



DBCG Kvalitetsdatabase for Brystkræft

National årsrapport 2020

**For opgørelsesperioden
1. januar 2020 - 31. december 2020**

Juni 2021

Rapporten udgår fra

De statistiske analyser og den epidemiologiske kommentering af resultater er udarbejdet af RKKPs Videncenter i samarbejde med databasens styregruppe. Styregruppens sammensætning fremgår af afsnittet af samme overskrift. Styregruppens kliniske medlemmer er ansvarlige for den lægefaglige kommentering af rapporten. Formand for Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræft er professor, overlæge, dr. med, Peer Christiansen, Aarhus Universitetshospital.

Analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af datamanager Vibeke Dahl Andersen og klinisk epidemiolog Louise Hansen, RKKPs Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening (fratrådt 31. maj 2021). Styregruppen for databasen har forestået den lægefaglige kommentering og de anførte anbefalinger.

Kontaktperson for DBCG er Anne Fredsted, RKKP's Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, e-mail: ANFRST@rkkp.dk.

Den offentliggjorte årsrapport findes her: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/kraeft/brystkraeft-dbcg/> og på <https://www.dbcg.dk/kvalitetsdatabasen/rapporter>

Indhold

1	Konklusioner og anbefalinger	3
2	Indikatoroversigt	6
3	Indikatorresultater	9
3.1	Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank.....	9
3.2	Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed	14
3.3	Indikator 3: Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation.....	21
3.4	Indikator 4: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer	25
3.5	Indikator 5a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko.....	35
3.6	Indikator 5b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko	45
3.7	Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation.....	54
3.8	Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation	58
3.9	Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	62
3.10	Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	67
3.11	Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi.....	71
3.12	Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne).....	75
3.13	Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT	78
3.14	Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS	82
3.15	Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter ≥ 50 år med udtalt ($\geq 10\%$) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation	85
4	Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	89
5	Datagrundlag	91
5.1	Grundpopulation.....	91
5.2	Generelle eksklusioner for populationen	93
5.3	Beregningsregler for indikatorer	94
6	Styregruppens sammensætning	107
7	Regionale kommentarer	108
8	Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater	114
9	Appendiks 2. Aldersopdelte analyser	116
9.1	Overordnede aldersfordelinger – appendiks 2.1.....	116
9.2	Aldersopdelte indikatoranalyser – appendiks 2.2.....	118
9.3	Øvrige aldersopdelte analyser – appendiks 2.3	129
10	Appendiks 3. Prognostiske parametre	130
11	Appendiks 4. Prognostiske parametre, opgjort pr. afdeling.....	140
12	Appendiks 5. Supplerende analyser til indikatorerne.....	151
13	Appendiks 6. Oversigt over historiske indikatorer	152
14	Appendiks 7. Sygehusklassifikation (SHAK)	153



1 Konklusioner og anbefalinger

Patientforløbene for brystkræft omfatter udredning, patologi, kirurgisk og onkologisk behandling samt opfølgning. Alle disse faser i forløbet er i et eller andet omfang dækket af de 13 kvalitetsindikatorer, der indgår i denne rapport. Overordnet er det styregruppens vurdering, at de foreliggende indikatoropgørelser viser, at danske kvinder med brystkræft gennemgår forløb, der generelt er af tilfredsstillende høj kvalitet. I forhold til den forrige rapport noteres en yderligere forbedring af **indberetning af data** herunder en højere dækningsgrad af DBCG's database i forhold til indberettede patologidata i Patobank. Derudover ses forbedring af indberetning af data specielt vedrørende den adjuverende behandling (indikator 4), men det er fortsat et område, der bør forbedres.

I forhold til **udredningsfasen** finder styregruppen grund til at pege på behovet for en bedre diagnostisk udredning med hensyn til detektion af de patienter, der har lymfeknudemetastaser (indikator 9). Der er en meget stor variation centrene imellem, og der er peget på, at der er behov for en indsats både lokalt, men det foreslås også, at der centralt arbejdes på at vurdere behovet for at etablere nye tiltag. Anvendelsen af PAM50 i forbindelse med klassificering af postmenopausale patienter med hormonfølsom brystkræft er indført i retningslinjerne for få år siden. I sidste års rapport blev indikatorværdien vurderet at ligge for lavt, men i 2020 er resultatet betydeligt forbedret, og ingen afdelinger ligger signifikant under den fastlagte standard på 90%.

Den primære behandling udgøres for de fleste patienter fortsat af operation, men en tiltagende andel gennemgår et forløb med neoadjuverende kemoterapi (NACT) før operation. For så vidt angår den kirurgiske behandling, så monitoreres den i 3 indikatorer. Det drejer sig dels om umiddelbar opgørelse af udbyttet af aksilrømning (indikator 3) og antal reoperationer pga. komplikationer (indikator 7). Opgørelsen fra 2020 viser et tilfredsstillende resultat for disse to indikatorer. Derudover monitoreres kvaliteten af det kirurgiske indgreb sammen med strålebehandling over en længere observationsperiode ved opgørelse af forekomsten af lokalt recidiv (indikator 6). Også på det område vurderes det overordnede resultat tilfredsstillende, men ikke alle afdelinger når ned under standarden på 2,5%, og for afdelingen i Herlev er afvigelsen statistisk signifikant.

Behandling med neoadjuverende kemoterapi monitoreres igennem to indikatorer. Dels gennem en opgørelse af andelen af patienter, der opfylder kriteriet for, at en sådan behandling kan tilbydes med henblik på at øge mulighederne for brystbevarende behandling jf. de kliniske retningslinjer. Dels gennem en opgørelse af, hvilken andel af de patienter, der har gennemført NACT, der rent faktisk får udført brystbevarende operation. Der er endnu ikke defineret en standard for disse indikatorer, men styregruppen finder monitorering på området vigtigt, da der er tale om en ny behandlingsstrategi, hvis endelige placering i det samlede behandlingstilbud endnu ikke er tilstrækkeligt belyst. Opgørelsen fra 2020 viser da også, at der er betydelige variationer enhederne imellem i forhold

til, hvor stor en andel af patienterne, der behandles på denne måde (indikator 11). Andelen af patienter, der efter NACT får brystbevarende operation viser mindre variation, og gennemsnittet på 63% anses for et tilfredsstillende resultat (indikator 12).

Den **adjuverende systemiske behandling og strålebehandling** monitoreres gennem selvstændige indikatorer. Systemisk behandling af højrisikogruppen, der i sig selv udgør mere end 90% af alle patienter med tidlig brystkræft, monitoreres gennem andelen af patienter, der inkluderes i anbefalede DBCG-behandlingsregimer (indikator 4). Standarden på 85% opfyldes ikke på landsplan, og det anses for ikke tilfredsstillende. Der er dog grund til at fremhæve Region Nord og Sjælland, der skiller sig ud og ligger over standarden. Det er tidligere fremhævet, at der er sket en forbedring med hensyn til indberetning af behandlingsdata, men de foreliggende resultater peger på, at inkomplet indberetning kan have betydning for de ikke tilfredsstillende resultater. Det vurderes således, der fortsat er behov for yderligere forbedring med hensyn til indberetning af behandlingsdata for hele behandlingsforløbet, idet det forekommer, at der f.eks. mangler oplysninger om supplerende behandling af patienter, hvor der udover kemoterapi også er indikation for endokrin behandling og biologisk behandling.

Strålebehandling gives generelt på tilfredsstillende vis i forhold til de gældende retningslinjer. Efter brystbevarende operation er strålebehandling obligatorisk, men der pågår dog et randomiseret studium, der evaluerer, om strålebehandling kan udelades til udvalgte patienter med små og fredelige cancere (DBCG Natural studiet). Det studium har medført, at en lille andel af patienter i den population, hvorfra indikatorværdien beregnes, tilsigtes ikke har fået udført strålebehandling, hvorfor det ikke er overraskende, at indikatorværdien er faldet en smule i forhold til den forrige opgørelse (indikator 8a), men dette til trods vurderes det relevant for afdelingerne i Herlev, Odense og Aarhus, at de auditerer deres resultater mhp. at finde en forklaring på, hvorfor de har indikatoropfyldelser, der ligger signifikant under standarden. Strålebehandling efter mastektomi (indikator 8b) gives til gennemsnitlig 91% af alle patienter, hvor det er indiceret, og det anses for tilfredsstillende, men der er en del variation fra afdeling til afdeling. Aarhus ligger signifikant under standarden og har behov for at gennemgå deres materiale.

Det har været et gennemgående tema i de årlige opgørelser, at **opfølgning** efter behandling har været mangelfuld dokumenteret, og på det område er der fortsat betydelige mangler. Der er således kun dokumentation for, at en andel på 80,3% af højrisikopatienter følges op i henhold til gældende retningslinjer (indikator 5a). Om de resterende 20% ikke går i opfølgingsforløb eller bare ikke er indberettet, kan ikke afgøres, og det anses ikke for at være tilfredsstillende. Når det gælder den ret lille lavrisikogruppe, er resultatet tilsvarende med en indikatoropfyldelse på kun 81,9% (indikator 5b). Region Nord skiller sig positivt ud og opfylder som den eneste standarden for såvel lav- som højrisikogruppen af patienter.

Patienter, der har gennemgået behandling for brystkræft eller brystkræftforstadium, skal tilbydes opfølgende mammografi, indtil de er fyldt 79 år. Den samlede opfyldelse af indikatorværdien på dette område ligger dog kun på

88%, hvilket anses for utilstrækkelig. En enkelt region (Region Syd) ligger dog over standarden på 90%.

Styregruppen peger på, at der er behov for at Region Nord og Region Midt gennemgår deres resultater med henblik på forbedring.



2 Indikatoroversigt

Herunder præsenteres en oversigt over de i rapporten inkluderede indikatorer og resultaterne på landsplan for aktuelle år samt de to forrige år. I appendiks 6 ses en oversigt over historiske indikatorer.

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020*	2019	2018	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank	Dækningsgrad	≥ 95	0	95,4	(94,7-95,9)	96,8	96,4
Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG	Andel	≥ 95	0	94,8	(94,1-95,4)	97,5	96,1
Indikator 2a: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger	Andel	≥ 95	0	96,2	(95,7-96,8)	98,6	99,1
Indikator 2b: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger	Andel	≥ 95	0	98,5	(98,1-98,8)	98,7	96,9
Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation.	Andel	≥ 90	0	96,0	(94,3-97,3)	93,9	95,6
Indikator 4reg: Andel af højrisikokvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau.	Andel	≥ 85	4	83,7	(82,5-84,9)	84,7	86,0
Indikator 4onk: Andel af højrisikokvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger.	Andel	≥ 85	3	84,0	(82,8-85,2)	85,3	86,6
Indikator 4kir: Andel af højrisikokvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For kirurgiske afdelinger.	Andel	≥ 85	73	27,8	(9,7-53,5)	9,7	14,3

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020*		2019	2018
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 5areg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. På regionsniveau.	Andel	≥ 90	0	80,3	(79,9-80,8)		
Indikator 5aonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For onkologiske afdelinger.	Andel	≥ 90	0	81,5	(81,1-82,0)		
Indikator 5akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger.	Andel	≥ 90	0	60,9	(58,7-63,0)		
Indikator 5breg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. På regionsniveau.	Andel	≥ 90	0	83,1	(81,7-84,4)		
Indikator 5bkir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger.	Andel	≥ 90	0	81,9	(80,3-83,4)		
Indikator 5bonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For onkologiske afdelinger.	Andel	≥ 90	0	87,2	(84,5-89,6)		
Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation	Andel	≤ 2,5	3	2,6	(2,3-3,0)		
Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation.	Andel	≥ 95	1	95,9	(95,2-96,5)	96,8	96,4

Indikator	Format	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020*		2019	2018
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.	Andel	≥ 90	4	89,6	(88,3-90,7)	91,3	92,4
Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.	Andel	≥ 90	7	91,0	(88,0-93,5)	93,3	93,3
Indikator 9: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi	Andel	≥ 39	0	30,7	(27,4-34,1)	31,6	33,1
Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)	Andel	≥ 90	0	88,0	(87,7-88,4)		
Indikator 11: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT	Andel		0	52,7	(48,9-56,5)	56,6	51,6
Indikator 12: Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS	Andel		10	62,9	(57,4-68,2)	59,5	66,8
Indikator 13: Andel af postmenopausale patienter >= 50 år med udtalt (>= 10%) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation	Andel	≥ 90	0	92,3	(88,7-95,1)	92,2	85,7

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

Indikator 4: 1. januar 2019 – 31. december 2019

Indikator 5a-b: 1. januar 2010 – 31. december 2019

Indikator 6: 1. januar 2014 – 31. december 2018

Indikator 8a-b: 1. januar 2019 – 31. december 2019

Indikator 10: 1. januar 2006 – 31. december 2018

3 Indikatorresultater

I det følgende præsenteres resultater for hver indikator på henholdsvis lands-, regions- og centerniveau. En grundigere vejledning i fortolkning af resultaterne findes i Appendiks 1. Under afsnit 5, 'Datagrundlag', findes en nærmere beskrivelse af data samt patientpopulationen i DBCG-kvalitetsdatabasen, herunder generelle eksklusioner for populationen samt detaljerede indikatorberegningsregler. Under hver indikator herunder findes en eksklusionstabel med relevante eksklusioner og årsag til uoplyste for den enkelte indikator. I Appendiks 2 findes en række aldersopdelte analyser, bl.a. aldersopdelte indikatoranalyser og i Appendiks 3 er tabeller relateret til prognostiske parametre. Appendiks 4 opgør de samme tabeller som i Appendiks 3, blot pr. afdeling. I Appendiks 5 findes en supplerende analyse til indikator 6. Appendiks 6 viser et overblik over historiske (udgåede) indikatorer og i Appendiks 7 ses en oversigt over indberettende og afrapporterende afdelinger samt de respektive SHAK-koder. I indeværende rapport er indikator 1b (Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank) udgået.

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

Dækningsgraden er et udtryk for om patientpopulationen i DBCG-kvalitetsdatabasen afspejler den relevante kliniske population. For at kunne undersøge dette, sammenlignes antallet af registrerede patienter i DBCG-kvalitetsdatabasen med antallet af registrerede patienter i en referencepopulation, som i dette tilfælde er patienter med invasiv brystkræft registreret i Patobank. I opgørelsen indgår patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen og/eller Patobank. Tælleren udgør patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen.

Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år			
				01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018			
	≥ 95% opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
Danmark	Ja	4.533 / 4.754	0 (0)	95,4	(94,7-95,9)	4.862 / 5.025	96,8	4.836 / 5.019	96,4
Hovedstaden	Nej	1.328 / 1.438	0 (0)	92,4	(90,9-93,7)	1.508 / 1.607	93,8	1.399 / 1.493	93,7
Sjælland	Ja	742 / 742	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	828 / 831	99,6	860 / 864	99,5
Syddanmark	Ja	1.065 / 1.100	0 (0)	96,8	(95,6-97,8)	1.145 / 1.163	98,5	1.236 / 1.265	97,7
Midtjylland	Nej	930 / 991	0 (0)	93,8	(92,2-95,3)	918 / 953	96,3	899 / 923	97,4
Nordjylland	Ja	467 / 482	0 (0)	96,9	(94,9-98,2)	463 / 470	98,5	442 / 474	93,2
Hovedstaden	Nej	1.328 / 1.438	0 (0)	92,4	(90,9-93,7)	1.508 / 1.607	93,8	1.399 / 1.493	93,7
Herlev	Nej	696 / 778	0 (0)	89,5	(87,1-91,5)	788 / 847	93,0	702 / 755	93,0
Rigshospitalet	Ja	632 / 660	0 (0)	95,8	(93,9-97,2)	720 / 760	94,7	697 / 738	94,4
Sjælland	Ja	742 / 742	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	828 / 831	99,6	860 / 864	99,5
Roskilde	Ja	742 / 742	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	828 / 831	99,6	860 / 864	99,5
Syddanmark	Ja	1.065 / 1.100	0 (0)	96,8	(95,6-97,8)	1.145 / 1.163	98,5	1.236 / 1.265	97,7
Esbjerg	Ja	175 / 175	0 (0)	100,0	(97,9-100,0)	212 / 212	100,0	200 / 201	99,5
Odense	Ja	424 / 431	0 (0)	98,4	(96,7-99,3)	372 / 376	98,9	432 / 441	98,0
Sønderborg	Nej	171 / 182	0 (0)	94,0	(89,4-96,9)	238 / 241	98,8	272 / 272	100,0
Vejle	Nej	295 / 312	0 (0)	94,6	(91,4-96,8)	323 / 334	96,7	332 / 351	94,6
Midtjylland	Nej	930 / 991	0 (0)	93,8	(92,2-95,3)	918 / 953	96,3	899 / 923	97,4
Aarhus	Nej	408 / 435	0 (0)	93,8	(91,1-95,9)	390 / 408	95,6	357 / 370	96,5
Randers*	Nej	# / #	0 (0)	25,0	(0,6-80,6)	18 / 20	90,0	193 / 201	96,0
Viborg	Nej	521 / 552	0 (0)	94,4	(92,1-96,2)	510 / 525	97,1	349 / 352	99,1
Nordjylland	Ja	467 / 482	0 (0)	96,9	(94,9-98,2)	463 / 470	98,5	442 / 474	93,2
Aalborg	Ja	467 / 481	0 (0)	97,1	(95,2-98,4)	443 / 447	99,1	270 / 292	92,5
Hjørring*	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	20 / 23	87,0	172 / 182	94,5
Privathospitaler									
In-Lab Patologi	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	# / #	0,0		

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

Datagrundlag og beregningsmetode.

I afsnit 5, 'Datagrundlag', er det specificeret hvilke SNOMED-koder, der er udtrukket fra Patobank. Diagnoser registreret i Patobank >30 dage efter operationsdatoen set i DBCG-kvalitetsdatabasen anses for recidivdiagnoser og indgår dermed ikke i bestemmelsen af dækningsgraden. Nævner udgør patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen og/eller Patobank; tælleren udgør patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen.



Resultater af indikatoranalysen: Indikator 1a

Af ovenstående fremgår det, at dækningsgraden af DBCG kvalitetsdatabasen i forhold til Patobank på landsplan ligger på 95,4 % (95 % CI: 94,7-95,9), hvilket svarer til, at 221 patienter kun indgår i Patobank. Standarden er i indeværende årsrapport hævet til 95 % som besluttet på sidste styregruppemøde og opfyldes på landsplan for aktuelle opgørelsesperiode: andelen er lidt højere end i forrige opgørelsesperiode (2019: 94,7 %). Region Hovedstaden og Midtjylland opfylder ikke standarden med andele på hhv. 92,4 % (95 % CI: 90,9-93,7) og 93,8 % (95% CI: 92,2-95,3). På afdelingsniveau ses det at Herlev, Sønderborg, Vejle, Aarhus og Viborg ikke opfylder standarden. Afdelingerne spænder i indikatoropfyldelse fra lavest i Herlev (89,5 %; 95 % CI: 87,1-91,5) til højest i Roskilde og Esbjerg (begge 100 %) (Hjørring og Randers frasat).

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

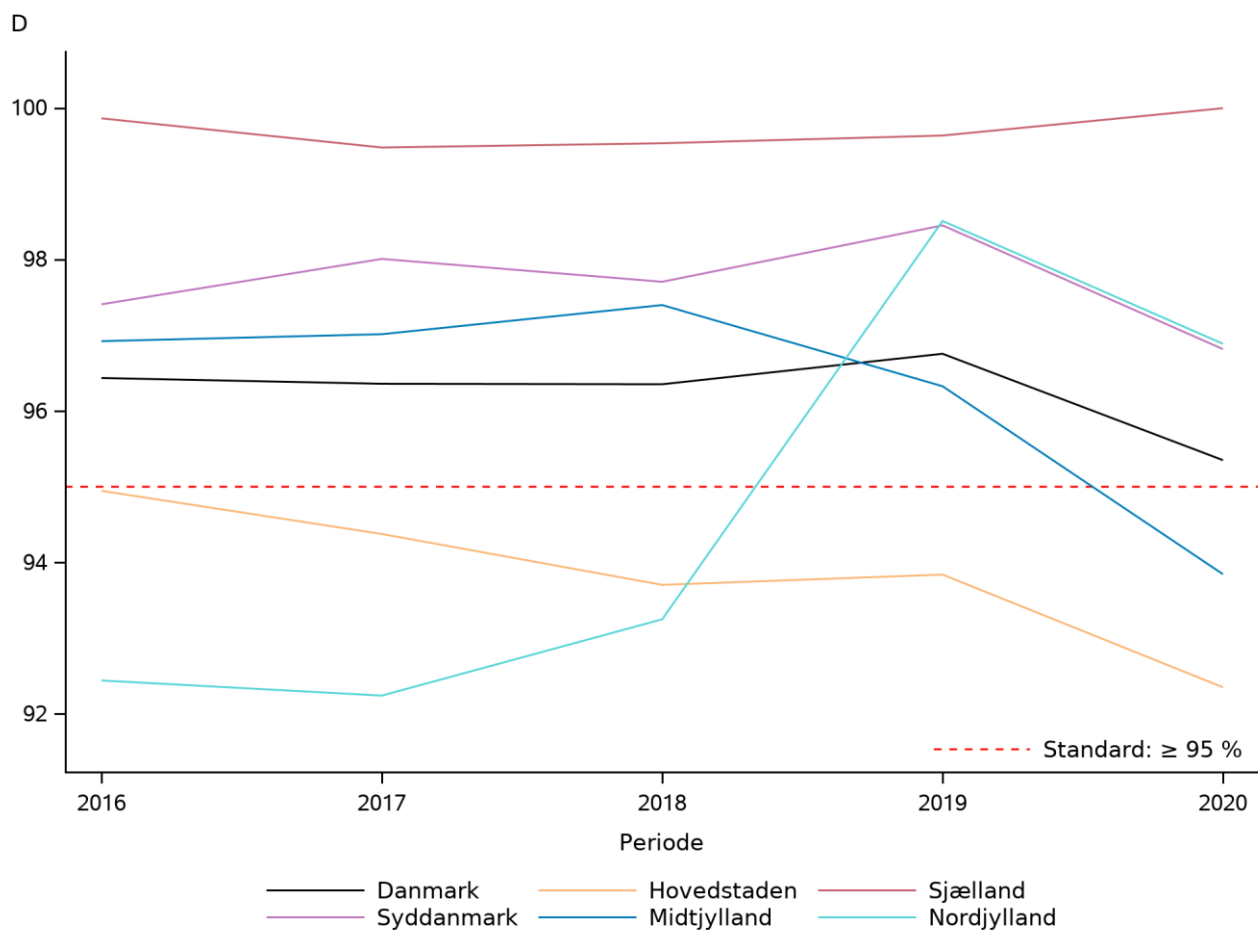
Det samlede resultat er tilfredsstillende med en dækningsgrad på 95,4% hvilket er højere end sidste år. Der er dog fortsat variation mellem patologiafdelingerne, men det skal bemærkes at kun en enkelt afdeling, Herlev, ligger signifikant under standarden på 95%. Herlev har således behov for at yde en ekstra indsats for at hæve niveauet.

Vurdering af indikatoren

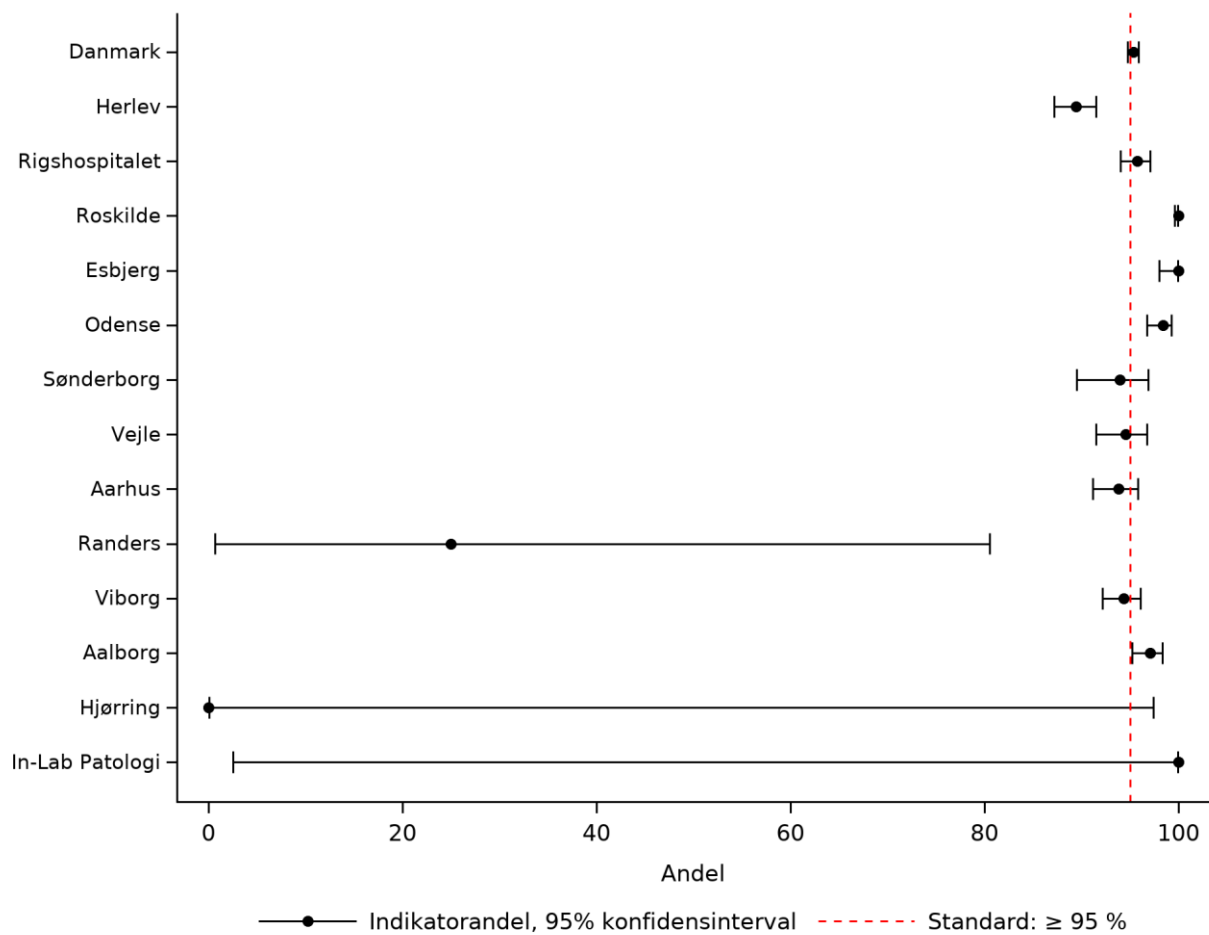
Indikatoren er meget essentiel for at vurdere, om det datagrundlag, som kvalitetsindikatorberegningerne tager udgangspunkt i, er korrekt. Det vurderes, at det er passende, at standarden er hævet til 95%. Det er et realistisk mål, som vil kunne nås af alle afdelinger.



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



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



3.2 Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	2018	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	4.298 / 4.533	0 (0)	94,8	(94,1-95,4)	4.740 / 4.862	97,5	96,1
Hovedstaden	Nej	1.205 / 1.327	0 (0)	90,8	(89,1-92,3)	1.446 / 1.514	95,5	95,4
Sjælland	Ja	724 / 731	0 (0)	99,0	(98,0-99,6)	820 / 825	99,4	93,2
Syddanmark	Ja	1.019 / 1.065	0 (0)	95,7	(94,3-96,8)	1.132 / 1.146	98,8	97,6
Midtjylland	Nej	878 / 931	0 (0)	94,3	(92,6-95,7)	894 / 918	97,4	96,5
Nordjylland	Ja	461 / 468	0 (0)	98,5	(96,9-99,4)	446 / 457	97,6	98,6
Privathospitaler						0 / 0		100,0

2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsen indgår patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen.

Tælleren udgør patienter med indleveret behandlingsskema (defineret som komplette data). Data for en mindre andel patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen vil være ufuldstændigt indberettet, og for disse kan patologi- og eller kirurgiafdelingen være ukendt.

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

Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis patologi- og kirurgiafdeling, og resultaterne fremgår af indikatorstabellerne 2a og 2b.

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

	Standard ≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2019 Antal	Andel	2018 Andel
Danmark	Ja	4.363 / 4.533	0 (0)	96,2	(95,7-96,8)	4.792 / 4.862	98,6	99,1
Hovedstaden	Nej	1.239 / 1.328	0 (0)	93,3	(91,8-94,6)	1.475 / 1.508	97,8	98,9
Sjælland	Ja	741 / 742	0 (0)	99,9	(99,3-100,0)	825 / 828	99,6	99,8
Syddanmark	Ja	1.026 / 1.065	0 (0)	96,3	(95,0-97,4)	1.133 / 1.145	99,0	99,4
Midtjylland	Ja	891 / 930	0 (0)	95,8	(94,3-97,0)	901 / 918	98,1	98,4
Nordjylland	Ja	465 / 467	0 (0)	99,6	(98,5-99,9)	458 / 463	98,9	99,3
Hovedstaden	Nej	1.239 / 1.328	0 (0)	93,3	(91,8-94,6)	1.475 / 1.508	97,8	98,9
Herlev	Nej	645 / 696	0 (0)	92,7	(90,5-94,5)	761 / 788	96,6	98,1
Rigshospitalet	Nej	594 / 632	0 (0)	94,0	(91,8-95,7)	714 / 720	99,2	99,6
Sjælland	Ja	741 / 742	0 (0)	99,9	(99,3-100,0)	825 / 828	99,6	99,8
Roskilde	Ja	741 / 742	0 (0)	99,9	(99,3-100,0)	825 / 828	99,6	99,8
Syddanmark	Ja	1.026 / 1.065	0 (0)	96,3	(95,0-97,4)	1.133 / 1.145	99,0	99,4
Esbjerg	Ja	173 / 175	0 (0)	98,9	(95,9-99,9)	210 / 212	99,1	99,5
Odense	Ja	411 / 424	0 (0)	96,9	(94,8-98,4)	369 / 372	99,2	99,8
Sønderborg	Nej	153 / 171	0 (0)	89,5	(83,9-93,6)	231 / 238	97,1	98,5
Vejle	Ja	289 / 295	0 (0)	98,0	(95,6-99,3)	323 / 323	100,0	99,7
Midtjylland	Ja	891 / 930	0 (0)	95,8	(94,3-97,0)	901 / 918	98,1	98,4
Aarhus	Nej	377 / 408	0 (0)	92,4	(89,4-94,8)	382 / 390	97,9	97,8
Randers*	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	15 / 18	83,3	96,9
Viborg	Ja	513 / 521	0 (0)	98,5	(97,0-99,3)	504 / 510	98,8	100,0
Nordjylland	Ja	465 / 467	0 (0)	99,6	(98,5-99,9)	458 / 463	98,9	99,3
Aalborg	Ja	465 / 467	0 (0)	99,6	(98,5-99,9)	443 / 443	100,0	99,6
Hjørring*		0 / 0				15 / 20	75,0	98,8
Privathospitaler								
In-Lab Patologi	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG

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

	Standard ≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2019 Antal	Andel	2018 Andel
Danmark	Ja	4.464 / 4.533	0 (0)	98,5	(98,1-98,8)	4.801 / 4.862	98,7	96,9
Hovedstaden	Ja	1.294 / 1.327	0 (0)	97,5	(96,5-98,3)	1.471 / 1.514	97,2	96,4
Sjælland	Ja	724 / 731	0 (0)	99,0	(98,0-99,6)	823 / 825	99,8	93,2
Syddanmark	Ja	1.057 / 1.065	0 (0)	99,2	(98,5-99,7)	1.144 / 1.146	99,8	98,2
Midtjylland	Ja	915 / 931	0 (0)	98,3	(97,2-99,0)	910 / 918	99,1	98,0
Nordjylland	Ja	463 / 468	0 (0)	98,9	(97,5-99,7)	451 / 457	98,7	99,3
Færøerne	Ja	11 / 11	0 (0)	100,0	(71,5-100,0)	# / #	100,0	
Hovedstaden	Ja	1.294 / 1.327	0 (0)	97,5	(96,5-98,3)	1.471 / 1.514	97,2	96,4
Herlev	Ja	700 / 720	0 (0)	97,2	(95,7-98,3)	763 / 800	95,4	95,9
Rigshospitalet	Ja	591 / 596	0 (0)	99,2	(98,1-99,7)	707 / 709	99,7	99,0
Øvrige afdelinger, Region Hovedstaden	Nej	3 / 11	0 (0)	27,3	(6,0-61,0)	# / #	20,0	11,8
Sjælland	Ja	724 / 731	0 (0)	99,0	(98,0-99,6)	823 / 825	99,8	93,2
Roskilde	Ja	724 / 731	0 (0)	99,0	(98,0-99,6)	823 / 825	99,8	93,2
Syddanmark	Ja	1.057 / 1.065	0 (0)	99,2	(98,5-99,7)	1.144 / 1.146	99,8	98,2
Aabenraa	Ja	233 / 236	0 (0)	98,7	(96,3-99,7)	271 / 272	99,6	94,4
Esbjerg	Ja	166 / 168	0 (0)	98,8	(95,8-99,9)	200 / 200	100,0	99,5
Odense	Ja	356 / 358	0 (0)	99,4	(98,0-99,9)	325 / 326	99,7	99,8
Vejle	Ja	301 / 302	0 (0)	99,7	(98,2-100,0)	347 / 347	100,0	98,8
Øvrige afdelinger, Region Syddanmark	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	# / #	100,0	100,0
Midtjylland	Ja	915 / 931	0 (0)	98,3	(97,2-99,0)	910 / 918	99,1	98,0
Aarhus	Ja	392 / 398	0 (0)	98,5	(96,7-99,4)	392 / 397	98,7	97,2
Randers	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	13 / 13	100,0	98,3
Viborg	Ja	522 / 527	0 (0)	99,1	(97,8-99,7)	500 / 500	100,0	100,0
Øvrige afdelinger, Region Midtjylland	Nej	0 / 5	0 (0)	0,0	(0,0-52,2)	5 / 8	62,5	44,4
Nordjylland	Ja	463 / 468	0 (0)	98,9	(97,5-99,7)	451 / 457	98,7	99,3
Aalborg	Ja	463 / 468	0 (0)	98,9	(97,5-99,7)	431 / 437	98,6	99,6
Hjørring		0 / 0				20 / 20	100,0	98,8

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019 Antal	2018 Andel	2018 Andel
Ophørt privathospital								100,0

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 2

Indikator 2 opgører andelen af patienter med indleveret behandlingsskema på regionsniveau samt opdelt på patologi- og kirurgiafdeling (hhv. indikator tabel 2a og 2b). I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter med datakomplethed på indleveret behandlingsskema på landsplan på 94,8 % (95 % CI: 94,1-95,4) og opfylder dermed lige netop ikke standarden på ≥ 95 %; samtidigt er andelen lavere end i forrige periode på 95,8 % (2019). Ligeledes ses det jf. trendgraf, at næsten alle regioner på nær Nordjylland ligger lavere end forrige periode.

Af opgørelsen fremgår det, at Region Hovedstaden (90,8 %; 95 % CI: 89,1-92,3) og Region Midtjylland (94,3 %; 95 % CI: 92,6-95,7) ligger lavere end de øvrige regioner, hvad angår inddateringspraksis og opfylder ikke standarden. Opdeling på patologiafdeling (Indikator 2a) viser, at patologiafdelingerne i Herlev, Rigshospitalet, Sønderborg og Aarhus ligger lavere end tidligere perioder og opfylder ikke indikatorstandard. Der er tilfredsstillende indberetning på de kirurgiske afdelinger med andel over 95 %.

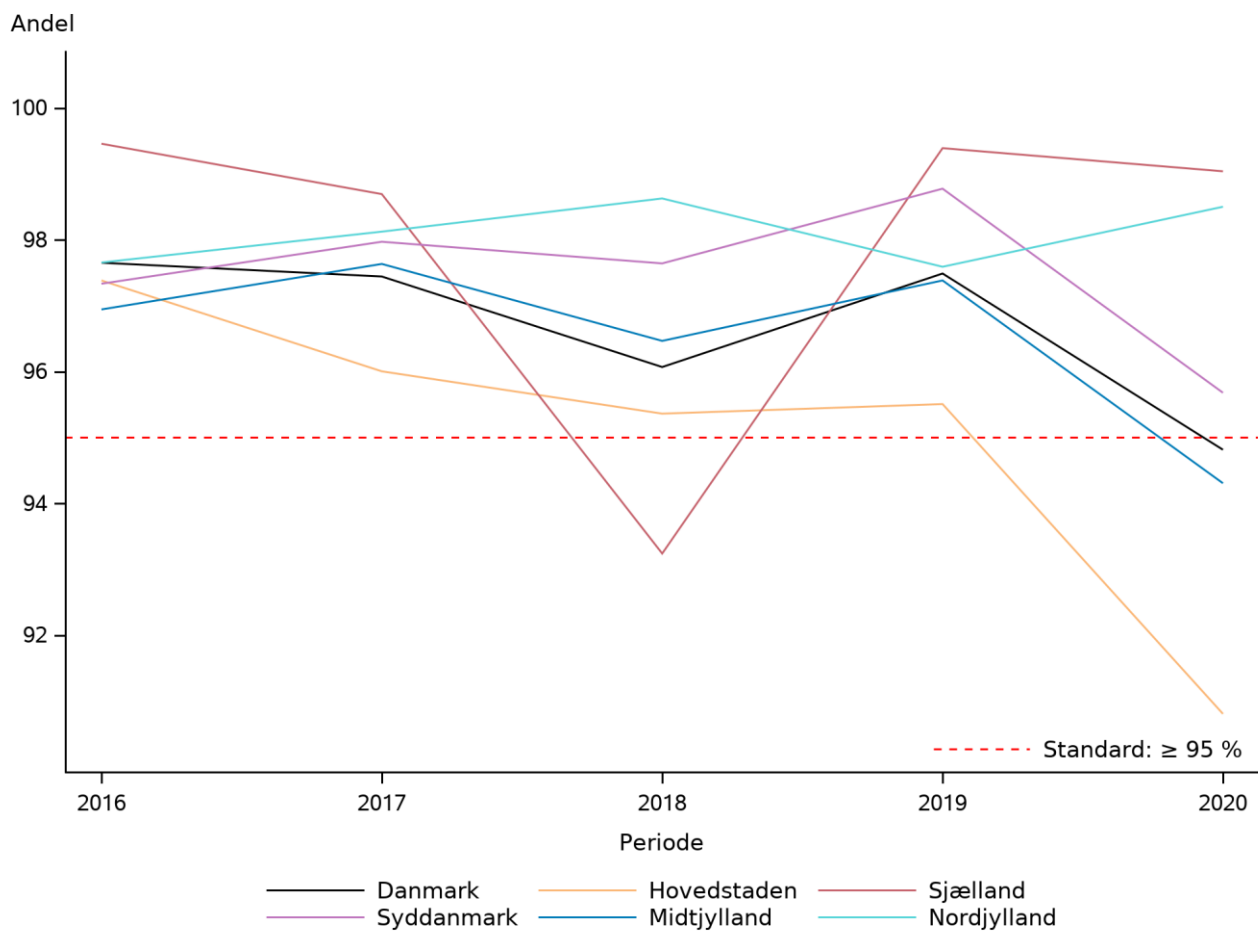
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Indikatoren er ikke opfyldt på landsplan, hvilket anses for utilfredsstillende. Ser man det samlede resultat, er det dog kun i Region H, at man signifikant ligger under det ønskede niveau. Resultaterne skal ses i lyset af at en omlægning i dataindberetningssystemet primo 2020 medførte en instabilitet i DBCG's rykkersystem. DBCG's rykkersystem er en ekstra service for afdelingerne, men er ikke tiltænkt som grundlag for dataindberetning. Denne instabilitet i rykkersystemet var ikke desto mindre medvirkende årsag til inkomplet indberetning fra i særdeleshed de kirurgiske afdelinger. Styregruppen besluttede derfor, at der ekstraordinært skulle tildeles de kirurgiske afdelinger mulighed for at efterindberette manglende data over en 2 ugers periode efter den oprindelige skæringsdato. Det indskræpes kraftigt overfor de brystkirurgiske afdelinger, at der er behov for, at man sikrer sig, at den primære indberetning, der er helt afgørende for den samlede registrering i databasen, sker kontinuerligt og rettidigt for alle patienter, herunder specielt patienter, der ikke tilbydes primær operation.

