

Kvalitetsindikatorrapport for Brystkræft 2009

FORELØBIGT MANUSKRIFT (vers. 7)

Høringsfase 28. juni – 16. august 2010.

Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft
Danish Breast Cancer Cooperative Group (DBCG)

Kolofon

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

Styregruppens medlemmer er per juni 2010:

Peer Christiansen	Århus Sygehus (Kirurgisk Udvalg, formand)
Bent Ejlersen	Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)
Birgitte Bruun Rasmussen	Herlev Sygehus (Patologiudvalget)
Birgitte Offersen	Århus Sygehus (Radioterapiudvalget)
Ilse Vejborg	Rigshospitalet (Radiologiudvalget)
Susanne Møller	DBCG (Statistik)
Martin Larsen	DBCG (Datalogi)
Søren Paaske Johnsen	Kompetencecenter Nord
Mads Chr. Haugaard	Region Syddanmark
Anne Pedersen	Region Sjælland

Databearbejdning til denne anden indikatorrapport for 2009 for Landsdækkende Klinisk Kvalitetsdatabase for Brystkræft, er foretaget af Susanne Møller og Karsten Bjerre, DBCG's sekretariat, og den er samlet kommenteret af styregruppen den 17. juni 2010.

Revisionspåtegning

Revisionspåtegning 2010 mangler:

Søren P. Johnsen
Forskningsoverlæge, PhD,
Kompetencecenter Nord

Indholdsfortegnelse

Kolofon	2
Forord.....	5
Sammendrag.....	6
Populationen af danske brystkræftpatienter 2009	8
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm.....	23
Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi... 35	
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio.....	40
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden	49
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder	58
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)	63
Tumordiameter 0-20 mm (T1)	73
Tumordiameter 21-50 mm (T2)	75
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register.....	78
Indikator 8: Højrisiko-patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinier	86
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram	98
Højrisiko-patienter	100
Lavrisiko-patienter	104
Alle patienter, figurer	108
Højrisiko-patienter, figurer	111
Lavrisiko-patienter, figurer	114
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	117
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer	128
Referenceliste.....	137
Forklaring af kontrolplot til bilag 2:	138

Forord

Forord 2009 mangler.

Sammendrag

Indikatorberegningen for 2009 er foretaget på baggrund af indberetning af i alt 4204 patienter i aldersgruppen 20-75 år af den samlede registrerede population på 5119. I rapporten angives indikatorværdi for de 11 indikatorer, som er defineret i Indikatorrapporten fra 2005. Indikatorværdien bestemmes alene for den del af indikatorpopulationen hvor data for de(n) relevante variable er oplyst.

Resultatet kan sammenfattes som følger:

Indikator	Indikatorværdi	Referenceværdi
Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm	37%	25%
Indikator 2. Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	96%	70%
Indikator 3: Malign:Benign operationsratio	64%	67% (bedste gæt)
Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden	94%	95% (bedste gæt)
Indikator 5: Npos brystkræftpatienter, som ved tenderet kurativ aksiloperation får fjernet ≥ 10 aksillymfeknuder	95%	90%
Indikator 6: Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation (BCS)		
Tumordiameter 0-20 mm (T1)	86%	50%
Tumordiameter 21-50 mm (T2)	50%	20%
Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register	91%	95%
Indikator 8: Højrisiko patienter, der allokeres til adjuverende onkologisk behandling iht. DBCG retningslinjer	2008: 93%	?
Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram		
Alle patienter:	65%	95%
Højrisiko-patienter:	64%	95%
Lavrisiko-patienter:	69%	95%
Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi	97%	93%
Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer	96%	

For 6 af de 8 indikatorer (2, 3, 5, 6, 7 og 10), for hvilke Indikatorrapporten har angivet en referenceværdi, lever indikatorværdien for 2008 op til kravet. I indikator 4 er referenceværdien sat til 95% og indikatorværdien når op på 92%. For denne indikators vedkommende angives i kommentarerne begrundelse for, at referenceværdien måske er sat for højt, og det vil blive diskuteret i styregruppen, om den skal nedsættes. Vedrørende indikator 9, der omhandler kompletheden af follow-up efter behandling, er der stor afstand mellem de faktisk beregnede værdier og referenceværdien på 95%. Det vurderes selvsagt umiddelbart som et utilfredsstillende resultat, som viser, at der ikke er opbakning til de gældende retningslinier på dette område. Der er da også et arbejde i gang med at revidere det pågældende afsnit i DBCG's rekommandationer, og det er derfor svært at forholde sig til det foreliggende resultat.

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

Beregningen af indikator 11 hviler i overvejende grad på LPR registreringer af komplikationer (sårinfektion og blødning) og datagrundlaget viser, at der er tale om utilstrækkelig indberetning på dette område. Den beregnede indikatorværdi anses derfor at underestimere hyppigheden af komplikationer, og resultater peger derfor først og fremmest på, at indberetningspraksis på dette område må forbedres. Det kan betyde, at registreringerne skal foretages i DBCG's database, et spørgsmål, som også vil blive nærmere vurderet i styregruppen.

Populationen af danske brystkræftpatienter 2009

Antallet af aktive afdelinger involveret i diagnostik, behandling og opfølgning af brystkræftpatienter er blevet væsentlig færre i de sidste år; der var i 2009, 17 kirurgiske afdelinger (tabel 1), 15 onkologiske afdelinger (tabel 2) og 13 patologiafdelinger (tabel 3). Med hensyn til indberetning af follow-up for patienter i behandling eller i kontrol indtil 10 år efter operation har 25 afdelinger været aktive (tabel 4).

Tabel 1. Kirurgiske afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBC kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Brystkirurgisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1411	Center for Brystkirurgi,	Privathospital Hamlet	Hovedstaden
3	1516	Brystkirurgisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
4	2003	Brystkirurgisk Klinik*	Nordsjællands Hospital, Hørsholm	Hovedstaden
5	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland
6	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
7	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
8	5501	Kirurgisk Klinik	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
9	6008	Organkirurgisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
10	6010	Brystkirurgisk Klinik, V	Privathospital Mølholm	Syddanmark
11	6501	Kirurgisk afd.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
12	6502	Kirurgisk afd.*	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
14	7005	Organkirurgisk afd.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
15	7010	Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
16	7011	AROS Privathospital	AROS Privathospital, Århus	Midtjylland
17	7601	Organkirurgisk afd., Mam	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
18	8001	Specialkirurgisk Center,	Aalborg Sygehus	Nordjylland
19	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

* Afdeling ikke aktiv i 2009

Table 2. Onkologiske afdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1302	Onkologisk Klinik	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Onkologisk afd.	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	2001	Onkologisk & Palliativ a	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
4	2501	Onkologi/hæmatologisk af	Roskilde Sygehus	Sjælland
5	3004	Mammakirurgisk afd.*	Ringsted Sygehus	Sjælland
6	3501	Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
7	4001	Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
8	4202	Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
9	5001	Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
10	5501	Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
11	6008	Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
12	6502	Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
13	7003	Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
14	7601	Medicinsk afd., Hæmatolo	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
15	8001	Onkologisk afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland

*: Højrisikopatienter 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 højrisikopatienter 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.

Tabel 3. Patologiafdelinger som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
1	1301	Patologiafdelingen	Rigshospitalet	Hovedstaden
2	1516	Patologiafdelingen	Herlev Hospital	Hovedstaden
3	3002	Klinisk patologi	Slagelse Sygehus	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 inst.	Regionshospitalet Holstebro	Midtjylland
9	7004	Patologisk inst.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
10	7005	Patologisk inst.	Regionshospitalet Randers	Midtjylland
11	7602	Patologisk Anatomisk ins	Regionshospitalet Skive	Midtjylland
12	8001	Patologisk inst.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
13	8003	Patologisk inst.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

Tabel 4. Afdelinger der indberetter followup af patienter i behandling eller i kontrol og som er omfattet af denne rapport.

Obs	DBCG 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 & Palliativ a	Nordsjællands Hospital, Hillerød	Hovedstaden
6	2003	Brystkirurgisk Klinik*	Nordsjællands Hospital, Hørsholm	Hovedstaden
7	2501	Onkologi/hæmatologisk af	Roskilde Sygehus	Sjælland
8	3004	Mammakirurgisk afd.	Ringsted Sygehus	Sjælland

Obs	DBCG kode	Afdeling	Sygehus	Region
9	3501	Onkologi og hæmatologi	Næstved Sygehus	Sjælland
10	4001	Onkologisk afsnit	Bornholms Hospital	Hovedstaden
11	4202	Kirurgisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
12	4202	Onkologisk afd.	Odense Universitetshospital	Syddanmark
13	5001	Onkologisk Ambulatorium	Sygehus Sønderjylland, Sønderborg	Syddanmark
14	5004	Kirurgisk afd.	Sygehus Sønderjylland, Aabenraa	Syddanmark
15	5501	Klinik for Onkologi	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Syddanmark
16	6008	Onkologisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
17	6008	Organkirurgisk afd.	Vejle Sygehus	Syddanmark
18	6010	Brystkirurgisk Klinik, V	Privathospital Mølholm	Syddanmark
19	6502	Kirurgisk afd. *	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
20	6502	Onkologisk afd.	Regionshospitalet Herning	Midtjylland
21	7003	Onkologisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
22	7004	Kirurgisk afd.	Århus Universitetshospital	Midtjylland
23	7010	Mammaklinikken, Århus	Mammaklinikken, Århus	Midtjylland
24	7601	Organkirurgisk afd., Mam	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
25	7601	Medicinsk afd., Hæmatolo	Regionshospitalet Viborg	Midtjylland
26	8001	Onkologisk afd.	Aalborg Sygehus	Nordjylland
27	8003	Kirurgisk afd.	Sygehus Vendsyssel, Hjørring	Nordjylland

* Afdeling ikke aktiv i 2009

Der blev indberettet 5119 patienter i 2009, enkelte afdelinger havde meget få patienter (tabel 5). I det følgende angives de demografiske og prognostiske parametre, der karakteriserer patienten ved diagnosetidspunkt og operation. Parametrene angives per år (2006-2009) i tabel 6.1 til 6.13. Tabeller der viser fordelingerne af demografiske og prognostiske parametre per afdeling er angivet i BILAG 1.

Table 5. Antal indberettede brystkræftpatienter per kirurgisk afdeling i 2006-2009.

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2006	2007	2008	2009	
	N	N	N	N	
OPERATIONSHOSPITAL					
RIGSHOSPITALET	506	477	541	691	2215
HAMLET	18	33	33	26	110
HERLEV	449	483	650	727	2309
HØRSHOLM	281	287	55	.	623
ROSKILDE	1	.	.	.	1
SLAGELSE	.	.	1	.	1
RINGSTED	619	607	624	895	2745
RØNNE	1	2	.	.	3
SVENDBORG	89	1	.	.	90
ODENSE	243	242	210	228	923
AABENRAA	172	166	228	269	835
ESBJERG	138	129	207	257	731
VEJLE	230	266	318	326	1140
MØLHOLM	42	47	47	39	175
HOLSTEBRO	78	108	104	156	446
HERNING	84	39	7	5	135
ÅRHUS	176	204	338	369	1087
RANDERS	182	161	200	255	798
MAMMAKLINIK	3	20	26	16	65
AROS privhosp	.	.	29	10	39
VIBORG	157	162	270	300	889
AALBORG	196	223	294	331	1044
HJØRRING	146	159	155	218	678
Ukendt afdeling	1	.	.	1	2
Total	3812	3816	4337	5119	17084

Screeningen er kommet sent i gang på Sjælland. De tidligere Roskilde og Storstrøms amter begyndte reelt først i slutningen af 2008. Det er der meldt ud, at man ikke forventer at afslutte prævalensrunden før med udgangen af 2010. I Region Hovedstaden, hvor der har været screening af ca. en fjerdedel af den relevante befolkning i flere år, er det også først i den sidste halvdel af 2008, at screeningen er blevet udvidet, og man er fortsat ikke kommet ret langt. Det ligger ikke fast på nuværende tidspunkt, hvornår prævalensrunden vil være færdig.

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

Implementering af mammografiscreening af 50-69 årige i Danmark efter region og underområde. Populationsstørrelser er afrundede. Prævalensperiode Incidensperiode

*Alle kvinder i denne gruppe er tilbudt screening i første kvartal 2010 hvis de ønskede det, ellers venter de til det planlagte tidspunkt.

Tabel 6.1 Aldersfordeling af patienter per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)										
<=34 år	229	(1.3)	58	(1.5)	55	(1.4)	67	(1.5)	49	(1.0)
35-39 år	383	(2.2)	91	(2.4)	98	(2.6)	103	(2.4)	91	(1.8)
40-49 år	2107	(12.3)	508	(13.3)	522	(13.7)	537	(12.4)	540	(10.5)
50-59 år	4209	(24.6)	910	(23.9)	898	(23.5)	1028	(23.7)	1373	(26.8)
60-69 år	5725	(33.5)	1100	(28.9)	1137	(29.8)	1501	(34.6)	1987	(38.8)
70-74 år	1506	(8.8)	360	(9.4)	364	(9.5)	405	(9.3)	377	(7.4)
75 + år	2925	(17.1)	785	(20.6)	742	(19.4)	696	(16.0)	702	(13.7)
Total	17084	(100.0)	3812	(100.0)	3816	(100.0)	4337	(100.0)	5119	(100.0)

Tabel 6.2a Operationstype per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Operationstype										
Mastektomi	6416	(37.6)	1688	(44.3)	1547	(40.5)	1593	(36.7)	1588	(31.0)
Lumpektomi	9460	(55.4)	1801	(47.2)	2029	(53.2)	2441	(56.3)	3189	(62.3)
Biopsi*	1208	(7.1)	323	(8.5)	240	(6.3)	303	(7.0)	342	(6.7)
Total	17084	(100.0)	3812	(100.0)	3816	(100.0)	4337	(100.0)	5119	(100.0)

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

Tabel 6.2b Operationstype og anvendelse af sentinel node teknik per år.

Mastektomi	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	2378	(37.4)	700	(41.6)	618	(40.0)	569	(35.8)	491	(32.0)
Ja	3969	(62.5)	982	(58.3)	923	(59.7)	1021	(64.2)	1043	(67.9)
Uoplyst	8	(0.1)	2	(0.1)	5	(0.3)	.	.	1	(0.1)

Lumpektomi	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	990	(10.6)	244	(13.6)	253	(12.5)	241	(9.9)	252	(8.2)
Ja	8346	(89.3)	1550	(86.2)	1774	(87.5)	2195	(90.1)	2827	(91.8)
Uoplyst	6	(0.1)	4	(0.2)	1	(0.0)	.	.	1	(0.0)

Biopsi*	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Sentinel node teknik										
Nej	159	(62.4)	22	(55.0)	11	(55.0)	40	(58.0)	86	(68.3)
Ja	94	(36.9)	18	(45.0)	7	(35.0)	29	(42.0)	40	(31.7)
Uoplyst	2	(0.8)	.	.	2	(10.0)	.	.	.	.

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

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

		Alle		2006		2007		2008		2009	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Axilrømning i samme seance	Årsag										
Ja	Valideringsfase	61	(2.0)	.	.	15	(2.1)	25	(3.1)	21	(2.2)
	SN frys svar	2483	(79.9)	489	(78.6)	537	(76.3)	644	(79.1)	813	(84.0)
	Mistanke om metastase	92	(3.0)	25	(4.0)	22	(3.1)	21	(2.6)	24	(2.5)
	SN ikke fundet	214	(6.9)	40	(6.4)	41	(5.8)	43	(5.3)	90	(9.3)
	Uoplyst	258	(8.3)	68	(10.9)	89	(12.6)	81	(10.0)	20	(2.1)
Total		3108	(100.0)	622	(100.0)	704	(100.0)	814	(100.0)	968	(100.0)

Tabel 6.3 Diagnose per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Histologisk type										
DUCTAL	13086	(76.6)	2858	(75.0)	2883	(75.6)	3474	(80.1)	3871	(75.6)
LOBULAR	1578	(9.2)	381	(10.0)	405	(10.6)	340	(7.8)	452	(8.8)
MEDULLARY	117	(0.7)	27	(0.7)	37	(1.0)	29	(0.7)	24	(0.5)
MUCINOUS	323	(1.9)	81	(2.1)	84	(2.2)	71	(1.6)	87	(1.7)
OTHER	322	(1.9)	55	(1.4)	51	(1.3)	50	(1.2)	166	(3.2)
PAPILLARY	105	(0.6)	33	(0.9)	20	(0.5)	27	(0.6)	25	(0.5)
TUBULAR	312	(1.8)	64	(1.7)	82	(2.1)	67	(1.5)	99	(1.9)
UNCLASSIFIED	129	(0.8)	28	(0.7)	45	(1.2)	40	(0.9)	16	(0.3)
Unknown	1112	(6.5)	285	(7.5)	209	(5.5)	239	(5.5)	379	(7.4)
Total	17084	(100.0)	3812	(100.0)	3816	(100.0)	4337	(100.0)	5119	(100.0)

Antallet af lobulære karcinomer er faldende, nu under 8%. En forklaring kan være en tiltagende tendens til at supplere med en farvning for E-cadherin der skelner mellem lobulære og duktale karcinomer. Duktale karcinomer kan have lobulær vækstform og kan derfor uden en E-cadherinfarvning fejltolkes som lobulære.

Tabel 6.4 Antal fjernede lymfeknuder per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Lymfeknuder										
00	359	(2.3)	139	(4.0)	109	(3.0)	89	(2.2)	22	(0.5)
01-04	6724	(42.8)	1339	(38.4)	1448	(40.3)	1701	(42.0)	2236	(48.8)
05-09	1098	(7.0)	264	(7.6)	253	(7.0)	272	(6.7)	309	(6.7)
10 +	7509	(47.8)	1742	(50.0)	1773	(49.4)	1983	(49.0)	2011	(43.9)
Uoplyst	8	(0.1)	1	(0.0)	6	(0.2)	1	(0.0)	.	.
Total	15698	(100.0)	3485	(100.0)	3589	(100.0)	4046	(100.0)	4578	(100.0)

Tabel 6.5 Antal positive lymfeknuder per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Positive LN										
00	8385	(53.6)	1826	(52.4)	1843	(51.4)	2127	(52.6)	2589	(57.0)
01-03	4854	(31.0)	1070	(30.7)	1120	(31.2)	1275	(31.6)	1389	(30.6)
04 +	2409	(15.4)	588	(16.9)	618	(17.2)	637	(15.8)	566	(12.5)
Uoplyst	9	(0.1)	1	(0.0)	6	(0.2)	2	(0.0)	.	.
Total	15657	(100.0)	3485	(100.0)	3587	(100.0)	4041	(100.0)	4544	(100.0)

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

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor size (mm)										
00-10	2882	(18.3)	553	(15.9)	545	(15.2)	726	(18.0)	1058	(22.9)
11-20	6538	(41.6)	1401	(40.2)	1456	(40.6)	1686	(41.7)	1995	(43.2)
21-50	5681	(36.1)	1360	(39.0)	1421	(39.6)	1452	(35.9)	1448	(31.3)
51+	508	(3.2)	139	(4.0)	136	(3.8)	129	(3.2)	104	(2.3)
Uoplyst	121	(0.8)	32	(0.9)	27	(0.8)	48	(1.2)	14	(0.3)
Total	15730	(100.0)	3485	(100.0)	3585	(100.0)	4041	(100.0)	4619	(100.0)

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

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad, Duktale tumorer										
Ingen	114	(0.9)	21	(0.7)	20	(0.7)	55	(1.6)	18	(0.6)
I	3863	(31.0)	800	(28.2)	810	(28.1)	1075	(31.0)	1178	(36.1)
II	5277	(42.4)	1293	(45.5)	1200	(41.6)	1452	(41.8)	1332	(40.8)
III	3034	(24.4)	692	(24.4)	803	(27.9)	842	(24.3)	697	(21.4)
Ukendt	166	(1.3)	33	(1.2)	49	(1.7)	48	(1.4)	36	(1.1)
Total	12454	(100.0)	2839	(100.0)	2882	(100.0)	3472	(100.0)	3261	(100.0)

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

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Receptor status										
Negativ	2604	(16.3)	601	(17.0)	648	(17.9)	693	(16.9)	662	(14.0)
Positiv	13278	(83.0)	2918	(82.4)	2943	(81.4)	3384	(82.4)	4033	(85.1)
Uoplyst	121	(0.8)	22	(0.6)	24	(0.7)	31	(0.8)	44	(0.9)
Total	16003	(100.0)	3541	(100.0)	3615	(100.0)	4108	(100.0)	4739	(100.0)

Tabel 6.9 Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2 status										
Negativ	11181	(65.4)	2012	(52.8)	2425	(63.5)	2996	(69.1)	3748	(73.2)
Positiv	2042	(12.0)	485	(12.7)	452	(11.8)	519	(12.0)	586	(11.4)
Ukendt	3861	(22.6)	1315	(34.5)	939	(24.6)	822	(19.0)	785	(15.3)
Total	17084	(100.0)	3812	(100.0)	3816	(100.0)	4337	(100.0)	5119	(100.0)

Tabel 6.10 Human Epidermal Growth Factor Receptor 2 (HER2) status versus patientalder i 2009.

	Total	Negativ		Positiv		Ukendt	
	N	N	%	N	%	N	%
Alder (år)							
<=34 år	49	24	(49.0)	13	(26.5)	12	(24.5)
35-39 år	91	61	(67.0)	19	(20.9)	11	(12.1)
40-49 år	542	383	(70.7)	77	(14.2)	82	(15.1)
50-59 år	1374	1060	(77.1)	168	(12.2)	146	(10.6)
60-69 år	1992	1551	(77.9)	205	(10.3)	236	(11.8)
70-74 år	377	262	(69.5)	37	(9.8)	78	(20.7)
75 + år	702	414	(59.0)	68	(9.7)	220	(31.3)
Total	5127	3755	(73.2)	587	(11.4)	785	(15.3)

Det procentuelle antal HER2-positive tumorer er i underkanten af hvad der er publiceret, selv i ikke-selektede patientmaterialer. Det kan skyldes et påfaldende lavt antal HER2 2+, amplificerede tumorer, men på den anden side mangler der oplysning om FISH-ratio på næsten halvdelen af patienterne hvilket gør at tallet må tages med forbehold. Det fremgår desuden at HER2-ukendt status optræder hyppigere blandt patienter ældre end 70 år.

Tabel 6.11 FISH-ratio per år for patienter med HER2-score på 2.

		Alle		2006		2007		2008		2009	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
HER2score	FISH ratio										
2	0.00-1.99	1023	(82.6)	214	(76.7)	214	(82.0)	214	(84.6)	381	(85.4)
	2.00 +	216	(17.4)	65	(23.3)	47	(18.0)	39	(15.4)	65	(14.6)
Alle med FISH bestemmelse		1239	(100.0)	279	(100.0)	261	(100.0)	253	(100.0)	446	(100.0)

Tabel 6.12 Risikogruppe beregnet efter prognostiske variabler per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Risikogruppe										
ej protokol	1391	(8.6)	765	(20.5)	267	(7.2)	232	(5.5)	127	(2.8)
A lavrisiko	3016	(18.7)	661	(17.7)	620	(16.7)	746	(17.7)	989	(22.0)
B yngre*, R+/?	3564	(22.1)	507	(13.6)	905	(24.4)	1052	(25.0)	1100	(24.5)
C ældre*, R+/?	5839	(36.2)	1403	(37.5)	1309	(35.3)	1499	(35.6)	1628	(36.3)
D, R-	2316	(14.3)	397	(10.6)	597	(16.1)	680	(16.1)	642	(14.3)
Sarkom	21	(0.1)	7	(0.2)	6	(0.2)	6	(0.1)	2	(0.0)
Total	16147	(100.0)	3740	(100.0)	3704	(100.0)	4215	(100.0)	4488	(100.0)

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

Tabel 6.13 Protokolallokering beregnet efter prognostiske variabler per år.

	Alle		2006		2007		2008		2009	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Protokolberegning										
DBCG 04A	708	(4.1)	657	(17.2)	51	(1.3)	.	.	.	.
DBCG 04B	546	(3.2)	506	(13.3)	39	(1.0)	1	(0.0)	.	.
DBCG 04C	1531	(9.0)	1399	(36.7)	123	(3.2)	9	(0.2)	.	.
DBCG 04D	417	(2.4)	378	(9.9)	36	(0.9)	3	(0.1)	.	.
DBCG 07A	2308	(13.5)	4	(0.1)	569	(14.9)	746	(17.2)	989	(19.3)
DBCG 07B	2555	(15.0)	.	.	728	(19.1)	894	(20.6)	933	(18.2)
DBCG 07B,t	463	(2.7)	1	(0.0)	138	(3.6)	157	(3.6)	167	(3.3)
DBCG 07C	4308	(25.2)	4	(0.1)	1186	(31.1)	1490	(34.4)	1628	(31.8)
DBCG 07D	1274	(7.5)	13	(0.3)	384	(10.1)	452	(10.4)	425	(8.3)
DBCG 07D,t	625	(3.7)	6	(0.2)	177	(4.6)	225	(5.2)	217	(4.2)
Mangler oplysninger	570	(3.3)	16	(0.4)	35	(0.9)	79	(1.8)	440	(8.6)
Sarkom	21	(0.1)	7	(0.2)	6	(0.2)	6	(0.1)	2	(0.0)
Ej bestemt	367	(2.1)	56	(1.5)	77	(2.0)	43	(1.0)	191	(3.7)
Ej i protokol	1391	(8.1)	765	(20.1)	267	(7.0)	232	(5.3)	127	(2.5)
Total	17084	(100.0)	3812	(100.0)	3816	(100.0)	4337	(100.0)	5119	(100.0)

Kvalitetsindikatorerne beregnes på forskellige subpopulationer af patienterne, der er relevante for hver af indikatorerne, men i de fleste afgrænses til patienter med diagnosen invasiv cancer mamma (IBC, C50) og med alder mellem 20 og 75. Af de 5119 patienter opfylder kun 4204 patienter dette. Fordelingen af denne subpopulation af patienter på de kirurgiske afdelinger ses i tabel 7. For alle indikatorer gælder det at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatorværdien såfremt data for de(n) relevante variable er uoplyste.

Under omtalen af de enkelte kvalitetsindikatorer bliver der vist en figur, der illustrerer hvor stor en del af patienterne, der indgår i beregningen af den pågældende indikator. Desuden angives udviklingen af indikatorværdien over tid og sammenlignes mellem afdelingerne. I BILAG 2 angives kontroldiagrammer for hver afdeling og hver indikator i perioden 2006-2009.

Databasen opdateres dagligt. Tabeller og figurer er produceret i perioden april-juni 2010 og antallet af patienter kan derfor variere på sidste ciffer.

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

Antal patienter per kirurgisk afd. og år	OPERATIONSÅR				Alle
	2006	2007	2008	2009	
	N	N	N	N	N
OPERATIONSHOSPITAL					
RIGSHOSPITALET	372	355	409	537	1673
HAMLET	15	32	29	22	98
HERLEV	321	350	505	604	1780
RINGSTED	484	506	518	723	2231
ODENSE	202	194	166	174	736
AABENRAA	134	133	192	218	677
ESBJERG	107	111	173	212	603
VEJLE	187	216	282	277	962
MØLHOLM	37	44	47	36	164
HOLSTEBRO	63	86	82	130	361
HERNING	70	32	6	3	111
ÅRHUS	123	139	276	293	831
RANDERS	145	122	173	227	667
MAMMAKLINIK	3	20	24	14	61
AROS privhosp	.	.	27	10	37
VIBORG	123	139	232	266	760
AALBORG	152	164	227	269	812
HJØRRING	113	136	137	189	575
Total	2651	2779	3505	4204	13139

Den kirurgiske afdeling ved Regionshospitalet Herning lukkede per 1. september 2007.

Indikator 1: Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm

Beskrivelse: Andelen af påviste invasive mammacancere (IBC, C50) ≤ 10 mm hos kvinder 50-69 år (inkl.), der deltager i organiseret mammografiscreening med 2 års intervaller, ved hhv. 1. screeningsrunde og efterfølgende screeningsrunder.

Standard: Første screeningsrunde: acceptabelt ≥ 20 % og ønskværdigt ≥ 25 %.
Efterfølgende screeningsrunder: acceptabelt ≥ 25 % og ønskværdigt ≥ 30 %.

Indikatorpopulation: Populationen af alle screeningspåviste IBC uafhængig af størrelse ved hhv. 1.gangs screening og efterfølgende screeninger.

Formål: En lav andel af brystkræftpatienter med små tumorer ≤ 10 mm i populationen af screeningspåviste IBC kan være relateret til dårlig teknisk kvalitet, radiologisk inkompetence eller lav genindkaldelses-rate.

Beregningen af denne indikator er baseret på afdelingernes indberetning til DBCG's register. Fra 1. januar 2009 blev der indført registrering af hvorvidt nye patienter var fundet ved organiseret mammografiscreening eller ej. Det skal bemærkes, at de indberettende kirurgiske afdelinger ikke har en entydig relation til de regionale screeningsprogrammer. Af ressourcemæssige årsager bliver screeningsdetekterede cancere i et vist omfang opereret udenfor egen region.

