



Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Årsrapport 2020

Juni 2021

Hvorfra udgår rapporten

Formand for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) er Marianne Waldstrøm, ledende overlæge, MPM, klinisk lektor, Klinisk Patologi, Vejle Sygehus, Sygehus Lillebælt, Beriderbakken 4, 7100 Vejle, tlf. 7940 6568, e-mail: marianne.waldstroem@rsyd.dk.

Kontaktperson for DKLS er Ane Birgitte Telén Andersen, RKKP's Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, e-mail: anebba@rkkp.dk.

Analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af biostatistiker Petra Hall Viborg og klinisk epidemiolog Louise Hansen, RKKPs Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening. Styregruppen for databasen har forestået den lægefaglige kommentering og de anførte anbefalinger.

Den offentliggjorte årsrapport findes her: <https://www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/kvalitet/kliniske-kvalitetsdatabaser/screening/livmoderhalskraeftscreening/>.

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater for 2020	7
3. Resultater for indikatorerne	8
Indikatorområde 1: Kapacitet	9
Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad.....	13
Indikatorområde 3: Prøvekvalitet.....	23
Indikatorområde 4: Svartid	29
Indikatorområde 5: HPV-test.....	33
Indikatorområde 6: Opfølgning	37
Indikatorområde 7: Antal tilfælde af livmoderhalskræft.....	41
4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	46
5. Datagrundlag	49
6. Styregruppens medlemmer	50
Appendiks I. Supplerende analyser	51
Appendiks II. Ordliste	74
Appendiks III. Forkortelsesliste	77
Appendiks IV. Indikatoroversigt og beskrivelse.....	78
Kommentarer fra regioner og afdelinger	93

1. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende gives en kort status over opfyldelsen af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) kvalitetsindikatorer vedrørende screening for livmoderhalskræft, så læseren hurtigt kan få overblik over indsatsen, inklusiv de vigtigste anbefalinger på områder, hvor der kan opnås forbedringer enten fagligt eller organisatorisk.

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1: Antal årlige celleprøver (cytologi og HPV) pr. patologiafdeling. Standard ≥ 25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling.

Standarden opfyldes i alle regioner og for 6 ud af 6 patologiafdelinger. Der har på landsplan været et fald i antal prøver fra 2019 til 2020 på ca. 10 %.

Anbefaling: Det er vanskeligt at bedømme årsager til faldet på 10 % i prøver fra 2019 til 2020. Corona nedlukning fra marts 2020 må antages at spille en afgørende rolle. Betydningen af digitale invitationer i e-boks der blev iværksat i løbet 2018 kan ikke vurderes præcist. Det anbefales, at patologiafdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2018 om, at hver afdeling undersøger mindst 25.000 celleprøver årligt for at vedligeholde kompetencer. Da anbefalingen bygger på et spinkelt grundlag, anbefales det, at NSLS vurderer, om tallet skal justeres samt om minimumskravet skal formuleres pr. afdeling eller pr. person, der foretager cytologibedømmelser.

Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad

Indikator 2a: Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen. Standard ≥ 75 %

Indikator 2b: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år. Standard ≥ 85 %

Både deltagelse og dækningsgrad ligger et stykke under standarden, både på nationalt niveau og for alle regioner. Ydermere ses en faldende tendens for begge sammenlignet med forudgående perioder. For begge indikatorer ses regionale variationer på ca. 5 % ligesom der ses variationer i deltagelse mellem forskellige aldersgrupper.

Anbefaling: Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes initiativer for at øge deltagelsen. Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra maj 2018 indeholder en anbefaling om at tilbyde hjemmeopsamlet prøve til kvinder i forbindelse med 2. erindringsbrev. NSLS arbejder på en plan for landsdækkende implementering af dette, hvilket forventes at øge både deltagelse og dækningsgrad for kvinder i hele målgruppen.

Praktiserende læger bør desuden være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag.

Styregruppen anbefaler at udsendelsen af 1. og 2. erindringsbrev fortsætter og at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Det anbefales, at det bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet på www.sundhed.dk.

Derudover afventer styregruppen at kunne måle den samlede effekt af, at invitation til screening nu sendes via digital post. Denne måling er blevet vanskeliggjort af det tidsmæssige delvise sammenfald med corona-nedlukningen.

Indikatorområde 3: Prøvekvalitet

Indikator 3a: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver. Standard $\leq 1,5$ %

Indikator 3b: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver. Standard $\leq 0,2$ %

På landsplan opfyldes standarden for cytologi-undersøgte prøver nu for 5. år i træk, men der ses mindre regionale variationer, hvor 1 region ligger lige akkurat over standarden for cytologi-undersøgte prøver. Standarden for HPV undersøgte prøver er opfyldt på landsplan og regionalt.

Anbefaling: Ved uegnede prøver skal prøven påsættes en kode med opfordring til, at der tages ny prøve. Styregruppen anbefaler, at de regionale styregrupper informerer i hver region, f.eks. i de regionale praksisinformationer, om årets resultat vedr. uegnede celleprøver offentliggjort i DKLS årsrapporten med evt. bemærkninger om lokale afvigelser. Styregruppen anbefaler, at de regionale styregrupper sikrer, at afdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefalede kodepraksis samt guidelines.

Indikatorområde 4: Svartid

Indikator 4: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen. Standard ≥ 95 %

Standarden opfyldes ikke på landsplan, og der ses store regionale variationer. Kun 2 regioner opfylder standarden, og andelen er på landsplan faldet over de sidste to perioder.

Anbefaling: Det anbefales, at regioner og screeningsafdelinger der ikke opfylder svartiden sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes.

Indikatorområde 5: HPV test

Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år.

Der ses kun små forskelle mellem regionerne i antallet af HPV positive prøver blandt de inviterede kvinder i alderen 60-64 år og et mere ensartet resultatet sammenlignet med de to forudgående perioder.

Anbefaling: Det anbefales, at afdelinger løbende kvalitetssikrer og overvåger resultaterne fra deres HPV analyser og derved sikrer mod evt. kvalitetsbrist.

Indikator 5b. Andelen af kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV prøve, hvor HPV prøven er positiv. Opgøres ikke i 2020.

Indikatorområde 6. Opfølgning

Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage. Standard $\leq 2\%$

Standarden er opfyldt i 2 ud af 5 regioner og er ikke opfyldt på landsplan.

Anbefaling: I forbindelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer for livmoderhalskræftscreening anbefales det, at der tages stilling til muligheden for at regionerne kan sende besked direkte til kvinder, som ikke er blevet fulgt korrekt op inden for tidsfristen, så den enkelte kvinde selv kan igangsætte en undersøgelse, hvis hun ønsker det. Det anbefales at NSLS snarest arbejder på at implementere dette.

Indikatorområde 7. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 7a: Antal tilfælde pr. år. Standard <350 pr. år

Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate for livmoderhalskræft i de seneste 5 år. Standard $<13,9$ pr. 100.000 kvinder

Anbefaling:

Standarden er med 335 nye tilfælde i 2019 opfyldt ligesom standarden for den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft er opfyldt på landsplan. Der ses mindre regionale variationer. Styregruppen anbefaler, at den enkelte patologiafdeling foretager audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema og anvender den anbefalede kodepraksis. Det anbefales, at de fem regionale styregrupper monitorerer auditresultaterne, og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits.

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater for 2020

Herunder præsenteres indikatorresultaterne for screeningen for livmoderhalskræft i Danmark på landsplan for aktuelle år samt for de to forrige år.

Oversigtstabel over samlede indikatorresultat

Indikator	Format	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse			
				01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	Andel
Indikator 1. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling	Antal	≥ 25.000	-	-	-	-	-
Indikator 2a. Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen	Andel	≥ 75	0	61,0	(60,9-61,2)	62,3	63,0
Indikator 2b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år	Andel	≥ 85	0	72,3	(72,3-72,4)	73,4	74,0
Indikator 3a. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver	Andel	≤ 1,5	0	1,0	(1,0-1,0)	1,1	1,1
Indikator 3b. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver	Andel	≤ 0,2	0	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Indikator 4. Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen	Andel	≥ 95	0	89,9	(89,8-90,0)	91,3	94,6
Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år	Andel		0	6,2	(5,7-6,6)	5,8	6,1
Indikator 6. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage	Andel	≤ 2	0	2,2	(1,9-2,6)	2,3	1,8
Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft	Antal	< 350	0	335		332	372
Indikator 7b. Aldersstandardiseret incidensrate	Alders-standardiseret	< 13,9	0	11,7		11,7	13,1

Indikator 1: Standarden vedrører afdelingsresultat, hvorfor landsresultatet ikke vises her

Indikator 2b : Opgjort på summerede perioder, aktuel periode: juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 50-64 år); tidligere periode juli 2016 til december 2019 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2014 til december 2019 (for kvinder med alder 50-64 år) samt perioden før det, juli 2015 til december 2018 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2013 til december 2018 (for kvinder med alder 50-64 år)

Indikator 6: Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er 10/2018 til 11/2019.

Indikator 7: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder

Indikator 2a, 7a og 7b: Tidsforskudt indikator: Aktuelle år er 2019 for at give plads til opfølgningstid.

3. Resultater for indikatorerne

Principielt skal årsrapporten afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i 2020, men af hensyn til at have tilstrækkelig opfølgningstid er dette ikke muligt for indikator 2a, 2b, 6, 7a og 7b. For de pågældende indikatorer er resultaterne opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig for den enkelte indikator.

Det har endvidere kun været muligt at opgøre indikatorer 7a og 7b vedrørende nye tilfælde af livmoderhalskræft frem til 2019.

Screeningsprogrammets målgruppe er kvinder i alderen 23-64 år i Danmark. Indikator 1, 3a, 3b, 6, 7a og 7b er dog ikke aldersbegrænset, da det for disse indikatorer er fundet relevant at stille de samme kvalitetskrav - uanset kvindens alder og deltagelse i screeningsprogrammet. Indikator 5a er opgjort for kvinder i alderen 60-64 år.

Prøver fra Grønlandske og Færøske rekvirenter er ekskluderet.

Datagrundlaget, herunder datakilde, tidsperiode, aldersgruppe og opgørelsesniveau (individ/celleprøve), varierer og er derfor i det følgende beskrevet i forbindelse med hver enkelt indikator samt i appendiks IV.

Denne årsrapport er helt overvejende baseret på data, som stilles til rådighed for RKKP fra Sundhedsdatastyrelsen. Det anvendte datatræk er opdateret i februar 2021 og indeholder de relevante data fra Landsregisteret for Patologi. Data fra screeningsindkaldemodulet anvendt til indikator 2a hentes via en web-service og er fra februar 2021.

Alle indikatordefinitioner og de anvendte SNOMED-koder fremgår af indikatorbeskrivelsen (appendiks IV).

Indikatoropgørelserne for 2018 og 2019 er genberegnet for at tage højde for opdatering af data, ændringer i dataadgang og definitioner. De genberegnete resultater kan derfor være forskellige fra de resultater, som findes i de tidligere årsrapporter. Angående tallene for 2017 gøres opmærksom på, at i 2017 blev kvinder med alder 70+, som ellers ikke er omfattet af screeningsprogrammet, ekstraordinært inviteret til screening som et engangstilbud, og dette gav anledning til et bagvedliggende øget antal undersøgte kvinder og prøver i opgørelser der afspejler 2017.

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 25.000	antal	01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
	opfyldt ¹	(%)	Antal	Antal	Antal	Antal
Danmark	-	0(0)	357.701	398.979	410.461	
Hovedstaden	-	0(0)	126.053	133.658	145.872	
Sjælland	-	0(0)	43.976	47.967	52.268	
Syddanmark	-	0(0)	70.025	77.952	80.776	
Midtjylland	-	0(0)	83.599	99.824	90.524	
Nordjylland	-	0(0)	34.048	39.578	41.021	
Hovedstaden	-	0(0)	126.053	133.658	145.872	
Hvidovre	Ja	0(0)	126.053	133.658	145.872	
Sjælland	-	0(0)	43.976	47.967	52.268	
Næstved	Ja	0(0)	43.976	47.967	52.268	
Syddanmark	-	0(0)	70.025	77.952	80.776	
Esbjerg/Sønderborg ²	Ja	0(0)	25.462	28.352	30.045	
Vejle ³	Ja	0(0)	44.563	49.600	50.731	
Midtjylland	-	0(0)	83.599	99.824	90.524	
Randers	Ja	0(0)	83.599	99.824	90.524	
Nordjylland	-	0(0)	34.048	39.578	41.021	
Aalborg	Ja	0(0)	34.048	39.578	41.021	

¹ Standarden for indikator 1 omhandler et minimumsantal på 25.000 celleprøver (cytologi og HPV) *per patologiafdeling*, og Standard opfyldt (ja/nej) vises derfor ikke på lands- og regionsniveau for denne indikator.

² Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

³ Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

Datagrundlag og beregningsmetode. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2020 til 31-12-2020 (aktuelle år), og der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år), men indeholder alle aldersgrupper.

Supplerende tabeller (appendiks I)

Indikator 1a. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til cytologiundersøgte prøver

Indikator 1b. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til HPV-undersøgte prøver ud fra m-koder

Resultater af indikatoranalysen

Af opgørelsen fremgår det, at i 2020 blev der undersøgt i alt 357.701 celleprøver på landsplan, hvilket omfatter både cytologiundersøgte og HPV-undersøgte prøver. Standarden på 25.000 undersøgte celleprøver pr. afdeling er opfyldt på alle patologiafdelinger, hvilket også var tilfældet i 2019. I appendiks I ses ovenstående opgørelse opdelt på hhv. cytologiundersøgte og HPV-undersøgte celleprøver; af det totale antal celleprøver udgør hhv. cytologiundersøgte $n=322.633$ (indikator Tabel 1a) og HPV-undersøgte $n=35.068$ (indikator Tabel 1b). Det ses af Tabel 1a, at standarden på minimum 25.000 årlige celleprøver fortsat er opfyldt på alle patologiafdelinger, når HPV-undersøgte celleprøver er sorteret fra. Trendgrafene viser, at der er sket en betydelig nedgang på landsplan i antal celleprøver fra 2019 – i absolutte tal ses et fald på 41.278 prøver, svarende til en nedgang på ca. 10 %. På afdelingsniveau ses det største fald i Randers, hvor der siden 2019 har været en nedgang på 16 %, men afdelingen analyserede også markant flere prøver i 2019 end i 2018. Aalborg har oplevet det næsthøjeste fald i antal prøver på knap 14 % sammenlignet med 2019.

Diskussion og implikationer

På landsplan har der fra 2019 til 2020 været et fald i total antal prøver på 10% (fra 398.979 til 357.701).

Der ses generelt i alle regioner variationer i antal celleprøver fra livmoderhalsen fra år til år. Det kan skyldes, at der i 2008 blev ændret indkaldemønster, så en del af kvinderne inviteres hvert 5. år, hvor alle tidligere blev inviteret hvert 3. år. Ændrede retningslinjer kan også medføre ændringer i kontrolprogrammerne, hvilket kan have betydning for flow af prøver på patologiafdelingerne.

Antallet på mindst 25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling er arbitrært men bygger på princippet om at "øvelse gør mester". Det har varieret i litteraturen, hvor mange cytologiprøver en afdeling anbefales at analysere, for at opretholde en tilstrækkelig kompetence. De seneste europæiske retningslinjer for kvalitetskontrol i cervixcancerscreening anbefaler minimum 15.000 prøver årligt¹, mens man tidligere i Irland og England anbefalede henholdsvis minimum 25.000 prøver og 35.000 prøver årligt. Internationalt har man også diskuteret, hvor mange cytologiprøver hver enkelt cytobioanalytiker og læge minimum bør se årligt for at kunne vedligeholde deres ekspertise. Her er flere steder angivet et mål på 3.000 prøver pr.

¹ http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf (side 155)

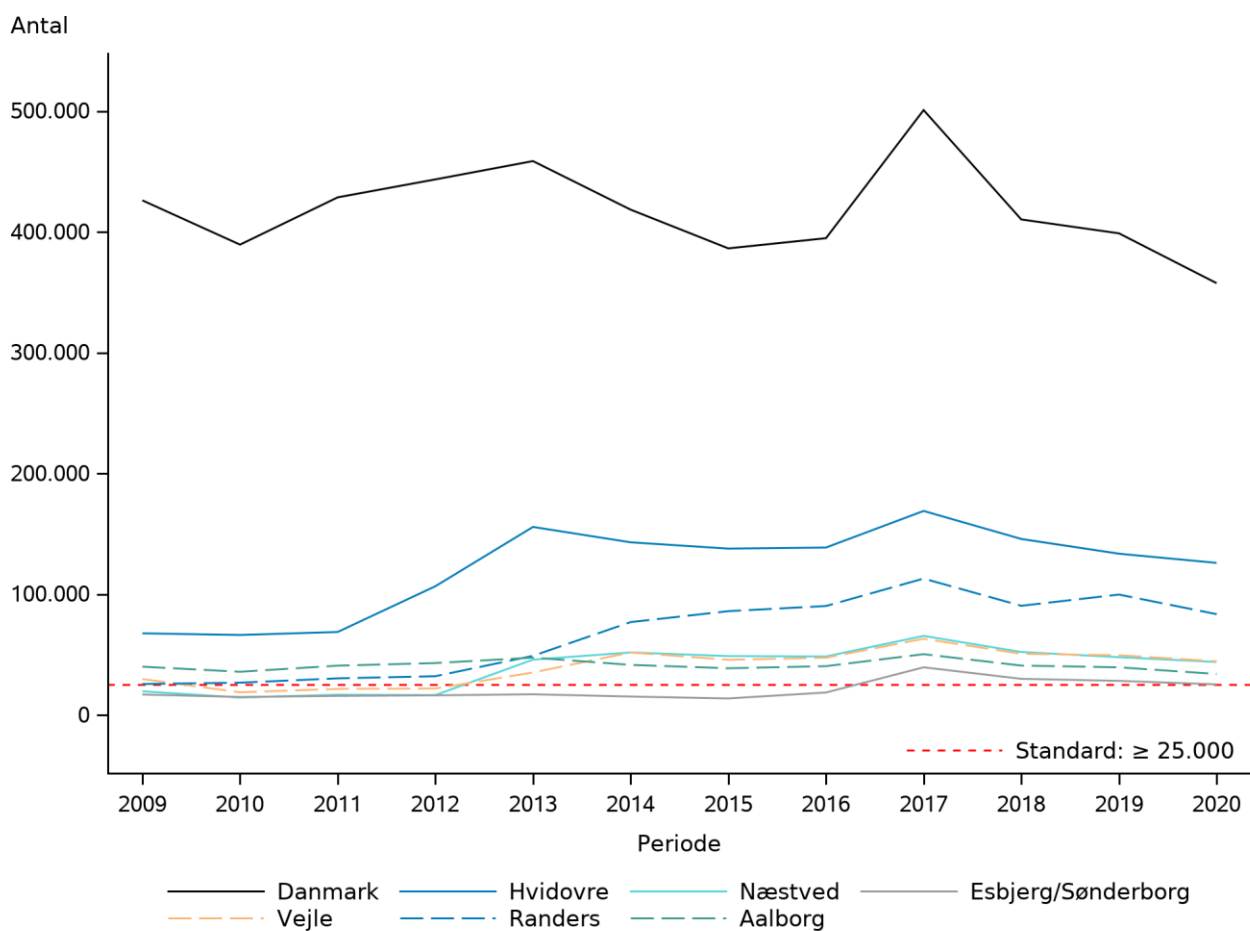
år for en cytobioanalytiker, mens man i Irland og England stillede efter, at patologer så 750 prøver pr. år. Det er ikke muligt i DKLS regi at opgøre antallet af cytologiprøver på individniveau. De enkelte patologiafdelinger har ansvaret for at sikre de fornødne kompetencer og et antal prøver til den enkelte cytobioanalytiker og patolog, så rutinen kan opretholdes, men ovenstående kan være et udgangspunkt.

Vurdering af indikatoren

Det er vanskeligt at bedømme årsager til faldet på 10 % i prøver fra 2019 til 2020. Corona nedlukning fra marts 2020 må antages at spille en afgørende rolle for det betydelige fald i antallet af prøver på landsplan. Betydningen af digitale invitationer i e-boks der blev iværksat i løbet af 2018 kan ikke vurderes præcist.

Det anbefales, at patologiafdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2018 om, at hver afdeling undersøger mindst 25.000 celleprøver årligt for at vedligeholde kompetencer. Da anbefalingen bygger på et spinkelt grundlag, anbefales det, at NSLS vurderer, om tallet skal justeres samt om minimumskravet skal formuleres pr. afdeling eller pr. person, der foretager cytologibedømmelser.

Indikator 1. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad

Indikator 2a. Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 75% opfyldt			01.01.2019 - 31.12.2019 Andel 95% CI	2018 Andel	2017 Andel	
Danmark	Nej	225.219 / 369.094	0 (0)	61,0 (60,9-61,2)	62,3	63,0	
Hovedstaden	Nej	69.808 / 120.913	0 (0)	57,7 (57,5-58,0)	59,5	61,2	
Sjælland	Nej	27.313 / 45.362	0 (0)	60,2 (59,8-60,7)	62,1	62,1	
Syddanmark	Nej	45.628 / 72.254	0 (0)	63,1 (62,8-63,5)	64,9	65,0	
Midtjylland	Nej	61.067 / 96.603	0 (0)	63,2 (62,9-63,5)	63,6	64,0	
Nordjylland	Nej	21.403 / 33.962	0 (0)	63,0 (62,5-63,5)	63,6	64,5	

Datagrundlag og beregningsmetode.

Nævner. Kvinder, der blev inviteret i perioden 01-01-2019 til 31-12-2019 (aktuelle år) og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder jf. invitationsproceduren. Kvinder, der er framellet screeningsprogrammet inden invitation, indgår ikke i nævneren.

Tæller. Kvinder, der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen.

Antal inviterede kvinder kan omfatte kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen (total hysterektomi). Antallet skønnes ikke stort og vil med årene blive mindre, da der i screeningsafdelingerne er indført en SNOMED-kodepraksis jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, der skal framelde disse kvinder fremadrettet. Yderligere information kan findes i Appendiks IV.

Ved beregning af deltagelsesprocenten efter invitation, 1. og 2. erindringsbrev er der taget udgangspunkt i det antal invitationer, der faktisk er sendt, og det antal kvinder, der efterfølgende er registeret med en prøve inden for hvert tidsinterval (90 dage) efter den foregående invitation eller erindringsbrev.

Figur 1 illustrerer den andel af inviterede kvinder, der deltager henholdsvis 90 dage efter invitation, 1. og 2. erindringsbrev, samt deltagelse senere end 90 dage. Figur 2 viser den kumulerede deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato i 2018 til modtagelsesdato på patologiafdeling.

Supplerende tabeller (appendiks I)

Indikator 2a1: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter invitationen. Standard > 50 %.

