

Styregruppen for DKLS

Årsrapport DKLS 2010

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Forord

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. I 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen de første anbefalinger vedrørende screening for livmoderhalskræft, men først i 2006 blev alle kvinder i aldersklassen 23-59 år på landsplan inviteret til en screeningsundersøgelse hvert tredje år.

Screeningen for livmoderhalskræft har i Danmark haft synlig effekt, idet det årlige antal af ny-diagnostiseret livmoderhalskræft er faldet fra 964 tilfælde i 1966, da forekomsten af sygdommen toppede, til 366 tilfælde i 2007.

I september 2007 udkom så Sundhedsstyrelsens seneste anbefalinger vedrørende forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft, som var en gennemgribende revision af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger fra 1986, idet f.eks. screeningsens øvre aldersgrænse blev hævet fra 59 til 65 år.

Men allerede i september 2009 har Sundhedsstyrelsen nedsat en ny arbejdsgruppe, hvis opgave er at opdatere anbefalingerne fra 2007 på baggrund af den hastige udvikling inden for området Human Papillomavirus (HPV), der giver mulighed for HPV-test som primær screeningsmetode. Det forventes, at Sundhedsstyrelsens opdaterede anbefalinger vil udkomme i efteråret 2011.

Anbefalingerne fra september 2007 indeholder blandt andet etablering af en national styregruppe, der i regi af Danske Regioner skal gennemføre en landsdækkende kvalitetsmonitorering af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Samtidig blev det anbefalet at nedsætte fem regionale styregrupper som bindeled mellem den nationale styregruppe og de enkelte regionale aktører i screeningsprogrammet, som er de lokale administratorer, screeningsafdelinger og læger i praksissektoren.

Til at varetage denne monitorering blev den nationale styregruppe for "Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening" (DKLS) nedsat i 2008. Styregruppen har udarbejdet 9 kliniske indikatorer med tilhørende standarder til måling af kvaliteten af det samlede screeningsprogram. Indikatorerne var til høring i sommeren 2008 og blev i august 2008 godkendt af Sundhedsstyrelsen. Det blev besluttet at begynde monitoreringen den 1. januar 2009, og DKLS Årsrapport 2009 udkom i november 2010.

De 9 kvalitetsindikatorer omfatter kapacitet (1), deltagelse og invitationsprocedure (2), prøvekvalitet (3), diagnostisk kvalitet (4), svartid (5), HPV-test (6), dækningsgrad (7), opfølgning (8) og antal nye tilfælde af livmoderhalskræft (9). Alle data vedrørende de 9 kvalitetsindikatorer opsamles direkte via nationale registre (Patologidatabanken, CPR-registeret og Cancerregisteret), hvorfor kvalitetsmonitoreringen ikke har ført til nogen øget registreringsbyrde.

En af de væsentligste opgaver for den nationale styregruppe for DKLS er at udvikle og vedligeholde de kliniske kvalitetsindikatorer for monitoreringen, samt at medvirke til at sikre, at screeningsprogrammet gennemføres efter ensartede principper og med en høj kvalitet. Til at understøtte dette formål, samt for

at fremme en systematisk opfølgning af resultaterne, skal styregruppen tilse, at kvalitetsindikatorerne årligt opgøres i en ikke-anonymiseret form for de enkelte patologiafdelinger, der deltager i screeningen (screeningsafdelingerne), i form af en DKLS Årsrapport.

Det er vigtigt, at de regionale styregrupper, screeningsafdelingerne og de praktiserende læger anvender Årsrapportens monitoreringsresultater til at forbedre og/eller fastholde screeningskvaliteten. Den nationale styregruppe skal derfor understøtte de regioner/screeningsafdelinger, der har signifikant afvigende indikatorresultater i at undersøge, om der foreligger en kvalitetsbrist.

Det er ligeledes vigtigt, at de regionale styregrupper og de enkelte aktører har adgang til løbende at søge egne indikatorresultater og kan sammenligne disse med f.eks. landsgennemsnittet. I den forbindelse har de regionale repræsentanter i styregruppen en naturlig rolle med hensyn til, at information om monitoreringsresultaterne kendes og anvendes i de enkelte regioner, så der er koordination og sammenhæng mellem det regionale og nationale niveau.

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 Årsrapport 2009 er at betragte som "baseline", så alle involverede parter de kommende år kan følge udviklingen vedrørende screening for livmoderhalskræft i den enkelte screeningsafdeling, i den enkelte region og på landsplan.

Det er derfor først med denne DKLS Årsrapport 2010 samt de fremtidige årsrapporter, at det bliver muligt at dokumentere, om der over tid fortsat sker en forbedring af screeningens kvalitet og effekt i Danmark, hvor de 9 indikatorer er den fælles reference for hver region, praksissektoren og de enkelte screeningsafdelinger med hensyn til, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger efterleves og opfyldes i praksis.

Styregruppen for DKLS
1. juli 2011

Carsten Rygaard
Formand for DKLS

Ledende overlæge
Patologiafdelingen
Hvidovre Hospital

STYREGRUPPENS SAMMENSÆTNING	2
SAMMENFATNING.....	3
DATAGRUNDLAG OG DATAKVALITET	11
INDIKATOROPGØRELSE	13
Indikator 1. Kapacitet	13
Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure	18
Indikator 3. Prøvekvalitet.....	24
Indikator 4. Diagnostisk kvalitet	31
Indikator 5. Svartid.....	40
Indikator 6. HPV-test.....	45
Indikator 7. Dækningsgrad	49
Indikator 8. Opfølgning	51
Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft.....	60
SUPPLERENDE ANALYSER	61
ORDLISTE	66
FORKORTELSESLISTE.....	69
REVISIONSPÅTEGNING	70
BILAG	71
Bilag 1. Indikatorbeskrivelse	
Bilag 2. Indikator 2 opgjort på kommunalt niveau	
Bilag 3. Indikator 7 opgjort på kommunalt niveau	
Bilag 4. Kommissorium for DKLS styregruppe	

Styregruppens sammensætning

Styregruppen for DKLS 2010 samt 2011

- Ledende overlæge Carsten Rygaard, Formand, Region Hovedstaden
- Lægefaglig konsulent Britta Ortiz, Region Sjælland
- Overlæge Doris Schledermann, Region Syddanmark
- Koordinerende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Afdelingsbioanalytiker Jette Christensen, Region Nordjylland
- Ledende overlæge Hans Svanholm, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
- Overlæge Erik Søgaard Andersen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Praktiserende læge, professor, dr.med. Flemming Bro, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Bioanalytikerunderviser Dorte Egersbo, Dansk Cytologiforening
- Ledende overlæge, lic.med. Beth Bjerregaard, Patologidatabanken
- Seniorforsker Ellen M. Mikkelsen, Kompetencecenter Nord

Herudover har professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet, bidraget som ekstern ekspert. Endvidere biostatistiker Frank Mehnert, cand.scient., ph.d. Henriette Thisted Horsdal og projektkoordinator, cand.mag. Dorrit D. Andersen, der alle er fra Kompetencecenter Nord.

Styregruppen for DKLS 2008 samt 2009

- Ledende overlæge Carsten Rygaard, Formand, Region Hovedstaden
- Lægefaglig konsulent Britta Ortiz, Region Sjælland
- Overlæge Berit Hølund, Region Syddanmark*
- Overlæge Lisbeth Kallestrup, Region Midtjylland**
- Ledende overlæge Karsten Nielsen, Region Nordjylland***
- Ledende overlæge Hans Svanholm, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
- Overlæge, ph.d. Connie Palle, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi****
- Praktiserende læge, professor, dr.med. Flemming Bro, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Bioanalytikerunderviser Dorte Egersbo, Dansk Cytologiforening
- Ledende overlæge, lic.med. Beth Bjerregaard, Patologidatabanken
- Seniorforsker Ellen M. Mikkelsen, Kompetencecenter Nord

*Berit Hølund blev afløst af Doris Schledermann i marts 2009

**Lisbeth Kallestrup blev afløst af Berit Andersen i august 2009

***Karsten Nielsen blev afløst af Jette Christensen i marts 2009

****Connie Palle blev afløst af Erik Søgaard Andersen i august 2009

Professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet, har bidraget som ekstern ekspert. Endvidere sekretariat ved læge Anne-Mette Bay Bjørn, Kompetencecenter Nord.

Sammenfatning

Screeningen for livmoderhalskræft i Danmark er velorganiseret og har et højt udviklet kode- og registreringssystem, der kan monitorere og dokumentere alle screeningens elementer, og derved bidrage til en løbende kvalitetsforbedring af det landsdækkende screeningsprogram.

Administrationen af screeningen og diagnostikken af celleprøverne foregår på 16 af landets patologiafdelinger, som i varierende grad lever op til Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra september 2007, idet der inden for de enkelte anbefalinger kan være betydelige forskelle mellem såvel regioner som screeningsafdelinger.

I det følgende gives en kort status over opfyldelsen af DKLS' 9 kvalitetsindikatorer vedrørende screening for livmoderhalskræft, så læseren hurtigt kan få overblik over indsatsen, inklusive de vigtigste anbefalinger på områder, hvor der kan opnås forbedringer både fagligt og organisatorisk.

Indikator 1A: Kapacitet

Færre end 5 % af kvinderne i screeningspopulationen fra 23-64 år venter på en invitation til en celleundersøgelse for livmoderhalskræft, hvorfor standarden ud fra det tilgængelige datamateriale er opfyldt af alle indkaldeafdelinger.

Anbefaling: At styregruppen overvejer, om indikatoren fremover er nødvendig, da den til fulde er opfyldt af alle indkaldeafdelinger i både 2009 og 2010.

Indikator 1B: Kapacitet

I 2010 var antallet af celleprøver i Danmark knapt 400.000 (ca. 440.000 i 2009). Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til screeningsafdelingerne er minimum 15.000 celleprøver årligt, som er et arbitrært antal, der bygger på princippet om, "at øvelse gør mester". Af de 16 afdelinger opfylder de 13 kravet om 15.000 prøver årligt med en variation i antallet fra 7.788 til 66.277 celleprøver (14 afdelinger opfyldte kravet i 2009). Der er således ingen forbedring på dette område fra 2009 til 2010, men det forventes, at alle patologiafdelinger, der deltager i screeningen, vil opfylde kravet om 15.000 prøver årligt i 2011.

Anbefaling: Alle screeningsafdelinger, der undersøger færre end 15.000 celleprøver årligt, bør ophøre med at deltage i screeningsprogrammet.

Indikator 2: Deltagelse og invitationsprocedure

Deltagelsen i screeningsprogrammet er 64,9 % på landsplan for kvinder inviteret i tidsperioden 13-01-2009 til 12-01-2010. Ingen af de 5 regioner opfylder standarden på 75 %, og deltagelsen varierer på regionalt niveau fra 61,0 % til 68,9 %, ligesom der er stor variation fra kommune til kommune. Deltagerprocenten er således for lav til trods for, at screeningsprogrammet udsender en geninvitation

efter både 3 og 6 måneder, hvis kvinden ikke reagerer på invitationen. Opgørelser viser, at udsendelse af geninvitationer medfører en øget deltagerprocent.

Anbefaling: At de regionale styregrupper sætter mere fokus på deltagerprocenten og iværksætter initiativer til at øge denne.

Indikator 3: Prøvekvalitet

I 2010 er andelen af uegnede celleprøver 2,6 % på landsplan (3,1 % i 2009). Kun 4 ud af 16 screeningsafdelinger (2 afdelinger ud af 16 i 2009) opfylder standarden på under 1,5 % uegnede prøver, og disse afdelinger anvender alle væskebaseret teknik (VBT). Der er stor variation mellem regionerne fra 1,9 % til 4,5 % uegnede prøver, ligesom der er stor variation mellem screeningsafdelingerne fra 0,6 % til 8,1 %. Andelen af uegnede prøver afhænger blandt andet af, om screeningsafdelingen anvender traditionel udstrykningsteknik (UST) eller den nyere VBT, idet VBT generelt har færre uegnede prøver. Endvidere bidrager en forskellig kvalitet af det indsendte prøvemateriale samt en subjektiv tolkning af egnethedskriterier til, at der er store forskelle i antallet af uegnede celleprøver mellem screeningsafdelingerne. Der er i 2010 sket et lille fald i antallet af uegnede celleprøver sammenholdt med 2009.

Anbefaling: At alle screeningsafdelinger anvender væskebaseret teknik (VBT) samt følger Bethesda systemets egnethedskriterier og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kode- og registreringspraksis for at opfylde standarden på under 1,5 % uegnede celleprøver. Endvidere bør der sættes fokus på at forbedre prøvetagningen med henblik på at reducere andelen af uegnede celleprøver.

Indikator 4: Diagnostisk kvalitet

Det har først fra 2010 været muligt at opgøre indikator 4. Screeningens diagnostiske kvalitet vurderes ud fra prøvens sensitivitet (evnen til at finde kvinder med celleforandringer, der kan føre til kræft) og prøvens specificitet (evnen til at finde de raske kvinder uden celleforandringer). Sensitiviteten for CIN3 eller værre er på landsplan 65,0 %, og 4 ud af 5 regioner opfylder standarden på >60 % med en variation fra 55,1 % til 68,5 %. Specificiteten for CIN3 eller værre er 96,8 % på landsplan, og alle 5 regioner opfylder standarden på >95 % med en variation fra 96,0 % til 98,2 %.

Anbefaling: Det har været vanskeligt at finde relevant litteratur, der anviser standarder for sensitivitet og specificitet. Det vurderes, at standarderne kan være sat for lavt, hvorfor de ved næste afrapportering eventuelt kan hæves til hhv. 65 % og 98 %.

Indikator 5: Svartid

I 2010 besvares på landsplan 81,4 % af celleprøverne i løbet af 10 hverdage, hvor standarden er 95 % (i 2009 overholdt 79,4 % svartiden). Der er stor variation mellem regionerne fra 29,3 % til 98,6 %, idet kun en enkelt region opfylder standarden, hvilket er uændret i forhold til 2009. På afdelingsniveau opfylder 7 ud af de 16 afdelinger standarden, idet der ses en variation fra 21,2 % til 99,9 %. Overholdelse af svartiden er således ikke forbedret i 2010. Forskellen mellem regionerne kan ikke forklares ved en forskellig struktur, og forskellene på afdelingsniveau er ikke afhængige af prøveantallet, men er snarere et spørgsmål om arbejdets organisering og prioritering af de givne resurser.

Anbefaling: At de screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden, sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden på højst 10 hverdage kan overholdes.

Indikator 6: HPV-test

I 2010 er andelen af kvinder over 30 år med ASCUS (tidligere atypiske celler), der får foretaget en supplerende test for HPV, på landsplan øget til 59,0 % (i 2009 var tallet kun 44,7 %). Andelen varierer i regionerne fra 11,7 % til 97,3 %, og kun Region Hovedstaden opfylder standarden på over 95 %. På afdelingsniveau varierer andelen fra 0,8 % til 99,0 %, og kun 4 ud af 16 afdelinger (i 2009 blot 1 ud af 16 afdelinger) opfylder standarden. Antallet af supplerende test for HPV er således på landsplan øget betydeligt i 2010.

Anbefaling: At alle screeningsafdelinger indfører supplerende HPV-test eller indgår samarbejdsaftaler med andre afdelinger.

Indikator 7: Dækningsgrad

I 2010 er dækningsgraden i screeningspopulationen fra 23-64 år på landsplan 76,0 % (i 2009 på 76,2 %). Ingen regioner lever op til standarden på over 85 %. På regionalt niveau varierer dækningsgraden fra 74,9 % til 76,7 %. Der er således i 2010 fortsat en uændret lav dækningsgrad.

Anbefaling: De regionale styregrupper, screeningsafdelingerne og praksissektoren skal fokusere på at øge dækningsgraden for at forbedre screeningsprogrammets effektivitet. Samtidig bør omfanget af den opportunistiske screening reduceres ved, at den prøvetagende læge følger screeningsprogrammets indkaldemønstre.

Indikator 8: Opfølgning

I 2010 er andelen af alle abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke bliver fulgt op rettidigt i praksissektoren jf. patologisvarets anbefalinger for opfølgning, på landsplan 19,9 % (20,6 % i 2009). Der er ingen regioner eller screeningsafdelinger, der opfylder standarden på under 2 %. Der er på regionalt niveau en variation fra 16,9 % til 24,9 % og på afdelingsniveau en variation fra 13,2 % til 26,3 %. Hvis man udelukkende ser på opfølgningen af diagnoser med alvorlige celleforandringer er det 5,4 % (7,5 % i 2009) af prøverne, som den prøvetagende læge ikke følger op inden for 3 måneder, som anbefalet. Det bemærkes, at mange kvinder bliver fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, idet antallet der ikke er fulgt op efter 6 måneder er 3,7 % (5,0 % i 2009) og efter 15 måneder 1,6 % (2,2 % i 2009). Overordnet set er opfølgningen af abnorme og uegnede prøver i 2010 kun marginalt forbedret i forhold til 2009. Men Patologisystemet er netop videreudviklet, så der fra medio juni 2011 automatisk sendes en Edifact meddelelse til den enkelte prøvetagende læge i praksissektoren vedrørende de celleprøver, som ikke er fulgt op i henhold til anbefalingerne i patologisvaret.

Anbefaling: Det forventes, at indførelsen af ovennævnte Edifact løsning på landsplan fra medio juni 2011 markant vil reducere antallet af abnorme og uegnede prøver, der ikke følges op i praksissektoren, som anbefalet i patologisvaret. De regionale styregrupper og alle screeningsafdelinger bør monitorere dette initiativ og registrere eventuelle brist i praksissektorens opfølgning af abnorme prøver.

Indikator 9: Antal tilfælde af livmoderhalskræft

I 2009 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 391 på landsplan (i 2008 var antallet 366), hvilket er højere end den nationale standard på 350 nye tilfælde årligt. Den aldersstandardiserede incidensrate var i 2009 14,2 pr. 100.000 kvinder på landsplan (i 2008 var raten 13,3). På regionalt niveau varierer incidensraten mellem 10,6 og 16,3 pr. 100.000 kvinder.

Anbefaling: At der foretages audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft.

Samlet oversigt

For at give et bedre overblik er sammenfatningens gennemgang af hver enkelt indikator suppleret med en oversigt over de 9 indikatorer på landsplan for både 2009 og 2010, der viser status for arbejdet med at forbedre screeningen for livmoderhalskræft i Danmark.

Da de 5 regioner er "driftsherrer" for screeningen for livmoderhalskræft i Danmark, suppleres status på landsplan med en status for de 9 indikatorer på regionsniveau for både 2009 og 2010.

Det bemærkes, at indikatorerne er fastsat som "ideale målsætninger", som hverken kan forventes opfyldt i 2009 eller 2010, men først i løbet af de kommende år, da indikatorer og standarder først er godkendt og udmeldt fra Sundhedsstyrelsen i september 2008.

Med hensyn til at opfylde de 9 nationale kvalitetsindikatorer og dermed Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, så er der i perioden fra 2009 til 2010 - overordnet set - ikke sket nogen forbedring.

Opfyldelsen af de seks indikatorer vedrørende kapacitet (1), deltagelse og invitationsprocedure (2), prøve kvalitet (3), svartid (5), dækningsgrad (7), opfølgning (8) er praktisk taget uændret i perioden. Angående de sidste 3 indikatorer er diagnostisk kvalitet (4) opgjort for første gang i 2010, hvorfor udviklingen først kan vurderes i 2011. Anvendelse af supplerende HPV-test (6) er forbedret, mens den nationale indikator for antal nye tilfælde af livmoderhalskræft (9) er "forværret" fra 366 nye kræfttilfælde i 2009 til 391 tilfælde i 2010.

Med hensyn til den fremtidige opfyldning af målsætningerne bør regionerne have særlig fokus på indikatorerne vedrørende deltagerprocent/dækningsgrad samt opfølgning af abnorme prøvesvar, som er helt centrale for screeningskvaliteten, og dermed en forudsætning for et yderligere fald i antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i Danmark. Screeningsafdelingerne har imidlertid ikke direkte indflydelse på de to nævnte fokusområder. Deltagerprocenten/dækningsgraden afhænger af kvindernes adfærdsmønster, mens opfølgning af abnorme prøvesvar afhænger af den prøvetagende læge.

Status på landsplan 2010 vedrørende opgjorte DKLS indikatorer

<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>	<i>Landsresultat</i>	<i>Tidsperiode for datagrundlag</i>
1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation	<5%	0,1%	20-12-2010
1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling ¹	>15.000	Se note 1 samt tabel 1B	01-01-2010 til 31-12-2010
2. Deltagelse ²	>75%	64,9%	13-01-2009 til 12-01-2010
3. Andelen af uegnede celleprøver	<1,5%	2,6%	01-01-2010 til 31-12-2010
4A. Diagnostisk sensitivitet	>60%	65,0%	01-07-2006 til 30-06-2007
4B. Diagnostisk specificitet	>95%	96,8%	01-07-2006 til 30-06-2007
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	>95%	81,4%	01-01-2010 til 31-12-2010
6. HPV-test efter ASCUS diagnose hos kvinder >30 år	>95%	59,0%	01-04-2009 til 31-03-2010
7. Dækningsgrad	>85%	76,0%	13-07-2005 til 12-01-2011
8. Manglende opfølgning af abnorme eller uegnede prøver	<2%	19,9%	01-10-2008 til 30-09-2009
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	<350	391	01-01-2009 til 31-12-2009 ³
9B. Incidensraten de seneste 5 år af livmoderhalskræft	13,9	14,2	01-01-2009 til 31-12-2009 ³

¹13 ud af 16 screeningsafdelinger opfylder standarden på >15.000 smearundersøgelser årligt. De tre afdelinger, som ikke opfylder standarden, undersøger henholdsvis 7.788, 11.527 og 14.970 celleprøver årligt.

²Opgørelsesperioderne for 2009 og 2010 er delvist overlappende, hvorfor det ikke giver mening at sammenligne indikatorresultaterne fra de to årsrapporter.

³Data for 2010 er endnu ikke tilgængelige ved rapportens tilblivelse.

Status på landsplan 2009 vedrørende opgjorte DKLS indikatorer

<i>Indikator</i>	<i>Standard</i>	<i>Landsresultat</i>	<i>Tidsperiode for datagrundlag</i>
1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation	<5%	0,1%	10-02- 2010
1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling ¹	>15.000	Se note 1 samt tabel 1B	01-01-2009 til 31-12-2009
2. Deltagelse ²	>75%	66,3%	10-06-2008 til 9-06-2009
3. Andelen af uegnede celleprøver	<1,5%	3,1%	01-01-2009 til 31-12-2009
4A. Diagnostisk sensitivitet	>60%	63,2%	01-07-2005 til 30-06-2006
4B. Diagnostisk specificitet	>95%	97,0%	01-07-2005 til 30-06-2006
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	>95%	79,4%	01-01-2009 til 31-12-2009
6. HPV-test efter ASCUS diagnose hos kvinder >30 år	>95%	44,7%	01-04-2008 til 31-03-2009
7. Dækningsgrad	>85%	76,0%	10-12-2004 til 09-06-2010
8. Manglende opfølgning af abnorme eller uegnede prøver	<2%	20,6%	01-10-2007 til 30-09-2008
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	<350	391	01-01-2009 til 31-12-2009
9B. Incidensraten de seneste 5 år af livmoderhalskræft	13,9	14,2	01-01-2009 til 31-12-2009

¹14 ud af 16 screeningsafdelinger opfylder standarden på >15.000 smearundersøgelser årligt. De to afdelinger, som ikke opfylder standarden, undersøger henholdsvis 8.845 og 13.062 celleprøver årligt.

²Opgørelsesperioderne for 2009 og 2010 er delvist overlappende, hvorfor det ikke giver mening at sammenligne indikatorresultaterne fra de to årsrapporter.

Status på regionsplan 2010 vedrørende opgjorte DKLS indikatorer

Indikator	Standard	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Tidsperiode for datagrundlag
1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation	<5%	<0,1%	0,0%	0,6%	0,2%	0,0%	20-12- 2010
1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling ¹	>15.000	Se note 1 samt tabel 1B					01-01-2010 til 31-12-2010
2. Deltagerprocent	>75%	61,0%	65,6%	64,1%	65,6%	68,9%	13-01-2009 til 12-01-2010
3. Andelen af uegnede celleprøver	<1,5%	1,9%	2,7%	3,8%	4,5%	2,2%	01-01-2010 til 31-12-2010
4A. Diagnostisk sensitivitet	>60%	64,2%	68,5%	55,1%	65,9%	65,9%	01-07-2006 til 30-06-2007
4B. Diagnostisk specificitet	>95%	96,3%	96,0%	98,0%	98,2%	96,9%	01-07-2006 til 30-06-2007
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	>95%	98,6%	76,4%	29,3%	71,7%	87,8%	01-01-2010 til 31-12-2010
6. HPV-test efter ASCUS diagnose hos kvinder >30 år	>95%	97,3%	11,7%	43,8%	34,6%	56,6%	01-04-2009 til 31-03-2010
7. Dækningsgrad	>85	76,0	74,9	76,6	76,2	76,7	13-07-2005 til 12-01-2011
8. Manglende opfølgning af abnorme eller uegnede prøver	<2%	16,9%	20,5%	24,9%	21,6%	21,3%	01-10-2008 til 30-09-2009
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	<350	Standarden er kun fastsat for hele landet, og de regionale tal er ikke direkte sammenlignelige					01-01-2009 til 31-12-2009 ²
9B. Aldersstandardiseret incidensrate livmoderhalskræft	<13,9	16,3	15,0	10,6	13,9	12,4	13-01-2009 til 31-12-2009 ²

¹13 ud af 16 screeningsafdelinger opfylder standarden på >15.000 smearundersøgelser årligt. De tre afdelinger, som ikke opfylder standarden, undersøger henholdsvis 7.788, 11.527 og 14.970 celleprøver årligt.

²Data for 2010 er ved rapportens tilblivelse endnu ikke tilgængelige.

Status på regionsplan 2009 vedrørende opgjorte DKLS indikatorer

Indikator	Standard	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syddanmark	Tidsperiode for datagrundlag
1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation	<5%	0.0%	0,1%	0,7%	0,0%	0,0%	10-2-2010
1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling ¹	>15.000	Se note 1 samt tabel 1B					01-01-2009 til 31-12-2009
2. Deltagerprocent	>75%	61,7%	65,8%	66,3%	66,9%	70,9%	10-06-2008 til 09-06-2009
3. Andelen af uegnede celleprøver	<1,5%	2,1%	4,2%	3,4%	4,2%	2,7%	01-01-2009 til 31-12-2009
4A. Diagnostisk sensitivitet	>60%	64,6%	67,5%	53,0%	60,6%	60,8%	01-07-2005 til 30-06-2006
4B. Diagnostisk specificitet	>95%	96,0%	96,3%	98,4%	98,5%	97,4%	01-07-2005 til 30-06-2006
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	>95%	98,7%	57,1%	86,2%	75,4%	74,3%	01-01-2009 til 31-12-2009
6. HPV-test efter ASCUS diagnose hos kvinder >30 år	>95%	88,9%	0,1%	11,6%	0,9%	37,6%	01-04-2008 til 31-03-2009
7. Dækningsgrad	>85	76,2	75,0	76,9	76,3	77,2	10-12-2004 til 09-06-2010
8. Manglende opfølgning af abnorme eller uegnede prøver	<2%	14,7%	22,5%	25,8%	24,3%	21,1%	01-10-2007 til 30-09-2008
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	<350	Standarden er kun fastsat for hele landet, og de regionale tal er ikke direkte sammenlignelige					01-01-2009 til 31-12-2009
9B. Aldersstandardiseret incidensrate livmoderhalskræft	<13,9	16,3	15,0	10,6	13,9	12,4	01-01-2009 til 31-12-2009

¹14 ud af 16 screeningsafdelinger opfylder standarden på >15.000 smearundersøgelser årligt. De to afdelinger, som ikke opfylder standarden, undersøger henholdsvis 8.845 og 13.062 celleprøver årligt.

Datagrundlag og datakvalitet

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

Oplysningerne i Patobanken 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, hvilket 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 specialuddannet cytobioanalytiker, før svaret afgives til den prøvetagende læge og samtidig automatisk registreres i Patobanken.

Denne årsrapport er helt overvejende baseret på data fra Patobankens IT programmer - Cyresmodulet og Indkaldemodulet. Cyresmodulet er et udtræksprogram, der giver mulighed for at foretage afgrænsede dataudtræk og prædefinerede kvalitetsopgørelser. Indkaldemodulet er et driftsmodul, der styrer invitationsproceduren vedr. screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

Principielt skal årsrapporten afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i 2010, men af hensyn til at have tilstrækkelig opfølgningstid er dette ikke muligt for indikator 2, 4, 6, 7 og 8. 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 betyder desuden, at der for indikator 4 og 7 er anvendt data for en tidsperiode, der ligger forud for implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra september 2007 i den enkelte screeningsafdeling.

Screeningsprogrammets målgruppe er kvinder i alderen 23-64 år. For indikator 1B, 3, 4 og 8 er der dog ikke taget hensyn til denne aldersbegrænsning, da det for disse fire indikatorer er fundet relevant at stille de samme kvalitetskrav for alle celleprøver fra livmoderhalsen - uanset kvindens alder og deltagelse i screeningsprogrammet.

Følgende indikatorer 1A, 2, 6, 7 og 9 er opgjort på individniveau, mens de øvrige indikatorer er opgjort på celleprøveniveau jf. indikatorbeskrivelsen (bilag 1).

Indikator 1A, 2 og 7 er beregnet af Indkaldemodulet. Indikator 1B, 3, 4, 5, 6 og 8 er beregnet på baggrund af dataudtræk fra Cyresmodulet defineret ved SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen. For indikator 4 er datasættet yderligere begrænset, idet celleprøver med SNOMED-koderne T8X320 og T8X321 (endocervix og endocervix speciel) er ekskluderet.

Celleprøver fra livmoderhalsen, der er undersøgt hos privatpraktiserende patologer, indgår kun i datagrundlaget i indikator 1B samt i datagrundlaget for de opfølgende prøver i indikator 4 og 8.

Ved beregning af indikator 6 og 8 er der taget hensyn til vitalstatus, således at kvinder, der er døde eller flyttet ud af landet i opfølgingsperioden, er ekskluderet.

Indikator 9 er beregnet på baggrund af data fra Cancerregisteret og statistikbanken.dk.

Alle indikatordefinitioner og de anvendte SNOMED-koder fremgår af indikatorbeskrivelsen (bilag 1).

Datagrundlaget, herunder datakilde, tidsperiode og aldersgruppe varierer således, og er derfor beskrevet separat for hver enkelt indikator i det følgende kapitel.

For hver indikator er resultaterne fra DKLS Årsrapport 2009 medtaget til sammenligning. For de indikatorer, hvor der er justeret i indikatordefinitionerne i 2010, er indikatoropgørelserne genberegnet for 2009, så opgørelserne for 2009 og 2010 er sammenlignelige. Dette gælder dog ikke for indikator 2 og 7, da opgørelsesperioderne i Årsrapporterne 2009 og 2010 delvist overlapper hinanden, hvilket gør det problematisk at sammenligne resultaterne for 2010 og 2009. Dette problem vil imidlertid for indikator 2 være elimineret til Årsrapporten 2011.

Indikatoropgørelser

Indikator 1. Kapacitet

1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation, ud af alle kvinder i alderen 23-64 år. Standard < 5%

Datagrundlag: Indikatoren er opgjort af Patobankens Indkaldemodul 4 gange i løbet af 2010.

