

# Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

## Årsrapport 2022

For opgørelsesperioden 1. januar -31. december 2022



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Dansk Kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening  
© RKKP 2023

Udarbejdet af:  
RKKPs Videncenter, Afdeling for Cancer og  
Cancerscreening

Udgiver:  
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram  
Olof Palmes Allé 15  
8200 Aarhus N

[www.rkkp.dk](http://www.rkkp.dk)

Version: Offentliggjort rapport  
Versionsdato: 03.07.2023

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

## Rapporten udgår fra

Formand for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) er Reza Serizawa, overlæge, patologiafdelingen, Hvidovre hospital, Kettegård Allé 30, 2650 Hvidovre, e-mail: [Reza.serizawa@regionh.dk](mailto:Reza.serizawa@regionh.dk)

Kontaktperson for DKLS er Mette Høyrup, RKKP, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, e-mail: [methey@rkkp.dk](mailto:methey@rkkp.dk).

Analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af biostatistikere Petra Hall Viborg og klinisk epidemiolog Else Helene Ibfelt, RKKP, Afdeling for Cancer og Cancerscreening. Styregruppen for databasen har i forestået den lægefaglige kommentering. Konklusioner og anbefalinger er i samarbejde beskrevet.

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

# Indhold

<b>1. Konklusioner og anbefalinger</b>	<b>5</b>
<b>2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater</b>	<b>7</b>
<b>3. Resultater for indikatorerne</b>	<b>9</b>
Indikatorområde 1: Kapacitet	10
Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad	13
Indikatorområde 3: Prøvekvalitet - udgået	19
Indikatorområde 4: Svartid	20
Indikatorområde 5: HPV-test	25
Indikatorområde 6: Opfølgning	31
Indikatorområde 7: Antal tilfælde af livmoderhalskræft	34
<b>4. Supplerende opgørelser</b>	<b>37</b>
<b>5. Opgørelse af keglesnit</b>	<b>62</b>
<b>6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet</b>	<b>63</b>
<b>7. Datagrundlag og metode</b>	<b>65</b>
<b>8. Styregruppens medlemmer</b>	<b>66</b>
Appendiks I. Ordliste og forkortelser	67
Appendiks II. Indikatoroversigt og metode	70
<b>9. Regionale kommentarer</b>	<b>75</b>

## 1. Konklusioner og anbefalinger

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

Det er væsentligt at monitorere det samlede **antal celleprøver**, der analyseres, da det er et vigtigt mål for den samlede indsats, der udføres i screeningsprogrammet. Når man ser på antallet af årlige celleprøver (cytologi og HPV) opfyldes standarden i alle regioner og for 6 ud af 6 patologiafdelinger. Der har på landsplan været en lille stigning i antal prøver fra 2021 til 2022. Det skal bemærkes, at opgørelsesmetoden i år er ændret, så blandt andet endocytobrush prøver ikke inkluderes, mens selvopsamlede prøver for første gang er inkluderet. Det bemærkes, at antallet af HPV undersøgte prøver er i kraftig stigning, og i takt med at denne undersøgelsesform forventeligt vil vinde indpas, vil afdelingerne få endnu færre cytologiundersøgelser fremover. De regionale screeningsafdelinger skal derfor overveje, om man fortsat kan opretholde kompetencerne og erfaringsgrundlaget til cytologiundersøgelser, da princippet om øvelse gør mester stadig er gældende. Den hidtidige standard på 25.000 årlige prøver, der dog er arbitrær, vil blive udfordret for flere afdelinger, hvorfor den Nationale Styregruppe for livmoderhalskræftscreening (NSLS) snarest bør revurdere, om tallet skal justeres og om minimumskravet skal formuleres pr. afdeling eller pr. person, der foretager cytologibedømmelser.

Indikatorer om **deltagelse og dækningsgrad** af screeningsprogrammet ligger fortsat et stykke under standarden, både på nationalt niveau og for alle regioner. Deltagelsen i screening inden for et år efter invitation ligger på ca. 60%. Dækningsgraden af programmet samlet set i forhold alle kvinder i målgruppen er et af de vigtigste mål i livmoderhalskræftscreening og ligger aktuelt på 74%. Opgørelsen er fra i år forskellig fra tidligere år, hvorfor man ser en stigning i alle regioner sammenlignet med tidligere årsrapporter. Den nye opgørelsesmetode er mere retvisende end den tidligere. Der ses fortsat variation i deltagelse mellem regioner, kommuner og i forskellige aldersgrupper.

Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes initiativer for at øge deltagelsen. Selvopsamlede prøver er nu blevet en del af det officielle screeningsprogram, som tilbud ved 2. erindringsbrev. Ydermere er der regioner, der tilbyder selvopsamlede prøver enten som mindre forsøg eller til udvalgte grupper. Brugen af selvopsamlede prøver forventes at stige de kommende år og vil forhåbentlig bidrage til at øge deltagelsen og dækningsgraden. Enkelte regioner har endnu ikke indført tilbuddet og disse bør snarest gøre det.

Forskellen, der observeres i deltagelse inden for de enkelte regioner (kommuner), bør fortsat have opmærksomhed, ligesom den lave deltagelse blandt de yngste årgange. Initiativer til at afklare årsager til dette og efterfølgende indsats til at øge deltagelsen er ønskværdig. Praktiserende læger opfordres desuden til at være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag. Styregruppen anbefaler derudover, at udsendelsen af 1. og 2. erindringsbrev fortsætter, og at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Det anbefales endelig, at det bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).

**Svartid** opgøres ved andel af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes  $\leq 10$  hverdage efter modtagelsesdagen. Standarden på 95% opfyldes ikke på landsplan, og der ses store regionale variationer. Kun 2 regioner opfylder standarden, mens svartiden i de øvrige regioner ikke er tilfredsstillende og bør forbedres i Region

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

Det anbefales, at afdelinger løbende kvalitetssikrer og overvåger resultaterne fra deres HPV analyser og derved sikrer mod evt. kvalitetsbrist. Derfor måles på andelen af **positive HPV prøver**. Resultatet viser kun små forskelle mellem regionerne i antallet af HPV positive prøver blandt de inviterede kvinder i alderen 60-64 år.

En andel på 33% på landsplan har en **positiv HPV test efter en påvist ASCUS diagnose** ved cytologiscreening. Der er regionale forskelle, hvor andelen i Region Sjælland ligger på 21%, mens den i Region Nordjylland er 55%. Ifølge Bethesda er mellem 40-50% af kvinder med atypiske pladeepitelceller (ASC) positive for HPV ved efterfølgende HPV-test, men disse data er fra det amerikanske screeningsprogram og kan derfor ikke direkte sammenlignes med danske forhold. Det anbefales, at resultaterne overvåges af afdelingerne og på landsplan med henblik på kvalitetssikring af cytologiske diagnoser.

Hvis screening for livmoderhalskræft skal være effektiv, er det vigtigt at svære celleforandringer følges op. Standarden for indikatoren, der måler på **opfølgning af svære celleforandringer** er opfyldt i 3 ud af 5 regioner og er opfyldt på landsplan. Variationen mellem regionerne er lav. Der er flere initiativer, der skal sikre at standarden opfyldes, hvilket inkluderer påmindelser til prøvetagende læge, såfremt en patient ikke er fulgt op som anbefalet og direkte svarbreve på prøvesvar i e-Boks til borgerne. Man har længe ønsket også at kunne sende påmindelser direkte til borgeren i e-Boks, og dette vil forhåbentlig være muligt i nærmeste fremtid, idet et nyt IT-system til styring af screeningsprogrammet er under udvikling og vil kunne varetage denne opgave.

Når man ser på antallet af **nye tilfælde af livmoderhalskræft**, er standarden opfyldt i aktuelle år med 275 nye tilfælde i 2021, ligesom standarden for den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft er opfyldt på landsplan. Det er for tidligt at sige, om det blot er et tilfældigt udsving, eller om et reelt fald i antallet af nye livmoderhalskræfttilfælde vil fastholdes over længere tid, men trenden på landsplan synes nedadgående. Man kan ikke på baggrund af tallene i rapporten udtale sig om den præcise årsag hertil, men det vedvarende screeningsinitiativ og HPV vaccination af de yngre årgange kan være mulige årsager til den positive udvikling. Der bemærkes store regionale forskelle med en aldersstandardiseret incidensrate på 6.1 og 7.9 i henholdsvis Region Nordjylland og Region Hovedstaden, mens den eksempelvis er 13.6 i Region Sjælland. Dette kræver tæt monitorering og vurdering i de kommende år. Styregruppen anbefaler fortsat, at den enkelte patologiafdeling foretager lokal audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft. Det anbefales, at de fem regionale styregrupper monitorerer auditresultaterne, og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits. DKLS arbejder aktuelt sammen med NSLS om at indføre en national audit, der i fremtiden vil kunne opgøres i DKLS rapporter.

Alt i alt vurderes kvaliteten på området høj, men med det kontinuerlige fokuspunkt at deltagelsen i screeningsprogrammet bør øges. Dette års rapport viser også, at der i enkelte regioner bør være fokus på at få optimeret svartid for undersøgte celleprøver.

Der sker en stor udvikling i organiseringen af screeningsprogrammet, og dette afspejles i indikatorsættet, hvor der fremadrettet stadig vil være fokus på den nyligt indførte differentierede HPV-screening. Derudover ønskes fremadrettet at udvide området angående opfølgning efter screening, herunder opgørelser af keglesnitsoperationer, som for første gang er med deskriptivt i denne rapport.

## 2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

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

### Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst		Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel	Andel
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020	
Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling	≥ 25.000		378.212	365.666	349.817	
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	
Indikator 2a: Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen	≥ 75	0	60,5 (60,4-60,7)	60,2	62,1	
			2017 - 2022	2016 - 2021	2015 - 2020	
Indikator 2b: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år	≥ 85	0	74,1 (74,1-74,2)	75,4	76,1	
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020	
Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen	≥ 95	0	83,1 (83,0-83,2)	87,0	89,6	
Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	70,8 (70,6-71,1)	77,9		
Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige hpvscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	97,9 (97,8-97,9)	98,3		
Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år		0	5,6 (5,3-6,0)	5,7	6,1	
Indikator 5b: Andelen af 30-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende hpv-test, hvor hpv-testen er positiv		0	33,4 (31,6-35,3)	37,1		
			01.12.2020 - 30.11.2021	2019/20	2018/19	
Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage	≤ 2	0	2,0 (1,7-2,4)	2,3	2,3	
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	
Indikator 7a: Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau	≤ 350		275	309	356	

Indikator	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate per 100.000 kvinder	< 13,9 pr. 100.000 kvinder		9,7	10,9	12,5

**Indikator 1:** Standarden vedrører resultat på afdelingsniveau

**Indikator 2a** Tidsforskudt indikator: Aktuelle år er 2021 for at give plads til opfølgningstid.

**Indikator 2b :** Opgjort på summerede perioder, aktuel periode: juli 2019 til december 2022 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2017 til december 2022 (for kvinder med alder 50-64 år)

**Indikator 6:** Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er 2021

**Indikator 7:** Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder. Aktuelle år er 2021



### 3. Resultater for indikatorerne

Årsrapporten skal afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i aktuelle år 2022, men enkelte indikatorer kræver mere opfølgningstid . For indikator 2a, 2b, 6, 7a og 7b er resultaterne derfor opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig for den enkelte indikator. Det har endvidere kun været muligt at opgøre indikatorer 7a og 7b vedrørende nye tilfælde af livmoderhalskræft frem til 2021.

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

Prøver fra Grønlandske, Islandske og Færøske rekvirenter er ekskluderet.

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

Denne årsrapport er helt overvejende baseret på data, som stilles til rådighed for RKKP fra Sundhedsdatastyrelsen. Det anvendte datatræk indeholder relevante data fra Landsregisteret for Patologi og fra screeningsindkaldemodulet, som hentes via en web-service.

Indikatordefinitioner og metode fremgår af indikatorbeskrivelsen (appendiks II).

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

# Indikatorområde 1: Kapacitet

## Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	≥ 25.000 opfyldt	antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Antal	2021 Antal	2020 Antal
Danmark	Ja	0(0)	378.212	365.666	349.817
Hovedstaden	Ja	0(0)	131.336	130.499	126.002
Sjælland	Ja	0(0)	45.386	43.041	40.800
Syddanmark	Ja	0(0)	71.521	68.572	65.391
Midtjylland	Ja	0(0)	93.020	88.413	83.845
Nordjylland	Ja	0(0)	36.949	35.141	33.779
Hovedstaden	Ja	0(0)	131.336	130.499	126.002
Hvidovre	Ja	0(0)	131.336	130.499	126.002
Sjælland	Ja	0(0)	45.386	43.041	40.800
Næstved	Ja	0(0)	45.386	43.041	40.800
Syddanmark	Ja	0(0)	71.521	68.572	65.391
Esbjerg/Aabenraa	Ja	0(0)	26.864	25.257	24.623
Vejle	Ja	0(0)	44.657	43.315	40.768
Midtjylland	Ja	0(0)	93.020	88.413	83.845
Randers	Ja	0(0)	93.020	88.413	83.845
Nordjylland	Ja	0(0)	36.949	35.141	33.779
Aalborg	Ja	0(0)	36.949	35.141	33.779

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

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

**Datagrundlag og metode.** Der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og derudover selvopsamlede prøver fra år 2022 og frem: T8X010. Endocytobrush prøver er ekskluderet (T8X320 og T8X321). Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år), men indeholder alle aldersgrupper.

### Tabeller under supplerende opgørelser

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

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

Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til både cytologi- og HPV-undersøgte prøver

Indikator 1d: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til selvopsamlede prøver

Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologiafdeling

Tabel 1f. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder i 2022  
Tabel 1g. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige HPV-screenede kvinder i 2022  
Tabel 1h: Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder i 2022  
Tabel 1j: Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige HPV-screenede kvinder i 2022

## Resultater af indikatoranalysen

Opgørelsen af antallet af totale celleprøver er i år revideret. Ligesom før omfatter opgørelsen prøver primært undersøgt med cytologi og prøver primært undersøgt med HPV, men endocytobrush prøver er nu udeladt, mens selvopsamlede prøver er medtaget. Men denne opgørelsesmetode var der i 2022 i alt 378.212 celleprøver på landsplan. Standarden på 25.000 undersøgte celleprøver pr. afdeling er opfyldt på alle patologienheder. Der ses en stigning i prøver for 2022 i forhold til år 2020 og 2021, hvilket delvist skyldes de selvopsamlede prøver i 2022 (n=7912). Patologikoder for selvopsamlede prøver kan først optælles ensartet fra 2022 og indgår derfor ikke for forudgående år. Af trendgrafene ses derudover, at antal prøver i 2022 totalt set er på niveau med antallet i den foregående femårs periode, hvis man ser bort fra 2017 (dette år indførtes et engangstilbud om screening til kvinder i alderen 70+).

Under Supplerende opgørelser ses, at ud af det totale antal celleprøver i 2022 udgjorde de udelukkende cytologiundersøgte  $n=193.636$  (indikator Tabel 1a) og de udelukkende HPV-undersøgte  $n=130.151$  (indikator Tabel 1b), mens der var  $n=46.513$ , som blev både cytologi og HPV undersøgt (indikator tabel 1c). Der observeres en stigning i HPV undersøgte og et fald i cytologiundersøgte prøver over tid. Selvopsamlede prøver til HPV-analyse indgår under Supplerende indikator tabel 1d, og her er de 7.912 prøver i 2022 fordelt på Region Hovedstaden og Midtjylland. Supplerende indikator 1e angiver antallet af endocytobrush prøver (ekskluderet fra den totale opgørelse i indikator 1, da de ikke betragtes som screeningsprøver).

Af Supplerende tabel 1f og 1g fremgår diagnosefordelingen for hhv. cytologi og HPV screenede.

## Diskussion og implikationer

Inklusionen af selvopsamlede prøver i denne opgørelse er vigtig, da der herved gives et samlet overblik over antallet af screenede kvinder i Danmark.

De supplerende opgørelser over fordeling af cytologiundersøgelser og HPV-undersøgelser afspejler, at der siden 2021 har kørt differentieret implementering af HPV screening til kvinder i alderen 30-59 år i Danmark. Fordelingen vil ændres, når der er truffet afgørelse om fremtidig screening for denne aldersgruppe.

I Region Midtjylland har der i perioden 2019 til 2022 været et projekt med et screeningstilbud til kvinder i alderen 65 til 69 år (1), hvilket øger antallet af prøver. Et andet forskningsprojekt tilbyder screening for livmoderhalskræft med selvopsamlede prøver, når man møder op til screening for brystkræft og hvis man ikke har deltaget indenfor de seneste 5 1/2 år (2). Region Hovedstaden har et generelt tilbud om selvopsamlede prøver til kvinder, der ikke er screenet for livmoderhalskræft. Disse initiativer betyder, at der i en periode i disse regioner er et større antal prøver end hidtil.

## Vurdering af indikatoren

Det er vigtigt at monitorere og årligt publicere det samlede antal prøver, da det er det vigtigste mål for den samlede indsats, der udføres i screeningsprogrammet for at begrænset antal tilfælde af livmoderhalskræft i fremtiden.

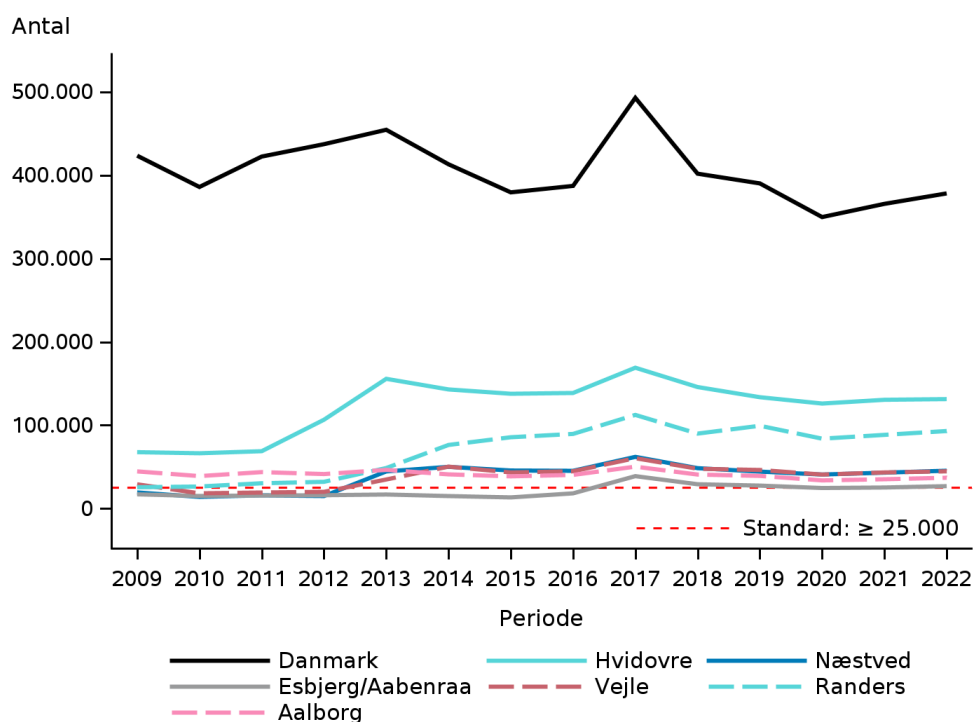
Baggrunden for denne indikator var i sin tid en sikring af, at involverede patologiafdelinger havde den fornødne mængde af prøver til at opretholde kompetencer til at vurdere de cytologiske undersøgelser. Med en større andel af

HPV analyser bør dette gentænkes, da mængden af cytologiundersøgelser hermed bliver lavere. Desuden vil større udbredelse af HPV vaccination betyde ændring i hyppighed af celleforandringer. Når der er afklaring af indhold i Danmarks fremtidige screeningsprogram for livmoderhalskræft, så bør Den Nationale Strygegruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS) forholde sig til minimum antal af prøver for hver involveret afdeling eller for hver person, der foretager cytologibedømmelser. Desuden bør DKLS tages stilling til, om der er baggrund for fortsat at monitorere de enkelte afdelingers kapacitet, og hvordan det bedst kan ske.

