

Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening

Årsrapport 2025

For opgørelsesperioden 1. januar -31. december 2025

Formand for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS) er Reza Serizawa, overlæge, patologiafdelingen, Hvidovre hospital, 2650 Hvidovre, e-mail: Reza.serizawa@regionh.dk

Kontaktperson for DKLS er Mette Høyrup, SundK, Afdeling for Cancer og Cancer-screening, e-mail: methey@sundk.dk.

Analysen og epidemiologiske kommentarer i rapporten er udarbejdet af biostatistikeren Petra Hall Viborg og senior epidemiolog Else Helene Ibfelt, SundK. Styregruppen for databasen har i fællesskab forestået den faglige kommentering. Konklusioner og anbefalinger er i samarbejde beskrevet.

Dansk Kvalitetsdatabase for livmoderhalskræftscreening
© SundK 2026

Udarbejdet af:
SundK, Enhed C: Cancer, Neurologi, lindring og smerte.

Udgiver:
Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut
www.SundK.dk

Version: Offentliggjort rapport
Versionsdato: 26.06.2026

Indholdet kan frit citeres med tydelig kildeangivelse

Indhold

1. Konklusioner og anbefalinger	4
2. Oversigt over indikatorer og resultater	6
3. Resultater for indikatorerne	8
Indikatorområde 1: Kapacitet	9
Indikatorområde 2: Deltagelse	12
HPV-Vaccination og screeningsdeltagelse	15
Indikatorområde 3: Dækningsgrad	17
HPV-Vaccination og dækningsgrad	22
Indikatorområde 4: Svartid	23
Indikatorområde 5: HPV-test	29
Indikatorområde 6: Opfølgning	37
Indikatorområde 7: Tilfælde af livmoderhalskræft	43
Indikatorområde 8: Keglesnit	47
4. Supplerende opgørelser	54
Supplerende tabeller til indikatorområder	54
Auditering af cervix cancer tilfælde	84
5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	86
6. Datagrundlag og metode	88
6.1 HPV vaccinationsprogram og Det Danske vaccinationsregister	89
7. Styregruppens medlemmer	90
Appendiks I. Ordliste og forkortelser	91
Appendiks II. Indikatoroversigt og metode	93
8. Regionale kommentarer	100

1. Konklusioner og anbefalinger

I det følgende angives de vigtigste konklusioner og anbefalinger baseret på aktuelle opgørelser for livmoderhalskræftscreening. Der er i denne årsrapport udvalgt følgende centrale indikatorområder, hvor det er fundet relevant med særlig fokus og opfølgning.

Indikatorområde: Dækningsgrad af screeningsprogrammet

Sidste år var første gang data om vaccination for HPV for personer under 30 år blev inkluderet i årsrapporten og sammenkørt med data for deltagelse og dækningsgrad. Tallene i dette års rapport bekræfter, at der er særlig lav deltagelse og dækningsgrad blandt de uvaccinerede kvinder og afdækker dermed en stor sårbar gruppe, som ikke har nogen forebyggende beskyttelse mod livmoderhalskræft. Deltagelse i screeningsprogrammet er særlig vigtig for gruppen af uvaccinerede kvinder for at minimere deres risiko for livmoderhalskræft. Rapporten viser ydermere geografiske forskelle, hvor særligt tre områder skiller sig ud med lav dækningsgrad, og hvor der givetvis skal forskelligartede tiltag til, hvis dækningsgraden skal øges. Det er afsat midler i Kræftplan V til at øge deltagelsen i screeningsprogrammerne, og styregruppen håber, at initiativer på baggrund af dette, kombineret med større undersøgelser på nationalt eller regionalt niveau, der nærmere kan belyse, hvilke virkemidler der kan have en effekt, vil medvirke til at øge deltagelsen særligt i udsatte områder og for grupper i befolkningen, som har kendt lav deltagelse.

Indikatorområde: Svartid på screenings- og opfølgingsprøver

Som noget nyt i år opgøres ikke alene svartiden på selve screeningsprøven (celleprøven), men også de opfølgende portobiopsier, der tages i forbindelse med den kolposkopiske undersøgelse. Vedrørende svartiden på celleprøverne ses at Region Sjælland har forbedret sig meget efter en målrettet indsats. Region Midtjylland og Region Nordjylland har haft forskellige udfordringer, som er beskrevet nærmere under indikator 4, og forventes at kunne levere bedre svartider i 2026. Omkring biopsierne bemærkes ret store forskelle mellem regioner og afdelinger. Flertallet af portobiopsier tages som opfølgning på abnorme screeningsprøver eller som led i kontrol af tidligere forandringer på livmoderhalsen, mens en mindre del, der ikke kan gøres præcist op, tages på andre indikationer som eksempelvis kontaktblødning. I lighed med celleprøverne bør patologiafdelingerne bestræbe sig på at sende svarene på portobiopsierne ud inden for en rimelig tidsfrist. Afdelinger, der skiller sig ud, med mærkbart øgede svartider anbefales at gennemgå arbejdsgange med henblik på forbedring. Dette gælder i særdeleshed afdelinger under Region Midtjylland og Region Nordjylland.

Indikatorområde: Keglesnit

Det er glædeligt at konstatere, at antallet af keglesnit er faldet markant i forhold til sidste år. Det må formodes, at det skyldes færre vævsforandringer, som igen er en konsekvens af HPV-screening og HPV-vaccination af den yngre befolkningsgruppe. Det bliver spændende at følge om udviklingen vil fortsætte. Det vil også være interessant at følge om andelen af svære vævsforandringer (CIN2+) vil øges blandt de foretagne keglesnit, idet styregruppen vurderer, at der fortsat er et forbedringspotentiale på dette område. Der ses regionale og afdelingsvise forskelle i andelen af personer, der har CIN2+ ved keglesnit. Hvis der ikke findes CIN2+, er det som udgangspunkt et unødvendigt indgreb. I Region Nordjylland er andelen lavest, og herunder er det særligt private aktører, der trækker resultatet ned. Det anbefales, at der pågår dialog i regionalt regi om resultaterne i Nordjylland, herunder dialog med relevante private aktører ift. at klarlægge årsager til resultatet og anbefale evt. nødvendige praksisændringer. Hospitalerne i Nordsjælland under Region Hovedstaden har ligeledes et lavere resultat og anbefales at gennemgå egne data og praksis for behandlingsvalg med keglesnit.

Da andelen af CIN2+ er meget påvirket af alder, anbefaler styregruppen at de faglige miljøer forsøger at etablere retningslinjer, der sikrer en god balance mellem fordele og ulemper ved keglesnit hos ældre personer.

Endelig skal det bemærkes, at vi i år for første gang har forsøgt at udfærdige en national gennemgang (audit) af de nye tilfælde af livmoderhalskræft, hvor det kan konstateres at knap halvdelen af nye tilfælde af livmoderhalskræft optræder hos kvinder, som ikke er blevet screenet inden for 5,5 år. Det er knap 17% af kvinder med nydiagnosticeret livmoderhalskræft, der opdages i screeningsprogrammet. Disse tal skulle med tiden helst ændres, og det er et område, som vil blive fulgt nærmere de kommende år.

2. Oversigt over indikatorer og resultater

Herunder præsenteres indikatorresultaterne for screeningen for livmoderhalskræft i Danmark på landsplan for aktuelle år samt for de to forrige år.

Oversigt over de samlede indikatorresultater

Indikator	Udviklings- mål	Indikatoropfyldelse		
		Andel (95% CI)	Andel	Andel
		01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologifdeling		314.860	345.526	380.825
		01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen	≥ 75	57,8 (57,6-58,0)	58,8	59,1
		2020 - 2025	2019 - 2024	2018 - 2023
Indikator 3: Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år	≥ 85	75,9 (75,9-76,0)	72,4	74,5
		01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen	≥ 95	90,7 (90,6-90,8)	88,2	88,3
Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		83,7 (83,5-83,9)	82,8	81,5
Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige HPV-screenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤ 10 hverdage efter modtagelsesdagen		96,0 (95,9-96,1)	97,1	97,3
Indikator 5a: Andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år		5,4 (5,1-5,8)	5,7	5,1
Indikator 5a1: Andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede		8,5 (8,3-8,6)	9,9	9,3
Indikator 5a2: Andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede med selvopsamlet test		9,0 (8,2-9,8)	9,7	11,7
Indikator 5a3: Andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede 23-29-årige HPV-screenede med selvopsamlet test		18,6 (16,9-20,3)	22,9	23,7

Indikator	Udviklings- mål	Indikatoropfyldelse		
		Andel (95% CI)	Andel	Andel
		01.11.2023 - 31.10.2024	2022/23	2021/22
Indikator 6a: Andelen af celleprøver med svære ≤ 2 celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage		2,4 (2,0-2,9)	1,9	2,1
		01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 6b: Andelen af CIN2+ diagnoser blandt kolposkoperede		18,2 (17,7-18,7)	18,3	18,0
		01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft ≤ 350 pr. år på nationalt og regionalt niveau		326	336	338
Indikator 7b: Aldersstandardiseret incidensrate < 4 pr. per 100.000 kvinder	100.000 kvin- der	11,2	11,6	12,0
		01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
Indikator 8: Andelen af CIN2+ diagnoser blandt keglesnit		66,3 (64,8-67,8)	68,1	66,5
		01.01.2024 - 31.12.2024	2023	2022
Indikator 8a: Andelen af HPV-positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+)		22,5 (21,0-24,1)	23,2	22,1

Indikator 2, 6a og 8a: Tidsforskudt indikator for at give plads til opfølgningstid.

Indikator 3: Opgjort på summerede perioder.

Indikator 7b: Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.

3. Resultater for indikatorerne

Årsrapporten skal afspejle kvaliteten af det nationale screeningsprogram i aktuelle år 2025. For enkelte indikatorer kræves mere opfølgningstid, og derfor er resultaterne opgjort for de mest nutidige tidsperioder under hensyntagen til den opfølgningstid, som er nødvendig.

Screeningsprogrammets målgruppe er kvinder i alderen 23-64 år i Danmark. Indikatorerne 1, 6, 7 og 8 er dog ikke aldersbegrænsede, da det for disse indikatorer er fundet relevant at stille de samme kvalitetskrav uanset kvindens alder og deltagelse i screeningsprogrammet.

Datagrundlaget indeholder relevante udtræk fra Landsregisteret for Patologi inklusiv screeningsindkaldemodulet samt data fra Landspatientregisteret, Cancerregisteret og Det Danske Vaccinationsregister vedrørende HPV-vaccinationer.

For hver indikator kan datakilde, tidsperiode, aldersgruppe og opgørelsesniveau variere og er derfor i det følgende beskrevet i forbindelse med hver enkelt indikator samt i appendiks II.

Indikatoropgørelserne vises for aktuelle år og to foregående år, som er genberegnet for at tage højde for opdatering af data og definitioner. De genberegnete resultater kan derfor være forskellige fra de resultater, som findes i de tidligere årsrapporter. Indikatorresultater er opgjort på lands-, regions- og afdelingsniveau. Hvis ikke andet er angivet er det behandlende region.

Om udviklingsmål

I rapporten anvendes udviklingsmål, som det fagligt ønskværdige niveau for indikatorresultater. Styregruppen fastsætter udviklingsmål på et niveau, hvor det kan anvendes til at identificere regioner og afdelinger, som potentielt kan opnå kvalitetsforbedringer, og ud fra en betragtning om, hvad der er et realistisk og opnåeligt kvalitetsniveau for den enkelte indikator. Udviklingsmålet angiver herved en udviklingsretning og en målsætning, som styregruppen vurderer som fagligt ønskværdig.

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling

Udviklingsmål opnået	Aktuelle år		Tidligere år	
	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	Antal	Antal	Antal	Antal
Danmark	314.860	345.526	380.825	
Hovedstaden	110.467	120.999	132.991	
Sjælland	34.606	39.750	45.951	
Syddanmark	62.168	68.903	70.845	
Midtjylland	77.731	83.232	94.199	
Nordjylland	29.888	32.642	36.839	
Hovedstaden	110.467	120.999	132.991	
Hvidovre	110.467	120.999	132.991	
Sjælland	34.606	39.750	45.951	
Patologi afd. Region Sjæl	34.606	39.750	45.951	
Syddanmark	62.168	68.903	70.845	
Esbjerg/Aabenraa	22.794	25.582	26.258	
Vejle	39.374	43.321	44.587	
Midtjylland	77.731	83.232	94.199	
Randers	77.731	83.232	94.199	
Nordjylland	29.888	32.642	36.839	
Aalborg	29.888	32.642	36.839	

Blandt patologiafdelingerne i Region Syddanmark er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1	Ingen cytologi eller HPV-prøve
	8.958	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	192.449	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Datagrundlag og metode. Der er inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og derudover selvopsamlede prøver fra år 2022 og frem: T8X010. Endocytobrush prøver er ekskluderet (T8X320 og T8X321). Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år), men indeholder alle aldersgrupper.

Tabeller under supplerende opgørelser

Indikator 1a: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun cytologi-undersøgte prøver

Indikator 1b: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun HPV-undersøgte prøver

Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til både cytologi- og HPV-undersøgte prøver

Indikator 1d: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til selvopsamlede prøver

Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologiafdeling

Tabel 1f: Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder

Tabel 1g: Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige HPV-screenede kvinder

Tabel 1h: Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder

Tabel 1j: Oversigt over cytologidiagnoser for 60-64 årige HPV-screenede kvinder

Tabel 1i Oversigt over cytologi diagnoser fordelt på vaccinationsstatus

Resultater af indikatoranalysen

I 2025 blev i alt 314.860 celleprøver undersøgt på landsplan, hvilket ligger lavere end foregående år. Der ses et fald i det samlede antal over den treårs periode i tabellen. Opgørelsen omfatter prøver undersøgt primært med cytologi og primært med HPV, hvor også selvopsamlede prøver er medtaget. Patologikoder for selvopsamlede prøver kan først optælles ensartet fra og med 2022.

Af trendgrafene ses udviklingen med nogenlunde stabilitet over tid frem til 2023, hvorefter antallet falder til nuværende niveau som følge af implementering af HPV-screening, som betyder at kvinder i alderen 30-59, kun indkaldes til screening hvert 5. år fremfor tidligere hvert 3. år. I 2017 lå antallet højest (dette år indførtes et engangstilbud om screening til kvinder i alderen 70+ år).

Under Supplerende opgørelser ses, at ud af det totale antal celleprøver i 2025, udgjorde de udelukkende cytologi-undersøgte $n=107.293$ (indikator Tabel 1a) og her ses et tydeligt fald i forhold til året før. De udelukkende HPV-undersøgte var $n=144.205$ (indikator Tabel 1b) med en stigning siden året før. Der var $n=54.158$, som blev både cytologi- og HPV undersøgt (indikator tabel 1c). Dette indeholder abnorme celleprøver, der er triageret med HPV-test eller positive HPV-prøver, der er triageret med cytologi test inklusiv kontrolprøver.

Selvopsamlede prøver til HPV-analyse indgår under Supplerende indikator tabel 1d, som viser $n=9.204$ prøver i 2025 fordelt på de fem regioner. De fem regioner har introduceret selvopsamlede prøver forskelligt over tid (både i forhold til tidspunkt for introduktion og tilgang til målgrupper), hvilket afspejles i de regionale forskelle.

Supplerende indikator 1e angiver antallet af endocytobrush prøver (ekskluderet fra den totale opgørelse i indikator 1, da de ikke er screeningsprøver, men som regel tages diagnostisk i forbindelse med en portibiopsi).

Af Supplerende tabel 1f-1j fremgår diagnosefordelingen, hvor andelen af normale celleprøver for de cytologi-screenede og andelen af HPV-negative for de HPV screenede ligger ensartet mellem regionerne. Uegnede prøver ligger højt i Region Syddanmark for de cytologi screenede. Det fremgår ligeledes at Region Sjællands andel af LSIL-diagnoser er høj for både cytologi- og HPV-undersøgte prøver.

Data angående HPV-vaccinationer anvendes på tværs af relevante indikatorområder, herunder tabel over diagnose opgjort på HPV-vaccinationsstatus, som viser en lige fordeling af diagnoser i tre vaccinationskategorier af hhv. personer vaccineret før 16-års alderen, personer vaccineret fra 16 år og opefter og personer, som aldrig er HPV-vaccineret.

Diskussion og implikationer

Udviklingen i resultaterne for denne indikator afspejler i høj grad implementering af HPV-screening i Danmark for kvinder i alderen 30-59 år, hvilket har fundet sted i perioden 2021 til maj 2025. Herefter HPV-screenes alle prøver fra kvinder, som er 30 år eller ældre. Fremadrettet udføres cytologiundersøgelser alene på prøver fra kvinder i alderen 23-29 år samt i forbindelse med triagering (videre undersøgelse) af HPV-positive prøver.

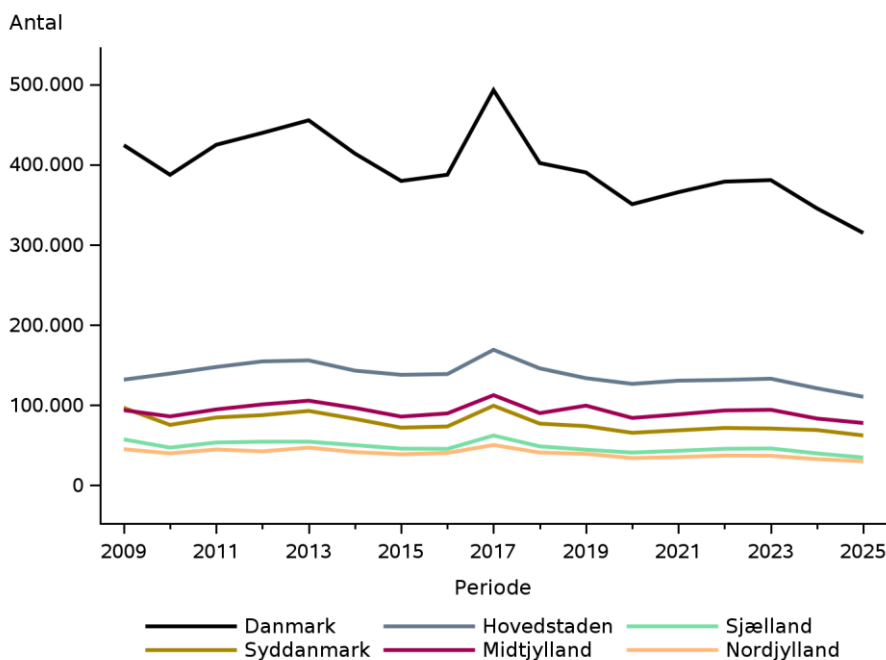
Udviklingsmål har gennem tiden været fastsat ud fra forudsætningen om, at kvaliteten af en cytologiundersøgelse afhænger af erfaringer og kvalifikationer hos det analyserende personale og at 'øvelse gør mester'. Derfor bør antal af cytologiundersøgelser per enhed ikke blive for lavt. I aktuelle tal bemærkes det, at Region Syddanmark fortsat analyserer prøver tre steder, hvilket giver et meget lavt antal cytologiske undersøgelser nogle steder. Det anbefales, at regionerne tilsigter samling af cytologi-undersøgelserne, så kompetencer på enhederne opretholdes efter indførelse af HPV-screening i det meste af aldersgruppen. Region Syddanmark arbejder i øjeblikket på at samle fagligheden på færre enheder, således at ekspertisen kan opretholdes. I 2026 indgås et samarbejde mellem de tre screeningssteder i Region Syddanmark. Screeningsprøverne HPV-testes i Esbjerg, præpareres og indscannes digitalt i Vejle og mikroskoperes digitalt på hver af de tre screeningssteder (Esbjerg, Vejle og Åbenrå).

Det er desuden vigtigt, at antallet af cyto-bioanalytikere afpasses og at involverede cyto-bioanalytikere (efter-)uddannes til at håndtere de cytologiske prøver, som nu er fra en anden population end tidligere (nu er det kun de yngste kvinder i alderen 23-30, som cytologi-screenses). I en tilpasning af antallet af cyto-bioanalytikere pr enhed skal man dog samtidig være opmærksom på at teamet med denne ekspertise ikke bliver for lille, da det kan introducere en sårbarhed i forhold til kontinuerligt at kunne løfte opgaven.

Vurdering af indikatoren

Da antallet og analysering af prøver ændres betydeligt i disse år, er overblikket fortsat væsentligt, så variationer mellem regionerne kan følges mens ændringerne i programmet finder sted.

Indikator 1: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorområde 2: Deltagelse

Indikator 2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 75%	Tæller/	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	180.778 / 312.700	57,8	(57,6-58,0)	58,8	59,1
Hovedstaden	Nej	60.755 / 112.380	54,1	(53,8-54,4)	55,4	56,6
Sjælland	Nej	21.480 / 38.163	56,3	(55,8-56,8)	57,9	58,3
Syddanmark	Nej	38.836 / 64.676	60,0	(59,7-60,4)	60,8	59,6
Midtjylland	Nej	43.045 / 69.678	61,8	(61,4-62,1)	62,0	62,3
Nordjylland	Nej	16.662 / 27.803	59,9	(59,3-60,5)	61,2	60,2

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2.044	Kvinden har fået foretaget en hysterektomi

Datagrundlag og metode.

Nævner. Kvinder, der blev inviteret i aktuelle år og efterfølgende har haft mulighed for at blive geninviteret efter henholdsvis 3 måneder og 6 måneder jf. invitationsproceduren. Kvinder der har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet. Indikatoren er opgjort på bopælsregion. **Tæller.** Kvinder, der har fået taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitationen: SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og selvsamlede prøver (siden 2022): T8X010.

Ved beregning af deltagelsesprocenten efter invitation, 1. og 2. påmindelse er der taget udgangspunkt i det antal invitationer, der faktisk er sendt, og det antal kvinder, der efterfølgende er registeret med en prøve inden for hvert tidsinterval (90 dage) efter den foregående invitation eller påmindelsesbrev.

Tabeller under Supplerende opgørelser

Indikator 2a1: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter invitationen.

Indikator 2a2: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter første påmindelse.

Indikator 2a3: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 90 dage efter anden påmindelse.

Tabel 2a4: Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation fordelt på aldersgrupper.

Resultater af indikatoranalysen

Den samlede deltagelse i screeningsprogrammet indenfor 1 år efter invitation ligger i aktuelle år på 57,8% på landsplan med en lille nedgang i forhold til året før og et godt stykke fra det fastsatte udviklingsmål på 75 % deltagelse. På landsplan ses deltagelsen generelt faldende henover en 15 års periode (trendgraf). Der ses regionale forskelle i graden af fald henover de seneste 5 år, hvor det største fald findes i Region Hovedstaden. Der er ligesom i sidste års rapport ekskluderet kvinder med forudgående hysterektomi (fjernelse af livmoder).

Af indikator Tabellen ses, at deltagelsen på regionalt niveau varierer mellem 54,1% (Region Hovedstaden) og 61,8% (Region Midtjylland). Den samlede procentvise deltagelse efter 1. og 2. påmindelse ligger ensartet på tværs af regioner (se Figur 1). Den kumulerede deltagelsesprocent frem til to år efter invitation ligger på ca. 62% (figur 2), men det ses at kurven flader ud allerede efter 12 måneder og deltagelsen ligger derefter fortsat et stykke under det fastsatte udviklingsmål.

Indikatorresultatet er opdelt på HPV-vaccinationsstatus for personer under 30 år (indikator 2a, 2b og 2c). Her ses, at der er stor forskel på deltagelsen, hvor 58,9% af personer, som er HPV-vaccineret inden 16-års alderen deltager, og 52,7% af de øvrigt HPV-vaccinerede (fra alder 16 år og op) deltager, mens 23,7% af dem, der aldrig er HPV-vaccineret, deltager i screening indenfor 1 år efter invitation. Ca. 67% af de vaccinerede siden 2006 fik en vaccine inden 16-årsalderen (supplerende opgørelse).

Supplerende opgørelse fordelt på alder (tabel 2a4) viser, at flest kvinder i aldersgruppen 45-64 år deltager, mens den laveste andel af deltagende kvinder ses blandt de yngste aldersgrupper (23-29 år).

Diskussion og implikationer

Deltagelse i screeningen indenfor et år efter invitation ligger for Danmark som helhed på ca. 58%, og der observeres en jævn nedgang gennem de seneste 15 år. Der er også geografisk variation og variationen er størst for de yngre kvinder. Den lave deltagelse i screeningen hos de uvaccinerede kvinder er bemærkelsesværdig, og den findes på tværs af hele landet.

