Styregruppen for DKLS

Årsrapport DKLS 2009

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Forord

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

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne. I 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen de første anbefalinger vedrørende screening for livmoderhalskræft, men først i 2006 blev alle kvinder i aldersklassen 23-59 år på landsplan inviteret til en screeningsundersøgelse hvert tredje år.

Screeningen for livmoderhalskræft har i Danmark haft synlig effekt, idet det årlige antal af ny-diagnostiseret livmoderhalskræft er faldet fra 964 tilfælde i 1966, da forekomsten af sygdommen toppede, til 381 tilfælde i 2006.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Målgruppen for denne første DKLS Årsrapport 2009 er regionale politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale, der er ansvarlige for tilrettelæggelse og gennemførelse af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i det danske sundhedsvæsen – herunder de praktiserende læger, som varetager prøvetagning og opfølgning af abnorme prøvesvar samt de screeningsafdelinger, hvor celleprøverne undersøges.

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

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

Styregruppen for DKLS, november 2010

Carsten Rygaard
Formand for DKLS

Ledende overlæge
Patologiafdelingen
Hvidovre Hospital

STYREGRUPPENS SAMMENSÆTNING 1

SAMMENFATNING 2

DATAGRUNDLAG OG DATAKVALITET 8

INDIKATOROPGØRELSER 10

Indikator 1. Kapacitet 10

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure 14

Indikator 3. Prøvekvalitet 20

Indikator 4. Diagnostisk kvalitet 26

Indikator 5. Svartid 27

Indikator 6. HPV-test 31

Indikator 7. Dækningsgrad 33

Indikator 8. Opfølgning 35

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft 43

SUPPLERENDE ANALYSER 44

ORDLISTE 48

FORKORTELSESLISTE 51

REVISIONSPÅTEGNING 52

BILAG 53

Bilag 1. Indikatorbeskrivelse

Bilag 2. Indikator 2 opgjort på kommunalt niveau

Bilag 3. Indikator 7 opgjort på kommunalt niveau

Bilag 4. Styregruppens kommissorium

Styregruppens sammensætning

Styregruppen for DKLS 2010

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

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

Styregruppen for DKLS 2008 samt 2009

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

*Berit Hølund blev afløst af Doris Schledermann i marts 2009
**Lisbeth Kallestrup blev afløst af Berit Andersen i august 2009
***Karsten Nielsen blev afløst af Jette Christensen i marts 2009
****Connie Palle blev afløst af Erik Søgaard Andersen i august 2009

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

Sammenfatning

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

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

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

Indikator 1A

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

Anbefaling: At styregruppen overvejer, om indikatoren fremover kan forbedres ved at opgøre den oftere og med kortere tidsinterval, f.eks. én gang i kvartalet.

Indikator 1B

I 2009 var antallet af celleprøver i Danmark ca. 450.000. Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til screeningsafdelingerne er minimum 15.000 celleprøver årligt, som er et arbitrært antal, der bygger på princippet om, "at øvelse gør mester". Af de 16 afdelinger opfylder de 14 kravet om 15.000 prøver årligt med en variation i antallet fra 8.545 til 67.433 celleprøver. Det forventes, at alle patologiafdelinger, der deltager i screeningen, vil opfylde kravet om 15.000 prøver årligt i 2010.

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

Indikator 2

Deltagelsen i screeningsprogrammet er 66,3 % på landsplan for kvinder inviteret i tidsperioden 10-06-2008 til 09-06-2009, og ingen af de 5 regioner opfylder standarden på 75 %. Deltagelsen varierer på regionalt niveau fra 61,7 % til 70,9 %, ligesom der er stor variation fra kommune til kommune. Deltagerprocenten er således for lav, til trods for, at screeningsprogrammet udsender en geninvitation efter både 3 og 6 måneder, hvis kvinden ikke reagerer på invitationen. Opgørelser viser, at udsendelse af geninvitationer medfører en øget deltagerprocent.

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

Indikator 3

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

Anbefaling: At alle screeningsafdelinger anvender VBT og gennemgår deres egnethedskriterier samt kode- og registreringspraksis for at opfylde standarden på under 1,5 % uegnede celleprøver. Endvidere bør der sættes fokus på at forbedre prøvetagningen med henblik på at reducere andelen af uegnede celleprøver

Indikator 4

Screeningens diagnostiske kvalitet vurderes ud fra prøvens sensitivitet (evnen til at finde kvinder med celleforandringer, der kan føre til kræft) og prøvens specificitet (evnen til at finde de raske kvinder uden celleforandringer). Det har ikke været muligt at fremskaffe adækvat datamateriale til at opgøre denne indikator. Hvis indikatoren skulle opgøres på nuværende tidspunkt, ville datagrundlaget desuden dække en tidsperiode, der ligger forud for Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra for livmoderhalskræftscreening fra 2007. På denne baggrund er indikatoren udeladt af Årsrapporten 2009.

Anbefaling: Den nationale styregruppe skal fortsætte arbejdet med at fremskaffe datamateriale vedrørende den diagnostiske kvalitet med henblik på Årsrapporten for 2010

Indikator 5

På landsplan besvares 79,6 % af celleprøverne i løbet af 10 hverdage, hvor standarden er 95 %. Der er stor variation mellem regionerne fra 57,2 % til 98,1 %, idet kun en enkelt region opfylder målsætningen. På afdelingsniveau opfylder 7 ud af de 16 afdelinger standarden, idet der ses en variation fra 15,7 til 99,9 %. Forskellen mellem regionerne kan ikke forklares ved en forskellig struktur, og forskellene på afdelingsniveau er ikke afhængig af prøveantallet, men er snarere et spørgsmål om arbejdets organisering og prioritering af de givne resurser.

Anbefaling: At de screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden, fokuserer på arbejdets organisering og prioritering, så standarden for svartid på højst 10 hverdage kan overholdes

Indikator 6

Andelen af kvinder over 30 år med ASCUS (tidligere atypiske celler), der får foretaget en supplerende test for HPV, er på landsplan kun 41,9 %, og ingen af de 5 regioner opfylder standarden på over 95 %. Forskellen mellem regionerne går fra 0,1 % til 85,8 %. På afdelingsniveau opfylder kun én afdeling med 97,7 % standarden, mens flere afdelinger har 0 %, idet de endnu ikke har indført HPV-test i deres diagnostik.

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

Indikator 7

Dækningsgraden i screeningspopulationen fra 23-64 år er på landsplan 76,2 %, og ingen regioner lever op til standarden på over 85 %. På regionalt niveau varierer dækningsgraden fra 75,0 % til 77,2 %. Forskellen mellem screeningsprogrammets deltagerprocent og dækningsgraden er på landsplan 9,9 %, og er et udtryk for omfanget af den såkaldte "opportunistiske" screening - altså celleprøver, der ikke er taget som led i screeningsprogrammet og/eller omfanget af frameldte. Ideelt set skal deltagerprocenten og dækningsgraden nærme sig hinanden og overstige standarden på 85 %.

Anbefaling: De regionale styregrupper og screeningsafdelingerne skal fokusere på at øge dækningsgraden for at forbedre screeningsprogrammets effektivitet. Samtidig bør omfanget af den opportunistiske screening reduceres

Indikator 8

Andelen af alle abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke bliver fulgt op rettidigt i praksissektoren jf. patologisvarets anbefalinger for opfølgning, er på landsplan 17,9 %, og der er ingen regioner eller screeningsafdelinger, der opfylder standarden på under 2 %. Der er på regionalt niveau en variation fra 14,4 % til 22,9 % og på afdelingsniveau en variation fra 11,2 % til 30,6 %. Hvis man udelukkende ser på opfølgningen af diagnoser med alvorlige celleforandringer er det 7,3 % af prøverne, som den prøvetagende læge ikke følger op inden for 3 måneder, som anbefalet. Det bemærkes, at mange kvinder bliver fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, idet antallet der ikke er fulgt op efter 6 måneder er 4,9 % og efter 15 måneder 2,2 %. Aktuelt har Patologidatabanken taget initiativ til at udvikle Patologisystemet, så der fremover automatisk sendes en Edifact meddelelse til den enkelte prøvetagende læge vedrørende de celleprøver, som ikke er fulgt op i henhold til anbefalingerne i patologisvaret.

Anbefaling: At ovennævnte Edifact løsning indføres på landsplan primo 2011, så antallet af abnorme prøver, der ikke følges op som anbefalet, kan reduceres markant. De regionale styregrupper og alle screeningsafdelinger bør monitorere dette initiativ og registrere eventuelle brist i praksissektorens opfølgning af abnorme prøver

Indikator 9

Antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i Danmark i 2008 var 361 (en aldersstandardiseret incidensrate på 13 pr. 100.000 kvinder), hvilket er højere end standarden på under 350 nye tilfælde årligt. I 2007 var antallet 365. Der er endnu ikke kommet tal fra 2009, hvorfor tallene vedr. Indikator 9 er taget med for at belyse udgangspunktet, idet DKLS først begyndte at monitorere de 9 kvalitetsindikatorer i 2009.

Anbefaling: I denne første Årsrapport 2009 er Indikator 9 udelukkende baseret på allerede publicerede data fra Sundhedsstyrelsen. I de kommende årsrapporter vil der blive taget initiativ til at indhente mere detaljerede data

Samlet oversigt

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

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

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

Som nævnt i forordet er Årsrapporten 2009 at betragte som ”baseline” vedrørende screeningen for livmoderhalskræft i Danmark. Årsrapporten kan også anvendes til at justere indikatorer og standarder, såfremt det findes relevant på baggrund af de aktuelle opgørelser.

Med hensyn til opfyldning af målsætningerne bør regionerne have særlig fokus på indikatorerne vedrørende deltagerprocent/dækningsgrad samt opfølgning af abnorme prøvesvar, som er helt centrale for screeningskvaliteten og dermed en forudsætning for et yderligere fald i antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i Danmark.

Status på landsplan 2009 vedrørende opgjorte DKLS indikatorer

Indikator	Standard	Landsresultat	Tidsperiode for datagrundlag
1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation	<5%	0,1%	10-02-2010
1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling	>15.000	Ikke opgjort på landsplan*	01-01-2009 til 31-12-2009
2. Deltagelse	>75%	66,3%	10-06-2008 til 09-06-2009
3. Andelen af uegnede celleprøver	<1,5%	3,2%	01-01-2009 til 31-12-2009
4. Diagnostisk kvalitet	Ikke muligt at opgøre for 2009		
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	>95%	79,6%	01-01-2009 til 31-12-2009
6. HPV-test efter ASCUS diagnose hos kvinder >30 år	>95%	41,9%	01-04-2008 til 31-03-2009
7. Dækningsgrad	>85	76,2%	10-12-2004 til 09-06-2010
8. Manglende opfølgning af abnorme eller uegnede prøver	<2%	17,9%	01-10-2007 til 30-09-2008
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	<350	361	01-01-2008 til 31-12-2008
9B. Incidensraten de seneste 5 år af livmoderhalskræft	13,9	**	01-01-2004 til 31-12-2008

*14 ud af 16 screeningsafdelinger opfylder standarden på >15.000 smearundersøgelser årligt. De to afdelinger, som ikke opfylder standarden, undersøger henholdsvis 8.545 og 13.062 celleprøver årligt.

**Sundhedsstyrelsens rapport "Cancerregistret 2008" oplyser følgende incidensrater (uden decimaler) for Danmark. I årene 2004, 2005 og 2006 er incidensraten 14, og i årene 2007 og 2008 er incidensraten 13.

Status på regionsplan 2009 vedrørende opgjorte DKLS indikatorer

Indikator	Standard	Region Hovedstaden	Region Midtjylland	Region Nordjylland	Region Sjælland	Region Syd-danmark	Tidsperiode for datagrundlag
1A. Andelen af kvinder, som venter på invitation	<5%	0	0,1	0,7	0	0	10-02-2010
1B. Antal årlige smearundersøgelser pr. patologiafdeling	>15.000	Ikke opgjort på regionsniveau*					01-01-2009 til 31-12-2009
2. Deltagerprocent	>75%	66,7	65,8	66,3	69,9	70,9	10-06-2008 til 09-06-2009
3. Andelen af uegnede celleprøver	<1,5%	2,1	4,6	3,5	4,2	2,9	01-01-2009 til 31-12-2009
4. Diagnostisk kvalitet		Kan ikke opgøres for 2009					
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	>95%	98,1	57,2	86,2	75,4	74,4	01-01-2009 til 31-12-2009
6. HPV-test efter ASCUS diagnose hos kvinder >30 år	>95%	85,8	0,1	9,1	0,8	34,1	01-04-2008 til 31-03-2009
7. Dækningsgrad	>85	76,2	75,0	76,9	76,3	77,2	10-12-2004 til 09-06-2010
8. Manglende opfølgning af abnorme eller uegnede prøver	<2%	14,4	17,8	22,9	18,6	20,6	01-10-2007 til 30-09-2008
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	<350	Standarden er kun fastsat for hele landet, regionale tal er derfor irrelevante					01-01-2008 til 31-12-2008
9B. Incidensraten de seneste 5 år af livmoderhalskræft	<13,9	Standarden er kun fastsat for hele landet, regionale tal er derfor irrelevante					01-01-2004 til 31-12-2008

*14 ud af 16 screeningsafdelinger opfylder standarden på >15.000 smearundersøgelser årligt.

De to afdelinger, som ikke overholder standarden, undersøger henholdsvis 8.454 og 13.062 celleprøver årligt.

Datagrundlag og datakvalitet

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

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

Validiteten af data sikres ved, at alle indberetninger til Patobanken vedrørende patientdata undersøges for systematiske fejl. Desuden kontrolleres det, at alle prøver er kodet med mindst én T-kode for topografi og én M-kode for morfologi. Indberetninger med fejl eller mangler returneres med henblik på fornyet indberetning. Det diagnostiske udsagn kvalitetssikres ved, at alle prøvesvar godkendes af en patolog eller en specialuddannet cytobioanalytiker, før svaret afgives til den prøvetagende læge og samtidig automatisk registreres i Patobanken.

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

Principielt skal årsrapporten afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i 2009, men af hensyn til at have tilstrækkelig opfølgningstid er dette ikke muligt for indikator 1A, 2A, 2B, 2C, 2D, 6, 7 og 8. For de pågældende indikatorer har vi i stedet opgjort resultaterne for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig for de enkelte indikatorer. Det betyder desuden, at der for enkelte indikatorer er anvendt data for en tidsperiode, der ligger forud for implementeringen af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra september 2007.

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

Følgende indikatorer 1A, 2A, 2B, 2C, 2D, 6, 7, 9 er opgjort på individniveau, mens de øvrige indikatorer er opgjort på celleprøveniveau jf. indikatorbeskrivelsen (Bilag 1).

Indikator 1A, 2A, 2B, 2C, 2D og 7 er beregnet af Indkaldemodulet. Indikator 1B, 3, 5, 6 og 8 er beregnet på baggrund af dataudtræk fra Cyresmodulet defineret ved SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen.

Desværre har det ikke været muligt at fremskaffe adækvat datamateriale til at opgøre Indikator 4. Hvis indikatoren skulle opgøres på nuværende tidspunkt, ville datagrundlaget desuden dække en tidsperiode,

der ligger forud for Sundhedsstyrelsens anbefalinger for livmoderhalskræftscreening, 2007. På denne baggrund er Indikator 4 udeladt i Årsrapporten for 2009, men vil være med i Årsrapporten for 2010.

Celleprøver fra livmoderhalsen, der er undersøgt hos privatpraktiserende patologer, indgår kun i datagrundlaget i Indikator 1B. Desuden indgår opfølgende prøver undersøgt hos privatpraktiserende patologer kun delvist i Indikator 6 og 8.

Opgørelsen af Indikator 9 er baseret på Sundhedsstyrelsens rapport "Cancerregisteret 2008" samt Sundhedsstyrelses hjemmeside.

Alle indikatordefinitioner og de anvendte SNOMED-koder fremgår af Indikatorbeskrivelsen (Bilag 1).

På baggrund af ovenstående er datagrundlaget, herunder datakilde, tidsperiode og aldersgruppe, beskrevet separat for hver enkelt indikator i det følgende kapitel omhandlende indikatoropgørelserne.

Indikatoropgørelser

Indikator 1. Kapacitet

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

Datagrundlag: Indikatoren er opgjort af Patobankens Indkaldemodul den 10-02-2010.

Denne indikator er et øjebliksbillede opgjort på et bestemt tidspunkt (10-02-2010). Indikatoren viser antal kvinder, der fortsat venter på invitation den dato, hvor de patologiafdelinger, der varetager indkaldelsesproceduren, sidst har udskrevet invitationer.

Indikatoren afspejler ikke nødvendigvis situationen dagen før eller dagen efter, men blot situationen på den dag afdelingen sidst har haft aktivitet i Indkaldemodulet. Indikatoren afspejler heller ikke screeningskapaciteten hen over 2009.

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

Indkaldeafdeling	Dato[1]	Antal kvinder i alderen 23-64 år[2]	Antal kvinder, der venter på indkaldelse	Andel (%)
Landsresultat		1.373.314	1.555	0,1
Region Hovedstaden		487.481	0	0
Herlev	09-02-2010	170.919	0	0
Hillerød	10-02-2010	118.476	0	0
Hvidovre	08-02-2010	198.086	0	0
Region Midtjylland		348.727	426	0,1
Holstebro	09-02-2010	76.875	0	0
Randers	09-02-2010	233.594	426	0,2
Skive	08-02-2010	38.258	0	0
Region Nordjylland		158.361	1.129	0,7
Aalborg	09-02-2010	158.361	1.129	0,7
Region Sjælland		214.626	0	0
Næstved	26-01-2010	73.651	0	0
Roskilde	12-01-2010	61.288	0	0
Slagelse	08-02-2010	79.687	0	0
Region Syddanmark		322.480	0	0
Esbjerg	01-02-2010	63.076	0	0
Odense	03-02-2010	121.548	0	0
Sønderborg	10-02-2010	61.148	0	0
Vejle	08-02-2010	76.708	0	0

[1] Sidste dato, hvor indkaldeafdelingen har udskrevet invitationer fra Indkaldemodulet.
[2] Inklusive kvinder, der har frameldt sig screeningsprogrammet.

Kommentar: Tabel 1A er et øjebliksbillede opgjort den 10-02-2010. Tabellen viser, at alle indkaldeafdelinger har udskrevet invitationer inden for den sidste måned. De fleste indkaldeafdelinger har udskrevet invitationer til *alle* ventende kvinder den dato, hvor de sidst udskrev invitationer, og derfor har 12 ud af 14 afdelinger "nul" ventende kvinder.

Det er derfor et meget begrænset antal kvinder, der på baggrund af Tabel 1A ser ud til at vente på indkaldelse, og der er ikke tegn på langtidsophobning af ventende kvinder på nogen indkaldeafdeling. Alle indkaldeafdelinger opfylder indikatoren ved deres sidste aktivitet, hvilket tyder på en velimplementeret indkaldelsesprocedure.

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

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

Anbefaling: Styregruppen vil overveje, om indikatoren fremover kan forbedres ved at opgøre indikatoren oftere og med et fast tidsinterval, f.eks. en gang pr. kvartal, hvilket bedre kan afspejle udsving i antallet af kvinder, der venter på indkaldelser henover året.

Perspektivering: De enkelte indkaldeafdelinger sender invitationer ud med forskelligt mellemrum, ligesom invitationerne har været anvendt som "bufferkapacitet" i screeningsafdelingerne. Da udsendelse af invitationer og geninvitationer er en ren sekretariatsfunktion uafhængig af selve screeningen, vil en centralisering kunne sikre kvinderne en mere ensartet og standardiseret invitationsprocedure.

1B. Antal celleprøver fra livmoderhalsen i 2009 pr. patologiafdeling. Standard >15.000 prøver årligt pr. patologiafdeling

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato fra 01-01-2009 til 31-12-2009 og SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen.

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

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

	Antal celleprøver i 2009
Landsresultat	444.537
Region Hovedstaden	149.437
Bispebjerg[1]	248
Herlev	32.086
Hillerød[2]	32.660
Hvidovre	67.433
Speciallæge[3]	17.010
Region Midtjylland	93.746
Holstebro	17.491
Randers	25.610
Skive	13.062
Speciallæge	104
Århus	37.479
Region Nordjylland	45.086
Aalborg[4]	39.697
Hjørring[4]	5.389
Region Sjælland	58.198
Næstved	20.327
Roskilde	18.190
Slagelse	19.681
Region Syddanmark	98.070
Esbjerg	17.526
Odense	31.917
Sønderborg	18.790
Vejle	29.837

[1]Bispebjerg ophørte i februar 2009 med at undersøge celleprøver fra livmoderhalsen.
[2]Hillerøds antal celleprøver er eksklusive 2.514 celleprøver fra Grønland og 3.364 celleprøver fra Færøerne.
[3]Frem til 01-09-2009 har 11 privatpraktiserende patologer i Region Hovedstaden undersøgt celleprøver fra livmoderhalsen, men siden 01-09-2009 er prøverne overgået til patologiafdelingen på Herlev Sygehus.
[4]I 2009 er 3.156 prøver fra Aalborg undersøgt i Hjørring, og korrigeres herfor, bliver antallet af celleprøver i Hjørring 8.545 og i Ålborg 36.541.

