



Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Årsrapport 2021

Offentliggjort version. Juni 2022

Hvorfra udgår rapporten

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

Kontaktperson for DKLS er Ane Birgitte Telén Andersen, RKKP, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, e-mail: anebba@rkkp.dk.

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

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

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	7
3. Resultater for indikatorerne	9
Indikatorområde 1: Kapacitet	10
Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad.....	13
Indikatorområde 3: Prøvekvalitet.....	20
Indikatorområde 4: Svartid	25
Indikatorområde 5: HPV-test.....	29
Indikatorområde 6: Opfølgning	35
Indikatorområde 7: Antal tilfælde af livmoderhalskræft.....	38
3. Supplerende opgørelser	41
4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	62
5. Datagrundlag og metode.....	64
6. Styregruppens medlemmer	65
Appendiks I. Ordliste og forkortelser	66
Appendiks II. Indikatoroversigt og metode	69
Regionale kommentarer.....	76

1. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende gives en kort status over opfyldelsen af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (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.

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1: Antal årlige celleprøver (cytologi og HPV) pr. patologiafdeling. Standard ≥ 25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling.

Standarden opfyldes i alle regioner og for 6 ud af 6 patologiafdelinger. Der har på landsplan været en stigning i antal prøver fra 2020 til 2021 på ca. 4 %.

Anbefaling: I forhold til faldet på 10 % i prøver fra 2019 til 2020 og stigningen mellem 2020 og 2021 på 4 % må Corona nedlukning antageligt spille en rolle. Det anbefales, at patologiafdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2018 om, at hver afdeling undersøger mindst 25.000 celleprøver årligt for at vedligeholde kompetencer. Da anbefalingen bygger på et spinkelt grundlag, anbefales det, at Den nationale styregruppe for livmoderhalskræftscreening (NSLS) vurderer, om tallet skal justeres samt om minimumskravet skal formuleres pr. afdeling eller pr. person, der foretager cytologibedømmelser.

Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad

Indikator 2a: Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen. Standard ≥ 75 %

Indikator 2b: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år. Standard ≥ 85 %

Både deltagelse og dækningsgrad ligger et stykke under standarden, både på nationalt niveau og for alle regioner. Der er set et svagt fald gennem de sidste 10 år. For begge indikatorer ses regionale variationer på 3,5- 5 %, ligesom der ses variationer i deltagelse mellem forskellige aldersgrupper.

Anbefaling: Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes initiativer for at øge deltagelsen. Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra maj 2018 indeholder en anbefaling om at tilbyde hjemmeopsamlet prøve til kvinder i forbindelse med 2. erindringsbrev. NSLS har udarbejdet en plan for landsdækkende implementering af dette, hvilket forventes at øge både deltagelse og dækningsgrad for kvinder i hele målgruppen. Dette er tidligere påvist i et randomiseret studie.

Praktiserende læger opfordres desuden til at være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag.

Styregruppen anbefaler at udsendelsen af 1. og 2. erindringsbrev fortsætter og at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Det anbefales, at det bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet på www.sundhed.dk.

Indikatorområde 3: Prøvekvalitet

Indikator 3a: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver. Standard $\leq 1,5$ %

Indikator 3b: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver. Standard $\leq 0,2$ %

På landsplan opfyldes standarden for cytologi-undersøgte prøver nu for 5. år i træk, men der ses mindre regionale variationer, hvor 2 regioner ligger lige akkurat over standarden for cytologi-undersøgte prøver. Standarden for HPV undersøgte prøver er opfyldt på landsplan og regionalt.

Anbefaling: Ved uegnede prøver skal prøven påsættes en kode med opfordring til, at der tages ny prøve. 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, at de regionale styregrupper sikrer, at afdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefalede kodepraksis samt guidelines. Herudover anbefaler styregruppen af der skal udvikles nye indikatorer på området.

Indikatorområde 4: Svartid

Indikator 4: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen. Standard ≥ 95 %

Standarden opfyldes ikke på landsplan, og der ses store regionale variationer. Kun 2 regioner opfylder standarden, og andelen er på landsplan faldet over de sidste to perioder.

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

Indikatorområde 5: HPV test

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

Der ses i 2021 en andel på 5,7 %, positive HPV-prøver på landsplan, hvilket er lidt lavere end tal fra 2020 (6,1 %).

Der ses kun små forskelle mellem regionerne i antallet af HPV positive prøver blandt de inviterede kvinder i alderen 60-64 år og et mere ensartet resultatet sammenlignet med de to forudgående perioder.

Anbefaling: Det anbefales, at afdelinger løbende kvalitetssikrer og overvåger resultaterne fra deres HPV analyser og derved sikrer mod evt. kvalitetsbrist.

Indikator 5b. Andelen af kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV prøve, hvor HPV prøven er positiv.

Indikatoren er opgjort for første gang i 2021. Der er noget variation mellem regionerne fra 31% til 57%. Indikatoren er ny, og der er endnu ikke fastsat en standard. Det anbefales at resultaterne overvåges af afdelingerne og på landsplan med henblik på kvalitetssikring af cytologiske diagnoser.

Indikatorområde 6. Opfølgning

Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage. Standard ≤ 2 %

Standarden er opfyldt i 1 ud af 5 regioner og er ikke opfyldt på landsplan. Det drejer sig imidlertid om få prøver og for samtlige regioner ligger standarden indenfor konfidensintervallet.

Anbefaling: I forbindelse med Sundhedsstyrelsens 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 den enkelte kvinde selv kan igangsætte en undersøgelse, hvis hun ønsker det. Det anbefales at NSLS snarest arbejder på at implementere dette.

Indikatorområde 7. Antal tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 7a: Antal tilfælde pr. år. Standard <350 pr. år

Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate for livmoderhalskræft i de seneste 5 år. Standard $<13,9$ pr. 100.000 kvinder

Anbefaling: Standarden er med 270 nye tilfælde i perioden juli 2020- juni 2021 opfyldt ligesom standarden for den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft er opfyldt på landsplan. Der ses nogen regional variation af den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft. Styregruppen anbefaler, at den enkelte patologiafdeling foretager audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema og 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.

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

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

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019
Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling	≥ 25.000		372.508	357.614	398.745
			01.01.2020 - 31.12.2020	2019	2018
Indikator 2a: Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen	≥ 75	0	59,4 (59,2-59,5)	61,4	62,5
			2016 - 2021	2015 - 2020	2014 - 2019
Indikator 2b: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år	≥ 85	0	68,7 (68,6-68,7)	69,1	70,1
			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019
Indikator 3a: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver	≤ 1,5	0	1,0 (1,0-1,0)	1,0	1,1
Indikator 3b: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver	≤ 0,2	0	0,0 (0,0-0,1)	0,0	0,1
Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen	≥ 95	0	86,8 (86,7-86,9)	89,9	91,3
Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	77,6 (77,4-77,8)	88,4	90,3
Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige hpvscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	97,6 (97,5-97,7)	94,5	95,5
Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år		0	5,7 (5,3-6,1)	6,1	5,8
Indikator 5b: Andelen af 30-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende hpv-test, hvor hpv-testen er positiv		0	37,4 (35,3-39,5)	40,1	40,2
			01.11.2019 - 31.10.2020	2018/19	2017/18
Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage	≤ 2	0	2,4 (2,0-2,8)	2,2	2,3

Indikator	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.07.2020 - 30.06.2021	2019/20	2018/19
Indikator 7a: Antal ny-diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft	≤ 350		270	309	363
Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate per 100.000 kvinder	< 13,9 pr. 100.000 kvinder		9,4	10,9	12,8

Indikator 1: Standarden vedrører resultat på afdelingsniveau

Indikator 2a Tidsforskuet indikator: Aktuelle år er 2020 for at give plads til opfølgningstid.

Indikator 2b : Opgjort på summerede perioder, aktuel periode: juli 2018 til december 2021 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2016 til december 2021 (for kvinder med alder 50-64 år)

Indikator 6: Tidsforskuet indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er medio 2019 til medio 2020

Indikator 7: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder. Aktuelle år er fra medio 2020 til medio 2021

3. Resultater for indikatorerne

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

Screeningsprogrammets målgruppe er kvinder i alderen 23-64 år i Danmark. Indikator 1, 3a, 3b, 6, 7a og 7b 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 5a er opgjort for kvinder i alderen 60-64 år.

Prøver fra Grønlandske og Færøske rekvisitter er ekskluderet.

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

Denne årsrapport er helt overvejende baseret på data, som stilles til rådighed for RKKP fra Sundhedsdatastyrelsen.

Det anvendte datatræk indeholder relevante data fra Landsregisteret for Patologi og fra screeningsindkaldemodulet, som hentes via en web-service.

Indikatordefinitioner og metode fremgår af indikatorbeskrivelsen (appendiks II).

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

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling

	Standard ¹ ≥ 25.000 opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021 Antal	Tidligere år 2020 2019 Antal Antal	
Danmark	Ja	0(0)	372.508	357.614	398.745
Hovedstaden	Ja	0(0)	130.499	126.003	133.613
Sjælland	Ja	0(0)	46.171	44.030	47.874
Syddanmark	Ja	0(0)	72.850	70.013	77.944
Midtjylland	Ja	0(0)	87.520	83.539	99.755
Nordjylland	Ja	0(0)	35.468	34.029	39.559
Hovedstaden	Ja	0(0)	130.499	126.003	133.613
Hvidovre	Ja	0(0)	130.499	126.003	133.613
Sjælland	Ja	0(0)	46.171	44.030	47.874
Næstved	Ja	0(0)	46.171	44.030	47.874
Syddanmark	Ja	0(0)	72.850	70.013	77.944
Esbjerg/Sønderborg ²	Ja	0(0)	26.086	25.459	28.348
Vejle	Ja	0(0)	46.764	44.554	49.596
Midtjylland	Ja	0(0)	87.520	83.539	99.755
Randers	Ja	0(0)	87.520	83.539	99.755
Nordjylland	Ja	0(0)	35.468	34.029	39.559
Aalborg	Ja	0(0)	35.468	34.029	39.559

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

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

Datagrundlag og beregningsmetode. Der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. 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.

Tabeller under supplerende opgørelser

Indikator 1a. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til cytologiundersøgte prøver

Indikator 1b. Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til HPV-undersøgte prøver ud fra m-koder

Resultater af indikatoranalysen

I 2021 blev der undersøgt i alt 372.508 celleprøver på landsplan, hvilket omfatter både cytologiundersøgte og HPV-undersøgte prøver. Standarden på 25.000 undersøgte celleprøver pr. afdeling er opfyldt på alle patologiafdelinger, hvilket også var tilfældet de foregående to år. Under Supplerende opgørelser ses at ud af det totale antal celleprøver udgør hhv. cytologiundersøgte $n=244.594$ (indikator Tabel 1a) og HPV-undersøgte $n=127.914$ (indikator Tabel 1b). Der ses en stigning i HPV undersøgte og et fald i cytologiundersøgte prøver, men standarden på minimum 25.000 årlige celleprøver er fortsat stort set opfyldt for alle patologiafdelinger på nær én afdeling, når HPV-undersøgte celleprøver er sorteret fra. Selvopsamlede prøver til HPV-analyse indgår ikke i tallene.

Af indikatortabel 1 ovenfor ses også, at der er sket en opgang i antal undersøgte prøver i forhold til 2020 (hvor antallet lå lavt), og af trendgrafen ses, at antallet i 2021 næsten er på niveau med antallet i den foregående femårs periode, hvis man ser bort fra 2017 (I 2017 indførtes et engangstilbud om screening til kvinder i alderen 70+, og derfor blev der undersøgt ekstraordinært flere prøver i dette år).

Diskussion og implikationer

På landsplan har der fra 2020 til 2021 været en stigning i total antal prøver på 4 % (fra 357.614 til 372.508). Der ses generelt i alle regioner variationer i antal celleprøver fra livmoderhalsen fra år til år. Det kan skyldes, at der i 2008 blev ændret indkaldemønster, så en del af kvinderne inviteres hvert 5. år, hvor alle tidligere blev inviteret hvert 3. år. Ændrede retningslinjer kan også medføre ændringer i kontrolprogrammerne, hvilket kan have betydning for flow af prøver på patologiafdelingerne.

Antallet på mindst 25.000 prøver årligt pr. patologiafdeling er arbitrært, men bygger på princippet om at "øvelse gør mester". Det har varieret i litteraturen, hvor mange cytologiprøver en afdeling anbefales at analysere, for at opretholde en tilstrækkelig kompetence. De seneste europæiske retningslinjer for kvalitetskontrol i cervix cancer screening anbefaler minimum 15.000 prøver årligt¹, mens man tidligere i Irland og England anbefalede henholdsvis minimum 25.000 prøver og 35.000 prøver årligt. Internationalt har man også diskuteret, hvor mange cytologiprøver hver enkelt cytobioanalytiker og læge minimum bør se årligt for at kunne vedligeholde deres ekspertise. Her er flere steder angivet et mål på 3.000 prøver pr. år for en cytobioanalytiker, mens man i Irland og England stilede efter, at patologer så 750 prøver pr. år. Det er ikke muligt i DKLS regi at opgøre antallet af cytologiprøver på individniveau. De enkelte patologiafdelinger har ansvaret for at sikre de fornødne kompetencer og et antal prøver til den enkelte cytobioanalytiker og patolog, så rutinen kan opretholdes, men ovenstående kan være et udgangspunkt.

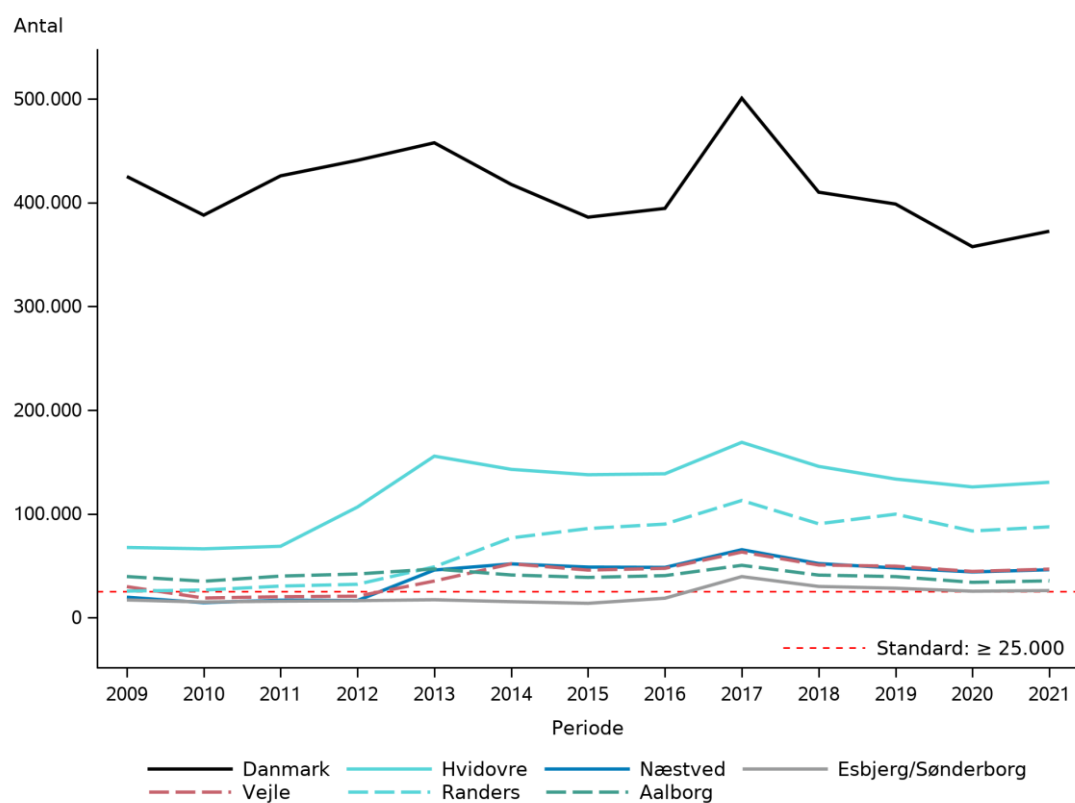
Vurdering af indikatoren

I forhold til faldet på 10 % i prøver fra 2019 til 2020 og stigningen mellem 2020 og 2021 på 4 % må Corona nedlukning antageligt spille en rolle. Betydningen af digitale invitationer i e-Boks, der blev iværksat i løbet af 2018 kan ikke vurderes præcist.

Det anbefales, at patologiafdelingerne følger Sundhedsstyrelsens anbefaling fra 2018 om, at hver afdeling undersøger mindst 25.000 celleprøver årligt for at vedligeholde kompetencer. Da anbefalingen bygger på et spinkelt grundlag, anbefales det, at NSLS vurderer, om tallet skal justeres samt om minimumskravet skal formuleres pr. afdeling eller pr. person, der foretager cytologibedømmelser.

¹ http://screening.iarc.fr/doc/ND7007117ENC_002.pdf (side 155)

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



Indikatorområde 2: Deltagelse og dækningsgrad

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 75%			01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	206.877 / 348.431	0 (0)	59,4	(59,2-59,5)	61,4	62,5
Hovedstaden	Nej	70.015 / 121.453	0 (0)	57,6	(57,4-57,9)	58,3	59,9
Sjælland	Nej	27.275 / 46.550	0 (0)	58,6	(58,1-59,0)	60,5	62,2
Syddanmark	Nej	41.329 / 67.656	0 (0)	61,1	(60,7-61,5)	63,4	65,1
Midtjylland	Nej	49.214 / 81.017	0 (0)	60,7	(60,4-61,1)	63,5	63,8
Nordjylland	Nej	19.044 / 31.755	0 (0)	60,0	(59,4-60,5)	63,3	63,8

Datagrundlag og beregningsmetode.