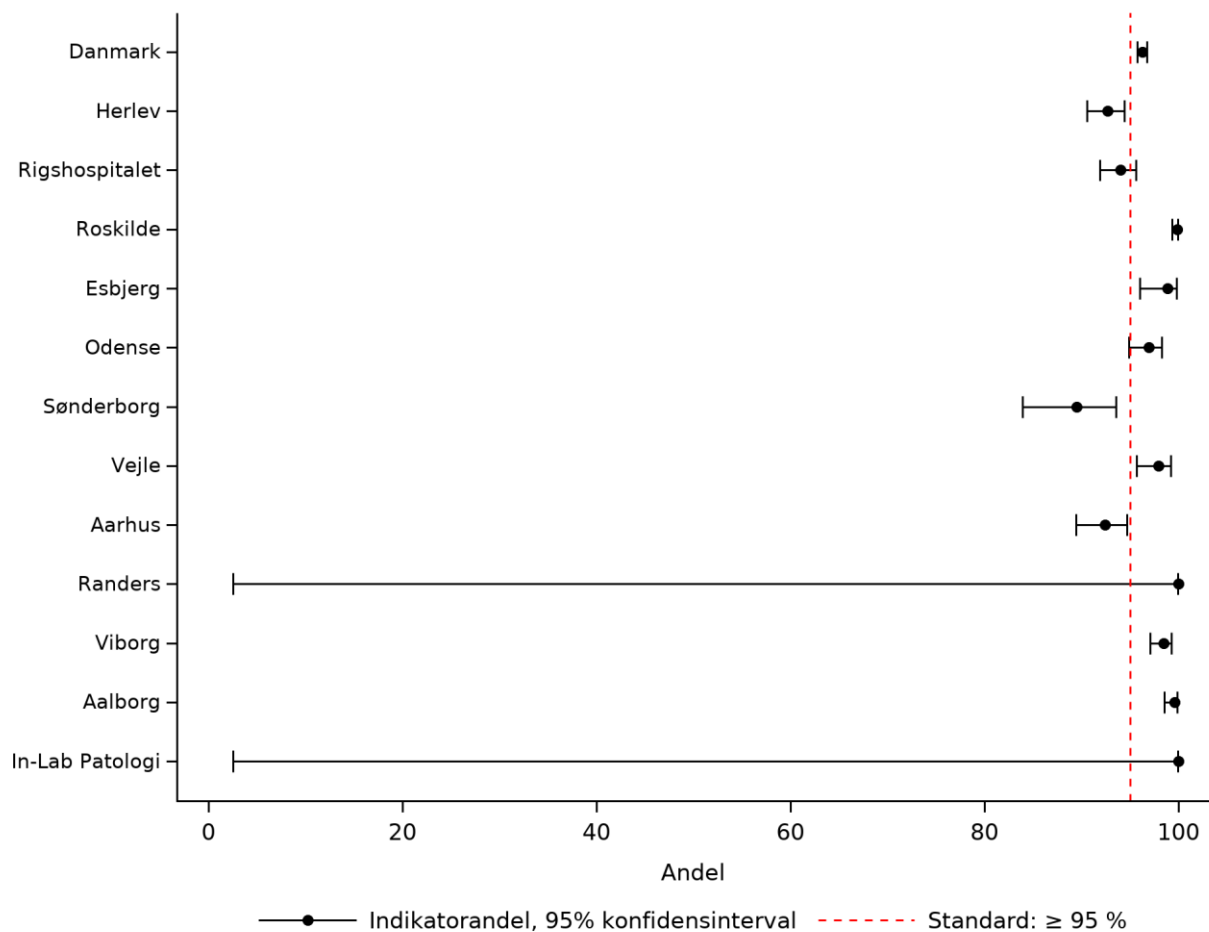
Vurdering af indikatoren

Som også gældende for den forrige indikator, så er det afgørende for kvalitetssikringen og de øvrige kvalitetsindikatorer i denne rapport, at der sker en tilstrækkelig og dækkende indberetning af nydiagnosticerede patienter med brystkræft, og indikatoren har derfor en central rolle, der ikke kan undværes.

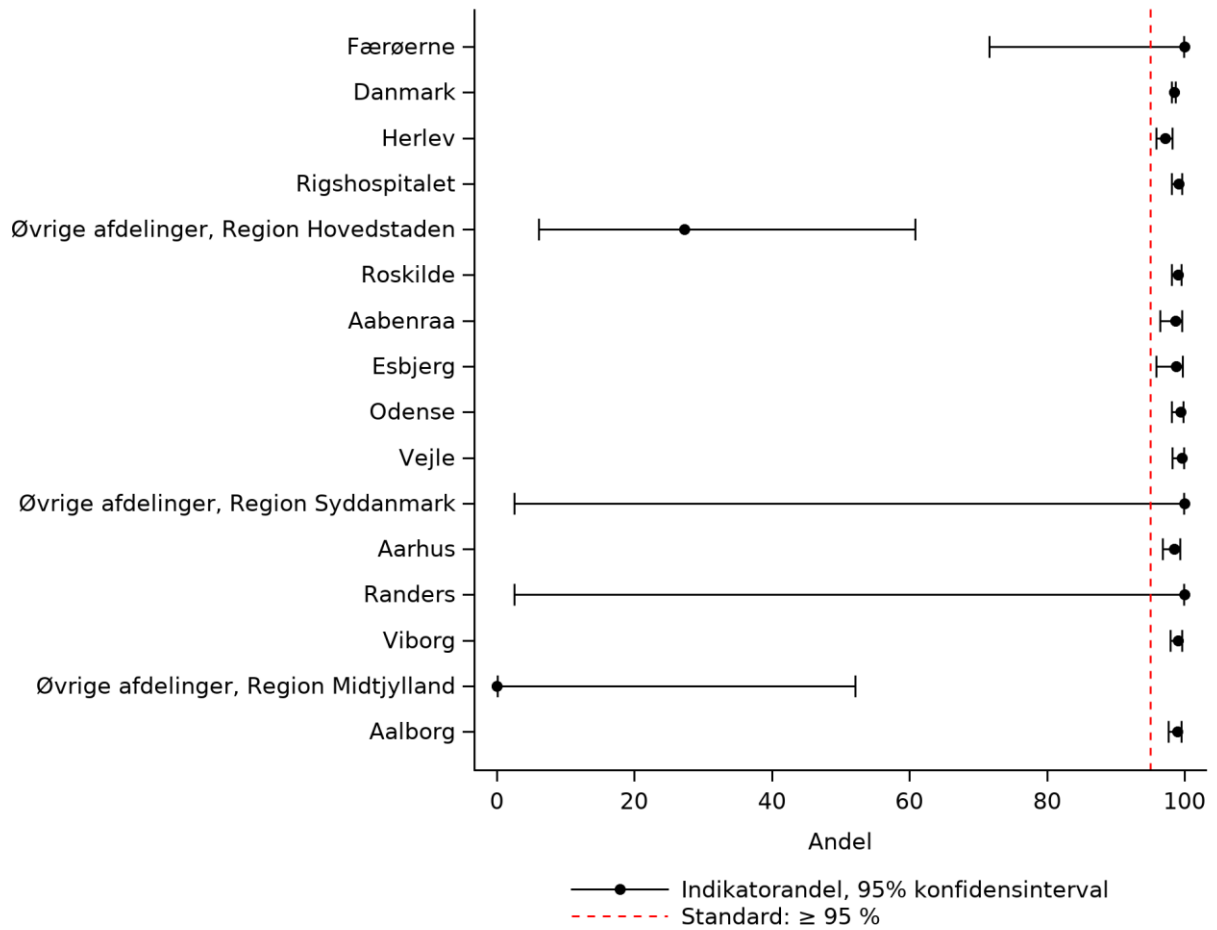
Indikator 2: Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG. Trendgraf på regionsniveau.



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



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



3.3 Indikator 3. Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation

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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019 Antal	2018 Andel	2018 Andel
Danmark	Ja	672 / 700	0 (0)	96,0	(94,3-97,3)	706 / 752	93,9	95,6
Hovedstaden	Ja	182 / 188	0 (0)	96,8	(93,2-98,8)	214 / 218	98,2	94,4
Sjælland	Ja	109 / 117	0 (0)	93,2	(87,0-97,0)	124 / 139	89,2	93,1
Syddanmark	Ja	158 / 163	0 (0)	96,9	(93,0-99,0)	181 / 191	94,8	97,0
Midtjylland	Ja	145 / 149	0 (0)	97,3	(93,3-99,3)	124 / 131	94,7	97,5
Nordjylland	Ja	77 / 82	0 (0)	93,9	(86,3-98,0)	63 / 73	86,3	96,1
Færøerne	Ja	# / #	0 (0)	100,0	(2,5-100,0)	0 / 0		
Hovedstaden	Ja	182 / 188	0 (0)	96,8	(93,2-98,8)	214 / 218	98,2	94,4
Herlev, kirurgi	Ja	95 / 97	0 (0)	97,9	(92,7-99,7)	110 / 114	96,5	93,2
Rigshospitalet, kirurgi	Ja	87 / 91	0 (0)	95,6	(89,1-98,8)	104 / 104	100,0	96,0
Sjælland	Ja	109 / 117	0 (0)	93,2	(87,0-97,0)	124 / 139	89,2	93,1
Roskilde, kirurgi	Ja	109 / 117	0 (0)	93,2	(87,0-97,0)	124 / 139	89,2	93,1
Syddanmark	Ja	158 / 163	0 (0)	96,9	(93,0-99,0)	181 / 191	94,8	97,0
Aabenraa, kirurgi	Nej	26 / 30	0 (0)	86,7	(69,3-96,2)	41 / 46	89,1	97,6
Esbjerg, kirurgi	Ja	29 / 30	0 (0)	96,7	(82,8-99,9)	36 / 40	90,0	93,9
Odense, kirurgi	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	58 / 58	100,0	95,7
Vejle, kirurgi	Ja	49 / 49	0 (0)	100,0	(92,7-100,0)	46 / 47	97,9	100,0
Midtjylland	Ja	145 / 149	0 (0)	97,3	(93,3-99,3)	124 / 131	94,7	97,5
Aarhus, kirurgi	Ja	55 / 56	0 (0)	98,2	(90,4-100,0)	48 / 50	96,0	97,0
Randers, kirurgi		0 / 0				5 / 5	100,0	96,3
Viborg, kirurgi	Ja	90 / 93	0 (0)	96,8	(90,9-99,3)	71 / 76	93,4	98,5
Nordjylland	Ja	77 / 82	0 (0)	93,9	(86,3-98,0)	63 / 73	86,3	96,1
Aalborg, kirurgi	Ja	77 / 82	0 (0)	93,9	(86,3-98,0)	57 / 67	85,1	92,2
Aalborg, onkologi						# / #	100,0	
Hjørring, kirurgi						5 / 5	100,0	100,0

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



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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG
	70	DBCG-dato ej oplyst
	100	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	159	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	352	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	99	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	2.849	Ikke indikation for aksilrømning
	204	Aksilrømning ikke foretaget

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsen indgår patienter med invasivt karcinom (C50), lymfeknudemetastaser og med indberettet aksil-indgreb. Tælleren udgør patienter, som ved intenderet kurativ aksiloperation har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder.

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 3

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af aksilrømmede patienter med primært, invasivt karcinom, som har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder på landsplan på 96,0 % (95 % CI: 94,3-97,3). Dette er højere end tidligere (2019: 93,9 %), og den fastsatte standard på ≥ 90 % opfyldes på landsplan samt for alle regioner. Især bemærkes jf. trendgraf en pæn fremgang for Region Nordjylland og Region Sjælland, der i sidste opgørelsesperiode begge lå under standarden. På afdelingsniveau opfylder Aabenraa ikke standarden med en andel på 86,7 (95 % CI: 69,3-96,2).

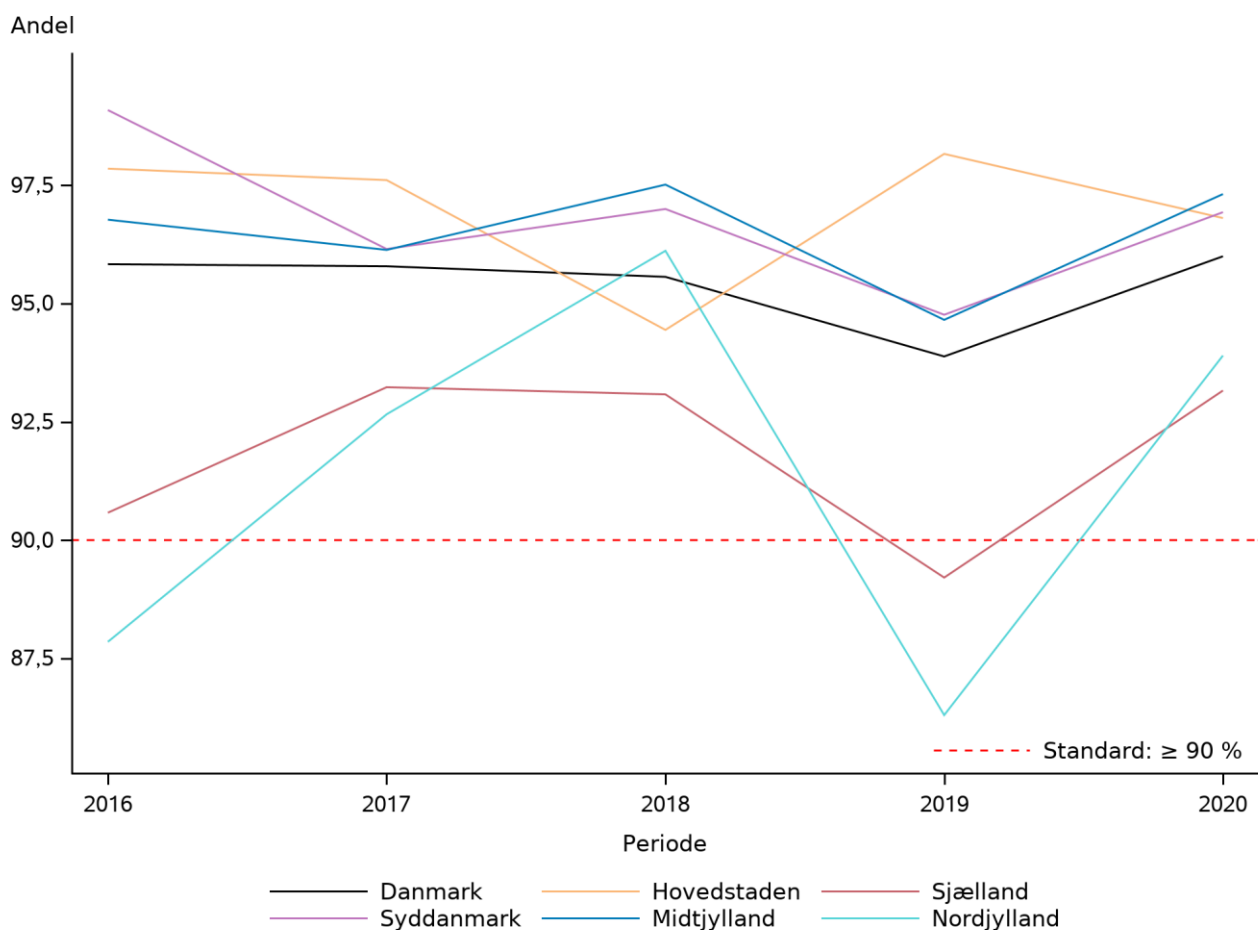
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Det er vanskeligt at opstille kriterier for vurdering af kvaliteten af den kirurgiske behandling af brystkræft. Specielt er det vanskeligt at foretage relevant monitorering af kvaliteten med årlige sammenligninger, som der lægges op til i de årlige kvalitetsindikatorrapporter. Der er imidlertid konsensus om, at resultaterne af indikator 3 vedrørende udbyttet af aksilrømning, netop giver et svar, der kan tages om udtryk for umiddelbar kvalitet på det kirurgiske område. Det er med baggrund heri meget tilfredsstillende, at indikatoropfyldelsen er så høj, som tilfældet er, og at stort set alle afdelinger, på nær en enkelt, når op over de 90%, som er fastsat som standard, og at ingen ligger signifikant under standardværdien. Det må også fremhæves som positivt, at Aalborg, der i 2019-rapporten lå under standarden, i dette års opgørelse har forbedret sig og nu ligger på den rigtige side af standardværdien.

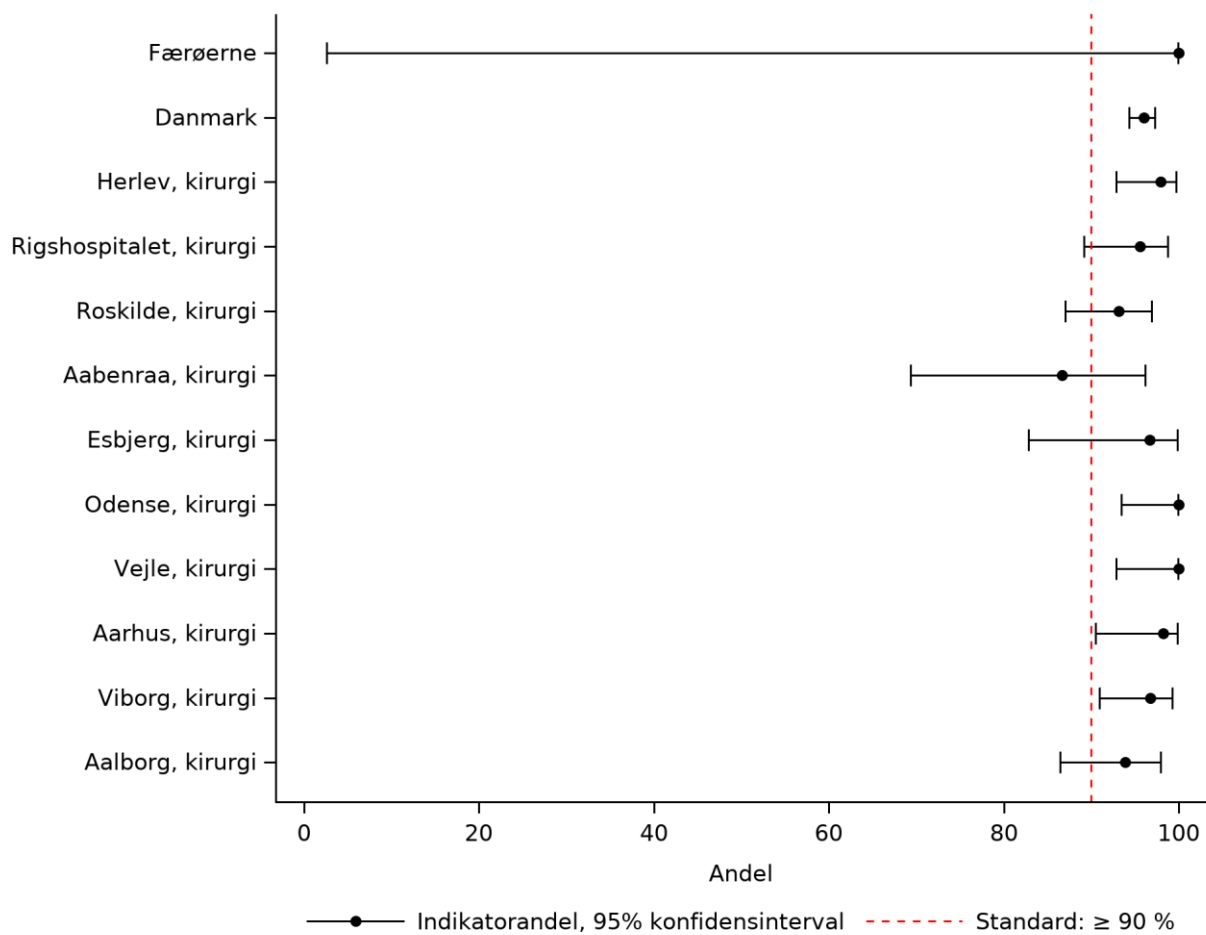
Vurdering af indikatoren

Behovet for at udføre aksilrømning i forbindelse med behandling af brystkræft mindskes gradvist, dels fordi færre patienter har makrometastaser, og dels fordi en stor del af de patienter, der har makro-metastaser, falder i den gruppe, hvor SENOMAC studiet er aktuelt, og hvor tilslutningen er stor. Vi ved på nuværende tidspunkt ikke, hvad studiet viser, men såfremt resultaterne falder ud til fordel for metoden, så vil det få yderligere indflydelse på behandlingsstrategien og givetvis yderligere nedsætte behovet for at udføre aksilrømning. Det har som konsekvens, at det for nye brystkirurger vil blive vanskeligt at erhverve sig de nødvendige operative kompetencer på området, hvorfor det fremover fortsat vil være meget vigtigt, at kvaliteten på området monitoreres.

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



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



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

Herunder præsenteres andelen af højrisiko-kvinder (i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering) med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis onkologi- og kirurgiafdeling, og resultaterne fremgår af tabellerne herunder (indikatortabel 4onk og 4kir). Desuden følger efter den første indikatortabel tre oversigtstabeller over årsager til manglende opfyldelse af indikatoren.

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

	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år			
	≥ 85%		Tæller/ nævner	01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.942 / 3.514	147 (4)	83,7	(82,5-84,9)	3.047 / 3.599	84,7	86,0
Hovedstaden	Nej	868 / 1.041	94 (8)	83,4	(81,0-85,6)	828 / 995	83,2	82,4
Sjælland	Ja	559 / 633	1 (0)	88,3	(85,5-90,7)	516 / 641	80,5	85,9
Syddanmark	Nej	710 / 840	18 (2)	84,5	(81,9-86,9)	789 / 903	87,4	86,9
Midtjylland	Nej	522 / 683	32 (4)	76,4	(73,1-79,6)	608 / 707	86,0	88,3
Nordjylland	Ja	283 / 317	2 (1)	89,3	(85,3-92,5)	306 / 353	86,7	90,4

Protokol B

Kemoterapi	Endokrin behandling		
	Ja	Nej	Ukendt
Ja	21	91	53
Nej	219	30	.
Ukendt	13	#	.

Tabellen opgør antal patienter i protokol B, der ikke har modtaget enten kemoterapi eller endokrinbehandling og dermed ikke opfylder indikatoren. For de 21 patienter der både har modtaget kemoterapi og endokrin behandling gælder dog at disse er HER-2 positive patienter, der ikke har modtaget anti-HER2 behandling.

Protokol C

<i>Endokrin behandling</i>		<i>Total</i>
<i>Nej</i>	<i>Antal</i>	
	69	69

Protokol D

<i>Kemoterapi</i>		<i>Total</i>
<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Antal</i>
	10	64
		74

Tabellen opgør antal patienter i protokol D, der ikke har modtaget kemoterapi og dermed ikke opfylder indikatoren. For de 10 patienter, der har modtaget kemoterapi, gælder dog, at disse er HER-2 positive patienter, der ikke har modtaget anti-HER2 behandling.

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	163	Ikke i DBCG
	74	DBCG-dato ej oplyst
	280	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	13	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	364	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	58	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	375	Ikke i højrisikogruppe
	2	Emigration inden for 30 dage efter operation
	35	Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study
	Uoplyst:	147	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 85% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.937 / 3.496	99 (3)	84,0	(82,8-85,2)	3.044 / 3.568	85,3	86,6
Hovedstaden	Nej	863 / 1.033	58 (5)	83,5	(81,1-85,8)	825 / 987	83,6	82,7
Sjælland	Ja	559 / 629	0 (0)	88,9	(86,1-91,2)	516 / 623	82,8	88,5
Syddanmark	Nej	710 / 837	14 (2)	84,8	(82,2-87,2)	789 / 900	87,7	87,2
Midtjylland	Nej	522 / 680	25 (4)	76,8	(73,4-79,9)	608 / 705	86,2	88,3
Nordjylland	Ja	283 / 317	2 (1)	89,3	(85,3-92,5)	306 / 353	86,7	90,3
Hovedstaden	Nej	863 / 1.033	58 (5)	83,5	(81,1-85,8)	825 / 987	83,6	82,7
Herlev, onkologi	Ja	377 / 443	8 (2)	85,1	(81,4-88,3)	334 / 416	80,3	81,8
Hillerød, onkologi	Ja	123 / 139	37 (21)	88,5	(82,0-93,3)	171 / 200	85,5	84,7
Rigshospitalet, onkologi	Nej	353 / 436	2 (0)	81,0	(77,0-84,5)	300 / 348	86,2	82,7
Rønne, onkologi	Nej	10 / 15	11 (42)	66,7	(38,4-88,2)	20 / 23	87,0	81,8
Sjælland	Ja	559 / 629	0 (0)	88,9	(86,1-91,2)	516 / 623	82,8	88,5
Næstved, onkologi	Ja	559 / 629	0 (0)	88,9	(86,1-91,2)	516 / 623	82,8	88,5
Syddanmark	Nej	710 / 837	14 (2)	84,8	(82,2-87,2)	789 / 900	87,7	87,2
Esbjerg, onkologi	Nej	96 / 121	8 (6)	79,3	(71,0-86,2)	137 / 151	90,7	94,0
Odense, onkologi	Nej	255 / 302	4 (1)	84,4	(79,8-88,3)	274 / 334	82,0	81,6
Sønderborg, onkologi	Nej	120 / 149	1 (1)	80,5	(73,3-86,6)	131 / 150	87,3	89,5
Vejle, onkologi	Ja	239 / 265	1 (0)	90,2	(86,0-93,5)	247 / 265	93,2	89,7
Midtjylland	Nej	522 / 680	25 (4)	76,8	(73,4-79,9)	608 / 705	86,2	88,3
Aarhus, onkologi	Nej	282 / 386	24 (6)	73,1	(68,3-77,4)	345 / 407	84,8	88,0
Herning, onkologi	Nej	240 / 294	1 (0)	81,6	(76,7-85,9)	263 / 298	88,3	88,8
Nordjylland	Ja	283 / 317	2 (1)	89,3	(85,3-92,5)	306 / 353	86,7	90,3
Aalborg, onkologi	Ja	283 / 317	2 (1)	89,3	(85,3-92,5)	306 / 353	86,7	90,3

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	163	Ikke i DBCG
	74	DBCG-dato ej oplyst
	280	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	13	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	364	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	58	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	375	Ikke i højrisikogruppe
	2	Emigration inden for 30 dage efter operation
	35	Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study
	66	Ikke en onkologisk afdeling
Uoplyst:	99	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler

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

	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2019 - 31.12.2019
Danmark	48 (73)	
Hovedstaden	36 (82)	
Sjælland	1 (20)	
Syddanmark	4 (57)	
Midtjylland	7 (70)	
Nordjylland		
Hovedstaden	36 (82)	
Herlev, kirurgi	31 (84)	
Rigshospitalet, kirurgi	5 (71)	
Sjælland	1 (20)	
Roskilde, kirurgi	1 (20)	
Syddanmark	4 (57)	
Aabenraa, kirurgi	0 (0)	
Odense, kirurgi	4 (67)	
Midtjylland	7 (70)	
Aarhus, kirurgi	5 (71)	
Randers, kirurgi*	1 (100)	
Viborg, kirurgi	1 (50)	
Nordjylland		
Aalborg, kirurgi		

*Randers ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	163	Ikke i DBCG
	74	DBCG-dato ej oplyst
	280	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	13	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	364	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	58	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	375	Ikke i højrisikogruppe
	2	Emigration inden for 30 dage efter operation
	35	Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study
	3.595	Ikke en kirurgisk afdeling
Uoplyst:	48	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 4

Standarden er i indeværende årsrapport sænket til 85 % som besluttet på sidste styregruppemøde. På landsplan ligger andelen af højrisiko-patienter med invasivt karcinom, som indgår i aktiverede, adjuverende, onkologisk behandling på 83,7 % (95 % CI: 82,5-84,9). Således opfyldes standarden ikke på landsplan, hvilket ligeledes gør sig gældende for alle regioner på nær Region Nordjylland og Sjælland; samtlige regioner på nær Nordjylland og Sjælland ligger også lavere i indeværende periode end sidste periode jf. trendgraf. Der ses forskelle både på regions- og afdelingsniveau, hvor Region Midtjylland ligger lavest (76,4 %; 95 % CI: 73,1-79,6). På landsplan ses det at der er 4 % uoplyste, svarende til manglende FLOW skema for medicinsk behandling; andelen af uoplyste varierer dog markant imellem de forskellige afdelinger jf. indikortabel 4onk. I tabel 4kir vises antal uoplyste for de respektive kirurgiske afdelinger.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

I sidste års rapport så man en klar forbedring i forhold til indberetning af data. Således var andelen af uoplyste gået ned fra omkring 30% til 12%. Denne udvikling er yderligere styrket i denne rapport, hvor der nu kun er 4% uoplyste. Det er en udvikling, som styregruppen finder meget positiv.

Der er en tydelig tendens til, at det specielt er patienter i protokol B, der ikke får den behandling, der er anbefalet. På baggrund af de foreliggende tal kan man mistænke, at en del af forklaringen er manglende indberetning af endokrin behandling og trastuzumab hos patienter, der først får kemoterapi, men det kan ikke afklares nøjere på baggrund af de foreliggende data.

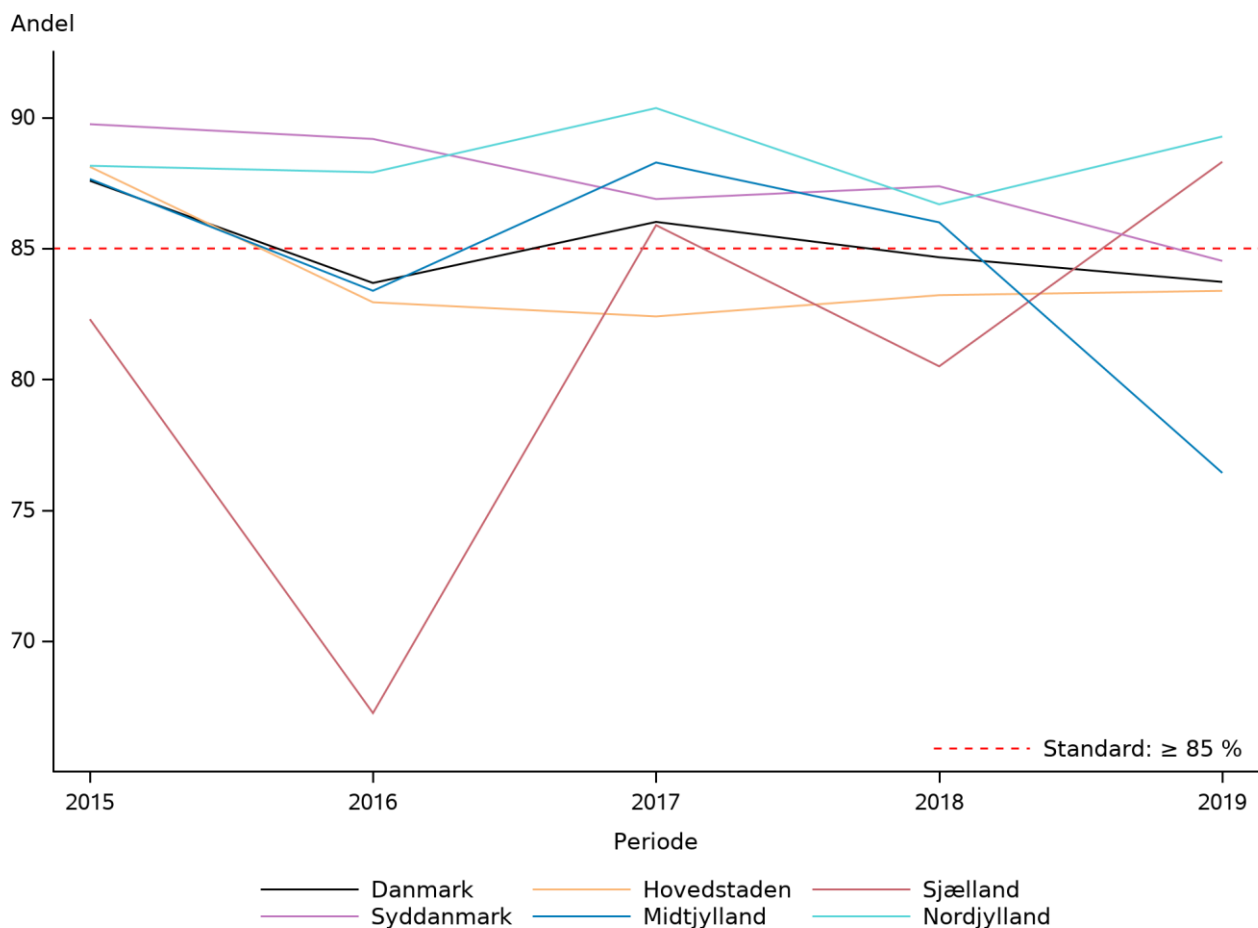
Ovenstående forbehold i forhold til manglende indberetning betyder, at det er vanskeligt at konkludere på de foreliggende indikatoropfyldelser. Resultatet fra Region Nord og Sjælland viser, at indikator-standard på 85% er et realistisk mål, og på baggrund heraf, må det konkluderes, at landsgennemsnittet er uacceptabelt lavt. Region Syd ligger tæt på standarden og afstanden ligger indenfor den statistiske usikkerhed, men for de øvrige 2 regioner er resultaterne meget utilfredsstillende.

Det foreliggende resultat peger på, at der fortsat er behov for en forbedret indberetningsindsats, og det bør diskuteres, om rykkersystemerne yderligere kan udbygges på området.

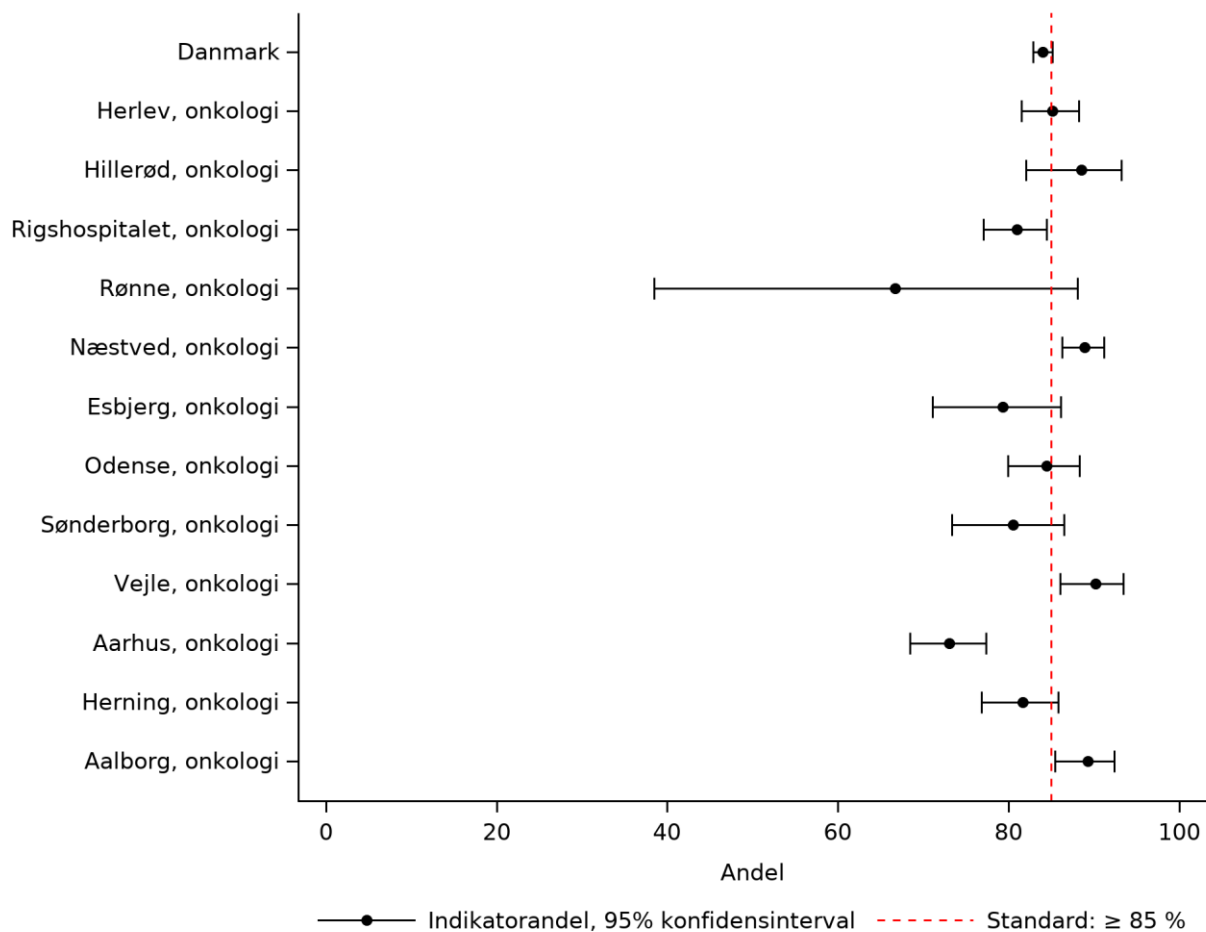
Vurdering af indikatoren

Indikatoren omhandler den systemiske behandling, et helt centralt element i forhold til moderne behandling af brystkræft, og det er afgørende for evaluering af kvalitet, at dette monitoreres omhyggeligt.

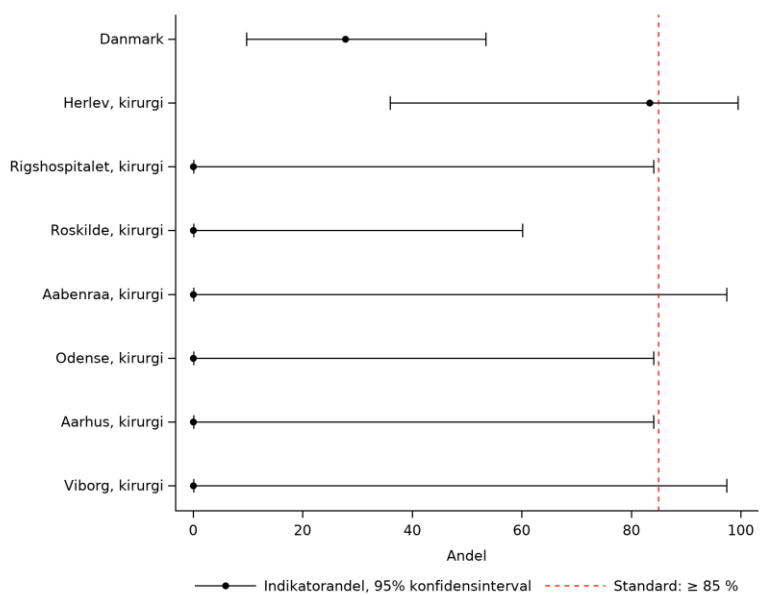
Indikator 4reg: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau. Trendgraf på regionsniveau.