Kommentar: I hele 2009 deltog 16 patologiafdelinger i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft med en variation i antallet af celleprøver pr. afdeling fra 8.545 (Hjørring 5.389+3.156) til 67.433 (Hvidovre). Af de 16 screeningsafdelinger opfyldte de 14 kravet om over 15.000 celleprøver årligt.

Hjørring indgik i 2009 en samarbejdsaftale med Aalborg, så Hjørring har undersøgt 3.156 celleprøver fra Aalborg, men af registreringsmæssige årsager fremgår dette ikke af dataudtrækket fra Patobanken.

Endvidere er der indgået en fordelingsaftale i Region Midtjylland gældende fra 2011, så alle afdelinger, inklusive Skive, skal undersøge over 15.000 celleprøver årligt.

Antallet på mindst 15.000 prøver årligt er arbitrært, men bygger på princippet om, ”at øvelse gør mester”.

Anbefaling: Det anbefales, at alle screeningsafdelinger inklusive privatpraktiserende patologer, der undersøger færre end 15.000 celleprøver fra livmoderhalsen pr. år, ophører med dette eller indgår et fordelingssamarbejde. De regionale styregrupper anbefales ligeledes at være opmærksomme på eventuelle ændringer vedrørende antal celleprøver pr. afdeling i Sundhedsstyrelsens kommende opdaterede anbefalinger.

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

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure

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

Datagrundlag: Indikatoren er opgjort af Patobankens Indkaldemodul den 10-06-2010 på baggrund af de kvinder, der blev inviteret i perioden 10-06-2008 til 09-06-2009 og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret jf. invitationsproceduren.

Denne indikator afspejler derfor ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i 2009, men i den anførte tidsperiode.

Antal inviterede kvinder kan indeholde total hysterektomerede kvinder. Antallet skønnes ikke stort og vil med årene blive mindre, da der er indført kodepraksis, der skal framelde disse kvinder fremadrettet. Der er endvidere i mange tilfælde foretaget søgninger i patologisystemet for at finde og framelde disse kvinder, der ikke skal inviteres i screeningsprogrammet fremover.

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

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

Indikator 2 er i Tabel 2A, 2B, 2C og 2D opgjort på landsplan og fordelt på regioner, men indikatoren er også opgjort på kommunalt niveau (Bilag 2).

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

Region	*Antal undersøgte kvinder efter 1. invitation (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	151.753	366.441	41,4 (41,3 - 41,6)
Region Hovedstaden	41.830	117.890	35,5 (35,2 - 35,8)
Region Midtjylland	33.530	80.824	41,5 (41,2 - 41,8)
Region Nordjylland	11.709	29.787	39,3 (38,8 - 39,9)
Region Sjælland	27.518	57.923	47,5 (47,1 - 47,9)
Region Syddanmark	37.166	80.017	46,4 (46,1 - 46,8)

Kommentar: Deltagelse i screeningsprogrammet efter invitation er på landsplan kun 41,4 %, og ingen af regionerne lever op til målsætningen på over 50 %. Deltagelsen varierer mellem 35,5 % (Region Hovedstaden) og 47,5 % (Region Sjælland).

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

***Første geninvitation udsendes 90 dage efter invitation**

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

Region	*Antal undersøgte kvinder efter 1. geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder, som ikke har fået taget en celleprøve efter invitation[1] (nævner)*	*Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	69.001	203.242	34,0 (33,7 - 34,2)
Region Hovedstaden	21.316	70.144	30,4 (30,1 - 30,7)
Region Midtjylland	18.411	46.199	39,9 (39,4 - 40,3)
Region Nordjylland	5.826	17.686	32,9 (32,3 - 33,6)
Region Sjælland	9.319	28.966	32,2 (31,6 - 32,7)
Region Syddanmark	14.129	40.247	35,1 (34,6 - 35,6)

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

Kommentar: Deltagelse i screeningsprogrammet efter første geninvitation er på landsplan kun 34,0 %, og ingen af regionerne lever op til målsætningen på over 40 %. Andelen varierer mellem 30,4 % (Region Hovedstaden) og 39,9 % (Region Midtjylland).

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

***Anden geninvitation udsendes 180 dage efter invitation**

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

Region	*Antal undersøgte kvinder efter 2. geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som ikke har fået taget en celleprøve efter 1. geninvitation*[1] *(nævner)*	*Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	22.098	126.089	17,5 (17,3 - 17,7)
Region Hovedstaden	9.540	45.571	20,9 (20,6 - 21,3)
Region Midtjylland[2]	1.250	26.255	4,8 (4,5 - 5,0)
Region Nordjylland	2.226	11.479	19,4 (18,7 - 20,1)
Region Sjælland	3.677	18.509	19,9 (19,3 - 20,4)
Region Syddanmark	5.405	24.268	22,3 (21,8 - 22,8)

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

[2] I Region Midtjylland har der i 2009 kun været udsendt anden geninvitation fra Holstebro hele året og fra Skive fra 01.04.2009. Randers og Århus har ikke sendt anden geninvitation i 2009.

Kommentar: Deltagelsen i screeningsprogrammet efter anden geninvitation er på landsplan 17,5 %, og kun to regioner (Region Hovedstaden og Region Syddanmark) lever op til målsætningen på over 20 %. Andelen varierer mellem 4,8 % (Region Midtjylland) og 22,3 % (Region Syddanmark).

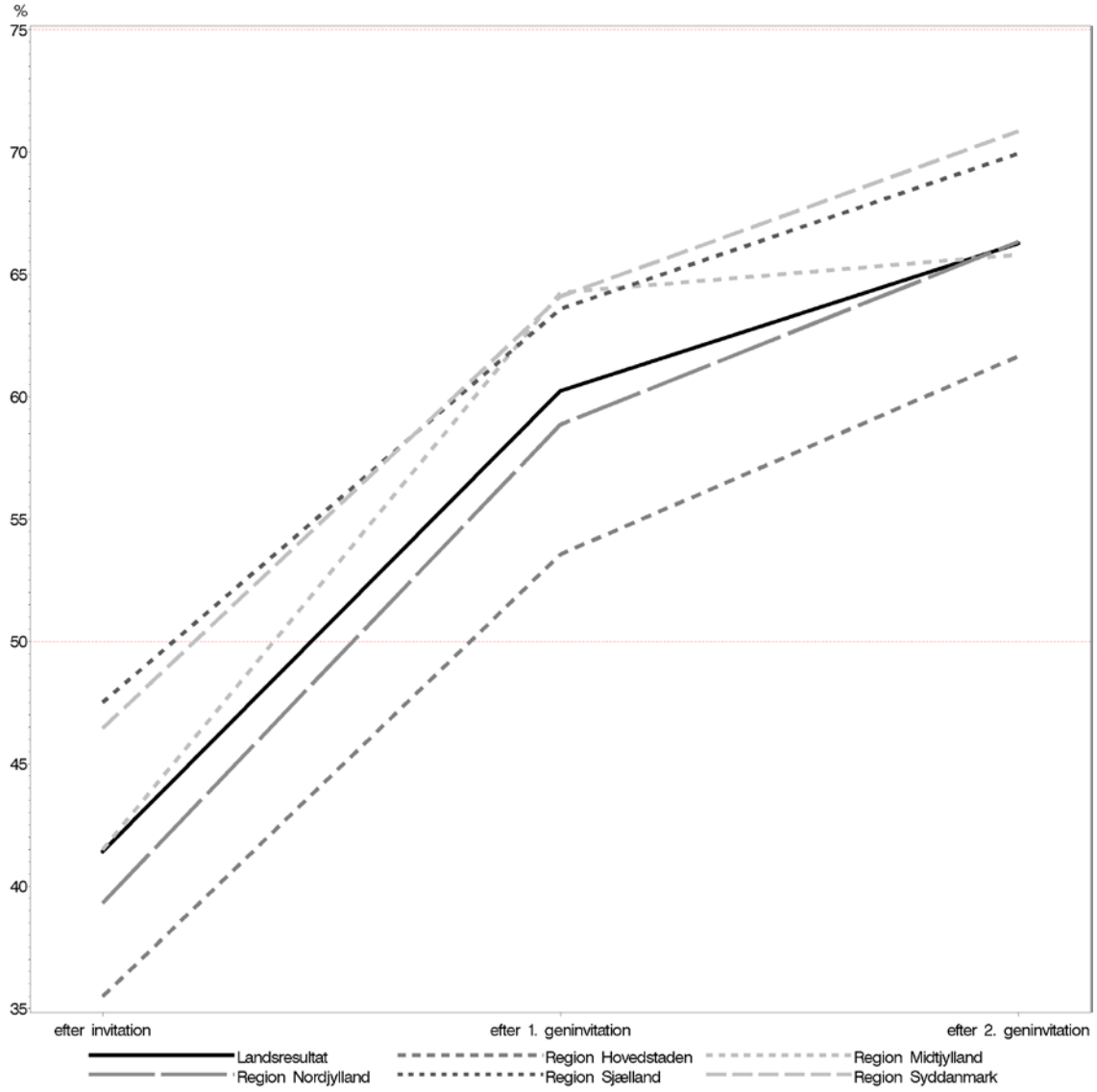
2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 270 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Standard >75 %

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

Region	*Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	242.852	366.441	66,3 (66,1 - 66,4)
Region Hovedstaden	72.686	117.890	61,7 (61,4 - 61,9)
Region Midtjylland	53.191	80.824	65,8 (65,5 - 66,1)
Region Nordjylland	19.761	29.787	66,3 (65,8 - 66,9)
Region Sjælland	40.514	57.923	69,9 (69,6 - 70,3)
Region Syddanmark	56.700	80.017	70,9 (70,6 - 71,2)

Kommentar: Deltagelsen i screeningsprogrammet er 66,3 % på landsplan, og ingen af regionerne opfylder standarden på over 75 %. Deltagelsen varierer på regionalt niveau mellem 61,7 % (Region Hovedstaden) og 70,9 % (Region Syddanmark). Der er ligeledes stor variation i deltagerprocenten på kommunalt niveau fra 50,0 % (Samsø) til 77,3 % (Lejre) (Bilag 2).

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



Den kumulerede deltagerprocent efter første og anden geninvitation viser, at geninvitationsproceduren øger den totale deltagerprocent. Deltagerprocenten efter invitation ses i Tabel 2A. Den kumulerede deltagerprocent efter første geninvitation er i Region Hovedstaden, Midtjylland, Nordjylland, Sjælland og Syddanmark henholdsvis 54 %, 64 %, 59 %, 64 % og 64 %. Den kumulerede deltagerprocent efter anden geninvitation er tilsvarende for de 5 regioner henholdsvis 62 %, 66 %, 66 %, 70 % og 71 % (Figur Indikator 2).

Deltagerprocenten stiger i alle regioner efter udsendelse af anden geninvitation – dog kun beskedent i Region Midtjylland, hvilket skyldes, at der kun i begrænset omfang har været udsendt anden geninvitation. Denne procedure er ændret, så der udsendes anden geninvitation i hele Region Midtjylland fra 2010.

Anbefaling: Da ingen af regionerne opfylder målsætningen om over 75 % deltagelse i screeningsprogrammet, bør de regionale styregrupper sætte fokus på dette problem og iværksætte initiativer for at øge deltagerprocenten. Det anbefales i øvrigt regionerne at være opmærksomme på de kommende opdaterede anbefalinger fra Sundhedsstyrelsen vedrørende screening for livmoderhalskræft, som formentlig også vil indeholde anvisninger til at øge deltagerprocenten.

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

Indikator 3. Prøvekvalitet

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

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-01-2009 til 31-12-2009, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen samt mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode.

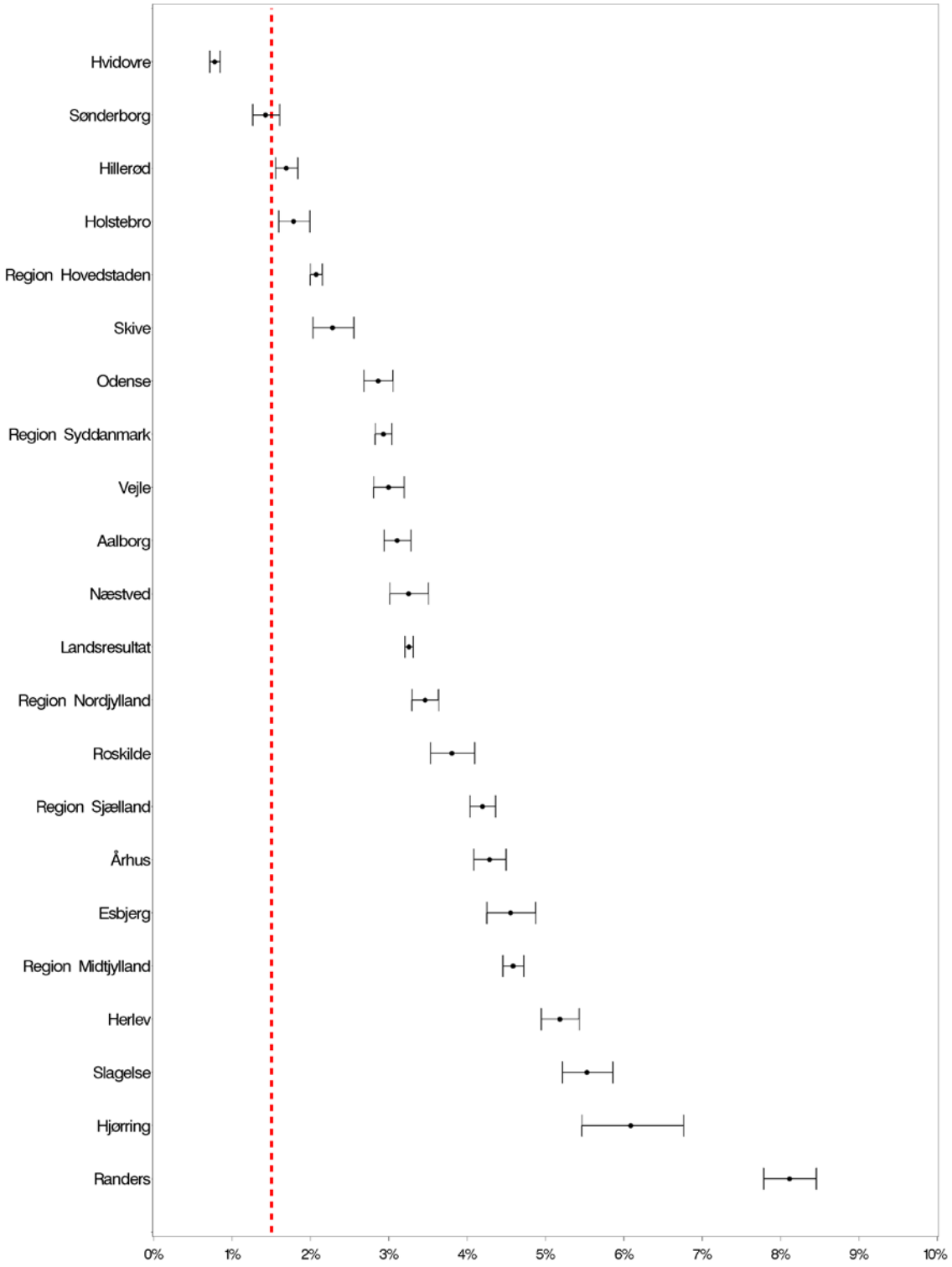
Denne indikator skal afspejle kvaliteten af prøvetagning, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Der skelnes således ikke mellem screeningsprøver og kontrolprøver, idet alle prøver indgår.

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

Region	*Patologiafdeling*	*Anvendt præparerings-teknik*	*Antal uegnede celleprøver (tæller)*	*Antal celleprøver (nævner)*	*Indikator andel uegnede (95% CI)*
Landsresultat			13.909	427.175	3,3 (3,2 - 3,3)
Region Hovedstaden			2.739	132.179	2,1 (2,0 - 2,2)
	Herlev[1]	UST	1.663	32.086	5,2 (4,9 - 5,4)
	Hillerød	VBT SurePath	552	32.660	1,7 (1,6 - 1,8)
	Hvidovre	VBT SurePath	524	67.433	0,8 (0,7 - 0,8)
Region Midtjylland[2]			4.294	93.642	4,6 (4,5 - 4,7)
	Holstebro	UST	312	17.491	1,8 (1,6 - 2,0)
	Randers	UST	2.078	25.610	8,1 (7,8 - 8,5)
	Skive	UST	298	13.062	2,3 (2,0 - 2,6)
	Århus	UST	1.606	37.479	4,3 (4,1 - 4,5)
Region Nordjylland[3]			1.561	45.086	3,5 (3,3 - 3,6)
	Aalborg	UST	1.233	39.697	3,1 (2,9 - 3,3)
	Hjørring	UST	328	5.389	6,1 (5,5 - 6,8)
Region Sjælland[4]	I alt		2.441	58.198	4,2 (4,0 - 4,4)
	Næstved	UST	661	20.327	3,3 (3,0 - 3,5)
	Roskilde	UST	692	18.190	3,8 (3,5 - 4,1)
	Slagelse	UST	1.088	19.681	5,5 (5,2 - 5,9)
Region Syddanmark	I alt		2.874	98.070	2,9 (2,8 - 3,0)
	Esbjerg	VBT SurePath	798	17.526	4,6 (4,2 - 4,9)
	Odense	VBT Thinprep	914	31.917	2,9 (2,7 - 3,1)
	Sønderborg	VBT SurePath	268	18.790	1,4 (1,3 - 1,6)
	Vejle	VBT Thinprep	894	29.837	3,0 (2,8 - 3,2)

UST = Traditionel udstrygningsteknik.
VBT = Væskebaseret teknik med SurePath eller Thinprep.
[1]Herlev overgår til VBT (SurePath) den 1. januar 2011.
[2]Region Midtjylland er overgået til VBT (SurePath) i 2010.
[3]Region Nordjylland har ansøgt om midler til at overgå til VBT (formentlig SurePath) i 2011.
[4]Region Sjælland har ikke konkrete planer om at overgå til VBT.

Indikator 3. Uegnede celleprøver i 2009



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

Kommentar: Andelen af uegnede prøver er 3,3 % på landsplan, men der er stor variation mellem regionerne fra 2,1 % (Region Hovedstaden) til 4,6 % (Region Midtjylland). Ligeledes er der stor variation mellem screeningsafdelingerne fra 0,8 % (Hvidovre) til 8,1 % (Randers). Kun 2 ud af 16 screeningsafdelinger (Hvidovre og Sønderborg) opfylder standarden på under 1,5 % uegnede prøver, og begge afdelinger anvender væskebaseret teknik (SurePath).

Variationen i antallet af uegnede prøver skyldes formentlig også overgangen til anvendelse af Bethesda-klassifikationen og forskellig tolkning af klassifikationens krav til, hvornår en celleprøve kaldes uegnet.

Forholdet mellem antal screeningsprøver og kontrolprøver i den enkelte afdeling kan også påvirke antallet af uegnede.

Endvidere har prøvetagers kompetence og prøvetagningsteknikken indflydelse på kvaliteten af den fremsendte celleprøve og dermed antallet af uegnede.

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

Anbefaling: Andelen af uegnede prøver afhænger bl.a. af, om patologiafdelingen anvender UST eller VBT, idet VBT generelt har færre uegnede prøver end UST. Det anbefales derfor, at alle afdelinger anvender VBT.