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

Tæller. Kvinder, der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen. Antal inviterede kvinder kan omfatte 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. Yderligere information kan findes i Appendiks II.

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

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

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet efter invitation samt 1. og 2. erindringsbrev indtil 365 dage efter invitation er 59,4 % på landsplan i den aktuelle tidsperiode. Indikatorstandarden på mindst 75 % deltagelse er ikke opfyldt hverken på landsplan eller for nogen af regionerne. På landsplan ses der et lille fald i deltagelsen fra 2019 til 2020, ligesom der har været fald de foregående år. Af trenddiagrammet nedenfor ses, at deltagelsen har været nedadgående siden 2012. Faldet gælder alle regioner. Den øgede nedgang i 2020 kan dog til dels skyldes en afledt effekt af covid-19 pandemien.

Af indikatortabellen ses, at deltagelsen på regionalt niveau varierer mellem 57,6 % (Region Hovedstaden) og 60,7 % (Region Midtjylland). Den procentvise deltagelse efter geninvitationer ligger dog ret ens på tværs af regioner (figur 1). Den kumulerede deltagerprocent frem til et år efter invitation fremgår af figur 2, viser en højere deltagelse på ca. 65 %, når der ikke sættes nogen øvre tidsgrænse på, men deltagelsen ligger stadig langt fra standarden på >75%. Under Supplerende opgørelser indgår tabeller for deltagelse efter første invitation og erindringsbreve (hhv. indikator Tabel 2a1, Tabel 2a2 og Tabel 2a3). Her ses på landsniveau en deltagelsesandel på 29,5 % 90 dage efter første invitation, på 23,5 % 90 dage efter 1. erindringsbrev og en andel på 15,2 % 90 dage efter 2. erindringsbrev. Opgørelsen fordelt på alder i Tabel 2a4 viser, at flest kvinder i aldersgruppen 40-49 år deltager, mens den laveste andel af deltagende kvinder ses blandt de yngste aldersgrupper.

Diskussion og implikationer

Alle regionerne overgik i første halvår af 2018 til udsendelse af digital invitation via e-boks til de kvinder, som er tilmeldt ordningen. I Region Hovedstaden, Sjælland og Midtjylland skete dette i februar 2018, og i Nordjylland i maj 2018. I Region Syddanmark overgik man til digital invitation hhv. marts 2018 for Esbjerg og Vejle og maj 2018 for Sønderborg.

Vurdering af indikatoren

Styregruppen anbefaler, at udsendelsen af 1. og 2. erindringsbrev fortsætter, gerne med en alternativ mulighed for en selvopsamlet prøve til HPV-testning.

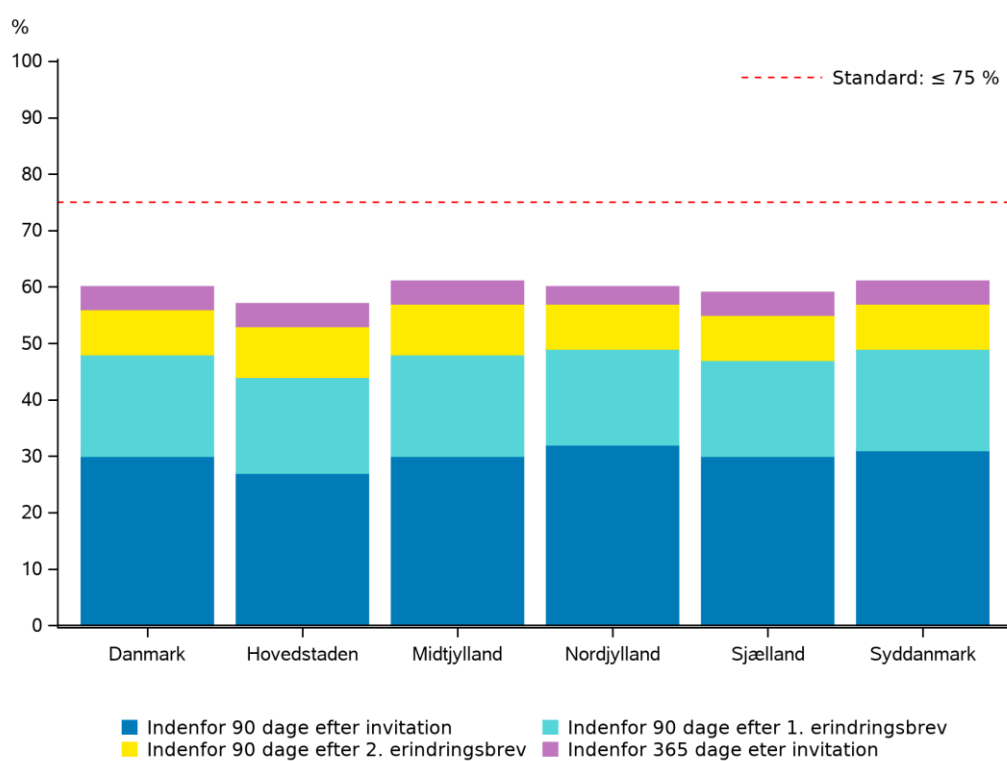
Det anbefales, at det bliver muligt at gentilmelde sig screeningsprogrammet på www.sundhed.dk.

Styregruppen anbefaler, at der nationalt og regionalt igangsættes initiativer for at øge deltagelsen.

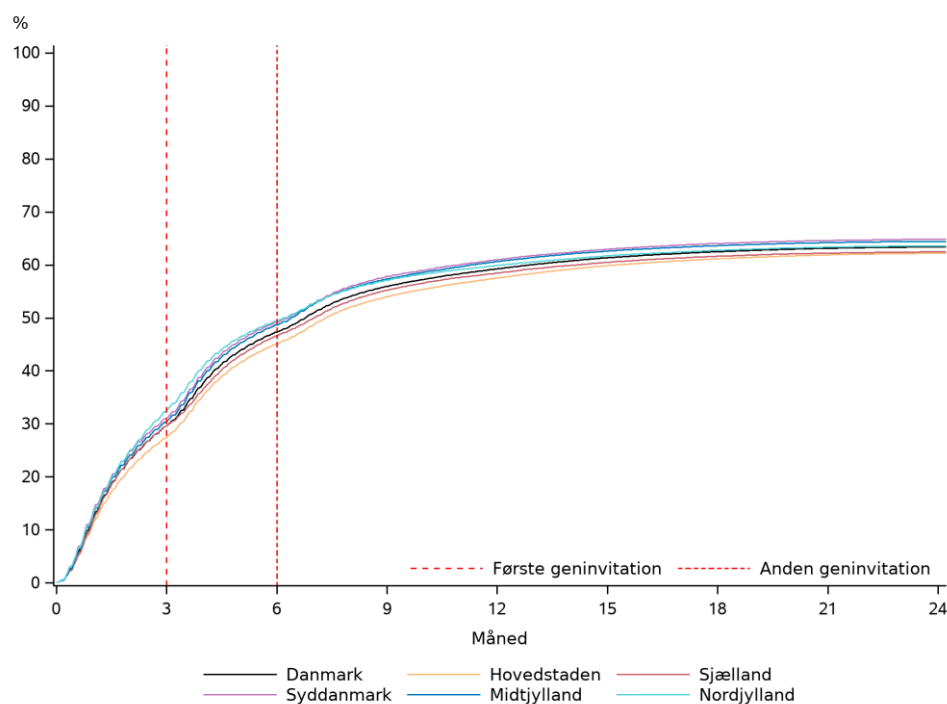
Styregruppen anbefaler, at invitationsbreve og erindringsbreve er indbydende og letlæselige med enkel og overskuelig information. Derudover afventer styregruppen at kunne måle den samlede effekt af, at invitation til screening nu sendes via digital post. Denne måling er blevet vanskeliggjort af det delvist tidsmæssige sammenfald med corona-nedlukning.

Styregruppen anbefaler, at NSLS 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.

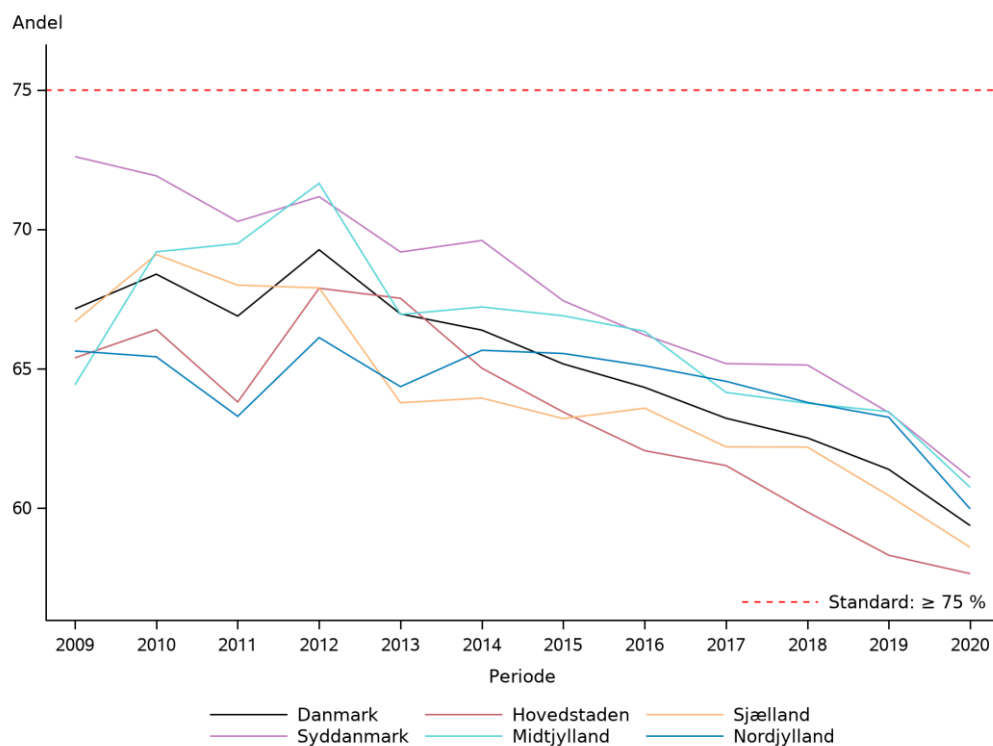
Figur 1. Kumuleret deltagerprocent for 2020



Figur 2. Kumuleret deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato til modtagelsesdato i 2020



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



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

	Standard		Uoplyst	Aktuel periode		Tidligere perioder	
	≥ 85 %	Tæller/	antal	2016-2021*		2015-2020**	2014-2019***
	opfyldt	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.077.304 / 1.568.794	0 (0)	68,7	(68,6-68,7)	69,1	70,1
Hovedstaden	Nej	377.848 / 532.791	0 (0)	70,9	(70,8-71,0)	71,2	71,7
Sjælland	Nej	139.291 / 217.053	0 (0)	64,2	(64,0-64,4)	65,1	66,4
Syddanmark	Nej	212.480 / 315.480	0 (0)	67,4	(67,2-67,5)	68,2	69,2
Midtjylland	Nej	244.096 / 352.586	0 (0)	69,2	(69,1-69,4)	69,3	70,5
Nordjylland	Nej	103.573 / 150.884	0 (0)	68,6	(68,4-68,9)	69,3	70,7

*Aktuel periode: Juli 2018 til december 2021 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2016 til december 2021 (for kvinder med alder 50-64 år)

**Tidligere periode: Juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 50-64 år)

***Tidligere periode: Juli 2016 til december 2019 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2014 til december 2019 (for kvinder med alder 50-64 år)

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er opgjort på landsplan og fordelt på regioner på baggrund af data fra DST og CPR registreret (bopælsregion) for dem der er blevet screenet. Data 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, men i tidsintervallet hhv. 3,5 år og 5,5 år før udtræk i februar 2022. Dækningsgraden opgøres ikke på afdelingsniveau. Yderligere information kan findes i Appendiks II.

Nævner. Antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal 2021.

Tæller. Celleprøver fra livmoderhalsen = T8X3* eller T8x210, MATTYP 23.

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

Tabel 2c. Antal kvinder som var frameltd screeningsprogrammet pr. december 2021, fordelt på alder og årsag til frameltding.

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan er dækningsgraden 68,7 % i den aktuelle periode, og standarden på $\geq 85\%$ er ikke opfyldt på nationalt niveau eller for regionerne. Der er forskel på regionernes resultat, hvor Region Sjælland ligger lavest på 64,2 % og Region Hovedstaden højest med 70,9 %. Dækningsgraden har været marginalt faldende igennem den seneste tiårs periode, som illustreret i trendgrafen nedenfor.

Når man ser på kommuneniveau, er der væsentlig geografisk forskel. Af tabel 2b1 (Supplerende opgørelser), ses en kommunal variation på mindst 10 procentpoint inden for de enkelte regioner. Af supplerende tabel 2b2 ses, at de yngste kvinder på < 30 år har lavest dækningsgrad på landsplan.

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det relevant at kende omfanget og årsagen til frameldingen af screening. I supplerende tabel 2c ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder og årsag til framelding. På landsplan var i alt 82.148 kvinder frameldt pr. december 2021. Årsagerne til framelding er hovedsageligt *hysterektomi* (77,8 %), *ønsker ikke at deltage* (17,4%) og *jeg springer over denne gang* (3,5 %). Derudover udgør de resterende årsager til manglende deltagelse: *jeg er gravid*, og *jeg vil udsætte invitationen 1 år, ukendt adressat og andet*. Andelen af kvinder, som er frameldt med årsagen *Andet* er meget lavt i forhold til tidligere. Pr. primo 2020 har der været mulighed for at framelde sig på www.sundhed.dk, og her eksisterer frameldingsårsagen "Andet" ikke.

Diskussion og implikationer

Idet indikatorberegningens nævner opgøres på baggrund af total antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal 2021, indeholder den dermed også kvinder, der har fået foretaget total hysterektomi; dækningsgraden er derfor en smule underestimeret i forhold til den reelle målgruppe (se supplerende Tabel 2c hvor årsagen "hysterektomi" udgør den største årsag til framelding). Det er dog vigtigt at holde fast i brugen af det samlede antal kvinder som nævner. Dels undgår man hermed, at ændringer i registreringer over tid påvirker tallene, dels får man internationalt sammenlignelige tal.

Et studie har vist, at den samlede dækningsgrad stiger fra 76 % til 79 %, hvis der korrigeres for hysterektomerede kvinder². Blandt de yngste kvinder (23-29 år) er en mindre del frameldt intentionelt. Derudover ses det, at de yngre kvinder ofte er (midlertidigt) frameldt på grund af adressat ukendt. Det skal dog bemærkes, at tallene for de yngste kvinder skal tages med forbehold, da de først inviteres fra det fyldte 23. år. Ved beregningsmetoden er der således en underestimering af dækningsgraden i den yngste aldersgruppe. Graviditet vil også kunne betyde forsinket screeningsundersøgelse. Dette kan formentlig forklare, at der hos 25-29 årige kvinder er stor forskel på deltagerprocenten og dækningsgraden; mens den første er 52,6 % (Supplerende tabel 2a4) er den anden 69,0 % (Supplerende tabel 2b2). Hvis der tages hensyn til ovenstående problematikker, vil den samlede dækningsgrad derfor være endnu højere.

Vurdering af indikatoren

Sundhedsstyrelsens retningslinjer fra maj 2018 indeholder en anbefaling om at tilbyde hjemmeopsamlet prøve til kvinder i forbindelse med 2. erindringsbrev. NSLS arbejder på en plan for landsdækkende implementering af dette,

² 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

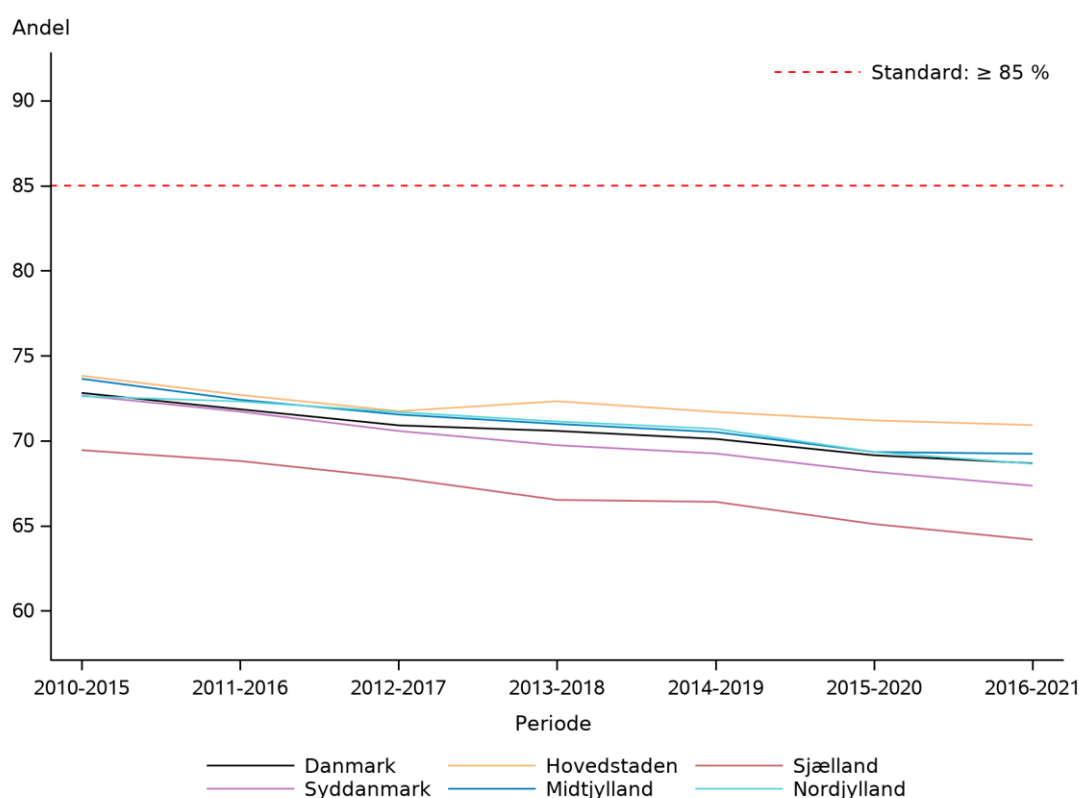
hvilket forventes at øge både deltagelse og dækningsgrad for kvinder i hele målgruppen. Dette er tidligere påvist i et randomiseret studie³.