Indkaldesystemet, der varetager udsendelse af invitationer til screening, er i 2025 blevet udskiftet og det har medført problemer med forsinkelser på udsendelse af invitationer henover sommeren 2025. Man kan ikke helt afvise, at forsinkelsen med udsendelse af invitationer, har bidraget lidt til den generelle nedgang i prøver, der overvejende skyldes overgangen til HPV-screening i aldersgruppen 30-59 år.

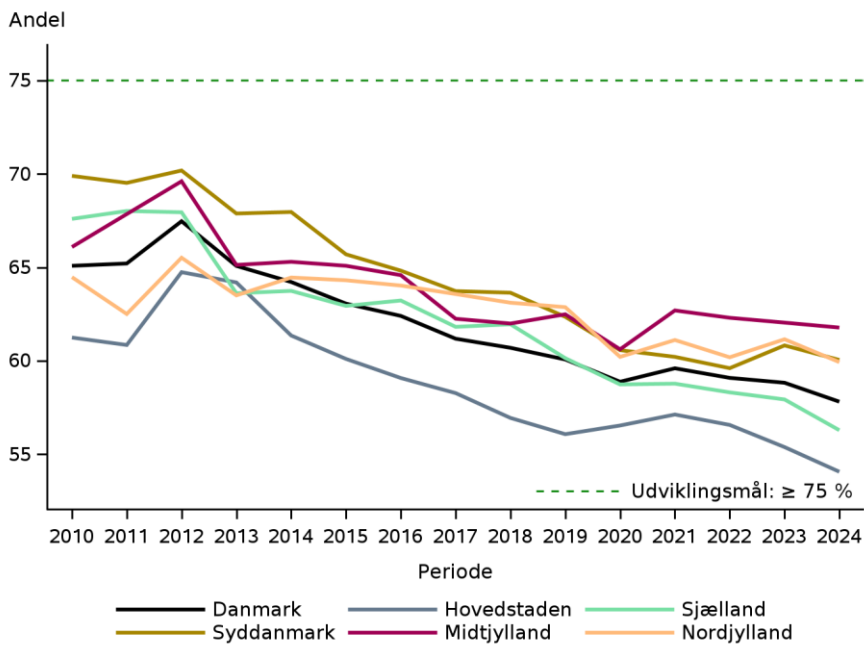
Desuden er antallet af invitationer, som er trukket fra det nye indkaldesystem lidt overestimeret, idet bl.a. afviste invitationer ikke har kunne filtreres fra i datatrækket. Dette har ikke kunne løses inden rapportens færdiggørelse, men er forhåbentlig løst til næste år. Dette kan bidrage til at deltagelsen er estimeret en anelse lavere end den ellers skulle være.

For videre diskussion og implikationer af resultater af deltagelse og dækningsgrad af programmet, henvises til indikator 3 Dækningsgrad.

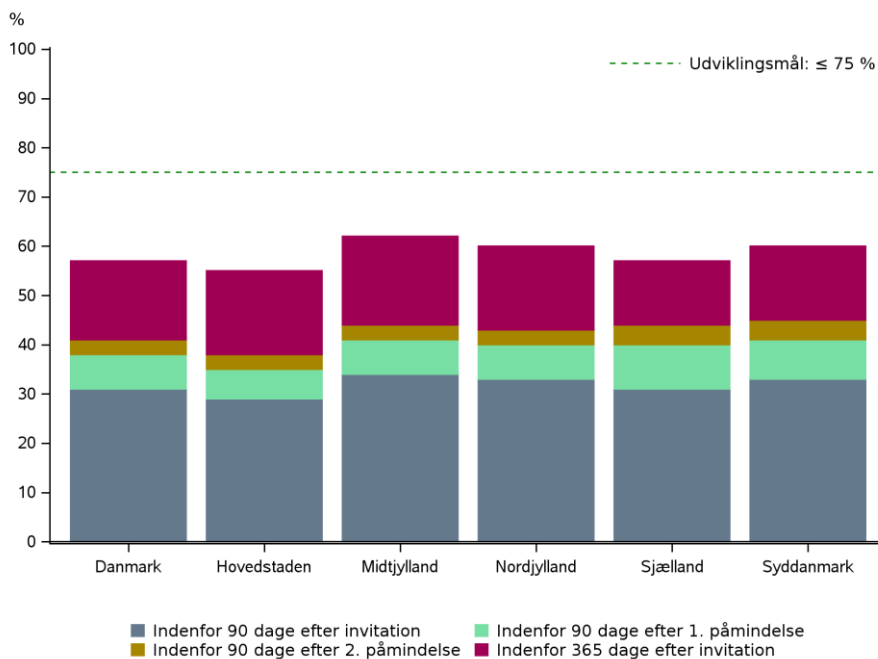
Vurdering af indikatoren

Det er væsentligt at opgøre deltagelsen i screening indenfor et år, for at vurdere betydningen af invitation til screening. Indikatoren vurderes kvalitetskritisk og har fortsat forbedringspotentiale.

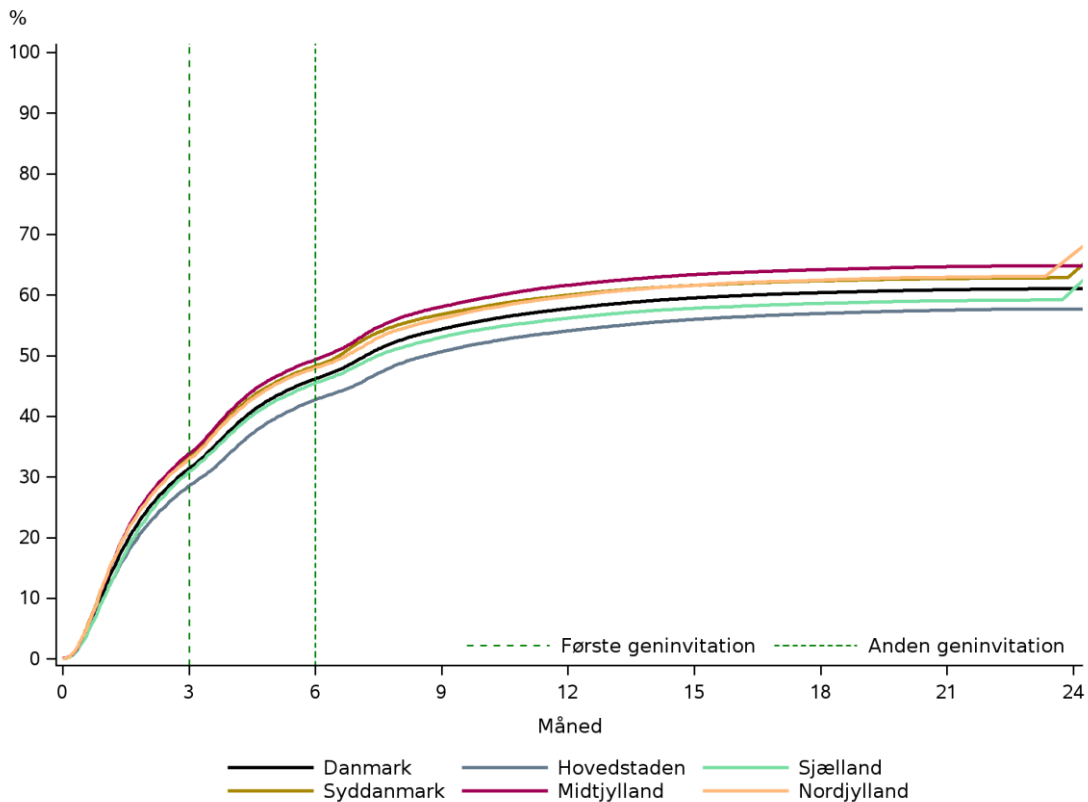
Indikator 2: Andelen af inviterede kvinder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen. Trendgraf på regionsniveau.



Figur 1. Kumuleret deltagerprocent for 2024



Figur 2. Kumuleret deltagerprocent i antal måneder fra invitationsdato til modtagelsesdato i 2024



HPV-vaccination og screeningsdeltagelse

På næste side fremgår indikator 2a, 2b og 2c, opgjort som indikator 2, men afgrænset til personer under 30 år, som dermed har haft mulighed for HPV-vaccination fra 12-års alderen, som en del af børnevaccinationsprogrammet (startende med HPV vaccinationer nationalt i januar 2009). Indikatoren er stratificeret på deltagelse i HPV vaccinationsprogram med minimum 1 vaccination før 16-års alderen, øvrige vaccinationer i ældre aldersgrupper, og aldrig vaccineret.

Indikator 2a: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der har mindst 1 HPV-vaccination før 16 års alder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
		01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
		Andel	95% CI	Andel	Andel	
Danmark	40.666 / 69.037	58,9	(58,5-59,3)	59,2	60,8	
Hovedstaden	14.702 / 25.717	57,2	(56,6-57,8)	56,9	59,1	
Sjælland	3.525 / 6.926	50,9	(49,7-52,1)	50,5	52,7	
Syddanmark	6.984 / 11.926	58,6	(57,7-59,4)	58,9	59,9	
Midtjylland	11.451 / 17.894	64,0	(63,3-64,7)	64,3	65,4	
Nordjylland	4.004 / 6.574	60,9	(59,7-62,1)	64,7	65,7	

Indikator 2b: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der har mindst 1 HPV-vaccination fra 16 års alder, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
		01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
		Andel	95% CI	Andel	Andel	
Danmark	918 / 1.743	52,7	(50,3-55,0)	46,7	59,1	
Hovedstaden	442 / 858	51,5	(48,1-54,9)	45,0	56,4	
Sjælland	63 / 129	48,8	(39,9-57,8)	44,0	52,9	
Syddanmark	132 / 272	48,5	(42,5-54,6)	45,9	61,4	
Midtjylland	211 / 357	59,1	(53,8-64,2)	47,3	63,8	
Nordjylland	70 / 127	55,1	(46,0-63,9)	63,5	63,1	

Indikator 2c: Andelen af inviterede kvinder under 30 år der ikke er vaccineret, der får taget en celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitationen

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år		
		01.01.2024 - 31.12.2024		2023		2022
		Andel	95% CI	Andel	Andel	
Danmark	6.545 / 27.564	23,7	(23,2-24,3)	24,1	26,0	
Hovedstaden	3.246 / 14.265	22,8	(22,1-23,5)	23,1	25,5	
Sjælland	459 / 2.024	22,7	(20,9-24,6)	24,6	22,9	
Syddanmark	1.114 / 4.427	25,2	(23,9-26,5)	24,9	26,0	
Midtjylland	1.279 / 5.187	24,7	(23,5-25,9)	24,4	26,7	
Nordjylland	447 / 1.661	26,9	(24,8-29,1)	28,3	29,6	

Indikatorområde 3: Dækningsgrad

Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
	≥ 85 % opfyldt	Tæller/ nævner		2020-2025*		2019-2024**	2018-2023***
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	1.054.812 / 1.388.914	0 (0)	75,9	(75,9-76,0)	72,4	74,5
Hovedstaden	Nej	373.346 / 481.847	0 (0)	77,5	(77,4-77,6)	73,1	76,2
Sjælland	Nej	137.279 / 194.429	0 (0)	70,6	(70,4-70,8)	67,5	69,4
Syddanmark	Nej	204.958 / 277.691	0 (0)	73,8	(73,6-74,0)	71,8	72,5
Midtjylland	Nej	241.307 / 311.171	0 (0)	77,5	(77,4-77,7)	73,7	75,4
Nordjylland	Nej	97.903 / 129.768	0 (0)	75,4	(75,2-75,7)	72,0	73,6

*Aktuel periode: Juli 2021 til dec. 2025 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2019 til december 2025 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden, og for kvinder i alderen 33-52, som har ulige fødselsdato).

**Tidligere periode: Juli 2020 til dec. 2024 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2018 til december 2024 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

***Tidligere periode: Juli 2019 til dec. 2023 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2017 til december 2023 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

Datagrundlag og metode. Indikatoren er opgjort på landsplan og fordelt på regioner på baggrund af data fra Danmarks Statistik og CPR registreret (bopælsregion). Data inkluderer de forudgående 42 måneder for de 27-52-årige og forudgående 66 måneder for de 53-64-årige (svarende til hhv. 3,5- og 5,5-års intervaller). Denne indikator afspejler screeningsprogrammets dækningsgrad i tidsintervallet ved pågældende alder i slutningen af hver periode. Yderligere information kan findes i Appendiks II.

Nævner. Antal kvinder i befolkningen i 4. kvartal (i aktuelle år 2023). Kvinder, som tidligere har fået foretaget hysterektomi er ekskluderet.

Tæller. Celleprøver fra livmoderhalsen = T8X3* eller T8X2* samt selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010.

Tabeller under Supplerende opgørelser

Tabel 3a1. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år på kommuneniveau.

Tabel 3a2. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år fordelt på aldersgrupper.

Indikator 3a3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år, hvor hysterektomier *ikke* er ekskluderet

Tabel 3b. Antal kvinder som var frameldt screeningsprogrammet pr. december 2022, fordelt på alder og årsag til framelding.

Resultater af indikatoranalysen

Ved opgørelsen af dækningsgrad ses på, hvor stor en andel af kvinder, som er dækket af screeningsprogrammet inden for den tidsperiode, som anbefales. For kvinder i alderen 23-49 år er anbefalingen inden for tre år, og for kvinder i alderen 50-64 er anbefalingen inden for fem år. Som følge af differentieret implementering af HPV-baseret screening er halvdelen af kvinderne i alderen 30-59 år (ulige fødselsdato) blevet tilbudt HPV-screening og er dermed fulgt hvert 5. år siden 2021 og dette har givet anledning til justering af algoritmen for beregning af dækningsgrad. Den HPV-baserede screening er pr. maj 2025 fuldt implementeret, således at alle i aldersgruppen 30-64 år nu tilbydes screening med HPV-test. På landsplan er dækningsgraden 75,9% i den aktuelle periode, hvilket fortsat er et stykke under det fastsatte udviklingsmål på $\geq 85\%$. Dette gælder både på landsplan og for alle regioner. Dog ses en stigning i aktuelle år, som delvist kan skyldes justeringen af programmet til HPV-screening og dermed også metoden for beregning.

Der er forskel på regionernes resultater, hvor Region Sjælland ligger lavest på 70,6% og Region Hovedstaden og Region Midtjylland ligger højest med lidt over 77,5%. Dækningsgraden har været marginalt faldende igennem den seneste 10-års periode, som illustreret i trendgrafen dog med en lille opgang indenfor seneste år.

Når man ser på kommuneniveau, er der væsentlig geografisk forskel i dækningsgraden af screeningsprogrammet. Af figur 3 ses, at dækningsgraden er højest i områderne omkring de store byer og nord for København og lavere på Vestegnen sydvest for København, i mange kommuner i Region Sjælland og på øer. Af tabel 3a1 under Supplerende opgørelser ses en total tabel over kommunal variation. Specielt tre områder skiller sig ud med lav dækningsgrad, her under 70%. Det første område er fire kommuner på den københavnske Vestegn: Ishøj, Brøndby, Høje Taastrup, og Albertslund. Det andet område er halvdelen af kommunerne i Region Sjælland. Kommuner med lav dækningsgrad er spredt ud over regionen, og omfatter f.eks. Slagelse, som er en relativt stor kommune. Det tredje område er ø-kommuner: Langeland, Samsø, Ærø og Læsø. Da disse tre områder er meget forskellige, skal der formentlig også forskellige tiltag til, hvis dækningsgraden skal øges. Når Hovedstaden og Sjælland lægges sammen til Region Østjylland, bliver de kommunale tal endnu mere aktuelle end de er i dag, da den generelt lave dækningsgrad i Sjælland ikke mere vil være synlig i regionale tal.

I supplerende tabel 3a2 ses, at de yngre kvinder har den laveste dækningsgrad på landsplan sammenlignet med ældre kvinder. Dækningsgraden er lavere end udviklingsmålet på 85% i alle aldersklasser, men den er specielt lav hos yngre kvinder, hvor der også er stor geografisk forskel i dækningsgrad. Hos kvinder under 30 år var dækningsgraden 57% i Sjælland, mens den var 75% i Midtjylland og Nordjylland.

Indikatorresultatet er opdelt på HPV vaccinationsstatus for personer under 30 år (indikator 3a, 3b og 3c). Her ses, at der stor er forskel på dækningsgrad, hvor 72,8% af personer, som er HPV vaccineret inden 16-års alderen er screenet, 64,6 % af de øvrigt HPV-vaccinerede (alder 16 år og ældre) er screenet, og 52,7 % af dem, der aldrig er HPV-vaccineret, er screenet indenfor det relevante screeningsinterval (fastsat til 3,5 år for denne aldersgruppe).

Opgørelsesmetoden for dækningsgraden inkluderer kvinder, som er mindst 27 år i slutningen af hver opgørelsesperiode, hvorved det sikres at der har været forudgående 3,5 år til at opfylde målet om screening siden 23-års alderen, hvor man inviteres første gang. Fra år 2022 medtages selvopsamlede HPV-prøver. I lighed med tidligere rapporter er kvinder, som tidligere har fået foretaget hysterektomi ekskluderet fra opgørelsen, hvilket gør at niveauet for dækningsgraden er højere end i årsrapporter længere tilbage i tid, alene fordi metoden er tilrettet for at give et mere retvisende billede.

Med henblik på at kunne forbedre dækningsgraden er det relevant at kende omfanget og årsagen til frameldingen af screening. I supplerende tabel 3b ses antallet af kvinder, som var frameldt screeningsprogrammet ved aktuelle opgørelse fordelt på alder og årsag til framelding. På landsplan var i alt 87.895 kvinder frameldt pr. december 2025. Årsagerne til framelding er hovedsageligt *hysterektomi* (80,7%) og *ønsker ikke at deltage* (16,5%). De resterende årsager udgør tilsammen under 3%. Pr. primo 2020 har der været mulighed for at framelde sig på www.sundhed.dk.

Diskussion og implikationer

Dækningsgraden er den vigtigste indikator for, hvor effektivt screeningsprogrammet beskytter befolkningen mod livmoderhalskræft. Målet er, at dækningsgraden skal være på mindst 85%, men den faktisk opnåede dækning ligger næsten ti procent lavere på 75,9%. Der er stor geografisk variation.

Når man sammenholder tal for deltagelse og dækningsgrad er der vigtige observationer. Men først skal man være opmærksom på, at deltagelse er årlige tal, og kun kvinder, der ikke allerede har prøver registreret i PGDB (Patologi- og Genetik databanken) indenfor det relevante tidsinterval, inviteres til screening. Dækningsgraden beregnes derimod for en periode, og her medregnes alle kvinder, der har mindst én screeningsprøve registreret i PGDB. For at sammenligne deltagelse med dækningsgrad, kan de gennemsnitlige tal for deltagelse i 2022, 2023 og 2024, og dækningsgrad fra 2020-2025 anvendes. Den gennemsnitlige deltagelse var således i Hovedstaden 55.4% mens dækningsgraden i perioden var 77.5%. Det er en forskel på 22%. I de fire andre regioner var denne forskel væsentligt mindre: 13-15 %.. Forskellen kunne skyldes, at der er flere kvinder i opfølgings- og kontrolforløb i Hovedstaden end i de andre regioner. Men det virker usandsynligt, at disse forløb skulle være 6%-9% hyppigere i Hovedstaden end i andre regioner. Tallene tyder derfor på, at der er mere opportunistisk screening i Hovedstaden end i resten af landet.

Når man ser på grupperne i forhold til HPV vaccination var den gennemsnitlige deltagelse for kvinder, der var HPV-vaccinerede under 16 år, 59.6%, mens dækningsgraden var 72.8%. Det er en forskel på ca. 13%. Hos kvinder, som ikke var HPV-vaccineret, var deltagelsen 24.6% mens dækningsgraden var 52.7%. Det er en forskel på ca. 28%. Det tyder på at opportunistisk screening derfor er en langt vigtigere del af at opnå screeningsdækning hos uvaccinerede kvinder end hos vaccinerede kvinder.

Fremover udgør de kvinder, der ikke er blevet HPV-vaccineret i barnealderen, gruppen med størst risiko for livmoderhalskræft. Deltagelse i screeningen er vigtig, for at minimere disse kvinders risiko for sygdommen. Tallene her tyder på, at den traditionelle fremgangsmåde med invitation hvert tredje/femte år til at bestille tid hos den praktiserende læge for prøvetagning ikke er tilstrækkelig, men der skal formentlig andre alternative initiativer til for at få gruppen af uvaccinerede til at deltage.

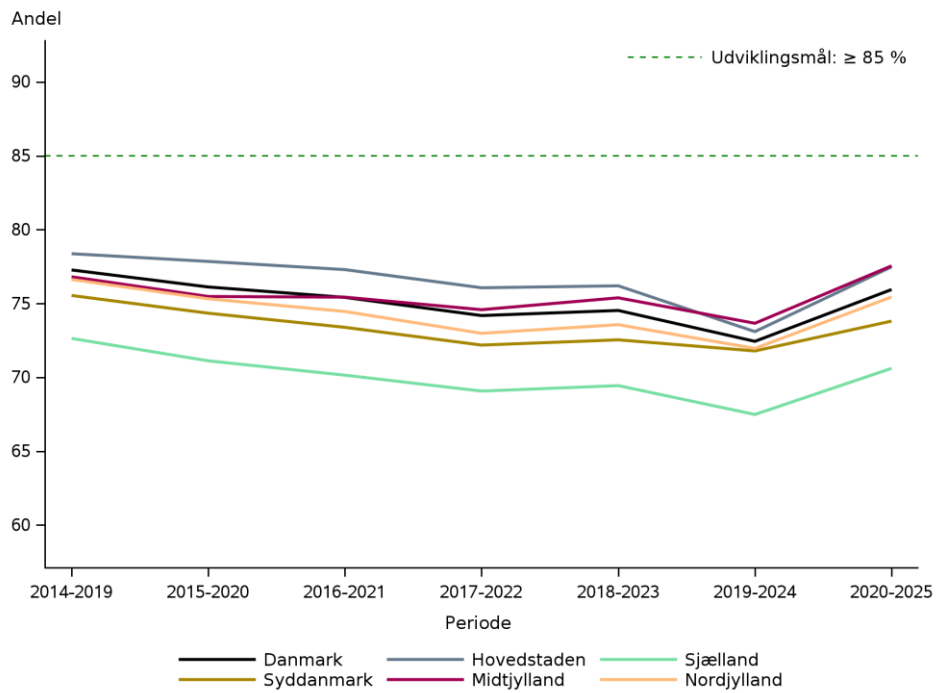
Det er velkendt, at der er ulighed i screeningsdeltagelse og at sårbare grupper har mindre tilbøjelighed til at deltage i forebyggende tiltag generelt set. Det anbefales at det undersøges, hvilke målrettede tilbud der kan iværksættes og afprøves for grupper med lav deltagelse. Tilbud om selvopsamlede HPV-test til specifikke grupper er en mulig indsats, som kunne afprøves i flere sammenhænge udover tilbud ved 2. påmindelse om screening.

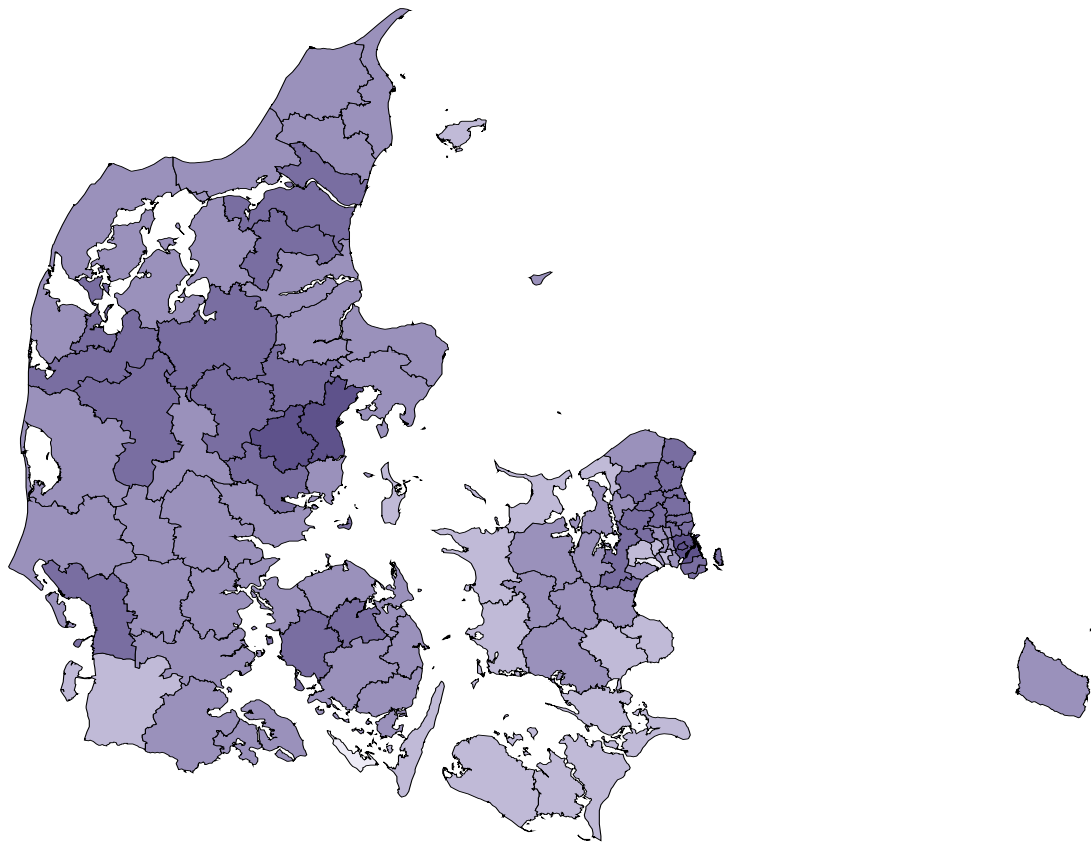
De geografiske forskelle, som observeres i dækningsgraden af screening, kan være betinget af forskellig adgang til praktiserende læge og gynækolog samt sociale forskelle i screeningsadfærd. Det anbefales at disse forskelle undersøges nærmere i større undersøgelser initieret i forskningsssammenhæng på nationalt eller regionalt niveau. Det anbefales tillige at de regionale styregrupper for screening tager initiativ til målrettede interventioner overfor grupper af befolkningen med lav screeningsdeltagelse. Deltagelse i screening er ligeledes et tema i Kræftplan V indsatsen.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er meget vigtig for vurderingen af screeningsprogrammet, idet den viser den samlede dækning af screening i befolkningen.

Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år. Trendgraf på regionsniveau.





0 - 65 66 - 70 71 - 75 76 - 80 81 - 100

Farverne angiver den procentvise dækningsgrad af screeningsprogrammet i de enkelte områder.

HPV-Vaccination og dækningsgrad

Indikator 3a, 3b og 3c, opgjort som indikator 3, men afgrænset til personer under 30 år, som dermed har haft mulighed for HPV-vaccination fra 12-års alderen, som en del af børnevaccinationsprogrammet (startende med HPV vaccinationer nationalt i januar 2009). Indikatoren er stratificeret på deltagelse i HPV vaccinationsprogram med minimum 1 vaccination før 16-års alderen, øvrige vaccinationer i ældre aldersgrupper, og aldrig vaccineret.

Indikator 3a. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der har mindst 1 HPV-vaccination før 16 års alder

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2022-2025*		2021-2024**	2020-2023***
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	68.230 / 93.714	0 (0)	72,8	(72,5-73,1)	73,6	74,2
Hovedstaden	26.138 / 35.924	0 (0)	72,8	(72,3-73,2)	74,9	76,8
Sjælland	5.799 / 9.688	0 (0)	59,9	(58,9-60,8)	59,6	58,1
Syddanmark	11.566 / 16.236	0 (0)	71,2	(70,5-71,9)	71,0	70,9
Midtjylland	17.983 / 23.122	0 (0)	77,8	(77,2-78,3)	78,3	78,7
Nordjylland	6.743 / 8.744	0 (0)	77,1	(76,2-78,0)	77,8	78,4

Indikator 3b. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der har mindst 1 HPV-vaccination fra 16 års alder

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2022-2025*		2021-2024**	2020-2023***
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	1.090 / 1.687	0 (0)	64,6	(62,3-66,9)	66,7	66,5
Hovedstaden	564 / 915	0 (0)	61,6	(58,5-64,8)	64,8	66,8
Sjælland	89 / 145	0 (0)	61,4	(53,5-69,3)	56,1	54,2
Syddanmark	152 / 220	0 (0)	69,1	(63,0-75,2)	76,7	72,2
Midtjylland	193 / 284	0 (0)	68,0	(62,5-73,4)	66,5	69,4
Nordjylland	92 / 123	0 (0)	74,8	(67,1-82,5)	77,9	65,4

Indikator 3c. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder under 30 år, der ikke er vaccineret

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2022-2025*		2021-2024**	2020-2023***
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	13.108 / 24.869	0 (0)	52,7	(52,1-53,3)	52,2	57,0
Hovedstaden	6.718 / 12.968	0 (0)	51,8	(50,9-52,7)	51,0	53,3
Sjælland	877 / 1.977	0 (0)	44,4	(42,2-46,6)	53,0	81,1
Syddanmark	2.102 / 4.074	0 (0)	51,6	(50,1-53,1)	51,9	57,1
Midtjylland	2.451 / 4.266	0 (0)	57,5	(56,0-58,9)	53,8	60,1
Nordjylland	960 / 1.584	0 (0)	60,6	(58,2-63,0)	56,6	60,0

Indikatorområde 4: Svartid

Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	≥ 95%	Tæller/	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	opnået	nævner	Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	270.313 / 297.992	90,7	(90,6-90,8)	88,2	88,3
Hovedstaden	Ja	105.475 / 105.548	99,9	(99,9-99,9)	100,0	100,0
Sjælland	Nej	30.394 / 32.899	92,4	(92,1-92,7)	77,8	63,9
Syddanmark	Ja	57.641 / 58.604	98,4	(98,3-98,5)	99,3	99,6
Midtjylland	Nej	56.664 / 72.982	77,6	(77,3-77,9)	68,3	71,9
Nordjylland	Nej	20.139 / 27.959	72,0	(71,5-72,6)	82,7	94,0
Hovedstaden	Ja	105.475 / 105.548	99,9	(99,9-99,9)	100,0	100,0
Hvidovre	Ja	105.475 / 105.548	99,9	(99,9-99,9)	100,0	100,0
Sjælland	Nej	30.394 / 32.899	92,4	(92,1-92,7)	77,8	63,9
Patologi afd. Region Sjæl	Nej	30.394 / 32.899	92,4	(92,1-92,7)	77,8	63,9
Syddanmark	Ja	57.641 / 58.604	98,4	(98,3-98,5)	99,3	99,6
Esbjerg/Aabenraa	Ja	20.706 / 21.182	97,8	(97,5-97,9)	99,4	99,7
Veje	Ja	36.935 / 37.422	98,7	(98,6-98,8)	99,3	99,6
Midtjylland	Nej	56.664 / 72.982	77,6	(77,3-77,9)	68,3	71,9
Randers	Nej	56.664 / 72.982	77,6	(77,3-77,9)	68,3	71,9
Nordjylland	Nej	20.139 / 27.959	72,0	(71,5-72,6)	82,7	94,0
Aalborg	Nej	20.139 / 27.959	72,0	(71,5-72,6)	82,7	94,0

Blandt patologiafdelinger i Region Syddanmark er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	1	Ingen cytologi eller HPV prøve
	16.868	Ikke i aldersgruppen 23-64 år
	8.958	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	192.449	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Datagrundlag og metode

Nævner. Indikator 4a. SNOMED: T8X2** eller T8X3* eller selvopsamlede prøver (siden 2022): T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321. Kvinder i alderen 23-64 år.

Indikator 4a1. Som 4a men afgrænset til cytologi screenede og alder 23-59 år.

Indikator 4a2. Som 4a men afgrænset til HPV screenede og alder 30-64 år.

Tæller. Svardato < 10 hverdage fra modtagedato

Indikator 4a1: Andelen af celleprøver for 23-59 årige cytologiscreenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		122.365 / 146.209	83,7	(83,5-83,9)	82,8	81,5
Hovedstaden		49.363 / 49.373	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland		12.638 / 14.830	85,2	(84,6-85,8)	67,6	42,0
Syddanmark		27.551 / 28.321	97,3	(97,1-97,5)	99,1	99,5
Midtjylland		23.326 / 39.474	59,1	(58,6-59,6)	54,2	56,9
Nordjylland		9.487 / 14.211	66,8	(66,0-67,5)	77,7	93,0
Hovedstaden		49.363 / 49.373	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Hvidovre		49.363 / 49.373	100,0	(100,0-100,0)	100,0	100,0
Sjælland		12.638 / 14.830	85,2	(84,6-85,8)	67,6	42,0
Patologi afd. Region Sjæl		12.638 / 14.830	85,2	(84,6-85,8)	67,6	42,0
Syddanmark		27.551 / 28.321	97,3	(97,1-97,5)	99,1	99,5
Esbjerg/Aabenraa		9.943 / 10.246	97,0	(96,7-97,4)	99,3	99,5
Vejle		17.608 / 18.075	97,4	(97,2-97,6)	99,0	99,5
Midtjylland		23.326 / 39.474	59,1	(58,6-59,6)	54,2	56,9
Randers		23.326 / 39.474	59,1	(58,6-59,6)	54,2	56,9
Nordjylland		9.487 / 14.211	66,8	(66,0-67,5)	77,7	93,0
Aalborg		9.487 / 14.211	66,8	(66,0-67,5)	77,7	93,0

	Antal	Årsag
Eksklusion:	153.335	Ingen cytologi prøve
	8.958	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	15.317	Ikke i aldersgruppen 23-59 år
	192.449	Borgeren har ikke deltaget i screening

Indikator 4a2: Andelen af celleprøver for 30-64 årige HPV-screenede kvinder, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen

Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år	
		Andel	95% CI	2024	2023
				Andel	Andel
Danmark	183.174 / 190.735	96,0	(95,9-96,1)	97,1	97,3
Hovedstaden	66.231 / 66.301	99,9	(99,9-99,9)	100,0	100,0
Sjælland	21.473 / 22.748	94,4	(94,1-94,7)	93,8	90,0
Syddanmark	39.028 / 39.701	98,3	(98,2-98,4)	99,1	99,5
Midtjylland	43.326 / 44.009	98,4	(98,3-98,6)	97,1	97,2
Nordjylland	13.116 / 17.976	73,0	(72,3-73,6)	86,2	93,5
Hovedstaden	66.231 / 66.301	99,9	(99,9-99,9)	100,0	100,0
Hvidovre	66.231 / 66.301	99,9	(99,9-99,9)	100,0	100,0
Sjælland	21.473 / 22.748	94,4	(94,1-94,7)	93,8	90,0
Patologi afd. Region Sjæl	21.473 / 22.748	94,4	(94,1-94,7)	93,8	90,0
Syddanmark	39.028 / 39.701	98,3	(98,2-98,4)	99,1	99,5
Esbjerg/Aabenraa	15.081 / 15.503	97,3	(97,0-97,5)	99,2	99,5
Vejle	23.947 / 24.198	99,0	(98,8-99,1)	99,0	99,4
Midtjylland	43.326 / 44.009	98,4	(98,3-98,6)	97,1	97,2
Randers	43.326 / 44.009	98,4	(98,3-98,6)	97,1	97,2
Nordjylland	13.116 / 17.976	73,0	(72,3-73,6)	86,2	93,5
Aalborg	13.116 / 17.976	73,0	(72,3-73,6)	86,2	93,5

	Antal	Årsag
Eksklusion:	107.123	Ingen HPV prøve
	8.958	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	17.003	Ikke i aldersgruppen 30-64 år
	192.449	Borgeren er inviteret men er ikke screenet/testet

Resultater af indikatoranalysen for indikatorområde 4

Af opgørelsen indikator 4a ses, at andelen af celleprøver, der er besvaret efter højst 10 hverdage på landsniveau ligger på 90,7%. Udviklingsmålet er sat til $\geq 95\%$. Trendgrafene viser at andelen samlet set er faldet over tid siden 2016, dog med forbedret resultat siden 2022 og frem til aktuelle år. I opgørelsen indgår også celleprøver fra kontrolforløb.

Ligesom tidligere år ligger Region Hovedstaden og Syddanmark højt og nærmer sig 100 %, Nordjylland har forbedret resultatet over en årrække men ligger i aktuelle år på 86 %. For Region Sjælland ses en markant opgang over tid og regionen nærmer sig udviklingsmålet med 92,4 % . Region Nordjylland og Midtjylland ligger aktuelt noget fra målet med hhv. 72,0 og 77,6%. For Midtjylland ses en positiv fremgang i resultatet.

Når man ser på indikortabel 4a1 og 4a2, hvor indikatoren opgøres for hhv. de cytologiscreenede og de HPV-screenede, ligger andelen, der besvares efter højst 10 hverdage væsentligt lavere for de cytologiscreenede end for de

HPV screenede (hhv. 83,7 vs. 96 %). Resultatet for cytologiprøver varierer væsentligt regionalt set i samme mønster som for hovedindikator 4a for de samlede prøver.

Indikator 4b nedenfor er ny og angiver svartid for opfølgingsprøver (portiobiopsier) fra patologi-modtagedato til svar dato til borgeren. Medianen ligger på 8 dage på landsniveau (IQR 5-15 dage) stabilt over treårs periode. Bemærk, der er ikke taget hensyn til hverdage/weekender her, så alle dage tæller med. Der ses Regionale forskelle fra 6 dage i Region Hovedstaden, 8-10 dage i Region Sjælland, Syddanmark og Nordjylland og til 24 dage i Region Midtjylland, som dermed ligger markant højere end de øvrige regioner i 2025, og ligeledes højt i de to foregående år.

Diskussion og implikationer

Alle kvinder bør have samme svartid uafhængigt af bopæl og screeningsmetode. På regionalt niveau kan manglende opfyldelse af målet skyldes årsager som besparelser, regional prioritering, indførelse af nyt apparatur, manglende ressourcer og organisationsændringer. Den manglende mål opfyldelse skyldes især svartiden på cytologiprøver, hvorfor fuld overgang til primær HPV-screening for 30-64-årige må antages at ville kunne føre til en samlet kortere svartid på prøverne.

Den bedring, som observeres i resultatet for Region Sjælland, skyldes bl.a. en opdatering af personalenormering og omlægning af arbejdsopgaver, som har resulteret i, at svartiderne nu er meget tæt på målet. Region Midtjylland har været udfordret på personaleressourcer. Uddannelse af nyt specialiseret personale har taget lang tid.

For Region Midtjylland ses nu en stigende andel, der opfylder mål for svartid og der forventes en yderlig forbedring i 2026. Region Nordjyllands nedgang i andel der opfylder svartiden i 2025 skyldes udflytning til nyt Aalborg Universitetshospital (NAU) samt udfordring med apparatur. Forventning til 2026 er, at svartiden vil stige.

Det anbefales fortsat, at de regioner og screeningsafdelinger, der ikke opfylder målet for svartiden, fortsat har fokus på arbejdets organisering og prioritering, så svartiden kan reduceres og målsætningen opnås.

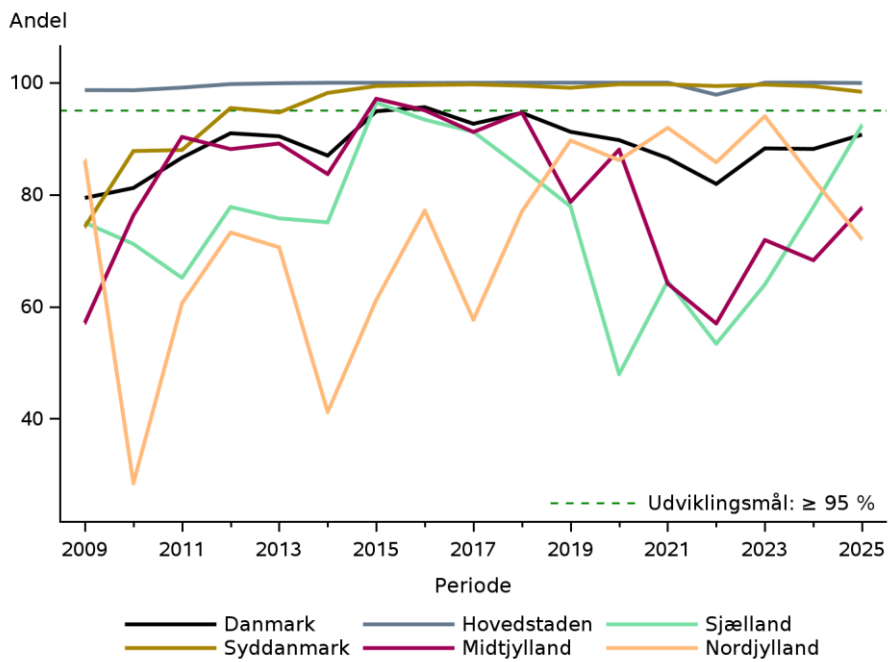
DKLS har siden starten af rapporteret svartid på screeningsprøver. Som ny indikator af rapporteres for første gang svartid på portiobiopsier. Størstedelen af portiobiopsier tages som opfølgning på abnorm screeningsprøve eller som led i kontrol af tidligere forandring på livmoderhalsen. DKLS anser det for væsentligt at biopsierne i lighed med screeningsprøver svares ud inden for rimelig tidsfrist af hensyn til afklaring og diagnostik af forandring på livmoderhalsen til planlægning af behandling og kontrol.

Median-svartid på landsniveau er 8 dage og vurderes rimelig, men dækker over store forskelle mellem regioner og afdelinger fra svar-tider på 6 til 24 dage mellem regioner og mellem 4 og 28 dage mellem afdelinger. Forskellene kan skyldes udfordringer i kapacitet af såvel læger som i laboratoriet samt forskelle i prioriteringer. DKLS anbefaler at de afdelinger der ligger over landsgennemsnittet gennemgår arbejdsgange mhp. at forbedre svartider. Dette gælder i særdeleshed afdelinger under Region Midtjylland: Hospitalsenheden Midt og Randers, og under Region Nordjylland: Ålborg.

Vurdering af indikatoren

Svartid på prøver er vigtige og kvalitetskritiske mål, dels for at sikre at evt. videre behandlingsforløb kan planlægges rettidigt, og dels for at undgå unødigt lang ventetid, som kan skabe utryghed. Der ses fortsat forbedringspotentiale for begge indikatorer vedr. svartid.

Indikator 4a: Andelen af celleprøver, hvor undersøgelsesresultatet afsendes <= 10 hverdage efter modtagelsesdagen. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 4b: Svartid på biopsiprøver

Table 4b. Overview of waiting times for biopsies

	2025				2024				2023			
	Antal	P25	Median	P75	Antal	P25	Median	P75	Antal	P25	Median	P75
Danmark	24.083	5	8	15	28.208	5	7	14	29.291	5	8	15
Hovedstaden	9.335	5	6	7	10.642	4	5	7	11.140	5	6	7
Sjælland	2.973	7	10	13	3.264	6	8	11	3.659	7	10	13
Syddanmark	4.258	5	8	14	4.387	4	7	11	4.832	3	6	8
Midtjylland	6.081	13	24	34	7.983	11	20	42	7.608	16	30	42
Nordjylland	1.436	5	9	21	1.932	5	16	22	2.052	5	15	23
Hovedstaden	9.335	5	6	7	10.642	4	5	7	11.140	5	6	7
Herlev	316	5	7	10	339	5	7	10	378	6	8	11
Hvidovre	8.649	4	6	7	9.847	4	5	7	10.357	5	6	7
Rigshospitalet	370	7	11	14	456	8	12	14	405	6	9	13
Sjælland	2.973	7	10	13	3.264	6	8	11	3.659	7	10	13
Patologi afd. Region Sjælland	2.941	7	10	13	3.224	6	8	11	3.609	8	10	13
Roskilde	32	4	6	7	40	5	5.5	7	50	4	6	8
Syddanmark	4.258	5	8	14	4.387	4	7	11	4.832	3	6	8
Esbjerg/Aabenraa	1.534	3	5	7	1.477	3	5	7	1.628	3	5	6
Odense	233	3	4	6	209	3	5	7	207	3	5	12
Vejle	2.491	8	12	16	2.701	6	9	13	2.997	4	6	9
Midtjylland	6.081	13	24	34	7.983	11	20	42	7.608	16	30	42
Aarhus	1.351	10	15	22	1.431	9	13	18	1.298	7	12	15
Hospitalenhed Midt	2.621	9	26	36	3.456	8	28	52	3.624	21	34	48
Randers	2.109	20	28	37	3.096	15	23	42	2.686	27	34	40
Nordjylland	1.436	5	9	21	1.932	5	16	22	2.052	5	15	23
Aalborg	835	13	20	27	1.258	16	20	26	1.307	15	21	27
Regionshospital Nordjylland	601	3	5	5	674	2	4	5	745	2	4	6

Data basis and method: Median number of days (25% and 75% percentile) from receipt date of material to pathology department to return date to the patient for portio biopsies (T83110). (There is no consideration of weekdays/weekends, all days are counted)

Indikatorområde 5: HPV-test

Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		968 / 17.797	5,4	(5,1-5,8)	5,7	5,1
Hovedstaden		271 / 5.324	5,1	(4,5-5,7)	5,3	4,6
Sjælland		151 / 2.608	5,8	(4,9-6,8)	6,4	5,1
Syddanmark		195 / 3.995	4,9	(4,2-5,6)	5,2	5,0
Midtjylland		264 / 4.126	6,4	(5,7-7,2)	6,3	6,0
Nordjylland		87 / 1.744	5,0	(4,0-6,1)	5,5	4,5
Hovedstaden		271 / 5.324	5,1	(4,5-5,7)	5,3	4,6
Hvidovre		271 / 5.324	5,1	(4,5-5,7)	5,3	4,6
Sjælland		151 / 2.608	5,8	(4,9-6,8)	6,4	5,1
Patologi afd. Region Sjæl		151 / 2.608	5,8	(4,9-6,8)	6,4	5,1
Syddanmark		195 / 3.995	4,9	(4,2-5,6)	5,2	5,0
Esbjerg/Aabenraa		97 / 1.490	6,5	(5,3-7,9)	6,5	5,6
Vejle		98 / 2.505	3,9	(3,2-4,7)	4,4	4,6
Midtjylland		264 / 4.126	6,4	(5,7-7,2)	6,3	6,0
Randers		264 / 4.126	6,4	(5,7-7,2)	6,3	6,0
Nordjylland		87 / 1.744	5,0	(4,0-6,1)	5,5	4,5
Aalborg		87 / 1.744	5,0	(4,0-6,1)	5,5	4,5

Blandt patologiafdelinger i Region Syddanmark er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

	Antal	Årsag
Eksklusion:	107.294	Ingen HPV prøve
	6.420	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	174.146	Ikke i aldersgruppen 60-64 år
	8.958	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	9.204	Selvopsamlet prøve
	192.449	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Datagrundlag og metode:

Nævner. SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 .

Indikator 5a: Kvinder i alderen 60-64 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet.

Indikator 5a1: Kvinder i alderen 30-59 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet.

