Databasespecifikation

Dansk Melanom Database (DMD)

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

© Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut, 2026

Udgiver
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
Hedeager 3
8200 Aarhus N

www.sundk.dk

Version 1.2
Versionsdato: 09.10.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

Introduktion 4
Formål for Dansk Melanom Database 4
Forkortelser 4

Datagrundlag 5
Opgørelsesperiode 5
Organisatorisk afgrænsning 5
Datakilder anvendt i databasen 5

Populationsbeskrivelse 6
Teknisk specifikation 6
Inklusionskriterier 6
Eksklusionskriterier 6
Dannelse af patientforløb 6

Indikatoroversigt 8
Indikatorspecifikation 9
Indikator 1: Diagnose på incisionsbiopsi 9
Indikator 2: MDT forud for komplet lymfeknudedissektion 11
Indikator 3: Sentinel lymfeknudebiopsi 13
Indikator 4: Exairese efter neoadjuverende behandling 16
Indikator 5: Tid fra metastase til behandling 18
Indikator 6: Lymfødembehandling 20
Indikator 7: PET-CT-scanning ved opfølgning 22

Supplerende opgørelser 25
Dækningsgrad 25
Andre opgørelser 25

Appendiks 26
Oversigt over supplerende data, der påtænkes indhentet til DMD 26
Klinisk og patologisk stadie 29

Ændringslog 36

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 rationalet bag de valgte indikatorer, indikatorernes udviklingsmål samt hvilke datakilder og variable, der benyttes i indikatorberegningerne. Sidst findes supplerende opgørelser og appendikstabeller.

Formål for Dansk Melanom Database

Formålet med DMD er at forbedre behandlingskvaliteten og dermed behandlingsresultater for patienter med malignt melanom og/eller melanom in situ i Danmark ved hjælp af kvalitetsindikatorer.

Forkortelser

ATC	Anatomical Therapeutic Chemical Classification System
CAR	Cancerregisteret
CPR	Det centrale personregister
DMD	Dansk Melanom Database
KM-kurver	Kaplan-Meier estimerede overlevelseskurver
LPR	Landspatientregisteret
MDT	Multidisciplinær teamkonference
Pato	Landsregisteret for Patologi
SKS	Sundhedsvæsenets klassifikationssystem
SMR	Sygehusmedicinregisteret
SNB	Sentinel lymfeknudebiopsi
SNOMED	Systematized nomenclature of medicine
SundK	Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut

Datagrundlag

Opgørelsesperiode

Opgørelsesperioden går fra 1. januar til og med 31. december svarende til kalenderåret.

Organisatorisk afgrænsning

I DMD er der ikke en organisatorisk afgrænsning på populationsdefinition eller øvrige oplysninger i patientforløbet. Data indhentes på baggrund af diagnoser og procedurer og afrapporteres til de organisatoriske enheder, som har sat diagnosen eller udført proceduren.

Langt de fleste af diagnoserne og procedurerne bliver registreret på følgende organisationer:

- Patologiafdelinger på offentlige sygehuse med undersøgelse af hudpræparater, derudover det private laboratorie IN-LAB.
- Plastikkirurgiske afdelinger på offentlige sygehuse
- Dermatologiske afdelinger på offentlige sygehuse
- Onkologiske afdelinger på offentlige sygehuse
- Rehabilitering på offentlige sygehuse (kun indikator 6)

Nogle indikatorer vil også omhandle primærsektoren og blive afrapporteret på bopælsregion på diagnosetidspunktet, men disse data afrapporteres på nuværende tidspunkt kun i den trykte årsrapport. Det er alene relevant for Indikator 1a: Diagnose på incisionsbiopsi, primær sektor.

Datakilder anvendt i databasen

Datakilderne til DMD udgøres af følgende:

- Pato
- LPR
- SMR
- CAR (Til opgørelse af dækningsgrad)
- CPR

Populationsbeskrivelse

DMD's population inkluderer både patienter med malignt melanom og patienter med in situ tumorer. Alle tumorforløb følges i databasen. Dette betyder, at den samme patient kan være registreret i databasen med flere primære tumorforløb.

Teknisk specifikation

Datakilden til dannelse af populationen i DMD er Pato.

Populationen vil blive defineret som denne per 1. januar 2026. Specifikationen er blevet udarbejdet i DMDs styregruppe og tager bl.a. udgangspunkt i den kliniske retningslinje TNM-klassifikation og stadieinddeling af kutant melanom, som inkluderer en vejledning til LPR3-kodning, og den patologiske kodevejledning af maligne melanomer.

Inklusionskriterier

1. Patienter med histologisk verificeret malignt melanom eller in situ melanom. I Pato skal der være registreret minimum et materiale, som opfylder et af følgende kriterier:
    a. Primære tumorer. Materialer, med en af følgende SNOMED-koder: T01000, T01530, T01609, eller T02*, direkte efterfulgt af en følgende SNOMED-koder: M87203, M87213, M87423, M87433, M87453, M874A3, M87209, M87219, M87439, M87459, M87202, M87412, M87422, M87452 eller M87201.
    b. Lymfeknudemetastaser. Materialer, med følgende SNOMED-kode: T08*, direkte efterfulgt af følgende SNOMED-kode: M87206.
    c. Fjernmetastaser. Materialer med følgende SNOMED-kode: M87206.

Eksklusionskriterier

1) Materialer, der er kodet med P30745 eller P30755.
2) Materialer, der er kodet med P30701, og hvor der ikke på samme materiale er SNOMED-koder, der opfylder nogle af de tre inklusionskriterier.
3) Patienter, med bopæl udenfor Danmark på diagnosetidspunktet.
4) Tumorforløb, hvor materialet er kodet med obs. pro ÆYYY00 lige bagefter inkluderende koder.

Dannelse af patientforløb

I DMD kan samme patient have flere tumorforløb. Det første tumorforløb defineres som første materiale, der opfylder et af ovenstående tre kriterier, hvor diagnosedato defineres som den tidligste registrering. Oplysninger om primære tumorer, lymfeknudemetastaser og fjernmetastaser samles til et tumorforløb, uanset hvilket materiale, der ligger tidligst.

Der startes et nyt tumorforløb, når der er registrering af flere primære tumorer, som opfylder kriteriet for primære tumorer. I de tilfælde, hvor der er flere primærtumorer på samme dag, kobles oplysninger om lymfeknuder, metastaser samt tumorspecifikke oplysninger til den primær tumor som har værst

prognose baseret på flere faktorer bl.a. t-stadie. Således knyttes oplysninger til invasive tumorer frem for in situ tumorer, og ved flere samtidige invasive tumorer, knyttes oplysninger til den tykkeste tumor.

Diagnosedato defineres på to forskellige måder, afhængigt af om det er første eller et senere tumorforløb. Det første tumorforløb defineres som den tidligste dato med materiale, som opfylder et af ovenstående tre kriterier. Diagnosedato for efterfølgende tumorforløb defineres som dato for registrering af materiale med en ny primær tumor.

Til databasen hentes en del yderligere oplysninger fra Pato, såsom tumortykkelse, regression, lymfeknudemetastaser og lignende. Disse oplysninger hentes og knyttes til tumorforløb på baggrund af følgende kriterier:

- Materialer, der er registreret med en af ovenstående SNOMED-koder under inklusionskriterier, bliver undersøgt for oplysninger til brug i databasen.
- Hvis et materiale er kodet med P3X124 “registrering i DMD, DMG”, hentes der også oplysninger til tumorforløbene fra dette materiale. Det kan f.eks. være en registrering af ”Ingen resttumor”.
- Hvis et materiale er kodet med en af følgende SNOMED-koder; P30745 eller P30755, medtages oplysninger fra disse materialer ikke i databasen.
- Hvis et materiale er kodet med en af følgende SNOMED-koder; P30700, P30750 eller ÆAA100, så inkluderes disse oplysninger i det senest registrerede tumorforløb med samme topografi.

Data fra øvrige registre kobles primært til tumorforløb på baggrund af CPR og diagnosedato. Relevant data fra LPR udvælges yderligere på baggrund af et af følgende kriterier:

- DC43* eller DD03* er benyttet som A- eller B-diagnose på en eller flere af kontakterne i helbredsforløbet eller
- ZM87204 er benyttet som tillægskode på en eller flere af kontakterne i helbredsforløbet eller
- DZ080P, DZ081P, DZ082P eller DZ087P er benyttet som A- eller B-diagnose på en eller flere af kontakterne i helbredsforløbet.

Indikatoroversigt

Nedenstående tabel viser en oversigt over databasens indikatorer med navn og beskrivelse af de enkelte indikatorer. Aktive indikatorer udstilles i KKA (Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel), sendes dagligt fra SundK til de regionale ledelsesinformationssystemer og kan således følges dagligt i klinikken.

Indikatornavn	Beskrivelse	Sektor	Aktiv/ikke aktiv*
1. Diagnose på incisionsbiopsi	a. Andelen af primære tumorer, der er diagnosticeret på stansebiopsi, shave biopsi, incisionsbiopsi eller curettage, primærsektor.	Praktiserende speciallæge, Almen praksis	Aktiv
	b. Andelen af primære tumorer, der er diagnosticeret på stansebiopsi, shave biopsi, incisionsbiopsi eller curettage, sekundærsektor.	Hospitalskontakt, Privathospital	Aktiv
2. MDT forud for komplet lymfeknudedissektion	Andelen af patienter, der får udført komplet lymfeknudedissektion, som har været diskuteret på MDT-konference forinden.	Hospitalskontakt	Aktiv
3. Sentinel lymfeknudebiopsi	Andelen af patienter med klinisk stadie på ≥IB, hvor der er foretaget sentinel lymfeknudebiopsi.	Hospitalskontakt	Aktiv
4. Exairese efter neoadjuverende behandling	Andelen af patienter, der får foretaget exairese, som forudgående har fået neoadjuverende behandling	Hospitalskontakt	Ikke aktiv
5. Tid fra metastase til behandling	Tiden fra første biopsi for recidiv til behandling for recidiv igangsættes.	Hospitalskontakt	Ikke aktiv
6. Lymfødembehandling	a. Andelen af patienter, som modtager lymfødembehandling efter SN-biopsi.	Hospitalskontakt	Aktiv (supplerende)
	b. Andelen af patienter, som modtager lymfødembehandling efter exairese.	Hospitalskontakt	Aktiv (supplerende)
7. PET-CT-scanning ved opfølgning	Andelen af patienter med melanom i klinisk stadie II og III, der får foretaget en PET-CT-scanning ved 1-års opfølgning efter afsluttet behandling.	Hospitalskontakt	Ikke aktiv

*Aktiv/ikke aktiv: Aktiv = leveres i KKA; Ikke aktiv = leveres ikke i KKA, fordi der afventes data e.l.

Indikatorspecifikation

Indikator 1: Diagnose på incisionsbiopsi

Beskrivelse af indikatoren

Denne indikator måler, hvor stor en andel af patienter med primære melanomer der får diagnosticeret tumoren med incisionsbiopsi herunder stansebiopsi, shave biopsi eller curettage (skrabebiopsi).

Primære tumorer skal excideres (fuldstændig fjernelse af vævet) for at f.eks. resektionsrande og tumortykkelsen kan vurderes. Alternative biopteringsmetoder medfører behov for supplerende kirurgi mhp. diagnosticering. Curettage vil ofte medføre manglende mulighed for at TNM klassificere (metode til at beskrive kræftens udbredelse), hvilket kan medføre potentiel over- eller underbehandling grundet usikkerhed på T-stadie.

I den kliniske retningslinje for biopsi ved mistanke om primært melanom anbefales det, at man ikke anvender curettage eller tangentiel excision. Stansebiopsi kan ved særlige tilfælde benyttes, f.eks. ved visse anatomiske lokalisationer, men intralæsionel biopsi er ofte ikke repræsentativ for diagnostik og stadieinddeling. Derfor anbefales det i stedet for så vidt muligt at anvende komplet excisionsbiopsi.

Der findes god evidens for, at den diagnostiske biopsi skal være en excisionsbiopsi, mens stansebiopsi og curettage så vidt muligt frarådes, hvis man vil sikre korrekt diagnose og korrekt tumortykkelse eller T-klassificering.

I DMDs årsrapport for 2024 blev 87% af primære tumorer diagnosticeret på baggrund af en excisionsbiopsi, men der var regionale forskelle. Indikatoren viser derfor, om der er behov for forbedring i forhold til at undgå unødvendige stansebiopsier eller curettage, for at sikre ensartet høj behandlingskvalitet på tværs af landet.

Indikatoren er opdelt i indikator 1a og 1b afhængigt af om biopsien er foretaget i primær- eller sekundærsektoren. Grundpopulationerne i disse to indikatorer varierer pga. filterfunktionen i primærsektoren. I primærsektoren laves der en vurdering af, om modermærket er OBS melanom, hvorimod patienterne i sekundærsektoren allerede er vurderet til at have OBS Melanom og er sendt i pakkeforløb. Optimalt set skulle nævnerpopulationen i primærsektoren også afgrænses til patienter med OBS melanom, men dette har vi ikke data til. Nævnerpopulationen i primærsektoren defineres derfor på en handling, der sker i fremtiden, hvor vi retrospektivt vurderer, om melanomet er diagnosticeret på en excisionsbiopsi. Dette betyder, at indikatorerne 1a og 1b ikke skal vurderes ift. det samme udviklingsmål. Der arbejdes yderligere på teknisk at kunne stratificere indikator 1a på hhv. almen praksis og speciallægepraksis, idet patientselektion, henvisningsmønstre og diagnostik (dermoscopi) adskiller sig mellem disse.

Klinisk retningslinje: DMG_Behandling af primært melanom

Beregning af [Indikator 1.a. Diagnose på incisionsbiopsi, primærsektor**]**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion
Pato	Primær tumor er diagnosticeret på incisionsbiopsi herunder stansebiopsi, shave biopsi eller curettage.	Alle primære tumorer både invasive og in situ tumorer.	Tumorer, hvor primær tumor ikke kan findes. Tumorer, hvor primær tumor er diagnosticeret på baggrund af biopsi taget på en plastikkirurgisk eller dermatologisk afdeling.

Tæller
Inklusionskriterier:
Primære tumorer i nævnerpopulation og
P30610 Biopsi (Pato) eller
P30626 Curettage (Pato) eller
P3061A Incisionsbiopsi (Pato) eller
P30990 Nålebiopsi (Pato)
P30991 Nålebiopsi, tynd nål (Pato)
P30992 Nålebiopsi, grov nål (Pato)
P30993 Nålebiopsi, medicinsk indikation (Pato)
P31060 Finnålsaspirat (Pato)
P31069 Nålebiopsi, histologisk finnål (Pato)
P31071 Cytologi fra nålebiopsi (Pato)
P31240 Koagel på cytologisk materiale (Pato)

Nævner
Inklusionskriterier: Primære tumorer i melanompopulationen og
Tumorforløb, hvor rekvirerende organisation i Pato er registreret som et ydernummer.

Eksklusion
Der er to eksklusionskriterier:
1. Tumorforløb i melanompopulationen, hvor primær tumor ikke kan findes, dvs. patienten er registreret i databasen uden en primær tumor jf. populationsdefinitionen.
2. Tumorforløb i melanompopulationen, hvor primær tumor er diagnosticeret på baggrund af biopsi taget på en plastikkirurgisk eller dermatologisk afdeling (rekvirerende afdeling i Pato).

Udviklingsmål
Forbedringsretningen er nedadgående. For nogle patienter vil en stansebiopsi være acceptabel, f.eks. ved primær tumor på øre eller lignende. Derfor vil udviklingsmålet ikke blive sat til 0%. Udviklingsmålet vil blive endeligt fastsat på et senere tidspunkt.

Format
Andel.

Type
Officiel procesindikator.

Afrapportering
Bopælsregion. Tumorforløbet tilskrives den bopælsregion patienten har på diagnosetidspunktet.

Beregning af [Indikator 1.b. Diagnose på incisionsbiopsi, sekundærsektor**]**:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion
Pato	Primær tumor er diagnosticeret på incisionsbiopsi herunder stansebiopsi, shave biopsi eller curettage.	Alle primære tumorer både invasive og in situ tumorer.	Tumorer, hvor primær tumor ikke kan findes. Tumorer, hvor primær tumor er diagnosticeret på baggrund af biopsi taget i en speciallægepraksis eller almen praksis.

Tæller
Inklusionskriterier:
Primære tumorer i nævnerpopulation og

P30610 Biopsi (Pato) eller
P30626 Curettage (Pato) eller
P3061A Incisionsbiopsi (Pato) eller
P30990 Nålebiopsi (Pato)
P30991 Nålebiopsi, tynd nål (Pato)
P30992 Nålebiopsi, grov nål (Pato)
P30993 Nålebiopsi, medicinsk indikation (Pato)
P31060 Finnålsaspirat (Pato)
P31069 Nålebiopsi, histologisk finnål (Pato)
P31071 Cytologi fra nålebiopsi (Pato)
P31240 Koagel på cytologisk materiale (Pato)

Nævner
Inklusionskriterier:
Primære tumorer i melanompopulationen

Tumorforløb, hvor rekvirerende organisation i Pato er en SOR-kode for hospitalsafdeling.

Eksklusion
Der er to eksklusionskriterier:

1. Tumorforløb i melanompopulationen, hvor primær tumor ikke kan findes, dvs. patienten er registreret i databasen uden en primær tumor jf. populationsdefinitionen.
2. Tumorforløb i melanompopulationen, hvor primær tumor er diagnosticeret på baggrund af biopsi taget i speciallægepraksis eller almen praksis (rekvirent i Pato er et ydernummer).

Udviklingsmål
Forbedringsretningen er nedadgående. For nogle patienter vil en stansebiopsi være acceptabel, f.eks. ved primær tumor på øre eller lignende. Derfor vil udviklingsmålet ikke blive sat til 0%. Udviklingsmålet vil blive endeligt fastsat på et senere tidspunkt.

Format
Andel.

Type
Officiel procesindikator.

Afrapportering
Plastikkirurgiske og dermatologiske afdelinger. Tumorforløbet tilskrives den afdeling, som rekvirerer vurdering af melanomet i Pato.

Indikator 2: MDT forud for komplet lymfeknudedissektion

Beskrivelse af indikatoren

Denne indikator måler, hvor stor en andel af patienter, der får udført komplet lymfeknudedissektion, som har været drøftet på MDT (Multidisciplinær team) konference indenfor ≤3 mdr.

Ved behandling af kræft er det vigtigt, at beslutninger om større operationer træffes på baggrund af en tværfaglig vurdering. En MDT-konference er et møde, hvor forskellige sundhedsspecialister – fx kirurger, onkologer og patologer – samles for at gennemgå den enkelte patients situation og aftale den bedste behandlingsplan.

Patienter skal have været vurderet på en MDT-konference, før der udføres en komplet lymfeknudedissektion. Det sikrer, at operationen kun tilbydes patienter, der med størst sandsynlighed vil have gavn af indgrebet, og at behandlingen er koordineret på tværs af fagområder.

Indikatoren viser dermed, i hvilken grad behandlingsbeslutninger følger anbefalingerne om tværfaglig vurdering, hvilket er en vigtig del af at sikre ensartet og høj kvalitet i kræftbehandlingen.

Klinisk retningslinje: Kirurgisk behandling af lokoregionale melanommetastaser - DMCG - Danske Multidisciplinære Cancer Grupper

Beregning af [Indikator 2. MDT forud for komplet lymfeknudedissektion]:

Datakilder	Tæller	Nævner
LPR	Patienter, der har været set på behandlingsbesluttende MDT indenfor ≤3 mdr. forud for komplet lymfeknudedissektion.	Patienter, der får udført komplet lymfeknudedissektion undervejs i melanomcancerforløbet.

Tæller
Inklusionskriterier:
Nævnerpopulationen og

ZZ0190D1 Multidisciplinær team (MDT) konference, behandlingsbesluttende (LPR) registreret på en dato som ligger ≤3 mdr. inden første registrering af en radikal lymfeknudedissektion (Se koder under inklusionskriterier til nævner).

Nævner
Inklusionskriterier:
Patienter i melanompopulationen og

KPJD51 Radikal excision af cervikale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD52 Radikal excision af aksillære lymfeknuder (LPR) eller
KPJD53 Radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD54 Radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD55 Radikal excision af ingvinale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD63B Laparoskopisk radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD74 Laparoskopisk radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD98 Radikal fjernelse af andre lymfeknuder (LPR)
Registreret på melanomcancerforløb i LPR.

Udviklingsmål

100%. Forbedringsretningen er jo højere andel des bedre.

Format
Andel.

Type
Officiel procesindikator.

Afrapportering
Patienter tilskrives den kirurgiske afdeling, som har foretaget den komplette lymfeknudedissektion.

Indikator 3: Sentinel lymfeknudebiopsi

Beskrivelse af indikatoren

Indikatoren måler andelen af patienter med indikation på sentinel lymfeknudebiopsi (SNB) ifølge kliniske retningslinjer med klinisk stadie på ≥IB, hvor der er foretaget SNB.

SNB er en operation, hvor patienten får fjernet den eller de lymfeknuder som melanomet drænerer direkte til. Forud for operationen er der foretaget lymfeskintigrafi, som synliggør hvilke lymfeknuder, der dræneres til. Operationen foretages for at undersøge, om der er mikroskopisk spredning til den eller de sentinelle lymfeknuder. Den eller de fjernede lymfeknuder undersøges af en histopatologisk.

SNB er et vigtigt diagnostisk og behandlingsmæssigt værktøj – dels for at stadieinddele patienterne bedst muligt, og dels fordi spredning til en lymfeknude kan give mulighed for adjuverende medicinsk behandling.

På landsplan i 2024 har 1.084 patienter fået foretaget eller forsøgt foretaget SNB. Dette svarer til 87% (95% CI: 85-89) af de 1.247 patienter, der opfylder indikationen for SNB ifølge de kliniske retningslinjer. Andelen af patienter, der har fået foretaget SNB, er i 2024 lavere for alle regioner sammenlignet med de tidligere år.

Formålet med indikatoren er at monitorere udviklingen og undersøge, om patienter på tværs af landet får ensartet udredning og behandling med SNB.

Klinisk retningslinje: Sentinel node biopsi procedure for melanom - DMCG - Danske Multidisciplinære Cancer Grupper

Beregning af [Indikator 3. Sentinel lymfeknudebiopsi]:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion
LPR **Pato**	Patienter, der har fået foretaget SNB.	Patienter, med indikation på SNB ifølge de kliniske retningslinjer, det vil sige klinisk stadie IB med ulceration, IB med patologisk T2a, IIA, IIB eller IIC på diagnosetidspunktet.	Patienter med M1 sygdom. Patienter med klinisk stadium III. Patienter hvor ulcus ikke kan vurderes.

Tæller

Inklusionskriterier:

Nævnerpopulationen og

KPJD41C sentinel node biopsi på halsen (LPR) eller
KPJD41D suprahyoid dissektion af lymfeknuder på halsen (LPR) eller
KPJD42C sentinel node biopsi i aksil (LPR) eller
KPJD44A sentinel node biopsi iliakalt (LPR) eller
KPJD45C sentinel node biopsi i ingven (LPR) eller
KPJD46C sentinel node biopsi parasternalt (LPR) eller
KPJD99C sentinel node biopsi anden lokalisation (LPR) eller
KPJD99D sentinel node biopsi i fossa poplitea (LPR) eller
KPJD99E sentinel node biopsi i fossa cubiti (LPR)
Registreret indenfor 3 måneder efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR

Nævner
Inklusionskriterier:
Patienter i melanompopulationen og
M87203 Malignt melanom (Pato) eller
M87213 nodulært malignt melanom (Pato) eller
M87423 lentigo maligne melanom (Pato) eller
M87433 superficielt spredende malignt melanom (Pato) eller
M87453 akralt lentiginøst malignt melanom (Pato) eller
M874A3 desmoplastisk malignt melanom (Pato) eller
M87209 malignt melanom, usikkert om primært eller metastase (Pato) eller
M87219 nodulært malignt melanom, usikketr om primært eller metastase (Pato) eller
M87439 superficielt spredende malignt melanom, usikkert om primært eller metastase (Pato) eller
M87459 akralt lentiginøst malignt melanom, usikkert om primært eller metastase (Pato) eller
M87413 malignt melanom i prækankrøs melanose (Pato) eller
M87419 mal. melanom i prækankrøs melanose, usikkert om prim.el.met. (Pato) eller
M87429 lentigo maligna melanom, usikkert om primært el. metastase (Pato) eller
M874A9 desmoplastisk malignt melanom, usikkert om primær eller met. (Pato) eller
M87803 blue nævus, malignt (Pato) eller
M87809 blue nævus, malignt, usikkert om primært eller metastase (Pato) eller
M87903 cellulært blue nævus, malignt (Pato) eller
M87909 cellulært blue nævus, malignt, usikkert om primært el. met. (Pato)
Registreret på materiale i et melanomforløb og
Klinisk stadie IB med ulceration, IB med patologisk T2a, IIA, IIB eller IIC på diagnosetidspunktet (se appendiks med definitioner af kliniske stadier baseret på data fra Pato og LPR)

Eksklusion
Der er tre eksklusionskriterier:
1. Patienter registreret med fjernmetastase på diagnosetidspunktet (SKS AZCD41 i LPR).
2. Patienter med klinisk stadie III på diagnosetidspunktet (se appendiks med definitioner af kliniske stadier baseret på data fra Pato og LPR)
3. Patienter, hvor ulceration ikke kan vurderes (SNOMED M3800X i Pato).

Uoplyst
Der er tre kriterier for eksklusion pga. manglende oplysninger til beregning af indikatoren:
1. Manglende oplysning om klinisk stadie (se appendiks med definitioner af kliniske stadier baseret på data fra Pato og LPR)
2. Manglende oplysning om ulceration på tumorforløbet fra Pato.
3. Manglende oplysning om tumortykkelse på tumorforløbet fra Pato.

Udviklingsmål
≥80%.

Format
Andel.

Type
Officiel procesindikator.

Afrapportering

Patienter tilskrives den plastikkirurgiske afdeling, som er forløbsansvarligt på tumorforløbet.

Indikator 4: Exairese efter neoadjuverende behandling

Beskrivelse af indikatoren

Denne indikator måler, hvor stor en andel af patienter, der har modtaget neoadjuverende behandling, som efterfølgende får foretaget exairese (operation for fjernelse af tumor).

Neoadjuverende behandling betyder, at patienten får medicinsk behandling i form af immunterapi før operationen. Behandlingen anvendes ved patienter med resektabel (fjernbar) melanom i stadie III eller IV og har til formål at forbedre den recidivfrie overlevelse efter operation.

Denne behandlingsform er implementeret på landsplan i 2025. Ifølge de tidligere nationale retningslinjer, *"Adjuverende behandling af melanom"*, var standardbehandlingen at udføre radikal operation først og derefter tilbyde postoperativ (adjuverende) behandling. Effekten af adjuverende behandling – i form af forlænget tid til recidiv (tilbagefald) – er dokumenteret i flere store, randomiserede studier.

Nyere studier har dog vist, at neoadjuverende behandling med immunterapi, givet før operation, kan forbedre sygdomsforløbet og patienternes samlede behandlingsresultat. Derfor anbefales denne tilgang nu som ny standardbehandling ved makroskopisk resektabel stadie III/IV sygdom.

Indikatoren viser dermed, i hvor høj grad den nye, anbefalede behandling af neoadjuverende behandling er med til at nedbringe antallet af exaireser.

Klinisk retningslinje: Neoadjuverende behandling af melanom - DMCG - Danske Multidisciplinære Cancer Grupper

Beregning af [Indikator 4. Exairese efter neoadjuverende behandling]:

Datakilder	Tæller	Nævner	Eksklusion
SMR, LPR, Pato	Patienter, som har fået foretaget exairese.	Patienter, der har modtaget neoadjuverende behandling.	Patienter, der op til 12 mdr. før diagnosedato har fået adjuverende behandling.

Tæller

Inklusionskriterier:

Nævnerpopulationen og

KPJD51 Radikal excision af cervikale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD52 Radikal excision af aksillære lymfeknuder (LPR) eller
KPJD53 Radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD54 Radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD55 Radikal excision af ingvinale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD63B Laparoskopisk radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD74 Laparoskopisk radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD98 Radikal fjernelse af andre lymfeknuder (LPR)
Registreret indenfor 6 måneder efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR

Nævner

Inklusionskriterier:

Patienter i melanompopulationen og

P51010 præoperativ onkologisk behandling (Pato) indenfor 6 måneder efter diagnosedato på et melanomforløb eller

Behandling med et af følgende præparater: L01FX04 Ipilimumab, L01FF01 Nivolumab eller L01FF02 Pembrolizumab registreret i SMR. For de patienter, som får foretaget minimum et af indgrebene i tællerinklusionen, skal præparaterne været giver forud for operationsdato. For de patienter, hvor der ikke foretaget et af indgrebene i tællerinklusionen, skal præparaterne været givet indenfor 6 måneder efter diagnosedato.

Eksklusion
Patienter i melanompopulationen, som indenfor 12 mdr. forud for diagnosedatoen har været i behandling med et af følgende præparater: L01FX04 Ipilimumab, L01FF01 Nivolumab eller L01FF02 Pembrolizumab registreret i SMR.

Udviklingsmål
Forbedringsretningen er nedadgående. Det endelige udviklingsmål vil blive fastsat senere.

Format
Andel.

Type
Resultatindikator.

Afrapportering
Patienter tilskrives den plastikkirurgiske afdeling, som er forløbsansvarlige på tumorforløbet.
Patienter tilskrives også den onkologiske afdeling, som er ansvarlig for den onkologiske del af tumorforløbet.

Indikator 5: Tid fra metastase til behandling

Beskrivelse af indikatoren

Denne indikator måler den tid, der går fra første biopsi med metastase, hvor recidiv (tilbagefald af sygdom) konstateres, til behandling igangsættes.

Der findes kun begrænset litteratur på området, men det antages, at en hurtig opstart af behandling giver det bedste behandlingsresultat for patienten (Leitner et al. 2010). Indikatoren indgår ikke i den nationale pakkeforløbsmonitorering.

Da melanommetastaser kan opstå i mange forskellige organer, håndteres patienterne ofte meget forskelligt. Dette kan føre til store variationer og forsinkelser i, hvor hurtigt behandling igangsættes. Formålet med indikatoren er derfor at skabe mere ensartede forløb på tværs af landet og sikre, at patienter med recidiv får behandling så hurtigt som muligt efter den første biopsi, der påviser recidiv.

Indikatoren kan dermed give en indikation af, i hvilken grad der er rettidig opstart af behandling ved recidiv, og kan anvendes som mål for kvalitet og lighed i behandlingen af melanompatienter.

Litteratur: Leiter U, Buettner PG, Eigentler TK, Forschner A, Meier F, Garbe C, 2010. Is detection of melanoma metastasis during surveillance in an early phase of development associated with a survival benefit?. Melanoma Research 20(3):p 240-246.

Beregning af [Indikator 5. Tid fra metastase til behandling]:

Datakilder	Starttidspunkt	Sluttidspunkt	Eksklusion
LPR, Pato, SMR.	Starttidspunkt: Ved registrering af metastase af malignt melanom ≥ 90 dage efter diagnose for primær tumor.	Sluttidspunkt: Dato for opstart af cancerbehandling.	Patienter, der ikke har en primær tumor. Patienter, der ikke har en metastaseregistrering. Patienter uden opstart af behandling efter metastase. Patienter med mere end 1 primært tumorforløb inden for 1 år.

Starttidspunkt
Metastase i Pato jf. inklusion til population ≥ 90 dage efter dato for primær tumor eller
ZM87206 på melanomforløb i LPR ≥ 90 dage efter dato for primær tumor.

Sluttidspunkt
Dato for den første af følgende behandlinger efter starttidspunktet

- Kirurgi (K*) på et melanomforløb (LPR) eller
- Kemo (BWH*) på et melanomforløb (LPR) eller
- Stråle (BWG*) på et melanomforløb (LPR) eller
- immunterapi (BOHJ*) på et melanomforløb (LPR) eller
- Ipilimumab (ATC: L01FX04 i SMR) eller
- Nivolumab (ATC: L01FF01 i SMR) eller
- Pembrolizumab (ATC: L01FF02 i SMR) eller
- Opdualag (ATC: L01FY02 i SMR) eller
- Dabrafenib (ATC: L01EC02 i SMR) eller
- Trametinib (ATC: L01EE01 i SMR) eller
- Encorafenib (ATC: L01EC03 i SMR) eller
- Binimetinib (ATC: L01EE03 i SMR)

Eksklusion
Der er fire eksklusionskriterier

1. Patienter, der ikke har en primærtumor i melanomforløbet jf. populationsdefinitionen.
2. Patienter, der ikke har en metastaseregistrering.
3. Patienter, der ikke har opstartet nogen behandling. Disse formodes ikke at ønske behandling. Ingen behandling defineres som de patienter, som ikke har registreret nogle af koderne under kriterier for sluttidspunkt.
4. Patienter, der har mere end 1 primært tumorforløb inden for 1 år.

Udviklingsmål
Forbedringsretningen er nedadgående. Det endelige udviklingsmål vil blive fastsat senere.

Format
Median af tiden fra starttidspunkt til sluttidspunkt.

Type
Procesindikator.

Afrapportering
Patienter tilskrives den plastikkirurgiske afdeling, som er forløbsansvarlige på tumorforløbet.

Supplerende indikator 6: Lymfødembehandling

Beskrivelse af indikatoren

Denne indikator måler andelen af patienter, der modtager lymfødembehandling efter kirurgisk fjernelse af lymfeknuder.

Tidligere årsrapporter fra DMD viser, at 2–4 % af melanompatienter, der får udført sentinel node-biopsi (SNB), udvikler lymfødem. Forekomsten er væsentligt højere efter exairese (højere for ben end for arme og afhængig af cut-off værdi; men et samlet tal på ca. 20-25% er forventeligt) (Faries et al, 2017). Der er dog en klar formodning om, at forekomsten på 2-4% i DMD skyldes underrapportering, da studier har fundet en højere forekomst af lymfødem efter SNB.

Det er ikke hensigtsmæssigt, hvis for få patienter tilbydes behandling, når flere reelt har behov for det. Omvendt er det heller ikke et mål, at alle patienter skal henvises til lymfødembehandling. Indikatoren kan derfor være med til at afdække, om de patienter, der har behov for behandling, faktisk bliver identificeret og henvist.

Der har tidligere ikke været målt på, om patienter henvises til lymfødemterapeut eller modtager behandling for lymfødem. Manglende henvisning kan medføre underdiagnosticering og underbehandling. Tidlig opstart af behandling er afgørende for at forhindre udvikling af fremskredne stadier af lymfødem, hvor lymfebaner nedbrydes, og der opstår fibrose, hvilket kan påvirke både livskvalitet og funktionsniveau (American Cancer Society 2009). Standardbehandlingen ved lymfødem er kompressionsbehandling. Der findes desuden kirurgiske tilbud, hvor det har stor betydning, at patienten ikke har gået med ubehandlet lymfødem i flere år. Al lymfødembehandling foregår i sekundærsektoren.

Indikatoren viser dermed, i hvilken grad patienter med risiko for lymfødem efter kirurgisk fjernelse af lymfeknuder bliver vurderet og tilbudt relevant behandling, hvilket er centralt for at sikre tidlig indsats og forebyggelse af senfølger.

Indikatoren er opdelt i indikator 6a og 6b afhængigt af typen af indgreb; SNB og exairese. Risikoen for udvikling af lymfødem er markant højere efter exairese end efter SNB, og derfor opgøres indikatoren i to versioner med hvert sit udviklingsmål.

I sammenhæng med denne indikator, vil DMD undersøge andelen af patienter registreret med en diagnosekode for lymfødem i LPR (DI890, DI890B, DT983DA). Det forventes, at registrering af lymfødem, som diagnose foregår forskelligt på tværs af landet, derfor er lymfødembehandling valgt som et mere robust mål og sikrer samtidig, at patienterne også har igangsat behandling. Det ideelle for styregruppen vil være, hvis nævnerpopulationen på sigt kan afgrænses til patienter med lymfødem.

Litteratur:

- M.B. Faries, J.F. Thompson, A.J. Cochran et al. Completion Dissection or Observation for Sentinel-Node Metastasis in Melanoma. N Engl J Med 2017;376:2211-22. DOI: 10.1056/NEJMoa1613210 (MSLT-II studiet)
- American Cancer Society, 2009. Lymphedema: A primer on the identification and management of a chronic condition in oncologic treatment. A Cancer Journal for Clinicians 59, 8-24.

Beregning af [Indikator 6.a. Lymfødembehandling efter SNB]:

Datakilder	Tæller	Nævner
LPR	Patienter, der opstarter lymfødembehandling	Patienter, der har fået foretaget SNB.

Tæller
Inklusionskriterier:
Nævnerpopulationen og
BMFF1* Lymfødembehandling (LPR)
Registreret i LPR indenfor 12 måneder efter dato for kirurgisk indgreb.

Nævner
Inklusionskriterier:
Patienter i melanompopulationen og
KPJD41C sentinel node biopsi på halsen (LPR) eller
KPJD41D suprahyoid dissektion af lymfeknuder på halsen (LPR) eller
KPJD42C sentinel node biopsi i aksil (LPR) eller
KPJD44A sentinel node biopsi iliakalt (LPR) eller
KPJD45C sentinel node biopsi i ingven (LPR) eller
KPJD46C sentinel node biopsi parasternalt (LPR) eller
KPJD99C sentinel node biopsi anden lokalisation (LPR) eller
KPJD99D sentinel node biopsi i fossa poplitea (LPR) eller
KPJD99E sentinel node biopsi i fossa cubiti (LPR)
Registreret indenfor 3 måneder efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR

Udviklingsmål
Udviklingsmålet vil muligvis blive defineret som et interval, da intentionen er, at det alene er patienter med behov, som modtager behandlingen.

Format
Andel.

Type
Hensigten er, at indikatoren skal være en officiel procesindikator. Der er dog usikkerhed om både datakvaliteten og hvor udviklingsmålet skal ligge. Derfor vil indikatoren i første omgang indgå som en supplerende indikator.

Afrapportering
Patienter tilskrives den plastikkirurgiske afdeling, som er forløbsansvarlige på tumorforløbet.

Beregning af [Indikator 6.b. Lymfødembehandling efter exairese]:

Datakilder	Tæller	Nævner
LPR	Patienter, der opstarter lymfødembehandling	Patienter, der har fået foretaget exairese.

Tæller
Inklusionskriterier:
Nævnerpopulationen og
BMFF1* Lymfødembehandling (LPR)
Registreret i LPR indenfor 12 måneder efter dato for kirurgisk indgreb.

Nævner
Inklusionskriterier:
Patienter i melanompopulationen og

KPJD51 Radikal excision af cervikale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD52 Radikal excision af aksillære lymfeknuder (LPR) eller
KPJD53 Radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD54 Radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD55 Radikal excision af ingvinale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD63B Laparoskopisk radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD74 Laparoskopisk radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD98 Radikal fjernelse af andre lymfeknuder (LPR)
Registreret indenfor 6 måneder efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR

Udviklingsmål
Udviklingsmålet vil muligvis blive defineret som et interval, da intentionen er, at det alene er patienter med behov, som modtager behandlingen.

Format
Andel.

Type
Hensigten er, at indikatoren skal være en officiel procesindikator. Der er dog usikkerhed om både datakvaliteten og hvor udviklingsmålet skal ligge. Derfor vil indikatoren i første omgang indgå som en supplerende indikator.

Afrapportering
Patienter tilskrives den plastikkirurgiske afdeling, som er forløbsansvarlige på tumorforløbet.

Indikator 7: PET-CT-skanning ved opfølgning

Beskrivelse af indikatoren

Denne indikator måler andelen af patienter med melanom i med klinisk stadie II og III, der får foretaget en PET-CT-skanning ved 1-års opfølgning efter afsluttet behandling.

Der findes ikke tidligere danske opgørelser over, hvor stor en andel af patienterne der får udført den anbefalede billeddiagnostiske opfølgning. Formålet med indikatoren er derfor at belyse, om klinisk praksis følger de nationale anbefalinger for kontrol efter behandling af melanom i stadie II og III.

Patienter med melanom i disse stadier har en relativt høj mortalitet, og risikoen for tilbagefald stiger med sygdomsstadiet. Studier viser, at mortaliteten stiger med stadie, dog med undtagelse af stadie IIIA, som havde lavere mortalitet og recidivrisiko end stadie IIB og IIC. Desuden tyder det på, at mere end halvdelen af patienter, som udvikler recidiv, debuterer med fjernrecidiv. Derudover viser litteraturen, at brugen af rutinemæssig PET-CT-skanning i opfølgningsprogrammet kan medføre op til 18 måneders tidligere påvisning af fjernrecidiver, med en 51 % højere risiko for påvist fjernrecidiv inden for de første to år. Internationale studier har tilsvarende vist, at 45–48 % af tilbagefaldene hos patienter, der følges med rutinemæssig billeddiagnostik (PET-CT eller CT), opdages asymptomatisk.

Patienter, hvor recidiv opdages asymptomatisk, har større sandsynlighed for at kunne tilbydes immunterapi, hvilket potentielt kan påvirke overlevelsen. Der foreligger dog endnu ingen dokumentation for, at tidligere opsporing af recidiv medfører en samlet overlevelsesgevinst.

Indikatoren viser dermed, i hvilken grad den anbefalede billeddiagnostiske opfølgning ved 1-års kontrol efter endt behandling af stadie II og III melanom gennemføres i praksis, og kan anvendes som mål for kvalitet og ensartethed i opfølgningen på landsplan.

Klinisk retningslinje: Opfølgningsprogram for kutant melanom - DMCG - Danske Multidisciplinære Cancer Grupper

Beregning af [PET-CT**-**skanning ved opfølgning**]**:

Datakilder	Tæller	Nævner
LPR **SMR**	Der er foretaget en 12 måneders PET-CT-skanning, efter afsluttet behandling.	Patienter diagnosticeret med melanom i klinisk stadie II og III, som har modtaget behandling.

Tæller

Inklusionskriterier:

Nævnerpopulationen og

Registrering af WMACPXYXX CT på WB PET/CT i LPR mellem 9-15 måneder efter sidste registrering af en behandlingskode, som nævnt under nævnerkriterierne.

Nævner

Inklusionskriterier:

Patienter i melanompopulationen og

Klinisk stadie II - III på diagnosetidspunktet (se appendiks med definitioner af kliniske stadier baseret på data fra Pato og LPR)

Registrering af minimum en af følgende koder på et melanomforløb i LPR:

BWG* for strålebehandling (LPR) eller

BOHJ* immunterapi (LPR) eller
KPJD41C sentinel node biopsi på halsen (LPR) eller
KPJD41D suprahyoid dissektion af lymfeknuder på halsen (LPR) eller
KPJD42C sentinel node biopsi i aksil (LPR) eller
KPJD44A sentinel node biopsi iliakalt (LPR) eller
KPJD45C sentinel node biopsi i ingven (LPR) eller
KPJD46C sentinel node biopsi parasternalt (LPR) eller
KPJD99C sentinel node biopsi anden lokalisation (LPR) eller
KPJD99D sentinel node biopsi i fossa poplitea (LPR) eller
KPJD99E sentinel node biopsi i fossa cubiti (LPR)
Registreret indenfor 3 måneder efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR eller
KPJD51 Radikal excision af cervikale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD52 Radikal excision af aksillære lymfeknuder (LPR) eller
KPJD53 Radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD54 Radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD55 Radikal excision af ingvinale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD63B Laparoskopisk radikal excision af para-aortale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD74 Laparoskopisk radikal excision af iliakale lymfeknuder (LPR) eller
KPJD98 Radikal fjernelse af andre lymfeknuder (LPR)
Registreret indenfor 6 måneder efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR eller
KQAE10R Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på hoved eller hals (LPR) eller
KQBE10R Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på truncus (LPR) eller
KQCE10R Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på overekstremitet (LPR) eller
KQDE10R Radikal excision af patologisk væv i hud og underhud på underekstremitet (LPR)
Registreret indenfor 90 dage efter diagnosedato på et melanomcancerforløb i LPR eller
Ipilimumab (ATC: L01FX04 i SMR) eller
Nivolumab (ATC: L01FF01 i SMR) eller
Pembrolizumab (ATC: L01FF02 i SMR) eller
Opdualag (ATC: L01FY02 i SMR) eller
Dabrafenib (ATC: L01EC02 i SMR) eller
Trametinib (ATC: L01EE01 i SMR) eller
Encorafenib (ATC: L01EC03 i SMR) eller
Binimetinib (ATC: L01EE03 i SMR)
Registreret indenfor 90 dage efter diagnosedato i SMR

Udviklingsmål
≥90%.

Format
Andel.

Type
Officiel procesindikator.

Afrapportering
Patienter tilskrives den plastikkirurgiske afdeling, som er forløbsansvarlige på tumorforløbet.

Supplerende opgørelser

Dækningsgrad

Dækningsgrad vil blive beregnet vha. sammenligning med CAR. CAR-leverance til SundK har nu kun 1,5 mdr. forsinkelse, så den vil kunne laves til årsrapporten relativt tidstro.

Andre opgørelser

Supplerende opgørelser:

- Tabel: Deskriptivt overblik af nydiagnosticerede patienter: Alder, køn og komorbiditet
- Tabel: Deskriptivt overblik af nydiagnosticerede tumorer: Histologi, lokalisation og stadie
- Tabel og figur: Aldersstandardiserede incidensrater, opdelt på stadie og region.
- Tabel: Andel positive SN-biopsier fordelt på T-stadie.
- Tabel: 5-års overlevelse fordelt på stadie. KM-kurver og -overlevelsesestimater.
- Supplerende indikator: Andel patienter, der får foretaget PD-L1 analyse ved 1. fjernmetastase

  Rationale: Viden om PD-L1 – status er nødvendig for at tilrettelægge en optimal onkologisk behandlingsplan.
- Supplerende indikator: Andel patienter, der får foretaget BRAF analyse ved 1. fjernmetastase

  Motivation: Viden om BRAF – status er nødvendig for at tilrettelægge en optimal onkologisk behandlingsplan.
- Supplerende datakvalitetsindikator: Andelen af primære tumorer, hvor der er angivet patologi-oplysninger (histologi, tumortykkelse, ulceration, mitoser, frie resektionsrande og mikrosatellit)

Appendiks

Oversigt over supplerende data, der påtænkes indhentet til DMD

Oplysning	Hvor i patientforløbet	Datakilde	Kode
Tumortykkelse	Udredning	Pato	ÆTT*
Histologisk subtype	Udredning	Pato	M87213, M87423, M87433, M87453, M874A3, M87219, M87439, M87459, M87412, M87422, M87452
Ulceration	Udredning	Pato	M38000 (Ja), M38A00 (Nej), M3800X (Uvis)
Mitoseaktivitet	Udredning	Pato	ÆY1A01 (Ja), ÆY1A00 (Nej), ÆY1A0X (Uvis)
Mikrosatellit	Udredning	Pato	M094M0 (Ja), M094M1 (Nej), M094M2 (Uvis)
Frie resektionsrande	Udredning	Pato	M09400 (Ja), M09401 (Nej), M09402 (Uvis)
Primær tumor eller metastase fra ukendt primær tumor	Udredning	Pato	M87209, M87219, M87439, M87459
Usikker om benign eller malign	Udredning	Pato	M87201
Lokalisation af primær tumor	Udredning	Pato	SNOMED: T01000, T01530, T01609, T02* SKS: KQAE10R, KQBE10R, KQCE10R, KQDE10R
Patologisk T-stadie	Udredning	Pato	ÆF1810, ÆF1820-ÆF1870 ÆTT* M38000 (Ja), M38A00 (Nej), M3800X (Uvis)
Klinisk stadie	Udredning	LPR og Pato	Se definitioner i appendiks.
Charlson comorbidity index	Udredning	LPR	
Antal lymfeknuder fjernet i alt	Udredning	Pato	ÆLY000- ÆLY100 minus ÆLY00K
Antal positive lymfeknuder i alt	Udredning	Pato	ÆLX000- ÆLX100
Metastasediameter	Udredning	Pato	ÆTD*

Region, hvor der er foretaget exairese eller lymfeknudefjernelse	Kirurgi	LPR og Pato	SNOMED: T0800A, T0810H, T0810S, T0810V, T0814H, T0814S, T0814V, T0820A, T0820B, T0820C, T0835A, T0835B, T0835C, T0835D, T0871B, T0871C, T0873H, T0873S, T0873V, T0881A, T0881B, T0881C, T0882H, T0882S, T0882V, T08000, T08020, T08100, T08140, T08141, T08142, T08160, T08161, T08162, T08170, T08180, T08181, T08182, T08190, T08191, T08192, T08200, T08201, T08202, T08210, T08211, T08212, T08220, T08221, T08222, T08230, T08240, T08280, T08281, T08282, T08290, T08350, T08352, T08353, T08354, T08610, T08611, T08612, T08620, T08621, T08622, T08660, T0866A, T0866B, T08670, T0867A, T0867B, T08700, T08701, T08702, T08710, T08711, T08712, T08720, T08721, T08722, T08800, T08801, T08802, T08810, T08811, T08812, T08900. SKS: KPJD41C, KPJD41D, KPJD42C, KPJD44A, KPJD45C, KPJD46C, KPJD99C, KPJD99D, KPJD99E, KPJD51, KPJD52, KPJD53, KPJD54, KPJD55, KPJD63B, KPJD74, KPJD98.
Dato for lokalt recidiv	Recidivudredning	LPR og Pato	*Afventer*
Lokalisation af lokalt recidiv	Recidivudredning	LPR og Pato	*Afventer*
Dato for regionalt recidiv	Recidivudredning	LPR og Pato	*Afventer*
Lokalisation af regionalt recidiv	Recidivudredning	LPR og Pato	*Afventer*
Dato for 1. fjernmetastase	Recidivudredning	LPR og Pato	*Afventer*
Lokalisation af 1. fjernmetastase	Recidivudredning	LPR og Pato	*Afventer*
Kirurgisk behandling af 1. recidiv	Recidivbehandling	LPR	*Afventer*
Dato for kirurgisk behandling af 1. recidiv	Recidivbehandling	LPR	*Afventer*
Onkologisk behandling af 1. recidiv (stråleterapi, systemisk behandling, anden behandling)	Recidivbehandling	LPR og SMR	*Afventer*

PD-L1 analyse ved 1. fjern-metastase	Recidivudredning	LPR og Pato	SKS: AZCD41 SNOMED: ÆKP*, ÆKR*, F29311, F29315, F2931A
BRAF analyse ved 1. fjern-metastase	Recidivudredning	LPR og Pato	SKS: AZCD41 SNOMED: FE13E*, M636G0, M636G1
Vurdering af behov for gen-optræning	Rehabilitering	LPR	ZZ0172, ZZ0172U
Genoptræningsplan	Rehabilitering	LPR	ZZ0175, ZZ0175V
Vurdering af rehabilitering	Rehabilitering	LPR	ZZ0176C, ZZV005E, ZZV005E1
Status (I live/død)	Opfølgning	CPR	

Klinisk og patologisk stadie

Datakilder til definition af klinisk stadie er LPR og Pato. Det kliniske stadie defineres i henhold til den 8. version af UICC/AJCCs stadieklassifikation, da det er denne, der på nuværende tidspunkt anvendes i klinikken (DMG_TNM-Klassifikation og stadieinddeling, anmeldelse til cancerregisteret samt LPR3 diagnose- og operationskodevejledning af kutant melanom).

Ved malignt melanom stilles diagnosen på baggrund af histologisk svar. Dette betyder, at T næsten altid er en patologisk vurdering også inden behandlingsplanen er lagt.

Det kliniske stadie angives, efter der er foretaget excisionsbiopsi af primær tumor samt klinisk vurdering eller nålebiopsi af regionale lymfeknuder. Det patologiske stadie stilles efter yderligere sentinel node biopsi eller exairese, hvis disse foretages. De to stadier er næsten identiske og adskilles alene af to faktorer:

1. ”pT1b-tumorer uden klinisk erkendte regionale metastaser kategoriseres som ”Klinisk stadie 1B”. Hvis patienten får udført sentinel node biopsi og denne er negativ, klassificeres som ”patologisk stadie 1A” – altså et lavere stadie.” side 10, Dansk Melanom Gruppe, 2024, Klinisk retningslinje: TNM-Klassifikation og stadieinddeling, anmeldelse til cancerregistret (CAR) samt LPR3 diagnose- og operationskodevejledning af kutant melanom, version 1.
2. ”Melanompatienter med regionale metastaser er ”Klinisk stadie III” uden yderligere subkategorier – uagtet hvilken primærtumor og uagtet hvilken type og antal regionale metastaser, de har. Det patologiske stadie III er delt op i 4 undergrupper, hvor man ud fra kombinationen af T-kategori og N-kategori tildeler det patologiske stadie, som kan være fra IIIA – IIID.” side 10, Dansk Melanom Gruppe, 2024, Klinisk retningslinje: TNM-Klassifikation og stadieinddeling, anmeldelse til CAR samt LPR3 diagnose- og operationskodevejledning af kutant melanom, version 1.

I DMD indhentes T-, N- og M-stadier på et melanomcancerforløb som de senest registrerede værdier indenfor 3 måneder efter diagnose. Værdierne behøver ikke være registreret på samme kontakt. Der hentes stadie på hvert enkelt tumorforløb. Og stadierne kategoriseres i de højeste og mest specifikke stadier, som de registrerede værdier tillader.

Det patologisk T-stadie vægtes højere end et klinisk T-stadie både i klassifikationen af klinisk og patologisk stadie.

I det patologiske stadie vægtes både patologisk T, N og M højere end klinisk T, N og M. Desuden suppleres med oplysninger fra Pato på følgende måde:

- Definition af patologisk T-stadie på baggrund af oplysninger fra Pato kan ses på side 10 i den kliniske retningslinje: DMG_TNM-Klassifikation og stadieinddeling, anmeldelse til cancerregisteret samt LPR3 diagnose- og operationskodevejledning af kutant melanom
- Definition af patologisk N-stadie på baggrund af oplysninger fra Pato er registrering af malignt melanom i en lymfeknude.
- Definition af patologisk M-stadie på baggrund af oplysninger fra Pato er registrering af malignt melanom fjernmetastase.

Detaljerede beskrivelser, af hvilke SKS- og SNOMED-koder, der benyttes til definition af både klinisk og patologisk stadie fremgår af tabellerne nedenfor.

Klinisk stadie	T (klinisk fra LPR eller patologisk fra Pato)	N (klinisk fra LPR)	M (klinisk fra LPR)
0 (in situ melanomer)	Tis: AZCD12* eller ÆF1810, M87412, M87422 eller M87452	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 – AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
I (UNS)	T1: AZCD13* eller ÆF1830 eller (Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT010 eller ÆTTA01) OG (M3800X eller ingen information om ulceration)	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 – AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
IA	T1a: AZCD13A* eller ÆF1831 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38A00)	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
IB	T1b: AZCD13B* eller ÆF1832 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38000) eller (Fra og med ÆTT008 til og med ÆTT010)	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
	T2a: AZCD14A* eller ÆF1841 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*

	eller ÆTTA12) OG M38A00		
IIA	T2b: AZCD14B eller ÆF1842 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38000	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
	T3a: AZCD15A eller ÆF1851 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) OG M38A00	N0 – AZCD30 eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31, N2 – AZCD32 og N3 – AZCD33	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
IIB	T3b: AZCD15B eller ÆF1852 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) OG M38000	N0 – AZCD30* eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31*, N2 – AZCD32* og N3 – AZCD33*	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
	T4a: AZCD16A eller ÆF1861 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) OG M38A00	N0 – AZCD30* eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31*, N2 – AZCD32* og N3 – AZCD33*	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
IIC	T4b: AZCD16B eller ÆF1862 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller	N0 – AZCD30* eller Nx – AZCD39 eller fravær af N1 – AZCD31*, N2 – AZCD32* og N3 – AZCD33*	M0 - AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*

	ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) OG M38000		
III	Ethvert besvaret eller ubesvaret T-stadie: >AZCD10 eller ethvert patologisk t jf. tabel nedenfor eller ubesvaret T-stadie	N1 – AZCD31* N2 – AZCD32* N3 – AZCD33*	M0 – AZCD40 eller fravær af M1 – AZCD41*
IV	Ethvert besvaret eller ubesvaret T-stadie	Ethvert besvaret N-stadie – AZCD3* inkl. Nx – AZCD39 eller ubesvaret	M1 – AZCD41*
Uklassificeret, kombinationer af koder, som ikke kan klassificeres.			
Missing, hvis der ikke foreligger oplysninger til at kunne fastlægge et klinisk stadie			

Patologisk t	Definition	SNOMED-kode fra PGDB	Beregning baseret på SNOMED-koder fra PGDB på primær tumor
pTis	Melanoma in situ (Clarks Level I) – OBS kræver ikke indberetning	ÆF1810	M87412 eller M87422 eller M87452
pT0	Primær tumor ikke påvist	ÆF1820	
pT1	Tumor 0,1 – 1,0 mm, ulcerationsstatus ukendt	ÆF1830	(Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT010 eller ÆTTA01) OG (M3800X eller ingen information om ulceration)
pT1a	Tumor 0,1 – 0,7 mm, uden ulceration	ÆF1831	(Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38A00

pT1b	Tumor 0,1–0,7 mm med ulceration Eller tumor 0,8 – 1,0 mm med/uden ulceration	ÆF1832	((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38000) ELLER (Fra og med ÆTT008 til og med ÆTT010)
pT2	Tumor 1,1 – 2,0 mm, ulcerationsstatus ukendt	ÆF1840	(Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG (M3800X eller ingen information om ulceration)
pT2a	Tumor 1,1 – 2,0 mm, - ulceration	ÆF1841	(Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38A00
pT2b	Tumor 1,1 – 2,0 mm, + ulceration	ÆF1842	(Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38000
pT3	Tumor 2,1 – 4,0 mm, ulcerationsstatus ukendt	ÆF1850	(Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) OG (M3800X eller ingen information om ulceration)
pT3a	Tumor 2,1 – 4,0 mm, - ulceration	ÆF1851	(Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) OG M38A00
pT3b	Tumor 2,1 – 4,0 mm, + ulceration	ÆF1852	(Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) OG M38000
pT4	Tumor 4,1 mm eller tykkere, ulcerationsstatus ukendt	ÆF1860	(Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) OG (M3800X eller ingen information om ulceration)
pT4a	Tumor 4,1 mm eller tykkere, - ulceration	ÆF1861	(Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) OG M38A00
pT4b	Tumor 4,1 mm eller tykkere, + ulceration	ÆF1862	(Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) OG M38000
pTX	Tumortykkelse kan ikke måles	ÆF1870	ÆTTAXX

Patologisk n	Definition	SNOMED-kode fra PGDB	Beregning baseret på SNOMED-koder fra PGDB på lymfeknudemateriale
pNx	Vurdering ikke mulig		
pN0	Ingen regionale lymfeknudemetastaser eller non-nodal lokoregional metastaser	ÆF1900, ÆF1905, ÆF1902, ÆF1903, ÆF1904, ÆF1907, ÆF1908, ÆF1906	Lymfeknudemateriale uden metastase eller ingen lymfeknudemateriale

pN1		ÆF1910, ÆF1911, ÆF1912, ÆF1913, ÆF1914, ÆF1915, ÆF1916, ÆF1917, ÆF1918, ÆF1919	
pN1a	1 klinisk okkult regional lymfeknudemetastase (SN-biopsi) uden non-nodal lokoregional metastaser	ÆF1911, ÆF1917	
pN1b	1 klinisk detekteret regional lymfeknudemetastase uden non-nodal lokoregional metastaser	ÆF1912	
pN1c	Ingen regionale lymfeknudemetastser, men non-nodal lokoregional metastase	ÆF1913	
pN2		ÆF1923, ÆF1922	
pN2a	2-3 klinisk okkulte regionale lymfeknudemetastaser (SN-biopsi) uden non-nodal lokoregional metastaser	ÆF1921, ÆF1924	
pN2b	2-3 regionale lymfeknudemetastaser, hvoraf mindst én er klinisk detekteret, uden non-nodal lokoregional metastaser	ÆF1922	
pN2c	1 klinisk okkult regional lymfeknudemetastase (SN-biopsi) eller kliniske detekteret regional lymfeknudemetastase. En af disse samtidig med non-nodal lokoregional metastase.		
pN3		ÆF1930, ÆF1931, ÆF1932, ÆF1933	
pN3a	4 eller flere klinisk okkulte regionale lymfeknudemetastaser (SN-biopsi) uden non-nodal lokoregional metastaser	ÆF1931	
pN3b	4 eller flere regionale lymfeknudemetastaser, hvoraf mindst én er klinisk detekteret, uden non-nodal lokoregional metastaser Eller Regionalt lymfeknudekonglomerat, uden non-nodal lokoregional metastase	ÆF1932	
pN3c	4 eller flere regionale lymfeknudemetastaser, hvoraf mindst én er klinisk detekteret, med non-nodal lokoregional metastaser Eller Regionalt lymfeknudekonglomerat, med non-nodal lokoregional metastase	ÆF1933	

Patologisk m	Definition	SNOMED-kode fra PGDB	Beregning baseret på SNOMED-koder fra PGDB på fjernmetastaser
pM0		ÆF2000, ÆF2001, ÆF2004	
pM1		ÆF2010, ÆF2011, ÆF2012, ÆF2013, ÆF2014	Materialer med SNOMED-koden M87206 på et materiale mellem diagnosedato og 3 måneder efter diagnosedato.
pMx		ÆF2050	

Patologisk stadie	**T (patologisk)**	**N (patologisk eller klinisk)**	**M (patologisk eller klinisk)**
0 (in situ melanomer)	Tis: ÆF1810, M87412, M87422 eller M87452 (i Pato)	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IA	T1a: ÆF1831 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38A00)	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
	T1b: ÆF1832 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38000) eller (Fra og med ÆTT008 til og med ÆTT010)	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307,	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*

		AZCD308 eller AZCD39	
IB	T2a: ÆF1841 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38A00	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IIA	T2b: ÆF1842 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) og M38000	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
	T3a: ÆF1851 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) og M38A00	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IIB	T3b: ÆF1852 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) og M38000	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307,	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*

		AZCD308 eller AZCD39	
	T4a: ÆF1861 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) og M38A00	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IIC	T4b: ÆF1862 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) og M38000	N0 – AZCE30*, AZCE39, AZCD300, AZCD301, AZCD302, AZCD303, AZCD304, AZCD305, AZCD306, AZCD307, AZCD308 eller AZCD39	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IIIA	T1a: (ÆF1831 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38A00)) eller T1b: (ÆF1832 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38000) eller (Fra og med ÆTT008 til og med ÆTT010)) eller T2a: (ÆF1841 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38A00)	N1a - AZCE31A*, AZCD31A* eller N2a - AZCE32A*, AZCD32A*	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*

IIIB	T0: ÆF1820 eller ubesvaret patologisk t	N1b - AZCE31B, AZCD31B eller N1c - AZCE31C, AZCD31C	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
	T1a: (ÆF1831 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38A00)) eller T1b: (ÆF1832 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38000) eller (Fra og med ÆTT008 til og med ÆTT010)) eller T2a: (ÆF1841 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38A00)	N1b - AZCE31B, AZCD31B eller N1c - AZCE31C, AZCD31C eller N2b - AZCE32B, AZCD32B	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
	T2b: (ÆF1842 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) og M38000) eller T3a: (ÆF1851 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) og M38A00)	N1a - AZCE31A*, AZCD31A* eller N1b - AZCE31B, AZCD31B, eller N1c - AZCE31c, AZCD31c, eller N2a - AZCE32A*, AZCD32A* eller N2b - AZCE32B, AZCD32B	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IIIC	T0: ÆF1820 eller ubesvaret patologisk t	N2b - AZCE32B, AZCD32B eller N2c - AZCE32C, AZCD32C eller N3b - AZCE33B, AZCD33B eller N3c - AZCD33C, AZCD33C	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*

T1a: (ÆF1831 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38A00)) eller T1b: (ÆF1832 eller ((Fra og med ÆTT001 til og med ÆTT007) OG M38000) eller (Fra og med ÆTT008 til og med ÆTT010)) eller T2a: (ÆF1841 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) OG M38A00) eller T2b: (ÆF1842 eller (Fra og med ÆTT011 til og med ÆTT020 eller ÆTTA12) og M38000) eller T3a: (ÆF1851 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) og M38A00)	N2c - AZCE32C, AZCD32C eller N3a - AZCE33A, AZCD33A eller N3b - AZCE33B, AZCD33B eller N3c - AZCD33C, AZCD33C	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
T3b: (ÆF1852 eller (Fra og med ÆTT021 til og med ÆTT040 eller ÆTTA24) og M38000) eller T4a: (ÆF1861 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) og M38A00)	N ≥ N1a – ≥ AZCE31 eller ≥ AZCD31	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*

	T4b: ÆF1862 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) og M38000	N1a - AZCE31A*, AZCD31A* eller N1b - AZCE31B, AZCD31B eller N1c - AZCE31C, AZCD31C eller N2a - AZCE32A*, AZCD32A* eller N2b - AZCE32B, AZCD32B eller N2c - AZCE32C, AZCD32C	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IIID	T4b: ÆF1862 eller (Fra og med ÆTT041 til og med ÆTT999 eller ÆTTA40 eller ÆTTA99 eller ÆTTH20 eller fra og med ÆTTX10 til og med ÆTTX20) og M38000	N3a - AZCE33A, AZCD33A eller N3b - AZCE33B, AZCD33B eller N3c - AZCD33C, AZCD33C	Fravær af M1 – AZCE41* og AZCD41*
IV	Ethvert besvaret eller ubesvaret T-stadie	Ethvert N-stadie besvaret – AZCE3* eller AZCD3*	M1 – AZCE41* eller AZCD41*
Uklassificeret, kombinationer af koder, som ikke kan klassificeres.			
Missing, hvis der ikke foreligger oplysninger til at kunne fastlægge et patologisk stadie			

Ændringslog

Med henblik på at skabe et bedre overblik over indførte ændringer i databasen, føres log over ændringer i databasen, fx hvis der er ændringer i indikatorberegningerne (fx hvis nye variable indgår, andre udgår), populationen ændres, de organisatoriske forhold ændres mv.)

Versionsnummer	Ændringsdato	Beskrivelse
1.1	19. maj 2026	Opdeling af indikator 1 og 6. Rettelse af småfejl og præciseringer af uklarheder. Ændret efter indkomne kommentarer fra kommenteringsrunde i forbindelse med omlægning til registerdrift og nyt indikatorsæt.
1.2	7. oktober 2026	Idriftsættelse af indikatorerne 1a, 1b, 2, 3, 6a og 6b, dvs. disse er ændret fra at være ”ikke aktive” til at være ”aktive” indikatorer, som bliver sendt ud i KKA. Tilføjelse af SNOMED-koder for patologiske T-, N- og M-værdier.

Sundhedsvæsenets
Kvalitetsinstitut