Denne indikator er et øjebliksbillede opgjort på bestemte tidspunkter (10-02-2010, 26-04-2010, 13-10-2010 og 20-12-2010). Indikatoren viser antal kvinder, der fortsat venter på invitation, på det tidspunkt, hvor indkaldeafdelingerne sidst har udskrevet invitationer forud for de 4 opgørelsesdatoer.

Indikatoren afspejler ikke nødvendigvis situationen dagen før eller dagen efter, men blot situationen på den dag afdelingen sidst har haft aktivitet i Indkaldemodulet.

Tabel 1A. Andelen af kvinder, der venter på invitation i hele landet samt fordelt på region og indkaldelseafdeling

Indkaldelseafdeling	10-02-2010		26-04-2010		13-10-2010		20-12-2010	
	Antal kvinder i alderen 23-64 år ¹	Antal kvinder, der venter på indkaldelse (%)	Antal kvinder i alderen 23-64 år ¹	Antal kvinder, der venter på indkaldelse (%)	Antal kvinder i alderen 23-64 år ¹	Antal kvinder, der venter på indkaldelse (%)	Antal kvinder i alderen 23-64 år ¹	Antal kvinder, der venter på indkaldelse (%)
Landsresultat	1.531.675	1.555 (0,1)	1.530.067	2.231 (<0,1)	1.529.085	4.263 (0,3)	1.528.772	1.380 (0,1)
Region Hovedstaden	487.481	0 (0,0)	487.710	0(0,0)	489.354	0 (0,0)	489.856	3 (<0,1)
Herlev	170.919	0 (0,0)	170.764	0 (0,0)	170.877	0 (0,0)	170.985	0 (0,0)
Hillerød	118.476	0 (0,0)	118.111	0 (0,0)	117.481	0 (0,0)	117.223	3 (<0,1)
Hvidovre	198.086	0 (0,0)	198.835	0 (0,0)	200.996	0 (0,0)	201.648	0 (0,0)
Region Midtjylland ²	348.727	426 (0,1)	348.688	242 (0,1)	348.521	0 (0,0)	348.698	0 (0,0)
Holstebro	76.875	0 (0,0)	76.854	0 (0,0)	-	-	-	-
Randers	233.594	426 (0,2)	233.642	242 (0,1)	348.521	0 (0,0)	348.698	0 (0,0)
Skive	38.258	0 (0,0)	38.192	0 (0,0)	-	-	-	-
Region Nordjylland	158.361	1.129 (0,7)	158.114	1.989 (1,3)	157.655	3.658 (2,3)	157.522	879 (0,6)
Aalborg	158.361	1.129 (0,7)	158.114	1.989 (1,3)	157.655	3.658 (2,3)	157.522	879 (0,6)
Region Sjælland	214.626	0 (0,0)	213.852	0 (0,0)	212.917	605 (0,3)	212.476	498 (0,2)
Næstved	73.651	0 (0,0)	73.418	0 (0,0)	73.010	605 (0,8)	72.820	498 (0,7)
Roskilde	61.288	0 (0,0)	61.016	0 (0,0)	60.879	0 (0,0)	60.744	0 (0,0)
Slagelse	79.687	0 (0,0)	79.418	0 (0,0)	79.028	0 (0,0)	78.912	0 (0,0)
Region Syddanmark	322.480	0 (0,0)	321.703	0(0,0)	320.638	0 (0,0)	320.220	0 (0,0)
Esbjerg	63.076	0 (0,0)	62.931	0 (0,0)	62.700	0 (0,0)	62.660	0 (0,0)
Odense	121.548	0 (0,0)	121.260	0 (0,0)	120.851	0 (0,0)	120.695	0 (0,0)
Sønderborg	61.148	0 (0,0)	60.950	0(0,0)	60.598	0 (0,0)	60.430	0 (0,0)
Vejle	76.708	0 (0,0)	76.562	0 (0,0)	76.489	0 (0,0)	76.435	0 (0,0)

¹ Inklusive kvinder, der har fremlidt sig screeningsprogrammet.

² Indkaldelsen i Region Midtjylland er blevet centraliseret til Afdeling for Folkeundersøgelse i Randers pr. 1-10-2010 .

Kommentar: Tabel 1A er et øjebliksbillede opgjort 4 gange i løbet af 2010. De fleste indkaldeaafdelinger har udskrevet invitationer til *alle* ventende kvinder ved udskrivning af invitationer, og derfor har de fleste afdelinger "nul" ventende kvinder på alle tidspunkter.

Det er et meget begrænset antal kvinder, der på baggrund af tabel 1A ser ud til at vente på indkaldelse, og der er ikke tegn på langtidsophobning af ventende kvinder på nogen indkaldeaafdeling. Alle indkaldeaafdelinger opfylder indikatoren på alle 4 søgetidspunkter i 2010, hvilket tyder på en velimplementeret indkaldelsesprocedure.

Det er ikke alle screeningsafdelinger, der varetager invitationsproceduren, hvorfor patologiafdelingerne i f.eks. Århus og Hjørring ikke fremgår af tabel 1A.

Indikator 1A er baseret på Patobankens Indkaldemodul, der er et driftsmodul, som ikke er udviklet med henblik på statistiske analyser og kvalitetsmonitorering. Indikatoren er derfor et øjebliksbillede og afspejler ikke kvaliteten hensigtsmæssigt.

De enkelte indkaldeaafdelinger sender invitationer ud med forskelligt mellemrum, ligesom invitationerne har været anvendt som "bufferkapacitet" i screeningsafdelingerne.

Anbefaling: At styregruppen overvejer, om indikatoren fremover er nødvendig, da den til fulde er opfyldt af alle indkaldeaafdelinger i både 2009 og 2010.

1B. Antal celleprøver fra livmoderhalsen i 2010 pr. patologiafdeling. Standard >15.000 prøver årligt pr. patologiafdeling

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato fra 01-01-2010 til 31-12-2010 og SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen, eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser.

Denne indikator skal afspejle den diagnostiske kvalitet, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Tabel 1B. Antal celleprøver fra livmoderhalsen i 2009 og 2010 på landsplan samt fordelt på regioner og patologiafdelinger

	<i>Antal celleprøver i 2009</i>	<i>Antal celleprøver i 2010</i>
Landsresultat	443.332	390.835
Region Hovedstaden	148.417	141.221
Herlev	31.156	39.969
Hillerød ¹	32.664	33.257
Hvidovre	67.433	66.277
Speciallæge ²	17.164	1.718
Region Midtjylland	93.782	85.723
Holstebro	17.491	16.886
Randers	25.610	26.607
Skive	13.066	11.527
Speciallæge ³	108	43
Århus	37.507	30.660
Region Nordjylland ⁴	45.103	39.564
Aalborg	39.714	35.078
Hjørring	5.389	4.486
Region Sjælland	58.218	47.811
Næstved	20.327	14.970
Roskilde	18.210	16.727
Slagelse	19.681	16.114
Region Syddanmark	97.812	76.516
Esbjerg	17.541	15.498
Odense	31.615	25.908
Sønderborg	18.790	16.206
Vejle ⁵	29.866	18.904

¹Hillerøds antal celleprøver er eksklusive celleprøver fra Grønland og Færøerne, hvilket var hhv. 5.878 i 2009 og 6.985 i 2010.

²Før 01-09-2009 har 11 privatpraktiserende patologer i Region Hovedstaden undersøgt celleprøver fra livmoderhalsen, men siden 01-09-2009 er prøverne med undtagelse af privat betalte prøver overgået til patologiafdelingen på Herlev Sygehus.

³Prøver fra selvbetalere.

⁴I henholdsvis 2009 og 2010 blev 3.156 og 3.302 celleprøver fra Aalborg undersøgt i Hjørring, og korrigeres derfor, bliver antallet af celleprøver i Hjørring 7.788 og i Aalborg 31.776 i 2010.

⁵Vejle har i 2009 undersøgt ca. 12.000 prøver for Region Midtjylland. Fra 1-10-2010 er alle prøver fra Region Midtjylland blevet undersøgt af egne afdelinger i regionen.

Kommentar: I 2010 deltog 16 patologiafdelinger i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft med en variation i antallet af celleprøver pr. afdeling fra 7.788 (Hjørring 4.486 + 3.302) til 66.277 (Hvidovre). Af de 16 screeningsafdelinger opfyldte de 13 kravet om over 15.000 celleprøver årligt. Antallet på mindst 15.000 prøver årligt er arbitrært, men bygger på princippet om, "at øvelse gør mester".

Patologiafdelingerne i Skive, Hjørring og Næstved undersøgte færre end 15.000 celleprøver i 2010.

I Region Midtjylland er der indgået en fordelingsaftale gældende fra 2011, så alle regionens screeningsafdelinger, inklusive Skive, skal undersøge over 15.000 celleprøver årligt.

Hjørring indgik allerede i 2009 en "politisk betinget" samarbejdsaftale med Aalborg, så Hjørring undersøger en del af celleprøverne fra Aalborg. Af registreringsmæssige årsager fremgår dette ikke af dataudtrækket fra Patobanken.

Det bemærkes, at antallet af celleprøver fra livmoderhalsen er gået tilbage fra 443.000 i 2009 til 390.000 i 2010. Prøveantallet er gået ned i alle fem regioner, idet faldet er størst i Region Sjælland (10.407 svarende til 17,8 %) og Region Syddanmark (21.296 svarende til 21,8 %). Der kan være flere forklaringer på faldet. Det ændrede indkaldemønster, hvor de 50-65-årige kvinder inviteres hvert 5. år, vil give et forbigående fald. De ændrede retningslinier vil medføre færre kontroller, og demografien kan ændre på antallet af kvinder i screeningens målgruppe.

Anbefaling: Det anbefales, at alle screeningsafdelinger inklusive privatpraktiserende patologer, der undersøger færre end 15.000 celleprøver fra livmoderhalsen pr. år, ophører med dette eller indgår et fordelingssamarbejde. De regionale styregrupper anbefales fortsat at være opmærksomme på ændringer vedrørende antal celleprøver pr. afdeling i Sundhedsstyrelsens kommende anbefalinger, som forventes at indeholde en anbefaling på mindst 25.000 celleprøver årligt.

Perspektivering: Den tiltagende automatisering af screeningen - med præscreening og computervejledt mikroskopi af celleprøverne, samt brug af test for HPV i diagnostikken - vil af faglige og driftsøkonomiske hensyn fremover medføre en centralisering af screeningen på færre patologiafdelinger, så den enkelte screeningsafdeling i fremtiden vil få et langt større antal celleprøver.

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure

2A. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter invitation ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Standard >50 %

Datagrundlag: Indikatoren er opgjort af Patobankens Indkaldemodul den 13-01-2011 på baggrund af de kvinder, der blev inviteret i perioden 13-01-2009 til 12-01-2010 og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret jf. invitationsproceduren.

Denne indikator afspejler derfor ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i 2010, men i den anførte tidsperiode.

Antal inviterede kvinder kan indeholde kvinder, der har fået fjernet hele livmoderen (total hysterektomi). Antallet skønnes ikke stort, og vil med årene blive mindre, da der er indført en kodepraksis jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007, der skal framelde disse kvinder fremadrettet.

Ved beregning af deltagerprocenten efter invitation og første geninvitation er der taget højde for de kvinder, der er framelde screeningsprogrammet.

Ved beregning af den totale deltagerprocent er der taget højde for de kvinder, der har framelde sig tidligere og derfor ikke modtager en invitation, men der er ikke taget højde for kvinder, der framelde sig i forløbet efter invitation, da vi ikke har kendskab til hvor mange kvinder, der framelde sig i perioden fra 180 dage til 270 dage efter invitation.

Indikator 2 er i tabel 2A, 2B, 2C og 2D opgjort på landsplan og fordelt på regioner, ligesom indikatoren også er opgjort på kommunalt niveau (bilag 2).

Da opgørelsen af denne indikator delvist overlapper med opgørelsen fra DKLS årsrapporten 2009 (opgjort 10-06-2010, dækkende inviterede kvinder i perioden 10-06-2008 til 09-06-2009), kan man ikke umiddelbart sammenligne de to opgørelser fra hhv. 2009 og 2010. Fremover vil indikatoren blive opgjort i januar, hvilket muliggør fremtidige sammenligninger fra år til år.

Tabel 2A. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter invitation ud af alle kvinder, der inviteres til screening i hele landet samt fordelt på region

Region	Antal undersøgte kvinder efter 1. invitation (tæller)	Antal inviterede kvinder (nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	126.541	321.101	39,4 (39,2 - 39,6)
Region Hovedstaden	34.135	95.682	35,7 (35,4 - 36,0)
Region Midtjylland	26.270	70.157	37,4 (37,1 - 37,8)
Region Nordjylland	9.604	24.798	38,7 (38,1 - 39,3)
Region Sjælland	23.529	55.133	42,7 (42,3 - 43,1)
Region Syddanmark	33.003	75.331	43,8 (43,5 - 44,2)

Kommentar: Deltagelse i screeningsprogrammet efter invitation er på landsplan kun 39,4 %, og ingen af regionerne lever op til målsætningen på over 50 %. Deltagelsen varierer mellem 35,7 % (Region Hovedstaden) og 43,8 % (Region Syddanmark).

2B. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres første gang. Standard >40 %.

*Første geninvitation udsendes 90 dage efter invitation

Tabel 2B. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første geninvitation ud af alle kvinder, der ikke har fået taget en celleprøve efter invitation i hele landet samt fordelt på region

Region	Antal undersøgte kvinder efter 1. geninvitation (tæller)	Antal kvinder, som ikke har fået taget en celleprøve efter invitation ¹ (nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	58.493	183.833	31,8 (31,6 - 32,0)
Region Hovedstaden	15.960	56.175	28,4 (28,0 - 28,8)
Region Midtjylland	16.012	42.740	37,5 (37,0 - 37,9)
Region Nordjylland	4.424	14.859	29,8 (29,0 - 30,5)
Region Sjælland	8.743	29.970	29,2 (28,7 - 29,7)
Region Syddanmark	13.354	40.089	33,3 (32,8 - 33,8)

¹Kvinder, der er frmeldt screeningsprogrammet inden for 90 dage efter invitation, indgår ikke i nævneren.

Kommentar: Deltagelse i screeningsprogrammet efter første geninvitation er på landsplan kun 31,8 %, og ingen af regionerne lever op til målsætningen på over 40 %. Andelen varierer mellem 28,4 % (Region Hovedstaden) og 37,5 % (Region Midtjylland).

2C. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres anden gang. Standard >20 %

*Anden geninvitation udsendes 180 dage efter invitation

Tabel 2C. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden geninvitation ud af alle kvinder, der ikke har fået taget en celleprøve efter første geninvitation i hele landet samt fordelt på region

Region	Antal undersøgte kvinder efter 2. geninvitation (tæller)	Antal kvinder som ikke har fået taget en celleprøve efter 1. geninvitation ¹ (nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	23.392	118.873	19,7 (19,5 - 19,9)
Region Hovedstaden	8.294	37.772	22,0 (21,5 - 22,4)
Region Midtjylland ²	3.776	25.823	14,6 (14,2 - 15,1)
Region Nordjylland	1.861	10.169	18,3 (17,5 - 19,1)
Region Sjælland	3.913	20.178	19,4 (18,8 - 19,9)
Region Syddanmark	5.548	24.931	22,3 (21,7 - 22,8)

¹Kvinder, der er frmeldt screeningsprogrammet inden for 180 dage efter invitation, indgår ikke i nævneren.

²I Region Midtjylland udsendte kun Holstebro anden geninvitation i hele 2009. Skive har udsendt anden geninvitation siden 01-04-2009, mens Randers og Århus først begyndte at udsende anden geninvitation 01-01-2010.

Kommentar: Deltagelsen i screeningsprogrammet efter anden geninvitation er på landsplan 19,7 %, og kun to regioner (Region Hovedstaden og Region Syddanmark) lever op til målsætningen på over 20 %. Andelen varierer mellem 14,6 % (Region Midtjylland) og 22,3 % (Region Syddanmark).

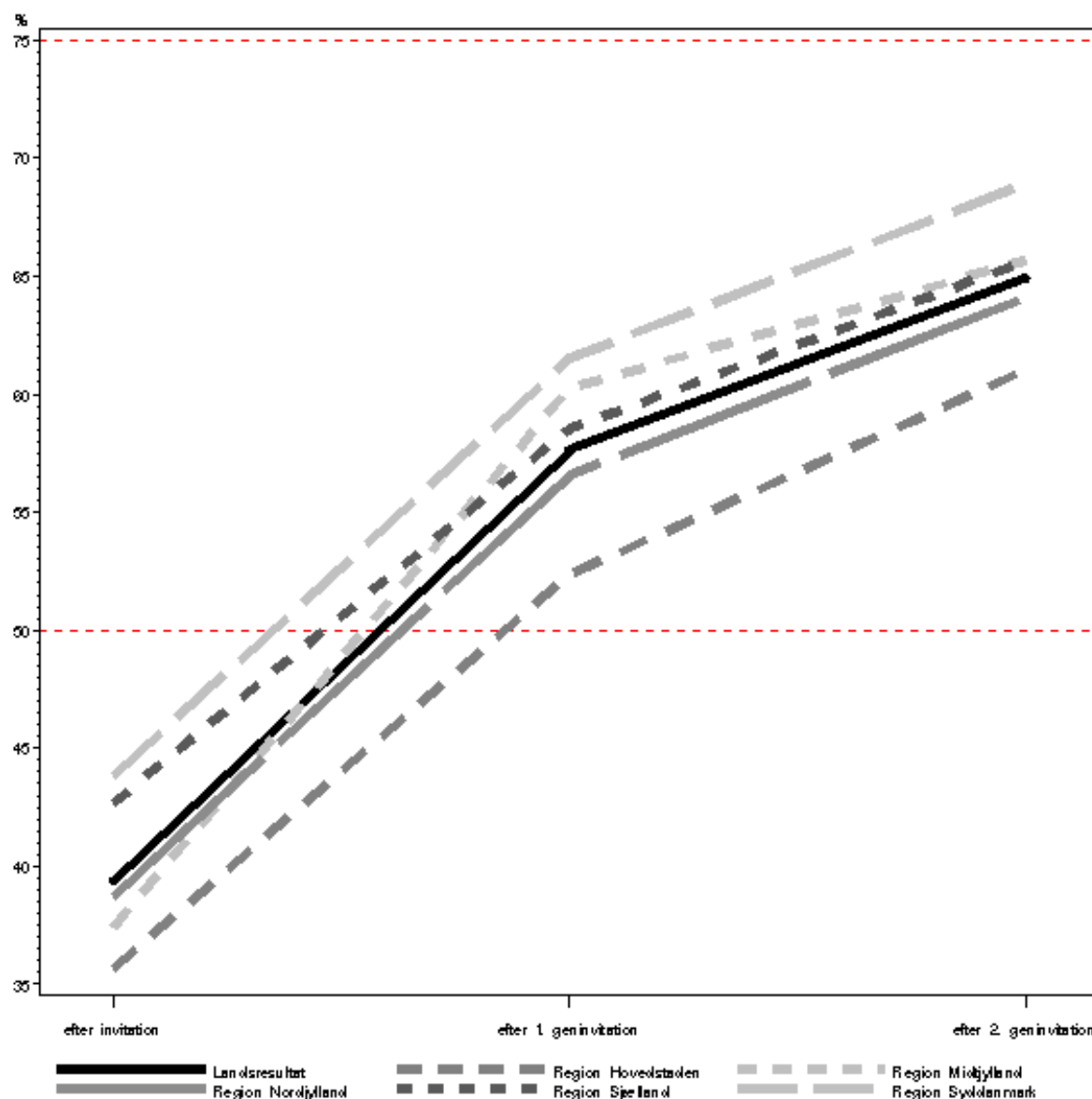
2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 270 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Standard >75 %

Tabel 2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 270 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening i hele landet samt fordelt på region

<i>Region</i>	<i>Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
Landsresultat	208.426	321.101	64,9 (64,7 - 65,1)
Region Hovedstaden	58.389	95.682	61,0 (60,7 - 61,3)
Region Midtjylland	46.058	70.157	65,6 (65,3 - 66,0)
Region Nordjylland	15.889	24.798	64,1 (63,5 - 64,7)
Region Sjælland	36.185	55.133	65,6 (65,2 - 66,0)
Region Syddanmark	51.905	75.331	68,9 (68,6 - 69,2)

Kommentar: Deltagelsen i screeningsprogrammet er 64,9 % på landsplan, og ingen af regionerne opfylder standarden på over 75 %. Deltagelsen varierer på regionalt niveau mellem 61,0 % (Region Hovedstaden) og 68,9 % (Region Syddanmark). Der er ligeledes stor variation i deltagerprocenten på kommunalt niveau fra 54,5 % (Albertslund) til 75,0 % (Kristiansø) (bilag 2).

Figur, indikator 2. Kumuleret deltagerprocent efter invitation, 1. geninvitation og 2. geninvitation i de 5 regioner



Den kumulerede deltagerprocent efter første og anden geninvitation viser, at geninvitationsproceduren øger den totale deltagerprocent. Deltagerprocenten efter invitation ses i tabel 2A og efter geninvitation i tabel 2B og 2C.

Den kumulerede deltagerprocent efter første geninvitation er i Region Hovedstaden, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark henholdsvis 52,4 %, 60,3 %, 56,6 %, 58,5 % og 61,5 %. Den kumulerede deltagerprocent efter anden geninvitation er tilsvarende for de 5 regioner henholdsvis 61,0 %, 65,6 %, 64,1 %, 65,6 % og 68,9 % (figur, indikator 2).

Deltagerprocenten stiger i alle regioner efter udsendelse af anden geninvitation – dog mindst i Region Midtjylland, hvilket skyldes, at der kun har været udsendt anden geninvitation fra Århus og Randers i dele af tidsperioden.

Anbefaling: Da ingen af regionerne opfylder målsætningen om over 75 % deltagelse i screeningsprogrammet, bør de regionale styregrupper fortsat sætte fokus på dette problem og iværksætte initiativer for at øge deltagerprocenten.

Det anbefales i øvrigt regionerne at være opmærksomme på de kommende opdaterede anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedrørende screening for livmoderhalskræft, som formentlig også vil indeholde anvisninger til at øge deltagerprocenten.

Perspektivering: Der er stor opmærksomhed på den lave deltagerprocent, som også er et problem i mange andre europæiske lande. Styregruppen vil til de fremtidige årsrapporter arbejde på at opgøre deltagerprocenten på praksisniveau. Desuden vil Styregruppen i de kommende år forsøge at opgøre antal frameldte og om muligt årsagen til framelding.

Indikator 3. Prøvekvalitet

3. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle celleprøver. Standard <1,5 %

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-01-2010 til 31-12-2010, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser, samt mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode.

Denne indikator skal afspejle kvaliteten af prøvetagning, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Der skelnes således ikke mellem screeningsprøver og kontrolprøver, idet alle prøver indgår.

Tabel 3A. Andelen af uegnede celleprøver på landsplan samt fordelt på region og patologiafdeling, 2009 og 2010

	2009		2010			
	Anvendt præparerings-teknik	Indikator andel uegnede (95% CI)	Anvendt præparerings-teknik	Antal uegnede celleprøver (tæller)	Antal celleprøver (nævner)	Indikator andel uegnede (95% CI)
Landsresultat		3,1 (3,1 - 3,2)		10.255	389.074 ¹	2,6 (2,6 - 2,7)
Region Hovedstaden		2,1 (2,0 - 2,2)		2.651	139.503	1,9 (1,8 - 2,0)
Herlev ²	UST	5,3 (5,1 - 5,6)	UST	1.979	39.969	5,0 (4,7 - 5,2)
Hillerød	VBT SP	1,7 (1,6 - 1,8)	VBT SP	304	33.257	0,9 (0,8 - 1,0)
Hvidovre	VBT SP	0,8 (0,7 - 0,8)	VBT SP	368	66.277	0,6 (0,5 - 0,6)
Region Midtjylland ³		4,2 (4,1 - 4,3)		2.287	85.680	2,7 (2,6 - 2,8)
Holstebro	UST	0,9 (0,7 - 1,0)	VBT SP	159	16.886	0,9 (0,8 - 1,1)
Randers	UST	7,8 (7,5 - 8,2)	VBT SP	710	26.607	2,7 (2,5 - 2,9)
Skive	UST	2,0 (1,8 - 2,2)	VBT SP	246	11.527	2,1 (1,9 - 2,4)
Århus	UST	4,1 (3,9 - 4,3)	VBT SP	1.172	30.660	3,8 (3,6 - 4,0)
Region Nordjylland ⁴		3,4 (3,3 - 3,6)		1.494	39.564	3,8 (3,6 - 4,0)
Aalborg	UST	3,1 (2,9 - 3,3)	UST	1.132	35.078	3,2 (3,0 - 3,4)
Hjørring	UST	5,8 (5,2 - 6,5)	UST	362	4.486	8,1 (7,3 - 8,9)
Region Sjælland ⁵		4,2 (4,0 - 4,3)		2.142	47.811	4,5 (4,3 - 4,7)
Næstved	UST	3,3 (3,0 - 3,5)	UST	575	14.970	3,8 (3,5 - 4,2)
Roskilde	UST	3,8 (3,5 - 4,1)	UST	697	16.727	4,2 (3,9 - 4,5)
Slagelse	UST	5,5 (5,2 - 5,8)	UST	870	16.114	5,4 (5,1 - 5,8)
Region Syddanmark		2,7 (2,6 - 2,8)		1.681	76.516	2,2 (2,1 - 2,3)
Esbjerg	VBT SP	4,5 (4,2 - 4,9)	VBT SP	373	15.498	2,4 (2,2 - 2,7)
Odense	VBT TP	2,8 (2,6 - 2,9)	VBT TP	726	25.908	2,8 (2,6 - 3,0)
Sønderborg	VBT SP	1,3 (1,1 - 1,4)	VBT SP	118	16.206	0,7 (0,6 - 0,9)
Vejle	VBT TP	2,4 (2,2 - 2,6)	VBT TP	464	18.904	2,5 (2,2 - 2,7)

UST = Traditionel udstrykningsteknik. VBT = Væskebaseret teknik med SurePath (SP) eller Thinprep (TP).

¹Eksklusiv prøver fra patologi speciallægepraksis.

²Herlev overgår til VBT SurePath den 1. juni 2011.

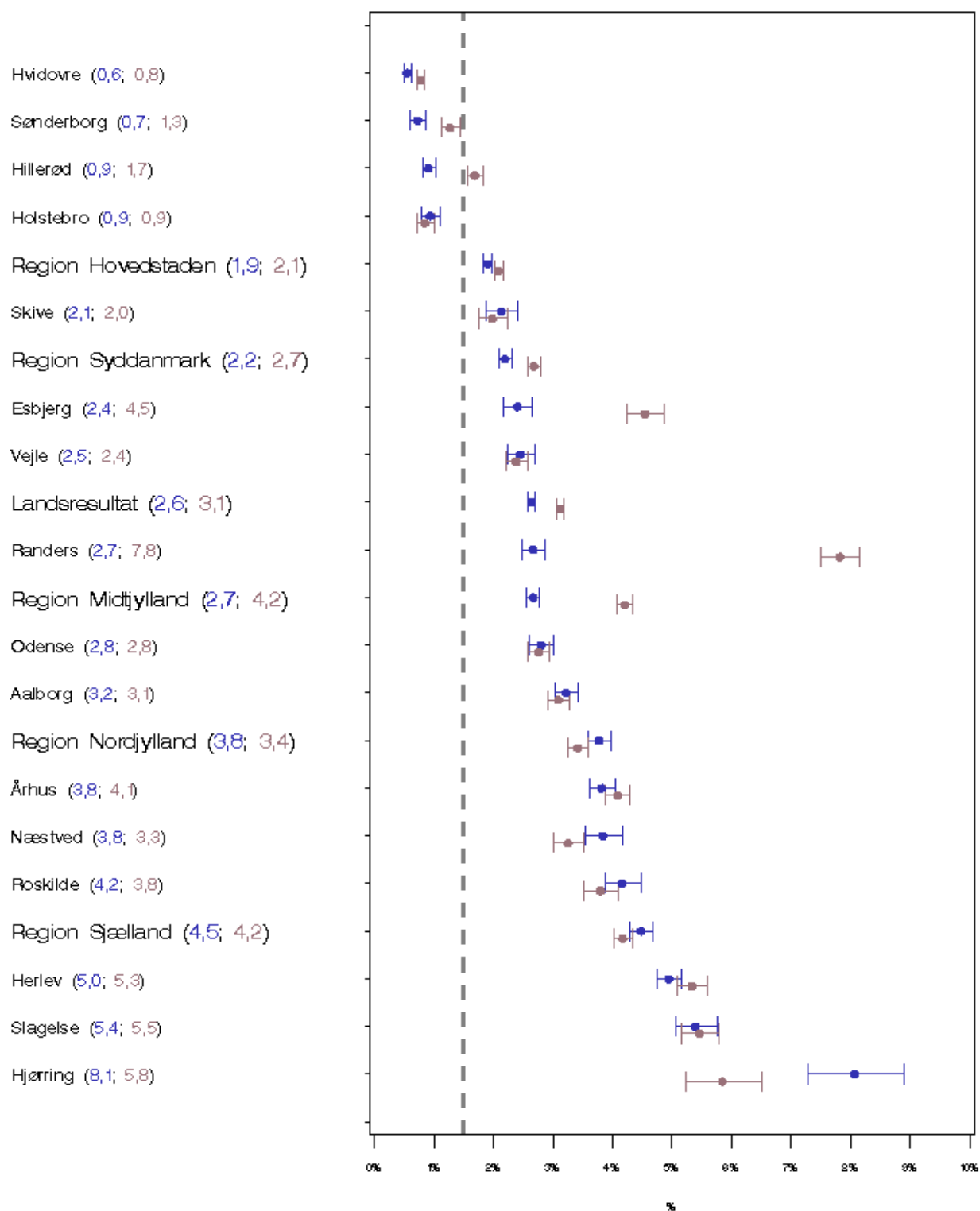
³VBT SurePath er indført fra den 1. oktober 2010 i Region Midtjylland.

⁴Region Nordjylland har ansøgt om midler til at overgå til VBT i 2012.

⁵Region Sjælland har ikke konkrete planer om at overgå til VBT.

Figur, indikator 3. Uegnede celleprøver i 2009 og 2010

[2010, 2009]



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien (<1,5 % uegnede prøver) er angivet ved den stiplede linje.

Kommentar: Andelen af uegnede prøver i 2010 er 2,6 % på landsplan mod 3,1 % i 2009. Reduktionen i andelen af uegnede celleprøver er sket mest markant i Region Midtjylland, hvor der i 2010 er indført væskebaseret udstrykningsteknik.

I 2010 er der forsat stor variation mellem regionerne fra 1,9 % (Region Hovedstaden) til 4,5 % (Region Sjælland). Ligeledes er der stor variation mellem screeningsafdelingerne fra 0,6 % (Hvidovre) til 8,1 % (Hjørring). Kun 4 ud af 16 screeningsafdelinger (Hillerød, Hvidovre, Holstebro og Sønderborg) opfylder standarden på under 1,5 % uegnede prøver, og alle disse afdelinger anvender væskebaseret teknik (SurePath).

Forholdet mellem antal screeningsprøver og kontrolprøver i den enkelte afdeling kan også påvirke antallet af uegnede, idet procenten af uegnede er større ved kontrolprøver sammenlignet med screeningsprøver. Endvidere har prøvetagers kompetence og prøvetagningsteknikken indflydelse på kvaliteten af den fremsendte celleprøve og dermed antallet af uegnede.

For nærmere at afklare årsagen til den store forskel i antallet af uegnede celleprøver mellem screeningsafdelingerne er der foretaget en supplerende analyse, der viser fordelingen af de diagnoser, som ligger til grund for de uegnede celleprøver (tabel 3B og 3C).