(1) Tranberg M et al: Expanding the upper age limit for cervical cancer screening: a protocol for a nationwide non-randomised intervention study. BMJ Open 2020.

(2) Helgestad ADL et al: Three birds with one stone: a protocol for a randomised intervention study to increase participation in cervical and colorectal cancer screening among women attending breast cancer screening. BMJ Open 2022.

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



## Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 75% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	222.168 / 366.947	0 (0)	60,5	(60,4-60,7)	60,2	62,1
Hovedstaden	Nej	73.838 / 126.048	0 (0)	58,6	(58,3-58,9)	58,5	59,2
Sjælland	Nej	29.716 / 50.268	0 (0)	59,1	(58,7-59,5)	59,4	61,2
Syddanmark	Nej	43.657 / 71.591	0 (0)	61,0	(60,6-61,3)	61,6	64,0
Midtjylland	Nej	54.218 / 85.466	0 (0)	63,4	(63,1-63,8)	61,9	64,1
Nordjylland	Nej	20.739 / 33.574	0 (0)	61,8	(61,2-62,3)	60,8	64,2

### Datagrundlag og metode.

**Nævner.** Kvinder, der blev inviteret i aktuelle år og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder jf. invitationsproceduren. Kvinder, der er fremeldt screeningsprogrammet inden invitation, indgår ikke i nævneren. Kvinder der er hysterektomeret er ekskluderet.

**Tæller.** Kvinder, der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen: SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010. Kvinder der har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet.

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

Figur 1 illustrerer den andel af inviterede kvinder, der deltager henholdsvis 90 dage efter invitation, 1. og 2. erindringsbrev, samt deltagelse frem til 365 dage. Figur 2 viser den kumulerede deltagelseprocent i antal måneder fra invitationsdato i aktuelle år til modtagelsesdato på patologiafdeling.

## Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

## Resultater af indikatoranalysen

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet indenfor 365 dage efter invitation ligger i aktuelle år på 60,5 % på landsplan. Indikatorstandarden på mindst 75 % deltagelse er ikke opfyldt hverken på landsplan eller for nogen af regionerne. På landsplan ses deltagelsen stabil fra 2020 til 2021, hvorimod der de foregående år har været et fald for samtlige regioner (se trendgrafnen nedenfor). Den øgede nedgang der sås i 2020 kan til dels skyldes en afledt effekt af covid-19 pandemien. At der nu ses en udligning kan delvist skyldes, at der er medtaget selvopsamlede prøver i løbet af 2022, hvoriblandt der kan være kvinder med invitation i løbet af 2021.

Som noget nyt er der i opgørelsen ekskluderet kvinder med forudgående hysterektomi.

Af indikator Tabellen ses, at deltagelsen på regionalt niveau varierer mellem 58,6 % (Region Hovedstaden) og 63,4 % (Region Midtjylland). Den procentvise deltagelse efter 1. og 2. geninvitation ligger dog ret ens på tværs af regioner (se Figur 1). Den kumulerede deltagelsesprocent frem til et år efter invitation ligger på ca. 65 % (figur 2), når der ikke sættes nogen øvre tidsgrænse på, men er under standard på >75%.

Under Supplerende opgørelser indgår tabeller for deltagelse efter første invitation og efterfølgende erindringsbreve (hhv. indikator Tabel 2a1, Tabel 2a2 og Tabel 2a3). Her ses på landsniveau en deltagelsesandel på 33,3 % 90 dage efter første invitation, på 24,5 % 90 dage efter 1. erindringsbrev og en andel på 16,0 % 90 dage efter 2. erindringsbrev.

Opgørelsen fordelt på alder i Tabel 2a4 viser, at flest kvinder i aldersgruppen 45-49 år deltager, mens den laveste andel af deltagende kvinder ses blandt de yngste aldersgrupper.

## Diskussion og implikationer

Selvopsamlede prøver gør en positiv forskel for deltagelsen i screening for livmoderhalskræft. Region Midtjylland og Region Hovedstaden implementerede selvopsamlede prøver i 2022, mens Region Nordjylland er i gang fra 2023. Høj deltagelse i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft er en forudsætning for, at programmet har den ønskede effekt. Der ligger danske data fra en randomiseret undersøgelse (1), der viser, at tilbud om selvopsamlet prøve sammen med 2. påmindelse øger deltagelsen, især for høj-risiko grupper. Region Midtjylland, Region Hovedstaden og Region Nordjylland har implementeret tilbuddet, Region Syddanmark har indført dette pr. 1. maj 2023. Region Sjælland bør snarest gøre det samme.

Det er desuden velkendt, at enkle budskaber og simple procedurer for til-og framelding både kan øge borgernes tilfredshed og deltagelsen i screening. Sundhedsstyrelsen har i januar 2023 udgivet nyt informationsmateriale i et kortere format end tidligere (2). Det anbefales, at NSLS på den baggrund forenkler invitationer og påmindelser til screening, idet der kan henvises eller linkes til det nye informationsmateriale. Det anbefales yderligere, at Sundhedsstyrelsen oversætter det nye materiale til andre sprog end dansk.

Sundhed.dk bør prioritere, at det snarest bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet direkte på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk) – det samme sted, som man kan framelde sig programmet.

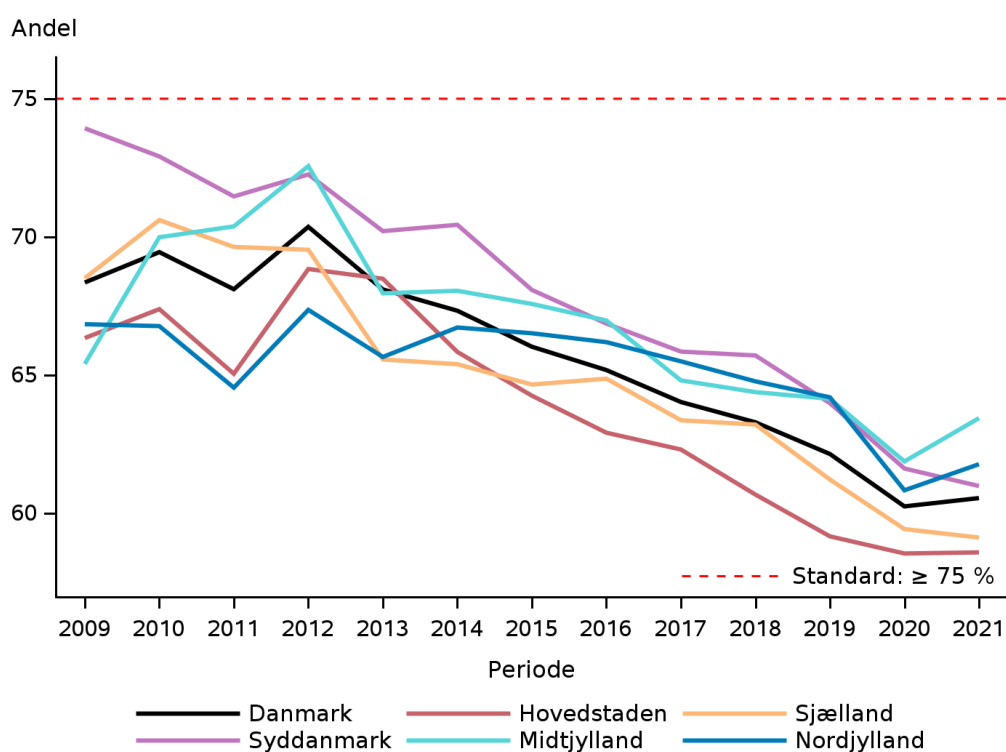
## Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes særdeles central for vurdering af kvaliteten af screeningsprogrammet og bør fastholdes.

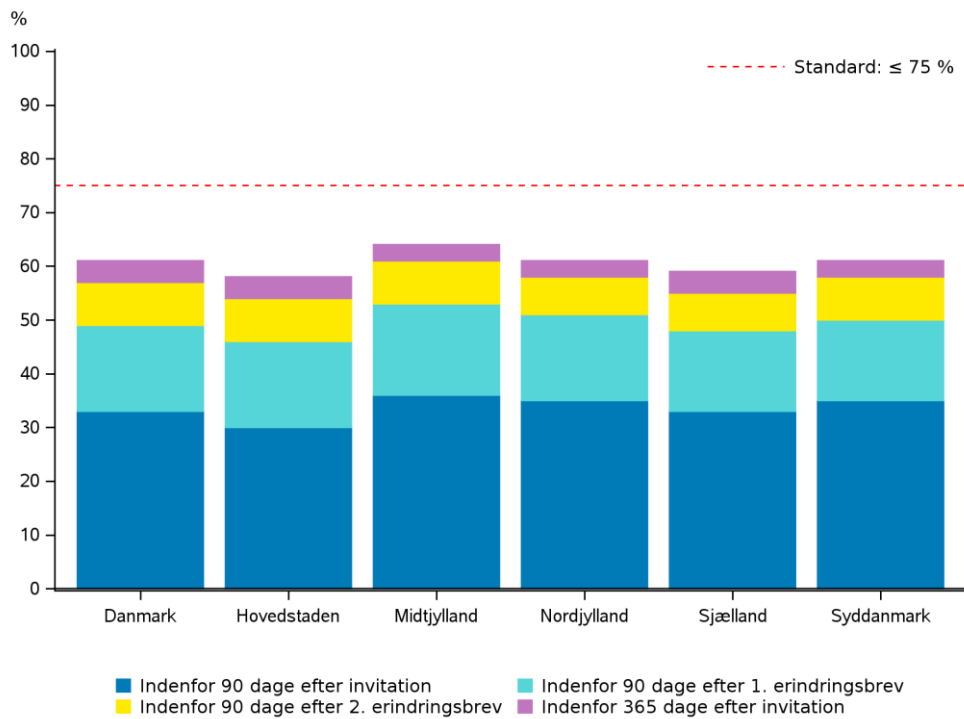
(1) Tranberg M et al: Preventing cervical cancer using HPV self-sampling: direct mailing of test-kits increases screening participation more than timely opt-in procedures – a randomized controlled trial. BMC Cancer 2019

(2) [https://www.sst.dk/-/media/Viden/Forebyggelse/Screening/INFOARK\\_LIVMODERHALSKRAEFT.ashx](https://www.sst.dk/-/media/Viden/Forebyggelse/Screening/INFOARK_LIVMODERHALSKRAEFT.ashx)

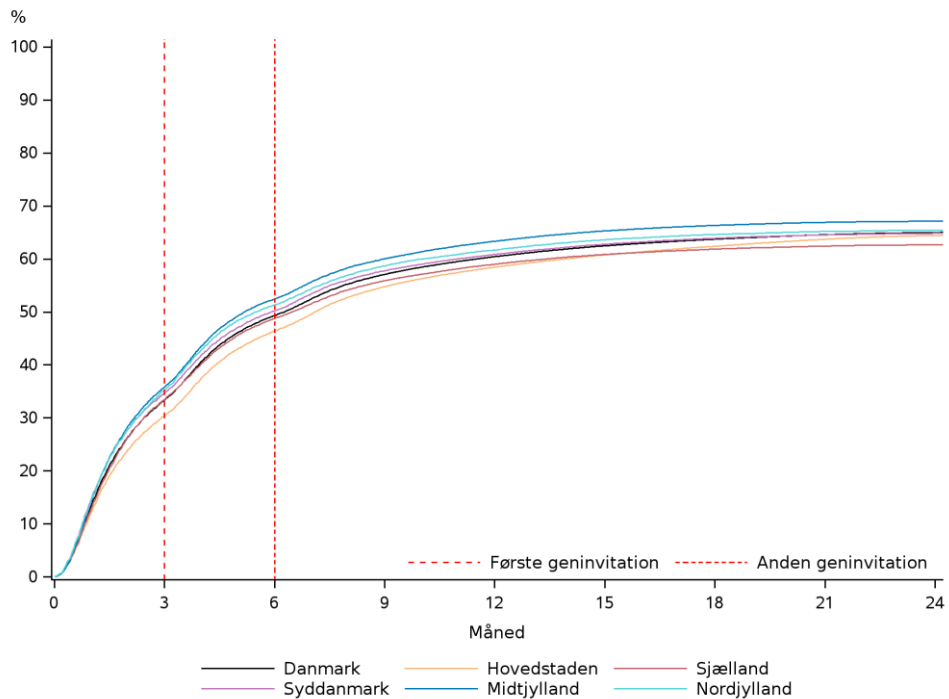
**Indikator 2a: Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen. Trendgraf på regionsniveau.**



Figur 1. Kumuleret deltagerprocent for 2021



Figur 2. Kumuleret deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato til modtagelsesdato i 2021





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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
	≥ 85 % opfyldt	Tæller/ nævner		2017-2022*		2016- 2021**	2015-2020***
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.008.541 / 1.360.594	0 (0)	74,1	(74,1-74,2)	75,4	76,1
Hovedstaden	Nej	352.013 / 462.522	0 (0)	76,1	(76,0-76,2)	77,4	78,0
Sjælland	Nej	134.017 / 192.009	0 (0)	69,8	(69,6-70,0)	71,0	72,2
Syddanmark	Nej	199.987 / 274.185	0 (0)	72,9	(72,8-73,1)	74,3	75,4
Midtjylland	Nej	227.509 / 302.787	0 (0)	75,1	(75,0-75,3)	76,1	76,3
Nordjylland	Nej	94.999 / 129.214	0 (0)	73,5	(73,3-73,8)	75,2	76,2

\*Aktuel periode: Juli 2019 til december 2022 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2017 til december 2022 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

\*\*Tidligere periode: Juli 2018 til december 2021 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2016 til december 2021 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

\*\*\*Tidligere periode: Juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

**Datagrundlag og metode.** Indikatoren er opgjort på landsplan og fordelt på regioner på baggrund af data fra Danmarks Statistik og CPR registreret (bopælsregion) for dem, der er blevet screenet. Data inkluderer de forudgående 42 måneder for de 27-52-årige og forudgående 66 måneder for de 53-64-årige (svarende til hhv. 3,5- og 5,5-års intervaller). Denne indikator afspejler screeningsprogrammets dækningsgrad i tidsintervallet hhv. 3,5 år og 5,5 år. Yderligere information kan findes i Appendiks II.

**Nævner.** Antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal (i aktuelle år 2022). Hysterektomerede kvinder ekskluderet.

**Tæller.** Celleprøver fra livmoderhalsen = T8X3\* eller T8X2\*, MATTYP 23 samt selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010.

### Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

Indikator 2b3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 27-64 år, hvor hysterektomier ikke er ekskluderet

Tabel 2c. Antal kvinder som var frameldt screeningsprogrammet pr. december 2022, fordelt på alder og årsag til framelding.

## Resultater af indikatoranalysen

Opgørelsen af dækningsgrad ses på, hvor stor andel af kvinder, som er dækket af screeningsprogrammet inden for den tidsperiode som anbefales. For kvinder i alderen 23-49 år er det inden for tre år og for kvinder i alderen 50-64 er det inden for fem år. På landsplan er dækningsgraden 74,1 % i den aktuelle periode, og standarden på  $\geq 85\%$  er ikke opfyldt på nationalt niveau eller for de enkelte regioner. Opgørelsesmetoden er i nærværende rapport justeret således, at der inkluderes kvinder som har mindst alderen 27 år i slutningen af hver opgørelsesperiode, hvorved det sikres at der har været forudgående 3,5 år til at opfylde målet om screening. Derudover medtages fra år 2022 selvopsamlede prøver. Kvinder som tidligere har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet fra opgørelsen. Dette gør at niveauet for dækningsgraden er steget i forhold til tidligere rapporter alene fordi metoden er tilrettet for at give et mere retvisende billede.

Der er forskel på regionernes resultat, hvor Region Sjælland ligger lavest på 69,8 % og Region Hovedstaden højest med 76,1 %. Dækningsgraden har været marginalt faldende igennem den seneste tiårs periode, som illustreret i trendgrafene nedenfor.

Når man ser på kommuneniveau, er der væsentlig geografisk forskel i dækningsgraden af screeningen. Af tabel 2b1 under Supplerende opgørelser ses en kommunal variation på mindst 10 procentpoint inden for de enkelte regioner. Af supplerende tabel 2b2 ses, at de yngre kvinder har den laveste dækningsgrad på landsplan sammenlignet med ældre kvinder.

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det relevant at kende omfanget og årsagen til frameldingen af screening. I supplerende tabel 2c ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder og årsag til framelding. På landsplan var i alt 82.348 kvinder frameldt pr. december 2022. Årsagerne til framelding er hovedsageligt *hysterektomi* (78,9 %), *ønsker ikke at deltage* (17,2%) og *jeg springer over denne gang* (2,2 %). Derudover udgør de resterende årsager til manglende deltagelse: *jeg er gravid, og jeg vil udsætte invitationen 1 år, ukendt adressat og andet*. Andelen af kvinder, som er frameldt med årsagen *Andet* er meget lavt i forhold til tidligere. Pr. primo 2020 har der været mulighed for at framelde sig på [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk), og her eksisterer frameldingsårsagen "Andet" ikke.

## Diskussion og implikationer

Beslutningen om at ekskludere kvinder, som har fået foretaget hysterektomi har den fordel, at dækningsgraden giver et billede af, hvor mange med behov for livmoderhalskræftscreening i Danmark, der får foretaget en screening. Omvendt bliver det vanskeligt at sammenligne med andre lande, som hyppigst ikke ekskluderer kvinder der har fået foretaget hysterektomi. Der har tidligere været en underestimering af dækningsgraden i den yngste aldersgruppe, men ved den nuværende mere retvisende opgørelsesmetode er den lavere deltagelse blandt de yngste ikke længere så udtalt. Den laveste dækningsgrad er hos kvinder i alderen 50-54 år. Samtidig er den højeste deltagelse i alderen 55-59 år, hvilket til dels kan forklares med opgørelsesmetoden for kvinder i den alder, hvor der overgås fra 3 til 5 års screeningsintervaller.

Det er interessant, at dækningsgraden er højest i Region Hovedstaden, som samtidigt ligger lavest i deltagelsen. Dette kan måske skyldes, at forholdsvis flere kvinder i Region Hovedstaden bliver screenet uden for screeningsprogrammet (hvor kvinden selv tager initiativ til undersøgelse).

Praktiserende læger opfordres generelt til at være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag. Et dansk studie (1) har vist, at disse "opportunistiske undersøgelser" medvirker til, at de grupper af kvinder (f.eks. indvandrere), som ellers ikke deltager i screening regelmæssigt, i højere grad bliver undersøgt. Samtidig bør der være opmærksomhed omkring,

at målet er, at screeningsintervallerne følges, og der bør ikke screenes hyppigere end de fastlagte screeningsintervaller, da det ændrer på vægtningen af fordele og ulemper ved screeningsprogrammet.

