehandling (m41_5=1) eller Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) eller Død umiddelbart efter operation	Opfyldelse afhænger af protokol-allokering. B og Her2-/? : Kemo \cap ET. B og Her2+ : Kemo \cap ET \cap Bio. C: ET. D og Her2-/? : Kemo. D og Her2+ : Kemo \cap Bio. Kemo: [Cyklofosamid (0 < f7 < 8888) eller Epirubicin (0 < f61 < 8888) eller Docetaxel (0 < f87 < 8888 or f63=7) eller Paclitaxel (0 < F117 < 8888)] \cap indtil 2 år efter operation \cap ej recidiv. ET: [Tamoxifen eller Letrozol eller Aromasin eller Arimidex (0 < f63 < 8888 and f63^=7)] \cap indtil 2 år efter operation \cap ej recidiv.	Manglende indberetning af flow: alle (f6) = .

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	<p>< 4 uger (m41_9=1) <i>eller</i> OFF-study (recidiv, anden malign, død) indberettet indenfor 30 dage efter operation.</p> <p>*M40 justeres hvis re-allokeret gennem M41.</p>	<p>Bio: [Trastuzumab 0<f89<8888 eller 0<f147<8888 (subkutan) eller Lapatinib 0<f102<8888] \cap indtil 2 år efter operation \cap ej recidiv.</p>	
<p>Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG's opfølgningsprogram. (Kirurgi og onkologi)</p>	<p>Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Invasiv \cap operation 2006-2015 (2006\leqm25\leq2015) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst</p> <p><u>Eksklusion:</u> Eksklusion fra DBCG protokol</p>	<p>Gennemført: Regelmæssige opfølgingsbesøg indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan efter 20. august 2010 desuden udgå efter 3 års opfølgning.</p> <p>Ikke gennemført: Opfølgingsbesøgene er ikke 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.</p>	
<p>Indikator 10: Lokalt recidiv ved</p>	<p>Kvinde \cap Tilstrækkelig indberetning \cap Invasiv \cap ≥ 18 år</p>	<p>Fravær af lokalt recidiv, NOT [ob4>. \cap (ob13=1 eller</p>	<p>Follow-up ikke registreret:</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
brystbevarende terapi. (Kirurgi)	\cap Brystbevarende operation (m45=2) i 2010-2014 (2010≤m25≤2014) \cap Indgår i DBDG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst <u>Eksklusion:</u> Eksklusion fra DBCG protokol.	ob14=1)], indenfor 5 år efter operation. Simultant optrædende regionalt- eller fjernrecidiv er tilladt. Opfølgningstid Se # for recidiv, knogle-recidiv, anden malign sygdom, død indberettet fra afdeling, off-study indberetning. Se ## for patienter uden off-study.	alle (f6,fa6) = . \cap oe27=. \cap o4=. og o1={A,B,C,D,G}.
Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer. (Kirurgi)	Kvinde \cap ≥18 år \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår (m25 = 2016). <u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion.	LPR registrering af 'Re-operationer efter operationer på bryst' C_OPR in('KHW') indenfor 60 dage efter DBCG-operation (-3 ≤ d_odto – mdy(m24,m23,m25) ≤ 60).	Patient optræder ikke i LPR (t_adm) eller har ikke operation i LPR (C_OPR not in('KHAA', 'KHAB', 'KHAC', 'KHW')).
Indikator 12: Sen sentinel node positivitet. (Patologi)	Kvinde \cap ≥18 år \cap Invasiv \cap tumordiameter mellem 0 og 50 mm (0 ≤ p19 ≤ 50) \cap SN udført (p109=1) \cap Fryse-mikroskopi anvendt (p111=1 eller **p167>0) \cap Ingen tumorpositive lymfeknuder ved fryse-mikroskopi (p112=0 eller [**p168=0 og **p169=0]) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår (m25 = 2016). <u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion. ** Gældende fra 1.7.2015	Makro-metastaser er ikke påvist ved afsluttende undersøgelse af SN-præparat (p133=0) og aksilfedt (p129=0) eller *Der er fundet højst to lymfeknuder med mikrometastaser eller isolerede tumorceller (sum(p134,p135) ≤ 2, sum(p130,p131) ≤ 2). *Gældende fra 6.2.2013.	Manglende indberetning af makro- og mikrometastaser og isolerede tumorceller både ved undersøgelse af SN-præparat (p133= ., *p134= ., *p135= .) og aksilfedt (p129= ., *p130= ., *p131= .). *Gældende fra 6.2.2013.
Indikator 13: Adjuverende strålebehandling	Kvinde \cap Invasiv \cap ≥18 år \cap operation i 2013-2015 (2013≤m25≤2015)	Første behandlingsdag (ST2,ST3,ST4) er indberettet \cap	Mangler stråle-indberetning med indikation 'Invasiv

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
<p>ifølge DBCG's retningslinjer.</p> <p>(Radioterapi)</p>	<p>\cap Præop. Kurativ/uoplyst \cap Indgår i DBCG protokol A,B,C,D (m40 in(1,2,3,4)) \cap <u>Indikation for strålebehandling</u> Operationstype lumpektomi <i>eller</i> Operationstype mastektomi* og alder <75 år og mindst én af følgende risikofaktorer: N+(makrometastaser) eller tumor>50mm eller ikke-radikal operation (P129>0 eller P19>50 eller P13=1 eller P43=1 eller P106=0 eller P107=0).</p> <p>*Hvis ≤ 270 dage (9 mdr.) mellem lumpektomi og mastektomi, da klassificeres operationen som mastektomi, herunder ændring af indikation via query-system.</p> <p><u>Eksklusion:</u> Kirurgi-eksklusion <i>eller</i> Tidligere malign sygdom incl. cancer mammae (m41_2=1) <i>eller</i> Kontraindikation for standardbehandling (m41_5=1) <i>eller</i> Andet: Kan ikke komme i protokol (m41_8=1) <i>eller</i> Død umiddelbart efter operation < 4 uger (m41_9=1) <i>eller</i> Indgår i randomiseret forsøg med intraoperativ strålebehandling <i>eller</i></p>	<p>Indikation er 'Invasiv cancer mammae' (ST62=1) \cap { Stråledosis modtaget (ST52 > 0 eller ST64>0) og strålebehandlingstype er angivet ($1 \leq st51 \leq 10$) <i>eller</i> Stråledosis (anden) modtaget (ST60 > 0) \cap Årsag til ingen eller anden strålebehandling er angivet (st49_1=1 eller st49_5=1 eller st49_8=1 eller st49_9=1) }.</p>	<p>cancer mammae' (ST62^=1).</p>

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	OFF-study (recidiv, anden malign, død) indberettet indenfor 30 dage efter operation.		

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

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

α ver_mam=5 \cap (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 m41_9=1) eller ver_mam=6 \cap (m41_1=1 or m41_2=1 or m41_3=1 or m41_6=1 or m41_7=1 or m41_8=1 or m41_9=1)

Bestemmelse af opfølgingsafdeling

Indikator 7

Bestemmelse af patologiafdeling for patienter indberettet til DBCG i 2016.

Patologiafdeling	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	661	30	691
HERLEV	709	16	725
SLAGELSE	698	30	728
ODENSE	365	14	379
SØNDERBORG	167	10	177
ESBJERG	207	6	213
VEJLE	255	17	272
HOLSTEBRO	5	4	9
AARHUS	278	12	290
RANDERS	208	11	219
VIBORG	353	3	356
AALBORG	257	34	291
HJØRRING	132	7	139
Total	4295	194	4489

Bestemmelse af kirurgiafdeling for patienter indberettet til DBCG i 2016.

Kirurgiafdeling	DBCG Kirurgiafdeling Operation	DBCG Kirurgiafdeling SN	DBCG Patologiafdeling	Patobank Patologiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	640	2	49	2	693
HERLEV	706	0	15	3	724
RINGSTED	697	0	0	0	697
OPHØRT REG.SJ	0	0	27	2	29
ODENSE	360	0	1	1	362
AABENRAA	176	0	0	0	176
ESBJERG	215	0	0	0	215
VEJLE	281	0	0	1	282
OPHØRT REG.SYD	0	0	4	0	4
AARHUS	289	1	7	2	299
RANDERS	210	0	4	1	215
VIBORG	358	0	2	0	360
OPHØRT REG.MIDT	0	0	1	2	3
AALBORG	287	0	1	3	291
HJØRRING	130	0	7	2	139
Total	4349	3	118	19	4489

Indikator 8

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

Bestemmelse af opfølgningsafdeling for operationsår 2013-2015.

	ONKOLOGI			KIRURGI				Total
	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	ONKOLOGI total	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	DBCG Kirurgiafdeling	KIRURGI total	
RIGSHOSPITALET	1046	13	1059	6	0	236	242	1301
HERLEV	594	89	683	53	0	563	616	1299
HILLERØD	629	1	630	0	0	0	0	630
ROSKILDE	464	9	473	0	0	0	0	473
RINGSTED	0	0	0	6	1	360	367	367
NÆSTVED	726	1	727	0	0	0	0	727
RØNNE	75	2	77	0	0	0	0	77
ODENSE	826	0	826	2	0	16	18	844
SØNDERBORG	414	6	420	0	0	0	0	420
AABENRAA	0	0	0	2	0	40	42	42
ESBJERG	299	7	306	0	0	45	45	351
VEJLE	642	0	642	0	0	19	19	661
HERNING	817	0	817	0	0	0	0	817
AARHUS	1152	1	1153	5	0	42	47	1200
RANDERS	0	0	0	3	0	39	42	42
VIBORG	0	0	0	8	0	32	40	40
AALBORG	907	0	907	0	0	21	21	928
HJØRRING	0	0	0	0	0	26	26	26
OPHØRT PRIV.HOSP.	0	0	0	0	0	3	3	3
Total	8591	129	8720	85	1	1442	1528	10248

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2015.

	ONKOLOGI			KIRURGI				Total
	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	ONKOLOGI total	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	DBCG Kirurgiafdeling	KIRURGI total	
RIGSHOSPITALET	320	3	323	1	0	112	113	436
HERLEV	95	47	142	6	0	270	276	418
HILLERØD	202	0	202	0	0	0	0	202
ROSKILDE	109	3	112	0	0	0	0	112
RINGSTED	0	0	0	1	0	155	156	156
NÆSTVED	264	1	265	0	0	0	0	265
RØNNE	26	1	27	0	0	0	0	27
ODENSE	280	0	280	0	0	1	1	281
SØNDERBORG	124	1	125	0	0	0	0	125
AABENRAA	0	0	0	0	0	23	23	23
ESBJERG	117	0	117	0	0	0	0	117
VEJLE	199	0	199	0	0	14	14	213
HERNING	259	0	259	0	0	0	0	259
AARHUS	368	0	368	1	0	2	3	371
RANDERS	0	0	0	0	0	6	6	6
VIBORG	0	0	0	3	0	21	24	24
AALBORG	302	0	302	0	0	5	5	307
HJØRRING	0	0	0	0	0	8	8	8
Total	2665	56	2721	12	0	617	629	3350

Indikator 9

Opfølgingsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Off-study afdeling. (b) Flow-afdeling. (c) Onkologi-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013. (d) DBCG's kirurgiafdeling. (f) Patienter associeret med afdelinger, der ikke er aktive i 2016 klassificeres til 'Anden afdeling' indenfor region. Registersamkøring med LPR bruges ikke grundet indførelsen af onkologiafdelingshenvisning på mammaskemaet.

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2006-2015, højrisiko-patienter. Onkologi.

Højrisiko	ONKOLOGI				Total
	DBCG Off-Study- indberetning	DBCG Flow- indberetning	DBCG Onkologi- henvisning	ONKOLOGI total	
RIGSHOSPITALET	574	2508	13	3095	3677
HERLEV	672	2344	91	3107	4407
HILLERØD	276	1550	1	1827	1827
OPHØRT REG.H	0	0	0	0	33
ROSKILDE	192	1633	9	1834	1834
RINGSTED	0	0	0	0	794
NÆSTVED	304	1906	3	2213	2213
OPHØRT REG.SJ	0	0	0	0	1
RØNNE	60	147	0	207	207
ODENSE	480	1949	0	2429	2581
SØNDERBORG	237	1055	4	1296	1296
AABENRAA	0	0	0	0	161
ESBJERG	194	872	9	1075	1177
VEJLE	414	1916	1	2331	2422
OPHØRT REG.SYD	0	0	0	0	3
HERNING	642	1717	0	2359	2359
AARHUS	948	2578	0	3526	3633
RANDERS	0	0	0	0	105
VIBORG	0	0	0	0	196
OPHØRT REG.MIDT	63	39	0	102	119
AALBORG	1109	1743	0	2852	3028
HJØRRING	0	0	0	0	154
OPHØRT PRIV.HOSP.	0	0	0	0	20
Total	6165	21957	131	28253	32247

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2006-2015, højrisiko-patienter. Kirurgi.

Højrisiko	KIRURGI					KIRURGI total	Total
	DBCG Off-Study-indberetning	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	DBCG Kirurgi-afdeling			
RIGSHOSPITALET	108	33	0	441		582	3677
HERLEV	213	288	0	799		1300	4407
HILLERØD	0	0	0	0		0	1827
OPHØRT REG.H	4	3	2	24		33	33
ROSKILDE	0	0	0	0		0	1834
RINGSTED	42	2	1	749		794	794
NÆSTVED	0	0	0	0		0	2213
OPHØRT REG.SJ	0	0	0	1		1	1
RØNNE	0	0	0	0		0	207
ODENSE	67	4	0	81		152	2581
SØNDERBORG	0	0	0	0		0	1296
AABENRAA	39	24	0	98		161	161
ESBJERG	22	2	0	78		102	1177
VEJLE	40	0	0	51		91	2422
OPHØRT REG.SYD	1	1	0	1		3	3
HERNING	0	0	0	0		0	2359
AARHUS	47	8	0	52		107	3633
RANDERS	19	9	0	77		105	105
VIBORG	112	17	0	67		196	196
OPHØRT REG.MIDT	7	1	0	9		17	119
AALBORG	12	2	0	162		176	3028
HJØRRING	10	2	0	142		154	154
OPHØRT PRIV.HOSP.	1	0	0	19		20	20
Total	744	396	3	2851		3994	32247

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for operationsår 2006-2015, lavrisiko-patienter.