Anbefaling: At alle screeningsafdelinger anvender væskebaseret teknik (VBT) samt følger Bethesda systemets egnethedskriterier og Sundhedsstyrelsens anbefalinger for kode- og registreringspraksis for at opfylde standarden på under 1,5 % uegnede celleprøver. Endvidere bør der sættes fokus på at forbedre prøvetagningen med henblik på at reducere andelen af uegnede celleprøver

Perspektivering: Det forventes, at Sundhedsstyrelsen i deres kommende anbefalinger vedrørende screening for livmoderhalskræft vil anbefale, at der anvendes VBT, idet det vil være nemmere samtidigt at udføre supplerende HPV-test på samme prøvemateriale.

Supplerende analyse vedrørende de uegnede celleprøver i 2010

Tabel 3B. Andelen af uegnede celleprøver fordelt på årsag i hele landet samt på regions- og afdelingsniveau

	Autolyse /blødning		For lidt materiale		Inflammation		Materiale med for få pladeepitelceller		Materiale uden endocervikale celler		Teknisk dårligt		Uegnet NOS/mindre egnet		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat	608	5.9	2.364	23.1	11	0.1	3.221	31.4	1.977	19.3	493	4.8	1.581	15.4	10.255	100
Region Hovedstaden	230	8.7	415	15.7	0	0	1.024	38.6	327	12.3	184	6.9	471	17.8	2.651	100
Herlev	210	10.6	333	16.8	0	0	998	50.4	219	11.1	175	8.8	44	2.2	1.979	100
Hillerød	20	6.6	68	22.4	0	0	22	7.2	108	35.5	9	3.0	77	25.3	304	100
Hvidovre	0	0	14	3.8	0	0	4	1.1	0	0	0	0	350	95.1	368	100
Region Midtjylland	91	4.0	338	14.8	11	0.5	932	40.8	685	30.0	91	4.0	139	6.1	2.287	100
Holstebro	31	19.5	51	32.1	0	0	33	20.8	0	0	34	21.4	10	6.3	159	100
Randers	2	0.3	77	10.8	2	0.3	329	46.3	286	40.3	7	1.0	7	1.0	710	100
Skive	7	2.8	71	28.9	0	0	35	14.2	67	27.2	8	3.3	58	23.6	246	100
Århus	51	4.4	139	11.9	9	0.8	535	45.6	332	28.3	42	3.6	64	5.5	1.172	100
Region Nordjylland	137	9.2	39	2.6	0	0	650	43.5	214	14.3	25	1.7	429	28.7	1.494	100
Aalborg	90	8.0	30	2.7	0	0	554	48.9	141	12.5	17	1.5	300	26.5	1.132	100
Hjørring	47	13.0	9	2.5	0	0	96	26.5	73	20.2	8	2.2	129	35.6	362	100
Region Sjælland	137	6.4	599	28.0	0	0	593	27.7	343	16.0	116	5.4	354	16.5	2.142	100
Næstved	39	6.8	158	27.5	0	0	58	10.1	140	24.3	30	5.2	150	26.1	575	100
Roskilde	45	6.5	227	32.6	0	0	195	28.0	114	16.4	51	7.3	65	9.3	697	100
Slagelse	53	6.1	214	24.6	0	0	340	39.1	89	10.2	35	4.0	139	16.0	870	100
Region Syddanmark	13	0.8	973	57.9	0	0	22	1.3	408	24.3	77	4.6	188	11.2	1.681	100
Esbjerg	0	0	8	2.1	0	0	0	0	231	61.9	0	0	134	35.9	373	100
Odense	3	0.4	599	82.5	0	0	22	3.0	72	9.9	30	4.1	0	0	726	100
Sønderborg	2	1.7	27	22.9	0	0	0	0	88	74.6	0	0	1	0.8	118	100
Vejle	8	1.7	339	73.1	0	0	0	0	17	3.7	47	10.1	53	11.4	464	100

Supplerende analyse vedrørende de uegnede celleprøver i 2009

Tabel 3C. Andelen af uegnede celleprøver fordelt på årsag i hele landet samt på regions- og afdelingsniveau

	Autolyse/ blødning		For lidt materiale		Inflammation		Materiale med for få pladeepitelceller		Materialet uden endocervikale celler		Teknisk dårligt		Uegnet NOS/mindre egnet		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat	982	7.4	2.806	21.1	44	0.3	4.012	30.2	2.826	21.3	703	5.3	1.906	14.4	13.279	100
Region Hovedstaden	274	10.0	360	13.1	1	0.0	769	28.1	314	11.5	270	9.9	751	27.4	2.739	100
Herlev	225	13.5	258	15.5	0	0	747	44.9	125	7.5	244	14.7	64	3.8	1.663	100
Hillerød	49	8.9	65	11.8	1	0.2	21	3.8	189	34.2	26	4.7	201	36.4	552	100
Hvidovre	0	0	37	7.1	0	0	1	0.2	0	0	0	0	486	92.7	524	100
Region Midtjylland	277	7.0	635	16.1	43	1.1	1.902	48.2	604	15.3	177	4.5	306	7.8	3.944	100
Holstebro	37	24.8	62	41.6	0	0	16	10.7	0	0	16	10.7	18	12.1	149	100
Randers	142	7.1	318	15.9	23	1.1	1.129	56.4	199	9.9	70	3.5	122	6.1	2.003	100
Skive	9	3.5	95	36.7	0	0	38	14.7	35	13.5	5	1.9	77	29.7	259	100
Århus	89	5.8	160	10.4	20	1.3	719	46.9	370	24.1	86	5.6	89	5.8	1.533	100
Region Nordjylland	108	7.0	95	6.2	0	0	685	44.4	301	19.5	12	0.8	342	22.2	1.543	100
Aalborg	82	6.7	82	6.7	0	0	585	47.6	204	16.6	11	0.9	264	21.5	1.228	100
Hjørring	26	8.3	13	4.1	0	0	100	31.7	97	30.8	1	0.3	78	24.8	315	100
Region Sjælland	299	12.3	737	30.3	0	0	632	26.0	298	12.3	118	4.9	346	14.2	2.430	100
Næstved	62	9.4	140	21.1	0	0	150	22.7	144	21.8	31	4.7	135	20.4	662	100
Roskilde	59	8.5	409	59.1	0	0	0	0	83	12.0	81	11.7	60	8.7	692	100
Slagelse	178	16.5	188	17.5	0	0	482	44.8	71	6.6	6	0.6	151	14.0	1.076	100
Region Syddanmark	24	0.9	979	37.3	0	0	24	0.9	1.309	49.9	126	4.8	161	6.1	2.623	100
Esbjerg	1	0.1	11	1.4	0	0	1	0.1	693	86.8	0	0	92	11.5	798	100
Odense	2	0.2	436	50.0	0	0	23	2.6	363	41.6	48	5.5	0	0	872	100
Sønderborg	0	0	68	28.3	0	0	0	0	171	71.3	0	0	1	0.4	240	100
Vejle	21	2.9	464	65.1	0	0	0	0	82	11.5	78	10.9	68	9.5	713	100

Kommentar: Tabel 3B viser den supplerende analyse af årsagen til de uegnede celleprøver i 2010. Materiale med for få pladeepitelceller er den hyppigste årsag til de uegnede prøver. På landsplan udgør de 31,4 %, men det varierer på regionsniveau fra 1,3 % (Region Syddanmark) til 43,5 % (Region Nordjylland) og på afdelingsniveau fra 0 % (Esbjerg, Sønderborg og Vejle) til 50,4 % (Herlev).

Knap 20 % af prøverne indeholder for få endocervikale celler. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 er det kun kontrolprøver med for få endocervikale celler, der er uegnede – og altså ikke screeningsprøver. Årsrapportens opgørelse er dog for alle prøver inklusive kontrolprøver. Celleprøver med for få pladeepitelceller eller for lidt materiale til diagnostik er under alle omstændigheder uegnede.

Der er store forskelle mellem afdelingerne, hvilket kan skyldes både den anvendte præpareringsteknik, og forskellig kode- og registreringspraksis. Hvidovre, som har landets færreste uegnede celleprøver med 0,6 %, bruger stort set kun diagnosen "uegnet uden specifikation" (95,1 %), idet Hvidovre anfører årsagen til uegnethed i fri tekst. Sønderborg med 0,7 % uegnede celleprøver koder stort set altid "uegnet med en årsagsdiagnose" (99,2 %), mens Odense med 2,8 % uegnede celleprøver altid koder "uegnet med årsagsdiagnose" (100 %).

Anbefaling: Styregruppen anbefaler, at screeningsafdelingerne med baggrund i tabel 3A, 3B og 3C vedr. uegnede celleprøver gennemgår deres egnedetskriterier samt kode- og registreringspraksis. Endvidere at antallet af uegnede prøver reduceres ved fokus på forbedret prøvetagning.

Perspektivering: At den prøvetagende læge får tilsendt oplysninger om, hvor mange uegnede celleprøver vedkommende har, sammenholdt med gennemsnittet i regionen.

Indikator 4. Diagnostisk kvalitet

4A. Celleprøvens sensitivitet for CIN3 eller værre. Standard >60 %

Datagrundlag: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-07-2006 til 31-06-2007), SNOMED-koderne T8X3** men ikke T8X320 og T8X321, samt eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser.

Indikatoren afspejler ikke den diagnostiske kvalitet af smears foretaget i 2010, men den diagnostiske kvalitet af smears foretaget i den anførte tidsperiode, der er før Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra september 2007, hvorfor forskellig kodning og retningslinier for udredning influerer på tallene.

Da indikatoren skal afspejle den diagnostiske kvalitet, er populationen ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Screeningens diagnostiske kvalitet vurderes blandt andet ud fra prøvens sensitivitet (evnen til at finde kvinder med celleforandringer, der kan føre til kræft). Sensitiviteten kan ikke måles direkte, fordi man ikke i screeningsprogrammet genundersøger kvinder med negative celleprøver, hvorfor negative celleprøver ikke kan opsplittes i de sandt negative og de falsk negative prøver.

For alligevel at kunne udregne et mål for sensitiviteten gøres følgende tilnærmelser: 1) der inkluderes både histologisk og cytologisk opfølgning inden for de efterfølgende 3½ år (det vil sige, at den næste screeningsprøve også kan være en opfølgende prøve) og 2) hvis der ikke er en opfølgende celle- eller vævsprøve inden for 3,5 år, betragtes opfølgningen på samme måde som en normal opfølgende prøve.

Den udløsende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen ASCUS+. Den opfølgende vævsprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen karcinom, CIN3 eller adenocarcinoma in situ.

Den opfølgende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen HSIL+, ASCH eller AIS+. Negative vævs- og celleprøver er prøver, som ikke har positive diagnoser. Uegnede celleprøver indgår ikke i beregningerne (se evt. bilag 1 for nærmere beskrivelse).

I de nuværende beregninger har det ikke været muligt at forudsætte, at en karcinom kode også skal være koblet med koden ÆF4720 ("udgangspunkt i cervix uteri"), der indikerer, at karcinomet udgår fra cervix og ikke fra corpus uteri.

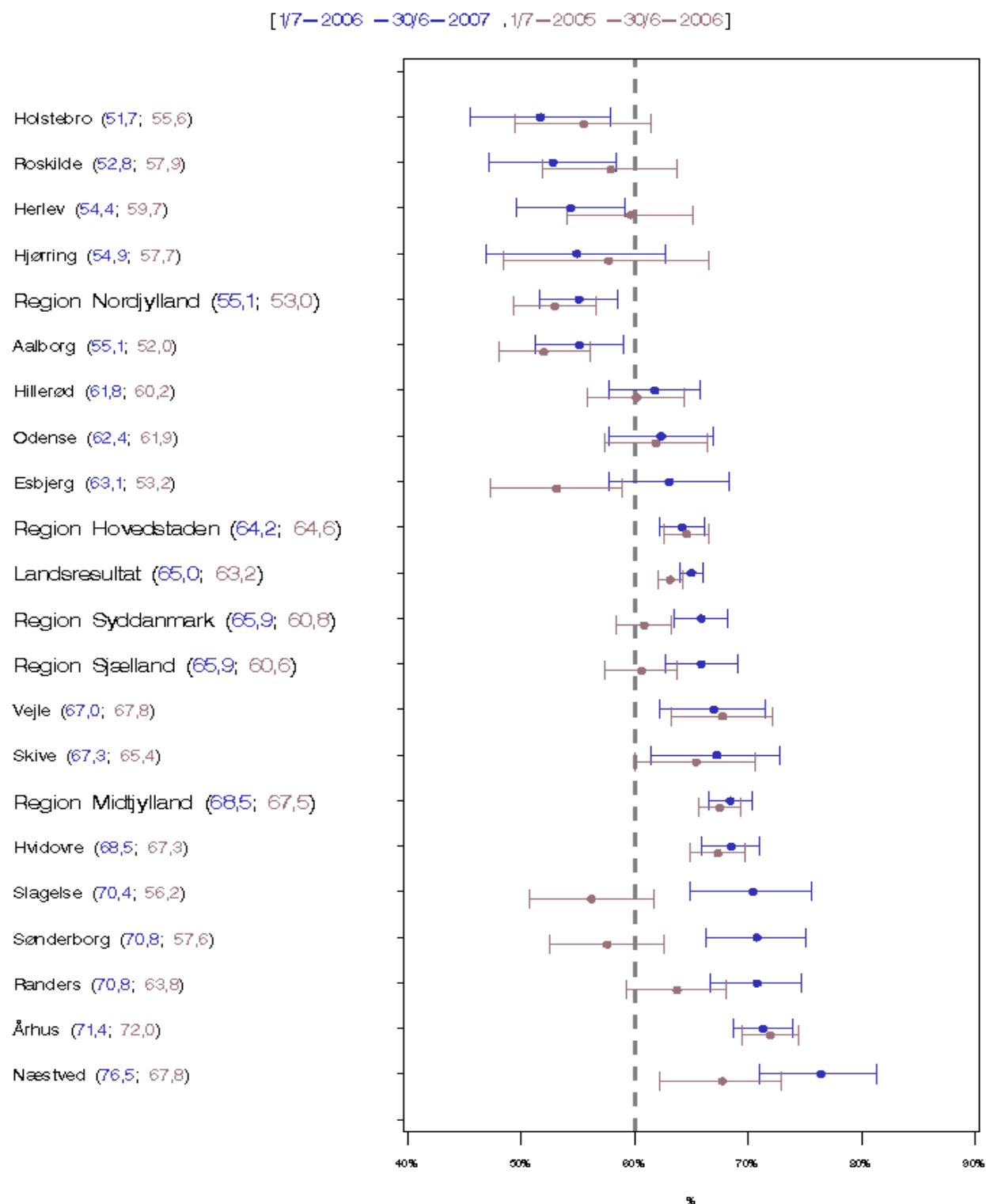
Tabel 4A. Celleprøvens sensitivitet for CIN3 eller værre på landsplan samt fordelt på region og patologiafdeling

	1-7-2005 – 30-6-2006	1-7-2006 – 30-6-2007		
	Sensitivitet (95% CI)	Antal sandt positiv (tæller)	Antal sandt positiv + falsk negativ (nævner)	Sensitivitet (95% CI)
Landresultat	63,2 (62,1 - 64,2)	5.137	7.899	65,0 (64,0 - 66,1)
Region Hovedstaden	64,6 (62,6 - 66,6)	1.489	2.319	64,2 (62,2 - 66,2)
Herlev	59,7 (54,1 - 65,1)	234	430	54,4 (49,6 - 59,2)
Hillerød	60,2 (55,9 - 64,4)	366	592	61,8 (57,8 - 65,8)
Hvidovre	67,3 (64,8 - 69,8)	889	1.297	68,5 (65,9 - 71,1)
Region Midtjylland	67,5 (65,6 - 69,4)	1.553	2.268	68,5 (66,5 - 70,4)
Holstebro	55,6 (49,5 - 61,5)	136	263	51,7 (45,5 - 57,9)
Randers	63,8 (59,3 - 68,1)	359	507	70,8 (66,6 - 74,7)
Skive	65,4 (60,0 - 70,6)	185	275	67,3 (61,4 - 72,8)
Århus	72,0 (69,5 - 74,4)	873	1.223	71,4 (68,8 - 73,9)
Region Nordjylland	53,0 (49,3 - 56,6)	448	813	55,1 (51,6 - 58,6)
Aalborg	52,0 (48,0 - 56,0)	359	651	55,1 (51,2 - 59,0)
Hjørring	57,7 (48,5 - 66,6)	89	162	54,9 (46,9 - 62,8)
Region Sjælland	60,6 (57,4 - 63,8)	582	883	65,9 (62,7 - 69,0)
Næstved	67,8 (62,2 - 73,0)	208	272	76,5 (71,0 - 81,4)
Roskilde	57,9 (51,9 - 63,8)	169	320	52,8 (47,2 - 58,4)
Slagelse	56,2 (50,7 - 61,7)	205	291	70,4 (64,8 - 75,6)
Region Syddanmark	60,8 (58,4 - 63,2)	1.065	1.616	65,9 (63,5 - 68,2)
Esbjerg	53,2 (47,3 - 58,9)	212	336	63,1 (57,7 - 68,3)
Odense	61,9 (57,3 - 66,4)	280	449	62,4 (57,7 - 66,9)
Sønderborg	57,6 (52,6 - 62,5)	303	428	70,8 (66,2 - 75,1)
Vejle	67,8 (63,2 - 72,1)	270	403	67,0 (62,2 - 71,6)

Kommentar: Sensitiviteten er i perioden 2006/2007 på landsplan 65,0 % mod 63,2 % i 2005/2006. Stigningen i sensitivitet er mest markant i Region Sjælland og Region Syddanmark. I perioden 2006/2007 varierer sensitiviteten på regionsniveau fra 55,1 % (Region Nordjylland) til 68,5 % (Region Midtjylland). Kun Region Nordjylland opfylder ikke standarden på >60 %. På afdelingsniveau varierer sensitiviteten fra 51,7 % (Holstebro) til 76,5 % (Næstved), og 11 af de 16 afdelinger opfylder standarden på >60 %.

For nogle afdelinger (Hillerød, Hvidovre, Århus, Odense) er sensitiviteten i de to opfølgelsesperioder 2005/2006 og 2006/2007 stort set ens, mens der for andre afdelinger (Næstved, Slagelse, Esbjerg, Sønderborg) ses store forskelle mellem sensitiviteten i 2005/2006 og 2006/2007.

Figur, indikator 4. Celleprøvens sensitivitet for CIN3 eller værre



Figuren viser punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standarden på >60 % er angivet ved den stiplede linje.

4B. Celleprøvens specificitet for CIN3 eller værre. Standard >95 %

Datagrundlag: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-07-2006 til 30-06-2007), SNOMED-koderne T8X3** men ikke T8X320 og T8X321 samt eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser.

Indikatoren afspejler ikke den diagnostiske kvalitet af smears foretaget i 2010, men den diagnostiske kvalitet af smears foretaget i den anførte tidsperiode, der er før Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra september 2007, hvorfor forskellig kodning og retningslinjer for udredning influerer på tallene.

Da indikatoren skal afspejle den diagnostiske kvalitet, er populationen ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Screeningens diagnostiske kvalitet vurderes også ud fra prøvens specificitet (evnen til at finde de raske kvinder uden celledorandring). Specificiteten kan ikke måles direkte, fordi man ikke i screeningsprogrammet genundersøger kvinder med negative celleprøver, hvorfor negative celleprøver ikke kan opsplittes i de sandt negative og de falsk negative prøver.

For alligevel at kunne udregne et mål for specificitet gøres følgende tilnærmelser: 1) der inkluderes både histologisk og cytologisk opfølgning inden for de efterfølgende 3½ år (det vil sige at den næste screeningsprøve også kan være en opfølgende prøve) og 2) hvis der ikke er en opfølgende celle- eller vævsprøve inden for 3,5 år betragtes opfølgningen på samme måde som en normal opfølgende prøve.

Den udløsende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen ASCUS+. Den opfølgende vævsprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen karcinom, CIN3 eller adenocarcinoma in situ.

Den opfølgende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen HSIL+, ASCH eller AIS+. Negative vævs- og celleprøver er prøver, som ikke har positive diagnoser. Uegnede celleprøver indgår ikke i beregningerne (se evt. bilag 1 for nærmere beskrivelse).

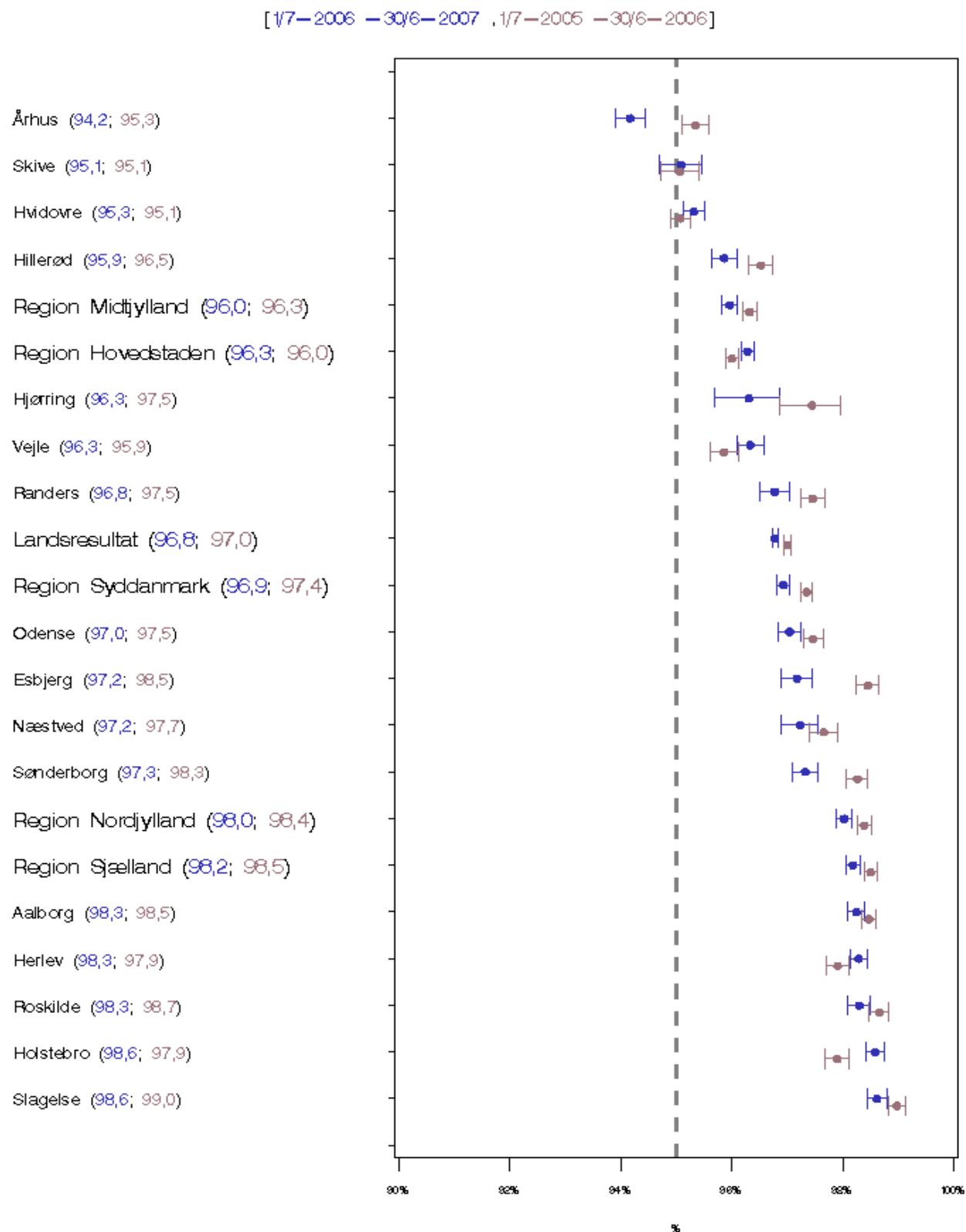
I de nuværende beregninger har det ikke været muligt at forudsætte, at en karcinom kode også skal være koblet med en ÆF4720 kode("udgangspunkt i cervix uteri"), der indikerer, at karcinomet udgår fra cervix og ikke fra corpus uteri.

Tabel 4B. Celleprøvens specificitet for CIN3 eller værre på landsplan samt fordelt på region og patologiafdeling

	1-7-2005 – 30-6-2006	1-7-2006 – 30-6-2007		
	Specificitet (95% CI)	Antal sandt negativ (tæller)	Antal sandt negativ + falsk positiv (nævner)	Specificitet (95% CI)
Landresultat	97,0 (97,0 - 97,1)	337.221	348.426	96,8 (96,7 - 96,8)
Region Hovedstaden	96,0 (95,9 - 96,1)	107.298	111.436	96,3 (96,2 - 96,4)
Herlev	97,9 (97,7 - 98,1)	30.003	30.524	98,3 (98,1 - 98,4)
Hillerød	96,5 (96,3 - 96,7)	29.980	31.272	95,9 (95,6 - 96,1)
Hvidovre	95,1 (94,9 - 95,3)	47.315	49.640	95,3 (95,1 - 95,5)
Region Midtjylland	96,3 (96,2 - 96,5)	72.082	75.111	96,0 (95,8 - 96,1)
Holstebro	97,9 (97,7 - 98,1)	17.798	18.052	98,6 (98,4 - 98,8)
Randers	97,5 (97,2 - 97,7)	16.150	16.687	96,8 (96,5 - 97,0)
Skive	95,1 (94,7 - 95,4)	11.834	12.445	95,1 (94,7 - 95,5)
Århus	95,3 (95,1 - 95,6)	26.300	27.927	94,2 (93,9 - 94,4)
Region Nordjylland	98,4 (98,3 - 98,5)	34.311	35.000	98,0 (97,9 - 98,2)
Aalborg	98,5 (98,4 - 98,6)	30.473	31.015	98,3 (98,1 - 98,4)
Hjørring	97,5 (96,9 - 98,0)	3.838	3.985	96,3 (95,7 - 96,9)
Region Sjælland	98,5 (98,4 - 98,6)	42.013	42.787	98,2 (98,1 - 98,3)
Næstved	97,7 (97,4 - 97,9)	9.563	9.834	97,2 (96,9 - 97,6)
Roskilde	98,7 (98,5 - 98,8)	15.636	15.905	98,3 (98,1 - 98,5)
Slagelse	99,0 (98,8 - 99,1)	16.814	17.048	98,6 (98,4 - 98,8)
Region Syddanmark	97,4 (97,2 - 97,5)	81.517	84.092	96,9 (96,8 - 97,1)
Esbjerg	98,5 (98,2 - 98,7)	14.165	14.576	97,2 (96,9 - 97,4)
Odense	97,5 (97,3 - 97,6)	27.758	28.602	97,0 (96,8 - 97,2)
Sønderborg	98,3 (98,1 - 98,5)	17.498	17.978	97,3 (97,1 - 97,6)
Vejle	95,9 (95,6 - 96,1)	22.096	22.936	96,3 (96,1 - 96,6)

Kommentar: Specificiteten er på landsplan 96,8 % i perioden 2006/2007 mod 97,0 % i perioden 2005/2006. På regionsniveau i 2006/2007 varierer specificiteten fra 96,0 % (Region Midtjylland) til 98,2 % (Region Sjælland). Alle 5 regioner opfylder standarden på >95 %. På afdelingsniveau varierer specificiteten fra 94,2 % (Århus) til 98,6 % (Holstebro og Slagelse), og 15 af de 16 afdelinger opfylder standarden på >95 %.

Figur, indikator 4. Celleprøvens specificitet for CIN3 eller værre



Figuren viser punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standarden på >95 % er angivet ved den stiplede linje.

**Tabel 4C. Diagnosefordeling af de celleprøver hvorfra sensitivitet og specificitet er beregnet
(tidsperioden 01-07-2006 til 30-06-2007)**

	Diagnose ¹														I alt	
	AGC		AIS		ASCH		ASCUS		HSIL		LSIL		Normal			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat	185	0.1	48	0.0	2	0.0	6.704	1.9	5.207	1.5	4.196	1.2	339.983	95.4	356.325	100
Region																
Hovedstaden	3	0.0	6	0.0	0	0	2.823	2.5	2.044	1.8	751	0.7	108.128	95.1	113.755	100
Herlev	0	0	6	0.0	0	0	385	1.2	194	0.6	170	0.5	30.199	97.6	30.954	100
Hillerød	1	0.0	0	0	0	0	1.091	3.4	563	1.8	3	0.0	30.206	94.8	31.864	100
Hvidovre	2	0.0	0	0	0	0	1.347	2.6	1.287	2.5	578	1.1	47.723	93.7	50.937	100
Region																
Midtjylland	88	0.1	24	0.0	1	0.0	1.587	2.1	1.366	1.8	1.516	2.0	72.797	94.1	77.379	100
Holstebro	8	0.0	2	0.0	0	0	93	0.5	146	0.8	141	0.8	17.925	97.9	18.315	100
Randers	24	0.1	8	0.0	0	0	451	2.6	274	1.6	139	0.8	16.298	94.8	17.194	100
Skive	6	0.0	4	0.0	1	0.0	284	2.2	113	0.9	388	3.1	11.924	93.7	12.720	100
Århus	50	0.2	10	0.0	0	0	759	2.6	833	2.9	848	2.9	26.650	91.4	29.150	100
Region																
Nordjylland	0	0	4	0.0	1	0.0	312	0.9	281	0.8	539	1.5	34.676	96.8	35.813	100
Aalborg	0	0	2	0.0	0	0	240	0.8	208	0.7	451	1.4	30.765	97.2	31.666	100
Hjørring	0	0	2	0.0	1	0.0	72	1.7	73	1.8	88	2.1	3.911	94.3	4.147	100
Region																
Sjælland	13	0.0	2	0.0	0	0	641	1.5	598	1.4	102	0.2	42.314	96.9	43.670	100
Næstved	2	0.0	2	0.0	0	0	229	2.3	168	1.7	78	0.8	9.627	95.3	10.106	100
Roskilde	10	0.1	0	0	0	0	224	1.4	188	1.2	16	0.1	15.787	97.3	16.225	100
Slagelse	1	0.0	0	0	0	0	188	1.1	242	1.4	8	0.0	16.900	97.5	17.339	100
Region																
Syddanmark	81	0.1	12	0.0	0	0	1.341	1.6	918	1.1	1.288	1.5	82.068	95.8	85.708	100
Esbjerg	0	0	3	0.0	0	0	268	1.8	201	1.3	151	1.0	14.289	95.8	14.912	100
Odense	21	0.1	4	0.0	0	0	442	1.5	201	0.7	456	1.6	27.927	96.1	29.051	100
Sønderborg	6	0.0	0	0	0	0	255	1.4	300	1.6	222	1.2	17.623	95.7	18.406	100
Vejle	54	0.2	5	0.0	0	0	376	1.6	216	0.9	459	2.0	22.229	95.2	23.339	100

¹ Se indikatorbeskrivelsen vedr. hvilke koder, der er inkluderet i hver diagnose.