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



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



3.5 Indikator 5a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgningsprogram, højrisiko

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2010 - 31.12.2019 Andel	95% CI
Danmark	Nej	27.987 / 34.833	0 (0)	80,3	(79,9-80,8)
Hovedstaden	Nej	9.823 / 10.968	0 (0)	89,6	(89,0-90,1)
Sjælland	Nej	3.077 / 5.552	0 (0)	55,4	(54,1-56,7)
Syddanmark	Nej	7.107 / 8.081	0 (0)	87,9	(87,2-88,6)
Midtjylland	Nej	4.990 / 6.951	0 (0)	71,8	(70,7-72,8)
Nordjylland	Ja	2.986 / 3.274	0 (0)	91,2	(90,2-92,2)
Privathospitaler	Nej	4 / 7	0 (0)	57,1	(18,4-90,1)

Fra Årsrapport 2019:

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2009 - 31.12.2018 Andel	95% CI
Danmark	Nej	27.058 / 34.896	435 (1)	77,5	(77,1-78,0)
Hovedstaden	Nej	8.694 / 11.031	163 (1)	78,8	(78,0-79,6)
Sjælland	Nej	2.956 / 5.423	55 (1)	54,5	(53,2-55,8)
Syddanmark	Nej	6.693 / 8.085	77 (1)	82,8	(81,9-83,6)
Midtjylland	Nej	5.866 / 6.985	70 (1)	84,0	(83,1-84,8)
Nordjylland	Nej	2.843 / 3.361	66 (2)	84,6	(83,3-85,8)
Privathospitaler	Nej	6 / 11	4 (27)	54,5	(23,4-83,3)

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

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	746	DBCG-dato ej oplyst
	2.108	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	362	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.590	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	55	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	1.791	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	786	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	3.043	Lavrisiko

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 5a

Af opgørelsen fremgår det, at andelen af højrisiko-patienter, som gennemfører opfølgingsprogrammet ligger på 80,3 % (95 % CI: 79,9-80,8) på landsplan. Standarden blev ved sidste styregruppemøde sænket til ≥ 90 % og trods dette, opfyldes standarden hverken på landsplan eller regionalt for 4 ud af 5 regioner. Region Nordjylland opfylder som den eneste med en andel på 91,2 % (95 % CI: 90,2-92,2). Særligt Region Sjælland ligger endnu engang væsentligt lavere end de øvrige regioner (55,4 %, 95 % CI: 54,1-56,7), nogenlunde svarende til andelen i 2019 (54,5 %). Region Midtjylland ligger også lavt med en andel på 71,8 % (70,7-72,8), hvilket er mere end 10 procentpoint lavere end sidste periode (andel: 84,0 %). Omvendt ses der for både Region Hovedstaden og Syddanmark en pæn stigning siden sidste periode.

Der kan også observeres nævneværdige forskelle på afdelingsniveau jf. indikator 5aonk, hvor kun halvdelen af de onkologiske afdelinger opfylder standarden på ≥ 90 %. Afdelingerne varierer fra en andel på 49,4 % (Rønne) til 99,2 % (Sønderborg). Kun to af de kirurgiske afdelinger (indikator 5akir) opfylder standarden, og der ses stor variation mellem afdelingerne. Især er andelen lav i Roskilde (32,9 % (95 % CI: 28,8-37,3)), og derudover varierer det fra andele på 63,7 % (Herlev) til 98,8 % (Aalborg). Det skal bemærkes, at der i enkelte afdelinger indgår få observationer, hvorfor små forskelle kan have stor betydning.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

For hele landet er der sket en lille forbedring, men resultatet dækker over store regionale forskelle. Der er således sket en mærkbar forbedring i Region H, Region Syd og Region Nord, mens resultatet for Region Midt er bemærkelsesværdigt ringere end i den foregående opgørelse, et resultat, der må betegnes som helt uacceptabelt. For Region Sjælland ligger resultatet forsat på et helt uacceptabelt lavt niveau. På afdelingsniveau er der fem onkologiske afdelinger, der skiller sig ud med helt uacceptabelt lave indikatoropfyldelser. Af disse har Odense dog forbedret sig markant, Hillerød og Næstved ligger konstant, mens de øvrige 3 afdelinger (Rønne, Aarhus og Herning) har et forringet resultat i forhold til den forrige opgørelse. Specielt findes resultatet fra Aarhus skuffende. De forbedrede resultater ved de to afdelinger i København er opnået efter en

meget målrettet indsats, hvor sekretærer og lægestuderende har indberettet manglende data. Der opfordres til, at man ved de afdelinger, hvor indikatoropfyldelsen ikke er tilfredsstillende, også tager initiativ til sikre dokumentation af, at opfølgning foretages i henhold til retningslinjerne.

En lille andel af højrisikogruppen er registreret som havende opfølgning i kirurgisk regi, hvilket formentlig i en vis udstrækning skyldes, at der ikke korrekt er registreret, hvilken onkologisk afdeling, patienten tilhører. Indikatoropfyldelserne er for denne patientandel uacceptabel lav over hele linjen.

Vurdering af indikatoren

Opfølgingsdata er meget vigtige for at vurdere det samlede udkomme efter behandling af brystkræft. Sygdommen har en relativt favorabel prognose sammenlignet med andre af de store kræftformer, men selvom dødeligheden ligger relativt lavt de første år efter behandling, så vil mortalitet ikke alene give et retvisende billede, da der er en ikke-ubetydelig sen kræftmortalitet. Skal dette forbedres yderligere, er det vigtigt, at der indhentes så præcist et billede af recidivmønstret som muligt, således at der kan sættes forebyggende tiltag og behandling ind overfor de patienter, der er i risiko for senere at dø af sygdommen. Ydermere, og også meget relevant, anses opfølgning for specielt vigtig i forhold til at forebygge og behandle senfølger. Derfor er monitorering af opfølgning et vigtigt element i kvalitetssikring på brystkræftområdet.

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2010 - 31.12.2019	Andel 95% CI
Danmark	Nej	26.758 / 32.815	0 (0)	81,5	(81,1-82,0)
Hovedstaden	Ja	9.274 / 10.143	0 (0)	91,4	(90,9-92,0)
Sjælland	Nej	2.913 / 5.054	0 (0)	57,6	(56,3-59,0)
Syddanmark	Nej	6.906 / 7.824	0 (0)	88,3	(87,5-89,0)
Midtjylland	Nej	4.791 / 6.652	0 (0)	72,0	(70,9-73,1)
Nordjylland	Ja	2.874 / 3.142	0 (0)	91,5	(90,4-92,4)
Hovedstaden	Ja	9.274 / 10.143	0 (0)	91,4	(90,9-92,0)
Herlev, onkologi	Ja	4.207 / 4.304	0 (0)	97,7	(97,3-98,2)
Hillerød, onkologi	Nej	1.459 / 1.978	0 (0)	73,8	(71,8-75,7)
Rigshospitalet, onkologi	Ja	3.477 / 3.596	0 (0)	96,7	(96,1-97,3)
Rønne, onkologi	Nej	131 / 265	0 (0)	49,4	(43,3-55,6)
Sjælland	Nej	2.913 / 5.054	0 (0)	57,6	(56,3-59,0)
Næstved, onkologi	Nej	2.913 / 5.054	0 (0)	57,6	(56,3-59,0)
Syddanmark	Nej	6.906 / 7.824	0 (0)	88,3	(87,5-89,0)
Esbjerg, onkologi	Ja	1.054 / 1.081	0 (0)	97,5	(96,4-98,3)
Odense, onkologi	Nej	1.966 / 2.773	0 (0)	70,9	(69,2-72,6)
Sønderborg, onkologi	Ja	1.422 / 1.433	0 (0)	99,2	(98,6-99,6)
Vejle, onkologi	Ja	2.464 / 2.537	0 (0)	97,1	(96,4-97,7)
Midtjylland	Nej	4.791 / 6.652	0 (0)	72,0	(70,9-73,1)
Aarhus, onkologi	Nej	2.628 / 3.919	0 (0)	67,1	(65,6-68,5)
Herning, onkologi	Nej	2.163 / 2.733	0 (0)	79,1	(77,6-80,7)
Nordjylland	Ja	2.874 / 3.142	0 (0)	91,5	(90,4-92,4)
Aalborg, onkologi	Ja	2.874 / 3.142	0 (0)	91,5	(90,4-92,4)

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	746	DBCG-dato ej oplyst
	2.108	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	362	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.590	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	55	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	1.791	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	786	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	3.043	Lavrisiko
	2.018	Ikke en onkologisk afdeling

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt		antal (%)	01.01.2010 - 31.12.2019 Andel	95% CI
Danmark	Nej	1.229 / 2.018	0 (0)	60,9	(58,7-63,0)
Hovedstaden	Nej	549 / 825	0 (0)	66,5	(63,2-69,8)
Sjælland	Nej	164 / 498	0 (0)	32,9	(28,8-37,3)
Syddanmark	Nej	201 / 257	0 (0)	78,2	(72,7-83,1)
Midtjylland	Nej	199 / 299	0 (0)	66,6	(60,9-71,9)
Nordjylland	Nej	112 / 132	0 (0)	84,8	(77,6-90,5)
Hovedstaden	Nej	549 / 825	0 (0)	66,5	(63,2-69,8)
Herlev, kirurgi	Nej	342 / 537	0 (0)	63,7	(59,5-67,8)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	207 / 288	0 (0)	71,9	(66,3-77,0)
Sjælland	Nej	164 / 498	0 (0)	32,9	(28,8-37,3)
Roskilde, kirurgi	Nej	164 / 498	0 (0)	32,9	(28,8-37,3)
Syddanmark	Nej	201 / 257	0 (0)	78,2	(72,7-83,1)
Aabenraa, kirurgi	Nej	55 / 73	0 (0)	75,3	(63,9-84,7)
Esbjerg, kirurgi	Nej	31 / 39	0 (0)	79,5	(63,5-90,7)
Odense, kirurgi	Nej	77 / 105	0 (0)	73,3	(63,8-81,5)
Vejle, kirurgi	Ja	38 / 40	0 (0)	95,0	(83,1-99,4)
Midtjylland	Nej	199 / 299	0 (0)	66,6	(60,9-71,9)
Aarhus, kirurgi	Nej	64 / 92	0 (0)	69,6	(59,1-78,7)
Ophørt, Region Midtjylland	Ja	6 / 6	0 (0)	100,0	(54,1-100,0)
Randers, kirurgi*	Nej	26 / 57	0 (0)	45,6	(32,4-59,3)
Viborg, kirurgi	Nej	103 / 144	0 (0)	71,5	(63,4-78,7)
Nordjylland	Nej	112 / 132	0 (0)	84,8	(77,6-90,5)
Aalborg, kirurgi	Ja	80 / 81	0 (0)	98,8	(93,3-100,0)
Hjørring, kirurgi*	Nej	32 / 51	0 (0)	62,7	(48,1-75,9)
Privathospitaler					
Ophørt privathospital	Nej	4 / 7	0 (0)	57,1	(18,4-90,1)

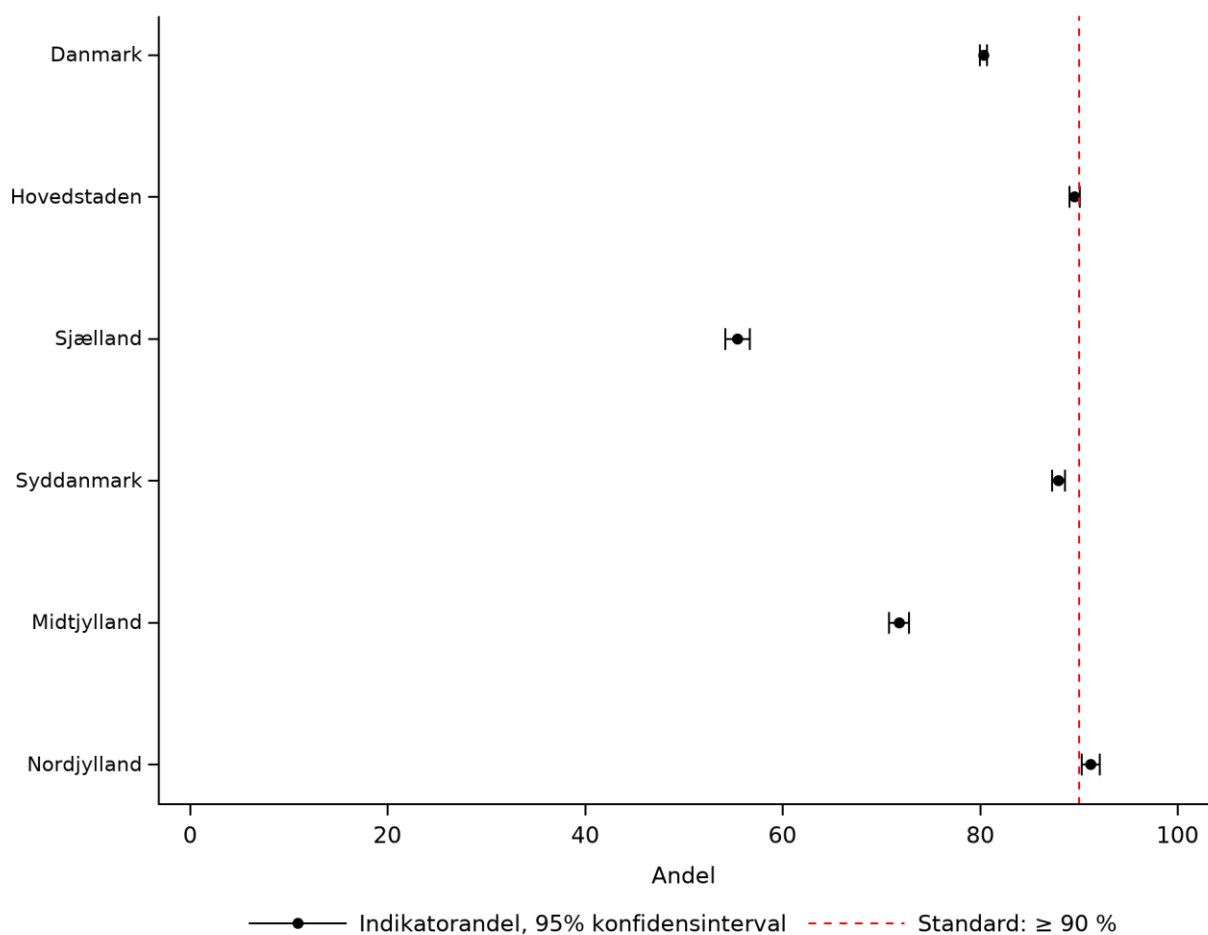
*Randers og Hjørring ophørt med operation for brystkræft ultimo februar 2019

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

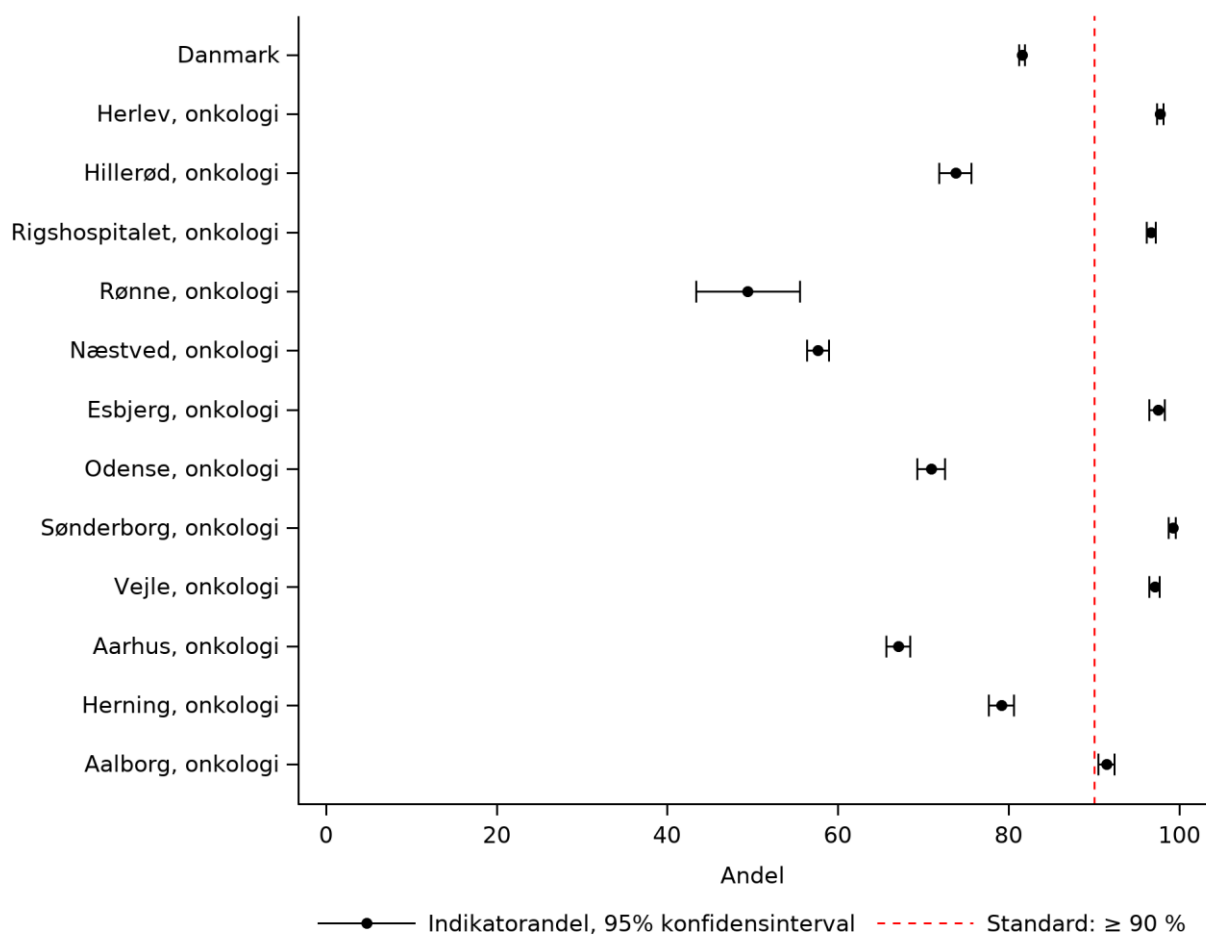
	Antal	Årsag
Eksklusion:	746	DBCG-dato ej oplyst
	2.108	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	362	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.590	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	55	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	1.791	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	786	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	3.043	Lavrisiko
	32.815	Ikke en kirurgisk afdeling



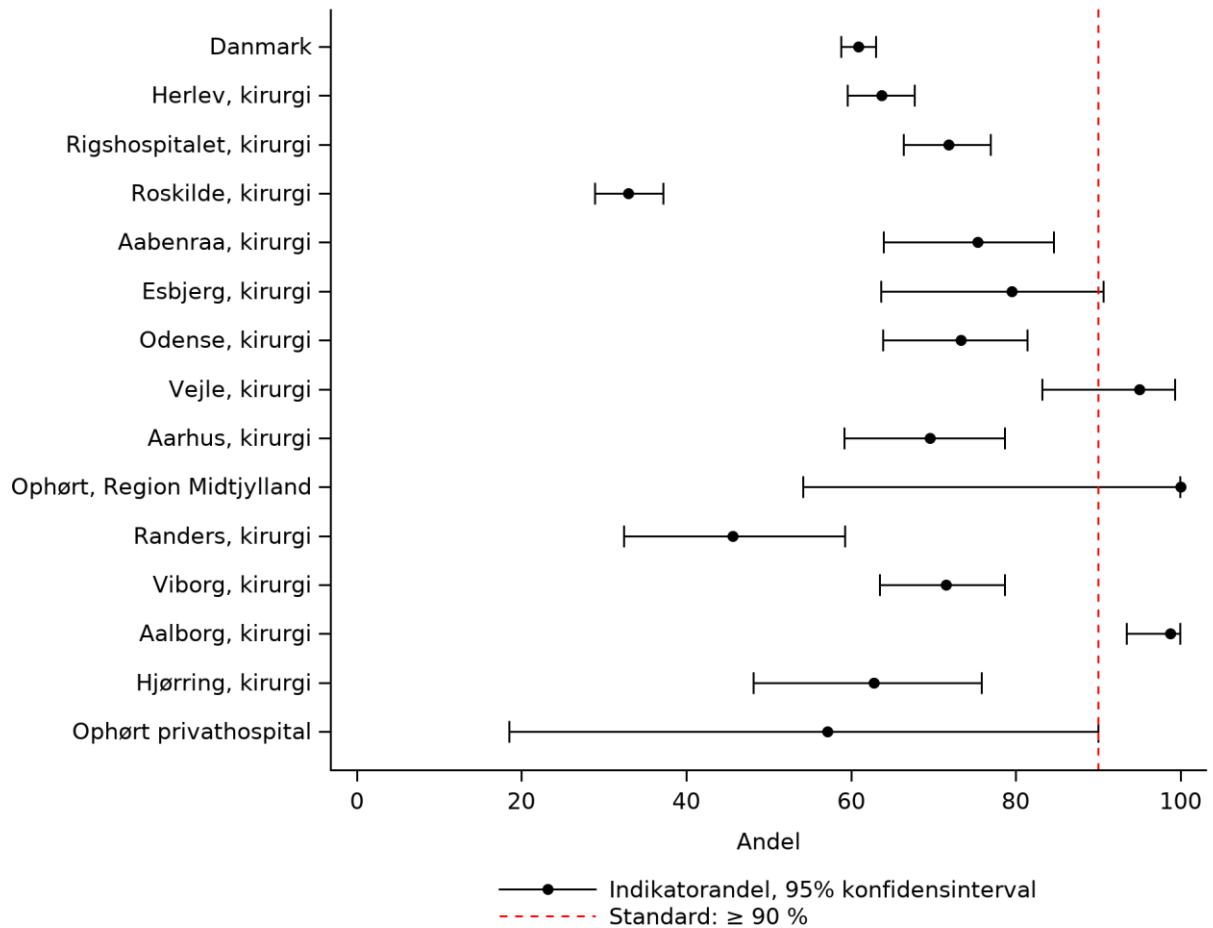
Indikator 5areg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. På regionsniveau. Kontrolldiagram på regionsniveau.



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



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



3.6 Indikator 5b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgningsprogram, lavrisiko

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2010 - 31.12.2019	Andel	95% CI
Danmark	Nej	2.528 / 3.043	0 (0)	83,1	(81,7-84,4)
Hovedstaden	Nej	827 / 1.029	0 (0)	80,4	(77,8-82,8)
Sjælland	Nej	374 / 466	0 (0)	80,3	(76,3-83,8)
Syddanmark	Ja	633 / 671	0 (0)	94,3	(92,3-96,0)
Midtjylland	Nej	470 / 633	0 (0)	74,2	(70,7-77,6)
Nordjylland	Ja	224 / 244	0 (0)	91,8	(87,6-94,9)

Fra Årsrapport 2019:

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

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	746	DBCG-dato ej oplyst
	2.108	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	362	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.590	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	55	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	1.791	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	786	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	34.833	Højrisiko

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

Indikator 5b er opgjort over en periode (2010-2019), og der er sket ændringer i DBCG protokollen i denne periode hvad angår aldersgrænse ift. allokering til lav hhv. højrisiko. Dette reflekteres i tabel A2.2.5, hvor der godt kan optræde patienter som er lavrisiko på trods af, at de nuværende retningslinjer har 60 år som skæringsalder.

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2010 - 31.12.2019	Andel	95% CI
Danmark	Nej	1.929 / 2.356	0 (0)	81,9	(80,3-83,4)
Hovedstaden	Nej	677 / 854	0 (0)	79,3	(76,4-81,9)
Sjælland	Nej	370 / 446	0 (0)	83,0	(79,1-86,3)
Syddanmark	Ja	428 / 444	0 (0)	96,4	(94,2-97,9)
Midtjylland	Nej	395 / 545	0 (0)	72,5	(68,5-76,2)
Nordjylland	Nej	59 / 67	0 (0)	88,1	(77,8-94,7)
Hovedstaden	Nej	677 / 854	0 (0)	79,3	(76,4-81,9)
Herlev, kirurgi	Nej	488 / 547	0 (0)	89,2	(86,3-91,7)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	189 / 307	0 (0)	61,6	(55,9-67,0)
Sjælland	Nej	370 / 446	0 (0)	83,0	(79,1-86,3)
Roskilde, kirurgi	Nej	370 / 446	0 (0)	83,0	(79,1-86,3)
Syddanmark	Ja	428 / 444	0 (0)	96,4	(94,2-97,9)
Aabenraa, kirurgi	Ja	103 / 111	0 (0)	92,8	(86,3-96,8)
Esbjerg, kirurgi	Ja	102 / 103	0 (0)	99,0	(94,7-100,0)
Odense, kirurgi	Ja	219 / 224	0 (0)	97,8	(94,9-99,3)
Vejle, kirurgi	Nej	4 / 6	0 (0)	66,7	(22,3-95,7)
Midtjylland	Nej	395 / 545	0 (0)	72,5	(68,5-76,2)
Aarhus, kirurgi	Nej	181 / 234	0 (0)	77,4	(71,4-82,5)
Randers, kirurgi*	Nej	43 / 94	0 (0)	45,7	(35,4-56,3)
Viborg, kirurgi	Nej	171 / 217	0 (0)	78,8	(72,8-84,0)
Nordjylland	Nej	59 / 67	0 (0)	88,1	(77,8-94,7)
Aalborg, kirurgi	Ja	58 / 63	0 (0)	92,1	(82,4-97,4)
Hjørring, kirurgi*	Nej	# / #	0 (0)	25,0	(0,6-80,6)

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	746	DBCG-dato ej oplyst
	2.108	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	362	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.590	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	55	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	1.791	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	786	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	34.833	Højrisiko
	687	Ikke en kirurgisk afdeling

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2010 - 31.12.2019	Andel	95% CI
Danmark	Nej	599 / 687	0 (0)	87,2	(84,5-89,6)
Hovedstaden	Nej	150 / 175	0 (0)	85,7	(79,6-90,5)
Sjælland	Nej	4 / 20	0 (0)	20,0	(5,7-43,7)
Syddanmark	Ja	205 / 227	0 (0)	90,3	(85,7-93,8)
Midtjylland	Nej	75 / 88	0 (0)	85,2	(76,1-91,9)
Nordjylland	Ja	165 / 177	0 (0)	93,2	(88,5-96,4)
Hovedstaden	Nej	150 / 175	0 (0)	85,7	(79,6-90,5)
Herlev, onkologi	Ja	53 / 55	0 (0)	96,4	(87,5-99,6)
Hillerød, onkologi	Nej	7 / 13	0 (0)	53,8	(25,1-80,8)
Rigshospitalet, onkologi	Ja	88 / 93	0 (0)	94,6	(87,9-98,2)
Rønne, onkologi	Nej	# / #	0 (0)	14,3	(1,8-42,8)
Sjælland	Nej	4 / 20	0 (0)	20,0	(5,7-43,7)
Næstved, onkologi	Nej	4 / 20	0 (0)	20,0	(5,7-43,7)
Syddanmark	Ja	205 / 227	0 (0)	90,3	(85,7-93,8)
Esbjerg, onkologi	Ja	13 / 14	0 (0)	92,9	(66,1-99,8)
Odense, onkologi	Nej	16 / 22	0 (0)	72,7	(49,8-89,3)
Sønderborg, onkologi	Ja	23 / 25	0 (0)	92,0	(74,0-99,0)
Vejle, onkologi	Ja	153 / 166	0 (0)	92,2	(87,0-95,8)
Midtjylland	Nej	75 / 88	0 (0)	85,2	(76,1-91,9)
Aarhus, onkologi	Ja	32 / 35	0 (0)	91,4	(76,9-98,2)
Herning, onkologi	Nej	43 / 53	0 (0)	81,1	(68,0-90,6)
Nordjylland	Ja	165 / 177	0 (0)	93,2	(88,5-96,4)
Aalborg, onkologi	Ja	165 / 177	0 (0)	93,2	(88,5-96,4)

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	746	DBCG-dato ej oplyst
	2.108	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	362	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.590	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	55	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	1.791	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	786	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	34.833	Højrisiko
	2.356	Ikke en onkologisk afdeling

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 5b

Blandt lavrisiko-patienter med invasiv brystkræft ligger andelen af patienter, der gennemfører DBCG's opfølgingsprogram på landsplan på 83,1 % (95 % CI: 81,7-84,4). Standarden blev ved sidste styregruppemøde sænket til ≥ 90 % og trods dette, opfyldes standarden ikke på landsplan eller for 3 ud af 5 regioner (Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland). Sammenlignet med resultatet i den forrige periode (2019: 80,9 %) er resultatet i aktuelle rapport en smule højere. Regionerne imellem varierer fra den laveste andel i Midtjylland (74,2 % (95 % CI: 70,7-77,6) til højeste i Syddanmark (94,3 %). Især Region Hovedstaden har oplevet en pæn fremgang siden sidste periode (fra 65,1 % i 2019 til 80,4 % i 2020). Der kan også observeres forskelle på afdelingsniveau jf. indikator 5b kir, hvor kun 4 ud af 10 afdelinger opfylder standarden (Hjørring og Randers er ophørt med operation ultimo februar 2019 og tallene herfra derfor ikke repræsentative). I indikator 5bonk ses, at 5 ud af 12 onkologiske afdelinger ikke opfylder standarden. Det skal bemærkes, at der i enkelte afdelinger indgår få observationer, hvorfor små forskelle kan have stor betydning.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

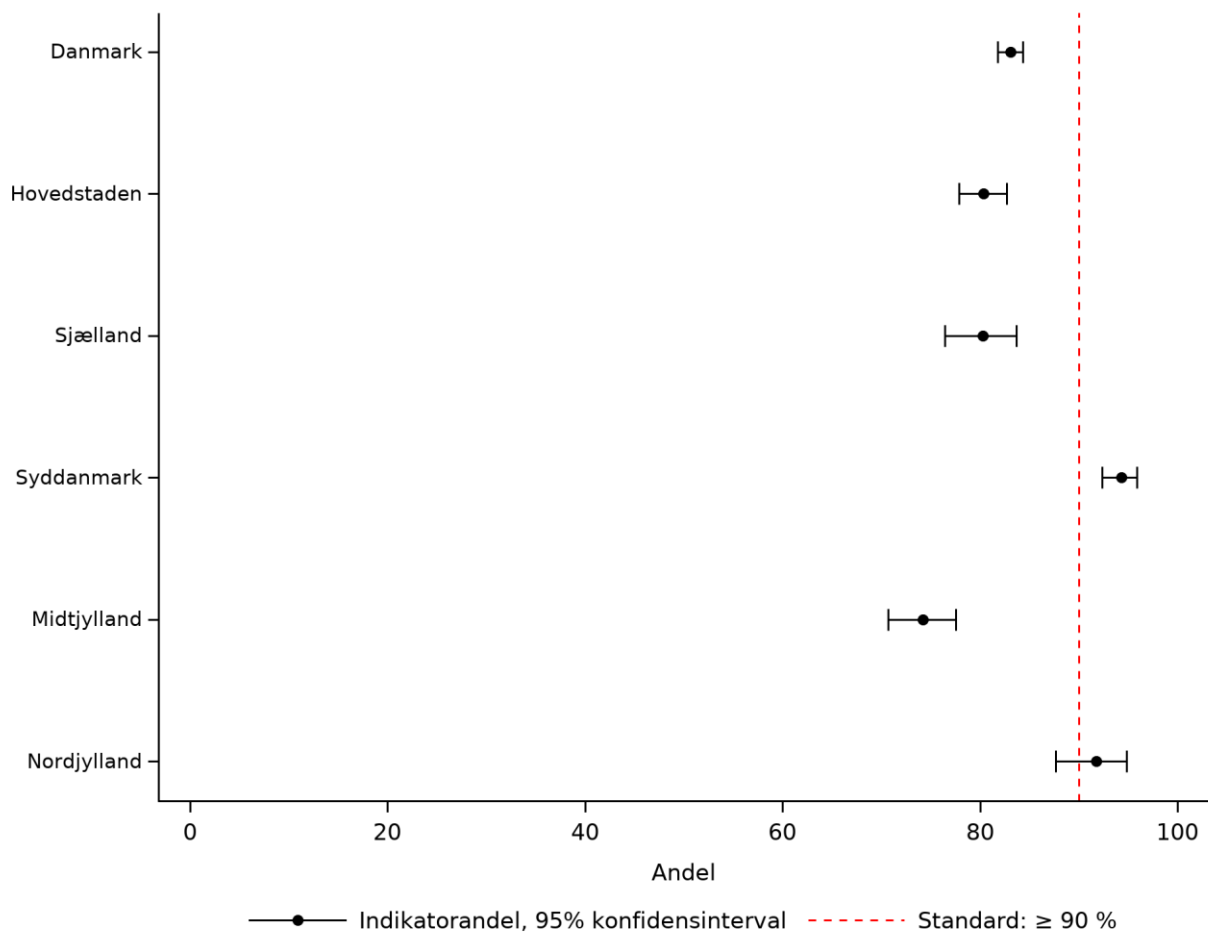
Som gældende for indikator 5a er der en lille forbedring i resultaterne, men med store regionale forskelle. Det samlede resultat anses for tilfredsstillende. Region Syd og Nord skiller sig positivt ud med opfyldelsen af standarden. Mest udtalte ændringer er en markant positiv udvikling i Region H og en markant forringelse i Region Midt.

På afdelingsniveau er antallet af patienter, der følges i en kort periode af kun 3 år, beskedent. Det er derfor ikke tilfredsstillende, at kun 4 af 12 afdelinger lever op til standarden, og ved de resterende 8 afdelinger ligger 4 afdelinger, der fortsat er aktive, signifikant under standardværdien: Rigshospitalet, Roskilde, Aarhus og Viborg. Antallet af lavrisiko-patienter, der følges i onkologisk regi, er beskedent. Dog er der undtagelser for afdelingerne i Vejle og Aalborg, hvor indikatoropfyldelsen er meget tilfredsstillende.

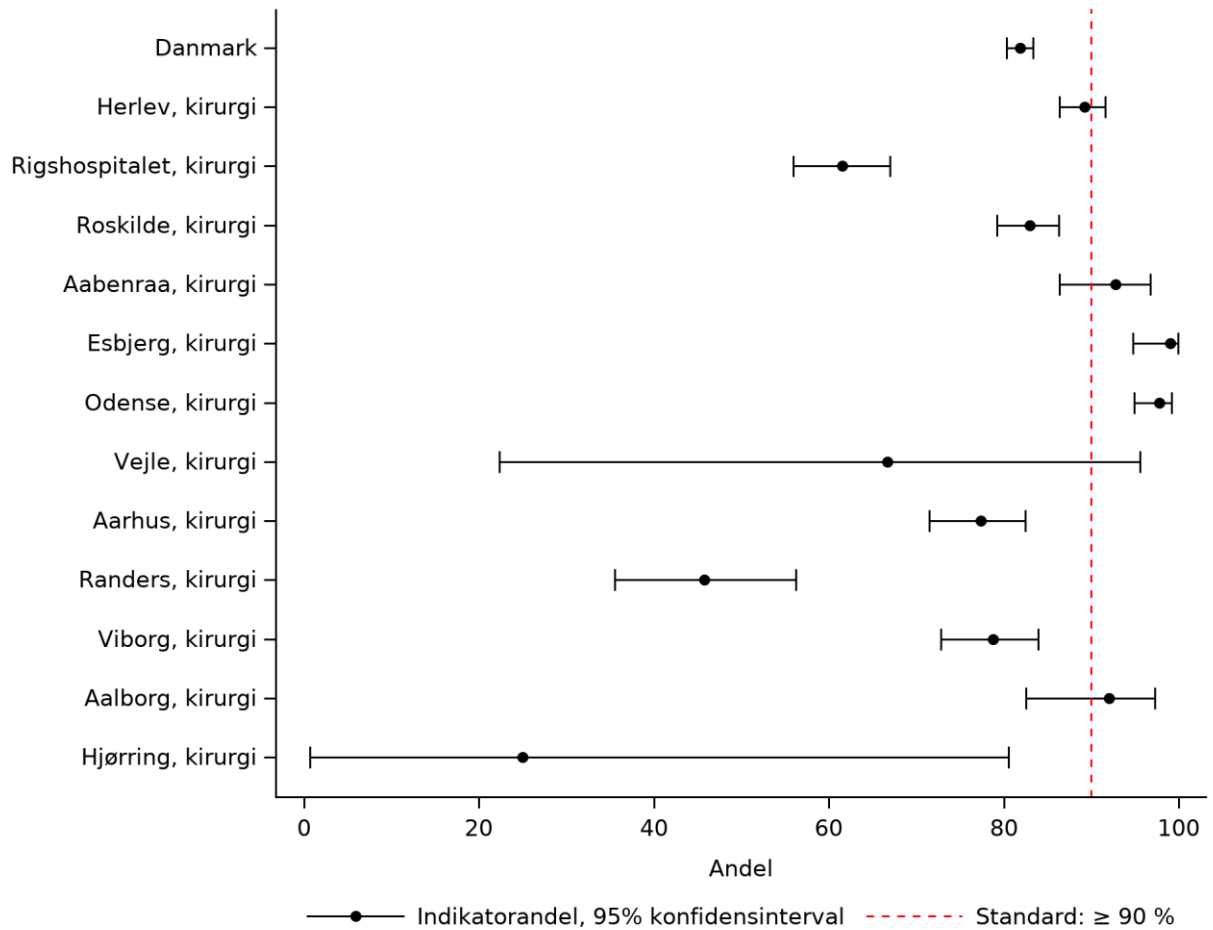
Vurdering af indikatoren

Se vurdering af indikator 5a. Stort set samme betragtninger er relevante for denne indikator.

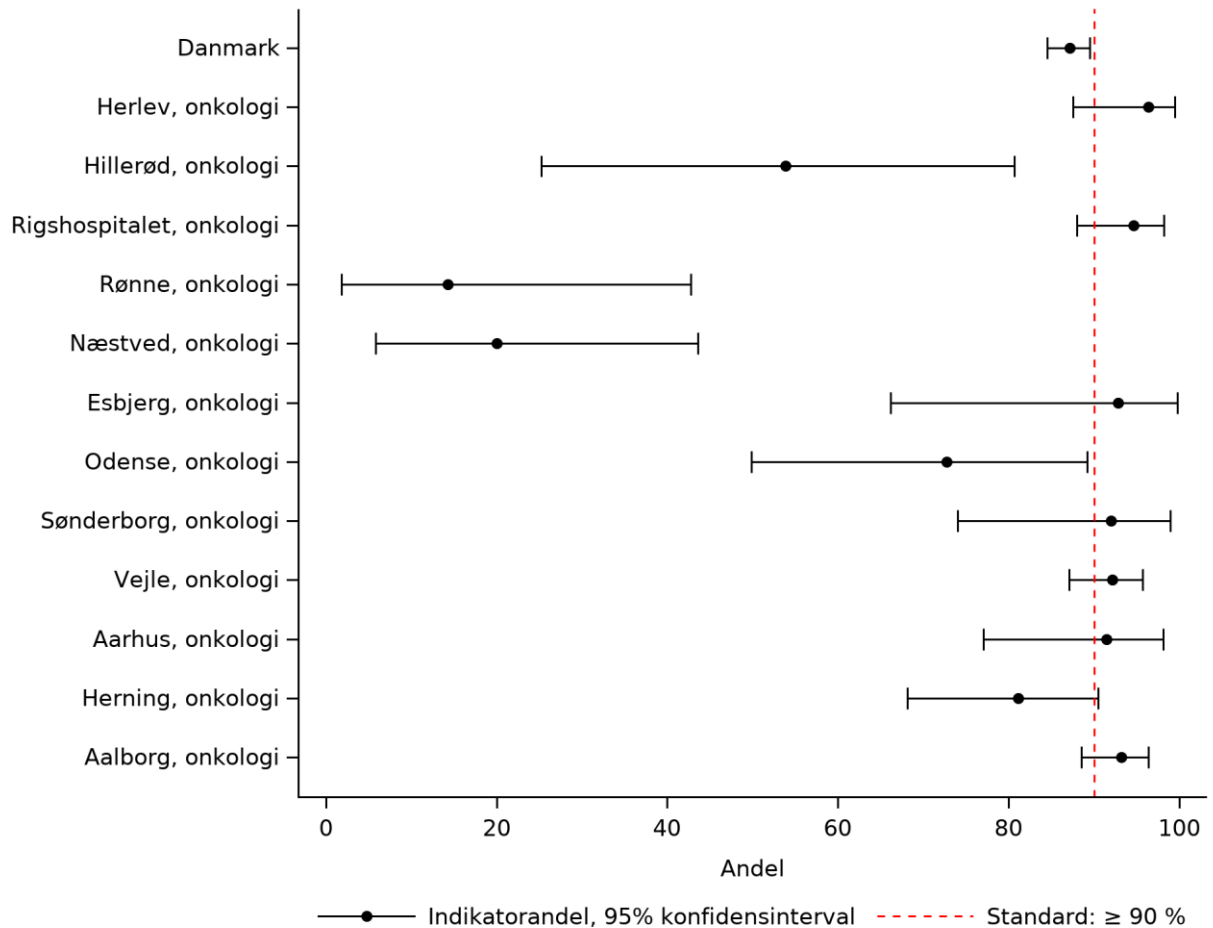
Indikator 5breg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. På regionsniveau. Kontrolldiagram på regionsniveau.



