

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Årsrapport 2023

For opgørelsesperioden 1. januar -31. december 2023



regionernes kliniske kvalitetsudviklingsprogram

Dansk Kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening
© RKKP 2024

Udarbejdet af:
RKKPs Videncenter, Afdeling for Cancer og
Cancerscreening

Udgiver:
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram

www.rkkp.dk

Version: Offentliggjort rapport
Versionsdato: 27.06.2024

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Rapporten udgår fra

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

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

Analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af biostatistikere Petra Hall Viborg og klinisk epidemiolog Else Helene Ibfelt, RKKP, Afdeling for Cancer og Cancerscreening. Styregruppen for databasen har i fællesskab 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	5
2. Oversigt over indikatorer og resultater	7
3. Resultater for indikatorerne	9
Indikatorområde 1: Kapacitet	10
Indikatorområde 2: Deltagelse	13
Indikatorområde 3: Dækningsgrad	16
Indikatorområde 4: Svartid	20
Indikatorområde 5: HPV-test	25
Indikatorområde 6: Opfølgning	32
Indikatorområde 7: Tilfælde af livmoderhalskræft	35
Indikatorområde 8: Keglesnit	38
4. Supplerende opgørelser	40
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	71
6. Datagrundlag og metode	73
7. Styregruppens medlemmer	74
Appendiks I. Ordliste og forkortelser	75
Appendiks II. Indikatoroversigt og metode	77
8. Regionale kommentarer	82

1. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende gives en kort status af kvaliteten på Livmoderhalskræftscreeningsområdet med de vigtigste fokuspunkter og anbefalinger på områder, hvor der kan opnås forbedringer enten fagligt eller organisatorisk.

Det er væsentligt at monitorere det samlede **antal celleprøver**, der analyseres, da det er et vigtigt mål for den samlede indsats, der udføres i screeningsprogrammet. Når man ser på antallet af årlige celleprøver (cytologi og HPV undersøgte prøver) opfyldes standarden aktuelt i alle regioner og patologiafdelinger.

Indikatorer om **deltagelse og dækningsgrad** af screeningsprogrammet ligger fortsat et stykke under standarden, både på nationalt niveau og for alle regioner. Deltagelsen i screeningen indenfor det første år efter invitation ligger på 60,7%, mens dækningsgraden indenfor screeningsintervallet ligger på 74,4%. Dækningsgraden angiver screening indenfor det anbefalede screeningsinterval for befolkningen som helhed, og forskellen på tallene skyldes dermed dels, at dækningsgraden viser kvindernes brug af screening over en længere tidsperiode end deltagelsen gør, dels, at dækningsgraden medtager celleprøver taget uden invitation. Det bemærkes, at der er stor forskel mellem regionerne. Region Hovedstaden har den laveste deltagelse og den højeste dækningsgrad. Region Sjælland har en relativ lav deltagelse og samtidig den laveste dækningsgrad. Der observeres også tydelige forskelle i dækningsgraden af screeningen mellem kommuner.

Tallene viser formentlig en forskel i adfærd i forskellige dele af landet og at screeningsressourcerne bruges forskelligt landet over, hvor der i nogle områder kan være borgere, som i højere grad screenes opportunistisk enten hos egen læge eller privat praktiserende gynækolog. De geografiske forskelle kan således være betinget af forskellige afstande og adgang til privat praktiserende læge og gynækolog samt sociale forskelle i screeningsadfærd. Det anbefales at disse forskelle undersøges nærmere i større undersøgelser initieret i forskningssammenhæng på nationalt eller regionalt niveau. Det anbefales tillige at de regionale styregrupper for screening tager initiativ til målrettede interventioner overfor grupper af befolkningen, som har kendt lav screeningsdeltagelse.

Brugen af selvopsamlede prøver er nu blevet en integreret del af screeningsprogrammet og dette tilbydes i forbindelse med det 2. påmindelsesbrev. Brug af selvopsamlede prøver forventes at stige de kommende år, hvorved det forhåbentlig kan bidrage til at øge deltagelsen og dækningsgraden. En enkelt region (Region Sjælland) har endnu ikke indført tilbuddet og bør snarest gøre det.

Svartid på screeningsprøven opgøres ved andel af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen. Standarden på 95% opfyldes ikke på landsplan, og der ses regionale variationer. To regioner opfylder standarden, mens svartiden er forbedret væsentligt i de øvrige regioner - Region Sjælland og Midtjylland ligger dog stadig for lavt. Det anbefales, at regioner og screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden, fortsat sætter fokus på arbejdets organisering og prioritering.

Opfølgning af prøver med svære celleforandringer er vigtig hvis screening for livmoderhalskræft skal være effektiv. Indikatoren har længe ligget stabilt lige omkring 2 % uden rettidig opfølgning. Der er lille variation mellem regionerne. Fra tidligere gennemgang af data ved vi, at der er en forklaring på de fleste manglende opfølgninger såsom graviditet, død, emigration eller at kvinderne ikke ønskede opfølgning. Direkte svar til kvinden i e-Boks, som blev indført i 2020, har ikke ændret på dette. Man har længe ønsket også at kunne sende påmindelser direkte til borgeren i E-Boks, hvis prøven ikke er fulgt op rettidigt, og dette vil forhåbentlig være muligt i nærmeste fremtid, idet et nyt IT-system til styring af screeningsprogrammet er under udvikling og vil kunne varetage denne opgave.

Når man ser på antallet af **nye tilfælde af livmoderhalskræft**, er standarden opfyldt i aktuelle år både i forhold til det totale antal af nye tilfælde, som i 2022 lå på 333, og når man ser på den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft. Antallet af livmoderhalskræfttilfælde i Danmark er dog steget let sammenlignet med de to foregående år. Der ses en stigning i alle regioner, ligesom den aldersstandardiserede incidensrate er steget. Dette kan muligvis forklares af et efterslæb på let faldende tilslutning til screeningsprogrammet i tidligere år, hvor Covid-19 pandemien havde en kortvarig negativ effekt på screeningsdeltagelsen, men der kan også være tale om tilfældige udsving. Etablering af HPV-baseret screening har i randomiserede kontrollerede undersøgelser ført til fund af flere livmoderhalskræft tilfælde i første screeningsrunde, men til en beskyttende effekt efterfølgende. Således kan den ændring, som er foretaget i det danske screeningsprogram til differentieret HPV-screening potentielt have medført en lille opgang i cancertilfælde på kort sigt. Det er fortsat nødvendigt med fokus på området for at sikre, at det forventede fald i incidensen kan observeres i de kommende år.

For anden gang er **antallet af keglesnit** i Danmark opgjort i årsrapporten. En ny indikator giver indsigt i, hvor mange keglesnit, der laves på landsplan i Danmark og andelen heraf, som har CIN2+ celleforandringer. Dette er en vigtig markør for, hvor mange kvinder, der får foretaget et profylaktisk kirurgisk indgreb, som kan give komplikationer i form af blødning, læsion af naboorganer og for tidlig fødsel. Indikatoren påpeger potentiale for begrænsning af overbehandling. Der observeres regionale forskelle i indikatorresultatet og disse bør udredes, inden der sættes standardmål for indikatoren.

Alt i alt vurderes kvaliteten indenfor livmoderhalskræftscreeningen som høj, men med det kontinuerlige fokuspunkt at deltagelsen i screeningsprogrammet bør øges. Det bør også fortsat være et prioriteringspunkt i de enkelte regioner at forbedre svartiden for undersøgte celleprøver, så den nationale målsætning opfyldes. Der sker en stor udvikling i organiseringen af screeningsprogrammet, og dette afspejles i indikatorsættet, hvor der fremadrettet stadig vil være fokus på den nyligt indførte differentierede HPV-screening. Derudover ønskes det fremadrettet at udvide området angående opfølgning efter screening.

2. Oversigt over indikatorer og resultater

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

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst		Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel	Andel
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021	
Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling	≥ 25.000		375.898	378.818	365.634	
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020	
Indikator 2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen	≥ 75	0	60,7 (60,6-60,9)	60,9	60,5	
			2018 - 2023	2017 - 2022	2016 - 2021	
Indikator 3: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år	≥ 85	0	74,4 (74,3-74,5)	74,1	75,4	
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021	
Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen	≥ 95	0	89,1 (89,0-89,2)	81,7	86,4	
Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	83,0 (82,8-83,1)	72,1	79,5	
Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige HPV-screenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	97,4 (97,3-97,5)	95,7	97,3	
Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år		0	5,0 (4,6-5,4)	5,3	5,4	
Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede		0	8,6 (8,5-8,8)	8,8	8,7	
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	35,1 (33,2-37,0)	33,4	37,1	
			01.11.2021 - 31.10.2022	2020/21	2019/20	
Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage	≤ 2	0	2,1 (1,7-2,5)	2,0	2,3	

Indikator	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020
Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau	≤ 350		333	275	310
Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate per 100.000 kvinder	< 13,9 pr. 100.000 kvinder		11,9	9,7	10,9
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 8: Andelen af keglesnit, hvor diagnosen er CIN2+		0	66,5 (65,2-67,7)	66,8	65,2

Indikator 1: Standarden vedrører resultat på afdelingsniveau

Indikator 2a Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er 2022

Indikator 2b: Opgjort på summerede perioder, aktuel periode: juli 2020 til december 2023 (for kvinder med alder 23-49 år) og juli 2018 til december 2023 (for kvinder med alder 50-64 år)

Indikator 6: Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er 2022

Indikator 7b: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder. Aktuelle år er 2022

3. Resultater for indikatorerne

Årsrapporten skal afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i aktuelle år 2023.

For enkelte indikatorer kræves mere opfølgningstid og derfor er resultaterne opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig.

Screeningsprogrammets målgruppe er kvinder i alderen 23-64 år i Danmark. Indikatorerne 1, 6, 7 og 8 er dog ikke aldersbegrænsede, da det for disse indikatorer er fundet relevant at stille de samme kvalitetskrav uanset kvindens alder og deltagelse i screeningsprogrammet.

Datagrundlaget indeholder relevante udtræk fra Landsregisteret for Patologi inklusiv screeningsindkaldemodulet samt data fra Landspatientregisteret, Cancerregisteret og Dansk gynækologisk cancerdatabase.

For hver indikator kan datakilde, tidsperiode, aldersgruppe og opgørelsesniveau variere og er derfor i det følgende beskrevet i forbindelse med hver enkelt indikator samt i appendiks II.

Indikatoropgørelserne vises for aktuelle år og to foregående år, som er genberegnet for at tage højde for opdatering af data og definitioner. De genberegnete resultater kan derfor være forskellige fra de resultater, som findes i de tidligere årsrapporter.

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling

	Standard ¹	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	≥ 25.000 opfyldt	antal (%)	01.01.2023 - 31.12.2023 Antal	2022 Antal	2021 Antal
Danmark	Ja	0(0)	375.898	378.818	365.634
Hovedstaden	Ja	0(0)	132.920	131.379	130.500
Sjælland	Ja	0(0)	45.241	45.511	43.035
Syddanmark	Ja	0(0)	70.810	71.527	68.555
Midtjylland	Ja	0(0)	90.302	93.313	88.413
Nordjylland	Ja	0(0)	36.625	37.088	35.131
Hovedstaden	Ja	0(0)	132.920	131.379	130.500
Hvidovre	Ja	0(0)	132.920	131.379	130.500
Sjælland	Ja	0(0)	45.241	45.511	43.035
Næstved	Ja	0(0)	45.241	45.511	43.035
Syddanmark	Ja	0(0)	70.810	71.527	68.555
Esbjerg/Aabenraa ²	Ja	0(0)	26.231	26.881	25.245
Vejle	Ja	0(0)	44.579	44.646	43.310
Midtjylland	Ja	0(0)	90.302	93.313	88.413
Randers	Ja	0(0)	90.302	93.313	88.413
Nordjylland	Ja	0(0)	36.625	37.088	35.131
Aalborg	Ja	0(0)	36.625	37.088	35.131

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

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321

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

Tabeller under supplerende opgørelser

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

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

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

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

Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologiafdeling

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

Tabel 1g: Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige HPV-screenede kvinder i 2022

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

Tabel 1j: Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige HPV-screenede kvinder i 2022

Resultater af indikatoranalysen

I 2023 blev i alt 375.898 celleprøver undersøgt på landsplan. Standarden på 25.000 undersøgte celleprøver pr. afdeling er opfyldt på alle patologienheder. Det totale antal ligger stabilt sammenlignet med 2022, men lidt højere end i 2020 og 2021. Opgørelsen omfatter prøver undersøgt primært med cytologi og primært med HPV, hvor også selvopsamlede prøver er medtaget. Patologikoder for selvopsamlede prøver kan først optælles ensartet fra og med 2022 og indgår derfor ikke i tallene for forudgående år.

Af trendgrafene ses, at antal prøver i 2023 totalt set er på niveau med antallet i den foregående femårs periode, mens 2017 ligger højere (dette år indførtes et engangstilbud om screening til kvinder i alderen 70+ år).

Under Supplerende opgørelser ses, at ud af det totale antal celleprøver i 2023, udgjorde de udelukkende cytologiundersøgte $n=184.678$ (indikator Tabel 1a) og de udelukkende HPV-undersøgte $n=126.894$ (indikator Tabel 1b), mens der var $n=50.417$, som blev både cytologi- og HPV undersøgt (indikator tabel 1c). Dette indeholder abnorme celleprøver, der er triageret med HPV-test eller positive HPV-prøver, der er triageret med cytologi test inklusiv kontrolprøver. Der observeres et fald i de udelukkende cytologiundersøgte prøver over tid.

Selvopsamlede prøver til HPV-analyse indgår under Supplerende indikator tabel 1d, som viser $n=13.909$ prøver i 2023 fordelt på Region Hovedstaden; Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland.

Supplerende indikator 1e angiver antallet af endocytobrush prøver (ekskluderet fra den totale opgørelse i indikator 1, da de ikke er screeningsprøver, men som regel tages diagnostisk i forbindelse med en portobiopsi).

Af Supplerende tabel 1f-1j fremgår diagnosefordelingen, hvor andelen af normale celleprøver for de cytologiscreenede og andelen af HPV-negative for de HPV screenede ligger ensartet mellem regionerne. Dog fremgår at Region Sjællands andel af LSIL-diagnoser er høj for både cytologi- og HPV undersøgte prøver.

Diskussion og implikationer

Det årlige antal celleprøver ligger nogenlunde stabilt, dog med udsving i 2017 pga. screeningen af ældre kvinder, og i 2020 pga. covid-19 pandemien, hvor færre kvinder deltog i screening (Olsen et al 2023). På baggrund af den igangværende omlægning af screeningsprogrammet, hvor der er indført differentieret implementering af HPV-screening, således at halvdelen af de 30-59-årige kvinder tilbydes HPV-screening hvert femte år (og den anden halvdel fortsat cytologi-baseret screening som hidtil), vil vi på sigt forvente en nedgang i det årlige antal celleprøver. En nedgang, der selvfølgelig bliver mere markant, hvis det besluttes at udvide den 5-årige HPV-screening til alle kvinder i aldersklassen. Samtidig vil andelen af celleprøver, der undersøges med cytologi falde, som allerede ses i opgørelserne.

Der forventes en nogenlunde ens fordeling af diagnoser for prøverne analyseret i forskellige dele af landet. Region Sjælland anbefales derfor at undersøge årsagen til, at andelen af LSIL ligger højere end i øvrige regioner.

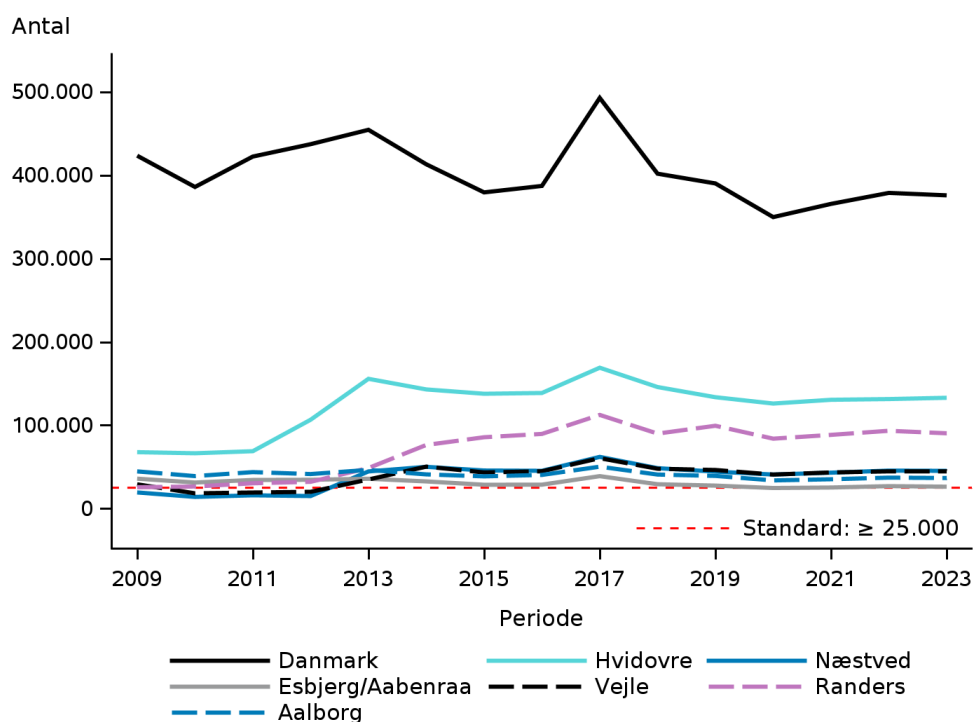
Vurdering af indikatoren

Indikator 1 indeholder information om alle celleprøver taget både indenfor og udenfor de aldersklasser, der inviteres til screening. Indikatoren medtager også både primære screeningsprøver, opfølgingsprøver og prøver

taget som følge af symptomer eller andet initiativ. Indikator 1 er derfor en meget vigtig del af monitoreringen af den samlede indsats mod livmoderhalskræft.

Olesen TB et al. Participation in the nationwide cervical cancer screening programme in Denmark during the COVID-19 pandemic: An observational study. *Elife*. 2023 Jan 20;12:e81522. doi: 10.7554/eLife.81522.

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



Indikatorområde 2: Deltagelse

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 75% opfyldt			01.01.2022 - 31.12.2022	2021	2020	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	230.390 / 379.435	0 (0)	60,7	(60,6-60,9)	60,9	60,5
Hovedstaden	Nej	75.570 / 129.251	0 (0)	58,5	(58,2-58,7)	59,0	58,8
Sjælland	Nej	29.513 / 49.557	0 (0)	59,6	(59,1-60,0)	59,4	59,6
Syddanmark	Nej	45.703 / 74.875	0 (0)	61,0	(60,7-61,4)	61,2	61,8
Midtjylland	Nej	57.625 / 90.142	0 (0)	63,9	(63,6-64,2)	63,8	62,1
Nordjylland	Nej	21.979 / 35.610	0 (0)	61,7	(61,2-62,2)	62,0	61,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.782	Kvinden har fået foretaget en hysterektomi

Datagrundlag og metode.

Nævner. Kvinder, der blev inviteret i aktuelle år og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder jf. invitationsproceduren. Kvinder der har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet.

Tæller. Kvinder, der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010. Ved beregning af deltagelsesprocenten efter invitation, 1. og 2. påmindelse er der taget udgangspunkt i det antal invitationer, der faktisk er sendt, og det antal kvinder, der efterfølgende er registeret med en prøve inden for hvert tidsinterval (90 dage) efter den foregående invitation eller påmindelsesbrev.

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 påmindelse. Standard > 40 %.

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet indenfor 1 år efter invitation ligger i aktuelle år på 60,7 % på landsplan. Indikatorstandarden på mindst 75 % deltagelse er ikke opfyldt hverken på landsplan eller i de enkelte regioner. På landsplan ses deltagelsen stabil fra 2021 til 2022, hvorimod der de foregående år har været et fald for samtlige regioner (se trendgrafene næste side). Der er ligesom i sidste års rapport ekskluderet kvinder med forudgående hysterektomi.

Af indikatortabellen ses, at deltagelsen på regionalt niveau varierer mellem 58,5 % (Region Hovedstaden) og 63,9 % (Region Midtjylland). Den samlede procentvise deltagelse efter 1. og 2. påmindelse ligger dog ret ens på tværs af regioner (se Figur 1). Den kumulerede deltagelsesprocent frem til to år efter invitation ligger på ca. 65 % (figur 2), men det ses at kurven flader ud allerede efter 12 måneder og deltagelsen ligger derefter fortsat under standarden.

