

Hudkræftdatabasen

Landsdækkende database for patienter med basocellulære karcinomer, planocellulære karcinomer, morbus Bowen og keratoakantomer i huden



Årsrapport 2022/2023

1. juli 2022 til 30. juni 2023

Offentliggjort version

2. februar 2024

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

Databasens formand: Henrik Sølvsten, speciallæge i hudsygdomme, ph.d., Hudlægecenter Nord, Sundheds- og Kvartershuset, Fyrkildevej 7, 1., 9220 Aalborg Ø, e-mail: h.solvsten@gmail.com

Databasens kontaktperson: Chefkonsulent Monika Madsen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, tlf.: 51154158, e-mail: monims@rkkp.dk

Databasens Epidemiolog Maiken Bang Hansen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, e-mail: maikbh@rkkp.dk

Databasens Datamanager: Jakob Riis, Afdeling for databaseområde 3: Psykiatri, Gynækologi/obstetrik og Kroniske Sygdomme, e-mail: jakob.riis@rkkp.dk

Udgivelsesdato: 2. februar 2024

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
1. Oversigt over alle indikatorer	6
2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	7
3. Læsevejledning for resultater af indikatorer og supplerende indikatorer	8
4 Indikatorresultater.....	9
Indikator 2: Kontrol	10
Indikator 3: Recidivfri kontrol	13
3a: Recidivfrie basocellulære karcinomer	13
Indikator 3a: Stratificeret på høj- og lavrisiko	16
3b: Recidivfrie planocellulære karcinomer	19
Indikator 3b: Stratificeret på behandlingsvalg	22
3c: Recidivfrie Mb. Bowen tumorer	24
Indikator 4: Komplikation	27
Indikator 5: Kosmetisk resultat	30
5a: Patientvurderet kosmetisk resultat.....	30
5b: Lægevurderet kosmetisk resultat	33
5. Resultater for supplerende indikatorer	36
Indikator 1: Diagnostik	36
1a: Basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	36
1b: Planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	39
1c: Keratoakantomer, som histologisk verificeres	42
6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet.....	45
7. Datagrundlag.....	46
8. Dækningsgrad og datakomplethed	47
9. Styregruppens medlemmer.....	51
10. Appendiks	52
Antal patienter og tumorer opgjort over tid	52
National opgørelse	52
Fordeling af antal patienter på regionsniveau	53
Fordeling af antal tumorer på regionsniveau.....	55
Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau.....	57
Topografi- og morfologikoder til beregning af dækningsgrad	61
Beregningsregler for indikatorer	65
11. Høringskommentarer	79

Konklusioner og anbefalinger

På baggrund af 1 procesindikator og 3 resultatsindikatorer søger denne rapport at belyse:

- Om kvaliteten af behandling af patienter med basocellulært karcinom (BCC), planocellulært karcinom (SCC), morbus (mb.) Bowen og keratoakantomer i dermatologisk speciallægepraksis opfylder de fastlagte standarder.
- Om der er klinisk betydningsfuld variation i behandlingskvaliteten mellem landets regioner.

Hudkræftdatabasens data er i denne og den foregående årsrapport fra 2021/2022 væsentligt forbedret ved, at der nu beskrives det komplette tal for højrisiko basocellulære karcinomer efter implementering af ICD-11. Forbedringen giver markant bedre forståelse for arbejdet med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis og stratificeringen viser, at 1,6% af alle basocellulære karcinomer er højrisikokarcinomer i henhold til guidelines fra Dansk Dermatologisk Selskab. Heraf viderehenvises 68% til behandling i andre specialer, hyppigst plastikkirurgi, og 93% er recidivfri 1 år efter behandling af et højrisikokarcinom i speciallægepraksis.

En væsentlig forbedring for Hudkræftdatabasen er udviklingen af kvalitetsrapporter, der er blevet fuldt implementeret i januar 2023. Kvalitetsrapporterne viser realtime data for de enkelte klinikker, både for alle databasens indikatorer og for de enkelte klinikkers udvikling af data gennem årene. Kvalitetsrapporternes realtime data giver blandt andet muligheden for, at de enkelte klinikker kan trække opdaterede oplysninger om ukomplet registrerede patienter/tumorer. Dette giver nem adgang til oplysninger om eksempelvis manglende registreringer af patienter og efterfølgende kontroller, hvilket kan facilitere forbedret afrapportering.

Antallet af patienter og tumorer med de almindelige typer af hudkræft stiger fortsat voldsomt. På et enkelt år er der sket en stigning i tumorer på 3% og over en 9-årig periode er stigningen hele 116%. Disse voldsomme stigninger er med til at beskrive det store pres på sundhedsvæsenets specialer, der behandler disse sygdomme.

Data fra årsrapporten viser, at den mest brugte behandlingsmodalitet (curettage) har lav recidivrate. Curettage er samtidig en behandling, som ofte kan laves samme dag som diagnosticering med begrænset brug af ressourcer. Den voldsomme stigning i antallet af hudkræft nødvendiggør netop optimalt brug af ressourcer, således at de mange tumorer behandles med færreste mulige omkostninger.

Stratificeringen i høj- og lavrisiko tumorer viser, at patienterne bliver relevant visiteret og at dermatologer i høj grad vurderer tumorens risikostrata. Af alle højrisiko BCC patienter henvises 68% til behandling i fortrinsvis plastikkirurgisk regi.

Data viser, at der fortsat er markant flere patienter pr. befolkningsenhed i Region Nordjylland, der diagnosticeres med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis sammenlignet med alle andre regioner, også når tallene er korrigeret for forskelle i dækningsgraden. Ligeledes viser tallene, at der fortsat er meget store regionale forskelle i behandlingsvalg herunder langt færre tumorer, der excideres i Region Hovedstaden, der til gengæld henviser flere patienter til plastikkirurger. Disse geografiske forskelle er foreløbig uden dokumenterede forklaringer, men der kan overvejes om strukturelle forskelle i sundhedsvæsenets opbygning i regionerne, herunder tilgængeligheden til andre specialer, spiller en rolle.

Det er en fornøjelse, at de seneste års arbejde med forbedringer i Hudkræftdatabasens datasæt allerede giver relevante gode nye oplysninger, der kan forbedre kvaliteten i behandlingen af hudkræft i Danmark. Datasættets forbedringer har desuden inspireret styregruppen til fremadrettet at se på ændringer i indikatorsættet, så eksempelvis forskelle mellem høj- og lavrisiko karcinomer kan følges og analyseres yderligere.

På vegne af Styregruppen for Hudkræftdatabasen, december 2023

Anna Lamberg og Henrik Sølvsten

1. Oversigt over alle indikatorer

Tabel 1: Oversigt over indikatorer og supplerende indikatorer

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a-1c er overgået til supplerende indikatorer				
Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder	Proces	Andel	≥ 85 %	NMSC_20_001
Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 95 %	NMSC_31_001
Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko	Resultat	Andel		NMSC_34_001
Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko	Resultat	Andel		NMSC_35_001
Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 98 %	NMSC_32_001
Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage	Resultat	Andel		NMSC_36_001
Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision	Resultat	Andel		NMSC_37_001
Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 95 %	NMSC_33_001
Indikator 4: Andelen af tumorer med infektionskomplikationer efter behandling	Resultat	Andel	≤ 2 %	NMSC_40_001
Indikator 5a: Andelen af patienter med patient-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat	Resultat	Andel	≥ 80 %	NMSC_51_001
Indikator 5b: Andelen af patienter med læge-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat	Resultat	Andel	≥ 80 %	NMSC_52_001

Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 90 %	NMSC_11_001
Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 98 %	NMSC_12_001
Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 98 %	NMSC_13_001

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

Tabel 2:

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Uoplyst		Indikatoropfyldelse			
	Standard	%	Andel (95% CI)	Andel	Andel	Andel
			2021/2022	2020/21	2019/20	2018/19
Indikator 1a-1c er overgået til supplerende indikatorer						
Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder	≥ 85	0	64 (63-65)	67	66	66
Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	≥ 95	0	98 (98-98)	98	98	98
Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko		0	98 (98-98)	98	98	98
Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko		0	93 (86-98)	93	97	100
Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	≥ 98	0	98 (96-99)	98	98	98
Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage		0	96 (93-98)	98	97	98
Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision		0	100 (98-100)	100	99	99
Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling	≥ 95	0	98 (96-98)	99	98	98
Indikator 4: Andelen af tumorer med infektionskomplikationer efter behandling	≤ 2	0	0,2 (0,1-0,3)	0,2	0,1	0,2
Indikator 5a: Andelen af patienter med patient-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat	≥ 80	1	97 (96-97)	97	98	97
Indikator 5b: Andelen af patienter med læge-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat	≥ 80	1	97 (96-97)	97	97	97

Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Uoplyst		Indikatoropfyldelse			
	Standard	%	Andel (95% CI)	Andel	Andel	Andel
			2022/23	2021/22	2020/21	2019/20
Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	≥ 90	6	96 (96-96)	96	95	94
Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	≥ 98	6	100 (99-100)	100	98	100
Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres	≥ 98	11	99 (98-100)	99	100	99

3. Læsevejledning for resultater af indikatorer og supplerende indikatorer

Tabellerne i rapporten omfatter indikatorresultater for landsgennemsnittet og de enkelte regioner. Figurerne supplerer tabellerne med en visuel præsentation af forskelle i indikatoropfyldelse mellem enheder.

Standard opfyldt: Angiver om standarden for indikatoren er opfyldt for en region eller på landsplan. ”Ja” indikerer, at punkttestimatet opfylder standarden. ”Nej” indikerer, at punkttestimatet ikke opfylder standarden, uanset om standarden er indeholdt i konfidensintervallet for punkttestimatet.

Tæller/nævner: Angiver det samlede antal patienter/tumorer, der indgår i beregningen af den pågældende indikatorværdi som hhv. tæller og nævner. Der ekskluderes patienter/tumorer, hvor den pågældende aktivitet er bedømt ”ikke relevant”. For nærmere beskrivelse af hvilke variable, der indgår i tæller og nævner for hver indikator, se afsnittet Beregningsregler i appendiks.

Uoplyst: Angiver de antal patienter/tumorer, hvor den relevante variabel er angivet som uoplyst, eller at data mangler.

Aktuelle år: Under aktuelle år angives indikatorresultatet i % (tæller/nævner). Den statistiske usikkerhed for det beregnede indikatorresultat er anført med et 95% konfidensinterval, som angiver det interval, hvor indikatorresultatet med 95% sandsynlighed ligger. Konfidensintervallets bredde afspejler størrelsen af populationen, dvs. med hvilken præcision, indikatorresultatet er bestemt. Periodeangivelsen ”aktuelle år” og ”tidligere år” refererer til opgørelsesperioden.

Konfidensinterval-plot: Oversigt over punkttestimater (sorte prikker) med tilhørende 95 % konfidensinterval (sorte vandrette streger) for indikatoren, på landsplan og regionsniveau. Den røde lodrette linje viser den fastsatte standard. Figuren viser således, hvordan punkttestimatet inkl. konfidensinterval ligger i forhold til den fastsatte standard.

Trendgraf: Udviklingen i indikatorresultater over tid, opgjort på landsplan og regionsniveau. Den røde vandrette linje viser den fastsatte standard.

Små patientforløb: For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Forkortelser: Basocellulært karcinom (BCC)
Planocellulært karcinom (SCC)
Morbus (mb.) Bowen.

4 Indikatorresultater

Indikatorresultaterne for årsrapporten 2022/2023 er opgjort på baggrund af følgende patientpopulation:

- Indikator 2-5 kræver 15 måneders opfølgningstid. Andelene der belyser kontrol, recidivfri kontrol, komplikation og kosmetisk resultat er således opgjort for tumorer diagnosticeret i det foregående kalenderår, nemlig i perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Disse tumorer er derefter potentielt fulgt frem til 30. september 2023.

I nogle tilfælde kan en patient have flere kontrolskemaer for samme tumor, men i indikatorberegningerne medtages kun ét kontrolskema per tumor. Indikator 3 og 5 er opgjort baseret på det seneste kontrolskema inden for de 15 måneder, da det tilstræbes at vurdere recidiv og kosmetisk resultat ca. et år efter behandling. Indikator 4 er opgjort baseret på første kontrolskema, da infektionskomplikationer vurderes så tæt som muligt på behandling.

Indikatorresultaterne for hudkræfttumorer kan i princippet opgøres på patientniveau eller på tumorniveau, da én patient kan have og være i behandling for flere tumorer.

- Indikator 3 og 4 opgøres på tumorniveau, da disse er relateret til resultater for den enkelte tumor.
- Indikator 2, der omhandler gennemførelse af kontrolbesøg inden for 15 måneder, opgøres på patientniveau, da kontrolforløb for forskellige tumorer for den samme patient i praksis overlapper, så flere tumorer tjekkes ved samme kontrol. Hvis patienten har flere tumorer registreret i opgørelsesperioden tager beregningerne udgangspunkt i den mest alvorlige tumor i perioden¹. Ligeledes opgøres indikator 5 på patientniveau, da det kosmetiske resultat for hoved/hals-regionen bedømmes samlet for patienten, uanset antallet af tumorer.

Indikatoropgørelserne baserer sig på den histologiske vurdering af tumortypen på baggrund af laboratorieresultatet. Hvis denne er uoplyst, anvendes i stedet den kliniske vurdering af tumortypen. I år er dette ændret for keratoakantomer, så kombinationen af klinisk vurdering som keratoakantom og histologisk svar med højt differentieret planocellulært karcinom registreres som keratoakantom.

¹ Alvorlighed af tumorer (fra mest til mindst alvorlig): Planocellulære karcinomer, højrisiko basocellulære karcinomer, lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer

Indikator 2: Kontrol

Indikator 2 omhandler andelen af patienter, som gennemfører deres første kontrolbesøg inden for 15 måneder efter behandling i dermatologisk speciallægepraksis.

For at indgå i indikatoren skal patienten være diagnosticeret med en tumor i perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Hvis patienten har flere tumorer registreret i perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022 vælges den mest alvorlige². Derefter følges denne patient i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2023. Indikatoren opgøres på patientniveau og ikke tumorniveau, dvs. kontrolskemaer kobles kun på cpr-nummer og ikke tumor-id. Benigne læsioner indgår ikke.

Tabel 3. Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder

	Standard ≥ 85% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				2021/22 Andel 95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Nej	11.360 / 17.796	0 (0)	64 (63-65)	67	66	66
Hovedstaden	Nej	3.247 / 6.027	0 (0)	54 (53-55)	57	55	59
Sjælland	Nej	1.422 / 2.172	0 (0)	65 (63-67)	69	64	53
Syddanmark	Nej	2.127 / 3.554	0 (0)	60 (58-61)	64	62	62
Midtjylland	Nej	2.633 / 3.494	0 (0)	75 (74-77)	79	82	84
Nordjylland	Nej	1.931 / 2.549	0 (0)	76 (74-77)	72	75	75

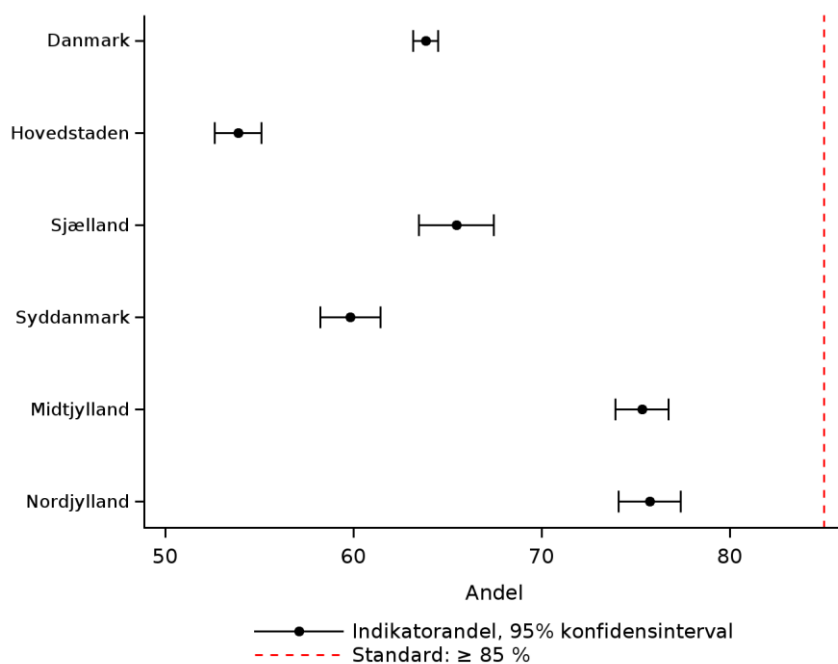
Tabel 4. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	112	Ingen histologisk eller klinisk vurdering
	822	Ikke 15 mdr. opfølgning pga. død/udvandring
	5.374	Patienten er henvist til andet speciale
	11	Beslutning om ingen behandling
	14	Patienten ønsker ingen behandling
	113	Kontrol er ej foretaget
	818	Benign læsion, som ikke skal kontrolleres

² Alvorlighed (fra mest til mindst alvorlig): Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer

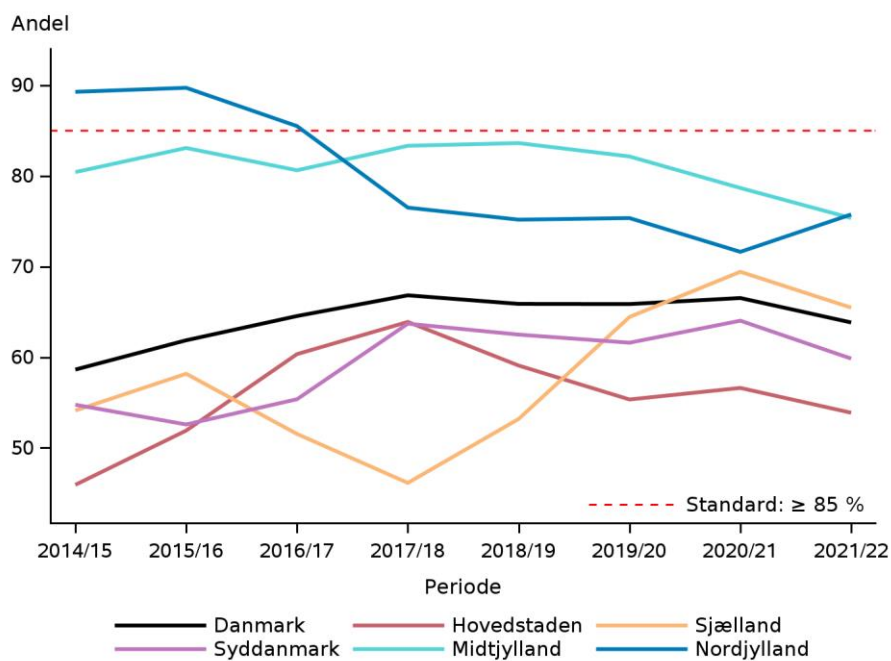
Figur 1.

Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 2.

Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Af de i alt 17.796 patientforløb med tilstrækkelig opfølgningstid havde 11.360 registreret første kontrolbesøg inden for 15 måneder. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 64%, hvilket ligger under den forventede standard på $\geq 85\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 54% og 76%. Alle regioner ligger således under standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Antallet af kontroller er fortsat utilfredsstillende lavt. Figur 1 viser, at Region Nordjylland og Region Midtjylland har den højeste andel af gennemførte kontroller. Region Nordjylland har de sidste fem år ligget under standarden, men opfyldte inden da standarden (se figur 2).