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



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



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

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≤ 2,5% opfyldt			01.01.2014 - 31.12.2018	Andel	95% CI
Danmark	Nej	210 / 12.804	355 (3)	2,6	(2,3-3,0)
Hovedstaden	Nej	91 / 4.002	93 (2)	3,4	(2,7-4,1)
Sjælland	Nej	31 / 2.107	210 (9)	3,4	(2,2-4,9)
Syddanmark	Ja	42 / 2.840	16 (1)	2,0	(1,5-2,7)
Midtjylland	Ja	30 / 2.609	28 (1)	1,9	(1,3-2,8)
Nordjylland	Ja	15 / 1.239	8 (1)	1,8	(1,0-2,9)
Hovedstaden	Nej	91 / 4.002	93 (2)	3,4	(2,7-4,1)
Herlev, kirurgi	Nej	54 / 2.162	76 (3)	3,8	(2,8-4,9)
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	37 / 1.840	17 (1)	2,9	(2,0-4,0)
Sjælland	Nej	31 / 2.107	210 (9)	3,4	(2,2-4,9)
Roskilde, kirurgi	Nej	31 / 2.107	210 (9)	3,4	(2,2-4,9)
Syddanmark	Ja	42 / 2.840	16 (1)	2,0	(1,5-2,7)
Aabenraa, kirurgi	Ja	3 / 629	2 (0)	0,6	(0,2-1,5)
Esbjerg, kirurgi	Nej	10 / 528	0 (0)	3,0	(1,4-5,5)
Odense, kirurgi	Ja	12 / 761	3 (0)	2,3	(1,2-3,9)
Vejle, kirurgi	Ja	17 / 922	11 (1)	2,3	(1,3-3,6)
Midtjylland	Ja	30 / 2.609	28 (1)	1,9	(1,3-2,8)
Aarhus, kirurgi	Ja	10 / 914	10 (1)	1,7	(0,8-3,4)
Randers, kirurgi	Ja	# / #	11 (2)	0,5	(0,0-2,7)
Viborg, kirurgi	Ja	19 / 1.171	7 (1)	2,5	(1,5-3,9)
Nordjylland	Ja	15 / 1.239	8 (1)	1,8	(1,0-2,9)
Aalborg, kirurgi	Ja	11 / 743	1 (0)	2,1	(1,1-3,8)
Hjørring, kirurgi	Ja	4 / 496	7 (1)	1,1	(0,4-2,7)
Privathospitaler					
Ophørt privathospital	Nej	# / #	0 (0)	14,3	(0,5-49,1)

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	432	DBCG-dato ej oplyst
	1.177	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	119	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	1.397	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	2	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	923	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	206	Uden for protokol DBCG07, DBCG10
	5.734	Ikke lumpektomi
Uoplyst:	355	Follow-up ikke registreret

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

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 6

Andelen af kvinder der får lokalt recidiv inden for 5 år efter brystbevarende terapi er på landsniveau 2,6 % (95 % CI: 2,3-3,0), og standarden på $\leq 2,5$ % opfyldes hermed ikke på landsplan. Ligeledes opfyldes standarden ikke for 2 ud af 5 regioner (Hovedstaden og Sjælland), begge med en andel på 3,4 %. Afdelingsvis ses, at Herlev, Rigshospitalet, Roskilde og Esbjerg ikke opfylder standarden med den højeste recidivandel i Herlev (3,8 % (95 % CI: 2,8-4,9)). På landsplan er der 3 % uoplyste, svarende til at follow-up ikke er registreret. På afdelingsniveau er andelen af uoplyste højest i Roskilde (9 %).

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Andelen med lokalt recidiv er steget i forhold til sidste års rapport og ligger nu 0,3 procentpoint højere med en værdi på 2,6%. Det samlede resultat må overordnet set betragtes som tæt på at være godkendt, da afvigelsen ligger indenfor den statistiske usikkerhed.

Lidt ringere resultat i forhold til tidligere skyldes primært, at Region H og Region Sjælland ligger højere end de øvrige regioner, hvilket også var tilfældet i forrige års rapport. På afdelingsniveau skiller specielt Herlev sig ud med en indikatorværdi, der er signifikant højere end standardværdien. Styregruppen har i den forbindelse bemærket, at der fortsat ikke er afklaring på, hvordan lokalrecidivforekomsten har været hos patienter, der har deltaget i TARGIT-

protokollen, og disse patienter indgår i de populationer, der er med i de foreliggende opgørelser og kan således påvirke resultaterne fra Region H og specielt Herlev.

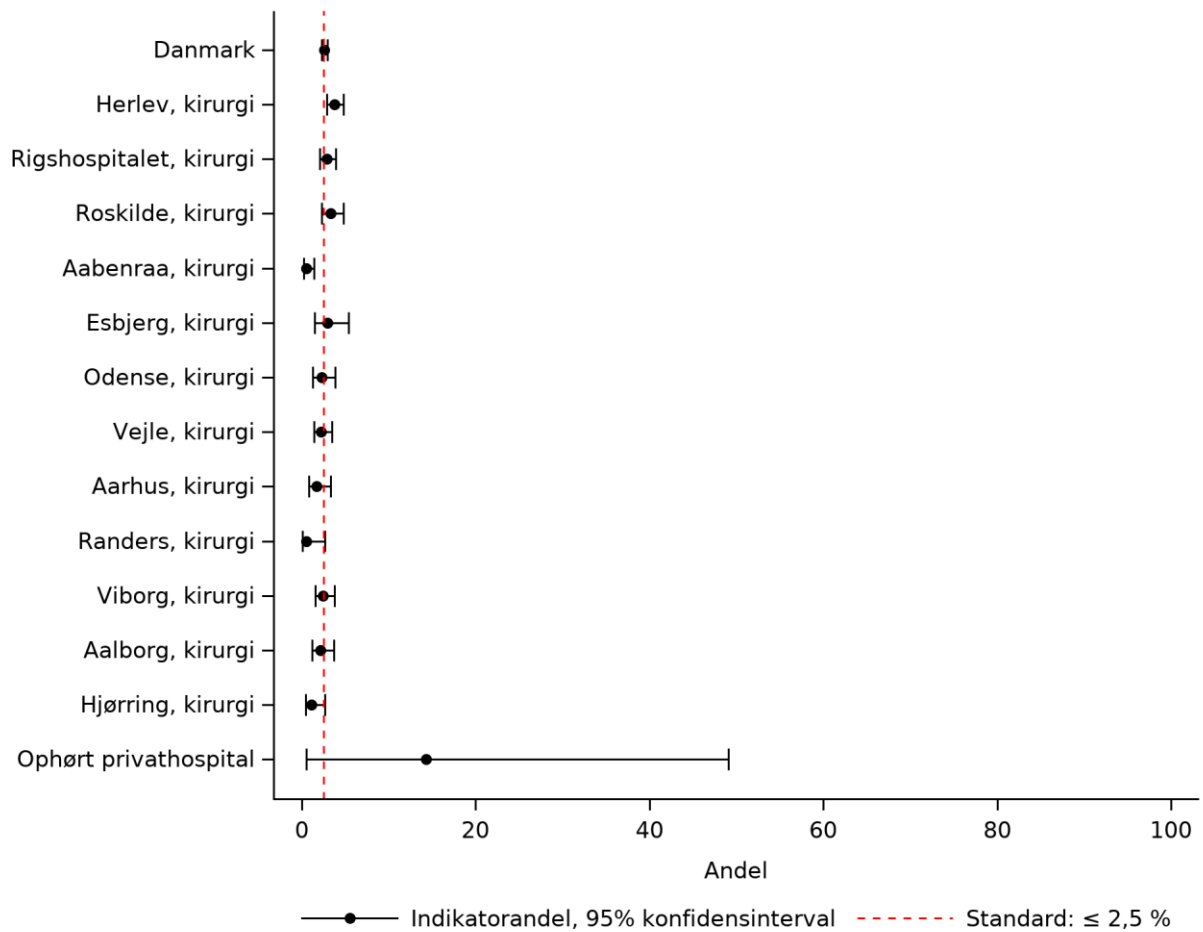
Sidste år blev der gjort opmærksom på mange uoplyste i Herlev og Ringsted/Roskilde. Der er sket en markant forbedring på dette område i Herlev, og resultatet fra Roskilde er også forbedret, men ligger dog markant højere, end hvad der er gældende for de øvrige afdelinger. Der er således der behov for en forsat forbedring på dette område.

Ser man på de aldersopdelte indikatorværdier i **tabel A2.2.6**, så fremgår det, at der er en betydelig øget forekomst af lokalt recidiv i de yngre aldersgrupper mellem 18 og 39 år og en øget forekomst hos de ældre patienter over 70 år. Disse grupper har en lokalrecidivrate, der signifikant ligger over standarden på 2,5%. Det er ikke ukendt, at de yngste grupper har en større risiko for lokalt recidiv, men resultatet peger på, at der er behov for at være ekstra påpasselig ved brystbevarende behandling af patienter i denne alderskategori.

Vurdering af indikatoren

Det er en vigtig indikator, der afspejler kvaliteten af primært den kirurgiske behandling, selvom såvel kvaliteten af den patologisk vurdering af operationspræparatet, strålebehandlingen og den systemiske behandling har betydning for udfaldet. Da der løbende sker ændringer i såvel den loko-regionale som den systemiske behandling anses indikatoren for et vigtigt pejlemærke for at sikre, at ændringerne ikke fører til forringelser i resultaterne.

Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation.
Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018	
				Andel		Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	3.719 / 3.879	38 (1)	95,9	(95,2-96,5)	3.886 / 4.016	96,8	96,4
Hovedstaden	Ja	1.103 / 1.157	6 (1)	95,3	(94,0-96,5)	1.200 / 1.236	97,1	96,1
Sjælland	Ja	575 / 591	11 (2)	97,3	(95,6-98,4)	651 / 666	97,7	98,3
Syddanmark	Ja	872 / 917	2 (0)	95,1	(93,5-96,4)	916 / 963	95,1	96,6
Midtjylland	Ja	795 / 820	4 (0)	97,0	(95,5-98,0)	782 / 802	97,5	96,9
Nordjylland	Ja	373 / 392	5 (1)	95,2	(92,5-97,1)	337 / 349	96,6	92,5
Færøerne	Nej	# / #	10 (83)	50,0	(1,3-98,7)			
Hovedstaden	Ja	1.103 / 1.157	6 (1)	95,3	(94,0-96,5)	1.200 / 1.236	97,1	96,1
Herlev, kirurgi	Ja	649 / 677	3 (0)	95,9	(94,1-97,2)	649 / 671	96,7	96,6
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	454 / 480	3 (1)	94,6	(92,2-96,4)	551 / 565	97,5	95,5
Sjælland	Ja	575 / 591	11 (2)	97,3	(95,6-98,4)	651 / 666	97,7	98,3
Roskilde, kirurgi	Ja	575 / 591	11 (2)	97,3	(95,6-98,4)	651 / 666	97,7	98,3
Syddanmark	Ja	872 / 917	2 (0)	95,1	(93,5-96,4)	916 / 963	95,1	96,6
Aabenraa, kirurgi	Nej	195 / 206	1 (0)	94,7	(90,6-97,3)	242 / 255	94,9	96,0
Esbjerg, kirurgi	Nej	140 / 151	0 (0)	92,7	(87,3-96,3)	157 / 167	94,0	94,4
Odense, kirurgi	Nej	273 / 292	0 (0)	93,5	(90,0-96,0)	243 / 252	96,4	96,8
Vejle, kirurgi	Ja	264 / 268	1 (0)	98,5	(96,2-99,6)	274 / 289	94,8	98,2
Midtjylland	Ja	795 / 820	4 (0)	97,0	(95,5-98,0)	782 / 802	97,5	96,9
Aarhus, kirurgi	Ja	349 / 360	2 (1)	96,9	(94,6-98,5)	342 / 352	97,2	95,2
Randers, kirurgi		0 / 0				16 / 18	88,9	95,8
Viborg, kirurgi	Ja	446 / 460	2 (0)	97,0	(94,9-98,3)	424 / 432	98,1	99,6
Nordjylland	Ja	373 / 392	5 (1)	95,2	(92,5-97,1)	337 / 349	96,6	92,5
Aalborg, kirurgi	Ja	373 / 392	5 (1)	95,2	(92,5-97,1)	316 / 328	96,3	96,3
Aalborg, onkologi						# / #	100,0	
Hjørring, kirurgi						19 / 19	100,0	87,5

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG
	130	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	469	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	154	Ikke opereret ifølge DBCG
Uoplyst:	38	Ingen operationskode i LPR

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 7

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter, der ikke re-opereres inden for 60 dage efter operation som følge af komplikationer på 95,9 % (95 % CI: 95,2-96,5). Dermed opfyldes standarden på landsplan, hvilket også gør sig gældende for samtlige regioner. De fleste regioner ligger dog lidt lavere end sidste års opgørelse jf. trendgraf. På afdelingsniveau ligger 4 afdelinger, heraf 3 i Region Syddanmark, under standarden (Rigshospitalet: 94,6 %; Aabenraa: 94,7 %; Esbjerg: 92,7 %; Odense, 93,5 %). Der ses på både landsplan og afdelingsvist et lavt antal uoplyste.

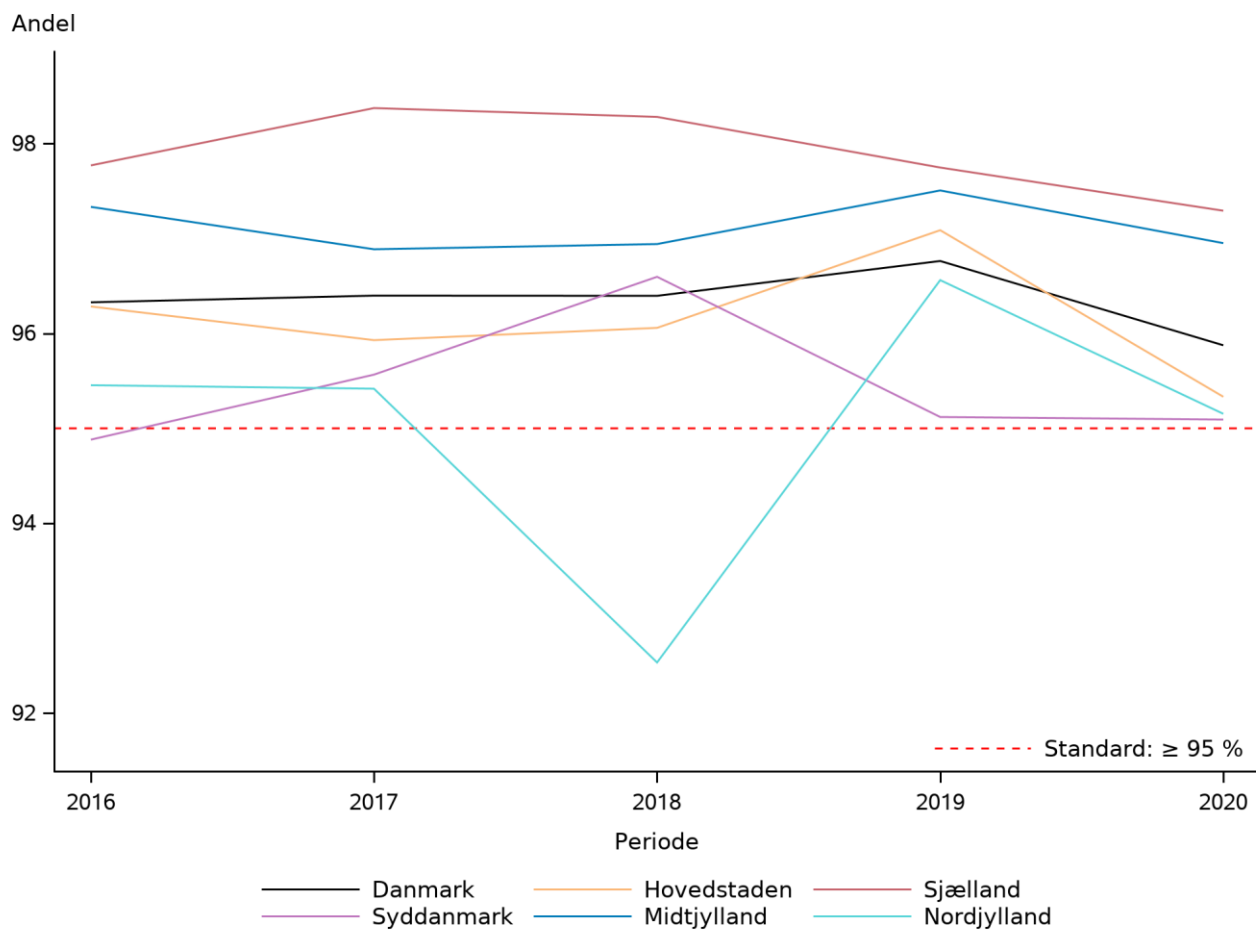
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Resultatet anses for overordnet tilfredsstillende for landet og de fem regioner, og afvigelserne fra standarden er på afdelingsniveau beskedne. Ingen afdelinger ligger signifikant under standardværdien på 95%

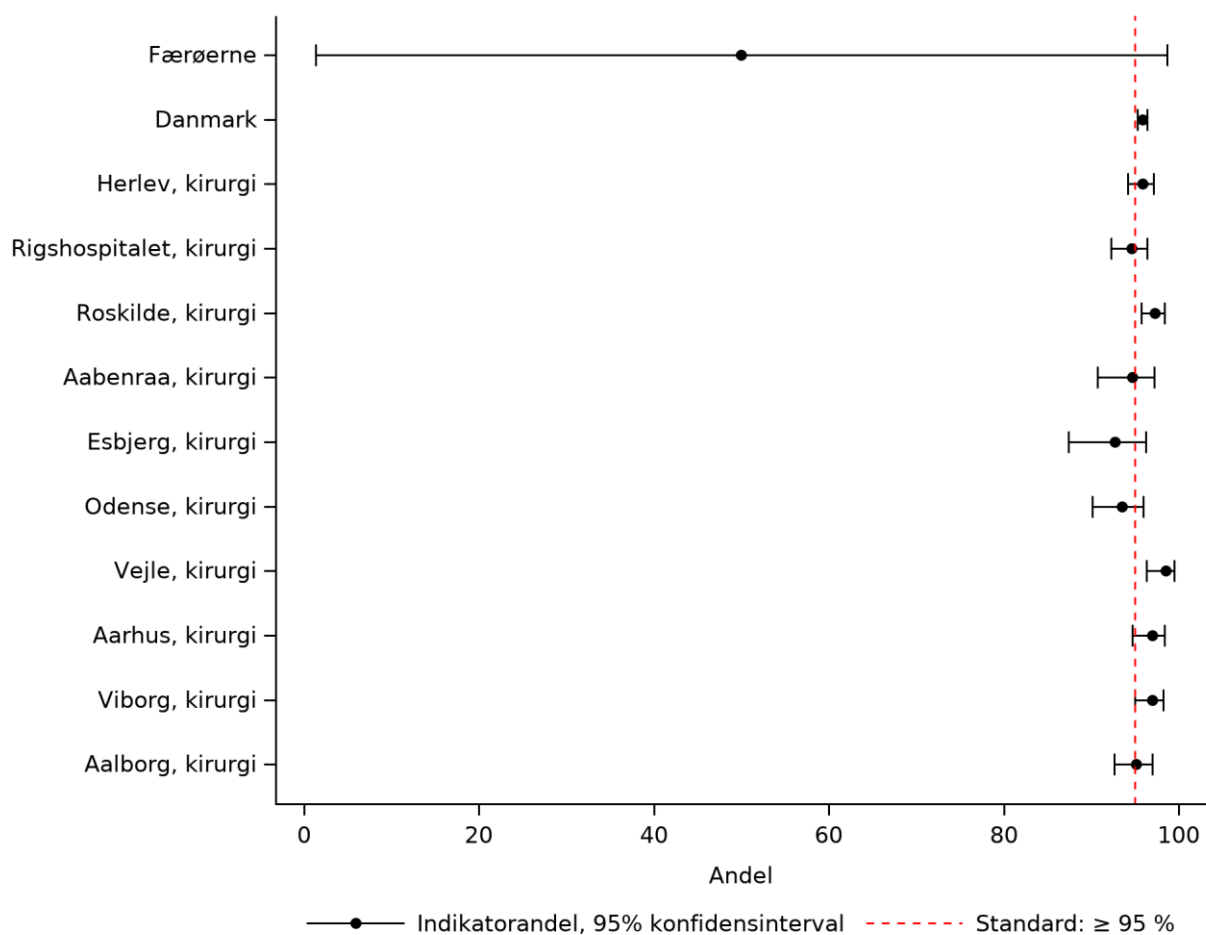
Vurdering af indikatoren

Det drejer sig om en indikator, der først og fremmest monitorerer den kirurgiske kvalitet. Forekomsten af lokalt recidiv har betydning for prognosen, og indikatoren er derfor berettiget inkluderet i indikatorsættet, og der er ikke grundlag for at ændre den status.

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



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



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

Indikator 8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.231 / 2.491	98 (4)	89,6	(88,3-90,7)	2.358 / 2.583	91,3	92,4
Hovedstaden	Nej	783 / 913	6 (1)	85,8	(83,3-88,0)	776 / 922	84,2	84,0
Sjælland	Ja	348 / 373	14 (4)	93,3	(90,3-95,6)	311 / 344	90,4	93,1
Syddanmark	Ja	496 / 537	55 (9)	92,4	(89,8-94,5)	593 / 614	96,6	96,0
Midtjylland	Nej	430 / 494	11 (2)	87,0	(83,8-89,9)	449 / 474	94,7	98,1
Nordjylland	Ja	174 / 174	12 (6)	100,0	(97,9-100,0)	229 / 229	100,0	100,0
Hovedstaden	Nej	783 / 913	6 (1)	85,8	(83,3-88,0)	776 / 922	84,2	84,0
Herlev	Nej	424 / 514	1 (0)	82,5	(78,9-85,7)	408 / 534	76,4	78,3
Rigshospitalet	Ja	359 / 399	5 (1)	90,0	(86,6-92,7)	368 / 388	94,8	94,0
Sjælland	Ja	348 / 373	14 (4)	93,3	(90,3-95,6)	311 / 344	90,4	93,1
Næstved	Ja	348 / 373	14 (4)	93,3	(90,3-95,6)	311 / 344	90,4	93,1
Syddanmark	Ja	496 / 537	55 (9)	92,4	(89,8-94,5)	593 / 614	96,6	96,0
Odense	Nej	163 / 192	3 (2)	84,9	(79,0-89,6)	217 / 230	94,3	94,5
Vejle	Ja	333 / 345	52 (13)	96,5	(94,0-98,2)	376 / 384	97,9	96,9
Midtjylland	Nej	430 / 494	11 (2)	87,0	(83,8-89,9)	449 / 474	94,7	98,1
Aarhus	Nej	430 / 494	11 (2)	87,0	(83,8-89,9)	449 / 474	94,7	98,1
Nordjylland	Ja	174 / 174	12 (6)	100,0	(97,9-100,0)	229 / 229	100,0	100,0
Aalborg	Ja	174 / 174	12 (6)	100,0	(97,9-100,0)	229 / 229	100,0	100,0

Årsager til manglende opfyldelse af indikator 8a

	Patientens eget valg	Kardiovaskulær sygdom	Defekt cicatrice/ infektion	Andet	Andre årsager/ datakvalitet	Alle
Hovedstaden	53	3	.	47	27	130
Sjælland	17	.	.	8	.	25
Syddanmark	15	.	.	19	7	41
Midtjylland	11	#	.	38	14	64

8a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	163	Ikke i DBCG
	74	DBCG-dato ej oplyst
	280	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	13	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	364	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	167	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	2	Emigration inden for 30 dage efter operation
	44	Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study
	818	Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer
	33	Biopsi alene
	478	Ikke lumpektomi
Uoplyst:	98	Oplysninger mangler på STRÅLE-skema

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

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 8a

Af ovenstående fremgår det, at andelen af patienter med invasiv brystkræft opereret med lumpektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling jf. DBCG's retningslinjer ligger på 89,6 % (95 % CI: 88,3-90,7) på landsplan. Således opfyldes hverken den acceptable (≥ 90 %) standard eller den ønskværdige standard (≥ 95 %). Resultatet ligger lavere end sidste og forrige periode jf. trendgraf. To ud af fem regioner opfylder ikke standarden (Hovedstaden og Midtjylland). Blandt afdelingerne opfylder Herlev, Odense eller Aarhus ikke standarden, imens Aalborg ligger højest med en andel på 100 %. Antal uoplyste på landsplan og i afdelingerne er generelt lav, men især i Vejle er tallet noget højere (13 %).

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Indikatoropfyldelsen er for 2019-tallene markant lavere end for det foregående år. Imidlertid er det vanskeligt at vurdere ændringer for regioner og de individuelle afdelinger, da det tydeligt fremgår ved opslag i forrige års rapport sammenholdt med oplysninger i denne rapport for det forrige år, at der er sket en betydelig opdatering af data. Dette har for 4 af de 5 regioner ledt til lavere indikatorværdi. Kun for Region Nord har opdatering ført til forbedring til 100% opfyldelse af indikatorværdien.

På landsplan er indikatorværdien ikke over standardværdien på 90%, men den ligger kun marginalt og ikke signifikant under. Dette resultat tages derfor til indtægt for, at man på landsplan er tæt på målopfyldelsen. Det gælder dog ikke for Region H og Region Midt, der begge ligger signifikant under, og det er udelukkende de to regioner, der trækker det samlede gennemsnit ned. På afdelingsniveau ligger afdelingerne i Herlev, Odense og Aarhus alle signifikant under standardværdien, medens de øvrige lever op til standarden.

Styregruppen er opmærksom på, at DBCG Natural studiet kan have indflydelse på udfaldet af indikatoropfyldelsen, idet patienter, der indgår i dette randomiserede studium, i halvdelen af tilfældene ikke modtager strålebehandling. Derudover inkluderes også selvvalgte, der altså heller ikke modtager strålebehandling. Det vides, at der i

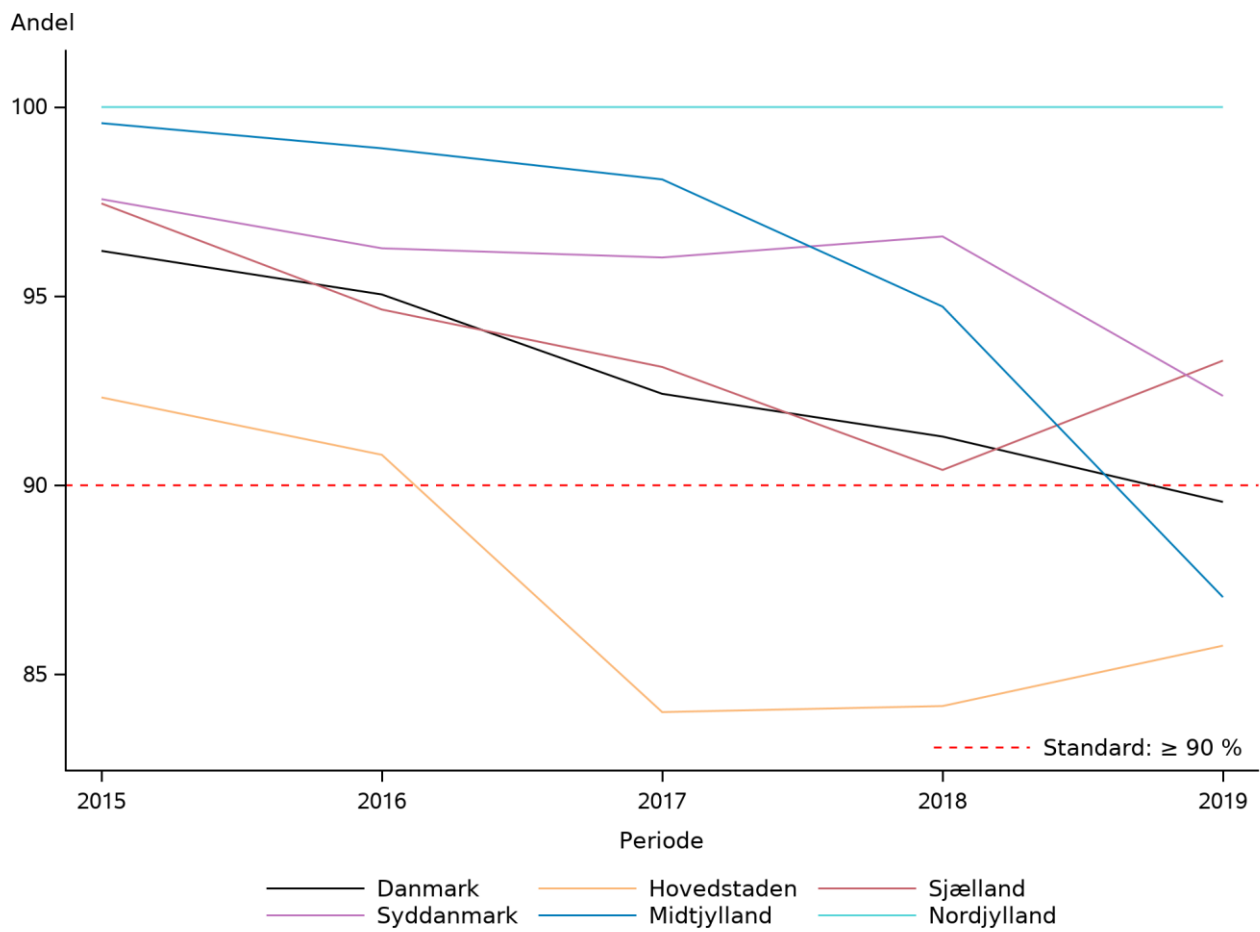
Danmark pr 1. maj 2021 er indgået i alt 71 patienter som deltagere i projektet eller som selvvalgere, og af disse er mere end halvdelen (35) indgået i Aarhus, hvorfor indikatoropfyldelsen for den afdelinger vil ligge lavere pga. dette. Lignende forhold gør sig selvfølgelig også gældende for de øvrige afdelinger, hvor der er indgået patienter i studiet, men for disse vedkommende vil effekten have været betydeligt mindre, da det drejer sig om færre patienter per afdeling (RH 12, Herlev 7, Odense 7, Vejle 12).

Vurdering af indikatoren

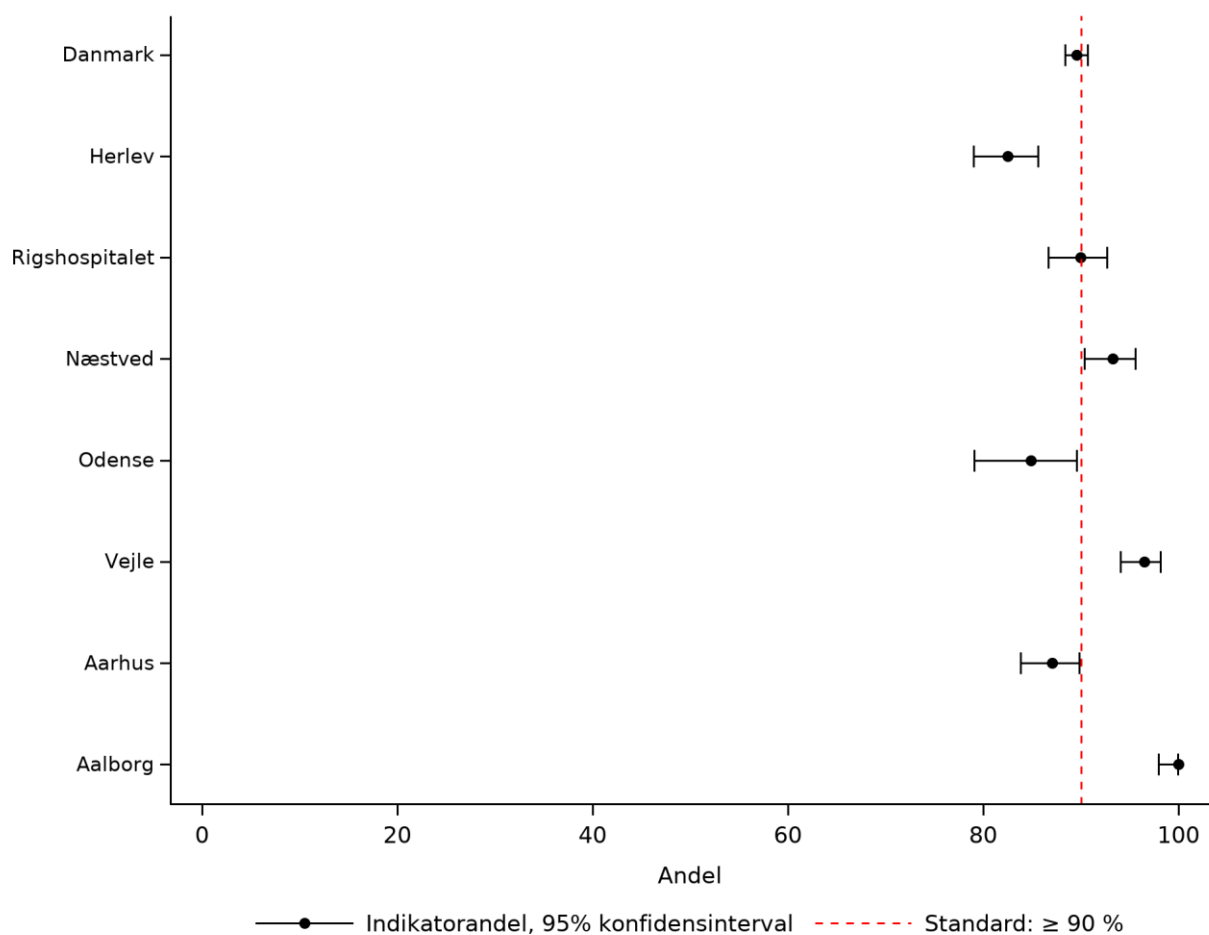
Strålebehandling efter brystbevarende operation er obligatorisk, hvis man skal opnå tilfredsstillende lokal kontrol, men også for den brystkræftspecifikke overlevelse. Det er derfor et vigtigt monitoreringsobjekt.



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



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



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

Indikator 8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017	
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	405 / 445	33 (7)	91,0	(88,0-93,5)	418 / 448	93,3	93,3
Hovedstaden	Ja	173 / 189	3 (2)	91,5	(86,6-95,1)	120 / 134	89,6	88,5
Sjælland	Nej	43 / 49	4 (8)	87,8	(75,2-95,4)	36 / 42	85,7	85,0
Syddanmark	Ja	89 / 90	20 (18)	98,9	(94,0-100,0)	95 / 101	94,1	97,0
Midtjylland	Nej	60 / 77	4 (5)	77,9	(67,0-86,6)	112 / 116	96,6	98,2
Nordjylland	Ja	40 / 40	2 (5)	100,0	(91,2-100,0)	55 / 55	100,0	100,0
Hovedstaden	Ja	173 / 189	3 (2)	91,5	(86,6-95,1)	120 / 134	89,6	88,5
Herlev	Ja	83 / 92	1 (1)	90,2	(82,2-95,4)	63 / 72	87,5	84,8
Rigshospitalet	Ja	90 / 97	2 (2)	92,8	(85,7-97,0)	57 / 62	91,9	92,7
Sjælland	Nej	43 / 49	4 (8)	87,8	(75,2-95,4)	36 / 42	85,7	85,0
Næstved	Nej	43 / 49	4 (8)	87,8	(75,2-95,4)	36 / 42	85,7	85,0
Syddanmark	Ja	89 / 90	20 (18)	98,9	(94,0-100,0)	95 / 101	94,1	97,0
Odense	Ja	43 / 44	1 (2)	97,7	(88,0-99,9)	44 / 49	89,8	96,3
Vejle	Ja	46 / 46	19 (29)	100,0	(92,3-100,0)	51 / 52	98,1	97,9
Midtjylland	Nej	60 / 77	4 (5)	77,9	(67,0-86,6)	112 / 116	96,6	98,2
Aarhus	Nej	60 / 77	4 (5)	77,9	(67,0-86,6)	112 / 116	96,6	98,2
Nordjylland	Ja	40 / 40	2 (5)	100,0	(91,2-100,0)	55 / 55	100,0	100,0
Aalborg	Ja	40 / 40	2 (5)	100,0	(91,2-100,0)	55 / 55	100,0	100,0

Årsager til manglende opfyldelse af indikator 8b

	Patientens eget valg	Kardiovaskulær sygdom	Defekt cikatrice/ infektion	Andet	Andre årsager/ datakvalitet	Alle
Hovedstaden	4	#	.	9	#	16
Sjælland	#	.	.	4	#	6
Syddanmark	.	.	.	.	#	#
Midtjylland	#	.	.	#	14	17



8b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	163	Ikke i DBCG
	74	DBCG-dato ej oplyst
	280	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	13	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	364	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	167	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	2	Emigration inden for 30 dage efter operation
	44	Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study
	818	Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer
	33	Biopsi alene
	2.589	Ikke mastektomi
Uoplyst:	33	Oplysninger mangler på STRÅLE-skema

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 8b

I den aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter med invasiv brystkræft opereret med mastektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling jf. DBCG's retningslinjer på 91,0 % (95 % CI: 88,0-93,5) på landsplan, og standarden på ≥ 90 % opfyldes således. To regioner (Sjælland og Midtjylland) opfylder ikke standarden, hvor især Region Midtjylland ligger lavere end tidligere med en andel på 77,9 (95 % CI: 67,0-86,6). Det markante fald ses også på trendgrafene. Vejle har også her som i indikator 8a den højeste andel uoplyste (29 %). To ud af syv afdelinger opfylder ikke standarden (Næstved og Aarhus).

