

Styregruppen for DKMS

Årsrapport DKMS 2010 vedr. den første nationale screeningsrunde

Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræftscreening

INDHOLD	
BAGGRUND	2
STYREGRUPPENS SAMMENSÆTNING	4
SAMMENFATNING	5
DATAGRUNDLAG	7
DATAKVALITET	9
INDIKATOROPGØRELSER	12
Indikator 1. Stråledosis	12
Indikator 2. Deltagelse	13
Indikator 3. Overholdelse af fastlagt screeningsinterval	15
Indikator 4. Genindkaldelse	16
Indikator 5. Intervalcancere	17
Indikator 6. Invasive brysttumorer	18
Indikator 7. Node negative cancere	19
Indikator 8. Små cancere	21
Indikator 9. Benign vs. malign operation	23
Indikator 10. Brystkræftpatienter der modtager brystbevarende operation	24
Indikator 11. Svartid	25
REVISIONSPÅTEGNING	27
BILAG	28
Bilag 1: Datadefinitioner	

Baggrund

I forbindelse med implementeringen af Folketingets beslutning om indførelse af mammografiscreening udarbejdede Sundhedsstyrelsen og Danske Regioner en ramme, inden for hvilken dette behandlingstilbud skulle kvalitetsmonitoreres. Med udgangspunkt i EUREF's Europæiske Guidelines¹ skulle der dels udarbejdes kliniske retningslinjer for mammografiscreening i Danmark, dels skulle der udvikles og vedligeholdes et sæt kvalitetsindikatorer egnede til at monitorere screeningens kvalitet.

Det blev forudsat, at kvalitetsmonitoreringen skulle baseres på data fra Landspatientregistret (LPR) med supplerende data fra andre registre efter behov, dog således at alle data skulle hentes direkte fra eksisterende datakilder. Det blev også krævet, at data skulle rapporteres på årlig basis i ikke-anonymiseret, enhedsspecifik form.

I 2007 blev Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræftscreening (DKMS) nedsat med henblik på at varetage kvalitetsovervågningen. Styregruppen er sammensat i henhold til givet kommissorium. Heri indgår, at databasen er fagligt forankret i Dansk Radiologisk Selskab, Dansk Mammakirurgisk Selskab og Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi.

Styregruppen har siden udarbejdet retningslinjer som kan læses på Dansk Radiologisk Selskabs hjemmeside (www.drs.dk).

Arbejdet med indikatorerne har gennemgået flere faser. Først udvælgelse af indikatorer og operationalisering af disse, hvilket har medført et behov for at justere kodepraksis på de radiologiske afdelinger og på patologiafdelingerne, herefter overføring af data og validering af disse. Den sidste fase har bestået i at få overføringerne komplette, hvilket har vist sig at være en arbejds- og tidskrævende proces. Det har derfor været nødvendigt at udskyde udsendelsen af den første rapport i flere omgange. Til trods for dette, har styregruppen måttet erkende, at det ikke har været praktisk muligt at skaffe komplette data. Dette er dog et problem, der hovedsageligt berører opstartsfasen af databasen.

De indsamlede data analyseres for den første nationale screeningsrunde, der må betragtes som baseline, når udviklingen fremover følges. Dette betyder, at sammenligningen mellem screeningsenhederne i denne første rapport skal foretages med forsigtighed. Dels er der områder i Danmark, som ved påbegyndelsen af dette arbejde havde haft et screeningsprogram igennem en længere periode (Københavns Kommune, Frederiksberg Kommune, Fyn, Bornholm, Vestsjælland), dels er screeningens første runde i det øvrige land ikke afsluttet overalt ved rapportens tilblivelse (Region Sjælland).

Styregruppen finder dog, at de her præsenterede data kan være til betydelig hjælp i kvalitetsarbejdet på de enkelte screeningsenheder.

¹ 4th Edition of the European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, Eds.: N. Perry, M. Boroeders, C. De Wolf, S. Törnberg, R. Holland, L. Von Karsa, © European Communities, 2006

Inden næste rapport er det vort håb at kunne løse de datatekniske udfordringer med at give screeningsenhederne on-line adgang til egne data.

Styregruppen for DKMS, marts 2011

Jens Peter Garne
Formand for DKMS

Ledende overlæge
Mammakirurgisk Klinik
Aalborg Sygehus

Styregruppens sammensætning

Styregruppen for DKMS 2011

- Ledende overlæge Jens Peter Garne, Formand, Region Nordjylland samt Dansk Mammakirurgisk Selskab
- Screeningschef, overlæge Ilse Vejborg, Region Hovedstaden samt Dansk Radiologisk Selskab
- Overlæge Anders Lernevall, Region Midtjylland
- Ledende overlæge Walter Schwartz, Region Syddanmark
- Ledende overlæge Nikolaj Borg Mogensen, Region Sjælland
- Ledende overlæge Martin Bak, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
- Seniorforsker Ellen M. Mikkelsen, Kompetencecenter Nord

Endvidere bidrag fra regionernes RIS/PACS systemadministratorer m.fl.:

- Bente Makhholm (Region Hovedstaden)
- Lillian Kofoed (Region Sjælland)
- Bente Magelund (Region Syddanmark)
- Ulf Viig (Region Midt)
- Mirjam Rasmussen/Betina Vindbæk Jørgensen (Region Nordjylland)

Samt leder af Afdeling for Folkeundersøgelser:

- Overlæge Berit Andersen (Region Midtjylland)

Herudover biostatistiker Henrik Nielsen, biostatistiker Heidi Larsson og projektkoordinator Dorrit D. Andersen (alle Kompetencecenter Nord).

Sammenfatning

Med udgangspunkt i det kommissorium der blev forelagt af Danske Regioner og Sundhedsstyrelsen, har styregruppen udvalgt 11 indikatorer, som vi har fundet egnede til at monitorere væsentlige kvalitetsaspekter af mammografiscreeningen. Den standard som hver indikator vejes mod er valgt i overensstemmelse med de Europæiske Guidelines. To af indikatorerne (3,5) relaterer sig til tiden mellem to runder, og savner således relevans for denne første runde. Indikator 1 omhandler stråledosis, men de tekniske forudsætninger for at måle og registrere dette ensartet er stadig ikke helt på plads. For de resterende otte indikatorer er den fastsatte standard opnået på landsplan for 6 indikatorer (2,4,6,8,9,10) og for samtlige regioner for i alt fire af disse (4,8,9,10).

For indikator 2 (deltagelse) er der to regioner som lige knap når op til standarden på 75 %, men alle regioner har en deltagelsesprocent der ligger over 70 %, som i de europæiske anbefalinger betegnes som acceptabelt.

Når det gælder indikator 6, som viser forholdet mellem invasiv og non-invasiv malignitet, overholdes standarden på nationalt plan, men overskrides af én region. På baggrund af en manuel gennemgang af supplerende data er der konstateret fejl i kodepraksis. Det er Styregruppens opfattelse, at alle regioner ville opfylde standarden, hvis der kunne korrigeres for denne fejl i kodepraksis.

For indikator 7 (andel med negativ lymfeknudestatus) gælder, at standarden kun lige opnås i én region. Her mener Styregruppen, at årsagen skal søges i, at vi har valgt at følge den Europæiske standard, som er fastlagt inden sentinel node diagnostikken slog igennem. Indførelse af denne metode medfører en forskydning af diagnosticeret stadium, som forklaret i kommentaren til indikator 7. Dette må følges fremover, og standarden eventuelt justeres nedad.

For indikator 10 (andel der modtager brystbevarende operation) gælder det modsat, at alle regioner ligger langt over den fastsatte standard. Dette vil vi tilskrive, at den europæiske standard er tilkommet i en periode, hvor der var en mere konservativ holdning til denne form for behandling. Her vil styregruppen følge udviklingen og formentlig senere justere standarden opad.

Standarden for indikator 11 (screeningssvar ≤ 10 arbejdsdage) er kun opfyldt i to regioner. Det er styregruppens opfattelse, at dette helt kan tilskrives, at der ikke ved starten af det nationale program var skabt forudsætninger for at gennemføre dette i en jævn takt. Dette, sammen med et politisk ønske om ikke at forlænge første screeningsrunde medførte et så betydende pres på de radiologiske afdelinger, at svartiderne ikke kunne overholdes.

Sammenfatningsvist vil vi ud fra de indsamlede data konkludere, at den første runde af det nationale screeningsprogram holder en internationalt set god standard, og at de problemer der er identificeret overvejende relaterer sig til datatekniske og logistiske problemer, som vi forventer løst inden afrapportering for runde 2.