Ved beregning af indikatoren er der ikke skelnet mellem første og efterfølgende screeningsrunder.

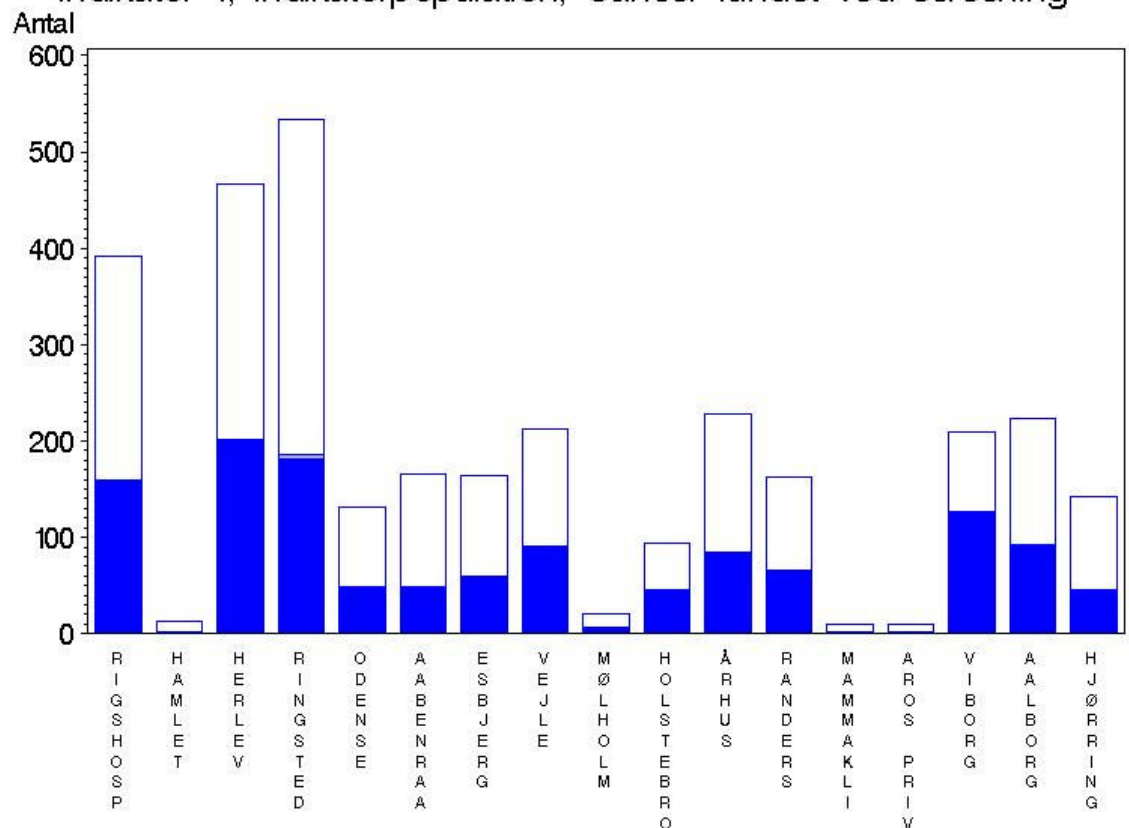
Indikator 1: Andel tumorer ≤ 10 mm hos 50-69 årige patienter i 2009.

Antal patienter med tumor 0-10 mm vs fundet ved screening		Indikator 1						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Fundet ved screening							
2009	Nej	596	(80.6)	112	(15.2)	31	(4.2)	739
	Ja*	788	(62.3)	473	(37.4)	4	(0.3)	1265
	Uoplyst	864	(73.3)	302	(25.6)	13	(1.1)	1179
Alle		2248	(70.6)	887	(27.9)	48	(1.5)	3183

*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført i 2009.

I 2009 består indikatorpopulationen af 1266 patienter. Det totale antal patienter i aldersgruppen 50-69 år er 3180. Andelen af små tumorer ≤ 10 mm hos patienter fundet ved mammografiscreening (indikatorværdien) er 37.4 %. For de øvrige patienter, der ikke fundet ved mammografiscreening, er andelen af små tumorer 21.6 %.

Indikator 1, Indikatorpopulation, Cancer fundet ved screening



Antal patienter i aldersgruppen 50-69 år per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvis signatur). Indikatoren er uoplyst for patienter, hvor tumorstørrelse ikke er indberettet. Indikatorpopulationen består af brystkræftpatienter for hvilke det angives at tumoren er fundet ved mammografiscreening. 39.7 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberegning.

Andel af patienter i aldersgruppen 50-69 år fundet per måned ved organiseret mammografiscreening i 2009.

Antal patienter fundet ved screening pr måned i 2009	Fundet ved screening						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
Januar	1	(0.4)	.	.	245	(99.6)	246
Februar	3	(1.4)	6	(2.7)	210	(95.9)	219
Marts	19	(6.7)	26	(9.2)	238	(84.1)	283
April	35	(13.5)	56	(21.6)	168	(64.9)	259
Maj	47	(19.8)	58	(24.5)	132	(55.7)	237
Juni	89	(31.1)	132	(46.2)	65	(22.7)	286
Juli	83	(33.1)	151	(60.2)	17	(6.8)	251
August	105	(43.4)	112	(46.3)	25	(10.3)	242
September	96	(33.1)	170	(58.6)	24	(8.3)	290
Oktober	88	(31.1)	177	(62.5)	18	(6.4)	283
November	90	(31.4)	184	(64.1)	13	(4.5)	287
December	83	(27.7)	193	(64.3)	24	(8.0)	300
Alle	739	(23.2)	1265	(39.7)	1179	(37.0)	3183

Andelen af patienter, der registreres som fundet ved mammografiscreening, er vokset i løbet af 2009. Muligvis er andelen underregistreret i starten af året, da der er tale om en ny registreringsparameter.

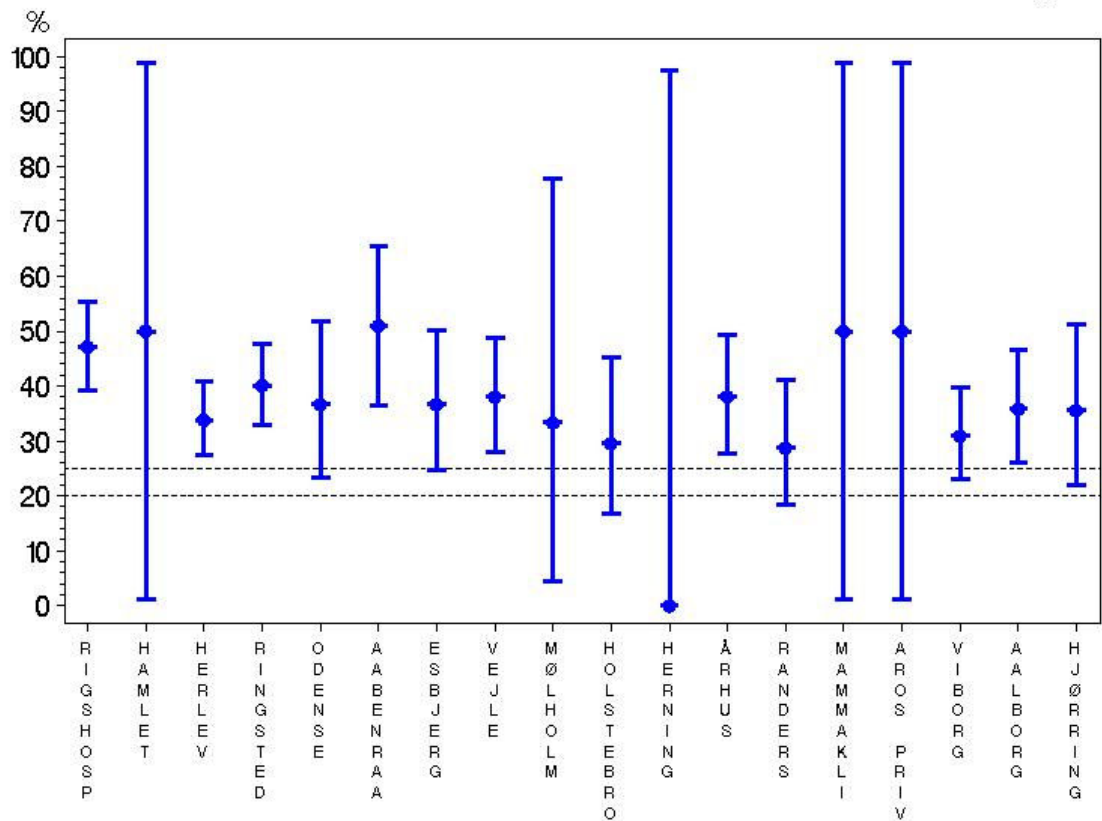
Tumorstørrelse hos 50-69 årige per afdeling i 2009 uanset hvordan de er fundet (+/- mammografiscreening).

Tumorstørrelse for 50-69 årige	Tumorstørrelse						Alle N
	> 10 mm		≤ 10 mm		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	257	(65.6)	133	(33.9)	2	(0.5)	392
HAMLET	12	(92.3)	1	(7.7)	.	.	13
HERLEV	339	(72.6)	125	(26.8)	3	(0.6)	467
RINGSTED	354	(66.3)	150	(28.1)	30	(5.6)	534
ODENSE	90	(68.2)	40	(30.3)	2	(1.5)	132
AABENRÅ	116	(69.9)	50	(30.1)	.	.	166
ESBJERG	120	(73.2)	44	(26.8)	.	.	164
VEJLE	144	(67.6)	62	(29.1)	7	(3.3)	213
MØLHOLM	15	(71.4)	6	(28.6)	.	.	21
HOLSTEBRO	70	(74.5)	21	(22.3)	3	(3.2)	94
ÅRHUS	152	(66.7)	75	(32.9)	1	(0.4)	228
RANDERS	137	(84.6)	25	(15.4)	.	.	162
MAMMAKLINIK	9	(90.0)	1	(10.0)	.	.	10
AROS privhosp	6	(60.0)	4	(40.0)	.	.	10
VIBORG	154	(73.3)	56	(26.7)	.	.	210
AALBORG	167	(74.6)	57	(25.4)	.	.	224
HJØRRING	106	(74.1)	37	(25.9)	.	.	143
Alle	2248	(70.6)	887	(27.9)	48	(1.5)	3183

Andel af små tumorer ≤ 10 mm hos 50-69 årige fundet per afdeling i 2009 fundet i forbindelse med deltagelse i organiseret mammografiscreening.

Antal patienter 50-69 år med tumor 0-10 mm pr afdeling		Indikator 1						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Fundet ved screening							
RIGSHOSPITALET	Ja	84	(52.8)	75	(47.2)	.	.	159
HAMLET	Ja	1	(50.0)	1	(50.0)	.	.	2
HERLEV	Ja	133	(66.2)	68	(33.8)	.	.	201
RINGSTED	Ja	109	(58.6)	73	(39.2)	4	(2.2)	186
ODENSE	Ja	31	(63.3)	18	(36.7)	.	.	49
AABENRÅ	Ja	24	(49.0)	25	(51.0)	.	.	49
ESBJERG	Ja	38	(63.3)	22	(36.7)	.	.	60
VEJLE	Ja	56	(61.5)	35	(38.5)	.	.	91
MØLHOLM	Ja	4	(66.7)	2	(33.3)	.	.	6
HOLSTEBRO	Ja	32	(71.1)	13	(28.9)	.	.	45
ÅRHUS	Ja	52	(61.9)	32	(38.1)	.	.	84
RANDERS	Ja	47	(71.2)	19	(28.8)	.	.	66
MAMMAKLINIK	Ja	1	(50.0)	1	(50.0)	.	.	2
AROS privhosp	Ja	1	(50.0)	1	(50.0)	.	.	2
VIBORG	Ja	87	(69.0)	39	(31.0)	.	.	126
AALBORG	Ja	59	(64.1)	33	(35.9)	.	.	92
HJØRRING	Ja	29	(64.4)	16	(35.6)	.	.	45
Alle		788	(62.3)	473	(37.4)	4	(0.3)	1265

Indikator 1: Små tumorer ≤ 10 mm fundet ved screening



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2009. Referenceværdier (første screeningsrunde): acceptabelt: > 20 % og ønskværdigt: > 25 % (stiplede linier).

Antal patienter per afdeling fundet ved screening i 2009 uanset tumorstørrelse.

Antal patienter fundet ved screening pr afdeling	Fundet ved screening						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	105	(26.8)	159	(40.6)	128	(32.7)	392
HAMLET	3	(23.1)	2	(15.4)	8	(61.5)	13
HERLEV	99	(21.2)	201	(43.0)	167	(35.8)	467
RINGSTED	150	(28.1)	186	(34.8)	198	(37.1)	534
ODENSE	38	(28.8)	49	(37.1)	45	(34.1)	132
AABENRÅ	42	(25.3)	49	(29.5)	75	(45.2)	166
ESBJERG	37	(22.6)	60	(36.6)	67	(40.9)	164
VEJLE	58	(27.2)	91	(42.7)	64	(30.0)	213
MØLHOLM	10	(47.6)	6	(28.6)	5	(23.8)	21
HOLSTEBRO	25	(26.6)	45	(47.9)	24	(25.5)	94
ÅRHUS	41	(18.0)	84	(36.8)	103	(45.2)	228
RANDERS	36	(22.2)	66	(40.7)	60	(37.0)	162
MAMMAKLINIK	5	(50.0)	2	(20.0)	3	(30.0)	10
AROS privhosp	.	.	2	(20.0)	8	(80.0)	10
VIBORG	34	(16.2)	126	(60.0)	50	(23.8)	210
AALBORG	40	(17.9)	92	(41.1)	92	(41.1)	224
HJØRRING	16	(11.2)	45	(31.5)	82	(57.3)	143
Alle	739	(23.2)	1265	(39.7)	1179	(37.0)	3183

*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført i 2009.

Aldersfordeling i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Alder vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Alder (år)								
50-59 år	1307	(41.1)	327	(44.2)	497	(39.3)	483	(41.0)
60-69 år	1876	(58.9)	412	(55.8)	768	(60.7)	696	(59.0)
Total	3183	(100.0)	739	(100.0)	1265	(100.0)	1179	(100.0)

*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført i 2009.

Fordeling af tumorstørrelse i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Tumordiameter vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Tumor størrelse (mm)								
00-10	887	(27.9)	112	(15.2)	473	(37.4)	302	(25.6)
11-20	1380	(43.4)	308	(41.7)	566	(44.7)	506	(42.9)
21-50	808	(25.4)	267	(36.1)	209	(16.5)	332	(28.2)
51+	57	(1.8)	21	(2.8)	13	(1.0)	23	(2.0)
Uoplyst	51	(1.6)	31	(4.2)	4	(0.3)	16	(1.4)
Total	3183	(100.0)	739	(100.0)	1265	(100.0)	1179	(100.0)

*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført i 2009.

Fordeling af malignitetsgrad (duktale tumorer) i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Malignitetsgrad vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Malignitetsgrad, Duktale tumorer								
Ingen	8	(0.3)	.	.	.	.	8	(0.8)
I	1019	(41.2)	153	(28.8)	484	(49.7)	382	(39.3)
II	1012	(40.9)	243	(45.7)	376	(38.6)	393	(40.5)
III	417	(16.8)	136	(25.6)	109	(11.2)	172	(17.7)
Ukendt	20	(0.8)	.	.	4	(0.4)	16	(1.6)
Total	2476	(100.0)	532	(100.0)	973	(100.0)	971	(100.0)

*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført i 2009.

Fordeling af operationstype i forhold til om patienterne er fundet ved screening eller ej.

Operationstype vs fundet ved screening	Alle		Fundet ved screening					
			Nej		Ja		Uoplyst	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Operationstype								
Mastektomi	831	(26.1)	256	(34.6)	214	(16.9)	361	(30.6)
Lumpektomi	2300	(72.3)	452	(61.2)	1045	(82.6)	803	(68.1)
Biopsi	52	(1.6)	31	(4.2)	6	(0.5)	15	(1.3)
Total	3183	(100.0)	739	(100.0)	1265	(100.0)	1179	(100.0)

*: Bemærk at screeningspåviste fund formentlig er underregistreret idet der er tale om en ny registreringsparameter indført i 2009.

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

Kommentar

I det indledende afsnit af denne rapport beskrives, at der i løbet af de 4 seneste år, hvorfra der foreligger årsrapporter, er sket en markant forbedring i de prognostiske markører for danske kvinder med brystkræft. Det fremgår således, at der er flere med små tumorer op til 10 mm, at andelen af node negative er øget, og at der er flere højt differentierede og flere hormonreceptor positive tumorer. Dette fører til, at en betydelig større andel af de patienter, der er opereret det seneste år tilhører lavrisikogruppen som angivet i de hidtidigt gældende kriterier (22,0% mod 18,7% i 2006). Samtidigt hermed er det dokumenteret, at flere patienter behandles med mindre mutilerende operation i form af brystbevarende operation frem for mastektomi og statuering af lymfeknudestatus i aksillen med sentinel node biopsi. Denne forbedring i den generelle behandling kan for en stor del tilskrives den tidlige diagnostik, der er resultatet af det landsdækkende mammografiscreeningsprogram.

Indikatorværdien er for første gang med i denne rapport. Beregningen er foretaget på baggrund af en nyindført indberetning til DBCG og ikke med udgangspunkt i den landsdækkende mammografiscreeningsdatabase, som endnu ikke er leveringsdygtig i relevante data. Som det fremgår, dokumenterer de fremlagte resultater, at screeningsundersøgelserne til fulde lever op til kvalitetsmålene, idet andelen af små tumorer op til 10 mm ligger langt over de standardværdier, der er angivet i Indikatorrapporten, og som bygger på EUREF's "European guidelines for quality assurance in breast cancer screening and diagnosis – Fourth edition". Det ønskværdige niveau er for 2. screeningsrunde og efterfølgende 30% små tumorer. Dette niveau ligger man klart over ved afdelinger, hvor ca. halvdelen af patienterne med screeningsdetekterede cancere er screenet i incidensfasen (eks. Rigshospitalet) men også ved afdelinger, der udelukkende har behandlet patienter, der tilhører prævalensrunden (eks. Herlev). Forskellen imellem de to afdelinger, som modtager patienter fra samme screeningsprogram, danner grundlag for at antage, at vi i de kommende år vil se en stigende andel af patienter med små tumorer i screeningspopulationen.

På baggrund af de foreliggende resultater finder styregruppen det relevant at vurdere, hvorvidt de gældende standardværdier skal revideres, og det spørgsmål vil blive overvejet i perioden frem til næste års rapport. Det overvejes også, om indikatoren skal ændres, således at indikatorpopulationen i stedet for faktisk screeningsundersøgte kvinder kommer til at omfatte alle i screeningspopulationen. En sådan ændring vil give en anden vinkel på indikatoren, der i givet fald vil give et mere overordnet mål for effekten af screening i den pågældende population, men som til gengæld ikke entydigt kan bruges til at monitorere den tekniske og radiologiske kompetence. I den

foreliggende afrapportering er indikatorværdien angivet med reference til de behandlende afdelinger. Det er ikke hensigtsmæssigt, idet det bør være de regionale screeningsprogrammer, der tildeles en indikatorværdi. Der foreligger ikke oplysninger, der kan benyttes til en sådan opdeling af patientpopulationen, og styregruppen har derfor besluttet, at der skal ændres i indberetningen til DBCG og tilføjes en angivelse af, i hvilket regionale screeningsprogram undersøgelsen er foretaget.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi

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

Standard: Acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 %.

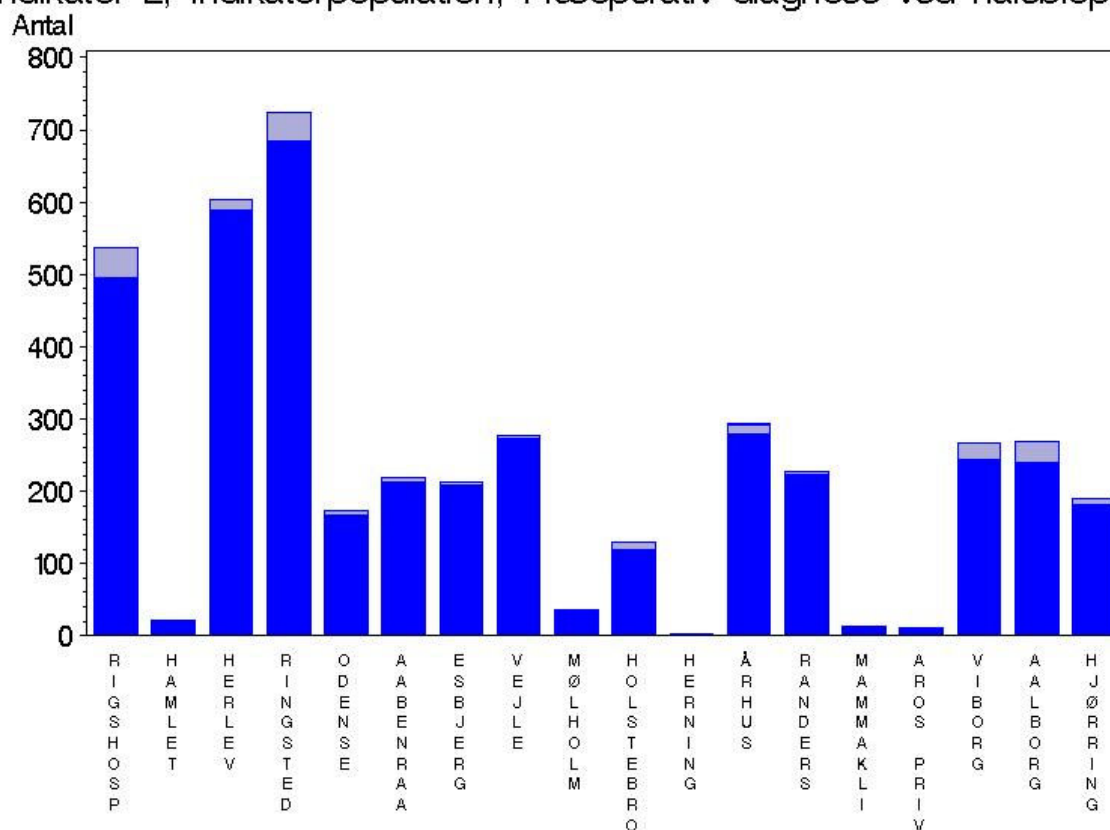
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft.

Formål: Indikatorens formål er at vurdere i hvilket omfang, der foretages operation på patienter, hvor der ikke inden operationerne foreligger definitiv diagnosticering af cancer. I det omfang, det ikke er tilfældet, vil man ikke kunne informere patienterne fuldstændig om behandlingsstrategien inden operationen.

Indikator 2: Brystkræftpatienter med en præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi for 2006-2009.

Patienter med preoperativ diagnose ved nålebiopsi	Indikator 2						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	118	(4.5)	2313	(87.3)	220	(8.3)	2651
2007	147	(5.3)	2207	(79.4)	425	(15.3)	2779
2008	129	(3.7)	2868	(81.9)	506	(14.4)	3503
2009	160	(3.8)	3845	(91.5)	197	(4.7)	4202
Alle	554	(4.2)	11233	(85.5)	1348	(10.3)	13135

Indikator 2, Indikatorpopulation, Præoperativ diagnose ved nålebiopsi



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). 96 % af patienterne er medtaget i denne indikatorberegning.

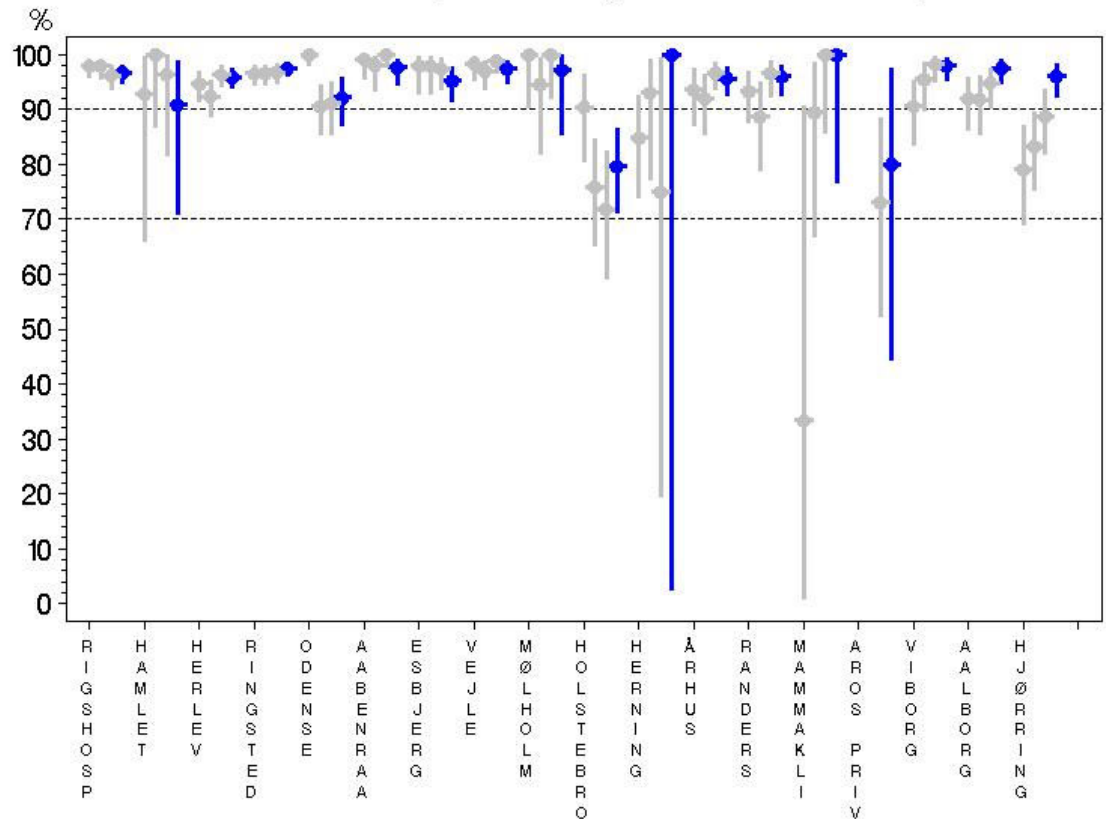
Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi per afdeling 2009.

Patienter med præoperativ diagnose ved nålebiopsi	Indikator 2						Alle
	Nej		Ja		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	16	(3.0)	480	(89.4)	41	(7.6)	537
HAMLET	2	(9.1)	20	(90.9)	.	.	22
HERLEV	24	(4.0)	565	(93.5)	15	(2.5)	604
RINGSTED	17	(2.4)	668	(92.4)	38	(5.3)	723
ODENSE	13	(7.5)	153	(87.9)	8	(4.6)	174
AABENRAA	5	(2.3)	207	(95.0)	6	(2.8)	218
ESBJERG	10	(4.7)	200	(94.3)	2	(0.9)	212
VEJLE	7	(2.5)	268	(96.8)	2	(0.7)	277
MØLHOLM	1	(2.8)	35	(97.2)	.	.	36
HOLSTEBRO	24	(18.5)	94	(72.3)	12	(9.2)	130
HERNING	.	.	1	(33.3)	2	(66.7)	3
ÅRHUS	12	(4.1)	268	(92.1)	11	(3.8)	291
RANDERS	9	(4.0)	217	(95.6)	1	(0.4)	227
MAMMAKLINIK	.	.	14	(100.0)	.	.	14
AROS privhosp	2	(20.0)	8	(80.0)	.	.	10
VIBORG	5	(1.9)	239	(89.8)	22	(8.3)	266
AALBORG	6	(2.2)	234	(87.0)	29	(10.8)	269
HJØRRING	7	(3.7)	174	(92.1)	8	(4.2)	189
Alle	160	(3.8)	3845	(91.5)	197	(4.7)	4202

Indikator 2: Indikatorværdi per afdeling 2006-2009. Uoplyste værdier udelades af beregningen.

Indikatorværdi for preoperativ diagnose ved nålebiopsi	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	97.9%	98.0%	96.3%	96.8%
HAMLET	92.9%	100.0%	96.4%	90.9%
HERLEV	94.7%	92.4%	96.4%	95.9%
RINGSTED	96.6%	96.6%	96.8%	97.5%
ODENSE	100.0%	90.6%	91.1%	92.2%
AABENRAA	99.2%	98.2%	100.0%	97.6%
ESBJERG	98.0%	98.0%	97.5%	95.2%
VEJLE	98.4%	97.1%	98.9%	97.5%
MØLHOLM	100.0%	94.6%	100.0%	97.2%
HOLSTEBRO	90.5%	75.9%	71.9%	79.7%
HERNING	84.8%	93.1%	75.0%	100.0%
ÅRHUS	93.6%	92.0%	96.7%	95.7%
RANDERS	93.3%	88.7%	96.6%	96.0%
MAMMAKLINIK	33.3%	89.5%	100.0%	100.0%
AROS privhosp	.	.	73.1%	80.0%
VIBORG	90.7%	95.5%	98.3%	98.0%
AALBORG	92.1%	91.9%	94.9%	97.5%
HJØRRING	79.1%	83.3%	88.8%	96.1%
Alle	95.1%	93.8%	95.7%	96.0%

Indikator 2: Præoperativ diagnose ved nålebiopsi



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: > 70 % og ønskværdigt: > 90 % (stiplede linier).