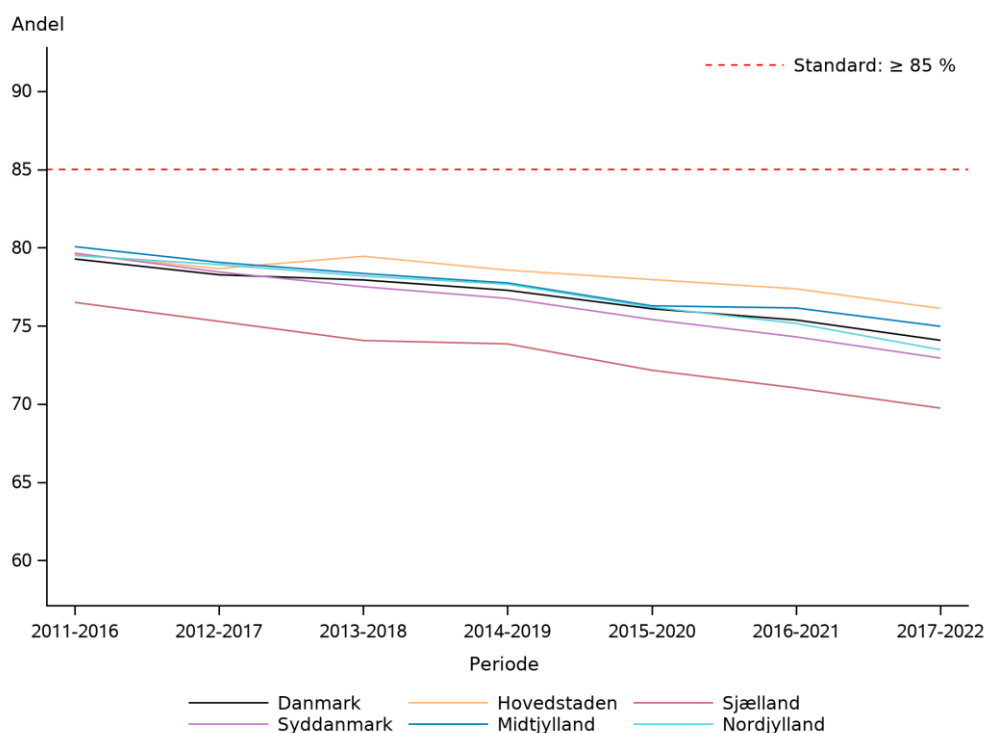
Af hensyn til at få registreret hysterektomerede kvinder korrekt bør patologiafdelingerne have fokus på, at totalt hysterektomerede kvinder skal kodes med SNOMED koden ÆAA030 (frameldes screening for livmoderhalskræft).

### Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes særdeles central for vurdering af kvaliteten af screeningsprogrammet og bør fastholdes.

(1) Tranberg M et al: Impact of opportunistic testing in a systematic cervical cancer screening program: a nationwide registry study. BMC Public Health 2015.

### Indikator 2b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 27-64 år. Trendgraf på regionsniveau.



### Indikatorområde 3: Prøvekvalitet - udgået

Indikator 3, der målte på 'andelen af uegnede celleprøver' er udgået pga. høj opfyldelse gennem flere år.

## Indikatorområde 4: Svartid

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%			01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	299.612 / 360.515	0 (0)	83,1	(83,0-83,2)	87,0	89,6
<b>Hovedstaden</b>	Ja	135.479 / 138.361	0 (0)	97,9	(97,8-98,0)	100,0	100,0
<b>Sjælland</b>	Nej	22.214 / 41.925	0 (0)	53,0	(52,5-53,5)	64,0	47,3
<b>Syddanmark</b>	Ja	66.224 / 66.631	0 (0)	99,4	(99,3-99,4)	99,7	99,7
<b>Midtjylland</b>	Nej	46.452 / 79.626	0 (0)	58,3	(58,0-58,7)	63,7	88,0
<b>Nordjylland</b>	Nej	29.243 / 33.972	0 (0)	86,1	(85,7-86,4)	91,9	86,1
<b>Hovedstaden</b>	Ja	135.479 / 138.361	0 (0)	97,9	(97,8-98,0)	100,0	100,0
Hvidovre	Ja	135.479 / 138.361	0 (0)	97,9	(97,8-98,0)	100,0	100,0
<b>Sjælland</b>	Nej	22.214 / 41.925	0 (0)	53,0	(52,5-53,5)	64,0	47,3
Næstved	Nej	22.214 / 41.925	0 (0)	53,0	(52,5-53,5)	64,0	47,3
<b>Syddanmark</b>	Ja	66.224 / 66.631	0 (0)	99,4	(99,3-99,4)	99,7	99,7
Esbjerg/Aabenraa <sup>1</sup>	Ja	24.392 / 24.594	0 (0)	99,2	(99,1-99,3)	99,2	99,2
Vejle	Ja	41.832 / 42.037	0 (0)	99,5	(99,4-99,6)	100,0	100,0
<b>Midtjylland</b>	Nej	46.452 / 79.626	0 (0)	58,3	(58,0-58,7)	63,7	88,0
Randers	Nej	46.452 / 79.626	0 (0)	58,3	(58,0-58,7)	63,7	88,0
<b>Nordjylland</b>	Nej	29.243 / 33.972	0 (0)	86,1	(85,7-86,4)	91,9	86,1
Aalborg	Nej	29.243 / 33.972	0 (0)	86,1	(85,7-86,4)	91,9	86,1

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

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	29.272	Ikke i aldersgruppen 23-64 år
	7.451	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321

### Datagrundlag og metode

**Nævner.** Indikator 4a. SNOMED: T8X2\*\* eller T8X3\* eller selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321. Kvinder i alderen 23-64 år.

Indikator 4a1. Som 4a men afgrænset til cytologi screenede og alder 23-59 år.

Indikator 4a2. Som 4a men afgrænset til HPV screenede og alder 30-64 år.

**Tæller.** Svardato < 10 hverdage fra modtagedato

**Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel
<b>Danmark</b>		128.146 / 180.884	0 (0)	70,8	(70,6-71,1)	77,9
<b>Hovedstaden</b>		62.984 / 65.173	0 (0)	96,6	(96,5-96,8)	100,0
<b>Sjælland</b>		2.714 / 20.100	0 (0)	13,5	(13,0-14,0)	36,8
<b>Syddanmark</b>		37.211 / 37.426	0 (0)	99,4	(99,3-99,5)	99,7
<b>Midtjylland</b>		10.143 / 40.651	0 (0)	25,0	(24,5-25,4)	38,2
<b>Nordjylland</b>		15.094 / 17.534	0 (0)	86,1	(85,6-86,6)	91,8
<b>Hovedstaden</b>		62.984 / 65.173	0 (0)	96,6	(96,5-96,8)	100,0
Hvidovre		62.984 / 65.173	0 (0)	96,6	(96,5-96,8)	100,0
<b>Sjælland</b>		2.714 / 20.100	0 (0)	13,5	(13,0-14,0)	36,8
Næstved		2.714 / 20.100	0 (0)	13,5	(13,0-14,0)	36,8
<b>Syddanmark</b>		37.211 / 37.426	0 (0)	99,4	(99,3-99,5)	99,7
Esbjerg/Sønderborg		12.080 / 12.200	0 (0)	99,0	(98,8-99,2)	99,1
Vejle		25.131 / 25.226	0 (0)	99,6	(99,5-99,7)	100,0
<b>Midtjylland</b>		10.143 / 40.651	0 (0)	25,0	(24,5-25,4)	38,2
Randers		10.143 / 40.651	0 (0)	25,0	(24,5-25,4)	38,2
<b>Nordjylland</b>		15.094 / 17.534	0 (0)	86,1	(85,6-86,6)	91,8
Aalborg		15.094 / 17.534	0 (0)	86,1	(85,6-86,6)	91,8

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	147.901	Ingen screening cytologi prøve
	7.451	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	44.573	Celleprøve fra kontrolforløb
	16.429	Ikke i aldersgruppen 23-59 år

**Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige HPV-screenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
				01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel
<b>Danmark</b>		146.446 / 149.646	0 (0)	97,9	(97,8-97,9)	98,3
<b>Hovedstaden</b>		60.031 / 60.083	0 (0)	99,9	(99,9-99,9)	99,9
<b>Sjælland</b>		17.386 / 18.723	0 (0)	92,9	(92,5-93,2)	93,4
<b>Syddanmark</b>		25.859 / 25.937	0 (0)	99,7	(99,6-99,8)	99,8
<b>Midtjylland</b>		31.636 / 31.667	0 (0)	99,9	(99,9-99,9)	99,8
<b>Nordjylland</b>		11.534 / 13.236	0 (0)	87,1	(86,6-87,7)	92,2
<b>Hovedstaden</b>		60.031 / 60.083	0 (0)	99,9	(99,9-99,9)	99,9
Hvidovre		60.031 / 60.083	0 (0)	99,9	(99,9-99,9)	99,9
<b>Sjælland</b>		17.386 / 18.723	0 (0)	92,9	(92,5-93,2)	93,4
Næstved		17.386 / 18.723	0 (0)	92,9	(92,5-93,2)	93,4
<b>Syddanmark</b>		25.859 / 25.937	0 (0)	99,7	(99,6-99,8)	99,8
Esbjerg/Sønderborg		10.955 / 10.991	0 (0)	99,7	(99,5-99,8)	99,4
Vejle		14.904 / 14.946	0 (0)	99,7	(99,6-99,8)	100,0
<b>Midtjylland</b>		31.636 / 31.667	0 (0)	99,9	(99,9-99,9)	99,8
Randers		31.636 / 31.667	0 (0)	99,9	(99,9-99,9)	99,8
<b>Nordjylland</b>		11.534 / 13.236	0 (0)	87,1	(86,6-87,7)	92,2
Aalborg		11.534 / 13.236	0 (0)	87,1	(86,6-87,7)	92,2

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	193.316	Ingen HPV prøve
	7.451	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	23.874	Celleprøve fra kontrolforløb
	22.951	Ikke i aldersgruppen 30-64 år

## Resultater af indikatoranalysen

Af opgørelsen indikator 4a ses, at andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage ligger på landsniveau på 83,1 %, hvilket er under den fastsatte standard på 95 %. Samtidig ses, at andelen er faldet på landsplan henover de seneste perioder. Ligesom tidligere perioder ligger Region Hovedstaden og Syddanmark på næsten 100 % opfyldelse i aktuelle år, mens Region Sjælland, Midtjylland og Nordjylland ikke opfylder standard. Nærmere analyse viser, at ca. 95 % af prøverne fra Region Sjællands og Midtjylland er besvaret inden for en måned, og at overskridelsen i Region Nord er beskednen, da 95 % af prøverne er besvaret inden for 11 dage (data ikke vist).

Når man ser på indikator tabel 4a1 og 4a2, hvor indikatoren opgøres for hhv. de cytologiscreenede og de HPV screenede, ligger andelen der besvares efter højst 10 hverdage væsentligt lavere for de cytologiscreenede end de HPV screenede (hhv. 70,8 vs. 97,9). Resultatet for cytologi prøver varierer væsentligt regionalt set. I Region Sjælland er det for kun 13 % og for region Midtjylland er det 25 % af cytologi prøverne, der afsendes svar indenfor 10 hverdage, mens det i Region Hovedstaden og Syddanmark er over 95%, der afsendes inden for denne tidsfrist.

## Diskussion og implikationer

Alle kvinder skal have samme svartid uafhængigt af bopæl og screeningsmetode. På regionalt niveau kan manglende opfyldelse af standarden skyldes årsager som besparelser, regional prioritering, indførelse af nyt apparatur, manglende ressourcer og organisationsændringer. Den manglende opfyldelse af standarden skyldes især svartiden på cytologi prøver, hvorfor overgang til primær HPV-screening for 30-64-årige må antages at ville kunne føre til en samlet kortere svartid på prøverne.

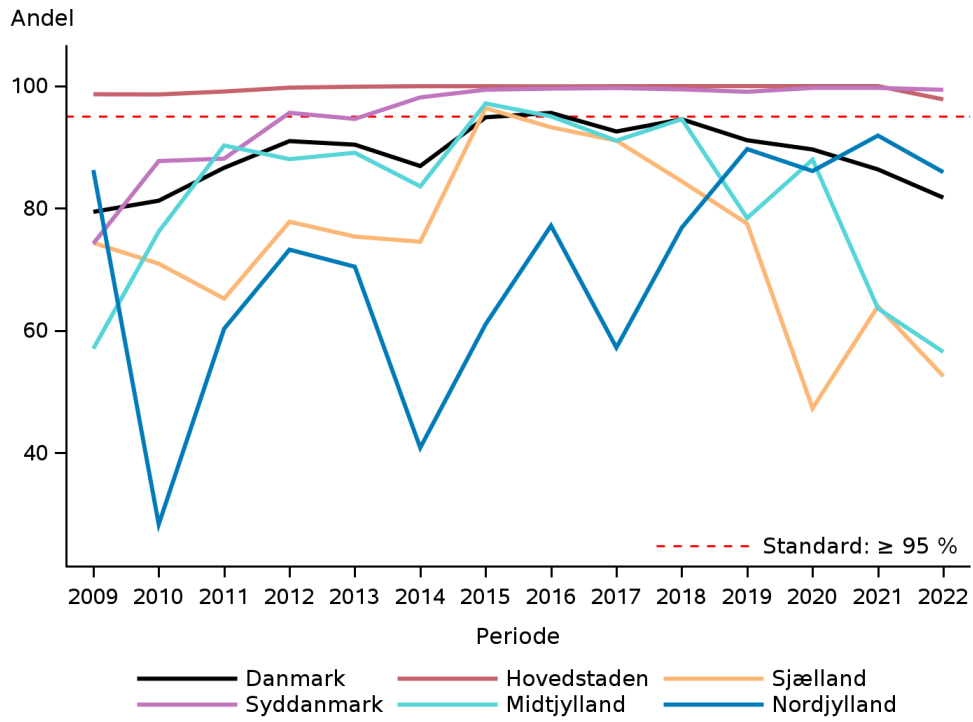
Det anbefales, at de regioner og screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden, sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes.

Region Sjælland har i 2022 været særdeles presset af bl.a. mangel på medarbejdere indenfor det cytologiske område og lungepatologi. Dette har medført behov for samling af opgaver og omorganisering, hvilket har påvirket svartider på cervix cytologi. Regionen er opmærksomme på resultatet angående svartider og der er gjort tiltag, som er ved at være på plads, herunder opgavesamling, og der er opnormeret og ansat mere persone til cytologien på afdelingen.

## Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes fortsat relevant og bibeholdes.

Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes  $\leq 10$  hverdage efter modtagelsesdagen. Trendgraf på regionsniveau.





## Indikatorområde 5: HPV-test

### Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt kvinder i alderen 60-64 år, der er undersøgt efter invitation

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel	2020 Andel
<b>Danmark</b>		849 / 15.048	0 (0)	5,6	(5,3-6,0)	5,7	6,1
<b>Hovedstaden</b>		258 / 4.500	0 (0)	5,7	(5,1-6,5)	6,0	6,3
<b>Sjælland</b>		142 / 2.510	0 (0)	5,7	(4,8-6,6)	5,6	6,6
<b>Syddanmark</b>		178 / 3.195	0 (0)	5,6	(4,8-6,4)	5,4	5,8
<b>Midtjylland</b>		187 / 3.268	0 (0)	5,7	(5,0-6,6)	5,6	6,4
<b>Nordjylland</b>		84 / 1.575	0 (0)	5,3	(4,3-6,6)	5,5	5,2
<b>Hovedstaden</b>		258 / 4.500	0 (0)	5,7	(5,1-6,5)	6,0	6,3
Hvidovre		258 / 4.500	0 (0)	5,7	(5,1-6,5)	6,0	6,3
<b>Sjælland</b>		142 / 2.510	0 (0)	5,7	(4,8-6,6)	5,6	6,6
Næstved		142 / 2.510	0 (0)	5,7	(4,8-6,6)	5,6	6,6
<b>Syddanmark</b>		178 / 3.195	0 (0)	5,6	(4,8-6,4)	5,4	5,8
Esbjerg/Aabenraa		79 / 1.258	0 (0)	6,3	(5,0-7,8)	6,2	6,1
Vejle		99 / 1.937	0 (0)	5,1	(4,2-6,2)	4,8	5,5
<b>Midtjylland</b>		187 / 3.268	0 (0)	5,7	(5,0-6,6)	5,6	6,4
Randers		187 / 3.268	0 (0)	5,7	(5,0-6,6)	5,6	6,4
<b>Nordjylland</b>		84 / 1.575	0 (0)	5,3	(4,3-6,6)	5,5	5,2
Aalborg		84 / 1.575	0 (0)	5,3	(4,3-6,6)	5,5	5,2

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

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	193.636	Ingen HPV prøve
	4.863	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	164.665	Ikke i aldersgruppen 60-64 år
	7.458	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321

### **Datagrundlag og metode:**

Nævner. SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32. Kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet.

Tæller. Positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')

### **Tabeller under Supplerende opgørelser**

Tabel 5a1. Fordelingen af positive HPV prøver for aldersgruppen 60-64 år

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekylære HPV test i cervix-screening i DK.

### **Resultater af indikatoranalysen**

Andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år lå på 5,6 % i 2022. Året før lå den på 6,1 %, og den har været stabilt de seneste perioder jf. trendgrafene på næste side. Regionerne ligger relativt ens. Tabel 5a1 under Supplerende opgørelser viser, at hovedparten af HPV prøver på landsplan er af typen "HPV other", derefter kommer HPV 16, og der er færrest af HPV 18.

### **Diskussion og implikationer**

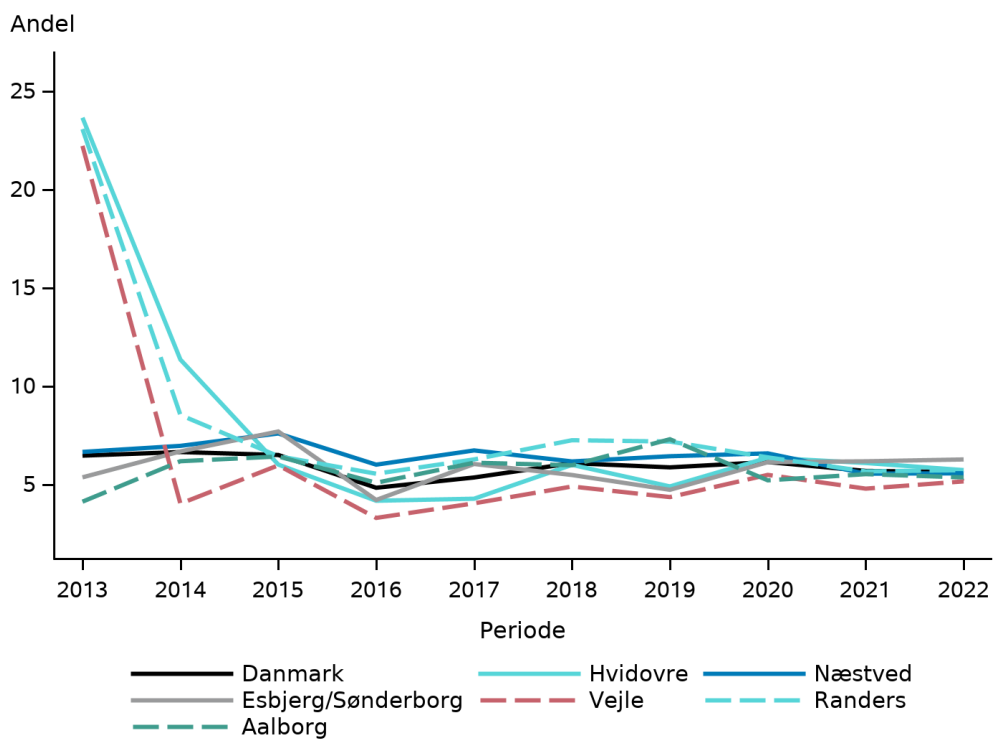
Indikatoren er udviklet som et delmål for kvaliteten af HPV analyser i aldersgruppen og giver mulighed for sammenligning af andelen af positive svar imellem afdelinger og regioner, hvor en relativ ensartethed forventes. Andelen af positive HPV-prøver i aldersgruppen har ligget stabil i en årrække med meget lille variation imellem de enkelte regioner.