Under *Supplerende opgørelser* indgår tabeller for deltagelse efter første invitation og efterfølgende påmindelse (hhv. indikator Tabel 2a1, Tabel 2a2 og Tabel 2a3). Her ses på landsniveau en deltagelsesandel på 32 % 90 dage efter første invitation og for de, der modtager påmindelse er andelen 24 % 90 dage efter 1. påmindelsesbrev og 16 % 90 dage efter 2. påmindelsesbrev.

Supplerende opgørelse fordelt på alder (tabel 2a4) viser, at flest kvinder i aldersgruppen 45-49 år deltager, mens den laveste andel af deltagende kvinder ses blandt de yngste aldersgrupper (23-29 år).

Diskussion og implikationer

Den øgede nedgang, der observeres i 2020 kan til dels skyldes en afledt effekt af covid-19 pandemien, hvor færre blev screenet. At der nu ses en udfligning kan delvist skyldes, at der er medtaget selvopsamlede prøver i løbet af 2022, hvoriblandt der kan være kvinder med invitation i løbet af 2021. Det bemærkes, at Region Midtjylland har haft en større stigning i deltagelsen efter COVID-19 end de andre regioner. Årsagen er ukendt.

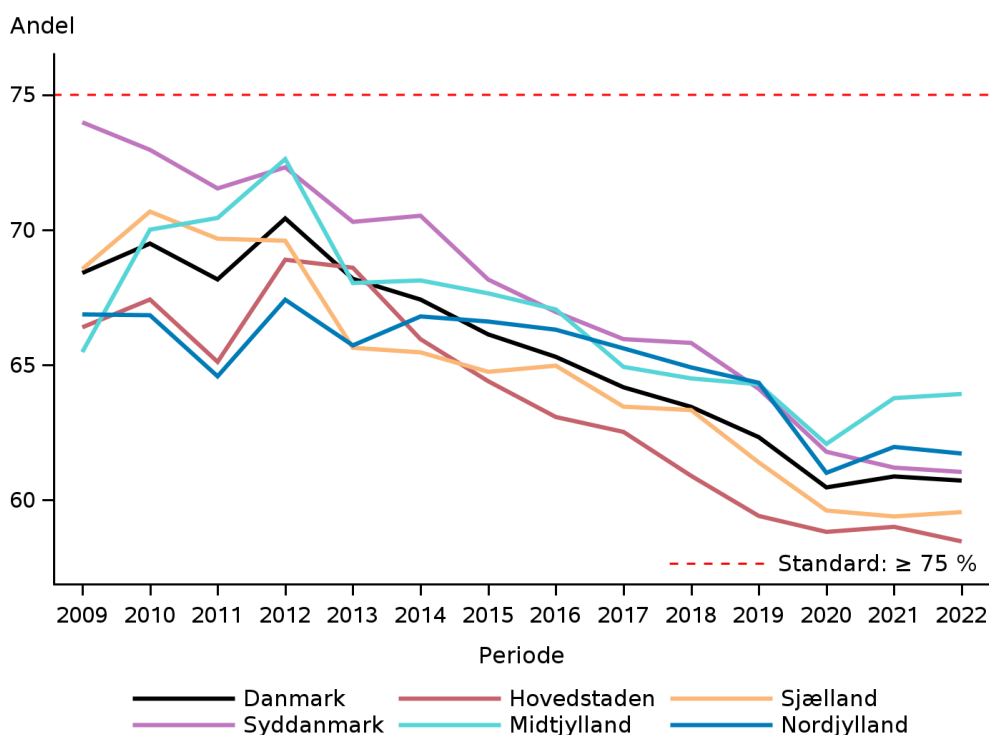
Figur 2 viser betydningen af påmindelsesbreve, da deltagelsen stiger efter såvel første som andet påmindelsesbrev. Se endvidere diskussion og anbefalinger under indikator 3 dækningsgrad.

Vurdering af indikatoren

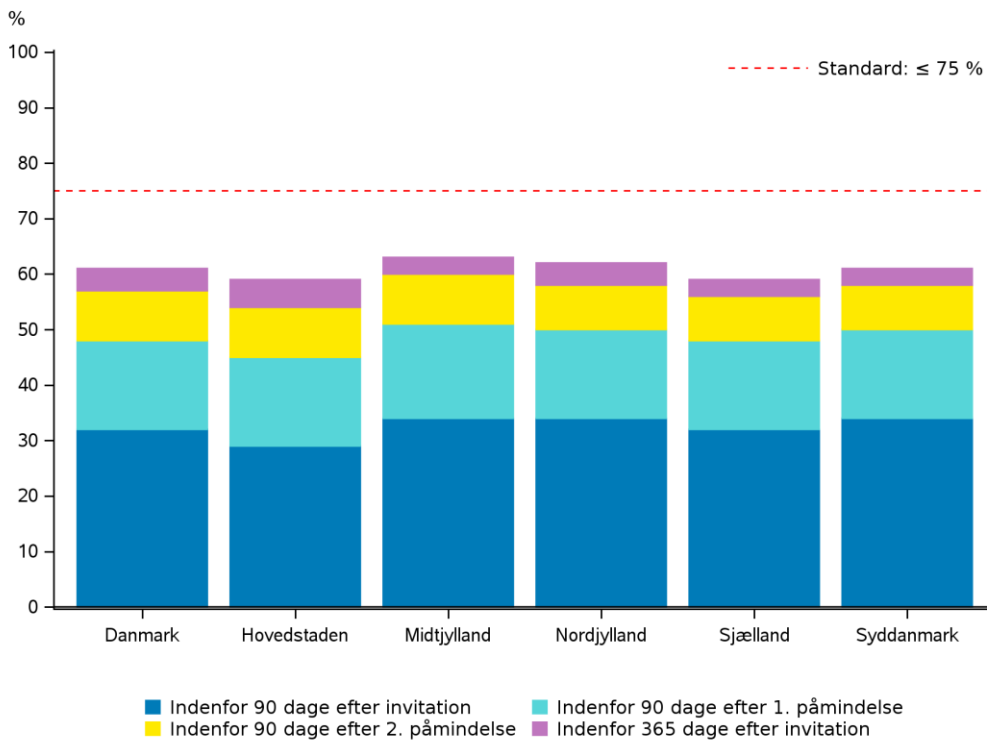
Indikatoren er vigtig, da den viser effekten af den systematiske invitation til screening.

Det er velkendt, at der er social ulighed i deltagelsen, og det vil være relevant at inddrage oplysninger om socioøkonomiske forhold med henblik på at undersøge forskellen samt monitorere om indsatser for at inkludere udsatte borgere i screeningsprogrammerne har den ønskede effekt.

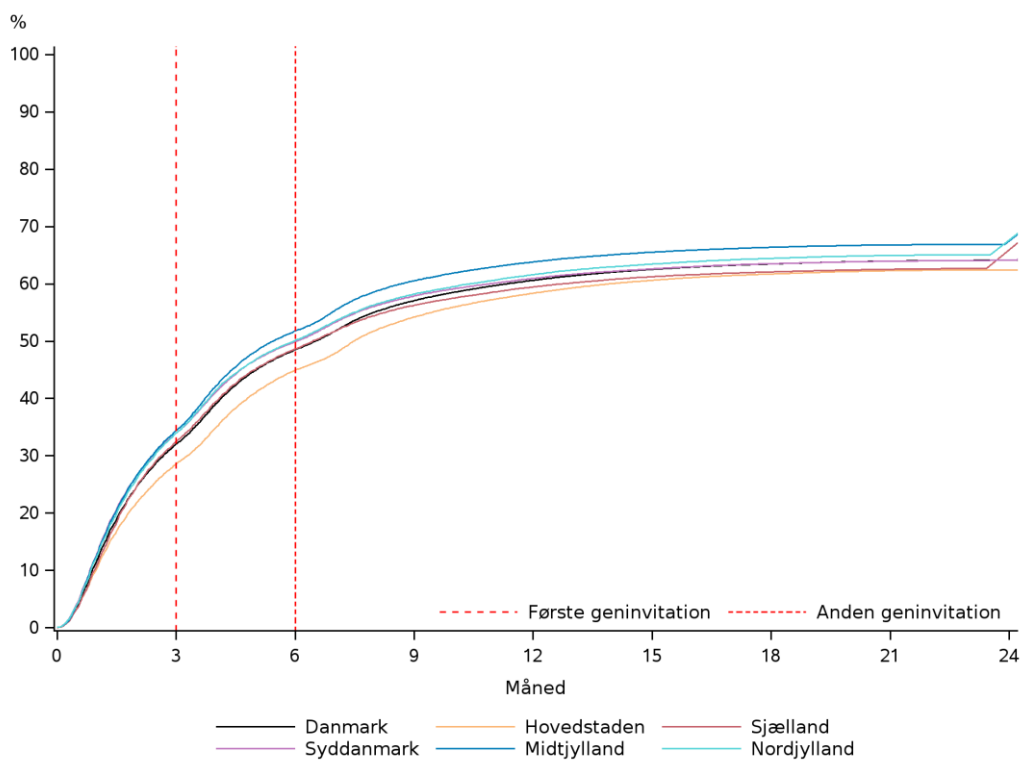
Indikator 2: Andelen af kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen. Trendgraf på regionsniveau.



Figur 1. Kumuleret deltagerprocent for 2022



Figur 2. Kumuleret deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato til modtagelsesdato i 2022



Indikatorområde 3: Dækningsgrad

Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år

	Standard	Standard	Uoplyst	Aktuel periode		Tidligere perioder	
				≥ 85 % opfyldt	Tæller/ nævner	antal (%)	2018-2023* Andel 95% CI	2017-2022** Andel	2016-2021*** Andel
Danmark	Nej	1.020.120 / 1.370.893	0 (0)	74,4	(74,3-74,5)	74,1	75,4
Hovedstaden	Nej	357.999 / 470.283	0 (0)	76,1	(76,0-76,2)	76,0	77,2
Sjælland	Nej	134.637 / 194.210	0 (0)	69,3	(69,1-69,5)	69,1	70,1
Syddanmark	Nej	201.195 / 277.463	0 (0)	72,5	(72,3-72,7)	72,2	73,4
Midtjylland	Nej	230.682 / 307.111	0 (0)	75,1	(75,0-75,3)	74,6	75,4
Nordjylland	Nej	95.588 / 130.079	0 (0)	73,5	(73,2-73,7)	72,9	74,4

*Aktuel periode: Juli 2020 til dec 2023 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2018 til december 2023 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

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

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

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

Nævner. Antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal (i aktuelle år 2023). Kvinder, som tidligere har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet.

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

Tabeller under Supplerende opgørelser

Tabel 3a1. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år på kommuneniveau.

Tabel 3a2. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år fordelt på aldersgrupper.

Indikator 3a3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år, hvor hysterektomier *ikke* er ekskluderet

Tabel 3b. Antal kvinder som var frameldt screeningsprogrammet pr. december 2022, fordelt på alder og årsag til framelding.

Resultater af indikatoranalysen

Ved opgørelsen af dækningsgrad ses på, hvor stor en andel af kvinder, som er dækket af screeningsprogrammet inden for den tidsperiode, som anbefales. For kvinder i alderen 23-49 år er anbefalingen inden for tre år og for kvinder i alderen 50-64 er anbefalingen inden for fem år. På landsplan er dækningsgraden 74,4 % i den aktuelle periode, og standarden på $\geq 85\%$ er ikke opfyldt på nationalt niveau eller for de enkelte regioner.

Der er forskel på regionernes resultat, hvor Region Sjælland ligger lavest på 69,3 % og Region Hovedstaden højest med 76,1 %. Dækningsgraden har været marginalt faldende igennem den seneste 10-års periode, som illustreret i trendgrafene nedenfor.

Når man ser på kommuneniveau, er der væsentlig geografisk forskel i dækningsgraden af screeningsprogrammet. Af figur 3 på næste side ses, at dækningsgraden er højest i områderne omkring de store byer og nord for København og lavere i yderområder - især er den lav i Vest- og Sydsjælland og på de små øer. Af tabel 3a1 under Supplerende opgørelser ses en total tabel over kommunal variation.

I supplerende tabel 3a2 ses, at de yngre kvinder har den laveste dækningsgrad på landsplan sammenlignet med ældre kvinder.

Opgørelsesmetoden blev sidste år justeret således, at der inkluderes kvinder, som har mindst alderen 27 år i slutningen af hver opgørelsesperiode, hvorved det sikres at der har været forudgående 3,5 år til at opfylde målet om screening siden 23-års alderen, hvor man inviteres første gang. Derudover medtages fra år 2022 selvopsamlede prøver. I lighed med sidste års rapport er kvinder, som tidligere har fået foretaget hysterektomi ekskluderet fra opgørelsen, hvilket gør at niveauet for dækningsgraden er højere end i tidligere årsrapporter, alene fordi metoden er tilrettet for at give et mere retvisende billede.

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det relevant at kende omfanget og årsagen til frameldingen af screening. I supplerende tabel 3b ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder og årsag til framelding. På landsplan var i alt 84.494 kvinder frameldt pr. december 2023. Årsagerne til framelding er hovedsageligt *hysterektomi* (80,6 %) og *ønsker ikke at deltage* (17,1%), mens årsagen *jeg springer over denne gang* ligger på 1,2 %. De resterende årsager udgør tilsammen ca. 1 %. Pr. primo 2020 har der været mulighed for at framelde sig på www.sundhed.dk.

Diskussion og implikationer

Mens deltagelsen i screeningen indenfor det første år efter invitation ligger på 60,7%, ligger dækningsgraden indenfor screeningsintervallet på 74,4%. Forskellen skyldes dels, at dækningsgraden viser kvindernes brug af screening over en længere tidsperiode end deltagelsen gør, dels, at dækningsgraden medtager celleprøver taget uden invitation. Det bemærkes, at der er meget stor forskel mellem regionerne. Region Hovedstaden har den laveste deltagelse og den højeste dækningsgrad; en forskel på 17,6 procentpoint. Region Sjælland har en relativ lav deltagelse og den laveste dækningsgrad; en forskel på 9,6 procentpoint. Tallene viser formentlig en forskel i adfærd i forskellige dele af landet og at screeningsressourcerne bruges forskelligt landet over, hvor der i nogen områder kan være kvinder som i højere grad screenes opportunistisk enten hos egen læge eller privat praktiserende gynækolog. De regionale forskelle mellem deltagelse og dækningsgrad kunne indikere, at der kunne opnås en mere optimal udnyttelse af screeningsressourcer.

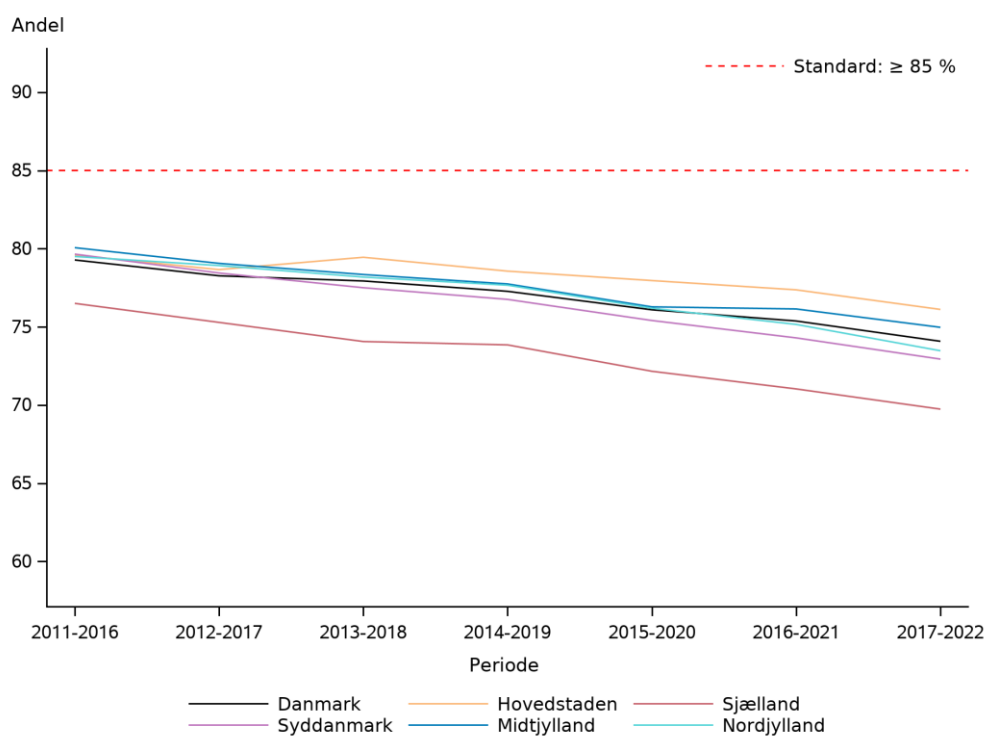
De geografiske forskelle, som observeres i dækningsgraden af screening, kan være betinget af forskellige afstande og adgang til privat praktiserende læge og gynækolog samt sociale forskelle i screeningsadfærd. Det anbefales at disse forskelle undersøges nærmere i større undersøgelser initieret i forskningssammenhæng på nationalt eller regionalt niveau. Det anbefales tillige at de regionale styregrupper for screening tager initiativ til målrettede interventioner overfor grupper af befolkningen, som har kendt lav screeningsdeltagelse.

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

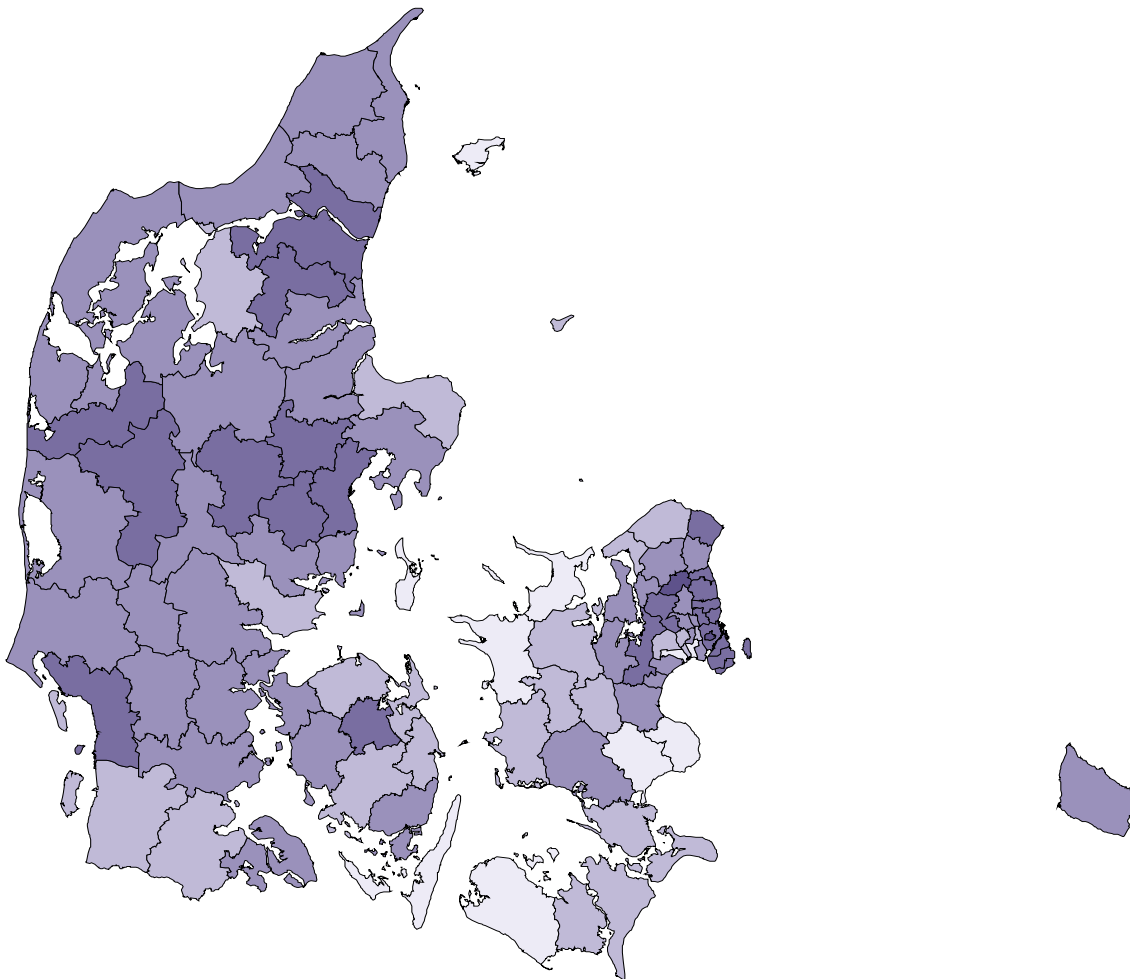
Vurdering af indikatoren

Indikatoren er meget vigtig for vurderingen af screeningsprogrammet, idet den viser den samlede dækning af screening i befolkningen. Som ved indikator 2 deltagelse, vurderes det relevant at inddrage oplysninger om socioøkonomiske forhold.

Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år. Trendgraf på regionsniveau.



Figur 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år.



0 - 65 66 - 70 71 - 75 76 - 80 81 - 100

Farverne angiver den procentvise dækningsgrad af screeningsprogrammet i de enkelte områder.

Indikatorområde 4: Svartid

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%		antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	310.386 / 348.404	0 (0)	89,1	(89,0-89,2)	81,7	86,4
Hovedstaden	Ja	125.866 / 125.874	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	97,8	100,0
Sjælland	Nej	27.102 / 42.333	0 (0)	64,0	(63,6-64,5)	52,5	64,0
Syddanmark	Ja	65.762 / 65.996	0 (0)	99,6	(99,6-99,7)	99,4	99,7
Midtjylland	Nej	59.751 / 80.265	0 (0)	74,4	(74,1-74,7)	56,3	63,6
Nordjylland	Nej	31.905 / 33.936	0 (0)	94,0	(93,8-94,3)	85,7	91,9
Hovedstaden	Ja	125.866 / 125.874	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	97,8	100,0
Hvidovre	Ja	125.866 / 125.874	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	97,8	100,0
Sjælland	Nej	27.102 / 42.333	0 (0)	64,0	(63,6-64,5)	52,5	64,0
Næstved	Nej	27.102 / 42.333	0 (0)	64,0	(63,6-64,5)	52,5	64,0
Syddanmark	Ja	65.762 / 65.996	0 (0)	99,6	(99,6-99,7)	99,4	99,7
Esbjerg/Aabenraa ¹	Ja	23.966 / 24.048	0 (0)	99,7	(99,6-99,7)	99,2	99,2
Vejle	Ja	41.796 / 41.948	0 (0)	99,6	(99,6-99,7)	99,5	100,0
Midtjylland	Nej	59.751 / 80.265	0 (0)	74,4	(74,1-74,7)	56,3	63,6
Randers	Nej	59.751 / 80.265	0 (0)	74,4	(74,1-74,7)	56,3	63,6
Nordjylland	Nej	31.905 / 33.936	0 (0)	94,0	(93,8-94,3)	85,7	91,9
Aalborg	Nej	31.905 / 33.936	0 (0)	94,0	(93,8-94,3)	85,7	91,9

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	27.494	Ikke i aldersgruppen 23-64 år
	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321

Datagrundlag og metode

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

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

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

Tæller. Svardato < 10 hverdage fra modtagedato

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		181.752 / 219.033	0 (0)	83,0	(82,8-83,1)	72,1	79,5
Hovedstaden		75.813 / 75.818	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	96,5	100,0
Sjælland		11.168 / 26.243	0 (0)	42,6	(42,0-43,2)	23,0	42,2
Syddanmark		42.981 / 43.205	0 (0)	99,5	(99,4-99,5)	99,1	99,6
Midtjylland		31.321 / 51.772	0 (0)	60,5	(60,1-60,9)	35,4	46,3
Nordjylland		20.469 / 21.995	0 (0)	93,1	(92,7-93,4)	83,6	90,7
Hovedstaden		75.813 / 75.818	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	96,5	100,0
Hvidovre		75.813 / 75.818	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	96,5	100,0
Sjælland		11.168 / 26.243	0 (0)	42,6	(42,0-43,2)	23,0	42,2
Næstved		11.168 / 26.243	0 (0)	42,6	(42,0-43,2)	23,0	42,2
Syddanmark		42.981 / 43.205	0 (0)	99,5	(99,4-99,5)	99,1	99,6
Esbjerg/Aabenraa		14.952 / 15.028	0 (0)	99,5	(99,4-99,6)	98,7	98,9
Vejle		28.029 / 28.177	0 (0)	99,5	(99,4-99,6)	99,3	100,0
Midtjylland		31.321 / 51.772	0 (0)	60,5	(60,1-60,9)	35,4	46,3
Randers		31.321 / 51.772	0 (0)	60,5	(60,1-60,9)	35,4	46,3
Nordjylland		20.469 / 21.995	0 (0)	93,1	(92,7-93,4)	83,6	90,7
Aalborg		20.469 / 21.995	0 (0)	93,1	(92,7-93,4)	83,6	90,7

	Antal	Årsag
Eksklusion:	140.751	Ingen cytologi prøve
	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321
	16.114	Ikke i aldersgruppen 23-59 år

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2022 Andel	2021 Andel
Danmark		163.271 / 167.605	0 (0)	97,4	(97,3-97,5)	95,7	97,3
Hovedstaden		59.789 / 59.793	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	99,2	100,0
Sjælland		19.827 / 21.938	0 (0)	90,4	(90,0-90,8)	87,5	91,3
Syddanmark		30.653 / 30.814	0 (0)	99,5	(99,4-99,6)	99,2	99,6
Midtjylland		37.549 / 38.538	0 (0)	97,4	(97,3-97,6)	96,9	97,0
Nordjylland		15.453 / 16.522	0 (0)	93,5	(93,1-93,9)	85,6	91,7
Hovedstaden		59.789 / 59.793	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	99,2	100,0
Hvidovre		59.789 / 59.793	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	99,2	100,0
Sjælland		19.827 / 21.938	0 (0)	90,4	(90,0-90,8)	87,5	91,3
Næstved		19.827 / 21.938	0 (0)	90,4	(90,0-90,8)	87,5	91,3
Syddanmark		30.653 / 30.814	0 (0)	99,5	(99,4-99,6)	99,2	99,6
Esbjerg/Aabenraa		13.108 / 13.172	0 (0)	99,5	(99,4-99,6)	99,0	99,1
Vejle		17.545 / 17.642	0 (0)	99,5	(99,3-99,6)	99,3	99,9
Midtjylland		37.549 / 38.538	0 (0)	97,4	(97,3-97,6)	96,9	97,0
Randers		37.549 / 38.538	0 (0)	97,4	(97,3-97,6)	96,9	97,0
Nordjylland		15.453 / 16.522	0 (0)	93,5	(93,1-93,9)	85,6	91,7
Aalborg		15.453 / 16.522	0 (0)	93,5	(93,1-93,9)	85,6	91,7

	Antal	Årsag
Eksklusion:	184.225	Ingen HPV prøve
	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321
	24.068	Ikke i aldersgruppen 30-64 år

Resultater af indikatoranalysen

Af opgørelsen indikator 4a ses, at andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage på landsniveau ligger på 83,1 %, hvilket er under den fastsatte standard (95 %). Samtidig ses, at andelen samlet set er faldet over tid siden 2016, dog med forbedret resultat i aktuelle år 2023 sammenlignet med 2022. I nærværende opgørelse indgår også celleprøver fra kontrolforløb, hvilke tidligere har været ekskluderet.

Ligesom tidligere år ligger Region Hovedstaden og Syddanmark højt på næsten 100 % opfyldelse, Nordjylland ligger tæt på standard, mens Region Sjælland og Midtjylland ligger under standard (hhv. Næstved 64 % og Randers 74%). Nordjylland har forbedret resultatet markant over tid (jf. trendgrafnen).

Når man ser på indikator tabel 4a1 og 4a2, hvor indikatoren opgøres for hhv. de cytologiscreenede og de HPV screenede, ligger andelen, der besvares efter højst 10 hverdage væsentligt lavere for de cytologiscreenede end for de HPV screenede (hhv. 83 vs. 97 %). Resultatet for cytologiprøver varierer væsentligt regionalt set. I Region Sjælland er det 42,6 % og i region Midtjylland er det 60,5 % af cytologiprøvesvarene, der afsendes indenfor 10 hverdage. Begge regioner har dog forbedret resultatet det seneste år.

Diskussion og implikationer

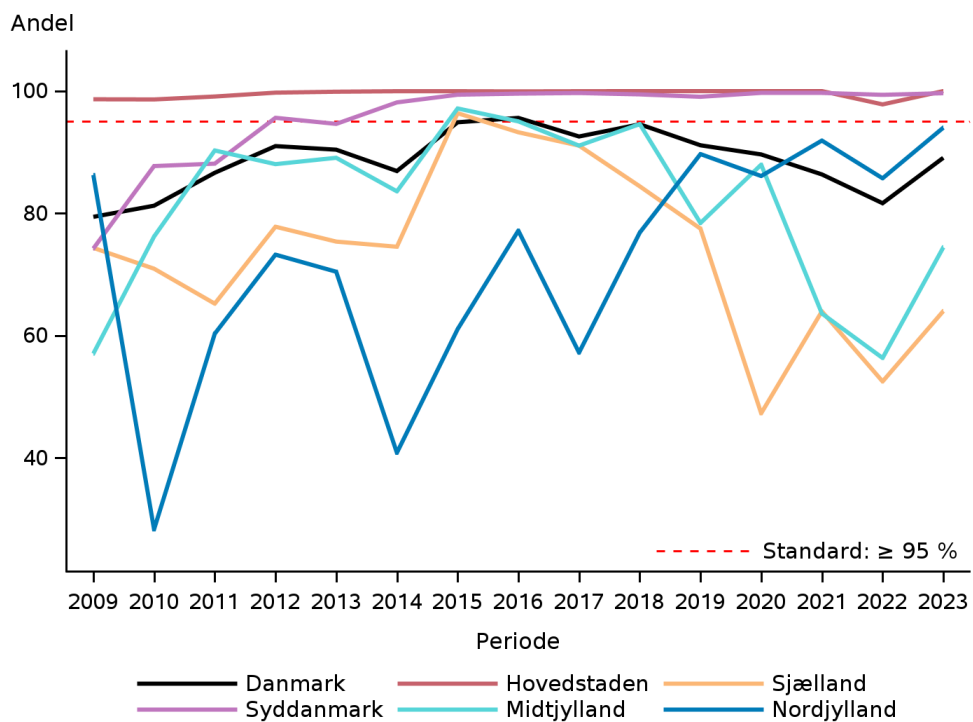
Alle kvinder bør have samme svartid uafhængigt af bopæl og screeningsmetode. På regionalt niveau kan manglende opfyldelse af standarden skyldes årsager som besparelser, regional prioritering, indførelse af nyt apparatur, manglende ressourcer og organisationsændringer. Den manglende opfyldelse af standarden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

Den bedring, som allerede er observeret i resultatet for Region Sjællands, skyldes formentlig en opprioritering af området med fokus på personale situation og omstrukturering af arbejdet, som er foretaget det forgangne år. I Region Midtjylland er udfordringen personalemangel, og der arbejdes aktuelt på rekruttering og uddannelse. Det anbefales fortsat, at pågældende regioner og screeningsafdelinger (Næstved og Randers), der ikke opfylder svartiden, vedbliver at have fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes. Det anbefales ydermere at muligheden for regionale samarbejder omkring analyser afsøges.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes fortsat relevant og bibeholdes

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 60-64 årige

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		697 / 13.971	0 (0)	5,0	(4,6-5,4)	5,3	5,4
Hovedstaden		167 / 3.696	0 (0)	4,5	(3,9-5,2)	4,8	5,3
Sjælland		108 / 2.319	0 (0)	4,7	(3,8-5,6)	5,7	5,3
Syddanmark		167 / 3.328	0 (0)	5,0	(4,3-5,8)	5,5	5,0
Midtjylland		189 / 3.156	0 (0)	6,0	(5,2-6,9)	5,6	5,9
Nordjylland		66 / 1.472	0 (0)	4,5	(3,5-5,7)	5,0	5,0
Hovedstaden		167 / 3.696	0 (0)	4,5	(3,9-5,2)	4,8	5,3
Hvidovre		167 / 3.696	0 (0)	4,5	(3,9-5,2)	4,8	5,3
Sjælland		108 / 2.319	0 (0)	4,7	(3,8-5,6)	5,7	5,3
Næstved		108 / 2.319	0 (0)	4,7	(3,8-5,6)	5,7	5,3
Syddanmark		167 / 3.328	0 (0)	5,0	(4,3-5,8)	5,5	5,0
Esbjerg/Aabenraa		71 / 1.230	0 (0)	5,8	(4,5-7,2)	6,3	6,7
Vejle		96 / 2.098	0 (0)	4,6	(3,7-5,6)	4,9	3,9
Midtjylland		189 / 3.156	0 (0)	6,0	(5,2-6,9)	5,6	5,9
Randers		189 / 3.156	0 (0)	6,0	(5,2-6,9)	5,6	5,9
Nordjylland		66 / 1.472	0 (0)	4,5	(3,5-5,7)	5,0	5,0
Aalborg		66 / 1.472	0 (0)	4,5	(3,5-5,7)	5,0	5,0

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	184.678	Ingen HPV prøve
	7.164	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	170.085	Ikke i aldersgruppen 60-64 år
	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321

Datagrundlag og metode:

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test eller selvopsamlede HPV prøver (siden 2022): T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 .

5a: Kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet.

5a1: Kvinder i alderen 30-59 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet.

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

Tabeller under Supplerende opgørelser for indikatorområde 5

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

Tabel 5a1_ekstra. Fordelingen af positive HPV prøver for aldersgruppen 30-59 år

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

Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023 Andel	95% CI	2022 Andel	2021 Andel
Danmark		6.767 / 78.262	0 (0)	8,6	(8,5-8,8)	8,8	8,7
Hovedstaden		2.800 / 29.500	0 (0)	9,5	(9,2-9,8)	9,3	8,8
Sjælland		827 / 10.198	0 (0)	8,1	(7,6-8,7)	8,0	8,9
Syddanmark		974 / 13.283	0 (0)	7,3	(6,9-7,8)	7,8	8,1
Midtjylland		1.663 / 18.245	0 (0)	9,1	(8,7-9,5)	9,7	9,5
Nordjylland		503 / 7.036	0 (0)	7,1	(6,6-7,8)	7,7	7,5
Hovedstaden		2.800 / 29.500	0 (0)	9,5	(9,2-9,8)	9,3	8,8
Hvidovre		2.800 / 29.500	0 (0)	9,5	(9,2-9,8)	9,3	8,8
Sjælland		827 / 10.198	0 (0)	8,1	(7,6-8,7)	8,0	8,9
Næstved		827 / 10.198	0 (0)	8,1	(7,6-8,7)	8,0	8,9
Syddanmark		974 / 13.283	0 (0)	7,3	(6,9-7,8)	7,8	8,1
Esbjerg/Aabenraa		516 / 5.459	0 (0)	9,5	(8,7-10,3)	9,8	10,4
Vejle		458 / 7.824	0 (0)	5,9	(5,3-6,4)	6,4	6,4
Midtjylland		1.663 / 18.245	0 (0)	9,1	(8,7-9,5)	9,7	9,5
Randers		1.663 / 18.245	0 (0)	9,1	(8,7-9,5)	9,7	9,5
Nordjylland		503 / 7.036	0 (0)	7,1	(6,6-7,8)	7,7	7,5
Aalborg		503 / 7.036	0 (0)	7,1	(6,6-7,8)	7,7	7,5

	Antal	Årsag
Eksklusion:	184.678	Ingen HPV prøve
	57.979	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321
	54.979	Ikke i aldersgruppen 30-59 år

Resultater af indikatoranalysen for indikator 5a og 5a1

Indikatoren angiver prævalensen af HPV-positive blandt de screenede kvinder og er udviklet som et delmål for kvaliteten af HPV analyser. Andelen af positive svar sammenlignes mellem afdelinger og regioner, hvor en relativ ensartethed i resultatet forventes. Der tages udgangspunkt i screeningsinviterede kvinder for at sikre frasortering af opfølgingsprøver, som vil have en høj andel HPV-positive.

Af indikator 5a ses, at andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år samlet set ligger på 5 % i 2023, og den har været stabil de seneste perioder jf. trendgrafen på næste side. Regionernes og afdelingernes resultater ligger ensartet på 4,5 – 6 %.

Når man ser på aldersgruppen af 30-59-årige inviterede kvinder (indikator 5a1) ligger andelen af positive HPV-prøver lidt højere, 8,6 % på landsplan og med variation mellem regioner og afdelinger (5,9 - 9,5 %), hvor Region Syddanmark og Nordjylland ligger lavest, og Hovedstaden ligger med den højeste andel HPV-positive. Under supplerende opgørelser fremgår af tabel 5a2, at der blandt de yngste aldersgrupper (30-39-årige) er en højere andel med positiv HPV (10,9 %) end blandt de ældre grupper (40-59-årige, hvor den ligger på 6,5 %). Dette gælder i alle regioner.

Tabel 5a og 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

Andelen af HPV positive blandt de 60-64-årige har været rapporteret i en årrække og har i en længere periode ligget stabilt omkring de 5%. Der er ikke nævneværdige forskelle imellem regioner eller afdelinger eller over tid, dette tages som udtryk for ensartet kvalitet og håndtering.

Implementering af HPV baseret screening for de 30-59-årige kvinder startede nationalt den 1. januar 2021 og disse data rapporteres i denne rapport. HPV positiv andelen ligger som forventet højere i denne gruppen end blandt de 60-64 årige og med et landsgennemsnit på 8,6 %. Der ses mindre forskelle imellem regioner fra 7,1 til 9,5%, hvilket kan skyldes forskellig HPV prævalens i optageområderne, ligesom forskellen i andelen af selvopsamlede HPV prøver kan have indflydelse på tallene.

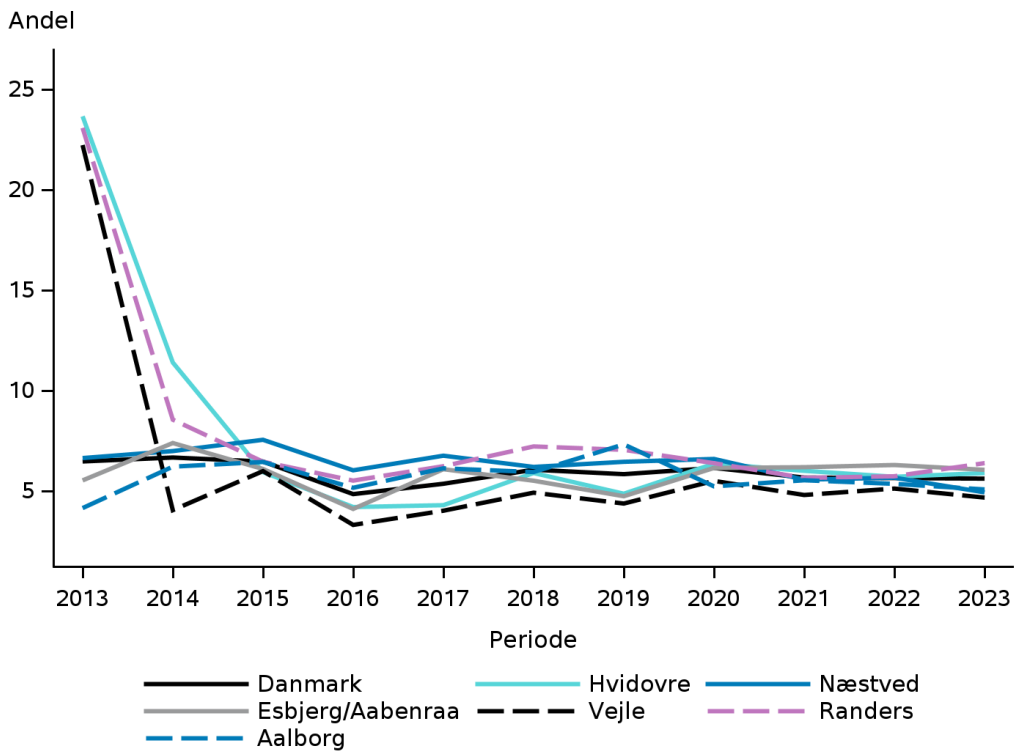
Andelen af HPV positive falder som forventet med stigende alder, hvilket gælder i samtlige regioner, om end der er nogle regionale forskelle i tallene indenfor gruppen af 30-59-årige. Vejle har den laveste HPV positiv andel på 5,9%, hvilket kan skyldes at Vejle i 2017 startede pilotstudie med HPV-screening og en andel af kvinderne således allerede har deltaget i en screeningsrunde.