Kommentar

Det foreliggende resultat viser, at indikatorværdien generelt er øget lidt i 2009, og for en enkelt afdeling gælder, at der sket en markant støt forbedring over de seneste fire år. Det overordnede resultat med 96% opfyldelse af indikatoren anses for tilfredsstillende.

I sidste års rapport blev der i kommentarerne til resultatet reflekteret over, at det må det formodes, at der er forskellig registreringspraksis og usikkerhed om, hvordan resultatet af nålebioptering fortolkes. Det har ført til, at DBCG's indberetningsskemaer i juni 2010 er ændret således, at der nu foretages en konkret og entydig registrering af billeddiagnostik og diagnostisk patologi for sig. Det giver fremover mulighed for en indikatorberegning, der eliminerer den usikkerhed om fortolkningen, der har været årsag til forskellig registreringspraksis. Fremtidig beregning af indikatoren formodes derfor at ville give et mere retvisende billede.

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio

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

Standard: Der er i Indikatorrapporten fra 2005 ikke specifikt angivet en referenceværdi, men der er peget på, at der i litteraturen er angivet ratioer mellem 2:1 og 5:1. I denne rapport er førstnævnte ratio omregnet til standardværdien 67%.

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

Formål:

Indikator 3 beskriver forholdet mellem maligne og benigne kirurgiske indgreb. Da DBCG's register ikke indeholder oplysninger om patienter med benigne diagnoser bestemmes indikatorpopulationen ved samkøring mellem DBCG's register og et udtræk fra Landspatientregistret (LPR). Udtrækket fra LPR er sammenfattet fra 3 tabeller i LPR (ADM, der sammenkobler dato for registrering, cpr og v_recnum som er den entydige nøgle, der sammenknytter records i LPR, SKSOPR der angiver operationskoder, og som definerer udtrækket til alle kvinder opereret i brystet i 2009 (SKS-koder: KHAA00-KHAA99, incisioner, biopsier og sutur af bryst; KHAB00-KHAB99, resektioner af bryst; samt KHAC00-KHAC99, mastektomier), samt DIAG tabellen, der indeholder oplysning om de tilhørende diagnoser fra LPR's Diagnosetabel.

Udtrækket fra LPR omfatter i alt 9790 hændelser (defineret ved v_recnum, som er den entydige nøgle, der sammenknytter records i LPR). Ved at udelade alle situ-diagnoser (DD05, DD050, DD051, DD057, DD059) samt et antal benigne diagnoser, der ikke skal medtages i beregningen af indikatoren* fjernes 250 v_recnum, så antallet af hændelser er 9439. Ved kun at medtage én hændelse pr patient, samt udelade alle cpr-numre med bogstaver (de er ikke i DBCG), og yderligere sammenkøre med DBCG's registreringer af patienter opereret i 2009 bliver det totale antal i LPR og eller DBCG: n= 8237.

*: N60.0 (cyste), N60.1 (multiple cyster), N60.4 (duktektasi), N61.9B (absces non puerp), N61.9E (mastitis), N62.9D (hypertrofi), N64.0B (mamma fistel), N64.5 (andre symptomer og fund inkl. mammografifund), N64.5 A (papilsekretion), N64.5 C (papilinversion), N64.8D (galactocele), N64.8 G (fremmedlegeme ekskl. proteser), D24.9C (ductus papillom), D24.9D (adenoma papillae), D24.9W (andre benigne tumorer), L72.0 (aterom), L90.5 (æseløre).

Heraf findes dog at 326 personer er tidligere registreret i DBCG, de må derfor være recidiv-patienter eller personer med ny primær brystkræft, dvs. n=7911, og 292 er kun i DBCG men ikke i LPR, de udelades også fra indikatorberegningen.

Herefter indeholder indikatorpopulationen:

5127 personer (64.8 %), der er i både DBCG og LPR i 2009,

2784 personer (35.2 %), der er i LPR 2009 men ikke i DBCG.

Det antages at personer der ikke er i DBCG er opereret for en benign lidelse, mens personer der er i begge registre eller kun i DBCG er opereret for en malign lidelse. Hermed kan forholdet mellem maligne og benigne indgreb bestemmes til $5127/2784=1,84$ hvilket er tæt på 2:1.

Indikatoren er totalt lidt lavere i 2009 end i 2008, det kan skyldes indførelsen af mammografiscreening, men der er ikke i dette materiale medtaget nogen parametre, der kan verificere om der er en sådan sammenhæng

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2008-2009.

Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
2008	2050	32.4	4278	67.6	6328
2009	2784	36.5	4835	63.5	7619
Total	4834	34.7	9113	65.3	13947

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2009 efter aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter pr aldersgruppe	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
Alder (år)					
<=34 år	538	92.4	44	7.6	582
35-39 år	177	66.8	88	33.2	265
40-49 år	485	48.5	516	51.5	1001
50-59 år	695	34.2	1338	65.8	2033
60-69 år	643	25.1	1923	74.9	2566
70-74 år	99	21.8	355	78.2	454
75 + år	147	20.5	571	79.5	718
Total	2784	36.5	4835	63.5	7619

Indikator 3: Andel maligne diagnoser blandt kvinder opereret i brystet i 2009 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Antal patienter med brystoperation	Indikator 3				Alle
	Benign		Malign		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	336	33.7	662	66.3	998
HAMLET	39	60.9	25	39.1	64
HERLEV	395	35.9	704	64.1	1099
HØRSHOLM	1	100.0	.	.	1
RINGSTED	286	26.8	780	73.2	1066
ODENSE	197	45.3	238	54.7	435
AABENRAA	161	38.4	258	61.6	419
ESBJERG	148	38.4	237	61.6	385
VEJLE	172	35.4	314	64.6	486
MØLHOLM	1	2.6	38	97.4	39
HOLSTEBRO	154	49.0	160	51.0	314
ÅRHUS	156	31.5	340	68.5	496
RANDERS	95	27.7	248	72.3	343
MAMMAKLINIK	10	38.5	16	61.5	26
AROS privhosp	2	100.0	.	.	2
VIBORG	154	34.7	290	65.3	444
AALBORG	203	39.6	309	60.4	512
HJØRRING	164	43.3	215	56.7	379
ANDRE	110	99.1	1	0.9	111
Total	2784	36.5	4835	63.5	7619

Indikator 3: Indikatorværdi i 2008 og 2009 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel malign.

Indikatorværdi for Malign/benign operationsrate	2008	2009
	%	%
RIGSHOSPITALET	79.4	66.3
HAMLET	59.0	39.1
HERLEV	75.1	64.1
HØRSHOLM	63.2	0.0
RINGSTED	69.3	73.2
ODENSE	57.5	54.7
AABENRAA	63.4	61.6
ESBJERG	67.6	61.6
VEJLE	65.2	64.6
MØLHOLM	74.6	97.4
HOLSTEBRO	48.9	51.0
ÅRHUS	73.9	68.5
RANDERS	75.1	72.3
MAMMAKLINIK	73.0	61.5
AROS privhosp	74.3	0.0
VIBORG	72.6	65.3
AALBORG	71.5	60.4
HJØRRING	55.9	56.7
ANDRE	1.3	0.9
Alle	67.6	63.5

Det fremgår af nedenstående tabeller for fordeling af alder og operationstype, at det især er ældre patienter alene opereret med biopsi, der optræder i DBCG, men ikke i LPR.

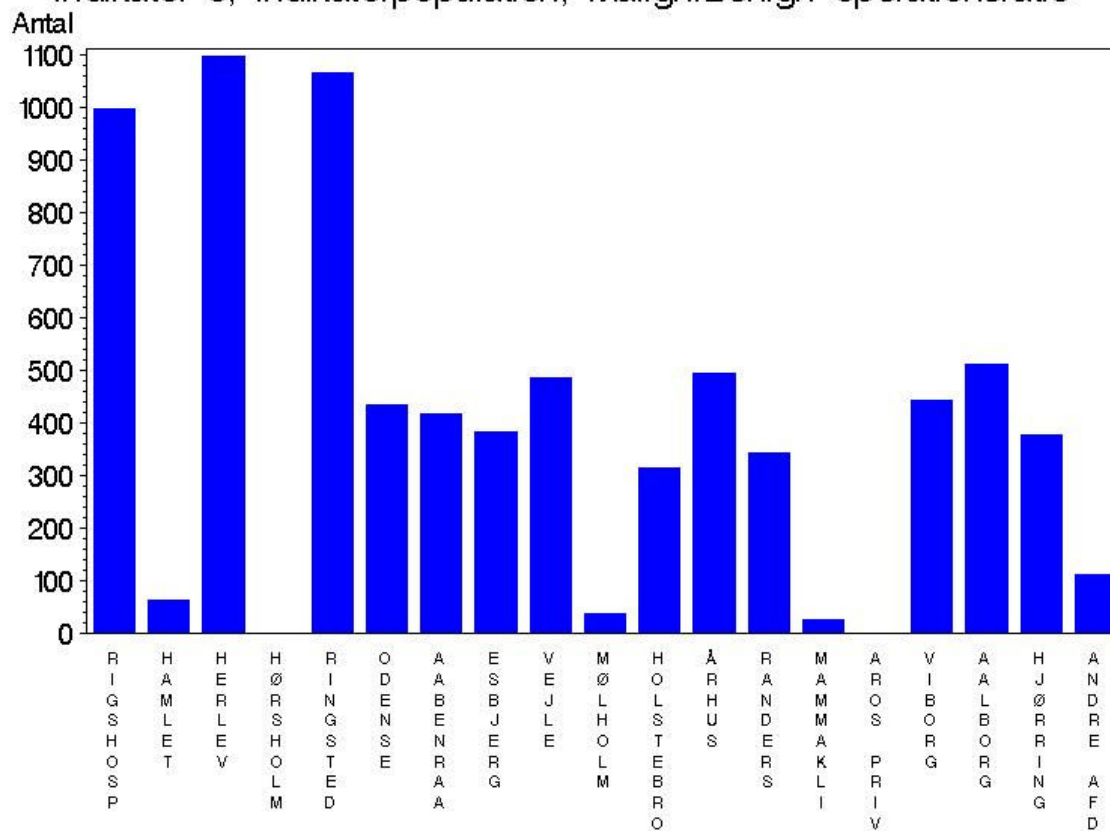
Personer der optræder i DBCG 2009, men ikke i LPR 2009 efter operationstype.

Antal patienter pr operationstype	2009	
	N	%
Mastektomi	21	7.2
Lumpektomi	33	11.3
Biopsi	238	81.5
Total	292	100.0

Personer der optræder i DBCG 2009, men ikke i LPR 2009 efter alder.

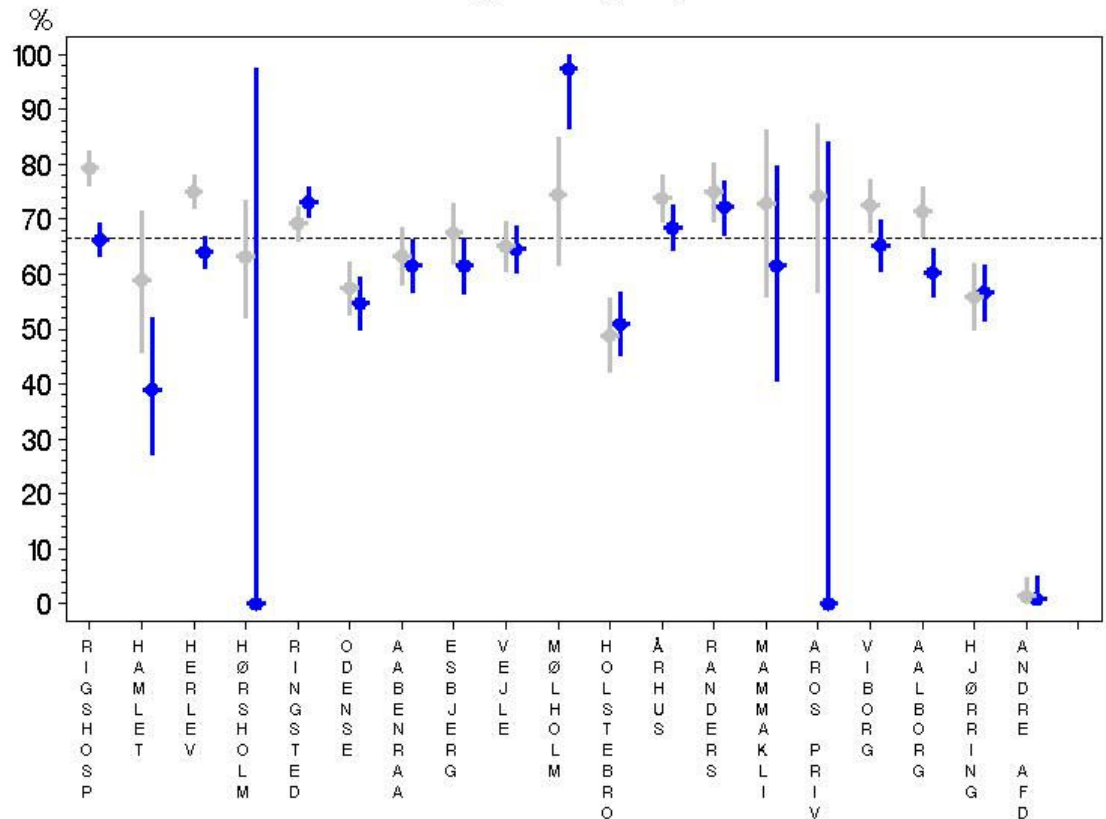
Antal patienter pr aldersgruppe	2009	
	N	%
Alder (år)		
<=34 år	5	1.7
35-39 år	3	1.0
40-49 år	26	8.9
50-59 år	36	12.3
60-69 år	69	23.6
70-74 år	22	7.5
75 + år	131	44.9
Total	292	100.0

Indikator 3, Indikatorpopulation, Malign:Benign operationsratio



Antal brystopererede patienter per afdeling i 2009. Indikatorpopulationen er bestemt ved samkøring af DBCG's register (maligne diagnoser) med et udtræk fra Landspatientregistret indeholdende brystopererede patienter med benigne diagnoser. Beregningen af indikator 3 er nærmere beskrevet i afsnittets indledning.

Indikator 3: Malign:Benign operationsratio



Gennemsnitsværdi og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdi: 67 % (stiplet linie).

Kommentar

Denne indikator har kun været med i 2008 og 2009 og det gælder stadig, at det har vist sig vanskeligt at kombinere LPR-data med DBCG's egne registreringer på en måde, som svarer til den algoritme, der er opstillet i indikatorspecifikationen. Vi har som konsekvens af problemerne valgt at benytte en forenklet model, der betyder, at vi ikke har gjort ratioen malign:benign op for det enkelte operative indgreb, men i stedet gjort det op på individniveau. Dette medfører, at den ratio, som beregnes i denne forenklede model vil vise en lavere værdi, end tilfældet var, hvis beregningen var udført efter den korrekte algoritme. I gruppen med operationer for cancer må det nemlig formodes, at der vil være en del med flere operative indgreb, hvilket ikke i samme udstrækning forventes at gøre sig gældende hos patienter, der opereres på benign indikation.

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

mange operationer på benign indikation. Dog antyder de foreliggende data, at der er nogen variation, og billedet er ikke ensartet, når de enkelte centre sammenlignes.

Det overvejes af styregruppen, om det er relevant at fastholde, at denne indikator vedvarende skal indgå i indikatorsættet.

Indikator 4: Nneg aksilstatus baseret på sentinel node metoden

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

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

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-negativ status. Yderligere afgrænsninger er tumorstørrelse ≤ 40 mm, unifokal tumor og definitiv operation i henhold til DBCG's retningslinier.

Formål: Statuering af aksilstatus med sentinel node metoden er ønskelig for lymfeknude-negative patienter.

Det er registreret i DBGK om der er brugt sentinel node metode og/eller aksilrømning, men i enkelte tilfælde er registreringen ikke helt entydig. Desuden er det muligt at rapportere at der er fundet nogle få lymfeknuder i fedtvæv uden egentlig aksildissektion (ved at angive 'andet' til aksilrømning). Beregningen af indikatoren er ændret en smule i år, hvor den foretages på følgende måde:

Hvis der er angivet SN og ingen aksilrømning er metoden normalt sat til SN, men i de få tilfælde, hvor der er fjernet ≥ 10 lymfeknuder er metoden alligevel sat til aksilrømning. Hvis der er angivet aksilrømning er metoden sat til aksilrømning, uanset hvad der er angivet med hensyn til SN metoden. Hvis der er angivet ukendt eller 'andet' til aksilrømning og nej eller ukendt til SN er metoden sat til aksilrømning. Hvis der er angivet ukendt eller 'andet' til aksilrømning og ja til SN, er metoden sat til SN metoden hvis der er fjernet < 10 lymfeknuder, ellers er metoden sat til uoplyst.

Patienter der er nodenegative men for hvilke der er fundet isolerede tumorceller i SN, skal ifølge retningslinjerne have fuld aksilrømning, og derfor udelades disse patienter af indikatorberegningen. I 2006, 2007, 2008 og 2009 blev der fundet isolerede tumorceller i SN hos henholdsvis 54, 45, 59 og 88 patienter.

Indikator 4: Nodenegativ aksilstatus baseret på sentinel node (SN) metoden i 2006-2009.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	109	(9.4)	1048	(90.5)	1	(0.1)	1158
2007	87	(7.2)	1118	(92.7)	1	(0.1)	1206
2008	117	(7.7)	1401	(92.3)	.	.	1518
2009	115	(5.8)	1851	(94.2)	.	.	1966
Alle	428	(7.3)	5418	(92.6)	2	(0.0)	5848

Indikator 4: Nodenegetiv aksilstatus baseret på SN-metoden efter tumorstørrelse (mm) i 2006-2009.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden		Indikator 4						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Tumorstørrelse (mm)							
2006	00-10	23	(7.4)	287	(92.6)	.	.	310
	11-20	46	(8.1)	521	(91.9)	.	.	567
	21-30	31	(12.9)	209	(86.7)	1	(0.4)	241
	31-40	9	(22.5)	31	(77.5)	.	.	40
2007	00-10	18	(5.9)	287	(94.1)	.	.	305
	11-20	32	(5.3)	572	(94.7)	.	.	604
	21-30	30	(11.7)	225	(87.9)	1	(0.4)	256
	31-40	7	(17.1)	34	(82.9)	.	.	41
2008	00-10	29	(6.5)	420	(93.5)	.	.	449
	11-20	45	(5.9)	716	(94.1)	.	.	761
	21-30	32	(12.6)	222	(87.4)	.	.	254
	31-40	11	(20.4)	43	(79.6)	.	.	54
2009	00-10	37	(5.2)	679	(94.8)	.	.	716
	11-20	47	(5.1)	879	(94.9)	.	.	926
	21-30	27	(9.7)	251	(90.3)	.	.	278
	31-40	4	(8.7)	42	(91.3)	.	.	46
Alle		428	(7.3)	5418	(92.6)	2	(0.0)	5848

I perioden 2006-2009 er indikator 4 ikke opfyldt for 428 patienter, af disse har 17 patienter kontraindikation for anvendelse af SN-metoden i form af tidligere indgreb i brystet og for 64 patienter er det ikke lykkedes at peroperativt at identificere og bortoperere en sentinel node.

Indikator 4: Indikatorværdi efter tumorstørrelse (mm) i 2006-2009.

Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Tumorstørrelse (mm)			
	00-10	11-20	21-30	31-40
	%	%	%	%
2006	92.6%	91.9%	87.1%	77.5%
2007	94.1%	94.7%	88.2%	82.9%
2008	93.5%	94.1%	87.4%	79.6%
2009	94.8%	94.9%	90.3%	91.3%
Alle	94.0%	94.1%	88.3%	82.9%

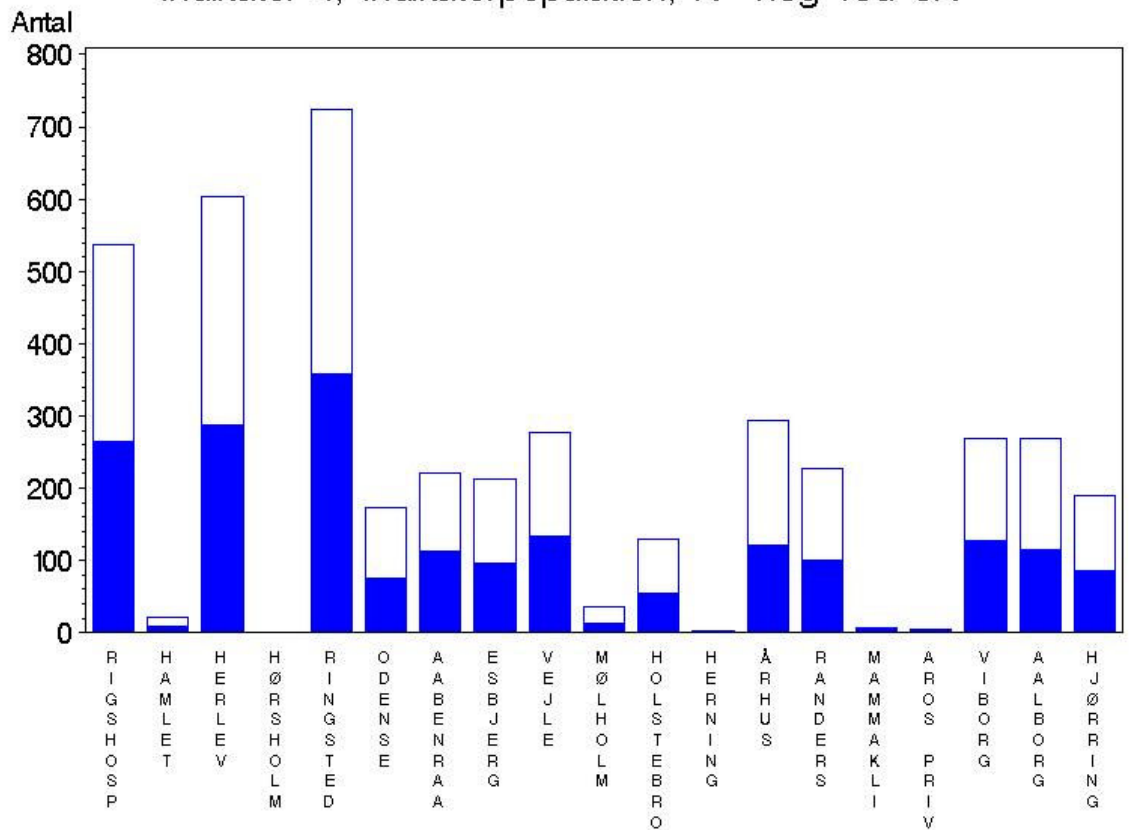
Indikator 4: Nodenegetiv aksilstatus baseret på SN-metoden per afdeling 2009.

Antal patienter med Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	Indikator 4				Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	12	(4.5)	253	(95.5)	265
HAMLET	.	.	9	100.0)	9
HERLEV	9	(3.1)	279	(96.9)	288
RINGSTED	25	(7.0)	332	(93.0)	357
ODENSE	5	(6.5)	72	(93.5)	77
AABENRAA	8	(7.1)	105	(92.9)	113
ESBJERG	2	(2.1)	95	(97.9)	97
VEJLE	5	(3.7)	129	(96.3)	134
MØLHOLM	.	.	12	100.0)	12
HOLSTEBRO	5	(9.3)	49	(90.7)	54
HERNING	.	.	1	100.0)	1
ÅRHUS	5	(4.1)	116	(95.9)	121
RANDERS	14	(14.0)	86	(86.0)	100
MAMMAKLINIK	.	.	7	100.0)	7
AROS privhosp	1	(25.0)	3	(75.0)	4
VIBORG	2	(1.6)	125	(98.4)	127
AALBORG	1	(0.9)	114	(99.1)	115
HJØRRING	21	(24.7)	64	(75.3)	85
Alle	115	(5.8)	1851	(94.2)	1966

Indikator 4: Indikatorværdi per afdeling 2006-2009.

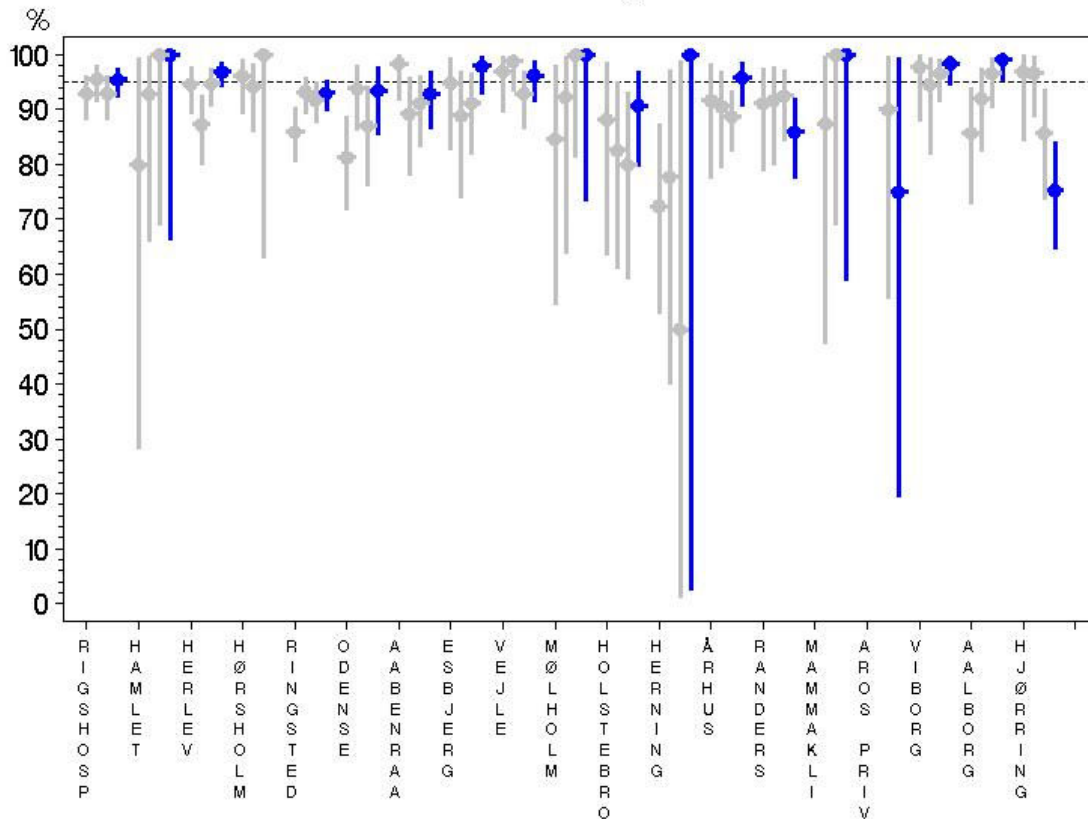
Indikatorværdi for Nneg aksilstatus baseret på SN metoden	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	93.0%	95.6%	93.0%	95.5%
HAMLET	80.0%	92.9%	100.0%	100.0%
HERLEV	94.7%	87.3%	94.7%	96.9%
HØRSHOLM	96.2%	94.3%	100.0%	.
RINGSTED	86.0%	93.2%	91.8%	93.0%
SVENDBORG	73.9%	.	.	.
ODENSE	81.3%	93.8%	87.1%	93.5%
AABENRAA	98.5%	89.3%	91.1%	92.9%
ESBJERG	94.9%	88.9%	91.2%	97.9%
VEJLE	97.0%	98.8%	93.0%	96.3%
MØLHOLM	84.6%	92.3%	100.0%	100.0%
HOLSTEBRO	88.2%	82.6%	80.0%	90.7%
HERNING	72.4%	77.8%	50.0%	100.0%
ÅRHUS	91.7%	90.6%	88.7%	95.9%
RANDERS	91.1%	91.7%	92.5%	86.0%
MAMMAKLINIK	.	87.5%	100.0%	100.0%
AROS privhosp	.	.	90.0%	75.0%
VIBORG	97.7%	94.6%	96.6%	98.4%
AALBORG	85.7%	92.1%	96.6%	99.1%
HJØRRING	97.0%	96.7%	85.7%	75.3%
Alle	90.6%	92.8%	92.3%	94.2%

Indikator 4, Indikatorpopulation, N—neg ved SN



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 45 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 4.

Indikator 4: N-neg ved SN



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdi: "Bedste gæt" er: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

Det samlede resultat med 94% opfyldelse af kravet om statuering med sentinel node ved lymfeknudenegativ sygdom anses for tilfredsstillende. Syv af de 14 aktive offentlige brystkirurgiske enheder lever op til målet, at 95% af patienterne med lymfeknudenegativ sygdom skal have statueret aksillen ved sentinel node biopsi. Fem afdelinger ligger over 90%, mens der er to afdelinger der ligger markant under referenceværdien på 95%. Det bør ved de pågældende afdelinger føre til overvejelser om, hvordan man kan forbedre resultaterne på dette område. Referenceværdien på 95% blev i forbindelse med udarbejdelsen af Indikatorrapporten lagt fast ved "best guess", idet der ikke var et evidensgrundlag at støtte sig til, men de foreliggende resultater godtgør, at man ved store danske afdelinger kan nå dette mål, og styregruppen ser derfor ingen grund til at ændre i denne standard.