Resumé af indikatorresultater opgjort på landsplan ved første runde af det nationale screeningsprogram for brystkræft

Indikator	Standard	Landsresultat
1. Stråledosis	<2,0 mGy	Ikke opgjort
2A. Deltagelse i forhold til de inviterede	>75 %	78,2 % (78,1 - 78,3)
2B. Deltagelse i forhold til targetpopulation ¹	Ikke fastsat	76,0 % (75,9 - 76,1)
3. Overholdelse af fastlagt screeningsinterval	≥98 %	Ikke opgjort
4. Genindkaldelse	<5 %	3,0 % (3,0 - 3,1)
5. Intervalcancere ²	< 30 %	Ikke opgjort
6. Invasive brysttumorer	≥80 & ≤90 %	87,6 % (86,6 – 88,6)
7. Node negative cancere	>70 %	67,3 % (65,7 – 68,8)
8. Små cancere (tumorstørrelse ≤10mm)	≥25 %	36,5 % (34,8 – 38,3)
9. Benign vs. malign operation	≤1:4	1:6,1
10. Brystbevarende operation	>50 %	80,1 % (78,8 – 81,4)
11. Svartid (≤10 arbejdsdage)	>95 %	70,5 % (70,4 - 70,6)

¹ Antal kvinder i Danmark pr. 01-01-2008 i alderen 50-69 år.

² Opgjort i forhold til baggrundsincidensen ved fravær af screening.

Datagrundlag

Datagrundlaget for denne rapport vedrører de kvinder, der er inviteret til at deltage i **første runde af det nationale program** for brystkræftscreening i deres respektive region. Data er løbende indberettet fra de fem regioners invitationssystemer til Dansk Kvalitetsdatabase for mammografiscreening (DKMS). Herefter er de øvrige relevante data indhentet fra henholdsvis Patologidatabanken (Patobanken) og Landspatientregisteret (LPR).

Invitationspopulationen er defineret som samtlige kvinder screeningsenhederne har inviteret til at deltage i screeningsprogrammet inden for den specifikke screeningsrunde. Kvinder, der har frmeldt deres deltagelse i screeningen i tidligere lokale screeningsrunder, er derfor ikke inkluderet i invitationspopulationen.

En **screeningsrunde** er defineret som en programperiode, hvor startdato og slutdato er fastsat på regionsniveau. Det er defineret, at en kvinde tilhører første runde, hvis hendes første tilbudte screeningsdato (bookingdato) ligger inden for regionens start- og sluttidspunkt for første runde. Tidspunktet for start og afslutning af første screeningsrunde er forskelligt for de fem regioner, og er derfor anført separat for hver region (Tabel I).

Tabel I. Start- og sluttidspunkt første screeningsrunde i det nationale screeningsprogram

Region	Start	Slut
Hovedstaden	20-12-2007	31-01-2010 Bornholm er afsluttet 31-3-2010
Midtjylland	22-2-2008	31-12-2009
Nordjylland	Medio 2007	15-08-2009
Sjælland	01-07-2008	31-12-2010
Syddanmark	1-09-2007	16-07-2010

Årsrapporten er derfor baseret på de kvinder der tilhører første runde og er inviteret i perioden fra medio 2007, hvor de første kvinder blev inviteret til screening, og til 4. november 2010, hvor data er udtrukket fra LPR og Patobanken. Den 4. november er arbitrært valgt, men tager udgangspunkt i, at de fleste regioner har afsluttet første screeningsrunde primo 2010. Regionerne har således haft nogle måneder til at udføre evt. opfølgende undersøgelser og behandling af de kvinder der er inviteret **sidst** i første screeningsrunde.

Hver kvinde er kun inkluderet én gang i første runde. Det betyder, at kvinder, der har flyttet adresse til en anden region i løbet af screeningsrunden, og derfor er blevet indkaldt og evt. screenet i to eller flere regioner, kun medtælles én gang, svarende til den region hvor første invitation er udsendt.

Der gøres opmærksom på, at der kan være kvinder, der tilhører første screeningsrunde, men som ikke indgår i datasættet, fordi de selv har udsat screeningstidspunktet. Ligeledes vil datasættet ikke være komplet for de kvinder, der enten ikke har afsluttet deres efterfølgende behandling, eller hvor

data ikke var registreret i LPR den 4. november 2010. Desuden havde Region Sjælland ikke afsluttet første screeningsrunde inden 4. november 2010, hvorfor denne årsrapport kun delvist afspejler kvaliteten af det samlede nationale screeningsprograms første runde.

Det må også bemærkes, at Region Hovedstaden, Syddanmark og Sjælland har haft lokale screeningsprogrammer igennem længere tid, hvorfor disse regioner kun delvist befinder sig i prævalensrunden (første screeningsrunde hvor prævalente tumorer identificeres). I disse tre regioner har en del kvinder frmeldt deres deltagelse i de lokale screeningsprogrammer, hvorfor de heller ikke er inviteret til at deltage i den første nationale screeningsrunde. Dette vil påvirke indikatorresultaterne, og må tages i betragtning ved sammenligning af indikatorresultaterne fra de fem regioner.

Hvis en kvinde er registreret med mere end én screeningsdato i LPR (f.eks. på grund af teknisk genindkaldelse) inden for runde 1, er der ved beregning af indikator 11 (svartid) anvendt den første screeningsdato.

Ved beregning af indikator 2, 4, 6, 7, 8 og 9 er den anden screeningsdato i LPR anvendt, hvis en kvinde er registreret med flere screeninger inden for runde 1, da den sidste screening er afgørende for det videre behandlingsforløb.

Desværre har det ikke været muligt at fremskaffe adækvat datamateriale til at opgøre indikator 1 (stråledosis) til denne første rapport.

Indikator 3 (overholdelse af fastlagt screeningsinterval) og indikator 5 (intervalcancer) er ikke relevante at opgøre i første runde, og er derfor ikke medtaget i rapporten.

Afslutningsvist gøres der opmærksom på, at antallet af kvinder der indgår i beregningen af indikator 6, 7, 8, 9 og 10 varierer. Dette skyldes, at der i beregningen af de enkelte indikatorer tages hensyn til specifikke diagnosekoder, lymfeknudestatus, tumorstørrelse samt om kvinden er opereret eller ikke opereret. Desuden anvendes der Patobank data til at opgøre indikator 6, 7 og 8; LPR data til at opgøre indikator 9; samt både LPR og Patobank data til at opgøre indikator 10.

Der henvises i øvrigt til Bilag 1. Datadefinitioner, for nærmere beskrivelse af, hvordan hver indikator er defineret og beregnet.

Datakvalitet

Data indberettet til DKMS via web-service

Hver region har et centralt invitationssystem, hvorfra der via en web-service kontinuerligt overføres følgende data til DKMS vedr. kvinder der inviteres til screening: CPR-nummer, invitationsdato, bookingdato, rundenummer og svar dato. Der foretages således ingen manuel indtastning. Samtlige invitationer, inklusive tilhørende personnumre, indgår i de regionale administrative invitationssystemer. DKMS har derfor 100 % dækningsgrad i forhold til de indberettende enheder (5 regionale screeningsenheder), og potentielt 100 % dækningsgrad i forhold til alle kvinder der inviteres til screening.

Der er i alt inviteret 663.398 kvinder (Tabel II) til screening i den første nationale screeningsrunde. Af de 663.398 kvinder er 1.289 kvinder inviteret i flere end én region. Det skal dog bemærkes, at Region Sjælland på opgørelsestidspunktet endnu ikke havde afsluttet første runde, hvorfor det totale antal inviterede kvinder i runde 1 antages at være 10-15.000 større. Desuden skal der gøres opmærksom på, at Region Hovedstaden, Sjælland og Syddanmark ikke har inviteret de kvinder, der i de tidligere lokale screeningsprogrammer har meldt sig af personlige årsager eller er meldt af sundhedsfaglige årsager.

Tabel II. Antal inviterede kvinder i første nationale screeningsrunde i hele landet og pr. region fordelt på booking-år

Region	Booking-år ¹								I alt Antal
	2007		2008		2009		2010		
	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	Antal	Andel (%)	
Hovedstaden	0	0.0	23.049	12.0	157.006	82.1	11.298	5.9	191.353
Midtjylland	0	0.0	70.719	47.3	78.606	52.6	132	0.1	149.457
Nordjylland	11.687	15.5	27.697	36.8	35.962	47.7	0	0.0	75.346
Sjælland	0	0.0	17.417	16.6	43.924	41.9	43.602	41.5	104.943
Syddanmark	149	0.1	41.133	28.9	55.742	39.2	45.275	31.8	142.299
I alt	11.836	1.8	180.015	27.1	371.240	56.0	100.307	15.1	663.398

¹År for første tilbudte screeningsdato

Tabel III viser, at kompletheden for variablerne "bookingdato" og "invitationsdato" er 100 % for alle regioner. Variablen "svardato" kan kun indberettes for de kvinder, der faktisk er blevet screenet, dvs. at de ikke har frmeldt sig screeningsprogrammet eller er udeblevet fra screening. Kompletheden af variabelen svardato kan derfor aldrig blive 100 %, som det er tilfældet for de øvrige to variable.