Indikator 5a2. Kvinder i alderen 30-59 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet med selvopsamlet test

Indikator 5a3. Kvinder i alderen 23-29 år, der har modtaget en invitation og er HPV testet med selvopsamlet test

Tæller. Positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' Æ3340A Æ3340B Æ3340C 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')

Tabeller under Supplerende opgørelser for indikatorområde 5

Tabel 5a_ekstra. Fordelingen af positive HPV prøver for aldersgruppen 60-64 år

Tabel 5a1_ekstra. Fordelingen af positive HPV prøver for aldersgruppen 30-59 år

Tabel 5a2. Oversigt over de 5 regioners implementeringsgrad og brug af molekylære HPV test i cervix-screening

Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		8.397 / 99.286	8,5	(8,3-8,6)	9,9	9,3
Hovedstaden		2.955 / 34.824	8,5	(8,2-8,8)	10,3	9,2
Sjælland		1.045 / 12.761	8,2	(7,7-8,7)	8,9	9,1
Syddanmark		1.677 / 20.434	8,2	(7,8-8,6)	9,2	8,6
Midtjylland		1.969 / 22.165	8,9	(8,5-9,3)	11,0	10,4
Nordjylland		751 / 9.102	8,3	(7,7-8,8)	9,3	8,1
Hovedstaden		2.955 / 34.824	8,5	(8,2-8,8)	10,3	9,2
Hvidovre		2.955 / 34.824	8,5	(8,2-8,8)	10,3	9,2
Sjælland		1.045 / 12.761	8,2	(7,7-8,7)	8,9	9,1
Patologi afd. Region Sjæl		1.045 / 12.761	8,2	(7,7-8,7)	8,9	9,1
Syddanmark		1.677 / 20.434	8,2	(7,8-8,6)	9,2	8,6
Esbjerg/Aabenraa		706 / 7.106	9,9	(9,2-10,7)	10,2	11,0
Vejle		971 / 13.328	7,3	(6,8-7,7)	8,4	6,9
Midtjylland		1.969 / 22.165	8,9	(8,5-9,3)	11,0	10,4
Randers		1.969 / 22.165	8,9	(8,5-9,3)	11,0	10,4
Nordjylland		751 / 9.102	8,3	(7,7-8,8)	9,3	8,1
Aalborg		751 / 9.102	8,3	(7,7-8,8)	9,3	8,1

	Antal	Årsag
Eksklusion:	107.294	Ingen HPV prøve
	57.034	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	8.958	Endocervikale celler med T-koden T8X320/T8X321
	9.204	Selvopsamlet prøve
	42.043	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	192.449	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Indikator 5a2: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede med selvopsamlet test

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		481 / 5.371	9,0	(8,2-9,8)	9,7	11,7
Hovedstaden		160 / 1.501	10,7	(9,1-12,3)	11,4	13,3
Sjælland		29 / 361	8,0	(5,4-11,3)	4,7	
Syddanmark		114 / 1.510	7,5	(6,3-9,0)	7,5	7,7
Midtjylland		139 / 1.604	8,7	(7,3-10,2)	8,0	7,6
Nordjylland		39 / 395	9,9	(7,1-13,2)	11,6	13,3
Hovedstaden		160 / 1.501	10,7	(9,1-12,3)	11,4	13,3
Hvidovre		160 / 1.501	10,7	(9,1-12,3)	11,4	13,3
Sjælland		29 / 361	8,0	(5,4-11,3)	4,7	
Patologi afd. Region Sjæl		29 / 361	8,0	(5,4-11,3)	4,7	
Syddanmark		114 / 1.510	7,5	(6,3-9,0)	7,5	7,7
Esbjerg/Aabenraa		61 / 693	8,8	(6,8-11,2)	9,2	8,1
Vejle		53 / 817	6,5	(4,9-8,4)	5,9	7,4
Midtjylland		139 / 1.604	8,7	(7,3-10,2)	8,0	7,6
Randers		139 / 1.604	8,7	(7,3-10,2)	8,0	7,6
Nordjylland		39 / 395	9,9	(7,1-13,2)	11,6	13,3
Aalborg		39 / 395	9,9	(7,1-13,2)	11,6	13,3

	Antal	Årsag
Eksklusion:	55	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	314.615	Ingen selvopsamlet prøve
	3.778	Ikke i aldersgruppen 30-59 år
	192.449	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Indikator 5a3: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 23-29-årige HPV-screenede med selvopsamlet test

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		386 / 2.076	18,6	(16,9-20,3)	22,9	23,7
Hovedstaden		137 / 639	21,4	(18,3-24,8)	25,1	25,3
Sjælland		10 / 97	10,3	(5,1-18,1)	13,3	
Syddanmark		83 / 471	17,6	(14,3-21,4)	20,1	17,4
Midtjylland		120 / 694	17,3	(14,5-20,3)	21,9	20,3
Nordjylland		36 / 175	20,6	(14,8-27,3)	24,4	21,7
Hovedstaden		137 / 639	21,4	(18,3-24,8)	25,1	25,3
Hvidovre		137 / 639	21,4	(18,3-24,8)	25,1	25,3
Sjælland		10 / 97	10,3	(5,1-18,1)	13,3	
Patologi afd. Region Sjæl		10 / 97	10,3	(5,1-18,1)	13,3	
Syddanmark		83 / 471	17,6	(14,3-21,4)	20,1	17,4
Esbjerg/Aabenraa		39 / 189	20,6	(15,1-27,1)	22,6	22,0
Vejle		44 / 282	15,6	(11,6-20,4)	18,7	15,2
Midtjylland		120 / 694	17,3	(14,5-20,3)	21,9	20,3
Randers		120 / 694	17,3	(14,5-20,3)	21,9	20,3
Nordjylland		36 / 175	20,6	(14,8-27,3)	24,4	21,7
Aalborg		36 / 175	20,6	(14,8-27,3)	24,4	21,7

	Antal	Årsag
Eksklusion:	22	Kvinden har ikke modtaget en invitation
	7.106	Ikke i aldersgruppen 23-29 år
	314.615	Ingen selvopsamlet prøve
	192.449	Borgeren har ikke deltaget i screening

Resultater af indikatoranalysen for indikatorområde 5

Indikatoren angiver prævalensen af HPV-positive blandt de screenede kvinder og er udviklet som et delmål for kvaliteten af HPV analyser. Andelen af positive svar sammenlignes mellem afdelinger og regioner, hvor en relativ ensartethed i resultatet forventes. Der tages udgangspunkt i screeningsinviterede kvinder for at sikre frasortering af opfølgingsprøver (på positive screeningssvar), som vil have en høj andel HPV-positive. Selvopsamlede HPV-prøver indgår under opgørelse for sig selv i indikator 5a2.

Af indikator 5a ses, at andelen af positive HPV-prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år samlet set ligger på 5,4 % i 2025, og den har været stabil de seneste perioder jf. trendgrafene på næste side. Regionernes og afdelingernes resultater ligger ensartet på omkring 5 – 6,5 %.

Når man ser på aldersgruppen af 30-59-årige inviterede kvinder (indikator 5a1) ligger andelen af positive HPV-prøver lidt højere (8,5 %) på landsplan men ensartet regionalt (8,2-8,9%). En enkelt afdeling ligger med en lavere andel HPV-positive end de øvrige (Vejle), mens andelen er højst i Esbjerg på 9,9%

Under supplerende opgørelser fremgår af tabel 5a2, at der blandt de yngste aldersgrupper (30-39-årige) er en højere andel med positiv HPV end blandt de ældre grupper. Dette gælder i alle regioner.

Indikator 5a2 angiver andelen med positiv HPV blandt personer, som har foretaget en selvopsamlet HPV-test. Her er andelen samlet set 9,7 % for aldersgruppen 30-59 år, og andelen varierer regionalt fra 7,5 til 10,7%. Der er stor forskel på det antal af selvopsamlede test, der er indsamlet i de forskellige regioner, hvor Sjælland og Nordjylland har relativt få af denne slags tests. For gruppen af 23-29 årige der har taget selvopsamlet test ligger andelen en del højere på 18,6 % på landsniveau og med større variation 10,3-21,4 %, ligeledes med forskelle regionalt og afdelingsvist (dog dækker andelen relativt små populationer).

Tabel 5a og 5a1 under Supplerende opgørelser viser, at hovedparten af HPV prøver på landsplan er af typen "HPV other", derefter kommer HPV 16, og der er færrest af HPV 18.

Diskussion og implikationer

De 60-64 årige har været screenet med HPV test i mere end 10 år og HPV prævalensen ligger fortsat stabilt og relativt ensartet mellem regioner og over tid, hvilket tages som udtryk for overordnet ensartet kvalitet. Der ses mindre variationer mellem afdelinger. Den lave andel i Vejle kan skyldes, at afdelingen startede HPV screening af de 30-59 årige i 2017 i forbindelse med et pilotstudie, altså ca. 4 år før man implementerede det i de øvrige regioner. Vejle er derfor nu i såkaldt prævalensrunde, dvs. har overstået den indledende incidensrunde, hvor andelen af HPV positive er højere.

Implementering af HPV screening i aldersgruppen 30-59 år startede nationalt i 2021 og fra 2025 er alle 30-59 årige omfattet af tilbud om screening med HPV test. Andelen af HPV positive screeningstest er som forventet højere hos kvinder i alderen 30-59 år, end hos de ældre med alder 60-64 år (8,5% mod 5,4) og ligger ensartet mellem regionerne. Der ses lidt variation mellem afdelinger, hvor Vejle har den laveste prævalens på 7,3%. Det kan som for de 60-64 årige forklares ved, at Vejle nu er i prævalensrunde efter tidligere implementering af HPV screening end i resten af landet.

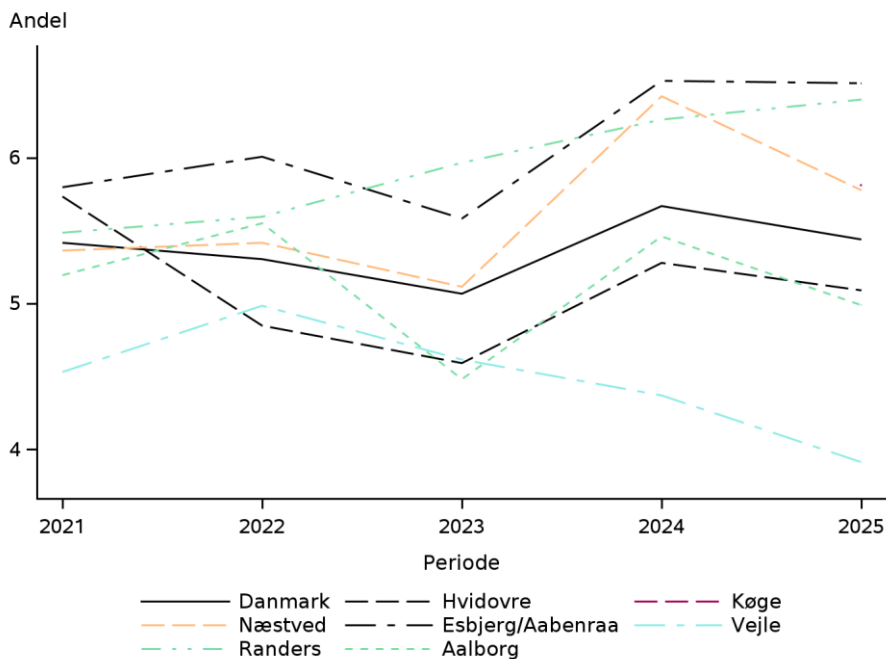
Andelen af HPV positive ved selvopsamlede prøver rapporteres for anden gang og er denne gang opdelt i to aldersgrupper. Blandt de 30-59 årige ses fortsat nogen variation mellem afdelingerne, mens der ses større variation blandt de 23-29 årige. Forskellene kan skyldes underliggende adfærdsforskelle hos de kvinder, der tager imod tilbuddet forskellige steder i landet, men det bør sikres at forskellene ikke skyldes kvalitetsbrister i HPV testen og analyse heraf.

Det anbefales afdelingerne, at de kvalitetssikrer såvel HPV screeningstest som HPV test på selvopsamlede prøver for at sikre imod evt kvalitetsbrister i analysen af prøverne. Det anbefales, af NSLS udarbejder retningslinjer for, hvordan man kan arbejde med kvalitetssikring lokalt.

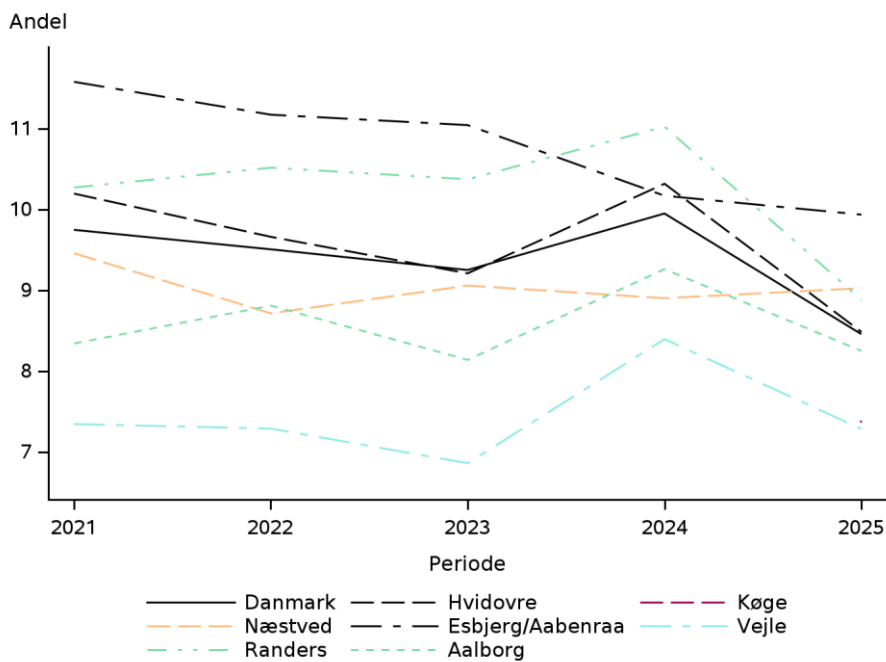
Vurdering af indikatoren

Størstedelen af danske kvinder tilbydes nu screening med HPV test. Det er derfor vigtig at opgøre andelen af HPV positive screeningstest over tid mhp. at identificere eventuelle forskelle imellem regioner og afdelinger for derigennem at kunne identificere kvalitetsbrister og områder med forbedringspotentiale. Et nyere tiltag i det danske screeningsprogram er indførelse af selvopsamlede prøver og her ses nogen variation mellem afdelinger og regioner, hvorfor indikatoren fortsat er relevant.

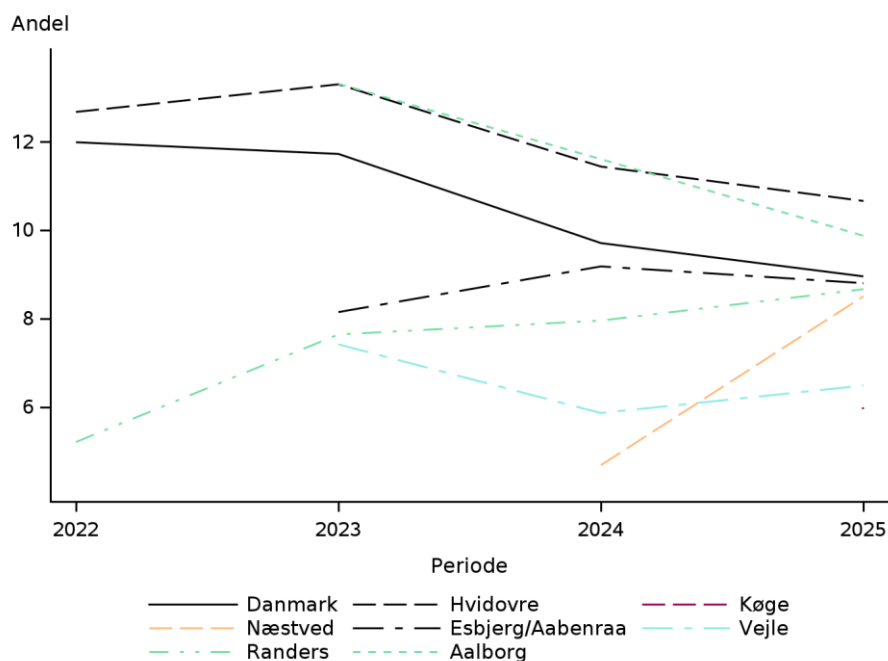
Indikator 5a: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år. Trendgraf på afdelingsniveau.



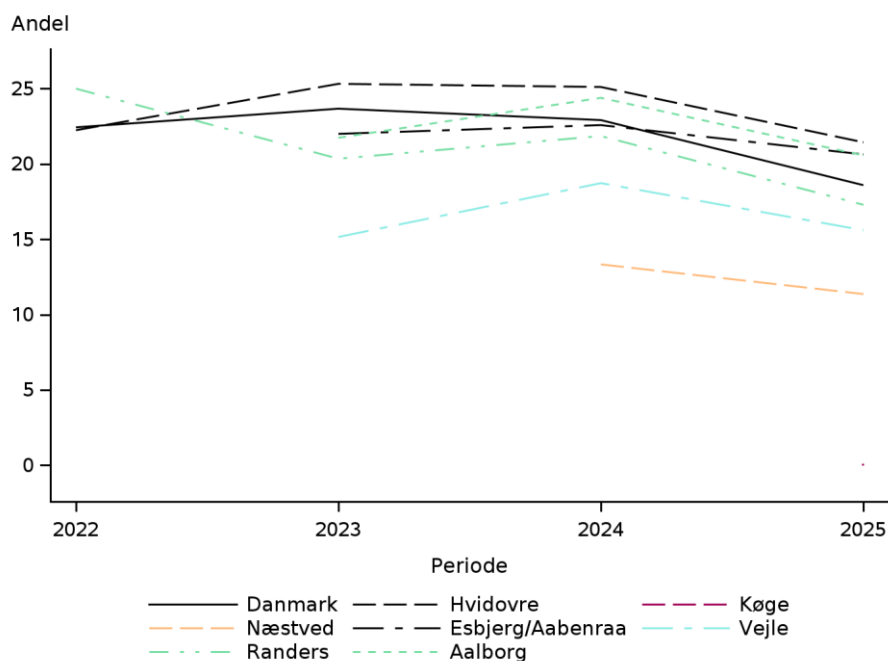
Indikator 5a1: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 5a2: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige HPV-screenede med selvopsamlet test. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikator 5a3: Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 23-29-årige HPV-screenede med selvopsamlet test. Trendgraf på afdelingsniveau.



Indikatorområde 6: Opfølgning

Indikator 6a: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage

	Udviklingsmål		Aktuelle år		Tidligere år	
	≤ 2%	Tæller/ nævner	01.11.2023 - 31.10.2024		2022/23	2021/22
	opnået		Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	115 / 4.823	2,4	(2,0-2,9)	1,9	2,1
Hovedstaden	Nej	60 / 2.050	2,9	(2,2-3,8)	2,1	2,1
Sjælland	Nej	10 / 453	2,2	(1,1-4,0)	3,2	2,4
Syddanmark	Nej	13 / 545	2,4	(1,3-4,0)	1,8	1,5
Midtjylland	Ja	28 / 1.519	1,8	(1,2-2,7)	1,0	2,2
Nordjylland	Ja	4 / 256	1,6	(0,4-4,0)	2,3	1,7

	Antal	Årsag
Eksklusion:	2	Ingen cytologi eller HPV prøve
	30	Kvinden er udrejst/afdød i opfølgningsperioden
	321.352	Celleprøven er ikke abnorm
	14.650	Celleprøven er normal
	16.340	Celleprøven har ikke svære celleforandringer
	122.439	Borgeren er inviteret, men er ikke screenet/testet

Datagrundlag og metode

Nævner. Antal prøver med svære celleprøver der skal følges op, SNOMED-koder T8X2** eller T8X3** (vagina/livmoderhalsen), en M-kode for svære forandringer samt en SNOMED-kode for opfølgning (Æ-kode) (se appendiks II for yderligere datadefinitioner). Svære celleforandringer defineres som: karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC.

Tæller. Der foreligger ikke en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.

Tabeller under Supplerende opgørelser

Indikator 6a. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 450 dage

Indikator 6b. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne

Indikator 6c. Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 450 dage

Indikator 6d. Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for tidsgrænserne.

Resultater af indikatoranalysen for indikatorområde 6

Det er væsentligt for kvaliteten af screening og behandling, at celleprøver med svære forandringer følges op rettidigt. Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op inden for 180 dage, udgør i aktuelle år 2,4 % på landsplan (i alt 115 celleprøver). Resultatet ligger samlet set lidt over udviklingsmålet ($\leq 2\%$), og variationen er relativt lille regionalt set. Region Nordjylland og Sjælland har haft en positiv nedadgående udvikling over det seneste år, mens de tre øvrige regioner har haft en lille opgang. Region Hovedstaden har aktuelt den højeste andel (2,9%), der ikke følges op indenfor grænsen. Trendgrafene viser den tidsmæssige udvikling samlet set og for de enkelte regioner.

Ud af de i alt 115 celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er blevet fulgt op inden for 180 dage, var 47 prøver (1 %) heller ikke fulgt op inden for 450 dage, hvilket ses af Supplerende opgørelse, tabel 6a1. I tabel 6a2 under supplerende opgørelser er der anvendt de tidsgrænser, som er anført i anbefalingerne for screeningsprogrammet (angivet ved Æ-kode for anbefalet opfølgning ved den specifikke prøve). Her udgør andelen på landsplan, der ikke er fulgt op aktuelt 4,2 %.

Der foreligger to yderligere supplerende analyser, som dækker opfølgning af alle abnorme og uegnede celleprøver uanset sværhedsgrad, hhv. supplerende Tabel 6b3 og tabel 6b4. Ud af alle abnorme og uegnede celleprøver blev 3,7 % ikke fulgt op ved tidsvinduet på 450 dage, imens 10,8 ikke blev fulgt op inden for de anbefalede tidsgrænser.

Diskussion og implikationer

Opfølgning af svære celleforandringer typisk i form af kolposkopisk undersøgelse med biopsitagning er et vigtigt element i screeningsprogrammet for livmoderhalskræft, og bør være så høj som mulig hvis screeningsprogrammet skal være effektivt i at forebygge livmoderhalskræft. Derfor har opfølgning af screeningsprøver i mange år været fulgt i DKLS, og målet har været, at mindst 98% af prøverne med svære celleforandringer skal være fulgt op inden for 180 dage.

I mange år har man på landsplan ligget lige omkring eller under målet, med små variationer mellem regionerne. I aktuelle rapport ses en stigning på landsplan i forhold til sidste årsrapport. Det er værd at bemærke, at det drejer sig om meget små tal og usikkerheden derfor er stor, hvorfor resultatet er acceptabelt, men selvfølgelig bør følges. Ser man på andelen af celleprøver med svære celleforandringer, der ikke er fulgt op efter 450 dage, ligger tallet fortsat lavt på under 1 % svarende til 39 ud af 5620 prøver på landsplan.

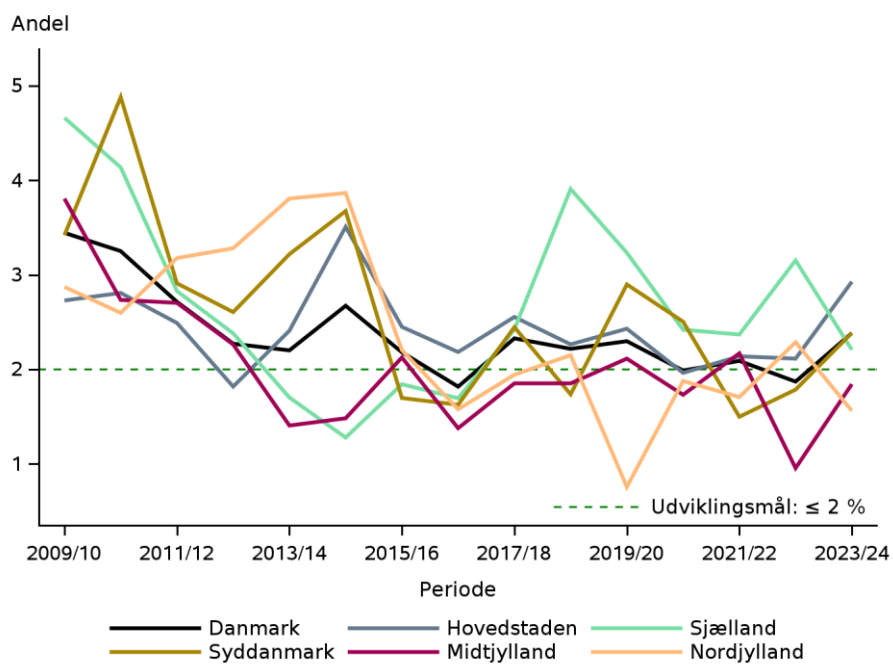
Man ved fra tidligere år, at de fleste tilfælde af manglende opfølgning har en god forklaring, så som død, graviditet eller emigration, og kun i sjældne tilfælde skyldes årsagen forglemmelse fra rekvirentens side. Det er muligt for de regionale screeningskontorer at følge op på årsagerne til manglende opfølgning af svære celleforandringer via opslag i lokale ledelsesinformationssystemer og evt. efterfølgende kontakt til rekvirenter.

Fra medio 2025 har det derudover været muligt, at sende påmindelser om opfølgning direkte i borgerens e-boks, foruden den påmindelse der altid er blevet sendt til den prøvetagende læge/rekvirenten. Det skal blive interessant at følge om det har en effekt. Det er vigtigt at understrege, at ansvaret for rettidig opfølgning ligger hos den prøvetagende læge/rekvirenten, selvom der sendes svar på celleprøven direkte til borgerens e-boks, og der nu også kan sendes påmindelse om opfølgning direkte til borgerens e-boks.

Vurdering af indikatoren

Rettidig opfølgning af svære celleforandringer er vigtig, hvis screeningsprogrammet skal beskytte kvinderne effektivt, og andelen af disse celleprøver, der ikke er fulgt op skal helst være lav. Det er vigtigt at monitorere, at det fortsat ligger lavt og vurdere om den svage stigning man ser i år skyldes en tilfældighed eller en reel stigning.