På klinikniveau varierer andelen mellem 0% til 100%. Dette tolkes som, at enkelte klinikker ikke registrerer kontroller og således trækker ned i det regionale gennemsnit. Særligt Region Hovedstaden ligger lavt, hvor en fjerdedel af alle klinikker har færre end 10% registrerede første kontrolbesøg inden for 15 måneder. Der er således tale om et registreringsproblem, hvor klinikker med få eller ingen registreringer trækker gennemsnittet ned. Styregruppens medlemmer vurderer, at indikatoren har bedre opfyldelse end tallene viser.

Vurdering af indikator

Indikatoren er afgørende for at opnå en retvisende vurdering af recidivrate og effektivitet af behandlingsmodaliteter. Der vil blive sat fokus på denne indikator med kontakt til databasens brugere, der ligger lavt i registreringer. Styregruppen har diskuteret, hvorvidt alle patienter skal kontrolleres i betragtning af at mange tumores har meget lav morbiditetsgrad. Der er rettet henvendelse herom til Dansk Dermatologisk Selskabs guidelinesudvalg for non-melanom hudcancer og der afventes svar inden databasens indikator kan opdateres.

Indikator 3: Recidivfri kontrol

Indikator 3 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at radikalitet opnås, så risikoen for recidiv eller resttumor mindskes. Indikatoren er opbygget, så recidiv henføres til primær behandler uagtet, hvor det opdages ved kontrol. Dette adskiller sig fra recidiv-opgørelsen i oversigtstabellen i Kvalitetsrapporten (benchmarking), hvor antal recidiver opgøres for kontrollerende praksis.

Denne indikator er ligesom indikator 2 forskudt i tid, men opgjort på tumorniveau. Det betyder, at for at indgå i indikatoren skal der være registreret en eller flere tumorer i perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Disse tumorer er derefter fulgt i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2023. Opgørelsen er baseret på sidste kontrolskema inden for opfølgingsperioden for at tilstræbe, at resultatet vurderes ca. et år efter behandling.

3a: Recidivfrie basocellulære karcinomer

Tabel 5. Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling

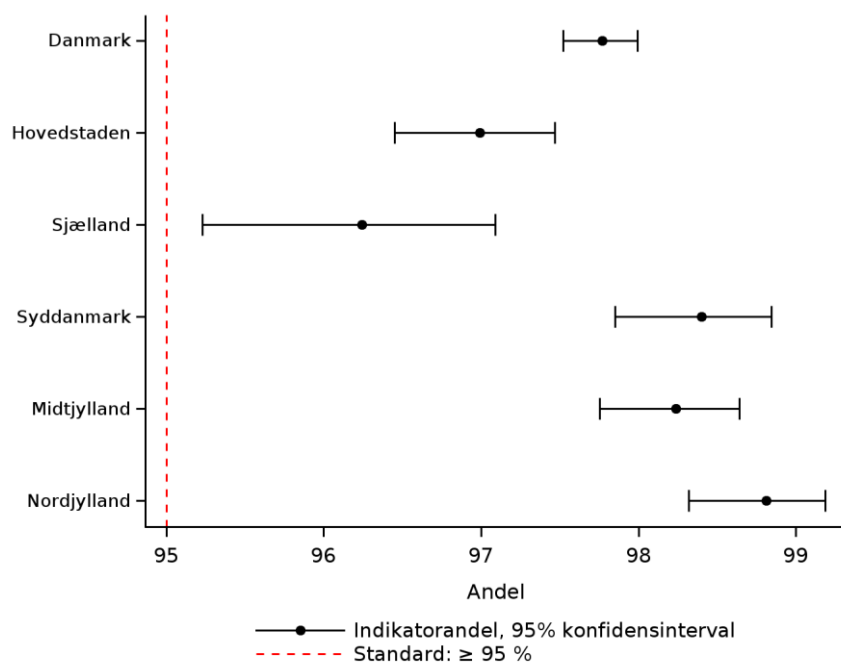
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt	Tæller/nævner		2021/22 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	14.630 / 14.964	0 (0)	98 (98-98)	98	98	98
Hovedstaden	Ja	4.318 / 4.452	0 (0)	97 (96-97)	97	97	98
Sjælland	Ja	1.639 / 1.703	0 (0)	96 (95-97)	98	97	98
Syddanmark	Ja	2.587 / 2.629	0 (0)	98 (98-99)	98	99	99
Midtjylland	Ja	3.511 / 3.574	0 (0)	98 (98-99)	98	98	98
Nordjylland	Ja	2.575 / 2.606	0 (0)	99 (98-99)	99	99	99

Tabel 6. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	7.201	Ikke basocellulært karcinom
	5.783	Patienten er henvist til andet speciale
	12	Beslutning om ingen behandling
	17	Patienten ønsker ingen behandling
	263	Kontrol er ej foretaget
	8.497	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

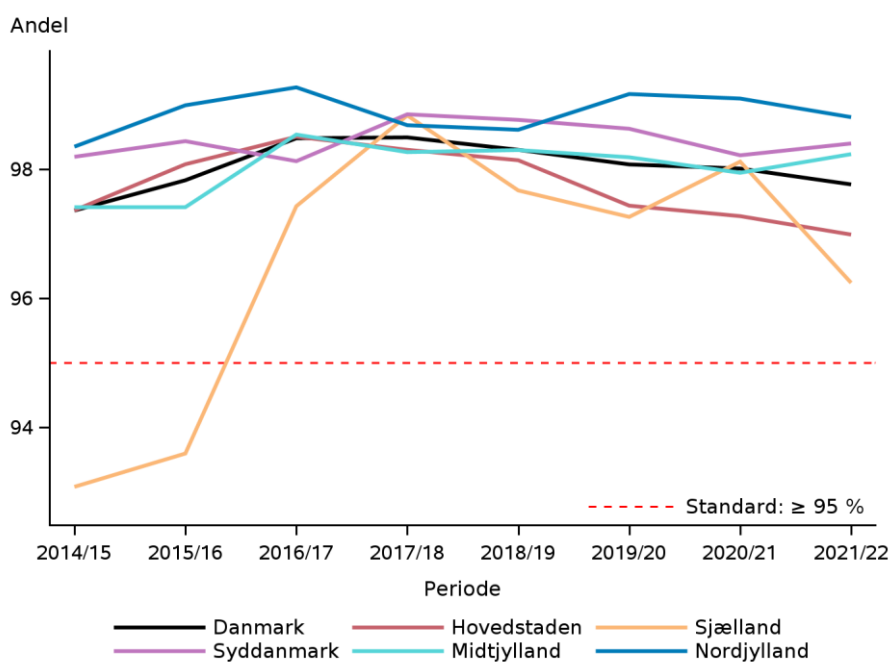
Figur 3.

Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 4.

Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

I 14.630 ud af 14.964 registrerede BCC kontrolleret inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 98%, hvilket ligger over den forventede standard på $\geq 95\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 96% og 99%. Alle regioner ligger over standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er tilfredsstillende, at alle regioner opfylder indikatoren. Både denne årsrapport og tidligere årsrapporter viser, at den mest brugte behandling er curettage (tabel 38 og figur 25).

Dette viser at curettage er en fuldt tilfredsstillende behandlingsmodalitet med lav recidivrate. Dette er en cost-effektiv behandling, som ofte kan gennemføres ved første fremmøde.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant i forhold til at sikre optimalt valg af behandlingsstrategi. Ligesom seneste år er indikatoren endvidere opdelt for høj- og lavrisikokarcinomer, hvilket fremgår af efterfølgende afsnit.

Indikator 3a: Stratificeret på høj- og lavrisiko

I denne supplerende opgørelse for recidivfrie BCC er tilfældene blevet opdelt på høj- og lavrisiko. Ifølge DDS-guideline for behandling af BCC fra 2019 opfattes tumor som værende med højere risiko for recidiv, hvis mindst to af nedenstående er til stede:

- Tumorstørrelse > 2 cm
- Lokalisation: læbe, skalp, næse, øjenlåg, øre
- Histologisk subtype: morpheaform, infiltrativ, micronodulær, basosquamøs eller perineural involvering
- Recidiv tumor i hoved-/halsregion

Denne højrisikostatificering er i nærværende årsrapport omsat til følgende kriterier, hvoraf mindst to skal være opfyldt:

- Tumorstørrelse > 20 mm i diameter
- Klassificeret som én af følgende jf. WHO International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11):
 - Område omkring mund (XA5A87) svarende til kriteriet om lokalisation på læbe
 - Skalp (XA6CW5)
 - Næse (XA3H13)
 - Øjenomgivelser (XA29E7) svarende til kriteriet om lokalisation på øjenlåg
 - Øre (XA01U5)
- Klassificeret som en af følgende histologiske subtyper
 - Morpheaform
 - Infiltrativ
 - Micronodulær
 - Basosquamøs
- Recidiv tumor i hoved/hals-region (hvis ja, ved recidiv i behandlingsskema)

I årsrapporten for 2020/2021 var lokalisation baseret på ICD-10, og derfor kunne højrisikotumorer på næsen ikke identificeres. Disse er inkluderet i år efter implementering af ICD-11. I årsrapporten for 2020/2021 var kriteriet om recidiv ikke afgrænset til hoved/hals-regionen, hvilket er specificeret i denne og sidste års årsrapport.

Tabel 7. Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				Andel	95% CI	Andel	Andel	
Danmark		14.546 / 14.874	0 (0)	98	(98-98)	98	98	98
Hovedstaden		4.316 / 4.450	0 (0)	97	(96-97)	97	97	98
Sjælland		1.635 / 1.699	0 (0)	96	(95-97)	98	97	98
Syddanmark		2.550 / 2.589	0 (0)	98	(98-99)	98	99	99
Midtjylland		3.494 / 3.557	0 (0)	98	(98-99)	98	98	98
Nordjylland		2.551 / 2.579	0 (0)	99	(98-99)	99	99	99

Tabel 8. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	7.201	Ikke basocellulært karcinom
	5.469	Patienten er henvist til andet speciale
	12	Beslutning om ingen behandling
	16	Patienten ønsker ingen behandling
	263	Kontrol er ej foretaget
	8.438	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	464	Ikke lavrisiko

Tabel 9. Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2021/22 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		84 / 90	0 (0)	93	(86-98)	93	97	100
Hovedstaden		# / #	0 (0)	100	(16-100)	100	67	100
Sjælland		4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	89	100	100
Syddanmark		37 / 40	0 (0)	93	(80-98)	80	100	100
Midtjylland		17 / 17	0 (0)	100	(80-100)	95	94	100
Nordjylland		24 / 27	0 (0)	89	(71-98)	100	100	100

Tabel 10. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	7.201	Ikke basocellulært karcinom
	314	Patienten er henvist til andet speciale
	1	Patienten ønsker ingen behandling
	59	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	29.072	Ikke højrisiko

Indikatorresultater

Blandt 14.874 lavrisikokarcinomer er 14.546 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 98%. På regionsniveau varierer andelen mellem 96% og 99%. Resultaterne for indikator 3a1 svarer således fuldstændig til indikator 3a, da over 99% af behandlede BCCer kategoriseres som lavrisiko. Blandt 90 højrisikokarcinomer er 84 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 93%. Her varierer andelen mellem 89% og 100%, men er behæftet med stor usikkerhed, da andelen bygger på et meget lille antal patienter.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Der er valide tal på andelen af høj- og lavrisikokarcinomer efter indførslen af ICD-11. Algoritmen identificerer i udgangspunktet 464 højrisikokarcinomer ud af 29.536 karcinomer (svarende til 1,6%) (se tabel 8 og 10). Derefter følger relevante eksklusionskriterier: viderehenvielse, fravalg af behandling eller kontrol eller ingen registreret

kontrol. Blandt højrisikokarcinomerne videregives 314 ud af de 464 (68%) til behandling i andet speciale. Blandt lavrisikokarcinomer drejer det sig om 5.469 ud af 29.536 (19%). Det er således en langt større andel af højrisikokarcinomerne, der videregives. Blandt behandlede BCC, dvs. karcinomer som indgår i indikatorberegningen, udgør højrisikokarcinomerne 0,6% (90/14.964).

Data viser, at dermatologer i høj grad vurderer tumorens risikostratum og videregiver en stor andel af højrisikotumorerne,

Hos lavrisikokarcinomer kan man generelt tillade sig nuancerede betragtninger i forhold til radikalitet, kosmetisk resultat, alder og komorbiditet. Det er langt vigtigst, at højrisikokarcinomer har færrest recidiver, mens lavrisikokarcinomer potentielt kan have lavere behandlingsradikalitet, hvis der er taget særlige hensyn til bedst mulige kosmetiske resultat.

Det er tilfredsstillende, at der blandt højrisikokarcinomer er så få recidiver. Resultaterne bygger på et lille antal, og der kan derfor ikke drages væsentlige konklusioner af de procentuelle forskelle. Der er dog et forbehold for, om datagrundlaget dvs. de inkluderede kontrolskemaer er repræsentative for fordelingen, når der for en tredjedel af patienterne ikke er oplysninger om kontrolforløbet, jf. indikator 2.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og nu opdateret til ICD-11 klassifikation. Det er relevant at stratificere indikatoren i forhold til høj og lav-risiko karcinomer, da det giver supplerende oplysninger om behandlingsvalg og recidivrate af højrisikotumorerne.

3b: Recidivfrie planocellulære karcinomer

Tabel 11. Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling

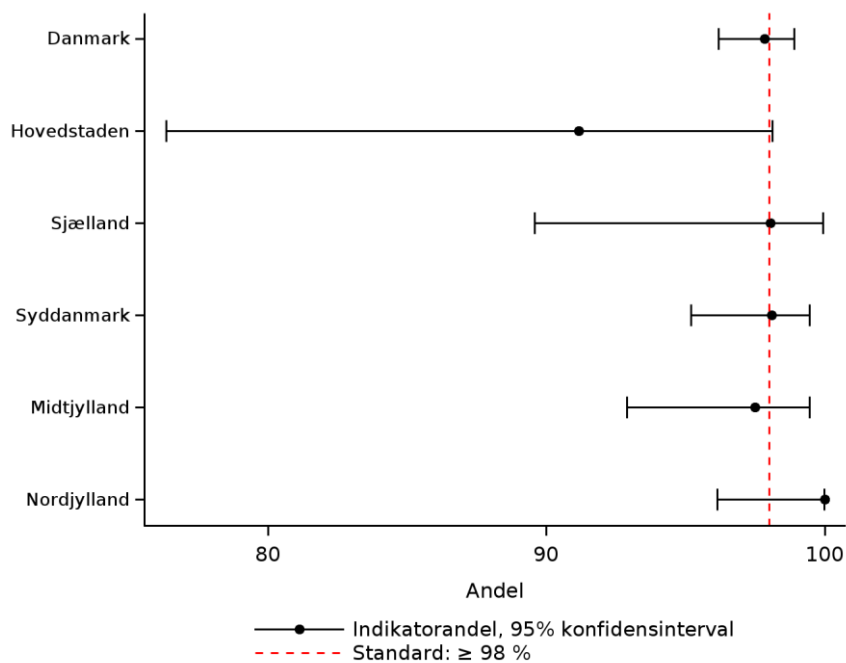
	Standard ≥ 98% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Nej	496 / 507	0 (0)	98	(96-99)	98	98	98
Hovedstaden	Nej	31 / 34	0 (0)	91	(76-98)	100	94	100
Sjælland	Ja	50 / 51	0 (0)	98	(90-100)	96	94	97
Syddanmark	Ja	205 / 209	0 (0)	98	(95-99)	100	99	98
Midtjylland	Nej	117 / 120	0 (0)	98	(93-99)	97	97	98
Nordjylland	Ja	93 / 93	0 (0)	100	(96-100)	98	100	99

Tabel 12. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	34.418	Ikke planocellulært karcinom
	1.089	Patienten er henvist til andet speciale
	1	Beslutning om ingen behandling
	2	Patienten ønsker ingen behandling
	12	Kontrol er ej foretaget
	708	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

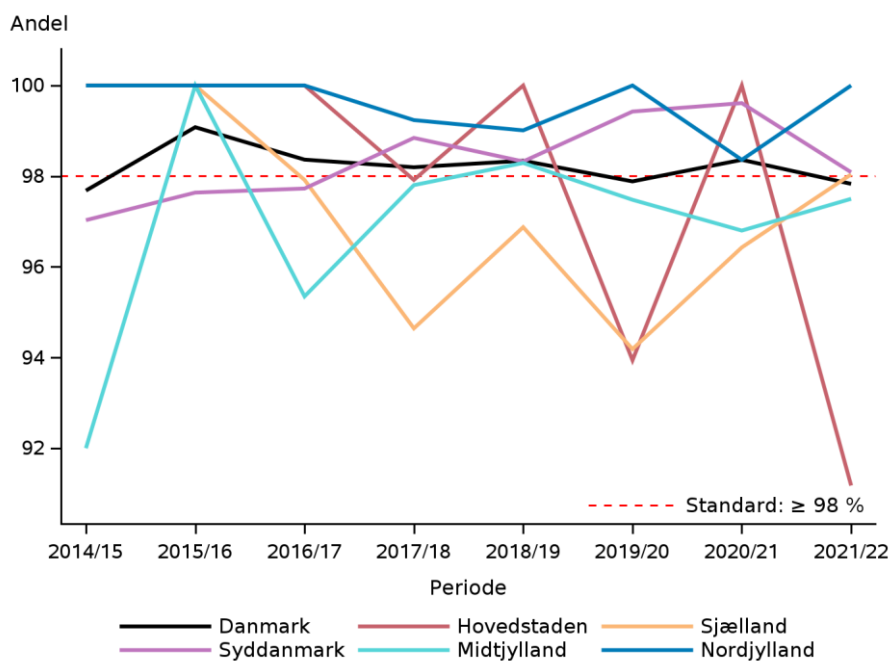
Figur 5.

Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 6.

Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 507 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv blandt 496 SCC. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 91% og 100%. På landsplan er indikatoren tilnærmelsesvis opfyldt (97.8%). Region Midtjylland (97.5%) og Region Hovedstaden (91.1%) ligger ligeledes under standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er tæt på at være opfyldt på landsplan (97.8%). Mere end 45% af SCC viderehenvises til anden behandling (se tabel 39 og figur 26). Man vil oplagt forvente, at det er karcinomer med størst risiko for metastasering, som henvises til anden behandling.

Ofte vælges behandlingsmodaliteten ud fra den kliniske vurdering og små karcinomer kan klinisk være sværere at differentiere i forhold til BCC og Bowen. Derfor ses, at en stor andel af SCC er behandlet med curettage, (se Tabel 39 og Figur 26) og i henhold til DDS-guidelines kan man vælge at se an (watchful waiting). Det er vigtigt at opnå radikalitet ved denne tumortype, da der er risiko for metastasering.

Figur 26 viser geografiske forskelle i behandlingsvalg og viderehenvielse til plastikkirurgi.

Vurdering af indikator

Indikatoren giver værdifuld oplysning om recidiver og med databasens nye muligheder for vurdering efter stratificering kan der på mere kvalificeret vis vurderes om recidiver udgør en særlig risiko for patienten.

Indikatorens tal bygger på en lille andel af alle SCC, da over 45% af alle tilfælde viderehenvises til anden behandling i sygehusregi.

Indikator 3b: Stratificeret på behandlingsvalg

For at opdele SCC i høj- og lavrisiko bruges behandlingsvalg som en tilnærmelse for forventet risiko. Excision udføres typisk på karcinomer, som vurderes som højrisiko. Curettage, enkelt curettage med el-kaustik samt dobbelt curettage med el-kaustik kan udføres på karcinomer med lav risiko for metastasering i henhold til guidelines.