Det anbefales at de enkelte udførende afdelinger løbende kvalitetssikrer deres HPV-analyser og arbejdsgange.

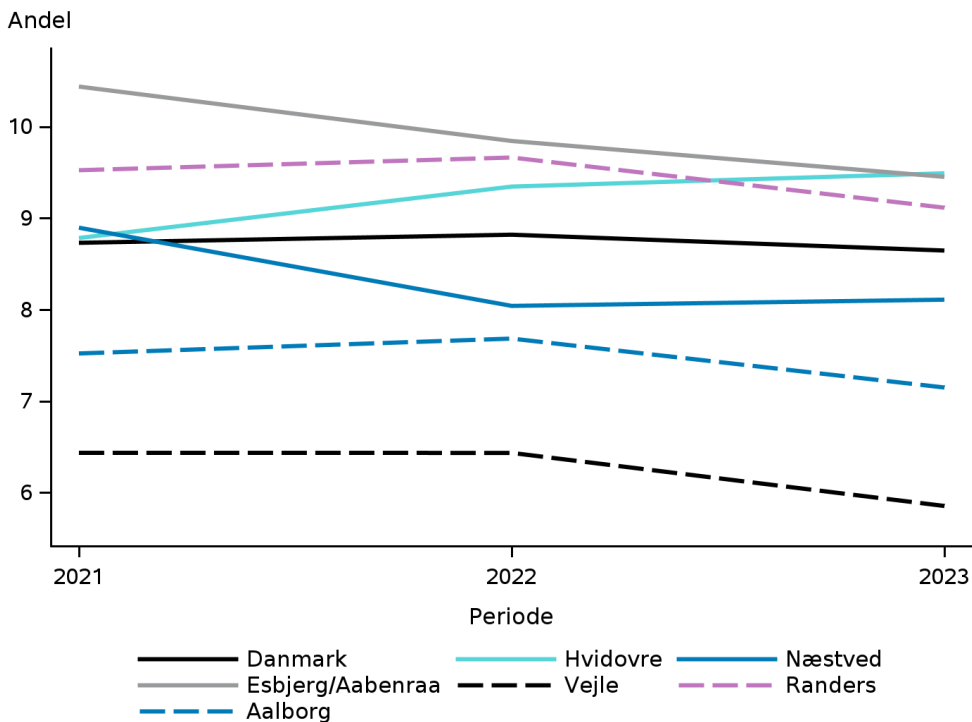
Vurdering af indikatoren

Det er vigtigt at kende og følge andelen af HPV-positive screeningstests over tid og imellem regioner og udførende afdelinger for derigennem at kunne identificere mulige kvalitetsbrister, særligt i forbindelse med introduktion af ny screeningstest som HPV-test. Det er derfor tilfredsstillende at se et nogenlunde ensartet niveau for HPV positivitet imellem regioner og imellem afdelinger både i gruppen af de 60-64-årige og i gruppen af de 30-59 årige.

Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 60-64 årige. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige. 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 antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2023 - 31.12.2023	Andel 95% CI	2022	2021
Danmark		875 / 2.495	0 (0)	35,1	(33,2-37,0)	33,4	37,1
Hovedstaden		281 / 848	0 (0)	33,1	(30,0-36,4)	30,6	31,7
Sjælland		96 / 413	0 (0)	23,2	(19,3-27,6)	21,5	30,5
Syddanmark		167 / 334	0 (0)	50,0	(44,5-55,5)	45,8	48,8
Midtjylland		246 / 755	0 (0)	32,6	(29,2-36,1)	35,4	37,9
Nordjylland		85 / 145	0 (0)	58,6	(50,2-66,7)	54,5	57,4
Hovedstaden		281 / 848	0 (0)	33,1	(30,0-36,4)	30,6	31,7
Hvidovre		281 / 848	0 (0)	33,1	(30,0-36,4)	30,6	31,7
Sjælland		96 / 413	0 (0)	23,2	(19,3-27,6)	21,5	30,5
Næstved		96 / 413	0 (0)	23,2	(19,3-27,6)	21,5	30,5
Syddanmark		167 / 334	0 (0)	50,0	(44,5-55,5)	45,8	48,8
Esbjerg/Aabenraa		71 / 108	0 (0)	65,7	(56,0-74,6)	48,0	54,1
Vejle		96 / 226	0 (0)	42,5	(35,9-49,2)	44,9	46,7
Midtjylland		246 / 755	0 (0)	32,6	(29,2-36,1)	35,4	37,9
Randers		246 / 755	0 (0)	32,6	(29,2-36,1)	35,4	37,9
Nordjylland		85 / 145	0 (0)	58,6	(50,2-66,7)	54,5	57,4
Aalborg		85 / 145	0 (0)	58,6	(50,2-66,7)	54,5	57,4

	Antal	Årsag
Eksklusion:	140.802	Ingen cytologi prøve
	6.719	Endocervikale prøver med T-koden T8X320/T8X321
	95.401	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	133.824	Celleprøven er ikke ASCUS
	2.966	Ingen efterfølgende HPV prøve
	410	Ikke supplerende hvp til cytologi celleprøven

Datagrundlag og metode:

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Indikatoren er udviklet som et delmål for kvaliteten af cytologi-screeningen og måler andelen af kvinder, der på baggrund af cytologi screening får diagnosen ASCUS, der har en supplerende positiv HPV-test. ASCUS er den hyppigste celleforandring i cervix cytologiprøver, og kvalitetssikring af ASCUS-diagnosen er vigtigt for at begrænse u hensigtsmæssig brug.

Andelen af cytologiscreenede kvinder med ASCUS-diagnose, som har positiv HPV-test ligger på 35,1 % på landsniveau i aktuelle år. Der ses regionale forskelle, hvor andelen i Region Sjælland ligger på 23,2 %, og den i Region Nordjylland er 58,6 %. Trendgrafene på næste side viser en nogenlunde stabilitet over tid samlet set, men med klar variation i andelen inden for regionerne. Der er ikke fastsat standard for indikatoren.

Diskussion og implikationer

Der ses regionale forskelle i anvendelsen af cytologidiagnosen ASCUS målt som andelen af HPV positive med diagnosen ASCUS. For hovedparten af afdelinger og regioner ses procentdelen relativt konstant sammenlignet med de to forudgående perioder

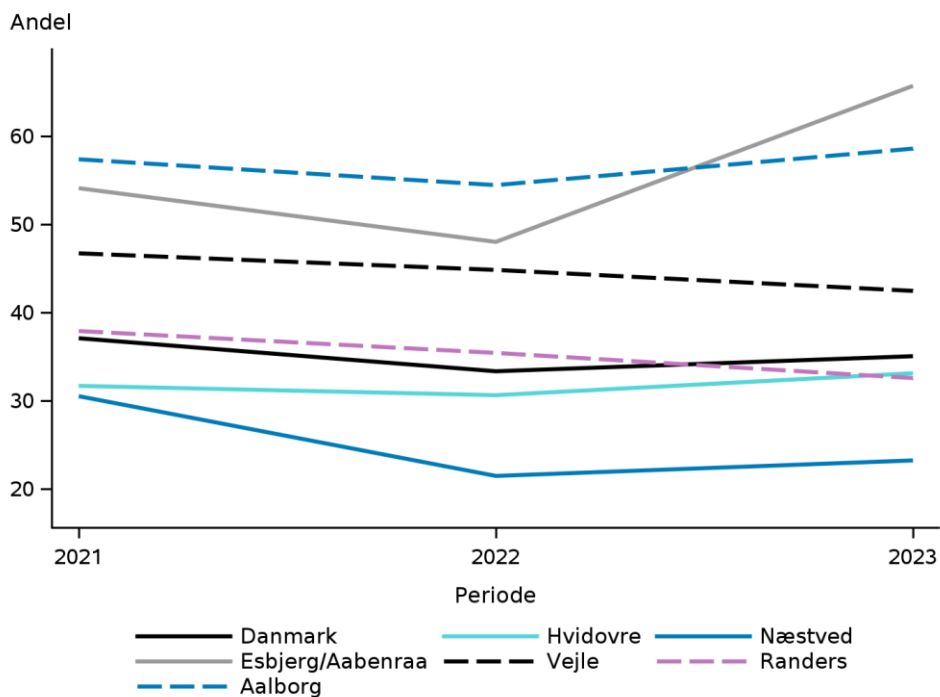
Ifølge Bethesda er 40-50% af kvinder med atypiske pladeepitelceller (ASC) positive for HPV ved efterfølgende HPV test (ref. Bethesda 3. udgave). Andelen er baseret på data fra den store ALTS undersøgelse (ASCUS-LSIL triage study) i USA og kan derfor ikke nødvendigvis helt sammenlignes med danske forhold men kan anvendes som en rettesnor. Estimerne for andelen af HPV-positive kan variere, idet ASCUS-diagnosen beror på en subjektiv vurdering, og forekomsten af HPV i denne diagnose dermed vil afhænge af, hvordan ASCUS diagnosticeres i første omgang. HPV-testen kan også give anledning til variation.

Variationer mellem regioner og sammenligning med de sidste to år er baseret på relativt få prøver, men bør følges op mhp. kvalitetssikring af cytologiske diagnoser. De afdelinger som ligger højt (Esbjerg/Aabenraa og Aalborg) anbefales at gennemgå deres praksis for analyse af cytologimateriale.

Vurdering af indikatoren

Der anbefales, at resultaterne overvåges af afdelingerne og på landsplan mhp. kvalitetssikring af cytologiske diagnoser. I takt med udviklingen af det danske screeningsprogram bør anvendeligheden af indikatoren overvejes.

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



Indikatorområde 6: Opfølgning

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

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2021 - 31.10.2022		Tidligere år	
	≤ 2% opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	122 / 5.877	0 (0)	2,1	(1,7-2,5)	2,0	2,3
Hovedstaden	Nej	58 / 2.752	0 (0)	2,1	(1,6-2,7)	2,0	2,5
Sjælland	Nej	14 / 591	0 (0)	2,4	(1,3-3,9)	2,2	3,2
Syddanmark	Ja	7 / 467	0 (0)	1,5	(0,6-3,1)	2,5	2,9
Midtjylland	Nej	36 / 1.657	0 (0)	2,2	(1,5-3,0)	1,7	2,1
Nordjylland	Ja	7 / 410	0 (0)	1,7	(0,7-3,5)	1,9	0,8

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1	Ingen cytologi eller HPV prøve
	38	Kvinden er udrejst/afdød i opfølgingsperioden
	346.444	Celleprøven er ikke abnorm
	13.927	Celleprøven er normal
	15.452	Celleprøven har ikke svære celleforandringer

Datagrundlag og metode.

Nævner. Antal prøver med svære celleprøver der skal følges op, SNOMED-koder T8X2** eller T8X3**

(vagina/livmoderhalsen), en M-kode for svære forandringer samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode) (se appendiks II for yderligere datadefinitioner). Svære celleforandringer defineres som: karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC.

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

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Det er væsentlig for kvaliteten af screening og behandling at celleprøver med svære forandringer følges op rettidigt. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage, udgør i aktuelle år 2,1

% på landsplan (i alt 122 celleprøver). Resultatet ligger samlet set meget tæt på indikatorstandard (≤ 2 %) og Region Sjælland, Midtjylland og Hovedstaden ligger marginalt over standard på hhv. 2,4, 2,2 og 2,1 %.

Trendgrafen viser, at andelen samlet set er blevet lavere igennem den seneste 10-års periode, men at andelen for de fleste regioner har varieret over tid. For nogen regioner er der tale om små absolutte tal, som kan give anledning til usikkerhed på estimatet. I aktuelle år ligger regionernes andele mere ensartet end tidligere, og Region Syddanmark og Sjælland har forbedret resultatet henover de seneste år.

Ud af de i alt 122 celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage, var 47 prøver (0,8 %) heller ikke fulgt op inden for 450 dage, hvilket ses af Supplerende opgørelse, tabel 6a. I supplerende tabel 6b er der anvendt de tidsgrænser, som er anført i anbefalingerne for screeningsprogrammet (angivet ved Æ-kode for anbefalet opfølgning ved den specifikke prøve). Her udgør andelen på landsplan, der ikke er fulgt op 3,3 %, hvilket er en forbedring i sammenlignet med tidligere år.

Der foreligger to yderligere supplerende analyser, som dækker opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hhv. supplerende Tabel 6c og tabel 6d. Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev 3,2 % ikke fulgt op ved tidsvinduet på 450 dage, imens 9,8 % ikke blev fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser. Der ses totalt set et lille fald sammenlignet med tidligere år i begge opgørelser.

Diskussion og implikationer

Hvert år gennemgår patologiafdelingerne lister over personer med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op 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 synes ikke at give anledning til at flere kvinder bliver fulgt op inden for den anbefalede tidsramme. Der gøres opmærksom på, at selvom der sendes svar direkte til kvinden, ligger ansvaret for korrekt opfølgning ved unormale eller uegnede prøver stadig hos prøvetagende læge. Dette er præciseret i en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i 2012 ¹.

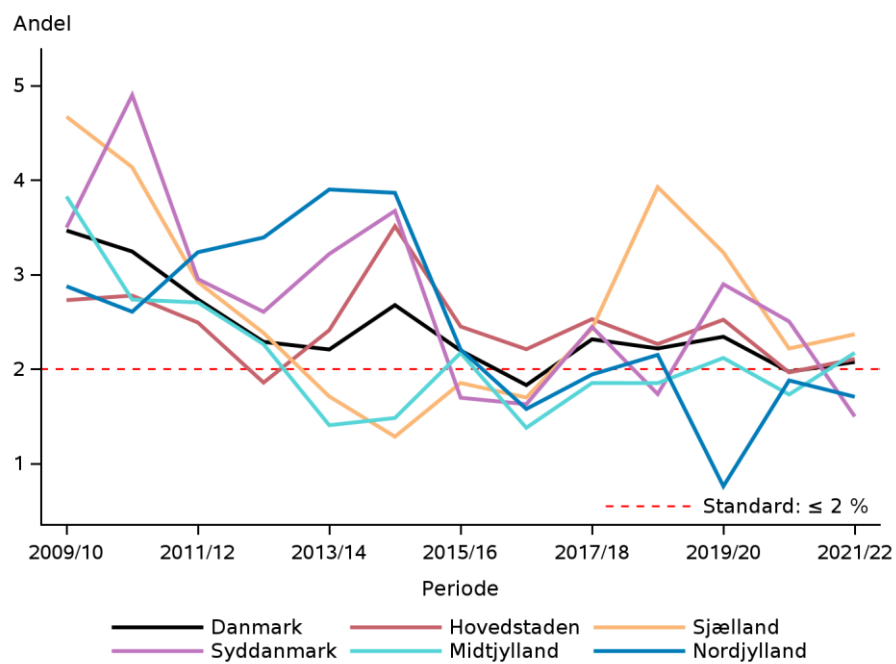
I almen praksis arbejdes løbende med generel sikring af korrekt prøvesvar og opfølgning af patienten, hvilket også har potentiale til at bedre opfølgningen af prøver i livmoderhalskræftscreeningsprogrammet. I forbindelse med Sundhedsstyrelsens nye retningslinjer for livmoderhalskræftscreening anbefales 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.

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 denne indikator og målopfyldelsen.

¹ <https://www.retsinformation.dk/Forms/R0710.aspx?id=137127>

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



Indikatorområde 7: Tilfælde af livmoderhalskræft

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

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	< 350 tilfælde opfyldt	antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Antal	2021 Antal	2020 Antal
Danmark	Ja	0(0)	333	275	310
Hovedstaden		0(0)	85	72	79
Sjælland		0(0)	64	54	54
Syddanmark		0(0)	75	71	85
Midtjylland		0(0)	73	61	62
Nordjylland		0(0)	36	17	30

Indikator 7b: Aldersstandardiseret* incidensrate pr. 100.000 kvinder

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	< 13.9 pr. 100.000 opfyldt	antal (%)	01.01.2022 - 31.12.2022 Antal	2021 Antal	2020 Antal
Danmark	Ja	0(0)	11,9	9,7	10,9
Hovedstaden	Ja	0(0)	9,1	7,9	8,5
Sjælland	Nej	0(0)	15,5	13,4	14,0
Syddanmark	Ja	0(0)	13,2	12,1	14,1
Midtjylland	Ja	0(0)	12,0	9,8	10,1
Nordjylland	Ja	0(0)	13,3	6,1	10,6

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

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

Resultater af indikatoranalysen for indikator 7a og 7b

I 2022 var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 333 på landsplan ifølge data fra Cancerregisteret. Dermed er standarden på højst 350 tilfælde pr år opfyldt, men samlet set ligger antallet højere end foregående år (hhv. 275 i år 2021 og 310 i år 2020). Cancerregisteret anvendes som kilde til opgørelsen idet komplementet og validiteten af Cancerregisteret vurderes meget høj.

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft var i 2022 på landsplan 11,9 pr. 100.000 kvinder og således er indikatorstandarden ligeledes opfyldt for indikator 7b. Regionalt set varierer incidensen i aktuelle år pr. 100.000 indbyggere fra 6,1 (Region Hovedstaden) til 15,5 (Region Sjælland). Region Syddanmark, Midtjylland og Nordjylland ligger på 12-13. Incidensen er på landsplan nedadgående over længere tid (se trendgraf på næste side), dog med ensartede regionale forskelle over tid og en opgang i 2022 i samtlige regioner. Det bemærkes især at den aldersstandardiserede incidens i Region Sjælland har været opadgående siden 2018.

Den aldersstandardiserede incidensrate ses opdelt på alder under Supplerende opgørelser tabel 7e, hvor det fremgår at den højeste incidens findes i aldersgruppen 30-39 år, hvorefter incidensen falder med stigende alder. Under supplerende opgørelser ses også fordelingen af cancer stadier for livmoderhalskræft. Data er hentet fra Dansk Gynækologisk Cancerdatabase, og derfor er det totale antal cancer tilfælde, der indgår, lidt lavere end i indikator 7. Det ses at ca. 55% af cancer tilfældene i 2021 udgøres af stadie I uden nedvækst eller spredning (seneste år for disse data er 2021 da datakilden Dansk Gynækologisk Cancer Database er under omlægning).

Diskussion og implikationer

Antallet af livmoderhalskræfttilfælde i Danmark er steget let sammenlignet med de to foregående år. Der ses en stigning i alle regioner, ligesom den aldersstandardiserede incidensrate ligeledes er steget. Dette kan muligvis forklares som et efterslæb på let faldende tilslutning til screeningsprogrammet i tidligere år, hvor Covid-19 pandemien havde en kortvarig negativ effekt på screeningsdeltagelsen, ligesom der kan være tale om tilfældige udsving. Etablering af HPV-baseret screening har i randomiserede kontrollerede undersøgelser ført til flere fund af livmoderhalskræft i første omgang men til en beskyttelse efterfølgende. Således kan den ændring som er foretaget i det danske screeningsprogram til differentieret HPV screening potentielt have medført en lille opgang i cancer tilfælde på kort sigt. Trods en let stigning er standarden på højst 350 tilfælde pr. år stadig opfyldt, men det er fortsat nødvendigt med fokus på området for at sikre, at det forventede fald i incidensen i de kommende år også observeres.