Supplerende analyse vedrørende sensitiviteten og specificiteten

Tabel 4D. Diagnosefordeling af de celleprøver hvorfra sensitivitet og specificitet er beregnet (tidsperioden 01-07-2005 til 30-06-2006)

	Diagnose ¹												I alt	
	AGC		AIS		ASCUS		HSIL		LSIL		Normal			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat	148	0.0	52	0.0	6.446	1.7	4.789	1.3	4.409	1.2	354.626	95.7	370.470	100
Region														
Hovedstaden	0	0	9	0.0	2.620	2.5	1.901	1.8	998	1.0	98.572	94.7	104.100	100
Herlev	0	0	8	0.0	182	1.0	172	0.9	207	1.1	17.888	96.9	18.457	100
Hillerød	0	0	0	0	907	3.0	425	1.4	9	0.0	28.706	95.5	30.047	100
Hvidovre	0	0	1	0.0	1.531	2.8	1.304	2.3	782	1.4	51.978	93.5	55.596	100
Region														
Midtjylland	71	0.1	12	0.0	1.774	2.1	1.316	1.5	1.521	1.8	81.733	94.6	86.427	100
Holstebro	16	0.1	0	0	222	1.3	157	0.9	107	0.6	16.372	97.0	16.874	100
Randers	15	0.1	4	0.0	412	1.9	246	1.2	161	0.8	20.511	96.1	21.349	100
Skive	11	0.1	4	0.0	340	2.2	186	1.2	421	2.7	14.537	93.8	15.499	100
Århus	29	0.1	4	0.0	800	2.4	727	2.2	832	2.5	30.313	92.7	32.705	100
Region														
Nordjylland	1	0.0	7	0.0	260	0.6	264	0.6	514	1.2	40.466	97.5	41.512	100
Aalborg	0	0	2	0.0	209	0.5	196	0.5	483	1.3	37.161	97.7	38.051	100
Hjørring	1	0.0	5	0.1	51	1.5	68	2.0	31	0.9	3.305	95.5	3.461	100
Region														
Sjælland	20	0.0	9	0.0	607	1.3	506	1.0	122	0.3	47.156	97.4	48.420	100
Næstved	4	0.0	4	0.0	258	1.9	167	1.2	85	0.6	13.066	96.2	13.584	100
Roskilde	16	0.1	3	0.0	181	1.1	157	0.9	24	0.1	16.419	97.7	16.800	100
Slagelse	0	0	2	0.0	168	0.9	182	1.0	13	0.1	17.671	98.0	18.036	100
Region														
Syddanmark	56	0.1	15	0.0	1.185	1.3	802	0.9	1.254	1.4	86.699	96.3	90.011	100
Esbjerg	0	0	3	0.0	179	1.3	112	0.8	82	0.6	13.931	97.4	14.307	100
Odense	13	0.0	4	0.0	351	1.1	220	0.7	483	1.5	30.479	96.6	31.550	100
Sønderborg	9	0.0	3	0.0	219	1.1	193	1.0	130	0.7	18.752	97.1	19.306	100
Vejle	34	0.1	5	0.0	436	1.8	277	1.1	559	2.2	23.537	94.7	24.848	100

¹ Se indikatorbeskrivelsen vedr. hvilke koder, der er inkluderet i hver diagnose.

Der var ingen prøver med ASCH diagnosen i perioden 01-07-2005 til 30-06-2006.

Kommentarer: Generelt kan man se en sammenhæng mellem afdelingernes sensitivitet og specificitet, således at afdelinger med høj sensitivitet har lav specificitet, og afdelinger med lav sensitivitet har høj specificitet.

I vurderingen af celleprøvens sensitivitet skal det tages i betragtning, at kvinder i screeningsprogrammets målgruppe inviteres hhv. hvert 3. år (23-49 år) og hvert 5. år (50-64).

I opgørelsen af denne indikator har det ikke været muligt at ekskludere de prøver, der indikerer, at kræften udgår fra selve livmoderen og ikke fra livmoderhalsen. Dette vil medføre et øget antal falsk negative prøver. Desuden vil forskellige opfølgningsforløb med hensyn til antal kontrolprøver i de enkelte regioner påvirke tallene. En nærmere gennemgang af tallene afventer således næste årsrapport, hvor der kan tages højde for disse problemstillinger.

Anbefaling: At de enkelte patologiafdelinger via Patobankens udtræksmodul Cyres udskriver lister over de præparater, som skal have tilføjet koden ÆF4720 "Primært udgangspunkt i cervix uteri", så analyserne fremover kan blive mere valide. Desuden anbefales, at de enkelte afdelinger gennemgår Bethesdas diagnostiske kriterier for at kalde en undersøgelse fra livmoderhalsen abnorm.

Perspektivering: Det har været vanskeligt at finde relevant litteratur, der anviser standarder for sensitivitet og specificitet, hvorfor standarderne er fastsat på baggrund af bedste skøn til henholdsvis 60 % og 95 %. Sensitiviteten og specificiteten er opgjort for første gang til denne årsrapport. Det vurderes på denne baggrund, at standarderne kan være sat for lavt, hvorfor de i næste rapport eventuelt kan hæves til hhv. 65 % og 98 %.

Indikator 5. Svartid

5. Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen ud af alle celleprøver. Standard $>95\%$

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre:

Modtagedato 01-01-2010 til 31-12-2010, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen, alderen 23-64 år på modtagedato samt svardato.

Vi har defineret at modtagedatoen = 0 dag og første arbejdsdag = 1 hverdag efter modtagedatoen.

Eksempel: 01-07-2010 = Modtagedato = 0

02-07-2010 = Første arbejdsdag = 1

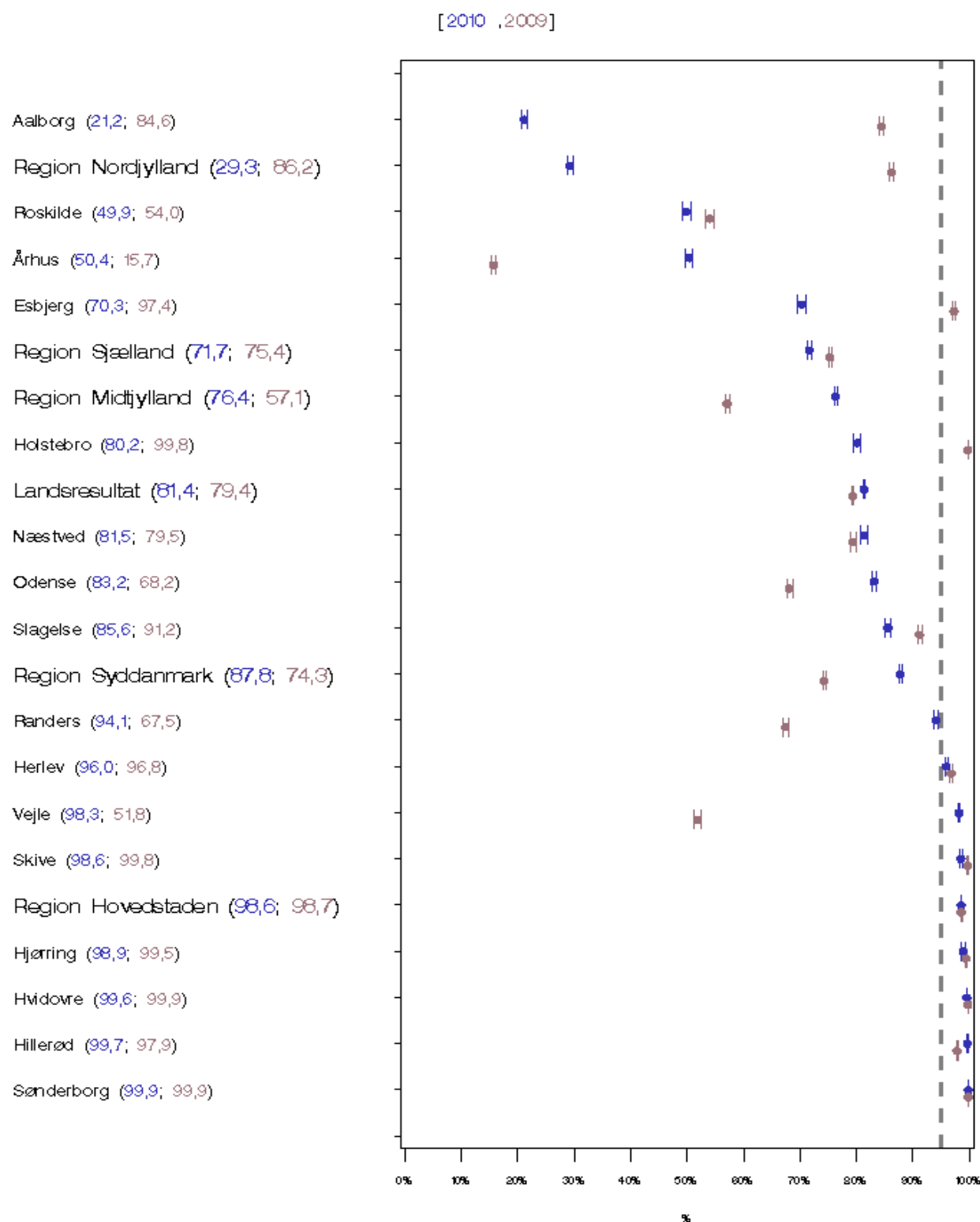
Både 1. maj og 5. juni (Grundlovsdag) er defineret som helligdage.

Tabel 5A. Andelen af celleprøver i 2010 hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagedagen i hele landet samt fordelt på region og patologiafdeling¹

	2009	2010		
	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal celleprøver hvor svar afsendes inden for 10 hverdage (tæller)	Antal celleprøver (nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	79,4 (79,3 - 79,6)	295.745	363.413	81,4 (81,3 - 81,5)
Region Hovedstaden	98,7 (98,6 - 98,7)	127.940	129.707	98,6 (98,6 - 98,7)
Herlev	96,8 (96,6 - 97,0)	35.097	36.553	96,0 (95,8 - 96,2)
Hillerød	97,9 (97,7 - 98,0)	30.870	30.962	99,7 (99,6 - 99,8)
Hvidovre	99,9 (99,8 - 99,9)	61.973	62.192	99,6 (99,6 - 99,7)
Region Midtjylland	57,1 (56,8 - 57,5)	61.453	80.457	76,4 (76,1 - 76,7)
Holstebro	99,8 (99,7 - 99,9)	12.800	15.956	80,2 (79,6 - 80,8)
Randers	67,5 (66,9 - 68,1)	23.509	24.971	94,1 (93,8 - 94,4)
Skive	99,8 (99,7 - 99,9)	10.690	10.840	98,6 (98,4 - 98,8)
Århus	15,7 (15,4 - 16,1)	14.454	28.690	50,4 (49,8 - 51,0)
Region Nordjylland	86,2 (85,9 - 86,6)	10.406	35.534	29,3 (28,8 - 29,8)
Aalborg	84,6 (84,2 - 84,9)	6.748	31.837	21,2 (20,7 - 21,6)
Hjørring	99,5 (99,2 - 99,7)	3.658	3.697	98,9 (98,6 - 99,2)
Region Sjælland	75,4 (75,0 - 75,8)	32.901	45.887	71,7 (71,3 - 72,1)
Næstved	79,5 (78,9 - 80,0)	11.551	14.173	81,5 (80,9 - 82,1)
Roskilde	54,0 (53,3 - 54,8)	8.110	16.255	49,9 (49,1 - 50,7)
Slagelse	91,2 (90,8 - 91,6)	13.240	15.459	85,6 (85,1 - 86,2)
Region Syddanmark	74,3 (74,0 - 74,6)	63.045	71.828	87,8 (87,5 - 88,0)
Esbjerg	97,4 (97,1 - 97,6)	10.051	14.294	70,3 (69,6 - 71,1)
Odense	68,2 (67,6 - 68,7)	20.836	25.052	83,2 (82,7 - 83,6)
Sønderborg	99,9 (99,9 - 100,0)	14.603	14.616	99,9 (99,8 - 100,0)
Vejle	51,8 (51,3 - 52,4)	17.555	17.866	98,3 (98,1 - 98,4)

¹ Celleprøver med supplerende HPV-test, der typisk medfører en svartid på over 10 dage, er inkluderet.

Figur, indikator 5. Andelen af celleprøver i 2009 og 2010 hvor undersøgelsesresultatet afsendes <=10 hverdage efter modtagedagen



Figuren viser punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standarden på >95 % er angivet ved den stiplede linje.

Kommentar: På nationalt niveau i 2010 blev 81,4 % af celleprøverne besvaret efter senest 10 hverdage eller hurtigere, mod 79,4 % i 2009. Der ses en meget markant forbedring for Region Midtjylland og Region Syddanmark i 2010, men en markant forringelse for Region Nordjylland, når de to tidsperioder sammenlignes.

I 2010 er der stor variation i indikatoropfyldelsen for svartider både regionalt og på afdelingsniveau. Af de fem regioner opfylder kun Region Hovedstaden med 98,6 % målsætningen. På afdelingsniveau opfylder 7 afdelinger den fastsatte standard for svartid, mens 9 afdelinger ikke når målet. Indikatoropfyldelsen varierer på afdelingsniveau mellem 99,9 % (Sønderborg) og 21,2 % (Aalborg).

Variationen mellem de enkelte regioner tyder ikke på, at en forskellig regional organisering kan forklare variationen i indikatoropfyldelsen. Variationen mellem afdelingerne tyder heller ikke på, at problemet er afhængigt af antallet af prøver, der analyseres på den enkelte afdeling, men snarere er et spørgsmål om arbejdets organisering og prioritering af de givne resurser.

Der er fortsat eksempler på, at patologiafdelinger bruger celleprøver fra livmoderhalsen som "buffer" i forbindelse med manglende bemanning, hvor f.eks. diagnostik i forbindelse med kræftpakker prioriteres.

Anbefaling: At de screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes.

Perspektivering: I takt med, at flere og flere celleprøver fra livmoderhalsen får en supplerende test for HPV jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger vil den gennemsnitlige svartid øges.

Supplerende analyser vedrørende svartider

Alle kvinder skal have samme svartid uafhængigt af, i hvilket regi celleprøven er taget. Svartiden er derfor opgjort separat for celleprøver fra henholdsvis hospitalssektoren og praksissektoren.

Tabel 5B. Svartider i 2010 opgjort for celleprøver fordelt på prøvetagende læge i henholdsvis praksissektoren og hospitalssektoren

	Antal hverdage			
	N (%)	Middelværdi	Standardafvigelse	Median
Praksis	343.806 (94,6)	6,8	5,7	5,0
Sygehus	19.607 (5,4)	4,4	4,5	3,0
I alt	363.413 (100)	6,7	5,6	5,0

Tabel 5B viser, at langt størstedelen af celleprøverne i screeningspopulationen kommer fra praksissektoren (94,6 %) med en median svartid på 5 hverdage – og altså længere end svartiden på celleprøverne i hospitalsregi (5,4 %) med en median svartid på 3 hverdage.

En supplerende HPV-test kan i nogle afdelinger forsinke svaret, da man af økonomiske/praktiske hensyn undersøger alle HPV-prøver på en bestemt dag om ugen. Svartiden er derfor også opgjort separat for celleprøver med og uden en supplerende HPV-test.

Tabel 5C. Svartider i 2010 opgjort for celleprøver +/- supplerende HPV- test

	<i>Antal hverdage</i>			
	<i>N (%)</i>	<i>Middelværdi</i>	<i>Standardafvigelse</i>	<i>Median</i>
<i>Med HPV test</i>	10.416 (2,9)	11,5	5,5	10,0
<i>Uden HPV test</i>	352.997 (97,1)	6,5	5,6	5,0
<i>I alt</i>	363.413 (100)	6,7	5,6	5,0

Tabel 5C viser, at median svartiden forlænges med 5 hverdage, når der udføres en supplerende HPV-test, hvilket stemmer godt overens med, at den som regel kun udføres 1 gang om ugen. Antallet af udførte HPV-test på 2,9 % er imidlertid så lavt, at det ikke påvirker den gennemsnitlige svartid, når alle celleprøver fra livmoderhalsen indgår.

Indikator 6. HPV-test

6. Andelen af kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test ud af alle kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS. Standard >95 %

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-04-2009 til 31-03-2010, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen, alder >30 år på modtagedato, ASCUS samt HPV-test.

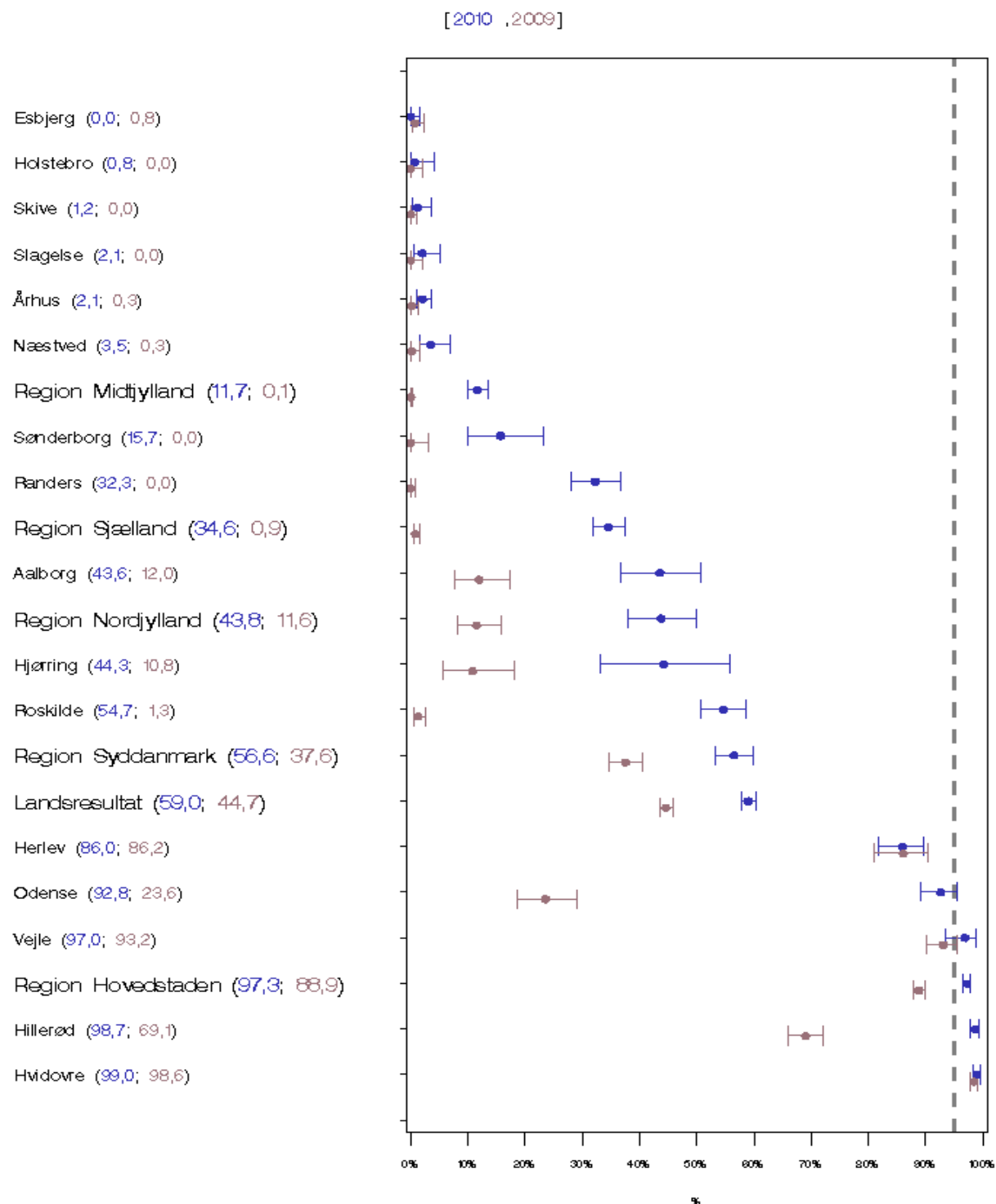
HPV-test skal foreligge inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven, og kvinden må ikke være død eller udrejst af landet inden for opfølgningsperioden (270 dage). Kvinder med én ASCUS diagnose inden for 2 år før modtagelsesdatoen af nuværende prøve ekskluderes. ASCUS-diagnosen er stillet af en patologiafdeling.

Alle HPV-tests er inkluderet, uanset om de er udført på samme patologiafdeling eller på en anden patologiafdeling eller evt. i privat patologipraksis, men henføres i nedenstående tabel til den afdeling, hvor ASCUS-diagnosen er stillet.

Tabel 6A. Andelen af celleprøver fra kvinder >30 år med ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, i hele landet og fordelt på region og patologiafdeling

	2008/2009	2009/2010		
	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Kvinder med ASCUS og HPV-test (tæller)	Kvinder med ASCUS (nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	44,7 (43,5 - 45,8)	3.661	6.201	59,0 (57,8 - 60,3)
Region Hovedstaden	88,9 (87,8 - 90,0)	2.517	2.586	97,3 (96,6 - 97,9)
Herlev	86,2 (80,9 - 90,4)	270	314	86,0 (81,6 - 89,6)
Hillerød	69,1 (66,0 - 72,1)	1.020	1.033	98,7 (97,9 - 99,3)
Hvidovre	98,6 (97,9 - 99,0)	1.227	1.239	99,0 (98,3 - 99,5)
Region Midtjylland	0,1 (0,0 - 0,4)	164	1.399	11,7 (10,1 - 13,5)
Holstebro	0,0 (0,0 - 2,1)	1	133	0,8 (0,0 - 4,1)
Randers	0,0 (0,0 - 0,7)	148	458	32,3 (28,0 - 36,8)
Skive	0,0 (0,0 - 1,1)	3	241	1,2 (0,3 - 3,6)
Århus	0,3 (0,0 - 1,4)	12	567	2,1 (1,1 - 3,7)
Region Nordjylland	11,6 (8,2 - 15,7)	124	283	43,8 (38,0 - 49,8)
Aalborg	12,0 (7,7 - 17,4)	89	204	43,6 (36,7 - 50,7)
Hjørring	10,8 (5,7 - 18,1)	35	79	44,3 (33,1 - 55,9)
Region Sjælland	0,9 (0,4 - 1,5)	375	1.083	34,6 (31,8 - 37,5)
Næstved	0,3 (0,0 - 1,5)	8	226	3,5 (1,5 - 6,9)
Roskilde	1,3 (0,6 - 2,5)	363	664	54,7 (50,8 - 58,5)
Slagelse	0,0 (0,0 - 2,1)	4	193	2,1 (0,6 - 5,2)
Region Syddanmark	37,6 (34,8 - 40,5)	481	850	56,6 (53,2 - 60,0)
Esbjerg	0,8 (0,2 - 2,4)	0	235	0,0 (0,0 - 1,6)
Odense	23,6 (18,6 - 29,2)	269	290	92,8 (89,1 - 95,5)
Sønderborg	0,0 (0,0 - 3,2)	20	127	15,7 (9,9 - 23,3)
Vejle	93,2 (90,2 - 95,5)	192	198	97,0 (93,5 - 98,9)

Figur, indikator 6. Andelen af kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test i 2009 og 2010



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standarden på >95 % er angivet ved den stiplede linje.

Kommentar: Indførelse af HPV-test på tværs af regioner og screeningsafdelinger er sket på forskellige tidspunkter. Generelt er en supplerende HPV-test kun fuldt ud indført på enkelte screeningsafdelinger, og indikatoropfyldelsen er derfor på landsplan kun 59,0 % i perioden fra 01-04-2009 til 31-03-2010. Der ses dog en betydelig stigning i forhold til den foregående periode, hvor indikatoropfyldelsen var 44,7 %.

Der ses en forbedring for alle regioner, når den foregående periode sammenlignes med den nyeste periode, men kun Region Hovedstaden opfylder målsætningen på over 95 % i 2009/2010. De andre regioner ligger noget under, idet Region Syddanmark ligger næsthøjest med 56,6 % og Region Midtjylland lavest med 11,7 %. På afdelingsniveau opfylder Hvidovre, Hillerød og Vejle målet med henholdsvis 99,0 %, 98,7 % og 97,0 %.

I Region Hovedstaden har Hvidovre, Hillerød og Herlev anvendt supplerende HPV-test i 2009 og 2010.

I Region Midtjylland er supplerende HPV-test fuldt implementeret 1-10-2010.

I Region Nordjylland indførte man supplerende HPV-test i Aalborg 1-6-2009. Hjørring foretager ikke selv supplerende HPV-test, men får testen udført i Aalborg.

I Region Sjælland har Roskilde indført supplerende HPV-test i september 2009, mens Næstved og Slagelse har indført HPV-test fra september 2010, idet Slagelse får sin HPV-test udført i Næstved.

I Region Syddanmark har man anvendt supplerende HPV-test i Vejle og Odense i 2009 og 2010. Sønderborg har indført supplerende HPV-test i løbet af 2010, og Esbjerg indfører HPV-test i 2011.

Tabel 6A viser, at der er stor forskel i antallet af ASCUS-diagnoser i de forskellige screeningsafdelinger. Der er derfor foretaget supplerende analyser vedr. ASCUS og relaterede diagnoser (tabel 10 og 11).

Anbefaling: At samtlige screeningsafdelinger indfører HPV-test eller indgår samarbejdsaftaler, så indikatoropfyldelsen kan forbedres markant.

Perspektivering: Der er i løbet af de seneste år introduceret over 30 kommercielle kits til HPV-test. Ifølge Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 bør man kun indføre standardiserede og klinisk validerede kits til HPV-test. Samtidigt bør kvaliteten af de udvalgte kits monitoreres i den enkelte afdeling. Styregruppen vil derfor overveje, om denne monitorering kan foretages i et samarbejde med DKLS og afreporteres i fremtidige årsrapporter.

Indikator 7. Dækningsgrad

7. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad). Standard >85 %

Datagrundlag: Indikatoren er opgjort af Patobankens Indkaldemodul den 13-01-2011 og inkluderer de forudgående 42 måneder for de 23-49-årige samt 66 måneder for de 50-64-årige.

Denne indikator er et øjebliksbillede og afspejler derfor ikke screeningsprogrammets dækningsgrad i 2010, men i tidsperioden 13-07-2007 til 12-01-2011 (for kvinder 23-49 år) samt 13-07-2005 til 12-01-2011 (kvinder 50-64 år). Til sammenligning er der medtaget de tilsvarende opgørelser opgjort den 10-06-2010 for perioderne 10-12-2006 til 09-06-2010 (for kvinder 23-49 år) samt 10-12-2004 til 9-06-2010 (kvinder 50-64 år).

Indikator 7 er opgjort på nationalt niveau samt fordelt på regioner. Indikatoren er desuden opgjort på kommunalt niveau (bilag 3).

Tabel 7A. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad) i hele landet samt fordelt på regioner

Region	Opgjort 10-06-2010	Opgjort 13-01-2011		
	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)	Antal kvinder med celleprøve (Tæller)	Antal kvinder (Nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	76,2 (76,1-76,3)	1.160.044	1.526.921	76,0 (75,9-76,0)
Region Hovedstaden	76,2 (76,1-76,3)	372.224	489.846	76,0 (75,9-76,1)
Region Midtjylland	75,0 (74,8-75,1)	255.798	341.622	74,9 (74,7-75,0)
Region Nordjylland	76,9 (76,7-77,1)	117.479	153.388	76,6 (76,4-76,8)
Region Sjælland	76,3 (76,1-76,4)	169.112	222.045	76,2 (76,0-76,3)
Region Syddanmark	77,2 (77,0-77,3)	245.431	320.020	76,7 (76,5-76,8)

Kommentar: På landsplan er dækningsgraden 76,0 %, og ingen regioner opfylder standarden på over 85 %. På regionalt niveau varierer dækningsgraden mellem 74,9 % (Region Midtjylland) og 76,7 % (Region Syddanmark). Tallene for de 2 perioder kan ikke umiddelbart sammenlignes, da tidsperioderne overlapper. Kvinder der er hysterektomeret er inkluderet i nævneren, hvorfor dækningsgraden er underestimeret.

Dækningsgraden i samtlige danske kommuner findes i bilag 3, og på kommunalt niveau varierer dækningsgraden mellem 47,3 % (Samsø) og 83,7 % (Allerød) . Af særlig interesse er dækningsgraden i landets 4 største kommuner nemlig København (73,0 %), Århus (75,7 %), Aalborg (77,7 %) og Odense (74,8 %).

Anbefaling: De regionale styregrupper, screeningsafdelingerne og praksissektoren skal fokusere på at øge dækningsgraden for at forbedre screeningsprogrammets effektivitet. Samtidigt bør omfanget af den

opportunistiske screening reduceres ved, at den prøvetagende læge følger screeningsprogrammets indkaldemønstre

Perspektivering: At udvikle Patobankens Indkaldemodul så det er muligt at ekskludere de total hysterektomerede kvinder i analyserne.

Indikator 8. Opfølgning

8. Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op rettidigt jf. patologisvarets anbefalinger for opfølgning, ud af alle abnorme eller uegnede celleprøver. Standard <2 %

Datagrundlag: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-10-2008 til 30-09-2009, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode). Normale celleprøver er ekskluderet, selvom de har en Æ-kode for opfølgning.

Tidsgrænserne for om en opfølgende prøve (T8X2**, T8X3**, T80***, T81***, T82***, T83***, T84***, T85***, T86*** eller T87***) er taget rettidigt, er afhængige af Æ-koden, hvilket vil sige henholdsvis 120 dage, 180 dage, 270 dage eller 450 dage efter, at den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen (se evt. bilag 1 for yderligere datadefinitioner). Æ-koderne er ikke anvendt konsekvent i Herlev, Randers og Århus i denne tidsperiode.

Det bemærkes, at indikatoren er opgjort for prøver taget i tidsperioden 01-10-2008 til 30-09-2009 og ikke for prøver taget i 2010, samt at der ved opgørelsen er taget hensyn til de vedtagne tidsgrænser for anbefalet opfølgning. Desuden er der taget højde for, at kvinderne skal være i live og stadig bosiddende i Danmark ved udgangen af opfølgningsperioden.

Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for abnorme eller uegnede celleprøver uanset kvindens alder, og populationen er derfor ikke afgrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Indikatoren måler kvaliteten af screeningsprogrammets opfølgningsprocedure, hvor den prøvetagende læge har ansvaret for, at der ved abnorme og uegnede celleprøver aftales et opfølgningsforløb med kvinden. Der er udarbejdet en supplerende analyse, hvor andelen af de abnorme eller uegnede celleprøver, der ikke er fulgt op, er opgjort for hvert ydernummer. Resultaterne af denne analyse er af pladmæssige hensyn ikke medtaget i rapporten, men kan rekvireres hos Kompetencecenter Nord.

Indikator 8 er konstrueret jf. Sundhedsstyrelsens Anbefalinger for Screening for Livmoderhalskræft, 2007, rutediagram for opfølgning, side 96.