Praktiserende læger opfordres desuden til at være opmærksomme på at tilbyde undersøgelse til ikke-undersøgte kvinder, når kvinderne møder op i almen praksis af anden årsag. Et dansk studie 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.

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).

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



³ 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.

Indikatorområde 3: Prøvekvalitet

Indikator 3a: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 1,5% opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Danmark	Ja	2.379 / 236.633	0 (0)	1,0	(1,0-1,0)	1,0	1,1
Hovedstaden	Ja	424 / 82.515	0 (0)	0,5	(0,5-0,6)	0,6	0,8
Sjælland	Nej	435 / 26.851	0 (0)	1,6	(1,5-1,8)	1,4	1,3
Syddanmark	Ja	229 / 44.950	0 (0)	0,5	(0,4-0,6)	0,4	0,5
Midtjylland	Nej	967 / 58.917	0 (0)	1,6	(1,5-1,7)	1,6	1,7
Nordjylland	Ja	324 / 23.400	0 (0)	1,4	(1,2-1,5)	1,2	1,6
Hovedstaden	Ja	424 / 82.515	0 (0)	0,5	(0,5-0,6)	0,6	0,8
Hvidovre	Ja	424 / 82.515	0 (0)	0,5	(0,5-0,6)	0,6	0,8
Sjælland	Nej	435 / 26.851	0 (0)	1,6	(1,5-1,8)	1,4	1,3
Næstved	Nej	435 / 26.851	0 (0)	1,6	(1,5-1,8)	1,4	1,3
Syddanmark	Ja	229 / 44.950	0 (0)	0,5	(0,4-0,6)	0,4	0,5
Esbjerg/Sønderborg ¹	Ja	60 / 15.462	0 (0)	0,4	(0,3-0,5)	0,3	0,4
Vejle	Ja	169 / 29.488	0 (0)	0,6	(0,5-0,7)	0,5	0,5
Midtjylland	Nej	967 / 58.917	0 (0)	1,6	(1,5-1,7)	1,6	1,7
Randers	Nej	967 / 58.917	0 (0)	1,6	(1,5-1,7)	1,6	1,7
Nordjylland	Ja	324 / 23.400	0 (0)	1,4	(1,2-1,5)	1,2	1,6
Aalborg	Ja	324 / 23.400	0 (0)	1,4	(1,2-1,5)	1,2	1,6

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	138.332	Ingen cytologi prøve
	7.961	Endocervikale celler med T-koden T8X320

Datagrundlag og beregning

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervikale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology og afgrænset til cytologi-undersøgte prøver. Dermed er indikatoren afgrænset til følgende morfologikoder:

"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"

Tæller. mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode. Defineres af følgende morfologikoder: "M09010" "M09011" "M09012" "M09013" "M09014" "M09015" "M09016" "M09017" "M09018" "M09019" "M09070" "M09000" "M09100" "M09140" "M09145" "M09150" "M0901X" "M0901Y" "M30610" "M37000" "M54310"

Tabeller under Supplerende opgørelser

Tabel 3a1. Diagnosefordeling for cytologi screenede (alder 30-59 år)

Tabel 3b1 Diagnosefordeling for HPV screenede (alder 30-59 år).

Tabel 3c. Andelen af uegnede celleprøver i 2021 fordelt på årsag

Resultater af indikatoranalysen

På landsplan ligger andelen af uegnede celleprøver på 1,0 % ud af alle cytologi-undersøgte prøver, og standarden er opfyldt på landsniveau. Der ses mindre regional variation og Region Sjælland og Midtjylland ligger på 1,6 %, hvilket er lige over standard. På landsplan har indikatoren været opfyldt de seneste seks år og regionerne har ligget stabilt i denne periode.

Under supplerende opgørelser, tabel 3a1 og 3b1, ses diagnosefordelingen af cytologi screenede og for HPV screenede, undersøgt i 2021. På landsplan er hovedparten af cytologi prøverne (tabel 31a) normale (94,9 %), mens 0,7 % af prøverne er uegnede; 2,0 % har diagnosen ASCUS; 0,8 % har diagnosen AGC, AIS eller ASCH; 0,9 % har diagnosen LSIL; 0,5 % har diagnosen HSIL; og 0 % har diagnosen karcinom. På regionsniveau er der meget lille variation på andel normale prøver (93,9 % - 96,3 %), og andelen af uegnede prøver ligger fra 0,3 % og 1,4 %.

Diagnosefordeling for HPV-screenede ses af supplerende tabel 3b1, hvor HPV negative udgør 88 %, og andelen af uegnede prøver ligger på 0,2 % på landsplan, stort set uden regional variation. Fordelingen af diagnoser er i øvrigt sammenlignelig med fordelingen for de cytologiscreenede.

Supplerende tabel 3c opgør andelen af uegnede celleprøver fordelt på årsag, og på landsplan skyldes hovedparten "materiale med for få pladeepitelceller" (54,9 %), "materialet uden endocervikale celler" (18,2 %) og for lidt materiale (14,5 %).

Diskussion og implikationer

Der ses fortsat større regionale variationer i årsags-kodning af uegnede prøver (supplerende tabel 3c). Den regionale variation kan opstå ved forskellig lokal kodepraksis, ved anvendelse af forskelligt apparatur eller måden for bedømmelse af prøven vedrørende årsager til uegnethed. Totalantallet af uegnede prøver er dog tilfredsstillende og lavt, hvor andelen på landsplan udgør 1 % og er under standarden med kun mindre regionale variationer.

Der ses mindre regionale variationer i diagnosefordeling blandt de cytologiscreenede, hvor andelen af normale udgør 94,9 %. Andelen af HPV negative udgør 88 %. Blandt de HPV screenede er ligeledes kun mindre variationer, og andelen af de HPV positive og cytologi normale udgør 6,1 % og er mellem 5,4 og 6,7%.

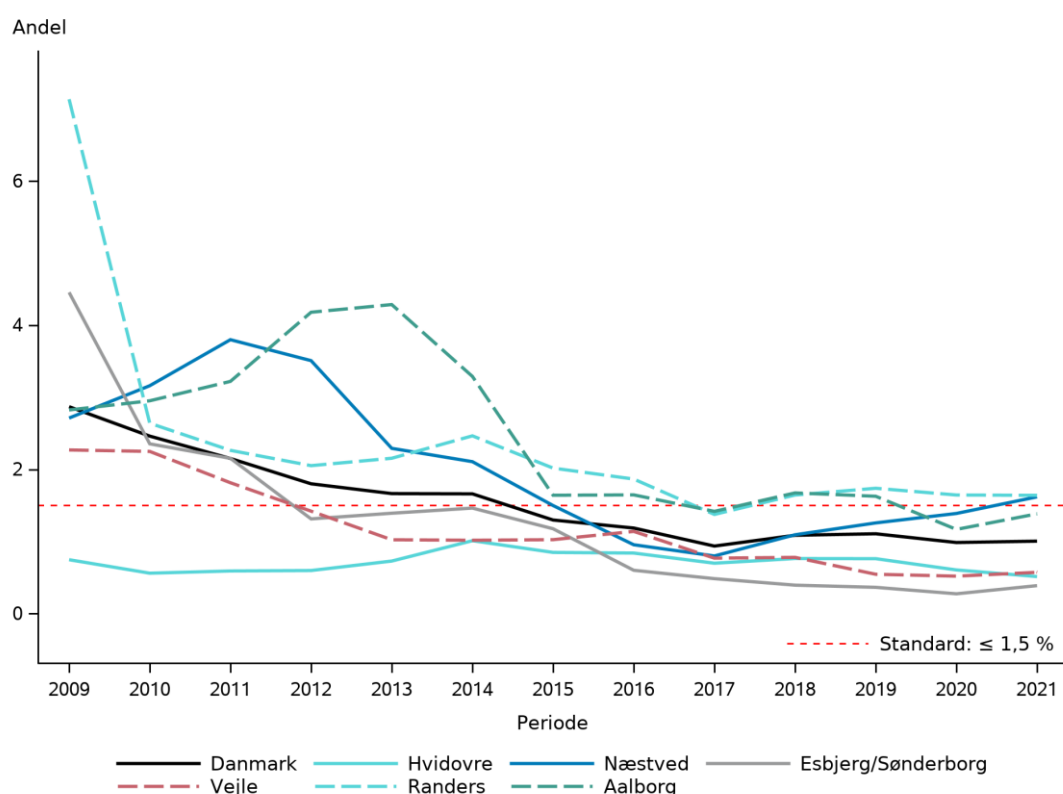
Vurdering af indikatoren

Ved uegnede celleprøver vil prøven som hidtil blive påsat en kode med opfordring til, at der tages ny prøve. 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. 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 som er angivet i kodevejledning fra NSLS.

Den regionale variation som ses i kategorier af årsager til uegnede prøver kan måske forklares ved, at der generelt er forskellige regionale politikker om hvornår egnethedskriterier skal tolkes og hvilke årsags koder der bør anvendes. Da det reelle antal uegnede prøver er lille, er der fortsat ikke grund til, at prøvetagende læger med særligt mange uegnede prøver orienteres og vejledes. Styregruppen anbefaler, at de regionale styregrupper sikrer, at afdelingerne følger anbefalet kodepraksis samt guidelines.

Da indikatoren på landsplan er opfyldt og har ligget stabilt gennem flere år bør det overvejes om den skal udgå. Der bør indføre nye kvalitetsindikatorer for prøve kvalitet af cytologiundersøgelser.

Indikator 3a: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 3b: Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 0,2%			01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	77 / 183.801	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,1
Hovedstaden	Ja	34 / 73.066	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Sjælland	Ja	11 / 21.138	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,0	0,1
Syddanmark	Ja	14 / 31.129	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Midtjylland	Ja	14 / 40.269	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Nordjylland	Ja	4 / 18.199	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,1
Hovedstaden	Ja	34 / 73.066	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Hvidovre	Ja	34 / 73.066	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Sjælland	Ja	11 / 21.138	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,0	0,1
Næstved	Ja	11 / 21.138	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,0	0,1
Syddanmark	Ja	14 / 31.129	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Esbjerg/Sønderborg ¹	Ja	4 / 13.357	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Vejle ²	Ja	10 / 17.772	0 (0)	0,1	(0,0-0,1)	0,0	0,0
Midtjylland	Ja	14 / 40.269	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Randers	Ja	14 / 40.269	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,1	0,1
Nordjylland	Ja	4 / 18.199	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,1
Aalborg	Ja	4 / 18.199	0 (0)	0,0	(0,0-0,1)	0,0	0,1

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

	Antal		Årsag
Eksklusion:	203.881	Ingen HPV prøve	
	2.583	Endocervikale celler med T-koden T8X320	

Datagrundlag og beregning

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervicale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology og afgrænset til HPV-undersøgte prøver. Dermed er indikatoren afgrænset til følgende morfologikoder:

"M09003" "M0901H" "FY5005" "FY5006" "FY5009" "FY5010" "P33520" "P33750" "P33760" "P33B30" "P33B35" "P33B36"

Tæller. Mindst én af koderne for uegnede celleprøver, men ikke en samtidig diagnosekode. Defineres af følgende morfologikoder: "M0901H" "M09003"

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af uegnede celleprøver ud af HPV-undersøgte prøver ligger på <0,1 % og standarden er opfyldt på landsplan og i alle regioner uden væsentlig variation.

Diskussion og implikationer

Der ses kun ganske få uegnede prøver blandt de HPV-undersøgte prøver. Resultatet er ensartet mellem regioner og afdelinger, som alle ligger et godt stykke under den fastsatte standard.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er opfyldt for 3. år i træk, og der er reelt kun ganske få uegnede prøver. Der er således kun ganske få kvinder der bliver genindkaldt til ny undersøgelse på denne baggrund. Indikatorer bør udskiftes og/ eller suppleres med nye kvalitetsmål for HPV-test.

Indikatorområde 4: Svartid

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

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/ nævner	antal	01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	299.793 / 345.446	0 (0)	86,8	(86,7-86,9)	89,9	91,3
Hovedstaden	Ja	123.094 / 123.104	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland	Nej	27.910 / 42.794	0 (0)	65,2	(64,8-65,7)	50,7	78,9
Syddanmark	Ja	67.847 / 68.050	0 (0)	99,7	(99,7-99,7)	99,7	99,1
Midtjylland	Nej	50.837 / 78.756	0 (0)	64,6	(64,2-64,9)	88,2	78,5
Nordjylland	Nej	30.105 / 32.742	0 (0)	91,9	(91,6-92,2)	86,2	89,7
Hovedstaden	Ja	123.094 / 123.104	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Hvidovre	Ja	123.094 / 123.104	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland	Nej	27.910 / 42.794	0 (0)	65,2	(64,8-65,7)	50,7	78,9
Næstved	Nej	27.910 / 42.794	0 (0)	65,2	(64,8-65,7)	50,7	78,9
Syddanmark	Ja	67.847 / 68.050	0 (0)	99,7	(99,7-99,7)	99,7	99,1
Esbjerg/Sønderborg ¹	Ja	23.647 / 23.835	0 (0)	99,2	(99,1-99,3)	99,2	97,6
Vejle	Ja	44.200 / 44.215	0 (0)	100,0	(99,9-100,0)	100,0	99,9
Midtjylland	Nej	50.837 / 78.756	0 (0)	64,6	(64,2-64,9)	88,2	78,5
Randers	Nej	50.837 / 78.756	0 (0)	64,6	(64,2-64,9)	88,2	78,5
Nordjylland	Nej	30.105 / 32.742	0 (0)	91,9	(91,6-92,2)	86,2	89,7
Aalborg	Nej	30.105 / 32.742	0 (0)	91,9	(91,6-92,2)	86,2	89,7

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2	Ingen cytologi eller HPV prøve
	28.393	Ikke i aldersgruppen 23-64 år

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Danmark		129.838 / 167.282	0 (0)	77,6	(77,4-77,8)	88,4	90,3
Hovedstaden		60.267 / 60.270	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland		6.814 / 18.911	0 (0)	36,0	(35,3-36,7)	40,6	74,5
Syddanmark		33.538 / 33.628	0 (0)	99,7	(99,7-99,8)	99,8	99,2
Midtjylland		15.108 / 39.111	0 (0)	38,6	(38,1-39,1)	87,5	76,4
Nordjylland		14.111 / 15.362	0 (0)	91,9	(91,4-92,3)	86,1	90,2
Hovedstaden		60.267 / 60.270	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Hvidovre		60.267 / 60.270	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland		6.814 / 18.911	0 (0)	36,0	(35,3-36,7)	40,6	74,5
Næstved		6.814 / 18.911	0 (0)	36,0	(35,3-36,7)	40,6	74,5
Syddanmark		33.538 / 33.628	0 (0)	99,7	(99,7-99,8)	99,8	99,2
Esbjerg/Sønderborg		10.703 / 10.790	0 (0)	99,2	(99,0-99,4)	99,4	98,0
Vejle		22.835 / 22.838	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	99,9
Midtjylland		15.108 / 39.111	0 (0)	38,6	(38,1-39,1)	87,5	76,4
Randers		15.108 / 39.111	0 (0)	38,6	(38,1-39,1)	87,5	76,4
Nordjylland		14.111 / 15.362	0 (0)	91,9	(91,4-92,3)	86,1	90,2
Aalborg		14.111 / 15.362	0 (0)	91,9	(91,4-92,3)	86,1	90,2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	108.677	Ingen cytologi prøve
	8.718	Ikke cervix-cytologisk celleprøve med T-koden T8X310
	42.760	Celleprøve fra kontrolforløb
	45.073	Ikke i aldersgruppen 23-59 år

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

	Stan- dard opfyl- dt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		124.193 / 127.275	0 (0)	97,6	(97,5-97,7)	94,5	95,5
Hovedstaden		43.777 / 43.782	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland		16.233 / 17.703	0 (0)	91,7	(91,3-92,1)	83,7	95,3
Syddanmark		23.117 / 23.172	0 (0)	99,8	(99,7-99,8)	99,8	99,6
Midtjylland		29.711 / 30.309	0 (0)	98,0	(97,9-98,2)	93,4	91,5
Nordjylland		11.355 / 12.309	0 (0)	92,2	(91,8-92,7)	86,1	88,8
Hovedstaden		43.777 / 43.782	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Hvidovre		43.777 / 43.782	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland		16.233 / 17.703	0 (0)	91,7	(91,3-92,1)	83,7	95,3
Næstved		16.233 / 17.703	0 (0)	91,7	(91,3-92,1)	83,7	95,3
Syddanmark		23.117 / 23.172	0 (0)	99,8	(99,7-99,8)	99,8	99,6
Esbjerg/Sønderborg		9.690 / 9.744	0 (0)	99,4	(99,3-99,6)	99,6	99,1
Vejle		13.427 / 13.428	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Midtjylland		29.711 / 30.309	0 (0)	98,0	(97,9-98,2)	93,4	91,5
Randers		29.711 / 30.309	0 (0)	98,0	(97,9-98,2)	93,4	91,5
Nordjylland		11.355 / 12.309	0 (0)	92,2	(91,8-92,7)	86,1	88,8
Aalborg		11.355 / 12.309	0 (0)	92,2	(91,8-92,7)	86,1	88,8

	Antal	Årsag
Eksklusion:	102.170	Ingen HPV prøve
	7.768	Ikke cervix-cytologisk celleprøve med T-koden T8X310
	33.931	Celleprøve fra kontrolforløb
	101.366	Ikke i aldersgruppen 30-64 år

Datagrundlag og beregning.