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

Supplerende analyse vedrørende de uegnede celleprøver i 2009

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

		Uegnede celleprøver pga.:															
		Inflammation/ autolyse/ blødning		*Materialet ikke modtaget/ gået tabt*		*Teknisk dårligt*		*For lidt materiale til diagnostisk vurdering*		*Materiale med for få pladeepitelceller*		*Materiale med for få endocervikale celler*		*Uegnet uden specifikation*		*I alt*	
		N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Landsresultat		1.601	11.5	233	1.7	625	4.5	2.391	17,2	4.070	29.3	2.832	20.4	2.257	15,5	13.909	100
Region Hovedstaden	*I alt*	274	10,0	27	1,0	270	9,9	318	11,6	771	28,1	314	11,5	765	27,9	2.739	100
	Herlev	224	13,5	2	0,1	244	14,7	255	15,3	749	45,0	125	7,5	64	3,8	1.663	100
	Hillerød	50	9,1	1	0,2	26	4,7	63	11,4	21	3,8	189	34,2	202	38,6	552	100
	Hvidovre	0	0	24	4,6	0	0	0	0	1	0,2	0	0	499	95,2	524	100
Region Midtjylland	*I alt*	663	15,4	29	0,7	149	3,5	453	10,5	1.943	45,2	606	14,1	451	10,5	4.294	100
	Holstebro	195	62,5	1	0,3	26	8,3	0	0	17	5,4	0	0	73	23,4	312	100
	Randers	250	12,0	12	0,6	46	2,2	212	10,2	1.151	55,4	201	9,7	206	9,9	2.078	100
	Skive	41	13,8	12	4,0	5	1,7	83	27,9	39	13,1	35	11,7	83	27,9	298	100
	Århus	177	11,0	4	0,2	72	4,5	158	9,8	736	45,8	370	23,0	89	5,5	1.606	100
Region Nordjylland	*I alt*	119	7,6	44	2,8	12	0,8	35	2,2	689	44,1	301	19,3	361	23,1	1.561	100
	Aalborg	82	6,7	44	3.6	11	0,9	26	2,1	587	47,6	204	16,5	279	22,6	1.233	100
	Hjørring	37	11,3	0	0	1	0,3	9	2,7	102	31,1	97	29,6	82	25,0	328	100
Region Sjælland	*I alt*	301	12,3	79	3,2	117	4,8	650	26,6	635	26,0	298	12,2	361	14,8	2.441	100
	Næstved	61	9,2	40	6,1	30	4,5	92	13,9	153	23,1	144	21,8	141	21,3	661	100
	Roskilde	60	8,7	10	1,4	81	11,7	399	57,7	0	0	83	12,0	59	8,5	692	100
	Slagelse	180	16,5	29	2,7	6	0,6	159	14,6	482	44,3	71	6,5	161	14,8	1.088	100
Region Syddanmark	*I alt*	244	8,5	54	1,9	77	2,7	935	32,5	32	1,1	1.313	45,7	219	7,6	2.874	100
	Esbjerg	6	0,8	0	0	1	0,1	7	0,9	1	0,1	693	86,8	90	11,3	798	100
	Odense	7	0.8	2	0,2	0	0	480	52,5	31	3,4	367	40,2	27	3,0	914	100
	Sønderborg	30	11,2	51	19,0	0	0	13	4,9	0	0	171	63,8	3	1,1	268	100
	Vejle	201	22,5	1	0,1	76	8,5	435	48,7	0	0	82	9,2	99	11,1	894	100

Kommentar: Tabel 3B viser den supplerende analyse af årsagen til de uegnede celleprøver. På landsplan er for få pladeepitelceller årsag til 29,0 % af alle de uegnede prøver, og 17,2 % af prøverne har for lidt materiale til diagnostisk vurdering. En stor del af de uegnede celleprøver skyldes således fejl ved prøvetagningen, et problem der skal løses ved at forbedre denne.

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

Der er store forskelle mellem afdelingerne, hvilket udover den anvendte præpareringsteknik også kan skyldes forskellig kode- og registreringspraksis. Hvidovre, som har landets færreste uegnede med 0,8 %, bruger stort set kun diagnosen "uegnet uden specifikation" (95,2 %), mens Sønderborg med 1,4 % uegnede celleprøver stort set altid supplerer "uegnet med en årsagsdiagnose" (98,9 %).

Bethesda-nomenklaturen og dens egnethedskriterier især vedrørende tilstedeværelse af pladeepitel og endocervikale celler, der efter Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 blev indført i det danske screeningsprogram, kan på grund af den individuelle og dermed subjektive tolkning af egnethedskriterier medføre, at der opstår store forskelle i antallet af uegnede celleprøver mellem screeningsafdelingerne.

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

Indikator 4. Diagnostisk kvalitet

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

4B. Celleprøvens specificitet for HSIL eller værre. Standard >98 %

Screeningens diagnostiske kvalitet vurderes ud fra prøvens sensitivitet (evnen til at finde kvinder med celleforandringer, der kan føre til kræft) og prøvens specificitet (evnen til at finde de raske kvinder uden celleforandringer). Det har ikke været muligt at fremskaffe adækvat datamateriale til at opgøre denne indikator. Hvis indikatoren skulle opgøres på nuværende tidspunkt, ville datagrundlaget desuden dække en tidsperiode, der ligger forud for Sundhedsstyrelsens anbefalinger for livmoderhalskræftscreening, 2007.

På denne baggrund er indikatoren udeladt af Årsrapporten 2009.

Den nationale styregruppe vil dog fortsætte arbejdet med at fremskaffe datamateriale vedrørende den diagnostiske kvalitet med henblik på Årsrapporten for 2010.

Indikator 5. Svartid

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

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-01-2009 til 31-12-2009, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen, alderen 23-64 år på modtagedato samt svardato.

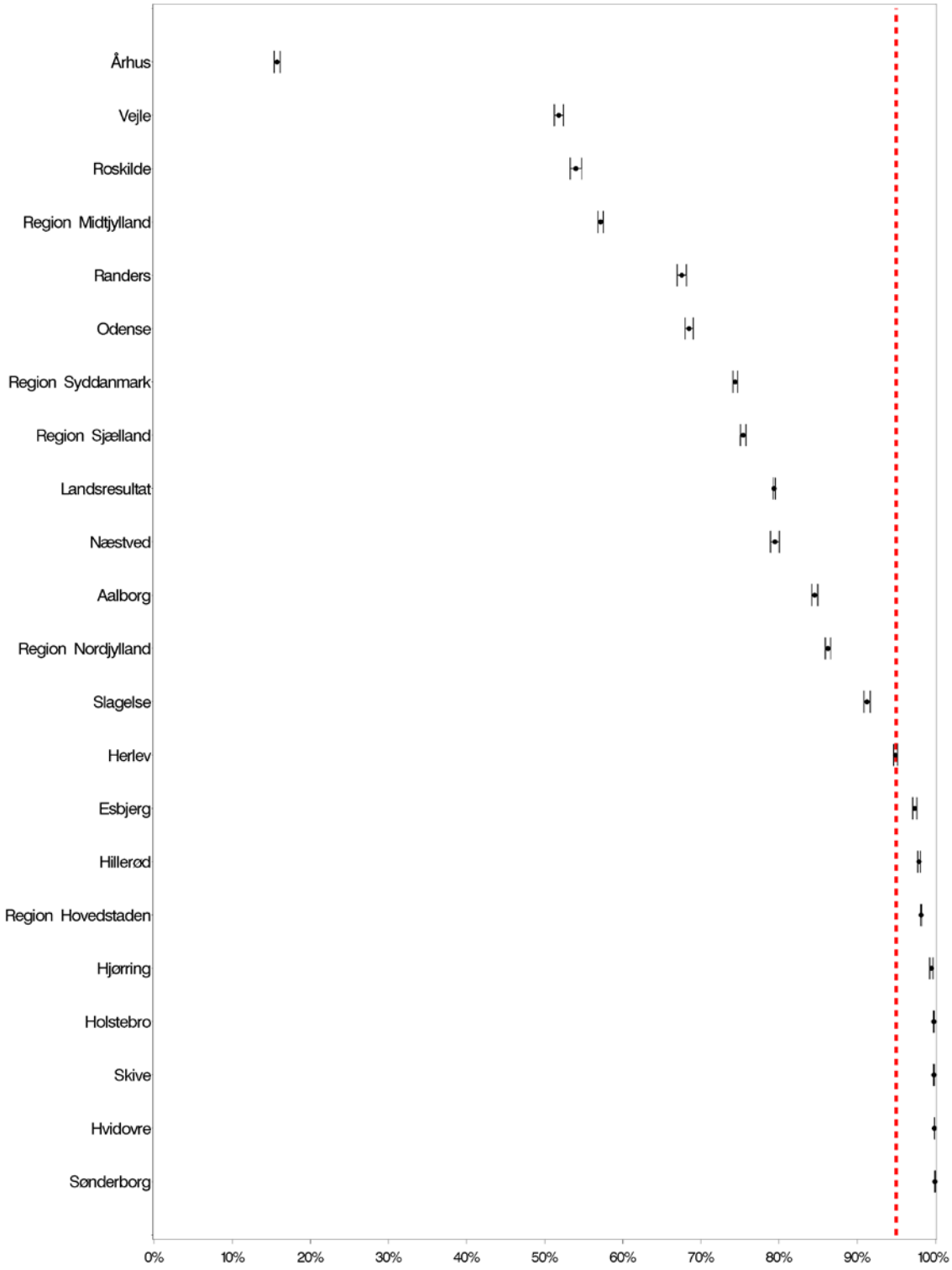
Vi har defineret at modtagedatoen = 0 dag og første arbejdsdag = 1 hverdag efter modtagedatoen.
Eksempel: 01-07-09 = Modtagedato = 0
02-07-09 = Første arbejdsdag = 1
Både 1. maj og 5. juni (Grundlovsdag) er defineret som helligdage.

Tabel 5A. Andelen af celleprøver i 2009 hvor undersøgelsesresultatet afsendes <=10 hverdage efter modtagedagen i hele landet samt fordelt på region og patologiafdeling[1]

Region	*Patologiafdeling*	*Antal celleprøver hvor svar afsendes inden for 10 hverdage (tæller)*	*Antal celleprøver (nævner)*	*Andel i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	316.497	398.849	79,4 (79,2 - 79,5)
Region Hovedstaden	I alt	121.340	123.597	98,2 (98,1 - 98,2)
	Herlev	28.651	30.190	94,9 (94,6 - 95,1)
	Hillerød	29.641	30.279	97,9 (97,7 - 98,1)
	Hvidovre	63.048	63.128	99,9 (99,8 - 99,9)
Region Midtjylland	I alt	49.573	86.737	57,2 (56,8 - 57,5)
	Holstebro	16.057	16.087	99,8 (99,7 - 99,9)
	Randers	16.111	23.855	67,5 (66,9 - 68,1)
	Skive	11.916	11.938	99,8 (99,7 - 99,9)
	Århus	5.489	34.857	15,7 (15,4 - 16,1)
Region Nordjylland	I alt	34.886	40.448	86,2 (85,9 - 86,6)
	Aalborg	30.327	35.866	84,6 (84,2 - 84,9)
	Hjørring	4.559	4.582	99,5 (99,2 - 99,7)
Region Sjælland	I alt	42.184	55.948	75,4 (75,0 - 75,8)
	Næstved	15.474	19.472	79,5 (78,9 - 80,0)
	Roskilde	9.522	17.639	54,0 (53,2 - 54,7)
	Slagelse	17.188	18.837	91,2 (90,8 - 91,6)
Region Syddanmark	I alt	68.514	92.119	74,4 (74,1 - 74,7)
	Esbjerg	15.712	16.138	97,4 (97,1 - 97,6)
	Odense	21.198	30.957	68,5 (68,0 - 69,0)
	Sønderborg	17.192	17.203	99,9 (99,9 - 100,0)
	Vejle	14.412	27.821	51,8 (51,2 - 52,4)

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

Indikator 5. Indikatoropfyldelse for svartid i 2009



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

Kommentar: På nationalt niveau besvares 79,6 % af celleprøverne efter senest 10 hverdage eller hurtigere, hvor målsætningen er 95 %. Der er stor variation i indikatoropfyldelsen for svartider både regionalt og på afdelingsniveau. Af de fem regioner opfylder kun Region Hovedstaden med 98,1 % målsætningen. På afdelingsniveau opfylder 7 afdelinger den fastsatte standard for svartid, mens 9 afdelinger ikke når målet. Indikatoropfyldelsen varierer på afdelingsniveau mellem 99,9 % (Sønderborg og Hvidovre) og 15,7 % (Århus).

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

Anbefaling: Styregruppen anbefaler, at de screeningsafdelinger, der ikke opfylder standarden sætter initiativer i gang, så svartiderne kan reduceres og målsætningen opfyldes.

Supplerende analyse vedrørende svartider

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

Tabel 5B. Svartider i 2009 opgjort for celleprøver fordelt på prøvetagende læge i hhv. hospitalssektoren og i praksissektoren

	Antal hverdage				
	N	*%*	*Middelværdi*	*Standard-afvigelse*	*Median*
Praksis	378.663	94,9	7,4	6,9	5,0
Hospital	20.186	5,1	4,4	6,3	3,0
I alt	398.849	100	7,3	6,9	5,0

Tabel 5B viser, at langt størstedelen af celleprøverne i screeningspopulationen kommer fra praksissektoren (95 %) med en median svartid på 5 hverdage – og altså længere end svartiden på celleprøverne i hospitalsregi (5 %) med en median svartid på 3 hverdage.

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

Tabel 5C. Svartider i 2009 opgjort for celleprøver +/- supplerende HPV- test

	Antal hverdage				
	N	*%*	*Middel-værdi*	*Standard-afvigelse*	*Median*
Med HPV-test	7.169	1,8	11,5	8,4	10,0
Uden HPV-test	391.680	98,2	7,2	6,9	5,0
I alt	398.849	100	7,3	6,9	5,0

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

Indikator 6. HPV-test

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

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-04-2008 til 31-03-2009, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen, alder >30 år på modtagedato, ASCUS samt HPV-test.

HPV-test skal foreligge inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven. ASCUS-diagnosen er stillet af en patologiafdeling. Alle HPV-tests er inkluderet, uanset om de er udført på samme patologiafdeling eller på en anden patologiafdeling eller evt. i privat patologipraksis, men henføres i nedenstående tabel til den afdeling, hvor ASCUS-diagnosen er stillet.

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

Region	*Patologiafdeling*	*Kvinder med ASCUS og HPV-test (tæller)*	*Kvinder med ASCUS (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	3.387	8.954	41,2 (40,2 - 42,2)
Region Hovedstaden	I alt	3.133	3.665	85,5 (84,3 - 86,6)
	Herlev	210	257	81,7 (76,4 - 86,2)
	Hillerød	731	1.164	62,8 (60,0 - 65,6)
	Hvidovre	2.192	2.244	97,7 (97,0 - 98,3)
Region Midtjylland	I alt	1	1.837	0,1 (0,0 - 0,3)
	Holstebro	0	222	0,0 (0,0 - 1,6)
	Randers	0	641	0,0 (0,0 - 0,6)
	Skive	0	450	0,0 (0,0 - 0,8)
	Århus	1	524	0,2 (0,0 - 1,1)
Region Nordjylland	I alt	38	417	9,1 (6,5 - 12,3)
	Aalborg	26	253	10,3 (6,8 - 14,7)
	Hjørring	12	164	7,3 (3,8 - 12,4)
Region Sjælland	I alt	13	1.562	0,8 (0,4 - 1,4)
	Næstved	1	464	0,2 (0,0 - 1,2)
	Roskilde	12	895	1,3 (0,7 - 2,3)
	Slagelse	0	203	0,0 (0,0 - 1,8)
Region Syddanmark	I alt	502	1.473	34,1 (31,7 - 36,6)
	Esbjerg	5	515	1,0 (0,3 - 2,3)
	Odense	70	292	24,0 (19,2 - 29,3)
	Sønderborg	0	160	0,0 (0,0 - 2,3)
	Vejle	427	506	84,4 (80,9 - 87,4)

Kommentar: Indførelse af HPV-test på tværs af regioner og screeningsafdelinger er sket på forskellige tidspunkter. Generelt er en supplerende HPV-test kun indført på enkelte screeningsafdelinger, og indikatoropfyldelsen er derfor på landsplan kun 41,9 % i den pågældende periode fra 01-04-2008 til 31-03-2009. Ingen af de fem regioner opfylder målsætningen på over 95 %, idet Region Hovedstaden ligger højest med 85,8 % og Region Midtjylland lavest med 0,1 %. På afdelingsniveau opfylder kun Hvidovre målet med 97,7 %.

I Region Hovedstaden har Hvidovre, Hillerød og Herlev anvendt supplerende HPV-test i 2008 og 2009.
I Region Sjælland har Roskilde indført supplerende HPV-test i september 2009, mens Næstved og Slagelse har indført HPV-test fra september 2010, idet Slagelse får sin HPV-test udført i Næstved.
Region Midtjylland planlægger at indføre supplerende HPV-test i løbet af 2010.
I Region Nordjylland begyndte man at indføre supplerende HPV-test i Ålborg i foråret 2009.
Hjørring foretager ikke selv supplerende HPV-test, men får testen udført i Aalborg.
I Region Syddanmark har man indført supplerende HPV-test i Vejle primo 2008 og i Odense januar 2009.
Esbjerg og Sønderborg indfører supplerende HPV-test i løbet af 2010.

Flere afdelinger har endvidere oplyst, at de i nogle tilfælde har "sparet" en supplerende HPV-test, hvor kvinden under alle omstændigheder skulle henvises til nærmere udredning hos en gynækolog. Konsekvensen af denne holdning vil i sagens natur medføre en ringere opfyldning af indikatoren.

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

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

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

Indikator 7. Dækningsgrad

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

Datagrundlag: Indikatoren er opgjort af Patobankens Indkaldemodul den 10-06-2010 og inkluderer de forudgående 42 måneder for de 23-49-årige og 66 måneder for de 50-64-årige.

Denne indikator er et øjebliksbillede og afspejler derfor ikke screeningsprogrammets dækningsgrad i 2009, men i tidsperioden 10-12-2006 til 09-06-2010 samt 10-12-2004 til 09-06-2010. Indikator 7 er opgjort nationalt samt fordelt på regioner. Indikatoren er desuden opgjort på kommunalt niveau (Bilag 3).

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

Region	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	1.165.049	1.528.685	76,2 (76,1-76,3)
Region Hovedstaden	371.815	487.842	76,2 (76,1-76,3)
Region Midtjylland	256.354	341.892	75,0 (74,8-75,1)
Region Nordjylland	118.418	154.067	76,9 (76,7-77,1)
Region Sjælland	170.467	223.556	76,3 (76,1-76,4)
Region Syddanmark	247.995	321.328	77,2 (77,0-77,3)

Kommentar: På landsplan er dækningsgraden 76,2 %, og ingen regioner opfylder standarden på over 85 %. På regionalt niveau varierer dækningsgraden mellem 75,0 % (Region Midtjylland) og 77,2 % (Region Syddanmark).

Dækningsgraden i samtlige danske kommuner findes i Bilag 3, og på kommunalt niveau varierer dækningsgraden mellem 49,9 % (Samsø) og 83,9 % (Allerød) . Af særlig interesse er dækningsgraden i landets 4 største kommuner nemlig København (73,3 %), Århus (76,1 %), Aalborg (78,2 %) og Odense (75,6 %).

Supplerende analyse vedrørende dækningsgrad og deltagerprocent

Tabel 7B. Dækningsgrad vs. deltagerprocent i hele landet og på regionsniveau

Region	*Dækningsgrad[1] (%)*	*Deltagerprocent[1] (%)*	*Forskel*
Landsresultat	76,2	66,3	9,9
Region Hovedstaden	76,2	61,7	14,5
Region Midtjylland	75,0	65,8	9,2
Region Nordjylland	76,9	66,3	10,6
Region Sjælland	76,3	69,9	6,4
Region Syddanmark	77,2	70,9	6,3

[1] Dækningsgrad og deltagerprocent er baseret på dataudtræk fra den 10-06-2010.

Kommentar: Forskellen mellem dækningsgrad og deltagerprocent varierer mellem 6,3 % (Region Syddanmark) og 14,5 % (Region Hovedstaden) og kan være et udtryk for omfanget af opportunistisk screening og/eller omfanget af frameldte.

Forskellen på kommunalt niveau kan findes i Bilag 3.

Anbefaling: Det er vigtigt at nedbringe omfanget af opportunistisk screening, hvorfor de regionale styregrupper opfordres til at arbejde med denne problematik.

Indikator 8. Opfølgning

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

Datagrundlag: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: Modtagedato 01-10-2007 til 30-09-2008, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode). Normale celleprøver er ekskluderet, selvom de har en Æ-kode for opfølgning, da prøven trods alt har givet mulighed for at stille en diagnose.

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

Det bemærkes, at indikatoren er opgjort for prøver taget i tidsperioden 01-10-2007 til 30-09-2008 og ikke for prøver taget i 2009, samt at der ved opgørelsen er taget hensyn til de vedtagne tidsgrænser for anbefalet opfølgning.

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

Der gøres desuden opmærksom på, at der ikke er taget hensyn til, at der kan være kvinder, der er døde eller emigrerede inden for opfølgningsperioden. Dette kan betyde, at estimaterne i både Tabel 8A og 8B kan være let overestimerede.

Indikatoren måler kvaliteten af screeningsprogrammets opfølgningsprocedure, hvor den prøvetagende læge har ansvaret for, at abnorme og uegnede celleprøver følges op. Indikator 8 er konstrueret jf. Anbefalingerne for Screening for Livmoderhalskræft, 2007, rutediagram for opfølgning, side 96.