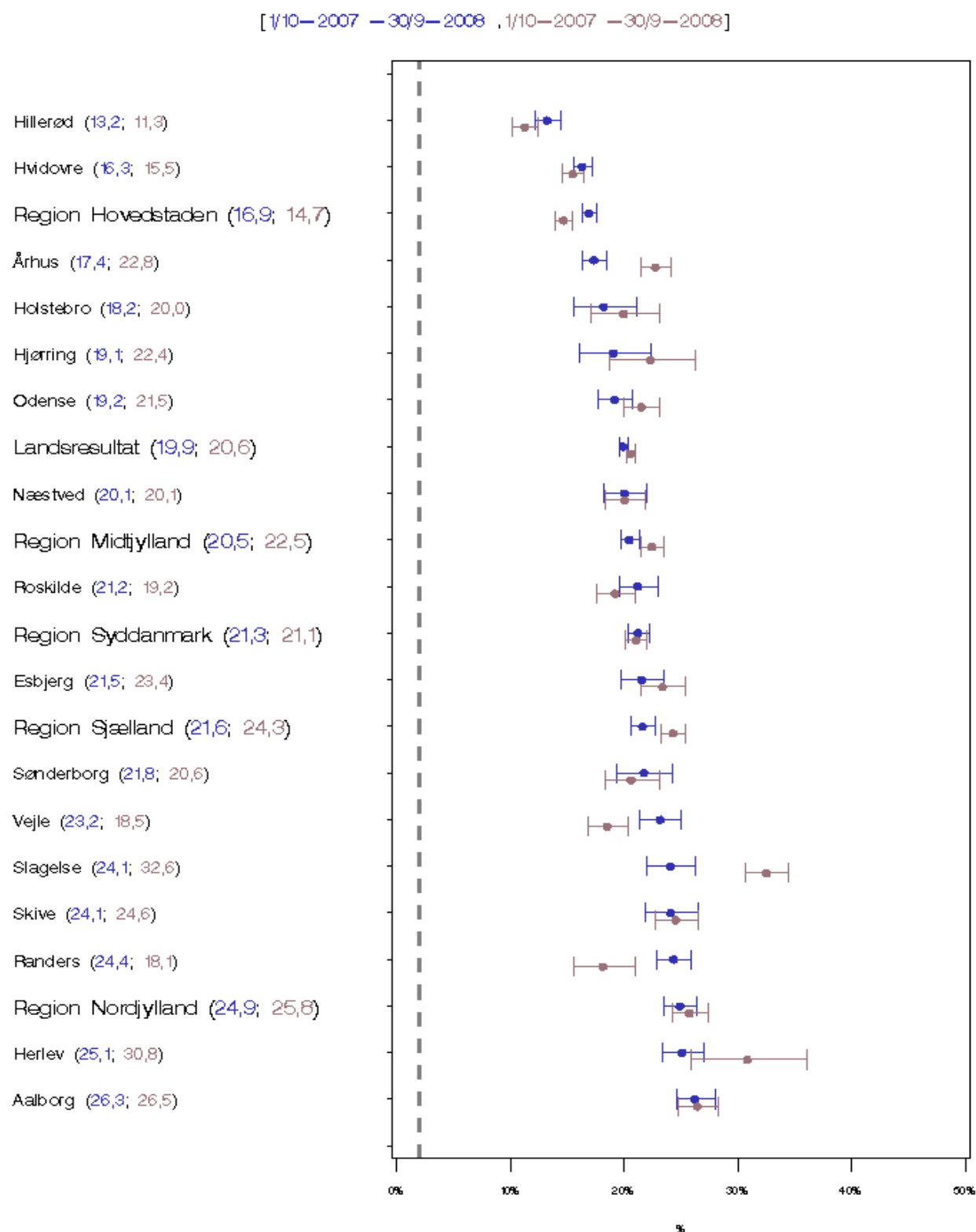
Det er vigtigt at være opmærksom på, at tabellerne 8A og 8B viser antallet af abnorme celleprøver, der ikke er fulgt op "til tiden" jf. anbefalingerne i patologisvaret. Mange kvinder bliver imidlertid fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, som det fremgår af de supplerende analyser i tabellerne 8C, 8D og 8E.

Tabel 8A. Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne if. anbefalingerne. Opgjort på landsplan samt fordelt på regioner og screeningsafdelinger

	Okt .07 - sept.'08	Okt. 08 - sept. 09		
	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)	Antal prøver uden korrekt opfølgning (tæller)	Antal prøver, der skal følges op (nævner)	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)
Landsresultat	20,6 (20,2 - 21,0)	8.074	40.508	19,9 (19,5 - 20,3)
Region Hovedstaden ¹	14,7 (14,0 - 15,4)	2.369	13.988	16,9 (16,3 - 17,6)
Herlev	30,8 (25,9 - 36,1)	552	2.196	25,1 (23,3 - 27,0)
Hillerød	11,3 (10,2 - 12,5)	467	3.528	13,2 (12,1 - 14,4)
Hvidovre	15,5 (14,6 - 16,4)	1.350	8.264	16,3 (15,5 - 17,2)
Region Midtjylland	22,5 (21,5 - 23,4)	2.009	9.807	20,5 (19,7 - 21,3)
Holstebro	20,0 (17,1 - 23,1)	144	790	18,2 (15,6 - 21,1)
Randers	18,1 (15,6 - 21,0)	723	2.968	24,4 (22,8 - 25,9)
Skive	24,6 (22,7 - 26,5)	327	1.355	24,1 (21,9 - 26,5)
Århus	22,8 (21,4 - 24,1)	815	4.694	17,4 (16,3 - 18,5)
Region Nordjylland	25,8 (24,2 - 27,4)	829	3.327	24,9 (23,5 - 26,4)
Aalborg	26,5 (24,7 - 28,2)	709	2.699	26,3 (24,6 - 28,0)
Hjørring	22,4 (18,8 - 26,3)	120	628	19,1 (16,1 - 22,4)
Region Sjælland	24,3 (23,3 - 25,4)	1.232	5.693	21,6 (20,6 - 22,7)
Næstved	20,1 (18,4 - 21,9)	363	1.810	20,1 (18,2 - 22,0)
Roskilde	19,2 (17,5 - 21,0)	494	2.328	21,2 (19,6 - 22,9)
Slagelse	32,6 (30,7 - 34,5)	375	1.555	24,1 (22,0 - 26,3)
Region Syddanmark	21,1 (20,2 - 22,0)	1.635	7.693	21,3 (20,3 - 22,2)
Esbjerg	23,4 (21,5 - 25,4)	405	1.880	21,5 (19,7 - 23,5)
Odense	21,5 (20,0 - 23,2)	488	2.543	19,2 (17,7 - 20,8)
Sønderborg	20,6 (18,3 - 23,2)	249	1.144	21,8 (19,4 - 24,3)
Vejle	18,5 (16,8 - 20,3)	493	2.126	23,2 (21,4 - 25,0)

¹Prøver undersøgt i privat patologipraksis indgår kun delvist, da ikke alle patologipraksis indberettede til Patobanken i den pågældende periode.

Figur, indikator 8. Opfølgning af abnorme og uegnede celleprøver inden for de anbefalede tidsgrænser



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren. Standardværdien (<2 % abnorme eller uegnede celleprøver, der ikke er fulgt op rettidigt) er angivet ved den stiplede linje.

Kommentar: Andelen af ikke rettidigt opfulgte abnorme eller uegnede celleprøver udgør på landsplan 19,9 % for perioden 2008/2009 mod 20,6 % i den foregående periode 2007/2008. I perioden 2008/2009 er der en variation på regionalt niveau mellem 16,9 % (Region Hovedstaden) og 24,9 % (Region Nordjylland) og en variation på afdelingsniveau fra 13,2 % (Hillerød) til 26,3 % (Aalborg). Ingen regioner eller screeningsafdelinger opfylder således den fastsatte standard på < 2 % ikke rettidigt opfulgte abnorme eller uegnede prøver.

Celleprøver, der er undersøgt i patologipraksis, indgår kun delvist i analyserne, da ikke alle patologipraksis indberettede til Patobanken i den pågældende periode, hvorfor resultaterne fra især Herlev og i nogen omfang fra Hvidovre og Hillerød må betragtes som delvist misvisende.

Da det er særligt vigtigt, at abnorme celleprøver med alvorlige forandringer følges op ”rettidigt”, er der foretaget en supplerende analyse, der udelukkende omfatter diagnoser med alvorlige celleforandringer (tabel 8B).

Den supplerende analyse af antal prøver, der ikke er fulgt op rettidigt fordelt på ydernummer viser, at antallet af prøver, der skal følges op, varierer fra 0 til 296, men de fleste ydernumre har færre end 10 prøver, der skal følges op. Indikatoropgørelsen (andel ikke fulgt op rettidigt) på ydernummer-niveau er således baseret på meget få observationer, hvilket afspejler sig i brede sikkerhedsintervaller, hvorfor opgørelsen må vurderes med stor forsigtighed. Der er i øvrigt ikke fastsat en standard på ydernummer-niveau. Den supplerende analyse indgår af pladsmæssige hensyn ikke i rapporten, men kan som nævnt rekvireres hos Kompetencecenter Nord.

Supplerende analyse vedrørende alvorlige celleforandringer der ikke er fulgt op rettidigt

Datagrundlag: Samme som for tabel 8A, men eksklusiv LSIL, ASCUS samt uegnede.

Tabel 8B. Andelen af celleprøver med diagnosen karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne jf. anbefalingerne. Opgjort på landsplan samt på regions- og afdelingsniveau

	Okt. '07 - sept. '08	Okt. '08 - sept. '09		
	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)	Antal prøver uden korrekt opfølgning (tæller)	Antal prøver, der skal følges op (nævner)	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)
Landsresultat	7,5 (6,8 - 8,1)	423	7.902	5,4 (4,9 - 5,9)
Region Hovedstaden ¹	6,5 (5,6 - 7,5)	142	2.922	4,9 (4,1 - 5,7)
Herlev	2,6 (0,1 - 13,5)	20	316	6,3 (3,9 - 9,6)
Hillerød	6,5 (4,9 - 8,3)	27	746	3,6 (2,4 - 5,2)
Hvidovre	6,6 (5,4 - 7,8)	95	1.860	5,1 (4,2 - 6,2)
Region Midtjylland	10,2 (8,1 - 12,6)	89	1.893	4,7 (3,8 - 5,8)
Holstebro	7,2 (2,7 - 15,1)	9	174	5,2 (2,4 - 9,6)
Randers	10,2 (6,3 - 15,2)	21	372	5,6 (3,5 - 8,5)
Skive	7,7 (2,5 - 17,0)	6	132	4,5 (1,7 - 9,6)
Århus	11,2 (8,3 - 14,6)	53	1.215	4,4 (3,3 - 5,7)
Region Nordjylland	6,5 (4,6 - 8,9)	36	623	5,8 (4,1 - 7,9)
Aalborg	5,7 (3,8 - 8,2)	30	536	5,6 (3,8 - 7,9)
Hjørring	11,1 (5,2 - 20,0)	6	87	6,9 (2,6 - 14,4)
Region Sjælland	7,9 (6,4 - 9,6)	59	1.015	5,8 (4,5 - 7,4)
Næstved	4,0 (2,1 - 6,9)	13	349	3,7 (2,0 - 6,3)
Roskilde	9,0 (6,8 - 11,7)	29	396	7,3 (5,0 - 10,3)
Slagelse	9,8 (6,6 - 14,0)	17	270	6,3 (3,7 - 9,9)
Region Syddanmark	7,8 (6,5 - 9,3)	97	1.449	6,7 (5,5 - 8,1)
Esbjerg	8,3 (5,5 - 11,9)	18	318	5,7 (3,4 - 8,8)
Odense	10,2 (7,7 - 13,2)	46	562	8,2 (6,1 - 10,8)
Sønderborg	5,2 (3,2 - 8,0)	13	335	3,9 (2,1 - 6,5)
Vejle	6,4 (4,0 - 9,6)	20	234	8,5 (5,3 - 12,9)

¹En speciallæge i Region Hovedstaden har ikke indberettet prøver elektronisk til Patobanken i tidsperioden, hvorfor prøver undersøgt i privat patologi praksis kun indgår delvist.

Kommentar: Andelen af ikke rettidigt opfulgte abnorme prøver med alvorlige celleforandringer udgør på landsplan 5,4 % i 2008/2009 mod 7,5 % i den foregående periode. I den nyeste periode (2008/2009) er der en variation på regionalt niveau mellem 4,7 % (Region Midtjylland) og 6,7 % (Region Syddanmark) og en variation på afdelingsniveau fra 3,6 % (Hillerød) til 8,5 % (Vejle).

Der er således opfølgning af langt flere prøver med alvorlige celleforandringer (tabel 8B) sammenlignet med opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver (tabel 8A). Også inden for den enkelte screeningsafdeling kan der være stor variation vedr. andelen af prøver med alvorlige celleforandringer sammenholdt med andelen af abnorme og uegnede celleprøver, der ikke er fulgt op til tiden jf. anbefalingerne i patologisvaret, som f.eks. i Aalborg, hvor tallene varierer fra 5,6 % (tabel 8B) til 26,3 % (tabel 8A).

Med henblik på at forbedre indikatoropfyldelsen har styregruppen for DKLS sammen med Patobanken taget initiativ til at udvikle Patologisystemet, så der fremover automatisk bliver sendt en meddelelse per Edifact til den enkelte prøvetagende læge vedr. de prøver, som ikke er fulgt op i henhold til anbefalingen i patologisvaret. Dette initiativ implementeres medio juni 2011, og resultaterne heraf vil blive evalueret i de kommende årsrapporter.

Det bemærkes, at hospitalsafdelinger ikke kan modtage Edifact meddelelser, hvorfor patologiafdelingerne fortsat skal generere lister i Patologisystemet vedrørende manglende opfølgning og sende dem til de respektive afdelinger.

Anbefaling: At de regionale styregrupper følger op på dette Edifact initiativ og i den forbindelse monitorerer eventuelle brist i opfølgningen hos den prøvetagende læge, samt iværksætter initiativer til at imødegå dette.

Regionerne bør i øvrigt være opmærksomme på Sundhedsstyrelsens kommende anbefalinger for screening for livmoderhalskræft, der formodentlig også vil anvise initiativer til at formindske andelen af ikke rettidigt opfulgte prøver.

Det anbefales desuden at foretage audit på de celleprøver (130 stk.) med alvorlige celleforandringer, der på landsplan ikke er fulgt op inden 450 dage jf. tabel 8D.

Perspektivering: Ovennævnte Edifact-løsning forventes at øge andelen af rettidigt opfulgte prøver efter abnorme og uegnede prøvesvar. Ansvar for, at en abnorm eller uegnet prøve bliver fulgt op, ligger umiddelbart hos den prøvetagende læge, men for at afklare denne problemstilling har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, der i 2011 forventes at udgive retningslinjer vedr. ansvar for opfølgning af parakliniske prøver.

I den forbindelse er det overvejet, om ikke blot den prøvetagende læge, men også kvinden selv skal modtage prøvesvaret, uden at dette dog vil ændre på den prøvetagende læges ansvar vedr. at aftale et opfølgningsforløb med kvinden, når der foreligger et abnormt eller uegnet prøvesvar.

Supplerende analyse vedrørende andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op

Datagrundlag: Samme som for tabel 8A, dog med 450 dages opfølgning uanset Æ-kode.

Tabel 8C. Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op inden for 450 dage. Opgjort på landsplan samt fordelt på regioner og screeningsafdelinger

	Okt. '07 - sept. '08	Okt. '08 - sept. '09		
	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)	Antal prøver uden korrekt opfølgning (tæller)	Antal prøver, der skal følges op (nævner)	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)
Landsresultat	10,7 (10,4 - 11,1)	4.369	40.642	10,7 (10,5 - 11,1)
Region Hovedstaden ¹	8,6 (8,1 - 9,2)	1.475	14.077	10,5 (10,0 - 11,0)
Herlev	24,2 (19,7 - 29,1)	392	2.206	17,8 (16,2 - 19,4)
Hillerød	5,3 (4,5 - 6,1)	313	3.546	8,8 (7,9 - 9,8)
Hvidovre	9,5 (8,7 - 10,2)	770	8.325	9,2 (8,6 - 9,9)
Region Midtjylland	12,0 (11,2 - 12,7)	1.071	9.831	10,9 (10,3 - 11,5)
Holstebro	12,8 (10,5 - 15,5)	73	791	9,2 (7,3 - 11,5)
Randers	11,8 (9,7 - 14,2)	430	2.971	14,5 (13,2 - 15,8)
Skive	9,2 (7,9 - 10,5)	137	1.355	10,1 (8,6 - 11,8)
Århus	13,3 (12,3 - 14,5)	431	4.714	9,1 (8,3 - 10,0)
Region Nordjylland	10,5 (9,5 - 11,7)	349	3.330	10,5 (9,5 - 11,6)
Aalborg	10,6 (9,4 - 11,9)	304	2.701	11,3 (10,1 - 12,5)
Hjørring	10,3 (7,8 - 13,4)	45	629	7,2 (5,3 - 9,5)
Region Sjælland	13,6 (12,8 - 14,4)	685	5.695	12,0 (11,2 - 12,9)
Næstved	8,2 (7,1 - 9,5)	171	1.812	9,4 (8,1 - 10,9)
Roskilde	10,6 (9,3 - 12,0)	299	2.325	12,9 (11,5 - 14,3)
Slagelse	20,9 (19,3 - 22,6)	215	1.558	13,8 (12,1 - 15,6)
Region Syddanmark	9,9 (9,2 - 10,6)	789	7.709	10,2 (9,6 - 10,9)
Esbjerg	9,8 (8,5 - 11,3)	190	1.883	10,1 (8,8 - 11,5)
Odense	10,7 (9,5 - 11,9)	202	2.545	7,9 (6,9 - 9,1)
Sønderborg	9,6 (7,9 - 11,5)	110	1.149	9,6 (7,9 - 11,4)
Vejle	9,0 (7,8 - 10,4)	287	2.132	13,5 (12,0 - 15,0)

¹Prøver undersøgt i privat patologipraksis indgår kun delvist, da ikke alle patologipraksis indberettede til Patobanken i den pågældende periode.

Det er vigtigt at være opmærksom på, at tabel 8A viser antallet af abnorme celleprøver, der ikke er fulgt op "til tiden" jf. anbefalingerne i patologisvaret. I den supplerende tabel 8C er tidsfristerne for en opfølgingsprøve forlænget til 450 dage uanset Æ-kode. Det fremgår her, at mange kvinder bliver fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, da andelen af ikke opfulgte prøver på landsplan falder fra 19,9 % (tabel 8A) til 10,7 % (tabel 8C).

Supplerende analyse vedrørende andelen af celleprøver med diagnosen karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC, som ikke er fulgt op

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at tabel 8B viser antallet af celleprøver med alvorlige celleforandringer, der ikke er fulgt op "til tiden" jf. anbefalingerne i patologisvaret. I de to supplerende tabeller 8D og 8E er tidsfristerne for en opfølgingsprøve forlænget til henholdsvis 450 og 180 dage uanset Æ-kode. Det fremgår også her, at mange kvinder imidlertid bliver fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, da andelen af ikke opfulgte prøver på landsplan falder fra 5,4 % (tabel 8B efter 120 dage) til henholdsvis 1,6 % (tabel 8D efter 450 dage) og 3,7 % (tabel 8E efter 180 dage).

Datagrundlag: Samme som for tabel 8B, dog med 450 dages opfølgning uanset Æ-kode.

Tabel 8D. Andelen af celleprøver med diagnosen karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC som ikke er fulgt op inden for 450 dage. Opgjort på landsplan samt på regions- og afdelingsniveau

	Okt. '07 - sept. '08	Okt. '08 - sept. '09		
	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)	Antal prøver uden korrekt opfølgning (tæller)	Antal prøver, der skal følges op (nævner)	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)
Landsresultat	2,2 (1,9 - 2,6)	130	7.959	1,6 (1,4 - 1,9)
Region Hovedstaden ¹	2,1 (1,6 - 2,7)	45	2.953	1,5 (1,1 - 2,0)
Herlev	2,5 (0,1 - 13,2)	6	320	1,9 (0,7 - 4,0)
Hillerød	1,5 (0,8 - 2,6)	11	752	1,5 (0,7 - 2,6)
Hvidovre	2,3 (1,7 - 3,1)	28	1.881	1,5 (1,0 - 2,1)
Region Midtjylland	3,5 (2,3 - 5,1)	28	1.905	1,5 (1,0 - 2,1)
Holstebro	0,0 (0,0 - 4,3)	1	174	0,6 (0,0 - 3,2)
Randers	5,1 (2,4 - 9,1)	6	373	1,6 (0,6 - 3,5)
Skive	3,1 (0,4 - 10,7)	3	132	2,3 (0,5 - 6,5)
Århus	3,6 (2,0 - 5,8)	18	1.226	1,5 (0,9 - 2,3)
Region Nordjylland	1,3 (0,5 - 2,7)	10	628	1,6 (0,8 - 2,9)
Aalborg	1,3 (0,5 - 2,8)	7	541	1,3 (0,5 - 2,6)
Hjørring	1,2 (0,0 - 6,6)	3	87	3,4 (0,7 - 9,7)
Region Sjælland	2,5 (1,7 - 3,6)	20	1.017	2,0 (1,2 - 3,0)
Næstved	1,0 (0,2 - 2,8)	4	350	1,1 (0,3 - 2,9)
Roskilde	3,1 (1,8 - 4,9)	12	396	3,0 (1,6 - 5,2)
Slagelse	2,9 (1,3 - 5,6)	4	271	1,5 (0,4 - 3,7)
Region Syddanmark	2,0 (1,3 - 2,8)	27	1.456	1,9 (1,2 - 2,7)
Esbjerg	1,2 (0,3 - 3,1)	5	320	1,6 (0,5 - 3,6)
Odense	2,7 (1,5 - 4,6)	14	564	2,5 (1,4 - 4,1)
Sønderborg	1,9 (0,8 - 3,9)	3	337	0,9 (0,2 - 2,6)
Vejle	1,5 (0,5 - 3,5)	5	235	2,1 (0,7 - 4,9)

¹ Prøver undersøgt i privat patologipraksis indgår kun delvist, da ikke alle patologipraksis indberettede til Patobanken i den pågældende periode.

Datagrundlag: Samme som for tabel 8B, dog med 180 dages opfølgning uanset Æ-kode.

Tabel 8E. Andelen af celleprøver med diagnosen karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC som ikke er fulgt op inden for 180 dage. Opgjort på landsplan samt på regions- og afdelingsniveau

	Okt. '07 - sept. '08	Okt. '08 - sept. '09		
	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)	Antal prøver uden korrekt opfølgning (tæller)	Antal prøver, der skal følges op (nævner)	Andel i %, som ikke er fulgt op (95% CI)
Landsresultat	5,0 (4,5 - 5,6)	290	7.931	3,7 (3,3 - 4,1)
Region Hovedstaden ¹	4,4 (3,7 - 5,3)	95	2.937	3,2 (2,6 - 3,9)
Herlev	2,5 (0,1 - 13,2)	15	318	4,7 (2,7 - 7,7)
Hillerød	4,7 (3,4 - 6,3)	18	749	2,4 (1,4 - 3,8)
Hvidovre	4,4 (3,5 - 5,4)	62	1.870	3,3 (2,6 - 4,2)
Region Midtjylland	8,2 (6,4 - 10,4)	76	1.900	4,0 (3,2 - 5,0)
Holstebro	3,6 (0,8 - 10,2)	5	174	2,9 (0,9 - 6,6)
Randers	8,1 (4,7 - 12,9)	17	373	4,6 (2,7 - 7,2)
Skive	4,6 (1,0 - 12,9)	5	132	3,8 (1,2 - 8,6)
Århus	9,7 (7,1 - 13,0)	49	1.221	4,0 (3,0 - 5,3)
Region Nordjylland	5,0 (3,3 - 7,2)	25	627	4,0 (2,6 - 5,8)
Aalborg	4,4 (2,7 - 6,7)	18	540	3,3 (2,0 - 5,2)
Hiørring	8,6 (3,5 - 17,0)	7	87	8,0 (3,3 - 15,9)
Region Sjælland	4,7 (3,5 - 6,0)	39	1.016	3,8 (2,7 - 5,2)
Næstved	1,3 (0,4 - 3,3)	9	350	2,6 (1,2 - 4,8)
Roskilde	6,1 (4,3 - 8,3)	22	396	5,6 (3,5 - 8,3)
Slagelse	5,5 (3,1 - 8,8)	8	270	3,0 (1,3 - 5,8)
Region Svddanmark	4,6 (3,6 - 5,8)	55	1.451	3,8 (2,9 - 4,9)
Esbjerg	3,4 (1,7 - 6,0)	12	318	3,8 (2,0 - 6,5)
Odense	7,3 (5,2 - 9,9)	27	564	4,8 (3,2 - 6,9)
Sønderborg	3,6 (1,9 - 6,0)	7	335	2,1 (0,8 - 4,3)
Veile	3,0 (1,5 - 5,5)	9	234	3,8 (1,8 - 7,2)

¹Prøver undersøgt i privat patologipraksis indgår kun delvist, da ikke alle patologipraksis indberettede til Patobanken i den pågældende periode.

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde pr. år. Standard <350 pr. år

Datagrundlag: Data fra Cancerregisteret over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft i tidsperioden 2005 til 2009.

Tabel 9A. Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau

Region	2005	2006	2007	2008	2009
Hele landet	407	381	366	366	391
Region Hovedstaden	152	124	134	135	139
Region Midtjylland	74	78	83	75	90
Region Nordjylland	39	33	31	34	31
Region Sjælland	62	55	55	47	58
Region Syddanmark	80	91	63	75	73

Kommentar: I 2009 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 391 på landplan. Der ses en variation henover årene 2005 til 2009, men totalt set er incidensen nærmest konstant.

9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år. Standard <13,9 pr. 100.000 kvinder

Datagrundlag: Data fra Cancerregisteret over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft i tidsperioden 2005 til 2009. Aldersfordelingen i den danske kvindelige befolkning er hentet i Statistikbanken.dk.

Tabel 9B. Aldersstandardiseret* incidensrate for Danmark 2004-2008

Region	2005	2006	2007	2008	2009
Hele landet	14,9	13,9	13,4	13,3	14,2
Region Hovedstaden	18,0	14,6	15,9	15,8	16,3
Region Midtjylland	12,5	13,0	14,1	12,5	15,0
Region Nordjylland	13,7	11,2	10,8	12,0	10,6
Region Sjælland	15,2	13,3	13,1	10,9	13,9
Region Syddanmark	13,5	15,3	10,9	12,8	12,4

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

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft - med brug af den danske kvindelige befolkning i 2005 som standard - var i 2009 på 14,2 pr. 100.000 kvinder på landsplan. På regionalt plan varierer incidensen mellem 10,6 og 16,3 pr. 100.000 kvinder, og der er således en betydelig variation på regionalt niveau. Det forventes at Sundhedsstyrelsens opdaterede anbefalinger vil indeholde retningslinjer for national audit ved alle nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft.

Anbefaling: At der foretages audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft.

Supplerende analyser

Vedr. antal kvinder med en celleprøve, der viser ASCUS ud af alle kvinder, der har fået en celleprøve

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: modtagedato 01-01-2010 til 31-12-2010 samt SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen. ASCUS er defineret ved SNOMED-koderne M67014, M69711, M72125, M73005 eller M69700. Alle kvinder er inkluderet uanset alder.

Tabel 10. Andelen af kvinder i 2009 og 2010 med en celleprøve, der viser ASCUS på landsplan samt fordelt på regioner og screeningsafdelinger

	2009	2010		
	Andel i %, som får en ASCUS-diagnose (95% CI)	Kvinder med ASCUS (tæller)	Kvinder med en celleprøve (nævner)	Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	3,1 (3,1 - 3,2)	10.795	362.073	3,0 (2,9 - 3,0)
Region Hovedstaden	4,1 (4,0 - 4,2)	3.496	130.730	2,7 (2,6 - 2,8)
Herlev	1,6 (1,4 - 1,7)	710	37.405	1,9 (1,8 - 2,0)
Hillerød	5,3 (5,0 - 5,5)	1.390	31.531	4,4 (4,2 - 4,6)
Hvidovre	4,8 (4,6 - 4,9)	1.396	61.794	2,3 (2,1 - 2,4)
Region Midtjylland	3,3 (3,1 - 3,4)	2.735	79.068	3,5 (3,3 - 3,6)
Holstebro	1,7 (1,5 - 1,9)	409	16.103	2,5 (2,3 - 2,8)
Randers	4,0 (3,8 - 4,3)	873	24.820	3,5 (3,3 - 3,8)
Skive	3,8 (3,4 - 4,1)	439	10.517	4,2 (3,8 - 4,6)
Århus	3,3 (3,1 - 3,5)	1.014	27.628	3,7 (3,5 - 3,9)
Region Nordjylland	1,8 (1,7 - 1,9)	723	36.467	2,0 (1,8 - 2,1)
Aalborg	1,4 (1,3 - 1,5)	547	32.866	1,7 (1,5 - 1,8)
Hjørring	5,3 (4,6 - 6,0)	176	3.601	4,9 (4,2 - 5,6)
Region Sjælland	3,3 (3,2 - 3,5)	1.959	44.444	4,4 (4,2 - 4,6)
Næstved	2,5 (2,2 - 2,7)	486	13.458	3,6 (3,3 - 3,9)
Roskilde	5,8 (5,4 - 6,1)	1.069	15.879	6,7 (6,3 - 7,1)
Slagelse	1,9 (1,8 - 2,2)	404	15.107	2,7 (2,4 - 2,9)
Region Syddanmark	2,1 (2,0 - 2,2)	1.882	71.364	2,6 (2,5 - 2,8)
Esbjerg	3,8 (3,5 - 4,1)	515	14.329	3,6 (3,3 - 3,9)
Odense	1,7 (1,5 - 1,8)	590	24.789	2,4 (2,2 - 2,6)
Sønderborg	1,5 (1,3 - 1,7)	280	15.016	1,9 (1,7 - 2,1)
Vejle	1,9 (1,8 - 2,1)	497	17.230	2,9 (2,6 - 3,1)

Kommentar: Antallet af ASCUS-prøver er i 2020 3,0 % på landsplan (3,1 % i 2009). De fem regioner varierer fra 2,0 % (Region Nordjylland) til 4,4 % i (Region Sjælland). Der er imidlertid større variation mellem de enkelte screeningsafdelinger fra 1,7 % (Aalborg) til 6,7 % (Roskilde).

En af årsagerne til ovennævnte variation er, at ASCUS er en vanskelig diagnose, som på baggrund af den efterfølgende vævsprøve kan dække over alt fra reaktive forandringer til karcinom.

Vedr. diagnosefordeling af celleprøver der viser ASCUS, ASCH og AGC

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: modtagedato 01-01-2010 til 31-12-2010 samt SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen. AGC er defineret ved SNOMED-koderne M67020, M69712 eller M69762, ASCH er defineret ved SNOMED-koden M67010 og ASCUS er defineret ved SNOMED-koderne M67014, M69711, M72125, M73005 eller M69700.

Alle prøver inklusive prøver fra speciallægepraksis samt revisionspræparater og specialundersøgelser er medtaget. Tabel 11A og 11B er opgjort på prøveniveau i modsætning til tabel 10, der er opgjort på personnummerniveau, hvorfor antallet af ASCUS-diagnoser er forskelligt i de to tabeller.