Nævner. Indikator 4a. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23. Kvinder i alderen 23-64 år.

Indikator 4a1. Cytologi screenede og alder afgrænset til 23-59 år.

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

Tæller. Svardato < 10 hverdage fra modtagedato

Resultater af indikatoranalysen

Af opgørelsen indikator 4a ses, at andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage ligger på landsniveau på 86,8 %, hvilket er under den fastsatte standard på 95 %. Samtidig ses, at andelen er faldet på landsplan henover de seneste perioder. Region Hovedstaden og Syddanmark ligger positivt på næsten 100 % opfyldelse i aktuelle år, mens Region Sjælland og Midtjylland ikke opfylder standard. Nordjylland ligger dog tæt på opfyldelse med 92 % besvaret indenfor denne tidsgrænse.

Når man ser på indikator tabel 4a1 og 4a2, hvor indikatoren opgøres for hhv. de cytologiscreenede end de HPV screenede, ligger andelen der besvares efter højst 10 hverdage væsentligt lavere for de cytologiscreenede end de HPV screenede (hhv. 77,6 og 97,6). Resultatet for de HPV screenede ligger generelt højt i alle regioner, mens det for de cytologiscreenede varierer. I Region Sjælland er det for kun 36% der afsendes svar indenfor 10 hverdage, mens det i Region Hovedstaden og Syddanmark er 100%, der afsendes indenfor denne tidsfrist.

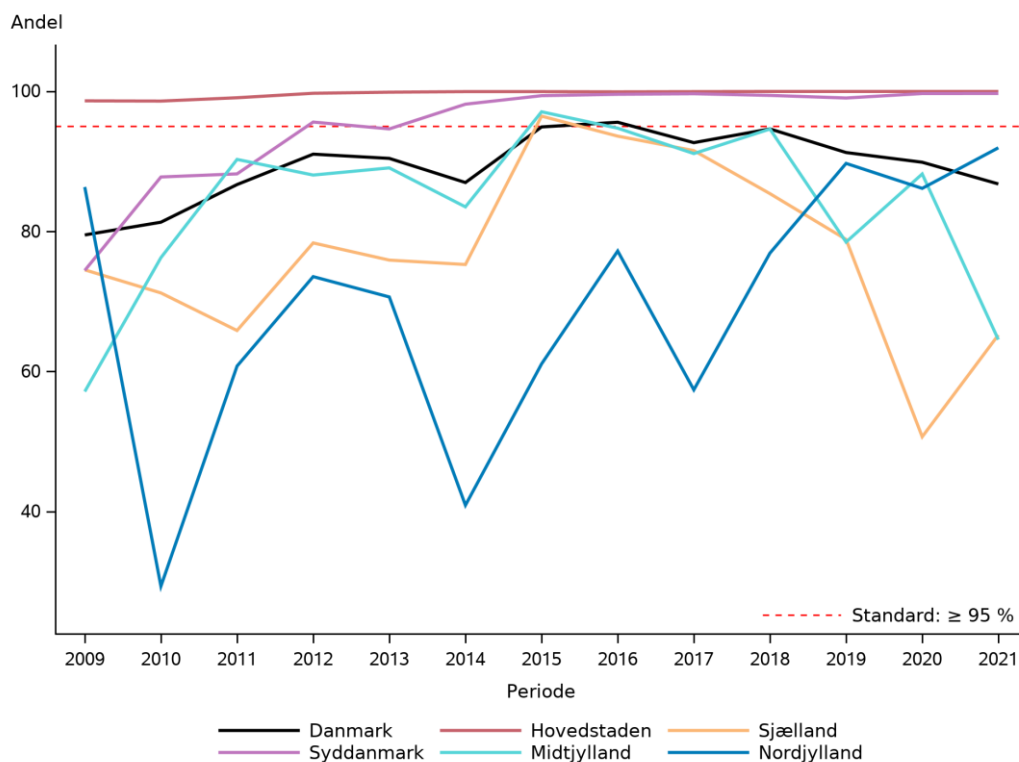
Diskussion og implikationer

Alle kvinder skal have samme svartid uafhængigt af bopæl og screeningsmetode. På regionalt niveau kan manglende opfyldelse af standarden skyldes årsager som besparelser, regional prioritering, indførelse af nyt apparatur, sygdom blandt personalet, manglende ressourcer og organisationsændringer

Vurdering af indikatoren

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

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



Indikatorområde 5: HPV-test

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Andel	95% CI	2020 Andel	2019 Andel
Danmark		723 / 12.741	0 (0)	5,7	(5,3-6,1)	6,1	5,8
Hovedstaden		217 / 3.595	0 (0)	6,0	(5,3-6,9)	6,4	4,9
Sjælland		126 / 2.257	0 (0)	5,6	(4,7-6,6)	6,6	6,4
Syddanmark		134 / 2.489	0 (0)	5,4	(4,5-6,3)	5,7	4,5
Midtjylland		164 / 2.912	0 (0)	5,6	(4,8-6,5)	6,4	7,1
Nordjylland		82 / 1.488	0 (0)	5,5	(4,4-6,8)	5,2	7,3
Hovedstaden		217 / 3.595	0 (0)	6,0	(5,3-6,9)	6,4	4,9
Hvidovre		217 / 3.595	0 (0)	6,0	(5,3-6,9)	6,4	4,9
Sjælland		126 / 2.257	0 (0)	5,6	(4,7-6,6)	6,6	6,4
Næstved		126 / 2.257	0 (0)	5,6	(4,7-6,6)	6,6	6,4
Syddanmark		134 / 2.489	0 (0)	5,4	(4,5-6,3)	5,7	4,5
Esbjerg/Sønderborg ¹		63 / 1.023	0 (0)	6,2	(4,8-7,8)	6,1	4,7
Vejle		71 / 1.466	0 (0)	4,8	(3,8-6,1)	5,5	4,4
Midtjylland		164 / 2.912	0 (0)	5,6	(4,8-6,5)	6,4	7,1
Randers		164 / 2.912	0 (0)	5,6	(4,8-6,5)	6,4	7,1
Nordjylland		82 / 1.488	0 (0)	5,5	(4,4-6,8)	5,2	7,3
Aalborg		82 / 1.488	0 (0)	5,5	(4,4-6,8)	5,2	7,3

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	199.517	Ingen HPV prøve
	4.834	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	155.418	Ikke i aldersgruppen 60-64 år

Datagrundlag og beregning:

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010) og MATTYP 23 for kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation.

Tæller. Antal positive HPV-tests, dvs. med en af følgende SNOMED: FY5006, FY5009, FY5010, Æ33400, Æ3340Y, Æ3340Z, Æ33416, Æ33418, Æ33431, Æ33433, Æ33435, Æ33439, Æ33445, Æ33451, Æ33452, Æ33456, Æ33458, Æ33459, Æ33466, Æ33468.

Tabeller under Supplerende opgørelser

Tabel 5a1. Fordelingen af positive HPV prøver i alderen 60-64 år for 2020

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

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år ligger på 5,7 % i 2021. Året før lå den på 6,1 %, og den har været ret stabilt de seneste perioder jf. trendgrafene næste side. Regionerne ligger relativt ens.

Tabel 5a1 under Supplerende opgørelser viser, at hovedparten af HPV prøver på landsplan er af typen "HPV other", derefter kommer HPV 16, og der er færrest af HPV 18.

Diskussion og implikationer

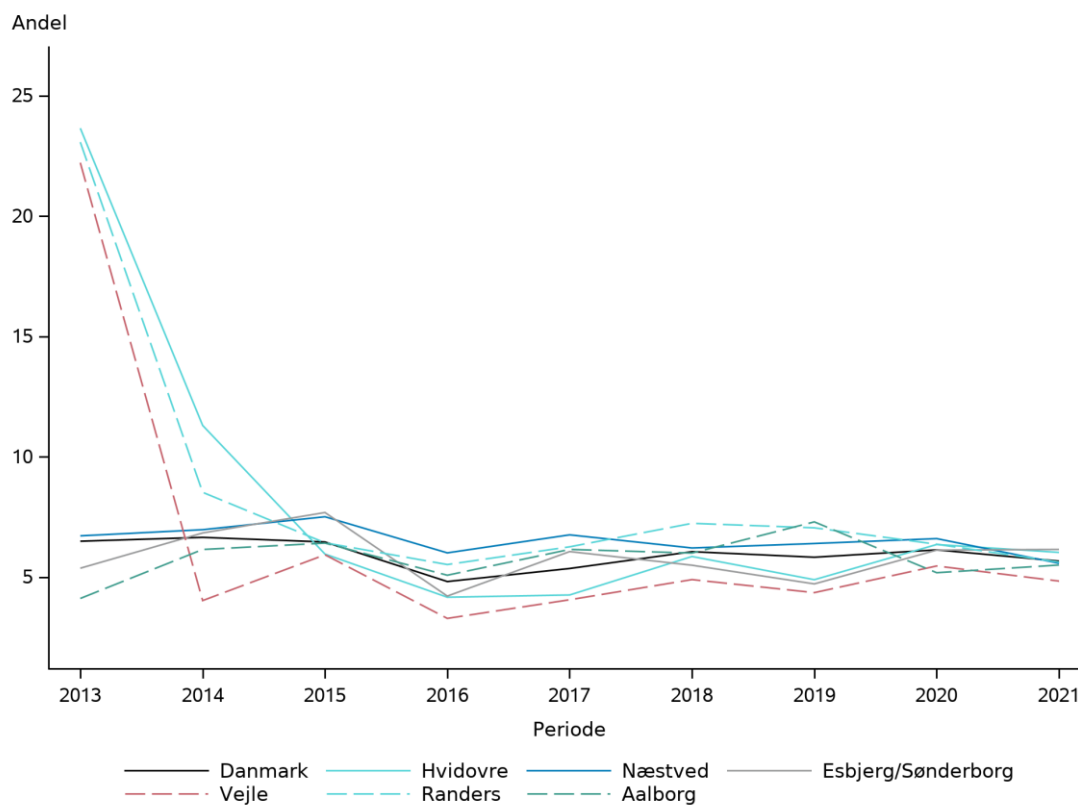
Der ses i 2021 en andel på 5,7 %, positive HPV-prøver på landsplan, hvilket er lidt lavere end tal fra 2020 (6,1 %). Dette er et mere ensartet resultat regionerne imellem end tidligere set i både 2019 og 2020. Der er lille variation fra år til år for i de enkelte regioner, og der er tale om en forskel baseret på relativ få prøver.

Tabel 5a1 i viser, at hovedparten af HPV-prøver på landsplan er af typen "HPV other" og dernæst flest HPV 16, og dette ses for alle regioner. Det bemærkes også, at der er rapporteret flere HPV genotyper end antal HPV positive prøver, hvilket er et udtryk for, at en lille del af prøverne indeholder flere HPV genotyper. Overordnet er der god overensstemmelse mellem resultaterne på landsplan.

Vurdering af indikatoren

Det anbefales fortsat, at afdelingerne løbende kvalitetssikrer og overvåger resultaterne fra deres HPV analyser (som minimum andelen af HPV positiv prøver og fordeling af genotyper), så der sikres mod evt. kvalitetsbrist.

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



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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2021 - 31.12.2021		2020	2019
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		768 / 2.054	0 (0)	37,4	(35,3-39,5)	40,1	40,2
Hovedstaden		303 / 907	0 (0)	33,4	(30,3-36,6)	30,4	28,6
Sjælland		74 / 238	0 (0)	31,1	(25,3-37,4)	38,0	40,6
Syddanmark		153 / 330	0 (0)	46,4	(40,9-51,9)	47,2	56,4
Midtjylland		180 / 478	0 (0)	37,7	(33,3-42,2)	49,4	46,7
Nordjylland		58 / 101	0 (0)	57,4	(47,2-67,2)	72,2	64,4
Hovedstaden		303 / 907	0 (0)	33,4	(30,3-36,6)	30,4	28,6
Hvidovre		303 / 907	0 (0)	33,4	(30,3-36,6)	30,4	28,6
Sjælland		74 / 238	0 (0)	31,1	(25,3-37,4)	38,0	40,6
Næstved		74 / 238	0 (0)	31,1	(25,3-37,4)	38,0	40,6
Syddanmark		153 / 330	0 (0)	46,4	(40,9-51,9)	47,2	56,4
Esbjerg/Sønderborg		52 / 98	0 (0)	53,1	(42,7-63,2)	57,1	70,8
Vejle		101 / 232	0 (0)	43,5	(37,1-50,2)	45,0	52,8
Midtjylland		180 / 478	0 (0)	37,7	(33,3-42,2)	49,4	46,7
Randers		180 / 478	0 (0)	37,7	(33,3-42,2)	49,4	46,7
Nordjylland		58 / 101	0 (0)	57,4	(47,2-67,2)	72,2	64,4
Aalborg		58 / 101	0 (0)	57,4	(47,2-67,2)	72,2	64,4

	Antal	Årsag
Eksklusion:	108.677	Ingen cytologi prøve
	124.081	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	99.564	Celleprøven er ikke ASCUS
	6.990	Ikke cervix-cytologisk celleprøve med T-koden T8X310
	31.125	Celleprøve fra kontrolforløb
	19	Ikke supplerende hpv til cytologi celleprøven

Datagrundlag og beregning:

Nævner. SNOMED-kode T8X310 (celleprøver fra livmoderhalsen) og MATTYP 23 , cytologi screenet. Der er ekskluderet prøver fra kontrol forløb. Der foreligger ASCUS diagnose (M67014, M69711, M72125, M73005, M69700), og supplerende HPV test er foretaget (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år.

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

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af de kvinder, der får påvist en ASCUS diagnose på baggrund af cytologi screening, som har HPV positiv test er 37,4 % på landsniveau. Andelen varierer fra 31 % til 57 % for regionerne i aktuelle år. Trenddiagrammet viser en nogenlunde stabilitet over tid, men med nogen variation indenfor regionerne. Det er første gang indikatoren opgøres, og der er ikke fastsat standard.

Diskussion og implikationer

Indikator 5b er ny indikator og måler andelen af kvinder med supplerende positiv HPV-test ud af kvinder 30-59 år der viser ASCUS.

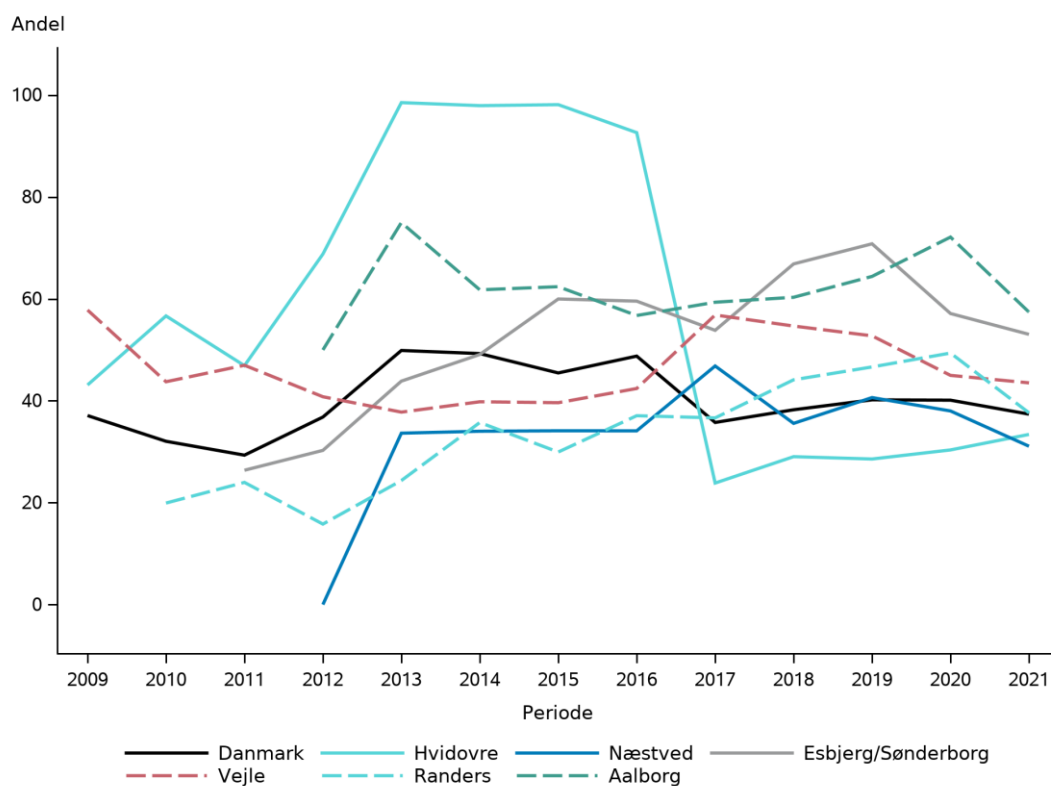
ASCUS er den hyppigste forandring i celleforandring i cervix cytologiprøver. Kvalitetssikring af ASCUS-diagnosen er vigtigt for at begrænse uhensigtsmæssig brug for at overvåge kvalitetssikring af cytologiske diagnoser.