Indikator 6a: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 180 dage. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 6b. Andelen af CIN2+ diagnoser blandt kolposkoperede

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere peri- oder	
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	4.384 / 24.083	0 (0)	18,2	(17,7-18,7)	18,3	18,0	
Hovedstaden	1.577 / 9.554	0 (0)	16,5	(15,8-17,3)	16,1	16,7	
Sjælland	340 / 2.754	0 (0)	12,3	(11,1-13,6)	14,5	14,2	
Syddanmark	938 / 4.294	0 (0)	21,8	(20,6-23,1)	23,1	19,2	
Midtjylland	1.191 / 6.044	0 (0)	19,7	(18,7-20,7)	19,1	18,8	
Nordjylland	338 / 1.437	0 (0)	23,5	(21,3-25,7)	23,1	26,4	
Hovedstaden	1.577 / 9.554	0 (0)	16,5	(15,8-17,3)	16,1	16,7	
Amager og Hvidovre Hospi- tal	28 / 226	0 (0)	12,4	(8,4-17,4)	13,0	12,1	
Bornholms Hospital	22 / 120	0 (0)	18,3	(11,9-26,4)	20,2	17,2	
Herlev og Gentofte Hospital	15 / 120	0 (0)	12,5	(7,2-19,8)	11,5	15,4	
Hospitalerne i Nordsjælland	12 / 196	0 (0)	6,1	(3,2-10,5)	8,3	6,0	
Region Hovedstadens Psy- kiatri	# / #	0 (0)	0,0	(0,0-97,5)	0,0	.	
Rigshospitalet	27 / 240	0 (0)	11,3	(7,5-15,9)	13,9	13,6	
Private aktører	1.473 / 8.651	0 (0)	17,0	(16,2-17,8)	16,4	17,1	
Sjælland	340 / 2.754	0 (0)	12,3	(11,1-13,6)	14,5	14,2	
Region Sjællands Sygehus- væsen	84 / 804	0 (0)	10,4	(8,4-12,8)	11,8	10,5	
Private aktører	256 / 1.950	0 (0)	13,1	(11,7-14,7)	15,5	15,8	
Syddanmark	938 / 4.294	0 (0)	21,8	(20,6-23,1)	23,1	19,2	
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	97 / 545	0 (0)	17,8	(14,7-21,3)	17,6	12,7	
Odense Universitetshospital - Svendborg	71 / 346	0 (0)	20,5	(16,4-25,2)	23,7	18,4	
Sygehus Lillebælt	49 / 284	0 (0)	17,3	(13,0-22,2)	20,5	16,2	
Sygehus Sønderjylland	39 / 107	0 (0)	36,4	(27,4-46,3)	32,0	28,1	
Private aktører	682 / 3.012	0 (0)	22,6	(21,2-24,2)	23,9	20,5	
Midtjylland	1.191 / 6.044	0 (0)	19,7	(18,7-20,7)	19,1	18,8	
Aarhus Universitetshospital	20 / 82	0 (0)	24,4	(15,6-35,1)	26,0	26,0	
Hospitalsenhed Midt	26 / 153	0 (0)	17,0	(11,4-23,9)	14,6	17,0	
Regionshospitalet Gødstrup	117 / 627	0 (0)	18,7	(15,7-21,9)	21,7	19,0	
Regionshospitalet Horsens	207 / 744	0 (0)	27,8	(24,6-31,2)	19,5	18,1	
Regionshospitalet Randers	139 / 661	0 (0)	21,0	(18,0-24,3)	18,5	17,6	

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner # / #	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere peri- oder	
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Samsø Sundheds- og Akut- hus		0 (0)	14,3	(0,4-57,9)	16,7	0,0
Private aktører	681 / 3.770	0 (0)	18,1	(16,8-19,3)	18,7	19,1
Nordjylland	338 / 1.437	0 (0)	23,5	(21,3-25,7)	23,1	26,4
Aalborg Universitetshospital	83 / 407	0 (0)	20,4	(16,6-24,6)	19,7	20,7
Aalborg Universitetshospital, Thisted	42 / 190	0 (0)	22,1	(16,4-28,7)	25,9	22,7
Regionshospital Nordjylland	114 / 371	0 (0)	30,7	(26,1-35,7)	30,1	32,0
Private aktører	99 / 469	0 (0)	21,1	(17,5-25,1)	21,3	28,9

Datagrundlag og metode

Nævner: T-koder ved cervix biopsi (og samtidig kolposkopi): T83110

Tæller: CIN2, CIN3, AIS og karcinom

Resultater af indikatoranalysen

Denne indikator er indført i år, og opgør andelen af CIN2+ diagnoser fundet hos kvinder, der har været til opfølgning med kolposkopi (kikkertundersøgelse af livmoderhalsen) og samtidig biopsi. Resultatet er vigtigt for at belyse og udvikle på ensartethed i behandling, og at der ikke overbehandles. Der er ikke sat udviklingsmål for indikatoren, men den ønskede retning for resultatet er opadgående. Andelen ligger aktuelt på 18,2 % på landsplan og stabilt henover årene (se trendgraf). Der er regionale forskelle, som i aktuelle år ligger på 12,3 % i Region Sjælland, 16,5 % i Hovedstaden, 19,7% i Midtjylland, 21,8% i Syddanmark og 23,5% i Nordjylland. Der er store forskelle mellem afdelingernes resultater generelt og indenfor regioner. Resultaterne er opgjort på rekvirerende afdeling.

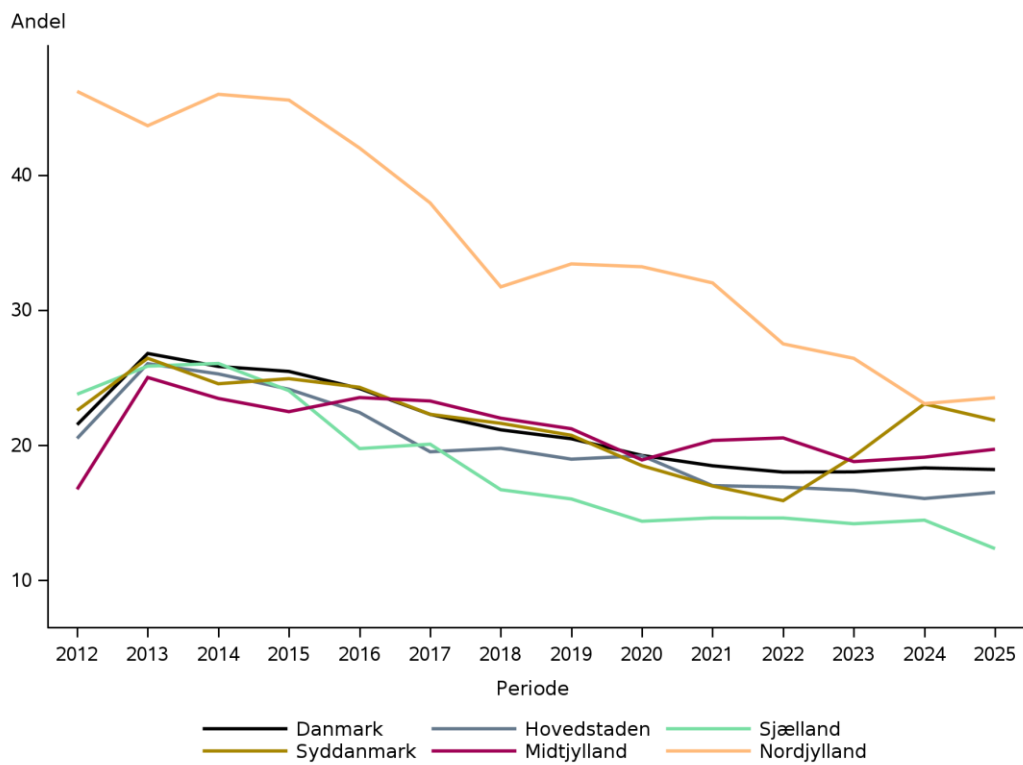
Diskussion og implikationer

Det er første gang denne delindikator er med i årsrapporten. Den kan være med til at give en indikation om evt. overbehandling. Desværre er det indtil videre ikke muligt at se indikationen for de kolposkopiske undersøgelser, hvorfor biopsier som f.eks. er taget som led i kontaktblødning også fremgår af opgørelsen. Det er derfor vanskeligt på nuværende tidspunkt at fastsætte et præcist udviklingsmål, men styregruppen ønsker at følge, om der sker en forbedringsretning. Et udviklingsmål vil også afhænge af alder. Indikatoren skal udvikles, og gerne så man med tiden kan koble biopsivaret op til et forudgående cytologi/HPV svar, hvorved det kan blive muligt at angive mere præcise udviklingsmål.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren vurderes kvalitetskritisk mht. at vurdere forskelle i behandling og vurdere overbehandling.

Indikator 6b. Andelen af CIN2+ diagnoser blandt kolposkoperede. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorområde 7: Tilfælde af livmoderhalskræft

Indikator 7a. Antal tilfælde af livmoderhalskræft på nationalt og regionalt niveau

	Udviklingsmål	Aktuelle år		Tidligere år	
	< 350 tilfælde	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
		Antal	Antal	Antal	Antal
Danmark		326	336	338	
Hovedstaden		91	87	84	
Sjælland		48	71	65	
Syddanmark		95	70	76	
Midtjylland		73	73	75	
Nordjylland		19	35	38	

Indikator 7b: Aldersstandardiseret* incidensrate pr. 100.000 kvinder

	Udviklingsmål	Aktuelle år		Tidligere år		Samlet
	< 4 pr. 100.000	01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022	2022 - 2024
Danmark		11,2	11,6	12,0	11,6	
Hovedstaden		9,6	9,4	8,9	9,3	
Sjælland		11,5	16,2	15,9	14,5	
Syddanmark		15,8	12,3	13,2	13,8	
Midtjylland		11,4	11,2	12,1	11,6	
Nordjylland		6,0	12,7	14,0	10,9	

*Aldersstandardiseret rate pr. 100.000 (Standard: Danmark, 2005)

Datagrundlag og metode. Data fra Cancer registeret over alle incidente tilfælde af livmoderhalskræft (indikator 7a og 7b). Opgørelsen på regionsniveau er baseret på bopælsregion. Aldersfordelingen i den danske kvindelige befolkning er hentet i Statistikbanken.dk. Indikator 7a og 7b er tidsforskuet et år tilbage, fordi Cancerregisterets validering af data ikke muliggør senere data. Opgørelsen er ikke begrænset til populationen i screeningsprogrammet (23-64 år), men omfatter alle tilfælde af ny-diagnosticeret livmoderhalskræft.

Resultater af indikatoranalysen for indikator 7a og 7b

I aktuelle år var antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft 326 på landsplan ifølge data fra Cancerregisteret (indikator 7a). Cancerregisteret anvendes som kilde til opgørelsen idet komplementheden og validiteten af Cancerregisteret vurderes meget høj, men der er en lille forsinkelse i data, hvilket betyder at aktuelle år er sat til 2024. Opgørelserne er opgjort på bopælsregion.

Den aldersstandardiserede incidensrate af livmoderhalskræft var i aktuelle år på landsplan 11,2 pr. 100.000 kvinder. Regionalt set varierer incidensen i aktuelle år pr. 100.000 indbyggere fra 9,6 i Region Hovedstaden til 15,8 i Region Syddanmark, som aktuelt har haft en opgang. Den regionale forskel gælder også når incidensen opgøres på en samlet 3-års periode (indikator 7b). På det 3-årige estimat ligger Region Sjælland ligeledes højt, Sjælland ses dog aktuelt at have en nedgang. Incidensen er på landsplan nedadgående over den længere tidsperiode (se trendgraf på næste side), dog med fortsatte regionale forskelle over tid. Udviklingsmålet er ændret til <4/100.000, hvilket svarer til WHO's elimineringsgrænse.

Den aldersstandardiserede incidensrate ses opdelt på alder under Supplerende opgørelser tabel 7e, hvor det fremgår, at den højeste incidens findes i aldersgruppen 30-39 år, hvorefter incidensen falder med stigende alder. Det har desværre ikke været muligt at opgøre data angående cancer stadier aktuelt pga. indberetningsfejl i LPR og til Cancerregisteret.

I dette års rapport opgøres for første gang en oversigt over det samlede antal livmoderhalskræft tilfælde fordelt på screeningshistorik og fund (se afsnit om audit side 84). Det ses af tabellen på landsplan at i 47,8 % af kræfttilfældene er det fundet hos kvinder, som ikke den forudgående 5,5 års periode har været screenet. Dette fund hænger godt sammen med tidligere dansk undersøgelse som viste, at 45% af kvinder med cervix cancer ikke har været screenet indenfor de sidste 2 runder. Det ses endvidere, at interval cancer udgør i alt ca. 30 %, cancer fundet som led i screening udgør 16,7 %, mens cancer fundet efter manglende opfølgning efter screening udgør 1,1 %.

Diskussion og implikationer

Et samlet fald i incidensrate forventes ved overgang til HPV-screening og som effekt af vaccination mod HPV. Det er kendt at HPV-screening fører til en umiddelbar stigning og derefter et fald. Der er derfor risiko for en yderligere stigning, efter HPV-screening er indført for den anden halvdel af kvinder i 30-59 års alder pr medio 2025.

En nyligt publiceret undersøgelse har afdækket mulige årsager til udviklingen i cervix cancer incidens i Danmark, og her findes, at vaccination mod HPV hos børn, primær HPV screening af ældre kvinder, forbedret opfølgning af svære celleforandringer og overgang til væskebaseret cytologi er nogle af de tiltag, som er implementeret henover årene og som er mulige årsager til det observerede fald i incidens henover den længere årrække.

Fremadrettet forventes at det vil blive muligt at trække data vedr. diagnosestadier fra Dansk Gynækologisk Cancer Database, så fordelingen kan opgøres i denne rapport. Tabel 7e viser at fordelingen inden for aldersgrupper er nogenlunde ensartet i de 5 danske regioner. Endvidere ses at der ikke længere er en stigende incidens i den ældre aldersgruppe. Dette skyldes formentlig effekter af engangstilbuddet for kvinder over 70 år, som blev iværksat i 2017 idet antagelsen var at denne generation af kvinder var underscreenet i deres ungdom, og derfor havde en større risiko for livmoderhalskræft.

Styregruppen anbefaler fortsat, at den enkelte patologiafdeling foretager lokal audit ved alle nye tilfælde af livmoderhalskræft med anvendelse af et standardiseret nationalt skema, jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2012 vedrørende screening for livmoderhalskræft. Det anbefales endvidere, at man anvender den anbefalede kodepraksis.

Endelig anbefales fortsat arbejde med at optimere screeningsprogrammet og fremme deltagelse i både screenings- og HPV-vaccinationsprogram.

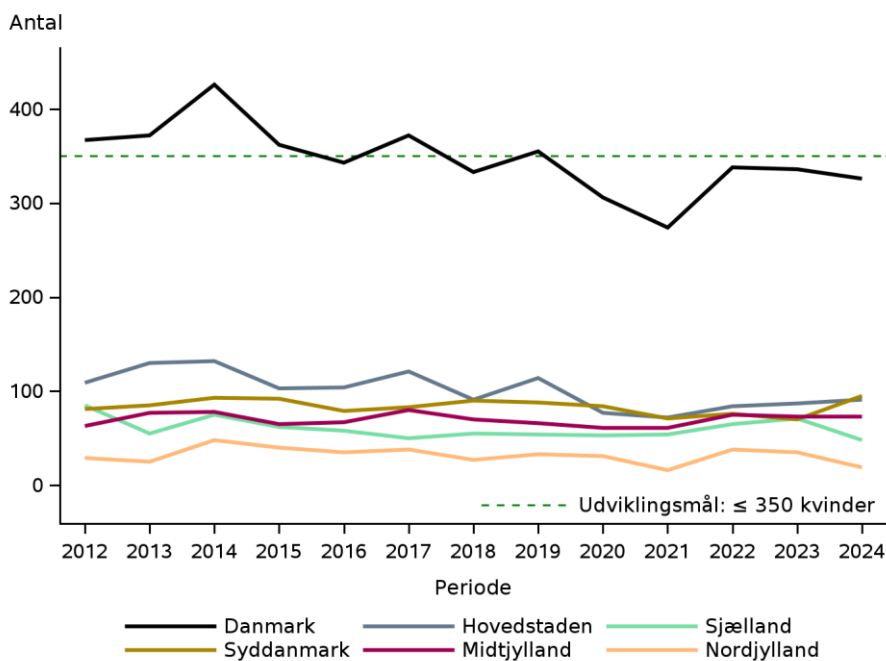
For første gang har vi i årsrapporten forsøgt at udføre en national audit af livmoderhalskræft tilfælde, og forsøgt at gruppere i forskellige grupper på baggrund af flowskemaet på side 85. Indikatoren skal udbygges med tiden, men viser i lighed med seneste litteratur på området (Dugué et al*), der ligger 14 år tilbage, at ca. halvdelen af nye kræfttilfælde optræder hos kvinder, der ikke er blevet screenet i den foregående periode.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er et vigtigt resultatmål for screeningsindsatsen. Den nye auditopgørelse af cancer tilfælde skal medvirke til at belyse årsager til, at kræfttilfælde ikke fanges af screeningsprogrammet.

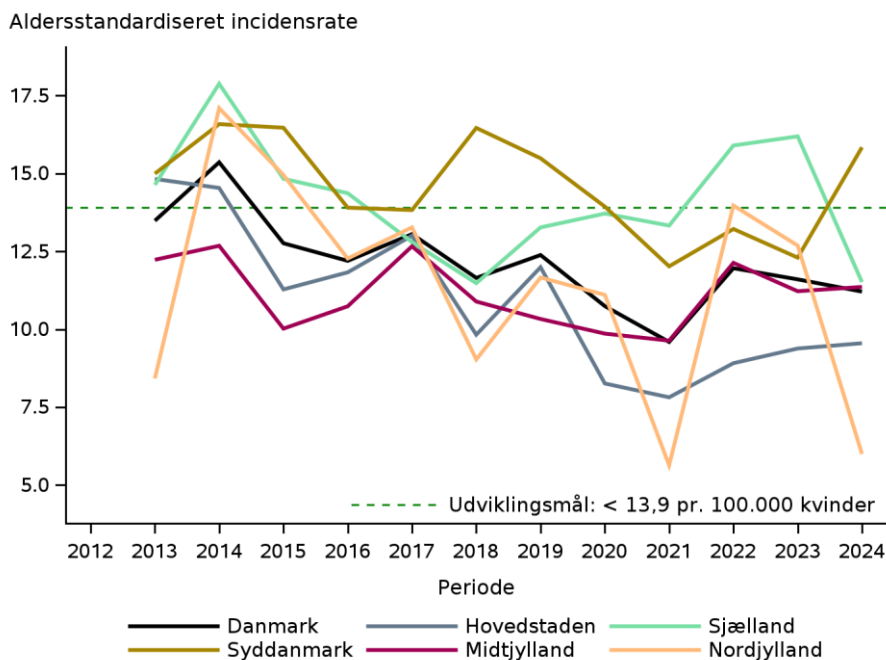
*Dugué PA, Lyng E, Bjerregaard B, Rebolj M. Non-participation in screening: the case of cervical cancer in Denmark. *Prev Med.* 2012 Mar-Apr;54(3-4):266-9. doi: 10.1016/j.ypmed.2012.01.012. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22300964.

Indikator 7a: Antal ny-diagnosticerede tilfælde af livmoderhalskræft. Trendgraf på regionsniveau.



Test for trend fra år 2012 til 2024, Kendal Tau koefficient= -0,69, $p < 0,01$.

Indikator 7b. Aldersstandardiseret* incidensrate pr 100.000 kvinder. Trendgraf på regionsniveau.



Indikatorområde 8: Keglesnit

Indikator 8. Andelen af CIN2+ diagnoser blandt keglesnit

	Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere peri- oder	
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	2.648 / 3.994	0 (0)	66,3	(64,8-67,8)	68,1	66,5	
Hovedstaden	871 / 1.377	0 (0)	63,3	(60,7-65,8)	61,7	62,8	
Sjælland	308 / 522	0 (0)	59,0	(54,8-63,2)	59,0	55,8	
Syddanmark	676 / 947	0 (0)	71,4	(68,5-74,3)	76,4	72,7	
Midtjylland	609 / 801	0 (0)	76,0	(73,1-79,0)	79,9	77,2	
Nordjylland	184 / 347	0 (0)	53,0	(47,8-58,3)	57,8	58,3	
Hovedstaden	871 / 1.377	0 (0)	63,3	(60,7-65,8)	61,7	62,8	
Amager og Hvidovre Hospi- tal	80 / 120	0 (0)	66,7	(57,5-75,0)	63,5	69,1	
Bornholms Hospital	23 / 33	0 (0)	69,7	(51,3-84,4)	57,1	77,8	
Herlev og Gentofte Hospital	32 / 51	0 (0)	62,7	(48,1-75,9)	52,0	48,8	
Hospitalet i Nordsjælland	23 / 53	0 (0)	43,4	(29,8-57,7)	36,7	61,5	
Rigshospitalet	47 / 73	0 (0)	64,4	(52,3-75,3)	53,9	65,1	
Private aktører	666 / 1.047	0 (0)	63,6	(60,6-66,5)	63,6	62,6	
Sjælland	308 / 522	0 (0)	59,0	(54,8-63,2)	59,0	55,8	
Region Sjællands Sygehus- væsen	127 / 245	0 (0)	51,8	(45,4-58,2)	53,4	48,6	
Private aktører	181 / 277	0 (0)	65,3	(59,4-70,9)	63,3	62,6	
Syddanmark	676 / 947	0 (0)	71,4	(68,5-74,3)	76,4	72,7	
Esbjerg Sygehus Grindsted Sygehus	90 / 132	0 (0)	68,2	(59,5-76,0)	64,7	69,3	
Odense Universitetshospital - Svendborg	92 / 133	0 (0)	69,2	(60,6-76,9)	69,5	58,8	
Sygehus Lillebælt	96 / 131	0 (0)	73,3	(64,8-80,6)	74,6	65,5	
Sygehus Sønderjylland	63 / 93	0 (0)	67,7	(57,3-77,1)	70,8	74,4	
Private aktører	335 / 458	0 (0)	73,1	(68,8-77,2)	82,7	80,4	
Midtjylland	609 / 801	0 (0)	76,0	(73,1-79,0)	79,9	77,2	
Aarhus Universitetshospital	26 / 39	0 (0)	66,7	(49,8-80,9)	52,9	69,6	
Hospitalsenhed Midt	26 / 44	0 (0)	59,1	(43,2-73,7)	69,6	66,0	
Regionshospitalet Gødstrup	72 / 90	0 (0)	80,0	(70,2-87,7)	80,1	73,5	
Regionshospitalet Horsens	91 / 112	0 (0)	81,3	(72,8-88,0)	85,8	88,1	
Regionshospitalet Randers	83 / 122	0 (0)	68,0	(59,0-76,2)	85,9	77,7	
Private aktører	311 / 394	0 (0)	78,9	(74,6-82,9)	78,9	76,4	

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere peri- oder	
			01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Nordjylland	184 / 347	0 (0)	53,0	(47,8-58,3)	57,8	58,3
Aalborg Universitetshospital	55 / 79	0 (0)	69,6	(58,2-79,5)	68,4	72,4
Aalborg Universitetshospital, Thisted	19 / 43	0 (0)	44,2	(29,1-60,1)	73,8	72,3
Regionshospital Nordjylland	58 / 71	0 (0)	81,7	(70,7-89,9)	86,7	88,2
Private aktører	52 / 154	0 (0)	33,8	(26,4-41,8)	41,9	39,0

Antal Årsag

Eksklusion:	93 Revision af samme materiale (P30750)
	43.215 Prøven er ikke konus

Datagrundlag og metode.

Nævner. Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Revisioner af samme materiale er ekskluderet (p30750).

Tæller. CIN2, CIN3, AIS og karcinom

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8

Det er væsentligt for kvaliteten af screening og behandling, at der ikke foretages flere keglesnitsindgreb end nødvendigt. Derfor er det relevant at undersøge diagnosefordelingen ved keglesnit. Der er ikke fastsat udviklingsmål for indikatoren, men forbedringsretningen er opadgående, da det er målet, at keglesnit foretages ved klinisk relevant indikation (CIN2+). Udviklingsmål for denne indikator vil variere med alder og med den risiko og konsekvens der er ved indgrebet, afhængig af kvindens alder.

Ud af alle kvinder som fik keglesnit i aktuelle år, ligger andelen med moderate og svære celleforandringer (CIN2+) på 66,3 %, stabilt i forhold til foregående 5-årsperiode (se trendgraf). Der er forskel på resultaterne på regionsniveau, hvor andelen aktuelt ligger lavest i Region Nordjylland (53 %) og højest i Region Midtjylland (76 %), mens de øvrige regioner placerer sig herimellem. Der indgår i tabellen resultater på hospitalsniveau (rekvirerende) og for private hospitaler og praktiserende gynækologer under hver region. Der ses variation på afdelingsniveau fra omkring 35% og til omkring 80 %, og private aktører under Region Nordjylland ligger særlig lavt, ligesom afdelingerne: Hospitalerne i Nordsjælland og Aalborg Universitetshospital, Thisted ligger med lavt resultat i aktuelle år.