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

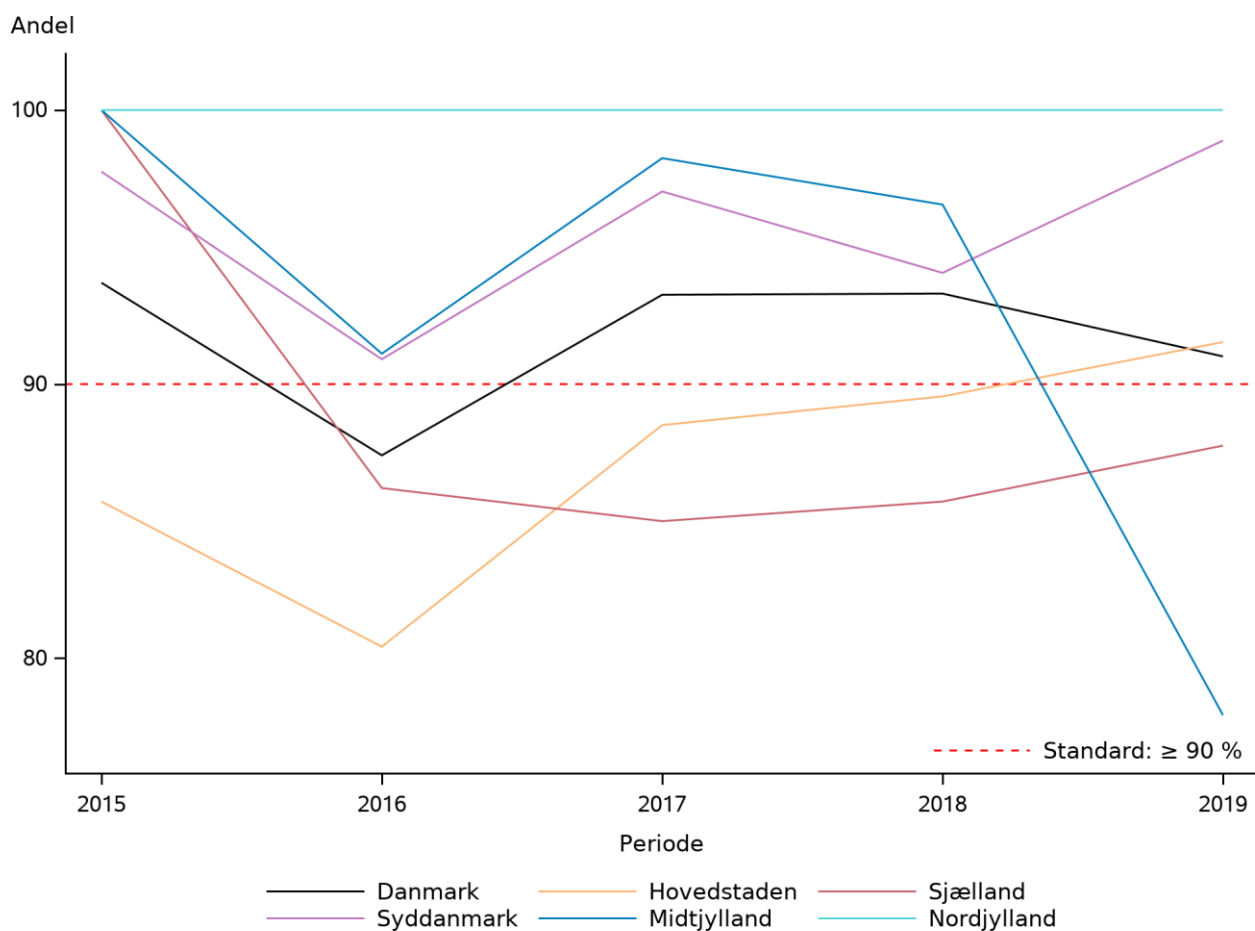
For denne indikator er indikatoren opfyldt på landsplan og for 3 af de 5 regioner. Region Sjælland ligger under standarden, men afvigelsen ligger indenfor den statistiske usikkerhed. Derimod er resultatet for Region Midt markant forringet i forhold til tidligere, og regionen ligger klart under standarden. Dette er meget utilfredsstillende. Det bemærkes, at antallet af uoplyste er uacceptabelt højt i Vejle. Afdelingen bør klart forbedre sin indsats vedrørende indberetning af disse data.



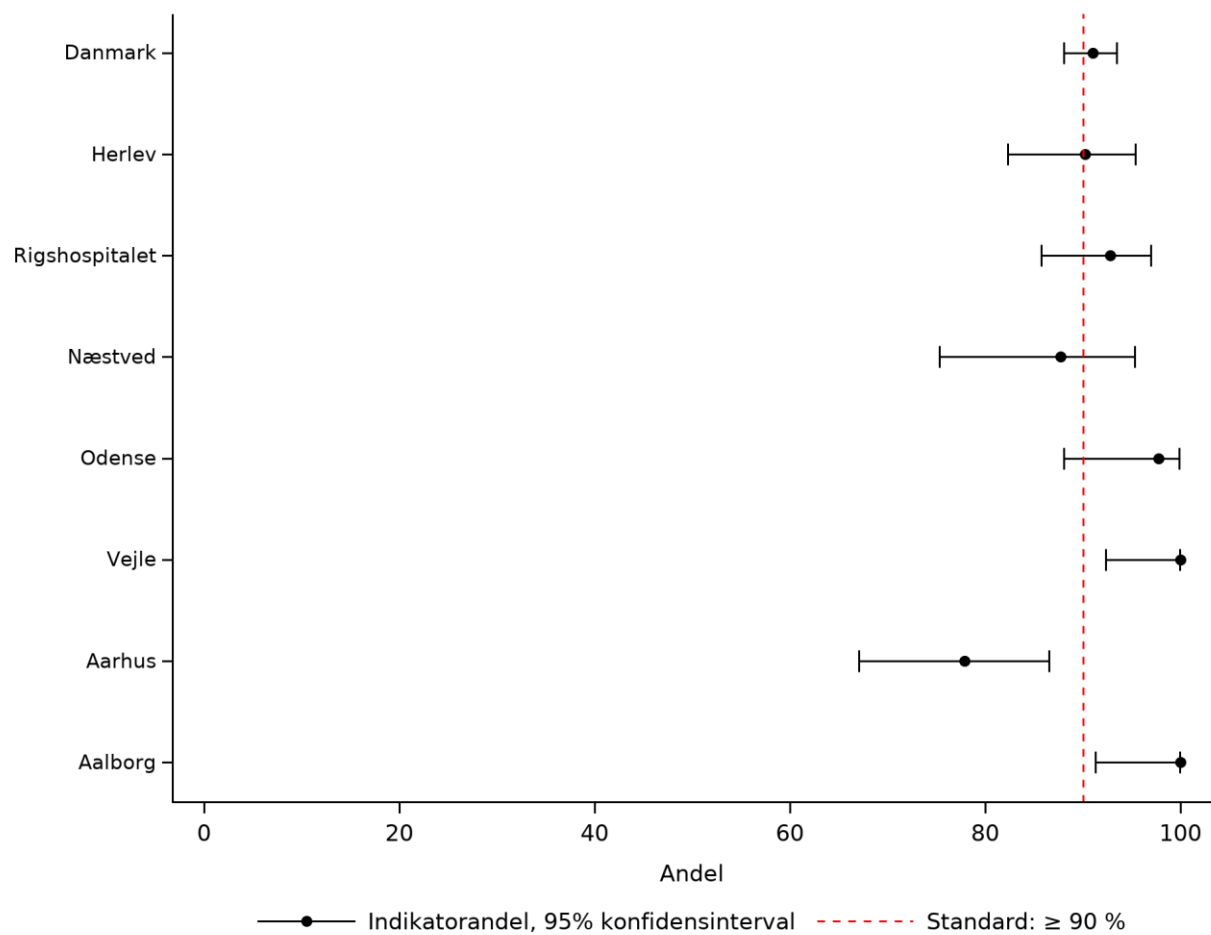
Vurdering af indikatoren

Strålebehandling efter mastektomi gives på specifik indikation, og målgruppen er derfor begrænset. Imidlertid har den betydning for såvel lokal kontrol som overlevelse for de patienter, hvor den anbefales. Monitorering er derfor velbegrunderet. Strålebehandling indgår i dag som en central del af behandling af brystkræft, og tilsammen udgør indikator 8a og 8b vigtige elementer i kvalitetsevalueringen af denne behandling.

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



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



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

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

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

	Standard ≥ 39% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2019 Antal	2018 Andel	2018 Andel
Danmark	Nej	230 / 749	0 (0)	30,7	(27,4-34,1)	238 / 752	31,6	33,1
Hovedstaden	Nej	54 / 211	0 (0)	25,6	(19,8-32,0)	60 / 238	25,2	29,4
Sjælland	Nej	17 / 92	0 (0)	18,5	(11,1-27,9)	12 / 90	13,3	26,0
Syddanmark	Nej	48 / 173	0 (0)	27,7	(21,2-35,1)	69 / 191	36,1	31,7
Midtjylland	Nej	59 / 176	0 (0)	33,5	(26,6-41,0)	61 / 148	41,2	38,2
Nordjylland	Ja	52 / 96	0 (0)	54,2	(43,7-64,4)	36 / 85	42,4	44,1
Færøerne	Nej	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	0 / 0		
Hovedstaden	Nej	54 / 211	0 (0)	25,6	(19,8-32,0)	60 / 238	25,2	29,4
Herlev, kirurgi	Nej	30 / 130	0 (0)	23,1	(16,1-31,3)	32 / 134	23,9	30,7
Rigshospitalet, kirurgi	Nej	24 / 81	0 (0)	29,6	(20,0-40,8)	28 / 104	26,9	27,6
Sjælland	Nej	17 / 92	0 (0)	18,5	(11,1-27,9)	12 / 90	13,3	26,0
Roskilde, kirurgi	Nej	17 / 92	0 (0)	18,5	(11,1-27,9)	12 / 90	13,3	26,0
Syddanmark	Nej	48 / 173	0 (0)	27,7	(21,2-35,1)	69 / 191	36,1	31,7
Aabenraa, kirurgi	Nej	13 / 44	0 (0)	29,5	(16,8-45,2)	16 / 52	30,8	23,4
Esbjerg, kirurgi	Nej	4 / 23	0 (0)	17,4	(5,0-38,8)	10 / 30	33,3	25,0
Odense, kirurgi	Ja	23 / 57	0 (0)	40,4	(27,6-54,2)	26 / 59	44,1	42,6
Vejle, kirurgi	Nej	8 / 49	0 (0)	16,3	(7,3-29,7)	17 / 50	34,0	27,7
Midtjylland	Nej	59 / 176	0 (0)	33,5	(26,6-41,0)	61 / 148	41,2	38,2
Aarhus, kirurgi	Nej	23 / 72	0 (0)	31,9	(21,4-44,0)	27 / 65	41,5	36,6
Randers, kirurgi		0 / 0				4 / 5	80,0	27,5
Viborg, kirurgi	Nej	36 / 104	0 (0)	34,6	(25,6-44,6)	30 / 78	38,5	47,5
Nordjylland	Ja	52 / 96	0 (0)	54,2	(43,7-64,4)	36 / 85	42,4	44,1
Aalborg, kirurgi	Ja	52 / 96	0 (0)	54,2	(43,7-64,4)	34 / 79	43,0	43,4

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
	≥ 39% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019 Antal	2018 Andel	2018 Andel
Aalborg, onkologi						# / #	50,0	
Hjørring, kirurgi						# / #	25,0	44,9

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG
	70	DBCG-dato ej oplyst
	100	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	159	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	352	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	99	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	3.004	Ej makrometastaser aksil

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 9

Andelen af patienter med invasiv brystkræft med makrometastaser detekteret uden SN er i indeværende periode 30,7 % (95 % CI: 27,4-34,1 %) på landsplan. Dermed er standarden (≥39 %) ikke opfyldt på landsplan og blandt regionerne opfyldes standarden ikke af 4 ud af 5 regioner (Hovedstaden, Sjælland, Syddanmark og Midtjylland). Især Region Sjælland ligger igen meget lavt med en andel på 18,5% (95 % CI: 11,1-27,9). Også Hovedstaden ligger lavt med en andel på 25,6 % (95 % CI: 19,8-32,0). Kun Region Nordjylland opfylder standarden med en andel på 54,2 (95 % CI: 43,7-65,4) og en pæn fremgang siden sidste periode jf. trendgraf.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

På landsplan ligger gennemsnittet nogenlunde stabilt omkring opfyldelse på godt 30%, men der observeres dog et mindre fald. Det anses ikke for tilfredsstillende, og såvel landsgennemsnittet som resultatet fra 3 af de 5 regioner ligger signifikant under standardværdien. Kun Region Nord lever op til standarden, og der er resultatet markant bedre end i resten af landet. I Region Midt ligger afvigelsen fra standarden indenfor den statistiske usikkerhed. På afdelingsniveau må resultaterne for Herlev, Roskilde, Esbjerg og Vejle anses for meget utilfredsstillende, da man ligger statistisk under standardværdien. Kun afdelingerne i Odense og Aalborg når et tilfredsstillende niveau, og de har ligget konstant over de seneste år.

Styregruppen har i forbindelse med vurderingen af de foreliggende resultater overvejet forhold, der kan have betydning for at indikatoropfylden viser en faldende tendens. Herunder er der gjort overvejelser om hvorvidt den betydelige udlicitering af undersøgelser til ikke-offentlige aktører, der forekommer i nogle regioner, kan have betydet færre aksilbiopsier. Der foreligger ingen opgørelser, der kan belyse dette, men der opfordres til, at man lokalt ved de enkelte brystenheder kan udføre registrering og lokal audit.

Mange forhold gør sig gældende for, at en malign lymfeknude kan detekteres ved ultralydsskanning og derved vil være tilgængelig for biopsi. Således vil en metastase, som ved mikroskopi karakteriseres som en makrometastase

på godt 2 mm , sjældent kunne detekteres ved ultralydsskanning. Såvel størrelse af den metastatiske komponent som lymfeknudens fedtindhold vil have betydning for, om metastasen kan opdages. Således vil det kunne forventes, at ved mere avanceret stadie med flere og større lymfeknuder vil graden af målufyldelse være højere. Herudover vil teknik ved biopsitagning kunne influere på patologens mulighed for at kunne diagnosticere de maligne celler.

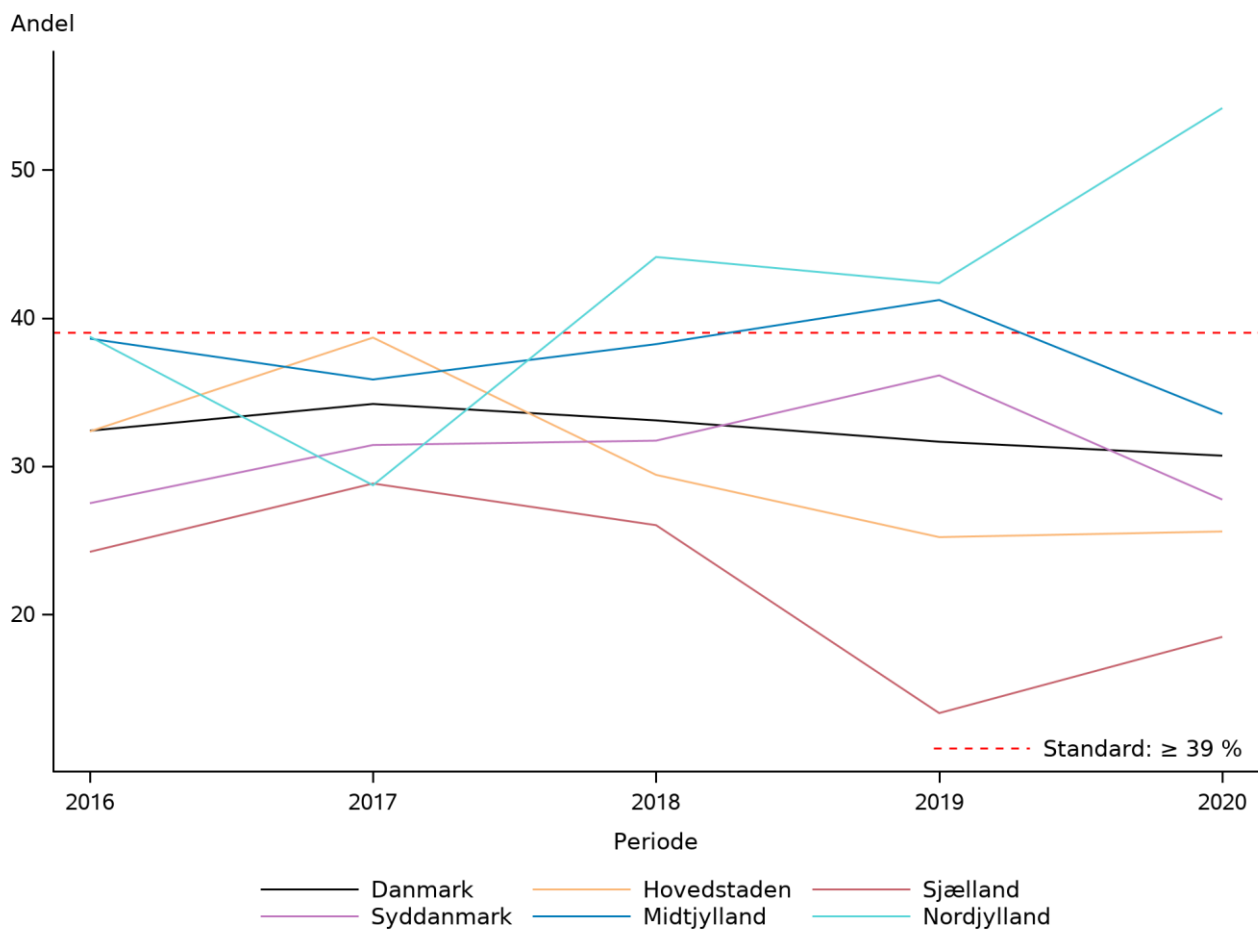
Udover, at der lokalt gøres en indsats fra radiologisk side med henblik på om muligt at forbedre resultaterne på dette område, anbefaler styregruppen at Radiologisk Udvalg under DBCG overvejer initiativer på området.

Vurdering af indikatoren

Selvom mange faktorer spiller ind for at det er muligt at opdage og bioptere metastatiske lymfeknuder afspejler denne indikator i nogen grad kvaliteten af den radiologisk udredning og må anses for væsentlig, så længe resultaterne ligger som de gør.

Resultaterne fra enkelte afdelinger viser, at det muligt at nå op på et højere generelt niveau, og det er ønskeligt med et løft af antal præoperativt diagnosticerede lymfeknudemetastaser i de øvrige afdelinger.

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



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

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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt			01.01.2006 - 31.12.2018*	Andel	95% CI
Danmark	Nej	26.594 / 30.206	0 (0)	88,0	(87,7-88,4)
Hovedstaden	Nej	8.196 / 9.203	0 (0)	89,1	(88,4-89,7)
Sjælland	Nej	4.147 / 4.711	0 (0)	88,0	(87,1-88,9)
Syddanmark	Ja	6.573 / 7.126	0 (0)	92,2	(91,6-92,9)
Midtjylland	Nej	5.174 / 6.179	0 (0)	83,7	(82,8-84,6)
Nordjylland	Nej	2.497 / 2.978	0 (0)	83,8	(82,5-85,2)
Privathospitaler	Nej	7 / 9	0 (0)	77,8	(40,0-97,2)

*Nævner: patienter opereret i 2006-2018

Tæller: patienter med mindst en opfølgingsmammografi i perioden oktober 2018 til og med december 2020

Årsager til manglende opfyldelse af indikator 10

Ej indberetning til LPR med relevant kode	Ikke-godkendt undersøgelsestype (UL ved >30 år), men tiden overholdes	Total
3.445	167	3.612

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.194	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	916	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	2.554	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	697	Teknisk inoperabel/Ej op. procedure
	2.875	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	381	Ikke opereret ifølge DBCG
	10.114	Fyldt 80 år ved udgangen af LPR-udtræksperiode
	2.767	Recidiv
	3.178	Død
	136	Emigration
	1.273	Bilateral mastektomi i LPR

Datagrundlag og beregningsmetode

I opgørelsen indgår patienter (18-79 år) opereret for invasiv brystkræft siden 2006 og frem til to år før aktuelle opgørelsesperiode (31.12.2018). Tælleren udgør patienter med mindst en opfølgingsmammografi i henhold til DBCG-protokol i perioden oktober 2018 til og med december 2020. Indikatoren er således tidsforskudt med to år.

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 10

Andelen af patienter, der har fået opfølgende mammografi efter operation iht. retningslinjerne ligger på 88,0 % (95 % CI: 87,7-88,4) på landsplan. Standarden blev ved sidste styregruppemøde sænket til ≥ 90 % og trods dette, opfyldes standarden ikke på landsplan, og det samme gør sig gældende for 4 ud af 5 regioner. Kun Region Syddanmark opfylder standarden med en andel på 92,2 % (91,6-92,9 %). Region Nordjylland og Midtjylland ligger lavest med andele på hhv. 83,8 % (82,5-85,2 %) og 83,7 % (82,8-84,6).

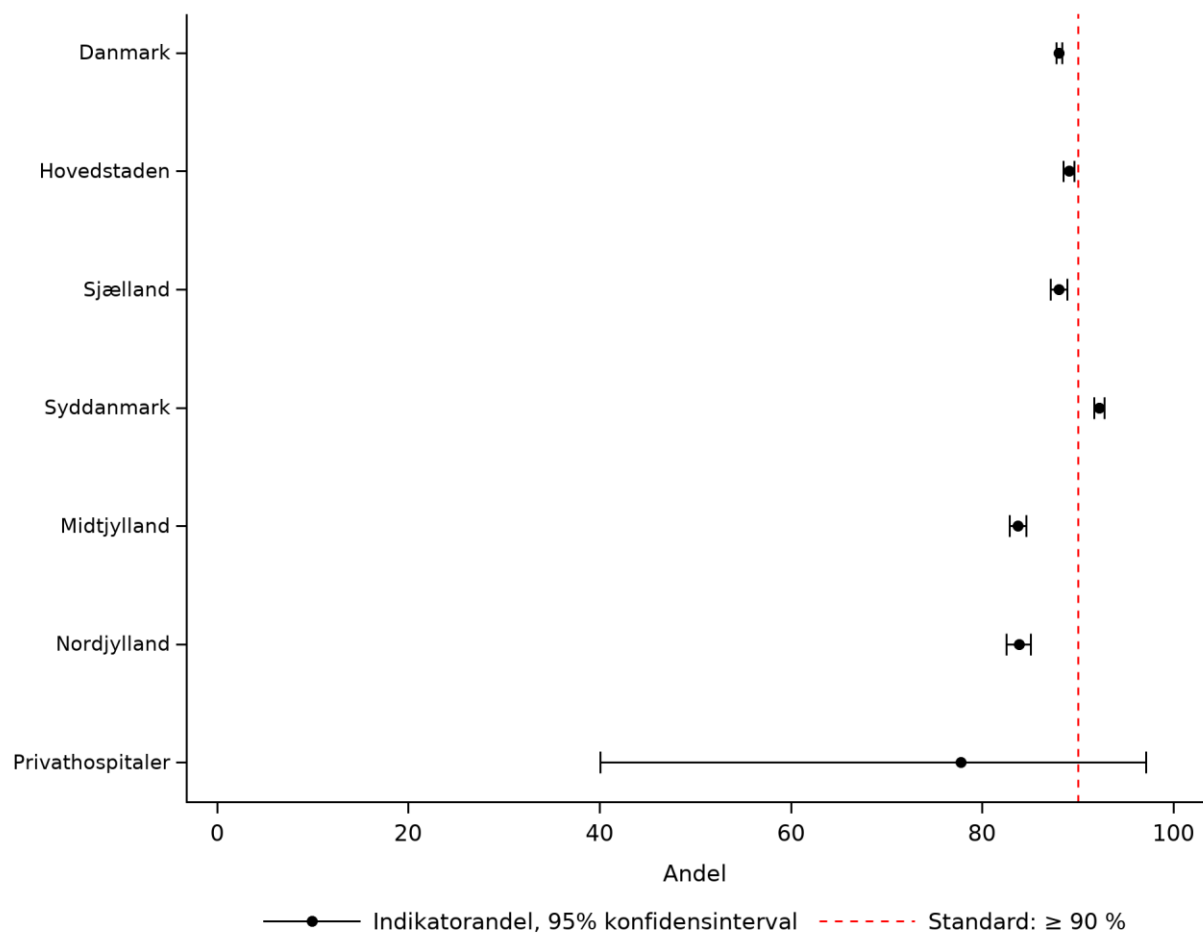
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Landsresultatet er helt som det foregående år, og mønstret har ikke ændret sig, når man betragter regionernes opfyldelse. Standardværdien er sænket til 90, og det har ført til, at resultatet fra Region Syd nu ligger over standardværdien, men opfyldelsen er i øvrigt tæt på resultatet fra sidste opgørelse. De øvrige regioner ligger alle signifikant lavere end standardværdien. Som sidste år, er det Region Midt og Region Nord, der ligger dårligst. Betragter man de aldersopdelte resultater i Tabel A2.2.12 kan man se, at det for de to regioner specielt er aldersgruppen 60-69 man ikke når et tilfredsstillende niveau for. Det gælder for Region Midt også for aldersgruppen 70-75 år. De foreliggende data tillader ikke, at man tolker yderligere på tallene, men de to regioner opfordres til at se på, om der er en forklaring på dette tilsyneladende aldersbetingede udfald, og om det kan løses fremadrettet. Styregruppen opfordrer også til at Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræftscreening gør overvejelser om, hvorvidt man derfor kan bidrage til at forbedre resultaterne på dette område.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren evaluerer et vigtigt element i de kliniske retningslinjer for opfølgning efter behandling for brystkræft, og resultaterne viser, at der er behov for fortsat opmærksomhed og forbedring på området, hvorfor indikatoren også bør indgå i fremtidige indikatorrapporter.

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



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

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2019 Antal	2019 Andel	2018 Andel
Danmark		367 / 696	0 (0)	52,7	(48,9-56,5)	447 / 790	56,6	51,6
Hovedstaden		93 / 182	0 (0)	51,1	(43,6-58,6)	119 / 247	48,2	45,1
Sjælland		65 / 97	0 (0)	67,0	(56,7-76,2)	90 / 126	71,4	67,2
Syddanmark		105 / 175	0 (0)	60,0	(52,3-67,3)	115 / 181	63,5	54,6
Midtjylland		80 / 166	0 (0)	48,2	(40,4-56,1)	96 / 164	58,5	52,3
Nordjylland		24 / 75	0 (0)	32,0	(21,7-43,8)	25 / 70	35,7	31,3
Færøerne		# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	# / #	100,0	
Hovedstaden		93 / 182	0 (0)	51,1	(43,6-58,6)	119 / 247	48,2	45,1
Herlev, kirurgi		19 / 64	0 (0)	29,7	(18,9-42,4)	41 / 105	39,0	33,9
Rigshospitalet, kirurgi		74 / 118	0 (0)	62,7	(53,3-71,4)	78 / 142	54,9	56,5
Sjælland		65 / 97	0 (0)	67,0	(56,7-76,2)	90 / 126	71,4	67,2
Roskilde, kirurgi		65 / 97	0 (0)	67,0	(56,7-76,2)	90 / 126	71,4	67,2
Syddanmark		105 / 175	0 (0)	60,0	(52,3-67,3)	115 / 181	63,5	54,6
Aabenraa, kirurgi		11 / 29	0 (0)	37,9	(20,7-57,7)	12 / 32	37,5	53,7
Esbjerg, kirurgi		19 / 23	0 (0)	82,6	(61,2-95,0)	34 / 39	87,2	61,9
Odense, kirurgi		44 / 67	0 (0)	65,7	(53,1-76,8)	28 / 51	54,9	42,4
Vejle, kirurgi		31 / 56	0 (0)	55,4	(41,5-68,7)	41 / 59	69,5	61,9
Midtjylland		80 / 166	0 (0)	48,2	(40,4-56,1)	96 / 164	58,5	52,3
Aarhus, kirurgi		25 / 68	0 (0)	36,8	(25,4-49,3)	38 / 68	55,9	45,0
Randers, kirurgi		0 / 0				# / #	0,0	34,6
Viborg, kirurgi		55 / 98	0 (0)	56,1	(45,7-66,1)	58 / 95	61,1	64,4
Nordjylland		24 / 75	0 (0)	32,0	(21,7-43,8)	25 / 70	35,7	31,3
Aalborg, kirurgi		24 / 75	0 (0)	32,0	(21,7-43,8)	24 / 67	35,8	41,9
Hjørring, kirurgi						# / #	33,3	12,5

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



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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG
	70	DBCG-dato ej oplyst
	100	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	159	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	352	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	99	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	537	Lobulær
	1.571	Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til kemoterapi (protokol B eller D)
	949	Tumordiameter målt ved UL er ikke 20-50 mm

Datagrundlag og beregningsmetode. Idet NACT anvendes med tiltagende hyppighed efter lanceringen af et sæt retningslinjer for denne behandling i 2016, findes det særdeles relevant at monitorere området. I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, der opfylder kriterierne for NACT i aktuelle opgørelsesperiode. Tælleren udgør patienter, der behandles med NACT.

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 11

I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter, der er behandlet med NACT på landsplan på 52,7 % (95 % CI: 48,9-56,5), hvilket lidt lavere end tidligere (2019: 56,6 %) og jf. trenddiagram ligeledes lavere for samtlige regioner på nær Region Hovedstaden. Der kan observeres markante regionale forskelle, og især noteres igen Region Nordjylland som liggende lavere end de øvrige (32,0 %; 95 % CI: 21,7-43,8), hvor resultatet drives af resultatet fra Aalborg. De øvrige regioner spænder fra 48,2 % (Midtjylland) til 67,0 % (Sjælland). Ligeledes ligger Herlev igen lavt med en andel på 29,7 % (18,9-42,4) og det samme gør Aalborg (32,0 % (95 % CI: 21,7-43,8)). Det skal bemærkes, at der i enkelte afdelinger indgår få observationer, hvorfor små forskelle kan have stor betydning.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

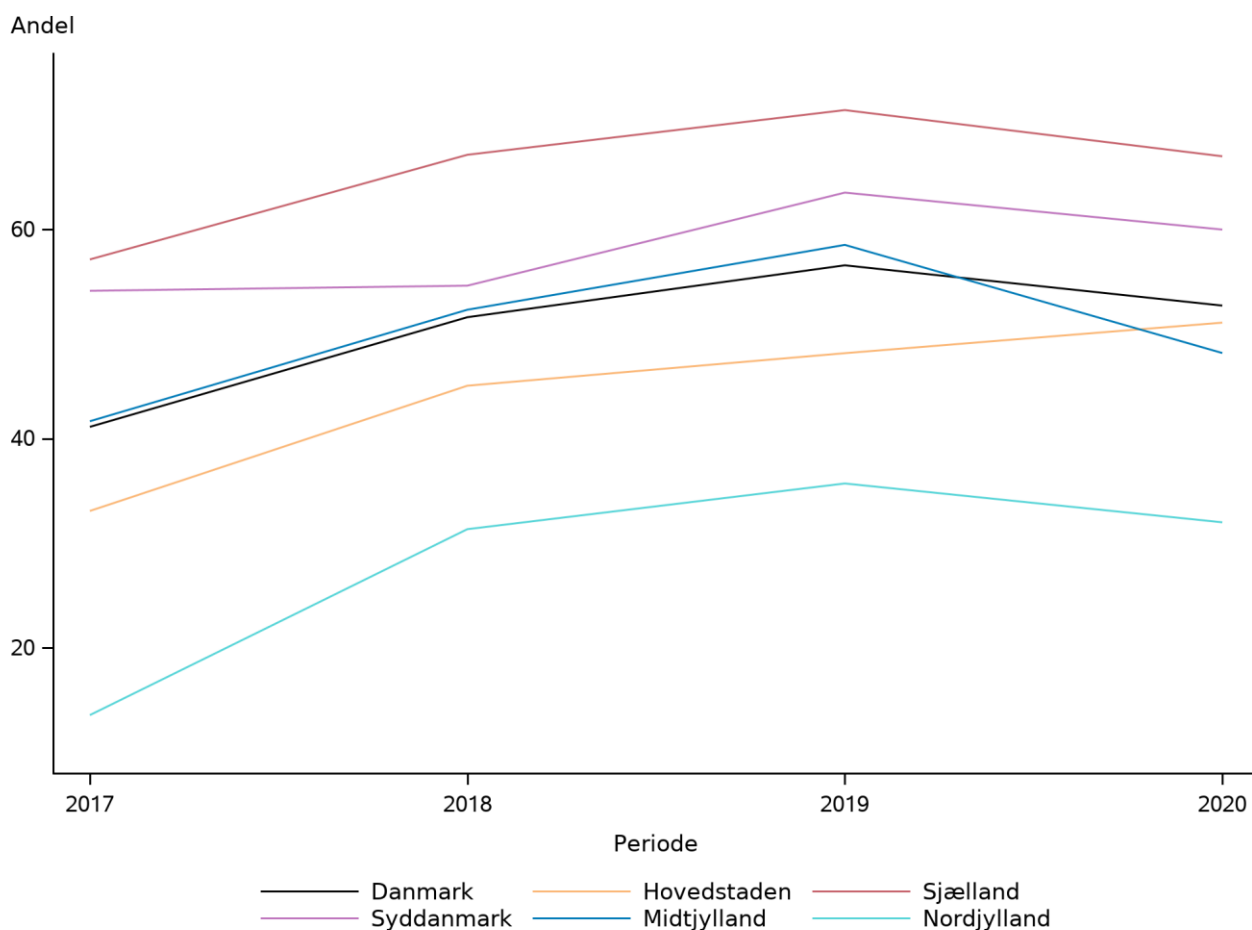
Resultaterne afspejler først og fremmest, at der fortsat er usikkerhed om, hvordan neoadjuverende kemoterapi skal inddrages i behandlingen af de patienter med brystkræft, der opfylder inklusionskriteriet med en tumorstørrelse mellem 2 og 5 cm, og hvor kemoterapi under alle omstændigheder vil være indiceret. Med tanke på, at der er konsensus om nye retningslinjer gældende fra dette år, der udvider indikationen til også at omfatte mindre tumorer med lymfeknudemetastaser, så er det overraskende, at der er så store forskelle afdelingerne imellem.

Specielt påfaldende er det, at man indenfor Region H har så stort et spænd, som tilfældet er, og at Herlev, en af landets største afdelinger, kun benytter denne behandlingsform hos under en tredjedel af de patienter, hvor det er muligt. Nogenlunde tilsvarende lav opfyldelse ses i Aalborg. I Region Midt er andelen, hvor indikatoren er opfyldt, også gået ned og resultatet for Aarhus ligger som for Aalborg og Herlev markant under gennemsnittet.

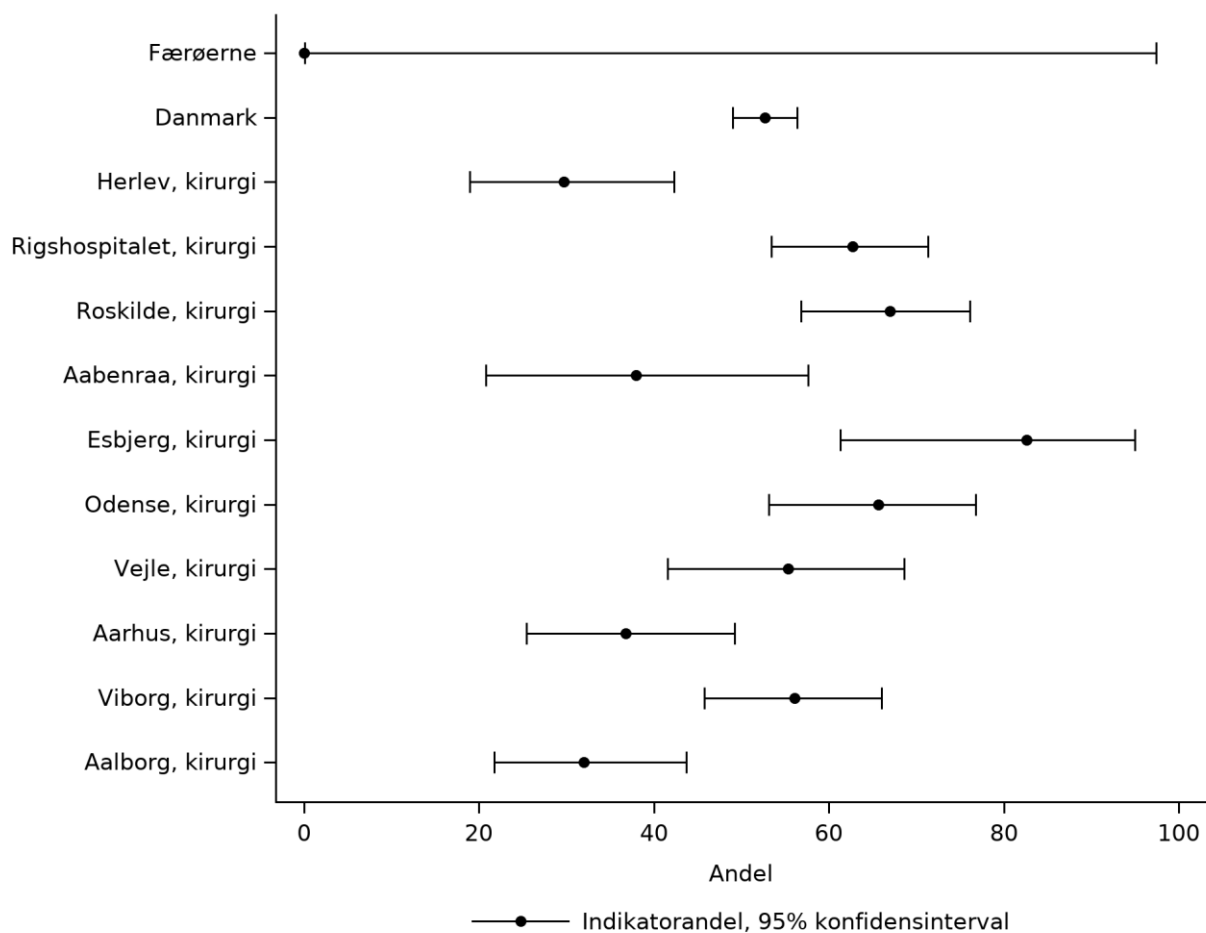
Vurdering af indikatoren

Da der ikke er anbefaling om anvendelse af neoadjuverende kemoterapi **frem for** primær kirurgi og adjuverende kemoterapi, kan indikatoren ikke i sig selv opfattes som et kvalitetsmål, men styregruppen finder det fortsat relevant fremadrettet at monitorere brugen af denne behandlingsform, men der lægges op til, at indikatorberegningen skal tilpasses de nye retningslinjer gældende fra dette år.

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



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



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

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år		
			antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018	
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark		207 / 329	38 (10)	62,9	(57,4-68,2)	244 / 410	59,5	66,8
Hovedstaden		49 / 81	12 (13)	60,5	(49,0-71,2)	62 / 108	57,4	60,9
Sjælland		36 / 54	11 (17)	66,7	(52,5-78,9)	37 / 84	44,0	64,8
Syddanmark		59 / 96	9 (9)	61,5	(51,0-71,2)	66 / 102	64,7	69,4
Midtjylland		52 / 74	6 (8)	70,3	(58,5-80,3)	71 / 89	79,8	76,5
Nordjylland		11 / 24	0 (0)	45,8	(25,6-67,2)	8 / 25	32,0	42,9
Færøerne		0 / 0				# / #	0,0	
Hovedstaden		49 / 81	12 (13)	60,5	(49,0-71,2)	62 / 108	57,4	60,9
Herlev, kirurgi		10 / 17	2 (11)	58,8	(32,9-81,6)	24 / 40	60,0	59,0
Rigshospitalet, kirurgi		39 / 64	10 (14)	60,9	(47,9-72,9)	38 / 68	55,9	62,3
Sjælland		36 / 54	11 (17)	66,7	(52,5-78,9)	37 / 84	44,0	64,8
Roskilde, kirurgi		36 / 54	11 (17)	66,7	(52,5-78,9)	37 / 84	44,0	64,8
Syddanmark		59 / 96	9 (9)	61,5	(51,0-71,2)	66 / 102	64,7	69,4
Aabenraa, kirurgi		6 / 10	1 (9)	60,0	(26,2-87,8)	3 / 10	30,0	63,6
Esbjerg, kirurgi		14 / 18	1 (5)	77,8	(52,4-93,6)	25 / 31	80,6	68,2
Odense, kirurgi		24 / 42	2 (5)	57,1	(41,0-72,3)	12 / 24	50,0	52,9
Vejle, kirurgi		15 / 26	5 (16)	57,7	(36,9-76,6)	26 / 37	70,3	81,1
Midtjylland		52 / 74	6 (8)	70,3	(58,5-80,3)	71 / 89	79,8	76,5
Aarhus, kirurgi		15 / 22	3 (12)	68,2	(45,1-86,1)	28 / 37	75,7	68,6
Randers, kirurgi		0 / 0				0 / 0		77,8
Viborg, kirurgi		37 / 52	3 (5)	71,2	(56,9-82,9)	43 / 52	82,7	81,5
Nordjylland		11 / 24	0 (0)	45,8	(25,6-67,2)	8 / 25	32,0	42,9
Aalborg, kirurgi		11 / 24	0 (0)	45,8	(25,6-67,2)	8 / 24	33,3	44,4
Hjørring, kirurgi						# / #	0,0	33,3

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



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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG
	70	DBCG-dato ej oplyst
	100	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	159	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	352	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	99	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	537	Lobulær
	1.571	Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til kemoterapi (protokol B eller D)
	949	Tumordiameter målt ved UL er ikke 20-50 mm
	329	Ikke behandling med NACT
Uoplyst:	38	Biopsi alene

Datagrundlag og beregningsmetode. NACT anvendes med tiltagende hyppighed efter lanceringen af et sæt retningslinjer for denne behandling i 2016, derfor findes det særdeles relevant at monitorere området. I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, der er behandlet med NACT og er opereret i aktuelle opgørelsesperiode. Patienter med biopsi alene ekskluderes og vises som uoplyste. Tælleren udgør patienter, som har fået udført BCS.