Andelen af HPV-positive prøver med ASCUS diagnosen er i 2021 på landsplan 37,4 % (fra 31,1 % i Region Sjælland til 57,4 % i Region Nordjylland). Trenden har været stabil gennem de sidste 2 år på landsplan (40,2 % i 2019 og 40,1 i 2020). Mest bemærkelsesværdigt er det, at Region Nordjylland er faldet fra 72,2 % i 2020 til 57,4 % i 2021, men der tale om en forskel baseret på relativ få prøver.

Vurdering af indikatoren

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

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



Indikatorområde 6: Opfølgning

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

	Standard		Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2%	Tæller/ nævner	antal (%)	01.11.2019 - 31.10.2020 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	Nej	126 / 5.334	0 (0)	2,4	(2,0-2,8)	2,2	2,3
Hovedstaden	Nej	62 / 2.415	0 (0)	2,6	(2,0-3,3)	2,3	2,6
Sjælland	Nej	13 / 402	0 (0)	3,2	(1,7-5,5)	3,9	2,4
Syddanmark	Nej	18 / 622	0 (0)	2,9	(1,7-4,5)	1,7	2,4
Midtjylland	Nej	29 / 1.369	0 (0)	2,1	(1,4-3,0)	1,8	1,9
Nordjylland	Ja	4 / 526	0 (0)	0,8	(0,2-1,9)	2,2	1,9

	Antal	Årsag
Eksklusion:	26	Kvinden er udrejst/afdød i opfølgningsperioden
	324.552	Celleprøven er ikke abnorm
	13.217	Celleprøven er normal
	14.597	Celleprøven har ikke svære celleforandringer

Datagrundlag og beregning. Indikatoren er tidsforskuet bagud for at give plads tilstrækkelig opfølgningstid. Der er taget højde for, at kvinderne skal være i live og stadig bosiddende i Danmark ved udgangen af opfølgningsperioden. Indikatoren er opgjort som andel ud af alle celleprøver med svære celleforandringer, på landsplan og for regioner. 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 II for yderligere datadefinitioner).

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

Tæller. Prøver der ikke har en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage, udgør 2,4 % på landsplan, svarende til 126 celleprøver. Indikatorstandarden på ≤ 2 % er ligesom de to foregående år ikke opfyldt på landsplan. På regionalt niveau varierer andelen af prøver, der ikke er fulgt op indenfor 180 dage fra 0,8 % til 3,2 %, og kun Region Nordjylland opfylder standarden.

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

Af de 126 celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage er 1,1 % heller ikke fulgt op inden for 450 dage, hvilket ses af Supplerende opgørelse, tabel 6a. I supplerende tabel 6b er der anvendt de tidsgrænser, som er anført i anbefalingerne for screeningsprogrammet (jf. Æ-koder). Her udgør andelen på landsplan, der ikke er fulgt op 4,3%, med tendens til stigning i forhold til tidligere år.

Der er foretaget yderligere to supplerende analyser vedr. opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hhv. supplerende Tabel 6c og tabel 6d. Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev 4,5 % ikke fulgt op ved tidsvinduet på 450 dage, imens 11,7 % ikke blev fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser.

Diskussion og implikationer

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

Regionerne udsender EDI-besked til prøvetagende læge, som en påmindelse, når en patient ikke er fulgt op som anbefalet. Direkte svarbreve til kvinder i målgruppen blev implementeret i 2020, men det er endnu for tidligt at kunne måle effekten af dette tiltag. Der gøres opmærksom på, at selvom der sendes svar direkte til kvinden, så ligger ansvar for korrekt opfølgning ved unormale eller uegnede prøver stadig hos prøvetagende læge. Dette er præciseret i en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i 2012⁴.

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

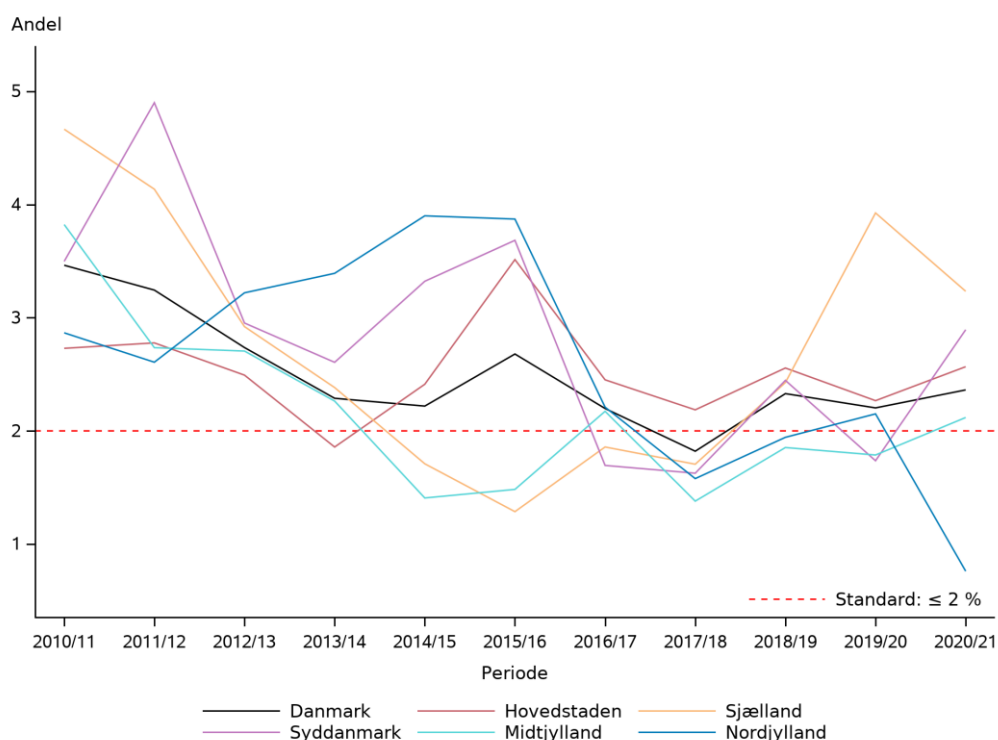
Vurdering af indikatoren

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

⁴ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137127>

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 den enkelte kvinde selv kan igangsætte en undersøgelse, hvis hun ønsker det. Det anbefales at NSLS snarest arbejder på at implementere dette.

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



Indikatorområde 7: Antal tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 7a: Antal ny-diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	≤ 350	antal	01.07.2020 - 30.06.2021	2019/20	2018/19
	opfyldt	(%)	Antal	Antal	Antal
Danmark	Ja	0(0)	270	309	363
Hovedstaden	Ja	0(0)	66	90	100
Sjælland	Ja	0(0)	56	45	64
Syddanmark	Ja	0(0)	64	95	95
Midtjylland	Ja	0(0)	63	53	68
Nordjylland	Ja	0(0)	21	26	36

Indikator 7b: Aldersstandardiseret* incidensrate pr. 100.000 kvinder

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	< 13.9 pr. 100.000	antal	01.07.2020 - 30.06.2021	2019/20	2018/19
	opfyldt	(%)	Antal	Antal	Antal
Danmark	Ja	0(0)	9,4	10,9	12,8
Hovedstaden	Ja	0(0)	7,1	9,5	10,7
Sjælland	Ja	0(0)	13,8	11,3	14,4
Syddanmark	Ja	0(0)	10,3	17,0	17,3
Midtjylland	Ja	0(0)	10,2	8,3	10,8
Nordjylland	Ja	0(0)	7,4	9,3	12,3

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

Datagrundlag og beregning. Data fra Dansk Gynækologisk Cancer database (DGCD) over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft i tidsperioden medio 2018 til 2021 (indikator 7a og 7b). Opgørelsen på regionsniveau er baseret på bopælsregion. Aldersfordelingen i den danske kvindelige befolkning er hentet i Statistikbanken.dk. Indikator 7a og 7b er tidsforskuet et halvt år tilbage, fordi DGCDs data kun er valideret frem til medio 2021. Opgørelsen er ikke begrænset til populationen i screeningsprogrammet (23-64 år), men omfatter alle tilfælde af ny-diagnosticeret livmoderhalskræft.

Resultater af indikatoranalysen

I perioden fra juli 2020 til juni 2021 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 270 på landsplan ifølge data fra Dansk Gynækologisk Cancer database. Dermed er standarden på højst 350 tilfælde pr år opfyldt og ligger lidt lavere end forgående år (hhv. 309 og 363).

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft (ved brug af den danske kvindelige befolkning i 2005 som standard) var i perioden 2020/2021 på landsplan 9,4 pr. 100.000 kvinder. Således er indikatorstandarden opfyldt for indikator 7b. På regionalt plan varierede incidensen i aktuelle år pr. 100.000 indbyggere fra 7,1 (region Hovedstaden) til 13,8 (Region Sjælland). Incidensen ses på landsplan nedadgående for år 2019/20 og 2020/21 sammenlignet med tidligere år.

Diskussion og implikationer

Til trods for at der i mange år har været et veletableret screeningsprogram med mulighed for fjernelse af forstadier, ses der fortsat 300-350 tilfælde af livmoderhalskræft i Danmark årligt, men incidensen tyder på at være lidt faldende.

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 flere end 45 % af alle nye tilfælde findes hos de ca. 25 % af kvinderne, der ikke har fulgt screeningsprogrammet ⁵. Et senere studie på data fra Region Syddanmark finder, at blandt alle kvinder der diagnosticeres med livmoderhalskræft (alle aldre, også ældre end nuværende screeningspopulation), er 67 % ikke screenet i de forudgående 3,5 eller 5,5 år (ældste screeningsgruppe) ⁶.

Styregruppen har som en del af indikator 7 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, hvorved der er 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 ansøges om data fra Dansk Gynækologisk Cancer Database vedr. stadier med henblik på at inkludere disse data i senere årsrapport.

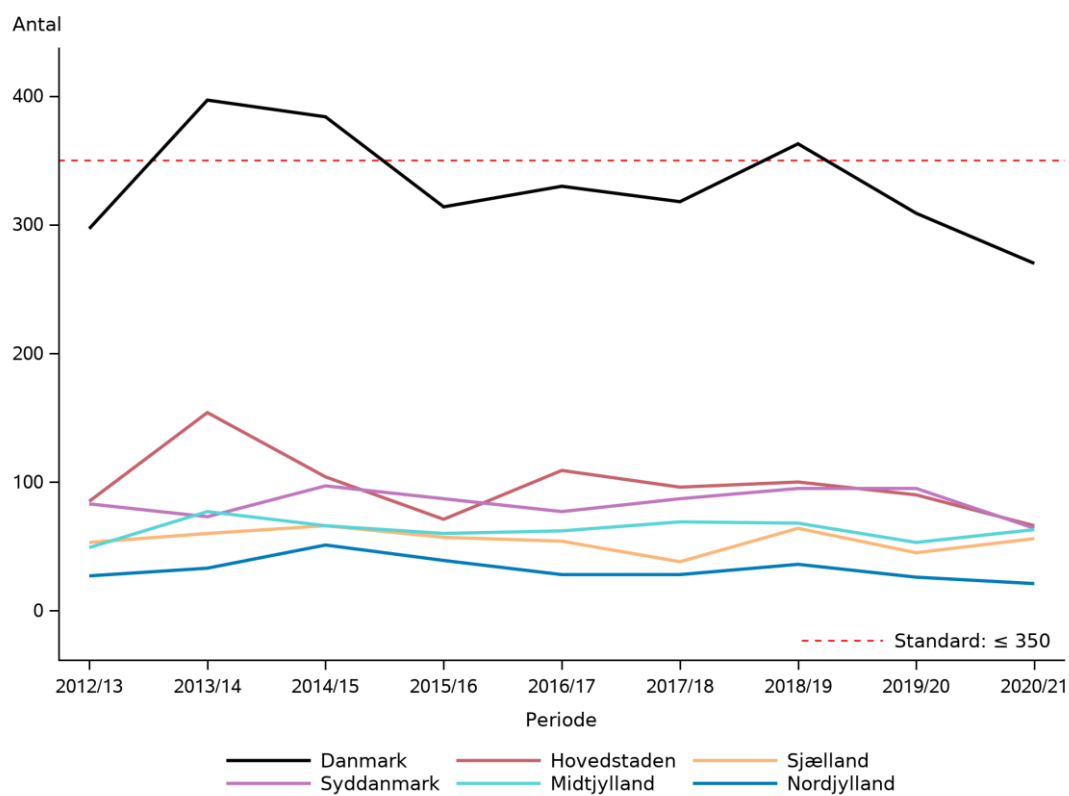
Vurdering af indikatorerne 7a og 7b

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. Det anbefales endvidere, at man 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 indikatorstandarden, dels ved at der med forskellige tiltag i de 5 regioner arbejdes på at øge screeningsdeltagelsen, dels ved at øge tilslutningen til HPV-vaccination. Det er dog for tidligt at sænke standarden for indikatoren på nuværende tidspunkt, da engangs-screeningstilbuddet til ældre kvinder formodes at give en kortvarig stigning i antallet af fundne tilfælde af livmoderhalskræft.

⁵ 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.

⁶ Screening history and FIGO-stages among Danish women with cervical cancer in 2012–2014: a register-based study. 2019. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6938494/>

Indikator 7a: Antal ny-diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft. Trendgraf på regionsniveau.



3. Supplerende opgørelser

Indikatorområde: Kapacitet

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

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Antal	2020 Antal	2019 Antal
Danmark		0(0)	244.594	322.549	351.595
Hovedstaden		0(0)	82.515	112.877	122.676
Sjælland		0(0)	29.981	41.155	43.440
Syddanmark		0(0)	49.154	56.948	61.832
Midtjylland		0(0)	59.217	79.217	86.158
Nordjylland		0(0)	23.727	32.352	37.489
Hovedstaden		0(0)	82.515	112.877	122.676
Hvidovre		0(0)	82.515	112.877	122.676
Sjælland		0(0)	29.981	41.155	43.440
Næstved		0(0)	29.981	41.155	43.440
Syddanmark		0(0)	49.154	56.948	61.832
Esbjerg/Sønderborg ¹		0(0)	16.219	24.488	26.624
Vejle		0(0)	32.935	32.460	35.208
Midtjylland		0(0)	59.217	79.217	86.158
Randers		0(0)	59.217	79.217	86.158
Nordjylland		0(0)	23.727	32.352	37.489
Aalborg		0(0)	23.727	32.352	37.489

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

Datagrundlag og beregning. Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. 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.