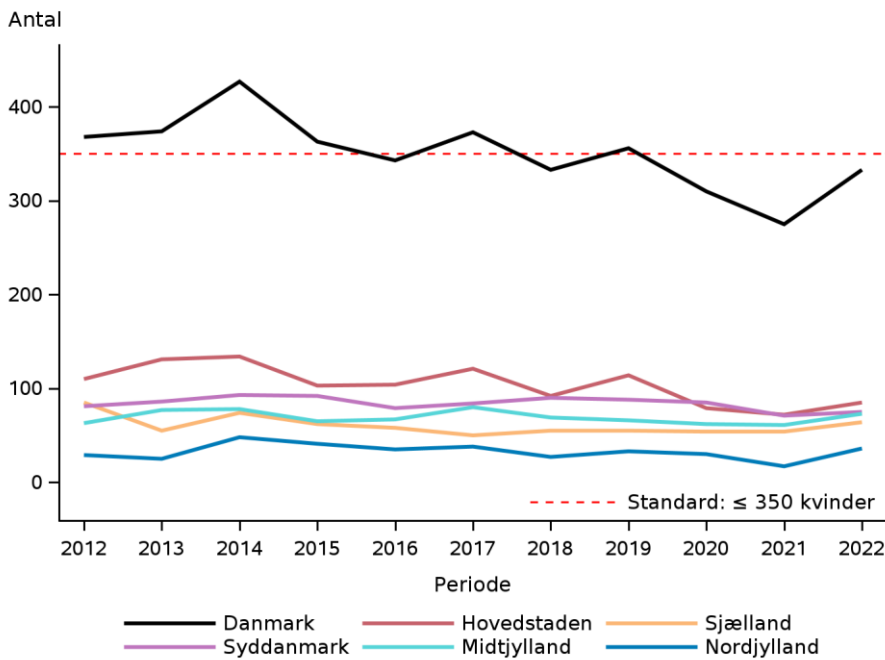
Styregruppen anbefaler fortsat, at den enkelte patologiafdeling foretager lokal audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012 vedrørende screening for livmoderhalskræft. Det anbefales endvidere, at man anvender den anbefalede kodepraksis. Målet er at få opgjort antal tilfælde af livmoderhalskræft i forhold til om kvinderne har fulgt screeningsprogrammet. Det anbefales, at de fem regionale styregrupper evaluerer auditresultaterne og at screeningsdeltagelsen hos de kvinder, som udvikler livmoderhalskræft, klarlægges ved de regionale audits.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er et vigtigt resultatmål for screeningsindsatsen og bør fastholdes.

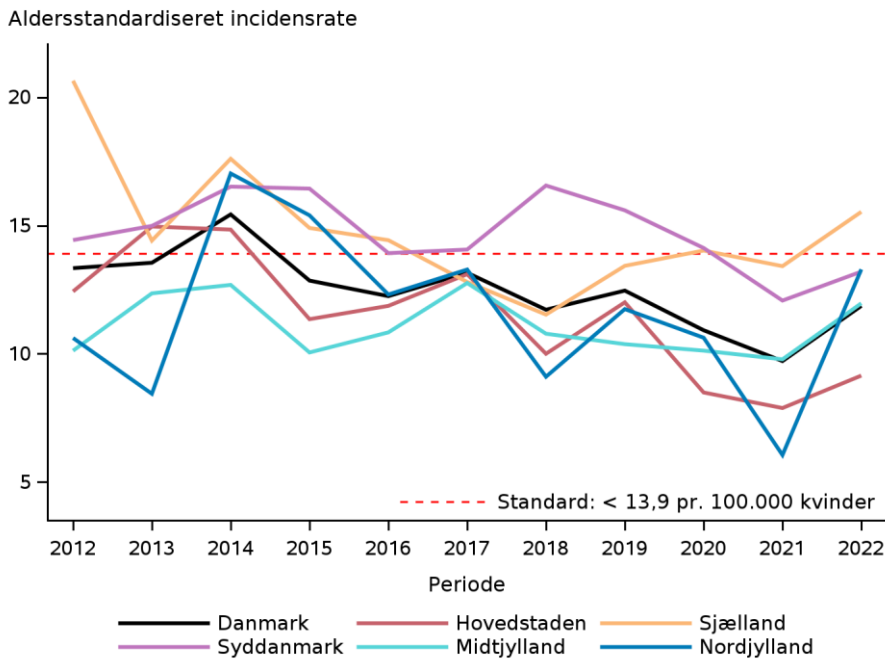
På længere sigt vil målet være at sænke indikatorstandarden, dels ved at der med forskellige tiltag i de 5 regioner arbejdes på at øge screeningsdeltagelsen, dels ved at øge tilslutningen til HPV-vaccination, da disse tiltag forventeligt vil medføre faldende incidens af livmoderhalskræft.

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



Test for trend fra år 2012 til 2022, Kendal Tau koefficient = -0,62, $p < 0,01$.

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



Indikatorområde 8: Keglesnit

Indikator 8: Andelen af keglesnit, hvor diagnosen er CIN2+

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		3.585 / 5.395	0 (0)	66,5	(65,2-67,7)	66,8	65,2
Hovedstaden		1.257 / 1.949	0 (0)	64,5	(62,3-66,6)	65,7	66,5
Sjælland		414 / 779	0 (0)	53,1	(49,6-56,7)	57,8	52,6
Syddanmark		642 / 884	0 (0)	72,6	(69,6-75,5)	71,6	72,5
Midtjylland		963 / 1.254	0 (0)	76,8	(74,4-79,1)	74,3	71,9
Nordjylland		309 / 529	0 (0)	58,4	(54,1-62,6)	53,0	52,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	130	Rekvosition af samme materiale (P30750)

Datagrundlag og metode.

Nævner. Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Rekvositioner af samme materiale er ekskluderet (p30750).

Tæller. CIN2, CIN3, AIS og karcinom

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8

Det er væsentligt for kvaliteten af screening og behandling, at der ikke foretages flere keglesnitsindgreb end nødvendigt. Derfor er det relevant at undersøge diagnosefordelingen ved keglesnit. Ud af alle kvinder som fik keglesnit i aktuelle år, ligger andelen med moderate og svære celleforandringer (CIN2+) på 66,5 %, stabilt i forhold til foregående 5-årsperiode (se trendgraf næste side). Der er forskel på resultaterne på regionsniveau, hvor andelen aktuelt ligger lavest i Region Sjælland (53 %) og Region Nordjylland (58,4 %) og højest i Region Midtjylland (76,8 %) og Region Syddanmark (72,6%). Der er væsentlig forskel på andelen af CIN2+ diagnoser ved keglesnit i forskellige aldersgrupper, hvor andelen med CIN2+ ligger på 81 % for kvinder under 40 år, på 62 % ved alderen 40-60 år og på 32,5 % ved alder over 60 år. Dette gælder på landsplan og med samme mønster i alle regioner (supplerende opgørelse tabel 8a1).

Der er ikke sat standard for indikatoren, som opgøres for første gang i denne rapport, men forbedringsretningen er opadgående, da det er målet, at keglesnit foretages ved klinisk relevant indikation (CIN2+).

Under Supplerende opgørelser findes diagnosefordeling ved keglesnit (tabel 8c) og en opgørelse af resektionsrande (8c), hvoraf det fremgår at andelen af frie rande på regionsniveau ligeledes lå med variation (48- 69 % i 2023).

Diskussion og implikationer

Region Sjælland og Region Nordjylland har en væsentlig lavere andel af moderate og svære celleforandringer ved keglesnit end de tre andre regioner, hvilket kan betyde at der laves flere unødvendige keglesnit i disse to regioner. Det kan dog også være begrundet i en anden lokal praksis for, hvornår der bør udføres keglesnit. I

Sundhedsstyrelsens nationale kliniske retningslinje fra 2019 blev der åbnet op for at foretage keglesnit hos HPV-positive ældre kvinder, hvor transformationszonen ikke er synlig. En årsag til Ålborgs lave andel af CIN2+ kan være at ældre kvinder ofte tilbydes keglesnit i denne region.

Der er sket en lille stigning i det samlede antal af keglesnit på landsplan (se trendgrafen nedenfor), som er drevet af udviklingen i Region Midtjylland og Nordjylland. Mulige forklaringer på den samlede stigning kan være efterslæb fra screenings-engangstilbuddet (givet i 2017 til kvinder med alder 70+ år), indførelse af 2019 retningslinjen (som nævnt ovenfor) og den differentierede implementering af HPV baseret screening.

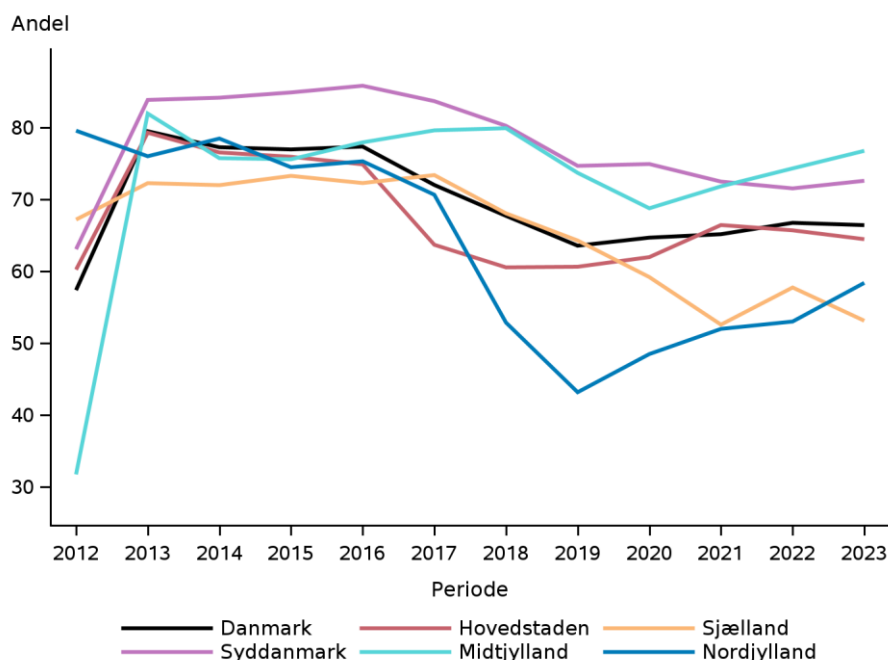
Der er relativt store forskelle på andelen af frie resektionsrande mellem regionerne. Det kan skyldes forskel i udførelse af indgrebet, men det kan også afspejle forskellige kodepraksis, da der også er meget stor forskel på anvendelse af koden ”resektionsrande kan ikke vurderes”.

Den meget store forskel mellem regioner på resultatet af indikator 8 bør udredes. Der kan være forskel mellem regionerne om (og hvor mange gange) der foretages biopsi, inden der foretages keglesnit. Der er formentlig også forskel mellem regionerne, i hvilken udstrækningen muligheden for opfølgning uden keglesnit foretages hos kvinder i fertil alder med CIN2. Ved persisterende HPV er der muligvis også regionale forskelle på, hvorvidt keglesnit anbefales, hvilket følger den regionale retningslinje. Ydermere kan fælles beslutningstagning have betydning for om der vælges kontrolforløb eller keglesnit hos både yngre i den fertile alder og hos ældre kvinder. Mulige årsager til de regionale forskelle bør undersøges nærmere.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren giver for første gang indsigt i, hvor mange keglesnit der laves på landsplan i Danmark og er en vigtig markør for, hvor mange kvinder der får foretaget et profylaktisk kirurgisk indgreb, som kan give komplikationer i form af blødning, læsion af naboorganer og for tidlig fødsel. Indikatoren påpeger potentiale for begrænsning af overbehandling. Mulige forklaringer på de regionale forskelle bør udredes, inden der sættes standard for indikatoren.

Indikator 8: Andelen af CIN2+ diagnoser blandt keglesnit. Trendgraf på regionsniveau.



4. Supplerende opgørelser

Indikatorområde 1: Kapacitet

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

	Standard opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023 Antal	Tidligere år 2022 Antal	2021 Antal
Danmark		0(0)	184.678	194.048	195.178
Hovedstaden		0(0)	65.962	67.653	70.824
Sjælland		0(0)	21.841	22.007	21.901
Syddanmark		0(0)	35.906	38.004	37.441
Midtjylland		0(0)	43.610	48.431	48.079
Nordjylland		0(0)	17.359	17.953	16.933
Hovedstaden		0(0)	65.962	67.653	70.824
Hvidovre		0(0)	65.962	67.653	70.824
Sjælland		0(0)	21.841	22.007	21.901
Næstved		0(0)	21.841	22.007	21.901
Syddanmark		0(0)	35.906	38.004	37.441
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	10.930	11.869	11.900
Vejle		0(0)	24.976	26.135	25.541
Midtjylland		0(0)	43.610	48.431	48.079
Randers		0(0)	43.610	48.431	48.079
Nordjylland		0(0)	17.359	17.953	16.933
Aalborg		0(0)	17.359	17.953	16.933

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

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

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

	Standard opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal (%)	01.01.2023 - 31.12.2023 Antal	2022 Antal	2021 Antal
Danmark		0(0)	126.894	130.228	127.831
Hovedstaden		0(0)	44.870	45.477	47.984
Sjælland		0(0)	16.681	17.280	16.185
Syddanmark		0(0)	23.918	25.270	23.618
Midtjylland		0(0)	29.255	29.828	28.303
Nordjylland		0(0)	12.170	12.373	11.741
Hovedstaden		0(0)	44.870	45.477	47.984
Hvidovre		0(0)	44.870	45.477	47.984
Sjælland		0(0)	16.681	17.280	16.185
Næstved		0(0)	16.681	17.280	16.185
Syddanmark		0(0)	23.918	25.270	23.618
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	9.407	10.330	9.793
Vejle		0(0)	14.511	14.940	13.825
Midtjylland		0(0)	29.255	29.828	28.303
Randers		0(0)	29.255	29.828	28.303
Nordjylland		0(0)	12.170	12.373	11.741
Aalborg		0(0)	12.170	12.373	11.741

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

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

Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset prøver der både er cytologi- og HPV-undersøgt*

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	(%)	Antal		Antal	Antal
Danmark		0(0)	50.417		46.630	42.625
Hovedstaden		0(0)	13.052		12.323	11.692
Sjælland		0(0)	6.719		6.224	4.949
Syddanmark		0(0)	10.156		8.253	7.496
Midtjylland		0(0)	13.807		13.068	12.031
Nordjylland		0(0)	6.683		6.762	6.457
Hovedstaden		0(0)	13.052		12.323	11.692
Hvidovre		0(0)	13.052		12.323	11.692
Sjælland		0(0)	6.719		6.224	4.949
Næstved		0(0)	6.719		6.224	4.949
Syddanmark		0(0)	10.156		8.253	7.496
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	5.531		4.682	3.552
Vejle		0(0)	4.625		3.571	3.944
Midtjylland		0(0)	13.807		13.068	12.031
Randers		0(0)	13.807		13.068	12.031
Nordjylland		0(0)	6.683		6.762	6.457
Aalborg		0(0)	6.683		6.762	6.457

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

*Indikator 1c er afgrænset til de kvinder, der har både en cytologi og en HPV undersøgt prøve, dvs. screenet ved cytologi og triageret med HPV-test, eller screenet ved HPV med cytologi som triagering.

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

	Standard opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023 Antal	Tidligere år 2022 Antal
Danmark		0(0)	13.909	7.912
Hovedstaden		0(0)	9.036	5.926
Syddanmark		0(0)	830	
Midtjylland		0(0)	3.630	1.986
Nordjylland		0(0)	413	
Hovedstaden		0(0)	9.036	5.926
Hvidovre		0(0)	9.036	5.926
Syddanmark		0(0)	830	
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	363	
Vejle		0(0)	467	
Midtjylland		0(0)	3.630	1.986
Randers		0(0)	3.630	1.986
Nordjylland		0(0)	413	
Aalborg		0(0)	413	

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X010 selvopsamlede prøver

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

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

Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologifdelingr

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Standard	antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt	(%)	Antal		Antal	Antal
Danmark		0(0)	6.719	7.465	8.036	
Hovedstaden		0(0)	1.935	1.870	1.385	
Sjælland		0(0)	2.680	2.981	3.131	
Syddanmark		0(0)	3.559	4.063	4.278	
Midtjylland		0(0)	170	148	300	
Nordjylland		0(0)	309	273	327	
Hovedstaden		0(0)	1.935	1.870	1.385	
Hvidovre		0(0)	1.935	1.870	1.385	
Sjælland		0(0)	2.680	2.981	3.131	
Næstved		0(0)	2.680	2.981	3.131	
Syddanmark		0(0)	3.559	4.063	4.278	
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	957	998	829	
Vejle		0(0)	2.602	3.065	3.449	
Midtjylland		0(0)	170	148	300	
Randers		0(0)	170	148	300	
Nordjylland		0(0)	309	273	327	
Aalborg		0(0)	309	273	327	

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X320 og T8X321 endocytobrush (og MATTYPE 23)*

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

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

**Region Hovedstaden er inkluderet med MATTYPE 26 i kombination med ovenstående koder, da man overvejende har haft denne kodepraksis på patologifdelingen i Hvidovre..*

Tabel 1f. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder i 2023

	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Danmark	9	0,0	493	0,5	890	0,8	634	0,6	2.609	2,4	23	0,0	212	0,2	102.088	94,3	1.311	1,2	24	0,0	108.293
Hovedstaden	0	0,0	180	0,5	161	0,4	270	0,7	881	2,4	3	0,0	104	0,3	35.072	95,0	235	0,6	0	0,0	36.906
Sjælland	3	0,0	80	0,6	344	2,5	63	0,5	446	3,2	5	0,0	48	0,3	12.629	91,9	129	0,9	#	0,0	13.748
Syddanmark	#	0,0	64	0,3	112	0,4	139	0,6	351	1,4	#	0,0	41	0,2	23.801	95,1	526	2,1	#	0,0	25.038
Midtjylland	0	0,0	112	0,5	160	0,7	105	0,5	775	3,5	6	0,0	17	0,1	20.921	93,4	292	1,3	8	0,0	22.396
Nordjylland	5	0,0	57	0,6	113	1,1	57	0,6	156	1,5	8	0,1	#	0,0	9.665	94,7	129	1,3	13	0,1	10.205

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

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

Tabel 1g. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige hpv-screenede kvinder i 2023

	HPV negative				HPV positive																Uegnet		I alt		
	I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Andre*		I alt				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N		
Danmark	104.628	90,7	10.403	9,0	5	0,0	531	5,1	613	5,9	483	4,6	1.090	10,5	34	0,3	76	0,7	6.551	63,0	1.071	10,3	291	0,3	115.373
Hovedstaden	38.805	90,6	3.979	9,3	0	0,0	196	4,9	121	3,0	191	4,8	403	10,1	#	0,0	36	0,9	2.247	56,5	790	19,9	35	0,1	42.825
Sjælland	13.346	90,7	1.313	8,9	#	0,1	79	6,0	219	16,7	49	3,7	145	11,0	12	0,9	9	0,7	796	60,6	14	1,1	46	0,3	14.716
Syddanmark	18.412	91,0	1.722	8,5	#	0,1	62	3,6	73	4,2	62	3,6	129	7,5	4	0,2	18	1,0	1.312	76,2	74	4,3	82	0,4	20.229
Midtjylland	24.243	90,2	2.507	9,3	0	0,0	154	6,1	129	5,1	139	5,5	313	12,5	15	0,6	10	0,4	1.609	64,2	155	6,2	104	0,4	26.871
Nordjylland	9.822	91,5	882	8,2	3	0,3	40	4,5	71	8,0	42	4,8	100	11,3	#	0,2	3	0,3	587	66,6	38	4,3	24	0,2	10.732

*Andre udgøres af HPV selvopsamlede prøver, hvor der ikke er foretaget cytologi og dermed forekommer ingen diagnose.