Tabel 5a1 viser, at hovedparten af HPV-prøver på landsplan er af typen "HPV other" og dernæst flest HPV 16, og dette ses for alle regioner. Andelen af HPV 16 positive prøver ud af alle HPV positive prøver har mindre variation imellem regionerne (16-21 %) men det drejer sig om få prøver. Det bemærkes også, at der er rapporteret flere HPV genotyper end antal HPV positive prøver, hvilket er et udtryk for, at en lille del af prøverne indeholder flere HPV genotyper. Overordnet er der god overensstemmelse mellem resultaterne på landsplan.

### **Vurdering af indikatoren**

Det anbefales fortsat, at afdelingerne løbende kvalitetssikrer og overvåger resultaterne fra deres HPV analyser (som minimum andelen af HPV positiv prøver og fordeling af genotyper), så der sikres mod evt. kvalitetsbrist. Det anbefales at indikatoren udvides til at indeholde andre alders- og patientgrupper, der undersøges med HPV test og gerne andre kvalitetsmål for HPV-test.

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



**Indikator 5b: Andelen af 30-59 årige cytologiscreenede kvinder med påvist ASCUS diagnose som får supplerende HPV-test, der er positiv**

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år
				01.01.2022 - 31.12.2022 Andel	95% CI	2021 Andel
<b>Danmark</b>		877 / 2.624	0 (0)	33,4	(31,6-35,3)	37,1
<b>Hovedstaden</b>		285 / 927	0 (0)	30,7	(27,8-33,8)	31,7
<b>Sjælland</b>		110 / 511	0 (0)	21,5	(18,0-25,3)	30,5
<b>Syddanmark</b>		158 / 344	0 (0)	45,9	(40,6-51,4)	48,8
<b>Midtjylland</b>		252 / 711	0 (0)	35,4	(31,9-39,1)	37,9
<b>Nordjylland</b>		72 / 131	0 (0)	55,0	(46,0-63,7)	57,4
<b>Hovedstaden</b>		285 / 927	0 (0)	30,7	(27,8-33,8)	31,7
Hvidovre		285 / 927	0 (0)	30,7	(27,8-33,8)	31,7
<b>Sjælland</b>		110 / 511	0 (0)	21,5	(18,0-25,3)	30,5
Næstved		110 / 511	0 (0)	21,5	(18,0-25,3)	30,5
<b>Syddanmark</b>		158 / 344	0 (0)	45,9	(40,6-51,4)	48,8
Esbjerg/Aabenraa		49 / 101	0 (0)	48,5	(38,4-58,7)	54,1
Vejle		109 / 243	0 (0)	44,9	(38,5-51,3)	46,7
<b>Midtjylland</b>		252 / 711	0 (0)	35,4	(31,9-39,1)	37,9
Randers		252 / 711	0 (0)	35,4	(31,9-39,1)	37,9
<b>Nordjylland</b>		72 / 131	0 (0)	55,0	(46,0-63,7)	57,4
Aalborg		72 / 131	0 (0)	55,0	(46,0-63,7)	57,4

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	138.063	Ingen cytologi screenings prøve
	7.458	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	97.223	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	137.173	Celleprøven er ikke ASCUS
	2.825	Ingen efterfølgende HPV prøve
	304	Ikke supplerende hvp til cytologi celleprøven

## Datagrundlag og metode:

**Nævner.** SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32. Der er ASCUS diagnose (M67014, M69700, M69711, M72125, M73005, M73225), og supplerende HPV test foretaget (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år og cytologi screenet.

**Tæller.** positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A', 'Æ3340B' og 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')

## Resultater af indikatoranalysen

Andelen af de kvinder, der får påvist en ASCUS diagnose på baggrund af cytologi screening, som har HPV positiv test lå på 33,4 % på landsniveau i aktuelle år. Der ses regionale forskelle, hvor andelen i Region Sjælland ligger på 21 %, mens den i Region Nordjylland er 55 %. Trenddiagrammet viser en nogenlunde stabilitet over tid samlet set, men med klar variation i andelen inden for regionerne. Det er anden gang indikatoren opgøres, og der er ikke fastsat standard.

## Diskussion og implikationer

Indikatoren er udviklet som et del- mål for kvaliteten af cytologi-screeningen og måler andelen af kvinder i aldersgruppen med cytologi diagnosen ASCUS, der har en supplerende positiv HPV-test.

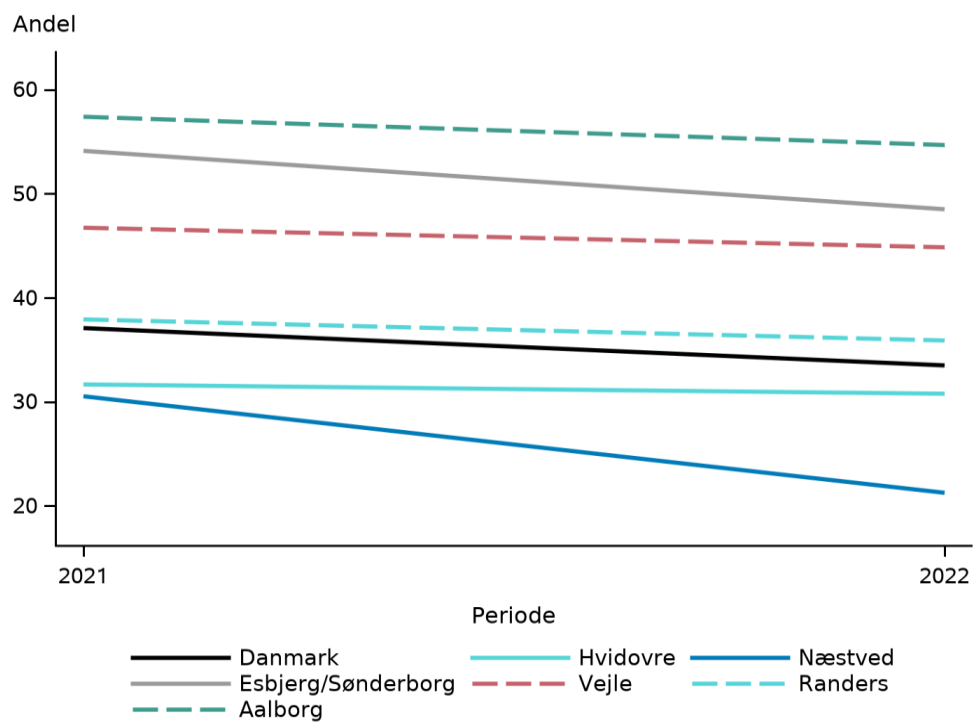
ASCUS er den hyppigste celleforandring i cervix cytologiprøver. Kvalitetssikring af ASCUS-diagnosen er vigtigt for at begrænse uhensigtsmæssig brug og for at overvåge kvalitetssikring af cytologiske diagnoser. Ifølge Bethesda er mellem 40-50% af kvinder med atypiske pladeepitelceller (ASC) positive for HPV ved efterfølgende HPV test (ref. Bethesda 3. udgave). Andelen er baseret på data fra screeningsprogrammet i USA og kan derfor ikke nødvendigvis helt sammenlignes med danske forhold, men kan anvendes som en rettesnor.

Indikatoren har været stabil gennem sidste 2 år på landsplan. Variationer mellem regioner og sammenligning med sidste år er baseret på relativ få prøver, men må gerne følges op mhp. kvalitetssikring af cytologiske diagnoser.

## Vurdering af indikatoren

Der anbefales, at resultaterne overvåges af afdelingerne og på landsplan mhp. kvalitetssikring af cytologiske diagnoser. Videreudvikling af indikatoren kan overvejes.

Indikator 5b: Andelen af 30-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende hpv-test, hvor hpv-testen er positiv. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikatorområde 6: Opfølgning

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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.12.2020 - 30.11.2021		Tidligere år	
	≤ 2% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019/20 Andel	2018/19 Andel
<b>Danmark</b>	Ja	117 / 5.792	0 (0)	2,0	(1,7-2,4)	2,3	2,3
<b>Hovedstaden</b>	Ja	50 / 2.636	0 (0)	1,9	(1,4-2,5)	2,5	2,3
<b>Sjælland</b>	Nej	13 / 496	0 (0)	2,6	(1,4-4,4)	3,1	4,1
<b>Syddanmark</b>	Nej	16 / 557	0 (0)	2,9	(1,7-4,6)	2,8	1,6
<b>Midtjylland</b>	Ja	28 / 1.503	0 (0)	1,9	(1,2-2,7)	1,9	2,0
<b>Nordjylland</b>	Ja	10 / 600	0 (0)	1,7	(0,8-3,0)	1,4	2,1

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	2	Ingen cytologi eller HPV prøve
	77	Kvinden er udrejst/afdød i opfølgningsperioden
	339.080	Celleprøven er ikke abnorm
	12.989	Celleprøven er normal
	14.334	Celleprøven har ikke svære celleforandringer

#### Datagrundlag og metode.

**Nævner.** Antal prøver med svære celleprøver der skal følges op, SNOMED-koder T8X2\*\* eller T8X3\*\* (vagina/livmoderhalsen), en M-kode for svære forandringer samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode) (se appendiks II for yderligere datadefinitioner). Svære celleforandringer defineres som: karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC.

**Tæller.** Der foreligger ikke en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.

## Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

## Resultater af indikatoranalysen

Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage, udgør i aktuelle år 2 % på landsplan, svarende til 117 celleprøver. Indikatorstandard på  $\leq 2$  % er nu opfyldt på landsplan, mens Region Sjælland og Region Syddanmark ligger over standard på hhv. 2,6 og 2,9 %.

Trendgrafene viser, at andelen samlet set er blevet lavere igennem den seneste ti års periode, men at andelen for de fleste regioner har varieret over tid. Dog er der for nogen regioner tale om små absolutte tal, som kan give anledning til usikkerhed på estimatet.

Af de 117 celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage var 44 prøver (0,8 %) heller ikke fulgt op inden for 450 dage, hvilket ses af Supplerende opgørelse, tabel 6a. I supplerende tabel 6b er der anvendt de tidsgrænser, som er anført i anbefalingerne for screeningsprogrammet (angivet ved Æ-kode som anbefalet opfølgning). Her udgør andelen på landsplan, der ikke er fulgt op på 4,1 %.

Der foreligger to yderligere supplerende analyser, som dækker opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hhv. supplerende Tabel 6c og tabel 6d. Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev 3,8 % ikke fulgt op ved tidsvinduet på 450 dage, imens 10,9 % ikke blev fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser. Der ses et lille fald sammenlignet med tidligere år i begge opgørelser.

## Diskussion og implikationer

Hvert år udsender RKKP en liste til patologiafdelingerne over personer med svære celleforandringer, som ikke er fulgt rettidigt op. I forbindelse med tidligere årsrapportopgørelser har det været undersøgt, hvilke årsager der var til manglende opfølgning, hvilket i mange tilfælde var graviditet, død eller emigration, eller at kvinderne ikke ønskede opfølgning. For de øvrige kvinder var der tale om andre forklaringer eller ukendt årsag.

Regionerne udsender EDI-besked\* til prøvetagende læge, som en påmindelse, når en patient ikke er fulgt op som anbefalet. Direkte svarbreve til kvinder i målgruppen blev implementeret i 2020, med forventningen om at antallet af celleprøver med svære forandringer, der ikke følges op ville falde. Der observeres i år et lille fald i andelen af celleprøver med svære forandringer, der ikke følges op, men man kan ikke konkludere om det skyldes en naturlig variation, implementering af direkte svarbreve i e-Boks til borgerne eller andet. Der gøres opmærksom på, at selvom der sendes svar direkte til kvinden, så ligger ansvar for korrekt opfølgning ved unormale eller uegnede prøver stadig hos prøvetagende læge. Dette er præciseret i en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i 2012 <sup>1</sup>.

---

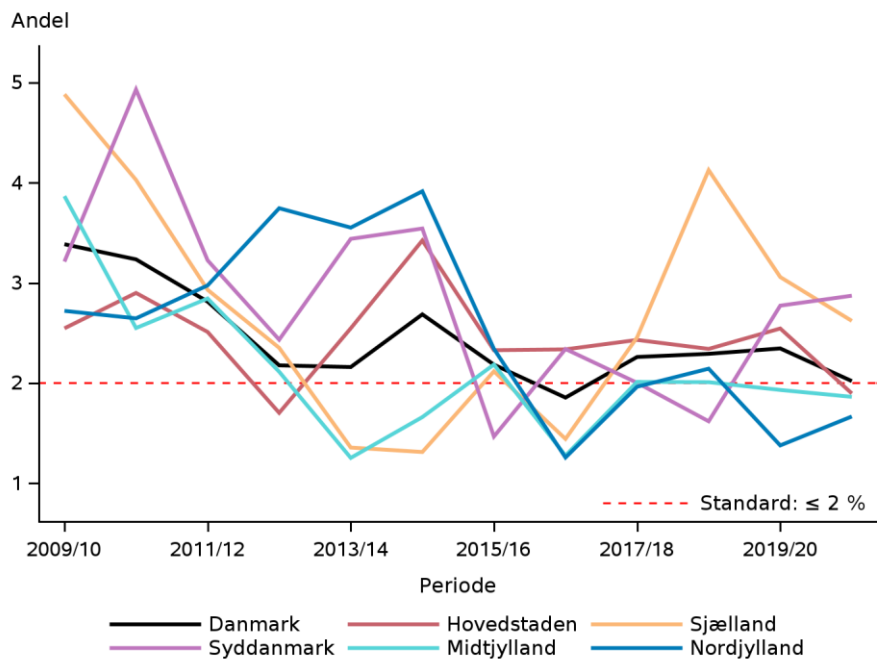
\* En EDI besked er en elektronisk meddelelse i et standardiseret format, i Danmark udarbejdet af MedCom. Disse bruges til at udveksle data mellem interessenter i Sundhedsvæsenet



## Vurdering af indikatoren

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

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



## Indikatorområde 7: Antal tilfælde af livmoderhalskræft

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

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	< 350 tilfælde	antal	01.01.2021 -	2020	2019
	opfyldt	(%)	31.12.2021	Antal	Antal
Danmark	Ja	0(0)	275	309	356
Hovedstaden		0(0)	72	79	114
Sjælland		0(0)	55	54	55
Syddanmark		0(0)	70	84	88
Midtjylland		0(0)	61	62	66
Nordjylland		0(0)	17	30	33

Indikator 7b: Aldersstandardiseret\* incidensrate pr. 100.000 kvinder

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	< 13.9 pr. 100.000	antal	01.01.2021 -	2020	2019
	opfyldt	(%)	31.12.2021	Antal	Antal
Danmark	Ja	0(0)	9,7	10,9	12,5
Hovedstaden	Ja	0(0)	7,9	8,5	12,0
Sjælland	Ja	0(0)	13,6	14,0	13,4
Syddanmark	Ja	0(0)	11,9	13,9	15,6
Midtjylland	Ja	0(0)	9,8	10,1	10,4
Nordjylland	Ja	0(0)	6,1	10,6	11,7

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

**Datagrundlag og metode.** Data fra Cancer registeret over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft (indikator 7a og 7b). Opgørelsen på regionsniveau er baseret på bopælsregion. Aldersfordelingen i den danske kvindelige befolkning er hentet i Statistikbanken.dk. Indikator 7a og 7b er tidsforskudt et år tilbage, fordi Cancerregisterets validering af data ikke muliggør senere data. Opgørelsen er ikke begrænset til populationen i screeningsprogrammet (23-64 år), men omfatter alle tilfælde af ny-diagnosticeret livmoderhalskræft.

## Resultater af indikatoranalysen for indikator 7a og 7b

I 2021 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 275 på landsplan ifølge data fra Cancerregisteret. Dermed er standarden på højst 350 tilfælde pr år opfyldt og ligger lidt lavere end foregående år (hhv. 309 og 363). I årets rapport anvendes Cancerregisteret som kilde til opgørelsen idet komplementheden af Cancerregisteret vurderes meget høj.

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft var i 2021 på landsplan 9,7 pr. 100.000 kvinder og således er indikatorstandarden ligeledes opfyldt for indikator 7b. Regionalt set varierer incidensen i aktuelle år pr. 100.000 indbyggere fra 6,1 (Region Nordjylland) til 13,6 (Region Sjælland). Incidensen vurderes på landsplan nedadgående over tid (se trendgraf på næste side).

Under supplerende opgørelser ses fordelingen af cancer stadier for livmoderhalskræft. Data er hentet fra Dansk Gynækologisk Cancerdatabase, hvorfor det totale antal cancer tilfælde, der indgår er lidt lavere end i indikator 7. Det ses at ca. 55% af cancer tilfældene udgøres af stadie I uden nedvækst eller spredning i 2021.

## Diskussion og implikationer

Antallet af livmoderhalskræft tilfælde er faldet i Danmark og det på trods af at tilslutningen til screeningsprogrammet har været lidt faldende. Hvis tilslutning til screeningsprogrammet falder, vil der dog gå noget tid før man kan forvente en stigning i antallet livmoderhalskræft tilfælde. På den anden side er opfølgningen efter svære celleforandringer blevet bedre, og det må forventes at kunne mindske forekomsten af livmoderhalskræft. Tiltag med selvopsamlede prøver kan måske have nået grupper, der ikke tidligere er screenet, og det må forventes at have en gavnlig effekt på tilfælde af livmoderhalskræft.

HPV vaccinen kan muligvis også have en betydning for faldet i antal tilfælde af livmoderhalskræft. Børnevaccinationsprogrammet har inkluderet HPV vaccination af piger siden 2009 og drenge siden 2019. Der har også været catch-up programmer af piger og drenge, som var lidt for gamle til at blive inkluderet i børnevaccinationsprogrammet, og der har også været en større frivillig vaccination af ældre kvinder og kvinder i risikogruppe (fx efter konus). Deltagelse i screening må dog antages at være en væsentlig faktor for at komme endnu længere ned i nye tilfælde af livmoderhalskræft.

De regionale forskelle i nye tilfælde af livmoderhalskræft kan i nogen grad skyldes tilfældige udsving pga de små tal, hvilket særligt gælder antallene for Region Nordjylland. Dog ser det ud til at Regions Sjællands resultat stagnerer, mens der for øvrige regioner synes at kunne observeres et fald, og det kan være tegn på at regionale forskelle i dækningsgrad af screening og evt. vaccinationstilslutning har en effekt på den observerede incidens af livmoderhalskræft i regionerne. Sammenhængen er dog ikke undersøgt i denne rapport.