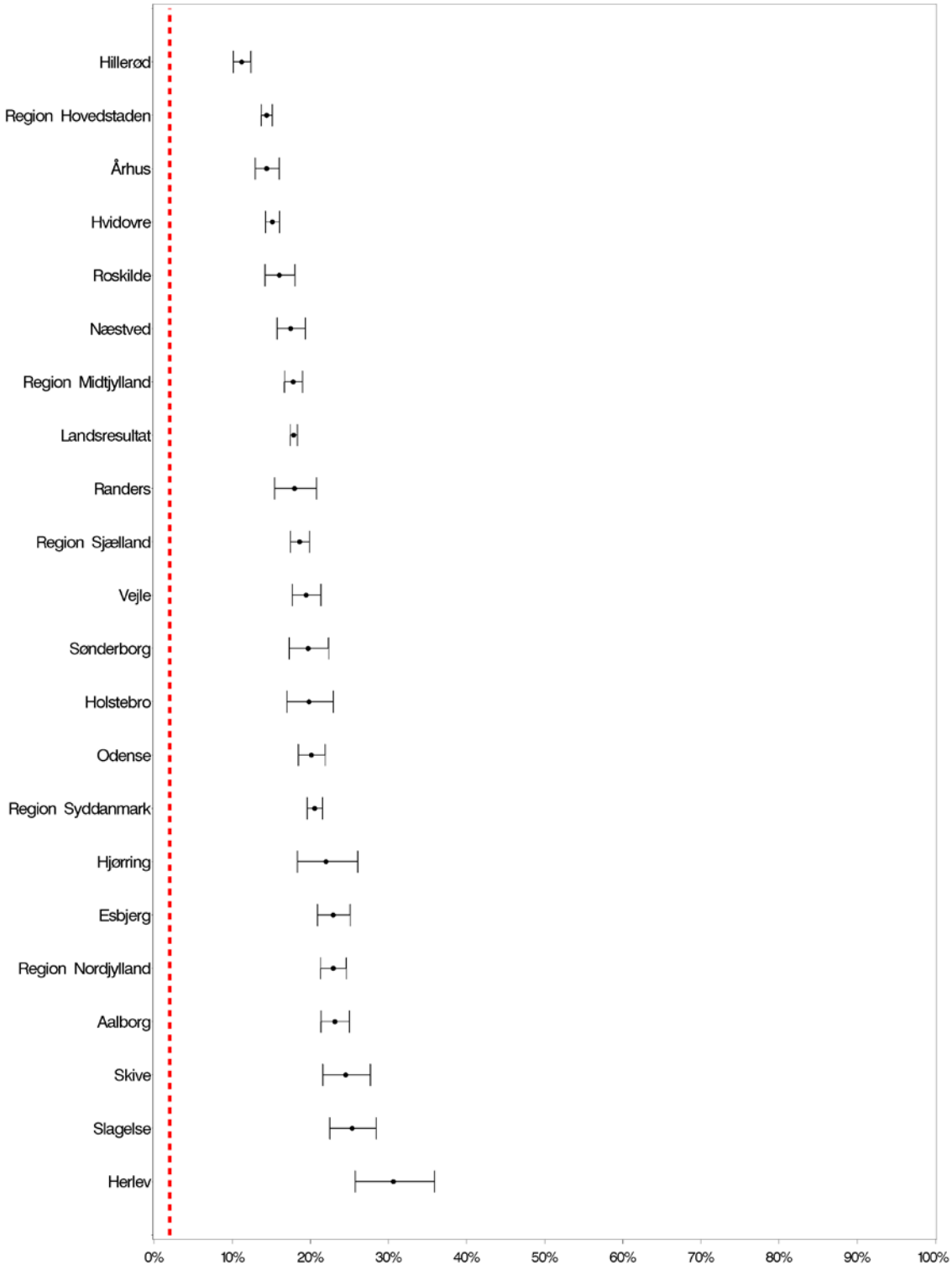
Det et vigtigt at være opmærksom på, at tabellerne 8A og 8B viser antallet af abnorme celleprøver, der ikke er fulgt op "til tiden" jf. anbefalingerne i patologisvaret. Mange kvinder bliver imidlertid fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, som det fremgår af de supplerende analyser i tabellerne 8C,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

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

Region	*Afdeling*	*Antal prøver uden korrekt opfølgning*	*Antal prøver, der skal følges op*	*Indikator andel ikke fulgt op (95% CI)*
Landsresultat	I alt	4.875	27.288	17,9 (17,4 - 18,3)
Region Hovedstaden[1]	I alt	1.401	9.718	14,4 (13,7 - 15,1)
	Herlev	102	333	30,6 (25,7 - 35,9)
	Hillerød	349	3.112	11,2 (10,1 - 12,4)
	Hvidovre	950	6.273	15,1 (14,3 - 16,1)
Region Midtjylland	I alt	783	4.397	17,8 (16,7 - 19,0)
	Holstebro	144	726	19,8 (17,0 - 22,9)
	Randers	148	823	18,0 (15,4 - 20,8)
	Skive	195	795	24,5 (21,6 - 27,7)
	Århus	296	2.053	14,4 (12,9 - 16,0)
Region Nordjylland	I alt	589	2.568	22,9 (21,3 - 24,6)
	Aalborg	486	2.100	23,1 (21,4 - 25,0)
	Hjørring	103	468	22,0 (18,3 - 26,0)
Region Sjælland	I alt	753	4.042	18,6 (17,4 - 19,9)
	Næstved	303	1.733	17,5 (15,7 - 19,4)
	Roskilde	233	1.453	16,0 (14,2 - 18,0)
	Slagelse	217	856	25,4 (22,5 - 28,4)
Region Syddanmark	I alt	1.349	6.563	20,6 (19,6 - 21,6)
	Esbjerg	361	1.574	22,9 (20,9 - 25,1)
	Odense	435	2.161	20,1 (18,5 - 21,9)
	Sønderborg	196	994	19,7 (17,3 - 22,3)
	Vejle	357	1.834	19,5 (17,7 - 21,4)

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

Indikator 8. Opfølgning af abnorme og uegnede celleprøver inden for de anbefalede tidsgrænser



Figuren viser punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for Indikator 8. Standardværdien (<2 % abnorme eller uegnede celleprøver, der ikke er fulgt op rettidigt) er angivet ved den røde stiplede linje.

Kommentar: Andelen af ikke rettidigt opfulgte abnorme eller uegnede celleprøver udgør på landsplan 17,9 %. Der er en variation på regionalt niveau mellem 14,4 % (Region Hovedstaden) og 22,9 % (Region Nordjylland) og en variation på afdelingsniveau fra 11,2 % (Hillerød) til 30,6 % (Herlev). Ingen regioner eller screeningsafdelinger opfylder således den fastsatte standard på < 2 % ikke rettidigt opfulgte abnorme eller uegnede prøver.

Celleprøver analyseret i speciallægepraksis indgår kun delvist i analyserne, da ikke alle patologipraksis indberettede til Patobanken i den pågældende periode, hvorfor resultaterne især fra Herlev og i nogen omfang fra Hvidovre og Hillerød må betragtes som delvist misvisende. Da det er særlig vigtigt, at abnorme celleprøver med alvorlige forandringer følges op "rettidigt", er der foretaget en supplerende analyse, der udelukkende omfatter diagnoser med alvorlige celleforandringer (Tabel 8B).

Supplerende analyse vedrørende alvorlige celleforandringer der ikke er fulgt op rettidigt

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

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

Region	*Afdeling*	*Antal prøver uden korrekt opfølgning*	*Antal prøver der skal følges op*	*Andel ikke fulgt op (95% CI)*
Landsresultat	I alt	486	6.664	7,3 (6,7 - 7,9)
Region Hovedstaden[1]	I alt	170	2.686	6,3 (5,4 - 7,3)
	Herlev	1	41	2,4 (0,1 - 12,9)
	Hillerød	54	836	6,5 (4,9 - 8,3)
	Hvidovre	115	1.809	6,4 (5,3 - 7,6)
Region Midtjylland	I alt	76	746	10,2 (8,1 - 12,6)
	Holstebro	6	86	7,0 (2,6 - 14,6)
	Randers	21	203	10,3 (6,5 - 15,4)
	Skive	4	56	7,1 (2,0 - 17,3)
	Århus	45	401	11,2 (8,3 - 14,7)
Region Nordjylland	I alt	35	545	6,4 (4,5 - 8,8)
	Aalborg	26	464	5,6 (3,7 - 8,1)
	Hjørring	9	81	11,1 (5,2 - 20,0)
Region Sjælland	I alt	88	1.157	7,6 (6,1 - 9,3)
	Næstved	12	307	3,9 (2,0 - 6,7)
	Roskilde	52	584	8,9 (6,7 - 11,5)
	Slagelse	24	266	9,0 (5,9 - 13,1)
Region Syddanmark	I alt	117	1.530	7,6 (6,4 - 9,1)
	Esbjerg	27	327	8,3 (5,5 - 11,8)
	Odense	51	513	9,9 (7,5 - 12,9)
	Sønderborg	18	368	4,9 (2,9 - 7,6)
	Vejle	21	322	6,5 (4,1 - 9,8)

[1] Én speciallæge i Region Hovedstaden har ikke indberettet prøver elektronisk til Patobanken i tidsperioden, hvorfor prøver undersøgt i privat patologipraksis kun indgår delvist.

Kommentar: Andelen af ikke rettidigt opfulgte abnorme prøver med alvorlige celleforandringer udgør på landsplan 7,3 %. Der er en variation på regionalt niveau mellem 6,3 % (Region Hovedstaden) og 10,2% (Region Midtjylland) og en variation på afdelingsniveau fra 2,4 % (Herlev) til 11,2 % (Århus).

Der er således opfølgning af langt flere prøver med alvorlige celleforandringer (Tabel 8B) sammenlignet med opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver (Tabel 8A). Også inden for den enkelte screeningsafdeling kan der være stor variation vedr. andelen af prøver med alvorlige celleforandringer sammenholdt med andelen af abnorme og uegnede celleprøver, der ikke er fulgt op til tiden jf. anbefalingerne i patologisvaret, som f. eks. i Herlev, hvor tallene varierer fra 2,4 % (Tabel 8B) til 30,6 % (Tabel 8A).

Celleprøver analyseret i speciallægepraksis indgår kun delvist i analyserne, og resultaterne især fra Herlev og i nogen omfang fra Hvidovre og Hillerød må derfor betragtes som delvist misvisende.

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

Det anbefales, at de regionale styregrupper følger op på dette Edifact initiativ og i den forbindelse monitorerer eventuelle brist i opfølgningen hos den prøvetagende læge, samt iværksætter initiativer til at imødegå dette. Regionerne bør i øvrigt være opmærksomme på Sundhedsstyrelsens kommende anbefalinger for screening for livmoderhalskræft, der formodentlig også vil anvise initiativer til at formindske andelen af ikke rettidigt opfulgte prøver.

Perspektivering: Ovennævnte Edifact-løsning forventes at øge andelen af rettidigt opfulgte prøver efter abnorme og uegnede prøvesvar. Ansvaret for, at en abnorm eller uegnet prøve bliver fulgt op, ligger umiddelbart hos den praktiserende læge, men for at afklare denne problemstilling har Sundhedsstyrelsen nedsat en arbejdsgruppe, der i 2010 forventes at udgive retningslinjer vedr. ansvar for opfølgning af parakliniske prøver. I den forbindelse er det overvejet, om ikke blot den prøvetagende læge, men også kvinden selv skal modtage prøvesvaret, uden at dette dog vil ændre på den prøvetagende læges ansvar vedr. opfølgning af et abnormt svar.

Den nationale styregruppe vil endvidere til Årsrapporten for 2010 ansøge om adgang til data fra Det Centrale Personregister med henblik på at tage højde for kvinder, der er døde eller emigrerede inden for opfølgningsperioden.

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

Det er vigtigt at være opmærksom på, at Tabel 8A viser antallet af abnorme celleprøver, der ikke er fulgt op "til tiden" jf. anbefalingerne i patologisvaret. I den supplerende Tabel 8C er tidsfristerne for en opfølgningsprøve forlænget til 450 dage uanset Æ-kode. Det fremgår her, at mange kvinder bliver fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, da andelen af ikke opfulgte prøver på landsplan falder fra 17,9 % (Tabel 8A) til 9,1 % (Tabel 8C).

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

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

Region	*Afdeling*	*Antal prøver uden rettidig opfølgning*	*Antal prøver, der skal følges op*	*Indikator, andel ikke fulgt op (95 % CI)*
Landsresultat	I alt	2.477	27.288	9,1 (8,7 - 9,4)
Region Hovedstaden[1]	I alt	826	9.718	8,5 (8,0 - 9,1)
	Herlev	80	333	24,0 (19,5 - 29,0)
	Hillerød	164	3.112	5,3 (4,5 - 6,1)
	Hvidovre	582	6.273	9,3 (8,6 - 10,0)
Region Midtjylland	I alt	443	4.397	10,1 (9,2 - 11,0)
	Holstebro	94	726	12,9 (10,6 - 15,6)
	Randers	96	823	11,7 (9,6 - 14,1)
	Skive	54	795	6,8 (5,1 - 8,8)
	Århus	199	2.053	9,7 (8,4 - 11,1)
Region Nordjylland	I alt	244	2.568	9,5 (8,4 - 10,7)
	Aalborg	198	2.100	9,4 (8,2 - 10,8)
	Hjørring	46	468	9,8 (7,3 - 12,9)
Region Sjælland	I alt	358	4.042	8,9 (8,0 - 9,8)
	Næstved	121	1.733	7,0 (5,8 - 8,3)
	Roskilde	128	1.453	8,8 (7,4 - 10,4)
	Slagelse	109	856	12,7 (10,6 - 15,2)
Region Syddanmark	I alt	606	6.563	9,2 (8,5 - 10,0)
	Esbjerg	151	1.574	9,6 (8,2 - 11,2)
	Odense	184	2.161	8,5 (7,4 - 9,8)
	Sønderborg	96	994	9,7 (7,9 - 11,7)
	Vejle	175	1.834	9,5 (8,2 - 11,0)

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

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

Det er ligeledes vigtigt at være opmærksom på, at Tabel 8B viser antallet af celleprøver med alvorlige celleforandringer, der ikke er fulgt op "til tiden" jf. anbefalingerne i patologisvaret. I de to supplerende tabeller 8D og 8E er tidsfristerne for en opfølgningsprøve forlænget til henholdsvis 450 og 180 dage uanset Æ-kode. Det fremgår også her, at mange kvinder imidlertid bliver fulgt op efter anbefalingernes tidsfrist, da andelen af ikke opfulgte prøver på landsplan falder fra 7,3% (Tabel 8B efter 120 dage) til henholdsvis 2,2 % (Tabel 8D efter 450 dage) og 4,9 % (Tabel 8E efter 180 dage).

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

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

Region	*Afdeling*	*Antal prøver uden korrekt opfølgning*	*Antal prøver, der skal følges op*	*Indikator, andel ikke fulgt op (95% CI)*
Landsresultat	I alt	144	6.664	2,2 (1,8 - 2,5)
Region Hovedstaden[1]	I alt	55	2.686	2,0 (1,5 - 2,7)
	Herlev	1	41	2,4 (0,1 - 12,9)
	Hillerød	13	836	1,6 (0,8 - 2,6)
	Hvidovre	41	1.809	2,3 (1,6 - 3,1)
Region Midtjylland	I alt	27	746	3,6 (2,4 - 5,2)
	Holstebro	0	86	0,0 (0,0 - 4,2)
	Randers	10	203	4,9 (2,4 - 8,9)
	Skive	2	56	3,6 (0,4 - 12,3)
	Århus	15	401	3,7 (2,1 - 6,1)
Region Nordjylland	I alt	7	545	1,3 (0,5 - 2,6)
	Aalborg	6	464	1,3 (0,5 - 2,8)
	Hjørring	1	81	1,2 (0,0 - 6,7)
Region Sjælland	I alt	27	1.157	2,3 (1,5 - 3,4)
	Næstved	3	307	1,0 (0,2 - 2,8)
	Roskilde	18	584	3,1 (1,8 - 4,8)
	Slagelse	6	266	2,3 (0,8 - 4,8)
Region Syddanmark	I alt	28	1.530	1,8 (1,2 - 2,6)
	Esbjerg	4	327	1,2 (0,3 - 3,1)
	Odense	13	513	2,5 (1,4 - 4,3)
	Sønderborg	6	368	1,6 (0,6 - 3,5)
	Vejle	5	322	1,6 (0,5 - 3,6)

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

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

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

Region	Afdeling	Antal prøver uden korrekt opfølgning	Antal prøver der skal følges op	Indikator, andel, ikke fulgt op (95% CI)
Landresultat	I alt	325	6.664	4,9 (4,4 - 5,4)
Region Hovedstaden1	I alt	117	2.686	4,4 (3,6 - 5,2)
	Herlev	1	41	2,4 (0,1 - 12,9)
	Hillerød	39	836	4,7 (3,3 - 6,3)
	Hvidovre	77	1.809	4,3 (3,4 - 5,3)
Region Midtjylland	I alt	61	746	8,2 (6,3 - 10,4)
	Holstebro	3	86	3,5 (0,7 - 9,9)
	Randers	17	203	8,4 (5,0 - 13,1)
	Skive	2	56	3,6 (0,4 - 12,3)
	Århus	39	401	9,7 (7,0 - 13,1)
Region Nordjylland	I alt	27	545	5,0 (3,3 - 7,1)
	Aalborg	20	464	4,3 (2,7 - 6,6)
	Hjørring	7	81	8,6 (3,5 - 17,0)
Region Sjælland	I alt	51	1.157	4,4 (3,3 - 5,8)
	Næstved	4	307	1,3 (0,4 - 3,3)
	Roskilde	35	584	6,0 (4,2 - 8,2)
	Slagelse	12	266	4,5 (2,4 - 7,7)
Region Syddanmark	I alt	69	1.530	4,5 (3,5 - 5,7)
	Esbjerg	11	327	3,4 (1,7 - 5,9)
	Odense	36	513	7,0 (5,0 - 9,6)
	Sønderborg	12	368	3,3 (1,7 - 5,6)
	Vejle	10	322	3,1 (1,5 - 5,6)

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

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

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

Datagrundlag: Nationale samt regionale data er den 14-09-2010 fundet på Sundhedsstyrelsens hjemmeside: (http://www.sst.dk/Indberetning%20og%20statistik/Sundhedsdata/Kraeft/RDS7.aspx)

Det bemærkes, at tallene i Tabel 9A og Tabel 9B er forud for DKLS databasens start, da der endnu ikke er offentliggjort data for 2009.

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

Region	Nye tilfælde				
	2004	2005	2006	2007	2008
Landsresultat	388	405	381	365	361
Region Hovedstaden	129	152	124	134	132
Region Midtjylland	84	74	78	83	74
Region Nordjylland	30	38	33	30	34
Region Sjælland	65	62	55	54	46
Region Syddanmark	80	79	91	64	75

Kommentar: De sidst offentliggjorte tal fra Sundhedsstyrelsen dækker 2008, hvor antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft var 361. Der er tale om en mindre nedgang fra 388 tilfælde i 2004, dog med en vis variation mellem de enkelte år. Tallene for de enkelte regioner er for små til, at det er meningsfyldt at kommentere variationer mellem årene.

Det er Sundhedsstyrelsens overordnede vurdering, at siden år 2000 er det årlige fald i antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i Danmark fladet ud til et nærmest konstant niveau.

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

Datagrundlag: Data er hentet fra Sundhedsstyrelsens rapport "Cancerregisteret 2008", hvor incidensen opgøres uden decimaler.

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

	2004	2005	2006	2007	2008
Landsresultat	14	14	14	13	13

***** Aldersstandardiseret rate pr. 100.000. Incidensraten er kun tilgængelig uden decimaler. (Standard: Danmark, 2000)

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft - med brug af den danske befolkning i 2000 som standard - var i 2008 på 13 pr. 100.000 kvinder.

Anbefaling: I denne første Årsrapport 2009 er Indikator 9 udelukkende baseret på allerede publicerede data fra Sundhedsstyrelsen. I de kommende årsrapporter vil der blive taget initiativ til at indhente mere detaljerede data.

Supplerende analyser

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

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: modtagedato 01-01-2009 til 31-12-2009 samt SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/livmoderhalsen. ASCUS er defineret ved SNOMED-koderne M67014, M69711, M72125, M73005 eller M69700. Alle kvinder er inkluderet uanset alder.

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

Region	*Patologiafdeling*	*Antal kvinder med ASCUS (tæller)*	*Antal kvinder med en celleprøve (nævner)*	*Andel i % som får en ASCUS diagnose (95% CI)*
Landsresultat	I alt	12.344	396.400	3,1 (3,1 - 3,2)
Region Hovedstaden	I alt	5.055	122.509	4,1 (4,0 - 4,2)
	Herlev	464	29.324	1,6 (1,4 - 1,7)
	Hillerød	1.616	30.594	5,3 (5,0 - 5,5)
	Hvidovre	2.975	62.591	4,8 (4,6 - 4,9)
Region Midtjylland	I alt	2.814	86.269	3,3 (3,1 - 3,4)
	Holstebro	282	16.759	1,7 (1,5 - 1,9)
	Randers	942	23.243	4,1 (3,8 - 4,3)
	Skive	450	11.918	3,8 (3,4 - 4,1)
	Århus	1.140	34.349	3,3 (3,1 - 3,5)
Region Nordjylland	I alt	760	41.889	1,8 (1,7 - 1,9)
	Aalborg	530	37.635	1,4 (1,3 - 1,5)
	Hjørring	230	4.254	5,4 (4,7 - 6,1)
Region Sjælland	I alt	1.807	54.300	3,3 (3,2 - 3,5)
	Næstved	459	18.712	2,5 (2,2 - 2,7)
	Roskilde	987	17.074	5,8 (5,4 - 6,1)
	Slagelse	361	18.514	1,9 (1,8 - 2,2)
Region Syddanmark	I alt	1.908	91.431	2,1 (2,0 - 2,2)
	Esbjerg	600	15.713	3,8 (3,5 - 4,1)
	Odense	513	30.418	1,7 (1,5 - 1,8)
	Sønderborg	263	17.572	1,5 (1,3 - 1,7)
	Vejle	532	27.728	1,9 (1,8 - 2,1)

Kommentar: Antallet af ASCUS-prøver er 3,2 % på landsplan. De fem regioner varierer fra 1,8 % (Region Nordjylland) til 4,2 % i (Region Hovedstaden). Der er imidlertid større variation mellem de enkelte screeningsafdelinger fra 1,4 % (Aalborg) til 5,8 % (Roskilde).