Indikator 2a2: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første geninvitation. Standard > 40 %.

Indikator 2a3: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden geninvitation. Standard > 20 %.

Tabel 2a4: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation fordelt på aldersgrupper.

Supplerende figur i appendiks I: Figur 4. Antal udsendte invitationer pr. år i aldersgrupper.

Resultater af indikatoranalysen

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet efter invitation samt 1. og 2. erindringsbrev indtil 365 dage efter invitation er 61,0 % på landsplan i den aktuelle tidsperiode (vs. 62,3 % i 2018). Deltagelsen varierer på regionalt niveau mellem 57,7 % (Region Hovedstaden) og 63,2 % (Region Midtjylland). Det bemærkes desuden, at der igen på landsplan er et lille fald i deltagelsen, både fra 2017 til 2018: fra 63,0 % til 62,3 %, og fra 2018 til 2019: fra 62,3 % til 61,0 %. Effekten af invitationen og geninvitationerne i forhold til deltagelse er sammenlignelige mellem regionerne (Figur 1).

Indikatorstandarden på mindst 75 % deltagelse er ikke opfyldt hverken på landsplan eller for nogen af regionerne. Der ses også et lille fald for samtlige regioner siden sidste opgørelsesperiode. Den kumulerede deltagerprocent som ses i Figur 2 viser dog en højere deltagelse på ca. 65 %, når der ikke er nogen øvre tidsgrænse, men en standard på >75% virker uopnåelig.

I appendiks I indgår tabeller for deltagelse efter 90 dage efter hhv. første invitation, hhv. efter 1. og 2. erindringsbrev (hhv. indikator Tabel 2a1, Tabel 2a2 og Tabel 2a3). Her ses på landsniveau en deltagelsesandel på 35,3 % 90 dage efter første invitation (2018: 34,7 %), en deltagelsesandel på 26,3 % 90 dage efter 1. erindringsbrev (2018: 25,5 %) og en deltagelsesandel på 15,8 % 90 dage efter 2. erindringsbrev (2018: 15,7 %). Opgørelsen fordelt på alder i Tabel 2a4 (appendiks I) viser, at flest kvinder deltager i aldersgruppen 45-49 år, mens den laveste andel af deltagende kvinder ses blandt de 25-29 årige.

Diskussion og implikationer

Alle regionerne overgik i første halvår af 2018 til udsendelse af digital invitation via e-boks til de kvinder, som er tilmeldt ordningen. I Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland skete dette i februar 2018, og i

Nordjylland i maj 2018. I Region Syddanmark overgik man til digital invitation hhv. marts 2018 for Esbjerg og Vejle og maj 2018 for Sønderborg.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler, at udsendelsen af 1. og 2. erindringsbrev fortsætter, gerne med en alternativ mulighed for en selvopsamlet prøve til HPV-testning.

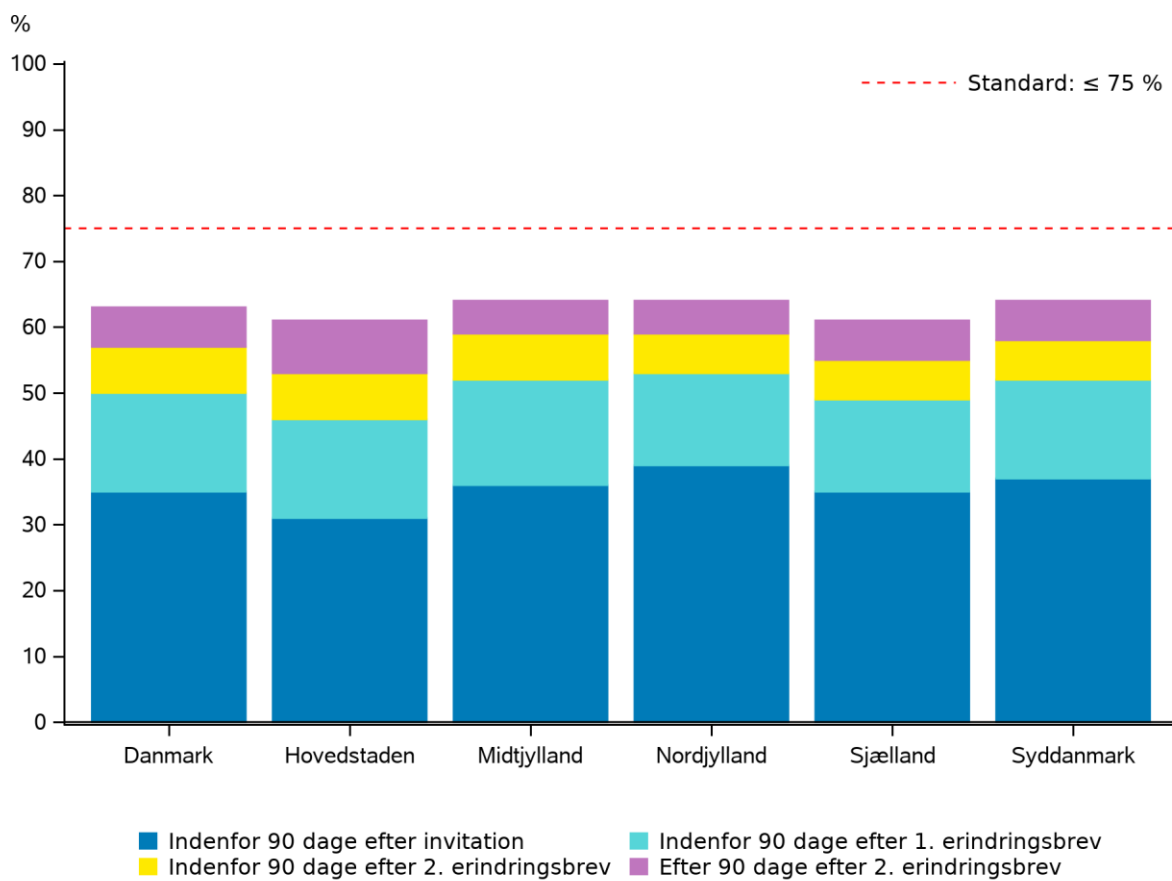
Det anbefales, at det bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet på www.sundhed.dk.

Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes initiativer for at øge deltagelsen.

Styregruppen anbefaler, at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Derudover afventer styregruppen at kunne måle den samlede effekt af, at invitation til screening nu sendes via digital post. Denne måling er blevet vanskeliggjort af det delvist tidsmæssige sammenfald med corona-nedlukning.

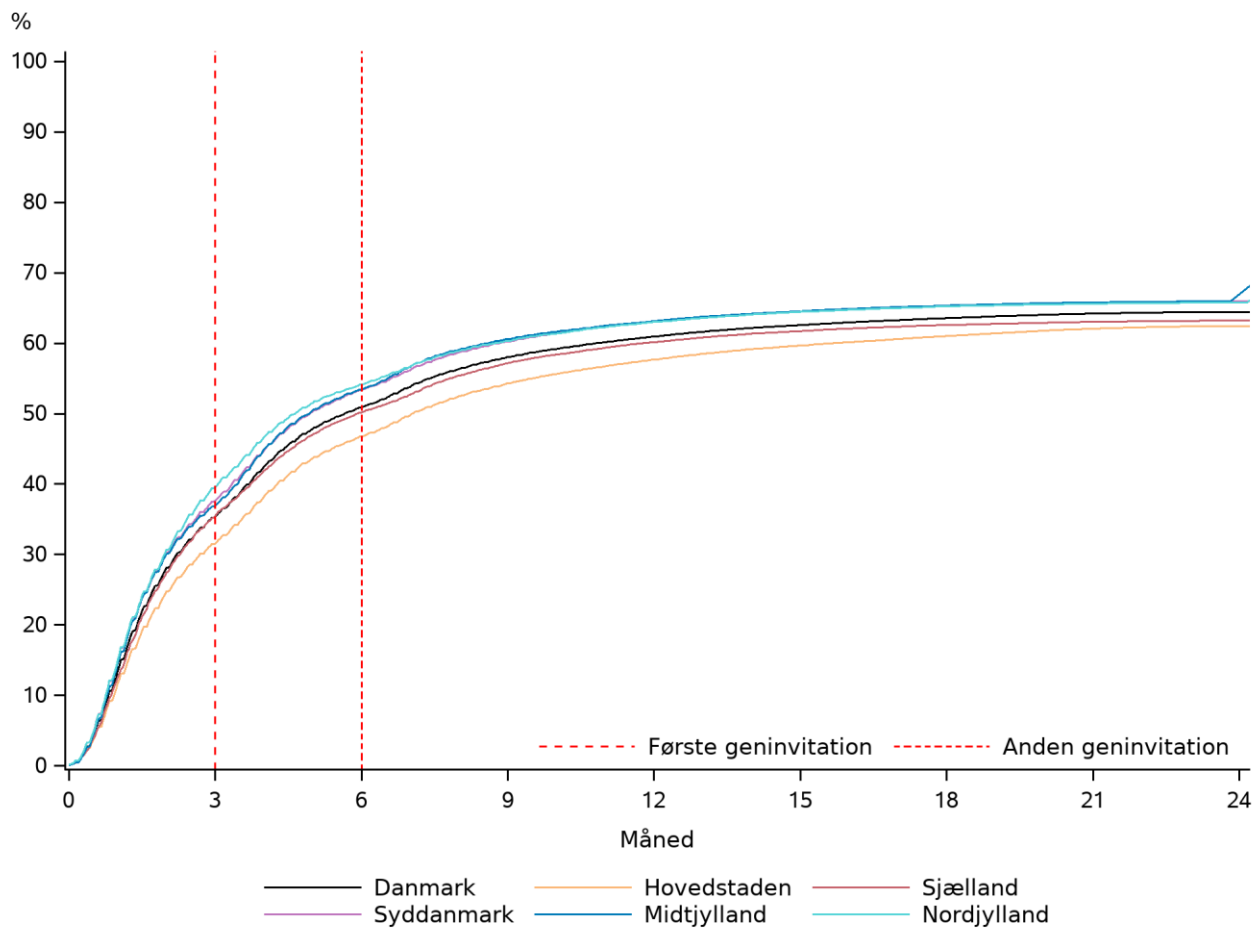
Styregruppen anbefaler, at NSLS tager stilling til, hvilke andre initiativer der med for fordel kan iværksættes for at øge deltagelsen. Dette er først og fremmest stillingtagen til selvopsamlet prøve.

Figur 1. Kumuleret deltagerprocent for 2019

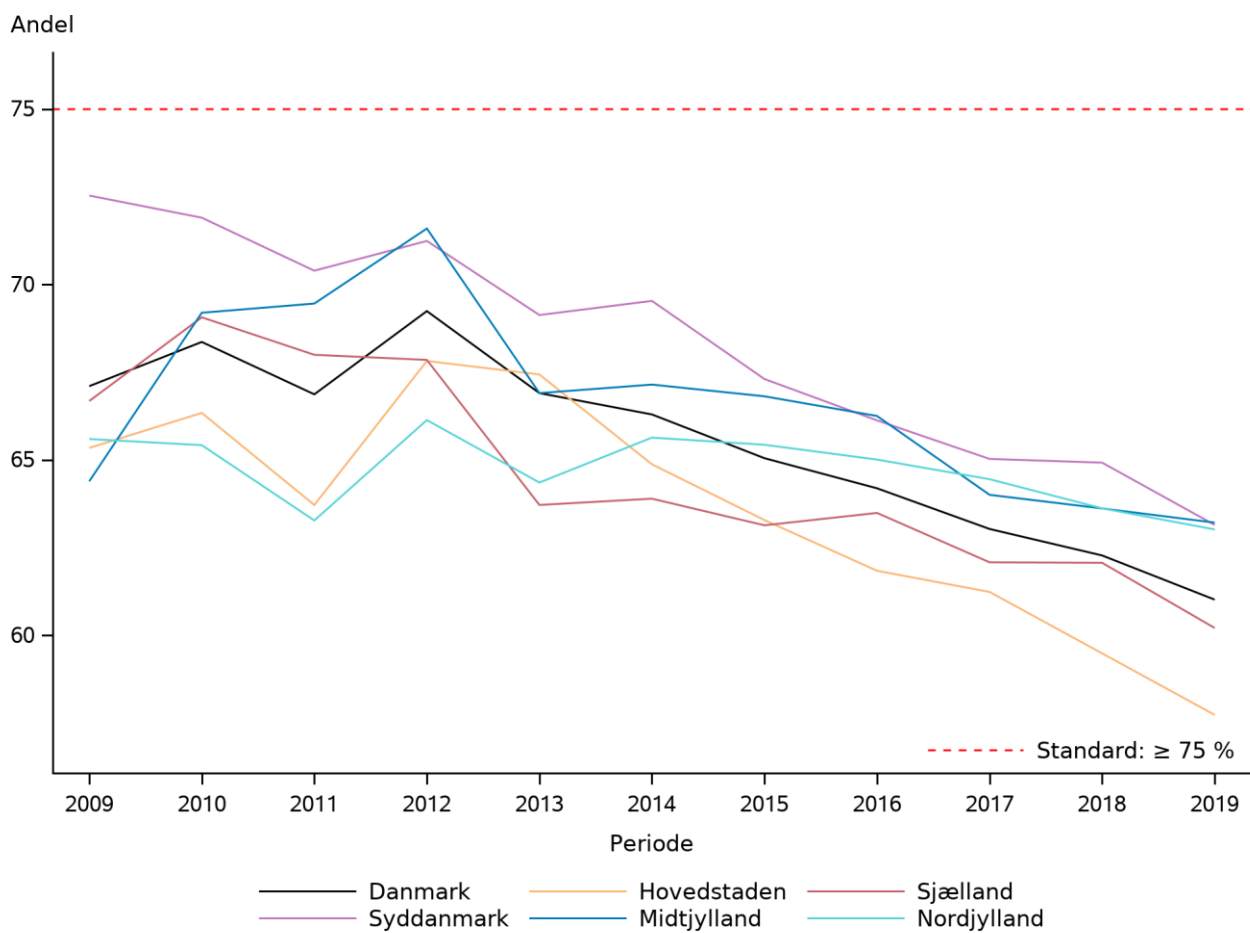


Bemærk: Der er ingen øvre tidsgrænse for deltagelse i kategorien >90 dage (brune søjler)

Figur 2. Kumuleret deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato til modtagelsesdato i 2019



Indikator 2a. Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 2b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år

	Standard		Uoplyst	Aktuel periode		Tidligere perioder	
	≥ 85 %	Tæller/ nævner	antal	Andel	2015-2020*	2014- 2019**	2013-2018***
	opfyldt		(%)	95% CI	Andel	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.131.469 / 1.564.413	0 (0)	72,3	(72,3-72,4)	73,4	74,0
Hovedstaden	Nej	391.498 / 530.436	0 (0)	73,8	(73,7-73,9)	74,3	75,1
Sjælland	Nej	148.419 / 216.260	0 (0)	68,6	(68,4-68,8)	70,2	70,6
Syddanmark	Nej	224.970 / 315.673	0 (0)	71,3	(71,1-71,4)	72,5	73,3
Midtjylland	Nej	255.718 / 350.781	0 (0)	72,9	(72,8-73,0)	74,2	74,6
Nordjylland	Nej	110.848 / 151.263	0 (0)	73,3	(73,1-73,5)	74,7	75,2

*Aktuel periode: Juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 50-64 år)

**Tidligere periode: Juli 2016 til december 2019 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2014 til december 2019 (for kvinder med alder 50-64 år)

***Tidligere periode: Juli 2015 til december 2018 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2013 til december 2018 (for kvinder med alder 50-64 år)

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort på landsplan og fordelt på regioner på baggrund af data fra DST og CPR registreret (bopælsregion) for dem der er blevet screenet. Data inkluderer de forudgående 42 måneder for de 23-49-årige samt 66 måneder for de 50-64-årige (svarende til hhv. 3,5- og 5,5-års intervaller). Dvs. denne indikator er et øjebliksbillede og afspejler derfor ikke screeningsprogrammets dækningsgrad i kalenderåret 2020, men i tidsintervallet hhv. 3,5 år og 5,5 år før udtræksdatoen 18. februar 2021. Indikatoren er opgjort på kommunalt niveau i Tabel 2b1 (appendiks). Dækningsgraden opgøres ikke på afdelingsniveau. Yderligere information kan findes i Appendiks IV.

Nævner. Antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal 2020.

Tæller. Celleprøver fra livmoderhalsen = T8X3* eller T8x210, MATTYP 23.

Supplerende tabeller (appendiks I)

Tabel 2b1. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år på kommuneniveau.

Tabel 2b2. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år fordelt på aldersgrupper.

Tabel 2c. Antal kvinder som var frameldt screeningsprogrammet pr. december 2020, fordelt på alder og årsag til framelding.

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan er dækningsgraden 72,3 % i den aktuelle periode, og ingen af regionerne opfylder standarden på over 85 %. Der er knap 5 procentpoints variation i dækningsgraden mellem regionerne, der går fra 68,6 % (Region Sjælland) til 73,3 % (Region Nordjylland). Dækningsgraden i samtlige danske kommuner fremgår af Tabel 2b1 i appendiks I. Der ses variation på mindst 10 procentpoint mellem kommunerne inden for alle regioner, og flere steder er der væsentlig geografisk forskel på dækningsgraden, fx i Hovedstaden, spændende fra 64,4 % i Ishøj til 76,9 % i Gentofte. Dækningsgraden har været faldende igennem de sidste mange perioder som illustreret i trendgraf.

Tabel 2b2, appendiks I, illustrerer indikator 2b opdelt på 5-års aldersintervaller, og heraf ses at de yngste kvinder på 23-24 år har den laveste deltagelse (53,2 % på landsniveau), efterfulgt af de ældste kvinder (69,1 % på landsplan). For de 23-24-årige kvinder varierer dækningsgraden fra 47,5 % i Region Sjælland til 64,8 % i Nordjylland.

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det interessant at kende antallet af kvinder, som er frameldt screeningsprogrammet samt årsagen til frameldingen. I Tabel 2c, appendiks I, ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder (inden for målgruppen 23-64 år) og årsag til framelding.

På landsplan var i alt 82.889 kvinder frameldt screeningsprogrammet pr. december 2020. Årsagerne til framelding er hovedsageligt *hysterektomi* (74,7 %), *ønsker ikke at deltage* (17,0 %), og *jeg springer over denne gang* (4,9 %). Derudover udgør de resterende årsager til manglende deltagelse: *andet* (0,4 %), *jeg er gravid* (1,7 %), *jeg vil udsætte invitationen 1 år* (0,7 %), og *ukendt adressat* (0,5 %).

Antallet af kvinder, som er frameldt screeningsprogrammet er i absolutte tal det hidtil laveste set siden 2014. I tidligere årsrapporter har der været en stor andel med frameldingsårsagen "Andet", men det er ikke tilfældet i indeværende opgørelse. Ifølge CGI/Indkaldemodulet skyldes ændringen i opgørelsen, at der pr. primo 2020 også har været mulighed for at framelde sig på www.sundhed.dk, og her eksisterer frameldingsårsagen "Andet" ikke.

Diskussion og implikationer

Idet indikatorberegningens nævner opgøres på baggrund af antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal 2020, indeholder den dermed også kvinder, der har fået foretaget total hysterektomi; dækningsgraden er derfor en smule underestimeret i forhold til den reelle målgruppe (se appendiks I Tabel 2c hvor årsagen "hysterektomi" udgør den største årsag til framelding). Det er dog vigtigt at holde fast i brugen af det

samlede antal kvinder som nævner. Dels undgår man hermed, at ændringer i registreringer over tid påvirker tallene, dels får man internationalt sammenlignelige tal.

Et studie har vist, at den samlede dækningsgrad stiger fra 76 % til 79 %, hvis der korrigeres for hysterektomerede kvinder². Blandt de yngste kvinder (23-29 år) er 0,5 % $(=(471+852)/(76941+197207))$ frameldt intentionelt. Derudover ses det, at de yngre kvinder ofte er (midlertidigt) frameldt på grund af adressat ukendt. Det skal dog bemærkes, at tallene for de yngste kvinder skal tages med forbehold, da de først inviteres fra det fyldte 23. år. Graviditet vil også kunne betyde forsinket screeningsundersøgelse. Dette kan formentlig forklare, at der hos 25-29 årige kvinder er stor forskel på deltagerprocenten og dækningsgraden; mens den første er 51,7 % (appendiks 1, tabel 2a4) er den anden 69,9 % (appendiks 1, tabel 2b2). Hvis der tages hensyn til ovenstående problematikker, vil den samlede dækningsgrad derfor være endnu højere.

Vurdering af indikatoren

Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra maj 2018 indeholder en anbefaling om at tilbyde hjemmeopsamlet prøve til kvinder i forbindelse med 2. erindringsbrev. NSLS arbejder på en plan for landsdækkende implementering af dette, hvilket forventes at øge både deltagelse og dækningsgrad for kvinder i hele målgruppen. Dette er tidligere påvist i et randomiseret studie³.

Praktiserende læger bør desuden være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag. Et dansk studie har vist, at disse ”opportunistiske undersøgelser” medvirker til, at de grupper af kvinder (f.eks. indvandrere), som ellers ikke deltager i screening regelmæssigt, bliver undersøgt. Samtidig bør der være opmærksomhed omkring, at målet er, at screeningsintervallerne følges, og der bør ikke screenes hyppigere end de fastlagte screeningsintervaller, da det ændrer på vægtningen af fordele og ulemper ved screeningsprogrammet.