På tal for stadietildeling af livmoderhalskræft inden for de sidste 3 år kunne det tyde på en stigende tendens til flere stadium IIIc kræft tilfælde. Dette skyldes formentligt overgangen til FIGO 2018 stadietildelingen som introducerede stadium IIIc, hvor der er involvering af lymfeknuder. Forinden var stadietildelingen baseret på størrelse og udbredelse af primærtumor. I 2019 var 0,6% af cancerne klassificeret som stadium IIIc sammenlignet med 17% i 2021. Umiddelbart kræver det flere års opfølgning efter den nye FIGO klassifikation for at kunne observere om stadiefordelingen ændres over tid.

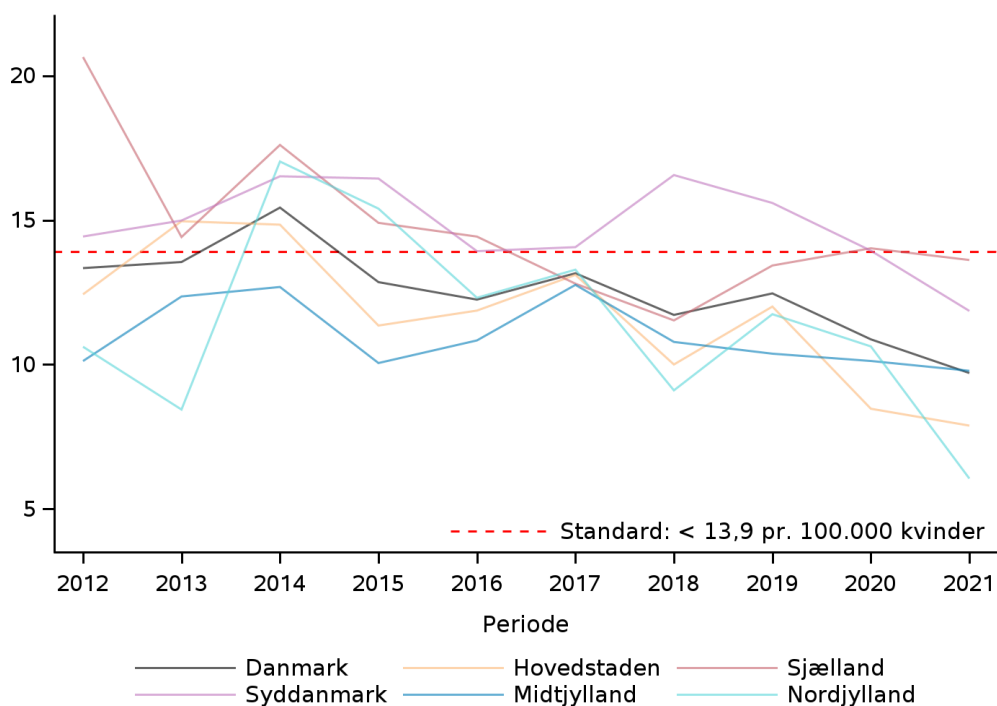
## Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler, at den enkelte patologiafdeling foretager lokal audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra

2012 vedrørende screening for livmoderhalskræft. Det anbefales endvidere, at man anvender den anbefalede kodepraksis. Målet er at få opgjort antal tilfælde af livmoderhalskræft i forhold til om kvinderne har fulgt screeningsprogrammet eller ej. Det anbefales, at de fem regionale styregrupper monitorerer auditresultaterne og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits. På længere sigt vil målet være at sænke indikatorstandarden, dels ved at der med forskellige tiltag i de 5 regioner arbejdes på at øge screeningsdeltagelsen, dels ved at øge tilslutningen til HPV-vaccination.

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

Aldersstandardiseret incidensrate



## 4. Supplerende opgørelser

### Indikatorområde 1: Kapacitet

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

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Antal	2021 Antal	2020 Antal
<b>Danmark</b>		0(0)	193.636	195.191	283.114
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	67.626	70.824	106.032
<b>Sjælland</b>		0(0)	21.941	21.903	34.050
<b>Syddanmark</b>		0(0)	38.007	37.443	44.681
<b>Midtjylland</b>		0(0)	48.158	48.079	73.451
<b>Nordjylland</b>		0(0)	17.904	16.942	24.900
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	67.626	70.824	106.032
Hvidovre		0(0)	67.626	70.824	106.032
<b>Sjælland</b>		0(0)	21.941	21.903	34.050
Næstved		0(0)	21.941	21.903	34.050
<b>Syddanmark</b>		0(0)	38.007	37.443	44.681
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	11.867	11.900	21.047
Vejle		0(0)	26.140	25.543	23.634
<b>Midtjylland</b>		0(0)	48.158	48.079	73.451
Randers		0(0)	48.158	48.079	73.451
<b>Nordjylland</b>		0(0)	17.904	16.942	24.900
Aalborg		0(0)	17.904	16.942	24.900

<sup>1</sup> Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2021 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

**Metode:** Inkluderet SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper. Indikator 1a er afgrænset til cytologi undersøgte prøver, udelukkende

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

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Antal	2021 Antal	2020 Antal
<b>Danmark</b>		0(0)	130.151	127.839	35.064
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	45.477	47.984	13.126
<b>Sjælland</b>		0(0)	17.259	16.189	2.874
<b>Syddanmark</b>		0(0)	25.268	23.622	13.065
<b>Midtjylland</b>		0(0)	29.828	28.303	4.322
<b>Nordjylland</b>		0(0)	12.319	11.741	1.677
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	45.477	47.984	13.126
Hvidovre		0(0)	45.477	47.984	13.126
<b>Sjælland</b>		0(0)	17.259	16.189	2.874
Næstved		0(0)	17.259	16.189	2.874
<b>Syddanmark</b>		0(0)	25.268	23.622	13.065
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	10.323	9.795	971
Vejle		0(0)	14.945	13.827	12.094
<b>Midtjylland</b>		0(0)	29.828	28.303	4.322
Randers		0(0)	29.828	28.303	4.322
<b>Nordjylland</b>		0(0)	12.319	11.741	1.677
Aalborg		0(0)	12.319	11.741	1.677

<sup>1</sup> Blandt patologiafdelinger der analyserede celleprøver i 2021 jf. ovenstående tabel er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

**Metode:** Inkluderet SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper. Indikator 1b er afgrænset til HPV undersøgte prøver, udelukkende

**Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til de, der er både cytologi- og HPV-undersøgte**

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	antal	01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020
	opfyldt	(%)	Antal		Antal	Antal
<b>Danmark</b>		0(0)	46.513		42.636	31.639
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	12.307		11.691	6.844
<b>Sjælland</b>		0(0)	6.186		4.949	3.876
<b>Syddanmark</b>		0(0)	8.246		7.507	7.645
<b>Midtjylland</b>		0(0)	13.048		12.031	6.072
<b>Nordjylland</b>		0(0)	6.726		6.458	7.202
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	12.307		11.691	6.844
Hvidovre		0(0)	12.307		11.691	6.844
<b>Sjælland</b>		0(0)	6.186		4.949	3.876
Næstved		0(0)	6.186		4.949	3.876
<b>Syddanmark</b>		0(0)	8.246		7.507	7.645
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	4.674		3.562	2.605
Vejle		0(0)	3.572		3.945	5.040
<b>Midtjylland</b>		0(0)	13.048		12.031	6.072
Randers		0(0)	13.048		12.031	6.072
<b>Nordjylland</b>		0(0)	6.726		6.458	7.202
Aalborg		0(0)	6.726		6.458	7.202

**Metode:** Inkluderet SNOMED-koderne T8X2\*\* eller T8X3\*\* (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper. Indikator 1c er afgrænset til de kvinder, der har både en cytologi og en HPV undersøgt prøve

**Indikator 1d: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til selvopsamlede prøver**

	Standard opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2022 - 31.12.2022 Antal
<b>Danmark</b>		0(0)	7.912
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	5.926
<b>Midtjylland</b>		0(0)	1.986
<b>Hovedstaden</b>		0(0)	5.926
Hvidovre		0(0)	5.926
<b>Midtjylland</b>		0(0)	1.986
Randers		0(0)	1.986

**Metode:** Inkluderet SNOMED-koderne T8X010 selvopsamlede prøver

Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1d er afgrænset til de kvinder, der har foretaget en selvopsamlet prøve, udelukkende



## Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologifdeling

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Antal	2021 Antal	2020 Antal
<b>Danmark</b>		0(0)	7.458	8.036	8.393
<b>Sjælland</b>		0(0)	2.977	3.131	3.230
<b>Syddanmark</b>		0(0)	4.061	4.278	4.622
<b>Midtjylland</b>		0(0)	147	300	291
<b>Nordjylland</b>		0(0)	273	327	250
<b>Sjælland</b>		0(0)	2.977	3.131	3.230
Næstved		0(0)	2.977	3.131	3.230
<b>Syddanmark</b>		0(0)	4.061	4.278	4.622
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	996	829	836
Vejle		0(0)	3.065	3.449	3.786
<b>Midtjylland</b>		0(0)	147	300	291
Randers		0(0)	147	300	291
<b>Nordjylland</b>		0(0)	273	327	250
Aalborg		0(0)	273	327	250

**Metode:** Inkluderet SNOMED-koderne T8X320 og T8X321 endocytobrush

Indikator område 1 har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1e er afgrænset til de kvinder, der har foretaget endocytobrush. Disse prøver er ekskluderet fra hovedindikator 1, men medtages her for at vise overblik over ekskluderede prøver, som ikke betragtes som screeningsprøver, men som led i opfølgning.

*Det bemærkes at Region Hovedstaden ikke er inkluderet i tabellen, idet der ikke er kodet med de inkluderede koder for endocytobrush. Region Hovedstaden oplyser af de i 2021 havde 1644 endocytobrushprøver og i 2022 havde 1861 endocytobrushprøver. Fra marts 2023 er regionen gået over til at anvende den korrekte T-kode nemlig T8X320 Cytologi, endocervix.*

**Tabel 1f. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder i 2022**

	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Danmark</b>	12	0,0	560	0,5	1.038	0,9	669	0,6	2.760	2,4	26	0,0	245	0,2	106.794	94,2	1.192	1,1	69	0,1	113.365
<b>Hovedstaden</b>	#	0,0	226	0,6	220	0,6	322	0,9	974	2,6	3	0,0	150	0,4	35.137	94,4	204	0,5	#	0,0	37.239
<b>Sjælland</b>	#	0,0	83	0,6	392	2,7	73	0,5	535	3,7	5	0,0	39	0,3	13.116	91,2	137	1,0	3	0,0	14.385
<b>Syddanmark</b>	#	0,0	62	0,2	158	0,6	109	0,4	364	1,4	3	0,0	35	0,1	24.439	95,7	357	1,4	#	0,0	25.530
<b>Midtjylland</b>	0	0,0	136	0,5	148	0,6	127	0,5	749	2,9	12	0,0	16	0,1	24.059	93,7	368	1,4	63	0,2	25.678
<b>Nordjylland</b>	7	0,1	53	0,5	120	1,1	38	0,4	138	1,3	3	0,0	5	0,0	10.043	95,3	126	1,2	0	0,0	10.533

**Tabel 1f og 1h er afgrænset til at omhandle kun cytologi screenede og 1g og 1j kun HPV screenede. Følgende morfologi koder indgår i tabellerne angående diagnosefordeling:**

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

Tabel 1g. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige hpv-screenede kvinder i 2022

	HPV negative				HPV positive																Uegnet		I alt		
	I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Andre		I alt				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N		
<b>Danmark</b>	104.846	90,5	10.647	9,2	7	0,1	534	5,0	737	6,9	566	5,3	1.139	10,7	23	0,2	116	1,1	6.994	65,7	582	5,5	265	0,2	115.809
<b>Hovedstaden</b>	38.305	90,5	3.988	9,4	0	0,0	207	5,2	178	4,5	259	6,5	368	9,2	#	0,1	61	1,5	2.408	60,4	515	12,9	29	0,1	42.332
<b>Sjælland</b>	13.782	90,6	1.356	8,9	0	0,0	81	6,0	232	17,1	55	4,1	140	10,3	12	0,9	23	1,7	814	60,0	12	0,9	54	0,4	15.205
<b>Syddanmark</b>	18.918	90,9	1.826	8,8	4	0,2	51	2,8	103	5,6	65	3,6	186	10,2	0	0,0	13	0,7	1.407	77,1	7	0,4	53	0,3	20.807
<b>Midtjylland</b>	23.938	90,0	2.558	9,6	0	0,0	155	6,1	143	5,6	141	5,5	328	12,8	6	0,2	15	0,6	1.749	68,4	33	1,3	101	0,4	26.609
<b>Nordjylland</b>	9.903	91,2	919	8,5	3	0,3	40	4,4	81	8,8	46	5,0	117	12,7	3	0,3	4	0,4	616	67,0	15	1,6	28	0,3	10.856

Tabel 1h. Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder i 2022

	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
<b>Danmark</b>	0	0,0	347	0,5	1.714	2,5	495	0,7	2.485	3,6	0	0,0	94	0,1	62.817	91,5	726	1,1	4	0,0	68.682
<b>Hovedstaden</b>	0	0,0	172	0,7	563	2,2	279	1,1	760	3,0	0	0,0	75	0,3	23.650	92,2	148	0,6	0	0,0	25.647
<b>Sjælland</b>	0	0,0	27	0,4	373	6,1	26	0,4	326	5,4	0	0,0	6	0,1	5.265	86,4	70	1,1	0	0,0	6.093
<b>Syddanmark</b>	0	0,0	25	0,2	206	1,7	67	0,5	313	2,5	0	0,0	8	0,1	11.479	93,2	222	1,8	#	0,0	12.321
<b>Midtjylland</b>	0	0,0	90	0,5	314	1,8	80	0,5	812	4,7	0	0,0	3	0,0	15.976	91,5	180	1,0	3	0,0	17.458
<b>Nordjylland</b>	0	0,0	33	0,5	258	3,6	43	0,6	274	3,8	0	0,0	#	0,0	6.447	90,0	106	1,5	0	0,0	7.163

Tabel 1j. Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige hpv-screenede kvinder i 2022

	HPV negative				HPV positive												Uegnet		I alt N						
	I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal			Andre					
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%				
<b>Danmark</b>	22.394	93,7	1.471	6,2	#	0,1	53	3,6	72	4,9	48	3,3	120	8,2	0	0,0	5	0,3	955	64,9	217	14,8	42	0,2	23.908
<b>Hovedstaden</b>	6.894	93,0	508	6,9	0	0,0	15	3,0	18	3,5	13	2,6	32	6,3	0	0,0	#	0,2	224	44,1	205	40,4	7	0,1	7.409
<b>Sjælland</b>	3.534	93,8	224	5,9	0	0,0	11	4,9	30	13,4	6	2,7	20	8,9	0	0,0	#	0,4	153	68,3	4	1,8	9	0,2	3.768
<b>Syddanmark</b>	4.847	94,0	305	5,9	0	0,0	7	2,3	9	3,0	13	4,3	22	7,2	0	0,0	#	0,7	250	82,0	#	0,7	6	0,1	5.158
<b>Midtjylland</b>	4.785	94,0	289	5,7	0	0,0	14	4,8	9	3,1	12	4,2	30	10,4	0	0,0	#	0,3	217	75,1	6	2,1	16	0,3	5.090
<b>Nordjylland</b>	2.334	94,0	145	5,8	#	1,4	6	4,1	6	4,1	4	2,8	16	11,0	0	0,0	0	0,0	111	76,6	0	0,0	4	0,2	2.483

## Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 50%			01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	122.058 / 366.947	0 (0)	33,3	(33,1-33,4)	30,0	36,0
<b>Hovedstaden</b>	Nej	38.183 / 126.048	0 (0)	30,3	(30,0-30,5)	27,9	32,3
<b>Sjælland</b>	Nej	16.788 / 50.268	0 (0)	33,4	(33,0-33,8)	30,0	36,0
<b>Syddanmark</b>	Nej	24.741 / 71.591	0 (0)	34,6	(34,2-34,9)	31,3	38,1
<b>Midtjylland</b>	Nej	30.557 / 85.466	0 (0)	35,8	(35,4-36,1)	30,9	37,4
<b>Nordjylland</b>	Nej	11.789 / 33.574	0 (0)	35,1	(34,6-35,6)	32,8	40,2

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 40%			01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	58.420 / 238.832	0 (0)	24,5	(24,3-24,6)	23,9	27,0
<b>Hovedstaden</b>	Nej	20.459 / 85.984	0 (0)	23,8	(23,5-24,1)	22,9	25,3
<b>Sjælland</b>	Nej	7.480 / 32.359	0 (0)	23,1	(22,7-23,6)	22,5	25,6
<b>Syddanmark</b>	Nej	11.183 / 45.696	0 (0)	24,5	(24,1-24,9)	24,8	28,1
<b>Midtjylland</b>	Nej	14.049 / 53.549	0 (0)	26,2	(25,9-26,6)	25,3	29,0
<b>Nordjylland</b>	Nej	5.249 / 21.244	0 (0)	24,7	(24,1-25,3)	24,5	26,8

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 20%			01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	27.953 / 174.307	0 (0)	16,0	(15,9-16,2)	15,5	16,3
<b>Hovedstaden</b>	Nej	10.252 / 63.644	0 (0)	16,1	(15,8-16,4)	15,3	16,4
<b>Sjælland</b>	Nej	3.527 / 24.056	0 (0)	14,7	(14,2-15,1)	14,9	15,8
<b>Syddanmark</b>	Nej	5.402 / 33.501	0 (0)	16,1	(15,7-16,5)	16,0	16,2
<b>Midtjylland</b>	Nej	6.461 / 38.117	0 (0)	17,0	(16,6-17,3)	16,3	16,8
<b>Nordjylland</b>	Nej	2.311 / 14.989	0 (0)	15,4	(14,8-16,0)	14,5	15,4