Lavrisiko	KIRURGI				ONKOLOGI			Total
	DBCG Off-Study- indberetning	DBCG Flow- indberetning	DBCG Kirurgi- afdeling	KIRURGI total	DBCG Off-Study- indberetning	DBCG Flow- indberetning	ONKOLOGI total	
RIGSHOSPITALET	352	177	41	570	51	76	127	697
HERLEV	492	261	71	824	18	58	76	900
HILLERØD	0	0	0	0	4	14	18	18
OPHØRT REG.H	6	7	3	16	0	0	0	16
ROSKILDE	0	0	0	0	5	26	31	31
RINGSTED	22	0	693	715	0	0	0	715
NÆSTVED	0	0	0	0	3	34	37	37
RØNNE	0	0	0	0	16	19	35	35
ODENSE	378	28	4	410	11	30	41	451
SØNDERBORG	0	0	0	0	11	28	39	39
AABENRAA	135	89	18	242	0	0	0	242
ESBJERG	153	30	3	186	6	29	35	221
VEJLE	32	1	6	39	45	240	285	324
OPHØRT REG.SYD	0	1	1	2	0	0	0	2
HERNING	0	0	0	0	82	96	178	178
AARHUS	222	62	10	294	67	48	115	409
RANDERS	121	13	10	144	0	0	0	144
VIBORG	212	79	14	305	0	0	0	305
OPHØRT REG.MIDT	1	0	1	2	3	0	3	5
AALBORG	17	0	17	34	263	136	399	433
HJØRRING	12	0	14	26	0	0	0	26
OPHØRT PRIV.HOSP.	1	2	4	7	0	0	0	7
Total	2156	750	910	3816	585	834	1419	5235

Indikator 13

Opfølgningsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: (a) Afdeling for strålebehandling af invasiv brystkræft. (b) Afdeling for randomisering i strålebehandlingsstudier af invasiv brystkræft. (c) Stråle-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013. (d) Rykkerbesvarelse med stråleafdelingshenvisning til anden afdeling eller angivelse af patient ukendt på afdeling. (e) DBCG rykkerliste. (f) DBCG's kirurgiafdeling.

Resultatet af denne søgeprocedure præsenteres nedenfor. For patienter uden indberetning af strålebehandling er allokering til opfølgningsafdeling behæftet med usikkerhed især ved anvendelse af kirurgiafdeling (f). Registersamkøring med LPR bruges ikke grundet indførelsen af stråleafdelingshenvisning på mammaskemaet.

Bestemmelse af opfølgningsafdeling for stråleterapi 2013-2015 (Lumpektomi og Mastektomi).

	DBCG Stråle-indberetning	DBCG Stråle-randomisering	DBCG Stråle-henvisning	Afd. rykkerbesvarelse	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	1161	0	7	0	4	1172
HERLEV	1939	0	9	33	5	1986
NÆSTVED	953	0	0	1	0	954
ODENSE	630	1	0	0	3	634
FLENSBORG	316	0	1	37	0	354
VEJLE	817	0	0	3	2	822
AARHUS	1740	1	0	0	2	1743
AALBORG	750	0	11	24	1	786
Total	8306	2	28	98	17	8451

Bestemmelse af opfølgingsafdeling for stråleterapi 2015 (Lumpektomi og Mastektomi).

	DBCG Stråle- indberetning	DBCG Stråle- henvisning	Afd. rykker- besvarelse	DBCG Kirurgiafdeling	Total
RIGSHOSPITALET	341	7	0	3	351
HERLEV	633	3	14	5	655
NÆSTVED	341	0	1	0	342
ODENSE	208	0	0	1	209
FLENSBORG	89	0	22	0	111
VEJLE	245	0	2	0	247
AARHUS	510	0	0	1	511
AALBORG	244	6	9	0	259
Total	2611	16	48	10	2685

Indberettende afdelinger 2016

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræft-patienter er blevet væsentlig færre i de sidste år. Der var i 2016, 12 kirurgiske afdelinger (tabel 4), 13 patologiafdelinger (tabel 5), 14 onkologiske afdelinger (tabel 6) og 9 radioterapi-afdelinger (tabel 7). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller under opfølgning indtil 10 år efter operation har 25 afdelinger været aktive (tabel 8).

Tabel 4. Kirurgiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

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

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

Tabel 5. Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

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

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

Tabel 6. Onkologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

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

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

** : Administreres med Vejle.

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

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

* : Stråle-afdelingen i Flensborg inkluderer ikke danske patienter fra og med 2017.

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

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

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

Sygehus og afdelingsklassifikation (SHAK)

Kirurgiafdelinger.

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

Onkologiafdelinger*.

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

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

Patologiafdelinger.

Sygehus- og afdelingsklassifikation	SHAK-kode
Region Hovedstaden	
Rigshospitalet	1301
Rigshospitalet, Patologiafdelingen, PA	130148
Herlev Hospital	1516

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

Konklusion og anbefalinger fra den faglige styregruppe

Regionale kommentarer til indikatorrapport 2016

Region Midtjylland

Herning ligger i 2016 med en andel på kun 83 % på indikator 9 og dermed et fald fra 2015.

Tallet er misvisende, da det er et udtryk for, at ikke alle data er blevet rapporteret til DBCG. Herning har 165 patienter der var i opfølgingsprogram i 2016 stående på rykkerliste i DBCG. Årsagen er, at Sundhedsstyrelsen i 2016 angav nye retningslinjer for opfølgning af brystkræftpatienter, der ikke modtager medicinsk behandling.

En stor gruppe patienter blev som følge af disse retningslinjer afsluttet fra onkologisk afdeling fra midt 2016. De blev informeret om, at de ikke længere skal følges med kliniske kontroller, men udelukkende med kliniske mammografier. Desuden blev de informeret om, at de til enhver tid kan kontakte afdelingen direkte ved problemer.

Det er denne gruppe af patienter, som afdelingen ikke har rapporteret data på til DBCG, da man har været usikker på, hvordan data skal rapporteres. Om man skal lave off. study eller ej, da DBCG fortsat er interesseret i at få årlige data, hvis det er muligt.

En kontakt til DBCG i maj 2017 viser, at der ikke er ens praksis på landsplan med hensyn til, hvordan denne registrering foretages. Det er i følge DBCG op til den enkelte afdeling. Onkologisk afdeling Herning arbejder derfor på snarest at få løst den manglende registrering.

BILAG 1

Supplerende beskrivelse af indikatorresultater 2016

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2016
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indholdsfortegnelse

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

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

Indikator 4: Aksilstatus fastlagt udelukkende med SN-metoden for lymfeknude-negative patienter og patienter med højst to lymfeknuder med mikrometastaser og/eller isolerede tumorceller i 2014-2016 per aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
Total	2406	100	2406	2324	82	97 (96-97)	97	100	97	100
18-39 år	63	100	63	63	0	100 (94-100)	100	100	99	100
40-49 år	259	100	259	256	3	99 (97-100)	98	100	96	100
50-59 år	554	100	554	539	15	97 (96-98)	97	100	98	100
60-69 år	878	100	878	844	34	96 (95-97)	97	100	96	100
70-75 år	307	100	307	293	14	95 (92-97)	96	100	97	100
76+ år	345	100	345	329	16	95 (93-97)	95	100	97	100

Indikator 4: Node-negativ aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2014-2016.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
Operationsår	Tumordiameter (mm)					
2014	00-10	24	(3.1)	742	(96.9)	766
	11-20	34	(2.8)	1171	(97.2)	1205
	21-30	15	(3.6)	405	(96.4)	420
	31-40	5	(4.3)	111	(95.7)	116
	41-50	2	(5.7)	33	(94.3)	35
	>=51	1	(5.3)	18	(94.7)	19
2015	Uoplyst	0	0	3	(100.0)	3
	00-10	15	(2.0)	721	(98.0)	736
	11-20	40	(3.3)	1190	(96.7)	1230
	21-30	17	(4.3)	381	(95.7)	398
	31-40	7	(7.3)	89	(92.7)	96
	41-50	5	(15.2)	28	(84.8)	33
	>=51	0	0	21	(100.0)	21
2016	00-10	15	(2.1)	697	(97.9)	712
	11-20	42	(3.6)	1120	(96.4)	1162
	21-30	19	(5.1)	354	(94.9)	373
	31-40	3	(3.0)	97	(97.0)	100
	41-50	2	(6.1)	31	(93.9)	33
	>=51	1	(3.8)	25	(96.2)	26

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

Indikator 5: Node-positive patienter, hvor aksilrømning er indikeret, som ved intenderet kurativ aksiloperation får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i 2014-2016 efter aldersgruppe.

Alder	Potentielt nævner	Kompletthed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
Total	936	100	936	896	40	96 (94-97)	97	100	96	100
18-39 år	47	100	47	45	2	96 (85-99)	95	100	95	100
40-49 år	147	100	147	142	5	97 (92-99)	98	100	96	100
50-59 år	247	100	247	236	11	96 (92-98)	97	100	97	100
60-69 år	199	100	199	191	8	96 (92-98)	97	100	95	100
70-75 år	140	100	140	133	7	95 (90-98)	95	100	97	100
76+ år	156	100	156	149	7	96 (91-98)	97	100	93	100

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

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes med datakomplethed for patienter opereret 2014-2016 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
Total	4489	100	4489	4103	386	91 (91-92)	92	100	92	100
18-39 år	199	100	199	187	12	94 (90-97)	94	100	95	100
40-49 år	591	100	591	550	41	93 (91-95)	94	100	95	100
50-59 år	997	100	997	932	65	93 (92-95)	94	100	95	100
60-69 år	1283	100	1283	1199	84	93 (92-95)	96	100	96	100
70-75 år	570	100	570	526	44	92 (90-94)	93	100	92	100
76+ år	849	100	849	709	140	84 (81-86)	81	100	81	100

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

Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer 2013-2015 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	3350	80	2679	2246	433	84 (82-85)	88	86	89	88
18-39 år	151	77	117	98	19	84 (76-90)	89	83	91	84
40-49 år	504	78	392	331	61	84 (80-88)	90	82	90	88
50-59 år	883	83	731	622	109	85 (82-88)	88	88	89	90
60-69 år	929	80	745	654	91	88 (85-90)	93	90	93	90
70-75 år	426	78	332	278	54	84 (79-88)	87	84	91	87
76+ år	457	79	362	263	99	73 (68-77)	74	81	78	83

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram.

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2006-2015, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)
Total	32247	100	32247	24984	7263	77 (77-78)
18-39 år	1476	100	1476	1209	267	82 (80-84)
40-49 år	4864	100	4864	3922	942	81 (79-82)
50-59 år	8238	100	8238	6533	1705	79 (78-80)
60-69 år	10213	100	10213	7708	2505	75 (75-76)
70-75 år	3493	100	3493	2681	812	77 (75-78)
76+ år	3963	100	3963	2931	1032	74 (73-75)

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2006-2015, der gennemfører DBCG opfølgingsprogram efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2015 med KI (%)
Total	5235	100	5235	4028	1207	77 (76-78)
18-39 år	31	100	31	24	7	77 (59-90)
40-49 år	306	100	306	249	57	81 (77-86)
50-59 år	1246	100	1246	1007	239	81 (79-83)
60-69 år	2768	100	2768	2100	668	76 (74-77)
70-75 år	513	100	513	387	126	75 (71-79)
76+ år	371	100	371	261	110	70 (65-75)

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi for patienter opereret 2010-2014 efter aldersgruppe. Andel opfyldt er bestemt som patienter, der har lokalt recidiv (\pm regionalt recidiv eller fjernecidiv) 5 år efter operation.

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2010-2014 med KI (%)	Nedre SI	Øvre SI
Total	13193	94	12405	154	12251	3.0%	1.0%	7.0%
18-39 år	395	92	364	12	352	3.2%	1.4%	6.1%
40-49 år	1650	94	1543	29	1514	2.2%	1.5%	3.2%
50-59 år	3566	95	3385	31	3354	1.3%	0.9%	1.9%
60-69 år	5170	95	4911	50	4861	1.5%	1.1%	2.0%
70-75 år	1270	93	1181	11	1170	1.2%	0.6%	2.2%
76+ år	1142	89	1021	21	1000	2.6%	1.7%	3.9%

Første hændelse ved brystbevarende terapi (BSC) for patienter opereret 2010-2014 efter aldersgruppe.

Alder	Første hændelse efter BCS								
	Lokalt recidiv		Fjernecidiv /anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		Alle
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=34 år	4	(3.0)	9	(6.7)	118	(87.4)	4	(3.0)	135
35-39 år	8	(3.5)	16	(7.0)	205	(89.1)	1	(0.4)	230
40-49 år	29	(1.9)	85	(5.5)	1415	(91.6)	16	(1.0)	1545
50-59 år	31	(0.9)	178	(5.2)	3147	(92.8)	36	(1.1)	3392
60-69 år	50	(1.0)	301	(6.1)	4472	(90.9)	95	(1.9)	4918
70-75 år	11	(0.9)	96	(8.1)	1040	(87.6)	40	(3.4)	1187
76+ år	22	(2.1)	89	(8.6)	824	(80.1)	94	(9.1)	1029
Alle	155	(1.2)	774	(6.2)	11221	(90.2)	286	(2.3)	12436

Første hændelse ved brystbevarende terapi (BSC) for patienter opereret 2010-2014 efter operationsår.

Operationsår	Første hændelse efter BCS								Alle N
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
2010	55	(2.0)	263	(9.3)	2397	(85.1)	101	(3.6)	2816
2011	30	(1.2)	192	(7.9)	2150	(88.2)	65	(2.7)	2437
2012	28	(1.2)	137	(5.7)	2189	(91.0)	51	(2.1)	2405
2013	21	(0.9)	109	(4.5)	2228	(92.9)	41	(1.7)	2399
2014	21	(0.9)	73	(3.1)	2257	(94.9)	28	(1.2)	2379
Alle	155	(1.2)	774	(6.2)	11221	(90.2)	286	(2.3)	12436

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

Indikator 11: Fravær af re-operation pga. postoperative komplikationer ved brystkræftoperationer 2014-2016 efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet- hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
Total	3903	95	3694	3574	120	97 (96-97)	97	96	97	97
18-39 år	184	94	173	170	3	98 (95-100)	99	99	97	100
40-49 år	535	96	514	491	23	96 (93-97)	97	100	96	100
50-59 år	914	97	883	857	26	97 (96-98)	96	99	96	99
60-69 år	1181	94	1108	1081	27	98 (96-98)	97	94	97	95
70-75 år	496	94	464	437	27	94 (92-96)	98	93	97	96
76+ år	593	93	552	538	14	97 (96-99)	97	93	97	96

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet

Indikator 12: Sen sentinel node positivitet 2014-2016 efter aldersgruppe. Indikatoren er bestemt for patienter, der er sentinel node negative ved peroperativ frysemikroskopi.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
Total	1959	100	1959	1901	58	97 (96-98)	96	100	96	100
18-39 år	66	100	66	65	1	98 (92-100)	94	100	96	100
40-49 år	235	100	235	228	7	97 (94-99)	97	100	96	100
50-59 år	447	100	447	433	14	97 (95-98)	97	100	95	100
60-69 år	660	100	660	644	16	98 (96-99)	96	100	98	100
70-75 år	261	100	261	251	10	96 (93-98)	96	100	97	100
76+ år	290	100	290	280	10	97 (94-98)	95	100	94	100

Indikator 13: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

Indikator 13 (strata lumpektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2013-2015 for patienter med definitiv operation med lumpektomi efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	2371	97	2309	2115	194	92 (90-93)	93	99	94	99
18-39 år	68	96	65	59	6	91 (81-97)	88	97	93	99
40-49 år	259	96	249	240	9	96 (93-98)	95	99	97	98
50-59 år	630	98	617	603	14	98 (96-99)	98	99	97	99
60-69 år	892	98	874	798	76	91 (89-93)	92	99	95	99
70-75 år	295	97	285	244	41	86 (81-89)	91	99	93	100
76+ år	227	96	219	171	48	78 (72-83)	80	97	76	99

Indikator 13 (strata mastektomi): Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer i 2013-2015 for patienter med definitiv operation med mastektomi efter aldersgruppe.