Tabel III. Datakomplethed: invitationsdato, bookingdato og svardato overført til DKMS opgjort for hver region

Region	Bookingdato ¹			Invitationsdato			Svardato		
	Status	Antal	Andel %	Status	Antal	Andel %	Status	Antal	Andel %
Hovedstaden	oplyst	203.187	100	oplyst	203.187	100	oplyst	140.637	69.2
	uoplyst	0	0	uoplyst	0	0	uoplyst	62.550	30.8
Midtjylland	oplyst	157.337	100	oplyst	157.337	100	oplyst	116.439	74.0
	uoplyst	0	0	uoplyst	0	0	uoplyst	40.898	26.0
Nordjylland	oplyst	75.451	100	oplyst	75.451	100	oplyst	48.044	63.7 ²
	uoplyst	0	0	uoplyst	0	0	uoplyst	27.407	36.3
Sjælland	oplyst	120.148	100	oplyst	120.148	100	oplyst	92.543	77.0
	uoplyst	0	0	uoplyst	0	0	uoplyst	27.605	23.0
Syddanmark	oplyst	142.911	100	oplyst	142.911	100	oplyst	124.338	87.0
	uoplyst	0	0	uoplyst	0	0	uoplyst	18.573	13.0

¹Dato for første tilbudte screening.

²Den forholdsvis lave komplethed for variabelen svardato for region Nordjylland sammenlignet med de øvrige regioner skyldes tekniske vanskeligheder med dataoverførselen. Det skønnes at der mangler svardatoer for ca. 10.000 kvinder.

Data fra Patobanken

DKMS indhenter desuden oplysninger fra Patobanken, der er en landsdækkende databank, som modtager data fra alle landets patologiafdelinger og privatpraktiserende speciallæger i patologi. Patobanken opdateres dagligt med data fra både patologiafdelingerne og de privatpraktiserende patologers patologiesystemer. Det betyder, at alle prøver vedr. brystkræftudredning, der undersøges af en patolog, løbende registreres i Patobanken. Dette medfører en registreringsprocent tæt på 100 i Patobanken samt en komplethed i DKMS tæt på 100 %.

På foranledning af DKMS er der i 2008 oprettet en SNOMED-kode for tumorstørrelse (målt i millimeter) i Patobanken. Denne variabel er således ny, og komplethedsgraden for denne variabel er derfor ikke 100 % i det aktuelle datasæt. For at modvirke dette problem, er der manuelt tilføjet data for tumorstørrelse for 247 kvinder, der er opereret i Region Hovedstaden, før SNOMED-koden for tumorstørrelse var etableret.

Data fra LPR

På foranledning af DKMS er der indført nye koder (DZ108A kombineret med UXRC45) til registrering af mammografiscreening i LPR. Efter nogle indkørvingsvanskeligheder og genindberetning af data, ser det ud til, at alle regioner nu anvender de korrekte koder. Der er således kun 0,1 % af de inviterede kvinder, der er screenet og registreret med forkerte koder (DZ108A uden UXRC45 eller UXRC45 uden DZ108A).

Tilsvarende er der oprettet nye koder til registrering af henholdsvis normalt (ZPR01N) og anormalt screeningsresultat (ZPR00N). Her gælder det ligeledes, at der har været startvanskeligheder og genindberetninger, men herefter udgør antallet af manglende eller fejlregistrerede undersøgelsesresultater kun 0,04 % af de inviterede og screenede kvinder.

Overensstemmelse mellem data fra LPR og Patobanken

Ved at sammenholde antallet af kvinder, der opereres for primær malign brysttumor jf. indikator 9, og antallet af kvinder, der opereres for invasivt karcinom jf. indikator 10, ses der en vis uoverensstemmelse i tallene, der stammer henholdsvis fra LPR og Patobanken. Det er ukendt, om denne forskel kan tilskrives registreringsforskelle i de to registre eller valget af de SNOMED koder og SKS koder, der ligger til grund for analyserne. Derfor vil der i næste årsrapport blive fokuseret på at undersøge dette problem nærmere.

Samlet set konkluderes det, at DKMS har et datagrundlag, der kan anvendes til at opgøre 8 ud af de 11 kvalitetsindikatorer.

Indikatoropgørelser

Indikator 1. Stråledosis

Stråledosis ved PMMA (polymethylmethacrylate) tykkelse 4,5 cm

Standard: <2,0mGy

Stråledosis der overstiger tærskelværdierne betragtes som en bivirkning ved screeningsprogrammet, men samtidigt er effekten af screeningsprogrammet stærkt afhængig af sufficient billedoptagelse. Data skal afrapporteres som "Mean Glandular Dose" (MGD), som er stråledosis målt på et 45 mm PMMA testfantom - svarende til 53 mm EU-standardbryst, normeret til 50 % fedt og 50 % kirtelvæv. Stråledosis skal registreres minimum én gang ugentlig for hvert apparat der anvendes til mammografiscreening.

Kommentar:

Denne indikator er ikke opgjort for første screeningsrunde, da data vedr. stråledosis ikke er tilgængelige på nuværende tidspunkt. Det er taget initiativ til, at hver region udpeger en person der er ansvarlig for at indsamle de nødvendige data og overføre disse til KCN, således at indikatoren kan opgøres for 2. screeningsrunde.

Indikator 2. Deltagelse

2A. Andel af kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af de inviterede kvinder

Standard: >75 %

Datagrundlag: Data fra DKMS web-service og LPR. Ved denne indikator inkluderes kun de kvinder, der har fået lavet en mammografi, der er registreret korrekt jf. de nye koder i LPR.

Tabel 2A. Andel af kvinder, der har fået foretaget en screeningsmammografi opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder, der har fået screeningsmammografi	Antal inviterede kvinder	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	139.903	191.353	73,1 (72,9 - 73,3)
Midtjylland	114.486	149.457	76,6 (76,4 - 76,8)
Nordjylland	55.986	75.346	74,3 (74,0 - 74,6)
Sjælland	85.332	104.943	81,3 (81,1 - 81,5)
Syddanmark	123.018	142.299	86,5 (86,3 - 86,6)
Landsresultat	518.725	663.398	78,2 (78,1 - 78,3)

Kommentar:

Deltagelsesgraden er 78 % på landsplan og varierer mellem 73 % og 87 % på regionalt niveau. Standarden på >75 % opnås på nationalt plan og for 3 ud af 5 regioner, men der er betydelig variation mellem regionerne.

Når deltagelsesprocenten sammenlignes mellem regionerne må der tages højde for, at nogle kvinder i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark af personlige eller sundhedsfaglige årsager er frameltd screening. Det vil medføre en reduktion i invitationspopulationen, og dermed vil deltagelsesprocenten være overestimeret når disse tre regioner sammenlignes med de øvrige regioner.

2B. Andel af kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af targetpopulationen¹.

¹Target = antal kvinder i Danmark pr. 01-01-2008 i alderen 50-69 år

Standard: Ikke fastsat

Datagrundlag: Data fra LPR og Danmarks Statistik. Ved denne indikator inkluderes kun de kvinder, der har fået lavet en mammografi, der er registreret korrekt jf. de nye koder i LPR

Tabel 2B. Andel af kvinder, der har fået foretaget en screeningsmammografi opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder, der har fået screeningsmammografi	Antal kvinder 50-69 år i Danmark pr. 1/1 2008	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	139.903	195.013	71,7 (71,5 - 71,9)
Midtjylland	114.486	149.266	76,7 (76,5 - 76,9)
Nordjylland	55.986	73.861	75,8 (75,5 - 76,1)
Sjælland	85.332	112.249	76,0 (75,8 - 76,3)
Syddanmark	123.018	152.057	80,9 (80,7 - 81,1)
Landsresultat	518.725	682.446	76,0 (75,9 - 76,1)

Kommentar:

Der findes ingen internationale standarder, der kan anvendes som udgangspunkt for at fastsætte en dansk standard for deltagelsesprocenten i forhold til targetpopulationen. Deltagelsesprocenten på 76 på landplan er derfor acceptabel, og kan ikke forventes meget højere.

Når deltagelsesprocenten for targetpopulationen sammenlignes mellem regionerne, må der tages højde for, at nogle kvinder i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Syddanmark af personlige eller sundhedsfaglige årsager er frameltd screening. Dette kan medføre, at det totale antal deltagere i screening er reduceret, men targetpopulationen (nævneren) er uændret, og dermed kan deltagelsesprocenten være underestimeret i disse tre regioner i forhold til de øvrige regioner.

Anbefalinger:

Styregruppen vil følge udviklingen både i forhold til deltagelsesprocenten for invitationspopulationen og for targetpopulationen, men aktuelt svarer deltagelsesprocenten på landsplan til de internationale rekommandationer.

Indikator 3. Overholdelse af fastlagt screeningsinterval

Andel af kvinder, der geninviteres til screening inden for 2 år +/- 3 mdr. ud af alle kvinder der geninviteres til screening.

Standard: ≥ 98 %.

Denne indikator vedrører både første og anden screeningsrunde, og er derfor ikke relevant i første screeningsrunde.

Indikator 4. Genindkaldelse

Andel af kvinder, der indkaldes til klinisk mammografi (dvs. supplerende diagnostik) på baggrund af et anormalt screeningsresultat, ud af alle, der møder op til organiseret screening.

Standard: Første screeningsrunde <5 %

Datagrundlag: Data fra LPR. Ved denne indikator inkluderes kun de kvinder, der har fået lavet en mammografi, der er registreret korrekt jf. de nye koder for både mammografiscreening og resultat af screening.

