

Database- specifikation

Dansk Blære Cancer Database
(DaBlaCa-Data)



© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2025

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1.0
Versionsdato: 19.12.2025

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Introduktion	4
Formål for Dansk Blære Cancer database (DaBlCa-Data)	4
Datagrundlag	5
Opgørelsesperiode	5
Organisatorisk afgrænsning	5
Datakilder anvendt i databasen	5
Populationsbeskrivelse	6
Teknisk specifikation	6
Population med Invasiv blære cancer	6
Population med Ikke invasiv blæretumor	7
Indikatoroversigt	8
Indikatorspecifikation	9
Indikator 1: Overlevelse efter invasiv blærecancer	9
Indikator 2: Cystektomi ved muskelinvasiv blæretumor	10
Indikator 3: BCG behandling af T1a tumorer	11
Indikator 4: Behandling med Nivolumab	12
Indikator 5: 90-dages mortalitet efter cystektomi	13
Indikator 6: Komplikationer efter cystektomi	14
Indikator 7: Cystektomi og stråle-kemoterapi af muskelinvasiv tumor	18
Indikator 8: Overlevelse efter cystektomi eller stråle-kemoterapi	19
Indikator 9: Recidiv ved ikke-invasiv blæretumor	20
Supplerende opgørelser	21
Dækningsgrad	21
Andre opgørelser (valgfrit)	22
Appendiks (valgfrit)	23
Ændringslog	24

Introduktion

De kliniske kvalitetsdatabaser har til formål at belyse kvaliteten af den sundhedsfaglige behandling og bidrage til at forbedre sundhedsvæsenets indsatser og resultater. Databaserne skal således bidrage til, at patienter og borgere får udredning, behandling, pleje og rehabilitering af høj og ensartet kvalitet uanset hvor i landet de bor, og i hvilken sektor indsatsen foregår.

Sundhedsvæsnets Kvalitetsinstitut (SundK) står for drift og udvikling af kvalitetsdatabaserne og skal sikre, at databasernes indhold er godkendt af Sundhedsdatastyrelsen.

Dette dokument beskriver datagrundlag, populationsbeskrivelse og indikatoroversigt, der efterfølges af en kort beskrivelse af rationale bag de valgte indikatorer, indikatorernes udviklingsmål samt hvilke datakilder og variable, der benyttes i indikatorberegningerne. Sidst findes supplerende opgørelser og appendikstabeller.

Formål for **Dansk Blære Cancer database (DaBlaCa-Data)**

At overvåge og forbedre kvaliteten af behandling af patienter med blærecancer i Danmark med hovedvægt lagt på, hvorvidt der er forskelle mellem behandlende centre i Danmark og at sammenligne med internationale standarder.

Datagrundlag

Opgørelsesperiode

1. september - 31. august

Databasen har eksisteret siden 1. aug. 2012.

Organisatorisk afgrænsning

Populationen afgrænses ikke via enheder, men udelukkende på diagnose- og patologikoder

Allokering til behandlende center

Behandlende center er identisk med regionens center for Nord (Aalborg), Midt (Aarhus) og Syd (Odense), men patienter fra Sjælland allokeredes indtil 1. november 2016 til enten Herlev eller RH afhængig af, hvor de er cystektomeret. Hvis de ikke er cystektomeret, allokeres patienter udredt i Roskilde til Herlev og patienter udredt i Næstved til RH. Efter 1. november 2016 allokeres alle patienter fra Region Sjælland til Rigshospitalet. Patienter, der har modtaget kurativt intenderet strålebehandling på Næstved sygehus, allokeres til dette center.

Datakilder anvendt i databasen

Datakilderne til [DaBlCa databasen](#) udgøres af følgende:

Landsregister for patologi (LRP)

Landspatientregisteret (LPR)

Det Centrale personregister (CPR)

Populationsbeskrivelse

Populationen omfatter alle med en førstegangsdignose med invasiv og ikke-invasiv blærecancer ifølge Landspatientregisteret (LPR) og patologiregisteret.

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

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

Teknisk specifikation

Population med Invasiv blære cancer

Inklusionskriterier

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

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

Eksklusionskriterier

Patienter med erstatnings-cpr nummer

Population med Ikke invasiv blæretumor

Inklusionskriterier

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

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

Rekvisitionen betragtes som ”relevant diagnose” hvis:

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

Eksklusionskriterier

Patienter med erstatnings-cpr nummer

Indikatoroversigt

Indikatorområde	Indikator	Aktiv
Overlevelse efter invasiv blærecancer	Indikator 1: 3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer (KM).	Ja
Cystektomi ved muskelinvasiv blæretumor	Indikator 2: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år.	Ja
BCG behandling af T1a tumorer	Indikator 3: Andel af patienter med T1a-blærecancer (T-stadium ved TUR-B) (som ikke er blevet cystektomeret indenfor 180 dage efter diagnose), der er behandlet med BCG (Diagnoseafdeling).	Ja
Behandling med Nivolumab	Indikator 4: Andel af cystektomerede højrisiko-patienter, der påbegynder adjuverende behandling (nivolumab)	Ja
90-dages mortalitet efter cystektomi	Indikator 5: 90 dages mortalitet efter cystektomi.	Ja
Komplikationer efter cystektomi	Indikator 6: Andel af cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi.	Ja
Cystektomi og stråle-kemoterapi af muskelinvasiv tumor	Indikator 7: Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller har opstartet konkomitant kemo-strål-behandling inden for 12 måneder.	Ja
Overlevelse efter cystektomi eller stråle-kemoterapi	Indikator 8: 3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (konkomitant kemo-strålebehandling el cystektomi) af invasiv blærecancer, stadium T2+ ved TUR-B (KM).	Ja
Recidiv ved ikke-invasiv blæretumor	Indikator 9: Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever mindst et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato.	Ja

Indikatorspecifikation

Indikator 1: Overlevelse efter invasiv blærecancer

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler 3-års overlevelsen efter diagnosen invasiv blærecancer.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Da ubehandlet invasiv blærekraft er forbundet med stor risiko for død, kan overlevelse ses som et overordnet estimat for samlet effekt ved behandling. Uens overlevelse kan pege på at enkelte behandlingenheder kan lære af andre.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Målet med indikatoren er at sammenligne et overordnet resultatmål på tværs af danske regioner og enheder mhp at skabe ensartet behandling og outcome.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)

Patienter med ubehandlet muskelinvasiv blærekraft har en median overall survival på 8-12 måneder. Overlevelse som outcome er bredt anvendt i internationale undersøgelser, oftest opgøres 1- eller 5-års overlevelse. Styregruppen har valgt at fokusere på 3-års overlevelse da størstedelen af dødsfald, som tilskrives blærekraft, forekommer indenfor 3 frem for 5 år, og samtidig sikre et mere handlebart kvalitetsmål, hvor opfølgning efter diagnose ligger tættere på behandlingsstart tidsmæssigt.

Konklusion

Overlevelse efter invasiv blærecancer er en overordnet resultatindikator, som ved målte forskelle mellem enheder kan indikere, at der er et forbedringspotentiale for behandlingen. Niveau 5 jf. Oxford Level of Evidence

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 1	3-års overlevelse efter diagnosen invasiv blærecancer	Ny-diagnosticerede patienter med invasiv blære cancer	Patienter i nævneren, der fortsat er i live op til 3 år efter patologisk diagnosedato, opgjort ved Kaplan-Meier estimat.	Vitalstatus ukendt eller dato ligger før diagnosedato

Indikator 2: Cystektomi ved muskelinvasiv blæretumor

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Cystektomi er en omfattende kirurgisk procedure, der som udgangspunkt indebærer fjernelse af den tumorbærende blære, lymfeknuder i det lille bækken samt de nærliggende organer, hvor der er stor risiko for spredning mhp. at begrænse yderligere spredning. Andelen der cystektomerer er ikke ensartet i alle enheder på tværs af landet.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Ved sammenligning af andelen der cystektomerer på tværs af regioner og behandlingsenheder kan indikatoren anvendes til at påvise og handle på forskelle i udvælgelse af patienter til kurativt behandlingstilbud.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)

Radikal cystektomi, hvor blæren fjernes, er den anbefalede behandling for de fleste patienter med muskelinvasiv blærecancer (stadium T2+) jf. danske retningslinjer. Flere internationale retningslinjer, støtter cystektomi som første behandlingsvalg. Behandlingen afhænger af patientens individuelle forhold, og cystektomi anbefales, når det er muligt. Kurativt intenderet stråleterapi har også vist sig effektiv og dette tilbydes til en mindre andel af patienter (se indikator 7). Baseret på niveau 3 evidens jf. Oxford Level of Evidens er radikal cystektomi i de fleste tilfælde førstevalgsbehandling som kurativt intenderet behandling.

Retningslinje: [Blærekræft - Udredning, behandling og opfølgning af blæretumorer](#), www.dmcg.dk

Konklusion

Radikal kirurgi ved cystektomi er i de fleste tilfælde førstevalgsbehandling som kurativt intenderet behandling til gruppen af patienter med muskelinvasiv blærekræft. **Niveau 3 evidens jf. Oxford Level of Evidens**

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 2	Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret indenfor 1 år	Patienter med muskelinvasiv blærecancer (stadium T2+ ved TUR-B), der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 1 års opfølgning efter diagnose.	Patienter i nævneren, der er cystektomeret inden for 1 år efter dato for patologisk påvisning af stadium T2+ ved TUR-B. (LPR-kode cystektomi: KKCC00-KKCC97)	Ikke relevant - data fra LPR

Indikator 3: BCG behandling af T1a tumorer

Beskrivelse af indikatoren

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

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

BCG behandling er ikke tilstrækkeligt implementeret og gives ikke i lige grad på tværs af regioner og enheder.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Målet anvendes til at øge andelen af små tumorer der behandles kurativt med den blærebevarende behandling BCG samt ensrette behandlingen på tværs af landet.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

Behandling af NMIBC fokuserer både på at reducere risiko for recidiv og progression og historisk set har behandlingen været såkaldt blærebevarende. Imidlertid er der sket et skift fra mindre blærebevarende behandling til mere aggressiv behandling i form af radikal cystektomi, idet studier har vist, at der ved T1-blærekraft er en ikke ubetydelig risiko for under-staging og/eller persisterende sygdom efter den primære operation med fjernelse af tumor (TUR-B). En blærebevarende behandling hos patienter med NMIBC indebærer en re-TUR-B og/eller en efterbehandling med blæreskylninger med enten et kemoterapeutikum eller immunterapi. Bacillus Calmette-Guérin (BCG) er et immunterapeutikum, som installeres i blæren, hvor det inducerer et uspecifikt immunrespons. Det er vist, at det reducerer risikoen for progression af kræftsygdommen.

Retningslinje: [Blærekraft - Udredning, behandling og opfølgning af blæretumorer](http://www.dmcg.dk). www.dmcg.dk

Konklusion

Blæreskyllebehandling med BCG er forbundet med signifikant reduktion i risiko for recidiv og formentlig progression samt tid til progression baseret på niveau 1a evidens jf. Oxford.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 3	Andel af patienter med T1a-tumorer (T-stadium ved TUR-B) (som ikke er blevet cystektomeret inden for 180 dage efter diagnose), der er behandlet med BCG	Patienter med T1a-tumorer (T-stadium ved TUR-B), som ikke er cystektomeret inden for 180 dage efter diagnose. (LPR kode cystektomi: KKCC00-KKCC97)	Patienter i nævneren, der er blevet BCG-skyllbehandlet (mindst én gang). (LPR-kode: BJHE11)	Ikke relevant -data fra LPR.

Indikator 4: Behandling med Nivolumab

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler Andel af cystektomerede højrisikopatienter, der påbegynder adjuverende behandling (Nivolumab)

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Nivolumab er et nyt godkendt immunterapi præparat som bør implementeres ensartet på til målgruppen på tværs af landet.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Målet anvendes til at sikre introduktion af behandling med adjuverende med Nivolumab samt ensrette behandlingen på tværs af landet.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

Adjuverende behandling har til formål at eliminere de mikrometastaser, som må formodes at restere efter radikal kirurgi. Adjuverende behandling i form af immunterapi aktiverer og udnytter kroppens eget immunforsvar til målrettet at bekæmpe kræftceller. Den danske retningslinje anbefaler adjuverende Nivolumab til patienter med PD-L1 positiv urotheliale carcinom og høj risiko for recidiv efter radikal cystektomi.

Retningslinje: [Blærekræft - Udredning, behandling og opfølgning af blæretumorer](#), www.dmcg.dk

Konklusion

Adjuverende Nivolumab hos patienter med høj risiko for recidiv (defineret som pT2 og/eller N+ hvis der er givet neoadjuverende kemoterapi samt >pT3 og/eller N+ hvis der ikke er givet neoadjuverende kemoterapi) efter radikal cystektomi er forbundet med en signifikant forbedret sygdomsspecifik overlevelse baseret på niveau 1b evidens jf. Oxford.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 4	Andel af cystektomerede højrisiko-patienter, der påbegynder adjuverende behandling (Nivolumab)	Cystektomerede patienter med registrering af N+ eller T3+ eller hvis der er givet NACT (præoperativ kemoterapi) så T2+ eller N+. Samtidig skal der være PD-L1 positiv registrering ved Æ-kodning (ÆKP* (fraregnet ÆKPA00 og ÆKPXX) eller F29311 på sekvens med blære cancer T74*) indenfor 5 måneder før til 3 måneder efter cystektomi (LPR-kode cystektomi KKCC00-KKCC97, præoperativ kemo: BWHA*)	Nivolumab (BOHJ19H2) behandlingen indenfor 120 dage fra cystektomi dato.	

Indikator 5: 90-dages mortalitet efter cystektomi

Beskrivelse af indikatoren Indikatoren måler 90 dages mortalitet efter cystektomi.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Det er væsentligt at følge dødeligheden efter radikal operation ved fjernelse af blæren (cystektomi), da denne kan være afledt af operationen. Det er kvalitetskritisk at tilvælge de rette patienter til operation og fravælge patienter til operation i tilfælde af at denne vil være for risikofyldt.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Opgørelse af mortaliteten kan sikre at denne nærmer sig udviklingsmålet og sammenligning af mortaliteten på tværs af enheder og auditering af dødsfald kan medvirke til læring.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

Mortalitet har været det effektmål, som hyppigst er blevet rapporteret til at vurdere kvaliteten af kirurgisk behandling (cystektomi). Beslutningen om radikal cystektomi tages under hensyntagen til stadie af kræftsygdommen og komorbiditet, idet disse er prognostisk for mortalitet. Et tidligere systematisk review har fundet dødeligheden (mortalitet) 90 dage efter radikal cystektomi til at være 4.7% (range 0.0–7.0).

Konklusion

Indikatoren vurderes at være klinisk relevant og kvalitetskritisk og er bredt anvendt internationalt. Niveau 5 jf. Oxford Level of Evidence.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 5	90 dages mortalitet efter cystektomi	Patienter med invasiv blærecancer, der er cystektomeret, og der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 90 dages opfølgning efter cystektomi. (LPR-kode cystektomi KKCC00-KKCC97)	Patienter der er døde inden for 90 dage efter cystektomidato.	Emigrerede/ ukendte i cpr-registret 90 dage efter cystektomi.

Indikator 6: Komplikationer efter cystektomi

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler Cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi.

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Andelen af patienter, der oplever alvorlige komplikationer efter radikal operation med cystektomi ligger uensartet henover landet.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Opgørelse af andelen af alvorlige komplikationer kan være medvirkende til at de samlede komplikationer bevæger sig i en nedadgående udviklingsretning. Sammenligning af andelen af komplikationer på tværs af enheder bør føre til faglig diskussion af praksisforskelle og læring på tværs.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

Radikal cystektomi er forbundet med høj risiko for komplikationer efter operationen. Der eksisterer forskellige definitioner og klassifikationssystemer for at gradere komplikationerne. Langt overvejende benyttes for radikal cystektomi Clavien-Dindo klassifikationssystemet. En major komplikation defineres som grad 3-5, og involverer reoperation (grad 3: 3a i lokalbedøvelse og 3b i fuldbedøvelse), organsvigt herunder f.eks. dialyse (grad 4) og død (grad 5)

Konklusion

Indikatoren vurderes at være klinisk relevant og kvalitetskritisk og er bredt anvendt internationalt. Clavien-Dindo klassifikationen er valideret og det hyppigst anvendte hertil efter radikal cystektomi. Niveau 5. jf. Oxford Level of Evidence.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 6	Cystektomerede patienter med komplikation (Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5) indenfor 90 dage efter cystektomi.	Cystektomerede patienter med invasiv blærecancer og 90 dages opfølgning efter cystektomidato (LPR-kode cystektomi KKCC00-KKCC97)	Clavien-Dindo grad 3a, 3b, 4 eller 5. Graden er baseret på den behandling, der er iværksat for at behandle komplikationen. (Se LPR procedure- koder næste side*)	Ikke relevant -data fra LPR.

*

Procedurekoder ved komplikationer efter cystektomi

Periode inkluderet efter cystektomi: 1.-90 dage postoperativt

Inddeles i følgende sværhedsgrader efter Clavien-Dindo komplikationsgrad:

Grad 3a: Nefrostomi eller sårbehandling

KTKA10A Perkutan anlæggelse af nefrostomikateter

KQBB* Behandlinger af sår på truncus

BNPA*⁽¹⁾ Sårbehandling

Grad 3b: større operationer

KJA* Operationer på bugvæg, bughinde, mesenterie og oment

KJD*-KJN* (præcisering se noter)

KJD Operationer på mavesæk og tolvfingertarm

KJE Operationer på blindtarm

KJF⁽²⁾ Operationer på tyndtarm og tyktarm

KJG⁽³⁾ Operationer på endetarm

KJH⁽⁴⁾ Operationer på endetarmsåbning og perianalt væv

KJJ⁽⁵⁾ Operationer på lever

KJK Operationer på galdeveje

KJL Operationer på pancreas

KJM Operationer på milt

KJN Rekonstruktive indgreb efter oper. på fordøjelsesorganer og milt

KKAA* Eksplorationer af nyre og nyrebækken

KKAC* Nefrektomier

KKAD* Resektioner af nyre og nyrebækken

KKBH*-KKBJ* (alle mellemliggende inkluderet)

KKBH Rekonstruktioner af urinleder

KKBJ Urinafledende operationer på urinleder

KKW* Reoperationer efter urologiske operationer

KNGM09 Fasciotomi på underben

Grad 4: Intensiv og dialyse

BJFD* Dialysebehandling

NABA* Postoperativ behandling

NABB* Intensiv terapi

NABE* Intensiv observation

Grad 5: død, Vitalstatus = 90

¹⁾ **BNPA* fraregnet:**

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

⁽²⁾ **KJF* fraregnet:**

KJFA02 Endoskopisk fjernelse af fremmedlegeme fra tyndtarm
KJFA05 Endoskopisk polypektomi i tyndtarm
KJFA12 Endoskopisk fjernelse af fremmedlegeme fra tyktarm
KJFA15 Endoskopisk polypektomi i tyktarm
KJFA16 Biopsi af colonvæg uden kolotomi
KJFA17 Laparoskopisk biopsi af colonvæg uden kolotomi
KJFA22 Endoskopisk injektionsbehandling i tyndtarm
KJFA25 Endoskopisk kontaktkoagulation i tyndtarm
KJFA28 Endoskopisk laserterapi i tyndtarm
KJFA35A Endoskopisk mucosa resektion (EMR), tyndtarm
KJFA42 Endoskopisk injektionsbehandling i tyktarm
KJFA55A Endoskopisk mucosa resektion (EMR), tyktarm
KJFA55B Endoskopisk submucøs dissektion (ESD), tyktarm
KJFA87 Transluminal endoskopisk assisteret laparoskopisk excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)
KJFA88 Laparoskopisk assisteret transluminal endoskopisk excision af patologisk væv i tyktarm (CELS)

⁽³⁾ **KJG*:**

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

KJGA76 Staplet transanal rektal resektion (STARR)

(4) KJH* fraregnet:

KJHA Biopsier, incisioner og excisioner af patologisk væv i endetarmsåbning og perianalt væv

KJHA00 Anal eller perianal incision

KJHA00A Incision af perianalabsces

KJHA10 Biopsi af analkanal

KJHA20 Excision af patologisk væv i analkanal eller patologisk perianalt væv

(5) KJJ* fraregnet:

KJJA20 Biopsi af lever

KJJA21 Laparoskopisk biopsi af lever

KJJA23 Åben nålebiopsi af lever

KJJA24 Laparoskopisk nålebiopsi af lever

KJJA26 Transjugulær leverbiopsi

KJJA30 Marsupialisation af levercyste

KJJA31 Laparoskopisk marsupialisation af levercyste

KJJA40 Excision af patologisk væv i lever

KJJA41 Laparoskopisk excision af patologisk væv i lever

KJJA43 Destruktion af patologisk væv i lever

KJJA43A Radiofrekvensablation (RFA) af patologisk væv i lever

KJJA43B Mikrobølgeablation (MWA) af patologisk væv i lever

KJJA44 Laparoskopisk destruktion af patologisk væv i lever

KJJA96A Sklerosering af levercyste

Indikator 7: Cystektomi og stråle-kemoterapi af muskelinvasiv tumor

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller strålebehandlet (kurativt) inden for 12 måneder

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Det er væsentligt udviklingspunkt at flest mulige patienter modtager et kurativt behandlingstilbud, hvor dette er muligt og forsvarligt. Andelen der cystektomerer eller får kurativ intenderet stråleterapi er ikke ensartet på tværs af landet.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Ved sammenligning af andelen, der får kurativ intenderet behandling på tværs af regioner og behandlingsenheder kan indikatoren anvendes til at påvise og handle på forskelle i udvælgelse af patienter til kurativt behandlingstilbud.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

De anbefalede kurativt intenderede behandlingsmuligheder ved muskelinvasiv blærekræft er radikal cystektomi eller kurativt intenderet strålebehandling. Valget afhænger af en samlet vurdering under hensyntagen til kræftsygdommen (f.eks. tumortype, tumorstørrelse, -lokalisering, -udbredelse og samtidig CIS,), faktorer hos patienten (f.eks. komorbiditet samt tidligere behandling/kirurgi) samt patientpræferencer.

Retningslinje: [Blærekræft - Udredning, behandling og opfølgning af blæretumorer](#). www.dmcg.dk

Konklusion

Baseret på niveau 3 evidens jf. Oxford Level of Evidence er radikal cystektomi eller kurativt intenderet strålebehandling anbefalede kurativt intenderet behandlingstilbud ved muskelinvasiv blærekræft.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 7	Andel af patienter med muskelinvasiv tumor (stadium T2+ ved TUR-B), som er cystektomeret eller stråle-kemo behandlet inden for 12 måneder.	Patienter med muskelinvasive tumorer (stadium T2+ ved TUR-B), der pr. opgørelsesdatoen har haft mulighed for 1 års opfølgning efter diagnose.	Patienter i nævneren, der er cystektomeret eller stråle-kemo behandlet inden for 1 år efter dato for patologisk påvisning af stadium T2+ ved TUR-B. (LPR-koder cystektomi KKCC00-KKCC97 eller mere end 15 gange strål indenfor 90 dage BWGC* samt mindst én registrering med samtidig kemo BWHA*)	Ikke relevant - data fra LPR.

Indikator 8: Overlevelse efter cystektomi eller stråle-kemoterapi

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler Overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling af invasiv blærecancer

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Da ubehandlet invasiv blærekraft er forbundet med stor risiko for død, kan overlevelse ses som et overordnet estimat for samlet effekt ved behandling. Behandlingsvalget i fht til tilbud om kurativt intenderet behandling er essentiel for overlevelsen. Uens overlevelse kan pege på at enkelte behandlingsenheder kan lære af andre.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

Målet med indikatoren er at sammenligne et overordnet resultatmål på tværs af danske regioner og enheder mhp at skabe ensartet behandling og outcome.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

Behandlingsvalget er baseret på en fælles beslutningstagning under hensyntagen til kræftsygdommen (f.eks. tumortype, tumorstørrelse, -lokalisering, -udbredelse og samtidig CIS,), faktorer hos patienten (f.eks. komorbiditet samt tidligere behandling/kirurgi) samt patientpræferencer. Risikoen for tilbagefald af blærekraft og død som følge af dette er størst indenfor de første tre år efter behandling. Styregruppen fokuserer ligeledes på 3-års overlevelse frem for 5-års overlevelse for at sikre et mere handlebart kvalitetsmål, hvor opfølgning efter diagnose ligger tættere på behandlingsstart tidsmæssigt.

Konklusion

Overlevelse opgøres traditionelt set ikke samlet for den kurativt intenderet behandlede population, men det ønskes med indikatoren at sætte fokus på behandlingsvalget for gruppen med muskelinvasiv sygdom ved at opgøre prognosen for denne gruppe patienter. Niveau 5 jf. Oxford Level of Evidence.

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 8	3-års overlevelse efter start på kurativt intenderet behandling (stråle-kemo behandling el cystektomi) af invasiv blærecancer	Patienter med invasiv blærecancer, der modtager kurativt intenderet behandling (cystektomi eller stråle-kemo behandling) (LPR-koder cystektomi KKCC00-KKCC97 eller mere end 15 gange strål indenfor 90 dage BWGC* samt mindst én registrering med samtidig kemo BWHA*)	Patienter i nævneren som fortsat er i live 3 år efter start på kurativt intenderet behandling, opgjort ved Kaplan-Meier estimat.	Vitalstatus ukendt eller dato ligger før diagnosedato.

Indikator 9: Recidiv ved ikke-invasiv blæretumor

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler andelen af patienter diagnosticeret med ikke invasiv blæretumor, der oplever mindst et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato

Hvad er den kvalitetskritiske udfordring?

Det ønskes med indikatoren at synliggøre forskelle i recidiv på tværs af landet blandt patienter, der er behandlet på offentligt sygehus og på privat hospital.

Hvordan kan indikatoren bidrage til sundhedsfaglig kvalitetsudvikling?

En høj andel med recidiv kan pege på suboptimal behandling af små tumorer og forskelle i resultatet bør undersøges i forhold til, om der er et potentiale for læring på tværs af enheder.

Evidensgrundlag (fokus på kliniske retningslinjer)?

I Danmark er der tradition for at opdele blæretumorer i ikke-invasive og invasive. Problematikken ved de ikke-invasive blære tumorer er deres potentiale til at recidivere og progrediere til invasiv sygdom, som ultimativt er forbundet med risiko for død af sygdommen. Behandling af ikke-invasive blæretumorer fokuserer både på at reducere risiko for recidiv og progression. Behandlingen er som udgangspunkt blærebevarende og indebærer enten TUR-B alene eller TUR-B med evt. re-TUR-B og/eller en efterbehandling med blæreskylninger med enten et kemoterapeutikum eller immunterapi. Valget af behandling bygger på en vurdering af risikoen for recidiv og progression og bivirkninger.

Konklusion

Der foreligger ikke evidens i form af retningslinjer eller studier, der eksplicit anbefaler opgørelse af recidiv af ikke-invasive blæretumorer. Indikatoren vurderes dog at være klinisk relevant og kvalitetskritisk og benyttes f.eks. også i Sverige. Niveau 5 jf. Oxford Level of Evidence

Indikator nummer	Indikator	Nævner	Tæller	Uoplyste
Indikator 9	Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor, der oplever min. et recidiv inden for 1 år efter diagnosedato	Patienter diagnosticeret med ikke-invasiv blæretumor.	Patienter i nævneren med recidiv (ny ikke-invasiv blæretumor, der ligger mere end 2mdr efter seneste tumor) inden for 1 år efter diagnosedato	Ikke relevant -data fra LPR.

Supplerende opgørelser

Dækningsgrad

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

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

Andre opgørelser (valgfrit)

Appendiks (valgfrit)

Ændringslog

Med henblik på at skabe et bedre overblik over indførte ændringer i databasen, føres log over ændringer i databasen.

Versionsnummer	Ændringsdato	Beskrivelse