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 12

I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af opererede patienter, der efter NACT har fået udført BCS på 62,9 % (95 % CI: 57,4-68,2) på landsplan. Jf. trendgrafnen svinger opfyldelsen lidt op og ned for de fleste regioner henover perioderne. Der kan observeres store forskelle regionerne imellem, hvor Region Nordjylland (45,8 %; 95 % CI: 25,6-67,2) ligger lavest, dog er opgørelsen baseret på færrest patienter af alle regionerne og er højere end sidste opgørelse. Region Midtjylland ligger højest med en andel på 70,3 % (58,5-80,3). På afdelingsniveau har Esbjerg den højeste andel (77,8 %; 95 % CI: 52,4-93,6). Der er et højt antal uoplyste i flere af afdelingerne (højest i Roskilde med 17 %); på landsplan ligger antal uoplyste på 10 %.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

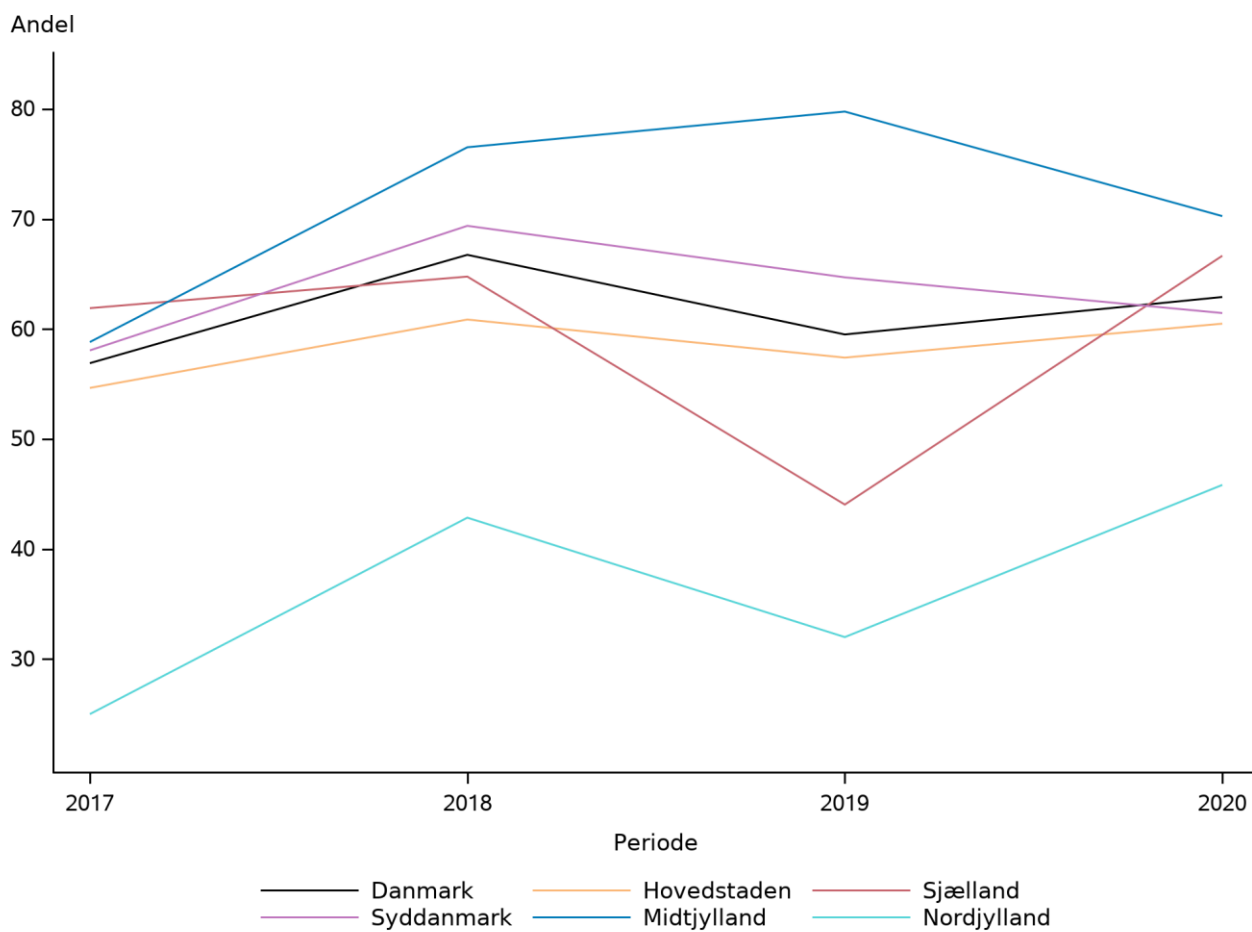
Indikatoropfyldelsen på 62,9% ligger på landsplan lidt højere end sidste år. Det betragtes som tilfredsstillende. Variationen mellem regionerne og afdelingerne imellem er lidt mindre end sidst, men der er tale om små tal og brede konfidensintervaller. Der er ingen afdelinger, der signifikant ligger under gennemsnitsopfyldelsen.

Den aldersopdelte opgørelse i tabel A2.2.14 viser, at andelen af patienter, der efter NACT får udført brystbevarende operation er lav i den yngste aldersgruppe under 40 år. En del af forklaringen er formentlig, at det er i den aldersgruppe forekomsten af BRCA-associeret brystkræft optræder hyppigst. En del patienter vil sideløbende med NACT få foretaget genetisk udredning, og hos BRCA-positive vil det efterfølgende operative indgreb blive mastektomi og ikke brystbevarende operation.

Vurdering af indikatoren

Relevansen af indikatoren er som for indikator 11. Da retningslinjerne på området ændres, vil det fortsat være relevant at monitorere udfaldet af denne behandlingsform.

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



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

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	Antal	Andel
				Andel	95% CI			
Danmark	Ja	277 / 300	0 (0)	92,3	(88,7-95,1)	282 / 306	92,2	85,7
Hovedstaden	Nej	74 / 84	0 (0)	88,1	(79,2-94,1)	55 / 68	80,9	61,8
Sjælland	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	49 / 49	100,0	98,5
Syddanmark	Ja	70 / 77	0 (0)	90,9	(82,2-96,3)	83 / 89	93,3	94,9
Midtjylland	Ja	56 / 58	0 (0)	96,6	(88,1-99,6)	66 / 70	94,3	84,1
Nordjylland	Nej	23 / 27	0 (0)	85,2	(66,3-95,8)	29 / 30	96,7	96,7
Hovedstaden	Nej	74 / 84	0 (0)	88,1	(79,2-94,1)	55 / 68	80,9	61,8
Herlev	Nej	38 / 46	0 (0)	82,6	(68,6-92,2)	32 / 40	80,0	56,8
Rigshospitalet	Ja	36 / 38	0 (0)	94,7	(82,3-99,4)	23 / 28	82,1	68,8
Sjælland	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	49 / 49	100,0	98,5
Roskilde	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	49 / 49	100,0	98,5
Syddanmark	Ja	70 / 77	0 (0)	90,9	(82,2-96,3)	83 / 89	93,3	94,9
Esbjerg	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	11 / 13	84,6	94,1
Odense	Ja	36 / 37	0 (0)	97,3	(85,8-99,9)	25 / 27	92,6	96,8
Sønderborg	Nej	8 / 10	0 (0)	80,0	(44,4-97,5)	30 / 31	96,8	88,9
Vejle	Nej	16 / 20	0 (0)	80,0	(56,3-94,3)	17 / 18	94,4	100,0
Midtjylland	Ja	56 / 58	0 (0)	96,6	(88,1-99,6)	66 / 70	94,3	84,1
Aarhus	Ja	26 / 27	0 (0)	96,3	(81,0-99,9)	29 / 32	90,6	90,0
Randers		0 / 0				0 / 0		87,5
Viborg	Ja	30 / 31	0 (0)	96,8	(83,3-99,9)	37 / 38	97,4	66,7
Nordjylland	Nej	23 / 27	0 (0)	85,2	(66,3-95,8)	29 / 30	96,7	96,7
Aalborg	Nej	23 / 27	0 (0)	85,2	(66,3-95,8)	29 / 30	96,7	95,5
Hjørring		0 / 0				0 / 0		100,0

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	221	Ikke i DBCG
	70	DBCG-dato ej oplyst
	100	Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom
	159	Diagnose ukendt (Patologiskema)
	352	Præoperativ Klassifikation: Ej op. DBCG-procedure/Mindre indgreb/Biopsi alene
	99	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	616	Under 50 år
	252	Ikke postmenopausal
	351	Ikke udtalt ER positiv tumor
	167	≥ 4 positive lymfeknuder
	144	Neoadjuverende behandling
	1.923	Ikke Q-score kategori 2

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 13

Af opgørelsen fremgår det, at andelen, der er registreret med en PAM50 klassifikation blandt postmenopausale patienter med udtalt ER-positiv tumor og Q-score kategori 2 på landsplan ligger på 92,3 % (95 % CI: 88,7-95,1), og standarden på $\geq 90\%$ opfyldes dermed. To ud af fem regioner opfylder ikke standarden (Hovedstaden og Nordjylland), og der kan observeres forskelle regionerne og afdelingerne imellem. Indikatoren opgøres i indeværende årsrapport ud fra patologi-afdelinger (og ikke længere kirurgiske afdelinger), som besluttet på sidste styregruppemøde. Region Nordjylland ligger markant lavere ift. forrige opgørelsesperiode, hvilket drives af resultatet fra Aalborg. Fire afdelinger opfylder ikke standarden (Herlev, Sønderborg, Aalborg og Vejle).

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

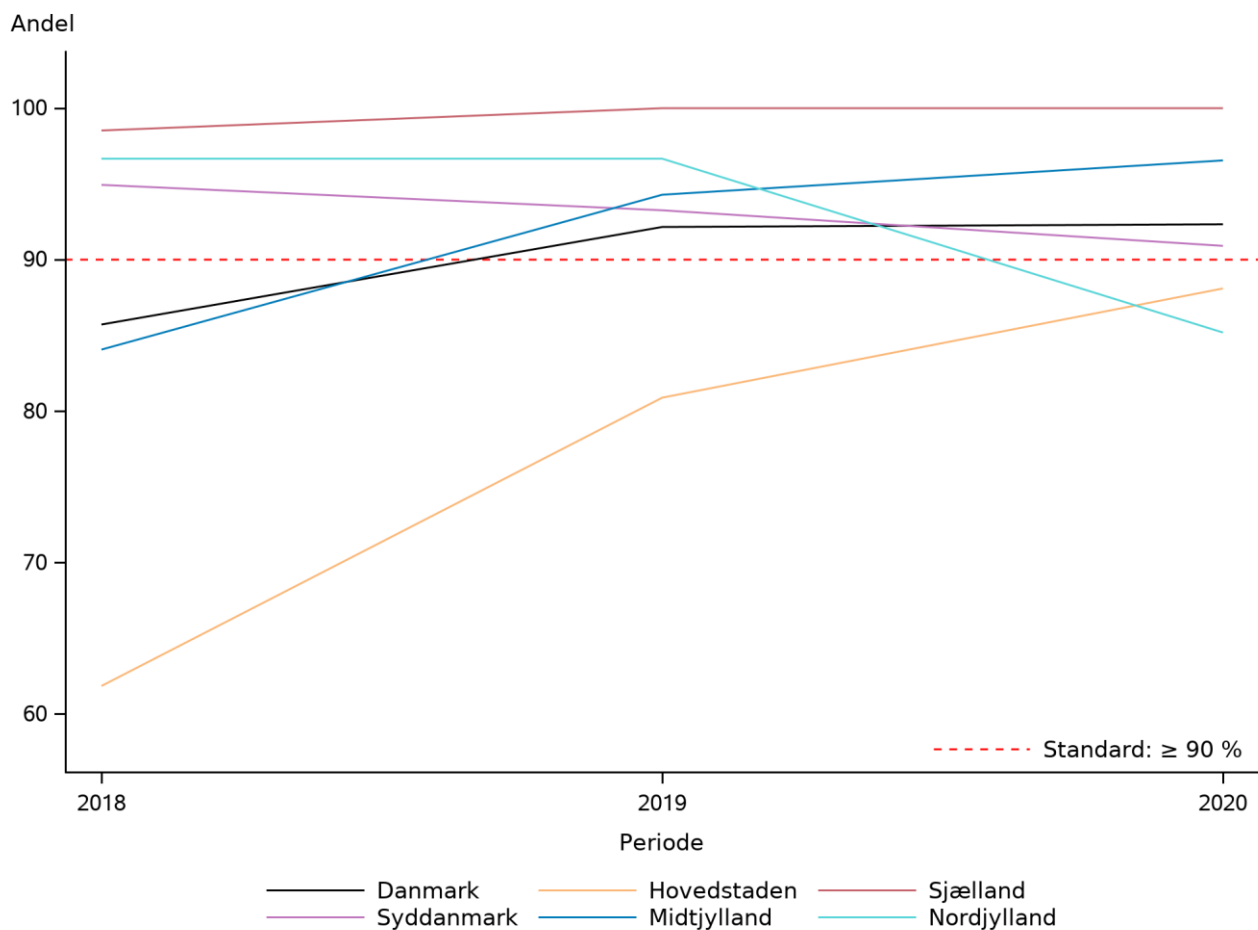
Standarden er opfyldt på landsplan og ingen regioner ligger signifikant under standarden på 90%. De fire afdelinger, der skiller sig ud ved at ligge under standarden, ligger dog ikke signifikant under den. Tallene er små, og der er derfor brede konfidensintervaller. To afdelinger fik i sidste års rapport en anmærkning og opfordring til at øge indberetningen, og det noteres, at de pågældende afdelinger (Rigshospitalet og Aarhus) nu ligger med indikatoropfyldelser på henholdsvis 94,7% og 96,3%.

Det samlede resultat anses for at være tilfredsstillende.

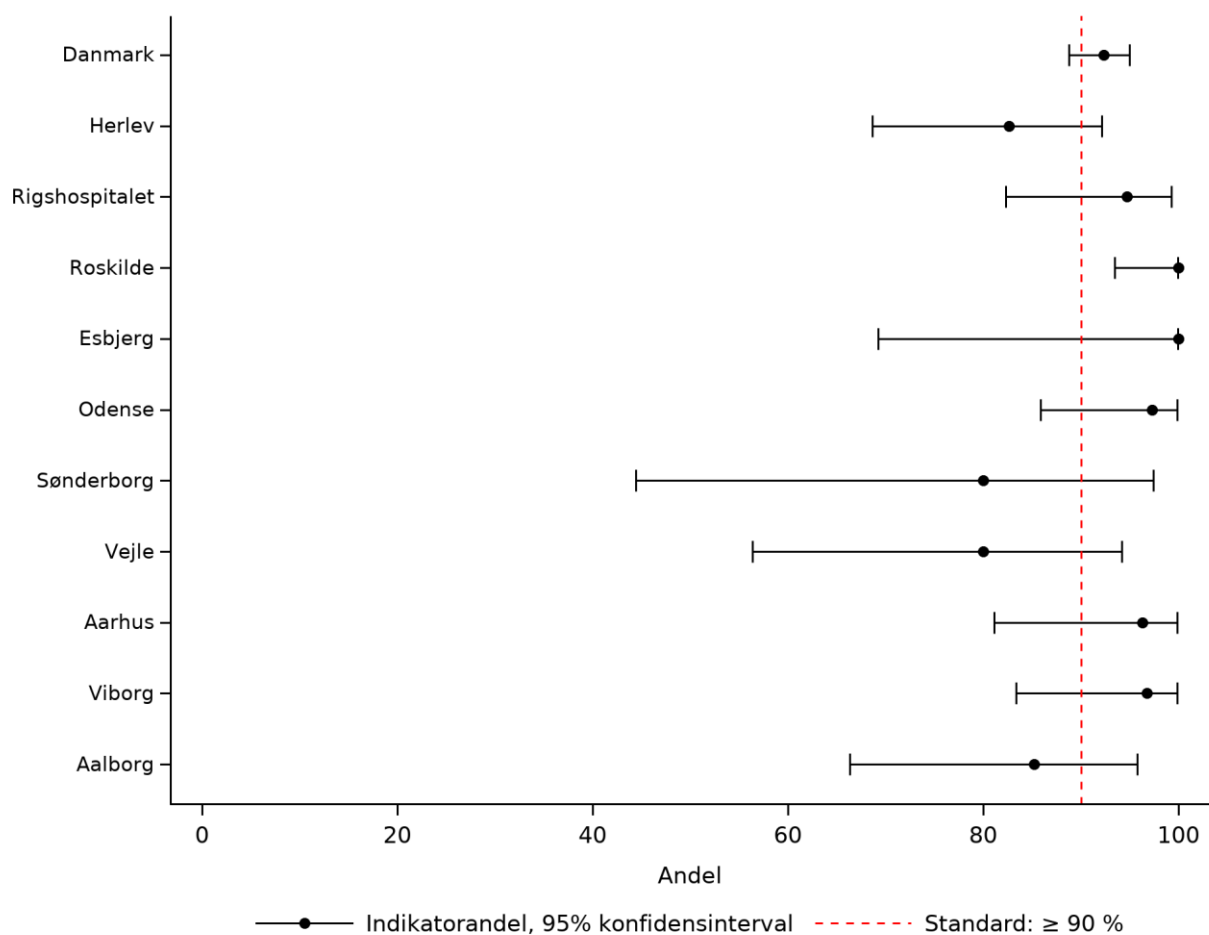
Vurdering af indikatoren

Indikatoren monitorerer indførelse af et nyt element i behandlingen, der er indført i de kliniske retningslinjer for kort tid siden. Det anses for vigtigt, at denne monitorering fortsætter i en periode endnu.

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



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



4 Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Forekomst

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

Risikofaktorer

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

Diagnose

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

Behandling

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

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

Prognosen

Prognosen ved brystkræft er relativt favorabel sammenlignet med andre cancerformer. Der er dog stor variation, der kan specificeres yderligere på baggrund af tumorstadium (størrelse og spredning) og forekomst af biologiske prognostiske variable: hormonreceptorer og HER2-receptorer, malignitetsgradering, proliferation (Ki67-index). De såkaldte molekylære subtyper, som tumorerne kan inddeles i på baggrund af gen-profil af den enkelte tumor, har vundet indpas i vurdering af prognose og som rettesnor for den onkologiske behandling (prædiktiv faktor). Den overordnede inddeling er: luminal A, luminal B, HER2 positiv og dobbel negativ. De luminal type er østrogenreceptor positive, mens de double (triple) negative omfatter gruppen, hvor hverken hormonreceptorer eller HER2 receptoren er positiv. HER2 positive og dobbel negative har en betydelig dårligere prognose end de luminal type.

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

Organisering

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

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

5 Datagrundlag

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

5.1 Grundpopulation

Datagrundlaget til årsrapporten er fastlagt ud fra følgende datasæt:

Data	Datasætnavn	Opdateringsdato
Grunddata fra DBCG behandlingsdatabase for patienter til og med 2019	Stam*	7/4 2021
Data med en variabel som anvendes til at justere en variabel om ITT adjuverende strålebehandling, som anvendes til en eksklusion i indikator 8a og 8b	Straale_ryk*	7/4 2021
Data som anvendes til at fjerne patienter der ikke skal indgå i grundpopulationen	Til_ind07e_liste*	7/4 2021
Opfølgingsdata for patienter til og med 2019	Outcome*	8/4 2021
Patologiregisteret, LPR, CPR-register		10/4 2021
Grunddata fra DBCG behandlingsdatabase for patienter fra og med 2020	Stam2020*	10/5 2021

*Modtaget hos RKKP fra DBCG sekretariatet

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

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

Inklusionskriterierne for den samlede population udtrukket fra DBCG-kvalitetsdatabase og Patobank (som anvendt i indikator 1a) er defineret herunder. Patienter som findes i Patobank og ikke i DBCG-kvalitetsdatabase

gennemgås manuelt, og hvis det vurderes at patienten ikke opfylder kriterierne alligevel, slettes personen fra den samlede population.

- Kvinde
- ≥ 18 år
- Dansk cpr-nummer
- Invasiv eller ukendt diagnose i DBCG-kvalitetsdatabasen, eller invasiv diagnose i Patobank (patienter med ukendt diagnose i DBCG-kvalitetsdatabasen slettes fra Kvalitetsdatabasen, hvis patienten heller ikke findes i Patobank med invasiv diagnose)
- Hvis patienten findes i både DBCG-kvalitetsdatabasen og Patobank, må modtagedatoen i Patobank højst ligge 30 dage efter operationsdato i DBCG-kvalitetsdatabasen
- Dato til afgrænsning defineres af operationsdatoen i DBCG-kvalitetsdatabasen og ellers modtagedatoen i Patobank

For data anvendt til alle indikatorer på nær 7 og 10 afgrænses den dato, som afgør hvilken tidsperiode personen hører til, på følgende måde:

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

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

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

- Hvis der findes en dato for operation efter neoadjuverende behandling, men ingen dato for operation, anvendes datoen for biopsi.
- Ellers hvis der findes en dato for operation, anvendes denne dato.
- Ellers anvendes modtagedatoen i Patobank.
- Ellers anvendes datoen for biopsi.

For indikator 7 og 10 anvendes dog følgende til afgrænsning:

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

5.2 Generelle eksklusioner for populationen

Generelle eksklusioner for indikator 3 og frem:

Patienter som ikke er registreret i DBCG defineres som:

`I_dbcg = 0`

DBCG dato ej oplyst defineres som:

`Mastektomi_dato = . and Tumorektomi_dato = . and Biopsi_dato = .`

(**gælder ikke for indikator 7 og 10)

Eksklusionen "LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)" er defineret som:

`dmny in (1,1.5)`

Eksklusionen "Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose" er defineret som:

`DBCG_diagnose_klas = 0`

Eksklusionen "Mindre indgreb/biopsi alene" er defineret som:

`m42 not in (1,2,5,6,9,..) eller m41_3 = 1 or m41_6 = 1 or m41_7 = 1 or m41 in (1,3,22,26,27,30)`

Eksklusionen "Ej komplet" er defineret som:

`Skema = "Til og med 2019" og Risikoallokering (m40) not in (0,1,2,3,4,6,7) ELLER Skema = '2020 og frem' og`

`Risikoallokering_2020 not in (0,1,4)`

5.3 Beregningsregler for indikatorer

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
Indikator 1a Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank			Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank (dvs. en patient kan godt have ukendt diagnose i DBCG men invasiv diagnose i Patobank)	Patienter registreret i DBCG	DBCG behandlingsdatabase, Landsregisteret for Patologi
Indikator 2 Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG		Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG	Patienter med tilstrækkelig indberetning af (a) operationsdato og prognostiske variable til bestemmelse af den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer eller (b) med angivelse af præoperativ klassifikation af at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer	DBCG behandlingsdatabase
Indikator 2a Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger		Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG	- Tilstrækkelig indberetning <u>eller</u> - Utilstrækkelig kirurgisk indberetning, så patologisk indberetning ikke kan tjekkes <u>eller</u> - Neoadjuverende behandling og diagnose samt østrogenreceptor- og HER2- status angivet <u>eller</u> - Ingen neoadjuverende behandling og angivelse af østrogenreceptor status, HER2 status, antal tumor-positive lymfeknuder, tumordiameter, samt angivelse af malignitetsgrad, hvis duktalt eller lobulært karcinom	DBCG behandlingsdatabase

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
Indikator 2b Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger		Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG	Tilstrækkelig indberetning eller angivelse af menopausestatus, operationstype, operationsdato samt præoperativ klassifikation hvis kun biopsi	DBCG behandlingsdatabase
Indikator 3 Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksil-lymfeknuder	Oplysninger mangler på patologi-skema: Lymfe10 in (9,.) and Lymfe10_1 in (9,.) and not (Lymfe10 = . and Lymfe10_1 = .)	Patienter som ikke er registreret i DBCG DBCG dato ej oplyst LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose Mindre indgreb/biopsi alene Mangler risikogruppe Ikke indikation for aksilrømning Aksilrømning ikke foretaget	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG med lymfeknudemetastaser og med indberettet aksilindgreb	Patienter som ved intenderet kurativ, aksiloperation har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksil-lymfeknuder	DBCG behandlingsdatabase
Indikator 4 Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede,	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler: (Skema = 'Til og med 2019' and	Patienter som ikke er registreret i DBCG DBCG dato ej oplyst LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, dog i året før den pågældende årsrapportperiode,	Patienter allokeret til adjuverende, onkologisk behandling	DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
<p>adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer</p> <p>(Indikatoren er tidsforskudt, idet onkologisk behandling overvejende gives i det post-operative forløb. Hvis patienten mindst en gang har modtaget den foreskrevne behandling, herunder kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling, anses indikatoren for opfyldt).</p>	<p>bio in (.,-1) and kemo in (.,-1) and endo in (.,-1)) or (Skema = '2020 og frem' and M41C = . and M41B = . and M41A = .)</p>	<p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ikke i højrisikogruppe: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering (m40) not in (2,3,4)) or (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 not in (4))</p> <p>Død eller emigreret inden for 30 dage efter operation</p> <p>Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study inden for 30 dage efter operation</p>	<p>som er højrisiko-patienter (allokeret til protokol B, C eller D)</p>		
<p>Indikator 5a</p> <p>DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko</p>		<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>DBCG dato ej oplyst</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, afgrænset til højrisiko-patienter opereret i den foregående 10-års periode (til og med året før den aktuelle opgørelsesperiode), og</p>	<p>Patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram.</p> <p>Regelmæssige opfølgingsbesøg indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan efter 20.</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		<p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ej protokolallokeret: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering not in (1,2,3,4,6,7)) ELLER (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 not in (1,4))</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for et år efter operationen</p> <p>Biopsi alene</p> <p>Lavrisiko patienter: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering in (1)) ELLER (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 in (1))</p>	<p>som er allokeret til DBCG's opfølgningsprogram i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering</p>	<p>august 2010 desuden udgå efter 3 års opfølgning. Ikke gennemført: Opfølgningsbesøgene er ikke regelmæssige:</p> <p>A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgningsbesøg, og patienten burde være under opfølgning.</p> <p>B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år.</p> <p>C: Opfølgingsforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet.</p> <p>D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter operation:</p> <p>Opfoelg_gennemfoert_hoej = 1</p>	
<p>Indikator 5b</p> <p>DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for</p>		<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>DBCG dato ej oplyst</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, afgrænset til lavrisiko-patienter opereret i den foregående 10-års periode (til og med året før den aktuelle</p>	<p>Patienter med gennemførelse af opfølgningsprogram.</p> <p>Regelmæssige opfølgingsbesøg indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 10 år uden hændelse eller tidligere på grund af patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand.</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
opfølgingsprogram, lavrisiko		<p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ej protokolallokeret</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for et år efter operationen</p> <p>Biopsi alene</p> <p>Højrisiko patienter: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering in (2,3,4,6,7)) ELLER (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 in (4))</p>	<p>opgørelsesperiode), og som er allokeret til DBCG's opfølgingsprogram i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering</p>	<p>Lavrisiko-patienter kan efter 20. august 2010 desuden udgå efter 3 års opfølgning. Ikke gennemført: Opfølgningsbesøgene er ikke regelmæssige: A: Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgningsbesøg, og patienten burde være under opfølgning. B: Patienten dør uden at være set i mere end 2 år. C: Opfølgningsforløbet afsluttes som følge af afdelingens manglende kapacitet. D: Patienten aldrig har fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter operation: Opfoelg_gennemfoert_lav = 1</p>	
<p>Indikator 6</p> <p>DBCG-patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation</p>	<p>Follow-up ikke registreret:</p> <p>Foerste_event = 9</p>	<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>DBCG dato ej oplyst</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, som har fået brystbevarende operation i en 5-års periode (seneste er 2 år før aktuelle opgørelsesperiode) og</p>	<p>Patienter der udvikler lokalt recidiv (+/-regionalt recidiv/fjernrecidiv) som første begivenhed inden for 5 år efter operationsdatoen: Foerste_event = 1 and Opfoelgning_dato < intnx("year", dato_operation_biopsi, 5, "same")</p> <p>Den rå tæller vises i indikatortabellen, men ved beregning af andel, korrigeres for</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		<p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ej protokolallokeret</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for 30 dage efter operationen</p> <p>Biopsi alene</p> <p>Ikke brystbevarende operation</p>	<p>som indgår i DBCG-protokol</p>	<p>forskellig opfølgningstid/kumuleret incidens samt for andre konkurrerende begivenheder (død, andre maligne tilstande). Dette gøres ved hjælp af Kaplan-Meier samt Gray's test.</p>	
<p>Indikator 7</p> <p>Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræft-operation</p>	<p>Ingen operationskode (KHAA*, KHAB* eller KHAC*) i LPR</p>	<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, som kan findes med operationskode i LPR.</p>	<p>Patienter, der ikke har re-operation inden for 60 dage efter operationsdatoen som følge af postoperative komplikationer (kode KHW* i LPR)</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, Landspatientregisteret (LPR)</p>
<p>Indikator 8a</p> <p>Lumpektomi: Adjuverende</p>	<p>Oplysninger mangler på stråleskema: IF (Skema = 'Til og med 2019' and RTStraale =</p>	<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>DBCG dato ej oplyst</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG i året før den aktuelle opgørelsesperiode,</p>	<p>Patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret</p>

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	-1) or (Skema = '2020 og frem' and M41D = .)	<p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ej protokolallokeret:</p> <p>Død eller emigreret inden for 30 dage efter operation</p> <p>Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study inden for 30 dage efter operation</p> <p>Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer</p> <p>Eksperimentel strålebehandling: protokol = 'RT07TARGIT'</p> <p>Ikke brystbevarende operation</p>	brystbevarende operation og indikation for strålebehandling		
Indikator 8b	Oplysninger mangler på stråleskema:	<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>DBCG dato ej oplyst</p>	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG i	Patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer	DBCG behandlingsdatabase, CPR-registeret

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	IF (Skema = 'Til og med 2019' and RTStraale = -1) or (Skema = '2020 og frem' and M41D = .)	<p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ej protokolallokeret:</p> <p>Død eller emigreret inden for 30 dage efter operation</p> <p>Anden malign sygdom, kontraindikation eller andet off-study inden for 30 dage efter operation</p> <p>Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer</p> <p>Eksperimentel strålebehandling: protokol = 'RT07TARGIT'</p> <p>Ikke mastektomi</p>	året før den aktuelle opgørelsesperiode, mastektomi og indikation for strålebehandling		
Indikator 9		Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank,	Patienter, som ikke har fået udført SN biopsi	DBCG behandlingsdatabase

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi		<p>DBCG dato ej oplyst</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Ej makrometastaser aksil</p> <p>Neoadjuverende behandling</p>	<p>som findes i DBCG med detekteret makrometastaser i lymfeknuderne, og som er behandlet i henhold til DBCG-protokol</p>		
Indikator 10 Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)	<p>Patienten findes ikke i LPR:</p> <p>I_LPR = 0</p>	<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Kvinder der er fyldt 80 år ved udgangen af aktuelle opgørelsesperiode</p> <p>Ikke protokolallokeret</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG opereret fra 2006 og til og med 2 år før den aktuelle opgørelsesperiode</p>	<p>Patienter, der har fået foretaget mindst en opfølgingsmammografi (koderne DZ108A, DZ123AA, UXRC40, UXRC45 i LPR) i perioden 1. oktober 2 år før aktuelle opgørelsesperiode til og med udgangen af aktuelle opgørelsesperiode. Dog ikke hvis mammografidatoen ligger før DBCG operationsdatoen (kan ske for patienter opereret i 4. kvartal i det første årstal der ledes i LPR).</p>	<p>DBCG behandlingsdatabase,</p> <p>Landspatientregisteret (LPR)</p> <p>CPR-registeret</p>

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		Bilateral mastektomi ifølge LPR, recidiv, død eller emigration inden udgangen af aktuelle opgørelsesperiode			
Indikator 11 Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT		<p>Patienter som ikke er registreret i DBCG</p> <p>DBCG dato ej oplyst</p> <p>LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser)</p> <p>Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose</p> <p>Mindre indgreb/biopsi alene</p> <p>Mangler risikogruppe</p> <p>Lobulær</p> <p>Ikke højrisiko-gruppe patient allokert til protokol B eller D:</p> <p>(Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering not in (2,4)) eller (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 in (0,1,4) and</p>	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, der opfylder kriterierne for NACT i aktuelle opgørelsesperiode	Patienter, der behandles med NACT	DBCG behandlingsdatabase

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		(Risikoallokering_2020 ne 4 or M40B ne 1)) Tumordiameter målt ved UL er ikke 20-50 mm Biopsi alene og uden præoperativ klassifikation			
Indikator 12 Andelen af patienter, der efter NACT får udført BCS	Biopsi alene: m45 = 4 Dette betyder, at tælleren i indikator 11 og nævneren i indikator 12 ikke længere er samme population	Patienter som ikke er registreret i DBCG DBCG dato ej oplyst LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser) Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose Mindre indgreb/biopsi alene Mangler risikogruppe Lobulær Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til protokol B eller D: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering not in (2,4)) eller (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 in (0,1,4) and	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, der er behandlet med NACT i aktuelle opgørelsesperiode og som er opererede	Patienter der har fået brystbevarende operation efter NACT: m45 = 6	DBCG behandlingsdatabase

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		(Risikoallokering_2020 ne 4 or M40B ne 1)) Tumordiameter målt ved UL er ikke 20-50 mm Biopsi alene og uden præoperativ klassifikation Ikke behandling med NACT			
Indikator 13 Andel af postmenopausale patienter >= 50 år med udtalt (>= 10%) ER positiv tumor og med Q-score kategori 2, der er registreret med en PAM50 klassifikation		Patienter som ikke er registreret i DBCG DBCG dato ej oplyst LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft/fjernmetastaser) Ukendt diagnose i DBCG men i Patobank med invasiv diagnose Mindre indgreb/biopsi alene Mangler risikogruppe Under 50 år Ikke postmenopausal Ikke udtalt ER positiv tumor >= 4 positive lymfeknuder Neoadjuverende	Patienter med invasiv diagnose i DBCG og/eller Patobank, som findes i DBCG, postmenopausale >=50 år, med udtalt (>=10%) ER-positiv tumor, og med Q-score-kategori 2	Patienter der er registreret med en PAM50 klassifikation: p172 in (0,1,2,3)	DBCG behandlingsdatabase

Indikatornr. og navn	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		Ikke Q-score kategori 2			

6 Styregruppens sammensætning

Styregruppen består af en formand udpeget af bestyrelsen i DBCG, DBCGs chefstatistiker, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG, herunder Kirurgisk Udvalg, Medicinsk Udvalg, Patologiudvalget, Radiologiudvalget og Ratioterapiudvalget. Derudover indgår i styregruppen en faglig repræsentant fra hver af de fem regioner fra de respektive DBCG Regionsudvalg. Et medlem af styregruppen udpeget af et videnskabeligt udvalg kan også repræsentere den region, som vedkommende er ansat i, hvis man i den pågældende region peger på vedkommende.

Formandskab

Peer Christiansen, Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg)

Øvrige medlemmer

Bent Ejlersen, Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)

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

Birgitte Offersen, Aarhus Universitetshospital (Radioterapiudvalget)

Ilse Vejborg, Rigshospitalet (Radiologiudvalget, Region Hovedstaden)

Maj-Britt Jensen, DBCG (Statistik)

Nidal Al-Suliman, Aarhus Universitetshospital (Region Midtjylland)

Ute Hoyer, Aalborg Universitetshospital (Region Nordjylland)

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

Mette Holck Nielsen, Odense Universitetshospital (Region Syddanmark)

RKKP

Vibeke Dahl Andersen (datamanager)

Anne Fredsted (kontaktperson, repræsentant for den dataansvarlige myndighed)

Louise Hansen (klinisk epidemiolog) (fratrådt 31. maj 2021)

7 Regionale kommentarer

Styregruppens kommentarer:

Der er indkommet en lang række kommentarer til National årsrapport for 2020, hvoraf en del lægger op til en mere principiel diskussion om sammensætning af indikatorsettet og beregningsmodeller. Styregruppen har ikke mulighed for at gå nærmere ind i en drøftelse af dette i forhold til den foreliggende rapport, men kommentarerne vil blive taget med til en drøftelse ved det planlagte styregruppemøde i efteråret. Det er specielt kommentarerne fra Region Hovedstaden og Region Syd, der har fremført synspunkter af denne karakter. Styregruppen opfordrer til, at man i alle regioner gør sig overvejelser om behov for ændringer i indikatorrapporten og at der meldes tilbage til styregruppens medlemmer inden det næste planlagte møde.

Styregruppen beklager, at der i forbindelse med kommentering ikke har været opmærksomhed på, at der foreligger publicerede resultater fra TARGIT-protokollen.

Ingen kommentarer fra Region Midt og Region Nord

Kommentarer fra Region Hovedstadens hospitaler:

Kommentarer fra Herlev og Gentofte Hospitals Afdeling for Patologi

Med hensyn til indikator 1a og 2a om "Dækningsgrad ifht. Patobank" og "Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed ifht. patologi-oplysninger" fra Patologiafdelingen på Herlev og Gentofte Hospital så er årsrapporten drøftet med afdelingens mamma-team.

På baggrund af den manglende indikatoropfyldelse vedr. indikator 1a og 2a etablerer Patologiafdelingen på Herlev og Gentofte Hospital nye procedurer vedr. regelmæssig udtrækning af rykkerlister fra DBCG og indberetning af rykkere.

1a. Dækningsgraden af databasen i forhold til Patobank opfylder Herlev /Gentofte ikke helt standarden 93,7% (standard 95%), men er i forhold til tidligere rapport en forbedring.

Der har været diskussion i mammateam og det har vist sig, at der er kommet flere typer af rykkerlister, der ikke har været fokus på.

Mammapatologerne har fulgt op på rykkerlisterne og indsendt cpr nr. til DBCG. Nogle af disse er pga. forkert kirurgi indberetning

Der er iværksat følgende: hyppigere udtræk af alle rykkerlister med flittig brug af indberetning.

2a. Herlev og Gentofte Hospital ligger lige under standarden, hvilket undrer, da det er Patologidata. En del kan skyldes forkerte oplysninger i databasen og manglende eller forkert kirurg indberetning.

Patologiafdelingen kommer til at følge området nøje.

Kommentarer fra Patologiafdelingen, RH:

1a. Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank hvor RH opfylder standarden på >95% (i modsætning til andre afdelinger).