Tabel 11A. Diagnosefordeling i 2010 blandt celleprøver, der viser ASCUS, ASCH eller AGC på landsplan samt fordelt på regioner og screeningsafdelinger

	AGC ¹		ASCH ²		ASCUS ³		Ingen ASCH/ ASCUS/ AGC		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat	698	0,2	2.416	0,6	11.520	2,9	377.601	96,3	392.235	100,0
Region Hovedstaden	236	0,2	392	0,3	3.662	2,6	137.128	97,0	141.418	100,0
Herlev	51	0,1	176	0,4	752	1,8	40.905	97,7	41.884	100,0
Hillerød	79	0,2	60	0,2	1.448	4,4	31.670	95,2	33.257	100,0
Hvidovre	106	0,2	156	0,2	1.462	2,2	64.553	97,4	66.277	100,0
Region Midtjylland	184	0,2	816	1,0	2.937	3,4	81.751	95,4	85.688	100,0
Holstebro	34	0,2	84	0,5	450	2,7	16.318	96,6	16.886	100,0
Randers	47	0,2	272	1,0	944	3,5	25.344	95,3	26.607	100,0
Skive	32	0,3	45	0,4	470	4,1	10.980	95,3	11.527	100,0
Århus	71	0,2	415	1,4	1.073	3,5	29.109	94,9	30.668	100,0
Region Nordjylland	84	0,2	225	0,6	758	1,9	38.507	97,3	39.574	100,0
Aalborg	61	0,2	190	0,5	576	1,6	34.261	97,6	35.088	100,0
Hjørring	23	0,5	35	0,8	182	4,1	4.246	94,7	4.486	100,0
Region Sjælland	82	0,2	277	0,6	2.125	4,4	45.345	94,8	47.829	100,0
Næstved	32	0,2	85	0,6	550	3,7	14.318	95,5	14.985	100,0
Roskilde	46	0,3	110	0,7	1.135	6,8	15.438	92,3	16.729	100,0
Slagelse	4	0,0	82	0,5	440	2,7	15.589	96,7	16.115	100,0
Region Syddanmark	112	0,1	706	0,9	2.038	2,6	74.870	96,3	77.726	100,0
Esbjerg	23	0,1	297	1,9	582	3,8	14.596	94,2	15.498	100,0
Odense	41	0,2	232	0,9	615	2,3	25.595	96,6	26.483	100,0
Sønderborg	17	0,1	128	0,8	302	1,8	16.393	97,3	16.840	100,0
Vejle	31	0,2	49	0,3	539	2,9	18.286	96,7	18.905	100,0

¹Atypiske cylinderepitelceller

²Atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL

³Atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning

Tabel 11B. Diagnosefordeling i 2009 blandt celleprøver, der viser ASCUS, ASCH eller AGC på landsplan samt fordelt på regioner og screeningsafdelinger

	AGC ¹		ASCH ²		ASCUS ³		Ingen ASCH/ ASCUS/ AGC		I alt	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat	802	0,2	2.518	0,6	13.227	3,1	410.766	96,1	427.313	100,0
Region Hovedstaden	246	0,2	465	0,4	5.274	4,0	126.198	95,5	132.183	100,0
Herlev	41	0,1	155	0,5	490	1,5	31.400	97,9	32.086	100,0
Hillerød	75	0,2	193	0,6	1.670	5,1	30.726	94,1	32.664	100,0
Hvidovre	130	0,2	117	0,2	3.114	4,6	64.072	95,0	67.433	100,0
Region Midtjylland	205	0,2	839	0,9	3.029	3,2	89.604	95,7	93.677	100,0
Holstebro	31	0,2	74	0,4	307	1,8	17.079	97,6	17.491	100,0
Randers	55	0,2	233	0,9	1.041	4,1	24.282	94,8	25.611	100,0
Skive	41	0,3	35	0,3	500	3,8	12.490	95,6	13.066	100,0
Århus	78	0,2	497	1,3	1.181	3,1	35.753	95,3	37.509	100,0
Region Nordjylland	80	0,2	213	0,5	822	1,8	43.996	97,5	45.111	100,0
Aalborg	25	0,1	165	0,4	566	1,4	38.966	98,1	39.722	100,0
Hjørring	55	1,0	48	0,9	256	4,8	5.030	93,3	5.389	100,0
Region Sjælland	135	0,2	366	0,6	2.025	3,5	55.692	95,7	58.218	100,0
Næstved	36	0,2	99	0,5	527	2,6	19.665	96,7	20.327	100,0
Roskilde	96	0,5	114	0,6	1.091	6,0	16.909	92,9	18.210	100,0
Slagelse	3	0,0	153	0,8	407	2,1	19.118	97,1	19.681	100,0
Region Syddanmark	136	0,1	635	0,6	2.077	2,1	95.276	97,1	98.124	100,0
Esbjerg	23	0,1	267	1,5	686	3,9	16.565	94,4	17.541	100,0
Odense	50	0,2	242	0,8	526	1,6	31.107	97,4	31.925	100,0
Sønderborg	24	0,1	68	0,4	277	1,5	18.421	98,0	18.790	100,0
Vejle	39	0,1	58	0,2	588	2,0	29.183	97,7	29.868	100,0

¹Atypiske cylinderepitelceller

²Atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL

³Atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning

Kommentar: På landsplan udgør de tre "atypidiagnoser" i 2010 i alt 3,7 % af alle celleprøver (3,9 % i 2009) varierende fra 2,7 % (Region Nordjylland) til 5,2 % (Region Sjælland). På afdelingsniveau ses en større variation fra 2,3 % (Herlev) til 7,7 % (Roskilde).

Vedrørende AGC-diagnosen er niveauet på landsplan 0,2 % af alle celleprøver, hvilket altovervejende genfindes på regionalt niveau. På afdelingsniveau varierer det fra 0,0 % (Slagelse) til 0,5 % (Hjørring).

Vedrørende ASCH-diagnosen er niveauet på landsplan 0,6 % af alle celleprøver, der varierer fra 0,3 % (Region Hovedstaden) til 1,0 % (Region Midtjylland). På afdelingsniveau varierer det fra 0,2 % (Hillerød og Hvidovre) til 1,9 % (Esbjerg).

Vedrørende ASCUS-diagnosen er niveauet på landsplan 2,9 % af alle celleprøver med en variation fra 1,9 % (Region Nordjylland) til 4,4 % (Region Sjælland). På afdelingsniveau varierer det fra 1,6 % (Aalborg) til 6,8 % (Roskilde).

Bethesda-nomenklaturen med dens opdeling af atypiske celler i ASCUS, AGC og ASCH, der efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 blev indført i det danske screeningsprogram, kan på grund af den vanskelige tolkning af atypiske celleforandringer medføre, at der opstår store forskelle i antallet af ASCUS, AGC og ASCH mellem landets 16 screeningsafdelinger.

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

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

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 – 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

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 tilfælde af en sygdom, som opstår i løbet af en given periode (oftest et år) i en afgrænset befolkning

Indikator / kvalitetsindikator – Målbare variabler, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten

Inflammation – Betændelse

Karcinom – Kræft udgået fra epitel

Keglesnit – 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

Specificitet – 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, opgjort (eller forventet) per persontid-i-risiko, såsom per 1.000 person-år

Transformationszonen – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel

Udstrykningsteknik – Celleprøve fra livmoderhalsen primært udstrøget på objektglas

Vagina – Latin for skeden

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

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)
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia
CIS	Carcinoma in situ
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)
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine f. eks. T-kode for topografi, M-kode for morfologi og Æ-kode for ætiologi og opfølgning
UST	Udstrykningsteknik
VBT	Væskebaseret teknik
WHO	World Health Organization

Revisionspåtegning

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

DKLS har været i drift siden 01-01-2009 og omfatter screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

Årsrapporten er baseret på data indhentet til DKLS fra Patobankens IT programmer – Cyresmodulet, Cancerregisteret samt Statistikbanken.dk.

Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. Alle statistiske analyser i rapporten er foretaget af personale ved centeret. Otte kvalitetsindikatorer er opgjort på ikke-anonymiseret afdelingsspecifikt niveau med angivelse af landsresultater og regionsresultater til sammenligning. Indikator 8 er desuden opgjort på ydernummer. Indikator 9 er kun opgjort på nationalt og regionalt niveau. Tre indikatorer er opgjort for tidsperioden 01-01-2010 til 31-12-2010, og de resterende indikatorer er opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig for de enkelte indikatorer. Årsrapporten afspejler derfor ikke kvaliteten af screeningsprogrammet i 2010 på alle indikatorområder.

Kvalitetsindikatorerne er præsenteret i tabeller, og for udvalgte indikatorer er der suppleret med figurer, med henblik på at give læseren et bedre overblik. Kvalitetsindikatorerne er ledsaget af forklaringer og kommentarer, der kort formidler resultaterne.

I Årsrapporten redegøres der for det generelle datagrundlag inklusive dækningsgrad, og for hver indikator redegøres der for det specifikke datagrundlag samt aktuelle dataproblemer. Rapporten indeholder kommentarer og anbefalinger, med konkrete forslag til hvordan 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 Livmoderhalskræftscreening, Årsrapport 2010 lever op til Basiskrav for Landsdækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser specificeret af Danske Regioner, og også opfylder Sundhedsstyrelsens krav vedr. afrapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser.

28. juni 2011

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

Bilag

Bilag 1. Indikatorbeskrivelse

Bilag 2. Indikator 2 opgjort på kommunalt niveau

Bilag 3. Indikator 7 opgjort på kommunalt niveau

Bilag 4. Kommissorium for DKLS styregruppe

Nationale indikatorer til måling af kvaliteten af screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft

I følgende skema beskrives hver enkelt indikator, som fra 1. januar 2009 skal indhentes til Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS).

Uddybende specifikationer, forklaringer samt argumentation for hver indikator er anført efter oversigtsskemaet.

Nr.	Indikatorområde	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Databasens rapporterings-niveau
1.	Kapacitet (strukturel mål)	1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation, ud af alle kvinder i alderen 23-64 år.	<5 %	Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Indkaldeafdeling
		1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling.	>15.000	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
2.	Deltagelse og invitations-procedure (procesmål)	2A. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første invitation ud af alle kvinder, der inviteres til screening.	>50 %	Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Kommune
		2B. 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.	>40 %		
		2C. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres anden gang. *Anden geninvitation udsendes 180 dage efter 1. invitation.	>20 %		

		2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 270 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening	>75 %		
3.	Prøvekvalitet (procesmål)	Andelen af uegnede celleprøver ud af alle celleprøver.	<1,5 %	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
4.	Diagnostisk kvalitet (procesmål)	4A. Celleprøvens sensitivitet for CIN3 eller værre. 4B. Celleprøvens specificitet for CIN3 eller værre.	>60 % >95 %	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
5.	Svartid (procesmål)	Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen ud af alle celleprøver.	>95 %	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
6.	HPV-test (procesmål)	Andelen af kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test ud af alle kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS.	>95 %	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
7.	Dækningsgrad (effektmål)	Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år.	>85 %	Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Kommune
8.	Opfølgning (effektmål)	Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op jf. patologisvarets anbefalinger for opfølgning, ud af alle abnorme eller uegnede celleprøver.	<2 %	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
9.	Antal tilfælde af livmoderhalskræft (effektmål)	9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde per år. 9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år	<350 <13,9	Cancerregistret	9A. Nationalt 9B. Nationalt Regionalt

Generelle aspekter:

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) skal én gang årligt offentliggøre en fagligt kommenteret årsrapport, som skal være tilgængelige for de indberettende enheder.

For indikator 1B (kapacitet), indikator 3 (prøvekvalitet), indikator 4 (diagnostisk kvalitet), indikator 5 (svartid), indikator 6 (HPV-test) og indikator 8 (opfølgning) skal afrapporteringen foretages nationalt og regionalt samt på patologiafdelings niveau, mens afrapporteringen af indikator 2 (deltagelse og invitationsprocedure) og indikator 7 (dækningsgrad) foretages på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Indikator 1A (kapacitet) afrapporteres på nationalt og regionalt niveau samt på indkaldeafdeling.

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 indbydes og deltager i screeningsprogrammet, kvinder, som får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) samt kvinder, der 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 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.

Indikator 1. Kapacitet

1A. Kvinder der venter på invitation

Specifikation: Kvinder i aldersgruppen 23-64 år på modtagedatoen inkluderes. På sigt ønskes kvinder, der ikke ønsker screening samt kvinder, der er total hysterektomerede af benigne årsager ekskluderet. Kvinder, der venter på invitation, defineres som kvinder, der venter på invitation i de kommuner, som indkaldelsesstedet servicerer. Andelen af ventende kvinder er et "øjebliksbillede" og opgørelsen skal derfor foretages på samme dag for alle indkaldeafdelinger. Indikatoren kan evt. opgøres en gang pr. kvartal, hvilket lidt bedre afspejler udsving i antal ventende indkaldelser henover året. Definitionen på ventende kvinder er de kvinder, hvor datoen for invitation er overskredet med 1 dag, dvs. henholdsvis 3 år + 1 dag fra sidste celleprøve og 5 år + 1 dag fra sidste celleprøve.

Argumentation: Det er nødvendigt, at organisationen har kapacitet til at indkalde flest mulige kvinder på rette tidspunkt, så det anbefalede screeningsinterval ikke overskrides.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Indkaldemodul på en specifik dato (f.eks. 10-02-2010).

1B. Antal celleprøver per patologiafdeling

Specifikation: Antallet af celleprøver per patologiafdeling bør opgøres årligt, da Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til de undersøgende patologiafdelinger er minimum 15.000 celleprøver årligt.

Argumentation: Minimum på 15.000 celleprøver årligt er sat for at opretholde den diagnostiske kvalitet og erfaring, idet Sundhedsstyrelsen samtidig anbefaler, at alle celleprøver fra livmoderhalsen undersøges på patologiafdelinger.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009).

Celleprøver: T8X2** eller T8X3**, eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser (MATYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52).

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure

Specifikation: Indikatoren måler kvaliteten af invitationsproceduren i forhold til deltagelse. Der ønskes en opgørelse af den nuværende omkostningstunge invitationsprocedure. Især er afklaring omkring den 2. geninvitation med hensyn til respons fra de implicerede kvinder. Hittidige erfaringer i Danmark har vist effekt af 2. geninvitation og dermed effekt på screeningsprogrammets deltagerprocent.

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.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Indkaldemodul på en specifik dato (f.eks. 10-02-2010). Dataudtrækket inkluderer alle kvinder, der er inviteret til screening i de forudgående 12-24 måneder før udtræksdato (f.eks. 10-02-2008 til 09-02-2009). På den måde opnås 1 års follow-up (3 mdr. fra invitation til 1. rykker + 3 mdr. fra 1. rykker til 2. rykker og derefter 6 mdr.) for alle inviterede kvinder. Der er ved denne beregning kun taget højde for de kvinder, der aktivt har framelddt sig screeningsprogrammet forud for invitation (og dermed ikke har fået invitation), men ikke for de kvinder, der aktivt frameldder sig i forløbet efter invitation,

Indikator 3. Prøvekvalitet

Specifikation: Uegnede celleprøver defineres som enten for lidt materiale eller teknisk dårlig kvalitet f.eks. autolyse eller blodtilblanding, jf.

Bethesda-klassifikationen, dvs. følgende koder:

M09010: materiale uegnet til diagnostisk vurdering

M09011: materiale mindre egnet til diagnostisk vurdering

M09012: materialet uegnet til specialundersøgelse

M09013: materialet ikke sikkert repræsentativt

M09014: materialet ikke repræsentativt

M09015: blodigt materiale

M09016: materiale af teknisk dårlig kvalitet

M09017: materiale med kraftig bakterieflora

M09018: materialet uden pladeepitelceller

M09019: materialet uden endocervikale celler
M09070: intet materiale identificeret
M09000: for lidt materiale til diagnostisk vurdering
M09100: intet væv modtaget
M09140: glasset knust ved modtagelsen
M09150: materialet gået tabt under præparationen
M0901X: cellefattigt materiale
M0901Y: acellulært materiale
M30610: eksploraçõescreme
M37000: blødning
M54310: autolyse

men IKKE samtidigt:

M8 . . . 3 or M9 . . . 3: malignitet
M80011: tumorceller
M80015: adenokarcinom af endometroid type
M67017: HSIL-svær grad af pladeepitelforandring
M69702: suspekter celler
M69703: stærkt suspekter celler
M69760: malignitetssuspekter celler
M80702: planocellulært karcinom in situ
M80732: planocellulært karcinom in situ, småcellet
M80762: planocellulært karcinom in situ med tvivlsom stromainvasion
M80812: Bowens sygdom
M80102: carcinoma in situ
M80702: planocellulært carcinoma in situ
M80722: planocellulært carcinoma in situ, storcellet
M80732: planocellulært carcinoma in situ, småcellet
M74c. 9: svær dysplasi NOS
M74b. 9: moderat dysplasi NOS
M740.9: dysplasi NOS
M67016: LSIL – Lav grad af pladeepitelcelleforandring
M74a. 9: let dysplasi NOS
M69701: let suspekter celler
M76701: fladt kondylom
M76720: condylomata acuminata
M69790: koilocytose
M76700: kondylom
M67010: ASCH: atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL
M67014: ASCUS – atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning
M69711: atypisk pladeepitel

M72125: atypisk reservecellehyperplasi
 M73005: atypisk metaplastisk epitel
 M69700: atypi NOS
 M81402: adenocarcinoma in situ
 M67020: AGC – atypiske cylinderepitelceller
 M69712: atypisk cylinderepitel
 M69762: atypisk cylinderepitel
 M00100: normalt væv
 M00120: normale celler
 M00121: normale celler, ingen endocervikale eller metaplastiske celler
 M00122: Normale celler, 50-75 pct. af epitelcellerne kan ikke typebestemmes
 M01111: uspecifik reaktiv forandring
 M02561: abnorm forekomst af normale celler
 M09450: ingen tegn på malignitet
 M09462: ingen malignitetssuspekterede celler
 M09463: ingen maligne celler
 M09460: ingen tumorceller
 M11600: stråleforandring
 M11610: kemoterapiforandring
 M4 and not M09010: inflammation (ikke uegnet)
 M51620: degenerativ celleforandring
 M58 .. : atrofi
 M69520: skumceller
 M69780: inflammatorisk betinget celleforandring
 M69784: tissue repair
 M69810: abnormt cytohoronalt mønster
 M69820: østrogeneffekt mønster
 M69880: graviditets forandring
 M72 ... : hyperplasi
 M73 ... : metaplasi
 M74030: parakeratose
 MYY122: ingen malignitetssuspekterede celler

Argumentation: Årlig opgørelse og tilbagemelding over uegnede celleprøver vil øge opmærksomheden på celleprøvens kvalitet.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009). Indikatoren afspejler kvaliteten af prøvetagning, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Celleprøver: T8X2** eller T8X3**, eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser (MATYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52.)

Tæller: alle celleprøver koblet med en uegnet kode inden for tidsperioden.

Nævner: alle celleprøver inden for tidsperioden.

Indikator 4. Diagnostisk kvalitet

Generel forklaring:

Når man skal vurdere den kliniske effektivitet af en test, så gøres det ofte ved at bestemme testens diagnostiske sensitivitet og specificitet eller testens positive prædiktive værdi og negative prædiktive værdi.

Den diagnostiske sensitivitet udregnes som sandt positive diagnoser divideret med summen af sandt positive diagnoser og falsk negative diagnoser: Sensitivitet: $a/a+c$.

Den diagnostiske specificitet udregnes som sandt negative diagnoser divideret med summen af sandt negative diagnoser og falsk positive diagnoser: Specificitet: $d/b+d$.

Den positive prædiktive værdi udregnes som sandt positive diagnoser divideret med summen sandt positive diagnoser og falsk positive diagnoser: PPV: $a/a+b$.

Den negative prædiktive værdi udregnes som sandt negative diagnoser divideret med summen af sandt negative diagnoser og falsk negative diagnoser: NPV: $d/c+d$.

Testresultat	Status for sygdom		
	Syg	Rask	
Positivt	Sandt positive (a)	Falsk positive (b)	Totalt positive test (a+b)
Negativt	Falsk negative (c)	Sandt negative (d)	Totalt negative test (c+d)
	Totalt syge (a+c)	Totalt raske (b+d)	Samlet antal

Som indikatorer for diagnostisk kvalitet har man i screeningen for livmoderhalskræft valgt at anvende celleprøvens diagnostiske sensitivitet og specificitet, da disse to parametre siger mest om screeningens værdi. Indikatorerne for diagnostisk kvalitet er valgt således, at de kan opgøres ud fra eksisterende data og er velegnede til at monitorere over tid, dvs. at kunne sammenligne fra år til år om det går bedre eller dårligere.

4A. Sensitivitet af celleprøve for CIN3 eller værre.

Uddybende forklaring: Sensitiviteten angiver testens evne til at finde kvinder med svære forstadier (CIN3 (cervikal intraepitelial neoplasi grad 3) til livmoderhalskræft. Hvis det i praksis ikke er alle forstadier, der opdages, betyder det, at sensitiviteten er under 100 pct. Disse kvinder får falsk negative svar.

Specifikation: Sensitiviteten kan ikke måles direkte, fordi man ikke i screeningsprogrammet genundersøger kvinder med negative celleprøver, hvorfor negative celleprøver ikke kan opsplittes i de sandt negative og de falsk negative prøver. For alligevel at kunne udregne et mål for

sensitiviteten gøres følgende tilnærmelser 1) der udregnes for både histologisk og cytologisk opfølgning inden for de efterfølgende 3½ år (det vil sige at den næste screeningsprøve også kan være en opfølgende prøve) og 2) hvis der ikke er en opfølgende celle- eller vævsprøve inden for 3,5 år betragtes opfølgningen på samme måde som en normal opfølgende prøve. Den udløsende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen ASCUS+. Den opfølgende vævsprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen karcinom, CIN 3 eller adenocarcinoma in situ. Den opfølgende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen HSIL+, ASCH eller AIS+. Negative vævs- og celleprøver er prøver, som ikke har positive diagnoser (se flowdiagram). Uegnede celleprøver indgår ikke i beregningerne..

Argumentation: Kvinder, der modtager falsk negative svar, får ikke behandling på et så tidligt tidspunkt som ønskeligt, og de er derfor i højere risiko for at udvikle livmoderhalskræft. Antallet af falsk negative svar er afgørende for screeningsprogrammets troværdighed og effektivitet.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-07-05 til 31-06-06) med 42 måneders histologisk/cytologisk opfølgning. Indikatoren afspejler den diagnostiske kvalitet, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Celleprøver: T8X3** og ikke (T8X320 eller T8X321) samt eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser (MATYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52).

4B. Specificitet af celleprøve for CIN3 eller værre.

Uddybende forklaring: Specificiteten angiver testens evne til at klassificere raske kvinder uden svære forstadier (CIN3 (cervikal intraepitelial neoplasia grad 3) til livmoderhalskræft som raske. Hvis nogle kvinder får en positiv celleprøve, hvor den efterfølgende udredning ikke viser tegn på tilstedeværelse af forstadier, betyder det, at specificiteten er under 100 pct. Disse kvinder får falsk positive svar.

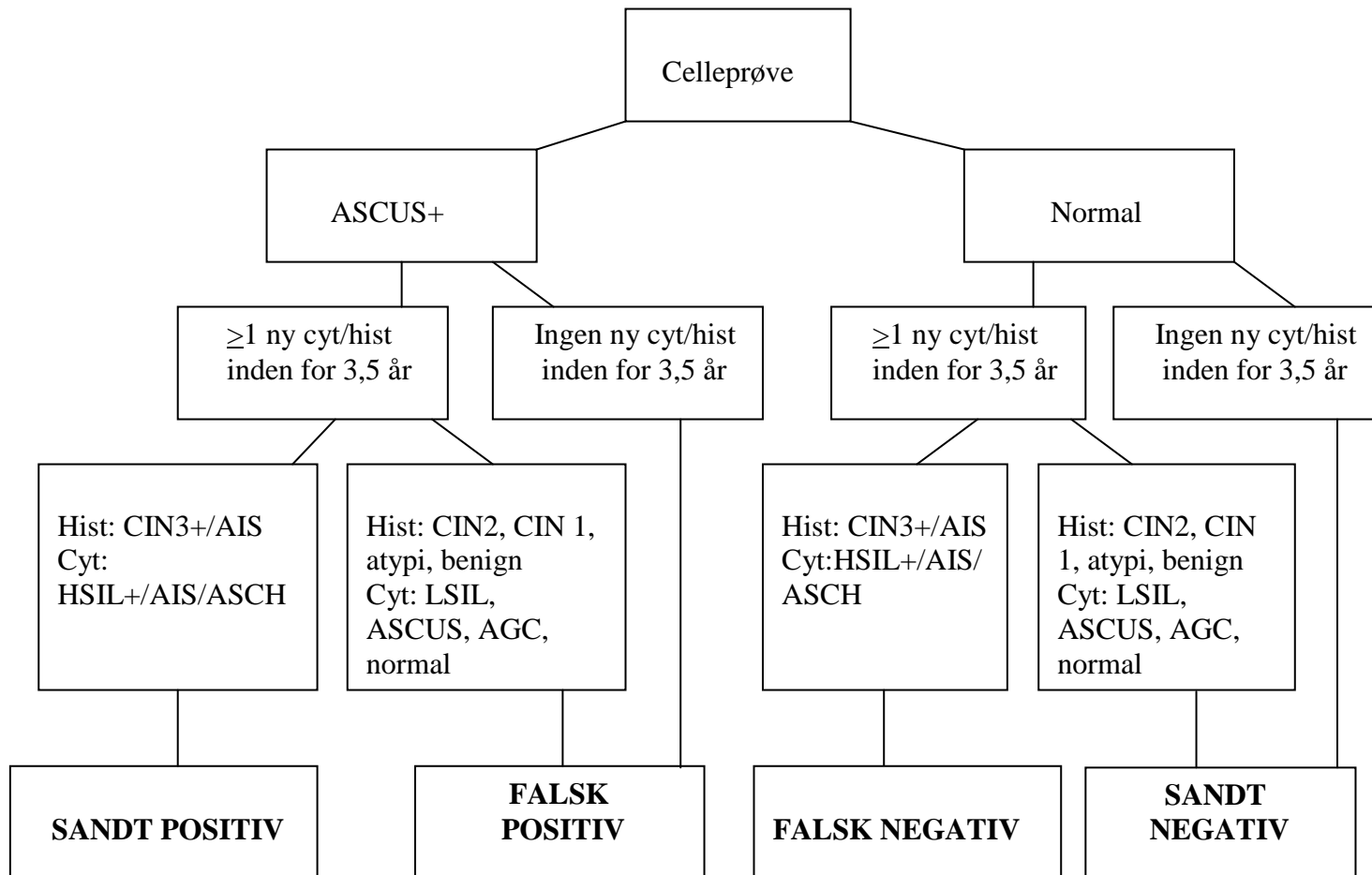
Specifikation: Specificiteten kan ikke måles direkte, fordi man ikke i screeningsprogrammet genundersøger kvinder med negative celleprøver, hvorfor negative celleprøver ikke kan opsplittes i de sandt negative og de falsk negative prøver. For alligevel at kunne udregne et mål for specificiteten gøres følgende tilnærmelser 1) der udregnes for både histologisk og cytologisk opfølgning inden for de efterfølgende 3½ år (det vil sige at den næste screeningsprøve også kan være en opfølgende prøve) og 2) hvis der ikke er en opfølgende celle- eller vævsprøve inden for 3,5 år betragtes opfølgningen på samme måde som en normal opfølgende prøve. Den udløsende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen ASCUS+. Den opfølgende vævsprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen karcinom, CIN 3 eller adenocarcinoma in situ. Den opfølgende celleprøve regnes for positiv, hvis der stilles diagnosen HSIL+, ASCH eller AIS+. Negative vævs- og celleprøver er prøver, som ikke har positive diagnoser (se flowdiagram). Uegnede celleprøver indgår ikke i beregningerne..

Argumentation: Kvinder, der modtager falsk positive svar belastes med unødigt bekymring, og sundhedsvæsenet belastes med unødige ekstra omkostninger.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-07-05 til 31-06-06) med 42 måneders histologisk/cytologisk opfølgning. Indikatoren afspejler den diagnostiske kvalitet, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Celleprøver: T8X3** og ikke (T8X320 eller T8X321) samt eksklusiv revisionspræparater og specialundersøgelser (MATTYPE 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52).

FLOW-DIAGRAM: SENSITIVITET OG SPECIFICITET



Celleprøven opdeles jf. ”Cervical cytology – distribution and diagnoses and quality assurance, 25. Feb. 2011, Tabel 4” på følgende måde:

ASCUS+:

M8 . . . 3 or M9 . . . 3: malignitet – kombineret med ÆF4720
M80011: tumorceller – kombineret med ÆF4720
M80015: adenokarcinom af endometroid type – kombineret med ÆF4720
M67017: HSIL-svær grad af pladeepitelforandring
M69702: suspekte celler
M69703: stærkt suspekte celler
M69760: malignitetssuspekte celler
M80702: planocellulært karcinom in situ
M80732: planocellulært karcinom in situ, småcellet
M80762: planocellulært karcinom in situ med tvivlsom stromainvasion
M80812: Bowens sygdom
M80102: carcinoma in situ
M80702: planocellulært carcinoma in situ
M80722: planocellulært carcinoma in situ, storcellet
M80732: planocellulært carcinoma in situ, småcellet
M74c. 9: svær dysplasi NOS
M74b. 9: moderat dysplasi NOS
M740.9: dysplasi NOS
M67010: ASCH: atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL
M67016: LSIL – Lav grad af pladeepitelcelleforandring
M74a. 9: let dysplasi NOS
M69790: koilocytose
M76700: kondylom
M69701: let suspekte celler
M76701: fladt kondylom
M76720: condylomata acuminata
M67014: ASCUS – atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning
M69711: atypisk pladeepitel
M72125: atypisk reservecellehyperplasi
M73005: atypisk metaplastisk epitel
M69700: atypi NOS
M69762: atypisk cylinderepitel
M67020: AGC – atypiske cylinderepitelceller
M69712: atypisk cylinderepitel

Normal:

M00100: normalt væv
M00120: normale celler
M00121: normale celler, ingen endocervikale eller metaplastiske celler
M00122: Normale celler, 50-75 pct. af epitelcellerne kan ikke typebestemmes
09062011 KCN - DKLS Kvalitetsindikatorer

M01111: uspecifik reaktiv forandring
 M02561: abnorm forekomst af normale celler
 M09450: ingen tegn på malignitet
 M09462: ingen malignitetssuspekterede celler
 M09463: ingen maligne celler
 M09460: ingen tumorceller
 M11600: stråleforandring
 M11610: kemoterapiforandring
 M4 and not M09010: inflammation (ikke uegnet)
 M51620: degenerativ celleforandring
 M58... : atrofi
 M69520: skumceller
 M69780: inflammatorisk betinget celleforandring
 M69784: tissue repair
 M69810: abnormt cytohistologisk mønster
 M69820: østrogeneffekt mønster
 M69880: graviditets forandring
 M72... : hyperplasi
 M73... : metaplasi
 M74030: parakeratose
 MYY122: ingen malignitetssuspekterede celler

Ny histologiske og/eller cytologiske inden for 3,5 år kategoriseres jf. "Cervical cytology – distribution and diagnoses and quality assurance 25. Feb. 2011, Tabel 6" på følgende måde:

CIN3+/HSIL+:

M8 . . .3 or M9 . . . 3: malignitet – kombineret med ÆF4720
 M80011: tumorceller - kombineret med ÆF4720
 M80015: adenokarcinom af endometroid type - kombineret med ÆF4720
 M80102: carcinoma in situ
 M80702: planocellulært karcinom in situ
 M80722: planocellulært karcinom in situ, storcellet
 M80732: planocellulært karcinom in situ, småcellet
 M80762: planocellulært karcinom in situ med tvivlsom stromainvasion
 M80812: Bowens sygdom
 M81402: adenocarcinoma in situ
 M8 . . .2: carcinoma in situ NOS
 M74c.9: svær dysplasi NOS
 M807A2: CIN 3
 M67017: HSIL-svær grad af pladeepitelforandring
 M69702: suspekterede celler

M69703: stærkt suspekter celler
M69760: malignitetssuspekter celler
M80702: planocellulært karcinom in situ
M80732: planocellulært karcinom in situ, småcellet
M80762: planocellulært karcinom in situ med tvivlsom stromainvasion
M80812: Bowens sygdom
M80102: carcinoma in situ
M80702: planocellulært carcinoma in situ
M80722: planocellulært carcinoma in situ, storcellet
M80732: planocellulært carcinoma in situ, småcellet
M81402: adenocarcinoma in situ
M74c.9: svær dysplasi NOS
M74b.9: moderat dysplasi NOS
M67010: ASCH: atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL

Non-CIN3+/Non-HSIL+/NonAIS+:

M740.9: dysplasi NOS
M74BK9: CIN 2
M74a. 9: let dysplasi NOS
M69790: koilocytose
M76700: kondylom
M76701: fladt kondylom
M76720: condylomata acuminata
M74AK9: CIN1
M67016: LSIL – Lav grad af pladeepitelcelleforandring
M74a. 9: let dysplasi NOS
M69790: koilocytose
M76700: kondylom
M69701: let suspekter celler
M76701: fladt kondylom
M76720: condylomata acuminata
M67014: ASCUS – atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning
M69711: atypisk pladeepitel
M72125: atypisk reservecellehyperplasi
M73005: atypisk metaplastisk epitel
M69700: atypi NOS
M69762: atypisk cylinderepitel
M67020: AGC – atypiske cylinderepitelceller
M69712: atypisk cylinderepitel
M00100: normalt væv
M01111: uspecifik reaktiv forandring

M09450: ingen tegn på malignitet
M09451: Ingen resttumor
M116 . . : stråleforandring
M28000: graviditetsprodukt
M31050: prolaps
M33400: cyste
M4 and not M09010: inflammation (ikke uegnet)
M51620: degerativ celleforandring
M54000: nekrose
M58 . . : atrofi
M72120. reservecellehyperplasi
M73220: planocellulær metaplasi
M76500: endometriose
M72... : hyperplasi
M73... : metaplasi
M74030: parakeratose
M76500: endometriose
M76800: polyp
M79500: decidual reaktion
M88100: fibrom
M88900: leiomyom
M90840: dermoid cyste
M00100: normalt væv
M00120: normale celler
M00121: normale celler, ingen endocervikale eller metaplastiske celler
M00122: Normale celler, 50-75 pct. af epitelcellerne kan ikke typebestemmes
M01111: uspecifik reaktiv forandring
M02561: abnorm forekomst af normale celler
M09450: ingen tegn på malignitet
M09462: ingen malignitetssuspekterede celler
M09463: ingen maligne celler
M09460: ingen tumorceller
M11600: stråleforandring
M11610: kemoterapiforandring
M4 and not M09010: inflammation (ikke uegnet)
M51620: degerativ celleforandring
M58... : atrofi
M69520: skumceller
M69780: inflammatorisk betinget celleforandring
M69784: tissue repair
M69810: abnormt cyto-hormonalt mønster
M69820: østrogeneffekt mønster

M69880: graviditets forandring
M72... : hyperplasi
M73... : metaplasi
M74030: parakeratose
MYY122: ingen malignitetssuspekterte celler

En eller flere prøver i HSIL+ defineres som HSIL+. Prøver i non-HSIL+ defineres kun som non-HSIL+, hvis der IKKE også er en prøve med HSIL+ i opfølgningsperioden.