Tabel 4. Andel af kvinder, der indkaldes til klinisk mammografi efter screening opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder med anormalt screeningsresultat (ZPR00N)	Antal kvinder, der har fået screeningsmammografi	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	4.507	139.903	3,2 (3,1 - 3,3)
Midtjylland	3.416	114.486	3,0 (2,9 - 3,1)
Nordjylland	2.348	55.986	4,2 (4,0 - 4,4)
Sjælland	2.363	85.332	2,8 (2,7 - 2,9)
Syddanmark	3.163	123.018	2,6 (2,5 - 2,7)
Total	15.797	518.725	3,0 (3,0 - 3,1)

Kommentar:

Andelen af kvinder, der indkaldes til supplerende diagnostik efter screening, udgør 3,0 % på landsplan og varierer mellem 2,6 % og 4,2 % på regionalt niveau. Denne første nationale runde er overvejende en prævalensrunde, og standarden på <5 % overholdes således fint både på nationalt og regionalt niveau.

Anbefalinger:

Indikatoren følges i næste runde som er en incidensrunde, hvor standarden er sænket til <3 %.

Indikator 5. Intervalcancere

Antal kvinder diagnosticeret med invasivt karcinom mellem to screeningsrunder (2-års periode) blandt kvinder, der ved screening er fundet uden tegn på kræft, sammenholdt med baggrundsincidensen ved fravær af screening.

Kommentar:

Denne indikator er ikke relevant at opgøre i første screeningsrunde, da den vedrører både første og anden screeningsrunde.

Indikator 6. Invasive brysttumorer

Andel af kvinder med invasive¹ brysttumorer ud af det totale antal kvinder med invasive¹ brysttumorer eller ductalt carcinoma in situ (DCIS), hvor tumorerne er diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

¹karcinomer, sarkomer og maligne lymfomer.

Standard: ≥ 80 & ≤ 90 %

Datagrundlag: Patobank data. Der er inkluderet samtlige kvinder, der har diagnosen DCIS, karcinom, sarkom eller malignt lymfom samt har et anormalt screeningsresultat.

Tabel 6. Andel af invasive brysttumorer ud af alle invasive brysttumorer inkl. DCIS opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder diagnosticeret med invasive brysttumorer ekskl. DCIS	Antal kvinder diagnosticeret med invasive brysttumorer inkl. DCIS	Andel (%), invasive brysttumorer (95 % CI)
Hovedstaden	1.066	1.223	87,2 (85,2 - 89,0)
Midtjylland	948	1.061	89,3 (87,3 - 91,1)
Nordjylland	400	432	92,6 (89,7 - 94,9)
Sjælland	587	686	85,6 (82,7 - 88,1)
Syddanmark	928	1.083	85,7 (83,5 - 87,7)
Total	3.929	4.485	87,6 (86,6 - 88,6)

Kommentar:

Andelen af invasive brysttumorer diagnosticeret på baggrund af screening udgør 88 % på landsplan og varierer mellem 86 % og 93 % på regionalt niveau. Således overholdes standarden på ≥ 80 & ≤ 90 % på nationalt niveau, men overskrides af én region. På baggrund af en manuel gennemgang af supplerende data er det konstateret, at antallet af DCIS i nogen grad er underrapporteret på grund af kodepraksis. Det er Styregruppens opfattelse, at alle regioner ville opfylde standarden, hvis der kunne korrigeres for denne underrapportering.

Anbefalinger:

Det anbefales, at der sættes øget fokus på identifikation af DCIS og kodepraksis i regionerne.

Indikator 7. Node negative cancere

Andel af kvinder med invasive karcinomer¹ der er lymfeknude negative, ud af alle opererede kvinder med invasive karcinomer¹.

¹Karcinomer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

Standard: Første screeningsrunde >70 %

Datagrundlag: Patobank data. Der er inkluderet kvinder, der er blevet opereret samt har diagnosen invasivt karcinom, og hvor lymfeknudestatus er registreret samt har et anormalt screeningsresultat. 49 kvinder er ekskluderet, fordi lymfeknudestatus er uoplyst.

Tabel 7. Andel af kvinder opereret for invasivt karcinom med negativ lymfeknude status opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder med negativ lymfeknudestatus	Antal kvinder diagnosticeret med invasivt karcinom	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	683	1.013	67,4 (64,4 - 70,3)
Midtjylland	582	863	67,4 (64,2 - 70,6)
Nordjylland	237	385	61,6 (56,5 - 66,4)
Sjælland	388	554	70,0 (66,0 - 73,8)
Syddanmark	601	887	67,8 (64,6 - 70,8)
Total	2.491	3.702	67,3 (65,7 - 68,8)

Kommentar:

Der er i alt 49 (1,3 %) af de i alt 3.751 kvinder der er opereret for invasivt karcinom, hvor lymfeknudestatus ikke er registreret, og de er jævnt fordelt på regionerne. Det antages derfor ikke, at de manglende data påvirker indikatoropgørelsen systematisk.

Andelen af kvinder med lymfeknudenegativ sygdom opereret for screeningsdetekteret brystkræft udgør 67 % på landsplan og varierer mellem 62 % og 70 %. Forskellene mellem regionerne kan formentlig forklares på baggrund af forskelle i patientsammensætning (case-mix).

Ifølge de Europæiske Guidelines som har dannet basis for fastsættelsen af databasens standarder burde niveauet ligge >70 %. De Europæiske Guidelines er imidlertid skrevet inden sentinel node metoden blev implementeret på bred basis. Denne metode medfører, at mindre omfattende spredning til lymfeknuder kan identificeres, hvilket leder til mere korrekt behandling, men også til

ændring i stadietildelingen såkaldt: "stage migration". I et dansk materiale er denne stage migration fundet at udgøre 4 %².

Anbefalinger:

Andelen af kvinder i screeningdatabasen med lymfeknudenegativ sygdom må følges nøje i de kommende runder. Værdien for standarden må evt. justeres i fremtiden.

² Tvedskov TF, Jensen MB, Balslev E, Ejlertsen B, Kroman N. Stage migration after introduction of sentinel lymph node dissection in breast cancer treatment in Denmark: A nationwide study. Eur J Cancer. 2010, Dec 29. [Epub ahead of print]

Indikator 8. Små cancere

Andel af kvinder med invasivt karcinom¹ med tumor størrelse ≤ 10 mm ud af alle opererede kvinder med invasivt karcinom¹.

¹Karcinom diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

Standard: Første screeningsrunde ≥25 %

Datagrundlag: Patobank data. Der er inkluderet kvinder, der er blevet opereret, har diagnosen invasivt karcinom og hvor tumorstørrelse er registreret samt der er et anormalt screeningsresultat. 834 kvinder er ekskluderet fordi tumorstørrelse er uoplyst.

Tabel 8. Andel af kvinder opereret for invasivt karcinom hvor tumor er ≤ 10mm, opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder med tumorstørrelse ≤ 10mm	Antal kvinder med invasivt karcinom	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	283	725	39,0 (35,5 - 42,7)
Midtjylland	193	576	33,5 (29,7 - 37,5)
Nordjylland	66	228	28,9 (23,2 - 35,3)
Sjælland	212	553	38,3 (34,3 - 42,5)
Syddanmark	311	835	37,2 (34,0 - 40,6)
Landsresultat	1.065	2.917	36,5 (34,8 - 38,3)

Kommentar:

Andelen af kvinder der er opereret for invasive karcinomer der er ≤ 10 mm udgør 37 % på landsplan og varierer mellem 29 % og 39 % på regionalt niveau. Således opnås standarden på ≥ 25 % både på nationalt og regionalt niveau, men der er forholdsvis stor variation mellem regionerne.

Det skal her bemærkes, at tumorstørrelse er uoplyst for 834 (22 %) af de i alt 3.751 kvinder, der er opereret for invasivt karcinom, på trods af at tumorstørrelse er tilføjet manuelt for 247 kvinder fra Region Hovedstaden. Andelen af uoplyste er derfor betydelig og varierer mellem 1 % og 41 % inden for regionerne. Dette kan påvirke indikatoropgørelsen systematisk, og estimerterne må vurderes på denne baggrund.

Det må desuden bemærkes, at variabelen "tumorstørrelse målt i millimeter" er en ny-oprettet SNOMED-kode i Patobanken, og der er taget forskellige initiativer til at øge anvendelsen af denne kode.

Anbefalinger:

Styregruppen vil forsat arbejde på at minimere antallet af uoplyste, og regionerne opfordres til at indskærpe korrekt registrering af tumorstørrelse, således at antallet af uoplyste vil være betydeligt mindre ved næste årsrapport.

Indikator 9. Benign vs. malign operation

Ratio mellem antal kvinder med benigne operationsfund og antal kvinder med maligne operationsfund hvor operationen er foranlediget af et anormalt screeningsresultat.

Standard: $\leq 1:4$

Datagrundlag: Der er inkluderet kvinder der har en operationskode, en diagnosekode for benign brystforandring eller primær brystcancer samt har et anormalt screeningsresultat. Der er udelukkende anvendt LPR data, hvorfor antallet af kvinder med brysttumorer ikke er helt sammenligneligt med opgørelserne i indikator 6, 7, 8 og 10.