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2015 med KI (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)	Andel 2013 (%)	Komp 2013 (%)
Total	314	95	298	282	16	95 (91-97)	95	97	94	97
18-39 år	19	95	18	16	2	89 (65-99)	100	93	100	97
40-49 år	74	96	71	71	0	100 (95-100)	95	99	94	97
50-59 år	97	95	92	86	6	93 (86-98)	96	99	96	99
60-69 år	74	97	72	68	4	94 (86-98)	94	98	94	99
70-75 år	50	90	45	41	4	91 (79-98)	93	94	85	93
76+ år	0	.	0	0	0	. (-.)	100	50	75	80

BILAG 2

Populationen af danske brystkræftpatienter 2013-2016

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2016
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indholdsfortegnelse

Demografiske og prognostiske parametre 2013-2016	3
Tabel 1. Aldersfordeling af patienter per år.	3
Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per år.	3
Tabel 3a. Operationstype per år.	4
Tabel 3b. Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.	4
Tabel 3c. Årsag til aksilrømning i samme seance som sentinel node per år.	5
Tabel 4. Diagnose per år.	5
Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per år (adjuverende).	6
Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per år (adjuverende).	6
Tabel 5c. Antal lymfeknuder med makrometastaser per år (adjuverende).	6
Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per år (neo-adjuverende).	7
Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per år (neo-adjuverende).	7
Tabel 7a. Tumorstørrelse mikroskopisk (= største diameter i mm) per år (adjuverende).	7
Tabel 7b. Tumorstørrelse ved ultralyd (= største diameter i mm) per år (kun neo-adjuverende).	8
Tabel 8a. Malignitetsgrad for duktale tumorer per år.	8
Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per år.	8
Tabel 9. Østrogenreceptor, procent positiv farvning ved immun-histokemisk farvning (IHC) per år.	8
Tabel 10a. Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status per år.	9
Tabel 10b. HER2 status versus patientalder i 2016.	9
Tabel 10c. HER2-score per år.	10
Tabel 10d. HER2-score og FISH-ratio per år.	10
Tabel 11. Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.	11
Tabel 12. Tumorstørrelse mikroskopisk (adjuverende) versus fund ved populationscreening blandt 50-69-årige.	11

Demografiske og prognostiske parametre 2013-2016

I dette bilag 2 præsenteres patienter, som har en primær invasiv diagnose, en operabel tumor og tilstrækkelig oplysning om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer. I 2016 opfyldte 3726 patienter i registret disse krav, og i det følgende præsenteres de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år i perioden 2013-2016 i tabel 1 til 12. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 3.

Populationen udgøres af kvinder fra 18 år med operabel¹ primær invasiv brystkræft (IBC, C50) og kendt risikoallokering. Ekskluderede i 2016: LABC/DM² (N=186), Mindre indgreb/Biopsi alene (N=131), Ej (primær) diagnose (N=155) og Ej komplet (N=291).

Tabel 1. Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	265	(1.7)	50	(1.3)	72	(1.9)	64	(1.7)	79	(2.1)
35-39 år	389	(2.5)	114	(2.9)	91	(2.3)	90	(2.4)	94	(2.5)
40-49 år	2125	(13.9)	540	(13.8)	550	(14.2)	518	(13.6)	517	(13.9)
50-59 år	3660	(23.9)	935	(23.9)	937	(24.2)	916	(24.0)	872	(23.4)
60-69 år	4961	(32.3)	1340	(34.2)	1292	(33.3)	1189	(31.2)	1140	(30.6)
70-75 år	1823	(11.9)	425	(10.9)	426	(11.0)	494	(12.9)	478	(12.8)
76+ år	2115	(13.8)	512	(13.1)	511	(13.2)	546	(14.3)	546	(14.7)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Diagnose ved excisionsbiopsi										
Nej	13433	(87.6)	3398	(86.8)	3472	(89.5)	3341	(87.5)	3222	(86.5)
Ja	966	(6.3)	225	(5.7)	240	(6.2)	259	(6.8)	242	(6.5)
Uoplyst	939	(6.1)	293	(7.5)	167	(4.3)	217	(5.7)	262	(7.0)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

¹ Præoperativ klassifikation til kurativ operation, neo-adjuverende behandling eller uoplyst, og eksklusion ved klassifikation til mindre indgreb/biopsi alene samt angivelse af lokal fremskreden sygdom eller fjernmetastase.

² Lokal fremskreden brystkræft / Fjernmetastaser.

Tabel 3a. Operationstype per år.

Operationstype	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	3961	(25.8)	1054	(26.9)	987	(25.4)	958	(25.1)	962	(25.8)
Lumpektomi	10522	(68.6)	2686	(68.6)	2737	(70.6)	2641	(69.2)	2458	(66.0)
Biopsi*	147	(1.0)	20	(0.5)	9	(0.2)	16	(0.4)	102	(2.7)
Mastektomi efter neo-adj	419	(2.7)	96	(2.5)	93	(2.4)	111	(2.9)	119	(3.2)
Lumpektomi efter neo-adj	289	(1.9)	60	(1.5)	53	(1.4)	91	(2.4)	85	(2.3)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

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

Mastektomi	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	866	(21.9)	243	(23.1)	214	(21.7)	211	(22.0)	198	(20.6)
Ja	3094	(78.1)	810	(76.9)	773	(78.3)	747	(78.0)	764	(79.4)
Uoplyst	1	(0.0)	1	(0.1)	.	.	.	.	.	.

Lumpektomi	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	792	(7.5)	211	(7.9)	218	(8.0)	202	(7.6)	161	(6.6)
Ja	9730	(92.5)	2475	(92.1)	2519	(92.0)	2439	(92.4)	2297	(93.4)

Biopsi	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	109	(74.1)	15	(75.0)	9	(100.0)	8	(50.0)	77	(75.5)
Ja	38	(25.9)	5	(25.0)	.	.	8	(50.0)	25	(24.5)

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

Mastektomi efter neo-adj	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	250	(59.7)	60	(62.5)	57	(61.3)	62	(55.9)	71	(59.7)
Ja	169	(40.3)	36	(37.5)	36	(38.7)	49	(44.1)	48	(40.3)
Uoplyst	250	(59.7)	60	(62.5)	57	(61.3)	62	(55.9)	71	(59.7)

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

Lumpektomi efter neo-adj	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik*										
Nej	145	(50.2)	31	(51.7)	22	(41.5)	51	(56.0)	41	(48.2)
Ja	144	(49.8)	29	(48.3)	31	(58.5)	40	(44.0)	44	(51.8)

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

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

	Årsag	Alle		2013		2014		2015		2016	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Aksilrømning i samme seance											
Ja	Valideringsfase	7	(0.3)	4	(0.7)	2	(0.4)	.	.	1	(0.2)
	SN frys svar	1960	(89.0)	524	(87.9)	511	(89.6)	481	(89.6)	444	(89.0)
	Mistanke om metastase	60	(2.7)	18	(3.0)	13	(2.3)	15	(2.8)	14	(2.8)
	SN ikke fundet	175	(7.9)	50	(8.4)	44	(7.7)	41	(7.6)	40	(8.0)
Total		2202	(100.0)	596	(100.0)	570	(100.0)	537	(100.0)	499	(100.0)

Tabel 4. Diagnose per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	12228	(79.7)	3118	(79.6)	3056	(78.8)	3099	(81.2)	2955	(79.3)
Lobulær	1769	(11.5)	441	(11.3)	458	(11.8)	406	(10.6)	464	(12.5)
Mucinøs	325	(2.1)	69	(1.8)	90	(2.3)	87	(2.3)	79	(2.1)
Medullær	35	(0.2)	10	(0.3)	18	(0.5)	3	(0.1)	4	(0.1)
Papillær	109	(0.7)	26	(0.7)	34	(0.9)	15	(0.4)	34	(0.9)
Tubulær	210	(1.4)	65	(1.7)	58	(1.5)	46	(1.2)	41	(1.1)
Andre invasiv	662	(4.3)	187	(4.8)	165	(4.3)	161	(4.2)	149	(4.0)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	1	(0.0)	1	(0.0)	.	.	.	.	.	.
01-04	9524	(62.1)	2397	(61.2)	2461	(63.4)	2368	(62.0)	2298	(61.7)
05-09	830	(5.4)	224	(5.7)	196	(5.1)	207	(5.4)	203	(5.4)
>=10	4019	(26.2)	1082	(27.6)	1048	(27.0)	996	(26.1)	893	(24.0)
Uoplyst	109	(0.7)	36	(0.9)	19	(0.5)	28	(0.7)	26	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	855	(5.6)	176	(4.5)	155	(4.0)	218	(5.7)	306	(8.2)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	9290	(60.6)	2390	(61.0)	2353	(60.7)	2308	(60.5)	2239	(60.1)
01-03	3746	(24.4)	947	(24.2)	1022	(26.3)	921	(24.1)	856	(23.0)
>=04	1338	(8.7)	367	(9.4)	330	(8.5)	342	(9.0)	299	(8.0)
Uoplyst	109	(0.7)	36	(0.9)	19	(0.5)	28	(0.7)	26	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	855	(5.6)	176	(4.5)	155	(4.0)	218	(5.7)	306	(8.2)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(Makrometastaser)										
00	10299	(67.1)	2618	(66.9)	2630	(67.8)	2578	(67.5)	2473	(66.4)
01-03	2896	(18.9)	765	(19.5)	789	(20.3)	681	(17.8)	661	(17.7)
>=04	1179	(7.7)	321	(8.2)	286	(7.4)	312	(8.2)	260	(7.0)
Uoplyst	109	(0.7)	36	(0.9)	19	(0.5)	28	(0.7)	26	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	855	(5.6)	176	(4.5)	155	(4.0)	218	(5.7)	306	(8.2)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	125	(0.8)	30	(0.8)	33	(0.9)	29	(0.8)	33	(0.9)
05-09	28	(0.2)	4	(0.1)	3	(0.1)	9	(0.2)	12	(0.3)
>=10	421	(2.7)	100	(2.6)	86	(2.2)	132	(3.5)	103	(2.8)
Uoplyst	281	(1.8)	42	(1.1)	33	(0.9)	48	(1.3)	158	(4.2)
Adjuverende	14483	(94.4)	3740	(95.5)	3724	(96.0)	3599	(94.3)	3420	(91.8)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	278	(1.8)	53	(1.4)	63	(1.6)	73	(1.9)	89	(2.4)
01-03	179	(1.2)	46	(1.2)	41	(1.1)	57	(1.5)	35	(0.9)
>=04	117	(0.8)	35	(0.9)	18	(0.5)	40	(1.0)	24	(0.6)
Uoplyst	281	(1.8)	42	(1.1)	33	(0.9)	48	(1.3)	158	(4.2)
Adjuverende	14483	(94.4)	3740	(95.5)	3724	(96.0)	3599	(94.3)	3420	(91.8)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	3446	(22.5)	920	(23.5)	877	(22.6)	844	(22.1)	805	(21.6)
11-20	6558	(42.8)	1660	(42.4)	1651	(42.6)	1681	(44.0)	1566	(42.0)
21-50	4120	(26.9)	1076	(27.5)	1094	(28.2)	1000	(26.2)	950	(25.5)
>=51	311	(2.0)	75	(1.9)	86	(2.2)	62	(1.6)	88	(2.4)
Uoplyst	48	(0.3)	9	(0.2)	16	(0.4)	12	(0.3)	11	(0.3)
Biopsi / neo-adjuverende	855	(5.6)	176	(4.5)	155	(4.0)	218	(5.7)	306	(8.2)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	34	(4.0)	8	(4.5)	7	(4.5)	11	(5.0)	8	(2.6)
11-20	121	(14.2)	24	(13.6)	32	(20.6)	25	(11.5)	40	(13.1)
21-50	502	(58.7)	99	(56.3)	80	(51.6)	139	(63.8)	184	(60.1)
>=51	134	(15.7)	31	(17.6)	24	(15.5)	30	(13.8)	49	(16.0)
Uoplyst	64	(7.5)	14	(8.0)	12	(7.7)	13	(6.0)	25	(8.2)
Total	855	(100.0)	176	(100.0)	155	(100.0)	218	(100.0)	306	(100.0)

Tabel 8a. Malignitetsgrad for ductale tumorer per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Duktale tumorer										
Uegnet	67	(0.5)	8	(0.3)	9	(0.3)	17	(0.5)	33	(1.1)
I	3221	(26.3)	875	(28.1)	812	(26.6)	785	(25.3)	749	(25.3)
II	5526	(45.2)	1357	(43.5)	1380	(45.2)	1416	(45.7)	1373	(46.5)
III	3353	(27.4)	853	(27.4)	846	(27.7)	866	(27.9)	788	(26.7)
Uoplyst	61	(0.5)	25	(0.8)	9	(0.3)	15	(0.5)	12	(0.4)
Total	12228	(100.0)	3118	(100.0)	3056	(100.0)	3099	(100.0)	2955	(100.0)

Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor gradering, Lobulære tumorer										
Uegnet	3	(0.2)	1	(0.2)	.	.	.	.	2	(0.4)
I	461	(26.1)	134	(30.4)	131	(28.6)	77	(19.0)	119	(25.6)
II	1183	(66.9)	273	(61.9)	300	(65.5)	307	(75.6)	303	(65.3)
III	111	(6.3)	29	(6.6)	26	(5.7)	21	(5.2)	35	(7.5)
Uoplyst	11	(0.6)	4	(0.9)	1	(0.2)	1	(0.2)	5	(1.1)
Total	1769	(100.0)	441	(100.0)	458	(100.0)	406	(100.0)	464	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	1951	(12.7)	499	(12.7)	495	(12.8)	486	(12.7)	471	(12.6)
1-9%	271	(1.8)	62	(1.6)	49	(1.3)	69	(1.8)	91	(2.4)
10-100%	13105	(85.4)	3351	(85.6)	3332	(85.9)	3262	(85.5)	3160	(84.8)
Uoplyst	11	(0.1)	4	(0.1)	3	(0.1)	.	.	4	(0.1)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	13233	(86.3)	3378	(86.3)	3318	(85.5)	3311	(86.7)	3226	(86.6)
Positiv	2046	(13.3)	496	(12.7)	556	(14.3)	501	(13.1)	493	(13.2)
Uoplyst	59	(0.4)	42	(1.1)	5	(0.1)	5	(0.1)	7	(0.2)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

Tabel 10b. HER2 status versus patientalder i 2016.