Da ét karcinom kan modtage flere forskellige behandlinger, kan samme karcinom optræde i begge af nedenstående tabeller. Desuden er mindre hyppige behandlingsformer udeladt. De to stratificerede tabeller summerer derfor ikke til tabel 17 for indikator 3b.

Tabel 13. Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		287 / 298	0 (0)	96	(93-98)	98	97	98
Hovedstaden		24 / 27	0 (0)	89	(71-98)	100	93	100
Sjælland		37 / 38	0 (0)	97	(86-100)	95	95	96
Syddanmark		105 / 109	0 (0)	96	(91-99)	99	99	98
Midtjylland		84 / 87	0 (0)	97	(90-99)	97	98	98
Nordjylland		37 / 37	0 (0)	100	(91-100)	97	100	98

Tabel 14. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	34.418	Ikke planocellulært karcinom
	133	Patienten er henvist til andet speciale
	10	Kontrol er ej foretaget
	494	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	1.384	Ikke behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage

Tabel 15. Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2021/22 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark		198 / 198	0 (0)	100	(98-100)	100	99	99
Hovedstaden		6 / 6	0 (0)	100	(54-100)	100	100	100
Sjælland		13 / 13	0 (0)	100	(75-100)	100	90	100
Syddanmark		98 / 98	0 (0)	100	(96-100)	100	100	99
Midtjylland		29 / 29	0 (0)	100	(88-100)	93	100	100
Nordjylland		52 / 52	0 (0)	100	(93-100)	100	100	100

Tabel 16. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	34.418	Ikke planocellulært karcinom
	7	Patienten er henvist til andet speciale
	2	Kontrol er ej foretaget
	130	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	1.982	Ikke behandlet med excision

Indikatorresultater

Blandt 298 karcinomer behandlet med curettage er 287 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 96%. På regionsniveau varierer andelen mellem 89% og 100%. Blandt 198 karcinomer behandlet med excision er alle karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 100%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Blandt exciderede karcinomer er 100% recidivfri. Blandt de curetterede karcinomer ligger den recidivfri andel mellem 89% og 100%, hvilket er tilfredsstillende. Indikatoren er baseret på små patientgrupper, og enkelte tilfælde kan således få andelen til at variere betydeligt. Tumorer, hvor der er valgt curettage og kaustik er med stor sandsynlighed lavrisikotumorer med yderst begrænset risiko for metastasering.

Hovedstaden har et lavt absolut antal i forhold til, hvad man ville forvente ud fra Tabel 36, hvoraf det fremgår, at Hovedstaden er den region med det næsthøjeste absolutte antal SCC. Af Tabel 39 fremgår, at de henviser en højere andel end de fleste andre regioner med undtagelse af Region Sjælland.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant. Den foreløbige stratificering viser, at der kan blive behov for yderligere stratificering fx for anatomisk lokalisation.

3c: Recidivfrie Mb. Bowen tumorer

Tabel 17. Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling

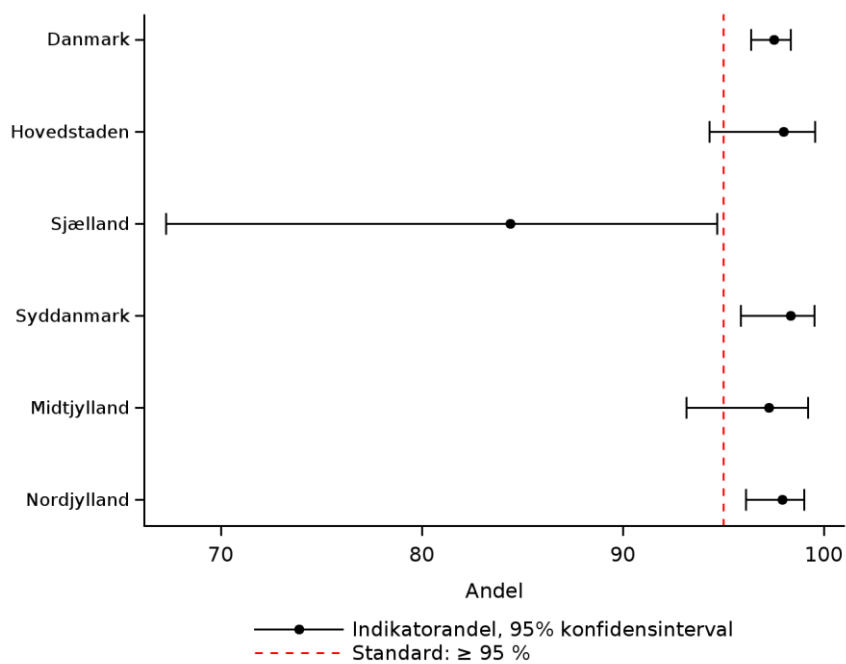
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 95% opfyldt			Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	978 / 1.003	0 (0)	98	(96-98)	99	98	98
Hovedstaden	Ja	147 / 150	0 (0)	98	(94-100)	98	97	95
Sjælland	Nej	27 / 32	0 (0)	84	(67-95)	96	100	95
Syddanmark	Ja	239 / 243	0 (0)	98	(96-100)	99	98	97
Midtjylland	Ja	142 / 146	0 (0)	97	(93-99)	99	100	99
Nordjylland	Ja	423 / 432	0 (0)	98	(96-99)	99	99	98

Tabel 18. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	34.841	Ikke mb. Bowen
	109	Patienten er henvist til andet speciale
	1	Beslutning om ingen behandling
	4	Patienten ønsker ingen behandling
	28	Kontrol er ej foretaget
	751	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

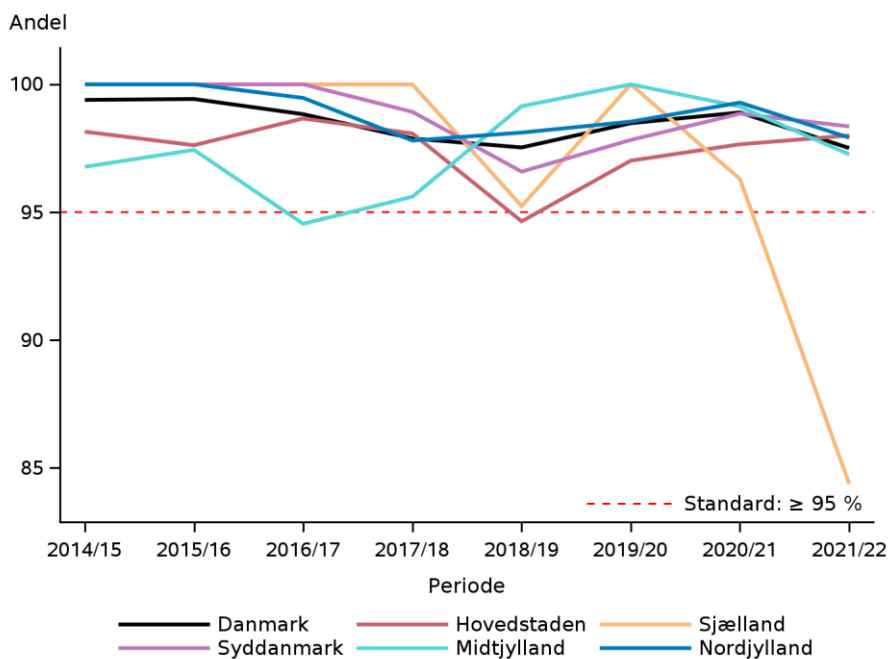
Figur 7.

Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 8.

Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 1.003 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv blandt 978 mb. Bowen. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 98%, hvilket ligger over den forventede standard på $\geq 95\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 84% og 98%. Alle regioner, på nær Region Sjælland, opfylder standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er meget tilfredsstillende, at indikatoren opfyldes på landsplan. Mb. Bowen er en del af sygdomsspektret for SCC, men har meget lille potentiale til invasiv vækst. Recidiver er dermed kun sjældent et større problem for patienterne.

Oplysninger om viderehenvisning illustrerer behandlingspraksis i speciallægepraksis og er dermed en relevant information.

Vurdering af indikator

Indikatoren indgår i spektret af planocellulære celleforandringer og indgår derfor som markør for sygdommen i befolkningen.

Indikator 4: Komplikation

Indikator 4 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at andelen med efterfølgende infektionskomplikationer mindskes.

Denne indikator er forskudt i tid og opgjørt på tumorniveau. Det betyder, at for at indgå i indikatoren skal der være registreret en eller flere tumorer i perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Disse tumorer er derefter fulgt i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2023. Opgørelsen er baseret på første kontrolskema inden for opfølgingsperioden for at tilstræbe, at eventuelle komplikationer vurderes så tæt på behandling som muligt.

Table 19. Indikator 4: Andelen af tumorer med infektionskomplikationer efter behandling

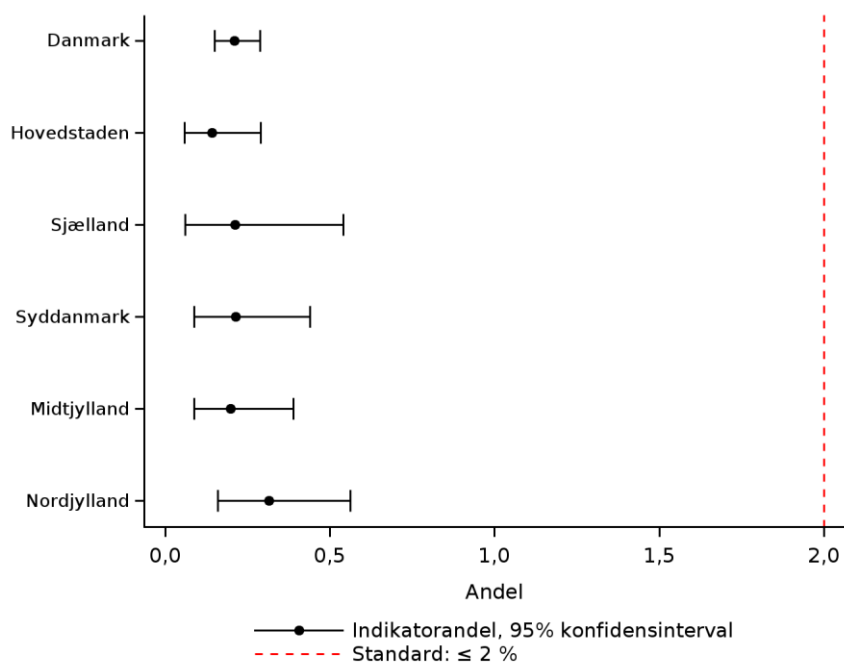
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≤ 2% opfyldt			Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	37 / 17.604	0 (0)	0,2	(0,1-0,3)	0,2	0,1	0,2
Hovedstaden	Ja	7 / 4.946	0 (0)	0,1	(0,1-0,3)	0,2	0,1	0,3
Sjælland	Ja	4 / 1.887	0 (0)	0,2	(0,1-0,5)	0,1	0,0	0,0
Syddanmark	Ja	7 / 3.266	0 (0)	0,2	(0,1-0,4)	0,1	0,3	0,4
Midtjylland	Ja	8 / 4.023	0 (0)	0,2	(0,1-0,4)	0,3	0,1	0,3
Nordjylland	Ja	11 / 3.482	0 (0)	0,3	(0,2-0,6)	0,1	0,1	0,1

Table 20. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	202	Ingen histologisk eller klinisk vurdering
	7.222	Patienten er henvist til andet speciale
	64	Beslutning om ingen behandling
	27	Patienten ønsker ingen behandling
	216	Kontrol er ej foretaget
	11.402	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

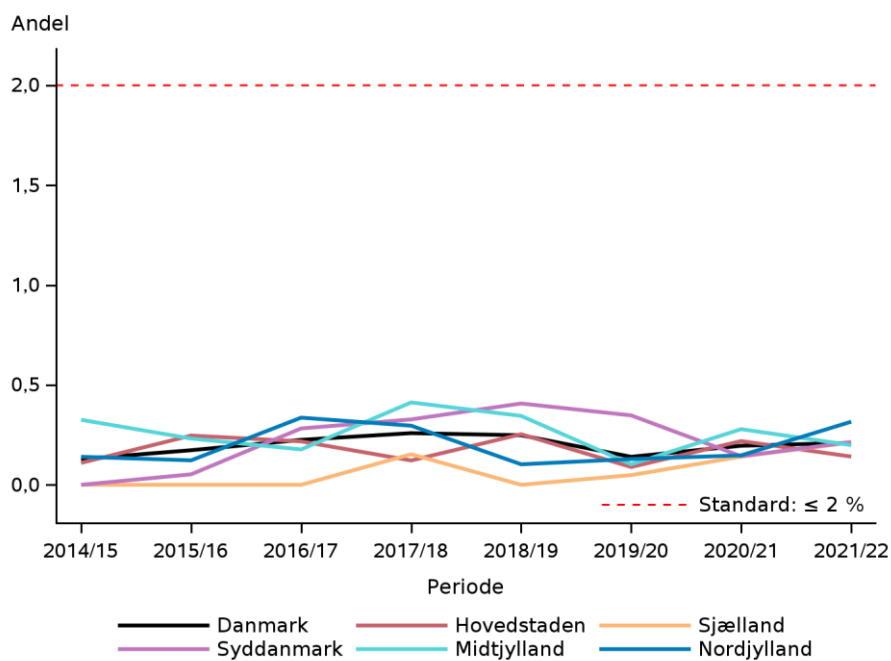
Figur 9.

Indikator 4: Andelen af tumorer med infektionskomplikationer efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 10.

Indikator 4: Andelen af tumorer med infektionskomplikationer efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 17.601 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der angivet at være komplikationer i form af infektion, som krævede lægebesøg, blandt 37 tumorer. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 0,2%, hvilket ligger under den forventede standard på $\leq 2\%$. Indikatoren er opfyldt i alle regioner og har været det i hele perioden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det absolutte tal er meget lille, og da registrering potentielt først sker op til 15 måneder efter behandling, kan det være udtryk for recall-bias, hvor patienten glemmer at indberette komplikationer i umiddelbar forlængelse af behandlingen.

Vurdering af indikator

Såfremt der er en betydelig grad af recall-bias er indikatorens anvendelighed begrænset. Styregruppen har besluttet at gå videre med at ansøge Sundhedsdatastyrelsen om at få data fra Lægemiddelstatistikregisteret med henblik på at kunne beregne andelen af patienter, der får udskrevet antibiotika inden for 14 dage efter behandlingstidspunktet. Styregruppen har overvejet at sænke standarden, men vælger at afvente mere valide tal for infektionsandelen.

Indikator 5: Kosmetisk resultat

Indikator 5 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at det bedst mulige kosmetiske resultat opnås for hoved/hals-regionen. Indikator 5a angiver andelen, hvor patienten vurderer resultatet som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende. Indikator 5b angiver andelen, hvor lægen vurderer resultatet som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende.

Denne indikator er forskudt i tid og opgjort på patientniveau, da det kosmetiske resultat vurderes samlet for evt. flere tumorer. Det betyder, at for at indgå i indikatoren skal der være registreret en eller flere tumorer i perioden 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Disse tumorer er derefter fulgt i 15 måneders, dvs. potentielt frem til 30. september 2023. Opgørelsen er baseret på det kontrolskema knyttet til den mest alvorlige tumor³ inden for opfølgingsperioden for at tilstræbe, at resultatet vurderes ca. et år efter behandling.

5a: Patientvurderet kosmetisk resultat

Tabel 21. Indikator 5a: Andelen af patienter med patient-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat

	Standard		Uoplyst antal	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner		2021/22 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	4.319 / 4.470	49 (1)	97	(96-97)	97	98	97
Hovedstaden	Ja	1.239 / 1.278	13 (1)	97	(96-98)	97	97	97
Sjælland	Ja	581 / 602	7 (1)	97	(95-98)	99	98	98
Syddanmark	Ja	741 / 766	13 (2)	97	(95-98)	98	98	97
Midtjylland	Ja	1.049 / 1.099	10 (1)	95	(94-97)	96	97	97
Nordjylland	Ja	709 / 725	6 (1)	98	(96-99)	97	99	97

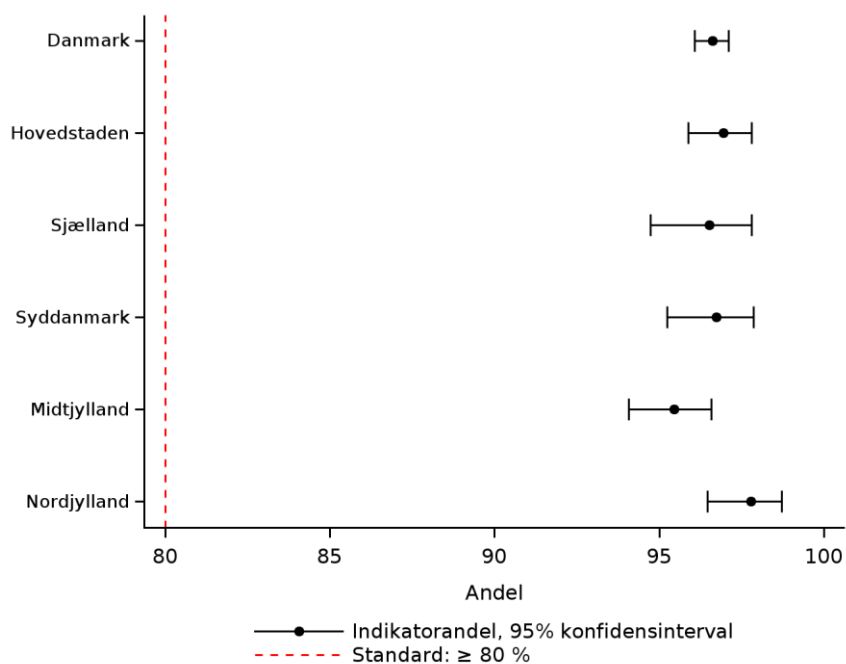
Tabel 22. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	112	Ingen histologisk eller klinisk vurdering
	5.639	Patienten er henvist til andet speciale
	28	Beslutning om ingen behandling
	17	Patienten ønsker ingen behandling
	88	Kontrol er ej foretaget
	3.204	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	11.453	Ikke opereret i hoved-hals region
Uoplyst:	49	Patienttilfredshed uoplyst

³ Alvorlighed (fra mest til mindst alvorlig): Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer

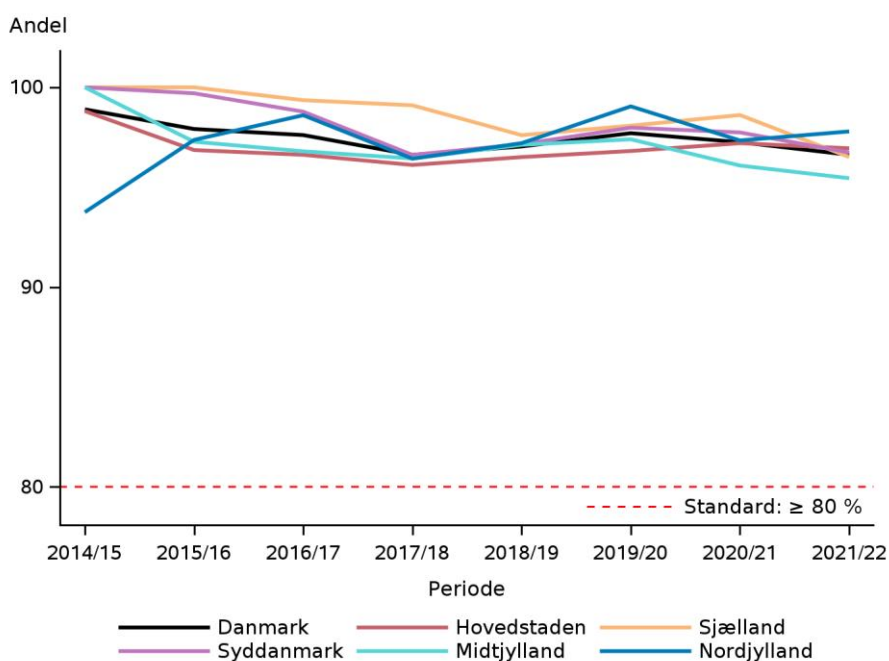
Figur 11.