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

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

Datagrundlag: Udtræk fra Patobankens Cyresmodul defineret ved følgende parametre: modtagedato 01-01-2009 til 31-12-2009 samt SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** for celleprøver fra vagina/ livmoderhalsen. AGC er defineret ved SNOMED-koderne M67020, M69712 eller M69762, ASCH er defineret ved SNOMED-koden M67010 og ASCUS er defineret ved SNOMED-koderne M67014, M69711, M72125, M73005 eller M69700.

Tabel 11 er opgjort på prøveniveau i modsætning til Tabel 10, der er opgjort på personnummerniveau, hvorfor antallet af ASCUS-diagnoser er forskelligt i de to tabeller.

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

		AGC[1]		ASCH[2]		ASCUS[3]		ingen ASCH/ ASCUS/ AGC		I alt	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Landsresultat		803	0,2	2.517	0,6	13.234	3,1	410.621	96,1	427.175	100,0
Region Hovedstaden	*I alt*	246	0,2	464	0,4	5.279	4,0	126.190	95,5	132.179	100,0
	Herlev	41	0,1	154	0,5	490	1,5	31.401	97,9	32.086	100,0
	Hillerød	75	0,2	193	0,6	1.671	5,1	30.721	94,1	32.660	100,0
	Hvidovre	130	0,2	117	0,2	3.118	4,6	64.068	95,0	67.433	100,0
Region Midtjylland	*I alt*	206	0,2	839	0,9	3.028	3,2	89.570	95,7	93.643	100,0
	Holstebro	31	0,2	74	0,4	307	1,8	17.079	97,6	17.491	100,0
	Randers	56	0,2	234	0,9	1.040	4,1	24.280	94,8	25.610	100,0
	Skive	41	0,3	35	0,3	501	3,8	12.486	95,6	13.063	100,0
	Århus	78	0,2	496	1,3	1.180	3,1	35.725	95,3	37.479	100,0
Region Nordjylland	*I alt*	80	0,2	213	0,5	826	1,8	43.966	97,5	45.085	100,0
	Aalborg	25	0,1	164	0,4	567	1,4	38.940	98,1	39.696	100,0
	Hjørring	55	1,0	49	0,9	259	4,8	5.026	93,3	5.389	100,0
Region Sjælland	*I alt*	135	0,2	366	0,6	2.025	3,5	55.672	95,7	58.198	100,0
	Næstved	36	0,2	99	0,5	527	2,6	19.665	96,7	20.327	100,0
	Roskilde	96	0,5	114	0,6	1.091	6,0	16.889	92,8	18.190	100,0
	Slagelse	3	0,0	153	0,8	407	2,1	19.118	97,1	19.681	100,0
Region Syddanmark	*I alt*	136	0,1	635	0,6	2.077	2,1	95.222	97,1	98.070	100,0
	Esbjerg	23	0,1	267	1,5	687	3,9	16.549	94,4	17.526	100,0
	Odense	50	0,2	242	0,8	526	1,6	31.099	97,4	31.917	100,0
	Sønderborg	24	0,1	68	0,4	277	1,5	18.421	98,0	18.790	100,0
	Vejle	39	0,1	58	0,2	587	2,0	29.153	97,7	29.837	100,0

[1]Atypiske cylinderepitelceller, [2]Atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL, [3]Atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning

Kommentar: På landsplan udgør de tre "atypidiagnoser" i alt 3,9 **%** af alle celleprøver varierende fra 2,9 % (Region Syddanmark) til 4,6 % (Region Hovedstaden). På afdelingsniveau ses en større variation fra 1,9 % (Aalborg) til 7,2% (Roskilde).

Vedrørende AGC-diagnosen er niveauet på landsplan 0,2 % af alle celleprøver, hvilket altovervejende genfindes på regionalt niveau. På afdelingsniveau varierer det fra 0,0 % (Slagelse) til 1,0 % (Hjørring).

Vedrørende ASCH-diagnosen er niveauet på landsplan 0,6 % af alle celleprøver, der varierer fra 0,4 % (Region Hovedstaden) til 0,9 % (Region Midtjylland). På afdelingsniveau varierer det fra 0,2 % (Hvidovre og Vejle) til 1,5 % (Esbjerg).

Vedrørende ASCUS-diagnosen er niveauet på landsplan 3,1 % af alle celleprøver med en variation fra 1,8 % (Region Nordjylland) til 4,1 % (Region Hovedstaden). På afdelingsniveau varierer det fra 1,4 % (Aalborg) til 6,0 % (Roskilde).

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

Ordliste

Adenokarcinom – Kræft udgået fra cylinderepitel
Adenocarcinoma in situ – Forstadie til adenokarcinom
Aldersstandardiseret incidensrate – En sammenvejning af aldersspecifikke incidensrater med brug af en valgt standardbefolkning
Atypi / atypiske celler – Anvendes om celleforandringer, hvor det ikke kan afgøres, om der er tale om godartede, reaktive forandringer, forstadier til kræft eller kræft
Autolyse – nedbrydning af celler ved deres egne enzymer
Automatiseret screening – Præscreening vha. computer

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

Carcinoma in situ – Den sværeste grad af forstadier, der kan videreudvikle sig til kræft
Cervix / **Cervix uteri** – (latin: cervix: hals) Livmoderhalsen: den nederste del af livmoderen
Cervixcytologisk undersøgelse – En undersøgelse af celler fra livmoderhalsen
CIN-klassifikation – Klassifikation af forstadier til livmoderhalskræft
Cylinderepitel – Cylinderformede celler, der beklæder slimhindeoverflade
Cytobioanalytiker – Bioanalytiker med kompetence i cellediagnostik
Cytologi – Læren om cellerne. Benyttes i patologien som betegnelse for diagnostik baseret på mikroskopisk undersøgelse af celleprøver

Deltagerprocent (for screeningsprogram mod livmoderhalskræft) – Andelen af inviterede kvinder, som bliver undersøgt
Deoxyribonucleinsyre (DNA) – Række af nucleotider, som findes i cellekernen. DNA-molekylerne udgør arvemassen (genomet) med alle dens gener (arveanlæg)
Dysplasi – Forstadier til kræft
Dækningsgrad – Den andel kvinder i en population, der i en given periode har fået taget en celleprøve

Edifact – Officiel standard for elektronisk forsendelse / udveksling af bl.a. sundhedsdata
Endocervikale celler – cylinderepitelceller fra livmoderhalsens kanal
Ektocervix – Overfladen uden på livmoderhalsen
Endocervix – Overfladen i livmoderhalskanalen

Falsk negativ celleprøve – Når der ikke påvises abnorme celler, og kvinden alligevel har forstadier eller kræft
Falsk positiv celleprøve – Når der påvises celleforandringer tolket som forstadier eller kræft, som efterfølgende undersøgelse ikke kan bekræfte
Fiksering – metode til at bevare celle- eller vævsstrukturer
Fikseringsvæske – væske til bevaring af celler eller væv

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

Histologi – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning
Human papillomavirus (HPV) – Virus, der kan medføre forstadier til livmoderhalskræft og livmoderhalskræft

Hysterectomi / total hysterektomi – Fjernelse af hele livmoderen

Incidens – Antal tilfælde af en sygdom, som opstår i løbet af en given periode (oftest et år) i en afgrænset befolkning
Indikator / kvalitetsindikator – Målbar variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten
Inflammation – Betændelse

Karcinom – Kræft udgået fra epitel
Keglesnit – Fjernelse af et kegleformet stykke væv fra livmoderhalsen
Koilocytose – Pladeepitel med halo omkring kernen. Kan ses ved infektion med HPV
Kolposkopi – Kikkertundersøgelse af skeden og den synlige del af livmoderhalsen

Mikroskopi – undersøgelse af celler eller væv i mikroskop

Negativ diagnose – Prøver besvaret som normale
Negativ prædiktiv værdi – Ofte forkortet NPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en negativ test er rask
Neoplasi – Nydannelse af celler, der kan være såvel godartet som ondartet

Onkogen – Gen, hvis produkt kan transformere celler til cancerceller
Onkogen HPV – En type human papillomavirus, der kan medføre udvikling af livmoderhalskræft
Opportunistisk screening – Celleprøver taget uden for det organiserede screeningsprogram

Patologidatabanken / Patobanken – Landsdækkende databank, der indeholder alle patologidata inkl. diagnoser
Persisterende – Kronisk, vedvarende
Pladeepitel – Epitel, hvor cellerne ud mod overfladen har form af tynde plader parallelle med overfladen
Planocellulært karcinom – Kræft, der udgår fra flerlaget pladeepitel
Population – Befolkning, bestand. Betegner i statistikken den gruppe af enkeltindivider, som et studie siger noget om
Positiv diagnose – Prøver besvaret som abnorme
Positiv prædiktiv værdi – Ofte forkortet PPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en positiv test er syg
Prospektiv – Fremadskuende
Prævalens – Den brøkdel af en befolkning, der på et givet tidspunkt har lidelsen.

Retrospektiv – Bagudskuende

Screening for kræft – En undersøgelse af en gruppe personer uden symptomer med det formål at finde forstadier eller sygdom på et tidligt stadium
Screeningspopulation – den målgruppe i befolkningen der tilbydes en given screening

Screeningsprøve fra livmoderhalsen – Celleprøve fra livmoderhalsen undersøgt som følge af en invitation eller et rykkerbrev. Defineres som en celleprøve modtaget inden for 12 måneder efter udsendelse af invitationsbrevet
Sensitivitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet positiv, givet man er syg. Angiver testens evne til at finde de syge
Specificitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet negativ, forudsat man er rask. Angiver testens evne til at klassificere raske som raske

Standard – Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet
Standardiseret incidensrate / **incidensrate** – Antal nye tilfælde af en sygdom, opgjort (eller forventet) per persontid-i-risiko, såsom per 1.000 personår

Transformationszonen – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel

Udstrygningsteknik – Celleprøve fra livmoderhalsen primært udstrøget på objektglas

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

Forkortelsesliste

AGC – Atypical Glandular Cells (atypiske cylinderepitelceller)

AIS – Adenocarcinoma in Situ (adenokarcinom in situ)

ASCH – Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL)

ASCUS – Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning)

CIN – Cervical Intraepithelial Neoplasia

CIS – Carcinoma in situ

DGCD – Dansk Gynækologisk Cancer Database

DKLS – Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

DSPAC – Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi

DNA – Desoxyribonucleinsyre

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

FDA – Food and Drug Administration (USA)

HPV – Human papillomavirus

HSIL – High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (svær grad af pladeepitelforandring)

KCN – Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser (Nord)

LSIL – Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (let grad af pladeepitelforandring)

SNOMED – Systematized Nomenclature of Medicine f. eks. T-kode for topografi, M-kode for morfologi og Æ-kode for ætiologi og opfølgning

UST – Udstrygningsteknik

VBT– Væskebaseret teknik

WHO – World Health Organization

Revisionspåtegning

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

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

Årsrapporten er baseret på data indhentet til DKLS fra Patobankens IT programmer - Cyresmodulet og Indkaldemodulet.

Databasen er tilknyttet Kompetencecenter Nord. Alle statistiske analyser i rapporten er foretaget af personale ved centeret. Syv kvalitetsindikatorer er opgjort på ikke-anonymiseret afdelingsspecifikt niveau med angivelse af landsresultater og regionsresultater til sammenligning. Én indikator er slet ikke opgjort og én indikator er kun opgjort på nationalt niveau.

Tre indikatorer er opgjort for tidsperioden 01-01-2009 til 31-12-2009, og de resterende indikatorer er opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig for de enkelte indikatorer. Årsrapporten afspejler derfor ikke kvaliteten af screeningsprogrammet i 2009 på alle indikatorområder.

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

I Årsrapporten redegøres der for det generelle datagrundlag inklusive dækningsgrad, og for hver indikator redegøres der for det specifikke datagrundlag samt aktuelle dataproblemer. Rapporten indeholder kommentarer og anbefalinger, med konkrete forslag til hvordan behandlingskvaliteten kan forbedres i forhold til hver indikator. Rapportens datagrundlag og statistiske analyser kan bære de angivne konklusioner og anbefalinger.

Sammenfattende er det vores vurdering, at Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening, Årsrapport 2009 i det væsentlige lever op til Basiskrav for Landsækkende Kliniske Kvalitetsdatabaser specificeret af Danske Regioner, og også opfylder Sundhedsstyrelsens krav vedr. afrapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser.

23. november 2010

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

Søren Paaske Johnsen
Forskningsoverlæge, ph.d.
Kompetencecenter Nord

Bilag

Bilag 1. Indikatorbeskrivelse

Bilag 2. Indikator 2 opgjort på kommunalt niveau

Bilag 3. Indikator 7 opgjort på kommunalt niveau

Bilag 4. Styregruppens kommissorium

Bilag 1

Nationale indikatorer til måling af kvaliteten af screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft

I følgende skema beskrives hver enkelt indikator, som fra 1. januar 2009 skal indhentes til Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS).
Uddybende specifikationer, forklaringer samt argumentation for hver indikator er anført efter oversigtsskemaet.

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

		2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 270 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening	>75%		
3.	Prøvekvalitet (procesmål)	Andelen af uegnede celleprøver ud af alle celleprøver.	<1,5%	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
4.	Diagnostisk kvalitet (procesmål)	4A. Celleprøvens sensitivitet for HSIL eller værre. 4B. Celleprøvens specificitet for HSIL eller værre.	>60% >98%	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
5.	Svartid (procesmål)	Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen ud af alle celleprøver.	>95%	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
6.	HPV-test (procesmål)	Andelen af kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test ud af alle kvinder >30 år, hvor celleprøven viser ASCUS.	>95%	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
7.	Dækningsgrad (effektmål)	Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år.	>85%	Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Kommune
8.	Opfølgning (effektmål)	Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op jf. patologisvarets anbefalinger for opfølgning, ud af alle abnorme eller uegnede celleprøver.	<2%	Patologidatabankens Cyresmodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
9.	Antal tilfælde af livmoderhalskræft (effektmål)	9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde per år. 9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år	<350 <13,9	Cancerregistret	9A. Nationalt 9B. Nationalt Regionalt

Generelle aspekter:

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) skal én gang årligt offentliggøre en fagligt kommenteret årsrapport, som skal være tilgængelige for de indberettende enheder.
For indikator 1B (kapacitet), indikator 3 (prøvekvalitet), indikator 4 (diagnostisk kvalitet), indikator 5 (svartid), indikator 6 (HPV-test) og indikator 8 (opfølgning) skal afrapporteringen foretages nationalt og regionalt samt på patologiafdelings niveau, mens afrapporteringen af indikator 2 (deltagelse og invitationsprocedure) og indikator 7 (dækningsgrad) foretages på nationalt, regionalt og kommunalt niveau. Indikator 1A (kapacitet) afrapporteres på nationalt og regionalt niveau samt på indkaldested.
På sigt ønskes også en afrapportering af indikatorerne på ydernummerniveau, men dette er ikke muligt for øjeblikket. Der sigtes endvidere mod at udvikle en web-baseret adgang for hvert ydernummer til egne data sammenholdt med f.eks. det regionale gennemsnit.
Celleprøver, der er registreret i Patologidatabanken, stammer fra kvinder, som indbydes og deltager i screeningsprogrammet, kvinder, som får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) samt kvinder, der får taget en celleprøve, som kontrol efter behandling for dysplasi.
Indikatorer samt standarder er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 vedrørende ”Screening for livmoderhalskræft”, Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 om ”Væskebaseret teknik og udstrygningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark – en medicinsk teknologivurdering” samt tidligere opgørelser fra Patologidatabanken af deltagerprocent og dækningsgraden vedr. screening for livmoderhalskræft.

Indikator 1. Kapacitet

1A. Kvinder der venter på invitation

Specifikation: Kvinder i aldersgruppen 23-64 år på modtagedatoen inkluderes. På sigt ønskes kvinder, der ikke ønsker screening samt kvinder, der er total hysterektomerede af benigne årsager ekskluderet. Kvinder, der venter på invitation, defineres som kvinder, der venter på invitation i de kommuner, som indkaldelsesstedet servicerer. Andelen af ventende kvinder er et ”øjebliksbillede” og opgørelsen skal derfor foretages på samme dag for alle indkaldesteder. Indikatoren kan evt. opgøres en gang pr. kvartal, hvilket lidt bedre afspejler udsving i antal ventende indkaldelser henover året. Definitionen på ventende kvinder er de kvinder, hvor datoen for invitation er overskredet med 1 dag, dvs. henholdsvis 3 år + 1 dag fra sidste celleprøve og 5 år + 1 dag fra sidste celleprøve.
Argumentation: Det er nødvendigt, at organisationen har kapacitet til at indkalde flest mulige kvinder på rette tidspunkt, så det anbefalede screeningsinterval ikke overskrides.
Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Indkaldemodul på en specifik dato (f.eks. 10-02-2010).

1B. Antal celleprøver per patologiafdeling

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

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

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

Celleprøver: T8X2** eller T8X3**.

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure

Specifikation: Indikatoren måler kvaliteten af invitationsproceduren i forhold til deltagelse. Deltagerprocent og dækningsgrad skal nærme sig hinanden og ideelt være 85% (målet for dækningsgrad). Der ønskes en opgørelse af den nuværende omkostningstunge invitationsprocedure. Især er afklaring omkring den 2. geninvitation med hensyn til respons fra de implicerede kvinder. Hidtidige erfaringer i Danmark har vist effekt af 2. geninvitation og dermed effekt på screeningsprogrammets deltagerprocent.

Argumentation: Vigtig parameter for, om der opnås ønsket effekt af de udsendte invitationer. Det skal sikres, at kvinder ikke unødigt inviteres til screening, da for hyppige screeningsintervaller kan resultere i overdiagnostik og dermed overbehandling af kvinderne.

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

Indikator 3. Prøvekvalitet

Specifikation: Uegnede celleprøver defineres som enten for lidt materiale eller teknisk dårlig kvalitet f.eks. autolyse eller blodtilblanding, jf. Bethesda-klassifikationen, dvs. følgende koder: M09010, M09070, M09100, M09140, M09150, M09000, M09018, M09019, M09017, M54310, M09015, M4...., M69780, M30610, M09016, men IKKE samtidigt M00120, M00121, M00122, M67010, M67014, M67016, M67017, M67020,M81402, M8…3 eller M9…3.

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

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

Celleprøver: T8X2** eller T8X3**.
Tæller: alle celleprøver koblet med en uegnet kode indenfor tidsperioden.
Nævner: alle celleprøver indenfor tidsperioden.

Indikator 4. Diagnostisk kvalitet

Generel forklaring:

Når man skal vurdere den kliniske effektivitet af en test, så gøres det ofte ved at bestemme testens diagnostiske sensitivitet og specificitet eller testens positive prædiktive værdi og negative prædiktive værdi.
Den diagnostiske sensitivitet udregnes som sandt positive diagnoser divideret med summen af sandt positive diagnoser og falsk negative diagnoser: Sensitivitet: a/a+c.
Den diagnostiske specificitet udregnes som sandt negative diagnoser divideret med summen af sandt negative diagnoser og falsk positive diagnoser: Specificitet: d/b+d.
Den positive prædiktive værdi udregnes som sandt positive diagnoser divideret med summen sandt positive diagnoser og falsk positive diagnoser: PPV: a/a+b.
Den negative prædiktive værdi udregnes som sandt negative diagnoser divideret med summen af sandt negative diagnoser og falsk negative diagnoser: NPV: d/c+d.

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

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

4A. Sensitivitet af celleprøve for HSIL eller værre.

Uddybende forklaring: Sensitiviteten angiver testens evne til at finde kvinder med forstadie til livmoderhalskræft. Hvis det i praksis ikke er alle forstadier, der opdages, betyder det, at sensitiviteten er under 100 pct. Disse kvinder får falsk negative svar.

Specifikation: Sensitiviteten kan ikke måles direkte, fordi man ikke i screeningsprogrammet genundersøger kvinder med negative celleprøver, hvorfor negative celleprøver ikke kan opsplittes i de sandt negative og de falsk negative prøver. For alligevel at kunne udregne et mål for sensitiviteten defineres en celleprøve som sandt negativ, hvis der ikke inden for de efterfølgende 3½ år er en positiv celle- eller vævsprøve. Positive celleprøver defineres som celleprøver med diagnoserne karcinom, HSIL, ASCH, AIS eller AGC. Negative celleprøver defineres som celleprøver med LSIL, ASCUS, uegnede eller normale celler. Se nedenstående flow-diagram.