Tabel 9. Antal kvinder opereret for benigne brysttumorer i forhold til antal kvinder opereret for primære maligne brysttumorer, opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder med benigne brysttumorer	Antal kvinder med primære, maligne brysttumorer	Ratio
Hovedstaden	131	1.198	1:9,1
Midtjylland	176	1.015	1:5,8
Nordjylland	120	430	1:3,6
Sjælland	105	684	1:6,5
Syddanmark	197	1.143	1:5,8
Landsresultat	729	4.470	1:6,1

Kommentar:

På landsplan er antallet af kvinder der er opereret for benigne brysttumorer, versus kvinder der er opereret for maligne brysttumorer 1:6. På regionalt plan varierer resultaterne betydeligt, men i ingen regioner bliver der opereret færre end fire kvinder for maligne brysttumorer, for hver én kvinde der bliver opereret for en benign brysttumor, og kvaliteten må således karakteriseres som tilfredsstillende.

Der vil i næste årsrapport blive fokuseret på at sammenholde Patobank data med LPR data for at afklare uoverensstemmelserne.

Anbefalinger:

Indikatoren følges i de kommende incidensrunder.

Indikator 10. Brystkræftpatienter der modtager brystbevarende operation

Andel af kvinder med invasivt karcinom¹ der modtager brystbevarende operation, ud af alle kvinder med invasivt karcinom¹ der modtager operation.

¹Karcinomer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening

Standard: Første screeningsrunde >50 %

Datagrundlag: Patobank data og LPR data. Der er inkluderet samtlige kvinder der har en SNOMED kode for invasivt karcinom, en operationskode for operationstype samt har et anormalt screeningsresultat.

Tabel 10. Andel kvinder med invasivt karcinom der modtager brystbevarende operation, opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal kvinder med brystbevarende operation	Antal kvinder opererede kvinder	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	818	1.028	79,6 (77,0 - 82,0)
Midtjylland	659	873	75,5 (72,5 - 78,3)
Nordjylland	271	389	69,7 (64,8 - 74,2)
Sjælland	490	561	87,3 (84,3 - 90,0)
Syddanmark	766	900	85,1 (82,6 - 87,4)
Landsresultat	3.004	3.751	80,1 (78,8 - 81,4)

Kommentar:

Andelen af kvinder der modtager brystbevarende operation udgør 80 % på landsplan, og varierer mellem 70 % og 87 % på regionalt niveau. Således opnår alle regioner en indikatorværdi, der ligger langt over standarden på >50 %.

Brystbevarende operation i en screeningspopulation må anses for at være et vigtigt kvalitetsparameter, og standarden er fastsat på baggrund af Europæiske Guidelines, men det kan overvejes om standarden skal revurderes set i lyset af den diagnostiske og behandlingsmæssige udvikling.

Anbefalinger:

Styregruppen vil revurdere standarden.

Indikator 11. Svartid

11A. Tid mellem screening og screeningsvar i antal arbejdsdage

Standard: Første screeningsrunde ≤ 10 arbejdsdage

Datagrundlag: Data fra DKMS web-service og LPR. Der er inkluderet alle kvinder der er blevet screenet.

Tabel 11A. Tid i antal dage mellem screening og screeningsvar, opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Tid fra screening til svar	Hovedstaden		Midtjylland		Nordjylland		Sjælland		Syddanmark		Landsresultat	
	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %	Antal	Andel %
Uoplyst	24	0.0	4	0.0	7.875	14.1	120	0.1	2	0.0	8.025	1.5
0 dage ¹	73	0.1	202	0.2	269	0.5	1.205	1.4	442	0.4	2.191	0.4
1-10 dage	30.357	21.7	110.473	96.5	30.794	55.0	64.873	76.0	121.275	98.6	357.772	69.0
11-21 dage	57.047	40.8	3.720	3.2	9.660	17.3	19.026	22.3	1.274	1.0	90.727	17.5
21-30 dage	48.199	34.5	76	0.1	6.124	10.9	76	0.1	16	0.0	54.491	10.5
31-60 dage	4.110	2.9	7	0.0	773	1.4	26	0.0	9	0.0	4.925	0.9
> 60 dage	93	0.1	4	0.0	491	0.9	6	0.0	0	0	594	0.1
I alt	139.903	100	114.486	100	55.986	100	85.332	100	123.018	100	518.725	100

¹ Svar sendes dagen efter screening.

Kommentar:

På landsplan får 69 % af alle kvinder svar på deres screening inden for 10 dage, men der er betydelig variation på regionalt niveau. Stort set alle kvinder har dog modtaget svar inden for den første måned efter deres screening.

Det bemærkes, at variabelen svardato er uoplyst for 7.875 (14 %) af de kvinder, der er blevet screenet i Region Nordjylland. Dette skyldes tekniske vanskeligheder med at overføre data til DKMS web-service. Det forventes at dette problem er løst inden næste afrapportering finder sted.

11B. Tid mellem screening og screeningsvar i proportioner ≤ 10 arbejdsdage

Standard: Første screeningsrunde >95 %

Datagrundlag: Data fra DKMS web-service og LPR. Der er kun inkluderet kvinder, der er blevet screenet og hvor svardatoen er oplyst. Dvs. 18.782 kvinder er ekskluderet fordi svardatoen er uoplyst.

Tabel 11B. Andel af kvinder der får et screeningsvar ≤ 10 arbejdsdage efter screeningen opgjort på regionalt og nationalt niveau.

Region	Antal screeningsvar efter max 10 dage	Antal screenede kvinder	Andel (%), som opfylder indikatoren (95 % CI)
Hovedstaden	30.430	139.879	21,8 (21,5 - 22,0)
Midtjylland	110.675	114.482	96,7 (96,6 - 96,8)
Nordjylland	31.063	48.111	64,6 (64,1 - 65,0)
Sjælland	66.078	85.212	77,5 (77,3 - 77,8)
Syddanmark	121.717	123.016	98,9 (98,9 - 99,0)
Landsresultat	359.963	510.700	70,5 (70,4 - 70,6)

Kommentar:

Andelen af kvinder, der modtager svar på deres screening inden for ≤ 10 arbejdsdage efter udført screening udgør 71 % på landsplan og varierer mellem 22 % og 99 % på regionalt niveau. Det betyder, at standarden på >95 % ikke opnås på landsplan, og der er udtalt variation på regionalt niveau.

Kun Region Syddanmark og Region Midtjylland overholder standarden. Svartiderne afspejler, at de regionale screeningsprogrammer har arbejdet ihærdigt på at opnå det politiske mål om at invitere alle kvinder inden udgangen af 2009 uden at give køb på den lægefaglige kvalitet. I Region Hovedstaden blev således 82 % af screeningsundersøgelserne udført i 2009. De lange svartider afspejler, at kun screeningsuddannede speciallæger vurderede mammografierne, og at den lægefaglige kvalitet blev prioriteret højere end servicemålet på ≤ 10 arbejdsdage.

Anbefalinger:

Der arbejdes på at løse de tekniske problemer, således at antallet af uoplyste svardatoer er minimeret ved næste årsrapport. Det forventes, at svartiderne falder i næste nationale screeningsrunde, når opstartsfasen er overstået.

Revisionspåtegning

Kompetencecenter Nord har gennemgået ovenstående årsrapport fra Dansk Kvalitetsdatabase for Mammografiscreening (DKMS) med udgangspunkt i Basiskrav for Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser fra d. 11. maj 2007 opstillet af Danske Regioner.

DKMS har været i drift siden medio 2007 og omfatter screeningsprogrammet for brystkræft.

Årsrapporten er baseret på data indberettet fra de fem regioner via en web-service til DKMS. Derudover er der anvendt data fra Patologidatabanken (Patobanken) og Landspatientregisteret (LPR).

Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. Alle statistiske analyser i rapporten er foretaget af personale ved centeret. Otte kvalitetsindikatorer er opgjort på regionalt og nationalt niveau. Tre indikatorer er ikke opgjort.

Årsrapporten er baseret på de kvinder, der tilhører første nationale screeningsrunde og er inviteret til screening i perioden fra medio 2007 og til 4. november 2010, hvor data er udtrukket fra LPR og Patobanken. Nogle kvinder, der skulle modtage opfølgende behandling på baggrund af deres screeningsresultat, har ikke kunnet nå at afslutte denne behandling inden 4. november 2010. Desuden havde én region ikke afsluttet første screeningsrunde den 4. november 2010. Årsrapporten afspejler derfor ikke kvaliteten af første runde i det nationale screeningsprogram på alle områder.

Centrale begreber som screeningsrunde og invitations- og targetpopulation er defineret og beskrevet i rapporten. Kvalitetsindikatorerne er præsenteret i tabeller og ledsaget af forklaringer og kommentarer.

I årsrapporten redegøres der for det generelle datagrundlag inklusive dækningsgrad og datakomplethed. Der er redegjort for afvigelser og dataproblemer vedrørende de specifikke indikatorer. Rapporten indeholder kommentarer og anbefalinger, med forslag til hvordan datagrundlaget og behandlingskvaliteten kan forbedres i forhold til hver indikator. Rapportens datagrundlag og statistiske analyser kan bære de angivne konklusioner og anbefalinger.

Sammenfattende er det vores vurdering, at "Dansk Kvalitetsdatabase for Brystkræftscreening, Årsrapport 2010 vedr. den første nationale screeningsrunde" i det væsentlige lever op til Basiskrav for Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser specificeret af Danske Regioner, og også opfylder Sundhedsstyrelsens krav vedr. afrapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser.

April 2011

Ellen M. Mikkelsen
Seniorforsker, ph.d.
Kompetencecenter Nord

Søren Paaske Johnsen
Forskningsoverlæge, ph.d.
Kompetencecenter Nord

Bilag

Bilag 1: Datadefinitioner

DATADefinitioner
DANSK KVALITETSDATABASE FOR MAMMOGRAFISCREENING
(DKMS)

INDHOLD

INTRODUKTION	2
DATADEFINITIONER FOR DE ENKELTE INDIKATORER	
1. Stråledosis	5
2. Deltagelse	6
3. Overholdelse af fastlagt screeningsinterval	7
4. Genindkaldelse til klinisk mammografi.....	8
5. Intervalcancer	9
6. Invasive cancertumorer ud af alle cancertumorer.....	10
7. Node negative cancere	16
8. Små cancere	16
9. Benign vs. malign operation	16
10. Brystkræftpatienter, der modtager brystbevarende operation	15
11. Svartid.....	16

INTRODUKTION

I det følgende beskrives de 11 indikatorer, der er udvalgt til at monitorere det nationale program for brystkræftscreening i Danmark samt de tilhørende datadefinitioner. Desuden er datakilder angivet for hver indikator.

Denne version af "Datadefinitioner for DKMS" er baseret på "Dokumentalistrapport 2008" for DKMS, "Pilotrapport 2009" for DKMS samt 4th Edition of the European Guidelines for Quality Assurance in Breast Cancer Screening and Diagnosis, Eds.: N. Perry, M. Boroeders, C. De Wolf, S. Törnberg, R. Holland, L. Von Karsa, © European Communities, 2006. Det er hensigten, at denne version af "Datadefinitioner for DKMS" opdateres hver gang der foretages betydelige ændringer i datadefinitionerne.

Targetpopulation

Targetpopulationen defineres i DKMS sammenhæng som en lukket kohorte bestående af det antal kvinder i alderen 50-69 år, der er bosiddende i de respektive regioner ved starten af hver screeningsrunde.

Invitationspopulation

Invitationspopulationen defineres i DKMS sammenhæng som samtlige kvinder screeningsenhederne inviterer (sender invitationsbrev) til at deltage i screeningsprogrammet inden for én screeningsrunde.

Screeningsrunde

I DKMS sammenhæng defineres en "screeningsrunde" som en programperiode, hvor startdato og slutdato fastsættes på regionsniveau, dvs. der er tale om programmets/systemets runder. En screeningsrunde skal i udgangspunktet svare til 2 år jf. sundhedsloven.

Hver kvinde tilskrives et rundenummer på baggrund af den første tilbudte bookingdato = første dato kvinden tilbydes at få foretaget screening i hver runde. Alle kvinder der har en "første bookingdato" inden for det tidsinterval, der definerer første runde tilskrives "rundenummerNyt" = 1.

Eksempel 1: Region X: Runde 1. start 01-01-08, slut 01-03-10. Alle kvinder hvis første bookingdato ligger inden for dette tidsinterval skal have "rundenummerNyt" = 1., uanset om de har været til screening i et tidligere program (H:S, Fyn eller Sjælland).

Eksempel 2: Region X: Runde 1. start 01-01-08, slut 01-03-10. En kvinde der har første bookingdato 15-02-10, men faktisk screenes 1-04-10 på grund af ferie eller lign. skal alligevel have "rundenummerNyt" = 1.

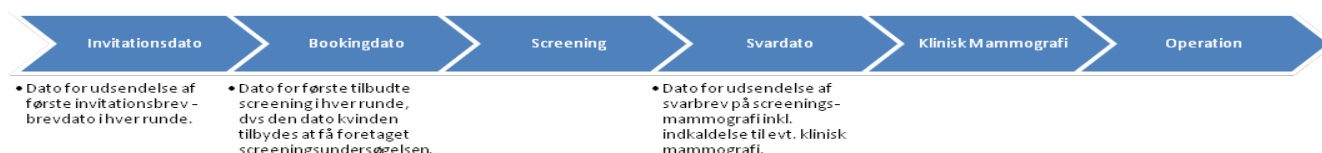
Eksempel 3. Region X: Runde 2. start 01-12-09, slut 01-01-12. Alle kvinder hvis første bookingdato ligger inden for dette tidsinterval skal have "rundenummerNyt" = 2., dette gælder også for kvinder, som ikke var inviteret i runde 1 på grund af alder, og for kvinder som sagde nej tak i runde 1., men gerne vil deltage i runde 2.

En kvinde kan kun inkluderes én gang i hver runde. Det betyder, at kvinder, der har flyttet adresse til en anden region i løbet af en screeningsrunde og derfor er blevet indkaldt og evt. screenet i to eller flere regioner, kun medtælles én gang, svarende til den region hvor første invitation er udsendt.

Screeningsforløb

Et screeningsforløb indeholder for alle kvinder en invitationsdato, en bookingdato, en screeningsdato samt en svar dato. Bookingdato og screeningsdato kan være identiske. For en del kvinder vil screeningsforløbet også indeholde en dato for klinisk mammografi og en dato for operation. Datoen for screeningsmammografien skal ligge før invitationsdatoen i den efterfølgende screeningsrunde, eller før den dato hvor runden i den pågældende regions afsluttes.

Hvis en kvinde er registeret med >1 screening i Landspatientregisteret (LPR) anvendes den første screening ved opgørelse af svartid og ved opgørelse af screeningsresultatet anvendes den anden screening, da resultatet af anden screening vil være afgørende i forhold til om supplerende diagnostik skal iværksættes.



Patientforløb

Et patientforløb inden for en runde er en helhed, der inkluderer alle operationer foretaget max. 180 dage efter den kliniske mammografi, som er foretaget på baggrund af et anormalt screeningsresultat. Til fastlæggelse af, om den enkelte kvindes forløb opfylder indikatorerne, tages alle relevante patologisvar i betragtning. Et patologisvar er relevant hvis det ligger i patientforløbet på følgende måde:

1) svaret ligger mellem ”dato for klinisk mammografi” og 90 dage frem hvis kvinden *ikke* er opereret,

eller

2) svaret ligger mellem ”dato for første operation” og ”30 dage efter dato for seneste operation” hvis kvinden *er* opereret (en eller flere operationer). Hvis der er foretaget flere operationer og/eller biopsier anvendes:

- 1) Alvorligste brystoperation
- 2) Den alvorligste SNOMED-kode (invasiv cancer)
- 3) Max. tumorstørrelse, hvis angivet (størrelse af karcinomer)
- 4) Alvorligste lymfeknudestatus, hvis angivet

DATADEFINITIONER FOR DE ENKELTE INDIKATORER

1. Stråledosis

Indikatorbeskrivelse

Stråledosis ved PMMA(polymethylmethacrylate) tykkelse 4,5 cm.

Argumentation for indikatoren

Stråledosis der overstiger tærskelværdierne betragtes som en bivirkning ved screeningsprogrammet, men samtidig er effekten af screeningsprogrammet stærkt afhængigt af sufficient billedoptagelse. Data skal afreporteres som "Mean Glandular Dose" (MGD), som er stråledosis målt på et 45 mm PMMA testfantom - svarende til 53 mm EU-standardbryst, normeret til 50 % fedt og 50 % kirtelvæv.

Indikatortype

Strukturindikator (teknisk kvalitetskontrol)

Datakilde

Skal ikke opgøres på individniveau. Stråledosis skal registreres minimum én gang ugentlig for hvert apparat, der anvendes til mammografiscreening.

Standarder

<2,0 mGy

Referencer

(1).

2. Deltagelse

Indikatorbeskrivelse

- A. Andel af kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af de inviterede kvinder
- B. Andel af kvinder der får foretaget en screeningsmammografi ud af targetpopulationen

Argumentation for indikatoren

Der ønskes høj deltagelse i programmet med henblik på at opnå størst mulig effekt.

Indikatorstype

Procesindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder der får foretaget en screeningsmammografi inden for den pågældende screeningsrunde.

Operationalisering: Dato for screeningsmammografi (DZ108A & UXRC45) skal ligge efter eller være lig med invitationsdatoen, eller før den dato hvor runden i den pågældende regions afsluttes, hvis der ikke er en invitation i den efterfølgende runde.

Nævnerdefinition

- A. Invitationspopulationen i den pågældende screeningsrunde:

Antal kvinder der er inviteret til screening inden for pågældende screeningsrunde, dvs. alle kvinder i alderssegmentet 50-69 år, eksklusiv kvinder der på forhånd er ekskluderet af screeningsstedet (f.eks. kvinder der er terminalt syge, kvinder med brystcancer i behandling/kontrol, kvinder med brystimplantater, kvinder der har fået foretaget mammografi inden for de seneste 12 måneder samt kvinder der tidligere har sagt nej tak).

Operationalisering: Hvis en kvinde er registreret med flere end én invitation pr. screeningsrunde anvendes kun første bookingdato.

- B. Targetpopulationen i den pågældende screeningsrunde:

Antal kvinder i alderssegmentet 50-69 år og bosiddende i Danmark ved screeningsrundens start.

Datakilder og variable

- I. Lokale bookingsystemer (Invitationspopulationen)

- CPR-nummer
- Bookingdato (dato for første tilbudte screening)
- RundenummerNyt (den systemrunde kvinden tilhører)

- II. CPR- register (Targetpopulationen)

- CPR-nummer
- Vitalstatus
- Dato for vitalstatus
- Regionskode / kommunekode

- III. LPR

- CPR-nummer
- Dato for screeningsmammografi (organiseret screening)
- Screeningssted (kommunekode / regionskode)
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45

Standarder

- A. >75 %
- B. Endnu ikke fastsat

Referencer (1).

3. Overholdelse af fastlagt screeningsinterval

Indikatorbeskrivelse

Andel af kvinder der geninviteres* til screening inden for 2 år \pm 3 mdr., ud af alle kvinder der geninviteres til organiseret screening.

*Geninvitation refererer her til kvinder, der har deltaget i nærmeste foregående screeningsrunde.

Argumentation for indikatoren

Overholdelse af det fastsatte screeningsinterval (2 år) er væsentligt for at sikre opsporing af tumorer på et tidligt stadie. Der bør således hverken være for kort eller for langt interval mellem screeningerne. Kvinderne forventer endvidere at blive screenet hvert andet år, ligesom dette interval er fundet mest omkostningseffektivt.

Indikatorstype

Procesindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder der geninviteres inden for tidsperioden 2 år \pm 3 måneder, og som har deltaget i nærmeste foregående screeningsrunde. Dvs. alle kvinder der har deltaget i foregående screeningsrunde, og som er inviteret inden for tidsintervallet 2 år \pm 3 måneder fra sidste bookingdato.

Operationalisering: Kvinder der skal inkluderes skal være <70 år, 2 år + 3 måneder efter bookingdatoen i foregående runde, ikke være ekskluderet af anden årsag eller have sagt aktivt nej tak til screening i mellemtiden samt have en bookingdato i den aktuelle screeningsrunde inden for tidsfristen (2 år \pm 3 måneder).

Nævnerdefinition

Antal kvinder der geninviteres i den pågældende screeningsrunde, og som har deltaget i nærmeste foregående screeningsrunde.

Operationalisering: Kvinder der skal inkluderes skal være <70 år, 2 år + 3 måneder efter bookingdatoen i foregående runde, ikke være ekskluderet af anden årsag eller have sagt aktivt nej tak til screening i mellemtiden samt have en bookingdato i den aktuelle screeningsrunde.

Datakilder og variabler

I. Lokale bookingsystemer

- CPR-nummer
- Bookingdato (den første screeningsdato kvinden tilbydes i hver runde)
- RundenummerNyt (den systemrunde kvinden tilhører)

II. LPR

- CPR-nummer
- Dato for screeningsmammografi i foregående runde
- Screeningssted
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45

Standarder

≥ 98 %

Referencer

(1).

4. Genindkaldelse til klinisk mammografi

Indikatorbeskrivelse

Andel af kvinder der indkaldes til klinisk mammografi (dvs. supplerende diagnostik), ud af alle der møder op til organiseret screening.

Argumentation for indikatoren

Unødig genindkaldelse medfører unødig ængstelse og ekstra omkostninger. For høj andel af kvinder som genindkaldes vil indebære for mange falsk positive screeningssvar.

Indikatortype

Procesindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder der indkaldes til klinisk mammografi som følge af screeningsmammografi.

Operationalisering: Defineres som kvinder med anormalt screeningsresultat. Hvis en kvinde er registreret med flere end én screeningsmammografi pr. runde anvendes screeningsresultatet fra den sidste screening, da det første resultat kan være forårsaget af teknisk dårlige eller ufuldstændige billeder.

Nævnerdefinition:

Antal kvinder der får foretaget screeningsmammografi.

Operationalisering: Dato for screeningsmammografi (DZ108A & UXRC45) skal ligge efter eller være lig med bookingdatoen.

Datakilder og variabler

- I. Lokale bookingsystemer
 - CPR-nummer
 - RundenummerNyt (den systemrunde kvinden tilhører)
- II. LPR
 - CPR-nummer
 - Screeningssted og dato
 - DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45 (mammografi, screening)
 - ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat = kvinden skal genindkaldes)

Standarder

Første screeningsrunde: <5 %

Følgende screeningsrunder: <3 %

Referencer

(1).

5. Intervalcancer

Indikatorbeskrivelse

Antal kvinder diagnosticeret med invasivt karcinom mellem to screeningsrunder (2 års periode) blandt kvinder, der ved screening er fundet uden tegn på kræft, sammenholdt med baggrundsincidensen ved fravær af screening.

Inden for første år (0-11 mdr.).

Inden for andet år (12-23 mdr.).

Indikatorstype

Procesindikator.

Argumentation for indikatoren

Indikatoren er et udtryk for antallet af oversete, hurtigt voksende, eller ikke-diagnosticerbare cancertilfælde på screeningstidspunktet. Det er ønskeligt med færrest mulige antal tilfælde af intervalcancer.

Tællerdefinition

Antal kvinder med invasivt karcinom, der diagnosticeres mellem to screeningsrunder, hos kvinder der deltager i organiseret screening og ikke har fået påvist cancer herved.

*Operationalisering: SNOMED-kode: T04*** & M8***3 i samme rekord, for kvinder der har normalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR01N eller hvor SNOMED-koden optræder ≥ 4 uger efter klinisk mammografi dato, hvor klinisk mammografi (UXRC40, UXUC40, UXUC47) er initieret på baggrund af et anormalt screeningsfund (SKS kode) ZPR00N.*

Nævnerdefinition:

Baggrundsincidensen.

Datakilder og variable

I. Lokale bookingsystemer

- CPR-nummer
- Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører)

II. LPR

- CPR-nummer
- Screeningssted og dato
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45 (mammografi, screening)
- ZPR01N (normalt undersøgelsesresultat)
- ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat)
- UXRC40 (Klinisk mammografi), UXUC40 (UL-undersøgelse af mamma), UXUC47 (UL-vejledt nålemarkering i mamma)
- Kontaktafslutning på klinisk mammografi (1 = Alment praktiserende læge - der findes ikke noget abnormt)

III. Patobanken

- CPR-nummer
- Rekvirent dato
- SNOMED-kode: T04*** & M8***3 i samme rekord

Standarder

Inden for første år (0-11 mdr): <30 %

Inden for andet år (12-23 mdr): <50 %

Referencer

(1).

6. Invasive brysttumorer

Indikatorbeskrivelse

Andel af kvinder med invasive* brysttumorer ud af det totale antal kvinder med invasive* brysttumorer eller ductalt carcinoma in situ, hvor tumorerne er diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

*Invasive brysttumorer: karcinomer, sarkomer (malign phylloides tumor) samt maligne lymfomer

Argumentation for indikatoren

Af hensyn til at minimere overdiagnostik og overbehandling er det hensigtsmæssigt, at antallet af in situ brysttumorer ("cancere på stedet", "forstadier") ikke væsentligt overstiger 20 % af det samlede antal brysttumorer, men heller ikke udgør mindre end 10 %, idet det anslås, at 30-50 % af in situ brysttumorer udvikler sig til invasive brysttumorer. Det antages, at fjernelse af især de lavt differentierede in situ brysttumorer bidrager til at nedsætte dødeligheden af brystkræft.

Indikatorstype

Procesindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder med invasive brysttumorer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

*Operationalisering: SNOMED-kode: T04*** & M8***3; T04*** & M9***3; T04*** & M8***6 i samme rekord, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N. Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.*

Nævnerdefinition

Antal kvinder med brysttumorer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

LCIS (T04*** & M85202) som eneste fund medtages ikke.

*Operationalisering: SNOMED-kode: T04*** & M85002; T04*** & M85012; T04*** & M85032; T04*** & M8***3; T04*** & M9***3; T04*** & M8***6 i samme rekord, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N. Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.*

Datakilder og variable

I. Lokale bookingsystemer

- CPR-nummer
- Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører.)

II. LPR

- CPR-nummer
- Screeningssted og dato
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45 (mammografi, screening)
- ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat = kvinden skal genindkaldes)

III. Patobanken

- CPR-nummer, rekvirent dato
- SNOMED-kode: T04*** & M85002; T04*** & M85012; T04*** & M85032; T04*** & M8***3; T04*** & M9***3; T04*** & M8***6

Standarder

≥80 % & ≤90 %

Referencer

(1).

7. Node negative cancere

Indikatorbeskrivelse

Andel af kvinder med invasive karcinomer* der er lymfeknude negative ud af alle opererede kvinder med invasive karcinomer*.

*Karcinomer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

Argumentation for indikatoren

Screeningsprogrammet skal identificere flest mulige cancertilfælde på et tidligt stadie.