Indikator 5a: Andelen af patienter med patient-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 12.

Indikator 5a: Andelen af patienter med patient-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 4.470 patienter med tumorer i hoved-halsregionen, som var til kontrol inden for 15 måneder, vurderede 4.319 patienter det kosmetiske resultat til at være tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende. Dette svarer til en indikatorandel på 97%, som ligger langt over den forventede standard på minimum 80%. Indikatoren er opfyldt for alle regioner.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren viser endnu engang kosmetisk meget tilfredsstillende resultater, hvilket det har gjort alle andre år.

Vurdering af indikator

Kosmetisk resultat er vigtigt for patienten, da tumorer hyppigt forekommer på synlige hudområder. Pga. at indikatoren har været opfyldt i mange år, vælger styregruppen, at indikatoren skal udgå i næste årsrapport. Styregruppen har et ønske om, at patienttilfredsheden bliver målt gennem en elektronisk PRO-baseret løsning, såfremt der kan findes et relevant PRO-redskab.

5b: Lægevurderet kosmetisk resultat

Tabel 23. Indikator 5b: Andelen af patienter med læge-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat

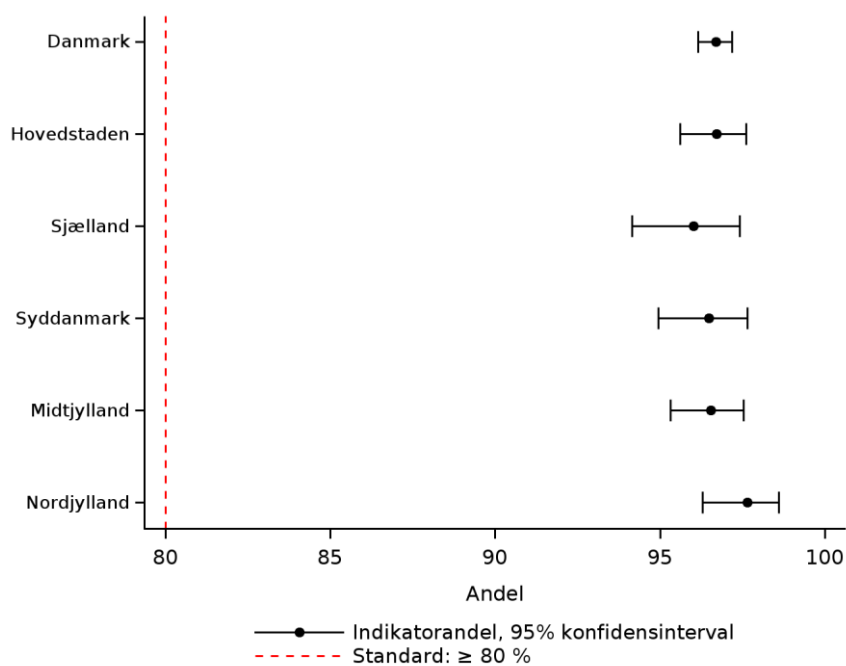
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 80% opfyldt			Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel	2018/19 Andel
Danmark	Ja	4.327 / 4.475	44 (1)	97	(96-97)	97	97	97
Hovedstaden	Ja	1.237 / 1.279	12 (1)	97	(96-98)	97	96	96
Sjælland	Ja	578 / 602	7 (1)	96	(94-97)	98	98	97
Syddanmark	Ja	742 / 769	10 (1)	96	(95-98)	98	97	97
Midtjylland	Ja	1.062 / 1.100	9 (1)	97	(95-98)	96	97	97
Nordjylland	Ja	708 / 725	6 (1)	98	(96-99)	97	99	97

Tabel 24. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	112	Ingen histologisk eller klinisk vurdering
	5.639	Patienten er henvist til andet speciale
	28	Beslutning om ingen behandling
	17	Patienten ønsker ingen behandling
	88	Kontrol er ej foretaget
	3.204	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	11.453	Ikke opereret i hoved-hals region
Uoplyst:	44	Lægetilfredshed uoplyst

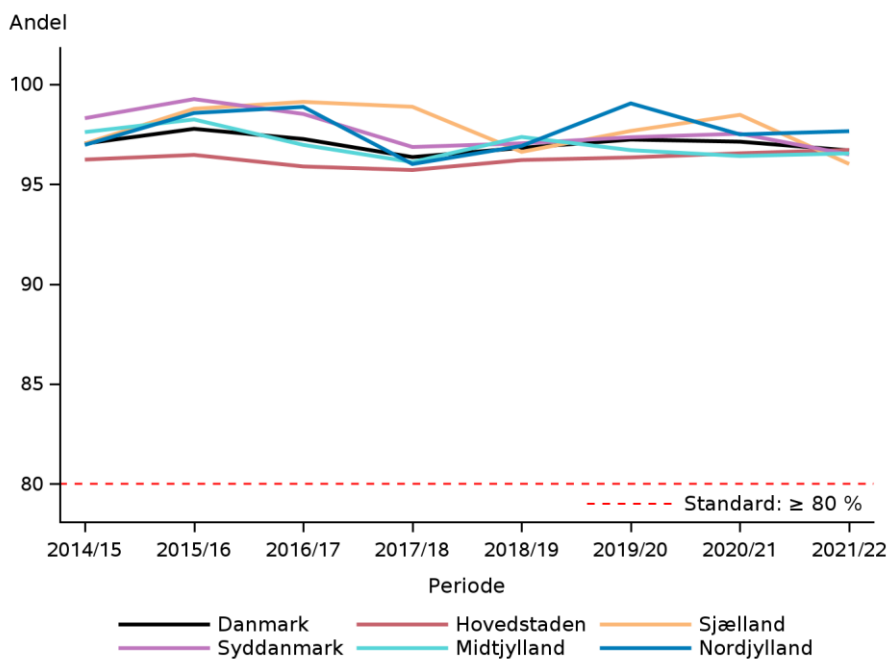
Figur 13.

Indikator 5b: Andelen af patienter med læge-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat. Kontrolidiagram på regionsniveau.



Figur 14.

Indikator 5b: Andelen af patienter med læge-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 4.475 patienter med tumorer i hoved-halsregionen, som var til kontrol inden for 15 måneder, vurderede lægen i 4.327 tilfælde det kosmetiske resultat til at være tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende. Dette svarer til en indikatorandel på 97%, som ligger langt over den forventede standard på minimum 80%. Indikatoren er opfyldt for alle regioner.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren viser endnu engang kosmetisk meget tilfredsstillende resultater, hvilket det har gjort alle andre år.

Vurdering af indikator

Kosmetisk resultat er vigtigt for patienten, da tumorer hyppigt er på synlige hudområder.

5. Resultater for supplerende indikatorer

For første år har man i Årsrapport 2022/2023 valgt at indikator 1a-1c skal opgøres som supplerende indikatorer fremfor egentlige indikatorer som de har været hidtil. Dette er valgt pga. målopfylden i mange år har været aldeles tilfredsstillende og der derfor ikke længere er behov for at følge dem tæt.

Opgørelsen af de supplerende indikatorer (indikator 1a-1c) er opgjort på baggrund af følgende patientpopulation:

- Indikator 1 kræver op til 3 måneders opfølgningstid. Andelen af histologisk verificerede tumorer er således opgjort for tumorer diagnosticeret i perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023. Disse tumorer er derefter potentielt fulgt frem til 30. september 2023.

De supplerende indikatorer (1a-1c) opgøres på tumorniveau, da disse er relateret til resultater for den enkelte tumor.

Indikator 1: Diagnostik

Indikator 1 omhandler kvaliteten i udredningsforløbet, hvor det skal sikres at diagnosen verificeres histologisk. Korrekt diagnosticering er vigtig, for at sikre at patienten får den rette behandling. Særligt for SCC er det vigtigt med histologisk verifikation, da denne type har større risiko for metastasering. Indikatoren baserer sig på de registrerede histologiske vurderinger indtastet af dermatologen på baggrund af laboratoriesvar. Tumorer der henvises til andet speciale, indgår ikke, da formålet med indikatoren er at vurdere patienter, der er færdigbehandlet i speciallægepraksis. Desuden tager denne eksklusion højde for forskellig regional praksis af histologisk registrering ved viderehenvisning.

For at indgå i indikatoren skal tumoren være diagnosticeret i perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023. Derefter følges denne potentielt frem til 30. september 2023. Indikatoren er opgjort på tumorniveau.

1a: Basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

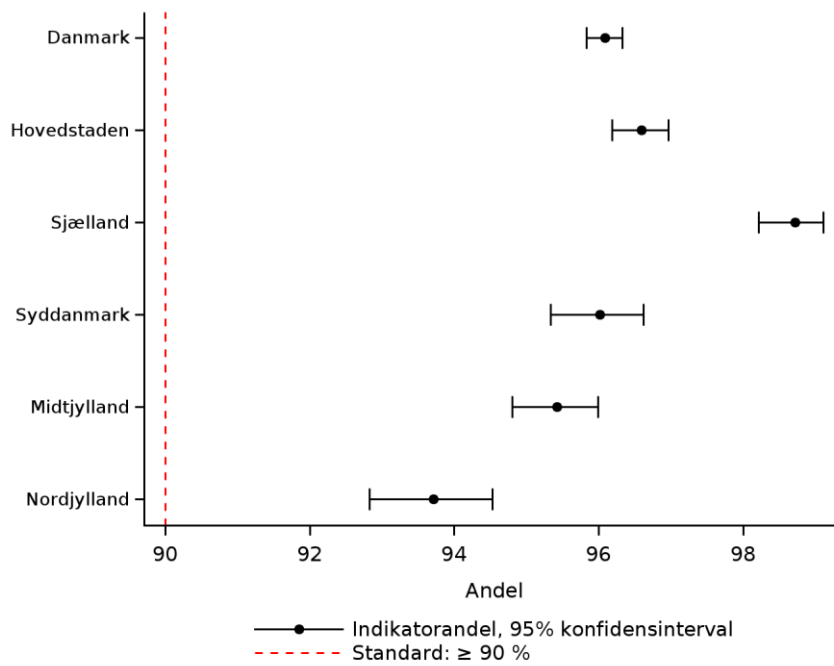
Tabel 25. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 90% opfyldt			2022/23 Andel 95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel	2019/20 Andel	
Danmark	Ja	21.656 / 22.538	1441 (6)	96 (96-96)	96	95	94	
Hovedstaden	Ja	8.023 / 8.306	480 (5)	97 (96-97)	97	96	97	
Sjælland	Ja	2.548 / 2.581	161 (6)	99 (98-99)	99	99	99	
Syddanmark	Ja	3.472 / 3.616	158 (4)	96 (95-97)	96	94	93	
Midtjylland	Ja	4.630 / 4.852	374 (7)	95 (95-96)	94	93	91	
Nordjylland	Ja	2.983 / 3.183	268 (8)	94 (93-95)	93	92	90	

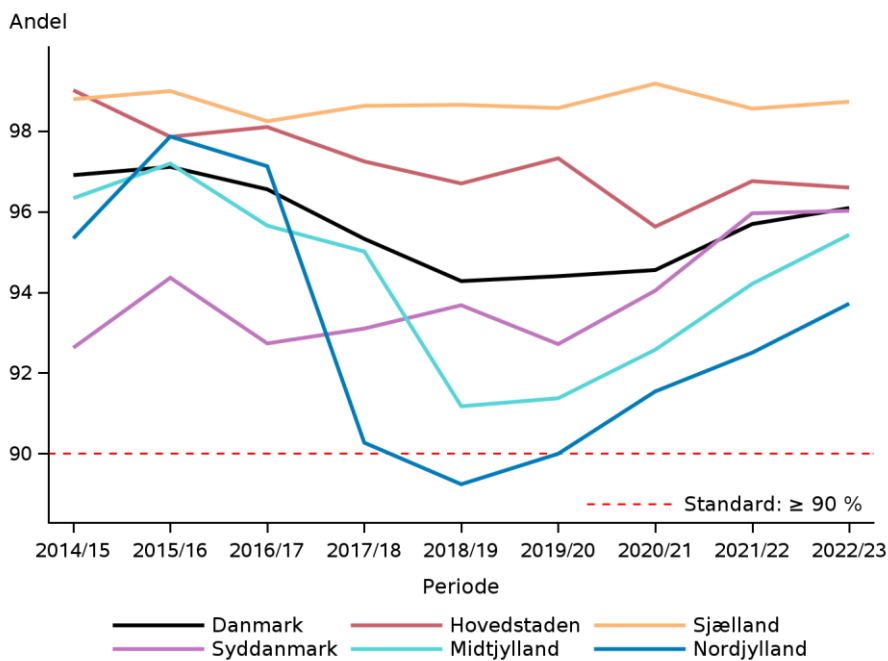
Tabel 26. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

	Antal	Årsag
Eksklusion:	7.862	Ikke basocellulært karcinom
	6.317	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	1.441	Histologisk vurdering uoplyst

Figur 15. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. kontrolgraf på regionsniveau.



Figur 16. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 22.538 registrerede BCC var 21.656 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikatorværdi på 96%, hvilket er over den fastlagte standard på minimum 90%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 94% og 99%, og alle regioner ligger således over standarden ligesom de forrige år, på nær Region Nordjylland i perioden 2017/18 til 2019/20.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser fortsat på tilfredsstillende vis en uændret verifikation og registrering af histologi af BCC sammenlignet med tidligere år. Variationen mellem regioner er blevet mindre over de seneste år.

Vurdering af indikator

Histologisk verifikation af BCC er vigtig i forhold til kvaliteten af behandlingerne, idet behandlingsvalg kan være afhængig af histologisk undertype. Da indikatoren har været opfyldt i flere år, og histologisk verifikation således er etableret som rutine i klinikken for hovedparten af karcinomer, kan det overvejes om indikatoren skal skifte fokus til udvalgte undergrupper, hvor praksis antages at variere.

1b: Planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Tabel 27. Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

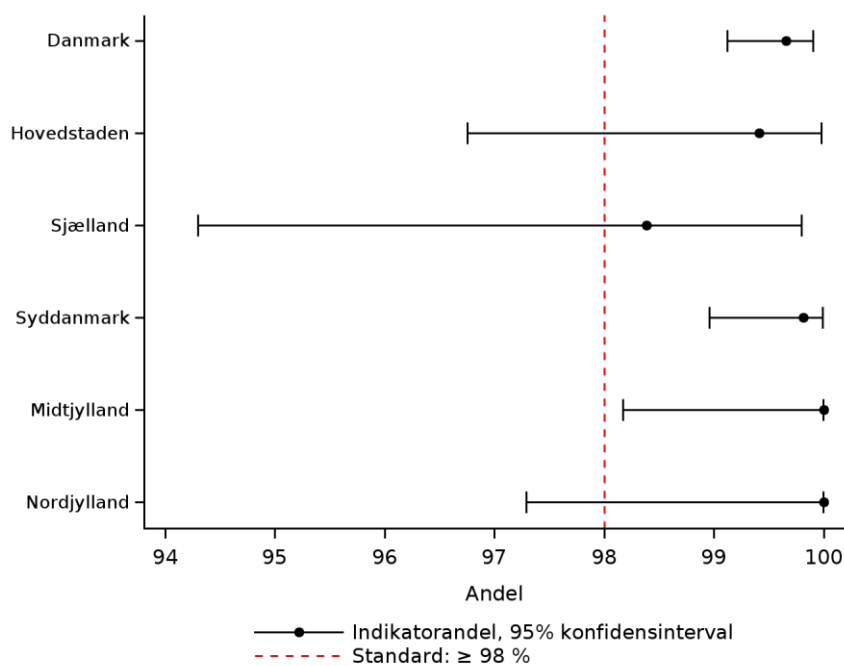
	Standard ≥ 98% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2022/23		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	1.150 / 1.154	72 (6)	100	(99-100)	100	98	100
Hovedstaden	Ja	168 / 169	9 (5)	99	(97-100)	100	90	99
Sjælland	Ja	122 / 124	8 (6)	98	(94-100)	97	100	100
Syddanmark	Ja	527 / 528	5 (1)	100	(99-100)	100	99	100
Midtjylland	Ja	199 / 199	39 (16)	100	(98-100)	100	100	100
Nordjylland	Ja	134 / 134	11 (8)	100	(97-100)	99	100	100

Tabel 28. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	35.654	Ikke planocellulært karcinom
	1.278	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	72	Histologisk vurdering uoplyst

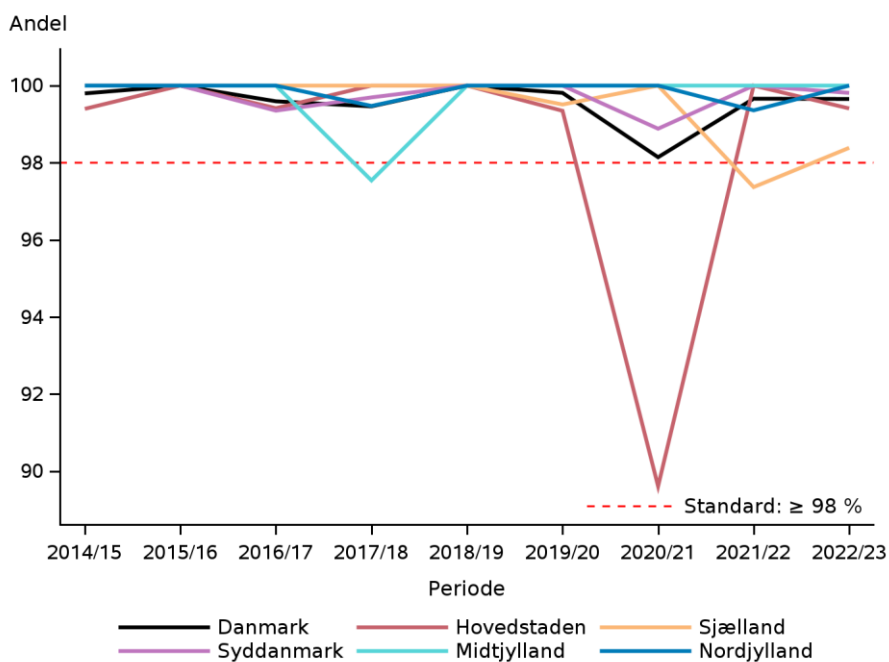
Figur 17.

Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 18.

Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 1.154 registrerede SCC var 1.150 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikatorværdi på 100%, hvilket er over den fastlagte standard på minimum 98%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 98% og 100,0%. Alle regioner ligger over standarden.

Region Midtjylland har en højere andel af uoplyste (17%).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser på tilfredsstillende vis uændret opfyldelse af indikatoren, på nær for Region Sjælland. Alle tilfælde med manglende opfyldelse er gennemgået. Behandlingsvalg og lokalisation tyder på, at andre patienthensyn har gjort sig gældende, således at histologisk verificering har været irrelevant.