	Total	Negativ		Positiv		Uoplyst	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
<=34 år	79	56	(70.9)	23	(29.1)	.	.
35-39 år	94	71	(75.5)	23	(24.5)	.	.
40-49 år	517	423	(81.8)	93	(18.0)	1	(0.2)
50-59 år	872	756	(86.7)	116	(13.3)	.	.
60-69 år	1140	1023	(89.7)	113	(9.9)	4	(0.4)
70-75 år	478	423	(88.5)	54	(11.3)	1	(0.2)
76+ år	546	474	(86.8)	71	(13.0)	1	(0.2)
Total	3726	3226	(86.6)	493	(13.2)	7	(0.2)

Tabel 10c. HER2-score per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score										
0	3587	(23.4)	870	(22.2)	774	(20.0)	912	(23.9)	1031	(27.7)
1+	7407	(48.3)	1996	(51.0)	1955	(50.4)	1802	(47.2)	1654	(44.4)
2+	2562	(16.7)	599	(15.3)	672	(17.3)	667	(17.5)	624	(16.7)
3+	1670	(10.9)	418	(10.7)	452	(11.7)	407	(10.7)	393	(10.5)
Uoplyst	112	(0.7)	33	(0.8)	26	(0.7)	29	(0.8)	24	(0.6)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

	FISH ratio	Alle		2013		2014		2015		2016	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score											
0	ubestemt	3578	(23.3)	868	(22.2)	771	(19.9)	909	(23.8)	1030	(27.6)
	0.00-1.99	9	(0.1)	2	(0.1)	3	(0.1)	3	(0.1)	1	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	7314	(47.7)	1982	(50.6)	1900	(49.0)	1787	(46.8)	1645	(44.1)
	0.00-1.99	93	(0.6)	14	(0.4)	55	(1.4)	15	(0.4)	9	(0.2)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	31	(0.2)	24	(0.6)	1	(0.0)	5	(0.1)	1	(0.0)
	0.00-1.99	2174	(14.2)	500	(12.8)	573	(14.8)	573	(15.0)	528	(14.2)
	2.00 +	357	(2.3)	75	(1.9)	98	(2.5)	89	(2.3)	95	(2.5)
3+	ubestemt	1606	(10.5)	406	(10.4)	427	(11.0)	387	(10.1)	386	(10.4)
	0.00-1.99	6	(0.0)	2	(0.1)	2	(0.1)	2	(0.1)	.	(0.0)
	2.00 +	58	(0.4)	10	(0.3)	23	(0.6)	18	(0.5)	7	(0.2)
Uoplyst	ubestemt	28	(0.2)	18	(0.5)	4	(0.1)	.	(0.0)	6	(0.2)
	0.00-1.99	69	(0.4)	13	(0.3)	18	(0.5)	24	(0.6)	14	(0.4)
	2.00 +	15	(0.1)	2	(0.1)	4	(0.1)	5	(0.1)	4	(0.1)
Total		15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

Tabel 11. Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

	Alle		2013		2014		2015		2016	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe [M40]										
Ej protokol	323	(2.1)	88	(2.2)	85	(2.2)	87	(2.3)	63	(1.7)
A lavrisiko	1058	(6.9)	273	(7.0)	275	(7.1)	271	(7.1)	239	(6.4)
B, ER+/? : KT,ET	6340	(41.3)	1434	(36.6)	1661	(42.8)	1619	(42.4)	1626	(43.6)
C, ER+/? : ET	5609	(36.6)	1611	(41.1)	1350	(34.8)	1331	(34.9)	1317	(35.3)
D, ER-: KT	2008	(13.1)	510	(13.0)	508	(13.1)	509	(13.3)	481	(12.9)
Total	15338	(100.0)	3916	(100.0)	3879	(100.0)	3817	(100.0)	3726	(100.0)

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

		Tumordiameter								Alle N
		0-10 mm		≥11 mm		Uoplyst		Biopsi / neo-adj.		
		N	%	N	%	N	%	N	%	
År	Fundet ved screening									
2013	Nej	138	(15.3)	694	(77.1)	.	.	68	(7.6)	900
	Ja	553	(41.3)	767	(57.2)	.	.	20	(1.5)	1340
	Uoplyst	7	(20.0)	25	(71.4)	2	(5.7)	1	(2.9)	35
2014	Nej	130	(15.9)	650	(79.4)	5	(0.6)	34	(4.2)	819
	Ja	538	(38.8)	833	(60.0)	2	(0.1)	15	(1.1)	1388
	Uoplyst	8	(36.4)	13	(59.1)	.	.	1	(4.5)	22
2015	Nej	119	(14.7)	634	(78.4)	1	(0.1)	55	(6.8)	809
	Ja	494	(39.0)	757	(59.7)	1	(0.1)	16	(1.3)	1268
	Uoplyst	8	(28.6)	16	(57.1)	.	.	4	(14.3)	28
2016	Nej	115	(15.2)	564	(74.4)	2	(0.3)	77	(10.2)	758
	Ja	471	(38.5)	720	(58.9)	2	(0.2)	30	(2.5)	1223
	Uoplyst	7	(22.6)	21	(67.7)	.	.	3	(9.7)	31
Alle		2588	(30.0)	5694	(66.0)	15	(0.2)	324	(3.8)	8621

BILAG 3

Demografiske og prognostiske parametre per afdeling 2016

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2016
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indholdsfortegnelse

Tabel 1 Aldersfordeling af patienter per kirurgisk afdeling 2016.....	3
Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2016.....	4
Tabel 3a. Operationstype per kirurgisk afdeling 2016.....	5
Tabel 3b. Præoperativ klassifikation og operationstype per kir. afd. 2016.....	6
Tabel 4. Diagnose per patologisk afdeling 2016.....	8
Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).	9
Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).....	10
Tabel 5c. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).....	11
Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (neo-adjuverende).	12
Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (neo-adjuverende).....	13
Tabel 7a. Tumorstørrelse mikroskopisk (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).....	14
Tabel 7b. Tumorstørrelse Ultralyd (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2016 (kun neo-adjuverende).....	15
Tabel 8a. Malignitetsgrad for duktale tumorer per patologisk afdeling 2016.....	16
Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per patologisk afdeling 2016.	17
Tabel 9. Østrogen-receptorstatus per patologisk afdeling 2016.....	18
Tabel 10a. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per patologisk afdeling 2016.	19
Tabel 10b. HER2-score per patologisk afdeling 2016.	20
Tabel 10c. HER2-score og FISH-ratio status per patologisk afdeling 2016.	21
Tabel 11. Risikogruppe per kirurgisk afdeling 2016.....	23

Tabel 1 Aldersfordeling af patienter per kirurgisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE		AABENRAA	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)												
<=34 år	79	(2.1)	22	(3.9)	8	(1.2)	8	(1.4)	8	(2.9)	.	.
35-39 år	94	(2.5)	14	(2.5)	14	(2.2)	14	(2.4)	6	(2.2)	5	(3.3)
40-49 år	517	(13.9)	74	(13.3)	84	(13.0)	85	(14.7)	26	(9.5)	21	(13.9)
50-59 år	872	(23.4)	126	(22.6)	148	(22.9)	138	(23.8)	62	(22.7)	32	(21.2)
60-69 år	1140	(30.6)	191	(34.2)	178	(27.5)	198	(34.2)	93	(34.1)	41	(27.2)
70-75 år	478	(12.8)	61	(10.9)	89	(13.8)	63	(10.9)	40	(14.7)	21	(13.9)
76+ år	546	(14.7)	70	(12.5)	126	(19.5)	73	(12.6)	38	(13.9)	31	(20.5)
Total	3726	(100.0)	558	(100.0)	647	(100.0)	579	(100.0)	273	(100.0)	151	(100.0)

	ESBJERG		VEJLE		AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)														
<=34 år	2	(1.1)	8	(3.3)	8	(3.4)	2	(1.1)	9	(2.9)	3	(1.2)	1	(0.9)
35-39 år	7	(3.7)	6	(2.5)	7	(3.0)	3	(1.6)	7	(2.2)	10	(4.1)	1	(0.9)
40-49 år	27	(14.4)	33	(13.6)	32	(13.6)	25	(13.7)	55	(17.6)	39	(16.1)	16	(13.8)
50-59 år	44	(23.5)	65	(26.9)	56	(23.7)	46	(25.3)	77	(24.6)	55	(22.7)	23	(19.8)
60-69 år	64	(34.2)	60	(24.8)	70	(29.7)	50	(27.5)	82	(26.2)	77	(31.8)	36	(31.0)
70-75 år	14	(7.5)	31	(12.8)	30	(12.7)	33	(18.1)	45	(14.4)	30	(12.4)	21	(18.1)
76+ år	29	(15.5)	39	(16.1)	33	(14.0)	23	(12.6)	38	(12.1)	28	(11.6)	18	(15.5)
Total	187	(100.0)	242	(100.0)	236	(100.0)	182	(100.0)	313	(100.0)	242	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 2. Diagnose ved excisionsbiopsi per kirurgisk afdeling 2016.

Diagnose ved excisionsbiopsi	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi								
Nej	3222	(86.5)	372	(66.7)	602	(93.0)	506	(87.4)
Ja	242	(6.5)	115	(20.6)	18	(2.8)	38	(6.6)
Uoplyst	262	(7.0)	71	(12.7)	27	(4.2)	35	(6.0)
Total	3726	(100.0)	558	(100.0)	647	(100.0)	579	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi										
Nej	240	(87.9)	147	(97.4)	179	(95.7)	225	(93.0)	206	(87.3)
Ja	19	(7.0)	2	(1.3)	4	(2.1)	12	(5.0)	9	(3.8)
Uoplyst	14	(5.1)	2	(1.3)	4	(2.1)	5	(2.1)	21	(8.9)
Total	273	(100.0)	151	(100.0)	187	(100.0)	242	(100.0)	236	(100.0)

Diagnose ved excisionsbiopsi	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Excisionsbiopsi								
Nej	147	(80.8)	286	(91.4)	216	(89.3)	96	(82.8)
Ja	.	.	9	(2.9)	10	(4.1)	6	(5.2)
Uoplyst	35	(19.2)	18	(5.8)	16	(6.6)	14	(12.1)
Total	182	(100.0)	313	(100.0)	242	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 3a. Operationstype per kirurgisk afdeling 2016.

Operationstype	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	962	(25.8)	164	(29.4)	161	(24.9)	96	(16.6)	103	(37.7)
Lumpektomi	2458	(66.0)	370	(66.3)	444	(68.6)	416	(71.8)	151	(55.3)
Biopsi	102	(2.7)	4	(0.7)	5	(0.8)	31	(5.4)	8	(2.9)
Mastektomi efter neo-adj	119	(3.2)	15	(2.7)	21	(3.2)	25	(4.3)	8	(2.9)
Lumpektomi efter neo-adj	85	(2.3)	5	(0.9)	16	(2.5)	11	(1.9)	3	(1.1)
Total	3726	(100.0)	558	(100.0)	647	(100.0)	579	(100.0)	273	(100.0)

Operationstype	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		AARHUS		RANDERS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	46	(30.5)	49	(26.2)	38	(15.7)	86	(36.4)	67	(36.8)
Lumpektomi	102	(67.5)	95	(50.8)	142	(58.7)	138	(58.5)	107	(58.8)
Biopsi	1	(0.7)	15	(8.0)	19	(7.9)	2	(0.8)	1	(0.5)
Mastektomi efter neo-adj	2	(1.3)	16	(8.6)	17	(7.0)	5	(2.1)	3	(1.6)
Lumpektomi efter neo-adj	.	.	12	(6.4)	26	(10.7)	5	(2.1)	4	(2.2)
Total	151	(100.0)	187	(100.0)	242	(100.0)	236	(100.0)	182	(100.0)

Operationstype	VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%
Mastektomi	55	(17.6)	70	(28.9)	27	(23.3)
Lumpektomi	241	(77.0)	163	(67.4)	89	(76.7)
Biopsi	13	(4.2)	3	(1.2)	.	.
Mastektomi efter neo-adj	3	(1.0)	4	(1.7)	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	1	(0.3)	2	(0.8)	.	.
Total	313	(100.0)	242	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 3b. Præoperativ klassifikation og operationstype per kir. afd. 2016.

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Operation	præoperativ klassifikation								
Mastektomi	Plan kurativ	947	(25.4)	161	(28.9)	160	(24.7)	94	(16.2)
	Neo-adj behl	10	(0.3)	1	(0.2)	.	.	.	.
	Uoplyst	5	(0.1)	2	(0.4)	1	(0.2)	2	(0.3)
Lumpektomi	Plan kurativ	2430	(65.2)	359	(64.3)	442	(68.3)	413	(71.3)
	Neo-adj behl	5	(0.1)	.	.	1	(0.2)	2	(0.3)
	Uoplyst	23	(0.6)	11	(2.0)	1	(0.2)	1	(0.2)
Biopsi	Plan kurativ	12	(0.3)	.	.	.	.	7	(1.2)
	Neo-adj behl	86	(2.3)	4	(0.7)	5	(0.8)	24	(4.1)
	Uoplyst	4	(0.1)	.	.	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	Plan kurativ	10	(0.3)	.	.	2	(0.3)	5	(0.9)
	Neo-adj behl	106	(2.8)	15	(2.7)	18	(2.8)	20	(3.5)
	Uoplyst	3	(0.1)	.	.	1	(0.2)	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	Plan kurativ	8	(0.2)	.	.	2	(0.3)	5	(0.9)
	Neo-adj behl	77	(2.1)	5	(0.9)	14	(2.2)	6	(1.0)
Total		3726	(100.0)	558	(100.0)	647	(100.0)	579	(100.0)

		ODENSE		AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		AARHUS	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operation	præoperativ klassifikation										
Mastektomi	Plan kurativ	103	(37.7)	45	(29.8)	47	(25.1)	37	(15.3)	85	(36.0)
	Neo-adj behl	.	.	1	(0.7)	2	(1.1)	1	(0.4)	1	(0.4)
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Lumpektomi	Plan kurativ	151	(55.3)	100	(66.2)	94	(50.3)	141	(58.3)	137	(58.1)
	Neo-adj behl	.	.	1	(0.7)	.	.	1	(0.4)	.	.
	Uoplyst	.	.	1	(0.7)	1	(0.5)	.	.	1	(0.4)
Biopsi	Plan kurativ	.	.	.	.	1	(0.5)	.	.	.	.
	Neo-adj behl	7	(2.6)	1	(0.7)	14	(7.5)	19	(7.9)	2	(0.8)
	Uoplyst	1	(0.4)	.	.	.	.	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	Plan kurativ	.	.	.	.	2	(1.1)	.	.	.	.
	Neo-adj behl	8	(2.9)	2	(1.3)	13	(7.0)	17	(7.0)	4	(1.7)
	Uoplyst	.	.	.	.	1	(0.5)	.	.	1	(0.4)
Lumpektomi efter neo-adj	Plan kurativ	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behl	3	(1.1)	.	.	12	(6.4)	26	(10.7)	5	(2.1)
Total		273	(100.0)	151	(100.0)	187	(100.0)	242	(100.0)	236	(100.0)

