



# Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Dansk Gynækologisk Cancer Database

DGCD Årsrapport 2025

Offentliggjort 19. december 2025

# Årets Resultater

---

## Konklusion og anbefalinger

- Aktuelle årsrapport er den anden efter omlægning til registerbaserede data og indeholder deskriptive tabeller og indikatorer for hvert af de tre sygdomsområder cervixcancer, ovariecancer og endometriecancer.
- Som det fremgår, er der forbedringer fx med operationskoder sammenlignet med sidste årsrapport.
- Der er dog fortsat betydelige problemer med datakompletheden, især hvad angår TNM-stadie, der ligger til grund for flere af de andre indikatorer
- Derfor kan ganske få af indikatorerne bruges til at monitorere behandlingskvaliteten. Disse indikatorer viser tilfredsstillende kvalitet, idet resultaterne er ganske tæt på de fastsatte udviklingsmål (Indikatorer 7a, 8, 21 og 22).
- De resterende indikatorer er medtaget, men resultaterne er behæftet med så stor usikkerhed på grund af inkomplette data, at de ikke er egnede til at vurdere behandlingskvaliteten (Indikatorer 10a, 10b, 10c, 10d, 10e, 11a, 30, 31, 20b).
- For hvert sygdomsområde er etableret en indikator for registrering af TNM-stadie. For alle tre sygdomsområderne er resultaterne langt fra udviklingsmålet. Databasestyregruppen har diskuteret dette problem på flere møder, og det er gruppens vurdering, at der er behov for fokus på tildeling af ressourcer ude på afdelingerne til hurtigst muligt at forbedre datakompletheden, især på dette område.
- Styregruppens dataindsigt viser, at udfordringerne med datakomplethed efterhånden især skyldes problemer med at overføre registrerede data fra de elektroniske patientjournaler til LPR3. Yderligere kan mangelfuld og/eller uensartet registrering også bidrage, men resultaterne i rapporten viser, at der er betydelige fremskridt i forhold til resultaterne i sidste årsrapport. Løsning af udfordringerne vil derfor kræve tæt samarbejde og hjælp fra andre aktører, for eksempel regionernes IT-afdelinger og kvalitetsafdelinger på de enkelte hospitaler foruden tildeling af ressourcer i afdelingerne til både implementering og validering.
- Betydningen af sufficente kvalitetsdata kan ikke understreges nok. De danner grundlag for kvalitetsudvikling og for at identificere evt. forskelle mellem regionerne. Samtidig er de vigtige for blandt andet Medicinrådets Fagudvalg for Gynækologisk cancer og DGCC's løbende arbejde med udvikling af nationale retningslinjer samt beslutninger om nye behandlingsmodaliteter.
- Processen med omlægning til registerbaserede data er nu så langt, at styregruppen i samarbejde med de enkelte arbejdsgrupper vil genoptage arbejdet med at opdatere indikatorsættet.
- Sluttelig skal lyde et stort tak til ansatte på kliniske afdelinger og patologifdelinger i hele landet. Jeres indsats med kodning/registrering af data er uvurderlig og helt essentiel for databasen.

## Udvikling i DGCD 2024–2025

- Indikatorer for cervixcancer, ovariecancer og endometriecancer blev idriftsat i december 2024.
- Sygeplejeindikatorer blev idriftsat i juni 2025.
- Der har været udfordringer med datakvaliteten. Datakvaliteten er forsøgt løftet ved følgende tiltag: Kodevejledninger for LPR er blevet opdateret med tydeligere angivelse af kodning af T-, N-, og M-stadie. Datakomplethedensindikatorer for TNM-registrering til beregning af FIGO-stadie for cervixcancer, endometriecancer og ovariecancer er idriftsat i august 2025. Definitionen af inklusionskriterier til nævnerpopulationerne i indikatorerne 10a–11a samt 20b og 21 i denne årsrapport er beregnet uden at tage højde for N-stadie. Dette betyder, at beregninger afviger fra definitionerne i de tilsvarende indikatorer i de regionale ledelsesinformationssystemer. Når datakompletheden er blevet øget, vil beregningerne i årsrapporten blive ændret til at være i overensstemmelse med de regionale ledelsesinformationssystemer.
- Onkologiske kodevejledninger for cervixcancer, ovariecancer og endometriecancer er under udarbejdelse.
- Drøftelser om fremtidige indikatorønsker er igangsat i Dansk Gynækologisk Cancer Gruppens sygdomsgrupper for cervixcancer, ovariecancer, endometriecancer og sygeplejegruppen.

## Oversigt over indikatorresultater

Yderligere oplysning om Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) kan findes her: <https://sundk.dk/kliniske-kvalitetsdatabaser/dansk-gynaekologisk-cancer-database-dgcd/>, hvor der kan læses mere om dokumentation, indberetning og resultater. Her findes også kontaktoplysninger, hvis der er spørgsmål eller kommentarer vedr. databasen.

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

| Indikator   | Udviklingsmål | Uoplyst | Indikatoropfyldelse     |                |
|---|---------------|---------|-------------------------|----------------|
|   |               |         | 01.07.2024 - 30.06.2025 | 2023/24        |
|   | %             |         | Andel (95% CI)          | Andel (95% CI) |
| Indikator 7a: Cervixcancer. Andel cervixcancerpatienter, som har frie resektionsrande efter hysterectomi eller trachlectomi   | 0             |         | 95 (90-98)              | 97             |
| Indikator 8: Cervixcancer. Andel cervixcancerpatienter, der afslutter kurativt intenderet strålebehandling inden for 50 dage, ud af alle cervixcancerpatienter, der modtager kurativt intenderet strålebehandling | 0             |         | 93 (85-97)              | 94             |
| Indikator 10a: Ovariecancer: Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancerpatienter, som ikke er blevet opererede  | 35            |         | 36 (29-43)              | 39             |
| Indikator 10b: Ovariecancer: Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancerpatienter, som er blevet primært opererede   | 35            |         | 24 (18-30)              | 22             |
| Indikator 10c: Ovariecancer: Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancerpatienter, som er blevet makroradikalt opererede   | 32            |         | 66 (58-74)              | 63             |
| Indikator 10d: Ovariecancer: Andelen af primært opererede stadie IIIC-IV ovariecancerpatienter, som er blevet makroradikalt opererede   | 50            |         | 71 (57-83)              | 83             |
| Indikator 10e: Ovariecancer: Andelen af stadie IIIC-IV ovariecancerpatienter med operation efter neoadjuverende kemoterapi (Intervalkirurgi), som er blevet makroradikalt opererede                               | 37            |         | 76 (66-85)              | 74             |
| Indikator 11a: Ovariecancer: Andelen af stadie I-IIIa ovariecancerpatienter, som får foretaget lymfadenektomi   | 41            |         | 36 (25-49)              | 34             |
| Indikator 20b: Endometrie: Andelen af endometriecancerpatienter med stadie I-III, der får fjernet pelvine lymfeknuder   | 15            |         | 73 (69-77)              | 73             |
| Indikator 21: Endometrie: Andelen af endometriecancerpatienter, der opereres med minimal invasiv kirurgi  | 0             |         | 92 (90-94)              | 93             |
| Indikator 22: Endometrie: Andelen af endometriecancerpatienter, der ses på MDT konference   | 0             |         | 92 (89-94)              | 86             |
| Indikator 30: Sygepleje for ovariecancer: Mobilisering >= 5 timer på postoperativdag 2  | 0             |         | 21 (16-26)              | 11             |
| Indikator 31: Sygepleje for ovariecancer: Afføring inden for 3 dage efter operation   | 0             |         | 51 (46-57)              | 44             |

## Cervixcancer

## Indikator 7a: Frie resektionsrande

Indikatoren måler andelen af patienter, der har frie resektionsrande efter operation. Formålet med indikatoren er at opføre kvaliteten af den kirurgiske behandling. Målet er at opnå frie resektionsrande på de patienter, der opereres. Ved frie resektionsrande både lateralt og vaginalt er patienterne færdigbehandlede.

Indikatoren opgøres på gynækologiske centerafdelinger, hvor patienter tilskrives den afdeling, der har stillet diagnosen. Der er tre gynækologiske centerafdelinger til behandling af cervixcancer i Danmark; Rigshospitalet, Odense Universitetshospitalet og Aarhus Universitetshospital. Patienter fra Region Sjælland behandles som hovedregel i Region Hovedstaden, mens patienter fra Region Nordjylland som hovedregel behandles i Region Midtjylland.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal cervixcancerpatienter med primær operationsdato i den aktuelle opgørelsesperiode, som har frie resektionsrande efter operation.

Nævner: Antal nydiagnosticerede cervixcancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som har fået foretaget hysterektomi eller trakelektomi mellem 14 dage før til 180 dage efter diagnosedato.

Eksklusioner: Nydiagnosticerede cervixcancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som ikke har fået foretaget hysterektomi eller trakelektomi.

### Resultater

Andelen af patienter med frie resektionsrande udgør på landsplan 95% (95% CI: 90%–98%). Den årlige andel har varieret over årene, i årsrapport 23/24, var det 95% (95% CI: 95%–100%) og i årsrapport 21/22, hvor det var 86% (95% CI: 78%–92%). Variation i indikatorværdierne for denne indikator skal fortsat tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

### Diskussion og klinisk implikation

Kvaliteten er gennemgående høj på tværs af landet, hvilket er udtryk for at stadieinddelingen og den kirurgiske kvalitet er høj.

### Vurdering af indikatoren

Da målopfyldelsen over tid kontinuerligt har været høj, ønsker cervixcancergruppen at indikatoren fra næste årsrapport udgår og i stedet for opgøres som supplerende opgørelse. Frem til udfasning, beslutter styregruppen at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 95\%$ .

Der har længe været et ønske om monitorering af sentinel nodes, som en del af monitoreringen af den kirurgiske kvalitet. Desværre har arbejdet med indikatorer været sat på standby i om-lægningsprocessen, og der er et ønske om, at det vil lykkes at komme i gang med dette arbejde i løbet af 2026.

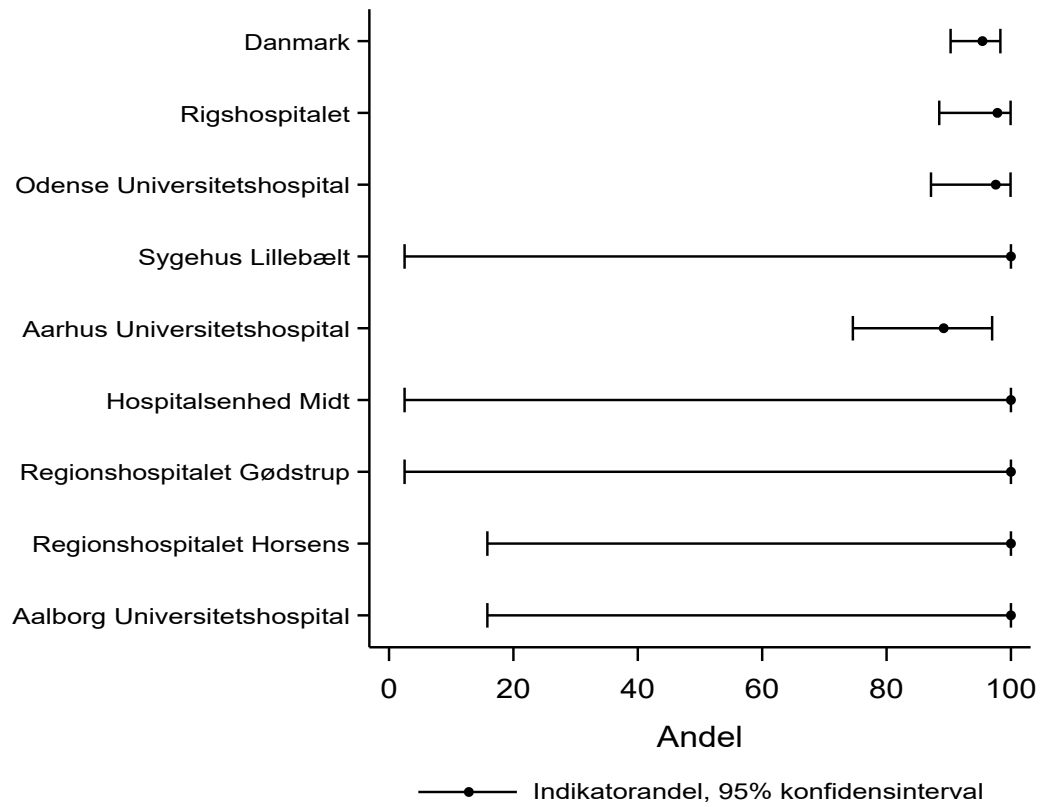
**Indikator tabel, Indikator 7a**

Andel nydiagnosticerede cervixcancerpatienter, som har frie resektionsrande efter hysterektomi eller trakelektomi

|                               | Udviklingsmål<br>opnået | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                               |                         |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                               |                         |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                         | 125 / 131         | 0 (0)   | 95                      | (90-98)  | 114 / 118    | 97    |
| Hovedstaden                   |                         | 45 / 46           | 0 (0)   | 98                      | (88-100) | 43 / 46      | 93    |
| Sjælland                      |                         |                   |         |                         |          | ##           | 0     |
| Syddanmark                    |                         | 41 / 42           | 0 (0)   | 98                      | (87-100) | 28 / 28      | 100   |
| Midtjylland                   |                         | 37 / 41           | 0 (0)   | 90                      | (77-97)  | 41 / 41      | 100   |
| Nordjylland                   |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (16-100) | ##           | 100   |
| Hovedstaden                   |                         | 45 / 46           | 0 (0)   | 98                      | (88-100) | 43 / 46      | 93    |
| Amager og Hvidovre Hospital   |                         |                   |         |                         |          | ##           | 50    |
| Rigshospitalet                |                         | 45 / 46           | 0 (0)   | 98                      | (88-100) | 42 / 44      | 95    |
| Sjælland                      |                         |                   |         |                         |          | ##           | 0     |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                         |                   |         |                         |          | ##           | 0     |
| Syddanmark                    |                         | 41 / 42           | 0 (0)   | 98                      | (87-100) | 28 / 28      | 100   |
| Odense Universitetshospital   |                         | 40 / 41           | 0 (0)   | 98                      | (87-100) | 28 / 28      | 100   |
| Sygehus Lillebælt             |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (3-100)  |              |       |
| Midtjylland                   |                         | 37 / 41           | 0 (0)   | 90                      | (77-97)  | 41 / 41      | 100   |
| Aarhus Universitetshospital   |                         | 33 / 37           | 0 (0)   | 89                      | (75-97)  | 41 / 41      | 100   |
| Hospitalsenhed Midt           |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (3-100)  |              |       |
| Regionshospitalet Gødstrup    |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (3-100)  |              |       |
| Regionshospitalet Horsens     |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (16-100) |              |       |
| Nordjylland                   |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (16-100) | ##           | 100   |
| Aalborg Universitetshospital  |                         | ##                | 0 (0)   | 100                     | (16-100) | ##           | 100   |

Kontroldiagram, Indikator 7a

Andel nydiagnosticerede cervixcancerpatienter, som har frie resektionsrande efter hysterektomi eller trakelektomi



## Indikator 8: Kurativ strålebehandling

Indikatoren måler andelen af patienter, der gennemfører kurativt intenderet strålebehandling indenfor 50 dage. Behandlingen skal være gennemført på 50 dage for at opnå den bedst mulige effekt af strålebehandling.

Indikatoren opgøres på onkologiske afdelinger, der behandler cervixcancerpatienter.

### Beregningsregler

Detaljerede specificationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede cervixcancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, der har afsluttet kurativt intenderet strålebehandling indenfor 50 dage fra dato for første BWCG-fraktion.

Nævner: Antal nydiagnosticerede cervixcancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, der har fået kurativt intenderet strålebehandling.

Eksklusioner: Patienter, der har fået foretaget hysterektomi eller trakelektomi, patienter, der har fået færre end 20 strålebehandlinger og patienter, der ikke har modtaget brachyfraktion.

### Resultater

Andelen af patienter, der har gennemført kurativt intenderet strålebehandling indenfor 50 dage, er på landsplan 93% (95% CI: 85%-97%). Variationer mellem afdelinger i indikatorværdierne skal tolkes med forsigtighed, da patientantallene er små.

### Diskussion og klinisk implikation

Registreringerne fra LPR af den onkologiske behandling anvendes til denne indikatoropgørelse. Der er således ikke tale om ekstra registreringsbyrde for klinikerne. Fordelen ved at trække disse oplysninger direkte fra LPR bør overstige de mangler og evt. fejlregistreringer, der kan være i LPR, derfor skal det fortsat sikres at indikatoren monitorer på den tilsigtede population.

Det bemærkes, at for få patienter fra Odense Universitetshospital indgår i både nævner- og tællerpopulation. Årsagen er identificeret efter låsning af data til indeværende årsrapport. Det vil blive rettet til næste årsrapport.

Der kan være patientindividuelle faktorer som nødvendiggør forlænget behandlingsvarighed, for at skåne patienten for alvorlige bivirkninger.

Der er et ønske om, at der fremadrettet skal registreres 2 brachyfraktioner, før patienten kan indgå i nævneren. Indikatoren er et erstatningsmål for den endelige behandlingskvalitet, som er recidivfri overlevelse med få bivirkninger, og det er fortsat til diskussion, om det er et godt erstatningsmål.

### Vurdering af indikatoren

Desværre har arbejdet med indikatorer været sat på standby i omlægningsprocessen, og der er et ønske om, at det vil lykkes at komme i gang med dette arbejde i løbet af 2026.

Der er overvejelse omkring, at kurativ strålebehandling af cervixcancer, bør ændres til at beskrive andelen af patienter der modtager brachyterapi som en del af deres kurative strålebehandling. Gennemførelse af brachyterapi er en langt mere væsentlig kvalitetsparameter for den samlede kurative strålebehandling end den aktuelle indikator, der blot måler andel af patienter med behandlingstid  $\leq$  50 dage.

Der er også et ønske om en indikator til monitorering af andelen af patienter, der modtager mere end 3 serier konkomitant kemoterapi.

På nuværende tidspunkt beslutter styregruppen at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 90\%$ .

**Indikator tabel, Indikator 8**

Andel patienter, der afslutter kurativt intenderet strålebehandling inden for 50 dage, ud af alle patienter, der modtager kurativt intenderet strålebehandling

|                             | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                             |                     |                   | antal   | 01.07.2024 – 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                             |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                     |                     | 75 / 81           | 0 (0)   | 93                      | (85-97)  | 66 / 70      | 94    |
| Hovedstaden                 |                     | 39 / 43           | 0 (0)   | 91                      | (78-97)  | 36 / 37      | 97    |
| Syddanmark                  |                     | 15 / 16           | 0 (0)   | 94                      | (70-100) | 11 / 12      | 92    |
| Midtjylland                 |                     | 21 / 22           | 0 (0)   | 95                      | (77-100) | 19 / 21      | 90    |
| Hovedstaden                 |                     | 39 / 43           | 0 (0)   | 91                      | (78-97)  | 36 / 37      | 97    |
| Rigshospitalet              |                     | 39 / 43           | 0 (0)   | 91                      | (78-97)  | 36 / 37      | 97    |
| Syddanmark                  |                     | 15 / 16           | 0 (0)   | 94                      | (70-100) | 11 / 12      | 92    |
| Odense Universitetshospital |                     | 15 / 16           | 0 (0)   | 94                      | (70-100) | 11 / 12      | 92    |
| Midtjylland                 |                     | 21 / 22           | 0 (0)   | 95                      | (77-100) | 19 / 21      | 90    |
| Aarhus Universitetshospital |                     | 21 / 22           | 0 (0)   | 95                      | (77-100) | 19 / 21      | 90    |

## Supplerende opgørelser, CC

### Datadefinitioner

Patienterne tilskrives i opgørelserne den gynækologiske centerafdeling, hvor A-diagnosen er stillet.

Opgørelsen af parametriedvækst er lavet på cervixcancerstudiepopulationen for denne opgørelsesperiode, som har et trakelektomi- eller ektomipræparat i Landsregisteret for Patologi (LRP) efter et hysterektomi- eller trakelektomiindgreb på relevant helbredsforløb i Landspatientregisteret (LPR).

Alder: Alder på diagnosetidspunktet

Charlson Comorbidity Index: En modificeret standardversion, som baserer sig på A-diagnoser i LPR fra 10 år før diagnosedato og til diagnosedato, fraset indsygdommen cervixcancer.

Histologisk subtype: Morfologisk SNOMED-kode på første præparat til populationsinklusion. Planocellulært karcinom: M80853/4/6/9, M80863/4/6/9, M80703/4/6/9. Adenokarcinom: M84833/4/6/9, M84843/4/6/9, M81403/4/6/9. Andre: M82403/4/6/9, M80413/4/6/9, M80453/4/6/9, M80133/4/6/9, M82463/4/6/9, M80103/4/6/9, M89803/4/6/9.

HPV: Morfologisk SNOMED-kode. HPV-associeret: M80853 eller M84833. HPV-uafhængig: M80863 eller M84843. Ikke relevant: Alle øvrige histologiske subtyper.

FIGO stadie: Dansk adaption af FIGO 2018, baseret på kliniske TNM-indberetninger i LPR. Defineret som senest stillede kliniske T-, N- og M-værdi på et relevant helbredsforløb. Værdierne skal ligge indenfor 30 dage før til 75 dage efter diagnosedato. Nx bliver anset som N0. De T-, N- og M-værdier der hentes til databasen fremgår af LPR-kodevejledningen af Livmoderhalskræft gældende fra 15. august 2025, <https://dgccg.dk/images/Kodevejledning/Kodevejledning-LPR3-CCU140825.pdf> (www.dgccg.dk: Cervixcancer Udredning og stadieinddeling (2023) [http://www.dgccg.dk/images/retningslinier/Cervixcancer/DMCG\\_CX%20Udredning%20og%20stadieinddeling\\_v.1.0\\_AdmGodk\\_3001235825.pdf#page=15](http://www.dgccg.dk/images/retningslinier/Cervixcancer/DMCG_CX%20Udredning%20og%20stadieinddeling_v.1.0_AdmGodk_3001235825.pdf#page=15) s. 4. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017)

Konisation: Foretaget konisation defineres som registrering af KLDC00 – Konisation af livmoderhals, KLDC03 – Konisation af livmoderhals med diatermi eller laser eller KLDC10 – Resektion af livmoderhals i Landspatientregisteret, eller kodning af T83701 Konus eller T83702 Topkonus på et materiale i Landsregisteret for Patologi. Definitionen af "ikke foretaget konisation" defineres som fravær af alle ovenstående koder på patientforløbet.

Operationstypen defineres som den af følgende koder, der er registreret som primær procedurekode tidligst på det relevante helbredsforløb i LPR. Hvis patienter har fået flere indgreb, er de inkluderet med det største indgreb. Hvis der ikke er registreret nogen konisation i LPR, suppleres der med data fra Landsregisteret for Patologi under kategorien "Konus". KLCD01A – Total laparoskopisk hysterektomi m. laparoskopisk suturering af vaginaltoppen, KLCD31 – Radikal laparoskopisk hysterektomi, KLDC21 – Laparoskopisk trakelektomi, KLCD00 – Total hysterektomi, KLCD10 – Vaginal hysterektomi, KLCD30 – Radikal hysterektomi, KLCD20 – Trakelektomi, KLDC00 – Konisation af livmoderhals, KLDC03 – Konisation af livmoderhals med diatermi eller laser, KLDC10 – Resektion af livmoderhals, T83701 Konus, T83702 Topkonus.

Parametriedvækst: Der er tale om parametriedvækst, hvis én af følgende t-koder i kombination med en m-kode for malignitet jf. cervixgrundpopulationen: T86408 Begge parametrier, T8640A Parametrium, højre, T8640B Parametrium, venstre, og i kombination med én af følgende p-koder: P306\*7 Trakelektomi eller P306\*0 Ektomipræparat, indenfor 0–7 dage efter dato for hysterektomi eller trachelectomi.

### Resultater

På landsplan er der i dette års opgørelse registreret 275 patienter med nydiagnosticeret cervixcancer; 112 patienter på Rigshospitalet (RH), 81 patienter på Odense Universitetshospital (OUH) og 82 patienter på Aarhus Universitetshospital (AUH). Medianalderen ved diagnose er 52 år og langt størstedelen af patienterne har ingen alvorlig komobiditet på diagnosetidspunktet (70,2%).

Planocellulært karcinom er den hyppigste histologiske subtype (77,1%) efterfulgt af adenokarcinom (18,5%). 86,2% af tilfældene er HPV-associerede.

Der er stor variation i fordelingen af FIGO stadie på tværs af afdelinger. Samtidig er der ikke identificeret et stadie for mellem 8,5% til 40,7% af patienterne på de forskellige afdelinger. Dermed kan der ikke konkluderes på fordelingen af det kliniske stadie i denne opgørelsesperiode.

Der er identificeret kirurgisk behandling for 65,6% af patienterne på AUH, 59,3% af patienter på OUH og 54,5% af patienterne på RH.

På landsplan er der foretaget konisation på 44,7% af cervixcancerpatienterne, svarende til 123 patienter, 36 af disse har ikke modtaget yderligere kirurgi efterfølgende. Hysterektomi er registreret på 43 patienter på RH (38,4%), 40 patienter på OUH (49,4%) og 43 patienter på AUH (52,5%).

Der er registreret et præparat efter hysterektomi eller trakelektomi for 131 patienter. På landsplan er der registreret parametriedvækst på under 3 patienter. Denne opgørelse er beregnet til at beskrive kvaliteten af de udførte stadieinddelinger (GU i GA), dvs. om der er foretaget den korrekte behandlingsbeslutning. Dette kan være vanskeligt for patienter med mikroskopisk parametrieinvasion og det er derfor ikke forventeligt, at antallet er 0.



**Fordeling af alder, komorbiditet, histologi, stadie og kirurgi**

Fordeling af alder, komorbiditet, histologisk subtype, stadie og kirurgi af patienter diagnosticeret med cervixcancer mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 fordelt på højt specialiseret gynækologisk funktion.

| Cervix                       | Rigshospitalet | Odense Universitetshospital | Aarhus Universitetshospital | Total       |
|------------------------------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Population                   | 112 (100 %)    | 81 (100 %)                  | 82 (100 %)                  | 275 (100%)  |
| Aldersfordeling              |                |                             |                             |             |
| 18-30år                      | 4 (3,6 %)      | # (2,5 %)                   | # (2,4 %)                   | 8 (2,9%)    |
| 31-49år                      | 44 (39,3 %)    | 40 (49,4 %)                 | 32 (39,0 %)                 | 116 (42,2%) |
| 50-64år                      | 31 (27,7 %)    | 22 (27,2 %)                 | 25 (30,5 %)                 | 78 (28,4%)  |
| 65-79år                      | 23 (20,5 %)    | 13 (16,0 %)                 | 20 (24,4 %)                 | 56 (20,4%)  |
| 80+ år                       | 10 (8,9 %)     | 4 (4,9 %)                   | 3 (3,7 %)                   | 17 (6,2%)   |
| Gennemsnit (varians)         | 54 (288)       | 51 (220)                    | 54 (227)                    | 53 (250)    |
| Median (25p;75p)             | 52 (39;68)     | 49 (39;62)                  | 54,5 (41;66)                | 52 (39;66)  |
| Charlson Comorbidity Index   |                |                             |                             |             |
| 0                            | 77 (68,8 %)    | 58 (71,6 %)                 | 58 (70,7 %)                 | 193 (70,2%) |
| 1                            | 9 (8,0 %)      | 9 (11,1 %)                  | 7 (8,5 %)                   | 25 (9,1%)   |
| 2+                           | 26 (23,2 %)    | 14 (17,3 %)                 | 17 (20,7 %)                 | 57 (20,7%)  |
| Histologi                    |                |                             |                             |             |
| Planozellulært karcinom      | 88 (78,6 %)    | 60 (74,1 %)                 | 64 (78,0 %)                 | 212 (77,1%) |
| Adenokarcinom                | 19 (17,0 %)    | 17 (21,0 %)                 | 15 (18,3 %)                 | 51 (18,5%)  |
| Andre                        | 5 (4,5 %)      | 4 (4,9 %)                   | 3 (3,7 %)                   | 12 (4,4%)   |
| HPV                          |                |                             |                             |             |
| HPV-associeret               | 95 (84,8 %)    | 67 (82,7 %)                 | 75 (91,5 %)                 | 237 (86,2%) |
| HPV-uafhængigt               | 4 (3,6 %)      | 6 (7,4 %)                   | # (2,4 %)                   | 12 (4,4%)   |
| Ikke relevant                | 13 (11,6 %)    | 8 (9,9 %)                   | 5 (6,1 %)                   | 26 (9,5%)   |
| FIGO klinisk stadieinddeling |                |                             |                             |             |
| IA1                          | 18 (16,1 %)    | 8 (9,9 %)                   | 15 (18,3 %)                 | 41 (14,9%)  |
| IA2                          | 4 (3,6 %)      | # (2,5 %)                   | 8 (9,8 %)                   | 14 (5,1%)   |
| IB1                          | 16 (14,3 %)    | 8 (9,9 %)                   | 10 (12,2 %)                 | 34 (12,4%)  |
| IB2                          | 12 (10,7 %)    | 9 (11,1 %)                  | 8 (9,8 %)                   | 29 (10,5%)  |
| IB3                          | 3 (2,7 %)      | # (1,2 %)                   |                             | 4 (1,5%)    |
| IIA1                         | # (0,9 %)      |                             |                             | # (0,4%)    |
| IIA2                         |                |                             | 3 (3,7 %)                   | 3 (1,1%)    |
| IIB                          | 17 (15,2 %)    | 9 (11,1 %)                  | 10 (12,2 %)                 | 36 (13,1%)  |
| IIIA                         |                |                             | # (2,4 %)                   | # (0,7%)    |
| IIIB                         | 5 (4,5 %)      | # (1,2 %)                   | # (1,2 %)                   | 7 (2,5%)    |
| IIIC1                        | 11 (9,8 %)     | 6 (7,4 %)                   | 7 (8,5 %)                   | 24 (8,7%)   |
| IIIC2                        |                |                             | # (2,4 %)                   | # (0,7%)    |
| IVA                          |                | # (1,2 %)                   | # (1,2 %)                   | # (0,7%)    |
| IVB                          | # (1,8 %)      | 3 (3,7 %)                   | 8 (9,8 %)                   | 13 (4,7%)   |
| Missing                      | 23 (20,5 %)    | 33 (40,7 %)                 | 7 (8,5 %)                   | 63 (22,9%)  |
| Er der udført konisation     |                |                             |                             |             |
| Ja                           | 46 (41,1 %)    | 35 (43,2 %)                 | 42 (51,2 %)                 | 123 (44,7%) |

| Cervix   | Rigshospitalet | Odense Universitetshospital | Aarhus Universitetshospital | Total       |
|--|----------------|-----------------------------|-----------------------------|-------------|
| Nej  | 66 (58,9 %)    | 46 (56,8 %)                 | 40 (48,8 %)                 | 152 (55,3%) |
| Operationstype   |                |                             |                             |             |
| Ingen operation  | 51 (45,5 %)    | 33 (40,7 %)                 | 29 (35,4 %)                 | 113 (41,1%) |
| Konisation   | 18 (16,1 %)    | 8 (9,9 %)                   | 10 (12,2 %)                 | 36 (13,1%)  |
| Radikal hysterektomi   | 12 (10,7 %)    | 6 (7,4 %)                   | 7 (8,5 %)                   | 25 (9,1%)   |
| Radikal laparoskopisk hysterektomi                           | 20 (17,9 %)    | 14 (17,3 %)                 | 18 (22,0 %)                 | 52 (18,9%)  |
| Total hysterektomi   |                | # (1,2 %)                   |                             | # (0,4%)    |
| Total lap. hysterektomi med lap. suturering af vaginaltoppen | 11 (9,8 %)     | 19 (23,5 %)                 | 18 (22,0 %)                 | 48 (17,5%)  |

**Fordeling af parametriedvækst**

Fordeling af parametriedvækst for patienter diagnosticeret med cervixcancer mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025, der har fået foretaget hysterektomi eller trakelektomi, fordelt på højt specialiseret gynækologisk funktion.

| Cervix           | Sygehus<br>Lillebælt | Rigshospitalet | Regionshospitalet<br>Horsens | Regionshospitalet<br>Gødstrup | Odense<br>Universitetshospital | Hospitalsenhed<br>Midt | Aarhus<br>Universitetshospital | Aalborg<br>Universitetshospital | Total          |
|------------------|----------------------|----------------|------------------------------|-------------------------------|--------------------------------|------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Population       | # (100 %)            | 46 (100 %)     | # (100 %)                    | # (100 %)                     | 41 (100 %)                     | # (100 %)              | 37 (100 %)                     | # (100 %)                       | 131<br>(100%)  |
| Parametriedvækst |                      |                |                              |                               |                                |                        |                                |                                 |                |
| Ja               |                      | # (2,2 %)      |                              |                               |                                |                        |                                |                                 | #<br>(0,8%)    |
| Nej              | #<br>(100,0 %)       | 45 (97,8 %)    | # (100,0 %)                  | # (100,0 %)                   | 41 (100,0 %)                   | # (100,0 %)            | 37 (100,0 %)                   | # (100,0 %)                     | 130<br>(99,2%) |

## Beskrivelse af sygdomsområdet, CC

Der er et igangværende arbejde med omlægning af Dansk Gynækologisk Cancerdatabase således at DGCD skal være en registerbaseret løsning. Siden 1. oktober 2022 er patologidata trukket fra Patologiregisteret og fra 1. januar 2023 er øvrige data trukket fra Landspatientregisteret (LPR). Dette arbejde har desværre medført et data slip trods store anstrengelser for ensartet klinisk kodning på alle afdelinger i landet, der behandler kvinder for gynækologisk cancer. Der er gennemført et intensivt kvalitetsarbejde, og det er et stort ønske fra de kliniske miljøer, at vi får brugbare data, som kan monitorere kvaliteten både på landsplan og mellem de enkelte regioner. Desværre er denne årsrapport ikke i mål med dette, hvilket indikatorerne bærer præg af.

Incidensen af cervixcancer har været faldende i en årrække og i et nyligt publiceret dansk populationsbaseret studie er incidensen af cervixcancer blandt 20-29 årige kvinder faldet til 3:100.000 kvinder i 2020-2022. Det skyldes højst sandsynligt, at en stor del af yngre kvinder nu er vaccineret. Denne incidensrate er under WHO's definition af udryddelse af en sygdom. Samme tendens ses blandt de ældre kvinder med reduceret incidens gennem det seneste årti. Det skyldes formentlig, at kvinder 70+ blev tilbudt HPV screening i 2017, hvor 40% tog imod dette tilbud. Yderligere er der strammet op mht. opfølgning af cervixcytologiske undersøgelser, og andelen af manglende opfølgning på abnorme og ikke repræsentative prøver er faldet fra 20% til 10%. Den aktuelle incidens er faldet fra 14:100.000 kvinder til nu 10:100.000 kvinder for alle aldersgrupper. Siden 2017 er behandlingen af cervixcancer centraliseret til 3 centre i Danmark: Aarhus, Odense og Rigshospitalet

Ved den seneste opgørelse i 2023/24 fra DGCG var der 279 nye tilfælde af sygdommen i Danmark.

Tidligere har stadiendelingen været baseret på klinisk undersøgelse, bortset fra stadium IA, hvor diagnose og stadiet har været baseret på patologisk undersøgelse af konus. Siden januar 2020 følger stadiendelingen FIGO 2018, som er baseret på, at både kliniske, billeddiagnostiske og patologiske fund indgår i stadiendelingen, og at stadiet kan ændre sig efter endelig histologi foreligger. Denne praksis er indført i DGCG databasen fra 1. januar 2020. Stadium er indberettet i henhold til FIGO 2009 indtil 31.12.2019 og i henhold til FIGO 2018 fra 01.01.2020. Der er indført en algoritme til brug for konvertering af FIGO 2009 til FIGO 2018 stadium. Indførelsen af FIGO 2018 har haft betydning for behandlingsstrategierne, da tumors invasionsdybde har medført downstaging i de tidligste stadier.

Behandlingen er kirurgisk ved tidlig cervixcancer og kombineret stråle-kemoterapi ved lokal avanceret sygdom.

Den kirurgiske behandling er blevet tilpasset ny opdateret viden gennem de seneste år, og der forventes yderligere opdatering i løbet af 2026. Denne tilpasning har medført en de-eskalering af den kirurgiske radikalitet dels pga. downstaging dels pga. ny publiceret litteratur om kirurgisk behandling. Denne forandring har betydning, at flere patienter med cervixcancer kan behandles med konus og simpel hysterectomi +/- sentinel node i stedet for radikal hysterectomi med fuld lymfeknudejernelse. Dette har også betydet længere tidsinterval fra primær henvisning til endelig færdigbehandling, da der foretages flere re-konus operationer forud for færdigbehandling. Forlængelse af tidsintervallet gøres daopheling og nedsat reaktivitet har betydning for gennemførelse af ukompliceret færdigoperation.

Siden 2012 har robotassisteret minimal invasiv radikal hysterectomi og pelvin lymfeknudejernelse været implementeret på alle danske centre og patienter med tidlig cervixcancer. I 2018 blev der publiceret et studie, som viste forringet overlevelse ved minimal invasiv kirurgi. Dette medførte en nøje gennemgang af recidiv og overlevelse for alle patienter opereret før og efter indførelsen af robotkirurgi i Danmark. Dette studie er publiceret i et peer-reviewed tidsskrift og viste, at der i det danske set-up IKKE sås en overdødelighed blandt patienter, der var opereret med robotassisteret kirurgi. Data er for nyligt opdateret, og der foreligger resultater for 5 års overlevelse på alle patienter, og disse viser fortsat ingen forskel mellem de to grupper. Resultaterne blev drøftet i DGCG bestyrelse og i Cervixcancergruppen, og det blev besluttet, at danske patienter fortsat kunne tilbydes robotassisteret minimal invasiv kirurgi ved operation for tidlig cervixcancer. I den reviderede retningslinje for kirurgisk behandling af tidlig cervixcancer er litteraturen siden 2018 nøje gennemgået på dette område. I henhold til disse resultater, er det i cervixgruppen besluttet at indføre åben kirurgi som standardbehandling for cervixcancer med tumor > 2cm, mens patienter med tumor < 2 cm bliver tilbudt robotassisteret kirurgi som standard. Danske patienter er siden blevet tilbudt deltagelse i et internationalt multicenterstudie (RACC trial), hvor der bliver randomiseret mellem åben og minimal invasiv robot assisteret kirurgi. Fra dansk side deltages således kun ved tumor > 2 cm. Studiet har aktuelt inkluderet 900 patienter, heraf ca. 70 patienter fra Danmark. Inklusion er afsluttet i 2025, og aktuelt ansøges om forlængelse og genoptagen inklusion i Danmark pga. for få events til at opføre data. Aktuelt opereres alle patienter med erkendt tumor > 2 cm med åben kirurgi.

Et landsdækkende studie med anvendelse af sentinel node teknikken er fuldført. Det har ført til flere vigtige fund: En sentinel node (SLN) detektionsrate >90% på alle centre i Danmark samt identifikation af både mikro- og makrometastaser på lokalisationer udenfor det normale område for radikal lymfeknudejernelse. For tumorer > 2 cm findes en høj sensitivitet, specificitet, positiv prædiktiv og negativ prædiktiv værdi men dog med et relativt bredt konfidensinterval for sensitiviteten. Man fandt meget lav forekomst af lymfødeme hos patienter der fik foretaget SLN mapping alene, mens patienter, der fik foretaget fuld lymfeknudejernelse efter SLN havde en høj lymfødeme forekomst (32%). Studiet fandt desuden, at PET/CT-skanning har ekstrem lav sensitivitet (14%) ved tidlig cervixcancer. Disse fund er indarbejdet i den seneste nationale guideline om kirurgisk behandling og stadiendeling for cervixcancer. Man afventer pågående studier om sikkerhed ved SLN-metoden alene ved tumor > 2 cm.

Fertilitetsbevarende kirurgi for cervixcancer (tumor < 2cm) med radikal trakelektomi og SLN er centraliseret på Rigshospitalet. Behandlingen vurderes at være et sikkert alternativ til radikal hysterectomi ved tumor < 2 cm. I den fremtidige opdatering af retningslinje vedr. kirurgisk behandling af cervixcancer forventes det dog, at dette indgreb næsten vil udfases idet langt hovedparten i denne patientgruppe vil kunne tilbydes et mindre radikalt indgreb.

Onkologisk behandling omfatter adjuverende ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi til de opererede patienter, der efterfølgende viser sig at have spredning til parametrier eller lymfeknuder eller som ikke har frie rande (såkaldte højrisiko faktorer). Siden 2008 er patienter med en kombination af såkaldte intermediære risikofaktorer (dyb nedvækst i livmoderhalsen, forekomst af tumorembolier i kar og lymfekanaler samt tumor > 2-3cm) anbefalet adjuverende kemo-strålebehandling. Evidensen for dette er yderst sparsom og behandlingen øger risikoen for senfølger. Cervixgruppen har derfor per 1.9.2023 besluttet at ophøre med denne praksis. Der er skrevet en protokol og engageret en forsker til national kvalitetsopfølgning fra 1.9.2023 og fremadrettet, således at det løbende monitoreres, at praksisændring ikke influerer negativt på overlevelsen.

Primær onkologisk behandling tilbydes alle patienter med lokalavanceret sygdom og omfatter ekstern strålebehandling og samtidig kemoterapi med efterfølgende billedvejledt brachyterapi. Dette er standardbehandling på de tre onkologiske afdelinger, som varetager den onkologiske behandling af cervixcancer.

## Datagrundlag, CC

Cervixcancerstudiepopulationen i denne årsrapport er nydiagnosticerede patienter med histologisk verificeret cervixcancer, diagnosticeret fra d. 1. juli 2024 til og med 30. juni 2025.

Alle resultater er baseret på oplysninger hentet fra Landspatientregisteret (LPR) og Landsregisteret for Patologi (LRP). Data til årsrapporten er hentet fra registrene d. 25. september 2025.

I LPR er forløbslementet benyttet til at identificere aktivitet tilknyttet samme patientforløb på tværs af afdelinger og sygehuse.

Et relevant helbredsforløb for en cervixcancerpatient defineres som: Helbredsforløb på en patient i cervixcancerpopulationen, hvor SKS-koden "DC53.9 – Cervix cancer" optræder som A-diagnose på Rigshospitalet, Odense Universitetshospital eller Aarhus Universitetshospital på minimum én kontakt i samme helbredsforløb. Alle diagnoser, procedurer, markører og resultatindberetninger, der er knyttet til disse helbredsforløb regnes for elementer med tilknytning til cervixcancerforløbet for den pågældende patient. Herfra identificeres de relevante aktiviteter fra LPR til brug i Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD).

Diagnosedatoen defineres som modtagedato i patologiafdeling for første materiale i LRP, der opfylder specifikationerne nedenfor. Hvis denne ikke findes, er diagnosedatoen første kontakt, hvor diagnosekoden er registreret i LPR.

## Populationsdefinition

Cervixcancerpopulationen i Dansk Gynækologisk Cancer Databases (DGCD) er per 1. januar 2023 defineret som beskrevet nedenfor. Denne definition blev udarbejdet i DGCDs styregruppe på baggrund af kliniske erfaringer, kodevejledningen til Landspatientregisteret (LPR) per januar 2023, kodevejledningen til Landsregisteret for Patologi (LRP) per 15. marts 2023 samt en populationsvalidering, der er beskrevet i DGCDs årsrapport 2023/24.

Inklusionskriterier til cervixcancerpopulationen:

- 1) Patienter identificeret med første cervixcancerdiagnose DC53.9 – Cervix cancer som A-diagnose i LPR.
- 2) Patienter tilknyttet et forløb på en gynækologisk afdeling med centerfunktion i LPR.
- 3) Patienter med histologisk verificeret cervixcancer i LRP. I LRP skal patienter være registreret med minimum én af følgende kriterier: Primært præparat eller ikke primære præparater.
  - Primært præparat. På samme materiale skal én af følgende t-koder være efterfulgt af én af følgende m-koder inden næste t-kode: T83000 – Cervix uteri, T83010 – Cervix uteri slimhinde, T83110 – Portioslimhinde, T83320 – Endocervikalslimhinde, T83120 – Exocervix slimhinde, T83701 – Konus, T83700 – Collumstump, T83100 – Exocervix, T83300 – Endocervix. M80853 – Planocellulært karcinom, HPV-associeret, M80863 – Planocellulært karcinom, HPV-uafhængigt, M80703 – Planocellulært karcinom, NOS, M84833 – Adenokarcinom, HPV-associeret, M84843 – Adenokarcinom, HPV-uafhængigt, M81403 – Adenokarcinom, NOS, M80103 – Karcinom\*, M89803 – Karcinosarkom, M82403 – Neuroendokrin tumor, M80413 – Småcellet neuroendokrint karcinom, M80453 – Småcellet neuroendokrint karcinom, kombineret type, M80133 – Storcellet neuroendokrint karcinom, M82463 – Neuroendokrint karcinom.
  - Ikke primære præparater. På samme materiale skal der være registreret én af m-koderne under primært præparat, men hvor det 5. ciffer er: 3 – Malign, primær, 4 – Malign, direkte spredning, 6 – Malign, metastase, 9 – Malign, usikker om primær eller metastase. Og på samme materiale ÆF4720 – Udgangspunkt i cervix uteri
- 4) Patienter med en absolut difference  $\leq 120$  dage mellem modtagedato i LRP og første kontakt med relevant diagnosekode i LRP.
- 5) Patienter med gyldigt CPR-nummer, kendt vitalstatus og bopæl i en dansk kommune på diagnosetidspunktet.

## Dækningsgrad og datakomplethed, CC

Dækningsgraden af cervixcancerpopulationen kan vurderes ved en sammenligning med Cancerregisteret. I 2023/24 var der 279 incidente tilfælde af cervixcancer i DGCD. I 2023 blev der registreret 336 incidente tilfælde af cervixcancer, mens det i 2024 var 326 incidente tilfælde. Dette giver en dækningsgrad af cervixcancer i DGCD 2023/2024 på mellem 83-85%. Det er forventeligt at DGCD inkluderer færre patienter end Cancerregisteret. Den første årsag er, at der i DGCD er et kriterie om patologiverificering. Den anden årsag er, at Cancerregisteret inkluderer SKS-koderne DC53\*, hvorimod DGCD kun inkluderer DC539, hvis diagnosen er stillet på en gynækologisk centerafdeling.

I DGCDs årsrapport fra 2023/2024 blev der foretaget en grundig analyse af dækningsgraden vha. journalopslag. Her blev det besluttet at databasen kun inkluderer patienter, hvor diagnosen er patologisk verificeret. Beslutningen blev truffet for at nedbringe antallet af falsk positive tilfælde af cervixcancer i populationen, som ville bidrage med unødigt statistisk støj og variation i analyserne.

Med denne beslutning forventes det, at nogle få patienter, som har cervixcancer uden at være patologisk verificeret, ikke vil blive inkluderet i populationen. Dette gælder f.eks. patienter, der tidligere har undergået operation i udlandet eller patienter, der får stillet diagnosen på dødslejet. Samtidig fandt analysen, at man med patologiverificering undgår at inkludere patienter, som får afkræftet diagnosen i et udredningsforløb, men hvor diagnosen fortsat optræder i LPR.

Dækningsgraden vurderes derfor til at nærme sig de 95%, som er det fastsatte mål for de kliniske kvalitetsdatabaser.

Datakomplethed af de enkelte oplysninger i databasen kan aflæses af antal missing i de supplerende opgørelser, den supplerende tabel om stadiregistrering og i indikatortabellerne i kolonnen, der angiver antal patienter med uoplyste informationer til beregning af indikatorresultatet.

Styregruppen har iværksat flere initiativer til at højne ensartetheden af kodepraksis på tværs af afdelinger. På trods af dette konkluderer styregruppen, at der er problemer med datakompletheden. Styregruppen har rakt ud til regionernes IT- og kvalitetsafdelinger som nøgleaktører i det videre arbejde med at hæve datakompletheden.

**Cervixcancerpatienter i LPR og LRP**

Fordeling af cervixcancerpatienter identificeret ved hjælp af den nye populationsdefinition i hhv. Landspatientregisteret, Landsregisteret for Patologi eller begge registre fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Det er alene patienter, der er registreret med cervixcancer i begge registre, som inkluderes i cervixcancerpopulationen.

|   | I LPR | N | I Patobank |     |
|---|-------|---|------------|-----|
|   |       |   | Y          |     |
| N |       |   | .          | 28  |
| Y |       |   | 23         | 275 |

## Supplerende indikator 100: Stadierregistrering, CC

Formålet med denne indikator er at understøtte registreringen af T-, N- og M-stadie i klinikken, så der i databasen kan beregnes et FIGO-stadie. Der benyttes en dansk adaption af FIGO 2018 ([www.dgcg.dk](http://www.dgcg.dk): Cervixcancer Udredning og stadieinddeling (2023))  
[http://www.dgcg.dk/images/retningslinier/Cervixcancer/DMCG\\_CX%20Udredning%20og%20stadieinddeling\\_v.1.0\\_AdmGodk\\_3001235825.pdf#page=15](http://www.dgcg.dk/images/retningslinier/Cervixcancer/DMCG_CX%20Udredning%20og%20stadieinddeling_v.1.0_AdmGodk_3001235825.pdf#page=15) s. 4. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017)

### Beregningsregler

Tæller: Antal patienter, som har registrering af kliniske T-, N- og M-værdier indenfor 30 dage før til 75 dage efter diagnosedato på samme helbredsforløb som cervixcancerdiagnosen. Disse benyttes til at beregne en dansk adaption af FIGO 2018 baseret på senest stillede kliniske T, N og M værdier på et relevant helbredsforløb indenfor tidsafgrænsningen. Nx bliver anset som NO. De T-, N- og M-værdier der hentes til databasen fremgår af LPR-kodevejledningen af Livmoderhalskræft gældende fra 15. august 2025, Kodevejledning-LPR3-CCU140825.pdf ([www.dgcg.dk](http://www.dgcg.dk): Cervixcancer Udredning og stadieinddeling (2023))  
[http://www.dgcg.dk/images/retningslinier/Cervixcancer/DMCG\\_CX%20Udredning%20og%20stadieinddeling\\_v.1.0\\_AdmGodk\\_3001235825.pdf#page=15](http://www.dgcg.dk/images/retningslinier/Cervixcancer/DMCG_CX%20Udredning%20og%20stadieinddeling_v.1.0_AdmGodk_3001235825.pdf#page=15) s. 4. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017)

Nævner: Antal nydiagnosticerede cervixcancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater og Diskussion

På landsplan kan der i indeværende årsrapportperiode identificeres et stadie for 77% af alle nydiagnosticerede cervixcancerpatienter. Indikatorværdien varierer mellem afdelinger fra 59% til 91%.

Styregruppen beslutter at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 98\%$  fremadrettet.

Styregruppen arbejder på at afdække årsagerne til de manglende stadier i LPR i samarbejde med lokale kvalitets- og IT-afdelinger.

Det forventes derfor at andelen af patienter med stadie vil stige i det kommende år.

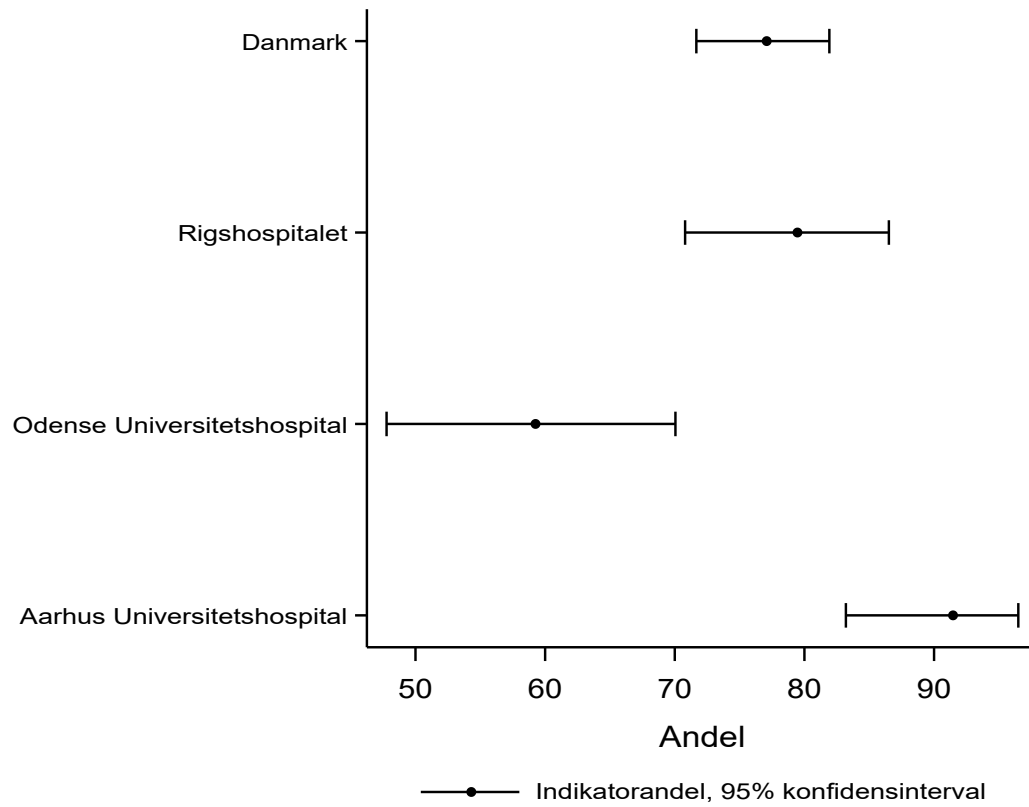
**Indikator tabel, Supplerende indikator 100**

Andelen af nydiagnosticerede cervixcancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR

|                             | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|-----------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                             |                     |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                             |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                     |                     | 212 / 275         | 0 (0)   | 77                      | (72-82) | 221 / 279    | 79    |
| Hovedstaden                 |                     | 89 / 112          | 0 (0)   | 79                      | (71-87) | 91 / 115     | 79    |
| Syddanmark                  |                     | 48 / 81           | 0 (0)   | 59                      | (48-70) | 41 / 70      | 59    |
| Midtjylland                 |                     | 75 / 82           | 0 (0)   | 91                      | (83-96) | 89 / 94      | 95    |
| Hovedstaden                 |                     | 89 / 112          | 0 (0)   | 79                      | (71-87) | 91 / 115     | 79    |
| Rigshospitalet              |                     | 89 / 112          | 0 (0)   | 79                      | (71-87) | 91 / 115     | 79    |
| Syddanmark                  |                     | 48 / 81           | 0 (0)   | 59                      | (48-70) | 41 / 70      | 59    |
| Odense Universitetshospital |                     | 48 / 81           | 0 (0)   | 59                      | (48-70) | 41 / 70      | 59    |
| Midtjylland                 |                     | 75 / 82           | 0 (0)   | 91                      | (83-96) | 89 / 94      | 95    |
| Aarhus Universitetshospital |                     | 75 / 82           | 0 (0)   | 91                      | (83-96) | 89 / 94      | 95    |

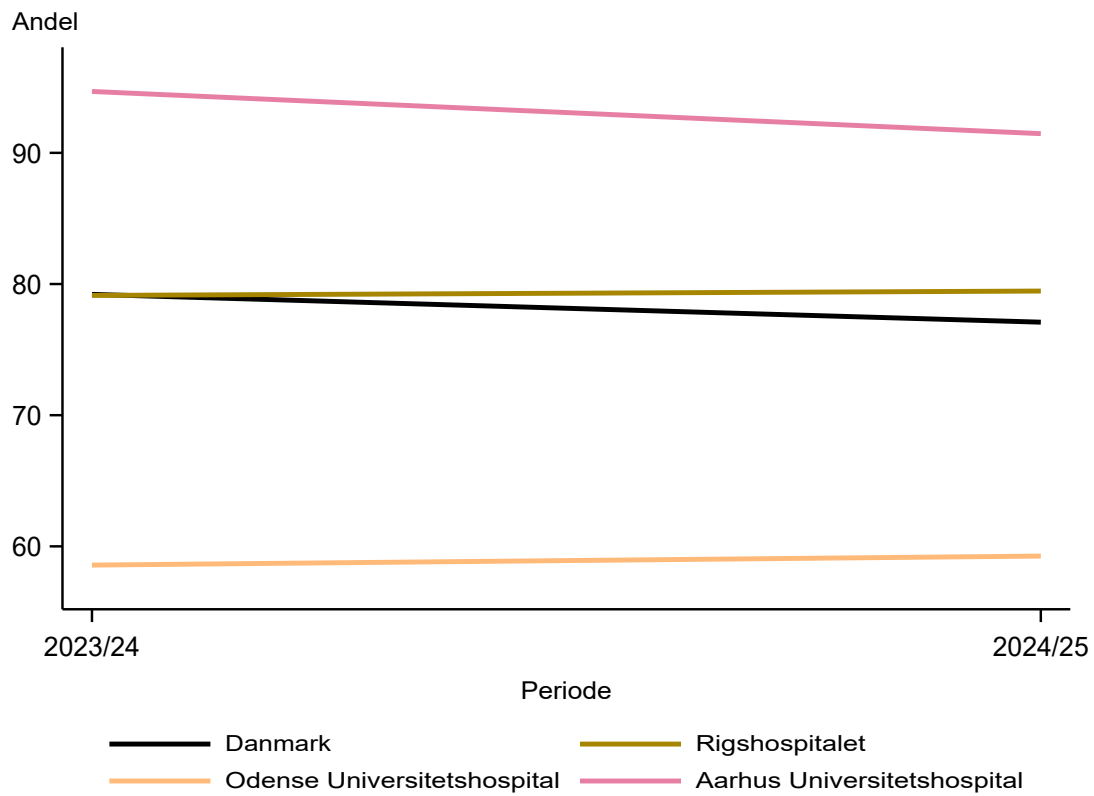
Kontrolldiagram, Supplerende indikator 100

Andelen af nydiagnosticerede cervixcancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR



Trendgraf, Supplerende indikator 100

Andelen af nydiagnosticerede cervixcancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR



## Ovariecancer

## Indikator 10a: Ingen operation

Radikal operation giver den bedste prognose efter diagnose med OC. Formålet med indikatoren er at understøtte en ensartet udvælgelse til operation på landsplan.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske afdeling, der har udført operationen. De patienter, der ikke er blevet opereret, bliver tilskrives den opererende afdeling, som den diagnosticerende afdeling har samarbejdsaftale med. Dette betyder, at patienter diagnosticeret i Region Hovedstaden tilskrives Rigshospitalet, patienter diagnosticeret i Region Sjælland og Region Syddanmark tilskrives Odense Universitetshospital, patienter diagnosticeret i Region Midtjylland tilskrives Aarhus Universitetshospital og patienter diagnosticeret i Region Nordjylland tilskrives Aalborg Universitetshospital.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som ikke er blevet opereret.

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i stadie IIIC-IV (T3c-T4; AZCD15C eller AZCD16\* eller M1; AZCD41\*) i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusioner: Patienter med stadie  $\leq$ IIIB i den aktuelle opgørelsesperiode, der er nydiagnosticerede med borderline tumor eller patienter med non-epithelial ovariecancer.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om T-stadie eller M-stadie eller hvor operationstype til den primære procedure er missing.

### Resultater

Resultaterne for indeværende og forrige opgørelsesår kan ikke benyttes til at vurdere den kirurgiske behandlingskvalitet af ovariecancer. Der mangler oplysninger om stadie for 35% af patienterne, hvorfor det ikke kan udelukkes at variation i resultaterne skyldes manglende data fremfor kvalitetsforskelle.

### Diskussion og klinisk implikation

Operation for OC er en del af den kurativt intenderede behandling. Patienter, der ikke opereres, kan kun tilbydes livsforlængende behandling. Andelen af ikke opererede patienter er derfor en essentiel faktor til monitorering af kvalitet og i sidste ende overlevelse efter behandling for OC og det er vigtigt at afsløre eventuelle regionale forskelle i selektion til behandling.

Trods en stor klinisk indsats for korrekt kodning inkl. TNM klassifikation er datagrundlaget for årsrapporten desværre fortsat mangelfuldt med missing values for stadienddeling hos ca. 50% af patienter med OC (218/469). Specielt mangler oplysninger om stadiet blandt patienter med avanceret OC stadium IIIC-IV, som er de patienter, som eventuelt ikke tilbydes operation. Derfor kan indikator resultatet ikke bedømmes – hverken på regionalt eller landsplan. De rapporterede værdier afspejler ikke erfaringsmæssig klinisk standard, hvor andelen af ikke opererede patienter er mindre end 57%.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på  $\leq 10\%$ . Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

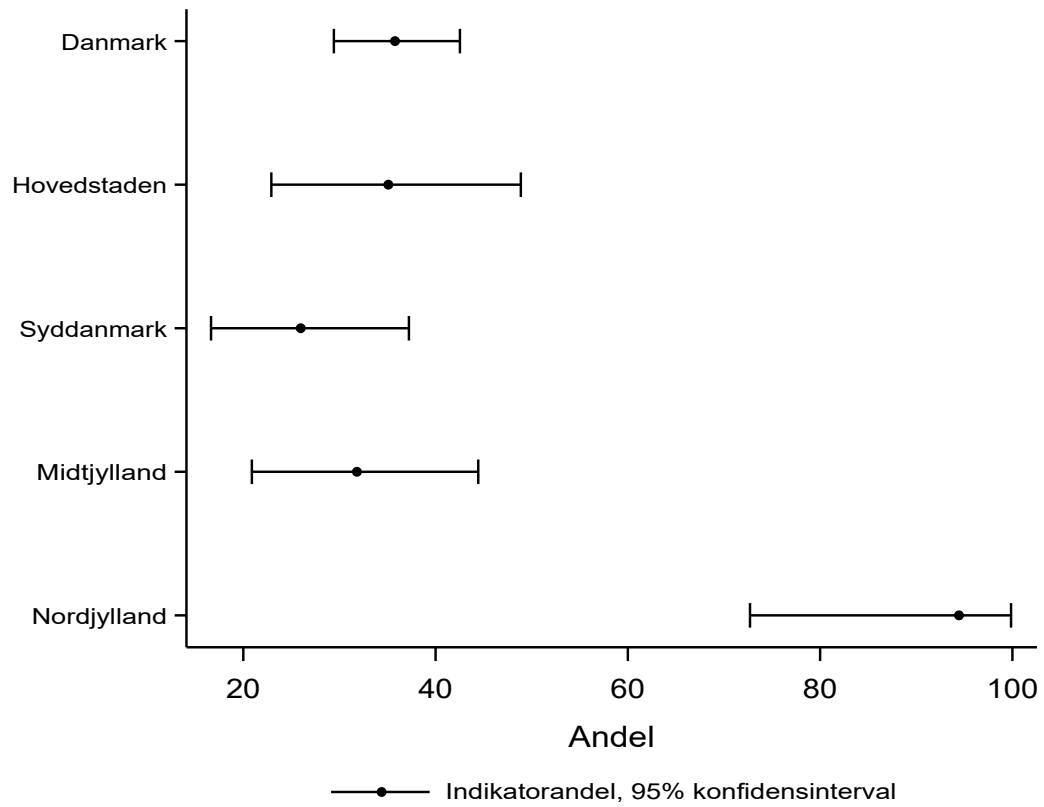
**Indikator tabel, Indikator 10a**

Andel af stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som ikke er blevet opereret

|                                      | Udviklingsmål<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst  | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|--------------------------------------|--------------------------|-------------------|----------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                                      |                          |                   | antal    | 01.07.2024 - 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                                      |                          |                   | (%)      | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                              |                          | 78 / 218          | 116 (35) | 36                      | (29-43)  | 88 / 225     | 39    |
| Hovedstaden                          |                          | 20 / 57           | 36 (39)  | 35                      | (23-49)  | 31 / 40      | 78    |
| Sjælland                             |                          | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |          | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                          | 20 / 77           | 45 (37)  | 26                      | (17-37)  | 21 / 90      | 23    |
| Midtjylland                          |                          | 21 / 66           | 12 (15)  | 32                      | (21-44)  | 19 / 73      | 26    |
| Nordjylland                          |                          | 17 / 18           | 22 (55)  | 94                      | (73-100) | 17 / 22      | 77    |
| Hovedstaden                          |                          | 20 / 57           | 36 (39)  | 35                      | (23-49)  | 31 / 40      | 78    |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |                          | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |          |              |       |
| Herlev og Gentofte Hospital          |                          | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |          | 0 / 0        |       |
| Rigshospitalet                       |                          | 20 / 57           | 34 (37)  | 35                      | (23-49)  | 31 / 40      | 78    |
| Sjælland                             |                          | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |          | 0 / 0        |       |
| Region Sjællands Sygehusvæsen        |                          | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |          | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                          | 20 / 77           | 45 (37)  | 26                      | (17-37)  | 21 / 90      | 23    |
| Odense Universitetshospital          |                          | 20 / 77           | 44 (36)  | 26                      | (17-37)  | 21 / 90      | 23    |
| Sygehus Lillebælt                    |                          | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |          |              |       |
| Midtjylland                          |                          | 21 / 66           | 12 (15)  | 32                      | (21-44)  | 19 / 73      | 26    |
| Aarhus Universitetshospital          |                          | 21 / 66           | 12 (15)  | 32                      | (21-44)  | 19 / 73      | 26    |
| Nordjylland                          |                          | 17 / 18           | 22 (55)  | 94                      | (73-100) | 17 / 22      | 77    |
| Aalborg Universitetshospital         |                          | 17 / 18           | 22 (55)  | 94                      | (73-100) | 17 / 22      | 77    |

Kontroldiagram, Indikator 10a

Andel af stadie III-IV ovariecancerpatienter, som ikke er blevet opereret



## Indikator 10b: Primær operation

Primær operation er standardbehandling ved avanceret ovariecancer, hvis patienten skønnes teknisk resektabel og operabel i forhold til almen tilstand. Indikatoren skal sikre et ensartet høj kvalitetsbehandlingstilbud på tværs af landet.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske afdeling, der har udført operationen. De patienter, der ikke er blevet opereret, bliver tilskrives den opererende afdeling, som den diagnosticerende afdeling har samarbejdsaftale med. Dette betyder, at patienter diagnosticeret i Region Hovedstaden tilskrives Rigshospitalet, patienter diagnosticeret i Region Sjælland og Region Syddanmark tilskrives Odense Universitetshospital, patienter diagnosticeret i Region Midtjylland tilskrives Aarhus Universitetshospital og patienter diagnosticeret i Region Nordjylland tilskrives Aalborg Universitetshospital.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter, som er blevet primært opererede.

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i stadie IIIc-IV (T3c-T4; AZCD15C eller AZCD16\* eller M1; AZCD41\*) i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusioner: Patienter med stadie ≤IIIB i den aktuelle opgørelsesperiode, der er nydiagnosticerede med borderline tumor eller har non-epithelial ovariecancer.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om T-stadie eller M-stadie eller hvor operationstype til den primære procedure er missing.

### Resultater

Resultaterne for indeværende og forrige opgørelsesår kan ikke benyttes til at vurdere den kirurgiske behandlingskvalitet af ovariecancer. Der mangler oplysninger om stadie og/eller operationstype for 35% af patienterne, hvorfor det ikke kan udelukkes at variation i resultaterne skyldes manglende data fremfor kvalitetsforskelle.

### Diskussion og klinisk implikation

Indikatoren beskriver andelen af kvinder med et avanceret stadie af OC, der indleder deres behandling med en operation efterfulgt af seks serier kemoterapi. Indikatoren er vigtig for at bedømme den samlede strategi til behandling af OC. Internationalt anbefales, at mindst 50% af kvinder med avanceret ovariecancer opereres initialt. I øjeblikket diskuteres resultaterne af et stort internationalt multicenter RCT, hvor de foreløbige resultater tyder på at primær operation og intervalkirurgi er ligeværdige i forhold til overlevelse, hvis patienterne radikalt opereres. Der mangler dog publikation af væsentlige dele af studiet, før resultaterne endeligt kan implementeres efter diskussion i Ovariecancer Gruppen.

Trods en stor klinisk indsats for korrekt kodning inkl. TNM klassifikation er datagrundlaget for årsrapporten inkomplet, idet der ikke er registreret primært opererede patienter fra hverken Region Sjælland eller Region Nord. Tallene kan således ikke fortolkes, hverken på regionalt eller landsplan.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på ≥50%. Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

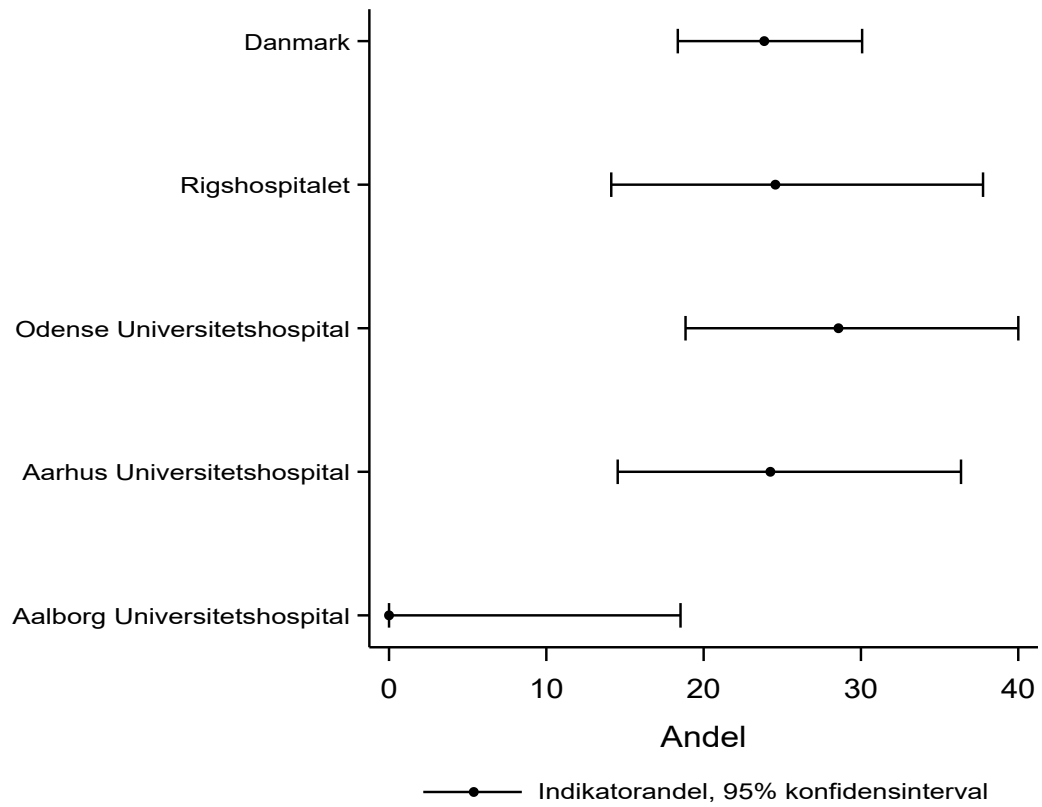
**Indikatortabel, Indikator 10b**

Andelen af stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som er blevet primært opererede

|                                      | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst  | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|----------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                                      |                     |                   | antal    | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                                      |                     |                   | (%)      | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                              |                     | 52 / 218          | 116 (35) | 24                      | (18-30) | 50 / 225     | 22    |
| Hovedstaden                          |                     | 14 / 57           | 36 (39)  | 25                      | (14-38) | 0 / 40       | 0     |
| Sjælland                             |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                     | 22 / 77           | 45 (37)  | 29                      | (19-40) | 22 / 90      | 24    |
| Midtjylland                          |                     | 16 / 66           | 12 (15)  | 24                      | (15-36) | 28 / 73      | 38    |
| Nordjylland                          |                     | 0 / 18            | 22 (55)  | 0                       | (0-19)  | 0 / 22       | 0     |
| Hovedstaden                          |                     | 14 / 57           | 36 (39)  | 25                      | (14-38) | 0 / 40       | 0     |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         |              |       |
| Herlev og Gentofte Hospital          |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Rigshospitalet                       |                     | 14 / 57           | 34 (37)  | 25                      | (14-38) | 0 / 40       | 0     |
| Sjælland                             |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Region Sjællands Sygehusvæsen        |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                     | 22 / 77           | 45 (37)  | 29                      | (19-40) | 22 / 90      | 24    |
| Odense Universitetshospital          |                     | 22 / 77           | 44 (36)  | 29                      | (19-40) | 22 / 90      | 24    |
| Sygehus Lillebælt                    |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         |              |       |
| Midtjylland                          |                     | 16 / 66           | 12 (15)  | 24                      | (15-36) | 28 / 73      | 38    |
| Aarhus Universitetshospital          |                     | 16 / 66           | 12 (15)  | 24                      | (15-36) | 28 / 73      | 38    |
| Nordjylland                          |                     | 0 / 18            | 22 (55)  | 0                       | (0-19)  | 0 / 22       | 0     |
| Aalborg Universitetshospital         |                     | 0 / 18            | 22 (55)  | 0                       | (0-19)  | 0 / 22       | 0     |

Kontroldiagram, Indikator 10b

Andelen af stadie III-IV ovariecancerpatienter, som er blevet primært opererede



## Indikator 10c: Makroradikal operation

Makroradikal operation er den stærkeste prognostiske faktor for langtidsoverlevelse efter ovariecancer. Formålet med indikatoren er dermed at undersøge og understøtte, at andelen af patienter, hvor der ikke efterlades tumorvæv, er ensartet høj på tværs af landet.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske afdeling, der har udført operationen. De patienter, der ikke er blevet opereret, bliver tilskrives den opererende afdeling, som den diagnosticerende afdeling har samarbejdsaftale med. Dette betyder, at patienter diagnosticeret i Region Hovedstaden tilskrives Rigshospitalet, patienter diagnosticeret i Region Sjælland og Region Syddanmark tilskrives Odense Universitetshospital, patienter diagnosticeret i Region Midtjylland tilskrives Aarhus Universitetshospital og patienter diagnosticeret i Region Nordjylland tilskrives Aalborg Universitetshospital.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som er blevet makroradikalt opererede

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter med stadie IIIC-IV (T3c-T4; AZCD15C eller AZCD16\* eller M1; AZCD41\*), som er opererede i det primære forløb uanset udfald af operationen, i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusioner: Patienter med stadie ≤IIIB i den aktuelle opgørelsesperiode, der er nydiagnosticerede med borderline tumor, som ikke er opererede i det primære forløb eller har non-epithelial ovariecancer.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om T-stadie eller M-stadie, operationstype til den primære procedure eller radikalitet.

### Resultater

Resultaterne for indeværende og forrige opgørelsesår kan ikke benyttes til at vurdere den kirurgiske behandlingskvalitet af ovariecancer. Der mangler oplysninger om stadie og/eller operationstype for 32% af patienterne, hvorfor det ikke kan udelukkes at variation i resultaterne skyldes manglende data fremfor kvalitetsforskelle.

### Diskussion og klinisk implikation

Makroradikal operation for OC er den bedste prognostiske markør, og det tilstræbes, at patienten tilbydes operation enten primært eller efter neoadjuverende kemoterapi. En høj rate af makroradikal operation er således en vigtig kvalitetsindikator – dels på kvaliteten af det kirurgiske indgreb og dels på kvaliteten i selektion til operation.

Trods en stor klinisk indsats for korrekt kodning inkl. TNM klassifikation er der betydelige mangler i datagrundlaget for indikator 10C, hvor 33% af data mangler, og resultatet kan derfor ikke bedømmes hverken på regional- eller landsplan.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på ≥65%. Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

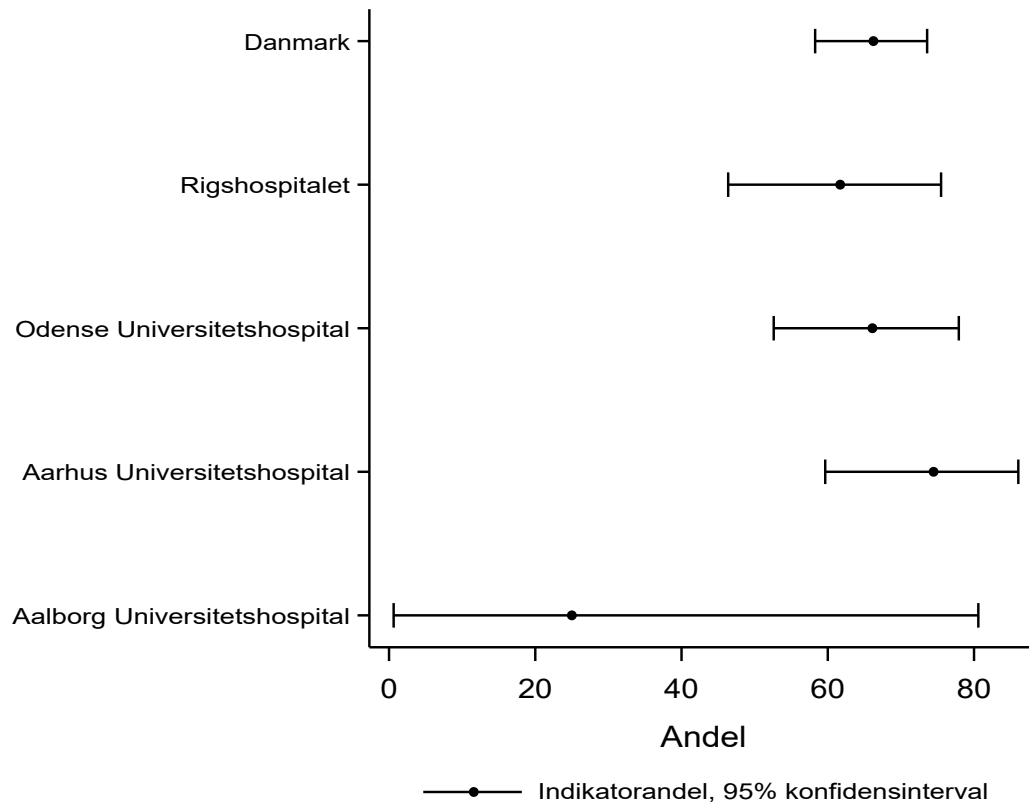
**Indikator tabel, Indikator 10c**

Andelen af stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som er blevet makroradikalt opererede

|                                      | Udviklingsmål<br>opnået | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                                      |                         |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                                      |                         |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                              |                         | 104 / 157         | 74 (32) | 66                      | (58-74) | 99 / 156     | 63    |
| Hovedstaden                          |                         | 29 / 47           | 27 (36) | 62                      | (46-75) | 6 / 21       | 29    |
| Sjælland                             |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                         | 39 / 59           | 23 (28) | 66                      | (53-78) | 50 / 75      | 67    |
| Midtjylland                          |                         | 35 / 47           | 12 (20) | 74                      | (60-86) | 41 / 54      | 76    |
| Nordjylland                          |                         | ## / ##           | 11 (73) | 25                      | (1-81)  | ## / ##      | 33    |
| Hovedstaden                          |                         | 29 / 47           | 27 (36) | 62                      | (46-75) | 6 / 21       | 29    |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         |              |       |
| Herlev og Gentofte Hospital          |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Rigshospitalet                       |                         | 29 / 47           | 25 (35) | 62                      | (46-75) | 6 / 21       | 29    |
| Sjælland                             |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Region Sjællands Sygehusvæsen        |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                         | 39 / 59           | 23 (28) | 66                      | (53-78) | 50 / 75      | 67    |
| Odense Universitetshospital          |                         | 39 / 59           | 22 (27) | 66                      | (53-78) | 50 / 75      | 67    |
| Sygehus Lillebælt                    |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         |              |       |
| Midtjylland                          |                         | 35 / 47           | 12 (20) | 74                      | (60-86) | 41 / 54      | 76    |
| Aarhus Universitetshospital          |                         | 35 / 47           | 12 (20) | 74                      | (60-86) | 41 / 54      | 76    |
| Nordjylland                          |                         | ## / ##           | 11 (73) | 25                      | (1-81)  | ## / ##      | 33    |
| Aalborg Universitetshospital         |                         | ## / ##           | 11 (73) | 25                      | (1-81)  | ## / ##      | 33    |

Kontroldiagram, Indikator 10c

Andelen af stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som er blevet makroradikalt opererede



## Indikator 10d: Makroradikal primæroperation

Makroradikal operation er den vigtigste prognostiske faktor ved behandling af avanceret ovariecancer. At indikatoren er opfyldt er udtryk for, at de patienter, der tilbydes primær operation, kan radikalt opereres.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske afdeling, der har udført operationen. De patienter, der ikke er blevet opereret, bliver tilskrives den opererende afdeling, som den diagnosticerende afdeling har samarbejdsaftale med. Dette betyder, at patienter diagnosticeret i Region Hovedstaden tilskrives Rigshospitalet, patienter diagnosticeret i Region Sjælland og Region Syddanmark tilskrives Odense Universitetshospital, patienter diagnosticeret i Region Midtjylland tilskrives Aarhus Universitetshospital og patienter diagnosticeret i Region Nordjylland tilskrives Aalborg Universitetshospital.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som er blevet makroradikalt opererede.

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i stadie IIIc-IV (T3c-T4; AZCD15C eller AZCD16\* eller M1; AZCD41\*) i den aktuelle opgørelsesperiode, som er primært opererede.

Eksklusioner: Patienter med stadie  $\leq$ IIIb i den aktuelle opgørelsesperiode, der er nydiagnosticerede med borderline tumor, som ikke er opererede, har modtaget primær kirurgi eller har non-epithelial ovariecancer.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om T-stadie eller M-stadie eller operationstype til den primære procedure.

### Resultater

Resultaterne for indeværende og forrige opgørelsesår kan ikke benyttes til at vurdere den kirurgiske behandlingskvalitet af ovariecancer. Der mangler oplysninger om stadie og/eller operationstype for 50% af patienterne, hvorfor det ikke kan udelukkes at variation i resultaterne skyldes manglende data fremfor kvalitetsforskelle.

### Diskussion og klinisk implikation

Makroradikal operation for OC er den bedste prognostiske markør. Patienter, der udvælges til primær operation, bør ifølge internationale opgørelser radikalt opereres i mindst 65% af tilfældene. Indikator 10D er således både en kvalitetsindikator for kirurgi og en vigtig indikator for udvælgelse til kirurgi.

Kun 50% af datagrundlaget er tilgængeligt for analyse med komplet mangel på data fra to regioner. Data kan således ikke nærmere analyseres – hverken på regional- eller landsplan.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på  $\geq$ 60%. Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

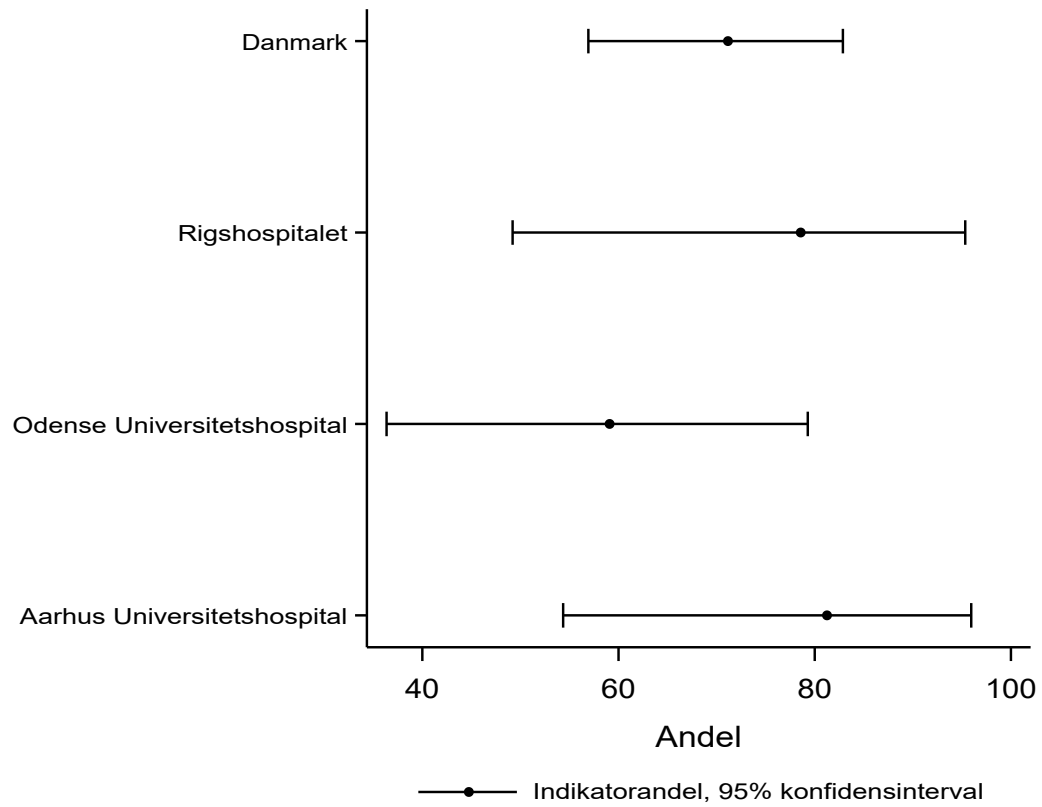
**Indikatortabel, Indikator 10d**

Andelen af primært opererede stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som er blevet makroradikalt opererede

|                                      | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst  | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|--------------------------------------|---------------------|-------------------|----------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                                      |                     |                   | antal    | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                                      |                     |                   | (%)      | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                              |                     | 37 / 52           | 51 (50)  | 71                      | (57-83) | 39 / 47      | 83    |
| Hovedstaden                          |                     | 11 / 14           | 23 (62)  | 79                      | (49-95) | 0 / 0        |       |
| Sjælland                             |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                     | 13 / 22           | 10 (31)  | 59                      | (36-79) | 17 / 22      | 77    |
| Midtjylland                          |                     | 13 / 16           | 7 (30)   | 81                      | (54-96) | 22 / 25      | 88    |
| Nordjylland                          |                     | 0 / 0             | 10 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Hovedstaden                          |                     | 11 / 14           | 23 (62)  | 79                      | (49-95) | 0 / 0        |       |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         |              |       |
| Herlev og Gentofte Hospital          |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Rigshospitalet                       |                     | 11 / 14           | 21 (60)  | 79                      | (49-95) | 0 / 0        |       |
| Sjælland                             |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Region Sjællands Sygehusvæsen        |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                     | 13 / 22           | 10 (31)  | 59                      | (36-79) | 17 / 22      | 77    |
| Odense Universitetshospital          |                     | 13 / 22           | 9 (29)   | 59                      | (36-79) | 17 / 22      | 77    |
| Sygehus Lillebælt                    |                     | 0 / 0             | 1 (100)  |                         |         |              |       |
| Midtjylland                          |                     | 13 / 16           | 7 (30)   | 81                      | (54-96) | 22 / 25      | 88    |
| Aarhus Universitetshospital          |                     | 13 / 16           | 7 (30)   | 81                      | (54-96) | 22 / 25      | 88    |
| Nordjylland                          |                     | 0 / 0             | 10 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Aalborg Universitetshospital         |                     | 0 / 0             | 10 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |

Kontroldiagram, Indikator 10d

Andelen af primært opererede stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som er blevet makroradikalt opererede



## Indikator 10e: Makroradikal interval kirurgi

Makroradikal operation er den vigtigste prognostiske faktor ved behandling af avanceret ovariecancer. At indikatoren er opfyldt, er udtryk for, at den fastsatte andel af de patienter, der tilbydes interval kirurgi efter neoadjuverende kemoterapi, kan radikalt opereres.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske afdeling, der har udført operationen. De patienter, der ikke er blevet opereret, bliver tilskrives den opererende afdeling, som den diagnosticerende afdeling har samarbejdsaftale med. Dette betyder, at patienter diagnosticeret i Region Hovedstaden tilskrives Rigshospitalet, patienter diagnosticeret i Region Sjælland og Region Syddanmark tilskrives Odense Universitetshospital, patienter diagnosticeret i Region Midtjylland tilskrives Aarhus Universitetshospital og patienter diagnosticeret i Region Nordjylland tilskrives Aalborg Universitetshospital.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som er blevet makroradikalt opererede

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i stadie IIIc-IV (T3c-T4; AZCD15C eller AZCD16\* eller M1; AZCD41\*) i den aktuelle opgørelsesperiode, som har modtaget intervalekirurgi.

Eksklusioner: Patienter med stadie ≤IIb i den aktuelle opgørelsesperiode, som ikke har modtaget intervalekirurgi, der er nydiagnosticerede med borderline tumor, non-epithelial ovariecancer.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om T-stadie eller M-stadie eller radikalitet.

### Resultater

Resultaterne for indeværende og forrige opgørelsesår kan ikke benyttes til at vurdere den kirurgiske behandlingskvalitet af ovariecancer. Der mangler oplysninger om stadie for 37% af patienterne, hvorfor det ikke kan udelukkes at variation i resultaterne skyldes manglende data fremfor kvalitetsforskelle.

### Diskussion og klinisk implikation

Indikatoren afspejler, hvor mange kvinder med ovariecancer, der kan radikalt opereres efter neoadjuverende kemoterapi.

Da makroskopisk radikal operation efter neoadjuverende kemoterapi er den bedste prognostiske indikator for langtidsoverlevelse i denne gruppe, er indikatoren vigtig for at bedømme kvaliteten af det kirurgiske indgreb samt kvaliteten af udvælgelse til kirurgi. På trods af en stor klinisk indsats for ensartet kodning er datagrundlaget mangelfuldt (antallet af uoplyste er 37%), og data kan således ikke analyseres nærmere – hverken på regionalt eller nationalt niveau.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på ≥60%. Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

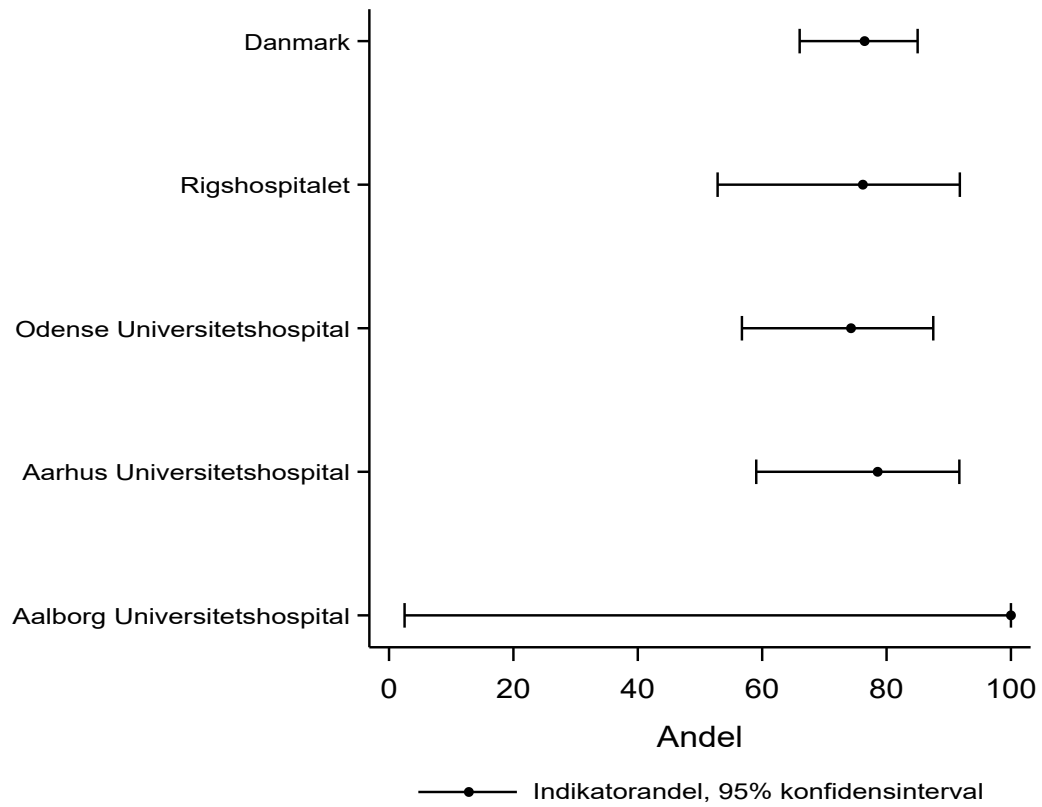
**Indikator tabel, Indikator 10e**

Andelen af stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter med operation efter neoadjuverende kemoterapi (intervalkirurgi), som er blevet makroradikalt opererede

|                                      | Udviklingsmål<br>opnået | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|--------------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                                      |                         |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                                      |                         |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                              |                         | 65 / 85           | 50 (37) | 76                      | (66-85) | 60 / 81      | 74    |
| Hovedstaden                          |                         | 16 / 21           | 18 (46) | 76                      | (53-92) | 6 / 8        | 75    |
| Sjælland                             |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                         | 26 / 35           | 14 (29) | 74                      | (57-88) | 33 / 47      | 70    |
| Midtjylland                          |                         | 22 / 28           | 7 (20)  | 79                      | (59-92) | 19 / 23      | 83    |
| Nordjylland                          |                         | ## / #            | 10 (91) | 100                     | (3-100) | ## / #       | 67    |
| Hovedstaden                          |                         | 16 / 21           | 18 (46) | 76                      | (53-92) | 6 / 8        | 75    |
| Bispebjerg og Frederiksberg Hospital |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         |              |       |
| Herlev og Gentofte Hospital          |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Rigshospitalet                       |                         | 16 / 21           | 16 (43) | 76                      | (53-92) | 6 / 8        | 75    |
| Sjælland                             |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Region Sjællands Sygehusvæsen        |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                           |                         | 26 / 35           | 14 (29) | 74                      | (57-88) | 33 / 47      | 70    |
| Odense Universitetshospital          |                         | 26 / 35           | 13 (27) | 74                      | (57-88) | 33 / 47      | 70    |
| Sygehus Lillebælt                    |                         | 0 / 0             | 1 (100) |                         |         |              |       |
| Midtjylland                          |                         | 22 / 28           | 7 (20)  | 79                      | (59-92) | 19 / 23      | 83    |
| Aarhus Universitetshospital          |                         | 22 / 28           | 7 (20)  | 79                      | (59-92) | 19 / 23      | 83    |
| Nordjylland                          |                         | ## / #            | 10 (91) | 100                     | (3-100) | ## / #       | 67    |
| Aalborg Universitetshospital         |                         | ## / #            | 10 (91) | 100                     | (3-100) | ## / #       | 67    |

Kontroldiagram, Indikator 10e

Andelen af stadie III-IV ovariecancerpatienter med operation efter neoadjuverende kemoterapi (intervalkirurgi), som er blevet makroradikalt opererede



## Indikator 1.1a: Lymfadenektomi

Indikator 1.1a afspejler patienter, der, som led i staging procedure, har fået fjernet lymfeknuder uden synlige metastaser. Indikatorens formål er at følge, hvorvidt der udføres korrekt staging for ovariecancer i Danmark. Hvis dette ikke er tilfældet, vil der være risiko for, at patienter ikke tilbydes adjuverende behandling. På den anden side er der introduceret nye europæiske rekommendationer, hvor subgrupper af patienter kan undgå adjuverende kemoterapi, hvis de er korrekt stadie inddelt med lymfeknude fjernelse og der ikke påvises spredning.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske afdeling, der har udført operationen. De patienter, der ikke er blevet opereret, bliver tilskrives den opererende afdeling, som den diagnosticerende afdeling har samarbejdsaftale med. Dette betyder, at patienter diagnosticeret i Region Hovedstaden tilskrives Rigshospitalet, patienter diagnosticeret i Region Sjælland og Region Syddanmark tilskrives Odense Universitetshospital, patienter diagnosticeret i Region Midtjylland tilskrives Aarhus Universitetshospital og patienter diagnosticeret i Region Nordjylland tilskrives Aalborg Universitetshospital.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som har fået foretaget lymfadenektomi.

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter med stadie I-IIIa (T1-T3c; AZCD13\*, AZCD14\* eller AZCD15A og M0; AZCD40), som er opererede i det primære forløb uanset udfald af operationen, i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusioner: Patienter med stadie >IIIa i den aktuelle opgørelsesperiode, der er nydiagnosticerede med borderline tumor eller har non-epithelial ovariecancer.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om T-stadie eller M-stadie eller radikalitet.

### Resultater

Resultaterne for indeværende og forrige opgørelsesår kan ikke benyttes til at vurdere den kirurgiske behandlingskvalitet af ovariecancer. Der mangler oplysninger om stadie for 41% af patienterne, hvorfor det ikke kan udelukkes at variation i resultaterne skyldes manglende data fremfor kvalitetsforskelle.

### Diskussion og klinisk implikation

Indikatoren afspejler, hvor stor en andel af patienter med lokaliseret sygdom, der har fået foretaget lymfeknudejernelse som led i staging operation. Indikatoren er vigtig for en korrekt stadieinddeling og dermed et retvisende datagrundlag, som gør det muligt at sammenligne nationalt såvel som internationalt på tværs af regioner og nationer. De nationale retningslinjer anbefaler en risikobaseret tilgang til staging operation, så man kun fjerner lymfeknuder på de patientgrupper med en reel risiko for lymfeknudemetastaser.

Datagrundlaget er desværre mangelfuldt med 41% uoplyste, hvorfor analyse ikke er meningsfuld. Data afspejler ikke den en klinisk praksis, hvor betydeligt flere patienter får fjernet lymfeknuder i staging øjemed.

### Vurdering af indikatoren

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på  $\geq 80\%$ . Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

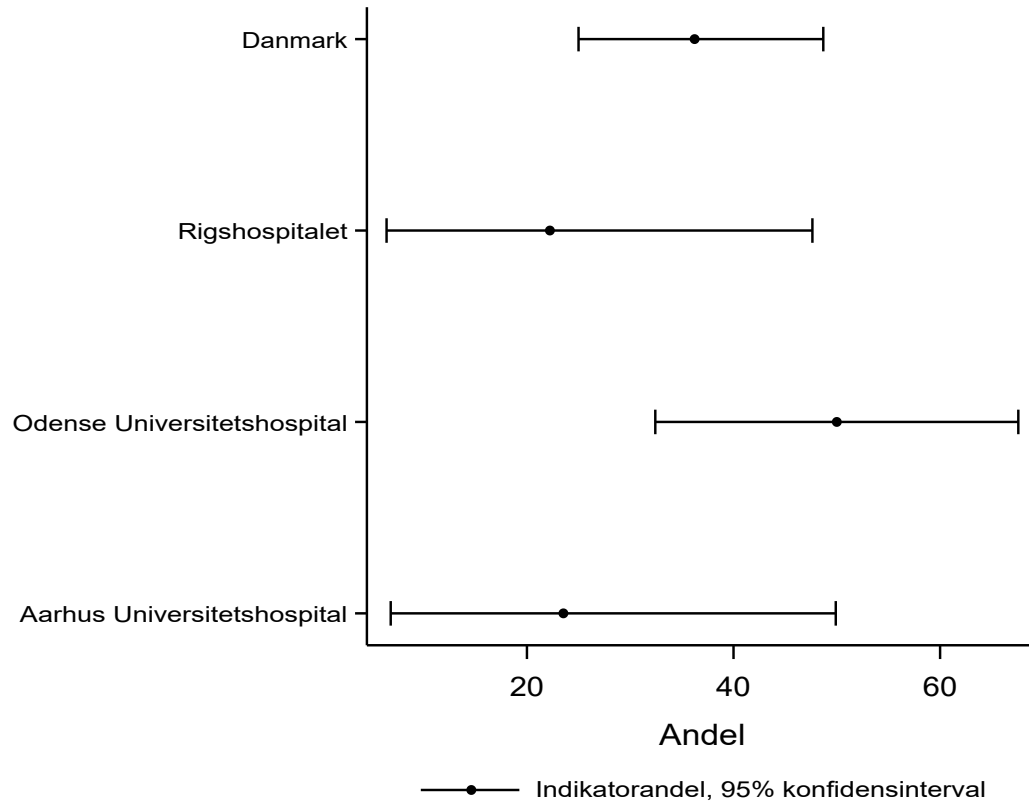
**Indikatortabel, Indikator 11a**

Andelen af stadie I-IIIa ovariecancerpatienter, som får foretaget lymfadektomi

|                               | Udviklingsmål<br>opnået | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                               |                         |                   | antal   | 01.07.2024 – 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                               |                         |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                         | 25 / 69           | 47 (41) | 36                      | (25-49) | 24 / 70      | 34    |
| Hovedstaden                   |                         | 4 / 18            | 17 (49) | 22                      | (6-48)  | ##/##        | 50    |
| Sjælland                      |                         | 0 / 0             | 2 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                    |                         | 17 / 34           | 17 (33) | 50                      | (32-68) | 14 / 36      | 39    |
| Midtjylland                   |                         | 4 / 17            | 8 (32)  | 24                      | (7-50)  | 6 / 26       | 23    |
| Nordjylland                   |                         | 0 / 0             | 3 (100) |                         |         | ##/##        | 50    |
| Hovedstaden                   |                         | 4 / 18            | 17 (49) | 22                      | (6-48)  | ##/##        | 50    |
| Herlev og Gentofte Hospital   |                         | 0 / 0             | 2 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Rigshospitalet                |                         | 4 / 18            | 15 (45) | 22                      | (6-48)  | ##/##        | 50    |
| Sjælland                      |                         | 0 / 0             | 2 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                         | 0 / 0             | 2 (100) |                         |         | 0 / 0        |       |
| Syddanmark                    |                         | 17 / 34           | 17 (33) | 50                      | (32-68) | 14 / 36      | 39    |
| Odense Universitetshospital   |                         | 17 / 34           | 17 (33) | 50                      | (32-68) | 14 / 36      | 39    |
| Midtjylland                   |                         | 4 / 17            | 8 (32)  | 24                      | (7-50)  | 6 / 26       | 23    |
| Aarhus Universitetshospital   |                         | 4 / 17            | 8 (32)  | 24                      | (7-50)  | 6 / 26       | 23    |
| Nordjylland                   |                         | 0 / 0             | 3 (100) |                         |         | ##/##        | 50    |
| Aalborg Universitetshospital  |                         | 0 / 0             | 3 (100) |                         |         | ##/##        | 50    |

Kontroldiagram, Indikator 11a

Andelen af stadie I-IIIa ovariecancerpatienter, som får foretaget lymfadenektomi



## Supplerende opgørelser, OC

### Datadefinitioner

Opgørelsen af kirurgisk behandlingsvalg er opgjort på ovariecancerpatienter diagnosticeret i den aktuelle opgørelsesperiode, som er opereret med eksplorativ laparotomi eller laparaskopi registreret i LPR på et relevant helbredsforløb. I opgørelserne af kirurgisk behandling bliver patienterne opgjort på opererende afdeling (RH, OUH, AUH eller AAUH).

I de øvrige opgørelser tilskrives patienterne den gynækologiske centerafdeling eller onkologiske afdeling, hvor A-diagnosen er stillet.

Opgørelsen af patienter med borderlinetumorer er lavet på patienter, der er nydiagnosticeret med borderlinetumor i den aktuelle opgørelsesperiode. Patienter tilskrives her den gynækologiske afdeling, som har stillet A-diagnosen i LPR.

Alder: Alder på diagnosetidspunktet

Charlson Comorbidity Index: En modificeret standardversion af CCI, som baserer sig på A-diagnoser i LPR fra 10 år før diagnosedato og til diagnosedato, fraset indersygdommen ovariecancer.

Histologisk subtype: Morfologisk SNOMED-kode på første præparat til populationsinklusion

- Epitelial ovariecancer: Low-grade serøst adenocarcinom (M84603/4/6/9), High-grade serøst adenocarcinom (M84613/4/6/9), Mucinøst adenocarcinom (M84803/4/6/9), Endometrioid adenocarcinom (M83803/4/6/9), Clear cell adenocarcinom (M83103/4/6/9), Malign Brenner tumor (M90003/4/6/9), Karcinosarkom (M89803/4/6/9), Mesonephric-like adenocarcinom (M91113/4/6/9), Udifferentieret karcinom (M80203/4/6/9), Dedifferentieret karcinom (M802A3/4/6/9), Småcellet karcinom, hypercalcæmisk type (M80443/4/6/9), Mixed cell adenocarcinom (M83233/4/6/9), Karcinom (M80103/4/6/9), Adenocarcinom (M81403/4/6/9)
- Neuroendokrin tumor: Neuroendokrin tumor (M82403/4/6/9), Småcellet neuroendokrint karcinom (M80413/4/6/9), Småcellet neuroendokrint karcinom, kombineret type (M80453/4/6/9), Storcellet neuroendokrint karcinom (M80133/4/6/9), Neuroendokrint karcinom (M82463/4/6/9).
- Sex cord-stromale tumorer: Granulosacelle tumor (M86201/4/6/9), Adult granulosacelle tumor (M86203/4/6/9), Juvenil granulosacelle tumor (M86221/4/6/9), Sertoli celle tumor (M86401/4/6/9), Sertoli celle tumor, retiform (M86331/4/6/9), Sex cord-tumor with annular tubules (M86231/4/6/9), Leydigcelletumor (M86501/4/6/9), Fibrosarkom (M88103/4/6/9), Sertoli-Leydig celle tumor (M86310/4/6/9), Gonade stroma tumor\* (svarer til sex cord-stromal tumor, NOS) (M85901/4/6/9), Gonade stroma tumor, malign (M85903/4/6/9), Gynandroblastom (M86321/4/6/9), Mixed germ cell-sex cord-stromal tumor (M90741/4/6/9), Wolffsk tumor (M911B1/4/6/9).
- Germinalcelletumorer: Dysgerminom (M90603/4/6/9), Blommesæktumor (M90713/4/6/9), Embryonalt karcinom (M90703/4/6/9), Koriokarcinom (M91003/4/6/9), Immaturt teratom (M90803/4/6/9), Teratom med somatisk malignitet (M90843/4/6/9), Strumalt karcinoid (M90911/4/6/9), Malign struma ovarii (M90903/4/6/9), Gonadoblastom (M90731/4/6/9), Blandt germinalcelle tumor (M908A3/4/6/9)
- Uvis histologisk type: Maligne tumorceller (M80013/6), Tumorceller (M80011/6).

FIGO stadie: FIGO 2014, baseret på kliniske TNM-indberetninger i LPR. Defineret som senest stillede kliniske T, N og M værdi på et relevant helbredsforløb. Værdierne skal ligge på kontakter indenfor 30 dage før til 120 dage efter diagnosedato. Nx bliver anset som NO. De T-, N- og M-værdier der hentes til databasen fremgår af LPR-kodevejledningen af ovariecancer gældende fra 15. august 2025, <https://dgcc.dk/images/Kodevejledninger/Kodevejledning-LPR3-ovariecancer140825.pdf> (FIGO 2014: [https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/FIGO-Ovarian-Cancer-Staging\\_1.10.14.pdf](https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/FIGO-Ovarian-Cancer-Staging_1.10.14.pdf) Tumours Editorial Board FgT. WHO Classification of tumours. 5th edition. 2020. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017).

Operationstype: LPR-procedurekode for operationsindgreb (ikke diagnostisk) på relevant helbredsforløb: Eksplorativ laparotomi: KJAH00, Laparaskopi: KJAH01. Ingen operation: Ingen af to ovenstående operationskoder som primære procedurekoder på relevant helbredsforløb.

Kirurgisk behandlingsvalg: Tillægskoder i tilknytning til eksplorativ laparotomi eller laparaskopi på relevant helbredsforløb. Primær operation: KZYD01, Intervalkirurgi: KZYD02, Inoperabel: KZYD03, KZYD03: Staging kirurgi, Ingen registrering af behandlingsvalg: Ingen af fire ovenstående tillægskoder i tilknytning til Eksplorativ laparotomi eller laparaskopi.

### Resultater

På landsplan er der i dette års opgørelse registreret 469 patienter med nydiagnosticeret ovariecancer og 143 patienter med nydiagnosticeret borderlinetumor.

Medianalderen ved diagnose er 70 år og over halvdelen af patienterne har ingen alvorlig komorbiditet på diagnosetidspunktet (59,9%). Langt størstedelen af patienterne er diagnosticeret med epithelial ovariecancer (95,5%).

For en stor del af patienter er der ikke identificeret et klinisk FIGO stadie (46,5%). Dermed kan der ikke konkluderes på fordelingen af det kliniske stadie i denne opgørelsesperiode.

Eksplorativ laparotomi eller laparaskopi er registreret som primær procedurekode for ca. halvdelen af patienterne på landsplan (65,3%).

I indværende årsrapportperiode ses det, at en stor andel af opererede patienter på Aalborg Universitetshospital (AAUH) og Rigshospitalet (RH) ikke har registreret om der er tale om primær kirurgi, intervalkirurgi eller primær operation, som erkendes inoperabel. På OUH er 73,1% af opererede patienter behandlet med primær kirurgi. På AUH er 53,9% af opererede patienter behandlet med primær kirurgi.

#### Diskussion

Antallet af ikke-opererede patienter på Aalborg Universitetshospital stemmer ikke overens med den kliniske erfaring. På gynækologisk afdeling i Aalborg vil de derfor lave lokal journalgennemgang af de 28 patienter, som fremgår af opgørelsen som ikke-opererede.

I opgørelserne ses et højt antal af patienter fra Rigshospitalet med manglende operationsoplysninger, dette tilskrives at implementering af tillægskoder blev igangsat i 2025, hvorfor det ikke har været muligt at kode tidligere. Der ses en positiv udvikling i registreringspraksis på Rigshospitalet, og styregruppen håber derfor på bedre datakomplethed fremadrettet.

Styregruppen bemærker, at der er få registreringer af patienter med staging operationer. Der er brug for implementeringsopbakning til de gynækologiske afdelinger, for at løfte denne tillægsregistrering.

Styregruppen bemærker, at der er registreret få patienter med non-epithelial ovariecancer sammenlignet med tidligere år. Styregruppen vil fremadrettet have opmærksomhed på dette.



**Fordeling af alder, komorbiditet, histologi og stadie**

Fordeling af alder, komorbiditet, histologisk subtype, stadie og operationstype af patienter diagnosticeret med ovariecancer mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 fordelt på højtspécialiseret gynækologisk funktion.

| Ovarie                       | Sygehus Lillebælt | Rigshospitalet | Regionshospitalet Cødstrup | Region Sjællands Sygehusvæsen | Odense Universitetshospital | Herlev og Gentofte Hospital | Aarhus Universitetshospital | Aalborg Universitetshospital | Total       |
|------------------------------|-------------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| Population                   | 6 (100 %)         | 119 (100 %)    | 3 (100 %)                  | 41 (100 %)                    | 131 (100 %)                 | 21 (100 %)                  | 107 (100 %)                 | 41 (100 %)                   | 469 (100%)  |
| Aldersfordeling              |                   |                |                            |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| 18-49år                      | # (16,7 %)        | 17 (14,3 %)    |                            |                               | 14 (10,7 %)                 | # (9,5 %)                   | 13 (12,1 %)                 | # (2,4 %)                    | 48 (10,2%)  |
| 50-64år                      | # (16,7 %)        | 39 (32,8 %)    |                            | 4 (9,8 %)                     | 37 (28,2 %)                 | 7 (33,3 %)                  | 23 (21,5 %)                 | 8 (19,5 %)                   | 119 (25,4%) |
| 65-79år                      | 3 (50,0 %)        | 49 (41,2 %)    | # (33,3 %)                 | 26 (63,4 %)                   | 54 (41,2 %)                 | 7 (33,3 %)                  | 57 (53,3 %)                 | 20 (48,8 %)                  | 217 (46,3%) |
| 80+ år                       | # (16,7 %)        | 14 (11,8 %)    | # (66,7 %)                 | 11 (26,8 %)                   | 26 (19,8 %)                 | 5 (23,8 %)                  | 14 (13,1 %)                 | 12 (29,3 %)                  | 85 (18,1%)  |
| Median (25p;75p)             | 77 (64;78)        | 66 (57;75)     | 80 (75;94)                 | 74 (69;80)                    | 69 (59;78)                  | 66 (59;79)                  | 70 (61;76)                  | 74 (65;80)                   | 70 (60;78)  |
| Gennemsnit (varians)         | 70 (175)          | 65 (167)       | 83 (97)                    | 74 (51)                       | 68 (158)                    | 68 (148)                    | 67 (186)                    | 72 (111)                     | 68 (159)    |
| Charlson Comorbidity Index   |                   |                |                            |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| 0                            | # (33,3 %)        | 72 (60,5 %)    | # (33,3 %)                 | 29 (70,7 %)                   | 77 (58,8 %)                 | 10 (47,6 %)                 | 66 (61,7 %)                 | 24 (58,5 %)                  | 281 (59,9%) |
| 1                            | # (16,7 %)        | 12 (10,1 %)    |                            | 5 (12,2 %)                    | 22 (16,8 %)                 | 5 (23,8 %)                  | 22 (20,6 %)                 | 5 (12,2 %)                   | 72 (15,4%)  |
| 2+                           | 3 (50,0 %)        | 35 (29,4 %)    | # (66,7 %)                 | 7 (17,1 %)                    | 32 (24,4 %)                 | 6 (28,6 %)                  | 19 (17,8 %)                 | 12 (29,3 %)                  | 116 (24,7%) |
| Histologi                    |                   |                |                            |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| Epitelial ovariecance        | 6 (100,0 %)       | 109 (91,6 %)   | 3 (100,0 %)                | 41 (100,0 %)                  | 126 (96,2 %)                | 20 (95,2 %)                 | 102 (95,3 %)                | 41 (100,0 %)                 | 448 (95,5%) |
| Sex cord-stromal tumor       |                   | 4 (3,4 %)      |                            |                               | 3 (2,3 %)                   |                             | # (1,9 %)                   |                              | 9 (1,9%)    |
| Ukendt                       |                   | 3 (2,5 %)      |                            |                               | # (1,5 %)                   | # (4,8 %)                   |                             |                              | 6 (1,3%)    |
| Germinalcelletumor           |                   | # (1,7 %)      |                            |                               |                             |                             | 3 (2,8 %)                   |                              | 5 (1,1%)    |
| Neuroendokrine               |                   | # (0,8 %)      |                            |                               |                             |                             |                             |                              | # (0,2%)    |
| FIGO klinisk stadieinddeling |                   |                |                            |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| IA                           |                   | 14 (11,8 %)    |                            | # (2,4 %)                     | 7 (5,3 %)                   |                             | 10 (9,3 %)                  |                              | 32 (6,8%)   |
| IB                           |                   | # (0,8 %)      |                            |                               | # (0,8 %)                   |                             |                             |                              | # (0,4%)    |
| IC                           |                   | 9 (7,6 %)      |                            | # (2,4 %)                     | 13 (9,9 %)                  |                             | 5 (4,7 %)                   |                              | 28 (6,0%)   |
| IIA                          |                   | 4 (3,4 %)      |                            |                               | 5 (3,8 %)                   |                             | 3 (2,8 %)                   |                              | 12 (2,6%)   |
| IIB                          |                   |                |                            |                               | 3 (2,3 %)                   | # (4,8 %)                   | # (1,9 %)                   |                              | 6 (1,3%)    |
| IIIA1(ii)                    |                   | # (0,8 %)      |                            |                               | # (0,8 %)                   |                             |                             |                              | # (0,4%)    |
| IIIA2                        |                   | # (1,7 %)      |                            |                               | 5 (3,8 %)                   | # (4,8 %)                   | # (1,9 %)                   | # (2,4 %)                    | 11          |

| Ovarie  | Sygehus<br>Lillebælt | Rigshospitalet | Regionshospitalet<br>Gødstrup | Region<br>Sjællands<br>Sygehusvæsen | Odense<br>Universitetshospital | Herlev og<br>Gentofte<br>Hospital | Aarhus<br>Universitetshospital | Aalborg<br>Universitetshospital | Total          |
|---------|----------------------|----------------|-------------------------------|-------------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------|
|         |                      |                |                               |                                     |                                |                                   |                                |                                 | (2,3%)         |
| IIIB    |                      | 5 (4,2 %)      |                               |                                     | 8 (6,1 %)                      |                                   | 3 (2,8 %)                      |                                 | 16<br>(3,4%)   |
| IIIC    | # (16,7 %)           | 30 (25,2 %)    |                               | 10 (24,4 %)                         | 19 (14,5 %)                    | # (4,8 %)                         | 18 (16,8 %)                    | 3 (7,3 %)                       | 82<br>(17,5%)  |
| IVA     |                      | 3 (2,5 %)      |                               | # (2,4 %)                           | # (0,8 %)                      |                                   | # (0,9 %)                      |                                 | 6<br>(1,3%)    |
| IVB     |                      | 30 (25,2 %)    |                               | 9 (22,0 %)                          | 6 (4,6 %)                      | 8 (38,1 %)                        | # (0,9 %)                      |                                 | 54<br>(11,5%)  |
| Missing | 5 (83,3 %)           | 20 (16,8 %)    | 3 (100,0 %)                   | 19 (46,3 %)                         | 62 (47,3 %)                    | 10 (47,6 %)                       | 62 (57,9 %)                    | 37 (90,2 %)                     | 218<br>(46,5%) |

**Fordeling af kirurgi og operationstype**

Fordeling af kirurgi og operationstype af patienter diagnosticeret med ovariecancer mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 fordelt på højt specialiseret gynækologisk funktion.

| Ovarie                       | Sygehus<br>Lillebælt | Rigshospitalet | Region Sjællands<br>Sygehusvæsen | Odense<br>Universitetshospital | Herlev og<br>Gentofte<br>Hospital | Bispebjerg og<br>Frederiksberg<br>Hospital | Aarhus<br>Universitetshospital | Aalborg<br>Universitetshospital | Total          |
|------------------------------|----------------------|----------------|----------------------------------|--------------------------------|-----------------------------------|--|--------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Population                   | # (100<br>%)         | 134 (100 %)    | # (100 %)                        | 177 (100 %)                    | 3 (100 %)                         | # (100 %)                                  | 110 (100 %)                    | 41 (100 %)                      | 469<br>(100%)  |
| Operationstype               |                      |                |                                  |                                |                                   |  |                                |                                 |                |
| Eksplorativ<br>laparotomi    | # (100,0<br>%)       | 81 (60,4 %)    | # (50,0 %)                       | 116 (65,5 %)                   | 3 (100,0<br>%)                    | # (100,0 %)                                | 73 (66,4 %)                    | 10 (24,4 %)                     | 286<br>(61,0%) |
| Laparoskopi                  |                      | 10 (7,5 %)     | # (50,0 %)                       | 3 (1,7 %)                      |                                   |  | 3 (2,7 %)                      | 3 (7,3 %)                       | 20<br>(4,3%)   |
| Ingen operation              |                      | 43 (32,1 %)    |                                  | 58 (32,8 %)                    |                                   |  | 34 (30,9 %)                    | 28 (68,3 %)                     | 163<br>(34,8%) |
| Kirurgisk<br>behandlingsvalg |                      |                |                                  |                                |                                   |  |                                |                                 |                |
| Primær operation             |                      | 38 (28,4 %)    |                                  | 70 (39,5 %)                    |                                   |  | 41 (37,3 %)                    | # (2,4 %)                       | 150<br>(32,0%) |
| Intervalkirurgi              |                      | 22 (16,4 %)    |                                  | 46 (26,0 %)                    |                                   |  | 32 (29,1 %)                    | # (4,9 %)                       | 102<br>(21,7%) |
| Inoperabel                   |                      | # (1,5 %)      |                                  |                                |                                   |  |                                |                                 | #<br>(0,4%)    |
| Staging kirurgi              |                      | # (0,7 %)      |                                  |                                |                                   |  |                                |                                 | #<br>(0,2%)    |
| Ingen operation              |                      | 43 (32,1 %)    |                                  | 58 (32,8 %)                    |                                   |  | 34 (30,9 %)                    | 28 (68,3 %)                     | 163<br>(34,8%) |
| Missing                      | # (100,0<br>%)       | 28 (20,9 %)    | # (100,0 %)                      | 3 (1,7 %)                      | 3 (100,0<br>%)                    | # (100,0 %)                                | 3 (2,7 %)                      | 10 (24,4 %)                     | 51<br>(10,9%)  |

### Histologisk fordeling af epithelial ovariecancer

Fordeling af histologisk subtype af patienter diagnosticeret med epithelial ovariecancer mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 fordelt på højt specialiseret gynækologisk funktion.

| Histologisk fordeling af epitheliale ovariecancer | Sygehus Lillebælt | Rigshospitalet | Regionshospitalet Gødstrup | Region Sjællands Sygehusvæsen | Odense Universitetshospital | Herlev og Gentofte Hospital | Aarhus Universitetshospital | Aalborg Universitetshospital | Total       |
|---|-------------------|----------------|----------------------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| Population  | 6 (100 %)         | 109 (100 %)    | 3 (100 %)                  | 41 (100 %)                    | 126 (100 %)                 | 20 (100 %)                  | 102 (100 %)                 | 41 (100 %)                   | 448 (100%)  |
| Histologi   |                   |                |                            |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| High-grade serøst adenokarcinom                   | 5 (83,3 %)        | 68 (62,4 %)    | 3 (100,0 %)                | 29 (70,7 %)                   | 75 (59,5 %)                 | 15 (75,0 %)                 | 58 (56,9 %)                 | 33 (80,5 %)                  | 286 (63,8%) |
| Low-grade serøst adenokarcinom                    |                   | 8 (7,3 %)      |                            | # (4,9 %)                     | 9 (7,1 %)                   | # (10,0 %)                  | 7 (6,9 %)                   | # (2,4 %)                    | 29 (6,5%)   |
| Mucinøst adenokarcinom                            |                   | 4 (3,7 %)      |                            |                               | 3 (2,4 %)                   |                             | 6 (5,9 %)                   |                              | 13 (2,9%)   |
| Clear cell adenokarcinom                          |                   | 7 (6,4 %)      |                            |                               | 7 (5,6 %)                   |                             | 4 (3,9 %)                   |                              | 18 (4,0%)   |
| Endometrioidt adenokarcinom                       |                   | 11 (10,1 %)    |                            |                               | 11 (8,7 %)                  |                             | 5 (4,9 %)                   | # (4,9 %)                    | 29 (6,5%)   |
| Andre   | # (16,7 %)        | 11 (10,1 %)    |                            | 10 (24,4 %)                   | 21 (16,7 %)                 | 3 (15,0 %)                  | 22 (21,6 %)                 | 5 (12,2 %)                   | 73 (16,3%)  |

### Fordeling af borderlinetumorer

Fordeling af patienter diagnosticeret med borderlinetumor mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 på gynækologiske afdelinger

|                               | Borderline  |
|-------------------------------|-------------|
| Population                    | 143 (100 %) |
| Gynækologiske afdelinger      |             |
| Aalborg Universitetshospital  | 12 (8,4 %)  |
| Aarhus Universitetshospital   | 27 (18,9 %) |
| Amager og Hvidovre Hospital   | 4 (2,8 %)   |
| Esbjerg-Grindsted Sygehus     | # (0,7 %)   |
| Herlev og Gentofte Hospital   | 5 (3,5 %)   |
| Hospitalet i Nordsjælland     | # (1,4 %)   |
| Odense Universitetshospital   | 37 (25,9 %) |
| Region Sjællands Sygehusvæsen | 21 (14,7 %) |
| Regionshospitalet Gødstrup    | # (0,7 %)   |
| Regionshospitalet Horsens     | # (0,7 %)   |
| Rigshospitalet                | 29 (20,3 %) |
| Sygehus Lillebælt             | # (0,7 %)   |
| Sygehus Sønderjylland         | # (1,4 %)   |

## Beskrivelse af sygdomsområdet, OC

Ovariecancer dækker over kræft i æggestokke, æggeledere og peritoneum, som behandles ens – både hvad angår kirurgisk og onkologisk behandling. Sygdommen er alvorlig, idet ca. 70% af tilfældene diagnosticeres i fremskredet stadie (IIIC-IV) med en dårlig prognose. Således er fem års overlevelsen af størrelsesordenen 47% for hele gruppen og under 30% for kvinder, der diagnosticeres med stadium IIIC-IV sygdom.

I årsrapporten fra 2021–2022 var inkluderet en særreport: Regional variation i overlevelse for patienter diagnosticeret med ovariecancer i Danmark, 2018–2021. Rapporten blev startskuddet til et omfattende analysearbejde i Ovariecancer gruppen, som er mundet ud i en række nye nationale guidelines og initiativer som f.eks. ugentlig national MDT. Formålet har været at harmonisere og optimere udredning og behandling for ovariecancer i Danmark, så alle kvinder får samme, optimale tilbud.

Den aktuelle omlægning af Dansk Gynækologisk Cancerdatabase til LPR baseret datahøst har desværre medført et data slip trods store anstrengelser for ensartet klinisk kodning. Det har endnu ikke været muligt at få kvalificerede data til analyser siden 2022. Set i lyset af det meget intensive kvalitetsarbejde, der er udført, er det et stort ønske fra de kliniske miljøer, at vi snarest får brugbare data, som kan monitorere kvaliteten både på landsplan og mellem de enkelte regioner.

## Datagrundlag, OC

Ovariecancerstudiepopulationen i denne årsrapport er nydiagnosticerede patienter med histologisk verificeret ovariecancer diagnosticeret fra d. 1. juli 2024 til og med d. 30. juni 2025.

Alle resultater af studiepopulationen er baseret på oplysninger hentet fra Landspatientregisteret (LPR) og Landsregisteret for Patologi (LRP). Data til årsrapporten er hentet fra registre d. 25. september 2025.

I LPR er forløbselementet benyttet til at identificere aktivitet tilknyttet samme patientforløb på tværs af afdelinger og sygehuse.

Et relevant helbredsforløb for en ovariecancerpatient defineres som: Helbredsforløb på en patient i ovariecancerpopulationen, hvor én af SKS-koderne DC56.9 Æggestokkræft, DC57.0 Kræft i æggeleder, DC48.2 – Kræft i peritoneum UNS eller DC48.8 Kræft i bughinden og bughulens bagvæg overgribende flere lokalisationer optræder som A-diagnose på Rigshospitalet, Herlev Gentofte Hospital, Sjællands Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Sygehus Lillebælt, Aarhus Universitetshospital, Regionshospitalet Gødstrup eller Aalborg Universitetshospital på minimum én kontakt i samme helbredsforløb. Alle diagnoser, procedurer, markører og resultatindberetninger, der er knyttet til disse helbredsforløb, regnes for elementer med tilknytning til ovariecancerforløbet for den pågældende patient. Herfra identificeres de relevante aktiviteter fra LPR til brug i Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD).

Et relevant helbredsforløb for en borderlinepatient defineres som: Helbredsforløb på en patient i ovariecancerpopulationen, hvor SKS-koden DD39.1A Ovarietumor af borderline type optræder som A-diagnose på en gynækologisk afdeling på minimum én kontakt i samme helbredsforløb. Alle diagnoser, procedurer, markører og resultatindberetninger, der er knyttet til disse helbredsforløb, regnes for elementer med tilknytning til ovariecancerforløbet for den pågældende patient. Herfra identificeres de relevante aktiviteter fra LPR til brug i DGCD.

Diagnosedatoen defineres som modtagedato i patologiafdeling for første materiale i LRP, der opfylder specifikationerne nedenfor. Hvis denne ikke findes, er diagnosedatoen første kontakt, hvor diagnosekoden er registreret i LPR.

## Populationsdefinition

Ovariecancerpopulationen i Dansk Gynækologisk Cancer Databases (DGCD) er per 1. januar 2023 defineret som beskrevet nedenfor. Denne definition blev udarbejdet i DGCDs styregruppe på baggrund af kliniske erfaringer, kodevejledningen til Landspatientregisteret (LPR) per januar 2023, kodevejledningen til Landsregisteret for Patologi (LRP) per 15. marts 2023 samt en populationsvalidering, der er beskrevet i DGCDs årsrapport 2023/24.

Inklusionskriterier til ovariecancerpopulationen:

- 1) Patienter identificeret med første ovariecancerdiagnose eller borderline tumor i LPR: DC56.9 – Æggestokkræft, DC57.0 Kræft i æggeleder, DC48.8 – Kræft i bughinden og bughulens bagvæg overgribende flere lokalisationer, DC48.2 – Kræft i peritoneum UNS eller DD39.1A – Ovarietumor af borderline type som A-diagnose
- 2) Patienter tilknyttet et ovariecancerforløb på en gynækologisk afdeling med centerfunktion eller en onkologisk afdeling.
- 3) Patienter med histologisk verificeret ovariecancer eller borderline tumor i LRP. I LRP skal patienter være registreret med minimum én af følgende kriterier: Cytologi, primært præparat eller ikke primære præparater
  - Cytologi. På samme materiale skal én af følgende t-koder være efterfulgt af én af følgende m-koder og én af følgende æ-koder inden næste t-kode: T6x940 – Cytologi, peritoneum, T6x942 – Cytologi, peritoneal skyllevæske, T2Y610 – Cytologi, pleura, M80013 – Maligne tumorceller, M80011 – Tumorceller, M\*\*\*\*6 – Metastase, ... , ÆF4740 – Udgangspunkt i tuba uterina, ÆF4750 – Udgangspunkt i ovarium, ÆF4790 – Udgangspunkt i peritoneum, ÆF4780 – Udgangspunkt i tube uterina, ovarium eller peritoneum, ÆF4705 – Udgangspunkt i kvindelige kønsorganer eller peritoneum, ÆF4700 – Udgangspunkt i indre kønsorganer. For ÆF4700 og ÆF4705 skal patienter ekskluderes, hvis der indenfor 14 dage før modtagedato til 3 mdr. efter modtagedato er registreret en livmoderkræft (DC549) i LPR, uden der samtidig er registreret en ovariecancer (DC569, DC570, DC482, DC488, DD391A) i LPR.
  - Primært præparat. På samme materiale skal én af følgende t-koder være efterfulgt af én af følgende m-koder inden næste t-kode: T86110 – Højre tuba uterina, T86120 – Venstre tuba uterina, T86800 – Begge tubae uterinae, T86100 – Tuba uterinae, T87010 – Højre ovarium, T87020 – Venstre ovarium, T87800 – Begge ovarier, T87000 – Ovarium, TY4400 – Peritoneum, TY4401 – Peritoneum, øvre abdomen, TY4402 – Peritoneum, pelvis, T63850 – Oment, T63860 – Omentum majus, T63870 – Omentum minus, T86921 – Højre tuba uterina og højre ovarium, T86922 – Venstre tuba uterina og venstre ovarium, T86910 – Begge tubae uterinae og begge ovarier, T86920 – Tuba uterina og ovarium, T86600 – Paroviale region, T8660A – Paroviale region, højre, T8660B – Paroviale region, venstre, T86220 – Fimbriae tubae. Borderline: M84421 – Serøs borderline tumor, M84721 – Mucinøs borderline tumor, M83801 – Endometrioid tumor, borderline, M83101 – Clear cell adenom, borderline, M90001 – Brenner tumor, borderline, M84741 – Seromucinøs tumor, borderline, M81402 – Adenokarcinoma in situ. Epithelial ovariecancer: M84613 – Serøst adenokarcinom, high grade, M84603 – Serøst adenokarcinom, low grade, M84803 – Mucinøst adenokarcinoma, M83803 – Endometrioid adenokarcinoma, M83103 – Clear cell adenokarcinoma, M90003 – Brenner tumor, malign, M91113 – Mesonephric-likke adenokarcinoma, M80203 – Udifferentieret karcinom, M802A3 – Dedifferentieret karcinom, M80443 – Småcellet karcinom, hypercalcæmisk type, M89803 – Karsinosarkom, M83233 – Mixed cell adenokarcinom, M80103 – Karcinom, M81403 – Adenokarcinom. Neuroendokrine: M82403 – Neuroendokrin tumor, M80413 – Småcellet neuroendokrint karcinom, M80453 – Småcellet neuroendokrint karcinom, kombineret type, M80133 – Storcellet neuroendokrint karcinom, M82463 – Neuroendokrint karcinom. Sex-chord stromale tumorer: M86201 – Granulosacelle tumor, M86203 – Adult granulosaacelletumor, M86221 – Juvenil granulosaacelle tumor, M86401 – Sertoli celle tumor, M86331 – Sertoli celle tumor, retiform, M86231 – Sex cord tumor with annular tubules, M86501 – Leydigcelletumor, M88103 – Fibrosarkom, M86310 – Sertoli-Leydig celle tumor, M85901 – Gonade stroma tumor\* (svarer til sex chordstromal tumor, NOS), M85903 – Gonade stroma tumor, malign, M86321 – Gynandroblastom, M90741 – Mixed germ cell-sex cord-stromal tumor, M911B1 – Wolffsk tumor, M85911 – Uklassificeret sex chord-stromal tumor. Germinalcelletumorer: M90603 – Dysgerminom, M90713 – Blommesæktumor, M90703 – Embryonalt karcinom, M91003 – Koriokarcinom, M90803 – Immatur teratom, M90843 – Teratom med somatisk malignitet, M90800 – Matur teratom sammen med M\*\*\*3 inden næste t-kode, M90840 – Dermoidcyste sammen med M\*\*\*3 inden næste t-kode, M90911 – Strumalt karcinoid, M90903 – Malign struma ovarii, M90731 – Gonadoblastom, M908A3 – Blandt germinalcelletumor.
  - Ikke primære præparater. På samme materiale skal der være registreret én af m-koderne under primært præparat, men hvor det 5. ciffer er: 3 – Malign, primær, 4 – Malign, direkte spredning, 6 – Malign, metastase, 9 – Malign, usikker om primær eller metastase. Og på samme materiale en af følgende koder: ÆF4740 – Udgangspunkt i tuba uterina, ÆF4750 – Udgangspunkt i ovarium, ÆF4790 – Udgangspunkt i peritoneum, ÆF4780 – Udgangspunkt i tuba uterina, ovarium eller peritoneum, ÆF4705 – Udgangspunkt i kvindelige kønsorganer eller peritoneum, ÆF4700 – Udgangspunkt i indre kønsorganer.
- 4) Patienter med en absolut difference ≤6 måneder mellem modtagedato i LRP og første kontakt med relevant diagnosekode i LRP.
- 5) Patienter med gyldigt CPR-nummer, kendt vitalstatus og bopæl i en dansk kommune på diagnosetidspunktet.

## Dækningsgrad og datakomplethed, OC

Dækningsgraden af ovariecancerpopulationen kan vurderes ved en sammenligning med Cancerregisteret. I 2023/24 var der 532 incidente tilfælde af ovariecancer i DGCD. I 2023 blev der registreret 552 incidente tilfælde af ovariecancer i Cancerregisteret, mens det i 2024 var 491 incidente tilfælde. Dette giver en dækningsgrad af ovariecancer i DGCD 2023/2024 på mellem 96–108%. Det er forventeligt at DGCD inkluderer en anelse færre patienter end Cancerregisteret, da der i DGCD er et kriterie om patologiverificering.

I DGCDs årsrapport fra 2023/2024 blev der foretaget en grundig analyse af dækningsgraden vha. journalopslag. Her blev det besluttet at databasen kun inkluderer patienter, hvor diagnosen er patologisk verificeret. Beslutningen blev truffet for at nedbringe antallet af falsk positive tilfælde af ovariecancer i populationen, som ville bidrage med unødigt statistisk støj og variation i analyserne.

Med denne beslutning forventes det, at nogle få patienter, som har ovariecancer uden at være patologisk verificeret, ikke vil blive inkluderet i populationen. Dette gælder f.eks. patienter, der tidligere har undergået operation i udlandet eller patienter, der får stillet diagnosen på dødslejet. Samtidig fandt analysen, at man med patologiverificering undgår at inkludere patienter, som får afkræftet diagnosen i et udredningsforløb, men hvor diagnosen fortsat optræder i LPR.

Dækningsgraden af ovariecancerpopulationen vurderes til at være højere end de 95%, som er det fastsatte mål for de kliniske kvalitetsdatabaser.

Datakomplethed af de enkelte oplysninger i databasen kan aflæses af antal missing i de supplerende opgørelser, den supplerende tabel om stadieregistrering og i indikatorbatterierne i kolonnen, der angiver antal patienter med uoplyste informationer til beregning af indikatorresultatet.

Styregruppen har iværksat flere initiativer til at højne ensartetheden af kodepraksis på tværs af afdelinger. På trods af dette konkluderer styregruppen, at der er problemer med datakompletheden. Styregruppen har rakt ud til regionernes IT- og kvalitetsafdelinger som nøgleaktører i det videre arbejde med at hæve datakompletheden.

**Ovariecancerpatienter i LPR og LRP**

Fordeling af ovariecancerpatienter identificeret ved hjælp af den nye populationsdefinition i hhv. Landspatientregisteret, Landsregisteret for Patologi eller begge registre fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Det er alene patienter, der er registreret med ovariecancer i begge registre, som inkluderes i ovariecancerpopulationen.

|   | I LPR | N | I Patobank |     |
|---|-------|---|------------|-----|
|   |       |   | Y          |     |
| N |       |   | .          | 95  |
| Y |       |   | 53         | 469 |

**Patienter med borderline tumor i LPR og LRP**

Fordeling af patienter med borderline tumor identificeret ved hjælp af den nye populationsdefinition i hhv. Landspatientregisteret, Landsregisteret for Patologi eller begge registre fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Det er alene patienter, der er registreret med borderline tumor i begge registre, som inkluderes i ovariecancerpopulationen.

|   | I LPR | N | I Patobank |     |
|---|-------|---|------------|-----|
|   |       |   | Y          |     |
| N |       |   | .          | 16  |
| Y |       |   | 5          | 143 |

## Supplerende indikator 1.10: Stadieregistrering, OC

Formålet med denne indikator er at understøtte registreringen af T-, N- og M-stadie i klinikken, så der i databasen kan beregnes et FIGO-stadie. Der benyttes FIGO 2014 (FIGO 2014: [https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/FIGO-Ovarian-Cancer-Staging\\_1.10.14.pdf](https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/FIGO-Ovarian-Cancer-Staging_1.10.14.pdf) Tumours Editorial Board FgT. WHO Classification of tumours. 5th edition. 2020. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017).

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske eller onkologiske afdeling, der har stillet diagnosen.

### Beregningsregler

Tæller: Antal patienter, som har en registrering af klinisk T-, N- og M-stadie indenfor 120 dage efter diagnosedato på samme helbredsforløb som ovariecancerdiagnosen.

FIGO 2014, baseret på kliniske TNM-indberetninger i LPR. Defineret som senest stillede kliniske T, N og M værdier på et relevant helbredsforløb. Værdierne skal ligge på kontakter indenfor 30 dage før til 120 dage efter diagnosedato. Nx bliver anset som NO. De T-, N- og M-værdier, der hentes til databasen, fremgår af LPR-kodevejledningen af ovariecancer gældende fra 15. august 2025, Kodevejledning-LPR3-ovariecancer140825.pdf. (FIGO 2014: [https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/FIGO-Ovarian-Cancer-Staging\\_1.10.14.pdf](https://www.sgo.org/wp-content/uploads/2012/09/FIGO-Ovarian-Cancer-Staging_1.10.14.pdf) Tumours Editorial Board FgT. WHO Classification of tumours. 5th edition. 2020. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017).

Nævner: Antal nydiagnosticerede ovariecancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusion: Patienter diagnosticeret med borderline tumorer (n=131).

### Resultater og Diskussion

På landsplan kan der i indeværende årsrapportperiode identificeres et stadie for 54% af alle nydiagnosticerede ovariecancerpatienter. Indikatorværdien varierer mellem afdelinger fra 10% til 83%.

Styregruppen beslutter at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 98\%$  fremadrettet.

Styregruppen arbejder på at afdække årsagerne til de manglende stadier i LPR i samarbejde med lokale kvalitets- og IT-afdelinger.

Det forventes derfor at andelen af patienter med stadie vil stige i det kommende år.

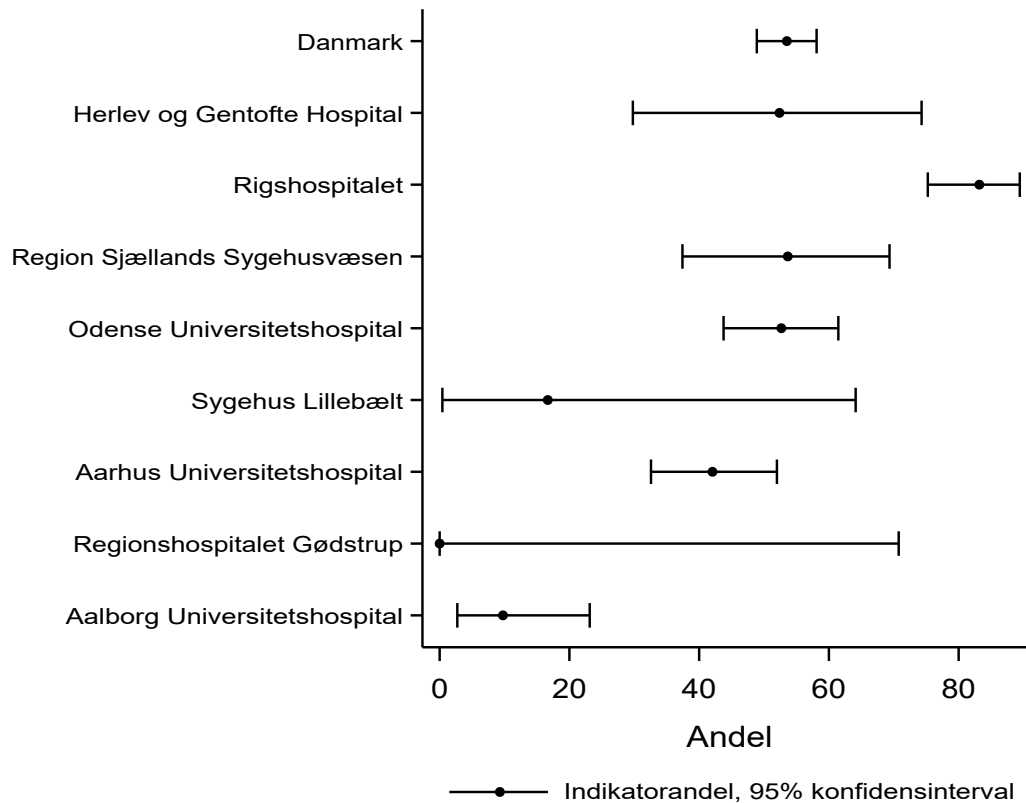
Indikatortabel, Supplerende indikator 1.10

Andelen af nydiagnosticerede ovariecancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR

|                               | Udviklingsmål<br>opnået | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|-------------------------------|-------------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                               |                         |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                               |                         |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                         | 251 / 469         | 0 (0)   | 54                      | (49-58) | 269 / 545    | 49    |
| Hovedstaden                   |                         | 110 / 140         | 0 (0)   | 79                      | (71-85) | 110 / 150    | 73    |
| Sjælland                      |                         | 22 / 41           | 0 (0)   | 54                      | (37-69) | 14 / 45      | 31    |
| Syddanmark                    |                         | 70 / 137          | 0 (0)   | 51                      | (42-60) | 80 / 173     | 46    |
| Midtjylland                   |                         | 45 / 110          | 0 (0)   | 41                      | (32-51) | 55 / 119     | 46    |
| Nordjylland                   |                         | 4 / 41            | 0 (0)   | 10                      | (3-23)  | 10 / 58      | 17    |
| Hovedstaden                   |                         | 110 / 140         | 0 (0)   | 79                      | (71-85) | 110 / 150    | 73    |
| Herlev og Gentofte Hospital   |                         | 11 / 21           | 0 (0)   | 52                      | (30-74) | 13 / 26      | 50    |
| Rigshospitalet                |                         | 99 / 119          | 0 (0)   | 83                      | (75-89) | 97 / 124     | 78    |
| Sjælland                      |                         | 22 / 41           | 0 (0)   | 54                      | (37-69) | 14 / 45      | 31    |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                         | 22 / 41           | 0 (0)   | 54                      | (37-69) | 14 / 45      | 31    |
| Syddanmark                    |                         | 70 / 137          | 0 (0)   | 51                      | (42-60) | 80 / 173     | 46    |
| Odense Universitetshospital   |                         | 69 / 131          | 0 (0)   | 53                      | (44-61) | 80 / 165     | 48    |
| Sygehus Lillebælt             |                         | ##/##             | 0 (0)   | 17                      | (0-64)  | 0 / 8        | 0     |
| Midtjylland                   |                         | 45 / 110          | 0 (0)   | 41                      | (32-51) | 55 / 119     | 46    |
| Aarhus Universitetshospital   |                         | 45 / 107          | 0 (0)   | 42                      | (33-52) | 55 / 118     | 47    |
| Regionshospitalet Cødstrup    |                         | 0 / 3             | 0 (0)   | 0                       | (0-71)  | ##/##        | 0     |
| Nordjylland                   |                         | 4 / 41            | 0 (0)   | 10                      | (3-23)  | 10 / 58      | 17    |
| Aalborg Universitetshospital  |                         | 4 / 41            | 0 (0)   | 10                      | (3-23)  | 10 / 58      | 17    |

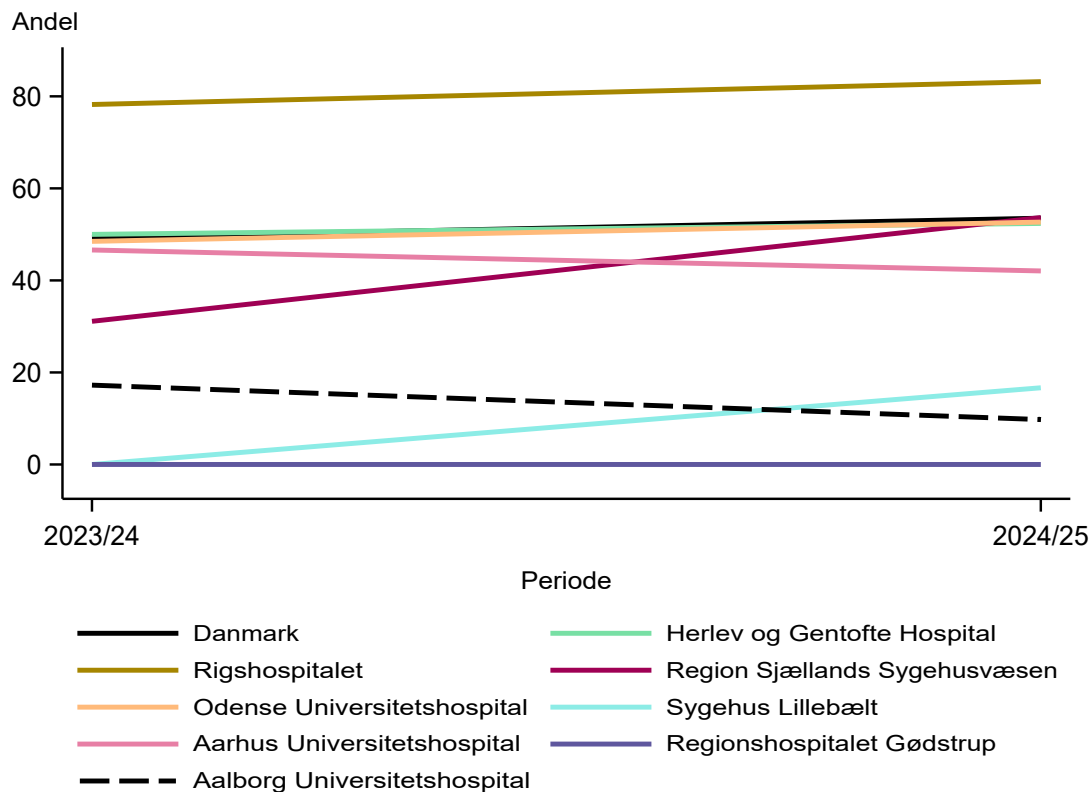
Kontrolldiagram, Supplerende indikator 110

Andelen af nydiagnosticerede ovariecancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR



Trendgraf, Supplerende indikator 110

Andelen af nydiagnosticerede ovariecancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR



## Sygepleje efter eksplorativ laparotomi

## Indikator 30: Mobilisering

En effektiv sygeplejeindsats omkring mobilisering, er med til at sikre hurtigere rekonvalescens samt reducerer risiko for postoperative komplikationer. Tidlig indsats omkring mobilisering er et nøgleprincip i ERAS Guidelines.

Der er nationalt vedtaget mål for mobilisering med følgende anbefalinger:

dag 0 er 1 time

dag 1 er 3 timer

dag 2 er 5 timer

efterfølgende dage er minimum 8 timer

I denne indikator er valgt at fokusere på postoperative dag 2, hvor anbefalingen er 5 timers mobilisering.

Indikatoren opgøres på gynækologiske afdelinger, hvor der udføres eksplorative laparotomier på patienter med ovariecancer.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Eksplorative laparotomier, hvor patienten er mobiliseret i henhold til ERAS principper i  $\geq 5$  timer dag 2 efter operation, hvis patienten fortsat er indlagt.

Nævner: Eksplorative laparotomier på patienter diagnosticeret med ovariecancer eller borderlinetumor.

Eksklusion: Eksplorative laparotomier, hvor patienten ikke er modtaget på en gynækologisk afdeling på den postoperative dag 2.

### Resultater

På landsplan har 21% af patienter, der har fået foretaget eksplorativ laparotomi, med sikkerhed været mobiliseret min. 5 timer på postoperativ dag 2. Der ses betydelig variation mellem afdelinger, fra 11% på AUH til 44% på RH. Da der er kendte udfordringer med registrering af mobilisering, kan variationen ikke siges at være udtryk for forskelle i mobilisering.

### Diskussion og klinisk implikation

Samlet er der bedre opfyldelse af indikator 30 på landsplan dette år end forrige år. Fraset en enkelt afdeling er der stigende målopfyldelse på tværs af landet. Dog er der fortsat et stykke vej til at nå udviklingsmål på 60%. Indberetning af data til indikator 30 skal ske i alle vagtlag, hvilket medfører en del manglende registreringer. Implementering af korrekt kodepraksis blandt klinikere er en udfordring på tværs af landets gynækologiske afdelinger. Sygeplejegruppen har fortsat stort fokus på implementering af korrekt kodepraksis. Resultater af årsrapporten vurderes i høj grad at afspejle inkomplet kodning frem for dårlig kvalitet af mobiliseringsindsatsen.

Jf. tabel side 67 er den samlede sygeplejefolkpopulation på 427 patienter på landsplan. Trods dette indgår kun 228 patienter i nævner under indikator 30. Det fremgår at 213 patienter er ekskluderet jf beregningsreglerne idet de ikke er registreret som modtaget retur på gynækologisk afdeling på postoperative dag 2. Dette tal er uventet højt og bør gennemgås ved SundK og DGCG Sygeplejegruppen.

Herudover er der et uventet højt antal patienter der er registreret udskrevet postoperativ dag 2 efter eksplorativ laparotomi. På landsplan 12,4% og for Rigshospitalet endda 31,7%. Disse data bør ligeledes gennemgås ved SundK og DGCG Sygeplejegruppen.

### Vurdering af indikatoren

Mobilisering er fortsat et kardinalpunkt i den postoperative plejeindsats til aktuelle patientgruppe. Idet indikatoren nu er i drift, er egne resultater tilgængelige i lokale LIS systemer til løbende monitorering og kvalitetsarbejde. Herunder også monitorering af implementeringsarbejde af kodepraksis blandt klinikere.

Styregruppen beslutter at fastsætte et udviklingsmål på  $>60\%$  fremadrettet.

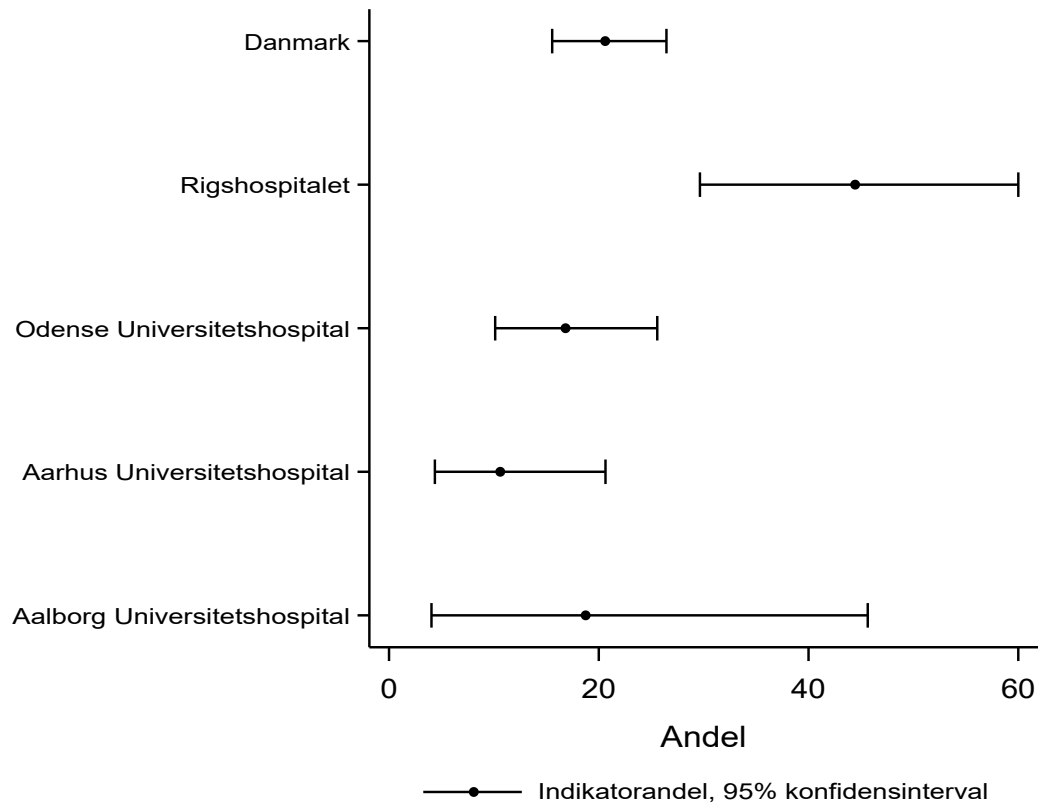
**Indikator tabel, Indikator 30**

Andel af åbne operationer på ovariecancer- og borderlinepatienter, hvor patienten er blevet mobiliseret  $\geq 5$  timer postoperativ dag 2

|                              | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|------------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                              |                     |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                              |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                      |                     | 47 / 228          | 0 (0)   | 21                      | (16-26) | 27 / 240     | 11    |
| Hovedstaden                  |                     | 20 / 45           | 0 (0)   | 44                      | (30-60) | 13 / 19      | 68    |
| Syddanmark                   |                     | 17 / 101          | 0 (0)   | 17                      | (10-26) | 6 / 127      | 5     |
| Midtjylland                  |                     | 7 / 66            | 0 (0)   | 11                      | (4-21)  | 5 / 68       | 7     |
| Nordjylland                  |                     | 3 / 16            | 0 (0)   | 19                      | (4-46)  | 3 / 26       | 12    |
| Hovedstaden                  |                     | 20 / 45           | 0 (0)   | 44                      | (30-60) | 13 / 19      | 68    |
| Rigshospitalet               |                     | 20 / 45           | 0 (0)   | 44                      | (30-60) | 13 / 19      | 68    |
| Syddanmark                   |                     | 17 / 101          | 0 (0)   | 17                      | (10-26) | 6 / 127      | 5     |
| Odense Universitetshospital  |                     | 17 / 101          | 0 (0)   | 17                      | (10-26) | 6 / 127      | 5     |
| Midtjylland                  |                     | 7 / 66            | 0 (0)   | 11                      | (4-21)  | 5 / 68       | 7     |
| Aarhus Universitetshospital  |                     | 7 / 66            | 0 (0)   | 11                      | (4-21)  | 5 / 68       | 7     |
| Nordjylland                  |                     | 3 / 16            | 0 (0)   | 19                      | (4-46)  | 3 / 26       | 12    |
| Aalborg Universitetshospital |                     | 3 / 16            | 0 (0)   | 19                      | (4-46)  | 3 / 26       | 12    |

Kontroldiagram, Indikator 30

Andel af åbne operationer på ovariecancer- og borderlinepatienter, hvor patienten er blevet mobiliseret  $\geq 5$  timer postoperativ dag 2



## Indikator 31: Genoprettet tarmfunktion

Afføring inden for få dage efter operation afspejler et samlet optimeret behandlingsforløb. Pleje- og behandlingsindsatser som smertebehandling, mobilisering, ernæringsindsats og medicinsk tarmregulering er alle med til at understøtte tidlig genoprettelse af tarmfunktion.

Indikatoren opgøres på gynækologiske afdelinger, hvor der udføres eksplorativ laparotomi på patienter med ovariecancer.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Eksplorativ laparotomi, hvor patienten har genoprettet tarmfunktion senest dag 3 postoperativt, hvor patienten fortsat er indlagt.

Nævner: Eksplorativ laparotomi på patienter diagnosticeret med ovariecancer eller borderlinetumor.

Eksklusion: Eksplorativ laparotomi, hvor patienten ikke er modtaget på en gynækologisk afdeling på den postoperative dag 3.

### Resultater

På landsplan har 51% af patienter, der har fået foretaget eksplorativ laparotomi, med sikkerhed fået genoprettet tarmfunktion på postoperativ dag 3. Der ses betydelig variation mellem afdelinger, fra 38% på AUH til 100% på AAUH. Da der er kendte udfordringer med datakvaliteten, kan variationen ikke siges at være udtryk for forskelle i genoprettet tarmfunktion.

### Diskussion og klinisk implikation

Samlet er der bedre opfyldelse af indikator 31 på landsplan dette år end forrige år. Flere afdelinger nærmer sig udviklingsmålet på 60% og AAUH har 100% opfyldelse.

Implementering for kodepraksis til indikator 31 vurderes at være bedre på vej end hvad angår indikator 30. Registrering til indikator 31 er en engangs-registrering hvorimod registrering til indikator 30 er løbende registrering i alle vagtlag. Sygeplejegruppen har fortsat stort fokus på implementering af korrekt kodepraksis.

Jf. tabel side 67 er den samlede sygeplejepopulation på 427 patienter på landsplan. Trods dette indgår kun 369 patienter i nævner under indikator 31. Det fremgår at 70 patienter er ekskluderet jf. beregningsreglerne idet de ikke er registreret som modtaget retur på gynækologisk afdeling på postoperative dag 3. Dette tal er uventet højt og bør gennemgås ved SundK og DGCG Sygeplejegruppen.

Herudover er der et uventet højt antal patienter der er registreret udskrevet postoperativ dag 3 efter eksplorativ laparotomi. På landsplan 26,2% og for Rigshospitalet hele 48,2%. Disse data bør ligeledes gennemgås ved SundK og DGCG Sygeplejegruppen.

### Vurdering af indikatoren

Afføring inden for få dage efter operation afspejler et samlet optimeret behandlingsforløb. Indikatoren er derfor med til at vurdere de samlede pleje- og behandlingsindsatser som smertebehandling, mobilisering, ernæringsindsats og medicinsk tarmregulering, som alle er med til at understøtte tidlig genoprettelse af tarmfunktion. Idet indikatoren nu er i drift, er egne resultater tilgængelige i lokale LIS systemer til løbende monitorering og kvalitetsarbejde. Herunder også monitorering af implementeringsarbejde af kodepraksis blandt klinikere.

Styregruppen beslutter at fastsætte et udviklingsmål på >60% fremadrettet.

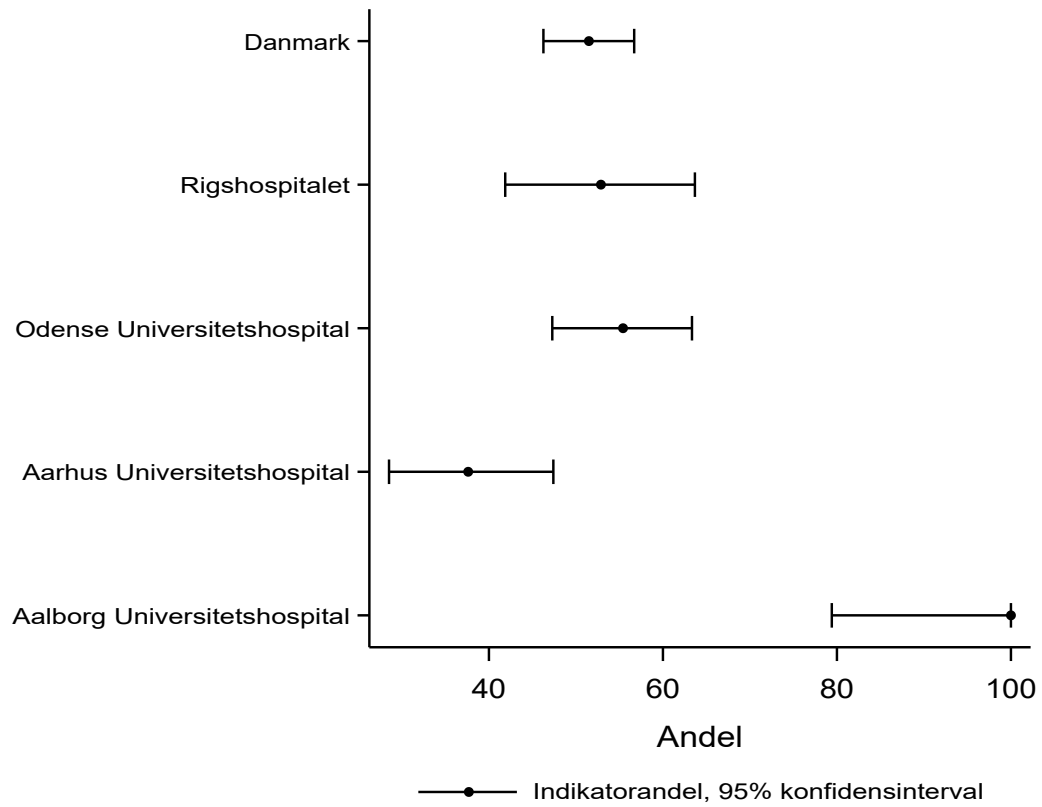
**Indikator tabel, Indikator 31**

Andel af åbne operationer på ovariecancer- og borderlinepatienter, hvor patienten har haft afføring senest 3 dage efter operation.

|                              | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|------------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                              |                     |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                              |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                      |                     | 190 / 369         | 0 (0)   | 51                      | (46-57)  | 168 / 382    | 44    |
| Hovedstaden                  |                     | 46 / 87           | 0 (0)   | 53                      | (42-64)  | 48 / 66      | 73    |
| Syddanmark                   |                     | 87 / 157          | 0 (0)   | 55                      | (47-63)  | 64 / 177     | 36    |
| Midtjylland                  |                     | 41 / 109          | 0 (0)   | 38                      | (29-47)  | 34 / 112     | 30    |
| Nordjylland                  |                     | 16 / 16           | 0 (0)   | 100                     | (79-100) | 22 / 27      | 81    |
| Hovedstaden                  |                     | 46 / 87           | 0 (0)   | 53                      | (42-64)  | 48 / 66      | 73    |
| Rigshospitalet               |                     | 46 / 87           | 0 (0)   | 53                      | (42-64)  | 48 / 66      | 73    |
| Syddanmark                   |                     | 87 / 157          | 0 (0)   | 55                      | (47-63)  | 64 / 177     | 36    |
| Odense Universitetshospital  |                     | 87 / 157          | 0 (0)   | 55                      | (47-63)  | 64 / 177     | 36    |
| Midtjylland                  |                     | 41 / 109          | 0 (0)   | 38                      | (29-47)  | 34 / 112     | 30    |
| Aarhus Universitetshospital  |                     | 41 / 109          | 0 (0)   | 38                      | (29-47)  | 34 / 112     | 30    |
| Nordjylland                  |                     | 16 / 16           | 0 (0)   | 100                     | (79-100) | 22 / 27      | 81    |
| Aalborg Universitetshospital |                     | 16 / 16           | 0 (0)   | 100                     | (79-100) | 22 / 27      | 81    |

Kontroldiagram, Indikator 31

Andel af åbne operationer på ovariecancer- og borderlinepatienter, hvor patienten har haft afføring senest 3 dage efter operation.



## Supplerende opgørelser, SPL

### Datadefinitioner

Opgørelsen af sygeplejefaktorer er opgjort på ovariecancerpatienter eller patienter diagnosticeret med borderline tumor diagnosticeret i den aktuelle opgørelsesperiode, som er opereret med eksplorativ laparotomi registreret i LPR på et relevant helbredsforløb.

Patienterne tilskrives i opgørelserne den gynækologiske centerafdeling, hvor den eksplorative laparotomi er udført.

Præsamtale defineres som en registrering af BVAA31A "Samtale med patient forud for operation og behandlingsforløb" højst 8 uger forud for operation. Hvis der er registreret flere operationer, så skal registreringen foreligge efter forrige operation.

Fjernelse af epidural kateter defineres som en registrering af BABZ10 "Fjernelse af epiduralkateter" senest 10 dage efter operation. Hvis der er registreret flere operationer, så skal registreringen foreligge inden næste operation.

Anlæggelse af epiduralkateter defineres som en registrering af BABZ0\* op til 7 dage før operation. Hvis der er flere operationer, skal registreringen ligge efter forrige operation.

Fjernelse af blærekateter defineres som en registrering af BJAZ20 "Fjernelse af blærekateter a demeure" senest 14 dage efter operation. Hvis der er registreret flere operationer, så skal registreringen foreligge inden næste operation.

Anlæggelse af blærekateter defineres som en registrering af BJAZ0\* op til 7 dage før operation. Hvis der er flere operationer, skal registreringen ligge efter forrige operation.

Genoprettet tarmfunktion defineres som en registrering af ZZP04A "Postoperativ tarmfunktion genoprettet" senest 7 dage efter operation. Hvis der er registreret flere operationer, skal ZZP04A ligge inden næste operation. Udskrevet defineres som udskrivelse inden postoperativ dag 3.

Mobilisering defineres som summen af ZZP0030E "varighed af mobilisering, minutter" på postoperativ dag 2. I opgørelsen ovenfor fremgår det alene, om der er identificeret mobilisering på postoperativ dag 2. Udskrevet defineres som udskrivelse inden postoperativ dag 2.

### Resultater

Der er i alt identificeret 427 eksplorative laparotomier foretaget på patienter i et forløb med ovariecancer. Størstedelen af operationerne foretages på RH, OUH og AUH.

Der er registreret en præsamtale højst 8 uger inden operation for mellem 77,0% og 93,3% af alle operationer.

Blandt de opererede patienter er der stor variation på tværs af afdelinger ift. registrering af mobilisering, afføring, fjernelse af epiduralkateter og blærekateter.

Koden til indberetning af mobilisering i LPR blev først oprettet i juni 2024, hvorefter koden skulle gøres tilgængelig i de lokale elektroniske patientjournaler. Dette kan betyde, at nogle sygeplejersker ikke har haft mulighed for at registrere mobilisering i hele årsrapportperioden.

Opgørelsen viser uensartet kodepraksis på tværs af afdelinger. Der arbejdes i DGCG Sygeplejegruppen med både lokal implementering i praksis men også med opsætning med lokale LIS-systemer mhp korrekt dataflow.

### Fordeling af eksplorative laparatomier

Fordeling af eksplorative laparatomier udført mellem d. 1. juli 2024 og 30. juni 2025 på højt specialiserede gynækologiske afdelinger.

| Sygepleje – Antal eksplorativ laparotomi | 07/2024 – 06/2025 | 07/2023 – 06/2024 |
|--|-------------------|-------------------|
| Population                               | 427 (100 %)       | 427 (100 %)       |
| Aalborg Universitetshospital             | 16 (3,7 %)        | 27 (6,3 %)        |
| Aarhus Universitetshospital              | 110 (25,8 %)      | 112 (26,2 %)      |
| Odense Universitetshospital              | 162 (37,9 %)      | 189 (44,3 %)      |
| Rigshospitalet                           | 139 (32,6 %)      | 99 (23,2 %)       |

**Fordeling af præsamtale, fjernelse af epiduralkateter, tarmfunktion og mobilisering**

Fordeling af præsamtale, fjernelse af epiduralkateter, tarmfunktion og mobilisering på patienter, der har fået udført eksplorativ laparotomi mellem d. 1. juli 2024 og 30. juni 2025 på højt specialiserede gynækologiske afdelinger.

|   | Sygepleje | Rigshospitalet | Odense Universitetshospital | Aarhus Universitetshospital | Aalborg Universitetshospital | Total       |
|---|-----------|----------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| Population                                      |           | 139 (100 %)    | 162 (100 %)                 | 110 (100 %)                 | 16 (100 %)                   | 427 (100%)  |
| Er der registreret præsamtale                   |           |                |                             |                             |                              |             |
| Ja  |           | 107 (77,0 %)   | 156 (96,3 %)                | 85 (77,3 %)                 | 13 (81,3 %)                  | 361 (84,5%) |
| Nej   |           | 32 (23,0 %)    | 6 (3,7 %)                   | 25 (22,7 %)                 | 3 (18,8 %)                   | 66 (15,5%)  |
| Er der registreret fjernelse af epiduralkateter |           |                |                             |                             |                              |             |
| Registeret seponering                           |           | 12 (8,6 %)     | 143 (88,3 %)                | 67 (60,9 %)                 | 12 (75,0 %)                  | 234 (54,8%) |
| Registreret anlæggelse, ikke seponering         |           | 119 (85,6 %)   | 8 (4,9 %)                   | 37 (33,6 %)                 | 3 (18,8 %)                   | 167 (39,1%) |
| Ikke registreret anlæggelse og seponering       |           | 8 (5,8 %)      | 11 (6,8 %)                  | 6 (5,5 %)                   | # (6,3 %)                    | 26 (6,1%)   |
| Er der registreret fjernelse af blærekateter    |           |                |                             |                             |                              |             |
| Registeret seponering                           |           | 13 (9,4 %)     | 158 (97,5 %)                | 75 (68,2 %)                 | 12 (75,0 %)                  | 258 (60,4%) |
| Registreret anlæggelse, ikke seponering         |           |                | 3 (1,9 %)                   | 34 (30,9 %)                 | 3 (18,8 %)                   | 40 (9,4%)   |
| Ikke registreret anlæggelse og seponering       |           | 126 (90,6 %)   | # (0,6 %)                   | # (0,9 %)                   | # (6,3 %)                    | 129 (30,2%) |
| Er der registreret tarmfunktion                 |           |                |                             |                             |                              |             |
| Ja  |           | 6 (4,3 %)      | 95 (58,6 %)                 | 20 (18,2 %)                 | 11 (68,8 %)                  | 132 (30,9%) |
| Nej   |           | 66 (47,5 %)    | 56 (34,6 %)                 | 61 (55,5 %)                 |                              | 183 (42,9%) |
| Udskrevet                                       |           | 67 (48,2 %)    | 11 (6,8 %)                  | 29 (26,4 %)                 | 5 (31,3 %)                   | 112 (26,2%) |
| Er der registreret mobilisering                 |           |                |                             |                             |                              |             |
| Ja  |           |                | 80 (49,4 %)                 | 39 (35,5 %)                 | 7 (43,8 %)                   | 126 (29,5%) |
| Nej   |           | 95 (68,3 %)    | 81 (50,0 %)                 | 65 (59,1 %)                 | 7 (43,8 %)                   | 248 (58,1%) |
| Udskrevet                                       |           | 44 (31,7 %)    | # (0,6 %)                   | 6 (5,5 %)                   | # (12,5 %)                   | 53 (12,4%)  |

## Datagrundlag, SPL

Sygeplejepopulationen i denne årsrapport er nydiagnosticerede patienter i ovariecancerpopulationen diagnosticeret fra d. 1. juli 2024 til og med d. 30. juni 2025.

Alle resultater af studiepopulationen er baseret på oplysninger hentet fra Landspatientregisteret (LPR). Data til årsrapporten er hentet fra registre d. 25. september 2025.

### Populationsdefinition

Sygeplejepopulationen i Dansk Gynækologisk Cancer Database er per 1. januar 2023 defineret som eksplorativ laparotomi (KJAH00) foretaget på Rigshospitalet, Odense Universitetshospitalet, Aarhus Universitetshospital og Aalborg Universitetshospital på patienter i et ovariecancerforløb eller borderlinetumorforløb jf. ovariecancerpopulationen i Dansk Gynækologisk Cancer Database. Patienter kan optræde i populationen flere gange, hvis de får foretaget flere eksplorativ laparotomier i løbet af deres sygdomsforløb.

Definitionen er udarbejdet i sygeplejegruppen under Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe. Sygeplejegruppen har derudover været behjælpelig med validering ved journalopslag, som er beskrevet i afsnittet nedenfor.

## Dækningsgrad og datakomplethed, SPL

### Dækningsgrad

Sygeplejeindikatorerne og dermed sygeplejepopulationen blev idriftsat i juni 2025, med opgørelser fra 1. januar 2023 og fremefter.

For at sikre tilliden til sygeplejedata fra DGCD blandt klinikere og brugere af data, har det været af høj vigtighed at sikre validiteten af den incidente sygeplejepopulation efter omlægningen til registerbaserede datakilder.

Sygeplejegruppen under Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe udarbejdede en præliminær definition af sygeplejepopulationen på baggrund af kliniske erfaringer og de nye indberetningsvejledninger. Definitionen blev udarbejdet med henblik på at afgrænse en population af patienter, som har gennemgået kirurgisk behandling i et forløb med ovariecancer eller borderline tumor, og hvor der er behov for relativt ensartet sygepleje efter indgrebet.

Den positive prædiktive værdi af de eksplorative laparatomier er ikke blevet undersøgt. Det vurderes at være stærkt sandsynligt, at patienter, der er registreret med en eksplorativ laparotomi, har fået indgrebet foretaget. Den positive prædiktive værdi af selve ovariecancerdiagnosen eller diagnosen med borderline tumorer, blev vurderet til at være 100% i DGCDs årsrapport 2023/2024. Dermed vurderes det stærkt sandsynligt, at alle indgreb identificeret med populationsdefinitionen er sande eksplorative laparatomier på patienter med ovariecancer eller borderline tumor.

Sygeplejegruppen ønskede at vurdere, hvorvidt der er eksplorative laparatomier på ovariecancerpatienter eller patienter med borderline tumorer, som ikke er inkluderet i sygeplejepopulationen. Patienter, som er registreret i DGCDs ovariecancerpopulation mellem d. 1. oktober 2024 til og med 31. december 2024, og som er registreret med et andet kirurgisk indgreb end eksplorativ laparotomi, blev udvalgt til journalopslag på Odense Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital. Det var kun 5 patienter, som var registreret således. Af de 5 patienter, var 4 behandlet med eksplorativ laparotomi, uden at dette var registreret som eksplorativ laparotomi. Dette skyldtes primært, at der var tale om ukendt ovariecancer ved planlægningen af operationen. Disse operationer er derfor lavet i samarbejde med andre specialer, som ikke følger kodevejledningen for kirurgisk behandling af ovariecancer. Andre årsager er f.eks. at der er tale om patienter med stomi eller synkrona cancerte, hvor en standard klinisk retningslinje og kodevejledning ikke kan følges af hensynet til patienten.

På baggrund af ovenstående må det forventes, at der vil være ca. mellem 20-40 eksplorative laparatomier per år, som ikke bliver inkluderet i sygeplejepopulationen. Dette forventes ikke at påvirke validiteten af indikatorresultaterne.

### Datakomplethed

Datakompletheden blev undersøgt ved journalopslag inden idriftsættelse. Der blev udtrækket 60 eksplorative laparatomier. På Odense Universitetshospital og Aarhus Universitetshospital blev der udtrykket og valideret 20 eksplorative laparatomier på hvert hospital udført mellem d. 1. oktober og 31. december 2024. På Aalborg Universitetshospital blev der udtrykket og valideret 20 eksplorative laparatomier mellem d. 1. oktober og 30. april 2025.

Vi undersøgte, om det var muligt at ændre algoritmerne til udtrækning af variabeldata, for de variable, hvor der var uoverensstemmelse med journaldata. Disse ændringer er følgende:

- Ændret dato for operation til at være tidspunkt for operation, så seponering kan beregnes, hvis det er samme dag.
- Seponering af blærekateter havde en meget kort afgrænsning på, hvornår det kunne være en reel registrering og ikke ifm. med andet. Den er ændret til at vi henter 10 dage frem fra operationsdagen.
- Epidural seponering må ikke ligge samme dag som operationsdato. Så ekskluderes de seponeringer, der skyldes at anlæggelsen mislykkes og skal lægges om.
- Postoperativ modtagedato. Den registrering på gynækologiske afdelinger der tilskrives, at patienter er tilbage på gynækologisk afdeling skal ligge min. 3 timer efter operationstidspunktet. På den måde bliver registreringer under operationen ikke talt med som modtagelse på gyn.afd.

For de tilfælde, hvor uoverensstemmelsen i data skyldtes registreringer, der ikke følger kodevejledningen, var de hyppigste årsager:

- anlæggelse af blærekateter eller epiduralkateter er ikke registreret, hvorfor seponering ikke kan kodes
- der er registreret mobilisering i timer fremfor minutter og
- at registreringer ikke er tilknyttet cancerforløbet.

Overensstemmelsen mellem de data, der er fundet via LPR, og det, der fremgår af journalerne, blev beregnet for hvert hospital. Efter ændringerne i variabelspecifikationerne er intervallet for datakompletheden på de tre hospitaler som følger:

- Dato for eksplorativ laparotomi: 95-100%
- Dato for præsamtale: 95-100%
- Dato for seponering af blærekateter: 85-100%
- Dato for seponering af epidural: 85-95%
- Dato for genoprettet tarmfunktion: 60-100%
- Antal minutters mobilisering på postoperativ dag 2: 35-100%
- Dato for udskrivning: 90-100%
- Dato for modtagelse på gynækologisk afdeling: 80-95%

De endelige datadefinitioner for variable relevante for sygepleje efter eksplorative laparatomier er beskrevet ved de supplerende opgørelser.

Datakomplethed af de enkelte oplysninger i databasen kan aflæses af antal missing i de supplerende opgørelser og i indikatorbatterne i kolonnen, der angiver antal patienter med uoplyste informationer til beregning af indikatorresultatet.

Styregruppen har iværksat flere initiativer til at højne ensartetheden af kodepraksis på tværs af afdelinger. På trods af dette konkluderer styregruppen, at der er problemer med datakompletheden. Styregruppen har rakt ud til regionernes IT- og kvalitetsafdelinger som nøgleaktører i det videre arbejde med at hæve datakompletheden.

## Endometriecancer

## Indikator 20b: Fjernelse af pelvine lymfeknuder

Lymfeknudefjernelse er væsentlig hos patienter, der vurderes i høj risiko for spredning.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske centerafdeling, der har stillet diagnosen.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som får fjernet pelvine lymfeknuder ved fuld radikal lymfadenektomi eller sentinel node procedure.

Nævner: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i FIGO stadie I-III i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusioner: Patienter med FIGO stadie IV i den aktuelle opgørelsesperiode eller er nydiagnosticerede med atypisk hyperplasi.

Uoplyst: Nydiagnosticerede patienter i aktuelle opgørelsesperiode, hvor der ikke er oplysninger om stadie.

### Resultater

Blandt endometrie-cancerpatienter diagnosticeret med stadie I-III er 73% registreret med fjernelse af pelvine lymfeknuder. Der ses regionale forskelle i opgørelsen, men det kan ikke fastslås om forskellene skyldes bias pga. manglende stadieoplysninger for 15% af patienterne, eller om det skyldes reelle forskelle i andelen af patienter, der får fjernet pelvine lymfeknuder.

### Diskussion og klinisk implikation

Der er stor variation i andelen af lymfeknudefjernelse/ SN procedure. En del af dette kan tilskrives manglende datakomplethed efter overgangen til LPR data.

Som tidligere skelner indikatoren ikke mellem fuld pelvin lymfeknudefjernelse og SN procedure, hvor sidstnævnte er blevet standard ved de lave stadier.

### Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes at være relevant at følge, men med justering, så der kan skelnes mellem lymfeknudefjernelse og SN-procedure.

Styregruppen arbejder hen imod et udviklingsmål på  $\geq 80\%$ . Det besluttes at afvente med fastsættelse af et officielt udviklingsmål til datakvaliteten er markant forbedret. Beslutningen vil blive taget op igen til national audit i styregruppen i 2026.

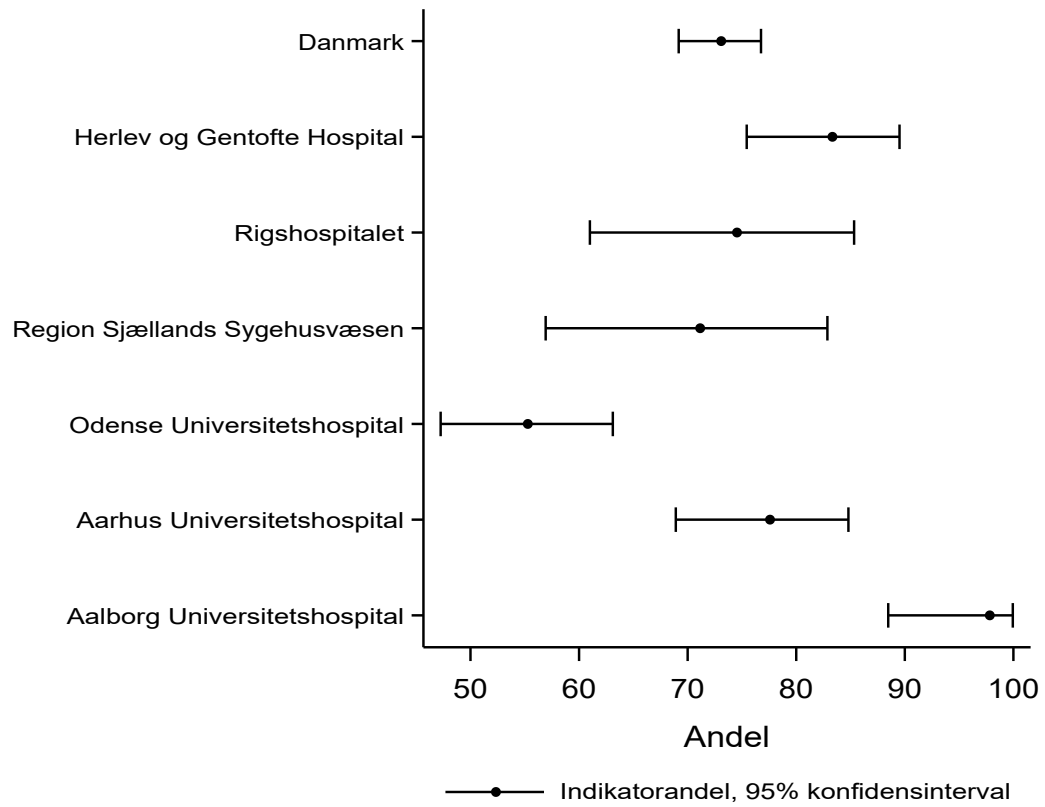
**Indikatortabel, Indikator 20b**

Andelen af endometriecancerpatienter med stadie I-III, der får fjernet pelvine lymfeknuder

|                               | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                               |                     |                   | antal   | 01.07.2024 – 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                               |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                     | 402 / 550         | 96 (15) | 73                      | (69-77)  | 388 / 535    | 73    |
| Hovedstaden                   |                     | 141 / 175         | 14 (7)  | 81                      | (74-86)  | 128 / 182    | 70    |
| Sjælland                      |                     | 37 / 52           | 32 (38) | 71                      | (57-83)  | 41 / 60      | 68    |
| Syddanmark                    |                     | 89 / 161          | 23 (13) | 55                      | (47-63)  | 73 / 125     | 58    |
| Midtjylland                   |                     | 90 / 116          | 12 (9)  | 78                      | (69-85)  | 113 / 133    | 85    |
| Nordjylland                   |                     | 45 / 46           | 15 (25) | 98                      | (88-100) | 33 / 35      | 94    |
| Hovedstaden                   |                     | 141 / 175         | 14 (7)  | 81                      | (74-86)  | 128 / 182    | 70    |
| Herlev og Gentofte Hospital   |                     | 100 / 120         | 7 (6)   | 83                      | (75-90)  | 78 / 104     | 75    |
| Rigshospitalet                |                     | 41 / 55           | 7 (11)  | 75                      | (61-85)  | 50 / 78      | 64    |
| Sjælland                      |                     | 37 / 52           | 32 (38) | 71                      | (57-83)  | 41 / 60      | 68    |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                     | 37 / 52           | 32 (38) | 71                      | (57-83)  | 41 / 60      | 68    |
| Syddanmark                    |                     | 89 / 161          | 23 (13) | 55                      | (47-63)  | 73 / 125     | 58    |
| Odense Universitetshospital   |                     | 89 / 161          | 23 (13) | 55                      | (47-63)  | 73 / 125     | 58    |
| Midtjylland                   |                     | 90 / 116          | 12 (9)  | 78                      | (69-85)  | 113 / 133    | 85    |
| Aarhus Universitetshospital   |                     | 90 / 116          | 12 (9)  | 78                      | (69-85)  | 113 / 133    | 85    |
| Nordjylland                   |                     | 45 / 46           | 15 (25) | 98                      | (88-100) | 33 / 35      | 94    |
| Aalborg Universitetshospital  |                     | 45 / 46           | 15 (25) | 98                      | (88-100) | 33 / 35      | 94    |

Kontroldiagram, Indikator 20b

Andelen af endometriecancerpatienter med stadie I-III, der får fjernet pelvine lymfeknuder



## Indikator 21: Minimal invasiv kirurgi

Minimal invasiv kirurgi er at foretrække, da det medfører færrest post-operative konsekvenser for patienten. Indikatoren siger noget om kvaliteten af korrekt udvælgelse til minimal invasiv kirurgi.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske centerafdeling, der har stillet diagnosen.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som er laparoskopisk opererede – inkl. operation med robot kirurgi.

Nævner: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, som har fået foretaget hysterektomi.

Eksklusioner: Patienter, der er nydiagnosticerede med atypisk hyperplasi, og patienter med endometrie-cancer, der ikke har fået foretaget hysterektomi.

### Resultater

Blandt alle nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter, der har fået foretaget hysterektomi, er 92% blevet opereret med minimal invasiv kirurgi. Niveaue på landsplan ligger nogenlunde ensartet med forrige års opgørelse. Der ses variation mellem de gynækologiske hospitalsafdelinger fra 87% af patienterne på Aarhus Universitetshospital, der er opereret med minimal invasiv kirurgi, til 99% af patienterne på Aalborg Universitetshospital. Der er endnu ikke tilstrækkelig med årsresultater til at vurdere, om variationen mellem afdelinger er systematisk over tid.

### Diskussion og klinisk implikation

Alle centre opfylder indikatoren, og det konkluderes derfor at man på nationalt plan overalt anvender laparoskopisk eller robotassisteret kirurgi som førstevalgsteknik. Tallene tolkes at være reelle, da der umiddelbart ikke er nogle uoplyste.

### Vurdering af indikatoren

Indikatoren kan forekomme at være "mindre nyttig" til sammenligning af de forskellige regioner, men den er relevant at bibeholde i forhold til at sammenligne os med internationale data.

Styregruppen beslutter at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 85\%$  fremadrettet.

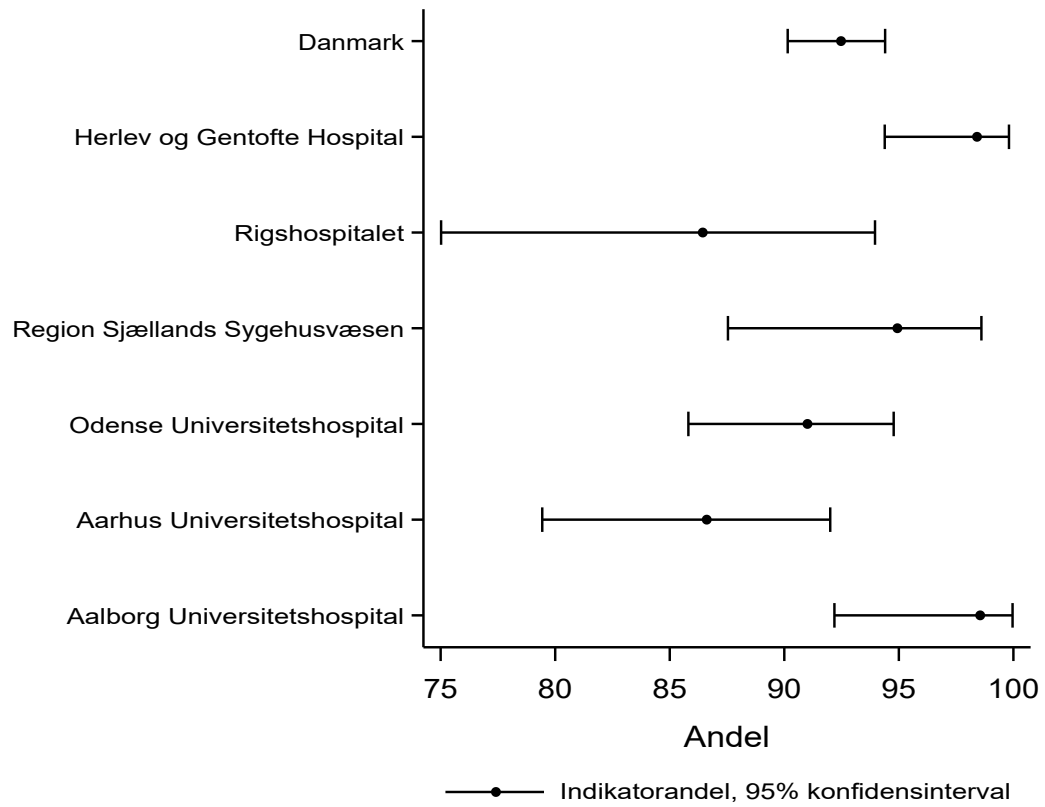
**Indikatortabel, Indikator 21**

Andelen af endometriecancerpatienter, der opereres med minimal invasiv kirurgi

|                               | Udviklingsmål<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|-------------------------------|--------------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                               |                          |                   | antal   | 01.07.2024 - 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                               |                          |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                          | 590 / 638         | 0 (0)   | 92                      | (90-94)  | 565 / 609    | 93    |
| Hovedstaden                   |                          | 175 / 185         | 0 (0)   | 95                      | (90-97)  | 175 / 187    | 94    |
| Sjælland                      |                          | 75 / 79           | 0 (0)   | 95                      | (88-99)  | 96 / 100     | 96    |
| Syddanmark                    |                          | 162 / 178         | 0 (0)   | 91                      | (86-95)  | 116 / 129    | 90    |
| Midtjylland                   |                          | 110 / 127         | 0 (0)   | 87                      | (79-92)  | 123 / 133    | 92    |
| Nordjylland                   |                          | 68 / 69           | 0 (0)   | 99                      | (92-100) | 55 / 60      | 92    |
| Hovedstaden                   |                          | 175 / 185         | 0 (0)   | 95                      | (90-97)  | 175 / 187    | 94    |
| Herlev og Gentofte Hospital   |                          | 124 / 126         | 0 (0)   | 98                      | (94-100) | 107 / 111    | 96    |
| Rigshospitalet                |                          | 51 / 59           | 0 (0)   | 86                      | (75-94)  | 68 / 76      | 89    |
| Sjælland                      |                          | 75 / 79           | 0 (0)   | 95                      | (88-99)  | 96 / 100     | 96    |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                          | 75 / 79           | 0 (0)   | 95                      | (88-99)  | 96 / 100     | 96    |
| Syddanmark                    |                          | 162 / 178         | 0 (0)   | 91                      | (86-95)  | 116 / 129    | 90    |
| Odense Universitetshospital   |                          | 162 / 178         | 0 (0)   | 91                      | (86-95)  | 116 / 129    | 90    |
| Midtjylland                   |                          | 110 / 127         | 0 (0)   | 87                      | (79-92)  | 123 / 133    | 92    |
| Aarhus Universitetshospital   |                          | 110 / 127         | 0 (0)   | 87                      | (79-92)  | 123 / 133    | 92    |
| Nordjylland                   |                          | 68 / 69           | 0 (0)   | 99                      | (92-100) | 55 / 60      | 92    |
| Aalborg Universitetshospital  |                          | 68 / 69           | 0 (0)   | 99                      | (92-100) | 55 / 60      | 92    |

Kontroldiagram, Indikator 21

Andelen af endometriecancerpatienter, der opereres med minimal invasiv kirurgi



## Indikator 22: MDT

MDT-konferencen er et vigtigt forrum for drøftelse af og beslutning om behandlingstilbud.

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske centerafdeling, der har stillet diagnosen.

### Beregningsregler

Detaljerede specifikationer af beregningsreglerne med SKS- og SNOMED-koder fremgår af appendix.

Tæller: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode, der er set på MDT-konference.

Nævner: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusioner: Antal nydiagnosticerede patienter med atypisk hyperplasi i den aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater

På landsplan er der registreret MDT-konference for 631 af de 688 nydiagnosticerede patienter med endometrie-cancer. Dette svarer til 92%. Årets resultat er højere for hele landet sammenlignet med forrige års opgørelse. Der ses regionale forskelle i resultatet, hvor MDT er registreret for 61% af Region Hovedstadens endometrie-cancerpatienter, mens det er registreret for 100% af endometrie-cancerpatienterne i Region Syddanmark og Nordjylland.

### Diskussion og klinisk implikation

Indikatoren opfyldes samlet set på landsplan. Som i tidligere rapporter er der i Region Hovedstaden og Sjælland problemer med overførsel af MDT-registreringer fra Sundhedsplatformen (SP) til LPR. Problematikken er velkendt i SP og der arbejdes på en løsning.

### Vurdering af indikatoren

Indikatoren anses for vigtig for at kunne vurdere det samlede forløb for den enkelte patient. Tidligere har den været med til at sikre, at patienter med endometrie-cancer blev drøftet på MDT. Det er stadig yderst relevant med denne praksis for at sikre høj og ensartet kvalitet af behandlingen af patienter med endometrie-cancer. Den tværfaglige drøftelse på MDT er med til at sikre at alle parametre vurderes i forhold til eventuel efterbehandling deriblandt de molekulære analyser. Fremadrettet ønsker styregruppen at denne opgørelse ændres til kun at inkludere MDT-konference efter hysterektomi. Yderligere beslutter styregruppen at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 95\%$  fremadrettet.

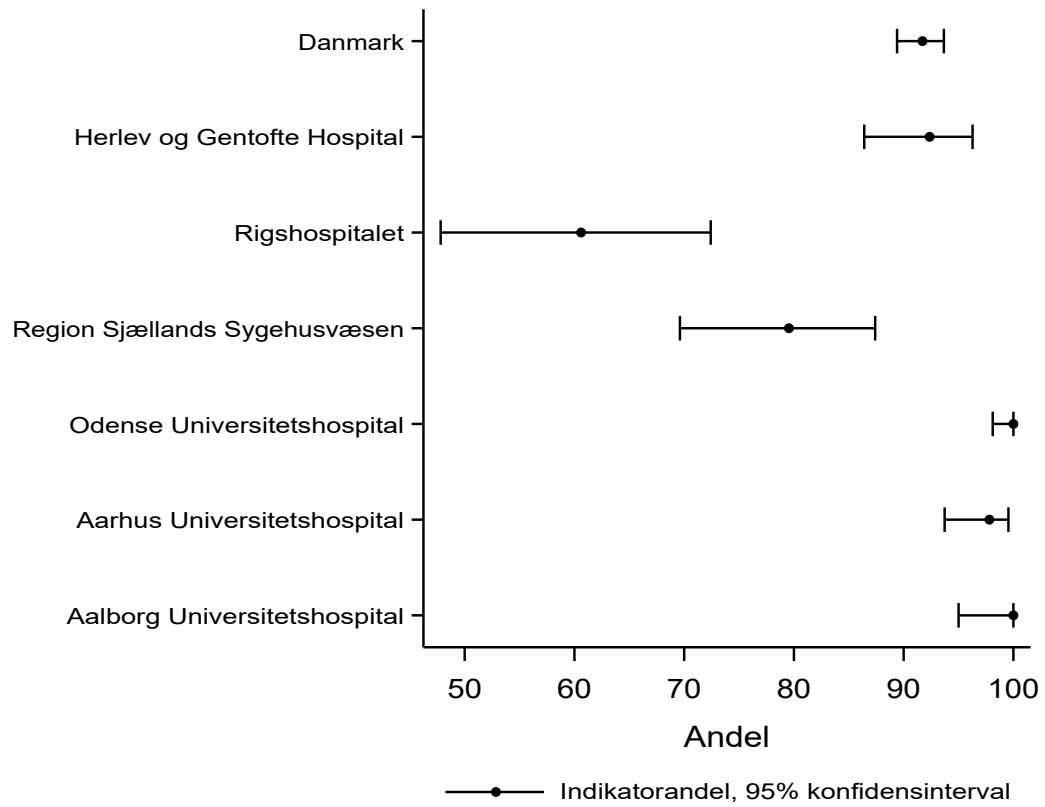
**Indikatortabel, Indikator 22**

Andelen af endometriecancerpatienter, der ses på MDT-konference

|                               | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |          | Tidligere år |       |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|----------|--------------|-------|
|                               |                     |                   | antal   | 01.07.2024 – 30.06.2025 |          | 2023/24      |       |
|                               |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI   | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                     | 631 / 688         | 0 (0)   | 92                      | (89-94)  | 584 / 677    | 86    |
| Hovedstaden                   |                     | 161 / 197         | 0 (0)   | 82                      | (76-87)  | 143 / 204    | 70    |
| Sjælland                      |                     | 70 / 88           | 0 (0)   | 80                      | (70-87)  | 71 / 103     | 69    |
| Syddanmark                    |                     | 194 / 194         | 0 (0)   | 100                     | (98-100) | 152 / 152    | 100   |
| Midtjylland                   |                     | 134 / 137         | 0 (0)   | 98                      | (94-100) | 151 / 151    | 100   |
| Nordjylland                   |                     | 72 / 72           | 0 (0)   | 100                     | (95-100) | 67 / 67      | 100   |
| Hovedstaden                   |                     | 161 / 197         | 0 (0)   | 82                      | (76-87)  | 143 / 204    | 70    |
| Herlev og Gentofte Hospital   |                     | 121 / 131         | 0 (0)   | 92                      | (86-96)  | 105 / 114    | 92    |
| Rigshospitalet                |                     | 40 / 66           | 0 (0)   | 61                      | (48-72)  | 38 / 90      | 42    |
| Sjælland                      |                     | 70 / 88           | 0 (0)   | 80                      | (70-87)  | 71 / 103     | 69    |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                     | 70 / 88           | 0 (0)   | 80                      | (70-87)  | 71 / 103     | 69    |
| Syddanmark                    |                     | 194 / 194         | 0 (0)   | 100                     | (98-100) | 152 / 152    | 100   |
| Odense Universitetshospital   |                     | 194 / 194         | 0 (0)   | 100                     | (98-100) | 152 / 152    | 100   |
| Midtjylland                   |                     | 134 / 137         | 0 (0)   | 98                      | (94-100) | 151 / 151    | 100   |
| Aarhus Universitetshospital   |                     | 134 / 137         | 0 (0)   | 98                      | (94-100) | 151 / 151    | 100   |
| Nordjylland                   |                     | 72 / 72           | 0 (0)   | 100                     | (95-100) | 67 / 67      | 100   |
| Aalborg Universitetshospital  |                     | 72 / 72           | 0 (0)   | 100                     | (95-100) | 67 / 67      | 100   |

Kontroldiagram, Indikator 22

Andelen af endometriecancerpatienter, der ses på MDT-konference



## Supplerende opgørelser, EC

### Datadefinitioner

Fordelelsen af alder, komorbidity, histologi, stadie og kirurgi er lavet på patienter med endometrie-cancer, dvs. eksklusiv patienter med atypisk hyperplasi. Opgørelsen af operationstype, grad og myometri-invasion er alene relevant for patienter, som har registreret en hysterektomi i LPR på et relevant helbredsforløb. Opgørelsen af patienter med atypisk hyperplasi er lavet på patienter, der er nydiagnosticeret med atypisk hyperplasi i den aktuelle opgørelsesperiode.

Patienterne tilskrives i opgørelserne den gynækologiske centerafdeling, hvor A-diagnosen er stillet.

Alder: Alder på diagnosetidspunktet

Charlson Comorbidity Index: En modificeret standardversion af CCI, som baserer sig på A-diagnoser i LPR 10 år tilbage fra diagnosedato, fraset indexsygdommen endometrie-cancer.

Histologisk subtype: Morfologisk SNOMED-kode på første præparat til populationsinklusion. Endometrioid adenokarcinom (M83803), Mucinøst adenokarcinom (M84803), Serøst adenokarcinom (M84413), Clear cell adenokarcinom (M83103), Mixed cell adenokarcinom (M83233), Planocellulært karcinom (M80703), Udifferentieret karcinom (M80203), Carcinosarkom (M89803), Neuroendokrint karcinom (M82403, M80413, M80453, M80133, M82463), Andre karcinomyper (M802A3, M911A3, M91113, M80103, M81403).

FIGO stadie: FIGO 2009, baseret på kliniske TNM-indberetninger i LPR. Defineret som senest stillede kliniske T-, N- og M-værdi på et relevant helbredsforløb. Værdierne skal ligge indenfor 30 dage før til 75 dage efter diagnosedato. Nx bliver anset som N0. De T-, N- og M-værdier der hentes til databasen fremgår af LPR-kodevejledningen af kræft i livmoderen gældende fra 15. august 2025, <https://dgcg.dk/images/Kodevejledninger/Kodevejledning-LPR3-corpuscancer140825.pdf> (FIGO 2009: FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009): 103–104. Tumours Editorial Board FgT. WHO Classification of tumours. 5th edition. 2020. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017).

Præoperativ risikogruppe: Er baseret på oplysninger om klinisk m, histologisk subtype, grad og myometri-invasion, hvor data om de sidste tre hentes postoperativt. Patienter klassificeres efter den højeste risikogruppe, som deres data tillader.

- Avanceret risikogruppe defineres som registrering med klinisk m1 (cM1: Fjernmetastase AZCD41) i LPR.
- Høj risikogruppe defineres som serøst adenokarcinom, clear cell adenokarcinom, udifferentierede karcinomer samt carcinosarkomer eller grad 3 med  $\geq 50\%$  myometri-invasion.
- Mellem risikogruppe defineres som grad 1 eller 2 med  $\geq 50\%$  myometri-invasion eller grad 3 med  $< 50\%$  myometri-invasion.
- Lav risikogruppe defineres som grad 1 eller 2 med  $< 50\%$  myometri-invasion

MDT: At der har været afholdt en MDT-konference er defineret ved, at en af følgende procedurekoder er registreret på det relevante cancerforløb: Tværfaglig konference med underliggende MDT-koder (ZZ0190\*\*).

P53: På revision (P30750), ektomipræparat (P306×0) eller materiale til populationsinklusion alle med gyldig TM-kombination inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato: Abnorm: TP53 gen muteret (FE16E3), Abnorm ekspresion af P53 (F298A6). Normal: Normal ekspresion af P53 (F298A1), TP53 mutation ikke påvist (FE16E0).

POLE: På revision (P30750), ektomipræparat (P306×0) eller materiale til populationsinklusion inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato: Abnorm: POLE gen muteret (FE19P3). Normal: POLE genstatus normal (FE19P1), POLE genvariant af ukendt klinisk betydning (FE19P9), POLE mutation ikke påvist (FE19P0). Ikke relevant: Patienter med endometrioid adenokarcinom (M83803) med grad 1 eller 2 og FIGO IA eller IB og normal p53.

Hysterektomi er defineret ved, at en af følgende primære procedurekoder er registreret på det relevante cancerforløb: Total hysterektomi (KLCD00), Total laparoskopisk hysterektomi med laparoskopisk suturering af vaginaltoppen (KLCD01A), Total laparoskopisk hysterektomi med vaginal suturering af vaginaltoppen (KLCD01B), Radikal hysterektomi (KLCD30) eller Radikal laparoskopisk hysterektomi (KLCD31).

Grad: Grad 1 (ÆYYX10 eller ÆYYY11), Grad 2 (ÆYYX20 eller ÆYYY12) eller Grad 3 (ÆYYX30 eller ÆYYY13) på revision (P30750), ektomipræparat (P306×0) eller materiale til populationsinklusion alle med gyldig TM-kombination inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato. Opgøres alene på endometrioid karcinomer.

Myometri-invasion: Opgøres alene for patienter, der er hysterektomerede. Myometri-invasion  $< 50\%$ : ÆYYZA-kode på ektomipræparat (P306×0), revision (P30750) eller andre præparater med gyldig tm-kombination inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato. Myometri-invasion  $\geq 50\%$ : ÆYYZB-kode på ektomipræparat (P306×0), revision (P30750) eller andre præparater med gyldig tm-kombination inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato. Ingen myometri-invasion: ÆYYZ0-kode på ektomipræparat (P306×0), revision (P30750) eller andre præparater med gyldig tm-kombination inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato eller med kodning af fravær af malign diagnose (M09450 eller M09451) knyttet til endometrium (T84000) på et materiale med en registrering af Uterus (T82000) og ektomipræparat (P306×0) inden for 14 dage før til 90 dage efter diagnosedato.

Atypisk hyperplasi er defineret som SNOMED-koden Atypisk hyperplasi (M83802) på første præparat til populationsinklusion.

### Resultater

På landsplan er der i dette års opgørelse registreret 688 patienter med nydiagnosticeret endometrie-cancer og 132 patienter med nydiagnosticeret atypisk hyperplasi.

Medianalderen ved diagnose er 70 år og 63,7% af patienterne har ingen alvorlig komorbidity på diagnosetidspunktet.

På tværs af afdelinger har flest patienter endometrioid adenokarcinom (72,1%).

For en stor del af patienterne er der ikke identificeret et FIGO stadie (24,0%) eller en præ-operativ risikogruppe (20,3%). Dermed kan der ikke konkluderes på fordelingen af stadie og risikogruppe i denne opgørelsesperiode.

Der ses ligeledes manglende data om P53, POLE og myometri-invasion, med variation mellem afdelingerne. Derimod er der høj datakomplethed på grad.

Hysterektomi er foretaget på 92,7% af alle patienterne med små variationer mellem afdelingerne.

### Diskussion

De data, der baserer sig på patologiske data, er de mest komplette. For stadieinddeling ses mange missing data. Der er iværksat indsats nationalt.

Forskellen i stadie afhænger af, hvilke centre der opererer de avancerede stadier. Således opererer Rigshospitalet flere højrisiko endometrie-cancerpatienter, hvorimod Herlev og Roskilde opererer en større andel patienter med lavrisiko endometrie-cancer.

Styregruppen bemærker, at der er for få patienter i stadie IA på tværs af landet. Det besluttes at manglende registrering af N samt registrering af Nx fremover anses som en N0 registrering.

Styregruppen bemærker, at der er et højt antal missing på oplysninger om P53, POLE og myometri-invasion. På Odense Universitetshospital foretages POLE-analyse ikke som standard på alle patienter, hvorfor der her forventes at være oplysninger på færre patienter.



**Fordeling af alder, komorbiditet, histologi, stadie, risikogruppe og kirurgi**

Fordeling af alder, komorbiditet, histologisk subtype, stadie, risikogruppe og kirurgi af patienter diagnosticeret med endometrie-cancer mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 fordelt på højt specialiseret gynækologisk funktion.

| Endometrie                   | Rigshospitalet | Region Sjællands Sygehusvæsen | Odense Universitetshospital | Herlev og Gentofte Hospital | Aarhus Universitetshospital | Aalborg Universitetshospital | Total       |
|------------------------------|----------------|-------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|-----------------------------|------------------------------|-------------|
| Population                   | 66 (100 %)     | 88 (100 %)                    | 194 (100 %)                 | 131 (100 %)                 | 137 (100 %)                 | 72 (100 %)                   | 688 (100%)  |
| Aldersfordeling              |                |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| 18-49                        | # (3,0 %)      | 5 (5,7 %)                     | 11 (5,7 %)                  | # (1,5 %)                   | 4 (2,9 %)                   | # (2,8 %)                    | 26 (3,8%)   |
| 50-64                        | 20 (30,3 %)    | 21 (23,9 %)                   | 65 (33,5 %)                 | 36 (27,5 %)                 | 45 (32,8 %)                 | 18 (25,0 %)                  | 205 (29,8%) |
| 65-79                        | 37 (56,1 %)    | 50 (56,8 %)                   | 72 (37,1 %)                 | 71 (54,2 %)                 | 66 (48,2 %)                 | 44 (61,1 %)                  | 340 (49,4%) |
| 80+                          | 7 (10,6 %)     | 12 (13,6 %)                   | 46 (23,7 %)                 | 22 (16,8 %)                 | 22 (16,1 %)                 | 8 (11,1 %)                   | 117 (17,0%) |
| Charlson Comorbidity Index   |                |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| 0                            | 37 (56,1 %)    | 56 (63,6 %)                   | 121 (62,4 %)                | 82 (62,6 %)                 | 86 (62,8 %)                 | 56 (77,8 %)                  | 438 (63,7%) |
| 1                            | 9 (13,6 %)     | 18 (20,5 %)                   | 31 (16,0 %)                 | 21 (16,0 %)                 | 25 (18,2 %)                 | 8 (11,1 %)                   | 112 (16,3%) |
| 2+                           | 20 (30,3 %)    | 14 (15,9 %)                   | 42 (21,6 %)                 | 28 (21,4 %)                 | 26 (19,0 %)                 | 8 (11,1 %)                   | 138 (20,1%) |
| Histologi                    |                |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| Endometrioidt adenokarcinom  | 40 (60,6 %)    | 66 (75,0 %)                   | 132 (68,0 %)                | 110 (84,0 %)                | 96 (70,1 %)                 | 52 (72,2 %)                  | 496 (72,1%) |
| Andre karcinomyper           | 6 (9,1 %)      | 3 (3,4 %)                     | 14 (7,2 %)                  | 6 (4,6 %)                   | 6 (4,4 %)                   | 6 (8,3 %)                    | 41 (6,0%)   |
| Seroest adenokarcinom        | 12 (18,2 %)    | 9 (10,2 %)                    | 22 (11,3 %)                 | 9 (6,9 %)                   | 17 (12,4 %)                 | 8 (11,1 %)                   | 77 (11,2%)  |
| Karcinosarkom                | 6 (9,1 %)      | 5 (5,7 %)                     | 10 (5,2 %)                  | 3 (2,3 %)                   | 8 (5,8 %)                   | # (2,8 %)                    | 34 (4,9%)   |
| Clear cell adenokarcinom     | # (1,5 %)      | # (2,3 %)                     | 14 (7,2 %)                  | 3 (2,3 %)                   | 3 (2,2 %)                   | 4 (5,6 %)                    | 27 (3,9%)   |
| Mixed cell adenokarcinom     | # (1,5 %)      | 3 (3,4 %)                     |                             |                             | 5 (3,6 %)                   |                              | 9 (1,3%)    |
| Udifferenteret karcinom      |                |                               | # (1,0 %)                   |                             |                             |                              | # (0,3%)    |
| Neuroendokrint karcinom      |                |                               |                             |                             | # (0,7 %)                   |                              | # (0,1%)    |
| Planocellulært karcinom      |                |                               |                             |                             | # (0,7 %)                   |                              | # (0,1%)    |
| FIGO klinisk stadieinddeling |                |                               |                             |                             |                             |                              |             |
| IA                           | 28 (42,4 %)    | 22 (25,0 %)                   | 97 (50,0 %)                 | 86 (65,6 %)                 | 58 (42,3 %)                 | 28 (38,9 %)                  | 319 (46,4%) |
| IB                           | 8 (12,1 %)     | 8 (9,1 %)                     | 30 (15,5 %)                 | 14 (10,7 %)                 | 22 (16,1 %)                 | 7 (9,7 %)                    | 89 (12,9%)  |
| II                           | 3 (4,5 %)      | 3 (3,4 %)                     | 11 (5,7 %)                  | 6 (4,6 %)                   | 5 (3,6 %)                   | # (1,4 %)                    | 29 (4,2%)   |
| IIIA                         | # (3,0 %)      | # (1,1 %)                     | 4 (2,1 %)                   | 4 (3,1 %)                   | 3 (2,2 %)                   | # (2,8 %)                    | 16 (2,3%)   |
| IIIB                         | # (1,5 %)      |                               | # (1,0 %)                   | # (1,5 %)                   | # (0,7 %)                   |                              | 6 (0,9%)    |
| IIIC                         | 6 (9,1 %)      | 3 (3,4 %)                     | 3 (1,5 %)                   | 8 (6,1 %)                   | 4 (2,9 %)                   |                              | 24 (3,5%)   |
| IVA                          | # (3,0 %)      |                               |                             | # (0,8 %)                   | # (0,7 %)                   |                              | 4 (0,6%)    |
| IVB                          | # (3,0 %)      | 4 (4,5 %)                     | 10 (5,2 %)                  | 3 (2,3 %)                   | 7 (5,1 %)                   | 10 (13,9 %)                  | 36 (5,2%)   |

| Endometrie                   | Rigshospitalet | Region Sjællands<br>Sygehusvæsen | Odense<br>Universitetshospital | Herlev og<br>Gentofte Hospital | Aarhus<br>Universitetshospital | Aalborg<br>Universitetshospital | Total          |
|------------------------------|----------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------|
| Missing                      | 14 (21,2 %)    | 47 (53,4 %)                      | 37 (19,1 %)                    | 7 (5,3 %)                      | 36 (26,3 %)                    | 24 (33,3 %)                     | 165<br>(24,0%) |
| Præ-operativ<br>risikogruppe |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Lav                          | 21 (31,8 %)    | 29 (33,0 %)                      | 63 (32,5 %)                    | 59 (45,0 %)                    | 33 (24,1 %)                    | 11 (15,3 %)                     | 216<br>(31,4%) |
| Mellem                       | 7 (10,6 %)     | 18 (20,5 %)                      | 27 (13,9 %)                    | 25 (19,1 %)                    | 25 (18,2 %)                    | 10 (13,9 %)                     | 112<br>(16,3%) |
| Høj                          | 27 (40,9 %)    | 22 (25,0 %)                      | 57 (29,4 %)                    | 23 (17,6 %)                    | 37 (27,0 %)                    | 18 (25,0 %)                     | 184<br>(26,7%) |
| Avanceret                    | # (3,0 %)      | 4 (4,5 %)                        | 10 (5,2 %)                     | 3 (2,3 %)                      | 7 (5,1 %)                      | 10 (13,9 %)                     | 36 (5,2%)      |
| Missing                      | 9 (13,6 %)     | 15 (17,0 %)                      | 37 (19,1 %)                    | 21 (16,0 %)                    | 35 (25,5 %)                    | 23 (31,9 %)                     | 140<br>(20,3%) |
| MDT                          |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Ja                           | 40 (60,6 %)    | 70 (79,5 %)                      | 194 (100,0 %)                  | 121 (92,4 %)                   | 134 (97,8 %)                   | 72 (100,0 %)                    | 631<br>(91,7%) |
| Nej                          | 26 (39,4 %)    | 18 (20,5 %)                      |                                | 10 (7,6 %)                     | 3 (2,2 %)                      |                                 | 57 (8,3%)      |
| P53                          |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Normal P53                   | 31 (47,0 %)    | 61 (69,3 %)                      | 104 (53,6 %)                   | 98 (74,8 %)                    | 87 (63,5 %)                    | 55 (76,4 %)                     | 436<br>(63,4%) |
| Abnorm P53                   | 28 (42,4 %)    | 21 (23,9 %)                      | 31 (16,0 %)                    | 26 (19,8 %)                    | 33 (24,1 %)                    | 16 (22,2 %)                     | 155<br>(22,5%) |
| Missing P53                  | 7 (10,6 %)     | 6 (6,8 %)                        | 59 (30,4 %)                    | 7 (5,3 %)                      | 17 (12,4 %)                    | # (1,4 %)                       | 97<br>(14,1%)  |
| POLE                         |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Normal POLE                  | 33 (50,0 %)    | 77 (87,5 %)                      | 59 (30,4 %)                    | 50 (38,2 %)                    | 50 (36,5 %)                    | 35 (48,6 %)                     | 304<br>(44,2%) |
| Abnorm POLE                  | 7 (10,6 %)     | 5 (5,7 %)                        | # (1,0 %)                      | # (1,5 %)                      | 7 (5,1 %)                      | # (2,8 %)                       | 25 (3,6%)      |
| Ikke relevant                | 15 (22,7 %)    |                                  | 56 (28,9 %)                    | 65 (49,6 %)                    | 50 (36,5 %)                    | 25 (34,7 %)                     | 211<br>(30,7%) |
| Missing POLE                 | 11 (16,7 %)    | 6 (6,8 %)                        | 77 (39,7 %)                    | 14 (10,7 %)                    | 30 (21,9 %)                    | 10 (13,9 %)                     | 148<br>(21,5%) |
| Hysterektomi                 |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Ja                           | 59 (89,4 %)    | 79 (89,8 %)                      | 178 (91,8 %)                   | 126 (96,2 %)                   | 127 (92,7 %)                   | 69 (95,8 %)                     | 638<br>(92,7%) |
| Nej                          | 7 (10,6 %)     | 9 (10,2 %)                       | 16 (8,2 %)                     | 5 (3,8 %)                      | 10 (7,3 %)                     | 3 (4,2 %)                       | 50 (7,3%)      |
| Grad                         |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Grad 1                       | 21 (52,5 %)    | 48 (72,7 %)                      | 104 (78,8 %)                   | 70 (63,6 %)                    | 75 (78,1 %)                    | 40 (76,9 %)                     | 358<br>(72,2%) |
| Grad 2                       | 11 (27,5 %)    | 10 (15,2 %)                      | 18 (13,6 %)                    | 27 (24,5 %)                    | 11 (11,5 %)                    | 6 (11,5 %)                      | 83<br>(16,7%)  |
| Grad 3                       | 6 (15,0 %)     | 8 (12,1 %)                       | 8 (6,1 %)                      | 13 (11,8 %)                    | 9 (9,4 %)                      | 6 (11,5 %)                      | 50<br>(10,1%)  |
| Missing grad                 | # (5,0 %)      |                                  | # (1,5 %)                      |                                | # (1,0 %)                      |                                 | 5 (1,0%)       |
| Myometrieinvasion            |                |                                  |                                |                                |                                |                                 |                |
| Ingen myometrieinvasion      | 9 (15,3 %)     | 23 (29,1 %)                      | 26 (14,6 %)                    | 38 (30,2 %)                    | 3 (2,4 %)                      | 10 (14,5 %)                     | 109<br>(17,1%) |
| Myometrieinvasion,<br><50%   | 25 (42,4 %)    | 25 (31,6 %)                      | 75 (42,1 %)                    | 41 (32,5 %)                    | 45 (35,4 %)                    | 12 (17,4 %)                     | 223<br>(35,0%) |
| Myometrieinvasion,           | 16 (27,1 %)    | 23 (29,1 %)                      | 46 (25,8 %)                    | 27 (21,4 %)                    | 37 (29,1 %)                    | 15 (21,7 %)                     | 164            |

| Endometrie | Rigshospitalet | Region Sjællands<br>Sygehusvæsen | Odense<br>Universitetshospital | Herlev og<br>Gentofte Hospital | Aarhus<br>Universitetshospital | Aalborg<br>Universitetshospital | Total          |
|------------|----------------|----------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|---------------------------------|----------------|
| >=50%      |                |                                  |                                |                                |                                |                                 | (25,7%)        |
| Missing    | 9 (15,3 %)     | 8 (10,1 %)                       | 31 (17,4 %)                    | 20 (15,9 %)                    | 42 (33,1 %)                    | 32 (46,4 %)                     | 142<br>(22,3%) |

### Fordeling af atypisk hyperplasi

Fordeling af patienter diagnosticeret med atypisk hyperplasi mellem 1. juli 2024 og 30. juni 2025 på gynækologiske afdelinger

|                               | Atypisk hyperplasi |
|-------------------------------|--------------------|
| Population                    | 132 (100 %)        |
| Gynækologiske afdelinger      |                    |
| Aalborg Universitetshospital  | 17 (12,9 %)        |
| Aarhus Universitetshospital   | 23 (17,4 %)        |
| Herlev og Gentofte Hospital   | 18 (13,6 %)        |
| Odense Universitetshospital   | 19 (14,4 %)        |
| Region Sjællands Sygehusvæsen | 18 (13,6 %)        |
| Regionshospitalet Gødstrup    | 22 (16,7 %)        |
| Rigshospitalet                | 15 (11,4 %)        |

## Beskrivelse af sygdomsområdet, EC

Livmoderkræft er den 6. hyppigste kræftform blandt kvinder i Danmark og rammer ca. 2 %. Hyppigheden af livmoderkræft er forholdsvis højere i Danmark end i de øvrige europæiske lande. Årsagen til dette er ikke klarlagt. Sygdommen er sjælden før 45-årsalderen og ses langt hyppigst hos kvinder efter overgangsalderen. Specielt kvinder med betydelig overvægt rammes af sygdommen. Efter overgangsalderen giver sygdommen hyppigt symptomer i form af blødning fra skeden og diagnosticeres derfor heldigvis oftest i de tidlige stadier. Således opdaget ca. 80 % i det tidligste stadium (stadium 1), og når denne kræfttype opdaget tidligt, har den en god prognose med høj 5-års overlevelse.

Behandlingen af livmoderkræft har ændret sig radikalt over de seneste 15–20 år. Hvor livmoderkræft tidligere blev behandlet på næsten alle danske sygehuse, er behandlingen nu centraliseret på nogle få store hospitaler, universitetshospitaler med cancercenter. Dette er for at sikre korrekt valg af operation og evt. efterbehandling. Det anbefales at operationen foretages med minimal invasiv teknik (laparoskopi/ kikkertoperation, ofte robotassisteret) med mindre der er tale om avanceret sygdom.

Den histologiske type og en evt. klinisk mistanke om disseminering er bestemmende for, om man gennemgår yderligere præoperative scanninger, idet nogle typer (det der betegnes højrisiko histologi) har større tendens til at metastasere (sprede sig) end andre.

Det anbefales for alle former af endometriecancer at fjerne livmoder, æggestokke og æggeledere, hvis patienten i øvrigt er egnet til operation. Ved lavrisiko histologi (endometrioid adenocarcinomer grad 1 og 2) uden mistanke om disseminering uden for uterus anbefales sentinel node procedure (SN, på dansk skildvægtslymfeknuder). Hvis det antages at der er ingen eller helt overfladisk myometrieinvasion, kan lymfeknudefjernelse evt. helt udelades. Tidligere har man ved sygdom med højrisikohistologi, som udgangspunkt altid anbefalet at fjerne alle lymfeknuder i bækkenet og, hvis patientens tilstand tillod det, også langs aorta (hovedpulsåren). Det er nu anbefalet også at udføre sentinel node-procedure på alle patienter med både intermedier og højrisikohistologi, idet teknikken er mindst lige så sikker til at bedømme patientens stadium og evt. behov for efterbehandling korrekt. For højrisiko-histologi gælder det kun såfremt der forud for operationen foreligger billeddiagnostik, der ikke viser tegn til lymfeknudespredning eller anden disseminering. For visse typer fjernes også omentet (fedtforklæde i bughulen) som en del af staging-proceduren. Det drejer sig om de serøse adenokarcinomer og karsinosarcomer. Operationen kan således variere fra, at man fjerner livmoder, æggestokke og æggeledere med eller uden sentinel node procedure til også at indbefatte fjernelse af fedtforklædet. Ved fund af mere dissemineret sygdom vurderes operabilitet ud fra de samme kriterier som ovariecancer. Ud fra de fund man gør i det fjernede væv besluttet, det om patienten skal have efterbehandling med kemoterapi og/eller strålebehandling. Her kigger man både på evt. metastasering, den histologiske type, men også nogle molekulære analyser (MMR, p53 og POLE), som kan hjælpe med at vurdere patienternes risiko for recidiv og dermed understøtte anbefalingen om eventuelt efterfølgende kemoterapi, og om der eventuelt er indikation for immunterapi (MMRd).

## Datagrundlag, EC

Endometriecancerpopulationen i denne årsrapport er nydiagnosticerede patienter med histologisk verificeret endometriecancer diagnosticeret fra d. 1. juli 2024 til og med d. 30. juni 2025.

Alle resultater af studiepopulationen er baseret på oplysninger hentet fra Landspatientregisteret (LPR) og Landsregisteret for Patologi (LRP). Data til årsrapporten er hentet fra registrene d. 25. september 2024.

I LPR er forløbsselementet benyttet til at identificere aktivitet tilknyttet samme patientforløb på tværs af afdelinger og sygehuse.

Et relevant helbredsforløb for en endometriecancerpatient defineres som: Helbredsforløb på en patient i endometriecancerpopulationen, hvor SKS-koden DC54.9 Endometriecancer, DC55.9 Kræft i livmoderen uden nærmere specificeret lokalisation eller DD07.0 Endometriehyperplasi med atypi optræder som A-diagnose på Rigshospitalet, Herlev Gentofte Hospital, Sjællands Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Aarhus Universitetshospital eller Aalborg Universitetshospital på minimum én kontakt i samme helbredsforløb. A-diagnosen for atypisk hyperplasi inkluderes også, hvis den er stillet på Regionshospitalet Gødstrup. Alle diagnoser, procedurer, markører og resultatindberetninger, der er knyttet til disse helbredsforløb regnes for elementer med tilknytning til endometriecancerforløbet for den pågældende patient. Herfra identificeres de relevante aktiviteter fra LPR til brug i Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD).

Diagnosedatoen defineres som modtagedato i patologiafdeling for første materiale i LRP, der opfylder specifikationerne nedenfor. Hvis denne ikke findes, er diagnosedatoen første kontakt, hvor diagnosekoden er registreret i LPR.

## Populationsdefinition

Endometriecancerpopulationen i Dansk Gynækologisk Cancer Database (DGCD) er per 1. januar 2023 defineret som beskrevet nedenfor. Denne definition blev udarbejdet i DGCDs styregruppe på baggrund af kliniske erfaringer, kodevejledningen til Landspatientregisteret (LPR) per januar 2023, kodevejledningen til Landsregisteret for Patologi (LRP) per 15. marts 2023 samt en populationsvalidering, der er beskrevet i DGCDs årsrapport 2023/24.

Inklusionskriterier til endometriecancerpopulationen:

- 1) Patienter identificeret med første endometriecancerdiagnose eller atypisk hyperplasi i LPR: DC54.9 – Endometriecancer eller DD07.0 – Endometriehyperplasi med atypi som A-diagnose.
- 2) Patienter tilknyttet et endometriecancerforløb eller atypisk hyperplasi på en gynækologisk afdeling med centerfunktion. A-diagnosen DD07.0 inkluderes også fra Regionshospitalet Gødstrup.
- 3) Patienter med histologisk verificeret endometriecancer eller atypisk hyperplasi i LRP. I LRP skal patienter være registreret med minimum én af følgende kriterier: Primært præparat eller ikke primære præparater.
  - Primært præparat. På samme materiale skal én af følgende t-koder være efterfulgt af én af følgende m-koder inden næste t: T84000 – Endometrium, T82100 – Corpus uteri, T82000 – Uterus – Skal have en DC54.9 i LPR efterfølgende. M83803 – Endometrioidt adenokarcinom, M84413 – Serøst adenokarcinom, M83103 – Clear cell adenokarcinom, M80203 – Udifferentieret karcinom, M802A3 – Dedifferentieret karcinom, M83233 – Mixed cell adenokarcinom, M911A3 – Mesonefrisk karcinom, M91113 – Mesonefric-like adenokarcinom, M89803 – Karcinosarkom, M80703 – Planocellulært karcinom, M84803 – Mucinøst adenokarcinom, M80103 – Karcinom, M81403 – Adenokarcinom, M82403 – Neuroendokrin tumor, M80413 – Småcellet neuroendokrint karcinom, M80453 – Småcellet neuroendokrint karcinom, kombineret type, M80133 – Storcellet neuroendokrint karcinom, M82463 – Neuroendokrint karcinom, M83802 – Atypisk hyperplasi (endometrium).
  - Ikke primære præparater. På samme materiale skal der være registreret én af m-koderne under primært præparat, men hvor det 5. ciffer er: 3 – Malign, primær, 4 – Malign, direkte spredning, 6 – Malign, metastase, 9 – Malign, usikker om primær eller metastase. Og på samme materiale ÆF4730 – Udgangspunkt i corpus uteri. Materialer med samtidigt M for sarkom ekskluderes: M88902 Leiomyomatøs tumor af uvist malignt potentiale (STUMP), M88903 Leiomyosarkom, M88963 Myksoidt leiomyosarkom, M88913 Epiteleoidt leiomyosarkom, M89313 Endometriestromasarkom, low grade, M89303 Endometriestromasarkom, high grade, M88053 Udifferentieret sarkom (NOS), M88003 Sarkom\* (\*Anvendes også som første kode ved de mere sjældne sarkomtyper, evt. efterfulgt af M-kode for specifik sarkomtype), M89333 Adenosarkom
- 4) Patienter med en absolut difference  $\leq 6$  måneder mellem modtagedato i LRP og første kontakt med relevant diagnosekode i LRP.
- 5) Patienter med gyldigt CPR-nummer, kendt vitalstatus og bopæl i en dansk kommune på diagnosetidspunktet.

## Dækningsgrad og datakomplethed, EC

Dækningsgraden af endometriecancerpopulationen kan vurderes ved en sammenligning med Cancerregisteret. I 2023/24 var der 664 incidente tilfælde af endometriecancer i DGCD. I 2023 blev der registreret 837 incidente tilfælde af kræft i livmoderen i Cancerregisteret, mens det i 2024 var 769 incidente tilfælde. Dette giver en dækningsgrad af endometriecancer i DGCD 2023/2024 på mellem 79–86%. Det er forventeligt at DGCD inkluderer færre patienter end Cancerregisteret. Den første årsag er, at der i DGCD er et kriterie om patologiverificering. Den anden årsag er, at Cancerregisteret inkluderer SKS-koderne DC54\* og DC55\*, hvorimod DGCD kun inkluderer DC549 og DC559, hvis diagnosen er stillet på en gynækologisk centerafdeling.

I DGCDs årsrapport fra 2023/2024 blev der foretaget en grundig analyse af dækningsgraden vha. journalopslag. Her blev det besluttet at databasen kun inkluderer patienter, hvor diagnosen er patologisk verificeret. Beslutningen blev truffet for at nedbringe antallet af falsk positive tilfælde af endometriecancer i populationen, som ville bidrage med unødigt statistisk støj og variation i analyserne.

Med denne beslutning forventes det, at nogle få patienter, som har endometriecancer uden at være patologisk verificeret, ikke vil blive inkluderet i populationen. Dette gælder f.eks. patienter, der tidligere har undergået operation i udlandet eller patienter, der får stillet diagnosen på dødslejet. Samtidig fandt analysen, at man med patologiverificering undgår at inkludere patienter, som får afkræftet diagnosen i et udredningsforløb, men hvor diagnosen fortsat optræder i LPR.

Dækningsgraden vurderes derfor til sandsynligvis at være en anelse lavere end de 95%, som er det fastsatte mål for de kliniske kvalitetsdatabaser.

Datakomplethed af de enkelte oplysninger i databasen kan aflæses af antal missing i de supplerende opgørelser, den supplerende tabel om stadiregistrering og i indikatortabellerne i kolonnen, der angiver antal patienter med uoplyste informationer til beregning af indikatorresultatet.

Styregruppen har iværksat flere initiativer til at højne ensartetheden af kodepraksis på tværs af afdelinger. På trods af dette konkluderer styregruppen, at der er problemer med datakompletheden. Styregruppen har rakt ud til regionernes IT- og kvalitetsafdelinger som nøgleaktører i det videre arbejde med at hæve datakompletheden.

**Endometriecancerpatienter i LPR og LRP**

Fordeling af endometriecancerpatienter identificeret ved hjælp af den nye populationsdefinition i hhv. Landspatientregisteret, Landsregisteret for Patologi eller begge registre fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Det er alene patienter, der er registreret med endometriecancer i begge registre, som inkluderes i endometriecancerpopulationen.

|   | I LPR | N | I Patobank |     |
|---|-------|---|------------|-----|
|   |       |   | Y          |     |
| N |       |   | .          | 44  |
| Y |       |   | 54         | 688 |

**Patienter med atypisk hyperplasi i LPR og LRP**

Fordeling af patienter med atypisk hyperplasi identificeret ved hjælp af den nye populationsdefinition i hhv. Landspatientregisteret, Landsregisteret for Patologi eller begge registre fra 1. juli 2024 til 30. juni 2025. Det er alene patienter, der er registreret med atypisk hyperplasi i begge registre, som inkluderes i endometriecancerpopulationen.

|   | I LPR | N | I Patobank |     |
|---|-------|---|------------|-----|
|   |       |   |            | Y   |
| N |       |   | .          | 15  |
| Y |       |   | 36         | 132 |

## Supplerende indikator 120: Stadieregistrering, EC

Formålet med denne indikator er at understøtte registreringen af T-, N- og M-stadie i klinikken, så der i databasen kan beregnes et FIGO-stadie. FIGO stadie 2009 benyttes i database (FIGO 2009: FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009): 103–104. Tumours Editorial Board FgT. WHO Classification of tumours. 5th edition. 2020. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017).

I indikatoropgørelser tilskrives patienter den gynækologiske centerafdeling, der har stillet diagnosen.

### Beregningsregler

Tæller: Antal patienter med registrering af T, N og M. Derefter beregnes FIGO 2009, baseret på kliniske TNM-indberetninger i LPR, defineret som senest stillede kliniske T-, N- og M-værdi på et relevant helbredsforløb. Værdierne skal ligge indenfor 30 dage før til 75 dage efter diagnosedato. Nx bliver anset som NO. De T-, N- og M-værdier der hentes til databasen fremgår af LPR-kodevejledningen af kræft i livmoderen gældende fra 15. august 2025, Kodevejledning-LPR3-corpuscancer140825.pdf (FIGO 2009: FIGO COMMITTEE ON GYNECOLOGIC ONCOLOGY. Revised FIGO staging for carcinoma of the vulva, cervix, and endometrium. International Journal of Gynecology and Obstetrics 105 (2009): 103–104. Tumours Editorial Board FgT. WHO Classification of tumours. 5th edition. 2020. TNM Classification of Malignant tumours. UICC, 8. edition. Pub. 2017).

Nævner: Antal nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter i den aktuelle opgørelsesperiode.

Eksklusion: Patienter diagnosticeret med atypisk hyperplasi (n=94).

### Resultater og Diskussion

På landsplan kan der i indeværende årsrapportperiode identificeres et stadie for 76% af alle nydiagnosticerede endometrie-cancerpatienter. Indikatorværdien varierer mellem afdelinger fra 47% til 95%.

Det ses, at der også indenfor kodning af endometrie-cancer er store mangler, værre på nogle centre. Der er allerede iværksat en indsats for at bedre kodningen med undervisning på nationalt plan af nøglepersoner i kodningsprocessen og styregruppen har igangsat et samarbejde med lokale kvalitets- og IT-afdelinger.

Det er en vigtig indikator, da den skaber fokus på kodning, som er grundstenen i en brugbar og repræsentativ database.

Styregruppen beslutter at fastsætte et udviklingsmål på  $\geq 98\%$  fremadrettet.

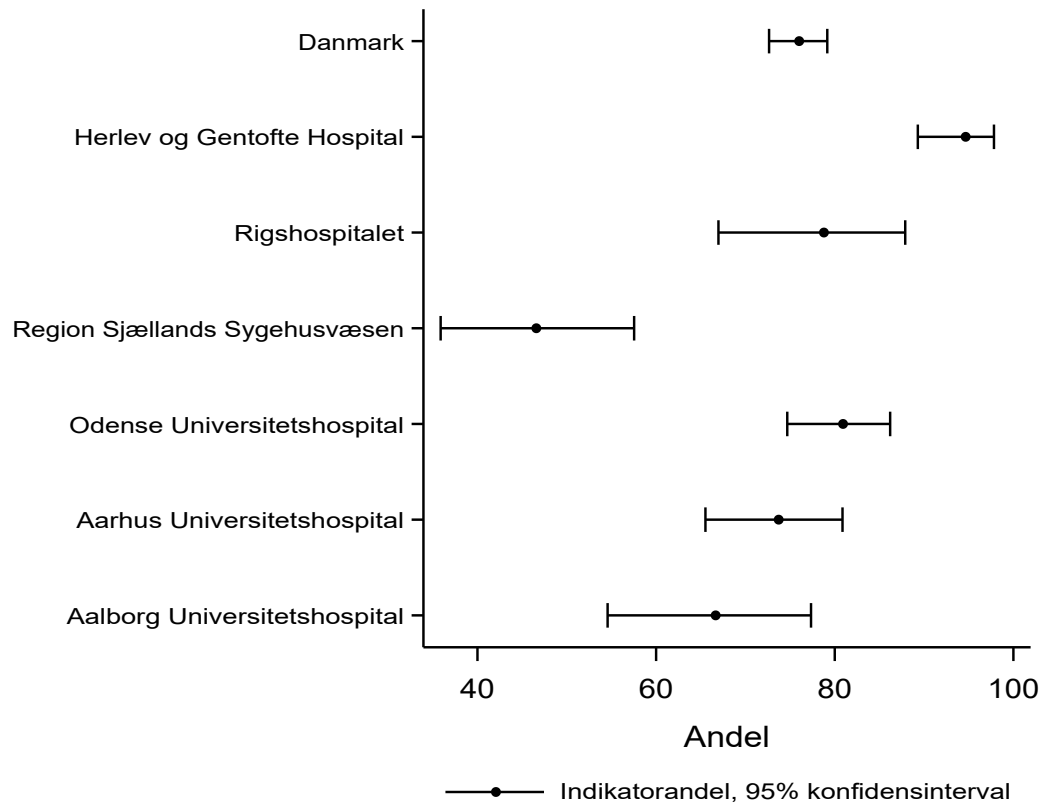
**Indikator tabel, Supplerende indikator 120**

Andelen af nydiagnosticerede endometriecancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR

|                               | Standard<br>opfyldt | Tæller/<br>nævner | Uoplyst | Aktuelle år             |         | Tidligere år |       |
|-------------------------------|---------------------|-------------------|---------|-------------------------|---------|--------------|-------|
|                               |                     |                   | antal   | 01.07.2024 – 30.06.2025 |         | 2023/24      |       |
|                               |                     |                   | (%)     | Andel                   | 95% CI  | Antal        | Andel |
| Danmark                       |                     | 523 / 688         | 0 (0)   | 76                      | (73–79) | 512 / 677    | 76    |
| Hovedstaden                   |                     | 176 / 197         | 0 (0)   | 89                      | (84–93) | 177 / 204    | 87    |
| Sjælland                      |                     | 41 / 88           | 0 (0)   | 47                      | (36–58) | 51 / 103     | 50    |
| Syddanmark                    |                     | 157 / 194         | 0 (0)   | 81                      | (75–86) | 112 / 152    | 74    |
| Midtjylland                   |                     | 101 / 137         | 0 (0)   | 74                      | (66–81) | 128 / 151    | 85    |
| Nordjylland                   |                     | 48 / 72           | 0 (0)   | 67                      | (55–77) | 44 / 67      | 66    |
| Hovedstaden                   |                     | 176 / 197         | 0 (0)   | 89                      | (84–93) | 177 / 204    | 87    |
| Herlev og Gentofte Hospital   |                     | 124 / 131         | 0 (0)   | 95                      | (89–98) | 104 / 114    | 91    |
| Rigshospitalet                |                     | 52 / 66           | 0 (0)   | 79                      | (67–88) | 73 / 90      | 81    |
| Sjælland                      |                     | 41 / 88           | 0 (0)   | 47                      | (36–58) | 51 / 103     | 50    |
| Region Sjællands Sygehusvæsen |                     | 41 / 88           | 0 (0)   | 47                      | (36–58) | 51 / 103     | 50    |
| Syddanmark                    |                     | 157 / 194         | 0 (0)   | 81                      | (75–86) | 112 / 152    | 74    |
| Odense Universitetshospital   |                     | 157 / 194         | 0 (0)   | 81                      | (75–86) | 112 / 152    | 74    |
| Midtjylland                   |                     | 101 / 137         | 0 (0)   | 74                      | (66–81) | 128 / 151    | 85    |
| Aarhus Universitetshospital   |                     | 101 / 137         | 0 (0)   | 74                      | (66–81) | 128 / 151    | 85    |
| Nordjylland                   |                     | 48 / 72           | 0 (0)   | 67                      | (55–77) | 44 / 67      | 66    |
| Aalborg Universitetshospital  |                     | 48 / 72           | 0 (0)   | 67                      | (55–77) | 44 / 67      | 66    |

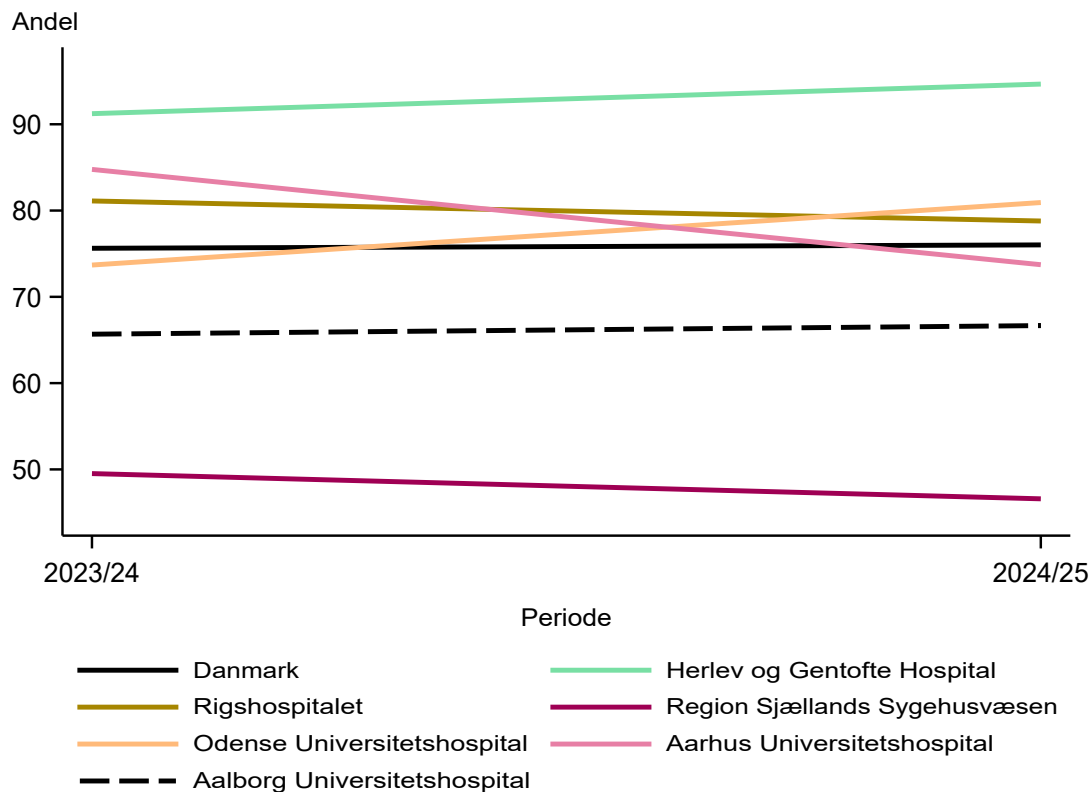
Kontroldiagram, Supplerende indikator 120

Andelen af nydiagnosticerede endometriecancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR



Trendgrad, Supplerende indikator 120

Andelen af nydiagnosticerede endometriecancerpatienter, hvor der er identificeret et klinisk T-, N- og M-stadie i LPR



## Styregruppemedlemmer

Formand, Marie Bønnelycke, Overlæge, PhD, Rigshospitalet, Region Hovedstaden

Anne Louise Zierau, afdelingslæge, PhD, Rigshospitalet, Region Hovedstaden

Anne Kudsk Ragner, Kvalitetskonsulent, Repræsentant for den dataansvarlige myndighed, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Anja Øhr Knudsen, Ledende overlæge, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Aage Knudsen, Overlæge, Aalborg Universitetshospital, Region Nordjylland

Hanna Birkbak Hovaldt, Epidemiolog, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Helle Sørensen, Klinisk sygeplejespecialist, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Katrine Fuglsang, Overlæge, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Katja Dahl, Overlæge, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Kirsten Jochumsen, Overlæge, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Lone Petersen, Overlæge, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Michael Bräuner Schmidt, Lægefaglig direktør, Aarhus Universitetshospital, Region Midtjylland

Niklas Christiansen, Datamanager, Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Tine Schnack, Overlæge, Odense Universitetshospital, Region Syddanmark

Trine Zeeberg Iversen, Overlæge, PhD, Herlev Gentofte Hospital, Region Hovedstaden

## Regionale kommentarer

### Region Hovedstaden

Ingen indkomne kommentarer

### Region Sjælland

Indikator 22:

Alle patienter med nydiagnosticeret endometriecancer kommer på MDT på SUH.

Der er inkomplet dataoverførsel fra SP til LPR, fejlen er diagnosticeret, og der forventes fuld datakomplethed ved næste rapport. I årets rapport er der registreret 80 %, der kommer på MDT (indikatormål 95%).

### Region Syddanmark

Ingen indkomne kommentarer

### Region Midtjylland

Indikator 7a: Andel nydiagnosticerede cervixcancerpatienter, som har frie resektionsrande efter hysterektomi eller trakelektomi.

Opgørelse viser, at 4/41 patienter (ca. 10%) opereret på AUH ikke har frie resektionsrande. Vi har lavet opslag på disse patienter, og det viser sig, at 1/41 (ca. 3%) patienter reelt set ikke har fri resektionsrand. Dette er i overensstemmelse med operationsudfald på de øvrige centre (RH og OUH) i Danmark

Indikator 10a: Andel af stadie IIIc-IV ovariecancerpatienter, som ikke er blevet opereret.

Initielt var andelen på AUH ganske stor med 34/66 patienter (ca. 51%), der ikke var blevet opereret. Der er gennemført opslag for denne patientgruppe.

10/66 patienter har fået foretaget operation og er kodet suboptimalt. Kodningen er justeret og vi har fokus på dette fremadrettet. 24/66 (ca. 36%) patienter har ikke fået foretaget kirurgisk behandling på noget tidspunkt. Hos 9 patienter pga. manglende effekt af neoadjuverende behandling – stationær sygdom svarende til kritiske område eller progression af sygdom. Dette vurderet på billeddiagnostik på MDT. 10 patienter har ikke ønsket at opstarte kemoterapi eller at modtage tilbud om intervalekirurgi, dette overvejende ældre kvinder > 70 år. 4 patienter havde på diagnosetidspunktet for dårlig performance status til at opstarte behandling.

Der er sideløbende foretaget opdatering af udtræk og data, så i aktuelle rapport er 21/66 patienter (ca. 32%) ikke er blevet opereret på AUH. På baggrund af ovenstående gennemgang findes dette i overensstemmelse med den kliniske virkelighed.

I forhold til alle øvrige indikatorer, er der ikke foretaget opslag. Vi bakker op om de forbehold, der er beskrevet på side 2 i rapporten om årets resultater, konklusion og anbefalinger.

### Region Nordjylland

Aalborg UH arbejder aktivt på at bedre udfordringerne i datakompletheden og er aktuelt i dialog med SundK for at adressere behovet for en større mangfoldighed i de klinisk relevante koder som høstes til DGCD samt en opmærksomhed på fundne uoverensstemmelser mellem kodevejledningen og indberetningsreglerne til LPR.

## Om denne udgivelse

Dansk Gynækologisk Cancer Database

© SundK 2025

Udarbejdet af:

Rapportens analyser er udarbejdet af Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut (SundK). Rapporten er auditeret og kommenteret af styregruppen

Formand for databasen:

Marie Bønnelycke, marie.boennelycke@regionh.dk

SundK's kontaktperson:

Anne Kudsk Ragner, ankuds@sundk.dk

Udgiver:

Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut (SundK)

Hedeager 3

8200 Aarhus N

[www.sundk.dk](http://www.sundk.dk)

Versionsdato: 19.12.2025

# Baggrundsmaterialer

---

Indikatorspecifikationer

### Indikatorspecifikationer

Denne fil er vedhæftet som bilag til online versionen af årsrapporten. Hvis du læser dette på en printet årsrapport, skal du åbne årsrapporten i en browser for at åbne filen. Hvis du læser dette fra en PDF, kan du downloade filen ved at trykke på linket her: [Indikatorspecifikationer](#)

---

## Overlevelse

### Datagrundlag og beregningsregler

Alle overlevelsesopgørelser er lavet på de gamle populationer i Dansk Gynækologisk Cancer Database i Klinisk Målesystem (KMS).

Cervixcancerpatienter er defineret som patienter registreret i KMS med cervixcancer svarende til DC53\* som A, B eller H-diagnose i Landspatientregisteret (LPR).

Ovariecancerpatienter er defineret som patienter registreret i KMS med ovariecancer, tubecancer, peritonealcancer eller uvis ovarie- eller peritonealcancer svarende til DC48\*, DC56\* eller DC57\* som A, B eller H-diagnose i LPR.

Endometriecancerpatienter er defineret som patienter registreret i KMS med corpuscancer svarende til DC54\* eller DC55\* som A, B eller H-diagnose i LPR.

Diagnosedato defineres som anamnesedato.

Overlevelsesestimer og -kurver er beregnet som Kaplan-Meier estimer og kurver. Opfølgningstiden beregnes fra anamnesedato. Eventet er død, hvor oplysningerne hentes fra det centrale personregister. Patienter censureres ved udrejse eller end-of-follow-up, som er d. 24. september 2025.

I overlevelseskurver er x-aksen defineret som år efter diagnose. X-aksen er den Kaplan-Meier estimerede overlevelsessandsynlighed i procent.

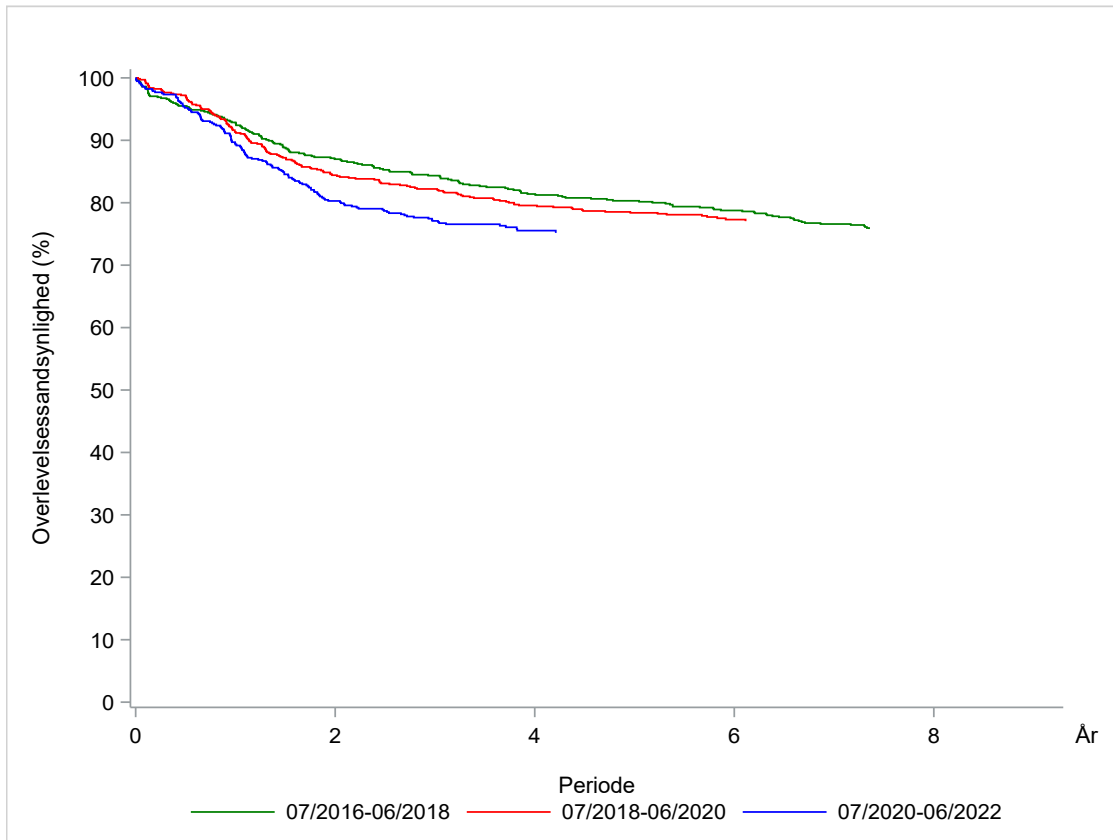
**Cervixcancer, 1-, 2- og 5-års overlevelsesestimater**

Kaplan-Meier estimeret 1-, 2- og 5-års overlevelse (95% CI) efter cervixcancer, stratificeret på diagnoseår. Der er sket en ændring over tid i fordelingen af stadie ved diagnose, hvorfor der ses dårligere overlevelse i de nyeste kohorteår. Se desuden tabel "Cervixcancer, fordeling af stadie".

| Dato for anamneseoptagelse | Antal patienter | 1-års overlevelse (%) [95%CI] | 2-års overlevelse (%) [95%CI] | 5-års overlevelse (%) [95%CI] |
|----------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2011                       | 377             | 0.92 [0.90 ; 0.95]            | 0.86 [0.82 ; 0.89]            | 0.75 [0.71 ; 0.80]            |
| 2012                       | 331             | 0.92 [0.89 ; 0.95]            | 0.85 [0.81 ; 0.89]            | 0.75 [0.71 ; 0.80]            |
| 2013                       | 364             | 0.90 [0.87 ; 0.93]            | 0.83 [0.79 ; 0.87]            | 0.74 [0.70 ; 0.79]            |
| 2014                       | 416             | 0.91 [0.88 ; 0.93]            | 0.84 [0.81 ; 0.88]            | 0.75 [0.71 ; 0.80]            |
| 2015                       | 337             | 0.91 [0.88 ; 0.94]            | 0.84 [0.80 ; 0.88]            | 0.77 [0.72 ; 0.81]            |
| 2016                       | 313             | 0.92 [0.89 ; 0.95]            | 0.85 [0.81 ; 0.89]            | 0.78 [0.74 ; 0.83]            |
| 2017                       | 344             | 0.93 [0.91 ; 0.96]            | 0.88 [0.84 ; 0.91]            | 0.81 [0.77 ; 0.85]            |
| 2018                       | 323             | 0.91 [0.88 ; 0.94]            | 0.86 [0.82 ; 0.90]            | 0.81 [0.77 ; 0.85]            |
| 2019                       | 351             | 0.91 [0.89 ; 0.94]            | 0.84 [0.81 ; 0.88]            | 0.76 [0.72 ; 0.81]            |
| 2020                       | 289             | 0.90 [0.87 ; 0.94]            | 0.80 [0.75 ; 0.85]            | 0.75 [0.70 ; 0.80]            |
| 2021                       | 269             | 0.88 [0.85 ; 0.92]            | 0.80 [0.76 ; 0.85]            | -                             |
| 2022                       | 282             | 0.92 [0.89 ; 0.95]            | 0.87 [0.83 ; 0.91]            | -                             |

**Cervixcancer, overlevelseskurver**

Kaplan-Meier estimerede overlevelseskurver efter diagnose med cervixcancer, stratificeret på diagnoseår i grupperne: 1. juli 2016-30. juni 2018, 1. juli 2018-30. juni 2020 og 1. juli 2020-30. juni 2022. Der er sket en ændring over tid i fordelingen af stadie ved diagnose, hvorfor der ses dårligere overlevelse i de nyeste kohorteår. Se desuden tabel "Cervixcancer, fordeling af stadie".



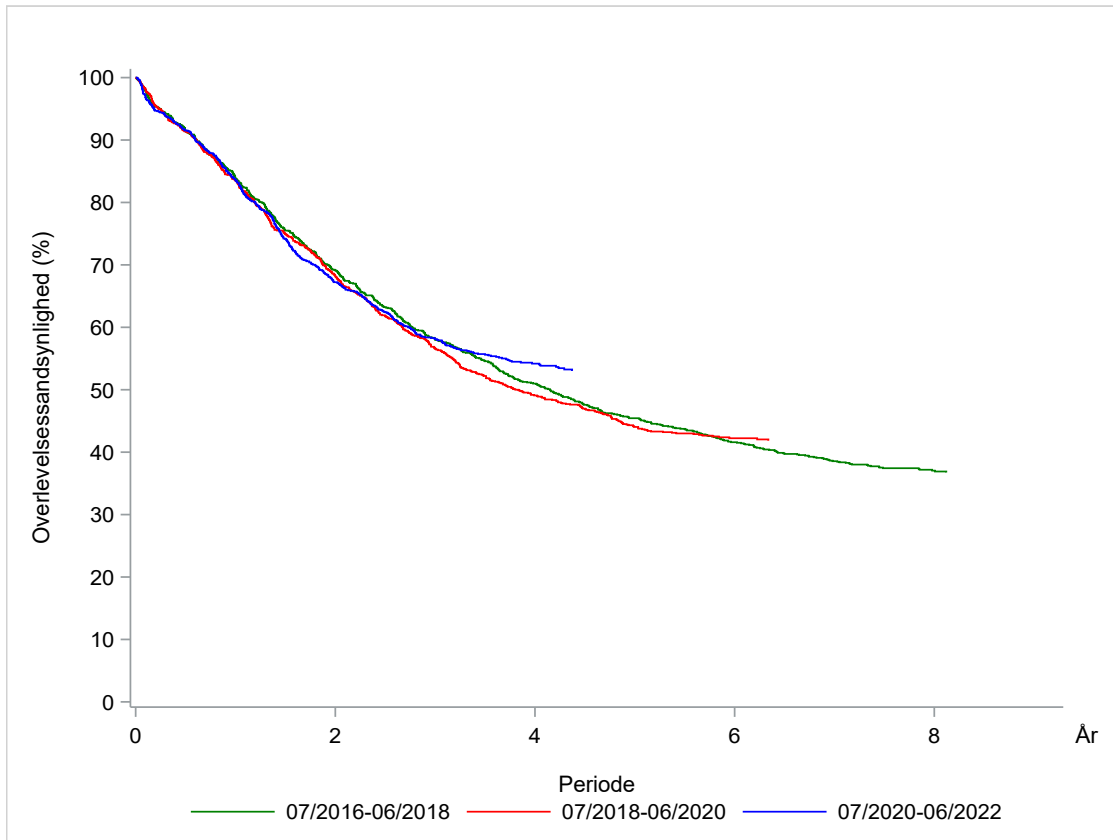
**Ovariecancer, 1-, 2- og 5-års overlevelsesestimater**

Kaplan-Meier estimeret 1-, 2- og 5-års overlevelse (95% CI) efter ovariecancer, stratificeret på diagnoseår.

| Dato for anamneseoptagelse | Antal patienter | 1-års overlevelse (%) [95%CI] | 2-års overlevelse (%) [95%CI] | 5-års overlevelse (%) [95%CI] |
|----------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2011                       | 548             | 0.80 [0.77 ; 0.83]            | 0.65 [0.61 ; 0.69]            | 0.41 [0.37 ; 0.45]            |
| 2012                       | 514             | 0.81 [0.77 ; 0.84]            | 0.67 [0.63 ; 0.71]            | 0.42 [0.38 ; 0.46]            |
| 2013                       | 544             | 0.83 [0.80 ; 0.86]            | 0.69 [0.65 ; 0.73]            | 0.45 [0.41 ; 0.49]            |
| 2014                       | 546             | 0.83 [0.80 ; 0.86]            | 0.70 [0.66 ; 0.73]            | 0.46 [0.42 ; 0.50]            |
| 2015                       | 584             | 0.81 [0.77 ; 0.84]            | 0.64 [0.60 ; 0.68]            | 0.42 [0.38 ; 0.46]            |
| 2016                       | 588             | 0.82 [0.79 ; 0.85]            | 0.68 [0.65 ; 0.72]            | 0.43 [0.39 ; 0.47]            |
| 2017                       | 585             | 0.85 [0.82 ; 0.88]            | 0.71 [0.67 ; 0.74]            | 0.46 [0.42 ; 0.51]            |
| 2018                       | 538             | 0.83 [0.80 ; 0.86]            | 0.65 [0.61 ; 0.69]            | 0.43 [0.39 ; 0.47]            |
| 2019                       | 531             | 0.83 [0.80 ; 0.86]            | 0.67 [0.63 ; 0.71]            | 0.43 [0.39 ; 0.47]            |
| 2020                       | 544             | 0.84 [0.81 ; 0.87]            | 0.71 [0.67 ; 0.75]            | 0.49 [0.44 ; 0.53]            |
| 2021                       | 531             | 0.83 [0.80 ; 0.86]            | 0.66 [0.62 ; 0.70]            | -                             |
| 2022                       | 410             | 0.83 [0.80 ; 0.87]            | 0.68 [0.63 ; 0.72]            | -                             |

Ovariecancer, overlevelseskurver

Kaplan-Meier estimerede overlevelseskurver efter diagnose med ovariecancer, stratificeret på diagnoseår i grupperne: 1. juli 2016-30. juni 2018, 1. juli 2018-30. juni 2020 og 1. juli 2020-30. juni 2022.



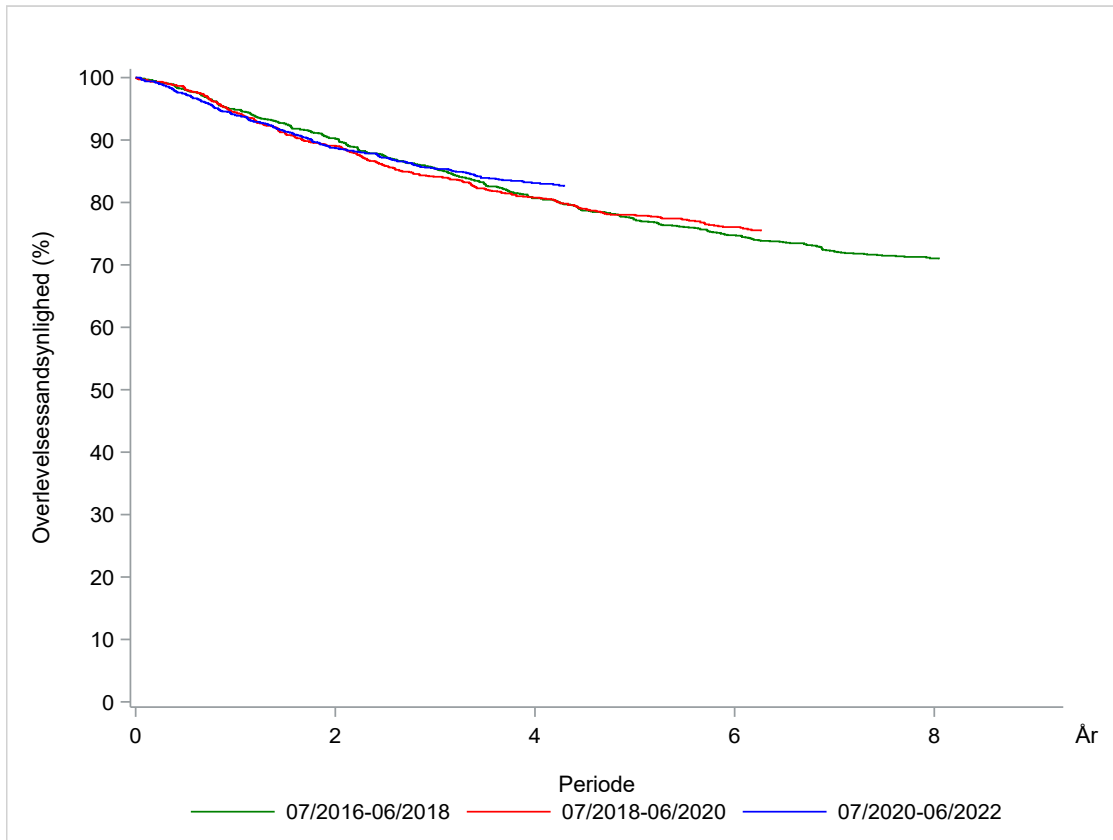
**Endometriecancer, 1-, 2- og 5-års overlevelsesestimater**

Kaplan-Meier estimeret 1-, 2- og 5-års overlevelse (95% CI) efter endometriecancer, stratificeret på diagnoseår.

| Dato for anamneseoptagelse | Antal patienter | 1-års overlevelse (%) [95%CI] | 2-års overlevelse (%) [95%CI] | 5-års overlevelse (%) [95%CI] |
|----------------------------|-----------------|-------------------------------|-------------------------------|-------------------------------|
| 2011                       | 795             | 0.93 [0.91 ; 0.95]            | 0.86 [0.83 ; 0.88]            | 0.76 [0.73 ; 0.79]            |
| 2012                       | 806             | 0.92 [0.90 ; 0.94]            | 0.88 [0.85 ; 0.90]            | 0.72 [0.69 ; 0.76]            |
| 2013                       | 750             | 0.93 [0.91 ; 0.95]            | 0.88 [0.86 ; 0.91]            | 0.77 [0.74 ; 0.80]            |
| 2014                       | 814             | 0.91 [0.89 ; 0.93]            | 0.85 [0.83 ; 0.88]            | 0.75 [0.72 ; 0.78]            |
| 2015                       | 771             | 0.94 [0.93 ; 0.96]            | 0.88 [0.86 ; 0.90]            | 0.78 [0.75 ; 0.81]            |
| 2016                       | 737             | 0.96 [0.95 ; 0.97]            | 0.92 [0.90 ; 0.94]            | 0.81 [0.78 ; 0.84]            |
| 2017                       | 666             | 0.94 [0.93 ; 0.96]            | 0.90 [0.88 ; 0.92]            | 0.76 [0.72 ; 0.79]            |
| 2018                       | 663             | 0.95 [0.93 ; 0.97]            | 0.90 [0.88 ; 0.92]            | 0.78 [0.74 ; 0.81]            |
| 2019                       | 650             | 0.94 [0.93 ; 0.96]            | 0.89 [0.86 ; 0.91]            | 0.78 [0.75 ; 0.81]            |
| 2020                       | 704             | 0.95 [0.93 ; 0.97]            | 0.90 [0.88 ; 0.92]            | 0.80 [0.77 ; 0.83]            |
| 2021                       | 677             | 0.93 [0.91 ; 0.95]            | 0.88 [0.86 ; 0.90]            | -                             |
| 2022                       | 431             | 0.94 [0.91 ; 0.96]            | 0.88 [0.85 ; 0.91]            | -                             |

Endometriecancer, overlevelseskurver

Kaplan-Meier estimerede overlevelseskurver efter diagnose med endometriecancer, stratificeret på diagnoseår i grupperne: 1. juli 2016-30. juni 2018, 1. juli 2018-30. juni 2020 og 1. juli 2020-30. juni 2022.



**Cervixcancer, fordeling af stadie**

Fordeling af FIGO stadie på kohorter af patienter, 2016-18, 2018-20, 2020-22

| Periode         | Ukendt | I   | II  | III | IV | Total |
|-----------------|--------|-----|-----|-----|----|-------|
| 07/2016-06/2018 | 15     | 389 | 141 | 68  | 32 | 630   |
| 07/2018-06/2020 | 18     | 391 | 140 | 83  | 49 | 663   |
| 07/2020-06/2022 | 20     | 267 | 79  | 134 | 63 | 543   |