Årsagerne til at der ikke er benyttet sentinel node biopsi ved lymfeknudenegative patienter kan være, at der tidligere er foretaget operation i øvre laterale kvadrant af brystet eller tidligere foretaget større plastikkirurgisk indgreb eller manglende fund af SN. En af disse årsager foreligger ved XX af de 115 lymfeknudenegative patienter med

unifokale tumorer op til 40 mm, der i 2009 fik foretaget aksilrømning. Mistanke om multifokalitet vil ved nogle brystkirurgiske enheder føre til at aksilrømning udføres, men desværre har vi ikke mulighed for at angive hvor stor en andel det drejer sig om, da DBCG ikke ligger inde med data herfor.

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

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

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

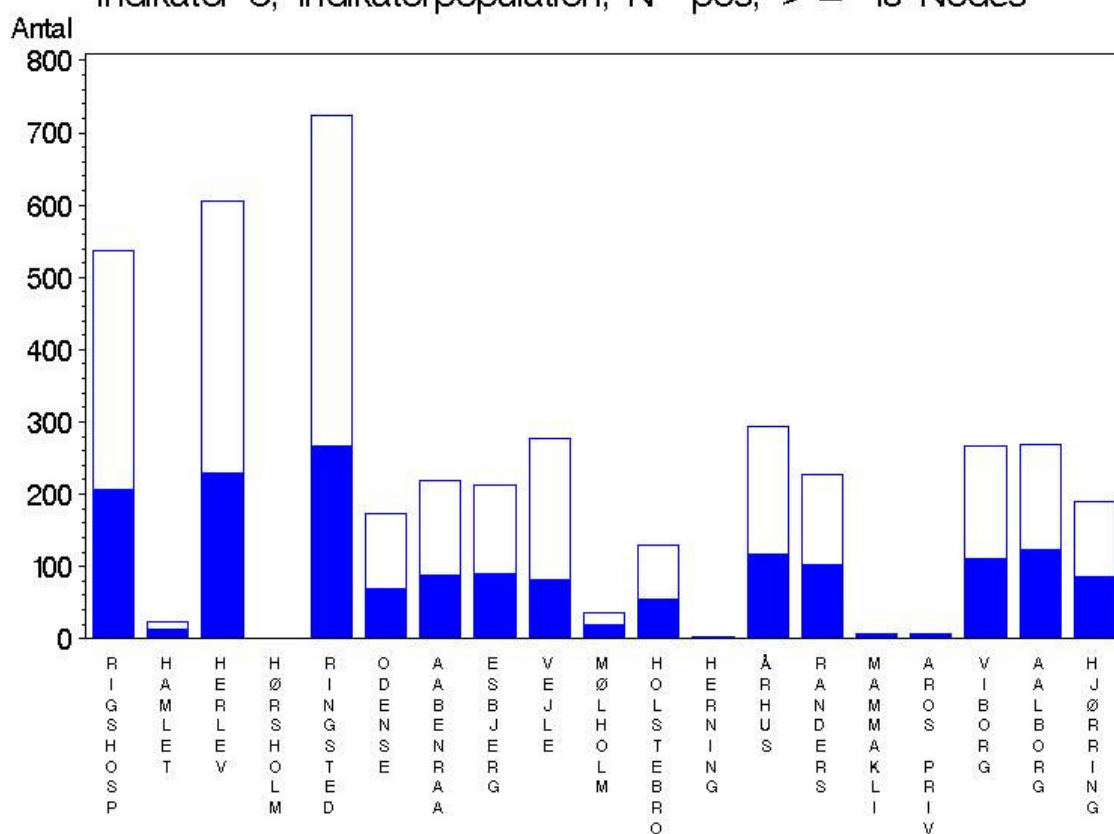
Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og lymfeknude-metastaser. Yderligere afgrænsninger er operation i henhold til DBCG's retningslinier med excision af mindst 4 aksillære lymfeknuder som led i en tenderet kurativ operation.

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

Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder i 2006-2009.

Antal Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	Indikator 5						Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
	N	%	N	%	N	%	N
2006	82	(6.0)	1293	(93.9)	2	(0.1)	1377
2007	77	(5.4)	1349	(93.9)	10	(0.7)	1436
2008	85	(5.2)	1551	(94.7)	1	(0.1)	1637
2009	86	(5.2)	1578	(94.8)	.	.	1664
Alle	330	(5.4)	5771	(94.4)	13	(0.2)	6114

Indikator 5, Indikatorpopulation, N-pos, >= 10 Nodes



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 40 % af patienterne er med i beregning af Indikator 5.

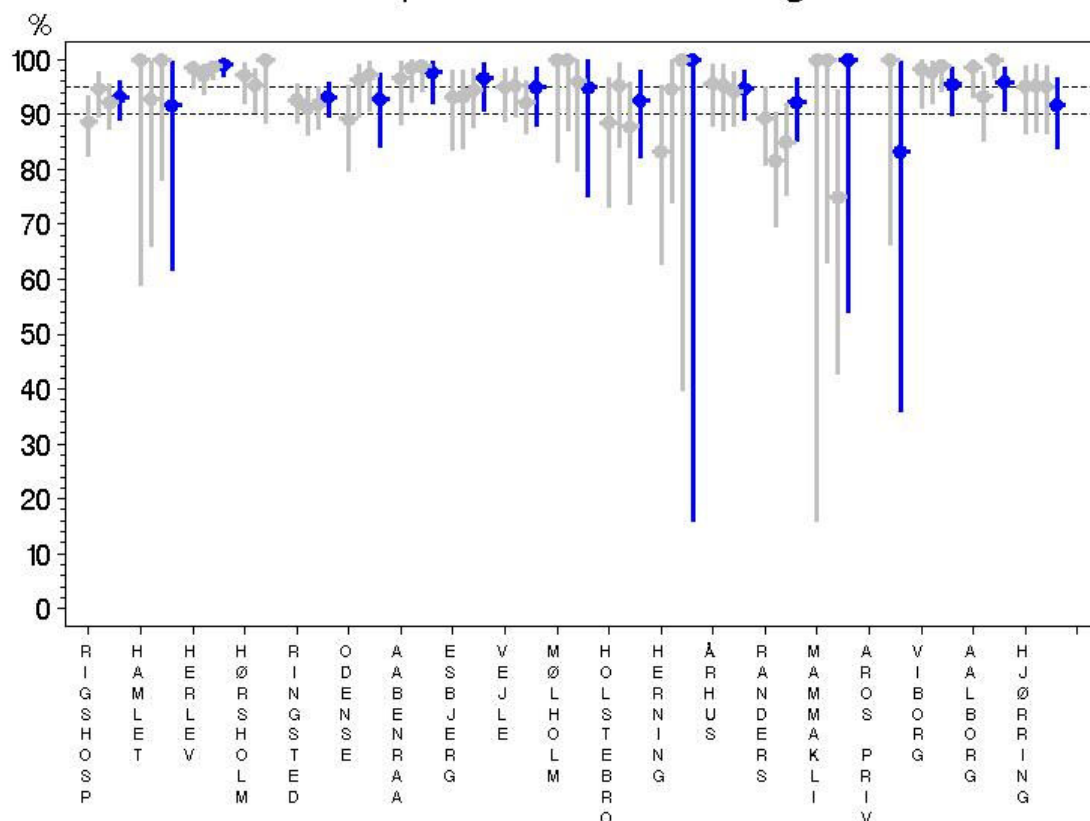
Indikator 5: Nodepositive patienter, der har fået fjernet ≥ 10 lymfeknuder per afdeling 2009.

Antal Npos patienter, ≥ 10 lymfeknuder	Indikator 5				Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	14	(6.8)	193	(93.2)	207
HAMLET	1	(9.1)	10	(90.9)	11
HERLEV	2	(0.9)	225	(99.1)	227
RINGSTED	18	(6.7)	249	(93.3)	267
ODENSE	5	(7.1)	65	(92.9)	70
AABENRAA	2	(2.3)	86	(97.7)	88
ESBJERG	3	(3.3)	87	(96.7)	90
VEJLE	4	(5.0)	76	(95.0)	80
MØLHOLM	1	(5.0)	19	(95.0)	20
HOLSTEBRO	4	(7.4)	50	(92.6)	54
HERNING	.	.	2	(100.0)	2
ÅRHUS	6	(5.3)	108	(94.7)	114
RANDERS	8	(7.8)	95	(92.2)	103
MAMMAKLINIK	.	.	6	(100.0)	6
AROS privhosp	1	(16.7)	5	(83.3)	6
VIBORG	5	(4.5)	106	(95.5)	111
AALBORG	5	(4.1)	118	(95.9)	123
HJØRRING	7	(8.2)	78	(91.8)	85
Alle	86	(5.2)	1578	(94.8)	1664

Indikator 5: Indikatorværdi per afdeling 2006-2009.

Indikatorværdi for Npos patienter, fjernet mere end 10 lymfeknuder	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	88.7%	94.7%	92.3%	93.2%
HAMLET	100.0%	92.9%	100.0%	90.9%
HERLEV	98.5%	97.2%	98.8%	99.1%
HØRSBOLM	97.2%	95.4%	100.0%	.
RINGSTED	92.7%	91.2%	91.9%	93.3%
SVENDBORG	100.0%	.	.	.
ODENSE	89.2%	96.3%	97.3%	92.9%
AABENRAA	96.6%	98.6%	98.9%	97.7%
ESBJERG	93.2%	93.3%	94.5%	96.7%
VEJLE	95.0%	95.3%	92.2%	95.0%
MØLHOLM	100.0%	100.0%	96.0%	95.0%
HOLSTEBRO	88.6%	95.3%	87.8%	92.6%
HERNING	83.3%	94.7%	100.0%	100.0%
ÅRHUS	95.7%	95.4%	94.2%	94.7%
RANDERS	89.4%	81.7%	85.0%	92.2%
MAMMAKLINIK	100.0%	100.0%	75.0%	100.0%
AROS privhosp	.	.	100.0%	83.3%
VIBORG	98.4%	97.7%	98.9%	95.5%
AALBORG	98.7%	93.3%	100.0%	95.9%
HJØRRING	95.2%	95.3%	95.2%	91.8%
Alle	94.0%	94.6%	94.8%	94.8%

Indikator 5: N-pos med ≥ 10 udtagne nodes



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdier: acceptabelt: $> 90\%$ og ønskværdigt: $> 95\%$ (stiplede linier).

Kommentar

Indikatorværdien har i dette års rapport samme værdi som i det forrige års rapport, men der er nu værdier over den acceptable værdi på 90% ved alle de offentlige brykkirurgiske enheder, og ved seks af dem når indikatorværdien op på den ønskværdige værdi på 95%. Dette anses generelt for en tilfredsstillende udvikling.

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

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt for T1 tumor (0-20 mm): > 50 % og for T2 tumor (21-50 mm): > 20 %. Standardværdierne er uafhængige af mammografiscreening.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med påvist invasiv brystkræft og tumorstørrelse mellem 0 og 50 mm. Yderligere afgrænsninger er operation i henhold til DBCG's retningslinier og unifokal tumor.

Formål: BCS er ønskelig for patienter i indikatorpopulationen under hensyntagen til opnåelse af et tilfredsstillende kosmetisk resultat.

Indikator 6: Andel af kvinder med brystkræft der modtager brystbevarende operation fordelt på tumorstørrelse og operationsår i 2006-2009.

Antal patienter med Brystbevarende operation		Indikator 6						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
	Tumor størrelse							
2006	t1	386	(24.8)	1170	(75.2)	.	.	1556
	t2	522	(55.7)	416	(44.3)	.	.	938
2007	t1	309	(19.0)	1321	(81.0)	.	.	1630
	t2	547	(53.5)	476	(46.5)	.	.	1023
2008	t1	401	(19.5)	1652	(80.4)	3	(0.1)	2056
	t2	539	(50.7)	522	(49.1)	2	(0.2)	1063
2009	t1	360	(13.6)	2284	(86.2)	7	(0.3)	2651
	t2	527	(49.1)	538	(50.1)	8	(0.7)	1073
Alle		3591	(29.9)	8379	(69.9)	20	(0.2)	11990

Indikator 6: Andel af kvinder under 40 år med brystkræft der modtager brystbevarende operation fordelt på tumorstørrelse og operationsår i 2006-2009.

Antal patienter < 40 år med Brystbevarende operation		Indikator 6				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
	Tumor størrelse					
2006	t1	25	(37.3)	42	(62.7)	67
	t2	19	(41.3)	27	(58.7)	46
2007	t1	16	(21.9)	57	(78.1)	73
	t2	28	(60.9)	18	(39.1)	46
2008	t1	24	(31.6)	52	(68.4)	76
	t2	31	(59.6)	21	(40.4)	52
2009	t1	18	(30.5)	41	(69.5)	59
	t2	23	(56.1)	18	(43.9)	41
Alle		184	(40.0)	276	(60.0)	460

For unge patienter under 40 år med T1-tumorer er andelen af brystbevarende operationer faldet fra 78% i 2007 til 68-69% i 2008-2009, mens andelen med T2-tumorer, der får brystbevarende operation i denne aldersgruppe, er steget fra 39% i 2007 til 44% i 2009.

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

Antal patienter med Brystbevarende operation			Indikator 6						Alle N
			Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
			N	%	N	%	N	%	
	Størrelse	Alder							
2006	t1	<=34 år	12	(50.0)	12	(50.0)	.	.	24
		35-39 år	13	(30.2)	30	(69.8)	.	.	43
		40-49 år	64	(24.3)	199	(75.7)	.	.	263
		50-59 år	89	(19.0)	380	(81.0)	.	.	469
		60-69 år	141	(24.1)	444	(75.9)	.	.	585
		70-74 år	56	(37.3)	94	(62.7)	.	.	150
		75 + år	11	(50.0)	11	(50.0)	.	.	22
	t2	<=34 år	8	(38.1)	13	(61.9)	.	.	21
		35-39 år	11	(44.0)	14	(56.0)	.	.	25
		40-49 år	75	(52.4)	68	(47.6)	.	.	143
		50-59 år	139	(52.7)	125	(47.3)	.	.	264
		60-69 år	181	(56.7)	138	(43.3)	.	.	319
		70-74 år	95	(66.4)	48	(33.6)	.	.	143
		75 + år	13	(56.5)	10	(43.5)	.	.	23

Antal patienter med Brystbevarende operation			Indikator 6						Alle N
			Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
			N	%	N	%	N	%	
2007	t1	<=34 år	5	(19.2)	21	(80.8)	.	.	26
		35-39 år	11	(23.4)	36	(76.6)	.	.	47
		40-49 år	53	(20.9)	201	(79.1)	.	.	254
		50-59 år	80	(16.2)	414	(83.8)	.	.	494
		60-69 år	105	(16.8)	519	(83.2)	.	.	624
		70-74 år	43	(29.1)	105	(70.9)	.	.	148
		75 + år	12	(32.4)	25	(67.6)	.	.	37
	t2	<=34 år	11	(68.8)	5	(31.3)	.	.	16
		35-39 år	17	(56.7)	13	(43.3)	.	.	30
		40-49 år	89	(48.6)	94	(51.4)	.	.	183
		50-59 år	138	(51.1)	132	(48.9)	.	.	270
		60-69 år	179	(50.9)	173	(49.1)	.	.	352
		70-74 år	100	(66.7)	50	(33.3)	.	.	150
		75 + år	13	(59.1)	9	(40.9)	.	.	22
2008	t1	<=34 år	6	(26.1)	17	(73.9)	.	.	23
		35-39 år	18	(34.0)	35	(66.0)	.	.	53
		40-49 år	55	(20.4)	213	(79.2)	1	(0.4)	269
		50-59 år	112	(19.4)	466	(80.6)	.	.	578
		60-69 år	147	(16.3)	755	(83.7)	.	.	902
		70-74 år	52	(26.3)	144	(72.7)	2	(1.0)	198
		75 + år	11	(33.3)	22	(66.7)	.	.	33
	t2	<=34 år	15	(55.6)	12	(44.4)	.	.	27
		35-39 år	16	(64.0)	9	(36.0)	.	.	25
		40-49 år	79	(45.9)	93	(54.1)	.	.	172
		50-59 år	128	(44.3)	160	(55.4)	1	(0.3)	289
		60-69 år	206	(51.6)	193	(48.4)	.	.	399
		70-74 år	81	(62.8)	47	(36.4)	1	(0.8)	129
		75 + år	14	(63.6)	8	(36.4)	.	.	22

Antal patienter med Brystbevarende operation			Indikator 6						Alle N
			Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
			N	%	N	%	N	%	
2009	t1	<=34 år	5	(33.3)	10	(66.7)	.	.	15
		35-39 år	13	(29.5)	31	(70.5)	.	.	44
		40-49 år	40	(15.8)	213	(84.2)	.	.	253
		50-59 år	117	(13.4)	751	(86.3)	2	(0.2)	870
		60-69 år	140	(11.2)	1110	(88.4)	5	(0.4)	1255
		70-74 år	37	(20.4)	144	(79.6)	.	.	181
		75 + år	8	(24.2)	25	(75.8)	.	.	33
	t2	<=34 år	12	(66.7)	6	(33.3)	.	.	18
		35-39 år	11	(47.8)	12	(52.2)	.	.	23
		40-49 år	80	(51.6)	75	(48.4)	.	.	155
		50-59 år	119	(41.6)	165	(57.7)	2	(0.7)	286
		60-69 år	211	(48.1)	226	(51.5)	2	(0.5)	439
		70-74 år	76	(59.8)	47	(37.0)	4	(3.1)	127
		75 + år	18	(72.0)	7	(28.0)	.	.	25

Indikator 6 per afdeling stratificeret på tumordiameter for 2009.

Antal patienter med Brystbevarende operation		Indikator 6						Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
Tumor størrelse								
t1	RIGSHOSPITALET	53	(15.0)	296	(83.9)	4	(1.1)	353
	HAMLET	3	(23.1)	10	(76.9)	.	.	13
	HERLEV	37	(9.9)	337	(90.1)	.	.	374
	RINGSTED	48	(10.3)	416	(89.3)	2	(0.4)	466
	ODENSE	14	(13.6)	89	(86.4)	.	.	103
	AABENRAA	11	(7.9)	128	(92.1)	.	.	139
	ESBJERG	19	(14.6)	111	(85.4)	.	.	130
	VEJLE	14	(8.0)	161	(92.0)	.	.	175
	MØLHOLM	3	(15.8)	16	(84.2)	.	.	19
	HOLSTEBRO	11	(12.5)	77	(87.5)	.	.	88
	HERNING	.	.	2	(100.0)	.	.	2
	ÅRHUS	36	(19.4)	149	(80.1)	1	(0.5)	186
	RANDERS	16	(13.6)	102	(86.4)	.	.	118
	MAMMAKLINIK	1	(16.7)	5	(83.3)	.	.	6
	AROS privhosp	1	(20.0)	4	(80.0)	.	.	5
	VIBORG	22	(12.5)	154	(87.5)	.	.	176
AALBORG	58	(32.6)	120	(67.4)	.	.	178	
HJØRRING	13	(10.8)	107	(89.2)	.	.	120	

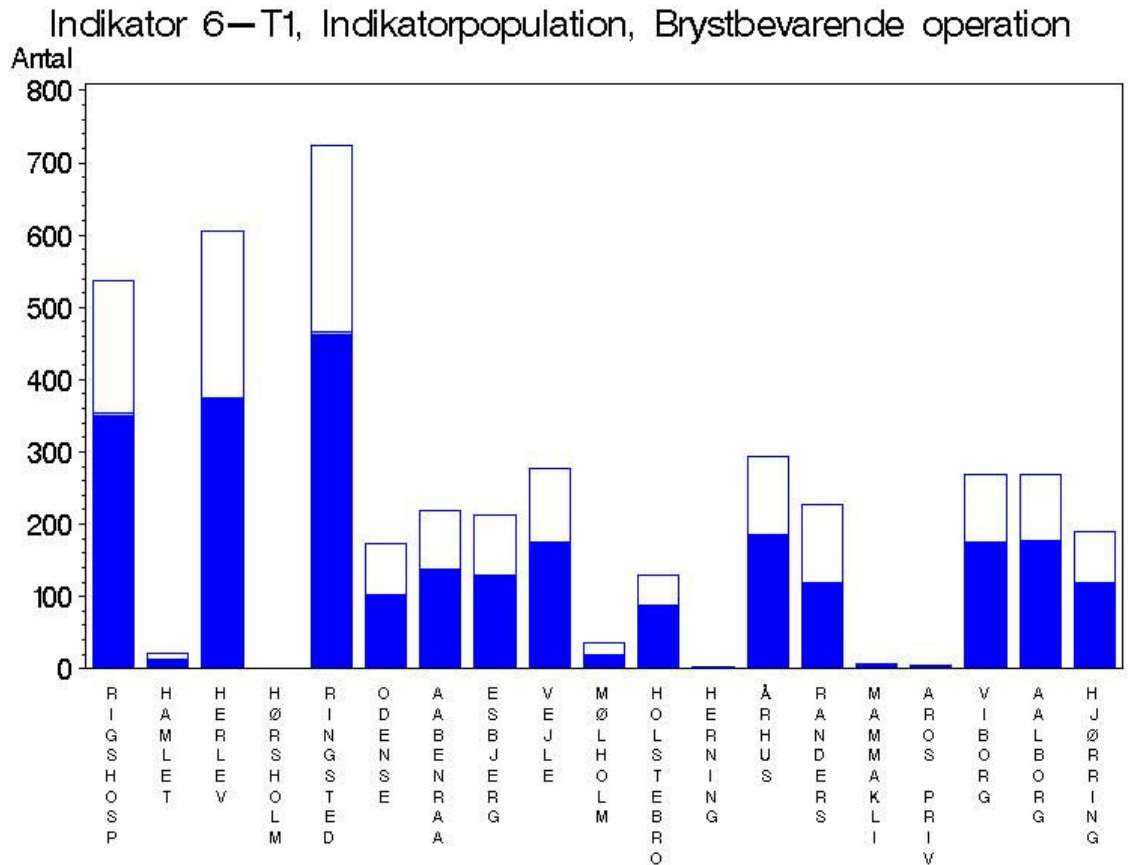
Antal patienter med Brystbevarende operation		Indikator 6						Alle
		Ej opfyldt		Opfyldt		Uoplyst		
		N	%	N	%	N	%	
t2	RIGSHOSPITALET	75	(60.0)	46	(36.8)	4	(3.2)	125
	HAMLET	4	(50.0)	4	(50.0)	.	.	8
	HERLEV	89	(51.1)	84	(48.3)	1	(0.6)	174
	RINGSTED	77	(48.1)	82	(51.3)	1	(0.6)	160
	ODENSE	20	(40.8)	29	(59.2)	.	.	49
	AABENRAA	32	(53.3)	28	(46.7)	.	.	60
	ESBJERG	29	(49.2)	29	(49.2)	1	(1.7)	59
	VEJLE	21	(31.3)	45	(67.2)	1	(1.5)	67
	MØLHOLM	4	(36.4)	7	(63.6)	.	.	11
	HOLSTEBRO	15	(50.0)	15	(50.0)	.	.	30
	ÅRHUS	38	(66.7)	19	(33.3)	.	.	57
	RANDERS	25	(28.7)	62	(71.3)	.	.	87
	MAMMAKLINIK	4	(50.0)	4	(50.0)	.	.	8
	AROS privhosp	2	(40.0)	3	(60.0)	.	.	5
	VIBORG	25	(37.9)	41	(62.1)	.	.	66
AALBORG	40	(64.5)	22	(35.5)	.	.	62	
HJØRRING	27	(60.0)	18	(40.0)	.	.	45	
Alle		887	(23.8)	2822	(75.8)	15	(0.4)	3724

Indikator 6: Indikatorværdi per afdeling stratificeret på tumordiameter for 2006-2009.

Indikatorværdi for Brystbevarende operation		2006	2007	2008	2009
		%	%	%	%
Tumor størrelse					
t1	RIGSHOSPITALET	72.5%	82.6%	75.7%	84.8%
	HAMLET	57.1%	85.7%	85.7%	76.9%
	HERLEV	82.6%	84.9%	80.1%	90.1%
	HØRSBOLM	69.1%	72.6%	76.9%	.
	RINGSTED	77.1%	85.3%	89.1%	89.7%
	SVENDBORG	72.7%	.	.	.
	ODENSE	91.7%	79.0%	84.9%	86.4%
	AABENRAA	84.1%	91.0%	90.7%	92.1%
	ESBJERG	75.0%	84.5%	80.8%	85.4%
	VEJLE	86.5%	83.8%	80.5%	92.0%
	MØLHOLM	84.6%	88.9%	91.7%	84.2%
	HOLSTEBRO	65.4%	77.1%	69.8%	87.5%
	HERNING	90.0%	83.3%	100.0%	100.0%
	ÅRHUS	66.7%	72.2%	72.5%	80.5%
	RANDERS	68.8%	79.6%	81.3%	86.4%
	MAMMAKLINIK	100.0%	54.5%	71.4%	83.3%
	AROS privhosp	.	.	80.0%	80.0%
	VIBORG	60.6%	72.4%	76.9%	87.5%
	AALBORG	50.6%	67.4%	66.1%	67.4%
	HJØRRING	68.0%	84.2%	91.1%	89.2%

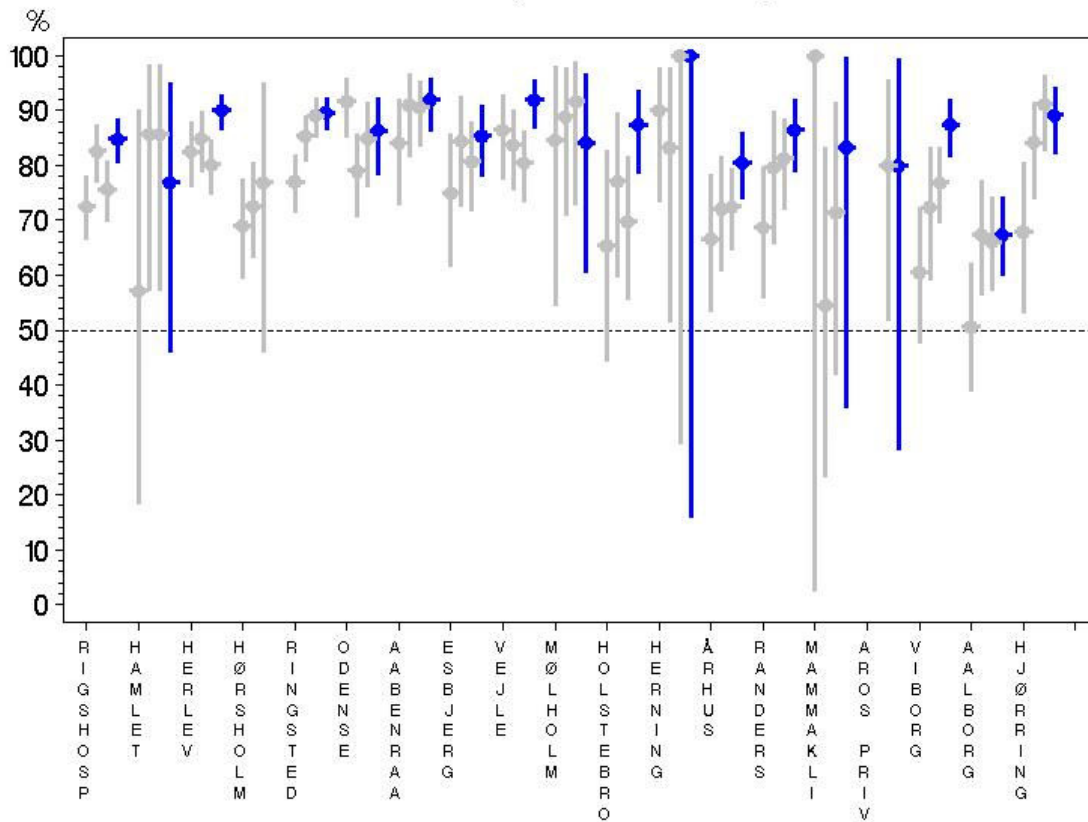
Indikatorværdi for Brystbevarende operation		2006	2007	2008	2009
		%	%	%	%
t2	RIGSHOSPITALET	32.1%	37.0%	36.0%	38.0%
	HAMLET	28.6%	50.0%	54.5%	50.0%
	HERLEV	53.3%	48.8%	52.1%	48.6%
	HØRSHOLM	43.7%	38.6%	60.9%	.
	RINGSTED	45.0%	47.8%	64.3%	51.6%
	SVENDBORG	30.8%	.	.	.
	ODENSE	38.6%	33.3%	35.3%	59.2%
	AABENRAA	48.1%	49.0%	41.9%	46.7%
	ESBJERG	51.4%	37.8%	54.0%	50.0%
	VEJLE	69.0%	65.9%	58.0%	68.2%
	MØLHOLM	65.0%	80.0%	50.0%	63.6%
	HOLSTEBRO	40.0%	54.3%	46.7%	50.0%
	HERNING	59.4%	50.0%	66.7%	.
	ÅRHUS	31.7%	28.6%	40.2%	33.3%
	RANDERS	46.6%	74.2%	73.0%	71.3%
	MAMMAKLINIK	.	80.0%	83.3%	50.0%
	AROS privhosp	.	.	37.5%	60.0%
	VIBORG	38.1%	29.2%	40.0%	62.1%
AALBORG	16.7%	31.6%	37.1%	35.5%	
HJØRRING	40.0%	48.8%	31.1%	40.0%	
Alle		63.6%	67.7%	69.8%	76.1%

Tumordiameter 0-20 mm (T1)



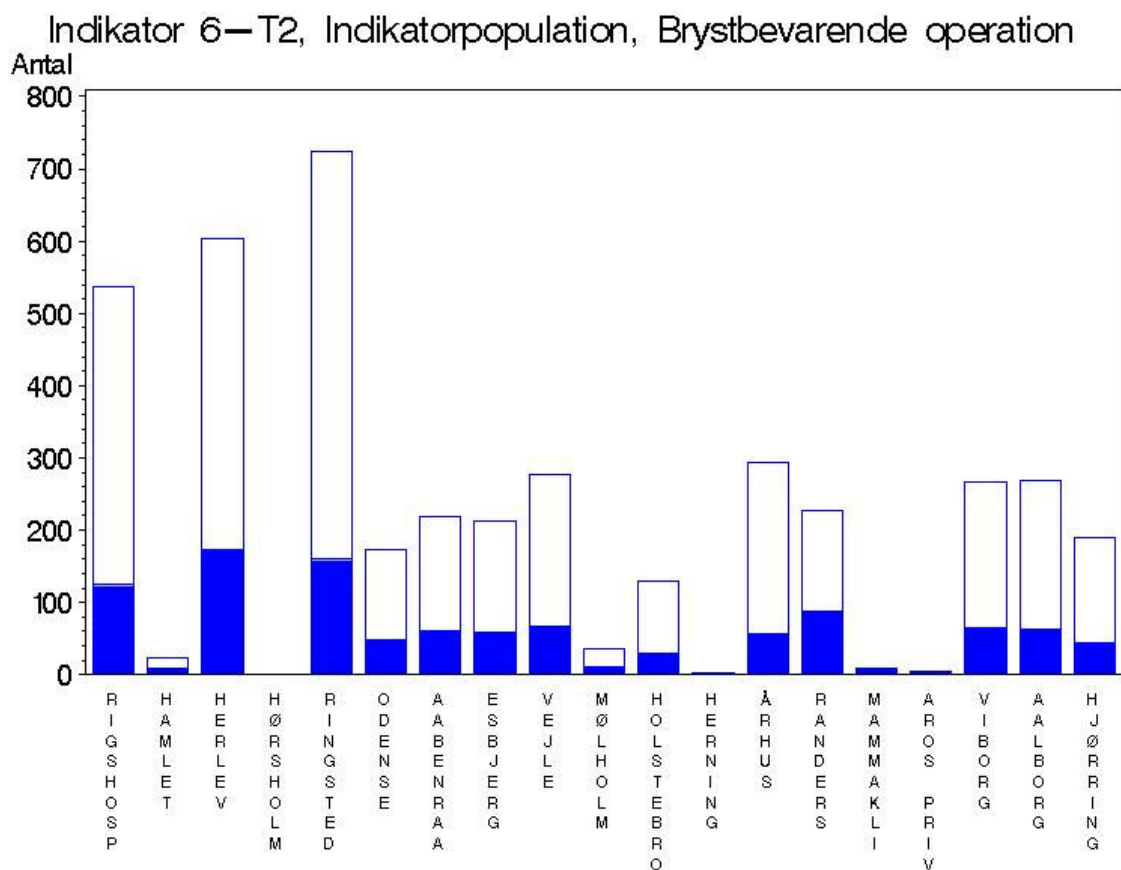
Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 63 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 6-T1.