Indikator 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"

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

	Standard	Uoplyst antal	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021	Tidligere år	
	opfyldt	(%)	Antal	2020 Antal	2019 Antal
Danmark		0(0)	127.914	35.065	47.150
Hovedstaden		0(0)	47.984	13.126	10.937
Sjælland		0(0)	16.190	2.875	4.434
Syddanmark		0(0)	23.696	13.065	16.112
Midtjylland		0(0)	28.303	4.322	13.597
Nordjylland		0(0)	11.741	1.677	2.070
Hovedstaden		0(0)	47.984	13.126	10.937
Hvidovre		0(0)	47.984	13.126	10.937
Sjælland		0(0)	16.190	2.875	4.434
Næstved		0(0)	16.190	2.875	4.434
Syddanmark		0(0)	23.696	13.065	16.112
Esbjerg/Sønderborg ¹		0(0)	9.867	971	1.724
Vejle		0(0)	13.829	12.094	14.388
Midtjylland		0(0)	28.303	4.322	13.597
Randers		0(0)	28.303	4.322	13.597
Nordjylland		0(0)	11.741	1.677	2.070
Aalborg		0(0)	11.741	1.677	2.070

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

Datagrundlag og beregning. Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. 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 afgrænset til følgende morfologi koder: "M09003" "M0901H" "FY5005" "FY5006" "FY5009" "FY5010" "P33520" "P33750" "P33760" "P33B30" "P33B35" "P33B36". Der er fratrasket de kvinder som samtidig med HPV-prøven også er cytologi-undersøgte (disse indgår i Tabel 1a)

Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 50%			01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	102.831 / 348.431	0 (0)	29,5	(29,4-29,7)	35,5	34,9
Hovedstaden	Nej	33.253 / 121.453	0 (0)	27,4	(27,1-27,6)	31,8	31,6
Sjælland	Nej	13.754 / 46.550	0 (0)	29,5	(29,1-30,0)	35,5	35,5
Syddanmark	Nej	20.968 / 67.656	0 (0)	31,0	(30,6-31,3)	37,7	37,2
Midtjylland	Nej	24.577 / 81.017	0 (0)	30,3	(30,0-30,7)	37,0	35,7
Nordjylland	Nej	10.279 / 31.755	0 (0)	32,4	(31,9-32,9)	39,6	38,5

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 40%			01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	55.429 / 236.331	0 (0)	23,5	(23,3-23,6)	26,5	25,7
Hovedstaden	Nej	18.866 / 84.019	0 (0)	22,5	(22,2-22,7)	24,8	24,9
Sjælland	Nej	7.154 / 32.306	0 (0)	22,1	(21,7-22,6)	25,2	23,0
Syddanmark	Nej	11.191 / 45.630	0 (0)	24,5	(24,1-24,9)	27,8	27,7
Midtjylland	Nej	13.294 / 53.857	0 (0)	24,7	(24,3-25,1)	28,6	27,0
Nordjylland	Nej	4.924 / 20.519	0 (0)	24,0	(23,4-24,6)	26,2	25,0

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 20%			01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	26.356 / 173.199	0 (0)	15,2	(15,0-15,4)	16,0	15,8
Hovedstaden	Nej	9.248 / 61.794	0 (0)	15,0	(14,7-15,2)	16,1	15,8
Sjælland	Nej	3.497 / 23.847	0 (0)	14,7	(14,2-15,1)	15,4	14,2
Syddanmark	Nej	5.224 / 33.071	0 (0)	15,8	(15,4-16,2)	15,9	17,1
Midtjylland	Nej	6.223 / 39.126	0 (0)	15,9	(15,5-16,3)	16,5	16,0
Nordjylland	Nej	2.164 / 15.361	0 (0)	14,1	(13,5-14,6)	15,0	14,3

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

	Alder	Tæller/ naevner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2020 - 31.12.2020	95% CI	2019	2018
			Andel		Andel	Andel
Danmark	23-64	206.877 / 348.431	59,4	(59,2-59,5)	61,4	62,5
	23-24	18.604 / 35.346	52,6	(52,1-53,2)	53,5	54,6
	25-29	28.443 / 54.685	52,0	(51,6-52,4)	52,4	53,9
	30-34	23.658 / 42.357	55,9	(55,4-56,3)	57,4	58,5
	35-39	26.437 / 43.154	61,3	(60,8-61,7)	63,7	65,3
	40-44	29.996 / 46.878	64,0	(63,6-64,4)	66,7	68,4
	45-49	33.859 / 51.885	65,3	(64,8-65,7)	67,5	69,2
	50-54	17.297 / 27.808	62,2	(61,6-62,8)	61,8	63,6
	55-59	16.447 / 26.333	62,5	(61,9-63,0)	63,5	64,5
	60-64	12.136 / 19.985	60,7	(60,0-61,4)	65,6	64,3
Hovedstaden	23-64	70.015 / 121.453	57,6	(57,4-57,9)	58,3	59,9
	23-24	6.770 / 13.461	50,3	(49,4-51,1)	49,2	50,3
	25-29	11.128 / 21.692	51,3	(50,6-52,0)	51,2	52,5
	30-34	9.182 / 16.548	55,5	(54,7-56,2)	56,2	56,0
	35-39	9.128 / 15.107	60,4	(59,6-61,2)	62,8	63,4
	40-44	10.023 / 15.749	63,6	(62,9-64,4)	65,2	66,9
	45-49	10.718 / 16.683	64,2	(63,5-65,0)	65,7	67,2
	50-54	4.908 / 8.247	59,5	(58,5-60,6)	57,0	62,1
	55-59	5.002 / 8.323	60,1	(59,0-61,2)	59,0	61,9
	60-64	3.156 / 5.643	55,9	(54,6-57,2)	59,2	62,9
Sjælland	23-64	27.275 / 46.550	58,6	(58,1-59,0)	60,5	62,2
	23-24	1.567 / 3.384	46,3	(44,6-48,0)	49,8	50,2
	25-29	2.641 / 5.750	45,9	(44,6-47,2)	46,2	48,8
	30-34	2.659 / 5.058	52,6	(51,2-53,9)	53,8	57,6
	35-39	3.508 / 5.773	60,8	(59,5-62,0)	62,6	64,7
	40-44	4.228 / 6.720	62,9	(61,8-64,1)	67,5	67,0
	45-49	5.376 / 8.153	65,9	(64,9-67,0)	67,6	68,4
	50-54	2.933 / 4.779	61,4	(60,0-62,8)	62,0	64,0
	55-59	2.534 / 4.093	61,9	(60,4-63,4)	62,0	64,2
	60-64	1.829 / 2.840	64,4	(62,6-66,2)	66,0	65,6
Syddanmark	23-64	41.329 / 67.656	61,1	(60,7-61,5)	63,4	65,1
	23-24	3.268 / 6.323	51,7	(50,5-52,9)	54,9	55,5
	25-29	5.219 / 9.954	52,4	(51,5-53,4)	53,8	55,2
	30-34	4.404 / 7.763	56,7	(55,6-57,8)	57,9	61,7
	35-39	5.273 / 8.567	61,6	(60,5-62,6)	64,5	67,7
	40-44	6.190 / 9.468	65,4	(64,4-66,3)	68,3	70,6
	45-49	7.293 / 10.790	67,6	(66,7-68,5)	69,6	72,0
	50-54	3.807 / 5.863	64,9	(63,7-66,2)	65,7	66,1
	55-59	3.809 / 5.795	65,7	(64,5-67,0)	66,3	67,3
	60-64	2.066 / 3.133	65,9	(64,3-67,6)	69,3	67,2

	Alder	Tæller/ naevner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2020 - 31.12.2020		2019	2018
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland	23-64	49.214 / 81.017	60,7	(60,4-61,1)	63,5	63,8
	23-24	5.027 / 8.791	57,2	(56,1-58,2)	57,1	59,7
	25-29	6.868 / 12.558	54,7	(53,8-55,6)	54,0	56,3
	30-34	5.388 / 9.437	57,1	(56,1-58,1)	59,1	59,9
	35-39	6.197 / 9.818	63,1	(62,2-64,1)	65,1	66,7
	40-44	6.864 / 10.637	64,5	(63,6-65,4)	67,9	70,1
	45-49	7.531 / 11.615	64,8	(64,0-65,7)	68,9	70,6
	50-54	4.006 / 6.246	64,1	(62,9-65,3)	63,9	64,8
	55-59	3.652 / 5.803	62,9	(61,7-64,2)	67,3	64,4
	60-64	3.681 / 6.112	60,2	(59,0-61,5)	65,8	60,8
Nordjylland	23-64	19.044 / 31.755	60,0	(59,4-60,5)	63,3	63,8
	23-24	1.972 / 3.387	58,2	(56,6-59,9)	61,9	61,5
	25-29	2.587 / 4.731	54,7	(53,3-56,1)	58,3	57,8
	30-34	2.025 / 3.551	57,0	(55,4-58,7)	62,2	60,8
	35-39	2.331 / 3.889	59,9	(58,4-61,5)	63,5	65,1
	40-44	2.691 / 4.304	62,5	(61,1-64,0)	64,8	67,3
	45-49	2.941 / 4.644	63,3	(61,9-64,7)	65,7	67,9
	50-54	1.643 / 2.673	61,5	(59,6-63,3)	62,8	59,5
	55-59	1.450 / 2.319	62,5	(60,6-64,5)	63,6	65,3
	60-64	1.404 / 2.257	62,2	(60,2-64,2)	68,4	66,4

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

		Tæller/ nævner	Andel	2016-2021 95% CI
Danmark	I alt	1.077.304 / 1.568.794	68,7	(68,6-68,7)
Hovedstaden	I alt	377.848 / 532.791	70,9	(70,8-71,0)
	Albertslund	4.640 / 7.228	64,2	(63,1-65,3)
	Allerød	4.793 / 6.523	73,5	(72,4-74,5)
	Ballerup	8.994 / 12.948	69,5	(68,7-70,3)
	Bornholm	6.298 / 9.803	64,2	(63,3-65,2)
	Brøndby	5.974 / 9.598	62,2	(61,3-63,2)
	Christiansø	16 / 24	66,7	(47,8-85,5)
	Dragør	2.469 / 3.604	68,5	(67,0-70,0)
	Egedal	8.320 / 11.671	71,3	(70,5-72,1)
	Fredensborg	7.262 / 10.509	69,1	(68,2-70,0)
	Frederiksberg	23.701 / 31.380	75,5	(75,1-76,0)
	Frederikssund	7.595 / 11.724	64,8	(63,9-65,6)
	Furesø	7.249 / 10.321	70,2	(69,4-71,1)
	Gentofte	14.503 / 19.884	72,9	(72,3-73,6)
	Gladsaxe	13.244 / 18.606	71,2	(70,5-71,8)
	Glostrup	4.249 / 6.441	66,0	(64,8-67,1)
	Gribskov	6.635 / 10.295	64,4	(63,5-65,4)
	Halsnæs	5.001 / 7.947	62,9	(61,9-64,0)
	Helsingør	11.181 / 16.172	69,1	(68,4-69,8)
	Herlev	5.316 / 7.696	69,1	(68,0-70,1)
	Hillerød	9.656 / 14.100	68,5	(67,7-69,2)
	Hvidovre	9.805 / 14.506	67,6	(66,8-68,4)
	Høje-Taastrup	8.745 / 14.176	61,7	(60,9-62,5)
	Hørsholm	4.276 / 5.962	71,7	(70,6-72,9)
	Ishøj	3.750 / 6.331	59,2	(58,0-60,4)
	København	155.067 / 209.213	74,1	(73,9-74,3)
	Lyngby-Taarbæk	10.654 / 15.096	70,6	(69,8-71,3)
	Rudersdal	9.971 / 14.121	70,6	(69,9-71,4)
	Rødovre	7.653 / 11.320	67,6	(66,7-68,5)
	Tårnby	7.988 / 11.384	70,2	(69,3-71,0)
	Vallensbæk	2.859 / 4.208	67,9	(66,5-69,4)
Sjælland	I alt	139.291 / 217.053	64,2	(64,0-64,4)
	Faxe	5.737 / 9.531	60,2	(59,2-61,2)
	Greve	8.723 / 13.134	66,4	(65,6-67,2)
	Guldborgsund	9.368 / 14.926	62,8	(62,0-63,5)
	Holbæk	12.168 / 19.060	63,8	(63,2-64,5)
	Kalundborg	7.296 / 12.299	59,3	(58,5-60,2)
	Køge	10.923 / 16.398	66,6	(65,9-67,3)
	Lejre	4.693 / 7.234	64,9	(63,8-66,0)
	Lolland	5.664 / 9.565	59,2	(58,2-60,2)
	Næstved	14.266 / 21.902	65,1	(64,5-65,8)

		Tæller/ nævner	2016-2021 Andel	95% CI
	Odsherred	4.598 / 7.800	58,9	(57,9-60,0)
	Ringsted	6.175 / 9.483	65,1	(64,2-66,1)
	Roskilde	16.496 / 23.644	69,8	(69,2-70,4)
	Slagelse	13.354 / 20.928	63,8	(63,2-64,5)
	Solrød	4.240 / 6.141	69,0	(67,9-70,2)
	Sorø	5.032 / 7.868	64,0	(62,9-65,0)
	Stevns	3.585 / 5.958	60,2	(58,9-61,4)
	Vordingborg	6.973 / 11.182	62,4	(61,5-63,3)
Syddanmark	I alt	212.480 / 315.480	67,4	(67,2-67,5)
	Aabenraa	9.314 / 14.637	63,6	(62,9-64,4)
	Assens	6.836 / 10.286	66,5	(65,5-67,4)
	Billund	4.428 / 6.693	66,2	(65,0-67,3)
	Esbjerg	20.387 / 29.876	68,2	(67,7-68,8)
	Faaborg-Midtfyn	8.408 / 12.950	64,9	(64,1-65,7)
	Fanø	463 / 774	59,8	(56,4-63,3)
	Fredericia	8.813 / 13.392	65,8	(65,0-66,6)
	Haderslev	9.240 / 13.914	66,4	(65,6-67,2)
	Kerteminde	3.840 / 6.052	63,5	(62,2-64,7)
	Kolding	16.978 / 24.522	69,2	(68,7-69,8)
	Langeland	1.662 / 2.823	58,9	(57,1-60,7)
	Middelfart	6.792 / 10.086	67,3	(66,4-68,3)
	Nordfyns	4.755 / 7.522	63,2	(62,1-64,3)
	Nyborg	5.219 / 8.073	64,6	(63,6-65,7)
	Odense	40.735 / 56.673	71,9	(71,5-72,2)
	Svendborg	9.852 / 14.855	66,3	(65,6-67,1)
	Sønderborg	12.171 / 18.172	67,0	(66,3-67,7)
	Tønder	5.673 / 9.038	62,8	(61,8-63,8)
	Varde	8.105 / 12.283	66,0	(65,1-66,8)
	Vejen	6.912 / 10.585	65,3	(64,4-66,2)
	Vejle	21.158 / 30.934	68,4	(67,9-68,9)
	Ærø	739 / 1.340	55,1	(52,5-57,8)
Midtjylland	I alt	244.096 / 352.586	69,2	(69,1-69,4)
	Aarhus	75.746 / 102.477	73,9	(73,6-74,2)
	Favrskov	8.764 / 12.425	70,5	(69,7-71,3)
	Hedensted	7.672 / 12.000	63,9	(63,1-64,8)
	Herning	15.642 / 22.622	69,1	(68,5-69,7)
	Holstebro	10.319 / 14.838	69,5	(68,8-70,3)
	Horsens	16.389 / 24.536	66,8	(66,2-67,4)
	Ikast-Brandø	6.864 / 10.552	65,0	(64,1-66,0)
	Lemvig	2.890 / 4.606	62,7	(61,3-64,1)
	Norrdjurs	5.550 / 9.208	60,3	(59,3-61,3)
	Odder	3.898 / 5.823	66,9	(65,7-68,1)
	Randers	17.149 / 25.847	66,3	(65,8-66,9)
	Ringkøbing-Skjern	8.730 / 13.592	64,2	(63,4-65,0)

		Tæller/ nævner	2016-2021 Andel	95% CI
	Samsø	430 / 878	49,0	(45,7-52,3)
	Silkeborg	17.552 / 25.160	69,8	(69,2-70,3)
	Skanderborg	11.825 / 16.550	71,5	(70,8-72,1)
	Skive	7.392 / 11.030	67,0	(66,1-67,9)
	Struer	3.256 / 4.963	65,6	(64,3-66,9)
	Syddjurs	7.069 / 10.841	65,2	(64,3-66,1)
	Viborg	16.959 / 24.638	68,8	(68,3-69,4)
Nordjylland	I alt	103.573 / 150.884	68,6	(68,4-68,9)
	Aalborg	42.902 / 59.093	72,6	(72,2-73,0)
	Brønderslev	6.063 / 9.050	67,0	(66,0-68,0)
	Frederikshavn	9.338 / 14.408	64,8	(64,0-65,6)
	Hjørring	10.791 / 16.136	66,9	(66,1-67,6)
	Jammerbugt	6.141 / 9.405	65,3	(64,3-66,3)
	Læsø	226 / 403	56,1	(51,2-60,9)
	Mariagerfjord	7.075 / 10.460	67,6	(66,7-68,5)
	Morsø	3.038 / 4.734	64,2	(62,8-65,5)
	Rebild	5.502 / 7.735	71,1	(70,1-72,1)
	Thisted	6.788 / 10.523	64,5	(63,6-65,4)
	Vesthimmerlands	5.709 / 8.937	63,9	(62,9-64,9)

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

			Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2016-2021*		2015-2020**	2014-2019***
Aldersgruppe	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	23-64	1.077.304 / 1.568.794	68,7	(68,6-68,7)	69,1	70,1
	23-24****	33.312 / 76.256	43,7	(43,3-44,0)	43,5	44,7
	25-29	136.504 / 197.730	69,0	(68,8-69,2)	69,0	69,8
	30-34	134.916 / 184.079	73,3	(73,1-73,5)	73,6	74,7
	35-39	123.127 / 163.968	75,1	(74,9-75,3)	75,7	77,0
	40-44	130.277 / 173.248	75,2	(75,0-75,4)	75,8	77,5
	45-49	144.756 / 196.395	73,7	(73,5-73,9)	75,1	76,3
	50-54	108.399 / 196.321	55,2	(55,0-55,4)	55,7	56,5
	55-59	145.734 / 204.359	71,3	(71,1-71,5)	72,0	73,0
	60-64	120.279 / 176.438	68,2	(68,0-68,4)	68,7	69,1
Hovedstaden	23-64	377.848 / 532.791	70,9	(70,8-71,0)	71,2	71,7
	23-24	12.226 / 29.349	41,7	(41,1-42,2)	40,6	40,9
	25-29	53.991 / 79.076	68,3	(68,0-68,6)	68,1	68,5
	30-34	54.966 / 71.243	77,2	(76,8-77,5)	77,1	77,6
	35-39	46.609 / 59.222	78,7	(78,4-79,0)	78,9	79,2
	40-44	45.811 / 59.101	77,5	(77,2-77,8)	78,7	79,9
	45-49	48.305 / 63.710	75,8	(75,5-76,2)	77,3	78,4
	50-54	35.250 / 60.556	58,2	(57,8-58,6)	58,0	59,2
	55-59	45.523 / 61.078	74,5	(74,2-74,9)	75,1	75,4
	60-64	35.167 / 49.456	71,1	(70,7-71,5)	71,7	71,5
Sjælland	23-64	139.291 / 217.053	64,2	(64,0-64,4)	65,1	66,4
	23-24	2.642 / 6.808	38,8	(37,6-40,0)	38,6	41,1
	25-29	11.899 / 20.076	59,3	(58,6-59,9)	60,2	62,0
	30-34	13.686 / 21.737	63,0	(62,3-63,6)	63,6	65,4
	35-39	14.940 / 21.752	68,7	(68,1-69,3)	69,5	72,0
	40-44	17.351 / 24.290	71,4	(70,9-72,0)	72,0	74,0
	45-49	21.511 / 30.072	71,5	(71,0-72,0)	73,0	74,2
	50-54	16.337 / 31.135	52,5	(51,9-53,0)	53,9	54,0
	55-59	22.199 / 32.552	68,2	(67,7-68,7)	69,1	70,3
	60-64	18.726 / 28.631	65,4	(64,9-66,0)	66,7	67,3
Syddanmark	23-64	212.480 / 315.480	67,4	(67,2-67,5)	68,2	69,2
	23-24	5.839 / 13.280	44,0	(43,1-44,8)	44,5	45,8
	25-29	23.641 / 34.839	67,9	(67,4-68,3)	68,6	69,3
	30-34	23.773 / 33.935	70,1	(69,6-70,5)	71,4	73,0
	35-39	23.119 / 31.835	72,6	(72,1-73,1)	73,6	75,4
	40-44	25.772 / 34.906	73,8	(73,4-74,3)	74,6	76,4
	45-49	29.691 / 40.751	72,9	(72,4-73,3)	74,5	75,3
	50-54	22.537 / 41.835	53,9	(53,4-54,3)	54,8	55,7
	55-59	31.334 / 44.616	70,2	(69,8-70,7)	71,2	72,3
	60-64	26.774 / 39.483	67,8	(67,4-68,3)	67,7	68,3
Midtjylland	23-64	244.096 / 352.586	69,2	(69,1-69,4)	69,3	70,5