Den højere andel af uoplyste i Region Midtjylland kan skyldes mangel på ressourcer bl.a. forlænget ventetid på svar fra patologerne, som medfører at histologisvaret først udfyldes ved den efterfølgende kontrol.

Vurdering af indikator

Histologisk verificering af SCC er vigtig i forhold differentiering med øvrige tumorer i huden, da der er større risiko for metastasering. Der er ligeledes andre retningslinjer for behandling af SCC sammenlignet med BCC. Indikatoren er vigtig, men da indikatoren i alle årene har ligget tilfredsstillende højt, er der ikke længere et forbedringspotentiale. Det kan således overvejes om indikatoren på sigt skal udgå.

1c: Keratoakantomer, som histologisk verificeres

Tabel 29. Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres

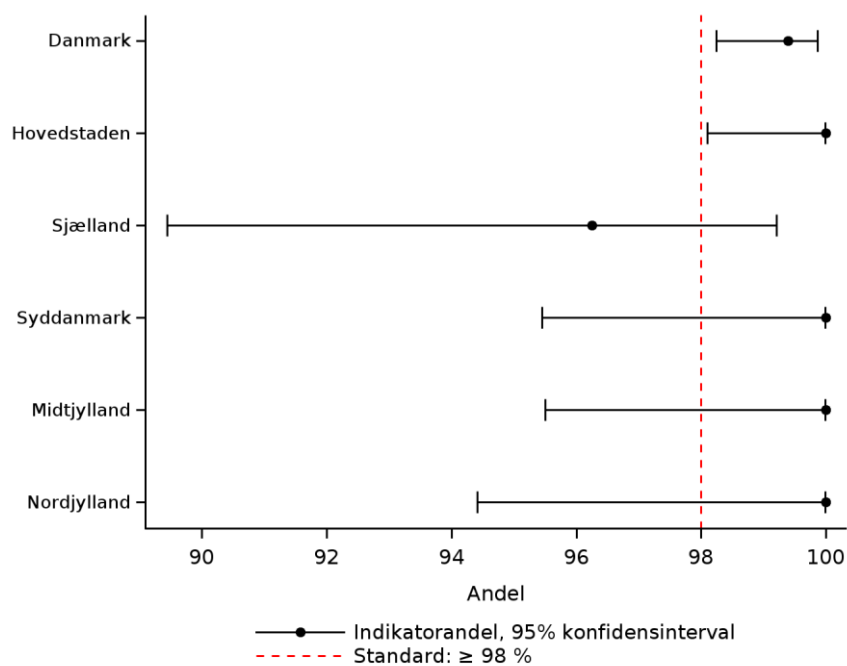
	Standard ≥ 98% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2022/23		Tidligere år		
				Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	491 / 494	58 (11)	99	(98-100)	99	100	99
Hovedstaden	Ja	191 / 191	25 (12)	100	(98-100)	100	99	100
Sjælland	Nej	77 / 80	3 (4)	96	(89-99)	98	100	100
Syddanmark	Ja	79 / 79	7 (8)	100	(95-100)	100	100	97
Midtjylland	Ja	80 / 80	9 (10)	100	(95-100)	100	100	98
Nordjylland	Ja	64 / 64	14 (18)	100	(94-100)	100	100	100

Tabel 30. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	37.446	Ikke keratoakantom
	160	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	58	Histologisk vurdering uoplyst

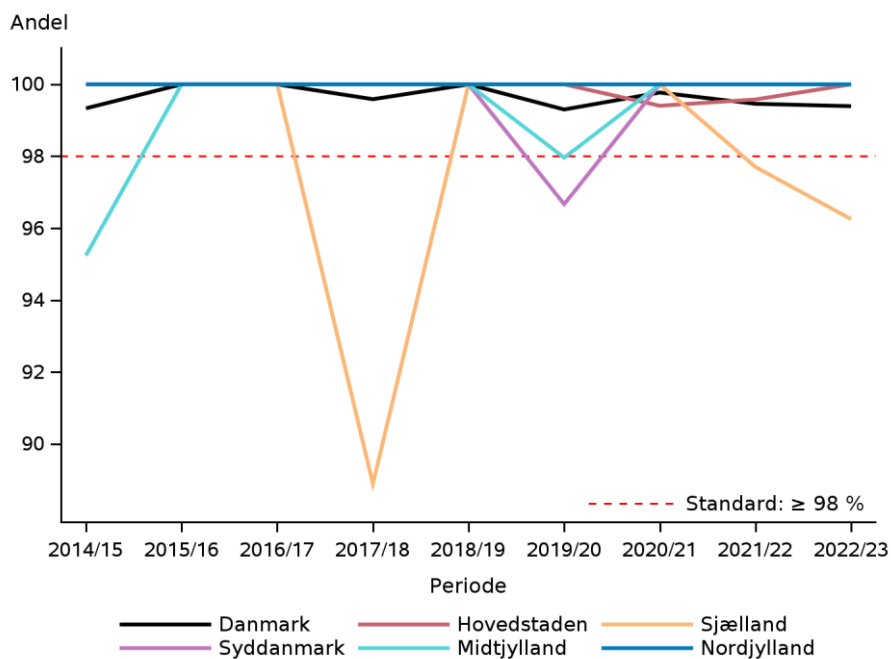
Figur 19.

Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 20.

Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorresultater

Blandt 494 registrerede keratoakantomer var 491 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikator værdi på 99%, hvilket er over den fastlagte standard på minimum 98%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 96% og 100%. Alle regioner, på nær Region Sjælland, ligger over standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser på tilfredsstillende vis en uændret verifikation og registrering af histologi af keratoakantomer sammenlignet med foregående år. Figur 6 viser over tid stor ensartethed mellem regionerne af histologisk verifikation af keratoakantomer.

Det absolutte antal keratoakantomer er fortsat stigende, ligesom sidste år. Dette forklares formentlig af den ændrede WHO-klassifikation af tumor. Således registreres keratoakantom nu som højt differentieret planocellulært karcinom af variant som keratoakantom. Keratoakantomer adskiller sig fra SCC ud fra anamnese og kliniske vurdering, og behandlingsrekommandationerne adskiller sig fortsat fra behandlingen af SCC. I år er algoritmen ligeledes ændret så klinisk vurdering vægter højere end patologisk svar ved keratoakantomer.

Vurdering af indikator

Indikatoren er vigtig, men da indikatoren i alle årene har ligget tilfredsstillende højt, er der ikke længere et forbedringspotentiale. Det kan således overvejes om indikatoren på sigt skal udgå.

6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Rapporten henvender sig primært til de sundhedsfaglige miljøer og omfatter patienter med BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantom behandlet i speciallægepraksis i perioderne 1. juli 2021-30. juni 2022 og 1. juli 2022-30. juni 2023.

BCC er den langt hyppigste form for kræft i Danmark. Ifølge Cancerregisteret blev der i 2019 registreret 14.657 tilfælde af BCC. Da Cancerregisteret kun registrerer første gang en person får konstateret BCC er det reelle antal årlige behandlinger af hudcancer langt højere, hvilket også ses i denne rapport. BCC metastaserer ekstremt sjældent, og ifølge cancer.dk er der ikke registreret dødsfald fra 2016-2020. Grundet BCCs hyppighed er sygdommen en samfundsøkonomisk udfordring. Mulige behandlinger varierer i pris, tilgængelighed og effekt.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens udgivelse baseret på tal fra Cancerregisteret 2022 var der 5.283 nye tilfælde af SCC (non-melanom hudkræft eksklusive basalcellekræft)⁴. Histologisk verificering er særlig vigtig, da SCC har højere risiko for metastasering. Den præcise risiko vides ikke, men der er i gennemsnit registreret 67 dødsfald årligt ifølge NORDCAN i perioden 2019-2021⁵.

Mb. Bowen er et in situ karcinom og kan i enkelte tilfælde udvikle sig til SCC. Det præcise antal årlige tilfælde kendes ikke.

WHO har ændret klassifikationen af keratoakantom, således den nu skal registreres som højt differentieret planocellulær tumor af variant som keratoakantom. Keratoakantomer adskiller sig fra SCC ud fra anamnese og kliniske vurdering, men histologisk kan det være vanskeligt at adskille SCC og keratoakantomer. Behandlingsrekommandationerne adskiller sig fortsat fra behandlingen af SCC.

Nærværende rapport beskriver indikatorer og de tilhørende kvalitetsstandarder for behandling af BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantom i henhold til diagnostik, kontrol, recidivfrihed, komplikationer og kosmetisk resultat. Afrapportering af disse faktorer gør, at kvaliteten af behandlingen af denne patientgruppe løbende kan monitoreres, dokumenteres og evalueres med henblik på at opfylde de fastsatte indikatorers kvalitetsstandarder for behandlingen.

⁴ Sundhedsdatastyrelsen, tilgået 14. december 2022 på https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kraeft/kraeft_nye_tilfaelde_aarsrapporter/kraefttilfaelde-2022.pdf

⁵NORDCAN, tilgået 14. december 2022 på <https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/tables?types=1&cancers=300&sexes=0>

7. Datagrundlag

Udredning og behandling af hudkræft foretages i mange forskellige specialer og formentlig foretages det største antal af behandlinger i dermatologisk speciallægepraksis i alle regioner. Fordelingen af hudkræfttilfældene i de forskellige specialer (dermatologer, plastikkirurger, onkologer, ØNH-læger, øjenlæger og almen praksis) er ukendt, men formentlig således, at de mest komplicerede tilfælde henvises til hospitalsbehandling, overvejende plastikkirurgisk og onkologisk. Tidligere data har vist, at praktiserende dermatologer behandler to tredjedele af alle tilfælde med hudkræft.

Speciallægepraksis indberetter manuelt til Hudkræftdatabasen via det webbaserede inddateringssystem Sentinel, som varetages af sundhed.dk. Der udfyldes et behandlingsskema med basisoplysninger, når patienten får konstateret en tumor, og samtidigt oprettes patienten i databasen. Ved kontroller udfyldes et kontrolskema, som ved hjælp af et specifikt tumor-id kan kobles til behandlingsskemaet. Tidspunktet for første og evt. anden kontrol kan variere meget fra patient til patient. Det vil snarligt være muligt at tilgå en kvalitetsrapport, som viser den praksis-specifikke dækningsgrad sammenholdt med regionalt og nationalt niveau for at øge incitamentet til at indberette.

Der er indberetningspligt til Cancerregisteret og data sendes til Cancerregisteret samtidig med registreringen i Hudkræftdatabasen.

Datasættet er frosset 30. september 2023.

8. Dækningsgrad og datakomplethed

Der har gennem mange år været mangelfuld registrering af antallet af nye hudkræfttilfælde i Danmark. Nye tilfælde af hudkræft anmeldes til Cancerregistret, men Cancerregistret anslår, at kun cirka 50% af nye tilfælde af hudkræft anmeldes (Cancerregistret 2007). Det er ikke muligt at få eksakte tal for antallet af nye hudkræft i Danmark eller i andre lande på grund af mangelfuld registrering. Det er målet, at databasen opnår komplet registrering af alle tilfælde af hudkræft behandlet i dermatologisk regi med hensyn til tumortype, størrelse, valg af behandlingsmodalitet og prognose med henblik på at forbedre behandlingen af hudkræft i Danmark.

Dataudtræk fra Patologiregisteret anvendes som reference til vurdering af Hudkræftdatabasens complethedegrad. Patologiregisteret blev oprettet 1. april 1997 for centralt at indsamle data om landets pato-anatomiske afdelingers ydelser. Siden 1. juli 1997 har der været obligatorisk indberetningspligt til Patologiregisteret. Indberetning til registeret foregår elektronisk, og der foretages daglige indberetninger af de pato-anatomiske undersøgelser fra patologiafdelingerne til Sundhedsstyrelsen. Kodningen i Patologiregisteret foregår via den danske version af SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) for Patologi, der anvendes som klassifikations- og nomenklatursystem for kodning og registrering af pato-anatomiske diagnoser.

Indberetninger til Hudkræftdatabasen for perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023 er sammenlignet med registreringer i Patologiregisteret, idet samkøring af data er sket på patientniveau ved hjælp af CPR-nummer og dato. For at blive koblet skal rekvireringsdatoen ligge inden for +/- 3 måneder efter dato for oprettelse af behandlingsskema. For at indgå i analyserne omkring dækningsgraden skal patienter i Hudkræftdatabasen have et udfyldt behandlingsskema og én af følgende ved den histologiske, eller alternativt kliniske, vurdering: BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantomer.

Der er anvendt data fra Patologiregisteret fra patienter, som har en topografikode i områderne:

T021*, T022*, T023*, T024*, T025*, T026*, T028*, T01000 eller T015*

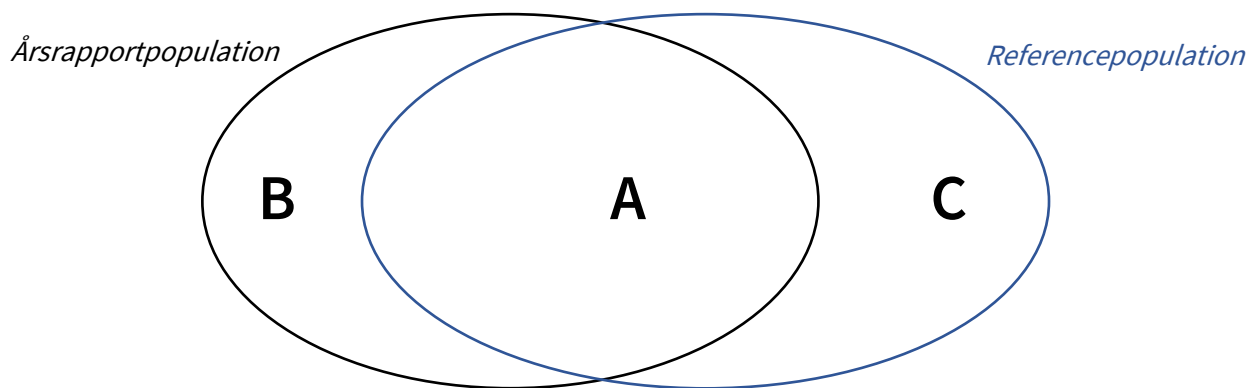
og samtidig en malign morfologidiagnose (fraset koder, der slutter på 0 eller x) i:

M72860, M8051*, M8052*, M8054*, M805A*; M805B*, M805C*, M805D*, M8070*, M8071*,
M8074*, M8075*, M80763, M8078*, M807K3, M80812, M8083*, M8084*, M8085*, M8086*,
M8090*, M8091*, M8092*, M8093*, M8094*, M8095*, M8097*, M8098*, M809A* og M809B*.

Se topografi- og morfologikoder med tilhørende beskrivelse i appendiks.

Efterfølgende ekskluderes tilfælde med inkonklusiv cancerdiagnose dvs. patienter kodet med ÆYYY00 "obs. pro" eller ÆYYY01 "ingen tegn på".

Denne population kobles med årsrapportpopulationen, hvor der vil være stort overlap (A), men også patienter, der kun optræder i årsrapportpopulationen (B) og patienter, der kun findes i Landsregisteret for Patologi, se figur 21.



Dækningsgraden beregnes som $(A+B) / (A+B+C) \times 100\%$.

Overensstemmelsesgraden beregnes som $A / (A+B) \times 100\%$.

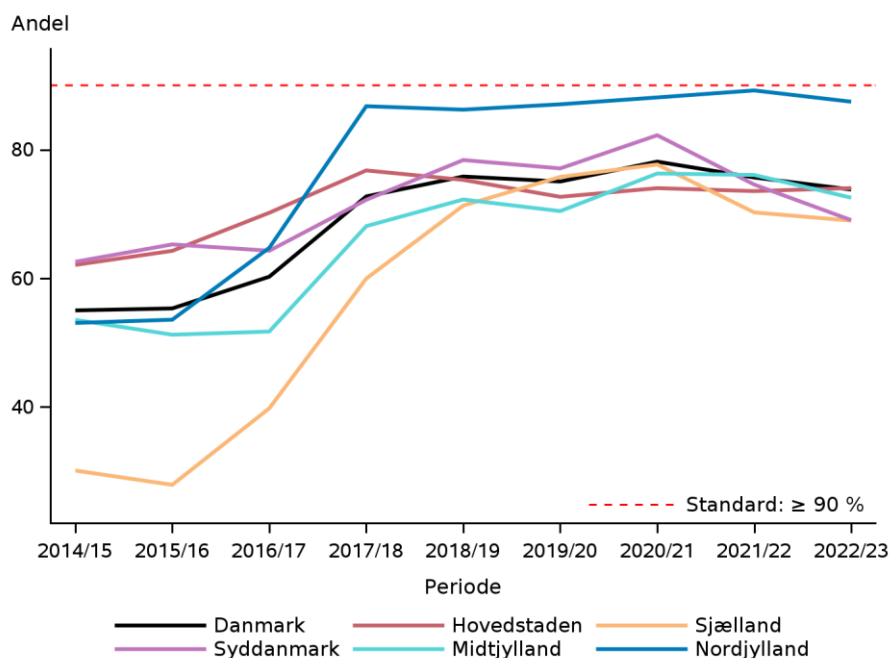
Figur 21. Illustration af overlap mellem årsrapportpopulationen og referencepopulationen, baseret på udtræk fra Landsregisteret for Patologi.

Dækningsgrad er den procentvise angivelse af antallet af registrerede patienter i årsrapportpopulationen ud af det samlede antal patienter, der opfylder inklusionskriterierne. Patienter fra Hudkræftdatabasen, som ikke genfindes i Landsregisteret for Patologi, tæller med i både tæller og nævner. Dette gøres ud fra den grundantagelse, at databasen er korrekt, dvs. at patienter som er indberettet til databasen har hudkræft, hvilket er klinisk meningsfuldt, og ud fra den erkendelse, at ingen af de tilgængelige administrative registre kan anvendes som fejlfri reference. Vurderingen af databasens kompletthed skal derfor primært betragtes som en indikation af de reelle forhold.

Tabel 31. Dækningsgrad

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2022/23 Andel 95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel	2019/20 Andel	
Danmark	Nej	24.967 / 33.829	0 (0)	74 (73-74)	76	78	75	
Hovedstaden	Nej	8.975 / 12.124	0 (0)	74 (73-75)	74	74	73	
Sjælland	Nej	3.120 / 4.524	0 (0)	69 (68-70)	70	78	76	
Syddanmark	Nej	4.119 / 5.965	0 (0)	69 (68-70)	75	82	77	
Midtjylland	Nej	5.134 / 7.078	0 (0)	73 (71-74)	76	76	70	
Nordjylland	Nej	3.619 / 4.138	0 (0)	87 (86-88)	89	88	87	

Figur 22. Dækningsgrad. Trendgraf på regionsniveau.



For at kunne vurdere validiteten af dækningsgradsopgørelsen suppleres med en opgørelse af overensstemmelsesgrad. Overensstemmelsesgraden er et estimat af, hvor stor en andel af patienter i årsrapportpopulationen, der kan genfindes i Landsregisteret for Patologi, og således en indikation på om den valgte tilgang er velegnet til at identificere de rette patienter (se figur 21). Hvis overensstemmelsesgraden er under 80%, vil opgørelsen af dækningsgrad typisk være behæftet med stor usikkerhed. På grund af en lav overensstemmelsesgrad i tidligere år er listen over inkluderede morfologi-koder blevet udvidet betydeligt i Årsrapport 2021/2022.