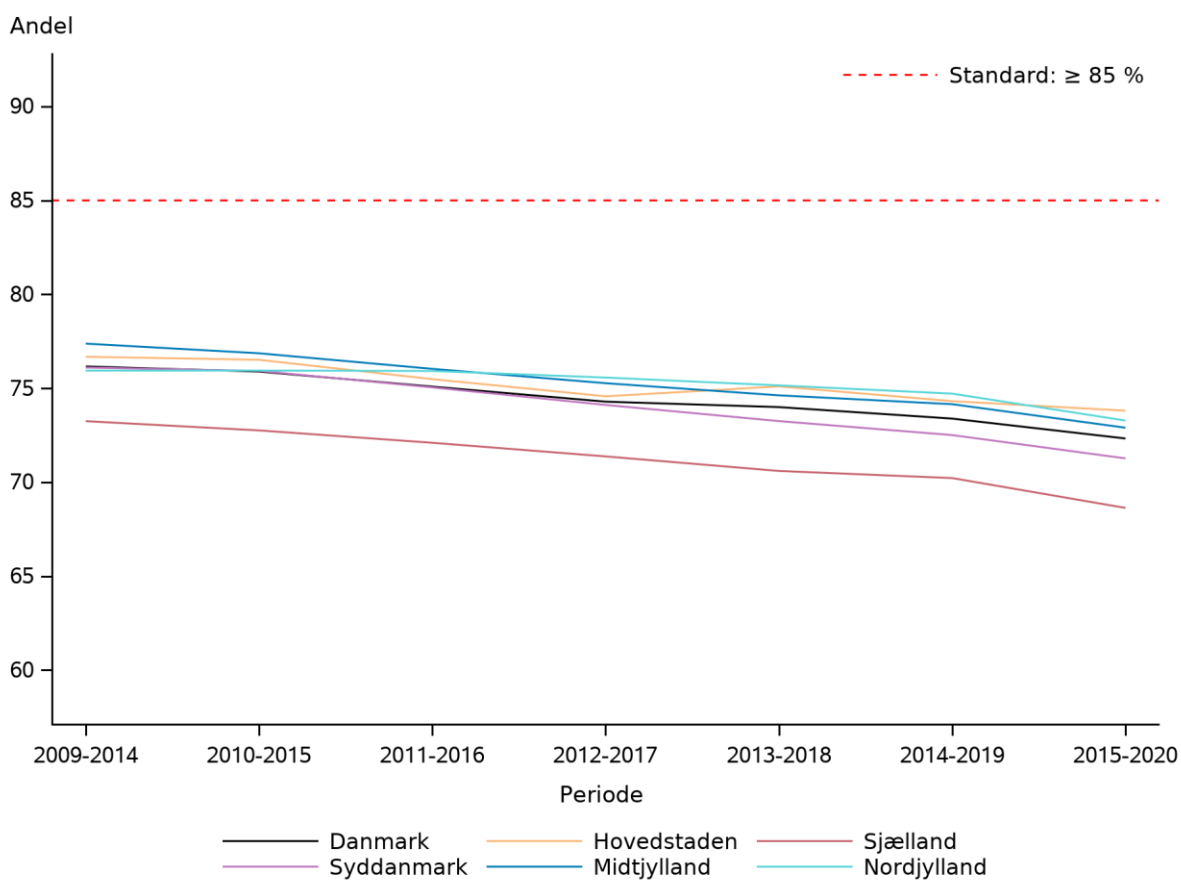
Det anbefales, at der laves registerbaserede undersøgelser af, i hvilket omfang udsættelse af undersøgelse på grund af graviditet har indflydelse på dækningsgraden i programmet.

² Lam, JU et al. Hysterectomy and its impact on the calculated incidence of cervical cancer and screening coverage in Denmark. *Acta oncologica* 2015;54(8):1136-43

³ Tranberg, M et al. Impact of opportunistic testing in a systematic cervical cancer screening program: a nationwide registry study. *BMC public Health* 2015 Jul 21;15:681.

Af hensyn til at få registreret hysterektomerede kvinder korrekt bør patologiafdelingerne have fokus på, at totalt hysterektomerede kvinder skal kodes med SNOMED koden ÆAA030 (frameldes screening for livmoderhalskræft).

Indikator 2b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorområde 3: Prøvekvalitet

Indikator 3a. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver

	Standard ≤ 1,5% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	3.098 / 314.242	0 (0)	1,0	(1,0-1,0)	1,1	1,1
Hovedstaden	Ja	687 / 112.925	0 (0)	0,6	(0,6-0,7)	0,8	0,8
Sjælland	Ja	526 / 37.879	0 (0)	1,4	(1,3-1,5)	1,3	1,1
Syddanmark	Ja	209 / 52.332	0 (0)	0,4	(0,3-0,5)	0,5	0,6
Midtjylland	Nej	1.301 / 78.987	0 (0)	1,6	(1,6-1,7)	1,7	1,7
Nordjylland	Ja	375 / 32.119	0 (0)	1,2	(1,1-1,3)	1,6	1,7
Hovedstaden	Ja	687 / 112.925	0 (0)	0,6	(0,6-0,7)	0,8	0,8
Hvidovre	Ja	687 / 112.925	0 (0)	0,6	(0,6-0,7)	0,8	0,8
Sjælland	Ja	526 / 37.879	0 (0)	1,4	(1,3-1,5)	1,3	1,1
Næstved	Ja	526 / 37.879	0 (0)	1,4	(1,3-1,5)	1,3	1,1
Syddanmark	Ja	209 / 52.332	0 (0)	0,4	(0,3-0,5)	0,5	0,6
Esbjerg/Sønderborg ¹	Ja	65 / 23.653	0 (0)	0,3	(0,2-0,4)	0,4	0,4
Vejle ²	Ja	144 / 28.679	0 (0)	0,5	(0,4-0,6)	0,5	0,8
Midtjylland	Nej	1.301 / 78.987	0 (0)	1,6	(1,6-1,7)	1,7	1,7
Randers	Nej	1.301 / 78.987	0 (0)	1,6	(1,6-1,7)	1,7	1,7
Nordjylland	Ja	375 / 32.119	0 (0)	1,2	(1,1-1,3)	1,6	1,7
Aalborg	Ja	375 / 32.119	0 (0)	1,2	(1,1-1,3)	1,6	1,7

¹ Blandt patologifdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

3a. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver

	Antal	Årsag
Eksklusion:	35.068	Ingen cytologi prøve
	8.391	Endocervikale celler med T-koden T8X320

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2020 til 31-12-2020 (aktuelle år).

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervikale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology og afgrænset til cytologi-undersøgte prøver. Dermed er indikatoren afgrænset til følgende morfologikoder:

"M00100" "M00120" "M00121" "M00122" "M00410" "M01111" "M02561" "M02562" "M09000" "M09010" "M09011" "M09012" "M09013" "M09014" "M09015" "M09016" "M09017" "M09018" "M09019" "M0901N" "M0901U" "M0901X" "M0901Y" "M09030" "M09070" "M09100" "M09140" "M09400" "M09401" "M09450" "M09453" "M09460" "M09462" "M09463" "M094A0" "M11600" "M11620" "M11650" "M30400" "M30610" "M33400" "M37000" "M37009" "M40000" "M41000" "M42000" "M42100" "M43000" "M47190" "M49700" "M51620" "M54000" "M54310" "M55370" "M55590" "M55X00" "M58000" "M67010" "M67014" "M67016" "M67017" "M67020" "M69000" "M69700" "M69702" "M69711" "M69712" "M69760" "M69780" "M69784" "M69790" "M69800" "M69810" "M69820" "M72600" "M73000" "M73005" "M73271" "M733A0" "M74009" "M74010" "M74030" "M740K9" "M74200" "M74A09" "M74AK9" "M74B09" "M74BK9" "M74C09" "M79370" "M80011" "M80013" "M80015" "M80103" "M80109" "M8010X" "M80702" "M80703" "M8070X" "M807A2" "M8085X" "M81316" "M81402" "M81403" "M81404" "M81406" "M81409" "M8140X" "M814A0" "M82110" "M83803" "M8384X" "M85607" "M8720X" "M9600X"

Tæller. mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode. Defineres af følgende morfologikoder: "M09010" "M09011" "M09012" "M09013" "M09014" "M09015" "M09016" "M09017" "M09018" "M09019" "M09070" "M09000" "M09100" "M09140" "M09145" "M09150" "M0901X" "M0901Y" "M30610" "M37000" "M54310"

Supplerende tabeller (appendiks I)

Tabel 3a. Diagnosefordeling for cytologiundersøgte prøver i 2020 (tidligere tabel 1c)

Tabel 3b. Andelen af uegnede celleprøver i 2020 fordelt på årsag (tidligere tabel 3c)

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan opfyldes standarden ($\leq 1,5$ %) med en andel på 1,0 % af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver nu for 5. år i træk, men der ses regional variation. Region Midtjylland ligger lige akkurat over med en andel på 1,6 %. Der ses ikke store udsving i forhold til sidste årsperiode jf. trendgraf.

I appendiks I, indikator Tabel 3a, ses diagnosefordelingen af cytologiundersøgte celleprøver, der er undersøgt i 2020. Resultaterne er opgjort på landsplan samt fordelt på regioner. På landsplan er hovedparten af prøverne normale (92,2 %), mens 1 % af prøverne er uegnede, 2,7 % har diagnosen ASCUS, 1,0 % har diagnosen AGC, AIS eller ASCH, 2,0 % har diagnosen LSIL, 1,1 % har diagnosen HSIL og <0,1 % har diagnosen karcinom. Andelen af normale prøver varierer fra 91,1 % (Region Nordjylland) til 92,8 % (Region Midtjylland), mens uegnede prøver varierer fra 0,5 % (Syddanmark) til 1,6 % (Midtjylland). Tabel 3b opgør andelen af uegnede celleprøver fordelt på årsag, og det ses at hovedparten skyldes "materiale med for få pladeepitelceller" (56,4 %), "materialet uden endocervikale celler" (17,8 %) og for lidt materiale (16,7 %).

Diskussion og implikationer

De hyppigste kategorier af uegnede prøver er ”for få pladeepitel celler”, ”for lidt materiale” eller ”uden endocervikale celler”. Disse kategorier har tillige relativ stor regional variation. Vedr. anvendelse af kategorien ”For lidt materiale” og ”Materiale med for få pladeepitel celler” ses størst variation i hhv Region Syd og Region Nord, hvor Syd koder hhv. 43,6 % og 2,7 % for ovenstående kategorier mens Nord koder 4,5 % og 93,1 %.

Anvendelse af kategori ”få endocervikale celler” er kun relevant ved kontrol prøver.

To regioner anvende ikke denne kode, som ses fordelt med 8,3 % i region Syd til 39,5 % i Region Sjælland (Tabel 3b appendiks I). Tallene for de enkelte årsager til uegnethed er dog små. Den regionale variation kan opstå ved forskellig lokal kodepraksis, ved anvendelse af forskelligt apparatur eller måden for bedømmelse af prøven vedrørende årsager til uegnethed.

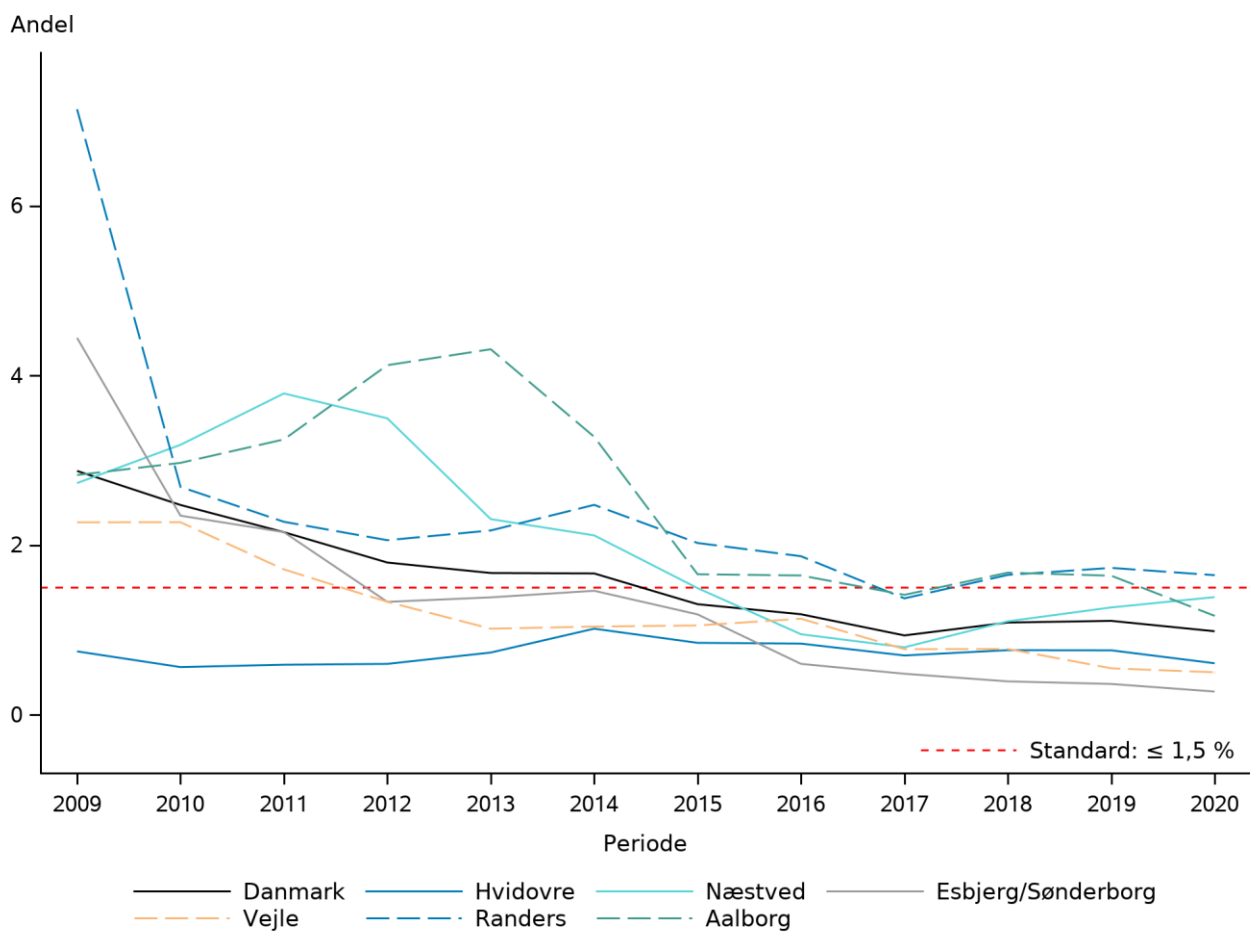
Vurdering af indikatoren

Ved uegnede celleprøver vil prøven som hidtil blive påsat en kode med opfordring til, at der tages ny prøve. Styregruppen anbefaler, at de regionale styregrupper informerer i hver region f.eks. i de regionale praksisinformationer om årets resultat vedr. uegnede celleprøver offentliggjort i DKLS årsrapporten med evt. bemærkninger om lokale afvigelser. Man bør altid anvende koden M09010 (materialet uegnet til diagnostisk vurdering) samt en kode for årsag til uegnethed – og vel at mærke med en af de årsagskoder som er angivet i kodevejledning fra NSLS.

Den regionale variation som ses i kategorier af årsager til uegnede prøver kan måske forklares ved, at der generelt er forskellige regionale politikker om hvornår egnethedskriterier skal tolkes og hvilke årsagskoder der bør anvendes. Da det reelle antal uegnede prøver er lille, er der fortsat ikke grund til, at prøvetagende læger med særligt mange uegnede prøver orienteres og vejledes. Styregruppen anbefaler, at de regionale styregrupper sikrer, at afdelingerne følger anbefalet kodepraksis samt guidelines, så kontrolprøver uden endocervikale celler følges op.

Da indikatoren på landsplan er opfyldt og har ligget stabilt gennem flere år bør det overvejes om den skal udgå. Det bør overvejes at indføre nye kvalitetsindikatorer for prøve kvalitet af cytologiundersøgelser.

Indikator 3a. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 3b. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 0,2% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018	Andel	Andel
Danmark	Ja	33 / 66.722	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Hovedstaden	Ja	15 / 19.974	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,0
Syddanmark	Ja	5 / 20.713	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Midtjylland	Ja	9 / 10.411	0 (0)	0,1	(0,0-0,2)	0,1	0,1
Nordjylland	Ja	3 / 8.890	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Hovedstaden	Ja	15 / 19.974	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Hvidovre	Ja	15 / 19.974	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Sjælland	Ja	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,0
Næstved	Ja	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,0
Syddanmark	Ja	5 / 20.713	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Esbjerg/Sønderborg ¹	Ja	#/#	0 (0)	0,0	(0,0-0,2)	0,0	0,0
Vejle ²	Ja	4 / 17.137	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Midtjylland	Ja	9 / 10.411	0 (0)	0,1	(0,0-0,2)	0,1	0,1
Randers	Ja	9 / 10.411	0 (0)	0,1	(0,0-0,2)	0,1	0,1
Nordjylland	Ja	3 / 8.890	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Aalborg	Ja	3 / 8.890	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1

¹ Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

3b. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver

	Antal	Årsag
Eksklusion:	289.167	Ingen HPV prøve
	1.812	Endocervikale celler med T-koden T8X320

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2020 til 31-12-2020 (aktuelle år)

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervicale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology og afgrænset til HPV-undersøgte prøver. Dermed er indikatoren afgrænset til følgende morfologikoder:

"M09003" "M0901H" "FY5005" "FY5006" "FY5009" "FY5010" "P33520" "P33750" "P33760" "P33B30" "P33B35"
"P33B36"

Tæller. Mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode. Defineres af følgende morfologikoder: "M0901H" "M09003"

Resultater af indikatoranalysen

Standard blev indført i sidste årsrapport ($\leq 0,15$ %) men er af styregruppen rundet op til 0,2 % i denne årsrapport. Men en andel på 0,0 % er standarden opfyldt på landsplan; det samme gør sig gældende regionalt, og der ses begrænset variation (mellem 0,0 % og 0,1 %).

Diskussion og implikationer

Der ses kun ganske få uegnede prøver blandt de HPV undersøgte prøver. Resultatet er ensartet mellem regioner og afdelinger, som alle ligger et godt stykke under den fastsatte standard.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er opfyldt for 2. år i træk, og der er reelt kun ganske få uegnede prøver. Der er således kun ganske få kvinder der bliver genindkaldt til ny undersøgelse på denne baggrund. Indikatorer bør udskiftes og/ eller suppleres med nye kvalitetsmål for HPV test.

Indikatorområde 4: Svartid

Indikator 4. Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95% opfyldt			01.01.2020 - 31.12.2020 Andel 95% CI	2019 Andel	2018 Andel	
Danmark	Nej	297.650 / 331.102	0 (0)	89,9	(89,8-90,0)	91,3	94,6
Hovedstaden	Ja	119.066 / 119.080	0 (0)	100,0		100,0	100,0
Sjælland	Nej	20.692 / 40.803	0 (0)	50,7	(50,2-51,2)	78,9	85,4
Syddanmark	Ja	65.135 / 65.336	0 (0)	99,7	(99,6-99,7)	99,1	99,4
Midtjylland	Nej	65.839 / 74.637	0 (0)	88,2	(88,0-88,4)	78,5	94,6
Nordjylland	Nej	26.918 / 31.246	0 (0)	86,1	(85,8-86,5)	89,7	76,9
Hovedstaden	Ja	119.066 / 119.080	0 (0)	100,0		100,0	100,0
Hvidovre	Ja	119.066 / 119.080	0 (0)	100,0		100,0	100,0
Sjælland	Nej	20.692 / 40.803	0 (0)	50,7	(50,2-51,2)	78,9	85,4
Næstved	Nej	20.692 / 40.803	0 (0)	50,7	(50,2-51,2)	78,9	85,4
Syddanmark	Ja	65.135 / 65.336	0 (0)	99,7	(99,6-99,7)	99,1	99,4
Esbjerg/Sønderborg ¹	Ja	23.061 / 23.241	0 (0)	99,2	(99,1-99,3)	97,6	98,8
Vejle ²	Ja	42.074 / 42.095	0 (0)	100,0	(99,9-100,0)	99,9	99,8
Midtjylland	Nej	65.839 / 74.637	0 (0)	88,2	(88,0-88,4)	78,5	94,6
Randers	Nej	65.839 / 74.637	0 (0)	88,2	(88,0-88,4)	78,5	94,6
Nordjylland	Nej	26.918 / 31.246	0 (0)	86,1	(85,8-86,5)	89,7	76,9
Aalborg	Nej	26.918 / 31.246	0 (0)	86,1	(85,8-86,5)	89,7	76,9

¹ Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	26.599	Ikke i aldersgruppen 23-64 år

Datagrundlag og beregning. Celleprøver hvor modtagedato ligger i perioden 01-01-2020 til 31-12-2020 (aktuelle år)

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology for kvinder i alderen 23-64 år på modtagedato.

Tæller. Svartid ≤ 10 hverdage fra modtagedato.

Supplerende tabeller til indikator 4 (appendiks I)

Tabel 4a. Svartider i 2020 opgjort for celleprøver fordelt på prøvetagende læge i henholdsvis praksissektoren og hospitalssektoren

Tabel 4b. Svartider i 2020 opgjort for celleprøver +/- supplerende HPV-test

Resultater af indikatoranalysen

Af opgørelsen ses, at andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage i 2020 ligger på landsniveau på 89,9 %, hvilket er under den fastsatte standard på 95 %. Samtidig ses jf. trendgrafene, at andelen er faldet på landsplan gennem de sidste to perioder, og at der regionalt og afdelingsvist er en del variation hen over årene. Tre af fem regioner opfylder ikke standarden (Sjælland, Midtjylland og Nordjylland). Andelen for Region Sjælland, hvor Næstved er deltagende afdeling, ligger markant lavere end i 2019. I 2019 var der for Næstved en andel på 78,9 % men i 2020 er dette 50,7 %. For Midtjylland ses en højere andel end i 2019 (2020: 88,2 %; 2019: 78,5 %), men standarden opfyldes ikke.

I tabel 4a (appendiks 1) ses, at langt størstedelen af celleprøverne i screeningspopulationen kommer fra praksissektoren (93,4 %), mens 6,6 % af celleprøverne kommer fra hospitalsregi. Median svartiden er 3 hverdage for praksissektoren men 2 hverdage for hospitalssektoren.

I den grundlæggende opgørelse af indikator 4 indgår alle celleprøver inklusive de celleprøver, der skal have foretaget en supplerende HPV-test, hvilket kan medføre en længere svartid. Svartiden er derfor også opgjort separat for celleprøver med og uden en supplerende HPV-test (Appendiks I Tabel 4b). For 15,7 % af celleprøverne i 2020 er der foretaget en supplerende HPV-test, og median svartiden er 3 hverdage både med og uden en sådan supplerende HPV-test. HPV-test giver dermed ikke anledning til forlænget svartid.

Diskussion og implikationer

Alle kvinder skal have samme svartid uafhængigt af, i hvilket regi celleprøven er taget. Derfor er der foretaget en supplerende analyse, hvor svartiden er opgjort separat for celleprøver fra henholdsvis hospitalssektoren og praksissektoren (appendiks I Tabel 4a). Der ses her kun mindre forskelle.