Lymfeknudestatus er en væsentlig prognostisk faktor for overlevelse efter mammacancer.

Indikatortype

Intermediær resultatindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder med invasive karcinomer der er lymfeknude negative og diagnosticeret på baggrund af organiseret screening, blandt kvinder der er opereret.

Lymfeknude ukendte tages ikke i betragtning.

Operationalisering:

*SNOMED-kode: T04*** & M8***3 i samme rekord, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N) og er opereret. Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.*

Desuden findes registrering af lymfeknudelokalisation inden for patientforløbet: T0871 (lymfeknude i axil); T0835*(lymfeknude i mamma samt parasternalt); T0800A samt TY8100. Ingen registrering af lymfeknudestatus betragtes som lymfeknude ukendte.*

*Findes der for kvinden en rekord i patientforløbet med lymfeknudelokalisation OG registreret metastase M8***6 fraregnes denne og kvindens karcinom betragtes som lymfeknude positiv (alle metastaser= lymfeknude positive).*

Nævnerdefinition

Antal kvinder med invasive karcinomer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening, blandt kvinder der er opereret.

Lymfeknude ukendte – tages ikke i betragtning.

Operationalisering:

*SNOMED-kode: T04*** & M8***3 i samme rekord, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N) og er opereret. Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.*

Datakilder og variable

I. Lokale bookingsystemer

- CPR-nummer
- Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører)

II. LPR

- CPR-nummer
- Screeningssted og dato
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45 (mammografi, screening)
- ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat = kvinden skal genindkaldes)
- UXRC40 (Klinisk mammografi), UXUC40 (UL-undersøgelse af mamma), UXUC47 (UL-vejledt nålemarkering i mamma)

III. Patobanken

- CPR-nummer, rekvirent dato
- SNOMED-kode: T04***, T0800A, TY8100 & M8***3 (Invasive karcinomer i mamma); T0871* (lymfeknode i axil); T0835*(lymfeknode i mamma samt parasternalt); M8***6 (alle metastaser).

Standarder

Første screeningsrunde: >70 %

Følgende screeningsrunder: >75 %

Referencer

(1).

8. Små cancere

Indikatorbeskrivelse

Andel af kvinder med invasivt karcinom* med tumor størrelse ≤ 10 mm ud af alle opererede kvinder med invasivt karcinom*.

*Karcinomer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

Argumentation for indikatoren

Screeningsprogrammet skal identificere flest mulige cancertilfælde på et tidligt stadie (små cancere ≤ 10 mm). Tumorstørrelsen er en væsentlig prognostisk faktor for overlevelse efter mammacancer.

Indikatortype

Intermediær resultatindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder med invasive karcinomer identificeret på baggrund af organiseret screening hvor tumordiameter er ≤ 10 mm, blandt kvinder der er opereret. Tumorstørrelse ukendte tages ikke i betragtning

Operationalisering:

SNOMED-kode: T04*** & M8***3, samt i samme eller anden relevant rekord ÆTD*** (≤ 10 mm), for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N). Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.

Nævnerdefinition

Antal kvinder med invasive karcinomer uafhængig af størrelse identificeret på baggrund af screening, blandt kvinder der er opereret.

Operationalisering:

SNOMED-kode: T04*** & M8***3 samt i samme eller anden relevant rekord ÆTD***, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N). Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.

Datakilder og variabler

I. Lokale bookingsystemer

- CPR-nummer
- Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører)

II. LPR

- CPR-nummer
- Screeningssted og dato
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45 (mammografi, screening)
- ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat = kvinden skal genindkaldes)

III. Patobanken

- CPR-nummer, rekvirent dato
- SNOMED-kode: T04***, M8***3, ÆTD***

Standarder

Første screeningsrunde: ≥ 25 %

Følgende screeningsrunder: ≥ 30 %

Referencer

(1,5).

9. Benign vs. malign operation

Indikatorbeskrivelse

Ratio mellem antal kvinder med benigne operationsfund og antal kvinder med maligne operationsfund hvor operationen er foranlediget af anormalt screeningsresultat.

Argumentation for indikatoren

Screeningsprogrammet skal identificere flest mulige sandt positive cancertilfælde og færrest mulige falsk positive cancertilfælde. Indikatoren er et samlet udtryk for kvaliteten af den integrerede diagnostiske proces (radiologi, kirurgi og patologi).

Indikatortype

Procesindikator.

Definition: benigne operationsfund

Antal kvinder der opereres for benign brystforandring. LCIS som eneste fund medtages ikke.

Operationalisering:

Antal operationer - Operationskoder (KHAB*, KHAC*, KHAA10*) for benign brystforandring - diagnosekoder (DD24, DN60, DN61, DN62, DN63, DN64),), blandt kvinder med anormalt screeningsresultat (ZPR00N). Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.

Definition: maligne operationsfund

Antal kvinder der opereres for primær brystcancer.

Operationalisering:

Antal operationer - Operationskoder (KHAB*, KHAC*, KHAA10*) for primær brystcancer - diagnosekoder (DC50*, DD05*), blandt kvinder med anormalt screeningsresultat (ZPR00N). Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.

Datakilder og variable

I. Lokale bookingsystemer

- CPR-nummer
- Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører)

II. LPR

- CPR-nummer
- Screeningssted
- DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt UXRC45 (mammografi, screening)
- ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat = kvinden skal genindkaldes)
- Indlæggelsesdato
- Udskrivningsdato
- Operationsdato
- Diagnosekoder
 - a. Benigne: DD24, DN60, DN61, DN62, DN63, DN64
 - b. Maligne: DC50*, DD05*
- Operationskoder: KHAA10*, KHAB*, KHAC*

Standarder

≤1:4

Referencer

(1,5).

10. Brystkræftpatienter der modtager brystbevarende operation

Indikatorbeskrivelse

Andel af kvinder med invasivt karcinom* der modtager brystbevarende operation, ud af alle kvinder med invasivt karcinom* der modtager operation.

*Karcinomer diagnosticeret på baggrund af organiseret screening.

Argumentation for indikatoren

Screeningsprogrammet skal identificere flest mulige cancertilfælde på et så tidligt stadie at brystbevarende operation er mulig.

Indikatortype

Intermediær resultatindikator.

Tællerdefinition

Antal kvinder med invasiv brystcancer der modtager brystbevarende operation.

*Operationalisering: SNOMED-kode: T04*** & M8***3 i samme rekord, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N og en operationskode for brystbevarende operation KAA10, KHAB*). Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.*

Nævnerdefinition

Antal kvinder med invasiv brystcancer der modtager operation.

*Operationalisering: SNOMED-kode: T04*** & M8***3, for kvinder der har anormalt undersøgelsesresultat (SKS kode) ZPR00N og en operationskode (KHAA10, KHAB*, KHAC*). Hele patientforløbet tages i betragtning jf. side 3.*

Datakilder og variable

- I. Lokale bookingsystemer
 - CPR-nummer
 - Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører)
- II. LPR
 - CPR-nummer
 - Screeningssted og dato
 - DZ108A (mammografiscreening af defineret befolkningsgruppe) samt procedurekoden: UXRC45 (mammografi, screening)
 - ZPR00N (anormalt undersøgelsesresultat = kvinden skal genindkaldes)
- III. Patobanken
 - CPR-nummer, rekvirent dato
 - SNOMED-kode: T04*** & M8***3
- IV. LPR
 - Operationsdato
 - Operationskoder KHAA10, KHAB*, KHAC*,
 - Evt.: KPJD42 - Excision af aksillære lymfeknuder, KPJD46 - Excision af parasternale lymfeknuder, KPJD52 - Radikal excision af aksillære lymfeknuder

Standarder

Første screeningsrunde: >50 %

Følgende screeningsrunder: >60 %

Referencer

(1,5).

11. Svartid

Indikatorbeskrivelse

- A. Tid mellem screening og screeningssvar i antal arbejdsdage
- B. Tid mellem screening og screeningssvar i proportioner

Argumentation for indikatoren

Kvinder der deltager i screeningsprogrammet skal modtage svar på screeningsundersøgelsen hurtigst muligt for at undgå unødigt bekymring.

Indikatortype

Procesindikator:

- A. Antal dage mellem screening og afsendt screeningssvar
- B. Andel af kvinder hvor svar udsendes maksimum 10 arbejdsdage efter screeningsundersøgelse finder sted

Tællerdefinition

Antal kvinder der gennemgår mammografiscreening og hvor svar udsendes maksimalt 10 arbejdsdage senere. Findes der flere svar datoer registreret vælges første svar dato efter screening inden for samme region.

Nævnerdefinition

Antal kvinder der gennemgår mammografiscreening.

Datakilder og variable

- I. Lokale bookingsystemer
 - o CPR-nummer
 - o Rundenummer (den systemrunde kvinden tilhører.)
 - o Svardato (dato for udsendelse af svarbrev på screeningsmammografi inkl. indkaldelse til evt. klinisk mammografi.)
- II. LPR
 - o CPR-nummer
 - o Screeningssted og dato

Standarder

Antal arbejdsdage: ≤ 10 dage

Proportion: >95 %

Referencer

(1).