Tabel 1h. Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder i 2023

	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt N
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	
Danmark	0	0,0	322	0,5	1.592	2,4	454	0,7	2.359	3,6	#	0,0	51	0,1	60.322	91,5	817	1,2	3	0,0	65.921
Hovedstaden	0	0,0	151	0,6	467	1,9	241	1,0	709	2,9	0	0,0	29	0,1	22.917	93,0	127	0,5	0	0,0	24.641
Sjælland	0	0,0	32	0,5	311	5,3	40	0,7	266	4,5	#	0,0	8	0,1	5.181	87,8	65	1,1	0	0,0	5.904
Syddanmark	0	0,0	31	0,3	167	1,4	58	0,5	311	2,5	0	0,0	13	0,1	11.393	92,5	346	2,8	0	0,0	12.319
Midtjylland	0	0,0	75	0,5	375	2,4	67	0,4	788	5,0	0	0,0	0	0,0	14.432	90,7	168	1,1	0	0,0	15.905
Nordjylland	0	0,0	33	0,5	272	3,8	48	0,7	285	4,0	0	0,0	#	0,0	6.399	89,5	111	1,6	3	0,0	7.152

Tabel 1j. Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige hpv-screenede kvinder i 2023

	HPV negative				HPV positive														Uegnet		I alt N				
			I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal			Andre*			
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%		N	%		
Danmark	23.394	93,4	1.576	6,3	#	0,1	57	3,6	65	4,1	62	3,9	178	11,3	3	0,2	5	0,3	1.056	67,0	155	9,8	70	0,3	25.047
Hovedstaden	7.307	92,7	557	7,1	0	0,0	19	3,4	13	2,3	18	3,2	71	12,7	#	0,2	#	0,4	309	55,5	125	22,4	15	0,2	7.880
Sjælland	3.419	94,0	211	5,8	0	0,0	10	4,7	23	10,9	7	3,3	24	11,4	0	0,0	0	0,0	144	68,2	3	1,4	8	0,2	3.638
Syddanmark	5.197	93,8	325	5,9	#	0,3	4	1,2	3	0,9	15	4,6	31	9,5	0	0,0	#	0,3	270	83,1	3	0,9	17	0,3	5.542
Midtjylland	5.114	93,4	340	6,2	0	0,0	20	5,9	16	4,7	16	4,7	38	11,2	#	0,3	#	0,6	233	68,5	15	4,4	21	0,4	5.476
Nordjylland	2.357	93,9	143	5,7	#	0,7	4	2,8	10	7,0	6	4,2	14	9,8	#	0,7	0	0,0	100	69,9	9	6,3	9	0,4	2.511

*Andre udgøres af HPV selvopsamlede prøver, hvor der ikke er foretaget cytologi og dermed forekommer ingen diagnose.

Indikatorområde 2: Deltagelse

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% opfyldt			01.01.2022 - 31.12.2022	95% CI	2021	2020
				Andel		Andel	Andel
Danmark	Nej	121.381 / 379.435	0 (0)	32,0	(31,8-32,1)	33,5	30,1
Hovedstaden	Nej	36.880 / 129.251	0 (0)	28,5	(28,3-28,8)	30,6	28,1
Sjælland	Nej	16.088 / 49.557	0 (0)	32,5	(32,1-32,9)	33,6	30,1
Syddanmark	Nej	25.377 / 74.875	0 (0)	33,9	(33,6-34,2)	34,7	31,4
Midtjylland	Nej	30.956 / 90.142	0 (0)	34,3	(34,0-34,7)	36,0	31,0
Nordjylland	Nej	12.080 / 35.610	0 (0)	33,9	(33,4-34,4)	35,3	32,9

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

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 40% opfyldt			01.01.2022 - 31.12.2022	95% CI	2021	2020
				Andel		Andel	Andel
Danmark	Nej	60.597 / 251.202	0 (0)	24,1	(24,0-24,3)	24,6	24,0
Hovedstaden	Nej	19.523 / 86.408	0 (0)	22,6	(22,3-22,9)	24,0	23,1
Sjælland	Nej	7.982 / 33.746	0 (0)	23,7	(23,2-24,1)	23,3	22,6
Syddanmark	Nej	11.842 / 48.977	0 (0)	24,2	(23,8-24,6)	24,6	24,9
Midtjylland	Nej	15.497 / 58.614	0 (0)	26,4	(26,1-26,8)	26,4	25,4
Nordjylland	Nej	5.753 / 23.457	0 (0)	24,5	(24,0-25,1)	24,8	24,6

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

	Standard	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år		
	≥ 20%		01.01.2022 - 31.12.2022		2021	2020	
	opfyldt		Tæller/ nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	30.129 / 184.765	0 (0)	16,3	(16,1-16,5)	16,2	15,6
Hovedstaden	Nej	10.754 / 63.969	0 (0)	16,8	(16,5-17,1)	16,2	15,4
Sjælland	Nej	3.757 / 25.206	0 (0)	14,9	(14,5-15,4)	14,8	15,0
Syddanmark	Nej	5.710 / 36.322	0 (0)	15,7	(15,3-16,1)	16,2	16,0
Midtjylland	Nej	7.215 / 42.120	0 (0)	17,1	(16,8-17,5)	17,1	16,4
Nordjylland	Nej	2.693 / 17.148	0 (0)	15,7	(15,2-16,3)	15,5	14,5

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

	Alder	01.01.2022 - 31.12.2022			Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller / nævner		Andel	2021		2020	
					95% CI	Andel	Andel	
Danmark	23-64	230.390 / 379.435		60,7	(60,6-60,9)		60,9	60,5
	23-24	18.620 / 35.490		52,5	(51,9-53,0)		53,7	53,9
	25-29	31.391 / 58.755		53,4	(53,0-53,8)		54,0	52,9
	30-34	26.826 / 47.771		56,2	(55,7-56,6)		56,8	56,6
	35-39	28.708 / 46.799		61,3	(60,9-61,8)		62,4	62,0
	40-44	30.783 / 47.736		64,5	(64,1-64,9)		64,9	64,7
	45-49	35.167 / 51.924		67,7	(67,3-68,1)		67,1	66,3
	50-54	16.993 / 26.752		63,5	(62,9-64,1)		63,9	63,6
	55-59	19.844 / 30.450		65,2	(64,6-65,7)		64,4	64,1
	60-64	22.058 / 33.758		65,3	(64,8-65,8)		63,0	62,4
Hovedstaden	23-64	75.570 / 129.251		58,5	(58,2-58,7)		59,0	58,8
	23-24	6.703 / 13.746		48,8	(47,9-49,6)		51,0	51,6
	25-29	11.923 / 23.349		51,1	(50,4-51,7)		53,5	52,3
	30-34	9.884 / 18.208		54,3	(53,6-55,0)		55,8	56,4
	35-39	10.006 / 16.566		60,4	(59,7-61,1)		61,4	61,2
	40-44	10.276 / 16.112		63,8	(63,0-64,5)		63,9	64,4
	45-49	11.236 / 16.776		67,0	(66,3-67,7)		65,4	65,2
	50-54	4.819 / 7.866		61,3	(60,2-62,3)		62,9	60,9
	55-59	5.580 / 8.668		64,4	(63,4-65,4)		61,8	61,9
		60-64	5.143 / 7.960		64,6	(63,6-65,7)		60,2	58,0

	01.01.2022 - 31.12.2022		Aktuelle år		Tidligere år	
	Alder	Tæller / nævner	Andel	2021	2020	
				95% CI	Andel	Andel
Sjælland	23-64	29.513 / 49.557	59,6	(59,1-60,0)	59,4	59,6
	23-24	1.592 / 3.368	47,3	(45,6-49,0)	48,4	47,0
	25-29	2.903 / 6.126	47,4	(46,1-48,6)	46,6	46,5
	30-34	3.031 / 5.667	53,5	(52,2-54,8)	52,8	53,4
	35-39	3.732 / 6.302	59,2	(58,0-60,4)	59,9	61,3
	40-44	4.031 / 6.402	63,0	(61,8-64,1)	63,9	63,6
	45-49	5.180 / 7.693	67,3	(66,3-68,4)	65,8	66,9
	50-54	2.858 / 4.326	66,1	(64,7-67,5)	63,5	63,1
	55-59	3.107 / 4.931	63,0	(61,7-64,4)	63,0	63,7
	60-64	3.079 / 4.742	64,9	(63,6-66,3)	65,9	66,4
Syddanmark	23-64	45.703 / 74.875	61,0	(60,7-61,4)	61,2	61,8
	23-24	3.178 / 6.218	51,1	(49,9-52,4)	52,1	52,6
	25-29	5.689 / 10.631	53,5	(52,6-54,5)	52,1	53,2
	30-34	5.109 / 9.136	55,9	(54,9-56,9)	56,5	57,1
	35-39	5.670 / 9.308	60,9	(59,9-61,9)	61,8	62,0
	40-44	6.405 / 9.899	64,7	(63,8-65,6)	65,2	65,8
	45-49	7.341 / 10.805	67,9	(67,1-68,8)	68,2	68,2
	50-54	3.752 / 5.891	63,7	(62,5-64,9)	64,1	65,9
	55-59	4.376 / 6.693	65,4	(64,2-66,5)	65,9	66,6
	60-64	4.183 / 6.294	66,5	(65,3-67,6)	66,6	66,9
Midtjylland	23-64	57.625 / 90.142	63,9	(63,6-64,2)	63,8	62,1
	23-24	5.043 / 8.639	58,4	(57,3-59,4)	58,7	58,9
	25-29	7.750 / 13.335	58,1	(57,3-59,0)	58,9	55,9
	30-34	6.240 / 10.442	59,8	(58,8-60,7)	60,6	58,0
	35-39	6.693 / 10.328	64,8	(63,9-65,7)	66,2	64,1
	40-44	7.224 / 10.793	66,9	(66,0-67,8)	67,5	65,6
	45-49	8.179 / 11.673	70,1	(69,2-70,9)	69,7	66,2
	50-54	3.956 / 6.091	64,9	(63,8-66,1)	66,3	65,7
	55-59	4.774 / 7.011	68,1	(67,0-69,2)	66,7	64,8
	60-64	7.766 / 11.830	65,6	(64,8-66,5)	61,6	61,6
Nordjylland	23-64	21.979 / 35.610	61,7	(61,2-62,2)	62,0	61,0
	23-24	2.104 / 3.519	59,8	(58,2-61,4)	59,9	59,1
	25-29	3.126 / 5.314	58,8	(57,5-60,1)	56,8	55,3
	30-34	2.562 / 4.318	59,3	(57,9-60,8)	58,3	57,6
	35-39	2.607 / 4.295	60,7	(59,2-62,2)	61,9	60,8
	40-44	2.847 / 4.530	62,8	(61,4-64,3)	64,3	63,4
	45-49	3.231 / 4.977	64,9	(63,6-66,2)	66,4	64,6
	50-54	1.608 / 2.578	62,4	(60,5-64,2)	61,5	62,9
	55-59	2.007 / 3.147	63,8	(62,1-65,5)	66,2	64,6
	60-64	1.887 / 2.932	64,4	(62,6-66,1)	64,4	63,7

Indikatorområde 3: Dækningsgrad

Tabel 3a1. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år på kommuneniveau

		2018-2023		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
Danmark	I alt	1.020.120 / 1.370.893	74,4	(74,3-74,5)
Hovedstaden	I alt	357.999 / 470.283	76,1	(76,0-76,2)
	Albertslund	4.366 / 6.249	69,9	(68,7-71,0)
	Allerød	4.931 / 6.074	81,2	(80,2-82,2)
	Ballerup	8.766 / 11.939	73,4	(72,6-74,2)
	Bornholm	6.094 / 8.587	71,0	(70,0-71,9)
	Brøndby	5.829 / 9.008	64,7	(63,7-65,7)
	Christiansø	17 / 25	68,0	(49,7-86,3)
	Dragør	2.529 / 3.289	76,9	(75,5-78,3)
	Egedal	8.395 / 11.081	75,8	(75,0-76,6)
	Fredensborg	7.290 / 9.860	73,9	(73,1-74,8)
	Frederiksberg	21.683 / 26.635	81,4	(80,9-81,9)
	Frederikssund	7.688 / 10.752	71,5	(70,6-72,4)
	Furesø	7.418 / 9.928	74,7	(73,9-75,6)
	Gentofte	14.107 / 18.123	77,8	(77,2-78,4)
	Gladsaxe	12.680 / 16.831	75,3	(74,7-76,0)
	Glostrup	4.130 / 5.630	73,4	(72,2-74,5)
	Gribskov	6.494 / 9.512	68,3	(67,3-69,2)
	Halsnæs	4.794 / 7.194	66,6	(65,5-67,7)
	Helsingør	11.059 / 14.695	75,3	(74,6-76,0)
	Herlev	5.142 / 6.953	74,0	(72,9-75,0)
	Hillerød	9.712 / 13.012	74,6	(73,9-75,4)
	Hvidovre	9.379 / 12.696	73,9	(73,1-74,6)
	Høje-Taastrup	8.840 / 13.479	65,6	(64,8-66,4)
	Hørsholm	4.279 / 5.581	76,7	(75,6-77,8)
	Ishøj	3.580 / 5.581	64,1	(62,9-65,4)
	København	140.006 / 175.966	79,6	(79,4-79,8)
	Lyngby-Taarbæk	10.430 / 13.388	77,9	(77,2-78,6)
	Rudersdal	10.094 / 12.894	78,3	(77,6-79,0)
	Rødovre	7.540 / 10.817	69,7	(68,8-70,6)
	Tårnby	7.920 / 10.465	75,7	(74,9-76,5)
	Vallensbæk	2.824 / 4.039	69,9	(68,5-71,3)
Sjælland	I alt	134.637 / 194.210	69,3	(69,1-69,5)
	Faxe	5.632 / 8.668	65,0	(64,0-66,0)
	Greve	8.548 / 12.117	70,5	(69,7-71,4)
	Guldborgsund	8.702 / 13.217	65,8	(65,0-66,6)

		2018-2023		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
	Holbæk	11.937 / 17.229	69,3	(68,6-70,0)
	Kalundborg	7.003 / 10.873	64,4	(63,5-65,3)
	Køge	10.676 / 14.692	72,7	(71,9-73,4)
	Lejre	4.766 / 6.766	70,4	(69,4-71,5)
	Lolland	5.341 / 8.446	63,2	(62,2-64,3)
	Næstved	13.653 / 19.311	70,7	(70,1-71,3)
	Odsherred	4.439 / 6.889	64,4	(63,3-65,6)
	Ringsted	5.973 / 8.557	69,8	(68,8-70,8)
	Roskilde	15.975 / 21.021	76,0	(75,4-76,6)
	Slagelse	12.730 / 18.248	69,8	(69,1-70,4)
	Solrød	4.296 / 5.730	75,0	(73,9-76,1)
	Sorø	4.927 / 7.158	68,8	(67,8-69,9)
	Stevns	3.477 / 5.387	64,5	(63,3-65,8)
	Vordingborg	6.562 / 9.901	66,3	(65,3-67,2)
Syddanmark	I alt	201.195 / 277.463	72,5	(72,3-72,7)
	Aabenraa	8.792 / 12.912	68,1	(67,3-68,9)
	Assens	6.606 / 9.293	71,1	(70,2-72,0)
	Billund	4.338 / 6.098	71,1	(70,0-72,3)
	Esbjerg	19.096 / 25.369	75,3	(74,7-75,8)
	Faaborg-Midtfyn	8.197 / 11.891	68,9	(68,1-69,8)
	Fanø	448 / 682	65,7	(62,1-69,3)
	Fredericia	8.592 / 11.852	72,5	(71,7-73,3)
	Haderslev	8.660 / 12.170	71,2	(70,4-72,0)
	Kerteminde	3.796 / 5.452	69,6	(68,4-70,8)
	Kolding	16.218 / 21.776	74,5	(73,9-75,1)
	Langeland	1.563 / 2.505	62,4	(60,5-64,3)
	Middelfart	6.834 / 9.242	73,9	(73,1-74,8)
	Nordfyns	4.658 / 6.772	68,8	(67,7-69,9)
	Nyborg	5.103 / 7.348	69,4	(68,4-70,5)
	Odense	35.883 / 46.608	77,0	(76,6-77,4)
	Svendborg	9.599 / 13.248	72,5	(71,7-73,2)
	Sønderborg	11.592 / 16.354	70,9	(70,2-71,6)
	Tønder	5.287 / 7.866	67,2	(66,2-68,3)
	Varde	7.689 / 10.937	70,3	(69,4-71,2)
	Vejen	6.649 / 9.324	71,3	(70,4-72,2)
	Vejle	20.872 / 28.536	73,1	(72,6-73,7)
	Ærø	723 / 1.228	58,9	(56,1-61,6)
Midtjylland	I alt	230.682 / 307.111	75,1	(75,0-75,3)
	Aarhus	65.037 / 81.792	79,5	(79,2-79,8)
	Favrskov	8.906 / 11.466	77,7	(76,9-78,4)
	Hedensted	7.627 / 10.970	69,5	(68,7-70,4)

		2018-2023		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
	Herning	15.024 / 19.864	75,6	(75,0-76,2)
	Holstebro	9.747 / 12.871	75,7	(75,0-76,5)
	Horsens	16.228 / 22.173	73,2	(72,6-73,8)
	Ikast-Brande	6.832 / 9.559	71,5	(70,6-72,4)
	Lemvig	2.818 / 3.996	70,5	(69,1-71,9)
	Norddjurs	5.407 / 7.959	67,9	(66,9-69,0)
	Odder	3.946 / 5.418	72,8	(71,6-74,0)
	Randers	16.634 / 23.100	72,0	(71,4-72,6)
	Ringkøbing-Skjern	8.447 / 12.043	70,1	(69,3-71,0)
	Samsø	458 / 778	58,9	(55,4-62,3)
	Silkeborg	17.871 / 23.596	75,7	(75,2-76,3)
	Skanderborg	12.156 / 15.482	78,5	(77,9-79,2)
	Skive	6.950 / 9.669	71,9	(71,0-72,8)
	Struer	3.149 / 4.221	74,6	(73,3-75,9)
	Syddjurs	7.149 / 9.980	71,6	(70,7-72,5)
	Viborg	16.296 / 22.174	73,5	(72,9-74,1)
Nordjylland	I alt	95.588 / 130.079	73,5	(73,2-73,7)
	Aalborg	37.445 / 48.629	77,0	(76,6-77,4)
	Brønderslev	5.928 / 8.281	71,6	(70,6-72,6)
	Frederikshavn	8.842 / 12.449	71,0	(70,2-71,8)
	Hjørring	10.202 / 14.244	71,6	(70,9-72,4)
	Jammerbugt	5.962 / 8.502	70,1	(69,2-71,1)
	Læsø	219 / 345	63,5	(58,4-68,6)
	Mariagerfjord	6.698 / 9.345	71,7	(70,8-72,6)
	Morsø	2.883 / 4.041	71,3	(69,9-72,7)
	Rebild	5.424 / 7.153	75,8	(74,8-76,8)
	Thisted	6.503 / 9.138	71,2	(70,2-72,1)
	Vesthimmerlands	5.482 / 7.952	68,9	(67,9-70,0)

Tabel 3a2. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år

	Aldersgruppe	Aktuel periode				Tidligere perioder	
		2018-2023*	2017-2022**		2016-2021***		
			Tæller / nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	27-64	1.020.120 / 1.370.893	74,4	(74,3-74,5)	74,1	75,4	
	27-29****	85.853 / 121.647	70,6	(70,3-70,8)	69,3	70,7	
	30-34	143.653 / 197.087	72,9	(72,7-73,1)	72,5	73,5	
	35-39	129.321 / 173.048	74,7	(74,5-74,9)	74,1	75,8	
	40-44	125.963 / 166.158	75,8	(75,6-76,0)	75,3	77,1	
	45-49	139.829 / 181.059	77,2	(77,0-77,4)	76,7	77,6	
	50-54	125.221 / 181.302	69,1	(68,9-69,3)	68,6	69,5	
	55-59	145.887 / 188.056	77,6	(77,4-77,8)	78,6	79,9	
	60-64	124.393 / 162.536	76,5	(76,3-76,7)	76,8	77,7	
Hovedstaden	27-64	357.999 / 470.283	76,1	(76,0-76,2)	76,0	77,2	
	27-29	34.746 / 49.340	70,4	(70,0-70,8)	70,0	71,5	
	30-34	57.080 / 76.082	75,0	(74,7-75,3)	75,6	77,3	
	35-39	48.804 / 63.263	77,1	(76,8-77,5)	77,0	79,1	
	40-44	44.830 / 57.884	77,4	(77,1-77,8)	77,2	78,7	
	45-49	47.410 / 60.270	78,7	(78,3-79,0)	78,0	78,7	
	50-54	40.934 / 57.512	71,2	(70,8-71,5)	70,3	71,5	
	55-59	46.620 / 58.216	80,1	(79,8-80,4)	80,7	81,7	
	60-64	37.575 / 47.716	78,7	(78,4-79,1)	78,8	78,7	
Sjælland	27-64	134.637 / 194.210	69,3	(69,1-69,5)	69,1	70,1	
	27-29	7.534 / 12.566	60,0	(59,1-60,8)	58,6	59,0	
	30-34	14.841 / 23.325	63,6	(63,0-64,2)	62,6	63,1	
	35-39	15.527 / 22.655	68,5	(67,9-69,1)	67,7	69,4	
	40-44	16.557 / 22.979	72,1	(71,5-72,6)	72,1	73,6	
	45-49	20.005 / 26.762	74,8	(74,2-75,3)	74,2	75,7	
	50-54	18.827 / 28.374	66,4	(65,8-66,9)	66,2	66,6	
	55-59	22.401 / 30.466	73,5	(73,0-74,0)	73,7	75,0	
	60-64	18.945 / 27.083	70,0	(69,4-70,5)	70,4	71,1	
Syddanmark	27-64	201.195 / 277.463	72,5	(72,3-72,7)	72,2	73,4	
	27-29	14.586 / 21.232	68,7	(68,1-69,3)	66,2	68,5	
	30-34	25.613 / 36.380	70,4	(69,9-70,9)	69,6	70,3	
	35-39	24.316 / 33.432	72,7	(72,3-73,2)	71,9	73,5	
	40-44	24.421 / 32.830	74,4	(73,9-74,9)	73,8	76,1	
	45-49	28.433 / 37.154	76,5	(76,1-77,0)	75,9	77,0	
	50-54	25.914 / 38.266	67,7	(67,3-68,2)	67,7	67,7	
	55-59	30.656 / 40.896	75,0	(74,5-75,4)	76,2	77,4	
	60-64	27.256 / 37.273	73,1	(72,7-73,6)	73,1	73,9	
Midtjylland	27-64	230.682 / 307.111	75,1	(75,0-75,3)	74,6	75,4	
	27-29	20.863 / 27.691	75,3	(74,8-75,8)	73,7	74,7	

