

Hudkræftdatabasen

Landsdækkende database for patienter med basocellulære karcinomer, planocellulære karcinomer, morbus Bowen og keratoakantomer i huden



Årsrapport 2023/2024

1. juli 2023 til 30. juni 2024
Offentliggjort version

Rapportens analyser er udarbejdet af Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP) ved RKKP's Videncenter. Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen.

Databasens formandskab:

Henrik Sølvsten, speciallæge i hudsygdomme, ph.d., Hudlægecenter Nord, Sundheds- og Kvarterhuset, Fyrkildevej 7, 1., 9220 Aalborg Ø, e-mail: h.solvsten@gmail.com

Anna Lamberg, speciallæge i hudsygdomme, ph.d., Hudlæge Anna Lamberg, Østergade 20, 1 sal, tv. 8500, e-mail: anna@lamberg.dk

Databasens kontaktperson: Chefkonsulent Monika Madsen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, tlf.: 51154158, e-mail: monims@rkkp.dk

Databasens Epidemiolog Maiken Bang Sloth Hansen, Afdeling for databaseområde 2: Cancer og Cancerscreening, e-mail: maikbh@rkkp.dk

Databasens Datamanager: Jakob Riis, Afdeling for databaseområde 3: Psykiatri, Gynækologi/obstetrik og Kroniske Sygdomme, e-mail: jakob.riis@rkkp.dk

Udgivelsesdato: 20. december 2024

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
1. Oversigt over alle indikatorer	6
2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	7
3. Læsevejledning for resultater af indikatorer og supplerende indikatorer	8
4 Indikatorresultater	9
4.1. Indikator 2 (Kontrol)	10
4.2. Indikator 3 (Recidivfri kontrol)	13
4.2.1 Indikator 3a: Recidivfrie basocellulære karcinomer	13
4.2.2 Indikator 3b: Recidivfrie planocellulære karcinomer	19
4.2.3 Indikator 3c: Recidivfrie Mb. Bowen tumorer	23
4.3. Indikator 4: Komplikation	25
5. Resultater for supplerende indikatorer	28
5.1 Indikator 1: Diagnostik	28
5.1.1 Indikator 1a: Basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	28
5.1.2 Indikator 1b: Planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	30
5.1.3 Indikator 1c: Keratoakantomer, som histologisk verificeres	33
6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	35
7. Datagrundlag	36
8. Dækningsgrad, overensstemmelsesgrad og datakomplethed	37
9. Styregruppens medlemmer	41
10. Appendiks	42
10.1 Dermatologisk speciallægepraksis	42
10.1.1 Antal patienter og tumorer opgjort over tid på nationalt niveau	42
10.1.2 Fordeling af antal patienter og tumorer på regionsniveau	43
10.1.3 Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau for basocellulære karcinomer	48
10.1.4 Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau for planocellulære karcinomer	51
10.2 Plastikkirurgisk og onkologisk behandling af hudkræft	53
10.2.1 Plastikkirurgisk behandling	53
10.2.2 Onkologisk behandling	55
10.3 Topografi- og morfologikoder til beregning af dækningsgrad i dermatologisk speciallægepraksis	57
10.4 Beregningsregler for indikatorer og supplerende indikatorer i dermatologisk speciallægepraksis	58
11. Høringskommentarer	59

Konklusioner og anbefalinger

På baggrund af 1 procesindikator (kontrol) og 2 resultatsindikatorer (recidiv og komplikationer) søger denne rapport at belyse:

- Om kvaliteten af behandling af patienter med basocellulært karcinom (BCC), planocellulært karcinom (SCC), morbus (mb.) Bowen og keratoakantomer i dermatologisk speciallægepraksis opfylder de fastlagte standarder.
- Om der er klinisk betydningsfuld variation i behandlingskvaliteten i dermatologisk speciallægepraksis mellem landets regioner.

Siden årsrapport 2021/2022, er hudkræftdatabasens data væsentligt forbedret ved, at der nu beskrives det komplette tal for højrisiko basocellulære karcinomer efter implementering af ICD-11. Forbedringen giver markant bedre forståelse for arbejdet med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis og stratificeringen viser, at 1,6% af alle basocellulære karcinomer er højrisikokarcinomer i henhold til guidelines fra Dansk Dermatologisk Selskab. Heraf viderehenvises 59% til behandling i andre specialer, hyppigst plastikkirurgi, og 94% er recidivfri 1 år efter behandling af et højrisikokarcinom i speciallægepraksis.

En væsentlig forbedring for Hudkræftdatabasen er udviklingen af kvalitetsrapporter, der er blevet fuldt implementeret i januar 2023. Kvalitetsrapporterne viser realtime data for de enkelte klinikker, både for alle databasens indikatorer og for de enkelte klinikkers udvikling af data gennem årene. Kvalitetsrapporternes realtime data giver blandt andet muligheden for, at de enkelte klinikker kan trække opdaterede oplysninger om ukomplet registrerede patienter/tumorer. Dette giver nem adgang til oplysninger om eksempelvis manglende registreringer af patienter og efterfølgende kontroller, hvilket kan facilitere forbedret afrapportering. I denne årsrapport er dækningsgraden steget fra 78% i sidste årsrapport til 80% i denne årsrapport. Mange klinikker har høj dækningsgrad mens et fåtal slet ikke eller næsten ikke registrerer deres patienter i databasen. Vi antager, at i de klinikker, der registrerer i databasen, der vil de registrerede patienter være repræsentative for populationen af patienter med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis.

Antallet af patienter og tumorer med de almindelige typer af hudkræft stiger fortsat voldsomt. På et enkelt år er der sket en stigning i tumorer på 9% og over en 10-årig periode er stigningen hele 150%. Disse voldsomme stigninger er med til at beskrive det store pres på sundhedsvæsenets specialer, der behandler disse sygdomme.

Data fra årsrapporten viser, at den mest brugte behandlingsmodalitet (curettage) har lav recidivrate. Curettage er samtidig en behandling, som ofte kan laves samme dag som diagnosticering med begrænset brug af ressourcer. Den voldsomme stigning i antallet af hudkræft nødvendiggør netop optimalt brug af ressourcer, således at de mange tumorer behandles med færreste mulige omkostninger.

Stratificeringen i høj- og lavrisiko tumorer viser, at patienterne bliver relevant visiteret og at dermatologer i høj grad vurderer tumorens risikostrata. Af alle højrisiko BCC patienter henvises 59% til behandling i fortrinsvis plastikkirurgisk regi.

Data viser, at der fortsat er markant flere patienter pr. befolkningsenhed i Region Nordjylland, der diagnosticeres med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis sammenlignet med alle andre regioner, også når tallene er korigeret for forskelle i dækningsgraden. Ligeledes viser tallene, at der fortsat er meget store regionale forskelle i behandlingsvalg herunder langt færre tumorer, der excideres i Region Hovedstaden, der til gengæld henviser flere patienter til plastikkirurger. Disse geografiske forskelle er foreløbig uden dokumenterede forklaringer, men der kan overvejes om strukturelle forskelle i sundhedsvæsenets opbygning i regionerne, herunder tilgængeligheden til andre specialer, spiller en rolle.

Det er en fornøjelse, at de seneste års arbejde med forbedringer i Hudkræftdatabasens datasæt allerede giver relevante gode nye oplysninger, der kan forbedre kvaliteten i behandlingen af hudkræft i Danmark. Datasættets forbedringer har desuden inspireret styregruppen til fremadrettet at se på ændringer i indikatorsættet, så eksempelvis forskelle mellem høj- og lavrisiko karcinomer kan følges og analyseres yderligere.

For første gang vises der i denne årsrapport for 2023/2024 opgørelser for forløb på patienter med hudkræft på henholdsvis plastikkirurgiske og onkologiske hospitalsafdelinger i Danmark. Det forventes, at der inden næste årsrapport vil være udviklet indikatorer til at måle på kvaliteten af behandlingen af patienter med hudkræft i plastikkirurgisk og onkologisk regi, hvilke vil supplere de nuværende indikatorer i databasen, der måler på kvaliteten i dermatologiske speciallægepraksis.

På vegne af Styregruppen for Hudkræftdatabasen, december 2024

Anna Lamberg og Henrik Sølvsten

1. Oversigt over alle indikatorer

Nedenfor ses oversigtstabeller for hhv. indikatorer og supplerende indikatorer, der indgår i hudkræftdatabasen. De måler på kvaliteten af dermatologisk speciallægepraksis i Danmark.

Tabel 1: Oversigt over indikatorer og supplerende indikatorer

Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a-1c : Opgøres som supplerende indikatorer				
Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder	Proces	Andel	≥ 85 %	NMSC_20_001
Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 95 %	NMSC_31_001
Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko	Resultat	Andel		NMSC_34_001
Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko	Resultat	Andel		NMSC_35_001
Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 98 %	NMSC_32_001
Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage	Resultat	Andel		NMSC_36_001
Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision	Resultat	Andel		NMSC_37_001
Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling	Resultat	Andel	≥ 95 %	NMSC_33_001
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter behandling er udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion	Resultat	Andel	≤ 2 %	NMSC_41_001

Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 90 %	NMSC_11_001
Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 98 %	NMSC_12_001
Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres	Proces	Andel	≥ 98 %	NMSC_13_001

2. Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

Tabel 2:

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst	Indikatoropfyldelse		
		%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			2022/2023	2021/22	2020/21
Indikator 1a-1c: opgøres som supplerende indikatorer					
Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder	≥ 85	0	61 (61-62)	63	64
Indikator 3a: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	≥ 95	0	98 (98-98)	98	98
Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko		0	98 (98-98)	98	98
Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko		0	94 (87-97)	93	93
Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling	≥ 98	0	98 (97-99)	98	99
Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkel curettage eller dobbelt curettage		0	98 (96-99)	96	98
Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision		0	99 (96-100)	100	99
Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling	≥ 95	0	97 (96-98)	97	99
			2023/2024	2022/23	2021/22
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter behandling er udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion	≤ 2	0	2 (2-3)	2	2

Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			2023/2024	2022/23	2021/22
Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	≥ 90	6	96 (96-96)	96	96
Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres	≥ 98	6	99 (99-100)	99	99
Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres	≥ 98	9	99 (99-100)	99	99

3. Læsevejledning for resultater af indikatorer og supplerende indikatorer

Tabellerne i rapporten omfatter indikatorresultater for landsgennemsnittet og de enkelte regioner. Figurene supplerer tabellerne med en visuel præsentation af forskelle i indikatoropfyldelse mellem enheder.

Standard opfyldt: Angiver om standarden for indikatoren er opfyldt for en region eller på landsplan. ”Ja” indikerer, at punktestimatet opfylder standarden. ”Nej” indikerer, at punktestimatet ikke opfylder standarden, uanset om standarden er indeholdt i konfidensintervallet for punktestimatet.

Tæller/nævner: Angiver det samlede antal patienter/tumorer, der indgår i beregningen af den pågældende indikatorværdi som hhv. tæller og nævner. Der ekskluderes patienter/tumorer, hvor den pågældende aktivitet er bedømt ”ikke relevant”. For nærmere beskrivelse af hvilke variable, der indgår i tæller og nævner for hver indikator, se afsnittet Beregningsregler i appendiks.

Uoplyst: Angiver de antal patienter/tumorer, hvor den relevante variabel er angivet som uoplyst, eller at data mangler.

Aktuelle år: Under aktuelle år angives indikatorresultatet i % (tæller/nævner). Den statistiske usikkerhed for det beregnede indikatorresultat er anført med et 95% konfidensinterval, som angiver det interval, hvor indikatorresultatet med 95% sandsynlighed ligger. Konfidensintervallets bredde afspejler størrelsen af populationen, dvs. med hvilken præcision, indikatorresultatet er bestemt. Periodeangivelsen ”aktuelle år” og ”tidligere år” refererer til opgørelsesperioden.

Konfidensinterval-plot: Oversigt over punktestimater (sorte prikker) med tilhørende 95 % konfidensinterval (sorte vandrette streger) for indikatoren, på landsplan og regionsniveau. Den røde lodrette linje viser den fastsatte standard. Figuren viser således, hvordan punktestimatet inkl. konfidensinterval ligger i forhold til den fastsatte standard.

Trendgraf: Udviklingen i indikatorresultater over tid, opgjort på landsplan og regionsniveau. Den røde vandrette linje viser den fastsatte standard.

Små patientforløb: For at følge de almindelige regler knyttet til offentliggørelse af personhenførbare helbredsoplysninger er det besluttet ikke at offentliggøre resultater med 1 eller 2 patientforløb. Resultater med 1 eller 2 patientforløb i tæller eller nævner er derfor erstattet med # i rapportens tabeller.

Forkortelser: Basocellulært karcinom (BCC)
Planocellulært karcinom (SCC)
Morbus (mb.) Bowen.

4 Indikatorresultater

Indikatorresultaterne for årsrapporten 2023/2024 er opgjort på baggrund af følgende patientpopulation:

- Indikator 2-3 kræver 15 måneders opfølgningstid. Andelene der belyser kontrol og recidivfri kontrol, er således opgjort for tumorer diagnosticeret i det foregående kalenderår, nemlig i perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023. Disse tumorer er derefter potentielt fulgt frem til 30. september 2024.

I nogle tilfælde kan en patient have flere kontrolskemaer for samme tumor, men i indikatorberegningerne medtages kun ét kontrolskema per tumor. Indikator 3 er opgjort baseret på det seneste kontrolskema inden for de 15 måneder, da det tilstræbes at vurdere recidiv ca. et år efter behandling.

Indikator 4 belyser komplikationer i form af andelen af patienter, hvor der 1-30 dage efter behandling er udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion. Indikator 4 er således opgjort en måned efter behandling vha. data fra Lægemiddelstatistikregistret (LSR).

Indikatorresultaterne for hudkræfttumorer kan i princippet opgøres på patientniveau eller på tumorniveau, da én patient kan have og være i behandling for flere tumorer.

- Indikator 2, der omhandler gennemførsel af kontrolbesøg inden for 15 måneder, opgøres på patientniveau, da kontrolforløb for forskellige tumorer for den samme patient i praksis overlapper, så flere tumorer tjekkes ved samme kontrol. Hvis patienten har flere tumorer registreret i opgørelsesperioden tager beregningerne udgangspunkt i den mest alvorlige tumor i perioden (alvorlighed fra mest til mindst alvorlig: Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer).
- Indikator 3 opgøres på tumorniveau, da den er relateret til resultater for den enkelte tumor.
- Indikator 4 opgøres på patientniveau, da antibiotikabehandling gives til patienten efter en behandling af en eller flere tumorer

Indikatoropgørelserne baserer sig på den histologiske vurdering af tumortypen på baggrund af laboratorieresultatet. Hvis denne er uoplyst, anvendes i stedet den kliniske vurdering af tumortypen. I årsrapport 2022/2023 blev det dog ændret for keratoakantomer, så kombinationen af klinisk vurdering som keratoakantom og histologisk svar med højt differentieret planocellulært karcinom registreres som keratoakantom.

4.1. Indikator 2 (Kontrol)

Indikator 2 omhandler andelen af patienter, som gennemfører deres første kontrolbesøg inden for 15 måneder efter behandling i dermatologisk speciallægepraksis.

For at indgå i indikatoren skal patienten være diagnosticeret med en tumor i perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023. Hvis patienten har flere tumorer registreret i perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023 vælges den mest alvorlige (alvorlighed fra mest til mindst alvorlig: Planocellulære karcinomer, Højrisiko basocellulære karcinomer, Lavrisiko basocellulære karcinomer og Morbus Bowen eller keratoakantomer). Derefter følges denne patient i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2024. Indikatoren opgøres på patientniveau og ikke tumorniveau, dvs. kontrolskemaer kobles kun på cpr-nummer og ikke tumor-id. Benigne læsioner indgår ikke.

Indikatorresultater

Af de i alt 18.976 patientforløb med tilstrækkelig opfølgningstid havde 11.669 registreret første kontrolbesøg inden for 15 måneder (tabel 3). Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 61%, hvilket ligger under den forventede standard på $\geq 85\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 55% og 72%. Alle regioner ligger således under standarden. Fra forrige til denne årsrapport er andelen faldet fra 60% til 51% i region Syd. Der er udkommet regionale retningslinjer i Region Syd, som kan have sået tvivl om, hvornår BBC-tumorer kræver, der foretages en kontrol, hvilket muligvis kan forklare noget af det fald i andelen af kontroller, der er sket i Region Syd.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Antallet af kontroller er fortsat utilfredsstillende lavt. Figur 1 viser, at Region Nordjylland og Region Midtjylland har den højeste andel af gennemførte kontroller. Region Nordjylland har i en del år ligget under standarden, men opfyldte tilbage i 2015/16 årsrapporten standarden (se figur 2).

På klinikniveau varierer andelen mellem 0% til 100%. Dette tolkes som, at enkelte klinikker ikke registrerer kontroller og således trækker ned i det regionale gennemsnit. Særligt Region Hovedstaden ligger lavt, hvor en fjerdedel af alle klinikker har færre end 10% registrerede første kontrolbesøg inden for 15 måneder. Der er således tale om et registreringsproblem, hvor klinikker med få eller ingen registreringer trækker gennemsnittet ned. Styregruppens medlemmer vurderer, at indikatoren har bedre opfyldelse end tallene viser.

Vurdering af indikator

Indikatoren er afgørende for at opnå en retvisende vurdering af recidivrate og effektivitet af behandlingsmodaliteter. Der er siden forrige årsrapport sat fokus på denne indikator ved at tage kontakt til databasens brugere, der ligger lavt i registreringer i databasen, hvilket har øget andelen af patienter med hudkræft, der indberettes til databasen (dvs. dækningsgraden) i flere speciallægepraksisser, men den mere komplette registrering af patienter i databasen har dog ikke ført til en stigning i andelen med et registreret kontrolbesøg indenfor 15 måneder, men det vil måske ske i næste årsrapport. Det er for de enkelte klinikker muligt i deres kvalitetsrapporter at se, hvem de mangler at registrere kontroller på, hvilket er vigtigt alle klinikker er opmærksomme på, da det kan hjælpe til at øge kompletheden af registreringerne af kontroller. Styregruppen har diskuteret, hvorvidt alle patienter skal kontrolleres i betragtning af at mange tumores har meget lav morbiditetsgrad. I øjeblikket pågår der et arbejde i DMCG-regi for at få udarbejdet fælles nationale guidelines.

Tabel 3. Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder

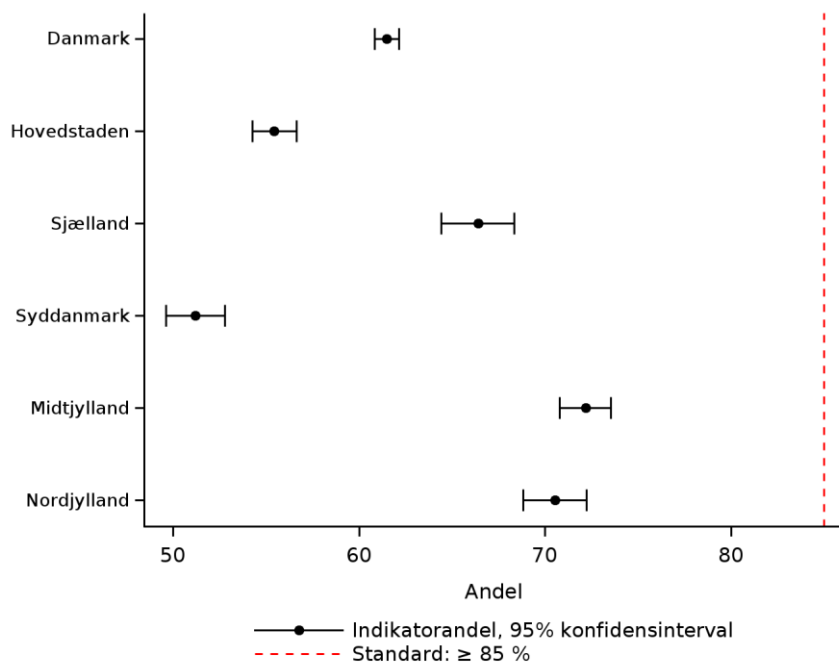
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 85% opfyldt			2022/23 Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Nej	11.669 / 18.976	0 (0)	61	(61-62)	63	64
Hovedstaden	Nej	3.560 / 6.422	0 (0)	55	(54-57)	52	54
Sjælland	Nej	1.454 / 2.190	0 (0)	66	(64-68)	66	69
Syddanmark	Nej	1.906 / 3.724	0 (0)	51	(50-53)	60	62
Midtjylland	Nej	2.849 / 3.947	0 (0)	72	(71-74)	74	76
Nordjylland	Nej	1.900 / 2.693	0 (0)	71	(69-72)	74	70

Tabel 4. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal		Årsag	
Eksklusion:	259		Ingen histologisk eller klinisk vurdering	
	953		Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring	
	6.364		Patienten er henvist til andet speciale	
	48		Beslutning om ingen behandling	
	13		Patienten ønsker ingen behandling	
	184		Kontrol er ej foretaget	
	901		Benign læsion, som ikke skal kontrolleres	

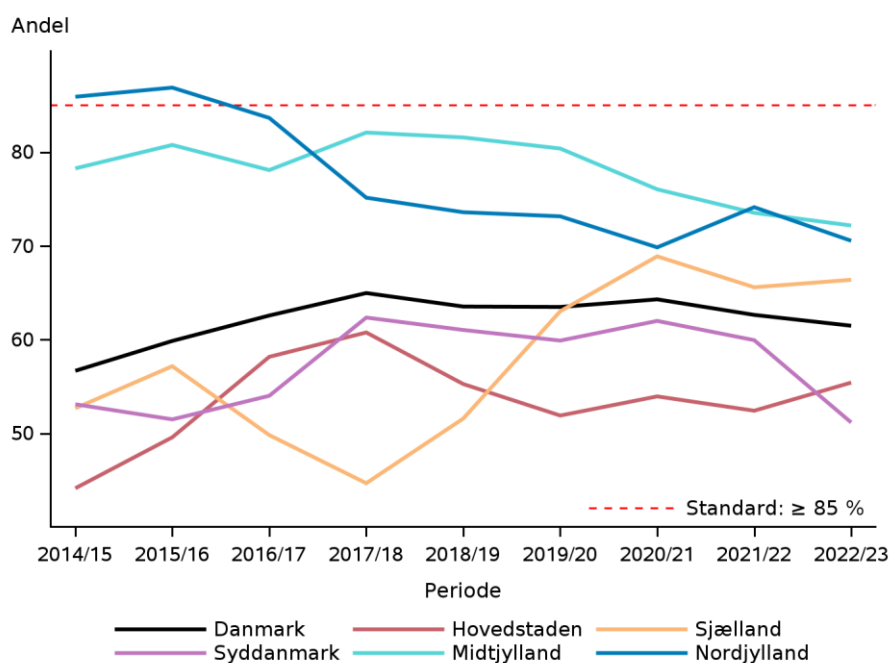
Figur 1.

Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 2.

Indikator 2: Andelen af patienter som gennemfører 1. kontrolbesøg indenfor 15 måneder. Trendgraf på regionsniveau.



4.2. Indikator 3 (Recidivfri kontrol)

Indikator 3 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at radikalitet opnås, så risikoen for recidiv eller resttumor mindskes. Indikatoren er opbygget, så recidiv henføres til primær behandler uagtet, hvor det opdages ved kontrol. Dette adskiller sig fra recidiv-opgørelsen i oversigtstabellen i Kvalitetsrapporten (benchmarking), hvor antal recidiver opgøres for kontrollerende praksis.

Denne indikator er ligesom indikator 2 forskudt i tid, men opgjort på tumorniveau. Det betyder, at for at indgå i indikatoren skal der være registreret en eller flere tumorer i perioden 1. juli 2022 til 30. juni 2023. Disse tumorer er derefter fulgt i 15 måneder, dvs. potentielt frem til 30. september 2024. Opgørelsen er baseret på sidste kontrolskema inden for opfølgningsperioden for at tilstræbe, at resultatet vurderes ca. et år efter behandling.

4.2.1 Indikator 3a: Recidivfrie basocellulære karcinomer

Indikatorresultater

I 15.347 ud af 15.657 registrerede BCC kontrolleret inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 98%, hvilket ligger over den forventede standard på $\geq 95\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 97% og 99%. Alle regioner ligger over standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er tilfredsstillende, at alle regioner opfylder indikatoren. Både denne årsrapport og tidligere årsrapporter viser, at den mest brugte behandling er curettage (tabel 34 og figur 25).

Dette viser at curettage er en fuldt tilfredsstillende behandlingsmodalitet med lav recidivrate. Dette er en cost-effektiv behandling, som ofte kan gennemføres ved første fremmøde.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant i forhold til at sikre optimalt valg af behandlingsstrategi. Indikatoren endvidere opdelt for høj- og lavrisikokarcinomer, hvilket fremgår af efterfølgende afsnit.

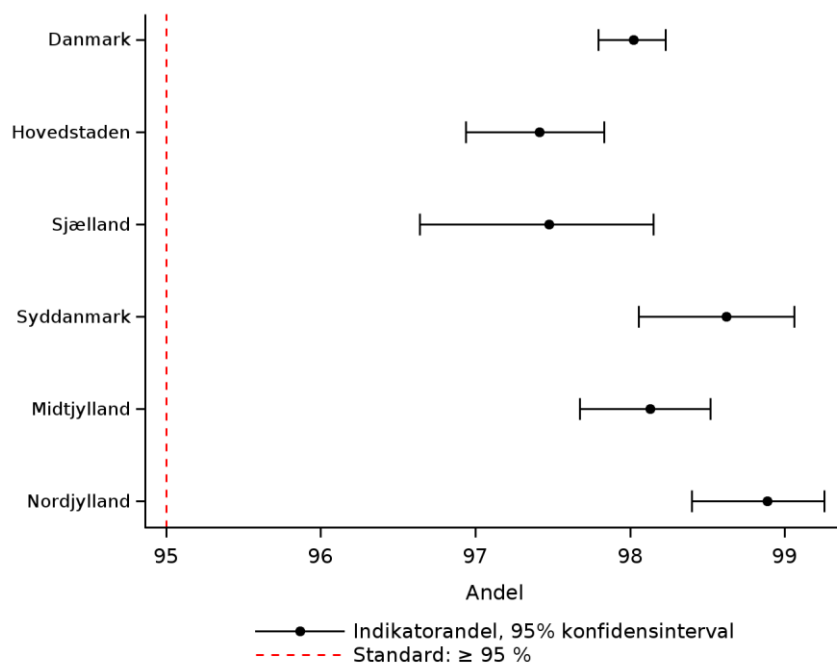
Tabel 5. Indikator 3a: Indikatortabel med andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling.

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	$\geq 95\%$ opfyldt			2022/23 Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	15.347 / 15.657	0 (0)	98	(98-98)	98	98
Hovedstaden	Ja	4.860 / 4.989	0 (0)	97	(97-98)	97	97
Sjælland	Ja	1.737 / 1.782	0 (0)	97	(97-98)	96	98
Syddanmark	Ja	2.221 / 2.252	0 (0)	99	(98-99)	98	98
Midtjylland	Ja	4.041 / 4.118	0 (0)	98	(98-99)	98	98
Nordjylland	Ja	2.488 / 2.516	0 (0)	99	(98-99)	99	99

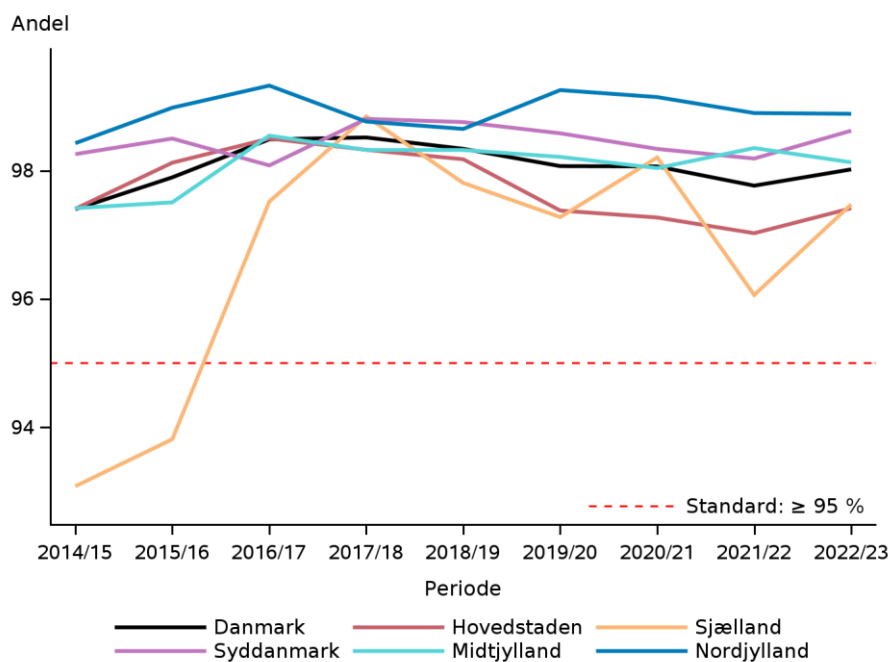
Tabel 6. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	8.295	Ikke basocellulært karcinom
	893	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	6.502	Patienten er henvist til andet speciale
	62	Beslutning om ingen behandling
	10	Patienten ønsker ingen behandling
	223	Kontrol er ej foretaget
	8.749	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

Figur 3. Indikator 3a: Kontrolldiagram med andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling.



Figur 4. Indikator 3a: Trendgraf med andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling.



4.2.1.1 Indikator 3a stratificeret på høj- og lavrisiko

I denne supplerende opgørelse for recidivfrie BCC er tilfældene blevet opdelt på høj- og lavrisiko. Ifølge DDS-guideline for behandling af BCC fra 2019 opfattes tumor som værende med højere risiko for recidiv, hvis mindst to af nedenstående er til stede:

- Tumorstørrelse > 2 cm
- Lokalisation: læbe, skalp, næse, øjenlåg, øre
- Histologisk subtype: morpheaform, infiltrativ, micronodulær, basosquamøs eller perineural involvering
- Recidiv tumor i hoved-/halsregion

Denne højrisikostratificering er i nærværende årsrapport omsat til følgende kriterier, hvoraf mindst to skal være opfyldt:

- Tumorstørrelse > 20 mm i diameter
- Klassificeret som én af følgende jf. WHO International Classification of Diseases 11th revision (ICD-11):
 - Område omkring mund (XA5A87) svarende til kriteriet om lokalisation på læbe
 - Skalp (XA6CW5)
 - Næse (XA3H13)
 - Øjenomgivelser (XA29E7) svarende til kriteriet om lokalisation på øjenlåg
 - Øre (XA01U5)
- Klassificeret som en af følgende histologiske subtyper
 - Morpheaform
 - Infiltrativ
 - Micronodulær
 - Basosquamøs
- Recidiv tumor i hoved/hals-region (hvis ja, ved recidiv i behandlingsskema)

I årsrapporten for 2020/2021 var lokalisation baseret på ICD-10, og derfor kunne højrisikotumorer på næsen ikke identificeres. Disse er inkluderet i år efter implementering af ICD-11. I årsrapporten for 2020/2021 var kriteriet om recidiv ikke afgrænset til hoved/hals-regionen, hvilket er specificeret i denne og sidste års årsrapport.

Man skal være opmærksomme på, at den måde denne rapport afgrænser højrisikotumor (i overensstemmelse med DDS-guidelines) kan variere fra, hvordan andre definerer, hvad en højrisikotumor er. Den måde højrisiko tumorer er defineret i denne rapport er forholdsvis snævert. Nogle af dem der i denne rapport er defineret som lavrisikotumorer kunne således have været defineret som højrisikotumorer, hvis bredere kriterier havde været anvendt for højrisikotumorer. De lavrisikotumorer, der viderehenvises til plastikkirurgi kunne derfor muligvis af andre være definerede som højrisikotumorer, idet der som beskrevet anvendes en forholdsvis snæver definition af højrisikotumorer i denne rapport.

Indikatorresultater

Blandt 15.546 lavrisikokarcinomer er 15.243 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 98%. På regionsniveau varierer andelen mellem 97% og 99%. Resultaterne for indikator 3a1 svarer således fuldstændig til indikator 3a, da over 99% af behandlede BCC'er kategoriseres som lavrisiko. Blandt 111 højrisikokarcinomer er 104 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 94%. Her varierer andelen mellem 89% og 100%, men er behæftet med stor usikkerhed, da andelen bygger på et meget lille antal patienter.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Der er valide tal på andelen af høj- og lavrisikokarcinomer efter indførslen af ICD-11. Algoritmen identificerer i udgangspunktet 515 højrisikokarcinomer ud af 32.096 (515 højrisiko + 31.581 lavrisiko) (svarende til 1,6%) (se tabel 8 og 10). Derefter følger relevante eksklusionskriterier: viderehenvisning, fravalg af behandling eller kontrol eller

ingen registreret kontrol. Blandt højrisikokarcinomerne videregives 303 ud af de 515 (59%) til behandling i andet speciale. Blandt lavrisikokarcinomer drejer det sig om 6.199 ud af 31.581 (20%). Det er således en langt større andel af højrisikokarcinomerne, der videregives. Blandt behandlede BCC, dvs. karcinomer som indgår i indikatorberegningen, udgør højrisikokarcinomerne 0,7% (111/15.243).

Data viser, at dermatologer i høj grad vurderer tumorens risikostratum og videregiver en stor andel af højrisikotumorerne,

Hos lavrisikokarcinomer kan man generelt tillade sig nuancerede betragtninger i forhold til radikalitet, kosmetisk resultat, alder og komorbiditet. Det er langt vigtigst, at højrisikokarcinomer har færrest recidiver, mens lavrisikokarcinomer potentielt kan have lavere behandlingsradikalitet, hvis der er taget særlige hensyn til bedst mulige kosmetiske resultat.

Det er tilfredsstillende, at der blandt højrisikokarcinomer er så få recidiver. Resultaterne bygger på et lille antal, og der kan derfor ikke drages væsentlige konklusioner af de procentuelle forskelle. Der er dog et forbehold for, om datagrundlaget dvs. de inkluderede kontrolskemaer er repræsentative for fordelingen, når der for omkring 40% af patienterne ikke er oplysninger om kontrolforløbet, jf. indikator 2.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant og nu opdateret til ICD-11 klassifikation. Det er relevant at stratificere indikatoren i forhold til høj og lav-risiko karcinomer, da det giver supplerende oplysninger om behandlingsvalg og recidivrate af højrisikotumorerne.

Tabel 7. Indikator 3a1: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på lavrisiko

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		15.243 / 15.546	0 (0)	98	(98-98)	98	98
Hovedstaden		4.846 / 4.974	0 (0)	97	(97-98)	97	97
Sjælland		1.707 / 1.749	0 (0)	98	(97-98)	96	98
Syddanmark		2.194 / 2.223	0 (0)	99	(98-99)	98	98
Midtjylland		4.029 / 4.105	0 (0)	98	(98-99)	98	98
Nordjylland		2.467 / 2.495	0 (0)	99	(98-99)	99	99

Tabel 8. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal		Årsag	
Eksklusion:	8.295		Ikke basocellulært karcinom	
	867		Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring	
	6.199		Patienten er henvist til andet speciale	
	61		Beslutning om ingen behandling	
	10		Patienten ønsker ingen behandling	
	218		Kontrol er ej foretaget	
	8.680		Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr	
	515		Ikke lavrisiko	

Tabel 9. Indikator 3a2: Andelen af recidivfrie basocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling stratificeret på højrisiko

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal (%)	Andel	2022/23 95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark		104 / 111	0 (0)	94	(87-97)	93	93
Hovedstaden		14 / 15	0 (0)	93	(68-100)	100	100
Sjælland		30 / 33	0 (0)	91	(76-98)	100	88
Syddanmark		27 / 29	0 (0)	93	(77-99)	91	80
Midtjylland		12 / 13	0 (0)	92	(64-100)	100	95
Nordjylland		21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	89	100

Tabel 10. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	8.295	Ikke basocellulært karcinom
	26	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	303	Patienten er henvist til andet speciale
	1	Beslutning om ingen behandling
	5	Kontrol er ej foretaget
	69	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	31.581	Ikke højrisiko

4.2.2 Indikator 3b. Recidivfrie planocellulære karcinomer

Indikatorresultater

Blandt 529 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv blandt 521 SCC (98%), hvorved standarden er opfyldt. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 97% og 100%. Region Sjælland og region Syddanmark ligger lige under standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Indikatoren er opfyldt på landsplan (98%). Omkring 45% af SCC viderehenvises til anden behandling (se tabel 35 og figur 26). Man vil oplagt forvente, at det er karcinomer med størst risiko for metastasering, som henvises til anden behandling.

Ofte vælges behandlingsmodaliteten ud fra den kliniske vurdering og små karcinomer kan klinisk være sværere at differentiere i forhold til BCC og Bowen. Derfor ses, at en stor andel af SCC er behandlet med curettage, (se Tabel 35 og Figur 26) og i henhold til DDS-guidelines kan man vælge at se an (watchful waiting). Det er vigtigt at opnå radikalitet ved denne tumortype, da der er risiko for metastasering.

Figur 26 viser geografiske forskelle i behandlingsvalg og viderehenvielse til plastikkirurgi.

Vurdering af indikator

Indikatoren giver værdifuld oplysning om recidiver og med databasens nye muligheder for vurdering efter stratificering kan der på mere kvalificeret vis vurderes om recidiver udgør en særlig risiko for patienten.

Indikatorens tal bygger på en lille andel af alle SCC, da omkring 45% af alle tilfælde viderehenvises til anden behandling i sygehusregi.

Tabel 11. Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling

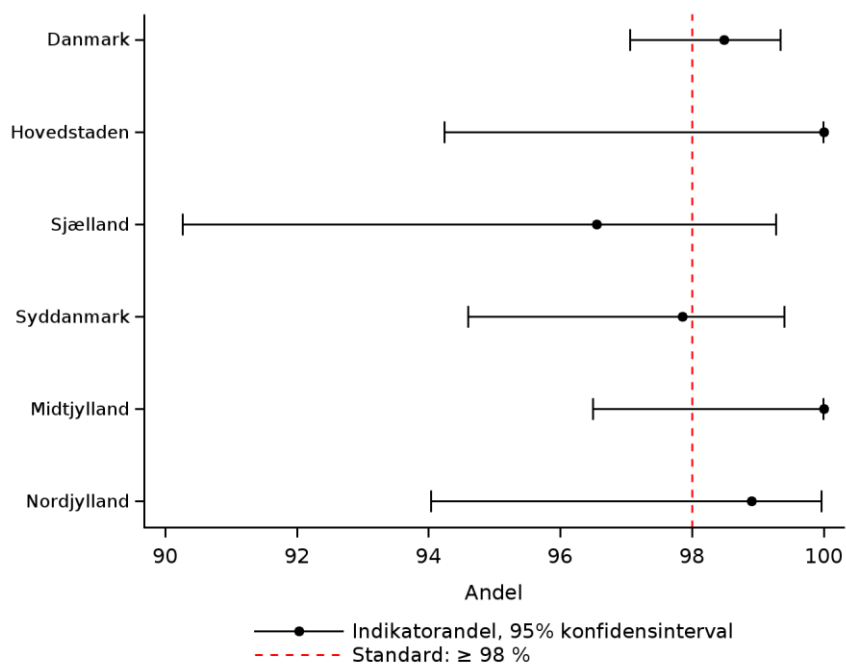
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 98% opfyldt			2022/23 Andel	95% CI	2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark	Ja	521 / 529	0 (0)	98	(97-99)	98	99
Hovedstaden	Ja	62 / 62	0 (0)	100	(94-100)	94	97
Sjælland	Nej	84 / 87	0 (0)	97	(90-99)	98	99
Syddanmark	Nej	182 / 186	0 (0)	98	(95-99)	98	99
Midtjylland	Ja	103 / 103	0 (0)	100	(96-100)	97	97
Nordjylland	Ja	90 / 91	0 (0)	99	(94-100)	100	100

Tabel 12. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	37.659	Ikke planocellulært karcinom
	262	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	1.282	Patienten er henvist til andet speciale
	4	Patienten ønsker ingen behandling
	24	Kontrol er ej foretaget
	631	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

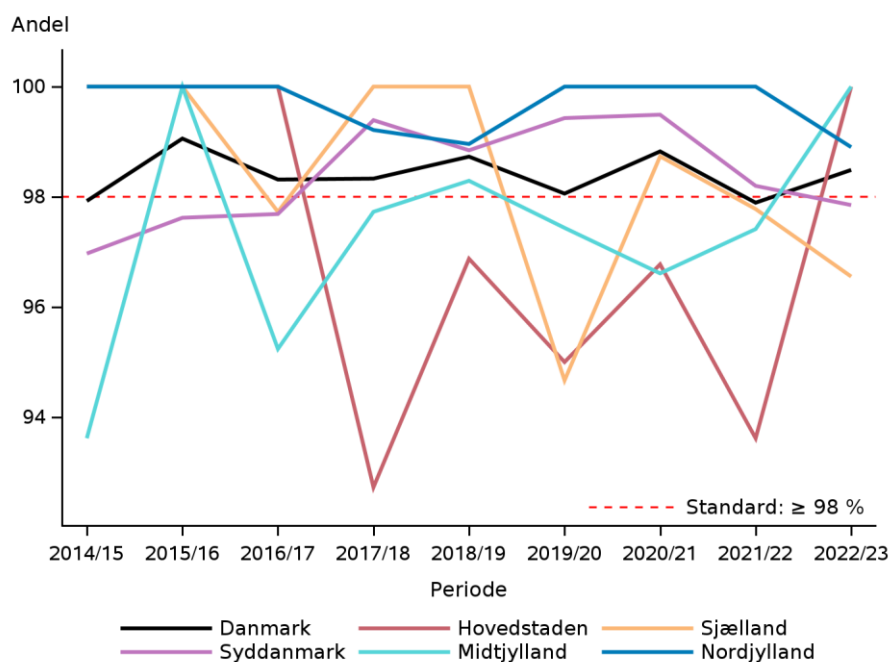
Figur 5.

Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 6.

Indikator 3b: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



4.2.2.1 Indikator 3b: Stratificeret på behandlingsvalg

For at opdele SCC i høj- og lavrisiko bruges behandlingsvalg som en tilnærmelse for forventet risiko. Excision udføres typisk på karcinomer, som vurderes som højrisiko. Curettage, enkelt curettage med el-kaustik samt dobbelt curettage med el-kaustik kan udføres på karcinomer med lav risiko for metastasering i henhold til guidelines.

Da ét karcinom kan modtage flere forskellige behandlinger, kan samme karcinom optræde i begge af nedenstående tabeller. Desuden er mindre hyppige behandlingsformer udeladt. De to stratificerede tabeller summerer derfor ikke til tabel 11 for indikator 3b.

Indikatorresultater

Blandt 318 karcinomer behandlet med curettage er 312 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 98%. På regionsniveau varierer andelen mellem 96% og 100%. Blandt 179 karcinomer behandlet med excision er 177 karcinomer uden tegn på resttumor/recidiv, hvilket svarer til en andel på 99%.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Blandt exciderede karcinomer er 99% recidivfri. Blandt de curetterede karcinomer ligger den recidivfri andel på landsplan på 98% og regionalt mellem 96% og 100%, hvilket er tilfredsstillende. Indikatoren er baseret på små patientgrupper, og enkelte tilfælde kan således få andelen til at variere betydeligt. Tumorer, hvor der er valgt curettage og kaustik er med stor sandsynlighed lavrisikotumorer med yderst begrænset risiko for metastasering.

Hovedstaden har et lavt absolut antal i forhold til, hvad man ville forvente ud fra Tabel 32, hvoraf det fremgår, at Hovedstaden er den region med det næsthøjeste absolutte antal SCC. Af Tabel 39 fremgår, at de henviser en højere andel end de fleste andre regioner med undtagelse af Region Sjælland.

Vurdering af indikator

Indikatoren er relevant. Den foreløbige stratificering viser, at der kan blive behov for yderligere stratificering fx for anatomisk lokalisation.

Tabel 13. Indikator 3b1: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
				Andel	2022/23 95% CI	Andel	2021/22 2020/21 Andel
Danmark		312 / 318	0 (0)	98	(96-99)	96	98
Hovedstaden		49 / 49	0 (0)	100	(93-100)	92	96
Sjælland		64 / 67	0 (0)	96	(87-99)	97	98
Syddanmark		78 / 80	0 (0)	98	(91-100)	97	99
Midtjylland		84 / 84	0 (0)	100	(96-100)	96	97
Nordjylland		37 / 38	0 (0)	97	(86-100)	100	100

Tabel 14. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	37.659	Ikke planocellulært karcinom
	94	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	130	Patienten er henvist til andet speciale
	2	Patienten ønsker ingen behandling
	15	Kontrol er ej foretaget
	427	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	1.746	Ikke behandlet med curettage, enkelt curettage eller dobbelt curettage

Tabel 15. Indikator 3b2: Andelen af recidivfrie planocellulære karcinomer 0-15 måneder efter behandling, hvor karcinomet er behandlet med excision

	Standard	Tæller/ opfyldt	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2022/23 Andel	95% CI	Tidligere år 2021/22 Andel	2020/21 Andel
Danmark		177 / 179	0 (0)	99	(96-100)	100	99
Hovedstaden		8 / 8	0 (0)	100	(63-100)	100	100
Sjælland		19 / 19	0 (0)	100	(82-100)	100	100
Syddanmark		86 / 88	0 (0)	98	(92-100)	100	100
Midtjylland		18 / 18	0 (0)	100	(81-100)	100	93
Nordjylland		46 / 46	0 (0)	100	(92-100)	100	100

Tabel 16. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	37.659	Ikke planocellulært karcinom
	36	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	16	Patienten er henvist til andet speciale
	7	Kontrol er ej foretaget
	148	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr
	2.346	Ikke behandlet med excision

4.2.3 Indikator 3c: Recidivfrie Mb. Bowen tumorer

Indikatorresultater

Blandt 1.070 registrerede kontroller inden for 15 måneders opfølgningstid var der ikke fundet tegn til resttumor/recidiv blandt 1.038 mb. Bowen. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 97%, hvilket ligger over den forventede standard på $\geq 95\%$. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 92% og 99%. Alle regioner, på nær Region Sjælland, opfylder standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er meget tilfredsstillende, at indikatoren opfyldes på landsplan. Mb. Bowen er en del af sygdomsspektret for SCC, men har meget lille potentiale til invasiv vækst. Recidiver er dermed kun sjældent et større problem for patienterne.

Oplysninger om viderehenvisning illustrerer behandlingspraksis i speciallægepraksis og er dermed en relevant information.

Vurdering af indikator

Indikatoren indgår i spektret af planocellulære celleforandringer og indgår derfor som markør for sygdommen i befolkningen.

Tabel 17. Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling

Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 måneder efter behandling

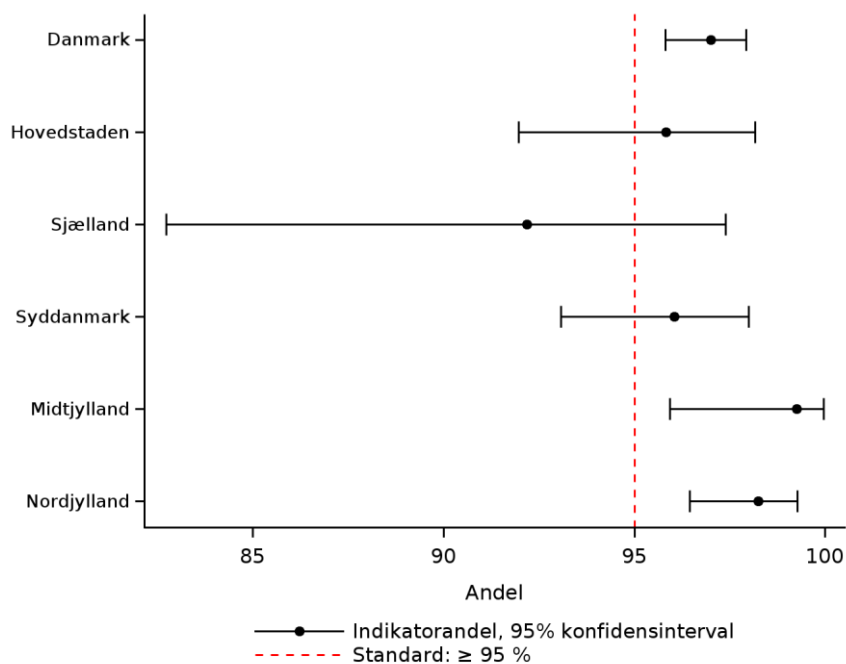
	Standard $\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2022/23 Andel 95% CI	Tidligere år 2021/22 2020/21 Andel Andel
Danmark	Ja	1.038 / 1.070	0 (0)	97 (96-98)	97 99
Hovedstaden	Ja	184 / 192	0 (0)	96 (92-98)	98 98
Sjælland	Nej	59 / 64	0 (0)	92 (83-97)	89 96
Syddanmark	Ja	268 / 279	0 (0)	96 (93-98)	97 99
Midtjylland	Ja	133 / 134	0 (0)	99 (96-100)	97 99
Nordjylland	Ja	394 / 401	0 (0)	98 (96-99)	98 99

Tabel 18. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	38.168	Ikke mb. Bowen
	136	Ikke 15 mdr opfølgning pga død/udvandring
	118	Patienten er henvist til andet speciale
	5	Beslutning om ingen behandling
	27	Kontrol er ej foretaget
	867	Ingen registreret kontrol indenfor 0-15 mdr

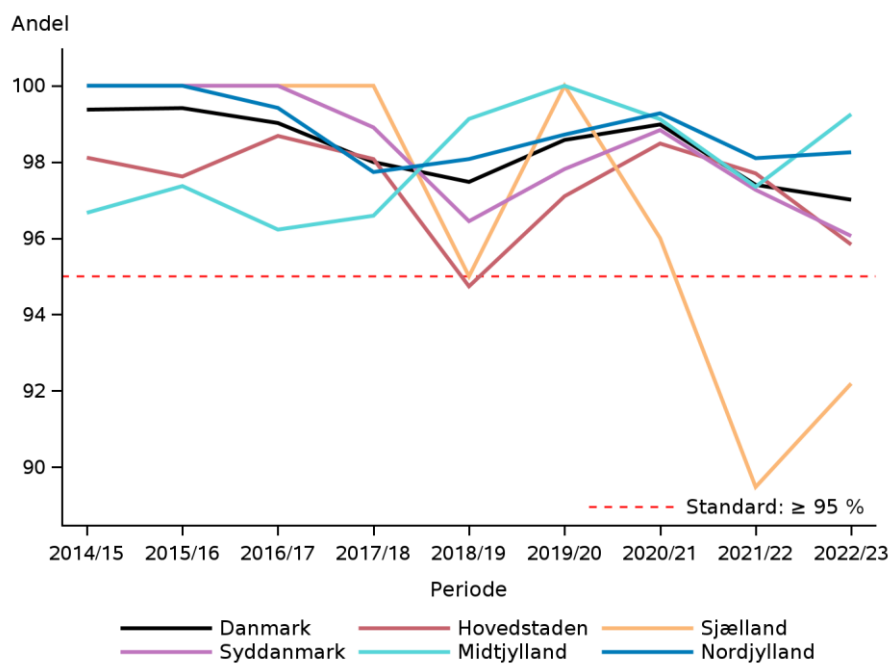
Figur 7.

Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 8.

Indikator 3c: Andelen af recidivfrie mb. Bowen 0-15 mdr efter behandling. Trendgraf på regionsniveau.



4.3. Indikator 4: Komplikation

Indikator 4 omhandler kvaliteten i behandlingen, hvor det skal sikres at andelen med efterfølgende infektionskomplikationer er lav.

Fra denne årsrapport (2023/24) opgøres komplikationer på en anden måde end tidligere. Tidligere er komplikationer opgjort ud fra oplysninger registreret af den dermatologiske speciallæge på et skema udfyldt ved første kontrol indenfor 15 måneder efter behandlingen. En ulempe ved denne måde at opgøre infektioner er registreringen potentielt først sker op til 15 måneder efter behandling, hvorved der kan være recall-bias, hvor patienten glemmer at indberette komplikationer i umiddelbar forlængelse af behandlingen. Det tyder på det kan have været tilfældet pga. andelen med infektioner var 0.2% i seneste årsrapport og således meget lav.

I denne årsrapport er komplikationer, dvs. infektioner, i stedet baseret på tal fra Lægemiddelstatistikregistret (LSR). I registret er patienter identificeret, der har fået udstedt en recept på antibiotika med indikation på hudinfektion 1-30 dage efter behandling af hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis. Patienter er afgrænset ved behandling med en af nedenstående typer antibiotika og ordineret på baggrund af en af nedenstående indikationer.

ATC-koder for Antibiotika:

J01CF01 Dicloxacillin
J01CE02 Phenoxymethylpenicillin
J01FA06 Roxithromycin
J01FA10 Azithromycin
J01FF01 Clindamycin
J01AA02 Doxycyclin
J01FA09 Clarithromycin
J01CF05 Flucloxacillin
J01MA14 Moxifloxacin
J01AA07 Tetracyclin
J01CA01 Ampicillin
J01FA01 Erythromycin
J01AA04 Lymecyclin

Indikation koder for behandlingen:

0000084 mod infektion
0000124 mod svær infektion
0000312 mod betændelse
0000417 mod hud- og bløddelsinfektion
0000458 mod sårinfektion

Indikatorresultater

Blandt 22.051 behandlede patienter var der udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion 1-30 dage efter behandling til 512 patienter. Dette svarer til en landsdækkende indikatorandel på 2.3%, hvorved standarden på $\leq 2\%$ lige akkurat ikke er opfyldt. Indikatoren er opfyldt i region Hovedstaden og tæt på at være opfyldt i de resterende regioner med 3%. Andelen med infektioner var lavest i region Hovedstaden og højest i Region Nordjylland (Figur 9).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Det er positivt, at det kun er en lille andel af patienter, der oplever infektioner efter behandling (2%). De 2% vurderes som et mere validt mål for infektioner end de tidligere 0,2% som var en meget lav andel, men som sandsynligvis skyldtes en underrapportering fra patienterne pga. det krævede, at patienten kunne huske infektioner op til 15 måneder tilbage i tid. En del af de patienter, der har fået antibiotikabehandling efter curretage har muligvis fået behandling uden at have en infektion pga. det kan være svært at se om der er tale om en infektion eller ej efter denne type behandling. Desuden er typen af antibiotika præparater og indikationer forholdsvis bredt definerede, så de 2.3% er sandsynligvis en overestimering af andelen, der får infektioner.

Vurdering af indikator

Lægemiddelstatistikregistret vurderes som værende en valid datakilde til at opgøre andelen af patienter, der oplever komplikationer (infektioner) efter behandling. For nuværende fastholdes standarden på 2%.

Tabel 19.

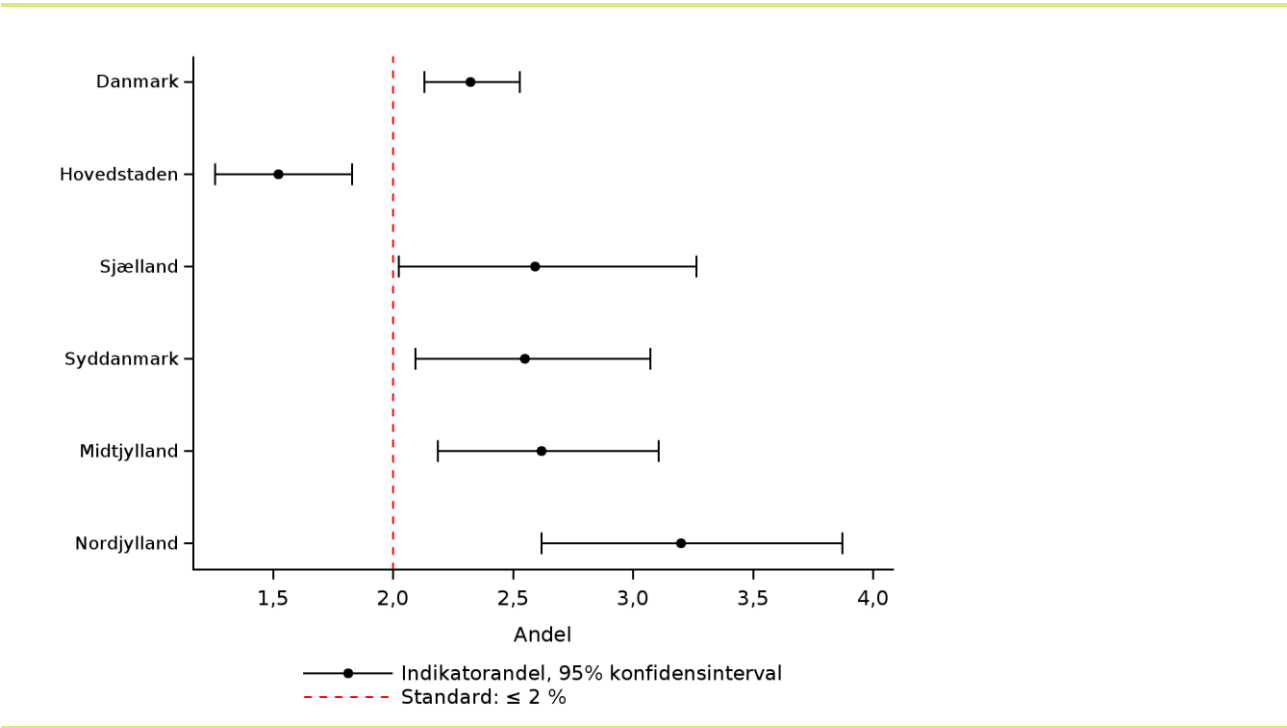
Indikator 4: Andelen af patienter, hvor der efter behandling er udstedt recept på antibiotika med indikation på hudinfektion

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2% opfyldt			2023/24 Andel	95% CI	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Nej	512 / 22.051	69 (0)	2	(2-3)	2	2
Hovedstaden	Ja	111 / 7.293	16 (0)	2	(1-2)	2	1
Sjælland	Nej	69 / 2.664	9 (0)	3	(2-3)	3	2
Syddanmark	Nej	106 / 4.161	19 (0)	3	(2-3)	2	2
Midtjylland	Nej	125 / 4.777	16 (0)	3	(2-3)	2	3
Nordjylland	Nej	101 / 3.156	9 (0)	3	(3-4)	3	2

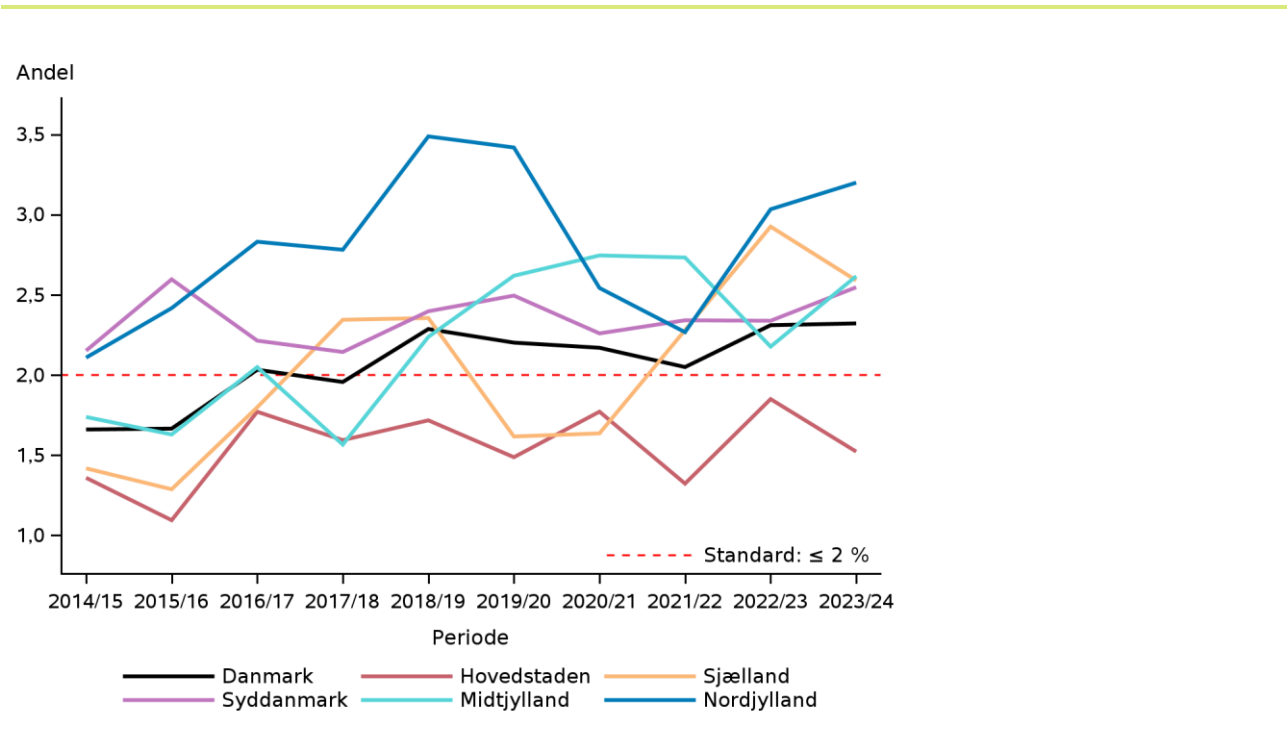
Tabel 20. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal		Årsag
Eksklusion:	266	Ingen histologisk eller klinisk vurdering	
	7.464	Patienten er henvist til andet speciale	
	120	Beslutning om ingen behandling	
	23	Patienten ønsker ingen behandling	
	44	Antibiotika 0-30 dage før behandling	
Uoplyst:	69	Mangler indikation på recept	

Figur 9.



Figur 10.



5. Resultater for supplerende indikatorer

Fra årsrapport 2022/2023 har man valgt at indikator 1a-1c skal opgøres som supplerende indikatorer fremfor egentlige indikatorer, som de har været hidtil. Dette er valgt pga. målopfyldelsen i mange år har været aldeles tilfredsstillende og der derfor ikke længere er behov for at følge dem tæt.

Opgørelsen af de supplerende indikatorer (indikator 1a-1c) er opgjort på baggrund af følgende patientpopulation:

- Indikator 1 kræver op til 3 måneders opfølgningstid. Andelen af histologisk verificerede tumorer er således opgjort for tumorer diagnosticeret i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024. Disse tumorer er derefter potentielt fulgt frem til 30. september 2024.

De supplerende indikatorer (1a-1c) opgøres på tumorniveau, da disse er relateret til resultater for den enkelte tumor.

5.1 Indikator 1: Diagnostik

Indikator 1 omhandler kvaliteten i udredningsforløbet, hvor det skal sikres at diagnosen verificeres histologisk. Korrekt diagnosticering er vigtig, for at sikre at patienten får den rette behandling. Særligt for SCC er det vigtigt med histologisk verifikation, da denne type har større risiko for metastasering. Indikatoren baserer sig på de registrerede histologiske vurderinger indtastet af dermatologen på baggrund af laboratoriesvar. Tumorer der henvises til andet speciale, indgår ikke, da formålet med indikatoren er at vurdere patienter, der er færdigbehandlet i speciallægepraksis. Desuden tager denne eksklusion højde for forskellig regional praksis af histologisk registrering ved viderehenvisning.

For at indgå i indikatoren skal tumoren være diagnosticeret i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024. Derefter følges denne potentielt frem til 30. september 2024. Indikatoren er opgjort på tumorniveau.

5.1.1 Indikator 1a: Basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Indikatorresultater

Blandt 25.428 registrerede BCC var 24.470 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikatorværdi på 96%, hvilket er over den fastlagte standard på minimum 90%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 96% og 97%, og alle regioner ligger således over standarden ligesom de forrige år, på nær Region Nordjylland i perioden 2017/18 til 2019/20.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser fortsat på tilfredsstillende vis en uændret verifikation og registrering af histologi af BCC sammenlignet med tidligere år. Variationen mellem regioner er blevet mindre over de seneste år.

Vurdering af indikator

Histologisk verificering af BCC er vigtig i forhold til kvaliteten af behandlingerne, idet behandlingsvalg kan være afhængig af histologisk undertype. Da indikatoren har været opfyldt i flere år, og histologisk verificering således er etableret som rutine i klinikken for hovedparten af karcinomer, kan det overvejes om indikatoren skal skifte fokus til udvalgte undergrupper, hvor praksis antages at variere.

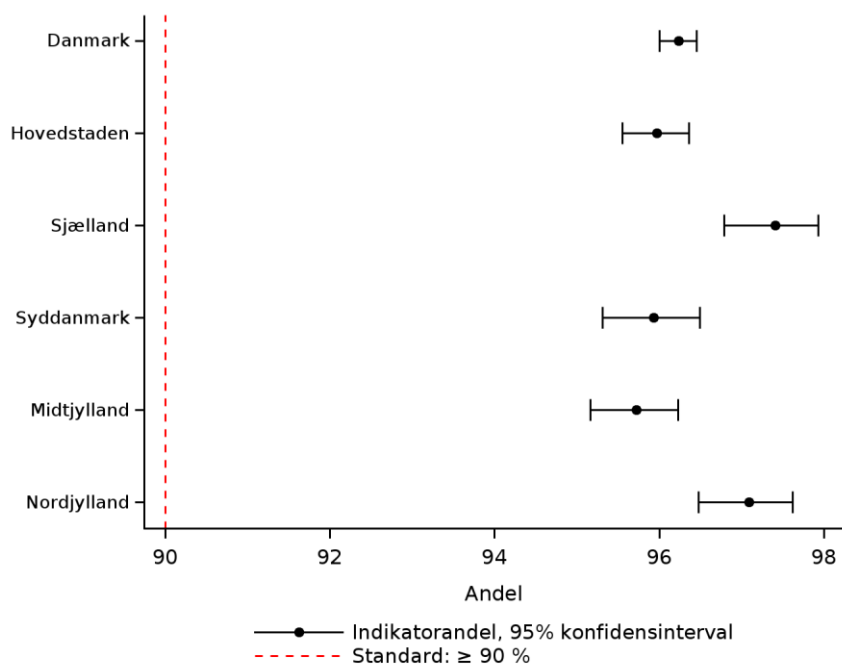
Tabel 21. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2023/24 Andel 95% CI	Tidligere år 2022/23 2021/22 Andel Andel
Danmark	Ja	24.470 / 25.428	1618 (6)	96 (96-96)	96 96
Hovedstaden	Ja	8.573 / 8.933	517 (5)	96 (96-96)	97 97
Sjælland	Ja	3.004 / 3.084	76 (2)	97 (97-98)	99 98
Syddanmark	Ja	4.222 / 4.401	146 (3)	96 (95-96)	96 96
Midtjylland	Ja	5.366 / 5.606	627 (10)	96 (95-96)	95 94
Nordjylland	Ja	3.305 / 3.404	252 (7)	97 (96-98)	94 93

Tabel 22. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

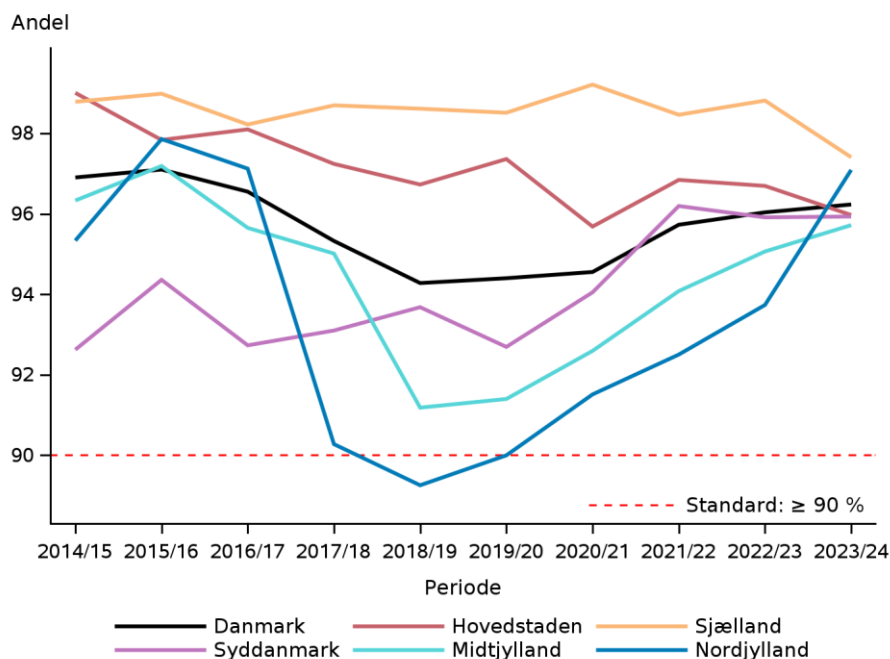
	Antal	Årsag
Eksklusion:	9.940	Ikke basocellulært karcinom
	7.258	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	1.618	Histologisk vurdering uoplyst

Figur 11. Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. kontrolgraf på regionsniveau.



Figur 12.

Indikator 1a: Andelen af basocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



5.1.2 Indikator 1b: Planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres

Indikatorresultater

Blandt 1.534 registrerede SCC var 1.532 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikatorværdi på 99%, hvilket er over den fastlagte standard på minimum 98%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 99% og 100%. Alle regioner ligger over standarden.

Region Midtjylland har en højere andel af uoplyste (20%).

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser på tilfredsstillende vis uændret opfyldelse af indikatoren. Alle tilfælde med manglende opfyldelse er gennemgået i tidligere år, hvor behandlingsvalg og lokalisation tyder på, at andre patienthensyn har gjort sig gældende, således at histologisk verificering har været irrelevant.

Den højere andel af uoplyste i Region Midtjylland kan skyldes mangel på ressourcer bl.a. forlænget ventetid på svar fra patologerne, som medfører, at histologisvaret først udfyldes ved den efterfølgende kontrol.

Vurdering af indikator

Histologisk verificering af SCC er vigtig i forhold differentiering med øvrige tumorer i huden, da der er større risiko for metastasering. Der er ligeledes andre retningslinjer for behandling af SCC sammenlignet med BCC. Indikatoren

er vigtig, men da indikatoren i alle årene har ligget tilfredsstillende højt, er der ikke længere et forbedringspotentiale. Det kan således overvejes om indikatoren på sigt skal udgå.

Tabel 23. **Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres**

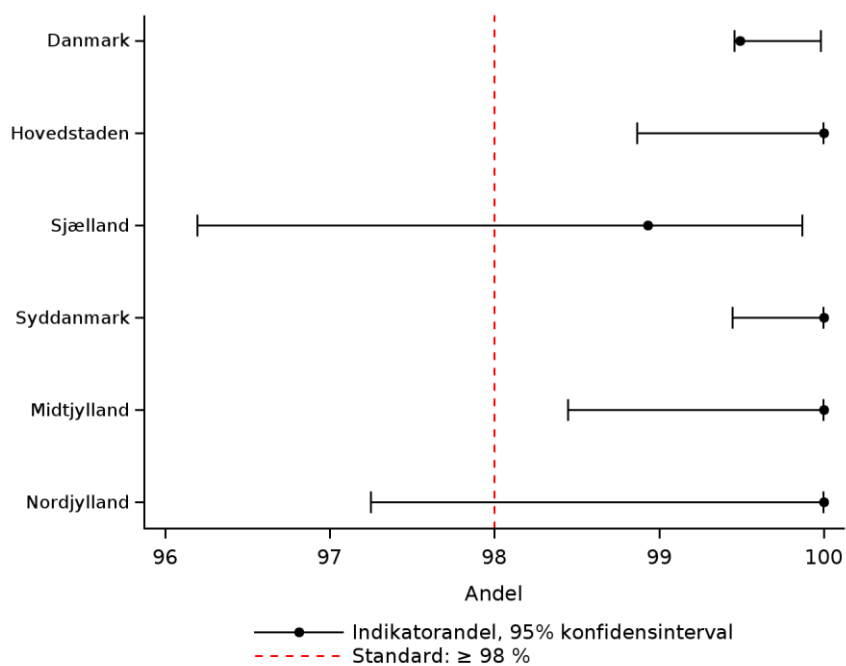
	Standard ≥ 98% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2023/24 Andel 95% CI	Tidligere år 2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	1.532 / 1.534	91 (6)	99 (99-100)	99	99
Hovedstaden	Ja	322 / 322	7 (2)	100 (99-100)	99	100
Sjælland	Ja	185 / 187	10 (5)	99 (96-100)	99	97
Syddanmark	Ja	658 / 658	6 (1)	100 (99-100)	99	100
Midtjylland	Ja	235 / 235	57 (20)	100 (98-100)	100	100
Nordjylland	Ja	132 / 132	11 (8)	100 (97-100)	100	99

Tabel 24. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	40.992	Ikke planocellulært karcinom
	1.627	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	91	Histologisk vurdering uoplyst

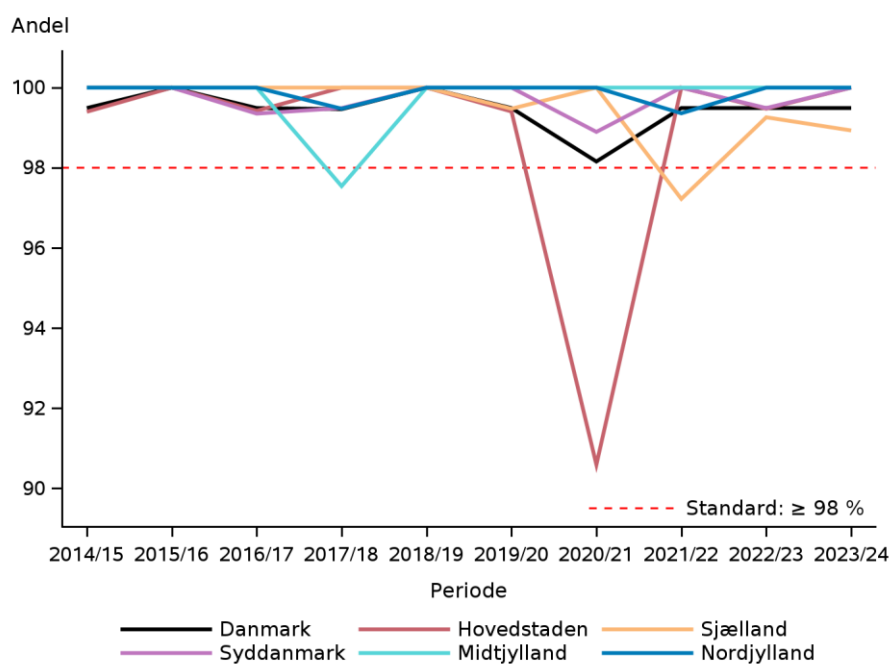
Figur 13.

Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 14.

Indikator 1b: Andelen af planocellulære karcinomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



5.1.3 Indikator 1c: Keratoakantomer, som histologisk verificeres

Indikatorresultater

Blandt 579 registrerede keratoakantomer var 577 histologisk verificerede. Dette svarer til en landsdækkende indikator værdi på 100%, hvilket er over den fastlagte standard på minimum 98%. På regionsniveau varierede indikatoren mellem 99% og 100%. Alle regioner, på nær Region Sjælland, ligger over standarden.

Diskussion og klinisk implikation af indikatorresultater

Tallene viser på tilfredsstillende vis en uændret verifikation og registrering af histologi af keratoakantomer sammenlignet med foregående år. Figur 6 viser over tid stor ensartethed mellem regionerne af histologisk verifikation af keratoakantomer.

Det absolutte antal keratoakantomer er fortsat stigende, ligesom sidste år. Dette forklares formentlig af den ændrede WHO-klassifikation af tumor. Således registreres keratoakantom nu som højtdifferentieret planocellulært karcinom af variant som keratoakantom. Keratoakantomer adskiller sig fra SCC ud fra anamnese og kliniske vurdering, og behandlingsrekommendationerne adskiller sig fortsat fra behandlingen af SCC. Fra forrige årsrapport (2022/23) blev algoritmen ligeledes ændret så klinisk vurdering vægter højere end patologisk svar ved keratoakantomer.

Vurdering af indikator

Indikatoren er vigtig, men da indikatoren i alle årene har ligget tilfredsstillende højt, er der ikke længere et forbedringspotentiale. Det kan således overvejes om indikatoren på sigt skal udgå.

Tabel 25. Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres

Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres

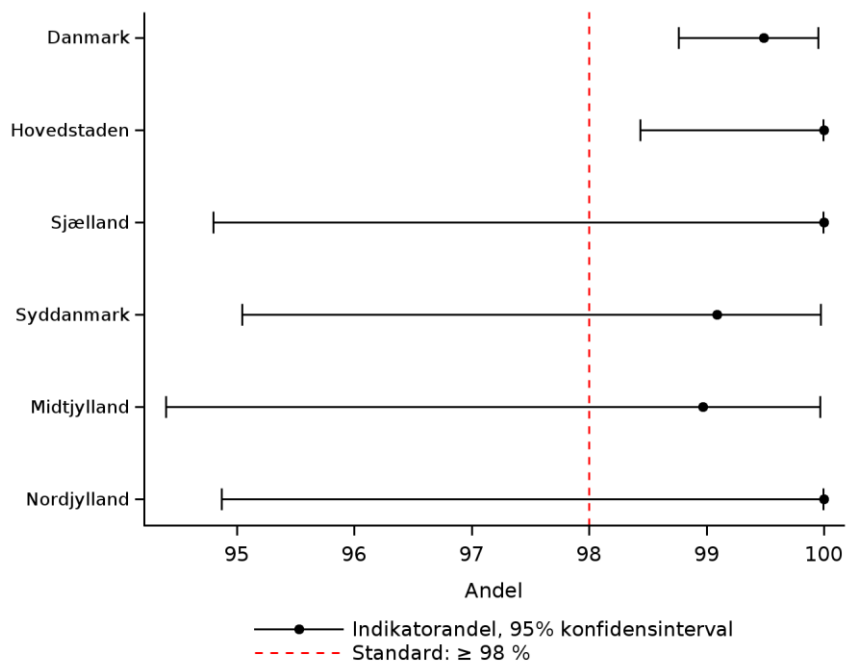
	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 98% opfyldt			2023/24 Andel	95% CI	2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	577 / 579	56 (9)	99	(99-100)	99	99
Hovedstaden	Ja	233 / 233	17 (7)	100	(98-100)	100	99
Sjælland	Ja	69 / 69	6 (8)	100	(95-100)	97	97
Syddanmark	Ja	109 / 110	7 (6)	99	(95-100)	100	100
Midtjylland	Ja	96 / 97	18 (16)	99	(94-100)	100	100
Nordjylland	Ja	70 / 70	8 (10)	100	(95-100)	100	100

Tabel 26. Oversigt over antal ekskluderede eller uoplyste

	Antal	Årsag
Eksklusion:	43.434	Ikke keratoakantom
	175	Patienten er henvist til andet speciale
Uoplyst:	56	Histologisk vurdering uoplyst

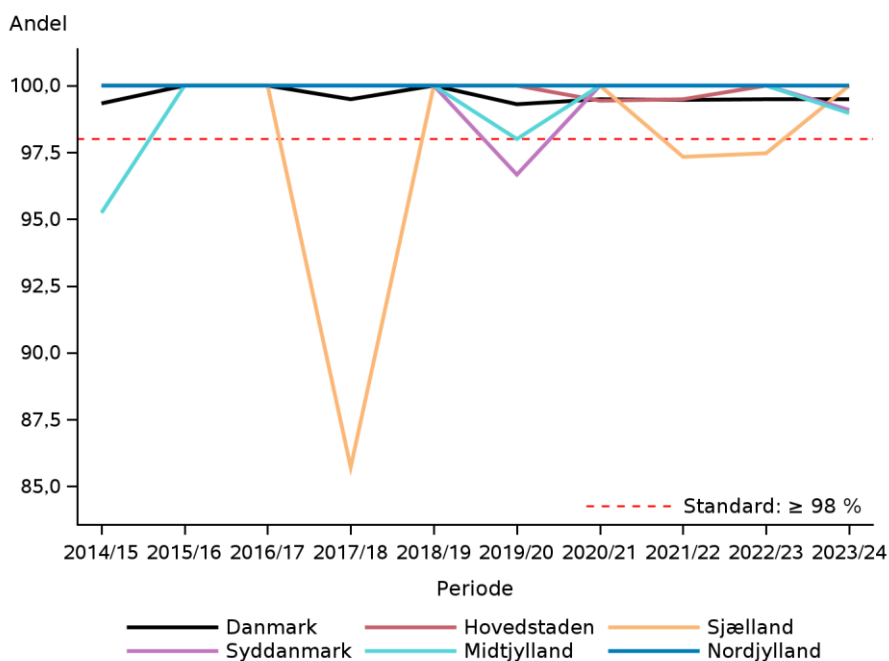
Figur 15.

Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres. Kontrolldiagram på regionsniveau.



Figur 16.

Indikator 1c: Andelen af keratoakantomer, som histologisk verificeres. Trendgraf på regionsniveau.



6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Rapporten henvender sig primært til de sundhedsfaglige miljøer og omfatter patienter med BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantom behandlet i speciallægepraksis i perioderne 1. juli 2022 - 30. juni 2023 og 1. juli 2023 - 30. juni 2024.

BCC er den langt hyppigste form for kræft i Danmark. Ifølge Cancerregisteret blev der i 2019 registreret 14.657 tilfælde af BCC. Da Cancerregisteret kun registrerer første gang en person får konstateret BCC er det reelle antal årlige behandlinger af hudcancer langt højere, hvilket også ses i denne rapport. BCC metastaserer ekstremt sjældent, og ifølge cancer.dk er der ikke registreret dødsfald fra 2016-2020. Grundet BCCs hyppighed er sygdommen en samfundsøkonomisk udfordring. Mulige behandlinger varierer i pris, tilgængelighed og effekt.

Ifølge Sundhedsdatastyrelsens udgivelse baseret på tal fra Cancerregisteret 2023 var der 3.082 nye tilfælde med blandt mænd og 2.567 blandt kvinder nye tilfælde af SCC (non-melanom hudkræft eksklusive basalcellekræft) (Sundhedsdatastyrelsen, tilgået 3. oktober 2024 på https://sundhedsdatastyrelsen.dk/-/media/sds/filer/find-tal-og-analyser/sygdomme-og-behandlinger/kræft/kræft_nye_tilfaelde_aarsrapporter/kræfttilfaelde-2023.pdf?la=da). Histologisk verificering er særlig vigtig, da SCC har højere risiko for metastasering. Den præcise risiko vides ikke, men der er i gennemsnit registreret 65 dødsfald årligt ifølge NORDCAN i perioden 2019-2022 (NORDCAN, tilgået 3. oktober 2023 på <https://nordcan.iarc.fr/en/dataviz/tables?types=1&cancers=300&sexes=0>).

Mb. Bowen er et in situ karcinom og kan i enkelte tilfælde udvikle sig til SCC. Det præcise antal årlige tilfælde kendes ikke.

WHO har ændret klassifikationen af keratoakantom, således den nu skal registreres som højtdifferentieret planocellulær tumor af variant som keratoakantom. Keratoakantomer adskiller sig fra SCC ud fra anamnese og kliniske vurdering, men histologisk kan det være vanskeligt at adskille SCC og keratoakantomer. Behandlingsrekommandationerne adskiller sig fortsat fra behandlingen af SCC.

Nærværende rapport beskriver indikatorer og de tilhørende kvalitetsstandarder for behandling af BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantom i henhold til diagnostik, kontrol, recidivfrihed og komplikationer. Afrapportering af disse faktorer gør, at kvaliteten af behandlingen af denne patientgruppe løbende kan monitoreres, dokumenteres og evalueres med henblik på at opfylde de fastsatte indikatorers kvalitetsstandarder for behandlingen.

7. Datagrundlag

Udredning og behandling af hudkræft foretages i mange forskellige specialer og formentlig foretages det største antal af behandlinger i dermatologisk speciallægepraksis i alle regioner. Fordelingen af hudkræfttilfældene i de forskellige specialer (dermatologi, plastikkirurgi, onkologi, Øre-Næse-Halskirurgi, oftalmologi og almen praksis) er ikke fuldt ud kendt, men formentlig således, at mest komplicerede tilfælde, der henvises til hospitalsbehandling, overvejende varetages i plastikkirurgi, onkologi og dermatologi

I årsrapportens opgørelser om hhv. plastikkirurgisk og onkologisk behandling af patienter med hudkræft, kan det ses at hovedparten af patienter, der henvises til plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, bliver henvist fra dermatologisk speciallægepraksis mens henvisninger til onkologisk behandling oftest sker fra de plastikkirurgiske enheder på hospitalerne.

Speciallægepraksis indberetter manuelt til Hudkræftdatabasen via det webbaserede inddateringssystem Sentinel, som varetages af sundhed.dk. Der udfyldes et behandlingsskema med basisoplysninger, når patienten får konstateret en tumor, og samtidigt oprettes patienten i databasen Ved kontroller udfyldes et kontrolskema, som ved hjælp af et specifikt tumor-id kan kobles til behandlingsskemaet. Tidspunktet for første og evt. anden kontrol kan variere meget fra patient til patient. Det vil snarligt være muligt at tilgå en kvalitetsrapport, som viser den praksis-specifikke dækningsgrad sammenholdt med regionalt og nationalt niveau for at øge incitamentet til at indberette.

Der er indberetningspligt til Cancerregisteret og data sendes til Cancerregisteret samtidig med registreringen i Hudkræftdatabasen.

Datasættet er frosset 30. september 2024.

8. Dækningsgrad, overensstemmelsesgrad og datakomplethed

Der har gennem mange år været mangelfuld registrering af antallet af nye hudkræfttilfælde i Danmark. Nye tilfælde af hudkræft anmeldes til Cancerregistret, men Cancerregistret anslår, at kun cirka 50% af nye tilfælde af hudkræft anmeldes (Cancerregistret 2007). Det er ikke muligt at få eksakte tal for antallet af nye hudkræft i Danmark eller i andre lande på grund af mangelfuld registrering. Det er målet, at databasen opnår komplet registrering af alle tilfælde af hudkræft behandlet i dermatologisk regi med hensyn til tumortype, størrelse, valg af behandlingsmodalitet og prognose med henblik på at forbedre behandlingen af hudkræft i Danmark.

Dataudtræk fra Patologiregisteret anvendes som reference til vurdering af Hudkræftdatabasens komplethedegrad. Patologiregisteret blev oprettet 1. april 1997 for centralt at indsamle data om landets pato-anatomiske afdelingers ydelser. Siden 1. juli 1997 har der været obligatorisk indberetningspligt til Patologiregisteret. Indberetning til registeret foregår elektronisk, og der foretages daglige indberetninger af de pato-anatomiske undersøgelser fra patologiafdelingerne til Sundhedsstyrelsen. Kodningen i Patologiregisteret foregår via den danske version af SNOMED (Systematized Nomenclature of Medicine) for Patologi, der anvendes som klassifikations- og nomenklatursystem for kodning og registrering af pato-anatomiske diagnoser.

Indberetninger til Hudkræftdatabasen for perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024 er sammenlignet med registreringer i Patologiregisteret, idet samkøring af data er sket på patientniveau ved hjælp af CPR-nummer og dato. For at blive koblet skal rekvireringsdatoen ligge inden for +/- 3 måneder efter dato for oprettelse af behandlingsskema. For at indgå i analyserne omkring dækningsgraden skal patienter i Hudkræftdatabasen have et udfyldt behandlingsskema og én af følgende ved den histologiske, eller alternativt kliniske, vurdering: BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakantomer.

Der er anvendt data fra Patologiregisteret fra patienter, som har en topografikode i områderne:

T021*, T022*, T023*, T024*, T025*, T026*, T028*, T01000 eller T015*

og samtidig en malign morfologidiagnose (frasat koder, der slutter på 0 eller x) i:

M72860, M8051*, M8052*, M8054*, M805A*, M805B*, M805C*, M805D*, M8070*, M8071*,
M8074*, M8075*, M80763, M8078*, M807K3, M80812, M8083*, M8084*, M8085*, M8086*,
M8090*, M8091*, M8092*, M8093*, M8094*, M8095*, M8097*, M8098*, M809A* og M809B*.

Se topografi- og morfologikoder med tilhørende beskrivelse i appendiks.

Efterfølgende ekskluderes tilfælde med inkonklusiv cancerdiagnose dvs. patienter kodet med ÆYYY00 "obs. pro" eller ÆYYY01 "ingen tegn på".

Denne population kobles med årsrapportpopulationen, hvor der vil være stort overlap (A), men også patienter, der kun optræder i årsrapportpopulationen (B) og patienter, der kun findes i Landsregisteret for Patologi, se figur 21.

Dækningsgrad er den procentvise angivelse af antallet af registrerede patienter i årsrapportpopulationen ud af det samlede antal patienter, der opfylder inklusionskriterierne. Patienter fra Hudkræftdatabasen, som ikke genfindes i Landsregisteret for Patologi, tæller med i både tæller og nævner. Dette gøres ud fra den grundantagelse, at databasen er korrekt, dvs. at patienter som er indberettet til databasen, har hudkræft, hvilket er klinisk meningsfuldt, og ud fra den erkendelse, at ingen af de tilgængelige administrative registre kan anvendes som fejlfri reference. Vurderingen af databasens komplethed skal derfor primært betragtes som en indikation af de reelle forhold.

For at kunne vurdere validiteten af dækningsgradsopgørelsen suppleres med en opgørelse af overensstemmelsesgrad. Overensstemmelsesgraden er et estimat af, hvor stor en andel af patienter i årsrapportpopulationen, der kan genfindes i Landsregisteret for Patologi, og således en indikation på om den valgte tilgang er velegnet til at identificere de rette patienter (se figur 21). Hvis overensstemmelsesgraden er under 80%,

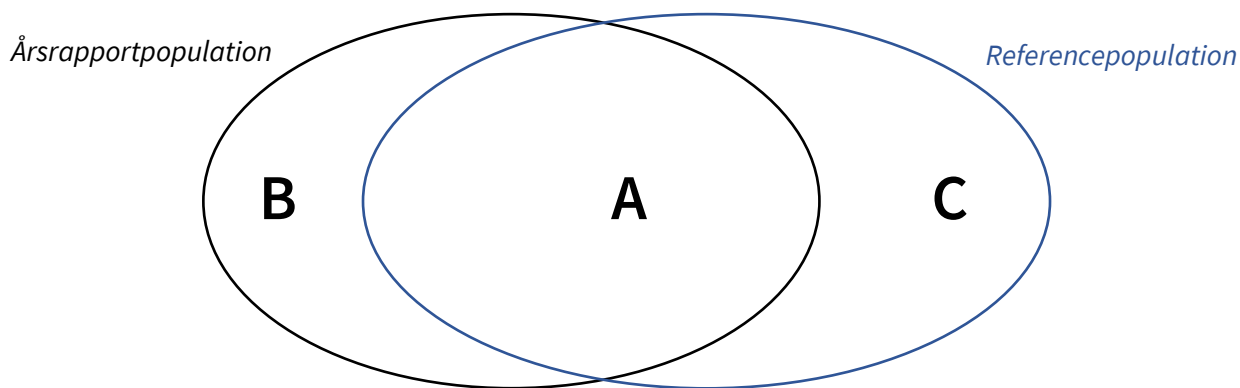
vil opgørelsen af dækningsgrad typisk være behæftet med stor usikkerhed. På grund af en lav overensstemmelsesgrad i tidligere år er listen over inkluderede morfologi-koder blevet udvidet betydeligt fra årsrapporten 2022/2023.

Analysen viser, at dækningsgraden forbedrede sig markant i årene 2013-2023 fra under 60% til 77%, men dog langsommere i de senere år. Derfor er der i 2024 taget kontakt til speciallægepraktiser via mail og i nogle tilfælde personligt for at forøge indberetningen af patienter i databasen. Fra seneste årsrapport (2022/23) til denne er dækningsgraden steget fra 78% til 80% på landsplan og særligt ses en stor stigning i Region Sjælland (72% til 77%). Dækningsgraden varierer fortsat i denne årsrapport mellem regioner fra 77% i Region Sjælland og Hovedstaden til 88% i Region Nordjylland, som i de seneste år har haft den højeste dækningsgrad. Ud over den regionale variation i dækningsgrad er der også stor variation indenfor regioner. Ud af de i alt 94 hudlægepraksisser i Danmark havde 4 en dækningsgrad på 0% dvs. de indberettede slet ikke patienter til databasen. Der var 17 ud af de 95 (18%) med en dækningsgrad på under 50% mens 78 ud af de 95 (82%) havde en dækningsgrad på over $\geq 50\%$. I figur 23 ses dækningsgraden for de enkelte hudlægepraksisser. Styregruppen vil i perioden frem til næste årsrapport tage kontakt til speciallægepraktiser via mail og/eller personligt for at forøge indberetningen af patienter i databasen i speciallægepraksisser med forholdsvis lav indberetning. Desuden kan styregruppemedlemmer når det er relevant fremlægge egen klynges dækningsgrad og igangsætte en diskussion omkring, hvad der skal til for at forbedre indberetningen af patienter i databasen. Derudover vil styregruppen tage kontakt til systemudbyder for at sikre at linket fra indberetningssystemet til kvalitetsrapporter (hvor manglende indberetninger kan ses) virker.

Akkreditering har tidligere skabt et incitament til at indberette, men er nu erstattet af kvalitetsklynger, som er under opstart. Styregruppen vil fortsat arbejde for, at der opnås en dækningsgrad på $\geq 90\%$. Den nyudviklede Kvalitetsrapport (benchmarking) er et vigtigt redskab, hvor den enkelte praksis kan sammenholde egen dækningsgrad med regionalt og nationalt niveau, som blev idriftsat i januar 2023. Styregruppen har sat fokus på indberetning gennem kontakt til databasens brugere via nyhedsbreve mv. og det planen, at der med udsendelse af herværende årsrapport også sendes venlig reminder om manglende registreringer til klinikker med mindre end 50% complethedegrad.

Styregruppen vurderer, at der mangler registreringer af kontroller, hvilket udgør et særligt problem for indikator 3 og 5, da disse resultatsindikatorer således opgøres på et mangelfuldt grundlag. Der er dog ingen grund til at formode, at det er en særlig gruppe af patienter, som er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen.

Målet med Hudkræftdatabasen er, at alle patienter diagnosticeret i speciallægepraksis med BCC, SCC, mb. Bowen eller keratoakantom inkluderes i databasen. Dette er for at sikre, at databasen kan give et retvisende billede af kvaliteten af behandlingen og håndteringen af disse patientkategorier i speciallægepraksis. Såfremt det er tilfældigt, hvilke patienter der ikke registreres, vil selv en relativ lav complethedsgrad ikke nødvendigvis være en hindring for, at databasen kan afspejle kvaliteten. Hvis der derimod er tale om, at særlige grupper af patienter, f.eks. patienter med en særlig god eller dårlig prognose, er mindre tilbøjelige til at blive registreret i databasen, introduceres en systematisk fejkilde i registreringen (selektionsbias), hvilket vil vanskeliggøre en tolkning af resultaterne fra databasen. Det kan i praksis være svært at afgøre i hvilket omfang en manglende complethed kan henføres til tilfældigheder eller en systematisk fejl.



Dækningsgraden beregnes som $(A+B) / (A+B+C) \times 100\%$.

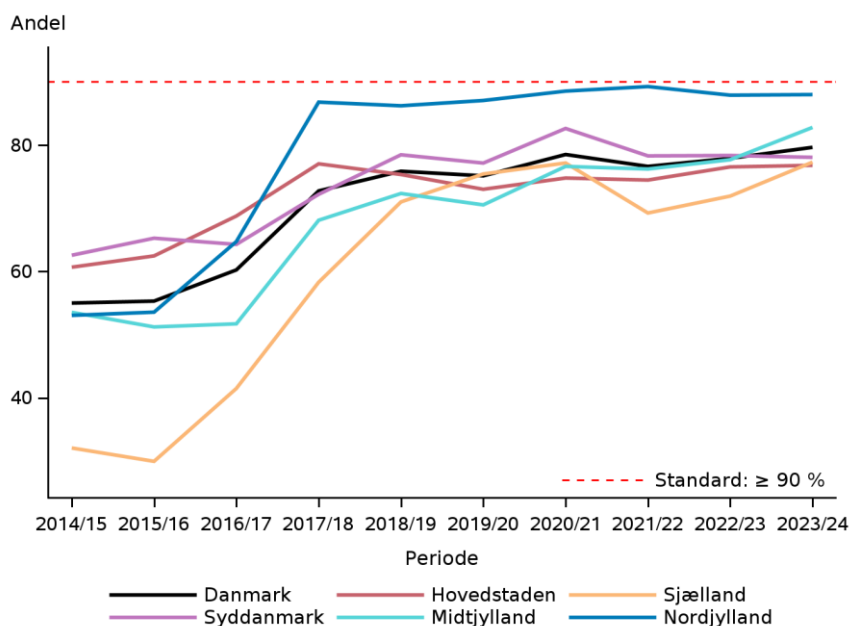
Overensstemmelsesgraden beregnes som $A / (A+B) \times 100\%$.

Figur 17. Illustration af overlap mellem årsrapportpopulationen og referencepopulationen, baseret på udtræk fra Landsregisteret for Patologi.

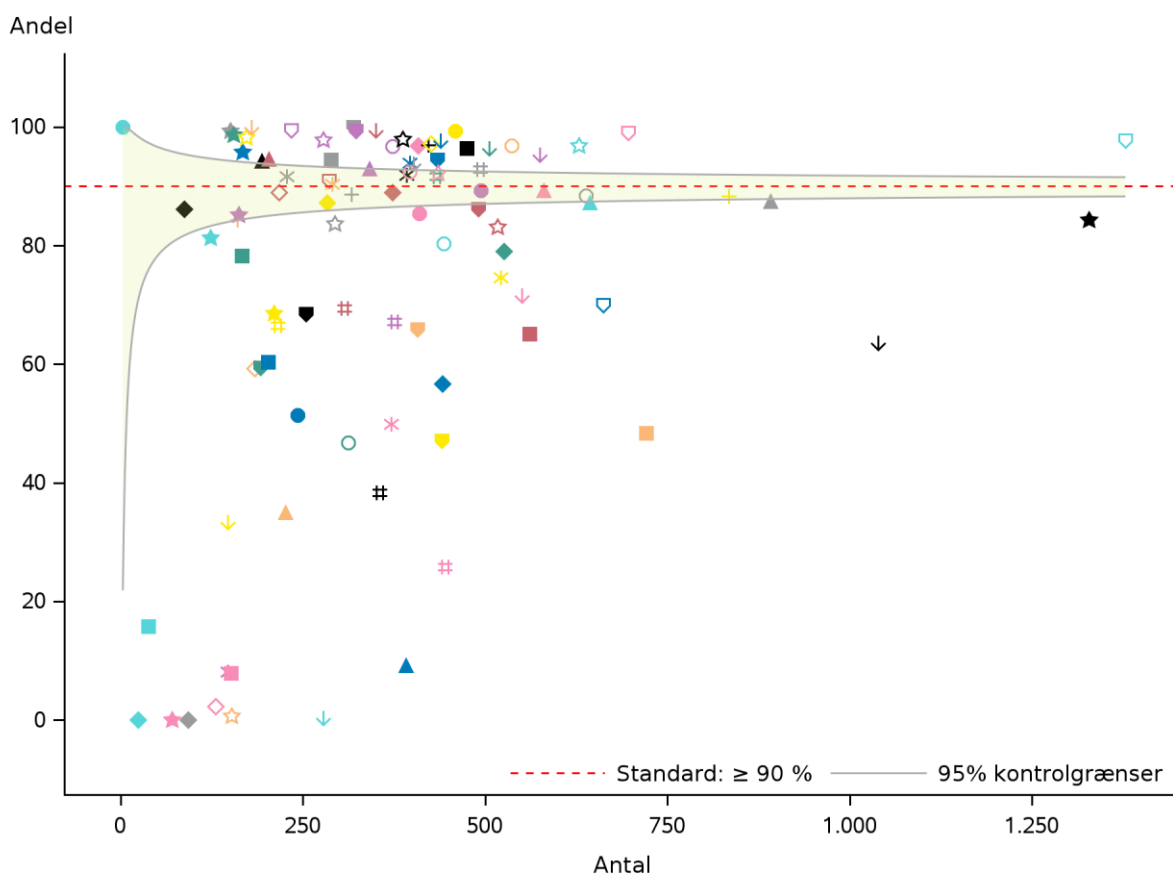
Tabel 27. Dækningsgrad

	Standard ≥ 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2023/24 Andel 95% CI	Tidligere år 2022/23 2021/22 Andel Andel
Danmark	Nej	28.732 / 36.074	0 (0)	80 (79-80)	78 77
Hovedstaden	Nej	10.066 / 13.107	0 (0)	77 (76-78)	77 74
Sjælland	Nej	3.692 / 4.776	0 (0)	77 (76-78)	72 69
Syddanmark	Nej	5.045 / 6.463	0 (0)	78 (77-79)	78 78
Midtjylland	Nej	6.228 / 7.522	0 (0)	83 (82-84)	78 76
Nordjylland	Nej	3.701 / 4.206	0 (0)	88 (87-89)	88 89

Figur 18. Trendgraf



Figur 19: Dækningsgrad (fra 0 til 100%) for de 94 hudlægepraksisser i Danmark. Antal viser, for hver hudlægepraksis, antallet af patienter med BCC, SCC, mb. Bowen og keratoakntomer registreret i patologiregistret i perioden 1/7-23 til 30/6-24.



Tabel 28. Overensstemmelsesgrad

	Standard ≥ 80% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 2023/24 Andel 95% CI	Tidligere år	
					2022/23 Andel	2021/22 Andel
Danmark	Ja	26.112 / 28.732	0 (0)	91 (91-91)	90	89
Hovedstaden	Ja	9.223 / 10.066	0 (0)	92 (91-92)	91	90
Sjælland	Ja	3.347 / 3.692	0 (0)	91 (90-92)	91	89
Syddanmark	Ja	4.648 / 5.045	0 (0)	92 (91-93)	92	91
Midtjylland	Ja	5.505 / 6.228	0 (0)	88 (88-89)	89	88
Nordjylland	Ja	3.389 / 3.701	0 (0)	92 (91-92)	89	88

9. Styregruppens medlemmer

Databasen er fagligt funderet i de to dermatologiske videnskabelige selskaber: Dansk Dermatologisk Selskab (DDS) og Danske Dermatologers Organisation (DDO).

Hudkræftdatabasen er tilknyttet RKKP's Videncenter.

Styregruppen for den landsdækkende database er sammensat af repræsentanter fra RKKP's Videncenter, praktiserende speciallæger, speciallæger fra de dermatologiske afdelinger samt en repræsentant for den registeransvarlige myndighed.

Formandskab	Speciallæge i dermatologi Henrik Sølvsten, Ålborg Speciallæge i dermatologi Anna Lamberg, Grenå
Øvrige medlemmer	Region Hovedstaden: Overlæge Ulrikke Lei, Gentofte Hospital Speciallæge i dermatologi, Anders Clemmensen, Rødovre Speciallæge i dermatologi, Katrine Togsverd-Bo, Bagsværd Region Sjælland: Speciallæge i dermatologi Tomas Dam, Nykøbing Falster Afdelingslæge Gabrielle Vinding, Roskilde Sygehus Region Syddanmark Overlæge Tine Vestergaard, Odense Universitetshospital Speciallæge i dermatologi Henrik Thormann, Vejle Region Midtjylland: Overlæge Anne Braae Olesen, Aarhus Universitetshospital Speciallæge i dermatologi Martin Majlund Mikkelsen, Randers Uddannelseslæge Sigrún Alba Jóhannesdóttir Schmidt, Aarhus Universitetshospital Uddannelseslæge Anne Hald Rittig, Aarhus Universitetshospital Region Nordjylland Afdelingslæge Ann-Kathrine Rossau, Aalborg Universitetshospital Speciallæge i dermatologi Frej Studstrup, Thisted
RKKP	Epidemiolog Maiken Bang Sloth Hansen Datamanager Jakob Riis Kontaktperson Monika Madsen

10. Appendiks

I appendiks vises supplerende analyser for patienter med hudkræft. For patienter i dermatologisk speciallægepraksis vises udviklingen af hhv. patienter med hudkræft og hudkræft tumorer over tid på nationalt og regionalt niveau. For dermatologisk speciallægepraksis præsenteres ligeledes behandlingstyper for hhv. basocellulære og planocellulære tumorer på nationalt og regionalt niveau. I appendiks vises desuden opgørelser omhandlende patienter med hudkræft med forløb i hhv. plastikkirurgisk og onkologisk regi. Dernæst vises typologi- og morforlogikoder til beregning af dækningsgrad i speciallægepraksis samt beregningsregler for de indikatorer og supplerende indikatorer, der opgøres i databasen for dermatologisk speciallægepraksis.

10.1 Dermatologisk speciallægepraksis

I den første del af appendiks præsenteres tal for patienter med hudkræft og hudkræft tumorer behandlet i dermatologisk speciallægepraksis.

10.1.1 Antal patienter og tumorer opgjort over tid på nationalt niveau

For at indgå i opgørelsen skal patienten være diagnosticeret med BCC, SCC, keratoakantom eller mb. Bowen.

Gennem årene er der sket en vedvarende stigning i antallet af tumorer og patienter. En del af forklaringen kan henføres til bedre registrering i databasen, men langt overvejende må det formodes, at stigningen skyldes en øget incidens i befolkningen. Den øgede incidens er formentlig en konsekvens af højere gennemsnitlig levealder, og at soludløst hudcancer er i hastig vækst i lighed med modernærkekræft.

I gennemsnit har hver patient 1,44 tumorer i indeværende år.

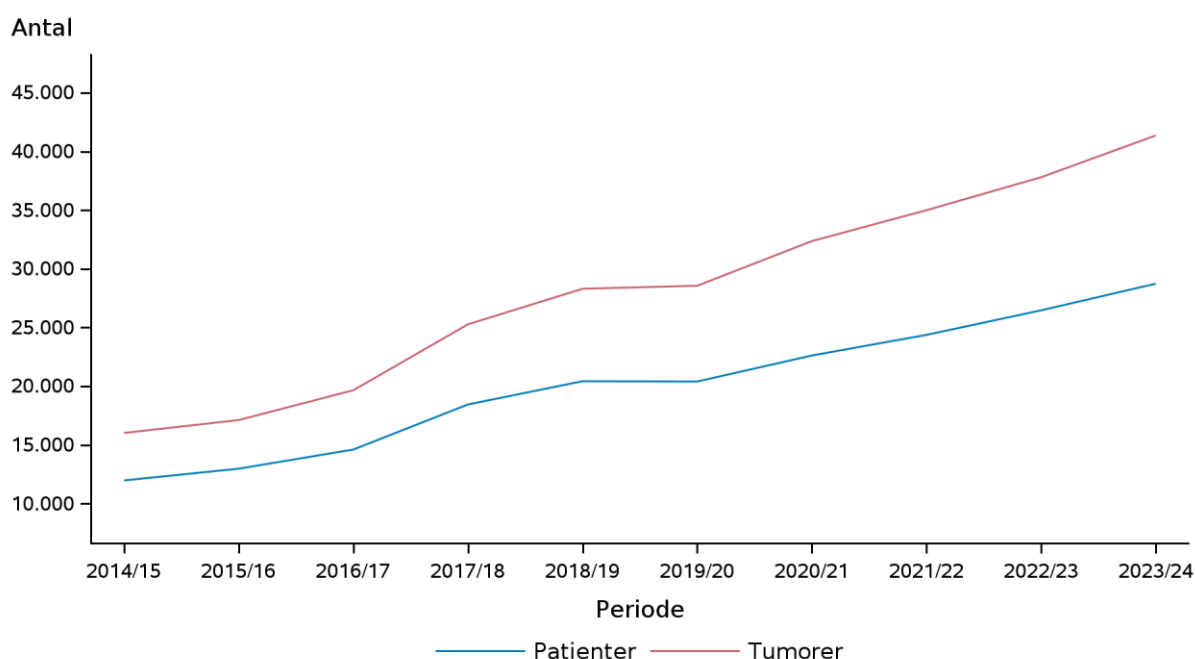
Tabel 29.

Oversigt over antal tumorer og antal patienter i Hudkræftdatabasen, seneste 5 år

	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20
Tumorer i alt	41.357	37.802	34.994	32.361	28.558
Patienter i alt	28.732	26.466	24.375	22.616	20.401
Andel tumorer/patient	1,44	1,43	1,44	1,43	1,40

Figur 20.

Antal tumorer og patienter i Hudkræftdatabasen



10.1.2 Fordeling af antal patienter og tumorer på regionsniveau

Resultater af analysen

I alt 28.732 patienter og 41.357 tumorer er registreret i databasen 2023/2024 og som forventet er der langt flest patienter med BCC på i alt 22.865. Andelen af patienter pr. indbygger diagnosticeret i speciallægepraksis i Region Nordjylland var højere (6,24 per tusinde) end øvrige regioner med landsgennemsnit på 4,82 per tusinde.

Diskussion og implikationer

Manglende registrering påvirker opgørelsen. Region Nordjylland har en 8% højere dækningsgrad end landsgennemsnittet (Danmark: 80%, Region Nordjylland 88%), hvilket delvist forklarer det højere regionsgennemsnit af patienter og tumorer. Data kan ikke konkludere på hyppigheden af tumorer i de enkelte regioner, da der findes flere forskellige specialer, der diagnosticerer og behandler sygdommene. Vanlig praksis for fordelingen af patienter kan være forskellig i regionerne og det høje antal af patienter og tumorer i Region Nordjylland diagnosticeret i dermatologisk speciallægepraksis kan også være på baggrund af begrænset adgang til øvrige specialer i regionen, herunder privatpraktiserende plastikkirurger.

Vurdering af analysens anvendelighed

Sammenligningen af fordelingen mellem regionerne anskueliggør eventuelle forskelle. Forskelle kan være vigtige for forståelse af øvrige data i databasen.

Tabel 30.

Fordeling af antal patienter diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau

	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19	2017/18
Danmark	28.732	26.466	24.375	22.616	20.401	20.427	18.447
Basocellulært karcinom	22.865	21.653	20.150	18.795	17.362	17.614	15.986
Planocellulært karcinom	2.272	1.880	1.646	1.548	1.382	1.311	1.184
Mb. Bowen	1.688	1.329	1.106	969	741	687	530
Keratoakanthom	615	595	563	473	311	328	265
Flere typer	1.292	1.009	910	831	605	487	482
Hovedstaden	10.066	9.447	8.832	7.775	7.171	7.234	7.056
Basocellulært karcinom	8.480	8.181	7.689	6.808	6.474	6.634	6.442
Planocellulært karcinom	636	471	372	384	336	304	315
Mb. Bowen	337	287	257	186	110	84	90
Keratoakanthom	251	251	261	207	135	132	112
Flere typer	362	257	253	190	116	80	97
Sjælland	3.692	3.091	2.780	2.826	2.785	2.729	2.085
Basocellulært karcinom	2.932	2.564	2.434	2.427	2.391	2.419	1.859
Planocellulært karcinom	383	274	196	239	267	223	165
Mb. Bowen	169	94	37	29	30	27	15
Keratoakanthom	59	71	76	71	38	26	12
Flere typer	149	88	37	60	59	34	34
Syddanmark	5.045	4.720	4.559	4.372	3.769	3.775	3.386
Basocellulært karcinom	3.709	3.524	3.473	3.371	3.032	3.028	2.734
Planocellulært karcinom	616	529	511	458	386	372	299
Mb. Bowen	327	335	269	265	184	199	159
Keratoakanthom	115	97	73	54	33	45	40
Flere typer	278	235	233	224	134	131	154
Midtjylland	6.228	5.570	4.797	4.699	4.033	4.105	3.514
Basocellulært karcinom	5.035	4.672	4.052	4.082	3.524	3.600	3.106
Planocellulært karcinom	417	361	332	274	222	207	205
Mb. Bowen	411	218	169	137	132	122	80
Keratoakanthom	112	104	74	84	64	69	57
Flere typer	253	215	170	122	91	107	66
Nordjylland	3.701	3.638	3.407	2.944	2.643	2.584	2.406
Basocellulært karcinom	2.709	2.712	2.502	2.107	1.941	1.933	1.845
Planocellulært karcinom	220	245	235	193	171	205	200
Mb. Bowen	444	395	374	352	285	255	186
Keratoakanthom	78	72	79	57	41	56	44
Flere typer	250	214	217	235	205	135	131

Tabel 31. Fordeling af antal patienter diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau i forhold til befolkningsantal

	2023/24		2022/23		2021/22	
	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)
Danmark	28.732 / 5.961.249	4,82	26.466 / 5.932.654	4,46	24.375 / 5.873.420	4,15
Basocellulært karcinom	22.865	3,84	21.653	3,65	20.150	3,43
Planocellulært karcinom	2.272	0,38	1.880	0,32	1.646	0,28
Mb. Bowen	1.688	0,28	1.329	0,22	1.106	0,19
Keratoakanthom	615	0,10	595	0,10	563	0,10
Flere typer	1.292	0,22	1.009	0,17	910	0,15
Hovedstaden	10.066 / 1.911.067	5,27	9.447 / 1.891.871	4,99	8.832 / 1.867.948	4,73
Basocellulært karcinom	8.480	4,44	8.181	4,32	7.689	4,12
Planocellulært karcinom	636	0,33	471	0,25	372	0,20
Mb. Bowen	337	0,18	287	0,15	257	0,14
Keratoakanthom	251	0,13	251	0,13	261	0,14
Flere typer	362	0,19	257	0,14	253	0,14
Sjælland	3.692 / 852.953	4,33	3.091 / 849.857	3,64	2.780 / 843.513	3,30
Basocellulært karcinom	2.932	3,44	2.564	3,02	2.434	2,89
Planocellulært karcinom	383	0,45	274	0,32	196	0,23
Mb. Bowen	169	0,20	94	0,11	37	0,04
Keratoakanthom	59	0,07	71	0,08	76	0,09
Flere typer	149	0,17	88	0,10	37	0,04
Syddanmark	5.045 / 1.238.406	4,07	4.720 / 1.237.413	3,81	4.559 / 1.228.362	3,71
Basocellulært karcinom	3.709	2,99	3.524	2,85	3.473	2,83
Planocellulært karcinom	616	0,50	529	0,43	511	0,42
Mb. Bowen	327	0,26	335	0,27	269	0,22
Keratoakanthom	115	0,09	97	0,08	73	0,06
Flere typer	278	0,22	235	0,19	233	0,19
Midtjylland	6.228 / 1.365.688	4,56	5.570 / 1.358.879	4,10	4.797 / 1.341.857	3,57
Basocellulært karcinom	5.035	3,69	4.672	3,44	4.052	3,02
Planocellulært karcinom	417	0,31	361	0,27	332	0,25
Mb. Bowen	411	0,30	218	0,16	169	0,13
Keratoakanthom	112	0,08	104	0,08	74	0,06
Flere typer	253	0,19	215	0,16	170	0,13
Nordjylland	3.701 / 593.135	6,24	3.638 / 594.634	6,12	3.407 / 591.740	5,76
Basocellulært karcinom	2.709	4,57	2.712	4,56	2.502	4,23
Planocellulært karcinom	220	0,37	245	0,41	235	0,40
Mb. Bowen	444	0,75	395	0,66	374	0,63
Keratoakanthom	78	0,13	72	0,12	79	0,13
Flere typer	250	0,42	214	0,36	217	0,37

Tabel 32.

Fordeling af antal tumorer diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau

	2023/24	2022/23	2021/22	2020/21	2019/20	2018/19	2017/18
Danmark	41.357	37.802	34.994	32.361	28.558	28.302	25.274
Basocellulært karcinom	34.304	32.096	29.930	27.686	24.936	25.035	22.432
Planocellulært karcinom	3.252	2.732	2.376	2.233	1.929	1.761	1.642
Mb. Bowen	2.991	2.223	1.960	1.854	1.297	1.097	870
Keratoakanthom	810	751	728	588	396	409	330
Hovedstaden	14.301	13.455	12.698	10.938	9.896	9.794	9.539
Basocellulært karcinom	12.493	12.017	11.381	9.843	9.099	9.133	8.867
Planocellulært karcinom	894	663	532	519	440	380	413
Mb. Bowen	584	459	447	316	184	118	119
Keratoakanthom	330	316	338	260	173	163	140
Sjælland	5.020	4.130	3.632	3.740	3.594	3.498	2.646
Basocellulært karcinom	4.159	3.554	3.252	3.305	3.164	3.157	2.403
Planocellulært karcinom	509	358	233	315	341	281	214
Mb. Bowen	267	131	56	39	39	29	15
Keratoakanthom	85	87	91	81	50	31	14
Syddanmark	7.008	6.495	6.550	6.173	5.161	5.194	4.704
Basocellulært karcinom	5.389	5.020	5.215	4.945	4.303	4.305	3.914
Planocellulært karcinom	922	800	777	681	541	524	443
Mb. Bowen	547	556	465	477	274	305	292
Keratoakanthom	150	119	93	70	43	60	55
Midtjylland	9.277	8.287	6.898	6.766	5.736	5.841	4.852
Basocellulært karcinom	7.826	7.255	6.036	6.058	5.159	5.290	4.399
Planocellulært karcinom	581	539	476	390	317	286	262
Mb. Bowen	722	362	285	214	182	177	126
Keratoakanthom	148	131	101	104	78	88	65
Nordjylland	5.751	5.435	5.216	4.744	4.171	3.975	3.533
Basocellulært karcinom	4.437	4.250	4.046	3.535	3.211	3.150	2.849
Planocellulært karcinom	346	372	358	328	290	290	310
Mb. Bowen	871	715	707	808	618	468	318
Keratoakanthom	97	98	105	73	52	67	56

Tabel 33. Fordeling af antal tumorer diagnosticeret med BCC, SCC, Mb. Bowen og keratoakanthom på regionsniveau i forhold til befolkningsantal

	2023/24		2022/23		2021/22	
	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)	Antal	Andel (‰)
Danmark	41.357 / 5.961.249	6,94	37.802 / 5.932.654	6,37	34.994 / 5.873.420	5,96
Basocellulært karcinom	34.304	5,75	32.096	5,41	29.930	5,10
Planocellulært karcinom	3.252	0,55	2.732	0,46	2.376	0,40
Mb. Bowen	2.991	0,50	2.223	0,37	1.960	0,33
Keratoakanthom	810	0,14	751	0,13	728	0,12
Hovedstaden	14.301 / 1.911.067	7,48	13.455 / 1.891.871	7,11	12.698 / 1.867.948	6,80
Basocellulært karcinom	12.493	6,54	12.017	6,35	11.381	6,09
Planocellulært karcinom	894	0,47	663	0,35	532	0,28
Mb. Bowen	584	0,31	459	0,24	447	0,24
Keratoakanthom	330	0,17	316	0,17	338	0,18
Sjælland	5.020 / 852.953	5,89	4.130 / 849.857	4,86	3.632 / 843.513	4,31
Basocellulært karcinom	4.159	4,88	3.554	4,18	3.252	3,86
Planocellulært karcinom	509	0,60	358	0,42	233	0,28
Mb. Bowen	267	0,31	131	0,15	56	0,07
Keratoakanthom	85	0,10	87	0,10	91	0,11
Syddanmark	7.008 / 1.238.406	5,66	6.495 / 1.237.413	5,25	6.550 / 1.228.362	5,33
Basocellulært karcinom	5.389	4,35	5.020	4,06	5.215	4,25
Planocellulært karcinom	922	0,74	800	0,65	777	0,63
Mb. Bowen	547	0,44	556	0,45	465	0,38
Keratoakanthom	150	0,12	119	0,10	93	0,08
Midtjylland	9.277 / 1.365.688	6,79	8.287 / 1.358.879	6,10	6.898 / 1.341.857	5,14
Basocellulært karcinom	7.826	5,73	7.255	5,34	6.036	4,50
Planocellulært karcinom	581	0,43	539	0,40	476	0,35
Mb. Bowen	722	0,53	362	0,27	285	0,21
Keratoakanthom	148	0,11	131	0,10	101	0,08
Nordjylland	5.751 / 593.135	9,70	5.435 / 594.634	9,14	5.216 / 591.740	8,81
Basocellulært karcinom	4.437	7,48	4.250	7,15	4.046	6,84
Planocellulært karcinom	346	0,58	372	0,63	358	0,60
Mb. Bowen	871	1,47	715	1,20	707	1,19
Keratoakanthom	97	0,16	98	0,16	105	0,18

10.1.3 Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau for basocellulære karcinomer

Resultater af analysen

Dobbelt curettage med el-kaustik er fortsat den mest anvendte behandling således at ca. halvdelen af samtlige BCC får denne behandling. Det samlede antal behandlinger, hvor curettage indgår er 61,6% på landsplan. I Region Nordjylland er andelen 66,2%.

Viderehenvisning er i 95% af tilfældene til plastikkirurger. På landsplan henvises 19,1% til behandling hos plastikkirurger. Region Nordjylland og Syddanmark afviger fra dette tal, hvor hhv. 15,9% og 11,4% henvises til plastikkirurg. I disse regioner er der hhv. 20,5% og 14,7% der behandles med excision hos dermatolog, men i Region Hovedstaden er andelen af excisioner 1,5%. Lands gennemsnittet for excision hos dermatolog er 7,9%.

De non-invasive behandlinger (kryoterapi, 5-FU, imiquimod og fotodynamisk terapi) udgør samlet 6,7% af alle behandlingen. Region Syddanmark anvender flest non-invasive behandlinger med 11,1% og Region Hovedstaden og Region Midtjylland færrest med 5,8%.

Diskussion og implikationer

Der er en stor variation i valg af behandling i de forskellige regioner, og dette afspejler således en forskellig tilgang til behandlingen af BCC eller evt. forskel i henvisningsmønster og tumorkarakteristik samt forskellige behandlerpræferencer og lokale overenskomstmæssige aftaler. I Fremtiden vil det være interessant at belyse, hvad forskellene konkret skyldes.

Vurdering af analysens anvendelighed

Det er interessant at se de regionale forskelle i valg af behandling, og bidrager i høj grad til forståelse af databasens øvrige data.

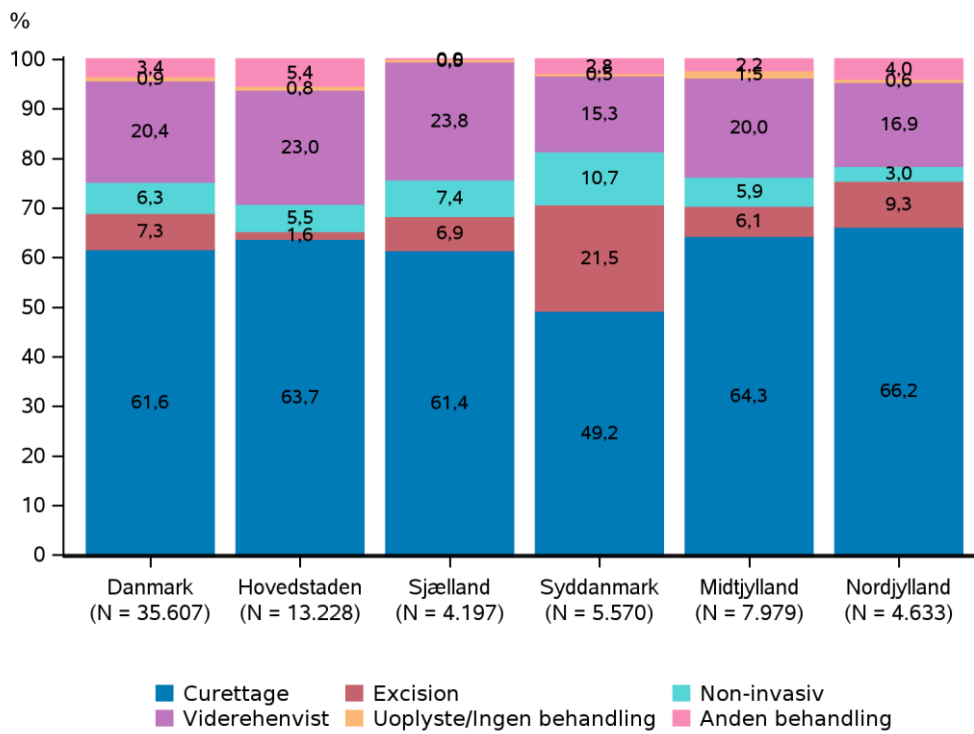
Tabel 34. Fordeling af BCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2023 - 30. juni 2024

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kryoterapi	306	2,3	68	1,6	52	0,9	198	2,5	36	0,8	660	1,9
Curettage	435	3,3	14	0,3	167	3,0	197	2,5	605	13,1	1.418	4,0
Enkel curettage og el-kaustik	740	5,6	212	5,1	819	14,7	164	2,1	220	4,7	2.155	6,1
Dobbelt curettage og el-kaustik	6.879	52,0	2.291	54,6	1.227	22,0	4.698	58,9	2.227	48,1	17.322	48,6
Curettage og excision	#	0,0	#	0,0	5	0,1	#	0,0	#	0,0	10	0,0
Curettage og kryoterapi	282	2,1	58	1,4	123	2,2	#	0,0	0	0,0	464	1,3
Curettage og lapis	92	0,7	3	0,1	401	7,2	70	0,9	14	0,3	580	1,6
Excision (<4 mm sikkerhedsmargin)	135	1,0	130	3,1	738	13,2	372	4,7	166	3,6	1.541	4,3
Excision (4-6 mm sikkerhedsmargin)	67	0,5	157	3,7	426	7,6	113	1,4	246	5,3	1.009	2,8
Excision (>=6 mm sikkerhedsmargin)	7	0,1	#	0,0	32	0,6	#	0,0	17	0,4	59	0,2
Fotodynamisk terapi	270	2,0	195	4,6	377	6,8	86	1,1	35	0,8	963	2,7
5-fluorouracil	10	0,1	#	0,0	6	0,1	8	0,1	38	0,8	64	0,2
Imiquimod creme	142	1,1	45	1,1	160	2,9	177	2,2	29	0,6	553	1,6
Anden behandling	709	5,4	0	0,0	156	2,8	177	2,2	184	4,0	1.226	3,4
Henvist til andet speciale: plastikkirurgisk	2.928	22,1	995	23,7	795	14,3	1.565	19,6	752	16,2	7.035	19,8
Henvist til andet speciale: onkologisk	33	0,2	#	0,0	48	0,9	13	0,2	28	0,6	123	0,3
Henvist til andet speciale: andet	84	0,6	3	0,1	11	0,2	17	0,2	5	0,1	120	0,3
Besluttet ingen behandling	45	0,3	0	0,0	2	0,0	5	0,1	7	0,2	59	0,2
Patient ønsker ingen yderligere behandling	4	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,0	6	0,1	11	0,0
Uoplyst	59	0,4	20	0,5	25	0,4	114	1,4	17	0,4	235	0,7
I alt	13.228	100,0	4.197	100,0	5.570	100,0	7.979	100,0	4.633	100,0	35.607	100,0

erstatter tallene 1 og 2 pga. diskretionshensyn

Figur 21.

Fordeling af BCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2023 - 30. juni 2024



10.1.4 Fordeling af behandlingstyper på regionsniveau for planocellulære karcinomer

Resultater af analysen

For SCC er det samlede antal behandlinger hvor curettage indgår 36,4% på landsplan, men med betydelig variation mellem regioner fra 28,3% i Region Nordjylland til 43,7% i Region Syddanmark. På landsplan henvises 44,4% til plastikkirurg. På landsplan bliver 10,3% excideret, men med betydelig forskel mellem regionerne, således at andelen der bliver excideret er højest i Region Nordjylland (9,2%) og Syddanmark (26,4%) og lavest i Region Hovedstaden (2,6%).

Diskussion og implikationer

Excision er førstevalg i behandlingen af SCC. Guidelines for DDS anfører, at SCC, der er blevet curetteret, kan observeres, såfremt det drejer sig om lavrisikokarcinomer. Det er med stor sandsynlighed forklaringen på den store andel af SCC, der curetteres.

Vurdering af analysens anvendelighed

Analysen beskriver regionale forskelle og afspejler formentligt også, at dermatologer varetager behandlingen af en stor del af lavrisikokarcinomerne.

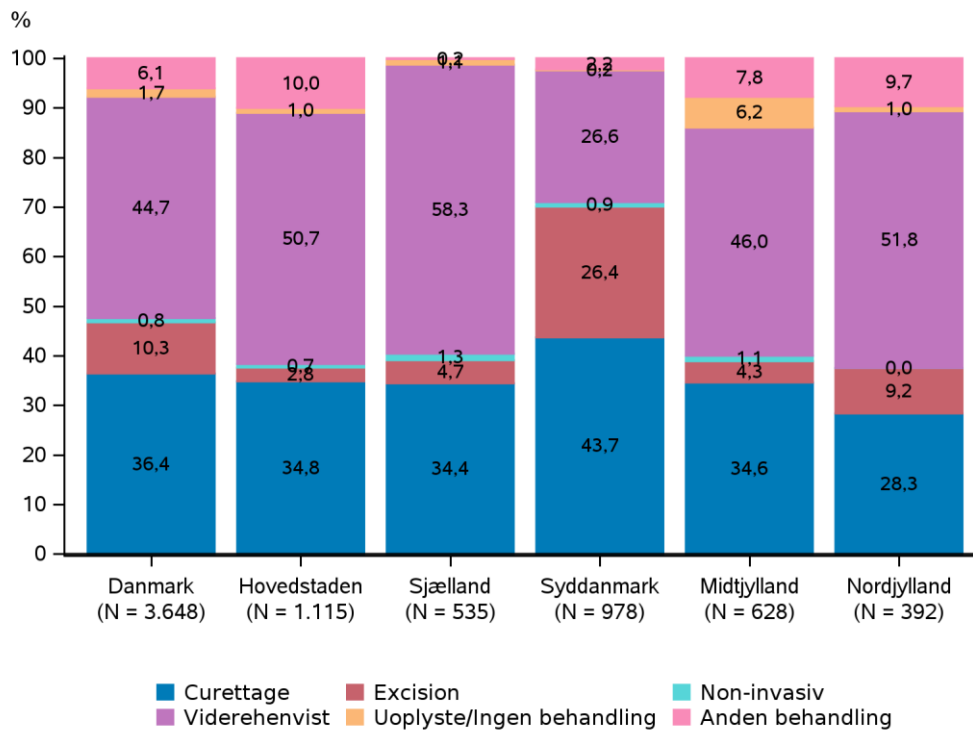
Tabel 35. Fordeling af SCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2023 - 30. juni 2024

	Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		I alt	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Kryoterapi	#	0,2	0	0,0	0	0,0	5	0,8	0	0,0	7	0,2
Curettage	77	6,9	5	0,9	8	0,8	29	4,6	35	8,9	154	4,2
Enkel curettage og el-kaustik	38	3,4	48	9,0	259	26,5	16	2,5	5	1,3	366	10,0
Dobbelt curettage og el-kaustik	269	24,1	127	23,7	122	12,5	170	27,1	69	17,6	757	20,8
Curettage og excision	0	0,0	4	0,7	3	0,3	0	0,0	#	0,5	9	0,2
Curettage og kryoterapi	3	0,3	0	0,0	11	1,1	0	0,0	0	0,0	14	0,4
Curettage og lapis	#	0,1	0	0,0	24	2,5	#	0,3	0	0,0	27	0,7
Excision (<4 mm sikkerhedsmargin)	12	1,1	4	0,7	99	10,1	14	2,2	6	1,5	135	3,7
Excision (4-6 mm sikkerhedsmargin)	10	0,9	14	2,6	149	15,2	13	2,1	18	4,6	204	5,6
Excision (>=6 mm sikkerhedsmargin)	9	0,8	7	1,3	10	1,0	0	0,0	12	3,1	38	1,0
Fotodynamisk terapi	5	0,4	5	0,9	6	0,6	#	0,3	0	0,0	18	0,5
5-fluorouracil	0	0,0	#	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,0
Imiquimod creme	#	0,1	#	0,2	3	0,3	0	0,0	0	0,0	5	0,1
Anden behandling	112	10,0	#	0,2	22	2,2	49	7,8	38	9,7	222	6,1
Henvist til andet speciale: plastikkirurgisk	562	50,4	312	58,3	256	26,2	288	45,9	203	51,8	1.621	44,4
Henvist til andet speciale: onkologisk	#	0,1	0	0,0	3	0,3	#	0,2	0	0,0	5	0,1
Henvist til andet speciale: andet	#	0,2	0	0,0	1	0,1	0	0,0	0	0,0	3	0,1
Besluttet ingen behandling	4	0,4	#	0,2	0	0,0	0	0,0	0	0,0	5	0,1
Patient ønsker ingen yderligere behandling	0	0,0	0	0,0	0	0,0	#	0,2	0	0,0	#	0,0
Uoplyst	7	0,6	5	0,9	2	0,2	38	6,1	4	1,0	56	1,5
I alt	1.115	100,0	535	100,0	978	100,0	628	100,0	392	100,0	3.648	100,0

erstatter tallene 1 og 2 pga. diskretionshensyn

Figur 22.

Fordeling af SCC patienternes behandlingstype fordelt på regionsniveau i perioden 1. juli 2023 - 30. juni 2024



10.2 Plastikkirurgisk og onkologisk behandling af hudkræft

Indtil denne årsrapport (2023/2024) har årsrapporterne fra NMSC-databasen udelukkende belyst behandlingen af patienter med hudkræft i dermatologisk speciallægepraksis. I denne årsrapport vises for første gang også deskriptive opgørelser behandlingen af patienter med hudkræft på henholdsvis plastikkirurgiske og onkologiske hospitalsafdelinger. I tabel 36 nedenfor vises de hospitaler (og hospitalsafdelinger) med plastikkirurgisk og onkologisk behandling af hudkræft i Danmark, og det er således tal fra disse afdelinger på patienter med opstartede forløb i 2023, der præsenteres i denne årsrapport.

Inden næste årsrapport for 2024/2025 forventes det, at der er udviklet en eller flere kvalitetsindikatorer til at belyse kvaliteten af hhv. den plastikkirurgiske og onkologiske behandling af hudkræft.

Tabel 36: Danske hospitaler med henholdsvis plastikkirurgisk og onkologisk behandling af hudkræft

Hospital	Plastikkirurgi	Onkologi
Rigshospitalet	Klinik for Plastikkirurgi PBB	Strålebehandling Klinik
Herlev Hospital	Plastikkirurgisk Amb.	Onkologisk Amb.
Sjællands Universitetshospital	Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)	
Aarhus Universitetshospital	Plastikkirurgi Klinik	Kræftafdelingen Klinikker
Aalborg Universitetshospital	Plastikkirurgisk Amb.	Onkologisk Amb.
Odense Universitetshospital	Plastikkirurgisk Amb. Z	Onkologisk Amb. R
Sygehus Lillebælt	Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)	Stråleterapi (Vejle)
Esbjerg Sygehus	Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted	

10.2.1 Plastikkirurgisk behandling

Fra årsrapport 2023/2024 opgøres for første gang tal for plastikkirurgien. Patientpopulationen er afgrænset til patienter med en hudkræftdiagnose (DC44*) som har haft et forløb på en plastikkirurgisk afdeling i Danmark (Tabel 36). I denne årsrapport er tal opgjort for patienter med et forløb opstartet i 2023.

Til at indhente relevante informationer om populationen anvendes information fra Landspatientregistret (LPR) og fra Landsregistret for Patologi (LRP). Opgørelserne er deskriptive og anvendes til at beskrive patientpopulationen og udvalgte behandlinger, som patienterne har modtaget på plastikkirurgiske afdelinger.

De fleste patienter med forløb på en plastikkirurgisk afdeling i 2023 blev henvist fra praktiserende speciallæger (Tabel 37).

Tabel 38 viser de hospitaler med plastikkirurgiske afdelinger, der behandler patienter med hudkræft. Desuden ses hvor mange patienter der hhv. er henvist til de plastikkirurgiske afdelinger og opereret. Andelen af forløb, hvor patienten opereres, varierer mellem de plastikkirurgiske afdelinger fra 67,9% (AUH) til 84,9% (OUH). Noget af variation i andelen af opererede kan muligvis forklares ved, at patienter med hudkræft nogle gange opereres på privatklinikker og disse operationer er ikke inkluderet i opgørelserne. Andre specialer (f.eks. øjenkirurger) eller privatpraktiserende plastikkirurger opererer også nogle gange hudkræftpatienter og de fremgår ligeledes ikke i opgørelserne. I de områder med mange operationer på privatklinikker vil andelen således i særlig høj grad være lavere end den totale andel, der opereres.

På forløb startet i 2023 på plastikkirurgiske hospitalsafdelinger, viser tabel 39 hvor mange excisioner der er udført samt hvilke excisioner, der foretages hyppigst, hvor excision af patologisk væv på hoved/hals er den hyppigste (44,5%).

Tabel 37: Henvisninger på forløb startet 2023

Henvist fra	Antal	Procent
Ingen/ukendt	156	1,6
Klinisk enhed	1.739	17,6
Praktiserende læge	1.496	15,2
Praktiserende speciallæge	6.477	65,6
I alt	9.868	100,0

Tabel 38: Forløb Plastikkirurgiske afdelinger, forløbsstart i 2023

Afdeling	Henviste Forløb	Forløb med operation	Andel med operation
Rigshospitalet Klinik for Plastikkirurgi PBB	1.140	867	76,1
Herlev Plastikkirurgisk Amb.	1.210	828	68,4
SUH Plastikkirurgisk Amb. (Roskilde)	1.611	1.350	83,8
AUH Plastikkirurgi Klinik	1.535	1.042	67,9
Aalborg Plastikkirurgisk Amb.	1.515	1.159	76,5
OUH Plastikkirurgisk Amb. Z (Odense)	922	783	84,9
SLB Plastikkirurgisk Amb. (Vejle)	827	660	79,8
Plastikkirurgisk Amb. Esbjerg/Grindsted	1.108	903	81,5
I alt	9.868	7.592	76,9

Tabel 39: Excisioner på forløb startet i 2023

	Antal	Procent
KQAE10 - Excision af patologisk væv i hud/underhud på hoved/hals	4.088	44,5
KQAE10A - Excision af patologisk væv i hud og underhud på hoved	1.977	21,5
KQBE10 - Excision af patologisk væv i hud og underhud på truncus	880	9,6
KQDE10 - Excision af patologisk væv i hud/underhud på underekstremitet	684	7,5
KQCE10 - Excision af patologisk væv i hud/underhud på overekstremitet	503	5,5
KQAE10R - Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på hoved eller hals	369	4,0
Øvrige excisioner	676	7,4
I alt	9.177	100,0

10.2.2 Onkologisk behandling

Fra årsrapport 2023/2024 opgøres for første gang tal for den onkologiske behandling af patienter med hudkræft.

Patientpopulationen er afgrænset til patienter med en hudkræftdiagnose (DC44*) som har haft et forløb på onkologisk afdeling i Danmark. I denne årsrapport er tal opgjort for patienter med et forløb opstartet i 2023.

Opgørelserne omkring de onkologiske forløb med opstart i 2023 er hentet fra Landspatientregistret (LPR). Opgørelserne er deskriptive og anvendes til at beskrive patientpopulationen og udvalgte behandlinger, som patienterne har modtaget i onkologisk regi.

De fleste patienter med forløb på en onkologisk afdeling i 2023 blev henvist fra kliniske enheder (68,3%) og i tabel 41 fremgår det at henvisninger fra kliniske enheder primært omfatter plastikkirurgiske hospitalsafdelinger.

Tabel 42 viser hospitalsafdelinger med onkologisk behandling af patienter med hudkræft. Desuden ses, hvor mange patienter der hhv. er henvist til og fået stråleterapi på disse afdelinger i 2023. Andelen af forløb, hvor patienten fik stråleterapi, varierede på tværs af afdelingerne fra 42,2% (Aalborg) til 91,3% (Vejle).

Den hyppigste form for stråleterapi patienterne modtog var konventionel ekstern stråleterapi (79,1%) (Tabel 42). Udover informationer fra landspatientregistret omkring onkologisk behandling af patienter med hudkræft, findes der oplysninger om den onkologiske behandling af patienter med hudkræft i en indtastningsdatabase, hvor onkologer i Danmark (med undtagelse af onkologer i Odense) har registreret informationer om deres patienter. I 2023 var der i databasen registreret 665 stråleterapi behandlinger på patienter med hudkræft, men for 58 af behandlingerne var strålemodaliteten ikke angivet. For de resterende 607 behandlinger med registreret strålemodalitet, var hovedparten dvs. de 452 behandlinger med lavkilovolt/røntgennær behandling, de 68 (11%) behandlinger med elektroner og de 87 (14%) behandlinger med fotoner.

Tabel 40: Henvisninger på forløb startet 2023

Henvist fra	Antal	Procent
Ingen/ukendt	214	16,0
Klinisk enhed	912	68,3
Praktiserende læge	29	2,2
Praktiserende speciallæge	180	13,5
I alt	1.335	100,0

Tabel 41: Henvisende kliniske enheder på forløb startet i 2023

Henvisende afdeling	Antal	Procent
Aarhus Universitetshospital - Plastikkirurgi Klinik	153	16,8
Sjællands Universitetshospital - ROS Plastikkirurgisk Amb.	137	15,0
Rigshospitalet - Klinik for Plastikkirurgi	126	13,8
Herlev og Gentofte Hospital - Plastikkirurgisk amb.V/A	97	10,6
Sygehus Lillebælt - SLB Plastikkirurgisk Ambulatorium (Vejle)	79	8,7
Aalborg Universitetshospital - Aalborg Plastikamb	61	6,7
Esbjerg Sygehus - Plastikkirurgisk Ambulatorium (Grindsted)	22	2,4
Esbjerg Sygehus - Plastikkirurgisk Ambulatorium (Esbjerg)	21	2,3
Aarhus Universitetshospital - Øre-, Næse- og Halskirurgisk klinik	20	2,2
Odense Universitetshospital - OUH Plastikkirurgisk Ambulatorium Z	18	2,0
Sygehus Lillebælt - SLB Plastikkirurgisk Afsnit (Vejle)	13	1,4
Bispebjerg og Fr.berg Hospital - Dermatovenerologisk amb. D	12	1,3
Øvrige	153	16,8
I alt	912	100,0

Tabel 42: **Forløb Onkologiske afdelinger, forløbsstart i 2023**

Afdeling	Henviste forløb	Forløb med behandling	Andel med behandling
Rigshospitalet Strålebehandling Klinik	311	277	89,1
Herlev Onkologisk Amb.	184	146	79,3
AUH Kræftafdelingen Klinikker	204	185	90,7
Aalborg Onkologisk Amb.	173	73	42,2
OUH Onkologisk Amb. R (Odense)	313	182	58,1
SLB Stråleterapi (Vejle)	150	137	91,3
I alt	1.335	1.000	74,9

Tabel 43: **Behandlingstype på forløb startet i 2023**

Behandlingstype	Antal	Procent
Konventionel ekstern strålebehandling	791	79,1
Intensitetsmoduleret strålebehandling (IMRT), IGRT	184	18,4
Individuel konform strålebehandling, IGRT	25	2,5
I alt	1.000	100,0

10.3 Topografi- og morfologikoder til beregning af dækningsgrad i dermatologisk speciallægepraksis

Tabel 44: Morfologikoder til beregning af dækningsgrad

Snomedkode	Kodetekst	Andel 2023/24 Patologi
M80702	planocellulært karcinom in situ	2,3
M80703	planocellulært karcinom	8,3
M80763	mikroinvasivt planocellulært karcinom	0,0
M807K3	keratoakantom, variant af højt differentieret planocellulært karcinom	1,7
M80812	Bowens sygdom	6,6
M80833	lavt differentieret planocellulært karcinom	0,0
M80903	basocellulært karcinom	41,7
M80907	basocellulært karcinom, recidiv	0,6
M80913	superficielt basocellulært karcinom	5,7
M80917	superficielt basocellulært karcinom, recidiv	0,0
M80923	basocellulært karcinom af morphea type	0,3
M80933	basocellulært karcinom af fibroepitelial type	0,1
M80953	basoskvamøst karcinom (metatypisk karcinom)	0,1
M80973	basocellulært karcinom af nodulær type	26,7
M80977	basocellulært karcinom af nodulær type, recidiv	0,2
M809A3	basocellulært karcinom af mikronodulær type	0,7
M809B3	basocellulært karcinom af infiltrerende type	4,7
M809B7	basocellulært karcinom af infiltrerende type, recidiv	0,0

Tabel 45: Topografikoder til beregning af dækningsgrad

Snomedkode	Kodetekst	Andel 2023/24 Patologi
T01000	Hud	11,2
T015*	Hud ved øjne	0,3
T021*	Hud på hoved	42,1
T022*	Hud på øre og øregang	3,6
T023*	Hud på hals	3,6
T024*	Hud på truncus	25,6
T025*	Hud på perineum	0,1
T026*	Hud på arm	6,0
T028*	Hud på ben	7,5

10.4 Beregningsregler for indikatorer og supplerende indikatorer i dermatologisk speciallægepraksis

Man kan i dokumentationen af hudkræftdatabasen på RKKP's hjemmeside, se definitioner af databasens indikatorer og supplerende indikatorer herunder beregningsregler, der anvendes til at udregne hver enkelt indikator og supplerende indikator. Linket til dokumentationen ses her: <https://www.rkkp-dokumentation.dk/Public/IndikatorSpecifikation.aspx?db2=1000000797>.

11. Høringskommentarer

Dansk Dermatologisk Selskab

-

Danske Dermatologers Organisation

-

eKVIS

-