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

	Alder	Tæller/ naevner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2021 - 31.12.2021	95% CI	2020	2019
			Andel		Andel	Andel
<b>Danmark</b>	23-64	222.168 / 366.947	60,5	(60,4-60,7)	60,2	62,1
	23-24	18.494 / 34.916	53,0	(52,4-53,5)	53,5	53,9
	25-29	31.354 / 58.640	53,5	(53,1-53,9)	52,6	52,8
	30-34	25.788 / 45.713	56,4	(56,0-56,9)	56,3	57,8
	35-39	27.609 / 44.463	62,1	(61,6-62,5)	61,8	64,0
	40-44	30.304 / 46.752	64,8	(64,4-65,3)	64,6	67,3
	45-49	35.099 / 52.413	67,0	(66,6-67,4)	66,2	68,4
	50-54	16.939 / 26.558	63,8	(63,2-64,4)	63,6	63,2
	55-59	18.011 / 28.006	64,3	(63,8-64,9)	64,1	65,0
	60-64	18.570 / 29.486	63,0	(62,4-63,5)	62,3	67,0
<b>Hovedstaden</b>	23-64	73.838 / 126.048	58,6	(58,3-58,9)	58,5	59,2
	23-24	6.727 / 13.411	50,2	(49,3-51,0)	51,1	49,7
	25-29	12.153 / 22.996	52,8	(52,2-53,5)	52,0	51,8
	30-34	9.846 / 17.833	55,2	(54,5-55,9)	56,0	56,7
	35-39	9.749 / 15.981	61,0	(60,2-61,8)	60,8	63,2
	40-44	10.160 / 15.954	63,7	(62,9-64,4)	64,2	65,9
	45-49	11.041 / 16.911	65,3	(64,6-66,0)	65,1	66,6
	50-54	4.919 / 7.831	62,8	(61,7-63,9)	60,9	58,5
	55-59	5.090 / 8.246	61,7	(60,7-62,8)	61,9	60,9
	60-64	4.153 / 6.885	60,3	(59,2-61,5)	57,9	61,2
<b>Sjælland</b>	23-64	29.716 / 50.268	59,1	(58,7-59,5)	59,4	61,2
	23-24	1.599 / 3.347	47,8	(46,1-49,5)	46,8	50,0
	25-29	2.891 / 6.271	46,1	(44,9-47,3)	46,2	46,3
	30-34	2.923 / 5.562	52,6	(51,2-53,9)	53,1	54,0
	35-39	3.673 / 6.159	59,6	(58,4-60,9)	61,1	62,8
	40-44	4.391 / 6.890	63,7	(62,6-64,9)	63,5	68,1
	45-49	5.552 / 8.455	65,7	(64,7-66,7)	66,9	68,6
	50-54	2.700 / 4.272	63,2	(61,8-64,6)	63,1	63,9
	55-59	3.098 / 4.925	62,9	(61,6-64,3)	63,7	63,7
	60-64	2.889 / 4.387	65,9	(64,5-67,3)	66,4	67,8
<b>Syddanmark</b>	23-64	43.657 / 71.591	61,0	(60,6-61,3)	61,6	64,0
	23-24	3.239 / 6.263	51,7	(50,5-53,0)	52,2	55,1
	25-29	5.538 / 10.706	51,7	(50,8-52,7)	52,8	54,0
	30-34	4.838 / 8.598	56,3	(55,2-57,3)	56,9	58,2
	35-39	5.341 / 8.657	61,7	(60,7-62,7)	61,9	64,8
	40-44	6.108 / 9.385	65,1	(64,1-66,0)	65,7	68,7

Alder	Tæller/ naevner	Aktuelle år		Tidligere år	
		01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
		Andel	95% CI	Andel	Andel
45-49	7.493 / 11.002	68,1	(67,2-69,0)	68,1	70,2
50-54	3.782 / 5.906	64,0	(62,8-65,3)	65,9	66,6
55-59	4.235 / 6.437	65,8	(64,6-67,0)	66,6	67,4
60-64	3.083 / 4.637	66,5	(65,1-67,8)	66,8	70,5
<b>Midtjylland</b>					
23-64	54.218 / 85.466	63,4	(63,1-63,8)	61,9	64,1
23-24	4.927 / 8.542	57,7	(56,6-58,7)	58,4	57,4
25-29	7.857 / 13.483	58,3	(57,4-59,1)	55,5	54,3
30-34	5.880 / 9.750	60,3	(59,3-61,3)	57,8	59,3
35-39	6.375 / 9.669	65,9	(65,0-66,9)	64,0	65,3
40-44	6.881 / 10.219	67,3	(66,4-68,2)	65,5	68,4
45-49	7.794 / 11.193	69,6	(68,8-70,5)	66,2	69,7
50-54	3.959 / 5.980	66,2	(65,0-67,4)	65,6	65,0
55-59	3.980 / 5.971	66,7	(65,5-67,9)	64,7	68,4
60-64	6.565 / 10.659	61,6	(60,7-62,5)	61,6	67,0
<b>Nordjylland</b>					
23-64	20.739 / 33.574	61,8	(61,3-62,3)	60,8	64,2
23-24	2.002 / 3.353	59,7	(58,0-61,4)	58,8	62,4
25-29	2.915 / 5.184	56,2	(54,9-57,6)	55,1	58,7
30-34	2.301 / 3.970	58,0	(56,4-59,5)	57,4	62,5
35-39	2.471 / 3.997	61,8	(60,3-63,3)	60,4	64,0
40-44	2.764 / 4.304	64,2	(62,8-65,7)	63,3	65,7
45-49	3.219 / 4.852	66,3	(65,0-67,7)	64,5	67,1
50-54	1.579 / 2.569	61,5	(59,6-63,3)	62,8	64,8
55-59	1.608 / 2.427	66,3	(64,4-68,1)	64,5	65,3
60-64	1.880 / 2.918	64,4	(62,7-66,2)	63,6	70,0



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

		Tæller/ nævner	Andel	2017-2022 95% CI
Danmark	I alt	1.008.541 / 1.360.594	74,1	(74,1-74,2)
Hovedstaden	I alt	352.013 / 462.522	76,1	(76,0-76,2)
	Albertslund	4.362 / 6.187	70,5	(69,4-71,6)
	Allerød	4.839 / 6.111	79,2	(78,2-80,2)
	Ballerup	8.718 / 11.682	74,6	(73,8-75,4)
	Bornholm	6.165 / 8.682	71,0	(70,1-72,0)
	Brøndby	5.684 / 8.536	66,6	(65,6-67,6)
	Christiansø	15 / 27	55,6	(36,8-74,3)
	Dragør	2.505 / 3.336	75,1	(73,6-76,6)
	Egedal	8.328 / 10.955	76,0	(75,2-76,8)
	Fredensborg	7.188 / 9.757	73,7	(72,8-74,5)
	Frederiksberg	21.314 / 26.325	81,0	(80,5-81,4)
	Frederikssund	7.536 / 10.736	70,2	(69,3-71,1)
	Furesø	7.292 / 9.693	75,2	(74,4-76,1)
	Gentofte	14.009 / 18.134	77,3	(76,6-77,9)
	Gladsaxe	12.560 / 16.590	75,7	(75,1-76,4)
	Glostrup	4.100 / 5.658	72,5	(71,3-73,6)
	Gribskov	6.494 / 9.389	69,2	(68,2-70,1)
	Halsnæs	4.850 / 7.156	67,8	(66,7-68,9)
	Helsingør	10.971 / 14.573	75,3	(74,6-76,0)
	Herlev	5.061 / 6.834	74,1	(73,0-75,1)
	Hillerød	9.468 / 12.857	73,6	(72,9-74,4)
	Hvidovre	9.335 / 12.640	73,9	(73,1-74,6)
	Høje-Taastrup	8.564 / 12.849	66,7	(65,8-67,5)
Hørsholm	4.272 / 5.575	76,6	(75,5-77,7)	
Ishøj	3.565 / 5.539	64,4	(63,1-65,6)	
København	136.804 / 172.004	79,5	(79,3-79,7)	
Lyngby-Taarbæk	10.222 / 13.325	76,7	(76,0-77,4)	
Rudersdal	9.925 / 12.845	77,3	(76,5-78,0)	
Rødovre	7.355 / 10.405	70,7	(69,8-71,6)	
Tårnby	7.794 / 10.286	75,8	(74,9-76,6)	
Vallensbæk	2.733 / 3.836	71,2	(69,8-72,7)	
Sjælland	I alt	134.017 / 192.009	69,8	(69,6-70,0)
	Faxe	5.597 / 8.434	66,4	(65,4-67,4)
	Greve	8.612 / 12.021	71,6	(70,8-72,4)
	Guldborgsund	8.858 / 13.159	67,3	(66,5-68,1)
	Holbæk	11.730 / 16.891	69,4	(68,8-70,1)
	Kalundborg	6.999 / 10.815	64,7	(63,8-65,6)
	Køge	10.651 / 14.484	73,5	(72,8-74,3)

		Tæller/ nævner	2017-2022	
			Andel	95% CI
	Lejre	4.656 / 6.632	70,2	(69,1-71,3)
	Lolland	5.408 / 8.444	64,0	(63,0-65,1)
	Næstved	13.606 / 19.070	71,3	(70,7-72,0)
	Odsherred	4.430 / 6.927	64,0	(62,8-65,1)
	Ringsted	5.927 / 8.410	70,5	(69,5-71,5)
	Roskilde	15.787 / 20.909	75,5	(74,9-76,1)
	Slagelse	12.559 / 17.968	69,9	(69,2-70,6)
	Solrød	4.196 / 5.578	75,2	(74,1-76,4)
	Sorø	4.878 / 7.022	69,5	(68,4-70,5)
	Stevns	3.505 / 5.393	65,0	(63,7-66,3)
	Vordingborg	6.618 / 9.852	67,2	(66,2-68,1)
Syddanmark	I alt	199.987 / 274.185	72,9	(72,8-73,1)
	Aabenraa	8.896 / 12.816	69,4	(68,6-70,2)
	Assens	6.596 / 9.221	71,5	(70,6-72,5)
	Billund	4.280 / 5.890	72,7	(71,5-73,8)
	Esbjerg	18.984 / 25.322	75,0	(74,4-75,5)
	Faaborg-Midtfyn	8.214 / 11.776	69,8	(68,9-70,6)
	Fanø	464 / 698	66,5	(63,0-70,0)
	Fredericia	8.519 / 11.727	72,6	(71,8-73,5)
	Haderslev	8.742 / 11.759	74,3	(73,6-75,1)
	Kerteminde	3.765 / 5.431	69,3	(68,1-70,6)
	Kolding	16.089 / 21.492	74,9	(74,3-75,4)
	Langeland	1.584 / 2.493	63,5	(61,6-65,4)
	Middelfart	6.775 / 9.052	74,8	(74,0-75,7)
	Nordfyns	4.716 / 6.781	69,5	(68,5-70,6)
	Nyborg	5.037 / 7.202	69,9	(68,9-71,0)
	Odense	35.200 / 45.979	76,6	(76,2-76,9)
	Svendborg	9.478 / 13.289	71,3	(70,6-72,1)
	Sønderborg	11.651 / 16.134	72,2	(71,5-72,9)
	Tønder	5.400 / 7.847	68,8	(67,8-69,8)
	Varde	7.690 / 10.866	70,8	(69,9-71,6)
	Vejen	6.650 / 9.198	72,3	(71,4-73,2)
	Vejle	20.537 / 27.982	73,4	(72,9-73,9)
	Ærø	720 / 1.230	58,5	(55,8-61,3)
Midtjylland	I alt	227.509 / 302.787	75,1	(75,0-75,3)
	Aarhus	63.592 / 79.946	79,5	(79,3-79,8)
	Favrskov	8.715 / 11.277	77,3	(76,5-78,1)
	Hedensted	7.601 / 10.841	70,1	(69,3-71,0)
	Herning	14.989 / 19.691	76,1	(75,5-76,7)
	Holstebro	9.739 / 12.862	75,7	(75,0-76,5)
	Horsens	15.819 / 21.752	72,7	(72,1-73,3)

		Tæller/ nævner	2017-2022	
			Andel	95% CI
	Ikast-Brande	6.784 / 9.363	72,5	(71,6-73,4)
	Lemvig	2.836 / 4.027	70,4	(69,0-71,8)
	Norddjurs	5.355 / 7.958	67,3	(66,3-68,3)
	Odder	3.909 / 5.341	73,2	(72,0-74,4)
	Randers	16.319 / 22.689	71,9	(71,3-72,5)
	Ringkøbing-Skjern	8.490 / 11.871	71,5	(70,7-72,3)
	Samsø	447 / 805	55,5	(52,1-59,0)
	Silkeborg	17.351 / 23.126	75,0	(74,5-75,6)
	Skanderborg	11.909 / 15.313	77,8	(77,1-78,4)
	Skive	7.038 / 9.718	72,4	(71,5-73,3)
	Struer	3.157 / 4.306	73,3	(72,0-74,6)
	Syddjurs	7.079 / 9.922	71,3	(70,5-72,2)
	Viborg	16.380 / 21.979	74,5	(73,9-75,1)
Nordjylland	I alt	94.999 / 129.214	73,5	(73,3-73,8)
	Aalborg	36.814 / 48.112	76,5	(76,1-76,9)
	Brønderslev	5.899 / 8.166	72,2	(71,3-73,2)
	Frederikshavn	8.923 / 12.433	71,8	(71,0-72,6)
	Hjørring	10.173 / 13.979	72,8	(72,0-73,5)
	Jammerbugt	5.958 / 8.430	70,7	(69,7-71,6)
	Læsø	236 / 353	66,9	(61,9-71,8)
	Mariagerfjord	6.725 / 9.371	71,8	(70,9-72,7)
	Morsø	2.859 / 4.122	69,4	(68,0-70,8)
	Rebild	5.416 / 7.081	76,5	(75,5-77,5)
	Thisted	6.518 / 9.170	71,1	(70,2-72,0)
	Vesthimmerlands	5.478 / 7.997	68,5	(67,5-69,5)

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

	Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Aktuel periode 2017-2022*		Tidligere perioder 2016-2021** 2015-2020***	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	27-64	1.008.541 / 1.360.594	74,1	(74,1-74,2)	75,4	76,1
	27-29****	84.302 / 121.739	69,2	(69,0-69,5)	70,7	70,3
	30-34	139.029 / 191.796	72,5	(72,3-72,7)	73,5	73,8
	35-39	124.539 / 168.052	74,1	(73,9-74,3)	75,8	76,4
	40-44	127.141 / 168.823	75,3	(75,1-75,5)	77,1	77,8
	45-49	140.573 / 183.399	76,6	(76,5-76,8)	77,6	79,2
	50-54	123.942 / 180.728	68,6	(68,4-68,8)	69,5	70,5
	55-59	147.336 / 187.574	78,5	(78,4-78,7)	79,9	80,9
	60-64	121.679 / 158.483	76,8	(76,6-77,0)	77,7	78,3
Hovedstaden	27-64	352.013 / 462.522	76,1	(76,0-76,2)	77,4	78,0
	27-29	34.156 / 48.785	70,0	(69,6-70,4)	71,5	71,2
	30-34	55.797 / 73.829	75,6	(75,3-75,9)	77,3	77,2
	35-39	47.012 / 61.078	77,0	(76,6-77,3)	79,1	79,3
	40-44	44.877 / 58.165	77,2	(76,8-77,5)	78,7	79,9
	45-49	47.266 / 60.618	78,0	(77,6-78,3)	78,7	80,4
	50-54	40.067 / 56.952	70,4	(70,0-70,7)	71,5	72,1
	55-59	46.550 / 57.440	81,0	(80,7-81,4)	82,1	82,9
	60-64	36.288 / 45.655	79,5	(79,1-79,9)	79,5	80,2
Sjælland	27-64	134.017 / 192.009	69,8	(69,6-70,0)	71,0	72,2
	27-29	7.466 / 12.756	58,5	(57,7-59,4)	59,0	59,1
	30-34	14.222 / 22.721	62,6	(62,0-63,2)	63,1	63,8
	35-39	14.920 / 22.041	67,7	(67,1-68,3)	69,4	70,4
	40-44	16.909 / 23.464	72,1	(71,5-72,6)	73,6	74,2
	45-49	20.498 / 27.574	74,3	(73,8-74,9)	75,9	77,8
	50-54	18.777 / 28.150	66,7	(66,2-67,3)	67,2	68,7
	55-59	22.511 / 29.888	75,3	(74,8-75,8)	77,0	78,2
	60-64	18.714 / 25.415	73,6	(73,1-74,2)	74,8	76,0
Syddanmark	27-64	199.987 / 274.185	72,9	(72,8-73,1)	74,3	75,4
	27-29	14.318 / 21.628	66,2	(65,6-66,8)	68,5	69,0
	30-34	24.638 / 35.402	69,6	(69,1-70,1)	70,3	71,7
	35-39	23.421 / 32.594	71,9	(71,4-72,3)	73,5	74,6
	40-44	24.944 / 33.769	73,9	(73,4-74,3)	76,1	77,0
	45-49	28.543 / 37.535	76,0	(75,6-76,5)	77,2	79,1
	50-54	25.946 / 38.032	68,2	(67,8-68,7)	68,4	70,2
	55-59	31.411 / 40.240	78,1	(77,7-78,5)	79,5	80,8
	60-64	26.766 / 34.985	76,5	(76,1-77,0)	77,9	77,8
Midtjylland	27-64	227.509 / 302.787	75,1	(75,0-75,3)	76,1	76,3
	27-29	20.381 / 27.674	73,6	(73,1-74,2)	74,7	72,9

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder	
		Andel	95% CI	2016-2021** Andel	2015-2020*** Andel
30-34	31.527 / 42.486	74,2	(73,8-74,6)	74,7	74,3
35-39	28.127 / 37.185	75,6	(75,2-76,1)	76,6	76,8
40-44	28.914 / 37.839	76,4	(76,0-76,8)	78,2	78,0
45-49	31.609 / 40.687	77,7	(77,3-78,1)	78,0	79,1
50-54	27.625 / 40.384	68,4	(68,0-68,9)	69,4	70,0
55-59	32.285 / 41.182	78,4	(78,0-78,8)	79,7	80,3
60-64	27.041 / 35.350	76,5	(76,1-76,9)	77,4	78,0
Nordjylland					
27-64	94.999 / 129.214	73,5	(73,3-73,8)	75,2	76,2
27-29	7.981 / 10.896	73,2	(72,4-74,1)	74,6	75,0
30-34	12.844 / 17.358	74,0	(73,3-74,6)	74,8	75,6
35-39	11.056 / 15.154	73,0	(72,3-73,7)	74,8	76,5
40-44	11.496 / 15.586	73,8	(73,1-74,4)	75,7	76,3
45-49	12.653 / 16.987	74,5	(73,8-75,1)	76,3	77,8
50-54	11.527 / 17.218	66,9	(66,2-67,7)	68,7	70,1
55-59	14.574 / 18.852	77,3	(76,7-77,9)	79,2	80,3
60-64	12.868 / 17.163	75,0	(74,3-75,6)	76,7	77,6

\*Aktuel periode: Juli 2019 til december 2022 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2017 til december 2022 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

\*\*Tidligere periode: Juli 2018 til december 2021 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2016 til december 2021 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

\*\*\*Tidligere periode: Juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

\*\*\*\*Estimatet for den yngste aldersgruppe inkluderer kvinder, som er mindst 27 år i slutningen af tidsperioden og deres screeningsdeltagelse i tidsintervallet. Man inviteres først til screening, når man fylder 23 år, og der kigges på screening i et 3,5 års interval bagud i tid fra 27-års alderen.

**Indikator 2b3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 27-64 år, hvor hysterektomier *ikke* er ekskluderet\***

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuel periode 2017-2022		Tidligere perioder	
	≥ 85 % opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2016-2021 Andel	2015-2020 Andel
	<b>Danmark</b>	Nej		1.008.541 / 1.433.292	0 (0)	70,4	(70,3-70,4)
<b>Hovedstaden</b>	Nej	352.013 / 480.166	0 (0)	73,3	(73,2-73,4)	74,4	74,9
<b>Sjælland</b>	Nej	134.017 / 204.481	0 (0)	65,5	(65,3-65,7)	66,6	67,5
<b>Syddanmark</b>	Nej	199.987 / 291.666	0 (0)	68,6	(68,4-68,7)	69,7	70,6
<b>Midtjylland</b>	Nej	227.509 / 319.727	0 (0)	71,2	(71,0-71,3)	71,9	71,9
<b>Nordjylland</b>	Nej	94.999 / 137.252	0 (0)	69,2	(69,0-69,5)	70,6	71,5

\*Kvinder som tidligere har gennemgået hysterektomi indgår i denne tabel. Tabellen er et supplement som udelukkende har det formål at dækningsgraden af screeningsprogrammet kan sammenlignes med internationale tal, hvor hysterektomi som regel ikke er ekskluderet.