		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%
Operation	præoperativ klassifikation								
Mastektomi	Plan kurativ	67	(36.8)	52	(16.6)	69	(28.5)	27	(23.3)
	Neo-adj behl	.	.	3	(1.0)	1	(0.4)	.	.
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Lumpektomi	Plan kurativ	105	(57.7)	237	(75.7)	163	(67.4)	88	(75.9)
	Neo-adj behl	.	.	.	.	.	.	.	.
	Uoplyst	2	(1.1)	4	(1.3)	.	.	1	(0.9)
Biopsi	Plan kurativ	.	.	4	(1.3)	.	.	.	.
	Neo-adj behl	1	(0.5)	6	(1.9)	3	(1.2)	.	.
	Uoplyst	.	.	3	(1.0)	.	.	.	.
Mastektomi efter neo-adj	Plan kurativ	.	.	1	(0.3)	.	.	.	.
	Neo-adj behl	3	(1.6)	2	(0.6)	4	(1.7)	.	.
	Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Lumpektomi efter neo-adj	Plan kurativ	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
	Neo-adj behl	3	(1.6)	1	(0.3)	2	(0.8)	.	.
Total		182	(100.0)	313	(100.0)	242	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 4. Diagnose per patologisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	2955	(79.3)	474	(85.3)	500	(77.4)	479	(82.4)	203	(70.7)
Lobulær	464	(12.5)	56	(10.1)	90	(13.9)	61	(10.5)	45	(15.7)
Mucinøs	79	(2.1)	6	(1.1)	15	(2.3)	16	(2.8)	5	(1.7)
Medullær	4	(0.1)	.	.	.	.	.	.	.	.
Papillær	34	(0.9)	6	(1.1)	7	(1.1)	7	(1.2)	3	(1.0)
Tubulær	41	(1.1)	1	(0.2)	12	(1.9)	8	(1.4)	7	(2.4)
Andre invasiv	149	(4.0)	13	(2.3)	22	(3.4)	10	(1.7)	24	(8.4)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
Duktal	125	(84.5)	145	(78.4)	169	(71.9)	1	(50.0)	170	(72.6)
Lobulær	20	(13.5)	15	(8.1)	39	(16.6)	1	(50.0)	34	(14.5)
Mucinøs	2	(1.4)	4	(2.2)	11	(4.7)	.	.	4	(1.7)
Medullær	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Papillær	1	(0.7)	2	(1.1)	2	(0.9)	.	.	.	.
Tubulær	.	.	1	(0.5)	1	(0.4)	.	.	.	.
Andre invasiv	.	.	18	(9.7)	13	(5.5)	.	.	26	(11.1)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type								
Duktal	150	(83.3)	246	(78.6)	195	(80.2)	98	(84.5)
Lobulær	19	(10.6)	45	(14.4)	30	(12.3)	9	(7.8)
Mucinøs	5	(2.8)	4	(1.3)	4	(1.6)	3	(2.6)
Medullær	.	.	1	(0.3)	2	(0.8)	1	(0.9)
Papillær	.	.	2	(0.6)	1	(0.4)	3	(2.6)
Tubulær	2	(1.1)	5	(1.6)	4	(1.6)	.	.
Andre invasiv	4	(2.2)	10	(3.2)	7	(2.9)	2	(1.7)
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 5a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	1	(0.0)	.	.	.	.	1	(0.2)	.	.
01-04	2298	(61.7)	349	(62.8)	432	(66.9)	357	(61.4)	163	(56.8)
05-09	203	(5.4)	28	(5.0)	24	(3.7)	38	(6.5)	31	(10.8)
>=10	893	(24.0)	153	(27.5)	146	(22.6)	112	(19.3)	68	(23.7)
Uoplyst	25	(0.7)	2	(0.4)	2	(0.3)	6	(1.0)	2	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	306	(8.2)	24	(4.3)	42	(6.5)	67	(11.5)	23	(8.0)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
01-04	83	(56.1)	100	(54.1)	133	(56.6)	.	.	125	(53.4)
05-09	12	(8.1)	3	(1.6)	.	.	.	.	19	(8.1)
>=10	48	(32.4)	36	(19.5)	42	(17.9)	.	.	78	(33.3)
Uoplyst	2	(1.4)	3	(1.6)	2	(0.9)	.	.	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	3	(2.0)	43	(23.2)	58	(24.7)	2	(100.0)	12	(5.1)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder								
00	.	.	.	.	.	.	.	.
01-04	126	(70.0)	203	(64.9)	158	(65.0)	69	(59.5)
05-09	5	(2.8)	15	(4.8)	16	(6.6)	12	(10.3)
>=10	41	(22.8)	77	(24.6)	58	(23.9)	34	(29.3)
Uoplyst	1	(0.6)	3	(1.0)	1	(0.4)	1	(0.9)
Biopsi / neo-adjuverende	7	(3.9)	15	(4.8)	10	(4.1)	.	.
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 5b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	2239	(60.1)	353	(63.5)	412	(63.8)	353	(60.8)	181	(63.1)
01-03	856	(23.0)	122	(21.9)	143	(22.1)	116	(20.0)	66	(23.0)
>=04	299	(8.0)	55	(9.9)	47	(7.3)	38	(6.5)	15	(5.2)
Uoplyst	26	(0.7)	2	(0.4)	2	(0.3)	7	(1.2)	2	(0.7)
Biopsi / neo-adjuverende	306	(8.2)	24	(4.3)	42	(6.5)	67	(11.5)	23	(8.0)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder										
00	90	(60.8)	92	(49.7)	121	(51.5)	.	.	129	(55.1)
01-03	35	(23.6)	36	(19.5)	45	(19.1)	.	.	63	(26.9)
>=04	18	(12.2)	11	(5.9)	9	(3.8)	.	.	30	(12.8)
Uoplyst	2	(1.4)	3	(1.6)	2	(0.9)	.	.	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	3	(2.0)	43	(23.2)	58	(24.7)	2	(100.0)	12	(5.1)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive lymfeknuder								
00	122	(67.8)	175	(55.9)	140	(57.6)	71	(61.2)
01-03	32	(17.8)	89	(28.4)	77	(31.7)	32	(27.6)
>=04	18	(10.0)	31	(9.9)	15	(6.2)	12	(10.3)
Uoplyst	1	(0.6)	3	(1.0)	1	(0.4)	1	(0.9)
Biopsi / neo-adjuverende	7	(3.9)	15	(4.8)	10	(4.1)	.	.
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 5c. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)								
00	2473	(66.4)	383	(68.9)	457	(70.7)	386	(66.4)
01-03	661	(17.7)	99	(17.8)	102	(15.8)	89	(15.3)
>=04	260	(7.0)	48	(8.6)	43	(6.7)	32	(5.5)
Uoplyst	26	(0.7)	2	(0.4)	2	(0.3)	7	(1.2)
Biopsi / neo-adjuverende	306	(8.2)	24	(4.3)	42	(6.5)	67	(11.5)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	196	(68.3)	94	(63.5)	101	(54.6)	132	(56.2)	.	.
01-03	52	(18.1)	32	(21.6)	28	(15.1)	36	(15.3)	.	.
>=04	14	(4.9)	17	(11.5)	10	(5.4)	7	(3.0)	.	.
Uoplyst	2	(0.7)	2	(1.4)	3	(1.6)	2	(0.9)	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	23	(8.0)	3	(2.0)	43	(23.2)	58	(24.7)	2	(100.0)
Total	287	(100.0)	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
N+(makrometastaser)										
00	143	(61.1)	130	(72.2)	210	(67.1)	160	(65.8)	81	(69.8)
01-03	57	(24.4)	27	(15.0)	56	(17.9)	60	(24.7)	23	(19.8)
>=04	22	(9.4)	15	(8.3)	29	(9.3)	12	(4.9)	11	(9.5)
Uoplyst	.	.	1	(0.6)	3	(1.0)	1	(0.4)	1	(0.9)
Biopsi / neo-adjuverende	12	(5.1)	7	(3.9)	15	(4.8)	10	(4.1)	.	.
Total	234	(100.0)	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 6a. Antal fjernede lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (neo-adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	33	(0.9)	4	(0.7)	10	(1.5)	2	(0.3)	1	(0.3)
05-09	12	(0.3)	1	(0.2)	1	(0.2)	5	(0.9)	2	(0.7)
>=10	103	(2.8)	10	(1.8)	21	(3.3)	23	(4.0)	4	(1.4)
Uoplyst	158	(4.2)	9	(1.6)	10	(1.5)	37	(6.4)	16	(5.6)
Adjuverende	3420	(91.8)	532	(95.7)	604	(93.5)	514	(88.5)	264	(92.0)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling										
01-04	1	(0.7)	3	(1.6)	6	(2.6)	.	.	2	(0.9)
05-09	.	.	.	.	1	(0.4)	1	(50.0)	.	.
>=10	1	(0.7)	12	(6.5)	17	(7.2)	1	(50.0)	6	(2.6)
Uoplyst	1	(0.7)	28	(15.1)	34	(14.5)	.	.	4	(1.7)
Adjuverende	145	(98.0)	142	(76.8)	177	(75.3)	.	.	222	(94.9)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder efter neo-adjuverende behandling								
01-04	2	(1.1)	.	.	2	(0.8)	.	.
05-09	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
>=10	4	(2.2)	1	(0.3)	3	(1.2)	.	.
Uoplyst	1	(0.6)	14	(4.5)	4	(1.6)	.	.
Adjuverende	173	(96.1)	298	(95.2)	233	(95.9)	116	(100.0)
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 6b. Antal positive lymfeknuder per patologisk afdeling 2016 (neo-adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	89	(2.4)	8	(1.4)	21	(3.3)	15	(2.6)	6	(2.1)
01-03	35	(0.9)	3	(0.5)	6	(0.9)	8	(1.4)	1	(0.3)
>=04	24	(0.6)	4	(0.7)	5	(0.8)	7	(1.2)	.	.
Uoplyst	158	(4.2)	9	(1.6)	10	(1.5)	37	(6.4)	16	(5.6)
Adjuverende	3420	(91.8)	532	(95.7)	604	(93.5)	514	(88.5)	264	(92.0)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling										
00	1	(0.7)	9	(4.9)	17	(7.2)	1	(50.0)	4	(1.7)
01-03	1	(0.7)	4	(2.2)	5	(2.1)	.	.	4	(1.7)
>=04	.	.	2	(1.1)	2	(0.9)	1	(50.0)	.	.
Uoplyst	1	(0.7)	28	(15.1)	34	(14.5)	.	.	4	(1.7)
Adjuverende	145	(98.0)	142	(76.8)	177	(75.3)	.	.	222	(94.9)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN efter neo-adjuverende behandling								
00	4	(2.2)	.	.	3	(1.2)	.	.
01-03	1	(0.6)	1	(0.3)	1	(0.4)	.	.
>=04	1	(0.6)	.	.	2	(0.8)	.	.
Uoplyst	1	(0.6)	14	(4.5)	4	(1.6)	.	.
Adjuverende	173	(96.1)	298	(95.2)	233	(95.9)	116	(100.0)
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 7a. Tumorstørrelse mikroskopisk (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2016 (adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	805	(21.6)	117	(21.0)	152	(23.5)	146	(25.1)	61	(21.3)
11-20	1566	(42.0)	254	(45.7)	261	(40.4)	233	(40.1)	108	(37.6)
21-50	950	(25.5)	149	(26.8)	164	(25.4)	126	(21.7)	88	(30.7)
>=51	88	(2.4)	11	(2.0)	26	(4.0)	6	(1.0)	6	(2.1)
Uoplyst	11	(0.3)	1	(0.2)	1	(0.2)	3	(0.5)	1	(0.3)
Biopsi / neo-adjuverende	306	(8.2)	24	(4.3)	42	(6.5)	67	(11.5)	23	(8.0)
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)										
00-10	32	(21.6)	28	(15.1)	42	(17.9)	.	.	55	(23.5)
11-20	66	(44.6)	62	(33.5)	95	(40.4)	.	.	101	(43.2)
21-50	43	(29.1)	44	(23.8)	36	(15.3)	.	.	61	(26.1)
>=51	2	(1.4)	7	(3.8)	4	(1.7)	.	.	5	(2.1)
Uoplyst	2	(1.4)	1	(0.5)	.	.	.	.	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	3	(2.0)	43	(23.2)	58	(24.7)	2	(100.0)	12	(5.1)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter (mm)								
00-10	27	(15.0)	55	(17.6)	66	(27.2)	24	(20.7)
11-20	82	(45.6)	140	(44.7)	114	(46.9)	50	(43.1)
21-50	60	(33.3)	91	(29.1)	50	(20.6)	38	(32.8)
>=51	4	(2.2)	10	(3.2)	3	(1.2)	4	(3.4)
Uoplyst	.	.	2	(0.6)	.	.	.	.
Biopsi / neo-adjuverende	7	(3.9)	15	(4.8)	10	(4.1)	.	.
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 7b. Tumorstørrelse Ultralyd (=største diameter i mm) per patologisk afdeling 2016 (kun neo-adjuverende).

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	8	(2.6)	.	.	1	(2.4)	3	(4.5)	.	.
11-20	40	(13.1)	.	.	5	(11.9)	12	(17.9)	2	(8.7)
21-50	184	(60.1)	13	(54.2)	21	(50.0)	40	(59.7)	18	(78.3)
>=51	49	(16.0)	10	(41.7)	11	(26.2)	8	(11.9)	2	(8.7)
900	1	(0.3)	.	.	.	.	.	.	1	(4.3)
Uoplyst	24	(7.8)	1	(4.2)	4	(9.5)	4	(6.0)	.	.
Total	306	(100.0)	24	(100.0)	42	(100.0)	67	(100.0)	23	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)										
00-10	.	.	1	(2.3)	2	(3.4)	.	.	.	.
11-20	1	(33.3)	7	(16.3)	8	(13.8)	1	(50.0)	.	.
21-50	2	(66.7)	24	(55.8)	40	(69.0)	.	.	8	(66.7)
>=51	.	.	5	(11.6)	5	(8.6)	1	(50.0)	3	(25.0)
900	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.
Uoplyst	.	.	6	(14.0)	3	(5.2)	.	.	1	(8.3)
Total	3	(100.0)	43	(100.0)	58	(100.0)	2	(100.0)	12	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG	
	N	%	N	%	N	%
Tumordiameter UL (mm)						
00-10	.	.	1	(6.7)	.	.
11-20	.	.	1	(6.7)	3	(30.0)
21-50	5	(71.4)	10	(66.7)	3	(30.0)
>=51	2	(28.6)	1	(6.7)	1	(10.0)
900	.	.	.	.	.	.
Uoplyst	.	.	2	(13.3)	3	(30.0)
Total	7	(100.0)	15	(100.0)	10	(100.0)

Tabel 8a. Malignitetsgrad for ductale tumorer per patologisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer								
Uoplyst	45	(1.5)	25	(5.3)	1	(0.2)	2	(0.4)
I	749	(25.3)	162	(34.2)	167	(33.4)	80	(16.7)
II	1373	(46.5)	182	(38.4)	226	(45.2)	263	(54.9)
III	788	(26.7)	105	(22.2)	106	(21.2)	134	(28.0)
Total	2955	(100.0)	474	(100.0)	500	(100.0)	479	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	.	.	1	(0.8)	4	(2.8)	.	.	.	.
I	56	(27.6)	12	(9.6)	43	(29.7)	39	(23.1)	.	.
II	84	(41.4)	53	(42.4)	78	(53.8)	96	(56.8)	1	(100.0)
III	63	(31.0)	59	(47.2)	20	(13.8)	34	(20.1)	.	.
Total	203	(100.0)	125	(100.0)	145	(100.0)	169	(100.0)	1	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Duktale tumorer										
Uoplyst	4	(2.4)	.	.	.	.	8	(4.1)	.	.
I	50	(29.4)	29	(19.3)	51	(20.7)	40	(20.5)	20	(20.4)
II	67	(39.4)	82	(54.7)	120	(48.8)	86	(44.1)	35	(35.7)
III	49	(28.8)	39	(26.0)	75	(30.5)	61	(31.3)	43	(43.9)
Total	170	(100.0)	150	(100.0)	246	(100.0)	195	(100.0)	98	(100.0)