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

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

Celleprøver: T8X2** eller T8X3**.

4B. Specificitet af celleprøve for HSIL eller værre.

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

Specifikation: Specificiteten kan ikke måles direkte, fordi man ikke i screeningsprogrammet genundersøger kvinder med negative celleprøver, hvorfor negative celleprøver ikke kan opsplittes i de sandt negative og de falsk negative prøver. For alligevel at kunne udregne et mål for specificiteten defineres en celleprøve som sandt negativ, hvis der ikke inden for de efterfølgende 3½ år er en positiv celle- eller vævsprøve. Positive celleprøver defineres som celleprøver med diagnoserne karcinom, HSIL, ASCH, AIS, eller AGC. Negative celleprøver defineres som celleprøver med LSIL, ASCUS, uegnede eller normale celler. Se i øvrigt nedenstående flow-diagram, hvor celleprøven inkluderer hele forløbet fra celleprøvetagning, mikroskopi og svar til rekvirenten.

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

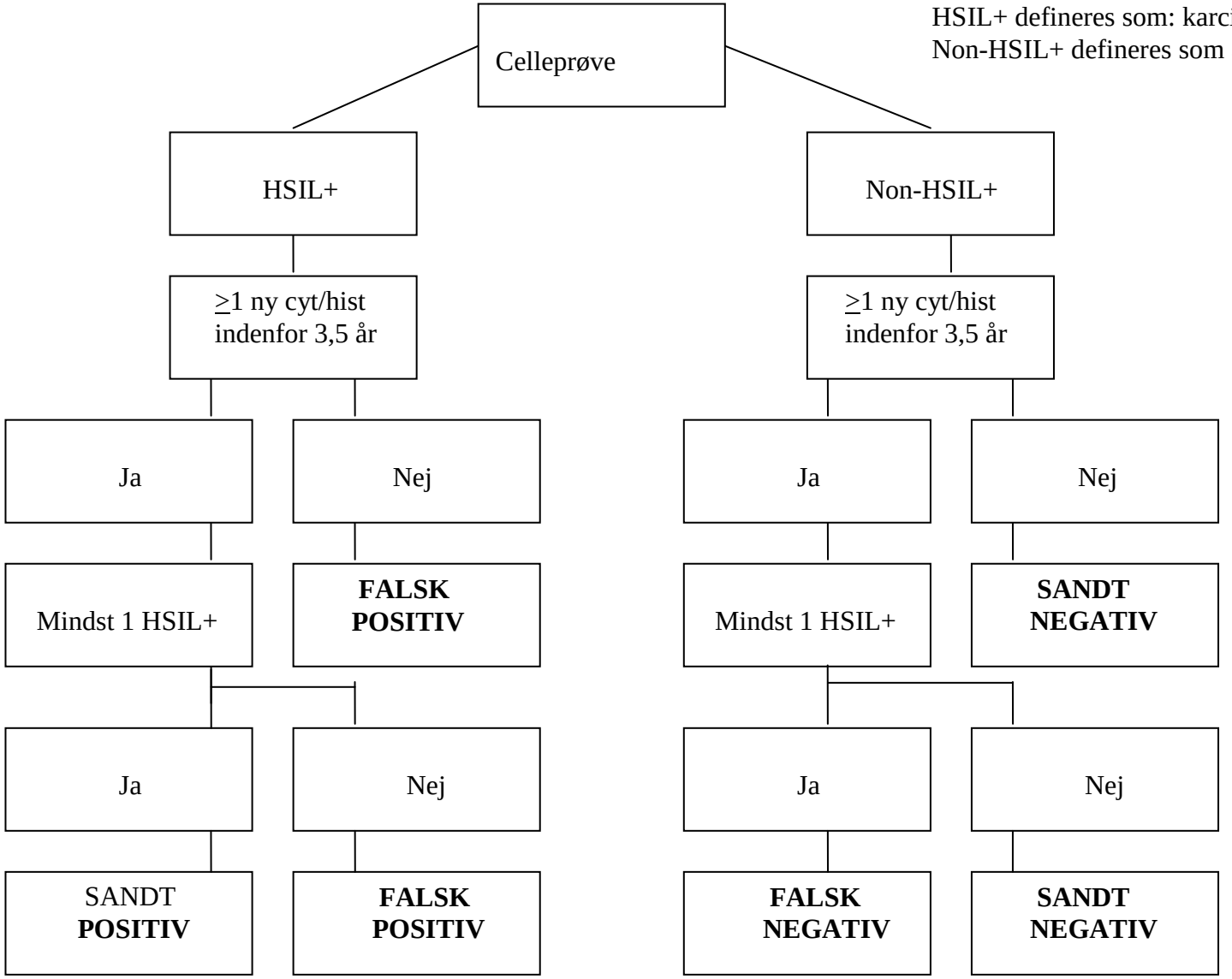
Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-07-05 til 31-06-06) med 42 måneders histologisk/cytologisk opfølgning. Indikatoren afspejler den diagnostiske kvalitet, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Celleprøver: T8X2** eller T8X3**.

FLOW-DIAGRAM: SENSITIVITET OG SPECIFICITET AF CERVIX CELLEPRØVEN

(inkluderer hele forløbet fra celleprøvetagning, mikroskopi og svar til rekvirenten)

HSIL+ defineres som: karcinom, HSIL, ASC-H, AIS eller AGC
Non-HSIL+ defineres som alle andre diagnoser



Celleprøven opdeles jf. ”Cervical cytology – quality assurance” i

HSIL+ : M8…3, M9…3, M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80702, M80732, M80762, M80812, M80102, M80702, M80722, M80732, M74c.9, M74b.9, M740.9, M67010, M81402; M69762, M67020, M69712.

Non-HSIL+: M67016, M74a.9, M69701, M76701, M76720, M69790, M76700, M67014, M69711, M72125, M73005, M69700, M00100, M00120, M00121, M00122, M01111, M02561, M09450, M09462, M09463, M09460, M11600, M11610, M4… og ikke M09010, M51620, M58…, M69520, M69780, M69784, M69810, M69820, M69880, M72…, M73…, M74030, MYY122.

Ny histologiske og/eller cytologiske indenfor 3,5 år kategoriseres på tilsvarende vis.

HSIL+ : M8…3, M9…3, M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80702, M80732, M80762, M80812, M80102, M80702, M80722, M80732, M74c.9, M74b.9, M740.9, M67010, M81402; M69762, M67020, M69712, M8…2.

Non-HSIL+: M67016, M74a.9, M69701, M76701, M76720, M69790, M76700, M67014, M69711, M72125, M73005, M69700, M00100, M00120, M00121, M00122, M01111, M02561, M09450, M09451, M09462, M09463, M09460, M11600, M11610, M116…, M4… og ikke M09010, M51620, M58…, M69520, M69780, M69784, M69810, M69820, M69880, M72…, M73…, M74030, MYY122, M28000, M31050, M33400, M54000, M72120, M73220, M76500, M76800, M79500, M88100, M88900, M90840.

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

Herefter opstilles følgende 2x2 tabel og sensitiviteten (a/a+c) og specificiteten (d/b+d) kan beregnes. Tabellen er konstrueret som den fremgår i Patologidatabankens Cyresmodul, men bemærk at den ”sande værdi” (Histologisk og /eller cytologisk opfølgning) og testresultat (celleprøve) er byttet om i forhold til ovenstående tabel.

		Celleprøve		
		HSIL+	Non-HSIL+	I alt
Histologisk og/eller cytologisk opfølgning	HSIL+	a	c	a+c
	Non-HSIL+	b	d	b+d
	I alt	a+b	c+d	

Indikator 5. Svartid

Specifikation: Det antal hverdage, der går fra celleprøven modtages på patologiafdelingen til undersøgelsessvaret afsendes til prøvetager.
Argumentation: Svartiden bør ikke overskride 10 hverdage jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.
Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009).
Celleprøver: T8X2** eller T8X3** fra kvinder i alderen 23-64 år på modtagedato.
Svartid: Tid fra modtagedato til svardato.
Vi har defineret at modtagedatoen = 0 dag og første arbejdsdag = 1 hverdag efter modtagedatoen. 1. maj og Grundlovsdag defineres som helligdage.

Indikator 6. HPV-test

Specifikation: Infektion med onkogen human papillomavirus (HPV) er nødvendig for udvikling af livmoderhalskræft.
Uddybende forklaring: Det anbefales kun at bruge en supplerende HPV-test hos kvinder over 30 år, da prævalensen af HPV i denne aldersgruppe er lav i forhold til den yngre aldersgruppe. HPV-testen har endvidere en meget høj negativ prædiktiv værdi i den ældre aldersgruppe.
Argumentation: En supplerende HPV-test kan kvalificere ASCUS-diagnosen (tidl. atypi), fordi sensitiviteten er højere og specificiteten er den samme som ved gentagen cytologi. Det er derfor et kvalitetskrav, at de pågældende kvinder i så høj grad som muligt for foretaget en supplerende HPV-test.
Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-04-2008 til 31-03-2009).
Celleprøver: T8X2** eller T8X3** fra kvinder >30 år på modtagedato.
Tæller: Unikke CPR-numre indenfor tidsperioden kombineret med ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M69700) og HPV- test (P33520, P33b35, FY5005 eller FY5006). HPV- test skal foreligge indenfor 270 dage efter modtagedato af celleprøven. ASCUS diagnosen er stillet i en patologiafdeling, men den opfølgende HPV- test kan være fra enhver patologiafdeling eller en speciallægepraksis.
Nævner: Unikke CPR-numre indenfor tidsperioden kombineret med ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M69700).

Indikator 7. Dækningsgrad

Specifikation: Kvinder i aldersintervallet fra 23 til 49 år anbefales screening for livmoderhalskræft hvert tredje år, og kvinder i alderen 50-64 år anbefales screening hvert femte år. Da der først sendes invitationsbreve ud henholdsvis 3 eller 5 år efter seneste celleprøve, kan der forventes at gå længere tid end 3 eller 5 år, inden kvinden bliver inviteret til næste screeningsrunde. Denne ventetid er her sat til et halvt år. Dækningsgraden beregnes for en given dato. For kvinder i alderen 23,5 til 50,4 år opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve indenfor 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 indenfor de foregående 5,5 år. Dækningsgraden beregnes for alle kvinder, uanset om de har fået foretaget celleprøven på baggrund af en "programinvitation" eller ej (opportunistisk). Dækningsgraden opgøres på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Det er et øjebliksbillede og skal derfor udføres på alle niveauer på samme dato.

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

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens indkaldemodul på en specifik dato (f.eks. 10-02-2010), der inkluderer alle kvinder med celleprøve(r) i de forudgående 42 og 66 måneder fra udtræksdato med henholdsvis 3 og 5 års screeningsintervaller.
Indikatoren afspejler derfor ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode.

Indikator 8. Rettidig opfølgning

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

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

Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens Cyresmodul dækkende et årligt tidsinterval (f.eks. 01-10-2007 til 30-09-2008).
Indikatoren afspejler kvaliteten af screeningsprogrammets opfølgningsprocedure for prøver taget i denne tidsperiode. Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for alle celleprøver, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).

Celleprøver: T8X2** eller T8X3** eksklusiv koder for normal celleprøve (M00100, M00120, M00121, M00122, M01111, M02561, M09450, M09462, M09463, M09460, M11600, M11610, M4**** og ikke M09010, M51620, M58***, M69520, M69780, M69784, M69810, M69820, M69880, M72***, M73***, M74030, MYY122).
Henvisning til gynækolog defineres som = ny smear undersøgelse

Tæller: alle celleprøver koblet med ÆAAX15 (gynækologisk specialundersøgelse tilrådes inden for 3 måneder) eller ÆAA015 (gynækologisk specialundersøgelse med kolposkopi tilrådes) uden ny T8X2**, T8X3**, T80***, T81***, T82***, T83***, T84***, T85***, T86*** eller T87*** prøve indenfor 7 dage før modtagedato til 120 dage (3+1 mdr.) efter svardato OG
alle celleprøver koblet med ÆAA021 (cytologisk kontrol om 2-4 måneder tilrådes) eller ÆAA0X1 (cytologisk kontrol om 3 måneder efter lokal østrogenbehandling tilrådes) uden ny T8X2**, T8X3**, T80***, T81***, T82***, T83***, T84***, T85***, T86*** eller T87*** prøve indenfor 7 dage før modtagedato til 180 dage (3+3 mdr.) efter svardato OG
alle celleprøver koblet med ÆAA004 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes) uden ny T8X2**, T8X3**, T80***, T81***, T82***, T83***, T84***, T85***, T86*** eller T87*** prøve inden for 7 dage før modtagedato til 270 dage (6+3 mdr.) efter svardato OG
alle celleprøver koblet med ÆAA018 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes) eller ÆAA008 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere cytologisk fund) eller (ÆAA009 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere koniseret) uden ny T8X2**, T8X3**, T80***, T81***, T82***, T83***, T84***, T85***, T86*** eller T87*** prøve inden for 7 dage før modtagedato til 450 dage (12+3 mdr.) efter svardato.
Nævner: alle celleprøver koblet med ÆAA004, ÆAA018, ÆAA008, ÆAA009, ÆAAX15, ÆAA015, ÆAA021 eller ÆAA0X1.
Se rutediagram s. 95 anbefalinger fra 2007

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde per år

Uddybende forklaring: Opgørelse af forekomsten af livmoderhalskræft kræver løbende registrering af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft.
Argumentation: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte antallet af nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft.
Operationalisering: Det årlige antal nye tilfælde fordelt på histologisk type kan hentes direkte fra Cancerregisteret.

9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år

Uddybende forklaring: Incidensraten er et bedre udtryk end det absolutte tal, når der skal sammenlignes på tværs af regioner samt over tid. Det er nødvendigt, at incidensraten opgøres for 5 års perioder for at få tilstrækkeligt stort talmateriale.
Specifikation: Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort per 100.000 kvinder.
Argumentation: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft.
Operationalisering: Dette tal kan hentes direkte fra Cancerregisteret.

Bilag 2

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

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter invitation (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	151.753	366.441	41,41 (41,25 - 41,57)
Region Hovedstaden	I alt	41.830	117.890	35,48 (35,21 - 35,76)
	Albertslund(165)	594	1.836	32,35 (30,21 - 34,49)
	Allerød(201)	677	1.418	47,74 (45,14 - 50,34)
	Ballerup(151)	1.220	3.245	37,60 (35,93 - 39,26)
	Bornholms Region(400)	1.138	2.605	43,69 (41,78 - 45,59)
	Brøndby(153)	748	2.167	34,52 (32,52 - 36,52)
	Dragør(155)	271	813	33,33 (30,09 - 36,57)
	Egedal(240)	1.294	2.820	45,89 (44,05 - 47,73)
	Fredensborg(210)	963	2.314	41,62 (39,61 - 43,62)
	Frederiksberg(147)	2.557	7.601	33,64 (32,58 - 34,70)
	Frederikssund(250)	1.264	2.820	44,82 (42,99 - 46,66)
	Frederiksværk-Hundested(260)	799	1.915	41,72 (39,51 - 43,93)
	Furesø(190)	902	2.300	39,22 (37,22 - 41,21)
	Gentofte(157)	1.197	4.091	29,26 (27,87 - 30,65)
	Gladsaxe(159)	1.394	4.034	34,56 (33,09 - 36,02)
	Glostrup(161)	456	1.412	32,29 (29,86 - 34,73)
	Gribskov(270)	1.078	2.517	42,83 (40,90 - 44,76)
	Helsingør(217)	1.321	3.345	39,49 (37,84 - 41,15)
	Herlev(163)	653	1.697	38,48 (36,16 - 40,79)
	Hillerød(219)	1.342	2.948	45,52 (43,72 - 47,32)
	Hvidovre(167)	1.137	3.243	35,06 (33,42 - 36,70)
	Høje-Taastrup(169)	1.195	3.279	36,44 (34,80 - 38,09)
	Hørsholm(223)	575	1.361	42,25 (39,62 - 44,87)
	Ishøj(183)	462	1.427	32,38 (29,95 - 34,80)
	Kristiansø(411)	2	7	28,57 (0,00 - 62,04)
	København(101)	14.152	44.624	31,71 (31,28 - 32,15)
	Lyngby-Tårbæk(173)	1.151	3.097	37,16 (35,46 - 38,87)
	Rudersdal(230)	1.082	3.025	35,77 (34,06 - 37,48)
	Rødovre(175)	863	2.352	36,69 (34,74 - 38,64)
	Tårnby(185)	961	2.595	37,03 (35,17 - 38,89)
	Vallensbæk(187)	382	982	38,90 (35,85 - 41,95)
Region Midtjylland	I alt	33.530	80.824	41,49 (41,15 - 41,82)
	Favrskov(710)	1.392	3.316	41,98 (40,30 - 43,66)
	Hedensted(766)	1.222	2.914	41,94 (40,14 - 43,73)
	Herning(657)	1.942	4.120	47,14 (45,61 - 48,66)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter invitation (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Holstebro(661)	1.293	2.771	46,66 (44,80 - 48,52)
	Horsens(615)	2.225	5.423	41,03 (39,72 - 42,34)
	Ikast-Brande(756)	919	2.101	43,74 (41,62 - 45,86)
	Lemvig(665)	377	917	41,11 (37,93 - 44,30)
	Norddjurs(707)	1.149	2.755	41,71 (39,86 - 43,55)
	Odder(727)	645	1.528	42,21 (39,74 - 44,69)
	Randers(730)	2.865	7.188	39,86 (38,73 - 40,99)
	Ringkøbing-Skjern(760)	1.230	2.796	43,99 (42,15 - 45,83)
	Samsø(741)	5	14	35,71 (10,61 - 60,81)
	Silkeborg(740)	2.743	6.404	42,83 (41,62 - 44,04)
	Skanderborg(746)	1.599	4.078	39,21 (37,71 - 40,71)
	Skive(779)	1.385	2.864	48,36 (46,53 - 50,19)
	Struer(671)	485	1.095	44,29 (41,35 - 47,23)
	Syddjurs(706)	1.261	3.227	39,08 (37,39 - 40,76)
	Viborg(791)	2.694	5.628	47,87 (46,56 - 49,17)
	Århus(751)	8.099	21.685	37,35 (36,70 - 37,99)
Region Nordjylland	I alt	11.709	29.787	39,31 (38,75 - 39,86)
	Aalborg(851)	3.936	10.270	38,33 (37,38 - 39,27)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	762	1.873	40,68 (38,46 - 42,91)
	Frederikshavn(813)	1.096	2.872	38,16 (36,38 - 39,94)
	Hjørring(860)	1.246	3.204	38,89 (37,20 - 40,58)
	Jammerbugt(849)	723	1.945	37,17 (35,02 - 39,32)
	Læsø(825)	35	97	36,08 (26,53 - 45,64)
	Mariagerfjord(846)	866	2.162	40,06 (37,99 - 42,12)
	Morsø(773)	475	1.124	42,26 (39,37 - 45,15)
	Rebild(840)	604	1.527	39,55 (37,10 - 42,01)
	Thisted(787)	1.183	2.775	42,63 (40,79 - 44,47)
	Vesthimmerlands(820)	783	1.938	40,40 (38,22 - 42,59)
Region Sjælland	I alt	27.518	57.923	47,51 (47,10 - 47,91)
	Faxe(320)	1.278	2.775	46,05 (44,20 - 47,91)
	Greve(253)	1.594	3.335	47,80 (46,10 - 49,49)
	Guldborgsund(376)	2.314	4.583	50,49 (49,04 - 51,94)
	Holbæk(316)	2.054	4.665	44,03 (42,61 - 45,45)
	Kalundborg(326)	1.428	3.410	41,88 (40,22 - 43,53)
	Køge(259)	1.917	4.045	47,39 (45,85 - 48,93)
	Lejre(350)	1.005	1.912	52,56 (50,32 - 54,80)
	Lolland(360)	1.766	3.450	51,19 (49,52 - 52,86)
	Næstved(370)	3.148	6.147	51,21 (49,96 - 52,46)
	Odsherred(306)	869	2.134	40,72 (38,64 - 42,81)
	Ringsted(329)	988	2.152	45,91 (43,81 - 48,02)
	Roskilde(265)	3.021	5.930	50,94 (49,67 - 52,22)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter invitation (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Slagelse(330)	2.178	5.104	42,67 (41,32 - 44,03)
	Solrød(269)	781	1.522	51,31 (48,80 - 53,83)
	Sorø(340)	884	1.947	45,40 (43,19 - 47,61)
	Stevns(336)	600	1.445	41,52 (38,98 - 44,06)
	Vordingborg(390)	1.693	3.367	50,28 (48,59 - 51,97)
Region Syddanmark	I alt	37.166	80.017	46,45 (46,10 - 46,79)
	Aabenraa(580)	2.141	4.288	49,93 (48,43 - 51,43)
	Assens(420)	1.443	2.867	50,33 (48,50 - 52,16)
	Billund(530)	660	1.520	43,42 (40,93 - 45,91)
	Esbjerg(561)	2.759	6.768	40,77 (39,59 - 41,94)
	Faaborg-Midtfyn(430)	1.705	3.526	48,36 (46,71 - 50,00)
	Fanø(563)	68	201	33,83 (27,29 - 40,37)
	Fredericia(607)	1.405	3.345	42,00 (40,33 - 43,68)
	Haderslev(510)	2.112	4.175	50,59 (49,07 - 52,10)
	Kerteminde(440)	809	1.634	49,51 (47,09 - 51,93)
	Kolding(621)	2.719	6.082	44,71 (43,46 - 45,96)
	Langeland(482)	475	934	50,86 (47,65 - 54,06)
	Middelfart(410)	1.342	2.616	51,30 (49,38 - 53,22)
	Nordfyns(480)	972	2.058	47,23 (45,07 - 49,39)
	Nyborg(450)	1.077	2.221	48,49 (46,41 - 50,57)
	Odense(461)	6.169	13.575	45,44 (44,61 - 46,28)
	Svendborg(479)	1.984	4.045	49,05 (47,51 - 50,59)
	Sønderborg(540)	2.551	5.069	50,33 (48,95 - 51,70)
	Tønder(550)	1.340	2.659	50,39 (48,49 - 52,30)
	Varde(573)	1.040	2.569	40,48 (38,58 - 42,38)
	Vejen(575)	1.115	2.609	42,74 (40,84 - 44,63)
	Vejle(630)	3.079	6.829	45,09 (43,91 - 46,27)
	Ærø(492)	201	427	47,07 (42,34 - 51,81)