**Tabel 2c. Antal kvinder som var frmeldt screeningsprogrammet pr. december 2022, fordelt på alder og årsag til frmelding**

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>23-29</b>	I alt	1.423	100,0	322	100,0	794	100,0	585	100,0	381	100,0	3.505	100,0
	Andet	21	1,5	17	5,3	9	1,1	#	0,2	10	2,6	58	1,7
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	64	4,5	38	11,8	117	14,7	87	14,9	52	13,6	358	10,2
	Jeg er gravid	21	1,5	#	0,6	7	0,9	3	0,5	16	4,2	49	1,4
	Jeg springer over denne gang	226	15,9	21	6,5	91	11,5	73	12,5	43	11,3	454	13,0
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	46	3,2	#	0,3	15	1,9	19	3,2	19	5,0	100	2,9
	Udrejst	#	0,1	#	0,3	#	0,1	.	.	.	.	4	0,1
	Ukendt adressat	166	11,7	16	5,0	33	4,2	24	4,1	20	5,2	259	7,4
	Ønsker ikke at deltage	877	61,6	225	69,9	521	65,6	378	64,6	221	58,0	2.222	63,4
	Ønsker ikke at deltage (frmelding for altid)	.	.	#	0,3	.	.	.	.	.	.	#	0,0
<b>30-49</b>	I alt	7.231	100,0	5.849	100,0	8.986	100,0	7.473	100,0	3.502	100,0	33.041	100,0
	Andet	21	0,3	31	0,5	4	0,0	5	0,1	19	0,5	80	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.610	77,6	5.263	90,0	7.838	87,2	6.548	87,6	2.934	83,8	28.193	85,3
	Jeg er gravid	26	0,4	6	0,1	4	0,0	7	0,1	#	0,1	45	0,1
	Jeg springer over denne gang	240	3,3	38	0,6	93	1,0	76	1,0	58	1,7	505	1,5
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	50	0,7	4	0,1	22	0,2	19	0,3	7	0,2	102	0,3
	Udrejst	3	0,0	.	.	#	0,0	.	.	#	0,0	5	0,0
	Ukendt adressat	193	2,7	52	0,9	52	0,6	38	0,5	27	0,8	362	1,1
	Ønsker ikke at deltage	1.088	15,0	455	7,8	971	10,8	780	10,4	454	13,0	3.748	11,3
	Ønsker ikke at deltage (frmelding for altid)	.	.	.	.	#	0,0	.	.	.	.	#	0,0
<b>50-64</b>	I alt	8.175	100,0	15.172	100,0	12.855	100,0	6.926	100,0	3.704	100,0	46.832	100,0
	Andet	29	0,4	38	0,3	9	0,1	7	0,1	25	0,7	108	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.803	71,0	13.781	90,8	10.250	79,7	4.962	71,6	2.422	65,4	37.218	79,5
	Jeg springer over denne gang	320	3,9	97	0,6	209	1,6	185	2,7	100	2,7	911	1,9
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	20	0,2	14	0,1	14	0,1	23	0,3	#	0,1	73	0,2
	Ukendt adressat	54	0,7	34	0,2	23	0,2	8	0,1	10	0,3	129	0,3
	Ønsker ikke at deltage	1.948	23,8	1.208	8,0	2.350	18,3	1.741	25,1	1.145	30,9	8.392	17,9
	Ønsker ikke at deltage (frmelding for altid)	#	0,0	.	.	.	.	.	.	.	.	#	0,0
<b>I alt</b>	I alt	16.829	100,0	21.343	100,0	22.635	100,0	14.984	100,0	7.587	100,0	83.378	100,0
	Andet	71	0,4	86	0,4	22	0,1	13	0,1	54	0,7	246	0,3

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	11.477	68,2	19.082	89,4	18.205	80,4	11.597	77,4	5.408	71,3	65.769	78,9
	Jeg er gravid	47	0,3	8	0,0	11	0,0	10	0,1	18	0,2	94	0,1
	Jeg springer over denne gang	786	4,7	156	0,7	393	1,7	334	2,2	201	2,6	1.870	2,2
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	116	0,7	19	0,1	51	0,2	61	0,4	28	0,4	275	0,3
	Udrejst	5	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	#	0,0	9	0,0
	Ukendt adressat	413	2,5	102	0,5	108	0,5	70	0,5	57	0,8	750	0,9
	Ønsker ikke at deltage	3.913	23,3	1.888	8,8	3.842	17,0	2.899	19,3	1.820	24,0	14.362	17,2
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	.	.	3	0,0



## Indikatorområde 5: HPV test

Tabel 5a1. Fordelingen af positive HPV prøver i alderen 60-64 år for 2022

	HPV		HPV type	
	HPV 16	HPV 18	other	ikke defineret
<b>Danmark</b>	155	54	618	60
<b>Hovedstaden</b>	44	13	142	60
<b>Sjælland</b>	30	16	107	.
<b>Syddanmark</b>	36	9	143	.
<b>Midtjylland</b>	29	12	157	.
<b>Nordjylland</b>	16	4	69	.
<b>Hovedstaden</b>	44	13	142	60
Hvidovre	44	13	142	60
<b>Sjælland</b>	30	16	107	.
Næstved	30	16	107	.
<b>Syddanmark</b>	36	9	143	.
Esbjerg/Aaben raa	15	#	66	.
Vejle	21	7	77	.
<b>Midtjylland</b>	29	12	157	.
Randers	29	12	157	.
<b>Nordjylland</b>	16	4	69	.
Aalborg	16	4	69	.

Summen af positive HPV-prøver kan være højere i denne tabel end i Tabel 5a, idet én celleprøve kan indeholde flere HPV typer.

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

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekulære HPV test i cervix-screening i DK i 2022

Region	Prøvetagningsmedie, cytologi-diagnostik	HPV triage ved cytologi screening	HPV screening 30-59 år	1. cytologi efter konus	HPV screening 60-64 år	Kommentar
<b>Nordjylland -Ålborg</b>	SurePath	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	Overgået til BD Onclarity HPV DNA test pr. 1.2.2020, tidligere Roche Cobas
<b>Midtjylland -Randers</b>	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	
<b>Syddanmark -Vejle -Esbjerg -Åbenraa</b>	<b>Vejle:</b> ThinPrep med imaging guided screening ved mikroskopi af cytologien  <b>Esbjerg og Åbenraa *:</b> SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	<b>Vejle:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Esbjerg:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Åbenraa:</b> Roche cobas HPV DNA test	<b>Vejle:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Esbjerg:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Åbenraa:</b> Roche cobas HPV DNA test	<b>Vejle:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Esbjerg:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Åbenraa:</b> Roche cobas HPV DNA test	<b>Vejle:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Esbjerg:</b> Roche cobas HPV DNA test  <b>Åbenraa:</b> Roche cobas HPV DNA test	*Prøver fra Esbjerg og Åbenraa modtages og nummereres fra 15.9.16 i Esbjerg hvor prøverne præpares og indskannes. Mikroskopi og HPV test foregår fortsat på begge afdelinger
<b>Sjælland -Roskilde/Næstved</b>	<b>Næstved:</b> SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	1.2.21 erstattes Roche Cobas 4800 med Roche Cobas 6800
<b>Hovedstaden -Hvidovre</b>	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	

Der anvendes aktuelt 2 forskellige HPV-tests i DK: Roche Cobas 4800/6800, BD Onclarity

## Indikatorområde 6: Opfølgning

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.12.2020 - 30.11.2021		2019/20	2018/19
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>		44 / 5.749	0 (0)	0,8	(0,6-1,0)	1,1	1,1
<b>Hovedstaden</b>		17 / 2.607	0 (0)	0,7	(0,4-1,0)	1,3	1,4
<b>Sjælland</b>		5 / 495	0 (0)	1,0	(0,3-2,3)	1,7	2,0
<b>Syddanmark</b>		8 / 557	0 (0)	1,4	(0,6-2,8)	0,8	0,5
<b>Midtjylland</b>		8 / 1.494	0 (0)	0,5	(0,2-1,1)	0,6	0,8
<b>Nordjylland</b>		6 / 596	0 (0)	1,0	(0,4-2,2)	0,8	0,6

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

	Standard ≤2% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.12.2020 - 30.11.2021		2019/20	2018/19
				Andel	95% CI	Andel	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	234 / 5.749	0 (0)	4,1	(3,6-4,6)	4,6	4,1
<b>Hovedstaden</b>	Nej	110 / 2.607	0 (0)	4,2	(3,5-5,1)	4,9	4,2
<b>Sjælland</b>	Nej	20 / 495	0 (0)	4,0	(2,5-6,2)	5,4	5,1
<b>Syddanmark</b>	Nej	30 / 557	0 (0)	5,4	(3,7-7,6)	5,2	4,2
<b>Midtjylland</b>	Nej	54 / 1.494	0 (0)	3,6	(2,7-4,7)	3,7	3,8
<b>Nordjylland</b>	Nej	20 / 596	0 (0)	3,4	(2,1-5,1)	4,3	3,5

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

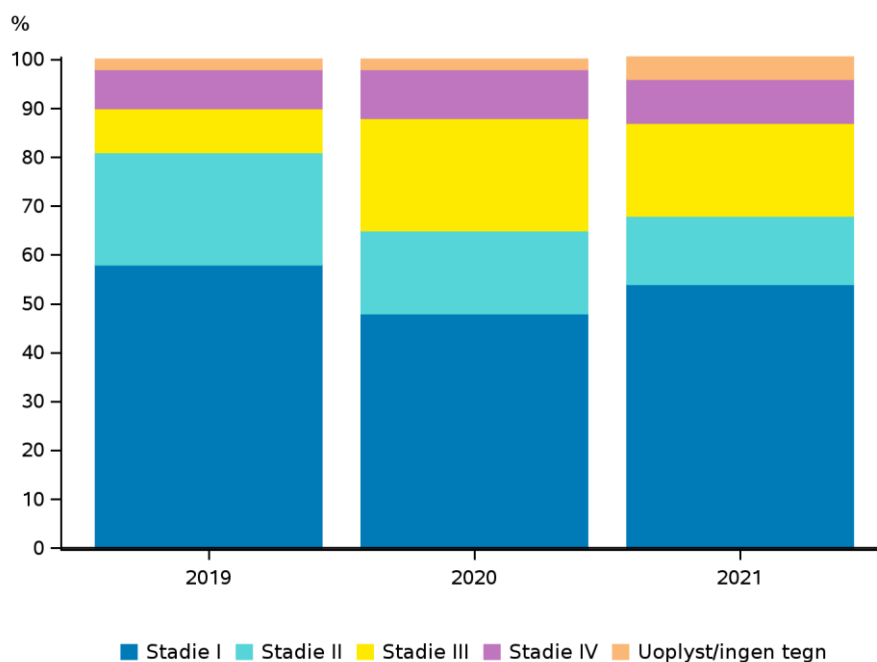
	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.12.2020 - 30.11.2021		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2019/20 Andel	2018/19 Andel
<b>Danmark</b>		750 / 19.904	0 (0)	3,8	(3,5-4,0)	4,4	5,1
<b>Hovedstaden</b>		224 / 7.478	0 (0)	3,0	(2,6-3,4)	3,8	4,3
<b>Sjælland</b>		153 / 2.454	0 (0)	6,2	(5,3-7,3)	6,1	9,6
<b>Syddanmark</b>		83 / 2.127	0 (0)	3,9	(3,1-4,8)	5,2	5,3
<b>Midtjylland</b>		182 / 5.500	0 (0)	3,3	(2,9-3,8)	4,2	3,9
<b>Nordjylland</b>		108 / 2.345	0 (0)	4,6	(3,8-5,5)	4,6	5,8

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.12.2020 - 30.11.2021		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2019/20 Andel	2018/19 Andel
<b>Danmark</b>		2.177 / 19.904	0 (0)	10,9	(10,5-11,4)	11,6	12,8
<b>Hovedstaden</b>		780 / 7.478	0 (0)	10,4	(9,7-11,1)	11,6	13,0
<b>Sjælland</b>		342 / 2.454	0 (0)	13,9	(12,6-15,4)	12,7	15,1
<b>Syddanmark</b>		239 / 2.127	0 (0)	11,2	(9,9-12,7)	11,5	10,9
<b>Midtjylland</b>		519 / 5.500	0 (0)	9,4	(8,7-10,2)	11,2	11,2
<b>Nordjylland</b>		297 / 2.345	0 (0)	12,7	(11,3-14,1)	11,8	14,3

## Indikatorområde 7. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

Graf 7c. Stadiefordeling for livmoderhalskræft



Tabel 7d. Stadiefordeling for livmoderhalskræft

	2021		2020		2019	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0. Ingen tegn på primærtumor	#	0,4				
Ia1: Invasionsdybde <= 3 mm	60	22,6	58	20,1	65	19,0
Ia2: Invasionsdybde > 3 mm men <= 5 mm	18	6,8	5	1,7	10	2,9
Ib1: Invasionsdybde >5 mm og tumorstørrelse <= 2 cm	33	12,5	37	12,8	108	31,5
Ib2: Tumorstørrelse > 2 cm men <= 4 cm	23	8,7	29	10,1	16	4,7
Ib3: Tumorstørrelse > 4 cm	8	3,0	10	3,5		
Ila1: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor <= 4 cm	3	1,1	0,3		4	1,2
Ila2: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor > 4 cm	#	0,4	#	0,7	5	1,5
Ilb: Udvækst i parametrie(r), tumor når ikke bækkenvægge(n)	33	12,5	45	15,6	70	20,4
Illa: Nedvækst i nederste 1/3 af vagina, tumor når ikke bækkenvægge(n)			#	0,7	3	0,9
IIlb: Udvækst til bækkenvægge(n) og/eller hydronefrose eller udslukt nyre	5	1,9	15	5,2	25	7,3
IIlc1: Metastase(r) til pelvine lymfeknuder	40	15,1	34	11,8	2	0,6
IIlc2: Metastase(r) til paraaortale lymfeknuder	5	1,9	15	5,2		
IVa: Tumorvækst udover pelvis eller invasion af omkringliggende organer	5	1,9	3	1,0	12	3,5
IVb: Fjernmetastaser	19	7,2	27	9,4	17	5,0
Stadie uoplyst	11	4,2	5	1,7	6	1,7
<b>I alt</b>	<b>265</b>	<b>100,0</b>	<b>288</b>	<b>100,0</b>	<b>343</b>	<b>100,0</b>

## 5. Opgørelse af keglesnit

Nedenstående opgørelser er medtaget som oplæg til nyt indikatorområde vedrørende opfølgning og konus. Det ses i den øverste tabel, at der i 2022 er udført 5313 keglesnitsoperationer på landsplan, og hvorledes disse fordeler sig på regioner. Den nederste tabel angiver diagnoser i forbindelse med konus.

### Antal konus i alt

	2022		2021		2020	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	5.313	100,0	5.027	100,0	5.050	100,0
Hovedstaden	1.762	33,2	1.723	34,3	1.690	33,5
Sjælland	681	12,8	681	13,5	565	11,2
Syddanmark	944	17,8	996	19,8	1.193	23,6
Midtjylland	1.417	26,7	1.053	20,9	1.065	21,1
Nordjylland	509	9,6	574	11,4	537	10,6

**Metode.** Følgende T-koder indgår: T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Rekvisitioner af samme materiale er ekskluderet (p30750).

### Antal konus fordelt på M-diagnosekoder

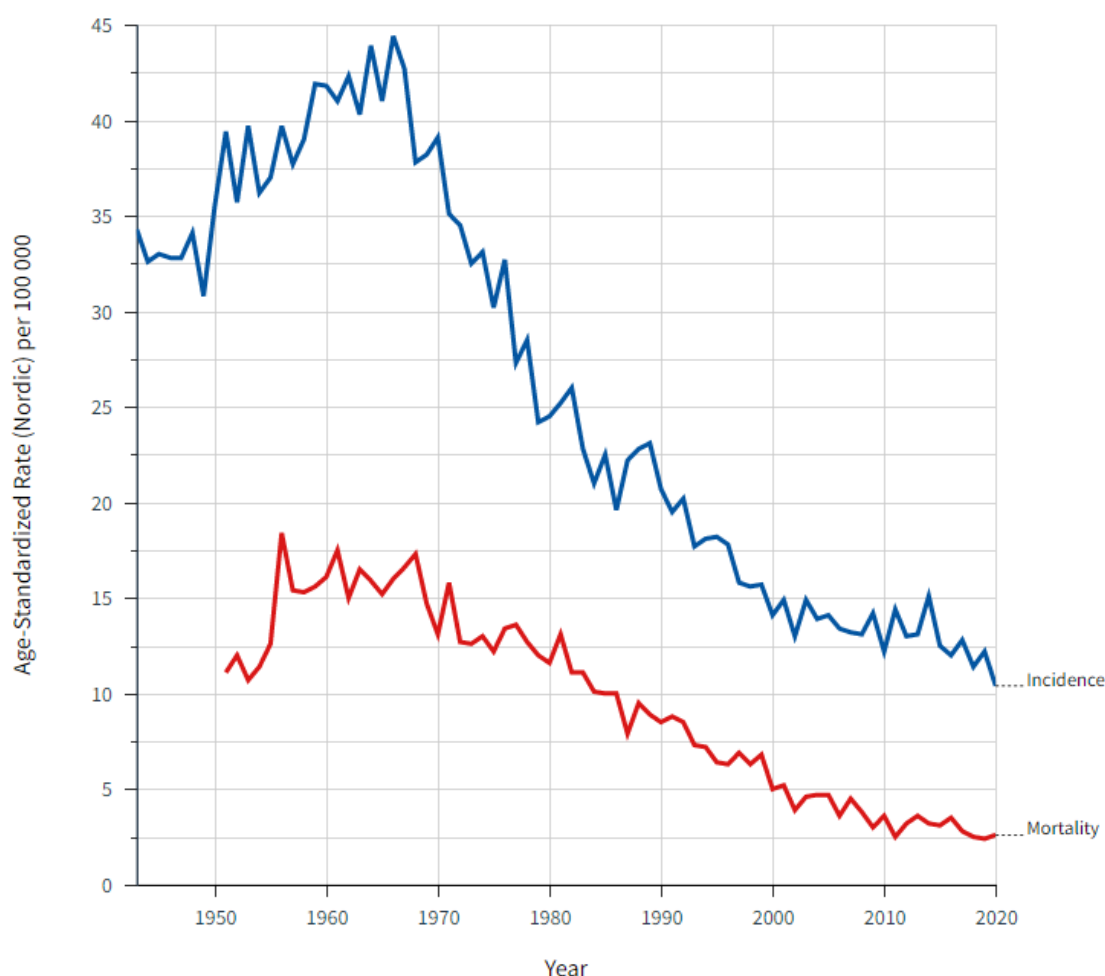
	2022		2021		2020	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
CIN 1	320	6,0	281	5,6	303	6,0
CIN 2	798	15,0	752	15,0	809	16,0
CIN 3	2.483	46,7	2.318	46,1	2.279	45,1
Ugraderbar CIN	193	3,6	192	3,8	150	3,0
Karcinom	192	3,6	143	2,8	127	2,5
Andet/normal	1.327	25,0	1.341	26,7	1.382	27,4
I alt	5.313	100,0	5.027	100,0	5.050	100,0

**Metode.** Følgende M-koder indgår: M74AK9 (CIN 1), M74BK9 (CIN 2), M807A2 (CIN 3), M740K9 (ugraderbar CIN), M-koderne for karcinomer ( M80011 M80015 M8010X M8070X M8140X, M8\_\_\_3 og M9\_\_\_3), øvrige M-koder.