Tabel 8b. Malignitetsgrad for lobulære tumorer per patologisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer								
Uoplyst	7	(1.5)	.	.	1	(1.1)	.	.
I	119	(25.6)	15	(26.8)	44	(48.9)	6	(9.8)
II	303	(65.3)	40	(71.4)	41	(45.6)	54	(88.5)
III	35	(7.5)	1	(1.8)	4	(4.4)	1	(1.6)
Total	464	(100.0)	56	(100.0)	90	(100.0)	61	(100.0)

	ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
Uoplyst	.	.	2	(10.0)	.	.	.	.	.	.
I	20	(44.4)	.	.	3	(20.0)	9	(23.1)	1	(100.0)
II	20	(44.4)	13	(65.0)	11	(73.3)	27	(69.2)	.	.
III	5	(11.1)	5	(25.0)	1	(6.7)	3	(7.7)	.	.
Total	45	(100.0)	20	(100.0)	15	(100.0)	39	(100.0)	1	(100.0)

	AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor-gradering, Lobulære tumorer										
Uoplyst	3	(8.8)	.	.	.	.	1	(3.3)	.	.
I	5	(14.7)	10	(52.6)	5	(11.1)	1	(3.3)	.	.
II	22	(64.7)	8	(42.1)	37	(82.2)	23	(76.7)	7	(77.8)
III	4	(11.8)	1	(5.3)	3	(6.7)	5	(16.7)	2	(22.2)
Total	34	(100.0)	19	(100.0)	45	(100.0)	30	(100.0)	9	(100.0)

Tabel 9. Østrogen-receptorstatus per patologisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	471	(12.6)	65	(11.7)	67	(10.4)	76	(13.1)	48	(16.7)
1-9%	91	(2.4)	20	(3.6)	10	(1.5)	16	(2.8)	5	(1.7)
10-100%	3160	(84.8)	470	(84.5)	569	(88.1)	489	(84.2)	234	(81.5)
Uoplyst	4	(0.1)	1	(0.2)	.	.	.	.	.	.
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor										
0 %	22	(14.9)	32	(17.3)	30	(12.8)	.	.	20	(8.5)
1-9%	5	(3.4)	7	(3.8)	5	(2.1)	.	.	6	(2.6)
10-100%	121	(81.8)	146	(78.9)	199	(84.7)	2	(100.0)	206	(88.0)
Uoplyst	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.	2	(0.9)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Østrogen-receptor								
0 %	13	(7.2)	52	(16.6)	30	(12.3)	16	(13.8)
1-9%	5	(2.8)	3	(1.0)	7	(2.9)	2	(1.7)
10-100%	162	(90.0)	258	(82.4)	206	(84.8)	98	(84.5)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 10a. Human Epidermal growth factor Receptor2 (HER2) status per patologisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	3226	(86.6)	492	(88.5)	552	(85.4)	504	(86.7)	249	(86.8)
Positiv	493	(13.2)	61	(11.0)	94	(14.6)	77	(13.3)	38	(13.2)
Uoplyst	7	(0.2)	3	(0.5)	.	.	.	.	.	.
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status										
Negativ	130	(87.8)	163	(88.1)	197	(83.8)	2	(100.0)	206	(88.0)
Positiv	18	(12.2)	22	(11.9)	37	(15.7)	.	.	26	(11.1)
Uoplyst	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.	2	(0.9)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-status								
Negativ	154	(85.6)	260	(83.1)	216	(88.9)	101	(87.1)
Positiv	26	(14.4)	53	(16.9)	26	(10.7)	15	(12.9)
Uoplyst	.	.	.	.	1	(0.4)	.	.
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 10b. HER2-score per patologisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC										
0	1031	(27.7)	130	(23.4)	184	(28.5)	250	(43.0)	122	(42.5)
1+	1654	(44.4)	250	(45.0)	301	(46.6)	190	(32.7)	122	(42.5)
2+	624	(16.7)	123	(22.1)	84	(13.0)	83	(14.3)	11	(3.8)
3+	393	(10.5)	50	(9.0)	77	(11.9)	58	(10.0)	32	(11.1)
Uoplyst	24	(0.6)	3	(0.5)	.	.	.	.	.	.
Total	3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)	287	(100.0)

	SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO		AARHUS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC										
0	37	(25.0)	39	(21.1)	20	(8.5)	.	.	9	(3.8)
1+	76	(51.4)	106	(57.3)	156	(66.4)	2	(100.0)	94	(40.2)
2+	18	(12.2)	22	(11.9)	30	(12.8)	.	.	96	(41.0)
3+	17	(11.5)	16	(8.6)	28	(11.9)	.	.	17	(7.3)
Uoplyst	.	.	2	(1.1)	1	(0.4)	.	.	18	(7.7)
Total	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)	234	(100.0)

	RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 IHC								
0	16	(8.9)	89	(28.4)	108	(44.4)	27	(23.3)
1+	82	(45.6)	124	(39.6)	97	(39.9)	54	(46.6)
2+	62	(34.4)	60	(19.2)	13	(5.3)	22	(19.0)
3+	20	(11.1)	40	(12.8)	25	(10.3)	13	(11.2)
Uoplyst	.	.	.	.	.	.	.	.
Total	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 10c. HER2-score og FISH-ratio status per patologisk afdeling 2016.

		Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		SLAGELSE	
		N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio								
0	ubestemt	1030	(27.6)	130	(23.4)	184	(28.5)	249	(42.9)
	0.00-1.99	1	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.2)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	1645	(44.1)	248	(44.6)	301	(46.6)	189	(32.5)
	0.00-1.99	9	(0.2)	2	(0.4)	.	(0.0)	1	(0.2)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	1	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	528	(14.2)	112	(20.1)	67	(10.4)	64	(11.0)
	2.00 +	95	(2.5)	11	(2.0)	17	(2.6)	19	(3.3)
3+	ubestemt	386	(10.4)	50	(9.0)	77	(11.9)	56	(9.6)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	7	(0.2)	.	(0.0)	.	(0.0)	2	(0.3)
Uoplyst	ubestemt	6	(0.2)	3	(0.5)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	14	(0.4)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	4	(0.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		3726	(100.0)	556	(100.0)	646	(100.0)	581	(100.0)

		ODENSE		SØNDERBORG		ESBJERG		VEJLE		HOLSTEBRO	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	ubestemt	122	(42.5)	37	(25.0)	39	(21.1)	20	(8.5)	.	(0.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	122	(42.5)	75	(50.7)	106	(57.3)	155	(66.0)	2	(100.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	1	(0.7)	.	(0.0)	1	(0.4)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	5	(1.7)	17	(11.5)	16	(8.6)	21	(8.9)	.	(0.0)
	2.00 +	6	(2.1)	1	(0.7)	6	(3.2)	9	(3.8)	.	(0.0)
3+	ubestemt	32	(11.1)	17	(11.5)	16	(8.6)	27	(11.5)	.	(0.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.4)	.	(0.0)
Uoplyst	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.4)	.	(0.0)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	2	(1.1)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		287	(100.0)	148	(100.0)	185	(100.0)	235	(100.0)	2	(100.0)

		AARHUS		RANDERS		VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2-score	FISH ratio										
0	ubestemt	9	(3.8)	16	(8.9)	89	(28.4)	108	(44.4)	27	(23.3)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
1+	ubestemt	92	(39.3)	80	(44.4)	124	(39.6)	97	(39.9)	54	(46.6)
	0.00-1.99	2	(0.9)	2	(1.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
2+	ubestemt	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	1	(0.4)	.	(0.0)
	0.00-1.99	91	(38.9)	56	(31.1)	48	(15.3)	11	(4.5)	20	(17.2)
	2.00 +	5	(2.1)	6	(3.3)	12	(3.8)	1	(0.4)	2	(1.7)
3+	ubestemt	16	(6.8)	20	(11.1)	39	(12.5)	23	(9.5)	13	(11.2)
	0.00-1.99	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	1	(0.4)	.	(0.0)	1	(0.3)	2	(0.8)	.	(0.0)
Uoplyst	ubestemt	2	(0.9)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	0.00-1.99	12	(5.1)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
	2.00 +	4	(1.7)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)	.	(0.0)
Total		234	(100.0)	180	(100.0)	313	(100.0)	243	(100.0)	116	(100.0)

Tabel 11. Risikogruppe per kirurgisk afdeling 2016.

	Alle		RIGSHOSPITALET		HERLEV		RINGSTED		ODENSE	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	63	(1.7)	9	(1.6)	7	(1.1)	10	(1.7)	6	(2.2)
A lavrisiko	239	(6.4)	49	(8.8)	44	(6.8)	34	(5.9)	23	(8.4)
B, ER+/? : KT,ET	1626	(43.6)	241	(43.2)	266	(41.1)	245	(42.3)	103	(37.7)
C, ER+/? : ET	1317	(35.3)	196	(35.1)	259	(40.0)	210	(36.3)	101	(37.0)
D, ER-: KT	481	(12.9)	63	(11.3)	71	(11.0)	80	(13.8)	40	(14.7)
Total	3726	(100.0)	558	(100.0)	647	(100.0)	579	(100.0)	273	(100.0)

	AABENRAA		ESBJERG		VEJLE		AARHUS		RANDERS	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
Ej protokol	.	.	4	(2.1)	4	(1.7)	1	(0.4)	6	(3.3)
A lavrisiko	6	(4.0)	10	(5.3)	13	(5.4)	17	(7.2)	5	(2.7)
B, ER+/? : KT,ET	67	(44.4)	76	(40.6)	102	(42.1)	128	(54.2)	88	(48.4)
C, ER+/? : ET	56	(37.1)	63	(33.7)	84	(34.7)	68	(28.8)	70	(38.5)
D, ER-: KT	22	(14.6)	34	(18.2)	39	(16.1)	22	(9.3)	13	(7.1)
Total	151	(100.0)	187	(100.0)	242	(100.0)	236	(100.0)	182	(100.0)

	VIBORG		AALBORG		HJØRRING	
	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe						
Ej protokol	5	(1.6)	7	(2.9)	4	(3.4)
A lavrisiko	12	(3.8)	19	(7.9)	7	(6.0)
B, ER+/? : KT,ET	142	(45.4)	110	(45.5)	58	(50.0)
C, ER+/? : ET	103	(32.9)	75	(31.0)	32	(27.6)
D, ER-: KT	51	(16.3)	31	(12.8)	15	(12.9)
Total	313	(100.0)	242	(100.0)	116	(100.0)

BILAG 4

Nye indikatorer pr. 1. juli 2017

Bilag til kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2016
Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft

Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

DBCG



databasernes
fællessekretariat
regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Indhold

Indikator 14: Makrometastaser, der detekteres på baggrund af Sentinel Node biopsi.	3
Indikator 15: Opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne).	7
Bestemmelse af opfølgningsafdeling	13
Indikator 15	14
Teknisk beskrivelse af indikatorer	15

Indikator 14: Makrometastaser, der detekteres uden Sentinel Node biopsi.

Beskrivelse: 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 'sensitiviteten' af den billeddiagnostiske diagnostik med henblik på lymfeknudestatus.

Standard: Indikatoren er ikke specificeret i *Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport* (2005). Standarden fastlægges indtil videre som øvre kvartil for den beregnede indikatorværdi for 2014-15.

Indikatorpopulation: Kvinder med invasiv brystkræft og makrometastaser i lymfeknuderne, der er behandlet i henhold til DBCG-protokol.

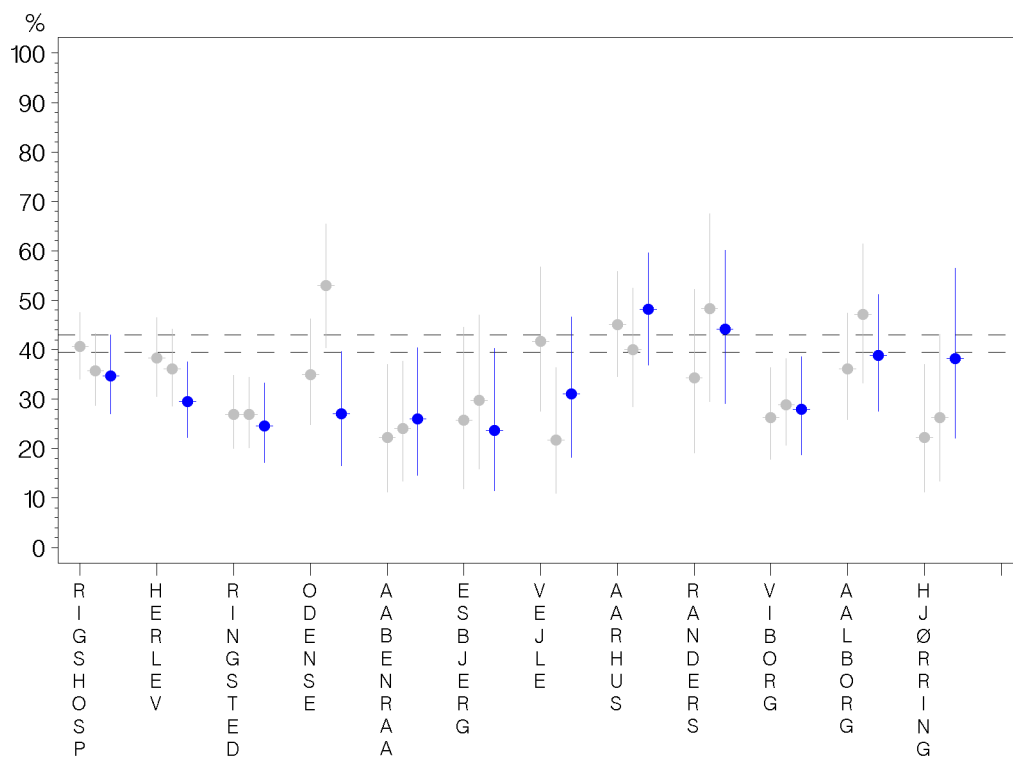
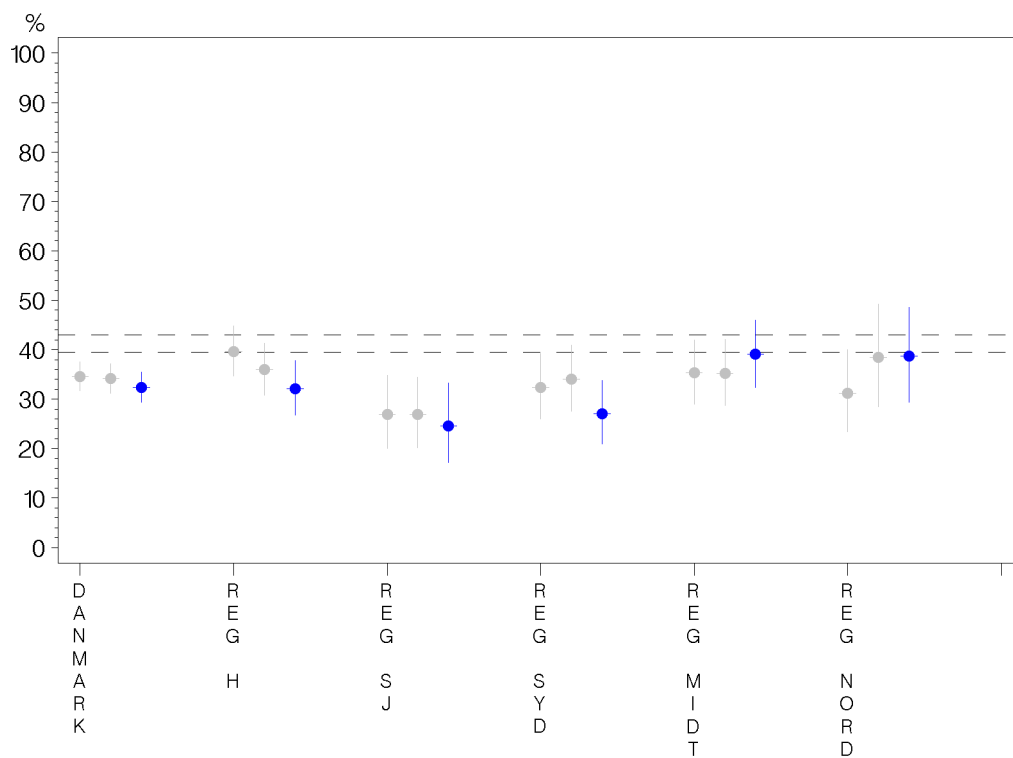
Formål: Statuering af aksilstatus som 'klinisk node positiv' på baggrund af ultralydsskanning og finnålsbiopsi fremfor ved SN-biopsi er ønskværdigt, da man derved kan begrænse andelen af operationer, hvor der både foretages SN-biopsi og aksilrømning efter frysemikroskopi og re-operationer med aksilrømning hos patienter, hvor der ikke udføres frysemikroskopi ved det primære indgreb.

Indikator 14: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Enhed	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
DANMARK	927	100	927	300	627	32 (29-35)	34	100	35	100
HOVEDSTADEN	293	100	293	94	199	32 (27-38)	36	100	40	100
SJÆLLAND	122	100	122	30	92	25 (17-33)	27	100	27	100
SYDDANMARK	196	100	196	53	143	27 (21-34)	34	100	32	100
MIDTJYLLAND	210	100	210	82	128	39 (32-46)	35	100	35	100
NORDJYLLAND	106	100	106	41	65	39 (29-49)	38	100	31	100
RIGSHOSPITALET	147	100	147	51	96	35 (27-43)	36	100	41	100
HERLEV	146	100	146	43	103	29 (22-38)	36	100	38	100
RINGSTED	122	100	122	30	92	25 (17-33)	27	100	27	100
ODENSE	63	100	63	17	46	27 (17-40)	53	100	35	100
AABENRAA	50	100	50	13	37	26 (15-40)	24	100	22	100
ESBJERG	38	100	38	9	29	24 (11-40)	30	100	26	100
VEJLE	45	100	45	14	31	31 (18-47)	22	100	42	100
AARHUS	81	100	81	39	42	48 (37-60)	40	100	45	100
RANDERS	43	100	43	19	24	44 (29-60)	48	100	34	100
VIBORG	86	100	86	24	62	28 (19-39)	29	100	26	100
AALBORG	72	100	72	28	44	39 (28-51)	47	100	36	100
HJØRRING	34	100	34	13	21	38 (22-56)	26	100	22	100

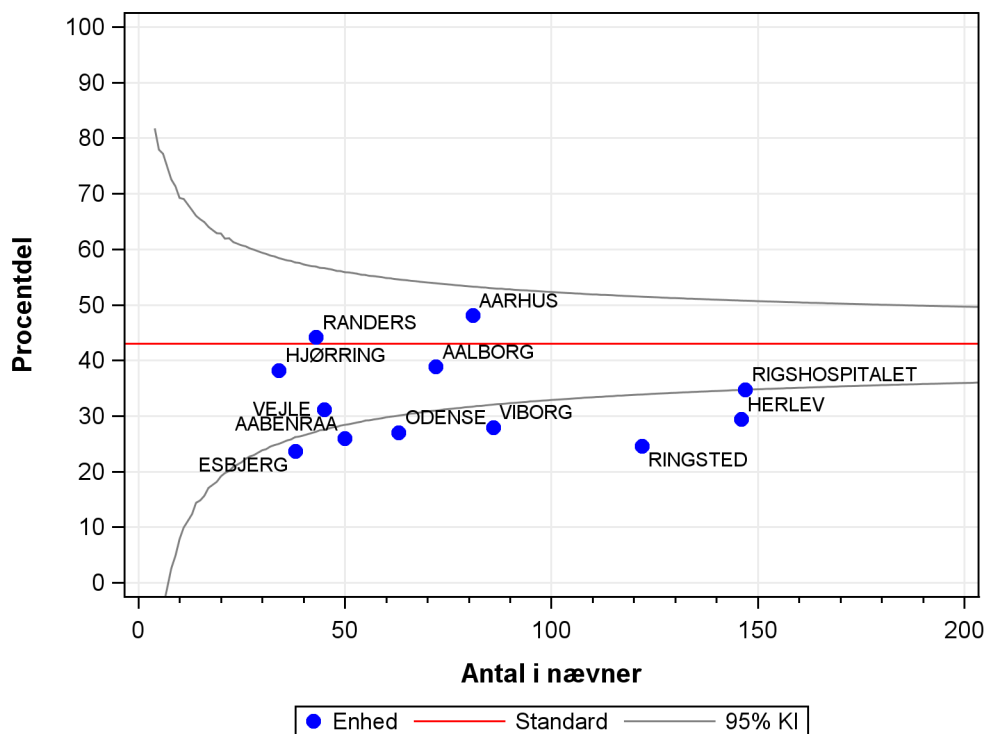
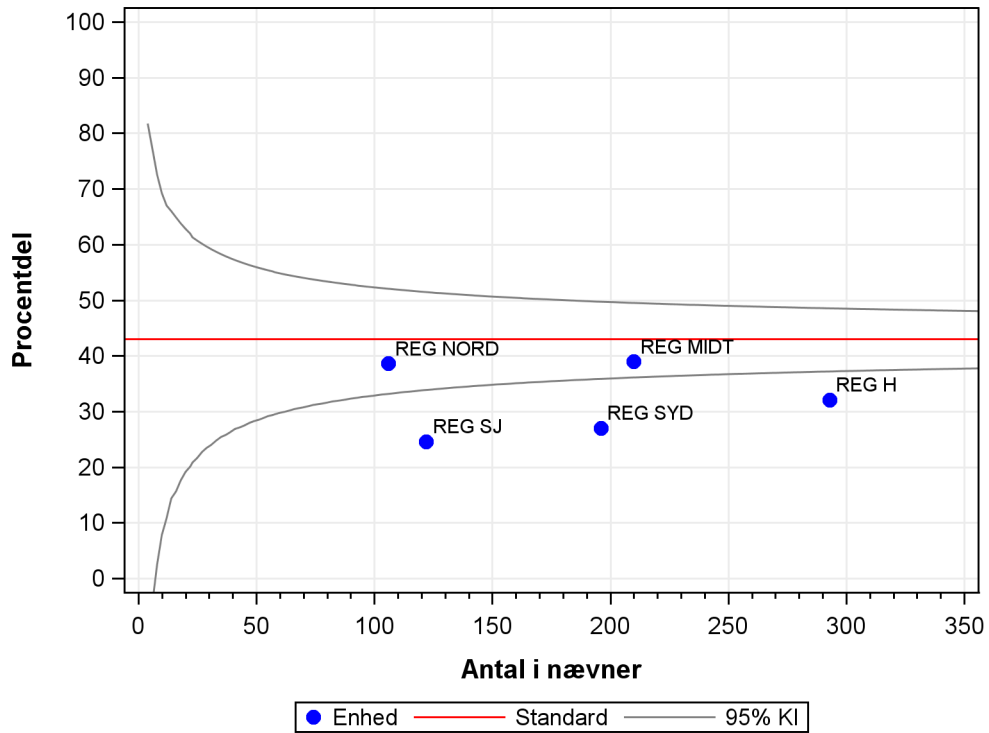
Aldersfordeling:

Alder	Potentiel nævner	Komplet-hed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2016 med KI (%)	Andel 2015 (%)	Komp 2015 (%)	Andel 2014 (%)	Komp 2014 (%)
Total	927	100	927	300	627	32 (29-35)	34	100	35	100
18-39 år	39	100	39	13	26	33 (19-50)	45	100	49	100
40-49 år	136	100	136	36	100	26 (19-35)	27	100	32	100
50-59 år	239	100	239	78	161	33 (27-39)	32	100	32	100
60-69 år	201	100	201	56	145	28 (22-35)	33	100	32	100
70-75 år	144	100	144	48	96	33 (26-42)	35	100	33	100
76+ år	168	100	168	69	99	41 (34-49)	41	100	41	100



Indikator 14: Makrometastaser, der detekteres

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for 2014-2015 (grå signatur) og 2016 (blå signatur). Referenceværdi: 39 % og 43 % for hhv. tallene fra 2014 og 2015 (stiplede linjer).



Indikator 14: Makrometastaser, der detekteres uden Sentinel Node biopsi.

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2016. Referenceværdi: > 43 % (rød linje).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 14

Den nationale indikatoropfyldelse for 2016 er 32 %, hvilket er 2 procent-point lavere end tallene fra 2015. På regionalt niveau ligger opfyldelsen på 25 % - 39 %. Afdelingerne fordeler sig mellem 24 % og 48 %.

Den øvre kvartil er for 2014 på 39 % og for 2015 43 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 14

Den foreliggende opgørelse viser, at der er meget stor spredning. Indikatoropfyldelsen spænder fra 24 % til 48 %. Styregruppen vurderer, at det bør være et område, hvor indsatsen i de kommende år prioriteres ved de danske brystenheder. Resultatet indikerer med al tydelighed, at der på dette område er et stort forbedringspotentiale ved de radiologiske afdelinger, og det er oplagt, at man vil kunne 'lære af hinanden'.

Indikator 15: Opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne).

Beskrivelse: Andelen af patienter med invasiv brystkræft behandlet i henhold til DBCG-protokol i perioden fra 2006 og frem, hvor der er foretaget opfølgende mammografi i henhold til retningslinjerne.

Standard: Indikatoren er ikke specificeret i *Kliniske indikatorspecifikationer og dokumentalistrapport* (2005). Der findes ikke danske eller udenlandske relevante referenceværdier. Bedste bud er 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder med invasiv brystkræft i alderen 18-79.

Formål: I henhold til retningslinjerne for opfølgning af brystkræft fra 2015 skal alle patienter, der har gennemgået behandling for brystkræft, have foretaget mammografi hvert andet år til de er fyldt 79 år. Formålet med indikatoren er at monitorere, at retningslinjerne følges på dette punkt.

Indikator 15: Patienter allokeret til protokol i 2006-2014, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne). Indikatorværdien svarer til andel opfyldt opgjort efter region hhv. onkologisk afdeling (for patienter allokeret hertil) samt kirurgisk afdeling (for patienter, hvor der ikke er registreret en henvisning til en onkologisk afdeling).

Region

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2014 med KI (%)
DANMARK	23515	100	23515	17514	6001	74 (74-75)
HOVEDSTADEN	7101	100	7101	6242	859	88 (87-89)
SJÆLLAND	3593	100	3593	2825	768	79 (77-80)
SYDDANMARK	5691	100	5691	3969	1722	70 (69-71)
MIDTJYLLAND	4774	100	4774	3409	1365	71 (70-73)
NORDJYLLAND	2340	100	2340	1064	1276	45 (43-48)
OPHØRT PRIV.HOSP	16	100	16	5	11	31 (11-59)

Onkologiske afdelinger (for patienter allokeret hertil)

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2014 med KI (%)
RIGSHOSPITALET	2026	100	2026	1846	180	91 (90-92)
HERLEV	2074	100	2074	1853	221	89 (88-91)
HILLERØD	1186	100	1186	1040	146	88 (86-90)
RØNNE	145	100	145	119	26	82 (75-88)
ROSKILDE	1319	100	1319	970	349	74 (71-76)
NÆSTVED	1488	100	1488	1282	206	86 (84-88)
ODENSE	1600	100	1600	1399	201	87 (86-89)
SØNDERBORG	873	100	873	769	104	88 (86-90)
ESBJERG	718	100	718	177	541	25 (22-28)
VEJLE	1756	100	1756	1068	688	61 (58-63)
HERNING	1745	100	1745	1273	472	73 (71-75)
AARHUS	2361	100	2361	1670	691	71 (69-73)
OPHØRT REG.MIDT	20	100	20	8	12	40 (19-64)
AALBORG	2237	100	2237	1015	1222	45 (43-47)

Kirurgiske afdelinger (for patienter allokeret hertil)

Enhed	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2014 med KI (%)
RIGSHOSPITALET	508	100	508	372	136	73 (69-77)
HERLEV	1150	100	1150	1005	145	87 (85-89)
OPHØRT REG.H	12	100	12	7	5	58 (28-85)
RINGSTED	786	100	786	573	213	73 (70-76)
ODENSE	321	100	321	262	59	82 (77-86)
AABENRAA	204	100	204	171	33	84 (78-89)
ESBJERG	195	100	195	110	85	56 (49-63)
VEJLE	23	100	23	12	11	52 (31-73)
OPHØRT REG.SYD	#	100	#	#	#	#
AARHUS	267	100	267	180	87	67 (61-73)
RANDERS	128	100	128	89	39	70 (61-77)
VIBORG	252	100	252	189	63	75 (69-80)
OPHØRT REG.MIDT	#	100	#	#	#	#
AALBORG	60	100	60	24	36	40 (28-53)
HJØRRING	43	100	43	25	18	58 (42-73)