Aldersgruppe	Tæller/ nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder		
		2016-2021*		2015-2020**	2014-2019***	
		Andel	95% CI	Andel	Andel	
23-24	8.930 / 19.314	46,2	(45,5-46,9)	46,5	48,4	
25-29	33.340 / 45.506	73,3	(72,9-73,7)	72,7	72,9	
30-34	30.146 / 40.611	74,2	(73,8-74,7)	74,0	75,5	
35-39	27.478 / 36.311	75,7	(75,2-76,1)	75,9	77,5	
40-44	29.393 / 38.719	75,9	(75,5-76,3)	75,7	77,9	
45-49	32.171 / 43.715	73,6	(73,2-74,0)	74,6	76,3	
50-54	24.020 / 43.707	55,0	(54,5-55,4)	54,9	55,5	
55-59	31.894 / 45.039	70,8	(70,4-71,2)	71,2	72,6	
60-64	26.724 / 39.664	67,4	(66,9-67,8)	67,8	68,4	
Nordjylland	23-64	103.573 / 150.884	68,6	(68,4-68,9)	69,3	70,7
	23-24	3.675 / 7.505	49,0	(47,8-50,1)	49,9	51,9
	25-29	13.633 / 18.233	74,8	(74,1-75,4)	74,7	76,6
	30-34	12.345 / 16.553	74,6	(73,9-75,2)	75,3	76,0
	35-39	10.978 / 14.848	73,9	(73,2-74,6)	75,6	77,3
	40-44	11.947 / 16.232	73,6	(72,9-74,3)	74,0	76,2
	45-49	13.075 / 18.147	72,1	(71,4-72,7)	73,3	74,9
	50-54	10.253 / 19.088	53,7	(53,0-54,4)	54,6	55,8
	55-59	14.781 / 21.074	70,1	(69,5-70,8)	70,9	72,6
	60-64	12.886 / 19.204	67,1	(66,4-67,8)	68,0	68,5

*Aktuel periode: Juli 2018 til december 2021 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2016 til december 2021 (for kvinder med alder 50-64 år)

**Tidligere periode: Juli 2017 til december 2020 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2015 til december 2020 (for kvinder med alder 50-64 år)

***Tidligere periode: Juli 2016 til december 2019 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2014 til december 2019 (for kvinder med alder 50-64 år)

**** Estimatet for den yngste aldersgruppe bør tolkes med forbehold, idet man først inviteres til screening, når man fylder 23 år og der kigges på screening i et 3,5 års interval bagud i tid. Tallet for den yngste aldersgruppe er hermed underestimeret.

Tabel 2c. Antal kvinder som var frameldd screeningsprogrammet pr. december 2021, fordelt på alder og årsag til frameldding

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23-29	I alt	1.500	100,0	305	100,0	831	100,0	562	100,0	395	100,0	3.593	100,0
	Andet	27	1,8	15	4,9	10	1,2	.	.	13	3,3	65	1,8
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	61	4,1	35	11,5	112	13,5	74	13,2	51	12,9	333	9,3
	Jeg er gravid	9	0,6	#	0,3	8	1,0	3	0,5	19	4,8	40	1,1
	Jeg springer over denne gang	362	24,1	32	10,5	124	14,9	100	17,8	58	14,7	676	18,8
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	75	5,0	4	1,3	31	3,7	22	3,9	37	9,4	169	4,7
	Udrejst	#	0,1	#	0,3	#	0,1	.	.	.	.	4	0,1
	Ukendt adressat	90	6,0	5	1,6	27	3,2	11	2,0	5	1,3	138	3,8
	Ønsker ikke at deltage	874	58,3	211	69,2	518	62,3	352	62,6	212	53,7	2.167	60,3
	Ønsker ikke at deltage (frameldding for altid)	.	.	#	0,3	.	.	.	.	.	.	#	0,0
30-49	I alt	7.092	100,0	5.577	100,0	8.654	100,0	7.226	100,0	3.338	100,0	31.887	100,0
	Andet	26	0,4	36	0,6	4	0,0	7	0,1	22	0,7	95	0,3
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.410	76,3	5.009	89,8	7.495	86,6	6.298	87,2	2.790	83,6	27.002	84,7
	Jeg er gravid	37	0,5	4	0,1	7	0,1	5	0,1	3	0,1	56	0,2
	Jeg springer over denne gang	391	5,5	54	1,0	141	1,6	115	1,6	68	2,0	769	2,4
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	93	1,3	7	0,1	31	0,4	24	0,3	19	0,6	174	0,5
	Udrejst	3	0,0	.	.	#	0,0	.	.	#	0,0	5	0,0
	Ukendt adressat	58	0,8	12	0,2	19	0,2	14	0,2	3	0,1	106	0,3
	Ønsker ikke at deltage	1.074	15,1	455	8,2	955	11,0	763	10,6	432	12,9	3.679	11,5
	Ønsker ikke at deltage (frameldding for altid)	.	.	.	.	#	0,0	.	.	.	.	#	0,0
50-64	I alt	8.223	100,0	15.108	100,0	12.872	100,0	6.809	100,0	3.656	100,0	46.668	100,0
	Andet	30	0,4	38	0,3	6	0,0	5	0,1	29	0,8	108	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.619	68,3	13.702	90,7	10.117	78,6	4.781	70,2	2.325	63,6	36.544	78,3
	Jeg springer over denne gang	549	6,7	139	0,9	363	2,8	278	4,1	134	3,7	1.463	3,1

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	32	0,4	14	0,1	13	0,1	19	0,3	20	0,5	98	0,2
	Ukendt adressat	10	0,1	8	0,1	5	0,0	#	0,0	3	0,1	27	0,1
	Ønsker ikke at deltage	1.982	24,1	1.207	8,0	2.368	18,4	1.725	25,3	1.145	31,3	8.427	18,1
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	.	.	.	.	.	.	.	.	#	0,0
I alt	I alt	16.815	100,0	20.990	100,0	22.357	100,0	14.597	100,0	7.389	100,0	82.148	100,0
	Andet	83	0,5	89	0,4	20	0,1	12	0,1	64	0,9	268	0,3
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	11.090	66,0	18.746	89,3	17.724	79,3	11.153	76,4	5.166	69,9	63.879	77,8
	Jeg er gravid	46	0,3	5	0,0	15	0,1	8	0,1	22	0,3	96	0,1
	Jeg springer over denne gang	1.302	7,7	225	1,1	628	2,8	493	3,4	260	3,5	2.908	3,5
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	200	1,2	25	0,1	75	0,3	65	0,4	76	1,0	441	0,5
	Udrejst	5	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	#	0,0	9	0,0
	Ukendt adressat	158	0,9	25	0,1	51	0,2	26	0,2	11	0,1	271	0,3
	Ønsker ikke at deltage	3.930	23,4	1.873	8,9	3.841	17,2	2.840	19,5	1.789	24,2	14.273	17,4
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	.	.	3	0,0

Indikatorområde: Prøvekvalitet

Tabel 3a1. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder i 2021

																	Uegnet		Andre		I alt	
	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		N	%	N	%	N	%
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%						
Danmark	0	0,0	551	0,5	923	0,9	572	0,6	2.071	2,0	20	0,0	226	0,2	96.478	94,9	741	0,7	102	0,1		101.684
Hovedstaden	0	0,0	231	0,7	235	0,7	275	0,8	908	2,6	4	0,0	121	0,3	32.654	94,3	202	0,6	3	0,0		34.633
Sjælland	0	0,0	69	0,5	312	2,4	49	0,4	242	1,8	3	0,0	22	0,2	12.396	93,9	101	0,8	4	0,0		13.198
Syddanmark	0	0,0	54	0,2	114	0,5	91	0,4	332	1,5	3	0,0	55	0,2	21.535	96,3	77	0,3	92	0,4		22.353
Midtjylland	0	0,0	149	0,7	160	0,7	119	0,5	488	2,2	5	0,0	23	0,1	21.404	94,8	240	1,1	0	0,0		22.588
Nordjylland	0	0,0	48	0,5	102	1,1	38	0,4	101	1,1	5	0,1	5	0,1	8.489	95,3	121	1,4	3	0,0		8.912

Tabel 3a1 er afgrænset til at omhandle kun de cytologi undersøgte og 3b1 kun de HPV undersøgte. Følgende morfologi koder indgår i tabellerne angående diagnosefordeling:

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

Tabel 3b1. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige HPV-screenede kvinder i 2021

	HPV negative		HPV positive														Uegnet		Andre		I alt		
			Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal						
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Danmark	95.344	88,0	0	0,0	558	0,5	695	0,6	495	0,5	1.059	1,0	28	0,0	84	0,1	6.598	6,1	229	0,2	3.204	3,0	108.294
Hovedstaden	33.879	88,6	0	0,0	211	0,6	193	0,5	226	0,6	426	1,1	3	0,0	40	0,1	2.284	6,0	45	0,1	933	2,4	38.240
Sjælland	12.668	86,9	0	0,0	59	0,4	217	1,5	36	0,2	92	0,6	10	0,1	14	0,1	857	5,9	30	0,2	593	4,1	14.576
Syddanmark	17.129	88,0	0	0,0	61	0,3	83	0,4	58	0,3	158	0,8	#	0,0	17	0,1	1.183	6,1	29	0,1	743	3,8	19.463
Midtjylland	22.718	87,6	0	0,0	176	0,7	122	0,5	122	0,5	303	1,2	11	0,0	8	0,0	1.733	6,7	108	0,4	637	2,5	25.938
Nordjylland	8.950	88,8	0	0,0	51	0,5	80	0,8	53	0,5	80	0,8	#	0,0	5	0,0	541	5,4	17	0,2	298	3,0	10.077

Tabel 3c. Andelen af uegnede celleprøver i 2021 fordelt på årsag

	Uegnet NOS/mindre egnet		For lidt materiale		Autolyse/blødning		Teknisk dårligt		Inflammation		Materiale med for få pladeepitelceller		Materialet uden endocervikale celler		I alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Danmark	142	5,0	355	12,5	75	2,7	83	2,9	#	0,1	1.344	47,5	829	29,3	2.830
Hovedstaden	35	4,2	151	18,2	16	1,9	14	1,7	#	0,2	236	28,4	376	45,3	830
Sjælland	24	5,3	41	9,1	4	0,9	#	0,4			174	38,6	206	45,7	451
Syddanmark	42	17,4	85	35,1	21	8,7	63	26,0			7	2,9	24	9,9	242
Midtjylland	32	3,3	69	7,0	25	2,6	#	0,2			631	64,4	221	22,6	980
Nordjylland	9	2,8	9	2,8	9	2,8	#	0,6			296	90,5	#	0,6	327
Hovedstaden	35	4,2	151	18,2	16	1,9	14	1,7	#	0,2	236	28,4	376	45,3	830
Hvidovre	35	4,2	151	18,2	16	1,9	14	1,7	#	0,2	236	28,4	376	45,3	830
Sjælland	24	5,3	41	9,1	4	0,9	#	0,4			174	38,6	206	45,7	451
Næstved	24	5,3	41	9,1	4	0,9	#	0,4			174	38,6	206	45,7	451
Syddanmark	42	17,4	85	35,1	21	8,7	63	26,0			7	2,9	24	9,9	242
Esbjerg/Sønderborg ¹	19	30,2	39	61,9									5	7,9	63
Vejle	23	12,8	46	25,7	21	11,7	63	35,2			7	3,9	19	10,6	179
Midtjylland	32	3,3	69	7,0	25	2,6	#	0,2			631	64,4	221	22,6	980
Randers	32	3,3	69	7,0	25	2,6	#	0,2			631	64,4	221	22,6	980
Nordjylland	9	2,8	9	2,8	9	2,8	#	0,6			296	90,5	#	0,6	327
Aalborg	9	2,8	9	2,8	9	2,8	#	0,6			296	90,5	#	0,6	327

Summen af uegnede celleprøver er lavere i denne tabel end i summen af nævneren i hhv. indikatortabel 3a1 og indikatortabel 3b1, idet en celleprøve både kan være cytologi-undersøgt OG HPV-undersøgt, dvs. den indgår i begge indikatortabeller. Hvis en celleprøve har flere m-koder indgår den kun én gang.

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

Indikatorområde: HPV test

Tabel 5a1. Fordelingen af positive HPV prøver i alderen 60-64 år for 2021

	HPV	HPV type		
	HPV 16	HPV 18	other	ikke defineret
Danmark*	142	48	531	35
Hovedstaden	37	10	137	34
Sjælland	25	12	96	#
Syddanmark	28	11	101	.
Midtjylland	30	10	138	.
Nordjylland	22	5	59	.
Hovedstaden	37	10	137	34
Hvidovre	37	10	137	34
Sjælland	25	12	96	#
Næstved	25	12	96	#
Syddanmark	28	11	101	.
Esbjerg/ Sønderborg ¹	18	6	41	.
Vejle ²	10	5	60	.
Midtjylland	30	10	138	.
Randers	30	10	138	.
Nordjylland	22	5	59	.
Aalborg	22	5	59	.

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

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

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekulære HPV test i cervix-screening i DK i 2021

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

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

Indikatorområde: Opfølgning

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.11.2019 - 31.10.2020 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark		58 / 5.309	0 (0)	1,1	(0,8-1,4)	1,1	0,8
Hovedstaden		35 / 2.401	0 (0)	1,5	(1,0-2,0)	1,3	0,9
Sjælland		7 / 401	0 (0)	1,7	(0,7-3,6)	1,9	0,3
Syddanmark		5 / 618	0 (0)	0,8	(0,3-1,9)	0,7	1,4
Midtjylland		8 / 1.364	0 (0)	0,6	(0,3-1,2)	0,8	0,5
Nordjylland		3 / 525	0 (0)	0,6	(0,1-1,7)	0,6	0,1

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2% opfyldt		antal (%)	01.11.2019 - 31.10.2020 Andel	95% CI	2018/19 Andel	2017/18 Andel
Danmark	Nej	229 / 5.309	0 (0)	4,3	(3,8-4,9)	4,1	3,9
Hovedstaden	Nej	106 / 2.401	0 (0)	4,4	(3,6-5,3)	4,3	4,3
Sjælland	Nej	22 / 401	0 (0)	5,5	(3,5-8,2)	4,9	4,4
Syddanmark	Nej	32 / 618	0 (0)	5,2	(3,6-7,2)	4,0	4,1
Midtjylland	Nej	51 / 1.364	0 (0)	3,7	(2,8-4,9)	3,7	2,9
Nordjylland	Nej	18 / 525	0 (0)	3,4	(2,0-5,4)	3,7	3,6

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.11.2019 - 31.10.2020		2018/19	2017/18
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		891 / 19.713	0 (0)	4,5	(4,2-4,8)	5,0	4,0
Hovedstaden		283 / 7.510	0 (0)	3,8	(3,3-4,2)	4,0	3,7
Sjælland		151 / 2.339	0 (0)	6,5	(5,5-7,5)	9,5	6,3
Syddanmark		120 / 2.263	0 (0)	5,3	(4,4-6,3)	5,1	4,7
Midtjylland		232 / 5.353	0 (0)	4,3	(3,8-4,9)	3,7	3,2
Nordjylland		105 / 2.248	0 (0)	4,7	(3,8-5,6)	5,7	3,8