2.a Vedrører patologi indberetning, hvor vi ligger lige under de 95%, med 94%. Det undrer os, da der flittigt indberettes via vores rykkerliste. Nogle af de data der rykkes for, er pga. forkert kirurgi-indberetning, så vi mener ikke, vi mangler at indberette data.

3. Andel af pt, der får fjernet mindst 10 lymfeknuder ved aksildissektion Det er egentlig en kirurgisk indikator, men der er jo os, der finder dem. Her ligger vi flot på 95,6%, hvor standarden er >90%.

13. Andel af patienter, der ifølge retningslinjerne skal have lavet PAM 50 analyse. Her ligger vi også flot med 94,7 %, og den skal være >90% (bedre end andre afdelinger).

Den sidste indikator (nr. 13) er en regulær patologi indikator.

Vedr. indikator 2a. hvor vi ligger lige under standarden, har der være meget diskussion i patologiudvalget vedr. indberetningerne og overensstemmelsen med kirurgernes indberetning, som ikke altid er korrekt.

Kommentarer fra onkologien, Bornholms Hospital:

Ad indikator 4-onk:

Samtlige bornholmske patienter med brystkræft opereres på Rigshospitalet og drøftes på Rigshospitalets MDT-konference, hvorfor der er ingen grund til at tro, at patienterne ikke tilbydes behandling i henhold til de anbefalede DBCG behandlingsregimer. Der er foråret 2019 dog kun registreret 66,7 %, hvor der tidligere er registreret langt pænere tal som 82 og 86 %. Bornholms Hospital er af den opfattelse, at der må være tale om svigtende indberetning, og har nok ikke som mange af de andre afdelinger haft tilstrækkelig fokus på dette. Bornholms Hospital vil derfor lave audit for at identificere problemet og dermed styrke indberetningen eventuelt efter inspiration fra Hillerød Hospital eller Næstved Sygehus. På Rigshospitalet er der ansat lægestuderende til at udføre dette, men Bornholms Hospital har ikke automatisk samme lette adgang til kontakt med de lægestuderende.

Ad indikator 5a-onk:

Bornholms Hospitals andel af patienter, som følges i DBCG's opfølgingsprogram for årene 2010-2019 incl. ligger så lavt som 49 %, hvilket på ingen måde svarer til erfaringen fra dagligdagen, hvor de bornholmske patienter anbefales akkurat samme opfølgning som på alle andre onkologiske afdelinger. Også her vurderes det, at der er tale om utilstrækkelig indberetning, som vil blive undersøgt og korrigeret fremadrettet.

Ad indikator 5b-onk:

Lavrisiko-patienter i opfølgingsprogram. Der har i perioden 2010-2019 været forskellige modeller, hvor patienterne primært var tilknyttet kirurgisk afdeling, med efterhånden overgang til kontrol hos de onkologiske sygeplejersker på medicinsk ambulatorium. Der antages også her en usikkerhed om dataindberetningen, med hensyn til hvem der egentlig har haft ansvaret, som der vil blive fulgt op på.

Det konkluderes, at der med stor sandsynlighed er tale om en ikke optimal dataindberetning til DBCG. Bornholms Hospital vil derfor i løbet af efteråret 2021 gennemføre en audit, hvor behovet for registreringsindsatsen skal afdækkes, som led i en optimering af indberetningen til DBCG.

SFR mammakirurgi, Region Hovedstaden:

3.

Axilrømninger med > 10 lykn

Herlev 97,9%, RH 95,6%. Næppe en relevant parameter længere. Målet stammer fra den gang, patienterne blev opereret af ikke-brystkirurger, og man ville sikre, at axillerne blev udredt tilfredsstillende. Kirurger under uddannelse inden for fagområdet mammakirurgi superviseres meget tæt, og en kvalitetsparameter, der følger, om der er fjernet 10 lymfeknuder inden for en hel afdeling, giver ikke noget relevant billede af denne uddannelse.

5.a

Høj-risiko kvinder, der følger opfølgingsprogram i kirurgisk afdeling. Dette skulle ikke forekomme. Hvis det gør, er det fejlindberetninger, som formegentlig skyldes, at der ikke er opført en onkologisk afdeling på mammaskemaet. Dette burde ikke være afgørende for opgørelsen af en kvalitetsparameter, og DBCG burde kunne samkøre indberetninger fra kirurgisk og onkologisk afdeling. Derefter kunne denne parameter udgå.

5.b

Lav-risiko kvinder, der følger opfølgingsprogram.

Pæn fremgang fra 65,1% (2019) til 80,4% (2020). Mål 90%. Fuldstændig lige gyldig parameter. Det eneste betydende er, om der foretages opfølgende mammografi (indikator 10). Burde efter vores opfattelse udgå af rapporten.

6. Lokalrecidiv efter lump.

Herlev ligger på 3,8%, som er signifikant over andre. RH på 2,9%. Der er udført "Competing risk analyse". Der er uklarhed om, hvordan de patienter, der indgik i de 3 TARGIT protokoller (fra 2007 til 2019) (TARGIT-A, TARGIT-E og TARGIT-DK), er registreret i DBCG. De burde ikke være i DBCG databasen, da de ikke er behandlet efter DBCG's retningslinjer. Men for at andre parametre kunne registreres på disse patienter, er de fleste indberettet alligevel. Derfor er det ikke til at sige, hvilken betydning, det har for resultatet. For de patienter, der indgik i TARGIT-A, hvor man har set en let øget lokalrecidivrate, er resultaterne publiceret i JAMA 2020. Her var lokalrecidivraten 3,96%. Metoden fra TARGIT A (i Danmark) anvendes ikke længere dvs. >2012. Ved den metode, der anvendes i TARGIT E og TARGIT DK, er lokalrecidivraten opgjort til 2,23%, men med en signifikant lavere dødelighed. Det er således ikke korrekt, når der står, at der fortsat ikke er afklaring på lokalrecidivforekomsten for patienter, der har deltaget i TARGIT protokollerne. Alle data er publiceret, men ikke i DBCG regi, og desværre blev der først sent en indberetningsmulighed for TARGIT-behandling i DBCG databasen.

7.

Andel med komplikationer.

Herlev 4,1%, RH 5,4%. Mål under 5%. Her må definitionen af, hvornår der indberettes, tages i betragtning. Min vurdering er, at en høj re-operationsrate er at foretrække, da jeg mener, alt for få bliver rømmet for hæmatomer. Det er ikke en brugbar metode, og resultatet er efter vores vurdering meningsløst.

8.

Lumpektomi og adjuverende strålebehandling

Herlev 82,5%, RH 90,0%. Mål 90%. Dette er en ikke relevant parameter. Spørgsmålet er, om patienten bliver tilbudt relevant strålebehandling, hvilket ikke monitoreres. Hvad patientens valg er, bliver afspejlet i tallene, ligesom det bemærkes, at indgang i protokol udvander disse tal.

9.

Makrometastaser, der detekteres før operation (altså uden SN).

Røntgen standard. Herlev 23,1%, RH 29,6%. Mål >39%. Det er uklart, hvordan disse opstår, og anvendelse af private aktører er fortsat uafklaret. Dog skal det bemærkes, at hovedparten af patienter, der udredes på Herlev, udredes via private røntgenklinikker.

10.

Patienter, der får opfølgende mammografi. Helt uklart, hvorfor denne parameter er lav. Den er interessant at følge, men vanskelig at korrigere.

11.

Andelen af patienter, der opfylder NACT kriterierne, som får NACT.

Ved indikator 11 mener vi, der må være en fejl i tallene, hvilket der dog ikke er nogen forklaring på, at der skulle være. Muligvis kan det skyldes, at de forkerte skemaer er udfyldt. Altså at kirurgerne har brugt det normale skema og ikke NACT-skemaet ved indberetning. Måske DBCG kunne kontrollere for dette ved at krydse med indberetningerne fra onkologerne. Man kunne også foreslå, at der kun var ét sæt skemaer, og NACT behandlingen blev registreret på anden vis. De store forskelle er i hvert fald svære at forklare. Herlev 29,7% (19/64); underligt lille tal, som man må undre sig over, da Herlev onkologisk afdeling gennem flere år har været langt fremme med NACT. RH 62,7% (74/118) er mere realistiske tal. Da Herlev og RH-matriklerne er næsten lige store, burde tallene være mere ens. Spørgsmålet er, hvilken rolle den skæve aldersfordeling spiller med flest unge på RH-matriklen og flest ældre på Herlev matriklen. Betydningen af NACT er dog fortsat uafklaret, og brugen af NACT kan ikke tages som udtryk for kvalitet. Tallene er dog interessante at følge.

12.

Andelen af patienter, der får NACT, som får lumpektomi.

Egentlig irrelevant parameter, der ikke udtrykker noget om kvalitet. NACT kan gives på lymfeknude metastase indikation eller rekonstruktions-ønske indikation. Det kan også være patientens valg, og det kan indgå i en overvejelse omkring alder, familiær disposition til brystkræft eller egentlig mutation. Interessant at følge, men efter vores opfattelse ikke en klar kvalitetsparameter.

13.

Patienter med Q2, der får lavet PAM50. Ingen kommentarer.

Afslutningsvis har vi nogle generelle bemærkninger til rapporten.

Vi mener, der er flere af de målte parametre, som ikke reelt viser noget om kvaliteten forstået i klassisk forstand, som den tilfredshed patienten overordnet set måtte have med behandlingen. De fleste parametre måler afdelingernes evne til at indberette til databasen (indikator 1, 2, 4, 5, 7); ikke evne til at behandle patienterne tilfredsstillende.

Vi mener også, man kan diskutere betydningen af de valgte parametre, hvis man ser på f.eks. lokalrecidiv. Tidligere studier har vist, at øget antal lokalrecidiver ville give udslag i øget mortalitet. Som sådan er lokalrecidiv en vigtig parameter. Dette er dog ikke tilfældet i gruppen af lavrisiko patienter, der f.eks. opfylder kriterierne for "TARGIT" eller "Natural" protokollerne. Her kan det være øget kvalitet at kunne re-lumpektomere og give den adjuverende strålebehandling ved lokalrecidiv, så kvinden kan beholde sit bryst. Derfor mener vi ikke, at en simpel lav procent nødvendigvis er udtryk for overordnet kvalitet. (indikator 6 og 8).

DBCg er en vigtig forskningsdatabase med stor betydning for udviklingen af behandlingen af brystkræft ikke bare i Danmark, men i hele verden. Derfor er indberetningen meget vigtig, og som sådan er denne rapport konklusioner vigtige, fordi de er betydningsfulde for forskningen. Rapporten er omfattende og sommetider er beregningerne svære at forstå, og konklusionerne kan diskuteres. Vi mener dog generelt ikke rapporten giver et retvisende billede af kvaliteten i afdelingerne, forstået som den overordnede tilfredshed en given patient måtte have med sin behandling og vil anbefale, at området og indikatorerne gentænkes.

Kommentarer fra Region Syddanmark:

Kommentar fra Sydvestjysk Sygehus:

Kommentarer til DBCg's årsrapport vedr. indikator 9 (Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi).

DBCg's styregruppe besluttede ved et møde den 19.12.2019 at ekskludere patienter, der modtager neoadjuverende kemoterapi fra indikatoren. Det har betydning for resultatet for Esbjerg, som bliver misvisende pga. eksklusionen af de neoadjuverede patienter.

Indikator 9 måler på, hvor stor en andel af patienter med aksilmetastaser, som bliver detekteret ved billeddiagnostik + biopsi inden opstart af behandling. I Esbjerg bliver næsten alle patienter, der får påvist aksilmetastaser tilbudt neoadjuverende kemoterapi. Med den nye måde at beregne indikator 9 på, så udgår disse patienter fra beregningen. Da Esbjerg sender en relativt større andel kvinder til neoadjuverende behandling sammenlignet med de øvrige afdelinger i landet, så giver dette et skævt resultat. Det giver et fejlagtigt indtryk af, at Esbjerg har en meget lav detektionsrate i radiologisk regi, som ligger langt under landsgennemsnittet. Jf. nedenstående regneeksempel.

Regneeksempel:

Vi antager, at 35% af kvinderne har aksilmetastaser på diagnosetidspunktet, dvs 61 ud af vores 175 patienter i 2020.

De neoadjuverede patienter er fjernet fra ligningen, så kun 23 patienter er med i opgørelsen for 2020, hvoraf metastaserne var blevet fundet hos 4 ptt ved UL.

De resterende 38 med aksilmetastaser har fået neoadjuverende kemoterapi. Cirka 2/3 af vores neoadjuverede, har klipsede aksillære lymfeknuder. Dvs 25 ptt.

Vores røntgenlæges reelle detektionsrate er således $(4+25)/61 = 48\%$

Når de neoadjuverede tages ud af ligningen er detektionsraten $4/23 = 17\%$

(ovenstående er baseret på gennemsnitstal, og ikke en gennemgang af samtlige patientjournaler)

Kommentarer fra Region Sjælland:

Plastik- og brystkirurgisk afdeling, SUH, oplyser:

Vedr. DBCG indikatorrapport for 2020.

Generelt er der rettet rigtig godt op på langt de fleste parametre, efter at afdelingen er overgået til SUH, Roskilde, og har været igennem grundig gennemgang af alle arbejdsgange. Således ligger vi nu rigtig godt i gennemsnittet af indberetninger sammenlignet med de øvrige regioner.

Ad. indikator 3:

Region Sjælland lå under indikatoropfyldelsen på 90% i 2019 med 89,2 % i forhold til udtagning af 10 lymfeknuder ved aksilrømning. Dette er der rettet op på i 2020, hvor indikatoropfyldelsen indfries, med en andel der opfylder kravet på 93,2 %. Andelen var 93,1% i 2018. Andelen er den laveste i landet, men andel forventes forsat at stige den næste årrække. Region Sjælland har den største andel af patienter egnet for neoadjuverende kemoterapi, som rent faktisk får det (67,0% mod 52,7% i landsgennemsnit). Dette kan være en mulig forklaring på, at indikatoren kan være svær at opfylde, da vi erfaringsmæssigt oplever, at der generelt fjernes færre lymfeknuder ved operationer efter kemoterapi. Dette skal imidlertid undersøges nærmere.

Ad indikator 5akir:

Samlet antal af alle patienter ift. 5akir har lagt mellem 2008 og 2018 på 775 (årsrapport 2019) og ligger med henblik på årsrapport for 2020 (2009-2019) på 498 i Region Sjælland. Vi vil undersøge årsagen for manglende målopfyldelse/registrering ift. indikator 5akir internt, inden for DBCG gruppen og mellem onkologi og brystkirurgi i Regionen. Brystkirurgi SUH Roskilde har ændret registreringsproceduren i 2021 og vi forventer en højere målopfyldelse også med hensyn til indikator 5akir i 2021.

Ad. indikator 6:

Region Sjælland ligger sammen med Region Hovedstaden højest på 3,4 % risiko for lokal recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation. Noget af det kan eventuelt forklares ved, at de også der de 2 regioner, hvor færrest ptt. har ønsket/gennemgået adjuverende strålebehandling. Det er en parameter, der skal kigges nærmere på i nær fremtid, med beskrivelse af recidivpopulationen og om der kan findes mulige årsagsforklaringer.

Onkologisk afdeling, SUH, oplyser:

Samlet vurdering:

Samlet viser den Nationale årsrapport et flot resultat fra Region Sjælland med markant forbedring på en række områder. I særdeleshed er det positivt, at Region Sjælland ligger i front hvad angår tilslutningen til de nye behandlingsprincipper med neoadjuverende kemoterapi (NACT) samt gen-analysen PAM50 (indikator 11-13).

Der synes fortsat at være behov for stort fokus på dataindberetning (også bagudrettet) samt på tilslutningen til mammografi opfølgning.

Kommentarer til udvalgte indikatorer følger nedenfor.

National årsrapport, Konklusioner og anbefalinger, side 4, linje 4-13:

Klinisk Onkologisk Afdeling har i 2020 og 2021 haft 3 timelønnede medarbejdere (medicinstuderende) ansat alene til indtastning af data til DBCG. Vi noterer os, at det store fokus og den markante indsats ift. dataindberetning i afdelingen afspejles i årsrapporten.

National årsrapport, Konklusioner og anbefalinger, side 4, afsnit 3/linje 24-30 & Indikator 5a (s. 35-36):

Det er vores vurdering, at efterslæb på dataindberetning fra tidligere år i væsentlig grad har en negativ påvirkning af indikatoren. Vi har fortsat stort og vedholdende fokus på dataindberetning også fra tidligere år. Som nævnt i de generelle kommentarer har regionen forbedret sig på flere indberetningsparametre. Denne indsats vil fortsætte kommende år.

Indikator 10 (s. 75):

Vi deler DBCG's bekymring på dette punkt. Opfølgende mammografi er den mest væsentlige faktor i forhold til tidlig opsporing af tilbagefald. Region Sjælland har kendte udfordringer i forhold til tilslutning til screeningsprogrammer, og dette kan ses som relateret til disse udfordringer. Borgernes tilslutning til mammografi opfølgning (og screening i øvrigt) er et område, som man med fordel kan fokusere endnu mere på.

Patologi afdelingen, SUH, tilføjer:

Ang. indikator 9 (Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi):

Vi er i en overgangsproces vedr. retningslinjer for neoadjuverende behandling hvilket kan have haft betydning for resultatet af denne indikator i 2020. Styregruppen vil følge op på formuleringen/definitionen af indikator 9.

8 Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatorstabeller:

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

Standard:

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

Standard opfyldt, Ja:

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

Tæller/nævner:

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

Uoplyst:

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

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

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

Kontroldiagrammer

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

Trendgrafer

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

9 Appendiks 2. Aldersopdelte analyser

I det følgende fremgår en række aldersopdelte analyser. Tabellerne er opgjort blandt patienter med en primær invasiv diagnose, en operabel tumor og tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer.

I aktuelle opgørelsesperiode opfyldte i alt 3.753 patienter disse inklusionskriterier ud af 4.533 patientpopulationen i 2020. Årsager til eksklusion var følgende:

- ej DBCG-dato udfyldt (n=70)
- LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft / fjernmetastaser) (n=100)
- mindre indgreb/biopsi alene (n=352)
- ukendt diagnose i DBCG (n=159)
- ej komplet (mangler risikoallokering) (n=99)

Først præsenteres aldersfordelingen i aktuelle opgørelsesperiode og de tre forrige og dernæst aldersfordeling pr. kirurgisk afdeling i aktuelle perioder. Slutteligt følger aldersopdelte indikatorresultater (indikator 2-13) samt øvrige aldersopdelte analyser, herunder aldersfordelingen i forhold til human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) status.

9.1 Overordnede aldersfordelinger – appendiks 2.1

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

Aldersgruppe	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	24,7	4.094	25,9	4.073	25,7	3.753	23,7	15.834	100,0
18-39 år	166	25,2	161	24,4	191	28,9	142	21,5	660	4,2
40-49 år	510	25,7	520	26,2	483	24,3	474	23,9	1.987	12,5
50-59 år	936	24,6	1.039	27,3	966	25,4	860	22,6	3.801	24,0
60-69 år	1.216	26,3	1.173	25,3	1.170	25,3	1.070	23,1	4.629	29,2
70-75 år	498	23,2	557	26,0	562	26,2	526	24,5	2.143	13,5
76+ år	588	22,5	644	24,6	701	26,8	681	26,1	2.614	16,5

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

Aldersgruppe	18-39 år		40-49 år		50-59 år		60-69 år		70-75 år		76+ år		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	142	3,8	474	12,6	860	22,9	1.070	28,5	526	14,0	681	18,1	3.753	100,0
Herlev	16	2,6	74	11,9	117	18,8	175	28,1	106	17,0	135	21,7	623	100,0
Rigshospitalet	24	5,1	88	18,8	125	26,7	109	23,3	51	10,9	71	15,2	468	100,0
Roskilde	23	3,9	79	13,3	141	23,7	171	28,7	98	16,4	84	14,1	596	100,0
Aabenraa	3	1,6	18	9,6	51	27,1	54	28,7	21	11,2	41	21,8	188	100,0
Esbjerg	9	6,0	12	8,0	42	28,0	42	28,0	20	13,3	25	16,7	150	100,0
Odense	16	5,5	24	8,3	62	21,4	80	27,6	47	16,2	61	21,0	290	100,0
Vejle	15	5,8	39	15,1	58	22,5	64	24,8	35	13,6	47	18,2	258	100,0
Aarhus	19	5,7	40	12,1	76	23,0	104	31,4	43	13,0	49	14,8	331	100,0
Viborg	10	2,2	50	11,0	102	22,4	137	30,0	55	12,1	102	22,4	456	100,0
Aalborg	7	1,8	50	13,1	84	21,9	128	33,4	48	12,5	66	17,2	383	100,0
Færøerne	.	.	.	.	#	20,0	6	60,0	#	20,0	.	.	10	100,0

9.2 Aldersopdelte indikatoranalyser – appendiks 2.2

Tabel A2.2.0. Indikator 1a: Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	4.533 / 4.754	95,4 (94,7-95,9)	96,8	96,4
18-39 år	177 / 187	94,7 (90,4-97,4)	98,7	97,3
40-49 år	550 / 570	96,5 (94,6-97,8)	97,9	97,6
50-59 år	951 / 979	97,1 (95,9-98,1)	98,1	97,9
60-69 år	1.167 / 1.201	97,2 (96,1-98,0)	97,3	97,3
70-75 år	632 / 669	94,5 (92,5-96,1)	97,4	96,1
76+ år	1.056 / 1.148	92,0 (90,3-93,5)	93,4	93,0

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	4.298 / 4.533	94,8 (94,1-95,4)	97,5	96,1
18-39 år	152 / 177	85,9 (79,9-90,6)	95,5	96,1
40-49 år	502 / 550	91,3 (88,6-93,5)	94,8	96,5
50-59 år	893 / 951	93,9 (92,2-95,3)	97,1	97,7
60-69 år	1.132 / 1.167	97,0 (95,9-97,9)	98,4	97,5
70-75 år	606 / 632	95,9 (94,0-97,3)	97,3	95,8
76+ år	1.013 / 1.056	95,9 (94,6-97,0)	98,7	92,5

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	672 / 700	96,0 (94,3-97,3)	93,9	95,6
18-39 år	29 / 30	96,7 (82,8-99,9)	97,4	94,3
40-49 år	97 / 102	95,1 (88,9-98,4)	95,7	96,0
50-59 år	132 / 135	97,8 (93,6-99,5)	93,5	95,3
60-69 år	163 / 170	95,9 (91,7-98,3)	93,7	94,1
70-75 år	101 / 103	98,1 (93,2-99,8)	93,0	97,7
76+ år	150 / 160	93,8 (88,8-97,0)	93,2	95,9

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	2.942 / 3.514	83,7 (82,5-84,9)	84,7	86,0
18-39 år	152 / 180	84,4 (78,3-89,4)	85,9	91,9
40-49 år	369 / 449	82,2 (78,3-85,6)	85,5	89,1
50-59 år	766 / 913	83,9 (81,4-86,2)	87,5	85,4
60-69 år	818 / 916	89,3 (87,1-91,2)	89,5	89,3
70-75 år	416 / 478	87,0 (83,7-89,9)	84,4	88,1
76+ år	421 / 578	72,8 (69,0-76,4)	69,9	74,2

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2010-2019 (95% CI)
Total	27.987 / 34.833	80,3 (79,9-80,8)
18-39 år	1.360 / 1.638	83,0 (81,1-84,8)
40-49 år	4.266 / 5.239	81,4 (80,3-82,5)
50-59 år	7.163 / 9.032	79,3 (78,5-80,1)
60-69 år	7.878 / 10.073	78,2 (77,4-79,0)
70-75 år	3.334 / 4.091	81,5 (80,3-82,7)
76+ år	3.986 / 4.760	83,7 (82,7-84,8)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2010-2019 (95% CI)
Total	2.528 / 3.043	83,1 (81,7-84,4)
18-39 år	# / #	100,0 (15,8-100,0)
40-49 år	13 / 20	65,0 (40,8-84,6)
50-59 år	298 / 328	90,9 (87,2-93,7)
60-69 år	1.769 / 2.144	82,5 (80,8-84,1)
70-75 år	264 / 331	79,8 (75,0-84,0)
76+ år	182 / 218	83,5 (77,9-88,2)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2014-2018 (95% CI)
Total	210 / 12.804	2,6 (2,3-3,0)
18-39 år	14 / 400	5,4 (2,9-9,0)
40-49 år	37 / 1.555	3,3 (2,3-4,5)
50-59 år	41 / 3.456	1,8 (1,3-2,4)
60-69 år	54 / 4.528	2,0 (1,5-2,7)
70-75 år	31 / 1.499	3,8 (2,6-5,4)
76+ år	33 / 1.366	3,9 (2,6-5,4)

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

Aldersgruppe	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv/ anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		Alle
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Total	210	(1,6)	663	(5,2)	11.611	(90,7)	320	(2,5)	12.804
18-39 år	14	(3,5)	28	(7,0)	354	(88,5)	4	(1,0)	400
40-49 år	37	(2,4)	86	(5,5)	1.424	(91,6)	8	(0,5)	1.555
50-59 år	41	(1,2)	153	(4,4)	3.222	(93,2)	40	(1,2)	3.456
60-69 år	54	(1,2)	193	(4,3)	4.198	(92,7)	83	(1,8)	4.528
70-75 år	31	(2,1)	111	(7,4)	1.307	(87,2)	50	(3,3)	1.499
76+ år	33	(2,4)	92	(6,7)	1.106	(81,0)	135	(9,9)	1.366

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	3.719 / 3.879	95,9 (95,2-96,5)	96,8	96,4
18-39 år	152 / 158	96,2 (91,9-98,6)	91,5	98,6
40-49 år	477 / 503	94,8 (92,5-96,6)	96,0	95,6
50-59 år	863 / 892	96,7 (95,4-97,8)	97,7	97,2
60-69 år	1.047 / 1.088	96,2 (94,9-97,3)	97,5	96,3
70-75 år	519 / 542	95,8 (93,7-97,3)	96,1	96,0
76+ år	661 / 696	95,0 (93,1-96,5)	96,6	95,9

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	2.231 / 2.491	89,6 (88,3-90,7)	91,3	92,4
18-39 år	66 / 75	88,0 (78,4-94,4)	93,2	90,0
40-49 år	235 / 251	93,6 (89,9-96,3)	96,6	95,8
50-59 år	647 / 666	97,1 (95,6-98,3)	97,2	97,1
60-69 år	750 / 850	88,2 (85,9-90,3)	90,0	93,0
70-75 år	283 / 317	89,3 (85,3-92,5)	89,1	95,1
76+ år	250 / 332	75,3 (70,3-79,8)	76,3	74,3

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2019 (95% CI)	Andel 2018	Andel 2017
Total	405 / 445	91,0 (88,0-93,5)	93,3	93,3
18-39 år	36 / 38	94,7 (82,3-99,4)	100,0	93,5
40-49 år	71 / 80	88,8 (79,7-94,7)	95,1	96,6
50-59 år	83 / 90	92,2 (84,6-96,8)	92,9	90,4
60-69 år	78 / 86	90,7 (82,5-95,9)	89,1	87,8
70-75 år	70 / 81	86,4 (77,0-93,0)	90,5	95,3
76+ år	67 / 70	95,7 (88,0-99,1)	97,5	100,0

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	230 / 749	30,7 (27,4-34,1)	31,6	33,1
18-39 år	# / #	16,7 (2,1-48,4)	17,6	26,7
40-49 år	12 / 75	16,0 (8,6-26,3)	25,4	29,3
50-59 år	34 / 142	23,9 (17,2-31,8)	25,0	21,5
60-69 år	53 / 195	27,2 (21,1-34,0)	36,1	29,4
70-75 år	43 / 123	35,0 (26,6-44,1)	26,7	40,8
76+ år	86 / 202	42,6 (35,7-49,7)	39,8	44,2

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2018 (95% CI)
Total	26.594 / 30.206	88,0 (87,7-88,4)
18-39 år	1.004 / 1.160	87,9 (85,9-89,8)
40-49 år	4.716 / 5.137	91,8 (91,0-92,5)
50-59 år	9.071 / 9.945	91,2 (90,6-91,8)
60-69 år	10.117 / 12.034	84,1 (83,4-84,7)
70-75 år	1.571 / 1.824	86,1 (84,5-87,7)
76+ år	99 / 106	93,4 (86,9-97,3)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2018 (95% CI)
Total	8.196 / 9.203	89,1 (88,4-89,7)
18-39 år	360 / 400	90,0 (86,6-92,8)
40-49 år	1.558 / 1.701	91,6 (90,2-92,9)
50-59 år	2.630 / 2.922	90,0 (88,9-91,1)
60-69 år	3.090 / 3.540	87,3 (86,1-88,4)
70-75 år	528 / 608	86,8 (83,9-89,4)
76+ år	30 / 32	93,8 (79,2-99,2)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2018 (95% CI)
Total	4.147 / 4.711	88,0 (87,1-88,9)
18-39 år	129 / 148	87,2 (80,7-92,1)
40-49 år	645 / 730	88,4 (85,8-90,6)
50-59 år	1.390 / 1.533	90,7 (89,1-92,1)
60-69 år	1.726 / 1.997	86,4 (84,8-87,9)
70-75 år	238 / 282	84,4 (79,6-88,4)
76+ år	19 / 21	90,5 (69,6-98,8)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2018 (95% CI)
Total	6.573 / 7.126	92,2 (91,6-92,9)
18-39 år	243 / 273	89,0 (84,7-92,5)
40-49 år	1.152 / 1.228	93,8 (92,3-95,1)
50-59 år	2.288 / 2.424	94,4 (93,4-95,3)
60-69 år	2.517 / 2.789	90,2 (89,1-91,3)
70-75 år	354 / 393	90,1 (86,7-92,8)
76+ år	19 / 19	100,0 (82,4-100,0)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2018 (95% CI)
Total	5.174 / 6.179	83,7 (82,8-84,6)
18-39 år	190 / 225	84,4 (79,0-88,9)
40-49 år	906 / 989	91,6 (89,7-93,3)
50-59 år	1.893 / 2.061	91,8 (90,6-93,0)
60-69 år	1.878 / 2.515	74,7 (72,9-76,4)
70-75 år	288 / 368	78,3 (73,7-82,4)
76+ år	19 / 21	90,5 (69,6-98,8)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2006-2018 (95% CI)
Total	2.497 / 2.978	83,8 (82,5-85,2)
18-39 år	98 / 114	86,0 (78,2-91,8)
40-49 år	452 / 486	93,0 (90,4-95,1)
50-59 år	867 / 1.001	86,6 (84,3-88,7)
60-69 år	905 / 1.191	76,0 (73,5-78,4)
70-75 år	163 / 173	94,2 (89,6-97,2)
76+ år	12 / 13	92,3 (64,0-99,8)

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	367 / 696	52,7 (48,9-56,5)	56,6	51,6
18-39 år	43 / 52	82,7 (69,7-91,8)	82,4	84,9
40-49 år	121 / 164	73,8 (66,4-80,3)	76,3	73,0
50-59 år	101 / 172	58,7 (51,0-66,2)	55,3	51,4
60-69 år	51 / 121	42,1 (33,2-51,5)	48,9	50,7
70-75 år	26 / 72	36,1 (25,1-48,3)	47,8	28,7
76+ år	25 / 115	21,7 (14,6-30,4)	22,1	23,6

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019	Andel 2018
Total	207 / 329	62,9 (57,4-68,2)	59,5	66,8
18-39 år	10 / 35	28,6 (14,6-46,3)	44,0	52,8
40-49 år	69 / 107	64,5 (54,6-73,5)	61,8	67,2
50-59 år	69 / 94	73,4 (63,3-82,0)	62,6	73,8
60-69 år	28 / 46	60,9 (45,4-74,9)	73,4	65,2
70-75 år	21 / 24	87,5 (67,6-97,3)	50,0	76,0
76+ år	10 / 23	43,5 (23,2-65,5)	40,0	61,3

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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2020 (95% CI)	Andel 2019
Total	277 / 300	92,3 (88,7-95,1)	92,2
50-59 år	135 / 146	92,5 (86,9-96,2)	91,9
60-69 år	114 / 123	92,7 (86,6-96,6)	95,5
70-75 år	23 / 25	92,0 (74,0-99,0)	100,0
76+ år	5 / 6	83,3 (35,9-99,6)	57,1

9.3 Øvrige aldersopdelte analyser – appendiks 2.3

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

Aldersgruppe	Negativ		Positiv		Uoplyst		Alle	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.252	100,0	471	100,0	30	100,0	3.753	100,0
18-39 år	112	3,4	29	6,2	#	3,3	142	3,8
40-49 år	376	11,6	88	18,7	10	33,3	474	12,6
50-59 år	742	22,8	114	24,2	4	13,3	860	22,9
60-69 år	959	29,5	106	22,5	5	16,7	1.070	28,5
70-75 år	469	14,4	57	12,1	.	.	526	14,0
76+ år	594	18,3	77	16,3	10	33,3	681	18,1

10 Appendiks 3. Prognostiske parametre

I det følgende præsenteres supplerende fremgår en række supplerende deskriptive resultater for patienter med operabel primær brystkræft samt tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at kunne bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer (som beskrevet under Appendiks 2). I opgørelserne indgår således patienter (≥ 18 år) med operabel primær invasiv brystkræft og kendt risikoallokering (n=3.753 i 2020). Fordelingerne præsenteres for prognostiske parametre ved diagnosetidspunkt og operation opgjort pr. år. Herunder ses listet tabeloverskrifterne for overblikkets skyld og derefter følger de enkelte tabeller.

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

Diagnose ved excisionsbiopsi	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
Uoplyst	390	10,0	335	8,2	358	8,8	403	10,7	1.486	9,4
Nej	3.276	83,7	3.546	86,6	3.430	84,2	3.148	83,9	13.400	84,6
Ja	248	6,3	213	5,2	285	7,0	202	5,4	948	6,0

Tabel A3.2. Operationstype, opgjort pr. år

Operationstype	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
Mastektomi	950	24,3	951	23,2	971	23,8	985	26,2	3.857	24,4
Lumpektomi	2.458	62,8	2.427	59,3	2.367	58,1	2.141	57,0	9.393	59,3
Biopsi	40	1,0	67	1,6	66	1,6	86	2,3	259	1,6
Mastektomi efter neoadjuverende	236	6,0	259	6,3	306	7,5	207	5,5	1.008	6,4
Lumpektomi efter neoadjuverende	230	5,9	390	9,5	363	8,9	334	8,9	1.317	8,3

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

Mastektomi: Sentinel node teknik	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	950	100,0	951	100,0	971	100,0	985	100,0	3.857	100,0
Nej	186	19,6	186	19,6	170	17,5	170	17,3	712	18,5
Ja	764	80,4	765	80,4	801	82,5	815	82,7	3.145	81,5

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

Lumpektomi: Sentinel node teknik	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	2.458	100,0	2.427	100,0	2.367	100,0	2.141	100,0	9.393	100,0
Nej	159	6,5	145	6,0	126	5,3	134	6,3	564	6,0
Ja	2.299	93,5	2.282	94,0	2.241	94,7	2.007	93,7	8.829	94,0

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

Biopsi: Sentinel node teknik	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	40	100,0	67	100,0	66	100,0	86	100,0	259	100,0
Nej	29	72,5	63	94,0	56	84,8	85	98,8	233	90,0
Ja	11	27,5	4	6,0	10	15,2	#	1,2	26	10,0

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

Mastektomi efter neoadjuverende: Sentinel node teknik	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	236	100,0	259	100,0	306	100,0	207	100,0	1.008	100,0
Nej	212	89,8	232	89,6	294	96,1	201	97,1	939	93,2
Ja	24	10,2	27	10,4	12	3,9	6	2,9	69	6,8

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

Lumpektomi efter neoadjuverende: Sentinel node teknik	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	230	100,0	390	100,0	363	100,0	334	100,0	1.317	100,0
Nej	217	94,3	372	95,4	360	99,2	333	99,7	1.282	97,3
Ja	13	5,7	18	4,6	3	0,8	#	0,3	35	2,7

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

Årsag	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	465	100,0	327	100,0	290	100,0	167	100,0	1.249	100,0
Eksperimentel fase (under indlæring)	#	0,4	#	0,6	#	0,3	.	.	5	0,4
Som følge af frysemikroskopisvar på sentinel node	395	84,9	267	81,7	206	71,0	130	77,8	998	79,9
Mistanke om metastaser ved operation	18	3,9	16	4,9	24	8,3	11	6,6	69	5,5
SN ikke fundet	50	10,8	42	12,8	59	20,3	26	15,6	177	14,2

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

Histologisk type	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
Duktal	3.109	79,4	3.233	79,0	3.187	78,2	2.861	76,2	12.390	78,2
Lobulær	457	11,7	492	12,0	490	12,0	537	14,3	1.976	12,5
Mucinøs	80	2,0	82	2,0	77	1,9	74	2,0	313	2,0
Medullær	#	0,0	#	0,0	3	0,1	#	0,0	7	0,0
Papillær	30	0,8	47	1,1	44	1,1	37	1,0	158	1,0
Tubulær	48	1,2	49	1,2	62	1,5	42	1,1	201	1,3
Andre invasive	189	4,8	189	4,6	210	5,2	201	5,4	789	5,0

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

Antal lymfeknuder	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0	#	0,0	#	0,0	#	0,0	#	0,1	5	0,0
1-4	2.384	60,9	2.427	59,3	2.518	61,8	2.292	61,1	9.621	60,8
5-9	189	4,8	228	5,6	210	5,2	210	5,6	837	5,3
>= 10	825	21,1	696	17,0	590	14,5	581	15,5	2.692	17,0
Uoplyst	9	0,2	26	0,6	19	0,5	41	1,1	95	0,6
Biopsi/ neoadjuverende	506	12,9	716	17,5	735	18,0	627	16,7	2.584	16,3

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

Antal positive lymfeknuder	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0	2.253	57,6	2.279	55,7	2.286	56,1	2.113	56,3	8.931	56,4
1-3	872	22,3	833	20,3	822	20,2	765	20,4	3.292	20,8
>= 4	273	7,0	239	5,8	210	5,2	205	5,5	927	5,9
Uoplyst	10	0,3	27	0,7	20	0,5	43	1,1	100	0,6
Biopsi/ neoadjuverende	506	12,9	716	17,5	735	18,0	627	16,7	2.584	16,3

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

Antal lymfeknuder med makrometastaser	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0	2.521	64,4	2.534	61,9	2.568	63,0	2.335	62,2	9.958	62,9
1-3	640	16,4	616	15,0	563	13,8	574	15,3	2.393	15,1
>= 4	237	6,1	201	4,9	187	4,6	175	4,7	800	5,1
Uoplyst	10	0,3	27	0,7	20	0,5	42	1,1	99	0,6
Biopsi/ neoadjuverende	506	12,9	716	17,5	735	18,0	627	16,7	2.584	16,3

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

Antal lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
1-4	230	5,9	324	7,9	319	7,8	304	8,1	1.177	7,4
5-9	33	0,8	55	1,3	58	1,4	40	1,1	186	1,2
>= 10	188	4,8	250	6,1	250	6,1	178	4,7	866	5,5
Uoplyst	15	0,4	20	0,5	42	1,0	19	0,5	96	0,6
Adjuverende	3.448	88,1	3.445	84,1	3.404	83,6	3.212	85,6	13.509	85,3

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

Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0	290	7,4	428	10,5	414	10,2	361	9,6	1.493	9,4
1-4	123	3,1	155	3,8	168	4,1	134	3,6	580	3,7
5-9	27	0,7	30	0,7	29	0,7	18	0,5	104	0,7
>= 10	11	0,3	16	0,4	16	0,4	10	0,3	53	0,3
Uoplyst	15	0,4	20	0,5	42	1,0	18	0,5	95	0,6
Adjuverende	3.448	88,1	3.445	84,1	3.404	83,6	3.212	85,6	13.509	85,3

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

Tumorstørrelse mikroskopisk	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0-10 mm	860	22,0	862	21,1	873	21,4	799	21,3	3.394	21,4
11-20 mm	1.536	39,2	1.533	37,4	1.559	38,3	1.415	37,7	6.043	38,2
21-50 mm	935	23,9	883	21,6	819	20,1	823	21,9	3.460	21,9
51+ mm	68	1,7	92	2,2	82	2,0	83	2,2	325	2,1
Uoplyst	9	0,2	8	0,2	5	0,1	6	0,2	28	0,2
Biopsi/ neoadjuverende	506	12,9	716	17,5	735	18,0	627	16,7	2.584	16,3

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

Tumorstørrelse ultralyd	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	466	100,0	649	100,0	669	100,0	541	100,0	2.325	100,0
0-10 mm	14	3,0	19	2,9	25	3,7	46	8,5	104	4,5
11-20 mm	49	10,5	118	18,2	119	17,8	157	29,0	443	19,1
21-50 mm	317	68,0	413	63,6	424	63,4	297	54,9	1.451	62,4
51+ mm	68	14,6	78	12,0	79	11,8	33	6,1	258	11,1
Uoplyst	18	3,9	21	3,2	22	3,3	8	1,5	69	3,0

Tabel A3.8.1. Malignitetsgrad for duktaletumorer, opgjort pr. år

Tumor gradering - duktaletumorer	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.109	100,0	3.233	100,0	3.187	100,0	2.861	100,0	12.390	100,0
Uoplyst	21	0,7	20	0,6	12	0,4	15	0,5	68	0,5
Uegnet	14	0,5	27	0,8	25	0,8	17	0,6	83	0,7
I	771	24,8	775	24,0	820	25,7	808	28,2	3.174	25,6
II	1.507	48,5	1.589	49,1	1.651	51,8	1.370	47,9	6.117	49,4
III	796	25,6	822	25,4	679	21,3	651	22,8	2.948	23,8

Tabel A3.8.2. Malignitetsgrad for lobulærtumorer, opgjort pr. år

Tumor gradering - lobulærtumorer	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	457	100,0	492	100,0	490	100,0	537	100,0	1.976	100,0
Uegnet	4	0,9	#	0,4	#	0,4	.	.	8	0,4
I	108	23,6	114	23,2	132	26,9	127	23,6	481	24,3
II	310	67,8	338	68,7	326	66,5	382	71,1	1.356	68,6
III	35	7,7	37	7,5	30	6,1	28	5,2	130	6,6
Uoplyst	.	.	#	0,2	.	.	.	.	#	0,1

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

	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0%	503	12,9	558	13,6	527	12,9	451	12,0	2.039	12,9
1-9%	82	2,1	86	2,1	76	1,9	62	1,7	306	1,9
10-100%	3.327	85,0	3.449	84,2	3.467	85,1	3.230	86,1	13.473	85,1
Uoplyst	#	0,1	#	0,0	3	0,1	10	0,3	16	0,1

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

HER2 status	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
Negativ	3.330	85,1	3.478	85,0	3.493	85,8	3.252	86,7	13.553	85,6
Positiv	580	14,8	606	14,8	575	14,1	471	12,5	2.232	14,1
Uoplyst	4	0,1	10	0,2	5	0,1	30	0,8	49	0,3

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

HER2 score	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
0	1.125	28,7	1.186	29,0	1.106	27,2	985	26,2	4.402	27,8
1+	1.603	41,0	1.639	40,0	1.795	44,1	1.746	46,5	6.783	42,8
2+	699	17,9	754	18,4	688	16,9	625	16,7	2.766	17,5
3+	436	11,1	456	11,1	442	10,9	377	10,0	1.711	10,8
Uoplyst	51	1,3	59	1,4	42	1,0	20	0,5	172	1,1

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

HER2-score og FISH-ratio		2017		2018		2019		2020		Alle år	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	0.00-1.99	621	15,9	682	16,7	599	14,7	548	14,6	2.450	15,5
	2.00+	161	4,1	160	3,9	148	3,6	123	3,3	592	3,7
	Ubestemt	3.132	80,0	3.252	79,4	3.326	81,7	3.081	82,1	12.791	80,8
	Ukendt kode	.	.	.	.	.	.	#	0,0	#	0,0
0	0.00-1.99	4	0,1	5	0,1	5	0,1	5	0,1	19	0,1
	2.00+	#	0,0	.	.	.	.	#	0,0	#	0,0
	Ubestemt	1.120	28,6	1.181	28,8	1.101	27,0	979	26,1	4.381	27,7
1+	0.00-1.99	12	0,3	23	0,6	9	0,2	31	0,8	75	0,5
	2.00+	.	.	.	.	.	.	7	0,2	7	0,0
	Ubestemt	1.591	40,6	1.616	39,5	1.786	43,8	1.708	45,5	6.701	42,3
2+	0.00-1.99	565	14,4	610	14,9	552	13,6	508	13,5	2.235	14,1
	2.00+	133	3,4	139	3,4	135	3,3	105	2,8	512	3,2
	Ubestemt	#	0,0	5	0,1	#	0,0	12	0,3	19	0,1
3+	0.00-1.99	#	0,1	#	0,0	#	0,0	#	0,0	6	0,0
	2.00+	17	0,4	10	0,2	6	0,1	7	0,2	40	0,3
	Ubestemt	417	10,7	445	10,9	434	10,7	368	9,8	1.664	10,5
	Ukendt kode	.	.	.	.	.	.	#	0,0	#	0,0
Uoplyst	0.00-1.99	38	1,0	43	1,1	31	0,8	3	0,1	115	0,7
	2.00+	10	0,3	11	0,3	7	0,2	3	0,1	31	0,2
	Ubestemt	3	0,1	5	0,1	4	0,1	14	0,4	26	0,2

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

Risikogruppe	2017		2018		2019		2020		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.914	100,0	4.094	100,0	4.073	100,0	3.753	100,0	15.834	100,0
Ej protokol	116	3,0	133	3,2	109	2,7	52	1,4	410	2,6
Lavrisiko	263	6,7	230	5,6	266	6,5	236	6,3	995	6,3
Højrisiko	3.535	90,3	3.731	91,1	3.698	90,8	3.465	92,3	14.429	91,1

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

Årstal og fundet ved screening		Tumordiameter									
		0-10 mm		>= 11 mm		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Alle	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	Nej	483	19,7	2.068	42,2	54	68,4	650	65,4	3.255	38,6
	Ja	1.948	79,3	2.767	56,4	24	30,4	317	31,9	5.056	60,0
	Uoplyst	24	1,0	67	1,4	#	1,3	27	2,7	119	1,4
2017	Nej	126	5,1	545	11,1	10	12,7	125	12,6	806	9,6
	Ja	500	20,4	744	15,2	#	2,5	55	5,5	1.301	15,4
	Uoplyst	8	0,3	24	0,5	#	1,3	12	1,2	45	0,5
2018	Nej	114	4,6	526	10,7	13	16,5	194	19,5	847	10,0
	Ja	521	21,2	729	14,9	4	5,1	78	7,8	1.332	15,8
	Uoplyst	4	0,2	21	0,4	.	.	8	0,8	33	0,4
2019	Nej	121	4,9	484	9,9	14	17,7	171	17,2	790	9,4
	Ja	502	20,4	701	14,3	4	5,1	109	11,0	1.316	15,6
	Uoplyst	11	0,4	13	0,3	.	.	6	0,6	30	0,4
2020	Nej	122	5,0	513	10,5	17	21,5	160	16,1	812	9,6
	Ja	425	17,3	593	12,1	14	17,7	75	7,5	1.107	13,1
	Uoplyst	#	0,0	9	0,2	.	.	#	0,1	11	0,1

11 Appendiks 4. Prognostiske parametre, opgjort pr. afdeling

I dette appendiks præsenteres de prognostiske parametre som indgår i appendiks 3 blot opgjort pr. afdeling og for aktuelle opgørelsesperiode. Bemærk at der i tabeloverskriften står angivet, om resultaterne er opgjort for kirurgiske eller patologi-afdelinger. Det gælder ligeledes her, at det er resultater for patienter med operabel primær brystkræft samt tilstrækkelig information om kirurgi og prognostiske variable til at kunne bestemme den anbefalede behandling ifølge DBCG's retningslinjer (som beskrevet under Appendiks 2). I opgørelserne indgår således patienter (≥ 18 år) med operabel primær invasiv brystkræft og kendt risikoallokering (n=3.753 i 2020).

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

Diagnose ved excisionsbiopsi	Uoplyst		Nej		Ja		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	403	10,7	3.148	83,9	202	5,4	3.753	100,0
Herlev	116	18,6	473	75,9	34	5,5	623	100,0
Rigshospitalet	57	12,2	385	82,3	26	5,6	468	100,0
Roskilde	47	7,9	510	85,6	39	6,5	596	100,0
Aabenraa	3	1,6	177	94,1	8	4,3	188	100,0
Esbjerg	10	6,7	138	92,0	#	1,3	150	100,0
Odense	12	4,1	274	94,5	4	1,4	290	100,0
Vejle	9	3,5	233	90,3	16	6,2	258	100,0
Aarhus	69	20,8	259	78,2	3	0,9	331	100,0
Viborg	32	7,0	415	91,0	9	2,0	456	100,0
Aalborg	42	11,0	281	73,4	60	15,7	383	100,0
Færøerne	6	60,0	3	30,0	#	10,0	10	100,0

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

Operationstype	Mastektomi		Lumpektomi		Biopsi		Mastektomi efter neoadjuverende		Lumpektomi efter neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	985	26,2	2.141	57,0	86	2,3	207	5,5	334	8,9	3.753	100,0
Herlev	148	23,8	444	71,3	#	0,3	14	2,2	15	2,4	623	100,0
Rigshospitalet	125	26,7	227	48,5	16	3,4	36	7,7	64	13,7	468	100,0
Roskilde	144	24,2	311	52,2	30	5,0	38	6,4	73	12,2	596	100,0
Aabenraa	52	27,7	122	64,9	#	0,5	6	3,2	7	3,7	188	100,0
Esbjerg	25	16,7	80	53,3	8	5,3	8	5,3	29	19,3	150	100,0
Odense	112	38,6	120	41,4	3	1,0	25	8,6	30	10,3	290	100,0
Vejle	51	19,8	133	51,6	15	5,8	23	8,9	36	14,0	258	100,0
Aarhus	93	28,1	204	61,6	3	0,9	13	3,9	18	5,4	331	100,0
Viborg	119	26,1	253	55,5	7	1,5	26	5,7	51	11,2	456	100,0
Aalborg	114	29,8	239	62,4	#	0,3	18	4,7	11	2,9	383	100,0
Færøerne	#	20,0	8	80,0	.	.	.	.	.	.	10	100,0

Tabel A4.3. Histologisk type, opgjort pr. patologiafdeling

Histologisk type	Duktal		Lobulær		Mucinøs		Medullær		Papillær	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	2.861	76,2	537	14,3	74	2,0	#	0,0	37	1,0
Herlev	453	75,9	84	14,1	22	3,7	.	.	7	1,2
Rigshospitalet	407	82,4	56	11,3	4	0,8	.	.	8	1,6
Roskilde	456	75,1	87	14,3	15	2,5	.	.	5	0,8
Esbjerg	121	77,1	28	17,8	4	2,5	.	.	#	0,6
Odense	213	62,5	45	13,2	7	2,1	.	.	4	1,2
Sønderborg	98	73,7	22	16,5	.	.	#	0,8	#	0,8
Vejle	181	71,0	54	21,2	4	1,6	.	.	#	0,8
Aarhus	275	80,9	34	10,0	8	2,4	.	.	7	2,1
Viborg	347	77,8	77	17,3	5	1,1	.	.	.	.
Aalborg	310	80,9	50	13,1	5	1,3	.	.	#	0,5

Histologisk type	Tubulær		Andre invasive		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	42	1,1	201	5,4	3.753	100,0
Herlev	11	1,8	20	3,4	597	100,0
Rigshospitalet	3	0,6	16	3,2	494	100,0
Roskilde	9	1,5	35	5,8	607	100,0
Esbjerg	#	1,3	#	0,6	157	100,0
Odense	9	2,6	63	18,5	341	100,0
Sønderborg	#	0,8	10	7,5	133	100,0
Vejle	#	0,8	12	4,7	255	100,0
Aarhus	.	.	16	4,7	340	100,0
Viborg	#	0,4	15	3,4	446	100,0
Aalborg	3	0,8	13	3,4	383	100,0

Tabel A4.4.1. Antal fjernede lymfeknuder (adjuverende), opgjort pr. patologiafdeling

Antal lymfeknuder	0		1-4		5-9		≥ 10		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	# 0,1	2.292	61,1	210	5,6	581	15,5	41	1,1	627	16,7	3.753	100,0	
Herlev	.	.	417	69,8	49	8,2	90	15,1	17	2,8	24	4,0	597	100,0
Rigshospitalet	.	.	284	57,5	15	3,0	69	14,0	3	0,6	123	24,9	494	100,0
Roskilde	.	.	353	58,2	27	4,4	82	13,5	# 0,3	143	23,6	607	100,0	
Esbjerg	# 0,6	86	54,8	# 1,3	21	13,4	.	.	47	29,9	157	100,0		
Odense	# 0,3	191	56,0	20	5,9	60	17,6	4	1,2	65	19,1	341	100,0	
Sønderborg	.	.	90	67,7	11	8,3	22	16,5	# 1,5	8	6,0	133	100,0	
Vejle	.	.	141	55,3	5	2,0	36	14,1	# 0,8	71	27,8	255	100,0	
Aarhus	.	.	230	67,6	25	7,4	48	14,1	# 0,6	35	10,3	340	100,0	
Viborg	.	.	258	57,8	29	6,5	73	16,4	3	0,7	83	18,6	446	100,0
Aalborg	.	.	242	63,2	27	7,0	80	20,9	6	1,6	28	7,3	383	100,0

Tabel A4.4.2. Antal positive lymfeknuder (adjuverende), opgjort pr. patologiafdeling

Antal positive lymfeknuder	0		1-3		≥ 4		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	2.113	56,3	765	20,4	205	5,5	43	1,1	627	16,7	3.753	100,0
Herlev	390	65,3	136	22,8	30	5,0	17	2,8	24	4,0	597	100,0
Rigshospitalet	263	53,2	83	16,8	22	4,5	3	0,6	123	24,9	494	100,0
Roskilde	334	55,0	105	17,3	23	3,8	# 0,3	143	23,6	607	100,0	
Esbjerg	78	49,7	26	16,6	5	3,2	# 0,6	47	29,9	157	100,0	
Odense	183	53,7	66	19,4	22	6,5	5	1,5	65	19,1	341	100,0
Sønderborg	83	62,4	32	24,1	8	6,0	# 1,5	8	6,0	133	100,0	
Vejle	123	48,2	45	17,6	14	5,5	# 0,8	71	27,8	255	100,0	
Aarhus	209	61,5	77	22,6	17	5,0	# 0,6	35	10,3	340	100,0	
Viborg	214	48,0	109	24,4	37	8,3	3	0,7	83	18,6	446	100,0
Aalborg	236	61,6	86	22,5	27	7,0	6	1,6	28	7,3	383	100,0

Tabel A4.4.3. Antal fjernede lymfeknuder med makrometastaser (adjuverende), opgjort pr. patologiafdeling

Antal lymfeknuder med makrometastaser	0		1-3		≥ 4		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	2.335	62,2	574	15,3	175	4,7	42	1,1	627	16,7	3.753	100,0
Herlev	430	72,0	103	17,3	23	3,9	17	2,8	24	4,0	597	100,0
Rigshospitalet	283	57,3	67	13,6	18	3,6	3	0,6	123	24,9	494	100,0
Roskilde	369	60,8	75	12,4	18	3,0	#	0,3	143	23,6	607	100,0
Esbjerg	86	54,8	18	11,5	5	3,2	#	0,6	47	29,9	157	100,0
Odense	203	59,5	49	14,4	20	5,9	4	1,2	65	19,1	341	100,0
Sønderborg	91	68,4	26	19,5	6	4,5	#	1,5	8	6,0	133	100,0
Vejle	133	52,2	37	14,5	12	4,7	#	0,8	71	27,8	255	100,0
Aarhus	230	67,6	58	17,1	15	4,4	#	0,6	35	10,3	340	100,0
Viborg	257	57,6	71	15,9	32	7,2	3	0,7	83	18,6	446	100,0
Aalborg	253	66,1	70	18,3	26	6,8	6	1,6	28	7,3	383	100,0

Tabel A4.5.1. Antal fjernede lymfeknuder (neo-adjuverende), opgjort pr. patologiafdeling

Antal lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	1-4		5-9		≥ 10		Uoplyst		Adjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	304	8,1	40	1,1	178	4,7	19	0,5	3.212	85,6	3.753	100,0
Herlev	8	1,3	4	0,7	10	1,7	.	.	575	96,3	597	100,0
Rigshospitalet	58	11,7	3	0,6	39	7,9	6	1,2	388	78,5	494	100,0
Roskilde	64	10,5	10	1,6	35	5,8	4	0,7	494	81,4	607	100,0
Esbjerg	19	12,1	5	3,2	14	8,9	#	1,3	117	74,5	157	100,0
Odense	28	8,2	6	1,8	24	7,0	#	0,6	281	82,4	341	100,0
Sønderborg	#	1,5	#	1,5	#	1,5	#	0,8	126	94,7	133	100,0
Vejle	41	16,1	#	0,4	15	5,9	.	.	198	77,6	255	100,0
Aarhus	17	5,0	4	1,2	8	2,4	#	0,6	309	90,9	340	100,0
Viborg	50	11,2	3	0,7	23	5,2	#	0,2	369	82,7	446	100,0
Aalborg	17	4,4	#	0,5	8	2,1	#	0,3	355	92,7	383	100,0

Tabel A4.5.2. Antal positive lymfeknuder (neo-adjuverende), opgjort pr. patologiafdeling

Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling	0		1-4		5-9		≥ 10		Uoplyst		Adjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	361	9,6	134	3,6	18	0,5	10	0,3	18	0,5	3.212	85,6	3.753	100,0
Herlev	14	2,3	8	1,3	.	.	.	.	.	.	575	96,3	597	100,0
Rigshospitalet	65	13,2	26	5,3	5	1,0	4	0,8	6	1,2	388	78,5	494	100,0
Roskilde	71	11,7	33	5,4	3	0,5	#	0,3	4	0,7	494	81,4	607	100,0
Esbjerg	23	14,6	13	8,3	#	1,3	.	.	#	1,3	117	74,5	157	100,0
Odense	43	12,6	14	4,1	#	0,3	.	.	#	0,6	281	82,4	341	100,0
Sønderborg	5	3,8	#	0,8	.	.	.	.	#	0,8	126	94,7	133	100,0
Vejle	43	16,9	11	4,3	#	0,8	#	0,4	.	.	198	77,6	255	100,0
Aarhus	21	6,2	5	1,5	#	0,6	#	0,3	#	0,6	309	90,9	340	100,0
Viborg	53	11,9	18	4,0	3	0,7	#	0,4	#	0,2	369	82,7	446	100,0
Aalborg	23	6,0	5	1,3	.	.	.	.	.	.	355	92,7	383	100,0

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

Tumorstørrelse mikroskopisk	0-10 mm		11-20 mm		21-50 mm		51+ mm		Uoplyst		Biopsi/ neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	799	21,3	1.415	37,7	823	21,9	83	2,2	6	0,2	627	16,7	3.753	100,0
Herlev	165	27,6	260	43,6	132	22,1	16	2,7	.	.	24	4,0	597	100,0
Rigshospitalet	106	21,5	155	31,4	93	18,8	15	3,0	#	0,4	123	24,9	494	100,0
Roskilde	140	23,1	199	32,8	109	18,0	15	2,5	#	0,2	143	23,6	607	100,0
Esbjerg	24	15,3	60	38,2	25	15,9	#	0,6	.	.	47	29,9	157	100,0
Odense	65	19,1	125	36,7	81	23,8	5	1,5	.	.	65	19,1	341	100,0
Sønderborg	22	16,5	52	39,1	46	34,6	5	3,8	.	.	8	6,0	133	100,0
Vejle	44	17,3	69	27,1	69	27,1	#	0,8	.	.	71	27,8	255	100,0
Aarhus	73	21,5	154	45,3	74	21,8	4	1,2	.	.	35	10,3	340	100,0
Viborg	71	15,9	178	39,9	105	23,5	8	1,8	#	0,2	83	18,6	446	100,0
Aalborg	89	23,2	163	42,6	89	23,2	12	3,1	#	0,5	28	7,3	383	100,0

Tabel A4.6.2. Tumorstørrelse ved ultralyd og angivet som største diameter i mm (neo-adjuverende), opgjort pr. patologiafdeling

Tumorstørrelse ultralyd	0-10 mm		11-20 mm		21-50 mm		51+ mm		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	46	8,5	157	29,0	297	54,9	33	6,1	8	1,5	541	100,0
Herlev	6	27,3	5	22,7	8	36,4	3	13,6	.	.	22	100,0
Rigshospitalet	7	6,6	32	30,2	58	54,7	7	6,6	#	1,9	106	100,0
Roskilde	7	6,2	39	34,5	57	50,4	9	8,0	#	0,9	113	100,0
Esbjerg	5	12,5	14	35,0	18	45,0	#	2,5	#	5,0	40	100,0
Odense	.	.	10	16,7	45	75,0	5	8,3	.	.	60	100,0
Sønderborg	.	.	#	14,3	5	71,4	#	14,3	.	.	7	100,0
Vejle	19	33,3	20	35,1	17	29,8	.	.	#	1,8	57	100,0
Aarhus	.	.	7	22,6	20	64,5	4	12,9	.	.	31	100,0
Viborg	#	1,3	21	27,3	50	64,9	3	3,9	#	2,6	77	100,0
Aalborg	#	3,6	8	28,6	19	67,9	.	.	.	.	28	100,0

Tabel A4.7.1. Malignitetsgrad for duktaletumorer, opgjort pr. patologiafdeling

Tumor gradering - duktaletumorer	Uoplyst		Uegnet		I		II		III		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	15	0,5	17	0,6	808	28,2	1.370	47,9	651	22,8	2.861	100,0
Herlev	#	0,2	#	0,2	167	36,9	208	45,9	76	16,8	453	100,0
Rigshospitalet	4	1,0	8	2,0	109	26,8	182	44,7	104	25,6	407	100,0
Roskilde	#	0,2	3	0,7	109	23,9	221	48,5	122	26,8	456	100,0
Esbjerg	.	.	.	.	41	33,9	61	50,4	19	15,7	121	100,0
Odense	#	0,5	#	0,5	66	31,0	100	46,9	45	21,1	213	100,0
Sønderborg	.	.	#	1,0	32	32,7	46	46,9	19	19,4	98	100,0
Vejle	#	0,6	.	.	51	28,2	89	49,2	40	22,1	181	100,0
Aarhus	7	2,5	#	0,7	56	20,4	136	49,5	74	26,9	275	100,0
Viborg	.	.	.	.	96	27,7	183	52,7	68	19,6	347	100,0
Aalborg	.	.	#	0,3	81	26,1	144	46,5	84	27,1	310	100,0

Tabel A4.7.2. Malignitetsgrad for lobulære tumorer, opgjort pr. patologiafdeling

Tumor gradering - lobulære	I		II		III		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	127	23,6	382	71,1	28	5,2	537	100,0
Herlev	38	45,2	43	51,2	3	3,6	84	100,0
Rigshospitalet	19	33,9	37	66,1	.	.	56	100,0
Roskilde	7	8,0	71	81,6	9	10,3	87	100,0
Esbjerg	.	.	28	100,0	.	.	28	100,0
Odense	6	13,3	35	77,8	4	8,9	45	100,0
Sønderborg	.	.	20	90,9	#	9,1	22	100,0
Vejle	14	25,9	38	70,4	#	3,7	54	100,0
Aarhus	3	8,8	28	82,4	3	8,8	34	100,0
Viborg	15	19,5	60	77,9	#	2,6	77	100,0
Aalborg	25	50,0	22	44,0	3	6,0	50	100,0

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

	0%		1-9%		10-100%		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	451	12,0	62	1,7	3.230	86,1	10	0,3	3.753	100,0
Herlev	58	9,7	7	1,2	531	88,9	#	0,2	597	100,0
Rigshospitalet	83	16,8	4	0,8	405	82,0	#	0,4	494	100,0
Roskilde	72	11,9	17	2,8	516	85,0	#	0,3	607	100,0
Esbjerg	9	5,7	5	3,2	143	91,1	.	.	157	100,0
Odense	42	12,3	6	1,8	291	85,3	#	0,6	341	100,0
Sønderborg	18	13,5	#	1,5	112	84,2	#	0,8	133	100,0
Vejle	40	15,7	#	0,4	212	83,1	#	0,8	255	100,0
Aarhus	28	8,2	14	4,1	298	87,6	.	.	340	100,0
Viborg	52	11,7	5	1,1	389	87,2	.	.	446	100,0
Aalborg	49	12,8	#	0,3	333	86,9	.	.	383	100,0

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

HER2 status	Negativ		Positiv		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	3.252	86,7	471	12,5	30	0,8	3.753	100,0
Herlev	539	90,3	51	8,5	7	1,2	597	100,0
Rigshospitalet	392	79,4	99	20,0	3	0,6	494	100,0
Roskilde	540	89,0	65	10,7	#	0,3	607	100,0
Esbjerg	142	90,4	15	9,6	.	.	157	100,0
Odense	290	85,0	43	12,6	8	2,3	341	100,0
Sønderborg	110	82,7	20	15,0	3	2,3	133	100,0
Vejle	220	86,3	34	13,3	#	0,4	255	100,0
Aarhus	297	87,4	40	11,8	3	0,9	340	100,0
Viborg	386	86,5	58	13,0	#	0,4	446	100,0
Aalborg	336	87,7	46	12,0	#	0,3	383	100,0

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

HER2 score	0		1+		2+		3+		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	985	26,2	1.746	46,5	625	16,7	377	10,0	20	0,5	3.753	100,0
Herlev	184	30,8	315	52,8	50	8,4	45	7,5	3	0,5	597	100,0
Rigshospitalet	134	27,1	208	42,1	80	16,2	70	14,2	#	0,4	494	100,0
Roskilde	190	31,3	282	46,5	81	13,3	52	8,6	#	0,3	607	100,0
Esbjerg	22	14,0	106	67,5	15	9,6	14	8,9	.	.	157	100,0
Odense	104	30,5	171	50,1	24	7,0	39	11,4	3	0,9	341	100,0
Sønderborg	62	46,6	40	30,1	10	7,5	20	15,0	#	0,8	133	100,0
Vejle	22	8,6	168	65,9	35	13,7	30	11,8	.	.	255	100,0
Aarhus	16	4,7	151	44,4	139	40,9	25	7,4	9	2,6	340	100,0
Viborg	85	19,1	157	35,2	164	36,8	40	9,0	.	.	446	100,0
Aalborg	166	43,3	148	38,6	27	7,0	42	11,0	.	.	383	100,0

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

HER2-score og FISH-ratio	0						1+					
	0.00-1.99		2.00+		Ubestemt		0.00-1.99		2.00+		Ubestemt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	5	0,1	#	0,0	979	26,1	31	0,8	7	0,2	1.708	45,5
Herlev	#	0,2	.	.	183	30,7	4	0,7	.	.	311	52,1
Rigshospitalet	.	.	#	0,2	133	26,9	4	0,8	#	0,4	202	40,9
Roskilde	.	.	.	.	190	31,3	10	1,6	#	0,2	271	44,6
Esbjerg	#	0,6	.	.	21	13,4	#	0,6	.	.	105	66,9
Odense	.	.	.	.	104	30,5	3	0,9	3	0,9	165	48,4
Sønderborg	#	0,8	.	.	61	45,9	#	0,8	.	.	39	29,3
Vejle	.	.	.	.	22	8,6	.	.	.	.	168	65,9
Aarhus	.	.	.	.	16	4,7	3	0,9	.	.	148	43,5
Viborg	#	0,4	.	.	83	18,6	4	0,9	#	0,2	152	34,1
Aalborg	.	.	.	.	166	43,3	#	0,3	.	.	147	38,4

HER2-score og FISH-ratio	2+						3+							
	0.00-1.99		2.00+		Ubestemt		Ukendt kode		0.00-1.99		2.00+		Ubestemt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	508	13,5	105	2,8	12	0,3	#	0,0	#	0,0	7	0,2	368	9,8
Herlev	40	6,7	8	1,3	#	0,3	.	.	.	.	#	0,3	43	7,2
Rigshospitalet	56	11,3	24	4,9	.	.	.	.	#	0,2	#	0,2	68	13,8
Roskilde	62	10,2	19	3,1	.	.	#	0,2	.	.	3	0,5	48	7,9
Esbjerg	14	8,9	#	0,6	.	.	.	.	.	.	.	.	14	8,9
Odense	19	5,6	3	0,9	#	0,6	.	.	.	.	#	0,3	38	11,1
Sønderborg	9	6,8	.	.	#	0,8	.	.	.	.	.	.	20	15,0
Vejle	30	11,8	4	1,6	#	0,4	.	.	.	.	.	.	30	11,8
Aarhus	122	35,9	17	5,0	.	.	.	.	.	.	.	.	25	7,4
Viborg	136	30,5	25	5,6	3	0,7	.	.	.	.	.	.	40	9,0
Aalborg	20	5,2	4	1,0	3	0,8	.	.	.	.	.	.	42	11,0

HER2-score og FISH-ratio	Uoplyst							
	0.00-1.99		2.00+		Ubestemt		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	3	0,1	3	0,1	14	0,4	3.753	100,0
Herlev	3	0,5	597	100,0
Rigshospitalet	#	0,4	494	100,0
Roskilde	#	0,3	607	100,0
Esbjerg	157	100,0
Odense	3	0,9	341	100,0
Sønderborg	#	0,8	133	100,0
Vejle	255	100,0
Aarhus	3	0,9	3	0,9	3	0,9	340	100,0
Viborg	446	100,0
Aalborg	383	100,0

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

Risikogruppe	Ej protokol		A lavrisiko		B, ER+: KT,ET		C, ER+: ET		D, ER-: KT		Højrisiko, ukendt protokol		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
	Alle afdelinger	52	1,4	236	6,3	1.360	36,2	1.589	42,3	505	13,5	11	0,3	3.753	100,0
Herlev	21	3,4	55	8,8	182	29,2	301	48,3	63	10,1	#	0,2	623	100,0
Rigshospitalet	3	0,6	23	4,9	200	42,7	157	33,5	83	17,7	#	0,4	468	100,0
Roskilde	3	0,5	38	6,4	222	37,2	247	41,4	83	13,9	3	0,5	596	100,0
Aabenraa	3	1,6	4	2,1	67	35,6	89	47,3	25	13,3	.	.	188	100,0
Esbjerg	#	0,7	9	6,0	40	26,7	71	47,3	29	19,3	.	.	150	100,0
Odense	5	1,7	19	6,6	101	34,8	122	42,1	40	13,8	3	1,0	290	100,0
Vejle	#	0,8	16	6,2	103	39,9	91	35,3	44	17,1	#	0,8	258	100,0
Aarhus	3	0,9	21	6,3	129	39,0	141	42,6	37	11,2	.	.	331	100,0
Viborg	3	0,7	22	4,8	172	37,7	203	44,5	56	12,3	.	.	456	100,0
Aalborg	8	2,1	29	7,6	142	37,1	159	41,5	45	11,7	.	.	383	100,0
Færøerne	.	.	.	.	#	20,0	8	80,0	.	.	.	.	10	100,0

12 Appendiks 5. Supplerende analyser til indikatorerne

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

År for operation	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv/ anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		Alle
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Total	210	(1,6)	663	(5,2)	11.599	(90,6)	320	(2,5)	12.804
2014	51	(1,9)	156	(5,9)	2.339	(88,2)	96	(3,6)	2.651
2015	46	(1,8)	171	(6,7)	2.268	(88,4)	78	(3,0)	2.565
2016	46	(1,9)	133	(5,5)	2.166	(90,0)	60	(2,5)	2.406
2017	43	(1,7)	111	(4,4)	2.341	(92,1)	48	(1,9)	2.543
2018	24	(0,9)	92	(3,5)	2.485	(94,2)	38	(1,4)	2.639

13 Appendiks 6. Oversigt over historiske indikatorer

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

Tabel A6.1. Oversigt over historiske indikatorer

Indikatorbeskrivelse	Udgået år
Brystkræftpatienter, som modtager brystbevarende operation	2010
Mammografiscreening, små tumorer ≤ 10 mm	2011
Brystkræftpatienter med præoperativ diagnose stillet ved nålebiopsi	2013
Malign:benign operationsratio	2015
Aksil-status baseret på sentinel node metoden	2017
Sen sentinel node positivitet	2019
Opfølgingsplan	2019
Overensstemmelsesgrad af databasen i forhold til Patobank	2020

14 Appendiks 7. Sygehusklassifikation (SHAK)

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

Tabel A7.1. Sygehus-afdelingsklassifikation, kirurgiafdeling

Region	Afdeling, kort navn	Indberettende afdeling	Afrapporterende afdeling
Hovedstaden	Herlev, kirurgi	1516150 Herlev og Gentofte Hospital: Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Hovedstaden	Rigshospitalet, kirurgi	1301350 Rigshospitalet: KIRURGISK AFDELING D	130166 Rigshospitalet: Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB
Sjælland	Roskilde, kirurgi	2501060 Roskilde Sygehus: KIRURGISK AFDELING	3800B6 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Brystkirurgi
Sjælland	Roskilde, kirurgi	3004041 Ringsted Sygehus: KIRURGISK AFDELING	3800B6 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Brystkirurgi
Syddanmark	Aabenraa, kirurgi	5004040 Sygehus Sønderjylland, Aabenraa: Ortopædkirurgisk afdeling	500071 Sygehus Sønderjylland: SHS Kirurgi
Syddanmark	Esbjerg, kirurgi	5501060 Sydvestjysk Sygehus: KIRURGISK AFDELING	550104 Sydvestjysk Sygehus: Kirurgisk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, kirurgi	4202290 OUH Odense Universitetshospital: KIRURGISK AFDELING K	420223 OUH Odense Universitetshospital: Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Vejle, kirurgi	6008060 Vejle Sygehus: ORGANKIRURGISK DAGHOSPITAL	600821 Vejle Sygehus: SLB Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus, kirurgi	7004071 Århus Amtssygehus: Kirurgisk Afd. P	662023 Aarhus Universitetshospital: Plastik- og Brystkirurgi
Midtjylland	Viborg, kirurgi	7601051 Regionshospitalet Viborg, Skive: Kirurgisk afdeling, Viborg	663001 Hospitalsenhed Midt: Operation og Intensiv
Nordjylland	Aalborg, kirurgi	8001111 Aalborg Universitetshospital: KIRURGISK AFDELING, NORD	800151 Aalborg Universitetshospital: Alb Mammakirurgisk Område
Færøerne	Færøerne	9704111	970411

Tabel A7.2. Sygehus-afdelingsklassifikation, onkologiafdeling

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

Tabel A7.3. Sygehus-afdelingsklassifikation, patologiafdeling

Region	Afdeling, kort navn	Indberettende afdeling	Afrapporterende afdeling
Hovedstaden	Herlev, patologi	1516120 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut	151612 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Hovedstaden	Rigshospitalet, patologi	1301480 Rigshospitalet: PATOLOGIAFDELING	130148 Rigshospitalet: Patologiafdelingen, PA
Sjælland	Næstved, onkologi	2501059 Roskilde Sygehus: Medicinsk afdeling, amb.	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Sjælland	Roskilde, patologi	2501140 Roskilde Sygehus: Patologiafdeling	3800C8 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Patologi
Sjælland	Roskilde, patologi	3002100 Slagelse Sygehus: Patologiafdeling	3800C8 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Patologi
Syddanmark	Esbjerg, patologi	5501140 Sydvestjysk Sygehus: Patologisk institut	550107 Sydvestjysk Sygehus: Klinisk diagnostisk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, patologi	4202220 OUH Odense Universitetshospital: Afdelingen for Klinisk Patologi	420222 OUH Odense Universitetshospital: Afdelingen for Klinisk Patologi, OUH
Syddanmark	Sønderborg, patologi	5001120 Sygehus Sønderjylland, Sønderborg: Patologisk institut	500083 Sygehus Sønderjylland: SHS Patologi
Syddanmark	Vejle, patologi	6008130 Vejle Sygehus: Klinisk Patologi, Laboratoriecentret	600813 Vejle Sygehus: Klinisk Patologi, Laboratoriecentret, overafdeling
Midtjylland	Aarhus, patologi	7004100 Århus Amtssygehus: Patologisk institut	662021 Aarhus Universitetshospital: Patologisk Institut Overafd.
Midtjylland	Viborg, patologi	7601120 Regionshospitalet Viborg, Skive: Patologisk Institut, Viborg	663072 Hospitalsenhed Midt: Patologi
Nordjylland	Aalborg, patologi	8001240 Aalborg Universitetshospital: Alb Patologisk Institut	800124 Aalborg Universitetshospital: Alb Patologisk Institut

Tabel A7.4. Sygehus-afdelingsklassifikation, radioterapiafdeling

Region	Afdeling, kort navn	Indberettende afdeling	Afrapporterende afdeling
Hovedstaden	Herlev	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Rigshospitalet	1302 KØBENHAVN, FINSENINSTITUTET	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rigshospitalet	130214	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Sjælland	Næstved	350105	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Syddanmark	Odense	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Vejle	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus	650203 Regionshospitalet Herning: Røntgenafd., Herning	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Aarhus	662048 Aarhus Universitetshospital: Dansk Center for Partikelterapi	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Aarhus	700325 Århus Sygehus: Onkologisk Overafd. D	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Nordjylland	Aalborg	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område

Tabel A7.5. Sygehus-afdelingsklassifikation, opfølgende afdeling

Region	Afdeling, kort navn	Afreporterende afdeling
Hovedstaden	Herlev, kirurgi	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Hovedstaden	Herlev, onkologi	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Hillerød, onkologi	200022 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Onkologisk & Palliativ Oafd
Hovedstaden	Rigshospitalet, kirurgi	130166 Rigshospitalet: Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB
Hovedstaden	Rigshospitalet, onkologi	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Hovedstaden	Rønne, onkologi	400103 Bornholms Hospital: Medicinsk afdeling
Sjælland	Næstved, onkologi	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Sjælland	Roskilde, kirurgi	3800B6 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Brystkirurgi
Syddanmark	Aabenraa, kirurgi	500071 Sygehus Sønderjylland: SHS Kirurgi
Syddanmark	Esbjerg, kirurgi	550104 Sydvestjysk Sygehus: Kirurgisk område Esbjerg
Syddanmark	Esbjerg, onkologi	550105 Sydvestjysk Sygehus: Medicinsk område Esbjerg
Syddanmark	Odense, kirurgi	420223 OUH Odense Universitetshospital: Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Odense, onkologi	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Sønderborg, onkologi	500061 Sygehus Sønderjylland: SHS Kræftsygdomme
Syddanmark	Vejle, kirurgi	600821 Vejle Sygehus: SLB Organ- og Plastikkirurgisk Afdeling (Vejle)
Syddanmark	Vejle, onkologi	600818 Vejle Sygehus: SLB Onkologisk Afdeling (Vejle)
Midtjylland	Aarhus, kirurgi	662023 Aarhus Universitetshospital: Plastik- og Brystkirurgi
Midtjylland	Aarhus, onkologi	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen
Midtjylland	Herning, onkologi	665036 Hospitalsenheden Vest: Onkologisk Afdeling
Midtjylland	Viborg, kirurgi	663001 Hospitalsenhed Midt: Operation og Intensiv
Nordjylland	Aalborg, kirurgi	800151 Aalborg Universitetshospital: Alb Mammakirurgisk Område
Nordjylland	Aalborg, onkologi	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område
Færøerne		970411