Aldersgruppe	2018-2023*	Aktuel periode		Tidligere perioder	
		Tæller / nævner	Andel	95% CI	2016-2021***	Andel
30-34	32.791 / 43.690	75,1	(74,6-75,5)	74,2	74,7
35-39	29.166 / 38.214	76,3	(75,9-76,7)	75,7	76,6
40-44	28.820 / 37.241	77,4	(77,0-77,8)	76,4	78,2
45-49	31.378 / 40.248	78,0	(77,6-78,4)	77,6	77,8
50-54	28.036 / 40.770	68,8	(68,3-69,2)	68,0	68,9
55-59	31.958 / 41.784	76,5	(76,1-76,9)	77,0	78,0
60-64	27.670 / 37.473	73,8	(73,4-74,3)	73,6	74,2
Nordjylland					
27-64	95.588 / 130.079	73,5	(73,2-73,7)	72,9	74,4
27-29	8.123 / 10.818	75,1	(74,3-75,9)	73,3	74,6
30-34	13.326 / 17.610	75,7	(75,0-76,3)	74,0	74,8
35-39	11.505 / 15.489	74,3	(73,6-75,0)	73,0	74,8
40-44	11.333 / 15.237	74,4	(73,7-75,1)	73,8	75,7
45-49	12.601 / 16.771	75,1	(74,5-75,8)	74,4	76,1
50-54	11.508 / 17.163	67,1	(66,3-67,8)	66,5	68,0
55-59	14.247 / 19.134	74,5	(73,8-75,1)	75,9	77,5
60-64	12.945 / 17.857	72,5	(71,8-73,1)	72,1	73,4

*Aktuel periode: Juli 2020 til dec 2023 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2018 til december 2023 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

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

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

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

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
30-49	I alt	7.300	100,0	6.084	100,0	9.334	100,0	7.786	100,0	3.590	100,0	34.094	100,0
	Andet	15	0,2	28	0,5	4	0,0	5	0,1	19	0,5	71	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	5.930	81,2	5.541	91,1	8.228	88,2	6.918	88,9	3.065	85,4	29.682	87,1
	Jeg er gravid	45	0,6	7	0,1	2	0,0	6	0,1	1	0,0	61	0,2
	Jeg springer over denne gang	82	1,1	34	0,6	66	0,7	49	0,6	36	1,0	267	0,8
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	27	0,4	7	0,1	15	0,2	13	0,2	6	0,2	68	0,2
	Udrejst	3	0,0	.	.	1	0,0	.	.	1	0,0	5	0,0
	Ukendt adressat	95	1,3	8	0,1	18	0,2	10	0,1	3	0,1	134	0,4
	Ønsker ikke at deltage	1.103	15,1	459	7,5	999	10,7	785	10,1	459	12,8	3.805	11,2
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	.	.	.	.	1	0,0	.	.	.	.	1	0,0
50-64	I alt	8.154	100,0	15.225	100,0	12.896	100,0	7.058	100,0	3.815	100,0	47.148	100,0
	Andet	26	0,3	35	0,2	6	0,0	6	0,1	22	0,6	95	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	6.016	73,8	13.882	91,2	10.397	80,6	5.182	73,4	2.520	66,1	37.997	80,6
	Jeg springer over denne gang	134	1,6	66	0,4	127	1,0	123	1,7	81	2,1	531	1,1
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	21	0,3	10	0,1	17	0,1	15	0,2	10	0,3	73	0,2
	Ukendt adressat	30	0,4	5	0,0	10	0,1	4	0,1	2	0,1	51	0,1
	Ønsker ikke at deltage	1.926	23,6	1.227	8,1	2.339	18,1	1.728	24,5	1.180	30,9	8.400	17,8
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	1	0,0	.	.	.	.	.	.	.	.	1	0,0
I alt	I alt	16.676	100,0	21.637	100,0	22.996	100,0	15.415	100,0	7.770	100,0	84.494	100,0
	Andet	58	0,3	80	0,4	19	0,1	12	0,1	50	0,6	219	0,3
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	12.016	72,1	19.466	90,0	18.750	81,5	12.197	79,1	5.643	72,6	68.072	80,6
	Jeg er gravid	57	0,3	13	0,1	6	0,0	9	0,1	12	0,2	97	0,1
	Jeg springer over denne gang	299	1,8	118	0,5	251	1,1	229	1,5	147	1,9	1.044	1,2
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	80	0,5	20	0,1	43	0,2	35	0,2	36	0,5	214	0,3
	Udrejst	5	0,0	1	0,0	2	0,0	.	.	1	0,0	9	0,0
	Ukendt adressat	246	1,5	21	0,1	47	0,2	28	0,2	8	0,1	350	0,4
	Ønsker ikke at deltage	3.914	23,5	1.917	8,9	3.877	16,9	2.905	18,8	1.873	24,1	14.486	17,1
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	1	0,0	1	0,0	1	0,0	.	.	.	.	3	0,0

Indikatorområde 5: HPV-test

Tabel 5a ekstra. Genotyper af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år for 2023

	HPV 16	HPV 18	HPV other	HPV type ikke defineret
Danmark	134	36	570	.
Hovedstaden	25	4	139	.
Sjælland	29	6	85	.
Syddanmark	25	10	142	.
Midtjylland	34	12	156	.
Nordjylland	21	4	48	.
Hovedstaden	25	4	139	.
Hvidovre	25	4	139	.
Sjælland	29	6	85	.
Næstved	29	6	85	.
Syddanmark	25	10	142	.
Esbjerg/Aabenraa*	8	4	61	.
Vejle	17	6	81	.
Midtjylland	34	12	156	.
Randers	34	12	156	.
Nordjylland	21	4	48	.
Aalborg	21	4	48	.

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

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

Tabel 5a1 ekstra. Genotyper af positive HPV prøver blandt 30-59-årige HPV-screenede for 2023

	HPV type			
	HPV 16	HPV 18	HPV other	ikke defineret
Danmark	960	345	4.986	759
Hovedstaden	304	95	1.714	757
Sjælland	181	70	623	.
Syddanmark	139	52	820	#
Midtjylland	258	96	1.403	.
Nordjylland	78	32	426	.
Hovedstaden	304	95	1.714	757
Hvidovre	304	95	1.714	757
Sjælland	181	70	623	.
Næstved	181	70	623	.
Syddanmark	139	52	820	#
Esbjerg/Aabenraa	82	29	422	#
Vejle	57	23	398	.
Midtjylland	258	96	1.403	.
Randers	258	96	1.403	.
Nordjylland	78	32	426	.
Aalborg	78	32	426	.

Summen af positive HPV-prøver kan være højere i denne tabel end i Tabel 5a, idet én celleprøve kan indeholde flere HPV typer. Opgørelsen tager udgangspunkt i de screeningsinviterede kvinder ligesom indikator 5a.

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

** HPV ukendt

Hvidovre har kodet med: ÆAA0Y6 cytologisk prøve til HPV-undersøgelse inden 3 mdr. tilrådes (dette er hjemmetests)

Esbjerg/Aabenraa har kodet med: ÆAA0Y0 cytologisk kontrol inkl. test for HPV inden 3 mdr. tilrådes

Table 5a2. Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige fordelt i 10-års intervaller

	Alder	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	30-39	3.167 / 28.943	10,9	(10,6-11,3)	11,2	11,4
	40-49	2.476 / 32.069	7,7	(7,4-8,0)	7,9	7,6
	50-59	1.124 / 17.250	6,5	(6,1-6,9)	6,5	6,5
Hovedstaden	30-39	1.421 / 11.649	12,2	(11,6-12,8)	11,7	11,8
	40-49	921 / 11.634	7,9	(7,4-8,4)	8,1	7,1
	50-59	458 / 6.217	7,4	(6,7-8,0)	7,1	5,9
Sjælland	30-39	311 / 3.275	9,5	(8,5-10,5)	10,2	10,7
	40-49	370 / 4.444	8,3	(7,5-9,1)	7,7	8,7
	50-59	146 / 2.479	5,9	(5,0-6,8)	5,8	6,7
Syddanmark	30-39	421 / 4.565	9,2	(8,4-10,1)	9,4	10,4
	40-49	388 / 5.624	6,9	(6,2-7,6)	7,2	6,7
	50-59	165 / 3.094	5,3	(4,5-6,1)	6,6	7,3
Midtjylland	30-39	770 / 6.797	11,3	(10,6-12,1)	12,6	12,2
	40-49	621 / 7.523	8,3	(7,6-8,9)	8,5	8,7
	50-59	272 / 3.925	6,9	(6,1-7,7)	6,9	6,7
Nordjylland	30-39	244 / 2.657	9,2	(8,1-10,3)	9,7	9,8
	40-49	176 / 2.844	6,2	(5,3-7,1)	7,4	6,6
	50-59	83 / 1.535	5,4	(4,3-6,5)	5,1	5,6

Opgørelsen tager udgangspunkt i de screeningsinviterede kvinder ligesom indikator 5a.

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekulære HPV test i cervix-screening i Danmark i 2023

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	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 1.1.2023-10.4.2023 Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Åbenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023 Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Åbenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023 Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Åbenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023 Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	*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 3 forskellige HPV-tests i Danmark: Roche Cobas 4800/6800, BD Onclarity og Seegene Starlet

Indikatorområde 6: 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 (%)	01.11.2021 - 31.10.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark		47 / 5.846	0 (0)	0,8	(0,6-1,1)	0,7	1,1
Hovedstaden		21 / 2.733	0 (0)	0,8	(0,5-1,2)	0,7	1,4
Sjælland		6 / 591	0 (0)	1,0	(0,4-2,2)	0,6	1,7
Syddanmark		#/#	0 (0)	0,4	(0,1-1,5)	1,4	0,8
Midtjylland		13 / 1.649	0 (0)	0,8	(0,4-1,3)	0,3	0,6
Nordjylland		5 / 407	0 (0)	1,2	(0,4-2,8)	0,9	0,6

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 (%)	01.11.2021 - 31.10.2022 Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark	Nej	195 / 5.846	0 (0)	3,3	(2,9-3,8)	4,2	4,3
Hovedstaden	Nej	96 / 2.733	0 (0)	3,5	(2,9-4,3)	4,5	4,3
Sjælland	Nej	20 / 591	0 (0)	3,4	(2,1-5,2)	3,4	5,5
Syddanmark	Nej	15 / 466	0 (0)	3,2	(1,8-5,3)	5,2	5,2
Midtjylland	Nej	55 / 1.649	0 (0)	3,3	(2,5-4,3)	3,5	3,7
Nordjylland	Nej	9 / 407	0 (0)	2,2	(1,0-4,2)	4,0	3,4

*Svære celleforandringer:

- Karcinom (M80011, M80015, M8010X, M8070X, M8140X, M8___3, M9___3)
- HSIL (M67017, M69702, M69703, M69760, M740_9, M74C_9, M74B_9)
- AIS (M81402)
- ASCH (M67010)
- AGC (M67020, M69712, M69762)

**De i retningslinjen fastsatte tidsgrænser for opfølgning afhænger af Æ-koden og ligger mellem 3 måneder og 1 år.

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2021 - 31.10.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark		672 / 21.120	0 (0)	3,2	(2,9-3,4)	3,7	4,5
Hovedstaden		169 / 7.292	0 (0)	2,3	(2,0-2,7)	3,1	3,8
Sjælland		153 / 3.071	0 (0)	5,0	(4,2-5,8)	6,0	6,5
Syddanmark		72 / 2.197	0 (0)	3,3	(2,6-4,1)	4,1	5,3
Midtjylland		194 / 6.425	0 (0)	3,0	(2,6-3,5)	3,2	4,3
Nordjylland		84 / 2.135	0 (0)	3,9	(3,2-4,8)	4,4	4,7

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

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2021 - 31.10.2022		Tidligere år	
				Andel	95% CI	2020/21 Andel	2019/20 Andel
Danmark		2.075 / 21.120	0 (0)	9,8	(9,4-10,2)	11,0	11,7
Hovedstaden		608 / 7.292	0 (0)	8,3	(7,7-9,0)	10,7	11,7
Sjælland		391 / 3.071	0 (0)	12,7	(11,6-14,0)	13,7	12,7
Syddanmark		231 / 2.197	0 (0)	10,5	(9,3-11,9)	11,0	12,1
Midtjylland		582 / 6.425	0 (0)	9,1	(8,4-9,8)	9,6	11,4
Nordjylland		263 / 2.135	0 (0)	12,3	(11,0-13,8)	13,0	11,5

*-Abnorme prøver opgjort ved: Æ-koder for at kontrol eller undersøgelse tilrådes

-Uegnede celleprøver opgjort ved: M09000, M09003, M09010- M09019, M0901H, M0901X, M0901Y, M09070, M09100, M09140, M09145, M09150, M30610, M37000, M54310.

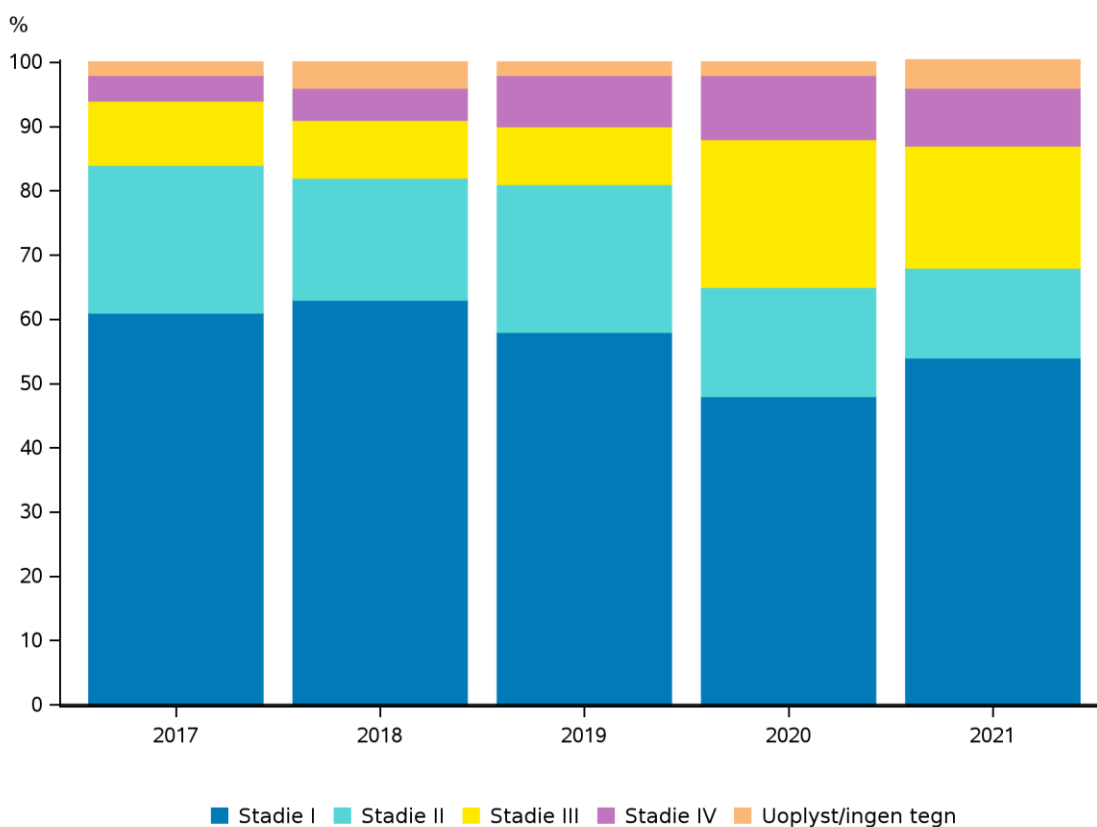
**De i retningslinjen fastsatte tidsgrænser for opfølgning afhænger af Æ-koden og ligger mellem 3 måneder og 1 år. Uegnede prøver har enten 3 måneder eller 6 måneders opfølgning.

Indikatorområde 7. Tilfælde af livmoderhalskræft

Tabel 7c. Stadietinddeling for livmoderhalskræft

	2021		2020		2019	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Stadie I	142	53,6	139	48,3	199	58,0
Stadie II	37	14,0	48	16,7	79	23,0
Stadie III	50	18,9	66	22,9	30	8,7
Stadie IV	24	9,1	30	10,4	29	8,5
Uoplyst/ingen tegn	12	4,5	5	1,7	6	1,7
I alt	265	100,0	288	100,0	343	100,0

Graf 7c. Stadietinddeling for livmoderhalskræft



Kommentar: Der mangler data til opdatering af opgørelserne vedrørende stadietfordeling af livmoderhalskræft. Dette skyldes at data kommer fra Dansk Gynækologisk Cancerdatabase og denne er under omlægning til datafangst fra centrale registre. Derfor indeholder opgørelserne ovenfor og på næste side kun data til og med 2021, da efterfølgende år er utilstrækkeligt indberettet.