Der er væsentlig forskel på andelen af CIN2+ diagnoser ved keglesnit i forskellige aldersgrupper, hvor andelen med CIN2+ ligger på 80,7 % for kvinder under 40 år og 32,9 % ved alder over 60 år. Dette gælder på landsplan og med samme mønster i alle regioner (supplerende opgørelse tabel 8a1).

I alt fik 4038 kvinder foretaget keglesnit i 2025 og antallet er nedadgående (supplerende tabel 8a).

Diskussion og implikationer

Der ses et markant fald i antallet af keglesnit fra 4940 i 2024 til 4038 i 2025. Da der normalt er god opfølgning efter svære vævsforandringer, må det antages, at der er kommet færre vævsforandringer. HPV screening kan have bidraget til at flere vævsforandringer blev fjernet tidligt og HPV vaccinen kan også have betydning da 44% af keglesnit foretages hos kvinder under 40 år. De første kvinder, der blev vaccineret som børn blev 31 år i 2025. Fra indikator 6b har vi endnu ikke data over tid, men vi kan se at der blev fundet 4364 CIN2+. Forklaringen på det lavere antal keglesnit er formentlig at nogle CIN2 bliver fulgt til kontroller, hvilket også er i overensstemmelse med de kliniske retningslinjer.

Der ses regionale forskelle i andelen af CIN2+ blandt keglesnit. I Region Nordjylland er andelen kun 53% og den er faldet siden sidste år. I Region Nordjylland er det særligt private aktører, der ligger lavt med en andel på 34%. Til sammenligning har region Midtjylland en andel på 76%. Hvis der ikke findes CIN2+ er det som udgangspunkt et unødvendigt indgreb. Keglesnit bruges dog i nogle tilfælde til at behandle blødningsforstyrrelser. Da der kun er ganske få private aktører i Nordjylland vil det være relevant at DKLS repræsentanter fra Nordjylland går i dialog med disse aktører. I DKLS rapporten fra sidste år (2024) oplyste Region Nordjylland, at de netop havde taget initiativ til dialog om praksis for udførelse af keglesnit. Det ses dog at dette års resultat fortsat er lavt for det private område også indenfor hver aldersgruppe, og dette har givet anledning til igen at tage emnet op i regionalt mødeforum, hvor der vil pågå dialog med relevante private aktører ift. at klarlægge årsager til det lave resultat og anbefale evt. nødvendige praksisændringer.

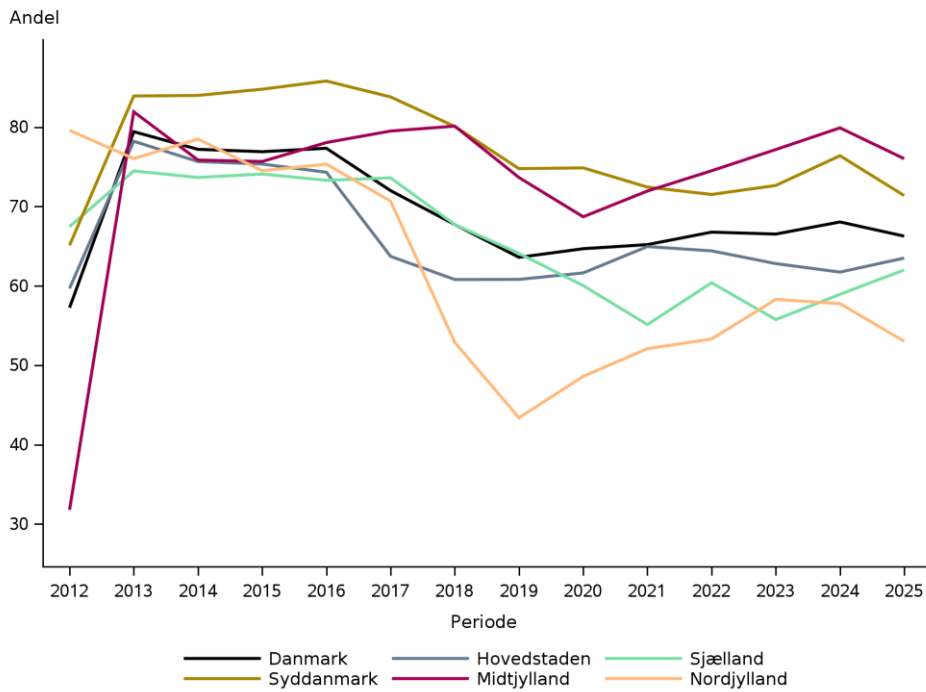
Det anbefales tillige at hospitalerne i Nordsjælland under Region Hovedstaden gennemgår egne data og praksis for behandlingsvalg med keglesnit, da dette behandlingssted ligeledes ligger med lav andel CIN2+.

Andelen af CIN2+ er meget påvirket af alder. Således indeholder kun 33% af keglesnit hos kvinder over 60 år CIN2+. Styregruppen anbefaler at de faglige miljøer forsøger at etablere retningslinjer, der sikrer en god balance mellem fordele og ulemper ved keglesnit hos ældre. Der er etableret en arbejdsgruppe under Dansk Selskab for Obstetrik og Gynækologi med repræsentanter fra Dansk Selskab for Patologi, som arbejder med opdatering af anbefalinger vedrørende keglesnit.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren er en vigtig markør for, hvor mange kvinder der får foretaget et profylaktisk kirurgisk indgreb, som kan give komplikationer i form af blødning, læsion af naboorganer og for tidlig fødsel. Indikatoren påpeger potentiale for begrænsning af overbehandling.

Indikator 8. Andelen af CIN2+ diagnoser blandt keglesnit. Trendgraf på regionsniveau.



Indikator 8a. Andelen af HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+)

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perio- der	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	674 / 2.991	0 (0)	22,5	(21,0-24,1)	23,2	22,1
Hovedstaden	209 / 940	0 (0)	22,2	(19,6-24,9)	21,4	22,1
Sjælland	61 / 313	0 (0)	19,5	(15,1-23,9)	25,4	20,6
Syddanmark	148 / 633	0 (0)	23,4	(20,1-26,7)	26,8	26,1
Midtjylland	205 / 849	0 (0)	24,1	(21,3-27,0)	23,4	20,3
Nordjylland	51 / 256	0 (0)	19,9	(15,0-24,8)	19,9	21,4
Hovedstaden	209 / 940	0 (0)	22,2	(19,6-24,9)	21,4	22,1
Amager og Hvidovre Hospital	24 / 89	0 (0)	27,0	(18,1-37,4)	21,6	21,6
Bornholms Hospital	# / #	0 (0)	9,1	(0,2-41,3)	15,4	20,0
Herlev og Gentofte Hospital	3 / 19	0 (0)	15,8	(3,4-39,6)	24,3	17,1
Hospitalet i Nordsjælland	5 / 17	0 (0)	29,4	(10,3-56,0)	11,1	18,8
Rigshospitalet	5 / 31	0 (0)	16,1	(5,5-33,7)	17,8	20,9
Private aktører	171 / 773	0 (0)	22,1	(19,2-25,2)	21,8	22,6
Sjælland	61 / 313	0 (0)	19,5	(15,1-23,9)	25,4	20,6
Region Sjællands Sygehusvæ- sen	27 / 115	0 (0)	23,5	(16,1-32,3)	29,1	19,3
Private aktører	34 / 198	0 (0)	17,2	(12,2-23,2)	23,0	21,2
Syddanmark	148 / 633	0 (0)	23,4	(20,1-26,7)	26,8	26,1
Esbjerg Sygehus Grindsted Sy- gehus	19 / 79	0 (0)	24,1	(15,1-35,0)	37,5	26,0
Odense Universitetshospital - Svendborg	9 / 63	0 (0)	14,3	(6,7-25,4)	21,5	23,3
Sygehus Lillebælt	19 / 87	0 (0)	21,8	(13,7-32,0)	20,9	25,7
Sygehus Sønderjylland	15 / 39	0 (0)	38,5	(23,4-55,4)	30,8	35,9
Private aktører	86 / 365	0 (0)	23,6	(19,3-28,3)	25,7	25,6
Midtjylland	205 / 849	0 (0)	24,1	(21,3-27,0)	23,4	20,3
Aarhus Universitetshospital	# / #	0 (0)	18,2	(2,3-51,8)	22,7	0,0
Hospitalsenhed Midt	7 / 31	0 (0)	22,6	(9,6-41,1)	23,3	19,1
Regionshospitalet Horsens	34 / 126	0 (0)	27,0	(19,5-35,6)	26,8	20,4
Regionshospitalet Randers	32 / 144	0 (0)	22,2	(15,7-29,9)	24,3	18,9
Private aktører	99 / 420	0 (0)	23,6	(19,6-27,9)	21,4	23,8
Nordjylland	51 / 256	0 (0)	19,9	(15,0-24,8)	19,9	21,4
Aalborg Universitetshospital	15 / 68	0 (0)	22,1	(12,9-33,8)	12,1	17,4

Udviklingsmål opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst antal (%)	Aktuel periode		Tidligere perio- der	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Aalborg Universitetshospital, Thisted	7 / 26	0 (0)	26,9	(11,6-47,8)	14,3	31,0
Regionshospitalet Nordjylland	11 / 69	0 (0)	15,9	(8,2-26,7)	20,8	23,5
Private aktører	18 / 93	0 (0)	19,4	(11,9-28,9)	26,7	19,5

	Antal	Årsag
Eksklusion:	103	Revision af samme materiale (P30750)
	1.578	Ingen CIN2+ diagnose
	371	Ingen prøve efter konus
	49.558	Prøven er ikke konus

Datagrundlag og metode

Nævner. Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus) og diagnosen er CIN2+. Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Revision af samme materiale er ekskluderet (p30750).

Tæller. Positive svar på HPV-test, der ligger efter dato for konus (men indenfor 1 år). En af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468').

Resultater af indikatoranalysen for indikator 8a

Indikator 8a er med for anden gang i denne rapport og angiver andelen af personer, som har en positiv HPV prøve ved første test efter keglesnit for CIN2+. Andelen ligger på 22,5% samlet set, og der er relativ lille regional variation i spændet omkring 19 % (Region Sjælland og Nordjylland) til omkring 22-24% i Region Hovedstaden, Syddanmark og Midtjylland.

Der er forskelle på afdelingernes resultater (rekvirerende afdeling), som for enkelte afdelinger ligger højt, herunder Sygehus Sønderjylland med 38,5 %. Indikatoren vises for anden gang, og der er endnu ikke fastsat udviklingsmål, men forbedringsretningen er nedadgående, da ønsket er færrest mulige HPV positive efter keglesnit, som en indikation for resultat af behandlingen.

Under Supplerende opgørelser findes også diagnosefordeling ved keglesnit (tabel 8c) og en opgørelse af resektionsrande (8c), hvoraf det fremgår at andelen af frie rande på regionsniveau ligeledes varierer.

Diskussion og implikationer

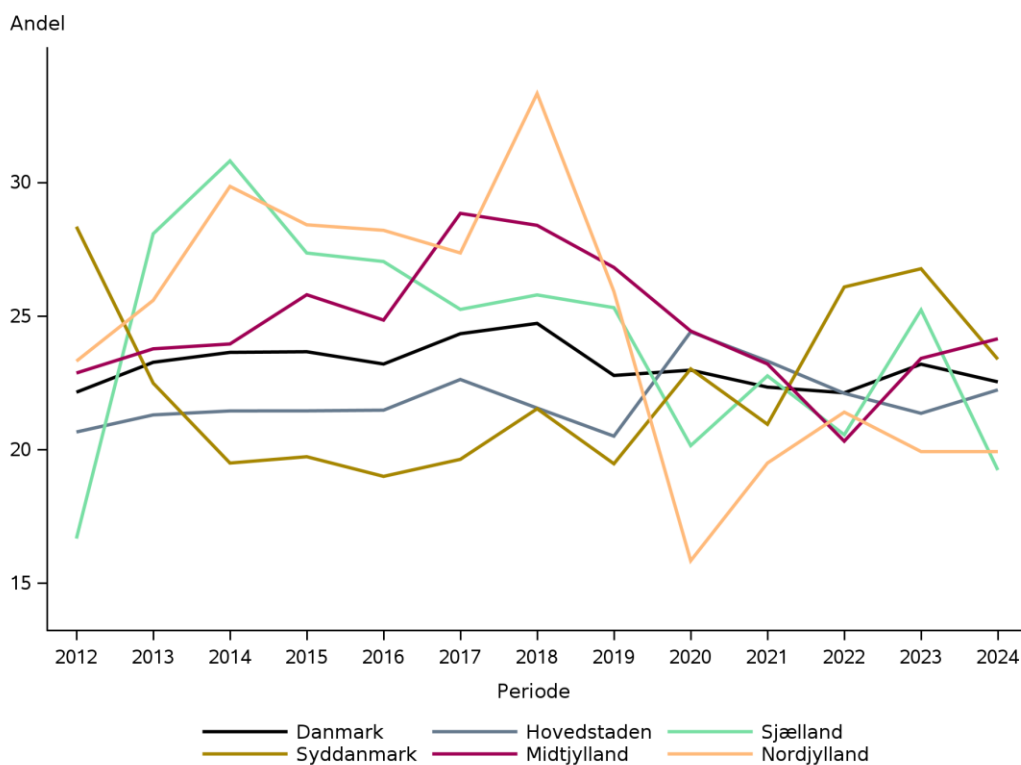
Andelen af HPV positive ved første prøve efter keglesnit er uændret, men i de 2 regioner der lå højest sidste år (Syddanmark og Sjælland) er andelen faldet betydeligt. Der er ikke længere de store regionale forskelle. Sygehus Sønderjylland ligger for 3. år højest. Selvom tallene er små bør der rækkes ud til Sygehus Sønderjylland gennem DKLS repræsentanter for Region Syd.

Det blev i seneste rapport foreslået at sikre ensartet kodepraksis af margin status, da der var ret store regionale forskelle. Der er blevet lidt mindre forskelle i andelen med frie resektionsrande, hvor Region Sjælland er steget fra 41,3% i 2024 til 47,9% i 2025. Der er dog stadig et stykke op til Region Syd med 69,3%. Det anbefales at interessegruppen for gynækologisk patologi under Dansk Patologiselskab (DPAS), drøfter emnet på et kommende møde med henblik på at skabe en mere ensartet kodepraksis på landsplan.

Vurdering af indikatoren

Indikatoren siger noget om kvaliteten af keglesnit på tværs af landet og har identificeret forskelle, som skal undersøges nærmere, og vurderes derfor at være relevant og med fortsat forbedringspotentiale.

Indikator 8a. Andelen af HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+). Trendgraf på regionsniveau.



4. Supplerende opgørelser

Supplerende tabeller til indikatorområder

Indikatorområde 1: Kapacitet

Indikator 1a: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun cytologi-undersøgte prøver

	Aktuelle år		Tidligere år	
	Udviklingsmål	01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
	opnået	Antal	Antal	Antal
Danmark		107.293	186.424	189.094
Hovedstaden		39.471	67.178	65.994
Sjælland		10.664	21.736	22.436
Syddanmark		17.985	34.738	35.914
Midtjylland		29.670	46.353	47.287
Nordjylland		9.503	16.419	17.463
Hovedstaden		39.471	67.178	65.994
Hvidovre		39.471	67.178	65.994
Sjælland		10.664	21.736	22.436
Patologi afd. Region Sjæl		10.664	21.736	22.436
Syddanmark		17.985	34.738	35.914
Esbjerg/Aabenraa		5.284	10.033	10.938
Vejle		12.701	24.705	24.976
Midtjylland		29.670	46.353	47.287
Randers		29.670	46.353	47.287
Nordjylland		9.503	16.419	17.463
Aalborg		9.503	16.419	17.463

Blandt patologiafdelinger i Region Syddanmark er der indgået samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23.

Indikatorområde 1 har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1a er afgrænset til cytologi undersøgte prøver, udelukkende.

Indikator 1b: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun HPV-undersøgte prøver

Udviklingsmål opnået	Aktuelle år	Tidligere år	
	01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
	Antal	Antal	Antal
Danmark	144.205	94.839	126.952
Hovedstaden	55.277	34.860	44.890
Sjælland	17.446	12.067	16.682
Syddanmark	28.119	18.928	23.921
Midtjylland	30.297	19.921	29.264
Nordjylland	13.066	9.063	12.195
Hovedstaden	55.277	34.860	44.890
Hvidovre	55.277	34.860	44.890
Sjælland	17.446	12.067	16.682
Patologi afd. Region Sjæl	17.446	12.067	16.682
Syddanmark	28.119	18.928	23.921
Esbjerg/Aabenraa	9.961	8.121	9.409
Vejle	18.158	10.807	14.512
Midtjylland	30.297	19.921	29.264
Randers	30.297	19.921	29.264
Nordjylland	13.066	9.063	12.195
Aalborg	13.066	9.063	12.195

Blandt patologiafdelinger i Region Syddanmark er der indgået et samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23.

Indikatorområde 1 har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1b er afgrænset til HPV undersøgte prøver, udelukkende.

Indikator 1c: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til kun cytologi- og HPV-undersøgte prøver

	Aktuelle år		Tidligere år	
	Udviklingsmål	01.01.2025 - 31.12.2025	2024	2023
	opnået	Antal	Antal	Antal
Danmark		54.158	50.773	50.869
Hovedstaden		12.878	12.451	13.070
Sjælland		5.909	5.850	6.833
Syddanmark		13.751	13.068	10.180
Midtjylland		15.034	13.057	14.018
Nordjylland		6.586	6.347	6.768
Hovedstaden		12.878	12.451	13.070
Hvidovre		12.878	12.451	13.070
Sjælland		5.909	5.850	6.833
Patologi afd. Region Sjæl		5.909	5.850	6.833
Syddanmark		13.751	13.068	10.180
Esbjerg/Aabenraa		6.529	6.430	5.548
Vejle		7.222	6.638	4.632
Midtjylland		15.034	13.057	14.018
Randers		15.034	13.057	14.018
Nordjylland		6.586	6.347	6.768
Aalborg		6.586	6.347	6.768

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23. Denne indikator har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikatorområde 1 har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1c er afgrænset til de kvinder, der har både en cytologi og en HPV undersøgt prøve, dvs. screenet ved cytologi og triageret med HPV-test, eller screenet ved HPV med cytologi som triagering.

Indikator 1d: Antal årlige celleprøver pr. patologiafdeling afgrænset til selvopsamlede prøver

Udviklingsmål opnået	Aktuelle år		Tidligere år	
	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	Antal	Antal	Antal	Antal
Danmark	9.204	13.490	13.910	
Hovedstaden	2.841	6.510	9.037	
Sjælland	587	97		
Syddanmark	2.313	2.169	830	
Midtjylland	2.730	3.901	3.630	
Nordjylland	733	813	413	
Hovedstaden	2.841	6.510	9.037	
Hvidovre	2.841	6.510	9.037	
Sjælland	587	97		
Patologi afd. Region Sjæl	587	97		
Syddanmark	2.313	2.169	830	
Esbjerg/Aabenraa	1.020	998	363	
Vejle	1.293	1.171	467	
Midtjylland	2.730	3.901	3.630	
Randers	2.730	3.901	3.630	
Nordjylland	733	813	413	
Aalborg	733	813	413	

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X010 selvopsamlede prøver

Indikatorområde 1 har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1d er afgrænset til udelukkende de kvinder, der har foretaget en selvopsamlet prøve.

Indikator 1e: Antal årlige endocytobrush celleprøver pr. patologiafdeling

Udviklingsmål opnået	Aktuelle år		Tidligere år	
	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
	Antal	Antal	Antal	Antal
Danmark	8.958	8.758	8.380	
Hovedstaden	2.111	2.192	1.588	
Sjælland	3.528	3.008	2.695	
Syddanmark	2.752	3.047	3.568	
Midtjylland	256	156	177	
Nordjylland	311	355	352	
Hovedstaden	2.111	2.192	1.588	
Hvidovre	2.111	2.192	1.588	
Sjælland	3.528	3.008	2.695	
Patologi afd. Region Sjæl	3.528	3.008	2.695	
Syddanmark	2.752	3.047	3.568	
Esbjerg/Aabenraa	710	756	964	
Vejle	2.042	2.291	2.604	
Midtjylland	256	156	177	
Randers	256	156	177	
Nordjylland	311	355	352	
Aalborg	311	355	352	

Metode: Inkluderet SNOMED-koderne T8X320 og T8X321 endocytobrush (og MATTYPE 23)*

Indikatorområde 1 har indflydelse på den diagnostiske kvalitet for alle celleprøver, og populationen er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år) men indeholder alle aldersgrupper.

Indikator 1e er afgrænset til de kvinder, der har fået foretaget endocytobrush. Disse prøver er ekskluderet fra hovedindikator 1, men medtages her for at vise overblik over ekskluderede prøver, som ikke betragtes som screeningsprøver, men som led i opfølgning.