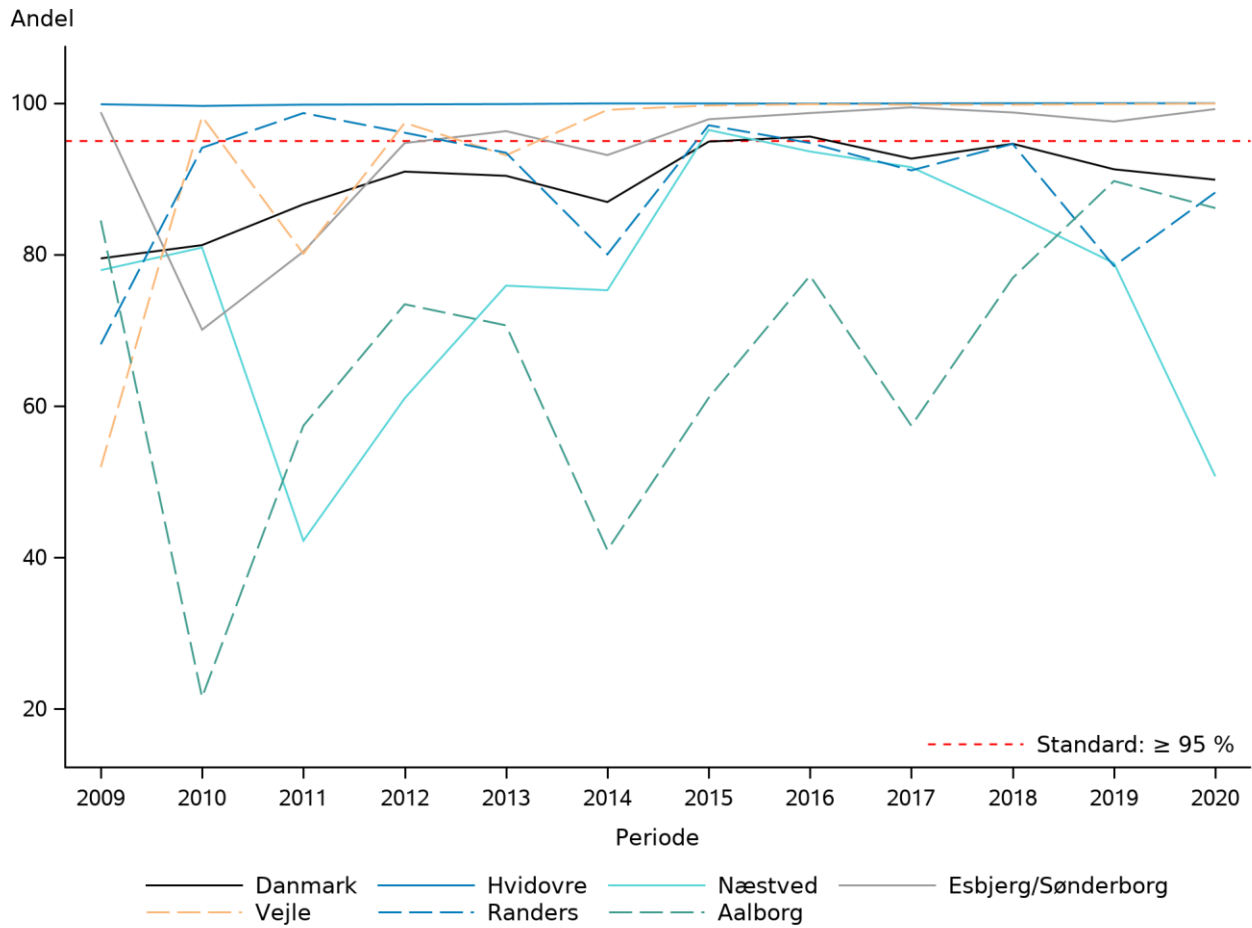
På regionalt niveau kan manglende opfyldelse af standarden skyldes årsager som besparelser, regional prioritering, indførelse af nyt apparatur, sygdom blandt personalet, manglende ressourcer og

organisationsændringer. For Region Sjælland oplyses det, at 95 % af prøver i gennemsnit er besvaret inden for 20 dage.

Vurdering af indikatoren

Det anbefales, at de regioner og screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden, sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes. Per 1/1-2021 er screeningsprogrammet for livmoderhalskræft ændret og en større andel af prøverne skal HPV testes primært. Dette kan påvirke svartiderne i de kommende årsrapporter.

Indikator 4. Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 5: HPV-test

Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2020 - 31.12.2020		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		636 / 10.327	0 (0)	6,2	(5,7-6,6)	5,8	6,1
Hovedstaden		209 / 3.273	0 (0)	6,4	(5,6-7,3)	4,9	5,9
Sjælland		106 / 1.607	0 (0)	6,6	(5,4-7,9)	6,4	6,2
Syddanmark		117 / 2.023	0 (0)	5,8	(4,8-6,9)	4,5	5,1
Midtjylland		139 / 2.169	0 (0)	6,4	(5,4-7,5)	7,0	7,3
Nordjylland		65 / 1.255	0 (0)	5,2	(4,0-6,6)	7,3	6,0
Hovedstaden		209 / 3.273	0 (0)	6,4	(5,6-7,3)	4,9	5,9
Hvidovre		209 / 3.273	0 (0)	6,4	(5,6-7,3)	4,9	5,9
Sjælland		106 / 1.607	0 (0)	6,6	(5,4-7,9)	6,4	6,2
Næstved		106 / 1.607	0 (0)	6,6	(5,4-7,9)	6,4	6,2
Syddanmark		117 / 2.023	0 (0)	5,8	(4,8-6,9)	4,5	5,1
Esbjerg/Sønderborg ¹		51 / 833	0 (0)	6,1	(4,6-8,0)	4,7	5,5
Vejle ²		66 / 1.190	0 (0)	5,5	(4,3-7,0)	4,4	4,9
Midtjylland		139 / 2.169	0 (0)	6,4	(5,4-7,5)	7,0	7,3
Randers		139 / 2.169	0 (0)	6,4	(5,4-7,5)	7,0	7,3
Nordjylland		65 / 1.255	0 (0)	5,2	(4,0-6,6)	7,3	6,0
Aalborg		65 / 1.255	0 (0)	5,2	(4,0-6,6)	7,3	6,0

¹ Blandt patologi-afdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	289.167	Ingen HPV prøve
	4.355	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	53.852	Ikke i aldersgruppen 60-64 år

Datagrundlag og beregning. HPV-test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010) hvor modtagedato ligger i perioden 01.01.2020 - 31.12.2020.

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010) og MATTYP 23 for kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation.

Tæller. Antal positive HPV-tests, dvs. med en af følgende SNOMED: FY5006, FY5009, FY5010, Æ33400, Æ3340Y, Æ3340Z, Æ33416, Æ33418, Æ33431, Æ33433, Æ33435, Æ33439, Æ33445, Æ33451, Æ33452, Æ33456, Æ33458, Æ33459, Æ33466, Æ33468.

Supplerende tabel til indikator 5a (appendiks I)

Tabel 5a1. Fordelingen af positive HPV prøver i alderen 60-64 år for 2019

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekulære HPV test i cervix-screening i DK (status for 2020)

Resultater af indikatoranalysen

Indikator 5a måler andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år. Der ses i 2020 en andel på 6,2 %, positive HPV-prøver på landsplan, hvilket er højere end tal fra 2019 (5,8 %). Der er regional forskel, varierende fra 5,2 % i Region Nordjylland til 6,6 % i Region Sjælland. Tabel 5a1 i appendiks 1 viser, at hovedparten af HPV prøver på landsplan er af typen "HPV other" og dernæst flest HPV 16.

Diskussion og implikationer

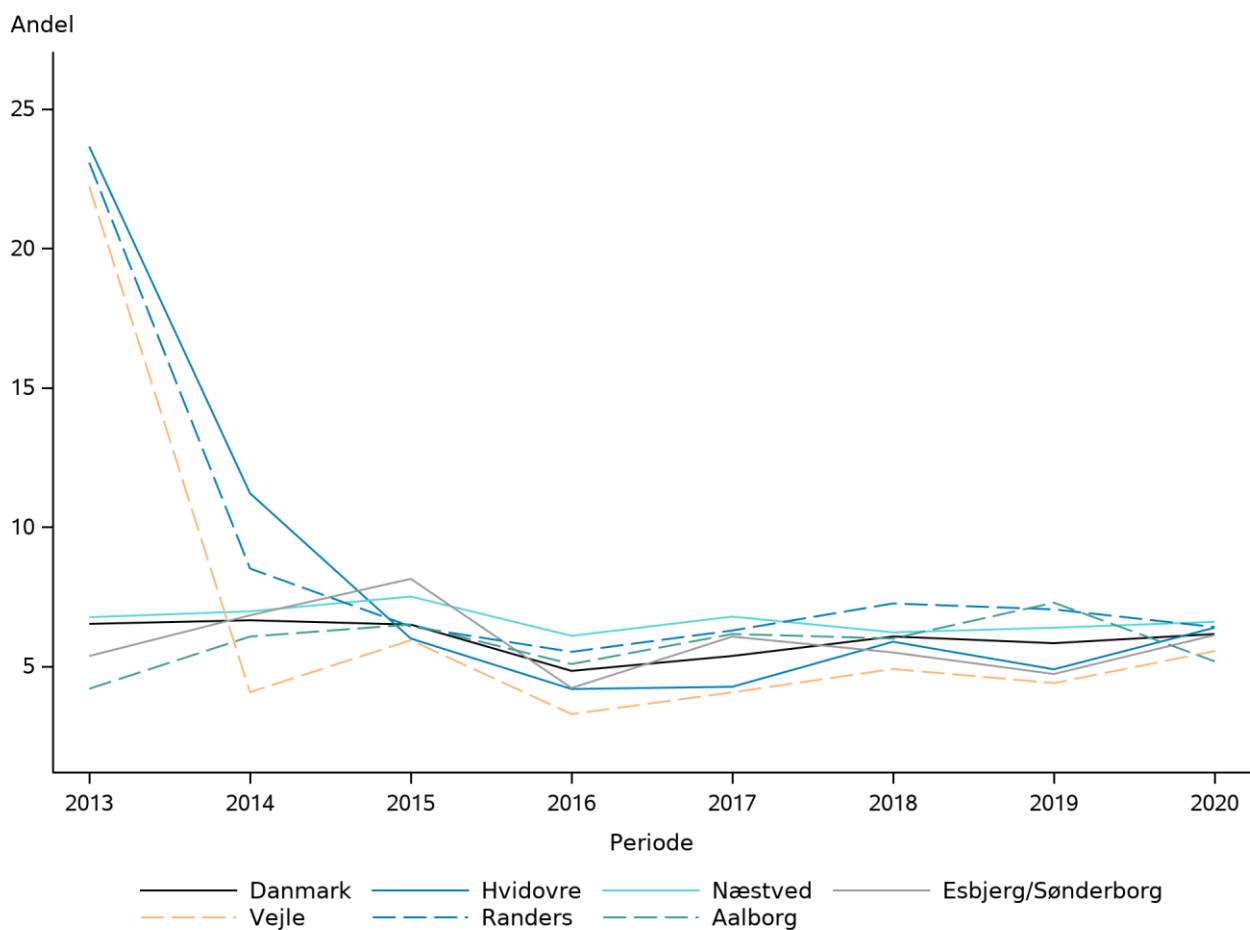
Andelen af HPV-positive prøver er i 2020 på landsplan 6,2 % (fra 5,2 i Region Nordjylland til 6,6 i Region Sjælland), og konfidensintervallerne regionerne imellem er overlappende. Dette er et mere ensartet resultat regionerne imellem end tidligere set i både 2018 og 2019, og forskellene kan formentlig tilskrives variation i HPV prævalens blandt de inviterede kvinder. Mest bemærkelsesværdigt er det, at Region Nordjylland er faldet fra 7,3 % i 2019 til 5,2 % i 2020. Dette kan muligvis forklares ved, at Region Nordjylland skiftede testmetode fra Cobas HPV til BD Onclarity 1. februar 2020. Derudover er der tale om en forskel baseret på relativ få prøver.

På HPV genotype niveau ses, at HPV genotyper andre end 16 og 18 udgør størstedelen af de HPV positive prøver, og dette ses for alle regioner. Det bemærkes også, at der er rapporteret flere HPV genotyper end antal HPV positive prøver, hvilket er et udtryk for, at en lille del af prøverne indeholder flere HPV genotyper. Overordnet er der god overensstemmelse ml resultaterne på landsplan.

Vurdering af indikatoren

Det anbefales fortsat, at afdelingerne løbende kvalitetssikrer og overvåger resultaterne fra deres HPV analyser (som minimum andelen af HPV positiv prøver og fordeling af genotyper), så der sikres mod evt. kvalitetsbrist.

Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 5b. Andelen af patienter med ASCUS diagnose, som har fået HPV test, der er HPV positiv, alder 30-59

Indikator 5b er i ikke opgjort i årsrapport 2020, idet datagrundlaget endnu er utilstrækkeligt til at opgøre indikatoren. Indikatoren forventes genoptaget i årsrapport 2021.

Indikatorområde 6: Opfølgning

Indikator 6. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2018 - 31.10.2019		Tidligere år	
	≤ 2% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2017/2018 Andel	2016/2017 Andel
Danmark	Nej	135 / 6.083	0 (0)	2,2	(1,9-2,6)	2,3	1,8
Hovedstaden	Nej	67 / 2.910	0 (0)	2,3	(1,8-2,9)	2,6	2,1
Sjælland	Nej	17 / 435	0 (0)	3,9	(2,3-6,2)	2,4	1,7
Syddanmark	Ja	10 / 576	0 (0)	1,7	(0,8-3,2)	2,4	1,6
Midtjylland	Ja	27 / 1.511	0 (0)	1,8	(1,2-2,6)	1,9	1,4
Nordjylland	Nej	14 / 651	0 (0)	2,2	(1,2-3,6)	1,9	1,6

	Antal	Årsag
Eksklusion:	184	Ingen cytologi eller HPV prøve
	45	Kvinden er udrejst/afdød i opfølgningsperioden
	368.096	Celleprøven er ikke abnorm
	14.858	Celleprøven er normal
	16.886	Celleprøven har ikke svære celleforandringer

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er tidsforskuet bagud for at give plads til 180 dages og op til 450 dages opfølgningstid. Desuden er der taget højde for, at kvinderne skal være i live og stadig bosiddende i Danmark ved udgangen af opfølgningsperioden. Indikatoren er opgjøret som andel ud af alle celleprøver med svære celleforandringer, på landsplan og for regioner.

I supplerende analyser, hvor alle prøver der skal følges op er inkluderet, er tidsgrænsen for, om den opfølgende prøve er taget rettidigt, bestemt af Æ-koden. Det vil sige henholdsvis 120 dage, 180 dage, 270 dage eller 450 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen jf. Sundhedsstyrelsens retningslinjer (se appendiks IV for yderligere datadefinitioner).

Nævner. Antal prøver med svære celleprøver der skal følges op svarende til celleprøver med modtagedato 01-11-2018 til 31-10-2019, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (vagina/livmoderhalsen), en M-kode samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode) (se appendiks IV for yderligere datadefinitioner). Svære celleforandringer defineres som: karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC.

Tæller. Prøver der ikke har en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.

Supplerende tabeller (appendiks I)

Indikator 6a. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 450 dage

Indikator 6b. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne

Indikator 6c. Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 450 dage

Indikator 6d. Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage, udgør 2,2 % på landsplan, svarende til 135 celleprøver. Dette er tæt på resultatet fra sidste periode 2017/2018, hvor andelen var 2,3 % på landsplan. Indikatorstandard på ≤ 2 % er således igen ikke opfyldt på landsplan. På regionalt niveau varierer andelen af prøver med svære celleforandringer der ikke er fulgt op inden for 180 dage fra 1,9 % (Region Midtjylland og Region Nordjylland) til 2,3 % (Region Hovedstaden). Tre regioner opfylder ikke standarden: Hovedstaden (2,3 %), Sjælland (3,9 %) og Nordjylland (2,2 %).

Trendgrafen viser, at andelen er blevet lavere igennem de sidste 10 år, og at der for de fleste regioner sker svingninger op og ned. Region Sjælland ligger dog markant højere end sidste periode, hvor andelen var 2,4 % mod nu 3,9 %.

Af de 135 (2,2 %) celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage (og hvor kvinderne fortsat er i live/ikke emigreret) er 68 (1,1 %) heller ikke fulgt op inden for 450 dage (appendiks I Tabel 6a). I en supplerende analyse (appendiks I Tabel 6b) af celleprøver med svære celleforandringer er der anvendt de tidsgrænser, der er anført i anbefalingerne (jf. Æ-koder). Her udgør andelen på landsplan der ikke er fulgt op 4,1 %, hvilket er højere end sidste periode (3,9 %) og forrige periode (3,6 %)

Der er foretaget yderligere to supplerende analyser vedr. opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hvor tidsfristerne er henholdsvis 450 dage uanset Æ-koden (appendiks I Tabel 6c) og jf. anbefalinger (appendiks I Tabel 6d). Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev 5,0 % ikke fulgt op ved tidsvinduet på 450 dage (sidste periode; 4,0 %), imens 12,4 % ikke blev fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser (sidste periode: 12,3 %).

Diskussion og implikationer

Blandt de kvinder, der reelt ikke var fulgt op, var årsagen i flere tilfælde graviditet, død eller emigration, eller at kvinderne ikke ønskede opfølgning. For de øvrige kvinder var der tale om andre forklaringer inkl. ukendt årsag.

Regionerne udsender EDI-besked til prøvetagende læge, når en patient ikke er fulgt op som anbefalet. I løbet af 2020 forventes direkte svarbreve til alle kvinder i målgruppen implementeret i hele landet, hvilket i et projekt har vist sig at øge korrekt opfølgning.

Der gøres opmærksom på, at selvom der sendes svar direkte til kvinden, så ligger ansvar for korrekt opfølgning ved unormale eller uegnede prøver stadig hos prøvetagende læge. Dette er præciseret i en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i 2012 <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137127>

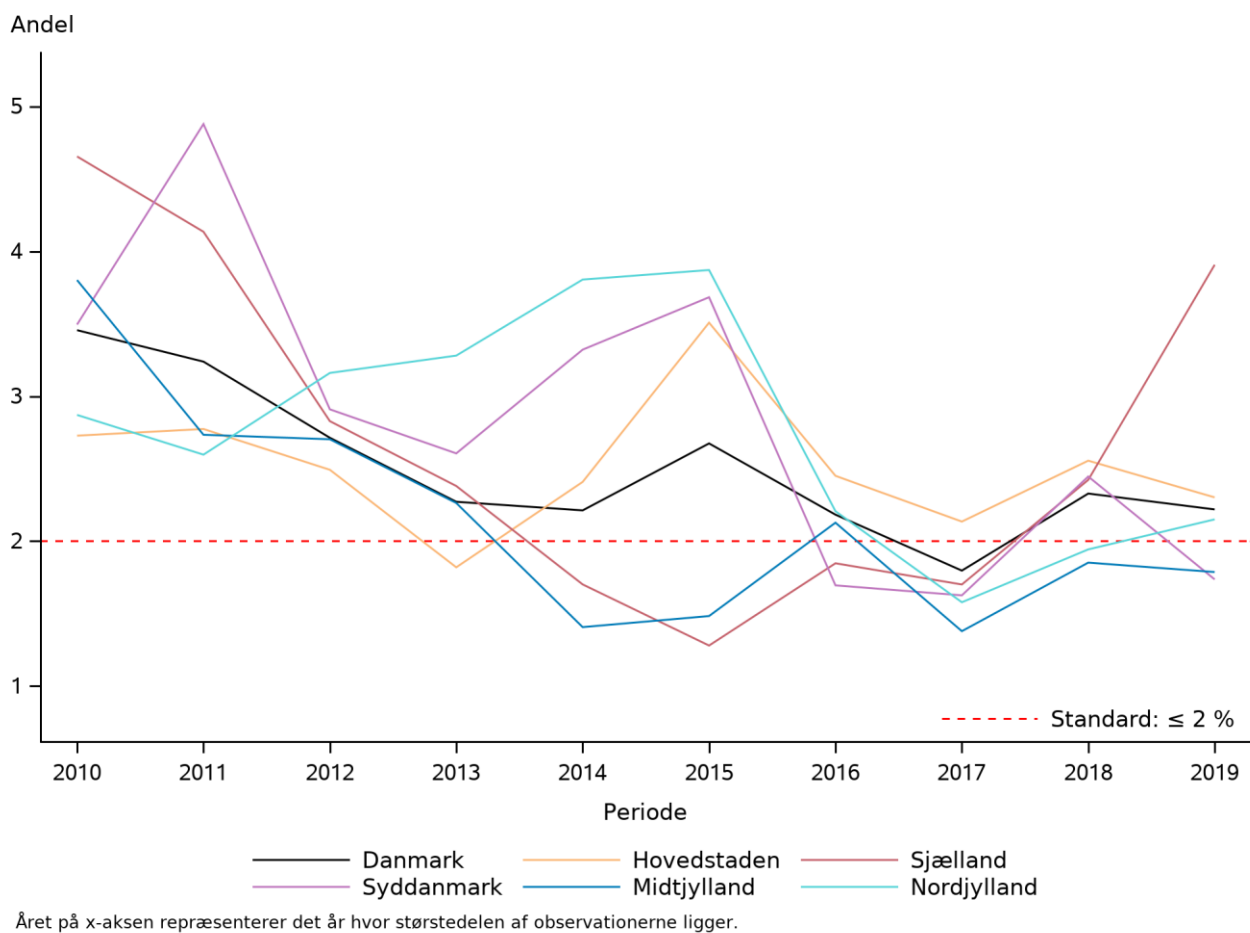
I almen praksis arbejdes løbende med generel sikring af korrekt prøvesvar og opfølgning af patienten, hvilket også har potentiale til at bedre opfølgningen af prøver i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet.

Vurdering af indikatoren

Det har stor betydning for den kliniske effekt af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, at unormale og uegnede prøver følges korrekt op. Derfor er det vigtigt med fortsat fokus på målopfyldelsen.

I forbindelse med Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer for livmoderhalskræftscreening anbefales det, at der tages stilling til muligheden for at regionerne kan sende besked direkte til kvinder, som ikke er blevet fulgt korrekt op inden for tidsfristen, så den enkelte kvinde selv kan igangsætte en undersøgelse, hvis hun ønsker det. Det anbefales at NSLS snarest arbejder på at implementere dette.

**Indikator 6. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage.
Trendgraf på regionsniveau.**



Indikatorområde 7: Antal tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau (standard < 350 pr. år).

	Standard < 350 tilfælde opfyldt	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	Gennemsnit
Danmark	Ja	335	332	372	340	361	422	372	366	363
Hovedstaden		107	89	120	104	101	130	130	109	111
Sjælland		50	56	50	59	64	75	54	83	61
Syddanmark		87	89	84	77	91	91	85	81	86
Midtjylland		61	71	80	65	64	78	78	64	70
Nordjylland		30	27	38	35	41	48	25	29	34

Indikator 7b. Aldersstandardiseret* incidensrate (standard < 13,9 pr. 100.000 kvinder).

