

DBC G kvalitetsdatabase for Brystkræft

National årsrapport 2022

For opgørelsesperioden 1. januar 2022 – 31. december 2022

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videncenter. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen.

Formand for Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræft er professor, overlæge, dr. med, Peer Christiansen, Aarhus Universitetshospital.

Kontaktperson for databasen er Anne Fredsted. Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP. E-mail: ANFRST@rkkp.dk

Databasens datamanager er Vibeke Dahl Andersen og klinisk epidemiolog er Else Helene Ibfelt. Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP.

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

DBCg kvalitetsdatabase for Brystkræft
© RKKP 2023

Udarbejdet af:
RKKP's Videncenter

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

www.rkkp.dk

Version: Offentliggjort version
Versionsdato: 30. juni 2023

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	3
2. Indikatoroversigt	5
3. Beskrivelse af populationen	7
4. Dækningsgrad og Datakomplehed	10
5. Indikatorresultater	15
Indikatorområde 1. Neoadjuverende kemoterapi	16
Indikatorområde 2. Detektion af makrometastaser uden sentinel node	19
Indikatorområde 3. Aksilrømning ved kurativ intenderet behandling	22
Indikatorområde 4. Adjuverende onkologisk behandling	26
Indikatorområde 5. Adjuverende strålebehandling	32
Indikatorområde 6. Recidiv efter brystbevarende terapi	39
Indikatorområde 7. Fravær af reoperation	42
Indikatorområde 8. PAM50 klassifikation	45
Indikatorområde 9. Opfølgingsprogram	48
Indikatorområde 10. Opfølgende mammografi	60
6. Supplerende Opgørelser	63
Aldersopdelte opgørelser	63
Prognostiske parametre	71
Prognostiske parametre, opgjort pr. afdeling	78
Supplerende analyser til indikatorerne	88
7. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	90
8. Datagrundlag	92
9. Styregruppens sammensætning	95
10. Appendiks	96
Appendiks I. Vejledning i fortolkning af resultater	96
Appendiks II. Metode for beregning af kvalitetsindikatorer	98
Appendiks III. Oversigt over historiske indikatorer	104
Appendiks IV. Sygehusklassifikation (SHAK)	105
11. Regionale kommentarer	109

1. Konklusioner og anbefalinger

Årsrapporten omfatter 10 indikatorer, der monitorerer udredning, patologi, kirurgisk og onkologisk behandling samt opfølgning. Det er styregruppens overordnede vurdering på baggrund af gennemgang af de foreliggende resultater, at danske kvinder med brystkræft gennemgår forløb, der generelt er af tilfredsstillende høj kvalitet. Det er også dokumenteret gennem databasen, at prognosen for patienter med brystkræft er betydeligt forbedret. Patienter diagnosticeret i perioden 2013-17 havde således en 5- og 10-års overlevelse, på henholdsvis 83% og 70%, hvilket var en absolut forbedring på henholdsvis ca. 6% og godt 8% henover en ca. 15 års periode.

Databasens **dækningsgrad** er høj og særdeles tilfredsstillende, og i modsætning til forrige år er **datakompletheden** for kirurgiske og patologiske data forbedret og ligger med få undtagelser over 95%. Det er fortsat vurderingen i styregruppen, at der med hensyn til de onkologiske behandlingsdata er mangelfuld indberetning af data, og som påpeget i sidste års rapport opfordres regionerne til, at der på dette punkt arbejdes på at få automatisk datafangst fra de elektroniske journaler.

Udredning med billeddiagnostik monitoreres gennem indikator 2, der opgører andelen af patienter med lymfeknudemetastaser, der detekteres ved UL og finnålsbiopsi før operation. Denne indikator ligger nogenlunde stabilt over de seneste år på 40-45%. Der er heller ikke stor variation centrene imellem. Detektion af lymfeknudemetastaser er af stor betydning for de patientgrupper, hvor der kan tilbydes neoadjuverende kemoterapi (NACT), idet spredning til lymfeknuder er en selvstændig indikation for denne behandling. Således kan NACT til udvalgte patienter føre til mindre aksilindgreb og dermed mindske risiko for senfølger. Betydningen af fund af lymfeknudemetastaser før operation hos patienter, hvor der ikke er tilbud om NACT, er mere tvivlsomt. Hos disse patienter udløser fundet aksilrømning, og styregruppen gør opmærksom på, at det på sigt vil være optimalt, om man mere præcist kunne detektere de patienter, der må formodes at ville have gavn af aksilrømning frem for et mindre aksilindgreb. Umiddelbart er det vurderingen, at der ikke endnu kan peges på en sådan nuancering af den diagnostiske procedure.

Anvendelsen af PAM50 (indikator 8) anvendes på udvalgte patienter, med henblik på beslutning om systemiske behandling. Indikatoropfyldelsen er også i 2022 høj (>95% på landsplan) og vurderes tilfredsstillende. Der blev allerede i sidste års rapport peget på, at indikatoren bør udvides til også at omfatte subtypebestemmelse af tumorer, der er svagt østrogenreceptor positive (<10%). Denne ændring er endnu ikke foretaget, men det forventes at blive effektueret fra næste år.

Den primære behandling er for mere end 85% af patienter operation, som monitoreres gennem tre indikatorer. Det drejer sig dels om umiddelbar opgørelse af udbyttet af aksilrømning (indikator 3) og antal reoperationer pga. komplikationer (indikator 7). For disse indikatorer er der en stabil høj opfyldelse på henholdsvis 94,8% og 96,3%, klart højere end standarden på $\geq 90\%$, og der er kun mindre og marginale afvigelser hen over landet. Opgørelsen af forekomsten af lokalt recidiv (indikator 6) viser i denne rapport en svagt negativ udvikling (2,6% mod standard på $\leq 2,5\%$), hvilket skyldes en markant forringelse for patienter opereret i Aarhus, mens de øvrige afdelinger viser en stabil høj opfyldelse. Styregruppen er meget bekymrede for, at data fra Aarhus skyldes et behandlingssvigt, og er opmærksomme på at lokalt recidiv ikke alene kan ses som svigt af den kirurgiske behandling, men også kan skyldes ændret eller manglende strålebehandling og/eller systemisk behandling. Desværre er der på grund af manglende opfølgingsdata på Aarhus en betydelig usikkerhed i beregningen af indikator 6 for denne afdeling. Retningslinjerne for behandling med neoadjuverende kemoterapi er ændret i 2021. I 2022 er det knapt 12% af de opererede patienter, der har fået NACT og af disse fik 5,2% foretaget mastektomi og 6,5% brystbevarende operation. Efter grundige overvejelser i styregruppen er der i 2022 foretaget en ændring i standardværdien, der er nedjusteret til $\geq 60\%$. Der er i sidste års rapport redegjort for baggrunden herfor. Med den standard er der i 2022

opnået en opfyldelse på godt 63%, som generelt er tilfredsstillende. Der er dog nogen variation regionerne og centrene imellem, men kun med marginale afvigelser.

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). Det samlede resultat er her ikke helt tilfredsstillende (84,5%, standard $\geq 85\%$), men der er sket en forbedring siden forrige opgørelse. Der har været en væsentlig efterindberetning af data, således at resultaterne for de forrige år er forbedret i forhold til 2021-rapporten. Styregruppen har peget på, automatisk datafangst fra de elektroniske patientjournaler både vil reducere ressourceforbruget og samtidigt øge datakompletheden. Styregruppen har også fundet det påkrævet at udtrykke kritik overfor den manglende indberetning fra de onkologiske afdelinger i Århus og Odense. De adskiller sig markant fra de øvrige centre med en meget ringe indikatoropfyldelse på henholdsvis 75,0% og 68,9%. Pågældende afdelinger bør handle på disse resultater.

Indikatorresultaterne for strålebehandling er en smule bedre end forrige år. For patienter, der har fået brystbevarende operation (indikator 5a), er resultatet (90,8%) i overensstemmelse med standarden. I gruppen af patienter, der har fået foretaget mastektomi, og hvor der er indikation for strålebehandling, er resultatet på 84,5% derimod ikke tilfredsstillende. I denne gruppe, og også i nogen grad blandt patienter, der har fået foretaget brystbevarende operation, er der en tendens til, at strålebehandling i højere grad fravælges af patienterne selv. Det er en udvikling, som betragtes med nogen bekymring. Styregruppen finder det derfor særdeles relevant, at Radioterapiudvalget i DBCG har taget initiativ til nærmere at belyse dette forhold gennem en nystartet ph.d.-undersøgelse.

Opfølgning efter behandling (Indikator 9) har været et kritisk område, hvor indikatorrapporterne gennem årene har afdækket en utilstrækkelig indsats. Det er derfor glædeligt, at der fra 2022 er sket en markant forbedring af resultaterne, som vurderes tilfredsstillende i tre af de fem regioner, der ligger over standarden på $\geq 90\%$. Det gælder dog ikke for Region Midtjylland og Syddanmark, hvor der ved de to universitetsafdelinger i Århus og Odense er afdækket betydelige forringelser af resultaterne i forhold til tidligere år, og hvor niveauet i 2022 på henholdsvis 51,0% og 72,1% må betegnes som stærkt utilstrækkeligt. Styregruppen peger på baggrund heraf på, at der må gøres en ekstraordinær indsats i Odense og Aarhus for at sikre, at patienter med brystkræft får den opfølgning, de er berettiget til i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer, og samtidig sørge for at den foreskrevne dokumentation udføres. Det fremhæves, at dette er afgørende for at vurdere om behandlingsforløbene ved de to afdelinger gives på et acceptabelt fagligt niveau, der modsvarer, hvad landets øvrige afdelinger leverer.

Opfyldelsen af indikatoren for opfølgende mammografi (indikator 10) kan ikke betegnes som tilfredsstillende (89,1%, standard $\geq 90\%$), men er dog forbedret i forhold til tidligere. Den aldersopdelte opgørelse viser ikke overraskende, at de ældre patienter (70+) i mindre grad får foretaget opfølgende billeddiagnostik end de yngre aldersgrupper. Det gælder i særlig grad i Region Midtjylland, og styregruppen opfordrer til, at der her tages skridt til at opnå en forbedring. Det vækker også nogen bekymring, at der synes at være færre helt unge patienter, der følges op med billeddiagnostik, som foreskrevet. Der spekuleres i, om det hænger sammen med, at der generelt synes at være skåret ned på opfølgning ved de onkologiske afdelinger.

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 III ses en oversigt over historiske indikatorer.

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			2022	2021	2020
Indikator 1: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT	≥ 60	0	63,1 (58,6-67,3)	63,1	56,4
Indikator 2: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi	≥ 39	0	42,0 (38,8-45,3)	45,3	41,1
Indikator 3: Andel af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder som led i intenderet kurativ operation.	≥ 90	0	94,8 (92,5-96,5)	94,9	95,5
			2021	2020	2019
Indikator 4reg: Andel af patienter i højrisiko med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. På regionsniveau.	≥ 85	4	84,5 (83,2-85,7)	85,6	85,6
Indikator 4onk: Andel af patienter i højrisiko med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For onkologiske afdelinger.	≥ 85	2	84,5 (83,3-85,8)	85,7	85,8
Indikator 4kir: Andel af patienter i højrisiko med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer. For kirurgiske afdelinger.	≥ 85	91	57,1 (18,4-90,1)	66,7	16,7
Indikator 5a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.	≥ 90	2	90,8 (89,6-91,9)	87,9	89,9
Indikator 5b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer.	≥ 90	4	84,5 (81,1-87,4)	80,6	93,5
Indikator 6: DBCG-patienter med lokalt recidiv efter brystbevarende terapi inden for 5 år efter operation	≤ 2,5	1	2,6 (2,3-3,0)	-	-
			2016/20	-	-
			2022	2021	2020
Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation.	≥ 95	1	96,3 (95,7-96,9)	96,1	95,8

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
Indikator 8: 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	≥ 90	0	95,8 (93,1-97,7)	96,9	97,0
			2017/21	2012/16	-
Indikator 9areg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. På regionsniveau.	≥ 90	0	89,4 (88,9-89,8)	84,9	-
Indikator 9aonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For onkologiske afdelinger.	≥ 90	0	90,0 (89,6-90,5)	85,3	-
Indikator 9akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger.	≥ 90	0	67,6 (63,4-71,7)	74,0	-
Indikator 9breg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. På regionsniveau.	≥ 90	0	73,2 (70,6-75,8)	-	-
Indikator 9bkir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger.	≥ 90	0	65,5 (62,1-68,7)	-	-
Indikator 9bonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For onkologiske afdelinger.	≥ 90	0	92,0 (88,6-94,7)	-	-
			2006/20	-	-
Indikator 10: Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)	≥ 90	0	89,1 (88,7-89,4)	-	-

3. Beskrivelse af populationen

I dette afsnit gives en kort introduktion til populationen af brystkræft patienter, som kvalitetsrapporten dækker.

I aktuelle opgørelsesperiode 1. januar 2022 til 31 december 2022 indgår i alt 4103 patienter med nydiagnosticeret brystkræft i indikatorpopulationen. De har en primær invasiv brystkræft diagnose med operabel tumor, som er indberettet til DBCG med dato for diagnose. Patienter med fremskreden brystkræft, hvor diagnosen er ukendt, eller der er foretaget mindre indgreb, og dermed ikke er behandlet med kurativt sigte, indgår ikke i den population, som kvalitetsindikatorerne vedrører. I alt 4984 patienter blev registreret med nydiagnosticeret brystkræft i 2022 i DBCG og/eller Patobank. Nedenfor ses antallet af patienter og årsag til eksklusion for de patienter, som ikke indgår i indikatorpopulationen.

Tabel 1. DBCG indikatorpopulation

I alt i DBCG og/eller patobank	4984
Ikke registreret i DBCG	108
Ingen diagnosedato	156
Fjernmetastaser/Lokalt avanceret sygdom	170
Diagnose ukendt	173
Ikke opereret	274
I alt i DBCG indikatorpopulation	4103

Af tabel 2 ses karakteristika for indikatorpopulationen af nydiagnosticerede brystkræftpatienter med fordeling på region, kirurgisk afdeling, alder, operationstype, tumorstørrelse og komorbiditets score. Det ses at medianalderen er 63 år, at 65 % gennemgår brystbevarende kirurgi (heraf 6% efter neoadjuverende behandling), 57 % af tilfældene har en tumorstørrelse på 20 mm eller mindre, og 73% har ingen alvorlig komorbiditet, som kræver behandling på hospital.

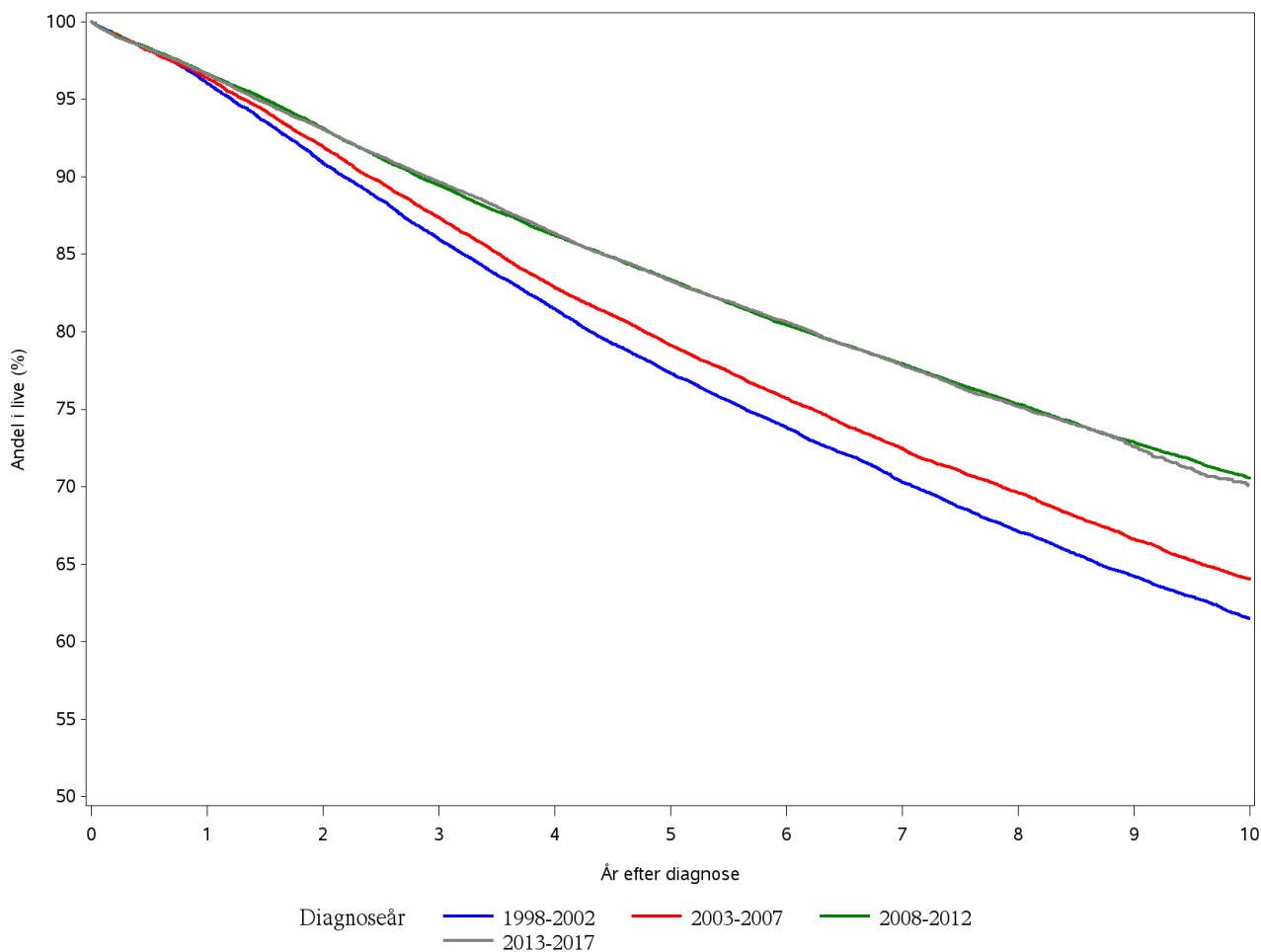
Tabel 2. Karakteristika for inkluderede patienter (indikatorpopulationen) for de seneste tre opgørelsesperioder

Gruppering	Kategori	Antal (andel)	Antal (andel)	Antal (andel)
		2022	2021	2020
Danmark	Danmark	4103 (100%)	4074 (100%)	3958 (100%)
Region	Hovedstaden	1322 (32%)	1186 (29%)	1203 (30%)
	Sjælland	666 (16%)	683 (17%)	607 (15%)
	Syddanmark	843 (21%)	904 (22%)	911 (23%)
	Midtjylland	888 (22%)	868 (21%)	852 (22%)
	Nordjylland	372 (9%)	416 (10%)	368 (9%)
	Færøerne	12 (0%)	17 (0%)	17 (0%)

Gruppering	Kategori	Antal (andel) 2022	Antal (andel) 2021	Antal (andel) 2020
Afdeling	Herlev-Gentofte, kirurgi	1322 (32%)	1186 (29%)	1203 (30%)
	Roskilde, kirurgi	666 (16%)	683 (17%)	607 (15%)
	Aabenraa, kirurgi	176 (4%)	193 (5%)	207 (5%)
	Esbjerg, kirurgi	140 (3%)	158 (4%)	151 (4%)
	Odense, kirurgi	306 (7%)	281 (7%)	288 (7%)
	Vejle, kirurgi	221 (5%)	272 (7%)	265 (7%)
	Aarhus, kirurgi	454 (11%)	385 (9%)	379 (10%)
	Viborg, kirurgi	434 (11%)	483 (12%)	473 (12%)
	Aalborg, kirurgi	372 (9%)	416 (10%)	368 (9%)
	Færøerne	12 (0%)	17 (0%)	17 (0%)
Alder ved diagnose	Median	63	64	63
	Nedre kvartil	54	53	52
	Øvre kvartil	73	73	72
Tumorstørrelse	0-10 mm	875 (21%)	807 (20%)	816 (21%)
	11-20 mm	1497 (36%)	1502 (37%)	1434 (36%)
	21-50 mm	979 (24%)	871 (21%)	829 (21%)
	51+ mm	117 (3%)	88 (2%)	83 (2%)
	Biopsi/ neoadjuverende	633 (15%)	800 (20%)	792 (20%)
	Uoplyst	2 (0%)	6 (0%)	4 (0%)
Operationstype	Mastektomi	1032 (25%)	939 (23%)	1006 (25%)
	Lumpektomi	2437 (59%)	2335 (57%)	2160 (55%)
	Biopsi	155 (4%)	51 (1%)	23 (1%)
	Mastektomi efter neoadjuverende	213 (5%)	325 (8%)	320 (8%)
	Lumpektomi efter neoadjuverende	265 (6%)	424 (10%)	449 (11%)
	Uoplyst	1 (0%)		
Charlson score	0	2989 (73%)	2967 (73%)	2868 (72%)
	1	531 (13%)	546 (13%)	539 (14%)
	2	358 (9%)	352 (9%)	361 (9%)
	3+	225 (5%)	209 (5%)	190 (5%)

I figur 1 ses udviklingen i overlevelse frem til 10 år efter brystkræft diagnose for hele DBCG grundpopulationen, opgjort i femårs intervaller ved Kaplan Meier metoden. Her indgår således både patienter med operabel tumor og patienter med fremskreden cancer. Død af alle årsager er medtaget. Det ses, at overlevelsen er forbedret over tid henover perioden siden begyndelsen af 1990'erne, dog uændret over den seneste ca. tiårs periode. (Bemærk, at patienter inkluderet i den seneste tidsperiode år 2013-2017 ikke alle har fuld opfølgningstid frem til 10 år). Tabel 3 angiver de tilsvarende overlevelsesestimater ved hhv. 5 og 10 år efter diagnose.

Figur 1. Overlevelse for hele DBCG populationen henover tid for patienter med diagnose 1998-2017



Tabel 3. Overlevelse frem til 5 og 10 år efter diagnose, andel i live (95% CI)

<i>Diagnoseår</i>	<i>Antal personer</i>	<i>År 5</i>	<i>År 10</i>
1998-2002	16987	77,3 (76,7-77,9)	61,5 (60,8-62,2)
2003-2007	18360	79,1 (78,5-79,7)	64,0 (63,3-64,7)
2008-2012	23641	83,3 (82,8-83,8)	70,1 (69,9-71,1)
2013-2017	23065	83,2 (82,8-83,8)	70,0 (69,2-70,9)

4. Dækningsgrad og Datakomplethed

Dækningsgraden er et udtryk for om patientpopulationen i DBCG-kvalitetsdatabasen afspejler den relevante kliniske population.

Dækningsgrad af databasen i forhold til Patobank

	Standard ≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år			
				Andel	95% CI	2021		2020	
						Antal	Andel	Antal	Andel
Danmark	Ja	4.876 / 4.984	0 (0)	97,8	(97,4-98,2)	4.836 / 4.882	99,1	4.686 / 4.767	98,3
Hovedstaden	Ja	1.572 / 1.627	0 (0)	96,6	(95,6-97,4)	1.411 / 1.428	98,8	1.441 / 1.454	99,1
Sjælland	Ja	807 / 807	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	814 / 815	99,9	742 / 742	100,0
Syddanmark	Ja	1.021 / 1.035	0 (0)	98,6	(97,7-99,3)	1.077 / 1.086	99,2	1.073 / 1.096	97,9
Midtjylland	Ja	1.018 / 1.043	0 (0)	97,6	(96,5-98,4)	1.011 / 1.024	98,7	971 / 1.005	96,6
Nordjylland	Ja	443 / 456	0 (0)	97,1	(95,2-98,5)	511 / 517	98,8	455 / 466	97,6
Hovedstaden	Ja	1.572 / 1.627	0 (0)	96,6	(95,6-97,4)	1.411 / 1.428	98,8	1.441 / 1.454	99,1
Herlev- Gentofte	Ja	1.572 / 1.627	0 (0)	96,6	(95,6-97,4)	1.411 / 1.428	98,8	1.441 / 1.454	99,1
Sjælland	Ja	807 / 807	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	814 / 815	99,9	742 / 742	100,0
Roskilde	Ja	807 / 807	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	814 / 815	99,9	742 / 742	100,0
Syddanmark	Ja	1.021 / 1.035	0 (0)	98,6	(97,7-99,3)	1.077 / 1.086	99,2	1.073 / 1.096	97,9
Esbjerg	Ja	191 / 191	0 (0)	100,0	(98,1-100,0)	175 / 175	100,0	177 / 178	99,4
Odense	Ja	447 / 451	0 (0)	99,1	(97,7-99,8)	421 / 423	99,5	426 / 432	98,6
Sønderborg	Ja	121 / 121	0 (0)	100,0	(97,0-100,0)	171 / 171	100,0	175 / 175	100,0
Vejle	Ja	262 / 272	0 (0)	96,3	(93,3-98,2)	310 / 317	97,8	295 / 311	94,9
Midtjylland	Ja	1.018 / 1.043	0 (0)	97,6	(96,5-98,4)	1.011 / 1.024	98,7	971 / 1.005	96,6
Aarhus*	Ja	458 / 458	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	436 / 440	99,1	433 / 441	98,2
Viborg*	Ja	560 / 585	0 (0)	95,7	(93,8-97,2)	575 / 584	98,5	538 / 564	95,4
Nordjylland	Ja	443 / 456	0 (0)	97,1	(95,2-98,5)	511 / 517	98,8	455 / 466	97,6
Aalborg	Ja	443 / 456	0 (0)	97,1	(95,2-98,5)	511 / 517	98,8	455 / 466	97,6
Færøerne	Ja	15 / 15	0 (0)	100,0	(78,2-100,0)	12 / 12	100,0	4 / 4	100,0

<3 patienter var registreret i patobank under privat behandlingsregi, og det har vist sig at der ikke er tale om brystkræft, hvorfor denne ikke indgår selvstændigt i opgørelsen.

*Der er registreret lidt for mange patienter med behandling i Århus og for få i Viborg i aktuelle år, idet der i seneste år er anvendt Århus-login ved registrering i Viborg for en mindre gruppe patienter.

I dækningsgradsopgørelsen sammenlignes det samlede antal af registrerede patienter i DBCG-kvalitetsdatabasen med antallet af registrerede patienter i en referencepopulation, som her omfatter: patienter med invasiv brystkræft registreret i Patobank. I opgørelsen indgår alle patienter med nydiagnosticeret brystkræft i aktuelle år 2022 og to tidligere år. Opgørelsen dækker således både primært operabel og fremskredet brystkræft registreret i DBCG. Nævner udgør patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen og/eller Patobank; tælleren udgør patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen.

I afsnittet 'Datagrundlag', er det specificeret, hvilke SNOMED-koder der er udtrukket fra Patobank. Diagnoser registreret i Patobank >30 dage efter operationsdatoen set i DBCG-kvalitetsdatabasen anses for recidivdiagnoser og indgår dermed ikke i bestemmelsen af dækningsgraden.

Af ovenstående tabel fremgår, at dækningsgraden af DBCG kvalitetsdatabasen i forhold til Patobank på landsplan ligger på 97,8% i aktuelle år. 108 patienter indgår kun i Patobank og ikke i databasen. Standarden for dækningsgrad i databasen opfyldes på landsplan og for alle regionerne for aktuelle og de to forrige opgørelsesperioder. På afdelingsniveau ligger andelene mellem 96,3% og 100%.

Datakomplethed

Ved datakomplethed opgøres andelen af patienter med indleveret behandlingsskema, herunder indleveret mamma-, kirurgi-, patologi- eller sentinel node skema.

Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%			01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	4.665 / 4.876	0 (0)	95,7	(95,1-96,2)	4.749 / 4.836	98,2	98,3
Hovedstaden	Nej	1.444 / 1.570	0 (0)	92,0	(90,5-93,3)	1.352 / 1.406	96,2	96,2
Sjælland	Ja	790 / 807	0 (0)	97,9	(96,6-98,8)	812 / 815	99,6	99,7
Syddanmark	Ja	982 / 1.022	0 (0)	96,1	(94,7-97,2)	1.060 / 1.076	98,5	98,9
Midtjylland	Ja	996 / 1.019	0 (0)	97,7	(96,6-98,6)	1.001 / 1.012	98,9	99,0
Nordjylland	Ja	440 / 441	0 (0)	99,8	(98,7-100,0)	505 / 505	100,0	99,8

	Antal	Årsag
Eksklusion:	108	Ikke i DBCG

I opgørelsen af datakomplethed indgår alle patienter registreret i DBCG-kvalitetsdatabasen i nævneren. Tælleren udgør patienter med indleveret behandlingsskema. 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 med primær invasiv brystkræftdiagnose, operabel tumor og risikoallokering ifølge DBCG's retningslinjer til protokol eller uden for risikoklassifikation, samt patienter, der har en præoperativ klassifikation af, at patienten ikke kan opereres ifølge DBCG's retningslinjer. Opgørelsen er opdelt på henholdsvis patologi- og kirurgiafdeling i de to følgende tabeller.

Andelen af patienter med datakomplethed opgjort som indleveret behandlingsskema er på landsplan 95,7 %. I alt 211 patienter mangler data og en del af disse vil ekskluderes fra indikatorpopulationen pga ukendt diagnose eller diagnosedato. Region Hovedstaden ligger lidt lavere på 92 %, men for de tidligere år opfyldes standarden, som er sat til 95 % i denne database.

Opdeling på patologiafdeling viser et samlet resultat på 98 %. Ligeledes er indberetning på de kirurgiske afdelinger høj med andel over 95 % generelt set med meget få undtagelser, og for de tidligere år er kompletheden høj over hele landet.

Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95%			01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020	
	opfyldt			Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	4.822 / 4.876	0 (0)	98,9	(98,6-99,2)	4.824 / 4.836	99,8	99,6
Hovedstaden	Ja	1.546 / 1.572	0 (0)	98,3	(97,6-98,9)	1.409 / 1.411	99,9	99,7
Sjælland	Ja	807 / 807	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	814 / 814	100,0	100,0
Syddanmark	Ja	1.006 / 1.021	0 (0)	98,5	(97,6-99,2)	1.070 / 1.077	99,4	99,3
Midtjylland	Ja	1.005 / 1.018	0 (0)	98,7	(97,8-99,3)	1.008 / 1.011	99,7	99,6
Nordjylland	Ja	443 / 443	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	511 / 511	100,0	100,0
Hovedstaden	Ja	1.546 / 1.572	0 (0)	98,3	(97,6-98,9)	1.409 / 1.411	99,9	99,7
Herlev-Gentofte	Ja	1.546 / 1.572	0 (0)	98,3	(97,6-98,9)	1.409 / 1.411	99,9	99,7
Sjælland	Ja	807 / 807	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	814 / 814	100,0	100,0
Roskilde	Ja	807 / 807	0 (0)	100,0	(99,5-100,0)	814 / 814	100,0	100,0
Syddanmark	Ja	1.006 / 1.021	0 (0)	98,5	(97,6-99,2)	1.070 / 1.077	99,4	99,3
Esbjerg	Ja	191 / 191	0 (0)	100,0	(98,1-100,0)	174 / 175	99,4	100,0
Odense	Ja	447 / 447	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	418 / 421	99,3	99,3
Sønderborg	Ja	121 / 121	0 (0)	100,0	(97,0-100,0)	169 / 171	98,8	97,1
Vejle	Nej	247 / 262	0 (0)	94,3	(90,7-96,8)	309 / 310	99,7	100,0
Midtjylland	Ja	1.005 / 1.018	0 (0)	98,7	(97,8-99,3)	1.008 / 1.011	99,7	99,6
Aarhus	Ja	457 / 458	0 (0)	99,8	(98,8-100,0)	434 / 436	99,5	99,3
Viborg	Ja	548 / 560	0 (0)	97,9	(96,3-98,9)	574 / 575	99,8	99,8
Nordjylland	Ja	443 / 443	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	511 / 511	100,0	100,0
Aalborg	Ja	443 / 443	0 (0)	100,0	(99,2-100,0)	511 / 511	100,0	100,0
Færøerne	Ja	15 / 15	0 (0)	100,0	(78,2-100,0)	12 / 12	100,0	100,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	108	Ikke i DBCG

Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år		
	≥ 95%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2021	2020	
	opfyldt					Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	4.726 / 4.876	0 (0)	96,9	(96,4-97,4)	4.761 / 4.836	98,4	98,7
Hovedstaden	Nej	1.476 / 1.570	0 (0)	94,0	(92,7-95,1)	1.352 / 1.406	96,2	96,5
Sjælland	Ja	790 / 807	0 (0)	97,9	(96,6-98,8)	812 / 815	99,6	99,7
Syddanmark	Ja	998 / 1.022	0 (0)	97,7	(96,5-98,5)	1.069 / 1.076	99,3	99,8
Midtjylland	Ja	1.009 / 1.019	0 (0)	99,0	(98,2-99,5)	1.004 / 1.012	99,2	99,5
Nordjylland	Ja	440 / 441	0 (0)	99,8	(98,7-100,0)	505 / 505	100,0	99,8
Hovedstaden	Nej	1.476 / 1.570	0 (0)	94,0	(92,7-95,1)	1.352 / 1.406	96,2	96,5
Herlev-Gentofte	Nej	1.476 / 1.570	0 (0)	94,0	(92,7-95,1)	1.352 / 1.406	96,2	96,5
Sjælland	Ja	790 / 807	0 (0)	97,9	(96,6-98,8)	812 / 815	99,6	99,7
Roskilde	Ja	790 / 807	0 (0)	97,9	(96,6-98,8)	812 / 815	99,6	99,7
Syddanmark	Ja	998 / 1.022	0 (0)	97,7	(96,5-98,5)	1.069 / 1.076	99,3	99,8
Aabenraa	Ja	197 / 197	0 (0)	100,0	(98,1-100,0)	225 / 225	100,0	100,0
Esbjerg	Nej	158 / 175	0 (0)	90,3	(84,9-94,2)	176 / 176	100,0	100,0
Odense	Ja	381 / 386	0 (0)	98,7	(97,0-99,6)	362 / 366	98,9	99,7
Vejle	Ja	262 / 264	0 (0)	99,2	(97,3-99,9)	306 / 309	99,0	99,7
Midtjylland	Ja	1.009 / 1.019	0 (0)	99,0	(98,2-99,5)	1.004 / 1.012	99,2	99,5
Aarhus	Ja	518 / 525	0 (0)	98,7	(97,3-99,5)	447 / 452	98,9	99,8
Viborg	Ja	491 / 494	0 (0)	99,4	(98,2-99,9)	557 / 560	99,5	99,3
Nordjylland	Ja	440 / 441	0 (0)	99,8	(98,7-100,0)	505 / 505	100,0	99,8
Aalborg	Ja	440 / 441	0 (0)	99,8	(98,7-100,0)	505 / 505	100,0	99,8
Færøerne	Nej	13 / 17	0 (0)	76,5	(50,1-93,2)	19 / 22	86,4	86,4

	Antal	Årsag
Eksklusion:	108	Ikke i DBCG

5. 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 I. Under afsnittet 'Datagrundlag', findes en nærmere beskrivelse af data og patientpopulation. Detaljeret beskrivelse af metode for indikatorberegning fremgår af appendiks II, hvor der under hver indikator findes oplysninger om relevante eksklusioner og årsag til uoplyste for den enkelte indikator. I afsnittet 'Supplerende Opgørelser' findes en række aldersopdelte analyser, tabeller relateret til prognostiske parametre og supplerende opgørelser til indikatorer. I appendiks III findes et overblik over historiske (udgåede) indikatorer og i appendiks IV en oversigt over indberettende og afrapporterende afdelinger med tilhørende SHAK-koder.

I denne rapport indgår tidligere indikatorer angående dækningsgrad og datakomplethed ikke længere som kvalitetsindikatorer. Opgørelserne er i stedet at finde under afsnittet 'Dækningsgrad og datakomplethed'. Opgørelserne er vigtige i forhold til at sikre datakvaliteten, men er ikke længere en del af indikatorsættet, som alene omhandler opgørelser af behandlingskvalitet. Som følge af dette har enkelte af kvalitetsindikatorerne fået tildelt et nyt indikatornummer.

Indikatorområde 1. Neoadjuverende kemoterapi

Neoadjuverende kemoterapi (NACT) anvendes med tiltagende hyppighed efter introduktion af retningslinjer for denne behandling i 2016. Nedenfor opgøres andel af patienter, der får NACT, ud af de der ifølge nuværende retningslinjerne bør behandles med NACT ((dobbel negative eller HER2 positive) og (tumorstørrelse >2 cm eller klinisk node positive)).

Indikator 1: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år		
	≥ 60% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2021 Antal	2021 Andel	2020 Andel
Danmark	Ja	309 / 490	0 (0)	63,1	(58,6-67,3)	329 / 521	63,1	56,4
Hovedstaden	Ja	92 / 141	0 (0)	65,2	(56,8-73,1)	136 / 190	71,6	53,5
Sjælland	Ja	66 / 102	0 (0)	64,7	(54,6-73,9)	60 / 92	65,2	58,5
Syddanmark	Ja	56 / 80	0 (0)	70,0	(58,7-79,7)	42 / 72	58,3	61,5
Midtjylland	Nej	65 / 109	0 (0)	59,6	(49,8-68,9)	65 / 111	58,6	61,2
Nordjylland	Nej	30 / 58	0 (0)	51,7	(38,2-65,0)	26 / 52	50,0	39,1
Hovedstaden	Ja	92 / 141	0 (0)	65,2	(56,8-73,1)	136 / 190	71,6	53,5
Herlev-Gentofte	Ja	92 / 141	0 (0)	65,2	(56,8-73,1)	136 / 190	71,6	53,5
Sjælland	Ja	66 / 102	0 (0)	64,7	(54,6-73,9)	60 / 92	65,2	58,5
Roskilde, kirurgi	Ja	66 / 102	0 (0)	64,7	(54,6-73,9)	60 / 92	65,2	58,5
Syddanmark	Ja	56 / 80	0 (0)	70,0	(58,7-79,7)	42 / 72	58,3	61,5
Aabenraa, kirurgi	Ja	14 / 18	0 (0)	77,8	(52,4-93,6)	6 / 12	50,0	60,7
Esbjerg, kirurgi	Ja	3 / 5	0 (0)	60,0	(14,7-94,7)	4 / 9	44,4	85,7
Odense, kirurgi	Ja	24 / 35	0 (0)	68,6	(50,7-83,1)	14 / 28	50,0	75,0
Vejle, kirurgi	Ja	15 / 22	0 (0)	68,2	(45,1-86,1)	18 / 23	78,3	45,9
Midtjylland	Nej	65 / 109	0 (0)	59,6	(49,8-68,9)	65 / 111	58,6	61,2
Aarhus, kirurgi	Ja	34 / 56	0 (0)	60,7	(46,8-73,5)	30 / 51	58,8	57,4
Viborg, kirurgi	Nej	31 / 53	0 (0)	58,5	(44,1-71,9)	35 / 60	58,3	64,5
Nordjylland	Nej	30 / 58	0 (0)	51,7	(38,2-65,0)	26 / 52	50,0	39,1
Aalborg, kirurgi	Nej	30 / 58	0 (0)	51,7	(38,2-65,0)	26 / 52	50,0	39,1
Færøerne		0 / 0				0 / 4	0,0	

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	41	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	267	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	509	Lobulær
	1.639	Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til kemoterapi
	607	Tumor mindre end 20 mm eller ukendt størrelse OG klinisk node negativ eller ukendt
	550	HER2 ukendt eller HER2-negativ+ER-positiv

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsen indgår patienter med invasiv brystkræft, der opfylder kriterierne for NACT i aktuelle opgørelsesperiode (dobbel negative eller HER2 positive) og (tumorstørrelse >2 cm eller klinisk node positive)). Tælleren udgør patienter, der behandles med NACT.

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 1

I aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter, der er behandlet med NACT, på landsplan på 63,1 % (95% CI: 58,6-67,3). Indikatorens standard på ≥ 60 % er opfyldt på landsplan og i tre regioner. Region Nordjylland ligger noget under standard på 51,7 %. Udviklingen over tid har samlet set været positivt opadgående, jf. trendgraf. De fleste afdelingsresultater ligger på eller lige over standarden. Dette gælder dog ikke for Ålborg, der ligger under standarden også de foregående to opgørelsesperioder, dog ses en positiv opadgående retning på trendgraf.

Indikatorens nævner blev sidste år justeret, således at den er i tråd med ændringer i de kliniske retningslinjer i forhold til hvilke patienter, der er kandidater til NACT. Indikatorens standard er justeret ned til 60 % i år.

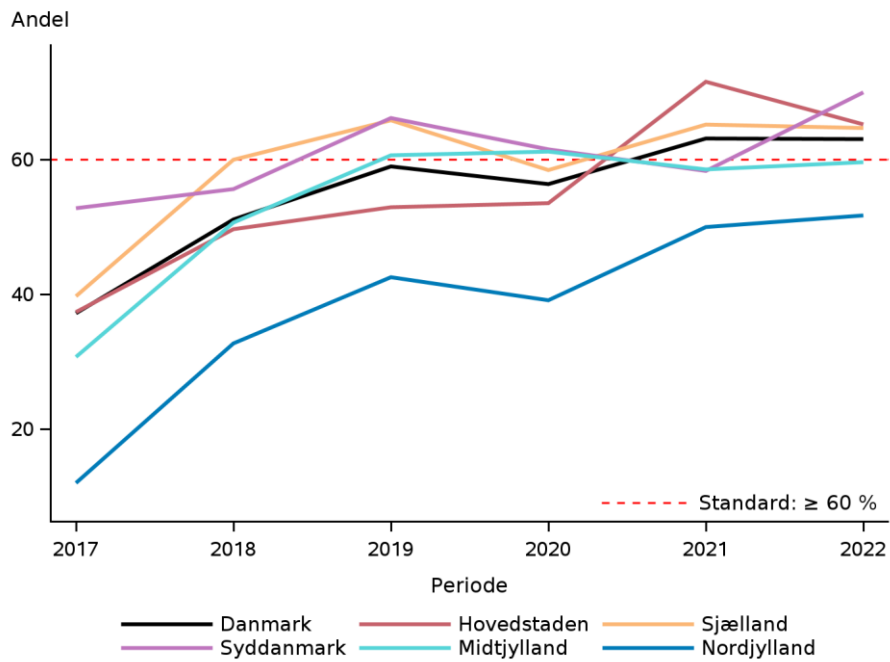
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Forrige år blev der foretaget en væsentlig ændring i indikatorberegningen, som følge af ændrede retningslinjer, og i dette års rapport er standardværdien justeret tilsvarende. Som det fremgår, er der et overordnet tilfredsstillende resultat, og i de to regioner, hvor man ikke når op på 60% opfyldelse, ligger man ikke signifikant under. Styregruppen har dog bemærket, at afdelingen i Esbjerg har et påfaldende lavt antal patienter, der opfylder kravene til NACT. For hele landet drejer det sig om ca. 10%, mens andelen i Esbjerg kun er knapt 3%. Den forskel er så stor, at der er grund til, at man i Esbjerg gør sig overvejelser om, hvordan det hænger sammen, og om der f.eks. kan være registreringsmæssige årsager til afvigelsen.

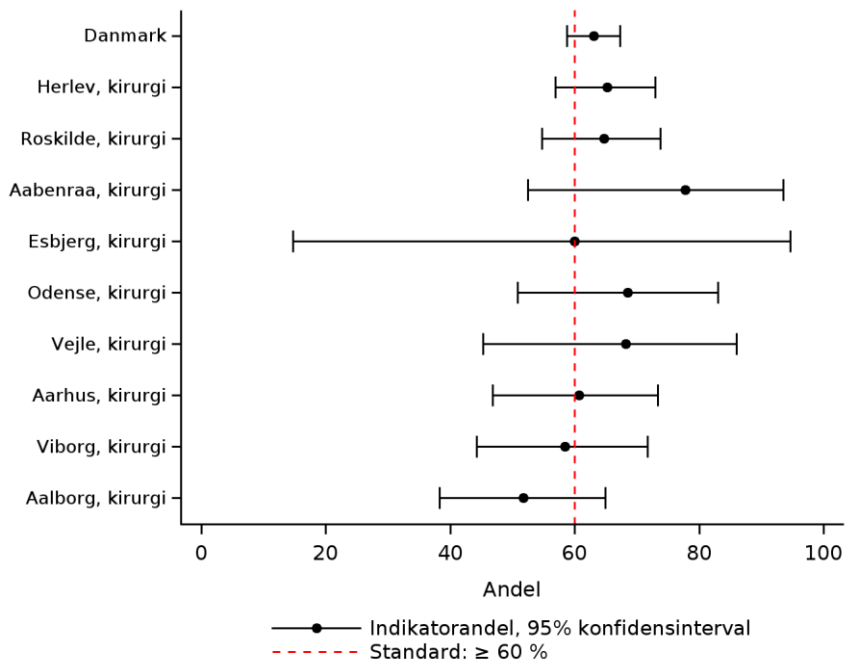
Vurdering af indikatoren

Indikatoren vedrører alene patienter, hvor de kliniske retningslinjer anbefaler NACT, idet der hos disse patientgrupper er en potentiel prognoseforbedring knyttet til denne strategi. Monitorering anses for at være vigtig, og indikatoren er derfor yderst relevant.

Indikator 1: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 1: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikatorområde 2. Detektion af makrometastaser uden sentinel node

Her opgøres andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden brug af sentinel node (SN) biopsi. Statuering af aksilstatus som 'klinisk node positiv' på baggrund af ultralydsskanning og finnålsbiopsi fremfor SN biopsi er ønskværdigt, idet man kan begrænse andelen af operationer, hvor der foretages SN biopsi og aksilrømning efter frysemikroskopi og begrænse re-operationer med aksilrømning hos patienter, hvor der ikke udføres frysemikroskopi ved primære indgreb.

Indikator 2: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi

	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 39% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022	95% CI	2021	2020	2020
				Andel		Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	389 / 926	0 (0)	42,0	(38,8-45,3)	414 / 913	45,3	41,1
Hovedstaden	Ja	122 / 307	0 (0)	39,7	(34,2-45,5)	114 / 268	42,5	39,5
Sjælland	Ja	63 / 135	0 (0)	46,7	(38,0-55,4)	75 / 168	44,6	43,0
Syddanmark	Ja	82 / 190	0 (0)	43,2	(36,0-50,5)	91 / 189	48,1	36,7
Midtjylland	Ja	86 / 214	0 (0)	40,2	(33,6-47,1)	90 / 204	44,1	40,4
Nordjylland	Ja	33 / 77	0 (0)	42,9	(31,6-54,6)	44 / 82	53,7	54,3
Hovedstaden	Ja	122 / 307	0 (0)	39,7	(34,2-45,5)	114 / 268	42,5	39,5
Herlev-Gentofte, kirurgi	Ja	122 / 307	0 (0)	39,7	(34,2-45,5)	114 / 268	42,5	39,5
Sjælland	Ja	63 / 135	0 (0)	46,7	(38,0-55,4)	75 / 168	44,6	43,0
Roskilde, kirurgi	Ja	63 / 135	0 (0)	46,7	(38,0-55,4)	75 / 168	44,6	43,0
Syddanmark	Ja	82 / 190	0 (0)	43,2	(36,0-50,5)	91 / 189	48,1	36,7
Aabenraa, kirurgi	Ja	17 / 42	0 (0)	40,5	(25,6-56,7)	17 / 43	39,5	34,7
Esbjerg, kirurgi	Ja	16 / 34	0 (0)	47,1	(29,8-64,9)	17 / 31	54,8	35,9
Odense, kirurgi	Ja	36 / 71	0 (0)	50,7	(38,6-62,8)	31 / 65	47,7	49,2
Vejle, kirurgi	Nej	13 / 43	0 (0)	30,2	(17,2-46,1)	26 / 50	52,0	26,2
Midtjylland	Ja	86 / 214	0 (0)	40,2	(33,6-47,1)	90 / 204	44,1	40,4
Aarhus, kirurgi	Ja	41 / 105	0 (0)	39,0	(29,7-49,1)	43 / 92	46,7	41,5
Viborg, kirurgi	Ja	45 / 109	0 (0)	41,3	(31,9-51,1)	47 / 112	42,0	39,5
Nordjylland	Ja	33 / 77	0 (0)	42,9	(31,6-54,6)	44 / 82	53,7	54,3
Aalborg, kirurgi	Ja	33 / 77	0 (0)	42,9	(31,6-54,6)	44 / 82	53,7	54,3
Færøerne	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	##	0,0	100,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	41	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	3.135	Ej makrometastaser aksil
	1	Negativ lymfeknude ved finnål /ingen finnål og negativ SN efter NACT

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 2

Andelen af patienter med invasiv brystkræft, hvor makrometastaser er detekteret uden sentinel node er i aktuelle periode 42,0 % (95% CI: 38,8-45,3) på landsplan, og standarden ($\geq 39\%$) er opfyldt på landsplan og i alle regioner. Af trendgrafene ses ligeledes en generel positiv tendens henover tid, dog med en affladning siden 2020. Afdeling Vejle ligger lidt lavere end standard i aktuelle år.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

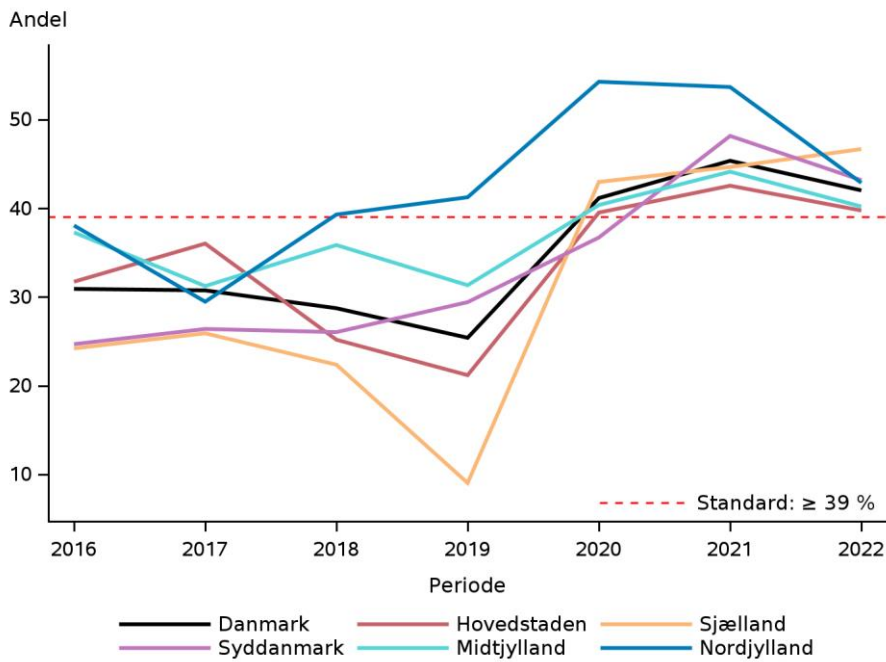
Det kan konstateres, at mindre end 25% af indikatorpopulationen har makrometastaser. På dette område er der sket en markant forbedring over de seneste år. Overordnet er der en tilfredsstillende indikatoropfyldelse, der dog ikke er væsentligt forbedret fra de seneste år. Der er relativ stor variation, men der er ikke afdelinger, der signifikant skiller sig ud.

I lyset af det, og af det forhold at en større andel af de patienter, der har lymfeknudemetastaser (makrometastaser) nu fravælger aksilrømning, har styregruppen gjort sig overvejelser om, hvorvidt der på sigt er grund til at nuancere anbefalingerne om behandling af aksilmetastaser. En høj detektion af lymfeknudemetastaser ved billeddiagnostik medfører, at en mindre andel med makrometastaser får mulighed for at vælge mellem aksilrømning og udvidet strålebehandling mod aksillen og dermed også en mindre risiko for senfølger. Indtil videre finder styregruppen ikke grundlag for at gå videre med den diskussion, men spørgsmålet vil være relevant at tage op, når der foreligger endelige resultater fra SENOMAC-studiet, og når en undersøgelse af den samlede aksilstatus hos patienter med positiv LN-FNA vs. patienter med positiv SN er gjort op. Fører det til ændringer i de kliniske anbefalinger, vil det være relevant at se på, om der er behov for ændring af indikatoren.

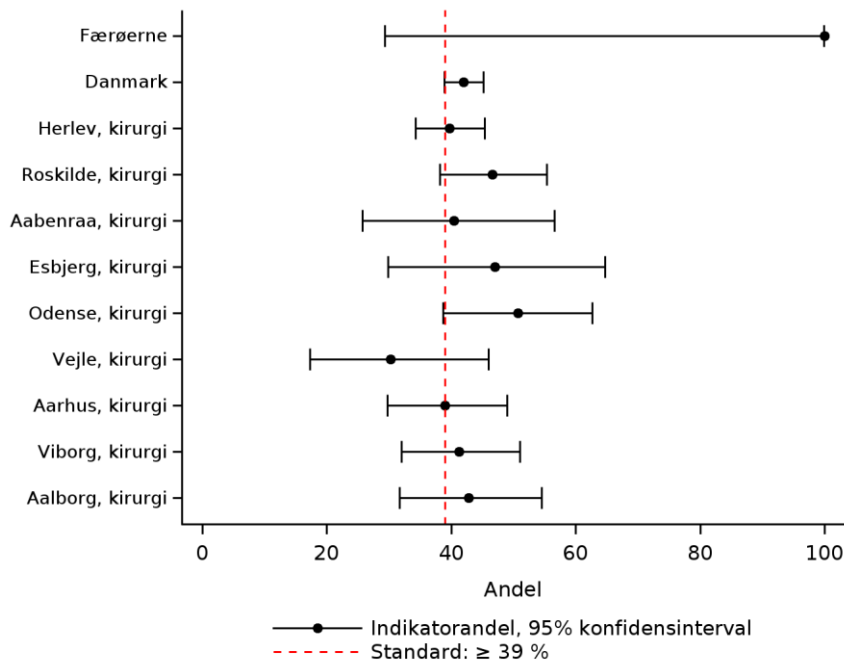
Vurdering af indikatoren

Indikatoren er central for vurdering af kvaliteten af den billeddiagnostiske udredning. Som nævnt i kommentarerne ovenfor, kan det diskuteres, om præoperativ detektion af lymfeknudemetastaser er en fordel for alle patienter. I de tilfælde, hvor NACT kan være en mulighed, er der en klar fordel, idet detektion af lymfeknudemetastaser indgår i behandlingsalgoritmerne, som allerede fremhævet sidste år. I lyset heraf vurderes monitorering af den billeddiagnostiske formåen gennem denne indikator fortsat at være særdeles relevant. Det skal bemærkes, at jo mere omfattende metastaseringen er i lymfeknuderne, jo nemmere er det at opdage denne på ultralyd. En lavere målopfyldelse kan derfor også hænge sammen med, hvor tidligt canceren opdages.

Indikator 2: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2: Andelen af patienter med makrometastaser hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikatorområde 3. Aksilrømning ved kurativ intenderet behandling

Nedenfor opgøres andelen af patienter med lymfeknudemetastaser, der får fjernet mindst 10 aksillymfeknuder i forbindelse med 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 01.01.2022 - 31.12.2022	Tidligere år				
	≥ 90% opfyldt			Tæller/ nævner	(%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	489 / 516	0 (0)	94,8	(92,5-96,5)	675 / 711	94,9	95,5
Hovedstaden	Ja	165 / 172	0 (0)	95,9	(91,8-98,3)	203 / 208	97,6	96,4
Sjælland	Nej	64 / 74	0 (0)	86,5	(76,5-93,3)	135 / 152	88,8	91,4
Syddanmark	Ja	119 / 124	0 (0)	96,0	(90,8-98,7)	132 / 142	93,0	97,1
Midtjylland	Ja	101 / 103	0 (0)	98,1	(93,2-99,8)	148 / 149	99,3	96,9
Nordjylland	Ja	37 / 40	0 (0)	92,5	(79,6-98,4)	57 / 60	95,0	93,4
Hovedstaden	Ja	165 / 172	0 (0)	95,9	(91,8-98,3)	203 / 208	97,6	96,4
Herlev-Gentofte	Ja	165 / 172	0 (0)	95,9	(91,8-98,3)	203 / 208	97,6	96,4
Sjælland	Nej	64 / 74	0 (0)	86,5	(76,5-93,3)	135 / 152	88,8	91,4
Roskilde, kirurgi	Nej	64 / 74	0 (0)	86,5	(76,5-93,3)	135 / 152	88,8	91,4
Syddanmark	Ja	119 / 124	0 (0)	96,0	(90,8-98,7)	132 / 142	93,0	97,1
Aabenraa, kirurgi	Ja	28 / 29	0 (0)	96,6	(82,2-99,9)	22 / 26	84,6	87,9
Esbjerg, kirurgi	Nej	18 / 22	0 (0)	81,8	(59,7-94,8)	20 / 22	90,9	97,1
Odense, kirurgi	Ja	51 / 51	0 (0)	100,0	(93,0-100,0)	53 / 55	96,4	100,0
Vejle, kirurgi	Ja	22 / 22	0 (0)	100,0	(84,6-100,0)	37 / 39	94,9	100,0
Midtjylland	Ja	101 / 103	0 (0)	98,1	(93,2-99,8)	148 / 149	99,3	96,9
Aarhus, kirurgi	Ja	46 / 46	0 (0)	100,0	(92,3-100,0)	64 / 65	98,5	96,9
Viborg, kirurgi	Ja	55 / 57	0 (0)	96,5	(87,9-99,6)	84 / 84	100,0	96,9
Nordjylland	Ja	37 / 40	0 (0)	92,5	(79,6-98,4)	57 / 60	95,0	93,4
Aalborg, kirurgi	Ja	37 / 40	0 (0)	92,5	(79,6-98,4)	57 / 60	95,0	93,4
Færøerne	Ja	3 / 3	0 (0)	100,0	(29,2-100,0)	0 / 0		100,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	41	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	3.119	Ikke indikation for aksilrømning
	427	Aksilrømning ikke foretaget

Antal patienter, som er registreret med fravalg af aksilrømning i 2022

Herlev-Gentofte	46
Odense	14
Vejle	16
Viborg	37
Aarhus	41
Aalborg	31
Total	185

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsens nævner 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 94,8 % (95% CI: 92,5-96,5) på landsplan, og den fastsatte standard på ≥ 90 % opfyldes på landsplan og for alle regioner, undtagen Region Sjælland (herunder afdeling Roskilde) som dog ligger meget tæt på standardopfyldelse. På afdelingsniveau opfylder Esbjerg ikke standarden i aktuelle år, men med et absolut antal på kun 4 patienter, der ikke opfylder. Trendgrafnen viser en generel indikatoropfyldelse over tid, dog med en nedadgående trend i Region Sjælland.

Af tabellen ovenfor over fravalg af aksilrømning ses, at i alt 185 patienter er registreret med at de aktivt har valgt ikke at gennemgå aksilrømning. Dette er ud af ialt 427 patienter, som ikke indgår i indikator 3, fordi de ikke fik foretaget aksilrømning i 2022.

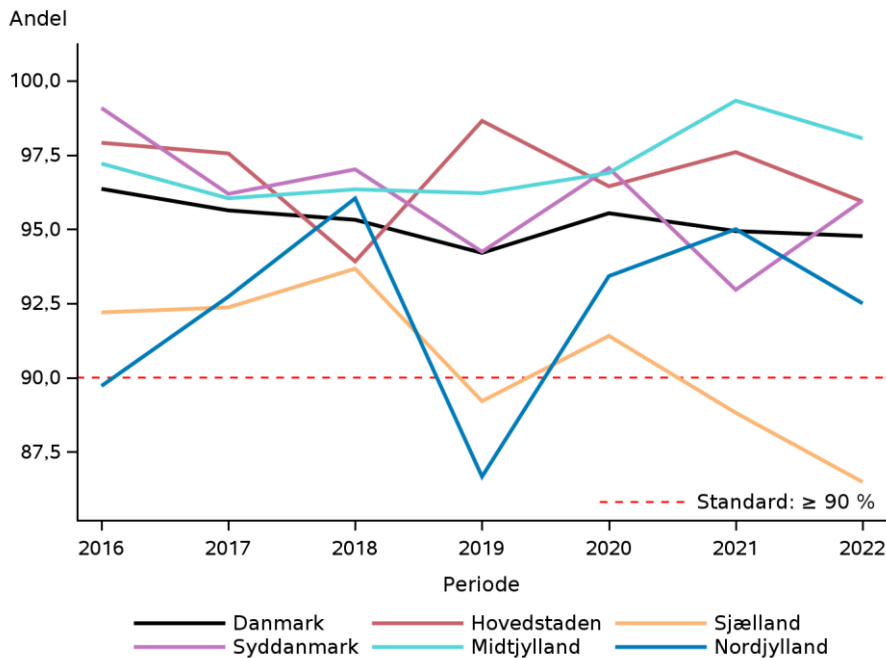
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

På landsplan må resultatet betegnes som tilfredsstillende, og det ligger stabilt. Region Sjælland (Roskilde) ligger dog under standarden, men ikke signifikant. Det må dog give anledning til overvejelse i afdelingen, om der er behov for at se på, om resultatet kan forbedres, da der synes at være en tendens i retning af en faldende opfyldelse. Tilsvarende er der et ikke-tilfredsstillende resultat i Esbjerg, men da det bygger på meget små tal, og da resultatet fra de to foregående år er tilfredsstillende, finder styregruppen ikke anledning til egentlig påtale.

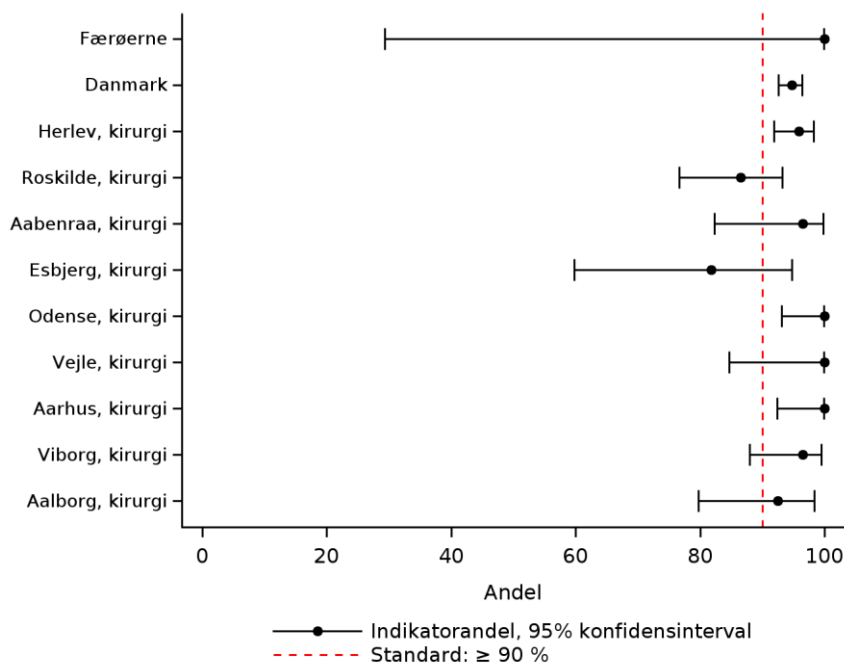
Vurdering af indikatoren

Den ændring i behandlingen af aksilmetastaser, der er sket og tidligere beskrevet som følge af øget selvvalg, betyder formentlig, at det samlede antal aksilrømninger er reduceret. Det har ført til, at oplæring i indgrebet og vedligeholdelse af ekspertise på området er blevet vanskeligere for den enkelte brystkirurg. Det understreger betydningen af at vedblive med en monitorering af kvaliteten på området.

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.



Indikatorområde 4. Adjuverende onkologisk behandling

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

Herunder opgøres andelen af patienter i højrisiko (i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering) med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer (herunder kemoterapi, endokrin terapi eller biologisk behandling). Nedenfor ses også årsager til manglende opfyldelse af indikatoren. Som supplement er indikatoren vist for onkologisk afdeling (indikatortabel 4onk).

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

	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år			
	≥ 85% opfyldt		Tæller/ nævner	Andel	95% CI	2020 Antal	2019 Andel	2019 Andel
Danmark	Nej	2.833 / 3.353	155 (4)	84,5	(83,2-85,7)	2.816 / 3.289	85,6	85,6
Hovedstaden	Ja	845 / 962	56 (6)	87,8	(85,6-89,8)	813 / 940	86,5	85,1
Sjælland	Ja	512 / 583	5 (1)	87,8	(84,9-90,4)	494 / 531	93,0	89,9
Syddanmark	Nej	622 / 741	33 (4)	83,9	(81,1-86,5)	646 / 776	83,2	86,9
Midtjylland	Nej	553 / 735	37 (5)	75,2	(72,0-78,3)	571 / 720	79,3	78,6
Nordjylland	Ja	301 / 332	14 (4)	90,7	(87,0-93,6)	292 / 322	90,7	90,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	28	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	290	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	222	Ikke i højrisikogruppe
	1	Død inden for 30 dage efter operation
	8	Emigration inden for 30 dage efter operation
	17	Anden malign sygdom eller andet off-study
Uoplyst:	155	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler

Årsager til ikke at opfylde indikator 4:

Nedenfor angives antallet af de i alt 557 patienter, der ikke opfylder indikator 4, fordi de ikke har modtaget kemoterapi, endokrin behandling eller biologisk behandling ifølge retningslinjerne. 'Nej' betyder at der er truffet beslutning om ikke at behandle, 'ukendt' vil sige at man ikke kender årsagen til manglende behandling. Det ses eksempelvis at der er 44 patienter, som udelukkende burde have fået kemoterapi, men som ikke har modtaget dette, og der er 90 patienter, som udelukkende burde have fået endokrin behandling, men som ikke har modtaget dette. 146 af de patienter, som burde have fået begge disse behandlinger, har alene modtaget endokrin behandling, mens 46 har modtaget endokrin behandling, men ikke kemoterapi.

Antal patienter som burde få kemoterapi ifølge retningslinjer, men ikke har modtaget dette

<i>Kemoterapi</i>	
<i>Nej</i>	
	44

Antal patienter som burde få endokrin behandling ifølge retningslinjer, men ikke har modtaget dette

<i>Endokrin behandling</i>	
<i>Nej</i>	
	90

Patienter som burde få både kemoterapi og endokrin behandling, ifølge retningslinje, men ikke har modtaget dette

<i>Kemoterapi</i>	<i>Endokrin behandling</i>		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Ukendt</i>
Ja	.	46	47
Nej	146	15	.
Ukendt	8	#	.

Patienter som burde få både kemoterapi og Anti-HER2 behandling, ifølge retningslinje, men ikke har modtaget dette

<i>Kemoterapi</i>	<i>Anti-HER2 behandling</i>		
	<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Ukendt</i>
Ja	.	#	8
Nej	#	11	#

Patienter som burde få både kemoterapi, endokrin behandling og Anti-HER2 behandling, ifølge retningslinje, men ikke har modtaget dette

		<i>Anti-HER2 behandling</i>		
		<i>Ja</i>	<i>Nej</i>	<i>Ukendt</i>
<i>Kemoterapi</i>	<i>Endokrin behandling</i>			
Ja	Ja	.	9	11
	Nej	34	.	#
	Ukendt	#	#	7
Nej	Ja	5	7	14
	Nej	.	5	.
	Ukendt	.	#	.
Ukendt	Ja	.	.	#
	Nej	.	.	#
	Ukendt	.	#	.

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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år		
	≥ 85%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020		2019
	opfyldt					Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	2.892 / 3.346	85 (2)	84,5	(83,3-85,8)	2.808 / 3.277	85,7	85,8
Hovedstaden	Ja	844 / 960	7 (1)	87,9	(85,7-89,9)	810 / 936	86,5	85,3
Sjælland	Ja	512 / 583	4 (1)	87,8	(84,9-90,4)	493 / 530	93,0	90,2
Syddanmark	Nej	622 / 741	31 (4)	83,9	(81,1-86,5)	646 / 776	83,2	86,9
Midtjylland	Nej	550 / 730	35 (5)	75,3	(72,0-78,4)	568 / 714	79,6	79,2
Nordjylland	Ja	301 / 332	8 (2)	90,7	(87,0-93,6)	291 / 321	90,7	90,0
Hovedstaden	Ja	844 / 960	7 (1)	87,9	(85,7-89,9)	810 / 936	86,5	85,3
Herlev, onkologi	Ja	347 / 402	4 (1)	86,3	(82,6-89,5)	339 / 378	89,7	86,6
Hillerød, onkologi	Ja	163 / 180	3 (2)	90,6	(85,3-94,4)	144 / 170	84,7	87,6
Rigshospitalet, onkologi	Ja	313 / 353	0 (0)	88,7	(84,9-91,8)	306 / 367	83,4	83,5
Rønne, onkologi	Nej	21 / 25	0 (0)	84,0	(63,9-95,5)	21 / 21	100,0	76,5
Sjælland	Ja	512 / 583	4 (1)	87,8	(84,9-90,4)	493 / 530	93,0	90,2
Næstved, onkologi	Ja	512 / 583	4 (1)	87,8	(84,9-90,4)	493 / 530	93,0	90,2
Syddanmark	Nej	622 / 741	31 (4)	83,9	(81,1-86,5)	646 / 776	83,2	86,9
Esbjerg, onkologi	Ja	111 / 125	2 (2)	88,8	(81,9-93,7)	109 / 131	83,2	81,8
Odense, onkologi	Nej	189 / 252	20 (7)	75,0	(69,2-80,2)	239 / 305	78,4	85,1
Sønderborg, onkologi	Ja	111 / 126	5 (4)	88,1	(81,1-93,2)	114 / 131	87,0	85,9
Vejle, onkologi	Ja	211 / 238	4 (2)	88,7	(83,9-92,4)	184 / 209	88,0	92,0
Midtjylland	Nej	550 / 730	35 (5)	75,3	(72,0-78,4)	568 / 714	79,6	79,2
Aarhus, onkologi	Nej	301 / 437	31 (7)	68,9	(64,3-73,2)	322 / 436	73,9	74,1
Herning, onkologi	Ja	249 / 293	4 (1)	85,0	(80,4-88,9)	246 / 278	88,5	86,8
Nordjylland	Ja	301 / 332	8 (2)	90,7	(87,0-93,6)	291 / 321	90,7	90,0
Aalborg, onkologi	Ja	301 / 332	8 (2)	90,7	(87,0-93,6)	291 / 321	90,7	90,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	28	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	290	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	222	Ikke i højrisikogruppe
	1	Død inden for 30 dage efter operation
	8	Emigration inden for 30 dage efter operation
	17	Anden malign sygdom eller andet off-study
	77	Ikke en onkologisk afdeling
Uoplyst:	85	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 4

På landsplan ligger andelen af patienter i højrisiko med invasivt karcinom, som indgår i adjuverende onkologisk behandling på 84,5 % (95% CI: 83,2-85,7). Standarden på ≥ 85 % opfyldes ikke på landsplan. Region Hovedstaden, Sjælland og Nordjylland ligger over standard. Region Syddanmark ligger lidt under standard, mens Region Midtjylland ikke opfylder standarden. Over tid har indikatorresultatet ligget stabilt overordnet set, men Region Midtjyllands andel har været faldende over flere perioder og ligger aktuelt på 75,8 %. Når man ser på opgørelsen for de onkologiske afdelinger (indikator 4onk), varierer andelen, der indgår i adjuverende onkologiske behandling med omkring 15 procentpoint, og Odense og Århus ligger for lavt i opfyldelse på hhv. 75 og 69 %.

Der er en del uoplyste (i alt 155, svarende til 4%), hvor der mangler FLOW skema for medicinsk behandling. Når man ser på tabel 4onk mangler der dog kun indberetning for 2 % for de onkologiske afdelinger. For de kirurgiske afdelinger, er der på landsplan 70 patienter, der mangler indberetning ved FLOW skema, hvoraf hovedparten burde være registreret på Herlev (data ikke vist i tabel).

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Det samlede resultat for hele landet er ikke helt tilfredsstillende, selvom det ikke afviger signifikant fra standarden. Det fremgår, at der er et element af manglende rettidig indberetning, da indikatoropfyldelsen for tidligere år ses at være bedre nu, end det, der blev rapporteret i sidste års rapport. Det gælder i særlig grad for Region Hovedstaden.

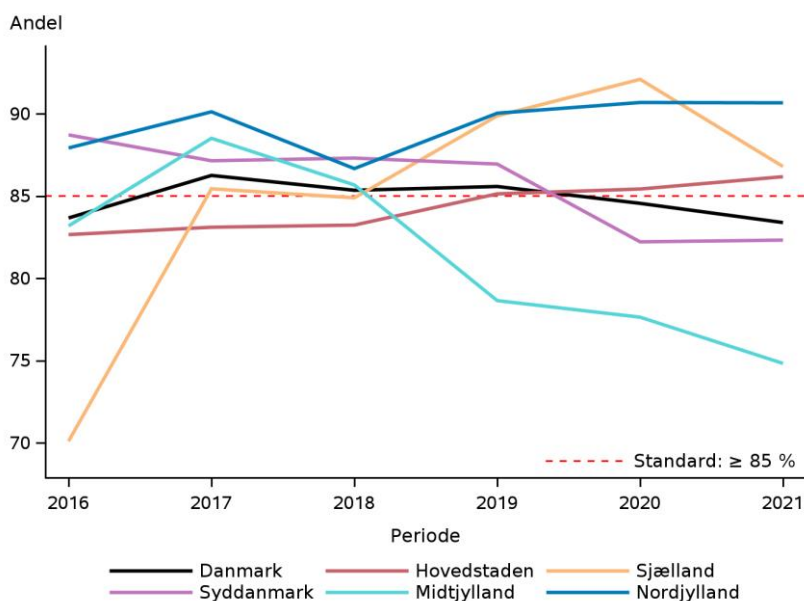
I dette års rapport kommer to af landets store universitetsklinikker i Århus og Odense ud med en meget lav indikatoropfyldelse, og for begge afdelinger gælder, at der ikke er sket forbedring det seneste år. Det vurderes som meget utilfredsstillende. Indikatoren drejer sig om en meget væsentlig del af den primære behandling af patienter med brystkræft, og det er helt afgørende at kunne monitorere, om dette element i behandlingen lever op til den standard, der foreskrives i de kliniske retningslinjer. På baggrund af resultaterne er der en betydelig risiko for svigt i behandlingen. På dette grundlag er styregruppen stærkt bekymret, og det vurderes af afgørende betydning, at de to afdelinger dokumenterer, at kvaliteten er tilfredsstillende, og hvis ikke, tager skridt til omgående at få bragt behandlingen i orden.

I forbindelse med styregruppens diskussion af udfaldet af denne indikator, kom det også frem, at der formentlig ligger et betydeligt forbedringspotentiale i forhold til manglende indberetning, hvis der blev sat kræfter ind på at få automatisk indberetning/datafangst af systemisk behandling sat i system. DBCG vil gerne, og har mulighed for at, modtage data fra f.eks. BI-portalen og fælles medicinkort. Umiddelbart vurderes det at kunne højne indberetningen af disse meget vigtige data. Styregruppen vil derfor kraftigt opfordre landets onkologiske afdelinger, hospitalsledelserne og de IT-ansvarlige til, at der tages skridt til at få en sådan automatisk indberetning iværksat

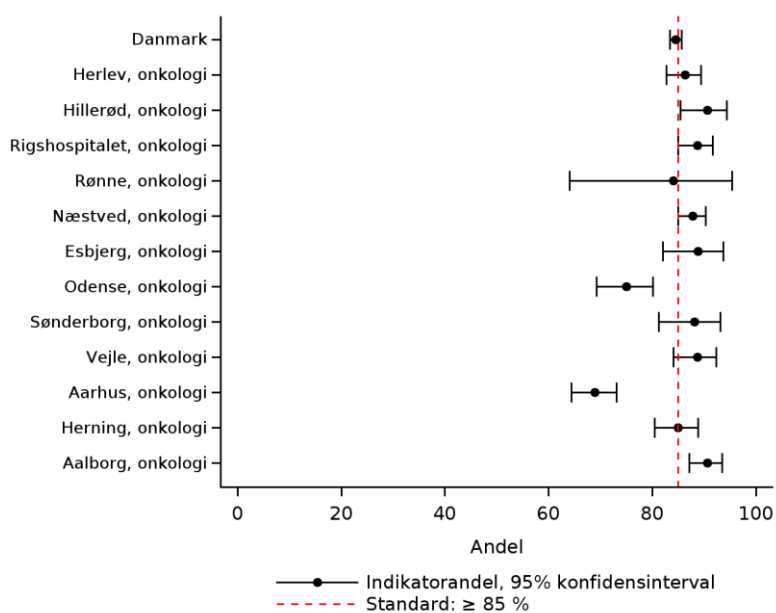
Vurdering af indikatoren

Denne indikator er særdeles relevant og vigtig. Systemisk behandling er helt central i behandlingen af tidlig brystkræft. De foreliggende resultater kan dække over behandlingsmæssige svigt, og understreger betydningen af fortsat monitorering.

Indikator 4reg: Andel af patienter i højrisiko 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.



Indikatorområde 5. Adjuverende strålebehandling

I indikator 5a og 5b opgøres andelen af patienter, der modtager adjuverende strålebehandling i følge retningslinjerne efter hhv lumpektomi og mastektomi operation.

Indikator 5a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020 Antal	2019 Andel	2019 Andel
Danmark	Ja	2.284 / 2.515	31 (1)	90,8	(89,6-91,9)	2.096 / 2.384	87,9	89,9
Hovedstaden	Ja	701 / 773	2 (0)	90,7	(88,4-92,6)	677 / 799	84,7	86,8
Sjælland	Ja	344 / 368	9 (2)	93,5	(90,5-95,8)	305 / 316	96,5	93,5
Syddanmark	Nej	487 / 545	11 (2)	89,4	(86,5-91,8)	461 / 529	87,1	92,2
Midtjylland	Ja	515 / 559	0 (0)	92,1	(89,6-94,2)	453 / 517	87,6	86,6
Nordjylland	Nej	237 / 270	18 (6)	87,8	(83,3-91,4)	200 / 223	89,7	100,0
Hovedstaden	Ja	701 / 773	2 (0)	90,7	(88,4-92,6)	677 / 799	84,7	86,8
Herlev	Nej	413 / 466	1 (0)	88,6	(85,4-91,4)	405 / 472	85,8	84,6
Rigshospitalet	Ja	288 / 307	1 (0)	93,8	(90,5-96,2)	272 / 327	83,2	89,7
Sjælland	Ja	344 / 368	9 (2)	93,5	(90,5-95,8)	305 / 316	96,5	93,5
Næstved	Ja	344 / 368	9 (2)	93,5	(90,5-95,8)	305 / 316	96,5	93,5
Syddanmark	Nej	487 / 545	11 (2)	89,4	(86,5-91,8)	461 / 529	87,1	92,2
Odense	Nej	145 / 163	2 (1)	89,0	(83,1-93,3)	160 / 186	86,0	88,6
Vejle	Nej	342 / 382	0 (0)	89,5	(86,0-92,4)	301 / 343	87,8	94,0
Midtjylland	Ja	515 / 559	0 (0)	92,1	(89,6-94,2)	453 / 517	87,6	86,6
Aarhus	Ja	515 / 559	0 (0)	92,1	(89,6-94,2)	453 / 517	87,6	86,6
Nordjylland	Nej	237 / 270	18 (6)	87,8	(83,3-91,4)	200 / 223	89,7	100,0
Aalborg	Nej	237 / 270	18 (6)	87,8	(83,3-91,4)	200 / 223	89,7	100,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.315	Ikke lumpektomi
	7	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	177	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	1	Død inden for 30 dage efter operation
	5	Emigration inden for 30 dage efter operation
	9	Anden malign sygdom eller andet off-study
	5	Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer
Uoplyst:	31	Oplysninger mangler på STRÅLE-skema

Årsager til manglende opfyldelse af indikator 5a

	Natural studiet	Patientens eget valg	Kardiovaskulær sygdom	Defekt cicatrice/infektion	Andet	Andre årsager/ datakvalitet	Alle
Hovedstaden	10	33	#	.	20	7	72
Sjælland	7	10	.	.	5	#	24
Syddanmark	12	23	.	.	14	9	58
Midtjylland	20	10	.	.	11	3	44
Nordjylland	18	.	.	.	10	5	33

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. I det strålebehandling overvejende gives i det post-operative forløb, er indikatoren tidsforskudt og inkluderer patienter med et års opfølgning. Derudover skal stråleterapitype og stråledosis være indberettet, eller der skal være angivet en årsag til anden strålebehandling samt 'anden stråledosis' skal været indberettet.

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 5a

Andelen af patienter opereret med brystbevarende kirurgi, som har modtaget adjuverende strålebehandling i følge retningslinjer for behandling ligger på 90,8% (95% CI: 89,6-91,9) på landsplan i aktuelle år, og standarden er opfyldt. Region Syddanmark og Region Nordjylland ligger marginalt under standard, mens de øvrige regioner opfylder. Der er på landsplan en bedring i resultatet i forhold til året før, og Region Hovedstaden har øget sin andel over tid (jf. trendgraf).

Det ses af tabellen *årsager til manglende opfyldelse* at ialt 76 af de 231 patienter, der ikke har modtaget strålebehandlingen, skyldes patientens eget valg, mens det for 67 skyldes, at de indgår i NATURAL-studiet (randomiseret undersøgelse, hvor lavrisiko patienter, som vurderes at have mindre gavn af strålebehandling indgår).

Andelen af uoplyste har tidligere været høj, men ligger nu på 2 % på landsplan, og således er registrering af oplysninger på Stråleskema forbedret markant.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

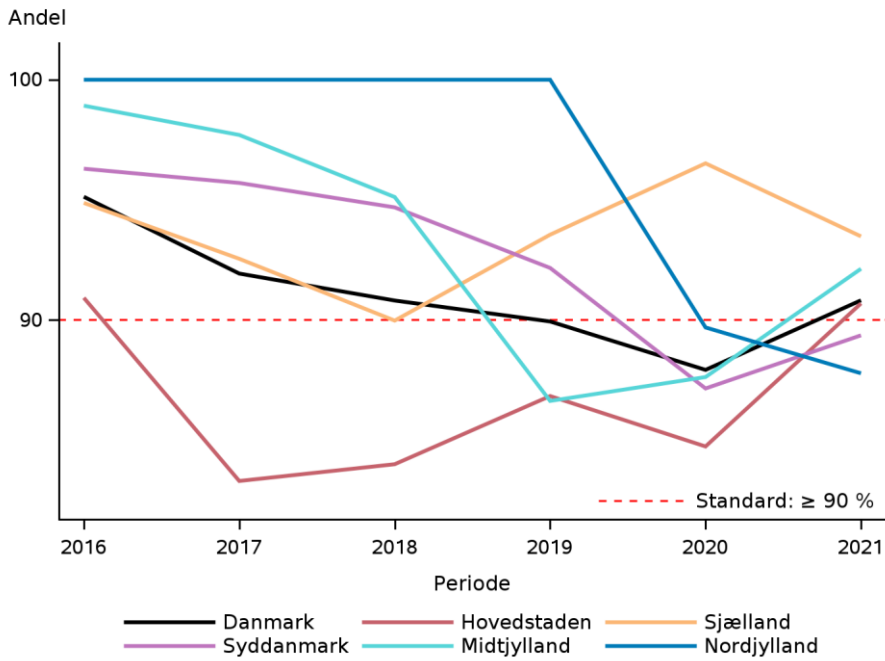
Generelt vurderes resultatet for denne indikator tilfredsstillende, og der er ikke væsentlig variation henover landet. Alle afdelinger på nær afdelingen i Odense benytter automatisk datafangst, og det har vist sig at være en særdeles farbar vej. OUH opfordres til at følge denne udvikling også.

Årsagerne til manglende opfyldelse af indikatorværdien er godt belyst, og det fremgår, at der er en tendens til, at flere patienter vælger strålebehandling fra. I denne opgørelse er det ca. 3%. Ved brystbevarende operation er strålebehandling obligatorisk og vurderes som af afgørende betydning for, at denne behandlingsform fører til en bedre overlevelse. Det skal dog understreges, at NATURAL-studiet afsøger mulighederne for, at man på en begrænset gruppe af patienter med favorable karakteristika kan undlade strålebehandling uden af forværre prognosen. For patienter, der ikke tilhører målgruppen, vækker den observerede udvikling med fravalg af behandling nogen bekymring.

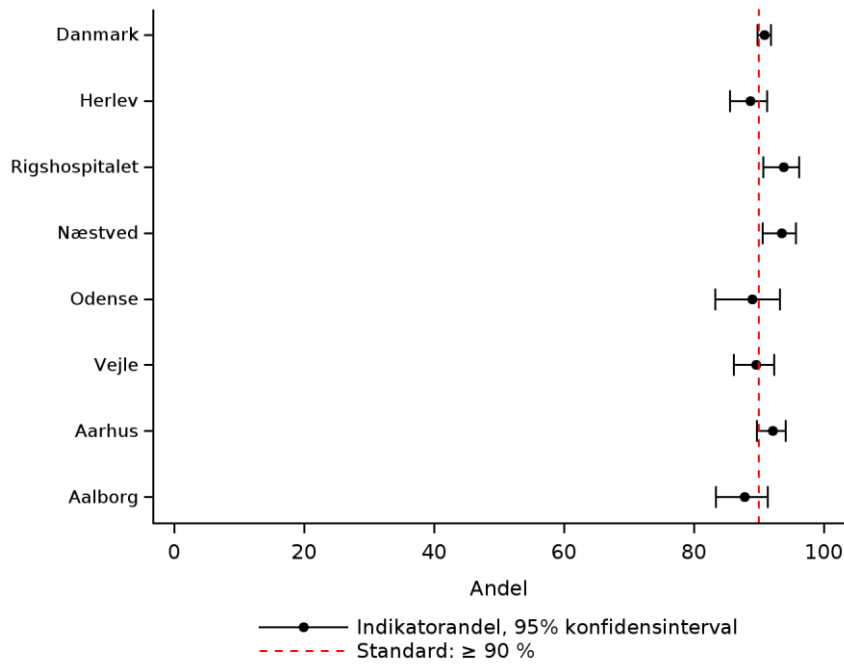
Vurdering af indikatoren

Monitorering af denne behandling er af meget stor betydning for den samlede kvalitet af brystkræftbehandling, og er vigtig for at følge udviklingen og sikre, at der ikke sker yderligere udvikling i retning af, at færre patienter modtager den rette behandling.

Indikator 5a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 5b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år		
	≥ 90%	Tæller/ nævner		Andel 95% CI		2020	2019	
	opfyldt			Antal	Andel	Antal	Andel	Andel
Danmark	Nej	452 / 535	21 (4)	84,5	(81,1-87,4)	494 / 613	80,6	93,5
Hovedstaden	Nej	157 / 189	3 (2)	83,1	(76,9-88,1)	155 / 194	79,9	92,5
Sjælland	Nej	58 / 74	4 (5)	78,4	(67,3-87,1)	57 / 79	72,2	90,0
Syddanmark	Nej	95 / 114	5 (4)	83,3	(75,2-89,7)	107 / 134	79,9	93,6
Midtjylland	Ja	110 / 122	2 (2)	90,2	(83,4-94,8)	120 / 140	85,7	94,9
Nordjylland	Nej	32 / 36	7 (16)	88,9	(73,9-96,9)	55 / 66	83,3	100,0
Hovedstaden	Nej	157 / 189	3 (2)	83,1	(76,9-88,1)	155 / 194	79,9	92,5
Herlev	Nej	70 / 98	2 (2)	71,4	(61,4-80,1)	73 / 97	75,3	90,3
Rigshospitalet	Ja	87 / 91	1 (1)	95,6	(89,1-98,8)	82 / 97	84,5	94,7
Sjælland	Nej	58 / 74	4 (5)	78,4	(67,3-87,1)	57 / 79	72,2	90,0
Næstved	Nej	58 / 74	4 (5)	78,4	(67,3-87,1)	57 / 79	72,2	90,0
Syddanmark	Nej	95 / 114	5 (4)	83,3	(75,2-89,7)	107 / 134	79,9	93,6
Odense	Nej	51 / 58	1 (2)	87,9	(76,7-95,0)	52 / 63	82,5	100,0
Vejle	Nej	44 / 56	0 (0)	78,6	(65,6-88,4)	55 / 71	77,5	88,0
Midtjylland	Ja	110 / 122	2 (2)	90,2	(83,4-94,8)	120 / 140	85,7	94,9
Aarhus	Ja	110 / 122	2 (2)	90,2	(83,4-94,8)	120 / 140	85,7	94,9
Nordjylland	Nej	32 / 36	7 (16)	88,9	(73,9-96,9)	55 / 66	83,3	100,0
Aalborg	Nej	32 / 36	7 (16)	88,9	(73,9-96,9)	55 / 66	83,3	100,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.810	Ikke mastektomi
	5	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	108	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	2	Emigration inden for 30 dage efter operation
	7	Anden malign sygdom eller andet off-study
	586	Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer
Uoplyst:	21	Oplysninger mangler på STRÅLE-skema

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsen indgår patienter 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. I det strålebehandling overvejende gives i det post-operative forløb, er indikatoren tidsforskudt og

inkluderer patienter med et års opfølgning. Derudover skal stråleterapitype og stråledosis være indberettet, eller der skal være angivet en årsag til anden strålebehandling samt 'anden stråledosis' skal være indberettet.

	<i>Patientens eget valg</i>	<i>Kardiovaskulær sygdom</i>	<i>Defekt cikatrice/infektion</i>	<i>Andet</i>	<i>Andre årsager/datakvalitet</i>	<i>Alle</i>
Hovedstaden	17	.	.	11	4	32
Sjælland	6	.	.	7	3	16
Syddanmark	5	.	.	7	7	19
Midtjylland	5	.	.	3	4	12
Nordjylland	.	.	.	3	#	4

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 5b

I den aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter opereret med mastektomi, som har modtaget adjuverende strålebehandling jf. DBCG's retningslinjer på 84,5% (95% CI: 81,1-87,4) på landsplan, og standarden på $\geq 90\%$ opfyldes således ikke. Region Midtjylland opfylder standarden, og Region Nordjylland ligger tæt på, mens de øvrige tre regioner Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark ligger under standard. Af trendgrafen ses, at andelen har ligget nogenlunde stabil i en årrække, og efter en nedgang sidste år er andelen forbedret i aktuelle år for alle regioner. Flere afdelinger opfylder ikke standard og Herlev, Næstved og Vejle ligger især lavt (71% - 78 %).

Det ses af tabellen *årsager til manglende opfyldelse* at for 33 af de i alt 83 patienter, der ikke har modtaget strålebehandlingen, skyldes det patientens eget valg.

Andelen af uoplyste for denne indikator ligger på 4% på landsplan (skyldes manglende registrering af oplysninger på Stråleskema), hvilket er en klar bedring i registrering i forhold til sidste årsrapport.

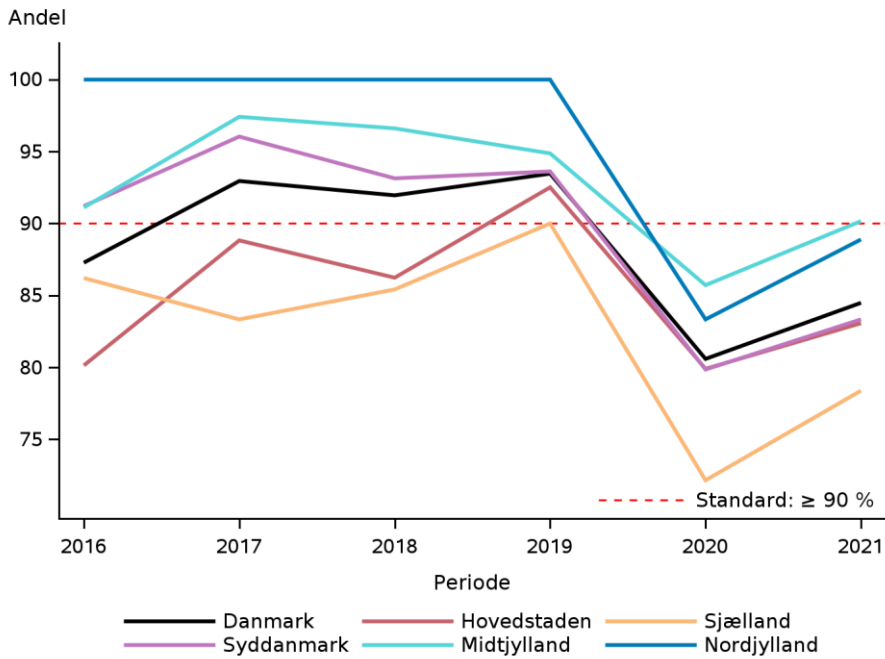
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Generelt er der et utilfredsstillende resultat på landsplan. Kun Region Midtjylland lever op til standarden. Region Nordjylland ligger ikke signifikant under, mens de øvrige regioner ligger signifikant under standarden. Det er iøjenfaldende, at der i Region Hovedstaden er en meget stor forskel på de to stråleafdelinger i Herlev og Rigshospitalet. Styregruppen noterer sig, at Herlev, Næstved og Vejle opnår et bemærkelsesværdigt ringe resultat, hvor omkring en fjerdel af målgruppen ikke modtager den anbefalede strålebehandling efter mastektomi. Styregruppen henstiller, at man ved de afdelinger foretager en lokal audit med henblik på at belyse årsagerne til, at man skiller sig markant ud fra de øvrige afdelinger.

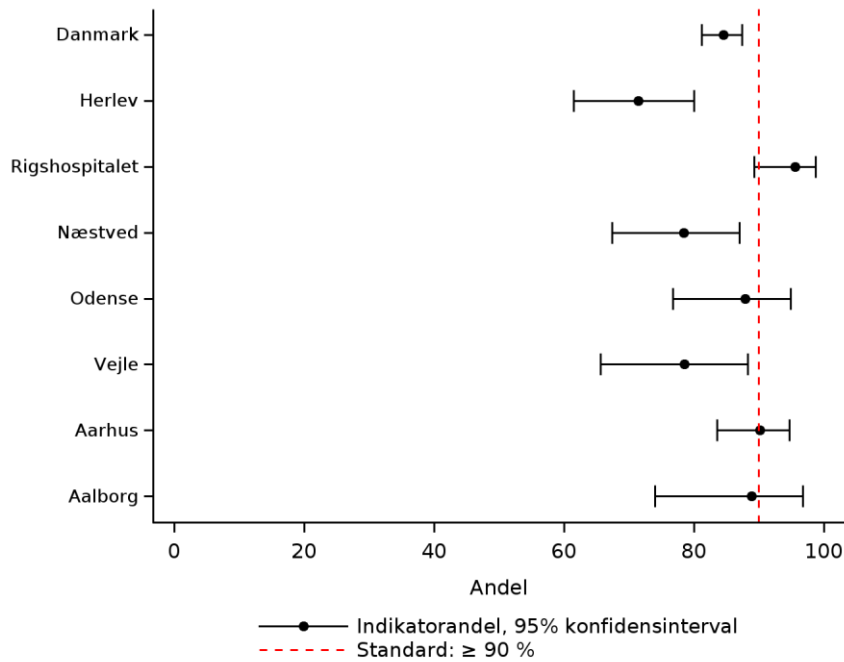
Patientens eget valg synes også at have stor betydning for udfaldet af denne opgørelse, og det er dokumenteret, at ca. 6% vælger strålebehandling fra, men det fremgår også, at der er stor variation regionerne imellem. Det er en bekymrende udvikling, og det lægger op til, at man lokalt auditerer denne gruppe og gør sig overvejelser om patienterne rådgives tilstrækkeligt, før behandling besluttet. En ph.d.-undersøgelse med udgangspunkt i AUH er netop indledt mhp. at klarlægge nærmere, hvorfor patienter fravælger strålebehandling.

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. Styregruppen gør sig overvejelser om, hvorvidt der kan formuleres en indikator, der specifikt vedrører patienternes eget fravalg af anbefalet behandling. Det vil blive taget op ved et senere møde.

Indikator 5b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikatorområde 6. Recidiv efter brystbevarende terapi

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. Indikatoren angiver 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	Aktuelle år	
	≤ 2,5% opfyldt		antal (%)	01.01.2016 - 31.12.2020	Andel 95% CI
Danmark	Nej	225 / 12.703	167 (1)	2,6	(2,3-3,0)
Hovedstaden	Nej	81 / 3.828	88 (2)	3,0	(2,4-3,8)
Sjælland	Nej	43 / 2.251	17 (1)	2,7	(2,0-3,7)
Syddanmark	Ja	53 / 2.887	10 (0)	2,5	(1,8-3,2)
Midtjylland	Nej	35 / 2.548	38 (1)	2,8	(1,9-4,0)
Nordjylland	Ja	13 / 1.187	3 (0)	1,4	(0,8-2,4)
Hovedstaden	Nej	81 / 3.828	88 (2)	3,0	(2,4-3,8)
Herlev-Gentofte, kirurgi	Nej	81 / 3.828	88 (2)	3,0	(2,4-3,8)
Sjælland	Nej	43 / 2.251	17 (1)	2,7	(2,0-3,7)
Roskilde, kirurgi	Nej	43 / 2.251	17 (1)	2,7	(2,0-3,7)
Syddanmark	Ja	53 / 2.887	10 (0)	2,5	(1,8-3,2)
Aabenraa, kirurgi	Ja	9 / 684	1 (0)	1,9	(0,9-3,6)
Esbjerg, kirurgi	Ja	7 / 534	1 (0)	1,6	(0,7-3,2)
Odense, kirurgi	Nej	15 / 740	2 (0)	3,4	(1,8-5,8)
Vejle, kirurgi	Nej	22 / 929	6 (1)	2,8	(1,8-4,1)
Midtjylland	Nej	35 / 2.548	38 (1)	2,8	(1,9-4,0)
Aarhus, kirurgi	Nej	14 / 969	14 (1)	6,4	(3,0-11,7)
Viborg, kirurgi	Ja	21 / 1.579	24 (1)	2,1	(1,3-3,1)
Nordjylland	Ja	13 / 1.187	3 (0)	1,4	(0,8-2,4)
Aalborg, kirurgi	Ja	13 / 1.187	3 (0)	1,4	(0,8-2,4)
Færøerne	Ja	# / #	11 (85)	0,0	(0,0-84,2)

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	6.660	Ikke lumpektomi
	96	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	493	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	103	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
Uoplyst:	167	Follow-up ikke registreret

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsens nævner indgår patienter med invasiv brystkræft, som har modtaget BCS, som indgår i DBCG-protokol. Såfremt der mangler opfølgning af patienter, vil disse censureres og dermed udgå af nævneren. 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 (inklusive kombinationer af flere lokalisationer) eller anden malign sygdom, samt død som første begivenhed (uanset årsag). Begivenheden lokalt recidiv optræder i konkurrence med andre og normalt mere alvorlige begivenheder. Hvis første hændelse er død, så er begivenheden lokalt recidiv udelukket. Hvis første hændelse er fjernrecidiv eller anden malign sygdom (fx lungekræft), så vil en efterfølgende forekomst af lokalt recidiv ikke blive registreret og vil sandsynligvis have ringe betydning for den pågældende patients prognose. Således kan en lav andel af lokalt recidiv være et resultat af, at der i det hele taget er få hændelser af lokalt recidiv, eller et resultat af udkonkurrerende hændelser,

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 $\leq 2,5$ % opfyldt på landsplan. Standarden opfyldes i Region Syddanmark og Region Nordjylland, mens Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland ikke opfylder, men resultatet ligger kun marginalt over standarden. På afdelingsniveau skiller Århus sig ud med et resultat på 6,4 %. I Århus mangler der opfølgingsdata, og derfor udgår flere patienter tidligt af opgørelsens nævnerpopulation, hvilket samtidigt giver en stor usikkerhed i resultatet.

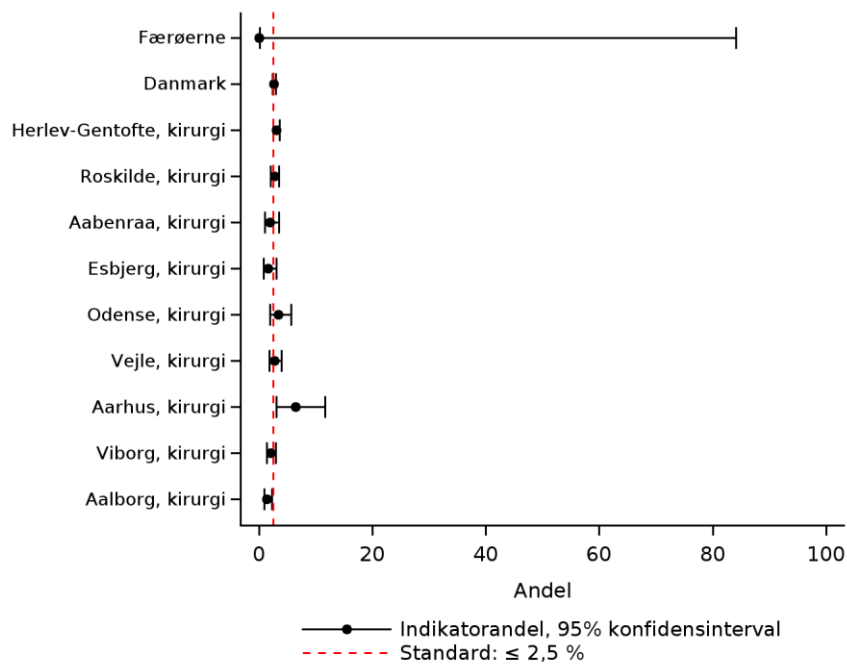
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Der har på landsplan været en lille øgning i den registrerede forekomst af lokalt recidiv, og det samlede resultat har sneget sig over standarden, men dog kun marginalt. Billedet er generelt uden større variation, men dog skiller Region Nordjylland sig positivt ud med en meget lav lokalrecidiv-forekomst på kun 1,4%. På afdelingsniveau er resultatet fra Aarhus bemærkelsesværdigt ringe med en registreret forekomst af lokalrecidiv hos 6,4%, mere end dobbelt så højt som alle andre behandlingssteder. Dette er en markant forringelse i forhold til de foregående års resultat, og det er en skærpene omstændighed at indberetningen er inkomplet, hvilket fører til en betydelig usikkerhed i estimatet. Det numeriske antal lokalrecidiver, der indberettet er således ikke væsentlig ændret (12 i 2021 rapporten og 14 i dette års rapport). Styregruppen anbefaler, at Aarhus ser på egne tal og dokumenterer, at der ikke er sket en så stor forringelse, som tallene viser. Som det vil fremgå senere i denne rapport henstilles også kraftigt til, at man får styrket indberetning af data til DBCG.

Vurdering af indikatoren

Det er en vigtig indikator, der afspejler kvaliteten af primært den kirurgiske behandling og strålebehandling, selvom såvel kvaliteten af den patologisk vurdering af operationspræparatet 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.



Indikatorområde 7. Fravær af reoperation

Komplikation og reoperation som følge heraf skal så vidt muligt undgås. Herunder opgøres andelen af patienter, der *ikke* får operationskrævende postoperativ komplikation efter kurativt intenderet brystkræftoperation.

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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2021 Antal	Andel	2020 Andel
Danmark	Ja	3.959 / 4.111	42 (1)	96,3	(95,7-96,9)	3.793 / 3.945	96,1	95,8
Hovedstaden	Ja	1.251 / 1.303	3 (0)	96,0	(94,8-97,0)	1.106 / 1.152	96,0	95,4
Sjælland	Ja	659 / 672	13 (2)	98,1	(96,7-99,0)	640 / 653	98,0	97,1
Syddanmark	Ja	842 / 874	9 (1)	96,3	(94,9-97,5)	824 / 866	95,2	95,2
Midtjylland	Ja	845 / 883	1 (0)	95,7	(94,1-96,9)	835 / 872	95,8	96,7
Nordjylland	Ja	354 / 371	12 (3)	95,4	(92,8-97,3)	379 / 393	96,4	94,8
Hovedstaden	Ja	1.251 / 1.303	3 (0)	96,0	(94,8-97,0)	1.106 / 1.152	96,0	95,4
Herlev-Gentofte	Ja	1.251 / 1.303	3 (0)	96,0	(94,8-97,0)	1.106 / 1.152	96,0	95,4
Sjælland	Ja	659 / 672	13 (2)	98,1	(96,7-99,0)	640 / 653	98,0	97,1
Roskilde, kirurgi	Ja	659 / 672	13 (2)	98,1	(96,7-99,0)	640 / 653	98,0	97,1
Syddanmark	Ja	842 / 874	9 (1)	96,3	(94,9-97,5)	824 / 866	95,2	95,2
Aabenraa, kirurgi	Ja	169 / 177	0 (0)	95,5	(91,3-98,0)	175 / 182	96,2	94,9
Esbjerg, kirurgi	Nej	143 / 151	2 (1)	94,7	(89,8-97,7)	141 / 150	94,0	92,9
Odense, kirurgi	Ja	292 / 300	0 (0)	97,3	(94,8-98,8)	256 / 272	94,1	93,4
Vejle, kirurgi	Ja	238 / 246	7 (3)	96,7	(93,7-98,6)	252 / 262	96,2	98,5
Midtjylland	Ja	845 / 883	1 (0)	95,7	(94,1-96,9)	835 / 872	95,8	96,7
Aarhus, kirurgi	Ja	436 / 457	1 (0)	95,4	(93,1-97,1)	359 / 371	96,8	96,5
Viborg, kirurgi	Ja	409 / 426	0 (0)	96,0	(93,7-97,7)	476 / 501	95,0	96,9
Nordjylland	Ja	354 / 371	12 (3)	95,4	(92,8-97,3)	379 / 393	96,4	94,8
Aalborg, kirurgi	Ja	354 / 371	12 (3)	95,4	(92,8-97,3)	379 / 393	96,4	94,8
Færøerne	Ja	8 / 8	4 (33)	100,0	(63,1-100,0)	9 / 9	100,0	75,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	155	Ikke opereret ifølge DBCG
Uoplyst:	42	Ingen primær operationskode i LPR

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 7

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af patienter, der ikke re-opereres inden for 60 dage som følge af komplikationer efter brystkræftoperation på 96,3 % (95% CI: 95,7-96,9). Standarden på $\geq 95\%$ er opfyldt på landsplan og for alle regioner. Afdelingsresultaterne er ligeledes på eller over standard. Resultatet har overordnet set ligget stabilt hen over tid, hvor særligt Region Sjælland har ligget højt (se trendgraf næste side).

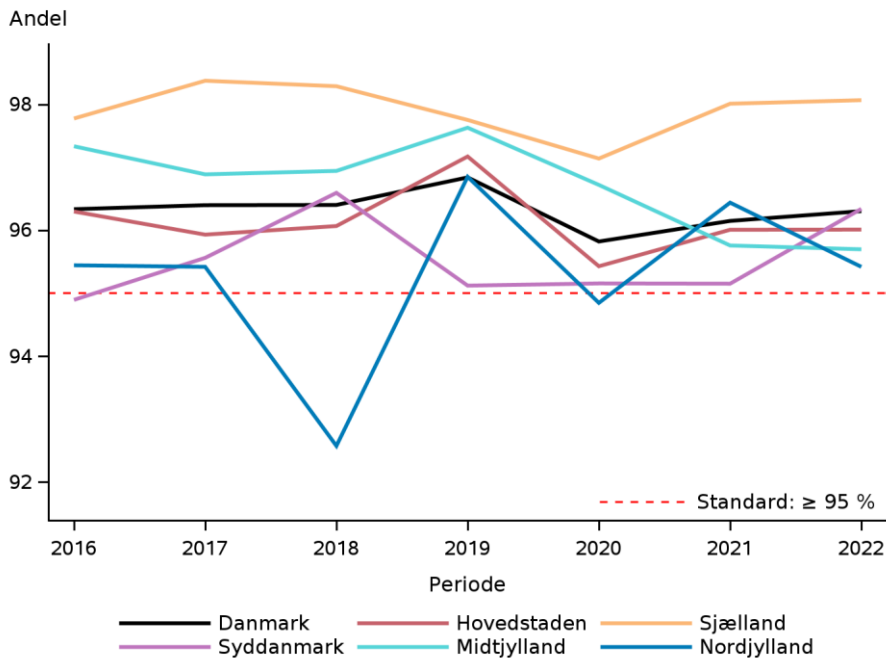
Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Overordnet et helt tilfredsstillende resultat på landsplan med en indikatoropfyldelse pænt over standarden på 95%. Indikatoropfyldelsen er fortsat meget stabil. Kun en enkelt afdeling har en marginal afvigelse. Styregruppen finder ikke anledning til at kommentere yderligere på denne indikator.

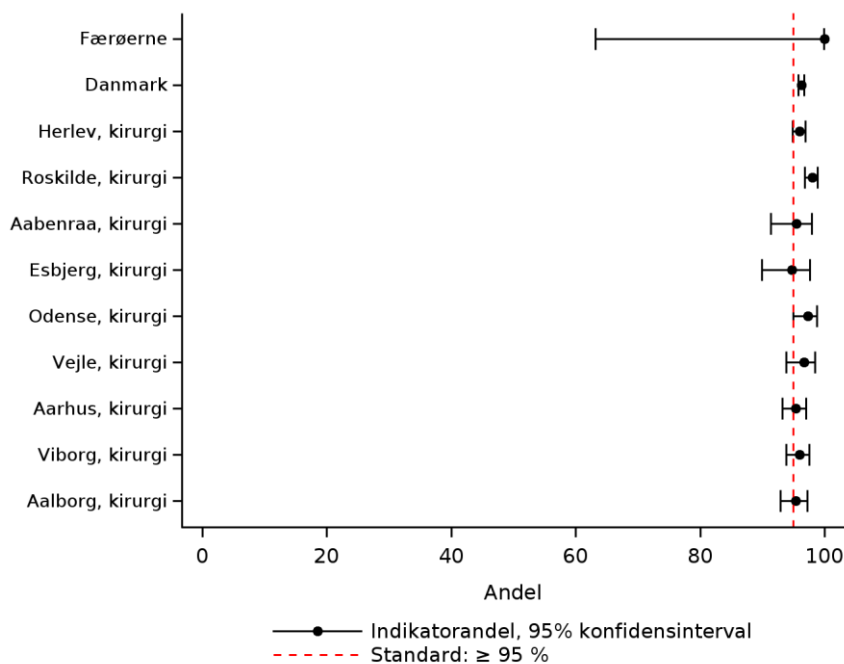
Vurdering af indikatoren

Indikatoren afspejler primært den kirurgiske kvalitet. Komplikationer til det kirurgiske indgreb kan føre til u hensigtsmæssig forsinkelse af den onkologiske behandling, og i værste fald til prognoseforringelse. Selvom indikatoropfyldelsen er meget høj, vurderes indikatoren fortsat relevant for at vurdere den samlede kvalitet af patientbehandlingen.

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.



Indikatorområde 8. PAM50 klassifikation

Nedenfor opgøres andelen af postmenopausale patienter ≥ 50 år, med udtalt østrogen-receptor positive brystkræft og mellem-lav risiko ved Q-score, som får vurderet molekylær subtype (PAM50).

Indikator 8: 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	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år		
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	Andel	95% CI	Antal	Andel	Andel
Danmark	Ja	320 / 334	0 (0)	95,8	(93,1-97,7)	282 / 291	96,9	97,0
Hovedstaden	Ja	100 / 108	0 (0)	92,6	(85,9-96,7)	70 / 72	97,2	94,2
Sjælland	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	65 / 66	98,5	100,0
Syddanmark	Ja	71 / 74	0 (0)	95,9	(88,6-99,2)	61 / 62	98,4	97,2
Midtjylland	Ja	68 / 71	0 (0)	95,8	(88,1-99,1)	57 / 60	95,0	96,8
Nordjylland	Ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87,2-100,0)	29 / 31	93,5	100,0
Hovedstaden	Ja	100 / 108	0 (0)	92,6	(85,9-96,7)	70 / 72	97,2	94,2
Herlev-Gentofte	Ja	100 / 108	0 (0)	92,6	(85,9-96,7)	70 / 72	97,2	94,2
Sjælland	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	65 / 66	98,5	100,0
Roskilde	Ja	54 / 54	0 (0)	100,0	(93,4-100,0)	65 / 66	98,5	100,0
Syddanmark	Ja	71 / 74	0 (0)	95,9	(88,6-99,2)	61 / 62	98,4	97,2
Esbjerg	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)	8 / 8	100,0	100,0
Odense	Ja	41 / 41	0 (0)	100,0	(91,4-100,0)	33 / 33	100,0	97,2
Sønderborg	Nej	3 / 5	0 (0)	60,0	(14,7-94,7)	5 / 6	83,3	87,5
Vejle	Ja	17 / 18	0 (0)	94,4	(72,7-99,9)	15 / 15	100,0	100,0
Midtjylland	Ja	68 / 71	0 (0)	95,8	(88,1-99,1)	57 / 60	95,0	96,8
Aarhus	Ja	38 / 39	0 (0)	97,4	(86,5-99,9)	18 / 18	100,0	93,3
Viborg	Ja	30 / 32	0 (0)	93,8	(79,2-99,2)	39 / 42	92,9	100,0
Nordjylland	Ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87,2-100,0)	29 / 31	93,5	100,0
Aalborg	Ja	27 / 27	0 (0)	100,0	(87,2-100,0)	29 / 31	93,5	100,0

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	41	Ikke protokol-allokeret (mangler allokering eller allokeret uden for protokol)
	638	Under 50 år
	273	Ikke postmenopausal
	417	Ikke udtalt ER positiv tumor
	148	>= 4 positive lymfeknuder
	107	Neoadjuverende behandling
	2.145	Ikke Q-score kategori 2

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

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 8

Andelen af brystkræftpatienter, der har fået vurderet molekylær subtype ved gentesten PAM50 blandt målgruppen for denne vurdering, er på landsplan 95,8% (95% CI: 93,1-97,7), og standarden på ≥ 90 % opfyldes dermed på landsplan samt i regionerne. Region Sjælland og Nordjylland ligger på 100%. Afdelingerne ligger ligeledes højt, og kun Sønderborg (dog med meget små tal) er under standard. Af trendgrafene ses en positiv udvikling over tid med stabil høj opfyldelse de seneste tre år.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

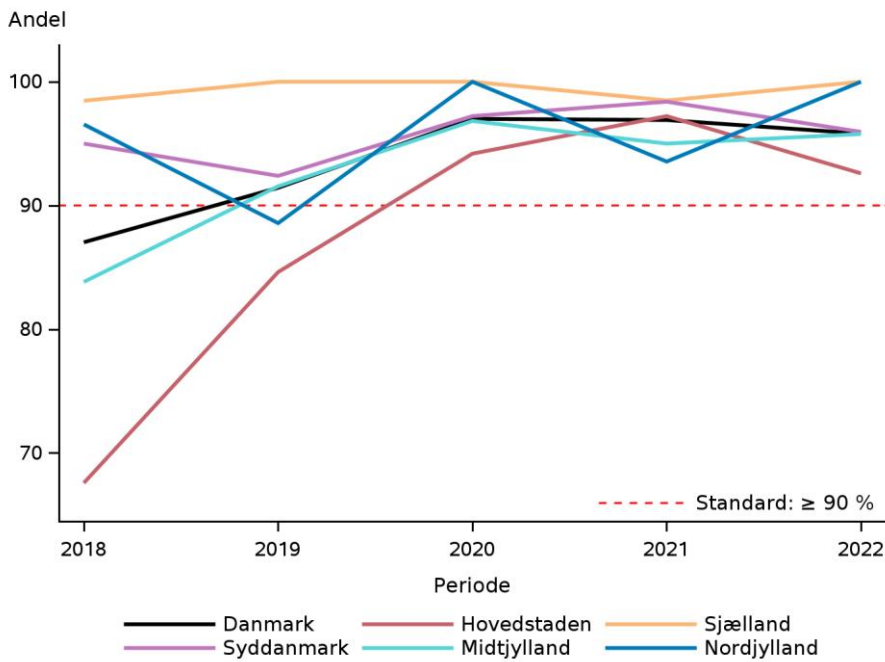
Indikatoropfyldelsen er tilfredsstillende på landsplan. I Sønderborg er der som sidste år en indikatorværdi, der ligger under standarden, men igen drejer det sig om meget få patienter i kohorten. I modsætning til foregående opgørelser, er der dette år en indikatoropfyldelse på over standarden for alle aldersgrupper (supplerende tabel A2.2.8).

Målgruppen for anvendelse af PAM50 er udvidet siden anvendelse af gentesten blev inkluderet i kvalitetsindikatorsettet, idet gentesten nu også anvendes til subtypebestemmelse af tumorer, der er svagt østrogenreceptor positive (<10%). Styregruppen vil som følge heraf på mødet i efteråret 2023 gøre sig overvejelser om at inddrage den udvidede indikation for PAM50 test i indikatorberegningen for de kommende år.

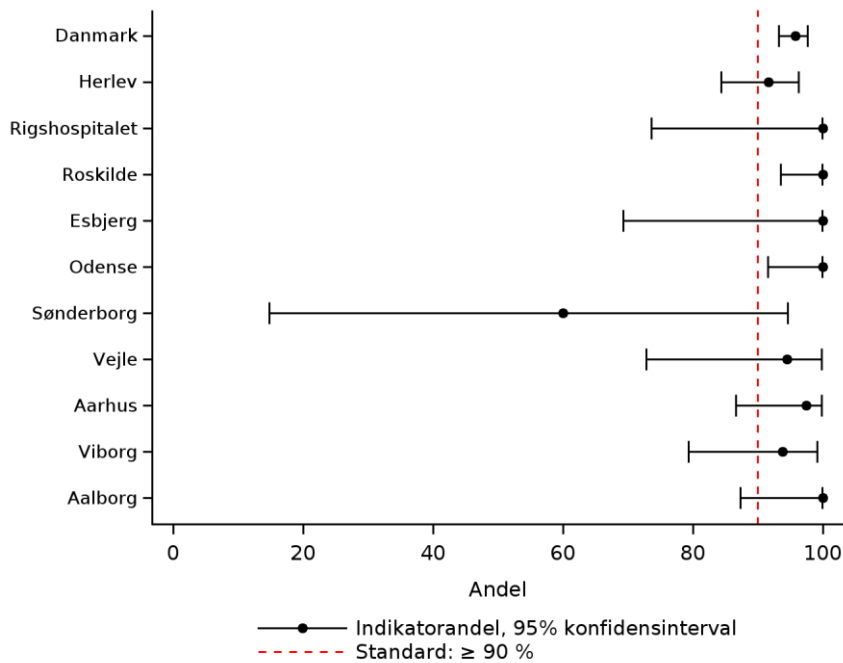
Vurdering af indikatoren

Indikatoren findes fortsat relevant, selvom den høje indikatoropfyldelse dokumenterer en ensartet høj standard på området. Styregruppen lægger vægt på, at det også dokumenteres, at den udvidede anbefaling for anvendelse af PAM50 også bliver efterlevet.

Indikator 8: 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 8: 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.



Indikatorområde 9. Opfølgningsprogram

Indikator 9a. DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko

Herunder ses 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 9areg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. På regionsniveau

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2021		Tidligere år 2012/16	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Nej	15.879 / 17.763	0 (0)	89,4	(88,9-89,8)	14.546 / 17.138	84,9
Hovedstaden	Ja	5.040 / 5.235	0 (0)	96,3	(95,7-96,8)	5.142 / 5.526	93,1
Sjælland	Ja	2.939 / 2.962	0 (0)	99,2	(98,8-99,5)	2.533 / 2.629	96,3
Syddanmark	Nej	3.621 / 4.149	0 (0)	87,3	(86,2-88,3)	3.093 / 3.886	79,6
Midtjylland	Nej	2.585 / 3.678	0 (0)	70,3	(68,8-71,8)	2.329 / 3.481	66,9
Nordjylland	Ja	1.677 / 1.713	0 (0)	97,9	(97,1-98,5)	1.447 / 1.614	89,7
Privathospitaler						##	100,0

Ekklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Ekklusion:	241	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	970	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	178	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
	1.158	Lavrisiko

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsen indgår højrisiko-patienter med invasiv brystkræft opereret i den foregående 5-års periode, og som er allokeret til DBCG's opfølgningsprogram i henhold til DBCG's gældende retningslinjer for risikoallokering. Tælleren udgør patienter med gennemførelse af opfølgningsprogram. Patienter med recidiv, anden malign sygdom, eller som dør inden for et år efter operationen, samt patienter med mindre end 1 års opfølgning efter operation, indgår ikke i opgørelsen. Således er indikatoren tidsforskudt med et år. Patienter, der allerede inden operation eller umiddelbart efter vurderes til ikke at skulle følge DBCG's opfølgningsprogram, samt patienter, der ikke opereres jf. DBCG's retningslinjer, er ligeledes ekskluderet.

Som supplement er indikatoren opdelt på henholdsvis onkologi- og kirurgiafdeling (tabel 9aonk og 9akir).

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 9a

Andelen af patienter i højrisiko, som gennemfører opfølgingsprogrammet ligger på 89,4 % (95% CI: 88,9-89,8) på landsplan i aktuelle periode (2017-2021) og ligger meget tæt på standardopfyldelse ≥ 90 %. Tre regioner opfylder standard, Region Sjælland ligger højt på 99,2 %, mens Region Midtjylland ligger lavt på 70,3% og opfylder ikke standard. Den samlede opfyldelse er højere for patienter med diagnose i aktuelle periode set i forhold til patienter som blev diagnosticeret i foregående periode (2012-16), som viser en andel på 84,9%.

Der kan observeres forskelle på afdelingsniveau for de onkologiske afdelinger (indikator 9aonk). Andelen er lave i Århus (51%) og Odense (72 %), mens mange afdelinger opfylder standard og en del ligger med 98-99 % opfyldelse i aktuelle år. For de kirurgiske afdelinger er der stor variation, hvor størstedelen ikke opfylder standard. Her indgår dog for nogle afdelinger relativt få observationer, hvorfor små forskelle kan have stor betydning for resultatet.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Det samlede landsresultat for opfølgning af patienter behandlet i perioden 2017-21 er ikke helt tilfredsstillende, men der er sket en markant forbedring i forhold til den forrige opgørelse, hvilket er positivt. Specielt noteres en stærk forbedring i Region Hovedstaden og Region Sjælland og også en yderligere forbedring i Region Nordjylland. Nu er det kun Region Syddanmark og Region Midtjylland, der trækker gennemsnittet ned, og det skyldes primært manglende opfyldelse ved de to store universitetsafdelinger i Odense og Aarhus, der ligger meget markant under standarden. For begge afdelingers vedkommende er der tale om en betydelig forringelse af resultaterne fra 2021 opgørelsen, men pga. ændringer i opgørelsesmetoden til nu 5-årige perioder kan tallene ikke direkte sammenlignes. Styregruppen anser det for stærkt utilfredsstillende og meget bekymrende, at man ved de to afdelinger kun har foretaget den foreskrevne opfølgning i de første 5 år efter den primære behandling på henholdsvis 72% og 51% af patienterne. Det drejer sig om brystkræftpatienter, som for størstedelens vedkommende er i et behandlingsforløb på mindst 5 år, og uden opfølgning må man frygte, at der vil være en betydelig andel af patienterne, der ikke får den medicinske behandling, de har behov for. Man må også frygte, at der ikke er tilstrækkelig opmærksomhed på tidlige symptomer på tilbagefald og væsentlige senfølger, og at behandling herfor ikke institueres rettidigt. Det bemærkes i øvrigt, at det er de samme to afdelinger, der også skiller sig ud i forhold til at give højrisikopatienter den foreskrevne adjuverende behandling.

Det er styregruppens klare anbefaling, at der må gøres en ekstraordinær indsats ved de onkologiske afdelinger i Odense og Aarhus for at sikre, at patienter med brystkræft får den opfølgning, de er berettiget til i henhold til gældende nationale kliniske retningslinjer, og samtidig sørge for den foreskrevne dokumentation udføres. Det er afgørende for at vurdere om behandlingsforløbene ved de to afdelinger gives på et acceptabelt fagligt niveau, der modsvarer, hvad landets øvrige afdelinger leverer.

Det har været diskuteret, hvorvidt 10-års opfølgning, som foreskrevet i DBCG-retningslinjerne, er i trit med den generelle holdning til opfølgingsprogrammets organisering. DBCG har i efteråret 2023 organiseret et seminar, hvor der formentlig lægges en ny strategi og udarbejdes en revideret klinisk retningslinje på området. I den forbindelse skal der dog også gøres opmærksom på, at den måde indikator 9a nu gøres op på, betyder, at aktuelle tal kun omfatter en 5-års opfølgingsperiode.

Resultatet fra Rønne er isoleret set utilfredsstillende, men der er dog tale om en meget beskeden kohorte. Ligeledes viser de små tal i opgørelsen fra de kirurgiske afdelinger ikke-tilfredsstillende indikatoropfyldelser. Som beskrevet i flere tidligere rapporter er det vurderingen, at det primært er forkert registrering, der ligger til grund.

Højrisikogruppen følges som udgangspunkt ikke i de kirurgiske afdelinger. De fleste af patienterne burde derfor have en onkologisk referenceafdeling, som altså ikke er blevet korrekt registreret efter den primære behandling.

Vurdering af indikatoren

Opfølgning er vigtig for at vurdere det samlede udkom efter behandling af brystkræft både i forhold til at sikre, at patienterne får den foreskrevne behandling og for at detektere tidlige symptomer på tilbagefald og senfølger. En monitorering af opfølgning er derfor af stor vigtighed for at sikre, at det samlede behandlingsforløb lever op til en tilstrækkelig standard. I takt med eventuel justering af retningslinjen for programmet, må indikatoren revideres.

Indikator 9aonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For onkologiske afdelinger

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2021		Tidligere år 2012-2016	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	Antal	Andel
Danmark	Ja	15.530 / 17.247	0 (0)	90,0	(89,6-90,5)	14.040 / 16.454	85,3
Hovedstaden	Ja	4.935 / 5.006	0 (0)	98,6	(98,2-98,9)	4.936 / 5.221	94,5
Sjælland	Ja	2.925 / 2.946	0 (0)	99,3	(98,9-99,6)	2.474 / 2.552	96,9
Syddanmark	Nej	3.565 / 4.089	0 (0)	87,2	(86,1-88,2)	3.012 / 3.794	79,4
Midtjylland	Nej	2.530 / 3.609	0 (0)	70,1	(68,6-71,6)	2.223 / 3.330	66,8
Nordjylland	Ja	1.575 / 1.597	0 (0)	98,6	(97,9-99,1)	1.395 / 1.557	89,6
Hovedstaden	Ja	4.935 / 5.006	0 (0)	98,6	(98,2-98,9)	4.936 / 5.221	94,5
Herlev, onkologi	Ja	2.067 / 2.083	0 (0)	99,2	(98,8-99,6)	2.102 / 2.163	97,2
Hillerød, onkologi	Ja	949 / 961	0 (0)	98,8	(97,8-99,4)	1.030 / 1.072	96,1
Rigshospitalet, onkologi	Ja	1.834 / 1.855	0 (0)	98,9	(98,3-99,3)	1.758 / 1.831	96,0
Rønne, onkologi	Nej	85 / 107	0 (0)	79,4	(70,5-86,6)	46 / 155	29,7
Sjælland	Ja	2.925 / 2.946	0 (0)	99,3	(98,9-99,6)	2.474 / 2.552	96,9
Næstved, onkologi	Ja	2.925 / 2.946	0 (0)	99,3	(98,9-99,6)	2.474 / 2.552	96,9
Syddanmark	Nej	3.565 / 4.089	0 (0)	87,2	(86,1-88,2)	3.012 / 3.794	79,4
Esbjerg, onkologi	Ja	602 / 667	0 (0)	90,3	(87,7-92,4)	447 / 526	85,0
Odense, onkologi	Nej	1.101 / 1.527	0 (0)	72,1	(69,8-74,3)	760 / 1.351	56,3
Sønderborg, onkologi	Ja	687 / 700	0 (0)	98,1	(96,8-99,0)	713 / 725	98,3
Vejle, onkologi	Ja	1.175 / 1.195	0 (0)	98,3	(97,4-99,0)	1.092 / 1.192	91,6
Midtjylland	Nej	2.530 / 3.609	0 (0)	70,1	(68,6-71,6)	2.223 / 3.330	66,8
Aarhus, onkologi	Nej	1.113 / 2.184	0 (0)	51,0	(48,8-53,1)	977 / 1.971	49,6
Herning, onkologi	Ja	1.417 / 1.425	0 (0)	99,4	(98,9-99,8)	1.246 / 1.359	91,7
Nordjylland	Ja	1.575 / 1.597	0 (0)	98,6	(97,9-99,1)	1.395 / 1.557	89,6
Aalborg, onkologi	Ja	1.575 / 1.597	0 (0)	98,6	(97,9-99,1)	1.395 / 1.557	89,6

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	241	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	970	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	178	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
	1.158	Lavrisiko
	516	Ikke en onkologisk afdeling

Indikator 9akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger

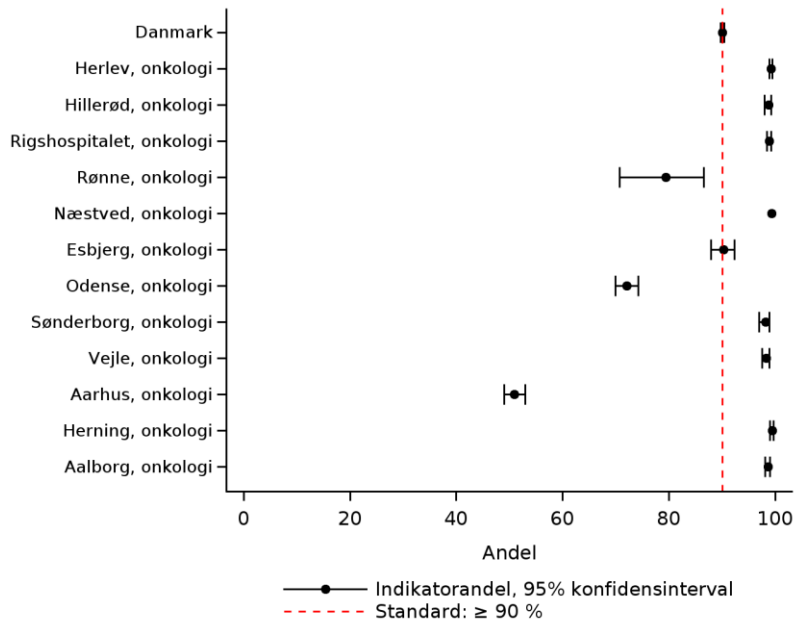
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2017 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2012-2016 Antal	Andel
Danmark	Nej	349 / 516	0 (0)	67,6	(63,4-71,7)	506 / 684	74,0
Hovedstaden	Nej	105 / 229	0 (0)	45,9	(39,3-52,5)	206 / 305	67,5
Sjælland	Nej	14 / 16	0 (0)	87,5	(61,7-98,4)	59 / 77	76,6
Syddanmark	Ja	56 / 60	0 (0)	93,3	(83,8-98,2)	81 / 92	88,0
Midtjylland	Nej	55 / 69	0 (0)	79,7	(68,3-88,4)	106 / 151	70,2
Nordjylland	Nej	102 / 116	0 (0)	87,9	(80,6-93,2)	52 / 57	91,2
Hovedstaden	Nej	105 / 229	0 (0)	45,9	(39,3-52,5)	206 / 305	67,5
Herlev-Gentofte, kirurgi	Nej	105 / 229	0 (0)	45,9	(39,3-52,5)	206 / 305	67,5
Sjælland	Nej	14 / 16	0 (0)	87,5	(61,7-98,4)	59 / 77	76,6
Roskilde, kirurgi	Nej	14 / 16	0 (0)	87,5	(61,7-98,4)	59 / 77	76,6
Syddanmark	Ja	56 / 60	0 (0)	93,3	(83,8-98,2)	81 / 92	88,0
Aabenraa, kirurgi	Nej	21 / 25	0 (0)	84,0	(63,9-95,5)	25 / 28	89,3
Esbjerg, kirurgi	Ja	7 / 7	0 (0)	100,0	(59,0-100,0)	16 / 18	88,9
Odense, kirurgi	Ja	19 / 19	0 (0)	100,0	(82,4-100,0)	28 / 32	87,5
Vejle, kirurgi	Ja	9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)	12 / 14	85,7
Midtjylland	Nej	55 / 69	0 (0)	79,7	(68,3-88,4)	106 / 151	70,2
Aarhus, kirurgi	Nej	31 / 37	0 (0)	83,8	(68,0-93,8)	27 / 37	73,0
Viborg, kirurgi	Nej	24 / 32	0 (0)	75,0	(56,6-88,5)	79 / 114	69,3
Nordjylland	Nej	102 / 116	0 (0)	87,9	(80,6-93,2)	52 / 57	91,2
Aalborg, kirurgi	Nej	102 / 116	0 (0)	87,9	(80,6-93,2)	52 / 57	91,2
Privathospitaler						2 / 2	100,0

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/nævner	antal (%)	01.01.2017 - 31.12.2021	Andel 95% CI	2012-2016	Andel
Ophørt privathospital						2 / 2	100,0
Færøerne	Nej	17 / 26	0 (0)	65,4	(44,3-82,8)		

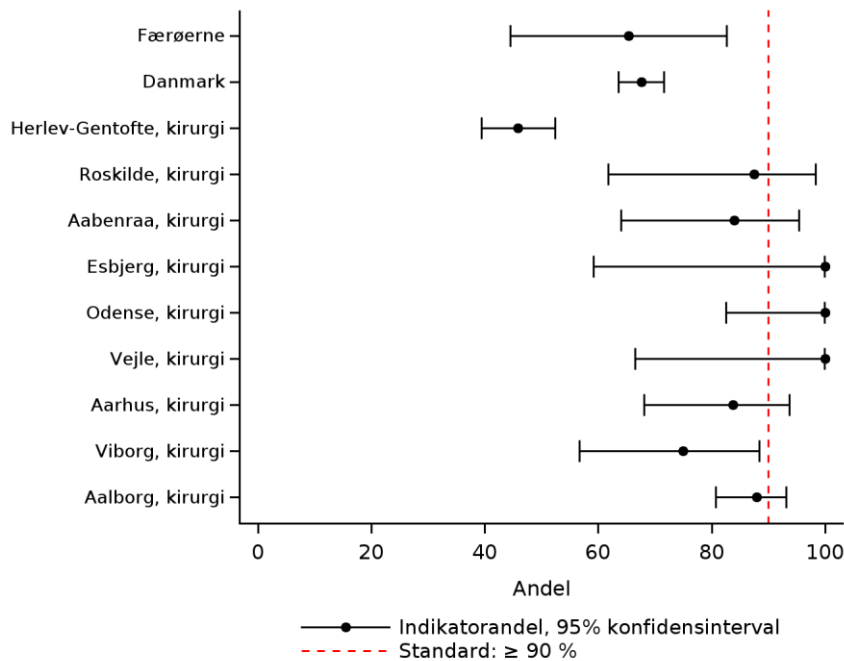
Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	241	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	970	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	178	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
	1.158	Lavrisiko
	17.247	Ikke en kirurgisk afdeling

Indikator 9aonk: 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 9akir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), højrisiko. For kirurgiske afdelinger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 9b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko

Herunder ses andelen af lavrisiko DBCG-patienter med invasiv brystkræft, der indgår i protokol, og som følger DBCG's opfølgingsprogram. Som for indikator 5a defineres gennemførelse af opfølgingsprogrammet som regelmæssige opfølgingsbesøg, indtil der indberettes off-study skema med en af følgende hændelser: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået ved programmets slutning uden hændelse eller tidligere grundet patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand. Lavrisiko-patienter kan gennemføre opfølgingsprogrammet, hvis de afsluttes med off-study 3 år efter operation jf. gældende retningslinjer fra 2010.

Indikator 9breg: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. På regionsniveau

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2017 - 31.12.2021	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/nævner		Andel	95% CI
Danmark	Nej	848 / 1.158	0 (0)	73,2	(70,6-75,8)
Hovedstaden	Nej	166 / 370	0 (0)	44,9	(39,7-50,1)
Sjælland	Nej	164 / 199	0 (0)	82,4	(76,4-87,4)
Syddanmark	Ja	236 / 252	0 (0)	93,7	(89,9-96,3)
Midtjylland	Nej	180 / 228	0 (0)	78,9	(73,1-84,1)
Nordjylland	Ja	102 / 109	0 (0)	93,6	(87,2-97,4)

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	241	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	970	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	178	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
	17.763	Højrisiko

Datagrundlag og beregningsmetode. I opgørelsens nævner indgår lavrisiko-patienter med invasiv brystkræft opereret i den foregående 5-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 1 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 opgjøret over en tidsperiode, hvor der er sket ændringer i DBCG protokollen, hvad angår aldersgrænse ift. allokering til lav hhv. højrisiko. Dette reflekteres i tabel A2.2.5, hvor der 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 kirurgiafdeling (tabel 5bkir og 5bonk).

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 9b

Blandt patienter med invasiv brystkræft i lavrisiko ligger andelen af patienter, der gennemfører DBCG's opfølgningsprogram på landsplan aktuelt på 73,2% (95% CI: 70,6-75,8). Standarden opfyldes ikke på landsplan og ikke for 3 ud af 5 regioner, hhv. Region Midtjylland, Sjælland og Hovedstaden (som ligger lavest på 44,9%). Landsresultatet ligger samlet set nogenlunde på niveau med det, der fremgik af sidste års rapport. Det bemærkes dog at efterindberetninger foretaget i løbet af seneste år kan medføre at sidste års opgørelse ikke er fuldt sammenlignelige med dette års opgørelse.

Der ses store forskelle på afdelingsniveau for onkologiske afdelinger (indikator 5bonk). Her ligger andelen mellem 20% og 99%, og ligeledes for de kirurgiske afdelinger (indikator 5bkir), hvor ca. halvdelen ikke opfylder standard, dog ligger en del afdelinger tæt på 100%. Der indgår relativt få observationer for nogle afdelinger, hvorfor små forskelle kan have stor betydning for resultatet

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Standarden er ikke opfyldt på landsplan, men i Region Syddanmark og Region Nordjylland er resultatet tilfredsstillende med over 90% opfyldelse. Opgørelsen dokumenterer at 71% følges ved kirurgiske afdelinger, og indikatoropfyldelsen er meget varieret. Herlev-Gentofte ligger bemærkelsesværdigt lavt på knap 21%, men også resultaterne fra Roskilde og Viborg findes meget utilfredsstillende og bekymrende. Styregruppen opfordrer til, at man ved disse brystkirurgiske afdelinger gør en indsats for at forbedre opfølgning og indberetning af data.

For de knapt 30% af lavrisikogrupperne, der følges ved de onkologiske afdelinger, er billedet generelt bedre, men der er tale om små tal, som det er vanskeligt at tolke på. Kun opfyldelsen ved afdelingen i Rønne ligger signifikant under, men der er her kun 10 patienter og meget bredt sikkerhedsinterval.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er fortsat relevant set i lyset af de foreliggende resultater. Selvom den begrænsede lavrisikogruppe ikke modtager behandling udover det første år og recidivforekomsten er lav, har disse patienter også behov for opfølgning og dokumentation for, at der ikke er behov for yderligere tiltag overfor sygdommen eller resultaterne af den givne behandling.

Indikator 9bkir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner		01.01.2017 - 31.12.2021 Andel	95% CI
Danmark	Nej	537 / 820	0 (0)	65,5	(62,1-68,7)
Hovedstaden	Nej	51 / 248	0 (0)	20,6	(15,7-26,1)
Sjælland	Nej	88 / 114	0 (0)	77,2	(68,4-84,5)
Syddanmark	Ja	157 / 168	0 (0)	93,5	(88,6-96,7)
Midtjylland	Nej	155 / 201	0 (0)	77,1	(70,7-82,7)
Nordjylland	Ja	86 / 89	0 (0)	96,6	(90,5-99,3)
Hovedstaden	Nej	51 / 248	0 (0)	20,6	(15,7-26,1)
Herlev-Gentofte, kirurgi	Nej	51 / 248	0 (0)	20,6	(15,7-26,1)
Sjælland	Nej	88 / 114	0 (0)	77,2	(68,4-84,5)
Roskilde, kirurgi	Nej	88 / 114	0 (0)	77,2	(68,4-84,5)
Syddanmark	Ja	157 / 168	0 (0)	93,5	(88,6-96,7)
Aabenraa, kirurgi	Ja	25 / 25	0 (0)	100,0	(86,3-100,0)
Esbjerg, kirurgi	Nej	21 / 27	0 (0)	77,8	(57,7-91,4)
Odense, kirurgi	Ja	111 / 112	0 (0)	99,1	(95,1-100,0)
Vejle, kirurgi	Nej	0 / 4	0 (0)	0,0	(0,0-60,2)
Midtjylland	Nej	155 / 201	0 (0)	77,1	(70,7-82,7)
Aarhus, kirurgi	Ja	79 / 87	0 (0)	90,8	(82,7-95,9)
Viborg, kirurgi	Nej	76 / 114	0 (0)	66,7	(57,2-75,2)
Nordjylland	Ja	86 / 89	0 (0)	96,6	(90,5-99,3)
Aalborg, kirurgi	Ja	86 / 89	0 (0)	96,6	(90,5-99,3)

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	241	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	970	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	178	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
	17.763	Højrisiko
	338	Ikke en kirurgisk afdeling

Indikator 9bonk: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgingsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For onkologiske afdelinger

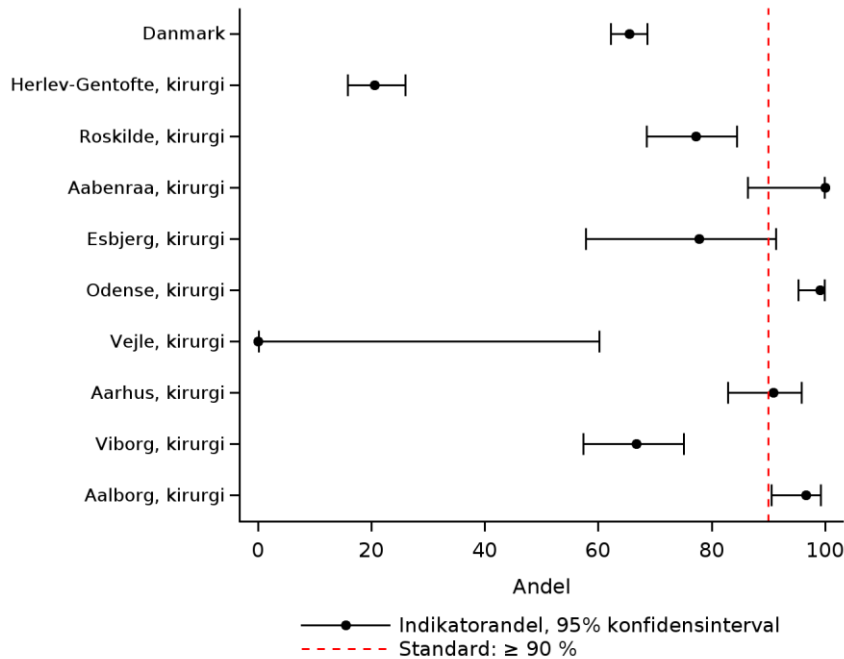
	Standard	Uoplyst		Aktuelle år	
	≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2017 - 31.12.2021 Andel	95% CI
Danmark	Ja	311 / 338	0 (0)	92,0	(88,6-94,7)
Hovedstaden	Ja	115 / 122	0 (0)	94,3	(88,5-97,7)
Sjælland	Nej	76 / 85	0 (0)	89,4	(80,8-95,0)
Syddanmark	Ja	79 / 84	0 (0)	94,0	(86,7-98,0)
Midtjylland	Ja	25 / 27	0 (0)	92,6	(75,7-99,1)
Nordjylland	Nej	16 / 20	0 (0)	80,0	(56,3-94,3)
Hovedstaden	Ja	115 / 122	0 (0)	94,3	(88,5-97,7)
Herlev, onkologi	Ja	20 / 20	0 (0)	100,0	(83,2-100,0)
Hillerød, onkologi	Ja	17 / 17	0 (0)	100,0	(80,5-100,0)
Rigshospitalet, onkologi	Ja	74 / 75	0 (0)	98,7	(92,8-100,0)
Rønne, onkologi	Nej	4 / 10	0 (0)	40,0	(12,2-73,8)
Sjælland	Nej	76 / 85	0 (0)	89,4	(80,8-95,0)
Næstved, onkologi	Nej	76 / 85	0 (0)	89,4	(80,8-95,0)
Syddanmark	Ja	79 / 84	0 (0)	94,0	(86,7-98,0)
Esbjerg, onkologi	Nej	#/#	0 (0)	66,7	(9,4-99,2)
Odense, onkologi	Nej	8 / 11	0 (0)	72,7	(39,0-94,0)
Sønderborg, onkologi	Ja	10 / 10	0 (0)	100,0	(69,2-100,0)
Vejle, onkologi	Ja	59 / 60	0 (0)	98,3	(91,1-100,0)
Midtjylland	Ja	25 / 27	0 (0)	92,6	(75,7-99,1)
Aarhus, onkologi	Nej	16 / 18	0 (0)	88,9	(65,3-98,6)
Herning, onkologi	Ja	9 / 9	0 (0)	100,0	(66,4-100,0)
Nordjylland	Nej	16 / 20	0 (0)	80,0	(56,3-94,3)
Aalborg, onkologi	Nej	16 / 20	0 (0)	80,0	(56,3-94,3)

Eksklusioner og årsag

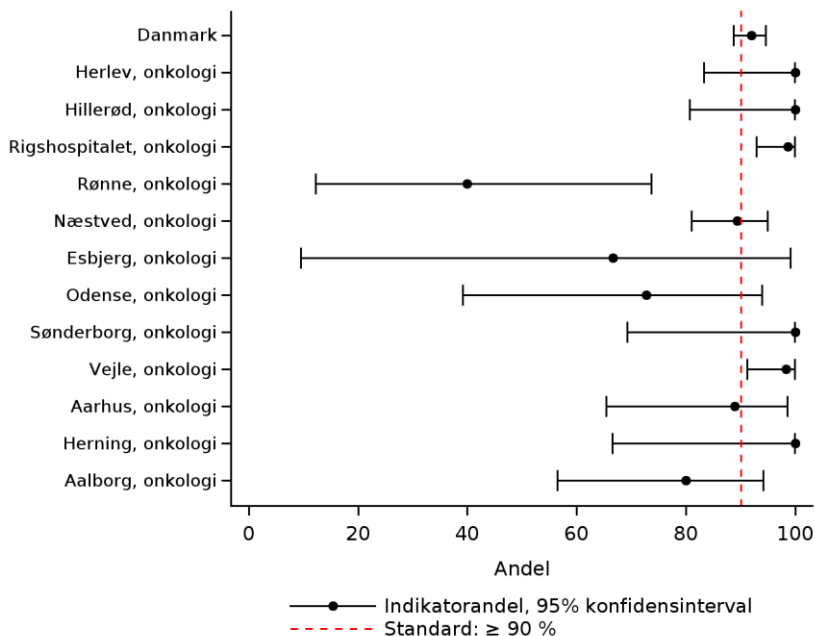
	Antal	Årsag
Eksklusion:	241	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	970	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	178	Uden for protokol DBCG04, DBCG07, DBCG10
	17.763	Højrisiko

Antal		Årsag
820	Ikke en onkologisk afdeling	

Indikator 9bkir: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCGs retningslinjer for opfølgningsprogram (opfølgning med indberetning til DBCG), lavrisiko. For kirurgiske afdelinger. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 9bonk: 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.



Indikatorområde 10. Opfølgende mammografi

Her indgår andelen af patienter med invasiv brystkræft, der har fået opfølgende mammografi i henhold til retningslinjerne, hvor alle patienter, der har gennemgået behandling for brystkræft, bør have foretaget mammografi hvert andet år, til de fylder 79 år. Formålet med indikatoren er således at måle, i hvilket omfang retningslinjerne følges.

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2006 - 30.09.2020	
	≥ 90% opfyldt			Andel	95% CI
Danmark	Nej	29.178 / 32.756	0 (0)	89,1	(88,7-89,4)
Hovedstaden	Nej	8.787 / 9.873	0 (0)	89,0	(88,4-89,6)
Sjælland	Ja	4.831 / 5.186	0 (0)	93,2	(92,4-93,8)
Syddanmark	Ja	7.022 / 7.738	0 (0)	90,7	(90,1-91,4)
Midtjylland	Nej	5.728 / 6.742	0 (0)	85,0	(84,1-85,8)
Nordjylland	Nej	2.804 / 3.205	0 (0)	87,5	(86,3-88,6)
Privathospitaler	Nej	6 / 10	0 (0)	60,0	(26,2-87,8)

Eksklusioner og årsag

	Antal	Årsag
Eksklusion:	596	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere)
	2.575	Ikke protokol-allokeret (allokeret til ingen behandling)
	300	Ikke opereret ifølge DBCG
	13.721	Fyldt 80 år ved udgangen af LPR-udtræksperiode
	3.486	Recidiv
	3.615	Død
	165	Emigration
	1.493	Bilateral mastektomi i LPR

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
3.375	203	3.578

Resultater af indikatoranalysen: Indikator 10

Andelen af patienter, der har fået mammografi i opfølgingsforløbet efter operation iht. retningslinjerne ligger på 89,1% (95% CI: 88,7-89,4) på landsplan. Resultatet er meget tæt på standard $\geq 90\%$, men opfyldes stadig ikke helt. Region Sjælland og Syddanmark ligger positivt over standard, og Region Hovedstaden meget tæt på standard, mens Region Midtjylland og Nordjylland ligger lavere med 85,0 og 87,5%, der følger mammografiprogrammet. Når man ser på indikatorresultatet opdelt på alder (supplerende tabel A2.2.12), ligger den ældste aldersgruppe >75 år med lavest opfyldelse.

Af tabellen *årsager til manglende opfyldelse* ses, at der for 203 patienter (ca. 5%) ikke er foretaget eller indberettet korrekt procedurekode til Landspatientregisteret, men tidsgrænsen for undersøgelse er overholdt. For de resterende patienter, der ikke opfylder, er undersøgelsen ikke udført eller der mangler indberetning.

Diskussion og implikation af årets resultater og udvikling over tid

Overordnet er resultatet for denne indikator ikke helt tilfredsstillende, men der er sket en forbedring i forhold til den sidste opgørelse. Der er nogen variation regionerne imellem, og i forhold til sidst er der sket en betydelig forbedring for Region Hovedstaden, der er meget tæt på at opfylde standarden. Region Sjælland og Region Syddanmark er også dette år kommet ud med et tilfredsstillende resultat.

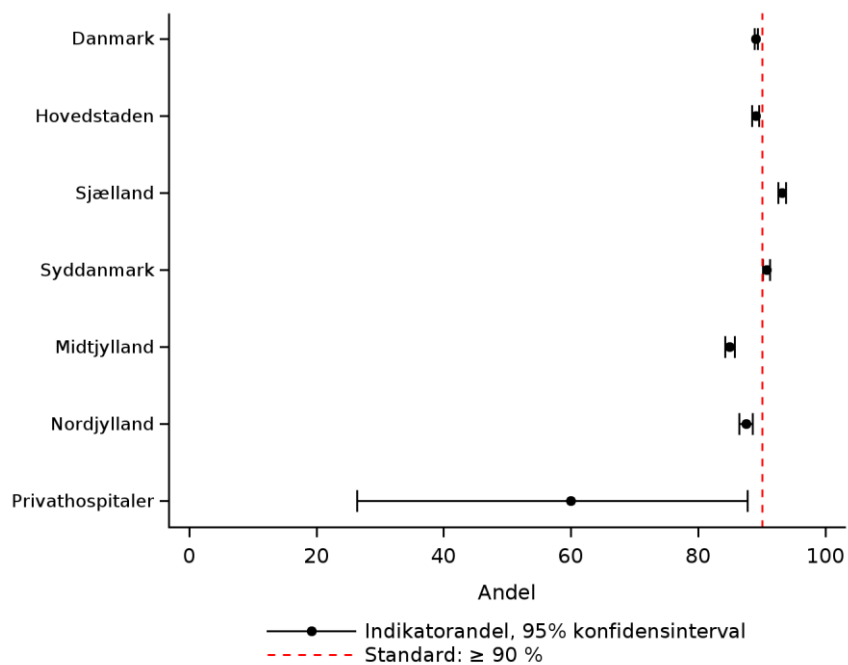
I modsætning til sidste år er de aldersopdelte tabeller nu med angivelse af patienternes aktuelle alder ved opfølgning. Det giver et nogenlunde ensartet billede, hvor den ældre aldersgruppe fra 70 år og opefter ikke overraskende ligger lavere end de yngre aldersgrupper. Det gælder i særlig grad for Region Midtjylland, hvor kun godt 60% af brystkræftoverlevende over 75 år har fået foretaget den anbefalede billedmæssige opfølgning. Det anses ikke for tilfredsstillende, og styregruppen anbefaler, at Region Midtjyllands screeningsenhed tager skridt til at forbedre opfølgningen af de ældre patienter.

Der er også en mindre udtalt tendens til, at opfølgning af de helt unge patienter ikke lever op til standarden. Det giver anledning til nogen bekymring i styregruppen, da det er i den aldersgruppe, man må forvente, at der er størst forekomst af nye maligne forandringer i brysterne. Det kan ikke udelukkes, at den lavere undersøgelsesfrekvens i de yngre aldersgrupper hænger sammen med, at opfølgning af patienterne generelt er blevet begrænset. Det er primært de onkologiske afdelinger, hvor patienterne er i behandling eller har opfølgingsforløb, der er ansvarlige for, at der foretages de rekommanderede billedundersøgelser.

Vurdering af indikatoren

Opfølgning efter behandling for brystkræft synes generelt at få en mindre og mindre plads. Der er dog generelt enighed om, at billeddiagnostisk opfølgning har stor betydning, og i nogen grad kan træde i stedet for klinisk kontrol. De foreliggende resultater viser, at der er behov for fortsat opmærksomhed og forbedring på området, og at indikatoren er særdeles relevant.

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



6. Supplerende opgørelser

I det følgende fremgår en række aldersopdelte analyser. Tabellerne er opgjort på samme population som kvalitetsindikatorerne (indikatorpopulationen), dvs. patienter med en primær invasiv brystkræftdiagnose, operabel tumor og tilstrækkelig information til at kunne indgå.

I aktuelle opgørelsesperiode (1. januar 2022 – 31. december 2022) opfyldte i alt 4103 patienter disse inklusionskriterier ud af 4.876 i DBCG grund-populationen. Årsager til eksklusion var følgende:

- DBCG-dato ikke oplyst/udfyldt (n=156)
- LABC/DM (lokal fremskreden brystkræft / fjernmetastaser) (n=170)
- Ukendt diagnose i DBCG (n=173)
- Mindre indgreb/biopsi alene (n=274)

Nedenfor følger aldersfordelingen i aktuelle opgørelsesperiode og de tre forrige, dernæst aldersfordeling pr. kirurgisk afdeling i aktuelle perioder, aldersopdelte indikatorresultater samt øvrige aldersopdelte analyser.

Aldersopdelte opgørelser

Overordnede alderfordelinger

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

Aldersgruppe	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100	3.958	100	4.074	100	4.103	100	16.252	100
18-39 år	196	4,8	176	4,4	163	4,0	176	4,3	711	4,4
40-49 år	510	12,4	520	13,1	522	12,8	469	11,4	2.021	12,4
50-59 år	977	23,7	924	23,3	929	22,8	1.013	24,7	3.843	23,6
60-69 år	1.172	28,5	1.110	28,0	1.128	27,7	1.134	27,6	4.544	28,0
70-75 år	551	13,4	546	13,8	594	14,6	536	13,1	2.227	13,7
76+ år	711	17,3	682	17,2	738	18,1	775	18,9	2.906	17,9

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	176	4,3	469	11,4	1.013	24,7	1.134	27,6	536	13,1	775	18,9	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	59	4,5	154	11,6	327	24,7	353	26,7	173	13,1	256	19,4	1.322	100,0
Roskilde	22	3,3	74	11,1	173	26,0	207	31,1	77	11,6	113	17,0	666	100,0
Aabenraa	5	2,8	15	8,5	45	25,6	50	28,4	21	11,9	40	22,7	176	100,0
Esbjerg	#	0,7	12	8,6	34	24,3	48	34,3	20	14,3	25	17,9	140	100,0
Odense	19	6,2	26	8,5	73	23,9	94	30,7	40	13,1	54	17,6	306	100,0
Vejle	6	2,7	27	12,2	57	25,8	55	24,9	32	14,5	44	19,9	221	100,0
Aarhus	19	4,2	67	14,8	123	27,1	122	26,9	55	12,1	68	15,0	454	100,0
Viborg	21	4,8	46	10,6	89	20,5	106	24,4	66	15,2	106	24,4	434	100,0
Aalborg	23	6,2	45	12,1	87	23,4	97	26,1	51	13,7	69	18,5	372	100,0
Færøerne	#	8,3	3	25,0	5	41,7	#	16,7	#	8,3	.	.	12	100,0

Aldersopdelte indikatoranalyser

Tabel A2.2.1. Indikator 1: Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2022 (95% CI)	Andel 2021	Andel 2020
Total	309 / 490	63,1 (58,6-67,3)	63,1	56,4
18-39 år	50 / 57	87,7 (76,3-94,9)	83,7	77,2
40-49 år	78 / 99	78,8 (69,4-86,4)	84,0	75,8
50-59 år	87 / 119	73,1 (64,2-80,8)	71,5	65,4
60-69 år	53 / 77	68,8 (57,3-78,9)	65,2	56,9
70-75 år	26 / 47	55,3 (40,1-69,8)	56,9	49,1
76+ år	15 / 91	16,5 (9,5-25,7)	19,5	20,0

Tabel A2.2.2. Indikator 2 Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makrometastaserne detekteres uden sentinel node (SN) biopsi, aldersopdelt

<i>Aldersgrupp e</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2022 (95% CI)</i>	<i>Andel 2021</i>	<i>Andel 2020</i>
Total	389 / 926	42,0 (38,8-45,3)	45,3	41,1
18-39 år	16 / 31	51,6 (33,1-69,8)	65,6	51,1
40-49 år	58 / 115	50,4 (41,0-59,9)	45,7	41,1
50-59 år	79 / 225	35,1 (28,9-41,7)	42,0	37,5
60-69 år	70 / 189	37,0 (30,1-44,3)	43,1	36,0
70-75 år	60 / 134	44,8 (36,2-53,6)	45,0	39,9
76+ år	106 / 232	45,7 (39,2-52,3)	48,2	49,0

Tabel A2.2.3. Indikator 3: Andelen af aksilrømmede patienter, hvor der er fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder, aldersopdelt

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2022 (95% CI)</i>	<i>Andel 2021</i>	<i>Andel 2020</i>
Total	489 / 516	94,8 (92,5-96,5)	94,9	95,5
18-39 år	27 / 27	100,0 (87,2- 100,0)	96,4	95,1
40-49 år	70 / 74	94,6 (86,7-98,5)	95,1	94,9
50-59 år	103 / 106	97,2 (92,0-99,4)	97,5	97,4
60-69 år	99 / 102	97,1 (91,6-99,4)	92,4	96,1
70-75 år	71 / 78	91,0 (82,4-96,3)	93,4	95,5
76+ år	119 / 129	92,2 (86,2-96,2)	95,7	93,7

Tabel A2.2.4. Indikator 4: Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlingsregimer, aldersopdelt

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2021 (95% CI)</i>	<i>Andel 2020</i>	<i>Andel 2019</i>
Total	2.796 / 3.353	83,4 (82,1-84,6)	84,6	85,6
18-39 år	132 / 151	87,4 (81,0-92,3)	85,9	87,6
40-49 år	390 / 485	80,4 (76,6-83,9)	84,3	85,4
50-59 år	719 / 854	84,2 (81,6-86,6)	85,5	86,6
60-69 år	750 / 856	87,6 (85,2-89,7)	88,9	91,2
70-75 år	392 / 459	85,4 (81,8-88,5)	88,8	88,4
76+ år	413 / 548	75,4 (71,5-78,9)	72,4	72,2

Tabel A2.2.5a. Indikator 5a: Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer, aldersopdelt

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/nævner</i>	<i>Andel 2021 (95% CI)</i>	<i>Andel 2020</i>	<i>Andel 2019</i>
Total	2.284 / 2.515	90,8 (89,6-91,9)	87,9	89,9
18-39 år	62 / 71	87,3 (77,3-94,0)	87,9	85,3
40-49 år	283 / 291	97,3 (94,7-98,8)	93,6	94,8
50-59 år	635 / 652	97,4 (95,9-98,5)	95,9	97,2
60-69 år	740 / 820	90,2 (88,0-92,2)	86,7	89,4
70-75 år	320 / 361	88,6 (84,9-91,7)	84,4	89,0
76+ år	244 / 320	76,3 (71,2-80,8)	72,6	74,5

Tabel A2.2.5b. Indikator 5b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer, aldersopdelt

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/nævner</i>	<i>Andel 2021 (95% CI)</i>	<i>Andel 2020</i>	<i>Andel 2019</i>
Total	452 / 535	84,5 (81,1-87,4)	80,6	93,5
18-39 år	34 / 36	94,4 (81,3-99,3)	78,0	92,5
40-49 år	101 / 105	96,2 (90,5-99,0)	89,2	94,1
50-59 år	92 / 101	91,1 (83,8-95,8)	87,5	93,9
60-69 år	78 / 90	86,7 (77,9-92,9)	79,4	94,3
70-75 år	66 / 81	81,5 (71,3-89,2)	84,0	93,5
76+ år	81 / 122	66,4 (57,3-74,7)	67,2	91,4

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

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/nævner</i>	<i>Andel 2016-2020 (95% CI)</i>
Total	225 / 12.703	2,6 (2,3-3,0)
18-39 år	14 / 398	5,4 (2,9-9,0)
40-49 år	42 / 1.511	3,9 (2,8-5,2)
50-59 år	40 / 3.431	1,8 (1,3-2,5)
60-69 år	56 / 4.309	2,0 (1,5-2,6)
70-75 år	29 / 1.540	2,7 (1,8-3,9)
76+ år	44 / 1.514	4,5 (3,2-6,0)

Tabel 2.2.6.1. Indikator 6: Konkurrerende hændelser til lokalt recidiv, aldersopdelt

Aldersgruppe	Lokalt recidiv		Fjernrecidiv/ anden malign		Ingen hændelse		Død uden recidiv		Alle
	l	%	Antal	%	Antal	%	l	%	
Total	225	(1,8)	747	(5,9)	11.429	(90,0)	302	(2,4)	12.703
18-39 år	14	(3,5)	26	(6,5)	355	(89,2)	3	(0,8)	398
40-49 år	42	(2,8)	90	(6,0)	1.375	(91,0)	4	(0,3)	1.511
50-59 år	40	(1,2)	154	(4,5)	3.204	(93,4)	33	(1,0)	3.431
60-69 år	56	(1,3)	217	(5,0)	3.962	(91,9)	74	(1,7)	4.309
70-75 år	29	(1,9)	127	(8,2)	1.330	(86,4)	54	(3,5)	1.540
76+ år	44	(2,9)	133	(8,8)	1.203	(79,5)	134	(8,9)	1.514

Tabel A2.2.7. Indikator 7: Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræftoperation, aldersopdelt

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2022 (95% CI)	Andel 2021	Andel 2020
Total	3.959 / 4.111	96,3 (95,7-96,9)	96,1	95,8
18-39 år	169 / 178	94,9 (90,6-97,7)	97,5	96,4
40-49 år	493 / 512	96,3 (94,3-97,8)	97,0	95,1
50-59 år	946 / 989	95,7 (94,2-96,8)	95,7	96,5
60-69 år	1.092 / 1.127	96,9 (95,7-97,8)	96,7	96,2
70-75 år	532 / 548	97,1 (95,3-98,3)	96,0	95,5
76+ år	727 / 757	96,0 (94,4-97,3)	95,0	94,9

Tabel A2.2.8. Indikator 8 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

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Andel 2022 (95% CI)	Andel 2021
Total	320 / 334	95,8 (93,1-97,7)	96,9
50-59 år	179 / 189	94,7 (90,5-97,4)	95,9
60-69 år	102 / 106	96,2 (90,6-99,0)	100,0
70-75 år	29 / 29	100,0 (88,1-100,0)	91,7
76+ år	10 / 10	100,0 (69,2-100,0)	90,9

Tabel A2.2.9. Indikator 9a: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, højrisiko, aldersopdelt

<i>Aldersgrupp e</i>	<i>Tæller/nævner</i>	<i>Andel 2012-2021 (95% CI)</i>
Total	15.879 / 17.763	89,4 (88,9-89,8)
18-39 år	733 / 841	87,2 (84,7-89,3)
40-49 år	2.230 / 2.483	89,8 (88,6-91,0)
50-59 år	4.130 / 4.639	89,0 (88,1-89,9)
60-69 år	4.139 / 4.622	89,5 (88,6-90,4)
70-75 år	2.081 / 2.312	90,0 (88,7-91,2)
76+ år	2.566 / 2.866	89,5 (88,4-90,6)

Tabel A2.2.10. Indikator 9b: DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for opfølgingsprogram, lavrisiko, aldersopdelt

<i>Aldersgruppe</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2012-2021 (95% CI)</i>
Total	848 / 1.158	73,2 (70,6-75,8)
50-59 år	# / #	50,0 (6,8-93,2)
60-69 år	619 / 846	73,2 (70,0-76,1)
70-75 år	133 / 182	73,1 (66,0-79,4)
76+ år	94 / 126	74,6 (66,1-81,9)

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

<i>Aldersgruppe*</i>	<i>Tæller/nævner</i>	<i>Andel 2006- 30.09.2020 (95% CI)</i>
Total	29.178 / 32.756	89,1 (88,7-89,4)
18-39 år	196 / 224	87,5 (82,4-91,5)
40-49 år	1.501 / 1.635	91,8 (90,4-93,1)
50-59 år	6.328 / 6.816	92,8 (92,2-93,4)
60-69 år	9.875 / 10.714	92,2 (91,6-92,7)
70-75 år	7.085 / 8.069	87,8 (87,1-88,5)
76+ år	4.193 / 5.298	79,1 (78,0-80,2)

*for indikator 10 anvendes alder ved opfølgning (31.december 2022)

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

<i>Aldersgruppe*</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 30.09.2020 (95% CI)</i>
Total	8.787 / 9.873	89,0 (88,4-89,6)
18-39 år	62 / 72	86,1 (75,9-93,1)
40-49 år	513 / 551	93,1 (90,7-95,1)
50-59 år	2.068 / 2.238	92,4 (91,2-93,5)
60-69 år	2.750 / 3.043	90,4 (89,3-91,4)
70-75 år	2.069 / 2.347	88,2 (86,8-89,4)
76+ år	1.325 / 1.622	81,7 (79,7-83,5)

*for indikator 10 anvendes alder ved opfølgning (31.december 2022)

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

<i>Aldersgruppe*</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 30.09.2020 (95% CI)</i>
Total	4.831 / 5.186	93,2 (92,4-93,8)
18-39 år	24 / 28	85,7 (67,3-96,0)
40-49 år	223 / 241	92,5 (88,5-95,5)
50-59 år	940 / 1.007	93,3 (91,6-94,8)
60-69 år	1.586 / 1.664	95,3 (94,2-96,3)
70-75 år	1.260 / 1.359	92,7 (91,2-94,0)
76+ år	798 / 887	90,0 (87,8-91,9)

*for indikator 10 anvendes alder ved opfølgning (31.december 2022)

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

<i>Aldersgruppe*</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 30.09.2020 (95% CI)</i>
Total	7.022 / 7.738	90,7 (90,1-91,4)
18-39 år	40 / 44	90,9 (78,3-97,5)
40-49 år	337 / 371	90,8 (87,4-93,6)
50-59 år	1.472 / 1.572	93,6 (92,3-94,8)
60-69 år	2.489 / 2.689	92,6 (91,5-93,5)
70-75 år	1.665 / 1.853	89,9 (88,4-91,2)
76+ år	1.019 / 1.209	84,3 (82,1-86,3)

*for indikator 10 anvendes alder ved opfølgning (31.december 2022)

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

<i>Aldersgruppe*</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 30.09.2020 (95% CI)</i>
Total	5.728 / 6.742	85,0 (84,1-85,8)
18-39 år	49 / 56	87,5 (75,9-94,8)
40-49 år	303 / 331	91,5 (88,0-94,3)
50-59 år	1.254 / 1.344	93,3 (91,8-94,6)
60-69 år	2.067 / 2.222	93,0 (91,9-94,0)
70-75 år	1.409 / 1.737	81,1 (79,2-82,9)
76+ år	646 / 1.052	61,4 (58,4-64,4)

*for indikator 10 anvendes alder ved opfølgning (31.december 2022)

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

<i>Aldersgruppe*</i>	<i>Tæller/ nævner</i>	<i>Andel 2006- 30.09.2020 (95% CI)</i>
Total	2.804 / 3.205	87,5 (86,3-88,6)
18-39 år	21 / 24	87,5 (67,6-97,3)
40-49 år	125 / 141	88,7 (82,2-93,4)
50-59 år	591 / 652	90,6 (88,1-92,8)
60-69 år	982 / 1.095	89,7 (87,7-91,4)
70-75 år	680 / 767	88,7 (86,2-90,8)
76+ år	405 / 526	77,0 (73,2-80,5)

*for indikator 10 anvendes alder ved opfølgning (31.december 2022)

Prognostiske parametre

I det følgende fremgår en række supplerende deskriptive resultater.

Opgørelserne tager ligesom indikatorerne udgangspunkt i patienter ≥ 18 år med primær invasiv operabel brystkræft (indikatorpopulationen, n=4103 i 2022). Fordelingerne præsenteres for prognostiske parametre ved diagnosetidspunkt og operation opgjort pr. år.

Tabel A3.2. Operationstype, opgjort pr. år

Operationstype	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
Uoplyst	14	0,3	.	.	.	.	1	0,0	15	0,1
Mastektomi	972	23,6	1.006	25,4	939	23,0	1.032	25,2	3.949	24,3
Lumpektomi	2.353	57,2	2.160	54,6	2.335	57,3	2.437	59,4	9.285	57,1
Biopsi	64	1,6	23	0,6	51	1,3	155	3,8	293	1,8
Mastektomi efter neoadjuverende	327	7,9	320	8,1	325	8,0	213	5,2	1.185	7,3
Lumpektomi efter neoadjuverende	387	9,4	449	11,3	424	10,4	265	6,5	1.525	9,4

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

Mastektomi: Sentinel node teknik	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	972	100,0	1.006	100,0	939	100,0	1.032	100,0	3.949	100,0
Nej	165	17,0	187	18,6	205	21,8	231	22,4	788	20,0
Ja	807	83,0	819	81,4	734	78,2	801	77,6	3.161	80,0

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

Lumpektomi: Sentinel node teknik	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	2.353	100,0	2.160	100,0	2.335	100,0	2.437	100,0	9.285	100,0
Nej	125	5,3	172	8,0	210	9,0	195	8,0	702	7,6
Ja	2.228	94,7	1.988	92,0	2.125	91,0	2.242	92,0	8.583	92,4

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

Mastektomi efter neoadjuverende: Sentinel node teknik	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	327	100,0	320	100,0	325	100,0	213	100,0	1.185	100,0
Uoplyst	8	2,4	6	1,9	5	1,5	3	1,4	22	1,9
Nej	307	93,9	302	94,4	308	94,8	203	95,3	1.120	94,5
Ja	12	3,7	12	3,8	12	3,7	7	3,3	43	3,6

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

Lumpektomi efter neoadjuverende: Sentinel node teknik	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	387	100,0	449	100,0	424	100,0	265	100,0	1.525	100,0
Uoplyst	5	1,3	9	2,0	3	0,7	12	4,5	29	1,9
Nej	378	97,7	438	97,6	418	98,6	249	94,0	1.483	97,2
Ja	4	1,0	#	0,4	3	0,7	4	1,5	13	0,9

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

Histologisk type	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
Duktal	3.221	78,2	3.004	75,9	3.107	76,3	3.102	75,6	12.434	76,5
Lobulær	498	12,1	552	13,9	538	13,2	549	13,4	2.137	13,1
Mucinøs	82	2,0	76	1,9	84	2,1	97	2,4	339	2,1
Medullær	4	0,1	#	0,0	.	.	.	.	5	0,0
Papillær	42	1,0	37	0,9	41	1,0	42	1,0	162	1,0
Tubulær	58	1,4	42	1,1	38	0,9	67	1,6	205	1,3
Andre invasive	212	5,1	246	6,2	266	6,5	246	6,0	970	6,0

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

Antal lymfeknuder	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
0	#	0,0	#	0,1	#	0,0	3	0,1	7	0,0
1-4	2.503	60,8	2.336	59,0	2.457	60,3	2.757	67,2	10.053	61,9
5-9	217	5,3	213	5,4	220	5,4	244	5,9	894	5,5
>= 10	591	14,4	577	14,6	566	13,9	433	10,6	2.167	13,3
Uoplyst	27	0,7	38	1,0	30	0,7	33	0,8	128	0,8
Biopsi/ neoadjuverende	778	18,9	792	20,0	800	19,6	633	15,4	3.003	18,5

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

<i>Antal positive lymfeknuder</i>	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
0	2.288	55,6	2.158	54,5	2.275	55,8	2.356	57,4	9.077	55,9
1-3	820	19,9	765	19,3	765	18,8	885	21,6	3.235	19,9
>= 4	203	4,9	203	5,1	203	5,0	194	4,7	803	4,9
Uoplyst	28	0,7	40	1,0	31	0,8	35	0,9	134	0,8
Biopsi/ neoadjuverende	778	18,9	792	20,0	800	19,6	633	15,4	3.003	18,5

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

<i>Antal lymfeknuder med makrometastaser</i>	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
0	2.565	62,3	2.381	60,2	2.517	61,8	2.609	63,6	10.072	62,0
1-3	562	13,7	573	14,5	547	13,4	657	16,0	2.339	14,4
>= 4	184	4,5	172	4,3	179	4,4	169	4,1	704	4,3
Uoplyst	28	0,7	40	1,0	31	0,8	35	0,9	134	0,8
Biopsi/ neoadjuverende	778	18,9	792	20,0	800	19,6	633	15,4	3.003	18,5

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

<i>Antal lymfeknuder efter neoadjuverende behandling</i>	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
1-4	352	8,5	436	11,0	429	10,5	268	6,5	1.485	9,1
5-9	65	1,6	58	1,5	75	1,8	39	1,0	237	1,5
>= 10	285	6,9	271	6,8	240	5,9	151	3,7	947	5,8
Uoplyst	12	0,3	4	0,1	5	0,1	20	0,5	41	0,3
Adjuverende	3.403	82,7	3.189	80,6	3.325	81,6	3.625	88,3	13.542	83,3

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

<i>Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling</i>	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Total</i>	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
0	457	11,1	511	12,9	529	13,0	330	8,0	1.827	11,2
1-4	193	4,7	202	5,1	162	4,0	100	2,4	657	4,0
5-9	33	0,8	37	0,9	33	0,8	20	0,5	123	0,8
>= 10	19	0,5	19	0,5	23	0,6	10	0,2	71	0,4
Uoplyst	12	0,3	.	.	#	0,0	18	0,4	32	0,2
Adjuverende	3.403	82,7	3.189	80,6	3.325	81,6	3.625	88,3	13.542	83,3

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

Tumorstørrelse mikroskopisk	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
0-10 mm	872	21,2	816	20,6	807	19,8	875	21,3	3.370	20,7
11-20 mm	1.548	37,6	1.434	36,2	1.502	36,9	1.497	36,5	5.981	36,8
21-50 mm	823	20,0	829	20,9	871	21,4	979	23,9	3.502	21,5
51+ mm	81	2,0	83	2,1	88	2,2	117	2,9	369	2,3
Uoplyst	15	0,4	4	0,1	6	0,1	#	0,0	27	0,2
Biopsi/ neoadjuverende	778	18,9	792	20,0	800	19,6	633	15,4	3.003	18,5

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

Tumorstørrelse ultralyd	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	714	100,0	769	100,0	749	100,0	478	100,0	2.710	100,0
0-10 mm	27	3,8	25	3,3	15	2,0	17	3,6	84	3,1
11-20 mm	122	17,1	195	25,4	184	24,6	107	22,4	608	22,4
21-50 mm	454	63,6	469	61,0	458	61,1	302	63,2	1.683	62,1
51+ mm	86	12,0	61	7,9	62	8,3	31	6,5	240	8,9
Uoplyst	25	3,5	19	2,5	30	4,0	21	4,4	95	3,5

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

Tumorgradering - duktalet	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	3.211	100,0	2.991	100,0	3.100	100,0	3.088	100,0	12.390	100,0
Uoplyst	27	0,8	40	1,3	38	1,2	19	0,6	124	1,0
Uegnet	30	0,9	15	0,5	10	0,3	12	0,4	67	0,5
I	820	25,5	824	27,5	848	27,4	855	27,7	3.347	27,0
II	1.652	51,4	1.439	48,1	1.540	49,7	1.537	49,8	6.168	49,8
III	682	21,2	673	22,5	664	21,4	665	21,5	2.684	21,7

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

Tumorgradering - lobulære	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	497	100,0	551	100,0	537	100,0	549	100,0	2.134	100,0
Uoplyst	#	0,4	5	0,9	3	0,6	3	0,5	13	0,6
Uegnet	3	0,6	.	.	#	0,2	.	.	4	0,2
I	133	26,8	131	23,8	163	30,4	170	31,0	597	28,0
II	329	66,2	387	70,2	338	62,9	347	63,2	1.401	65,7
III	30	6,0	28	5,1	32	6,0	29	5,3	119	5,6

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

	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
0%	530	12,9	511	12,9	587	14,4	574	14,0	2.202	13,5
1-9%	77	1,9	73	1,8	65	1,6	65	1,6	280	1,7
10-100%	3.487	84,7	3.366	85,0	3.421	84,0	3.459	84,3	13.733	84,5
160	#	0,0	.	.	.	.	.	.	#	0,0
Uoplyst	22	0,5	8	0,2	#	0,0	5	0,1	36	0,2

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

HER2 status	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
Uoplyst	58	1,4	31	0,8	33	0,8	54	1,3	176	1,1
Negativ	3.485	84,6	3.408	86,1	3.533	86,7	3.565	86,9	13.991	86,1
Positiv	574	13,9	519	13,1	508	12,5	484	11,8	2.085	12,8

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

HER2 score	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
Uoplyst	64	1,6	20	0,5	22	0,5	28	0,7	134	0,8
0	1.103	26,8	1.018	25,7	1.283	31,5	931	22,7	4.335	26,7
1+	1.788	43,4	1.839	46,5	1.825	44,8	2.155	52,5	7.607	46,8
2+	716	17,4	668	16,9	544	13,4	614	15,0	2.542	15,6
3+	446	10,8	413	10,4	400	9,8	375	9,1	1.634	10,1

Tabel A3.10.3 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	3.565	100,0	484	100,0	54	100,0	4.103	100,0
18-39 år	137	3,8	37	7,6	#	3,7	176	4,3
40-49 år	369	10,4	93	19,2	7	13,0	469	11,4
50-59 år	866	24,3	136	28,1	11	20,4	1.013	24,7
60-69 år	1.016	28,5	105	21,7	13	24,1	1.134	27,6
70-75 år	491	13,8	39	8,1	6	11,1	536	13,1
76+ år	686	19,2	74	15,3	15	27,8	775	18,9

Tabel A3.10.4. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) score opdelt efter in situ hybridization (ISH) ratio, opgjort pr. år

HER2-score og FISH-ratio		2019		2020		2021		2022		Alle år	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	0.00-1.99	617	15,0	594	15,0	485	11,9	529	12,9	2.225	13,7
	2.00+	150	3,6	138	3,5	137	3,4	142	3,5	567	3,5
	Ubestemt	3.350	81,4	3.226	81,5	3.452	84,7	3.432	83,6	13.460	82,8
0	0.00-1.99	5	0,1	13	0,3	16	0,4	9	0,2	43	0,3
	2.00+	.	.	#	0,0	4	0,1	#	0,0	6	0,0
	Ubestemt	1.098	26,7	1.004	25,4	1.263	31,0	921	22,4	4.286	26,4
1+	0.00-1.99	10	0,2	43	1,1	48	1,2	59	1,4	160	1,0
	2.00+	.	.	11	0,3	10	0,2	8	0,2	29	0,2
	Ubestemt	1.778	43,2	1.785	45,1	1.767	43,4	2.088	50,9	7.418	45,6
2+	0.00-1.99	567	13,8	535	13,5	413	10,1	449	10,9	1.964	12,1
	2.00+	136	3,3	113	2,9	111	2,7	120	2,9	480	3,0
	Ubestemt	13	0,3	20	0,5	20	0,5	45	1,1	98	0,6
3+	0.00-1.99	#	0,0	#	0,0	#	0,0	#	0,0	6	0,0
	2.00+	6	0,1	12	0,3	12	0,3	13	0,3	43	0,3
	Ubestemt	438	10,6	400	10,1	386	9,5	361	8,8	1.585	9,8
Uoplyst	0.00-1.99	33	0,8	#	0,1	6	0,1	11	0,3	52	0,3
	2.00+	8	0,2	#	0,0	.	.	.	.	9	0,1
	Ubestemt	23	0,6	17	0,4	16	0,4	17	0,4	73	0,4

Tabel A3.10.5. Human epidermal growth factor receptor 2 (HER2) gen-kopier opdelt efter in situ hybridization (ISH) ratio, opgjort pr. år

HER2-genkopier og FISH-ratio		2019		2020		2021		2022		Alle år	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	0.00-1.99	617	15,0	594	15,0	485	11,9	529	12,9	2.225	13,7
	2.00+	150	3,6	138	3,5	137	3,4	142	3,5	567	3,5
	Ubestemt	3.350	81,4	3.226	81,5	3.452	84,7	3.432	83,6	13.460	82,8
0.00-3.99	0.00-1.99	518	12,6	493	12,5	404	9,9	460	11,2	1.875	11,5
	2.00+	20	0,5	25	0,6	32	0,8	28	0,7	105	0,6
	Ubestemt	#	0,0	#	0,0	.	.	#	0,0	4	0,0
4.00-5.99	0.00-1.99	76	1,8	87	2,2	65	1,6	58	1,4	286	1,8
	2.00+	69	1,7	56	1,4	46	1,1	39	1,0	210	1,3
	Ubestemt	3.325	80,8	3.034	76,7	3.262	80,1	3.276	79,8	12.897	79,4
6.00+	0.00-1.99	20	0,5	14	0,4	16	0,4	10	0,2	60	0,4
	2.00+	61	1,5	57	1,4	59	1,4	75	1,8	252	1,6
	Ubestemt	3.325	80,8	3.034	76,7	3.262	80,1	3.276	79,8	12.897	79,4
Uoplyst	0.00-1.99	3	0,1	.	.	.	.	#	0,0	4	0,0
	Ubestemt	24	0,6	191	4,8	190	4,7	154	3,8	559	3,4

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

Risikogruppe	2019		2020		2021		2022		Alle år	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Total	4.117	100,0	3.958	100,0	4.074	100,0	4.103	100,0	16.252	100,0
Ej protokol	123	3,0	278	7,0	290	7,1	267	6,5	958	5,9
Lavrisiko	258	6,3	214	5,4	222	5,4	235	5,7	929	5,7
Højrisiko	3.673	89,2	3.446	87,1	3.534	86,7	3.560	86,8	14.213	87,5
Mangler risikoallokering	63	1,5	20	0,5	28	0,7	41	1,0	152	0,9

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

Årstal og fundet ved screening	Tumordiameter								Biopsi/ neoadjuverende	Alle	
	0-10 mm		≥ 11 mm		Uoplyst						
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%		Antal	%
Total	Nej	490	20,5	2.066	43,5	65	67,7	769	66,7	3.390	40,4
	Ja	1.887	78,9	2.646	55,8	20	20,8	370	32,1	4.923	58,7
	Uoplyst	16	0,7	33	0,7	11	11,5	14	1,2	74	0,9
2019	Nej	122	5,1	478	10,1	12	12,5	183	15,9	795	9,5
	Ja	502	21,0	695	14,6	3	3,1	116	10,1	1.316	15,7
	Uoplyst	12	0,5	13	0,3	7	7,3	6	0,5	38	0,5
2020	Nej	130	5,4	528	11,1	6	6,3	218	18,9	882	10,5
	Ja	426	17,8	613	12,9	#	1,0	99	8,6	1.139	13,6
	Uoplyst	#	0,0	9	0,2	#	1,0	#	0,2	13	0,2
2021	Nej	118	4,9	499	10,5	10	10,4	216	18,7	843	10,1
	Ja	436	18,2	666	14,0	5	5,2	97	8,4	1.204	14,4
	Uoplyst	#	0,0	6	0,1	.	.	3	0,3	10	0,1
2022	Nej	120	5,0	561	11,8	37	38,5	152	13,2	870	10,4
	Ja	523	21,9	672	14,2	11	11,5	58	5,0	1.264	15,1
	Uoplyst	#	0,1	5	0,1	3	3,1	3	0,3	13	0,2

Prognostiske parametre, opgjort pr. afdeling

I det følgende indgår prognostiske parametre opgjort pr. afdeling og for aktuelle opgørelsesperiode. Bemærk at der i tabeloverskriften står angivet, om resultaterne er opgjort for kirurgiske eller patologi-afdelinger.

Patientpopulationen er som tidligere beskrevet patienter ≥ 18 år med primær invasiv, operabel brystkræft registreret i DBCG (indikatorpopulationen, n=4103 i 2022).

Tabel A4.1. Operationstype, opgjort pr. kirurgisk afdeling

Operationstype	Uoplyst		Mastektomi		Lumpektomi		Biopsi*		Mastektomi efter neoadjuverende		Lumpektomi efter neoadjuverende		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	#	0,0	1.032	25,2	2.437	59,4	155	3,8	213	5,2	265	6,5	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	#	0,1	278	21,0	832	62,9	59	4,5	76	5,7	76	5,7	1.322	100,0
Roskilde	.	.	161	24,2	378	56,8	36	5,4	44	6,6	47	7,1	666	100,0
Aabenraa	.	.	57	32,4	77	43,8	14	8,0	10	5,7	18	10,2	176	100,0
Esbjerg	.	.	28	20,0	101	72,1	#	0,7	#	0,7	9	6,4	140	100,0
Odense	.	.	122	39,9	142	46,4	10	3,3	16	5,2	16	5,2	306	100,0
Vejle	.	.	42	19,0	140	63,3	#	0,5	11	5,0	27	12,2	221	100,0
Aarhus	.	.	134	29,5	260	57,3	19	4,2	16	3,5	25	5,5	454	100,0
Viborg	.	.	108	24,9	269	62,0	9	2,1	24	5,5	24	5,5	434	100,0
Aalborg	.	.	98	26,3	230	61,8	6	1,6	15	4,0	23	6,2	372	100,0
Færøerne	.	.	4	33,3	8	66,7	.	.	.	.	.	.	12	100,0

*Patienter, som kun har gennemgået Biopsi i aktuelle år, kan være allokert til NACT og vil i det tilfælde få behandlingen senere i patientforløbet.

Tabel A4.2. Histologisk type, opgjort pr. patologi-afdeling

Histologisk type	Duktal		Lobulær		Mucinøs		Papillær		Tubulær		Andre invasive		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	3.102	75,6	549	13,4	97	2,4	42	1,0	67	1,6	246	6,0	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	985	74,5	177	13,4	31	2,3	11	0,8	20	1,5	99	7,5	1.323	100,0
Roskilde	527	79,1	83	12,5	19	2,9	5	0,8	21	3,2	11	1,7	666	100,0
Esbjerg	117	75,0	23	14,7	5	3,2	#	1,3	3	1,9	6	3,8	156	100,0
Odense	233	64,4	53	14,6	9	2,5	6	1,7	8	2,2	53	14,6	362	100,0
Sønderborg	80	76,9	9	8,7	#	1,0	#	1,9	#	1,9	10	9,6	104	100,0
Vejle	162	73,6	32	14,5	3	1,4	4	1,8	#	0,9	17	7,7	220	100,0
Aarhus	306	78,1	54	13,8	8	2,0	5	1,3	.	.	19	4,8	392	100,0
Viborg	393	79,2	67	13,5	14	2,8	#	0,4	4	0,8	16	3,2	496	100,0
Aalborg	289	77,3	51	13,6	7	1,9	5	1,3	7	1,9	15	4,0	374	100,0
Færøerne	10	100,0	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10	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	3	0,1	2.757	67,2	244	5,9	433	10,6	33	0,8	633	15,4	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	#	0,1	876	66,2	78	5,9	148	11,2	10	0,8	210	15,9	1.323	100,0
Roskilde	#	0,2	438	65,8	38	5,7	57	8,6	4	0,6	128	19,2	666	100,0
Esbjerg	.	.	105	67,3	10	6,4	27	17,3	#	0,6	13	8,3	156	100,0
Odense	.	.	207	57,2	49	13,5	55	15,2	#	0,6	49	13,5	362	100,0
Sønderborg	.	.	54	51,9	3	2,9	14	13,5	.	.	33	31,7	104	100,0
Vejle	#	0,5	163	74,1	3	1,4	14	6,4	#	0,5	38	17,3	220	100,0
Aarhus	.	.	273	69,6	31	7,9	37	9,4	#	0,3	50	12,8	392	100,0
Viborg	.	.	359	72,4	15	3,0	50	10,1	5	1,0	67	13,5	496	100,0
Aalborg	.	.	275	73,5	16	4,3	29	7,8	9	2,4	45	12,0	374	100,0
Færøerne	.	.	7	70,0	#	10,0	#	20,0	.	.	.	.	10	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	2.356	57,4	885	21,6	194	4,7	35	0,9	633	15,4	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	749	56,6	287	21,7	66	5,0	11	0,8	210	15,9	1.323	100,0
Roskilde	369	55,4	141	21,2	24	3,6	4	0,6	128	19,2	666	100,0
Esbjerg	95	60,9	31	19,9	16	10,3	#	0,6	13	8,3	156	100,0
Odense	219	60,5	77	21,3	15	4,1	#	0,6	49	13,5	362	100,0
Sønderborg	46	44,2	22	21,2	3	2,9	.	.	33	31,7	104	100,0
Vejle	132	60,0	41	18,6	7	3,2	#	0,9	38	17,3	220	100,0
Aarhus	231	58,9	92	23,5	18	4,6	#	0,3	50	12,8	392	100,0
Viborg	282	56,9	118	23,8	24	4,8	5	1,0	67	13,5	496	100,0
Aalborg	226	60,4	75	20,1	19	5,1	9	2,4	45	12,0	374	100,0
Færøerne	7	70,0	#	10,0	#	20,0	.	.	.	.	10	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	2.609	63,6	657	16,0	169	4,1	35	0,9	633	15,4	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	826	62,4	224	16,9	52	3,9	11	0,8	210	15,9	1.323	100,0
Roskilde	413	62,0	99	14,9	22	3,3	4	0,6	128	19,2	666	100,0
Esbjerg	100	64,1	27	17,3	15	9,6	#	0,6	13	8,3	156	100,0
Odense	238	65,7	61	16,9	12	3,3	#	0,6	49	13,5	362	100,0
Sønderborg	53	51,0	15	14,4	3	2,9	.	.	33	31,7	104	100,0
Vejle	145	65,9	29	13,2	6	2,7	#	0,9	38	17,3	220	100,0
Aarhus	258	65,8	65	16,6	18	4,6	#	0,3	50	12,8	392	100,0
Viborg	315	63,5	87	17,5	22	4,4	5	1,0	67	13,5	496	100,0
Aalborg	253	67,6	50	13,4	17	4,5	9	2,4	45	12,0	374	100,0
Færøerne	8	80,0	.	.	#	0	.	.	.	.	10	100,0

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

<i>Antal lymfeknuder efter neoadjuverende behandling</i>	<i>1-4</i>		<i>5-9</i>		<i>>= 10</i>		<i>Uoplyst</i>		<i>Adjuverende</i>		<i>Total</i>	
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Alle afdelinger</i>	268	6,5	39	1,0	151	3,7	20	0,5	3.625	88,3	4.103	100,0
<i>Herlev-Gentofte</i>	83	6,3	9	0,7	51	3,9	9	0,7	1.171	88,5	1.323	100,0
<i>Roskilde</i>	56	8,4	14	2,1	18	2,7	3	0,5	575	86,3	666	100,0
<i>Esbjerg</i>	10	6,4	.	.	#	0,6	#	0,6	144	92,3	156	100,0
<i>Odense</i>	21	5,8	5	1,4	12	3,3	.	.	324	89,5	362	100,0
<i>Sønderborg</i>	10	9,6	#	1,0	7	6,7	#	1,9	84	80,8	104	100,0
<i>Vejle</i>	23	10,5	.	.	14	6,4	.	.	183	83,2	220	100,0
<i>Aarhus</i>	20	5,1	3	0,8	10	2,6	#	0,3	358	91,3	392	100,0
<i>Viborg</i>	29	5,8	5	1,0	17	3,4	4	0,8	441	88,9	496	100,0
<i>Aalborg</i>	16	4,3	#	0,5	21	5,6	.	.	335	89,6	374	100,0
<i>Færøerne</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	10	100,0	10	100,0

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

<i>Antal positive lymfeknuder efter neoadjuverende behandling</i>	<i>0</i>	<i>1-4</i>		<i>5-9</i>		<i>>= 10</i>		<i>Uoplyst</i>		<i>Adjuverende</i>		<i>Total</i>		
	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>	<i>Antal</i>	<i>%</i>
<i>Alle afdelinger</i>	330	8,0	100	2,4	20	0,5	10	0,2	18	0,4	3.625	88,3	4.103	100,0
<i>Herlev-Gentofte</i>	96	7,3	39	2,9	6	0,5	4	0,3	7	0,5	1.171	88,5	1.323	100,0
<i>Roskilde</i>	73	11,0	12	1,8	3	0,5	.	.	3	0,5	575	86,3	666	100,0
<i>Esbjerg</i>	11	7,1	.	.	.	.	.	.	#	0,6	144	92,3	156	100,0
<i>Odense</i>	25	6,9	11	3,0	#	0,3	#	0,3	.	.	324	89,5	362	100,0
<i>Sønderborg</i>	14	13,5	3	2,9	#	1,0	.	.	#	1,9	84	80,8	104	100,0
<i>Vejle</i>	25	11,4	9	4,1	#	0,9	#	0,5	.	.	183	83,2	220	100,0
<i>Aarhus</i>	25	6,4	6	1,5	#	0,5	.	.	#	0,3	358	91,3	392	100,0
<i>Viborg</i>	36	7,3	8	1,6	4	0,8	3	0,6	4	0,8	441	88,9	496	100,0
<i>Aalborg</i>	25	6,7	12	3,2	#	0,3	#	0,3	.	.	335	89,6	374	100,0
<i>Færøerne</i>	.	.	.	.	.	.	.	.	.	.	10	100,0	10	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	875	21,3	1.497	36,5	979	23,9	117	2,9	#	0,0	633	15,4	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	294	22,2	460	34,8	320	24,2	39	2,9	.	.	210	15,9	1.323	100,0
Roskilde	143	21,5	239	35,9	135	20,3	20	3,0	#	0,2	128	19,2	666	100,0
Esbjerg	39	25,0	62	39,7	35	22,4	7	4,5	.	.	13	8,3	156	100,0
Odense	83	22,9	120	33,1	106	29,3	3	0,8	#	0,3	49	13,5	362	100,0
Sønderborg	21	20,2	22	21,2	26	25,0	#	1,9	.	.	33	31,7	104	100,0
Vejle	33	15,0	85	38,6	57	25,9	7	3,2	.	.	38	17,3	220	100,0
Aarhus	86	21,9	159	40,6	91	23,2	6	1,5	.	.	50	12,8	392	100,0
Viborg	102	20,6	189	38,1	123	24,8	15	3,0	.	.	67	13,5	496	100,0
Aalborg	73	19,5	157	42,0	82	21,9	17	4,5	.	.	45	12,0	374	100,0
Færøerne	#	10,0	4	40,0	4	40,0	#	10,0	.	.	.	.	10	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	17	3,6	107	22,4	302	63,2	31	6,5	21	4,4	478	100,0
Herlev-Gentofte	6	3,9	30	19,7	101	66,4	7	4,6	8	5,3	152	100,0
Roskilde	3	3,3	18	19,8	55	60,4	13	14,3	#	2,2	91	100,0
Esbjerg			16,									
	#	7	6	50,0	3	25,0	.	.	#	8,3	12	100,0
Odense	#	2,6	11	28,9	23	60,5	#	5,3	#	2,6	38	100,0
Sønderborg	#	5,0	6	30,0	10	50,0	.	.	3	15,0	20	100,0
Vejle	#	5,4	10	27,0	22	59,5	#	2,7	#	5,4	37	100,0
Aarhus	#	2,9	7	20,6	23	67,6	3	8,8	.	.	34	100,0
Viborg	.	.	11	20,0	39	70,9	3	5,5	#	3,6	55	100,0
Aalborg	#	2,6	8	20,5	26	66,7	#	5,1	#	5,1	39	100,0

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

Tumorgradering - duktale	Uoplyst		Uegnet		I		II		III		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	19	0,6	12	0,4	855	27,7	1.537	49,8	665	21,5	3.088	100,0
Herlev-Gentofte	#	0,2	3	0,3	333	34,0	480	49,0	161	16,4	979	100,0
Roskilde	#	0,2	#	0,4	99	18,8	239	45,4	186	35,3	527	100,0
Esbjerg	.	.	.	.	32	27,4	73	62,4	12	10,3	117	100,0
Odense	#	0,9	#	0,9	78	33,5	105	45,1	46	19,7	233	100,0
Sønderborg	.	.	.	.	18	22,5	45	56,3	17	21,3	80	100,0
Vejle	.	.	.	.	40	25,8	88	56,8	27	17,4	155	100,0
Aarhus	13	4,2	3	1,0	75	24,5	157	51,3	58	19,0	306	100,0
Viborg	#	0,3	.	.	113	28,8	213	54,3	65	16,6	392	100,0
Aalborg	.	.	#	0,3	67	23,2	130	45,0	91	31,5	289	100,0
Færøerne	.	.	#	10,0	.	.	7	70,0	#	20,0	10	100,0

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

Tumorgradering - lobulære	Uoplyst		I		II		III		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	3	0,5	170	31,0	347	63,2	29	5,3	549	100,0
Herlev-Gentofte	.	.	93	52,5	77	43,5	7	4,0	177	100,0
Roskilde	.	.	11	13,3	61	73,5	11	13,3	83	100,0
Esbjerg	.	.	4	17,4	17	73,9	#	8,7	23	100,0
Odense	.	.	15	28,3	36	67,9	#	3,8	53	100,0
Sønderborg	.	.	#	11,1	7	77,8	#	11,1	9	100,0
Vejle	.	.	4	12,5	27	84,4	#	3,1	32	100,0
Aarhus	3	5,6	12	22,2	38	70,4	#	1,9	54	100,0
Viborg	.	.	8	11,9	57	85,1	#	3,0	67	100,0
Aalborg	.	.	22	43,1	27	52,9	#	3,9	51	100,0

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

	0%		1-9%		10-100%		Uoplyst Ant		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	al	%	Antal	%
Alle afdelinger	574	14,0	65	1,6	3.459	84,3	5	0,1	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	187	14,1	8	0,6	1.126	85,1	#	0,2	1.323	100,0
Roskilde	91	13,7	19	2,9	556	83,5	.	.	666	100,0
Esbjerg	11	7,1	#	1,3	143	91,7	.	.	156	100,0
Odense	46	12,7	4	1,1	311	85,9	#	0,3	362	100,0
Sønderborg	19	18,3	3	2,9	82	78,8	.	.	104	100,0
Vejle	29	13,2	6	2,7	185	84,1	.	.	220	100,0
Aarhus	46	11,7	7	1,8	338	86,2	#	0,3	392	100,0
Viborg	71	14,3	8	1,6	416	83,9	#	0,2	496	100,0
Aalborg	73	19,5	8	2,1	293	78,3	.	.	374	100,0
Færøerne	#	10,0	.	.	9	90,0	.	.	10	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	3.565	86,9	484	11,8	54	1,3	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	1.165	88,1	127	9,6	31	2,3	1.323	100,0
Roskilde	557	83,6	108	16,2	#	0,2	666	100,0
Esbjerg	143	91,7	12	7,7	#	0,6	156	100,0
Odense	324	89,5	36	9,9	#	0,6	362	100,0
Sønderborg	90	86,5	10	9,6	4	3,8	104	100,0
Vejle	192	87,3	26	11,8	#	0,9	220	100,0
Aarhus	339	86,5	45	11,5	8	2,0	392	100,0
Viborg	427	86,1	64	12,9	5	1,0	496	100,0
Aalborg	319	85,3	55	14,7	.	.	374	100,0
Færøerne	9	90,0	#	10,0	.	.	10	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	931	22,7	2.155	52,5	614	15,0	375	9,1	28	0,7	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	185	14,0	817	61,8	221	16,7	93	7,0	7	0,5	1.323	100,0
Roskilde	189	28,4	319	47,9	68	10,2	90	13,5	.	.	666	100,0
Esbjerg	25	16,0	104	66,7	15	9,6	12	7,7	.	.	156	100,0
Odense	135	37,3	176	48,6	20	5,5	30	8,3	#	0,3	362	100,0
Sønderborg	33	31,7	45	43,3	15	14,4	10	9,6	#	1,0	104	100,0
Vejle	48	21,8	111	50,5	39	17,7	22	10,0	.	.	220	100,0
Aarhus	40	10,2	188	48,0	128	32,7	22	5,6	14	3,6	392	100,0
Viborg	128	25,8	242	48,8	70	14,1	51	10,3	5	1,0	496	100,0
Aalborg	146	39,0	146	39,0	38	10,2	44	11,8	.	.	374	100,0
Færøerne	#	20,0	7	70,0	.	.	#	10,0	.	.	10	100,0

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

HER2-score og FISH-ratio	0			1+			2+											
	0.00-1.99		2.00+	0.00-1.99		2.00+	0.00-1.99		2.00+	Ubestemt								
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%						
Alle afdelinger	9	0,2	#	0,0	921	22,4	59	1,4	8	0,2	2.088	50,9	449	10,9	120	2,9	45	1,1
Herlev-Gentofte	6	0,5	.	.	179	13,5	23	1,7	4	0,3	790	59,7	156	11,8	37	2,8	28	2,1
Roskilde	.	.	#	0,2	188	28,2	22	3,3	3	0,5	294	44,1	50	7,5	16	2,4	#	0,3
Esbjerg	.	.	.	.	25	16,0	#	0,6	#	0,6	102	65,4	11	7,1	3	1,9	#	0,6
Odense	.	.	.	.	135	37,3	.	.	.	.	176	48,6	13	3,6	6	1,7	#	0,3
Sønderborg	.	.	.	.	33	31,7	#	1,0	.	.	44	42,3	10	9,6	#	1,0	4	3,8
Vejle	.	.	.	.	48	21,8	.	.	.	.	111	50,5	34	15,5	3	1,4	#	0,9
Aarhus	.	.	.	.	40	10,2	#	0,5	.	.	186	47,4	98	25,0	28	7,1	#	0,5
Viborg	.	.	.	.	128	25,8	7	1,4	.	.	235	47,4	51	10,3	15	3,0	4	0,8
Aalborg	3	0,8	.	.	143	38,2	3	0,8	.	.	143	38,2	26	7,0	11	2,9	#	0,3
Færøerne	.	.	.	.	#	20,0	.	.	.	.	7	70,0	.	.	.	.	.	.

(tabel fortsattes næste side)

HER2-score og FISH-ratio	3+						Uoplyst				Total	
	0.00-1.99		2.00+		Ubestemt		0.00-1.99		Ubestemt			
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	#	0,0	13	0,3	361	8,8	11	0,3	17	0,4	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	93	7,0	#	0,1	6	0,5	1.323	100,0
Roskilde	#	0,2	7	1,1	82	12,3	.	.	.	.	666	100,0
Esbjerg	.	.	#	0,6	11	7,1	.	.	.	.	156	100,0
Odense	30	8,3	.	.	#	0,3	362	100,0
Sønderborg	10	9,6	.	.	#	1,0	104	100,0
Vejle	22	10,0	.	.	.	.	220	100,0
Aarhus	.	.	#	0,5	20	5,1	8	2,0	6	1,5	392	100,0
Viborg	.	.	#	0,2	50	10,1	#	0,4	3	0,6	496	100,0
Aalborg	.	.	#	0,5	42	11,2	.	.	.	.	374	100,0
Færøerne	#	10,0	.	.	.	.	10	100,0

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

Risikogruppe	Ej protokol		Lavrisiko		Højrisiko		Mangler risikoallokering		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	267	6,5	235	5,7	3.560	86,8	41	1,0	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	107	8,1	82	6,2	1.108	83,8	25	1,9	1.322	100,0
Roskilde	37	5,6	31	4,7	598	89,8	.	.	666	100,0
Aabenraa	13	7,4	13	7,4	149	84,7	#	0,6	176	100,0
Esbjerg	7	5,0	8	5,7	123	87,9	#	1,4	140	100,0
Odense	9	2,9	24	7,8	271	88,6	#	0,7	306	100,0
Vejle	19	8,6	10	4,5	192	86,9	.	.	221	100,0
Aarhus	25	5,5	16	3,5	408	89,9	5	1,1	454	100,0
Viborg	28	6,5	27	6,2	374	86,2	5	1,2	434	100,0
Aalborg	22	5,9	24	6,5	325	87,4	#	0,3	372	100,0
Færøerne	.	.	.	.	12	100,0	.	.	12	100,0

Tabel A4.11. HER2 kombineret med ER status, opgjort pr. patologiafdeling

HER2 og ER status	HER2 negativ, ER 0%		HER2 negativ, ER 1-9%		HER2 negativ, ER positiv		HER2 negativ, ER uoplyst		HER2 positive		Uoplyst		Total	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Alle afdelinger	402	9,8	43	1,0	3.119	76,0	#	0,0	484	11,8	54	1,3	4.103	100,0
Herlev-Gentofte	132	10,0	3	0,2	1.029	77,8	#	0,1	127	9,6	31	2,3	1.323	100,0
Roskilde	55	8,3	14	2,1	488	73,3	.	.	108	16,2	#	0,2	666	100,0
Esbjerg	9	5,8	#	0,6	133	85,3	.	.	12	7,7	#	0,6	156	100,0
Odense	36	9,9	4	1,1	284	78,5	.	.	36	9,9	#	0,6	362	100,0
Sønderborg	15	14,4	#	1,9	73	70,2	.	.	10	9,6	4	3,8	104	100,0
Vejle	18	8,2	4	1,8	170	77,3	.	.	26	11,8	#	0,9	220	100,0
Aarhus	39	9,9	#	0,5	298	76,0	.	.	45	11,5	8	2,0	392	100,0
Viborg	42	8,5	6	1,2	379	76,4	.	.	64	12,9	5	1,0	496	100,0
Aalborg	56	15,0	7	1,9	256	68,4	.	.	55	14,7	.	.	374	100,0
Færøerne	.	.	.	.	9	90,0	.	.	#	10,0	.	.	10	100,0

Table A4.12. Brystkræft fundet i forbindelse med screening, opdelt på region

		<i>Antal (%)</i>		
		<i>2022</i>	<i>2021</i>	<i>2020</i>
Hele landet	I alt	4.103 (100%)	4.074 (100%)	3.958 (100%)
	Ja	1.314 (32%)	1.280 (31%)	1.197 (30%)
	Nej	2.753 (67%)	2.755 (68%)	2.717 (69%)
	Uoplyst	36 (1%)	39 (1%)	44 (1%)
Hovedstaden	I alt	1.322 (100%)	1.186 (100%)	1.203 (100%)
	Ja	397 (30%)	281 (24%)	298 (25%)
	Nej	910 (69%)	894 (75%)	888 (74%)
	Uoplyst	15 (1%)	11 (1%)	17 (1%)
Sjælland	I alt	666 (100%)	683 (100%)	607 (100%)
	Ja	234 (35%)	222 (33%)	203 (33%)
	Nej	427 (64%)	449 (66%)	395 (65%)
	Uoplyst	5 (1%)	12 (2%)	9 (2%)
Syddanmark	I alt	843 (100%)	904 (100%)	911 (100%)
	Ja	292 (35%)	290 (32%)	277 (30%)
	Nej	543 (64%)	607 (67%)	626 (69%)
	Uoplyst	8 (1%)	7 (1%)	8 (1%)
Midtjylland	I alt	888 (100%)	868 (100%)	852 (100%)
	Ja	291 (33%)	324 (37%)	276 (32%)
	Nej	590 (66%)	539 (62%)	567 (67%)
	Uoplyst	7 (1%)	5 (1%)	9 (1%)
Nordjylland	I alt	372 (100%)	416 (100%)	368 (100%)
	Ja	96 (26%)	156 (38%)	137 (37%)
	Nej	275 (74%)	256 (62%)	231 (63%)
	Uoplyst	# (0%)	4 (1%)	
Færøerne	I alt	12 (100%)	17 (100%)	17 (100%)
	Ja	4 (33%)	7 (41%)	6 (35%)
	Nej	8 (67%)	10 (59%)	10 (59%)
	Uoplyst			# (6%)

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	%	
Total	225	(1,8)	747	(5,9)	11.429	(90,0)	302	(2,4)	12.703
2016	56	(2,2)	210	(8,4)	2.165	(86,3)	78	(3,1)	2.509
2017	57	(2,2)	185	(7,1)	2.263	(87,4)	84	(3,2)	2.589
2018	58	(2,2)	177	(6,6)	2.366	(88,6)	69	(2,6)	2.670
2019	29	(1,1)	105	(4,0)	2.419	(93,1)	46	(1,8)	2.599
2020	25	(1,1)	70	(3,0)	2.216	(94,9)	25	(1,1)	2.336

Tabel A5.2. Indikator 11, tællerpopulation, lymfeknude status før og efter NACT, år 2022

	Negativ efter NACT		Positiv efter NACT		Uoplyst efter NACT		I alt Antal
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Negativ før NACT	32	58,2	5	9,1	18	32,7	55
Positiv før NACT	59	47,2	35	28,0	31	24,8	125
Uoplyst før NACT	96	74,4	4	3,1	29	22,5	129
I alt	187	60,5	44	14,2	78	25,2	309

Tabel A5.3. Indikator 12, tællerpopulation, fordelt på subtyper, år 2022

	Luminal A		Luminal B		HER2 enriched		Basal-like		I alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Danmark	195	60,9	118	36,9	4	1,3	3	0,9	320
Hovedstaden	61	61,0	36	36,0	#	2,0	#	1,0	100
Sjælland	31	57,4	23	42,6					54
Syddanmark	48	67,6	20	28,2	#	1,4	#	2,8	71
Midtjylland	40	58,8	27	39,7	#	1,5			68
Nordjylland	15	55,6	12	44,4					27
Hovedstaden	61	61,0	36	36,0	#	2,0	#	1,0	100
Herlev-Gentofte	61	61,0	36	36,0	#	2,0	#	1,0	100
Sjælland	31	57,4	23	42,6					54
Roskilde	31	57,4	23	42,6					54
Syddanmark	48	67,6	20	28,2	#	1,4	#	2,8	71
Esbjerg	5	50,0	4	40,0			#	10,0	10
Odense	32	78,0	8	19,5	#	2,4			41
Sønderborg	3	100,0							3
Vejle	8	47,1	8	47,1			#	5,9	17
Midtjylland	40	58,8	27	39,7	#	1,5			68
Aarhus	25	65,8	13	34,2					38
Viborg	15	50,0	14	46,7	#	3,3			30
Nordjylland	15	55,6	12	44,4					27
Aalborg	15	55,6	12	44,4					27

7. 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 2022 øget til godt 4900 nye tilfælde. Hver niende til hver tiende dansk kvinde rammes af brystkræft. Brystkræft er sjælden hos mænd og der er kun omkring 30 mænd årligt i Danmark. Medianalderen er 62 år. Godt halvdelen af patienterne er i aldersgruppen 50-70 år, og sygdommen er meget sjælden hos kvinder under 30 år. Mere end 90% af patienter med nydiagnosticeret brystkræft anses for at have kurabel sygdom (lokaliseret sygdom +/- regional spredning). Omkring 10% har ved diagnosen mere udbredt sygdom enten 1) lokal fremskreden sygdom med lokal spredning til thoraxsvæg, hud, massiv og in-ekstirpabel lymfeknudeinvolvering, eller inflammatorisk cancer eller 2) som dissemineret sygdom med 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 mindre belastende, men dog ikke helt uden betydning. Alkoholforbrug og overvægt spiller en betydelig rolle. Rygning, specielt hos helt unge kvinder, er også en risikofaktor. 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. I 2022 drejede sig om ca. 12%. 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. I 2022 havde knapt 35% af patienter med tidlig brystkræft 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. Ca. 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 dobbelt negativ. De luminale typer er østrogenreceptor positive, mens de dobbelt (triple) negative omfatter gruppen, hvor hverken hormonreceptorer eller HER2 receptoren er positiv. HER2 positive og dobbelt negative har en betydelig dårligere prognose end de luminale typer.

Udover kirurgi tilbydes patienter med luminal subtyper endokrinbehandling. Kemoterapi anbefales til patienter med 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. Tilsvarende anvendes Q-score og luminal typebestemmelse til patienter med svagt hormonfølsom brystkræft (< 10% østrogenreceptor positivitet). Ved Luminal A subtype anbefales endokrin behandling som supplement til kemoterapi.

Organisering

Udredning og behandling er stærkt centraliseret i Danmark, hvor der per januar 2022 er 9 brystenheder med mammadiagnostik, mammapatologi og mammakirurgi. Derudover udføres en del mammografier i privat regi. Der er 12 onkologiske enheder, hvoraf kun 7 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 rapporter. DBCG står også for at udfærdige de kliniske retningslinjer på området.

8. 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.

Data til nærværende årsrapport er udtrukket primo april 2023.

Grundpopulation

Til beregningen af dækningsgrad 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 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-kvalitetsdatabase, eller invasiv diagnose i Patobank (patienter med ukendt diagnose i DBCG-kvalitetsdatabase slettes fra Kvalitetsdatabase, hvis patienten heller ikke findes i Patobank med invasiv diagnose)
- Hvis patienten findes i både DBCG-kvalitetsdatabase og Patobank, må modtagedatoen i Patobank højst ligge 30 dage efter operationsdato i DBCG-kvalitetsdatabase

- Dato til afgrænsning/skæringsdato defineres af biopsidato i DBCG Behandlingsdatabasen, sekundært biopsidatoen i Patobank, og ellers den første af kirurgidato eller registreringsdato i DBCG Behandlingsdatabasen

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

- Hvis der findes en dato for biopsi i DBCG Behandlingsdatabasen, anvendes denne.
- Ellers hvis der findes en modtagedato i Patobank, anvendes denne.
- Ellers anvendes den førstkomne af datoerne: kirurgidato eller registreringsdato i DBCG Behandlingsdatabasen

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.

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.

Indikatorpopulation

Populationen består af patienter med en primær invasiv brystkræft diagnose med operabel tumor, som er indberettet til DBCG med dato for diagnose. Derfor er en række generelle eksklusioner foretaget fra grundpopulationen, som beskrevet nedenfor.

Generelle eksklusioner for kvalitetsindikatorer:

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)

Metode for beregning af dækningsgrad og datakomplethed

Indikatornr. og navn	Eksklusioner	Nævner	Tæller
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
Datakomplethed Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG	Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG registreret 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
Datakomplethed, patologi Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende patologioplysninger	Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG registreret 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 ductalt eller lobulært karcinom
Datakomplethed, kirurgi Andelen af patienter der indberettes med datakomplethed til DBCG vedrørende kirurgioplysninger	Patienter som ikke er registreret i DBCG	Patienter med invasiv diagnose i DBCG registreret i DBCG	Tilstrækkelig indberetning eller angivelse af menopausestatus, operationstype, operationsdato samt præoperativ klassifikation hvis kun biopsi

9. Styregruppens sammensætning

Styregruppen består af en formand udpeget af bestyrelsen i DBCG, en repræsentant fra de relevante videnskabelige udvalg under DBCG, herunder Kirurgisk Udvalg, Medicinsk Udvalg, Patologiudvalget, Radiologiudvalget og Ratioterapiudvalget. De fem regioner skal være repræsenteret af en faglig repræsentant 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. Styregruppen består desuden af RKKP-teamet (en epidemiolog, en datamanager og kontaktpersonen for databasen) og en patient repræsentant.

Formandskab

Peer Christiansen, Aarhus Universitetshospital (Kirurgisk Udvalg)

Øvrige medlemmer

Bent Ejlertsen, Rigshospitalet (Medicinsk Udvalg)

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

Birgitte Offersen, Aarhus Universitetshospital (Radioterapiudvalget)

Ilse Vejborg, Rigshospitalet (Radiologiudvalget, Region Hovedstaden)

Nidal Al-Suliman, Aarhus Universitetshospital (Region Midtjylland)

Ute Hoyer, Aalborg Universitetshospital (Region Nordjylland)

Mette Holck Nielsen, Odense Universitetshospital (Region Syddanmark)

Camilla Sander, (patientrepræsentant)

Maj-Britt Jensen, (Chef statistiker, DBCG sekretariatet)

RKKPs videncenter, Afdeling for Cancer og cancer screening

Vibeke Dahl Andersen (datamanager)

Anne Fredsted (kontaktperson, repræsentant for den dataansvarlige myndighed)

Else Helene Ibfelt (Phd, klinisk epidemiolog)

10. Appendiks

Appendiks I. Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatorstabeller:

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

Standard:

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

Appendiks II. Metode for beregning af kvalitetsindikatorer

Indikator	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
Kvalitetsindikatorer: Der tages udgangspunkt i indikatorpopulationen					
Indikator 1 Andelen af patienter, der opfylder kriterierne for NACT, der behandles med NACT		Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Lobulær Ikke højrisiko-gruppe patient allokeret til kemoterapi: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering not in (2,4)) eller (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 in (0,1,4) and (Risikoallokering_2020 ne 4 or M40B ne 1)) Biopsi alene og uden præoperativ klassifikation Tumor mindre end 20 mm eller ukendt størrelse OG klinisk node negativ eller ukendt HER2 ukendt eller HER2-negativ+ER-positiv	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, der opfylder kriterierne for NACT i aktuelle opgørelsesperiode: (Dobbelt negative eller HER2 positive) og (tumorstørrelse >2 cm eller klinisk node positive)	Patienter, der behandles med NACT	DBCG behandlings-database
Indikator 2 Andelen af patienter med makrometastaser, hvor makro-metastaserne detekteres uden		Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Ej makrometastaser aksil Ved NACT: Negativ lymfeknude ved finnål /ingen finnål og negativ SN efter NACT	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, detekteret med makrometastaser i lymfeknuderne Patienter med NACT indgår, hvis positiv finnål fra aksillymfeknude før behandling; eller negativ ved finnål eller ingen finnål før behandling og samtidig positiv ved Sentinel node efter NACT.	Patienter, som ikke har fået udført SN biopsi (Neoadjuverende = 0 and p109 = 0) or (Neoadjuverende = 1 and p142_biopsi = 1).	DBCG behandlings-database

Indikator	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
sentinel node (SN) biopsi					
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 = .)	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Ikke indikation for aksilrømning Aksilrømning ikke foretaget	Patienter med invasiv diagnose i DBCG med lymfeknudemetastaser og med indberettet aksilindgreb	Patienter som ved intenderet kurativ, aksiloperation har fået fjernet og undersøgt mindst 10 aksillymfeknuder	DBCG behandlings-database
Indikator 4 Andel af højrisiko-kvinder med invasivt karcinom (C50), der indgår i aktiverede, adjuverende onkologiske DBCG-behandlings-regimer	Indikation for at FLOW-skema til medicinsk behandling mangler: bio in (.,-1) and kemo in (.,-1) and endo in (.,-1	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret 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)) Død eller emigreret inden for 30 dage efter diagnose Anden malign sygdom eller andet off-study inden for 30 dage efter diagnose	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, som er højrisiko-patienter	Patienter allokeret til adjuverende, onkologisk behandling, hvor der er givet minimum én af de foreskrevne behandlinger, herunder kemoterapi, endokrin terapi og/eller biologisk behandling.	DBCG behandlings-database, CPR-registeret
Indikator 5a Lumpektomi: Adjuverende strålebehandling	Oplysninger mangler på stråleskema: RTStraale = -1	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Ej protokolallokeret	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, brystbevarende operation og indikation for strålebehandling	Patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer	DBCG behandlings-database, CPR-registeret

Indikator	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
ifølge DBCG retningslinjer		<p>Død eller emigreret inden for 30 dage efter diagnose</p> <p>Anden malign sygdom eller andet off-study inden for 30 dage efter diagnose</p> <p>Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer</p> <p>Ikke brystbevarende operation</p>	Indikatoren er tidsforskudt, idet onkologisk behandling gives i det post-operative forløb).		
Indikator 5b Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer	<p>Oplysninger mangler på stråleskema:</p> <p>RTStraale = -1</p>	<p>Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret</p> <p>Død eller emigreret inden for 30 dage efter diagnose</p> <p>Anden malign sygdom eller andet off-study inden for 30 dage efter diagnose</p> <p>Ikke indikation for strålebehandling iht. DBCG retningslinjer</p> <p>Ikke mastektomi</p>	<p>Patienter med invasiv diagnose i DBCG mastektomi og indikation for strålebehandling</p> <p>Indikatoren er tidsforskudt, idet onkologisk behandling gives i det post-operative forløb).</p>	Patienter, der har modtaget adjuverende strålebehandling ifølge DBCG's retningslinjer	DBCG behandlings-database, CPR-registeret
Indikator 6 DBCG-patienter med lokalt recidiv efter BCS inden for 5 år efter operation	<p>Follow-up ikke registreret:</p> <p>Foerste_event = 9</p>	<p>Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret</p> <p>Ej protokolallokeret</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for</p>	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, som har fået brystbevarende operation i en 5-års periode (seneste er 2 år før aktuelle opgørelsesperiode) og som indgår i DBCG-protokol	<p>Patienter der udvikler lokalt recidiv (+/-regionalt recidiv/fjernrecidiv) som første begivenhed inden for 5 år efter operationsdatoen:</p> <p>Den rå tæller vises i indikatortabellen, men ved beregning af kumuleret incidens korrigeres for andre konkurrerende</p>	DBCG behandlings-database, CPR-registeret

Indikator	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
		30 dage efter diagnose Biopsi alene Ikke brystbevarende operation		begivenheder (død, andre maligne tilstande)	
Indikator 7 Andel af patienter, der ikke re-opereres som følge af komplikation inden for 60 dage efter brystkræft-operation	Ingen operationskoder (KHAA*, KHAB* eller KHAC*) i LPR		Patienter med invasiv diagnose i DBCG, som findes med operationskode i LPR.	Patienter, der ikke har re-operation inden for 60 dage efter operationsdatoen som følge af postoperative komplikationer (kode KHW* i LPR)	DBCG behandlingsdatabase, Landspatientregisteret (LPR)
Indikator 8 Andel af postmenopausale patienter >= 50 år med udtalt		Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Under 50 år Ikke postmenopausal Ikke udtalt ER positiv tumor >= 4 positive lymfeknuder Neoadjuverende Ikke Q-score kategori 2	Patienter med invasiv diagnose 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
Indikator 9a DBCG-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCG's retningslinjer for		Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Ej protokolallokeret: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering not in (1,2,3,4,6,7))	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, afgrænset til højrisiko-patienter opereret i den foregående 10-års periode (til og med året før den aktuelle opgørelsesperiode), og som er allokeret til DBCG's opfølgingsprogram i henhold til	Patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram opgøres som: Besøg foretaget indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 9 år uden hændelse, eller pga. patientens	DBCG behandlingsdatabase, Landspatientregisteret (LPR) CPR-registeret

Indikator	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
opfølgings-program, højrisiko		<p>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 diagnose</p> <p>Lavrisiko patienter: (Skema = 'Til og med 2019' and Risikoallokering in (1)) ELLER (Skema = '2020 og frem' and Risikoallokering_2020 in (1))</p>	DBCg's gældende retningslinjer for risikoallokering	<p>eget ønske eller helbredsmæssige tilstand.</p> <p>Opfølgingsbesøgene betragtes <i>ikke</i> for regelmæssige hvis: - Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgingsbesøg, og patienten burde være under opfølgning, <i>eller</i> - Patienten dør uden at være set i mere end 2 år, <i>eller</i> - Opfølgingsforløbet afsluttes med begrundelsen: afdeling mangler kapacitet, <i>eller</i> - Patienten har aldrig fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter diagnose. (Opfoelg_gennemfoert_hoej = 1)</p>	
Indikator 9b DBCg-patienter, der indgår i protokol, og som følger DBCg's retningslinjer for opfølgings-program, lavrisiko		<p>Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret</p> <p>Ej protokolallokeret</p> <p>Patienter med (fjern)recidiv, anden malign sygdom eller som dør inden for et år efter diagnose</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>	Patienter med invasiv diagnose i DBCg, afgrænset til lavrisiko-patienter opereret i den foregående 10-års periode (til og med året før den aktuelle opgørelsesperiode), og som er allokeret til DBCg's opfølgingsprogram i henhold til DBCg's gældende retningslinjer for risikoallokering	<p>Patienter med gennemførelse af opfølgingsprogram opgøres som: Besøg foretaget indtil en hændelse opstår: recidiv, anden malign sygdom, død eller udgået af opfølgning efter 3 år uden hændelse, eller pga. patientens eget ønske eller helbredsmæssige tilstand.</p> <p>Opfølgingsbesøgene betragtes <i>ikke</i> for regelmæssige hvis: - Der er gået mere end 1 år og 6 måneder siden sidste opfølgingsbesøg, og patienten burde være under opfølgning, <i>eller</i></p>	<p>DBCg behandlings-database,</p> <p>Landspatientregisteret (LPR)</p> <p>CPR-registeret</p>

Indikator	Uoplyste	Eksklusioner	Nævner	Tæller	Datakilder
				- Patienten dør uden at være set i mere end 2 år, <i>eller</i> - Opfølgingsforløbet afsluttes med begrundelsen: afdeling mangler kapacitet, <i>eller</i> - Patienten har aldrig fået registreret hverken et flow- eller off-skema, og der er gået mere end 1 år og 3 måneder efter diagnose. (Opfoelg_gennemfoert_lav = 1)	
Indikator 10 Andelen af patienter, der får opfølgende mammografi (iht. retningslinjerne)	Patienten findes ikke i LPR: I_LPR = 0	Mangler risikoallokering (ikke nok oplysninger til at kunne risikoallokere) eller Ikke protokol-allokeret Kvinder der er fyldt 80 år ved udgangen af aktuelle opgørelsesperiode Ikke protokolallokeret Bilateral mastektomi ifølge LPR, recidiv, død eller emigration inden udgangen af aktuelle opgørelsesperiode	Patienter med invasiv diagnose i DBCG, opereret fra 2006 og til og med 2 år før den aktuelle opgørelsesperiode	Patienter, der har fået foretaget mindst en opfølgingsmammografi (procedurekoderne 'DZ108A', 'DZ123AA', 'UXMC40', 'UXMC40A', 'UXMC40B', 'UXRC40', 'UXRC45' i LPR, og for patienter i alderen ≤30 år også ultralyd UXUC40) i perioden 1. oktober 2 år før aktuelle opgørelsesperiode til og med udgangen af aktuelle opgørelsesperiode.	DBCG behandlings-database, Landspatient-registeret (LPR) CPR-registeret

Appendiks III. 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.

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
BCS efter NACT	2021

Appendiks IV. 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

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev-Gentofte, kirurgi	1301350 Rigshospitalet: KIRURGISK AFDELING D	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Hovedstaden	Herlev-Gentofte, kirurgi	1516150 Herlev og Gentofte Hospital: Gastroenheden Kir. Med D, sengeafd	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Sjælland	Roskilde, kirurgi	2501060 Amtssygehuset i Roskilde: 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 Esbjerg Centralsygehus: 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 Overafdeling
Midtjylland	Viborg, kirurgi	7601051 Regionshospitalet Viborg, Skive: Kirurgisk afdeling, Viborg	663001 Hospitalsenhed Midt: Operation og Intensiv
Nordjylland	Aalborg, kirurgi	8001111 Aalborg Sygehus: KIRURGISK AFDELING, NORD	800151 Aalborg Universitetshospital: Alb Mammakirurgisk Område
Færøerne	Færøerne	9704402 Landssygehuset, FO-100 Tórshavn: Landssygehuset, Patologisk Afdeling	970440 Landssygehuset, FO-100 Tórshavn: Landssygehuset, overafdeling
Færøerne	Færøerne	9704404	970440 Landssygehuset, FO-100 Tórshavn: Landssygehuset, overafdeling

Tabel A7.2. Sygehus-afdelingsklassifikation, onkologiafdeling

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev, onkologi	1516139 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk ambulatorium R/A	151612 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Hovedstaden	Hillerød, onkologi	2001049 Hillerød Sygehus: MEDICINSK AMBULATORIUM B	200022 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Onkologisk & Palliativ Oafd
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	3501059 Centralsygehuset i Næstved: Medicinsk ambulatorium	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Syddanmark	Esbjerg, onkologi	5501269 Esbjerg Centralsygehus: 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 Overafdeling
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

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev-Gentofte, patologi	1301480 Rigshospitalet: PATOLOGIAFDELING	151612 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Hovedstaden	Herlev-Gentofte, patologi	1516120 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut	151612 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Hovedstaden	Herlev-Gentofte, patologi	1516139 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk ambulatorium R/A	151612 Herlev og Gentofte Hospital: Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Sjælland	Roskilde, patologi	2501140 Roskilde Sygehus: Patologiafdeling	3800C8 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Patologi
Syddanmark	Esbjerg, patologi	5501140 Esbjerg Centralsygehus: 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 Overafdeling
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
Færøerne	Færøerne	9704402 Landssygehuset, FO-100 Tórshavn: Landssygehuset, Patologisk Afdeling	970440 Landssygehuset, FO-100 Tórshavn: Landssygehuset, overafdeling

Tabel A7.4. Sygehus-afdelingsklassifikation, radioterapiafdeling

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Indberettende afdeling</i>	<i>Afrapporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Rigshospitalet	130214	130172 Rigshospitalet: Onkologisk Klinik, ONK
Sjælland	Næstved	350105	3800A9 Region Sjællands Sygehusvæsen: ROS Klin. Onkologi
Syddanmark	Esbjerg	550126	550105 Sydvestjysk Sygehus: Medicinsk område Esbjerg
Syddanmark	Odense	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital	420226 OUH Odense Universitetshospital: Onkologisk afd. R, Odense Universitetshospital
Syddanmark	Sønderborg	500110 Sygehus Sønderjylland, Sønderborg: Ortopæd-kirurgisk afd. O, Sønderborg Sygehus	500061 Sygehus Sønderjylland: SHS Kræftsygdomme
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 Overafdeling
Midtjylland	Aarhus	662048 Aarhus Universitetshospital: Dansk Center for Partikelterapi Overafdeling	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen Overafdeling
Midtjylland	Aarhus	700325 Århus Sygehus: Onkologisk Overafd. D	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen Overafdeling
Nordjylland	Aalborg	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område	800126 Aalborg Universitetshospital: Alb Onkologisk Område

Tabel A7.5. Sygehus-afdelingsklassifikation, opfølgende afdeling

<i>Region</i>	<i>Afdeling, kort navn</i>	<i>Afreporterende afdeling</i>
Hovedstaden	Herlev, onkologi	151613 Herlev og Gentofte Hospital: Onkologisk overafd. R
Hovedstaden	Herlev-Gentofte, kirurgi	151630 Herlev og Gentofte Hospital: Brystkirurgisk overafd. F
Hovedstaden	Hillerød, onkologi	200022 Hospitalerne i Nordsjælland: HI Onkologisk & Palliativ Oafd
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 Overafdeling
Midtjylland	Aarhus, onkologi	662025 Aarhus Universitetshospital: Kræftafdelingen Overafdeling
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	Færøerne	970440 Landssygehuset, FO-100 Tórshavn: Landssygehuset, overafdeling

11. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

Hovedstaden

Indikator 5 adjuverende strålebehandling:

Det fremgår af DBCG rapporten, at der i Region Hovedstaden er en meget stor forskel på de to stråleafdelinger i Herlev Gentofte Hospital og Rigshospitalet. Styregruppen noterer sig, at Herlev Gentofte Hospital, Næstved og Vejle opnår et resultat, hvor omkring en fjerde af målgruppen ikke modtager den anbefalede strålebehandling efter mastektomi.

Det skal ift. målopfyldelsen på Herlev Hospital oplyses, at alle patienter tilbydes behandling og strålebehandling i henhold til nationale retningslinjer.

Tilgangen i afdelingen for Kræftbehandling er patientinddragende således, at patienterne får mulighed for at vælge mellem behandling og ingen behandling. Ældre patienter med betydelig komorbiditet vil ofte fravælge strålebehandling når de informeres om risiko-reduktionen ved strålebehandling sammenholdt med fremmøde og bivirkninger.

Det skal derfor præciseres, at baggrunden for den lavere målopfyldelse på området relateres til patientens eget valg. Det er i den sammenhæng ulogisk i opgørelsesmetoden, at "patientens eget valg" indgår i nævneren i indikatoren, som matematisk "trækker" ned i målopfyldelsen. Dette efterlader et forkert indtryk, da afdelingen jo netop inddrager patientens valg og hensyn i forløbet og dermed højere oplevet kvalitet i behandlingen.

Indikator 9 opfølgning på protokollerede pt.:

Det kan oplyses, at på baggrund af rapportens resultat på området nu tages initiativ til en faglig gennemgang af de patienter i databasen, der ikke har fået strålebehandling mhp. at sikre, at de enten er indgået i et klinisk forsøg, hvor ikke behandling er en mulighed eller har fravalgt strålebehandling efter information.

Indikator 10 opfølgende mammografi:

Der er foretaget en opfølgende drøftelse af området. Herlev Gentofte Hospital kan konstatere en målopfyldelse på 89%, hvilket vurderes at være meget tæt på standarden for indikatoren på ≥ 90 .

Det kan supplerende oplyses, at det i regi af regionens afdeling for Brystundersøgelser inkl. Screeningsprogrammet prioriteres at invitere de brystkræftopererede patienter, men afdelingen ved fra andre opgørelser, at de af ukendte årsager deltager i ringere grad, og opgørelsen i DBCG-rapporten går på , hvorvidt de har fået foretaget mammografi (i screening eller andet steds).

Vedr. patologi

Det skal nævnes, at Rigshospitalet i år 2022 har modtaget flere ukrainske flygtninge med brystkræft, hvor Afdeling for Patologi har haft væv til revision, eller ukrainske patienter er kommet med recidiv, hvilket kan vanskeliggøre patologi og kirurgi indberetningen. Disse patienter vil figurere i patobanken, og de er indberettet til DBCG efter bedste evne.

Som noget nyt er Færøerne medtaget i rapporten, det er meget små tal med kun 12 patienter for 2022, og der ligger datakomplethed på 100%. Ingen PAM 50 analyser. Grønland er ikke medtaget i rapporten, og Afdeling for Patologi har bemærket, at der ofte mangler kirurgidata, mens afdelingen indberetter patologidata.

Region Sjælland

Regionen har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til indsættelse i rapporten.

Region Syddanmark

Sygehus Lillebælt, Onkologisk afd. i Vejle:

Indikator 5b: Mastektomi: Adjuverende strålebehandling ifølge DBCG retningslinjer:

Vi har i Vejle foretaget den anbefalede audit og fundet at det i tidsrummet 01.01.2021 – 31.12.2021 drejer sig om 11 patienter, der ifølge rapporten ikke har modtaget anbefalet strålebehandling. Ved audit er det fundet en række registreringsfejl, hvilket betyder at nogle af patienterne HAR modtaget behandlingen og for andre at behandlingen ikke er indiceret ud fra T og N stadie. Korrigeres opgørelsen for registreringsfejl bliver målopfyldelsen $51/56=91,1\%$ og dermed overholdes tærskelværdien for indikatoren.

Region Midtjylland

Viborg:

Indikator 9a:

I indikatoren for kirurgi har Viborg en score på 24/32. Vi har auditeret på de 8 patienter uden målopfyldelse ift. at være i et opfølgingsprogram. På baggrund af auditering er det Viborgs vurdering, at der for 6 af de 8 patienter fejlagtigt er tale om lavrisikopatienter, der ikke burde indgå i beregningen. Herudover er flere af patienterne i nævneren på indikatoren ikke opereret og fulgt i Viborg, hvorfor det undrer at de tilskrives Viborg. Der har i Viborg, i 2022, været 2 højrisikopatienter. Efter faglig vurdering er standardopfølgningen fravalgt for begge. Begge har været fulgt korrekt.

Datakomplethed:

Trods kontakt til DBCG er en kirurg i årsrapporten registreret forkert, og hans aktivitet er derfor allokeret til en forkert matrikel. Kirurgioplysningerne er derfor ikke retvisende (560 i 2021 og 494 i 2022). Dette ses tydeligt, når der sammenlignes med patologioplysninger, hvor der ikke er et fald (584 i 2021 og 585 i 2022).

Derudover undrer det, at flere patienter indgår i databasekompletheden for patologi med lymfom, men uden c.mamma.

Region Nordjylland

" _ "