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

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter første geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som har fået første geninvitation (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	69.001	203.242	33,95 (33,74 - 34,16)
Region Hovedstaden	I alt	21.316	70.144	30,39 (30,05 - 30,73)
	Albertslund(165)	284	1.115	25,47 (22,91 - 28,03)
	Allerød(201)	255	674	37,83 (34,17 - 41,50)
	Ballerup(151)	565	1.782	31,71 (29,55 - 33,87)
	Bornholms Region(400)	407	1.367	29,77 (27,35 - 32,20)
	Brøndby(153)	335	1.244	26,93 (24,46 - 29,39)
	Dragør(155)	137	469	29,21 (25,10 - 33,33)
	Egedal(240)	607	1.415	42,90 (40,32 - 45,48)
	Fredensborg(210)	398	1.263	31,51 (28,95 - 34,07)
	Frederiksberg(147)	1.466	4.673	31,37 (30,04 - 32,70)
	Frederikssund(250)	497	1.457	34,11 (31,68 - 36,55)
	Frederiksværk-Hundested(260)	345	1.047	32,95 (30,10 - 35,80)
	Furesø(190)	462	1.278	36,15 (33,52 - 38,78)
	Gentofte(157)	702	2.589	27,11 (25,40 - 28,83)
	Gladsaxe(159)	697	2.371	29,40 (27,56 - 31,23)
	Glostrup(161)	241	841	28,66 (25,60 - 31,71)
	Gribskov(270)	437	1.348	32,42 (29,92 - 34,92)
	Helsingør(217)	614	1.904	32,25 (30,15 - 34,35)
	Herlev(163)	304	929	32,72 (29,71 - 35,74)
	Hillerød(219)	555	1.513	36,68 (34,25 - 39,11)
	Hvidovre(167)	561	1.871	29,98 (27,91 - 32,06)
	Høje-Taastrup(169)	517	1.843	28,05 (26,00 - 30,10)
	Hørsholm(223)	229	745	30,74 (27,42 - 34,05)
	Ishøj(183)	242	887	27,28 (24,35 - 30,21)
	Kristiansø(411)	3	4	75,00 (32,56 - 100,00)
	København(101)	8.372	28.670	29,20 (28,67 - 29,73)
	Lyngby-Tårbæk(173)	542	1.755	30,88 (28,72 - 33,04)
	Rudersdal(230)	547	1.764	31,01 (28,85 - 33,17)
	Rødovre(175)	391	1.340	29,18 (26,75 - 31,61)
	Tårnby(185)	454	1.463	31,03 (28,66 - 33,40)
	Vallensbæk(187)	150	523	28,68 (24,80 - 32,56)
Region Midtjylland	I alt	18.411	46.199	39,85 (39,41 - 40,30)
	Favrskov(710)	863	1.911	45,16 (42,93 - 47,39)
	Hedensted(766)	674	1.652	40,80 (38,43 - 43,17)
	Herning(657)	571	2.021	28,25 (26,29 - 30,22)
	Holstebro(661)	414	1.390	29,78 (27,38 - 32,19)
	Horsens(615)	1.198	3.143	38,12 (36,42 - 39,81)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter første geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som har fået første geninvitation (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Ikast-Brande(756)	312	1.100	28,36 (25,70 - 31,03)
	Lemvig(665)	129	514	25,10 (21,35 - 28,85)
	Norddjurs(707)	599	1.593	37,60 (35,22 - 39,98)
	Odder(727)	435	872	49,89 (46,57 - 53,20)
	Randers(730)	1.744	4.298	40,58 (39,11 - 42,05)
	Ringkøbing-Skjern(760)	409	1.439	28,42 (26,09 - 30,75)
	Samsø(741)	1	9	11,11 (0,00 - 31,64)
	Silkeborg(740)	1.526	3.626	42,08 (40,48 - 43,69)
	Skanderborg(746)	1.202	2.460	48,86 (46,89 - 50,84)
	Skive(779)	527	1.400	37,64 (35,10 - 40,18)
	Struer(671)	138	558	24,73 (21,15 - 28,31)
	Syddjurs(706)	754	1.954	38,59 (36,43 - 40,75)
	Viborg(791)	1.064	2.748	38,72 (36,90 - 40,54)
	Århus(751)	5.851	13.511	43,31 (42,47 - 44,14)
Region Nordjylland	I alt	5.826	17.686	32,94 (32,25 - 33,63)
	Aalborg(851)	2.014	6.217	32,40 (31,23 - 33,56)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	379	1.093	34,68 (31,85 - 37,50)
	Frederikshavn(813)	526	1.724	30,51 (28,34 - 32,68)
	Hjørring(860)	634	1.910	33,19 (31,08 - 35,31)
	Jammerbugt(849)	396	1.203	32,92 (30,26 - 35,57)
	Læsø(825)	18	58	31,03 (19,13 - 42,94)
	Mariagerfjord(846)	413	1.263	32,70 (30,11 - 35,29)
	Morsø(773)	213	630	33,81 (30,12 - 37,50)
	Rebild(840)	333	901	36,96 (33,81 - 40,11)
	Thisted(787)	528	1.559	33,87 (31,52 - 36,22)
	Vesthimmerlands(820)	372	1.128	32,98 (30,24 - 35,72)
Region Sjælland	I alt	9.319	28.966	32,17 (31,63 - 32,71)
	Faxe(320)	442	1.431	30,89 (28,49 - 33,28)
	Greve(253)	592	1.648	35,92 (33,61 - 38,24)
	Guldborgsund(376)	660	2.185	30,21 (28,28 - 32,13)
	Holbæk(316)	762	2.483	30,69 (28,87 - 32,50)
	Kalundborg(326)	548	1.889	29,01 (26,96 - 31,06)
	Køge(259)	723	2.011	35,95 (33,85 - 38,05)
	Lejre(350)	338	858	39,39 (36,12 - 42,66)
	Lolland(360)	414	1.628	25,43 (23,31 - 27,55)
	Næstved(370)	912	2.863	31,85 (30,15 - 33,56)
	Odsherred(306)	330	1.190	27,73 (25,19 - 30,27)
	Ringsted(329)	344	1.108	31,05 (28,32 - 33,77)
	Roskilde(265)	1.038	2.766	37,53 (35,72 - 39,33)
	Slagelse(330)	896	2.763	32,43 (30,68 - 34,17)
	Solrød(269)	266	713	37,31 (33,76 - 40,86)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter første geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som har fået første geninvitation (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Sorø(340)	343	1.008	34,03 (31,10 - 36,95)
	Stevns(336)	257	807	31,85 (28,63 - 35,06)
	Vordingborg(390)	454	1.615	28,11 (25,92 - 30,30)
Region Syddanmark	I alt	14.129	40.247	35,11 (34,64 - 35,57)
	Aabenraa(580)	577	1.973	29,24 (27,24 - 31,25)
	Assens(420)	535	1.327	40,32 (37,68 - 42,96)
	Billund(530)	280	829	33,78 (30,56 - 37,00)
	Esbjerg(561)	1.379	3.895	35,40 (33,90 - 36,91)
	Faaborg-Midtfyn(430)	681	1.700	40,06 (37,73 - 42,39)
	Fanø(563)	39	127	30,71 (22,69 - 38,73)
	Fredericia(607)	509	1.784	28,53 (26,44 - 30,63)
	Haderslev(510)	545	1.887	28,88 (26,84 - 30,93)
	Kerteminde(440)	318	780	40,77 (37,32 - 44,22)
	Kolding(621)	1.074	3.164	33,94 (32,29 - 35,59)
	Langeland(482)	155	438	35,39 (30,91 - 39,87)
	Middelfart(410)	483	1.193	40,49 (37,70 - 43,27)
	Nordfyns(480)	376	1.016	37,01 (34,04 - 39,98)
	Nyborg(450)	443	1.084	40,87 (37,94 - 43,79)
	Odense(461)	2.602	6.949	37,44 (36,31 - 38,58)
	Svendborg(479)	786	1.964	40,02 (37,85 - 42,19)
	Sønderborg(540)	722	2.271	31,79 (29,88 - 33,71)
	Tønder(550)	351	1.225	28,65 (26,12 - 31,19)
	Varde(573)	468	1.486	31,49 (29,13 - 33,86)
	Vejen(575)	509	1.422	35,79 (33,30 - 38,29)
	Vejle(630)	1.235	3.524	35,05 (33,47 - 36,62)
	Ærø(492)	62	209	29,67 (23,47 - 35,86)

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

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter anden geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som har fået anden geninvitation (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	22.098	126.089	17,53 (17,32 - 17,74)
Region Hovedstaden	I alt	9.540	45.578	20,93 (20,56 - 21,30)
	Albertslund(165)	131	758	17,28 (14,59 - 19,97)
	Allerød(201)	113	396	28,54 (24,09 - 32,98)
	Ballerup(151)	229	1.120	20,45 (18,08 - 22,81)
	Bornholms Region(400)	169	895	18,88 (16,32 - 21,45)
	Brøndby(153)	155	839	18,47 (15,85 - 21,10)
	Dragør(155)	69	308	22,40 (17,75 - 27,06)
	Egedal(240)	204	740	27,57 (24,35 - 30,79)
	Fredensborg(210)	176	830	21,20 (18,42 - 23,99)
	Frederiksberg(147)	663	2.969	22,33 (20,83 - 23,83)
	Frederikssund(250)	210	908	23,13 (20,39 - 25,87)
	Frederiksværk-Hundested(260)	145	676	21,45 (18,36 - 24,54)
	Furesø(190)	172	768	22,40 (19,45 - 25,34)
	Gentofte(157)	342	1.742	19,63 (17,77 - 21,50)
	Gladsaxe(159)	286	1.552	18,43 (16,50 - 20,36)
	Glostrup(161)	102	558	18,28 (15,07 - 21,49)
	Gribskov(270)	190	872	21,79 (19,05 - 24,53)
	Helsingør(217)	257	1.229	20,91 (18,64 - 23,18)
	Herlev(163)	104	564	18,44 (15,24 - 21,64)
	Hillerød(219)	215	902	23,84 (21,06 - 26,62)
	Hvidovre(167)	241	1.200	20,08 (17,82 - 22,35)
	Høje-Taastrup(169)	232	1.197	19,38 (17,14 - 21,62)
	Hørsholm(223)	107	483	22,15 (18,45 - 25,86)
	Ishøj(183)	114	604	18,87 (15,75 - 21,99)
	Kristiansø(411)	0	1	0,00 (0,00 - 0,00)
	København(101)	4.033	19.105	21,11 (20,53 - 21,69)
	Lyngby-Tårbæk(173)	243	1.109	21,91 (19,48 - 24,35)
	Rudersdal(230)	220	1.112	19,78 (17,44 - 22,13)
	Rødovre(175)	174	876	19,86 (17,22 - 22,51)
	Tårnby(185)	178	936	19,02 (16,50 - 21,53)
	Vallensbæk(187)	66	329	20,06 (15,73 - 24,39)
Region Midtjylland	I alt	1.250	26.255	4,76 (4,50 - 5,02)
	Favrskov(710)	36	1.004	3,59 (2,44 - 4,74)
	Hedensted(766)	22	942	2,34 (1,37 - 3,30)
	Herning(657)	45	1.282	3,51 (2,50 - 4,52)
	Holstebro(661)	17	859	1,98 (1,05 - 2,91)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter anden geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som har fået anden geninvitation (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Horsens(615)	59	1.862	3,17 (2,37 - 3,96)
	Ikast-Brande(756)	17	704	2,41 (1,28 - 3,55)
	Lemvig(665)	6	360	1,67 (0,34 - 2,99)
	Norddjurs(707)	25	952	2,63 (1,61 - 3,64)
	Odder(727)	15	414	3,62 (1,82 - 5,42)
	Randers(730)	57	2.481	2,30 (1,71 - 2,89)
	Ringkøbing-Skjern(760)	27	927	2,91 (1,83 - 4,00)
	Samsø(741)	1	8	12,50 (0,00 - 35,42)
	Silkeborg(740)	82	1.995	4,11 (3,24 - 4,98)
	Skanderborg(746)	59	1.195	4,94 (3,71 - 6,17)
	Skive(779)	124	849	14,61 (12,23 - 16,98)
	Struer(671)	2	383	0,52 (0,00 - 1,24)
	Syddjurs(706)	22	1.171	1,88 (1,10 - 2,66)
	Viborg(791)	269	1.613	16,68 (14,86 - 18,50)
	Århus(751)	365	7.254	5,03 (4,53 - 5,53)
Region Nordjylland	I alt	2.226	11.479	19,39 (18,67 - 20,12)
	Aalborg(851)	804	4.086	19,68 (18,46 - 20,90)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	127	687	18,49 (15,58 - 21,39)
	Frederikshavn(813)	205	1.144	17,92 (15,70 - 20,14)
	Hjørring(860)	246	1.243	19,79 (17,58 - 22,01)
	Jammerbugt(849)	144	784	18,37 (15,66 - 21,08)
	Læsø(825)	8	39	20,51 (7,84 - 33,19)
	Mariagerfjord(846)	157	825	19,03 (16,35 - 21,71)
	Morsø(773)	74	397	18,64 (14,81 - 22,47)
	Rebild(840)	103	550	18,73 (15,47 - 21,99)
	Thisted(787)	214	986	21,70 (19,13 - 24,28)
	Vesthimmerlands(820)	144	738	19,51 (16,65 - 22,37)
Region Sjælland	I alt	3.677	18.509	19,87 (19,29 - 20,44)
	Faxe(320)	153	935	16,36 (13,99 - 18,73)
	Greve(253)	230	1.001	22,98 (20,37 - 25,58)
	Guldborgsund(376)	265	1.457	18,19 (16,21 - 20,17)
	Holbæk(316)	337	1.616	20,85 (18,87 - 22,83)
	Kalundborg(326)	221	1.261	17,53 (15,43 - 19,62)
	Køge(259)	298	1.202	24,79 (22,35 - 27,23)
	Lejre(350)	134	489	27,40 (23,45 - 31,36)
	Lolland(360)	155	1.169	13,26 (11,32 - 15,20)
	Næstved(370)	343	1.862	18,42 (16,66 - 20,18)
	Odsherred(306)	130	793	16,39 (13,82 - 18,97)
	Ringsted(329)	131	708	18,50 (15,64 - 21,36)
	Roskilde(265)	389	1.612	24,13 (22,04 - 26,22)
	Slagelse(330)	358	1.734	20,65 (18,74 - 22,55)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder efter anden geninvitation (tæller)*	*Antal kvinder som har fået anden geninvitation (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Solrød(269)	98	428	22,90 (18,92 - 26,88)
	Sorø(340)	128	622	20,58 (17,40 - 23,76)
	Stevns(336)	120	516	23,26 (19,61 - 26,90)
	Vordingborg(390)	187	1.104	16,94 (14,73 - 19,15)
Region Syddanmark	I alt	5.405	24.268	22,27 (21,75 - 22,80)
	Aabenraa(580)	238	1.265	18,81 (16,66 - 20,97)
	Assens(420)	185	743	24,90 (21,79 - 28,01)
	Billund(530)	116	527	22,01 (18,47 - 25,55)
	Esbjerg(561)	501	2.407	20,81 (19,19 - 22,44)
	Faaborg-Midtfyn(430)	218	966	22,57 (19,93 - 25,20)
	Fanø(563)	17	84	20,24 (11,65 - 28,83)
	Fredericia(607)	243	1.174	20,70 (18,38 - 23,02)
	Haderslev(510)	241	1.201	20,07 (17,80 - 22,33)
	Kerteminde(440)	110	432	25,46 (21,35 - 29,57)
	Kolding(621)	445	1.923	23,14 (21,26 - 25,03)
	Langeland(482)	42	261	16,09 (11,63 - 20,55)
	Middelfart(410)	167	662	25,23 (21,92 - 28,54)
	Nordfyns(480)	149	597	24,96 (21,49 - 28,43)
	Nyborg(450)	139	592	23,48 (20,07 - 26,89)
	Odense(461)	984	4.026	24,44 (23,11 - 25,77)
	Svendborg(479)	267	1.099	24,29 (21,76 - 26,83)
	Sønderborg(540)	292	1.393	20,96 (18,82 - 23,10)
	Tønder(550)	158	804	19,65 (16,91 - 22,40)
	Varde(573)	207	979	21,14 (18,59 - 23,70)
	Vejen(575)	166	872	19,04 (16,43 - 21,64)
	Vejle(630)	493	2.125	23,20 (21,41 - 24,99)
	Ærø(492)	27	136	19,85 (13,15 - 26,56)

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

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	242.852	366.441	66,27 (66,12 - 66,43)
Region Hovedstaden	I alt	72.686	117.890	61,66 (61,38 - 61,93)
	Albertslund(165)	1.009	1.836	54,96 (52,68 - 57,23)
	Allerød(201)	1.045	1.418	73,70 (71,40 - 75,99)
	Ballerup(151)	2.014	3.245	62,06 (60,40 - 63,73)
	Bornholms Region(400)	1.714	2.605	65,80 (63,97 - 67,62)
	Brøndby(153)	1.238	2.167	57,13 (55,05 - 59,21)
	Dragør(155)	477	813	58,67 (55,29 - 62,06)
	Egedal(240)	2.105	2.820	74,65 (73,04 - 76,25)
	Fredensborg(210)	1.537	2.314	66,42 (64,50 - 68,35)
	Frederiksberg(147)	4.686	7.601	61,65 (60,56 - 62,74)
	Frederikssund(250)	1.971	2.820	69,89 (68,20 - 71,59)
	Frederiksværk-Hundested(260)	1.289	1.915	67,31 (65,21 - 69,41)
	Furesø(190)	1.536	2.300	66,78 (64,86 - 68,71)
	Gentofte(157)	2.241	4.091	54,78 (53,25 - 56,30)
	Gladsaxe(159)	2.377	4.034	58,92 (57,41 - 60,44)
	Glostrup(161)	799	1.412	56,59 (54,00 - 59,17)
	Gribskov(270)	1.705	2.517	67,74 (65,91 - 69,57)
	Helsingør(217)	2.192	3.345	65,53 (63,92 - 67,14)
	Herlev(163)	1.061	1.697	62,52 (60,22 - 64,83)
	Hillerød(219)	2.112	2.948	71,64 (70,01 - 73,27)
	Hvidovre(167)	1.939	3.243	59,79 (58,10 - 61,48)
	Høje-Taastrup(169)	1.944	3.279	59,29 (57,60 - 60,97)
	Hørsholm(223)	911	1.361	66,94 (64,44 - 69,44)
	Ishøj(183)	818	1.427	57,32 (54,76 - 59,89)
	Kristiansø(411)	5	7	71,43 (37,96 - 100,00)
	København(101)	26.557	44.624	59,51 (59,06 - 59,97)
	Lyngby-Tårbæk(173)	1.936	3.097	62,51 (60,81 - 64,22)
	Rudersdal(230)	1.849	3.025	61,12 (59,39 - 62,86)
	Rødovre(175)	1.428	2.352	60,71 (58,74 - 62,69)
	Tårnby(185)	1.593	2.595	61,39 (59,51 - 63,26)
	Vallensbæk(187)	598	982	60,90 (57,84 - 63,95)
Region Midtjylland	I alt	53.191	80.824	65,81 (65,48 - 66,14)
	Favrskov(710)	2.291	3.316	69,09 (67,52 - 70,66)
	Hedensted(766)	1.918	2.914	65,82 (64,10 - 67,54)
	Herning(657)	2.558	4.120	62,09 (60,61 - 63,57)
	Holstebro(661)	1.724	2.771	62,22 (60,41 - 64,02)
	Horsens(615)	3.482	5.423	64,21 (62,93 - 65,48)
	Ikast-Brande(756)	1.248	2.101	59,40 (57,30 - 61,50)
	Lemvig(665)	512	917	55,83 (52,62 - 59,05)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Norddjurs(707)	1.773	2.755	64,36 (62,57 - 66,14)
	Odder(727)	1.095	1.528	71,66 (69,40 - 73,92)
	Randers(730)	4.666	7.188	64,91 (63,81 - 66,02)
	Ringkøbing-Skjern(760)	1.666	2.796	59,59 (57,77 - 61,40)
	Samsø(741)	7	14	50,00 (23,81 - 76,19)
	Silkeborg(740)	4.351	6.404	67,94 (66,80 - 69,08)
	Skanderborg(746)	2.860	4.078	70,13 (68,73 - 71,54)
	Skive(779)	2.036	2.864	71,09 (69,43 - 72,75)
	Struer(671)	625	1.095	57,08 (54,15 - 60,01)
	Syddjurs(706)	2.037	3.227	63,12 (61,46 - 64,79)
	Viborg(791)	4.027	5.628	71,55 (70,37 - 72,73)
	Århus(751)	14.315	21.685	66,01 (65,38 - 66,64)
Region Nordjylland	I alt	19.761	29.787	66,34 (65,80 - 66,88)
	Aalborg(851)	6.754	10.270	65,76 (64,85 - 66,68)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	1.268	1.873	67,70 (65,58 - 69,82)
	Frederikshavn(813)	1.827	2.872	63,61 (61,85 - 65,37)
	Hjørring(860)	2.126	3.204	66,35 (64,72 - 67,99)
	Jammerbugt(849)	1.263	1.945	64,94 (62,82 - 67,06)
	Læsø(825)	61	97	62,89 (53,27 - 72,50)
	Mariagerfjord(846)	1.436	2.162	66,42 (64,43 - 68,41)
	Morsø(773)	762	1.124	67,79 (65,06 - 70,53)
	Rebild(840)	1.040	1.527	68,11 (65,77 - 70,45)
	Thisted(787)	1.925	2.775	69,37 (67,65 - 71,08)
	Vesthimmerlands(820)	1.299	1.938	67,03 (64,93 - 69,12)
Region Sjælland	I alt	40.514	57.923	69,94 (69,57 - 70,32)
	Faxe(320)	1.873	2.775	67,50 (65,75 - 69,24)
	Greve(253)	2.416	3.335	72,44 (70,93 - 73,96)
	Guldborgsund(376)	3.239	4.583	70,67 (69,36 - 71,99)
	Holbæk(316)	3.153	4.665	67,59 (66,25 - 68,93)
	Kalundborg(326)	2.197	3.410	64,43 (62,82 - 66,03)
	Køge(259)	2.938	4.045	72,63 (71,26 - 74,01)
	Lejre(350)	1.477	1.912	77,25 (75,37 - 79,13)
	Lolland(360)	2.335	3.450	67,68 (66,12 - 69,24)
	Næstved(370)	4.403	6.147	71,63 (70,50 - 72,76)
	Odsherred(306)	1.329	2.134	62,28 (60,22 - 64,33)
	Ringsted(329)	1.463	2.152	67,98 (66,01 - 69,95)
	Roskilde(265)	4.448	5.930	75,01 (73,91 - 76,11)
	Slagelse(330)	3.432	5.104	67,24 (65,95 - 68,53)
	Solrød(269)	1.145	1.522	75,23 (73,06 - 77,40)
	Sorø(340)	1.355	1.947	69,59 (67,55 - 71,64)
	Stevns(336)	977	1.445	67,61 (65,20 - 70,03)
	Vordingborg(390)	2.334	3.367	69,32 (67,76 - 70,88)
Region Syddanmark	I alt	56.700	80.017	70,86 (70,55 - 71,17)

Region	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal undersøgte kvinder i alt (tæller)*	*Antal inviterede kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Aabenraa(580)	2.956	4.288	68,94 (67,55 - 70,32)
	Assens(420)	2.163	2.867	75,44 (73,87 - 77,02)
	Billund(530)	1.056	1.520	69,47 (67,16 - 71,79)
	Esbjerg(561)	4.639	6.768	68,54 (67,44 - 69,65)
	Faaborg-Midtfyn(430)	2.604	3.526	73,85 (72,40 - 75,30)
	Fanø(563)	124	201	61,69 (54,97 - 68,41)
	Fredericia(607)	2.157	3.345	64,48 (62,86 - 66,11)
	Haderslev(510)	2.898	4.175	69,41 (68,02 - 70,81)
	Kerteminde(440)	1.237	1.634	75,70 (73,62 - 77,78)
	Kolding(621)	4.238	6.082	69,68 (68,53 - 70,84)
	Langeland(482)	672	934	71,95 (69,07 - 74,83)
	Middelfart(410)	1.992	2.616	76,15 (74,51 - 77,78)
	Nordfyns(480)	1.497	2.058	72,74 (70,82 - 74,66)
	Nyborg(450)	1.659	2.221	74,70 (72,89 - 76,50)
	Odense(461)	9.755	13.575	71,86 (71,10 - 72,62)
	Svendborg(479)	3.037	4.045	75,08 (73,75 - 76,41)
	Sønderborg(540)	3.565	5.069	70,33 (69,07 - 71,59)
	Tønder(550)	1.849	2.659	69,54 (67,79 - 71,29)
	Varde(573)	1.715	2.569	66,76 (64,94 - 68,58)
	Vejen(575)	1.790	2.609	68,61 (66,83 - 70,39)
	Vejle(630)	4.807	6.829	70,39 (69,31 - 71,47)
	Ærø(492)	290	427	67,92 (63,49 - 72,34)

Bilag 3

Tabel 7A.

Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad), i hele landet samt fordelt på region og kommune.

Regionsnavn	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Landsresultat	I alt	1.165.049	1.528.685	76,21 (76,14-76,28)
Region Hovedstaden	I alt	371.815	487.842	76,22 (76,10-76,34)
	Albertslund(165)	5.493	7.549	72,76 (71,76-73,77)
	Allerød(201)	5.391	6.423	83,93 (83,03-84,83)
	Ballerup(151)	9.724	12.634	76,97 (76,23-77,70)
	Bornholms Region(400)	8.706	11.226	77,55 (76,78-78,32)
	Brøndby(153)	6.876	9.366	73,41 (72,52-74,31)
	Dragør(155)	2.878	3.682	78,16 (76,83-79,50)
	Egedal(240)	9.569	11.580	82,63 (81,94-83,32)
	Fredensborg(210)	8.711	10.952	79,54 (78,78-80,29)
	Frederiksberg(147)	23.168	30.513	75,93 (75,45-76,41)
	Frederikssund(250)	9.465	11.968	79,09 (78,36-79,81)
	Frederiksværk-Hundested(260)	6.615	8.517	77,67 (76,78-78,55)
	Furesø(190)	8.145	10.123	80,46 (79,69-81,23)
	Gentofte(157)	15.672	20.230	77,47 (76,89-78,04)
	Gladsaxe(159)	13.466	17.636	76,36 (75,73-76,98)
	Glostrup(161)	4.446	5.920	75,10 (74,00-76,20)
	Gribskov(270)	8.691	11.036	78,75 (77,99-79,51)
	Helsingør(217)	13.342	16.618	80,29 (79,68-80,89)
	Herlev(163)	5.655	7.348	76,96 (76,00-77,92)
	Hillerød(219)	10.652	12.990	82,00 (81,34-82,66)
	Hvidovre(167)	10.319	13.743	75,09 (74,36-75,81)
	Høje-Taastrup(169)	9.896	13.182	75,07 (74,33-75,81)
	Hørsholm(223)	5.217	6.465	80,70 (79,73-81,66)
	Ishøj(183)	4.219	5.900	71,51 (70,36-72,66)
	Kristiansø(411)	20	28	71,43 (54,70-88,16)
	København(101)	123.687	168.672	73,33 (73,12-73,54)
	Lyngby-Tårbæk(173)	11.221	14.119	79,47 (78,81-80,14)
	Rudersdal(230)	11.287	14.265	79,12 (78,46-79,79)
	Rødovre(175)	7.457	9.854	75,67 (74,83-76,52)
	Tårnby(185)	8.715	11.335	76,89 (76,11-77,66)
	Vallensbæk(187)	3.112	3.968	78,43 (77,15-79,71)
Region Midtjylland	I alt	256.354	341.892	74,98 (74,84-75,13)
	Favrskov(710)	9.781	12.552	77,92 (77,20-78,65)
	Hedensted(766)	9.279	12.094	76,72 (75,97-77,48)
	Herning(657)	16.915	22.779	74,26 (73,69-74,82)
	Holstebro(661)	11.091	15.219	72,88 (72,17-73,58)
	Horsens(615)	16.864	22.314	75,58 (75,01-76,14)

Regionsnavn	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Ikast-Brande(756)	7.731	10.669	72,46 (71,61-73,31)
	Lemvig(665)	3.795	5.455	69,57 (68,35-70,79)
	Norddjurs(707)	7.179	9.979	71,94 (71,06-72,82)
	Odder(727)	4.593	5.839	78,66 (77,61-79,71)
	Randers(730)	18.830	25.558	73,68 (73,14-74,22)
	Ringkøbing-Skjern(760)	10.499	14.820	70,84 (70,11-71,58)
	Samsø(741)	516	1.034	49,90 (46,86-52,95)
	Silkeborg(740)	18.368	24.068	76,32 (75,78-76,85)
	Skanderborg(746)	12.309	15.950	77,17 (76,52-77,82)
	Skive(779)	9.256	12.344	74,98 (74,22-75,75)
	Struer(671)	4.093	5.904	69,33 (68,15-70,50)
	Syddjurs(706)	8.028	11.145	72,03 (71,20-72,87)
	Viborg(791)	19.342	24.942	77,55 (77,03-78,07)
	Århus(751)	67.885	89.227	76,08 (75,80-76,36)
Region Nordjylland	I alt	118.418	154.067	76,86 (76,65-77,07)
	Aalborg(851)	42.501	54.374	78,16 (77,82-78,51)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	7.159	9.336	76,68 (75,82-77,54)
	Frederikshavn(813)	12.412	16.366	75,84 (75,18-76,50)
	Hjørring(860)	13.854	17.577	78,82 (78,21-79,42)
	Jammerbugt(849)	7.871	10.242	76,85 (76,03-77,67)
	Læsø(825)	369	506	72,92 (69,05-76,80)
	Mariagerfjord(846)	8.402	11.110	75,63 (74,83-76,42)
	Morsø(773)	4.074	5.529	73,68 (72,52-74,84)
	Rebild(840)	5.987	7.613	78,64 (77,72-79,56)
	Thisted(787)	8.627	11.697	73,75 (72,96-74,55)
	Vesthimmerlands(820)	7.162	9.717	73,71 (72,83-74,58)
Region Sjælland	I alt	170.467	223.556	76,25 (76,08-76,43)
	Faxe(320)	7.106	9.633	73,77 (72,89-74,65)
	Greve(253)	10.436	13.286	78,55 (77,85-79,25)
	Guldborgsund(376)	12.569	16.745	75,06 (74,41-75,72)
	Holbæk(316)	14.803	19.260	76,86 (76,26-77,45)
	Kalundborg(326)	9.874	13.289	74,30 (73,56-75,05)
	Køge(259)	12.257	15.803	77,56 (76,91-78,21)
	Lejre(350)	5.907	7.373	80,12 (79,21-81,03)
	Lolland(360)	8.776	12.168	72,12 (71,33-72,92)
	Næstved(370)	17.121	22.368	76,54 (75,99-77,10)
	Odsherred(306)	6.404	8.755	73,15 (72,22-74,08)
	Ringsted(329)	7.046	9.098	77,45 (76,59-78,30)
	Roskilde(265)	17.753	22.558	78,70 (78,17-79,23)
	Slagelse(330)	15.841	20.930	75,69 (75,10-76,27)
	Solrød(269)	4.754	5.924	80,25 (79,24-81,26)
	Sorø(340)	6.279	8.027	78,22 (77,32-79,13)

Regionsnavn	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Stevns(336)	4.456	5.956	74,82 (73,71-75,92)
	Vordingborg(390)	9.085	12.383	73,37 (72,59-74,15)
Region Syddanmark	I alt	247.995	321.328	77,18 (77,03-77,32)
	Aabenraa(580)	12.698	15.970	79,51 (78,89-80,14)
	Assens(420)	8.663	11.099	78,05 (77,28-78,82)
	Billund(530)	5.197	6.840	75,98 (74,97-76,99)
	Esbjerg(561)	23.460	31.114	75,40 (74,92-75,88)
	Faaborg-Midtfyn(430)	10.473	13.666	76,64 (75,93-77,34)
	Fanø(563)	638	877	72,75 (69,80-75,69)
	Fredericia(607)	10.007	13.390	74,73 (74,00-75,47)
	Haderslev(510)	11.739	14.858	79,01 (78,35-79,66)
	Kerteminde(440)	4.829	6.305	76,59 (75,54-77,64)
	Kolding(621)	18.985	24.284	78,18 (77,66-78,70)
	Langeland(482)	2.481	3.471	71,48 (69,98-72,98)
	Middelfart(410)	7.768	10.080	77,06 (76,24-77,88)
	Nordfyns(480)	5.883	7.860	74,85 (73,89-75,81)
	Nyborg(450)	6.297	8.317	75,71 (74,79-76,63)
	Odense(461)	40.047	52.941	75,64 (75,28-76,01)
	Svendborg(479)	12.097	15.809	76,52 (75,86-77,18)
	Sønderborg(540)	16.011	19.774	80,97 (80,42-81,52)
	Tønder(550)	8.095	10.236	79,08 (78,30-79,87)
	Varde(573)	10.103	13.039	77,48 (76,77-78,20)
	Vejen(575)	8.290	11.008	75,31 (74,50-76,11)
	Vejle(630)	23.041	28.780	80,06 (79,60-80,52)
	Ærø(492)	1.193	1.610	74,10 (71,96-76,24)

Tabel 7B. Dækningsprocent vs. deltagelsesprocent

Region	*Kommune (Kommunekode)*	*Dækningsprocent (%)*	*Deltagelsesprocent (%)*	*Forskel*
Landsresultat	I alt	76,2	66,3	9,9
Region Hovedstaden	I alt	76,2	61,7	14,6
	Albertslund(165)	72,8	55,0	17,8
	Allerød(201)	83,9	73,7	10,2
	Ballerup(151)	77,0	62,1	14,9
	Bornholms Region(400)	77,6	65,8	11,8
	Brøndby(153)	73,4	57,1	16,3
	Dragør(155)	78,2	58,7	19,5
	Egedal(240)	82,6	74,6	8,0
	Fredensborg(210)	79,5	66,4	13,1
	Frederiksberg(147)	75,9	61,6	14,3
	Frederikssund(250)	79,1	69,9	9,2
	Frederiksværk-Hundested(260)	77,7	67,3	10,4
	Furesø(190)	80,5	66,8	13,7
	Gentofte(157)	77,5	54,8	22,7
	Gladsaxe(159)	76,4	58,9	17,4
	Glostrup(161)	75,1	56,6	18,5
	Gribskov(270)	78,8	67,7	11,0
	Helsingør(217)	80,3	65,5	14,8
	Herlev(163)	77,0	62,5	14,4
	Hillerød(219)	82,0	71,6	10,4
	Hvidovre(167)	75,1	59,8	15,3
	Høje-Taastrup(169)	75,1	59,3	15,8
	Hørsholm(223)	80,7	66,9	13,8
	Ishøj(183)	71,5	57,3	14,2
	Kristiansø(411)	71,4	71,4	0,0
	København(101)	73,3	59,5	13,8
	Lyngby-Tårbæk(173)	79,5	62,5	17,0
	Rudersdal(230)	79,1	61,1	18,0
	Rødovre(175)	75,7	60,7	15,0
	Tårnby(185)	76,9	61,4	15,5
	Vallensbæk(187)	78,4	60,9	17,5
Region Midtjylland	I alt	75,0	65,8	9,2
	Favrskov(710)	77,9	69,1	8,8
	Hedensted(766)	76,7	65,8	10,9
	Herning(657)	74,3	62,1	12,2
	Holstebro(661)	72,9	62,2	10,7
	Horsens(615)	75,6	64,2	11,4
	Ikast-Brande(756)	72,5	59,4	13,1
	Lemvig(665)	69,6	55,8	13,7
	Norddjurs(707)	71,9	64,4	7,6
	Odder(727)	78,7	71,7	7,0
	Randers(730)	73,7	64,9	8,8

Region	*Kommune (Kommunekode)*	*Dækningsprocent (%)*	*Deltagelsesprocent (%)*	*Forskel*
	Ringkøbing-Skjern(760)	70,8	59,6	11,3
	Samsø(741)	49,9	50,0	-0,1
	Silkeborg(740)	76,3	67,9	8,4
	Skanderborg(746)	77,2	70,1	7,0
	Skive(779)	75,0	71,1	3,9
	Struer(671)	69,3	57,1	12,2
	Syddjurs(706)	72,0	63,1	8,9
	Viborg(791)	77,5	71,6	6,0
	Århus(751)	76,1	66,0	10,1
Region Nordjylland	I alt	76,9	66,3	10,5
	Aalborg(851)	78,2	65,8	12,4
	Brønderslev-Dronninglund(810)	76,7	67,7	9,0
	Frederikshavn(813)	75,8	63,6	12,2
	Hjørring(860)	78,8	66,4	12,5
	Jammerbugt(849)	76,9	64,9	11,9
	Læsø(825)	72,9	62,9	10,0
	Mariagerfjord(846)	75,6	66,4	9,2
	Morsø(773)	73,7	67,8	5,9
	Rebild(840)	78,6	68,1	10,5
	Thisted(787)	73,8	69,4	4,4
	Vesthimmerlands(820)	73,7	67,0	6,7
Region Sjælland	I alt	76,3	69,9	6,3
	Faxe(320)	73,8	67,5	6,3
	Greve(253)	78,5	72,4	6,1
	Guldborgsund(376)	75,1	70,7	4,4
	Holbæk(316)	76,9	67,6	9,3
	Kalundborg(326)	74,3	64,4	9,9
	Køge(259)	77,6	72,6	4,9
	Lejre(350)	80,1	77,2	2,9
	Lolland(360)	72,1	67,7	4,4
	Næstved(370)	76,5	71,6	4,9
	Odsherred(306)	73,1	62,3	10,9
	Ringsted(329)	77,4	68,0	9,5
	Roskilde(265)	78,7	75,0	3,7
	Slagelse(330)	75,7	67,2	8,4
	Solrød(269)	80,2	75,2	5,0
	Sorø(340)	78,2	69,6	8,6
	Stevns(336)	74,8	67,6	7,2
	Vordingborg(390)	73,4	69,3	4,0
Region Syddanmark	I alt	77,2	70,9	6,3
	Aabenraa(580)	79,5	68,9	10,6
	Assens(420)	78,1	75,4	2,6
	Billund(530)	76,0	69,5	6,5
	Esbjerg(561)	75,4	68,5	6,9
	Faaborg-Midtfyn(430)	76,6	73,9	2,8

Region	*Kommune (Kommunekode)*	*Dækningsprocent (%)*	*Deltagelsesprocent (%)*	*Forskel*
	Fanø(563)	72,7	61,7	11,1
	Fredericia(607)	74,7	64,5	10,3
	Haderslev(510)	79,0	69,4	9,6
	Kerteminde(440)	76,6	75,7	0,9
	Kolding(621)	78,2	69,7	8,5
	Langeland(482)	71,5	71,9	-0,5
	Middelfart(410)	77,1	76,1	0,9
	Nordfyns(480)	74,8	72,7	2,1
	Nyborg(450)	75,7	74,7	1,0
	Odense(461)	75,6	71,9	3,8
	Svendborg(479)	76,5	75,1	1,4
	Sønderborg(540)	81,0	70,3	10,6
	Tønder(550)	79,1	69,5	9,5
	Varde(573)	77,5	66,8	10,7
	Vejen(575)	75,3	68,6	6,7
	Vejle(630)	80,1	70,4	9,7
	Ærø(492)	74,1	67,9	6,2

N O T A T

DANSKE REGIONER

26-11-2008
Sag nr. 07/2032
Dokumentnr. 70681/08
Maria Altschuler
Tel. 3529 8320
E-mail: mal@regioner.dk

Kommissorium for styregruppe for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræft-screening

Baggrund

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

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

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

Formål

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

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

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

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

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

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

Styregruppens formand vælges blandt en af de regionale repræsentanter.

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

Sekretariatsfunktion
Styregruppen sekretariatsbetjenes af Kompetencecenter Nord.