Herefter opstilles følgende 2x2 tabel og sensitiviteten (a/a+c) og specificiteten (d/b+d) kan beregnes.

		Histologisk og/eller cytologisk opfølgning		
		HIST: CIN3+ CYT: HSIL+/ASGH/AIS	HIST: CIN1, CIN2, Atypi, normal Cyt: LSIL, ASCUS, AGC, Normal	I alt
Celleprøve	ACSUS+	a	b	a+b
	Normal	c	d	c+d
	I alt	a+c	b+d	

Indikator 5. Svartid

Specifikation: Det antal hverdage, der går fra celleprøven modtages på patologi afdelingen til undersøgelsessvaret afsendes til prøvetager.

Argumentation: Svartiden bør ikke overskride 10 hverdage jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009).

Celleprøver: T8X2** eller T8X3** eksklusiv revisionspræparater samt specialundersøgelser (MATTYPE 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52) fra kvinder i alderen 23-64 år på modtagedato.

Svartid: Tid fra modtagedato til svar dato.

Vi har defineret at modtagedatoen = 0 dag og første arbejdsdag = 1 hverdag efter modtagedatoen. 1. maj og Grundlovsdag defineres som helligdage.

Indikator 6. HPV-test

Specifikation: Infektion med onkogen human papillomavirus (HPV) er nødvendig for udvikling af livmoderhalskræft.

Uddybende forklaring: Det anbefales kun at bruge en supplerende HPV-test ved diagnoserne ASCUS og LSIL. Indikationsområdet afhænger af den valgte HPV-test.

Argumentation: En supplerende HPV-test kan kvalificere ASCUS-diagnosen (tidl. atypi) og LSIL-diagnosen (afhængig af valgt HPV test), fordi sensitiviteten er højere og specificiteten er den samme som ved gentagen cytologi. Det er derfor et kvalitetskrav, at de pågældende kvinder i så høj grad som muligt for foretaget en supplerende HPV-test.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-04-2008 til 31-03-2009).

Celleprøver: T8X2** eller T8X3** fra kvinder >30 år på modtagedato. Der ekskluderes kvinder med én ASCUS diagnose inden for 2 år før modtagelsesdatoen af nuværende prøve, da kvinder der tidligere har fået en ASCUS diagnose henvises til gynækolog. Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioden (270 dage).

Tæller: Unikke CPR-numre inden for tidsperioden kombineret med ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M69700) og HPV- test (P33520, P33b35, FY5005 eller FY5006). HPV- test skal foreligge inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven. ASCUS diagnosen er stillet i en patologiafdeling, men den opfølgende HPV- test kan være fra enhver patologiafdeling eller en speciallægepraksis.

Nævner: Unikke CPR-numre inden for tidsperioden kombineret med ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M69700).

Indikator 7. Dækningsgrad

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 og nationalt niveau. Det er et øjebliksbillede og skal derfor udføres på alle niveauer på samme dato.

Argumentation: Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge screeningsprogrammets effektivitet.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens indkaldemodul på en specifik dato (f.eks. 10-02-2010), der inkluderer alle kvinder med celleprøve(r) i de forudgående 42 og 66 måneder fra udtræksdato med henholdsvis 3 og 5 års screeningsintervaller.

Indikatoren afspejler derfor ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode.

Indikator 8. Rettidig opfølgning

Specifikation: Retningslinjerne for opfølgning inkluderer en diagnostisk celle- eller vævsprøve. Patologidatabanken indeholder patologidata fra hele landet. Der er derfor muligt via Patobanken at skaffe oplysninger om de kvinder, hvor en abnorm celleprøve ikke er fulgt op, som anbefalet i patologiafdelingens prøvesvar angivet ved en SNOMED Æ-kode.

Argumentation: Såfremt patologisvarets anbefalinger for opfølgning - med en diagnostisk celle- eller vævsprøve - ikke bliver fulgt, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået. Det er derfor vigtigt, at al information om abnorme eller uegnede celleprøver når frem til kvinderne. De screeningsansvarlige i patologiafdelingerne bør løbende monitorere kvinder med abnorme eller uegnede prøvesvar, der ikke er fulgt op, og meddele dette til rekvirenten.

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-10-2007 til 30-09-2008).

Indikatoren afspejler kvaliteten af screeningsprogrammets opfølgningsprocedure for prøver taget i denne tidsperiode. Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for alle celleprøver, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioderne.

Celleprøver: T8X2** eller T8X3** eksklusiv koder for normale celleprøver:

M00100: normalt væv

M00120: normale celler

M00121: normale celler, ingen endocervikale eller metaplastiske celler
 M00122: Normale celler, 50-75 pct. af epitelcellerne kan ikke typebestemmes
 M01111: uspecifik reaktiv forandring
 M02561: abnorm forekomst af normale celler
 M09450: ingen tegn på malignitet
 M09462: ingen malignitetssuspekterede celler
 M09463: ingen maligne celler
 M09460: ingen tumorceller
 M11600: stråleforandring
 M11610: kemoterapiforandring
 M4 and not M09010: inflammation (ikke uegnet)
 M51620: degenerativ celleforandring
 M58 ... : atrofi
 M69520: skumceller
 M69780: inflammatorisk betinget celleforandring
 M69784: tissue repair
 M69810: abnormt cytohoronalt mønster
 M69820: østrogeneffekt mønster
 M69880: graviditets forandring
 M72 ... : hyperplasi
 M73 ... : metaplasi
 M74030: parakeratose
 MYY122: ingen malignitetssuspekterede celler

Henviſning til gynækolog defineres ſom = ny smear undersøgelse

Tæller: alle celleprøver koblet med ÆAAX15 (gynækologisk ſpecialundersøgelse tilrådes inden for 3 måneder) eller ÆAA015 (gynækologisk ſpecialundersøgelse 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 ſvardato OG

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 ſvardato OG 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. 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
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 450 dage (12+3 mdr.) efter svar dato.
Nævner: alle celleprøver 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.

Jf. "Cervical cytology – distribution and diagnoses and quality assurance", 25. Feb. 2011, tabel 7.

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde per år

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.

Operationalisering: Det årlige antal nye tilfælde fordelt på histologisk type kan hentes direkte fra Cancerregisteret.

9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år

Uddybende forklaring: Incidensraten er et bedre udtryk end det absolutte tal, når der skal sammenlignes på tværs af regioner samt over tid.

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 per 100.000 kvinder.

Argumentation: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft.

Operationalisering: Baseres på data fra Cancerregisteret.

DKLS
Indikator 2A

Patobank udtrækket er dannet den 13.01.2011 for 24 mdr. siden og 12 mdr. frem

Tabel 12A. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første invitation ud af alle kvinder, der inviteres til screening.

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 1. invitation (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
Landsresultat	I alt	126.541	321.101	39,4 (39,2 - 39,6)
Region Hovedstaden	I alt	34.135	95.682	35,7 (35,4 - 36,0)
	Albertslund(165)	400	1.344	29,8 (27,3 - 32,2)
	Allerød(201)	622	1.341	46,4 (43,7 - 49,1)
	Ballerup(151)	833	2.209	37,7 (35,7 - 39,7)
	Bornholms Region(400)	904	2.215	40,8 (38,8 - 42,9)
	Brøndby(153)	519	1.542	33,7 (31,3 - 36,0)
	Dragør(155)	196	564	34,8 (30,8 - 38,7)
	Egedal(240)	1.027	2.380	43,2 (41,2 - 45,1)
	Fredensborg(210)	840	2.072	40,5 (38,4 - 42,7)
	Frederiksberg(147)	2.081	5.991	34,7 (33,5 - 35,9)
	Frederikssund(250)	1.106	2.502	44,2 (42,3 - 46,2)
	Frederiksværk-Hundested(260)	689	1.706	40,4 (38,1 - 42,7)
	Furesø(190)	742	1.863	39,8 (37,6 - 42,1)
	Gentofte(157)	943	3.138	30,1 (28,4 - 31,7)
	Gladsaxe(159)	1.075	3.198	33,6 (32,0 - 35,3)
	Glostrup(161)	336	1.044	32,2 (29,3 - 35,0)
	Gribskov(270)	872	2.156	40,4 (38,4 - 42,5)
	Helsingør(217)	1.204	3.012	40,0 (38,2 - 41,7)
	Herlev(163)	454	1.259	36,1 (33,4 - 38,7)
	Hillerød(219)	1.291	2.827	45,7 (43,8 - 47,5)
	Hvidovre(167)	842	2.446	34,4 (32,5 - 36,3)
	Høje-Taastrup(169)	858	2.413	35,6 (33,6 - 37,5)
	Hørsholm(223)	487	1.201	40,5 (37,8 - 43,3)
	Ishøj(183)	343	1.105	31,0 (28,3 - 33,8)
	Kristiansø(411)	2	4	50,0 (1,0 - 99,0)
	København(101)	11.994	36.834	32,6 (32,1 - 33,0)
	Lyngby-Tårnbæk(173)	897	2.410	37,2 (35,3 - 39,1)
	Rudersdal(230)	923	2.440	37,8 (35,9 - 39,8)
	Rødovre(175)	671	1.822	36,8 (34,6 - 39,0)
	Tårnby(185)	738	1.996	37,0 (34,9 - 39,1)
	Vallensbæk(187)	246	648	38,0 (34,2 - 41,7)
Region Midtjylland	I alt	26.270	70.157	37,4 (37,1 - 37,8)
	Favrskov(710)	617	2.105	29,3 (27,4 - 31,3)
	Hedensted(766)	1.236	2.934	42,1 (40,3 - 43,9)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 1. invitation (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Herning(657)	2.113	4.574	46,2 (44,8 - 47,6)
	Holstebro(661)	1.399	2.991	46,8 (45,0 - 48,6)
	Horsens(615)	2.004	5.071	39,5 (38,2 - 40,9)
	Ikast-Brande(756)	970	1.981	49,0 (46,8 - 51,2)
	Lemvig(665)	404	1.045	38,7 (35,7 - 41,6)
	Norddjurs(707)	524	1.555	33,7 (31,3 - 36,0)
	Odder(727)	497	1.353	36,7 (34,2 - 39,3)
	Randers(730)	1.274	4.259	29,9 (28,5 - 31,3)
	Ringkøbing-Skjern(760)	1.372	3.088	44,4 (42,7 - 46,2)
	Samsø(741)	6	15	40,0 (15,2 - 64,8)
	Silkeborg(740)	1.261	4.081	30,9 (29,5 - 32,3)
	Skanderborg(746)	1.266	3.712	34,1 (32,6 - 35,6)
	Skive(779)	1.246	2.599	47,9 (46,0 - 49,9)
	Struer(671)	554	1.170	47,4 (44,5 - 50,2)
	Syddjurs(706)	495	1.782	27,8 (25,7 - 29,9)
	Viborg(791)	2.469	5.191	47,6 (46,2 - 48,9)
	Århus(751)	6.563	20.651	31,8 (31,1 - 32,4)
Region Nordjylland	I alt	9.604	24.798	38,7 (38,1 - 39,3)
	Aalborg(851)	3.310	8.898	37,2 (36,2 - 38,2)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	605	1.557	38,9 (36,4 - 41,3)
	Frederikshavn(813)	939	2.457	38,2 (36,3 - 40,1)
	Hjørring(860)	1.078	2.693	40,0 (38,2 - 41,9)
	Jammerbugt(849)	623	1.659	37,6 (35,2 - 39,9)
	Læsø(825)	26	87	29,9 (20,3 - 39,5)
	Mariagerfjord(846)	655	1.709	38,3 (36,0 - 40,6)
	Morsø(773)	381	848	44,9 (41,6 - 48,3)
	Rebild(840)	508	1.343	37,8 (35,2 - 40,4)
	Thisted(787)	903	2.019	44,7 (42,6 - 46,9)
	Vesthimmerlands(820)	576	1.528	37,7 (35,3 - 40,1)
Region Sjælland	I alt	23.529	55.133	42,7 (42,3 - 43,1)
	Faxe(320)	1.036	2.328	44,5 (42,5 - 46,5)
	Greve(253)	1.506	3.331	45,2 (43,5 - 46,9)
	Guldborgsund(376)	1.901	4.096	46,4 (44,9 - 47,9)
	Holbæk(316)	1.816	4.773	38,0 (36,7 - 39,4)
	Kalundborg(326)	1.167	3.292	35,4 (33,8 - 37,1)
	Køge(259)	1.779	3.957	45,0 (43,4 - 46,5)
	Lejre(350)	782	1.782	43,9 (41,6 - 46,2)
	Lolland(360)	1.369	2.935	46,6 (44,8 - 48,4)
	Næstved(370)	2.567	5.508	46,6 (45,3 - 47,9)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 1. invitation (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Odsherred(306)	737	2.117	34,8 (32,8 - 36,8)
	Ringsted(329)	864	2.248	38,4 (36,4 - 40,4)
	Roskilde(265)	2.673	5.812	46,0 (44,7 - 47,3)
	Slagelse(330)	2.029	5.350	37,9 (36,6 - 39,2)
	Solrød(269)	674	1.426	47,3 (44,7 - 49,9)
	Sorø(340)	785	1.945	40,4 (38,2 - 42,5)
	Stevns(336)	521	1.301	40,0 (37,4 - 42,7)
	Vordingborg(390)	1.323	2.932	45,1 (43,3 - 46,9)
Region Syddanmark	I alt	33.003	75.331	43,8 (43,5 - 44,2)
	Aabenraa(580)	1.698	3.905	43,5 (41,9 - 45,0)
	Assens(420)	1.299	2.591	50,1 (48,2 - 52,1)
	Billund(530)	541	1.337	40,5 (37,8 - 43,1)
	Esbjerg(561)	2.277	6.246	36,5 (35,3 - 37,6)
	Faaborg-Midtfyn(430)	1.572	3.349	46,9 (45,2 - 48,6)
	Fanø(563)	65	203	32,0 (25,6 - 38,4)
	Fredericia(607)	1.333	3.345	39,9 (38,2 - 41,5)
	Haderslev(510)	1.696	3.846	44,1 (42,5 - 45,7)
	Kerteminde(440)	733	1.501	48,8 (46,3 - 51,4)
	Kolding(621)	2.760	6.373	43,3 (42,1 - 44,5)
	Langeland(482)	388	831	46,7 (43,3 - 50,1)
	Middelfart(410)	1.176	2.316	50,8 (48,7 - 52,8)
	Nordfyns(480)	866	1.870	46,3 (44,1 - 48,6)
	Nyborg(450)	1.007	2.046	49,2 (47,1 - 51,4)
	Odense(461)	5.693	12.848	44,3 (43,5 - 45,2)
	Svendborg(479)	1.696	3.656	46,4 (44,8 - 48,0)
	Sønderborg(540)	2.169	4.798	45,2 (43,8 - 46,6)
	Tønder(550)	1.095	2.463	44,5 (42,5 - 46,4)
	Varde(573)	882	2.398	36,8 (34,9 - 38,7)
	Vejen(575)	940	2.448	38,4 (36,5 - 40,3)
	Vejle(630)	2.924	6.571	44,5 (43,3 - 45,7)
	Ærø(492)	193	390	49,5 (44,5 - 54,4)

DKLS
Indikator 2B

Tabel 12B. 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.

Patobank-udtrækket er dannet den 13.01.2011 for 24 mdr. siden og 12 mdr. frem

Region	Kommunenavn (Kommunekode)	Antal undersøgte kvinder efter 1. geninvitation (tæller)	Antal kvinder som har fået 1. geninvitation (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	I alt	58.493	183.833	31,8 (31,6 - 32,0)
Region Hovedstaden	I alt	15.960	56.175	28,4 (28,0 - 28,8)
	Albertslund(165)	196	886	22,1 (19,4 - 24,9)
	Allerød(201)	239	647	36,9 (33,2 - 40,7)
	Ballerup(151)	337	1.250	27,0 (24,5 - 29,4)
	Bornholms Region(400)	343	1.201	28,6 (26,0 - 31,1)
	Brøndby(153)	227	944	24,0 (21,3 - 26,8)
	Dragør(155)	95	334	28,4 (23,6 - 33,3)
	Egedal(240)	518	1.267	40,9 (38,2 - 43,6)
	Fredensborg(210)	346	1.159	29,9 (27,2 - 32,5)
	Frederiksberg(147)	997	3.476	28,7 (27,2 - 30,2)
	Frederikssund(250)	410	1.322	31,0 (28,5 - 33,5)
	Frederiksværk-Hundested(260)	314	958	32,8 (29,8 - 35,7)
	Furesø(190)	346	1.030	33,6 (30,7 - 36,5)
	Gentofte(157)	510	1.978	25,8 (23,9 - 27,7)
	Gladsaxe(159)	516	1.961	26,3 (24,4 - 28,3)
	Glostrup(161)	156	652	23,9 (20,7 - 27,2)
	Gribskov(270)	388	1.215	31,9 (29,3 - 34,6)
	Helsingør(217)	512	1.714	29,9 (27,7 - 32,0)
	Herlev(163)	194	744	26,1 (22,9 - 29,2)
	Hillerød(219)	484	1.443	33,5 (31,1 - 36,0)
	Hvidovre(167)	429	1.494	28,7 (26,4 - 31,0)
	Høje-Taastrup(169)	365	1.432	25,5 (23,2 - 27,7)
	Hørsholm(223)	210	671	31,3 (27,8 - 34,8)
	Ishøj(183)	158	717	22,0 (19,0 - 25,1)
	Kristiansø(411)	1	2	50,0 (0,0 - 100,0)
	København(101)	6.171	22.293	27,7 (27,1 - 28,3)
	Lyngby-Tårnbæk(173)	410	1.386	29,6 (27,2 - 32,0)
	Rudersdal(230)	396	1.390	28,5 (26,1 - 30,9)
	Rødovre(175)	283	1.073	26,4 (23,7 - 29,0)
	Tårnby(185)	317	1.169	27,1 (24,6 - 29,7)
	Vallensbæk(187)	92	367	25,1 (20,6 - 29,5)
Region Midtjylland	I alt	16.012	42.740	37,5 (37,0 - 37,9)
	Favrskov(710)	681	1.476	46,1 (43,6 - 48,7)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 1. geninvitation (tæller)</i>	<i>Antal kvinder som har fået 1. geninvitation (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Hedensted(766)	676	1.663	40,6 (38,3 - 43,0)
	Herning(657)	508	2.265	22,4 (20,7 - 24,1)
	Holstebro(661)	390	1.480	26,4 (24,1 - 28,6)
	Horsens(615)	1.109	3.019	36,7 (35,0 - 38,5)
	Ikast-Brande(756)	242	916	26,4 (23,6 - 29,3)
	Lemvig(665)	131	610	21,5 (18,2 - 24,7)
	Norddjurs(707)	411	1.024	40,1 (37,1 - 43,1)
	Odder(727)	380	851	44,7 (41,3 - 48,0)
	Randers(730)	1.211	2.964	40,9 (39,1 - 42,6)
	Ringkøbing-Skjern(760)	407	1.585	25,7 (23,5 - 27,8)
	Samsø(741)	2	9	22,2 (0,0 - 49,4)
	Silkeborg(740)	1.166	2.799	41,7 (39,8 - 43,5)
	Skanderborg(746)	1.146	2.426	47,2 (45,3 - 49,2)
	Skive(779)	468	1.281	36,5 (33,9 - 39,2)
	Struer(671)	117	566	20,7 (17,3 - 24,0)
	Syddjurs(706)	491	1.276	38,5 (35,8 - 41,1)
	Viborg(791)	860	2.529	34,0 (32,2 - 35,9)
	Århus(751)	5.616	14.001	40,1 (39,3 - 40,9)
Region Nordjylland	I alt	4.424	14.859	29,8 (29,0 - 30,5)
	Aalborg(851)	1.605	5.471	29,3 (28,1 - 30,5)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	293	939	31,2 (28,2 - 34,2)
	Frederikshavn(813)	390	1.474	26,5 (24,2 - 28,7)
	Hjørring(860)	467	1.583	29,5 (27,3 - 31,7)
	Jammerbugt(849)	303	1.013	29,9 (27,1 - 32,7)
	Læsø(825)	18	57	31,6 (19,5 - 43,6)
	Mariagerfjord(846)	327	1.037	31,5 (28,7 - 34,4)
	Morsø(773)	148	458	32,3 (28,0 - 36,6)
	Rebild(840)	277	817	33,9 (30,7 - 37,2)
	Thisted(787)	352	1.087	32,4 (29,6 - 35,2)
	Vesthimmerlands(820)	244	923	26,4 (23,6 - 29,3)
Region Sjælland	I alt	8.743	29.970	29,2 (28,7 - 29,7)
	Faxe(320)	354	1.216	29,1 (26,6 - 31,7)
	Greve(253)	584	1.734	33,7 (31,5 - 35,9)
	Guldborgsund(376)	546	2.091	26,1 (24,2 - 28,0)
	Holbæk(316)	783	2.810	27,9 (26,2 - 29,5)
	Kalundborg(326)	540	2.022	26,7 (24,8 - 28,6)
	Køge(259)	705	2.076	34,0 (31,9 - 36,0)
	Lejre(350)	336	954	35,2 (32,2 - 38,3)
	Lolland(360)	311	1.502	20,7 (18,7 - 22,8)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 1. geninvitation (tæller)</i>	<i>Antal kvinder som har fået 1. geninvitation (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Næstved(370)	813	2.799	29,0 (27,4 - 30,7)
	Odsherred(306)	312	1.296	24,1 (21,7 - 26,4)
	Ringsted(329)	356	1.305	27,3 (24,9 - 29,7)
	Roskilde(265)	1.034	2.956	35,0 (33,3 - 36,7)
	Slagelse(330)	908	3.105	29,2 (27,6 - 30,8)
	Solrød(269)	247	721	34,3 (30,8 - 37,7)
	Sorø(340)	325	1.094	29,7 (27,0 - 32,4)
	Stevns(336)	218	750	29,1 (25,8 - 32,3)
	Vordingborg(390)	371	1.539	24,1 (22,0 - 26,2)
Region Syddanmark	I alt	13.354	40.089	33,3 (32,8 - 33,8)
	Aabenraa(580)	615	2.059	29,9 (27,9 - 31,8)
	Assens(420)	459	1.233	37,2 (34,5 - 39,9)
	Billund(530)	225	772	29,1 (25,9 - 32,4)
	Esbjerg(561)	1.235	3.868	31,9 (30,5 - 33,4)
	Faaborg-Midtfyn(430)	635	1.686	37,7 (35,4 - 40,0)
	Fanø(563)	34	134	25,4 (18,0 - 32,7)
	Fredericia(607)	494	1.846	26,8 (24,7 - 28,8)
	Haderslev(510)	643	2.002	32,1 (30,1 - 34,2)
	Kerteminde(440)	288	725	39,7 (36,2 - 43,3)
	Kolding(621)	1.118	3.399	32,9 (31,3 - 34,5)
	Langeland(482)	127	423	30,0 (25,7 - 34,4)
	Middelfart(410)	392	1.083	36,2 (33,3 - 39,1)
	Nordfyns(480)	315	949	33,2 (30,2 - 36,2)
	Nyborg(450)	347	984	35,3 (32,3 - 38,2)
	Odense(461)	2.381	6.796	35,0 (33,9 - 36,2)
	Svendborg(479)	687	1.891	36,3 (34,2 - 38,5)
	Sønderborg(540)	732	2.438	30,0 (28,2 - 31,8)
	Tønder(550)	402	1.279	31,4 (28,9 - 34,0)
	Varde(573)	452	1.476	30,6 (28,3 - 33,0)
	Vejen(575)	474	1.463	32,4 (30,0 - 34,8)
	Vejle(630)	1.249	3.397	36,8 (35,1 - 38,4)
	Ærø(492)	50	186	26,9 (20,5 - 33,3)

DKLS
Indikator 2C

Tabel 12C. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres anden gang. *Anden geninvitation udsendes 180 dage efter 1. invitation. Patobank Udtrækket er dannet den 13.01.2011 for 24 mdr. siden og 12 mdr. frem

Region	Kommunenavn (Kommunekode)	Antal undersøgte kvinder efter 2. geninvitation (tæller)	Antal kvinder som har fået 2. geninvitation (nævner)	Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)
Landsresultat	I alt	23.392	118.873	19,7 (19,5 - 19,9)
Region Hovedstaden	I alt	8.294	37.772	22,0 (21,5 - 22,4)
	Albertslund(165)	136	652	20,9 (17,7 - 24,0)
	Allerød(201)	105	392	26,8 (22,4 - 31,2)
	Ballerup(151)	174	851	20,4 (17,7 - 23,2)
	Bornholms Region(400)	135	797	16,9 (14,3 - 19,5)
	Brøndby(153)	126	685	18,4 (15,5 - 21,3)
	Dragør(155)	58	223	26,0 (20,3 - 31,8)
	Egedal(240)	194	714	27,2 (23,9 - 30,4)
	Fredensborg(210)	155	776	20,0 (17,2 - 22,8)
	Frederiksberg(147)	541	2.283	23,7 (22,0 - 25,4)
	Frederikssund(250)	189	864	21,9 (19,1 - 24,6)
	Frederiksværk-Hundested(260)	126	615	20,5 (17,3 - 23,7)
	Furesø(190)	156	658	23,7 (20,5 - 27,0)
	Gentofte(157)	285	1.380	20,7 (18,5 - 22,8)
	Gladsaxe(159)	282	1.359	20,8 (18,6 - 22,9)
	Glostrup(161)	112	469	23,9 (20,0 - 27,7)
	Gribskov(270)	169	792	21,3 (18,5 - 24,2)
	Helsingør(217)	258	1.157	22,3 (19,9 - 24,7)
	Herlev(163)	103	506	20,4 (16,8 - 23,9)
	Hillerød(219)	213	905	23,5 (20,8 - 26,3)
	Hvidovre(167)	211	1.002	21,1 (18,5 - 23,6)
	Høje-Taastrup(169)	204	996	20,5 (18,0 - 23,0)
	Hørsholm(223)	120	438	27,4 (23,2 - 31,6)
	Ishøj(183)	103	532	19,4 (16,0 - 22,7)
	Kristiansø(411)	0	1	0,0 (0,0 - 0,0)
	København(101)	3.330	15.061	22,1 (21,4 - 22,8)
	Lyngby-Tårnbæk(173)	235	919	25,6 (22,8 - 28,4)
	Rudersdal(230)	199	939	21,2 (18,6 - 23,8)
	Rødovre(175)	157	753	20,8 (17,9 - 23,8)
	Tårnby(185)	163	798	20,4 (17,6 - 23,2)
	Vallensbæk(187)	55	255	21,6 (16,5 - 26,6)
Region Midtjylland	I alt	3.776	25.823	14,6 (14,2 - 15,1)
	Favrskov(710)	153	784	19,5 (16,7 - 22,3)
	Hedensted(766)	124	961	12,9 (10,8 - 15,0)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 2. geninvitation (tæller)</i>	<i>Antal kvinder som har fået 2. geninvitation (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Herning(657)	174	1.639	10,6 (9,1 - 12,1)
	Holstebro(661)	110	1.021	10,8 (8,9 - 12,7)
	Horsens(615)	220	1.864	11,8 (10,3 - 13,3)
	Ikast-Brande(756)	74	620	11,9 (9,4 - 14,5)
	Lemvig(665)	46	457	10,1 (7,3 - 12,8)
	Norddjurs(707)	81	603	13,4 (10,7 - 16,2)
	Odder(727)	53	457	11,6 (8,7 - 14,5)
	Randers(730)	270	1.714	15,8 (14,0 - 17,5)
	Ringkøbing-Skjern(760)	119	1.102	10,8 (9,0 - 12,6)
	Samsø(741)	1	7	14,3 (0,0 - 40,2)
	Silkeborg(740)	283	1.604	17,6 (15,8 - 19,5)
	Skanderborg(746)	195	1.248	15,6 (13,6 - 17,6)
	Skive(779)	183	784	23,3 (20,4 - 26,3)
	Struer(671)	41	431	9,5 (6,7 - 12,3)
	Syddjurs(706)	81	769	10,5 (8,4 - 12,7)
	Viborg(791)	354	1.583	22,4 (20,3 - 24,4)
	Århus(751)	1.214	8.175	14,9 (14,1 - 15,6)
Region Nordjylland	I alt	1.861	10.169	18,3 (17,5 - 19,1)
	Aalborg(851)	704	3.777	18,6 (17,4 - 19,9)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	106	630	16,8 (13,9 - 19,7)
	Frederikshavn(813)	186	1.050	17,7 (15,4 - 20,0)
	Hjørring(860)	188	1.091	17,2 (15,0 - 19,5)
	Jammerbugt(849)	132	695	19,0 (16,1 - 21,9)
	Læsø(825)	7	37	18,9 (6,3 - 31,5)
	Mariagerfjord(846)	125	690	18,1 (15,2 - 21,0)
	Morsø(773)	61	299	20,4 (15,8 - 25,0)
	Rebild(840)	86	528	16,3 (13,1 - 19,4)
	Thisted(787)	147	705	20,9 (17,9 - 23,8)
	Vesthimmerlands(820)	119	667	17,8 (14,9 - 20,7)
Region Sjælland	I alt	3.913	20.178	19,4 (18,8 - 19,9)
	Faxe(320)	155	809	19,2 (16,4 - 21,9)
	Greve(253)	233	1.108	21,0 (18,6 - 23,4)
	Guldborgsund(376)	276	1.476	18,7 (16,7 - 20,7)
	Holbæk(316)	402	1.920	20,9 (19,1 - 22,8)
	Kalundborg(326)	231	1.395	16,6 (14,6 - 18,5)
	Køge(259)	306	1.305	23,4 (21,1 - 25,7)
	Lejre(350)	145	597	24,3 (20,8 - 27,7)
	Lolland(360)	146	1.137	12,8 (10,9 - 14,8)
	Næstved(370)	352	1.914	18,4 (16,7 - 20,1)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder efter 2. geninvitation (tæller)</i>	<i>Antal kvinder som har fået 2. geninvitation (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Odsherred(306)	146	918	15,9 (13,5 - 18,3)
	Ringsted(329)	189	900	21,0 (18,3 - 23,7)
	Roskilde(265)	404	1.823	22,2 (20,3 - 24,1)
	Slagelse(330)	395	2.064	19,1 (17,4 - 20,8)
	Solrød(269)	104	467	22,3 (18,5 - 26,0)
	Sorø(340)	151	725	20,8 (17,9 - 23,8)
	Stevns(336)	103	508	20,3 (16,8 - 23,8)
	Vordingborg(390)	175	1.112	15,7 (13,6 - 17,9)
Region Syddanmark	I alt	5.548	24.931	22,3 (21,7 - 22,8)
	Aabenraa(580)	233	1.329	17,5 (15,5 - 19,6)
	Assens(420)	192	727	26,4 (23,2 - 29,6)
	Billund(530)	87	529	16,4 (13,3 - 19,6)
	Esbjerg(561)	515	2.517	20,5 (18,9 - 22,0)
	Faaborg-Midtfyn(430)	213	993	21,5 (18,9 - 24,0)
	Fanø(563)	12	97	12,4 (5,8 - 18,9)
	Fredericia(607)	254	1.248	20,4 (18,1 - 22,6)
	Haderslev(510)	268	1.232	21,8 (19,4 - 24,1)
	Kerteminde(440)	94	407	23,1 (19,0 - 27,2)
	Kolding(621)	513	2.106	24,4 (22,5 - 26,2)
	Langeland(482)	46	277	16,6 (12,2 - 21,0)
	Middelfart(410)	166	644	25,8 (22,4 - 29,2)
	Nordfyns(480)	141	599	23,5 (20,1 - 26,9)
	Nyborg(450)	145	589	24,6 (21,1 - 28,1)
	Odense(461)	1.047	4.126	25,4 (24,0 - 26,7)
	Svendborg(479)	262	1.131	23,2 (20,7 - 25,6)
	Sønderborg(540)	324	1.559	20,8 (18,8 - 22,8)
	Tønder(550)	168	817	20,6 (17,8 - 23,3)
	Varde(573)	192	989	19,4 (16,9 - 21,9)
	Vejen(575)	186	935	19,9 (17,3 - 22,5)
	Vejle(630)	463	1.952	23,7 (21,8 - 25,6)
	Ærø(492)	27	128	21,1 (14,0 - 28,2)