	Standard < 13.9 pr. 100.000 kvinder opfyldt	2019	2018	2017	2016	2015	2014	2013	2012	Gennemsnit
Danmark	Ja	11,7	11,7	13,1	12,1	12,8	15,2	13,4	13,2	12,9
Hovedstaden	Ja	11,1	9,8	12,9	11,8	11,2	14,5	14,9	12,4	12,3
Sjælland	Ja	12,2	11,8	12,6	14,6	15,5	17,8	14,1	20,0	14,8
Syddanmark	Nej	15,3	16,3	14,0	13,5	16,2	16,1	14,7	14,3	15,1
Midtjylland	Ja	9,6	11,1	12,8	10,5	9,9	12,7	12,5	10,2	11,2
Nordjylland	Ja	10,7	9,2	13,4	12,5	15,4	17,0	8,3	10,5	12,1

*Aldersstandardiseret rate pr. 100.000 (Standard: Danmark, 2005)

Datagrundlag og beregning. Data fra Cancerregisteret over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft i tidsperioden 2012 til 2019 (indikator 7a og 7b). Opgørelsen på regionsniveau er baseret på kvindens bopæl på diagnosetidspunktet, som den er registreret i Cancerregisteret. Aldersfordelingen i den danske kvindelige befolkning er hentet i Statistikbanken.dk. Indikator 7a og 7b er opgjort pr. kalenderår på nationalt og regionalt niveau, men tidsforskudt et år tilbage, fordi Cancerregisteret ikke er opdateret til 2020. Opgørelsen er ikke begrænset til populationen i screeningsprogrammet (23-64 år), men omfatter alle tilfælde af ny-diagnosticeret livmoderhalskræft.

Resultater af indikatoranalysen

I 2019 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 335 på landsplan ifølge Cancerregisteret. Dermed er standarden på højst 350 tilfælde pr år opfyldt og ligger nogenlunde på niveau med antallet i 2018 (332 tilfælde). Gennemsnittet af årligt antal af nye tilfælde af livmoderhalskræft i årene 2012-2019 er 363.

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft (ved brug af den danske kvindelige befolkning i 2005 som standard) var i 2019 på landsplan 11,7 pr. 100.000 kvinder. Således er indikatorstandarden opfyldt for indikator 7b. På regionalt plan varierede incidensen i 2019 pr. 100.000 kvinder fra 9,6 i Region Midtjylland til 15,3 i Region Syddanmark; indikatoren er således opfyldt for 4 ud af 5 regioner. Den gennemsnitlige incidensrate over de seks år er 12,9 pr. 100.000 kvinder og højest i Syddanmark, som har en incidensrate pr. 100.000 på 15,1.

Diskussion og implikationer

Til trods for at der i mange år har været et veletableret screeningsprogram med mulighed for fjernelse af forstadier, ses der fortsat ca. 350 nye tilfælde af cervix cancer i Danmark årligt. Det må bemærkes, at den væsentligste enkeltårsag til udvikling af livmoderhalskræft fortsat er manglende deltagelse i screeningen. Dette er bl.a. dokumenteret i en artikel baseret på danske data fra 2011, hvor flere end 45 % af alle nye tilfælde findes hos de ca. 25 % af kvinderne, der ikke har fulgt screeningsprogrammet ⁴. Et senere studie på data fra Region Syddanmark finder, at blandt alle kvinder der diagnosticeres med cervix cancer (alle aldre, også ældre end nuværende screeningspopulation), er 67 % ikke screenet i de forudgående 3,5 eller 5,5 år (ældste screeningsgruppe) ⁵.

Styregruppen har som en del af indikator 7 planlagt at inddrage en opgørelse af kræfttilfælde fordelt på stadier på diagnostetidspunktet i relation til screeningsdeltagelse. Dette vil være relevant, idet det vil afklare om screeningsdeltagelse bevirker, at sygdommen findes i lavere/tidligere stadier, hvorved der er større chancer for kurativ behandling. Endvidere vil følgerne af behandlingen være mere begrænsede. Ved FIGO-stadium IA1 betragtes kvinden efter operation, som består af et keglesnit, som oftest for helbredt med bevaret fertilitet. Ved FIGO stadium IA2 er behandlingen som oftest simpel hysterektomi eller ved ønske om bevaret fertilitet, trachelektomi. Der er ansøgt om data fra Dansk Gynækologisk Cancer Database, og data vedr. stadier og screeningsdeltagelse forventes i næste årsrapport.

⁴ Screening history in women with cervical cancer in a Danish population-based screening program. Kirschner B1, Poll S, Rygaard C, Wählin A, Junge J. Gynecol Oncol. 2011 Jan;120(1):68-72.

⁵ Screening history and FIGO-stages among Danish women with cervical cancer in 2012–2014: a register-based study. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6938494/>

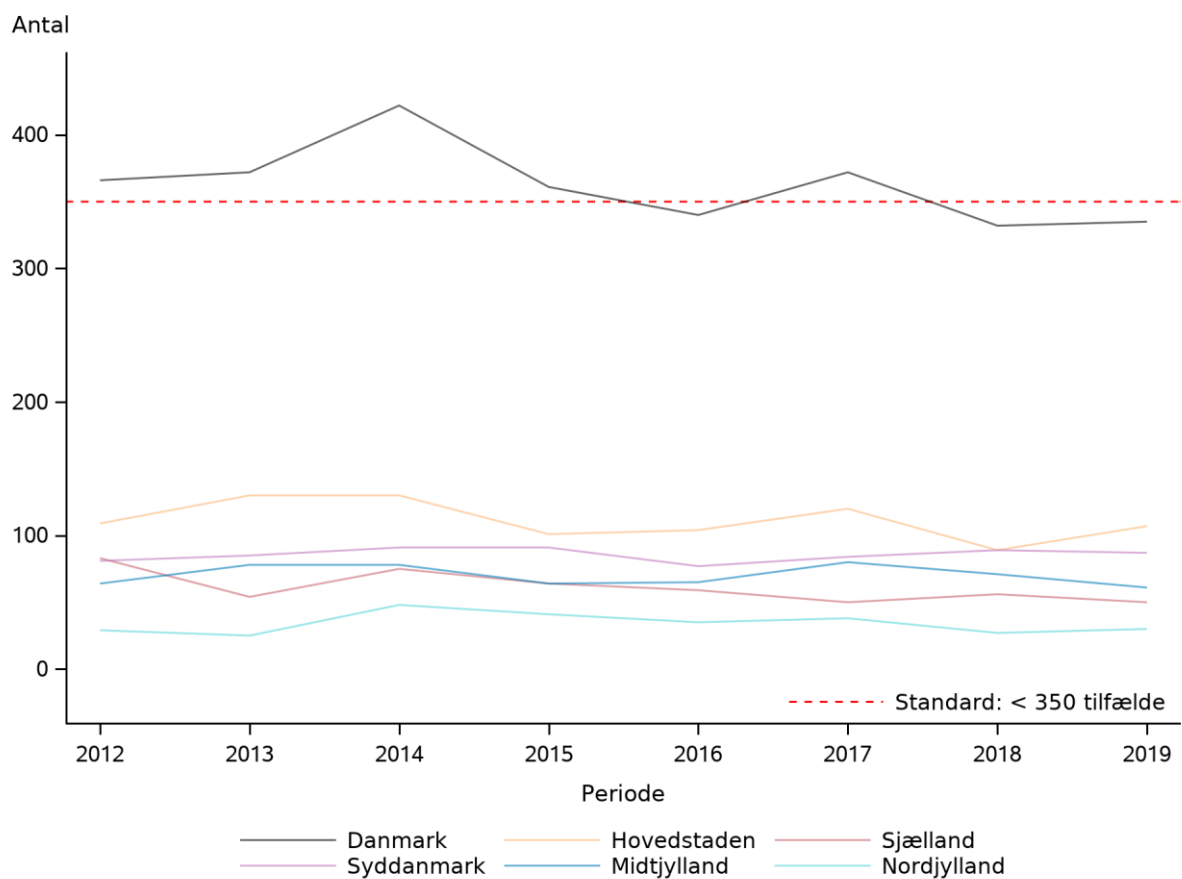
Man gør opmærksom på at stadietinddelingen for livmoderhalskræft er ændret pr. 1/1 2020.

Vurdering af indikatorerne 7a og 7b

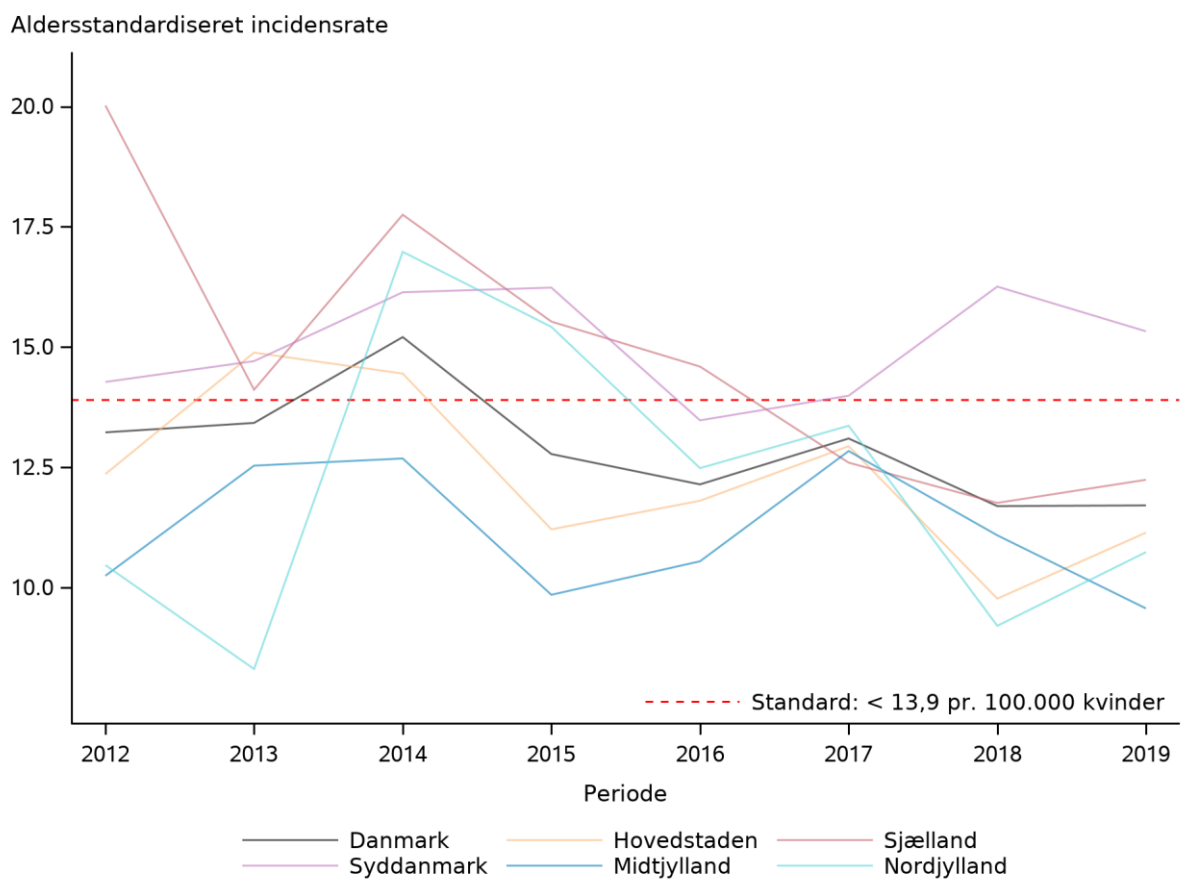
Styregruppen anbefaler, at den enkelte patologiafdeling foretager audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012 vedrørende screening for livmoderhalskræft. Det anbefales endvidere, at man anvender den anbefalede kodepraksis.

Det anbefales, at de fem regionale styregrupper monitorerer auditresultaterne og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits. På længere sigt vil målet være at sænke indikatorstandarden, dels ved at der med forskellige tiltag i de 5 regioner arbejdes på at øge screeningsdeltagelsen, dels ved at øge tilslutningen til HPV-vaccination. Det er dog for tidligt at sænke standarden for indikatoren på nuværende tidspunkt, da engangs-screeningstilbuddet til ældre kvinder formodes at give en kortvarig stigning i antallet af fundne tilfælde af cervix cancer.

Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau (standard < 350 pr. år). Trendgraf på regionsniveau.



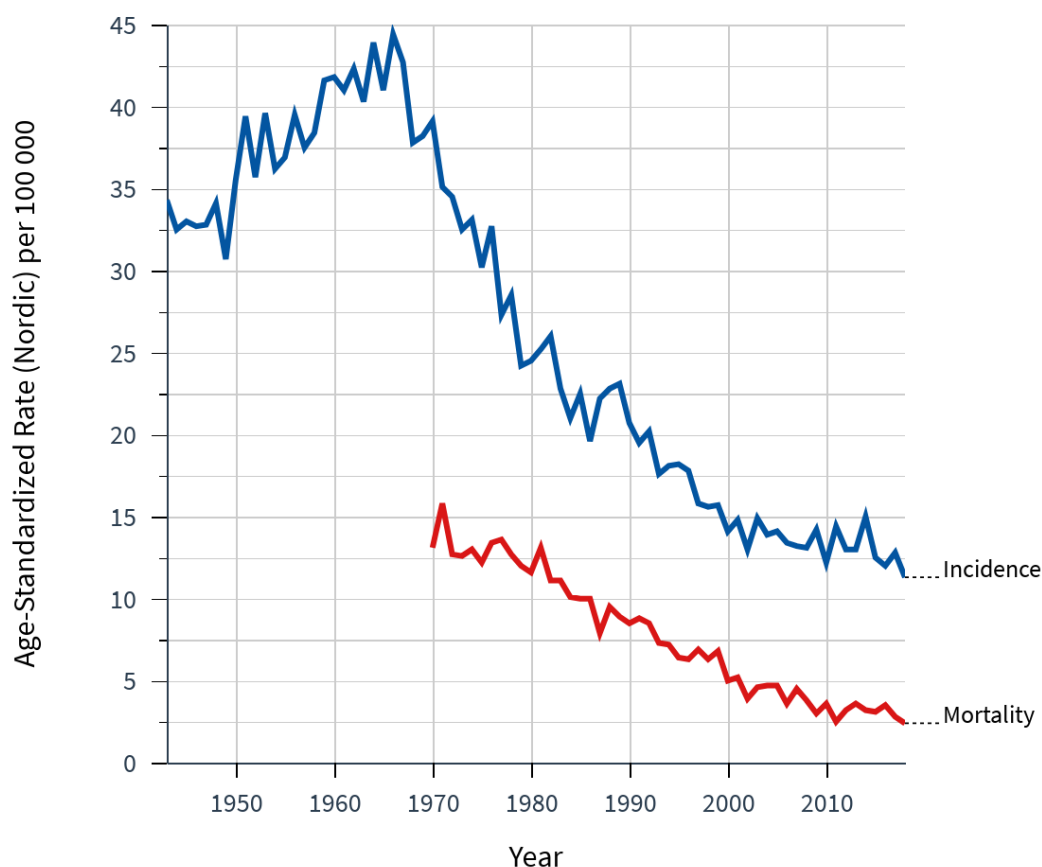
Indikator 7b. Aldersstandardiseret* incidensrate (standard < 13,9 pr. 100.000 kvinder). Trendgraf på regionsniveau.



4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Som det fremgår af Figur 3 har indførelsen af screening for livmoderhalskræft i Danmark fra midten af 1960'erne medført et kraftigt fald i såvel nye årlige tilfælde som i dødelighed, omend faldet i incidensen de seneste 10 år har været meget beskedent. Ifølge Nordcan var incidensen i 2018 11,3 pr 100.000; dødeligheden var i 2018 2,4 pr 100.000.

Figur 1. Aldersstandiseret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft i Danmark indtil 2018 ⁶.



Formålet med screening for livmoderhalskræft er at nedsætte forekomsten og dødeligheden af livmoderhalskræft ved at opspore og behandle sygdommens forstadier, inden de udvikler sig til kræft.

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne, men først i 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger vedrørende livmoderhalskræft, hvor alle kvinder i

⁶ Nordcan 2021. Larønningen S, Ferlay J, Bray F, Engholm G, Ervik M, Gulbrandsen J, Hansen HL, Hansen HM, Johannesen TB, Kristensen S, Kristiansen MF, Lam F, Laversanne M, Miettinen J, Mørch LS, Ólafsdóttir E, Óskarsson O, Pejic S, Petterson D, Skog A, Skovlund CW, Tian H, Toorell N, Virtanen A, Aagnes B, Storm HH (2021). NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.0 (01.03.2021). Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway. Available from: <https://nordcan.iarc.fr/>, downloadet 12/03/2021.

aldersklassen 23-59 år på landsplan skulle inviteres til en screeningsundersøgelse hvert tredje år, hvilket først var implementeret endeligt i hele landet i 2006. Først i september 2007 udsendte Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger vedrørende forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft, der var en gennemgribende revision af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger fra 1986.

Anbefalingerne fra 2007 medførte bl.a. etablering af en national styregruppe, der i regi af Danske Regioner skulle gennemføre en landsdækkende kvalitetsmonitorering af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Samtidigt etableredes fem regionale styregrupper som bindeled mellem den nationale styregruppe og de regionale aktører i screeningsprogrammet, som er de lokale administratorer, screeningsafdelinger og lægerne i praksissektoren. Anbefalingerne er siden opdateret i 2012.

Til at varetage kvalitetsmonitoreringen nedsatte regionerne i 2008 en national styregruppe for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS). Styregruppen har siden udarbejdet 7 kliniske indikatorområder og indikatorer med tilhørende standarder til måling af kvaliteten af det samlede screeningsprogram, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Monitoreringen begyndte den 1. januar 2009, og DKLS har siden årligt udsendt en årsrapport, hvor kvalitetsindikatorerne opgøres i en ikke-anonymiseret form på landsplan, regionsniveau og for den enkelte patologiafdeling, der deltager i screeningen. En anonymiseret udgave af rapporten offentliggøres.

DKLS' kvalitetsindikatorer omfatter kapacitet (1), deltagelse og dækningsgrad (2a og 2b), prøve kvalitet (3a og 3b), svartid (4), HPV-test (5a og 5b), opfølgning (6), og antal tilfælde af livmoderhalskræft (7a og 7b). Indikator 5b er ikke opgjort i 2020 grundet utilstrækkeligt datagrundlag. Alle data vedrørende de nuværende kvalitetsindikatorer opsamles direkte via nationale registre (Patologidatabanken, CPR-registeret og Cancerregisteret), hvorfor monitoreringen af kvaliteten ikke har ført til en øget registreringsbyrde.

En af de væsentligste opgaver for den nationale styregruppe for DKLS er at udvikle og vedligeholde de kliniske kvalitetsindikatorer for monitoreringen og medvirke til at sikre, at screeningsprogrammet gennemføres efter ensartede principper og med en høj kvalitet. Den nationale styregruppe skal derfor understøtte de regioner/screeningsafdelinger, der har signifikant afvigende indikatorresultater i at undersøge, om der foreligger en kvalitetsbrist.

Målgruppen for DKLS Årsrapporten er regionale politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale, der er ansvarlige for tilrettelæggelse og gennemførelse af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i det danske sundhedsvæsen – herunder de praktiserende læger, som varetager prøvetagning og opfølgning af abnorme prøvesvar, samt de screeningsafdelinger, hvor celleprøverne undersøges.

DKLS Årsrapporter skal medvirke til, at alle involverede parter år for år kan følge udviklingen vedrørende screening for livmoderhalskræft i den enkelte screeningsafdeling, i den enkelte region og på landsplan, samt dokumentere, om der over tid fortsat sker en forbedring af screeningens kvalitet og effekt i Danmark, hvor indikatorsettet er den fælles reference med hensyn til, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger efterleves og opfyldes i praksis.

Sundhedsstyrelsen har 27. maj 2018 publiceret opdaterede anbefalinger for screening af livmoderhalskræft⁷. En væsentlig ændring er en anbefaling om en differentieret kontrolleret implementering af HPV-baseret screening, som nærmere skal udformes og koordineres af NSLS. Det anbefales at den allerede etablerede monitorering i DKLS videreføres, og at styregruppen for DKLS i samarbejde med den nyetablerede NSLS vurderer evt. behov for at erstatte eller supplere de nuværende, og at DKLS i samarbejde med NSLS overvejer at indføre supplerende indikatorer med henblik på kvalitetssikring af anvendelse af HPV-tests. Desuden anbefales at NSLS fastlægger supplerende indikatorer for den differentierede implementering af HPV-screening, og at disse monitoreres af DKLS og inkluderes i DKLS-årsrapporten. Der må således i de kommende år forventes en intensiveret udvikling og ibrugtagning af nye indikatorer, så screeningsprogrammet fortsat kan monitoreres og kvalitetssikres.

⁷ Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, maj 2018

5. Datagrundlag

Årsrapporten er helt overvejende baseret på data fra Landsregisteret for Patologi (LRP). Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2021 og indeholder de relevante data fra LRP. Data fra Indkaldemodulet er hentet via Patobanks webside med udtræk februar 2021.

LRP er en landsdækkende databank, der via patologidatabanken (Patobank) modtager data fra alle landets patologiafdelinger og privatpraktiserende speciallæger i patologi, herunder data vedrørende celleprøver fra livmoderhalsen.

Oplysningerne fra Patobank opdateres dagligt ved overførsel af data fra både patologiafdelingernes og de privatpraktiserende patologers patologisystemer. Det betyder, at alle celleprøver fra livmoderhalsen løbende registreres i Patobanken. Det giver en registreringsprocent tæt på 100 i Patobanken samt en dækningsgrad i DKLS databasen på næsten 100 %, idet der kan være manglende registreringer på grund af fejl i indberetningerne.

Validiteten af data sikres ved, at alle indberetninger til Patobanken vedrørende patientdata undersøges for systematiske fejl. Desuden kontrolleres det, at alle prøver er kodet med mindst én T-kode for topografi og én M-kode for morfologi. Indberetninger med fejl eller mangler returneres til afsender med henblik på fornyet indberetning.

Det diagnostiske udsagn kvalitetssikres ved, at alle prøvesvar godkendes af en patolog eller en cytobioanalytiker, før svaret afgives til den prøvetagende læge og samtidig automatisk registreres i Patobanken.

Der har vist sig nogle forskelle i kodepraksis for kodning af HPV-test efter prøver, der viser ASCUS, hos kvinder > 30 år samt for kodning af audit ved nye tilfælde af livmoderhalskræft. Styregruppen vil i det kommende år arbejde med at forbedre data på disse områder.

Det antages, at de data, der er anvendt i denne rapport, overordnet set er både dækkende og valide i forhold til at kunne opgøre kvalitetsindikatorerne for screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

6. Styregruppens medlemmer

Styregruppen for DKLS, marts 2021:

- Ledende overlæge Marianne Waldstrøm, Region Syddanmark
- Overlæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden
- Professor, ledende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Afdelingslæge Anna Poulsgaard Frandsen, Region Nordjylland
- Afdelingslæge Rouzbeh Salmani, Region Sjælland
- Bioanalytiker Susanne Nielsen, Dansk Cytologiforening
- Overlæge Kirsten Jochumsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Afdelingslæge Mary Holten Bennetsen, Patobanken
- Praktiserende læge Hanne Nørgaard Heje, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Molekylærbiolog Dorthe Ørnskov, Dansk Patologiselskab
- Maja Ulrikka Bruun Laustsen, Patientrepræsentant
- Kontaktperson Ane Birgitte Telén Andersen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og cancerscreening, RKKP – desuden RKKP repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midtjylland
- Biostatistiker Petra Hall Viborg, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og cancerscreening, RKKP

Rapporten er kommenteret af klinisk epidemiolog Louise Hansen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og cancerscreening, RKKP (fratrådt pr. 1. juni 2021)

Herudover har professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet bidraget som ekstern ekspert.

Appendiks I. Supplerende analyser

Indikatorområde: Kapacitet

Indikator 1a. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til cytologi-undersøgte prøver

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020 Antal	2019 Antal	2018 Antal
Danmark		0(0)	322.633	351.822	358.445
Hovedstaden		0(0)	112.925	122.721	128.415
Sjælland		0(0)	41.101	43.532	44.857
Syddanmark		0(0)	56.959	61.840	62.251
Midtjylland		0(0)	79.277	86.222	85.427
Nordjylland		0(0)	32.371	37.507	37.495
Hovedstaden		0(0)	112.925	122.721	128.415
Hvidovre		0(0)	112.925	122.721	128.415
Sjælland		0(0)	41.101	43.532	44.857
Næstved		0(0)	41.101	43.532	44.857
Syddanmark		0(0)	56.959	61.840	62.251
Esbjerg/Sønderborg ¹		0(0)	24.491	26.628	27.491
Vejle ²		0(0)	32.468	35.212	34.760
Midtjylland		0(0)	79.277	86.222	85.427
Randers		0(0)	79.277	86.222	85.427
Nordjylland		0(0)	32.371	37.507	37.495
Aalborg		0(0)	32.371	37.507	37.495

¹ Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling. ² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2020 til 31-12-2020 (aktuelle år), og der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1A afgrænset til følgende morfologi koder:

"M00100" "M00120" "M00121" "M00122" "M00410" "M01111" "M02561" "M02562" "M09000" "M09010" "M09011"
"M09012" "M09013" "M09014" "M09015" "M09016" "M09017" "M09018" "M09019" "M0901N" "M0901U" "M0901X"
"M0901Y" "M09030" "M09070" "M09100" "M09140" "M09400" "M09401" "M09450" "M09453" "M09460" "M09462"
"M09463" "M094A0" "M11600" "M11620" "M11650" "M30400" "M30610" "M33400" "M37000" "M37009" "M40000"
"M41000" "M42000" "M42100" "M43000" "M47190" "M49700" "M51620" "M54000" "M54310" "M55370" "M55590"
"M55X00" "M58000" "M67010" "M67014" "M67016" "M67017" "M67020" "M69000" "M69700" "M69702" "M69711"
"M69712" "M69760" "M69780" "M69784" "M69790" "M69800" "M69810" "M69820" "M72600" "M73000" "M73005"
"M73271" "M733A0" "M74009" "M74010" "M74030" "M740K9" "M74200" "M74A09" "M74AK9" "M74B09" "M74BK9"
"M74C09" "M79370" "M80011" "M80013" "M80015" "M80103" "M80109" "M8010X" "M80702" "M80703" "M8070X"
"M807A2" "M8085X" "M81316" "M81402" "M81403" "M81404" "M81406" "M81409" "M8140X" "M814A0" "M82110"
"M83803" "M8384X" "M85607" "M8720X" "M9600X"

Indikator 1b. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til HPV-undersøgte prøver

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
			Antal	Antal	Antal	
Danmark		0(0)	35.068	47.157	52.016	
Hovedstaden		0(0)	13.128	10.937	17.457	
Sjælland		0(0)	2.875	4.435	7.411	
Syddanmark		0(0)	13.066	16.112	18.525	
Midtjylland		0(0)	4.322	13.602	5.097	
Nordjylland		0(0)	1.677	2.071	3.526	
Hovedstaden		0(0)	13.128	10.937	17.457	
Hvidovre		0(0)	13.128	10.937	17.457	
Sjælland		0(0)	2.875	4.435	7.411	
Næstved		0(0)	2.875	4.435	7.411	
Syddanmark		0(0)	13.066	16.112	18.525	
Esbjerg/Sønderborg ¹		0(0)	971	1.724	2.554	
Vejle ²		0(0)	12.095	14.388	15.971	
Midtjylland		0(0)	4.322	13.602	5.097	
Randers		0(0)	4.322	13.602	5.097	
Nordjylland		0(0)	1.677	2.071	3.526	
Aalborg		0(0)	1.677	2.071	3.526	

¹ Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2020 til 31-12-2020 (aktuelle år), og der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

1b er afgrænset til følgende morfologi koder: "M09003" "M0901H" "FY5005" "FY5006" "FY5009" "FY5010" "P33520" "P33750" "P33760" "P33B30" "P33B35" "P33B36". Der er fratrukket de kvinder som samtidig med HPV-prøven også er cytologi-undersøgte (disse indgår i Tabel 1a)

Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad

Indikator 2a1. Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter invitationen

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 50%			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	130.139 / 369.094	0 (0)	35,3	(35,1-35,4)	34,7	35,3
Hovedstaden	Nej	38.005 / 120.913	0 (0)	31,4	(31,2-31,7)	31,3	33,5
Sjælland	Nej	16.059 / 45.362	0 (0)	35,4	(35,0-35,8)	35,4	35,3
Syddanmark	Nej	27.116 / 72.254	0 (0)	37,5	(37,2-37,9)	37,0	37,0
Midtjylland	Nej	35.569 / 96.603	0 (0)	36,8	(36,5-37,1)	35,6	35,4
Nordjylland	Nej	13.390 / 33.962	0 (0)	39,4	(38,9-39,9)	38,3	38,2

Indikator 2a2. Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 90 dage efter første geninvitation

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 40%			01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	61.351 / 233.411	0 (0)	26,3	(26,1-26,5)	25,5	27,0
Hovedstaden	Nej	19.727 / 80.617	0 (0)	24,5	(24,2-24,8)	24,6	27,4
Sjælland	Nej	7.010 / 27.993	0 (0)	25,0	(24,5-25,6)	22,9	24,9
Syddanmark	Nej	12.334 / 44.734	0 (0)	27,6	(27,2-28,0)	27,6	26,1
Midtjylland	Nej	17.004 / 59.808	0 (0)	28,4	(28,1-28,8)	26,9	28,9
Nordjylland	Nej	5.276 / 20.259	0 (0)	26,0	(25,4-26,7)	24,9	26,1

Indikator 2a3. Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 90 dage efter anden geninvitation

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 20%		antal	01.01.2019 - 31.12.2019	2018	2017	
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	26.921 / 169.890	0 (0)	15,8	(15,7-16,0)	15,7	16,1
Hovedstaden	Nej	9.409 / 59.365	0 (0)	15,8	(15,6-16,1)	15,7	16,5
Sjælland	Nej	3.228 / 21.153	0 (0)	15,3	(14,8-15,8)	14,2	14,9
Syddanmark	Nej	5.140 / 32.432	0 (0)	15,8	(15,5-16,3)	17,0	15,4
Midtjylland	Nej	6.992 / 42.530	0 (0)	16,4	(16,1-16,8)	16,0	17,5
Nordjylland	Nej	2.152 / 14.410	0 (0)	14,9	(14,4-15,5)	14,3	14,3

Tabel 2a4. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation fordelt på aldersgrupper

	Alder	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2019 - 31.12.2019	2018	2017	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	23-64	225.219 / 369.094	61,0	(60,9-61,2)	62,3	63,0
	23-24	18.815 / 35.740	52,6	(52,1-53,2)	54,1	54,6
	25-29	27.762 / 53.690	51,7	(51,3-52,1)	53,5	53,7
	30-34	23.731 / 41.709	56,9	(56,4-57,4)	58,2	59,6
	35-39	27.947 / 44.009	63,5	(63,1-64,0)	65,1	65,2
	40-44	32.347 / 48.536	66,6	(66,2-67,1)	68,3	67,5
	45-49	34.005 / 50.420	67,4	(67,0-67,9)	69,1	68,2
	50-54	17.382 / 28.154	61,7	(61,2-62,3)	63,6	65,0
	55-59	17.631 / 27.779	63,5	(62,9-64,0)	64,4	67,0
60-64	25.599 / 39.057	65,5	(65,1-66,0)	64,2	68,0	
Hovedstaden	23-64	69.808 / 120.913	57,7	(57,5-58,0)	59,5	61,2
	23-24	6.589 / 13.718	48,0	(47,2-48,9)	49,7	52,0
	25-29	10.668 / 21.267	50,2	(49,5-50,8)	52,0	53,2
	30-34	9.055 / 16.319	55,5	(54,7-56,2)	55,4	57,9
	35-39	9.749 / 15.579	62,6	(61,8-63,3)	63,2	63,8
	40-44	10.566 / 16.228	65,1	(64,4-65,8)	66,8	66,8
	45-49	10.500 / 16.006	65,6	(64,9-66,3)	67,1	66,7

Alder	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.01.2019 - 31.12.2019		2018	2017
		Andel	95% CI	Andel	Andel
50-54	4.827 / 8.475	57,0	(55,9-58,0)	62,0	63,0
55-59	4.792 / 8.128	59,0	(57,9-60,0)	61,8	65,5
60-64	3.062 / 5.193	59,0	(57,6-60,3)	62,8	68,6
Sjælland					
23-64	27.313 / 45.362	60,2	(59,8-60,7)	62,1	62,1
23-24	1.670 / 3.398	49,1	(47,5-50,8)	49,8	49,8
25-29	2.559 / 5.578	45,9	(44,6-47,2)	48,5	48,2
30-34	2.505 / 4.680	53,5	(52,1-55,0)	57,4	57,1
35-39	3.474 / 5.577	62,3	(61,0-63,6)	64,5	63,8
40-44	4.491 / 6.663	67,4	(66,3-68,5)	67,0	66,3
45-49	4.997 / 7.409	67,4	(66,4-68,5)	68,4	69,3
50-54	2.952 / 4.767	61,9	(60,5-63,3)	64,1	62,4
55-59	2.298 / 3.702	62,1	(60,5-63,6)	64,3	64,7
60-64	2.367 / 3.588	66,0	(64,4-67,5)	65,5	66,7
Syddanmark					
23-64	45.628 / 72.254	63,1	(62,8-63,5)	64,9	65,0
23-24	3.489 / 6.436	54,2	(53,0-55,4)	55,0	54,7
25-29	5.249 / 9.868	53,2	(52,2-54,2)	54,8	53,7
30-34	4.520 / 7.862	57,5	(56,4-58,6)	61,4	61,0
35-39	5.765 / 8.956	64,4	(63,4-65,4)	67,6	66,9
40-44	6.948 / 10.183	68,2	(67,3-69,1)	70,5	69,3
45-49	7.550 / 10.855	69,6	(68,7-70,4)	71,9	70,0
50-54	4.118 / 6.279	65,6	(64,4-66,8)	66,1	67,7
55-59	4.055 / 6.130	66,2	(65,0-67,3)	67,2	70,4
60-64	3.934 / 5.685	69,2	(68,0-70,4)	67,1	69,4
Midtjylland					
23-64	61.067 / 96.603	63,2	(62,9-63,5)	63,6	64,0
23-24	4.877 / 8.633	56,5	(55,4-57,5)	59,5	58,1
25-29	6.499 / 12.158	53,5	(52,6-54,3)	55,9	55,3
30-34	5.352 / 9.129	58,6	(57,6-59,6)	59,8	61,8
35-39	6.388 / 9.834	65,0	(64,0-65,9)	66,6	66,5
40-44	7.320 / 10.787	67,9	(67,0-68,7)	70,0	67,4
45-49	7.806 / 11.340	68,8	(68,0-69,7)	70,6	67,5
50-54	3.823 / 5.985	63,9	(62,7-65,1)	64,7	67,3
55-59	4.389 / 6.521	67,3	(66,2-68,4)	64,4	68,4
60-64	14.613 / 22.216	65,8	(65,2-66,4)	60,8	67,9
Nordjylland					
23-64	21.403 / 33.962	63,0	(62,5-63,5)	63,6	64,5
23-24	2.190 / 3.555	61,6	(60,0-63,2)	61,4	61,5

Alder	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.01.2019 - 31.12.2019	95% CI	2018	2017
		Andel		Andel	Andel
25-29	2.787 / 4.819	57,8	(56,4-59,2)	57,5	58,3
30-34	2.299 / 3.719	61,8	(60,3-63,4)	60,6	61,7
35-39	2.571 / 4.063	63,3	(61,8-64,8)	65,0	65,6
40-44	3.022 / 4.675	64,6	(63,3-66,0)	67,2	68,1
45-49	3.152 / 4.810	65,5	(64,2-66,9)	67,8	69,2
50-54	1.662 / 2.648	62,8	(60,9-64,6)	59,4	64,2
55-59	2.097 / 3.298	63,6	(61,9-65,2)	65,3	65,4
60-64	1.623 / 2.375	68,3	(66,5-70,2)	66,3	64,3

Tabel 2b1. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år på kommuneniveau

		Tæller/ nævner	2015-2020	
			Andel	95% CI
Danmark	I alt	1.131.469 / 1.564.413	72,3	(72,3-72,4)
Hovedstaden	I alt	391.498 / 530.436	73,8	(73,7-73,9)
	Albertslund	4.964 / 7.234	68,6	(67,6-69,7)
	Allerød	5.055 / 6.578	76,8	(75,8-77,9)
	Ballerup	9.481 / 12.872	73,7	(72,9-74,4)
	Bornholm	6.780 / 9.818	69,1	(68,1-70,0)
	Brøndby	6.341 / 9.584	66,2	(65,2-67,1)
	Christiansø	15 / 25	60,0	(40,8-79,2)
	Dragør	2.580 / 3.586	71,9	(70,5-73,4)
	Egedal	8.795 / 11.455	76,8	(76,0-77,6)
	Fredensborg	7.684 / 10.533	73,0	(72,1-73,8)
	Frederiksberg	24.800 / 31.658	78,3	(77,9-78,8)
	Frederikssund	8.206 / 11.637	70,5	(69,7-71,3)
	Furesø	7.661 / 10.255	74,7	(73,9-75,5)
	Gentofte	15.440 / 20.082	76,9	(76,3-77,5)
	Gladsaxe	13.903 / 18.719	74,3	(73,6-74,9)
	Glostrup	4.405 / 6.401	68,8	(67,7-70,0)
	Gribskov	7.213 / 10.234	70,5	(69,6-71,4)
	Halsnæs	5.438 / 7.981	68,1	(67,1-69,2)
	Helsingør	11.801 / 16.219	72,8	(72,1-73,4)
	Herlev	5.704 / 7.755	73,6	(72,6-74,5)
	Hillerød	10.188 / 13.672	74,5	(73,8-75,2)
	Hvidovre	10.570 / 14.672	72,0	(71,3-72,8)
	Høje-Taastrup	9.318 / 13.794	67,6	(66,8-68,3)
	Hørsholm	4.553 / 6.006	75,8	(74,7-76,9)
	Ishøj	4.065 / 6.308	64,4	(63,3-65,6)
	København	155.181 / 207.611	74,7	(74,6-74,9)
	Lyngby-Taarbæk	11.121 / 14.763	75,3	(74,6-76,0)
	Rudersdal	10.636 / 13.997	76,0	(75,3-76,7)
	Rødovre	7.981 / 11.293	70,7	(69,8-71,5)
	Tårnby	8.546 / 11.469	74,5	(73,7-75,3)
	Vallensbæk	3.088 / 4.225	73,1	(71,8-74,4)
Sjælland	I alt	148.419 / 216.260	68,6	(68,4-68,8)
	Faxe	6.163 / 9.514	64,8	(63,8-65,7)

	Tæller/ nævner	2015-2020 Andel	95% CI	
Greve	9.318 / 13.090	71,2	(70,4-72,0)	
Guldborgsund	10.059 / 15.034	66,9	(66,2-67,7)	
Holbæk	12.941 / 18.871	68,6	(67,9-69,2)	
Kalundborg	7.880 / 12.343	63,8	(63,0-64,7)	
Køge	11.513 / 16.276	70,7	(70,0-71,4)	
Lejre	5.053 / 7.091	71,3	(70,2-72,3)	
Lolland	6.175 / 9.686	63,8	(62,8-64,7)	
Næstved	15.322 / 21.839	70,2	(69,6-70,8)	
Odsherred	4.877 / 7.781	62,7	(61,6-63,8)	
Ringsted	6.528 / 9.411	69,4	(68,4-70,3)	
Roskilde	17.450 / 23.489	74,3	(73,7-74,8)	
Slagelse	14.032 / 20.753	67,6	(67,0-68,3)	
Solrød	4.457 / 6.085	73,2	(72,1-74,4)	
Sorø	5.330 / 7.858	67,8	(66,8-68,9)	
Stevns	3.807 / 5.839	65,2	(64,0-66,4)	
Vordingborg	7.514 / 11.300	66,5	(65,6-67,4)	
Syddanmark	I alt	224.970 / 315.673	71,3	(71,1-71,4)
	Aabenraa	10.081 / 14.729	68,4	(67,7-69,2)
	Assens	7.256 / 10.318	70,3	(69,4-71,2)
	Billund	4.679 / 6.729	69,5	(68,4-70,6)
	Esbjerg	21.560 / 29.956	72,0	(71,5-72,5)
	Faaborg-Midtfyn	8.951 / 12.912	69,3	(68,5-70,1)
	Fanø	510 / 781	65,3	(62,0-68,6)
	Fredericia	9.402 / 13.369	70,3	(69,6-71,1)
	Haderslev	9.654 / 14.013	68,9	(68,1-69,7)
	Kerteminde	4.096 / 5.998	68,3	(67,1-69,5)
	Kolding	17.989 / 24.503	73,4	(72,9-74,0)
	Langeland	1.827 / 2.876	63,5	(61,8-65,3)
	Middelfart	6.927 / 9.927	69,8	(68,9-70,7)
	Nordfyns	5.157 / 7.534	68,4	(67,4-69,5)
	Nyborg	5.511 / 8.060	68,4	(67,4-69,4)
	Odense	42.681 / 56.790	75,2	(74,8-75,5)
	Svendborg	10.546 / 14.796	71,3	(70,5-72,0)
	Sønderborg	13.030 / 18.328	71,1	(70,4-71,7)
	Tønder	6.150 / 9.174	67,0	(66,1-68,0)
	Varde	8.693 / 12.376	70,2	(69,4-71,0)

		Tæller/ nævner	2015-2020	
			Andel	95% CI
	Vejen	7.400 / 10.593	69,9	(69,0-70,7)
	Vejle	22.074 / 30.589	72,2	(71,7-72,7)
	Ærø	796 / 1.322	60,2	(57,6-62,9)
Midtjylland	I alt	255.718 / 350.781	72,9	(72,8-73,0)
	Aarhus	79.097 / 101.948	77,6	(77,3-77,8)
	Favrskov	9.029 / 12.289	73,5	(72,7-74,3)
	Hedensted	8.337 / 11.931	69,9	(69,1-70,7)
	Herning	16.512 / 22.677	72,8	(72,2-73,4)
	Holstebro	10.809 / 14.966	72,2	(71,5-72,9)
	Horsens	16.731 / 24.026	69,6	(69,1-70,2)
	Ikast-Brande	7.260 / 10.443	69,5	(68,6-70,4)
	Lemvig	3.121 / 4.665	66,9	(65,6-68,3)
	Norddjurs	5.948 / 9.177	64,8	(63,8-65,8)
	Odder	4.126 / 5.767	71,5	(70,4-72,7)
	Randers	18.047 / 25.689	70,3	(69,7-70,8)
	Ringkøbing-Skjern	9.503 / 13.612	69,8	(69,0-70,6)
	Samsø	474 / 871	54,4	(51,1-57,7)
	Silkeborg	17.955 / 24.744	72,6	(72,0-73,1)
	Skanderborg	12.022 / 16.348	73,5	(72,9-74,2)
	Skive	7.904 / 11.194	70,6	(69,8-71,5)
	Struer	3.483 / 5.049	69,0	(67,7-70,3)
	Syddjurs	7.297 / 10.726	68,0	(67,1-68,9)
	Viborg	18.063 / 24.659	73,3	(72,7-73,8)
Nordjylland	I alt	110.848 / 151.263	73,3	(73,1-73,5)
	Aalborg	45.714 / 58.764	77,8	(77,5-78,1)
	Brønderslev	6.438 / 9.076	70,9	(70,0-71,9)
	Frederikshavn	10.104 / 14.600	69,2	(68,5-70,0)
	Hjørring	11.776 / 16.268	72,4	(71,7-73,1)
	Jammerbugt	6.446 / 9.485	68,0	(67,0-68,9)
	Læsø	255 / 398	64,1	(59,4-68,8)
	Mariagerfjord	7.582 / 10.473	72,4	(71,5-73,3)
	Morsø	3.291 / 4.788	68,7	(67,4-70,0)
	Rebild	5.708 / 7.722	73,9	(72,9-74,9)
	Thisted	7.385 / 10.660	69,3	(68,4-70,2)
	Vesthimmerlands	6.149 / 9.029	68,1	(67,1-69,1)

Tabel 2b2. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år

	Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			Andel	95% CI	2014-2019** Andel	2013-2018*** Andel
Danmark	23-64	1.131.469 / 1.564.413	72,3	(72,3-72,4)	73,4	74,0
	23-24	39.952 / 76.941	51,9	(51,6-52,3)	53,2	53,6
	25-29	137.811 / 197.207	69,9	(69,7-70,1)	70,6	70,6
	30-34	131.922 / 179.191	73,6	(73,4-73,8)	74,7	75,2
	35-39	122.611 / 162.003	75,7	(75,5-75,9)	76,9	77,6
	40-44	134.778 / 177.835	75,8	(75,6-76,0)	77,5	78,0
	45-49	148.475 / 197.339	75,2	(75,0-75,4)	76,4	76,6
	50-54	152.908 / 200.942	76,1	(75,9-76,3)	77,1	77,9
	55-59	142.746 / 197.883	72,1	(71,9-72,3)	73,2	74,1
	60-64	120.266 / 175.072	68,7	(68,5-68,9)	69,1	70,4
Hovedstaden	23-64	391.498 / 530.436	73,8	(73,7-73,9)	74,3	75,1
	23-24	13.919 / 29.486	47,2	(46,6-47,8)	47,5	48,5
	25-29	53.601 / 79.079	67,8	(67,5-68,1)	68,2	68,7
	30-34	53.746 / 70.043	76,7	(76,4-77,0)	77,1	77,7
	35-39	45.990 / 58.435	78,7	(78,4-79,0)	78,9	80,1
	40-44	47.350 / 60.265	78,6	(78,2-78,9)	79,8	80,6
	45-49	49.327 / 63.746	77,4	(77,1-77,7)	78,4	78,8
	50-54	48.674 / 61.929	78,6	(78,3-78,9)	79,4	80,2
	55-59	44.006 / 58.637	75,0	(74,7-75,4)	75,4	76,9
	60-64	34.885 / 48.816	71,5	(71,1-71,9)	71,4	72,0
Sjælland	23-64	148.419 / 216.260	68,6	(68,4-68,8)	70,2	70,6
	23-24	3.330 / 7.122	46,8	(45,6-47,9)	50,2	51,1
	25-29	12.343 / 19.979	61,8	(61,1-62,5)	63,6	62,7
	30-34	13.361 / 20.938	63,8	(63,2-64,5)	65,6	65,8
	35-39	14.800 / 21.241	69,7	(69,1-70,3)	72,2	71,9
	40-44	18.166 / 25.202	72,1	(71,5-72,6)	74,1	74,7
	45-49	22.195 / 30.301	73,2	(72,7-73,7)	74,4	74,3
	50-54	23.583 / 31.879	74,0	(73,5-74,5)	75,4	76,0
	55-59	21.831 / 31.443	69,4	(68,9-69,9)	70,6	71,0
	60-64	18.810 / 28.155	66,8	(66,3-67,4)	67,4	69,0
Syddanmark	23-64	224.970 / 315.673	71,3	(71,1-71,4)	72,5	73,3
	23-24	7.042 / 13.443	52,4	(51,5-53,2)	53,7	53,9

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder	
		Andel	95% CI	2014-2019** Andel	2013-2018*** Andel
25-29	24.057 / 34.779	69,2	(68,7-69,7)	69,9	70,1
30-34	23.546 / 33.093	71,2	(70,7-71,6)	72,8	73,0
35-39	23.178 / 31.506	73,6	(73,1-74,1)	75,4	76,1
40-44	26.816 / 35.987	74,5	(74,1-75,0)	76,4	76,8
45-49	30.588 / 41.055	74,5	(74,1-74,9)	75,4	75,7
50-54	32.100 / 43.027	74,6	(74,2-75,0)	76,1	76,9
55-59	30.931 / 43.334	71,4	(71,0-71,8)	72,4	73,6
60-64	26.712 / 39.449	67,7	(67,3-68,2)	68,3	70,3
Midtjylland					
23-64	255.718 / 350.781	72,9	(72,8-73,0)	74,2	74,6
23-24	10.835 / 19.183	56,5	(55,8-57,2)	58,4	58,3
25-29	33.645 / 45.226	74,4	(74,0-74,8)	74,6	74,1
30-34	29.096 / 39.121	74,4	(73,9-74,8)	75,9	76,5
35-39	27.456 / 36.084	76,1	(75,6-76,5)	77,6	78,4
40-44	30.042 / 39.641	75,8	(75,4-76,2)	77,9	77,9
45-49	32.908 / 43.955	74,9	(74,5-75,3)	76,5	76,6
50-54	33.690 / 44.299	76,1	(75,7-76,4)	76,8	77,6
55-59	31.310 / 43.880	71,4	(70,9-71,8)	72,9	73,7
60-64	26.736 / 39.392	67,9	(67,4-68,3)	68,5	69,9
Nordjylland					
23-64	110.848 / 151.263	73,3	(73,1-73,5)	74,7	75,2
23-24	4.826 / 7.707	62,6	(61,5-63,7)	64,8	64,0
25-29	14.165 / 18.144	78,1	(77,5-78,7)	80,0	80,0
30-34	12.173 / 15.996	76,1	(75,4-76,8)	76,9	77,3
35-39	11.185 / 14.737	75,9	(75,2-76,6)	77,6	77,7
40-44	12.401 / 16.740	74,1	(73,4-74,7)	76,4	77,0
45-49	13.455 / 18.282	73,6	(73,0-74,2)	75,2	74,9
50-54	14.857 / 19.808	75,0	(74,4-75,6)	75,7	76,8
55-59	14.665 / 20.589	71,2	(70,6-71,8)	72,9	73,3
60-64	13.121 / 19.260	68,1	(67,5-68,8)	68,6	70,1

*Aktuel periode: Juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 23-49 år) og Juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 50-64 år)

**Tidligere periode: Juli 2016 til december 2019 (for kvinder med alder 23-49 år) og Juli 2014 til december 2019 (for kvinder med alder 50-64 år)

***Tidligere periode: Juli 2015 til december 2018 (for kvinder med alder 23-49 år) og Juli 2013 til december 2018 (for kvinder med alder 50-64 år)

Tabel 2c. Antal kvinder som var frmeldt screeningsprogrammet pr. december 2020, fordelt på alder og årsag til frmelding

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23-29	I alt	1.950	100,0	329	100,0	828	100,0	857	100,0	425	100,0	4.389	100,0
	Andet	54	2,8	17	5,2	10	1,2	#	0,1	11	2,6	93	2,1
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	55	2,8	36	10,9	95	11,5	65	7,6	47	11,1	298	6,8
	Jeg er gravid	263	13,5	13	4,0	28	3,4	279	32,6	45	10,6	628	14,3
	Jeg springer over denne gang	471	24,2	41	12,5	151	18,2	111	13,0	66	15,5	840	19,1
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	134	6,9	5	1,5	25	3,0	47	5,5	45	10,6	256	5,8
	Udrejst	#	0,1	#	0,3	#	0,1	.	.	.	.	4	0,1
	Ukendt adressat	119	6,1	8	2,4	23	2,8	18	2,1	12	2,8	180	4,1
	Ønsker ikke at deltage	852	43,7	207	62,9	495	59,8	336	39,2	199	46,8	2.089	47,6
Ønsker ikke at deltage (frmelding for altid)	.	.	#	0,3	.	.	.	.	.	.	#	0,0	
30-49	I alt	7.575	100,0	5.341	100,0	8.376	100,0	7.247	100,0	3.298	100,0	31.837	100,0
	Andet	51	0,7	39	0,7	7	0,1	8	0,1	30	0,9	135	0,4
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.191	68,5	4.773	89,4	7.191	85,9	6.018	83,0	2.688	81,5	25.861	81,2
	Jeg er gravid	437	5,8	15	0,3	21	0,3	262	3,6	39	1,2	774	2,4
	Jeg springer over denne gang	560	7,4	73	1,4	179	2,1	158	2,2	73	2,2	1.043	3,3
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	143	1,9	4	0,1	18	0,2	33	0,5	36	1,1	234	0,7
	Udrejst	3	0,0	.	.	#	0,0	.	.	#	0,0	5	0,0

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ukendt adressat	117	1,5	9	0,2	25	0,3	31	0,4	8	0,2	190	0,6
	Ønsker ikke at deltage	1.073	14,2	428	8,0	933	11,1	737	10,2	423	12,8	3.594	11,3
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	.	.	.	.	#	0,0	.	.	.	.	#	0,0
50-64	I alt	8.419	100,0	14.968	100,0	12.950	100,0	6.729	100,0	3.597	100,0	46.663	100,0
	Andet	38	0,5	38	0,3	9	0,1	5	0,1	41	1,1	131	0,3
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.457	64,8	13.531	90,4	9.994	77,2	4.583	68,1	2.231	62,0	35.796	76,7
	Jeg springer over denne gang	860	10,2	196	1,3	541	4,2	395	5,9	188	5,2	2.180	4,7
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	38	0,5	6	0,0	23	0,2	19	0,3	20	0,6	106	0,2
	Ukendt adressat	32	0,4	5	0,0	7	0,1	9	0,1	#	0,1	55	0,1
	Ønsker ikke at deltage	1.993	23,7	1.192	8,0	2.376	18,3	1.718	25,5	1.115	31,0	8.394	18,0
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	.	.	.	.	.	.	.	.	#	0,0
I alt	I alt	17.944	100,0	20.638	100,0	22.154	100,0	14.833	100,0	7.320	100,0	82.889	100,0
	Andet	143	0,8	94	0,5	26	0,1	14	0,1	82	1,1	359	0,4
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	10.703	59,6	18.340	88,9	17.280	78,0	10.666	71,9	4.966	67,8	61.955	74,7
	Jeg er gravid	700	3,9	28	0,1	49	0,2	541	3,6	84	1,1	1.402	1,7
	Jeg springer over denne gang	1.891	10,5	310	1,5	871	3,9	664	4,5	327	4,5	4.063	4,9
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	315	1,8	15	0,1	66	0,3	99	0,7	101	1,4	596	0,7
	Udrejst	5	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	#	0,0	9	0,0

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Ukendt adressat	268	1,5	22	0,1	55	0,2	58	0,4	22	0,3	425	0,5
	Ønsker ikke at deltage	3.918	21,8	1.827	8,9	3.804	17,2	2.791	18,8	1.737	23,7	14.077	17,0
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	.	.	3	0,0

Indikatorområde: Prøvekvalitet

Tabel 3a. Diagnosefordeling for cytologi undersøgte prøver i 2020

	Diagnose																				
	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Danmark	46	0,0	3.472	1,1	6.305	2,0	2.723	0,8	8.638	2,7	91	0,0	783	0,2	297.651	92,2	3.166	1,0	28	0,0	322.903
Hovedstaden	0	0,0	1.015	0,9	1.762	1,6	1.101	1,0	3.355	3,0	22	0,0	358	0,3	104.674	92,7	687	0,6	#	0,0	112.975
Sjælland	17	0,0	619	1,5	1.512	3,7	162	0,4	634	1,5	25	0,1	41	0,1	37.591	91,4	538	1,3	3	0,0	41.142
Syddanmark	15	0,0	597	1,0	1.038	1,8	697	1,2	1.870	3,3	21	0,0	250	0,4	52.297	91,7	261	0,5	11	0,0	57.057
Midtjylland	4	0,0	841	1,1	1.020	1,3	489	0,6	1.979	2,5	11	0,0	98	0,1	73.597	92,8	1.304	1,6	.	.	79.343
Nordjylland	10	0,0	400	1,2	973	3,0	274	0,8	800	2,5	12	0,0	36	0,1	29.492	91,1	376	1,2	13	0,0	32.386

Tabel 3a er afgrænset til kun at omhandle de cytologi undersøgte prøver ved følgende morfologi koder:

"M00100" "M00120" "M00121" "M00122" "M00410" "M01111" "M02561" "M02562" "M09000" "M09010" "M09011" "M09012" "M09013" "M09014" "M09015" "M09016" "M09017" "M09018" "M09019" "M0901N" "M0901U" "M0901X" "M0901Y" "M09030" "M09070" "M09100" "M09140" "M09400" "M09401" "M09450" "M09453" "M09460" "M09462" "M09463" "M094A0" "M11600" "M11620" "M11650" "M30400" "M30610" "M33400" "M37000" "M37009" "M40000" "M41000" "M42000" "M42100" "M43000" "M47190" "M49700" "M51620" "M54000" "M54310" "M55370" "M55590" "M55X00" "M58000" "M67010" "M67014" "M67016" "M67017" "M67020" "M69000" "M69700" "M69702" "M69711" "M69712" "M69760" "M69780" "M69784" "M69790" "M69800" "M69810" "M69820" "M72600" "M73000" "M73005" "M73271" "M733A0" "M74009" "M74010" "M74030" "M740K9" "M74200" "M74A09" "M74AK9" "M74B09" "M74BK9" "M74C09" "M79370" "M80011" "M80013" "M80015" "M80103" "M80109" "M8010X" "M80702" "M80703" "M8070X" "M807A2" "M8085X" "M81316" "M81402" "M81403" "M81404" "M81406" "M81409" "M8140X" "M814A0" "M82110" "M83803" "M8384X" "M85607" "M8720X" "M9600X"

Tabel 3b. Andelen af uegnede celleprøver i 2020 fordelt på årsag

	Uegnet		For lidt materiale		Autolyse/ blødning		Teknisk dårligt		Inflammation		Materiale med for få pladeepitelceller		Materialet uden endocervikale celler		I alt Antal*
	NOS/mindre egnet														
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Danmark	151	4,8	506	16,2	49	1,6	52	1,7	3	0,1	1.799	57,5	567	18,1	3.127
Hovedstaden¹	76	10,8	189	26,9	5	0,7	#	0,1	#	0,3	429	61,1			702
Sjælland	8	1,5	78	14,8	10	1,9	4	0,8			215	40,8	212	40,2	527
Syddanmark	31	14,5	99	46,3	11	5,1	42	19,6	#	0,5	9	4,2	21	9,8	214
Midtjylland	28	2,1	130	9,9	19	1,5	#	0,2			795	60,8	334	25,5	1.308
Nordjylland	8	2,1	10	2,7	4	1,1	3	0,8			351	93,4			376
Hovedstaden¹	76	10,8	189	26,9	5	0,7	#	0,1	#	0,3	429	61,1			702
Hvidovre	76	10,8	189	26,9	5	0,7	#	0,1	#	0,3	429	61,1			702
Sjælland	8	1,5	78	14,8	10	1,9	4	0,8			215	40,8	212	40,2	527
Næstved	8	1,5	78	14,8	10	1,9	4	0,8			215	40,8	212	40,2	527
Syddanmark	31	14,5	99	46,3	11	5,1	42	19,6	#	0,5	9	4,2	21	9,8	214
Esbjerg/Sønderborg ²	9	13,6	51	77,3									6	9,1	66
Vejle ³	22	14,9	48	32,4	11	7,4	42	28,4	#	0,7	9	6,1	15	10,1	148
Midtjylland	28	2,1	130	9,9	19	1,5	#	0,2			795	60,8	334	25,5	1.308
Randers	28	2,1	130	9,9	19	1,5	#	0,2			795	60,8	334	25,5	1.308

	Uegnet		For lidt materiale		Autolyse/ blødning		Teknisk dårligt		Inflammation		Materiale med for få pladeepitelceller		Materialet uden endocervikale celler		I alt Antal*
	NOS/mindre egnet														
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Nordjylland	8	2,1	10	2,7	4	1,1	3	0,8			351	93,4			376
Aalborg	8	2,1	10	2,7	4	1,1	3	0,8			351	93,4			376

* Summen af uegnede celleprøver er lavere i denne tabel (n=3127) end i summen af nævneren i hhv. indikatortabel 3a (n=3098) og indikatortabel 3b (n=33), idet en celleprøve både kan være cytologi-undersøgt OG HPV-undersøgt, dvs. den indgår i begge indikatortabeller. Hvis en celleprøve har flere m-koder indgår den kun én gang.

¹ Region H har kodet Postkonus cytologier med for få endocervikale celler forkert. Vi har brugt M-koden M00121 i stedet for M09019. Derfor er der i Tabel 3b ingen uegnede på den baggrund for Hovedstaden.

² Blandt patologi-afdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

³ Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

Indikatorområde: Svartid

Tabel 4a. Svartider i 2020 opgjort for celleprøver fordelt på prøvetagende læge i henholdsvis praksissektoren og hospitalssektoren

	Antal hverdage						
	Antal	%	Minimum	Gennemsnit	Std.	Median	Maksimum
Praksis	309.297	93,4	0	4,8	4,3	3,0	50
Sygehus	21.805	6,6	0	3,5	3,1	2,0	71
I alt	331.102	100,0	0	4,7	4,2	3,0	71

Tabel 4b. Svartider i 2020 opgjort for celleprøver +/- supplerende HPV-test

	Antal hverdage						
	Antal	%	Minimum	Gennemsnit	Std.	Median	Maksimum
Med HPV test	51.993	15,7	0	4,2	3,7	3,0	71
Uden HPV test	279.109	84,3	0	4,8	4,3	3,0	50
I alt	331.102	100,0	0	4,7	4,2	3,0	71

Indikatorområde: HPV test

Tabel 5a1. Fordelingen af positive HPV prøver i alderen 60-64 år for 2020

	HPV			HPV type
	HPV 16	HPV 18	other	ikke defineret
Danmark	114	26	479	50
Hovedstaden	36	4	120	50
Sjælland	20	3	89	.
Syddanmark	23	6	97	.
Midtjylland	27	9	118	.
Nordjylland	8	4	55	.
Hovedstaden	36	4	120	50
Hvidovre	36	4	120	50
Sjælland	20	3	89	.
Næstved	20	3	89	.
Syddanmark	23	6	97	.
Esbjerg/Sønderborg ¹	6	3	45	.
Vejle ²	17	3	52	.
Midtjylland	27	9	118	.
Randers	27	9	118	.
Nordjylland	8	4	55	.
Aalborg	8	4	55	.

*Summen af positive HPV-prøver er højere i denne tabel (n=669) end i Tabel 5a (n=636), idet én celleprøve kan indeholde flere HPV typer.

¹ Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2020 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Sønderborg pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

² Fra 29.05.17 opstart af implementerings-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test.

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekulære HPV test i cervix-screening i DK (opdateret i 2020)

Region	Prøvetagningsmedie, cytologi-diagnostik	ASCUS/kvinder ≥30 år	ASCUS<30/LSIL alle aldre	1. cytologi efter conus	”Check out” test ≥60 år	Kommentar
Nordjylland -Ålborg	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	Overgået til BD Onclarity HPV DNA test pr. 1.2.20, tidligere Roche Cobas
Midtjylland -Randers	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Udføres ikke rutinemæssigt	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	
Syddanmark -Vejle -Esbjerg -Sønderborg	Vejle*: ThinPrep med imaging guided screening ved mikroskopi af cytologien Esbjerg og Sønderborg **: SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Vejle: Roche cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche cobas HPV DNA test Sønderborg: Roche cobas HPV DNA test	Vejle: Aptima HPV mRNA test Esbjerg: Roche cobas HPV DNA test Sønderborg: Roche cobas HPV DNA test	Vejle: Roche cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche cobas HPV DNA test Sønderborg: Roche cobas HPV DNA test	Vejle: Roche cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche cobas HPV DNA test Sønderborg: Roche cobas HPV DNA test	*Fra 29.05.17 opstart af implementering-studie, hvor kvinder i SLB’s optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test **Prøver fra Esbjerg og Sønderborg modtages og nummereres fra 15.9.16 i Esbjerg hvor prøverne præpares og indskannes. Mikroskopi og HPV test foregår fortsat på begge afdelinger
Sjælland -Roskilde/Næstved	Næstved: SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Aptima udfaset pr. 1.6.20 og erstattet af Roche Cobas 4800.
Hovedstaden -Hvidovre	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	BD Onclarity HPV DNA test	Udføres ikke rutinemæssigt.	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	

Der anvendes aktuelt 3 forskellige HPV-tests i DK: Roche Cobas 4800, BD Onclarity, Aptima

Indikatorområde: Opfølgning

Indikator 6a. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 450 dage

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.11.2018 - 31.10.2019 Andel	95% CI	2017/2018 Andel	2016/2017 Andel
Danmark		68 / 6.042	0 (0)	1,1	(0,9-1,4)	0,8	0,7
Hovedstaden		40 / 2.886	0 (0)	1,4	(1,0-1,9)	0,9	0,8
Sjælland		8 / 433	0 (0)	1,8	(0,8-3,6)	0,3	0,7
Syddanmark		4 / 573	0 (0)	0,7	(0,2-1,8)	1,4	0,7
Midtjylland		12 / 1.499	0 (0)	0,8	(0,4-1,4)	0,5	0,5
Nordjylland		4 / 651	0 (0)	0,6	(0,2-1,6)	0,1	0,8

Indikator 6b. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor tidsgrænserne

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2% opfyldt		antal (%)	01.11.2018 - 31.10.2019 Andel	95% CI	2017/2018 Andel	2016/2017 Andel
Danmark	Nej	248 / 6.042	0 (0)	4,1	(3,6-4,6)	3,9	3,6
Hovedstaden	Nej	125 / 2.886	0 (0)	4,3	(3,6-5,1)	4,3	4,2
Sjælland	Nej	21 / 433	0 (0)	4,8	(3,0-7,3)	4,4	3,0
Syddanmark	Nej	23 / 573	0 (0)	4,0	(2,6-6,0)	4,1	3,1
Midtjylland	Nej	55 / 1.499	0 (0)	3,7	(2,8-4,7)	2,9	3,1
Nordjylland	Nej	24 / 651	0 (0)	3,7	(2,4-5,4)	3,6	3,3

Indikator 6c. Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 450 dage

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.11.2018 - 31.10.2019 Andel	95% CI	2017/2018 Andel	2016/2017 Andel
Danmark		1.133 / 22.713	0 (0)	5,0	(4,7-5,3)	4,0	3,8
Hovedstaden		339 / 8.460	0 (0)	4,0	(3,6-4,4)	3,6	3,4
Sjælland		279 / 2.929	0 (0)	9,5	(8,5-10,6)	6,3	4,1
Syddanmark		120 / 2.347	0 (0)	5,1	(4,3-6,1)	4,8	6,1
Midtjylland		225 / 5.994	0 (0)	3,8	(3,3-4,3)	3,2	3,1
Nordjylland		170 / 2.983	0 (0)	5,7	(4,9-6,6)	3,8	4,0

Indikator 6d. Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor tidsgrænserne

	Standard opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.11.2018 - 31.10.2019 Andel	95% CI	2017/2018 Andel	2016/2017 Andel
Danmark		2.826 / 22.713	0 (0)	12,4	(12,0-12,9)	12,3	11,2
Hovedstaden		1.052 / 8.460	0 (0)	12,4	(11,7-13,2)	12,8	11,9
Sjælland		440 / 2.929	0 (0)	15,0	(13,7-16,4)	12,3	8,9
Syddanmark		250 / 2.347	0 (0)	10,7	(9,4-12,0)	10,5	11,8
Midtjylland		659 / 5.994	0 (0)	11,0	(10,2-11,8)	12,0	10,9
Nordjylland		425 / 2.983	0 (0)	14,2	(13,0-15,6)	12,3	12,0

Appendiks II. Ordliste

Adenokarcinom – Kræft udgået fra cylinderepitel

Adenocarcinoma in situ – Forstadie til adenokarcinom

Aldersstandardiseret incidensrate – En sammenvejning af aldersspecifikke incidensrater med brug af en valgt standardbefolkning

ASCUS / ASCH / AGC / AIS – se forkortelseslisten

Atypi / atypiske celler – Anvendes om celleforandringer, hvor det ikke kan afgøres, om der er tale om godartede, reaktive forandringer, forstadier til kræft eller kræft

Atypi NOS – Atypiske celler, som ikke kan diagnosticeres som enten af pladeepitel eller cylinderepiteltype

Audit – En bagudrettet registrering af et emne, fx gennemgang af et patientforløb, der danner grundlag for en diskussion og evaluering mhp. en kvalitetsforbedring

Autolyse – Nedbrydning af celler ved deres egne enzymer

Automatiseret screening – Præscreening vha. computer

Bethesda – International klassifikation og nomenklatur af celleprøver fra livmoderhalsen (USA)

Biopsi – Vævsprøve

Carcinoma in situ / CIS – Den sværeste grad af forstadier, der kan videreudvikle sig til kræft

Cervix / Cervix uteri – (cervix er latin for hals) Livmoderhalsen: den nederste del af livmoderen

Cervixcytologisk undersøgelse – En undersøgelse af celler fra livmoderhalsen

CIN-klassifikation – Klassifikation af forstadier til livmoderhalskræft

Cylinderepitel – Cylinderformede celler, der beklæder slimhindeoverflade

Cytobioanalytiker – Bioanalytiker med kompetence i cellediagnostik

Cytologi – Læren om cellerne. Benyttes i patologien som betegnelse for diagnostik baseret på mikroskopisk undersøgelse af celleprøver

Deltagerprocent (for screeningsprogram mod livmoderhalskræft) – Andelen af inviterede kvinder, som bliver undersøgt

Deoxyribonucleinsyre (DNA) – Række af nucleotider, som findes i cellekernen. DNA-molekylerne udgør arvemassen (genomet) med alle dens gener (arveanlæg)

Dysplasi – Forstadier til kræft, der kan inddeles i let, moderat og svær dysplasi

Dækningsgrad – Den andel kvinder i en population, der i en given periode har fået taget en celleprøve

Edifact – Officiel standard for elektronisk forsendelse / udveksling af bl.a. sundhedsdata

Endocervikale celler – Cylinderepitelceller fra livmoderhalsens kanal

Ektocervix – Overfladen uden på livmoderhalsen

Endocervix – Overfladen i livmoderhalskanalen

Falsk negativ celleprøve – Når der ikke påvises abnorme celler, og kvinden alligevel har forstadier eller kræft

Falsk positiv celleprøve – Når der påvises celleforandringer tolket som forstadier eller kræft, som efterfølgende undersøgelse ikke kan bekræfte

Fiksering – Metode til at bevare celle- eller vævsstrukturer

Fikseringsvæske – Væske til bevaring af celler eller væv

Guidet screening / guidet mikroskopi – Computerassisteret mikroskopi, hvor bioanalytikeren automatisk præsenteres for synsfelter/punkter, som er markeret af computeren

Histologi – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning

Human papillomavirus (HPV) – Virus, der kan medføre forstadier til livmoderhalskræft og livmoderhalskræft

Hysterektomi / total hysterektomi – Fjernelse af hele livmoderen

Incidens / incidente tilfælde – Antal nye tilfælde af en sygdom, som opstår i løbet af en given periode (ofte et år) i en afgrænset befolkning

Indikator / kvalitetsindikator – Målbart variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten

Inflammation – Betændelse

Karcinom – Kræft udgået fra epitel

Keglesnit eller konisering – Fjernelse af et kegleformet stykke væv fra livmoderhalsen

Koilocytose – Pladeepitel med halo omkring kernen. Kan ses ved infektion med HPV

Kolposkopi – Kikkertundersøgelse af skeden og den synlige del af livmoderhalsen

Mikroskopi – undersøgelse af celler eller væv i mikroskop

Negativ diagnose – Prøver besvaret som normale

Negativ prædiktiv værdi – Ofte forkortet NPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en negativ test er rask

Neoplasi – Nydannelse af celler, der kan være såvel godartet som ondartet

Onkogen – Gen, hvis produkt kan transformere celler til cancerceller

Onkogen HPV – En type human papillomavirus, der kan medføre udvikling af livmoderhalskræft

Opportunistisk screening – Celleprøver taget uden for det organiserede screeningsprogram

Patologidatabanken / Patobanken – Landsdækkende databank, der indeholder alle patologidata inkl. diagnoser

Persisterende – Kronisk, vedvarende

Pladeepitel – Epitel, hvor cellerne ud mod overfladen har form af tynde plader parallelle med overfladen

Planocellulært karcinom – Kræft, der udgår fra flerlaget pladeepitel

Population – Befolkning, bestand. Betegner i statistikken den gruppe af enkeltindivider, som et studie siger noget om

Positiv diagnose – Prøver besvaret som abnorme

Positiv prædiktiv værdi – Ofte forkortet PPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en positiv test er syg

Prospektiv – Fremadskuende

Prævalens – Den brøkdelen af en befolkning, der på et givet tidspunkt har lidelsen.

Retrospektiv – Bagudskuende

Screening for kræft – En undersøgelse af en gruppe personer uden symptomer med det formål at finde forstadier eller sygdom på et tidligt stadium

Screeningspopulation – Den målgruppe i befolkningen der tilbydes en given screening

Screeningsprøve fra livmoderhalsen – Celleprøve fra livmoderhalsen undersøgt som følge af en invitation eller et rykkerbrev. Defineres som en celleprøve modtaget inden for 12 måneder efter udsendelse af invitationsbrevet

Sensitivitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet positiv, givet man er syg. Angiver testens evne til at finde de syge / klassificere

Specifitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet negativ, forudsat man er rask. Angiver testens evne til at klassificere raske som raske

Standard – Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet

Standardiseret incidensrate / incidensrate – Antal nye tilfælde af en sygdom i relation til risikotiden (summen af tid, hvor personerne var i risiko for at få sygdommen første gang). Ved standardisering tages der højde for forskelle i f.eks. alderssammensætningen.

Transformationszonen – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel

Triage – sortering og prioritering af patienter i sundhedssektoren

Udstrygningsteknik (UST) – Celleprøve fra livmoderhalsen primært udstrøget på objektglas

Vagina – Latin for skeden

Væskebaseret teknik (VBT) – Celleprøve fra livmoderhalsen, der primært er fikseret i væskebeholder og efterfølgende maskinel fremstilling af celleprøve på objektglas

Appendiks III. Forkortelsesliste

AGC	Atypical Glandular Cells (atypiske cylinderepitelceller)
AIS	Adenocarcinoma in Situ (adenokarcinom in situ)
ASCH	Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL)
ASCUS	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning)
CI	Confidence interval
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia
CIS	Carcinoma in situ
DGCG	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe
DGCD	Dansk Gynækologisk Cancer Database
DKLS	Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening
DPAS	Dansk Patologiselskab
DSPAC	Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
DNA	Desoxyribonucleinsyre
Edifact	Officiel standard for elektronisk forsendelse / udveksling af bl.a. sundhedsdata
FDA	Food and Drug Administration (USA)
HPV	Human papillomavirus
HSIL	High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (svær grad af pladeepitelforandring)
KCN	Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser (Nord)
LSIL	Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (let grad af pladeepitelforandring)
NOS	Not otherwise specified
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine f. eks. T-kode for topografi, M-kode for morfologi og Æ-kode for ætiologi og opfølgning
UST	Udstrygningsteknik
VBT	Væskebaseret teknik
WHO	World Health Organization

Appendiks IV. Indikatoroversigt og beskrivelse

Generelle aspekter:

DKLS skal én gang årligt offentliggøre en epidemiologisk og fagligt kommenteret årsrapport, som skal være tilgængelig for de indberettende enheder. Denne afrapporterer de nationale indikatorer til måling af kvaliteten af screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft.

Indikatorernes afrapporteringsniveau er forskellige og fremgår for hver indikator af oversigtstabellen. På sigt ønskes også en afrapportering af indikatorerne på ydernummerniveau, men dette er ikke muligt for øjeblikket. Der sigtes endvidere mod at udvikle en web-baseret adgang for hvert ydernummer til egne data sammenholdt med f.eks. det regionale gennemsnit.

Celleprøver, der er registreret i Patologidatabanken, stammer fra kvinder, som (1) indbydes og deltager i screeningsprogrammet, (2) får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) og (3) får taget en celleprøve som kontrol efter behandling for forstadier til livmoderhalskræft.

Indikatorer samt standarder er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2012 vedrørende ”Screening for livmoderhalskræft”, Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 om ”Væskebaseret teknik og udstrykningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark – en medicinsk teknologivurdering” samt tidligere opgørelser fra Patologidatabanken af deltagerprocent og dækningsgraden vedr. screening for livmoderhalskræft.

På de følgende sider ses oversigtsskemaer for hvert indikatorområde og de enkelte indikatorer, som fra 1. januar 2009 bliver opgjort årligt af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), samt uddybende specifikationer, forklaringer og argumentation for hver indikator.

Indikatorområde: Kapacitet				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p>Indikator 1. Antal cervixcytologiske celleprøver på landsplan samt fordelt på regioner og patologiafdelinger, alle aldersgrupper (struktur mål)</p>	<p>Specifikation: Antallet af celleprøver pr. patologiafdeling bør opgøres årligt, da Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til de undersøgende patologiafdelinger er minimum 25.000 celleprøver årligt – jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012.</p> <p>Argumentation: Minimum på 25.000 celleprøver årligt er sat for at opretholde den diagnostiske kvalitet og erfaring, idet Sundhedsstyrelsen samtidig anbefaler, at alle celleprøver fra livmoderhalsen undersøges på patologiafdelinger.</p> <p>Operationalisering: Datadækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009), og proceduredatoen anvendes til at fastlægge tidsvinduet. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).</p> <p>Celleprøver: T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology</p>	<p>≥25.000</p>	<p>Landsregisteret for Patologi</p>	<p>Nationalt</p> <p>Regionalt</p> <p>Patologiafdeling</p>

Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p>Indikator 2a. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening (procesmål)</p> <p>Supplerende i appendiks 1</p> <p>Indikator 2a1. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første invitation ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Standard: $\geq 50\%$</p> <p>Indikator 2a2 Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres første gang. *Første geninvitation udsendes 90 dage efter 1. invitation. Standard: $\geq 40\%$</p> <p>Indikator 2a3. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra</p>	<p>Specifikation: Indikatoren måler kvaliteten af invitationsproceduren i forhold til deltagelse. Der ønskes en monitorering af den omkostningstunge invitationsprocedure, især vedrørende den 2. geninvitation. Hittidige erfaringer i Danmark har vist effekt af 2. geninvitation og dermed positiv effekt på screeningsprogrammets deltagerprocent.</p> <p>Argumentation: Vigtig parameter for, om der opnås ønsket effekt af de udsendte invitationer. Det skal sikres, at kvinder ikke unødigt inviteres til screening, da for hyppige screeningsintervaller kan resultere i overdiagnostik og dermed overbehandling af kvinderne.</p> <p>Operationalisering: Dataudtrækket inkluderer alle kvinder, der er inviteret til screening i den foregående 1 års periode (f.eks. 01-01-2014 til 31-12-2014), således at der kan opnås 1 års follow-up (3 mdr. fra invitation til 1. geninvitation + 3 mdr. fra 1. geninvitation til 2. geninvitation og derefter 6 mdr.) for alle inviterede kvinder.</p> <p>Ved beregning af deltagelsesprocenten efter invitation samt efter 1. og 2. geninvitation er der taget udgangspunkt i det antal invitationer, hvor der</p>	<p>$\geq 75\%$</p>	<p>Patologidatabankens Indkaldemodul</p>	<p>National</p> <p>Regionalt</p> <p>Kommunalt</p>

<p>livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres anden gang. *Anden geninvitation udsendes 180 dage efter 1. invitation.</p> <p>Standard: ≥ 20 %</p>	<p>er en afsendelsesdato, og det antal kvinder der efterfølgende er registeret med en prøve inden for hvert tidsinterval (90 dage) efter den foregående invitation eller geninvitation.</p>			
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p>Indikator 2b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad) i hele landet samt fordelt på regioner (effekt mål)</p>	<p>Specifikation: Kvinder i aldersintervallet fra 23 til 49 år anbefales screening for livmoderhalskræft hvert tredje år, og kvinder i alderen 50-64 år anbefales screening hvert femte år. Da der først sendes invitationsbreve ud henholdsvis 3 eller 5 år efter seneste celleprøve, kan der forventes at gå længere tid end 3 eller 5 år, inden kvinden bliver inviteret til næste screeningsrunde. Denne ventetid er her sat til et halvt år. Dækningsgraden beregnes for en given dato. For kvinder i alderen 23,5 til 50,4 år opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 3,5 år. For kvinder i alderen 50,5 til 65,4 år opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 5,5 år. Dækningsgraden beregnes for alle kvinder, uanset om de har fået foretaget celleprøven på baggrund af en ”programinvitation” eller ej (opportunistisk). Dækningsgraden opgøres på kommunalt, regionalt</p>	<p>≥85 %</p>	<p>Danmarks Statistik Landsregisteret for Patologi CPR registret</p>	<p>Nationalt Regionalt Kommunalt</p>

	<p>og nationalt niveau. Det er et øjebliksbillede og skal derfor udføres på alle niveauer på samme dato.</p> <p>Argumentation: Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge screeningsprogrammets effektivitet.</p> <p>Operationalisering: Udtræk fra DST og CPR, der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet. Fra LRP hentes relevante celleprøve(r) i hhv. 42 og 66 måneder fra udtræksdato med henholdsvis 3 og 5 års screeningsintervaller.</p> <p>Indikatoren afspejler derfor ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode.</p> <p>Tæller: Kvinder med minimum én celleprøve fra livmoderhalsen (T8X3* eller T8x210 og MATTYP 23) inden for de seneste 42 hhv. 66 måneder. (prøven medtælles i den aldersgruppe som kvinden er i nu, og ikke i den aldersgruppe kvinden tilhørte på prøvetagningstidspunktet).</p>			
--	--	--	--	--

Indikatorområde: Prøvekvalitet				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 3a. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologiundersøgte prøver (procesmål)	<p>Specifikation: En uegnet celleprøve defineres ved enten for lidt materiale eller teknisk dårlig kvalitet f.eks. autolyse eller blodtilblanding, jf. Bethesda-klassifikationen, dvs. svarende til koderne for uegnet anført i Tabel 1. i ”Cervical cytology – distribution and diagnoses and Quality assurance, 20. November 2014”.</p> <p>Celleprøven tæller som egnet, hvis der samtidig med en kode for uegnet er en diagnosekode for karcinom, HSIL, LSIL, ASCH, ASCUS, AIS, ACG eller normal, jf. Tabel 1. i ”Cervical cytology – distribution and diagnoses and Quality assurance, 20. November 2014”.</p> <p>Argumentation: Årlig opgørelse og tilbagemelding over uegnede celleprøver vil øge opmærksomheden på celleprøvens kvalitet.</p> <p>Operationalisering: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009). Indikatoren afspejler kvaliteten af prøvetagning, præparerings- og screeningsteknik samt</p>	≤1,5 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologifdeling

	<p>kodepraksis, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).</p> <p>Celleprøver: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervicale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology afgrænset til cytologi-undersøgte prøver</p> <p>Tæller: Alle celleprøver koblet med mindst én af koderne for uegnede celleprøver inden for tidsperioden men ikke en samtidig diagnosekode.</p>			
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 3b. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver (procesmål)	<p>Specifikation: En uegnet celleprøve defineres ved enten for lidt materiale eller teknisk dårlig kvalitet f.eks. autolyse eller blodtilblanding, jf. Bethesda-klassifikationen, dvs. svarende til koderne for uegnet anført i Tabel 1. i ”Cervical cytology – distribution and diagnoses and Quality assurance, 20. November 2014”.</p> <p>Celleprøven tæller som egnet, hvis der samtidig med en kode for uegnet er en diagnosekode for karcinom, HSIL, LSIL, ASCH, ASCUS, AIS, ACG eller normal, jf. Tabel 1. i ”Cervical cytology – distribution and diagnoses and Quality assurance, 20. November 2014”.</p>	≤0,2 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling

	<p>Argumentation: Årlig opgørelse og tilbagemelding over uegnede celleprøver vil øge opmærksomheden på celleprøvens kvalitet.</p> <p>Operationalisering: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009). Indikatoren afspejler kvaliteten af prøvetagning, præparerings- og screeningsteknik samt kodepraksis, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).</p> <p>Celleprøver: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervicale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology, afgrænset til HPV-undersøgte prøver</p> <p>Tæller: Alle celleprøver koblet med mindst én af koderne for uegnede celleprøver inden for tidsperioden men ikke en samtidig diagnosekode.</p>			
Indikatorområde: Svartid				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 4. Andelen af celleprøver hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen (procesmål)	Specifikation: Det antal hverdage, der går fra celleprøven modtages på patologiafdelingen til undersøgelsessvaret afsendes til prøvetager.	≥95 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling

	<p>Argumentation: Svartiden bør ikke overskride 10 hverdage jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Operationalisering: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009).</p> <p>Celleprøver: T8X2** eller T8X3** eksklusiv revisionspræparater samt specialundersøgelser og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology fra kvinder i alderen 23-64 år på modtagedato.</p> <p>Svartid: Tid fra modtagedato til svar dato. Vi har defineret at modtagedatoen = 0 dag og første arbejdsdag = 1 hverdag efter modtagedatoen. Eksempel: 01-07-2011 = Modtagedato = 0, 02-07-2011 = Første arbejdsdag = 1. Både 1. maj og 5. juni (Grundlovsdag) er defineret som helligdage.</p> <p>Tæller: Svartiden ligger ≤ 10 hverdage fra modtagedatoen på patologi afdelingen.</p>			
Indikatorområde: HPV-test				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt kvinder i alderen 60-64 år (procesmål)	Specifikation: Det antal HPV-test der er positive blandt alle HPV-test foretaget i denne aldersgruppe hos kvinder, der har modtaget en invitation.	-	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt

	<p>Argumentation: HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder i alderen 60-64 år jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvis HPV ikke påvises, ophører screening.</p> <p>Operationalisering: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009).</p> <p>Celleprøver: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 for kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation.</p> <p>Tæller: Antal positive HPV-tests.</p>		Patologidatabankens Indkaldemodul	Patologiafdeling
Indikatorområde: Opfølgning				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage ud af alle celleprøver med svære celleforandringer. Opgjort på landsplan og for regioner (effekt mål)	<p>Specifikation: Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC) skal jf. retningslinjerne følges op inden for 180 dage. Via Patobanken er det muligt at identificere, hvornår kvinder med en celleprøve med svære celleforandringer er fulgt op.</p> <p>Argumentation: Såfremt kvinder med svære celleforandringer ikke bliver fulgt op, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået.</p>	Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage.	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt

	<p>Operationalisering: Dataudtrækket dækker det mest nutidige 1-årige tidsinterval (f.eks. 01-10-2013 til 30-09-2014), der giver tilstrækkelig opfølgningstid (450 dage for alle prøver dvs. inkl. for uegnede og abnorme prøver).</p> <p>Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for alle celleprøver med svære celle forandringer, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioderne.</p> <p>Celleprøver: M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80015, M80702, M80732, M80762, M80812, M80102, M80702, M80722, M80732, M81402, M67010, M69762, M67020, M69712, M8___3, M9___3, M740_9, M74C_9 og M74B_9</p> <p>Henvisning til gynækolog defineres som = ny cervixcytologisk undersøgelse</p> <p>I nedenstående beskrivelse af tæller og nævner er Æ-koder for opfølgningstidspunkt inkluderet (svarende til den supplerende analyse 8B)</p> <p>Tæller: Alle celleprøver med svære celleforandringer koblet med ÆAAX15 (gynækologisk specialundersøgelse tilrådes inden for 3 måneder) eller ÆAA015 (gynækologisk specialundersøgelse</p>			
--	---	--	--	--

	<p>med kolposkopi tilrådes) uden ny opfølgende prøve; T8X2** (cytologi, vagina), T8X3** (cytologi, cervix), T80*** (vulva, labia, clitoris, Bartholins kirtel), T81*** (vagina), T82*** (uterus), T83*** (cervix uteri), T84*** (endometrium), T85*** (myometrium), T86*** (tuba, ligament, parametrium, parovariale region) eller T87*** (ovarium) inden for 7 dage før modtagedato til 120 dage (3+1 mdr.) efter svar dato OG</p> <p>alle celleprøver koblet med ÆAA021 (cytologisk kontrol om 2-4 måneder tilrådes) eller ÆAA001 (cytologisk kontrol om 3 måneder tilrådes) eller ÆAA002 (cytologisk kontrol om 3 måneder tilrådes: tidligere koniseret) eller ÆAA003 (cytologisk kontrol om 3 måneder tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA0X1 (cytologisk kontrol om 3 måneder efter lokal østrogenbehandling tilrådes) eller ÆAA0Y1 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 4 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 180 dage (3+3 mdr.) efter svar dato OG</p> <p>alle celleprøver koblet med ÆAA004 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes) eller ÆAA005 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere cytologisk fund) eller ÆAA006 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere koniseret) eller ÆAA007 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA0Y2 (cytologisk kontrol inkl.</p>			
--	--	--	--	--

	<p>test for HPV om 6 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 270 dage (6+3 mdr.) efter svar dato OG</p> <p>alle celleprøver koblet med ÆAA018 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes) eller ÆAA008 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere cytologisk fund) eller ÆAA009 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere koniseret) eller ÆAA010 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA00A (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere hysterektomeret) eller ÆAA00B (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere strålebehandlet) eller ÆAA00E (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere histologisk fund) eller ÆAA0X7 (cytologisk kontrol om 18 måneder tilrådes) eller ÆAA0Y3 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 1 år tilrådes) eller ÆAA0Y4 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 18 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 180 dage efter svar dato.</p> <p>Nævner: Alle celleprøver med svære celleforandringer koblet med ÆAA00A, ÆAA00B, ÆAA00E, ÆAA001, ÆAA02, ÆAA03, ÆAA004, ÆAA05, ÆAA06, ÆAA07, ÆAA008, ÆAA009, ÆAA010, ÆAA015, ÆAA018, ÆAA021, ÆAA0X1, ÆAA0X7, ÆAA0Y1, ÆAA0Y2, ÆAA0Y3, ÆAA0Y4, eller ÆAAX15.</p>			
--	--	--	--	--

	Jf. "Cervical cytology – distribution and diagnoses and quality assurance", 20. November 2014 Tabel 8a og 8b.			
Indikatorområde: Antal tilfælde af livmoderhalskræft				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 7a. Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år (effekt mål)	<p>Uddybende forklaring: Opgørelse af forekomsten af livmoderhalskræft kræver løbende registrering af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft. Argumentation: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte antallet af nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft.</p> <p>Operationalisering: Det årlige antal nye tilfælde hentes fra Cancerregisteret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).</p>	<350	Cancerregistret	Nationalt Regionalt
Indikator 7b. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år (effekt mål)	<p>Uddybende forklaring: Incidensraten er et bedre udtryk end det absolutte tal, når der skal sammenlignes på tværs af regioner samt over tid.</p> <p>Specifikation: Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.</p>	<13,9 pr. 100.000 kvinder	Cancerregistret	Nationalt Regionalt

	<p>Argumentation: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft.</p> <p>Operationalisering: Baseres på data fra Cancerregisteret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).</p>			
--	--	--	--	--

Kommentarer fra regioner og afdelinger

Region Nordjylland:

Indikator 4: I RN har der været nedbrud på udstyr til HPV-test henover to perioder i løbet af 2020, hvilket har påvirket svartiderne.