Indikator 6—T1: Brystbevarende operation



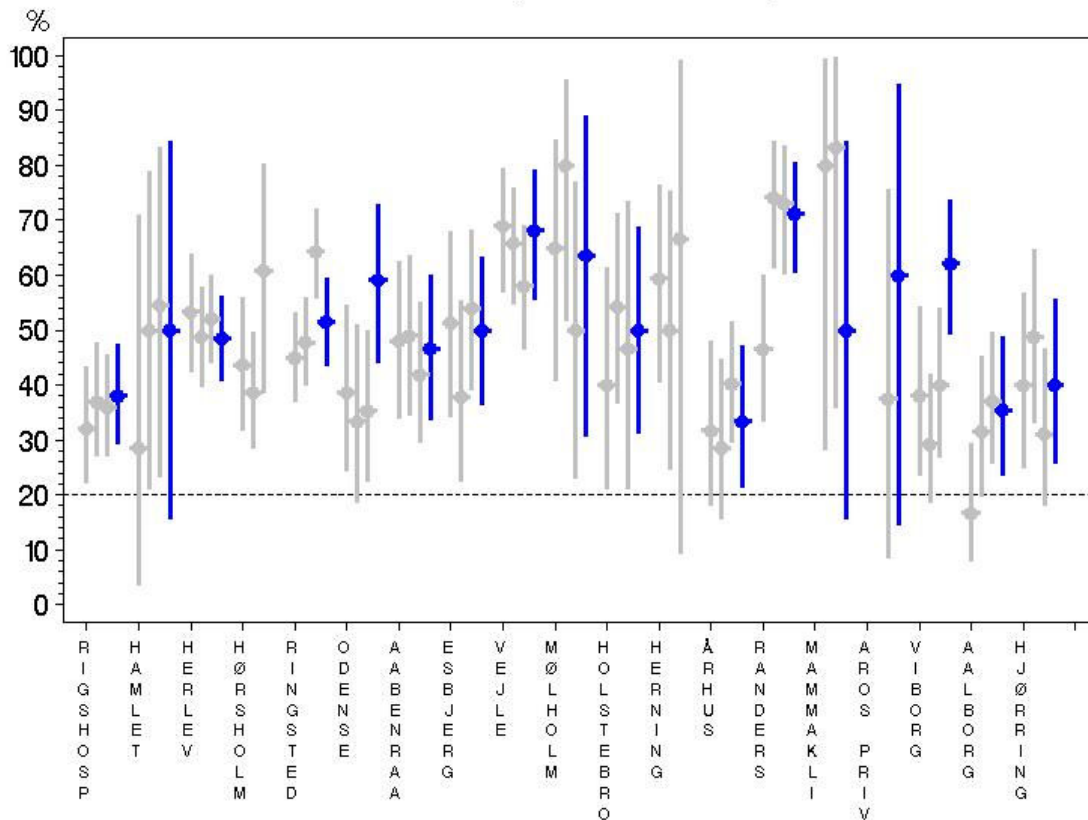
Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdi: > 50 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Tumordiameter 21-50 mm (T2)



Antal patienter per afdeling: indikator bestemt (blå signatur), indikator ikke oplyst (lyseblå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). 26 % af patienterne er medtaget i beregningen af Indikator 6-T2.

Indikator 6—T2: Brystbevarende operation



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdi: > 20 % (stiplet linie) uafhængig af mammografiscreening.

Kommentar

Indikatorværdien ligger på 76% for alle patienter i indikatorpopulationen (86% for T1-tumorer og 51% for T2-tumorer). Dette er langt over de referenceværdier, der er anført. Værdien har generelt været stigende for stort set alle brystkirurgiske afsnit for de små tumors vedkommende, mens billedet ikke er helt så klart for de større tumors vedkommende. Det springer dog i øjnene, at der for nogen afdelingers vedkommende er tale om store forskelle fra foregående år, og det peger på, at der er sket en ændring i de lokale retningslinier. Isoleret set må landsresultatet betragtes som tilfredsstillende, men styregruppen er dog af den opfattelse, at en nøjere vurdering af indikatoren er påkrævet.

Den debat, der i forlængelse af 2008 rapporten opstod om de forskelle, der er imellem de enkelte brystkirurgiske afdelinger hvad angår andelen af patienter, der får brystbevarende operation, har bragt fokus på, at kvalitet på dette område ikke er en entydig størrelse. Generelt er det målsætningen, at så mange patienter som muligt skal tilbydes brystbevarende operation, og det var årsagen til, at indikatoren blev inddraget i indikatorsættet i Indikatorrapporten. Imidlertid var situationen en helt anden på

daværende tidspunkt. Andelen af brystbevarende indgreb i Danmark var under det internationale niveau, og der var et stærkt ønske om at det skulle forbedres. Udviklingen på dette område har imidlertid været stærkere end forudset, og i løbet af de seneste år er vi i Danmark kommet op på et niveau, der ikke adskiller sig fra standarden på toneangivende udenlandske centre. Indikatoren har derfor ikke helt samme relevans, og det kan diskuteres, om den længere har sin berettigelse. Skal man overordnet vurdere kvalitet i forbindelse med lokoregionær behandling af brystkræft, anses det i sig selv for en kvalitet, at der udføres brystbevarende operation under forudsætning af, at der opnås kirurgisk radikalitet, men når kvaliteten skal vurderes, så er det også væsentligt at inddrage det kosmetiske resultat. Det sker ikke som det er nu, og der er ikke registreringer om dette i DBCG's register eller andre registre, der tillader evaluering på dette område. Uden det er det vanskeligt at forholde sig til forskelle i praksis på dette område. Styregruppen finder det derfor meget vigtigt, at fortsat anvendelse af denne indikator tages op til revurdering, og at det også overvejes, hvordan kosmetiske forhold kan inddrages i vurderingen. Det bestyrkes yderligere af, at alt taler for, at onkoplastisk kirurgi i de kommende år i stigende grad vil vinde indpas på området. Komorbiditet og alder er andre faktorer, der skal inddrages i de kommende overvejelser.

Indikator 7: Brystkræftpatienter, der indberettes til DBCG register

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder der får stillet diagnosen invasiv brystkræft ved en behandlingsenhed.

Formål: At belyse overensstemmelsen mellem indberetning af brystkræftpatienter til DBCG og til Cancerregisteret, Landspatientregistret og Patologidatabanken.

Beregningen af indikatoren foretages ved hjælp af en samkøring mellem DBCG databasen og Patologidatabanken (Patobank). Patientpopulationen bestemmes som patienter der er registreret i DBCG og/eller Patobank (foreningsmængden). Indikatorpopulationen omfatter alle patienter registreret med brystkræftdiagnoser i Patologidatabanken i 2009 og alle patienter i DBCG opereret i 2009. Der er altså ikke lavet en indskrænkning af patientmaterialet som ved de foregående indikatorer. Der er dog foretaget en oprensning for at fjerne de patienter, der tidligere er registreret med en brystkræftdiagnose i DBCG. Dette er nødvendigt da Patobank alene registrerer kontaktdiagnoser og man derfor ikke ud fra et udtræk kan afgøre om en patient har primær brystkræft, recidiv eller en ny sekundær brystkræft.

Indikatorpopulationen for 2009 indeholder 5481 patienter hvoraf 655 (12,0 %) ikke er i Patobank og 431(7,9 %) ikke er i DBCG. 4395 patienter (80,2 %) er registreret i begge registre.

Patienter registeret i DBCG og/eller Patologidatabanken i 2006-2009.

Antal patienter i Patobank og/eller DBCG 2006-2009		Patobank		Alle
		Nej	Ja	
		N	N	N
	DBCG			
2006	Nej	.	105	105
	Ja	290	3433	3723
2007	Nej	.	123	123
	Ja	229	3516	3745
2008	Nej	.	179	179
	Ja	262	4011	4273
2009	Nej	.	431	431
	Ja	655	4395	5050
2010	Ja	.	6	6
Alle		1436	16199	17635

Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2006-2009. Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Patobank, der også er registreret i DBCG 2006-2009	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
2006	105	(3.0)	3433	(97.0)	3538
2007	123	(3.4)	3516	(96.6)	3639
2008	179	(4.3)	4011	(95.7)	4190
2009	431	(8.9)	4395	(91.1)	4826
2010	.	.	6	100.0)	6

Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2009 efter alder.
 Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

Antal patienter i Patobank/DBGC vs alder 2009	Indikator 7				Alle N
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	
<=25 år	.	.	2	100.0)	2
25-34 år	4	(11.8)	30	(88.2)	34
35-44 år	35	(12.5)	246	(87.5)	281
45-54 år	72	(8.4)	784	(91.6)	856
55-64 år	138	(8.2)	1548	(91.8)	1686
65-74 år	105	(7.9)	1227	(92.1)	1332
75-84 år	56	(11.0)	452	(89.0)	508
85 + år	21	(16.5)	106	(83.5)	127
Alle	431	(8.9)	4395	(91.1)	4826

Indikator 7: Kompletthed af indberetningerne til DBCG i 2009 efter afdeling.
Indikatorværdien svarer til andel i DBCG.

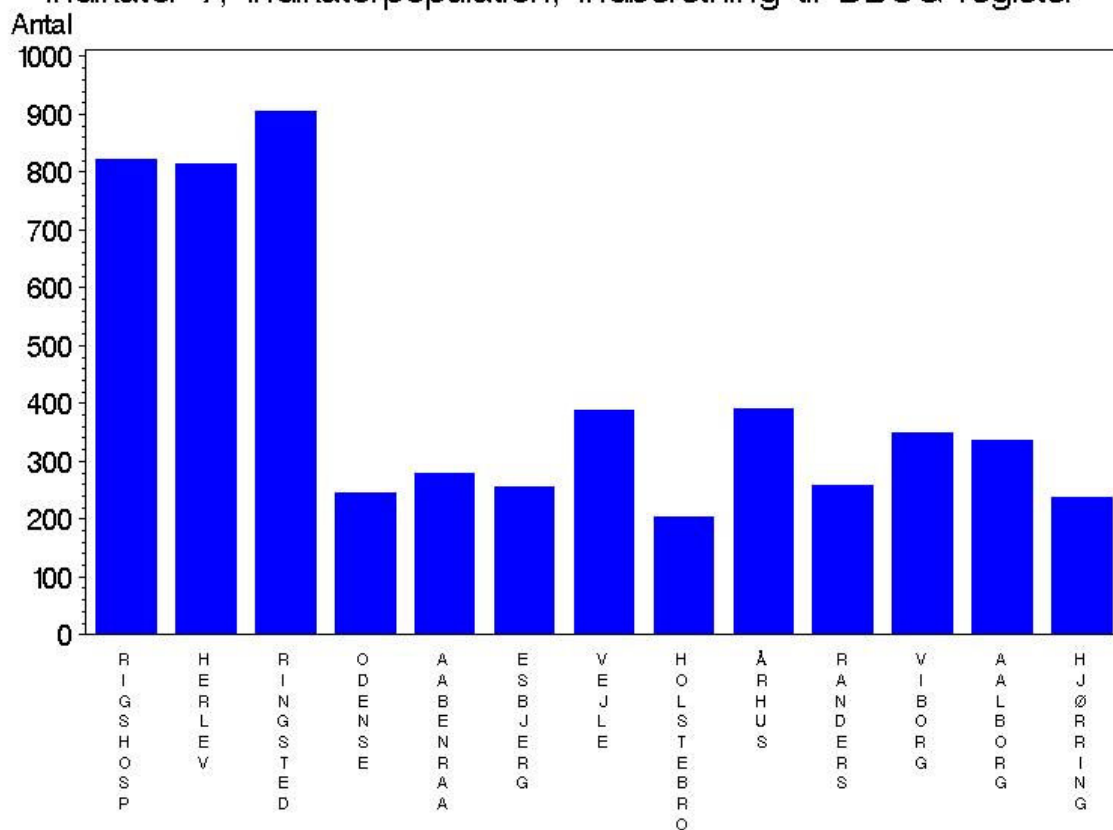
Antal patienter i Patobank/DBCG 2009	Indikator 7				Alle
	Ikke i DBCG		I DBCG		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	116	(16.3)	597	(83.7)	713
HERLEV	96	(13.2)	632	(86.8)	728
RINGSTED	28	(3.8)	708	(96.2)	736
ODENSE	23	(10.5)	196	(89.5)	219
AABENRAA	12	(4.7)	241	(95.3)	253
ESBJERG	2	(0.9)	226	(99.1)	228
VEJLE	28	(7.9)	326	(92.1)	354
HOLSTEBRO	37	(19.6)	152	(80.4)	189
ÅRHUS	11	(3.4)	315	(96.6)	326
RANDERS	7	(3.2)	212	(96.8)	219
VIBORG	44	(12.8)	300	(87.2)	344
AALBORG	7	(2.4)	287	(97.6)	294
HJØRRING	20	(9.0)	203	(91.0)	223
Alle	431	(8.9)	4395	(91.1)	4826

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

Indikator 7: Indikatorværdi per afdeling i perioden 2006-2009.

Antal patienter i Patobank/DBCG pr afdeling 2006-2009	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	93	95	96	84
HERLEV	98	99	99	87
HØRSHOLM	99	96	95	.
ROSKILDE	98	100	.	.
RINGSTED	99	96	93	96
ODENSE	98	98	99	89
AABENRAA	95	96	91	95
ESBJERG	100	99	99	99
VEJLE	96	98	97	92
HOLSTEBRO	93	89	92	80
ÅRHUS	95	96	99	97
RANDERS	98	96	90	97
VIBORG	99	99	94	87
AALBORG	99	100	98	98
HJØRRING	99	96	93	91
Alle	97	97	96	91

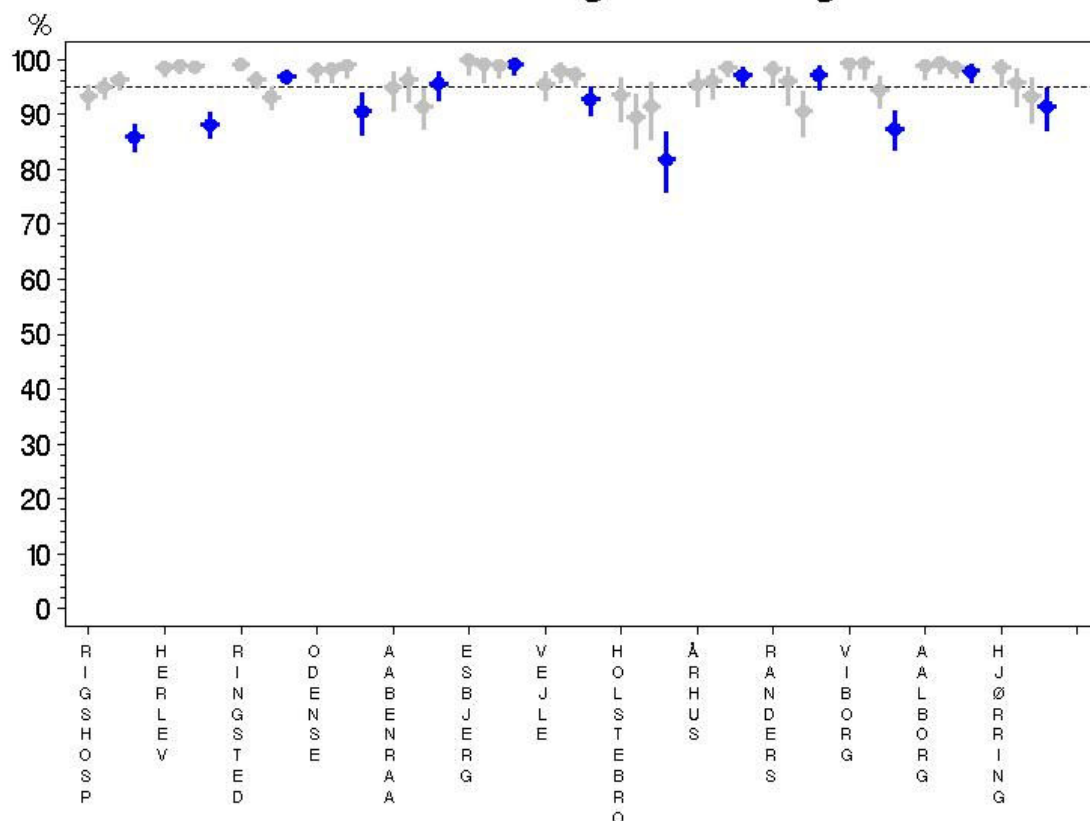
Indikator 7, Indikatorpopulation, Indberetning til DBCG register



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

I de fleste tilfælde er det patologiafdelingen og den kirurgiske afdeling fra samme sygehus, der behandler en patient, men det gælder ikke altid, end ikke således at afdelingerne ligger i samme område. Der er derfor ikke nogen entydig sammenhæng mellem hvilken patologiafdeling, der indberetter til Patobank og hvilken kirurgisk afdeling, der indberetter til DBCG. For de 431 patienter, der mangler i DBCG, har vi på trods af dette foretaget det bedst mulige gæt på kirurgisk afdeling ud fra geografisk nærhed.

Indikator 7: Indberetning til DBCG register



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2006-2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie).

Kommentar

Det, der falder mest i øjnene i forhold til denne indikator, er, at der er ret udtalt latens for indberetning for nogle centres vedkommende. Overordnet er det kun 91% af de patienter, der er registreret i Patobanken med diagnose i 2009, der findes i DBCG's register per. 1. april 2010. Det er isoleret set ikke tilfredsstillende, men ser man tilbage på de foregående år, så er det tydeligt, at der er sket en væsentlig efterindberetning, og hvor der oprindeligt var en indikatorværdi på 91% og 89% for 2006 og 2007 i sidste års rapport, så er man nu kommet op på 97% registrering for disse år. Man kan kun gisne om, at årsrapporten for 2008 har været medvirkende årsag til denne udvikling, men det er nærliggende at tro, at det har været tilfældet.

Det fremgår, at det specielt er de gamle patienter, der ikke indberettes, eller i hvert fald indberettes med en hvis latenstid. Der er dog også meget stor variation afdelingerne imellem, og generelt er der en negativ udvikling ved halvdelen af de indberettende offentlige centre, mens der ved de resterende synes at være et stabilt højt niveau. Dette bør føre til overvejelser om praksis for indberetning ved de afdelinger, hvor indikatorværdien er faldet til under acceptabelt niveau (95%).

Det er styregruppens opfattelse, at problemet er specielt udtalt for gamle patienter, der ikke opereres pga. komorbiditet, og specielt for den gruppe skal det indskærpes, at der strammes op om indberetningspraksis. Samtidig bør der også være fokus på årsager til, at patienter ikke er blevet indberettet til Patobanken. Det gælder for en ikke ubetydelig del af de patienter, der er indberettet til DBCG i 2009 (13%), men også for en for stor andel af patienter, der er opereret i de foregående år (6-8%).

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

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

Standard: Der er ikke fastsat nogen standardværdi. Dette skyldes at allokering til adjuverende behandling afhænger af patientpræference, praksis for patientinformation og regionsbestemte økonomiske vilkår.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år med højrisiko-brystkræft i henhold til DBCG's gældende retningslinier 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

Forbehold: Patienter for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Disse patienter henføres til den samarbejdende onkologiske afdeling.

Indikatorpopulationen er indskrænket til patienter i højrisikogruppen. Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006-2008, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Disse kriterier opfyldes af 4799 patienter, men af dem er 397 ikke i protokol og 49 behandles efter lavrisiko-protokollen, hvilket betyder at de allerede fra starten ikke får den anbefalede behandling og ikke følges med indberetning af medicinsk behandling. De udelades og indikatorpopulationen består herefter af 7286 patienter.

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

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højriskogruppen efter årstal for operation og protokol.

Højrisko-patienter indberetning af flow vs protokol		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
	protokol					
2006	B yngre*, R+/?	117	(23.1)	389	(76.9)	506
	C ældre*, R+/?	336	(27.5)	885	(72.5)	1221
	D, R-	133	(34.2)	256	(65.8)	389
2007	B yngre*, R+/?	189	(20.9)	714	(79.1)	903
	C ældre*, R+/?	342	(35.6)	620	(64.4)	962
	D, R-	171	(33.5)	339	(66.5)	510
2008	B yngre*, R+/?	517	(49.3)	532	(50.7)	1049
	C ældre*, R+/?	592	(50.8)	573	(49.2)	1165
	D, R-	328	(56.5)	253	(43.5)	581
Alle		2725	(37.4)	4561	(62.6)	7286

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

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højriskogruppen efter årstal for operation og behandlende afdeling.

Højrisko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2006	RIGSHOSPITALET	51	(21.3)	189	(78.8)	240
	HERLEV	44	(18.6)	192	(81.4)	236
	HILLERØD	32	(20.0)	128	(80.0)	160
	ROSKILDE*	.	.	119	(100.0)	119
	RINGSTED*	174	(96.7)	6	(3.3)	180
	NÆSTVED*	4	(5.7)	66	(94.3)	70
	RØNNE	1	(5.6)	17	(94.4)	18
	ODENSE	89	(50.0)	89	(50.0)	178
	SØNDERBORG	14	(15.7)	75	(84.3)	89
	ESBJERG	41	(51.9)	38	(48.1)	79
	VEJLE	44	(27.7)	115	(72.3)	159
	HERNING	18	(18.8)	78	(81.3)	96
	ÅRHUS	18	(8.9)	185	(91.1)	203
	VIBORG	17	(20.2)	67	(79.8)	84
AALBORG	39	(18.9)	167	(81.1)	206	

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2007	RIGSHOSPITALET	74	(29.7)	175	(70.3)	249
	HERLEV	73	(24.7)	223	(75.3)	296
	HILLERØD	39	(20.9)	148	(79.1)	187
	ROSKILDE*	1	(1.1)	87	(98.9)	88
	RINGSTED*	182	(90.5)	19	(9.5)	201
	NÆSTVED*	5	(5.6)	84	(94.4)	89
	RØNNE	.	.	24	(100.0)	24
	ODENSE	71	(44.1)	90	(55.9)	161
	SØNDERBORG	22	(23.7)	71	(76.3)	93
	ESBJERG	34	(36.2)	60	(63.8)	94
	VEJLE	64	(33.3)	128	(66.7)	192
	HERNING	15	(15.0)	85	(85.0)	100
	ÅRHUS	41	(16.3)	210	(83.7)	251
	VIBORG	26	(23.9)	83	(76.1)	109
	AALBORG	55	(22.8)	186	(77.2)	241

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr afdeling		Registrering af medicinsk behandling				Alle
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
2008	RIGSHOSPITALET	175	(59.1)	121	(40.9)	296
	HERLEV	171	(43.0)	227	(57.0)	398
	HILLERØD	5	(5.4)	88	(94.6)	93
	ROSKILDE*	3	(7.7)	36	(92.3)	39
	RINGSTED*	282	(93.1)	21	(6.9)	303
	NÆSTVED*	12	(24.0)	38	(76.0)	50
	RØNNE	1	(11.1)	8	(88.9)	9
	ODENSE	105	(62.5)	63	(37.5)	168
	SØNDERBORG	68	(49.3)	70	(50.7)	138
	ESBJERG	89	(69.0)	40	(31.0)	129
	VEJLE	173	(66.3)	88	(33.7)	261
	HERNING	13	(14.4)	77	(85.6)	90
	ÅRHUS	130	(34.2)	250	(65.8)	380
	VIBORG	82	(52.9)	73	(47.1)	155
	AALBORG	128	(44.8)	158	(55.2)	286
Alle		2725	(37.4)	4562	(62.6)	7287

* For patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan det ikke afgøres om den samarbejdende onkologiske afdeling er Roskilde eller Næstved. Disse patienter er derfor henført til fiktiv Onkologisk afdeling benævnt 'Ringsted'.

Registrering af medicinsk behandling for patienter i højrisikogruppen efter årstal for operation og aldersgruppe.

Højrisiko-patienter indberetning af flow pr alder		Registrering af medicinsk behandling				Alle N
		Nej		Ja		
		N	%	N	%	N
	alder					
2006	<=34 år	15	(30.6)	34	(69.4)	49
	35-39 år	26	(34.7)	49	(65.3)	75
	40-49 år	101	(25.6)	293	(74.4)	394
	50-59 år	197	(30.9)	441	(69.1)	638
	60-69 år	193	(26.2)	543	(73.8)	736
	70-74 år	46	(23.2)	152	(76.8)	198
	75 + år	8	(29.6)	19	(70.4)	27
2007	<=34 år	13	(25.0)	39	(75.0)	52
	35-39 år	23	(27.1)	62	(72.9)	85
	40-49 år	97	(22.2)	339	(77.8)	436
	50-59 år	154	(23.2)	511	(76.8)	665
	60-69 år	283	(34.8)	530	(65.2)	813
	70-74 år	108	(39.3)	167	(60.7)	275
	75 + år	24	(49.0)	25	(51.0)	49
2008	<=34 år	37	(57.8)	27	(42.2)	64
	35-39 år	51	(54.8)	42	(45.2)	93
	40-49 år	206	(46.9)	233	(53.1)	439
	50-59 år	389	(50.5)	381	(49.5)	770
	60-69 år	550	(51.0)	528	(49.0)	1078
	70-74 år	174	(57.8)	127	(42.2)	301
	75 + år	30	(60.0)	20	(40.0)	50
Alle		2725	(37.4)	4562	(62.6)	7287

Indikator 8: Indikatorværdi for operationsår 2006-2008 efter protokol.

Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højrisikogruppe vs protokol		Indikator 8				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
	protokol					
2006	B yngre*, R+/?	21	(5.3)	374	(94.7)	395
	C ældre*, R+/?	33	(3.7)	865	(96.3)	898
	D, R-	81	(31.6)	175	(68.4)	256
2007	B yngre*, R+/?	10	(1.4)	720	(98.6)	730
	C ældre*, R+/?	59	(9.2)	582	(90.8)	641
	D, R-	28	(8.3)	311	(91.7)	339
2008	B yngre*, R+/?	20	(3.4)	571	(96.6)	591
	C ældre*, R+/?	37	(6.3)	555	(93.8)	592
	D, R-	20	(7.9)	233	(92.1)	253
Alle		309	(6.6)	4386	(93.4)	4695

*: Indtil 2007 markerede menopausen overgangen imellem den yngre og den ældre aldersgruppe.

Fra 2007 tilhører patienter op til 59 år den yngre aldersgruppe og patienter på 60 år eller ældre den ældre gruppe.

Indikator 8: Indikatorværdi efter alder for operationsår 2006-2008. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

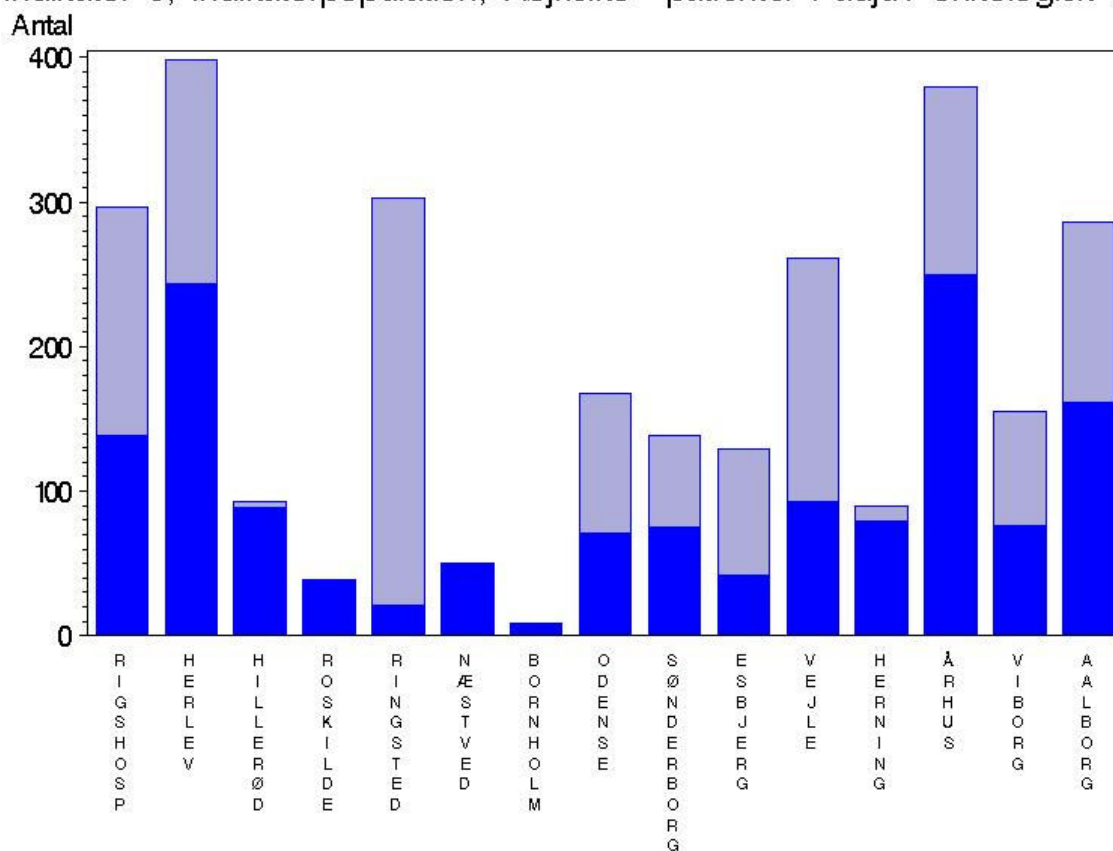
Allokering for højrisikogruppe vs alder		Indikator 8				Alle N
		Ej opfyldt		Opfyldt		
		N	%	N	%	
	alder					
2006	<=34 år	9	(26.5)	25	(73.5)	34
	35-39 år	6	(12.0)	44	(88.0)	50
	40-49 år	25	(8.4)	272	(91.6)	297
	50-59 år	55	(12.3)	392	(87.7)	447
	60-69 år	36	(6.6)	513	(93.4)	549
	70-74 år	4	(2.6)	149	(97.4)	153
	75 + år	1	(5.0)	19	(95.0)	20
2007	<=34 år	.	.	39	(100.0)	39
	35-39 år	2	(3.2)	61	(96.8)	63
	40-49 år	9	(2.6)	337	(97.4)	346
	50-59 år	24	(4.6)	497	(95.4)	521
	60-69 år	47	(8.6)	499	(91.4)	546
	70-74 år	14	(8.3)	155	(91.7)	169
	75 + år	1	(3.8)	25	(96.2)	26
2008	<=34 år	1	(3.1)	31	(96.9)	32
	35-39 år	.	.	46	(100.0)	46
	40-49 år	9	(3.6)	244	(96.4)	253
	50-59 år	21	(5.1)	390	(94.9)	411
	60-69 år	39	(7.2)	502	(92.8)	541
	70-74 år	7	(5.3)	125	(94.7)	132
	75 + år	.	.	21	(100.0)	21
Alle		310	(6.6)	4386	(93.4)	4696

Indikator 8: Indikatorværdi per onkologisk afdeling for operationsår 2006-2008.
 Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Uoplyste værdier er udeladt ved beregningen af indikatorværdien.

Allokering for højrisikogruppen vs onkologiske afd. aktive i 2008	Indikator 8				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
RIGSHOSPITALET	47	(9.3)	460	(90.7)	507
HERLEV	25	(3.8)	640	(96.2)	665
HILLERØD	18	(4.9)	352	(95.1)	370
ROSKILDE*	16	(6.5)	230	(93.5)	246
RINGSTED*	16	(34.0)	31	(66.0)	47
NÆSTVED*	8	(3.8)	201	(96.2)	209
RØNNE	5	(10.0)	45	(90.0)	50
ODENSE	18	(7.1)	237	(92.9)	255
SØNDERBORG	11	(5.0)	211	(95.0)	222
ESBJERG	9	(6.1)	138	(93.9)	147
VEJLE	18	(5.2)	328	(94.8)	346
HERNING	15	(6.2)	227	(93.8)	242
ÅRHUS	51	(7.9)	596	(92.1)	647
VIBORG	24	(10.5)	204	(89.5)	228
AALBORG	29	(5.6)	486	(94.4)	515
Alle	310	(6.6)	4386	(93.4)	4696

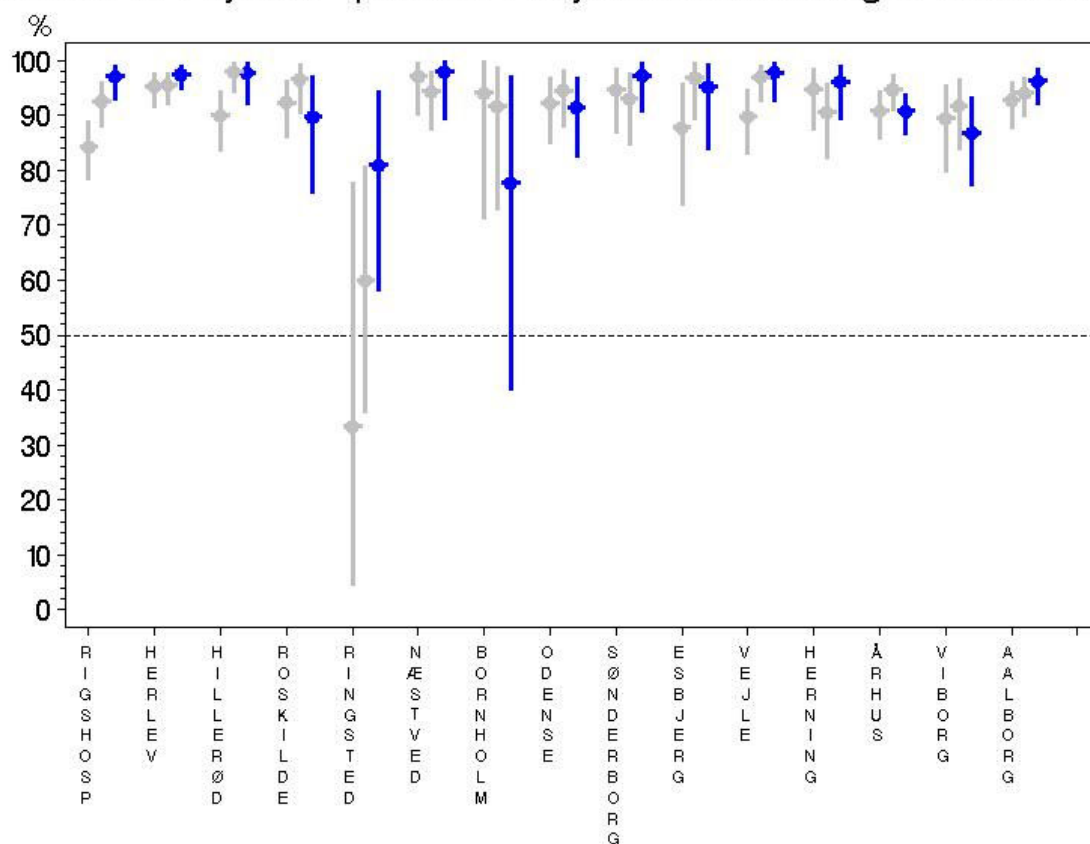
* For patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning kan det ikke afgøres om den samarbejdende onkologiske afdeling er Roskilde eller Næstved. Disse patienter er derfor henført til fiktiv Onkologisk afdeling benævnt 'Ringsted'.

Indikator 8, Indikatorpopulation, Højrisiko—patienter i adjuv onkologisk behl



Antal patienter per onkologisk afdeling med operationsår 2008: indikator bestemt (blå signatur) og indikator ikke oplyst (lyseblå signatur). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006-2008, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling. Bemærk at patienter opereret i Ringsted og for hvilke der ikke er modtaget flow-indberetning henføres til en fiktiv onkologisk afdeling 'Ringsted'.

Indikator 8: Højrisiko-patienter i adjuverende onkologisk behandling



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per onkologisk afdeling for patienter med operationsår 2006-2007 (grå signatur) og patienter med operationsår 2008 (blå signatur). Den stiplede linie angiver 50 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Indikatoren er bestemt for patienter opereret i 2006-2008, fordi der er forsinkelse på registrering af medicinsk behandling.

Kommentar

Som det også var tilfældet i forrige årsrapport, fremgår det af rapporten for 2009, at de patienter tilhørende højrisikogruppen, der er indberettet til databasen, i stor udstrækning (svarende til 93%) får adjuverende behandling jf. de gældende retningslinier. Det anses for umiddelbart tilfredsstillende, men som det også blev fremhævet sidste år, så er andelen af patienter, der er indberettet, alt for lavt. Selvom det vides, at der er nogen delay i systemet specielt på disse indberetninger, så må det betegnes som helt uacceptabelt, at der på nuværende tidspunkt kun foreligger oplysninger om hvilken onkologisk behandling, der er givet hos 63% af de patienter, der er opereret og indberettet fra de brystkirurgiske afsnit og patologiafdelingerne i perioden 2006-2008, og isoleret er der kun indberetning på 49% for 2008.

Problemet blev fremhævet i årsrapporten for 2008 og der var tiltro til, at den elektroniske indberetning, der blev tilgængelig per 1. juli 2009 ville medføre et bedre resultat, men det har tilsyneladende ikke været tilfældet og har ikke ført til ændret praksis ved de onkologiske afdelinger. Problemet synes tværtimod at være blevet

større. Styregruppen vil opfordre til, at dette problem tages op til grundig drøftelse i de regionale audits, der forventes af følge efter denne rapport. Det er fra onkologisk side fremført, at der grundlæggende ikke er tilstrækkelige ressourcer til at løse denne opgave i øjeblikket, og at der ikke er udsigt til at det bedres. Det er derfor meget vigtigt, at der meldes tilbage til sygehusledelser og regionernes sundhedsforvaltninger, at dette er et påtrængende område. De 11 indikatorer på brystkræftområdet, herunder indikator 8, udgør en væsentlig bestanddel af det kommende akkrediteringsgrundlag, og man må imødesee, at et resultat som det foreliggende vil give store problemer for flere afdelinger i denne proces.

Styregruppen har fundet det relevant at henlede opmærksomheden på forholdene i Region Sjælland. Der er der to onkologiske afdelinger, der henvises til fra den kirurgiske afdeling i Ringsted, men da det ikke er muligt at bestemme hvilken afdeling, der er henvist til i det konkrete tilfælde, er patienter, hvor der ikke foreligger indberetning på, i rapporten anført som tilhørende Ringsted. Det giver anledning til åbenbart misvisende data. Konstrueres i stedet en "virtuel onkologisk afdeling" for Region Sjælland og sættes indberetningerne i forhold til denne afdeling (i princippet afdelingerne i Roskilde og Næstved), så foreligger der for årene 2006, 2007 og 2008 kun indberetning om onkologisk behandling for henholdsvis 52%, 50% og 24%.

Indikator 9: Brystkræftpatienter, der gennemfører DBCG kontrolprogram

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 95 %.

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år allokert til behandlingsregime i henhold til DBCG's gældende retningslinier for risikoallokering.

Formål: Ved lav deltagelse i DBCG's kontrolprogram 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 flow-indberetning kan ikke med sikkerhed knyttes til en onkologisk afdeling. Disse patienter henføres til den samarbejdende onkologiske afdeling.

Til denne indikator er der medtaget patienter, der er opereret fra 2000 til 2009, idet det handler om 10 års follow-up. Beregningen af indikatoren deles i høj- og lavrisikopatienter. Indikatoren opgøres kun for patienter der efter guidelines burde være i kontrol. Hvor en indberettende afdeling ikke er kendt eller den oprindeligt indberettende afdeling er ophørt med behandling er patienterne henført til den samarbejdende eller nærmeste afdeling som har været aktiv i perioden 2006-2009 (tabel 4). Højrisikopatienter opereret i Ringsted bliver nu fulgt på onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. De er dog registreret for Ringsted hvis den aktuelle onkologiske afdeling endnu ikke er kendt i DBCG som følge af manglende flow-indberetning. Der er højrisikopatienter som er fulgt i Ringsted, dette gælder bl.a. for patienter der ifølge guidelines skulle behandles i protokol D men p.gr.a. høj alder eller komorbiditet følger protokol A.

Definitionen på at en patient har gennemført kontrolprogrammet er at der er regelmæssige kontrolbesøg indtil et event opstår (recidiv, anden malign sygdom eller død som første event) eller indtil patienten afslutter 10 års kontrol uden event. Kontrolprogrammet regnes ikke for gennemført hvis der er gået mere end 1 år og 3 måneder siden sidste kontrolbesøg og patienten burde være under kontrol, eller hvis

patienten dør, og hun inden da ikke er set i mere 1 år og 3 måneder. Hvis patienten aldrig har fået registreret et flowskema, og der er gået mere end ½ år efter operation, regnes det heller ikke som et fuldført kontrolforløb. Indikatoren kan ikke bestemmes hvis patienten dør indenfor ½ år efter operationen eller hvis patienten er opereret for mindre end ½ år siden. Det betyder at næsten halvdelen af 2009 falder ud af bedømmelsen.

De viste figurer inkluderer patienter opereret fra 2000 til 2008.

Højrisiko-patienter

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus behandlingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
B yngre*, R+/?	2227	(40.0)	3347	(60.0)	5574
C ældre*, R+/?	2816	(30.3)	6469	(69.7)	9285
D, R-	1800	(43.6)	2331	(56.4)	4131
Alle	6843	(36.0)	12147	(64.0)	18990

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

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
<=34 år	184	(43.4)	240	(56.6)	424
35-39 år	289	(39.1)	450	(60.9)	739
40-49 år	1367	(38.7)	2161	(61.3)	3528
50-59 år	2092	(34.5)	3966	(65.5)	6058
60-69 år	2214	(35.1)	4097	(64.9)	6311
70-74 år	591	(35.1)	1091	(64.9)	1682
75 + år	106	(42.7)	142	(57.3)	248
Alle	6843	(36.0)	12147	(64.0)	18990

Indikator 9: Højrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Høj				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
2000	428	(30.3)	985	(69.7)	1413
2001	483	(30.3)	1113	(69.7)	1596
2002	477	(25.5)	1395	(74.5)	1872
2003	483	(27.3)	1283	(72.7)	1766
2004	415	(23.3)	1365	(76.7)	1780
2005	682	(34.7)	1286	(65.3)	1968
2006	733	(37.0)	1249	(63.0)	1982
2007	1022	(43.4)	1331	(56.6)	2353
2008	1365	(49.0)	1419	(51.0)	2784
2009	755	(51.2)	721	(48.8)	1476
Alle	6843	(36.0)	12147	(64.0)	18990

Indikator 9: Højrisiko-patienter 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Højrisiko patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				Alle
	Høj				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	773	(35.7)	1390	(64.3)	2163
HERLEV	600	(29.2)	1452	(70.8)	2052
HILLERØD	338	(28.0)	870	(72.0)	1208
ROSKILDE*	427	(48.9)	446	(51.1)	873
RINGSTED*	923	(73.0)	342	(27.0)	1265
NÆSTVED*	255	(35.6)	461	(64.4)	716
RØNNE	19	(13.4)	123	(86.6)	142
ODENSE	913	(59.1)	632	(40.9)	1545
SØNDERBORG	238	(26.5)	661	(73.5)	899
ESBJERG	345	(42.8)	462	(57.2)	807
VEJLE	565	(35.0)	1049	(65.0)	1614
HERNING	123	(14.9)	701	(85.1)	824
ÅRHUS	508	(22.1)	1788	(77.9)	2296
VIBORG	263	(29.7)	622	(70.3)	885
AALBORG	553	(32.5)	1148	(67.5)	1701
Alle	6843	(36.0)	12147	(64.0)	18990

*: Indikator 9 vedrører indberetning af patienter i kontrolforløb. For ikke-indberettede patienter opereret i Ringsted kan det ikke afgøres om disse skal henføres til de onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. En del af de registrerede patienter skulle ifølge guidelines behandles i protokol D men følger p.gr.a. høj alder eller komorbiditet protokol A.

Indikatorværdi for indikator 9: Højrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 2000-2009.

Indikatorværdi: Gennemførelse af DBCG kontrolprogram	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	74%	76%	79%	75%	79%	54%	59%	54%	51%	36%
HERLEV	62%	66%	75%	60%	76%	78%	78%	69%	63%	79%
HILLERØD	58%	57%	63%	75%	80%	74%	74%	69%	91%	100%
ROSKILDE*	32%	39%	49%	35%	54%	52%	58%	55%	82%	100%
RINGSTED*	87%	88%	70%	81%	67%	21%	11%	10%	5%	4%
NÆSTVED*	52%	61%	69%	63%	61%	63%	74%	57%	81%	100%
RØNNE	90%	95%	100%	93%	82%	100%	81%	58%	100%	100%
ODENSE	39%	36%	39%	49%	68%	40%	34%	28%	33%	36%
SØNDERBORG	64%	87%	78%	81%	90%	89%	85%	68%	57%	37%
ESBJERG	80%	71%	71%	75%	71%	59%	50%	41%	28%	49%
VEJLE	76%	71%	88%	77%	74%	66%	59%	59%	37%	55%
HERNING	96%	95%	96%	94%	87%	82%	82%	74%	77%	69%
ÅRHUS	87%	83%	88%	90%	89%	78%	80%	70%	66%	69%
VIBORG	88%	85%	78%	78%	91%	76%	84%	64%	51%	35%
AALBORG	84%	84%	84%	81%	78%	79%	73%	65%	55%	33%
Alle	70%	70%	75%	73%	77%	65%	63%	57%	51%	49%

*: Indikator 9 vedrører indberetning af patienter i kontrolforløb. For ikke-indberettede patienter opereret i Ringsted kan det ikke afgøres om disse skal henføres til de onkologiske afdelinger i Roskilde eller Næstved. En del af de registrerede patienter skulle ifølge guidelines behandles i protokol D men følger p.gr.a. høj alder eller komorbiditet protokol A.

Lavrisiko-patienter

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus behandlingsprogram. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per protokol	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
A lavrisiko	1417	(31.1)	3143	(68.9)	4560
Alle	1417	(31.1)	3143	(68.9)	4560

Gennemførslen af DBCG kontrolprogram er lidt højere for lavrisikopatienterne end for højrisikopatienterne. For lavrisikopatienterne afhænger gennemførslen ikke af behandlingsprotokol.

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus aldersgruppe. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per aldersgruppe	Risikogruppe				Alle
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
<=34 år	.	.	2	(100.0)	2
35-39 år	34	(46.6)	39	(53.4)	73
40-49 år	154	(24.1)	485	(75.9)	639
50-59 år	437	(30.9)	976	(69.1)	1413
60-69 år	529	(30.1)	1227	(69.9)	1756
70-74 år	230	(37.4)	385	(62.6)	615
75 + år	33	(53.2)	29	(46.8)	62
Alle	1417	(31.1)	3143	(68.9)	4560

Indikator 9: Lavrisiko-patienter opereret 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram versus operationsår. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Gennemfører DBCG kontrolprogram per år	Risikogruppe				
	Lav				
	Indikator 9				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
2000	184	(43.5)	239	(56.5)	423
2001	140	(37.7)	231	(62.3)	371
2002	105	(29.6)	250	(70.4)	355
2003	135	(33.4)	269	(66.6)	404
2004	105	(26.6)	289	(73.4)	394
2005	94	(23.5)	306	(76.5)	400
2006	101	(21.6)	367	(78.4)	468
2007	155	(28.2)	395	(71.8)	550
2008	213	(30.8)	478	(69.2)	691
2009	185	(36.7)	319	(63.3)	504
Alle	1417	(31.1)	3143	(68.9)	4560

Indikator 9: Lavrisiko-patienter 2000-2009 der gennemfører DBCG kontrolprogram fordelt på afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

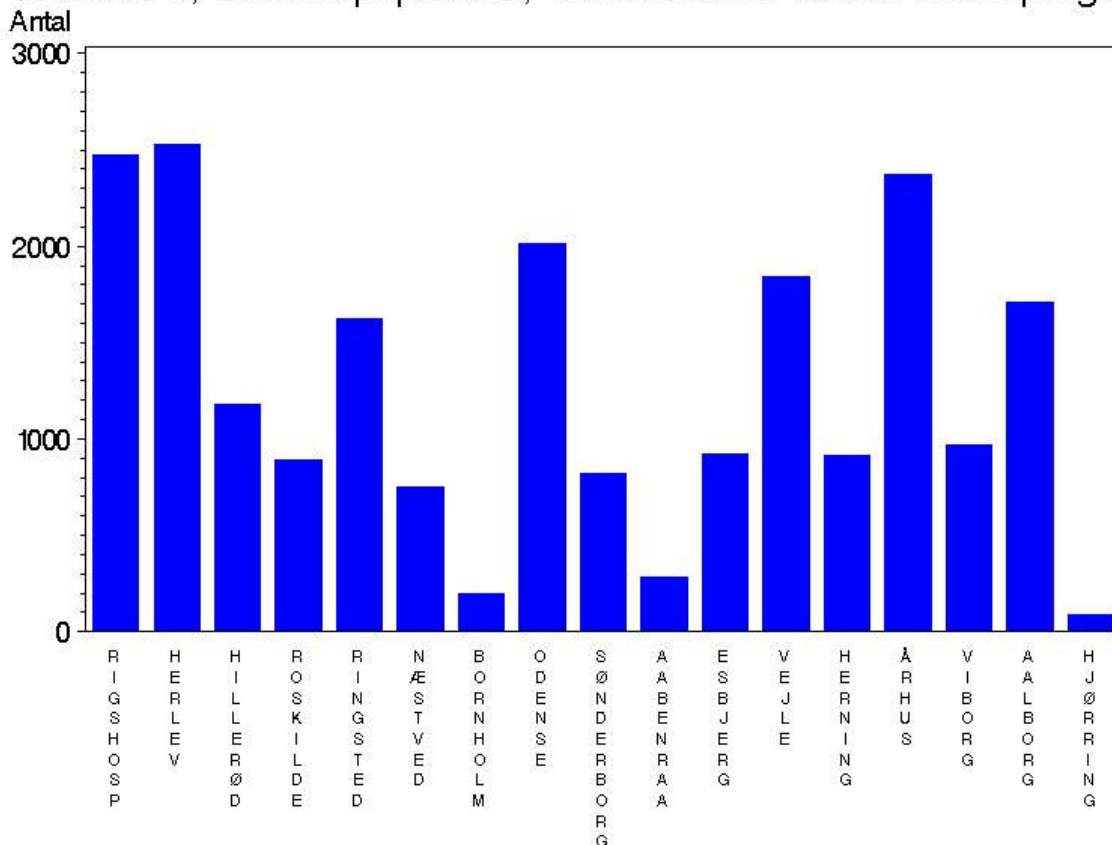
lavrisiko patienter gennemfører DBCG kontrolprogram per afdeling	Risikogruppe				Alle N
	Lav				
	Indikator 9				
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	205	(40.8)	298	(59.2)	503
HERLEV	341	(48.8)	358	(51.2)	699
ROSKILDE	21	(42.0)	29	(58.0)	50
RINGSTED	103	(16.2)	531	(83.8)	634
NÆSTVED	15	(36.6)	26	(63.4)	41
RØNNE	7	(11.7)	53	(88.3)	60
ODENSE	181	(33.4)	361	(66.6)	542
AABENRAA	64	(19.9)	257	(80.1)	321
ESBJERG	37	(17.5)	175	(82.5)	212
VEJLE	87	(25.1)	260	(74.9)	347
HERNING	15	(9.5)	143	(90.5)	158
ÅRHUS	166	(39.1)	259	(60.9)	425
VIBORG	40	(18.9)	172	(81.1)	212
AALBORG	95	(37.0)	162	(63.0)	257
HJØRRING	40	(40.4)	59	(59.6)	99
Alle	1417	(31.1)	3143	(68.9)	4560

Indikatorværdi for indikator 9: Lavrisiko-patienter efter afdeling og operationsår 2000-2009.

Indikatorværdi: Gennemførelse af DBCG kontrolprogram	2000	2001	2002	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009
	%	%	%	%	%	%	%	%	%	%
RIGSHOSPITALET	55%	51%	65%	68%	50%	64%	68%	64%	62%	37%
HERLEV	20%	38%	43%	48%	59%	56%	67%	49%	61%	85%
ROSKILDE	50%	33%	72%	56%	0%	50%	.	100%	100%	100%
RINGSTED	100%	90%	95%	82%	98%	90%	90%	83%	80%	58%
NÆSTVED	67%	63%	60%	44%	100%	100%	0%	100%	100%	100%
RØNNE	67%	67%	100%	87%	100%	71%	100%	100%	100%	.
ODENSE	46%	51%	72%	59%	70%	73%	72%	78%	78%	62%
AABENRAA	66%	80%	79%	74%	86%	100%	85%	96%	83%	74%
ESBJERG	74%	80%	71%	75%	83%	82%	100%	86%	87%	88%
VEJLE	69%	48%	61%	53%	43%	88%	81%	84%	94%	94%
HERNING	85%	90%	100%	93%	75%	82%	85%	100%	100%	92%
ÅRHUS	75%	72%	75%	74%	80%	68%	78%	63%	33%	41%
VIBORG	67%	83%	100%	79%	88%	84%	88%	87%	79%	74%
AALBORG	86%	73%	58%	53%	79%	81%	64%	56%	70%	23%
HJØRRING	75%	71%	67%	75%	86%	100%	89%	64%	43%	0%
Alle	57%	62%	70%	67%	73%	77%	78%	72%	69%	63%

Alle patienter, figurer

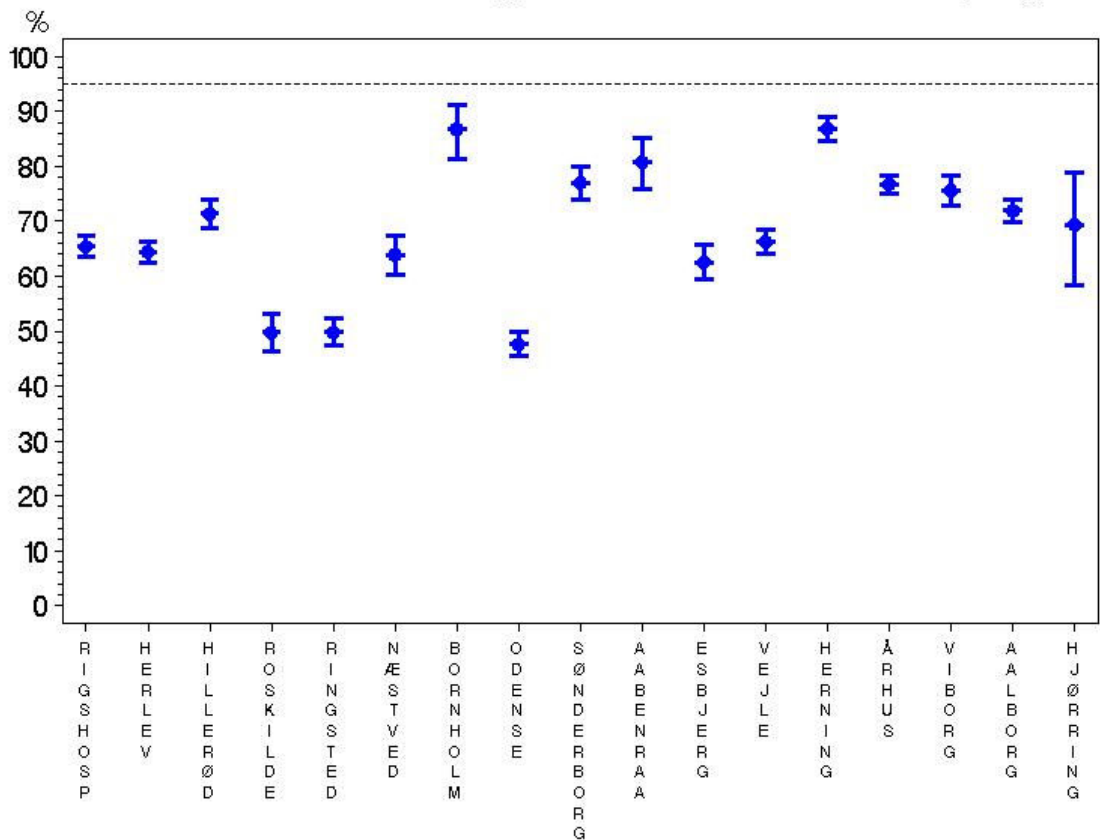
Indikator 9, Indikatorpopulation, Gennemførelse DBCG kontrolprogram



Antal patienter per afdeling i perioden 2000-2008: indikator bestemt (blå signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. Alle patienter er medtaget i denne indikatorberegning.

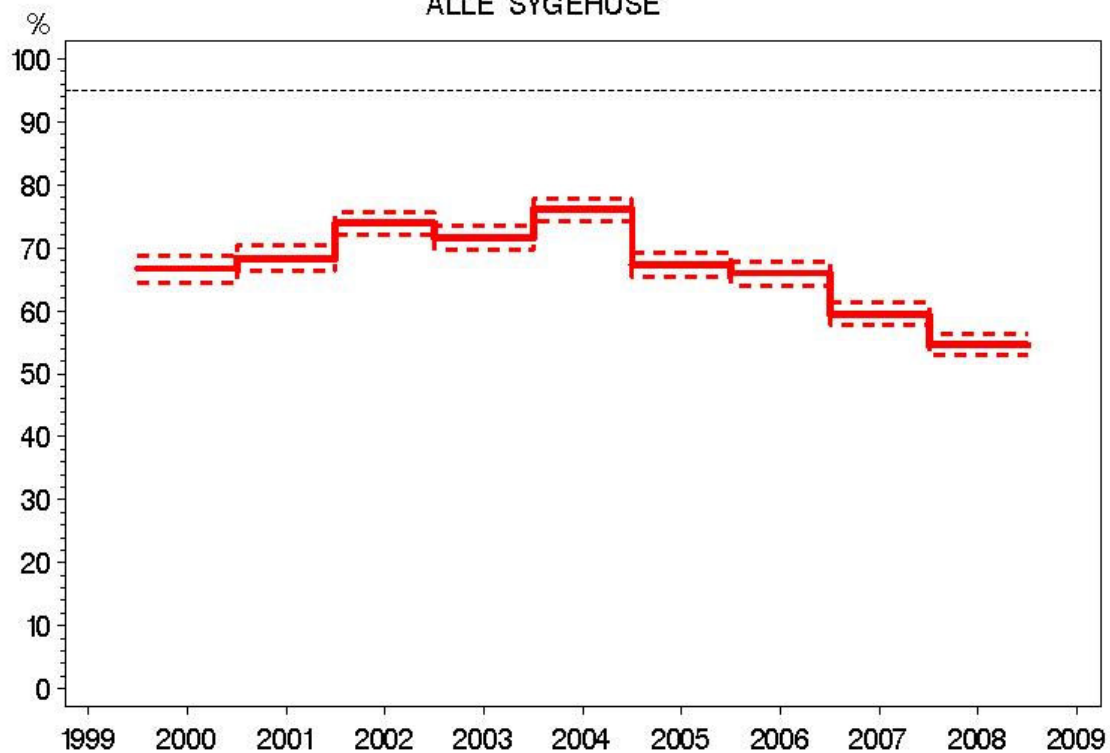
Den gennemsnitlige indikatorværdi for alle patienter er 66.1%.

Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram



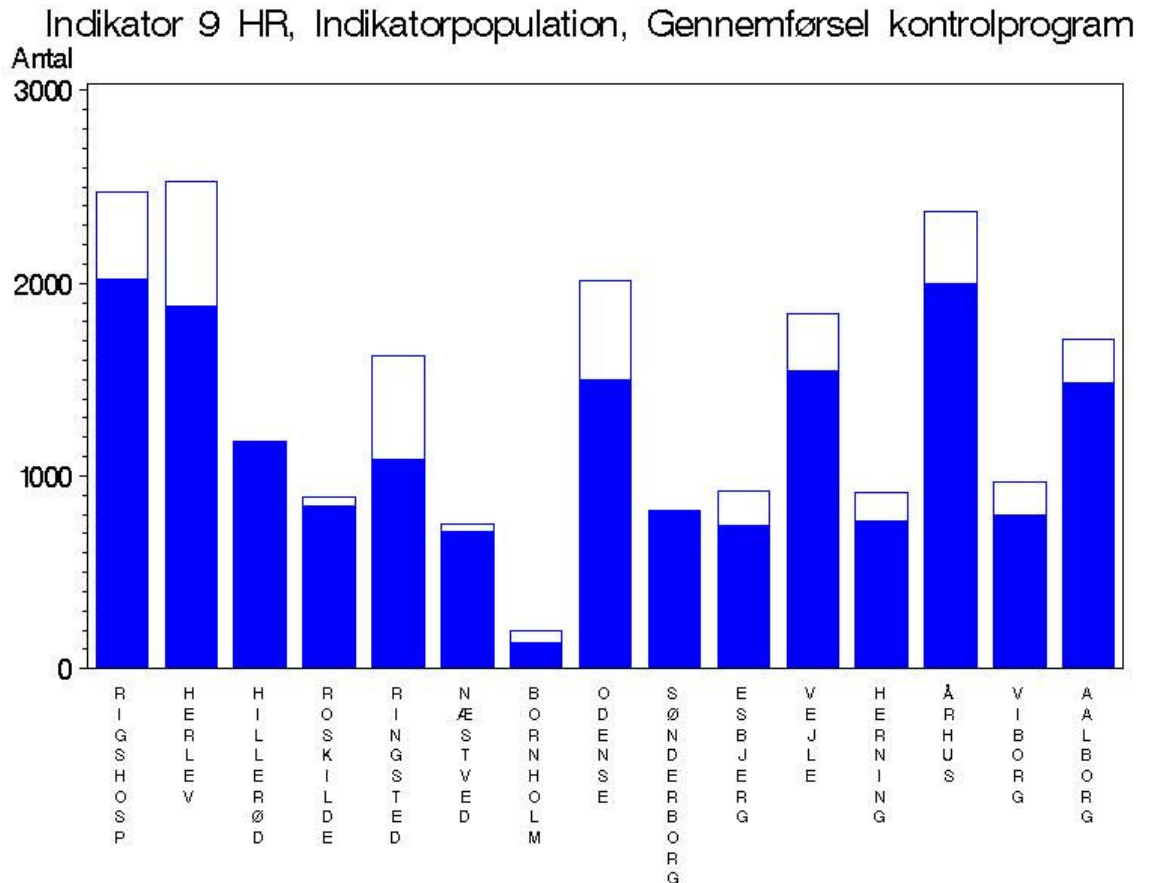
Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2000-2008. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Indikator 9: Patienter der gennemfører DBCGs kontrolprogram
ALLE SYGEHUSE



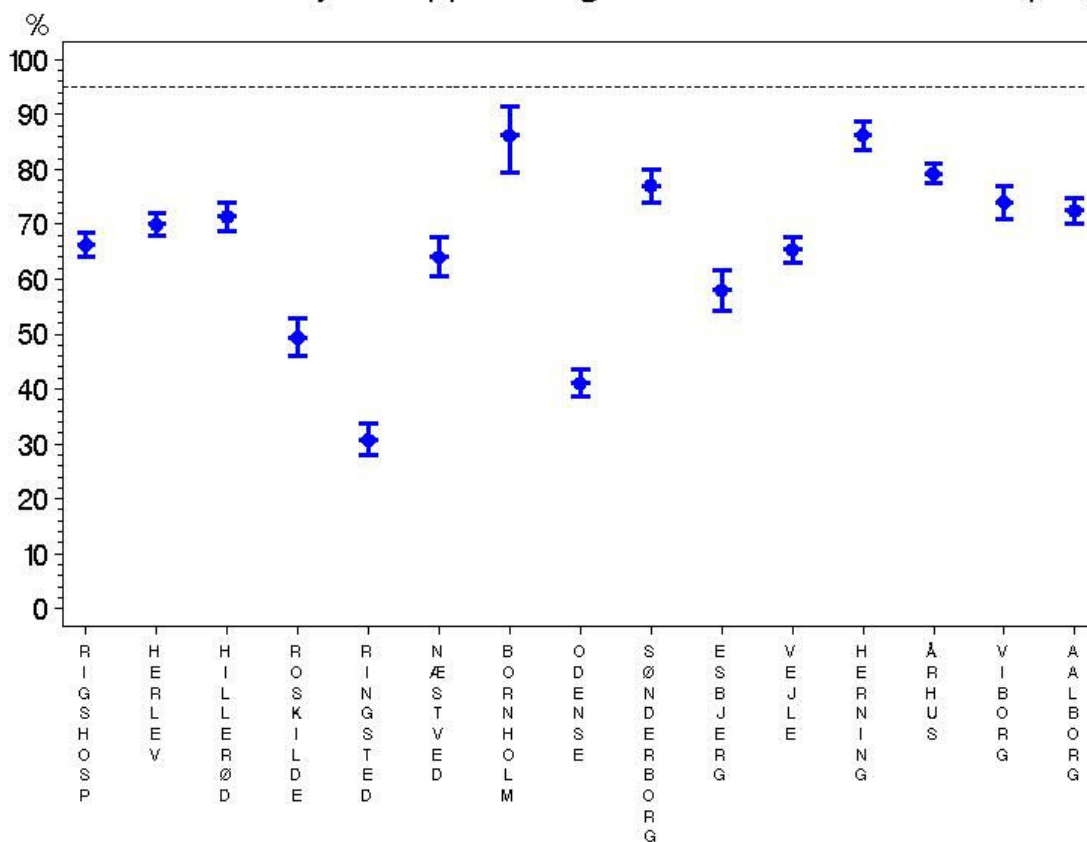
Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2000-2008. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Højrisiko-patienter, figurer



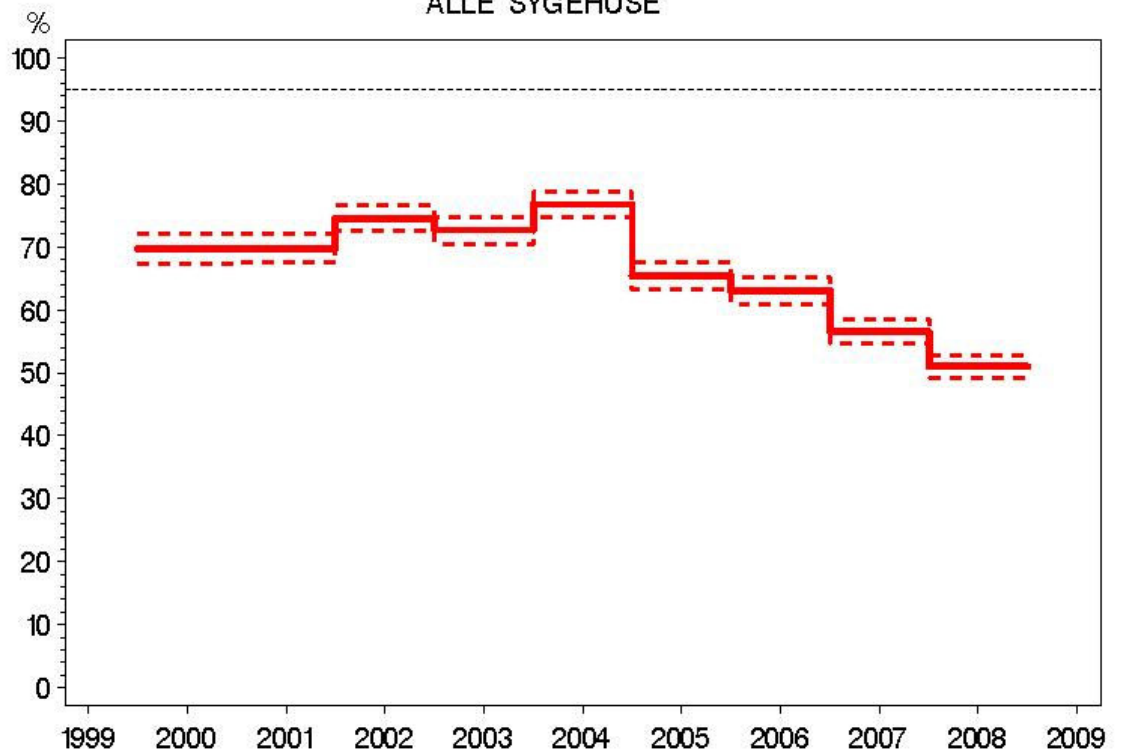
Antal patienter per afdeling i perioden 2000-2008: indikator bestemt (blå signatur) og uden for indikator-population (hvid signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 81 % af patienterne i perioden 2000-2008 er med i beregningen af denne indikator.

Indikator 9 HR: Højrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



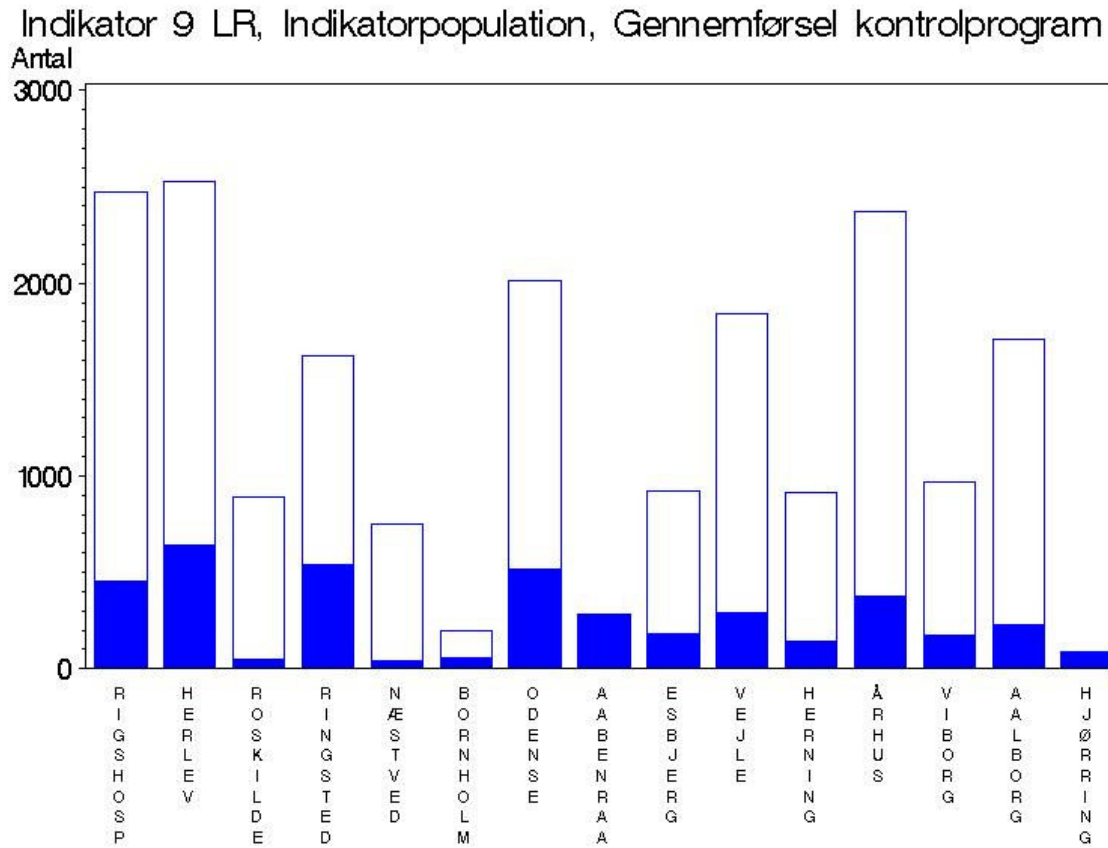
Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2000-2008. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

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



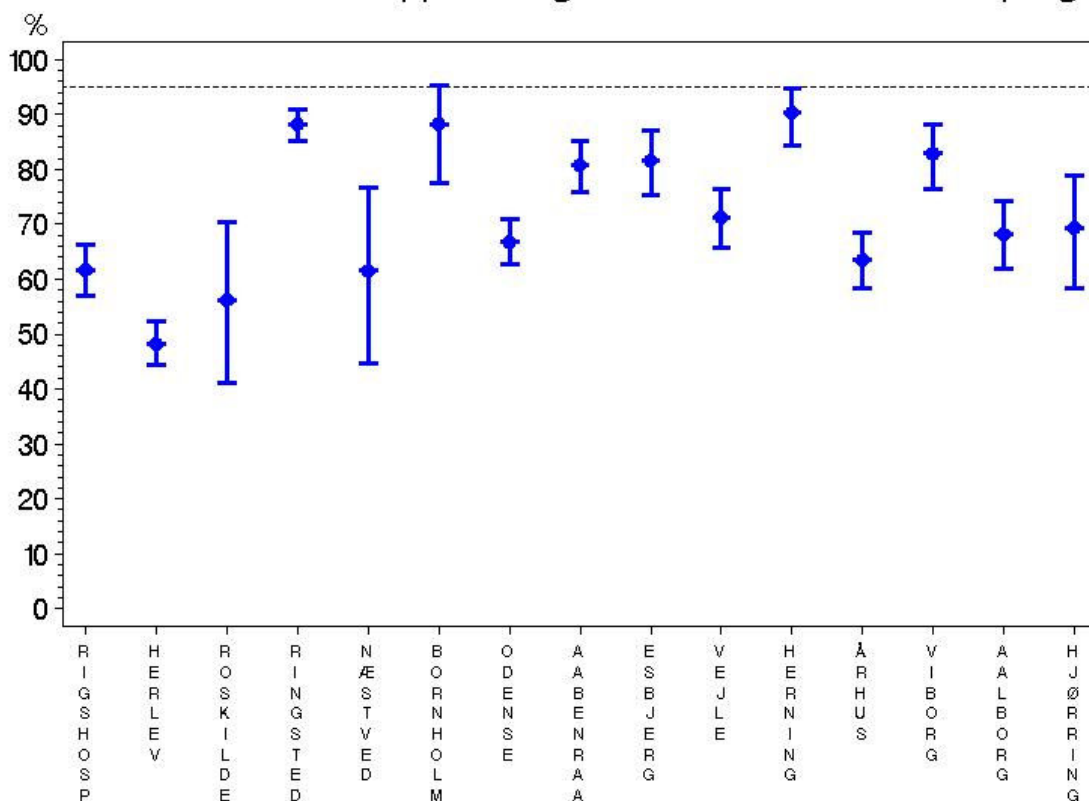
Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2000-2008. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Lavrisiko-patienter, figurer



Antal patienter per afdeling i perioden 2000-2008: indikator bestemt (blå signatur) og udenfor indikator-population (hvid signatur). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde. 19 % af patienterne i perioden 2000-2008 er med i beregningen af denne indikator.

Indikator 9 LR: Lavrisiko ppt. der gennemfører DBCG kontrolprogram



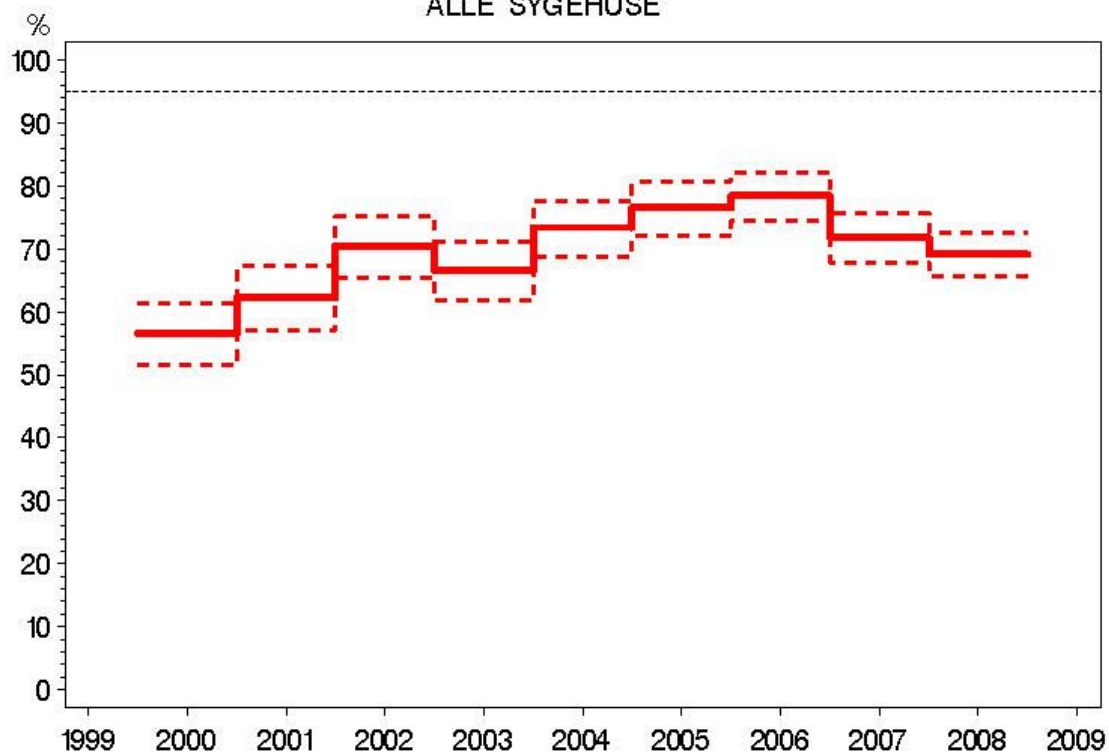
Gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 2000-2008. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter der gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Kommentar

For denne indikators vedkommende er der fortsat stor afstand imellem de faktiske målte værdier og referenceværdien på 95%. Samlet set er det kun 65% af patienterne opereret i perioden 2000-2009, der følges op svarende til rekommandationerne fra DBCG, og andelen aftager jo længere tid, der går efter operationen. Det tilsvarende resultat var i den forrige årsrapport 74%, så der har været en markant negativ udvikling, og resultatet må betegnes som helt utilfredsstillende.

Som også inddraget i diskussionen sidste år, arbejdes der i en til formålet nedsat arbejdsgruppe under DBCG på at revidere kontrolforløb og den tilsvarende indberetning. Det forventes at et foreløbigt resultat af dette arbejde vil foreligge i den nærmeste fremtid, og at det vil medføre en del ændringer, der medfører mindre belastning af ambulatorierne, og indtil indholdet i dette er kendt, anser styregruppen det ikke for relevant at kommenterer yderligere på de foreliggende resultater.

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



Årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i perioden 2000-2008. Referenceværdi: > 95 % (stiplet linie). Patienter som gennemfører DBCG kontrolprogram inkluderer patienter der deltager i 10-års kontrolforløb, har afsluttet 10 års kontrolforløb, har haft første recidiv eller er døde.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi

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

Standard: Acceptabelt og ønskværdigt: > 93 % (95 % CI: 91-95).

Indikatorpopulation: Kvinder i alderen 20-75 år 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.

Forekomst:

Lokalt recidiv efter brystbevarende operation er observeret hos 284 patienter opereret i perioden 1996-2008. Antallet af patienter behandlet med brystbevarende terapi i denne periode er 14504.

Beregning:

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

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

Indikatorspecifikationer skal revideres i henhold til følgende:

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

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

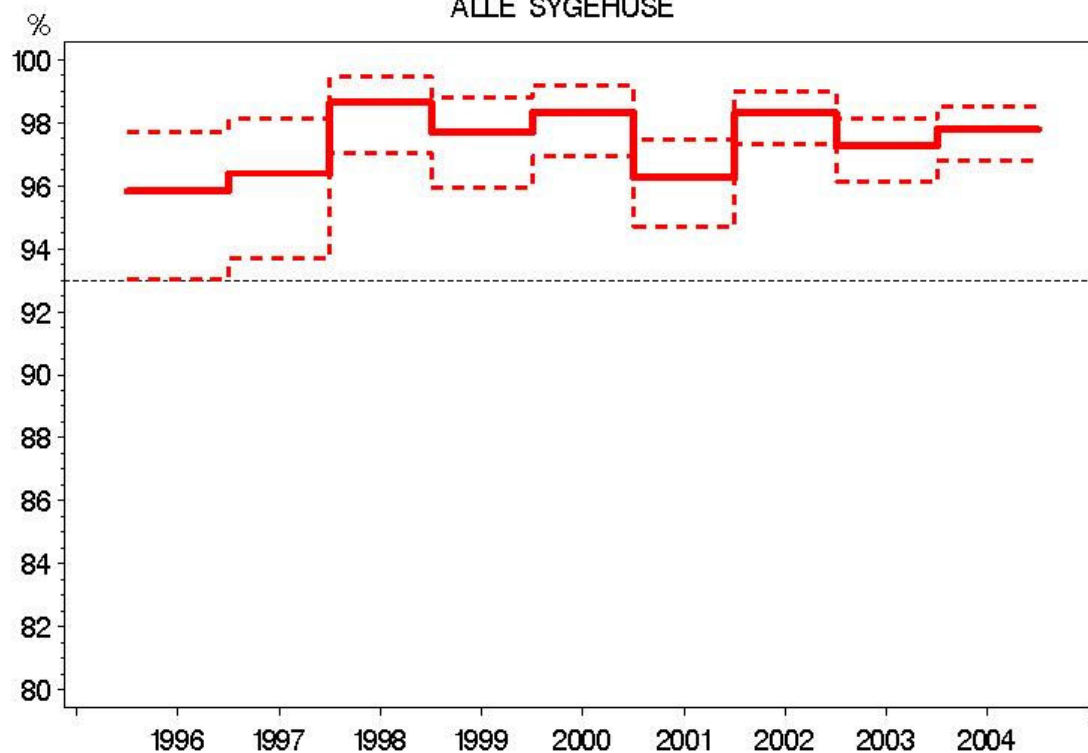
Første event for BCS opererede per operationsår.

Event for BCS opererede per operationsår	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
1996	20	(6.4)	43	(13.8)	230	(73.7)	19	(6.1)	312
1997	21	(6.9)	46	(15.2)	220	(72.6)	16	(5.3)	303
1998	15	(3.6)	63	(15.2)	313	(75.4)	24	(5.8)	415
1999	19	(4.0)	66	(14.0)	342	(72.6)	44	(9.3)	471
2000	18	(3.1)	72	(12.3)	458	(78.6)	35	(6.0)	583
2001	37	(4.6)	77	(9.7)	637	(79.9)	46	(5.8)	797
2002	23	(2.4)	111	(11.4)	785	(80.7)	54	(5.5)	973
2003	38	(3.6)	101	(9.6)	866	(82.3)	47	(4.5)	1052
2004	26	(2.2)	90	(7.7)	991	(84.8)	61	(5.2)	1168
2005	28	(2.1)	71	(5.4)	1159	(88.7)	49	(3.7)	1307
2006	20	(1.4)	48	(3.3)	1335	(91.3)	60	(4.1)	1463
2007	13	(0.7)	20	(1.1)	1709	(95.5)	47	(2.6)	1789
2008	3	(0.1)	26	(1.2)	2149	(97.5)	27	(1.2)	2205
2009	3	(0.2)	4	(0.2)	1653	(99.2)	6	(0.4)	1666
Alle	284	(2.0)	838	(5.8)	12847	(88.6)	535	(3.7)	14504

Indikator 10: Indikatorværdi per operationsår. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (±andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning.

Operationsår	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
1996	95.8%	93.0%	97.7%
1997	96.4%	93.7%	98.2%
1998	98.6%	97.0%	99.5%
1999	97.7%	96.0%	98.8%
2000	98.3%	96.9%	99.2%
2001	96.2%	94.7%	97.4%
2002	98.3%	97.3%	99.0%
2003	97.3%	96.1%	98.1%
2004	97.8%	96.8%	98.5%
Alle	97.6%	97.3%	97.9%

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi
ALLE SYGEHUSE



Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: årsgennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger med operationsår 1996-2004. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) efter 5 år.

Første event for BCS opererede per protokol.

Lokalt recidiv for BCS opererede per protokol	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
A lavrisiko	108	(2.4)	285	(6.3)	4012	(88.3)	140	(3.1)	4545
B yngre*, R+/?	34	(1.1)	105	(3.4)	2854	(93.6)	56	(1.8)	3049
C ældre*, R+/?	59	(1.2)	295	(6.1)	4258	(88.5)	197	(4.1)	4809
D, R-	83	(3.9)	158	(7.5)	1736	(82.0)	140	(6.6)	2117
Alle	284	(2.0)	843	(5.8)	12860	(88.6)	533	(3.7)	14520

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

Indikator 10: Indikatorværdi per protokol. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (\pm andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning

Protokol	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
A lavrisiko	97.6%	97.0%	98.2%
B yngre*, R+/?	98.3%	97.4%	98.9%
C ældre*, R+/?	98.3%	97.8%	98.7%
D, R-	95.3%	94.1%	96.4%
Alle	97.6%	97.3%	97.9%

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

Første event for BCS opererede per kirurgisk afdeling.

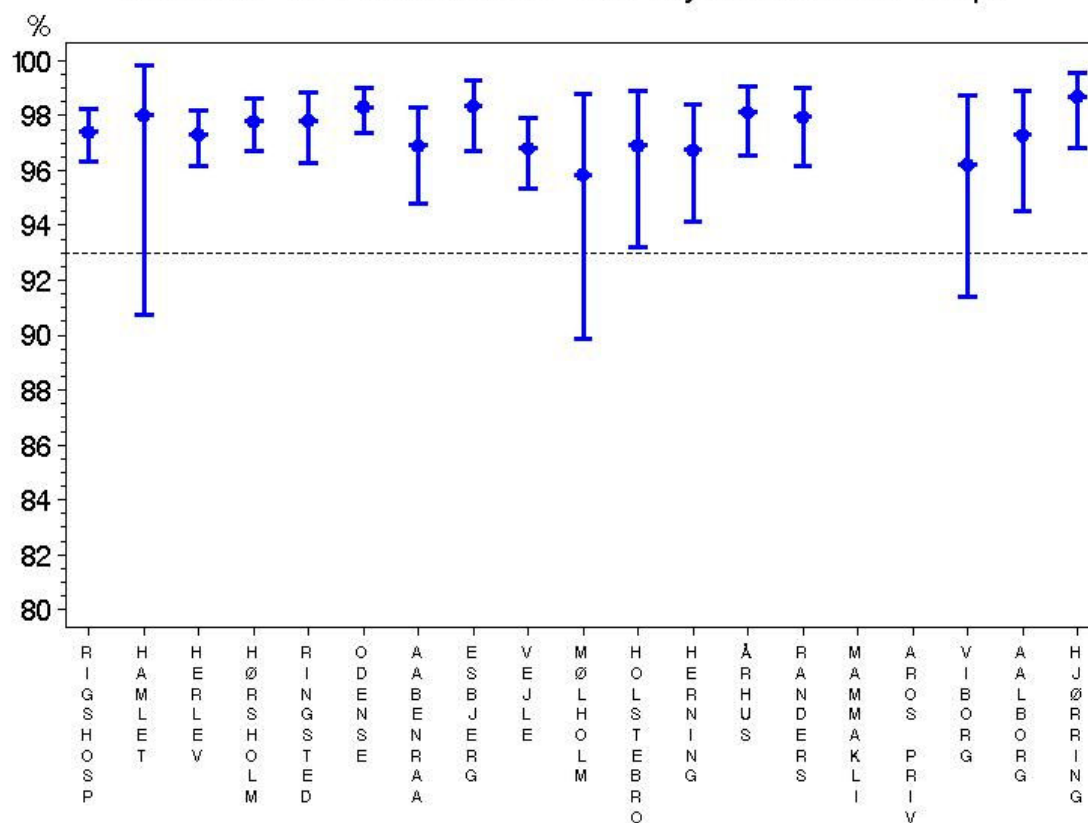
Lokalt recidiv for BCS opererede per afdeling	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	45	(2.4)	113	(6.1)	1616	(86.7)	89	(4.8)	1863
HAMLET	2	(2.2)	6	(6.6)	77	(84.6)	6	(6.6)	91
HERLEV	33	(1.9)	87	(4.9)	1591	(89.8)	61	(3.4)	1772
HØRSHOLM	26	(2.5)	86	(8.1)	904	(85.2)	45	(4.2)	1061
RINGSTED	15	(0.9)	54	(3.1)	1620	(92.4)	64	(3.7)	1753
ODENSE	29	(2.1)	100	(7.2)	1202	(86.4)	61	(4.4)	1392
AABENRAA	15	(2.2)	22	(3.2)	633	(91.2)	24	(3.5)	694
ESBJERG	13	(1.9)	36	(5.2)	617	(88.4)	32	(4.6)	698
VEJLE	30	(2.6)	68	(5.8)	1025	(87.5)	48	(4.1)	1171
MØLHOLM	4	(2.0)	11	(5.4)	182	(90.1)	5	(2.5)	202
HOLSTEBRO	7	(2.2)	18	(5.7)	286	(90.8)	4	(1.3)	315
HERNING	13	(4.0)	43	(13.3)	263	(81.2)	5	(1.5)	324
ÅRHUS	15	(1.8)	67	(7.8)	751	(87.9)	21	(2.5)	854
RANDERS	12	(1.6)	64	(8.6)	645	(86.7)	23	(3.1)	744
MAMMAKLINIK	.	.	.	.	33	(100.0)	.	.	33
AROS privhosp	.	.	.	.	21	(100.0)	.	.	21
VIBORG	6	(1.2)	16	(3.1)	485	(93.4)	12	(2.3)	519
AALBORG	11	(2.2)	23	(4.6)	450	(90.0)	16	(3.2)	500
HJØRRING	8	(1.6)	29	(5.7)	459	(89.5)	17	(3.3)	513
Alle	284	(2.0)	843	(5.8)	12860	(88.6)	533	(3.7)	14520

Indikator 10: Indikatorværdi per kirurgisk afdeling. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (\pm andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning

Afdeling	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
RIGSHOSPITALET	97.4%	96.3%	98.2%
HAMLET	98.0%	90.8%	99.8%
HERLEV	97.3%	96.1%	98.2%
HØRSHOLM	97.8%	96.7%	98.6%
RINGSTED	97.8%	96.3%	98.8%
ODENSE	98.3%	97.4%	99.0%
ÅBENRÅ	96.9%	94.8%	98.3%
ESBJERG	98.3%	96.7%	99.3%
VEJLE	96.8%	95.3%	97.9%
MØLHOLM	95.9%	89.9%	98.8%
HOLSTEBRO	96.9%	93.2%	98.9%
HERNING	96.8%	94.1%	98.4%
ÅRHUS AS	98.1%	96.5%	99.1%
RANDERS	98.0%	96.2%	99.0%
MAMMAKLINIK*			
AROS privhosp*			
VIBORG	96.2%	91.4%	98.7%
AALBORG	97.3%	94.5%	98.9%
HJØRRING	98.7%	96.8%	99.6%
ALLE	97.6%	97.3%	97.9%

*Kan ikke bestemmes.

Indikator 10: Lokalt recidiv ved brystbevarende terapi



Andelen af patienter der ikke har udviklet lokalt recidiv 5 år efter brystbevarende terapi: gennemsnit og sikkerhedsinterval for alle afdelinger i 1996-2009. Referenceværdi: 93 % af patienter fri for lokalt recidiv (\pm fjernt recidiv) efter 5 år. Bemærk at begivenheden lokalt recidiv forekommer i konkurrence med andre sygdomsbegivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom og død). Indikator 10 kan ikke bestemmes for Mammaklinik og AROS privathospital.

Første event for BCS opererede i 1996-2009 efter patienters alder ved operation.

BCS opererede per aldersgruppe	Første event for BCS opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=34 år	18	(7.8)	25	(10.8)	181	(78.0)	8	(3.4)	232
35-39 år	25	(5.8)	30	(6.9)	364	(84.3)	13	(3.0)	432
40-49 år	60	(2.3)	152	(5.9)	2297	(89.3)	63	(2.4)	2572
50-59 år	100	(2.0)	301	(6.1)	4357	(88.4)	170	(3.4)	4928
60-69 år	60	(1.2)	274	(5.3)	4597	(89.6)	201	(3.9)	5132
70-74 år	20	(1.8)	61	(5.6)	943	(86.1)	71	(6.5)	1095
75 + år	1	(0.8)	.	.	121	(93.8)	7	(5.4)	129
Alle	284	(2.0)	843	(5.8)	12860	(88.6)	533	(3.7)	14520

Indikator 10: Indikatorværdi per aldersgruppe. Andel af patienter der ikke har lokalt recidiv (\pm andre recidiver) efter 5 år. Indikatorværdien er bestemt ved competing risk analyse som omtalt i dette kapitels indledning

Alder	Indikatorværdi	Nedre SI	Øvre SI
<=34 år	89.5%	83.8%	93.8%
35-39 år	93.5%	90.2%	96.0%
40-49 år	97.8%	96.9%	98.4%
50-59 år	97.8%	97.2%	98.3%
60-69 år	98.4%	97.8%	98.8%
70-74 år	97.2%	95.6%	98.3%
75 + år	99.1%	95.5%	99.9%
Alle	97.6%	97.3%	97.9%

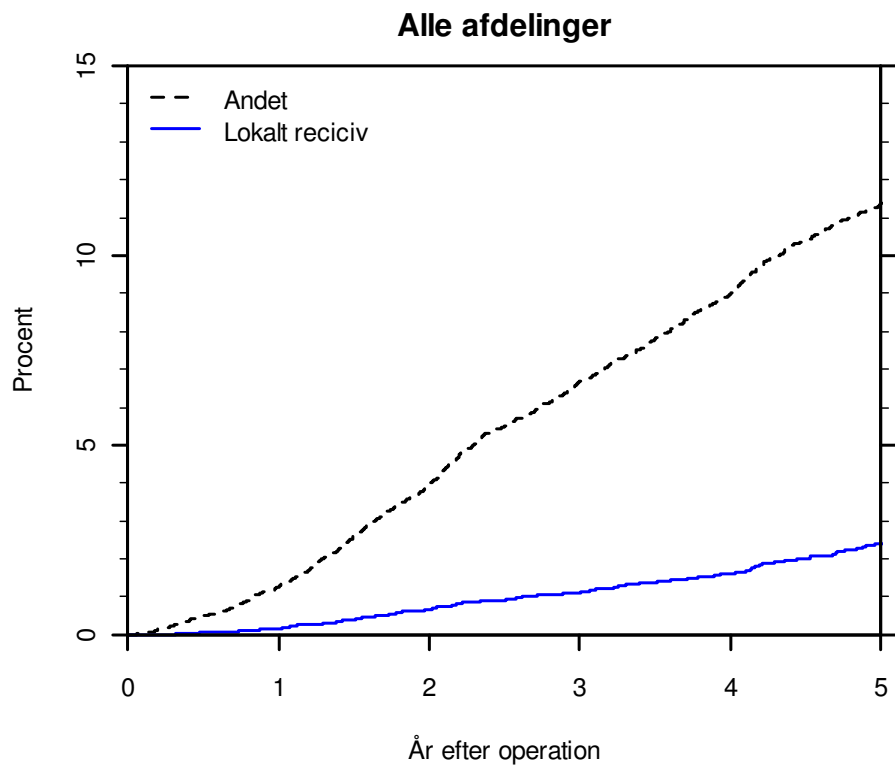
Første event for Mastektomi opererede i 1996-2009 efter patienters alder ved operation. Data tjener til sammenligning med resultaterne hos BCS opererede patienter.

Mastektomi opererede per aldersgruppe	Første event for Mastektomi opererede								Alle
	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv /anden malign		Ingen event		Død uden recidiv		
	N	%	N	%	N	%	N	%	
<=34 år	6	(2.1)	56	(19.2)	204	(69.9)	26	(8.9)	292
35-39 år	11	(2.0)	92	(17.0)	413	(76.5)	24	(4.4)	540
40-49 år	37	(1.5)	350	(13.8)	2020	(79.8)	125	(4.9)	2532
50-59 år	102	(2.4)	662	(15.4)	3248	(75.5)	291	(6.8)	4303
60-69 år	88	(1.9)	680	(14.6)	3398	(73.1)	482	(10.4)	4648
70-74 år	52	(2.7)	222	(11.6)	1312	(68.8)	321	(16.8)	1907
75 + år	2	(1.0)	17	(8.2)	152	(73.4)	36	(17.4)	207
Alle	298	(2.1)	2079	(14.4)	10747	(74.5)	1305	(9.0)	14429

Kommentar

Lokalrecidivfrekvensen efter BCT er for landsmaterialet 2,4% over fem år, hvilket må anses for særdeles tilfredsstillende, og i overensstemmelse med de bedste internationale resultater. Variationerne imellem afdelingerne er beskedne, og der er ikke nogen, der falder igennem med indikatorværdier under 95%.

Som der også blev rettet fokus på i den forrige årsrapport, er der en betydelig højere risiko for lokalt recidiv i de yngre aldersgrupper. Det har medført nogen reservation overfor brystbevarende operation i denne aldersgruppe, men ser man på de foreliggende resultater (indikator 6), så er der ikke noget klart billede af, at færre af de yngre behandles med BCT. Styregruppen anbefaler, at betydningen af højere lokalrecidivhyppighed hos yngre patienter bør være et specielt fokusområde. Egentlige undersøgelser, der forsøger at afdække den grundlæggende biologi, og om der kan identificeres risikomarkører i for disse patienter, savnes, og der tilskyndes til, at DBCG tager initiativ dertil.



Forekomst af lokalt recidiv (±regionalt recidiv eller fjernrecidiv) og konkurrerende sygdoms-
 begivenheder (andre recidiver, anden malign sygdom eller død) efter brystbevarende terapi for
 alle afdelinger. Indikatoren omhandler andelen af patienter der *ikke* udvikler lokalt recidiv 5 år
 efter operation og indikatorværdien bestemmes som $100\% - 2.4\% = 97.6\%$.

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperationer

Beskrivelse: Andel af patienter, der ikke udvikler en eller flere komplikationer blødning, sårinfektion og nekrose 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.

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

Forbehold: Nogle afdelinger indberetter ikke kirurgiske komplikationer. Dette fører til 100 % opfyldelse af indikatoren, hvilket ikke kan afspejle den reelle situation.

Indikator 11 er beregnet på grundlag af udtræk fra LPR. For alle patienter opereret med brystkræft i 2009 uanset alder (n=5118) er der søgt efter følgende diagnose- og komplikationskoder: T81.0 (blødning), T81.4 (sårinfektion) og T81.8 (nekrose), og for hvert fund er der registreret dato for den tilhørende indlæggelse og operationsprocedure. Der blev i alt fundet 1181 indberetninger af kirurgiske komplikationer fordelt på 320 indlæggelsesdatoer for i alt 230 patienter.

Det er kun komplikationer, der er indtruffet inden for 30 dage efter den primære operation, der medregnes ved beregningen af indikatoren. For hver patient medregnes den tidligste hændelse, og tidsforskellen er beregnet som tid fra operationsdato i DBCG's register til tid for operationsproceduren, hvor den er oplyst, ellers til tid for indlæggelsen. Der er 186 patienter (3.6 %) der har en registreret komplikation indenfor 30 dage. De følgende tabeller viser sammenhæng mellem forekomst af kirurgiske komplikationer og de prognostiske faktorer.

Fundne diagnosekoder for kirurgiske komplikationer for 5118 patienter opereret i 2009.

Diagnosekoder		2009	
		N	%
Diagnosekode	Tekst		
DT810	Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	197	16.68
DT810A	Haematoma in cicatrice	6	0.51
DT810C	Haematoma et haemorrhagia profunda in vulneris operationis	1	0.08
DT810G	Postoperativ blødning	32	2.71
DT810H	Postoperativt hæmatom	1	0.08
DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	438	37.09
DT814A	Abscessus in cicatrice	37	3.13
DT814B	Abscessus intraabdominalis postoperativus	13	1.10
DT814D	Sepsis postoperativa	9	0.76
DT814F	Infectio vulneris postoperativa	98	8.30
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	181	15.33
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion	162	13.72
DT818	Komplikationer til indgreb ikke klassif andetsteds, andre	5	0.42
DT818C	Fistula persistens postoperativa	1	0.08
Alle		1181	100.00

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2008 og 2009. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Antal patienter med kirurgiske komplikationer	Indikator 11				Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
2008	168	4.0	4055	96.0	4223
2009	186	3.6	4932	96.4	5118
Alle	354	3.8	8987	96.2	9341

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2009 efter kirurgisk afdeling. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren hvilket skyldes at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Komplikationer vs kirurgisk afdeling	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
RIGSHOSPITALET	40	5.8	651	94.2	691
HAMLET	1	3.8	25	96.2	26
HERLEV	30	4.1	697	95.9	727
RINGSTED	47	5.3	848	94.7	895
ODENSE	3	1.3	225	98.7	228
AABENRAA	5	1.9	264	98.1	269
ESBJERG	10	3.9	247	96.1	257
VEJLE	6	1.8	320	98.2	326
MØLHOLM	.	.	39	100.0	39
HOLSTEBRO	11	7.1	145	92.9	156
HERNING	.	.	5	100.0	5
ÅRHUS	9	2.4	360	97.6	369
RANDERS	14	5.5	241	94.5	255
Mammaklinik	.	.	16	100.0	16
AROS privhosp	2	20.0	8	80.0	10
VIBORG	5	1.7	295	98.3	300
AALBORG	.	.	331	100.0	331
HJØRRING	3	1.4	215	98.6	218
Alle	186	3.6	4932	96.4	5118

Indikator 11: Indikatorværdi per afdeling 2008-2009. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren hvilket skyldes at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Indikatorværdi for Kirurgiske Komplikationer	2008	2009
	%	%
RIGSHOSPITALET	96.5	94.2
HAMLET	100.0	96.2
HERLEV	92.9	95.9
RINGSTED	92.4	94.7
ODENSE	98.0	98.7
AABENRAA	99.1	98.1
ESBJERG	98.6	96.1
VEJLE	97.1	98.2
MØLHOLM	95.7	100.0
HOLSTEBRO	96.1	92.9
HERNING	85.7	100.0
ÅRHUS	97.6	97.6
RANDERS	96.5	94.5
Mammaklinik	100.0	100.0
AROS privhosp	96.4	80.0
VIBORG	94.9	98.3
AALBORG	100.0	100.0
HJØRRING	98.7	98.6
Alle	96.0	96.4

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2009 efter operationstype. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs operationstype	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
Operationstype					
Mastektomi	68	4.3	1520	95.7	1588
Lumpektomi	114	3.6	3074	96.4	3188
ikke ifølge DBCG	4	1.2	338	98.8	342
Alle	186	3.6	4932	96.4	5118

Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2009 efter tumorstørrelse. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs tumorsize (mm)	Indikator 11				Alle
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	N
Tumorstørrelse (mm)					
00-10	33	3.1	1025	96.9	1058
11-20	71	3.6	1923	96.4	1994
21-50	65	4.5	1383	95.5	1448
51+	4	3.8	100	96.2	104
Uoplyst	1	7.1	13	92.9	14
Alle	174	3.8	4444	96.2	4618

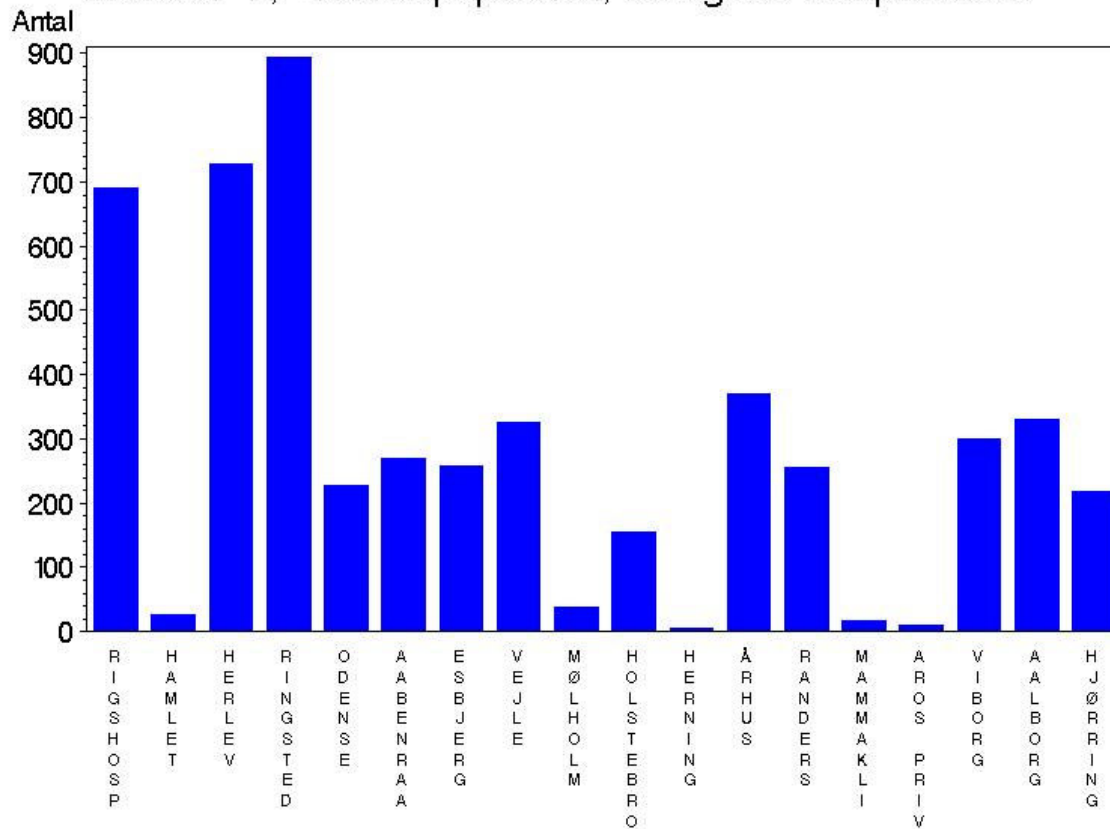
Indikator 11. Patienter der ikke udvikler kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation i 2009 efter alder. Indikatorværdien svarer til andel opfyldt.

Komplikationer vs alder (år)	Indikator 11				Alle N
	Ej opfyldt		Opfyldt		
	N	%	N	%	
Alder					
<=34 år	3	6.1	46	93.9	49
35-39 år	2	2.2	89	97.8	91
40-49 år	28	5.2	512	94.8	540
50-59 år	49	3.6	1324	96.4	1373
60-69 år	68	3.4	1918	96.6	1986
70-74 år	17	4.5	360	95.5	377
75 + år	19	2.7	683	97.3	702
Alle	186	3.6	4932	96.4	5118

Diagnosekoder for kirurgiske komplikationer per patient i 2009.

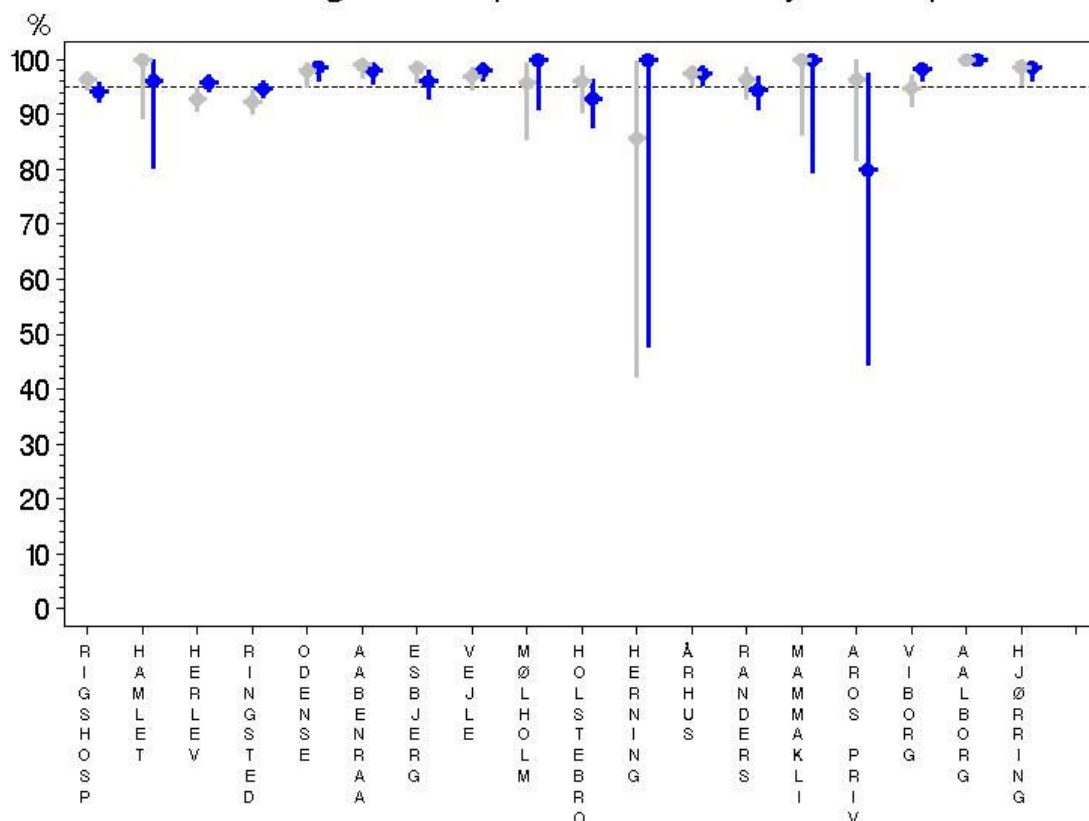
Diagnosekoder per patient		2009	
		N	%
Diagnosekode	Tekst		
DT810	Haemorrhagia postop et haematoma postop ikke klass ansted	44	0.86
DT810A	Haematoma in cicatrice	2	0.04
DT810C	Haematoma et haemorrhagia profunda in vulneris operationis	1	0.02
DT810G	Postoperativ blødning	11	0.21
DT814	Infektion efter indgreb ikke klassificeret andetsteds	55	1.07
DT814A	Abscessus in cicatrice	5	0.10
DT814F	Infectio vulneris postoperativa	14	0.27
DT814G	Postoperativ overfladisk sårinfektion	30	0.59
DT814H	Postoperativ dyb sårinfektion	21	0.41
DT818	Komplikationer til indgreb ikke klassif andetsteds, andre	3	0.06
INGEN	Ingen diagnose for kirurgisk komplifikation	4940	96.37
Alle		5126	100.00

Indikator 11, Indikatorpopulation, Kirurgiske komplikationer



Antal patienter per afdeling i perioden 2009: indikator bestemt (blå signatur). Alle patienter uanset alder indgår i indikatorpopulationen (n = 5118).

Indikator 11: Kirurgiske komplikationer ved brystkræftoperation



Gennemsnit og sikkerhedsinterval per afdeling i 2008 (grå signatur) og 2009 (blå signatur). Den stiplede linie angiver 95 % niveauet (der er ikke fastsat nogen referenceværdi). Bemærk at registreringspraksis varierer afdelingerne imellem. Nogle afdelinger har overopfyldelse af indikatoren hvilket skyldes at de ikke indberetter kirurgiske komplikationer ved operation.

Kommentar

Den forskel i registreringspraksis, der blev afdækket sidste år, da denne indikator blev indlemmet i rapporten, er fortsat meget iøjnefaldende. Det kan umiddelbart virke overraskende, at der for enkelte afdelingers vedkommende overhovedet ikke foreligger indberetning af kirurgiske komplikationer, og det bør føre til seriøse overvejelser ved de pågældende afdelinger om, hvordan man kan forbedre sig på dette område.

Med afsæt i Kvalitetsindikatorrapporten for 2008 har der på initiativ af Kirurgisk Udvalg, DBCG, været nedsat et udvalg hvori også Dansk Mammakirurgisk Selskab har været repræsenteret, der har udformet retningslinier for kodning af komplikationer og procedurer. Disse retningslinier er taget i brug i juni 2010, og der tiltro til, at der herefter fremover vil være et bedre registreringsgrundlag for opgørelse af indikatoren. På baggrund af de indberettede data for 2009 finder styregruppen det ikke relevant at afgive yderligere kommentarer til indikatorværdierne.

Referenceliste

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

Forklaring af kontrolplot til bilag 2:

