Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Årsrapport 2017

Endelig version

Hvorfra udgår rapporten

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

Kontaktperson for DKLS er Julie Tybjerg, RKKP Afdeling for Cancer og Cancerscreening, e-mail: anntyb@rkkp.dk

Analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af statistiker Petra Birgitta Hall og epidemiolog, Phd. Else Helene Ibfelt, RKKP's Afdeling for Cancer og Cancerscreening. Styregruppen for databasen har forestået den faglige kommentering og de anførte anbefalinger.

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

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger 4

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater for 2017 8

3. Resultater for indikatorerne 9

Indikator 1. Kapacitet 10

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure 13

Indikator 3. Prøvekvalitet 16

Indikator 4. Tilnærmet diagnostisk kvalitet 19

Indikator 5. Svartid 20

Indikator 6. HPV-test 23

Indikator 7. Dækningsgrad 26

ndikator 8. Opfølgning 28

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft 31

Indikator 10. Andel HPV positive ved ASCUS 33

4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet 35

5. Datagrundlag 37

6. Styregruppens medlemmer 38

Appendiks I. Oversigtstabel 2017: Resultater på regionalt niveau 39

Appendiks II. Supplerende analyser 41

Appendiks III. Ordliste 60

Appendiks IV. Forkortelsesliste 62

Appendiks V. Indikatoroversigt og beskrivelse 63

1. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende gives en kort status over opfyldelsen af de 9 DKLS kvalitetsindikatorer vedrørende screening for livmoderhalskræft, så læseren hurtigt kan få overblik over indsatsen, inklusiv de vigtigste anbefalinger på områder, hvor der kan opnås forbedringer enten fagligt eller organisatorisk. Der er i 2017 rapporten desuden medtaget en prøveindikator (10): Andel HPV positive ved ASCUS.

Indikator 1. Kapacitet
Indikator 1: Antal årlige cervix cytologiske undersøgelser fra livmoderhalsen pr. patologiafdeling. Standard >25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling.

Det totale antal undersøgte celleprøver i 2017 var 498.700, en stigning på ca. 25 % i forhold til 2016. Stigningen i antal celleprøver er formentlig langt overvejede forårsaget af det ekstraordinære engangstilbud om screening med en HPV analyse til kvinder født før 1948 givet i 2017. Dette understøttes af at stigningen ses for prøver udelukkende undersøgt med HPV analyse (fra 18.991 i 2016 til 129.537 i 2017) mens der ses et mindre fald i prøver undersøgt ved en cytologisk undersøgelse i mikroskop (fra 376.180 i 2016 til 369.163 i 2017)

Anbefaling: Alle screeningsafdelinger, der undersøger færre end 25.000 celleprøver årligt, bør ophøre med at undersøge prøver fra screeningsprogrammet eller indgå i et fordelingssamarbejde.

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure
Indikator 2D: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Standard >75 %

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet efter invitation samt 1. og 2. erindringsbrev indtil 365 dage efter invitation er 63,5 % på landsplan i den aktuelle tidsperiode. Der observeres et lille fald over tid i forhold til de to foregående perioder. Ingen af regionerne opfylder standarden på mindst 75 %. Deltagelsen varierer på regionalt niveau mellem 60,9 % og 66,0 %.

Anbefaling: Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes/fortsættes oplysningskampagner for at øge deltagelsen.

Styregruppen anbefaler, at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Derudover afventer styregruppen resultatet af, at invitation til screening nu sendes via e-Boks. Der skal i 2018 arbejdes med digitaliserede svarbreve.

Styregruppen anbefaler, den kommende Nationale Styregruppe for Screening for Livmoderhalskræft (NSLS) med udgangspunkt i de opdaterede anbefalinger for screening for livmoderhalskræft tager stilling til, hvilke andre initiativer der med fordel kan iværksættes til at øge deltagelsen.

Indikator 3. Prøvekvalitet

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

Med årets landsresultat på 0,7 % uegnede prøver er standarden opnået 2 år i træk, og i år er standarden opfyldt i alle regioner.

Anbefaling: Det er tidligere anbefalet, at de regionale styregrupper skulle sikre, at de prøvetagende læger informeres om, hvor mange uegnede prøver, de hver især har sammenholdt med gennemsnittet i regionen eller som minimum, at prøvetagende læger med særligt mange uegnede prøver orienteres og vejledes. Dette anbefales ikke længere af styregruppen, da antallet af uegnede prøver nu nationalt og regionalt er så lavt.

Styregruppen anbefaler, at de regionale styregrupper informerer i hver region f.eks. i de regionale praksisinformationer om årets resultat vedr. uegnede celleprøver offentliggjort i DKLS årsrapporten med evt. bemærkninger om lokale afvigelser.

Styregruppen anbefaler også, at de regionale styregrupper sikrer, at afdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefalede kodepraksis samt guidelines, så kontrolprøver uden endocervikale celler følges op.

Der bør altid anvendes koden M09010 (materialet uegnet til diagnostisk vurdering) samt en kode for årsag til uegnethed.

Indikator 4. Tilnærmet diagnostisk kvalitet

Udgik i 2015

Indikator 5. Svartid

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

Andelen af celleprøver på landsplan, der er besvaret efter højst 10 hverdage i 2017, ligger på 92,7 %, hvilket er et lille fald i forhold til foregående to år og under standarden. Standarden er opfyldt i 2 ud af 5 regioner. I 2017 har afdelingerne haft ekstraordinært mange cervixcytologiske prøver pga. engangstilbuddet om screening til kvinder født før 1948. Dette kan have bidraget til manglende opfyldelse af indikatoren.

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

Indikator 6. HPV-test

Indikator 6: Andelen af kvinder, som har fået foretaget supplerende HPV-test ud af alle kvinder 30-59 år, hvor celleprøven viser ASCUS. Standard >95 %

Standarden er opfyldt på landsplan med 98,1% og har stort set været uændret nu 3 år i træk. Dog opfyldes standarden i 2017 kun i 4 ud af 5 regioner.

Anbefaling: Da HPV analyser udgør en stadig stigende andel af undersøgelserne, anbefaler styregruppen at indikatoren fortsat rapporteres indtil fuld målopfyldelse og suppleres med yderligere indikatorer vedrørende anvendelsen og kvaliteten af HPV test

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

På landsplan er dækningsgraden 73,5 % i den aktuelle periode, og deltagelsen er nedadgående i forhold til tidligere perioder. Ingen af regionerne opfylder standarden på mindst 85 %. Der er lille variation i dækningsgraden mellem regionerne.

Anbefaling: Praktiserende læger bør være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag, men bør undgå screeninger hyppigere end screeningsintervallet.

Erfaringer fra projekter med selvopsamlet prøve eller andre tiltag for at øge dækningsgraden følges med henblik på fremtidig anvendelse af teknologi eller viden.

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

Indikator 8. Opfølgning
Indikator 8: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage, ud af celleprøver med svære celleforandringer. Standard <2 %

Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op indenfor 180 dage udgør 2,3 % på landsplan, hvilket ligger over den fastsatte standard på landsniveau på <2 %. Der er ikke signifikant forskel over tid. På regionalt niveau varierer andelen af prøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage fra 1,7 % til 2,7 %.

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

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

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft
Indikator 9A: Antal nydiagnosticerede tilfælde pr. år. Standard <350 pr. år

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

.

I 2016 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 334 på landsplan ifølge Cancerregisteret, hvilket for første gang opfylder standarden på højst 350 tilfælde pr år. Der ses en variation i antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i årene 2011-2016 med årligt gennemsnit på 375.

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

Det anbefales, at de fem regionale styregrupper monitorerer auditresultaterne og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits.

På længere sigt vil målet være at sænke indikatoren, dels ved at der med forskellige tiltag i de 5 regioner arbejdes på at øge screeningsdeltagelsen, dels ved at øge tilslutningen til HPV-vaccination. Det er dog for tidligt at sænke standarden for indikatoren på nuværende tidspunkt, da engangstilbuddet om screening til kvinder født før 1948 formodes at give en kortvarig stigning i antallet af fundne tilfælde af cervixcancer

Indikator 10. Andelen af patienter med ASCUS diagnose, som har fået HPV test, der er HPV positiv

Indikatoren er ny og medtages i år som pilot. Der er ikke sat standard for indikatoren.

Andelen af patienter med ASCUS diagnose, som har fået HPV test, der er positiv er 47,7%,. Der ses ingen ændring over tid, når 2017 sammenlignes med tidligere år. Andelen af HPV positive varierer på regionalt niveau fra 41,2 til 61,6 %.

Anbefaling: Det anbefales at kodepraksis som anbefalet af Sundhedsstyrelsen følges af alle regioner og afdelinger. Styregruppen vil fremadrettet overveje anvendelsen af denne indikator.

Samlet oversigt

For at give et samlet overblik er gennemgangen af hver enkelt indikator suppleret med en oversigt over de 9 indikatorer på landsplan på næste side, der viser resultaterne for screeningen for livmoderhalskræft i Danmark i aktuelle år og de to foregående år.

Idet de 5 regioner individuelt er ansvarlige for driften for livmoderhalskræftscreeningen i de respektive regioner, er der suppleret med en status på regionsniveau i appendiks 1..

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater for 2017

Status på landsplan vedrørende opgjorte DKLS indikatorer i aktuelle år og to foregående perioder

Indikator	*Format*	*Standard*	*Årsrapport 2017 % (95 % CI)*	*Årsrapport 2016 % (95 % CI)*	*Årsrapport 2015 % (95 % CI)*
1. Antal årlige cervix cytologiske undersøgelser per afdeling	Antal	> 25.000	-	-	-
2. Deltagelse*	Andel	> 75 %	63.5 (63.4 - 63.7)	64.8 (64.6 - 64.9)	66.0 (65.8 - 66.2)
3. Andelen af uegnede celleprøver	Andel	< 1,5 %	0.7 (0.7 - 0.7)	1.2 (1.1 - 1.2)	1.3 (1.3 - 1.4)
4A. Tilnærmet diagnostisk sensitivitet **4B. Tilnærmet diagnostisk specificitet**			Udgået	Udgået	Udgået
5. Overholdt svartid på ≤ 10 hverdage	Andel	> 95 %	92.7 (92.6 - 92.8)	95.6 (95.5 - 95.7)	94.9 (94.9 - 95.0)
6. HPV-test efter ASCUS diagnose	Andel	> 95 %	98.1 (97.7 - 98.5)	98.1 (97.7 - 98.5)	98.0 (97.5 - 98.3)
7. Dækningsgrad**	Andel	> 85 %	73.5 (73.4-73.5)	74.4 (74.4-74.5)	75.6 (75.5-75.6)
8. Manglende opfølgning af prøver med svære celleforandringer*	Andel	< 2 %	2.3 (2.0 - 2.6)	2.5 (2.1 - 2.9)	2.1 (1.8 - 2.5)
9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft*	Antal	< 350	334	361	419
9B. Incidensraten de seneste 5 år af livmoderhalskræft *	Rate	<13,9	11,9	12,8	15,1
10. **Andelen HPV positive ved ASCUS**	Andel	-	47.7 (46.2 - 49.2)	46.1 (44.7 - 47.6)	47.8 (46.4 - 49.1)

**Tidsforskudt indikator: Aktuelle år er 2016 for at give plads til opfølgningstid*
*** Indikatoren opgjort på summerede perioder, aktuelle år er 2012/2014-2018*

Indikator 1: Standarden vedrører afdelingsresultat, hvorfor landsresultatet ikke vises her.
Indikator 9B: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.

3. Resultater for indikatorerne

Principielt skal årsrapporten afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i 2017, men af hensyn til at have tilstrækkelig opfølgningstid er dette ikke muligt for indikator 2, 6, 7 og 8. For de pågældende indikatorer er resultaterne opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig for den enkelte indikator.

Det har endvidere kun været muligt at opgøre indikator 9A og 9B vedrørende nye tilfælde af livmoderhalskræft frem til 2016.

Screeningsprogrammets målgruppe er kvinder i alderen 23-64 år i Danmark. Indikator 1, 3, 8 og 9 er dog ikke aldersbegrænset, da det for disse indikatorer er fundet relevant at stille de samme kvalitetskrav - uanset kvindens alder og deltagelse i screeningsprogrammet. Indikator 6 vedrørende supplerende HPV-test ved diagnosen ASCUS er opgjort for kvinder 30-59 år.

Celleprøver fra livmoderhalsen, der er undersøgt hos privatpraktiserende patologer, indgår kun i datagrundlaget for indikator 8. Prøver, der kommer fra Grønlandske og Færøske rekvirenter, er ekskluderet.

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

Denne årsrapport er helt overvejende baseret på det fælles dataudtræk, som stilles til rådighed for RKKP fra Sundhedsdatastyrelsen. Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2017 og indeholder de relevante data fra Landsregisteret for Patologi. Data fra screeningsindkaldemodulet anvendt til indikator 2 og 7 hentes via en web-service.

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

Indikatoropgørelserne for 2015 og 2016 er genberegnet for at tage højde for opdatering af data, ændringer i dataadgang og definitioner. De genberegnede resultater kan derfor være forskellige fra de resultater, som findes i de tidligere årsrapporter. Dertil kommer at i 2017 har kvinder med alder 70+, som ellers ikke er omfattet af screeningsprogrammet været ekstraordinært inviteret til screening, som et engangstilbud og dette giver naturligt anledning til et øget antal af undersøgte kvinder og prøver i indikatoropgørelserne.

Indikator 1. Kapacitet

Tabel 1. Antal cervix cytologiske undersøgelser på landsplan samt fordelt på regioner og patologiafdelinger (standard >25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling), alle aldersgrupper

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2017 til 31-12-2017 (aktuelle år), og der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Appendiks indeholder samme opgørelse men opdelt på cytologi undersøgte og HPV undersøgte (ifølge m-koder)

Indikator tabel 1

	Aktuelle år		*Tidligere år*	
	2017		*2016*	*2015*
	Standard opfyldt	*antal*	*antal*	*antal*
Danmark	Ja	**498,700**	395,171	387,726
Hovedstaden	Ja	**168,552**	138,866	138,948
Sjælland	Ja	**65,203**	48,600	48,932
Syddanmark	Ja	**102,278**	76,753	74,888
Midtjylland	Ja	**112,288**	90,354	86,089
Nordjylland	Ja	**50,379**	40,598	38,869
Hovedstaden		**168,552**	138,866	138,948
Hvidovre[1]	ja	**168,552**	138,866	138,948
Sjælland		**65,203**	48,600	48,932
Næstved	ja	**65,203**	48,600	48,932
Syddanmark		**102,278**	76,753	74,888
Esbjerg[2]	ja	**39,397**	18,727	13,802
Sønderborg[2]		**.**	10,509	15,242
Vejle[3]	ja	**62,881**	47,517	45,844
Midtjylland		**112,288**	90,354	86,089
Randers	ja	**112,288**	90,354	86,089
Nordjylland		**50,379**	40,598	38,869
Aalborg	ja	**50,379**	40,598	38,869

[1]Hvidovres antal celleprøver er eksklusive celleprøver fra Grønland og Færøerne (2017: i alt 6185 prøver).

[2]Esbjerg og Sønderborg har indgået en samarbejdsaftale per september.2016 således at alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg og hvor mikroskopi fortsat foregår i begge afdelinger. I 2017 er 20.786 prøver registreret i Esbjerg efterfølgende mikroskoperet i Sønderborg

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

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 1

Tabel 1 viser at det totale antal undersøgte celleprøver i 2017 var 498.700, en stigning på ca. 25% i forhold til 2016. Der ses en variation i det årlige antal celleprøver pr. afdeling fra 39.397 (Esbjerg) til 168.552 (Hvidovre). Alle patologiafdelinger i tabellen, der analyserede celleprøver i 2017, opfylder indikatorens standard, som er minimum 25.000 celleprøver årligt. Esbjergs antal kan imidlertid opdeles i to halvdelen, hvor den ene analyseres i Sønderborg, og ses disse opsplittet, opfyldes indikatoren ikke

Af appendiks II, tabeller 1B og 1C ses indikator tabel 1 opdelt i cytologi-undersøgt og HPV undersøgte, idet standarden på 25.000 undersøgte prøver pr. afdeling er sat ud fra cytologiundersøgelser. Disse ekstraopgørelser anskueliggør, hvor stor en ekstra andel der i år er undersøgt, hvor kvinder, som er født før 1948 vil indgå. Ca. 129.000 kvinder er udelukkende HPV-undersøgt i 2017. Det ses af tabel 1B at standarden på minimum 25.000 årlige celleprøver er opfyldt på alle afdelinger, også når de kvinder som udelukkende er HPV-undersøgt er sorteret fra. Ved opsplitning af Esbjerg og Sønderborg ligger disse dog lavere.

I appendiks II, tabel 1A ses diagnosefordelingen af celleprøver, der er morfologi-undersøgt i 2017 på landsplan samt fordelt på regioner. Det ses, at hovedparten af prøverne på landsplan er normale (91,1 %), 0,9 % af prøverne er uegnede, 3,1 % har diagnosen ASCUS, 1,1 % har diagnosen AGC, AIS eller ASCH, 2,2 % har diagnosen LSIL, 1,5 % har diagnosen HSIL og <0,1 % har Karcinom.
Andelen af normale prøver varierer fra 88 % (Region Nordjylland) til 93 % (Region Syddanmark), mens uegnede prøver varierer fra 0,6 (Syddanmark) til 1,4% (Nordjylland og Midtjylland).

Styregruppens kommentar til indikator 1
Antallet på mindst 25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling (indført i 2012) er arbitrært, men bygger på princippet om, "at øvelse gør mester". Antallet af årlige prøver en afdeling anbefales at se, varierer i litteraturen. De europæiske retningslinjer anbefaler minimum 15.000[1][2] prøver årligt, mens man f.eks. i Irland anbefaler 25.000[3] prøver og i England 35.000[4] prøver årligt.

Internationalt findes også mål for, hvor mange cytologiprøver hver cytobioanalytiker og læge minimum bør se årligt for at kunne vedligeholde deres ekspertise. Her er flere steder angivet et mål på 3000 prøver pr. år for en cytobioanalytiker, mens man i Irland og England stiler efter at patologer ser 750 prøver pr. år.

Da det ikke er muligt i DKLS regi at opgøre antallet at cytologiprøver på individniveau, anbefales de enkelte patologiafdelinger så vidt muligt at efterstræbe, at ovenstående referencegrundlag efterleves.

Antallet af undersøgende afdelinger er uændret i forhold til sidste årsrapport, idet der fortsat er 7 afdelinger, der undersøger cervix cytologiske prøver.

[1] European guidelines for quality assurance in cervical cancerscreening: recommendations for cytology laboratories; Cytopathology 2007, 18, 67–78

[2] www.eurocytology.eu

[3] https://www.cervicalcheck.ie/_fileupload/QualityAssurance/6_%20QA%20in%20CS%20-%20Ch4%20Quality%20assurance%20in%20cytopathology.pdf

[4] https://www.england.nhs.uk/wp-content/uploads/2017/05/serv-spec-25.pdf

I Region Nordjylland, Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Midt undersøges alle cervixcytologiske prøver således et sted, og de 4 regioner opfylder Sundhedsstyrelsens anbefaling om minimum 25.000 prøver årligt.

Prøverne i Region Syd undersøges stadig 3 steder, hvor 2 af stederne, Esbjerg og Sønderborg, ligger under de anbefalede 25.000 prøver årligt. Det skal i den forbindelse bemærkes at der pr. 15.09.2016 er indgået en samarbejdsaftale mellem afdelingerne i Esbjerg og Sønderborg, der betyder at prøverne der tilgår disse afdelinger nummereres, præpareres og indscannes i Esbjerg, hvorefter prøverne fordeles til mikroskopi og besvarelse mellem de 2 afdelinger. Således vil det i tallene fra Tabel 1 se ud som om, at Esbjerg besvarer væsentlig flere prøver end Sønderborg, hvilket midlertidig blot afspejler det forhold, at alle prøverne fra de 2 afdelinger registreres og præpareres i Esbjerg. Det er oplyst, at Sønderborg i 2017 har sendt 20.786 prøver til registrering og præparering i Esbjerg.

Det fremgår af Tabel 1, at der i 2017 er en stigning på 25% i antallet cervix-cytologiske prøver på landsplan. Denne store stigning kan forklares ved regeringens ekstraordinære engangstilbud om screening for livmoderhalskræft til kvinder født før 1948. Denne undersøgelse indbefattede HPV analyse på en cervix-cytologisk prøve. Det fremgår af Tabel 1B, der opgør cytologi-undersøgte prøver, at man faktisk ser et mindre fald i antallet af cytologi-undersøgte prøver sammenlignet med de forgangne år. Endvidere ser man i Tabel 1C en stor stigning i antallet af prøver, der alene er undersøgt ved HPV analyse. Selv om de cervix-cytologiske prøver, der er en følge af engangstilbuddet, ikke er opgjort specifikt, er det derfor en rimelig antagelse, at de er ansvarlige for den store stigning i antallet af cervix-cytologiske prøver, som man kan se i Tabel 1.

Der kan være flere forklaringer på variationerne i antallet af celleprøver fra livmoderhalsen fra år til år, som ses i alle regioner. Det ændrede indkaldemønster, hvor de 50-64-årige kvinder inviteres hvert 5. år, vil give et forbigående fald. De ændrede retningslinjer kan medføre færre kontroller, ligesom demografien kan ændre på antallet af kvinder i screeningens målgruppe.

Anbefalinger til indikator 1

Det anbefales, at alle regioner følger Sundhedsstyrelsens opdaterede anbefalinger fra 2012, at patologiafdelinger der undersøger færre end 25.000 celleprøver fra livmoderhalsen årligt, ophører med dette eller indgår i et fordelingssamarbejde, så den diagnostiske kompetence kan opretholdes.

Indikator 2. Deltagelse og invitationsprocedure

Indikator 2: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening. Standard >75 %

Datagrundlag og beregning
Nævner: Kvinder, der blev inviteret i perioden 01-01-2016 til 31-12-2016 (aktuelle år) og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 mdr. og 6 mdr. jf. invitationsproceduren.

Tæller: kvinder der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage

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

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

Figur 1 illustrerer den andel af inviterede kvinder, der deltager henholdsvis 90 dage efter invitation, 1. og 2. Erindringsbrev, samt deltagelse senere end 90 dage.

Indikator tabel 2

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2016*	*2015*	*2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	227,198 / 357,640	**63.5 (63.4 - 63.7)**	64.8 (64.6 - 64.9)	66.0 (65.8 - 66.2)
Hovedstaden	nej	76,987 / 126,508	**60.9 (60.6 - 61.1)**	62.9 (62.6 - 63.1)	64.5 (64.2 - 64.8)
Sjælland	nej	31,031 / 49,152	**63.1 (62.7 - 63.6)**	62.9 (62.4 - 63.4)	63.7 (63.2 - 64.1)
Syddanmark	nej	45,539 / 69,656	**65.4 (65.0 - 65.7)**	66.8 (66.4 - 67.2)	69.1 (68.8 - 69.5)
Midtjylland	nej	51,937 / 78,728	**66.0 (65.6 - 66.3)**	66.8 (66.4 - 67.1)	67.1 (66.8 - 67.5)
Nordjylland	nej	21,704 / 33,596	**64.6 (64.1 - 65.1)**	65.5 (65.0 - 66.0)	65.3 (64.7 - 65.8)

Nævner: Kvinder, der er frameldt screeningsprogrammet inden invitation, indgår ikke i nævneren.
95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

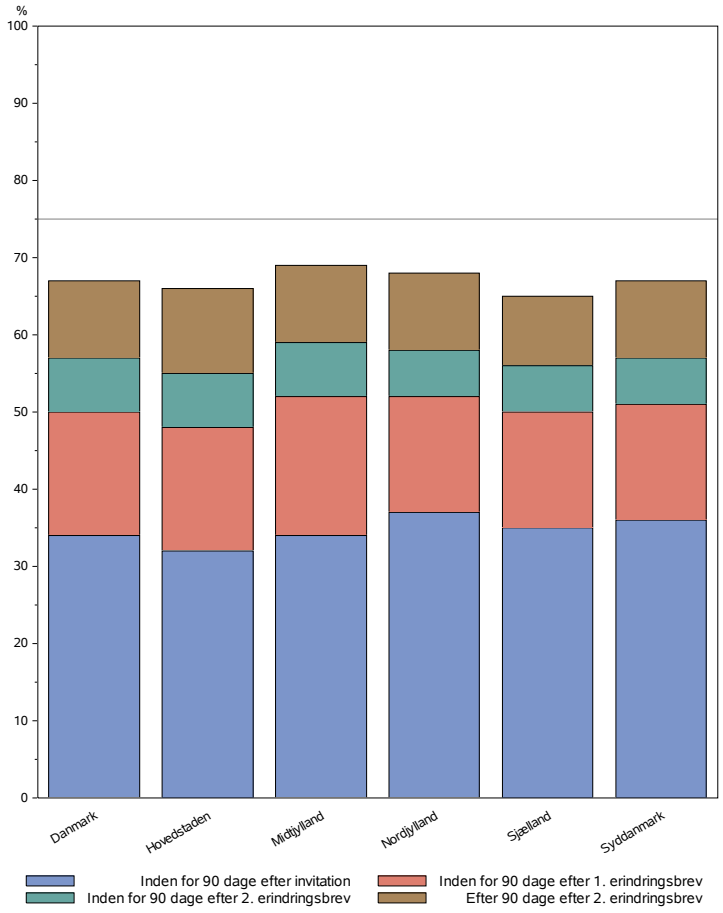
Supplerende tabeller (se appendiks II)

Indikator 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 %

Indikator 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 %.

Indikator 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 %

Figur 1. Kumuleret deltagerprocent 90 dage efter invitation, 1. erindringsbrev og 2. erindringsbrev, samt i alt efter invitation i de 5 regioner i 2016 (standard >75 %)



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

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 2

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet efter invitation samt 1. og 2. erindringsbrev indtil 365 dage efter invitation er 63,5 % på landsplan i den aktuelle tidsperiode, hvilket ses af indikator tabel 2. Der observeres et lille fald over tid i forhold til de to foregående perioder. Ingen af regionerne opfylder standarden på mindst 75 %. Deltagelsen varierer på regionalt niveau mellem 60,9 % (Region Hovedstaden) og 66,0 % (Region Midtjylland).

I appendiks indgår tabeller for deltagelse efter 90 dage efter hhv. første invitation, og efter 1. og 2. erindringsbrev (tabel 2A, 2B og 2C). Her ses en deltagelsesandel efter 90 dage på 34,6 efter første invitation, en andel på 28,0 % efter 1. erindringsbrev og en andel der deltager på 16,4 % efter 2. erindringsbrev på landsniveau.
Den kumulerede deltagelsesprocent efter 90 dage efter 2. Erindringsbrev ligger på ca. 57 % (figur 1).

Styregruppens kommentar til indikator 2

Der blev udsendt 357.640 invitationsbreve og 212.538 geninvitationer (appendiks tabel 2B) i 2016 og den samlede deltagelse i screeningsprogrammets målgruppe efter et år var kun 63,5% på landsplan. Deltagelsen i screeningsprogrammet har været svagt faldende de seneste år. Således var resultatet på landsplan i 2015 64.8%. I Region Sjælland er der i 2016 en tendens til svag stigning til 63,1% (62,9% i

2015), mens der i de øvrige regioner er et lille fald. Region Sjælland iværksatte 1. juli 2016 en regional kampagne for screening for livmoderhalskræft, men det er for tidligt at vurdere, om dette har haft effekt.

Andelen af inviterede, der fik taget en celleprøve alene på baggrund af invitationen, er 34,6 % på nationalt plan (Indikator 2A appendiks II). I 2015 var denne andel i Danmark 35,3%, dvs. at indikatoren viser en faldende tendens bortset fra Region Nordjylland, hvor andelen er 38,0% i 2016 (37,3% i 2015).

Andelen af inviterede, der fik taget en celleprøve indenfor 90 dage efter hhv. første og anden geninvitation er nationalt 28,0% og 16,4% (28,6% og 17,3% i 2015),(Indikator 2B og 2C appendiks). Standarderne er ikke opnået og disse indikatorer viser også svagt faldende tendens bortset fra indikatoren for første geninvitation, hvor resultatet for Region Midtdanmark er 30,3% (30,0% i 2015) og for Region Nordjylland med 27,4% (24,7% i 2015).

Skal deltagelsen i screening for livmoderhalskræft øges, er det vigtigt at kende årsagerne til udeblivelsen. Som beskrevet i tidligere årsrapport skal der arbejdes videre med viden, relevans og tilgængelighed.

I 2018 er indført invitation til screening via e-Boks og primo 2019 forventes dette også at omfatte svarbreve. Der skal fokuseres på læsevenligt, indbydende invitationsbrev og let adgang til at bestille tid hos egen læge.

Den gynækologiske undersøgelse opleves som ubehagelig af mange, og derfor var der ønske om alternative metoder fx selvopsamlet prøve. Arbejdet med at indføre selvopsamlet prøve kan intensiveres. Resultater om selvopsamlet prøve opnået i Region Hovedstaden, Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland skal følges.

Styregruppen afventer forsat opdateringen af de nuværende retningslinjer for screeningen for livmoderhalskræft. Den nationale arbejdsgruppe blev nedsat i 2017 af Sundhedsstyrelsen og skal bl.a. undersøge, om der skal tilbydes selvopsamlet prøve nationalt og andre initiativer til at øge deltagelsen.

I 2016 iværksatte Region Midtjylland, Region Sjælland og Kræftens Bekæmpelse oplysningskampagner om screeningsprogrammet for at øge deltagelsen. Disse resultater skal evalueres.

Anbefalinger til indikator 2

Styregruppen anbefaler, at udsendelsen af 1. og 2. erindringsbrev fortsætter.

Kvinder, der ønsker at framelde sig screeningen, skal kunne gøre det selv og samtidig angive frameldingsårsagen på www.sundhed.dk samt se egen frameldelsesstatus. Det anbefales, at det også bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet på www.sundhed.dk.

Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes/fortsættes oplysningskampagner for at øge deltagelsen.

Styregruppen anbefaler, at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Derudover afventer styregruppen resultatet af, at invitation til screening nu sendes via e-Boks. Der skal i 2018 arbejdes med de digitaliserede svarbreve.

Styregruppen anbefaler, at Sundhedsstyrelsens nationale arbejdsgruppe vedr. retningslinjer for screening og den kommende Nationale Styregruppe for Screening for Livmoderhalskræft (NSLS) også tager stilling til, hvilke andre initiativer der med for fordel kan iværksættes for at øge deltagelsen. Dette er først og fremmest stillingtagen til selvopsamlet prøve, men kunne også være mulighed for drop-in screeningsklinikker.

Indikator 3. Prøvekvalitet

Indikator 3: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle celleprøver på lands-, regions- og afdelingsniveau. Standard <1,5 %

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2017 til 31-12-2017 (aktuelle år)
Nævner: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology,
Tæller: mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode.

Denne indikator skal afspejle kvaliteten af prøvetagningen, præparerings- og screeningsteknikken samt kodepraksis. Populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år), og der skelnes ikke mellem screeningsprøver og kontrolprøver, idet alle prøver indgår. For yderligere detaljer se indikatorbeskrivelsen (Appendiks V).

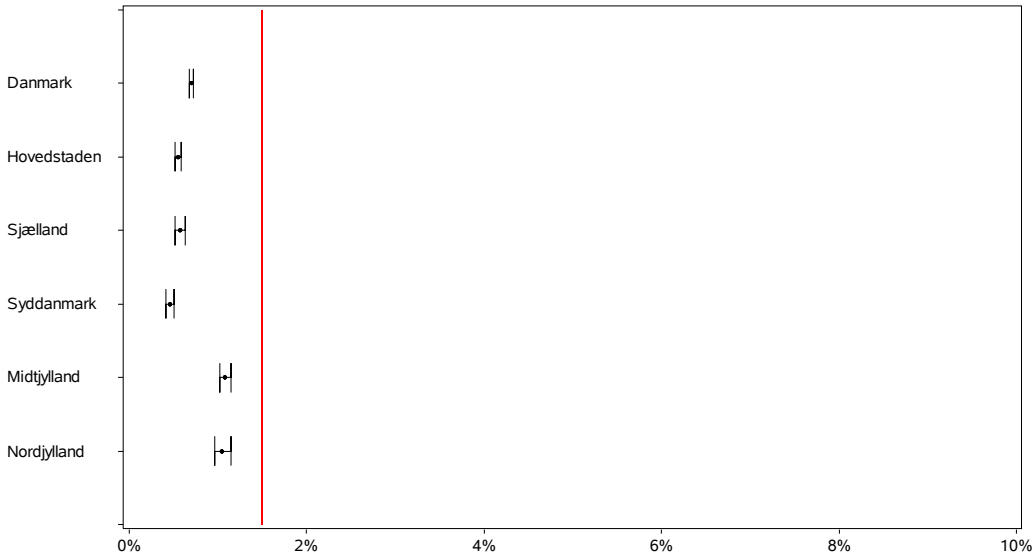
Appendiks tabel 3B og 3C indeholder samme opgørelse men opdelt på cytologi undersøgte og HPV undersøgte (ifølge m-koder)

Indikator tabel 3

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2017*	*2016*	*2015*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	ja	3,535 / 498,700	**0.7 (0.7 - 0.7)**	1.2 (1.1 - 1.2)	1.3 (1.3 - 1.4)
Hovedstaden	ja	938 / 168,552	**0.6 (0.5 - 0.6)**	0.8 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)
Sjælland	ja	376 / 65,203	**0.6 (0.5 - 0.6)**	0.9 (0.8 - 1.0)	1.5 (1.4 - 1.6)
Syddanmark	ja	473 / 102,278	**0.5 (0.4 - 0.5)**	1.0 (1.0 - 1.1)	1.2 (1.1 - 1.3)
Midtjylland	ja	1,217 / 112,288	**1.1 (1.0 - 1.1)**	1.8 (1.7 - 1.9)	2.0 (1.9 - 2.1)
Nordjylland	ja	531 / 50,379	**1.1 (1.0 - 1.1)**	1.5 (1.4 - 1.7)	1.6 (1.4 - 1.7)
Hovedstaden	ja	938 / 168,552	**0.6 (0.5 - 0.6)**	0.8 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)
Hvidovre	ja	938 / 168,552	**0.6 (0.5 - 0.6)**	0.8 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)
Sjælland	ja	376 / 65,203	**0.6 (0.5 - 0.6)**	0.9 (0.8 - 1.0)	1.5 (1.4 - 1.6)
Næstved	ja	376 / 65,203	**0.6 (0.5 - 0.6)**	0.9 (0.8 - 1.0)	1.5 (1.4 - 1.6)
Syddanmark	ja	473 / 102,278	**0.5 (0.4 - 0.5)**	1.0 (1.0 - 1.1)	1.2 (1.1 - 1.3)
Esbjerg	ja	144 / 39,397	**0.4 (0.3 - 0.4)**	0.6 (0.5 - 0.8)	1.3 (1.1 - 1.5)
Vejle	ja	329 / 62,881	**0.5 (0.5 - 0.6)**	1.3 (1.2 - 1.4)	1.3 (1.2 - 1.4)
Midtjylland	ja	1,217 / 112,288	**1.1 (1.0 - 1.1)**	1.8 (1.7 - 1.9)	2.0 (1.9 - 2.1)
Randers	ja	1,217 / 112,288	**1.1 (1.0 - 1.1)**	1.8 (1.7 - 1.9)	2.0 (1.9 - 2.1)
Nordjylland	ja	531 / 50,379	**1.1 (1.0 - 1.1)**	1.5 (1.4 - 1.7)	1.6 (1.4 - 1.7)
Aalborg	ja	531 / 50,379	**1.1 (1.0 - 1.1)**	1.5 (1.4 - 1.7)	1.6 (1.4 - 1.7)

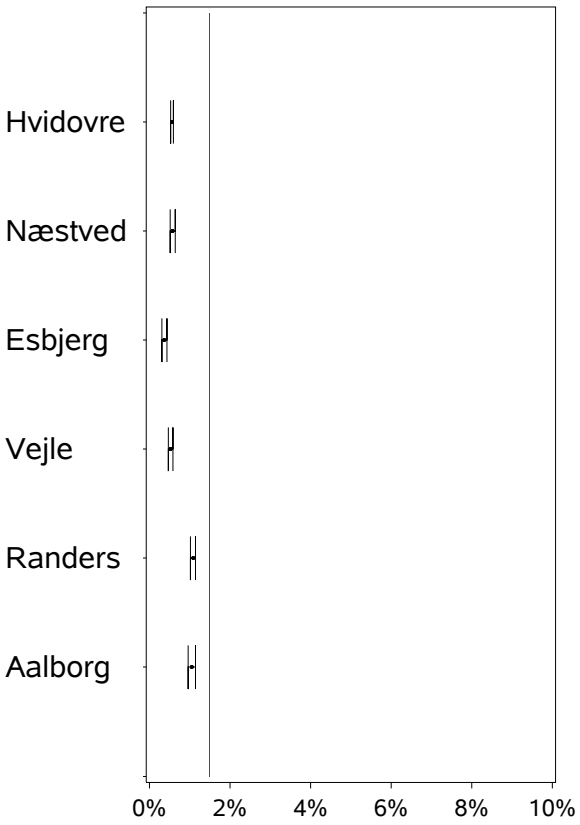
95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.
Region Nordjylland indførte væskebaseret teknik den 1. september 2014.

Figurer til indikator 3.
Uegnede celleprøver i 2017 fordelt på regionsniveau.



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

Uegnede celleprøver i 2017 fordelt på afdelingsniveau.



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

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 3

Andelen af uegnede celleprøver i 2017 er 0,7 % på landsplan, hvilket ligger under den fastsatte standard på 1,5 %. Andelen er faldet siden foregående år.

I 2017 ses en forskel på regionsniveau (fra 0,5 % til 1,1 %) i andelen af uegnede prøver, men alle regioner og afdelinger opnår standarden.

Andelen af uegnede celleprøver i 2017 fordelt på årsag fremgår af appendiks tabel 3A. Heraf ses at materiale med for få pladeepitelceller er den hyppigste årsag til de uegnede prøver, på landsniveau 48,3 % af alle uegnede prøver, 24% af prøverne indeholdt for lidt materiale, mens 17,6 % af de uegnede prøver i 2017 indeholdt for få endocervikale celler.

Af appendiks II, tabeller 3B og 3C ses indikator tabel 1 opdelt i cytologi-undersøgt og HPV-undersøgte.

Styregruppens kommentar til indikator 3
Med årets landsresultat på 0,7 % uegnede prøver er standarden opnået 2 år i træk, og i år er standarden opfyldt i alle regioner. Dette skyldes først og fremmest indførelsen af den væskebaserede teknik på alle screeningsafdelinger.

Det skal dog bemærkes, at tallene for de tidligere år og 2017 ikke er helt sammenlignelige. Celleprøverne består af prøver, der dels er analyseret ved mikroskopi og dels er prøver, der er analyseret med HPV undersøgelse uden mikroskopi. I 2017 er den sidste andel betydeligt større end i de foregående år pga. det nationale engangstilbud i 2017 til kvinder født før 1948, og hvor disse kvinder blev screenet med HPV analyse. Det er ikke opgjort, hvor stor denne andel er.

Da der iblandt de prøver, der kun analyseres for HPV uden mikroskopi, kun er ganske få uegnede, er det det samlede antal prøver (nævneren), der er påvirket af engangstilbuddet. Andelen af uegnede celleprøver undersøgt ved mikroskopi, vil derfor reelt være lidt større end angivet i rapporten, men det skønnes at indikatoren stadig vil være opnået.

Vedr. sammensætningen af tabel 3A er resultaterne for uegnede celleprøver sammenlignelige med tidligere års resultater. I tabel 3A er årsagerne til uegnethed angivet og her ses i lighed med tidligere år stor variation som formentlig langt overvejende skyldes lokal kodepraksis eller måden for bedømmelse af prøven vedrørende årsager til uegnethed.

Anbefalinger til indikator 3

Det er tidligere anbefalet, at de regionale styregrupper skulle sikre, at de prøvetagende læger informeres om, hvor mange uegnede prøver de hver især har, sammenholdt med gennemsnittet i regionen eller som minimum, at prøvetagende læger med særligt mange uegnede prøver orienteres og vejledes. Dette anbefales ikke længere af styregruppen, da antallet af uegnede prøver nu nationalt og regionalt er så lavt.

Ved uegnede celleprøver vil prøven som hidtil blive påsat en kode med opfordring til, at der tages ny prøve.
Styregruppen anbefaler desuden, at de regionale styregrupper informerer i hver region f.eks. i de regionale praksisinformationer om årets resultat vedr. uegnede celleprøver offentliggjort i DKLS årsrapporten med evt. bemærkninger om lokale afvigelser.

Styregruppen anbefaler også, at de regionale styregrupper sikrer, at afdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefalede kodepraksis samt guidelines, så kontrolprøver uden endocervikale celler følges op.

Man bør altid anvende koden M09010 (materialet uegnet til diagnostisk vurdering) samt en kode for årsag til uegnethed – og vel at mærke med en af de årsagskoder, der er anført i Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012 (SST anbefalinger bilag 8, side 129-130).

Indikator 4. Tilnærmet diagnostisk kvalitet

Indikatoren udgik med årsrapport 2016.

Indikator 5. Svartid

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

Datagrundlag og beregning. Celleprøver hvor modtagedato ligger i perioden 01-01-2017 til 31-12-2017, (aktuelle år)
Nævner: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology for kvinder i alderen 23-64 år på modtagedato
Tæller: svardato ≤ 10 hverdage fra modtage dato.

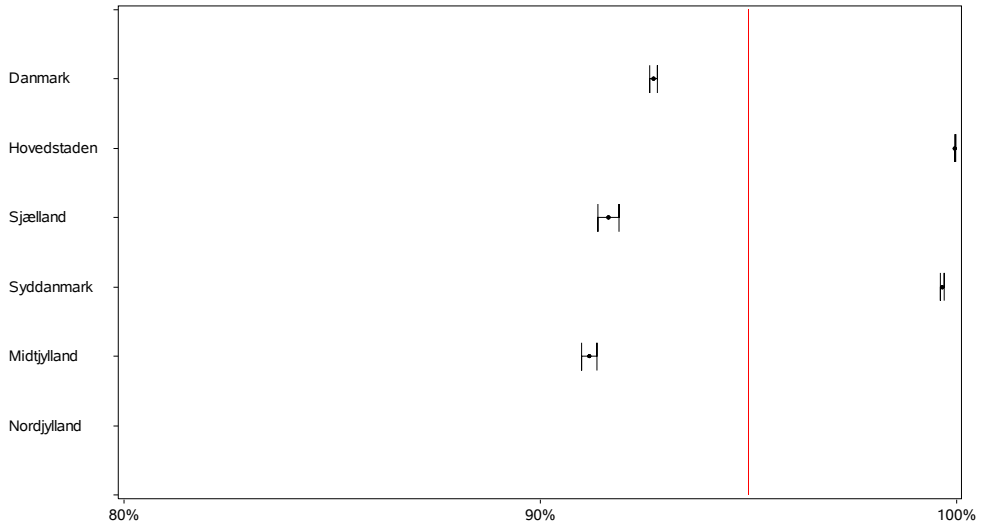
Indikator tabel 5

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2017*	*2016*	*2015*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	349,132 / 376,496	**92.7 (92.6 - 92.8)**	95.6 (95.5 - 95.7)	94.9 (94.9 - 95.0)
Hovedstaden	ja	132,556 / 132,597	**100.0 (100.0 - 100.0)**	99.9 (99.9 - 100.0)	100.0 (100.0 - 100.0)
Sjælland	nej	43,802 / 47,793	**91.6 (91.4 - 91.9)**	93.7 (93.5 - 94.0)	96.5 (96.3 - 96.6)
Syddanmark	ja	74,308 / 74,551	**99.7 (99.6 - 99.7)**	99.6 (99.5 - 99.6)	99.4 (99.3 - 99.4)
Midtjylland	nej	77,152 / 84,611	**91.2 (91.0 - 91.4)**	94.8 (94.6 - 94.9)	97.1 (96.9 - 97.2)
Nordjylland	nej	21,314 / 36,944	**57.7 (57.2 - 58.2)**	77.1 (76.7 - 77.6)	61.2 (60.7 - 61.7)
Hovedstaden	ja	132,556 / 132,597	**100.0 (100.0 - 100.0)**	99.9 (99.9 - 100.0)	100.0 (100.0 - 100.0)
Hvidovre	ja	132,556 / 132,597	**100.0 (100.0 - 100.0)**	99.9 (99.9 - 100.0)	100.0 (100.0 - 100.0)
Sjælland	nej	43,802 / 47,793	**91.6 (91.4 - 91.9)**	93.7 (93.5 - 94.0)	96.5 (96.3 - 96.6)
Næstved	nej	43,801 / 47,792	**91.6 (91.4 - 91.9)**	93.7 (93.5 - 94.0)	96.5 (96.3 - 96.6)
Roskilde	ja	# / #	**100.0 (2.5 - 100.0)**		
Syddanmark	ja	74,308 / 74,551	**99.7 (99.6 - 99.7)**	99.6 (99.5 - 99.6)	99.4 (99.3 - 99.4)
Esbjerg	ja	27,632 / 27,778	**99.5 (99.4 - 99.6)**	98.7 (98.5 - 98.8)	97.8 (97.6 - 98.1)
Vejle	ja	46,676 / 46,773	**99.8 (99.7 - 99.8)**	99.9 (99.8 - 99.9)	99.7 (99.6 - 99.7)
Midtjylland	nej	77,152 / 84,611	**91.2 (91.0 - 91.4)**	94.8 (94.6 - 94.9)	97.1 (96.9 - 97.2)
Randers	nej	77,152 / 84,611	**91.2 (91.0 - 91.4)**	94.8 (94.6 - 94.9)	97.1 (96.9 - 97.2)
Nordjylland	nej	21,314 / 36,944	**57.7 (57.2 - 58.2)**	77.1 (76.7 - 77.6)	61.2 (60.7 - 61.7)
Aalborg	nej	21,314 / 36,944	**57.7 (57.2 - 58.2)**	77.1 (76.7 - 77.6)	61.2 (60.7 - 61.7)

Tæller/nævner: Antal prøver hvor svar sendes inden for 10 hverdage / antal celleprøver.
95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

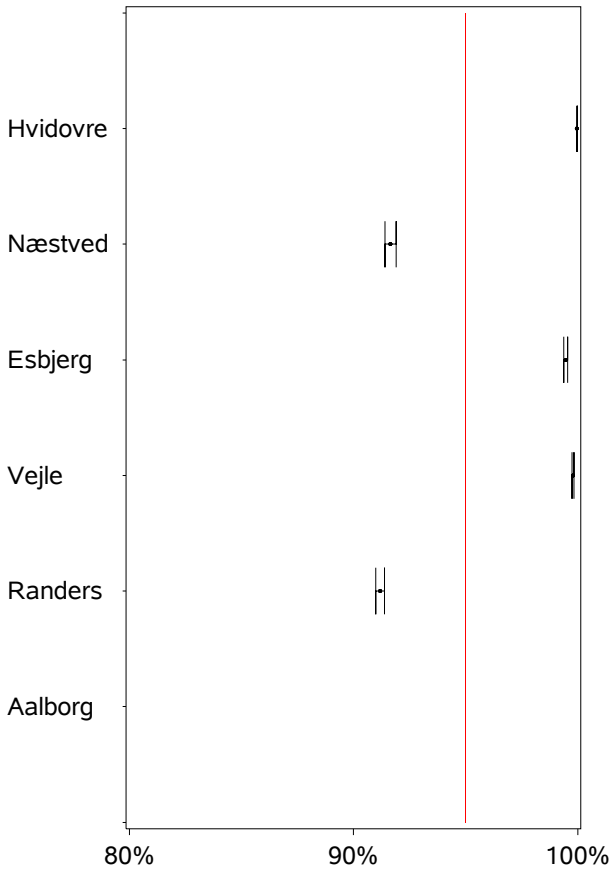
Figur er til indikator 5. Andelen af celleprøver hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagedagen,

Opgjort på regionsniveau, 2017.



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

Opgjort på afdelingsniveau, 2017



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

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 5
Andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage i 2017, ligger på landsniveau på 92,7 %, hvilket er et lille fald i forhold til foregående to år. Andelen ligger i 2017 under den fastsatte standard på 95%. Region Hovedstaden og Syddanmark opfylder standarden, mens Nordjylland ligger et godt stykke under.

Alle kvinder skal have samme svartid uafhængigt af, i hvilket regi celleprøven er taget. Derfor er der foretaget en supplerende analyse, hvor svartiden er opgjort separat for celleprøver fra henholdsvis hospitalssektoren og praksissektoren (appendiks tabel 5A). Heraf kan det ses, at langt størstedelen af celleprøverne i screeningspopulationen kommer fra praksissektoren (94,3 %), mens 5,7 % af celleprøverne kommer fra hospitalsregi. Median svartiden er 3 hverdage både for praksissektoren og hospitalssektoren.

I den grundlæggende opgørelse af indikator 5 indgår alle celleprøver inklusive de celleprøver, der skal have foretaget en supplerende HPV-test, hvilket kan medføre en længere svartid. Svartiden er derfor også opgjort separat for celleprøver med og uden en supplerende HPV-test (appendiks tabel 5B)**.** For 14,8 % af celleprøverne i 2017 er der foretaget en supplerende HPV-test, og median svartiden er i alt 3 hverdage, når der udføres en sådan supplerende HPV-test, og det giver dermed ikke anledning til længere svartid.

Styregruppens kommentar til indikator 5
Standarden på 95% indenfor 10 hverdage er ikke opfyldt på landsplan i 2017, hvor kun 92,7% af prøverne er besvaret indenfor 10 hverdage og der ses et fald et forhold til tidligere år. Der er stor variation mellem regionerne, og 3 af 5 regioner opfylder ikke indikatoren. Indikatorer er opfyldt for Region Hovedstaden og Region Syddanmark.

I 2017 har afdelingerne haft ekstraordinært mange cervix cytologisker prøver pga. engangstilbuddet om screening til kvinder født for 1948. Dette kan have bidraget til manglende opfyldelse af indikatoren.

Anbefaling til indikator 5
Det anbefales, at de screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden, sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes

Indikator 6. HPV-test

Indikator 6: Andelen af kvinder, som har fået foretaget supplerende HPV-test ud af alle kvinder 30-59 år, hvor celleprøven viser ASCUS. Standard >95 %

Datagrundlag og beregning.

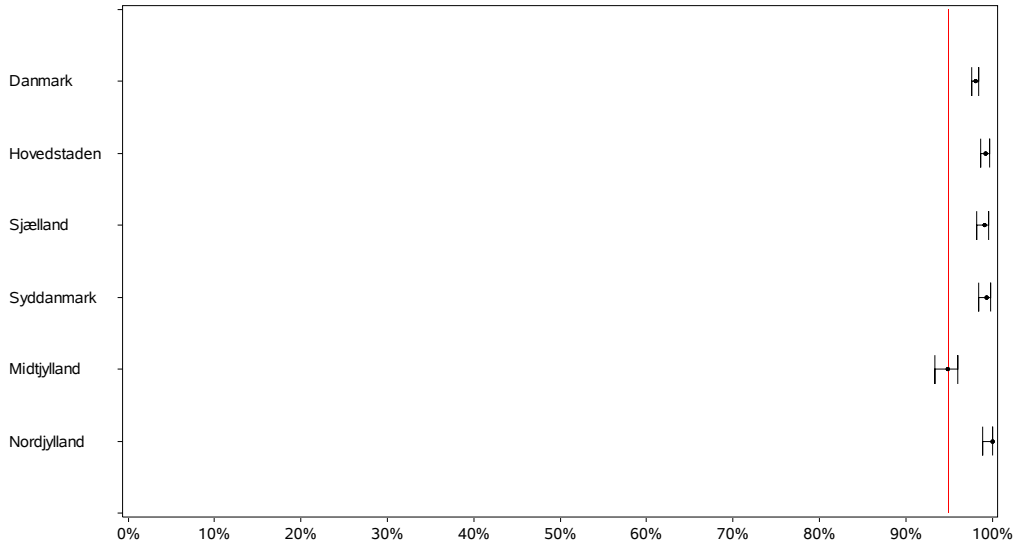
Nævner: Modtagedato 01-04-2016 til 31-03-2017 (aktuelle år). T8X310 (celleprøver fra livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology, alder 30-59 år på modtagedato, og diagnosen ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M73225, M69700). Kvinder med ASCUS-plus diagnose inden for 2 år før modtagelsesdatoen af nuværende prøve ekskluderes (dvs. med én af følgende: ASCUS, karcinom, HSIL, ASCH, LSIL AGC, AIS). ASCUS-diagnosen er stillet af en patologiafdeling.

Tæller: HPV-test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010) jf. appendiks V for en uddybende beskrivelse af indikatorberegningen. HPV-test skal foreligge inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven, og kvinden må ikke være død eller udrejst af landet inden for opfølgningsperioden (270 dage).

Indikator tabel 6

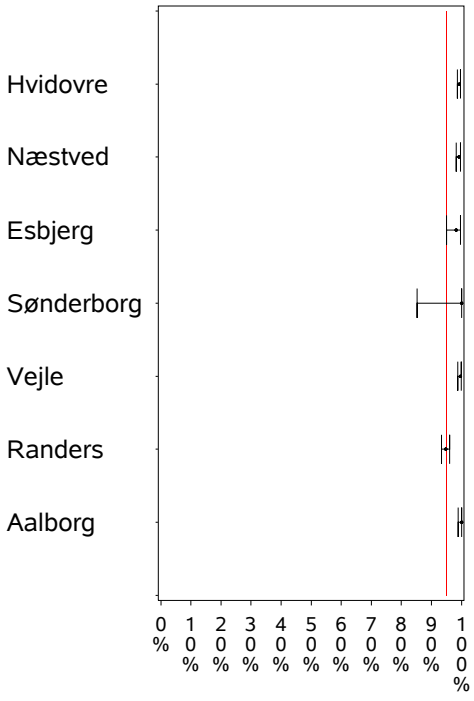
		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*1/4-2016 - 31/3-2017*	*1/4-2015 - 31/3-2016*	*1/4-2014 - 31/3-2015*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	ja	4,324 / 4,407	**98.1 (97.7 - 98.5)**	98.1 (97.7 - 98.5)	98.0 (97.5 - 98.3)
Hovedstaden	ja	1,225 / 1,234	**99.3 (98.6 - 99.7)**	98.2 (96.8 - 99.1)	98.6 (97.6 - 99.2)
Sjælland	ja	881 / 889	**99.1 (98.2 - 99.6)**	99.3 (98.7 - 99.7)	99.6 (99.1 - 99.9)
Syddanmark	ja	757 / 762	**99.3 (98.5 - 99.8)**	99.8 (99.3 - 100.0)	99.6 (99.0 - 99.9)
Midtjylland	nej	1,117 / 1,178	**94.8 (93.4 - 96.0)**	95.3 (94.1 - 96.4)	96.7 (95.8 - 97.5)
Nordjylland	ja	344 / 344	**100.0 (98.9 - 100.0)**	99.7 (98.4 - 100.0)	92.0 (89.0 - 94.4)
Hovedstaden	ja	1,225 / 1,234	**99.3 (98.6 - 99.7)**	98.2 (96.8 - 99.1)	98.6 (97.6 - 99.2)
Hvidovre	ja	1,225 / 1,234	**99.3 (98.6 - 99.7)**	98.2 (96.8 - 99.1)	98.6 (97.6 - 99.2)
Sjælland	ja	881 / 889	**99.1 (98.2 - 99.6)**	99.3 (98.7 - 99.7)	99.6 (99.1 - 99.9)
Næstved	ja	881 / 889	**99.1 (98.2 - 99.6)**	99.3 (98.7 - 99.7)	99.6 (99.1 - 99.9)
Syddanmark	ja	757 / 762	**99.3 (98.5 - 99.8)**	99.8 (99.3 - 100.0)	99.6 (99.0 - 99.9)
Esbjerg	ja	172 / 175	**98.3 (95.1 - 99.6)**	100.0 (98.1 - 100.0)	99.5 (97.3 - 100.0)
Sønderborg	ja	23 / 23	**100.0 (85.2 - 100.0)**	97.8 (92.2 - 99.7)	96.6 (88.3 - 99.6)
Vejle	ja	562 / 564	**99.6 (98.7 - 100.0)**	100.0 (99.5 - 100.0)	99.8 (99.2 - 100.0)
Midtjylland	nej	1,117 / 1,178	**94.8 (93.4 - 96.0)**	95.3 (94.1 - 96.4)	96.7 (95.8 - 97.5)
Randers	nej	1,117 / 1,178	**94.8 (93.4 - 96.0)**	95.3 (94.1 - 96.4)	96.8 (95.8 - 97.6)
Nordjylland	ja	344 / 344	**100.0 (98.9 - 100.0)**	99.7 (98.4 - 100.0)	92.0 (89.0 - 94.4)
Aalborg	ja	344 / 344	**100.0 (98.9 - 100.0)**	99.7 (98.4 - 100.0)	92.0 (89.0 - 94.4)

Figur. Andelen af kvinder 30-59 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, opgjort på regionsniveau, 2015-2016



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

Figur. Andelen af kvinder 30-59 år, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, opgjort på afdelingsniveau, 2015-2016



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

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 6

På nationalt niveau ses, at i de sidste tre perioder har andelen af celleprøver med ASCUS, hvor der er foretaget supplerende HPV-test, ligget over standarden på >95 %. I aktuelle periode udførtes der HPV-test på 98,1 % af de relevante prøver.

Alle regioner opfylder standarden for indikatoren, undtagen Midtjylland, som dog opfylder indenfor konfidensintervallet.

Bemærk at indikatorens beregningsmetode er afgrænset i forhold til tidligere opgørelser til udelukkende at inkludere celleprøver fra cervix (rutine screeningsundersøgelser) og ikke kontrol prøver fra endo-cervix og til kun at inkludere aldersgruppen 30-59 år.

Der er foretaget 2 supplerende analyser for henholdsvis andelen af kvinder uanset alder, der har en celleprøve, der viser ASCUS (appendiks tabel 6A) samt diagnosefordelingen blandt alle celleprøver (appendiks tabel 6B). På landsplan er andelen af kvinder med en ASCUS-prøve ud af alle kvinder med en celleprøve 2,3 % i 2017, mens den lå lidt højere i de to foregående perioder. I 2017 varierer andelen af ASCUS i de fem regioner fra 1,5 % til 2,7 %. Ligeledes er der variation mellem de enkelte screeningsafdelinger. Af appendiks tabel 6B, ses at de tre "atypi-diagnoser" AGC, ASCH og ASCUS i alt udgør 3,2 % af alle celleprøver på landsplan**.** Andelen af prøver med AGC-diagnosen er på landsplan 0,2 % (regional variation fra 0,0 til 0,4), og andelen af prøver med ASCH-diagnosen er på landsplan 0,7 % (regional variation fra 0,0 % til 1,1 %).

Styregruppens kommentar til indikator 6
Standarden for indikatoren er opfyldt på landsplan og er opfyldt for 4 af de 5 regioner og for 6 ud af 7 afdelinger. Region Midtjylland og Randers opfylder dog standarden indenfor konfidensintervallet.

Andelen af prøver med ASCUS diagnose er faldende på landsplan; fra 3,1% i 2015 til 2,6% i 2016 til 2,3% i 2017, og andelen er faldet for alle regionerne fraset Hovedstaden (jf. tabel 6A i appendiks). Om det aktuelle fald er reelt eller evt. helt eller delvis kan påvirkes af engangstilbuddet om screeningsundersøgelse til kvinder født før 1948 fremgår ikke af tabel 6A, der omfatter alle aldersgrupper.

Der ses dog fortsat variation i andelen af ASCUS diagnoser mellem regioner og mellem screeningsafdelingerne, hvor den for regioner ligger mellem 1,5% (Syddanmark) og 2,7% (Hovedstaden) og på afdelingsniveau mellem 1,0% (Esbjerg) og 2,7% (Hvidovre). En af årsagerne til der fortsat er nogen variation mellem screeningsafdelingerne er, at ASCUS er en vanskelig diagnose, som på baggrund af den efterfølgende vævsprøve kan dække over alt fra reaktive forandringer til karcinom samt lokal kodepraksis.

Der ses ligeledes fortsat nogen variation i fordelingen af antallet af ASCUS, AGC og ASCH og den samlede andel af prøver der har disse diagnose mellem landets 7 screeningsafdelinger (Tabel 6B): Esbjerg havde i 2017 98,4% uden ASCUS7ASCH/AGC mens Hvidovre havde 96,1% uden ASCUS/ASCH/AGC diagnoser.

I Tabel 6C er en opdateret oversigt over, hvilken type HPV analyse de 5 danske regioner anvender, samt implementeringsgraden for brug af HPV test i screeningen for livmoderhalskræft.

Anbefalinger til indikator 6
Standarden er opfyldt på landsplan med 98,1% og har stort set været uændret nu 3 år i træk. 4 ud af 5 regioner opfylder standarden. Der ses dog et fald i Region Midtjylland, som ligger under standarden.

Da HPV analyser udgør en stadig stigende andel af undersøgelserne anbefaler styregruppen at indikatoren fortsat rapporteres indtil fuld målopfyldelses for alle regioner og suppleres med yderligere indikatorer vedrørende anvendelsen og kvaliteten af HPV test.

Indikator 7. Dækningsgrad

Tabel 7. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad) i hele landet samt fordelt på regioner (standard >85 %).

Datagrundlag og beregning: Indikatoren er opgjort på baggrund af data hentet fra Patobankens Indkaldemodul, fordi dataudtræk fra Landsregisteret for Patologi ikke inkluderer bopælsadresse.
Data til aktuelle periode er udtrukket marts 2018 og inkluderer de forudgående 42 måneder for de 23-49-årige samt 66 måneder for de 50-64-årige (svarende til hhv. 3,5- og 5,5-års intervaller). Dvs. denne indikator er et øjebliksbillede og afspejler derfor ikke screeningsprogrammets dækningsgrad i kalenderåret 2017, men i tidsintervallet hhv. 3,5 år og 5,5 år før udtræksdatoen 21. marts 2018. Indikatoren er opgjort på kommunalt niveau i Tabel 7A (appendiks). Dækningsgraden opgøres ikke på afdelingsniveau.
Nævner: Antal kvinder i befolkningen pr. marts 2018.Tæller: Celleprøver fra livmoderhalsen = T8X3* eller T8x210 ekskl. MATTYP 13, 25 41, 42, 43, 44, 45, 46 og 52 (algoritme og beregning opsat af Patobank og CGI).

Indikator tabel 7

		*Aktuel periode**			*2011-2016*	*2010-2015*
Regionsnavn	*Standard opfyldt*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	1,141,505	1,553,517	**73.5 (73.4-73.5)**	74.4 (74.4-74.5)	75.6 (75.5-75.6)
Region Hovedstaden	nej	381,598	522,006	**73.1 (73.0-73.2)**	74.2 (74.0-74.3)	75.7 (75.6-75.8)
Region Sjælland	nej	156,144	216,042	**72.3 (72.1-72.5)**	73.2 (73.0-73.4)	74.2 (74.1-74.4)
Region Syddanmark	nej	232,840	316,653	**73.5 (73.4-73.7)**	74.7 (74.6-74.9)	75.7 (75.6-75.9)
Region Midtjylland	nej	257,857	347,222	**74.3 (74.1-74.4)**	75.1 (74.9-75.2)	76.3 (76.2-76.5)
Region Nordjylland	nej	113,066	151,594	**74.6 (74.4-74.8)**	75.0 (74.8-75.3)	75.2 (74.9-75.4)

**Aktuelle periode: September 2014 til marts 2018 (for kvinder med alder 23-49) og september 2012 til marts 2018 (for kvinder med alder 50-64 år). Tidligere perioders resultater er baseret på datatræk foretaget hhv. ultimo 2016 og ultimo 2015 (fra sidste års rapport udtræk).*

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 7

På landsplan er dækningsgraden 73,5 % i den aktuelle periode, og deltagelsen er nedadgående i forhold til tidligere perioder. Ingen af regionerne opfylder standarden på mindst 85 %. Der er lille variation i dækningsgraden mellem regionerne, dog er forskellen signifikant og går fra 73,1 (Hovedstaden) til 74,6 % (Nordjylland).

I indikatorberegningens nævner indgår kvinder, der ifølge Indkaldemodulet har fået foretaget total hysterektomi, og dækningsgraden er derfor underestimeret med ca. 3 %-points i forhold til den reelle målgruppe (se appendiks tabel 7B hvor årsagen 'hysterektomi' udgør den største årsag til framelding).

Appendiks tabel 7C fremstiller indikator 7 opdelt på 5-års aldersintervaller og heraf ses at de yngste kvinder har den laveste deltagelse (64 % på landsniveau), og at de ældste kvinder også ligger lavt.

Dækningsgraden i samtlige danske kommuner fremgår af appendiks tabel 7A. Der ses variation mellem kommuner inden for alle regioner.

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det interessant at kende antallet af kvinder, som er frameldt screeningsprogrammet samt årsagen til frameldingen. I Appendiks tabel 7B ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder (indenfor målgruppen 23-65 år) og årsag til framelding. På landsplan var i alt 96,790 kvinder frameldt screeningsprogrammet pr. marts 2018, hvor data er udtrukket (Tabellen viser ikke, hvornår kvinderne blev frameldt screeningsprogrammet). Antallet af frameldte stiger med alderen, og således udgør kvinder i aldersgruppen 50-64 år ca. 2/3 af alle frameldte.

Årsagerne til framelding er *hysterektomi* (58,5 %), *anden årsag* (12,8 %), *jeg springer over denne gang* (10,3 %), *framelding for altid* (10,6 %), *adressat ukendt* (3,8 %), *gravid* (1,7 %), *ønsker ikke at deltage* (1,1 %), *jeg vil udsætte invitationen 1 år* (1,0 %) og *udrejst* (<0,1%) (appendiks tabel 7B).

Styregruppens kommentar til indikator 7

Et nyligt studie[1] har vist, at den samlede dækningsgrad stiger fra 76 % til 79 %, hvis der korrigeres for hysterektomerede kvinder. For de yngste kvinder i screeningspopulationen vil graviditet også kunne betyde forsinket screeningsundersøgelse og det ses yderligere i årsrapporten, at de yngre kvinder ofte er (midlertidigt) frameldt på grund af adressat ukendt. Hvis der tages hensyn til disse problematikker, vil den samlede dækningsgrad derfor være endnu højere.

Det noteres, at dækningsgraden er lav på landsplan for de yngste kvinder (64%), men at Region Nordjylland har en forholdsvis høj deltagelse hos disse kvinder (70,1%).

Anbefalinger til indikator 7

Praktiserende læger bør være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag. Et dansk studie[2] har vist, at disse "opportunistiske undersøgelser" medvirker til, at de grupper af kvinder (f.eks. indvandrere), som ellers ikke deltager i screening regelmæssigt, bliver undersøgt. Samtidig bør der være opmærksomhed omkring, at målet er, at screeningsintervallerne følges, og der bør ikke screenes hyppigere end de fastlagte screeningsintervaller, da det ændrer på vægtningen af fordele og ulemper ved screeningsprogrammet.

Dækningsgraden kan måske øges ved samme initiativer, som beskrevet under indikator 2, herunder hjemmeopsamlede prøver og informationskampagner målrettet borgere, som passivt "fravælger" deltagelse i livmoderhalskræftscreening, Region Nordjylland starter desuden en "walk-in-clinic" i 2018, hvor der kan tages smear uden forudgående tidsbestilling. Resultaterne heraf bør følges.

Regionerne overgik i 2018 til udsendelse af invitationer og påmindelser med digital post. Effekten heraf bør følges.
Det anbefales, at der laves registerbaserede undersøgelser af, i hvilket omfang udsættelse af undersøgelse på grund af graviditet har indflydelse på dækningsgraden i programmet.
Af hensyn til at få registreret hysterektomerede kvinder korrekt bør patologiafdelingerne have fokus på, at totalt hysterektomerede kvinder skal kodes med SNOMED koden ÆAA030 (frameldes screening for livmoderhalskræft).

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

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

Indikator 8. Opfølgning

Indikator 8: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage, ud af alle celleprøver med svære celleforandringer. Opgjort på landsplan og for regioner Standard <2 %

Datagrundlag og beregning
Nævner: celleprøver med modtagedato 01-10-2015 til 30-09-2016, SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (vagina/livmoderhalsen), en M-kode samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode). (se evt. appendiks V for yderligere datadefinitioner). Svære celleforandringer defineres som: karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC.

Tæller: Opfølgende prøve , som defineret i appendiks V taget mere end 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.

Indikatoren er tidsforskudt bagud for at give plads til 180 dages og op til 450 dages opfølgningstid (se appendiks). Desuden er der taget højde for, at kvinderne skal være i live og stadig bosiddende i Danmark ved udgangen af opfølgningsperioden.

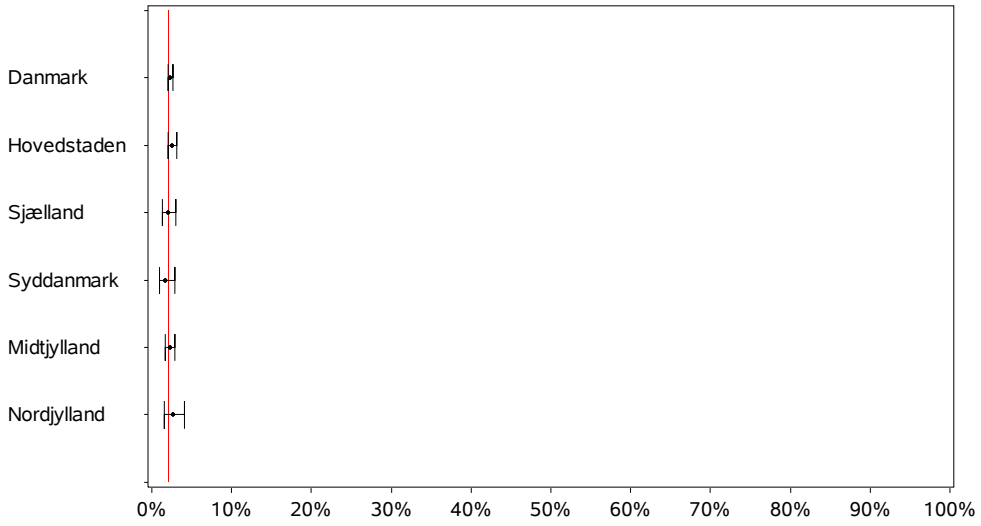
I supplerende analyser hvor alle prøver der skal følges op er inkluderet, er tidsgrænsen for, om den opfølgende prøve er taget rettidigt, bestemt af Æ-koden. Det vil sige henholdsvis 120 dage, 180 dage, 270 dage eller 450 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen jf. Sundhedsstyrelsens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

Indikator tabel 8

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard opfyldt	*Tæller/ nævner*	*1/10-2015 - 30/9-2016 % (95% CI)*	*1/10-2014 - 30/9-2015 % (95% CI)*	*1/10-2013 - 30/9-2014 % (95% CI)*
Danmark	nej	189 / 8,211	**2.3 (2.0 - 2.6)**	2.5 (2.1 - 2.9)	2.1 (1.8 - 2.5)
Hovedstaden	nej	82 / 3,251	**2.5 (2.0 - 3.1)**	3.0 (2.4 - 3.7)	2.3 (1.8 - 2.9)
Sjælland	ja	23 / 1,152	**2.0 (1.3 - 3.0)**	1.3 (0.8 - 2.0)	1.6 (1.0 - 2.5)
Syddanmark	ja	13 / 759	**1.7 (0.9 - 2.9)**	3.8 (2.6 - 5.4)	3.2 (2.2 - 4.6)
Midtjylland	nej	52 / 2,334	**2.2 (1.7 - 2.9)**	1.4 (0.9 - 2.2)	1.3 (0.8 - 1.8)
Nordjylland	nej	19 / 715	**2.7 (1.6 - 4.1)**	3.6 (2.3 - 5.4)	3.3 (2.0 - 5.1)

Tæller/nævner: Antal prøver med svære celleforandringer uden rettidig opfølgning / antal prøver med svære celleforandringer der skal følges op.
95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Figur 8. Opfølgning af celleprøver med svære celleforandringer inden for 180 dage, opgjort på regionsniveau, 2015/2016. (standard <2 %).



Punktestimater inklusive sikkerhedsintervaller for indikatoren.

Standardværdien (<2 % abnorme eller uegnede celleprøver, der ikke er fulgt op rettidigt) er angivet ved den lodrette linje.

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 8

Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op indenfor 180 dage udgør 2,3 % på landsplan, hvilket ligger over den fastsatte standard på landsniveau på <2 %. Der er ikke signifikant forskel over tid.

På regionalt niveau varierer andelen af prøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage fra 1,7 % til 2,7 %.

Af de 186 (2,3%) celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage er 73 (0,9%) heller ikke fulgt op inden for 450 dage (appendiks II tabel 8A). Det fremgår her, at mange kvinder bliver fulgt op efter tidsfristen

Disse kvinder, er manuelt gennemgået af de respektive afdelinger. Det har vist sig, at 19 kvinder var fulgt op inden for 450 dage, men var kodet forkert, 15 var fulgt op efter 450 dage og 39 var ikke fulgt op. Årsagen til at disse kvinder ikke var fulgt op skyldtes i 13 tilfælde død eller emigration, og 2 kvinder ønskede ikke opfølgning, og for de øvrige kvinder, var der andre forklaringer inkl. ukendt årsag.

For nærmere at undersøge antallet af prøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op rettidigt, er der foretaget flere supplerende analyser, bl.a. en analyse på prøvetager/ydernummerniveau, der viser, at antallet af prøver pr. ydernummer, der mangler opfølgning, varierer fra 0 til 43 prøver. Tabellen er af omfangshensyn ikke medtaget i rapporten.

I supplerende analyse (appendiks II tabel 8B) af celleprøver med alvorlige celleforandringer er der anvendt de tidsgrænser, der er anført i anbefalingerne (jf. Æ-koder). Her udgør andelen på landsplan, der ikke er fulgt op 4,4 %.

Der er foretaget yderligere to supplerende analyser vedr. opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hvor tidsfristerne er henholdsvis jf. anbefalinger (appendiks II tabel 8C) og 450 dage uanset Æ-koden (appendiks II tabel 8D). Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev

13,7 % ikke fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser, og 5,1 % blev ikke fulgt op når tidsvinduet udvides til 450 dage.

Styregruppens kommentar til indikator 8
Målopfyldelsen er stagneret i de seneste år. Forskelle mellem regionerne kan måske delvist forklares ved forskelle i komorbiditet og socioøkonomiske faktorer, hvilket ikke opgøres i databasen.

Regionerne udsender EDI-besked til prøvetagende læge, når en patient ikke er fulgt op som anbefalet. Region Midtjylland sendes desuden prøvesvar direkte til undersøgte kvinder, hvilket i et projekt har vist at øge rettidig opfølgning, og proceduren implementeres i hele landet i løbet af 2018. Ansvar for korrekt opfølgning ved unormale eller uegnede prøver ligger hos prøvetagende læge. Dette er præciseret i en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i 2012 https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137127

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

Anbefalinger til indikator 8
Det har stor betydning for den kliniske effekt af livmoderhalskræftscreeningsprogrammet, at unormale og uegnede prøver følges korrekt op. Derfor er det vigtigt med fortsat fokus på at forbedre målopfyldelsen.

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

Indikator 9. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 9A: Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år. Standard <350 pr. år

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

Datagrundlag og beregning. Data fra Cancerregisteret over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft i tidsperioden 2011 til 2016 (indikator 9A og 9B). Opgørelsen på regionsniveau er baseret på kvindens bopæl på diagnosetidspunktet, som den er registreret i Cancerregisteret. Aldersfordelingen i den danske kvindelige befolkning er hentet i Statistikbanken.dk. Indikator 9 er opgjort pr. kalenderår på nationalt og regionalt niveau, men tidsforskudt et år tilbage, fordi Cancerregisteret ikke er opdateret til 2017. Opgørelsen er ikke begrænset til populationen i screeningsprogrammet (23-64 år), men omfatter alle tilfælde af ny-diagnosticeret livmoderhalskræft.

Tabel 9A. Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau de seneste 6 år (standard < 350 pr. år).

	2016	*2015*	*2014*	*2013*	*2012*	*2011*	*Gennemsnit*
Danmark	334	361	419	372	365	399	375
Hovedstaden	102	101	130	131	108	128	117
Sjælland	59	64	75	54	83	68	67
Syddanmark	77	91	91	86	81	96	87
Midtjylland	63	63	76	76	63	81	70
Nordjylland	33	42	47	25	30	26	34

Tabel 9B. Aldersstandardiseret* incidensrate for Danmark 2011-2016 (standard <13,9 pr. 100.000 kvinder)

	2016	*2015*	*2014*	*2013*	*2012*	*2011*	*Gennemsnit*
Danmark	11.9	12.8	15.1	13.4	13.2	14.5	13.5
Hovedstaden	11.6	11.2	14.5	15.0	12.3	14.9	13.2
Sjælland	14.6	15.5	17.8	14.1	20.0	16.6	16.4
Syddanmark	13.6	16.2	16.1	14.9	14.3	16.4	15.3
Midtjylland	10.2	9.7	12.3	12.2	10.1	13.4	11.3
Nordjylland	11.8	15.7	16.7	8.3	10.8	9.4	12.1

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

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 9A og 9B

I 2016 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 334 på landsplan ifølge Cancerregisteret, hvilket for første gang opfylder standarden på højst 350 tilfælde pr år. Der ses en variation i antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft i årene 2011-2016 med årligt gennemsnit på 375.

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft (med brug af den danske kvindelige befolkning i 2005 som standard) var i 2016 på landsplan 11,9 pr. 100.000 kvinder og den gennemsnitlige incidensrate over de fem år er 13,5 pr. 100.000 kvinder, således at standarden er opfyldt.
På regionalt plan varierede incidensen i 2016 pr. 100.000 kvinder fra 10,2 og til 14,6.

Styregruppens kommentar til indikator 9A og 9B

Til trods for at der i mange år har været et veletableret screeningsprogram med mulighed for fjernelse af forstadier, ses der fortsat ca. 350 nye tilfælde af cervix cancer i Danmark årligt. Det må bemærkes, at den væsentligste *enkeltårsag* til udvikling af livmoderhalskræft fortsat er manglende deltagelse i screeningen. Dette er bl.a. dokumenteret i en artikel baseret på danske data fra 2011 hvor mere end 45% af alle nye tilfælde findes hos de ca. 25 % af kvinderne, der ikke har fulgt screeningsprogrammet[1]. Et senere, endnu ikke publiceret studie på data fra Region Syddanmark, finder at blandt alle kvinder der diagnosticeres med cervix cancer (alle aldre, også ældre end nuværende screeningspopulation) er 67% ikke screenet i de forudgående 3½ eller 5½ år (ældste screeningsgruppe).

Styregruppen har som en del af indikator 9 planlagt at inddrage en opgørelse af kræfttilfælde fordelt på stadier på diagnosetidspunktet i relation til screeningsdeltagelse. Dette vil være relevant, idet det vil afklare om screeningsdeltagelse bevirker at sygdommen findes i lavere/tidligere stadier, og der er dermed større chancer for kurativ behandling. Endvidere vil følgerne af behandlingen være mere begrænsede. Ved FIGO-stadium IA1 betragtes kvinden efter operation, som består af et keglesnit, som oftest for helbredt med bevaret fertilitet. Ved FIGO stadium IA2 er behandlingen som oftest simpel hysterektomi eller ved ønske om bevaret fertilitet, trachelektomi. Der er ansøgt om data fra Dansk Gynækologisk Cancer Database og data vedr. stadier og screeningsdeltagelse forventes i næste årsrapport.

Anbefalinger til indikator 9A og 9B

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

Det anbefales, at de fem regionale styregrupper monitorerer auditresultaterne og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits.

På længere sigt vil målet være at sænke indikatoren, dels ved at der med forskellige tiltag i de 5 regioner arbejdes på at øge screeningsdeltagelsen, dels ved at øge tilslutningen til HPV-vaccination. Det er dog for tidligt at sænke standarden for indikatoren på nuværende tidspunkt, da engangs-screeningstilbudet til ældre kvinder formodes at give en kortvarig stigning i antallet af fundne tilfælde af cervix cancer.

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

Indikator 10. Andel HPV positive ved ASCUS

Indikator 10. Andelen af patienter med ASCUS diagnose, som har fået HPV test, der er HPV positiv, alder 30-59

Datagrundlag og beregning

Nævner: Følgende celleprøver er medtaget: T8X310 ekskl. MATTYPE 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52) og samtidig diagnosen ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M73225 er tilføjet, M69700).

Der er foretaget HPV-test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010), som ligger inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven

Tæller: (high-risk HPV) FY5006 OG FY5009, FY5010, Æ33400, Æ3340Y, Æ3340Z, Æ33416, Æ33418, Æ33431, Æ33433, Æ33435, Æ33439, Æ33445, Æ33451, Æ33452, Æ33456, Æ33458, Æ33459, Æ33466, Æ33468

Indikator tabel 10

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*1/4-2016 - 31/3-2017*	*1/4-2015 - 31/3-2016*	*1/4-2014 - 31/3-2015*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark		2,062 / 4,324	**47.7 (46.2 - 49.2)**	46.1 (44.7 - 47.6)	47.8 (46.4 - 49.1)
Hovedstaden		675 / 1,225	**55.1 (52.3 - 57.9)**	94.7 (92.7 - 96.3)	95.2 (93.6 - 96.5)
Sjælland		367 / 881	**41.7 (38.4 - 45.0)**	34.1 (31.5 - 36.7)	34.1 (31.5 - 36.8)
Syddanmark		348 / 757	**46.0 (42.4 - 49.6)**	44.8 (41.6 - 47.9)	43.0 (40.2 - 45.9)
Midtjylland		460 / 1,117	**41.2 (38.3 - 44.1)**	31.8 (29.4 - 34.4)	34.5 (32.2 - 36.9)
Nordjylland		212 / 344	**61.6 (56.3 - 66.8)**	63.2 (57.9 - 68.4)	51.5 (46.5 - 56.6)
Hovedstaden		675 / 1,225	**55.1 (52.3 - 57.9)**	94.7 (92.7 - 96.3)	95.2 (93.6 - 96.5)
Hvidovre		675 / 1,225	**55.1 (52.3 - 57.9)**	94.7 (92.7 - 96.3)	95.2 (93.6 - 96.5)
Sjælland		367 / 881	**41.7 (38.4 - 45.0)**	34.1 (31.5 - 36.7)	34.1 (31.5 - 36.8)
Næstved		367 / 881	**41.7 (38.4 - 45.0)**	34.1 (31.5 - 36.7)	34.1 (31.5 - 36.8)
Syddanmark		348 / 757	**46.0 (42.4 - 49.6)**	44.8 (41.6 - 47.9)	43.0 (40.2 - 45.9)
Esbjerg		102 / 172	**59.3 (51.6 - 66.7)**	57.7 (50.4 - 64.8)	49.3 (42.1 - 56.4)
Sønderborg		12 / 23	**52.2 (30.6 - 73.2)**	56.8 (45.8 - 67.3)	71.9 (58.5 - 83.0)
Vejle		234 / 562	**41.6 (37.5 - 45.8)**	39.7 (36.1 - 43.4)	40.0 (36.9 - 43.2)
Midtjylland		460 / 1,117	**41.2 (38.3 - 44.1)**	31.8 (29.4 - 34.4)	34.5 (32.2 - 36.9)
Randers		460 / 1,117	**41.2 (38.3 - 44.1)**	31.8 (29.4 - 34.4)	33.8 (31.4 - 36.2)
Nordjylland		212 / 344	**61.6 (56.3 - 66.8)**	63.2 (57.9 - 68.4)	51.5 (46.5 - 56.6)
Aalborg		212 / 344	**61.6 (56.3 - 66.8)**	63.2 (57.9 - 68.4)	51.5 (46.5 - 56.6)

Klinisk epidemiologisk kommentar til indikator 10

Andelen af patienter med ASCUS diagnose, som har fået HPV test, der er positiv er 47,7%, uden ændring over tid i forhold til tidligere perioder på landsplan. Andelen af HPV positive varierer på regionalt niveau fra 41,2 til 61,6 % og her er det generelle billede opadgående over tid, undtagen for Region Hovedstaden, hvor andelen i 2017 går ned i forhold til forudgående perioder.

Indikatoren er ny og medtages i år som pilot. Der er ikke sat standard for indikatoren

Styregruppens kommentar til indikator 10

På landsplan er 47,7% af prøver med ASCUS diagnoser (blandt kvinder alder 30-59 år), hvor der blev udført HPV test, positive. Andelen er på landsplan uændret for de sidste 3 perioder, men dækker over stor spredning mellem regionerne; fra 41,2% i Midtjylland til 61,6% i Nordjylland. Over tid ses variationer på regions- og afdelingsniveau, hvor Hovedstaden er faldet fra 95,2% i 2015 til 55,1% i nuværende periode. I de øvrige 4 regioner ses stigningerne. Faldet i Hovedstaden kan forklares med ændret kodepraksis, hvor der for prøver med ASCUS efter indikation blev udført supplerende HPV analyse, som blev kodet som normal, hvis HPV analysen var negativ/HPV ikke påvist. I sidste periode er kodepraksis ændret og følger nu anbefalingerne fra Sundhedsstyrelsen. Ud over kodepraksis kan de regionale variationerne dække over lokale forskelle i anvendelsen af ASCUS diagnosen, der er en subjektiv vurdering ved en undersøgelse i mikroskop og muligvis også dækkes over reelle forskelle i populationen.

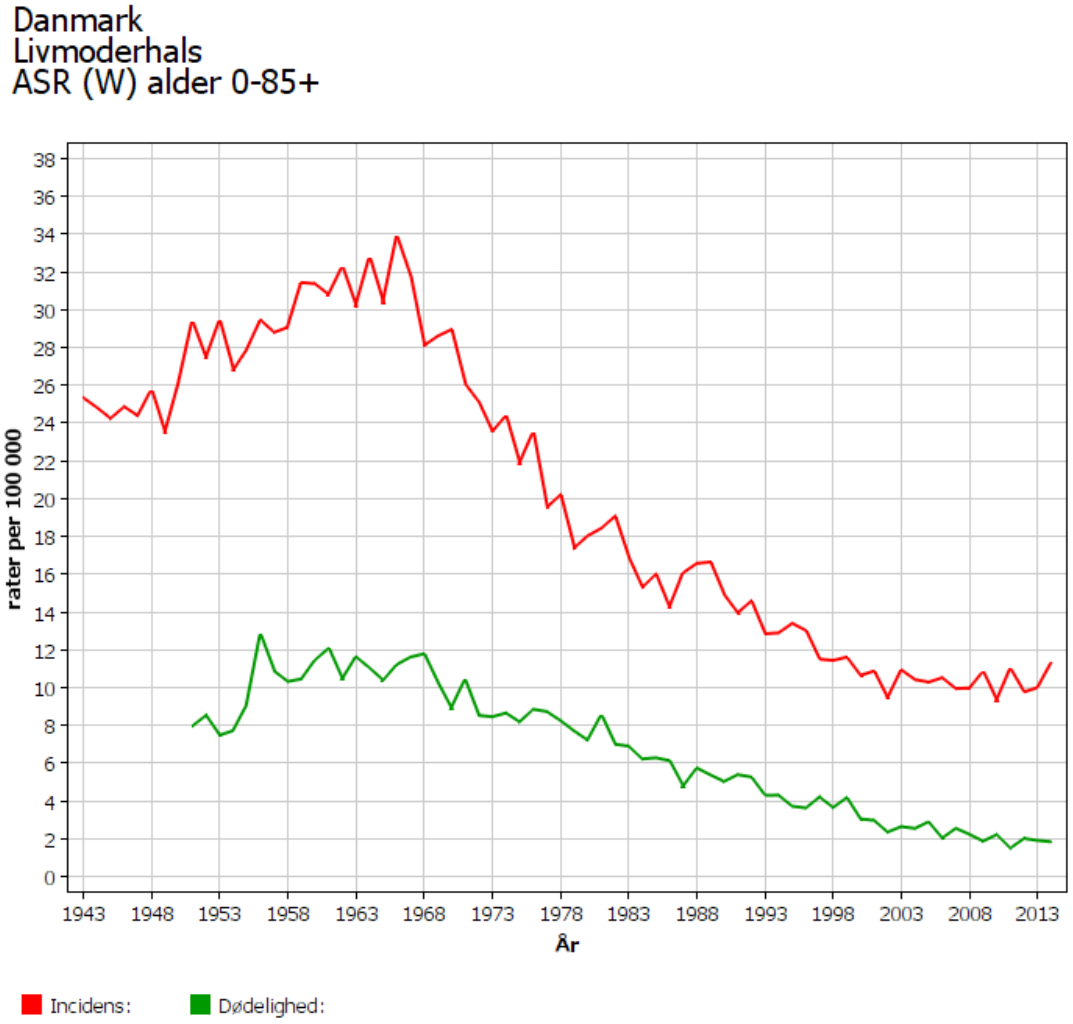
Anbefalinger til indikator 10

Det anbefales at kodepraksis, som anbefalet af Sundhedsstyrelsen, følges af alle regioner og afdelinger. Styregruppen vil fremadrettet overveje anvendelsen af denne indikator.

4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Som det fremgår af figur 9, har indførelsen af screening for livmoderhalskræft i Danmark fra midten af 1960'erne medført et kraftigt fald i såvel nye årlige tilfælde som i dødelighed, selv om faldet i incidensen de seneste 10 år har været meget beskedent. Ifølge Nordcan var incidencen i 2015 9.55 pr 100.000, dvs. stagnerede i forhold til den udvikling, der ses i figuren nedenfor. Dødeligheden var i 2015 1.66 pr 100.000.

Figur 9.



NORDCAN © Association of the Nordic Cancer Registries (9.3.2017)

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

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne, men først i 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger vedrørende livmoderhalskræft, hvor alle kvinder i aldersklassen 23-59 år på landsplan skulle inviteres til en screeningsundersøgelse hvert tredje år, hvilket først var implementeret endeligt i hele landet i 2006. Først i september 2007 udsendte Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger vedrørende forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft, der var en gennemgribende revision af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger fra 1986.

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

Til at varetage kvalitetsmonitoreringen nedsatte regionerne i 2008 en national styregruppe for "Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening" (DKLS). Styregruppen har siden udarbejdet 9 kliniske indikatorer med tilhørende standarder til måling af kvaliteten af det samlede screeningsprogram, der er godkendt af Sundhedsstyrelsen. Monitoreringen begyndte den 1. januar 2009, og DKLS har siden udsendt en Årsrapport for 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016 og 2017, hvor kvalitetsindikatorerne opgøres i en ikke-anonymiseret form på landsplan, regionsniveau og for den enkelte patologiafdeling, der deltager i screeningen. En anonymiseret udgave af rapporten offentliggøres.

DKLS' kvalitetsindikatorer omfatter kapacitet (1), deltagelse og invitationsprocedure (2), prøvekvalitet (3), diagnostisk kvalitet (4 udgået fra og med 2015), svartid (5), HPV-test (6), dækningsgrad (7), opfølgning (8) og antal nye tilfælde af livmoderhalskræft (9). I 2017 er desuden medtaget en prøveindikator; andel HPV positive ved ASCUS (10). Alle data vedrørende de nuværende 9 kvalitetsindikatorer opsamles direkte via nationale registre (Patologidatabanken, CPR-registeret og Cancerregisteret), hvorfor monitoreringen af kvaliteten ikke har ført til en øget registreringsbyrde.

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

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

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

Sundhedsstyrelsen har 27. maj 2018 publiceret opdaterede anbefalinger for screening af livmoderhalskræft[1]. En væsentlig ændring er en anbefaling om en differentieret kontrolleret implementering af HPV-baseret screening, som nærmere skal udformes og koordineres af Den Nationale styregruppe for Livmoderhalskræftscreening (NSLS). Det anbefales at den allerede etablerede monitorering i Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) videreføres, og at styregruppen for DKLS i samarbejde med den nyetablerede NSLS vurderer evt. behov for at erstatte eller supplere de nuværende, og at DKLS i samarbejde med NSLS overvejer at indføre supplerende indikatorer med henblik på kvalitetssikring af anvendelse af HPV-tests . Desuden anbefales at NSLS fastlægger supplerende indikatorer for den differentierede implementering af HPV-screening, og at disse monitoreres af DKLS og inkluderes i DKLS-årsrapporten. Der må således i de kommende år forventes en intensiveret udvikling og ibrugtagning af nye indikatorer, så screeningsprogrammet fortsat kan monitoreres og kvalitetssikres.

[1] Screening for livmoderhalskræft -anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, Maj 2018.

5. Datagrundlag

Årsrapport er helt overvejende baseret på data fra Landsregisteret for patologi (LRP). Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2017 og indeholder de relevante data fra LRP. Data fra Indkaldemodulet er hentet via Patobanks webside med udtræk medio marts 2018.

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

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

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

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

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

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

6. Styregruppens medlemmer

Styregruppen for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening, maj 2016

- Ledende overlæge Marianne Waldstrøm, Region Syddanmark
- Overlæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden
- Professor, Ledende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Afsnitsledende bioanalytiker Jette Christensen, Region Nordjylland
- Overlæge Lise Grupe Larsen, Region Sjælland
- Afdelingsbioanalytiker Dorthe Ejersbo, Dansk Cytologiforening
- Overlæge Kirsten Jochumsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
-
- Overlæge Tonje Johansen, Patobanken
- Praktiserende læge Hanne Nørgaard Heje, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Klinisk epidemiolog, Else Helene Ibfelt, Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP.
- Fuldmægtig Anne Gammelgaard, repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midtjylland

Herudover har professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet bidraget som ekstern ekspert. Fra RKKP afdeling for Cancer og cancer screening har Petra Birgitta Hall foretaget de statistiske analyser.

Kontaktperson i RKKP Kvalitetskonsulent, cand.scient.san.publ. Julie Tybjerg, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP.

Ændringer i 2015- 2018

Fratrådte medlemmer af styregruppen

- Overlæge Karsten Nielsen, Dansk Selskab for Patologi
- Praktiserende læge Jette Kolding Kristensen, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Ledende overlæge Carsten Rygaard, Region Hovedstaden
- Ledende overlæge Hans Svanholm, Patobanken
- Speciallæge i almen medicin, Jette Ahrensberg, DSAM
- Specialkonsulent Mari-Ann Munch, Region Sjælland
- Overlæge Maria Franzmann, Region Hovedstaden

Tiltrådte medlemmer af styregruppen

- Hanne Nørgaard Heje, Dansk Selskab for Almen Medicin
- Overlæge Lise Grupe Larsen, Region Sjælland
- Overlæge Tonje Johansen, Patobanken
- Praktiserende læge Jette Kolding Kristensen, DSAM
- Overlæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden

Appendiks I. Oversigtstabel 2017: Resultater på regionalt niveau

Resultater for Årsrapport aktuelle år og de to foregående år.

Indikator	Standard	Hovedstaden			Sjælland			Syddanmark			Midtjylland			Nordjylland		
		2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %
1. Antal årlige cervix cytologiske undersøgelser pr. afdeling*	>25.000	*Standarden vedrører afdelingsresultat, hvorfor de regionale resultater ikke vises her.*														
2. Deltagelse	Mindst 75 %	60.9 (60.6 - 61.1)	62.9 (62.6 - 63.1)	64.5 (64.2 - 64.8)	63.1 (62.7 - 63.6)	62.9 (62.4 - 63.4)	63.7 (63.2 - 64.1)	65.4 (65.0 - 65.7)	66.8 (66.4 - 67.2)	69.1 (68.8 - 69.5)	66.0 (65.6 - 66.3)	66.8 (66.4 - 67.1)	67.1 (66.8 - 67.5)	64.6 (64.1 - 65.1)	65.5 (65.0 - 66.0)	65.3 (64.7 - 65.8)
3. Andelen af uegnede celleprøver	Højst 1,5 %	0.6 (0.5 - 0.6)	0.8 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)	0.6 (0.5 - 0.6)	0.9 (0.8 - 1.0)	1.5 (1.4 - 1.6)	0.5 (0.4 - 0.5)	1.0 (1.0 - 1.1)	1.2 (1.1 - 1.3)	1.1 (1.0 - 1.1)	1.8 (1.7 - 1.9)	2.0 (1.9 - 2.1)	1.1 (1.0 - 1.1)	1.5 (1.4 - 1.7)	1.6 (1.4 - 1.7)
4a.Diagnostisk sensitivitet 4b.Diagnostisk specificitet	Udgået	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
5. Overholdt svartid ≤ 10 svardage	Mindst 95 %	100.0 (100.0 - 100.0)	99.9 (99.9 - 100.0)	100.0 (100.0 - 100.0)	91.6 (91.4 - 91.9)	93.7 (93.5 - 94.0)	96.5 (96.3 - 96.6)	99.7 (99.6 - 99.7)	99.6 (99.5 - 99.6)	99.4 (99.3 - 99.4)	91.2 (91.0 - 91.4)	94.8 (94.6 - 94.9)	97.1 (96.9 - 97.2)	57.7 (57.2 - 58.2)	77.1 (76.7 - 77.6)	61.2 (60.7 - 61.7)
6. HPV test efter ASCUS hos kvinder >30 år	Mindst 95 %	99.3 (98.6 - 99.7)	98.2 (96.8 - 99.1)	98.6 (97.6 - 99.2)	99.1 (98.2 - 99.6)	99.3 (98.7 - 99.7)	99.6 (99.1 - 99.9)	99.3 (98.5 - 99.8)	99.8 (99.3 - 100.0)	99.6 (99.0 - 99.9)	94.8 (93.4 - 96.0)	95.3 (94.1 - 96.4)	96.7 (95.8 - 97.5)	100.0 (98.9 - 100.0)	99.7 (98.4 - 100.0)	92.0 (89.0 - 94.4)
7. Dækningsgrad**	Mindst 85 %	73.1 (73.0-73.2)	74.2 (74.0-74.3)	75.7 (75.6-75.8)	72.3 (72.1-72.5)	73.2 (73.0-73.4)	74.2 (74.1-74.4)	73.5 (73.4-73.7)	74.7 (74.6-74.9)	75.7 (75.6-75.9)	74.3 (74.1-74.4)	75.1 (74.9-75.2)	76.3 (76.2-76.5)	74.6 (74.4-74.8)	75.0 (74.8-75.3)	75.2 (74.9-75.4)

Indikator	Standard	Hovedstaden			Sjælland			Syddanmark			Midtjylland			Nordjylland		
		2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %	2017, %	2016, %	2015, %
8. Manglende opfølgning af celleprøver med svære celleforandringer*	Højst 2 %	2.5 (2.0 - 3.1)	3.0 (2.4 - 3.7)	2.3 (1.8 - 2.9)	2.0 (1.3 - 3.0)	1.3 (0.8 - 2.0)	1.6 (1.0 - 2.5)	1.7 (0.9 - 2.9)	3.8 (2.6 - 5.4)	3.2 (2.2 - 4.6)	2.2 (1.7 - 2.9)	1.4 (0.9 - 2.2)	1.3 (0.8 - 1.8)	2.7 (1.6 - 4.1)	3.6 (2.3 - 5.4)	3.3 (2.0 - 5.1)
9a. Antal ny diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft *	-	102	101	130	59	64	75	77	91	91	63	63	76	33	42	47
9b. Incidensraten af livmoderhalskræft*	Højst 13,9	11.6	11.2	14.5	14.6	15.5	17.8	13.6	16.2	16.1	10.2	9.7	12.3	11.8	15.7	16.7
10.Andel HPV positive ved ASCUS	-	55.1 (52.3 - 57.9)	94.7 (92.7 - 96.3)	95.2 (93.6 - 96.5)	41.7 (38.4 - 45.0)	34.1 (31.5 - 36.7)	34.1 (31.5 - 36.8)	46.0 (42.4 - 49.6)	44.8 (41.6 - 47.9)	43.0 (40.2 - 45.9)	41.2 (38.3 - 44.1)	31.8 (29.4 - 34.4)	34.5 (32.2 - 36.9)	61.6 (56.3 - 66.8)	63.2 (57.9 - 68.4)	51.5 (46.5 - 56.6)

**Tidsforskudt indikator: Aktuelle år er 2016 for at give plads til opfølgningstid*
*** Indikatoren opgjort på summerede perioder, aktuelle år er 2012/2014-2018*

Indikator 9B: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.

Appendiks II. Supplerende analyser

Indikator 1. Kapacitet:

Tabel 1A. Diagnosefordeling for cytologi-undersøgte prøver i 2017 på landsplan samt fordelt på regioner.

	Diagnose																			
	Karcinom		*HSIL*		*LSIL*		*ASCH*		*ASCUS*		*AIS*		*AGC*		*Normal*		*Uegnet*		*Andre*		*I alt*	
	N		*N*		*N*		*N*		*N*		*N*		*N*		*N*		*N*		*N*		*N*	
Danmark	105	0.0	5,425	1.5	8,047	2.2	3,455	0.9	11,612	3.1	101	0.0	819	0.2	336,137	91.1	3,420	0.9	42	0.0	369,163	100
Hovedstaden	6	0.0	1,685	1.3	2,164	1.7	1,606	1.2	4,410	3.4	26	0.0	566	0.4	119,601	91.3	924	0.7	#	0.0	130,990	100
Sjælland	26	0.1	886	1.9	1,626	3.5	183	0.4	1,486	3.2	31	0.1	37	0.1	41,972	90.0	358	0.8	7	0.0	46,612	100
Syddanmark	40	0.1	714	1.1	1,077	1.6	520	0.8	1,563	2.3	9	0.0	122	0.2	63,104	93.4	432	0.6	11	0.0	67,592	100
Midtjylland	13	0.0	1,365	1.6	2,006	2.3	586	0.7	2,884	3.3	30	0.0	72	0.1	78,213	90.6	1,176	1.4	0,0	0,0	86,345	100
Nordjylland	20	0.1	775	2.1	1,174	3.1	560	1.5	1,269	3.4	5	0.0	22	0.1	33,247	88.4	530	1.4	22	0.1	37,624	100

1A er afgrænset til kun at omhandle de cytologi undersøgte prøver ved følgende morfologi koder:

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

Tabel 1B. Indikator 1 Kapacitet afgrænset til cytologi-undersøgte prøver.

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2017 til 31-12-2017 (aktuelle år), og der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

1B er ligesom 1A afgrænset til følgende morfologi koder:

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

Tabel 1b.

	Aktuelle år		*Tidligere år*	
	2017		*2016*	*2015*
	Standard opfyldt	*antal*	*antal*	*antal*
Danmark		**369,163**	376,180	378,037
Hovedstaden		**130,990**	133,845	136,618
Sjælland		**46,612**	45,193	46,427
Syddanmark		**67,592**	73,818	73,583
Midtjylland		**86,345**	85,436	84,485
Nordjylland		**37,624**	37,888	36,924
Hovedstaden		**130,990**	133,845	136,618
Hvidovre		**130,990**	133,845	136,618
Sjælland		**46,612**	45,193	46,427
Næstved		**46,612**	45,193	46,427
Syddanmark		**67,592**	73,818	73,583
Esbjerg		**28,627**	17,979	13,605
Sønderborg		**.**	10,509	15,242
Vejle*		**38,965**	45,330	44,736
Midtjylland		**86,345**	85,436	84,485
Randers		**86,345**	85,436	84,485
Nordjylland		**37,624**	37,888	36,924
Aalborg		**37,624**	37,888	36,924

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

Tabel 1C. Indikator 1 Kapacitet, afgrænset til KUN HPV- (og ikke cytologi-) undersøgte

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2017 til 31-12-2017 (aktuelle år), og der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

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

Tabel 1c.

	Aktuelle år		*Tidligere år*	
	2017		*2016*	*2015*
	Standard opfyldt	*antal*	*antal*	*antal*
Danmark		**129,537**	18,991	9,689
Hovedstaden		**37,562**	5,021	2,330
Sjælland		**18,591**	3,407	2,505
Syddanmark		**34,686**	2,935	1,305
Midtjylland		**25,943**	4,918	1,604
Nordjylland		**12,755**	2,710	1,945
Hovedstaden		**37,562**	5,021	2,330
Hvidovre		**37,562**	5,021	2,330
Sjælland		**18,591**	3,407	2,505
Næstved		**18,591**	3,407	2,505
Syddanmark		**34,686**	2,935	1,305
Esbjerg		**10,770**	748	197
Vejle		**23,916**	2,187	1,108
Midtjylland		**25,943**	4,918	1,604
Randers		**25,943**	4,918	1,604
Nordjylland		**12,755**	2,710	1,945
Aalborg		**12,755**	2,710	1,945

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

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2016*	*2015*	*2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	123,711 / 357,640	**34.6 (34.4 - 34.7)**	35.3 (35.1 - 35.4)	36.9 (36.7 - 37.0)
Hovedstaden	nej	40,531 / 126,508	**32.0 (31.8 - 32.3)**	33.9 (33.6 - 34.2)	35.0 (34.7 - 35.3)
Sjælland	nej	17,521 / 49,152	**35.6 (35.2 - 36.1)**	34.3 (33.8 - 34.7)	37.1 (36.7 - 37.6)
Syddanmark	nej	25,563 / 69,656	**36.7 (36.3 - 37.1)**	37.4 (37.0 - 37.8)	40.4 (40.0 - 40.7)
Midtjylland	nej	27,338 / 78,728	**34.7 (34.4 - 35.1)**	35.4 (35.0 - 35.7)	36.8 (36.5 - 37.2)
Nordjylland	nej	12,758 / 33,596	**38.0 (37.5 - 38.5)**	37.3 (36.7 - 37.8)	35.0 (34.4 - 35.5)

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Indikator 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 %.
***1. erindringsbrev udsendes 90 dage efter invitation**

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2016*	*2015*	*2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	59,567 / 212,538	**28.0 (27.8 - 28.2)**	28.6 (28.4 - 28.8)	29.4 (29.2 - 29.6)
Hovedstaden	nej	21,474 / 77,643	**27.7 (27.3 - 28.0)**	28.6 (28.2 - 28.9)	29.8 (29.5 - 30.2)
Sjælland	nej	7,386 / 28,687	**25.7 (25.2 - 26.3)**	26.9 (26.4 - 27.5)	23.9 (23.4 - 24.5)
Syddanmark	nej	10,882 / 38,967	**27.9 (27.5 - 28.4)**	30.1 (29.6 - 30.6)	31.8 (31.3 - 32.3)
Midtjylland	nej	14,628 / 48,243	**30.3 (29.9 - 30.7)**	30.0 (29.6 - 30.4)	30.8 (30.3 - 31.2)
Nordjylland	nej	5,197 / 18,998	**27.4 (26.7 - 28.0)**	24.7 (24.1 - 25.4)	27.2 (26.4 - 27.9)

Nævner: Kvinder, der er frameldt screeningsprogrammet inden for 90 dage efter invitation, indgår ikke i nævneren. 95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Indikator 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 %
***2. erindringsbrev udsendes 180 dage efter invitation**

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2016*	*2015*	*2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	25,111 / 152,974	**16.4 (16.2 - 16.6)**	17.3 (17.1 - 17.5)	17.0 (16.7 - 17.2)
Hovedstaden	nej	9,007 / 56,169	**16.0 (15.7 - 16.3)**	16.7 (16.4 - 17.0)	17.4 (17.1 - 17.8)
Sjælland	nej	3,303 / 21,301	**15.5 (15.0 - 16.0)**	16.7 (16.2 - 17.3)	14.2 (13.7 - 14.7)
Syddanmark	nej	4,617 / 28,085	**16.4 (16.0 - 16.9)**	17.6 (17.1 - 18.1)	17.6 (17.1 - 18.1)
Midtjylland	nej	6,142 / 33,618	**18.3 (17.9 - 18.7)**	19.3 (18.8 - 19.7)	18.2 (17.7 - 18.6)
Nordjylland	nej	2,042 / 13,801	**14.8 (14.2 - 15.4)**	15.2 (14.6 - 15.8)	15.1 (14.4 - 15.8)

Nævner: Kvinder, der er frameldt screeningsprogrammet inden for 180 dage efter invitation, indgår ikke i nævneren.95 % CI: 95% sikkerhedsinterval.

Indikator 3. Prøvekvalitet

Tabel 3A. Andelen af uegnede celleprøver i 2017 fordelt på årsag i hele landet samt på regions- og afdelingsniveau

		Uegnede celleprøver pga.															
		Autolyse/ blødning		*For lidt materiale*		*Inflammation*		*Materiale med for få endocervikale celler*		*Materiale med for få pladeepitelceller*		*Teknisk dårligt*		*Uegnet NOS/mindre egnet*		*I alt*	
		N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Danmark		43	1.2	852	24.0	8	0.2	624	17.6	1,714	48.3	166	4.7	138	3.9	3,545	100
Hovedstaden	*I alt*	25	2.7	225	24.0	5	0.5	#	0.1	555	59.2	95	10.1	32	3.4	938	100
	Hvidovre	25	2.7	225	24.0	5	0.5	#	0.1	555	59.2	95	10.1	32	3.4	938	100
Midtjylland	*I alt*	3	0.2	233	19.1	0	0	475	39.0	486	39.9	10	0.8	12	1.0	1,219	100
	Randers	3	0.2	233	19.1	0	0	475	39.0	486	39.9	10	0.8	12	1.0	1,219	100
Nordjylland	*I alt*	0	0	31	5.8	0	0	5	0.9	481	89.7	5	0.9	14	2.6	536	100
	Aalborg	0	0	31	5.8	0	0	5	0.9	481	89.7	5	0.9	14	2.6	536	100
Sjælland	*I alt*	6	1.6	124	32.7	0	0	53	14.0	191	50.4	#	0.5	3	0.8	379	100
	Næstved	6	1.6	124	32.7	0	0	53	14.0	191	50.4	#	0.5	3	0.8	379	100
Syddanmark	*I alt*	9	1.9	239	50.5	3	0.6	90	19.0	#	0.2	54	11.4	77	16.3	473	100
	Esbjerg	3	2.1	34	23.6	0	0	86	59.7	0	0	0	0	21	14.6	144	100
	Vejle	6	1.8	205	62.3	3	0.9	4	1.2	#	0.3	54	16.4	56	17.0	329	100

Tabel 3B. Indikator 3. Prøvekvalitet *afgrænset til cytologi-undersøgte*

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2017 til 31-12-2017 (aktuelle år)
Nævner: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology,
Tæller: mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode.

3B er afgrænset til følgende morfologi koder:

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

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2017*	*2016*	*2015*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark		3,544 / 369,163	**1.0 (0.9 - 1.0)**	1.2 (1.2 - 1.3)	1.4 (1.3 - 1.4)
Hovedstaden		938 / 130,990	**0.7 (0.7 - 0.8)**	0.9 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)
Sjælland		378 / 46,612	**0.8 (0.7 - 0.9)**	1.0 (0.9 - 1.1)	1.6 (1.5 - 1.7)
Syddanmark		473 / 67,592	**0.7 (0.6 - 0.8)**	1.1 (1.0 - 1.2)	1.2 (1.1 - 1.3)
Midtjylland		1,219 / 86,345	**1.4 (1.3 - 1.5)**	1.9 (1.8 - 2.0)	2.1 (2.0 - 2.1)
Nordjylland		536 / 37,624	**1.4 (1.3 - 1.5)**	1.7 (1.5 - 1.8)	1.7 (1.6 - 1.8)
Hovedstaden		938 / 130,990	**0.7 (0.7 - 0.8)**	0.9 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)
Hvidovre		938 / 130,990	**0.7 (0.7 - 0.8)**	0.9 (0.8 - 0.9)	0.9 (0.8 - 0.9)
Sjælland		378 / 46,612	**0.8 (0.7 - 0.9)**	1.0 (0.9 - 1.1)	1.6 (1.5 - 1.7)
Næstved		378 / 46,612	**0.8 (0.7 - 0.9)**	1.0 (0.9 - 1.1)	1.6 (1.5 - 1.7)
Syddanmark		473 / 67,592	**0.7 (0.6 - 0.8)**	1.1 (1.0 - 1.2)	1.2 (1.1 - 1.3)
Esbjerg		144 / 28,627	**0.5 (0.4 - 0.6)**	0.7 (0.5 - 0.8)	1.3 (1.1 - 1.5)
Vejle		329 / 38,965	**0.8 (0.8 - 0.9)**	1.4 (1.3 - 1.5)	1.3 (1.2 - 1.4)
Midtjylland		1,219 / 86,345	**1.4 (1.3 - 1.5)**	1.9 (1.8 - 2.0)	2.1 (2.0 - 2.1)
Randers		1,219 / 86,345	**1.4 (1.3 - 1.5)**	1.9 (1.8 - 2.0)	2.1 (2.0 - 2.1)
Nordjylland		536 / 37,624	**1.4 (1.3 - 1.5)**	1.7 (1.5 - 1.8)	1.7 (1.6 - 1.8)
Aalborg		536 / 37,624	**1.4 (1.3 - 1.5)**	1.7 (1.5 - 1.8)	1.7 (1.6 - 1.8)

Tabel 3C. Indikator 3. Prøvekvalitet *afgrænset til KUN HPV- (og ikke cytologi-) undersøgte*

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort for perioden 01-01-2017 til 31-12-2017 (aktuelle år)
Nævner: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology,
Tæller: mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode.

3C er afgrænset til følgende morfologi koder: "M09003" "M0901H" "FY5005" "FY5006" "FY5009" "FY5010" "P33520" "P33750" "P33760" "P33B30" "P33B35" "P33B36"
Prøver som samtidig indeholder de ovenfor anførte cytologi morfologikoder er ekskluderet fra opgørelse.

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*2017*	*2016*	*2015*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark		77 / 129,537	**0.1 (0.0 - 0.1)**	0.2 (0.1 - 0.3)	0.1 (0.0 - 0.1)
Hovedstaden		0 / 37,562	**0.0 (0.0 - 0.0)**	0.0 (0.0 - 0.1)	0.0 (0.0 - 0.2)
Sjælland		17 / 18,591	**0.1 (0.1 - 0.1)**	0.4 (0.2 - 0.6)	0.1 (0.0 - 0.3)
Syddanmark		15 / 34,686	**0.0 (0.0 - 0.1)**	0.1 (0.0 - 0.3)	0.0 (0.0 - 0.3)
Midtjylland		24 / 25,943	**0.1 (0.1 - 0.1)**	0.1 (0.1 - 0.3)	0.1 (0.0 - 0.3)
Nordjylland		21 / 12,755	**0.2 (0.1 - 0.3)**	0.4 (0.2 - 0.8)	0.2 (0.1 - 0.5)
Hovedstaden		0 / 37,562	**0.0 (0.0 - 0.0)**	0.0 (0.0 - 0.1)	0.0 (0.0 - 0.2)
Hvidovre		0 / 37,562	**0.0 (0.0 - 0.0)**	0.0 (0.0 - 0.1)	0.0 (0.0 - 0.2)
Sjælland		17 / 18,591	**0.1 (0.1 - 0.1)**	0.4 (0.2 - 0.6)	0.1 (0.0 - 0.3)
Næstved		17 / 18,591	**0.1 (0.1 - 0.1)**	0.4 (0.2 - 0.6)	0.1 (0.0 - 0.3)
Syddanmark		15 / 34,686	**0.0 (0.0 - 0.1)**	0.1 (0.0 - 0.3)	0.0 (0.0 - 0.3)
Esbjerg		# / #	**#**	0.0 (0.0 - 0.5)	0.0 (0.0 - 1.9)
Vejle		13 / 23,916	**0.1 (0.0 - 0.1)**	0.1 (0.0 - 0.4)	0.0 (0.0 - 0.3)
Midtjylland		24 / 25,943	**0.1 (0.1 - 0.1)**	0.1 (0.1 - 0.3)	0.1 (0.0 - 0.3)
Randers		24 / 25,943	**0.1 (0.1 - 0.1)**	0.1 (0.1 - 0.3)	0.1 (0.0 - 0.3)
Nordjylland		21 / 12,755	**0.2 (0.1 - 0.3)**	0.4 (0.2 - 0.8)	0.2 (0.1 - 0.5)
Aalborg		21 / 12,755	**0.2 (0.1 - 0.3)**	0.4 (0.2 - 0.8)	0.2 (0.1 - 0.5)

Indikator 5. Svartid

Tabel 5A. Svartider i 2017 opgjort for celleprøver fordelt på prøvetagende læge i henholdsvis praksissektoren og hospitalssektoren

	Antal hverdage						
	N	*%*	*Min.*	*Mean*	*Std.*	*Median*	*Max.*
Praksis	355,028	94.3	0	4.3	3.3	3.0	44
Sygehus	21,463	5.7	0	4.2	3.1	3.0	28
I alt	376,491	100.0	0	4.3	3.3	3.0	44

Tabel 5B. Svartider i 2017 opgjort for celleprøver +/- supplerende HPV- test

	Antal hverdage						
	N	*%*	*Min.*	*Mean*	*Std.*	*Median*	*Max.*
Med HPV test	55,673	14.8	0	4.3	3.4	3.0	30
Uden HPV test	320,818	85.2	0	4.3	3.3	3.0	44
I alt	376,491	100.0	0	4.3	3.3	3.0	44

Indikator 6. HPV-test

Analyse vedr. antal kvinder med en celleprøve, der viser ASCUS ud af ***alle kvinder***, der har fået en celleprøve.

Datagrundlag
Celleprøver defineret ved følgende parametre: T8X310 (celleprøver fra livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology. ASCUS er defineret ved SNOMED-koderne M67014 (ASCUS - atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning), M69711 (atypiske pladeepitelceller), M72125 (atypisk reservecellehyperplasi), M73005 (atypisk metaplasi) eller M69700 (atypiske celler). Alle kvinder er inkluderet uanset alder

Tabel 6A. Andelen af kvinder med en celleprøve, der viser ASCUS opgjort på landsplan, regioner og screeningsafdelinger.

	2017			*2016*	*2015*
	Antal kvinder med ASCUS	*Antal kvinder med en celleprøve*	*Andel, i %, som får en ASCUS diagnose (95% CI)*	*Andel, i %, som får en ASCUS diagnose (95% CI)*	*Andel, i %, som får en ASCUS diagnose (95% CI)*
Danmark	10,958	475,697	**2.3 (2.3 - 2.3)**	2.6 (2.5 - 2.7)	3.1 (3.1 - 3.2)
Hovedstaden	4,317	161,254	**2.7 (2.6 - 2.8)**	1.7 (1.6 - 1.8)	1.7 (1.6 - 1.8)
Sjælland	1,337	61,837	**2.2 (2.0 - 2.3)**	4.3 (4.1 - 4.5)	5.4 (5.1 - 5.6)
Syddanmark	1,433	97,794	**1.5 (1.4 - 1.5)**	2.6 (2.5 - 2.7)	3.2 (3.1 - 3.3)
Midtjylland	2,738	107,471	**2.5 (2.5 - 2.6)**	3.1 (3.0 - 3.2)	4.1 (4.0 - 4.3)
Nordjylland	1,133	47,341	**2.4 (2.3 - 2.5)**	2.6 (2.4 - 2.8)	3.3 (3.1 - 3.5)
Hovedstaden	4,317	161,254	**2.7 (2.6 - 2.8)**	1.7 (1.6 - 1.8)	1.7 (1.6 - 1.8)
Hvidovre	4,317	161,254	**2.7 (2.6 - 2.8)**	1.7 (1.6 - 1.8)	1.7 (1.6 - 1.8)
Sjælland	1,337	61,837	**2.2 (2.0 - 2.3)**	4.3 (4.1 - 4.5)	5.4 (5.1 - 5.6)
Næstved	1,337	61,837	**2.2 (2.0 - 2.3)**	4.3 (4.1 - 4.5)	5.4 (5.1 - 5.6)
Syddanmark	1,433	97,794	**1.5 (1.4 - 1.5)**	2.6 (2.5 - 2.7)	3.2 (3.1 - 3.3)
Esbjerg	396	37,834	**1.0 (0.9 - 1.2)**	2.3 (2.1 - 2.5)	3.4 (3.1 - 3.8)
Sønderborg	.	.		1.4 (1.1 - 1.6)	1.5 (1.3 - 1.7)
Vejle	1,037	59,960	**1.7 (1.6 - 1.8)**	3.0 (2.9 - 3.2)	3.7 (3.6 - 3.9)
Midtjylland	2,738	107,471	**2.5 (2.5 - 2.6)**	3.1 (3.0 - 3.2)	4.1 (4.0 - 4.3)
Randers	2,738	107,471	**2.5 (2.5 - 2.6)**	3.1 (3.0 - 3.2)	4.1 (4.0 - 4.3)
Nordjylland	1,133	47,341	**2.4 (2.3 - 2.5)**	2.6 (2.4 - 2.8)	3.3 (3.1 - 3.5)
Aalborg	1,133	47,341	**2.4 (2.3 - 2.5)**	2.6 (2.4 - 2.8)	3.3 (3.1 - 3.5)

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Supplerende analyse vedr. diagnosefordeling blandt alle celleprøver med AGC, ASCH og ASCUS

Datagrundlag
Celleprøver defineret ved følgende parametre: modtagedato 01-01-2017 til 31-12-2017 samt SNOMED-koderne T8X310 (celleprøver fra livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology. AGC er defineret ved SNOMED-koderne M67020, M69712 eller M69762, ASCH er defineret ved SNOMED-koden M67010 og ASCUS er defineret ved SNOMED-koderne M67014, M69711, M72125, M73005 eller M69700.

Alle prøver inklusive prøver fra speciallægepraksis samt revisionspræparater og specialundersøgelser er medtaget. Tabel 6B er opgjort på prøveniveau i modsætning til tabel 6A, der er opgjort på personnummerniveau, hvorfor antallet af ASCUS-diagnoser er forskelligt i de to tabeller.

Tabel 6B. Diagnosefordeling i 2017 blandt alle celleprøver, på landsplan samt fordelt på regioner og screeningsafdelinger

		AGC		*ASCH*		*ASCUS*		*ingen ASCH/ ASCUS/ AGC*		*I alt*	
		N	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*
Danmark		928	0.2	3,453	0.7	11,603	2.3	482,586	96.8	498,570	100.0
Hovedstaden	*I alt*	623	0.4	1,604	1.0	4,408	2.6	161,866	96.1	168,501	100.0
	Hvidovre	623	0.4	1,604	1.0	4,408	2.6	161,866	96.1	168,501	100.0
Midtjylland	*I alt*	90	0.1	587	0.5	2,883	2.6	108,723	96.8	112,283	100.0
	Randers	90	0.1	587	0.5	2,883	2.6	108,723	96.8	112,283	100.0
Nordjylland	*I alt*	28	0.1	559	1.1	1,264	2.5	48,493	96.3	50,344	100.0
	Aalborg	28	0.1	559	1.1	1,264	2.5	48,493	96.3	50,344	100.0
Sjælland	*I alt*	53	0.1	183	0.3	1,485	2.3	63,470	97.4	65,191	100.0
	Næstved	53	0.1	183	0.3	1,485	2.3	63,470	97.4	65,191	100.0
Syddanmark	*I alt*	134	0.1	520	0.5	1,563	1.5	100,034	97.8	102,251	100.0
	Esbjerg	31	0.1	141	0.4	454	1.2	38,750	98.4	39,376	100.0
	Vejle	103	0.2	379	0.6	1,109	1.8	61,284	97.5	62,875	100.0

AGC: atypiske cylinderepitelceller,

ASCH: atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL

ASCUS: atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning.

Tabel 6C. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekylære HPV test i cervix-screening i DK (status i maj 2018)

Region	Prøvetagningsmedie, cytologi-diagnostik	ASCUS/kvinder ≥30 år	ASCUS<30/LSIL alle aldre	1. cytologi efter conus	"Check out" test ≥60 år	Kommentar
Nordjylland **-Ålborg** **-Hjørring**	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	
Midtjylland **-Randers**	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Udføres ikke rutinemæssigt	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	
Syddanmark **-Vejle** **-Esbjerg** **-Sønderborg**	**Vejle*:** ThinPrep med imaging guided screening ved mikroskopi af cytologien **Esbjerg og Sønderborg *:** SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	**Vejle:** Roche cobas HPV DNA test **Esbjerg:** Roche cobas HPV DNA test **Sønderborg:** Roche cobas HPV DNA test	**Vejle:** Aptima HPV mRNA test **Esbjerg:** Udføres ikke rutinemæssigt **Sønderborg:** Udføres ikke rutnemæssigt	**Vejle:** Roche cobas HPV DNA test **Esbjerg:** Roche cobas HPV DNA test **Sønderborg:** Roche cobas HPV DNA test	**Vejle:** Roche cobas HPV DNA test **Esbjerg:** Roche cobas HPV DNA test **Sønderborg:** Roche cobas HPV DNA test	*Prøver fra Esbjerg og Sønderborg modtages og nummereres fra 15.9.16 ,i Esbjerg hvor prøverne præpares og indskannes. Mikroskopi og HPV test foregår fortsat på begge afdelinger
Sjælland **-Roskilde/Næstved**	**Næstved:** SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche cobas HPV DNA test	Aptima HPV mRNA test	Roche cobas HPV DNA test	Roche cobas HPV DNA test	
Hovedstaden **-Hvidovre**	SurePath med Focal Point og SlideWizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	BD Onclarity HPV DNA test	Udføres ikke rutinemæssigt.	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	

Der anvendes aktuelt 3 forskellige HPV-tests i DK: Cobas 4800, BD Onclarity, Aptima. *Fra 29.05.17 opstart af implementering-studie, hvor kvinder i SLB's optageområde i alderen 30-59 år screenes med HPV test

Indikator 7. Dækningsgrad

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

Regionsnavn	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
Danmark	I alt	1,141,505	1,553,517	73.5 (73.4-73.5)
Region Hovedstaden	I alt	381,598	522,006	73.1 (73.0-73.2)
	Albertslund(165)	5,017	7,220	69.5 (68.4-70.5)
	Allerød(201)	5,190	6,372	81.5 (80.5-82.4)
	Ballerup(151)	9,574	12,626	75.8 (75.1-76.6)
	Bornholms Region(400)	7,282	9,950	73.2 (72.3-74.1)
	Brøndby(153)	6,556	9,698	67.6 (66.7-68.5)
	Dragør(155)	2,709	3,537	76.6 (75.2-78.0)
	Egedal(240)	8,988	11,323	79.4 (78.6-80.1)
	Fredensborg(210)	7,970	10,600	75.2 (74.4-76.0)
	Frederiksberg(147)	23,778	32,003	74.3 (73.8-74.8)
	Frederikssund(250)	8,792	11,582	75.9 (75.1-76.7)
	Frederiksværk-Hundested(260)	5,795	8,002	72.4 (71.4-73.4)
	Furesø(190)	7,907	10,293	76.8 (76.0-77.6)
	Gentofte(157)	15,296	20,703	73.9 (73.3-74.5)
	Gladsaxe(159)	13,717	18,928	72.5 (71.8-73.1)
	Glostrup(161)	4,372	6,174	70.8 (69.7-71.9)
	Gribskov(270)	7,720	10,320	74.8 (74.0-75.6)
	Helsingør(217)	12,292	16,235	75.7 (75.1-76.4)
	Herlev(163)	5,738	7,645	75.1 (74.1-76.0)
	Hillerød(219)	10,407	13,399	77.7 (77.0-78.4)
	Hvidovre(167)	10,569	14,664	72.1 (71.3-72.8)
	Høje-Taastrup(169)	9,305	13,535	68.7 (68.0-69.5)
	Hørsholm(223)	4,834	6,162	78.4 (77.4-79.5)
	Ishøj(183)	4,009	6,307	63.6 (62.4-64.8)
	Kristiansø(411)	16	23	69.6 (50.8-88.4)
	København(101)	142,070	199,417	71.2 (71.0-71.4)
	Lyngby-Tårbæk(173)	11,093	14,585	76.1 (75.4-76.8)
	Rudersdal(230)	10,931	13,921	78.5 (77.8-79.2)
	Rødovre(175)	7,915	10,903	72.6 (71.8-73.4)
	Tårnby(185)	8,656	11,654	74.3 (73.5-75.1)
	Vallensbæk(187)	3,100	4,224	73.4 (72.1-74.7)
Region Midtjylland	I alt	257,857	347,222	74.3 (74.1-74.4)

Regionsnavn	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Favrskov(710)	9,523	12,290	77.5 (76.7-78.2)
	Hedensted(766)	8,858	11,913	74.4 (73.6-75.1)
	Herning(657)	17,043	22,760	74.9 (74.3-75.4)
	Holstebro(661)	11,291	15,055	75.0 (74.3-75.7)
	Horsens(615)	17,126	23,397	73.2 (72.6-73.8)
	Ikast-Brande(756)	7,591	10,503	72.3 (71.4-73.1)
	Lemvig(665)	3,447	4,845	71.1 (69.9-72.4)
	Norddjurs(707)	6,617	9,505	69.6 (68.7-70.5)
	Odder(727)	4,368	5,707	76.5 (75.4-77.6)
	Randers(730)	18,693	25,640	72.9 (72.4-73.4)
	Ringkøbing-Skjern(760)	10,128	13,994	72.4 (71.6-73.1)
	Samsø(741)	555	906	61.3 (58.1-64.4)
	Silkeborg(740)	18,589	24,074	77.2 (76.7-77.7)
	Skanderborg(746)	12,415	15,972	77.7 (77.1-78.4)
	Skive(779)	8,426	11,541	73.0 (72.2-73.8)
	Struer(671)	3,717	5,175	71.8 (70.6-73.1)
	Syddjurs(706)	7,727	10,684	72.3 (71.5-73.2)
	Viborg(791)	18,782	24,954	75.3 (74.7-75.8)
	Århus(751)	72,961	98,307	74.2 (73.9-74.5)
Region Nordjylland	I alt	113,066	151,594	74.6 (74.4-74.8)
	Aalborg(851)	43,441	57,182	76.0 (75.6-76.3)
	Brønderslev-Dronninglund(810)	6,808	9,159	74.3 (73.4-75.2)
	Frederikshavn(813)	10,872	15,053	72.2 (71.5-72.9)
	Hjørring(860)	12,505	16,660	75.1 (74.4-75.7)
	Jammerbugt(849)	6,966	9,655	72.1 (71.3-73.0)
	Læsø(825)	301	415	72.5 (68.2-76.8)
	Mariagerfjord(846)	7,976	10,688	74.6 (73.8-75.5)
	Morsø(773)	3,576	4,937	72.4 (71.2-73.7)
	Rebild(840)	6,038	7,658	78.8 (77.9-79.8)
	Thisted(787)	7,912	10,962	72.2 (71.3-73.0)
	Vesthimmerlands(820)	6,671	9,225	72.3 (71.4-73.2)
Region Sjælland	I alt	156,144	216,042	72.3 (72.1-72.5)
	Faxe(320)	6,599	9,328	70.7 (69.8-71.7)
	Greve(253)	9,634	13,021	74.0 (73.2-74.7)
	Guldborgsund(376)	10,796	15,329	70.4 (69.7-71.2)
	Holbæk(316)	13,621	18,774	72.6 (71.9-73.2)
	Kalundborg(326)	8,530	12,550	68.0 (67.2-68.8)

Regionsnavn	*Kommunenavn (Kommunekode)*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*Andel, i %, som opfylder indikatoren (95% CI)*
	Køge(259)	11,858	15,937	74.4 (73.7-75.1)
	Lejre(350)	5,353	7,006	76.4 (75.4-77.4)
	Lolland(360)	6,845	10,211	67.0 (66.1-67.9)
	Næstved(370)	16,186	21,949	73.7 (73.2-74.3)
	Odsherred(306)	5,392	7,939	67.9 (66.9-68.9)
	Ringsted(329)	6,743	9,216	73.2 (72.3-74.1)
	Roskilde(265)	17,594	23,013	76.5 (75.9-77.0)
	Slagelse(330)	14,655	20,707	70.8 (70.2-71.4)
	Solrød(269)	4,539	5,893	77.0 (75.9-78.1)
	Sorø(340)	5,725	7,805	73.4 (72.4-74.3)
	Stevns(336)	4,069	5,831	69.8 (68.6-71.0)
	Vordingborg(390)	8,005	11,533	69.4 (68.6-70.3)
Region Syddanmark	I alt	232,840	316,653	73.5 (73.4-73.7)
	Aabenraa(580)	10,781	15,033	71.7 (71.0-72.4)
	Assens(420)	7,762	10,495	74.0 (73.1-74.8)
	Billund(530)	4,857	6,715	72.3 (71.3-73.4)
	Esbjerg(561)	22,213	30,472	72.9 (72.4-73.4)
	Faaborg-Midtfyn(430)	9,571	12,973	73.8 (73.0-74.5)
	Fanø(563)	583	810	72.0 (68.9-75.1)
	Fredericia(607)	9,726	13,374	72.7 (72.0-73.5)
	Haderslev(510)	10,287	14,367	71.6 (70.9-72.3)
	Kerteminde(440)	4,392	5,955	73.8 (72.6-74.9)
	Kolding(621)	18,520	24,524	75.5 (75.0-76.1)
	Langeland(482)	2,143	3,008	71.2 (69.6-72.9)
	Middelfart(410)	7,357	9,774	75.3 (74.4-76.1)
	Nordfyns(480)	5,476	7,540	72.6 (71.6-73.6)
	Nyborg(450)	5,963	8,111	73.5 (72.6-74.5)
	Odense(461)	40,911	55,757	73.4 (73.0-73.7)
	Svendborg(479)	11,211	15,004	74.7 (74.0-75.4)
	Sønderborg(540)	13,823	18,696	73.9 (73.3-74.6)
	Tønder(550)	6,630	9,447	70.2 (69.3-71.1)
	Varde(573)	9,250	12,627	73.3 (72.5-74.0)
	Vejen(575)	7,770	10,686	72.7 (71.9-73.6)
	Vejle(630)	22,669	29,901	75.8 (75.3-76.3)
	Ærø(492)	945	1,384	68.3 (65.8-70.7)

Tabel 7B. Antal kvinder som var frameldt screeningsprogrammet pr. Marts 2018, fordelt på alder og årsag til framelding. Opgjort på landsplan og regionsniveau

		Region											
		Hovedstaden		*Sjælland*		*Syddanmark*		*Midtjylland*		*Nordjylland*		***Danmark***	
Alder	***Årsag***	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	*N*	*%*	***N***	***%***
23-29	Andet	968	23.0	60	16.2	26	2.6	14	1.2	16	3.9	**1,084**	**15.2**
	Hysterectomeret (Livmoder fjernet)	14	0.3	5	1.3	18	1.8	14	1.2	12	2.9	**63**	**0.9**
	Jeg er gravid (angiv terminsdato)	283	6.7	18	4.9	47	4.7	224	19.9	55	13.3	**627**	**8.8**
	Jeg springer over denne gang	1,115	26.5	101	27.2	317	31.4	312	27.8	100	24.3	**1,945**	**27.3**
	Jeg vil framelde mig screening for livmoderhalskræft for altid	247	5.9	74	19.9	203	20.1	147	13.1	95	23.1	**766**	**10.8**
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	196	4.7	10	2.7	56	5.6	40	3.6	61	14.8	**363**	**5.1**
	Udrejst	.	.	#	0.3	#	0.1	.	.	.	.	**#**	**0.0**
	Ukendt adressat	1,386	32.9	102	27.5	341	33.8	373	33.2	73	17.7	**2,275**	**31.9**
	I alt	4,209	100.0	371	100.0	1,009	100.0	1,124	100.0	412	100.0	**7,125**	**100.0**
30-49	Andet	1,218	14.3	169	4.5	212	3.4	404	7.3	108	4.7	**2,111**	**8.0**
	Hysterectomeret (Livmoder fjernet)	2,487	29.1	2,612	70.3	4,013	64.5	3,412	62.0	1,430	62.0	**13,954**	**53.1**
	Jeg er gravid (angiv terminsdato)	631	7.4	27	0.7	52	0.8	271	4.9	65	2.8	**1,046**	**4.0**
	Jeg springer over denne gang	2,028	23.8	305	8.2	617	9.9	440	8.0	189	8.2	**3,579**	**13.6**
	Jeg vil framelde mig screening for livmoderhalskræft for altid	1,061	12.4	427	11.5	948	15.2	636	11.6	370	16.0	**3,442**	**13.1**
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	236	2.8	12	0.3	44	0.7	44	0.8	50	2.2	**386**	**1.5**
	Udrejst	6	0.1	.	.	7	0.1	3	0.1	#	0.0	**17**	**0.1**
	Ukendt adressat	701	8.2	82	2.2	228	3.7	226	4.1	26	1.1	**1,263**	**4.8**
	Ønsker ikke at deltage	160	1.9	76	2.0	94	1.5	63	1.1	67	2.9	**460**	**1.8**
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	5	0.1	5	0.1	7	0.1	7	0.1	#	0.1	**26**	**0.1**
	I alt	8,533	100.0	3,715	100.0	6,222	100.0	5,506	100.0	2,308	100.0	**26,284**	**100.0**
50-64	Andet	1,022	7.7	631	5.5	1,834	10.7	4,875	32.9	814	11.8	**9,176**	**14.5**
	Hysterectomeret (Livmoder fjernet)	8,243	62.3	9,307	81.7	12,410	72.7	8,050	54.4	4,620	67.1	**42,630**	**67.3**
	Jeg er gravid (angiv terminsdato)	#	0.0	.	.	4	0.0	#	0.0	.	.	**7**	**0.0**
	Jeg springer over denne gang	2,003	15.1	512	4.5	987	5.8	570	3.9	375	5.4	**4,447**	**7.0**
	Jeg vil framelde mig screening for livmoderhalskræft for altid	1,536	11.6	824	7.2	1,585	9.3	1,180	8.0	946	13.7	**6,071**	**9.6**
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	106	0.8	8	0.1	45	0.3	18	0.1	36	0.5	**213**	**0.3**
	Udrejst	.	.	#	0.0	#	0.0	#	0.0	.	.	**4**	**0.0**
	Ukendt adressat	78	0.6	16	0.1	46	0.3	42	0.3	4	0.1	**186**	**0.3**
	Ønsker ikke at deltage	235	1.8	94	0.8	146	0.9	55	0.4	89	1.3	**619**	**1.0**
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	6	0.0	5	0.0	11	0.1	6	0.0	.	.	**28**	**0.0**
	I alt	13,231	100.0	11,398	100.0	17,069	100.0	14,799	100.0	6,884	100.0	**63,381**	**100.0**
I alt	Andet	3,208	12.4	860	5.6	2,072	8.5	5,293	24.7	938	9.8	**12,371**	**12.8**
	Hysterectomeret (Livmoder fjernet)	10,744	41.4	11,924	77.0	16,441	67.7	11,476	53.6	6,062	63.1	**56,647**	**58.5**
	Jeg er gravid (angiv terminsdato)	916	3.5	45	0.3	103	0.4	496	2.3	120	1.2	**1,680**	**1.7**
	Jeg springer over denne gang	5,146	19.8	918	5.9	1,921	7.9	1,322	6.2	664	6.9	**9,971**	**10.3**
	Jeg vil framelde mig screening for livmoderhalskræft for altid	2,844	10.9	1,325	8.6	2,736	11.3	1,963	9.2	1,411	14.7	**10,279**	**10.6**
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	538	2.1	30	0.2	145	0.6	102	0.5	147	1.5	**962**	**1.0**
	Udrejst	6	0.0	#	0.0	9	0.0	5	0.0	#	0.0	**23**	**0.0**
	Ukendt adressat	2,165	8.3	200	1.3	615	2.5	641	3.0	103	1.1	**3,724**	**3.8**
	Ønsker ikke at deltage	395	1.5	170	1.1	240	1.0	118	0.6	156	1.6	**1,079**	**1.1**
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	11	0.0	10	0.1	18	0.1	13	0.1	#	0.0	**54**	**0.1**
	I alt	**25,973**	**100.0**	**15,484**	**100.0**	**24,300**	**100.0**	**21,429**	**100.0**	**9,604**	**100.0**	**96,790**	**100.0**

Tabel 7C. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad), i hele landet samt fordelt på regioner (standard > 85 %).

			Aktuel periode			*2010-2016*	*2009-2015*
Regionsnavn	*Alder*	*Standard opfyldt*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	**23-64**	nej	1,141,505	1,553,517	**73.5 (73.4-73.5)**	74.4 (74.4-74.5)	75.6 (75.5-75.6)
	23-29	nej	172,854	269,961	**64.0 (63.8-64.2)**	64.5 (64.3-64.7)	66.6 (66.4-66.8)
	30-34	nej	122,713	166,676	**73.6 (73.4-73.8)**	74.8 (74.6-75.1)	77.4 (77.2-77.6)
	35-39	nej	129,325	167,375	**77.3 (77.1-77.5)**	78.6 (78.4-78.8)	80.6 (80.4-80.8)
	40-44	nej	146,620	187,959	**78.0 (77.8-78.2)**	79.0 (78.9-79.2)	80.2 (80.0-80.4)
	45-49	nej	147,942	194,022	**76.3 (76.1-76.4)**	77.0 (76.8-77.2)	78.3 (78.1-78.5)
	50-54	nej	165,691	210,548	**78.7 (78.5-78.9)**	79.4 (79.2-79.6)	79.5 (79.3-79.7)
	55-59	nej	135,423	184,428	**73.4 (73.2-73.6)**	74.1 (73.9-74.3)	74.1 (73.9-74.3)
	60-64	nej	120,937	172,548	**70.1 (69.9-70.3)**	71.2 (71.0-71.4)	70.0 (69.8-70.3)
Hovedstaden	**23-64**	nej	381,598	522,006	**73.1 (73.0-73.2)**	74.2 (74.0-74.3)	75.7 (75.6-75.8)
	23-29	nej	67,490	108,021	**62.5 (62.2-62.8)**	63.4 (63.1-63.7)	65.9 (65.6-66.2)
	30-34	nej	47,172	65,253	**72.3 (71.9-72.6)**	73.7 (73.3-74.0)	76.5 (76.1-76.8)
	35-39	nej	46,037	59,938	**76.8 (76.5-77.1)**	78.3 (78.0-78.7)	80.7 (80.4-81.0)
	40-44	nej	49,357	62,810	**78.6 (78.3-78.9)**	79.6 (79.2-79.9)	81.0 (80.7-81.3)
	45-49	nej	46,837	60,897	**76.9 (76.6-77.2)**	77.8 (77.4-78.1)	79.3 (79.0-79.6)
	50-54	nej	51,599	64,446	**80.1 (79.8-80.4)**	80.5 (80.2-80.8)	80.6 (80.3-81.0)
	55-59	nej	39,705	53,183	**74.7 (74.3-75.0)**	75.1 (74.8-75.5)	75.2 (74.8-75.6)
	60-64	nej	33,401	47,458	**70.4 (70.0-70.8)**	71.9 (71.5-72.3)	70.9 (70.5-71.3)
Sjælland	**23-64**	nej	156,144	216,042	**72.3 (72.1-72.5)**	73.2 (73.0-73.4)	74.2 (74.1-74.4)
	23-29	nej	15,844	26,599	**59.6 (59.0-60.2)**	59.7 (59.1-60.3)	61.5 (60.9-62.2)
	30-34	nej	13,799	19,333	**71.4 (70.7-72.0)**	72.3 (71.6-72.9)	75.4 (74.8-76.0)
	35-39	nej	16,709	22,045	**75.8 (75.2-76.4)**	76.7 (76.2-77.3)	78.5 (78.0-79.1)
	40-44	nej	21,220	27,603	**76.9 (76.4-77.4)**	77.6 (77.1-78.1)	77.8 (77.3-78.3)
	45-49	nej	22,757	30,226	**75.3 (74.8-75.8)**	75.8 (75.3-76.3)	76.4 (76.0-76.9)
	50-54	nej	25,658	33,314	**77.0 (76.6-77.5)**	78.0 (77.6-78.5)	78.3 (77.9-78.8)
	55-59	nej	20,942	29,288	**71.5 (71.0-72.0)**	72.9 (72.4-73.5)	73.5 (73.0-74.0)
	60-64	nej	19,215	27,634	**69.5 (69.0-70.1)**	70.8 (70.3-71.3)	70.4 (69.8-70.9)
Syddanmark	**23-64**	nej	232,840	316,653	**73.5 (73.4-73.7)**	74.7 (74.6-74.9)	75.7 (75.6-75.9)
	23-29	nej	30,526	47,916	**63.7 (63.3-64.1)**	64.7 (64.3-65.2)	66.9 (66.5-67.3)
	30-34	nej	22,864	31,028	**73.7 (73.2-74.2)**	75.0 (74.5-75.5)	77.5 (77.1-78.0)
	35-39	nej	25,199	32,745	**77.0 (76.5-77.4)**	78.5 (78.1-79.0)	80.9 (80.5-81.3)

			Aktuel periode			2010-2016	2009-2015
Regionsnavn	*Alder*	*Standard opfyldt*	*Antal kvinder med celleprøve (tæller)*	*Antal kvinder (nævner)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
	40-44	nej	29,696	38,259	**77.6 (77.2-78.0)**	79.4 (79.0-79.8)	80.5 (80.1-80.9)
	45-49	nej	31,157	40,971	**76.0 (75.6-76.5)**	76.8 (76.4-77.2)	78.3 (77.9-78.7)
	50-54	nej	35,480	45,364	**78.2 (77.8-78.6)**	78.9 (78.5-79.3)	79.1 (78.7-79.5)
	55-59	nej	30,120	40,951	**73.6 (73.1-74.0)**	74.4 (74.0-74.8)	73.9 (73.4-74.3)
	60-64	nej	27,798	39,419	**70.5 (70.1-71.0)**	71.6 (71.1-72.0)	69.7 (69.2-70.2)
Midtjylland	**23-64**	nej	257,857	347,222	**74.3 (74.1-74.4)**	75.1 (74.9-75.2)	76.3 (76.2-76.5)
	23-29	nej	41,326	62,222	**66.4 (66.0-66.8)**	66.2 (65.8-66.6)	68.4 (68.0-68.8)
	30-34	nej	27,454	36,245	**75.7 (75.3-76.2)**	77.0 (76.5-77.4)	79.6 (79.2-80.0)
	35-39	nej	29,324	37,242	**78.7 (78.3-79.2)**	80.1 (79.7-80.5)	81.9 (81.5-82.3)
	40-44	nej	32,852	41,801	**78.6 (78.2-79.0)**	79.5 (79.1-79.9)	81.3 (80.9-81.7)
	45-49	nej	33,162	43,352	**76.5 (76.1-76.9)**	77.3 (77.0-77.7)	79.2 (78.8-79.5)
	50-54	nej	36,411	46,173	**78.9 (78.5-79.2)**	79.8 (79.5-80.2)	79.6 (79.2-79.9)
	55-59	nej	30,212	41,174	**73.4 (72.9-73.8)**	73.8 (73.4-74.3)	73.6 (73.2-74.1)
	60-64	nej	27,116	39,013	**69.5 (69.0-70.0)**	70.4 (70.0-70.9)	69.5 (69.0-69.9)
Nordjylland	**23-64**	nej	113,066	151,594	**74.6 (74.4-74.8)**	75.0 (74.8-75.3)	75.2 (74.9-75.4)
	23-29	nej	17,668	25,203	**70.1 (69.5-70.7)**	69.9 (69.4-70.5)	69.8 (69.2-70.4)
	30-34	nej	11,424	14,817	**77.1 (76.4-77.8)**	77.8 (77.1-78.5)	78.6 (77.9-79.3)
	35-39	nej	12,056	15,405	**78.3 (77.6-78.9)**	79.0 (78.3-79.6)	79.3 (78.7-79.9)
	40-44	nej	13,495	17,486	**77.2 (76.6-77.8)**	77.6 (77.0-78.2)	78.0 (77.4-78.6)
	45-49	nej	14,029	18,576	**75.5 (74.9-76.1)**	76.2 (75.6-76.8)	76.3 (75.8-76.9)
	50-54	nej	16,543	21,251	**77.8 (77.3-78.4)**	78.6 (78.1-79.2)	78.5 (78.0-79.1)
	55-59	nej	14,444	19,832	**72.8 (72.2-73.5)**	72.9 (72.2-73.5)	73.3 (72.7-73.9)
	60-64	nej	13,407	19,024	**70.5 (69.8-71.1)**	70.8 (70.1-71.4)	69.2 (68.6-69.9)

Indikator 8. Opfølgning

Supplerende analyser vedrørende andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne

Tabel 8A. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC), som ikke er fulgt op inden for 450 dage. Opgjort på landsplan samt fordelt på regioner (opfølgningstid er 450 dage uden hensyn til Æ-kode)

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*1/10-2015 - 30/9-2016*	*1/10-2014 - 30/9-2015*	*1/10-2013 - 30/9-2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	ja	73 / 8,207	**0.9 (0.7 - 1.1)**	1.0 (0.8 - 1.3)	0.8 (0.6 - 1.0)
Hovedstaden	ja	36 / 3,250	**1.1 (0.8 - 1.5)**	1.3 (0.9 - 1.8)	0.9 (0.6 - 1.3)
Sjælland	ja	9 / 1,151	**0.8 (0.4 - 1.5)**	0.6 (0.2 - 1.1)	0.7 (0.3 - 1.4)
Syddanmark	ja	5 / 759	**0.7 (0.2 - 1.5)**	2.3 (1.4 - 3.6)	1.0 (0.5 - 1.9)
Midtjylland	ja	16 / 2,332	**0.7 (0.4 - 1.1)**	0.5 (0.2 - 1.0)	0.4 (0.2 - 0.8)
Nordjylland	ja	7 / 715	**1.0 (0.4 - 2.0)**	0.7 (0.2 - 1.7)	1.0 (0.4 - 2.3)

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Tabel 8B. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC), som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne jf. anbefalingerne angivet ved Æ-koder. Opgjort på landsplan samt fordelt på regioner.

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*1/10-2015 - 30/9-2016*	*1/10-2014 - 30/9-2015*	*1/10-2013 - 30/9-2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	362 / 8,214	**4.4 (4.0 - 4.9)**	4.7 (4.2 - 5.2)	4.2 (3.8 - 4.6)
Hovedstaden	nej	166 / 3,252	**5.1 (4.4 - 5.9)**	5.1 (4.3 - 5.9)	5.0 (4.2 - 5.8)
Sjælland	nej	38 / 1,152	**3.3 (2.3 - 4.5)**	3.8 (2.9 - 4.9)	2.9 (2.1 - 4.0)
Syddanmark	nej	39 / 759	**5.1 (3.7 - 7.0)**	6.1 (4.5 - 8.0)	5.1 (3.7 - 6.7)
Midtjylland	nej	89 / 2,336	**3.8 (3.1 - 4.7)**	3.1 (2.3 - 4.2)	2.7 (2.0 - 3.5)
Nordjylland	nej	30 / 715	**4.2 (2.8 - 5.9)**	7.1 (5.2 - 9.4)	6.5 (4.6 - 8.8)

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Tabel 8C. Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne jf. anbefalingerne angivet ved Æ- koder. Opgjort på landsplan samt fordelt på regioner.

		Aktuelle periode		*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*1/10-2015 - 30/9-2016*	*1/10-2014 - 30/9-2015*	*1/10-2013 - 30/9-2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	3,672 / 26,774	**13.7 (13.3 - 14.1)**	15.0 (14.6 - 15.4)	15.1 (14.7 - 15.5)
Hovedstaden	nej	1,382 / 9,176	**15.1 (14.3 - 15.8)**	15.7 (15.0 - 16.5)	14.3 (13.6 - 15.0)
Sjælland	nej	499 / 4,630	**10.8 (9.9 - 11.7)**	14.3 (13.3 - 15.2)	15.0 (14.0 - 16.0)
Syddanmark	nej	536 / 3,390	**15.8 (14.6 - 17.1)**	15.9 (14.8 - 17.1)	16.4 (15.3 - 17.5)
Midtjylland	nej	815 / 6,657	**12.2 (11.5 - 13.1)**	13.1 (12.3 - 14.0)	10.7 (9.9 - 11.4)
Nordjylland	nej	440 / 2,921	**15.1 (13.8 - 16.4)**	16.6 (15.3 - 17.9)	23.1 (21.8 - 24.4)

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Tabel 8D. Andelen af abnorme eller uegnede celleprøver, som ikke er fulgt op inden for 450 dage. Uanset Æ-kode. Opgjort på landsplan samt fordelt på regioner.

			Aktuelle periode	*Tidligere periode*	
	Standard	*Tæller/*	*1/10-2015 - 30/9-2016*	*1/10-2014 - 30/9-2015*	*1/10-2013 - 30/9-2014*
	opfyldt	*nævner*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*	*% (95% CI)*
Danmark	nej	1,354 / 26,617	**5.1 (4.8 - 5.4)**	5.9 (5.6 - 6.2)	6.3 (6.0 - 6.6)
Hovedstaden	nej	414 / 9,094	**4.6 (4.1 - 5.0)**	4.7 (4.3 - 5.2)	4.3 (4.0 - 4.8)
Sjælland	nej	298 / 4,615	**6.5 (5.8 - 7.2)**	7.8 (7.1 - 8.5)	8.6 (7.8 - 9.4)
Syddanmark	nej	277 / 3,376	**8.2 (7.3 - 9.2)**	8.0 (7.2 - 8.9)	9.1 (8.3 - 9.9)
Midtjylland	nej	242 / 6,624	**3.7 (3.2 - 4.1)**	5.0 (4.5 - 5.6)	4.8 (4.3 - 5.3)
Nordjylland	nej	123 / 2,908	**4.2 (3.5 - 5.0)**	4.9 (4.2 - 5.8)	7.5 (6.7 - 8.3)

95 % CI: 95 % sikkerhedsinterval.

Appendiks III. Ordliste

Adenokarcinom – Kræft udgået fra cylinderepitel
Adenocarcinoma in situ – Forstadie til adenokarcinom
Aldersstandardiseret incidensrate – En sammenvejning af aldersspecifikke incidensrater med brug af en valgt standardbefolkning
ASCUS / ASCH / AGC / AIS – se forkortelseslisten
Atypi / atypiske celler – Anvendes om celleforandringer, hvor det ikke kan afgøres, om der er tale om godartede, reaktive forandringer, forstadier til kræft eller kræft
Atypi NOS – Atypiske celler, som ikke kan diagnosticeres som enten af pladepitel eller cylinderepiteltype
Audit – En bagudrettet registrering af et emne, fx gennemgang af et patientforløb, der danner grundlag for en diskussion og evaluering mhp. en kvalitetsforbedring
Autolyse – Nedbrydning af celler ved deres egne enzymer
Automatiseret screening – Præscreening vha. computer

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

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

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

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

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

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

Histologi – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning
Human papillomavirus (HPV) – Virus, der kan medføre forstadier til livmoderhalskræft og livmoderhalskræft
Hysterektomi / total hysterektomi – Fjernelse af hele livmoderen

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

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

Mikroskopi – undersøgelse af celler eller væv i mikroskop

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

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

Patologidatabanken / Patobanken – Landsdækkende databank, der indeholder alle patologidata inkl. diagnoser
Persisterende – Kronisk, vedvarende
Pladeepitel – Epitel, hvor cellerne ud mod overfladen har form af tynde plader parallelle med overfladen
Planocellulært karcinom – Kræft, der udgår fra flerlaget pladeepitel
Population – Befolkning, bestand. Betegner i statistikken den gruppe af enkeltindivider, som et studie siger noget om
Positiv diagnose – Prøver besvaret som abnorme
Positiv prædiktiv værdi – Ofte forkortet PPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en positiv test er syg
Prospektiv – Fremadskuende
Prævalens – Den 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 / klassificere
Specificitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet negativ, forudsat man er rask. Angiver testens evne til at klassificere raske som raske
Standard – Det mål for kvalitet, der danner grundlag for vurdering og evaluering af en ydelses kvalitet
Standardiseret incidensrate / **incidensrate** – Antal nye tilfælde af en sygdom i relation til risikotiden (summen af tid, hvor personerne var i risiko for at få sygdommen første gang). Ved standardisering tages der højde for forskelle i f.eks. alderssammensætningen.
Transformationszonen – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel
Triage – sortering og prioritering af patienter i sundhedssektoren

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

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

Appendiks IV. 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
DGCG	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe
DGCD	Dansk Gynækologisk Cancer Database
DKLS	Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening
DPAS	Dansk Patologiselskab
DSPAC	Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
DNA	Desoxyribonucleinsyre
Edifact	Officiel standard for elektronisk forsendelse / udveksling af bl.a. sundhedsdata
FDA	Food and Drug Administration (USA)
HPV	Human papillomavirus
HSIL	High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (svær grad af pladeepitelforandring)
KCN	Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser (Nord)
LSIL	Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (let grad af pladeepitelforandring)
NOS	Not otherwise specified
SNOMED	Systematized Nomenclature of Medicine f. eks. T-kode for topografi, M-kode for morfologi og Æ-kode for ætiologi og opfølgning
UST	Udstrygningsteknik
VBT	Væskebaseret teknik
WHO	World Health Organizatio

Appendiks V. Indikatoroversigt og beskrivelse

Nationale indikatorer til måling af kvaliteten af screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft.

I følgende skema beskrives hver enkelt indikator, som fra 1. januar 2009 bliver opgjort årligt af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), samt uddybende specifikationer, forklaringer og argumentation for hver indikator.

Generelle aspekter:

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

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

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

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

Nr.	Indikatorområde	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Databasens rapporterings-niveau
1.	**Kapacitet** **(strukturmål)**	1. Antal årlige cervix cytologiske undersøgelser pr. patologiafdeling.	>25.000	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
	Specifikation: Antallet af celleprøver pr. patologiafdeling bør opgøres årligt, da Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til de undersøgende patologiafdelinger er minimum 25.000 celleprøver årligt – jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012. Argumentation: Minimum på 25.000 celleprøver årligt er sat for at opretholde den diagnostiske kvalitet og erfaring, idet Sundhedsstyrelsen samtidig anbefaler, at alle celleprøver fra livmoderhalsen undersøges på patologiafdelinger. Operationalisering: Datadækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009), og proceduredatoen anvendes til at fastlægger tidsvinduet. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Celleprøver: T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42,			

	43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology				
2.	**Deltagelse** **og invitations-procedure** **(procesmål)**	2D. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening Supplerende tabeller: 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. 2B. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første geninvitation* ud af alle kvinder, der geninviteres første gang. *Første geninvitation udsendes 90 dage efter 1. invitation. 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.	>75% >40 % >20 % >50 %	Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Kommunalt
	Specifikation: Indikatoren måler kvaliteten af invitationsproceduren i forhold til deltagelse. Der ønskes en monitorering af den omkostningstunge invitationsprocedure, især vedrørende den 2. geninvitation. Hidtidige erfaringer i Danmark har vist effekt af 2. geninvitation og dermed positiv effekt på screeningsprogrammets deltagerprocent. 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: Dataudtrækket inkluderer alle kvinder, der er inviteret til screening i den foregående 1 års periode (f.eks. 01-01-2014 til 31-12-2014), således at der kan opnås 1 års follow-up (3 mdr. fra invitation til 1. geninvitation + 3 mdr. fra 1. geninvitation til 2. geninvitation og derefter 6 mdr.) for alle inviterede kvinder. Ved beregning af deltagelsesprocenten efter invitation samt efter 1. og 2. geninvitation er der taget udgangspunkt i det antal invitationer, hvor der er en afsendelsesdato, og det antal kvinder der efterfølgende er registeret med en prøve inden for hvert tidsinterval (90 dage) efter den foregående invitation eller			

	geninvitation.				
3.	**Prøvekvalitet** **(procesmål)**	Andelen af uegnede celleprøver ud af alle celleprøver.	<1,5 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
	Specifikation: En uegnet celleprøver defineres ved enten for lidt materiale eller teknisk dårlig kvalitet f.eks. autolyse eller blodtilblanding, jf. Bethesda-klassifikationen, dvs. svarende til koderne for uegnet anført i tabel 1. i "Cervical cytology – distribution and diagnoses and Quality assurance, 20. November 2014". Celleprøven tæller som egnet, hvis der samtidig med en kode for uegnet er en diagnosekode for karcinom, HSIL, LSIL, ASCH, ASCUS, AIS, ACG eller normal, jf. tabel 1. i "Cervical cytology – distribution and diagnoses and Quality assurance, 20. November 2014". Argumentation: Årlig opgørelse og tilbagemelding over uegnede celleprøver vil øge opmærksomheden på celleprøvens kvalitet. Operationalisering: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009). Indikatoren afspejler kvaliteten af prøvetagning, præparerings- og screeningsteknik samt kodepraksis, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Celleprøver: T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology Tæller: Alle celleprøver koblet med mindst én af koderne for uegnede celleprøver inden for tidsperioden.			
4.	**Diagnostisk kvalitet** **(procesmål)**	Udgået, maj 2016	-	-	-
5.	**Svartid** **(procesmål)**	Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen ud af alle celleprøver.	>95 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
	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: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-01-2009 til 31-12-2009). Celleprøver: T8X2** eller T8X3** eksklusiv revisionspræparater samt specialundersøgelser og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52. Jvf. Patobanks dokumentation af cervical cytology 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. Eksempel: 01-07-2011 = Modtagedato = 0, 02-07-2011 = Første arbejdsdag = 1. Både 1. maj og 5. juni (Grundlovsdag) er defineret som helligdage. Tæller: Svardatoen ligger < 10 hverdage fra modtage datoen på patologiafdelingen.			

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 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
	Specifikation: Infektion med onkogen human papillomavirus (HPV) er nødvendig for udvikling af livmoderhalskræft. Uddybende forklaring: Det anbefales kun at bruge en supplerende HPV-test ved diagnoserne ASCUS og LSIL. Indikationsområdet afhænger af den valgte HPV-test. HPV-DNA test anbefales til kvinder over 30 år, da prævalensen af HPV i denne aldersgruppe er lavere i forhold til den yngre aldersgruppe. Argumentation: En supplerende HPV-test kan kvalificere ASCUS-diagnosen (tidl. atypi) og LSIL-diagnosen (afhængig af valgt HPV test), fordi sensitiviteten er højere og specificiteten er den samme som ved gentagen cytologi. Det er derfor et kvalitetskrav, at de pågældende kvinder i så høj grad som muligt for foretaget en supplerende HPV-test. Operationalisering: Dataudtrækket for kvinder >30 år dækker et årligt tidsinterval (f.eks. 01-04-2008 til 31-03-2009). Celleprøver: T8X310 (cervix cytologi) og ikke MATTYP 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52 fra kvinder i alder 30-59 år på modtagedato. Der ekskluderes kvinder med én ASCUS diagnose inden for 2 år før modtagelsesdatoen af nuværende prøve, da kvinder der tidligere har fået en ASCUS diagnose henvises til gynækolog. Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioden (270 dage). ASCUS givet ved M67014, M69711, M72125, M73005, M69700. Tæller: PV- test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). HPV- test skal foreligge inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven. Alle HPV-tests inkluderes, uanset om de er udført på samme patologiafdeling eller på en anden patologiafdeling eller evt. i privat patologipraksis, men henføres til den afdeling, hvor ASCUS-diagnosen er stillet.			
7.	**Dækningsgrad** **(effektmål)**	Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år.	>85 %	Patologidatabankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Kommunalt
	Specifikation: Kvinder i aldersintervallet fra 23 til 49 år anbefales screening for livmoderhalskræft hvert tredje år, og kvinder i alderen 50-64 år anbefales screening hvert femte år. Da der først sendes invitationsbreve ud henholdsvis 3 eller 5 år efter seneste celleprøve, kan der forventes at gå længere tid end 3 eller 5 år, inden kvinden bliver inviteret til næste screeningsrunde. Denne ventetid er her sat til et halvt år. Dækningsgraden beregnes for en given dato. For kvinder i alderen 23,5 til 50,4 år opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 3,5 år. For kvinder i alderen 50,5 til 65,4 år opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 5,5 år. Dækningsgraden beregnes for alle kvinder, uanset om de har fået foretaget celleprøven på baggrund af en ”programinvitation” eller ej (opportunistisk). Dækningsgraden opgøres på kommunalt, regionalt og nationalt niveau. Det er et øjebliksbillede og skal derfor udføres på alle niveauer på samme dato. Argumentation: Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge			

	screeningsprogrammets effektivitet. Operationalisering: Udtræk fra Patologidatabankens indkaldemodul på en specifik dato (f.eks. 05-01-2016), der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet og relevante 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. Tæller: Kvinder med minimum én celleprøve fra livmoderhalsen (T8X3* eller T8x210 ekskl. MATTYP 13, 25 41, 42, 43, 44, 45, 46 og 52) indenfor de seneste 42 hhv. 66 måneder. (prøven medtælles i den aldersgruppe som kvinden er i nu, og ikke i den aldersgruppe kvinden tilhørte på prøvetagningstidspunktet).				
8.	**Opfølgning af svære celleforandringer** **(effektmål)**	Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage.	<2 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt
	Specifikation: Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC*)* skal følges op jf. retningslinjerne følges op inden for 180 dage. Via Patobanken er det muligt at identificere, hvornår kvinder med en celleprøve med svære celleforandringer er fulgt op. Argumentation: Såfremt kvinder med svære celleforandringer ikke bliver fulgt op, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået. Operationalisering: Dataudtrækket dækker det mest nutidige 1-årige tidsinterval (f.eks. 01-10-2013 til 30-09-2014), der giver tilstrækkelig opfølgningstid (450 dage for alle prøver dvs. inkl. for uegnede og abnorme prøver). Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for alle celleprøver med svære celle forandringer, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioderne. Celleprøver: M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80015, M80702, M80732, M80762, M80812, M80102, M80702, M80722, M80732, M81402, M67010, M69762, M67020, M69712, M8___3, M9___3, M740_9, M74C_9 og M74B_9 Henvisning til gynækolog defineres som = ny cervixcytologisk undersøgelse I nedenstående beskrivelse af tæller og nævner er Æ-koder for opfølgningstidspunkt inkluderet (svarende til den supplerende analyse 8B) <u>Tæller</u>: Alle celleprøver med svære celleforandringer koblet med ÆAAX15 (gynækologisk specialundersøgelse tilrådes inden for 3 måneder) eller ÆAA015 (gynækologisk specialundersøgelse med kolposkopi tilrådes) uden ny opfølgende prøve; T8X2** (cytologi, vagina), T8X3** (cytologi, cervix), T80*** (vulva, labia, clitoris, Bartholins kirtel), T81*** (vagina), T82*** (uterus), T83*** (cervix uteri), T84*** (endometrium), T85*** (myometrium), T86*** (tuba, ligament, parametrium, parovariale region) eller T87*** (ovarium) inden for 7 dage før modtagedato til 120 dage (3+1 mdr.) efter svardato OG alle celleprøver koblet med ÆAA021 (cytologisk kontrol om 2-4 måneder tilrådes) eller ÆAA001 (cytologisk kontrol om 3 måneder tilrådes) eller ÆAA002 (cytologisk kontrol om 3 måneder tilrådes: tidligere koniseret)				

	eller ÆAA003 (cytologisk kontrol om 3 måneder tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA0X1 (cytologisk kontrol om 3 måneder efter lokal østrogenbehandling tilrådes) eller ÆAA0Y1 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 4 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 180 dage (3+3 mdr.) efter svardato OG alle celleprøver koblet med ÆAA004 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes) eller ÆAA005 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere cytologisk fund) eller ÆAA006 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere koniseret) eller ÆAA007 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA0Y2 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 6 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 270 dage (6+3 mdr.) efter 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) eller ÆAA010 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA00A (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere hysterektomeret) eller ÆAA00B (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere strålebehandlet) eller ÆAA00E (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere histologisk fund) eller ÆAA0X7 (cytologisk kontrol om 18 måneder tilrådes) eller ÆAA0Y3 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 1 år tilrådes) eller ÆAA0Y4 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 18 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 180 dage efter svardato. Nævner: Alle celleprøver med svære celleforandringer koblet med ÆAA00A, ÆAA00B, ÆAA00E, ÆAA001, ÆAA02, ÆAA03, ÆAA004, ÆAA05, ÆAA06, ÆAA07, ÆAA008, ÆAA009, ÆAA010, ÆAA015, ÆAA018, ÆAA021, ÆAA0X1, ÆAA0X7, ÆAA0Y1, ÆAA0Y2, ÆAA0Y3, ÆAA0Y4, eller ÆAAX15. Jf."Cervical cytology – distribution and diagnoses and quality assurance", 20. November 2014tabel 8a og 8b.				
9.	**Antal tilfælde af** **Livmoderhalskræft (effektmål) og audit (struktur mål)**	9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde pr. år. 9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år.	<350 <13,9	Cancerregistret	9A. Nationalt Regionalt 9B. Nationalt Regionalt
	9A. Antal nydiagnosticerede tilfælde pr. 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 hentes fra Cancerregisteret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). 9B. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år Uddybende forklaring: Incidensraten er et bedre udtryk end det absolutte tal, når der skal sammenlignes på tværs af regioner samt over tid. Specifikation: Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder. Argumentation: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft.				

	Operationalisering: Baseres på data fra Cancerregisteret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). 9C. Andelen af kvinder med nydiagnosticeret livmoderhalskræft, hvor der efterfølgende er foretaget audit. Indikatoren er udgået.				
10.	**HPV positive ved ASCUS**	Andel patienter med ASCUS diagnose som har positiv HPV test	Ingen foreløbig	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
	10. Andelen af patienter med ASCUS diagnose, som har fået HPV test, der er HPV positiv. Ny indikator fra årsrapport for 2017: Andel screeningsundersøgte kvinder med ASCUS diagnose, som har positiv HPV-test. Argumentation: (mangler) Operationalisering: Celleprøver: T8X310 ekskl. MATTYPE 13, 25, 41, 42, 43, 44, 45, 46 eller 52) og samtidig diagnosen ASCUS (M67014, M69711, M72125, M73005, M73225 er tilføjet, M69700), Og der er foretaget HPV-test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010), som ligger inden for 270 dage efter modtagedato af celleprøven Indikatoren er afgrænset til alder 23-59 år Tæller: Alle high risk HPV- typer: FY5006 OG FY5009, FY5010, Æ33400, Æ3340Y, Æ3340Z, Æ33416, Æ33418, Æ33431, Æ33433, Æ33435, Æ33439, Æ33445, Æ33451, Æ33452, Æ33456, Æ33458, Æ33459, Æ33466, Æ33468			