Tabel 7d. Stadietinddeling for livmoderhalskræft

	2021		2020		2019	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
0. Ingen tegn på primærtumor	#	0,4				
Ia1: Invasionsdybde <= 3 mm	60	22,6	58	20,1	65	19,0
Ia2: Invasionsdybde > 3 mm men <= 5 mm	18	6,8	5	1,7	10	2,9
Ib1: Invasionsdybde >5 mm og tumorstørrelse <= 2 cm	33	12,5	37	12,8	108	31,5
Ib2: Tumorstørrelse > 2 cm men <= 4 cm	23	8,7	29	10,1	16	4,7
Ib3: Tumorstørrelse > 4 cm	8	3,0	10	3,5		
IIa1: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor <= 4 cm	3	1,1	#	0,3	4	1,2
IIa2: Nedvækst øverste 2/3 af vagina, parametrier frie, synlig tumor > 4 cm	#	0,4	#	0,7	5	1,5
IIb: Udvækst i parametrie(r), tumor når ikke bækkenvægge(n)	33	12,5	45	15,6	70	20,4
IIIa: Nedvækst i nederste 1/3 af vagina, tumor når ikke bækkenvægge(n)			#	0,7	3	0,9
IIIb: Udvækst til bækkenvægge(n) og/eller hydronefrose eller udslukt nyre	5	1,9	15	5,2	25	7,3
IIIc1: Metastase(r) til pelvine lymfeknuder	40	15,1	34	11,8	#	0,6
IIIc2: Metastase(r) til paraaortale lymfeknuder	5	1,9	15	5,2		
IVa: Tumorvækst udover pelvis eller invasion af omkringliggende organer	5	1,9	3	1,0	12	3,5
IVb: Fjernmetastaser	19	7,2	27	9,4	17	5,0
Stadie uoplyst	11	4,2	5	1,7	6	1,7
I alt	265	100,0	288	100,0	343	100,0

Tabel 7e: Aldersstandardiseret* incidensrate af livmoderhalskræft pr. 100.000 kvinder fordelt på aldersgrupper

		2022	2021	2020
Danmark	20 - 29 år	0,2	0,4	0,6
	30 - 39 år	4,1	3,1	3,1
	40 - 49 år	3,1	2,2	2,5
	50 - 59 år	2,0	1,5	1,8
	60 - 69 år	1,3	1,2	1,4
	70 år eller ældre	1,2	1,3	1,5

		2022	2021	2020
Hovedstaden	20 - 29 år	0,2	0,3	0,3
	30 - 39 år	2,7	2,6	1,8
	40 - 49 år	2,2	1,2	2,3
	50 - 59 år	1,7	1,1	1,5
	60 - 69 år	1,1	1,3	1,1
	70 år eller ældre	1,2	1,3	1,4
Sjælland	20 - 29 år	0,3	0,6	1,3
	30 - 39 år	5,3	3,8	4,6
	40 - 49 år	3,7	4,0	3,6
	50 - 59 år	2,8	2,1	2,1
	60 - 69 år	1,9	1,4	1,4
	70 år eller ældre	1,6	1,5	1,0
Syddanmark	20 - 29 år	0,4	0,3	0,6
	30 - 39 år	4,7	4,1	4,1
	40 - 49 år	3,4	3,3	3,3
	50 - 59 år	2,4	1,4	2,1
	60 - 69 år	1,2	1,5	1,9
	70 år eller ældre	1,1	1,4	2,1
Midtjylland	20 - 29 år	0,1	0,5	0,9
	30 - 39 år	5,1	3,7	3,3
	40 - 49 år	3,2	1,1	1,9
	50 - 59 år	1,4	2,4	1,7
	60 - 69 år	0,9	0,8	1,0
	70 år eller ældre	1,2	1,4	1,2
Nordjylland	20 - 29 år	0,3	.	0,3
	30 - 39 år	4,4	0,8	4,2
	40 - 49 år	4,0	3,7	1,3
	50 - 59 år	2,1	.	1,7
	60 - 69 år	1,7	0,5	1,7
	70 år eller ældre	0,7	1,0	1,5

Indikatorområde 8. Keglesnit

Tabel 8a. Antal konus i alt

	2023		2022		2021	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	5.395	100,0	5.213	100,0	4.892	100,0
Hovedstaden	1.949	36,1	1.704	32,7	1.655	33,8
Sjælland	779	14,4	682	13,1	673	13,8
Syddanmark	884	16,4	932	17,9	975	19,9
Midtjylland	1.254	23,2	1.384	26,5	1.016	20,8
Nordjylland	529	9,8	511	9,8	573	11,7

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

Tabel 8a1. Andelen af keglesnit, hvor diagnosen er CIN2+, fordelt på aldersgrupper

		Tæller/ Nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	<40 år	1922 / 2365	81,3	(79,7-82,8)	81,4	81,0
	40-60 år	1419 / 2279	62,3	(60,3-64,3)	62,4	62,1
	> 60 år	244 / 751	32,5	(29,1-35,8)	31,4	27,3
Hovedstaden	<40 år	720 / 924	77,9	(75,2-80,6)	79,0	80,8
	40-60 år	471 / 804	58,6	(55,2-62,0)	59,7	59,2
	> 60 år	66 / 221	29,9	(23,8-35,9)	26,1	26,4
Sjælland	<40 år	190 / 243	78,2	(73,0-83,4)	79,9	73,9
	40-60 år	187 / 391	47,8	(42,9-52,8)	53,3	53,8
	> 60 år	37 / 145	25,5	(18,4-32,6)	26,3	17,0
Syddanmark	<40 år	339 / 398	85,2	(81,7-88,7)	84,0	85,2
	40-60 år	263 / 362	72,7	(68,1-77,2)	66,8	65,8
	> 60 år	40 / 124	32,3	(24,0-40,5)	41,3	45,9
Midtjylland	<40 år	533 / 602	88,5	(86,0-91,1)	85,4	85,4
	40-60 år	363 / 486	74,7	(70,8-78,6)	71,5	74,3
	> 60 år	67 / 166	40,4	(32,9-47,8)	41,0	34,8
Nordjylland	<40 år	140 / 198	70,7	(64,4-77,0)	73,6	72,3
	40-60 år	135 / 236	57,2	(50,9-63,5)	52,5	54,0
	> 60 år	34 / 95	35,8	(26,1-45,4)	20,3	16,2

Table 8b. Antal konus fodelt på M-diagnosekoder

		2023		2022		2021	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	CIN 1	298	5,5	316	6,1	278	5,7
	CIN 2	927	17,2	782	15,0	736	15,0
	CIN 3	2.306	42,7	2.399	46,0	2.187	44,7
	Ugraderbar CIN	177	3,3	184	3,5	185	3,8
	Karcinom	180	3,3	122	2,3	96	2,0
	AIS	172	3,2	178	3,4	170	3,5
	Andet/Normal	1.335	24,7	1.232	23,6	1.240	25,3
Hovedstaden	CIN 1	121	6,2	84	4,9	88	5,3
	CIN 2	375	19,2	272	16,0	255	15,4
	CIN 3	770	39,5	746	43,8	746	45,1
	Ugraderbar CIN	96	4,9	85	5,0	64	3,9
	Karcinom	57	2,9	35	2,1	42	2,5
	AIS	55	2,8	67	3,9	57	3,4
	Andet/Normal	475	24,4	415	24,4	403	24,4
Sjælland	CIN 1	35	4,5	47	6,9	43	6,4
	CIN 2	141	18,1	138	20,2	94	14,0
	CIN 3	234	30,0	224	32,8	225	33,4
	Ugraderbar CIN	32	4,1	19	2,8	28	4,2
	Karcinom	18	2,3	14	2,1	12	1,8
	AIS	21	2,7	18	2,6	23	3,4
	Andet/Normal	298	38,3	222	32,6	248	36,8
Syddanmark	CIN 1	44	5,0	46	4,9	37	3,8
	CIN 2	119	13,5	121	13,0	130	13,3
	CIN 3	471	53,3	506	54,3	530	54,4
	Ugraderbar CIN	25	2,8	38	4,1	55	5,6
	Karcinom	32	3,6	19	2,0	22	2,3
	AIS	20	2,3	21	2,3	25	2,6
	Andet/Normal	173	19,6	181	19,4	176	18,1
Midtjylland	CIN 1	43	3,4	84	6,1	47	4,6
	CIN 2	218	17,4	188	13,6	178	17,5
	CIN 3	630	50,2	736	53,2	493	48,5
	Ugraderbar CIN	21	1,7	42	3,0	37	3,6
	Karcinom	59	4,7	47	3,4	17	1,7
	AIS	56	4,5	58	4,2	42	4,1

		2023		2022		2021	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Andet/Normal		227	18,1	229	16,5	202	19,9
Nordjylland	CIN 1	55	10,4	55	10,8	63	11,0
	CIN 2	74	14,0	63	12,3	79	13,8
	CIN 3	201	38,0	187	36,6	193	33,7
	Ugraderbar CIN	3	0,6	.	.	#	0,2
	Karcinom	14	2,6	7	1,4	3	0,5
	AIS	20	3,8	14	2,7	23	4,0
	Andet/Normal	162	30,6	185	36,2	211	36,8

Metode. Følgende M-koder indgår: CIN1 ('M74AK9' 'M74A09'), CIN2 ('M74BK9' 'M74B09'), CIN3 ('M807A2' 'M80102' 'M8052X' 'M80702' 'M80762' 'M80772'), Ugraderbar CIN ('M740K9' 'M74009'), Karcinom ('M80011' 'M80015' 'M8010X' 'M8070X' 'M8140X' 'M8***3' 'M9***3'), AIS ('M81402' 'M8384X' 'M8483X'), Andet/Normal (øvrige koder).

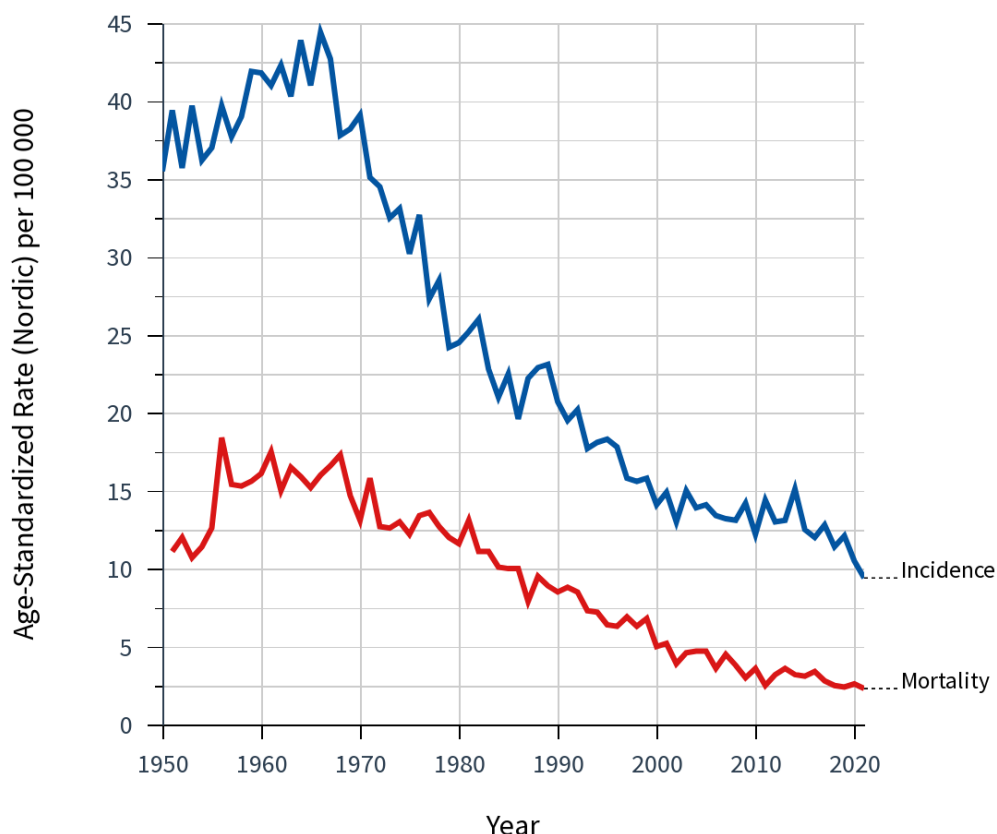
Tabel 8c. Fordeling af resektionsrande ved konus

		2023		2022		2021	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	Resektionsrande ikke frie	983	24,2	1.001	25,2	995	27,4
	Resektionsrande frie	2.382	58,6	2.384	59,9	2.012	55,3
	Resektionsrande kan ikke vurderes	703	17,3	595	14,9	629	17,3
Hovedstaden	Resektionsrande ikke frie	408	28,1	363	29,1	393	32,0
	Resektionsrande frie	737	50,8	638	51,2	564	45,9
	Resektionsrande kan ikke vurderes	306	21,1	246	19,7	271	22,1
Sjælland	Resektionsrande ikke frie	112	23,5	142	31,6	132	32,7
	Resektionsrande frie	230	48,3	208	46,3	174	43,1
	Resektionsrande kan ikke vurderes	134	28,2	99	22,0	98	24,3
Syddanmark	Resektionsrande ikke frie	168	23,8	214	28,3	232	29,2
	Resektionsrande frie	465	65,8	491	64,9	470	59,1
	Resektionsrande kan ikke vurderes	74	10,5	52	6,9	93	11,7
Midtjylland	Resektionsrande ikke frie	224	21,5	217	18,6	163	19,8
	Resektionsrande frie	718	68,8	848	72,5	579	70,4
	Resektionsrande kan ikke vurderes	101	9,7	104	8,9	80	9,7
Nordjylland	Resektionsrande ikke frie	71	18,2	65	18,2	75	19,4
	Resektionsrande frie	232	59,3	199	55,6	225	58,1
	Resektionsrande kan ikke vurderes	88	22,5	94	26,3	87	22,5

5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Som det fremgår af Figur 1 har indførelsen af screening for livmoderhalskræft i Danmark fra midten af 1960'erne medført et kraftigt fald i såvel nye årlige tilfælde som i dødelighed. Siden 2000 har nedgangen dog været beskedent, men de seneste par år ser det ud til at der igen er en synlig nedadgående trend i incidensen. Ifølge Nordcan var incidensen i senest opdaterede år 2021 9,4 pr 100.000 og dødeligheden var 2,3 pr 100.000.

Figur 1. Aldersstandardiseret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft i Danmark ².



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 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

² NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries. Available from: [Nordcan 2.0 \(iarc.fr\)](https://nordcan.org/), Downloadet 12/04/2024.

screeningsprogrammet, som er de lokale administratorer, screeningsafdelinger og lægerne i praksissektoren. Anbefalingerne er senest opdateret i 2018.

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

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

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

En væsentlig ændring i Sundhedsstyrelsens nyeste retningslinjer³ er en anbefaling om en differentieret, kontrolleret implementering af HPV-baseret screening, som koordineres af den nationale styregruppe for livmoderhalskræftscreening (NSLS). Styregruppen for DKLS anbefales i samarbejde med NSLS løbende at udvide indikatorsættet med henblik på kvalitetssikring af anvendelse af HPV-tests.

³ Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, maj 2018

6. Datagrundlag og metode

Årsrapporten er helt overvejende baseret på data fra Landsregisteret for Patologi (LRP). Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2024 og indeholder afgrænsede relevante data fra LRP.

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 patologiesystemer, hvilket betyder at alle celleprøver fra livmoderhalsen løbende registreres i Patobanken. Det giver en registreringsprocent tæt på 100 i Patobanken og det vil sige en dækningsgrad i DKLS databasen på næsten 100 %. Der kan undtagelsesvist være manglende registreringer på grund af fejl i indberetningerne.

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

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

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

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

Indikatorernes afrapporteringsniveau er forskellige og fremgår for hver indikator af Appendiks II. På sigt ønskes også en afrapportering af indikatorerne på ydernummerniveau.

Celleprøver hentet fra Landsregisteret for patologi, stammer fra kvinder, som (1) indbydes og deltager i screeningsprogrammet, (2) får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) og (3) får taget en celleprøve som kontrol efter behandling for forstadier til livmoderhalskræft. Indikatorer samt standarder er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018 vedrørende "Screening for livmoderhalskræft", Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 om "Væskebaseret teknik og udstrykningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark – en medicinsk teknologivurdering" samt tidligere opgørelser fra Patologidatabanken af deltagerprocent og dækningsgraden vedr. screening for livmoderhalskræft.

7. Styregruppens medlemmer

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

Herudover bidrager professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet 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 opfølgning på et registeret 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 brøkdelen af en befolkning, der på et givet tidspunkt har lidelsen.

Retrospektiv – Bagudskuende

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

Screeningspopulation – Den målgruppe i befolkningen der tilbydes en given screening

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

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

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

UST Udstrykningsteknik

VBT Væskebaseret teknik

WHO World Health Organization

Appendiks II. Indikatoroversigt og metode

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

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

	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p>Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad af programmet)</p>	<p>Beskrivelse: 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 27-52 år i slutningen af perioden) opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 3,5 år. For kvinder i alderen 53-64 år i slutningen af perioden opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 5,5 år. Dækningsgraden beregnes for alle kvinder, uanset om de har fået foretaget celleprøven på baggrund af en programinvitation eller ej (opportunistisk). Indikatoren afspejler ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode. Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge screeningsprogrammets effektivitet.</p> <p>Metode</p> <p><u>Nævner:</u> Udtræk fra CPR, der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet. Der ekskluderes kvinder registreret med hysterektomi før eller op til et år efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110).</p> <p><u>Tæller:</u> Kvinder med minimum én celleprøve fra livmoderhalsen T8X2** eller T8X3** eller selvopsamlede prøve T8X010 og MATTYP 23) inden for de seneste 42 hhv. 66 måneder. (prøven medtælles i den aldersgruppe som kvinden befinder sig i i opfølgelsesperioden, og ikke i den aldersgruppe kvinden tilhørte på prøvetagningstidspunktet).</p>	≥85 %	<p>Danmarks Statistik</p> <p>Landsregisteret for Patologi</p> <p>CPR registret</p> <p>Landspatientregisteret</p>	<p>Nationalt</p> <p>Regionalt</p> <p>Kommunalt</p>

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

	<p>Indikator 5a1: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 for kvinder i alderen 30-59 år, der er inviteret til HPV screening i aldersgruppen (v_folkeund =1).</p> <p>Tæller: Positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')</p>			
<p>Indikator 5b. Andelen af 30-59 årige kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, hvor HPV-testen er positiv</p>	<p>Beskrivelse: HPV positiv test blandt kvinder, som har fået påvist ASCUS på cytologisk screeningsprøve.</p> <p>Metode: Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32. Der er ekskluderet prøver fra kontrol forløb. Der ekskluderes prøver hvor der op til 2 år tidligere er konstateret en cervix histologisk forandring, og prøver hvor der op til 1½ år tidligere er taget en cervix cytologisk prøve. Der foreligger ASCUS diagnose (M67014, M69700, M69711, M72125, M73005, M73225), og supplerende HPV test er foretaget (P33520, P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år og folkeund = 2 eller 6 (cytologi screenet). Uegnet HPV test ekskluderes: M09003 og M0901H</p> <p>Tæller. positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A', 'Æ3340B' og 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')</p>	-	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologifdeling
Indikatorområde: Opfølgning				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p>Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage ud af alle celleprøver med svære celleforandringer.</p>	<p>Beskrivelse: Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC) skal jf. retningslinjerne følges op inden for 180 dage. Såfremt kvinder med svære celleforandringer ikke bliver fulgt op, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået.</p> <p>Metode: Dataudtrækket dækker det mest nutidige 1-årige tidsinterval, der giver tilstrækkelig opfølgningstid (450 dage for alle prøver dvs. inkl. for uegnede og abnorme prøver). Henvielse til gynækolog defineres som en ny cervix cytologisk undersøgelse. 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.</p> <p>Nævner: SNOMED-koder T8X2** eller T8X3** og M-kode for svære forandringer: M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80015, , M81402, M67010, M67020, M69712, M8__3, , M9__3, M740_9, M74C_9 og M74B_9. M8010X, M8070X, M8140X. Alle celleprøver skal have svære celleforandringer koblet med koder</p>	≤ 2%	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt

	for anbefalet opfølgning: ÆAA00A, ÆAA00B, ÆAA00E, ÆAA001, ÆAA02, ÆAA003, ÆAA004, ÆAA005, ÆAA006, ÆAA007, ÆAA008, ÆAA009, ÆAA010, ÆAA015, ÆAA018, ÆAA021, ÆAA0X1, ÆAA0X7, ÆAA0Y1, ÆAA0Y2, ÆAA0Y3, ÆAA0Y4, eller ÆAAX15, Æ00135, ÆAA0X4, ÆAA0Y0, ÆAAX16			
	<u>Tæller</u> : Der foreligger ikke en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.			
Indikatorområde: Antal tilfælde af livmoderhalskræft				
	Indikatorbeskrivelse	Standard	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 7a. Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år	Beskrivelse: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft. Opgørelse af forekomsten af livmoderhalskræft kræver løbende registrering af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft. Metode: Det årlige antal nye tilfælde hentes fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539	<350	Cancer registeret Og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt
Indikator 7b. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år	Beskrivelse: Incidensraten anvendes til sammenligning på tværs af regioner og udvikling over tid. Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft Metode: Baseres på data fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539. Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.	<13,9 pr. 100.000 kvinder	Cancer registeret og Dansk Gynækolo-gisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt
Indikatorområde: Keglesnit				
Indikator 8. Andel CIN2+ diagnoser ved keglesnit	Beskrivelse: Andelen af alvorlige celleforandringer ved keglesnit følges og resultaterne sammenlignes mhp. at sikre ensartet behandling og undgå overbehandling med evt. bivirkninger til følge. Metode: Nævner. Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Rekvisitioner af samme materiale er ekskluderet (p30750). Tæller. CIN2, CIN3, AIS og karcinom: CIN2 ('M74BK9' 'M74B09'), CIN3 ('M807A2' 'M80102' 'M8052X' 'M80702' 'M80762' 'M80772'), Karcinom ('M80011' 'M80015' 'M8010X' 'M8070X' 'M8140X' 'M8***3' 'M9***3'), AIS ('M81402' 'M8384X' 'M8483X')	-	Landsregisteret for Patologi	Nationalt, Regionalt

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

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

Region Sjælland

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

Region Syddanmark

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

Region Midtjylland

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

Region Nordjylland

”_”

