

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Årsrapport 2024

For opgørelsesperioden 1. januar -31. december 2024



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut

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

Kontaktperson for DKLS er Mette Høyrup, SundK, Afdeling for Cancer og Cancer-screening, e-mail: methey@sundk.dk.

Analyser og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af biostatistikker Petra Hall Viborg og senior epidemiolog Else Helene Ibfelt, SundK, Afdeling for Cancer og Cancerscreening. Styregruppen for databasen har i fællesskab forestået den faglige kommentering. Konklusioner og anbefalinger er i samarbejde beskrevet.

Dansk Kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening
© SundK 2025

Udarbejdet af:
SundK, Afdeling for Cancer og Cancerscreening

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
www.SundK.dk

Version: Endelig rapport
Versionsdato: 19. juni 2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

RKKP og Behandlingsrådet er fusioneret per 1.1.2025 i Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK)



Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut



Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigt over indikatorer og resultater	6
3. Resultater for indikatorerne	8
Indikatorområde 1: Kapacitet	9
Indikatorområde 2: Deltagelse	12
_HPV-Vaccination og screeningsdeltagelse	15
Indikatorområde 3: Dækningsgrad	17
_HPV-Vaccination og dækningsgrad	21
Indikatorområde 4: Svartid	22
Indikatorområde 5: HPV-test	26
Indikatorområde 6: Opfølgning	35
Indikatorområde 7: Tilfælde af livmoderhalskræft	38
Indikatorområde 8: Keglesnit	42
4. Supplerende opgørelser	48
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	80
6. Datagrundlag og metode	82
6.1 HPV vaccinationsprogram og Det Danske vaccinationsregister	83
7. Styregruppens medlemmer	84
Appendiks I. Ordliste og forkortelser	85
Appendiks II. Indikatoroversigt og metode	87
8. Regionale kommentarer	94

1. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende angives de vigtigste konklusioner og anbefalinger baseret på aktuelle opgørelser for livmoderhalskræftscreening. Der er i denne årsrapport indført udviklingsmål og udvalgt følgende to indikatorområder, hvor det er fundet relevant med særlig fokus på opfølgning.

Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad af screeningsprogrammet

Det er første gang, at data om HPV vaccinationsstatus for personer under 30 år inkluderes i årsrapporten for Dansk Kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening. Det giver en hidtil uset mulighed for at sammenkøre de traditionelle og vigtige opgørelser om *deltagelse* (antal inviterede kvinder, der bliver screenet, ud af alle inviterede) og *dækningsgrad* (antallet af alle kvinder, der bliver screenet, ud af hele målgruppen for screening) med data om HPV vaccinationsstatus.

Det ses, at *deltagelsen* er væsentlig højere hos borgere under 30 år, der er vaccineret før 16-års alderen (58.4%), end hos borgere, der er vaccineret fra 16-års alderen (48.1%), eller som aldrig er HPV vaccinerede (27.6%). En tilsvarende sammenhæng mellem *dækningsgrad* og HPV vaccinationsstatus for personer under 30 år observeres. Her ses, at 73,7% af personer under 30 år, som er HPV vaccineret inden 16-års alderen er screenet, 60 % af de HPV-vaccineret fra 16-års alderen er screenet, og 52,7 % af de, der aldrig er HPV-vaccineret, er screenet indenfor det relevante screeningsinterval (fastsat til 3,5 år for denne aldersgruppe).

Baseret på dækningsgraden af screeningen og HPV vaccinationsstatus kan det udledes, at omtrent hver 10. kvinde under 30 år ingen beskyttelse har mod livmoderhalskræft trods tilbud om både børnevaccination mod HPV ved 12-års alderen og screening mod celleforandringer fra 23-års alderen, mens knap 60% af borgerne er beskyttet med både HPV vaccination og cellebaseret screening. Opgørelserne taler ind i at nogle borgere generelt deltager i sundhedstilbud, mens andre i mindre grad deltager. Denne skævhed har tidligere vist sig at kunne være associeret med forekomsten af sociale- og andre sundhedsmæssige forhold, hvorfor det vil være relevant for DKLS på sigt at kunne inkludere sådanne oplysninger til nærmere belysning af problemstillingen. Det anbefales samtidig, at sådanne forskelle undersøges nærmere i større undersøgelser initieret i forskningssammenhæng på nationalt eller regionalt niveau. Det anbefales tillige, at det undersøges, hvilke målrettede tilbud, der kan iværksættes og afprøves for grupper med kendt lav deltagelse.

Da HPV-vaccinerede borgere har betydelig mindre risiko for livmoderhalskræft, bør man undersøge mulighederne for en mere risikobaseret screeningstrategi, hvor forhold som alder, vaccinationsstatus, og evt. tidligere celleforandringer og HPV infektion inddrages i risikovurderingen. En sådan risikobaseret strategi, hvor screeningsinterval og -metode differentieres, er netop foreslået i det faglige oplæg om Kræftplan V, som er overleveret fra Sundhedsstyrelsen til Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Indikatorområde: Keglesnit

Det er væsentligt for kvaliteten af screening og behandling, at der ikke foretages flere keglesnitsindgreb end nødvendigt. For at sikre at den relevante population udvælges til indgrebet, opgøres andelen af CIN2+ diagnoser ved keglesnit. Resultatet varierer både regionalt og afdelingsvist. Det anbefales, at der pågår dialog om praksis for udførelse af



keglesnit, der hvor der ses afdelingsmæssige forskelle indenfor regionen, og imellem regioner og private aktører, hvor der observeres store forskelle i dette resultat for keglesnit. Region Nordjylland har allerede taget initiativ til dette, og styregruppen forventes at følge op på indsatsen på dette område.

Under dette indikatorområde opgøres også andelen af personer med HPV positive test ved første prøve efter et keglesnit. Her er det værd at bemærke, at mens der er betydelige regionale forskelle i resektionsrande, der er frie, lader dette ikke til at få indflydelse på andelen, der er HPV positive efter keglesnit, som ses forholdsvis ensartet på tværs af regionerne. Resektionsrande, der ikke er frie ved keglesnit, er en etableret risiko for residual sygdom, men da det i aktuelle data ikke udmøntes i forskel i HPV positiv rate efter keglesnit, kan det skyldes, at der er lokale forskelle i kodepraksis vedrørende resektionsrande. På den baggrund anbefaler styregruppen, at der sikres ensartet kodning af resektionsrande på tværs af Danmark.

Overordnet set vurderes kvaliteten af livmoderhalskræftscreeningen høj. Der er en betydelig andel af borgerne, der ikke benytter sig af det nationale screeningstilbud om livmoderhalskræft, og når man samtidig observerer, at en stor andel af disse heller ikke er vaccineret mod HPV, er det fortsat vigtigt at relevante aktører har fokus på at identificere måder, hvorpå deltagelse i screeningen kan øges.

2. Oversigt over indikatorer og resultater

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

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Uoplyst		Indikatoropfyldelse		
	Udviklings- mål	%	Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling			345.525	380.822	378.948
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen	≥ 75	0	60,2 (60,1-60,4)	61,2	61,1
Indikator 2a: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der har mindst 1 HPV-vaccination før 16 års alder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen		0	58,4 (58,1-58,8)	60,7	59,9
Indikator 2b: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der har mindst 1 HPV-vaccination fra 16 års alder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen		0	48,1 (45,1-51,0)	60,2	63,8
Indikator 2c: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der ikke er vaccineret, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen		0	27,6 (27,0-28,2)	31,2	33,7
			2019 - 2024	2018 - 2023	2017 - 2022
Indikator 3: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år	≥ 85	0	72,4 (72,3-72,5)	74,5	74,2
			2021 - 2024	2020 - 2023	2019 - 2022
Indikator 3a: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der har mindst 1 HPV-vaccination før 16 års alder		0	73,7 (73,4-74,0)	74,3	73,2
Indikator 3b: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der har mindst 1 HPV-vaccination fra 16 års alder		0	60,0 (57,8-62,3)	61,6	64,6
Indikator 3c: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der ikke er vaccineret		0	52,7 (52,1-53,3)	57,0	54,8
			01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen	≥ 95	0	88,2 (88,0-88,3)	88,3	81,9
Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cyto-logiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	82,8 (82,7-83,0)	81,5	72,1

Indikator	Udviklings- mål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige HPV-screenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		0	97,1 (97,0-97,1)	97,3	95,7
Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år		0	5,7 (5,3-6,0)	5,1	5,3
Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede		0	9,9 (9,7-10,2)	9,2	9,5
Indikator 5a2: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede med selvopsamlet test		0	9,7 (9,1-10,4)	11,5	12,0
Indikator 5b: Andelen af 30-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, hvor HPV-testen er positiv		0	35,2 (33,4-37,0)	34,8	33,0
			01.11.2022 - 31.10.2023	2021/22	2020/21
Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage	≤ 2	0	1,8 (1,5-2,2)	2,1	2,0
			01.10.2023 - 30.09.2024	2022/2023	2021/2022
Indikator 7a: Antal tilfælde af livmoderhalskræft pr. år på nationalt og regionalt niveau	≤ 350		308	350	310
Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate per 100.000 kvinder	< 13,9 pr. 100.000 kvinder		10,8	12,2	11,0
			01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 8: Andelen af CIN2+ diagnoser blandt keglesnit		0	68,0 (66,7-69,3)	66,5	66,8
			01.01.2023 - 31.12.2023	2022	2021
Indikator 8a: Andelen af HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+)		0	22,9 (21,5-24,4)	22,4	22,4

Indikator 2 Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er 2023

Indikator 3: Opgjort på summerede perioder.

Indikator 6: Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid. Aktuelle år er 2023

Indikator 7b: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.

3. Resultater for indikatorerne

Årsrapporten skal afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i aktuelle år 2024. For enkelte indikatorer kræves mere opfølgningstid, og derfor er resultaterne opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig.

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

Datagrundlaget indeholder relevante udtræk fra Landsregisteret for Patologi inklusiv screeningsindkaldemodulet samt data fra Landspatientregisteret, Cancerregisteret og Det danske Vaccinationsregister vedrørende HPV-vaccinationer.

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

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

Om udviklingsmål

I rapporten anvendes udviklingsmål, som det fagligt ønskværdige niveau for indikatorresultater, og det tidligere anvendte begreb 'standard' er hermed udgået. 'Standard' har været hyppigt anvendt inden for klinisk kvalitetsudvikling, men ordet selv angiver ikke alvorligheden af manglende opfyldelse. Styregruppen har valgt at fastsætte udviklingsmål på et niveau, hvor det kan anvendes til at udpege regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer. Styregruppen fastsætter niveauet ud fra en betragtning om, hvad der er et realistisk og opnåeligt kvalitetsniveau for den enkelte indikator. Udviklingsmålet angiver herved en udviklingsretning og en målsætning, som styregruppen vurderer som fagligt ønskværdig.

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling

	Udviklingsmål opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
		antal	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
		(%)	Antal		Antal	Antal
Danmark		0(0)	345.525		380.822	378.948
Hovedstaden		0(0)	120.999		132.988	131.431
Sjælland		0(0)	39.750		45.951	45.511
Syddanmark		0(0)	68.902		70.845	71.530
Midtjylland		0(0)	83.232		94.199	93.355
Nordjylland		0(0)	32.642		36.839	37.121
Hovedstaden		0(0)	120.999		132.988	131.431
Hvidovre		0(0)	120.999		132.988	131.431
Sjælland		0(0)	39.750		45.951	45.511
Næstved		0(0)	39.750		45.951	45.511
Syddanmark		0(0)	68.902		70.845	71.530
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	25.581		26.258	26.881
Vejle		0(0)	43.321		44.587	44.649
Midtjylland		0(0)	83.232		94.199	93.355
Randers		0(0)	83.232		94.199	93.355
Nordjylland		0(0)	32.642		36.839	37.121
Aalborg		0(0)	32.642		36.839	37.121

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	3	Ingen cytologi eller HPV prøve
	8.758	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	163.938	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

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

Tabeller under supplerende opgørelser

Indikator 1a: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun cytologi-undersøgte prøver
Indikator 1b: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun HPV-undersøgte prøver
Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til både cytologi- og HPV-undersøgte prøver
Indikator 1d: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til selvopsamlede prøver
Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologiafdeling
Tabel 1f: Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder
Tabel 1g: Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige HPV-screenede kvinder
Tabel 1h: Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder
Tabel 1j: Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige HPV-screenede kvinder
Tabel 1i Oversigt over cytologi diagnoser fordelt på vaccinationsstatus

Resultater af indikatoranalysen

I 2024 blev i alt 345.525 celleprøver undersøgt på landsplan, hvilket er lidt lavere end de to foregående år. Opgørelsen omfatter prøver undersøgt primært med cytologi og primært med HPV, hvor også selvopsamlede prøver er medtaget. Patologikoder for selvopsamlede prøver kan først optælles ensartet fra og med 2022.

Af trendgrafen ses udviklingen med nogenlunde stabilitet over tid i forgange 5-års periode. 2017 ligger højere (dette år indførtes et engangstilbud om screening til kvinder i alderen 70+ år).

Under Supplerende opgørelser ses, at ud af det totale antal celleprøver i 2024, udgjorde de udelukkende cytologi-undersøgte $n = 186.424$ (indikator Tabel 1a) og de udelukkende HPV-undersøgte $n = 94.839$ (indikator Tabel 1b), mens der var $n = 50.772$, som blev både cytologi- og HPV undersøgt (indikator tabel 1c). Dette indeholder abnorme celleprøver, der er triageret med HPV-test eller positive HPV-prøver, der er triageret med cytologi test inklusiv kontrolprøver.

Selvopsamlede prøver til HPV-analyse indgår under Supplerende indikator tabel 1d, som viser $n = 13.490$ prøver i 2024 fordelt på de fem regioner.

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

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

Nye data angående Human-Papilloma (HPV)-virus er medtaget i årets rapport og anvendes på tværs af relevante indikatorområder. Herunder er en ny tabel over diagnose opgjort på HPV-vaccinationsstatus, som viser en lige fordeling af diagnoser i tre vaccinationsstatus kategorier af hhv. personer vaccineret før 16-års alderen, personer vaccineret fra 16 år og op efter og personer, som aldrig er HPV-vaccineret.

Diskussion og implikationer

Det samlede antal af celleprøver kan ses som en indirekte parameter for indsatsen med at forebygge livmoderhalskræft, og dette overblik fås kun i DKLS årsrapport. Der er et lidt lavere antal prøver i 2024 end de forgange to år, og man må forvente et fortsat fald i de kommende år, idet HPV-baseret screening pr. 1. maj 2025 nu indføres for alle kvinder i alderen 30-59 år, og dermed overgår denne population fra 3-årige til 5-årige screeningsintervaller. Da andelen af celleprøver, der alene undersøges med cytologi vil falde, er det vigtigt at de enkelte regioner sørger for at opretholde kompetencen hos de bioanalytikere, som analyserer cytologiprøver ved at sørge for, at hver enkelt ser et tilstrækkeligt antal prøver hvert år. Den Nationale styregruppe for livmoderhalskræft screening (NSLS) forventes inden længe at offentliggøre deres overvejelser om nye årlige måltal for undersøgere af cytologiprøver, og det indstilles

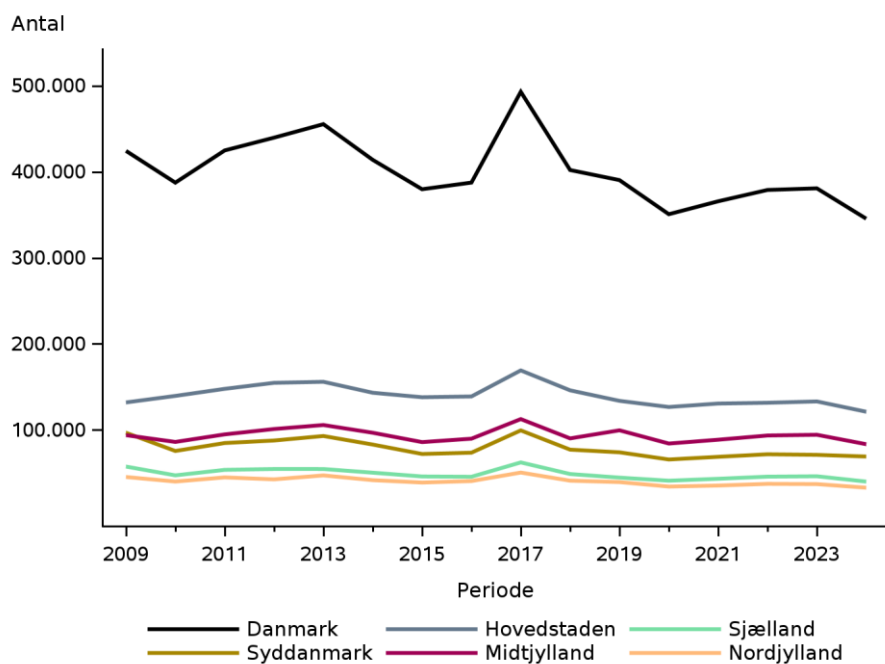
til at de regionale screeningscentre følger disse anbefalinger. Der er fortsat regional variation i andelen af LSIL diagnoser, særligt er andelen høj blandt HPV-screenede i alderen 30-59 år i Region Sjælland og Region Nordjylland.

Se diskussion af HPV-vaccinationsdata under indikatorområde 2 og 3.

Vurdering af indikatoren

Indikator 1 indeholder information om alle celleprøver taget både indenfor og udenfor de aldersklasser der screenes. Indikatoren medtager både screeningsprøver, opfølgingsprøver og prøver taget uden for screeningsprogrammet eller som følge af symptomer. Indikatoren opfattes derfor som en vigtig del af vurderingen af den samlede indsats mod livmoderhalskræft.

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



Indikatorområde 2: Deltagelse

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

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 75%	Tæller/ nævner		01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	217.833 / 361.705	0 (0)	60,2	(60,1-60,4)	61,2	61,1
Hovedstaden	Nej	72.678 / 126.758	0 (0)	57,3	(57,1-57,6)	59,1	59,3
Sjælland	Nej	27.673 / 47.387	0 (0)	58,4	(58,0-58,8)	60,0	59,6
Syddanmark	Nej	43.834 / 70.782	0 (0)	61,9	(61,6-62,3)	61,5	61,4
Midtjylland	Nej	53.258 / 83.949	0 (0)	63,4	(63,1-63,8)	64,4	64,0
Nordjylland	Nej	20.390 / 32.829	0 (0)	62,1	(61,6-62,6)	62,0	62,2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.636	Kvinden har fået foretaget en hysterektomi

Datagrundlag og metode.

Nævner. Kvinder, der blev inviteret i aktuelle år og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder jf. invitationsproceduren. Kvinder der har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet. **Tæller.** Kvinder, der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010.

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

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

Indikator 2a2: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første påmindelse.

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet indenfor 1 år efter invitation ligger i aktuelle år på 60,2 % på landsplan med en lille nedgang i forhold til året før og et godt stykke fra det fastsatte udviklingsmål på 75 % deltagelse. På landsplan ses deltagelsen stabil fra 2021 til 2022, hvorimod der de foregående 10 år har været et fald for samtlige regioner (se trendgrafene næste side). Der er ligesom i sidste års rapport ekskluderet kvinder med forudgående hysterektomi.

Af indikator Tabellen ses, at deltagelsen på regionalt niveau varierer mellem 57,3 % (Region Hovedstaden) og 63,4 % (Region Midtjylland). Den samlede procentvise deltagelse efter 1. og 2. påmindelse ligger dog ret ens på tværs af regioner (se Figur 1). Den kumulerede deltagelsesprocent frem til to år efter invitation ligger på ca. 65 % (figur 2), men det ses at kurven flader ud allerede efter 12 måneder og deltagelsen ligger derefter fortsat et stykke under det fastsatte udviklingsmål.

Som noget nyt er indikatorresultatet opdelt på HPV vaccinationsstatus for personer under 30 år (indikator 2a, 2b og 2c). Her ses, at der er stor forskel på deltagelsen, hvor 58,4 % af personer, som er HPV vaccineret inden 16-års alderen deltager, og 48,1 % af de øvrigt HPV-vaccinerede (fra alder 16 år) deltager, mens 27,6 % af de der aldrig er HPV-vaccineret deltager i screening indenfor 1 år efter invitation. Ca. 67 % af de vaccinerede siden 2006 fik en vaccine inden 16-års alderen (supplerende opgørelse).

Under *Supplerende opgørelser* indgår tabeller for deltagelse efter første invitation og efterfølgende påmindelser (hhv. indikator Tabel 2a1, Tabel 2a2 og Tabel 2a3). Supplerende opgørelse fordelt på alder (tabel 2a4) viser, at flest kvinder i aldersgruppen 45-49 år deltager, mens den laveste andel af deltagende kvinder ses blandt de yngste aldersgrupper (23-29 år).

Diskussion og implikationer

Den samlede deltagelse er fortsat lavere end ønsket. Når HPV-vaccinerede kvinder deltager oftere i screening for livmoderhalskræft end ikke vaccinerede kvinder, stemmer det overens med det velkendte fænomen, at nogle grupper i befolkningen generelt deltager i sundhedstilbud, mens andre i mindre grad deltager. Denne skævhed har i tidligere undersøgelser vist sig at være associeret med sociodemografi og andre sundhedsmæssige forhold. Det vil fortsat være relevant for DKLS at kunne inkludere sociodemografiske oplysninger til nærmere belysning af problemstillingen.

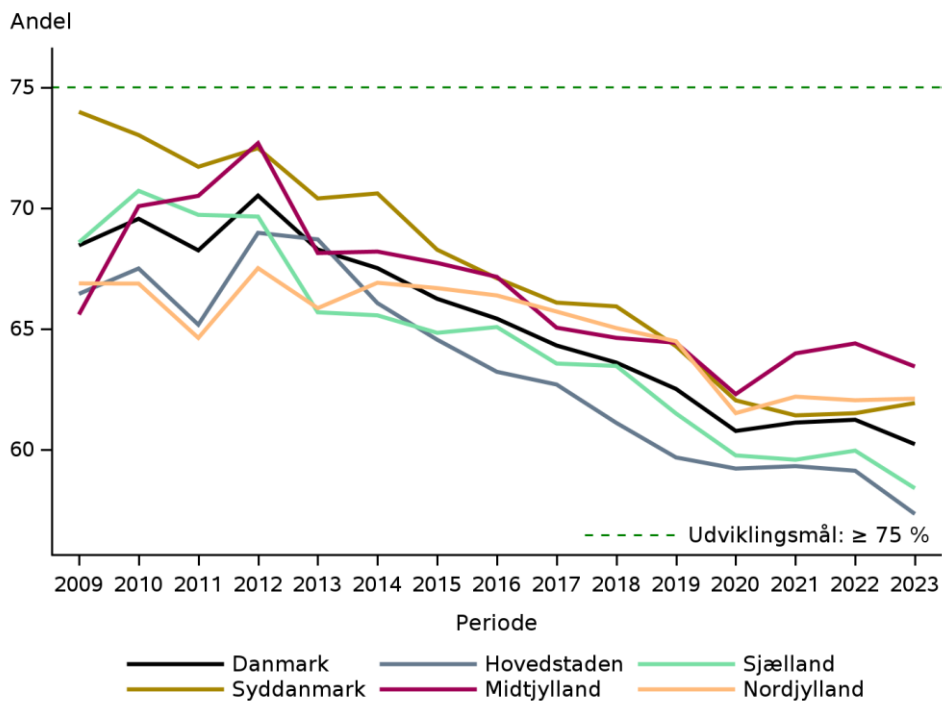
HPV-vaccination er en del af det danske børnevaccinationsprogram og anbefales i 12-13 års alderen. Vaccinationen blev en officiel del af programmet i 2009 og herefter fulgte nogle år med lav tilslutning, bl.a. som følge af negativ omtale i den danske presse. Det blev dog efterfulgt af nogle år med catch-up, hvorfor nogle årgange er blevet vaccineret lidt senere end tiltænkt (14-15 års alderen). Tilsvarende var der en lille nedgang med efterfølgende catch-up omkring COVID-19 årene 2020-21. På den baggrund lægges snittet i nærværende analyser af HPV-vaccinationsstatus ved alder under 16 år, hvor der skelnes mellem børne-vaccine og øvrige vaccinationer.

Da HPV-vaccinerede kvinder har betydelig mindre risiko for at få en onkogen HPV-type, bør der overvejes og besluttet tilpasninger af screeningsprogrammet, da de ældste kohorter af kvinder, som har fået tilbudt vaccination i barndommen, nu er i 30 års alderen. I det faglige oplæg om Kræftplan V, som er overleveret fra Sundhedsstyrelsen til Sundheds- og Indenrigsministeriet, er det foreslået at se på en sådan risikobaseret screening.

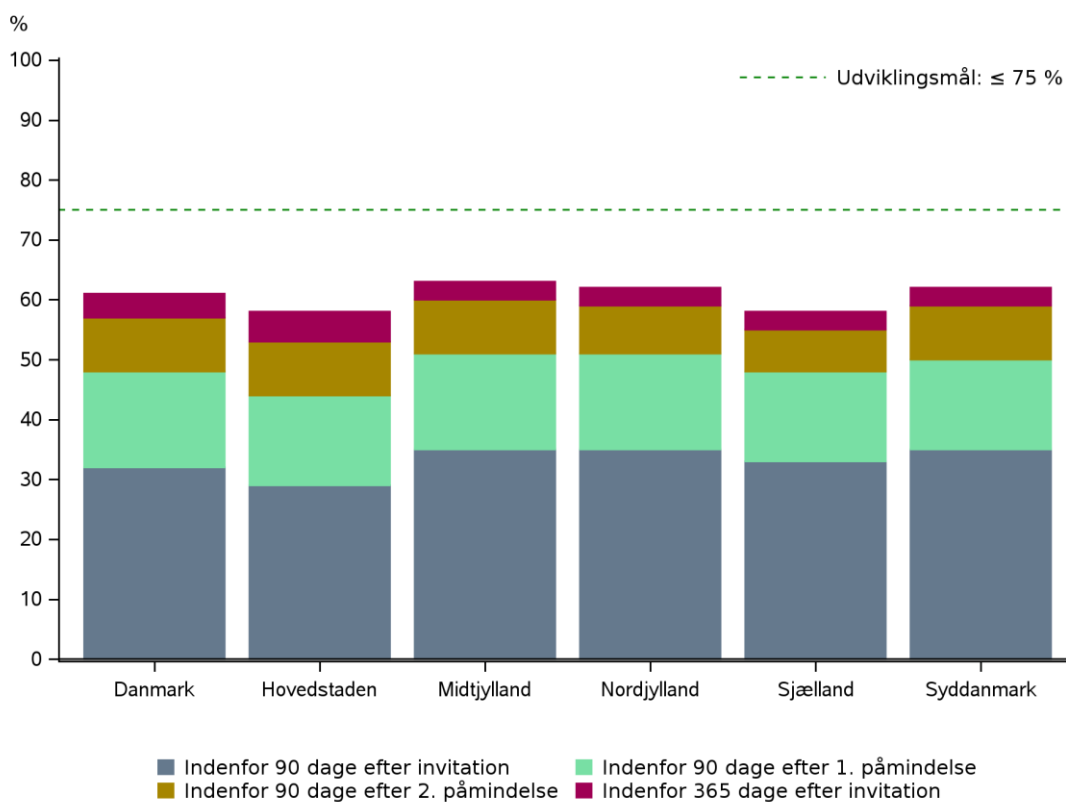
Vurdering af indikatoren. Indikatoren er kvalitetskritisk og giver et billede af deltagelsen i screening indenfor et år og vurderes yderst relevant, da resultatet viser fortsat forbedringspotentiale.

Reference: Milad K et al 2023. Socioeconomic, lifestyle and biological determinants of cervical screening coverage: Lolland-Falster Health Study, Denmark. *European Journal of Public Health*, Vol. 33, No. 4, 568–573

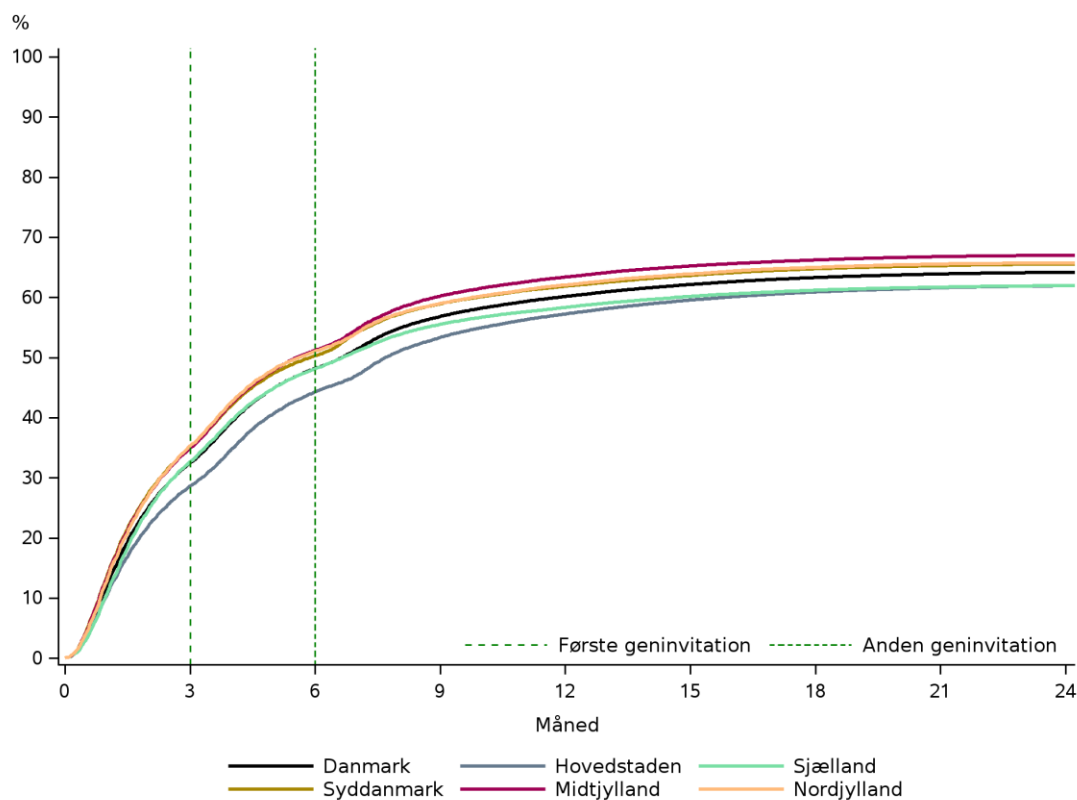
Indikator 2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen. Trendgraf på regionsniveau.



Figur 1. Kumuleret deltagerprocent for 2023



Figur 2. Kumuleret deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato til modtagelsesdato i 2023



HPV-Vaccination og screeningsdeltagelse

På næste side fremgår indikator 2a, 2b og 2c, opgjort som indikator 2, men afgrænset til personer under 30 år, som har haft mulighed for HPV-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet. Indikatoren er stratificeret på deltagelse i HPV vaccinationsprogram med minimum 1 vaccination før 16-års alderen, øvrige vaccinationer i ældre aldersgrupper, og aldrig vaccineret.

Indikator 2a: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der har mindst 1 HPV-vaccination før 16 års alder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		39.203 / 67.072	0 (0)	58,4	(58,1-58,8)	60,7	59,9
Hovedstaden		13.989 / 24.853	0 (0)	56,3	(55,7-56,9)	59,1	59,6
Sjælland		3.490 / 7.036	0 (0)	49,6	(48,4-50,8)	53,0	52,0
Syddanmark		6.898 / 11.905	0 (0)	57,9	(57,0-58,8)	59,8	57,9
Midtjylland		10.669 / 16.778	0 (0)	63,6	(62,9-64,3)	65,1	63,9
Nordjylland		4.157 / 6.500	0 (0)	64,0	(62,8-65,1)	65,5	63,0

Indikator 2b: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der har mindst 1 HPV-vaccination fra 16 års alder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		546 / 1.136	0 (0)	48,1	(45,1-51,0)	60,2	63,8
Hovedstaden		240 / 511	0 (0)	47,0	(42,6-51,4)	57,9	65,0
Sjælland		52 / 125	0 (0)	41,6	(32,9-50,8)	53,0	55,0
Syddanmark		82 / 172	0 (0)	47,7	(40,0-55,4)	62,6	60,8
Midtjylland		125 / 251	0 (0)	49,8	(43,5-56,2)	65,2	67,4
Nordjylland		47 / 77	0 (0)	61,0	(49,2-72,0)	63,4	67,2

Indikator 2c: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der ikke er vaccineret, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		5.373 / 19.464	0 (0)	27,6	(27,0-28,2)	31,2	33,7
Hovedstaden		2.561 / 9.698	0 (0)	26,4	(25,5-27,3)	30,1	33,6
Sjælland		430 / 1.617	0 (0)	26,6	(24,5-28,8)	26,5	27,6
Syddanmark		925 / 3.287	0 (0)	28,1	(26,6-29,7)	32,1	32,2
Midtjylland		1.055 / 3.579	0 (0)	29,5	(28,0-31,0)	33,5	36,1
Nordjylland		402 / 1.283	0 (0)	31,3	(28,8-34,0)	35,9	38,9

Indikatorområde 3: Dækningsgrad

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

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
	≥ 85 %	Tæller/ nævner		2019-2024*		2018-2023**	2017-2022***
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.000.524 / 1.381.521	0 (0)	72,4	(72,3-72,5)	74,5	74,2
Hovedstaden	Nej	348.452 / 476.789	0 (0)	73,1	(73,0-73,2)	76,2	76,1
Sjælland	Nej	131.154 / 194.406	0 (0)	67,5	(67,3-67,7)	69,4	69,1
Syddanmark	Nej	199.318 / 277.712	0 (0)	71,8	(71,6-71,9)	72,5	72,2
Midtjylland	Nej	228.054 / 309.658	0 (0)	73,6	(73,5-73,8)	75,4	74,6
Nordjylland	Nej	93.529 / 130.003	0 (0)	71,9	(71,7-72,2)	73,6	73,0

*Aktuel periode: Juli 2021 til dec 2024 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2019 til december 2024 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

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

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

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

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

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

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Ved opgørelsen af dækningsgrad ses på, hvor stor en andel af kvinder, som er dækket af screeningsprogrammet inden for den tidsperiode, som anbefales. For kvinder i alderen 23-49 år er anbefalingen inden for tre år, og for kvinder i alderen 50-64 er anbefalingen inden for fem år. På landsplan er dækningsgraden 72,4 % i den aktuelle periode, hvilket fortsat er et stykke under det fastsatte udviklingsmål på $\geq 85\%$. Dette gælder på landsplan og for alle regioner.

Der er forskel på regionernes resultat, hvor Region Sjælland ligger lavest på 67,5 % og Region Hovedstaden og Region Midtjylland ligger højest med lidt over 73 %. Dækningsgraden har været marginalt faldende igennem den seneste 10-års periode, som illustreret i trendgrafen nedenfor med et fald på ca. 5 procentpoint over de sidste fem år.

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

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

Som noget nyt er indikatorresultatet opdelt på HPV vaccinationsstatus for personer under 30 år (indikator 2a, 2b og 2c). Her ses, at der stor er forskel på dækningsgrad, hvor 73,7% af personer, som er HPV vaccineret inden 16-års alderen er screenet, 60 % af de øvrigt HPV-vaccinerede (alder 16 år og ældre) er screenet, og 52,7 % af de, der aldrig er HPV-vaccineret, er screenet indenfor det relevante screeningsinterval (fastsat til 3,5 år for denne aldersgruppe).

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

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det relevant at kende omfanget og årsagen til frameldingen af screening. I supplerende tabel 3b ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder og årsag til framelding. På landsplan var i alt 84.494 kvinder frameldt pr. december 2023. Årsagerne til framelding er hovedsageligt *hysterektomi* (81,2 %) og *ønsker ikke at deltage* (16,9%). De resterende årsager udgør tilsammen under 2%. Pr. primo 2020 har der været mulighed for at framelde sig på www.sundhed.dk.

Diskussion og implikationer

Dækningsgraden er fortsat ikke på et tilfredsstillende niveau. Når der skiftes til 5-års screeningsintervaller for alle kvinder i alderen 30-59 år, må kan der formentlig forventes en lille stigning i dækningsgraden. Se i øvrigt diskussion af indikator 2, som også er dækkende for denne indikator.

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

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

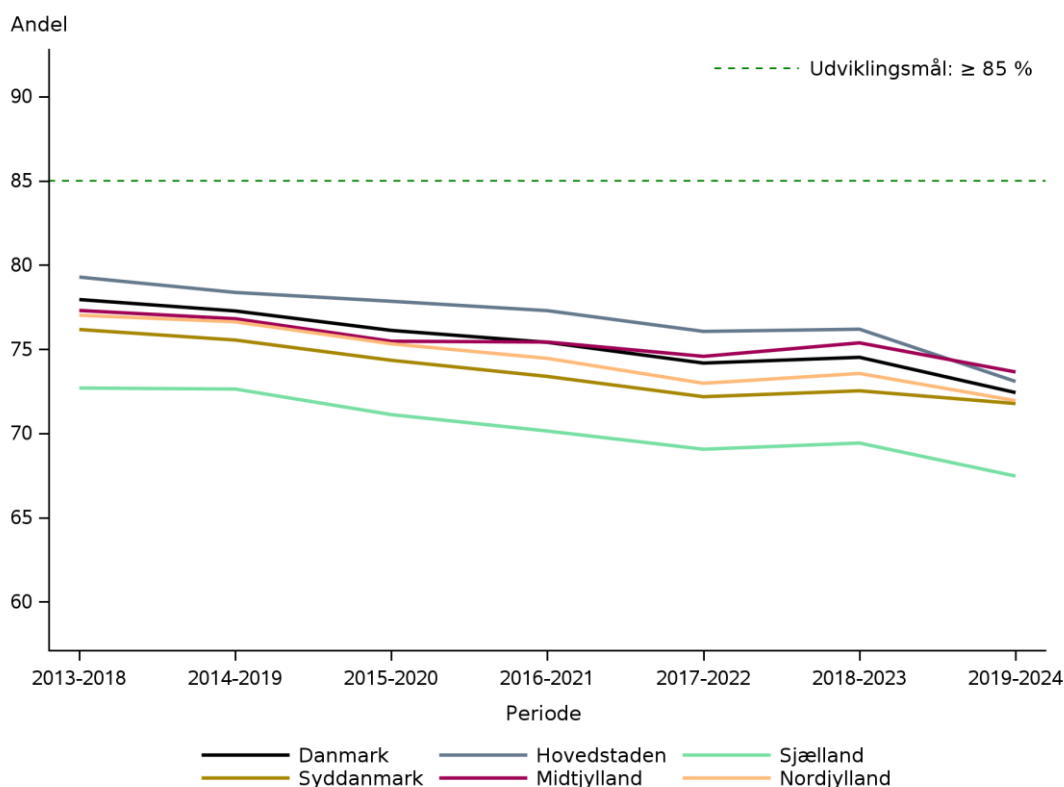
Som for indikator 2 deltagelse, viser resultatet at kvinder, som er HPV vaccineret i højere grad også er dækket af screeningsprogrammet, selvom forskellen for dækningsgrad er mindre. Resultatet viser tydeligt, at en gruppe er uden dækning af hverken HPV-vaccine eller screening, omkring 10 % samlet set. Mens omkring 60 % er dækket af begge indsatser. HPV-vaccination er en del af det danske børnevaccinationsprogram og anbefales i 12-13 års alderen. Vaccinationen blev en officiel del af programmet i 2009 og herefter fulgte nogle år med lav tilslutning, bl.a. som følge af negativ omtale i den danske presse. Det blev dog efterfulgt af nogle år med catch-up hvorfor nogle årgange er blevet vaccineret lidt senere end tiltænkt (14-15 års alderen). Ligeledes var der tilsvarende en lille nedgang med efterfølgende catch-up omkring COVID-19 årene 2020-21. På den baggrund lægges snittet i nærværende analyser af HPV-vaccinations status ved alder 16 år, hvor der skelnes mellem børne-vaccine og øvrige vaccinationer

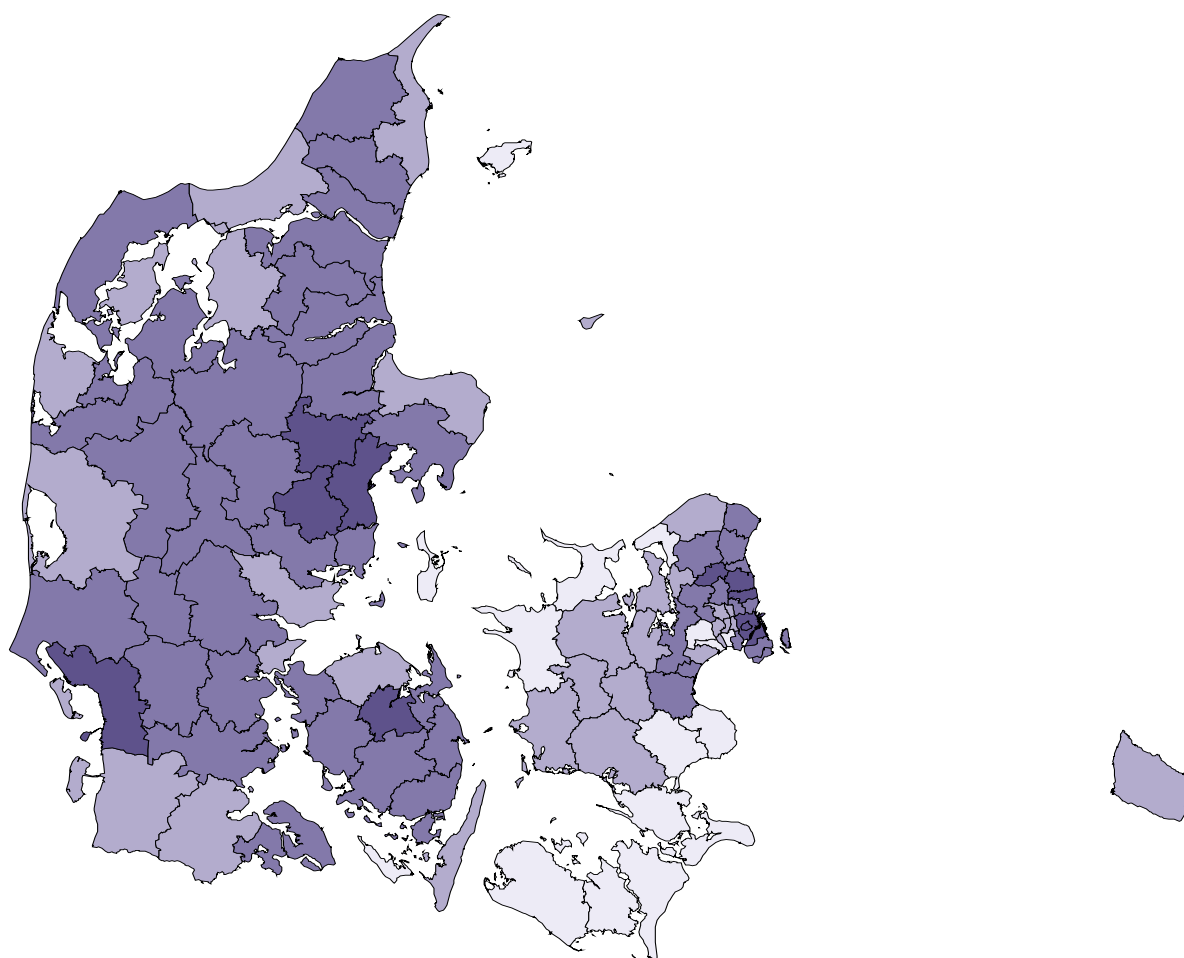
Det er væsentligt at afsøge hvilke årsager, der ligger til grund for ikke at deltage i screening hos gruppen af kvinder som heller ikke er HPV-vaccineret. Det anbefales at det undersøges, hvilke målrettede tilbud der kan iværksættes og afprøves for grupper med lav deltagelse. Tilbud om selvopsamlede HPV-test til specifikke grupper og 'Åben' klinik' i områder med kendt lav deltagelse er mulige indsatser, som kunne afprøves.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er meget vigtig for vurderingen af screeningsprogrammet, idet den viser den samlede dækning af screening i befolkningen.

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





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

HPV-Vaccination og dækningsgrad

Indikator 3a, 3b og 3c, opgjort som indikator 3, men afgrænset til personer under 30 år, som har haft mulighed for HPV-vaccination som en del af børnevaccinationsprogrammet. Indikatoren er stratificeret på deltagelse i HPV vaccinationsprogram med minimum 1 vaccination før 16-års alderen, øvrige vaccinationer i ældre aldersgrupper, og aldrig vaccineret. Vaccinestatus er opgjort som pr 1.1.2021 i aktuelle år og 1.1.2020 og 1.1.2019 for de to foregående år.

Indikator 3a. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der har mindst 1 HPV-vaccination før 16 års alder

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuel periode		Tidligere perioder	
		antal	2021-2024*		2020-2023**	2019-2022***
		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	70.030 / 95.054	0 (0)	73,7	(73,4-74,0)	74,3	73,2
Hovedstaden	26.705 / 36.011	0 (0)	74,2	(73,7-74,6)	76,0	76,7
Sjælland	6.234 / 10.036	0 (0)	62,1	(61,2-63,1)	60,7	57,3
Syddanmark	12.013 / 16.699	0 (0)	71,9	(71,3-72,6)	71,9	69,1
Midtjylland	18.218 / 23.459	0 (0)	77,7	(77,1-78,2)	78,2	77,0
Nordjylland	6.859 / 8.849	0 (0)	77,5	(76,6-78,4)	78,6	77,9

Indikator 3b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der har mindst 1 HPV-vaccination fra 16 års alder

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuel periode		Tidligere perioder	
		antal	2021-2024*		2020-2023**	2019-2022***
		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	1.083 / 1.804	0 (0)	60,0	(57,8-62,3)	61,6	64,6
Hovedstaden	581 / 1.008	0 (0)	57,6	(54,6-60,7)	60,1	67,0
Sjælland	88 / 158	0 (0)	55,7	(48,0-63,4)	54,4	55,2
Syddanmark	152 / 214	0 (0)	71,0	(65,0-77,1)	68,7	62,3
Midtjylland	160 / 285	0 (0)	56,1	(50,4-61,9)	65,9	70,5
Nordjylland	102 / 139	0 (0)	73,4	(66,0-80,7)	60,8	56,5

Indikator 3c. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der ikke er vaccineret

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuel periode		Tidligere perioder	
		antal	2021-2024*		2020-2023**	2019-2022***
		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	13.438 / 25.516	0 (0)	52,7	(52,1-53,3)	57,0	54,8
Hovedstaden	6.827 / 12.894	0 (0)	52,9	(52,1-53,8)	55,5	52,8
Sjælland	956 / 2.221	0 (0)	43,0	(41,0-45,1)	58,0	69,3
Syddanmark	2.097 / 4.212	0 (0)	49,8	(48,3-51,3)	54,1	53,6
Midtjylland	2.483 / 4.345	0 (0)	57,1	(55,7-58,6)	62,9	56,6
Nordjylland	1.075 / 1.845	0 (0)	58,3	(56,0-60,5)	59,8	55,6

Indikatorområde 4: Svartid

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

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/		01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	289.067 / 327.913	0 (0)	88,2	(88,0-88,3)	88,3	81,9
Hovedstaden	Ja	116.057 / 116.061	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	97,8
Sjælland	Nej	29.519 / 37.946	0 (0)	77,8	(77,4-78,2)	63,9	53,4
Syddanmark	Ja	64.970 / 65.400	0 (0)	99,3	(99,3-99,4)	99,6	99,4
Midtjylland	Nej	53.132 / 77.814	0 (0)	68,3	(68,0-68,6)	71,9	57,0
Nordjylland	Nej	25.389 / 30.692	0 (0)	82,7	(82,3-83,1)	94,0	85,8
Hovedstaden	Ja	116.057 / 116.061	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	97,8
Hvidovre	Ja	116.057 / 116.061	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	97,8
Sjælland	Nej	29.519 / 37.946	0 (0)	77,8	(77,4-78,2)	63,9	53,4
Næstved	Nej	29.519 / 37.946	0 (0)	77,8	(77,4-78,2)	63,9	53,4
Syddanmark	Ja	64.970 / 65.400	0 (0)	99,3	(99,3-99,4)	99,6	99,4
Esbjerg/Aabenraa	Ja	23.823 / 23.957	0 (0)	99,4	(99,3-99,5)	99,7	99,2
Vejle	Ja	41.147 / 41.443	0 (0)	99,3	(99,2-99,4)	99,6	99,5
Midtjylland	Nej	53.132 / 77.814	0 (0)	68,3	(68,0-68,6)	71,9	57,0
Randers	Nej	53.132 / 77.814	0 (0)	68,3	(68,0-68,6)	71,9	57,0
Nordjylland	Nej	25.389 / 30.692	0 (0)	82,7	(82,3-83,1)	94,0	85,8
Aalborg	Nej	25.389 / 30.692	0 (0)	82,7	(82,3-83,1)	94,0	85,8

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

Årsag	Danmark
Eksklusion: Ingen cytologi eller HPV prøve	3
Ikke i aldersgruppen 23-64 år	17.612
Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321	8.758
Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet	163.938

Datagrundlag og metode

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

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

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

Tæller. Svardato < 10 hverdage fra modtagedato

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

Ud- viklings- mål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	182.922 / 220.851	0 (0)	82,8	(82,7-83,0)	81,5	72,1
Hovedstaden	76.493 / 76.497	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	96,5
Sjælland	17.235 / 25.479	0 (0)	67,6	(67,1-68,2)	42,0	23,0
Syddanmark	43.915 / 44.305	0 (0)	99,1	(99,0-99,2)	99,5	99,1
Midtjylland	29.174 / 53.844	0 (0)	54,2	(53,8-54,6)	56,9	35,4
Nordjylland	16.105 / 20.726	0 (0)	77,7	(77,1-78,3)	93,0	83,6
Hovedstaden	76.493 / 76.497	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	96,5
Hvidovre	76.493 / 76.497	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	96,5
Sjælland	17.235 / 25.479	0 (0)	67,6	(67,1-68,2)	42,0	23,0
Næstved	17.235 / 25.479	0 (0)	67,6	(67,1-68,2)	42,0	23,0
Syddanmark	43.915 / 44.305	0 (0)	99,1	(99,0-99,2)	99,5	99,1
Esbjerg/Aabenraa	14.762 / 14.864	0 (0)	99,3	(99,2-99,4)	99,5	98,7
Vejle	29.153 / 29.441	0 (0)	99,0	(98,9-99,1)	99,5	99,3
Midtjylland	29.174 / 53.844	0 (0)	54,2	(53,8-54,6)	56,9	35,4
Randers	29.174 / 53.844	0 (0)	54,2	(53,8-54,6)	56,9	35,4
Nordjylland	16.105 / 20.726	0 (0)	77,7	(77,1-78,3)	93,0	83,6
Aalborg	16.105 / 20.726	0 (0)	77,7	(77,1-78,3)	93,0	83,6

Årsag		Danmark
Eksklusion:	Ingen cytologi prøve	108.290
	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321	8.758
	Ikke i aldersgruppen 23-59 år	16.387
	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet	163.938

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

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		136.895 / 141.051	0 (0)	97,1	(97,0-97,1)	97,3	95,7
Hovedstaden		48.551 / 48.553	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	99,2
Sjælland		15.845 / 16.900	0 (0)	93,8	(93,4-94,1)	90,0	87,5
Syddanmark		29.381 / 29.650	0 (0)	99,1	(99,0-99,2)	99,5	99,2
Midtjylland		31.247 / 32.178	0 (0)	97,1	(96,9-97,3)	97,2	96,9
Nordjylland		11.871 / 13.770	0 (0)	86,2	(85,6-86,8)	93,5	85,6
Hovedstaden		48.551 / 48.553	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	99,2
Hvidovre		48.551 / 48.553	0 (0)	100,0	(100,0-100,0)	100,0	99,2
Sjælland		15.845 / 16.900	0 (0)	93,8	(93,4-94,1)	90,0	87,5
Næstved		15.845 / 16.900	0 (0)	93,8	(93,4-94,1)	90,0	87,5
Syddanmark		29.381 / 29.650	0 (0)	99,1	(99,0-99,2)	99,5	99,2
Esbjerg/Aabenraa		13.356 / 13.464	0 (0)	99,2	(99,0-99,3)	99,5	99,0
Vejle		16.025 / 16.186	0 (0)	99,0	(98,8-99,2)	99,4	99,3
Midtjylland		31.247 / 32.178	0 (0)	97,1	(96,9-97,3)	97,2	96,9
Randers		31.247 / 32.178	0 (0)	97,1	(96,9-97,3)	97,2	96,9
Nordjylland		11.871 / 13.770	0 (0)	86,2	(85,6-86,8)	93,5	85,6
Aalborg		11.871 / 13.770	0 (0)	86,2	(85,6-86,8)	93,5	85,6

	Antal	Årsag
Eksklusion:	186.141	Ingen HPV prøve
	8.758	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	18.336	Ikke i aldersgruppen 30-64 år
	163.938	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Resultater af indikatoranalysen

Af opgørelsen indikator 4a ses, at andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage på landsniveau ligger på 88,2%. Udviklingsmålet ligger på ≥ 95 %. Samtidig ses, at andelen samlet set er faldet over tid siden 2016, dog med forbedret resultat siden 2022. I opgørelsen indgår også celleprøver fra kontrolforløb.

Ligesom tidligere år ligger Region Hovedstaden og Syddanmark højt på eller nærmer sig 100 %, Nordjylland har forbedret resultatet over en årrække men ligger i aktuelle år på 86 %. Region Sjælland og Midtjylland har begge ligget lavt i de seneste år, men der observeres en forbedring over tid, særligt for Sjælland ses aktuelt en opgang og regionen ligger nu på 77,8 % . Region Midtjylland ligger aktuelt noget fra målet på 68,3%.

Når man ser på indikator tabel 4a1 og 4a2, hvor indikatoren opgøres for hhv. de cytologiscreenede og de HPV-screenede, ligger andelen, der besvares efter højst 10 hverdage væsentligt lavere for de cytologiscreenede end for de HPV screenede (hhv. 83 vs. 97 %). Resultatet for cytologiprøver varierer væsentligt regionalt set.

Diskussion og implikationer

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

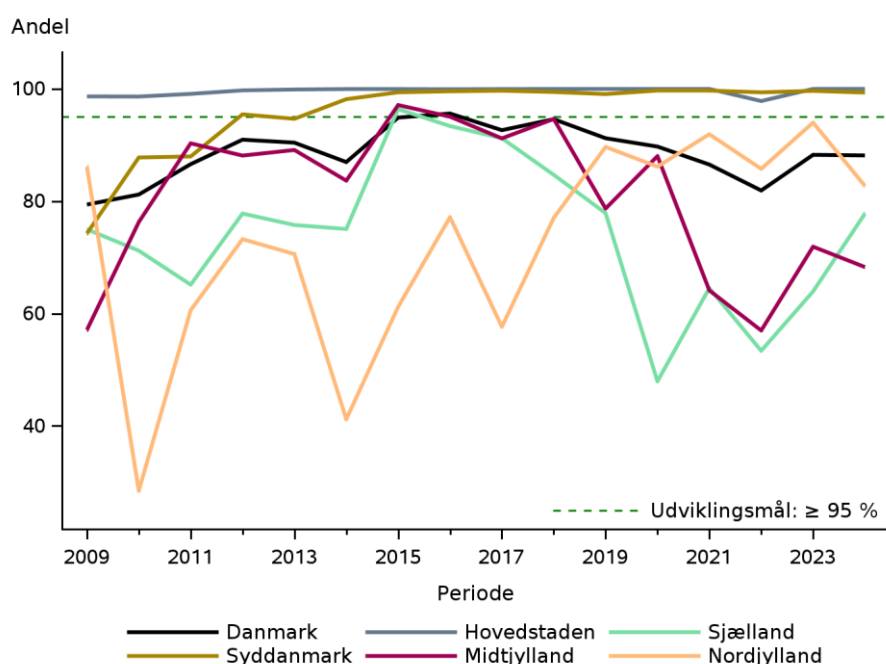
Den bedring, som allerede er observeret i resultatet for Region Sjælland, skyldes bl.a. en opdatering af personalenormering og omlægning af arbejdsopgaver, som har resulteret i, at svartiderne er overholdt siden juli 2024. Region Midtjylland er stadig udfordret på personale ressourcer. Uddannelse af nyt specialiseret personale tager lang tid og koster ressourcer hos en i forvejen lille enhed. Det forventes, at svartiden vil blive forbedret fra medio 2025.

Det anbefales fortsat, at de regioner og screeningsafdelinger, der ikke opfylder svartiden (Randers, Næstved og Ålborg), vedbliver at have fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opfyldes. Det anbefales ydermere at muligheden for regionale samarbejder omkring analyser afsøges.

Ved overgang til fuld primær HPV screening for alle 30-59 årige kvinder forventes svartiderne overholdt. Forventningen er, at der skal analyseres ca. 1/3 færre cytologiprøver i fremtiden.

Vurdering af indikatoren. Indikator vurderes stadig relevant, da der er relativt store regionale forskelle i svartid.

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



Indikatorområde 5: HPV-test

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

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		1.134 / 20.016	0 (0)	5,7	(5,3-6,0)	5,1	5,3
Hovedstaden		287 / 5.450	0 (0)	5,3	(4,7-5,9)	4,6	4,8
Sjælland		188 / 2.927	0 (0)	6,4	(5,6-7,4)	5,1	5,4
Syddanmark		244 / 4.714	0 (0)	5,2	(4,6-5,8)	5,0	5,4
Midtjylland		288 / 4.599	0 (0)	6,3	(5,6-7,0)	5,9	5,6
Nordjylland		127 / 2.326	0 (0)	5,5	(4,6-6,5)	4,4	5,6
Hovedstaden		287 / 5.450	0 (0)	5,3	(4,7-5,9)	4,6	4,8
Hvidovre		287 / 5.450	0 (0)	5,3	(4,7-5,9)	4,6	4,8
Sjælland		188 / 2.927	0 (0)	6,4	(5,6-7,4)	5,1	5,4
Næstved		188 / 2.927	0 (0)	6,4	(5,6-7,4)	5,1	5,4
Syddanmark		244 / 4.714	0 (0)	5,2	(4,6-5,8)	5,0	5,4
Esbjerg/Aabenraa		115 / 1.762	0 (0)	6,5	(5,4-7,8)	5,6	6,0
Vejle		129 / 2.952	0 (0)	4,4	(3,7-5,2)	4,6	5,0
Midtjylland		288 / 4.599	0 (0)	6,3	(5,6-7,0)	5,9	5,6
Randers		288 / 4.599	0 (0)	6,3	(5,6-7,0)	5,9	5,6
Nordjylland		127 / 2.326	0 (0)	5,5	(4,6-6,5)	4,4	5,6
Aalborg		127 / 2.326	0 (0)	5,5	(4,6-6,5)	4,4	5,6

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

	Antal	Årsag
Eksklusion:	186.427	Ingen HPV prøve
	6.089	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	119.506	Ikke i aldersgruppen 60-64 år
	8.758	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	13.490	Selvopsamlet prøve
	163.938	Borgeren har ikke deltaget i screening

Datagrundlag og metode:

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 .

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

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

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

Tabeller under Supplerende opgørelser for indikatorområde 5

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

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

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

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

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
		antal	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	5.712 / 57.521	0 (0)	9,9	(9,7-10,2)	9,2	9,5
Hovedstaden	2.031 / 19.733	0 (0)	10,3	(9,9-10,7)	9,1	9,6
Sjælland	704 / 7.924	0 (0)	8,9	(8,3-9,5)	9,0	8,7
Syddanmark	1.124 / 12.185	0 (0)	9,2	(8,7-9,8)	8,6	8,9
Midtjylland	1.365 / 12.421	0 (0)	11,0	(10,4-11,6)	10,3	10,5
Nordjylland	488 / 5.258	0 (0)	9,3	(8,5-10,1)	8,1	8,7
Hovedstaden	2.031 / 19.733	0 (0)	10,3	(9,9-10,7)	9,1	9,6
Hvidovre	2.031 / 19.733	0 (0)	10,3	(9,9-10,7)	9,1	9,6
Sjælland	704 / 7.924	0 (0)	8,9	(8,3-9,5)	9,0	8,7
Næstved	704 / 7.924	0 (0)	8,9	(8,3-9,5)	9,0	8,7
Syddanmark	1.124 / 12.185	0 (0)	9,2	(8,7-9,8)	8,6	8,9
Esbjerg/Aabenraa	580 / 5.726	0 (0)	10,1	(9,4-10,9)	11,0	11,2
Vejle	544 / 6.459	0 (0)	8,4	(7,8-9,1)	6,8	7,3
Midtjylland	1.365 / 12.421	0 (0)	11,0	(10,4-11,6)	10,3	10,5
Randers	1.365 / 12.421	0 (0)	11,0	(10,4-11,6)	10,3	10,5
Nordjylland	488 / 5.258	0 (0)	9,3	(8,5-10,1)	8,1	8,7
Aalborg	488 / 5.258	0 (0)	9,3	(8,5-10,1)	8,1	8,7

	Antal	Årsag
Eksklusion:	186.427	Ingen HPV prøve
	44.307	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	8.758	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	13.490	Selvopsamlet prøve
	43.783	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	163.938	Borgeren har ikke deltaget i screening

Indikator 5a2: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede med selvopsamlet test

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	802 / 8.264	0 (0)	9,7	(9,1-10,4)	11,5	12,0
Hovedstaden	441 / 3.861	0 (0)	11,4	(10,4-12,5)	13,1	12,7
Sjælland	3 / 64	0 (0)	4,7	(1,0-13,1)		
Syddanmark	108 / 1.440	0 (0)	7,5	(6,2-9,0)	7,7	
Midtjylland	190 / 2.383	0 (0)	8,0	(6,9-9,1)	7,6	5,2
Nordjylland	60 / 516	0 (0)	11,6	(9,0-14,7)	13,3	
Hovedstaden	441 / 3.861	0 (0)	11,4	(10,4-12,5)	13,1	12,7
Hvidovre	441 / 3.861	0 (0)	11,4	(10,4-12,5)	13,1	12,7
Sjælland	3 / 64	0 (0)	4,7	(1,0-13,1)		
Næstved	3 / 64	0 (0)	4,7	(1,0-13,1)		
Syddanmark	108 / 1.440	0 (0)	7,5	(6,2-9,0)	7,7	
Esbjerg/Aabenraa	65 / 708	0 (0)	9,2	(7,2-11,6)	8,2	
Vejle	43 / 732	0 (0)	5,9	(4,3-7,8)	7,4	
Midtjylland	190 / 2.383	0 (0)	8,0	(6,9-9,1)	7,6	5,2
Randers	190 / 2.383	0 (0)	8,0	(6,9-9,1)	7,6	5,2
Nordjylland	60 / 516	0 (0)	11,6	(9,0-14,7)	13,3	
Aalborg	60 / 516	0 (0)	11,6	(9,0-14,7)	13,3	

	Antal	Årsag
Eksklusion:	172	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	340.796	Ingen selvopsamlet prøve
	5.054	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	163.938	Borgeren har ikke deltaget i screening

Resultater af indikatoranalysen for indikator 5a, 5a1 og 5a2

Indikatoren angiver prævalensen af HPV-positive blandt de screenede kvinder og er udviklet som et delmål for kvaliteten af HPV analyser. Andelen af positive svar sammenlignes mellem afdelinger og regioner, hvor en relativ ensartethed i resultatet forventes. Der tages udgangspunkt i screeningsinviterede kvinder for at sikre frasortering af opfølgingsprøver, som vil have en høj andel HPV-positive. Selvopsamlede HPV-prøver var tidligere en del af indikator 5a og 5a1, men er indgår nu under opgørelse for sig selv i indikator 5a2.

Af indikator 5a ses, at andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år samlet set ligger på 5,7 % i 2024, og den har været stabil de seneste perioder jf. trendgrafen på næste side. Regionernes og afdelingernes resultater ligger ensartet på 5,2 – 6,4 %.

Når man ser på aldersgruppen af 30-59-årige inviterede kvinder (indikator 5a1) ligger andelen af positive HPV-prøver lidt højere, 8,2 % på landsplan og med lidt variation mellem regioner og afdelinger (8,9 – 11,0 %), hvor Region Sjælland, Syddanmark og Nordjylland ligger lavest, og Hovedstaden og Midtjylland ligger med de højeste andel HPV-positive. Under supplerende opgørelser fremgår af tabel 5a2, at der blandt de yngste aldersgrupper (30-39-årige) er en højere andel med positiv HPV end blandt de ældre grupper. Dette gælder i alle regioner.

Indikator 5a2 angiver andelen med positiv HPV blandt personer, som har foretaget en selvopsamlet HPV-test. Her er andelen samlet set 9,7 % for aldersgruppen 30-59 år. Der er stor forskel på det antal af selvopsamlede test, der er foretaget i de forskellige regioner, hvor Sjælland har ganske få af denne slag tests, hvorfor andelen regionalt set er svært sammenlignelige. Region Hovedstaden og Midtjylland som begge har over 2000 test ligger på hhv. 8,0 og 11,4 %..

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

Diskussion og implikationer

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

Implementering af HPV baseret screening for de 30-59-årige kvinder startede nationalt den 1. januar 2021. HPV positivandelen ligger som forventet højere i denne aldersgruppe med et landsgennemsnit på 8,2 %. Der ses lidt forskel imellem regioner. Vejle har den laveste HPV positiv-andel på 4,4%, hvilket kan skyldes at Vejle i 2017 startede pilotstudie med HPV-screening, og de fleste af kvinderne således allerede har deltaget i en screeningsrunde. Herudover kan forskelle skyldes forskelle i prævalens i optageområderne.

Andelen af HPV positive falder som forventet med stigende alder, hvilket gælder i samtlige regioner, om end der er nogle regionale forskelle i tallene indenfor gruppen af 30-59-årige (supplerende tabel 5a2)

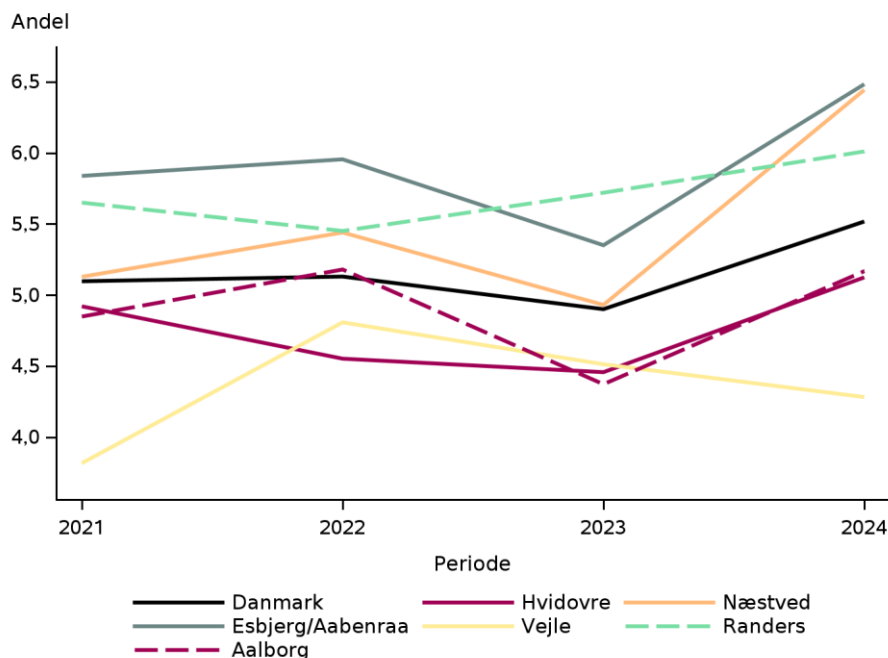
Andelen af HPV positive blandt inviterede 30-64 årige med selvopsamlede prøver rapporteres for første gang selvstændigt og her ses et landsgennemsnit på 9,7%. Der ses nogen variation mellem regionerne; Region Sjælland implementerede først tiltaget i oktober 2024.

Det er tilfredsstillende at se et nogenlunde ensartet niveau for HPV positivitet imellem regioner og imellem afdelinger. Det anbefales fortsat at de enkelte udførende afdelinger løbende kvalitetssikrer deres HPV-analyser og arbejds-gange.

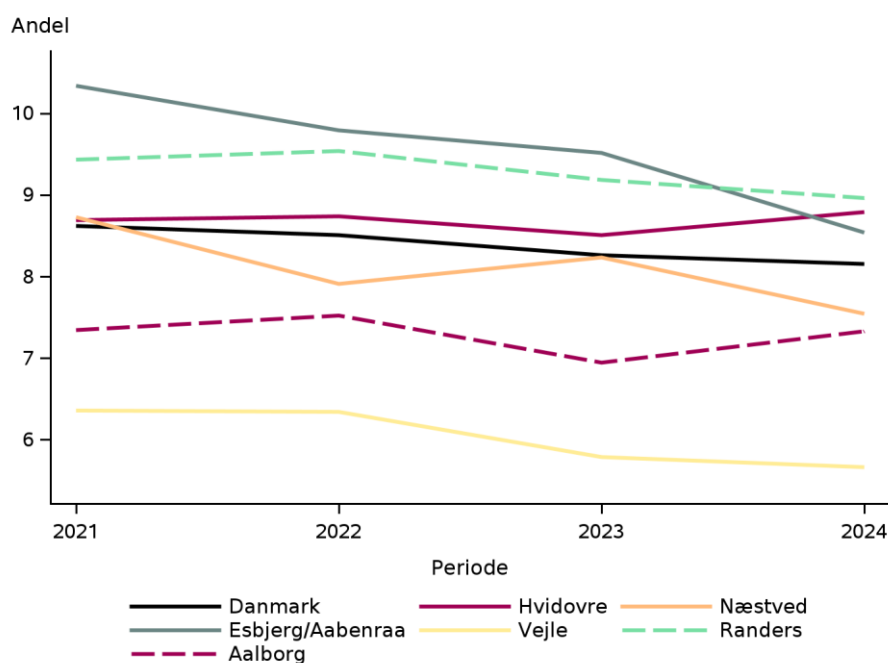
Vurdering af indikatoren

Det er vigtigt at kende og følge andelen af HPV-positive screeningstests over tid og imellem regioner og udførende afdelinger for derigennem at kunne identificere mulige kvalitetsbrister, særligt i forbindelse med udbredelsen af HPV-test som primær screeningstest og som test ved selvopsamlede prøver.

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



Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede. Trendgraf på afdelingsniveau.



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

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		973 / 2.763	0 (0)	35,2	(33,4-37,0)	34,8	33,0
Hovedstaden		332 / 1.003	0 (0)	33,1	(30,2-36,1)	32,3	29,9
Sjælland		77 / 309	0 (0)	24,9	(20,2-30,1)	24,5	21,7
Syddanmark		191 / 390	0 (0)	49,0	(43,9-54,1)	50,3	45,0
Midtjylland		297 / 919	0 (0)	32,3	(29,3-35,4)	32,6	35,1
Nordjylland		76 / 142	0 (0)	53,5	(45,0-61,9)	57,8	53,6
Hovedstaden		332 / 1.003	0 (0)	33,1	(30,2-36,1)	32,3	29,9
Hvidovre		332 / 1.003	0 (0)	33,1	(30,2-36,1)	32,3	29,9
Sjælland		77 / 309	0 (0)	24,9	(20,2-30,1)	24,5	21,7
Næstved		77 / 309	0 (0)	24,9	(20,2-30,1)	24,5	21,7
Syddanmark		191 / 390	0 (0)	49,0	(43,9-54,1)	50,3	45,0
Esbjerg/Aabenraa		52 / 79	0 (0)	65,8	(54,3-76,1)	65,2	46,3
Vejle		139 / 311	0 (0)	44,7	(39,1-50,4)	42,8	44,4
Midtjylland		297 / 919	0 (0)	32,3	(29,3-35,4)	32,6	35,1
Randers		297 / 919	0 (0)	32,3	(29,3-35,4)	32,6	35,1
Nordjylland		76 / 142	0 (0)	53,5	(45,0-61,9)	57,8	53,6
Aalborg		76 / 142	0 (0)	53,5	(45,0-61,9)	57,8	53,6

Årsag	Danmark
Eksklusion: Ingen cytologi prøve	108.331
Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321	8.758
Ikke i aldersgruppen 30-59 år	92.418
Celleprøven er ikke ASCUS	138.905
Ingen efterfølgende HPV prøve	2.682
Ikke supplerende HPV til cytologi celleprøven	429
Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet	163.938

Datagrundlag og metode:

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

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

Resultater af indikatoranalysen

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

Andelen af cytologiscreenede kvinder med ASCUS-diagnose, som har positiv HPV-test ligger på 35,2 % på landsniveau i aktuelle år. Der ses regionale forskelle, hvor andelen i Region Sjælland ligger på 24,9 %, og den i Region Nordjylland er 53,5 %. Trendgrafene på næste side viser en nogenlunde stabilitet over tid samlet set, men med klar variation i andelen inden for regionerne. Der er ikke fastsat udviklingsmål for indikatoren.

Diskussion og implikationer

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

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

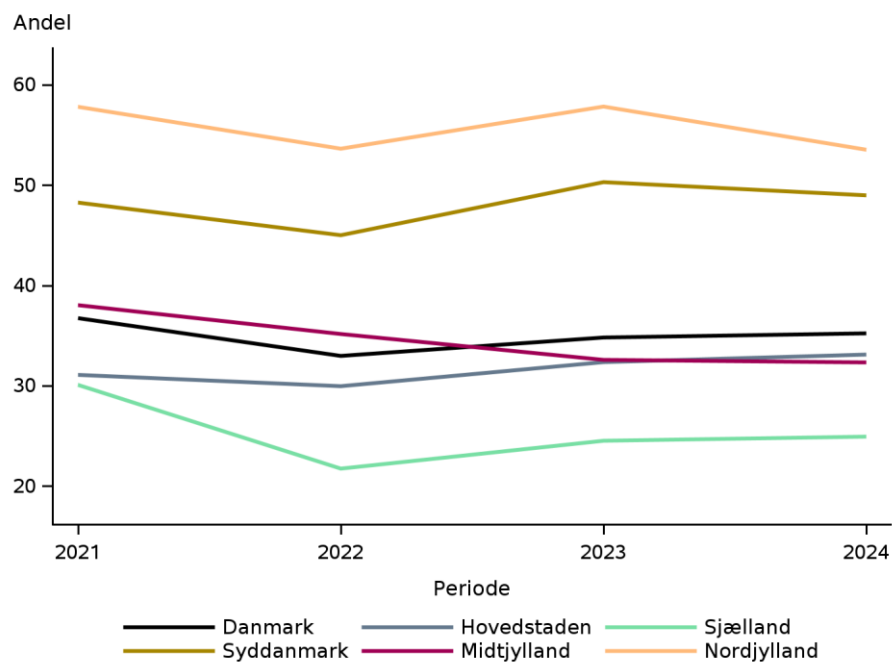
For Region Sjælland gælder for aktuelle opgørelse at endocytobrush prøver som sendes sammen med portobiopsier, nogle gange er blevet kodet som "cytologi, cervix" og er derfor inkluderet i dette års statistik.

Variationer mellem regioner og sammenligning med de sidste to år er baseret på relativt få prøver, men bør følges op mhp. kvalitetssikring af cytologiske diagnoser. De afdelinger som ligger udenfor det vejledende estimat anbefales at gennemgå deres praksis for analyse af cytologimateriale.

Vurdering af indikatoren

Der anbefales, at resultaterne overvåges af afdelingerne og på landsplan mhp. kvalitetssikring af cytologiske diagnoser. I takt med udviklingen af det danske screeningsprogram bør anvendeligheden af indikatoren overvejes. Da de 30-59 årige ikke længere cytologi screenes kan indikatoren udgå pr. næstfølgende årsrapport.

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



Indikatorområde 6: Opfølgning

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

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.11.2022 - 31.10.2023		Tidligere år 2021/22 2020/21	
	≤ 2%	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
	opfyldt						
Danmark	Ja	102 / 5.662	0 (0)	1,8	(1,5-2,2)	2,1	2,0
Hovedstaden	Ja	50 / 2.456	0 (0)	2,0	(1,5-2,7)	2,1	2,0
Sjælland	Nej	20 / 666	0 (0)	3,0	(1,8-4,6)	2,4	2,4
Syddanmark	Ja	10 / 561	0 (0)	1,8	(0,9-3,3)	1,5	2,5
Midtjylland	Ja	15 / 1.673	0 (0)	0,9	(0,5-1,5)	2,2	1,7
Nordjylland	Nej	7 / 306	0 (0)	2,3	(0,9-4,7)	1,7	1,9

Årsag	Danmark
Eksklusion: Kvinden er udrejst/afdød i opfølgningsperioden	44
Celleprøven er ikke abnorm	359.463
Celleprøven er normal	14.394
Celleprøven har ikke svære celleforandringer	16.322
Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet	130.796

Datagrundlag og metode.

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

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

Tabeller under Supplerende opgørelser

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

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

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

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

Resultater af indikatoranalysen

Det er væsentlig for kvaliteten af screening og behandling at celleprøver med svære forandringer følges op rettidigt. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage, udgør i aktuelle år 1,8 % på landsplan (i alt 102 celleprøver). Resultatet ligger samlet set lige under udviklingsmålet ($\leq 2\%$), og variationen er relativt lille regionalt set. Region Syddanmark og Sjælland har haft en positiv udvikling over de seneste år, dog ligger Sjælland aktuelt med den højeste andel (3%).

Trendgrafen viser, at andelen samlet set er blevet lavere igennem den seneste 10-års periode, men at andelen for de fleste regioner har varieret over tid. For nogen regioner er der tale om små absolutte tal, som kan give anledning til usikkerhed på estimatet.

Ud af de i alt 102 celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage, var 47 prøver (0,7 %) heller ikke fulgt op inden for 450 dage, hvilket ses af Supplerende opgørelse, tabel 6a. I supplerende tabel 6b er der anvendt de tidsgrænser, som er anført i anbefalingerne for screeningsprogrammet (angivet ved Æ-kode for anbefalet opfølgning ved den specifikke prøve). Her udgør andelen på landsplan, der ikke er fulgt op 3,1 %.

Der foreligger to yderligere supplerende analyser, som dækker opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hhv. supplerende Tabel 6c og tabel 6d. Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev 3,3 % ikke fulgt op ved tidsvinduet på 450 dage, imens 10,5 ikke blev fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser.

Diskussion og implikationer

Regionerne udsender såkaldte EDI-beskeder til prøvetagende læge/rekvirent, som en påmindelse når en patient med svære celleforandringer ikke er fulgt rettidigt op. I 2020 blev det herudover indført, at borgere fik direkte svarbrev i e-boks, som en ekstra service udover svaret til prøvetagende læge/rekvirenten, men det har umiddelbart ikke givet anledning til at flere kvinder bliver fulgt op inden for den anbefalede tidsramme. Selvom der sendes svar til borgeren direkte i e-boks, er det stadig den prøvetagende læge/rekvirenten, der har ansvaret for korrekt opfølgning ved unormale eller uegnede prøvesvar. Dette er præciseret i en retningslinje fra Sundhedsstyrelsen i 2012.

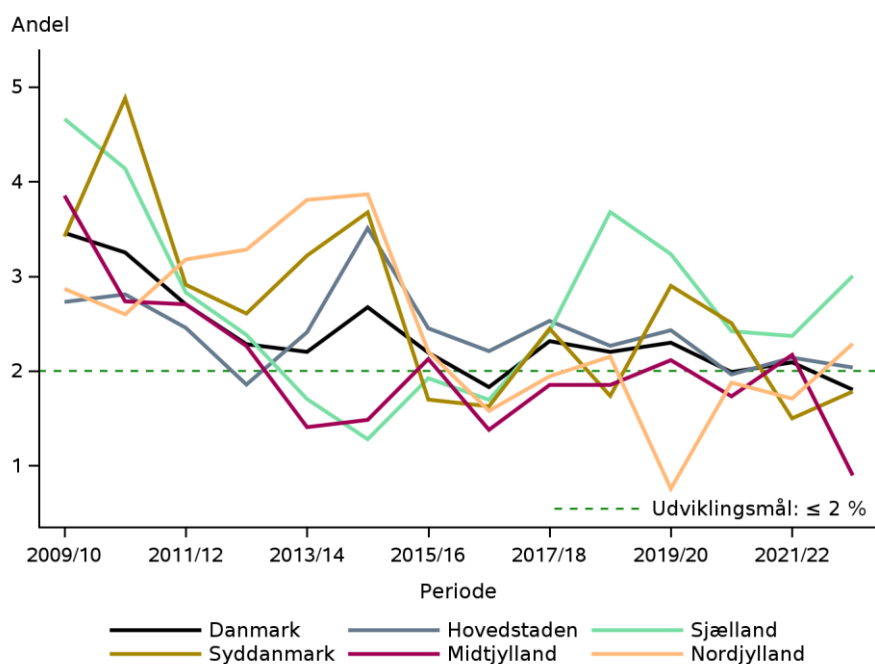
De regionale screeningscentre kan selv tilgå de lokale ledelsesinformationssystemer og identificere celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt rettidigt op. Tidligere fik man en gang årligt tilsendt disse lister af Sundhedsvæsenets kvalitetsinstitut. Uanset hvordan celleprøver med svære celleforandringer uden rettidig opfølgning identificeres, har de lokale screeningscentre haft mulighed for at undersøge, hvilke årsager der var til manglende opfølgning. Dette har tidligere været angivet i DKLS rapporten, og i langt de fleste tilfælde var årsagen graviditet, død, emigration, eller at kvinderne ikke ønskede opfølgning. Det har nu i en årrække været op til de regionale screeningscentre, om man ville afdække årsagerne til manglende opfølgning, og fra og med i år nu også at tilgå informationerne selv i de lokale ledelsesinformationssystemer. Endelig er det også de regionale screeningscentre, der kan rette henvendelse til rekvirenter, der måtte have glemt at følge op på en celleprøve med svære celleforandringer.

Man vil i fremtiden kunne sende besked direkte i e-Boks til kvinder med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt rettidigt op, så den enkelte kvinde selv kan igangsætte en undersøgelse, hvis hun ønsker det. Et nyt IT-system, hvori udvikling af denne funktion er mulig, implementeres inden længe i regionerne. Det er dog uvist, om det vil mindske antallet af prøver med svære celleforandringer, der ikke følges rettidigt op, da man som nævnt i langt de fleste tilfælde har en forklaring herpå.

Vurdering af indikatoren

Antallet af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt rettidigt op, har i mange år ligget konstant lige under eller omkring udviklingsmålet på 2%. Oftest er der en forklaring på den manglende opfølgning, som angivet under diskussion om implikationer. Det er dog stadig vigtigt at indikatoren monitoreres, og udviklingsmålet ligger lavt, ligesom det er vigtigt, at de regionale screeningscentre fortsat afdækker årsagerne til den manglende opfølgning.

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



Indikatorområde 7: Tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft på nationalt og regionalt niveau (bopælsregion)

	Udviklingsmål	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 350 tilfælde	01.10.2023 - 30.09.2024		01.10.2022 - 30.09.2023	
	opfyldt	Antal		Antal	
Danmark	Ja	308		350	
Hovedstaden		84		87	
Sjælland		61		67	
Syddanmark		77		78	
Midtjylland		67		83	
Nordjylland		19		35	

Indikator 7b: Aldersstandardiseret* incidensrate pr. 100.000 kvinder

	Udviklingsmål	Aktuelle år		Tidligere år		Samlet
	< 13.9 pr. 100.000	01.10.2023 -		01.10.2022 -		01.10.2021 -
	opfyldt	30.09.2024		30.09.2023		30.09.2022
Danmark	Ja	10,8		12,2		11,3
Hovedstaden	Ja	9,1		9,3		9,2
Sjælland	Nej	14,6		16,3		14,9
Syddanmark	Ja	13,0		13,7		12,9
Midtjylland	Ja	10,6		13,0		11,3
Nordjylland	Ja	6,5		12,5		10,5

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

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

Resultater af indikatoranalysen for indikator 7a og 7b

I aktuelle år var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 302 på landsplan ifølge data fra Cancerregisteret (indikator 7a). Dermed ligger det under det fastsatte udviklingsmål på 350 tilfælde i alt årligt. Cancerregisteret anvendes som kilde til opgørelsen idet kompletheden og validiteten af Cancerregisteret vurderes meget høj. Opgørelserne er opgjort på bopælsregion.

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft var i aktuelle år på landsplan 10,8 pr. 100.000 kvinder. Regionalt set varierer incidensen i aktuelle år pr. 100.000 indbyggere fra 9,1 (Region Hovedstaden) til 14,6 (Region Sjælland), og denne forskel gælder også når incidensen opgøres på en samlet 3-års periode (indikator 7b). Incidensen er på landsplan nedadgående over den længere tidsperiode (se trendgraf på næste side), dog med ensartede regionale forskelle over tid og en samlet en tendens til nedgang i aktuelle år.

Den aldersstandardiserede incidensrate ses opdelt på alder under Supplerende opgørelser tabel 7e, hvor det fremgår, at den højeste incidens findes i aldersgruppen 30-39 år, hvorefter incidensen falder med stigende alder. Under supplerende opgørelser ses også fordelingen af cancer stadier for livmoderhalskræft. Data angående stadier er hentet fra Cancerregisteret, hvor databasen i tidligere rapporter har anvendt Dansk Gynækologisk Cancerdatabase.

Diskussion og implikationer

Antallet af livmoderhalskræfttilfælde i Danmark og den aldersstandardiserede incidensrate er faldet let sammenlignet med de to foregående år. Der er set et fald i den aldersstandardiserede incidensrate i alle regioner og særligt stort fald i Region Nord. Dette kan dog til dels skyldes tilfældige udsving, da Region Nord samlet set har få tilfælde af livmoderhalskræft i aktuelle år. Incidensen i Region Sjælland ligger generelt højere end de øvrige regioner på trods af det aktuelle fald.

Det samlede fald i incidensrate forventes ved overgang til HPV-screening og som effekt af vaccination mod HPV. Det er kendt at HPV-screening fører til en umiddelbar stigning og derefter et fald. Der er derfor risiko for en yderligere stigning, når HPV-screening indføres for den anden halvdel af befolkningen 1. maj 2025. Det vurderes dog for tidligt at tilskrive faldet i cancerincidens disse årsager. En nyligt publiceret undersøgelse har afdækket mulige årsager til udviklingen i incidens, og her findes, at vaccination mod HPV hos børn, primær HPV screening af ældre kvinder, forbedret opfølgning af svære celleforandringer og overgang til væskebaseret cytologi er nogle af de tiltag, som er implementeret henover årene og som er mulige årsager til det observerede fald i incidens.

Der er en lille forskydning i fordelingen imellem de forskellige diagnosestadier (ses af supplerende materiale). Der er dog også en stigning i antallet af uoplyste stadier og mønstret har været skiftende fra år til år, hvorfor en tendens ikke kan konkluderes. Det kan skyldes almindelig biologisk variation og muligvis varierende kodepraksis samt overgang til brug af cancerregisteret fremfor den tidligere dedikerede indberetning til Dansk gynækologisk cancer database, som nu er udfaset og under omlægning.

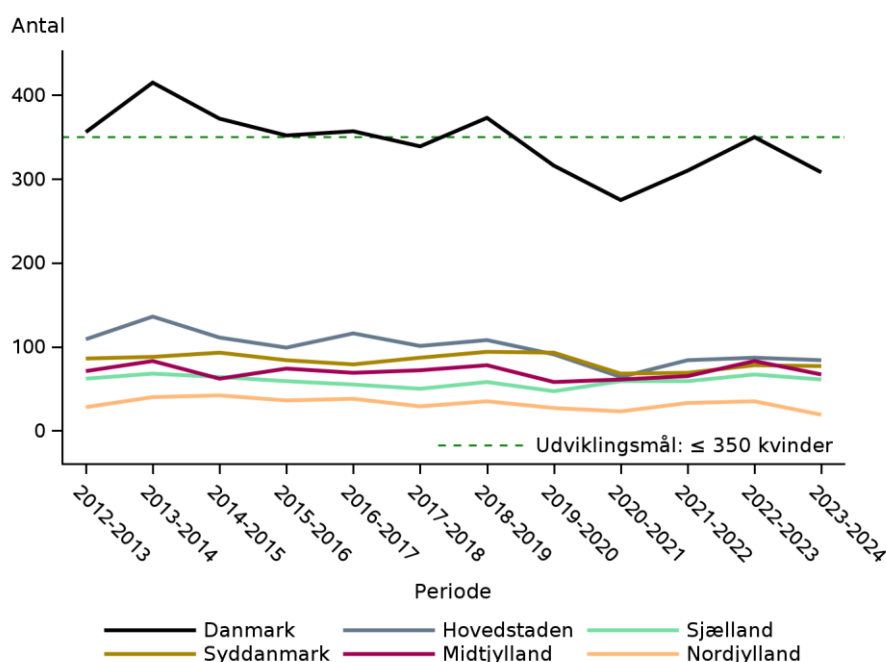
Styregruppen anbefaler fortsat, at den enkelte patologiafdeling foretager lokal audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012 vedrørende screening for livmoderhalskræft. Det anbefales endvidere, at man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

Reference Lynge et al 2024. Cervical cancer incidence in Denmark: Disentangling determinants of time trend. Cancer Epidemiology.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er et vigtigt resultatmål for screeningsindsatsen og bør fastholdes.

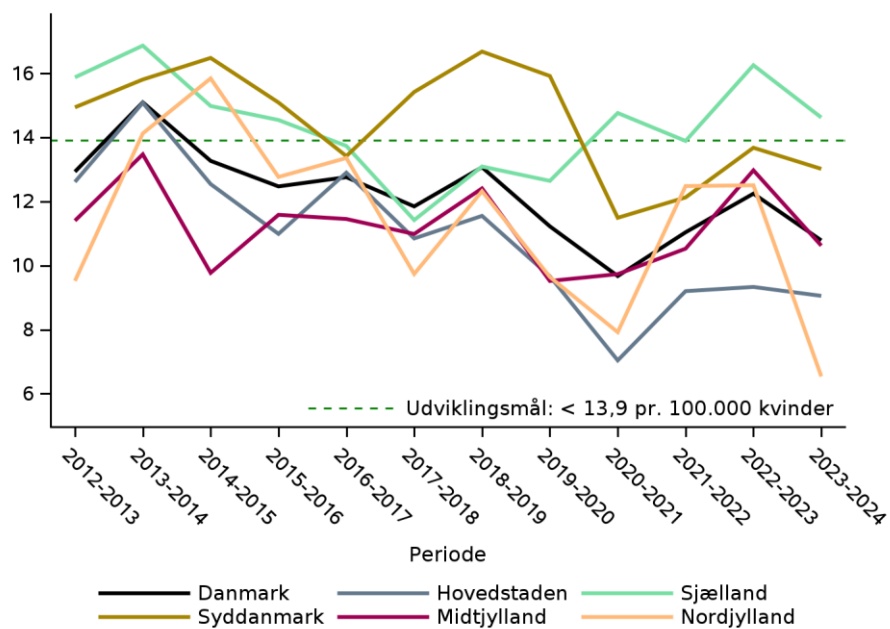
Indikator 7a: Antal ny-diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft. Trendgraf på regionsniveau.



Test for trend fra år 2012 til 2023, Kendal Tau koefficient= -0,60, $p < 0,05$.

Indikator 7b. Aldersstandardiseret* incidensrate pr 100.000 kvinder. Trendgraf på regionsniveau.

Aldersstandardiseret incidensrate



Indikatorområde 8: Keglesnit

Indikator 8. Andelen af CIN2+ diagnoser blandt keglesnit

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perio- der	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	3.361 / 4.940	0 (0)	68,0	(66,7-69,3)	66,5	66,8
Hovedstaden	1.066 / 1.727	0 (0)	61,7	(59,4-64,0)	62,8	64,4
Sjælland	350 / 594	0 (0)	58,9	(55,0-62,9)	56,0	60,5
Syddanmark	701 / 917	0 (0)	76,4	(73,7-79,2)	72,5	71,5
Midtjylland	935 / 1.170	0 (0)	79,9	(77,6-82,2)	77,1	74,3
Nordjylland	294 / 509	0 (0)	57,8	(53,5-62,1)	58,3	53,3
Hovedstaden	1.066 / 1.727	0 (0)	61,7	(59,4-64,0)	62,8	64,4
Amager og Hvidovre Hospital	108 / 170	0 (0)	63,5	(55,8-70,8)	69,1	77,1
Bornholms Hospital	16 / 28	0 (0)	57,1	(37,2-75,5)	77,8	84,0
Herlev og Gentofte Hospital	26 / 50	0 (0)	52,0	(37,4-66,3)	48,8	58,2
Hospitalet i Nordsjælland	18 / 49	0 (0)	36,7	(23,4-51,7)	61,5	48,9
Rigshospitalet	62 / 115	0 (0)	53,9	(44,4-63,2)	65,1	60,0
Private aktører	836 / 1.315	0 (0)	63,6	(60,9-66,2)	62,6	63,8
Sjælland	350 / 594	0 (0)	58,9	(55,0-62,9)	56,0	60,5
Region Sjællands Sygehusvæ- sen	140 / 264	0 (0)	53,0	(46,8-59,2)	48,6	57,8
Private aktører	210 / 330	0 (0)	63,6	(58,2-68,8)	63,0	62,3
Syddanmark	701 / 917	0 (0)	76,4	(73,7-79,2)	72,5	71,5
Esbjerg Sygehus Grindsted Sy- gehus	90 / 139	0 (0)	64,7	(56,2-72,7)	69,3	72,9
Odense Universitetshospital - Svendborg	82 / 118	0 (0)	69,5	(60,3-77,6)	58,8	70,5
Sygehus Lillebælt	94 / 126	0 (0)	74,6	(66,1-81,9)	65,5	62,3
Sygehus Sønderjylland	46 / 65	0 (0)	70,8	(58,2-81,4)	74,4	67,7
Private aktører	389 / 469	0 (0)	82,9	(79,2-86,2)	80,2	74,6
Midtjylland	935 / 1.170	0 (0)	79,9	(77,6-82,2)	77,1	74,3
Aarhus Universitetshospital	18 / 34	0 (0)	52,9	(35,1-70,2)	69,6	53,6
Hospitalsenhed Midt	39 / 56	0 (0)	69,6	(55,9-81,2)	66,0	81,2
Regionshospitalet Gødstrup	129 / 161	0 (0)	80,1	(73,1-86,0)	73,5	73,9

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perio- der	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Regionshospitalet Horsens	139 / 162	0 (0)	85,8	(79,5-90,8)	87,6	86,6
Regionshospitalet Randers	158 / 184	0 (0)	85,9	(80,0-90,6)	77,7	74,5
Private aktører	452 / 573	0 (0)	78,9	(75,3-82,2)	76,4	72,1
Nordjylland	294 / 509	0 (0)	57,8	(53,5-62,1)	58,3	53,3
Aalborg Universitetshospital	78 / 114	0 (0)	68,4	(59,1-76,8)	72,4	74,0
Aalborg Universitetshospital, Thisted	31 / 42	0 (0)	73,8	(58,0-86,1)	72,3	67,4
Regionshospitalet Nordjylland	72 / 83	0 (0)	86,7	(77,5-93,2)	88,2	75,0
Private aktører	113 / 270	0 (0)	41,9	(35,9-48,0)	39,0	34,5
Private aktører	15 / 23	0 (0)	65,2	(42,7-83,6)	70,6	90,0

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

Datagrundlag og metode.

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

Tæller. CIN2, CIN3, AIS og karcinom

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8

Det er væsentligt for kvaliteten af screening og behandling, at der ikke foretages flere keglesnitsindgreb end nødvendigt. Derfor er det relevant at undersøge diagnosefordelingen ved keglesnit. Der er ikke fastsat udviklingsmål for indikatoren, som opgøres for anden gang, men forbedringsretningen er opadgående, da det er målet, at keglesnit foretages ved klinisk relevant indikation (CIN2+).

Ud af alle kvinder som fik keglesnit i aktuelle år, ligger andelen med moderate og svære celleforandringer (CIN2+) på 68 %, stabilt i forhold til foregående 5-årsperiode (se trendgraf næste side). Der er forskel på resultaterne på regionsniveau, hvor andelen aktuelt ligger lavest i Region Sjælland og Region Nordjylland (57,8%) og højest i Region Midtjylland (79,9%) og Region Syddanmark (76,4%). I denne rapport vises også resultater på hospitalsniveau (rekvirerende) og for private hospitaler og praktiserende gynækologer under hver region. Der ses variation på afdelingsniveau fra omkring 50% og til omkring 85 %, og private aktører under Region Nordjylland ligger lavt (42%).

Der er væsentlig forskel på andelen af CIN2+ diagnoser ved keglesnit i forskellige aldersgrupper, hvor andelen med CIN2+ ligger på 84,2 % for kvinder under 40 år og på 30,9 % ved alder over 60 år. Dette gælder på landsplan og med samme mønster i alle regioner (supplerende opgørelse tabel 8a1).

Under Supplerende opgørelser findes diagnosefordeling ved keglesnit (tabel 8c) og en opgørelse af resektionsrande (8c), hvoraf det fremgår at andelen af frie rande på regionsniveau ligeledes har varieret.

Diskussion og implikationer

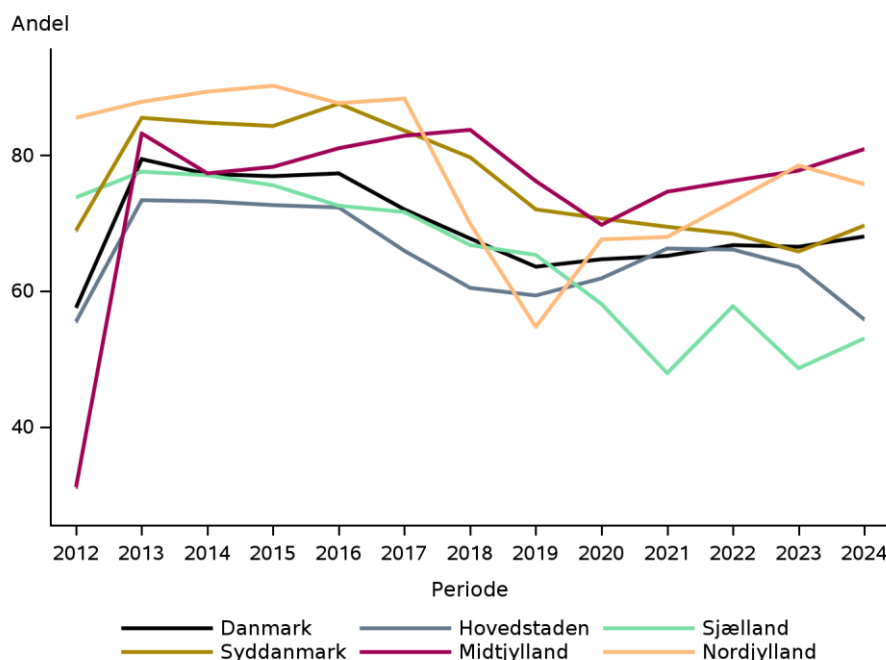
I 2024 blev der foretaget 4940 keglesnit i Danmark hvilket er lidt faldende over de sidste 2 år. Den midlertidige stigning i antallet af indgreb over tid kan skyldes omlægning til HPV screening, og vi kan måske forvente endnu en stigning, når den anden halvdel af befolkning tilbydes HPV screening pr 1. maj 2025. De regionale forskelle, der er observeret i forekomsten af CIN2+ mellem regionerne, synes ikke til at kunne forklares af aldersforskelle mellem regionerne, og der lader til at være forskellig kliniske praksis i forhold til beslutning om at udføre keglesnit. Der har været flere opdateringer af guidelines på området de sidste par år, og nogle retningslinjer åbner op for individualiseret behandling. Fælles beslutningstagning kan hermed have en betydning. Det er dog bemærkelsesværdigt, at der lader til at være systemiske forskelle som kan imødekommes ved klare guidelines og undervisning. I nogle regioner er der forskel mellem de private aktører og hospitaler, og det kan være relevant at sikre ensartethed på tværs af sektorer.

Det anbefales, at der pågår dialog om praksis for udførelse af keglesnit, der hvor der ses afdelingsmæssige forskelle indenfor regionen, og særligt mellem regioner og private aktører, hvor der er store forskelle i andelen der får keglesnit. Region Nordjylland har allerede taget initiativ til dette, og styregruppen forventes at følge op på indsatsen på dette område.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er en vigtig markør for, hvor mange kvinder der får foretaget et profylaktisk kirurgisk indgreb, som kan give komplikationer i form af blødning, læsion af naboorganer og for tidlig fødsel. Indikatoren påpeger potentiale for begrænsning af overbehandling.

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



Indikator 8a. Andelen af HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+)

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perio- der	
				01.01.2023 - 31.12.2023		2022 2021	
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		731 / 3.189	0 (0)	22,9	(21,5-24,4)	22,4	22,4
Hovedstaden		246 / 1.161	0 (0)	21,2	(18,8-23,5)	22,5	23,4
Sjælland		86 / 326	0 (0)	26,4	(21,6-31,2)	20,9	22,8
Syddanmark		151 / 558	0 (0)	27,1	(23,4-30,7)	27,0	21,0
Midtjylland		202 / 884	0 (0)	22,9	(20,1-25,6)	20,4	23,3
Nordjylland		46 / 252	0 (0)	18,3	(13,5-23,0)	21,2	19,7
Hovedstaden		246 / 1.161	0 (0)	21,2	(18,8-23,5)	22,5	23,4
Amager og Hvidovre Hospital		23 / 99	0 (0)	23,2	(15,3-32,8)	22,5	28,0
Bornholms Hospital		# / #	0 (0)	16,7	(2,1-48,4)	20,0	33,3
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 38	0 (0)	26,3	(13,4-43,1)	20,6	34,3
Hospitalerne i Nordsjælland		3 / 26	0 (0)	11,5	(2,4-30,2)	18,8	17,2
Rigshospitalet		8 / 45	0 (0)	17,8	(8,0-32,1)	19,0	22,4
Private aktører		200 / 941	0 (0)	21,3	(18,7-24,0)	22,9	22,5
Sjælland		86 / 326	0 (0)	26,4	(21,6-31,2)	20,9	22,8
Region Sjællands Sygehusvæ- sen		41 / 134	0 (0)	30,6	(22,9-39,1)	19,6	31,2
Private aktører		45 / 192	0 (0)	23,4	(17,6-30,1)	21,5	18,9
Syddanmark		151 / 558	0 (0)	27,1	(23,4-30,7)	27,0	21,0
Esbjerg Sygehus Grindsted Sy- gehus		29 / 79	0 (0)	36,7	(26,1-48,3)	25,3	18,0
Odense Universitetshospital - Svendborg		15 / 63	0 (0)	23,8	(14,0-36,2)	23,6	27,2
Sygehus Lillebælt		14 / 66	0 (0)	21,2	(12,1-33,0)	27,6	19,4
Sygehus Sønderjylland		14 / 50	0 (0)	28,0	(16,2-42,5)	35,0	32,4
Private aktører		79 / 300	0 (0)	26,3	(21,4-31,7)	27,1	18,2
Midtjylland		202 / 884	0 (0)	22,9	(20,1-25,6)	20,4	23,3
Aarhus Universitetshospital		3 / 19	0 (0)	15,8	(3,4-39,6)	0,0	0,0
Hospitalsenhed Midt		7 / 29	0 (0)	24,1	(10,3-43,5)	19,6	28,0
Regionshospitalet Gødstrup		30 / 126	0 (0)	23,8	(16,7-32,2)	12,8	.
Regionshospitalet Horsens		43 / 164	0 (0)	26,2	(19,7-33,6)	21,0	23,6
Regionshospitalet Randers		35 / 148	0 (0)	23,6	(17,1-31,3)	19,0	21,4
Private aktører		84 / 398	0 (0)	21,1	(17,2-25,4)	23,7	23,6

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perio- der	
			01.01.2023 - 31.12.2023		2022 2021	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Nordjylland	46 / 252	0 (0)	18,3	(13,5-23,0)	21,2	19,7
Aalborg Universitetshospital	7 / 65	0 (0)	10,8	(4,4-20,9)	17,6	18,1
Aalborg Universitetshospital, Thisted	5 / 28	0 (0)	17,9	(6,1-36,9)	31,0	8,0
Regionshospital Nordjylland	15 / 75	0 (0)	20,0	(11,6-30,8)	22,7	26,5
Private aktører	19 / 84	0 (0)	22,6	(14,2-33,0)	19,2	18,1
Private aktører	0 / 8	0 (0)	0,0	(0,0-36,9)	25,0	12,5

	Antal	Årsag
Eksklusion:	134	Rekvistion af samme materiale (P30750)
	1.836	Ingen CIN2+ diagnose
	460	Ingen prøve efter konus

Datagrundlag og metode.

Nævner. Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus) og diagnosen er CIN2+. Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Rekvistioner af samme materiale er ekskluderet (p30750) (som i nuværende indikator 8).

Tæller. Positive svar på HPV-test, der ligger efter dato for konus (men indenfor 1 år). En af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468').

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8a

Indikator 8a er med for første gang i denne rapport og angiver andelen af personer, som har en positiv HPV prøve ved første test efter keglesnit for CIN2+. Andelen ligger på 21,4 % samlet set, og der er regional variation, hvor Region Hovedstaden og Nordjylland ligger på 14-19% og Region Sjælland, Syddanmark og Midtjylland ligger på 24-28,8 %. Der er samtidig indenfor regionerne forskelle på afdelingernes resultater, dog ses en større ensartethed indenfor Region Nordjylland som samlet set ligger lavest. Det er første gang indikatoren vises, og der er endnu ikke fastsat udviklingsmål, men forbedringsretningen er nedadgående, da ønsket er færrest mulige HPV positive efter keglesnit.

Diskussion og implikationer

Overordnet set er risikoen for positiv HPV prøve efter keglesnit med CIN2+ mellem 17 og 25%. Der er usikkerhed på estimerterne af små tal for denne indikator. Vurderingen er overordnet at resultatet er relativt ensartet.

Det er interessant at bemærke, at der er store regionale forskelle i resektionsrande (som anført under indikator 8 og opgjort ved supplerende tabel 8c), men det dette lader ikke til at få indflydelse på andelen, der er HPV positive efter keglesnit. Hos kvinder over 60 år vil andelen af positive HPV prøver efter keglesnit være ca. 50%, og det er derfor

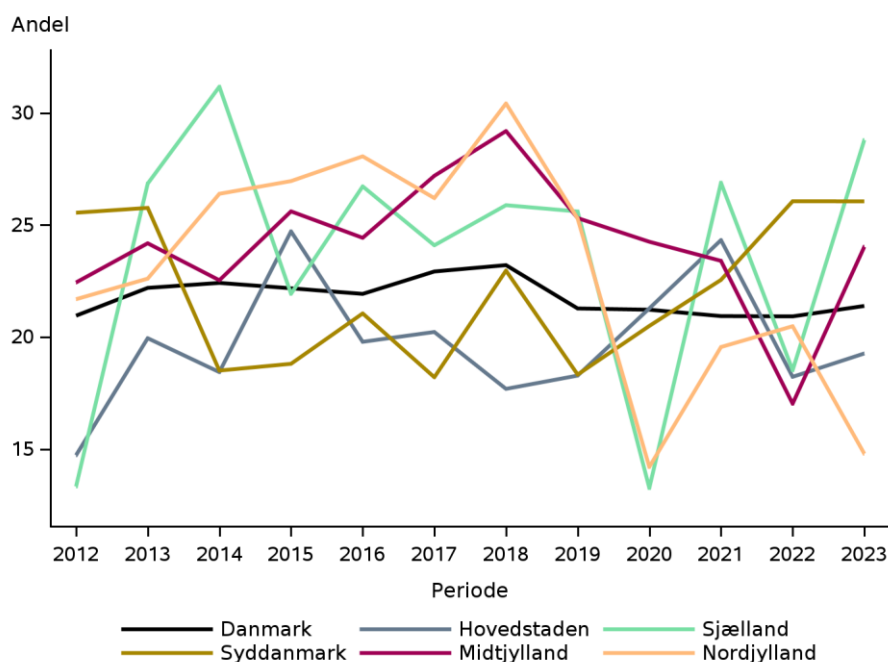
vigtigt at være opmærksom på, om der kan være forskelle i aldersfordelingen. Resektionsrande er en etableret risiko for residual sygdom, men da det i vores data ikke udmøntes i forskel i HPV rate kan det skyldes, at der er lokale forskelle i kodepraksis vedr. resektionsrande.

Styregruppen anbefaler, at der sikres ensartet kodning af resektionsrande på tværs af Danmark.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er opgjort for første gang i denne årsrapport og vurderes relevant og kvalitetskritisk.

Indikator 8a: Andelen af HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+). Trendgraf på regionsniveau.



4. Supplerende opgørelser

Indikatorområde 1: Kapacitet

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

	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	Udviklingsmål	01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
	opfyldt	Antal	Antal	Antal
Danmark	0(0)	186.424	189.092	194.101
Hovedstaden	0(0)	67.178	65.992	67.674
Sjælland	0(0)	21.736	22.436	22.007
Syddanmark	0(0)	34.738	35.914	38.005
Midtjylland	0(0)	46.353	47.287	48.447
Nordjylland	0(0)	16.419	17.463	17.968
Hovedstaden	0(0)	67.178	65.992	67.674
Hvidovre	0(0)	67.178	65.992	67.674
Sjælland	0(0)	21.736	22.436	22.007
Næstved	0(0)	21.736	22.436	22.007
Syddanmark	0(0)	34.738	35.914	38.005
Esbjerg/Aabenraa	0(0)	10.033	10.938	11.869
Vejle	0(0)	24.705	24.976	26.136
Midtjylland	0(0)	46.353	47.287	48.447
Randers	0(0)	46.353	47.287	48.447
Nordjylland	0(0)	16.419	17.463	17.968
Aalborg	0(0)	16.419	17.463	17.968

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

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23.

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

Indikator 1a er afgrænset til cytologi undersøgte prøver, udelukkende

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

	Udviklingsmål opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal	01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
		(%)	Antal	Antal	Antal
Danmark		0(0)	94.839	126.951	130.261
Hovedstaden		0(0)	34.860	44.889	45.496
Sjælland		0(0)	12.067	16.682	17.280
Syddanmark		0(0)	18.928	23.921	25.271
Midtjylland		0(0)	19.921	29.264	29.838
Nordjylland		0(0)	9.063	12.195	12.376
Hovedstaden		0(0)	34.860	44.889	45.496
Hvidovre		0(0)	34.860	44.889	45.496
Sjælland		0(0)	12.067	16.682	17.280
Næstved		0(0)	12.067	16.682	17.280
Syddanmark		0(0)	18.928	23.921	25.271
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	8.121	9.409	10.330
Vejle		0(0)	10.807	14.512	14.941
Midtjylland		0(0)	19.921	29.264	29.838
Randers		0(0)	19.921	29.264	29.838
Nordjylland		0(0)	9.063	12.195	12.376
Aalborg		0(0)	9.063	12.195	12.376

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

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23.

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

Indikator 1b er afgrænset til HPV undersøgte prøver, udelukkende.

Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun cytologi- og HPV-undersøgte prøver (begge typer)

	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
	Udviklingsmål	01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
	opfyldt	Antal	Antal	Antal
Danmark	0(0)	50.772	50.869	46.674
Hovedstaden	0(0)	12.451	13.070	12.335
Sjælland	0(0)	5.850	6.833	6.224
Syddanmark	0(0)	13.067	10.180	8.254
Midtjylland	0(0)	13.057	14.018	13.084
Nordjylland	0(0)	6.347	6.768	6.777
Hovedstaden	0(0)	12.451	13.070	12.335
Hvidovre	0(0)	12.451	13.070	12.335
Sjælland	0(0)	5.850	6.833	6.224
Næstved	0(0)	5.850	6.833	6.224
Syddanmark	0(0)	13.067	10.180	8.254
Esbjerg/Aabenraa	0(0)	6.429	5.548	4.682
Vejle	0(0)	6.638	4.632	3.572
Midtjylland	0(0)	13.057	14.018	13.084
Randers	0(0)	13.057	14.018	13.084
Nordjylland	0(0)	6.347	6.768	6.777
Aalborg	0(0)	6.347	6.768	6.777

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

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

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

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

	Udviklingsmål opfyldt	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
		antal	01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
		(%)	Antal	Antal	Antal
Danmark		0(0)	13.490	13.910	7.912
Hovedstaden		0(0)	6.510	9.037	5.926
Sjælland		0(0)	97		
Syddanmark		0(0)	2.169	830	
Midtjylland		0(0)	3.901	3.630	1.986
Nordjylland		0(0)	813	413	
Hovedstaden		0(0)	6.510	9.037	5.926
Hvidovre		0(0)	6.510	9.037	5.926
Sjælland		0(0)	97		
Næstved		0(0)	97		
Syddanmark		0(0)	2.169	830	
Esbjerg/Aabenraa		0(0)	998	363	
Vejle		0(0)	1.171	467	
Midtjylland		0(0)	3.901	3.630	1.986
Randers		0(0)	3.901	3.630	1.986
Nordjylland		0(0)	813	413	
Aalborg		0(0)	813	413	

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X010 selvopsamlede prøver

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

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

Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologiafdeling

	Uoplyst	Aktuelle år	Tidligere år	
Udviklingsmål	antal	01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
opfyldt	(%)	Antal	Antal	Antal
Danmark	0(0)	8.758	8.380	7.483
Hovedstaden	0(0)	2.192	1.588	#
Sjælland	0(0)	3.008	2.695	2.981
Syddanmark	0(0)	3.047	3.568	4.064
Midtjylland	0(0)	156	177	149
Nordjylland	0(0)	355	352	287
Hovedstaden	0(0)	2.192	1.588	#
Hvidovre	0(0)	2.192	1.588	#
Sjælland	0(0)	3.008	2.695	2.981
Næstved	0(0)	3.008	2.695	2.981
Syddanmark	0(0)	3.047	3.568	4.064
Esbjerg/Aabenraa	0(0)	756	964	998
Vejle	0(0)	2.291	2.604	3.066
Midtjylland	0(0)	156	177	149
Randers	0(0)	156	177	149
Nordjylland	0(0)	355	352	287
Aalborg	0(0)	355	352	287

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

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

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

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

Tabel 1f. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder i 2024

	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Danmark	4	0,0	511	0,5	709	0,6	565	0,5	2.800	2,5	19	0,0	197	0,2	104.979	93,8	2.070	1,9	12	0,0	111.866
Hovedstaden	#	0,0	175	0,5	158	0,4	248	0,7	1.010	2,7	4	0,0	102	0,3	36.026	94,8	264	0,7	0	0,0	37.988
Sjælland	0	0,0	70	0,5	235	1,7	47	0,3	316	2,3	3	0,0	23	0,2	13.057	93,9	147	1,1	#	0,0	13.900
Syddanmark	#	0,0	97	0,4	110	0,4	126	0,5	397	1,5	#	0,0	47	0,2	24.362	93,3	979	3,7	4	0,0	26.124
Midtjylland	0	0,0	125	0,5	94	0,4	104	0,4	927	3,9	9	0,0	21	0,1	22.165	92,4	529	2,2	4	0,0	23.978
Nordjylland	#	0,0	44	0,4	112	1,1	40	0,4	150	1,5	#	0,0	4	0,0	9.369	94,9	151	1,5	#	0,0	9.876

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

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

Tabel 1g. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige HPV-screenede kvinder i 2024

	HPV negative				HPV positive																Uegnet		I alt		
			I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Andre				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Danmark	67.662	90,7	6.638	8,9	#	0,0	359	5,4	411	6,2	302	4,5	799	12,0	13	0,2	39	0,6	4.673	70,4	67	1,0	281	0,4	74.607
Hovedstaden	23.683	90,8	2.367	9,1	#	0,0	133	5,6	119	5,0	131	5,5	251	10,6	4	0,2	16	0,7	1.709	72,2	11	0,5	22	0,1	26.080
Sjælland	8.665	90,9	830	8,7	0	0,0	46	5,5	116	14,0	26	3,1	88	10,6	4	0,5	4	0,5	532	64,1	17	2,0	36	0,4	9.534
Syddanmark	13.936	90,7	1.320	8,6	0	0,0	64	4,8	56	4,2	39	3,0	96	7,3	#	0,1	16	1,2	1.030	78,0	28	2,1	95	0,6	15.361
Midtjylland	15.040	90,5	1.471	8,8	0	0,0	90	6,1	59	4,0	70	4,8	266	18,1	3	0,2	3	0,2	977	66,4	8	0,5	111	0,7	16.627
Nordjylland	6.338	90,5	650	9,3	0	0,0	26	4,0	61	9,4	36	5,5	98	15,1	#	0,2	0	0,0	425	65,4	3	0,5	17	0,2	7.005

Tabel 1h. Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologscreenede kvinder i 2024

	Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Danmark	0	0,0	301	0,5	1.366	2,0	477	0,7	2.566	3,8	#	0,0	38	0,1	60.760	91,0	1.236	1,9	5	0,0	66.750
Hovedstaden	0	0,0	120	0,5	439	1,7	263	1,0	875	3,4	0	0,0	27	0,1	23.818	92,8	130	0,5	#	0,0	25.673
Sjælland	0	0,0	23	0,4	214	3,8	27	0,5	203	3,6	#	0,0	3	0,1	5.037	89,9	98	1,7	0	0,0	5.606
Syddanmark	0	0,0	40	0,3	171	1,4	63	0,5	335	2,8	0	0,0	6	0,0	10.911	89,7	637	5,2	3	0,0	12.166
Midtjylland	0	0,0	86	0,5	294	1,8	77	0,5	902	5,4	0	0,0	#	0,0	15.106	90,2	285	1,7	0	0,0	16.751
Nordjylland	0	0,0	32	0,5	248	3,8	47	0,7	251	3,8	0	0,0	#	0,0	5.888	89,8	86	1,3	#	0,0	6.554

Tabel 1j. Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige HPV-screenede kvinder i 2024

	HPV negative								HPV positive												Uegnet				I alt
			I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Andre				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Danmark	22.173	93,2	1.545	6,5	3	0,2	61	3,9	63	4,1	63	4,1	163	10,6	#	0,1	#	0,1	1.177	76,2	15	1,0	64	0,3	23.785
Hovedstaden	6.374	93,0	475	6,9	0	0,0	19	4,0	13	2,7	21	4,4	73	15,4	#	0,2	0	0,0	348	73,3	#	0,2	7	0,1	6.857
Sjælland	3.090	93,2	220	6,6	#	0,5	8	3,6	21	9,5	6	2,7	14	6,4	0	0,0	0	0,0	167	75,9	3	1,4	7	0,2	3.317
Syddanmark	5.208	93,4	342	6,1	#	0,3	8	2,3	8	2,3	12	3,5	31	9,1	0	0,0	#	0,3	279	81,6	3	0,9	23	0,4	5.574
Midtjylland	4.983	93,4	333	6,2	0	0,0	20	6,0	9	2,7	20	6,0	34	10,2	0	0,0	#	0,3	242	72,7	7	2,1	21	0,4	5.337
Nordjylland	2.518	93,3	175	6,5	#	0,6	6	3,4	12	6,9	4	2,3	11	6,3	0	0,0	0	0,0	141	80,6	#	0,6	6	0,2	2.700

Tabel 1i. Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder i 2024 fordelt på vaccinationsstatus

		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
Danmark	Børnevaccination (Min 1 vaccination før 16 års alder)	0	0,0	244	0,4	1.137	2,0	398	0,7	2.183	3,9	#	0,0	32	0,1	50.997	90,9	1.085	1,9	4	0,0	56.081
	Øvrige vaccinationer	0	0,0	4	0,4	21	2,2	5	0,5	40	4,2	0	0,0	0	0,0	867	91,2	14	1,5	0	0,0	951
	Aldrig vaccineret	0	0,0	53	0,5	208	2,1	74	0,8	343	3,5	0	0,0	6	0,1	8.896	91,5	137	1,4	#	0,0	9.718

Indikatorområde 2: Deltagelse

Indikator 2_1: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter invitationen

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år 2022 2021	
	≥ 50%	Tæller/					
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	117.322 / 361.705	0 (0)	32,4	(32,3-32,6)	32,3	33,7
Hovedstaden	Nej	36.215 / 126.758	0 (0)	28,6	(28,3-28,8)	28,9	30,8
Sjælland	Nej	15.470 / 47.387	0 (0)	32,6	(32,2-33,1)	32,7	33,7
Syddanmark	Nej	24.736 / 70.782	0 (0)	34,9	(34,6-35,3)	34,2	34,9
Midtjylland	Nej	29.313 / 83.949	0 (0)	34,9	(34,6-35,2)	34,6	36,1
Nordjylland	Nej	11.588 / 32.829	0 (0)	35,3	(34,8-35,8)	34,2	35,4

Indikator 2_2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 90 dage efter første påmindelse

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år 2022 2021	
	≥ 40%	Tæller/					
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	56.653 / 242.944	0 (0)	23,3	(23,2-23,5)	24,4	24,8
Hovedstaden	Nej	19.133 / 87.351	0 (0)	21,9	(21,6-22,2)	22,9	24,2
Sjælland	Nej	7.392 / 31.990	0 (0)	23,1	(22,6-23,6)	23,9	23,4
Syddanmark	Nej	10.785 / 46.057	0 (0)	23,4	(23,0-23,8)	24,4	24,7
Midtjylland	Nej	14.133 / 56.133	0 (0)	25,2	(24,8-25,5)	26,7	26,5
Nordjylland	Nej	5.210 / 21.413	0 (0)	24,3	(23,8-24,9)	24,7	24,9

Indikator 2_3: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 90 dage efter anden påmindelse

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2023 - 31.12.2023		Tidligere år 2022 2021	
	≥ 20%	Tæller/					
	opfyldt	nævner		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	29.308 / 179.591	0 (0)	16,3	(16,1-16,5)	16,5	16,2
Hovedstaden	Nej	10.391 / 64.982	0 (0)	16,0	(15,7-16,3)	17,0	16,3
Sjælland	Nej	3.456 / 24.473	0 (0)	14,1	(13,7-14,6)	15,0	14,8
Syddanmark	Nej	5.606 / 34.717	0 (0)	16,1	(15,8-16,5)	15,9	16,3
Midtjylland	Nej	7.205 / 39.185	0 (0)	18,4	(18,0-18,8)	17,3	17,2
Nordjylland	Nej	2.650 / 16.234	0 (0)	16,3	(15,8-16,9)	15,8	15,6

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

	Alder	Tæller / nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	23-64	217.833 / 361.705	60,2	(60,1-60,4)	61,2	61,1
	23-24	18.443 / 35.955	51,3	(50,8-51,8)	53,4	54,1
	25-29	28.951 / 55.125	52,5	(52,1-52,9)	54,3	54,4
	30-34	25.290 / 45.442	55,7	(55,2-56,1)	56,7	57,1
	35-39	26.791 / 43.536	61,5	(61,1-62,0)	61,7	62,5
	40-44	27.205 / 42.689	63,7	(63,3-64,2)	64,8	65,1
	45-49	32.302 / 47.773	67,6	(67,2-68,0)	68,0	67,2
	50-54	17.144 / 26.238	65,3	(64,8-65,9)	63,8	64,0
	55-59	20.127 / 31.117	64,7	(64,2-65,2)	65,4	64,4
	60-64	21.580 / 33.830	63,8	(63,3-64,3)	65,5	63,0
Hovedstaden	23-64	72.678 / 126.758	57,3	(57,1-57,6)	59,1	59,3
	23-24	6.475 / 14.167	45,7	(44,9-46,5)	49,8	51,5
	25-29	11.244 / 22.288	50,4	(49,8-51,1)	52,0	53,9
	30-34	9.592 / 17.915	53,5	(52,8-54,3)	54,9	56,1
	35-39	9.421 / 15.913	59,2	(58,4-60,0)	60,8	61,6
	40-44	9.128 / 14.721	62,0	(61,2-62,8)	64,2	64,0
	45-49	10.402 / 15.716	66,2	(65,4-66,9)	67,3	65,5
	50-54	5.102 / 8.023	63,6	(62,5-64,6)	61,6	62,9
	55-59	6.114 / 9.591	63,7	(62,8-64,7)	64,7	61,8
	60-64	5.200 / 8.424	61,7	(60,7-62,8)	64,8	60,2
Sjælland	23-64	27.673 / 47.387	58,4	(58,0-58,8)	60,0	59,6
	23-24	1.577 / 3.428	46,0	(44,3-47,7)	48,2	48,8
	25-29	2.617 / 5.710	45,8	(44,5-47,1)	47,9	46,9
	30-34	2.843 / 5.485	51,8	(50,5-53,2)	54,1	53,2
	35-39	3.403 / 5.670	60,0	(58,7-61,3)	59,7	60,1
	40-44	3.788 / 6.033	62,8	(61,6-64,0)	63,3	63,9
	45-49	4.742 / 7.063	67,1	(66,0-68,2)	67,5	65,9
	50-54	2.776 / 4.472	62,1	(60,7-63,5)	66,3	63,5
	55-59	2.923 / 4.733	61,8	(60,4-63,1)	63,1	63,0
	60-64	3.004 / 4.793	62,7	(61,3-64,0)	65,1	65,9
Syddanmark	23-64	43.834 / 70.782	61,9	(61,6-62,3)	61,5	61,4
	23-24	3.181 / 6.157	51,7	(50,4-52,9)	52,1	52,5
	25-29	5.124 / 9.812	52,2	(51,2-53,2)	54,4	52,5
	30-34	4.678 / 8.378	55,8	(54,8-56,9)	56,4	56,7
	35-39	5.429 / 8.601	63,1	(62,1-64,1)	61,2	61,9
	40-44	5.574 / 8.607	64,8	(63,8-65,8)	64,9	65,3

	Alder	Tæller / nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2023 - 31.12.2023		2022	2021
			Andel	95% CI	Andel	Andel
	45-49	6.838 / 9.915	69,0	(68,1-69,9)	68,1	68,4
	50-54	3.782 / 5.570	67,9	(66,7-69,1)	63,9	64,2
	55-59	4.612 / 6.881	67,0	(65,9-68,1)	65,6	65,9
	60-64	4.616 / 6.861	67,3	(66,2-68,4)	66,6	66,7
Midtjylland	23-64	53.258 / 83.949	63,4	(63,1-63,8)	64,4	64,0
	23-24	5.178 / 8.856	58,5	(57,4-59,5)	59,3	59,0
	25-29	7.187 / 12.518	57,4	(56,5-58,3)	58,9	59,2
	30-34	5.806 / 9.705	59,8	(58,8-60,8)	60,4	60,9
	35-39	6.217 / 9.538	65,2	(64,2-66,1)	65,1	66,4
	40-44	6.248 / 9.420	66,3	(65,4-67,3)	67,2	67,6
	45-49	7.434 / 10.752	69,1	(68,3-70,0)	70,3	69,8
	50-54	3.958 / 5.797	68,3	(67,1-69,5)	65,3	66,4
	55-59	4.538 / 6.820	66,5	(65,4-67,7)	68,4	66,8
	60-64	6.692 / 10.543	63,5	(62,6-64,4)	65,9	61,7
Nordjylland	23-64	20.390 / 32.829	62,1	(61,6-62,6)	62,0	62,2
	23-24	2.032 / 3.347	60,7	(59,1-62,4)	60,5	60,3
	25-29	2.779 / 4.797	57,9	(56,5-59,3)	59,3	57,3
	30-34	2.371 / 3.959	59,9	(58,4-61,4)	59,5	58,5
	35-39	2.321 / 3.814	60,9	(59,3-62,4)	61,0	62,1
	40-44	2.467 / 3.908	63,1	(61,6-64,6)	63,1	64,5
	45-49	2.886 / 4.327	66,7	(65,3-68,1)	65,2	66,5
	50-54	1.526 / 2.376	64,2	(62,3-66,2)	62,7	61,7
	55-59	1.940 / 3.092	62,7	(61,0-64,4)	63,9	66,2
	60-64	2.068 / 3.209	64,4	(62,8-66,1)	64,4	64,4

Alder ved HPV vaccination siden 2006

	Antal	%
<12 år	31.941	3,6
12-13 år	458.978	52,3
14-15 år	98.738	11,2
16-19 år	37.589	4,3
20-29 år	192.077	21,9
30-49 år	49.407	5,6
>=50 år	9.564	1,1

Indikatorområde 3: Dækningsgrad

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

		2019-2024		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
Danmark	I alt	1.000.524 / 1.381.521	72,4	(72,3-72,5)
Hovedstaden	I alt	348.452 / 476.789	73,1	(73,0-73,2)
	Albertslund	4.227 / 6.360	66,5	(65,3-67,6)
	Allerød	4.728 / 6.084	77,7	(76,7-78,8)
	Ballerup	8.588 / 12.427	69,1	(68,3-69,9)
	Bornholm	5.778 / 8.426	68,6	(67,6-69,6)
	Brøndby	5.721 / 9.411	60,8	(59,8-61,8)
	Dragør	2.407 / 3.258	73,9	(72,4-75,4)
	Egedal	8.052 / 11.106	72,5	(71,7-73,3)
	Fredensborg	7.129 / 9.868	72,2	(71,4-73,1)
	Frederiksberg	20.981 / 26.918	77,9	(77,4-78,4)
	Frederikssund	7.489 / 10.871	68,9	(68,0-69,8)
	Furesø	7.250 / 9.921	73,1	(72,2-74,0)
	Gentofte	13.648 / 18.199	75,0	(74,4-75,6)
	Gladsaxe	12.294 / 17.058	72,1	(71,4-72,7)
	Glostrup	4.002 / 5.839	68,5	(67,3-69,7)
	Gribskov	6.343 / 9.444	67,2	(66,2-68,1)
	Halsnæs	4.597 / 7.124	64,5	(63,4-65,6)
	Helsingør	10.743 / 14.751	72,8	(72,1-73,5)
	Herlev	4.996 / 7.199	69,4	(68,3-70,5)
	Hillerød	9.543 / 13.141	72,6	(71,9-73,4)
	Hvidovre	8.973 / 12.687	70,7	(69,9-71,5)
	Høje-Taastrup	8.786 / 13.998	62,8	(62,0-63,6)
	Hørsholm	4.102 / 5.622	73,0	(71,8-74,1)
	Ishøj	3.417 / 5.683	60,1	(58,9-61,4)
	København	137.081 / 179.197	76,5	(76,3-76,7)
	Lyngby-Taarbæk	10.125 / 13.474	75,1	(74,4-75,9)
	Rudersdal	9.703 / 12.933	75,0	(74,3-75,8)
	Rødovre	7.400 / 11.090	66,7	(65,8-67,6)
	Tårnby	7.580 / 10.535	72,0	(71,1-72,8)
	Vallensbæk	2.769 / 4.142	66,9	(65,4-68,3)
Sjælland	I alt	131.154 / 194.406	67,5	(67,3-67,7)
	Faxe	5.453 / 8.616	63,3	(62,3-64,3)
	Greve	8.399 / 12.435	67,5	(66,7-68,4)
	Guldborgsund	8.397 / 13.107	64,1	(63,2-64,9)
	Holbæk	11.702 / 17.217	68,0	(67,3-68,7)

		2019-2024		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
	Kalundborg	6.804 / 10.739	63,4	(62,4-64,3)
	Køge	10.493 / 14.881	70,5	(69,8-71,2)
	Lejre	4.695 / 6.857	68,5	(67,4-69,6)
	Lolland	5.060 / 8.221	61,5	(60,5-62,6)
	Næstved	13.293 / 19.337	68,7	(68,1-69,4)
	Odsherred	4.298 / 6.726	63,9	(62,8-65,0)
	Ringsted	5.848 / 8.561	68,3	(67,3-69,3)
	Roskilde	15.651 / 21.356	73,3	(72,7-73,9)
	Slagelse	12.305 / 18.300	67,2	(66,6-67,9)
	Solrød	4.224 / 5.765	73,3	(72,1-74,4)
	Sorø	4.793 / 7.146	67,1	(66,0-68,2)
	Stevns	3.387 / 5.350	63,3	(62,0-64,6)
	Vordingborg	6.352 / 9.792	64,9	(63,9-65,8)
Syddanmark	I alt	199.318 / 277.712	71,8	(71,6-71,9)
	Aabenraa	8.735 / 12.811	68,2	(67,4-69,0)
	Assens	6.602 / 9.129	72,3	(71,4-73,2)
	Billund	4.307 / 6.030	71,4	(70,3-72,6)
	Esbjerg	19.007 / 25.242	75,3	(74,8-75,8)
	Faaborg-Midtfyn	8.255 / 11.784	70,1	(69,2-70,9)
	Fanø	465 / 667	69,7	(66,2-73,2)
	Fredericia	8.250 / 11.873	69,5	(68,7-70,3)
	Haderslev	8.587 / 12.101	71,0	(70,2-71,8)
	Kerteminde	3.835 / 5.442	70,5	(69,3-71,7)
	Kolding	15.571 / 21.925	71,0	(70,4-71,6)
	Langeland	1.587 / 2.422	65,5	(63,6-67,4)
	Middelfart	6.589 / 9.320	70,7	(69,8-71,6)
	Nordfyns	4.612 / 6.686	69,0	(67,9-70,1)
	Nyborg	5.149 / 7.350	70,1	(69,0-71,1)
	Odense	36.347 / 47.586	76,4	(76,0-76,8)
	Svendborg	9.724 / 13.306	73,1	(72,3-73,8)
	Sønderborg	11.411 / 16.211	70,4	(69,7-71,1)
	Tønder	5.139 / 7.773	66,1	(65,1-67,2)
	Varde	7.618 / 10.805	70,5	(69,6-71,4)
	Vejen	6.570 / 9.305	70,6	(69,7-71,5)
	Vejle	20.246 / 28.741	70,4	(69,9-71,0)
	Ærø	712 / 1.203	59,2	(56,4-62,0)
Midtjylland	I alt	228.054 / 309.658	73,6	(73,5-73,8)
	Aarhus	65.443 / 84.202	77,7	(77,4-78,0)
	Favrskov	8.704 / 11.505	75,7	(74,9-76,4)
	Hedensted	7.475 / 11.060	67,6	(66,7-68,5)
	Herning	14.743 / 19.873	74,2	(73,6-74,8)
	Holstebro	9.492 / 12.882	73,7	(72,9-74,4)

		2019-2024		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
	Horsens	16.071 / 22.450	71,6	(71,0-72,2)
	Ikast-Brande	6.717 / 9.533	70,5	(69,5-71,4)
	Lemvig	2.738 / 3.958	69,2	(67,7-70,6)
	Norddjurs	5.272 / 7.887	66,8	(65,8-67,9)
	Odder	3.924 / 5.413	72,5	(71,3-73,7)
	Randers	16.492 / 23.240	71,0	(70,4-71,5)
	Ringkøbing-Skjern	8.222 / 11.898	69,1	(68,3-69,9)
	Samsø	471 / 751	62,7	(59,3-66,2)
	Silkeborg	17.827 / 23.859	74,7	(74,2-75,3)
	Skanderborg	11.848 / 15.440	76,7	(76,1-77,4)
	Skive	6.695 / 9.501	70,5	(69,5-71,4)
	Struer	3.070 / 4.143	74,1	(72,8-75,4)
	Syddjurs	7.024 / 9.953	70,6	(69,7-71,5)
	Viborg	15.826 / 22.110	71,6	(71,0-72,2)
Nordjylland	I alt	93.529 / 130.003	71,9	(71,7-72,2)
	Aalborg	37.028 / 49.404	74,9	(74,6-75,3)
	Brønderslev	5.817 / 8.248	70,5	(69,5-71,5)
	Frederikshavn	8.564 / 12.246	69,9	(69,1-70,7)
	Hjørring	9.928 / 14.076	70,5	(69,8-71,3)
	Jammerbugt	5.822 / 8.452	68,9	(67,9-69,9)
	Læsø	214 / 330	64,8	(59,7-70,0)
	Mariagerfjord	6.487 / 9.266	70,0	(69,1-70,9)
	Morsø	2.793 / 3.992	70,0	(68,5-71,4)
	Rebild	5.218 / 7.113	73,4	(72,3-74,4)
	Thisted	6.375 / 9.025	70,6	(69,7-71,6)
	Vesthimmerlands	5.283 / 7.851	67,3	(66,3-68,3)

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

	Aldersgruppe	Tæller / nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2019-2024*		2018-2023**	2017-2022***
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	27-64	1.000.524 / 1.381.521	72,4	(72,3-72,5)	74,5	74,2
	27-29***	84.551 / 122.374	69,1	(68,8-69,4)	70,8	69,3
	30-34	144.331 / 200.884	71,8	(71,7-72,0)	73,0	72,5
	35-39	127.777 / 179.061	71,4	(71,2-71,6)	74,8	74,2
	40-44	118.502 / 164.945	71,8	(71,6-72,1)	75,9	75,4
	45-49	129.730 / 178.008	72,9	(72,7-73,1)	77,3	76,7
	50-54	124.894 / 183.384	68,1	(67,9-68,3)	69,2	68,6
	55-59	142.952 / 185.364	77,1	(76,9-77,3)	77,6	78,6
	60-64	127.787 / 167.501	76,3	(76,1-76,5)	76,6	76,8
Hovedstaden	27-64	348.452 / 476.789	73,1	(73,0-73,2)	76,2	76,1
	27-29	34.113 / 49.913	68,3	(67,9-68,8)	70,5	70,1
	30-34	56.583 / 77.848	72,7	(72,4-73,0)	75,1	75,6
	35-39	47.591 / 65.850	72,3	(71,9-72,6)	77,2	77,0
	40-44	41.335 / 57.564	71,8	(71,4-72,2)	77,5	77,2
	45-49	43.549 / 59.598	73,1	(72,7-73,4)	78,7	78,0
	50-54	41.104 / 58.994	69,7	(69,3-70,0)	71,3	70,3
	55-59	45.499 / 57.462	79,2	(78,8-79,5)	80,1	80,8
	60-64	38.678 / 49.560	78,0	(77,7-78,4)	78,8	78,8
Sjælland	27-64	131.154 / 194.406	67,5	(67,3-67,7)	69,4	69,1
	27-29	7.278 / 12.415	58,6	(57,8-59,5)	60,2	58,6
	30-34	15.055 / 23.756	63,4	(62,8-64,0)	63,8	62,6
	35-39	15.318 / 23.439	65,4	(64,7-66,0)	68,7	67,7
	40-44	15.529 / 22.713	68,4	(67,8-69,0)	72,2	72,1
	45-49	18.188 / 25.994	70,0	(69,4-70,5)	74,9	74,2
	50-54	18.495 / 28.440	65,0	(64,5-65,6)	66,5	66,2
	55-59	21.911 / 29.920	73,2	(72,7-73,7)	73,6	73,7
	60-64	19.380 / 27.729	69,9	(69,4-70,4)	70,0	70,4
Syddanmark	27-64	199.318 / 277.712	71,8	(71,6-71,9)	72,5	72,2
	27-29	14.262 / 21.125	67,5	(66,9-68,1)	68,7	66,2
	30-34	25.911 / 36.810	70,4	(69,9-70,9)	70,4	69,6
	35-39	24.457 / 34.257	71,4	(70,9-71,9)	72,8	71,9
	40-44	23.771 / 32.709	72,7	(72,2-73,2)	74,4	73,9
	45-49	26.941 / 36.242	74,3	(73,9-74,8)	76,5	75,9
	50-54	25.875 / 38.362	67,4	(67,0-67,9)	67,7	67,7
	55-59	30.142 / 40.033	75,3	(74,9-75,7)	75,0	76,3
	60-64	27.959 / 38.174	73,2	(72,8-73,7)	73,1	73,1

		Aktuel periode			Tidligere perioder	
		2019-2024*			2018-2023**	2017-2022***
	Aldersgruppe	Tæller / nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland	27-64	228.054 / 309.658	73,6	(73,5-73,8)	75,4	74,6
	27-29	20.861 / 28.089	74,3	(73,8-74,8)	75,9	73,7
	30-34	33.378 / 44.621	74,8	(74,4-75,2)	75,5	74,2
	35-39	29.006 / 39.538	73,4	(72,9-73,8)	76,6	75,7
	40-44	27.234 / 36.995	73,6	(73,2-74,1)	77,6	76,5
	45-49	29.283 / 39.635	73,9	(73,4-74,3)	78,2	77,6
	50-54	28.139 / 41.176	68,3	(67,9-68,8)	69,0	68,1
	55-59	31.585 / 41.289	76,5	(76,1-76,9)	76,6	77,0
	60-64	28.568 / 38.315	74,6	(74,1-75,0)	73,9	73,6
Nordjylland	27-64	93.529 / 130.003	71,9	(71,7-72,2)	73,6	73,0
	27-29	8.036 / 10.833	74,2	(73,4-75,0)	75,2	73,3
	30-34	13.403 / 17.849	75,1	(74,5-75,7)	75,7	74,1
	35-39	11.401 / 15.981	71,3	(70,6-72,0)	74,3	73,1
	40-44	10.630 / 14.974	71,0	(70,3-71,7)	74,5	73,9
	45-49	11.767 / 16.628	70,8	(70,1-71,5)	75,2	74,5
	50-54	11.279 / 17.022	66,3	(65,6-67,0)	67,1	66,6
	55-59	13.812 / 18.640	74,1	(73,5-74,7)	74,5	75,9
	60-64	13.201 / 18.076	73,0	(72,4-73,7)	72,6	72,3

*Aktuel periode: Juli 2021 til dec 2024 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2019 til december 2024 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

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

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

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

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

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
	≥ 85 %	Tæller/ nævner		2019-2024*		2018-2023**	2017-2022***
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.000.524 / 1.450.978	0 (0)	69,0	(68,9-69,0)	70,8	70,4
Hovedstaden	Nej	348.452 / 493.241	0 (0)	70,6	(70,5-70,8)	73,6	73,4
Sjælland	Nej	131.154 / 204.764	0 (0)	64,1	(63,8-64,3)	65,9	65,6
Syddanmark	Nej	199.318 / 292.363	0 (0)	68,2	(68,0-68,3)	68,9	68,6
Midtjylland	Nej	228.054 / 323.934	0 (0)	70,4	(70,2-70,6)	72,0	71,2
Nordjylland	Nej	93.529 / 136.676	0 (0)	68,4	(68,2-68,7)	69,9	69,3

* Kvinder som tidligere har gennemgået hysterektomi indgår i denne tabel. Tabellen er et supplement som udelukkende har det formål at dækningsgraden af screeningsprogrammet kan sammenlignes med internationale tal, hvor personer med tidligere hysterektomi som regel ikke er ekskluderet.

Tabel 3b. Antal kvinder som var frameldt screeningsprogrammet pr. december 2024, fordelt på alder og årsag til framelding

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23-29	I alt	1.243	100,0	355	100,0	752	100,0	583	100,0	347	100,0	3.280	100,0
	Andet	18	1,4	16	4,5	8	1,1	.	.	7	2,0	49	1,5
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	74	6,0	52	14,6	131	17,4	108	18,5	64	18,4	429	13,1
	Jeg er gravid	15	1,2	#	0,3	3	0,4	3	0,5	.	.	22	0,7
	Jeg springer over denne gang	45	3,6	17	4,8	31	4,1	37	6,3	25	7,2	155	4,7
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	14	1,1	5	1,4	7	0,9	16	2,7	7	2,0	49	1,5
	Udrejst	#	0,2	#	0,3	#	0,1	.	.	.	.	4	0,1
	Ukendt adressat	184	14,8	16	4,5	21	2,8	10	1,7	3	0,9	234	7,1
	Ønsker ikke at deltage	891	71,7	246	69,3	550	73,1	409	70,2	241	69,5	2.337	71,3
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	.	.	#	0,3	.	.	.	.	.	.	#	0,0
30-49	I alt	7.590	100,0	6.338	100,0	9.676	100,0	8.121	100,0	3.732	100,0	35.457	100,0
	Andet	9	0,1	28	0,4	5	0,1	5	0,1	19	0,5	66	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	6.262	82,5	5.777	91,1	8.586	88,7	7.254	89,3	3.209	86,0	31.088	87,7
	Jeg er gravid	42	0,6	3	0,0	#	0,0	7	0,1	3	0,1	57	0,2
	Jeg springer over denne gang	38	0,5	19	0,3	37	0,4	36	0,4	19	0,5	149	0,4
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	15	0,2	5	0,1	11	0,1	4	0,0	7	0,2	42	0,1
	Udrejst	3	0,0	.	.	#	0,0	.	.	#	0,0	5	0,0
	Ukendt adressat	113	1,5	40	0,6	18	0,2	18	0,2	10	0,3	199	0,6
	Ønsker ikke at deltage	1.108	14,6	466	7,4	1.015	10,5	797	9,8	464	12,4	3.850	10,9
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	.	.	.	.	#	0,0	.	.	.	.	#	0,0

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-64	I alt	8.345	100,0	15.277	100,0	12.952	100,0	7.322	100,0	3.908	100,0	47.804	100,0
	Andet	22	0,3	32	0,2	6	0,0	5	0,1	20	0,5	85	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	6.274	75,2	13.887	90,9	10.532	81,3	5.434	74,2	2.632	67,3	38.759	81,1
	Jeg springer over denne gang	101	1,2	72	0,5	67	0,5	87	1,2	46	1,2	373	0,8
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	17	0,2	13	0,1	10	0,1	11	0,2	5	0,1	56	0,1
	Ukendt adressat	29	0,3	14	0,1	9	0,1	3	0,0	7	0,2	62	0,1
	Ønsker ikke at deltage	1.901	22,8	1.259	8,2	2.328	18,0	1.782	24,3	1.198	30,7	8.468	17,7
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	.	.	.	.	.	.	.	.	#	0,0
I alt	I alt	17.178	100,0	21.970	100,0	23.380	100,0	16.026	100,0	7.987	100,0	86.541	100,0
	Andet	49	0,3	76	0,3	19	0,1	10	0,1	46	0,6	200	0,2
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	12.610	73,4	19.716	89,7	19.249	82,3	12.796	79,8	5.905	73,9	70.276	81,2
	Jeg er gravid	57	0,3	4	0,0	5	0,0	10	0,1	3	0,0	79	0,1
	Jeg springer over denne gang	184	1,1	108	0,5	135	0,6	160	1,0	90	1,1	677	0,8
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	46	0,3	23	0,1	28	0,1	31	0,2	19	0,2	147	0,2
	Udrejst	5	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	#	0,0	9	0,0
	Ukendt adressat	326	1,9	70	0,3	48	0,2	31	0,2	20	0,3	495	0,6
	Ønsker ikke at deltage	3.900	22,7	1.971	9,0	3.893	16,7	2.988	18,6	1.903	23,8	14.655	16,9
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	.	.	3	0,0

Indikatorområde 5: HPV-test

Tabel 5a ekstra. Genotyper af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år for 2024

	HPV 16	HPV 18	HPV other
Danmark	236	71	907
Hovedstaden	66	16	220
Sjælland	50	15	138
Syddanmark	40	12	204
Midtjylland	47	25	242
Nordjylland	33	3	103
Hovedstaden	66	16	220
Hvidovre	66	16	220
Sjælland	50	15	138
Næstved	50	15	138
Syddanmark	40	12	204
Esbjerg/Aabenraa	19	5	93
Vejle	21	7	111
Midtjylland	47	25	242
Randers	47	25	242
Nordjylland	33	3	103
Aalborg	33	3	103

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

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

Tabel 5a1 ekstra. Genotyper af positive HPV prøver blandt 30-59-årige HPV-screenede for 2024

	HPV 16	HPV 18	HPV other
Danmark	796	274	4.924
Hovedstaden	262	76	1.774
Sjælland	141	57	558
Syddanmark	172	63	947
Midtjylland	156	63	1.222
Nordjylland	65	15	423
Hovedstaden	262	76	1.774
Hvidovre	262	76	1.774
Sjælland	141	57	558
Næstved	141	57	558
Syddanmark	172	63	947
Esbjerg/Aabenraa	93	35	477
Vejle	79	28	470
Midtjylland	156	63	1.222
Randers	156	63	1.222
Nordjylland	65	15	423
Aalborg	65	15	423

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

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

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

	Alder	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	30-39	2.887 / 22.274	13,0	(12,5-13,4)	11,6	12,1
	40-49	1.356 / 14.319	9,5	(9,0-9,9)	8,4	8,6
	50-59	1.469 / 20.928	7,0	(6,7-7,4)	6,6	6,8
Hovedstaden	30-39	1.181 / 8.672	13,6	(12,9-14,3)	12,0	12,3
	40-49	408 / 4.651	8,8	(8,0-9,6)	7,6	8,3
	50-59	442 / 6.410	6,9	(6,3-7,5)	6,4	6,8
Sjælland	30-39	299 / 2.611	11,5	(10,2-12,7)	10,7	11,3
	40-49	175 / 1.852	9,4	(8,1-10,8)	9,1	8,3
	50-59	230 / 3.461	6,6	(5,8-7,5)	6,6	6,1
Syddanmark	30-39	478 / 4.170	11,5	(10,5-12,4)	10,5	10,8
	40-49	348 / 3.761	9,3	(8,3-10,2)	8,3	8,3
	50-59	298 / 4.254	7,0	(6,2-7,8)	6,4	7,2
Midtjylland	30-39	682 / 4.821	14,1	(13,2-15,1)	12,9	13,7
	40-49	310 / 2.803	11,1	(9,9-12,2)	9,5	9,4
	50-59	373 / 4.797	7,8	(7,0-8,5)	7,6	7,3
Nordjylland	30-39	247 / 2.000	12,4	(10,9-13,8)	10,1	10,7
	40-49	115 / 1.252	9,2	(7,6-10,8)	7,6	8,8
	50-59	126 / 2.006	6,3	(5,2-7,3)	5,7	5,7

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekulære HPV test i cervix-screening i Danmark i 2024

Region	Prøvetagningsmedie, cytologi-diagnostik	HPV triage ved cytologi screening	HPV-screening 30-59 år	1. cytologi efter konsultation	HPV-screening 60-64 år	Kommentar
Nordjylland -Ålborg	SurePath	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	
Midtjylland -Randers	SurePath med Focal Point og Slide-Wizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	
Syddanmark -Vejle -Esbjerg -Åbenraa	Vejle: ThinPrep med imaging guided screening ved mikroskopi af cytologien Esbjerg og Aabenraa *: SurePath med Focal Point (FP-anvendes ikke længere fra juli 2024) og SlideWizard guided fuldscreening ved mikroskopi af cytologien	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Aabenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023 Seegene Starlet HPV DNA test 11.4.2023-frem	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Aabenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Aabenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023	Vejle: Roche Cobas HPV DNA test Esbjerg: Roche Cobas HPV DNA test Aabenraa: Roche Cobas HPV DNA test 1.1.2023-10.4.2023	 *Prøver fra Esbjerg og Aabenraa modtages lokalt på både SVS og SHS og nummereres. Fra 15.9.16 præpares prøverne i Esbjerg. Fra juli mdr. 2024 anvendes Focal Point ikke længere, men prøverne returneres tilbage til

			Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Aabenraa (dem der hører til). Her foretages der en fuldscreening. Mikroskopi og HPV test foregår fortsat på begge afdelinger
Sjælland	Næstved:		Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	1.2.21 erstattes Roche Cobas 4800 med Roche Cobas 6800
-Roskilde/Næstved	SurePath med Focal Point og Slide-Wizard guided screening ved mikroskopi af cytologien					
Hovedstaden	SurePath med Focal Point og Slide-Wizard guided screening ved mikroskopi af cytologien	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	
-Hvidovre						

Der anvendes aktuelt 3 forskellige HPV-tests i Danmark: Roche Cobas 4800/6800, BD Onclarity og Seegene Starlet

t

Indikatorområde 6: Opfølgning

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

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.11.2022 - 31.10.2023		2021/22	2020/21
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		39 / 5.620	0 (0)	0,7	(0,5-0,9)	0,8	0,7
Hovedstaden		17 / 2.430	0 (0)	0,7	(0,4-1,1)	0,8	0,7
Sjælland		9 / 664	0 (0)	1,4	(0,6-2,6)	1,0	0,6
Syddanmark		5 / 558	0 (0)	0,9	(0,3-2,1)	0,4	1,4
Midtjylland		5 / 1.664	0 (0)	0,3	(0,1-0,7)	0,8	0,3
Nordjylland		3 / 304	0 (0)	1,0	(0,2-2,9)	1,2	0,9

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

	Udviklingsmål	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2%		antal	01.11.2022 - 31.10.2023		2021/22	2020/21
	opfyldt		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	172 / 5.620	0 (0)	3,1	(2,6-3,5)	3,4	4,2
Hovedstaden	Nej	80 / 2.430	0 (0)	3,3	(2,6-4,1)	3,6	4,5
Sjælland	Nej	29 / 664	0 (0)	4,4	(2,9-6,2)	3,4	3,6
Syddanmark	Nej	18 / 558	0 (0)	3,2	(1,9-5,1)	3,2	5,2
Midtjylland	Ja	34 / 1.664	0 (0)	2,0	(1,4-2,8)	3,3	3,5
Nordjylland	Nej	11 / 304	0 (0)	3,6	(1,8-6,4)	2,2	3,9

*Svære celleforandringer:

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

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

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

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.11.2022 - 31.10.2023		2021/22	2020/21
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		722 / 21.758	0 (0)	3,3	(3,1-3,6)	3,2	3,8
Hovedstaden		166 / 6.951	0 (0)	2,4	(2,0-2,8)	2,3	3,1
Sjælland		173 / 3.472	0 (0)	5,0	(4,3-5,8)	4,9	6,0
Syddanmark		69 / 2.168	0 (0)	3,2	(2,5-4,0)	3,3	4,1
Midtjylland		228 / 7.309	0 (0)	3,1	(2,7-3,5)	2,9	3,2
Nordjylland		86 / 1.858	0 (0)	4,6	(3,7-5,7)	4,0	4,4

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

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.11.2022 - 31.10.2023		2021/22	2020/21
			(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		2.283 / 21.758	0 (0)	10,5	(10,1-10,9)	9,8	11,1
Hovedstaden		608 / 6.951	0 (0)	8,7	(8,1-9,4)	8,3	10,7
Sjælland		464 / 3.472	0 (0)	13,4	(12,2-14,5)	12,7	13,8
Syddanmark		242 / 2.168	0 (0)	11,2	(9,9-12,6)	10,5	11,0
Midtjylland		712 / 7.309	0 (0)	9,7	(9,1-10,4)	9,0	9,6
Nordjylland		257 / 1.858	0 (0)	13,8	(12,3-15,5)	12,4	13,0

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

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

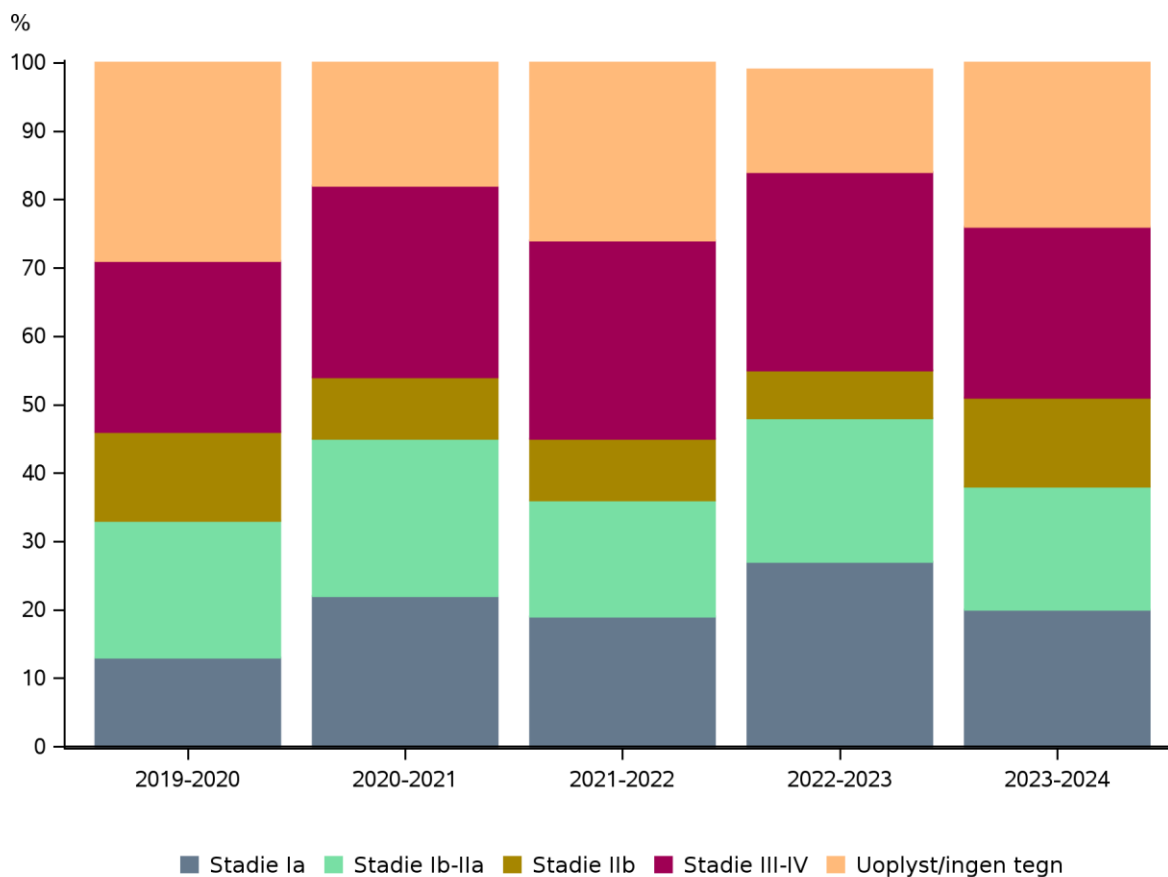
**De i retningslinjen fastsatte tidsgrænser for opfølgning afhænger af Æ-koden og ligger mellem 3 måneder og 1 år. Uegnede prøver har enten 3 måneder eller 6 måneders opfølgning.

Indikatorområde 7. Tilfælde af livmoderhalskræft

Tabel 7c. Stadietinddeling for livmoderhalskræft

	01.10.2023-30.09.2024		01.10.2022-30.09.2023		01.10.2021-30.09.2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Stadie Ia	61	19,8	93	26,6	60	19,4
Stadie Ib-IIa	56	18,2	75	21,4	52	16,8
Stadie IIb	41	13,3	26	7,4	29	9,4
Stadie III-IV	76	24,7	102	29,1	89	28,7
Uoplyst/ingen tegn	74	24,0	54	15,4	80	25,8
I alt	308	100,0	350	100,0	310	100,0

Graf 7c. Stadietinddeling for livmoderhalskræft



Tabel 7d. Stadietinddeling for livmoderhalskræft

	01.10.2023-30.09.2024		01.10.2022-30.09.2023		01.10.2021-30.09.2022	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ia	5	2,1	8	2,7	6	2,6
Ia1	39	16,7	61	20,6	38	16,5
Ia2	17	7,3	24	8,1	16	7,0
Ib1	22	9,4	32	10,8	21	9,1
Ib2	28	12,0	35	11,8	21	9,1
Ib3	3	1,3	6	2,0	6	2,6
Ila1	2	0,9	2	0,7	3	1,3
Ila2	1	0,4			1	0,4
Ilb	41	17,5	26	8,8	29	12,6
IIla	2	0,9	2	0,7	1	0,4
IIlb	2	0,9	6	2,0	5	2,2
IIlc	55	23,5	77	26,0	65	28,3
IVa	17	7,3	17	5,7	18	7,8
I alt	234	100,0	296	100,0	230	100,0

Tabel 7e: Aldersstandardiseret* incidensrate pr. 100.000 kvinder i perioden 01.10.2021 - 30.09.2024 fordelt på aldersgrupper

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

Indikatorområde 8. Keglesnit

Tabel 8a. Antal konus i alt

	2024		2023		2022		2021		2020	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Hovedstaden	412	8,3	450	8,2	419	8,0	418	8,5	446	9,0
Sjælland	264	5,3	331	6,0	244	4,7	240	4,9	210	4,2
Syddanmark	448	9,1	477	8,7	472	9,1	524	10,7	655	13,2
Midtjylland	597	12,1	719	13,1	736	14,1	536	11,0	615	12,4
Nordjylland	509	10,3	541	9,9	511	9,8	573	11,7	534	10,8
Private aktører	2.710	54,9	2.967	54,1	2.832	54,3	2.601	53,2	2.487	50,3
I alt	4.940	100,0	5.485	100,0	5.214	100,0	4.892	100,0	4.947	100,0

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

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

		Aktuelle år			Tidligere år	
		Tæller/ Nævner	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	<40 år	1813 / 2154	84,2	(82,6-85,7)	81,3	81,4
	40-60 år	1341 / 2117	63,3	(61,3-65,4)	62,4	62,3
	> 60 år	207 / 669	30,9	(27,4-34,4)	32,9	31,4
Hovedstaden	<40 år	124 / 179	69,3	(62,5-76,0)	74,3	73,4
	40-60 år	93 / 170	54,7	(47,2-62,2)	61,2	65,4
	> 60 år	13 / 63	20,6	(10,6-30,6)	36,4	34,8
Sjælland	<40 år	67 / 90	74,4	(65,4-83,5)	81,5	81,0
	40-60 år	55 / 113	48,7	(39,5-57,9)	41,6	52,5
	> 60 år	18 / 61	29,5	(18,1-41,0)	23,3	33,9
Syddanmark	<40 år	159 / 181	87,8	(83,1-92,6)	79,2	83,8
	40-60 år	127 / 198	64,1	(57,5-70,8)	70,1	67,5
	> 60 år	26 / 69	37,7	(26,2-49,1)	30,1	34,5
Midtjylland	<40 år	255 / 283	90,1	(86,6-93,6)	89,3	88,6

		Aktuelle år			Tidligere år	
		Tæller/ Nævner	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
	40-60 år	190 / 246	77,2	(72,0-82,5)	76,5	72,7
	> 60 år	38 / 68	55,9	(44,1-67,7)	45,0	42,4
Nordjylland	<40 år	104 / 125	83,2	(76,6-89,8)	85,5	87,6
	40-60 år	66 / 87	75,9	(66,9-84,9)	77,8	72,8
	> 60 år	11 / 27	40,7	(22,2-59,3)	54,8	27,5
Private aktører	<40 år	1104 / 1296	85,2	(83,3-87,1)	80,3	80,0
	40-60 år	810 / 1303	62,2	(59,5-64,8)	59,8	58,9
	> 60 år	101 / 381	26,5	(22,1-30,9)	29,6	27,8

Tabel 8b. Antal konus fodelt på M-diagnosekoder

		2024		2023		2022	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	CIN 1	293	5,9	300	5,5	316	6,1
	CIN 2	907	18,4	942	17,2	782	15,0
	CIN 3	2.214	44,8	2.348	42,8	2.399	46,0
	Ugraderbar CIN	136	2,8	179	3,3	184	3,5
	Karcinom	127	2,6	185	3,4	122	2,3
	AIS	113	2,3	174	3,2	178	3,4
	Andet/Normal	1.150	23,3	1.357	24,7	1.233	23,6
Hovedstaden	CIN 1	27	6,6	22	4,9	25	6,0
	CIN 2	49	11,9	60	13,3	44	10,5
	CIN 3	140	34,0	165	36,7	178	42,5
	Ugraderbar CIN	11	2,7	15	3,3	19	4,5
	Karcinom	28	6,8	40	8,9	23	5,5
	AIS	13	3,2	21	4,7	32	7,6
	Andet/Normal	144	35,0	127	28,2	98	23,4
Sjælland	CIN 1	7	2,7	14	4,2	16	6,6
	CIN 2	39	14,8	47	14,2	42	17,2
	CIN 3	83	31,4	87	26,3	78	32,0
	Ugraderbar CIN	14	5,3	15	4,5	1	0,4
	Karcinom	8	3,0	16	4,8	9	3,7
	AIS	10	3,8	11	3,3	12	4,9
	Andet/Normal	103	39,0	141	42,6	86	35,2

		2024		2023		2022	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Syddanmark	CIN 1	22	4,9	24	5,0	25	5,3
	CIN 2	65	14,5	55	11,5	64	13,6
	CIN 3	212	47,3	221	46,3	232	49,2
	Ugraderbar CIN	9	2,0	20	4,2	25	5,3
	Karcinom	25	5,6	22	4,6	16	3,4
	AIS	10	2,2	16	3,4	11	2,3
	Andet/Normal	105	23,4	119	24,9	99	21,0
Midtjylland	CIN 1	21	3,5	20	2,8	51	6,9
	CIN 2	104	17,4	117	16,3	91	12,4
	CIN 3	335	56,1	360	50,1	400	54,3
	Ugraderbar CIN	18	3,0	15	2,1	25	3,4
	Karcinom	24	4,0	44	6,1	33	4,5
	AIS	20	3,4	38	5,3	37	5,0
	Andet/Normal	75	12,6	125	17,4	99	13,5
Nordjylland	CIN 1	16	6,7	17	6,4	21	8,4
	CIN 2	50	20,9	50	18,9	45	18,0
	CIN 3	117	49,0	132	49,8	124	49,6
	Ugraderbar CIN	4	1,7	3	1,1	.	.
	Karcinom	7	2,9	10	3,8	5	2,0
	AIS	7	2,9	16	6,0	9	3,6
	Andet/Normal	38	15,9	37	14,0	46	18,4
Private aktører	CIN 1	200	6,7	203	6,3	178	5,8
	CIN 2	600	20,1	613	18,9	496	16,0
	CIN 3	1.327	44,5	1.383	42,6	1.387	44,8
	Ugraderbar CIN	80	2,7	111	3,4	114	3,7
	Karcinom	35	1,2	53	1,6	36	1,2
	AIS	53	1,8	72	2,2	77	2,5
	Andet/Normal	685	23,0	808	24,9	805	26,0

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

Tabel 8c. Fordeling af resektionsrande på konus*

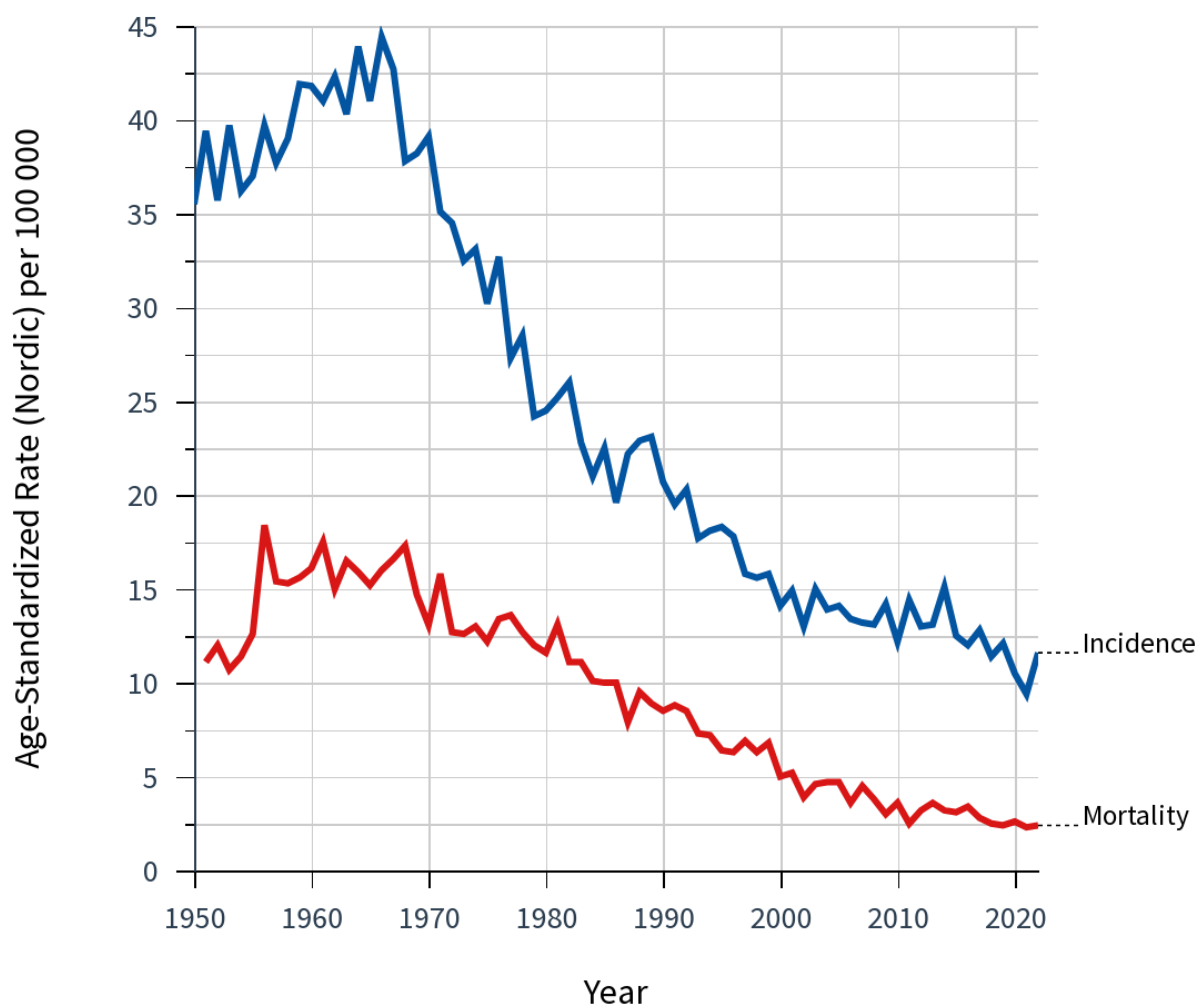
		2024		2023		2022	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	Resektionsrande ikke frie	780	20,5	994	24,0	1.001	25,2
	Resektionsrande frie	2.411	63,4	2.435	58,9	2.384	59,9
	Resektionsrande kan ikke vurderes	609	16,0	706	17,1	595	14,9
Hovedstaden	Resektionsrande ikke frie	60	22,7	101	32,2	112	36,2
	Resektionsrande frie	144	54,5	158	50,3	143	46,3
	Resektionsrande kan ikke vurderes	60	22,7	55	17,5	54	17,5
Sjælland	Resektionsrande ikke frie	28	17,9	42	22,6	54	35,1
	Resektionsrande frie	65	41,7	92	49,5	66	42,9
	Resektionsrande kan ikke vurderes	63	40,4	52	28,0	34	22,1
Syddanmark	Resektionsrande ikke frie	64	18,6	79	22,2	100	26,8
	Resektionsrande frie	245	71,2	230	64,6	247	66,2
	Resektionsrande kan ikke vurderes	35	10,2	47	13,2	26	7,0
Midtjylland	Resektionsrande ikke frie	121	22,9	124	20,2	108	16,4
	Resektionsrande frie	368	69,6	436	71,1	490	74,5
	Resektionsrande kan ikke vurderes	40	7,6	53	8,6	60	9,1
Nordjylland	Resektionsrande ikke frie	36	17,6	46	19,8	45	21,7
	Resektionsrande frie	126	61,5	138	59,5	117	56,5
	Resektionsrande kan ikke vurderes	43	21,0	48	20,7	45	21,7
Private aktører	Resektionsrande ikke frie	471	20,5	602	24,7	582	25,5
	Resektionsrande frie	1.463	63,6	1.381	56,7	1.321	58,0
	Resektionsrande kan ikke vurderes	368	16,0	451	18,5	376	16,5

*'Resektionsrande kan ikke vurderes' indeholder de prøver, der er normale.

5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

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



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

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne, men først i 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger vedrørende livmoderhalskræft, hvor alle kvinder i aldersgruppen 23-59 år på landsplan skulle inviteres til en screeningsundersøgelse hvert tredje år. Dette var først implementeret endeligt i hele landet i 2006, og

¹ NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries. Available from: [Nordcan 2.0 \(iarc.fr\)](https://nordcan.iarc.fr/), Downloadet 12/04/2024.

i september 2007 udsendte Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger vedrørende forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft, der var en gennemgribende revision af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger fra 1986.

Anbefalingerne fra 2007 medførte bl.a. etablering af en national styregruppe, der i regi af Danske Regioner skulle gennemføre en landsdækkende kvalitetsmonitorering af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Samtidigt etableredes fem regionale styregrupper som bindeled mellem den nationale styregruppe og de regionale aktører i screeningsprogrammet, som er de lokale administratorer, screeningsafdelinger og lægerne i praksissektoren. Anbefalingerne er senest opdateret i 2018.

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

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

En af de væsentligste opgaver for den nationale styregruppe for DKLS er at udvikle og vedligeholde de kliniske kvalitetsindikatorer og medvirke til at sikre, at screeningsprogrammet gennemføres efter ensartede principper og med en høj kvalitet. Den nationale styregruppe skal derfor understøtte forbedring af kvaliteten og herunder de regioner/screeningsafdelinger, der har afvigende indikatorresultater, i at undersøge, hvordan dette kan forbedres. Målgruppen for DKLS Årsrapporten er regionale politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale, der er ansvarlige for tilrettelæggelse og gennemførelse af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i det danske sundhedsvæsen – herunder de praktiserende læger, som varetager prøvetagning og opfølgning af abnorme prøvesvar, samt de screeningsafdelinger, hvor celleprøverne undersøges.

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

En væsentlig ændring i Sundhedsstyrelsens nyeste retningslinjer² er en anbefaling om en differentieret, kontrolleret implementering af HPV-baseret screening, som koordineres af den nationale styregruppe for livmoderhalskræftscreening (NSLS). Styregruppen for DKLS anbefales i samarbejde med NSLS løbende at udvide indikatorsættet med henblik på kvalitetssikring af anvendelse af HPV-tests.

² Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, maj 2018

6. Datagrundlag og metode

Årsrapporten er helt overvejende baseret på data fra Landsregisteret for Patologi (LRP). Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2025 og indeholder afgrænsede relevante data fra LRP. Databasen er pr ultimo 2024 suppleret med data fra Det Danske vaccinationsregister vedrørende HPV-vaccinationer.

LRP er en landsdækkende databank, der via patologidatabanken (Patobank) modtager data fra alle landets patologiafdelinger og privatpraktiserende speciallæger i patologi, herunder data vedrørende celleprøver fra livmoderhalsen. Oplysningerne fra Patobank opdateres dagligt ved overførsel af data fra både patologiafdelingernes og de privatpraktiserende patologers patologisystemer, hvilket betyder at alle celleprøver fra livmoderhalsen løbende registreres i Patobanken. Det giver en registreringsprocent tæt på 100 i Patobanken, og det vil sige en dækningsgrad i DKLS databasen på næsten 100 %. Der kan undtagelsesvist være manglende registreringer på grund af fejl i indberetningerne.

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

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

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

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

Indikatorernes afrapporteringsniveau er forskellige og fremgår for hver indikator af Appendiks II.

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

Indikatorer er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018 vedrørende "Screening for livmoderhalskræft", Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 om "Væskebaseret teknik og udstrykningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark – en medicinsk teknologivurdering" samt tidligere opgørelser fra Patologidatabanken af deltagerprocent og dækningsgraden vedr. screening for livmoderhalskræft. Der har sidenhen været ønske om at opfølgingsforløbet også fik plads i indikatorsettet, ligesom data vedrørende HPV-vaccinationer er blevet tilføjet.

6.1 HPV vaccinationsprogram og Det Danske vaccinationsregister

Introduktion af HPV vaccinationer i Danmark

Fødselsår	Program: Introduktionsår og aldersgruppe	Vaccinationssted
<1985	Intet officielt program	Kvinder vaccineret på eget initiativ eller i forbindelse med keglesnit ved gynækolog
1985-1992	2012-2013, catch-up program for kvinder i alderen 19-26 år	Praktiserende Læger, og Danske Lægers Vaccinationsservice (i fx Matas eller Fitness center)
1993-1995	Oktober 2008-, alder 13-15 år	Praktiserende læger
≥1996	Januar 2009, alder 12 år, og fra Januar 2014 op til alder 18 år	Praktiserende læger
1993-1997	Januar 2014-December 2015 gentilbud om vaccination	Praktiserende læger

Data om vaccinationer

Det Danske Vaccinationsregister	Indeholder alle vaccinationer for kvinder født fra 1993 og frem. Data er baseret på de to nedenstående datakilder: Sygesikringsregisteret og Lægemiddelregisteret. Endvidere er det muligt at selv at registrere modtagelse af vaccination (f.eks. hvis vaccineret i udlandet).
Sygesikringsregisteret	Indeholder afregningskoder for praktiserende læger og Danske Lægers Vaccinationsservice
Lægemiddelstatistikregisteret	Indeholder data om vaccine købt af patienter selv på recept (ATC-koder)

Typer af HPV-vacciner

	2-valent	4-valent	9-valent
HPV-type: Oncogenic	16, 18	16, 18	16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58
HPV-type: Non-oncogenic	-	6, 11	6, 11
Produktnavn	Cervarix	Gardasil, and Silgard with limited use in Denmark	Gardasil 9
Manufacturer	GlaxoSmithKline	Merck	Merck
Markedsført i EU	September 2007	September 2006	June 2015, men i Danmark i Marts 2017
Anbefalet alder og vaccinations interval	Alder 9+ år 1-2 doser med 5-13 måneders interval	Alder 9+ år 1-2 doser med 5-13 måneders interval	Alder 9+ år 1-2 doser med 5-13 måneders interval
Anvendt i det danske program	Februar 2016 - November 2017	Oktober 2008 - Februar 2016	November 2017

7. Styregruppens medlemmer

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

Herudover bidrager professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet som ekstern ekspert.

Appendiks I. Ordliste og forkortelser

Adenokarcinom – Kræft udgået fra cylinderepitel

Adenocarcinoma in situ – Forstadie til adenokarcinom

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

ASCUS / ASCH / AGC / AIS – se forkortelseslisten

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

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

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

Autolyse – Nedbrydning af celler ved deres egne enzymer

Automatiseret screening – Præscreening vha. computer

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

Biopsi – Vævsprøve

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

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

Cervixcytologisk undersøgelse – En undersøgelse af celler fra livmoderhalsen

CIN-klassifikation – Klassifikation af forstadier til livmoderhalskræft

Cylinderepitel – Cylinderformede celler, der beklæder slimhindeoverflade

Cytobioanalytiker – Bioanalytiker med kompetence i cellediagnostik

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

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

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

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

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

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

Endocervikale celler – Cylinderepitelceller fra livmoderhalsens kanal

Ektocervix – Overfladen uden på livmoderhalsen

Endocervix – Overfladen i livmoderhalskanalen

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

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

Fiksering – Metode til at bevare celle- eller vævsstrukturer

Fikseringsvæske – Væske til bevaring af celler eller væv

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

Histologi – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning

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

Hysterektomi / total hysterektomi – Fjernelse af hele livmoderen

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

Indikator / kvalitetsindikator – Målbart variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten

Inflammation – Betændelse

Karcinom – Kræft udgået fra epitel

Keglesnit eller konisering – Fjernelse af et kegleformet stykke væv fra livmoderhalsen

Koilocytose – Pladeepitel med halo omkring kernen. Kan ses ved infektion med HPV

Kolposkopi – Kikkertundersøgelse af skeden og den synlige del af livmoderhalsen

Mikroskopi – undersøgelse af celler eller væv i mikroskop

Negativ diagnose – Prøver besvaret som normale

Negativ prædiktiv værdi – Ofte forkortet NPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en negativ test er rask

Neoplasi – Nydannelse af celler, der kan være såvel godartet som ondartet

Onkogen – Gen, hvis produkt kan transformere celler til cancerceller

Onkogen HPV – En type human papillomavirus, der kan medføre udvikling af livmoderhalskræft

Opportunistisk screening – Celleprøver taget uden for det organiserede screeningsprogram

Patologidatabanken / Patobanken – Landsdækkende databank, der indeholder alle patologidata inkl. diagnoser

Persisterende – Kronisk, vedvarende

Pladeepitel – Epitel, hvor cellerne ud mod overfladen har form af tynde plader parallelle med overfladen

Planocellulært karcinom – Kræft, der udgår fra flerlaget pladeepitel

Population – Befolkning, bestand. Betegner i statistikken den gruppe af enkeltindivider, som et studie siger noget om

Positiv diagnose – Prøver besvaret som abnorme

Positiv prædiktiv værdi – Ofte forkortet PPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en positiv test er syg

Prospektiv – Fremadskuende

Prævalens – Den brøkdel af en befolkning, der på et givet tidspunkt har lidelsen.

Retrospektiv – Bagudskuende

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

Screeningspopulation – Den målgruppe i befolkningen der tilbydes en given screening

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

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

Specificitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet negativ, forudsat man er rask. Angiver testens evne til at klassificere raske som raske

Standardiseret incidensrate / incidensrate – Antal nye tilfælde af en sygdom i relation til risikotiden (summen af tid, hvor personer var i risiko for at få sygdommen første gang). Ved standardisering tages der højde for forskelle i f.eks. alderssammensætningen.

Transformationszonen – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel

Triage – sortering og prioritering af patienter i sundhedssektoren

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

Vagina – Latin for skeden

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

Forkortelser

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

Appendiks II. Indikatoroversigt og metode

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

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

til screening (deltagelse i programmet)	efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110). <u>Tæller:</u> kvinder der efter invitations- eller påmindelsesdato er registeret med en prøve T8X2** eller T8X3** og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver T8X010		Landspatient-registeret	
	Indikatorbeskrivelse	Udviklings-mål	Datakilder	Rapporterings-niveau
Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad af programmet)	Beskrivelse: Kvinder i aldersintervallet fra 23 til 49 år anbefales screening for livmoderhalskræft hvert tredje år, og kvinder i alderen 50-64 år anbefales screening hvert femte år. Da der først sendes invitationsbreve ud henholdsvis 3 eller 5 år efter seneste celleprøve, kan der forventes at gå længere tid end 3 eller 5 år, inden kvinden bliver inviteret til næste screeningsrunde. Denne ventetid er her sat til et halvt år. Dækningsgraden beregnes for en given dato. For kvinder i alderen 27-52 år i slutningen af perioden) opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 3,5 år. For kvinder i alderen 53-64 år i slutningen af perioden opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 5,5 år. Dækningsgraden beregnes for alle kvinder, uanset om de har fået foretaget celleprøven på baggrund af en programinvitation eller ej (opportunistisk). Indikatoren afspejler ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode. Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge screeningsprogrammets effektivitet. Metode. Nævner: Udtræk fra CPR, der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet. Der ekskluderes kvinder registreret med hysterektomi før eller op til et år efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110). <u>Tæller:</u> Kvinder med minimum én celleprøve fra livmoderhalsen T8X2** eller T8X3** eller selvopsamlede prøve T8X010 og MATTYP 23) inden for de seneste 42 hhv. 66 måneder. (prøven medtælles i den aldersgruppe som kvinden befinder sig i i opgørelsesperioden, og ikke i den aldersgruppe kvinden tilhørte på prøvetagningstidspunktet).	≥85 %	Danmarks Statistik Landsregisteret for Patologi CPR registret Landspatient-registeret	Nationalt Regionalt Kommunalt

Indikatorområde: Svartid				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 4. Andelen af celleprøver hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen	Beskrivelse: Antal hverdage, der går fra celleprøven modtages på patologiafdelingen til undersøgelsesresultatet afsendes til prøvetager. Svartiden bør ikke overskride 10 hverdage jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Metode: <u>Nævner:</u> <u>Indikator 4:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, i aldersintervallet 23-64 <u>Indikator 4a1:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, aldersintervallet 23-59. Kontrolprøver er ekskluderet. Cytologiscreening gælder kvinder i aldersintervallet 23-29 år, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (undtagen Vejle som sorterer på kommuner) de kvinder, der har en lige fødselsdato. v_folkeund = 2 eller 6. <u>Indikator 4a2:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, aldersintervallet 30-64. Kontrolprøver er ekskluderet. HPV-screenet er kvinder i aldersintervallet 60-64, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (undtagen Vejle som sorterer på kommuner) de kvinder, der har en ulige fødselsdato. v_folkeund = 1, 7, 8 eller 9. <u>Tæller:</u> Svartiden ligger ≤10 hverdage fra modtagedatoen på patologiafdelingen (Svartid opgøres ved tid fra modtagedato til svar dato. Modtagedatoen defineres som dag 0 og første arbejdsdag = 1. hverdag efter modtagedatoen (Helligdage fraregnet).	≥95 %	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling

Indikatorområde: HPV-test				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt kvinder i alderen 60-64 år	Beskrivelse: Det antal HPV-test der er positive blandt alle HPV-test foretaget i denne aldersgruppe hos kvinder, der har modtaget en invitation. HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder i alderen 60-64 år jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvis HPV ikke påvises, ophører screening. Metode: <u>Nævner:</u> <u>Indikator 5a:</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 : T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 for kvinder i alderen 60-64 år, der er inviteret til HPV screening i aldersgruppen (v_folkeund =8) . <u>Indikator 5a1:</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 . Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 for kvinder i alderen 30-59 år, der er inviteret til HPV screening i aldersgruppen (v_folkeund =1) . <u>Indikator 5a2:</u> selvopsamlede HPV-prøver: T8X010. <u>Tæller:</u> Positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')	-	Landsregisteret for Patologi Patologidata-bankens Indkal-demodul	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikator 5b. Andelen af 30-59 årige kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, hvor HPV-testen er positiv	Beskrivelse: HPV positiv test blandt kvinder, som har fået påvist ASCUS på cytologisk screeningsprøve. Metode: <u>Nævner:</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32. Der er ekskluderet prøver fra kontrol forløb. Der ekskluderes prøver hvor der op til 2 år tidligere er konstateret en cervix histologisk forandring, og prøver hvor der op til 1½ år tidligere er taget en cervix cytologisk prøve. Der foreligger ASCUS diagnose (M67014, M69700, M69711, M72125, M73005, M73225), og supplerende HPV test er foretaget (P33520,	-	Landsregisteret for Patologi	National Regionalt Patologiafdeling

	P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år og folkeund = 2 eller 6 (cytologi screenet). Uegnet HPV test ekskluderes: M09003 og M0901H <u>Tæller</u> : positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A', 'Æ3340B' og 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')			
Indikatorområde: Opfølgning				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklings- mål	Datakilder	Rapporterings- niveau
Indikator 6: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage ud af alle celleprøver med svære celleforandringer.	Beskrivelse: Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC) skal jf. retningslinjerne følges op inden for 180 dage. Såfremt kvinder med svære celleforandringer ikke bliver fulgt op, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået. Metode: Dataudtrækket dækker det mest nutidige 1-årige tidsinterval, der giver tilstrækkelig opfølgningstid (450 dage for alle prøver dvs. inkl. for uegnede og abnorme prøver). Henvielse til gynækolog defineres som en ny cervix cytologisk undersøgelse. Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for alle celleprøver med svære celle forandringer, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioderne. <u>Nævner:</u> SNOMED-koder T8X2** eller T8X3** og M-kode for svære forandringer: M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80015,, M81402, M67010, M67020, M69712, M8___3,, M9___3, M740_9, M74C_9 og M74B_9. M8010X, M8070X, M8140X. Alle celleprøver skal have svære celleforandringer koblet med koder for anbefalet opfølgning: ÆAA00A, ÆAA00B, ÆAA00E, ÆAA001, ÆAA02, ÆAA003, ÆAA004, ÆAA005, ÆAA006, ÆAA007, ÆAA008, ÆAA009, ÆAA010, ÆAA015, ÆAA018, ÆAA021, ÆAA0X1, ÆAA0X7, ÆAA0Y1, ÆAA0Y2, ÆAA0Y3, ÆAA0Y4, eller ÆAAX15, Æ00135, ÆAA0X4, ÆAA0Y0, ÆAAX16 <u>Tæller:</u> Der foreligger ikke en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.	≤ 2%	Landsregisteret for Patologi	Nationalt Regionalt

Indikatorområde: Tilfælde af livmoderhalskræft				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 7a. Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år	Beskrivelse: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft. Opgørelse af forekomsten af livmoderhalskræft kræver løbende registrering af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft. Metode: Det årlige antal nye tilfælde hentes fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539	<350	Cancer registeret Og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt
Indikator 7b. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år	Beskrivelse: Incidensraten anvendes til sammenligning på tværs af regioner og udvikling over tid. Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft Metode: Baseres på data fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539. Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.	<13,9 pr. 100.000 kvinder	Cancer registeret og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt
Indikatorområde: Keglesnit				
Indikator 8. Andel CIN2+ diagnoser ved keglesnit	Beskrivelse: Andelen af alvorlige celleforandringer ved keglesnit følges og resultaterne sammenlignes mhp. at sikre ensartet behandling og undgå overbehandling med evt. bivirkninger til følge. Metode: <u>Nævner.</u> Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Rekvisitioner af samme materiale er ekskluderet (p30750). <u>Tæller.</u> CIN2, CIN3, AIS og karcinom: CIN2 ('M74BK9' 'M74B09'), CIN3 ('M807A2' 'M80102' 'M8052X' 'M80702' 'M80762' 'M80772'), Karcinom ('M80011' 'M80015' 'M8010X' 'M8070X' 'M8140X' 'M8***3' 'M9***3'), AIS ('M81402' 'M8384X' 'M8483X')	-	Landsregisteret for Patologi	Nationalt, Regionalt

Indikator 8a Andelen HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+)	<u>Nævner.</u> Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus) og diagnosen er CIN2+. Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Rekvisitioner af samme materiale er ekskluderet (p30750) (som i nuværende indikator 8). <u>Tæller.</u> Positive svar på HPV-test, der ligger efter dato for konus (men indenfor 1 år). En af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' Æ3340A Æ3340B Æ3340C 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468'			
--	---	--	--	--

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

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

Region Sjælland

Indikatorer 2 og 3 om deltagelse og dækningsgrad: Regional styregruppe for livmodehalskræft blev oprettet og selvopsamlede prøver blev implementeret i 2024.

Region Syddanmark

Regionen har meldt tilbage, at der ingen kommentarer er til årsrapporten.

Region Midtjylland

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

Region Nordjylland

Region Nordjylland ser et behov for at årsrapporten fremover tydeliggør regionale forskelle i dels tilgang til tilbuddet om hjemmeopsamlede prøver (Region Hovedstaden og Midtjylland har valgt at give tilbuddet på forsøgsbasis til flere målgrupper end det, SST forpligter regionerne til) dels tidspunkt for opstart af tilbuddet.