**Region Hovedstaden er inkluderet med MATTYPE 26 i kombination med ovenstående koder, da man overvejende har haft denne kodepraksis på patologiafdelingen i Hvidovre..*

Tabel 1f. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige cytologiscreenede kvinder i 2025

	Karcinom		HSIL		LSIL HPV positiv		LSIL HPV negativ		ASCH		ASCUS HPV positiv		ASCUS HPV negativ		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	#	0,0	155	0,4	36	0,1	197	0,5	161	0,4	302	0,8	625	1,7	6	0,0	62	0,2	34.547	93,8	734	2,0	5	0,0	36.832
Danmark	#	0,0	155	0,4	36	0,1	197	0,5	161	0,4	302	0,8	625	1,7	6	0,0	62	0,2	34.547	93,8	734	2,0	5	0,0	36.832
Hovedstaden	0	0,0	49	0,4	#	0,0	60	0,5	66	0,5	89	0,7	219	1,8	#	0,0	28	0,2	11.814	95,2	77	0,6	0	0,0	12.404
Sjælland	0	0,0	22	0,5	8	0,2	53	1,2	11	0,2	32	0,7	54	1,2	#	0,0	9	0,2	4.180	94,7	45	1,0	0	0,0	4.416
Syddanmark	#	0,0	45	0,5	14	0,2	21	0,2	45	0,5	69	0,8	79	0,9	#	0,0	16	0,2	7.953	91,9	404	4,7	3	0,0	8.652
Midtjylland	0	0,0	30	0,4	#	0,0	34	0,4	23	0,3	92	1,1	259	3,2	#	0,0	9	0,1	7.522	92,6	148	1,8	0	0,0	8.120
Nordjylland	0	0,0	9	0,3	12	0,4	29	0,9	16	0,5	20	0,6	14	0,4	0	0,0	0	0,0	3.078	95,0	60	1,9	#	0,1	3.240

Tabel 1f og 1h er afgrænset til at omhandle kun cytologi screenede og 1g og 1j kun HPV screenede. Følgende morfologi koder indgår i tabellerne angående diagnosefordeling:

"M00100" "M00120" "M00121" "M00122" "M00410" "M01111" "M02561" "M02562" "M09000" "M09010" "M09011" "M09012" "M09013" "M09014" "M09015" "M09016" "M09017" "M09018" "M09019" "M0901N" "M0901U" "M0901X" "M0901Y" "M09030" "M09070" "M09100" "M09140" "M09400" "M09401" "M09450" "M09453" "M09460" "M09462" "M09463" "M094A0" "M11600" "M11620" "M11650" "M30400" "M30610" "M33400" "M37000" "M37009" "M40000" "M41000" "M42000" "M42100" "M43000" "M47190" "M49700" "M51620" "M54000" "M54310" "M55370" "M55590" "M55X00" "M58000" "M67010" "M67014" "M67016" "M67017" "M67020" "M69000" "M69700" "M69702" "M69711" "M69712" "M69760" "M69780" "M69784" "M69790" "M69800" "M69810" "M69820" "M72600" "M73000" "M73005" "M73271" "M733A0" "M74009" "M74010" "M74030" "M740K9" "M74200" "M74A09" "M74AK9" "M74B09" "M74BK9" "M74C09" "M79370" "M80011" "M80013" "M80015" "M80103" "M80109" "M8010X" "M80702" "M80703" "M8070X" "M807A2" "M8085X" "M81316" "M81402" "M81403" "M81404" "M81406" "M81409" "M8140X" "M814A0" "M82110" "M83803" "M8384X" "M85607" "M8720X" "M9600X"

Tabel 1g. Oversigt over cytologidiagnoser for 30-59 årige hpv-screenede kvinder i 2025

	HPV negative				HPV positive														Uegnet		I alt				
	I alt		Karcinom		HSIL		LSIL		ASCH		ASCUS		AIS		AGC		Normal		Andre		I alt				
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N		
Danmark	122.738	90,8	11.701	8,7	8	0,1	596	5,1	673	5,8	569	4,9	1.329	11,4	17	0,1	93	0,8	8.336	71,2	137	1,2	733	0,5	135.229
Hovedstaden	44.279	91,5	4.057	8,4	#	0,0	195	4,8	177	4,4	262	6,5	403	9,9	7	0,2	37	0,9	2.973	73,3	16	0,4	55	0,1	48.405
Sjælland	14.375	90,9	1.360	8,6	0	0,0	76	5,6	166	12,2	32	2,4	140	10,3	3	0,2	13	1,0	930	68,4	9	0,7	74	0,5	15.818
Syddanmark	24.977	90,0	2.496	9,0	#	0,1	135	5,4	101	4,0	107	4,3	212	8,5	4	0,2	24	1,0	1.870	74,9	58	2,3	257	0,9	27.747
Midtjylland	27.729	90,6	2.569	8,4	0	0,0	141	5,5	140	5,4	108	4,2	467	18,2	#	0,1	14	0,5	1.667	64,9	43	1,7	291	1,0	30.602
Nordjylland	11.378	89,9	1.219	9,6	5	0,4	49	4,0	89	7,3	60	4,9	107	8,8	#	0,1	5	0,4	896	73,5	11	0,9	56	0,4	12.657

Tabel 1h. Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder i 2025

	Karcinom		HSIL		LSIL HPV positiv		LSIL HPV negativ		ASCH		ASCUS HPV positiv		ASCUS HPV negativ		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	Danmark	0	0,0	264	0,4	86	0,1	1.185	1,9	397	0,6	124	0,2	2.262	3,7	3	0,0	37	0,1	56.175	90,9	1.251	2,0	19	0,0
Hovedstaden	0	0,0	112	0,5	6	0,0	387	1,6	204	0,9	14	0,1	750	3,1	#	0,0	24	0,1	22.175	93,0	160	0,7	0	0,0	23.834
Sjælland	0	0,0	22	0,4	.	.	193	3,9	17	0,3	#	0,0	165	3,4	0	0,0	#	0,0	4.423	90,3	76	1,6	#	0,0	4.900
Syddanmark	0	0,0	40	0,4	47	0,4	106	1,0	71	0,6	66	0,6	257	2,3	#	0,0	10	0,1	9.712	88,8	617	5,6	11	0,1	10.938
Midtjylland	0	0,0	67	0,4	#	0,0	342	2,1	71	0,4	11	0,1	922	5,7	0	0,0	#	0,0	14.326	89,2	311	1,9	#	0,0	16.055
Nordjylland	0	0,0	23	0,4	31	0,5	157	2,6	34	0,6	32	0,5	168	2,8	0	0,0	0	0,0	5.539	91,2	87	1,4	5	0,1	6.076

Tabel 1i. Oversigt over cytologidiagnoser for 23-29 årige cytologiscreenede kvinder i 2025 fordelt på vaccinationsstatus

Status for HPV-vaccination	Karcinom		HSIL		LSIL HPV positiv		LSIL HPV negativ		ASCH		ASCUS HPV positiv		ASCUS HPV negativ		AIS		AGC		Normal		Uegnet		Andre		I alt
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N
	Danmark																								
Børnevaccination (Min 1 vaccination før 16 års alder)	0	0,0	211	0,4	70	0,1	965	1,9	321	0,6	103	0,2	1.875	3,7	#	0,0	28	0,1	46.037	90,8	1.074	2,1	16	0,0	50.702
Øvrige vaccinationer	0	0,0	7	0,6	3	0,2	28	2,3	14	1,1	5	0,4	42	3,4	#	0,1	0	0,0	1.110	90,0	23	1,9	0	0,0	1.233
Aldrig vaccineret	0	0,0	46	0,5	13	0,1	192	1,9	62	0,6	16	0,2	345	3,5	0	0,0	9	0,1	9.028	91,5	154	1,6	3	0,0	9.868

Indikatorområde 2: Deltagelse

Tabeller om deltagelse efter 1. og 2. påmindelse er i år udgået pga fejl i invitationsdata fra Patologi og Genetik databanken (PGDB).

Tabel 2a4. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen indenfor 365 dage efter invitation fordelt på aldersgrupper

	Alder	Tæller / nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.01.2024 - 31.12.2024		2023	2022
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	23-64	180.778 / 312.700	57,8	(57,6-58,0)	58,8	59,1
	23-24	18.602 / 39.141	47,5	(47,0-48,0)	49,6	52,0
	25-29	29.527 / 59.203	49,9	(49,5-50,3)	49,8	50,5
	30-34	24.743 / 45.746	54,1	(53,6-54,5)	53,7	54,1
	35-39	16.398 / 27.769	59,1	(58,5-59,6)	59,8	59,0
	40-44	15.608 / 25.264	61,8	(61,2-62,4)	62,8	63,0
	45-49	17.928 / 27.191	65,9	(65,4-66,5)	66,7	66,8
	50-54	16.788 / 26.167	64,2	(63,6-64,7)	64,4	61,8
	55-59	20.588 / 31.629	65,1	(64,6-65,6)	64,0	63,9
	60-64	20.596 / 30.590	67,3	(66,8-67,9)	64,2	64,9
Hovedstaden	23-64	60.755 / 112.380	54,1	(53,8-54,4)	55,4	56,6
	23-24	6.693 / 15.836	42,3	(41,5-43,0)	43,6	48,1
	25-29	11.697 / 25.004	46,8	(46,2-47,4)	46,9	47,5
	30-34	9.589 / 18.515	51,8	(51,1-52,5)	51,3	52,1
	35-39	5.643 / 10.052	56,1	(55,2-57,1)	57,0	57,9
	40-44	5.105 / 8.565	59,6	(58,6-60,6)	60,5	62,2
	45-49	5.579 / 8.658	64,4	(63,4-65,4)	65,3	66,0
	50-54	4.898 / 7.829	62,6	(61,5-63,6)	62,4	59,6
	55-59	5.921 / 9.418	62,9	(61,9-63,8)	62,8	63,2
	60-64	5.630 / 8.503	66,2	(65,2-67,2)	62,1	64,2
Sjælland	23-64	21.480 / 38.163	56,3	(55,8-56,8)	57,9	58,3
	23-24	1.560 / 3.475	44,9	(43,2-46,5)	45,7	48,4
	25-29	2.487 / 5.604	44,4	(43,1-45,7)	44,6	45,0
	30-34	2.573 / 5.186	49,6	(48,3-51,0)	50,6	52,2
	35-39	1.893 / 3.354	56,4	(54,8-58,1)	58,8	57,1
	40-44	1.897 / 3.207	59,2	(57,5-60,9)	62,2	61,4
	45-49	2.335 / 3.692	63,2	(61,7-64,8)	66,6	66,6
	50-54	2.538 / 4.002	63,4	(61,9-64,9)	62,0	63,7
	55-59	3.372 / 5.288	63,8	(62,5-65,1)	61,9	61,6
	60-64	2.825 / 4.355	64,9	(63,5-66,3)	63,5	64,4
Syddanmark	23-64	38.836 / 64.676	60,0	(59,7-60,4)	60,8	59,6
	23-24	3.106 / 6.461	48,1	(46,9-49,3)	50,2	50,6
	25-29	5.124 / 10.164	50,4	(49,4-51,4)	50,3	51,1
	30-34	4.725 / 8.557	55,2	(54,2-56,3)	54,2	53,9
	35-39	4.005 / 6.573	60,9	(59,8-62,1)	61,5	58,5
	40-44	3.894 / 6.185	63,0	(61,8-64,2)	64,1	63,4
	45-49	4.785 / 7.113	67,3	(66,2-68,4)	67,8	67,2

	Alder	Tæller / nævner	Aktuelle år 01.01.2024 - 31.12.2024		Tidligere år 2023 2022	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
	50-54	3.756 / 5.769	65,1	(63,9-66,3)	67,0	62,4
	55-59	4.729 / 7.014	67,4	(66,3-68,5)	66,3	64,1
	60-64	4.712 / 6.840	68,9	(67,8-70,0)	67,7	66,1
Midtjylland	23-64	43.045 / 69.678	61,8	(61,4-62,1)	62,0	62,3
	23-24	5.394 / 9.949	54,2	(53,2-55,2)	56,4	57,1
	25-29	7.547 / 13.489	55,9	(55,1-56,8)	54,7	55,5
	30-34	5.681 / 9.751	58,3	(57,3-59,2)	57,4	57,7
	35-39	3.540 / 5.576	63,5	(62,2-64,8)	63,8	62,4
	40-44	3.404 / 5.202	65,4	(64,1-66,7)	65,5	65,4
	45-49	3.769 / 5.477	68,8	(67,6-70,0)	68,4	68,9
	50-54	4.097 / 6.167	66,4	(65,3-67,6)	67,3	63,6
	55-59	4.581 / 6.789	67,5	(66,4-68,6)	65,6	66,8
	60-64	5.032 / 7.278	69,1	(68,1-70,2)	63,8	65,2
Nordjylland	23-64	16.662 / 27.803	59,9	(59,4-60,5)	61,2	60,2
	23-24	1.849 / 3.420	54,1	(52,4-55,7)	60,2	59,8
	25-29	2.672 / 4.942	54,1	(52,7-55,5)	55,8	56,3
	30-34	2.175 / 3.737	58,2	(56,6-59,8)	58,4	56,8
	35-39	1.317 / 2.214	59,5	(57,4-61,5)	59,7	58,6
	40-44	1.308 / 2.105	62,1	(60,1-64,2)	62,7	61,5
	45-49	1.460 / 2.251	64,9	(62,9-66,8)	65,7	64,0
	50-54	1.499 / 2.400	62,5	(60,5-64,4)	63,0	60,2
	55-59	1.985 / 3.120	63,6	(61,9-65,3)	62,1	62,5
	60-64	2.397 / 3.614	66,3	(64,8-67,9)	65,0	64,0

Indikatorområde 3: Dækningsgrad

Tabel 3a1. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år på kommuneniveau

		2020-2025		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
Danmark	I alt	1.054.812 / 1.388.914	75,9	(75,9-76,0)
Hovedstaden	I alt	373.346 / 481.847	77,5	(77,4-77,6)
	Albertslund	4.518 / 6.603	68,4	(67,3-69,5)
	Allerød	4.939 / 6.196	79,7	(78,7-80,7)
	Ballerup	9.201 / 12.822	71,8	(71,0-72,5)
	Bornholm	6.025 / 8.278	72,8	(71,8-73,7)
	Brøndby	6.217 / 9.559	65,0	(64,1-66,0)
	Dragør	2.481 / 3.183	77,9	(76,5-79,4)
	Egedal	8.582 / 11.210	76,6	(75,8-77,3)
	Fredensborg	7.431 / 9.870	75,3	(74,4-76,1)

		2020-2025		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
	Frederiksberg	22.583 / 27.362	82,5	(82,1-83,0)
	Frederikssund	7.900 / 10.936	72,2	(71,4-73,1)
	Furesø	7.558 / 9.930	76,1	(75,3-77,0)
	Gentofte	14.235 / 18.087	78,7	(78,1-79,3)
	Gladsaxe	12.814 / 17.046	75,2	(74,5-75,8)
	Glostrup	4.300 / 6.111	70,4	(69,2-71,5)
	Gribskov	6.638 / 9.378	70,8	(69,9-71,7)
	Halsnæs	4.843 / 7.050	68,7	(67,6-69,8)
	Helsingør	11.097 / 14.649	75,8	(75,1-76,4)
	Herlev	5.402 / 7.596	71,1	(70,1-72,1)
	Hillerød	10.089 / 13.162	76,7	(75,9-77,4)
	Hvidovre	9.531 / 12.767	74,7	(73,9-75,4)
	Høje-Taastrup	9.609 / 14.383	66,8	(66,0-67,6)
	Hørsholm	4.277 / 5.693	75,1	(74,0-76,3)
	Ishøj	3.629 / 5.770	62,9	(61,6-64,1)
	København	149.910 / 181.973	82,4	(82,2-82,6)
	Lyngby-Taarbæk	10.594 / 13.426	78,9	(78,2-79,6)
	Rudersdal	10.106 / 12.961	78,0	(77,3-78,7)
	Rødovre	7.912 / 11.085	71,4	(70,5-72,2)
	Tårnby	7.967 / 10.527	75,7	(74,9-76,5)
	Vallensbæk	2.958 / 4.207	70,3	(68,9-71,7)
Sjælland	I alt	137.279 / 194.429	70,6	(70,4-70,8)
	Faxe	5.734 / 8.613	66,6	(65,6-67,6)
	Greve	8.963 / 12.671	70,7	(69,9-71,5)
	Guldborgsund	8.723 / 12.929	67,5	(66,7-68,3)
	Holbæk	12.299 / 17.293	71,1	(70,4-71,8)
	Kalundborg	7.178 / 10.591	67,8	(66,9-68,7)
	Køge	11.096 / 15.007	73,9	(73,2-74,6)
	Lejre	4.882 / 6.887	70,9	(69,8-72,0)
	Lolland	5.245 / 8.002	65,5	(64,5-66,6)
	Næstved	13.809 / 19.219	71,9	(71,2-72,5)
	Odsherred	4.399 / 6.645	66,2	(65,1-67,3)
	Ringsted	6.131 / 8.562	71,6	(70,7-72,6)
	Roskilde	16.396 / 21.542	76,1	(75,5-76,7)
	Slagelse	12.844 / 18.480	69,5	(68,8-70,2)
	Solrød	4.444 / 5.804	76,6	(75,5-77,7)
	Sorø	5.021 / 7.116	70,6	(69,5-71,6)
	Stevns	3.559 / 5.360	66,4	(65,1-67,7)
	Vordingborg	6.556 / 9.708	67,5	(66,6-68,5)
Syddanmark	I alt	204.958 / 277.691	73,8	(73,6-74,0)
	Aabenraa	8.950 / 12.619	70,9	(70,1-71,7)
	Assens	6.838 / 9.059	75,5	(74,6-76,4)
	Billund	4.453 / 6.010	74,1	(73,0-75,2)
	Esbjerg	19.657 / 25.199	78,0	(77,5-78,5)
	Faaborg-Midtfyn	8.598 / 11.789	72,9	(72,1-73,7)

		2020-2025		
		Tæller / nævner	Andel	95% CI
	Fanø	474 / 670	70,7	(67,3-74,2)
	Fredericia	8.373 / 11.895	70,4	(69,6-71,2)
	Haderslev	8.820 / 11.988	73,6	(72,8-74,4)
	Kerteminde	4.012 / 5.477	73,3	(72,1-74,4)
	Kolding	15.724 / 22.185	70,9	(70,3-71,5)
	Langeland	1.585 / 2.337	67,8	(65,9-69,7)
	Middelfart	6.643 / 9.273	71,6	(70,7-72,6)
	Nordfyns	4.693 / 6.577	71,4	(70,3-72,4)
	Nyborg	5.370 / 7.336	73,2	(72,2-74,2)
	Odense	38.051 / 48.295	78,8	(78,4-79,2)
	Svendborg	9.944 / 13.271	74,9	(74,2-75,7)
	Sønderborg	11.720 / 16.133	72,6	(72,0-73,3)
	Tønder	5.249 / 7.604	69,0	(68,0-70,1)
	Varde	7.849 / 10.744	73,1	(72,2-73,9)
	Vejen	6.807 / 9.265	73,5	(72,6-74,4)
	Vejle	20.411 / 28.796	70,9	(70,4-71,4)
	Ærø	737 / 1.169	63,0	(60,3-65,8)
Midtjylland	I alt	241.307 / 311.171	77,5	(77,4-77,7)
	Aarhus	70.029 / 85.800	81,6	(81,4-81,9)
	Favrskov	9.205 / 11.548	79,7	(79,0-80,4)
	Hedensted	7.844 / 11.153	70,3	(69,5-71,2)
	Herning	15.636 / 19.926	78,5	(77,9-79,0)
	Holstebro	10.084 / 12.873	78,3	(77,6-79,0)
	Horsens	17.142 / 22.613	75,8	(75,2-76,4)
	Ikast-Brande	7.071 / 9.514	74,3	(73,4-75,2)
	Lemvig	2.776 / 3.848	72,1	(70,7-73,6)
	Norrdjurs	5.483 / 7.811	70,2	(69,2-71,2)
	Odder	4.079 / 5.444	74,9	(73,8-76,1)
	Randers	17.317 / 23.150	74,8	(74,2-75,4)
	Ringkøbing-Skjern	8.534 / 11.728	72,8	(72,0-73,6)
	Samsø	505 / 738	68,4	(65,1-71,8)
	Silkeborg	18.898 / 24.070	78,5	(78,0-79,0)
	Skanderborg	12.481 / 15.530	80,4	(79,7-81,0)
	Skive	6.932 / 9.371	74,0	(73,1-74,9)
	Struer	3.196 / 4.105	77,9	(76,6-79,1)
	Syddjurs	7.429 / 9.935	74,8	(73,9-75,6)
	Viborg	16.666 / 22.014	75,7	(75,1-76,3)
Nordjylland	I alt	97.903 / 129.768	75,4	(75,2-75,7)
	Aalborg	39.060 / 49.962	78,2	(77,8-78,5)
	Brønderslev	6.130 / 8.208	74,7	(73,7-75,6)
	Frederikshavn	8.845 / 12.113	73,0	(72,2-73,8)
	Hjørring	10.349 / 13.856	74,7	(74,0-75,4)
	Jammerbugt	6.013 / 8.371	71,8	(70,9-72,8)
	Læsø	221 / 323	68,4	(63,4-73,5)
	Mariagerfjord	6.754 / 9.219	73,3	(72,4-74,2)

	2020-2025		
	Tæller / nævner	Andel	95% CI
Morsø	2.901 / 3.938	73,7	(72,3-75,0)
Rebild	5.520 / 7.129	77,4	(76,5-78,4)
Thisted	6.600 / 8.910	74,1	(73,2-75,0)
Vesthimmerlands	5.510 / 7.739	71,2	(70,2-72,2)

Tabel 3a2. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år

	Aldersgruppe	Tæller / nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2020-2025*	2019-2024**	2018-2023***	
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	27-64	1.054.812 / 1.388.914	75,9	(75,9-76,0)	72,4	74,5
	27-29	82.447 / 120.180	68,6	(68,3-68,9)	69,1	70,8
	30-34	148.610 / 204.731	72,6	(72,4-72,8)	71,9	73,0
	35-39	143.397 / 184.831	77,6	(77,4-77,8)	71,4	74,8
	40-44	129.160 / 164.758	78,4	(78,2-78,6)	71,9	75,9
	45-49	137.452 / 174.024	79,0	(78,8-79,2)	72,9	77,4
	50-54	141.361 / 185.482	76,2	(76,0-76,4)	68,1	69,2
	55-59	140.503 / 181.928	77,2	(77,0-77,4)	77,1	77,7
	60-64	131.882 / 172.980	76,2	(76,0-76,4)	76,3	76,6
Hovedstaden	27-64	373.346 / 481.847	77,5	(77,4-77,6)	73,1	76,2
	27-29	33.420 / 49.788	67,1	(66,7-67,5)	68,3	70,5
	30-34	58.630 / 79.420	73,8	(73,5-74,1)	72,7	75,1
	35-39	55.113 / 68.118	80,9	(80,6-81,2)	72,3	77,2
	40-44	46.555 / 57.628	80,8	(80,5-81,1)	71,8	77,5
	45-49	47.668 / 58.577	81,4	(81,1-81,7)	73,1	78,8
	50-54	47.068 / 60.254	78,1	(77,8-78,4)	69,7	71,3
	55-59	44.544 / 56.505	78,8	(78,5-79,2)	79,2	80,2
	60-64	40.348 / 51.557	78,3	(77,9-78,6)	78,1	78,8
Sjælland	27-64	137.279 / 194.429	70,6	(70,4-70,8)	67,5	69,4
	27-29	6.768 / 11.801	57,4	(56,5-58,2)	58,6	60,2
	30-34	15.315 / 24.293	63,0	(62,4-63,6)	63,4	63,8
	35-39	16.844 / 24.167	69,7	(69,1-70,3)	65,4	68,7
	40-44	16.828 / 22.683	74,2	(73,6-74,8)	68,4	72,2
	45-49	18.973 / 25.110	75,6	(75,0-76,1)	70,0	74,9
	50-54	20.986 / 28.521	73,6	(73,1-74,1)	65,1	66,5
	55-59	21.493 / 29.246	73,5	(73,0-74,0)	73,3	73,6
	60-64	20.072 / 28.608	70,2	(69,6-70,7)	69,9	70,0

	Aldersgruppe	Tæller / nævner	Aktuel periode		Tidligere perioder	
			2020-2025*	95% CI	2019-2024**	2018-2023***
			Andel		Andel	Andel
Syddanmark	27-64	204.958 / 277.691	73,8	(73,6-74,0)	71,8	72,5
	27-29	13.824 / 20.510	67,4	(66,8-68,0)	67,5	68,7
	30-34	26.490 / 37.208	71,2	(70,7-71,7)	70,4	70,4
	35-39	26.159 / 35.349	74,0	(73,5-74,5)	71,4	72,8
	40-44	24.421 / 32.576	75,0	(74,5-75,4)	72,7	74,4
	45-49	26.891 / 35.339	76,1	(75,6-76,5)	74,4	76,6
	50-54	28.837 / 38.542	74,8	(74,4-75,3)	67,5	67,8
	55-59	29.649 / 39.197	75,6	(75,2-76,1)	75,3	75,0
	60-64	28.687 / 38.970	73,6	(73,2-74,1)	73,2	73,1
Midtjylland	27-64	241.307 / 311.171	77,5	(77,4-77,7)	73,7	75,4
	27-29	20.626 / 27.645	74,6	(74,1-75,1)	74,3	75,9
	30-34	34.607 / 45.654	75,8	(75,4-76,2)	74,8	75,5
	35-39	32.443 / 40.793	79,5	(79,1-79,9)	73,4	76,6
	40-44	29.712 / 36.910	80,5	(80,1-80,9)	73,6	77,6
	45-49	31.259 / 38.752	80,7	(80,3-81,1)	73,9	78,3
	50-54	31.803 / 41.524	76,6	(76,2-77,0)	68,4	69,1
	55-59	31.383 / 40.583	77,3	(76,9-77,7)	76,5	76,6
	60-64	29.474 / 39.310	75,0	(74,6-75,4)	74,6	73,9
Nordjylland	27-64	97.903 / 129.768	75,4	(75,2-75,7)	72,0	73,6
	27-29	7.808 / 10.437	74,8	(74,0-75,6)	74,2	75,2
	30-34	13.568 / 18.156	74,7	(74,1-75,4)	75,1	75,7
	35-39	12.832 / 16.406	78,2	(77,6-78,8)	71,3	74,3
	40-44	11.641 / 14.969	77,8	(77,1-78,4)	71,0	74,5
	45-49	12.659 / 16.300	77,7	(77,0-78,3)	70,8	75,2
	50-54	12.666 / 17.111	74,0	(73,4-74,7)	66,3	67,2
	55-59	13.431 / 18.009	74,6	(73,9-75,2)	74,1	74,5
	60-64	13.298 / 18.380	72,4	(71,7-73,0)	73,1	72,6

*Aktuel periode: Juli 2022 til dec. 2025 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2020 til december 2025 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden) samt kvinder med alder 33-52 år med ulige fødselsdato.

**Tidligere periode: Juli 2021 til dec. 2024 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2019 til december 2024 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

***Tidligere periode: Juli 2020 til dec. 2023 (for kvinder med alder 27-52 år i slutningen af perioden) og juli 2018 til december 2023 (for kvinder med alder 53-64 år i slutningen af perioden)

****Estimatet for den yngste aldersgruppe inkluderer kvinder, som er mindst 27 år i slutningen af tidsperioden og deres screeningsdeltagelse i tidsintervallet. Man inviteres først til screening, når man fylder 23 år, og der kigges på screening i et 3,5 års interval bagud i tid fra 27-års alderen.