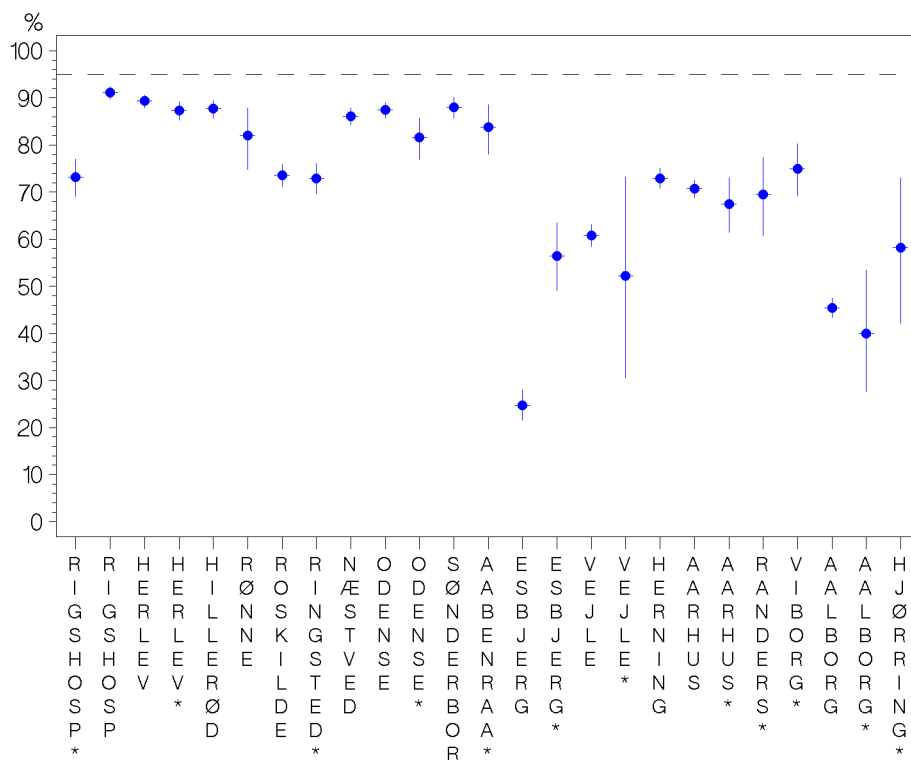
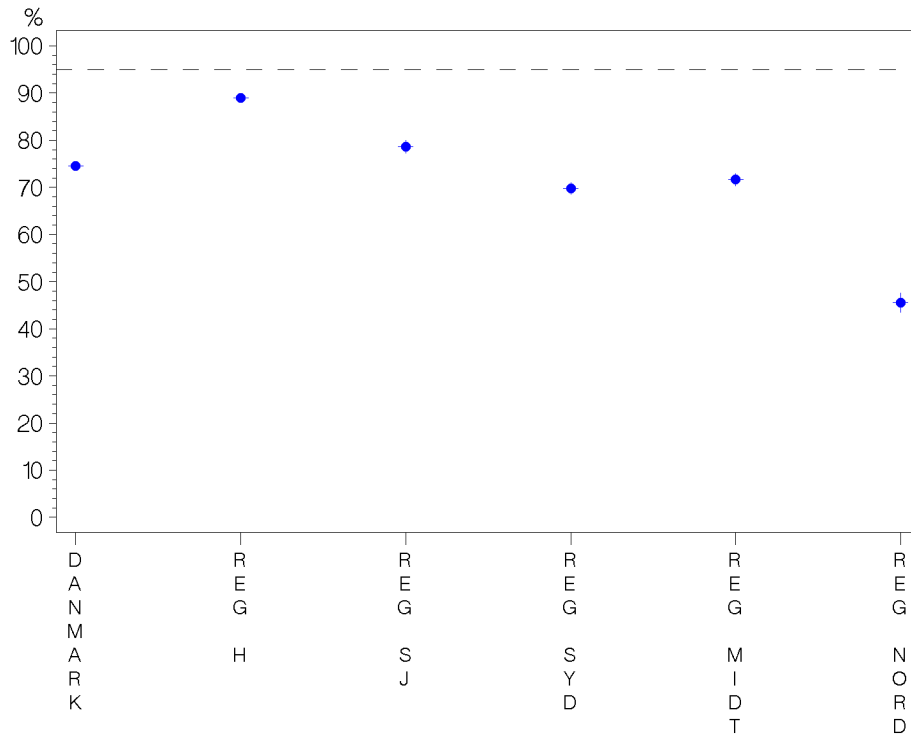
Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er et eller to patienter/forløb i tæller eller nævner.

Årsag til manglende opfyldelse af indikatoren.

Ej indberetning til LPR med relevant kode	Ikke-godkendt skanningstype (UL/MR), men tiden overholdes.	Total
5804	197	6001

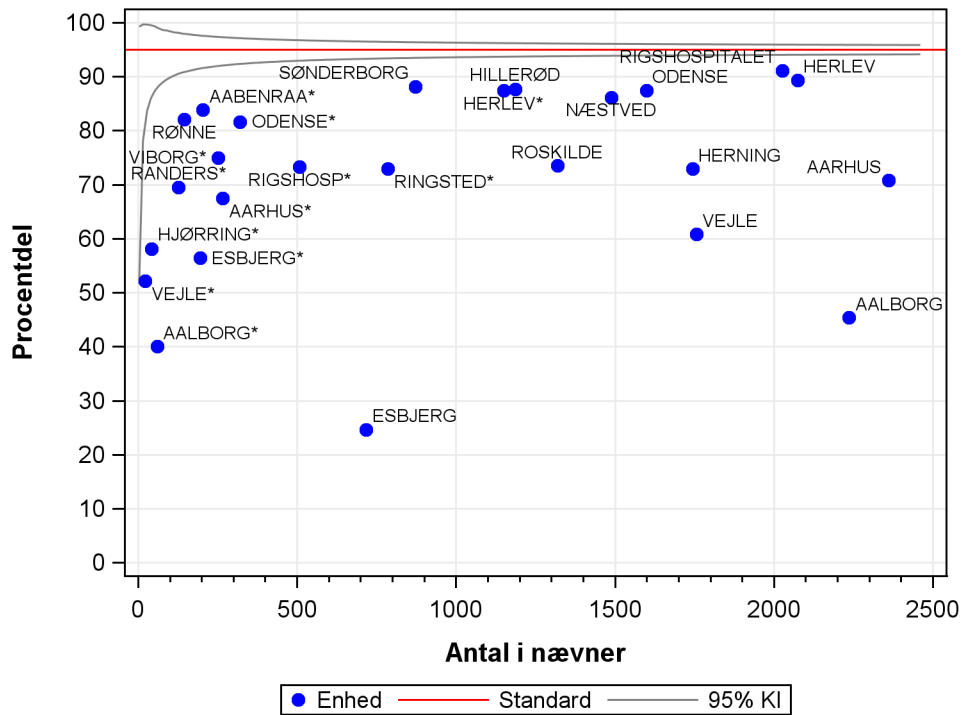
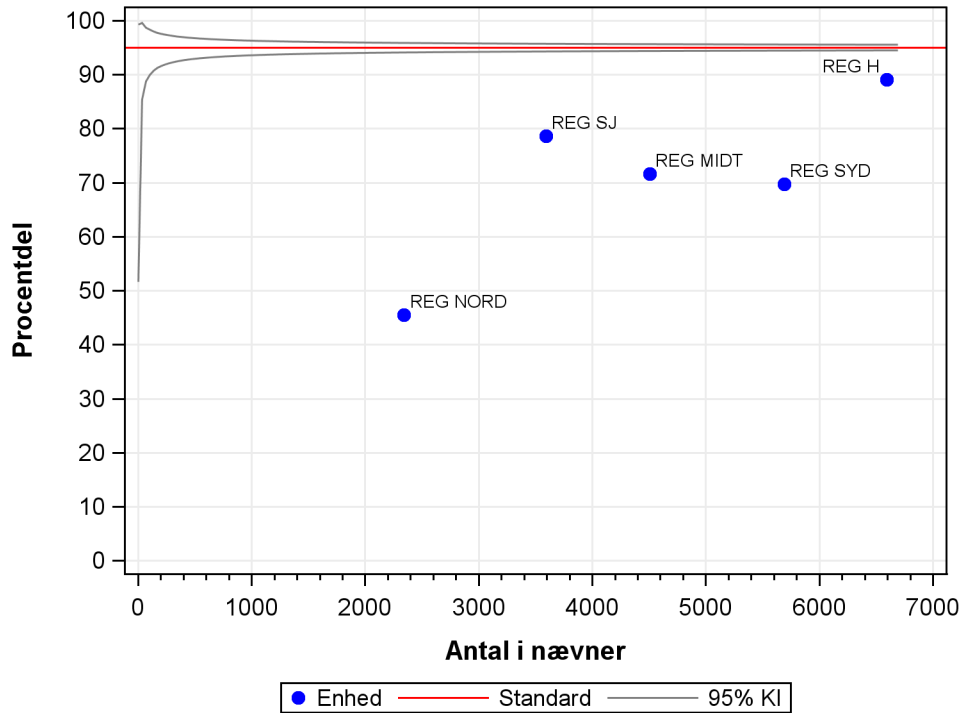
Aldersfordeling pr. 1.1.2015:

Alder	Potentiel nævner	Komplethed (%)	Nævner	Tæller	Ej opfyldt	Andel 2006-2014 med KI (%)
Total	23515	100	23515	17514	6001	74 (74-75)
18-39 år	387	100	387	262	125	68 (63-72)
40-49 år	2356	100	2356	1651	705	70 (68-72)
50-59 år	5911	100	5911	4637	1274	78 (77-79)
60-69 år	9139	100	9139	7310	1829	80 (79-81)
70-75 år	4731	100	4731	3072	1659	65 (64-66)
76-79 år	991	100	991	582	409	59 (56-62)



Indikator 15: Brystkræftpatienter, der modtager opfølgingsmammografi (iht. retningslinjerne).

Konfidensinterval-plot af indikatorresultaterne for perioden 2006-2014. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linje). Kirurgiske afdelinger er markeret *.



Indikator 15: Brystkræftpatienter, der modtager opfølgingsmammografi (iht. retningslinjerne).

Tragtdiagram af indikatorresultaterne for 2006-2014. Referenceværdi: > 95 % (rød linje). Kirurgiske afdelinger er markeret med *.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 15

Den nationale indikatoropfyldelse for Årsrapport 2016 er 74 %, og der findes ikke tal fra foregående år, da indikatoren er ny. På regionalt niveau ligger opfyldelsen på 71-88 %, med undtagelse af Nordjylland på 45 %.

På afdelingsniveau spænder resultatet fra 25 % til 91 %.

Styregruppens kommentarer til indikator 15

Indikatoropfyldelsen varierer betydeligt, og det er åbenbart, at man i øjeblikket er i en fase, hvor der arbejdes på at sikre, at opfølgingsmammografier bliver udført i henhold til de nye retningslinjer. Opgørelsen viser også, at det er særdeles relevant, at der kommer en indikator med fokus på dette ind i indikatorsættet.

Bestemmelse af opfølgningsafdeling

Indikator 15

Indikator 15 omhandler mammografier af patienter i protokol A, B, C og D. Opfølgningsafdeling bestemmes i prioriteret orden som: Flow-afdeling (a) Onkologi-henvisning fra kirurgiafdeling, indført juni 2013, Operationshospital (d).

Bestemmelse af opfølgningsafdeling for operationsår 2006-2014.

Frequency	Lavrisiko	Højrisiko	Total
DBCG Off-Study-indberetning	0	0	0
DBCG Flow-indberetning	1663	21940	23603
DBCG Onkologi-henvisning	59	0	59
DBCG Kirurgiafdeling	932	127	1059
Total	19765	3750	23515

Bestemmelse af opfølgningsafdeling for operationsår 2006-2014.

	KIRURGI				ONKOLOGI			Total
	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	DBCG Kirurgiafdeling	KIRURGI total	DBCG Flow-indberetning	DBCG Onkologi-henvisning	ONKOLOGI total	
RIGSHOSPITALET	365	0	143	508	2021	5	2026	2534
HERLEV	802	0	348	1150	2040	34	2074	3224
HILLERØD	0	0	0	0	1186	0	1186	1186
OPHØRT REG.H	9	0	3	12	0	0	0	12
ROSKILDE	0	0	0	0	1313	6	1319	1319
RINGSTED	572	1	213	786	0	0	0	786
NÆSTVED	0	0	0	0	1488	0	1488	1488
RØNNE	0	0	0	0	145	0	145	145
ODENSE	304	0	17	321	1600	0	1600	1921
SØNDERBORG	0	0	0	0	870	3	873	873
AABENRAA	170	0	34	204	0	0	0	204
ESBJERG	133	0	62	195	709	9	718	913
VEJLE	1	0	22	23	1755	1	1756	1779
OPHØRT REG.SYD	0	0	1	1	0	0	0	1
HERNING	0	0	0	0	1745	0	1745	1745
AARHUS	234	0	33	267	2361	0	2361	2628
RANDERS	81	0	47	128	0	0	0	128
VIBORG	228	0	24	252	0	0	0	252
OPHØRT REG.MIDT	0	0	1	1	20	0	20	21
AALBORG	3	0	57	60	2237	0	2237	2297
HJØRRING	2	0	41	43	0	0	0	43
OPHØRT PRIV.HOSP.	3	0	13	16	0	0	0	16
Total	2907	1	1059	3967	19490	58	19548	23515

Teknisk beskrivelse af indikatorer

Kvinde: CPR-nummer lige (m1).

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

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

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

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

eller Inoperabel cancer mammae (m41_6=1).

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

Indikatornavn	Nævner (potentiell indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
Indikator 14: Makrometastaser, der detekteres uden SN biopsi (Kirurgi)	Kvinde \cap ≥ 18 år \cap Invasiv \cap Indgår i DBCG protokol A,B,C,D (m40 in(1,2,3,4)) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst \cap Operationsår (m25 = 2016) \cap Makrometastaser i aksil (99>P129>0) <u>Eksklusion</u> : Kirurgi-eksklusion.	SN ikke udført (P109 =0)	
Indikator 15: Brystkræftpatienter, der får udført opfølgingsmammografier iht. retningslinjerne. (Kirurgi og onkologi)	Kvinde \cap 18-79 år pr. 1.1.2015 (18-77 år) \cap Invasiv \cap operation 2006-2014 (2006≤m25/m25_1≤2014) \cap Indgår i DBCG protokol: m40 in(1,2,3,4,6,7) \cap Præop. Kurativ/neo.adj./uoplyst <u>Eksklusion</u> : Eksklusion fra DBCG protokol ^m eller Bilateral mastektomi (LPR)* eller Off-study grundet recidiv eller død (###).	Mindst én opfølgingsmammografi fundet i LPR for perioden 01.10.2014-31.12.2016. LPR-registrering af mammografikoderne DZ108A, DZ123AA, UXRC40, UXRC45 betragtes som opfyldt. Der suppleres med koderne for MR og ultralyd [UXMC40, UXUC40]; men disse betragtes ikke som opfyldt. Se ### mht. DBCG's retningslinjer og planlagte	Patient optræder ikke i LPR (t_adm)

Indikatornavn	Nævner (potentiel indikatorpopulation)	Tæller (antal opfyldte)	Indikator kan ikke bestemmes (eksklusion fra indikatorpopulation)
	<p><i>eller</i> Emigration efter operation. <i>eller</i> fylder 80 år i perioden 01.10.2014-31.12.2016.</p> <p>* Ud fra mastektomi og sideangivelse i LPR: C_OPR='KHAC' og dobbeltsidig (TUL3) eller højre (TUL1) samt venstre (TUL2). DBCG's sideangivelse bruges ved ukendt side og datooverensstemmelse i LPR. Bilateral mastektomi kan være udført over en periode.</p>	justeringer af indikatoren.	

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

Et regelmæssigt besøg defineres iht. DBCG's retningslinjer som:

<50 år: Mammografi hvert år (1år +/- 3 mdr)

50-79 år: Mammografi hvert andet år (2år +/- 3 mdr) startende senest 1½ år efter operationsdato.

BRCA: Mammografi hvert år (1år +/- 3 mdr) uden aldersbegrænsning.

BRCA-patienter og <50 år behandles ikke særskilt i første omgang, og de har derfor en større spændvidde end de skal have. Ligeledes tjekkes der ikke for første skanning efter 1½ år; men kun for en skanning i perioden 01.10.2014-31.12.2016.