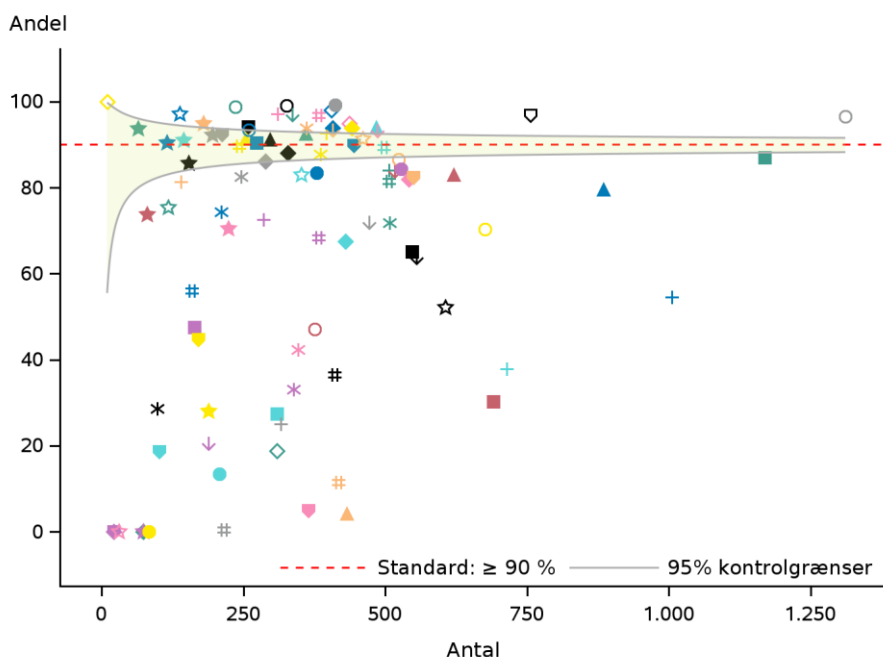
Tabel 32. Overensstemmelsesgrad

	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
				2022/23 Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Ja	22.286 / 24.967	0 (0)	89	(89-90)	89	89	89
Hovedstaden	Ja	8.068 / 8.975	0 (0)	90	(89-91)	90	91	90
Sjælland	Ja	2.828 / 3.120	0 (0)	91	(90-92)	89	91	87
Syddanmark	Ja	3.771 / 4.119	0 (0)	92	(91-92)	90	88	88
Midtjylland	Ja	4.423 / 5.134	0 (0)	86	(85-87)	88	87	89
Nordjylland	Ja	3.196 / 3.619	0 (0)	88	(87-89)	88	89	90

Analysen viser, at dækningsgraden forbedrede sig markant i årene 2013-2018 fra under 60% til omkring 75%. I de senere år er udviklingen dog stagneret. Dækningsgraden varierer fra 69% i Region Sjælland og Region Syddanmark til 87% i Region Nordjylland, som i de seneste år har haft den højeste dækningsgrad. Ud over den regionale variation i dækningsgrad er der også stor variation indenfor regioner. Ud af de i alt 94 hudlægepraksisser i Danmark havde 7 en dækningsgrad på 0% dvs. de indberettede slet ikke patienter til databasen. Der var 26 ud af de 94 (28%)

med en dækningsgrad på under 50% mens 68 ud af de 94 (72%) havde en dækningsgrad på over 50%. I figur 23 ses dækningsgraden for de enkelte hudlægepraksisser.

Figur 23: Dækningsgrad (fra 0 til 100%) for de 94 hudlægepraksisser i Danmark. Antal viser, for hver hudlægepraksis, antallet af patienter med BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantomer registreret i patologiregistret i perioden 1/7-22 til 30/6-23.



Akkreditering har tidligere skabt et incitament til at indberette, men er nu erstattet af kvalitetsklynger, som er under opstart. Styregruppen vil fortsat arbejde for, at der opnås en dækningsgrad på $\geq 90\%$. Den nyudviklede Kvalitetsrapport (benchmarking) er et vigtigt redskab, hvor den enkelte praksis kan sammenholde egen dækningsgrad med regionalt og nationalt niveau, som blev idriftsat i januar 2023. Styregruppen har sat fokus på indberetning gennem kontakt til databasens brugere via nyhedsbreve mv. og det planen, at der med udsendelse af herværende årsrapport også sendes venlig reminder om manglende registreringer til klinikker med mindre end 50% complethedegrad.

Styregruppen vurderer, at der mangler registreringer af kontroller, hvilket udgør et særligt problem for indikator 3-5, da disse resultatsindikatorer således opgøres på et mangelfuldt grundlag. Der er dog ingen grund til at formode, at det er en særlig gruppe af patienter, som er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen.

Målet med Hudkræftdatabasen er, at alle patienter diagnosticeret i speciallægepraksis med BCC, SCC, mb. Bowen eller keratoakantom inkluderes i databasen. Dette er for at sikre, at databasen kan give et retvisende billede af kvaliteten af behandlingen og håndteringen af disse patientkategorier i speciallægepraksis. Såfremt det er tilfældigt, hvilke patienter der ikke registreres, vil selv en relativ lav complethedegrad ikke nødvendigvis være en hindring for, at databasen kan afspejle kvaliteten. Hvis der derimod er tale om, at særlige grupper af patienter, f.eks. patienter med en særlig god eller dårlig prognose, er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen, introduceres en systematisk fejkilde i registreringen (selektionsbias), hvilket vil vanskeliggøre en tolkning af resultaterne fra databasen. Det kan i praksis være svært at afgøre i hvilket omfang en manglende complethed kan henføres til tilfældigheder eller en systematisk fejl.

9. Styregruppens medlemmer

Databasen er fagligt funderet i de to dermatologiske videnskabelige selskaber: Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) og Danske Dermatologers Organisation (DDO).

Hudkræftdatabasen er tilknyttet RKKP's Videncenter.

Styregruppen for den landsdækkende database er sammensat af repræsentanter fra RKKP's Videncenter, praktiserende speciallæger, speciallæger fra de dermatologiske afdelinger samt en repræsentant for den registeransvarlige myndighed.

Formandskab	Speciallæge i dermatologi Henrik Sølvsten, Ålborg Speciallæge i dermatologi Anna Lamberg, Grenå
Øvrige medlemmer	Region Hovedstaden: Overlæge Ulrikke Lei, Gentofte Hospital Speciallæge i dermatologi, Anders Clemmensen, Rødovre Forskningsmedarbejder og speciallæge, Katrine Togsverd-Bo, Bispebjerg og Frederiksberg Hospitaler Region Sjælland: Speciallæge i dermatologi Tomas Dam, Nykøbing Falster Afdelingslæge Gabrielle Vinding, Roskilde Sygehus Region Syddanmark Overlæge Tine Vestergaard, Odense Universitetshospital Speciallæge i dermatologi Henrik Thormann, Vejle Region Midtjylland: Overlæge Anne Braae Olesen, Aarhus Universitetshospital Speciallæge i dermatologi Martin Majlund Mikkelsen, Randers Uddannelseslæge Sigrún Alba Jóhannesdóttir Schmidt, Aarhus Universitetshospital Uddannelseslæge Anne Hald Rittig, Aarhus Universitetshospital Region Nordjylland Afdelingslæge Ann-Kathrine Rossau, Aalborg Universitetshospital Speciallæge i dermatologi Frej Studstrup, Thisted
RKKP	Epidemiolog Maiken Bang Hansen Datamanager Jakob Riis Kontaktperson Monika Madsen

10. Appendiks

Antal patienter og tumorer opgjort over tid

National opgørelse

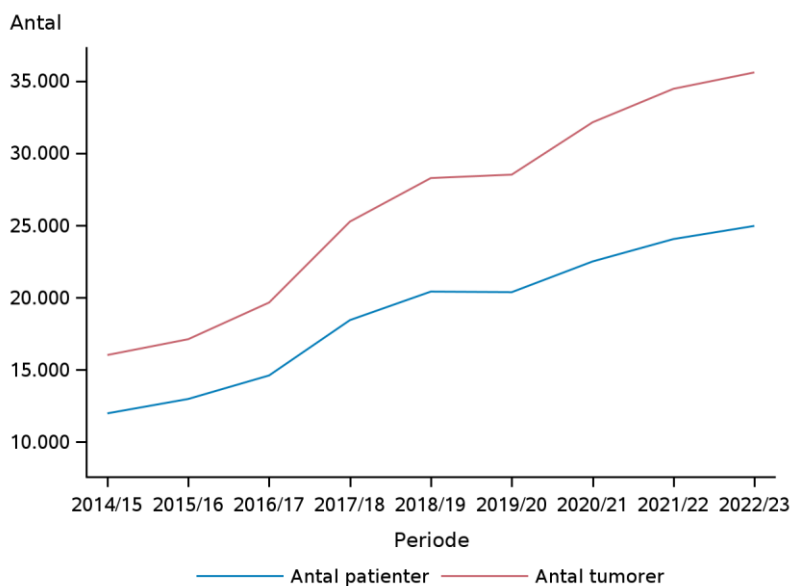
For at indgå i opgørelsen skal patienten være diagnosticeret med BCC, SCC, keratoakantom eller mb. Bowen.

Tabel 33. Oversigt over antal tumorer og antal patienter i hudkræftdatabasen

	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19	2017/18	2016/17	2015/16	2014/15
Tumorer i alt	35.604	34.470	32.148	28.521	28.285	25.269	19.659	17.118	16.021
Patienter i alt	24.967	24.058	22.505	20.376	20.418	18.442	14.606	12.976	11.978
Andel tumorer/patient	1,43	1,43	1,43	1,40	1,39	1,37	1,35	1,32	1,34

Figur 24.

Antal tumorer og patienter i Hudkræftdatabasen



Gennem årene er der sket en vedvarende stigning i antallet af tumorer og patienter. En del af forklaringen kan henføres til bedre registrering i databasen, men langt overvejende må det formodes, at stigningen skyldes en øget incidens i befolkningen. Den øgede incidens er formentlig en konsekvens af højere gennemsnitlig levealder, og at soludløst hudcancer er i hastig vækst i lighed med modernærkekræft.

I gennemsnit har hver patient 1,43 tumorer i indeværende år.

Fordeling af antal patienter på regionsniveau

Tablet 34. Fordeling af antal patienter diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau

	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19	2017/18	2016/17
Danmark	24.967	24.058	22.505	20.376	20.418	18.442	14.606
Basalcellecarcinom	20.458	19.921	18.700	17.342	17.607	15.980	12.765
Planocellulært carcinom	1.730	1.613	1.537	1.381	1.309	1.185	923
Mb. Bowen	1.263	1.080	971	739	687	530	417
Keratoakanthom	567	554	471	310	328	265	175
Flere typer	949	890	826	604	487	482	326
Hovedstaden	8.975	8.522	7.531	6.980	7.064	6.853	6.213
Basalcellecarcinom	7.775	7.412	6.615	6.316	6.490	6.274	5.598
Planocellulært carcinom	438	352	354	308	284	286	302
Mb. Bowen	274	259	185	109	84	89	123
Keratoakanthom	240	249	196	133	129	109	94
Flere typer	248	250	181	114	77	95	96
Sjælland	3.120	3.013	3.017	2.961	2.898	2.284	1.519
Basalcellecarcinom	2.590	2.636	2.576	2.537	2.562	2.022	1.346
Planocellulært carcinom	271	214	263	294	243	195	126
Mb. Bowen	96	37	31	29	27	16	10
Keratoakanthom	74	87	80	40	29	15	6
Flere typer	89	39	67	61	37	36	31
Syddanmark	4.119	4.333	4.350	3.765	3.773	3.386	2.904
Basalcellecarcinom	3.096	3.331	3.353	3.029	3.027	2.734	2.388
Planocellulært carcinom	447	481	455	385	371	299	287
Mb. Bowen	288	241	264	184	199	159	112
Keratoakanthom	87	65	54	33	45	40	19
Flere typer	201	215	224	134	131	154	98
Midtjylland	5.134	4.784	4.677	4.027	4.099	3.514	2.376
Basalcellecarcinom	4.299	4.041	4.061	3.519	3.595	3.106	2.162
Planocellulært carcinom	331	330	275	223	206	205	93
Mb. Bowen	210	170	137	131	122	80	63
Keratoakanthom	94	73	84	63	69	57	34
Flere typer	200	170	120	91	107	66	24
Nordjylland	3.619	3.406	2.930	2.643	2.584	2.405	1.594
Basalcellecarcinom	2.698	2.501	2.095	1.941	1.933	1.844	1.271
Planocellulært carcinom	243	236	190	171	205	200	115
Mb. Bowen	395	373	354	286	255	186	109
Keratoakanthom	72	80	57	41	56	44	22
Flere typer	211	216	234	204	135	131	77

Tabel 35. Fordeling af antal patienter diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau i forhold til befolkningsantal

	2022/23		2021/22		2020/21	
	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)
Danmark	24.967 / 5.932.654	4,21	24.058 / 5.873.420	4,10	22.505 / 5.840.045	3,85
Basalcellecarcinom	20.458 / 5.932.654	3,45	19.921 / 5.873.420	3,39	18.700 / 5.840.045	3,20
Planocellulært carcinom	1.730 / 5.932.654	0,29	1.613 / 5.873.420	0,27	1.537 / 5.840.045	0,26
Mb. Bowen	1.263 / 5.932.654	0,21	1.080 / 5.873.420	0,18	971 / 5.840.045	0,17
Keratoakanthom	567 / 5.932.654	0,10	554 / 5.873.420	0,09	471 / 5.840.045	0,08
Flere typer	949 / 5.932.654	0,16	890 / 5.873.420	0,15	826 / 5.840.045	0,14
Hovedstaden	8.975 / 1.891.871	4,74	8.522 / 1.867.948	4,56	7.531 / 1.855.084	4,06
Basalcellecarcinom	7.775 / 1.891.871	4,11	7.412 / 1.867.948	3,97	6.615 / 1.855.084	3,57
Planocellulært carcinom	438 / 1.891.871	0,23	352 / 1.867.948	0,19	354 / 1.855.084	0,19
Mb. Bowen	274 / 1.891.871	0,14	259 / 1.867.948	0,14	185 / 1.855.084	0,10
Keratoakanthom	240 / 1.891.871	0,13	249 / 1.867.948	0,13	196 / 1.855.084	0,11
Flere typer	248 / 1.891.871	0,13	250 / 1.867.948	0,13	181 / 1.855.084	0,10
Sjælland	3.120 / 849.857	3,67	3.013 / 843.513	3,57	3.017 / 838.840	3,60
Basalcellecarcinom	2.590 / 849.857	3,05	2.636 / 843.513	3,13	2.576 / 838.840	3,07
Planocellulært carcinom	271 / 849.857	0,32	214 / 843.513	0,25	263 / 838.840	0,31
Mb. Bowen	96 / 849.857	0,11	37 / 843.513	0,04	31 / 838.840	0,04
Keratoakanthom	74 / 849.857	0,09	87 / 843.513	0,10	80 / 838.840	0,10
Flere typer	89 / 849.857	0,10	39 / 843.513	0,05	67 / 838.840	0,08
Syddanmark	4.119 / 1.237.413	3,33	4.333 / 1.228.362	3,53	4.350 / 1.223.634	3,55
Basalcellecarcinom	3.096 / 1.237.413	2,50	3.331 / 1.228.362	2,71	3.353 / 1.223.634	2,74
Planocellulært carcinom	447 / 1.237.413	0,36	481 / 1.228.362	0,39	455 / 1.223.634	0,37
Mb. Bowen	288 / 1.237.413	0,23	241 / 1.228.362	0,20	264 / 1.223.634	0,22
Keratoakanthom	87 / 1.237.413	0,07	65 / 1.228.362	0,05	54 / 1.223.634	0,04
Flere typer	201 / 1.237.413	0,16	215 / 1.228.362	0,18	224 / 1.223.634	0,18
Midtjylland	5.134 / 1.358.879	3,78	4.784 / 1.341.857	3,57	4.677 / 1.332.048	3,51
Basalcellecarcinom	4.299 / 1.358.879	3,16	4.041 / 1.341.857	3,01	4.061 / 1.332.048	3,05
Planocellulært carcinom	331 / 1.358.879	0,24	330 / 1.341.857	0,25	275 / 1.332.048	0,21
Mb. Bowen	210 / 1.358.879	0,15	170 / 1.341.857	0,13	137 / 1.332.048	0,10
Keratoakanthom	94 / 1.358.879	0,07	73 / 1.341.857	0,05	84 / 1.332.048	0,06
Flere typer	200 / 1.358.879	0,15	170 / 1.341.857	0,13	120 / 1.332.048	0,09
Nordjylland	3.619 / 594.634	6,09	3.406 / 591.740	5,76	2.930 / 590.439	4,96
Basalcellecarcinom	2.698 / 594.634	4,54	2.501 / 591.740	4,23	2.095 / 590.439	3,55
Planocellulært carcinom	243 / 594.634	0,41	236 / 591.740	0,40	190 / 590.439	0,32
Mb. Bowen	395 / 594.634	0,66	373 / 591.740	0,63	354 / 590.439	0,60
Keratoakanthom	72 / 594.634	0,12	80 / 591.740	0,14	57 / 590.439	0,10
Flere typer	211 / 594.634	0,35	216 / 591.740	0,37	234 / 590.439	0,40

Fordeling af antal tumorer på regionsniveau

Tablet 36. Fordeling af antal tumorer diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau

	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19	2017/18	2016/17
Danmark	35.604	34.470	32.148	28.521	28.285	25.269	19.659
Basalcellecarcinom	30.296	29.536	27.491	24.905	25.022	22.426	17.557
Planocellulært carcinom	2.504	2.319	2.216	1.927	1.758	1.643	1.228
Mb. Bowen	2.092	1.896	1.855	1.294	1.096	870	659
Keratoakanthom	712	719	586	395	409	330	215
Hovedstaden	12.836	12.301	10.607	9.669	9.590	9.307	8.220
Basalcellecarcinom	11.478	11.020	9.568	8.911	8.959	8.673	7.552
Planocellulært carcinom	615	508	479	406	353	379	382
Mb. Bowen	439	448	315	182	118	118	166
Keratoakanthom	304	325	245	170	160	137	120
Sjælland	4.140	3.925	3.969	3.801	3.702	2.874	1.892
Basalcellecarcinom	3.561	3.512	3.487	3.335	3.331	2.592	1.705
Planocellulært carcinom	353	253	347	374	308	249	169
Mb. Bowen	136	56	41	39	29	16	11
Keratoakanthom	90	104	94	53	34	17	7
Syddanmark	5.604	6.148	6.143	5.157	5.191	4.704	3.904
Basalcellecarcinom	4.371	4.936	4.920	4.300	4.303	3.914	3.296
Planocellulært carcinom	669	726	677	540	523	443	405
Mb. Bowen	460	402	476	274	305	292	179
Keratoakanthom	104	84	70	43	60	55	24
Midtjylland	7.615	6.882	6.716	5.724	5.832	4.852	3.198
Basalcellecarcinom	6.656	6.024	6.010	5.148	5.282	4.399	2.966
Planocellulært carcinom	498	474	388	318	285	262	112
Mb. Bowen	345	284	214	181	177	126	82
Keratoakanthom	116	100	104	77	88	65	38
Nordjylland	5.409	5.214	4.713	4.170	3.970	3.532	2.445
Basalcellecarcinom	4.230	4.044	3.506	3.211	3.147	2.848	2.038
Planocellulært carcinom	369	358	325	289	289	310	160
Mb. Bowen	712	706	809	618	467	318	221
Keratoakanthom	98	106	73	52	67	56	26

Tabel 37. Fordeling af antal tumorer diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau i forhold til befolkningsantal

	2022/23		2021/22		2020/21	
	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)
Danmark	35.604 / 5.932.654	6,00	34.470 / 5.873.420	5,87	32.148 / 5.840.045	5,50
Basalcellecarcinom	30.296 / 5.932.654	5,11	29.536 / 5.873.420	5,03	27.491 / 5.840.045	4,71
Planocellulært carcinom	2.504 / 5.932.654	0,42	2.319 / 5.873.420	0,39	2.216 / 5.840.045	0,38
Mb. Bowen	2.092 / 5.932.654	0,35	1.896 / 5.873.420	0,32	1.855 / 5.840.045	0,32
Keratoakanthom	712 / 5.932.654	0,12	719 / 5.873.420	0,12	586 / 5.840.045	0,10
Hovedstaden	12.836 / 1.891.871	6,78	12.301 / 1.867.948	6,59	10.607 / 1.855.084	5,72
Basalcellecarcinom	11.478 / 1.891.871	6,07	11.020 / 1.867.948	5,90	9.568 / 1.855.084	5,16
Planocellulært carcinom	615 / 1.891.871	0,33	508 / 1.867.948	0,27	479 / 1.855.084	0,26
Mb. Bowen	439 / 1.891.871	0,23	448 / 1.867.948	0,24	315 / 1.855.084	0,17
Keratoakanthom	304 / 1.891.871	0,16	325 / 1.867.948	0,17	245 / 1.855.084	0,13
Sjælland	4.140 / 849.857	4,87	3.925 / 843.513	4,65	3.969 / 838.840	4,73
Basalcellecarcinom	3.561 / 849.857	4,19	3.512 / 843.513	4,16	3.487 / 838.840	4,16
Planocellulært carcinom	353 / 849.857	0,42	253 / 843.513	0,30	347 / 838.840	0,41
Mb. Bowen	136 / 849.857	0,16	56 / 843.513	0,07	41 / 838.840	0,05
Keratoakanthom	90 / 849.857	0,11	104 / 843.513	0,12	94 / 838.840	0,11
Syddanmark	5.604 / 1.237.413	4,53	6.148 / 1.228.362	5,01	6.143 / 1.223.634	5,02
Basalcellecarcinom	4.371 / 1.237.413	3,53	4.936 / 1.228.362	4,02	4.920 / 1.223.634	4,02
Planocellulært carcinom	669 / 1.237.413	0,54	726 / 1.228.362	0,59	677 / 1.223.634	0,55
Mb. Bowen	460 / 1.237.413	0,37	402 / 1.228.362	0,33	476 / 1.223.634	0,39
Keratoakanthom	104 / 1.237.413	0,08	84 / 1.228.362	0,07	70 / 1.223.634	0,06
Midtjylland	7.615 / 1.358.879	5,60	6.882 / 1.341.857	5,13	6.716 / 1.332.048	5,04
Basalcellecarcinom	6.656 / 1.358.879	4,90	6.024 / 1.341.857	4,49	6.010 / 1.332.048	4,51
Planocellulært carcinom	498 / 1.358.879	0,37	474 / 1.341.857	0,35	388 / 1.332.048	0,29
Mb. Bowen	345 / 1.358.879	0,25	284 / 1.341.857	0,21	214 / 1.332.048	0,16
Keratoakanthom	116 / 1.358.879	0,09	100 / 1.341.857	0,07	104 / 1.332.048	0,08
Nordjylland	5.409 / 594.634	9,10	5.214 / 591.740	8,81	4.713 / 590.439	7,98
Basalcellecarcinom	4.230 / 594.634	7,11	4.044 / 591.740	6,83	3.506 / 590.439	5,94
Planocellulært carcinom	369 / 594.634	0,62	358 / 591.740	0,60	325 / 590.439	0,55
Mb. Bowen	712 / 594.634	1,20	706 / 591.740	1,19	809 / 590.439	1,37
Keratoakanthom	98 / 594.634	0,16	106 / 591.740	0,18	73 / 590.439	0,12

Resultater af analysen

I alt 24.967 patienter og 35.604 tumorer er registreret i databasen 2022/2023 og som forventet er der langt flest patienter med BCC på i alt 20.458. Andelen af patienter pr. indbygger diagnosticeret i speciallægepraksis i Region Nordjylland var højere (6,09 per tusinde) end øvrige regioner med landsgennemsnit på 4,21 per tusinde.

Diskussion og implikationer

Manglende registrering påvirker opgørelsen. Region Nordjylland har en 13% højere dækningsgrad end landsgennemsnittet (Danmark:73%, Region Nordjylland 86%), hvilket delvist forklarer det højere regionsgennemsnit af patienter og tumorer. Data kan ikke konkludere på hyppigheden af tumorer i de enkelte regioner, da der findes flere forskellige specialer, der diagnosticerer og behandler sygdommene. Vanlig praksis for fordelingen af patienter kan være forskellig i regionerne og det høje antal af patienter og tumorer i Region Nordjylland diagnosticeret i dermatologisk speciallægepraksis kan også være på baggrund af begrænset adgang til øvrige specialer i regionen, herunder privatpraktiserende plastikkirurger.

Vurdering af analysens anvendelighed

Sammenligningen af fordelingen mellem regionerne anskueliggør eventuelle forskelle. Forskelle kan være vigtige for forståelse af øvrige data i databasen.

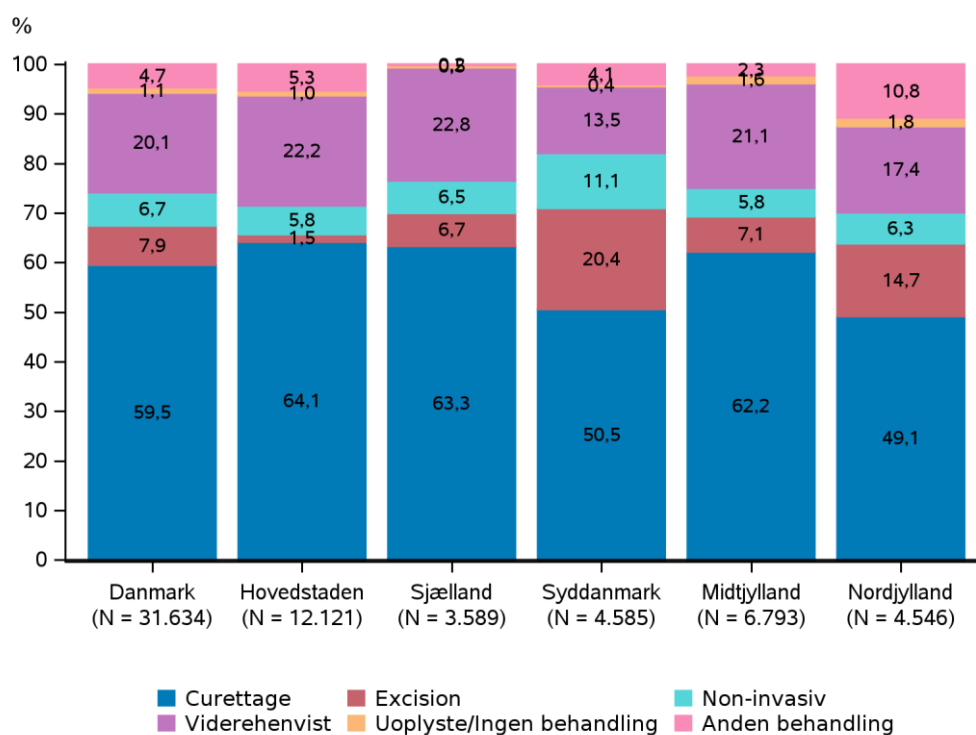
Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau

Tabel 38. Fordeling af BCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2022 - 30. juni 2023

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kryoterapi	299	2,5	16	0,4	53	1,2	173	2,5	104	2,3	645	2,0
Curettage	315	2,6	4	0,1	98	2,1	277	4,1	123	2,7	817	2,6
Enkel curettage og el-kaustik	562	4,6	31	0,9	851	18,6	135	2,0	190	4,2	1.769	5,6
Dobbelt curettage og el-kaustik	6.580	54,3	2.179	60,7	961	21,0	3.717	54,7	1.884	41,4	15.321	48,4
Curettage og excision	#	0,0	0	0,0	7	0,2	0	0,0	4	0,1	13	0,0
Curettage og kryoterapi	237	2,0	52	1,4	31	0,7	0	0,0	3	0,1	323	1,0
Curettage og lapis	77	0,6	5	0,1	369	8,0	93	1,4	29	0,6	573	1,8
Excision (<4mm sikkerhedsmargin)	121	1,0	106	3,0	516	11,3	406	6,0	308	6,8	1.457	4,6
Excision (4-6mm sikkerhedsmargin)	53	0,4	132	3,7	407	8,9	73	1,1	337	7,4	1.002	3,2
Excision (>=6mm sikkerhedsmargin)	9	0,1	#	0,0	12	0,3	#	0,0	22	0,5	46	0,1
Fotodynamisk terapi	294	2,4	178	5,0	291	6,3	65	1,0	53	1,2	881	2,8
5-fluorouracil	3	0,0	0	0,0	#	0,0	5	0,1	22	0,5	32	0,1
Imiquimod creme	108	0,9	41	1,1	163	3,6	150	2,2	106	2,3	568	1,8
Anden behandling	648	5,3	8	0,2	187	4,1	155	2,3	491	10,8	1.489	4,7
Henvist til andet speciale: plastikkirurgisk	2.594	21,4	815	22,7	521	11,4	1.395	20,5	723	15,9	6.048	19,1
Henvist til andet speciale: onkologisk	29	0,2	0	0,0	83	1,8	8	0,1	52	1,1	172	0,5
Henvist til andet speciale: andet	69	0,6	4	0,1	13	0,3	29	0,4	15	0,3	130	0,4
Besluttet ingen behandling	43	0,4	0	0,0	4	0,1	6	0,1	11	0,2	64	0,2
Patienten ønsker ingen yderligere behandling	3	0,0	0	0,0	0	0,0	7	0,1	7	0,2	17	0,1
Uoplyst	75	0,6	17	0,5	16	0,3	97	1,4	62	1,4	267	0,8
I alt	12.121	100,0	3.589	100,0	4.585	100,0	6.793	100,0	4.546	100,0	31.634	100,0

Figur 25.

Fordeling af BCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2022 - 30. juni 2023



Resultater af analysen

Dobbelt curettage med el-kaustik er fortsat den mest anvendte behandling således at ca. halvdelen af samtlige BCC får denne behandling. Det samlede antal behandlinger, hvor curettage indgår er 60,3% på landsplan. I Region Hovedstaden er andelen 64,1%.

Viderehenvielse er i 95% af tilfældene til plastikkirurger. På landsplan henvises 19,1% til behandling hos plastikkirurger. Region Nordjylland og Syddanmark afviger fra dette tal, hvor hhv. 15,9% og 11,4% henvises til plastikkirurg. I disse regioner er der hhv. 20,5% og 14,7% der behandles med excision hos dermatolog, men i Region Hovedstaden er andelen af excisioner 1,5%. Landsgennemsnittet for excision hos dermatolog er 7,9%.

De non-invasive behandlinger (kryoterapi, 5-FU, imiquimod og fotodynamisk terapi) udgør samlet 6,7% af alle behandlingen. Region Syddanmark anvender flest non-invasive behandlinger med 11,1% og Region Hovedstaden og Region Midtjylland færrest med 5,8%.

Diskussion og implikationer

Der er en stor variation i valg af behandling i de forskellige regioner, og dette antyder således en forskellig tilgang til behandlingen af BCC eller evt. forskel i henvisningsmønster og tumorkarakteristik. Det kan også skyldes behandlerpræferencer samt lokale overenskomstmæssige aftaler.

Vurdering af analysens anvendelighed

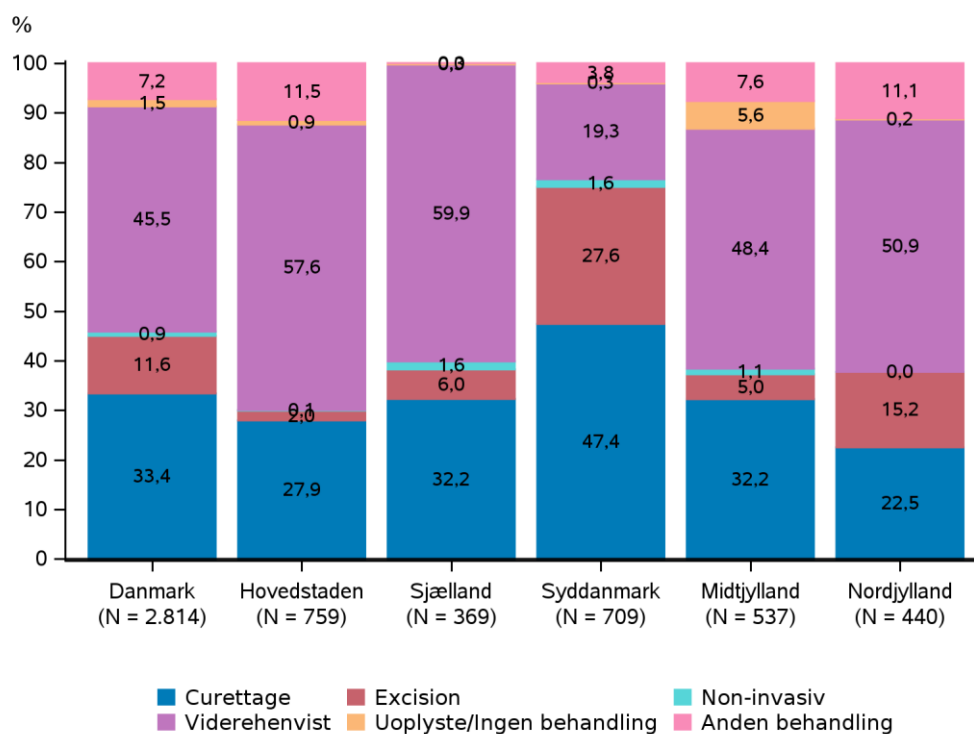
Det er interessant at se de regionale forskelle i valg af behandling og bidrager i høj grad til forståelse af databasens øvrige data.

Tabel 39. Fordeling af SCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2022 - 30. juni 2023

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kryoterapi	0	0,0	0	0,0	#	0,3	6	1,1	0	0,0	8	0,3
Curettage	30	4,0	#	0,3	#	0,3	23	4,3	6	1,4	62	2,2
Enkel curettage og el-kaustik	26	3,4	#	0,5	211	29,8	12	2,2	3	0,7	254	9,0
Dobbelt curettage og el-kaustik	155	20,4	116	31,4	85	12,0	137	25,5	88	20,0	581	20,6
Curettage og excision	0	0,0	0	0,0	3	0,4	0	0,0	#	0,5	5	0,2
Curettage og kryoterapi	#	0,1	0	0,0	4	0,6	0	0,0	0	0,0	5	0,2
Curettage og lapis	0	0,0	0	0,0	31	4,4	#	0,2	0	0,0	32	1,1
Excision (<4mm sikkerhedsmargin)	6	0,8	4	1,1	63	8,9	18	3,4	29	6,6	120	4,3
Excision (4-6mm sikkerhedsmargin)	8	1,1	16	4,3	126	17,8	7	1,3	29	6,6	186	6,6
Excision (>=6mm sikkerhedsmargin)	#	0,1	#	0,5	7	1,0	#	0,4	9	2,0	21	0,7
Fotodynamisk terapi	0	0,0	6	1,6	4	0,6	0	0,0	0	0,0	10	0,4
5-fluorouracil	0	0,0	0	0,0	#	0,3	0	0,0	0	0,0	#	0,1
Imiquimod creme	#	0,1	0	0,0	3	0,4	0	0,0	0	0,0	4	0,1
Anden behandling	87	11,5	0	0,0	27	3,8	41	7,6	49	11,1	204	7,2
Henvist til andet speciale: plastikkirurgisk	436	57,4	221	59,9	132	18,6	258	48,0	222	50,5	1.269	45,1
Henvist til andet speciale: onkologisk	#	0,1	0	0,0	5	0,7	0	0,0	#	0,5	8	0,3
Henvist til andet speciale: andet	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,4	0	0,0	#	0,1
Besluttet ingen behandling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Patienten ønsker ingen yderligere behandling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0	0	0,0
Uoplyst	7	0,9	#	0,3	#	0,3	30	5,6	#	0,2	41	1,5
I alt	759	100,0	369	100,0	709	100,0	537	100,0	440	100,0	2.814	100,0

Figur 26.

Fordeling af SCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2022 - 30. juni 2023



Resultater af analysen

For SCC er det samlede antal behandlinger hvor curettage indgår 33,4% på landsplan, men med betydelig variation mellem regioner fra 22,5% i Region Nordjylland til 47,4% i Region Syddanmark. På landsplan henvises 45,5% til plastikkirurg. På landsplan bliver 11,5% excideret, men med betydelig forskel mellem regionerne, således at andelen der bliver excideret er højest i Region Nordjylland (15,2%) og Syddanmark (27,6%) og lavest i Region Hovedstaden (2,0%).

Diskussion og implikationer

Excision er førstevalg i behandlingen af SCC. Guidelines for DDS anfører, at SCC, der er blevet curetteret, kan observeres, såfremt det drejer sig om lavrisikokarcinomer. Det er med stor sandsynlighed forklaringen på den store andel af SCC, der curetteres.

Vurdering af analysens anvendelighed

Analysen beskriver regionale forskelle og afspejler formentligt også, at dermatologer varetager behandlingen af en stor del af lavrisikokarcinomerne.

Topografi- og morfologikoder til beregning af dækningsgrad

SKS-kode	Kodetekst
T021*	Hud på hoved
T022*	Hud på øre og øregang
T023*	Hud på hals
T024*	Hud på truncus
T025*	Hud på perineum
T026*	Hud på arm
T028*	Hud på ben
T01000	Hud
T015*	Øjenbryn

SKS-kode	Kodetekst
M72860	keratoakantom
M80513	verrukøst karcinom
M80514	verrukøst karcinom, direkte spredning
M80515	verrukøst karcinom, mikroinvasion
M80516	metastase, verrukøst karcinom
M80517	verrukøst karcinom, recidiv
M80518	verrukøst karcinom i remission
M80519	verrukøst karcinom, usikkert om primært eller metastase
M80523	planocellulært karcinom, papillær type
M80524	planocellulært karcinom, papillær type, direkte spredning
M80526	metastase, planocellulært karcinom, papillær type
M80527	planocellulært karcinom, papillær type, recidiv
M80529	planocellulært karcinom, papillær type, uvist om primær eller sekundær
M80543	planocellulært karcinom, warty (kondylomatøs) type
M80544	planocellulært karcinom, warty (kondylomatøs) type, direkte spredning
M80546	metastase, planocellulært karcinom, warty (kondylomatøs) type
M80547	planocellulært karcinom, warty (kondylomatøs) type, recidiv
M80549	planocellulært karcinom, warty (kondylomatøs) type, uvist om primær eller sekundær
M805A3	kondylomatøst karcinom
M805A4	kondylomatøst karcinom, direkte spredning
M805A6	metastase, kondylomatøst karcinom
M805A7	kondylomatøst karcinom, recidiv
M805A8	kondylomatøst karcinom, i remission
M805A9	kondylomatøst karcinom, usikkert om primær eller metastase
M805B3	planocellulært karcinom, warty-basaloid type
M805B4	planocellulært karcinom, warty-basaloid type, direkte spredning
M805B6	metastase, planocellulært karcinom, warty-basaloid type
M805B7	planocellulært karcinom, warty-basaloid type, recidiv
M805B8	planocellulært karcinom, warty-basaloid type i remission
M805B9	planocellulært karcinom, warty-basaloid type, usikkert om primært eller metastase
M805C3	planocellulært karcinom, pseudohyperplastisk type
M805C4	planocellulært karcinom, pseudohyperplastisk type, direkte spredning
M805C6	metastase, planocellulært karcinom, pseudohyperplastisk type
M805C7	planocellulært karcinom, pseudohyperplastisk type, recidiv
M805C8	planocellulært karc., pseudohyperplastisk type i remission
M805C9	planocellulært karcinom, pseudohyperplastisk type, usikkert om primært eller metastase
M805D3	planocellulært karcinom, desmoplastisk type
M805D4	planocellulært karcinom, desmoplastisk type, direkte spredning
M805D6	metastase, planocellulært karcinom, desmoplastisk type

SKS-kode	Kodetekst
M805D7	planocellulært karcinom, desmoplastisk type, recidiv
M805D9	planocellulært karcinom, desmoplastisk type, usikkert om primær eller metastase
M80702	planocellulært karcinom in situ
M80703	planocellulært karcinom
M80704	planocellulært karcinom, direkte spredning
M80706	metastase, planocellulært karcinom
M80707	planocellulært karcinom, recidiv
M80708	planocellulært karcinom i remission
M80709	planocellulært karcinom, usikkert om primært eller metastase
M80713	planocellulært karcinom, keratiniserende
M80714	planocellulært karcinom, keratiniserende, direkte spredning
M80715	planocellulært karcinom, keratiniserende, mikroinvasion
M80716	metastase, planocellulært karcinom, keratiniserende
M80717	planocellulært karcinom, keratiniserende, recidiv
M80718	planocellulært karcinom, keratiniserende i remission
M80719	planocellulært karc., keratin., usikkert om prim. el. met.
M80743	planocellulært karcinom, sarkomatoid type
M80744	planocellulært karcinom, sarkomatoid type, direkte spredning
M80745	planocellulært karcinom, spindle cell type, mikroinvasion
M80746	metastase, planocellulært karcinom, sarkomatoid type
M80747	planocellulært karcinom, sarkomatoid type, recidiv
M80748	planocellulært karcinom, sarkomatoid type i remission
M80749	planocellulært karcinom, sarkomatoid type, uvist om primær eller sekundær
M80753	planocellulært karcinom, pseudoglandulær type
M80754	planocellulært karcinom, pseudoglandulær type, direkte spredning
M80755	adenoidt planocellulært karcinom, mikroinvasion
M80756	metastase, planocellulært karcinom, pseudoglandulær type
M80757	planocellulært karcinom, pseudoglandulær type, recidiv
M80758	adenoidt planocellulært karcinom i remission
M80759	planocellulært karcinom, pseudoglandulær type, uvist om primær eller sekundær
M80763	mikroinvasivt planocellulært karcinom
M80783	planocellulært karcinom, basaloid type
M80784	planocellulært karcinom, basaloid type, direkte spredning
M80786	metastase, planocellulært karcinom, basaloid type
M80787	planocellulært karcinom, basaloid type, recidiv
M80788	planocellulært karcinom, basaloid type i remission
M80789	planocellulært karcinom, basaloid type, usik.prim.el.met.
M807K3	keratoakantom, variant af højt differentieret planocellulært karcinom
M80812	Bowens sygdom
M80833	lavt differentieret planocellulært karcinom
M80834	lavt diff. planocellulært karcinom, direkte spredning
M80836	metastase, lavt differentieret planocellulært karcinom
M80837	lavt differentieret planocellulært karcinom, recidiv
M80838	lavt differentieret planocellulært karcinom i remission
M80839	lavt diff. planocellulært karc., usikkert om prim. el. met.
M80843	planocellulært karcinom, clear cell type
M80844	planocellulært karcinom, clear cell type, direkte spredning
M80846	metastase, planocellulært karcinom, clear cell type
M80847	planocellulært karcinom, clear cell type, recidiv
M80848	planocellulært karcinom, clear cell type i remission
M80849	planocellulært karcinom, clear cell type, usik.prim.el.met.
M80853	planocellulært karcinom, HPV-associeret
M80854	planocellulært karcinom, HPV-associeret, direkte spredning
M80856	metastase, planocellulært karcinom, HPV-associeret

SKS-kode	Kodetekst
M80857	planocellulært karcinom, HPV-associeret, recidiv
M80858	planocellulært karcinom HPV positiv i remission
M80859	planocellulært karcinom, HPV-associeret, usikkert om primært eller metastase
M80863	planocellulært karcinom, HPV-uafhængigt
M80864	planocellulært karcinom, HPV-uafhængigt, direkte spredning
M80866	metastase, planocellulært karcinom, HPV-uafhængigt
M80867	planocellulært karcinom, HPV-uafhængigt, recidiv
M80868	planocellulært karcinom HPV negativ i remission
M80869	planocellulært karcinom, HPV-uafhængigt, usikkert om primært eller metastase
M80902	superficielt basocellulært karcinom
M80903	basocellulært karcinom
M80904	basocellulært karcinom, direkte spredning
M80906	metastase, basocellulært karcinom
M80907	basocellulært karcinom, recidiv
M80913	superficielt basocellulært karcinom
M80914	superficielt basocellulært karcinom, direkte spredning
M80916	metastase, superficielt basocellulært karcinom
M80917	superficielt basocellulært karcinom, recidiv
M80919	superficielt basocellulært karcinom, usikkert om primær eller metastase
M80923	basocellulært karcinom af morphea type
M80924	basocellulært karcinom af morphea type, direkte spredning
M80926	metastase, basocellulært karcinom af morphea type
M80927	basocellulært karcinom af morphea type, recidiv
M80933	basocellulært karcinom af fibroepitelial type
M80934	basocellulært karcinom af fibroepitelial type, dir. spredn.
M80936	metastase, basocellulært karcinom af fibroepitelial type
M80937	basocellulært karcinom af fibroepitelial type, recidiv
M80943	blandet basocellulært og planocellulært karcinom
M80944	bl. basocellulært og planocellulært karcinom, dir. spredning
M80946	metastase, blandet basocellulært og planocellulært karcinom
M80947	blandet basocellulært og planocellulært karcinom, recidiv
M80953	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom)
M80954	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom), direkte spredning
M80955	metatypisk karcinom, mikroinvasion
M80956	metastase, basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom)
M80957	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom), recidiv
M80958	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom) i remission
M80959	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom), usikkert om primær eller metastase
M80973	basocellulært karcinom af nodulær type
M80974	basocellulært karcinom af nodulær type, direkte spredning
M80976	metastase, basocellulært karcinom af nodulær type
M80977	basocellulært karcinom af nodulær type, recidiv
M80978	basocellulært karcinom af nodulær type i remission
M80979	basocellulært karcinom af nodulær type, usikkert om primær eller metastase
M80983	adenoidt basocellulært karcinom
M80984	adenoidt basocellulært karcinom, direkte spredning
M80986	metastase, adenoidt basocellulært karcinom
M80987	adenoidt basocellulært karcinom, recidiv
M80989	adenoidt basocellulært karcinom, usikkert om primært eller metastase
M809A3	basocellulært karcinom af mikronodulær type
M809A4	basocellulært karcinom af mikronodulær type, direkte spredning
M809A6	metastase, basocellulært karcinom af mikronodulær type
M809A7	basocellulært karcinom af mikronodulær type, recidiv
M809A9	basocellulært karcinom af mikronodulær type, usikkert om primært eller metastase

SKS-kode	Kodetekst
M809B3	basocellulært karcinom af infiltrerende type
M809B4	basocellulært karcinom af infiltrerende type, direkte spredning
M809B6	metastase, basocellulært karcinom af infiltrerende type
M809B7	basocellulært karcinom af infiltrerende type, recidiv
M809B9	basocellulært karcinom af infiltrerende type, usikkert om primært eller metastase

Beregningsregler for indikatorer

Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg inden for 15 måneder

Type	Proces	
Tæller	Antal patienter som gennemfører første kontrolbesøg inden for 15 mdr., som opfylder kriterier for nævner. Ved flere tumorer er det kontrol af den mest alvorlige tumor, der indgår i beregningen*.	. < DageTilKontrol <= (30.4375 * 15)
Nævner	Antal patienter, som har haft min. 15 mdrs. opfølgning, som ikke er viderehenvist, hvor man ikke har afstået fra behandling og som har fået foretaget kontrol. Ved flere tumorer er det kontrol af den mest alvorlige tumor, der indgår i beregningen*.	
Uoplyst	Kontroldato er ej oplyst	(Eksklusions_id: 92)
Ekskluderede	Ingen histologisk eller klinisk vurdering Benign læsion, som ikke skal kontrolleres Ikke 15 mdr. opfølgning pga. død/udvandring Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget	(Eksklusions_id: 5) (19) (6) (7) (8) (9) (10)
Niveau	Opgøres på patientniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥85%	
Begrundelse	Risikoen for recidiv er højst i begyndelsen af opfølgningsperioden og tidlig detektering af recidiv forbedrer prognosen. Kontrol ud over 15 måneder er fravalgt som indikator til den kliniske database, idet flere patienter vil overgå til selvkontrol eller kontrol hos egen læge.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

* Alvorlighed (fra mest til mindst alvorlig): Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer

Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie basocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr. efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal basocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke basocellulært karcinom Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 1) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥95%	
Begrundelse	Det primære mål med behandlingen er stort set altid radikal fjernelse og helbredelse, idet det er veldokumenteret at recidiv tumorer har dårligere prognose end primære. Dog er BCC langsomt voksende og metastaserer kun i <0,6 % af tilfældene. Det er således ikke alle patientgrupper, som behøver radikal behandling. Aggressiv behandling kan være uhensigtsmæssig hos ældre samt patienter med generelt dårligt helbred.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie basocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr. efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal lavrisiko basocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke basocellulært karcinom Ikke lavrisiko Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 1) (13) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	Ikke fastsat	
Begrundelse		
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie basocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal højrisiko* basocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke basocellulært karcinom Ikke højrisiko Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 1) (14) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	Ikke fastsat	
Begrundelse		
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

*Højrisiko defineres som mindst to af følgende:

- Tumorstørrelse > 20 mm i diameter
- Lokalisation: Mund, skalp, næse øjenomgivelser eller øre jf. ICD-11
- Subtype: Morpheaform, infiltrativ, micronodulær eller basosquamøs
- Recidiv tumor i hoved/hals-region

Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie planocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal planocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke planocellulært karcinom Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 2) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥98%	
Begrundelse	Det primære mål med behandlingen er stort set altid radikal fjernelse og helbredelse, idet det er veldokumenteret at recidiver har dårligere prognose end primære.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie planocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal planocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke planocellulært karcinom Ikke behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 2) (15) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	Ikke fastsat	
Begrundelse		
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie planocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal planocellulære karcinomer ved sidste kontrol 0-15 mdr efter excision, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke planocellulært karcinom Ikke behandlet med excision Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 2) (16) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	Ikke fastsat	
Begrundelse		
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling

Type	Resultat	
Tæller	Antal recidivfrie/resttumorfrie mb. Bowen ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	RestTumorRecidiv ^= 'rest_tumor_og_recidiv'
Nævner	Antal mb. Bowen ved sidste kontrol 0-15 mdr efter behandling, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst	Information om recidiv er uoplyst	(Eksklusions_id: 93)
Ekskluderede	Ikke Mb. Bowen Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 4) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥95%	
Begrundelse	Det primære mål med behandlingen er stort set altid radikal fjernelse og helbredelse, idet det er veldokumenteret at recidiv tumorer har dårligere prognose end primære. Mb. Bowen er en prækankrøs sygdom, hvorfor en lavere helbredelsesrate tillades.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

Indikator 4: Andelen af tumorer med infektionskomplikationer i hht. spørgeskema efter behandling

Type	Resultat	
Tæller	Antal tumorer med infektionskomplikationer ved første kontrol efter behandling, som opfylder kriterier for nævner	KlagerSaarInfektion = 'ja'
Nævner	Antal tumorer ved første kontrol efter behandling, som er histologisk/klinisk vurderet, ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling	
Uoplyst		
Ekskluderede	Ingen histologisk eller klinisk vurdering Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 5) (7) (8) (9) (10) (11)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≤2%	
Begrundelse	Minimal risiko for komplikationer i forbindelse med behandling er ønskelig.	
Evidens		
Kommentar		

Indikator 5a: Andelen af patienter med patient-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat

Type	Resultat	
Tæller	Antal patienter med egen vurdering som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende ved sidste kontrol 0-15 mdr. efter behandling, som opfylder kriterier for nævner. Ved flere tumorer er det, det kosmetiske resultat af den mest alvorlige tumor, der indgår i beregningen*.	BehandlingKosmetiskResultatPatie in ("tilfreds" "yderst_tilfreds")
Nævner	Antal patienter ved sidste kontrol 0-15 mdr. efter behandling i hoved-hals region, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling. Ved flere tumorer er det, det kosmetiske resultat af den mest alvorlige tumor, der indgår i beregningen*.	
Uoplyst	Patienttilfredshed uoplyst	(Eksklusions_id: 94)
Ekskluderede	Ingen histologisk eller klinisk vurdering Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Ikke opereret i hoved-hals region Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 5) (7) (8) (9) (12) (10) (11)
Niveau	Opgøres på patientniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥80%	
Begrundelse	Behandlingsmulighederne inden for disse cancertyper er mangfoldige og flere behandlingstyper er ligeværdige i forhold til radikalitet og helbredelse. De forskellige behandlingsmuligheder har forskelligt kosmetisk resultat	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

* Alvorlighed (fra mest til mindst alvorlig): Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer

Beregningsregler for supplerende indikatorer

Indikator 5b: Andelen af patienter med læge-vurderet kosmetisk resultat som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende resultat

Type	Resultat	
Tæller	Antal patienter med lægevurdering som tilfredsstillende eller yderst tilfredsstillende ved sidste kontrol 0-15 mdr. efter behandling, som opfylder kriterier for nævner. Ved flere tumorer er det, det kosmetiske resultat af den mest alvorlige tumor, der indgår i beregningen*.	BehandlingKosmetiskResultatBehan in ("tilfreds" "yderst_tilfreds")
Nævner	Antal patienter ved sidste kontrol 0-15 mdr. efter behandling i hoved-hals region, som ikke er viderehenvist eller hvor man har afstået fra behandling. Ved flere tumorer er det, det kosmetiske resultat af den mest alvorlige tumor, der indgår i beregningen*.	
Uoplyst	Lægetilfredshed uoplyst	(Eksklusions_id: 95)
Ekskluderede	Ingen histologisk eller klinisk vurdering Patienten er henvist til andet speciale Besluttet om ingen behandling Patienten ønsker ingen behandling Ikke opereret i hoved-hals region Kontrol er ej foretaget Ingen registreret kontrol inden for 0-15 mdr	(Eksklusions_id: 5) (7) (8) (9) (12) (10) (11)
Niveau	Opgøres på patientniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥80%	
Begrundelse	Behandlingsmulighederne inden for disse cancertyper er mangfoldige og flere behandlingstyper er ligeværdige i forhold til radikalitet og helbredelse. De forskellige behandlingsmuligheder har forskelligt kosmetisk resultat	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar		

* Alvorlighed (fra mest til mindst alvorlig): Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer

Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Type	Proces	
Tæller	Antal basocellulære karcinomer registreret i databasen, som histologisk verificeres og ikke viderehenvises	HistologiskVurderingTumorType not in ("ej_foretaget_histologisk_undersoegelse")
Nævner	Antal basocellulære karcinomer registreret i databasen, som ikke viderehenvises	
Uoplyst	Histologisk vurdering er ej oplyst	(Eksklusions_id: 91)
Ekskluderede	Ikke basocellulært karcinom Patienten er henvist til andet speciale	(Eksklusions_id: 1) (7)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2022.	
Standard	≥90%	
Begrundelse	Histologisk verificering er essentiel for korrekt behandlingsvalg. Grundet BCCs lavmalignitet kan accepteres lavere standard for BCC end SCC, idet det hos patienter med klinisk forenelige tumorer, er forsvarligt at bioptere fra en repræsentativ tumor for at bekræfte diagnosen.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar	Fra 2020/2021 klassificeres tumorer i udgangspunktet pba. histologisk vurdering. Hvis denne mangler klassificeres pba. klinisk vurdering. I 2020/2021 er tilføjet eksklusionskriteriet: Patienten er henvist til andet speciale (7), da den relevante population er patienter, som færdigbehandles i speciallægepraksis, og histologisk vurdering for nogle praksisser overlades til modtagende speciale.	

Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Type	Proces	
Tæller	Antal planocellulære karcinomer registreret i databasen, som histologisk verificeres og ikke viderehenvises	HistologiskVurderingTumorType not in ("ej_foretaget_histologisk_undersoegelse")
Nævner	Antal planocellulære karcinomer registreret i databasen, som ikke viderehenvises	
Uoplyst	Histologisk vurdering er ej oplyst	(Eksklusions_id: 91)
Ekskluderede	Ikke planocellulært karcinom Patienten er henvist til andet speciale	(Eksklusions_id: 2) (7)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2021 til 30. juni 2022. Følges potentielt frem til 30. september 2022.	
Standard	≥98%	
Begrundelse	Histologisk verificering er essentiel for korrekt behandlingsvalg.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar	Fra 2020/2021 klassificeres tumorer i udgangspunktet pba. histologisk vurdering. Hvis denne mangler klassificeres pba. klinisk vurdering. I 2020/2021 er tilføjet eksklusionskriteriet: Patienten er henvist til andet speciale (7), da den relevante population er patienter, som færdigbehandles i speciallægepraksis, og histologisk vurdering for nogle praksisser overlades til modtagende speciale.	

Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres

Type	Proces	
Tæller	Antal keratoakantomer registreret i databasen, som histologisk verificeres og ikke viderehenvises	HistologiskVurderingTumorType not in ("ej_foretaget_histologisk_undersoegelse")
Nævner	Antal keratoakantomer registreret i databasen, som ikke viderehenvises	
Uoplyst	Histologisk vurdering er ej oplyst	(Eksklusions_id: 91)
Ekskluderede	Ikke keratoakantomer Patienten er henvist til andet speciale	(Eksklusions_id: 3) (7)
Niveau	Opgøres på tumorniveau	
Tidsperiode	Inkluderes 1. juli 2022 til 30. juni 2023. Følges potentielt frem til 30. september 2023.	
Standard	≥98%	
Begrundelse	Keratoakantom er en godartet selvlimiterende tumor, som kan være vanskelig at adskille fra planocellulær hudkræft.	
Evidens	Dansk dermatologisk selskabs nationale guidelines for behandling af spinocellulære carcinom og basocellulært carcinom	
Kommentar	Fra 2021/2022 klassificeres keratoakantom pba. klinisk vurdering. Fra 2020/2021 klassificeres tumorer i udgangspunktet pba. histologisk vurdering. Hvis denne mangler klassificeres pba. klinisk vurdering. I 2020/2021 er tilføjet eksklusionskriteriet: Patienten er henvist til andet speciale (7), da den relevante population er patienter, som færdigbehandles i speciallægepraksis, og histologisk vurdering for nogle praksisser overlades til modtagende speciale.	

11. Høringskommentarer

Dansk Dermatologisk Selskab

-

Danske Dermatologers Organisation

-

eKVIS

-