## 6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Som det fremgår af Figur 1 har indførelsen af screening for livmoderhalskræft i Danmark fra midten af 1960'erne medført et kraftigt fald i såvel nye årlige tilfælde som i dødelighed. Siden 2000 har nedgangen dog været beskednen, men de seneste par år ser det ud til at der igen er en synlig nedadgående trend i incidensen. Ifølge Nordcan var incidensen i 2020 10,4 pr 100.000 og dødeligheden var 2,6 pr 100.000.

Figur 1. Aldersstandiseret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft i Danmark indtil 2020 <sup>1</sup>.



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

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne, men først i 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger vedrørende livmoderhalskræft, hvor alle kvinder i aldersgruppen 23-59 år på landsplan

<sup>1</sup> Nordcan 2021. Larønningen S, Ferlay J, Bray F, Engholm G, Ervik M, Gulbrandsen J, Hansen HL, Hansen HM, Johannesen TB, Kristensen S, Kristiansen MF, Lam F, Laversanne M, Miettinen J, Mørch LS, Ólafsdóttir E, Óskarsson O, Pejicic S, Petterson D, Skog A, Skovlund CW, Tian H, Toorell N, Virtanen A, Aagnes B, Storm HH (2021). NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.1 - 27.09.21. Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway. Available from: <https://nordcan.iarc.fr/>, downloadet 2/05/2023.

skulle inviteres til en screeningsundersøgelse hvert tredje år. Dette var først implementeret endeligt i hele landet i 2006, og i september 2007 udsendte Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger vedrørende forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft, der var en gennemgribende revision af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger fra 1986. Anbefalingerne fra 2007 medførte bl.a. etablering af en national styregruppe, der i regi af Danske Regioner skulle gennemføre en landsdækkende kvalitetsmonitorering af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Samtidigt etableredes fem regionale styregrupper som bindeled mellem den nationale styregruppe og de regionale aktører i screeningsprogrammet, som er de lokale administratorer, screeningsafdelinger og lægerne i praksissektoren. Anbefalingerne er senest opdateret i 2018.

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

DKLS' kvalitetsindikatorer omfatter aktuelt emnerne kapacitet, deltagelse og dækningsgrad, svartid, HPV-test, opfølgning, og nye tilfælde af livmoderhalskræft. Alle data vedrørende de nuværende kvalitetsindikatorer opsamles direkte via nationale registre (Patologidatabanken, CPR-registeret, Cancerregisteret og Dansk Gynækologisk Cancerdatabase), hvilket betyder at opgørelse af kvaliteten på området ikke har ført til en øget registreringsbyrde.

En af de væsentligste opgaver for den nationale styregruppe for DKLS er at udvikle og vedligeholde de kliniske kvalitetsindikatorer for monitoreringen og medvirke til at sikre, at screeningsprogrammet gennemføres efter ensartede principper og med en høj kvalitet. Den nationale styregruppe skal derfor understøtte de regioner/screeningsafdelinger, der har signifikant afvigende indikatorresultater, i at undersøge, om der foreligger en kvalitetsbrist. Målgruppen for DKLS Årsrapporten er regionale politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale, der er ansvarlige for tilrettelæggelse og gennemførelse af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i det danske sundhedsvæsen – herunder de praktiserende læger, som varetager prøvetagning og opfølgning af abnorme prøvesvar, samt de screeningsafdelinger, hvor celleprøverne undersøges. Årsrapporter på området skal medvirke til, at alle involverede parter år for år kan følge udviklingen vedrørende screening for livmoderhalskræft i den enkelte screeningsafdeling, region og på landsplan, samt dokumentere, om der over tid fortsat sker en forbedring af screeningens kvalitet og effekt i Danmark, hvor indikatorsættet er den fælles reference med hensyn til, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger efterleves og opfyldes i praksis.

En væsentlig ændring i Sundhedsstyrelsens nyeste retningslinjer<sup>2</sup> er en anbefaling om en differentieret, kontrolleret implementering af HPV-baseret screening, som koordineres af den nationale styregruppe for livmoderhalskræftscreening (NSLS). Det anbefales at den allerede etablerede monitorering i DKLS videreføres, og at styregruppen for DKLS i samarbejde med NSLS løbende erstatter eller supplerer det nuværende indikatorsæt med henblik på kvalitetssikring af anvendelse af HPV-tests.

---

<sup>2</sup> Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, maj 2018



## 7. Datagrundlag og metode

Årsrapporten er helt overvejende baseret på data fra Landsregisteret for Patologi (LRP). Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2022 og indeholder de relevante data fra LRP. Data fra Indkaldemodulet er hentet via Patobanks webside med udtræk februar 2022.

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

Oplysningerne fra Patobank opdateres dagligt ved overførsel af data fra både patologi-afdelingernes og de privatpraktiserende patologers patologisystemer. Det betyder, at alle celleprøver fra livmoderhalsen løbende registreres i Patobanken. Det giver en registreringsprocent tæt på 100 i Patobanken samt en dækningsgrad i DKLS databasen på næsten 100 %, idet der kan være manglende registreringer på grund af fejl i indberetningerne. Validiteten af data sikres ved, at alle indberetninger til Patobanken vedrørende patientdata undersøges for systematiske fejl. Desuden kontrolleres det, at alle prøver er kodet med mindst én T-kode for topografi og én M-kode for morfologi. Indberetninger med fejl eller mangler returneres til afsender med henblik på fornyet indberetning.

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

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

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

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

Celleprøver, der er registreret i Patologidatabanken, stammer fra kvinder, som (1) indbydes og deltager i screeningsprogrammet, (2) får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) og (3) får taget en celleprøve som kontrol efter behandling for forstadier til livmoderhalskræft. Indikatorer samt standarder er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018 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.

## 8. Styregruppens medlemmer

- Overlæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden (formand for styregruppen)
- Overlæge Marianne Waldstrøm, Region Midtjylland
- Professor, ledende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Afdelingslæge Anna Poulsgaard Frandsen, Region Nordjylland
- Afdelingslæge Rouzbeh Salmani, Region Sjælland
- Bioanalytiker Susanne Nielsen, Dansk Cytologiforening
- Overlæge Kirsten Jochumsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Speciallæge i almen medicin Kirubakaran Balasubramaniam, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Overlæge Jeppe Bennekou Schroll, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Cheflæge, Doris Schledermann, Region Syddanmark (tiltrådt pr. 1 juli 2022)
- Patientrepræsentant, Maja Ulrikka Bruun Laustsen
- Kontaktperson Mette Høyrup (vikar for Ane Birgitte Telén Andersen), Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP, og RKKP repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midtjylland
- Biostatistiker Petra Hall Viborg, Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP.
- Klinisk epidemiolog, PhD. Else Helene Ibfelt, Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP.

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

## Appendiks I. Ordliste og forkortelser

**Adenokarcinom** – Kræft udgået fra cylinderepitel

**Adenocarcinoma in situ** – Forstadie til adenokarcinom

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

**ASCUS / ASCH / AGC / AIS** – se forkortelseslisten

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

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

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

**Autolyse** – Nedbrydning af celler ved deres egne enzymer

**Automatiseret screening** – Præscreening vha. computer

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

**Biopsi** – Vævsprøve

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

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

**Cervixcytologisk undersøgelse** – En undersøgelse af celler fra livmoderhalsen

**CIN-klassifikation** – Klassifikation af forstadier til livmoderhalskræft

**Cylinderepitel** – Cylinderformede celler, der beklæder slimhindeoverflade

**Cytobioanalytiker** – Bioanalytiker med kompetence i cellediagnostik

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

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

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

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

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

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

**Endocervikale celler** – Cylinderepitelceller fra livmoderhalsens kanal

**Ektocervix** – Overfladen uden på livmoderhalsen

**Endocervix** – Overfladen i livmoderhalskanalen

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

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

**Fiksering** – Metode til at bevare celle- eller vævsstrukturer

**Fikseringsvæske** – Væske til bevaring af celler eller væv

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

**Histologi** – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning

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

**Hysterektomi / total hysterektomi** – Fjernelse af hele livmoderen

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

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

**Inflammation** – Betændelse

**Karcinom** – Kræft udgået fra epitel

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

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

**Kolposkopi** – Kikkertundersøgelse af skeden og den synlige del af livmoderhalsen

**Mikroskopi** – undersøgelse af celler eller væv i mikroskop

**Negativ diagnose** – Prøver besvaret som normale

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

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

**Onkogen** – Gen, hvis produkt kan transformere celler til cancerceller

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

**Opportunistisk screening** – Celleprøver taget uden for det organiserede screeningsprogram

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

**Persisterende** – Kronisk, vedvarende

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

**Planocellulært karcinom** – Kræft, der udgår fra flerlaget pladeepitel

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

**Positiv diagnose** – Prøver besvaret som abnorme

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

**Prospektiv** – Fremadskuende

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

**Retrospektiv** – Bagudskuende

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

**Screeningspopulation** – Den målgruppe i befolkningen der tilbydes en given screening

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

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

**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 i relation til risikotiden (summen af tid, hvor personerne var i risiko for at få sygdommen første gang). Ved standardisering tages der højde for forskelle i f.eks. alderssammensætningen.

**Transformationszonen** – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel

**Triage** – sortering og prioritering af patienter i sundhedssektoren

**Udstrykningsteknik (UST)** – Celleprøve fra livmoderhalsen primært udstrøget på objektglas

**Vagina** – Latin for skeden

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

## Forkortelser

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

## Appendiks II. Indikatoroversigt og metode

På de følgende sider ses oversigt for hvert indikatorområde og de enkelte indikatorer, som opgøres af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening, inklusiv uddybende beskrivelse og metodeforklaring for hver indikator.

Indikatorområde: Kapacitet				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<b>Indikator 1.</b> Samlet antal celleprøver på landsplan (struktursmål)	<p><b>Beskrivelse:</b> Antallet af celleprøver pr. patologiafdeling bør opgøres årligt, da Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til de undersøgende patologiafdelinger er minimum 25.000 celleprøver årligt – jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018.</p> <p><b>Metode:</b> Data dækker et årligt tidsinterval, og proceduredatoen anvendes til at fastlægge tidsvinduet. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år), men dækker alle prøver. Celleprøver (opgøres som antal): T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 (Cervikal-/vaginalcytologisk materiale). Patobanks dokumentation af cervical cytology eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321</p>	≥25.000	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<b>Indikator 2a.</b> Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening (procesmål)	<p><b>Beskrivelse:</b> Indikatoren måler kvaliteten af invitationsproceduren i forhold til deltagelse. Der ønskes en monitorering af den omkostningstunge invitationsprocedure, især vedrørende den 2. geninvitation. Hidtidige erfaringer i Danmark har vist effekt af 2. geninvitation og dermed positiv effekt på screeningsprogrammets deltagerprocent.</p> <p>Det skal sikres, at kvinder ikke unødigt inviteres til screening, da for hyppige screeningsintervaller kan resultere i overdiagnostik og dermed overbehandling af kvinderne.</p> <p><b>Metode</b></p> <p><u>Nævner:</u> kvinder, der er inviteret til screening i den foregående 1-års periode således at der sikres follow-up tid (3 mdr. fra invitation til 1. geninvitation + 3 mdr. fra 1. geninvitation til 2. geninvitation og derefter 6 mdr.) for alle inviterede kvinder. Der ekskluderes kvinder registreret med hysterektomi før eller op til et år efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110).</p> <p><u>Tæller:</u> kvinder der efter invitations- eller geninvitationsdato er registeret med en prøve inden for hvert tidsinterval T8X2** eller T8X3** og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver T8X010</p>	≥75 %	Patologidatabanken Indkaldemodul  Landsregisteret for Patologi  Landspatientregisteret	National Regionalt Kommunalt

	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<b>Indikator 2b.</b> Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad) (effekt mål)	<p><b>Beskrivelse:</b> 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). Indikatoren afspejler ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode. Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge screeningsprogrammets effektivitet.</p> <p><b>Metode</b>  <u>Nævner:</u> Udtræk fra CPR, der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet. Der ekskluderes kvinder registreret med hysterektomi før eller op til et år efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110).  <u>Tæller:</u> Kvinder med minimum én celleprøve fra livmoderhalsen T8X2** eller T8X3** eller selvopsamlede prøve T8X010 og MATTYP 23) inden for de seneste 42 hhv. 66 måneder. (prøven medtælles i den aldersgruppe som kvinden befinder sig i i opfølgelsesperioden, og ikke i den aldersgruppe kvinden tilhørte på prøvetagningstidspunktet).</p>	≥85 %	Danmarks Statistik  Landsregisteret for Patologi  CPR registret  Landspatientregisteret	Nationalt Regionalt Kommunalt
	<b>Indikatorbeskrivelse</b>	<b>Standard</b>	<b>Datakilder</b>	<b>Rapporteringsniveau</b>
<b>Indikator 3</b>	<b>Udgået</b>			

Indikatorområde: Svartid				
<p><b>Indikator 4.</b> Andelen af celleprøver hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen (procesmål)</p>	<p><b>Beskrivelse:</b> Antal hverdage, der går fra celleprøven modtages på patologiafdelingen til undersøgelsesvaret afsendes til prøvetager. Svartiden bør ikke overskride 10 hverdage jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p><b>Metode:</b> <u>Nævner:</u> <u>Indikator 4:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, i aldersintervallet 23-64 <u>Indikator 4a1:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, aldersintervallet 23-59. Kontrolprøver er ekskluderet. Cytologiscreening gælder kvinder i aldersintervallet 23-29 år, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (undtagen Vejle som sorterer på kommuner) de kvinder, der har en lige fødselsdato. v_folkeund = 2 eller 6. <u>Indikator 4a2:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, aldersintervallet 30-64. Kontrolprøver er ekskluderet. HPV-screenet er kvinder i aldersintervallet 60-64, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (undtagen Vejle som sorterer på kommuner) de kvinder, der har en ulige fødselsdato. v_folkeund = 1, 7, 8 eller 9.</p> <p><u>Tæller:</u> Svartid ligger ≤10 hverdage fra modtagedatoen på patologiafdelingen (Svartid opgøres ved tid fra modtagedato til svar dato. Modtagedatoen defineres som dag 0 og første arbejdsdag = 1. hverdag efter modtagedatoen (Helligdage fraregnet).</p>	≥95 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikatorområde: HPV-test				
Indikatorbeskrivelse		Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p><b>Indikator 5a.</b> Andelen af positive HPV prøver blandt kvinder i alderen 60-64 år (procesmål)</p>	<p><b>Beskrivelse:</b> Det antal HPV-test der er positive blandt alle HPV-test foretaget i denne aldersgruppe hos kvinder, der har modtaget en invitation. HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder i alderen 60-64 år jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvis HPV ikke påvises, ophører screening.</p> <p><b>Metode:</b> <u>Nævner:</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 for kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation. <u>Tæller:</u> Positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')</p>	-	Landsregisteret for Patologi  Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling



<p><b>Indikator 5b.</b> Andelen af 30-59 årige kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, hvor HPV-testen er positiv</p>	<p><b>Beskrivelse:</b> HPV positiv test blandt kvinder, som har fået påvist ASCUS på cytologisk screeningsprøve.</p> <p><b>Metode:</b> <u>Nævner.</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32. Der er ekskluderet prøver fra kontrol forløb. Der ekskluderes prøver hvor der op til 2 år tidligere er konstateret en cervix histologisk forandring, og prøver hvor der op til 1½ år tidligere er taget en cervix cytologisk prøve. Der foreligger ASCUS diagnose (M67014, M69700, M69711, M72125, M73005, M73225), og supplerende HPV test er foretaget (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år og folkeund = 2 eller 6 (cytologi screenet). Uegnet HPV test ekskluderes: M09003 og M0901H</p> <p><u>Tæller.</u> positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A', 'Æ3340B' og 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')</p>	<p>-</p>	<p>Landsregis- teret for Patologi</p>	<p>National Regionalt Patologiafdeling</p>
<p><b>Indikatorområde: Opfølgning</b></p>				
		<p><b>Standard</b></p>	<p><b>Datakilder</b></p>	<p><b>Rapporterings-niveau</b></p>
<p><b>Indikator 6:</b> Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage ud af alle celleprøver med svære celleforandringer.</p> <p>(effekt mål)</p>	<p><b>Beskrivelse:</b> Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC) skal jf. retningslinjerne følges op inden for 180 dage. Såfremt kvinder med svære celleforandringer ikke bliver fulgt op, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået.</p> <p><b>Metode:</b> Dataudtrækket dækker det mest nutidige 1-årige tidsinterval, der giver tilstrækkelig opfølgningstid (450 dage for alle prøver dvs. inkl. for uegnede og abnorme prøver). Henvi- sing til gynækolog defineres som en ny cervix cytologisk undersøgelse. Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgning- sproceduren for alle celleprøver med svære celle forandringer, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioderne.</p> <p><u>Nævner:</u> SNOMED-koder T8X2** eller T8X3** og M-kode for svære forandringer: M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80015, , M81402, M67010, M67020, M69712, M8__3, , M9__3, M740_9, M74C_9 og M74B_9. M8010X, M8070X, M8140X. Alle celleprøver skal have svære celleforandringer koblet med koder for anbefalet opfølgning: ÆAA00A, ÆAA00B, ÆAA00E, ÆAA001, ÆAA02, ÆAA003, ÆAA004, ÆAA005, ÆAA006, ÆAA007, ÆAA008, ÆAA009, ÆAA010, ÆAA015, ÆAA018, ÆAA021, ÆAA0X1, ÆAA0X7, ÆAA0Y1, ÆAA0Y2, ÆAA0Y3, ÆAA0Y4, eller ÆAAX15, Æ00135, ÆAA0X4, ÆAA0Y0, ÆAAX16</p> <p><u>Tæller:</u> Der foreligger ikke en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.</p>	<p>≤ 2%</p>	<p>Landsregi- steret for Patologi</p>	<p>Nationalt Regionalt</p>

<b>Indikatorområde: Antal tilfælde af livmoderhalskræft</b>				
	<b>Indikatorbeskrivelse</b>	<b>Standard</b>	<b>Datakilder</b>	<b>Rapporteringsniveau</b>
<b>Indikator 7a.</b> Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år (effekt mål)	<p><b>Beskrivelse:</b> Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft. Opgørelse af forekomsten af livmoderhalskræft kræver løbende registrering af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft.</p> <p><b>Metode:</b> Det årlige antal nye tilfælde hentes fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539</p>	<350	Cancer registeret Og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt
<b>Indikator 7b.</b> Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år (effekt mål)	<p><b>Beskrivelse:</b> Incidensraten anvendes til sammenligning på tværs af regioner og udvikling over tid. Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft</p> <p><b>Metode:</b> Baseres på data fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539. Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.</p>	<13,9 pr. 100.000 kvinder	Cancer registeret og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt

## 9. Regionale kommentarer

### **Region Hovedstaden**

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

### **Region Sjælland**

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

### **Region Syddanmark**

"\_"

### **Region Midtjylland**

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

### **Region Nordjylland**

"\_"



rkkp

regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram