



# **Dansk Melanom Database (DMD)**

## **Årsrapport 2021**

**For opgørelsesperioden  
1. januar 2021 - 31. december 2021**

Offentliggjort version, 30. juni 2022

## **Rapporten udgår fra**

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

Styregruppen består af repræsentanter fra de involverede specialer (plastikkirurgi, patologi, onkologi, dermatologi (både i primær- og sekundærsektor) og sygepleje), patientrepræsentanter, RKKP's Videncenter samt Forretningsudvalget for Dansk Melanom Gruppe (DMG).

Databasens formand er professor, overlæge, dr.med. Lisbet Rosenkrantz Hölmich, Afdeling for Plastikkirurgi Herlev og Gentofte Hospital.

Databasens kliniske epidemiolog er Hanna Birkbak Hovaldt, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP.

Databasens datamanager er Nick Martinussen, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP.

Databasens kontaktperson og repræsentant for den dataansvarlige myndighed er Linnea Damslund, Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP, Rigshospital, Ryesgade 53 B, 3. etage, 2100 København Ø, e-mail: [iddams@rkkp.dk](mailto:iddams@rkkp.dk), tlf.: 61614706.

Udgivelsesdato: 30.06.2022

Årsrapporten kan downloades fra [www.melanoma.dk](http://www.melanoma.dk) og [www.sundhed.dk](http://www.sundhed.dk).



## Indhold

<b>1. Konklusioner og anbefalinger</b> .....	<b>4</b>
1.1. Overordnede konklusioner .....	4
1.2. Anbefalinger .....	5
<b>2. Oversigt over indikatorer</b> .....	<b>6</b>
<b>3. Oversigt over samlede indikatorresultater</b> .....	<b>7</b>
<b>4. Indikatorresultater</b> .....	<b>8</b>
Indikator 0: Dækningsgrad .....	8
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM-stadie.....	13
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjer .....	18
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, som har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi .....	23
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm .....	29
Indikator 10: Andel lymfeknudelokalisationer, hvor der er fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi .....	34
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor .....	40
Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude .....	45
<b>5. Supplerende indikatorer</b> .....	<b>50</b>
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet .....	50
Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie .....	55
<b>6. Supplerende opgørelser</b> .....	<b>59</b>
6.1. Udvikling i prævalens af malignt melanom .....	59
6.2. Beskrivelse af årsrapportpopulationen på patientniveau .....	63
6.3. Beskrivelse af årsrapportpopulationen på tumorniveau.....	64
6.4. Aldersstandardiserede incidensrater for 2021 .....	67
6.5. Andelen af personer med 1. primærtumor eller ny multipel tumor i 2021 .....	70
6.6. Sentinel lymfeknudebiopsi.....	72
6.7. 5-års overlevelse .....	73
6.8. Lymfødeme .....	74
<b>7. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet</b> .....	<b>75</b>
<b>8. Datagrundlag</b> .....	<b>77</b>
8.1. Dataindsamling og -kvalitet .....	77
8.2. Grundpopulation .....	77
8.3. Statistiske metoder.....	77
8.4. Dokumentation .....	77
<b>9. Dækningsgrad og datakomplethed</b> .....	<b>78</b>
9.1. Dækningsgrad .....	78
9.2. Datakomplethed .....	78
<b>10. Styregruppens medlemmer</b> .....	<b>79</b>
<b>11. Appendiks</b> .....	<b>81</b>
11.1. Vejledning i fortolkning af resultater .....	81
11.2. Oversigt over indberettende afdelinger .....	82
<b>12. Regionale kommentarer og kommentarer fra øvrige aktører</b> .....	<b>84</b>



## 1. Konklusioner og anbefalinger

Nærværende årsrapport dækker opgørelsesperioden 1. januar – 31. december 2021. Samlet set er der opgjort data på 34.983 tumorer, herunder både invasive og in situ melanomer, blandt 33.361 patienter registreret siden 2013.

I årsrapporten indgår otte officielle indikatorer og to supplerende indikatorer, hvoraf en er tidligere officiel indikator og en er ny indikator under udvikling.

### 1.1. Overordnede konklusioner

Generelt er indikatoropfyldelsen som vanligt høj, og på tværs af landet er indrapporteringen relativt ensartet. For nogle få indikatorer (indikator 1 og 3), er der enkelte afdelinger, som ligger under indikatorværdien, men det skønnes at være udtryk for tilfældig variation og ikke dårligere kvalitet i behandlingen, da de pågældende afdelinger plejer at have god målopfyldelse.

Der er i indeværende årsrapport 8 kliniske indikatorer og 2 supplerende indikatorer, hvor den ene, indikator 16: angivelse af klinisk stadium, forventes at blive reel indikator til næste år. 97% på landsplan har oplysninger om klinisk stadium, hvilket er særdeles godt, og der er ikke stor variation. Den anden, indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret') har tidligere været indikator og forventes pga. meget høj og ensartet målopfyldelse (100 %) at udgå næste år. Disse supplerende indikatorer vises i afsnit 5.

Dækningsgrad (indikator 0) er med for anden gang og ligger på landsplan på 94%, målt i forhold til Landsregisteret for Patologi. Det er lige under det fastsatte indikatorniveau på 95%. Det er vurderet, at den reelle dækningsgrad er højere, pga. regnetekniske forhold, som forsøges optimeret til næste årsrapport. Blandt de forholdsvis få tumorer, som kun er behandlet af *øvrige afdelinger og private aktører* er der kun 53 % dækningsgrad.

TNM registrering (indikator 1) er som hidtil meget velregistreret; på landsplan ligger andelen af tumorer med registreret klinisk stadium (TNM-stadie) på 99%. En enkelt afdeling ligger lidt under indikatorværdien. Da der længe ikke har været forbedringspotentiale, udgår den nu, og vil blive erstattet af indikator 16: klinisk stadium, som er endnu vigtigere, f.eks. ved valg af behandling og tilrettelæggelse af opfølgning. Det klinisk stadium baserer sig på TNM registreringen, hvorfor det i praksis stadig medgår i indikatorberegning.

Samlet set er der registreret 2.473 invasive tumorer på truncus og ekstremiteter i aktuelle opgørelsesperiode. Ud af disse, ligger andelen af tumorer, hvor den samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjerne (indikator 3), på landsplan på 93%. Der er generelt høj og ret ensartet målopfyldelse, men i Region Sjælland (Roskilde) er målopfyldelsen for første gang noget lavere (76%). Det formodes at skyldes registreringsfejl, og ikke ændring i kirurgisk behandling, men dette vil blive tjekket ved lokal audit for at finde årsag hertil.

Andel af patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, svarende til T1b tumorer eller derover, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi (indikator 4), ligger på landsplan på 90%, hvilket er godt over indikatorniveauet på 80%. Der er som hidtil nogen variation inden for afdelingerne; mindre inden for regionerne. Variation i casemix, og særligt i patienternes komorbiditet, som kan være kontraindikation for operation i fuld bedøvelse, kan formentlig forklare denne variation. I år er der tilført data i supplerende tabeller, som delvist belyser dette. Der er bred enighed nationalt og internationalt om, at kendskab til sentinel node status er meget vigtig for TNM-staging, tilbud om adjuverende behandling og allokering til korrekt opfølgningsprogram. Der er noget større diskussion om hvilke patienter, som bør tilbydes sentinel lymfeknudebiopsi, og fra 2022 er der ændret lidt i kriterierne for T1 melanomer, mens de er uændrede for tykkere melanomer (se <https://www.dmccg.dk/Kliniske-retningslinjer/kliniske-retningslinjer-opdelt-paa-dmccg/melanom/sentinel-node-biopsi-procedure-for-melanom/>).

På landsplan ligger andelen af invasive tumorer med angivelse af tumortykkelse på 100% (indikator 5) ligesom tidligere år. Indikatoren opfyldes for alle regioner og afdelinger, og der ses ingen forskelle mellem regionerne. Målopfyldelsen har altid ligget højt, og der er ikke forbedringspotentiale, men den bevares, da den opfattes som DMDS kongeindikator – den vigtigste sygdomsparameter.

I aktuelle opgørelsesperiode er der samlet set registreret biopsi i 1.553 lymfeknudelokalisationer (patienten kan have fået foretaget biopsi i mere end en lokalisation). Ud af disse ligger andelen af lymfeknudelokalisationer, hvor der er fjernet højst tre lymfeknuder (indikator 10) på landsplan på 95%. En enkelt region/afdeling ligger lige under. Standarden på 90% er opfyldt for øvrige afdelinger og uden stor variation. I år er medtaget en supplerende tabel, som angiver, det samlede antal lymfeknuder inkl. ikke-sentinel lymfeknuder, der er fjernet pr. region. Fra næste år vil dette tal blive medtaget i indikatorberegningen, da dette er den vigtige kliniske parameter, for at nedsætte risiko for morbiditet. Dette ændrer dog ikke betydningsfuldt i tallene (vi ender på en værdi på 94,7% på landsplan og alle regioner opfylder kriteriet).

Andelen af tumorer, hvor forekomst af mikrosatellit er anført (indikator 14) ligger ensartet meget højt og samlet er den på 99%. En enkelt afdeling med få tumorer ligger lige under, dog inden for konfidensintervallet. Forekomst af mikrosatellit er et dårligt prognostisk tegn, og klassificeret pt. i N+ kategori uanset forekomst af lymfeknudemetastaser, og dette har betydning for behandling og opfølgning, og ikke mindst mulighed for adjuverende terapi.



Tilsvarende er angivelse af diameter af metastasefokus i sentinel lymfeknude (indikator 15) også vigtigt for korrekt patologisk staging og mulighed for adjuverende terapi. Indikatoren er fint opfyldt landet over.

Afsnit 6 rummer en række vigtige beskrivende tabeller og grafer om fordeling af tumorer og patienter i 2021 fordelt på alder, køn, tumortype, geografi mv. Disse basis data er reorganiseret og udbygget i forhold til tidligere årsrapporter, hvilket gør årsrapporten endnu mere brugbar og interessant. Nogle af de vigtigste tabeller og grafer omtales nedenfor.

Tabel 1 viser forekomst af invasive og in situ tumorer siden 2015, og der ses en 6% stigning i invasive tumorer sammenlignet med sidste år (6,6% på patientniveau) mens der for in situ tumorer kun er en stigning på 0,5% og 1,1% på henholdsvis tumor- og patientniveau. Nye grafer illustrerer stigningen fordelt på aldersintervaller, både absolut og som incidens. Det ses tydeligt, at de ældre aldersgrupper tegner sig for stigningen, mens der ser ud til at være et svagt fald for de yngre grupper, hvilket taler for, at årsbefolkningsoplysning om modermærkekræft måske er ved at slå igennem. Stigningen i in situ tumorer aldersafhængighed er endnu tydeligere end for de invasive tumorer.

Afsnit 6.3 viser årsrapportpopulationen på tumorniveau, og heraf fremgår bl.a. regionale forskelle i henvisningsmønster. I region Hovedstaden henvises flere patienter med tumor end i de øvrige regioner (72,8%). Et tilsvarende antal ses dog også i region Nordjylland, men her har den plastikkirurgiske afdeling filterfunktion, hvorfor det er forventeligt.

Fra plastikkirurgisk side er det et generelt ønske, at flere tumorer fjernes ved excisionsbiopsi i primærsektoren før henvisning.

Afsnit 6.4 viser aldersstandardiserede incidensrater for de 2 køn og pr. region, og der ses nogen, men ikke alarmerende, variation. Dette er diskuteret i det relevante afsnit.

Afsnit 6.5 indeholder tabeller og graf over patienter med flere tumorer i DMD. Henholdsvis 7,8% af patienter med invasiv tumor i 2021 har haft en tilsvarende invasiv tumor før, og for dem som præsenterede sig i 2021 med et in situ melanom havde 12,4 % haft en invasiv tumor før. Tallene er lavere for tidligere in situ melanomer (henholdsvis 2,2% og 3,0%). De fleste nr. 2 tumorer kommer inden for 5 år fra den første tumor, og vil således blive fanget, hvis patienten går i kontrolforløb. Alt i alt er der flere med multiple melanomer end hidtil antaget. Et videnskabeligt studie om multiple melanomer er under forberedelse og vil forhåbentlig kunne pege på risikofaktorer og anbefalinger.

Opgørelse over foretagne sentinel node biopsier vises i tabel 9, og her ses også andelen af patienter med positive lymfeknuder. Mønsteret er helt som forventet med stigende forekomst med stigende tumorstadium.

5-års estimeret totaloverlevelse fordeler sig også forventeligt jf. klinisk stadium; dog bemærkes at stadium III patienterne klarer sig bedre end både IIB og IIC. Da hovedparten af disse udgøres af patienter med mikrometastaser er dette nok forventeligt.

I år er medtaget en tabel (6.8) over indrapportering af lymfødeme ca. 1½ år efter primær operation med sentinel node biopsi. Tallene er små og næppe retvisende, idet en del ikke er fulgt op inden for tidsintervallet og ikke renses for evt. yderligere lymfeknudekirurgi. Vi vil arbejde videre med denne variabel, som er udtryk for senfølger, og derfor meget vigtig, og vi håber, at den kan blive en indikator på sigt.

## 1.2. Anbefalinger

Diagnostik og den primære behandling af melanom i Danmark foregår uændret på højt og ret ensartet niveau landet over, hvilket dokumenteres i DMD. Dette solide arbejde skal fastholdes, og vi skal fortsat inddrage monitorering af flere klinisk relevante områder, herunder tværgående indikatorer.

Styregruppen for DMD vil gerne måle mere på den kliniske kvalitet af både kirurgi og opfølgning. Vi ønsker bl.a. at opføre forekomst af recidiv og behandling af dette. Datagrundlaget tilvejebringes kun ved manuel indtastning, som for nye parametre har vist sig temmelig uens. Det har vanskeliggjort udvikling. Der har i det indeværende år været arbejdet med automatisk datafangst fra Landspatientregisteret for Patologi. Dette forventes implementeret fra 2023 for primær tumor, og dernæst arbejdes med fangst af recidivdata og sentinel node patologi.

Allerede fra næste årsrapport vil vi tillige arbejde på at hente oplysninger om andel patienter, som diskuteres på MDT konference fra LPR, og der er også ønske om at undersøge brug af PET-CT skanning via LPR data. Vi er ikke lykkedes med at belyse dette godt nok via indrapporterede variabler fra diagnostik og opfølgning.

Styregruppen ønsker at inddrage patientrapporterede (PRO) data om forløb og -evaluering. Dette vil ske trinvist, men der har endnu ikke været ressourcer til dette. Et videnskabeligt studie skal evaluere brug af PRO, og det forventes at resultater herfra kan overføres til databasen.

Styregruppen anbefaler, at RKKP-personalet, som er tilknyttet DMD, får mulighed for at arbejde videre med den automatiske datafangst både fra Landsregisteret for Patologi og fra LPR i 2022. Vi har hårdt brug for en tidssvarende løsning som ikke indebærer unødigt dobbeltregistrering, og som gør, at de meget travle klinikere og paraklinikere kan fokusere indsatsen på det patientnære arbejde. Det kan også frigøre lægetid til udviklingsarbejde i form af retningslinjer og behandlingsvejledninger samt forskning.



## 2. Oversigt over indikatorer

Her præsenteres en oversigt over indikatorerne for DMD.

Indikator 14 og 15 indgår for første gang som officielle indikatorer. I de supplerende indikatorer vises resultater for indikator 7 og indikator 16 – en ny indikator om klinisk stadie.

### Indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP)	Struktur	Andel	≥ 95 %	DMD_99_002
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie	Proces	Andel	≥ 95 %	DMD_01_005
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer	Proces	Andel	≥ 90 %	DMD_03_003
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse ≥ 0.8 mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi	Proces	Andel	≥ 80 %	DMD_04_005
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata	Proces	Andel	≥ 97 %	DMD_05_003
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi	Proces	Andel	≥ 90 %	DMD_10_004
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor	Proces	Andel	≥ 95 %	DMD_14_002
Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude	Proces	Andel	≥ 95 %	DMD_15_002

### Supplerende indikatoroversigt

Indikator	Type	Format	Standard	ID
Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie	Proces	Andel		DMD_16_001
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '≥ 1' eller 'uklassificeret')	Resultat	Andel	≥ 97 %	DMD_07_003

### 3. Oversigt over samlede indikatorresultater

Her præsenteres de samlede indikatorresultater på landsplan for opgørelsesperioden 1. januar 2021 til 31. december 2021 med tilhørende konfidensintervaller (95% CI) for værdien. Resultaterne for tidligere år er ligeledes vist.

#### Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.01.2021 - 31.12.2021 Andel (95% CI)	2020 Andel (95% CI)	2019 Andel (95% CI)
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP)	≥ 95	0	94 (94-95)	95	94
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie	≥ 95	1	99 (98-99)	100	100
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder eksklusiveret) er i overensstemmelse med retningslinjer	≥ 90	3	93 (92-94)	95	97
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse ≥ 0.8 mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi	≥ 80	1	84 (82-86)	86	87
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata	≥ 97	0	100 (100-100)	100	100
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi	≥ 90	3	95 (94-96)	97	95
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologisk maet vedrørende primærtumor	≥ 95	0	99 (99-100)	99	95
Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude	≥ 95				

#### Oversigt over de supplerende indikatorer

Indikator	Standard	Uoplyst %	Indikatoropfyldelse		
			01.01.2021 - 31.12.2021 Andel (95% CI)	2020 Andel (95% CI)	2019 Andel (95% CI)
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '≥ 1' eller 'uklassificeret')	≥ 97	0	100 (100-100)	100	100
Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie		0	97 (96-97)	97	96



## 4. Indikatorresultater

I det følgende præsenteres resultater for hver indikator på henholdsvis lands-, behandlende regions- og afdelingsniveau jf. ovenstående indikator tabel. I afsnit 8 findes en beskrivelse af datagrundlaget og populationen, der indgår i opgørelserne i denne årsrapport. En læsevejledning forefindes i afsnit 11.

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

### Indikator 0: Dækningsgrad

I nedenstående tabel fremgår Dansk Melanom Databases (DMD) dækningsgrad i forhold til alle patienters registreringer i Landsregistret for Patologi (LRP) og DMD for aktuelle opgørelsesperiode. Der er fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

#### Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP)

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 95\%$ opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019		Andel	Andel
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Nej	4.411 / 4.668	0 (0)	94	(94-95)	4.162 / 4.366	95	4.128 / 4.369	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.391 / 1.465	0 (0)	95	(94-96)	1.326 / 1.381	96	1.444 / 1.491	97
<b>Sjælland</b>	Nej	564 / 599	0 (0)	94	(92-96)	603 / 620	97	556 / 590	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.013 / 1.042	0 (0)	97	(96-98)	960 / 989	97	988 / 1.024	96
<b>Midtjylland</b>	Ja	926 / 955	0 (0)	97	(96-98)	811 / 850	95	685 / 724	95
<b>Nordjylland</b>	Ja	426 / 435	0 (0)	98	(96-99)	362 / 370	98	351 / 362	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.391 / 1.465	0 (0)	95	(94-96)	1.326 / 1.381	96	1.444 / 1.491	97
Herlev	Ja	769 / 802	0 (0)	96	(94-97)	706 / 738	96	713 / 736	97
Rigshospitalet	Nej	622 / 663	0 (0)	94	(92-96)	620 / 643	96	731 / 755	97
<b>Sjælland</b>	Nej	564 / 599	0 (0)	94	(92-96)	603 / 620	97	556 / 590	94
Roskilde	Nej	564 / 599	0 (0)	94	(92-96)	603 / 620	97	556 / 590	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	1.013 / 1.042	0 (0)	97	(96-98)	960 / 989	97	988 / 1.024	96
Aabenraa	Nej	10 / 11	0 (0)	91	(59-100)	73 / 75	97	44 / 44	100
Esbjerg	Ja	220 / 226	0 (0)	97	(94-99)	182 / 187	97	170 / 177	96
Odense	Ja	484 / 499	0 (0)	97	(95-98)	443 / 457	97	498 / 522	95
Vejle	Ja	299 / 306	0 (0)	98	(95-99)	262 / 270	97	276 / 281	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	926 / 955	0 (0)	97	(96-98)	811 / 850	95	685 / 724	95
Århus	Ja	926 / 955	0 (0)	97	(96-98)	811 / 850	95	685 / 724	95
<b>Nordjylland</b>	Ja	426 / 435	0 (0)	98	(96-99)	362 / 370	98	351 / 362	97
Aalborg	Ja	426 / 435	0 (0)	98	(96-99)	362 / 370	98	351 / 362	97
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>									
Øvrige aktører	Nej	91 / 172	0 (0)	53	(45-61)	100 / 156	64	104 / 178	58





## 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP)

	Antal	Årsag
Eksklusion:	10	Ukendt afdeling

### Datagrundlag

I opgørelsen indgår både invasive og in situ melanomer. Der er udelukkende inkluderet patienter med tumorer indberettet til databasen i perioden 1. januar til 31. december 2021. Ligeledes inkluderes der kun registreringer om melanomer i Landregisteret for Patologi for perioden 1. januar til 31. december 2021. Relaterede indberetninger for samme patient til de to datakilder kan således ligge på hver sin side af årsskiftet. Dette tages der ikke højde for i beregningen af dækningsgraden. Ligeledes er der ikke taget højde for, at nogle melanomregistreringer i Landsregisteret for Patologi i den pågældende periode kan være f.eks. revisioner af melanomer registreret i DMD inden den aktuelle opgørelsesperiode. Dette betyder, at populationen identificeret i Landsregisteret for Patologi på nuværende tidspunkt inkluderer patienter, der er misklassificeret som værende nydiagnosticerede melanomer i den aktuelle opgørelsesperiode. Derfor forventes det, at den aktuelle dækningsgrad er underestimeret, og at den sande dækningsgrad dermed er højere end afrapporteret i indikatortabellen. Der arbejdes i øjeblikket på en ny algoritme til identifikation af melanomer i Landsregisteret for Patologi, som vil imødekomme problematikken med misklassifikation og give en mere valid dækningsgrad.

I søgningen efter registrerede koder i Landsregisteret for Patologi, er kun de hyppigst forekommende M-koder inkluderet og er således forskellig fra koderne beskrevet i indberetningsvejledningen fra Patologiudvalget under Dansk Melanom Gruppe. Der kan være enkelte sjældent forekommende koder, som ikke indgår i populationsberegningen fra Landsregisteret for Patologi. De inkluderede SNOMED-koder fra Landsregisteret for Patologi er: T01xxx/T02xxx i kombination med M87202, M87203, M87209, M87412, M87213, M87219, M87303, M87309, M87403, M87409, M87413, M87419, M87422, M87423, M87429, M87433, M87439, M87452, M87453, M87459, M874A3, M874A9, M87603, M87609, M87803, M87809, M87903 og M87909.

Indikatoren opgøres på de behandlingsansvarlige kirurgiske afdelinger, eksempelvis afrapporteres patienter fra Herning under Århus. En fuld oversigt over hvilke enheder, der bliver afrapporteret i hvilke strata, fremgår af afsnit 11.2.

### Beregningsregler

- Tæller: Antal patienter registreret med invasiv og/eller in situ melanomer i DMD.
- Nævner: Antal patienter registreret med invasiv og/eller in situ melanomer i LRP eller DMD.

### Resultater

I DMD er der i 2021 blevet registreret 4.411 patienter med et melanom. I LRP og DMD er der samlet registreret 4.668 patienter med melanom i 2021, hvilket giver en dækningsgrad i DMD på 94% (95% CI: 94-95) på landsplan. I årsrapporten 2020 blev det besluttet at hæve standarden fra 90% til 95%. Dermed opfylder 6 ud af 9 afdelinger den nye standard på 95%. Der er 3 afdelinger samt øvrige aktører, der ligger under den fastsatte standard på 95%; Rigshospitalet, Roskilde, Aabenraa og øvrige aktører. Her skal man dog være opmærksom på, at der forventes at være en indbygget underestimering i årsresultatet, som her kan have betydning for estimaterne for Rigshospitalet, Roskilde og Aabenraa. Af trendgraferne ses der en svagt stigende tendens i dækningsgraden for alle regioner og afdelinger inkl. Rigshospitalet, Roskilde og Aabenraa, hvor dækningsgraden på afdelingsniveau har ligget lige omkring de 95% eller højere.

### Diskussion og implikationer

Det forventes, at den opgjorte dækningsgrad er underestimeret, da f.eks. revisioner af melanomer diagnosticeret i 2020 indgår i nævneropgørelsen for 2021. Algoritmen er under udbedring og indikatoren bliver hermed mere anvendelig. Det vil være interessant at undersøge årsager til manglende indberetning i DMD, når beregningsmetoden er optimeret.

For at DMD data kan anvendes til overvågning, kvalitetsmåling og forskning er det ultimativt, at næsten alle tilfælde indrapporteres. Derfor er indikatorstandarder i år hævet til 95%.

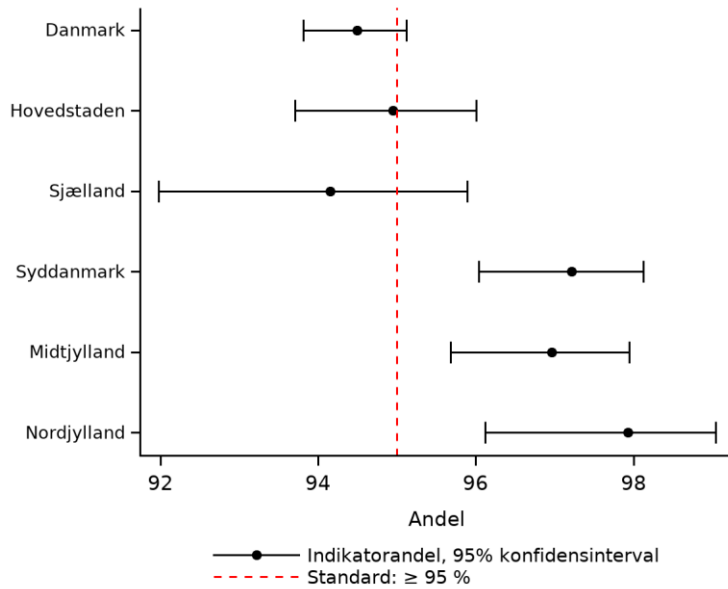
Under alle omstændigheder er manglerne ganske små og skønnes ikke betydningsfulde, og slet ikke set i lyset af potentiel indbygget underestimering. Omvendt er det tilfredsstillende at se, at flere afdelinger ligger betydeligt over indikatorniveauet.

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

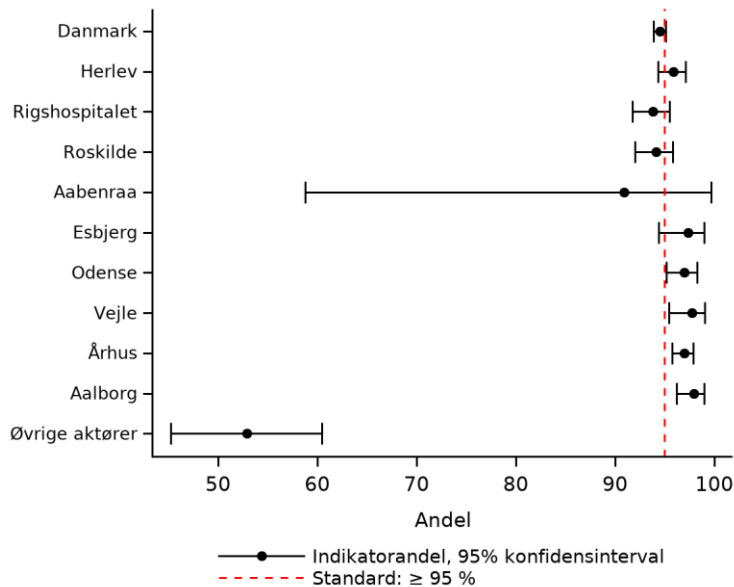
Indikatoren er vigtig for at kunne vurdere datagrundlaget for de øvrige opgørelser og bibeholdes. Styregruppens revision af algoritmen forventes at forbedre validiteten og standardopfyldelsen af dækningsgraden fremover.



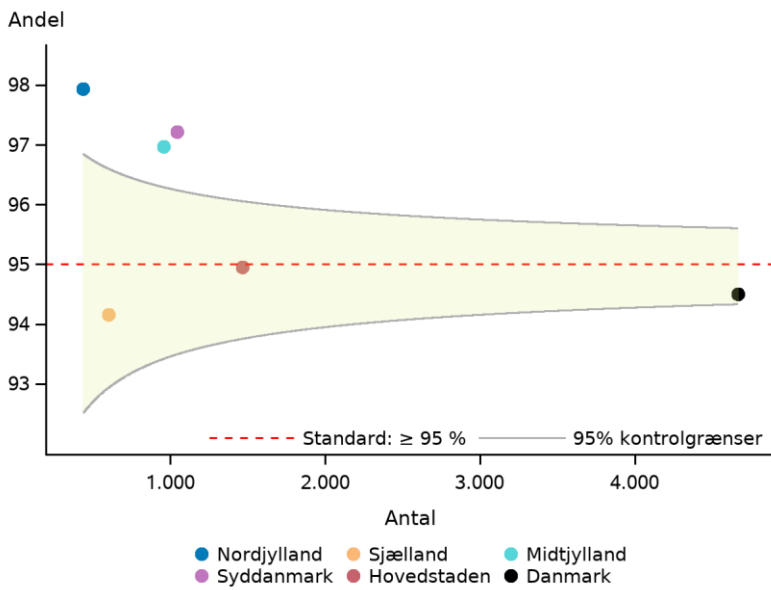
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP). Kontrolldiagram på regionsniveau.



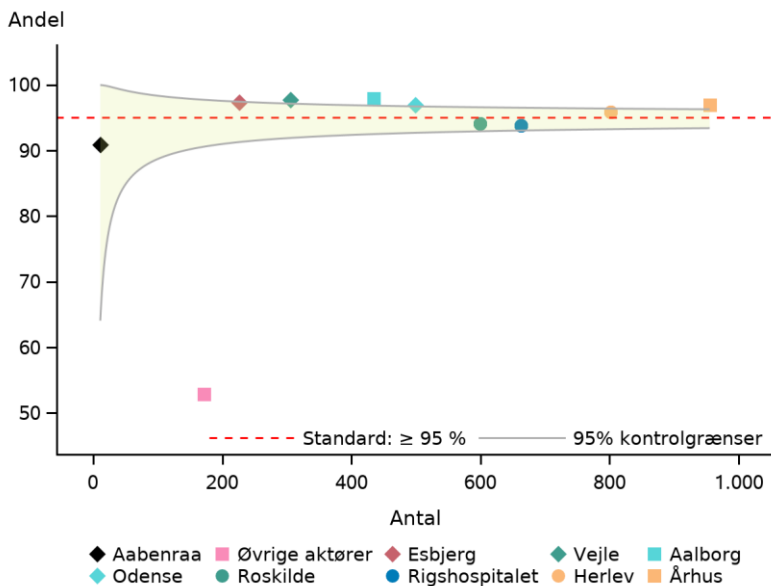
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



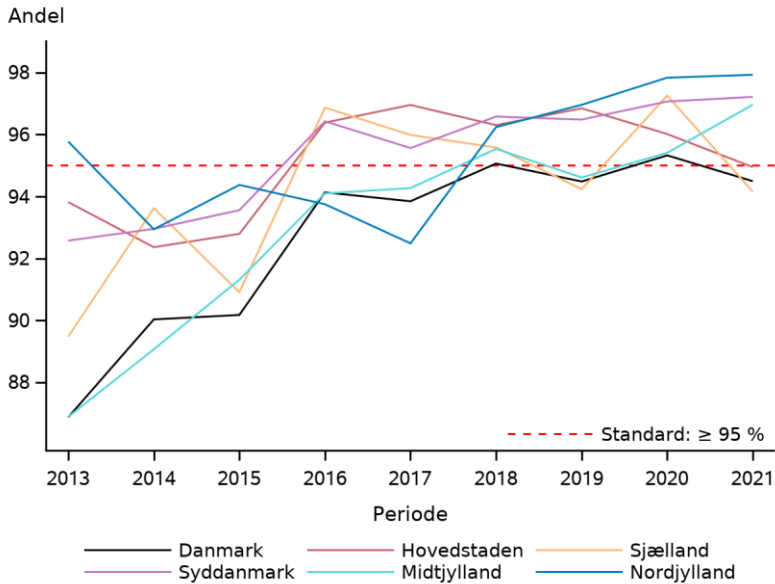
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP). Funnelploj på regionsniveau.



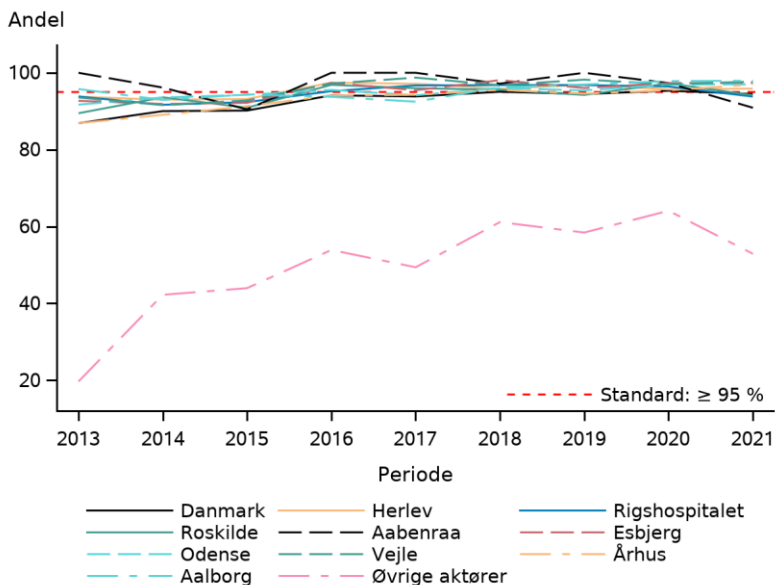
Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP). Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 0: Dækningsgrad. Andel patienter registreret i Dansk Melanom Database (DMD) ud af alle registrerede i DMD og Landsregistret for Patologi (LRP). Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM-stadie.

Her præsenteres andelen af invasive tumorer med registreret TNM-stadie. I opgørelsen indgår alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode, hvor tælleren udgør tumorer, hvor T-, N- og M-stadie er registreret. Der er fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

### Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år		Tidligere år				
	$\geq 95\%$ opfyldt		Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019		
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	3.070 / 3.104	24 (1)	99	(98-99)	2.855 / 2.864	100	2.935 / 2.941	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.037 / 1.038	12 (1)	100	(99-100)	958 / 959	100	1.087 / 1.087	100
<b>Sjælland</b>	Ja	375 / 375	4 (1)	100	(99-100)	400 / 401	100	409 / 409	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	695 / 725	3 (0)	96	(94-97)	643 / 646	100	681 / 684	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	700 / 701	4 (1)	100	(99-100)	614 / 615	100	516 / 516	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	254 / 256	1 (0)	99	(97-100)	234 / 235	100	235 / 236	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	1.037 / 1.038	12 (1)	100	(99-100)	958 / 959	100	1.087 / 1.087	100
Herlev	Ja	569 / 570	10 (2)	100	(99-100)	525 / 526	100	514 / 514	100
Rigshospitalet	Ja	468 / 468	2 (0)	100	(99-100)	433 / 433	100	573 / 573	100
<b>Sjælland</b>	Ja	375 / 375	4 (1)	100	(99-100)	400 / 401	100	409 / 409	100
Roskilde	Ja	375 / 375	4 (1)	100	(99-100)	400 / 401	100	409 / 409	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	695 / 725	3 (0)	96	(94-97)	643 / 646	100	681 / 684	100
Aabenraa	Ja	4 / 4	0 (0)	100	(40-100)	43 / 43	100	28 / 28	100
Esbjerg	Ja	153 / 160	0 (0)	96	(91-98)	125 / 127	98	132 / 132	100
Odense	Nej	327 / 350	2 (1)	93	(90-96)	311 / 312	100	344 / 346	99
Vejle	Ja	211 / 211	1 (0)	100	(98-100)	164 / 164	100	177 / 178	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	700 / 701	4 (1)	100	(99-100)	614 / 615	100	516 / 516	100
Århus	Ja	700 / 701	4 (1)	100	(99-100)	614 / 615	100	516 / 516	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	254 / 256	1 (0)	99	(97-100)	234 / 235	100	235 / 236	100
Aalborg	Ja	254 / 256	1 (0)	99	(97-100)	234 / 235	100	235 / 236	100
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>									
Øvrige aktører	Ja	9 / 9	0 (0)	100	(66-100)	6 / 8	75	7 / 9	78

### 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.248	In Situ melanom
	67	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	8	Ukendt afdeling
<b>Uoplyst:</b>	24	Uoplyst om in situ eller invasivt



### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. Indikatoren opgøres på de kirurgiske afdelinger, som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningsystem, se afsnit 11.2 for en oversigt.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

### Beregningsregler

- Tæller: Antal invasive tumorer i DMD, hvor hverken t-, n- eller m-stadie er ubesvaret.
- Nævner: Antal invasive tumorer registreret i DMD.

### Resultater

På landsplan er der registreret TNM stadie for 3.070 invasive tumorer, svarende til 99% (95% CI: 98-99), hvormed standarden for denne indikator er opfyldt. Dette gør sig gældende for samtlige regioner og for alle afdelinger på nær én; Odense. Der observeres en konstant høj og stabil registrering af TNM-stadie over tid, hvor alle resultater på regionsniveau har været over 95% siden 2016 (jf. trendgrafer).

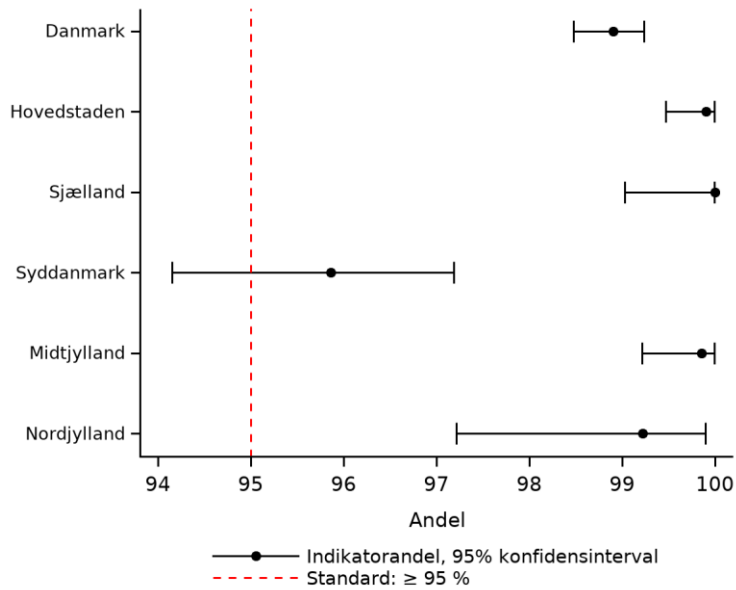
### Diskussion og implikationer

Styregruppen tillægger det ikke betydning, at en afdeling en enkelt gang ikke lever op til indikatorværdien, når mønsteret ellers er tilfredsstillende.

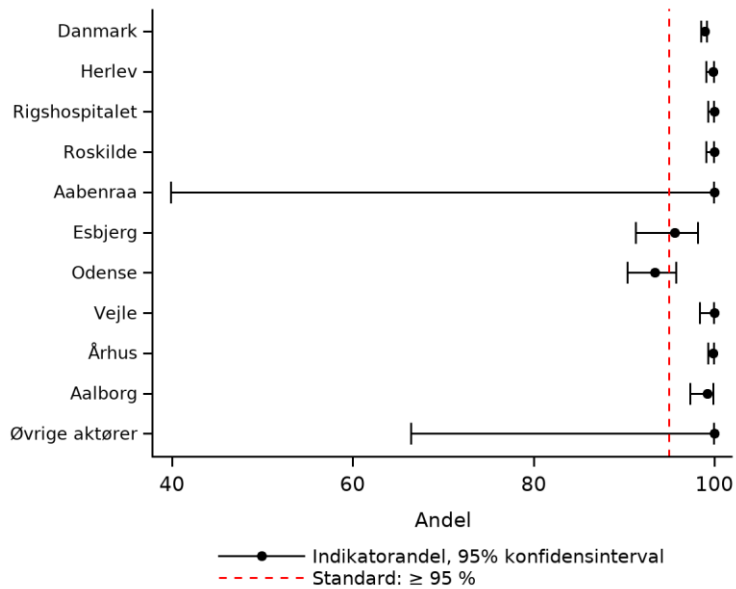
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Det er i 2021 besluttet, at denne indikator fremadrettet erstattes af den supplerende indikator 16. Dette fordi den aktuelle indikator blot registrerer om der er angivet en TNM klassifikation, og ikke forholder sig til, om den er korrekt. Desuden levnes mulighed for, at der fejlagtigt angives TX og NX værdier, selv om man reelt kan klassificere patienten med et klinisk T og N stadium. Det forventer vi at få bedre mulighed for at vurdere, når de kliniske stadier oplyses, og derfor udgår indikatoren fra 2022.

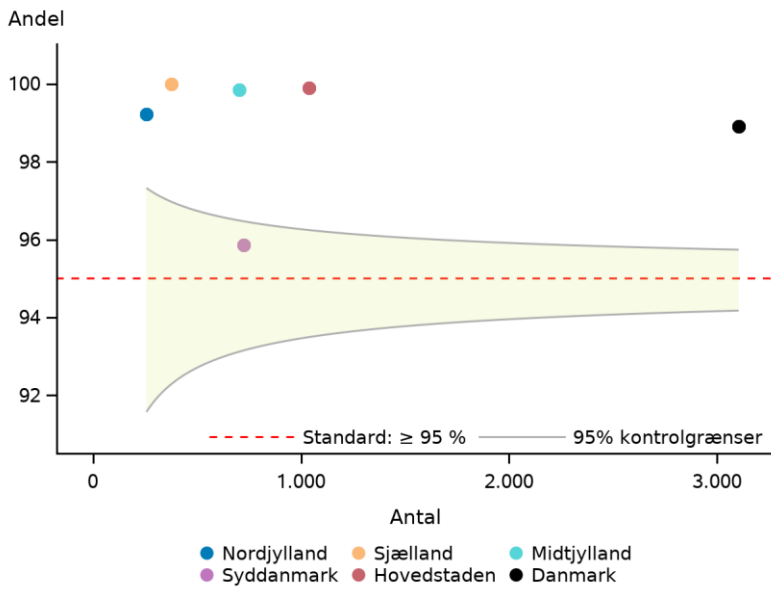
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Kontrolldiagram på regionsniveau.



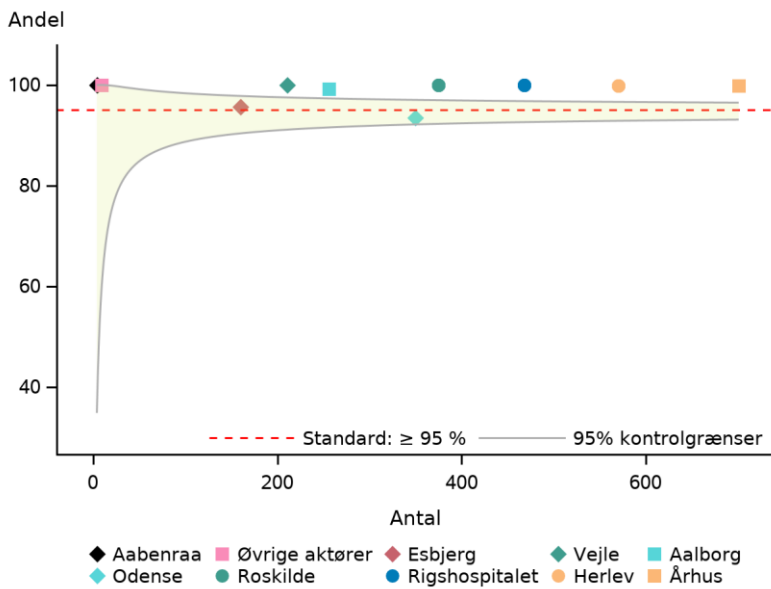
Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Funnelploj på regionsniveau.

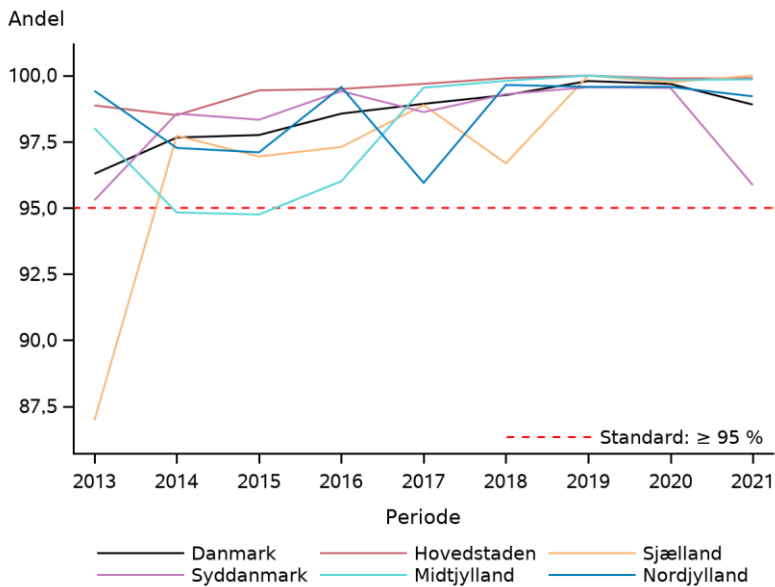


Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Funnelploj på afdelingsniveau.





Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 1: Andel tumorer med registreret TNM stadie. Trendgraf på afdelingsniveau.



### Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjer

Her præsenteres andelen af invasive tumorer, hvor den samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med gældende retningslinjer. Der er fastsat en standard på  $\geq 90\%$  for denne indikator.

Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 90\%$ opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019		Andel	Andel
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	2.304 / 2.473	86 (3)	93	(92-94)	2.173 / 2.281	95	2.285 / 2.365	97
<b>Hovedstaden</b>	Ja	800 / 839	17 (2)	95	(94-97)	726 / 762	95	846 / 877	96
<b>Sjælland</b>	Nej	226 / 298	22 (7)	76	(71-81)	293 / 315	93	337 / 346	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	532 / 565	35 (6)	94	(92-96)	504 / 527	96	541 / 560	97
<b>Midtjylland</b>	Ja	547 / 565	3 (1)	97	(95-98)	483 / 499	97	382 / 389	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	197 / 203	4 (2)	97	(94-99)	164 / 175	94	176 / 189	93
<b>Hovedstaden</b>	Ja	800 / 839	17 (2)	95	(94-97)	726 / 762	95	846 / 877	96
Herlev	Ja	431 / 456	12 (3)	95	(92-96)	390 / 413	94	390 / 402	97
Rigshospitalet	Ja	369 / 383	5 (1)	96	(94-98)	336 / 349	96	456 / 475	96
<b>Sjælland</b>	Nej	226 / 298	22 (7)	76	(71-81)	293 / 315	93	337 / 346	97
Roskilde	Nej	226 / 298	22 (7)	76	(71-81)	293 / 315	93	337 / 346	97
<b>Syddanmark</b>	Ja	532 / 565	35 (6)	94	(92-96)	504 / 527	96	541 / 560	97
Aabenraa	Ja	##	1 (33)	100	(16-100)	34 / 35	97	20 / 22	91
Esbjerg	Ja	123 / 133	3 (2)	92	(87-96)	101 / 102	99	107 / 115	93
Odense	Ja	253 / 265	24 (8)	95	(92-98)	235 / 246	96	276 / 281	98
Vejle	Ja	154 / 165	7 (4)	93	(88-97)	134 / 144	93	138 / 142	97
<b>Midtjylland</b>	Ja	547 / 565	3 (1)	97	(95-98)	483 / 499	97	382 / 389	98
Århus	Ja	547 / 565	3 (1)	97	(95-98)	483 / 499	97	382 / 389	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	197 / 203	4 (2)	97	(94-99)	164 / 175	94	176 / 189	93
Aalborg	Ja	197 / 203	4 (2)	97	(94-99)	164 / 175	94	176 / 189	93
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>									
Øvrige aktører	Nej	##	5 (63)	67	(9-99)	3 / 3	100	3 / 4	75

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer*



### 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.248	In Situ melanom
	67	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	484	Biopsi på hænder, fødder, hoved eller hals
	7	Ukendt primærtumor
	79	Tumortykkelse kan ikke måles
	7	Ukendt afdeling
<b>Uoplyst:</b>	10	Lokalisation ikke oplyst
	12	Tumortykkelse ikke oplyst
	19	Excisionsafstand ikke oplyst
	44	Excisionsafstand oplyst som "Andet"
	1	Uoplyst om in situ eller invasivt

#### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. Indikatoren opgøres på de kirurgiske afdelinger, som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Beregningsregler

- Tæller: Tumorer, hvor den samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med retningslinjerne (tumortykkelse  $\leq 1$  mm: afstand 1 cm; tumortykkelse  $>1-4$  mm: afstand 2 cm; tumortykkelse  $>4$  mm: afstand 2 eller 4 cm).
- Nævner: I opgørelsen indgår alle tumorer på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

#### Resultater

Andelen af tumorer, hvor den samlede excisionsafstand er i overensstemmelse med gældende retningslinjer, ligger på landsplan på 93% (95% CI: 92-94), og dermed opfyldes den fastsatte standard. Fire ud af fem regioner og de dertil hørende afdelinger opfylder desuden standarden til fulde. Region Sjælland har imidlertid et årsresultat på 76% (95% CI: 71-81). Resultatet for Region Sjælland er alene gældende for årsresultatet 2021, da de tidligere års resultater har været på højde med de øvrige regioner.

Årsresultatet for øvrige aktører ligger også under den fastsatte standard, men da antallet af patienter behandlet her er minimalt, er det forventeligt at årsresultaterne over tid vil variere betydeligt.

#### Diskussion og implikationer

Der er god og ensartet målopfyldelse, når frases afvigelse for Reg. Sjælland, som anført. Resultaterne har været stabile hen over tid også for Reg. Sjælland. Det er derfor næppe sandsynligt, at den kirurgiske praksis er ændret i Reg. Sjælland; snarere at der er tale om en registreringsfejl. Efter lokal gennemgang af patienterne i Region Sjælland er det fundet, at alle patienter på nær én er excideret ifølge retningslinjerne.

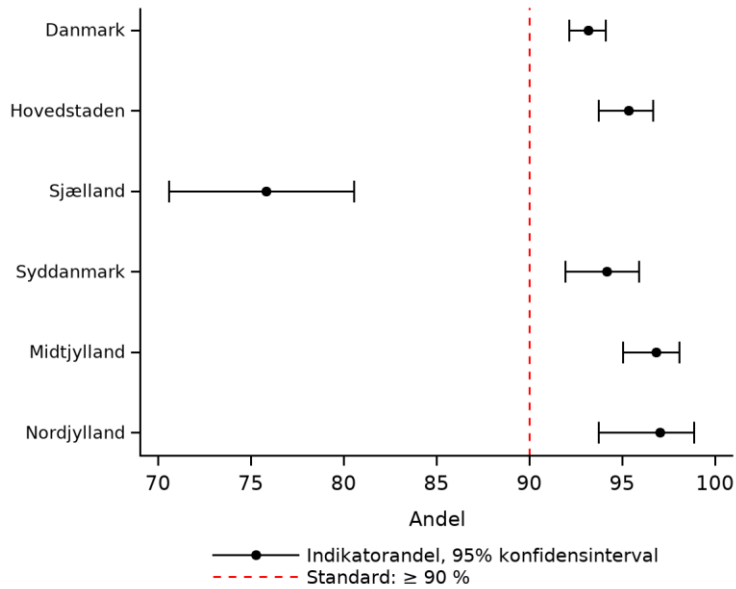
Der kan være behov for at individualisere behandlingen, således at retningslinjer fraviges. Derfor er målopfyldelse ikke sat højere end  $>90\%$ . Særlig høj alder eller dårlig almentilstand er årsag til afvigelse fra anbefalingerne. Nogle patienter ønsker desuden ikke yderligere behandling, hvorfor anbefalingerne af den grund kan fraviges. Afvigelser fra anbefalingerne foregår i samråd med patient og pårørende. Blandt de 86 uoplyste er medregnet 44 (51%), hvor anden excisionsafstand er oplyst. Det er netop udtryk for sådanne individuelle tilpasninger.

#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

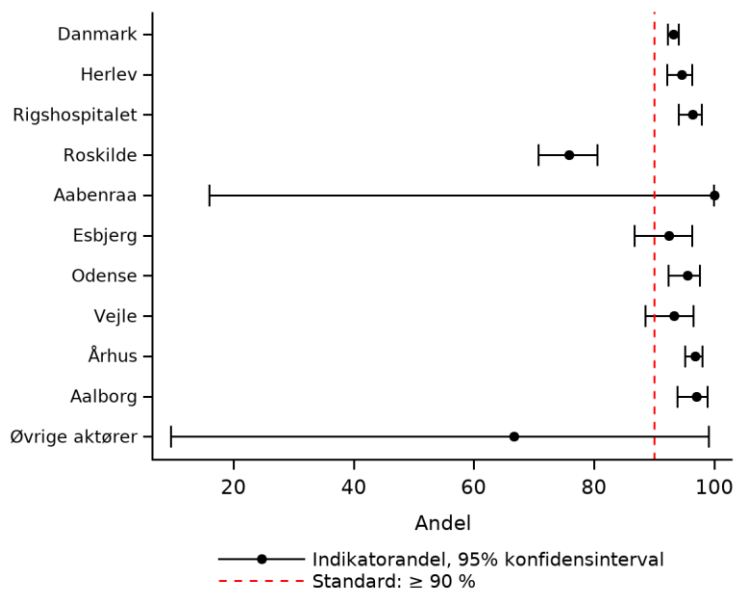
Den rette excisionsafstand giver de bedste forudsætninger for præcis diagnosticering og stadietildeling samt en effektiv behandling. Indikatoren er således et godt mål for den kirurgiske behandlingsaktivitet og -kvalitet og bevares til årsrapport 2022. Fremadrettet ønskes patienter ekskluderet, som ønsker at afvige fra den i retningslinjerne anbefalede behandling.



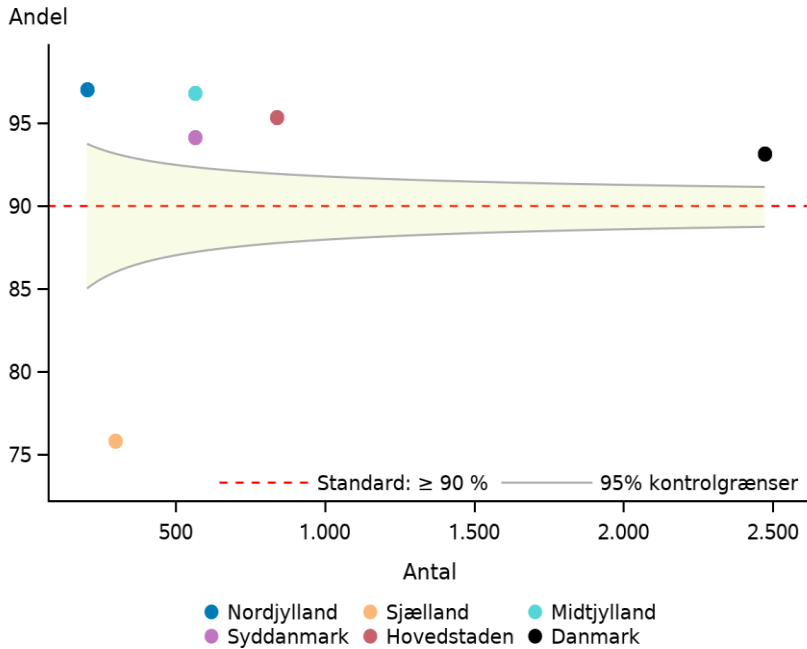
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Kontrolldiagram på regionsniveau.



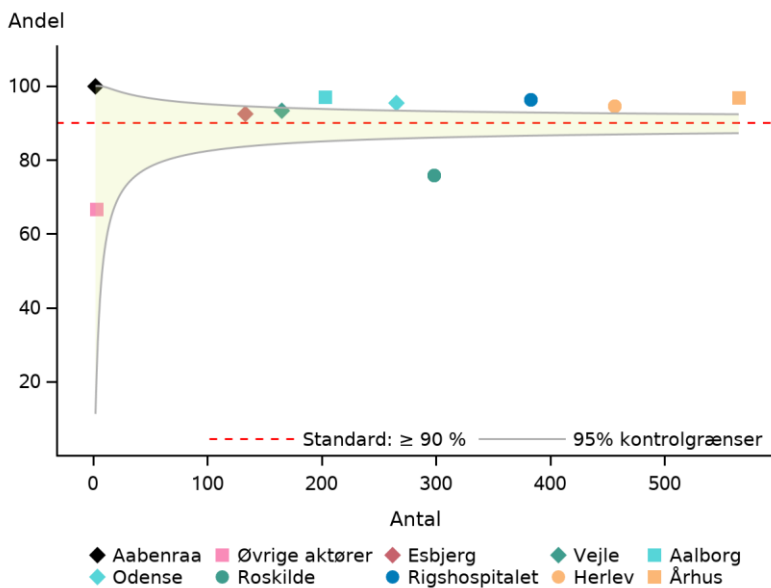
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



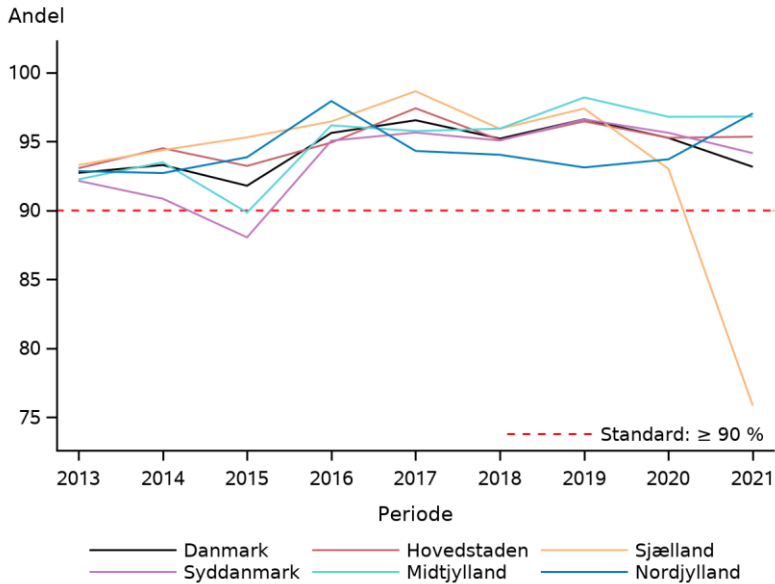
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Funnelploj på regionsniveau.



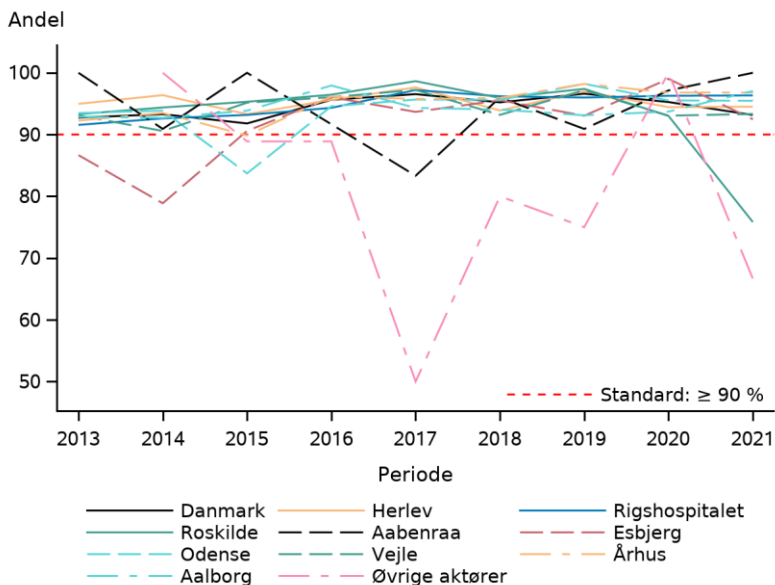
Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 3: Andel tumorer, hvor samlede excisionsafstand ved fjernelse på truncus og ekstremiteter (hænder og fødder ekskluderet) er i overensstemmelse med retningslinjer. Trendgraf på afdelingsniveau.



#### Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, som har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

I følgende præsenteres andelen af patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi (SN biopsi). Der er fastsat en standard på  $\geq 80\%$  for denne indikator.

#### Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

	Standard	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år		Tidligere år			
	$\geq 80\%$ opfyldt			01.01.2021 - 31.12.2021	2020	2019			
				Andel	95% CI	Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.271 / 1.408	14 (1)	90	(89-92)	1.263 / 1.365	93	1.241 / 1.327	94
<b>Hovedstaden</b>	Ja	382 / 449	7 (2)	85	(81-88)	391 / 440	89	432 / 474	91
<b>Sjælland</b>	Ja	177 / 192	3 (2)	92	(87-96)	188 / 196	96	193 / 204	95
<b>Syddanmark</b>	Ja	290 / 317	2 (1)	91	(88-94)	296 / 314	94	279 / 297	94
<b>Midtjylland</b>	Ja	282 / 301	2 (1)	94	(90-96)	259 / 276	94	226 / 240	94
<b>Nordjylland</b>	Ja	140 / 149	0 (0)	94	(89-97)	129 / 139	93	111 / 112	99
<b>Hovedstaden</b>	Ja	382 / 449	7 (2)	85	(81-88)	391 / 440	89	432 / 474	91
Herlev	Ja	224 / 273	5 (2)	82	(77-86)	231 / 273	85	237 / 255	93
Rigshospitalet	Ja	158 / 176	2 (1)	90	(84-94)	160 / 167	96	195 / 219	89
<b>Sjælland</b>	Ja	177 / 192	3 (2)	92	(87-96)	188 / 196	96	193 / 204	95
Roskilde	Ja	177 / 192	3 (2)	92	(87-96)	188 / 196	96	193 / 204	95
<b>Syddanmark</b>	Ja	290 / 317	2 (1)	91	(88-94)	296 / 314	94	279 / 297	94
Esbjerg	Ja	64 / 69	0 (0)	93	(84-98)	74 / 78	95	56 / 59	95
Odense	Ja	132 / 149	2 (1)	89	(82-93)	146 / 154	95	143 / 153	93
Vejle	Ja	94 / 99	0 (0)	95	(89-98)	76 / 82	93	80 / 85	94
<b>Midtjylland</b>	Ja	282 / 301	2 (1)	94	(90-96)	259 / 276	94	226 / 240	94
Århus	Ja	282 / 301	2 (1)	94	(90-96)	259 / 276	94	226 / 240	94
<b>Nordjylland</b>	Ja	140 / 149	0 (0)	94	(89-97)	129 / 139	93	111 / 112	99
Aalborg	Ja	140 / 149	0 (0)	94	(89-97)	129 / 139	93	111 / 112	99

#### 4: Andel patienter med tumortykkelse $\geq 0.8$ mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.248	In Situ melanom
	67	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	135	Ikke den tykkeste tumor i kalenderåret
	1.440	Tumortykkelse $< 0.8$ mm og ej ulceration
	25	Dissemineret cancer
	6	Ukendt afdeling
	108	Patient ønsker ikke SN-biopsi
<b>Uoplyst:</b>	14	Uoplyst om in situ eller invasivt



**Tillægstabel til indikator 4. Årsager til at der ikke er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi**

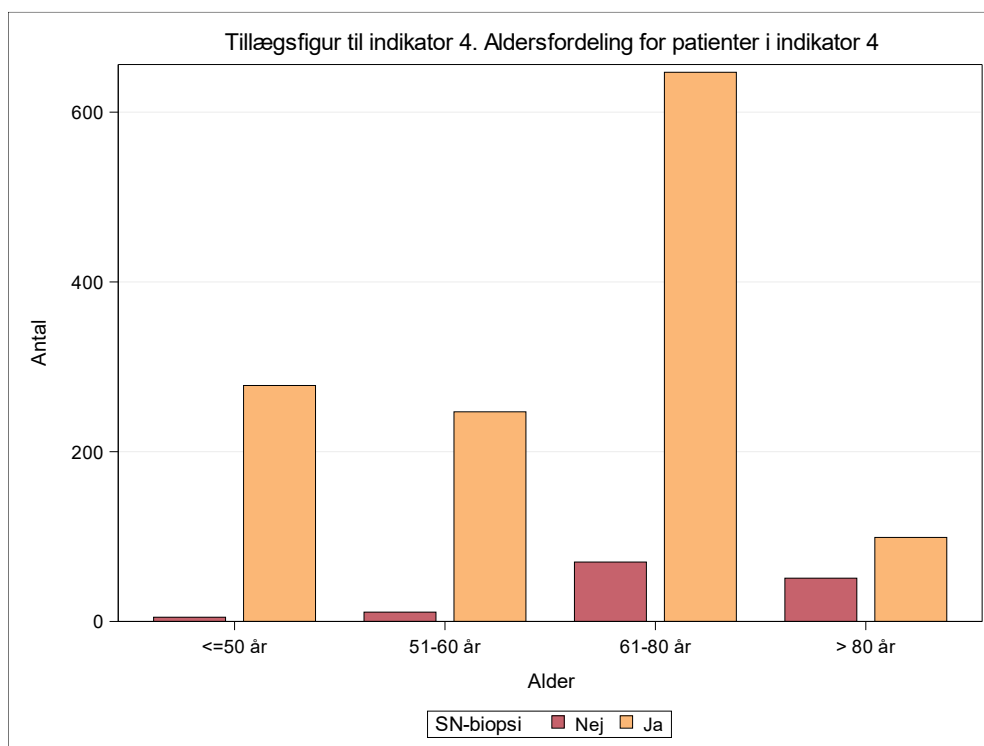
Region	Tekniske forhold	Komorbiditet
Hovedstaden	20	19
Sjælland	#	0
Syddanmark	#	#
Midtjylland	#	7
Nordjylland	3	#

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer

**Tillægstabel til indikator 4: Charlson Indeks for patienter der IKKE får foretaget sentinel lymfeknudebiopsi**

	Charlson Indeks									
	0		1		2		3+		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
<b>Alder</b>										
<=50 år	4	80	0	0	#	20	0	0	5	100
51-60 år	8	72.7	#	9.09	#	9.09	#	9.09	11	100
61-80 år	33	47.1	10	14.3	9	12.9	18	25.7	70	100
> 80 år	12	23.5	9	17.6	14	27.5	16	31.4	51	100
<b>Total</b>	57	41.6	20	14.6	25	18.2	35	25.5	137	100

#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer





## Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. Indikatoren opgøres på de kirurgiske afdelinger, hvor der foretages sentinel lymfeknudebiopsi og som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt.

Fra 2018 er patienter, der selv har fravalgt sentinel lymfeknudebiopsi blevet ekskluderet fra opgørelsen. Dette afspejler sig i den forbedrede indikatoropfyldelse, der ses fra 2018 og frem sammenlignet med årene før 2018.

Fra 2018 ændrede kriterierne for anbefaling af sentinel lymfeknudebiopsi sig, såvel som i andre lande, hvor det blev besluttet at anvende den 8. UICC/AJCC klassifikation for TNM-stadier. Jf. denne skelnes mellem stadium IA og IB ved tumorer over eller under 0,8 mm, hvor det før 2018 var 1,0 mm. Således præsenteres resultaterne i henhold til de på daværende tidspunkt gældende kriterier. Det vil sige, at for aktuelle opgørelsesperiode og tilbage til 2018 anvendes tumortykkelse  $\geq 0,8$  mm og for 2017 og tidligere anvendes tumortykkelse  $\geq 1$  mm. Desuden er det væsentligt at nævne at frem til 1. januar 2018 blev der også foretaget sentinel lymfeknudebiopsi ved mitoseforekomst dermalt og tumortykkelse  $< 1$  mm.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

Tillægstabellerne er opgjort på de patienter, der indgår i nævnerpopulationen i indikator 4, men som ikke har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi.

## Beregningsregler

- Tæller: Patienter, der har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi (ifølge angivelse på kirurgi- eller patologiskema) eller hvor der er forsøgt foretaget sentinel lymfeknudebiopsi.
- Nævner: Antallet af patienter med tumortykkelse  $\geq 0,8$  mm eller ved forekomst af ulceration.

## Resultater

På landsplan ligger andelen af patienter med tumortykkelse  $\geq 0,8$  mm eller med forekomst af ulceration, og som har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi på 90% (95% CI: 89-92). Således opfyldes indikatoren på landsplan, og på alle afdelinger.

På landsplan har andelen af patienter, der har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi, været nogenlunde ensartet siden 2018. Der er nogle variationer mellem regionerne, hvor Region Nordjylland generelt foretager sentinel lymfeknudebiopsi på en højere andel af patienter, mens Region Hovedstaden generelt foretager sentinel lymfeknudebiopsi på en lavere andel. Stigningen i andelen af patienter, der har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi, omkring år 2018, skyldes at patienter der fravælger operationen er blevet ekskluderet fra opgørelsen fra 2018 og frem.

For nogle patienter, som ikke har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi, skyldes det tekniske forhold under operationen eller komorbiditet. Størstedelen af de patienter, der ikke har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi er  $> 60$  år og har minimum én komorbid lidelse (se tillægstabeller og tillægsfigur til indikator 4).

## Diskussion og implikationer

Sentinel node diagnostik er vigtig dels for at stage patienterne bedst muligt, og dels fordi positivt sentinel node i reglen giver indikation for adjuverende medicinsk behandling. Nogle afdelinger ser ud til at foretage sentinel node biopsi (SNB) oftere end andre. Men dette bør nok ses i forhold til prognostiske faktorer (og specielt tumortykkelse) samt patientalder og -komorbiditet (casemix). Indikationen vil alt andet lige være stærkere hos en patient med en tykkere tumor, end hos en med en tynd tumor, omend nogle studier tyder på, at tumor kan være så tyk, at der ikke med sikkerhed kan ses en gunstig effekt på overlevelsen at foretage SNB. Vi kan ikke ud af tallene se, hvilke patienter, der ikke har fået gennemført SNB i forhold til deres tumortykkelse. Det kunne være interessant at gå nærmere ned i disse tal i næste årsrapport. Vi kan af tabeller i de supplerende opgørelser se, at f.eks. Reg. Sjælland har en patientpopulation med tykkere tumorer end i Reg. Hovedstaden, som omvendt er den region med flest tynde tumorer. Endelig kan interne instrukser i afdelingerne have betydning for, hvornår der tilbydes SNB eller ej. Diskuteres der grundigt med den enkelte patient for og imod, eller informeres der mere standardiseret og opereres dermed også mere standardiseret? Der kan også være afdelinger, som har nemmere ved at følge op med billeddiagnostik end andre, og dette kan måske også influere på rådgivning af patienten. Disse forhold kan ikke vurderes ud fra tallene.

Samtidig kan det også se ud som om der er flere tekniske problemer i reg. Hovedstaden end i øvrige regioner. I reglen handler det om enten manglende opladning, forekomst af baggrundsstøj, og/eller fremstilling af for mange SN ved lymfeskinntografi. Det vil også være interessant at få kortlagt eventuelle regionale variationer i teknik inden næste årsrapport. (Foretages dynamisk versus statisk skintografi? Er der billeddannelse med SPECT eller ej? Foregår det som én- eller flerdages procedure mv.). Kirurgisk udvalg vil foretage kortlægning af de forskellige afdelingers praksis og diskutere evt. uhensigtsmæssigheder. De enkelte afdelinger må dernæst gå i dialog med samarbejdende afdelinger og evt. hospitalsdirektion for at løse påviste problemer. Vi vil fortsat have fokus på indikatoren de kommende år.

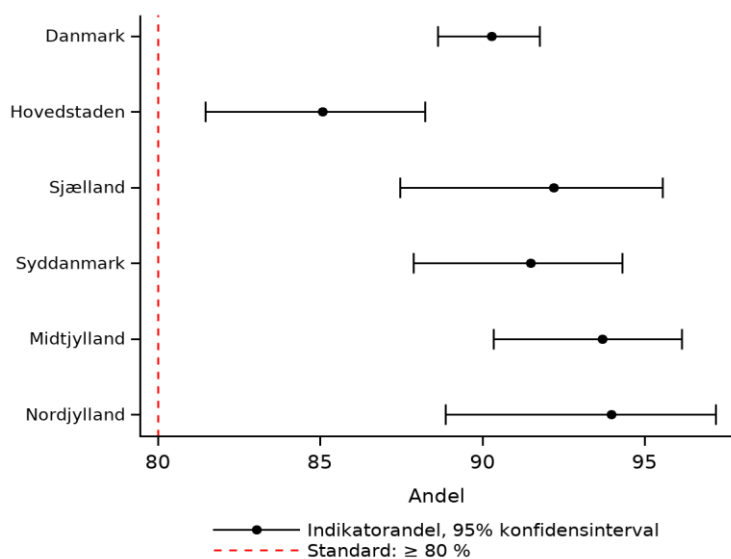
Det skal dog bemærkes, at vi på baggrund af et videnskabeligt studie på danske data fra DMD (Weitemyer et al. J Surg. Oncol. 2022; 125 (3): 498-508) har besluttet at ændre i indikation for SNB blandt patienter med tynde tumorer, således at der fra 2022 kun udføres SNB såfremt der er mitoser i dermis; ulceration udgår som indikation i Danmark. For patienter med T1a tumorer findes endvidere kun indikation for SNB, såfremt patienter er under 65 år. For T1b tumorer er der ikke et tilsvarende alders-cut-off.



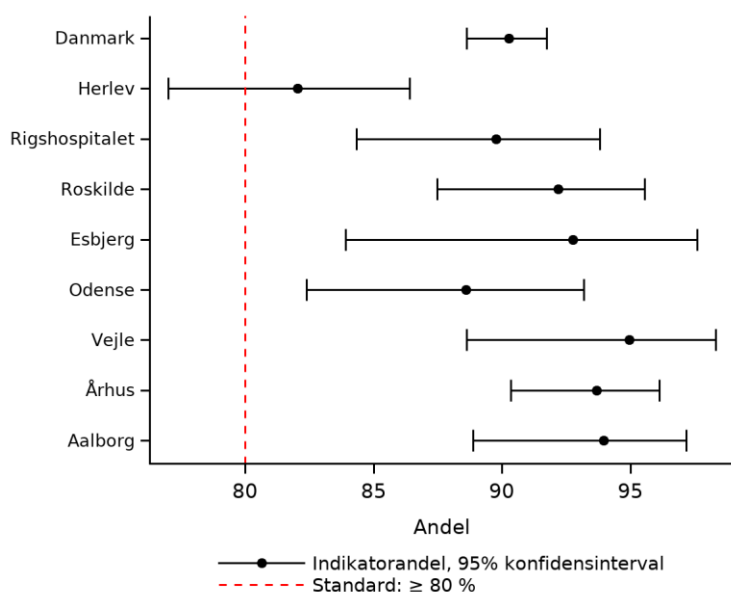
#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Der har siden implementering af AJCC8/UICC8 klassifikationen været en ret lille andel SN+ blandt T1b tumorerne (4-6%) og DMG har nu taget konsekvensen heraf og ændret i anbefalinger for SNB for de tynde tumorer, således at den ikke er stadiespecifik (og dermed følger tykkelse og ulceration) men mere risiko-stratificeret og følger dermed tykkelse, mitoseforekomst og patientens alder, idet disse variable har vist sig mere betydningsfulde for spredning til de sentinelle lymfeknuder. Dermed skal beregningen af indikator 4 ændres fra næste år. (link til SNB-retningslinje: [https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/kliniske-retningslinjer-opdelt-pa-dmcg/dmg/dmg\\_sentinel-node-biopsi\\_v1.0\\_admgodk221121.pdf](https://www.dmcg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/kliniske-retningslinjer-opdelt-pa-dmcg/dmg/dmg_sentinel-node-biopsi_v1.0_admgodk221121.pdf)).

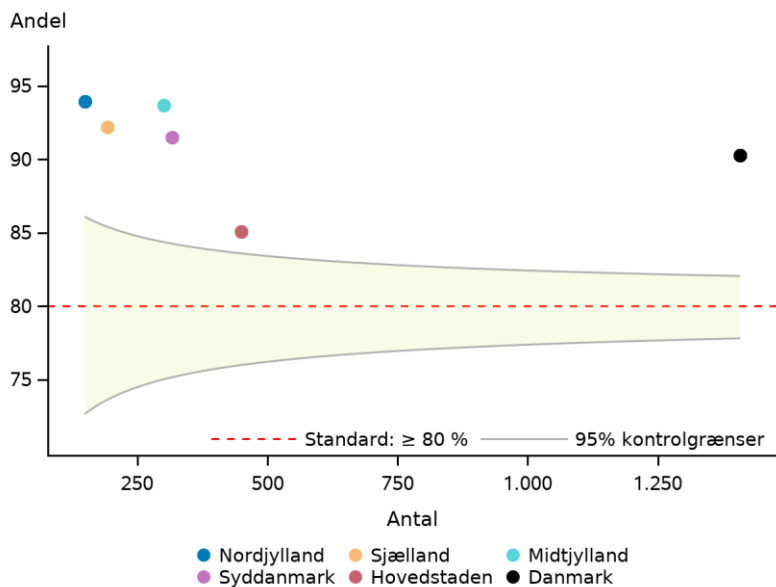
**Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på regionsniveau.**



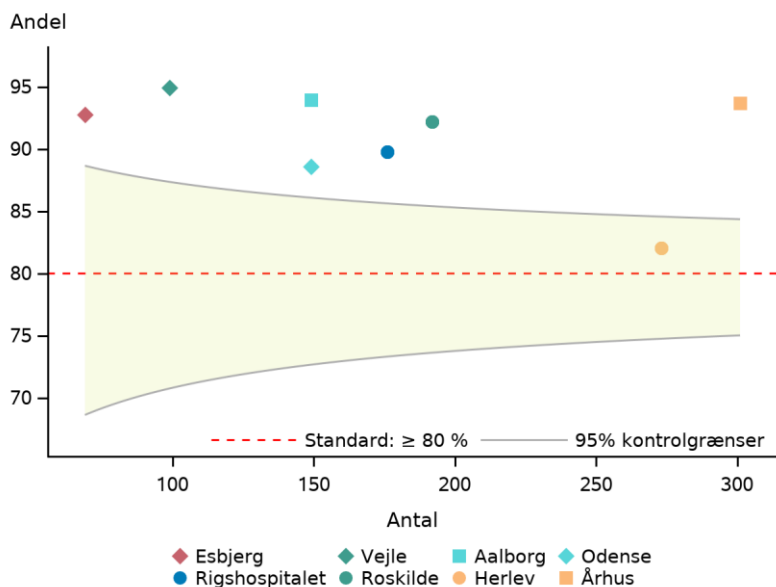
**Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



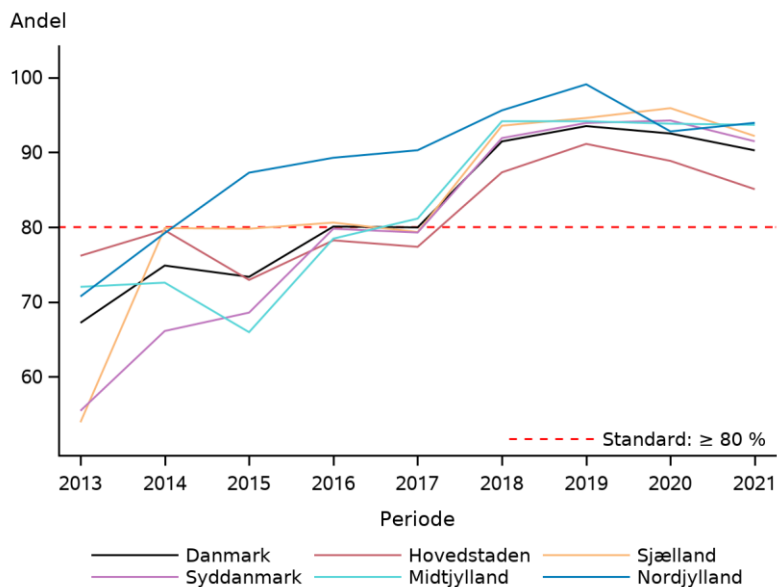
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelploj på regionsniveau.



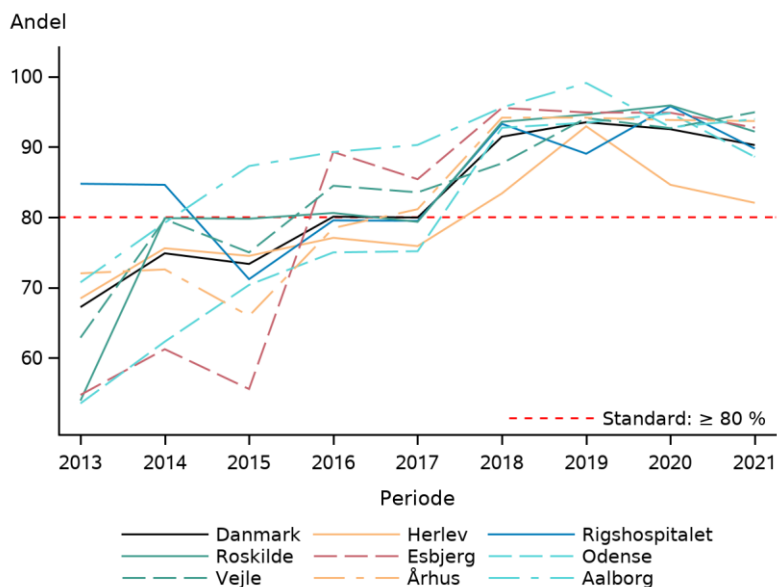
Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4: Andel patienter med tumortykkelse  $\geq 0.8$  mm eller med forekomst af ulceration, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm

Her præsenteres andelen af invasive tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm. Indikatoren er opgjort per patologicenter, hvor der er fastsat en standard på  $\geq 97\%$ .

### Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata

	Standard	Uoplyst	Aktuelle år			Tidligere år		
	$\geq 97\%$ opfyldt		Tæller/ nævner	antal (%)	01.01.2021 - 31.12.2021 Andel 95% CI	2020 Antal	2019 Andel Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	3.111 / 3.111	11 (0)	100 (100-100)	2.860 / 2.865	100	2.949 / 2.953	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	975 / 975	7 (1)	100 (100-100)	891 / 892	100	1.126 / 1.127	100
<b>Sjælland</b>	Ja	339 / 339	0 (0)	100 (99-100)	366 / 366	100	370 / 370	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	720 / 720	1 (0)	100 (99-100)	643 / 643	100	679 / 681	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	704 / 704	3 (0)	100 (99-100)	609 / 613	99	518 / 519	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	260 / 260	0 (0)	100 (99-100)	237 / 237	100	240 / 240	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	975 / 975	7 (1)	100 (100-100)	891 / 892	100	1.126 / 1.127	100
Herlev	Ja	561 / 561	1 (0)	100 (99-100)	504 / 504	100	510 / 511	100
Hvidovre	Ja	29 / 29	0 (0)	100 (88-100)	37 / 37	100	41 / 41	100
Rigshospitalet	Ja	385 / 385	6 (2)	100 (99-100)	350 / 351	100	575 / 575	100
<b>Sjælland</b>	Ja	339 / 339	0 (0)	100 (99-100)	366 / 366	100	370 / 370	100
Næstved	Ja	43 / 43	0 (0)	100 (92-100)	52 / 52	100	31 / 31	100
Roskilde	Ja	296 / 296	0 (0)	100 (99-100)	308 / 308	100	312 / 312	100
Slagelse					6 / 6	100	27 / 27	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	720 / 720	1 (0)	100 (99-100)	643 / 643	100	679 / 681	100
Esbjerg	Ja	141 / 141	0 (0)	100 (97-100)	106 / 106	100	129 / 129	100
Odense	Ja	329 / 329	0 (0)	100 (99-100)	281 / 281	100	327 / 328	100
Sønderborg	Ja	79 / 79	0 (0)	100 (95-100)	105 / 105	100	67 / 67	100
Vejle	Ja	171 / 171	1 (1)	100 (98-100)	151 / 151	100	156 / 157	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	704 / 704	3 (0)	100 (99-100)	609 / 613	99	518 / 519	100
Randers	Ja	71 / 71	2 (3)	100 (95-100)	56 / 56	100	43 / 43	100
Viborg	Ja	228 / 228	0 (0)	100 (98-100)	209 / 213	98	157 / 157	100
Århus	Ja	405 / 405	1 (0)	100 (99-100)	344 / 344	100	318 / 319	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	260 / 260	0 (0)	100 (99-100)	237 / 237	100	240 / 240	100
Aalborg	Ja	249 / 249	0 (0)	100 (99-100)	227 / 227	100	233 / 233	100
Vendsyssel	Ja	11 / 11	0 (0)	100 (72-100)	10 / 10	100	7 / 7	100
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>								
Øvrige aktører	Ja	113 / 113	0 (0)	100 (97-100)	114 / 114	100	16 / 16	100



## 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.248	In Situ melanom
	67	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	14	Ukendt afdeling
<b>Uoplyst:</b>	11	Uoplyst om in situ eller invasivt

### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. Indikatoren opgøres på de patologiske afdelinger, som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

### Beregningsregler

- Tæller: Invasive tumorer, hvor tumortykkelse er angivet eller er registreret som 'kan ikke måles' (det vil sige, at der er sket en aktiv handling i forhold til at vurdere og registrere tumorens størrelse).
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af tumorer med angivelse af tumortykkelse på 100% (95% CI: 99-100) på landsplan, hvormed standarden er opfyldt. Dette gør sig gældende for samtlige regioner og afdelinger. Andelen af tumorer med angivet tumortykkelse har været stabilt højt siden databasens start i 2013.

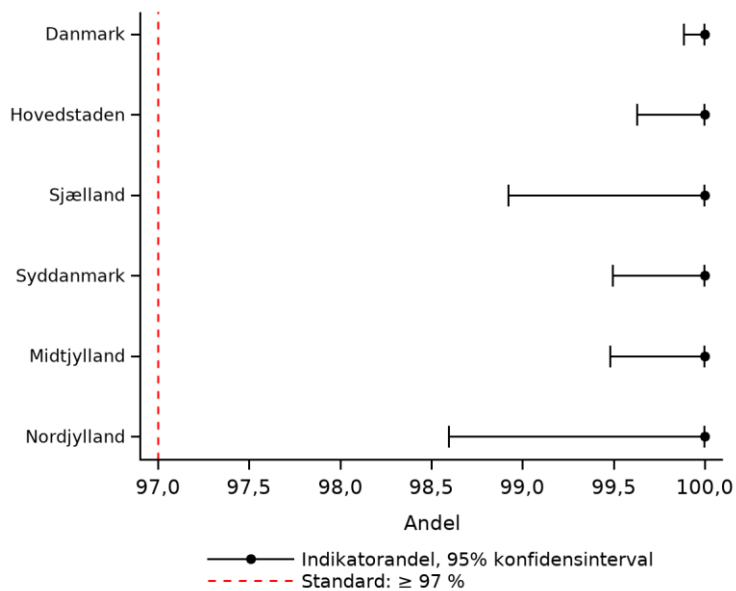
### Diskussion og implikationer

Tumortykkelse er en vigtig prognostisk faktor med behandlingskonsekvenser i forhold til re-sektionsafstand og SN biopsi. Den optimale løsning vil være overførsel af data vedrørende tumortykkelse fra Landsregisteret for Patologi til databasen, og et igangværende projekt om dette forventes afsluttet i 2022, så vi kan anvende automatisk datafangst fra LRP fra 2023 vedr. primær tumor.

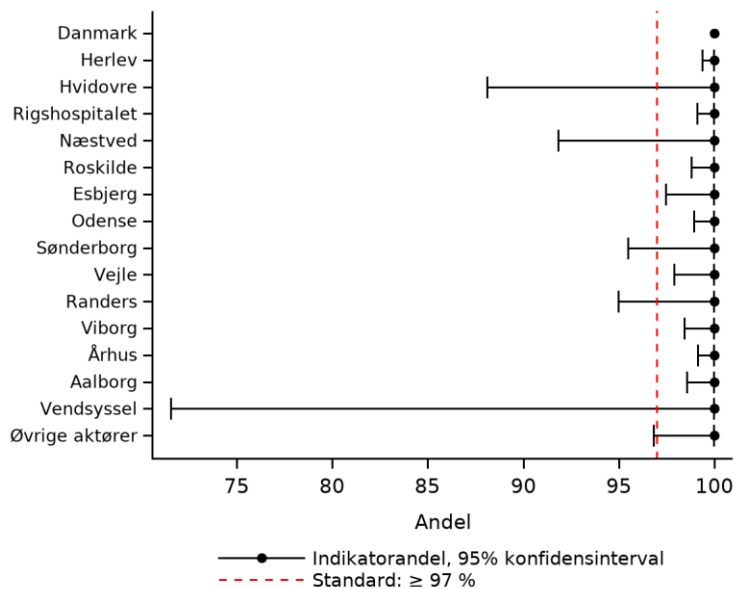
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

AI melanomodredning, behandling og opfølgning tager afsæt i tumortykkelsen; den er den vigtigste prognostiske faktor, både isoleret og samlet set. DMD's styregruppe anser dermed denne indikator for at være kongeindikatoren – uden denne er resten ikke meningsfuldt. Derfor opretholdes indikatoren fortsat, til trods for den meget flotte og ensartede målopfyldelse landet over.

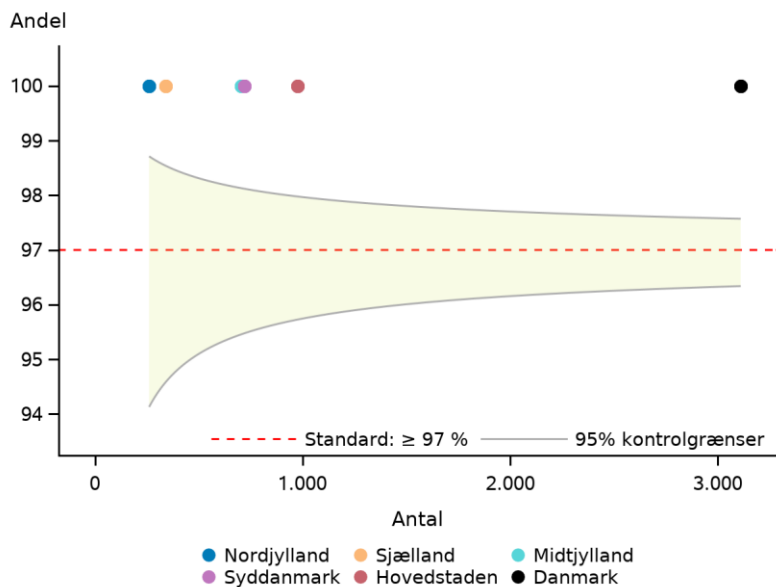
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Kontrolldiagram på regionsniveau.



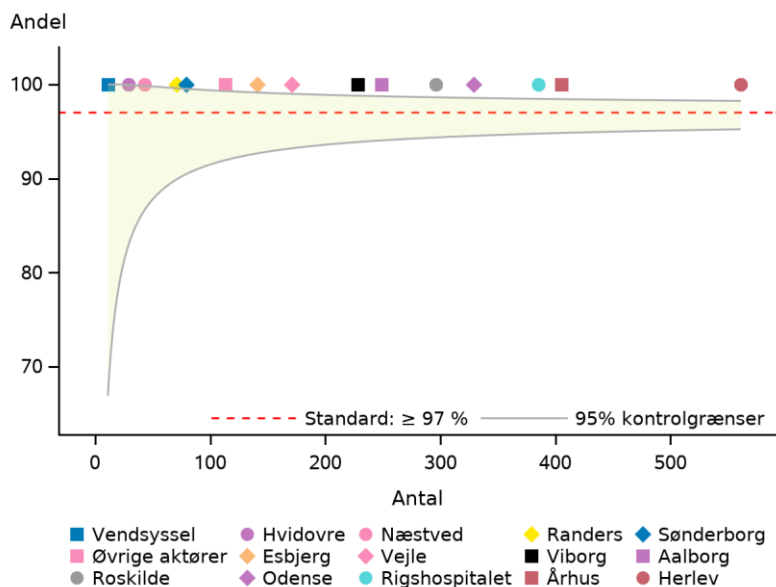
Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Funnelploj på regionsniveau.

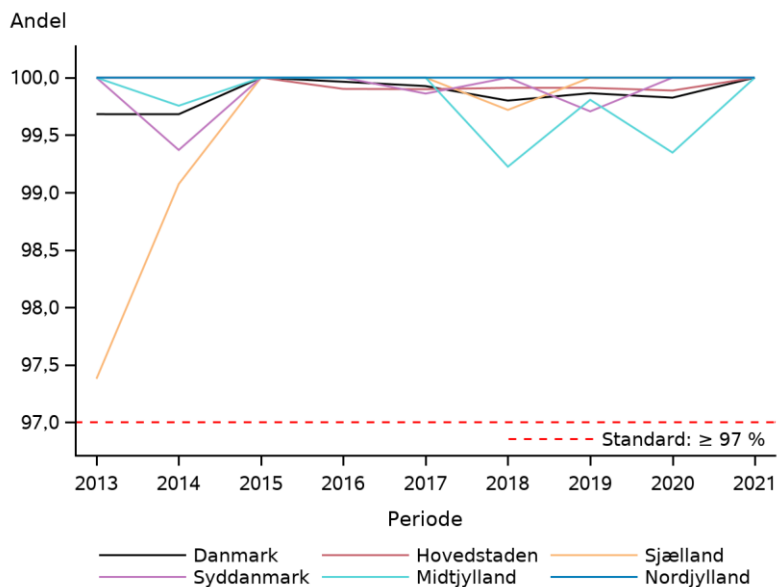


Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Funnelploj på afdelingsniveau.

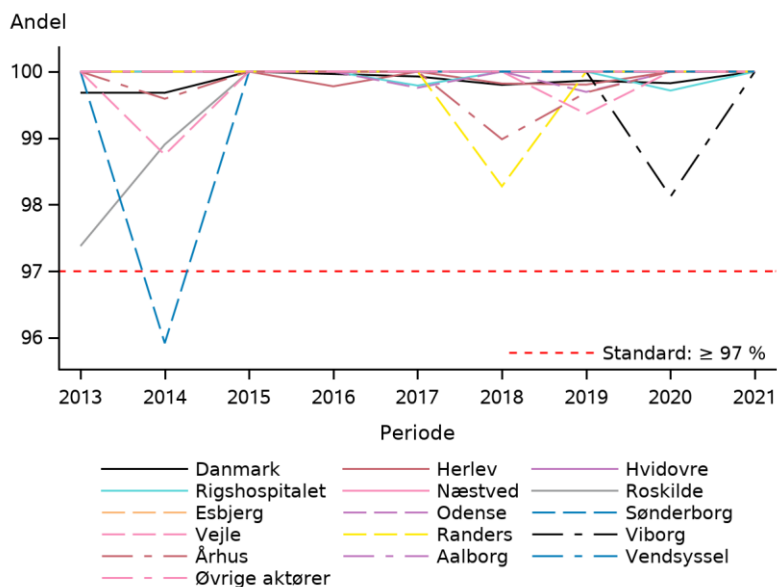




Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 5: Andel tumorer, hvor tumortykkelse er angivet i mm eller er angivet som 'kan ikke måles' i patologidata. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 10: Andel lymfeknodelokalisationer, hvor der er fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi

I det følgende præsenteres andelen af lymfeknodelokalisationer, hvor der er fjernet  $\leq 3$  lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Der er fastsat en standard på  $\geq 90\%$  for denne indikator.

### Indikator 10: Andel lokalisationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi

	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år			
	$\geq 90\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020		2019	
						Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	1.481 / 1.553	52 (3)	95	(94-96)	1.505 / 1.553	97	1.494 / 1.572	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	427 / 450	40 (8)	95	(92-97)	439 / 458	96	517 / 543	95
<b>Sjælland</b>	Ja	197 / 210	2 (1)	94	(90-97)	213 / 222	96	225 / 240	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	344 / 360	8 (2)	96	(93-97)	361 / 366	99	327 / 345	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	344 / 351	2 (1)	98	(96-99)	324 / 334	97	285 / 297	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	169 / 182	0 (0)	93	(88-96)	168 / 173	97	140 / 147	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	427 / 450	40 (8)	95	(92-97)	439 / 458	96	517 / 543	95
Herlev	Ja	262 / 274	11 (4)	96	(92-98)	263 / 275	96	273 / 289	94
Rigshospitalet	Ja	165 / 176	29 (14)	94	(89-97)	176 / 183	96	244 / 254	96
<b>Sjælland</b>	Ja	197 / 210	2 (1)	94	(90-97)	213 / 222	96	225 / 240	94
Roskilde	Ja	197 / 210	2 (1)	94	(90-97)	213 / 222	96	225 / 240	94
<b>Syddanmark</b>	Ja	344 / 360	8 (2)	96	(93-97)	361 / 366	99	327 / 345	95
Esbjerg	Ja	76 / 79	2 (2)	96	(89-99)	83 / 85	98	68 / 71	96
Odense	Ja	156 / 166	6 (3)	94	(89-97)	172 / 175	98	166 / 176	94
Vejle	Ja	112 / 115	0 (0)	97	(93-99)	106 / 106	100	93 / 98	95
<b>Midtjylland</b>	Ja	344 / 351	2 (1)	98	(96-99)	324 / 334	97	285 / 297	96
Århus	Ja	344 / 351	2 (1)	98	(96-99)	324 / 334	97	285 / 297	96
<b>Nordjylland</b>	Ja	169 / 182	0 (0)	93	(88-96)	168 / 173	97	140 / 147	95
Aalborg	Ja	169 / 182	0 (0)	93	(88-96)	168 / 173	97	140 / 147	95

### 10: Andel lokalisationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.250	In Situ melanom
	1.834	Sentinel lymfeknude biopsi ikke foretaget
	158	Non-sentinel lymfeknude
	4	Ukendt afdeling
<b>Uoplyst:</b>	8	Uoplyst om in situ eller invasivt
	44	Lymfeknudepatologi er uoplyst



### Tillægstabel til indikator 10: Lymfeknuder fjernet per lokalisation, 2021, inklusiv supplerende lymfeknuder

	0-3		4+		I alt
	Antal	%	Antal	%	
<b>Danmark</b>	1.501	94,8	83	5,2	1.584
<b>Hovedstaden</b>	429	94,3	26	5,7	455
<b>Sjælland</b>	204	94,0	13	6,0	217
<b>Syddanmark</b>	345	94,5	20	5,5	365
<b>Midtjylland</b>	351	97,5	9	2,5	360
<b>Nordjylland</b>	172	92,0	15	8,0	187
<b>Hovedstaden</b>	429	94,3	26	5,7	455
Herlev	262	94,9	14	5,1	276
Rigshospitalet	167	93,3	12	6,7	179
<b>Sjælland</b>	204	94,0	13	6,0	217
Roskilde	204	94,0	13	6,0	217
<b>Syddanmark</b>	345	94,5	20	5,5	365
Esbjerg	77	96,3	3	3,8	80
Odense	156	92,3	13	7,7	169
Vejle	112	96,6	4	3,4	116
<b>Midtjylland</b>	351	97,5	9	2,5	360
Århus	351	97,5	9	2,5	360
<b>Nordjylland</b>	172	92,0	15	8,0	187
Aalborg	172	92,0	15	8,0	187

#### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det dedikerede indtastningssystem. Indikatoren opgøres på de kirurgiske afdelinger, som udfører sentinelle lymfeknudebiopsier og indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt.

Tillægstabellen til indikator 10 er en opgørelse over det samlede antal fjernede lymfeknuder per lokalisation ved sentinel lymfeknudebiopsi inkl. supplerende lymfeknuder fjernet efter sentinel lymfeknudebiopsi.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Beregningsregler

- Tæller: Lymfeknudelokalisationer, hvor der er fjernet  $\leq 3$  lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi.
- Nævner: Alle sentinelle lymfeknudelokalisationer (fx armhulen), hvor der er fjernet sentinelle lymfeknuder.

#### Resultater

Andelen af lymfeknudelokalisationer, hvor der er fjernet  $\leq 3$  lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi er på landsplan 95% (95% CI: 94-96), og varierer mellem 93% og 98% mellem afdelinger. Siden 2016 har der været et jævnt højt niveau i andelen af patienter, der højst får fjernet 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi (jf. trendgraf).

I tillægstabellen ses det, at alle afdelinger i Danmark fortsat har fjernet maksimalt 3 lymfeknuder fra hver lokalisation for over 90% af lokalisationerne, når de supplerende lymfeknuder bliver inkluderet i summen af lymfeknuder fjernet fra hver lokalisation.

#### Diskussion og implikationer

Det er vist, at jo flere lymfeknuder, som fjernes fra én region, jo større er risikoen for varig skade på lymfeafløbet, og dette er argumentet for at opfatte indikatoren som et udtryk for kvalitet. Det valgte niveau på 3 lymfeknuder er valgt ud fra litteraturen, omend denne ikke er entydig.



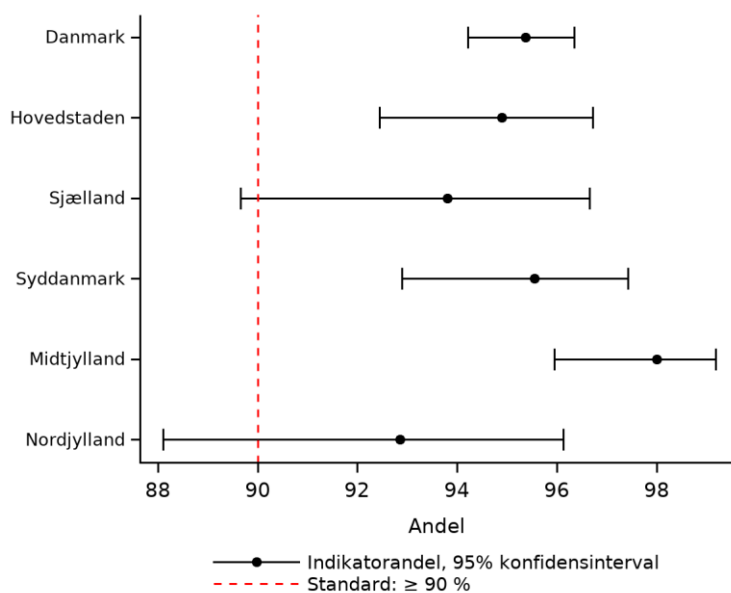
SN-diagnostik er en procedure, som involverer flere specialer. Først foretages lymfeskindtegrafi ved klinisk nuklearmedicinsk afdeling. Herved fremstilles den eller de lymfeknuder, som modtager lymfe direkte fra tumorstedet. Ved den efterfølgende kirurgiske procedure fjernes den lymfeknude med mest radioaktivitet i den pågældende region samt i reglen yderligere lymfeknuder, som afgiver tælleletal (som udtryk for indhold af den radioaktive tracer) op til 10% af tælleallet for den mest radioaktive lymfeknude; dette jf. international konvention. Såfremt en eller flere lymfeknuder ligger uden for den vanlige region (for eksempel retroperitonealt ved biopsi i lysken), og/eller morbiditeten skønnes for høj, udelades fjernelse, selv om tælleallet er over de 10%. Så registreres, at "der er efterladt SN", hvilket udløser særlige kontrolforanstaltninger. Postoperativt undersøges lymfeknuderne mikroskopisk af patolog, og først da afgøres, om der er spredning fra melanomet eller ej. Der er flere mulige fejlkilder, herunder ukorrekt injektion af den radioaktive tracer ved tumorstedet eksempel subkutan i stedet for intrakutan, for lidt eller for meget tracerinjektion og billeddannelse på forkert tidspunkt i forhold til afløbet af den radioaktive tracer (for eksempel statisk vs. dynamisk skanning). Endvidere kan kvaliteten af billeddannelsen være meget forskellig afhængig af valgte metode (for eksempel planar vs. SPECT-CT). Peroperativt kan manglende identifikation skyldes for lav tracer aktivitet på operationstidspunktet, mangelfuld kirurgisk teknik, og fjernelse af for mange lymfeknuder kan muligvis forklares ved for rigid efterlevelse af "10%-reglen", og dette kan medføre øget risiko for udvikling af lymfødeme pga. beskadigelse af lymfeafløbet.

Der er god og ensartet målopfyldelse over hele landet.

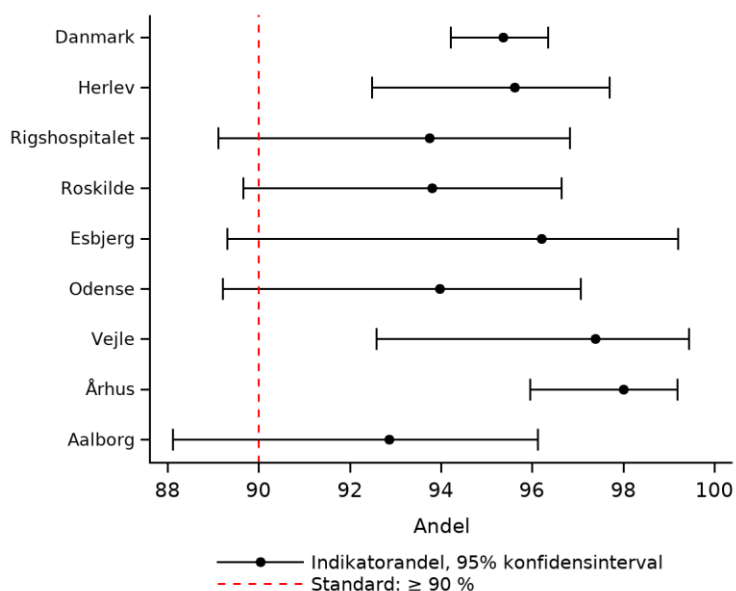
#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Denne indikator måler den multidisciplinære kvalitet ved sentinel lymfeknude biopsi, og er et vigtigt pejlemærke. Indikatoren bør bevares. Kvaliteten af den samlede indsats forbundet med sentinel lymfeknude biopsi vil også kunne vurderes ved at opgøre forekomst af tilbagefald i den pågældende lymfeknuderegion. Forekomst af et sådan tilbagefald vil være associeret med (men dog næppe fuldt forklaret ved) om man har fjernet den/de rigtige sentinelle lymfeknude(r). Når data fra LPR kan indhentes vil en sådan indikator kunne inddrages.

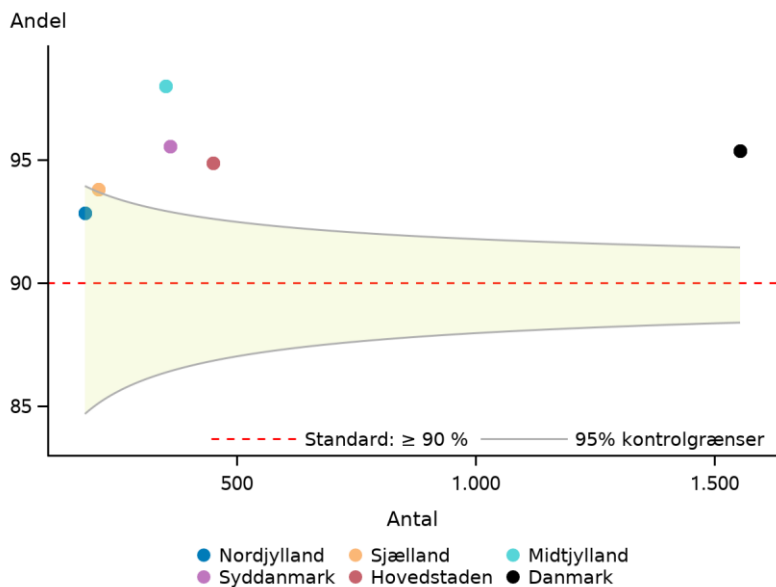
**Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på regionsniveau.**



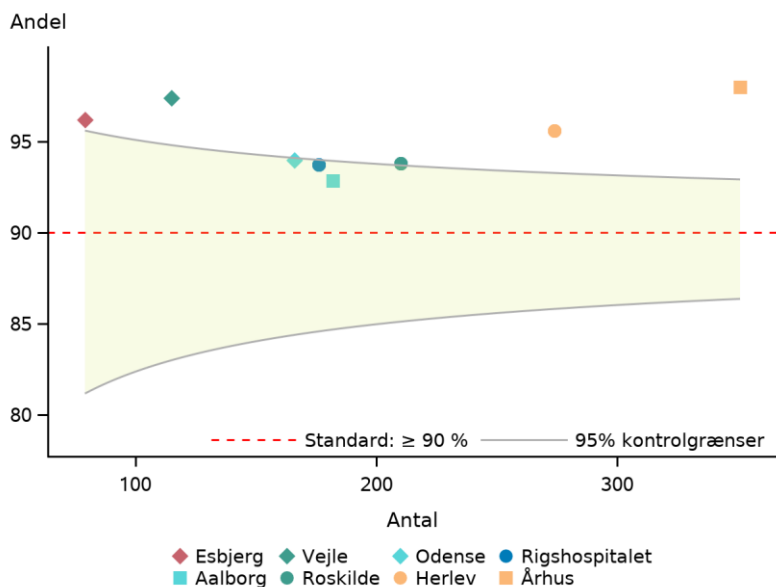
**Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.**



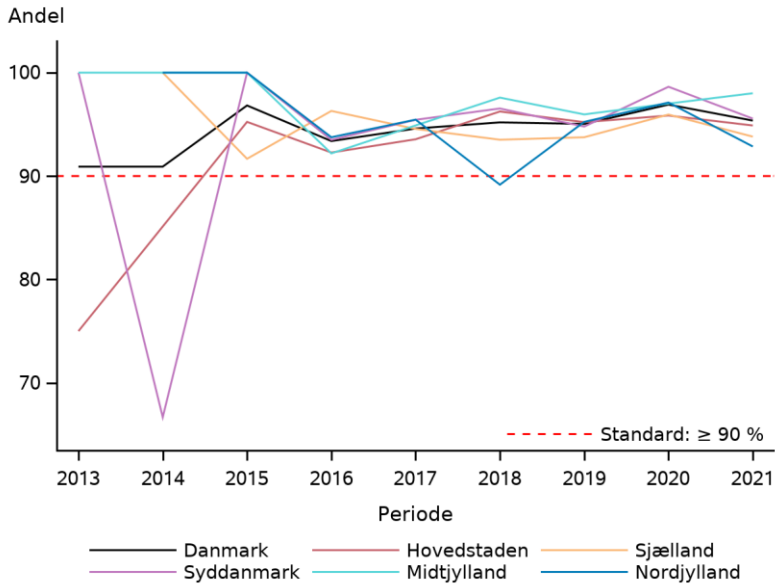
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelplot på regionsniveau.



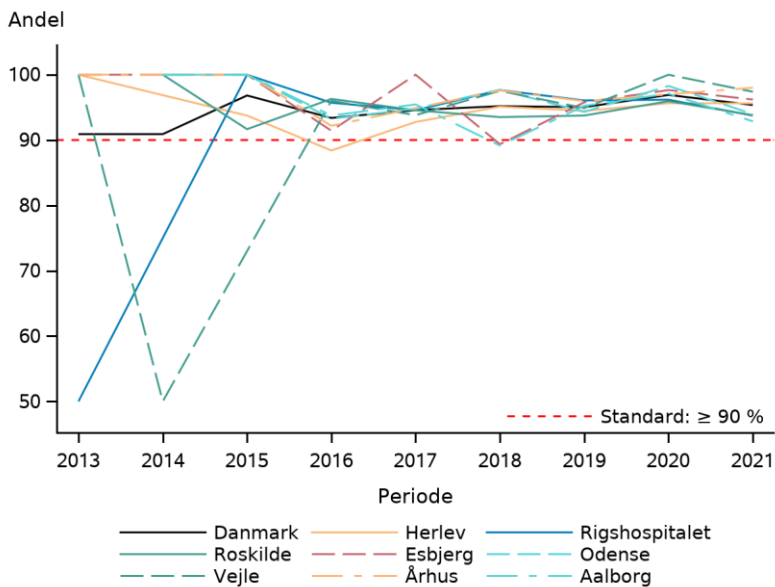
Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Funnelplot på afdelingsniveau.



Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 10: Andel lokationer, der har fået fjernet højst 3 lymfeknuder ved sentinel lymfeknudebiopsi. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor

Her præsenteres andelen af primærtumorer, ved hvilke der er registrering om mikrosatelliter. Der er fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

### Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor

	Standard $\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år			
				Andel	95% CI	2020 Antal	Andel	2019 Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	3.118 / 3.141	9 (0)	99	(99-100)	2.840 / 2.878	99	2.825 / 2.983	95
<b>Hovedstaden</b>	Ja	967 / 975	6 (1)	99	(98-100)	873 / 885	99	1.114 / 1.129	99
<b>Sjælland</b>	Ja	341 / 342	0 (0)	100	(98-100)	360 / 366	98	250 / 374	67
<b>Syddanmark</b>	Ja	735 / 737	1 (0)	100	(99-100)	637 / 646	99	684 / 690	99
<b>Midtjylland</b>	Ja	701 / 711	2 (0)	99	(97-99)	617 / 627	98	517 / 529	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	262 / 262	0 (0)	100	(99-100)	238 / 239	100	245 / 245	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	967 / 975	6 (1)	99	(98-100)	873 / 885	99	1.114 / 1.129	99
Herlev	Ja	554 / 558	0 (0)	99	(98-100)	490 / 492	100	497 / 506	98
Hvidovre	Nej	31 / 33	0 (0)	94	(80-99)	35 / 38	92	38 / 38	100
Rigshospitalet	Ja	382 / 384	6 (2)	99	(98-100)	348 / 355	98	579 / 585	99
<b>Sjælland</b>	Ja	341 / 342	0 (0)	100	(98-100)	360 / 366	98	250 / 374	67
Næstved	Ja	46 / 46	0 (0)	100	(92-100)	53 / 53	100	31 / 31	100
Roskilde	Ja	295 / 296	0 (0)	100	(98-100)	301 / 307	98	192 / 316	61
Slagelse						6 / 6	100	27 / 27	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	735 / 737	1 (0)	100	(99-100)	637 / 646	99	684 / 690	99
Esbjerg	Ja	146 / 146	0 (0)	100	(98-100)	106 / 107	99	125 / 126	99
Odense	Ja	335 / 336	0 (0)	100	(98-100)	277 / 278	100	332 / 333	100
Sønderborg	Ja	80 / 81	0 (0)	99	(93-100)	101 / 108	94	70 / 70	100
Vejle	Ja	174 / 174	1 (1)	100	(98-100)	153 / 153	100	157 / 161	98
<b>Midtjylland</b>	Ja	701 / 711	2 (0)	99	(97-99)	617 / 627	98	517 / 529	98
Randers	Ja	75 / 75	2 (3)	100	(95-100)	61 / 61	100	46 / 47	98
Viborg	Ja	227 / 229	0 (0)	99	(97-100)	212 / 217	98	152 / 157	97
Århus	Ja	399 / 407	0 (0)	98	(96-99)	344 / 349	99	319 / 325	98
<b>Nordjylland</b>	Ja	262 / 262	0 (0)	100	(99-100)	238 / 239	100	245 / 245	100
Aalborg	Ja	251 / 251	0 (0)	100	(99-100)	228 / 229	100	238 / 238	100
Vendsyssel	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	10 / 10	100	7 / 7	100
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>									
Øvrige aktører	Ja	112 / 114	0 (0)	98	(94-100)	115 / 115	100	15 / 16	94





#### 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.248	In Situ melanom
	39	Usikkert om malign eller benign
	14	Ukendt afdeling
<b>Uoplyst:</b>	9	Uoplyst om in situ eller invasivt

##### Datagrundlag

Indikatoren opgøres på de patologiske afdelinger, som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt. I opgørelsen indgår alle invasive primærtumorer. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

##### Beregningsregler

- Tæller: Antal tumorer, hvor mikrosatellitter er angivet (ja eller nej).
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

##### Resultater

På landsplan er der angivet hvorvidt der er mikrosatellitter for 99% (95% CI: 99-100) af alle tumorer. På regions- og afdelingsniveau er der variation fra 94% til 100%, Hvidovre er den eneste afdeling, som ikke opfylder standarden på 95%, men ligger lige under standarden på 94% (95% CI: 80-99). Datakompletheden for mikrosatellitter har været stabilt høj omkring de 95-100% siden databasens start med få udsving på enkelte afdelinger.

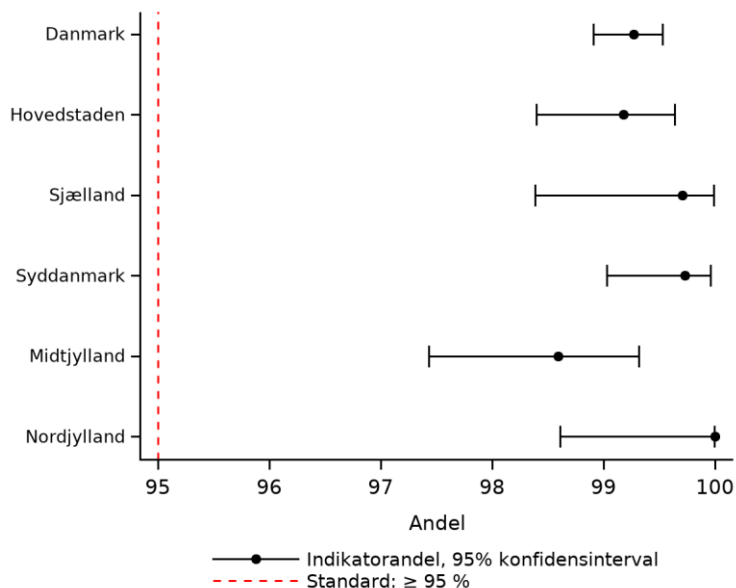
##### Diskussion og implikationer

Forekomst af mikrosatellit er en vigtig negativ prognostisk markør, i det der er væsentlig større risiko for spredning af sygdommen, når der er mikrosatellit ved primær tumor, og det afspejler sig i AJCC stadieinddeling, idet forekomst af mikrosatellit klassificerer patienten som havende stadium III sygdom.

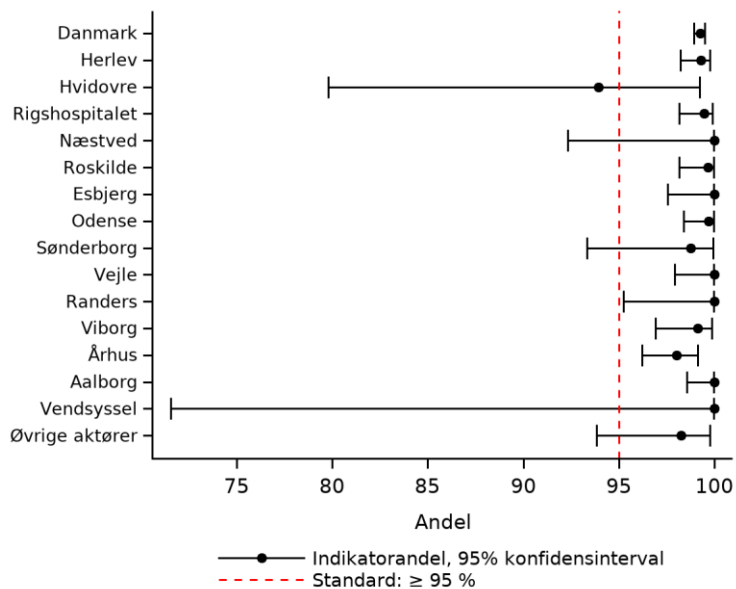
##### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Oplysning om forekomst af mikrosatellit er nødvendig for korrekt N-staging, og indikatoren bibeholdes derfor.

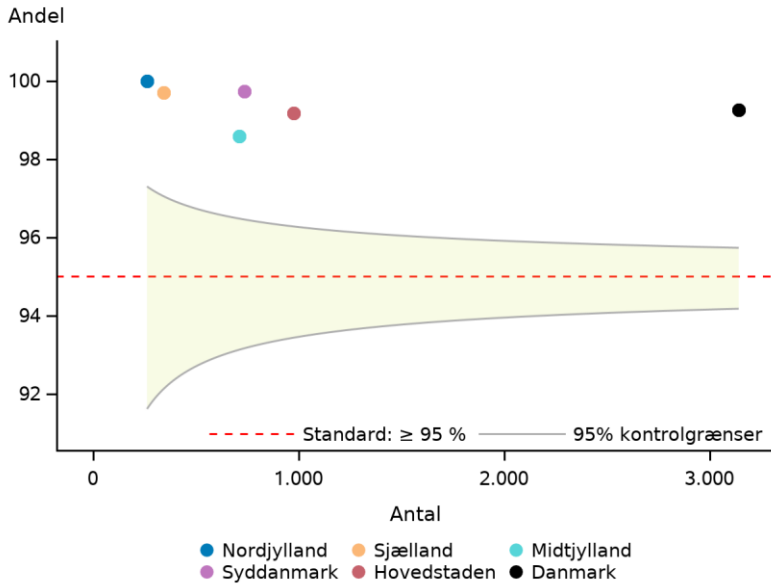
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Kontrolldiagram på regionsniveau.



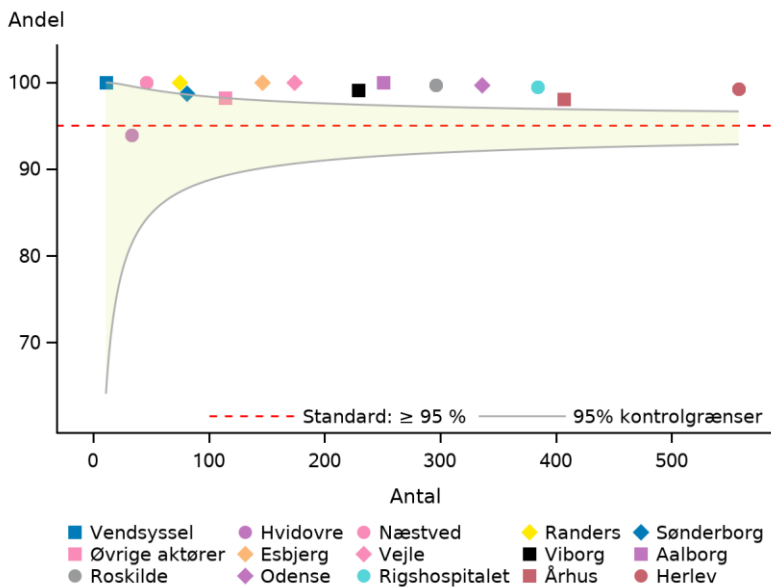
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



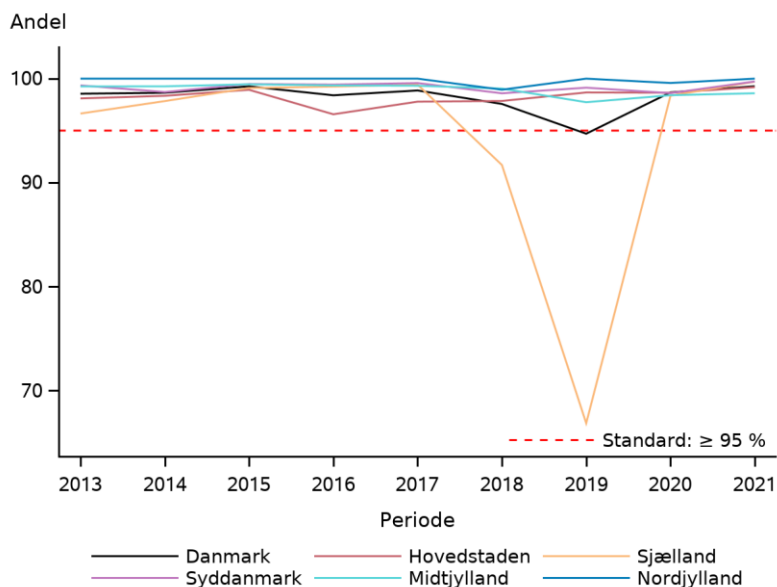
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Funnelploj på regionsniveau.



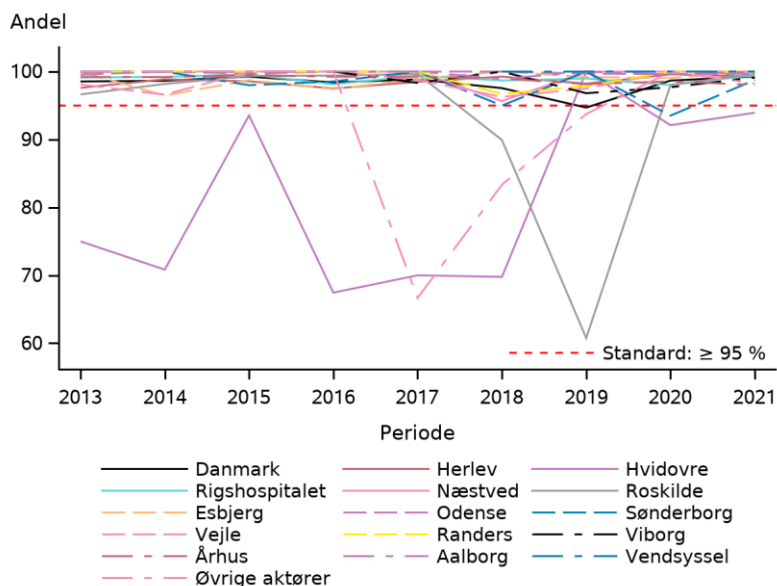
Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 14: Mikrosatellit anført (ja/nej/kan ikke vurderes) på patologiskemaet vedrørende primærtumor. Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude

Her præsenteres andelen af lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Der er fastsat en standard på  $\geq 95\%$  for denne indikator.

### Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude

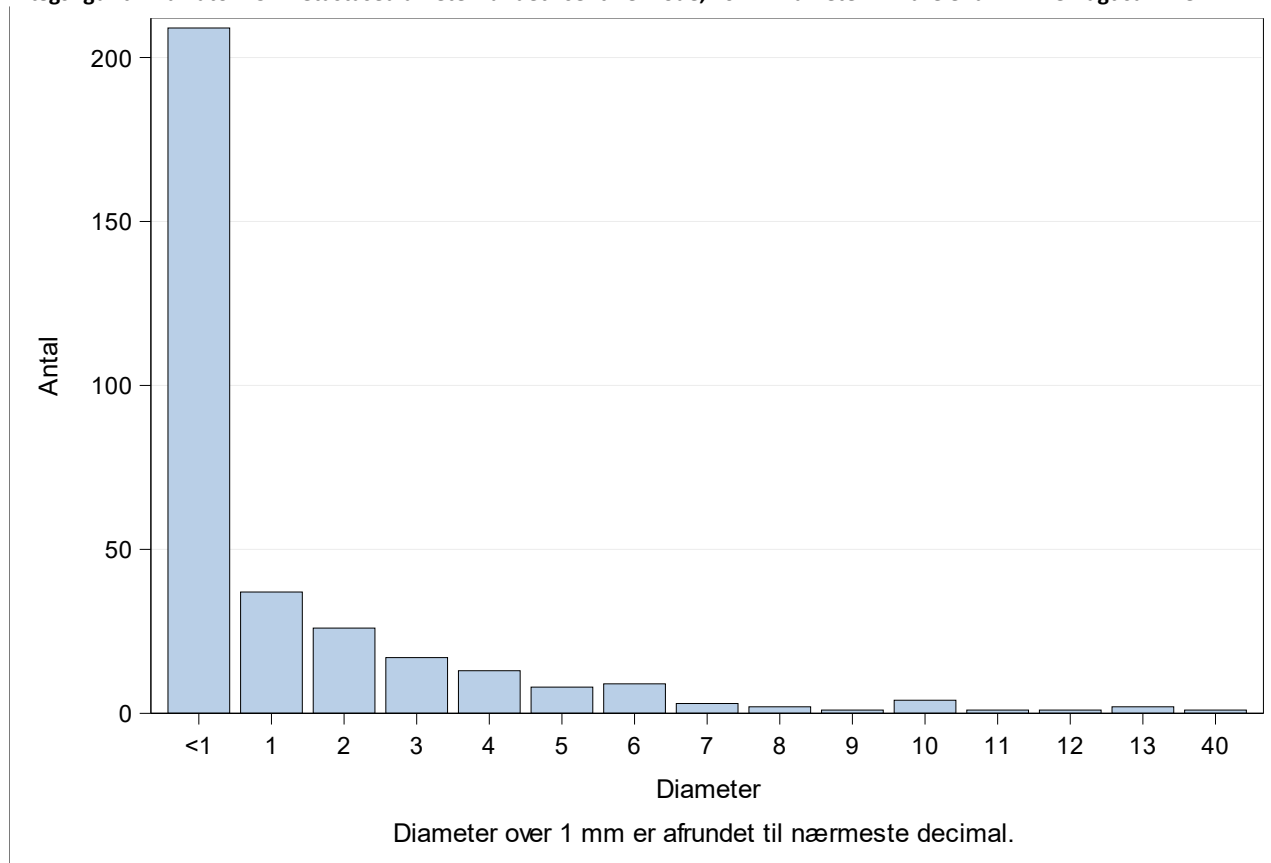
	Standard		Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år			
	$\geq 95\%$ opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2020		2019	
						Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	370 / 374	3 (1)	99	(97-100)	308 / 310	99	290 / 291	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	93 / 94	0 (0)	99	(94-100)	82 / 83	99	82 / 83	99
<b>Sjælland</b>	Ja	62 / 62	1 (2)	100	(94-100)	30 / 30	100	53 / 53	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	70 / 70	0 (0)	100	(95-100)	78 / 79	99	69 / 69	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	112 / 115	2 (2)	97	(93-99)	99 / 99	100	66 / 66	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	33 / 33	0 (0)	100	(89-100)	19 / 19	100	20 / 20	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	93 / 94	0 (0)	99	(94-100)	82 / 83	99	82 / 83	99
Herlev	Ja	60 / 60	0 (0)	100	(94-100)	39 / 39	100	46 / 47	98
Rigshospitalet	Ja	33 / 34	0 (0)	97	(85-100)	43 / 44	98	36 / 36	100
<b>Sjælland</b>	Ja	62 / 62	1 (2)	100	(94-100)	30 / 30	100	53 / 53	100
Roskilde	Ja	62 / 62	1 (2)	100	(94-100)	30 / 30	100	53 / 53	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	70 / 70	0 (0)	100	(95-100)	78 / 79	99	69 / 69	100
Esbjerg	Ja	22 / 22	0 (0)	100	(85-100)	17 / 17	100	18 / 18	100
Odense	Ja	28 / 28	0 (0)	100	(88-100)	38 / 39	97	29 / 29	100
Vejle	Ja	20 / 20	0 (0)	100	(83-100)	23 / 23	100	22 / 22	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	112 / 115	2 (2)	97	(93-99)	99 / 99	100	66 / 66	100
Århus	Ja	112 / 115	2 (2)	97	(93-99)	99 / 99	100	66 / 66	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	33 / 33	0 (0)	100	(89-100)	19 / 19	100	20 / 20	100
Aalborg	Ja	33 / 33	0 (0)	100	(89-100)	19 / 19	100	20 / 20	100

### 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	1.254	In Situ melanom
	168	Non-sentinel lymfeknude
	4.100	Ingen metastaser påvist
<b>Uoplyst:</b>	3	Ingen besvarelse om invasiv tumor



Tillægsfigur til indikator 15. Metastasediameter fundet i sentinel node, 2021. Diameter mindre end 1 mm er lagt sammen.



#### Datagrundlag

Data til indikator 15 er opgjort per 3. maj 2022. Det samlede antal patienter og tumorer, der indgår i indikator 15, er dermed en smule anderledes end for de resterende analyser i denne årsrapport.

Indikatoren opgøres for de patologiske afdelinger, der er lokaliseret på hospitaler, som udfører sentinel lymfeknudebiopsi, og som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres der opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

#### Beregningsregler

- Tæller: Antal lymfeknuder, hvor diameter på metastase er angivet.
- Nævner: Alle lymfeknuder med påviste metastaser i sentinel lymfeknudebiopsi registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

#### Resultater

Alle patologi-afdelinger i Danmark, på sygehuse hvor der bliver udført sentinel lymfeknudebiopsi, har registreret en diameter på >95% af alle metastaser. Niveaulet har været stabilt højt over de seneste år. Majoriteten af metastaserne har en diameter under 1mm.

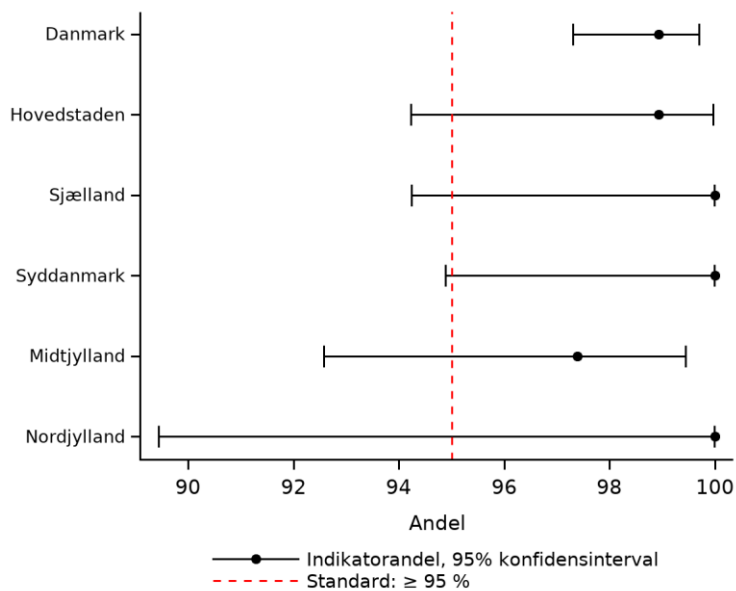
#### Diskussion og implikationer

Indikatoren er ny. Angivelse af diameter af metastasefokus i sentinel lymfeknude er vigtigt for korrekt patologisk staging og mulighed for adjuverende terapi. Indikatoren er fint opfyldt landet over.

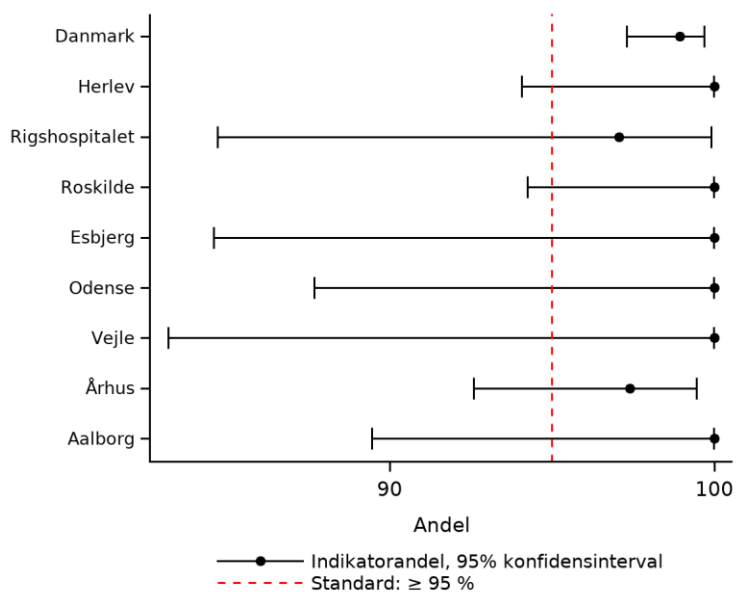
#### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren er særdeles anvendelig. Ved stillingtagen til adjuverende terapi tages udgangspunkt i størrelse af tumorfokus i den sentinelle lymfeknude, idet prognosen er associeret med dette. Indikatoren har dermed direkte klinisk værdi og er et udtryk for kvalitet.

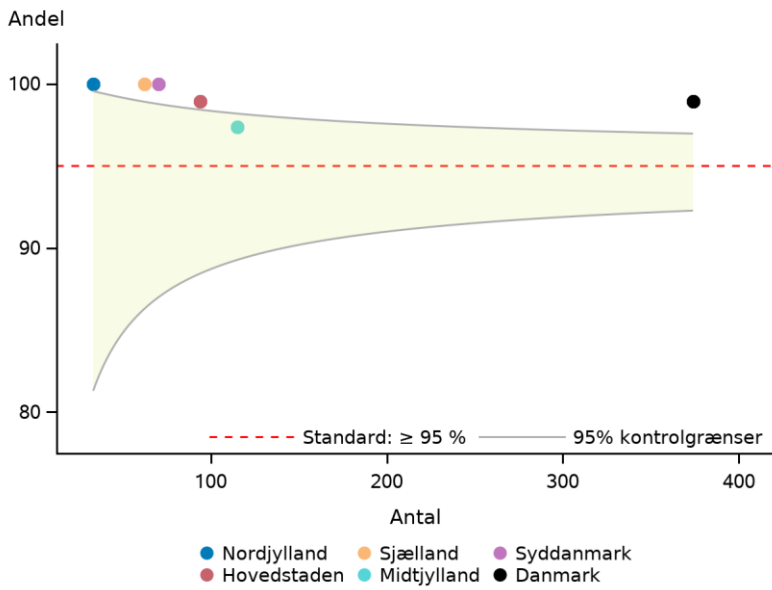
Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Kontrolldiagram på regionsniveau.



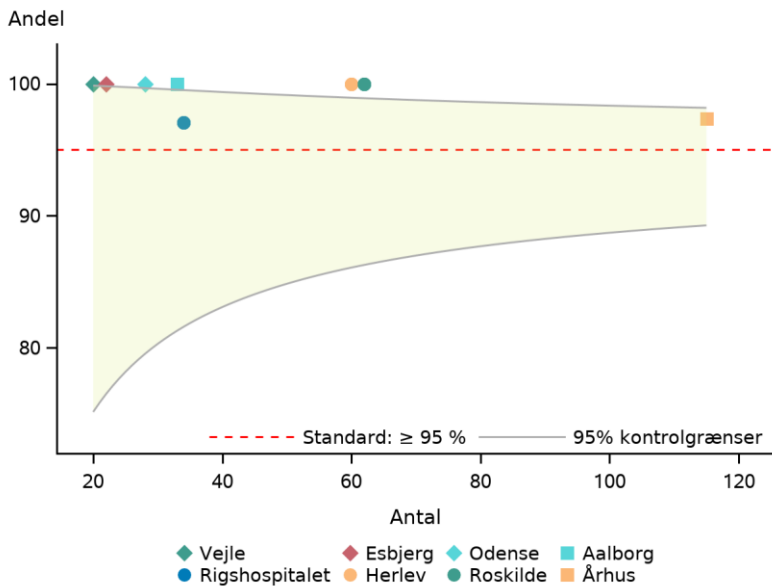
Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Funnelploj på regionsniveau.

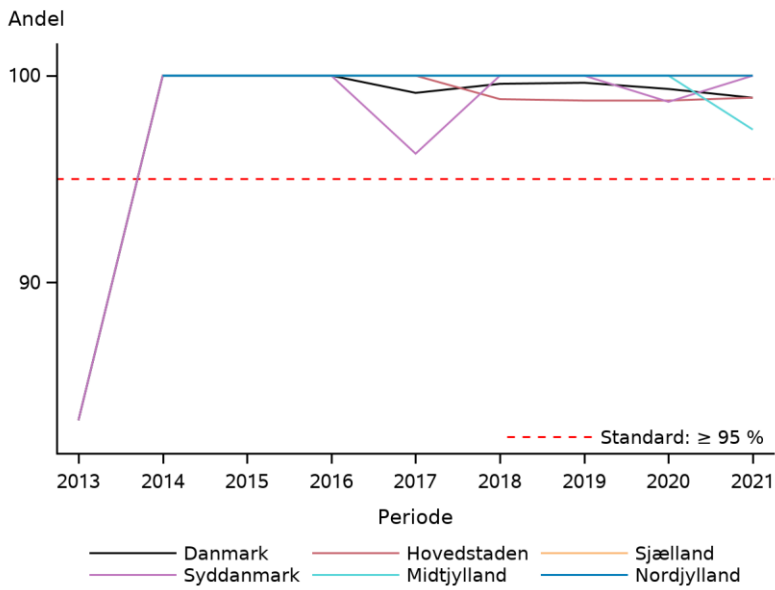


Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Funnelploj på afdelingsniveau.

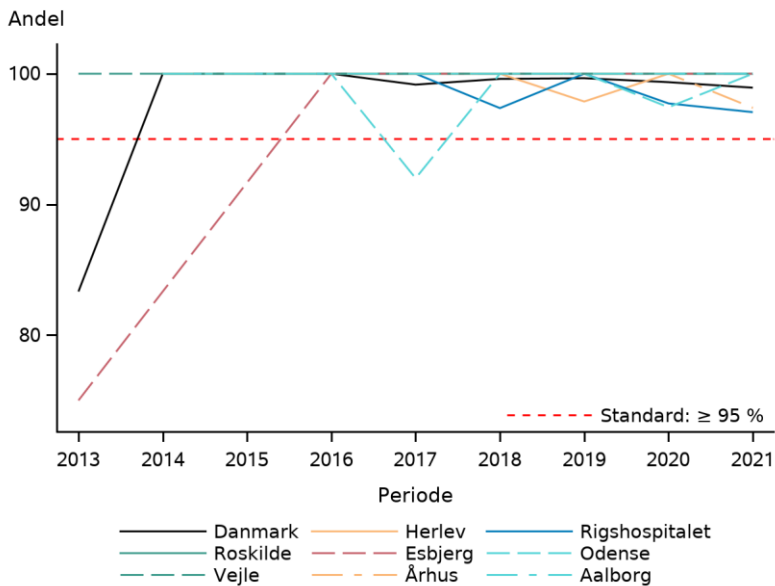




Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 15: Andel lymfeknuder, hvor der er angivet diameter på metastase i sentinel lymfeknude. Trendgraf på afdelingsniveau.



## 5. Supplerende indikatorer

### Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet

I det følgende præsenteres andelen af tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata (0, ≥1, uklassificeret). I opgørelsen indgår alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode, hvor tælleren udgør tumorer med angivelse af dermal mitoseaktivitet. Der er fastsat en standard på ≥97%.

#### Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '≥1' eller 'uklassificeret')

	Standard ≥ 97% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år			
				Andel	95% CI	2020 Antal	Andel	2019 Antal	Andel
<b>Danmark</b>	Ja	3.108 / 3.111	11 (0)	100	(100-100)	2.860 / 2.865	100	2.945 / 2.953	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	973 / 975	7 (1)	100	(99-100)	891 / 892	100	1.126 / 1.127	100
<b>Sjælland</b>	Ja	338 / 339	0 (0)	100	(98-100)	366 / 366	100	370 / 370	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	720 / 720	1 (0)	100	(99-100)	643 / 643	100	681 / 681	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	704 / 704	3 (0)	100	(99-100)	609 / 613	99	513 / 519	99
<b>Nordjylland</b>	Ja	260 / 260	0 (0)	100	(99-100)	237 / 237	100	240 / 240	100
<b>Hovedstaden</b>	Ja	973 / 975	7 (1)	100	(99-100)	891 / 892	100	1.126 / 1.127	100
Herlev	Ja	561 / 561	1 (0)	100	(99-100)	504 / 504	100	511 / 511	100
Hvidovre	Ja	28 / 29	0 (0)	97	(82-100)	37 / 37	100	41 / 41	100
Rigshospitalet	Ja	384 / 385	6 (2)	100	(99-100)	350 / 351	100	574 / 575	100
<b>Sjælland</b>	Ja	338 / 339	0 (0)	100	(98-100)	366 / 366	100	370 / 370	100
Næstved	Ja	43 / 43	0 (0)	100	(92-100)	52 / 52	100	31 / 31	100
Roskilde	Ja	295 / 296	0 (0)	100	(98-100)	308 / 308	100	312 / 312	100
Slagelse						6 / 6	100	27 / 27	100
<b>Syddanmark</b>	Ja	720 / 720	1 (0)	100	(99-100)	643 / 643	100	681 / 681	100
Esbjerg	Ja	141 / 141	0 (0)	100	(97-100)	106 / 106	100	129 / 129	100
Odense	Ja	329 / 329	0 (0)	100	(99-100)	281 / 281	100	328 / 328	100
Sønderborg	Ja	79 / 79	0 (0)	100	(95-100)	105 / 105	100	67 / 67	100
Vejle	Ja	171 / 171	1 (1)	100	(98-100)	151 / 151	100	157 / 157	100
<b>Midtjylland</b>	Ja	704 / 704	3 (0)	100	(99-100)	609 / 613	99	513 / 519	99
Randers	Ja	71 / 71	2 (3)	100	(95-100)	56 / 56	100	43 / 43	100
Viborg	Ja	228 / 228	0 (0)	100	(98-100)	209 / 213	98	152 / 157	97
Århus	Ja	405 / 405	1 (0)	100	(99-100)	344 / 344	100	318 / 319	100
<b>Nordjylland</b>	Ja	260 / 260	0 (0)	100	(99-100)	237 / 237	100	240 / 240	100
Aalborg	Ja	249 / 249	0 (0)	100	(99-100)	227 / 227	100	233 / 233	100
Vendsyssel	Ja	11 / 11	0 (0)	100	(72-100)	10 / 10	100	7 / 7	100
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>									
Øvrige aktører	Ja	113 / 113	0 (0)	100	(97-100)	114 / 114	100	15 / 16	94

## 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret')

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1.248	In Situ melanom
	67	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	14	Ukendt afdeling
Uoplyst:	11	Uoplyst om in situ eller invasivt

### Datagrundlag

Indikatoren opgøres på de patologiske afdelinger, som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningssystem, se afsnit 11.2 for en oversigt. Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul.

For trendgraferne gøres det opmærksom på, at definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

### Beregningsregler

- Tæller: Antal tumorer, hvor dermal mitosestatus er angivet (0, >1 eller uklassificeret).
- Nævner: Alle invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

### Resultater

For aktuelle opgørelsesperiode ligger andelen af tumorer med angivelse af dermal mitoseaktivitet på 100% (95% CI: 99-100). Således er standarden opfyldt for denne indikator på landsplan, hvilket også gør sig gældende for alle afdelinger og øvrige aktører. For alle regioner har indrapporteringen om dermal mitoseaktivitet ligget stabilt over 97% siden databasestart i 2013.

I kontrolprogrammer, funnelplots og trendgrafer ligger Hvidovres resultat lige under de 97% procent, dette skyldes at årsresultatet afrundes i indikator Tabellen, men ikke i de øvrige figurer.

### Diskussion og implikationer

Denne indikatoropfyldelse har meget længe været særdeles høj, hvorfor den er overført til appendiks. Selv indberetningen fra private og øvrige aktører er meget flot nu. Den optimale løsning vil være overførsel af data fra Landsregisteret for Patologi til DMD, og dette forventes jf. tidligere kommentarer at gennemføres fra næste år.

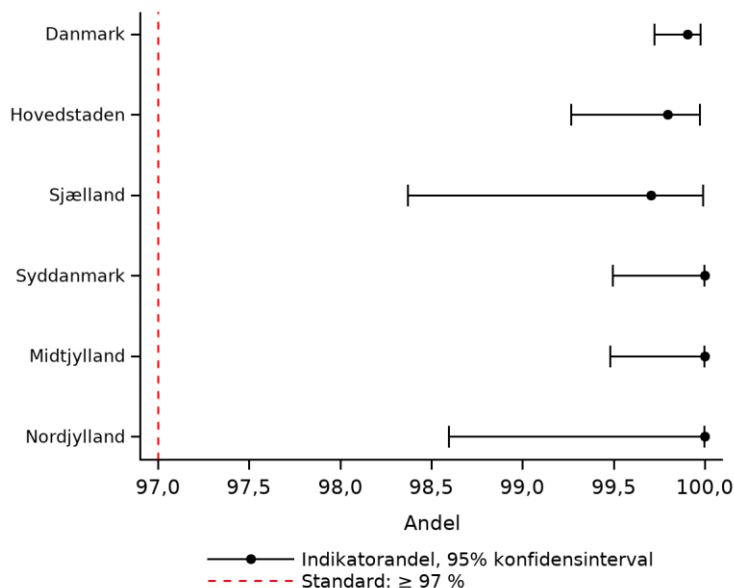
Indikatoren har fået fornyet vigtighed, idet vi med revision af SNB retningslinjen igen inddrager forekomst af mitoser i kriterium for SNB hos patienter med tynde melanomer (< 1 mm i tykkelse). [https://www.dmccg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/kliniske-retningslinjer-opdelt-pa-dmccg/dmg/dmg\\_sentinel-node-biopsi\\_v1.0\\_admgodk221121.pdf](https://www.dmccg.dk/siteassets/kliniske-retningslinjer---skabeloner-og-vejledninger/kliniske-retningslinjer-opdelt-pa-dmccg/dmg/dmg_sentinel-node-biopsi_v1.0_admgodk221121.pdf)

### Vurdering af indikatorens anvendelighed

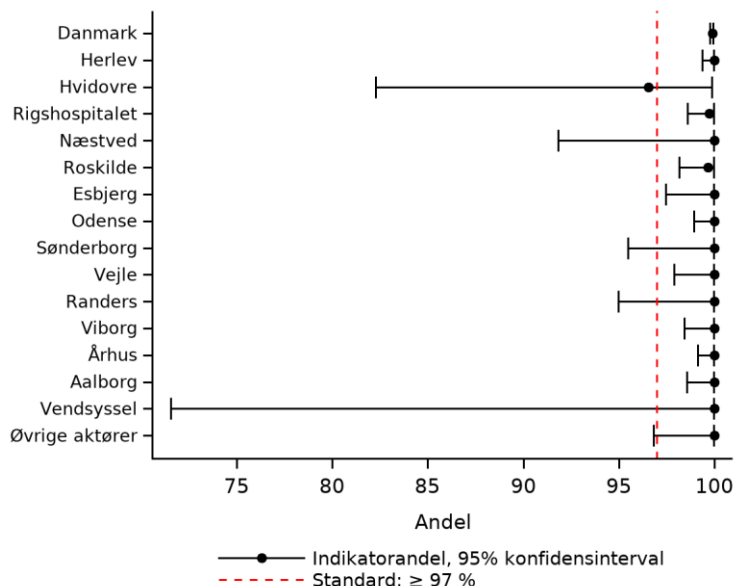
Indikatoren er på grund af den konstant høje målopfyldelse flyttet til appendiks, men er fortsat vigtig at monitorere jf. ovenstående.



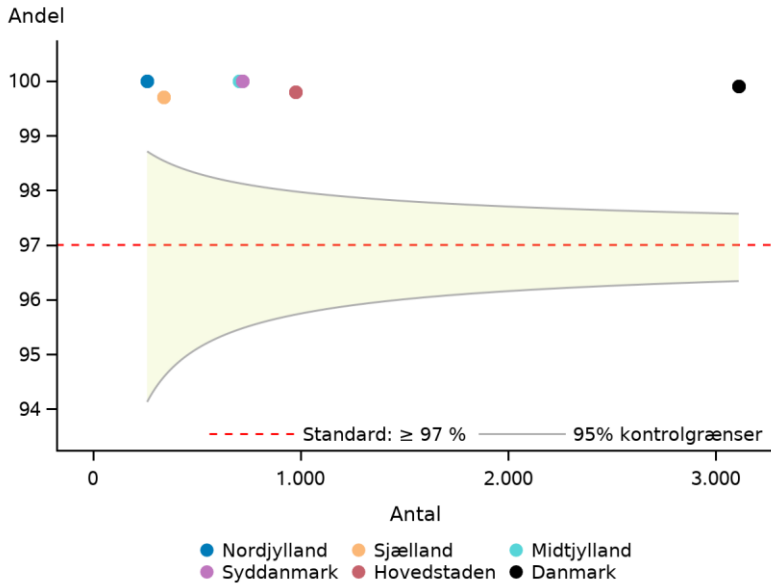
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Kontrolldiagram på regionsniveau.



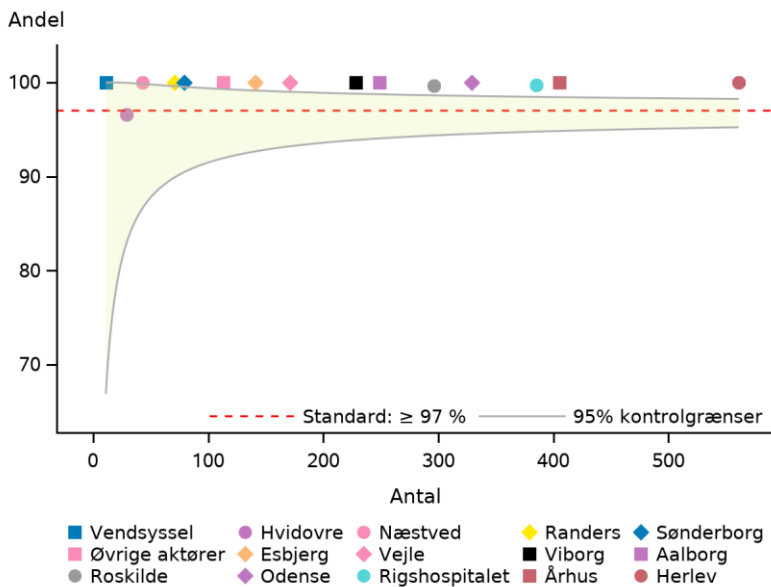
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



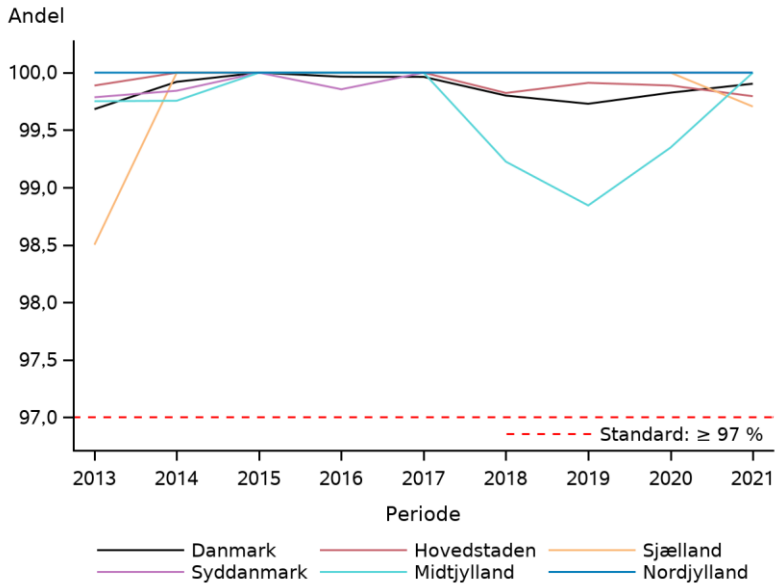
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Funnelploj på regionsniveau.



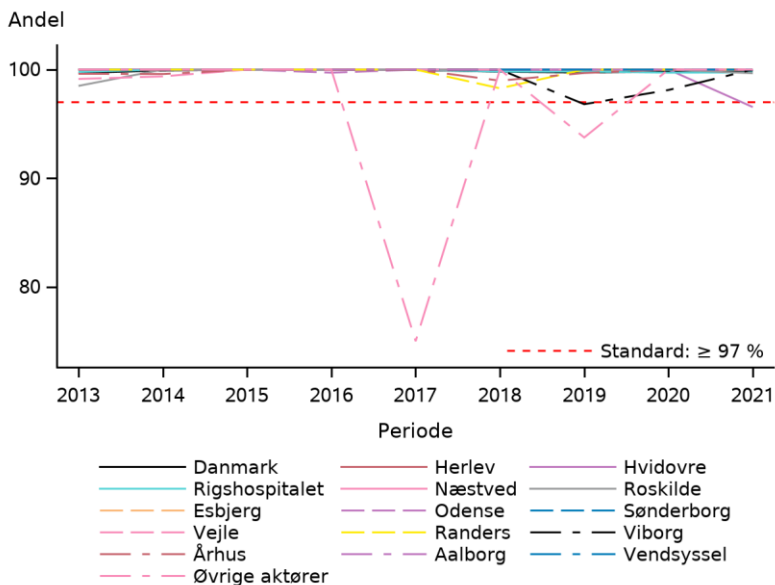
Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Funnelploj på afdelingsniveau.



Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 7: Andel tumorer med dermal mitoseaktivitet angivet i patologidata ('0', '>= 1' eller 'uklassificeret'). Trendgraf på afdelingsniveau.



## Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie

I det følgende præsenteres andelen af tumorer, hvor der er tildelt et klinisk stadie. I opgørelsen indgår alle in situ og invasive tumorer registreret i aktuelle opgørelsesperiode, hvor tælleren udgør tumorer med angivelse af kliniske stadie. Indikatoren er med som supplerende indikator med henblik på fremover at indgå i det officielle indikatorsæt, som erstatning for indikator 1. Der er ikke fastsat en standard for denne indikator.

### Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie

	Standard opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuelle år 01.01.2021 - 31.12.2021		Tidligere år			
				Andel	95% CI	2020		2019	
						Antal	Andel	Antal	Andel
<b>Danmark</b>		4.233 / 4.374	0 (0)	97	(96-97)	3.999 / 4.139	97	3.926 / 4.081	96
<b>Hovedstaden</b>		1.351 / 1.388	0 (0)	97	(96-98)	1.286 / 1.323	97	1.381 / 1.430	97
<b>Sjælland</b>		548 / 559	0 (0)	98	(97-99)	573 / 601	95	518 / 557	93
<b>Syddanmark</b>		930 / 993	0 (0)	94	(92-95)	907 / 956	95	941 / 976	96
<b>Midtjylland</b>		893 / 917	0 (0)	97	(96-98)	788 / 799	99	663 / 675	98
<b>Nordjylland</b>		421 / 426	0 (0)	99	(97-100)	349 / 360	97	326 / 340	96
<b>Hovedstaden</b>		1.351 / 1.388	0 (0)	97	(96-98)	1.286 / 1.323	97	1.381 / 1.430	97
Herlev		735 / 767	0 (0)	96	(94-97)	687 / 711	97	670 / 705	95
Rigshospitalet		616 / 621	0 (0)	99	(98-100)	599 / 612	98	711 / 725	98
<b>Sjælland</b>		548 / 559	0 (0)	98	(97-99)	573 / 601	95	518 / 557	93
Roskilde		548 / 559	0 (0)	98	(97-99)	573 / 601	95	518 / 557	93
<b>Syddanmark</b>		930 / 993	0 (0)	94	(92-95)	907 / 956	95	941 / 976	96
Aabenraa		8 / 9	0 (0)	89	(52-100)	69 / 71	97	42 / 43	98
Esbjerg		208 / 215	0 (0)	97	(93-99)	173 / 182	95	169 / 171	99
Odense		432 / 474	0 (0)	91	(88-94)	417 / 444	94	468 / 491	95
Vejle		282 / 295	0 (0)	96	(93-98)	248 / 259	96	262 / 271	97
<b>Midtjylland</b>		893 / 917	0 (0)	97	(96-98)	788 / 799	99	663 / 675	98
Århus		893 / 917	0 (0)	97	(96-98)	788 / 799	99	663 / 675	98
<b>Nordjylland</b>		421 / 426	0 (0)	99	(97-100)	349 / 360	97	326 / 340	96
Aalborg		421 / 426	0 (0)	99	(97-100)	349 / 360	97	326 / 340	96
<b>Øvrige afdelinger og private aktører</b>									
Øvrige aktører		90 / 91	0 (0)	99	(94-100)	96 / 100	96	97 / 103	94

### 16: Andel tumorer med klinisk stadie

	Antal	Årsag
<b>Eksklusion:</b>	67	Det er usikkert om tumor er primærtumor eller metastase
	10	Ukendt afdeling



### Datagrundlag

Alle informationer i denne indikatorberegning kommer fra det direkte indtastningsmodul. Indikatoren opgøres på de kirurgiske afdelinger, som indberetter til DMD i det dedikerede indberetningsystem, se afsnit 11.2 for en oversigt.

Denne indikator er beregnet fra 2018 og frem. Siden 2018 har det ikke været muligt at indberette Mx i indberetningsmodulet, derfor er stadiet T0NxMx ikke et stadium, det er muligt at indberette og beregne i indikator 16.

### Beregningsregler

- Tæller: Antal invasive tumorer i DMD med et gyldigt klinisk stadium (dvs. ikke tumorer hvor det kliniske stadium er ubesvaret, uklassificeret eller uden for kategori).
- Nævner: Antal primære tumorer registreret i DMD med en angivelse af afdeling.

### Resultater

På landsplan er der angivet et klinisk stadium for 4.233 primære tumorer ud af 4.374 tumorer i 2021, svarende til at 97% (95% CI: 96-97) af tumorerne er blevet tildelt et klinisk stadium. Andelen af tumorer med klinisk stadium varierer mellem 89% til 99%. Siden 2018 er andelen af tumorer med klinisk stadium steget i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland.

Aabenraa har den laveste andel af patienter med tildelt klinisk stadium, men denne andel beror på et særdeles lille datagrundlag, hvorfor resultatet er behæftet med stor usikkerhed.

### Diskussion og implikationer

Det er særdeles tilfredsstillende, at der er så god dækning af denne ny indikator. Vi har endnu ikke valideret, om det er de korrekte kliniske stadier, som er tildelt. Det kan vi til en vis grad godt gøre ud fra DMD data: svarer pT stadiet til patologi-oplysninger, svarer N-stadiet til oplysninger fra SNB-skemaet. Der vil dog være situationer, hvor man ikke har de fornødne oplysninger i DMD: såfremt der ikke er foretaget SNB, og såfremt patienten har fjernmetastaser.

Validering af pT og pN stadium vil være hensigtsmæssig at medtage i næste årsrapport.

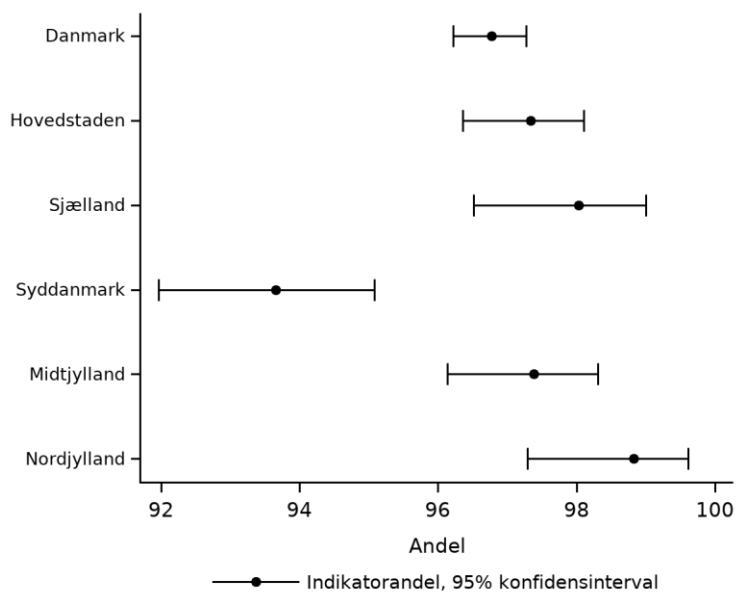
### Vurdering af indikatorens anvendelighed

Indikatoren vurderes vigtig og anvendelig. Korrekt stadium klassifikation er uhyre vigtig af hensyn til korrekt allokering til korrekt opfølgingsprogram og også ved evt. henvisning til adjuverende terapi.

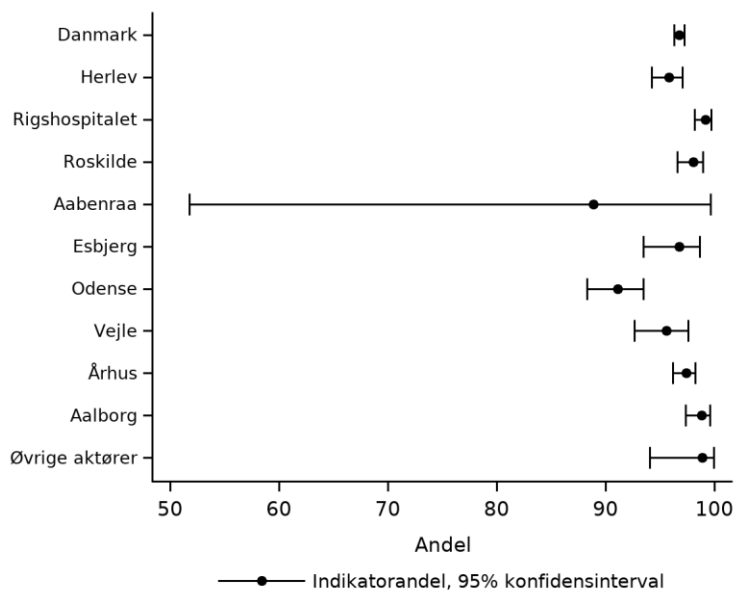
Indikatorværdien besluttes fastsat til 90%.



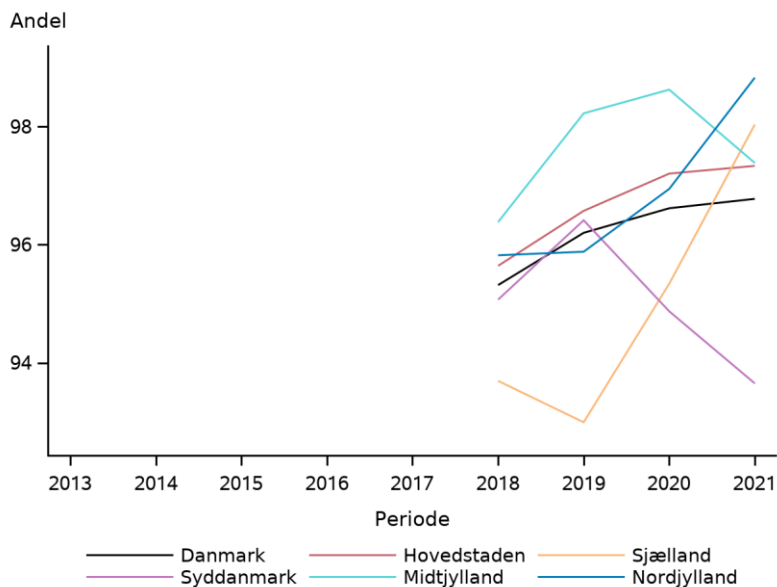
Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie. Kontrolldiagram på regionsniveau.



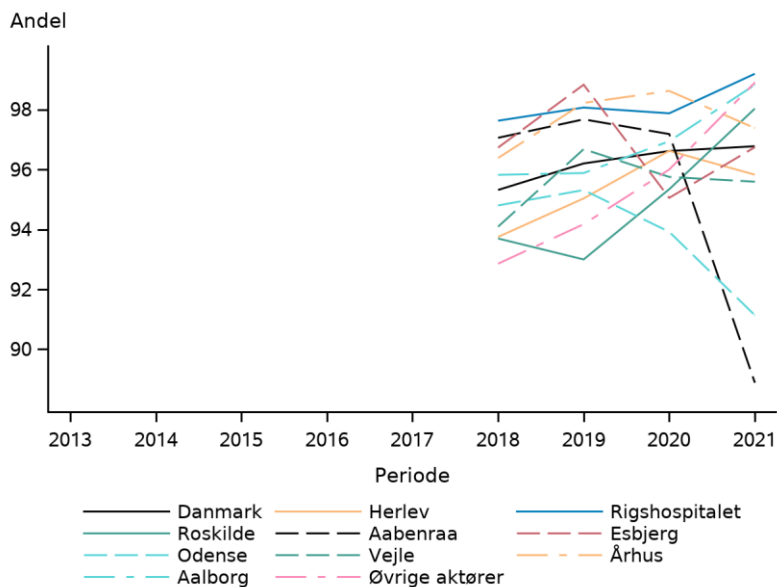
Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie. Kontrolldiagram på afdelingsniveau.



Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 16: Andel tumorer med klinisk stadie. Trendgraf på afdelingsniveau.



## 6. Supplerende opgørelser

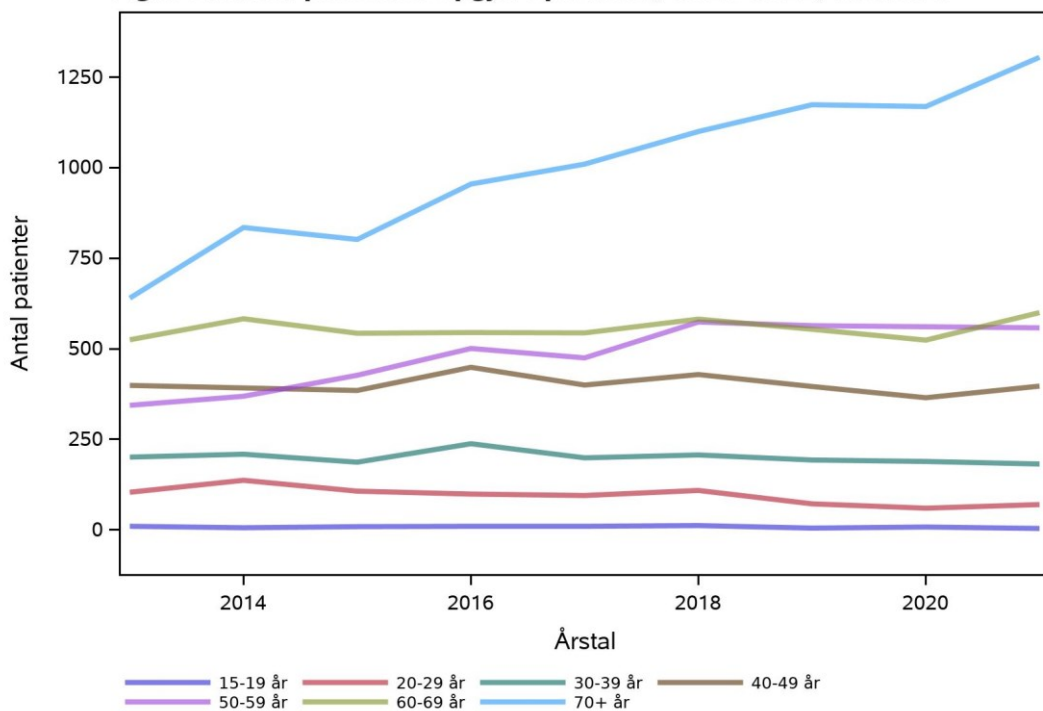
### 6.1. Udvikling i prævalens af malignt melanom

Nedenstående tabel er en oversigt over det samlede antal nydiagnostiserede tumorer i de enkelte år, både invasive og in situ melanomer, samt tumorer hvor det er usikkert om det er in situ eller invasiv og primær eller metastase. Derudover fremgår det samlede antal patienter og herunder hvor mange patienter, der er nydiagnosticerede med invasive tumorer, in situ tumorer samt tumorer hvor det er usikkert om det er in situ eller invasiv og primær eller metastase. Af figurerne fremgår udvikling i antal over tid siden 2015.

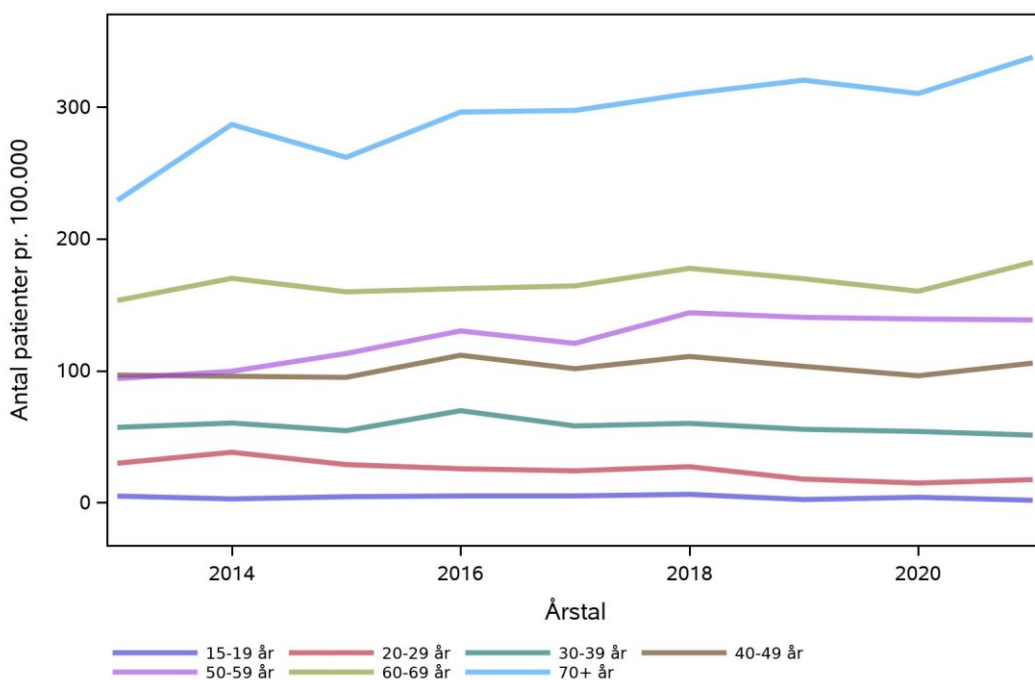
**Tabel 1. Oversigt**

	Procentvis ændring fra 2020 til 2021	2021	2020	2019	2018	2017	2016	2015
<b>Tumorer i alt</b>	<b>6,0</b>	<b>4451</b>	<b>4200</b>	<b>4175</b>	<b>4379</b>	<b>4012</b>	<b>3933</b>	<b>3390</b>
Invasive	8,4	3111	2870	2953	3008	2728	2794	2457
Usikkert om primær eller metastase	36,7	67	49	75	62	53	65	32
In situ eller invasiv uoplyst	-35,9	25	39	17	58	65	46	26
In situ	0,5	1248	1242	1130	1251	1166	1028	875
<b>Patienter i alt</b>	<b>6,6</b>	<b>4237</b>	<b>3975</b>	<b>3969</b>	<b>4171</b>	<b>3811</b>	<b>3747</b>	<b>3248</b>
Invasive	7,7	3000	2786	2849	2913	2641	2690	2390
Usikkert om primær eller metastase	39,6	67	48	72	61	49	65	32
In situ eller invasiv uoplyst	-35,9	25	39	17	57	64	46	26
In situ	1,1	1221	1207	1102	1222	1132	1000	857
Patienter med én tumor	7,3	4050	3775	3805	3986	3634	3582	3116
Patienter med to tumorer	-8,8	165	181	135	171	158	148	122
Patienter med tre eller flere tumorer	15,8	22	19	29	14	19	17	10

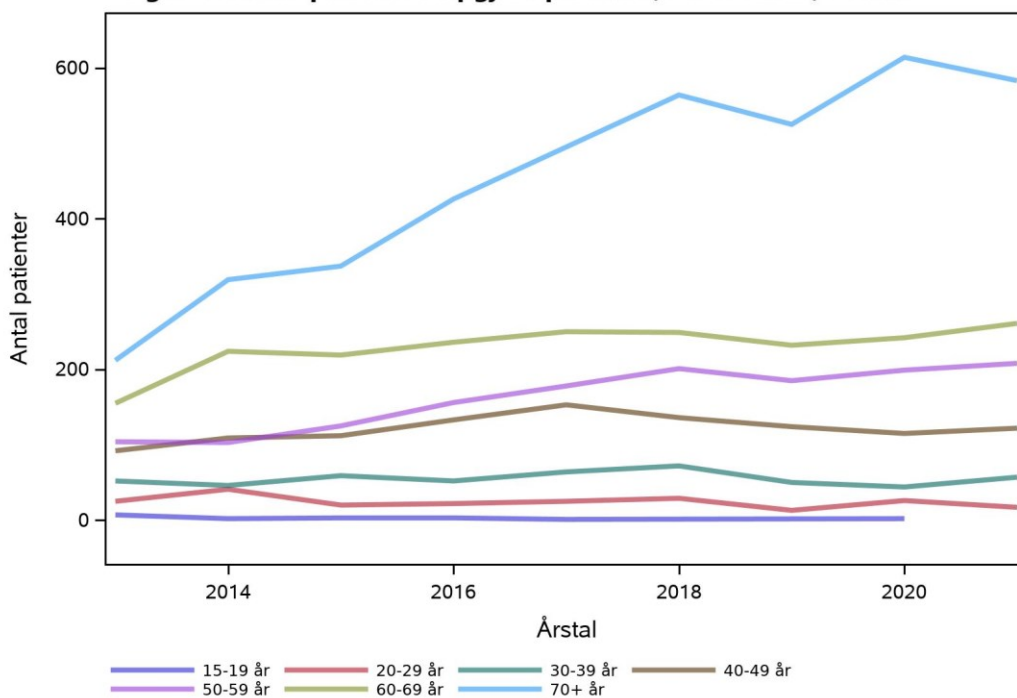
**Figur 1. Antal patienter opgjort på alder, 2013-2021, Invasive**



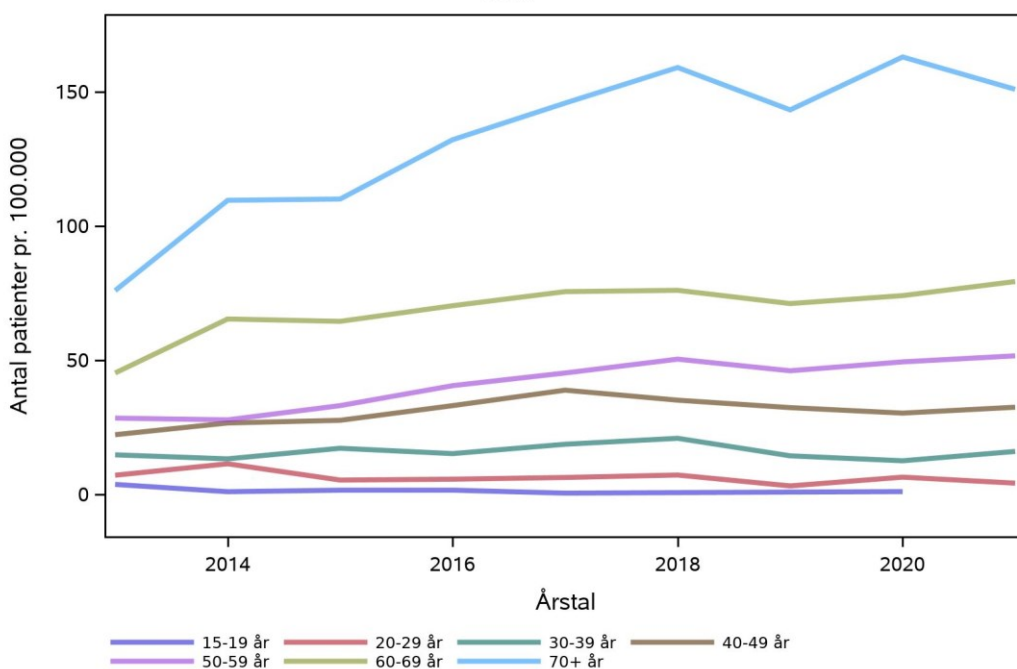
**Figur 2. Antal patienter opgjort på alder per 100.000 borgere, 2013-2021, Invasive**



**Figur 3. Antal patienter opgjort på alder, 2013-2021, In situ**



**Figur 4. Antal patienter opgjort på alder per 100.000 borgere, 2013-2021, In situ**



**Tabel 2. Beskrivelse af stadiefordeling over tid**

	2021		2020		2019		2018		2017		2016		2015	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<i>In situ</i>	1249	28.1	1232	29.3	1126	27	1237	28.2	1162	29	1019	25.9	873	25.8
<i>Stadie IA</i>	1538	34.6	1371	32.6	1466	35.1	1491	34	1511	37.7	1471	37.4	1229	36.3
<i>Stadie IB</i>	810	18.2	766	18.2	767	18.4	824	18.8	624	15.6	623	15.8	525	15.5
<i>Stadie IIA</i>	158	3.55	183	4.36	164	3.93	164	3.75	172	4.29	211	5.36	184	5.43
<i>Stadie IIB</i>	129	2.9	120	2.86	119	2.85	114	2.6	105	2.62	104	2.64	111	3.27
<i>Stadie IIC</i>	98	2.2	75	1.79	65	1.56	61	1.39	67	1.67	77	1.96	71	2.09
<i>Stadie III</i>	267	6	262	6.24	238	5.7	234	5.34	182	4.54	216	5.49	190	5.6
<i>Stadie IV</i>	43	0.97	33	0.79	48	1.15	26	0.59	21	0.52	22	0.56	23	0.68
<i>Ubesvaret</i>	40	0.9	19	0.45	19	0.46	35	0.8	47	1.17	64	1.63	68	2.01
<i>Uklassificeret</i>	66	1.48	74	1.76	89	2.13	105	2.4	115	2.87	119	3.03	102	3.01
<i>Uden for kategori</i>	53	1.19	65	1.55	74	1.77	87	1.99	0	0	0	0	0	0
<i>Ukendt primær tumor</i>	0	0	0	0	0	0	#	0.02	6	0.15	7	0.18	14	0.41
<b>Total</b>	<b>4451</b>	<b>100</b>	<b>4200</b>	<b>100</b>	<b>4175</b>	<b>100</b>	<b>4379</b>	<b>100</b>	<b>4012</b>	<b>100</b>	<b>3933</b>	<b>100</b>	<b>3390</b>	<b>100</b>

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observation*

#### Datagrundlag

Definitionen af in situ ændredes ved årsskiftet 2018. In situ er således defineret som clarks level 1 frem til og med 2017, derefter er in situ defineret som svaret "in situ" på spørgsmålet om involvering i dermis i det direkte indtastningsmodul.

Det samlede antal patienter med nydiagnosticerede tumorer i 2021 er ikke summen af de fire kategorier: Invasiv, in situ, in situ eller invasiv uoplyst og usikkert om primær eller metastase. Dette skyldes, at samme patient kan have flere nydiagnosticerede tumorer i samme år, der falder i flere kategorier. I disse tilfælde, vil patienten indgå i opgørelserne i flere kategorier samtidig. Der er 76 patienter, som indgår i flere af de fire underkategorier samtidigt.

Opgørelsen af patienter med flere tumorer er lavet på baggrund af antallet af nydiagnosticerede tumorer i samme år opgørelsesår. Incidensfigurerne er beregnet på baggrund af befolkningstal fra Danmarks Statistik, 1. kvartal hvert år.

#### Resultater

I 2021 er der registreret 4.451 nydiagnosticerede melanomer. Ud af disse er der registreret 3.111 invasive tumorer og 1.248 in situ melanomer. Tumorernes er registreret blandt 4.237 patienter, hvor 3.000 af patienterne er registreret med invasive tumorer og 1.221 patienter er registreret med in situ melanomer. 165 patienter er registreret med 2 tumorer i 2021 og 22 patienter er registreret med 3 eller flere tumorer i 2021.

Både hvad angår antallet af tumorer og antallet af patienter, ses der en gennemsnitlig jævn stigning i antal siden 2015 og til 2021.

Ift. 2020 er der i 2021 en stigning på 6,0% i antal nydiagnosticerede tumorer og en stigning på 6,6% i antal patienter.

I 2021 var der 8,4% flere invasive tumorer og 0,5% flere in situ tumorer ift. 2020. Der var desuden 7,7% flere patienter med invasive tumorer og 1,1% flere patienter med in situ tumorer i 2021 ift. 2020.

Der ses en svag stigning i antallet af patienter over 40 år med nydiagnosticeret melanom. Derimod ses et svagt fald i antallet af patienter med nydiagnosticeret melanom i aldersgruppen under 40 år.

#### Diskussion og implikationer

Melanom er stadig den cancerform med størst stigning. Der er mistanke om en vis overdiagnostik, men det er ikke muligt at udpege, hvilke tumorer, som i givet fald ikke ville kunne (nå at) gøre patienten skade, og som dermed ikke havde behøvet at blive behandlet.

Mere nøjagtig klinisk diagnostik med observation af kutane forandringer over tid vil måske kunne spare patienter for excisioner mv. Sådanne tiltag er i gang i form af videnskabelige studier.

Det er særdeles glædeligt, at forekomsten af melanom i den yngre aldersgruppe ser ud til at aftage. Det kan tolkes som, at oplysning om fornuftig soladfærd er trængt bedre igennem end tidligere. Omvendt er det særdeles bekymrende, at andelen af melanomer blandt ældre stiger så kraftigt, for det kommer til at belaste sundhedsvæsenet i høj grad, og disse data må medtænkes ved tildeling af ressourcer til behandling, tilrettelæggelse af kontrolprogrammer mv.



## 6.2. Beskrivelse af årsrapportpopulationen på patientniveau

Af nedenstående tabeller fremgår en række opgørelser på patientniveau blandt patienter med tumorer (invasive og in situ tumorer) registreret i aktuelle opgørelsesperiode.

**Tabel 3. Beskrivelse af årsrapportpopulationen på patientniveau**

	Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Øvrige afdelinger og private aktører		Danmark	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>In situ, alder, total</b>	328	(100,0)	179	(100,0)	257	(100,0)	209	(100,0)	166	(100,0)	80	(100,0)	1219	(100,0)
<41 år	17	(5,2)	8	(4,5)	21	(8,2)	20	(9,6)	9	(5,4)	5	(6,3)	80	(6,6)
41-60 år	90	(27,4)	62	(34,6)	88	(34,2)	50	(23,9)	41	(24,7)	20	(25,0)	351	(28,8)
61-80 år	169	(51,5)	90	(50,3)	117	(45,5)	110	(52,6)	96	(57,8)	50	(62,5)	632	(51,8)
81+ år	52	(15,9)	19	(10,6)	31	(12,1)	29	(13,9)	20	(12,0)	5	(6,3)	156	(12,8)
<b>In situ, køn, total</b>	328	(100,0)	179	(100,0)	257	(100,0)	209	(100,0)	166	(100,0)	80	(100,0)	1219	(100,0)
Mand	174	(53,0)	99	(55,3)	118	(45,9)	111	(53,1)	77	(46,4)	30	(37,5)	609	(50,0)
Kvinde	154	(47,0)	80	(44,7)	139	(54,1)	98	(46,9)	89	(53,6)	50	(62,5)	610	(50,0)
<b>Invasive, alder, total</b>	987	(100,0)	370	(100,0)	693	(100,0)	682	(100,0)	253	(100,0)	8	(100,0)	2993	(100,0)
<41 år	90	(9,1)	20	(5,4)	60	(8,7)	73	(10,7)	29	(11,5)	.		272	(9,1)
41-60 år	333	(33,7)	126	(34,1)	211	(30,4)	219	(32,1)	62	(24,5)	3	(37,5)	954	(31,9)
61-80 år	444	(45,0)	194	(52,4)	324	(46,8)	321	(47,1)	120	(47,4)	#	(25,0)	1405	(46,9)
81+ år	120	(12,2)	30	(8,1)	98	(14,1)	69	(10,1)	42	(16,6)	3	(37,5)	362	(12,1)
<b>Invasive, køn, total</b>	987	(100,0)	370	(100,0)	693	(100,0)	682	(100,0)	253	(100,0)	8	(100,0)	2993	(100,0)
Mand	489	(49,5)	183	(49,5)	329	(47,5)	330	(48,4)	121	(47,8)	5	(62,5)	1457	(48,7)
Kvinde	498	(50,5)	187	(50,5)	364	(52,5)	352	(51,6)	132	(52,2)	3	(37,5)	1536	(51,3)

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observation*

### Datagrundlag og beregningsregler

Patienter, hvor det er usikkert om det er primær tumor eller metastase og patienter, hvor der ikke er oplyst en afdeling i det direkte indberetningssystem, indgår ikke i tabellen "Beskrivelse af årsrapportpopulationen på patientniveau".

### Resultater

På landsplan er de nydiagnosticerede patienter i 2021 med invasive tumorer overordnet yngre end patienterne med in situ tumorer. Aldersfordelingen af patienter med melanom viser tydeligt, at størstedelen af patienterne er 61 år og ældre. Således er 59% af patienter med invasive tumorer 61 år eller ældre på diagnosetidspunktet.

Der ses en mindre andel patienter ≤40 år i Region Hovedstaden, Region Sjælland og Region Nordjylland end i de øvrige regioner. Ud af patienterne med invasive tumorer var 51,3% kvinder, mens 50,0% af patienterne med in situ tumorer var kvinder.

### 6.3. Beskrivelse af årsrapportpopulationen på tumorniveau

I det følgende fremgår en række opgørelser på tumorniveau opgjort pr. region, herunder fordelingen af biopsitype, melanomtype, klinisk stadie samt tumortykkelse.

**Tabel 4. Beskrivelse af årsrapportpopulationen på tumorniveau**

	Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Øvrige afdelinger og private aktører		Danmark	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>Findes primærtumor, total</b>	1407	(100,0)	566	(100,0)	1016	(100,0)	932	(100,0)	429	(100,0)	91	(100,0)	4441	(100,0)
Ja	1024	(72,8)	311	(54,9)	539	(53,1)	581	(62,3)	311	(72,5)	63	(69,2)	2829	(63,7)
Nej	360	(25,6)	245	(43,3)	441	(43,4)	322	(34,5)	114	(26,6)	15	(16,5)	1497	(33,7)
Ubesvaret	23	(1,6)	10	(1,8)	36	(3,5)	29	(3,1)	4	(0,9)	13	(14,3)	115	(2,6)
<b>Biopsitype, total</b>	1407	(100,0)	566	(100,0)	1016	(100,0)	932	(100,0)	429	(100,0)	91	(100,0)	4441	(100,0)
Excisionsbiopsi	1188	(84,4)	491	(86,7)	886	(87,2)	802	(86,1)	383	(89,3)	70	(76,9)	3820	(86,0)
Incisions-/stansbiopsi	149	(10,6)	47	(8,3)	69	(6,8)	89	(9,5)	32	(7,5)	15	(16,5)	401	(9,0)
Tangentiel afskæring	19	(1,4)	7	(1,2)	#	(0,1)	4	(0,4)	4	(0,9)	#	(2,2)	37	(0,8)
Curretage	41	(2,9)	15	(2,7)	17	(1,7)	19	(2,0)	7	(1,6)	3	(3,3)	102	(2,3)
Andet	8	(0,6)	4	(0,7)	#	(0,1)	3	(0,3)					16	(0,4)
Ved ikke	#	(0,1)	#	(0,2)	34	(3,3)	14	(1,5)	#	(0,2)			52	(1,2)
Uoplyst			#	(0,2)	8	(0,8)	#	(0,1)	#	(0,5)	#	(1,1)	13	(0,3)
<b>Stadie, total</b>	1407	(100,0)	566	(100,0)	1016	(100,0)	932	(100,0)	429	(100,0)	91	(100,0)	4441	(100,0)
In situ	344	(24,4)	180	(31,8)	258	(25,4)	213	(22,9)	171	(39,9)	81	(89,0)	1247	(28,1)
Stadie IA	530	(37,7)	177	(31,3)	369	(36,3)	362	(38,8)	90	(21,0)	8	(8,8)	1536	(34,6)
Stadie IB	276	(19,6)	98	(17,3)	176	(17,3)	164	(17,6)	93	(21,7)	#	(1,1)	808	(18,2)
Stadie IIA	53	(3,8)	22	(3,9)	29	(2,9)	35	(3,8)	19	(4,4)			158	(3,6)
Stadie IIB	35	(2,5)	23	(4,1)	30	(3,0)	24	(2,6)	17	(4,0)			129	(2,9)
Stadie IIC	34	(2,4)	15	(2,7)	20	(2,0)	22	(2,4)	7	(1,6)			98	(2,2)
Stadie III	91	(6,5)	33	(5,8)	56	(5,5)	66	(7,1)	21	(4,9)			267	(6,0)
Stadie IV	5	(0,4)	5	(0,9)	10	(1,0)	18	(1,9)	5	(1,2)			43	(1,0)
Ubesvaret	#	(0,1)			33	(3,2)	#	(0,1)	#	(0,2)			36	(0,8)
Uklassificeret	34	(2,4)	4	(0,7)	10	(1,0)	14	(1,5)	4	(0,9)			66	(1,5)
Uden for kategori	4	(0,3)	9	(1,6)	25	(2,5)	13	(1,4)	#	(0,2)	#	(1,1)	53	(1,2)
<b>Melanomtype for in-situ tumorer, total</b>	338	(100,0)	180	(100,0)	265	(100,0)	212	(100,0)	169	(100,0)	82	(100,0)	1246	(100,0)
Lentigo maligna melanom	61	(18,0)	34	(18,9)	35	(13,2)	71	(33,5)	49	(29,0)	19	(23,2)	269	(21,6)
Superficielt spredende malignt melanom	263	(77,8)	145	(80,6)	229	(86,4)	141	(66,5)	116	(68,6)	61	(74,4)	955	(76,6)
Akralt lentiginøst malignt melanom	3	(0,9)			#	(0,4)							4	(0,3)
Uklassificeret malignt melanom	11	(3,3)	#	(0,6)					4	(2,4)	#	(2,4)	18	(1,4)
<b>Melanomtype for invasive tumorer, total</b>	1038	(100,0)	375	(100,0)	725	(100,0)	701	(100,0)	256	(100,0)	9	(100,0)	3104	(100,0)



	Region Hovedstaden		Region Sjælland		Region Syddanmark		Region Midtjylland		Region Nordjylland		Øvrige afdelinger og private aktører		Danmark	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Lentigo maligna melanom	55	(5,3)	7	(1,9)	24	(3,3)	44	(6,3)	21	(8,2)			151	(4,9)
Superficielt spredende malignt melanom	845	(81,4)	304	(81,1)	588	(81,1)	572	(81,6)	199	(77,7)	8	(88,9)	2516	(81,1)
Nodulært malignt melanom	70	(6,7)	44	(11,7)	76	(10,5)	55	(7,8)	28	(10,9)	#	(11,1)	274	(8,8)
Akralt lentiginøst malignt melanom	13	(1,3)	6	(1,6)	4	(0,6)	7	(1,0)	#	(0,8)			32	(1,0)
Uklassificeret malignt melanom	42	(4,0)	7	(1,9)	29	(4,0)	14	(2,0)	5	(2,0)			97	(3,1)
Ukendt primær melanom	#	(0,2)	#	(0,3)			4	(0,6)					7	(0,2)
Desmoplastik malignt melanom	5	(0,5)	5	(1,3)	#	(0,3)	4	(0,6)	#	(0,4)			17	(0,5)
Uoplyst	6	(0,6)	#	(0,3)	#	(0,3)	#	(0,1)					10	(0,3)
<b>Tumortykkelse, total</b>	<b>1038</b>	<b>(100,0)</b>	<b>375</b>	<b>(100,0)</b>	<b>725</b>	<b>(100,0)</b>	<b>701</b>	<b>(100,0)</b>	<b>256</b>	<b>(100,0)</b>	<b>9</b>	<b>(100,0)</b>	<b>3104</b>	<b>(100,0)</b>
Mindre end 0,8 mm	540	(52,0)	181	(48,3)	372	(51,3)	367	(52,4)	89	(34,8)	7	(77,8)	1556	(50,1)
0,8 - 1,00 mm	166	(16,0)	52	(13,9)	111	(15,3)	88	(12,6)	38	(14,8)			455	(14,7)
1,01 - 2,00 mm	146	(14,1)	65	(17,3)	109	(15,0)	116	(16,5)	65	(25,4)	#	(11,1)	502	(16,2)
2,01 - 4,00 mm	74	(7,1)	43	(11,5)	62	(8,6)	62	(8,8)	37	(14,5)			278	(9,0)
4,01+ mm	77	(7,4)	30	(8,0)	58	(8,0)	44	(6,3)	20	(7,8)	#	(11,1)	230	(7,4)
Kan ikke måles	35	(3,4)	4	(1,1)	13	(1,8)	24	(3,4)	7	(2,7)			83	(2,7)

**#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observation**

#### Datagrundlag

Tumorer, hvor der ikke er angivet en afdeling i det direkte indberetningssystem, er blevet ekskluderet fra ovenstående opgørelser (10 tumorer for "Findes primærtumor", "Biopsitype" og "Stadie", 2 tumorer for "Melanomtype for in-situ tumorer" og 7 tumorer for "Melanomtype for invasive tumorer" og "Tumortykkelse for invasive tumorer").

#### Resultater

I 2021 fandtes der primærtumor for 63,7% af alle tumorer ved første konsultation. Denne andel varierer mellem regionerne, hvor primærtumor fandtes for hhv. 53,1% af tumorerne i Region Syddanmark og 54,9% af tumorerne i Region Sjælland, mens det i hhv. Region Nordjylland var 72,5% og Region Hovedstaden var 72,8%. Dette afspejler, at der i nogle regioner fjernes flere melanomer i primærsektoren inden patienterne kommer til første besøg på et hospital.

Den biopsitype, der er benyttet, er for 86,0% af tumorerne på landsplan excisionsbiopsi. Der ses variation, hvor det er 76,9% af tumorerne for øvrige aktører, der er fjernet med excisionsbiopsi, mens det er 89,3% af tumorerne i Region Nordjylland; hvor jo netop en stor andel fjernes på hospitalet, som i denne region har filterfunktion.

Blandt alle de nydiagnosticerede tumorer er 28,1% in situ tumorer, 34,6% er stadie IA tumorer og 18,2% er stadie IB tumorer. Der er variationer i stadiefordelinger mellem regionerne. Disse er nærmere undersøgt i aldersstandardiserede incidensrater i afsnit 6.4. Af alle tumorerne har 155 ikke fået tildelt et stadie.

For in situ tumorerne er 76,6% superficielt spredende melanomer og 21,6% er lentigo maligna melanomer. Der ses betydelig variation i fordelingen af histologisk subtype mellem regionerne, hvor der i Region Midtjylland og Nordjylland er diagnosticeret en højere andel af tumorer af subtypen lentigo maligna melanom (33,5% og 29,0%) ift. de øvrige regioner, hvor det er hhv. 13,2%, 18,0% og 18,9%.

På landsplan er 81,1% af alle nydiagnosticerede invasive tumorer superficielt spredende maligne melanomer, 8,8% er nodulære maligne melanomer og 4,9% lentigo maligne melanomer. Andelen af invasive tumorer af subtypen lentigo malignt melanom varierer fra 1,9% i Region Sjælland til 8,2% i Region Nordjylland. Der ses også en mindre variation i andelen af invasive tumorer af subtypen nodulært malignt melanom fra 6,7% i Region Hovedstaden til 11,7% i Region Sjælland.

På landsplan er 50,1% af de invasive tumorer under 0,8mm. Fordelingen af tumortykkelse er for de fleste regioner nogenlunde ens, men Region Nordjylland har en lavere andel af invasive melanomer under 0,8mm – 34,8% ift. 48,3-52,4% for de øvrige regioner. Tilsvarende er der i Region Nordjylland en højere andel af tykkere invasive melanomer sammenlignet med de øvrige regioner.



#### Diskussion og implikationer

Der ses regionale forskelle i henvisningsmønster og dette afspejler formentlig bl.a. forskelle i speciallægedækning og regionale forskelle i disses adfærd i forhold til at foretage excisionsbiopsi. Det ser ud til, at henvisende læger i reg. Sjælland og i region Syddanmark og Midtjylland i højere grad end i region Hovedstaden og i region Nordjylland exciderer tumorer inden henvisning. I hovedstadsregionen arbejdes på at øge andelen af excisionsbiopsier i primærsektoren, idet det er uforholdsmæssigt ressourcetungt at sende patienten på hospital, før diagnosen er tilvejebragt. Dette skal også ses i lyset af at under halvdelen af tumorer som henvises til hospital i pakkeforløb for modermærkekræft reelt er melanom.

Hvorvidt de regionale forskelle i diagnoser er udtryk for forskelle i populationer og/eller i patologisk tradition er ikke muligt at afgøre på baggrund af disse analyser. Et mindre valideringsstudie, som blev udført mellem patologi-afdelingerne i 2019 viste kun sparsomme forskelle i diagnostik af tynde melanomer/in situ læsioner kontra atypiske modermærker, og høj grad af enighed når diagnoserne blev grupperet i forhold til forventet anbefalet behandling. Dermed blev det konkluderet, at patienterne i hele landet bliver henvist til den korrekte behandlingsgruppe, på trods af små forskelle i den patologiske diagnosetekst ved svære tilfælde.

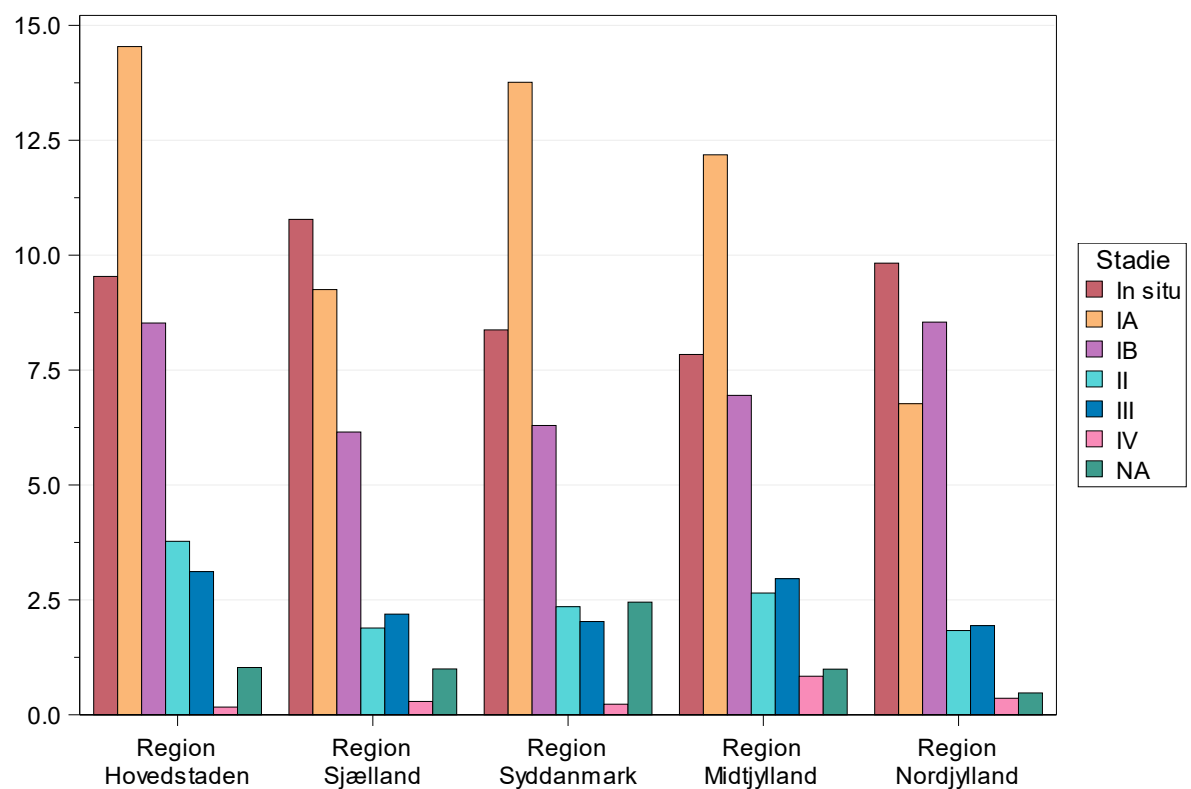


## 6.4. Aldersstandardiserede incidensrater for 2021

**Tabel 5. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2021 opgjort på regioner, mænd**

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
<i>Stadie</i>					
<b>In situ</b>	9,5	10,8	8,4	7,8	9,8
<b>IA</b>	14,5	9,3	13,8	12,2	6,8
<b>IB</b>	8,5	6,2	6,3	6,9	8,5
<b>II</b>	3,8	1,9	2,4	2,6	1,8
<b>III</b>	3,1	2,2	2,0	3,0	1,9
<b>IV</b>	0,2	0,3	0,2	0,8	0,4
<b>NA</b>	1,0	1,0	2,5	1,0	0,5
<b>Samlet</b>	40,6	31,7	35,6	34,3	29,7

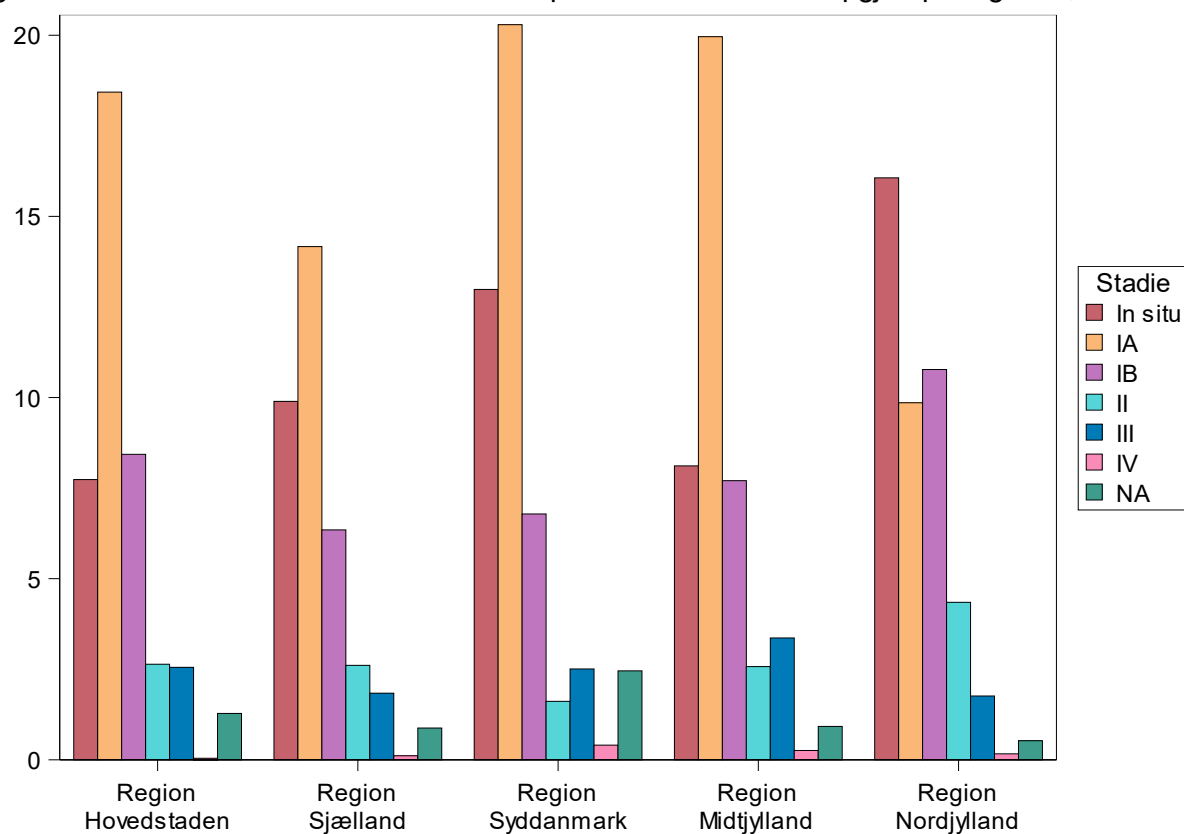
**Figur 5. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2021 opgjort på regioner, mænd**



**Tabel 6. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2021 opgjort på regioner, kvinder**

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
	Kvinder	Kvinder	Kvinder	Kvinder	Kvinder
<b>In situ</b>	7,7	9,9	13,0	8,1	16,1
<b>IA</b>	18,4	14,2	20,3	20,0	9,9
<b>IB</b>	8,4	6,3	6,8	7,7	10,8
<b>II</b>	2,6	2,6	1,6	2,6	4,3
<b>III</b>	2,6	1,8	2,5	3,4	1,8
<b>IV</b>	0,0	0,1	0,4	0,3	0,2
<b>NA</b>	1,3	0,9	2,5	0,9	0,5
<b>Samlet</b>	41,0	35,9	47,1	42,9	43,6

**Figur 6. Aldersstandardiserede incidensrater per 100.000 for 2021 opgjort på regioner, kvinder**



#### Datagrundlag og beregningsregler

Tabel 14a, 14b og figur 5a og 5b er opgjort for samtlige patienter nydiagnosticeret i 2020, hvor der er angivet en afdeling i det dedikerede indberetningssystem.

Gruppen NA inkluderer patienter med tumorer der er uklassificerede, ubesvaret TNM-stadie og stadier uden for kategori.

Incidensraterne er opgjort per 100.000 og aldersstandardiseret (Danmarks Statistik, 1. kvartal), 2021.

#### Resultater

Den aldersstandardiserede incidens af melanom er højere for kvinder end for mænd. For mænd ses en variation i den aldersstandardiserede incidens per 100.000 personer fra 29,7 i Region Nordjylland til 40,6 i Region Hovedstaden. For kvinder varierer den aldersstandardiserede incidens per 100.000 personer fra 35,9 i Region Sjælland til 47,1 i Region Syddanmark.

Der ses mindre forskelle i den aldersstandardiserede incidensrate for in situ og stadie IA melanomer på tværs af regioner for både mænd og kvinder. For begge køn er den aldersstandardiserede incidensrate for in situ tumorer lavere i Region Midtjylland, mens incidensraten for stadie IA er lavere i Region Nordjylland.

#### Diskussion og implikationer

Det er velbeskrevet i flere videnskabelige opgørelser på baggrund af DMD data, at der er regionale forskelle i, hvornår patienterne ses første gang på hospitalet til diagnostik og behandling for melanom. Således er det tydeligt, at patienter med bopæl i region Hovedstaden og region Syd gennemsnitligt har tyndere melanomer end i de øvrige regioner, og således må formodes at blive henvist tidligere. Men det er nyt, at vi har udregnet aldersstandardiserede incidensrater og dermed kan sammenligne forekomsten direkte. Herved ses ret store forskelle i forekomst af melanom, både kønsmæssigt, på tværs af regioner og inden for de forskellige stadier. En del af forklaringen kan skyldes forskellig klassifikation; f.eks. således at in situ melanomer i en region kategoriseres som sådan, mens man i en anden vil kategorisere nogle af disse som invasive sv.t stadium IA. I Region Nordjylland bliver der f.eks. benyttet et særligt dermoskop i den patologiske vurdering af melanomerne, som kan betyde at tynde tumorer i Region Nordjylland klassificeres lidt anderledes end i de øvrige regioner; dog har det, jf. tidligere omtalte mindre valideringsstudie, vist sig at være sparsom variation i behandlingsgrupper i et udvalg af svært klassificerbare tumorer. Forskelle for mænd ser ud til at være mindre end for kvinder.

## 6.5. Andelen af personer med 1. primærtumor eller ny multipel tumor i 2021

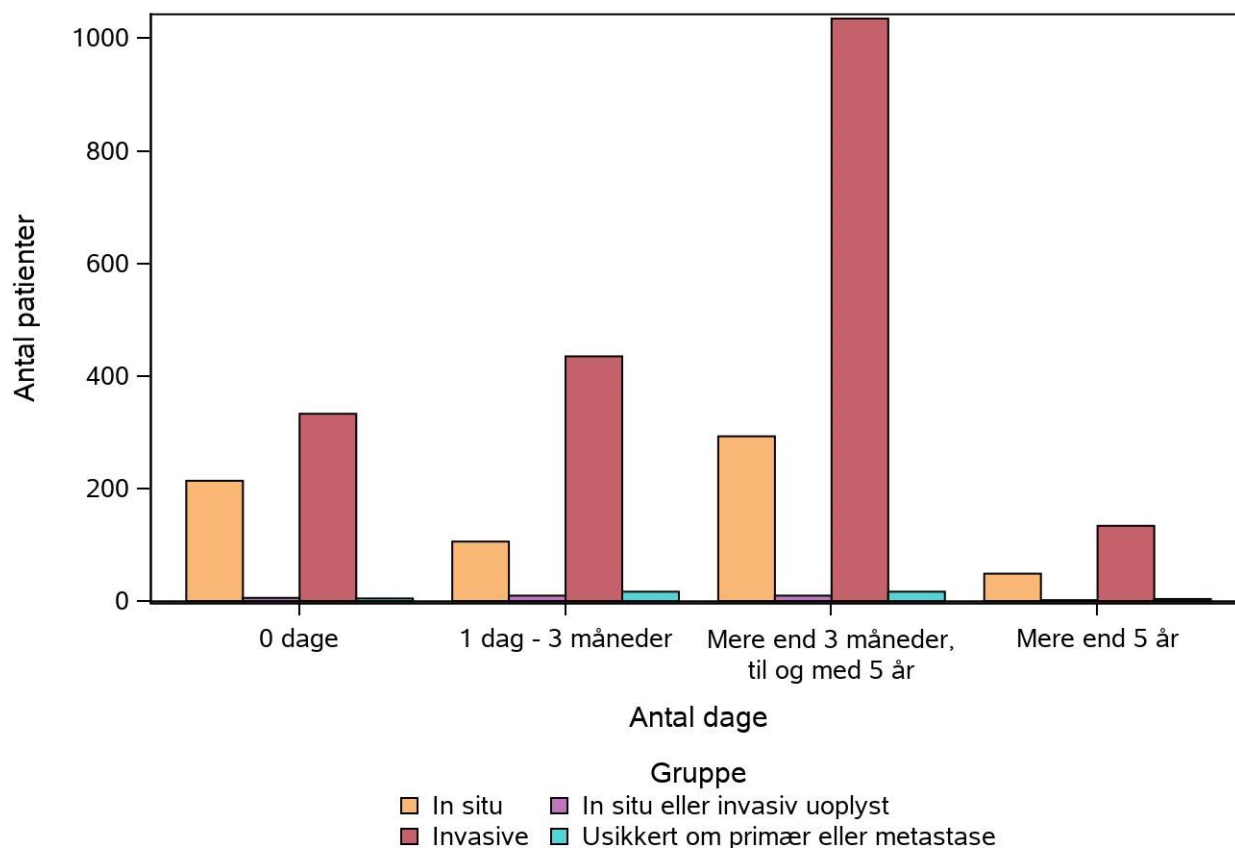
**Tabel 7. Antal patienter med første primærmelanom i 2021 i Dansk Melanom Database**

	Invasive tumorer			In situ tumorer		
	Total antal	Første invasive primærtumor	%	Total antal	Første in situ primærtumor	%
<b>Danmark</b>	3.000	2.701	90,0	1.149	971	84,5

**Tabel 8. Øverst: Antal patienter med første primærmelanom i 2020 eller 2021 og med tidligere melanom.**

	Tidligere invasive tumorer		Tidligere in situ tumorer		Total antal
	antal	%	antal	%	
<b>Invasive tumorer i 2021</b>	234	7,8	65	2,2	299
<b>Invasive tumorer i 2020</b>	199	7,2	37	1,3	236
<b>In situ tumorer i 2021</b>	143	12,4	35	3,0	178
<b>In situ tumorer i 2020</b>	128	11,2	40	3,5	168

**Figur 7. Fordeling af patienter på antal dage mellem 1. og 2. tumor, opdelt på in situ og invasive tumorer**



## Datagrundlag

Patienter med tumorer, hvor det er usikkert om de er primære tumorer eller metastaser, eller hvor in situ er uoplyst er ekskluderet fra tabellerne. Hvis patienter samtidig har haft både første invasiv og første in situ primærtumorer i 2020, er de opgjort under invasive tumorer. Tidligere invasive eller in situ tumorer er identificeret fra databasestart i 2013 og frem til tumoren registreret i 2021. I figuren er inkluderet alle patienter med mere end et melanom siden 2013. Patienter er klassificeret som in situ eller invasiv på baggrund af det første melanom. Der skelnes ikke mellem om det andet melanom er in situ eller invasivt.

## Resultater

I 2021 var der 2.701 patienter, der blev diagnosticeret med deres første invasive primærtumor, hvilket svarer til 90,0% af alle invasive tumorer i 2021. Der var 971 patienter, der blev diagnosticeret med deres første in situ primærtumor, svarende til 84,5% af alle in situ tumorer.

Siden 2013 er der registreret 2670 patienter med mere end én tumor.

Der er 299 patienter, der er blevet diagnosticeret med en invasiv tumor i 2021, som tidligere har haft et melanom. 234 af patienterne havde tidligere en invasiv tumor, 65 af patienterne havde tidligere en in situ tumor. Dette svarer til hhv. 7,8% og 2,2% af alle invasive tumorer i 2021.

Der er 178 patienter, der har en in situ tumor i 2021, som tidligere har haft et melanom. 143 af disse patienter havde tidligere en invasiv tumor, 35 patienter havde tidligere en in situ tumor. Dette svarer til hhv. 12,4% og 3,0% af alle in situ tumorer i 2021.

Antallet af patienter, der udvikler flere primære melanomer er blevet højere for hver årsrapport, der er blevet lavet efter DMD blev en klinisk kvalitetsdatabase. Dette skyldes delvist, at der med tiden bliver en længere follow-up tid og dermed større chance for at personer, der udvikler nye primære melanomer, allerede er registreret i databasen.

Over 500 patienter er siden databasestart i 2013 diagnosticeret med to tumorer på samme dag. For langt de fleste patienter findes 2. tumor inden for de 5 år efter diagnose, dvs. inden for follow-up perioden.

## Diskussion og implikationer

De foreliggende tal er meget interessante og vi har nu registreringer i så lang en tidsperiode, at vi kan sige, at forekomst af et nyt melanom er noget hyppigere end hidtil antaget. Den videnskabelige litteratur er noget varierende.

Det er afgørende for prognosen efter melanom, at tumor diagnosticeres så tynd som mulig, hvilket i reglen vil sige så tidligt som muligt. Jævnlig klinisk kontrol og oplæring af patienterne i hudkontrol bør sikre dette. Det er ikke alle patienter, som længere følges i hospitalsregi efter operation for melanom. Patienter med stadium IA tumorer afsluttes efter 3 mdr. med mindre, der er særlige forhold, som gør, at man må forvente ny tumordannelse. Patienter med in situ melanom tilbydes ikke kontrol i hospitalsregi. At ny primærtumor nr. 2. bliver diagnosticeret inden for de 5 år efter diagnosedato for 1. primærtumor betyder ikke nødvendigvis at tumor nr. 2 bliver fundet ved et kontrolbesøg. Lokale studier viser, at de fleste melanomer nr. 2 findes af patienterne selv, særligt for de tyndeste melanomer. Det vil derfor være interessant at undersøge, på hvilken baggrund melanom nr. 2 bliver diagnosticeret. Der er et igangværende studie, som skal vurdere forekomst af multiple melanomer, herunder forskelle afhængig af kontrolforløb samt sammenligne med svenske tal.



## 6.6. Sentinel lymfeknudebiopsi

**Tabel 9. Patienter, der får foretaget sentinel lymfeknudebiopsi og med positiv sentinel lymfeknude fordelt på T-kategori, 2021**

Patologisk T-kategori	Patienter med invasive tumorer		Patienter med sentinel lymfeknude biopsi		Patienter med positiv sentinel node	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%
<b>T1 Uspecificeret eller ukendt</b>	#	(100,0)	0	(0,0)	0	(0)
<b>T1a</b>	1449	(100,0)	18	(1,2)	#	(5,6)
<b>T1b</b>	465	(100,0)	404	(86,9)	34	(8,4)
<b>T2 Uspecificeret eller ukendt</b>	#	(100,0)	#	(100,0)	0	(0,0)
<b>T2a</b>	432	(100,0)	388	(89,8)	77	(19,8)
<b>T2b</b>	62	(100,0)	52	(83,9)	16	(30,8)
<b>T3 Uspecificeret eller ukendt</b>	4	(100,0)	3	(75,0)	#	(33,3)
<b>T3a</b>	164	(100,0)	138	(84,1)	49	(35,5)
<b>T3b</b>	111	(100,0)	91	(82,0)	37	(40,7)
<b>T4 Uspecificeret eller ukendt</b>	4	(100,0)	#	(25,0)	0	(0,0)
<b>T4a</b>	61	(100,0)	46	(75,4)	17	(37,0)
<b>T4b</b>	164	(100,0)	103	(62,8)	37	(35,9)
<b>Uklassificeret</b>	81	(100,0)	60	(74,1)	7	(11,7)
<b>I alt</b>	3000	(100,0)	1305	(43,5)	276	(21,1)

*#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer*

### Datagrundlag og beregningsregler

Tabel 9 bliver alene opgjort på patienter med invasive tumorer. Patienter, hvor det er usikkert om det er primær tumor eller metastase indgår ikke. Andelen af patienter med positiv sentinel node i tabel 9 er beregnet på baggrund af antallet af patienter, der får foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Patienter, der har flere tumorer i opfølgelsesåret, indgår i opfølgelsen med den tumor, der har den højeste t-kategori. Den patologiske T-kategori bliver i denne opgørelse klassificeret på baggrund af tumortykkelse og ulcerationsstatus i henhold til den 8. version af UICC/AJCCs stadieklassifikation. I kategorien uklassificeret indgår patienter, hvor tumoren ikke har information om tumortykkelse eller ikke har information om både tumortykkelse og ulceration. Hvis der alene er information om tumortykkelse, bliver de klassificeret som T1, T2, T3 eller T4 på baggrund af tumortykkelsen.

### Resultater

Der var positive sentinelle lymfeknuder i 21,1% af de 1305 patienter diagnosticeret i 2021 og som har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi. Der var # med stadie 1a og positiv sentinel lymfeknude, svarende til 5,6% af patienterne med stadie IA og lymfeknudebiopsi. Med stigende T-stadie ses en højere andel af patienter med positive lymfeknuder ud af dem, der har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi.

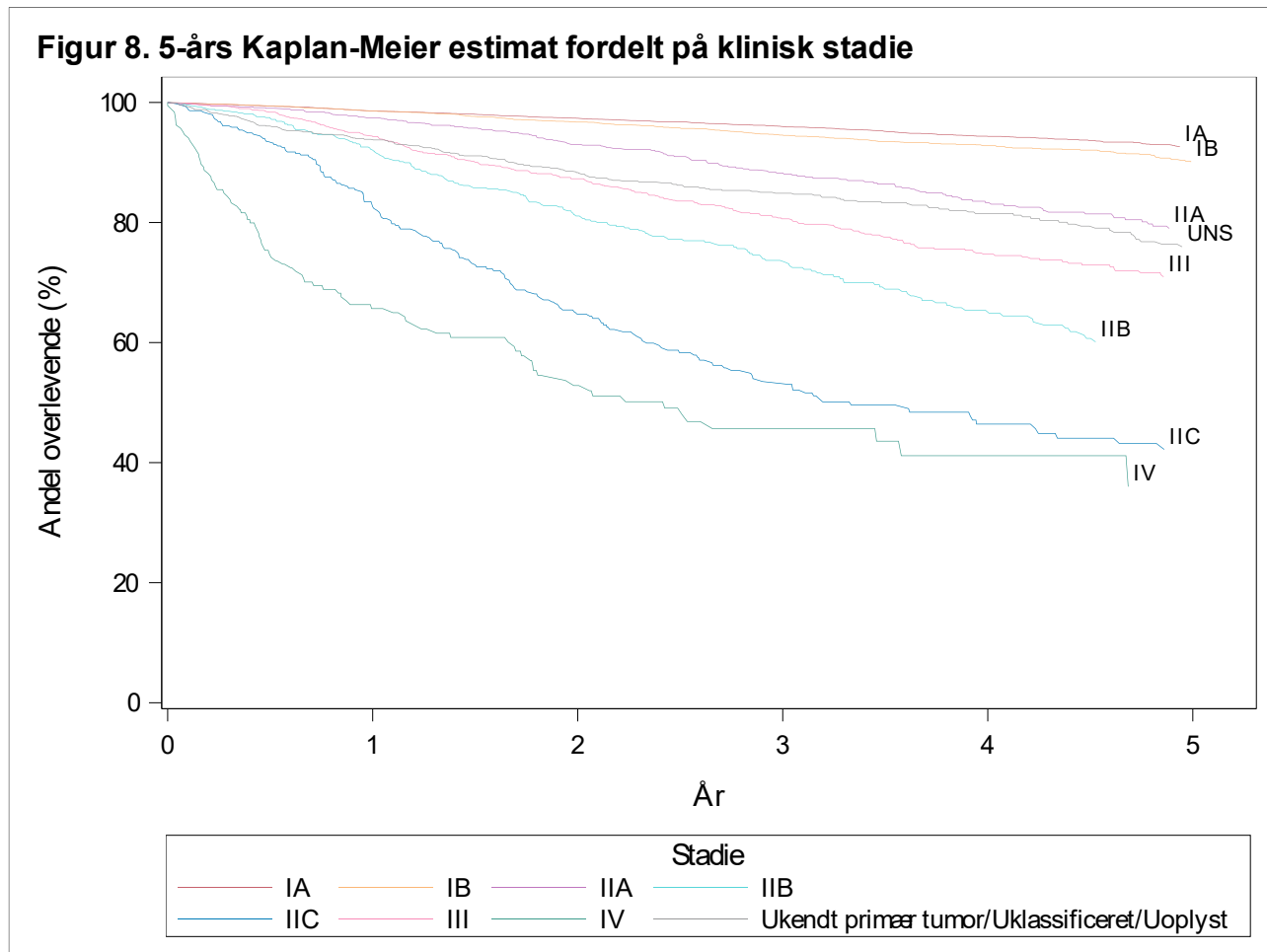
### Diskussion og implikationer

Tabellen bekræfter et kendt mønster. Det er glædeligt, at der ikke er foretaget ret mange SNB blandt T1a tumorer, mens en ret høj andel af patienter med øvrige tumorer er biopteret (jf. indikator 4).





## 6.7. 5-års overlevelse



### Datagrundlag og beregningsregler

Her præsenteres Kaplan-Meier estimater for andelen af patienter, der er i live 5 år efter diagnosedatoen, opgjort pr. klinisk stadie. De, som er døde, kan være døde af melanom eller af andre årsager. I opgørelsen indgår patienter diagnosticeret fra 2016 til 2021 for at sikre aktuelle opgørelser. Patienter der forsvinder, udvandrer eller har et personnummer af skattemæssige hensyn uden at have bopæl i Danmark censureres i analyserne. Den 7. version af TNM-klassifikationen er benyttet for patienter diagnosticeret frem til 1. januar 2018. Derefter benyttes den 8. version af UICCs stadieklassifikation. Patienterne indgår med det kliniske stadie, de er blevet tildelt ved diagnosetidspunktet for deres første tumor. Ukendt primær tumor inkluderer uklassificerede tumorer, ubesvaret TNM klassifikation og tumorer uden for kategori.

### Resultater

Den Kaplan-Meier estimerede 5-års overlevelse er højest for patienter med stadie IA og lavest for patienter med stadie IV. Patienter med stadie IA har en 5-års overlevelse på lige under 95% og overlevelsen for patienter med stadie IB ligger også højt, men lidt under stadie IA. For patienter med stadie IV er 5-års overlevelsen ca. 40%, for stadie IIC er den en anelse højere. Patienter med stadie III har en højere 5-års overlevelse end patienter med stadie IIB og IIC og patienter med uklassificeret stadium har en ret god prognose og ligger mellem stadium IIA og III.

### Diskussion og implikationer

De danske data fordeler sig helt som forventer i forhold til internationale tal, og overlevelsesestimaterne er generelt gode.

## 6.8. Lymfødeme

**Table 10. Antallet af patienter, der har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi og ved et kontrolforløb har sagt, at de har lymfødeme.**

Årstal for definitiv kirurgi	Opfølgingsbesøg inden for 16-20 mdr. efter definitiv kirurgi Lymfødeme ja/nej					Opfølgingsbesøg uden for 16-20 mdr.		Ingen registrering af opfølgingsbesøg		Total	%	
	Ja	%	Nej	%	Ved ikke / Ej undersøgt	Antal	%	Antal	%			
2020	6	0.5	141	11.7	#	0.1	969	80.1	92	7.6	1209	100
2019	14	1.1	720	57.0	13	1.0	476	37.7	41	3.2	1264	100
2018	14	1.2	579	47.7	103	8.5	481	39.6	37	3.0	1214	100
2017	30	2.9	461	45.2	58	5.7	437	42.9	33	3.2	1019	100
2016	10	0.9	250	23.4	275	25.8	470	44.0	62	5.8	1067	100

**#Resultatet er af diskretionshensyn fjernet, da der er under tre observationer**

### Datagrundlag og beregningsregler

Populationen er afgrænset til patienter med et kontrolbesøg inden for 16-20 måneder efter definitiv kirurgi. Patienter med stadie IA ekskluderes, da opfølgning afsluttes efter 3 måneder.

Opgørelsen for 2020 har ikke fuld opfølgningstid for alle patienter, og dermed er opgørelsen for dette år formentligt underestimeret.

### Resultater

Blandt de patienter, der har fået foretaget definitiv kirurgi i 2017, 2018 og 2019, og har fået foretaget sentinel lymfeknudebiopsi, har hhv. 2,9%, 1,2% og 1,1% lymfødeme ved kontrolbesøget 16-20 måneder efter. For 2020 ses et væsentlig lavere samlet antal kontrolbesøg end i tidligere år. Da der ikke er fulde 20 måneders opfølgning for hele 2020-kohorten, er antallet formentligt underestimeret. I 2019 og 2020 ses det desuden at antallet af patienter, for hvem lymfødeme ej er undersøgt, er væsentlig lavere end tidligere år.

### Diskussion og implikationer

Det er glædeligt, at der er så få patienter, som er rapporteret med lymfødeme ca. 1½ år efter SNB. Det er dog bemærkelsesværdigt, at så stor en andel af patienterne ikke har været til deres 1½ års kontrol inden for 16-20 mdr. Det er velkendt, at man flere steder f.eks. under sommerferiedlukning skubber rutinekontroller til før/efter ferieperioden. Dette kan påvirke de aktuelle tal. Potentiel underrapportering af lymfødeme og praksis for undersøgelse af lymfødeme vil blive drøftet yderligere i det kirurgiske udvalg.

### Vurdering af analysens anvendelighed

Styregruppen foreslår at tilføje et "tidsvindue" på 22-26 mdr. for potentielt at fange nogle flere patienter og desuden også opdele på sentinel lymfeknudebiopsi alene eller sentinel lymfeknudebiopsi og efterfølgende exaimese. Sidstnævnte vil have højere risiko for at udvikle lymfødeme. Nogle vil være set mere end 1 gang i disse intervaller. Det foreslås, at såfremt patienten er registreret med lymfødeme 1 gang i et interval medregnes dette.

Det er en særdeles vigtig kvalitetsparameter, at så få patienter som muligt udvikler lymfødeme efter SNB; derfor vurderes det væsentligt at foretage de aktuelle analyser. Når vi har sikret optimal beregningsmetode bør forekomst af lymfødeme efter SNB indgå som indikator.

## 7. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Modermærkekræft (melanom) udvikles i de pigmentproducerende celler enten på almindelig hud, i skønhedspletter eller i medfødte modermærker. I sjældne tilfælde kan kræften også udvikles på slimhinder eller i øjet. Sidstnævnte 2 tumortyper indgår ikke i DMD.

Forekomsten af nye melanomer er generelt steget siden databasens 1. årsrapport i 2014 baseret på 2013 data, men der har været små variationer. I den aktuelle opgørelsesperiode, hvor der blev observeret 3.111 nye invasive tilfælde, er det sket en stigning svarende til 8,4% sammenlignet med den foregående periode, hvor der blev observeret 2.870 tilfælde af invasive melanomer. For stadierne (in situ melanom) er i 2021 registreret 1.248 tumorer, hvilket er en stigning på 0,5% sammenlignet med foregående år (tabel 1, afsnit 6.1). Samlet set blev de nye tilfælde af invasive melanomer (eller melanomer uden stadie) og in situ melanomer diagnosticeret blandt henholdsvis 3.000 og 1.221 patienter.

Af figur 1 og 2 i afsnit 6.1. fremgår udviklingen i antal tumorer over tid, hvoraf der ses en stigning i antal tumorer både invasive og in situ i den forgangne 7-årsperiode. DMD registrerer flere tumorer end Cancerregisteret (CR), fordi man i CR generelt kun medtager første tumor, og fordi man ikke medtager in situ tumorerne. Ikke desto mindre har CR, som dog er lidt bagud i forhold til DMD, samme stigningstakt blandt de invasive tumorer.

Internationalt kan samme udvikling iagttages i lande i den vestlige verden, hvor befolkningen overvejende har lys hud. Man kan spekulere over, om registreringspraksis eller diagnostiske kriterier har ændret sig i perioden; det er der imidlertid ikke viden om skulle være tilfældet. Der kan være tale om en vis overdiagnostik, idet befolkningen er blevet mere opmærksom på at reagere ved forandringer på huden. Dette kan forklare noget af stigningen i in situ melanomer og måske nogle af de tynde invasive melanomer, som således måske diagnosticeres tidligere, og som ellers ikke ville have nået at påføre patienten sygdom og evt. død. At noget sådant kan være tilfældet, antydes i benchmark rapport fra RKKP, som også er publiceret i Ugeskrift for Læger (Dan Med J 2019;66(11):A5572). Dette diskuteres også livligt internationalt (N Engl J Med, 2021; 384-79). Død som følge af modermærkekræft er heldigvis slet ikke steget i samme takt som forekomst af modermærkekræft; der er kun tale om en let eller ingen stigning gennem mange år, og da anvendelse af tjekpoint inhibitorer og targeret terapi siden ca. 2011 har bedret prognosen betydeligt, må det tages som udtryk for, at nogle af de "ekstra tumorer" som er diagnosticeret, rent faktisk er potentielt dødelige, om end flertallet heldigvis ikke er.

Gennemsnitsdanskere udsættes for adskillige solforbrændinger gennem livet, og måske flere end tidligere, trods befolkningsoplysning, og dette giver øget risiko for udvikling af melanom. Videnskabelige studier har fundet belæg for, at man anvender solcreme insufficient og måske som falsk tryghed. Mange er på jævnlig solferie nær ækvator, og nogle anvender fortsat solarium; endog unge mennesker. Disse faktorer formodes at være medvirkende til den massivt øgede forekomst af melanom og forstadie til melanom, men det er ikke velundersøgt og ikke entydigt.

Melanom diagnosticeres i alle aldersgrupper, men hyppigheden er stigende med stigende alder. Desuden forekommer melanom lidt hyppigere blandt kvinder end hos mænd. Behandlingen af melanom er kirurgisk, hvor først suspekter hudtumorer fjernes og undersøges mikroskopisk. Når diagnosen er klarlagt, herunder også graden af alvorlighed, fjernes yderligere væv med en veldefineret sikkerhedsafstand (excisionsafstand) omkring og under tumorstedet. Denne praksis udføres for at mindske risikoen for recidiv. For de tidlige tilfælde af melanom anbefales generelt en excisionsafstand på 1 cm, hvor der for de mere alvorlige tumorer anbefales en afstand på 2 cm, dog afhængigt af lokalisation. I dybden excideres til muskelfascien. Hvad angår denne sikkerhedsafstand skelnes i Danmark mellem tumorer op til 1 mm i tykkelse og tumorer over 1 mm.

Melanom kan udvikle sig meget varierende. Hos flertallet er sygdommen lokaliseret og lader sig behandle ved simpel kirurgisk fjernelse af det kræftramte hudområde. Hos nogle patienter er der sket spredning før behandlingen, og i reglen er det via lymfen til en eller flere nærliggende lymfeknuder – primært den såkaldte sentinelle lymfeknude. Hos patienter, hvor denne risiko skønnes at være ca. 5 % eller derover, udføres SN biopsi, dvs. fjernelse af den eller de primært drænerende lymfeknude(r). Efterfølgende mikroskopisk undersøgelse viser spredning hos ca. 20%, hvilket i praksis svarer til under 10% af alle patienter med invasivt melanom. Hos et meget lille antal er der sket spredning allerede på diagnosetidspunktet til for eksempel lunger eller hjerne. Spredningen kan på diagnosetidspunktet dog være så beskedent, at denne ikke kan påvises, men viser sig måneder eller år efter diagnosen melanom. Ydermere diagnosticeres en lille andel patienter med spredning fra melanom uden, at man kender/finder primærtumoren. Denne formodes at være blevet bekæmpet af patientens immunforsvar før diagnosen.

Den kraftige stigning i incidens af melanom førte i 1983 til dannelsen af DMG. Gruppen blev sammensat af en række klinikere med interesse for epidemiologi, patologi og behandling af melanom. Det er DMG's målsætning at bedre prognosen for patienter med melanom, og gennem registrering af data om patientforløbet skabes grundlag for kvalitetssikring og -udvikling samt for videnskabelige undersøgelser. Gruppen fastlægger retningslinjer for profylakse, diagnostik, behandling og kontrol. DMG har således indsamlet data siden 1985, hvilket er foregået på frivillig basis drevet af dedikerede klinikere inden for både kirurgi, onkologi og patologi. Med virkning fra 2013 blev databasen til en klinisk kvalitetsdatabase, og er dermed offentlig og finansieret af RKKP.

I denne årsrapport baseret på data fra DMD indgår 8 indikatorer. Der er generelt god målopfyldelse for de valgte indikatorer, hvilket tyder på god og ensartet behandlingskvalitet. En mere uddybende beskrivelse af sygdomsområdet samt nationale evidensbaserede



retningslinjer for diagnostik, udredning, behandling, opfølgning mv. af melanompatienter er udfærdiget af DMG og er tilgængelig her: [www.melanoma.dk](http://www.melanoma.dk).

Vi har i de første årsrapporter været fokuseret på at sikre, at der foretages korrekt registrering i databasen. Nu kan vi se, at visse indikatorer, som måler på registreringspraksis har stort set 100% målopfyldelse. Det er derfor ikke længere vigtigt at måle på sådanne indikatorer, og flere er udgået løbende.

I kommende årsrapporter vil styregruppen gerne lægge mere vægt på måling af aktiviteter, som er i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer, og dermed er et udtryk for høj behandlingskvalitet. Styregruppen vil undersøge hyppigheden af MDS-konferencer og om patienter som kategoriseres med høj risiko for tilbagefald og som derfor følges op i høj-risiko program, får udført de planlagte PET-CT skanninger og vi ønsker også at inddrage indikatorer omhandlende aktivitet med ultralydsskanning af lymfeknuderegioner hos SN positive patienter, som ikke får foretaget komplet lymfeknudefjernelse (jf. retningslinjer fra 2018). Endvidere ønsker vi at måle på andelen af patienter, som har fået foretaget lymfeknudekirurgi, som efterfølgende får konstateret lymfødem. Imidlertid har det vist sig teknisk svært at udtrække relevante variabler, og registreringen er tilsyneladende ikke god nok til, at vi rent faktisk kan måle på disse relevante indikatorer. Snarere end at arbejde for bedre manuel registrering har DMDs Styregruppe besluttet at arbejde for automatisk datafangst fra Landsregisteret for Patologi og Landspatientregisteret. Styregruppen forventer, at indhentning af relevante data herfra vil give et sandere billede af de aktuelle aktiviteter og samtidig undgår vi at belaste travle klinikere med mere registrering. Vi forventer at kunne hente oplysninger om primærtumors patologi direkte fra Landspatientregisteret for patologi fra 2023.

Andre nye indsatsområder i fremtiden vil blive måling af, hvor mange patienter, som udvikler tilbagefald, herunder også hvor mange, som får tilbagefald i sentinel node bioteret region, og hvor mange relevante patienter, som henvises til adjuverende terapi. Endelig vil DMD gerne inddrage patientrapporteret data, som i første omgang formentlig kommer til at dreje sig om nogle præoperative risikofaktorer, og om patientforløbet frem til den definitive kirurgiske behandling, samt afgivelse af oplysninger om selvpåtaget helbred. Senere kan andre dele af forløbet kobles på.

## 8. Datagrundlag

### 8.1 Dataindsamling og -kvalitet

Data i Dansk Melanom Database kommer primært fra direkte indberetninger via Sundata. En oversigt over de indberettende afdelinger fremgår af afsnit 11.2.

Det er væsentligt at have for øje, at indberetning af både kliniske og patologiske data er en udfordring i en travl hverdag. Derudover er der store lokale forskelle i praksis. Generelt er anførelsen af de relevante variable en lægefaglig opgave, men overførslen til den elektroniske registrering foregår forskelligt. På nogle afdelinger er aktiviteten rent lægebaseret, mens andre afdelinger i vidt omfang har lagt opgaven ud på sekretærniveau. Lokale traditioner, arbejds gange og ressourcer er afgørende for denne praksis, hvilket således bør overvejes i fortolkningen af resultaterne.

For at man fremadrettet kan generere optimale dataudtræk uden unødvendigt ekstraarbejde, er det vigtigt, at registreringen foregår både korrekt og rimeligt tidstro. Implementeringen af arbejdsrutiner, som understøtter denne praksis må derfor fremmes. Tilbage-melding til afdelingerne via regionale ledelsesinformationssystemer, vil formentlig kunne optimere den løbende fejlretning. Desuden vil berigelse af DMD data med data direkte fra Landsregisteret for Patologi lette patologerne for dobbeltregistrering, hvilket samtidig formentlig vil mindske fejl. Derudover vil andelen af recidiv-anmeldelse stige, hvilket er helt essentielt for at monitorere området. Inddragelse af data fra LPR vil forventes at øge kvaliteten og kompletthed af data betragteligt og vil være en kolossal lettelse for afdelingerne.

### 8.2 Grundpopulation

For aktuelle opgørelse indgår patienter registreret i DMD's direkte indberetningssystem med en dato for primær biopsi – alternativt, hvis der findes en dato for definitiv kirurgisk behandling og ingen tidligere biopsidato i løbet af året (eller i december 2020 for patienter, som er registreret med kirurgi i januar 2021). Samme patient kan være registreret med flere tumorer. Når dobbeltregistrering af samme tumor er ekskluderet, indgår i alt 4.451 tumorer. Grundpopulationen er yderligere afgrænset til ikke at inkludere in situ melanomer (n=1.248) og tumorer hvor det er uoplyst om der er tale om in situ eller invasiv tumor (n=25) eller hvor det er usikkert om det er primær eller metastase (n=67), og er således baseret på 3.111 tumorer.

### 8.3 Statistiske metoder

Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau og præsenteres i tabeller og kontrol diagrammer med lands-, regions- og afdelingsresultater. Indikatorværdierne er andele med tilhørende 95% konfidensintervaller (95% CI) baseret på eksakt binomialfordeling. Tabeller og diagrammer følger RKKPs indholdsbeskrivelse for årsrapporter (<https://www.rkkp.dk/kvalitetsdatabaser/drift-af-databaser/skabelon-for-arsrapporter/>). Deskriptive resultater for den aktuelle population findes i de supplerende opgørelser. Derudover er 5-års overlevelse beregnet som en Kaplan-Meier estimeret overlevelse på landsplan.

### 8.4 Dokumentation

Afgrænsningen af databasens grundpopulation samt variable og indikatorspecifikationer er dokumenteret i RKKPs online dokumentationsskabelon ([www.rkkp-dokumentation.dk](http://www.rkkp-dokumentation.dk)). Dokumentationen opdateres efter offentliggørelse af årsrapporten. I rapportens eksterne kommenteringsperiode vil indikatorspecifikationerne således endnu ikke være opdateret online, og det vil dermed være specifikationerne beskrevet i rapporten, der er gældende.

## **9. Dækningsgrad og datakomplethed**

### **9.1. Dækningsgrad**

Dækningsgraden er i indikator 0 beregnet som forholdet mellem de patienter registreret i det direkte indberetningssystem i DMD og de patienter identificeret i DMD og Landsregisteret for patologi med melanom. Algoritmen til identifikation af malignt melanom i Landsregisteret for patologi er beskrevet ved indikator 0. Dækningsgraden er i 2021 beregnet til 94%, men da der er kendskab til, at algoritmen i Landsregisteret for Patologi inkluderer patienter, der ikke har malignt melanom, er den beregnede dækningsgrad underestimeret (jf. Indikator 0). Det vurderes dermed, at databasens indhold er en valid datakilde til at vurdere den kliniske kvalitet af behandlings af malignt melanom i Danmark.

### **9.2. Datakomplethed**

Datakompletheden er en procentvis angivelse af antallet af registrerede patienter i databasen med tilstrækkelige informationer til at indgå i indikatoropgørelserne ud fra det samlede antal patienter, som er relevante i opgørelsen. Datakompletheden for de enkelte indikatorer fremgår af kolonnen "Uoplyst", som angiver antallet af patienter, der mangler data, der er nødvendige til at beregne den enkelte indikator, f.eks. data vedrørende in situ eller invasiv tumor for indikator 1.

Derudover er der nogle få patienter, som er uoplyste på afdeling. Disse indgår ikke i kolonnen "Uoplyst", da de ikke kan tildeles en afdeling og region. Antallet af patienter uden oplysning om afdeling fremgår af tabellerne med eksklusioner under hver enkelt indikator. Det er maksimalt 14 patienter, der bliver ekskluderet på denne baggrund.

## 10. Styregruppens medlemmer

Styregruppens medlemmer udgør de samme personer, som indgår i Forretningsudvalget i DMG suppleret med repræsentanter for plastikkirurgi og patologi i de regioner, som ikke ellers er repræsenteret, onkologisk sygepleje, privatpraktiserende dermatolog, patientrepræsentanter samt repræsentanter fra RKKP's Videncenter. DMG's repræsentantskab er gruppens øverste myndighed, og der afholdes repræsentantskabsmøde en gang årligt i marts måned. Der er desuden nedsat fagspecifikke arbejdsudvalg (Kirurgiudvalget, Patologiudvalget, Dermatologiudvalget og Onkologiudvalget), som forestår udvikling af relevante guidelines mv.

### Formandskab

Overlæge, professor, dr. med. Lisbet Rosenkrantz Hölmich (formand)  
Afdeling for Plastikkirurgi  
Herlev og Gentofte hospital  
Københavns Universitet  
e-mail [lisbet.rosenkrantz.hoelmich@regionh.dk](mailto:lisbet.rosenkrantz.hoelmich@regionh.dk)  
tlf. 38681243

### Øvrige medlemmer

Overlæge Siri Klausen  
Patologiafdelingen  
Herlev og Gentofte Hospital  
e-mail [siri.klausen@regionh.dk](mailto:siri.klausen@regionh.dk)

Overlæge Grethe Schmidt  
Afdeling for Plastikkirurgi og Brandsårsbehandling  
Rigshospitalet  
Københavns Universitet  
e-mail [grethe.schmidt@regionh.dk](mailto:grethe.schmidt@regionh.dk)

Overlæge, professor, PhD Inge Marie Svane  
Onkologisk afdeling  
Herlev og Gentofte Hospital  
Københavns Universitet  
e-mail [inge.marie.svane@regionh.dk](mailto:inge.marie.svane@regionh.dk)

Overlæge, Tine Vestergaard  
Hudafdeling I og Allergicenter  
Odense Universitetshospital  
e-mail [tine.vestergaard@rsyd.dk](mailto:tine.vestergaard@rsyd.dk)

Overlæge Vibeke Vestergaard  
Afdeling for klinisk patologi  
Odense Universitetshospital  
e-mail [vibeke.vestergaard@rsyd.dk](mailto:vibeke.vestergaard@rsyd.dk)

Ledende overlæge Anders Gravergaard  
Plastikkirurgisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
e-mail [anders.gravergaard@rsyd.dk](mailto:anders.gravergaard@rsyd.dk)

Specialsygeplejerske Mette Nielsen  
Plastikkirurgisk afdeling  
Odense Universitetshospital  
e-mail [mette.nielsen@rsyd.dk](mailto:mette.nielsen@rsyd.dk)

Overlæge Anette Pilt  
Patologiafdelingen  
Sjællands Universitetshospital, Roskilde  
e-mail [appi@regionsjaelland.dk](mailto:appi@regionsjaelland.dk)

Overlæge Mohammad Farooq Nasser  
Plastikkirurgisk afdeling,  
Sjællands Universitetshospital, Roskilde  
e-mail [mofn@regionsjaelland.dk](mailto:mofn@regionsjaelland.dk)

Overlæge Rikke Riber-Hansen  
Patologi  
Aarhus Universitetshospital  
e-mail [rikrib@rm.dk](mailto:rikrib@rm.dk)

Overlæge, postgraduat klinisk lektor, PhD Lars Bjørn Stolle  
Plastik og Brystkirurgisk afdeling  
Aarhus Universitetshospital  
e-mail [larsstol@rm.dk](mailto:larsstol@rm.dk)

Overlæge, klinisk lektor, dr.med. Henrik Schmidt  
Onkologisk afdeling  
Århus Universitetshospital  
e-mail [hensrschm@rm.dk](mailto:hensrschm@rm.dk)

Afdelingslæge Johanne Lade Keller  
Patologi  
Aarhus Universitetshospital  
e-mail [johanne.keller@aarhus.rm.dk](mailto:johanne.keller@aarhus.rm.dk)

Overlæge Giedrius Salkus  
Patologiafdelingen  
Aalborg Universitetssygehus  
e-mail [gisa@rn.dk](mailto:gisa@rn.dk)

Overlæge Helle Skyum  
Plastikkirurgisk afdeling  
Aalborg Universitetshospital  
e-mail [H.skyum@rn.dk](mailto:H.skyum@rn.dk)

Overlæge Charlotte Aaquist Haslund  
Onkologisk afdeling  
Aalborg Universitetshospital  
Email [cah@rn.dk](mailto:cah@rn.dk)

Speciallæge Henrik Sølvsten  
Praktiserende speciallæge  
Hudlægecenter Nord, Aalborg  
e-mail [h.solvsten@gmail.com](mailto:h.solvsten@gmail.com)

Læge, PhD-studerende Neel Maria Helvind  
Akademisk sekretær for DMG  
Afdeling for Plastikkirurgi  
Herlev og Gentofte Hospital  
Københavns Universitet  
e-mail [neel.maria.helvind@regionh.dk](mailto:neel.maria.helvind@regionh.dk)



Patientrepræsentant, Anne Pontoppidan  
Forening for Modernmærkekræft  
e-mail [anne@modermaerkekraeft.dk](mailto:anne@modermaerkekraeft.dk)

Patientrepræsentant, Merete Schmiegelow  
Formand for Forening for Modernmærkekræft  
e-mail [formand@modermaerkekraeft.dk](mailto:formand@modermaerkekraeft.dk)

Klinisk epidemiolog, Hanna Birkbak Hovaldt  
RKKP, afd. 2 – Cancer og cancerscreening  
e-mail [hahova@rkkp.dk](mailto:hahova@rkkp.dk)

Datamanager, Nick Martinussen  
RKKP, afd. 2 – Cancer og cancerscreening  
e-mail [nimart@rkkp.dk](mailto:nimart@rkkp.dk)

Kvalitetskonsulent og repræsentant for den dataansvarlige  
myndighed, Region Midtjylland, Linnea Damslund  
RKKP, afd. 2 – Cancer og cancerscreening  
e-mail [iddams@rkkp.dk](mailto:iddams@rkkp.dk)





## 11. Appendiks.

### 11.1. Vejledning i fortolkning af resultater

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

#### Indikatorstabeller

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

#### Standard:

Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højest må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et "<" foran procentværdien angiver, at indikatorværdien højest må antage denne for at standard er opfyldt.

#### Standard opfyldt, Ja:

Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions- eller landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" betyder, at standarden ikke er opfyldt.

#### Tæller/nævner:

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

#### Uoplyst:

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

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

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

#### Kontroldiagrammer

Grafisk præsentation af resultaterne for hver region henholdsvis afdeling. Diagrammerne giver en oversigt over den fastsatte standard, landsresultatet og regionsresultaterne henholdsvis afdelingsresultaterne for hver enkelt indikator (prikker) angivet med tilhørende 95% CI (vandrette streger).

#### Funnelplots

Grafisk præsentation af indikatoropfyldelsen for regioner henholdsvis afdelinger i forhold til antallet af patienter eller tumorer registreret i den pågældende region henholdsvis afdeling. Den fastsatte standard (stiplet linje) er afbilledet med tilhørende 95% CI (grå område).

#### Trendgrafer

Trendgraferne angiver indikatoropfyldelsen over tid svarende til de seneste årsrapporters resultat. Trendgraferne er opgjort på regionsresultater henholdsvis afdelingsresultater.



## 11.2. Oversigt over indberettende afdelinger

Benævnelse i tabeller og figurer, kirurgi	Indberettet i det dedikerede indberetningssystem	Officielt navn på afdeling (SHAK)
Herlev	Herlev Hospital Gentofte	Herlev og Gentofte Hospital – Plastikkirurgisk overafd. V
Rigshospitalet	Rigshospitalet	Rigshospitalet - Klinik for Plastikkir., Brystkir. og Brandsårsbehandl., PBB
Roskilde	Roskilde Sygehus	Region Sjællands Sygehusvæsen - ROS Plastik- og Brystkirurgi
Aabenraa	Aabenrå	Sygehus Sønderjylland - SHS Kirurgi
Esbjerg	Esbjerg	Sydvestjysk Sygehus - Kirurgisk område Esbjerg
Odense	Odense Universitetshospital	OUH Odense Universitetshospital - Plastikkirurgisk afd. Z, Odense Universitetshospital
Vejle	Vejle	Vejle Sygehus - SLB Plastikkirurgisk Afdeling (Vejle)
Århus	Århus Universitetshospital Herning	Aarhus Universitetshospital - Plastik- og Brystkirurgi
Aalborg	Aalborg Sygehus	Aalborg Universitetshospital - Alb Plastikkirurgisk Område
Øvrige aktører	Andet (herunder privatpraktiserende dermatologer og kirurger, almenpraktiserende læger, privathospitaler, Bispebjerg dermatologisk afd., Bornholms sygehus – kirurgisk afd.)	Øvrige afdelinger, Privathospital
"afdeling uoplyst"	Ubesvaret Helsingør (i det omfang patienten ikke er viderehenvist, hvis patienten er viderehenvist, er de indberettet under den modtagende afdeling) Hvidovre (i det omfang patienten ikke er viderehenvist, hvis patienten er viderehenvist, er de indberettet under den modtagende afdeling)	-

Benævnelse i tabeller og figurer, patologi	Indberettet i det dedikerede indberetningssystem	Officielt navn på afdeling
Herlev	Herlev Hospital	Herlev og Gentofte Hospital – Patologisk-anatomisk institut, KAS Herlev
Hvidovre	Hvidovre Hospital	Amager og Hvidovre Hospital – Patologiafdeling
Rigshospitalet	Rigshospitalet	Rigshospitalet – Patologiafdelingen, PA
Næstved	Næstved Sygehus	Region Sjællands Sygehusvæsen, Sjællands Universitetshospital – NAE Patologi
Roskilde	Roskilde Sygehus	Region Sjællands Sygehusvæsen, Sjællands Universitetshospital – ROS Patologi
Slagelse	Slagelse Sygehus	Region Sjællands Sygehusvæsen, Sjællands Universitetshospital – SLA Patologi
Esbjerg	Sydvestjysk Sygehus Esbjerg	Sydvestjysk Sygehus – Klinisk diagnostisk område Esbjerg
Odense	Odense Universitetshospital	OUH Odense Universitetshospital – Afdelingen for Klinisk Patologi, OUH
Sønderborg	Sygehus Sønderjylland	Sygehus Sønderjylland – SHS Patologi
Vejle	Vejle Sygehus	Vejle Sygehus – Klinisk Patologi, Laboratoricentret, overafdeling
Randers	Regionshospitalet Randers	Regionshospitalet Randers – Patologi – Randers
Viborg	Regionshospitalet Viborg Regionshospitalet Skive	Hospitalsenhed Midt – Patologi Viborg
Holstebro	Regionshospitalet Holstebro	Hospitalsenheden Vest – Patologisk Institut
Århus	Århus Universitetshospital	Aarhus Universitetshospital – Patologisk Institut Overafd.
Aalborg	Aalborg Sygehus	Aalborg Universitetshospital – Alb Patologisk Institut

Vendsyssel	Sygehus Vendsyssel	Regionshospitalet Nordjylland Ven – Hjr Patologisk anatomisk inst.
Øvrige aktører	Hillerød Hospital (der er ingen patienter registreret på patologi afdeling på Hillerød Hospital i 2021) Svendborg Sygehus OUH (der er registreret 1 patient i 2021, må antages at være en fejlregistrering, da der ikke eksisterer en patologi afdeling på Svendborg Sygehus) Gentofte Sygehus (der er ingen patienter registreret på patologi afdeling på Gentofte Hospital i 2021) Andet (herunder Inlab)	Øvrige afdelinger, Privathospitaler
"afdeling uoplyst"	Ubesvaret Bispebjerg Hospital (antages at være fejlregistrering, da der ikke eksisterer en patologi afdeling på Bispebjerg Hospital) Patienter indberettet under disse bliver ekskluderet som "afdeling uoplyst".	-

## **12. Regionale kommentarer og kommentarer fra øvrige aktører**

Ingen indkomne kommentarer.