DKLS
Indikator 2D

Tabel 12D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 270 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening
Patobank-udtrækket er dannet den 13.01.2011 for 24 mdr. siden og 12 mdr. frem

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
Landsresultat	I alt	208.426	321.101	64,9 (64,7 - 65,1)
Region Hovedstaden	I alt	58.389	95.682	61,0 (60,7 - 61,3)
	Albertslund(165)	732	1.344	54,5 (51,8 - 57,1)
	Allerød(201)	966	1.341	72,0 (69,6 - 74,4)
	Ballerup(151)	1.344	2.209	60,8 (58,8 - 62,9)
	Bornholms Region(400)	1.382	2.215	62,4 (60,4 - 64,4)
	Brøndby(153)	872	1.542	56,5 (54,1 - 59,0)
	Dragør(155)	349	564	61,9 (57,9 - 65,9)
	Egedal(240)	1.739	2.380	73,1 (71,3 - 74,8)
	Fredensborg(210)	1.341	2.072	64,7 (62,7 - 66,8)
	Frederiksberg(147)	3.619	5.991	60,4 (59,2 - 61,6)
	Frederikssund(250)	1.705	2.502	68,1 (66,3 - 70,0)
	Frederiksværk-Hundested(260)	1.129	1.706	66,2 (63,9 - 68,4)
	Furesø(190)	1.244	1.863	66,8 (64,6 - 68,9)
	Gentofte(157)	1.738	3.138	55,4 (53,6 - 57,1)
	Gladsaxe(159)	1.873	3.198	58,6 (56,9 - 60,3)
	Glostrup(161)	604	1.044	57,9 (54,9 - 60,8)
	Gribskov(270)	1.429	2.156	66,3 (64,3 - 68,3)
	Helsingør(217)	1.974	3.012	65,5 (63,8 - 67,2)
	Herlev(163)	751	1.259	59,7 (56,9 - 62,4)
	Hillerød(219)	1.988	2.827	70,3 (68,6 - 72,0)
	Hvidovre(167)	1.482	2.446	60,6 (58,7 - 62,5)
	Høje-Taastrup(169)	1.427	2.413	59,1 (57,2 - 61,1)
	Hørsholm(223)	817	1.201	68,0 (65,4 - 70,7)
	Ishøj(183)	604	1.105	54,7 (51,7 - 57,6)
	Kristiansø(411)	3	4	75,0 (32,6 - 100,0)
	København(101)	21.495	36.834	58,4 (57,9 - 58,9)
	Lyngby-Tårnbæk(173)	1.542	2.410	64,0 (62,1 - 65,9)
	Rudersdal(230)	1.518	2.440	62,2 (60,3 - 64,1)
	Rødovre(175)	1.111	1.822	61,0 (58,7 - 63,2)
	Tårnby(185)	1.218	1.996	61,0 (58,9 - 63,2)
	Vallensbæk(187)	393	648	60,6 (56,9 - 64,4)
Region Midtjylland	I alt	46.058	70.157	65,6 (65,3 - 66,0)
	Favrskov(710)	1.451	2.105	68,9 (67,0 - 70,9)
	Hedensted(766)	2.036	2.934	69,4 (67,7 - 71,1)
	Herning(657)	2.795	4.574	61,1 (59,7 - 62,5)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
Region Nordjylland	Holstebro(661)	1.899	2.991	63,5 (61,8 - 65,2)
	Horsens(615)	3.333	5.071	65,7 (64,4 - 67,0)
	Ikast-Brande(756)	1.286	1.981	64,9 (62,8 - 67,0)
	Lemvig(665)	581	1.045	55,6 (52,6 - 58,6)
	Norrdjurs(707)	1.016	1.555	65,3 (63,0 - 67,7)
	Odder(727)	930	1.353	68,7 (66,3 - 71,2)
	Randers(730)	2.755	4.259	64,7 (63,3 - 66,1)
	Ringkøbing-Skjern(760)	1.898	3.088	61,5 (59,7 - 63,2)
	Samsø(741)	9	15	60,0 (35,2 - 84,8)
	Silkeborg(740)	2.710	4.081	66,4 (65,0 - 67,9)
	Skanderborg(746)	2.607	3.712	70,2 (68,8 - 71,7)
	Skive(779)	1.897	2.599	73,0 (71,3 - 74,7)
	Struer(671)	712	1.170	60,9 (58,1 - 63,7)
	Syddjurs(706)	1.067	1.782	59,9 (57,6 - 62,2)
	Viborg(791)	3.683	5.191	70,9 (69,7 - 72,2)
	Århus(751)	13.393	20.651	64,9 (64,2 - 65,5)
Region Nordjylland	I alt	15.889	24.798	64,1 (63,5 - 64,7)
Region Sjælland	Aalborg(851)	5.619	8.898	63,1 (62,1 - 64,2)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	1.004	1.557	64,5 (62,1 - 66,9)
	Frederikshavn(813)	1.515	2.457	61,7 (59,7 - 63,6)
	Hjørring(860)	1.733	2.693	64,4 (62,5 - 66,2)
	Jammerbugt(849)	1.058	1.659	63,8 (61,5 - 66,1)
	Læsø(825)	51	87	58,6 (48,3 - 69,0)
	Mariagerfjord(846)	1.107	1.709	64,8 (62,5 - 67,0)
	Morsø(773)	590	848	69,6 (66,5 - 72,7)
	Rebild(840)	871	1.343	64,9 (62,3 - 67,4)
	Thisted(787)	1.402	2.019	69,4 (67,4 - 71,4)
	Vesthimmerlands(820)	939	1.528	61,5 (59,0 - 63,9)
Region Sjælland	I alt	36.185	55.133	65,6 (65,2 - 66,0)
Region Sjælland	Faxe(320)	1.545	2.328	66,4 (64,4 - 68,3)
	Greve(253)	2.323	3.331	69,7 (68,2 - 71,3)
	Guldborgsund(376)	2.723	4.096	66,5 (65,0 - 67,9)
	Holbæk(316)	3.001	4.773	62,9 (61,5 - 64,2)
	Kalundborg(326)	1.938	3.292	58,9 (57,2 - 60,6)
	Køge(259)	2.790	3.957	70,5 (69,1 - 71,9)
	Lejre(350)	1.263	1.782	70,9 (68,8 - 73,0)
	Lolland(360)	1.826	2.935	62,2 (60,5 - 64,0)
	Næstved(370)	3.732	5.508	67,8 (66,5 - 69,0)
	Odsherred(306)	1.195	2.117	56,4 (54,3 - 58,6)
	Ringsted(329)	1.409	2.248	62,7 (60,7 - 64,7)

<i>Region</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)</i>	<i>Antal inviterede kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Roskilde(265)	4.111	5.812	70,7 (69,6 - 71,9)
	Slagelse(330)	3.332	5.350	62,3 (61,0 - 63,6)
	Solrød(269)	1.025	1.426	71,9 (69,5 - 74,2)
	Sorø(340)	1.261	1.945	64,8 (62,7 - 67,0)
	Stevns(336)	842	1.301	64,7 (62,1 - 67,3)
	Vordingborg(390)	1.869	2.932	63,7 (62,0 - 65,5)
Region Syddanmark	I alt	51.905	75.331	68,9 (68,6 - 69,2)
	Aabenraa(580)	2.546	3.905	65,2 (63,7 - 66,7)
	Assens(420)	1.950	2.591	75,3 (73,6 - 76,9)
	Billund(530)	853	1.337	63,8 (61,2 - 66,4)
	Esbjerg(561)	4.027	6.246	64,5 (63,3 - 65,7)
	Faaborg-Midtfyn(430)	2.420	3.349	72,3 (70,7 - 73,8)
	Fanø(563)	111	203	54,7 (47,8 - 61,5)
	Fredericia(607)	2.081	3.345	62,2 (60,6 - 63,9)
	Haderslev(510)	2.607	3.846	67,8 (66,3 - 69,3)
	Kerteminde(440)	1.115	1.501	74,3 (72,1 - 76,5)
	Kolding(621)	4.391	6.373	68,9 (67,8 - 70,0)
	Langeland(482)	561	831	67,5 (64,3 - 70,7)
	Middelfart(410)	1.734	2.316	74,9 (73,1 - 76,6)
	Nordfyns(480)	1.322	1.870	70,7 (68,6 - 72,8)
	Nyborg(450)	1.499	2.046	73,3 (71,3 - 75,2)
	Odense(461)	9.121	12.848	71,0 (70,2 - 71,8)
	Svendborg(479)	2.645	3.656	72,3 (70,9 - 73,8)
	Sønderborg(540)	3.225	4.798	67,2 (65,9 - 68,5)
	Tønder(550)	1.665	2.463	67,6 (65,8 - 69,4)
	Varde(573)	1.526	2.398	63,6 (61,7 - 65,6)
	Vejen(575)	1.600	2.448	65,4 (63,5 - 67,2)
	Vejle(630)	4.636	6.571	70,6 (69,5 - 71,7)
	Ærø(492)	270	390	69,2 (64,7 - 73,8)

DKLS
Indikator 7

Patobank Udtrækket er dannet den 13.01.2011 for de sidste 42 mdr.

Tabel 13A. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad), fordelt på region og kommune.

<i>Regionsnavn</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal kvinder med celleprøve (tæller)</i>	<i>Antal kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
Landsresultat	I alt	1.160.044	1.526.921	76,0 (75,9-76,0)
Region Hovedstaden	I alt	372.224	489.846	76,0 (75,9-76,1)
	Albertslund(165)	5.471	7.535	72,6 (71,6-73,6)
	Allerød(201)	5.323	6.363	83,7 (82,7-84,6)
	Ballerup(151)	9.804	12.677	77,3 (76,6-78,1)
	Bornholms Region(400)	8.556	11.071	77,3 (76,5-78,1)
	Brøndby(153)	6.901	9.394	73,5 (72,6-74,4)
	Dragør(155)	2.849	3.665	77,7 (76,4-79,1)
	Egedal(240)	9.479	11.479	82,6 (81,9-83,3)
	Fredensborg(210)	8.678	10.934	79,4 (78,6-80,1)
	Frederiksberg(147)	23.232	30.858	75,3 (74,8-75,8)
	Frederikssund(250)	9.312	11.842	78,6 (77,9-79,4)
	Frederiksværk-Hundested(260)	6.556	8.422	77,8 (77,0-78,7)
	Furesø(190)	8.076	10.071	80,2 (79,4-81,0)
	Gentofte(157)	15.652	20.279	77,2 (76,6-77,8)
	Gladsaxe(159)	13.487	17.706	76,2 (75,5-76,8)
	Glostrup(161)	4.433	5.897	75,2 (74,1-76,3)
	Gribskov(270)	8.515	10.930	77,9 (77,1-78,7)
	Helsingør(217)	13.279	16.534	80,3 (79,7-80,9)
	Herlev(163)	5.656	7.318	77,3 (76,3-78,2)
	Hillerød(219)	10.699	13.029	82,1 (81,5-82,8)
	Hvidovre(167)	10.320	13.752	75,0 (74,3-75,8)
	Høje-Taastrup(169)	9.836	13.115	75,0 (74,3-75,7)
	Hørsholm(223)	5.155	6.412	80,4 (79,4-81,4)
	Ishøj(183)	4.195	5.909	71,0 (69,8-72,2)
	Kristiansø(411)	19	28	67,9 (50,6-85,2)
	København(101)	124.816	170.955	73,0 (72,8-73,2)
	Lyngby-Tårnbæk(173)	11.252	14.207	79,2 (78,5-79,9)
	Rudersdal(230)	11.234	14.189	79,2 (78,5-79,8)
	Rødovre(175)	7.526	9.916	75,9 (75,1-76,7)
	Tårnby(185)	8.749	11.364	77,0 (76,2-77,8)
	Vallensbæk(187)	3.164	3.995	79,2 (77,9-80,5)
Region Midtjylland	I alt	255.798	341.622	74,9 (74,7-75,0)
	Favrskov(710)	9.714	12.557	77,4 (76,6-78,1)
	Hedensted(766)	9.254	12.068	76,7 (75,9-77,4)

<i>Regionsnavn</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal kvinder med celleprøve (tæller)</i>	<i>Antal kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Herning(657)	16.922	22.757	74,4 (73,8-74,9)
	Holstebro(661)	11.202	15.201	73,7 (73,0-74,4)
	Horsens(615)	16.919	22.365	75,6 (75,1-76,2)
	Ikast-Brande(756)	7.753	10.627	73,0 (72,1-73,8)
	Lemvig(665)	3.780	5.392	70,1 (68,9-71,3)
	Norddjurs(707)	7.109	9.917	71,7 (70,8-72,6)
	Odder(727)	4.573	5.814	78,7 (77,6-79,7)
	Randers(730)	18.750	25.496	73,5 (73,0-74,1)
	Ringkøbing-Skjern(760)	10.526	14.721	71,5 (70,8-72,2)
	Samsø(741)	479	1.012	47,3 (44,3-50,4)
	Silkeborg(740)	18.249	24.007	76,0 (75,5-76,6)
	Skanderborg(746)	12.240	15.876	77,1 (76,4-77,8)
	Skive(779)	9.200	12.315	74,7 (73,9-75,5)
	Struer(671)	4.059	5.772	70,3 (69,1-71,5)
	Syddjurs(706)	7.960	11.123	71,6 (70,7-72,4)
	Viborg(791)	19.211	24.903	77,1 (76,6-77,7)
	Århus(751)	67.898	89.699	75,7 (75,4-76,0)
Region Nordjylland	I alt	117.479	153.388	76,6 (76,4-76,8)
	Aalborg(851)	42.217	54.334	77,7 (77,3-78,0)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	7.114	9.286	76,6 (75,7-77,5)
	Frederikshavn(813)	12.277	16.189	75,8 (75,2-76,5)
	Hjørring(860)	13.652	17.440	78,3 (77,7-78,9)
	Jammerbugt(849)	7.865	10.218	77,0 (76,2-77,8)
	Læsø(825)	356	493	72,2 (68,3-76,2)
	Mariagerfjord(846)	8.349	11.083	75,3 (74,5-76,1)
	Morsø(773)	4.031	5.487	73,5 (72,3-74,6)
	Rebild(840)	5.977	7.601	78,6 (77,7-79,6)
	Thisted(787)	8.542	11.626	73,5 (72,7-74,3)
	Vesthimmerlands(820)	7.099	9.631	73,7 (72,8-74,6)
Region Sjælland	I alt	169.112	222.045	76,2 (76,0-76,3)
	Faxe(320)	7.076	9.594	73,8 (72,9-74,6)
	Greve(253)	10.293	13.193	78,0 (77,3-78,7)
	Guldborgsund(376)	12.516	16.638	75,2 (74,6-75,9)
	Holbæk(316)	14.692	19.143	76,7 (76,2-77,3)
	Kalundborg(326)	9.713	13.127	74,0 (73,2-74,7)
	Køge(259)	12.150	15.671	77,5 (76,9-78,2)
	Lejre(350)	5.818	7.301	79,7 (78,8-80,6)
	Lolland(360)	8.640	11.963	72,2 (71,4-73,0)
	Næstved(370)	17.133	22.265	77,0 (76,4-77,5)

<i>Regionsnavn</i>	<i>Kommunenavn (Kommunekode)</i>	<i>Antal kvinder med celleprøve (tæller)</i>	<i>Antal kvinder (nævner)</i>	<i>Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)</i>
	Odsherred(306)	6.289	8.660	72,6 (71,7-73,6)
	Ringsted(329)	6.983	9.087	76,8 (76,0-77,7)
	Roskilde(265)	17.765	22.518	78,9 (78,4-79,4)
	Slagelse(330)	15.710	20.860	75,3 (74,7-75,9)
	Solrød(269)	4.684	5.882	79,6 (78,6-80,7)
	Sorø(340)	6.262	7.973	78,5 (77,6-79,4)
	Stevns(336)	4.404	5.902	74,6 (73,5-75,7)
	Vordingborg(390)	8.984	12.268	73,2 (72,4-74,0)
Region Syddanmark	I alt	245.431	320.020	76,7 (76,5-76,8)
	Aabenraa(580)	12.551	15.907	78,9 (78,3-79,5)
	Assens(420)	8.466	11.009	76,9 (76,1-77,7)
	Billund(530)	5.167	6.797	76,0 (75,0-77,0)
	Esbjerg(561)	23.350	31.039	75,2 (74,7-75,7)
	Faaborg-Midtfyn(430)	10.295	13.582	75,8 (75,1-76,5)
	Fanø(563)	621	856	72,5 (69,6-75,5)
	Fredericia(607)	9.978	13.332	74,8 (74,1-75,6)
	Haderslev(510)	11.588	14.695	78,9 (78,2-79,5)
	Kerteminde(440)	4.734	6.265	75,6 (74,5-76,6)
	Kolding(621)	18.905	24.217	78,1 (77,5-78,6)
	Langeland(482)	2.427	3.406	71,3 (69,7-72,8)
	Middelfart(410)	7.654	10.067	76,0 (75,2-76,9)
	Nordfyns(480)	5.826	7.833	74,4 (73,4-75,3)
	Nyborg(450)	6.205	8.289	74,9 (73,9-75,8)
	Odense(461)	39.589	52.943	74,8 (74,4-75,1)
	Svendborg(479)	11.897	15.675	75,9 (75,2-76,6)
	Sønderborg(540)	15.761	19.602	80,4 (79,8-81,0)
	Tønder(550)	8.008	10.189	78,6 (77,8-79,4)
	Varde(573)	10.016	12.975	77,2 (76,5-77,9)
	Vejen(575)	8.266	10.951	75,5 (74,7-76,3)
	Vejle(630)	22.970	28.798	79,8 (79,3-80,2)
	Ærø(492)	1.157	1.593	72,6 (70,4-74,8)

DKLS

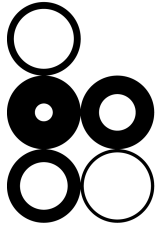
Patobank udtrækket er dannet den 13.01.2011

Tabel 13B. Dækningsprocent vs. deltagelsesprocent

Region	Kommune (Kommunekode)	Dækningsprocent (%)	Deltagelsesprocent (%)	Forskel
Landsresultat	I alt	76,0	64,9	11,1
Region Hovedstaden	I alt	76,0	61,0	15,0
	Albertslund(165)	72,6	54,5	18,1
	Allerød(201)	83,7	72,0	11,6
	Ballerup(151)	77,3	60,8	16,5
	Bornholms Region(400)	77,3	62,4	14,9
	Brøndby(153)	73,5	56,5	16,9
	Dragør(155)	77,7	61,9	15,9
	Egedal(240)	82,6	73,1	9,5
	Fredensborg(210)	79,4	64,7	14,6
	Frederiksberg(147)	75,3	60,4	14,9
	Frederikssund(250)	78,6	68,1	10,5
	Frederiksværk-Hundested(260)	77,8	66,2	11,7
	Furesø(190)	80,2	66,8	13,4
	Gentofte(157)	77,2	55,4	21,8
	Gladsaxe(159)	76,2	58,6	17,6
	Glostrup(161)	75,2	57,9	17,3
	Gribskov(270)	77,9	66,3	11,6
	Helsingør(217)	80,3	65,5	14,8
	Herlev(163)	77,3	59,7	17,6
	Hillerød(219)	82,1	70,3	11,8
	Hvidovre(167)	75,0	60,6	14,5
	Høje-Taastrup(169)	75,0	59,1	15,9
	Hørsholm(223)	80,4	68,0	12,4
	Ishøj(183)	71,0	54,7	16,3
	Kristiansø(411)	67,9	75,0	-7,1
	København(101)	73,0	58,4	14,7
	Lyngby-Tårnbæk(173)	79,2	64,0	15,2
	Rudersdal(230)	79,2	62,2	17,0
	Rødovre(175)	75,9	61,0	14,9
	Tårnby(185)	77,0	61,0	16,0
	Vallensbæk(187)	79,2	60,6	18,6
Region Midtjylland	I alt	74,9	65,6	9,2
	Favrskov(710)	77,4	68,9	8,4
	Hedensted(766)	76,7	69,4	7,3
	Herning(657)	74,4	61,1	13,3
	Holstebro(661)	73,7	63,5	10,2
	Horsens(615)	75,6	65,7	9,9
	Ikast-Brandø(756)	73,0	64,9	8,0

<i>Region</i>	<i>Kommune (Kommunekode)</i>	<i>Dækningsprocent (%)</i>	<i>Deltagelsesprocent (%)</i>	<i>Forskel</i>
	Lemvig(665)	70,1	55,6	14,5
	Norddjurs(707)	71,7	65,3	6,3
	Odder(727)	78,7	68,7	9,9
	Randers(730)	73,5	64,7	8,9
	Ringkøbing-Skjern(760)	71,5	61,5	10,0
	Samsø(741)	47,3	60,0	-12,7
	Silkeborg(740)	76,0	66,4	9,6
	Skanderborg(746)	77,1	70,2	6,9
	Skive(779)	74,7	73,0	1,7
	Struer(671)	70,3	60,9	9,5
	Syddjurs(706)	71,6	59,9	11,7
	Viborg(791)	77,1	70,9	6,2
	Århus(751)	75,7	64,9	10,8
Region Nordjylland	I alt	76,6	64,1	12,5
	Aalborg(851)	77,7	63,1	14,6
	Brønderslev-Dronninglund(810)	76,6	64,5	12,1
	Frederikshavn(813)	75,8	61,7	14,2
	Hjørring(860)	78,3	64,4	13,9
	Jammerbugt(849)	77,0	63,8	13,2
	Læsø(825)	72,2	58,6	13,6
	Mariagerfjord(846)	75,3	64,8	10,6
	Morsø(773)	73,5	69,6	3,9
	Rebild(840)	78,6	64,9	13,8
	Thisted(787)	73,5	69,4	4,0
	Vesthimmerlands(820)	73,7	61,5	12,3
Region Sjælland	I alt	76,2	65,6	10,5
	Faxe(320)	73,8	66,4	7,4
	Greve(253)	78,0	69,7	8,3
	Guldborgsund(376)	75,2	66,5	8,7
	Holbæk(316)	76,7	62,9	13,9
	Kalundborg(326)	74,0	58,9	15,1
	Køge(259)	77,5	70,5	7,0
	Lejre(350)	79,7	70,9	8,8
	Lolland(360)	72,2	62,2	10,0
	Næstved(370)	77,0	67,8	9,2
	Odsherred(306)	72,6	56,4	16,2
	Ringsted(329)	76,8	62,7	14,2
	Roskilde(265)	78,9	70,7	8,2
	Slagelse(330)	75,3	62,3	13,0
	Solrød(269)	79,6	71,9	7,8
	Sorø(340)	78,5	64,8	13,7

<i>Region</i>	<i>Kommune (Kommunekode)</i>	<i>Dækningsprocent (%)</i>	<i>Deltagelsesprocent (%)</i>	<i>Forskel</i>
	Stevns(336)	74,6	64,7	9,9
	Vordingborg(390)	73,2	63,7	9,5
Region Syddanmark	I alt	76,7	68,9	7,8
	Aabenraa(580)	78,9	65,2	13,7
	Assens(420)	76,9	75,3	1,6
	Billund(530)	76,0	63,8	12,2
	Esbjerg(561)	75,2	64,5	10,8
	Faaborg-Midtfyn(430)	75,8	72,3	3,5
	Fanø(563)	72,5	54,7	17,9
	Fredericia(607)	74,8	62,2	12,6
	Haderslev(510)	78,9	67,8	11,1
	Kerteminde(440)	75,6	74,3	1,3
	Kolding(621)	78,1	68,9	9,2
	Langeland(482)	71,3	67,5	3,7
	Middelfart(410)	76,0	74,9	1,2
	Nordfyns(480)	74,4	70,7	3,7
	Nyborg(450)	74,9	73,3	1,6
	Odense(461)	74,8	71,0	3,8
	Svendborg(479)	75,9	72,3	3,6
	Sønderborg(540)	80,4	67,2	13,2
	Tønder(550)	78,6	67,6	11,0
	Varde(573)	77,2	63,6	13,6
	Vejen(575)	75,5	65,4	10,1
	Vejle(630)	79,8	70,6	9,2
	Ærø(492)	72,6	69,2	3,4



26-11-2008

Sag nr. 07/2032

Dokumentnr. 70681/08

Maria Altschuler

Tel. 3529 8320

E-mail: mal@regioner.dk

Kommissorium for styregruppe for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft-screening

Baggrund

Sundhedsstyrelsen har i sommeren 2006 nedsat en arbejdsgruppe, som har fået i opdrag at opdatere Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 1986 vedr. forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft.

En af arbejdsgruppens anbefalinger er, at der skal etableres en national styregruppe, som skal sikre, at der gennemføres en landsdækkende kvalitetsmonitorering af screeningsprogrammerne mod livmoderhalskræft. Danske Regioner har ansvaret for at nedsætte styregruppen.

På den baggrund etableres en landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase – Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft-screening – som får til opgave at kvalitetsmonitorere de danske screeningsprogrammer mod livmoderhalskræft. Databasen skal ledes af en styregruppe.

Formål

Formålet med styregruppens arbejde er at forestå udviklingen og driften af Dansk

Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft-screening, hvilket skal ske indenfor rammerne af de principper som i almindelighed gælder for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Databasen etableres således i regi af de landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser. Det indebærer bl.a., at databasen skal leve op til regionernes basiskrav samt være godkendt af Sundhedsstyrelsen som landsdækkende klinisk kvalitetsdatabase.

Styregruppen skal i forhold til videreudviklingen og færdiggørelsen af databasens kvalitetsindikatorer tage udgangspunkt i det forarbejde, som Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe allerede har udført. Det forudsættes dog, at databasens endelige datasæt (dvs. de dataelementer, som skal anvendes for at kunne beregne indikatorerne) skal kunne opsamles via eksisterende registre (f.eks. Patologidatabanken, LPR, CPR-registret m.m.), sådan at kvalitetsmonitoreringen ikke fører til en øget registreringsbyrde. På den baggrund skal styregruppen varetage følgende opgaver:

- Styregruppen skal med udgangspunkt i ovenfor nævnte forarbejde udvikle og vedligeholde et sæt kliniske kvalitetsindikatorer for screeningsprogrammerne mod livmoderhalskræft, som kan anvendes til at monitorere kvaliteten af de relevante enheder (dvs. regionerne/de undersøgende afdelinger), som indgår screeningsprogrammerne.
- Styregruppen skal på baggrund af de nationale anbefalinger for screening for livmoderhalskræft og kvalitetsmonitoreringen medvirke til at sikre, at screeningsprogrammerne gennemføres efter ensartede principper og med en høj kvalitet.
- Styregruppen skal tilse, at kvalitetsindikatorerne årligt offentliggøres på et ikke-anonymiseret enhedsspecifikt niveau.
- Styregruppen skal tilse, at regionerne/de undersøgende afdelinger minimum kvartalsvist – men meget gerne langt hyppigere – kan se egne indikatorresultater, herunder kan sammenligne disse med et landsgennemsnit eller lignende.
- Styregruppen skal tilse, at de indberettende regioner/de undersøgende afdelinger anvender monitoreringsresultaterne til at forbedre og/eller fastholde behandlingskvaliteten. Det omfatter bl.a., at:
 - Styregruppen skal tilse, at der foregår en systematisk opfølgning på monitoreringsresultaterne. Således skal styregruppen understøtte, at regioner/de undersøgende afdelinger, som har signifikant afvigende indikatorresultater, tager initiativ til at undersøge om der foreligger en kvalitetsbrist.
 - Styregruppen skal understøtte en læringskultur, hvor best-practice udbredes til alle de relevante enheder i screeningsprogrammet.
- Styregruppen skal tilse, at regioner/de undersøgende afdelinger indberetter korrekt til databasen, sådan at databasens datakvalitet generelt er af en høj standard.
- Styregruppen har det overordnede ansvar for databasens drift og udvikling, herunder at den nødvendige finansiering tilvejebringes indenfor den eksisterende ramme af regionernes fælles databasepulje.

Styregruppens sammensætning

Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft-screening udgøres af i alt 11 medlemmer. Styregruppen er sammensat med en repræsentant fra hver af følgende parter:

- Carsten Rygaard, Region Hovedstaden (formand)
- Britta Ortiz, Region Sjælland
- Berit Hølund, Region Syddanmark
- Lisbeth Kallestrup, Region Midtjylland
- Karsten Nielsen, Region Nordjylland
- Hans Svanholm, Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
- Connie Palle, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Flemming Bro, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Dorte Ejersbo, Dansk Cytologiforening
- Beth Bjerregaard, Patologidatabanken
- Kompetencecenter Nord

Styregruppens formand vælges blandt en af de regionale repræsentanter.

De regionale repræsentanter skal sikre koordination og sammenhæng mellem det regionale og nationale niveau. Det forudsættes derfor, at de regionale repræsentanter er involveret i driften af de regionale screeningsprogrammer, sådan at repræsentanterne kan sikre, at de regionale screeningsprogrammer drives efter de principper, der er nedfældet i de kliniske retningslinier.

Sekretariatsfunktion

Styregruppen sekretariatsbetjenes af Kompetencecenter Nord.