

Dansk Blære Cancer Database (DaBlaCa-Data) Årsrapport 2025

For opgørelsesperioden 1. september 2024– 31. august 2025

Analyser og epidemiologisk kommentering af resultater er udarbejdet af epidemiolog og datamanager/statistikere i Kvalitetsenhed C, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut (SundK). Styregruppen har i fællesskab forestået den faglige kommentering og de anførte anbefalinger. Gruppens sammensætning fremgår af rapportens afsnittet: Styregruppens medlemmer.

Formand for Dansk Blære Cancer Database (DaBlCa-Data) er overlæge Ulla Nordström Joensen, Dansk Urologisk Selskab, Rigshospitalet.

Databasens SundK team:

Senior epidemiolog, Else Helene Ibfelt, SundK.

Statistikere og datamanager, Heidi Jeanet Larsson, SundK.

Kontaktperson og repræsentant for dataansvarlig myndighed, Lærke Steensgaard Gless, SundK, e-mail: laegle@sundk.dk

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version: Offentliggjort rapport
Versionsdato: 27.02.2026
Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigt over indikatorresultater	6
3. Beskrivelse af populationen	7
4. Indikatorresultater	12
Indikatorområde 1: Overlevelse efter invasiv blærecancer	13
Indikatorområde 2: Cystektomi ved muskelinvasiv blæretumor	16
Indikatorområde 3: BCG behandling af T1a tumorer	18
Indikatorområde 4: Adjuverende behandling med Nivolumab	22
Indikatorområde 5: 90-dages mortalitet efter cystektomi	24
Indikatorområde 6: Komplikationer efter cystektomi	26
Indikatorområde 7: Cystektomi og stråle-kemoterapi af muskelinvasiv tumor	28
Indikatorområde 8: Overlevelse efter cystektomi eller stråle-kemoterapi	31
Indikatorområde 9: Recidiv ved ikke-invasiv blæretumor	34
5. Supplerende opgørelser	38
Beskrivelse af populationer	39
Population med metastatisk sygdom ved diagnose	42
Deskriptive tabeller	44
Supplerende indikatoranalyser	54
6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	61
7. Datagrundlag og validitet	62
8. Styregruppens medlemmer	65
9. Appendiks	66
Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater	66
Appendiks 2. Indikatoroversigt og metode	67
10. Kommentarer fra regioner og afdelinger	71

1. Konklusioner og anbefalinger

Hermed præsenteres den tiende årsrapport for DaBlaCa-Data, som dækker perioden 1.9.2024 til 31.8.2025. Resultaterne tegner generelt et billede af behandling, som følger gældende guidelines og ret ensartede behandlingsresultater i høj international kvalitet. Tidligere inkluderede indikatorer, hvor resultaterne lå stabilt og tilfredsstillende uden væsentligt potentiale for forbedring, er udgået.

Der er i denne årsrapport udvalgt følgende tre indikatorområder, hvor det er fundet relevant med særlig fokus på opfølgning.

BCG behandling af T1a tumorer hos patienter, som ikke cystektomerer indenfor 180 dage (indikator 3)

Udviklingsmålet er sat til 85 %. Målet er meget ambitiøst og forventes ikke øget yderligere, idet der altid vil være patienter, hvor BCG ikke kan tilbydes, samt ganske få som ikke ønsker BCG behandling. Der ses i denne rapport en positiv udvikling på tværs af afdelingerne, men dog fortsat forbedringspotentiale. Det må formodes, at der er en effekt af kommentering i den forrige årsrapport med tiltagende fokus på opstart af BCG behandling. Samtidig er der en mulig positiv effekt i Region Nordjylland af at tilbageflytte behandlingen, så den igen er tættere på patienterne. Styregruppen bemærker, at indikatoren udelukkende måler opstart med første registrering af behandling. Der arbejdes til næste årsrapport på en analyse som indeholder antal BCG skyllebehandlinger, således at der også fokuseres på andele af patienter, der kan gennemføre tilstrækkelig BCG behandling. Målet er fortsat at understøtte de seneste års positive udvikling i behandlingsresultater for ikke-muskelinvasive blæretumorer.

Cystektomi og strålebehandling af muskelinvasiv blærekræft (indikator 7)

En del af denne patientgruppe kan tilbydes cystektomi eller kemo-strålebehandling som ligeværdige behandlinger, hvad angår overlevelse, og valget vil her afhænge af patientpræferencer. Tidligere har der været mere ensidig fokus på cystektomi som første valg. Indikatoren er til denne rapport ændret, så den nu indeholder patienter som cystektomerer samt patienter, som får kurativt intenderet strålebehandling og samtidig kemoterapi, idet strålebehandling alene ikke er ligeværdig med cystektomi. Derfor er udviklingsmålet ændret, så der arbejdes for, at 50 % af patienter med nydiagnosticeret muskelinvasiv blærekræft skal gennemføre en tiltænkt helbredende behandling. Der er en mulig nedadgående tendens for denne indikator, og ingen af behandlingsstederne når udviklingsmålet i indeværende opgørelsesperiode. Variationen mellem afdelingerne synes at aftage over tid, men Herlev-Gentofte ligger betragteligt lavere end de øvrige afdelinger, ligesom det er tilfældet med indikator 2 (cystektomi ved muskelinvasiv blærecancer). Denne afdeling ligger samtidigt lavest på den samlede overlevelse efter invasiv blærecancer (indikator 1), hvor f.eks. Aarhus Universitetshospital, som ligger højere i andelen af patienter, som behandles med kurativt sigte også ligger højest i overlevelse i indikator 1. Der er i det forløbne år foretaget studiebesøg indenfor Region Hovedstaden, og der vil i det kommende år foregå yderligere dialog med henblik på afklaring af årsager til regionale forskelle og evt. potentiale for at øge andelen af patienter, som behandles med kurativt sigte.

Det bemærkes desuden, at få patienter på nationalt plan får kemoterapi i tillæg til strålebehandlingen (se tabel i supplerende opgørelser). Udviklingen følges, idet alle afdelinger opfordres til at have fokus på, hvordan kurativt intenderet behandling kan gennemføres hos flest muligt patienter for at øge overlevelsen.

Recidiv ved ikke-invasiv blære tumor (indikator 9)

Der arbejdes videre med at nedbringe andelen af patienter som får recidiv inden for et år efter første behandling af ikke-invasiv blæretumor. Nationalt ses en positiv udvikling som nærmer sig udviklingsmålet på under 20 %, særligt ses en nedgang i Region Midt- og Nordjylland. Flere afdelinger i Region Hovedstaden og Region Syddanmark ligger langt fra

udviklingsmålet. Her anbefales fokus på kvaliteten af den primære resektion af blæretumor samt fokus på recidivforebyggende behandling. Det bemærkes, at med nye tiltag med laserbehandling af overfladisk blæretumor kan der fremkomme en fejlkilde i denne indikator med falsk for lav andel patienter med recidiv, hvis der ikke biopteres inden behandling af recidiver.

Fremtidsperspektiver

To store fokusområder indenfor blærekraft i de kommende år er nye effektive behandlinger til patienter med dissemineret blærekraft, samt seksualfunktionsbevarende operationsteknik ved cystektomi. Der bliver godkendt flere nye effektive lægemidler til patienter med dissemineret sygdom, som traditionelt har haft en meget ringe prognose. Der er derfor i databasen arbejdet med at identificere patienter med spredning af blærekraft. I det supplerende materiale ses resultater fra dette arbejde, hvor konklusionen bliver, at især mangelfuld kodning gør det vanskeligt at sikkert identificere patienter i gruppen. Ligeledes er der oparbejdet data vedrørende organsparende kirurgi for kvinder som cystektomeres. Her viser det sig også, at der bør arbejdes på korrekt kodning af procedurer for organsparende kirurgi. Det er fortsat et ønske med mest mulig fokus på forebyggelse af rygestart blandt unge og på at fremme rygeophør med håb om, at færre i fremtiden rammes af blærekraft.

2. Oversigt over indikatorresultater

Herunder ses en oversigt over de officielle indikatorer afrapporteret i rapporten, hvor resultaterne på landsplan i aktuelle og i tidligere perioder fremgår. En del af indikatorerne er tidsforskudte for at give plads til nødvendig opfølgningstid.

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Udviklingsm ål	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			Andel (95% CI)	Andel	Andel
			01.09.2021 - 31.08.2024	2019/21	2017/19
Indikator 1: 3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer (KM).		0	56 (54-58)	55	55
			01.09.2023 - 31.08.2024	2022/23	2021/22
Indikator 2: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år.	≥ 40	0	40 (35-44)	41	43
Indikator 3: Andel af patienter med T1a-blærecancer (T-stadium ved TUR-B) (som ikke er cystektomeret), der er behandlet med BCG (Diagnoseafdeling).	≥ 85	0	83 (78-87)	71	79
			01.09.2024 - 31.08.2025	2023/24	2022/23
Indikator 4: Andel af cystektomerede højrisiko-patienter, der påbegynder adjuverende behandling (nivolumab)	≥ 65	0	49 (36-62)	53	33
Indikator 5: 90 dages mortalitet efter cystektomi.	≤ 4	1	4 (2-7)	3	5
Indikator 6: Andel af cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi.		0	27 (22-33)	25	29
			01.09.2023 - 31.08.2024	2022/23	2021/22
Indikator 7: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller har opstartet konkomitant kemo-strål-behandling inden for 12 måneder.	≥ 50	0	44 (39-49)	44	46
			01.09.2021 - 31.08.2024	2018/21	
Indikator 8: 3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (konkomitant kemo-strålebehandling el cystektomi) af invasiv blærecancer, stadium T2+ ved TUR-B (KM).		1	64 (60-68)	62	
			01.09.2023 - 31.08.2024	2022/23	2021/22
Indikator 9: Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever mindst et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato.	< 20	0	20 (18-23)	21	23

3. Beskrivelse af populationen

I dette afsnit findes to deskriptive tabeller, der definerer DaBlaCa-data populationen: Patienter med invasiv blærecancer og patienter med ikke-invasive blæretumorer. I afsnittet 'Datagrundlag' ses en beskrivelse af, hvorledes populationerne er identificeret og afgrænset. I afsnittet 'Supplerende opgørelser' findes deskriptive tabeller samt supplerende indikortabeller, herunder er også populationen af hhv. cystektomerede og strålebehandlede patienter opgjort samt en ny tabel over patienter identificeret med dissemineret sygdom ved diagnose.

Nydiagnosticeret population med invasiv blærecancer

Af tabel A fremgår antallet af nye tilfælde af invasiv blærecancer i Danmark over tid samt patienternes fordeling på regionale diagnosesygehuse, køn, alder, komorbiditetsgrad (baseret på Charlson Comorbidity Index score; CCI) samt stadium på diagnosetidspunktet. I aktuelle opgørelsesperiode (1. september 2024 – 31. august 2025) blev der registreret i alt 918 nye tilfælde af invasiv blærecancer i Danmark. Af de nye tilfælde er 30% kirurgisk behandlet med cystektomi og 29 % modtog BCG (Calmette vaccine) skyllebehandling, mens 10 % fik strålebehandling. Der kan være patienter i den seneste periode, som endnu ikke har gennemgået cystektomi eller opstartet onkologisk behandling – de vil fremgå af næste årsrapportopgørelse. Der ses en mulig nedadgående tendens i andelen som cystektomeres.

Det ses, at ca. 75 % af incidente tilfælde opstår blandt mænd, og at median alder ved diagnose for populationen er 76 år. Ca. halvdelen af patienterne diagnosticeres med tumorstadium T1 (T-stadium angivet ved transuretral resektion af blæren, TUR-B), og lidt over halvdelen af patienterne har en eller flere alvorlige komorbide tilstande på diagnosetidspunkt.

Tabel A. Nydiagnosticerede patienter med invasiv blærecancer, deskriptiv tabel

	01.09.2024 - 31.08.2025	01.09.2023 - 31.08.2024	01.09.2022 - 31.08.2023	01.09.2021 - 31.08.2022
Nydiagnosticerede patienter,				
invasiv blærecancer	918	923	931	941
Heraf skyllebehandlet med BCG pr. 26.10.2025	270 (29,4%)	278 (30,1%)	233 (25,0%)	251 (26,7%)
Heraf cystektomeret pr. 26.10.2025	275 (30,0%)	308 (33,4%)	329 (35,3%)	360 (38,3%)
Heraf påbegyndt strålebehandling* pr. 26.10.2025	95 (10,3%)	111 (12,0%)	106 (11,4%)	122 (13,0%)
Diagnosested				
Hovedstaden	242	256	280	261
Sjælland	134	127	128	124
Syddanmark	189	202	194	218
Midtjylland	217	230	220	213
Nordjylland	136	108	109	124
Privathospital	0	0	0	1
Køn				
Kvinder	236 (25,7%)	245 (26,5%)	222 (23,8%)	227 (24,1%)
Mænd	682 (74,3%)	678 (73,5%)	709 (76,2%)	714 (75,9%)
Alder på diagnosetidspunkt				
Median (min;max)	76 (24;96)	76 (37;96)	75 (36;97)	75 (40;100)
Charlson comorbidity index**				
Score 0	422 (46,0%)	445 (48,2%)	412 (44,3%)	421 (44,7%)
Score 1	158 (17,2%)	152 (16,5%)	173 (18,6%)	161 (17,1%)
Score 2	161 (17,5%)	165 (17,9%)	177 (19,0%)	187 (19,9%)
Score 3 eller derover	177 (19,3%)	161 (17,4%)	169 (18,2%)	172 (18,3%)
T-stadie ved TUR-B				
Ukendt T-stadie v/ TUR-B	36 (3,9%)	23 (2,5%)	38 (4,1%)	25 (2,7%)
T1 v/ TUR-B	464 (50,5%)	450 (48,8%)	470 (50,5%)	443 (47,1%)
T2+ (muskelinvasiv) v/ TUR-B	418 (45,5%)	450 (48,8%)	423 (45,4%)	473 (50,3%)

*Kurativ (>15 gange, strål alene eller konkomitant kemo-strål) eller semi-kurativ (6 gange) strålebehandling

**Charlson comorbidity index score benyttes til at beskrive antal og alvorlighed af patientens komorbide tilstande og bygger på søgning på pågældende persons udskrivnings- og ambulante diagnoser indberettet i Landspatientregisteret (LPR) 10 år før blærecancerdiagnosen.

Patienter med ikke-invasive blæretumorer

Tabel B nedenfor viser antallet af nydiagnosticerede patienter med ikke-invasive blæretumorer. For aktuelle opgørelsesperiode er der inkluderet i alt 1334 patienter med ikke-invasive tumorer. Medianalderen for personer med ikke-invasive tumorer er aktuelt 74 år og kønsfordelingen den samme som for de invasive tumorer med flest mænd. Bemærk at det aktuelle års opgørelse (2024/25) af recidiver og progression nedenfor har under et års opfølgningstid, mens de forudgående år har længere opfølgning, idet der følges frem til oktober 2025 for alle patienter uanset diagnoseår. De faldende procentdele over perioderne er således udtryk for kort opfølgning snarere end en positiv udvikling i risiko.

Tabel B. Patienter med ikke-invasive blæretumorer, deskriptivt

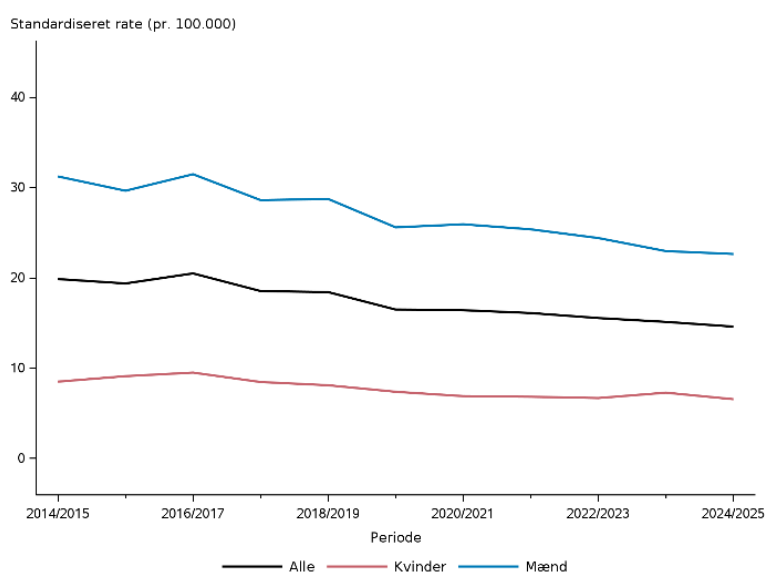
	01/09/2024 - 31/08/2025	01/09/2023 - 31/08/2024	01/09/2022 - 31/08/2023	01/09/2021 - 31/08/2022
Nydiagnosticerede patienter,				
ikke-invasive blæretumorer	1334	1295	1324	1179
Recidiv pr. 26.10.2025	149 (11,2%)	364 (28,1%)	423 (31,9%)	460 (39,0%)
Progression (til invasiv tumor) pr. 26.10.2025	19 (1,4%)	35 (2,7%)	46 (3,5%)	53 (4,5%)
Diagnosested				
Hovedstaden	358	378	293	329
Sjælland	207	196	194	194
Syddanmark	297	304	313	252
Midtjylland	294	277	307	255
Nordjylland	174	130	143	108
Privatklinikker	4	10	74	41
Køn				
Kvinder	303 (22,7%)	305 (23,6%)	302 (22,8%)	260 (22,1%)
Mænd	1.031 (77,3%)	990 (76,4%)	1.022 (77,2%)	919 (77,9%)
Alder på diagnosetidspunkt				
Median (min;max)	74 (15;99)	74 (26;98)	73 (32;96)	73 (22;97)
Tumortype				
Ta, gradering ukendt	23 (1,7%)	35 (2,7%)	48 (3,6%)	38 (3,2%)
Ta, low grade	869 (65,1%)	842 (65,0%)	873 (65,9%)	744 (63,1%)
Ta, high grade	353 (26,5%)	311 (24,0%)	308 (23,3%)	302 (25,6%)
Ta & CIS	16 (1,2%)	21 (1,6%)	18 (1,4%)	11 (0,9%)
PUNLMP	4 (0,3%)	4 (0,3%)	3 (0,2%)	0 (0%)
CIS	69 (5,2%)	82 (6,3%)	74 (5,6%)	84 (7,1%)

Aldersstandiseret incidensrate af invasiv blærecancer og ikke-invasiv blæretumor

Den aldersstandardiserede incidensrate for de invasive tumorer ses i figurene nedenfor, hvor det fremgår, at incidensen er faldende fra omkring 2017 og fremefter. Tobaksrygning er en betydende risikofaktor og tendensen til reduktion i incidens skyldes formentlig en nedgang i antallet af rygere i Danmark. Flere mænd end kvinder udvikler blærecancer, hvilket udover rygning kan skyldes forskellig erhvervsmæssig eksponering og andre endnu ukendte årsager. Det formodes, at den aldersstandardiserede incidens vil falde yderligere over de næste år, men at en ældre befolkningssammensætning vil have betydning for det totale antal. Regionalt set ligger incidensen ensartet. Den aldersstandardiserede incidensrate for ikke-invasiv blæretumor fremgår af opgørelsen nederst. Også denne ligger højere for mænd end kvinder.

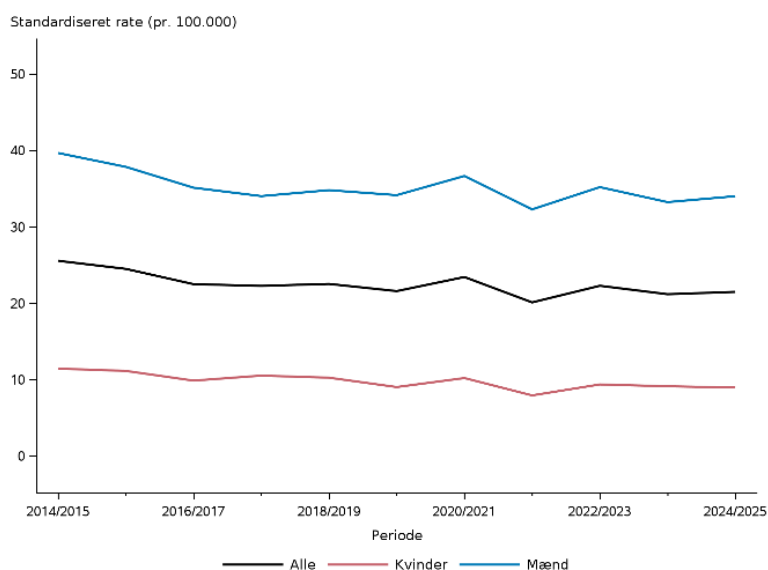
Invasiv cancer

Aldersstandardiseret rate for henholdsvis kvinder og mænd, og total alders- og kønsstandardiseret rate, over tid.



Ikke-invasiv blære tumor

Aldersstandardiseret rate for henholdsvis kvinder og mænd, og total alders- og kønsstandardiseret rate, over tid.

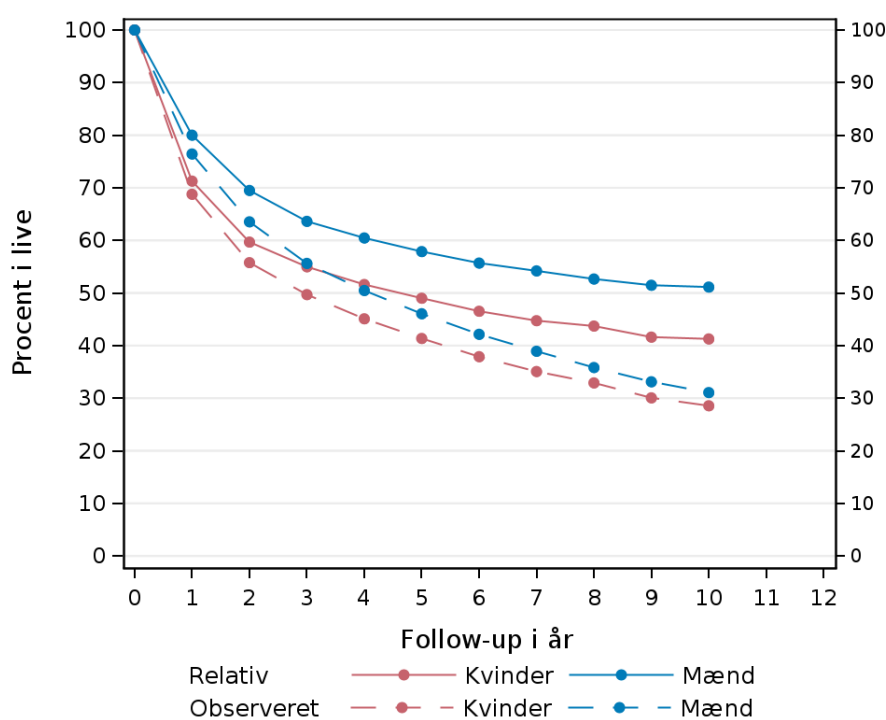


Rater for kvinder og mænd er aldersstandardiseret. Den samlede rate er desuden kønsstandardiseret, med vægtning kvinder:mænd 1:1. Standardpopulation: DK 2020. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

Relativ og observeret overlevelse efter invasiv blærecancer

I nedenstående figur fremgår den kumulative relative og observerede overlevelse blandt patienter med invasiv blærecancer opgjort på køn. I analysen estimeres således forholdet mellem den observerede overlevelse blandt patienter med blærecancer og overlevelsen i baggrundsbefolkningen, hvor der tages højde for alder, køn og kalenderår. Den relative overlevelse kan ses som et tilnærmet mål for den kræftspecifikke overlevelse i fravær af andre dødsårsager, og vil typisk ligge højere end den observerede overlevelse. Eksempelvis, ligger den relative og observerede 5-års overlevelse for mænd på hhv. ca. 58 % og 47 %. Det ses, at overlevelsen falder mest i de første tre år, hvorefter der sker en affladning de efterfølgende år, og at overlevelsen er lavere for kvinder end mænd. Kvinder er generelt ældre end mænd ved diagnose, og en del af årsagen til forskellen i overlevelse kan skyldes et længere udredningsforløb hos kvinder, og at canceren derfor diagnosticeres senere.

Kumuleret relativ og observeret overlevelse for patienter med invasiv blærecancer, opdelt på køn.



4. Indikatorresultater

I det følgende præsenteres resultaterne for hver indikator på landsplan, regions- og afdelingsniveau. Under afsnittet 'Supplerende opgørelser' findes en række deskriptive analyser og relevante supplerende analyser for enkelte af de inkluderede indikatorer. Desuden findes en vejledning i fortolkning af resultaterne i Appendiks 1, og en samlet specifikation af indikatoralgoritmerne findes i appendiks 2.

Tabeller med '#' betyder, at resultatet er fjernet af diskretionshensyn, fordi der kun er en eller to patienter/forløb.

Om udviklingsmål

I nærværende rapport anvendes udviklingsmål som det fagligt ønskværdige niveau for indikatorresultater, og det tidligere anvendte begreb 'standard' er hermed udgået. 'Udviklingsmål' anvendes nu på tværs af alle SundK's kvalitetsdatabaser og fastsættes 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: Overlevelse efter invasiv blærecancer

Herunder ses den observerede overlevelse efter 3 år blandt patienter med invasiv blærecancer. Under Supplerende opgørelser fremgår 5-års overlevelse, og opgørelse af overlevelse opdelt på cancerstadie.

Indikator 1: 3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer (KM)

	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	Udviklings-	antal	01.09.2021 - 31.08.2024		2019/21	2017/19
	mål opfyldt		KM	95% CI	KM	KM
Danmark	Population	(%)				
	2.790	5 (0)	56	(54-58)	55	55
Hovedstaden	1.173	1 (0)	54	(51-57)	53	51
Syddanmark	615	0 (0)	54	(49-59)	54	56
Midtjylland	663	0 (0)	62	(57-66)	56	60
Nordjylland	339	4 (1)	55	(49-61)	62	57
Hovedstaden	1.173	1 (0)	54	(51-57)	53	51
Herlev og Gentofte Hospital	465	0 (0)	53	(48-58)	50	47
Rigshospitalet	708	1 (0)	55	(51-59)	55	55
Syddanmark	615	0 (0)	54	(49-59)	54	56
Odense Universitetshospital	615	0 (0)	54	(49-59)	54	56
Midtjylland	663	0 (0)	62	(57-66)	56	60
Aarhus Universitetshospital	663	0 (0)	62	(57-66)	56	60
Nordjylland	339	4 (1)	55	(49-61)	62	57
Aalborg Universitetshospital	339	4 (1)	55	(49-61)	62	57

Region Sjælland er udgået af tabellen, idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

	Antal	Årsag
Uoplyst:	5	Vitalstatus ukendt eller dato ligger før diagnosedato

Datagrundlag og metode (indikator 1)

Tæller: Patienter i nævneren som fortsat er i live 3 år efter diagnose, opgjort ved Kaplan-Meier estimat.

Nævner: Patienter med invasiv blærecancer, nydiagnosticerede.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 1

3-års overlevelsen blandt alle patienter med invasiv blærecancer ligger på 56 % på landsplan i aktuelle opgørelsesperiode, og resultatet er stabilt sammenlignet med de to forrige år. Der ses nogen variation imellem regioner, hvor Region Midtjylland aktuelt ligger højere end de øvrige regioner. På afdelingsniveau er Herlev-Gentofte resultat forbedret over de seneste tre perioder til nu 53% og ligger dermed tæt på Rigshospitalet (55%), Odense (54%) og Ålborg (55%). Århus ses aktuelt at have en fremgang og ligger nu på 62%.

Kaplan-Meier diagrammerne i figuren på næste side, viser overlevelsen stratificeret på afdelingsniveau for invasive blærecancertilfælde med diagnose i seneste periode (2021-2024). Her fremgår ligeledes at Århus ligger højest i overlevelse, en overlevelsesfordel i forhold til de øvrige afdelinger, som har afsæt indenfor det første år efter diagnose, og som gør sig gældende frem til tre år. Herlev-Gentofte hospital ligger lavest og udvikling begynder indenfor det første år efter diagnose. Afstanden til de øvrige afdelinger er dog mindre end tidligere observeret.

Indikatortabel 1a (under Supplerende materiale) viser 3-års overlevelsen opgjort på bopælsregion. Her fremgår også Region Sjælland, som ikke behandler patienter med kurativ intenderet operation (cystektomi), og det ses at overlevelsen for Regions Sjællands patienter er på niveau med landsgennemsnittet.

Under Supplerende materiale er 5-års overlevelsen opgjort og denne ligger på landsplan på 45 % (95 % CI: 44-47) for hele gruppen af patienter med invasiv blærecancer.

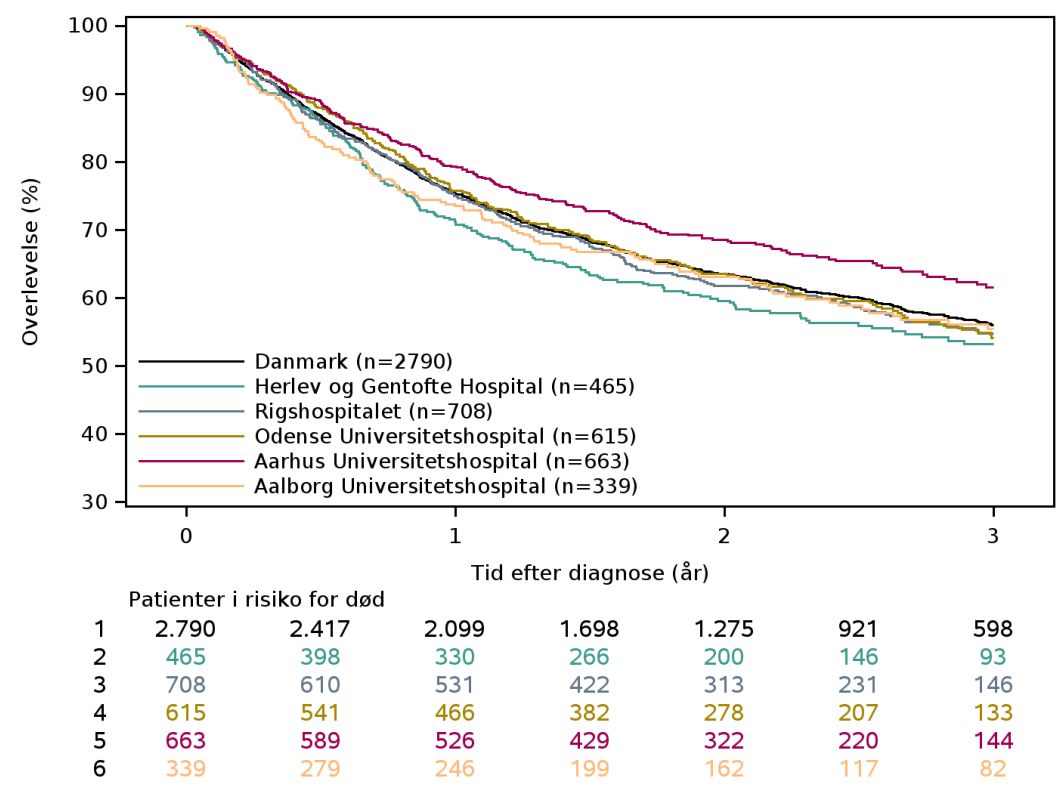
Diskussion og implikationer

Denne indikator er et estimat for samlet behandlingsresultat for patienter diagnosticeret på en given afdeling samt per region. For langt de fleste patienter, som dør som følge af blærecancer, sker dette indenfor 3 år efter diagnose. 3-års overlevelsen er derfor valgt som en vigtigere indikator end 5-års overlevelsen, som vil indeholde forholdsvis flere dødsfald af andre årsager end blærecancer i en ældre og komorbid population. Ved opgørelse af overlevelse for samtlige patienter med invasiv sygdom er det ikke resultater fra de enkelte behandlingsmodaliteter på diagnosticerende afdeling eller samarbejdsafdelinger, der bedømmes, men derimod om patienterne generelt lever efter diagnosen, hvor overlevelse tolkes som en markør for god behandlingskvalitet. Overlevelse vil udover behandlingskvalitet afhænge af stadie indenfor invasiv sygdom, samt død af andre årsager end blærecancer. Ved tolkning af indikatoren skal der tages højde for, at sådanne faktorer ikke nødvendigvis er ligeligt fordelt i landet. Det bemærkes, at hvor der på Herlev og Gentofte Hospital tidligere har været en lavere overlevelse hos patienter diagnosticeret med T1 blærecancer, er denne nu steget og ligger tæt på landsgennemsnittet. Styregruppen bemærker samtidig det aktuelt høje resultat i Århus Universitetshospital og vil tage initiativ til en dialog om sammenhængen mellem dette og den samtidige høje andel af kurativt intenderet behandlede patienter, som ses for denne afdeling i hhv. indikator 2 og 7 mhp. om der kan være et positivt læringspotentiale for øvrige afdelinger.

Vurdering af indikatoren

3-års overlevelse efter diagnose er en vigtig overordnet indikator, som fortæller noget om eventuelle forskelle i prognose centrene imellem. Der tilkommer aktuelt flere nye behandlinger for blærekraft, som bør ændre prognosen for visse undergrupper af patienter i denne kategori. Indikatoren bibeholdes.

Overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer (KM-estimeret) 01.09.2021 - 31.08.2024



Indikatorområde 2: Cystektomi ved muskelinvasiv blæretumor

I opgørelsen herunder indgår patienter med muskelinvasive blæretumorer T2+ ved TUR-B, som er cystektomeret inden for 1 år.

Indikator 2: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 40%			01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23 2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	179 / 450	0 (0)	40	(35-44)	41	43
Hovedstaden	Nej	67 / 192	0 (0)	35	(28-42)	34	34
Syddanmark	Ja	42 / 97	0 (0)	43	(33-54)	45	46
Midtjylland	Ja	47 / 103	0 (0)	46	(36-56)	49	54
Nordjylland	Ja	23 / 58	0 (0)	40	(27-53)	42	43
Hovedstaden	Nej	67 / 192	0 (0)	35	(28-42)	34	34
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	21 / 76	0 (0)	28	(18-39)	37	26
Rigshospitalet	Ja	46 / 116	0 (0)	40	(31-49)	33	39
Syddanmark	Ja	42 / 97	0 (0)	43	(33-54)	45	46
Odense Universitetshospital	Ja	42 / 97	0 (0)	43	(33-54)	45	46
Midtjylland	Ja	47 / 103	0 (0)	46	(36-56)	49	54
Aarhus Universitetshospital	Ja	47 / 103	0 (0)	46	(36-56)	49	54
Nordjylland	Ja	23 / 58	0 (0)	40	(27-53)	42	43
Aalborg Universitetshospital	Ja	23 / 58	0 (0)	40	(27-53)	42	43

Region Sjælland er udgået af tabellen idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

	Antal	Årsag
Eksklusion:	437	Ikke stadium T2-T4 (TUR-B)

Datagrundlag og metode (indikator 2)

Tæller: Patienter i nævneren, der er cystektomeret inden for 1 år efter dato for patologisk påvisning af stadium T2+ ved TUR-B

Nævner: Patienter med muskelinvasiv blærecancer (stadium T2+ ved TUR-B), der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 1 års opfølgning efter diagnose

Resultater af indikatoranalysen for indikator 2

Andelen af patienter med muskelinvasiv cancer, som er blev kirurgisk behandlet med cystektomi inden for et år ligger på 40 % på landsplan. Det fastsatte udviklingsmål på $\geq 40\%$ er opnået på landsplan og i fire ud af fem regioner. Region Hovedstaden ligger lavere end de øvrige regioner og herunder ligger Herlev-Gentofte resultat et stykke under målet og lavt i forhold til de øvrige afdelinger (28%).

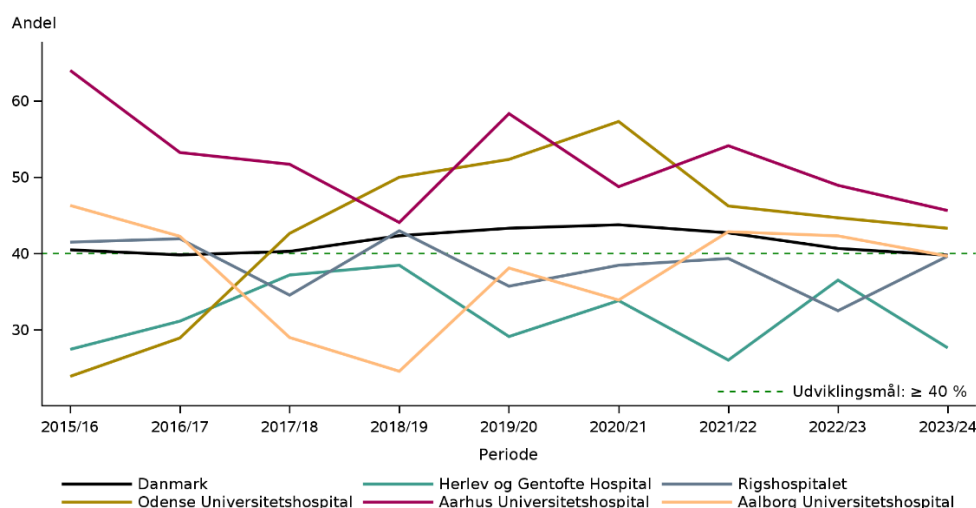
Af trendgrafen ses, at det samlede billede er en stabil udvikling over tid. Afdelingernes resultater har tidligere ligget forskelligartet, men har nu nærmet sig hinanden og ligger aktuelt mellem 40 og 46%, undtagen Herlev-Gentofte hvor der observeres en nedgang i aktuelle år.

Diskussion og implikationer

Indikatoren afspejler anbefalingen i de nationale retningslinjer vedr. førstevalgsbehandling i form af cystektomi til de fleste patienter med formodet lokaliseret muskelinvasiv blærecancer. Der vil være en andel af patienterne i gruppen, som ikke er kandidat til cystektomi enten pga. komorbiditet eller sygdommens udbredelse. Data for indikator 7, hvor samme afdeling ligger lavest for patienter, der i det hele taget gennemgår kurativt intenderet behandling (cystektomi eller kemostrålebehandling), tyder ikke på, at patienterne i stedet vælger eller udelukkende får tilbudt kemo-strålebehandling. Det anbefales, at der fortsat er fokus på at sikre tilbud om kurativt tilbud til egnede patienter, samtidig med at den lave mortalitet efter operation bibeholdes. Se i øvrigt diskussion under indikator 7.

Vurdering af indikatoren Indikatoren bibeholdes som markør for opfyldelse af anbefaling i de nationale retningslinjer mht. kirurgi som førstevalg til de fleste patienter ved kurativt intenderet behandling.

Indikator 2: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 3: BCG behandling af T1a tumorer

Indikatoren opgør andelen af patienter med T1a-tumorer (T-stadium ved TUR-B) (som ikke er cystektomeret indenfor 180 dage efter diagnosedatoen), hvor der er givet BCG (Bacille-Calmette-Guérin) skyllebehandling.

Indikator 3: Andel af patienter med T1a-blærecancer (T-stadium ved TUR-B) (som ikke er blevet cystektomeret indenfor 180 dage efter diagnose), der er behandlet med BCG (Diagnoseafdeling)

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 85%			01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23 2021/22	
	opnået			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	205 / 247	0 (0)	83	(78-87)	71	79
Hovedstaden	Nej	40 / 50	0 (0)	80	(66-90)	72	76
Sjælland	Ja	39 / 43	0 (0)	91	(78-97)	78	82
Syddanmark	Nej	31 / 41	0 (0)	76	(60-88)	68	88
Midtjylland	Ja	73 / 83	0 (0)	88	(79-94)	74	79
Nordjylland	Nej	22 / 30	0 (0)	73	(54-88)	65	71
Hovedstaden	Nej	40 / 50	0 (0)	80	(66-90)	72	76
Bornholms Hospital	Ja	## / #	0 (0)	100	(16-100)	100	100
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	28 / 36	0 (0)	78	(61-90)	73	74
Rigshospitalet	Nej	10 / 12	0 (0)	83	(52-98)	64	79
Sjælland	Ja	39 / 43	0 (0)	91	(78-97)	78	82
Sjællands Universitetshospital	Ja	39 / 43	0 (0)	91	(78-97)	80	82
Syddanmark	Nej	31 / 41	0 (0)	76	(60-88)	68	88
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	Ja	6 / 7	0 (0)	86	(42-100)	62	100
Odense Universitetshospital - Svendborg	Nej	12 / 16	0 (0)	75	(48-93)	71	85
Sygehus Lillebælt	Nej	5 / 6	0 (0)	83	(36-100)	75	78
Sygehus Sønderjylland	Nej	8 / 12	0 (0)	67	(35-90)	33	100
Midtjylland	Ja	73 / 83	0 (0)	88	(79-94)	74	79
Aarhus Universitetshospital	Nej	41 / 49	0 (0)	84	(70-93)	67	72
Regionshospitalet Gødstrup	Ja	32 / 34	0 (0)	94	(80-99)	85	90

	Udviklings- mål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 85%	Tæller/	antal	01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23	2021/22
	opnået	nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Nordjylland	Nej	22 / 30	0 (0)	73	(54-88)	65	71
Aalborg Universitetshospital	Nej	15 / 20	0 (0)	75	(51-91)	55	62
Aalborg Universitetshospital, Thisted	Nej	#/#	0 (0)	50	(1-99)	100	100
Regionshospital Nordjylland	Nej	6 / 8	0 (0)	75	(35-97)	100	80

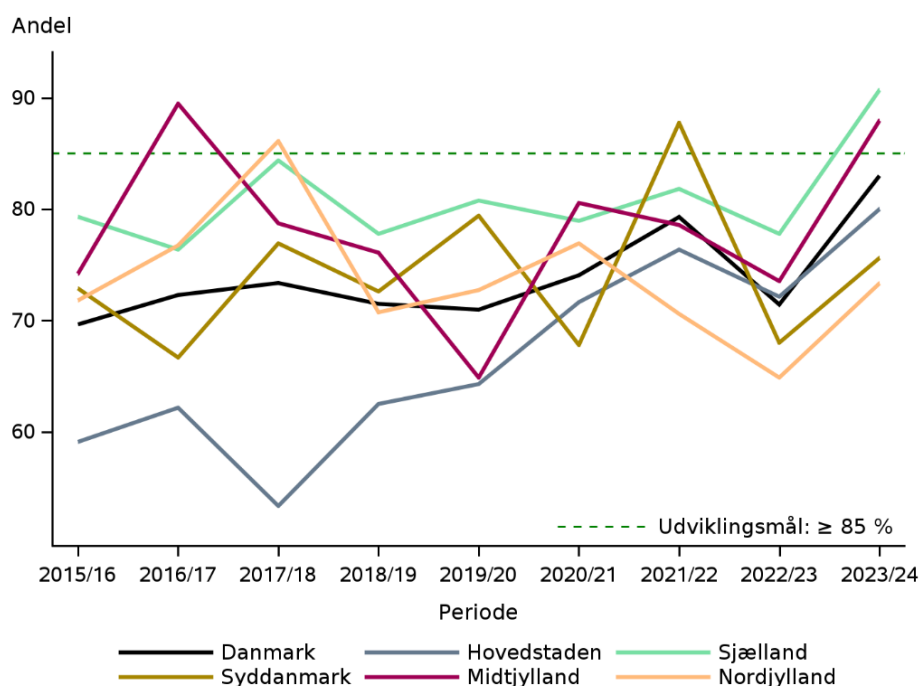
	Antal	Årsag
Eksklusion:	380	Ikke stadium T1/T1a (TUR-B)
	296	Cystektomeret indenfor 180 dage

Datagrundlag og metode (indikator 10)

Tæller: Patienter i nævneren, der er blevet BCG-skyllebehandlet (mindst én behandling)

Nævner: Patienter med T1a-tumorer (T-stadium ved TUR-B), som ikke er cystektomeret inden for 180 dage efter diagnose

Indikator 3: Andel af patienter med T1a-blærecancer (som ikke er blevet cystektomeret), der er behandlet med BCG (Diagnoseafdeling). Trendgraf på regionsniveau.



Resultater af indikatoranalysen for indikator 3

For patienter med T1a-tumorer (som ikke har fået foretaget cystektomi), udgør andelen, der er blevet BCG-skyllebehandlet aktuelt 83 % på landsplan, med en samlet opgang i alle regioner og samtlige afdelinger i aktuelle år. Blæreskyllning med BCG (svækkede tuberkel baciller) forårsager en betændelsesreaktion, som bekæmper celleforandringerne i blæreslimhinden eller mindsker risikoen for tilbagefald.

Udviklingsmålet er sat til > 85 %, og regionernes andele ligger nu mellem 73 og 91 %.

Trendgrafen viser, at der generelt har været en positiv udvikling i resultatet og variationen mellem regioner er blevet mindre over tid, sidste års lille nedgang er vendt til en markant opgang i alle regioner.

Der opgøres også behandling med BCG i populationen af patienter med CIS tumorer, hvor der er allerbedst evidens for effekt af BCG skylninger, og her ligger behandlingsresultatet aktuelt på 90 % samlet set med god ensartethed på tværs af regioner, som nu ligger mellem 80 og 100 % (se tabellen næste side). Gruppen udgør i alt 103 patienter, og resultatet er derfor vist på regions- og ikke afdelingsniveau. Region Midtjylland og Syddanmark har aktuelt haft en fremgang i resultatet

Diskussion og implikationer

I henhold til de nationale retningslinjer anbefales patienter med T1a-tumorer BCG-behandling, hvis de ikke cystektomeres. Der vil dog være patienter, der af forskellige årsager ikke kan tilbydes BCG. Denne andel af patienter forventes som udgangspunkt at være ens i hele landet. På baggrund af det fokus som blev lagt i sidste års rapport på denne indikator, er det meget positivt at se den fremgang i resultatet, som gør sig gældende på lands-, regions- og afdelingsniveau. Et konkret eksempel på et forbedringstiltag er åbning af ny klink i Ålborg, hvor patienterne førhen skulle til Thisted for at modtage BCG behandling med en transporttid, som for nogle patienter kunne virke uoverkommelig.

De afdelinger, som trods fremgang stadig ikke nærmer sig udviklingsmålene for indikator 3 og 3a, anbefales at gennemgå procedurer, der sikrer at alle egnede patienter får tilbud om behandling.

Styregruppen bemærker, at indikatoren udelukkende måler opstart med første registrering af behandling. Der arbejdes til næste årsrapport på en analyse som indeholder antal BCG skyllebehandlinger, således at der også fokuseres på andele af patienter, der kan gennemføre tilstrækkelig BCG behandling.

Der vurderes ikke væsentligt forbedringspotentiale for gruppen af patienter med udelukkende CIS.

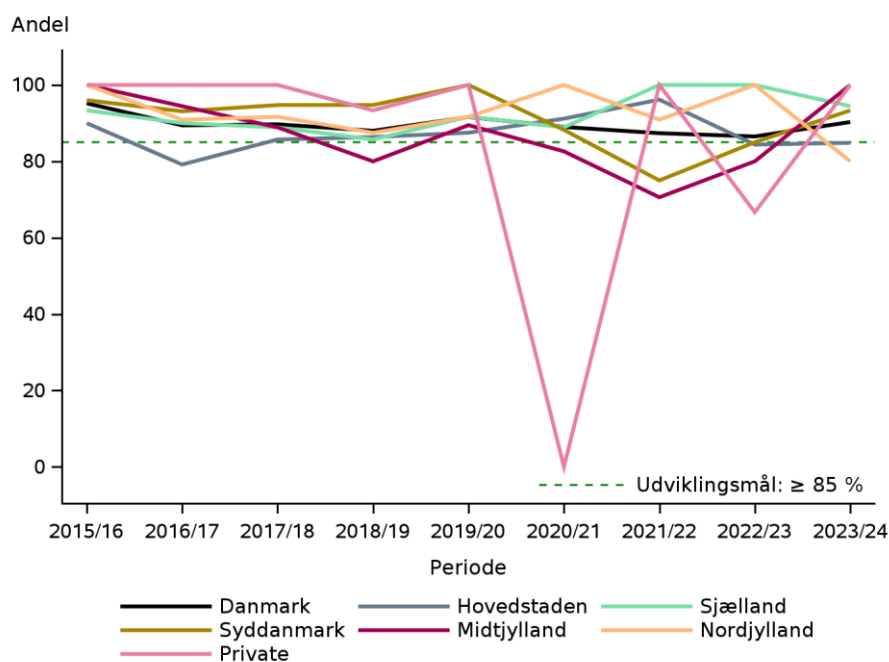
Vurdering af indikatoren

Indikatoren bibeholdes, og styregruppen vil følge op på resultatet.

Indikator 3a: (Suppl) Andel af patienter med CIS-forstadie (som ikke er blevet cystektomeret), der er behandlet med BCG (Diagnoseregion)

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 85%			01.09.2023 - 31.08.2024	95% CI	2022/23	2021/22
	opfyldt			Andel		Andel	Andel
Danmark	Ja	93 / 103	0 (0)	90	(83-95)	87	87
Hovedstaden	Nej	28 / 33	0 (0)	85	(68-95)	84	96
Sjælland	Ja	17 / 18	0 (0)	94	(73-100)	100	100
Syddanmark	Ja	14 / 15	0 (0)	93	(68-100)	85	75
Midtjylland	Ja	21 / 21	0 (0)	100	(84-100)	80	71
Nordjylland	Nej	12 / 15	0 (0)	80	(52-96)	100	91
Private	Ja	1 / 1	0 (0)	100	(3-100)	67	100

Indikator 3a: (Suppl) Andel af patienter med CIS-forstadie (som ikke er blevet cystektomeret), der er behandlet med BCG (Diagnoseregion). Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorområde 4. Adjuverende behandling med Nivolumab

Indikator 4: Andel af cystektomerede højrisiko-patienter, der påbegynder adjuverende behandling (nivolumab)

	Udviklings- mål	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 65%	Tæller/ nævner	antal	01.09.2024 - 31.08.2025		2023/24	2022/23
	opnået		(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	30 / 61	0 (0)	49	(36-62)	53	33
Hovedstaden	Nej	12 / 24	0 (0)	50	(29-71)	47	14
Syddanmark	Nej	7 / 13	0 (0)	54	(25-81)	67	50
Midtjylland	Nej	10 / 21	0 (0)	48	(26-70)	50	29
Nordjylland	Nej	#/#	0 (0)	33	(1-91)	60	67

Region Sjællands patienter indgår under Region Hovedstaden

	Antal	Årsag
Eksklusion:	204 Ikke T3+ eller N+ v/ cystektomi eller T2+ med neoadj kemo	
	63 Ikke fundet PDL1-positiv omkring cystektomi (SNOMED-kode F29311 eller ÆKP*, undtaget ÆKPA00 og ÆKPXX)	

Datagrundlag og metode (indikator 4)

Nævner: Cystektomerede patienter med registrering af N+ eller T3+ eller hvis der er givet NACT (præoperativ kemoterapi) så T2+ eller N+. Samtidig skal der være PD-L1 positiv registrering ved Æ-kodning (ÆKP* (fraregnet ÆKPA00 og ÆKPXX) eller F29311 på sekvens med blære cancer T74*) indenfor 5 måneder før til 3 måneder efter cystektomi

Tæller: Nivolumab (BOHJ19H2) behandlingen indenfor 120 dage fra cystektomi dato.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 4

Indikatoren er indført sidste år og angiver andelen af højrisiko patienter, som cystektomeres og modtager adjuverende behandling med immunterapi (Nivolumab) indenfor 120 dage. Udviklingsmålet er sat til $\geq 65\%$, som vurderes som ambitiøst men realistisk ud fra medicinrådets anbefalinger om anvendelse af denne behandling. Det ses af tabellen at 49% af patientgruppen opstartede Nivolumab behandling i aktuelle år, og at andelen ligger meget ensartet for regionerne (Bemærk de meget få patienter i Region Nordjylland, som er kandidat til behandlingen). Resultatet vises kun på lands- og regionalt niveau, da der er tale om en relativt lille patientgruppe. Den samlede udvikling i forhold til året før er stabil. Behandlingen blev godkendt i Januar af 2023 og blev implementeret som tilbud i løbet af 2023.

Diskussion og implikationer

Behandlingen er indført for nyligt, og resultaterne viser, at alle relevante behandlingssteder har implementeret behandlingstilbuddet. Kvaliteten af data afhænger af, om især PDL-1 status registreres korrekt til patologiregisteret. Resultatet ligger lidt under udviklingsmålet og afspejler formentlig en vis procentdel af patienterne, som ikke tilbydes eller fravælger behandling, hvilket kan være med baggrund i bivirkningsprofil eller eksempelvis praktiske udfordringer i forbindelse med at skulle transporteres til yderligere behandling efter gennemgang af stor operation. Nogle afdelinger har implementeret at alle patienter medtages på MDT efter operationen, med henblik på at sikre, at alle relevante patienter tilbydes behandlingen.

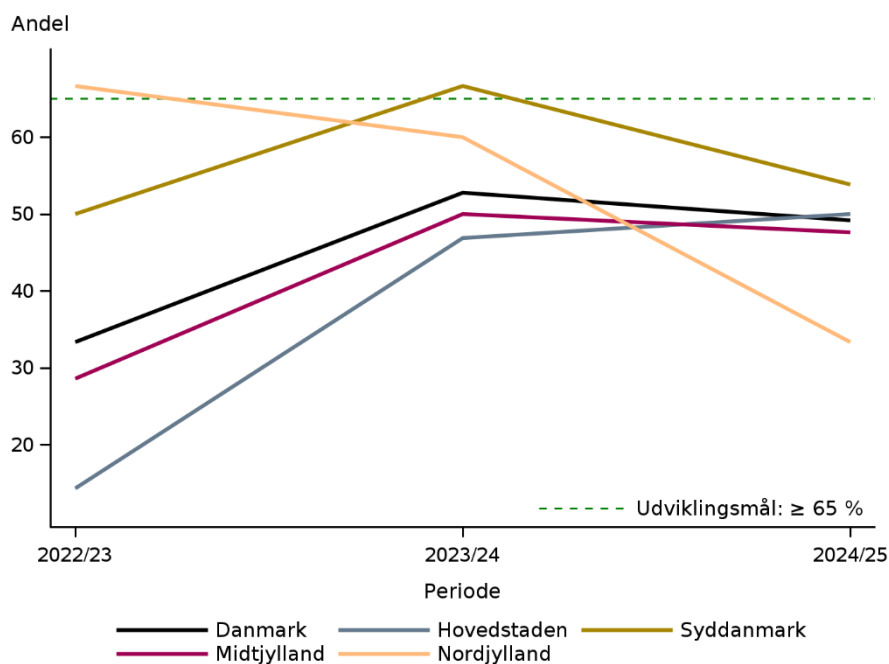
Det forventes, at anvendelsen af adjuverende immunterapi vil slå igennem som forbedret overlevelse efter cystektomi.

Der forventes indført flere nye behandlinger for denne patientgruppe. Det blev besluttet at medtage indikator vedrørende Nivolumab et år mere, hvorefter det skal drøftes, om den fortsat er relevant.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren bibeholdes indtil der er stabil anvendelse nationalt, som opgørelse af tilslutning og ensartethed i anvendelsen af nyt behandlingstilbud i Danmark.

Indikator 4: Andel af cystektomerede højrisiko-patienter, der påbegynder adjuverende behandling (nivolumab). Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorområde 5: 90-dages mortalitet efter cystektomi

I opgørelsen herunder indgår cystektomerede patienter med invasiv blærecancer, der dør inden for 90 dage efter cystektomidatoen.

Indikator 5: 90 dages mortalitet efter cystektomi

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 4%			01.09.2024 - 31.08.2025		2023/24	2022/23
	opnået			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Ja	11 / 298	2 (1)	4	(2-7)	3	5
Hovedstaden	Ja	5 / 123	0 (0)	4	(1-9)	1	8
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-10)	2	2
Midtjylland	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-9)	3	4
Nordjylland	Nej	#/#	2 (6)	6	(1-20)	10	3
Hovedstaden	Ja	5 / 123	0 (0)	4	(1-9)	1	8
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	0 / 39	0 (0)	0	(0-9)	2	7
Rigshospitalet	Nej	5 / 84	0 (0)	6	(2-13)	0	9
Syddanmark	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-10)	2	2
Odense Universitetshospital	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-10)	2	2
Midtjylland	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-9)	3	4
Aarhus Universitetshospital	Ja	#/#	0 (0)	3	(0-9)	3	4
Nordjylland	Nej	#/#	2 (6)	6	(1-20)	10	3
Aalborg Universitetshospital	Nej	#/#	2 (6)	6	(1-20)	10	3

***Region Sjælland** er udgået af tabellen idetregionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

	Antal	Årsag
Eksklusion:	28	Ikke nok follow-up tid efter cystektomi (patienten vil inkluderes i efterfølgende opgørelser)
Uoplyst:	2	Vitalstatus ukendt (ukendt eller inaktivt cprnr)

Datagrundlag og metode (indikator 5)

Tæller: Patienter, der er døde inden for 90 dage efter cystektomidato

Nævner: Patienter med invasiv blærecancer, der er cystektomeret, og der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 90 dages opfølgning efter cystektomi

Resultater af indikatoranalysen for indikator 5

I alt 11 patienter ud af 298 patienter er på landsplan døde inden for 90 dage efter cystektomi, svarende til 4 % i aktuelle år. Resultatet når det fastsatte udviklingsmål på ≤ 4 %. Udviklingen i aktuelle år ses nu stabilt lavt, hvor der tidligere blev observeret en svag stigning (se trendgrafen). Regionerne andele ligger ensartet på 3-6 %. I foregående år observeres en opadgående trend i Region Nordjylland, men denne er vendt i årets tal hvor regionen, herunder Ålborg ligger på 6%. Rigshospitalet ligger ligeledes på 6% og højere end sidste år, mens Herlev aktuelt ligger på 0 %. Der er tale om små absolutte tal, og det samlede billede vurderes ensartet.

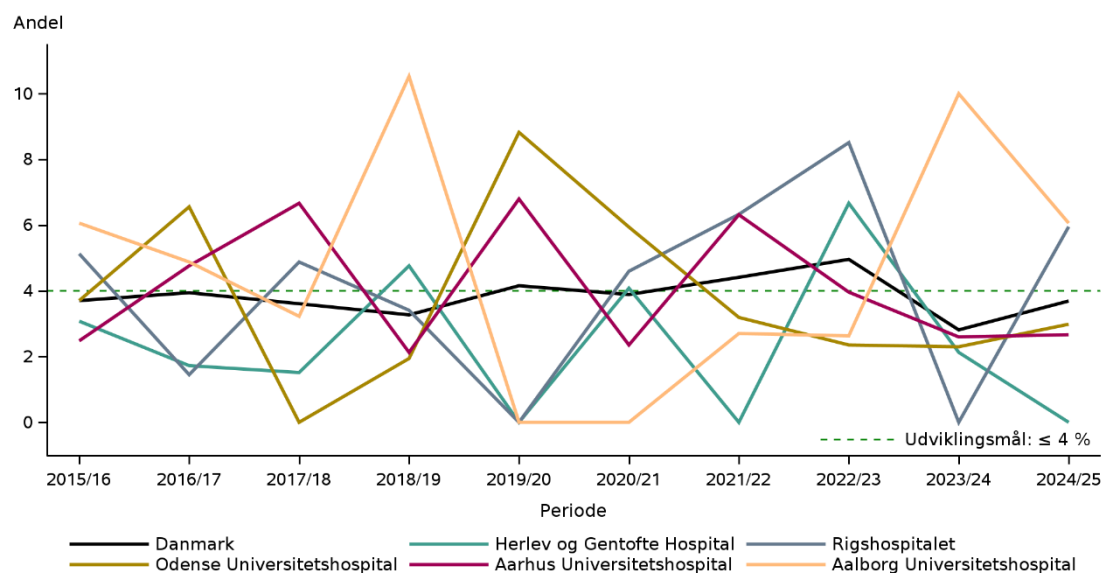
Diskussion og implikationer

Indikatoren afspejler risikoen ved radikal cystektomi, hvor der i alle nationale og internationale publikationer er en betydende risiko for perioperativ mortalitet. Denne risiko vil stige ved operation af patienter med højere grad af komobiditet. Trods de uselektede nationale data i denne rapport ses en opfyldelse af udviklingsmålet nationalt med resultater på højt internationalt niveau. Tidligere audits af dødsfald i flere afdelinger placerer dødsårsager hovedsagelig med baggrund i alvorlige komplikationer efter kirurgi eller tidligt tilbagefald af sygdom. Audits tyder på, at der er tale om tilfældige udsving med begrænset læringspotentiale. Der er i DaBlaCa DMCG regi opstartet flere nationale forskningsprojekter, som har til formål at nedbringe alvorlige komplikationer efter cystektomi, herunder flere randomiserede kontrollerede studier, se under indikator 6.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren skal ses i relation til udviklingsmål om at tilbyde endnu flere patienter kurativt intenderet behandling, og bibeholdes som markør for umiddelbar kirurgisk risiko for død i relation til behandling.

Indikator 5: 90 dages mortalitet efter cystektomi. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 6: Komplikationer efter cystektomi

Her opgøres komplikation (ved Clavien-Dindo grad 3a eller højere) indenfor 90 dage efter cystektomi.

Indikator 6: Andel af cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi

	Udviklings- mål opnået	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/	antal	01.09.2024 - 31.08.2025		2023/24	2022/23
		nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		85 / 298	2 (1)	29	(23-34)	24	29
Hovedstaden		37 / 123	0 (0)	30	(22-39)	23	37
Syddanmark		16 / 67	0 (0)	24	(14-36)	18	18
Midtjylland		21 / 75	0 (0)	28	(18-40)	32	32
Nordjylland		11 / 33	2 (6)	33	(18-52)	25	16
Hovedstaden		37 / 123	0 (0)	30	(22-39)	23	37
Herlev og Gentofte Hospital		10 / 39	0 (0)	26	(13-42)	19	22
Rigshospitalet		27 / 84	0 (0)	32	(22-43)	26	44
Syddanmark		16 / 67	0 (0)	24	(14-36)	18	18
Odense Universitetshospital		16 / 67	0 (0)	24	(14-36)	18	18
Midtjylland		21 / 75	0 (0)	28	(18-40)	32	32
Aarhus Universitetshospital		21 / 75	0 (0)	28	(18-40)	32	32
Nordjylland		11 / 33	2 (6)	33	(18-52)	25	16
Aalborg Universitetshospital		11 / 33	2 (6)	33	(18-52)	25	16

Region Sjælland er udgået af tabellen, idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

	Antal	Årsag
Eksklusion:	28	Ikke nok follow-up tid efter cystektomi (patienten vil inkluderes i efterfølgende opgørelser)
Uoplyst:	2	Vitalstatus ukendt (ukendt eller inaktivt cprnr)

Datagrundlag og metode (indikator 6)

Tæller: Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5. Graden er baseret på den behandling, der er iværksat for at behandle komplikationen. Af Appendiks 2 fremgår, hvilke LPR procedurekoder, der er inkluderet, og hvordan de er scoret ved kodning af Clavien-Dindo graden.

Nævner: Cystektomerede patienter med invasiv blærecancer og 90 dages opfølgning efter cystektomidato

Resultater af indikatoranalysen for indikator 6

29 % af cystektomerede patienter i aktuelle år fik en behandlingskrævende komplikation indenfor 90 dage efter operation. Komplikation medregnes, hvis den er vurderet som Clavien-Dindo grad 3a eller højere. Trenden på landsplan er stabil og afdelingernes resultater ligger mere ensartet end tidligere (se trendgraf), aktuelt som for regionerne mellem 24% og 33 %.

Under supplerende analyser findes opgørelse over Clavien-Dindo grad udspecificeret og fordelt på afdeling. Heraf ses at Ålborg ligger højt på de sværeste kategorier af komplikationer (4 og 5) i aktuelle år. Her ses samtidig en større ensartethed på tværs af afdelinger i registrering af komplikationer af forskellig grad.

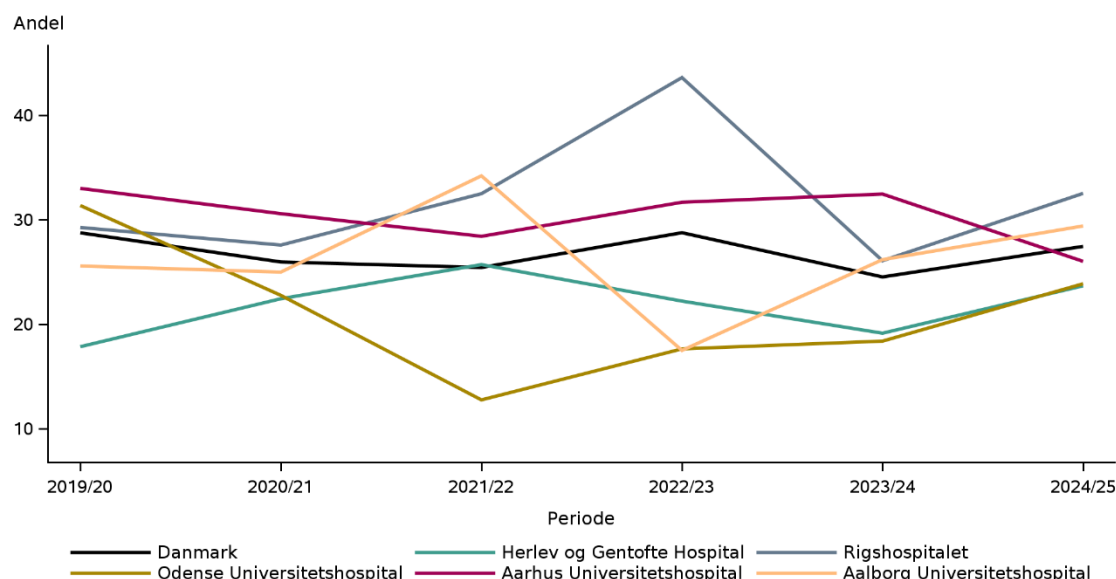
Diskussion og implikationer

Det er vigtigt at anføre, at indikatoren bygger på registrerede procedurer, og at man ikke har valideret eventuelle forskelle i kodepraksis. Mulige forklaringer på forskelle i komplikationsrate er, udover registreringspraksis, komorbiditet og valg af urinafledninger, hvor kontinente afledninger er forbundet med flere komplikationer. Desuden må man, som under indikator 5, forvente en højere forekomst af operationskomplikationer, hvis færre patienter fravælges til operativt tilbud. Der arbejdes i regi af DaBlaCa DMCG med flere nationale randomiserede projekter som har til formål at nedbringe komplikationer efter cystektomi og dermed få flere patienter sikkert igennem kurativ behandling for blærekræft. Herunder forsøg med præoperativ skrøbelighedsvurdering og postoperativ medicinsk orienteret stuegang ved geriater versus stuegang udelukkende ved urolog, forsøg med intraoperativ antifungal medicin versus placebo for at nedsætte gastrointestinale komplikationer, og forsøg med standard antibiotika versus målrettet antibiotika efter operationen for at nedsætte risiko for genindlæggelse med infektion.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren findes vigtig og bibeholdes. Resultatet ligger samlet set på internationalt niveau, dog med forsat forbedringspotentiale..

Indikator 6: Andel af cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 7: Cystektomi og stråle-kemoterapi af muskelinvasiv tumor

Indikator 7: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller har opstartet konkomitant kemo-strål-behandling inden for 12 måneder

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 50%			01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23 2021/22	
	opfyldt			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	197 / 450	0 (0)	44	(39-49)	44	46
Hovedstaden	Nej	77 / 192	0 (0)	40	(33-47)	39	40
Syddanmark	Nej	46 / 97	0 (0)	47	(37-58)	52	51
Midtjylland	Nej	50 / 103	0 (0)	49	(39-59)	47	53
Nordjylland	Nej	24 / 58	0 (0)	41	(29-55)	42	43
Hovedstaden	Nej	77 / 192	0 (0)	40	(33-47)	39	40
Herlev og Gentofte Hospital	Nej	24 / 76	0 (0)	32	(21-43)	41	30
Rigshospitalet	Nej	53 / 116	0 (0)	46	(36-55)	38	46
Syddanmark	Nej	46 / 97	0 (0)	47	(37-58)	52	51
Odense Universitetshospital	Nej	46 / 97	0 (0)	47	(37-58)	52	51
Midtjylland	Nej	50 / 103	0 (0)	49	(39-59)	47	53
Aarhus Universitetshospital	Nej	50 / 103	0 (0)	49	(39-59)	47	53
Nordjylland	Nej	24 / 58	0 (0)	41	(29-55)	42	43
Aalborg Universitetshospital	Nej	24 / 58	0 (0)	41	(29-55)	42	43

Region Sjællands patienter indgår under Rigshospitalet, da cystektomi for disse patienter udføres her. Da indikatorområdet dækker både cystektomi og stråle-kemobehandling, opgøres patienter, som har modtaget kurativt intenderet onkologisk behandling i Sjællands Universitetshospital, ligeledes under Rigshospitalet.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	473	Ikke stadium T2-T4 (TUR-B)

Datagrundlag og metode (indikator 7)

Tæller: Patienter i nævneren, der er cystektomeret eller strålebehandlet plus mindst en registrering med kemoterapi inden for 1 år efter dato for histopatologisk påvisning af stadium T2+ ved TUR-B

Nævner: Patienter med muskelinvasive tumorer (stadium T2+ ved TUR-B), der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 1 års opfølgning efter diagnose

Resultater af indikatoranalysen for indikator 7

Blandt patienter med muskelinvasiv tumor er 44 % på landsplan behandlet med kurativ intention ved cystektomi eller onkologisk behandling inden for et år. Indikatoren er til denne rapport ændret, så den nu indeholder patienter som cystektomeres samt patienter som får kurativt intenderet strålebehandling OG samtidig kemoterapi, idet strålebehandling alene ikke er ligeværdig med cystektomi. Derfor er udviklingsmålet justeret ned til $\geq 50\%$

Regionernes resultatet ligger relativt ensartet (40-49%). Den samlede trend er let nedadgående. Fire afdelinger ligger aktuelt med resultaterne tæt på hinanden mens Herlev-Gentofte resultat ligger på 32% og dermed et stykke under udviklingsmålet og under de øvrige afdelinger.

Figur på side 51 i supplerende materiale viser overlevelsen for forskellige typer af strålestrategi. Her ses at patienter, der fik den kurative stråle-kemoterapi pakke har en klar overlevelsesfordel sammenlignet med patienter, der modtog udelukkende stråleterapi (kurativt intenderet) eller den kortere strålestrategi.

Diskussion og implikationer

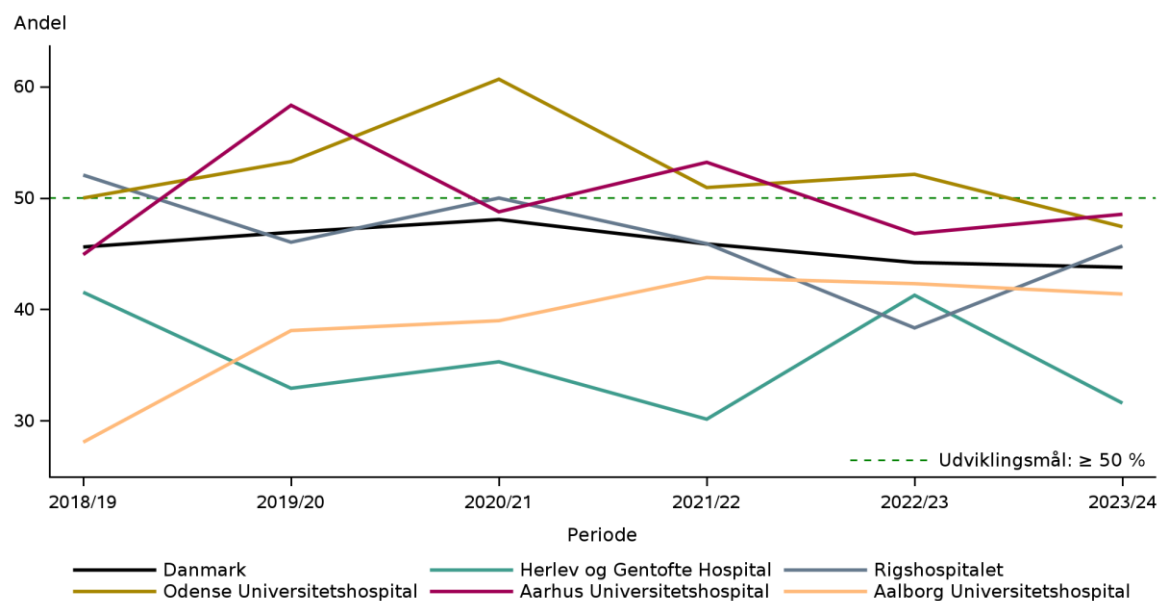
Andel af patienter, der behandles med kurativt sigte er vigtig at opgøre for at kunne sammenligne overlevelse efter behandlingen i specielt indikator 8. Tilbud om kurativ behandling forudsætter, at der ikke er tale om dissemineret sygdom (der arbejdes for at få data på dette i databasen fremover), samt begrænset komorbiditet. Man ser regionale forskelle, som kan skyldes komorbiditet eller regionale forskelle i sygdomsstadium ved diagnose, men også kan skyldes forskelle i behandlingstilbud. Det bemærkes desuden at selvom der er en positiv tendens, får fortsat få patienter kemoterapi i tillæg til strålebehandlingen (se tabel i supplerende opgørelser). Det anbefales at alle afdelinger, som tilbyder strålebehandling af blæren, gennemgår praksis, hvad angår dette. Udviklingen for indikatoren følges, idet alle afdelinger opfordres til at have fokus på, hvordan kurativt intenderet behandling kan gennemføres hos flest mulige patienter for at øge overlevelsen. Det bemærkes, at Herlev-Gentofte ligger lavt og trenden er nedadgående ift. sidste år, og afdelingen bør undersøge deres resultat yderligere. Der foreligger en plan for udveksling af afdelingslæger mellem Herlev-Gentofte og Rigshospitalet via fellowship.

Da Århus behandlingsresultat for denne indikator ligger stabilt højt, er der ligeledes et ønske fra styregruppen om at erfaringsudveksle med denne afdeling, som samtidig ligger højt i overlevelse for den samlede patientgruppe.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren bibeholdes.

Indikator 7: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller har opstartet konkomitant kemo-strål-behandling inden for 12 måneder. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 8: Overlevelse efter cystektomi eller stråle-kemoterapi

I opgørelsen herunder ses den observerede 3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling, dvs. enten onkologiske behandling eller cystektomi. Indikatorområdet inkluderer kun stadium T2+.

Indikator 8: 3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (konkomitant kemo-strålebehandling eller cystektomi) af invasiv blærecancer, stadium T2+ ved TUR-B (KM)

	Udviklings- mål	Population	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal	01.09.2021 - 31.08.2024		2018/21
			(%)	KM	95% CI	KM
Danmark		634	5 (1)	64	(60-68)	62
Hovedstaden		232	1 (0)	59	(51-66)	61
Syddanmark		159	0 (0)	66	(57-74)	58
Midtjylland		170	0 (0)	68	(59-75)	66
Nordjylland		73	4 (5)	67	(53-77)	69
Hovedstaden		232	1 (0)	59	(51-66)	61
Herlev og Gentofte Hospital		71	0 (0)	64	(50-75)	65
Rigshospitalet		161	1 (1)	57	(47-65)	60
Syddanmark		159	0 (0)	66	(57-74)	58
Odense Universitetshospital		159	0 (0)	66	(57-74)	58
Midtjylland		170	0 (0)	68	(59-75)	66
Aarhus Universitetshospital		170	0 (0)	68	(59-75)	66
Nordjylland		73	4 (5)	67	(53-77)	69
Aalborg Universitetshospital		73	4 (5)	67	(53-77)	69

Region Sjællands patienter indgår under Rigshospitalet, da cystektomi for disse patienter udføres her. Da indikatorområdet dækker både cystektomi og stråle-kemobehandling, opgøres patienter, som har modtaget kurativt intenderet onkologisk behandling i Sjællands Universitetshospital, ligeledes under Rigshospitalet.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	514	Ikke stadium T2-T4 (TUR-B)
Uoplyst:	6	Vitalstatus ukendt eller dato ligger før diagnosedato

Datagrundlag og metode (indikator 8)

Tæller: Patienter i nævneren som fortsat er i live 3 år efter start på kurativt intenderet behandling (cystektomi eller stråle-kemoterapi), opgjort ved Kaplan-Meier estimat.

Nævner: Patienter med invasiv blærecancer, der modtager kurativt intenderet behandling (cystektomi eller stråle-kemoterapi) med invasiv cancer stadium T2+

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8

For patientgruppen med stadie T2+, som er kurativt intenderet behandlet med stråle-kemoterapi eller cystektomi ligger 3-års overlevelsen efter behandlingsstart på 64 % på landsplan i aktuelle år.

For regionerne ligger resultaterne ensartet på 59-68 %, og på afdelingsniveau i mellem 57% og 68%. Af Kaplan-Meier overlevelsediagrammet på næste side over overlevelsen frem til 3 år fremgår, at Rigshospitalets kurve ligger under de øvrige afdelinger, hvor der lægges afstand til de øvrige i tidsperioden fra 0,5 til 3 år efter behandlingsstart. Rigshospitalet modtager patienter fra Region Sjælland til kirurgisk behandling.

Af tabel 8s på næste side vises 3-års overlevelsen fordelt på bopælsregion, hvor det ses at overlevelsen er lavest for regions Sjællands og dernæst Hovedstadens patienter (58% og 59%).

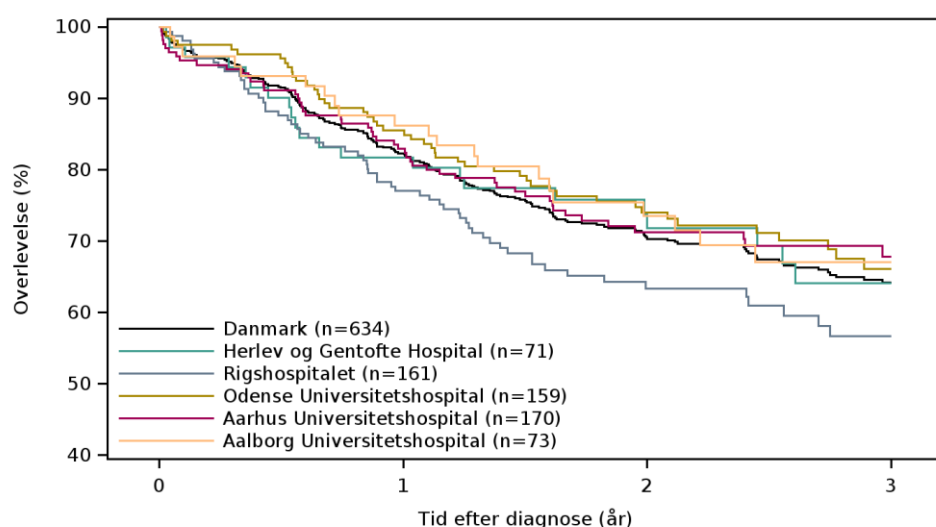
Diskussion og implikationer

I denne indikator indgår andel af patienter, der gennemgår cystektomi og/eller strålebehandling og viser en samlet overlevelse for de to behandlingsmodaliteter. Hermed vil en reel overlevelseshenskel på baggrund af behandlingen kunne komme til udtryk. Dog kan der være forskel på, hvor stor en andel af alle patienter, der tilbydes kurativ behandling i hver region (jvf. indikator 7). Således kan en høj overlevelse skyldes, at den gruppe, der udvælges til behandling, har en god prognose, mens en lavere overlevelse kan skyldes at en større patientgruppe (inklusive mere syge patienter) tilbydes kurativ behandling. Rigshospitalet modtager patienter til operation fra både Region Hovedstaden og Region Sjælland og den lavere overlevelse frem til 3 år kan delvist skyldes en mere syg patientpopulation sammenlignet med øvrige afdelinger.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren bibeholdes som en markør for overordnet overlevelse ved intenderet radikal behandling

Overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (konkomitant kemo-strålebehandling el cystektomi) af invasiv blærecancer, stadium T2+ ved TUR-B (KM-estimeret). 01.09.2021 - 31.08.2024



Patienter i risiko for død							
	634	579	521	421	321	237	158
1	634	579	521	421	321	237	158
2	71	64	58	48	36	28	19
3	161	141	124	89	69	47	33
4	159	152	136	114	91	67	44
5	170	155	141	121	87	68	42
6	73	67	62	49	38	27	20

Indikator 8s: (Suppl) 3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (konkomitant kemo-strålebehandling el cystektomi) af invasiv blærecancer, stadium T2+ ved TUR-B (KM) (Bopælsregion)

	Udviklings- mål		Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere e år
			antal	01.09.2021 - 31.08.2024		2018/21	
	opnået	Population	(%)	KM	95% CI	KM	
Danmark	628	0 (0)	64	(60-68)	63		
Hovedstaden	123	0 (0)	59	(48-68)	61		
Sjælland	108	0 (0)	58	(47-68)	63		
Syddanmark	156	0 (0)	66	(56-73)	57		
Midtjylland	170	0 (0)	68	(60-75)	66		
Nordjylland	71	0 (0)	69	(56-79)	70		

	Antal	Årsag
Eksklusion:	450 Ikke stadium T2-T4 (TUR-B)	
	11 Bopæl ved diagnose kan ikke henføres til en af de 5 regioner	

Indikatorområde 9: Recidiv ved ikke-invasiv blæretumor

Herunder opgøres indikatorresultater baseret på den ikke-invasive blæretumor population. Andel patienter, der oplever minimum et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato blandt alle patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor.

Indikator 9: Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever mindst et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 20%			01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23	2021/22
	opnået			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	254 / 1.248	0 (0)	20	(18-23)	21	23
Hovedstaden	Nej	103 / 366	0 (0)	28	(24-33)	26	28
Sjælland	Ja	33 / 186	0 (0)	18	(13-24)	13	19
Syddanmark	Nej	64 / 296	0 (0)	22	(17-27)	22	21
Midtjylland	Ja	35 / 266	0 (0)	13	(9-18)	16	21
Nordjylland	Ja	17 / 124	0 (0)	14	(8-21)	20	20
Privathospitaler	Nej	##	0 (0)	20	(3-56)	36	29
Hovedstaden	Nej	103 / 366	0 (0)	28	(24-33)	26	28
Bornholms Hospital: Kirurgisk overafdeling	Nej	##	0 (0)	25	(3-65)	14	23
Herlev og Gentofte Hospital: Urologisk overafd. H	Nej	75 / 276	0 (0)	27	(22-33)	27	30
Rigshospitalet: Urologisk Klinik, D	Nej	26 / 82	0 (0)	32	(22-43)	26	24
Sjælland	Ja	33 / 186	0 (0)	18	(13-24)	13	19
Sjællands Universitetshospital: ROS Urologi - Overafdeling	Ja	33 / 186	0 (0)	18	(13-24)	13	19
Syddanmark	Nej	64 / 296	0 (0)	22	(17-27)	22	21
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus: SVS Kirurgisk Område (Esbjerg)	Nej	17 / 66	0 (0)	26	(16-38)	37	29
Friklinikken Region Syddanmark (Grindsted): Organkirurgisk overafdeling - intern EDI	Ja	##	0 (0)	0	(0-84)	0	0
Odense Universitetshospital - Svendborg: OUH Urinvejskirurgisk Afdeling L	Ja	19 / 114	0 (0)	17	(10-25)	18	24
Sygehus Lillebælt: SLB Urinvejskirurgi (Vejle)	Nej	18 / 86	0 (0)	21	(13-31)	25	15
Sygehus Sønderjylland: SHS Urinvejskirurgi	Nej	10 / 28	0 (0)	36	(19-56)	8	12

	Udviklings- mål	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 20%			01.09.2023 - 31.08.2024		2022/23	2021/22
	opnået			Andel	95% CI	Andel	Andel
Midtjylland	Ja	35 / 266	0 (0)	13	(9-18)	16	21
Aarhus Universitetshospital: Urinvejskirurgi Overafdeling	Ja	19 / 150	0 (0)	13	(8-19)	20	17
Regionshospitalet Gødstrup: Urinvejskirurgi - RHG	Ja	16 / 116	0 (0)	14	(8-21)	12	26
Nordjylland	Ja	17 / 124	0 (0)	14	(8-21)	20	20
Aalborg Universitetshospital, Thisted: Thy Kirurgisk Overafd.	Nej	#/#	0 (0)	100	(3-100)	0	0
Aalborg Universitetshospital: Alb Gyn.-obst. Område	Nej	#/#	0 (0)	25	(1-81)	0	
Aalborg Universitetshospital: Alb Urologisk Område	Nej	11 / 49	0 (0)	22	(12-37)	19	27
Regionshospital Nordjylland: RHN Urinvejskirurgi	Ja	4 / 70	0 (0)	6	(2-14)	22	13
Privathospitaler	Nej	#/#	0 (0)	20	(3-56)	36	29
CPH Privathospital: CPH Privathospital A/S, afdeling	Nej	#/#	0 (0)	33	(1-91)	39	29
Capio A/S: Capio A/S - Aarhus afdeling	Ja	#/#	0 (0)	0	(0-98)		
Capio A/S: Capio A/S - Hellerup afdeling	Nej	#/#	0 (0)	50	(1-99)	0	67
Privathospitalet Mølholm: Privathospitalet Mølholm Aarhus, Højbjerg afdeling	Ja	#/#	0 (0)	0	(0-98)		
Privathospitalet Mølholm: Privathospitalet Mølholm Vejle, afdeling	Ja	0 / 3	0 (0)	0	(0-71)	0	

	Antal	Årsag
Eksklusion:	47 Død indenfor 1 år (intet recidiv inden død)	

Datagrundlag metode (indikator 9)

Tæller: Patienter i nævneren med recidiv (ny ikke-invasiv blæretumor) inden for 1 år efter diagnosedato

Nævner: Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor

Resultater af indikatoranalysen for indikator 9

For patienter med ikke-invasiv blæretumor ligger andelen, der oplever et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato på 20 % på landsplan i aktuelle år, og dermed samlet set tæt på udviklingsmålet i årets tal. Der er regionale og afdelingsvise forskelle, hvor resultatet for regionerne ligger mellem 13 % og 28 %.

Der er en overordnet nedadgående trend over tid, hvor især Region Midtjylland har forbedret resultatet hen over seneste treårs periode, mens Nordjylland i aktuelle år også har haft en nedgang i recidiver og disse to regioner ligger nu lavt på 13-14 %. På afdelingsniveau bidrager Regionshospitalet Nordjylland til denne fremgang med en lav recidivandel på 6 % i aktuelle år.

For Region Hovedstaden ses en opgang i andelen af recidiver hen over seneste perioder, hvorunder flere afdelinger har opgang og Rigshospitalet ligger aktuelt med en andel på 32%. Under region Syddanmark ligger Sygehus Sønderjylland ligger ligeledes højt med 36 % i aktuelle resultat, og Esbjerg sygehus på 26%.

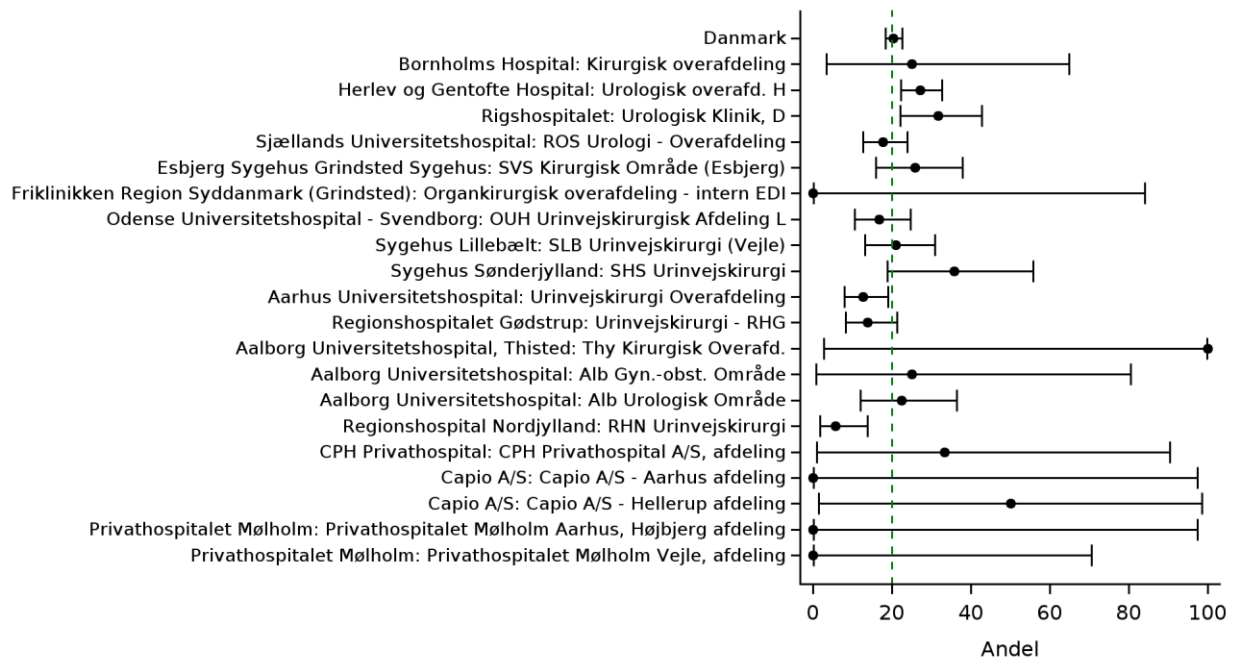
Diskussion og implikationer

Flere forhold kan afgøre risikoen for at en patient får recidiv: Tumorstørrelse og -antal kvalitet af resektion af blæretumor, og behandling inklusive anvendelse af adjuverende instillationsbehandling. Der er i overensstemmelse med guidelines og patientpræferencer en tendens nationalt til mere ambulant behandling af små recidiver med både kemo-resektion samt laserkoagulation. Herunder kan der være patienter, som ikke biopteres ved behandling af recidiverne, og disse patienter vil ikke registreres med recidiv i denne database. Dette vil i så fald medføre en påvist recidivrate, som kan være falskt lav. Flere patienter får forebyggende skyllebehandling, som er anbefalet i retningslinjerne, hvilket vil vise sig som en reel reduktion i recidivhyppighed. For de afdelinger, der ligger langt fra udviklingsmålet, anbefales fokus på kvaliteten af den primære resektion af blæretumor, f.eks. audit af andel patienter, hvor der er medtaget muskelvæv i den primære resektion, samt fokus på at tilbyde og gennemføre recidivforebyggende behandling.

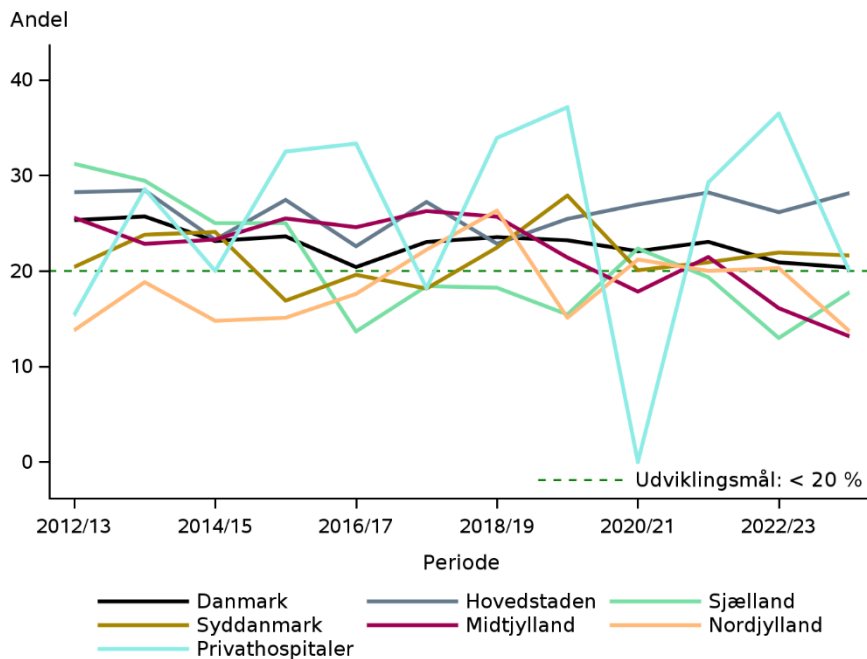
Vurdering af indikatoren

Indikatoren bibeholdes.

Indikator 9: Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever mindst et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato. Forest plot på afdelingsniveau.



Indikator 9: Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever mindst et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato. Trendgraf på regionsniveau.



5. Supplerende opgørelser

Incidens fordelt på regioner

Invasiv blærecancer

Alders- og kønsstandardiserede rater over tid

Region	Standardiseret rate (pr. 100.000)										
	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	2017/ 2018	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021	2021/ 2022	2022/ 2023	2023/ 2024	2024/ 2025
Danmark	19,8	19,4	20,5	18,5	18,4	16,5	16,4	16,1	15,5	15,1	14,6
Hovedstaden	18,9	19,0	17,7	16,5	15,3	14,7	14,3	13,8	15,4	13,7	12,5
Sjælland	17,6	18,3	21,1	18,1	18,6	18,0	18,3	18,1	16,1	15,5	15,6
Syddanmark	21,3	21,2	20,2	19,2	20,6	16,8	15,6	16,1	14,0	14,6	13,2
Midtjylland	19,4	18,6	21,9	20,4	19,0	15,7	16,3	16,4	16,4	16,7	15,6
Nordjylland	22,7	19,9	24,1	19,3	20,2	19,8	20,4	18,3	16,4	15,7	19,2

Standardpopulation: DK 2020. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

Ikke invasiv blæretumor

Alders- og kønsstandardiserede rater over tid

Region	Standardiseret rate (pr. 100.000)										
	2014/ 2015	2015/ 2016	2016/ 2017	2017/ 2018	2018/ 2019	2019/ 2020	2020/ 2021	2021/ 2022	2022/ 2023	2023/ 2024	2024/ 2025
Danmark	25,6	24,5	22,5	22,3	22,6	21,6	23,5	20,2	22,3	21,2	21,5
Hovedstaden	26,9	26,8	25,0	25,4	26,6	24,0	26,5	22,8	22,2	23,3	20,8
Sjælland	27,4	25,3	24,6	19,5	19,1	16,9	20,1	20,4	19,8	19,0	20,8
Syddanmark	27,3	21,2	21,4	22,8	23,7	22,5	21,1	19,1	23,6	22,1	21,5
Midtjylland	25,3	27,5	21,4	20,9	22,3	23,7	23,9	19,5	22,8	20,1	20,8
Nordjylland	16,5	19,2	18,3	21,3	16,1	17,3	24,9	16,9	22,9	20,2	26,0

Standardpopulation: DK 2020. Kilde: Danmarks statistik, tabel FOLK1A, 1.kvartal.

Beskrivelse af populationer

Tabel C. Cystektomerede patienter, deskriptiv tabel

	01.09.2024 - 31.08.2025	01.09.2023 - 31.08.2024	01.09.2022 - 31.08.2023	01.09.2021 - 31.08.2022
Cystektomerede patienter	328	322	365	342
Diagnosetidspunkt				
Diagnosticeret indenfor seneste år	301 (91,8%)	302 (93,8%)	344 (94,2%)	330 (96,5%)
Diagnosticeret mellem 1 og 2 år før	7 (2,1%)	7 (2,2%)	11 (3,0%)	# (0,6%)
Diagnosticeret mere end 2 år før	20 (6,1%)	13 (4,0%)	10 (2,7%)	10 (2,9%)
Behandlerende center				
Odense Universitetshospital	71	87	85	94
Rigshospitalet	92	69	94	80
Herlev og Gentofte Hospital	45	47	45	35
Aarhus Universitetshospital	83	77	101	95
Aalborg Universitetshospital	37	42	40	38
Køn				
Kvinder	88 (26,8%)	88 (27,3%)	83 (22,7%)	91 (26,6%)
Mænd	240 (73,2%)	234 (72,7%)	282 (77,3%)	251 (73,4%)
Alder på diagnosetidspunkt				
Median (min;max)	72 (43;91)	72 (37;88)	72 (36;88)	71 (45;87)
Charlson comorbidity index* (v/diagnose)				
Score 0	198 (60,4%)	183 (56,8%)	174 (47,7%)	203 (59,4%)
Score 1	48 (14,6%)	54 (16,8%)	71 (19,5%)	61 (17,8%)
Score 2	55 (16,8%)	57 (17,7%)	84 (23,0%)	42 (12,3%)
Score 3 eller derover	27 (8,2%)	28 (8,7%)	36 (9,9%)	36 (10,5%)
Operationsteknik				
Robotassisteret kirurgi	262 (79,9%)	271 (84,2%)	262 (71,8%)	256 (74,9%)
Åben kirurgi	66 (20,1%)	51 (15,8%)	103 (28,2%)	86 (25,1%)
Urinafledning				
Urostomi ikke angivet	19 (5,8%)	27 (8,4%)	30 (8,2%)	17 (5,0%)
Våd urostomi	285 (86,9%)	280 (87,0%)	305 (83,6%)	296 (86,5%)
Neoblære	18 (5,5%)	7 (2,2%)	7 (1,9%)	13 (3,8%)

	01.09.2024 - 31.08.2025	01.09.2023 - 31.08.2024	01.09.2022 - 31.08.2023	01.09.2021 - 31.08.2022
Kontinent stomi	4 (1,2%)	# (0,3%)	4 (1,1%)	7 (2,0%)
Ureterokutaneostomi	# (0,6%)	7 (2,2%)	19 (5,2%)	9 (2,6%)
T-stadie (max)				
Ukendt stadie	6 (1,8%)	4 (1,2%)	11 (3,0%)	8 (2,3%)
T1, N0	91 (27,7%)	90 (28,0%)	108 (29,6%)	96 (28,1%)
T2, N0	117 (35,7%)	92 (28,6%)	130 (35,6%)	123 (36,0%)
T3-T4a, N0	66 (20,1%)	64 (19,9%)	54 (14,8%)	52 (15,2%)
T4b	0 (0%)	# (0,3%)	# (0,5%)	0 (0%)
N+ (uanset T-stadie)	48 (14,6%)	71 (22,0%)	60 (16,4%)	63 (18,4%)
*Charlson comorbidity index score benyttes til at beskrive antal og alvorlighed af patientens komorbide tilstande og bygger på søgning på pågældende persons udskrivnings- og ambulante diagnoser indberettet i Landspatientregisteret (LPR) 10 år før blærecancerdiagnosen.				

Kommentar: Af tabel C fremgår, at der i aktuelle opgørelsesperiode var 328 patienter, som fik foretaget cystektomi. Ca. 28% af de cystektomerede patienter har stadie T1. Robotassisteret kirurgi er anvendt ved ca. 80 % af operationerne i aktuelle år, mens de resterende blev udført ved åben kirurgi. Det skal bemærkes, at den beregnede andel af forskellige urinafledninger bygger på klinikerens kodning af operationer, og at dette kan være fejlbehæftet.

Tabel D på næste side viser karakteristika for patienter i de seneste opgørelsesperioder, som har modtaget kurativt strålebehandling (≥ 15 behandlinger), hvilket i aktuelle år omfatter 76 patienter, hvor af 42 % har modtaget konkomitant kemoterapi. I den seneste periode kan der være patienter, der endnu ikke har modtaget 15 behandlinger, og disse patienter vil fremgå af næste års rapportopgørelse.

Tabel D. Strålebehandlende patienter, deskriptiv tabel

	01.09.2024 - 31.08.2025	01.09.2023 - 31.08.2024	01.09.2022 - 31.08.2023	01.09.2021 - 31.08.2022
Strålebehandlede (kurativt intenderet*) patienter	76	73	64	83
- heraf konkomitant kemo	32 (42,1%)	21 (28,8%)	23 (35,9%)	26 (31,3%)
Diagnosetidspunkt				
Diagnosticeret indenfor seneste år	74 (97,4%)	71 (97,3%)	60 (93,8%)	80 (96,4%)
Diagnosticeret mellem 1 og 2 år før	# (1,3%)	# (1,4%)	# (3,1%)	3 (3,6%)
Diagnosticeret mere end 2 år før	# (1,3%)	# (1,4%)	# (3,1%)	0 (0%)
Behandelende center				
Rigshospitalet	6	10	13	15
Herlev og Gentofte Hospital	11	15	9	17
Sjællands Universitetshospital	25	15	18	25
Odense Universitetshospital - Svendborg	16	19	16	12
Aarhus Universitetshospital	11	10	6	7
Aalborg Universitetshospital	7	4	#	7
Køn				
Kvinder	18 (23,7%)	13 (17,8%)	15 (23,4%)	20 (24,1%)
Mænd	58 (76,3%)	60 (82,2%)	49 (76,6%)	63 (75,9%)
Alder på diagnosetidspunkt				
Median (min;max)	73 (40;90)	75 (52;89)	74 (51;88)	78 (50;91)
Charlson comorbidity index** (v/diagnose)				
Score 0	37 (48,7%)	32 (43,8%)	24 (37,5%)	35 (42,2%)
Score 1	10 (13,2%)	18 (24,7%)	14 (21,9%)	15 (18,1%)
Score 2	13 (17,1%)	13 (17,8%)	16 (25,0%)	19 (22,9%)
Score 3 eller derover	16 (21,1%)	10 (13,7%)	10 (15,6%)	14 (16,9%)
T-stadie ved TUR-B				
Ukendt T-stadie v/ TUR-B	# (1,3%)	0 (0%)	# (1,6%)	# (1,2%)
T1 v/ TUR-B	10 (13,2%)	18 (24,7%)	19 (29,7%)	23 (27,7%)
T2+ (muskelinvasiv) v/ TUR-B	65 (85,5%)	55 (75,3%)	44 (68,8%)	59 (71,1%)

*Kurativt intenderet: >15 gange, strål alene eller konkomitant kemo-strål.

**Charlson comorbidity index score benyttes til at beskrive antal og alvorlighed af patientens komorbide tilstande og bygger på søgning på pågældende persons udskrivnings- og ambulante diagnoser indberettet i Landspatientregisteret (LPR) 10 år før blærecancerdiagnosen.

Population med metastatisk sygdom ved diagnose

Opgørelse af andel nydiagnosticerede patienter, der er registreret med metastase i Landsregister for Patologi eller Landspatientregisteret (LPR) for årene 2019/20 til 2024/25 opdelt på afdeling (Se koder nedenfor tabellen).

Diagnoseperiode		Nydiagnosticerede patienter i alt	Metastase-registrering +/-60 dage fra diagnose	
		Antal	Antal	%
2019/2020	Danmark	913	148	16.2
	Aalborg Universitetshospital	122	29	23.8
	Aarhus Universitetshospital	194	30	15.5
	Herlev og Gentofte Hospital	159	29	18.2
	Odense Universitetshospital	207	33	15.9
	Rigshospitalet	231	27	11.7
2020/2021	Danmark	941	165	17.5
	Aalborg Universitetshospital	134	23	17.2
	Aarhus Universitetshospital	203	45	22.2
	Herlev og Gentofte Hospital	160	28	17.5
	Odense Universitetshospital	211	40	19.0
	Rigshospitalet	233	29	12.4
2021/2022	Danmark	941	168	17.9
	Aalborg Universitetshospital	125	25	20.0
	Aarhus Universitetshospital	213	40	18.8
	Herlev og Gentofte Hospital	152	29	19.1
	Odense Universitetshospital	219	45	20.5
	Rigshospitalet	232	29	12.5
2022/2023	Danmark	931	146	15.7
	Aalborg Universitetshospital	109	16	14.7
	Aarhus Universitetshospital	220	38	17.3
	Herlev og Gentofte Hospital	157	35	22.3
	Odense Universitetshospital	194	32	16.5
	Rigshospitalet	251	25	10.0

Diagnoseperiode		Nydiagnosticerede patienter i alt	Metastase-registrering +/-60 dage fra diagnose	
		Antal	Antal	%
2023/2024	Danmark	923	145	15.7
	Aalborg Universitetshospital	109	24	22.0
	Aarhus Universitetshospital	230	25	10.9
	Herlev og Gentofte Hospital	156	25	16.0
	Odense Universitetshospital	202	40	19.8
	Rigshospitalet	226	31	13.7
2024/2025	Danmark	918	136	14.8
	Aalborg Universitetshospital	136	31	22.8
	Aarhus Universitetshospital	217	24	11.1
	Herlev og Gentofte Hospital	149	22	14.8
	Odense Universitetshospital	189	32	16.9
	Rigshospitalet	227	27	11.9

Metode for metastaseregistrering

Der er udtrukket følgende koder for den ny-diagnosticerede blærecancer population

Fra Landspatientregisteret:

AZCD41* + AZCE41* (fjernmetastase ved hhv cTNM og pTNM)

Eller DC77* Metastaser og kræft UNS i lymfeknuder DC78 Metastaser i åndedrætsorganer og fordøjelsessystemet eller DC79 Metastaser i andre specificerede lokalisationer)

Fra Landsregister for Patologi:

M81206 (metastase urotelialt karcinom).

Eller: M8***6 + T74* eller ÆF4530 udgangspunkt i blære.

Kommentar

Opgørelsen er et oplæg til dannelse af en ny population mhp. at kunne udvikle kvalitetsindikatorer for populationen med dissemineret sygdom ved diagnose. Aktuelt (2024/25) ligger andelen af blærekreftpatienter med metastase ved diagnose på mellem ca. 11 og 23 %, dog har det ved journalopslag vist sig, at der på nogle afdelinger mangler registreringer, og at der også eksisterer fejlregistreringer for en del af patienterne. Styregruppen vil på den baggrund arbejde for ensartethed i registrering af fjernmetastaser i LPR. Ovenstående tabel kan foreløbigt anvendes som et overblik over arbejdet med nuværende registrering snarere end et retvisende billede af andel patienter med metastatisk sygdom.

Deskriptive tabeller

I det følgende fremgår en række deskriptive analyser for patienter med invasiv blærecancer.

Cystektomi

Fordeling af cystektomerede patienter pr. diagnose- og opgørelsesperiode, cystektomeret fra 1/9-2020 til 31/8-2025.

Diagnoseperiode	Cystektomiperiode				
	2024/2025	2023/2024	2022/2023	2021/2022	2020/2021
	Antal	Antal	Antal	Antal	Antal
2024/2025	251	0	0	0	0
2023/2024	54	253	0	0	0
2022/2023	7	54	267	0	0
2021/2022	5	7	84	263	0
2020/2021	#	4	7	68	274
2019/2020	0	0	#	#	76
2018/2019	4	#	#	4	3
2017/2018	#	0	0	#	3
2016/2017	#	0	0	0	0
2015/2016	0	#	#	0	#
2014/2015	0	0	0	0	3
2013/2014	#	#	0	3	0
2012/2013	#	0	4	#	#
Total	328	322	365	342	362

Kommentar: Tabellen ovenfor angiver diagnoseår for patienter, der er cystektomeret i de enkelte opgørelsesår.

Tumorstadie

Tumorstadie blandt patienter med invasiv blærecancer, opgjort pr. diagnoseperiode, diagnosticerede 1/9-2020 til 31/8-2025.

Tumorstadie (TUR-B)	Periode									
	2024/2025		2023/2024		2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
T1	68	7,4	56	6,1	48	5,2	36	3,8	42	4,5
T1a	254	27,7	229	24,8	232	24,9	213	22,6	235	25,0
T1b	142	15,5	165	17,9	190	20,4	194	20,6	203	21,6
T2+	418	45,5	450	48,8	423	45,4	473	50,3	441	46,9
Ukendt	36	3,9	23	2,5	38	4,1	25	2,7	20	2,1
Total	918	100	923	100	931	100	941	100	941	100

Kommentar: Tabellen ovenfor viser tumorstadium påvist ved TUR-B blandt patienter med invasiv blærecancer og ligger til grund for inddelingen i stadie T1 og T2+, som anvendes i rapporten. Ud af 918 patienter med diagnose i aktuelle år havde 418 (45,5 %) patienter stadie T2+.

Stadiefordeling blandt cystektomerede ved cystektomi, opgjort pr. cystektomiperiode 1/9-2020 til 31/8-2025.

Stadie ved cystektomi	Cystektomiperiode									
	2024/2025		2023/2024		2022/2023		2021/2022		2020/2021	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Ukendt stadie	150	45,7	136	42,2	154	42,2	168	49,1	165	45,6
T1, N0	26	7,9	18	5,6	43	11,8	21	6,1	30	8,3
T2, N0	39	11,9	32	9,9	52	14,2	39	11,4	44	12,2
T3-T4a, N0	65	19,8	64	19,9	54	14,8	51	14,9	60	16,6
T4b	0	0	#	0,3	#	0,5	0	0	#	0,6
N+ (uanset T-stadie)	48	14,6	71	22,0	60	16,4	63	18,4	61	16,9
Total	328	100	322	100	365	100	342	100	362	100

T-stadie cystektomerede, opgjort pr. center, periode 01.09.2024 - 31.08.2025

T-stadie (max) ved cystektomi	Afdeling										
	Rigshospitalet		Herlev og Gentofte Hospital		Odense Universitetshospital		Aarhus Universitetshospital		Aalborg Universitetshospital		I Alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	N
Ukendt stadie	#	2.2	#	2.2	#	1.4	#	2.4	0	0	6
T1, N0	25	27.2	16	35.6	20	28.2	18	21.7	12	32.4	91
T2, N0	34	37.0	14	31.1	25	35.2	35	42.2	9	24.3	117
T3-T4a, N0	22	23.9	8	17.8	10	14.1	18	21.7	8	21.6	66
N+ (uanset T-stadie)	9	9.8	6	13.3	15	21.1	10	12.0	8	21.6	48
Total	92	100.0	45	100.0	71	100.0	83	100.0	37	100.0	328

Kommentar:

Tabellen øverst giver stadiefordeling blandt cystektomerede patienter opgjort ved tidspunkt for cystektomi opgjort på periode. Den nederste tabel angiver det højest T-stadie for cystektomerede patienter fordelt på afdeling.

Komorbiditet

Komorbiditetsfordeling, diagnosticerede de seneste 3 år, 1/9-2022 til 31/8-2025.

Center	Komorbiditet								
	Score 0		Score 1		Score 2		Score 3 eller derover		Total
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Rigshospitalet	330	46,9	126	17,9	125	17,8	123	17,5	704
Herlev og Gentofte Hospital	211	45,7	73	15,8	87	18,8	91	19,7	462
Odense Universitetshospital	261	44,6	107	18,3	93	15,9	124	21,2	585
Aarhus Universitetshospital	300	45,0	124	18,6	135	20,2	108	16,2	667
Aalborg Universitetshospital	177	50,0	53	15,0	63	17,8	61	17,2	354
Total	1.279	46,1	483	17,4	503	18,1	507	18,3	2.772

Kommentar: Komorbiditet opgjort ved Charlson komorbiditets Index (CCI), hvor 19 diagnosegrupper registreret i LPR (som A- eller B-diagnose) op til 10 år før til og med diagnosedatoen for invasiv blærecancer indgår. Det fremgår af tabellen ovenfor, at ca. 46 % på landsniveau ingen komorbiditet har og denne andel har lille variation henover afdelingerne. Mindre alvorlig komorbiditet og psykiatriske lidelser indgår ikke i CCI indekset.

Nedenfor fremgår fordelingen af CCI for hhv. patienter, der er cystektomeret og kurativt strålebehandlet, og det ses at ca. 55 % af de cystektomerede ingen komorbiditet har, mens dette gør sig gældende for 44 % af de, der har fået kurativt intenderet strålebehandling.

Komorbiditetsfordeling, cystektomerede de seneste 3 år, 1/9-2022 til 31/8-2025.

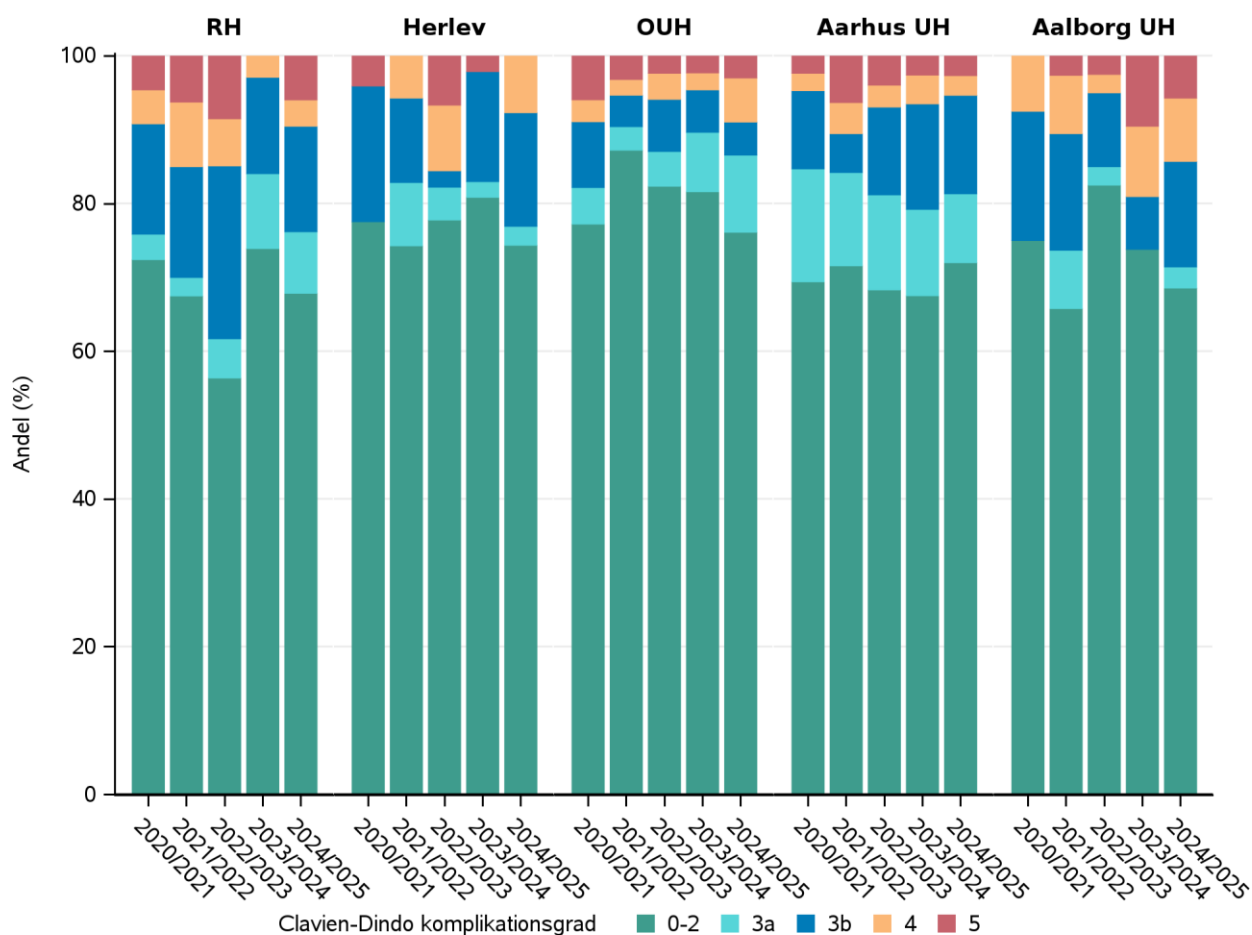
Center	Komorbiditet								
	Score 0		Score 1		Score 2		Score 3 eller derover		Total
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Rigshospitalet	147	57,6	44	17,3	49	19,2	15	5,9	255
Herlev og Gentofte Hospital	80	58,4	24	17,5	27	19,7	6	4,4	137
Odense Universitetshospital	126	51,9	42	17,3	40	16,5	35	14,4	243
Aarhus Universitetshospital	130	49,8	50	19,2	55	21,1	26	10,0	261
Aalborg Universitetshospital	72	60,5	13	10,9	25	21,0	9	7,6	119
Total	555	54,7	173	17,0	196	19,3	91	9,0	1.015

Komorbiditetsfordeling, strålebehandlede (kurativt intenderet) de seneste 3 år, 1/9-2022 til 31/8-2025.

Center	Komorbiditet								
	Score 0		Score 1		Score 2		Score 3 eller derover		Total
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal
Rigshospitalet	39	44,8	20	23,0	16	18,4	12	13,8	87
Herlev og Gentofte Hospital	15	42,9	8	22,9	5	14,3	7	20,0	35
Odense Universitetshospital	24	47,1	9	17,6	10	19,6	8	15,7	51
Aarhus Universitetshospital	8	29,6	3	11,1	9	33,3	7	25,9	27
Aalborg Universitetshospital	7	53,8	#	15,4	#	15,4	#	15,4	13
Total	93	43,7	42	19,7	42	19,7	36	16,9	213

Komplikation eller død 1-90 dage efter cystektomi, cystektomier 01.01.2020-14.05.2024

Fordeling af Clavien-Dindo-grad indenfor sygehus. Opdelt på år for cystektomi.



Kommentar:

Fordelingen af komplikationsgrad for cystektomerede patienter vises i figuren ovenfor, hvor variationen mellem afdelinger fremgår.

Clavien-Dindo graden er baseret på den behandling, der er iværksat for at behandle komplikationen. Af Appendix 2 fremgår, hvilke LPR procedurekoder, der er inkluderet, og hvordan de er scoret ved kodning af Clavien-Dindo graden.

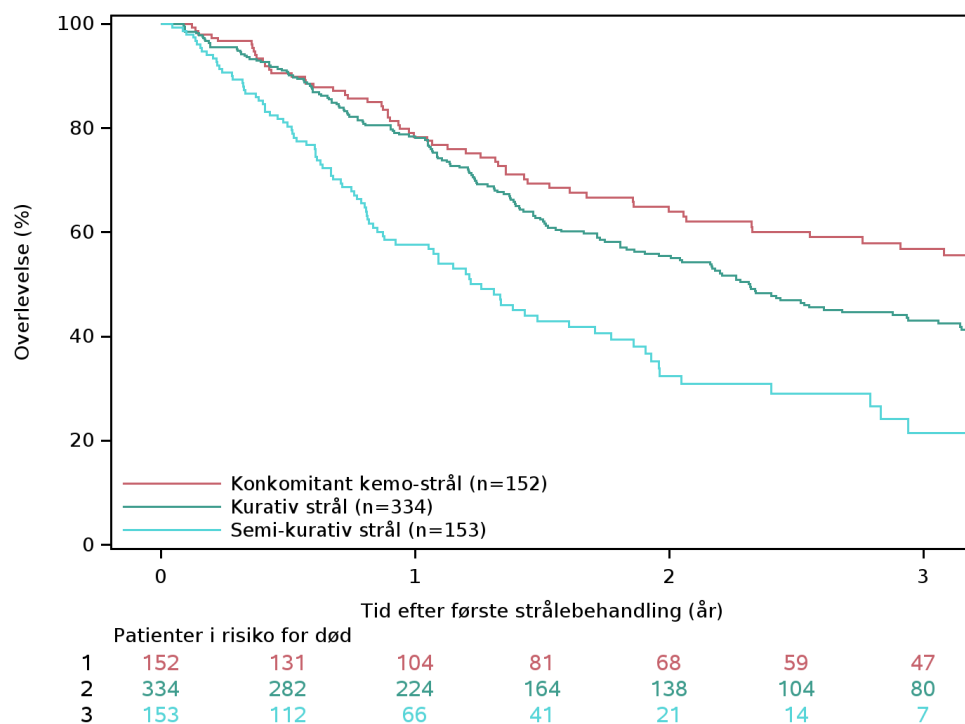
Urinafledning, typer, opgjort pr. center, periode 01.09.2024 - 31.08.2025

Urinafledning	Afdeling										
	Rigshospitalet		Herlev og Gentofte Hospital		Odense Universitetshospital		Aarhus Universitetshospital		Aalborg Universitetshospital		I Alt
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	N
Våd urostomi	75	81.5	38	84.4	63	88.7	79	95.2	30	81.1	285
Kontinent stomi	#	2.2	0	0	0	0	#	2.4	0	0	4
Neoblære	13	14.1	#	2.2	#	1.4	#	2.4	#	2.7	18
Ureterokutaneostomi	#	2.2	0	0	0	0	0	0	0	0	#
Urostomi ikke angivet	0	0	6	13.3	7	9.9	0	0	6	16.2	19
Total	92	100.0	45	100.0	71	100.0	83	100.0	37	100.0	328

Kommentar: Ovenstående tabel viser typer af urinafledning, der udføres. Det ses at våd urostomi er det hyppigste, og andelen ligger på 81-95 % på afdelingerne. Neoblære udføres i langt mindre grad, dog har Rigshospitalet i årets tal registreret 14%.

Onkologisk behandling og overlevelse

Overlevelse efter første strålebehandling 01.09.2018-31.08.2024



Strålekategorier i figur:

-Konkomitant kemo-strål: mere end 15 gange strål/90dg samt mindst én registrering med samtidig kemo

-Kurativ strål: mere end 15 gange strål indenfor 90 dage, ingen samtidig kemobehandling

-Kort (Semi-kurativ) strål: 6 gange strål indenfor 50dg

Kommentar

Ovenfor ses Kaplan-Meier overlevelsesgraf opgjort for forskellige behandlingsgrupper indenfor strålebehandlingsregimer. Patienter, som er i gruppen, der modtog samtidig stråle- og kemoterapi eller kurativ intenderet strålebehandling (svarende til 64gy på 32 fraktioner, 5 fraktioner/uge) har den højeste overlevelse efter første behandling, mens gruppen som fik kort strålebehandling (svarende til 36gy på 6 fraktioner, 1 fraktion/uge) ligger lavere, på hhv. ca. 80 % og 55 % efter et år. Patienter der har modtaget den kurativt intenderede strålepakke har ligeledes en overlevelsesfordel sammenlignet med de, der modtog den kortere strålebehandling.

Tabellen på næste side angiver årstal for behandlingsstart for de tre strålebehandlingsgrupper

Stråletyper, opgjort pr. periode for strålebehandlingsstart, for alle nydiagnosticerede 1/1-2012 til 31/8-2025.

Strålebehandlingsstart	Stråletype			
	Konkomitant kemo-strål	Kurativ strål	Kort (semi-kurativ) strål	Ialt
	Antal	Antal	Antal	Antal
01.01.2012 - 31.08.2012	0	61	0	61
01.09.2012 - 31.08.2013	0	130	0	130
01.09.2013 - 31.08.2014	0	126	0	126
01.09.2014 - 31.08.2015	#	107	0	108
01.09.2015 - 31.08.2016	5	115	0	120
01.09.2016 - 31.08.2017	11	98	0	109
01.09.2017 - 31.08.2018	18	89	0	107
01.09.2018 - 31.08.2019	26	68	0	94
01.09.2019 - 31.08.2020	27	63	0	90
01.09.2020 - 31.08.2021	29	49	21	99
01.09.2021 - 31.08.2022	26	57	38	121
01.09.2022 - 31.08.2023	23	41	48	112
01.09.2023 - 31.08.2024	21	52	46	119
01.09.2024 - 31.08.2025	32	44	35	111

**Stråletyper: Konkomitant kemo-strål: mere end 15 gange strål/90dg samt mindst én registrering med samtidig kemo*

Kurativ strål: mere end 15 gange strål/90dg, ingen samtidig kemobehandling

Kort (Semi-kurativ) strål: 6 gange strål/50dg

Organsparende kirurgi ved cystektomi

Andel kvinder registreret i Landspatientregisteret med organsparende og ikke-organsparende kirurgi ved cystektomi

Organsparende kirurgi, cystektomier - kvinder med blærekræft

Afdeling/Cystektomiår		Cystektomikode				
		KKCC0*		KKCC3*		I alt
				Ikke organspa- rende		
		Organsparende	Antal	%	Antal	%
Odense Universitetshospital	2023/2024	4	19,0	17	81,0	21
	2024/2025	4	30,8	9	69,2	13
Aalborg Universitetshospital	2023/2024	#	20,0	8	80,0	10
	2024/2025	#	12,5	14	87,5	16
Aarhus Universitetshospital	2023/2024	4	18,2	18	81,8	22
	2024/2025	4	16,7	20	83,3	24
Herlev og Gentofte Hospital	2023/2024	#	7,1	13	92,9	14
	2024/2025	3	21,4	11	78,6	14
Rigshospitalet	2023/2024	0	0	21	100	21
	2024/2025	#	9,5	19	90,5	21

* SKS-koder KKCC0* (enkelte KKCC1*): Cystektomi/Perkut.endoskop. cystektomi (enkelte Cystoprostektomi/Perkut.endoskop. cystoprostektomi)

** SKS-koder KKCC3*: Cystektomi/Perkut.endoskop. cystektomi m. fjernelse af kvindelige indre kønsorganer

Kommentar

For blærekræftpatienter, som har fået foretaget cystektomi, opdeles i cystektomier, som er registreret som udelukkende fjernelse af blære (organsparende) og registreringer af cystektomi med fjernelse af indre kvindelige kønsorganer (ikke organsparende). Andelen på aktuelt mellem ca. 9 og 30 % organsparende kirurgi på de enkelte afdelinger vurderes ikke retvisende. Styregruppen anbefaler, at der arbejdes for præcis registrering af cystektomier mhp. at kunne anvende data til ny indikator omkring organsparende kirurgi.

Supplerende indikatoranalyser

Supplerende opgørelser, indikatorområde 1

Indikator 1a: (Suppl) 3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer (diagnoseregion) (KM)

			Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	Udviklings- mål		antal	01.09.2021 - 31.08.2024		2019/21	2017/19
	opnået	Population	(%)	KM	95% CI	KM	KM
Danmark		2.789	5 (0)	56	(54-58)	55	55
Hovedstaden		796	1 (0)	53	(49-56)	52	49
Sjælland		379	0 (0)	58	(52-63)	55	55
Syddanmark		614	0 (0)	54	(49-58)	54	56
Midtjylland		663	0 (0)	62	(57-66)	56	60
Nordjylland		337	4 (1)	55	(49-61)	62	58

Indikator 1b: (Suppl) 5-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer (KM)

	Udviklings- mål	Population	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 35%		antal	01.09.2019 - 31.08.2024		2017/19	2015/17
	opfyldt		(%)	KM	95% CI	KM	KM
Danmark	Ja	4.640	9 (0)	45	(44-47)	45	45
Hovedstaden	Ja	1.955	2 (0)	42	(40-45)	42	42
Syddanmark	Ja	1.033	0 (0)	45	(41-49)	48	42
Midtjylland	Ja	1.059	1 (0)	50	(46-53)	47	48
Nordjylland	Ja	593	6 (1)	49	(44-54)	47	52
Hovedstaden	Ja	1.955	2 (0)	42	(40-45)	42	42
Herlev og Gentofte Hospital	Ja	783	1 (0)	41	(37-46)	37	40
Rigshospitalet	Ja	1.172	1 (0)	43	(39-47)	46	44
Syddanmark	Ja	1.033	0 (0)	45	(41-49)	48	42
Odense Universitetshospital	Ja	1.033	0 (0)	45	(41-49)	48	42
Midtjylland	Ja	1.059	1 (0)	50	(46-53)	47	48
Aarhus Universitetshospital	Ja	1.059	1 (0)	50	(46-53)	47	48
Nordjylland	Ja	593	6 (1)	49	(44-54)	47	52
Aalborg Universitetshospital	Ja	593	6 (1)	49	(44-54)	47	52

Region Sjælland indgår ikke i tabellen idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

Indikator 1c: (Suppl) 3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer, **stadium T1** ved TUR-B (KM)

	Udviklings- mål	Population	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.09.2021 - 31.08.2024		2019/21	2017/19
			(%)	KM	95% CI	KM	KM
Danmark	opfyldt	1.368	1 (0)	72	(69-75)	68	72
Hovedstaden		558	0 (0)	71	(67-75)	67	66
Syddanmark		307	0 (0)	67	(60-72)	65	73
Midtjylland		335	0 (0)	77	(71-82)	68	80
Nordjylland		168	1 (1)	75	(66-82)	78	79
Hovedstaden		558	0 (0)	71	(67-75)	67	66
Herlev og Gentofte Hospital		225	0 (0)	70	(63-76)	62	58
Rigshospitalet		333	0 (0)	72	(66-77)	71	74
Syddanmark		307	0 (0)	67	(60-72)	65	73
Odense Universitetshospital		307	0 (0)	67	(60-72)	65	73
Midtjylland		335	0 (0)	77	(71-82)	68	80
Aarhus Universitetshospital		335	0 (0)	77	(71-82)	68	80
Nordjylland		168	1 (1)	75	(66-82)	78	79
Aalborg Universitetshospital		168	1 (1)	75	(66-82)	78	79

Region Sjælland indgår ikke i tabellen idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

Kommentar: Tabellen er kommenteret under indikator 1 i rapporten.

Indikator 1d: (Suppl) 3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer, **stadium T2+** ved TUR-B (KM)

	Udviklings- mål	Population	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år	
			antal	01.09.2021 - 31.08.2024		2019/21	2017/19
			(%)	KM	95% CI	KM	KM
Danmark	opfyldt	1.364	4 (0)	41	(38-44)	43	40
Hovedstaden		580	1 (0)	39	(34-43)	38	37
Syddanmark		300	0 (0)	43	(36-49)	44	41
Midtjylland		314	0 (0)	46	(40-52)	49	43
Nordjylland		170	3 (2)	36	(29-44)	46	38
Hovedstaden		580	1 (0)	39	(34-43)	38	37
Herlev og Gentofte Hospital		215	0 (0)	36	(29-44)	37	34
Rigshospitalet		365	1 (0)	40	(34-46)	39	40
Syddanmark		300	0 (0)	43	(36-49)	44	41
Odense Universitetshospital		300	0 (0)	43	(36-49)	44	41
Midtjylland		314	0 (0)	46	(40-52)	49	43
Aarhus Universitetshospital		314	0 (0)	46	(40-52)	49	43
Nordjylland		170	3 (2)	36	(29-44)	46	38
Aalborg Universitetshospital		170	3 (2)	36	(29-44)	46	38

Region Sjælland indgår ikke i tabellen idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

Kommentar: Tabellen er kommenteret under indikator 1 i rapporten.

Supplerende opgørelser, indikatorområde 8

5-års overlevelse efter hhv. kurativt intenderet behandling (8a) og cystektomi (8b)

Indikator 8a: (Suppl) 5-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (konkomitant kemo-strålebehandling el cystektomi) af invasiv blærecancer, stadium T2+ ved TUR-B (KM)

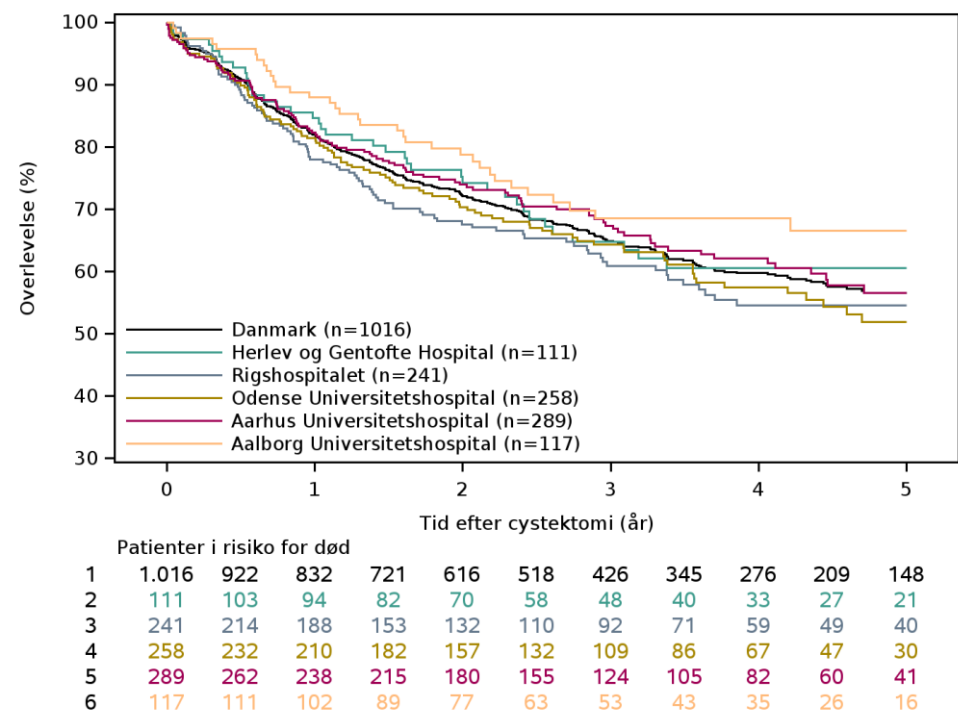
	Udviklings- mål	Population	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år
			antal	01.09.2019 - 31.08.2024		2018/19
			(%)	KM	95% CI	KM
Danmark		1.098	7 (1)	55	(52-59)	47
Hovedstaden		405	1 (0)	54	(49-60)	44
Syddanmark		279	0 (0)	50	(42-57)	51
Midtjylland		293	0 (0)	56	(49-63)	51
Nordjylland		121	6 (5)	66	(56-75)	38
Hovedstaden		405	1 (0)	54	(49-60)	44
Herlev og Gentofte Hospital		119	0 (0)	62	(52-71)	41
Rigshospitalet		286	1 (0)	51	(44-58)	46
Syddanmark		279	0 (0)	50	(42-57)	51
Odense Universitetshospital		279	0 (0)	50	(42-57)	51
Midtjylland		293	0 (0)	56	(49-63)	51
Aarhus Universitetshospital		293	0 (0)	56	(49-63)	51
Nordjylland		121	6 (5)	66	(56-75)	38
Aalborg Universitetshospital		121	6 (5)	66	(56-75)	38

Region Sjælland indgår ikke i tabellen idet regionens patienter allokeres til behandling på et af de behandlingsansvarlige centre (Rigshospitalet efter 1/11-2016).

Kommentar: Tabellen er kommenteret under indikator 8 i rapporten.

Supplerende Figur 8b

Overlevelse efter cystektomi som følge af muskelinvasiv blærecancer (stadium T2+ ved TUR-B) (KM-estimeret)
01.09.2019 - 31.08.2024



Supplerende opgørelser, indikatorområde 9

Indikator 9a: (Suppl) Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der er progredieret til invasiv blærecancer inden for 5 år efter diagnosedato

	Udviklings- mål opfyldt	Uoplyst		Aktuelle år		Tidligere år	
		Tæller/	antal	01.09.2019 - 31.08.2020		2018/19	2017/18
		nævner	(%)	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		64 / 1.217	0 (0)	5	(4-7)	5	4
Hovedstaden		20 / 341	0 (0)	6	(4-9)	5	7
Sjælland		9 / 151	0 (0)	6	(3-11)	4	2
Syddanmark		19 / 287	0 (0)	7	(4-10)	5	4
Midtjylland		10 / 295	0 (0)	3	(2-6)	4	2
Nordjylland		3 / 108	0 (0)	3	(1-8)	3	5
Private		3 / 35	0 (0)	9	(2-23)	9	0

Datagrundlag og metode (indikator 9a)

Tæller: Patienter i nævneren med diagnosedato for invasiv blærecancer inden for 5 år efter diagnosedato for ikke-invasiv blæretumor (pTa)

Nævner: Patienter diagnosticeret første gang med ikke-invasiv blæretumor (pTa)

Kommentar

Opgørelse af ikke-invasive blæretumorer, der progredierer til invasiv blærecancer inden for 5 år. Indikatoren har tidligere været officiel indikator, men da resultatet har ligget stabilt lavt og ensartet gennem en årrække er den ikke længere en del af det officielle indikatorsæt.

6. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Blæretumorer opstår næsten altid i blærens slimhinde, som er beklædt med urotel. Af den grund kaldes blæretumorerne for uroteliale tumorer, og hvis de er invasive kaldes de uroteliale karcinomer. Blæretumorer kan skyldes rygning eller erhvervsmæssige ekspositioner for skadelige stoffer, der efterfølgende udskilles via urinen.

I Danmark diagnosticeres omkring 2000 nye i tilfælde af blæretumorer om året. Ca. 50% af tilfældene vil være ikke-invasive (pTa tumorer eller CIS diagnoser) på diagnosetidspunktet, ca. 50% vil være invasive (både pT1 og pT2+), og halvdelen af de invasive tumorer er tillige muskelinvasive. Incidensen af blærecancer er højest blandt mænd med en kønsfordeling på 75% mænd og 25% kvinder, og hos begge køn ses blæretumorer hyppigst i alderen 50-80 år med toppunkt omkring 70 år.

Begrebet overfladiske blæretumorer refererer både til ikke-invasive Ta-tumorer og til tumorer, der invaderer lamina propria (T1). Da begrebet således i prognostisk sammenhæng inkluderer to meget forskellige tumortyper, har man i Danmark derfor valgt kun at inkludere invasive tumorer (T1 samt T2+) i patientgruppen med blærecancer. I mange andre lande medregnes også ikke-invasive Ta-tumorer i denne sygdomskategori. Dette kan gøre en direkte sammenligning i overlevelse med udenlandske opgørelser vanskelig. For at imødekomme dette og for at lave en mere komplet kortlægning af sygdomsområdet, har DaBlaCa-data valgt også at inkludere de ikke-invasive tumorer siden medio 2018.

Formålet med DaBlaCa-Data er at forbedre kvaliteten af behandlingen af patienter med blæretumorer. Der er derfor valgt centrale anbefalinger i de nationale retningslinjer samt områder, hvor der kommer nye behandlingstilbud, som udgangspunkt for indikatorerne. Eksempelvis, anbefales radikal behandling med enten cystektomi eller kemostrålebehandling frem for udelukkende strålebehandling ved lokaliseret muskelinvasiv sygdom. Der er derfor en indikator med mål for andel af patienter, der behandles med den ene eller den anden modalitet. For de fleste patienter vil anbefalingen fortsat være cystektomi, hvorfor indikatoren for cystektomi separat er bibeholdt. Samtidig er radikal cystektomi en behandling forbundet med en høj risiko for komplikationer og mortalitet. Disse monitoreres fortsat med det mål at sikre balancen mellem at så mange patienter som muligt får et kurativt behandlingstilbud, samtidig med at alvorlige komplikationer begrænses mest muligt. Enkelte indikatorer med overlevelse er bibeholdt som en vigtig parameter for overordnet behandlingskvalitet, hvor også patienter, der ikke får et kurativt tilbud, inkluderes.

Patienter med mere overfladisk invasion, som ikke anbefales radikalt behandlet, bør gennemgå skyllebehandling efter retningslinjerne. Også opfyldelse af dette er derfor inkluderet som en indikator for at sikre, at behandlingsvalg ikke er afhængig af behandlingssted, men i stedet forventes ensrettet mellem behandlingssteder ud fra anbefalingen i de nationale retningslinjer.

7. Datagrundlag og validitet

DaBlaCa-Data er baseret på indberetninger til Landspatientregistret (LPR) fra urologiske og onkologiske afdelinger, som diagnosticerer eller behandler patienter med invasiv blærecancer, og fra patologiafdelinger, som foretager histopatologiske undersøgelser på blæretumorer.

I databasen indgår alle patienter, der fra 2012 og frem er registreret i LPR med en ny blærecancerdiagnose, og som samtidig har en relevant patologisk diagnose registreret i Landsregistreret for Patologi (LRP). Nu indgår også patienter registreret med en ikke-invasiv blæretumor siden 2012.

I det følgende fremgår en beskrivelse af patientallokering til behandlende center, en beskrivelse af metoden til udvælgelse af populationerne i nærværende årsrapport samt en beskrivelse af datavaliditeten. En oversigt over indikatoralgoritmerne findes i appendiks.

Allokering til behandlende center

Hvad angår allokering af patienter, er behandlende center identisk med regionens center for Nord (Aalborg), Midt (Aarhus) og Syd (Odense), men patienter fra Sjælland og Hovedstaden allokeredes indtil 1. november 2016 på følgende måde:

- Patienter fra Region H allokeres til Herlev, hvis udredende hospital er Herlev, men Rigshospitalet (RH) og Frederiksberg (som nu er en del af Bispebjerg) allokeres til RH. Patienter fra andre steder (privathospitaler) i Region H allokeres til Herlev eller RH, hvis de har en behandlingskontakt på et af disse centre.
- Hvis Patienter i Region H har en kontakt til enten Herlev eller RH, vil de blive allokeret til disse centre (hvis ikke, vil patienterne ikke indgå i opgørelsen).
- Patienter fra Region Sjælland allokeres til enten Herlev eller RH afhængig af, hvor de er cystektomeret. Hvis de ikke er cystektomeret, allokeres patienter udredt i Roskilde til Herlev og patienter udredt i Sjællands Universitetshospital til RH.

Efter ovenstående dato allokeres alle patienter fra Region Sjælland til RH. Patienter, der har modtaget kurativt intenderet strålebehandling på Sjællands Universitetshospital, allokeres til dette center.

Incident invasiv blærecancer

Incident invasiv blærecancer defineres som rekvisitioner med følgende SNOMED-koder registreret i LRP: T74 + M80xx3-M84xx3. Rekvisitionen betragtes som en 'relevant patologisk diagnose', hvis:

- 1) Rekvisitionen kan knyttes op til patientens *første forløb* i LPR, med registrering af ICD-10 koden DC67 (med undtagelse af DC679X), hvor rekvisitionsdatoen findes i perioden mellem 1 år før indlæggelsesdato og 90 dage efter udskrivningsdato. (*Forløb* defineres som efter hinanden følgende kontakter, hvor udskrivningsdato i en kontakt stemmer overens med henvisnings- eller indlæggelsesdato i efterfølgende kontakt)
- 2) Det er den første rekvisition for patienten, som opfylder ovenstående punkt, og
- 3) Rekvisitionsdatoen er registreret i 2012 eller senere.

Incidente ikke-invasive blæretumorer

Incidente, ikke-invasive blæretumorer defineres ud fra rekvisitioner fra patologiregistret og identificeres med relevante SNOMED-koder i kombination med registrering i LPR:

- T74 + M81301 (PUNLMP), med registrering af ICD10-koden DD303 eller DD095 i LPR
- T74 + M81302 eller ÆF181A (pTa), med registrering af ICD10-koden DD303 eller DD095 i LPR
- T74 + M81202 eller ÆF1810 (pTis), med registrering af ICD10-koden DD090 i LPR

Rekvisitionen betragtes som "relevant diagnose" hvis:

- 1) Til rekvisitionen findes en registrering af en angiven relevant ICD10-kode, hvor indlæggelsesdatoen i LPR er højst 30 dage før og højst 365 dage efter rekvisitionsdatoen for den patologiske diagnose
- 2) Det er den første rekvisition for patienten, der opfylder pkt. 1), og der findes ikke en tidligere rekvisition i patologiregistret med påvisning af en invasiv bærecancertumor.
- 3) Rekvisitionsdatoen er fra 2012 eller senere.

Cystektomi

Populationen af cystektomerede patienter med invasiv blærecancer defineres som patienter med en cystektomikode (KKCC00-KKCC97) registreret i LPR i 2012 eller senere. Desuden må patienterne ikke have modtaget kurativt intenderet strålebehandling forud for cystektomien. Patienterne skal desuden opfylde punkt 1 og 2 i ovenstående, hvor rekvisitionsdatoen må ligge i perioden 2000 og frem til dato for cystektomi.

T- og N-stadier

Hvad angår stadium påvist ved TUR-B, inddeles der på henholdsvis T1 og T2+ (muskelinvasiv blærecancer), hvilket således er grundlaget for stadietinddelingen i en række af opgørelserne i nærværende rapport. Blandt cystektomerede patienter ønskes en yderligere stadietinddeling, herunder T1, T1a, T1b, T2, T3-T4, T4a, T4b samt N+ (uanset T-stadium). I opgørelserne for overlevelse efter cystektomi anvendes således følgende stadietdefinitioner med tilhørende SNOMED-koder registreret i LRP:

- T1, N0 (ÆF1830)
- T1a, N0 (ÆF1831, ÆF1834, ÆF1835)
- T1b, N0 (ÆF1832, ÆF1833, ÆF1833, ÆF1837)
- T2, N0 (ÆF184x)
- T3-T4a, N0 (ÆF185x, ÆF1860, ÆF1861)
- T4b, N0 (ÆF1862)
- N+, uanset T-stadium (ÆF1910, ÆF1920, ÆF1930 og/eller T086xx koblet med Mxxxx6 (metastase))

Strålebehandling

Overordnet defineres strålebehandling som en registreret BWGC-kode i LPR koblet med aktionsdiagnosen for blærecancer (DC679). Kurativt intenderet strålebehandling defineres som >15 registrerede behandlinger (med max 90 dage fra første til sidste af disse behandlinger), og hvor behandlingen er registreret før evt. cystektomi (cystektomi må således gerne forekomme senere). Palliativ behandling defineres som alle *andre* strålebehandlinger. Strålebehandlingen skal være foretaget på et af følgende behandlingscentre: Aalborg, Aarhus, Odense, Herlev, Rigshospitalet eller Sjællands Universitetshospital)

Kemoterapi

Populationen af patienter, der har fået kemoterapi defineres ved BWHA-kode registreret i LPR. Hvorvidt patienten har modtaget neoadjuverende behandling eller ej registreredes tidligere manuelt, men den manuelle indtastning er ophørt pr 2022 år. Nu anvendes kun data fra LPR vedrørende den præoperative kemoterapi.

Datavaliditet og dækningsgrad

Dækningsgraden af databasen vurderes høj, idet data i DaBlaCa baseres på landsdækkende administrative registre. Overensstemmelsesgraden mellem registreringer i LPR og LRP er tidligere blevet undersøgt, og denne er fundet tæt på 100%. Kun få patienter har en mistænkt blærecancer uden histologi, og disse fremgår således kun i LPR og indgår ikke i opgørelsen. Valideringsundersøgelsen viser desuden, at nogle patienter er registreret i LPR, men samtidig mangler en ICD-10 kode for blærecancer (DC67) i LPR. Disse patienter kan inddeles i følgende tre grupper:

- Patienter med T1a tumorer, som aldrig har fået en DC67 diagnose registreret i LPR, selv om de burde have haft det (svarende til <1% af alle patienter).
- Patienter med en DC67 diagnose i LPR, men hvor diagnosen ligger mere end tre måneder fra den patologiske diagnose. Disse patienter har typisk først fået en diagnose ved efterfølgende kontrol og burde således være inkluderet i DaBlaCa-Data. Patientgruppen spænder fra patienter med T1a tumorer til cystektomerede med T3 tumorer.
- Patienter med en patologisk diagnose, som ikke er blærecancer. Denne gruppe dækker fx over patienter med rectumcancer, hvor bækkenrømning har medført fjernelse af blæren, eller patienter med prostacancer og normale blærebiopsier, hvormed patienten i LRP opfattes som havende blærecancer, idet blæretopografien (T74) samt den invasive diagnose fra anden cancer (M80xx3-M84xx3) findes på samme patologisvar og derfor fejlagtigt inkluderes.

8. Styregruppens medlemmer

Formand

Overlæge, Ulla N. Joensen

Rigshospitalet, Region Hovedstaden, Udpeget af: Dansk Urologisk Selskab

Styregruppemedlemmer

Overlæge, Erik Hansen

Århus Universitetshospital, Region Midtjylland, Udpeget af: Dansk Urologisk Selskab

Overlæge, Lars Dysager

Odense Universitetshospital, Region Syddanmark, Udpeget af: Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Overlæge, Thomas Hasselager

Herlev og Gentofte Hospital, Region Hovedstaden, Udpeget af: Dansk Patologisk Selskab

Ledende overlæge, Juan Luis Vásquez

Sjællands Universitetshospital, Roskilde, Region Sjælland, Udpeget af: Dansk Urologisk Selskab

Overlæge, Andreas Carus

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland, Udpeget af: Dansk Selskab for Klinisk Onkologi

Afdelingslæge, Mia Børsmose Trip

Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland, Udpeget af: Dansk Urologisk Selskab

Patientrepræsentant: John Redlef

Ledelsesrepræsentant:

Hospitalsdirektør, Thomas Balle Kristensen, Region Midtjylland

Udpeget af: Regionssundhedsdirektørkredsen

Kontaktperson og kvalitetskonsulent (repræsentant for den dataansvarlige myndighed)

Lærke Steensgaard Gless, SundK - Kvalitetsenhed C

Datamanager og statistiker

Heidi Jeanet Larsson, Sundk - Enhed for Data

Senior epidemiolog

Else Helene Ibfelt, SundK - Kvalitetsenhed C

9. Appendiks

Appendiks 1. Vejledning i fortolkning af resultater

I det følgende gives en vejledning i, hvorledes resultaterne i årsrapporten skal læses.

Indikatortabeller

Tabellerne i rapporten omfatter resultater for de enkelte afdelinger, regioner og landsgennemsnittet. Der gøres opmærksom på, at der pga. persondatalovens regler og de almindelige regler om tavshedspligt ikke må offentliggøres følsomme personoplysninger i en form, hvor det er muligt "alene eller sammen med andre oplysninger" at henføre det til en identificerbar person. Definitionen af en personoplysning følger af persondatalovens § 3 nr. 1. "Enhver form for information om en identificeret eller identificerbar fysisk person (den registrerede)." Som følge heraf er det besluttet at alle resultater med persondata under 3, ikke må offentliggøres. Resultater med under 3, men over 0, i tæller eller nævner bliver erstattet med # i tabellen. Nedenfor beskrives indholdet af tabellerne:

Udviklingsmål

Angiver det af styregruppen fastsatte mål for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der tilsigtes at opnås relateret til den pågældende indikator. Et "<" foran procentværdien angiver at indikatorværdien sigtes mod at antage en mindre værdi end denne for at udviklingsmålet er opnået.

Tæller/nævner

Angiver det samlede antal patienter der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringsskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.

Uoplyst

Angiver antallet af indberetninger med manglende oplysninger til beregning af indikatoren. Andelen af det potentielle datagrundlag angives i procent i en parentes.

Andel patientforløb som opfylder kravet, % (95% CI):

Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientforløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95% konfidensinterval (95% CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95% sandsynlighed befinder sig inden for det opstillede interval. Konfidensintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

Forrestplot

Diagrammerne giver en oversigt over det fastsatte udviklingsmål (lodret, stiplet rød linje), landsgennemsnittet (lodret, stiplet sort linje) landsresultatet og afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator (sorte prikker) angivet med tilhørende 95 % konfidensintervaller (sorte vandrette streger).

Trendgraf

Med henblik på at give et enkelt visuelt indtryk af, hvordan indikatorværdien har udviklet sig over tid i de enkelte regioner og på landsplan, er der i trendgrafen angivet indikatorværdierne for aktuelle samt tidligere opgørelsesperioder. Den grønne vandrette stiplede linje angiver det fastsatte mål

Appendiks 2. Indikatoroversigt og metode

Herunder ses en samlet specifikation af indikatoralgoritmerne for de inkluderede indikatorer i nærværende årsrapport.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 1	3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer	Ny-diagnosticerede patienter med invasiv blære cancer	Patienter i nævneren, der fortsat er i live op til 3 år efter patologisk diagnosedato, opgjort ved Kaplan-Meier estimat.	Vitalstatus ukendt eller dato ligger før diagnosedato
Indikator 2	Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år	Patienter med muskelinvasiv blærecancer (stadium T2+ ved TUR-B), der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 1 års opfølgning efter diagnose.	Patienter i nævneren, der er cystektomeret inden for 1 år efter dato for patologisk påvisning af stadium T2+ ved TUR-B. (LPR-kode cystektomi: KKCC00-KKCC97)	Ikke relevant - data fra LPR
Indikator 3	Andel af patienter med T1a-tumorer (T-stadium ved TUR-B) (som ikke er blevet cystektomeret inden for 180 dage efter diagnose), der er behandlet med BCG	Patienter med T1a-tumorer (T-stadium ved TUR-B), som ikke er cystektomeret inden for 180 dage efter diagnose. (LPR kode cystektomi: KKCC00-KKCC97)	Patienter i nævneren, der er blevet BCG-skyllebehandlet (mindst én gang). (LPR-kode: BJHE11)	Ikke relevant - data fra LPR.
Indikator 4	Andel af cystektomerede højrisiko-patienter, der påbegynder adjuverende behandling (Nivolumab)	Cystektomerede patienter med registrering af N+ eller T3+ eller hvis der er givet NACT (præoperativ kemoterapi) så T2+ eller N+. Samtidig skal der være PD-L1 positiv registrering ved Æ-kodning (ÆKP* (fraregnet ÆKPA00 og ÆKPXX) eller F29311 på sekvens med blære cancer T74*) indenfor 5 måneder før til 3 måneder efter cystektomi (LPR-kode cystektomi KKCC00-KKCC97, præoperativ kemo: BWHA*)	Nivolumab (BOHJ19H2) behandlingen indenfor 120 dage fra cystektomi dato.	

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 5	90 dages mortalitet efter cystektomi	Patienter med invasiv blærecancer, der er cystektomeret, og der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 90 dages opfølgning efter cystektomi. (LPR-kode cystektomi KKCC00-KKCC97)	Patienter der er døde inden for 90 dage efter cystektomidato.	Emigrerede/ ukendte i cpr-registret 90 dage efter cystektomi.
Indikator 6	Cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi.	Cystektomerede patienter med invasiv blærecancer og 90 dages opfølgning efter cystektomidato (LPR-kode cystektomi KKCC00-KKCC97)	Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5. Graden er baseret på den behandling, der er iværksat for at behandle komplikationen. (Se LPR procedure-koder næste side*)	Ikke relevant - data fra LPR.
Indikator 7	Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller stråle-kemo behandlet inden for 12 måneder.	Patienter med muskelinvasive tumorer (stadium T2+ ved TUR-B) , der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 1 års opfølgning efter diagnose.	Patienter i nævneren, der er cystektomeret eller stråle-kemo behandlet inden for 1 år efter dato for patologisk påvisning af stadium T2+ ved TUR-B. (LPR-koder cystektomi KKCC00-KKCC97 eller <i>mere end 15 gange strål indenfor 90 dage BWGC* samt mindst én registrering med samtidig kemo BWHA*</i>)	Ikke relevant - data fra LPR.
Indikator 8	3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (stråle-kemo behandling el cystektomi) af invasiv blærecancer	Patienter med invasiv blærecancer, der modtager kurativt intenderet behandling (cystektomi eller stråle-kemo behandling) (LPR-koder cystektomi KKCC00-KKCC97 eller <i>mere end 15 gange strål indenfor 90 dage BWGC* samt mindst én registrering med samtidig kemo BWHA*</i>)	Patienter i nævneren som fortsat er i live 3 år efter start på kurativt intenderet behandling, opgjort ved Kaplan-Meier estimat.	Vitalstatus ukendt eller dato ligger før diagnosedato.
Indikator 9	Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever min. et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato	Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor.	Patienter i nævneren med recidiv (ny ikke-invasiv blæretumor, der ligger mere end 2mdr efter seneste tumor) inden for 1 år efter diagnosedato	Ikke relevant - data fra LPR.

Procedurekoder ved komplikationer efter cystektomi

Periode inkluderet efter cystektomi: 1.-90 dage postoperativt

Inddeles i følgende sværhedsgrader efter Clavien-Dindo komplikationsgrad:

Grad 3a: Nefrostomi eller sårbehandling

KTKA10A Perkutan anlæggelse af nefrostomikateter

KQBB* Behandlinger af sår på truncus

BNPA^{*(1)} Sårbehandling

Grad 3b: større operationer

KJA* Operationer på bugvæg, bughinde, mesenterie og oment

KJD*-KJN* (præcisering se noter)

KJD Operationer på mavesæk og tolvfingertarm

KJE Operationer på blindtarm

KJF⁽²⁾ Operationer på tyndtarm og tyktarm

KJG⁽³⁾ Operationer på endetarm

KJH⁽⁴⁾ Operationer på endetarmsåbning og perianalt væv

KJJ⁽⁵⁾ Operationer på lever

KJK Operationer på galdeveje

KJL Operationer på pancreas

KJM Operationer på milt

KJN Rekonstruktive indgreb efter oper. på fordøjelsesorganer og milt

KKAA* Eksplorationer af nyre og nyrebækken

KKAC* Nefrektomier

KKAD* Resektioner af nyre og nyrebækken

KKBH*-KKBJ* (alle mellemliggende inkluderet)

KKBH Rekonstruktioner af urinleder

KKBJ Urinafledende operationer på urinleder

KKW* Reoperationer efter urologiske operationer

KNGM09 Fasciotomi på underben

Grad 4: Intensiv og dialyse

BJFD* Dialysebehandling

NABA* Postoperativ behandling

NABB* Intensiv terapi

NABE* Intensiv observation

Grad 5: død, Vitalstatus = 90

¹⁾ BNPA* fraregnet:

BNPA Sårbehandling, BNPA0 Rensning af sår, BNPA00
Afvaskning af sår
BNPA01 Skrubning af sår
BNPA1 Forbinding af sår
BNPA10 Pålægning af forbinding til opløsning af nekrose og
fibrin
BNPA11 Pålægning af sugende forbinding
BNPA12 Pålægning af forbinding med semipermeabel
membran
BNPA13 Pålægning af occlusionsforbinding
BNPA14 Pålægning af omslag
BNPA15 Pålægning af steril bandage
BNPA2 Fiksering af forbinding
BNPA20 Fiksering af forbinding med hæfteplaster
BNPA21 Fiksering af forbinding med heldækkende plaster
BNPA22 Fiksering af forbinding med gazebind
BNPA23 Fiksering af forbinding med tubegaze
BNPA3 Sårbehandling med salve m.m.
BNPA30 Applicering af creme på sår
BNPA31 Applicering af salve på sår
BNPA32 Pålægning af salvekompress på sår
BNPA5 Pleje af brandsår og ætsninger
BNPA50 Skylning af hud og slimhinder ved brandsår
BNPA51 Skylning af hud og slimhinder ved ætsninger
BNPA7 Særlige behandlinger og regimer ved brandsår
BNPA71 Exposure behandling
BNPA8 Andre procedurer vedrørende sårbehandling
BNPA80 Suturfjernelse
BNPA81 Agraf-fjernelse
BNPA82 Lukning af sår med hæfteplaster
BNPA83 Lukning af sår med steristrips
BNPA84 Lukning af sår med lim (histoacryl)
BNPA85 Fjernelse af sårdræn
BNPA9 Sårbehandling ikke klassificeret andetsteds
BNPA90 Iltning af sår

⁽²⁾ KJF* fraregnet:

KJFA02 Endoskopisk fjernelse af fremmedlegeme fra
tyndtarm
KJFA05 Endoskopisk polypektomi i tyndtarm
KJFA12 Endoskopisk fjernelse af fremmedlegeme fra
tyktarm
KJFA15 Endoskopisk polypektomi i tyktarm
KJFA16 Biopsi af colonvæg uden kolotomi
KJFA17 Laparoskopisk biopsi af colonvæg uden kolotomi
KJFA22 Endoskopisk injektionsbehandling i tyndtarm
KJFA25 Endoskopisk kontaktkoagulation i tyndtarm
KJFA28 Endoskopisk laserterapi i tyndtarm
KJFA35A Endoskopisk mucosa resektion (EMR), tyndtarm
KJFA42 Endoskopisk injektionsbehandling i tyktarm
KJFA55A Endoskopisk mucosa resektion (EMR), tyktarm

KJFA55B Endoskopisk submucøs dissektion (ESD), tyktarm
KJFA87 Transluminal endoskopisk assisteret laparoskopisk
excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)
KJFA88 Laparoskopisk assisteret transluminal endoskopisk
excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)

⁽³⁾ KJG*:

KJGA Operationer på endetarm
KJGA00 Rektotomi
KJGA00A Excision af serosa og endometriosevæv i
endetarm
KJGA02 Rektoskopisk fjernelse af fremmedlegeme fra
endetarm
KJGA05 Rektoskopisk polypektomi i endetarm
KJGA22 Rektoskopisk injektion i endetarm
KJGA52A Endoskopisk mucosa resektion (EMR), endetarm
KJGA52B Endoskopisk submucøs dissektion (ESD),
endetarm
KJGA58 Rektoskopisk dilatation af endetarm
KJGA70 Rektotomi og excision af patologisk væv i
endetarm
KJGA73 Transanal excision af patologisk væv i endetarm
KJGA75 Rektoskopisk mikrokirurgisk excision af patologisk
væv i endetarm
KJGA76 Staplet transanal rektal resektion (STARR)

⁽⁴⁾ KJH* fraregnet:

KJHA Biopsier, incisioner og excisioner af patologisk væv i
endetarmsåbning og perianalt væv
KJHA00 Anal eller perianal incision
KJHA00A Incision af perianalabsces
KJHA10 Biopsi af analkanal
KJHA20 Excision af patologisk væv i analkanal eller
patologisk perianalt væv

⁽⁵⁾ KJJ* fraregnet:

KJJA20 Biopsi af lever
KJJA21 Laparoskopisk biopsi af lever
KJJA23 Åben nålebiopsi af lever
KJJA24 Laparoskopisk nålebiopsi af lever
KJJA26 Transjugulær leverbiopsi
KJJA30 Marsupialisation af levercyste
KJJA31 Laparoskopisk marsupialisation af levercyste
KJJA40 Excision af patologisk væv i lever
KJJA41 Laparoskopisk excision af patologisk væv i lever
KJJA43 Destruktion af patologisk væv i lever
KJJA43A Radiofrekvensablation (RFA) af patologisk væv i
lever
KJJA43B Mikrobølgeablation (MWA) af patologisk væv i
lever
KJJA44 Laparoskopisk destruktion af patologisk væv i lever
KJJA96A Sklerosering af levercyste

10. Kommentarer fra regioner og afdelinger

Region Hovedstaden

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

Region Sjælland

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

Region Syddanmark

”__”

Region Midtjylland

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

Region Nordjylland

”__”

Privathospitaler

”__”