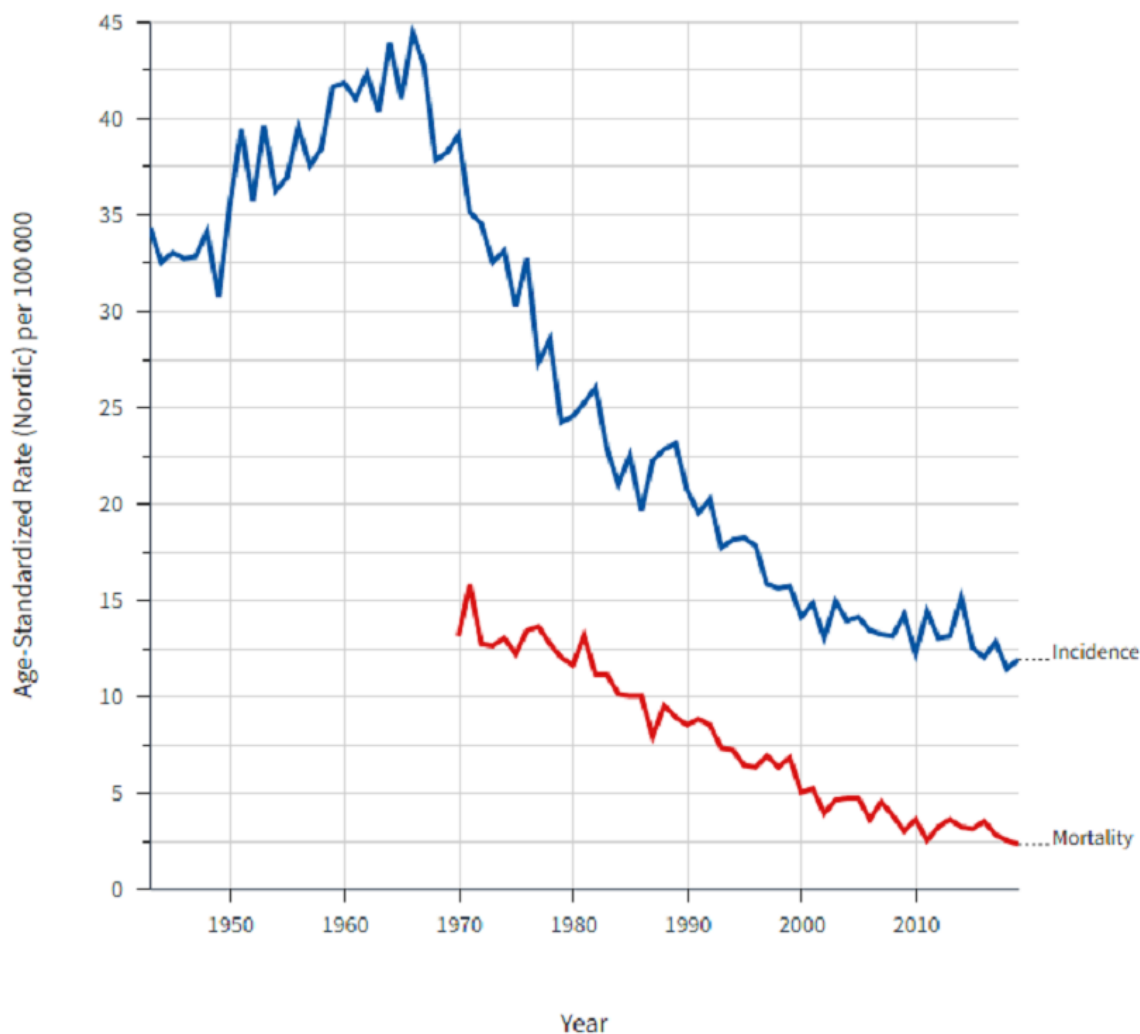
Indikator 6d: Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor tidsgrænserne

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.11.2019 - 31.10.2020		2018/19	2017/18
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		2.311 / 19.713	0 (0)	11,7	(11,3-12,2)	12,4	12,3
Hovedstaden		874 / 7.510	0 (0)	11,6	(10,9-12,4)	12,5	12,8
Sjælland		298 / 2.339	0 (0)	12,7	(11,4-14,2)	15,0	12,4
Syddanmark		273 / 2.263	0 (0)	12,1	(10,7-13,5)	10,6	10,6
Midtjylland		607 / 5.353	0 (0)	11,3	(10,5-12,2)	11,0	12,0
Nordjylland		259 / 2.248	0 (0)	11,5	(10,2-12,9)	14,2	12,3

4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Som det fremgår af Figur 1 har indførelsen af screening for livmoderhalskræft i Danmark fra midten af 1960'erne medført et kraftigt fald i såvel nye årlige tilfælde som i dødelighed, omend faldet i incidensen de seneste 10 år har været meget beskedent. Ifølge Nordcan var incidensen i 2018 11,3 pr 100.000; dødeligheden var i 2018 2,4 pr 100.000.

Figur 1. Aldersstandiseret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft i Danmark indtil 2018 ⁷.



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

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne, men først i 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger vedrørende livmoderhalskræft, hvor alle kvinder i aldersgruppen 23-59 år på landsplan skulle inviteres til en screeningsundersøgelse hvert tredje år. Dette var først implementeret endeligt i hele landet i

⁷ Nordcan 2021. Larønningen S, Ferlay J, Bray F, Engholm G, Ervik M, Gulbrandsen J, Hansen HL, Hansen HM, Johannesen TB, Kristensen S, Kristiansen MF, Lam F, Laversanne M, Miettinen J, Mørch LS, Ólafsdóttir E, Óskarsson O, Pejicic S, Petterson D, Skog A, Skovlund CW, Tian H, Toorell N, Virtanen A, Aagnes B, Storm HH (2021). NORDCAN: Cancer Incidence, Mortality, Prevalence and Survival in the Nordic Countries, Version 9.1 - 27.09.21. Association of the Nordic Cancer Registries. Cancer Registry of Norway. Available from: <https://nordcan.iarc.fr/>, downloadet 23/03/2022.

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

Til at varetage kvalitetsmonitoreringen nedsatte regionerne i 2008 en national styregruppe for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS). Styregruppen har siden udarbejdet 7 kliniske indikatorområder og 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 årligt udsendt en årsrapport, hvor kvalitetsindikatorerne opgøres i en ikke-anonymiseret form på landsplan, regionsniveau og for den enkelte patologiafdeling, der deltager i screeningen. En anonymiseret udgave af rapporten offentliggøres.

DKLS' kvalitetsindikatorer omfatter kapacitet (1), deltagelse og dækningsgrad (2a og 2b), prøvekvalitet (3a og 3b), svartid (4), HPV-test (5a og 5b), opfølgning (6), og antal tilfælde af livmoderhalskræft (7a og 7b). Alle data vedrørende de nuværende kvalitetsindikatorer opsamles direkte via nationale registre (Patologidatabanken, CPR-registeret og Dansk Gynækologisk Cancerdatabase), 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, 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 livmoderhalskræft⁸. 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 DKLS videreføres, og at styregruppen for DKLS i samarbejde med NSLS vurderer evt. behov for at erstatte eller supplere det 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.

⁸ Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, maj 2018

5. Datagrundlag og metode

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

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

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

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

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

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

DKLS skal én gang årligt offentliggøre en epidemiologisk og fagligt kommenteret årsrapport, som skal være tilgængelig for de indberettende enheder. Denne afrapporterer de nationale indikatorer til måling af kvaliteten af screeningsprogrammet mod livmoderhalskræft.

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

Celleprøver, der er registreret i Patologidatabanken, stammer fra kvinder, som (1) indbydes og deltager i screeningsprogrammet, (2) får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) og (3) får taget en celleprøve som kontrol efter behandling for forstadier til livmoderhalskræft. Indikatorer samt standarder er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2007 og 2012 vedrørende "Screening for livmoderhalskræft", Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 om "Væskebaseret teknik og udstrykningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark – en medicinsk teknologivurdering" samt tidligere opgørelser fra Patologidatabanken af deltagerprocent og dækningsgraden vedr. screening for livmoderhalskræft.

6. Styregruppens medlemmer

- Overlæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden (formand for styregruppen pr April 2022)
- Ledende overlæge Marianne Waldstrøm, Region Syddanmark
- Professor, ledende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Afdelingslæge Anna Poulsgaard Frandsen, Region Nordjylland
- Afdelingslæge Rouzbeh Salmani, Region Sjælland
- Bioanalytiker Susanne Nielsen, Dansk Cytologiforening
- Overlæge Kirsten Jochumsen, Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi
- Praktiserende læge Kirubakaran Balasubramaniam
- Maja Ulrikka Bruun Laustsen, Patientrepræsentant
- Kontaktperson Ane Birgitte Telén Andersen, Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP, og RKKP repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midtjylland
- Biostatistiker Petra Hall Viborg, Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP.
- Klinisk epidemiolog Else Helene Ibfelt, Afdeling for Cancer og cancerscreening, RKKP.

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

Appendiks I. Ordliste og forkortelser

Adenokarcinom – Kræft udgået fra cylinderepitel

Adenocarcinoma in situ – Forstadie til adenokarcinom

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

ASCUS / ASCH / AGC / AIS – se forkortelseslisten

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

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

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

Autolyse – Nedbrydning af celler ved deres egne enzymer

Automatiseret screening – Præscreening vha. computer

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

Biopsi – Vævsprøve

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

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

Cervixcytologisk undersøgelse – En undersøgelse af celler fra livmoderhalsen

CIN-klassifikation – Klassifikation af forstadier til livmoderhalskræft

Cylinderepitel – Cylinderformede celler, der beklæder slimhindeoverflade

Cytobioanalytiker – Bioanalytiker med kompetence i cellediagnostik

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

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

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

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

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

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

Endocervikale celler – Cylinderepitelceller fra livmoderhalsens kanal

Ektocervix – Overfladen uden på livmoderhalsen

Endocervix – Overfladen i livmoderhalskanalen

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

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

Fiksering – Metode til at bevare celle- eller vævsstrukturer

Fikseringsvæske – Væske til bevaring af celler eller væv

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

Histologi – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning

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

Hysterektomi / total hysterektomi – Fjernelse af hele livmoderen

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

Indikator / kvalitetsindikator – 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

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

Vagina – Latin for skeden

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

Forkortelser

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

Appendiks II. Indikatoroversigt og metode

På de følgende sider ses oversigt for hvert indikatorområde og de enkelte indikatorer, som opgøres af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS), samt uddybende specifikationer, forklaringer og argumentation for hver indikator.

Indikatorområde: Kapacitet				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporterings-niveau
Indikator 1. Antal cervixcytologiske celleprøver på landsplan samt fordelt på regioner og patologiafdelinger, alle aldersgrupper (strukturemål)	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 fastlægge tidsvinduet. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Celleprøver: T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology	≥25.000	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporterings-niveau
Indikator 2a. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres til screening (procesmål)	Specifikation: Indikatoren måler kvaliteten af invitationsproceduren i forhold til deltagelse. Der ønskes en monitorering af den omkostningstunge invitationsprocedure, især vedrørende den 2. geninvitation. Hittidige 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 således at der kan opnås 1 års follow-up (3 mdr. fra invitation til 1.	≥75 %	Patologidatabanken Indkaldemodul	National Regionalt Kommunalt

	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 registreret med en prøve inden for hvert tidsinterval (90 dage) efter den foregående invitation eller geninvitation.			
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 2b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad) i hele landet samt fordelt på regioner (effekt mål)	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 DST og CPR, der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet. Fra LRP hentes relevante celleprøve(r) i hhv. 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 og MATTYP 23) inden for 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).	≥85 %	Danmarks Statistik Landsregisteret for Patologi CPR registret	Nationalt Regionalt Kommunalt
Indikatorområde: Prøvekvalitet				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau

Indikator 3a. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle cytologi-undersøgte prøver (procesmål)	Specifikation: En uegnet celleprøve 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: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervicale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology afgrænset til cytologi-undersøgte prøver Tæller: Alle celleprøver koblet med mindst én af koderne for uegnede celleprøver inden for tidsperioden men ikke en samtidig diagnosekode.	≤1,5 %	Landsregis- teret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporterings-niveau
Indikator 3b. Andelen af uegnede celleprøver ud af alle HPV-undersøgte prøver (procesmål)	Specifikation: En uegnet celleprøve 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. Indikatoren afspejler kvaliteten af prøvetagning, præparerings- og screeningsteknik samt kodepraksis, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Celleprøver: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen), eksklusive endocervicale prøver, og MATTYP 23 jf. Patobanks dokumentation af cervical cytology, afgrænset til HPV-undersøgte prøver	≤0,2 %	Landsregi- steret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling

	Tæller: Alle celleprøver koblet med mindst én af koderne for uegnede celleprøver inden for tidsperioden men ikke en samtidig diagnosekode.			
Indikatorområde: Svartid				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 4. Andelen af celleprøver hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen (procesmål)	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 Celleprøver: <u>Indikator 4:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23, i aldersintervallet 23-64. <u>Indikator 4a1:</u> T8X310 og mattype 23, aldersintervallet 23-59. Kontrolprøver er ekskluderet. Cytologiscreenet defineres som alle i aldersintervallet 23-29 år, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (ekskl. Vejle) de kvinder, der har en lige fødselsdato. For Vejle er det de kvinder der bor i kommunerne 420, 430, 440, 450, 461, 479, 480, 482 og 492 <u>Indikator 4a2:</u> T8X310 og mattype 23, aldersintervallet 30-64. Kontrolprøver er ekskluderet. HPV-screenet defineres som alle i aldersintervallet 60-64, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (ekskl. Vejle) de kvinder, der har en ulige fødselsdato. For Vejle er det de kvinder, der bor i kommunerne 630, 621, 607 og 410. Svartid: Tid fra modtagedato til svar dato. Modtagedatoen defineres som dag 0 dag og første arbejdsdag = 1. hverdag efter modtagedatoen. Helligdage fraregnet. Tæller: Svardatoen ligger ≤10 hverdage fra modtagedatoen på patologiafdelingen.	≥95 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikatorområde: HPV-test				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt kvinder i alderen 60-64 år (procesmål)	Specifikation: Det antal HPV-test der er positive blandt alle HPV-test foretaget i denne aldersgruppe hos kvinder, der har modtaget en invitation. Argumentation: HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder i alderen 60-64 år jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvis HPV ikke påvises, ophører screening. Operationalisering: Dataudtrækket dækker et årligt tidsinterval. Celleprøver: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 for kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation. Tæller: Antal positive HPV-tests.	-	Landsregisteret for Patologi Patologidat abankens Indkaldemodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling

Indikator 5b. Andelen af 30-59 årige kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende hpv-test, hvor hpv-testen er positiv	Specifikation. HPV positiv test blandt kvinder, som har fået påvist ASCUS på cytologisk screeningsprøve. Argumentation. Operationalisering. Datatrækket dækker mest nutidige årlige tidsinterval. Nævner. SNOMED-kode T8X310 (celleprøver fra livmoderhalsen) og MATTYP 23 , cytologi screenet. Der er ekskluderet prøver fra kontrol forløb. Der ekskluderes prøver hvor der op til 2 år tidligere er konstateret en cervix histologisk forandring, og prøver hvor der op til 1½ år tidligere er taget en cervix cytologisk prøve. Der foreligger ASCUS diagnose (M67014, M69711, M72125, M73005, M69700), og supplerende HPV test er foretaget (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år. Tæller. positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')	-	Landsregis- teret for Patologi	National Regionalt Patologiafdeling
Indikatorområde: Opfølgning				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporterings- niveau
Indikator 6: 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 (effektmål)	Specifikation: Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC) skal 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, 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 Henvi- sning til gynækolog defineres som = ny cervixcytologisk undersøgelse	≤ 2%	Landsregi- steret for Patologi	Nationalt Regionalt

	I nedenstående beskrivelse af tæller og nævner er Æ-koder for opfølgningstidspunkt inkluderet (svarende til den supplerende analyse 8B) Tæller: 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 svar dato 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 svar dato OG alle celleprøver koblet med ÆAA004 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes) eller ÆAA005 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere cytologisk fund) eller ÆAA006 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere koniseret) eller ÆAA007 (cytologisk kontrol om 6 måneder tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA0Y2 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 6 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 270 dage (6+3 mdr.) efter svar dato OG alle celleprøver koblet med ÆAA018 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes) eller ÆAA008 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere cytologisk fund) eller ÆAA009 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere koniseret) eller ÆAA010 (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere kryobehandlet) eller ÆAA00A (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere hysterektomeret) eller ÆAA00B (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere strålebehandlet) eller ÆAA00E (cytologisk kontrol om 1 år tilrådes: tidligere histologisk fund) eller ÆAA0X7 (cytologisk kontrol om 18 måneder tilrådes) eller ÆAA0Y3 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 1 år tilrådes) eller ÆAA0Y4 (cytologisk kontrol inkl. test for HPV om 18 måneder tilrådes) uden ny opfølgende prøve inden for 7 dage før modtagedato til 180 dage efter svar dato. 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 2014 Tabel 8a og 8b.			
--	--	--	--	--

Indikatorområde: Antal tilfælde af livmoderhalskræft				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporterings-niveau
Indikator 7a. Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år (effektmål)	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 Dansk Gynækologisk Cancerdatabase. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).	<350	Dansk Gynækologisk Cancerdatabase	Nationalt Regionalt
Indikator 7b. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år (effektmål)	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 Dansk Gynækologisk Cancerdatabase. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år).	<13,9 pr. 100.000 kvinder	Dansk Gynækologisk Cancerdatabase (DGCD)	Nationalt Regionalt

Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

"_"

Region Sjælland

"_"

Region Syddanmark

"_"

Region Midtjylland

Regionen har ingen kommentarer til indsættelse i årsrapporten

Region Nordjylland

"_"