Indikator 3a3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år, hvor hysterektomier ikke er ekskluderet

	Udviklingsmål		Uoplyst antal (%)	Aktuel periode 2020-2025*		Tidligere perioder	
	≥ 85 % opfyldt	Tæller/ nævner		Andel	95% CI	2019-2024** Andel	2018-2023*** Andel
	Danmark	Nej		1.054.812 / 1.457.099	0 (0)	72,4 (72,3-72,5)	69,0
Hovedstaden	Nej	373.346 / 498.192	0 (0)	74,9 (74,8-75,1)	70,6	73,6	
Sjælland	Nej	137.279 / 204.760	0 (0)	67,0 (66,8-67,2)	64,1	65,9	
Syddanmark	Nej	204.958 / 292.314	0 (0)	70,1 (69,9-70,3)	68,2	68,9	
Midtjylland	Nej	241.307 / 325.446	0 (0)	74,1 (74,0-74,3)	70,4	72,0	
Nordjylland	Nej	97.903 / 136.387	0 (0)	71,8 (71,5-72,0)	68,4	69,9	

*Kvinder som tidligere har gennemgået hysterektomi indgår i denne tabel. Tabellen er et supplement som udelukkende har det formål at dækningsgraden af screeningsprogrammet kan sammenlignes med internationale tal, hvor personer med tidligere hysterektomi som regel ikke er ekskluderet.

Table 3b. Number of women who were referred to the screening program as of December 2025, by age and reason for referral

Age	Reason	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
23-29	I alt	1.192	100,0	346	100,0	744	100,0	586	100,0	341	100,0	3.209	100,0
	Andet	24	2,0	15	4,3	10	1,3	4	0,7	9	2,6	62	1,9
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	75	6,3	56	16,2	137	18,4	109	18,6	67	19,6	444	13,8
	Jeg er gravid	4	0,3	.	.	#	0,3	3	0,5	#	0,6	11	0,3
	Jeg springer over denne gang	35	2,9	14	4,0	32	4,3	24	4,1	19	5,6	124	3,9
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	4	0,3	#	0,3	#	0,3	3	0,5	.	.	10	0,3
	Udrejst	#	0,2	#	0,3	#	0,1	4	0,1
	Ukendt adressat	144	12,1	11	3,2	#	0,3	10	1,7	#	0,6	169	5,3
	Ønsker ikke at deltage	904	75,8	247	71,4	556	74,7	432	73,7	238	69,8	2.377	74,1
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	.	.	#	0,3	#	0,3	#	0,2	4	1,2	8	0,2
30-49	I alt	7.759	100,0	6.515	100,0	9.927	100,0	8.470	100,0	3.882	100,0	36.553	100,0
	Andet	172	2,2	133	2,0	167	1,7	206	2,4	96	2,5	774	2,1
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	6.376	82,2	5.874	90,2	8.713	87,8	7.414	87,5	3.293	84,8	31.670	86,6
	Jeg er gravid	22	0,3	#	0,0	#	0,0	6	0,1	.	.	31	0,1
	Jeg springer over denne gang	32	0,4	12	0,2	28	0,3	23	0,3	11	0,3	106	0,3
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	5	0,1	#	0,0	.	.	#	0,0	#	0,1	10	0,0
	Udrejst	3	0,0	.	.	#	0,0	.	.	#	0,0	5	0,0
	Ukendt adressat	50	0,6	18	0,3	3	0,0	14	0,2	8	0,2	93	0,3
	Ønsker ikke at deltage	1.098	14,2	472	7,2	1.012	10,2	801	9,5	470	12,1	3.853	10,5
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	#	0,0	3	0,0	#	0,0	4	0,0	#	0,0	11	0,0

Alder	Årsag	Region											
		Hovedstaden		Sjælland		Syddanmark		Midtjylland		Nordjylland		Danmark	
		N	%	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
50-64	I alt	8.517	100,0	15.212	100,0	12.938	100,0	7.507	100,0	3.959	100,0	48.133	100,0
	Andet	164	1,9	111	0,7	132	1,0	139	1,9	67	1,7	613	1,3
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	6.369	74,8	13.775	90,6	10.475	81,0	5.516	73,5	2.668	67,4	38.803	80,6
	Jeg springer over denne gang	87	1,0	71	0,5	55	0,4	65	0,9	34	0,9	312	0,6
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	3	0,0	3	0,0	5	0,0	6	0,1	.	.	17	0,0
	Ukendt adressat	20	0,2	11	0,1	.	.	6	0,1	3	0,1	40	0,1
	Ønsker ikke at deltage	1.869	21,9	1.231	8,1	2.268	17,5	1.764	23,5	1.178	29,8	8.310	17,3
	Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	5	0,1	10	0,1	3	0,0	11	0,1	9	0,2	38	0,1
I alt	I alt	17.468	100,0	22.073	100,0	23.609	100,0	16.563	100,0	8.182	100,0	87.895	100,0
	Andet	360	2,1	259	1,2	309	1,3	349	2,1	172	2,1	1.449	1,6
	Hysterektomeret (livmoder fjernet)	12.820	73,4	19.705	89,3	19.325	81,9	13.039	78,7	6.028	73,7	70.917	80,7
	Jeg er gravid	26	0,1	#	0,0	3	0,0	9	0,1	#	0,0	42	0,0
	Jeg springer over denne gang	154	0,9	97	0,4	115	0,5	112	0,7	64	0,8	542	0,6
	Jeg vil udsætte invitationen 1 år	12	0,1	5	0,0	7	0,0	11	0,1	#	0,0	37	0,0
	Udrejst	5	0,0	#	0,0	#	0,0	.	.	#	0,0	9	0,0
	Ukendt adressat	214	1,2	40	0,2	5	0,0	30	0,2	13	0,2	302	0,3
	Ønsker ikke at deltage	3.871	22,2	1.950	8,8	3.836	16,2	2.997	18,1	1.886	23,1	14.540	16,5
Ønsker ikke at deltage (framelding for altid)	6	0,0	14	0,1	7	0,0	16	0,1	14	0,2	57	0,1	

Indikatorområde 4: Svartid

Tabel 4b1. Oversigt over svartider for biopsier fordelt på alder

	Aldersgruppe	2025			2024			2023					
		Antal	P25	Median	P75	Antal	P25	Median	P75	Antal	P25	Median	P75
Danmark	Under 30 år	5.911	5	8	17	6.913	5	8	15	7.459	5	8	18
	30-39 år	6.747	5	7	14	7.939	5	7	14	8.506	5	8	15
	40-49 år	4.713	5	7	14	5.990	5	7	14	6.443	5	8	15
	50-59 år	3.385	5	8	15	3.862	5	7	14	3.676	5	7	14
	60 år eller ældre	3.327	5	8	16	3.504	5	8	15	3.207	5	8	16
Hovedstaden	Under 30 år	2.490	4	6	7	2.783	4	5	7	3.032	5	6	7
	30-39 år	2.891	5	6	7	3.284	4	5	7	3.482	5	6	8
	40-49 år	1.749	5	6	7	2.164	4	6	7	2.318	5	6	7
	50-59 år	1.227	5	6	7	1.404	4	6	7	1.360	5	6	7
	60 år eller ældre	978	5	6	7	1.007	4	6	7	948	5	6	7
Sjælland	Under 30 år	491	8	11	14	576	7	8	11	680	8	11	13
	30-39 år	820	8	11	13	865	6	8	11	951	8	10	13
	40-49 år	679	8	10	13	836	6.5	8	11	961	8	10	13
	50-59 år	481	7	10	13	496	6	8	11	541	7	10	13
	60 år eller ældre	502	7	10	13	491	6	8	11	526	6	9	12
Syddanmark	Under 30 år	910	6	9	14	919	5	7	11	1.092	4	6	8
	30-39 år	1.080	5	8	14	1.135	5	7	10	1.323	4	6	8
	40-49 år	965	5	7	12	1.002	4	7	11	1.149	3	6	8
	50-59 år	662	5	7	14	699	4	6	11	687	3	5	8
	60 år eller ældre	641	4	7	13	632	4	6	11	581	3	5	8
Midtjylland	Under 30 år	1.590	14	24	34	1.998	12	20	40	1.986	16	29	40
	30-39 år	1.587	13	24	34	2.156	11	19	41	2.187	16	30	42
	40-49 år	1.044	13	24	34	1.598	11	22	44	1.619	17	31	42
	50-59 år	835	11	24	35	1.053	10	20	42	881	13	30	42
	60 år eller ældre	1.025	11	23	34	1.178	9	21	43	935	14	30	43
Nordjylland	Under 30 år	430	5	15	24	637	7	18	23	669	6	18	25
	30-39 år	369	4	7	21	499	4	15	22	563	5	14	23
	40-49 år	276	4	7	20.5	390	5	15	22	396	4	13	22
	50-59 år	180	5	7	20	210	4	8	20	207	5	14	22
	60 år eller ældre	181	4	6	17	196	4	6	21	217	4	10	21

Indikatorområde 5: HPV-test

Tabel 5a ekstra. Genotyper af positive HPV prøver blandt inviterede kvinder i alderen 60-64 år for 2025

	HPV 16	HPV 18	HPV other
Danmark	201	50	771
Hovedstaden	62	18	205
Sjælland	43	10	107
Syddanmark	30	10	163
Midtjylland	48	10	226
Nordjylland	18	#	70
Hovedstaden	62	18	205
Hvidovre	62	18	205
Sjælland	43	10	107
Patologi afd. Region Sjælland	43	10	107
Syddanmark	30	10	163
Esbjerg/Aabenraa	20	6	75
Vejle	10	4	88
Midtjylland	48	10	226
Randers	48	10	226
Nordjylland	18	#	70
Aalborg	18	#	70

Summen af positive HPV-prøver kan være højere i denne tabel end i Tabel 5a, idet én celleprøve kan indeholde flere HPV typer.

*Blandt patologiafdelinger i Syddanmark er der indgået samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

Tabel 5a1 ekstra. Genotyper af positive HPV prøver blandt 30-59-årige HPV-screenede for 2025

	HPV 16	HPV 18	HPV other
Danmark	1.135	409	7.233
Hovedstaden	371	129	2.573
Sjælland	176	74	848
Syddanmark	236	82	1.424
Midtjylland	225	80	1.760
Nordjylland	127	44	628
Hovedstaden	371	129	2.573
Hvidovre	371	129	2.573
Sjælland	176	74	848
Køge	75	25	397
Næstved	101	49	451
Syddanmark	236	82	1.424
Esbjerg/Aabenraa	107	30	591
Vejle	129	52	833
Midtjylland	225	80	1.760
Randers	225	80	1.760
Nordjylland	127	44	628
Aalborg	127	44	628

Summen af positive HPV-prøver kan være højere i denne tabel end i Tabel 5a, idet én celleprøve kan indeholde flere HPV typer. Opgørelsen tager udgangspunkt i de screeningsinviterede kvinder ligesom indikator 5a.

Blandt patologiafdelinger i Syddanmark er der indgået samarbejde mellem Esbjerg og Aabenraa pr. 2016. Alle prøver registreres, præpareres og indscannes i Esbjerg, mens mikroskopi og besvarelse af prøverne fortsat foregår i begge afdelinger med en nogenlunde ligelig fordeling af antallet af mikroskoperede prøver mellem hver afdeling.

Tabel 5a2 aldersopdelt. Andelen af positive HPV prøver blandt inviterede 30-59-årige fordelt i 10-års intervaller

	Alder	Tæller/ nævner	Aktuelle år 01.01.2025 - 31.12.2025		Tidligere år	
			Andel	95% CI	2024 Andel	2023 Andel
Danmark	30-39	4.233 / 39.521	10,7	(10,4-11,0)	13,0	11,7
	40-49	2.017 / 26.069	7,7	(7,4-8,1)	9,5	8,4
	50-59	2.147 / 33.696	6,4	(6,1-6,6)	7,0	6,6
Hovedstaden	30-39	1.692 / 15.240	11,1	(10,6-11,6)	13,6	12,0
	40-49	639 / 8.996	7,1	(6,6-7,6)	8,8	7,7
	50-59	624 / 10.588	5,9	(5,4-6,3)	6,9	6,4
Sjælland	30-39	440 / 4.236	10,4	(9,5-11,3)	11,5	10,9
	40-49	257 / 3.235	7,9	(7,0-8,9)	9,4	9,1
	50-59	348 / 5.290	6,6	(5,9-7,2)	6,6	6,6
Syddanmark	30-39	773 / 7.660	10,1	(9,4-10,8)	11,5	10,6
	40-49	460 / 5.596	8,2	(7,5-8,9)	9,3	8,3
	50-59	444 / 7.178	6,2	(5,6-6,7)	7,0	6,4
Midtjylland	30-39	974 / 8.815	11,0	(10,4-11,7)	14,2	13,0
	40-49	467 / 5.835	8,0	(7,3-8,7)	11,1	9,5
	50-59	528 / 7.515	7,0	(6,4-7,6)	7,8	7,5
Nordjylland	30-39	354 / 3.570	9,9	(8,9-10,9)	12,3	10,3
	40-49	194 / 2.407	8,1	(7,0-9,1)	9,1	7,5
	50-59	203 / 3.125	6,5	(5,6-7,4)	6,3	5,7

				Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	Seegene Starlet HPV DNA 11.4.2023-frem	der til). Her foretages der en fuldscreening. Mikroskopi og HPV test fo- regår fortsat på begge afde- linger
Sjælland	Næstved:		Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test	Roche Cobas HPV DNA test
-Roskilde/Næstved	SurePath med Focal Point og Slide- Wizard guided screening ved mikro- skopi af cytologien					1.2.21 erstattes Roche Co- bas 4800 med Roche Cobas 6800
Hovedstaden	SurePath med Focal Point og Slide- Wizard guided screening ved mikro- skopi af cytologien	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	BD Onclarity HPV DNA test	
-Hvidovre						

Der anvendes aktuelt 3 forskellige HPV-tests i Danmark: Roche Cobas 4800/6800, BD Onclarity og Seegene Starle

t

Indikatorområde 6: Opfølgning

Indikator 6a1: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 450 dage

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.11.2023 - 31.10.2024		2022/23	2021/22
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		47 / 4.789	1,0	(0,7-1,3)	0,8	0,8
Hovedstaden		21 / 2.035	1,0	(0,6-1,6)	0,8	0,8
Sjælland		5 / 450	1,1	(0,4-2,6)	1,5	1,0
Syddanmark		6 / 543	1,1	(0,4-2,4)	0,9	0,4
Midtjylland		13 / 1.508	0,9	(0,5-1,5)	0,4	0,8
Nordjylland		2 / 253	0,8	(0,1-2,8)	1,0	1,2

Indikator 6a2: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor tidsgrænserne

	Udviklingsmål ≤ 2% opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.11.2023 - 31.10.2024		2022/23	2021/22
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Nej	203 / 4.789	4,2	(3,7-4,8)	3,1	3,4
Hovedstaden	Nej	104 / 2.035	5,1	(4,2-6,2)	3,4	3,6
Sjælland	Nej	23 / 450	5,1	(3,3-7,6)	4,7	3,4
Syddanmark	Nej	22 / 543	4,1	(2,6-6,1)	3,2	3,2
Midtjylland	Nej	45 / 1.508	3,0	(2,2-4,0)	2,1	3,3
Nordjylland	Nej	9 / 253	3,6	(1,6-6,6)	3,6	2,2

Indikator 6a3: Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor 450 dage

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.11.2023 - 31.10.2024		2022/23	2021/22
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		779 / 20.941	3,7	(3,5-4,0)	3,3	3,2
Hovedstaden		195 / 6.427	3,0	(2,6-3,5)	2,4	2,4
Sjælland		153 / 2.752	5,6	(4,7-6,5)	5,0	5,0
Syddanmark		93 / 2.410	3,9	(3,1-4,7)	3,2	3,3
Midtjylland		254 / 7.568	3,4	(3,0-3,8)	3,1	2,9
Nordjylland		84 / 1.784	4,7	(3,8-5,8)	4,7	4,0

Indikator 6a4: Andelen af celleprøver med abnorme eller uegnede celleforandringer, som ikke er fulgt op indenfor tidsgrænserne

	Udviklingsmål opnået	Tæller/ nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
			01.11.2023 - 31.10.2024		2022/23	2021/22
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark		2.256 / 20.941	10,8	(10,4-11,2)	10,5	9,8
Hovedstaden		612 / 6.427	9,5	(8,8-10,3)	8,7	8,4
Sjælland		358 / 2.752	13,0	(11,8-14,3)	13,4	12,7
Syddanmark		269 / 2.410	11,2	(9,9-12,5)	11,2	10,5
Midtjylland		780 / 7.568	10,3	(9,6-11,0)	9,7	9,0
Nordjylland		237 / 1.784	13,3	(11,7-14,9)	13,9	12,4

*-Abnorme prøver opgjort ved: Æ-koder for at kontrol eller undersøgelse tilrådes

-Uegnede celleprøver opgjort ved: M09000, M09003, M09010- M09019, M0901H, M0901X, M0901Y, M09070, M09100, M09140, M09145, M09150, M30610, M37000, M54310.

**De i retningslinjen fastsatte tidsgrænser for opfølgning afhænger af Æ-koden og ligger mellem 3 måneder og 1 år. Uegnede prøver har enten 3 måneder eller 6 måneders opfølgning.

Tabel 6b1. Andelen af kolposkopier, hvor diagnosen er CIN2+, fordelt på aldersgrupper

		Aktuelle år			Tidligere år	
		Tæller/ Nævner	01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
			Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	<40 år	2.993 / 12.658	23,6	(22,9-24,4)	23,1	22,5
	40-60 år	1.162 / 8.465	13,7	(13,0-14,5)	14,6	14,2
	> 60 år	229 / 2.960	7,7	(6,8-8,7)	8,0	7,2
Hovedstaden	<40 år	1.205 / 5.471	22,0	(20,9-23,1)	20,6	20,6
	40-60 år	318 / 3.199	9,9	(8,9-11,0)	11,1	12,4
	> 60 år	54 / 884	6,1	(4,5-7,7)	6,3	6,3
Sjælland	<40 år	198 / 1.221	16,2	(14,1-18,3)	19,6	19,8
	40-60 år	110 / 1.111	9,9	(8,1-11,7)	11,3	10,2
	> 60 år	32 / 422	7,6	(5,1-10,1)	7,3	7,4
Syddanmark	<40 år	554 / 2.011	27,5	(25,6-29,5)	29,1	24,2
	40-60 år	335 / 1.714	19,5	(17,7-21,4)	20,1	15,8
	> 60 år	49 / 569	8,6	(6,3-10,9)	10,0	8,3
Midtjylland	<40 år	817 / 3.156	25,9	(24,4-27,4)	23,7	23,3
	40-60 år	298 / 1.961	15,2	(13,6-16,8)	16,2	15,5
	> 60 år	76 / 927	8,2	(6,4-10,0)	8,6	6,8
Nordjylland	<40 år	219 / 799	27,4	(24,3-30,5)	27,3	30,3
	40-60 år	101 / 480	21,0	(17,4-24,7)	19,5	24,5
	> 60 år	18 / 158	11,4	(6,4-16,3)	8,5	9,0

Indikatorområde 7. Tilfælde af livmoderhalskræft

Opgørelser af stadie er i år udgået, da der er kodet forskelligt henover landet. Nogle afdelinger har brugt T-koderne til at registrere FIGO-stadie med. Det betyder, at en del TNM-stadie registreringer ikke dækker over det reelle TNM-stadie, men er en kombination af FIGO og TNM, som ikke er meningsfuldt at publicere. Der er igangværende arbejde med at rette op på registrering i regi af gynækologisk cancer database.

Tabel 7e: Aldersstandardiseret* incidensrate pr. 100.000 kvinder i perioden 2022 - 2024 fordelt på aldersgrupper

	Aldersgruppe					
	20-29 år	30-39 år	40-49 år	50-59 år	60-69 år	70 år eller ældre
Danmark	2,0	25,1	21,9	14,7	13,8	10,0
Hovedstaden	1,8	19,6	15,2	13,7	10,2	9,8
Sjælland	4,7	29,7	26,4	18,8	15,5	14,9
Syddanmark	1,6	28,7	30,6	18,6	15,8	8,3
Midtjylland	1,5	28,5	22,2	10,8	13,5	10,5
Nordjylland	1,9	26,6	20,0	11,9	16,8	5,7

Indikatorområde 8. Keglesnit

Tabel 8a. Antal konus i alt

	2025		2024		2023		2022		2021	
	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%
Hovedstaden	208	5,2	409	8,3	447	8,2	418	8,0	417	8,5
Sjælland	181	4,5	263	5,3	330	6,0	243	4,7	240	4,9
Syddanmark	489	12,1	448	9,1	477	8,7	472	9,1	524	10,7
Midtjylland	407	10,1	597	12,1	718	13,1	735	14,1	536	11,0
Nordjylland	346	8,6	509	10,3	541	9,9	511	9,8	573	11,7
Private aktører	2.407	59,6	2.714	54,9	2.970	54,2	2.822	54,3	2.601	53,2
I alt	4.038	100,0	4.940	100,0	5.483	100,0	5.201	100,0	4.891	100,0

Metode. Følgende T-koder indgår: T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Revision af samme materiale er ekskluderet (p30750).

Tabel 8a1. Andelen af keglesnit, hvor diagnosen er CIN2+, fordelt på aldersgrupper

			Tæller/ Nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
				Andel	95% CI	Andel	Andel
Danmark	Offentlige aktører	<40 år	543 / 679	80,0	(77,0-83,0)	82,6	82,8
		40-60 år	461 / 701	65,8	(62,3-69,3)	65,2	66,2
		> 60 år	99 / 284	34,9	(29,3-40,4)	37,2	36,4
	Private aktører	<40 år	861 / 1.058	81,4	(79,0-83,7)	85,2	80,3
		40-60 år	587 / 962	61,0	(57,9-64,1)	62,2	59,8
		> 60 år	97 / 310	31,3	(26,1-36,5)	26,5	29,6
Hovedstaden	Offentlige aktører	<40 år	117 / 144	81,3	(74,9-87,6)	69,3	74,3
		40-60 år	76 / 137	55,5	(47,2-63,8)	54,7	61,2
		> 60 år	12 / 49	24,5	(12,4-36,5)	20,6	36,4
	Private aktører	<40 år	416 / 505	82,4	(79,1-85,7)	83,7	78,1
		40-60 år	216 / 397	54,4	(49,5-59,3)	56,2	55,9
		> 60 år	34 / 145	23,4	(16,6-30,3)	19,1	24,0
Sjælland	Offentlige aktører	<40 år	56 / 80	70,0	(60,0-80,0)	74,4	81,5
		40-60 år	54 / 100	54,0	(44,2-63,8)	48,7	41,6
		> 60 år	17 / 65	26,2	(15,5-36,8)	31,1	23,3

			Tæller/ Nævner	Aktuelle år		Tidligere år	
				01.01.2025 - 31.12.2025		2024	2023
				Andel	95% CI	Andel	Andel
	Private aktører	<40 år	84 / 111	75,7	(67,7-83,7)	82,8	79,5
		40-60 år	80 / 127	63,0	(54,6-71,4)	57,6	57,6
		> 60 år	17 / 39	43,6	(28,0-59,2)	20,0	36,7
Syddanmark	Offentlige aktører	<40 år	167 / 203	82,3	(77,0-87,5)	87,8	79,2
		40-60 år	150 / 214	70,1	(64,0-76,2)	64,1	70,1
		> 60 år	24 / 72	33,3	(22,4-44,2)	37,7	30,1
	Private aktører	<40 år	173 / 204	84,8	(79,9-89,7)	91,7	89,7
		40-60 år	147 / 214	68,7	(62,5-74,9)	77,3	75,6
		> 60 år	15 / 40	37,5	(22,5-52,5)	61,0	40,6
Midtjylland	Offentlige aktører	<40 år	139 / 165	84,2	(78,7-89,8)	90,1	89,3
		40-60 år	127 / 172	73,8	(67,3-80,4)	77,2	76,5
		> 60 år	32 / 70	45,7	(34,0-57,4)	55,9	45,4
	Private aktører	<40 år	165 / 194	85,1	(80,0-90,1)	89,7	87,7
		40-60 år	121 / 155	78,1	(71,5-84,6)	77,0	73,3
		> 60 år	25 / 45	55,6	(41,0-70,1)	41,3	37,5
Nordjylland	Offentlige aktører	<40 år	64 / 87	73,6	(64,3-82,8)	83,2	85,5
		40-60 år	54 / 78	69,2	(59,0-79,5)	75,9	77,8
		> 60 år	14 / 28	50,0	(31,5-68,5)	40,7	54,8
	Private aktører	<40 år	23 / 44	52,3	(37,5-67,0)	65,8	49,4
		40-60 år	23 / 69	33,3	(22,2-44,5)	41,3	38,9
		> 60 år	6 / 41	14,6	(3,8-25,5)	13,6	26,2

Metode. Følgende M-koder indgår: CIN1 ('M74AK9' 'M74A09'), CIN2 ('M74BK9' 'M74B09'), CIN3 ('M807A2' 'M80102' 'M8052X' 'M80702' 'M80762' 'M80772'), Ugraderbar CIN ('M740K9' 'M74009'), Carcinom ('M80011' 'M80015' 'M8010X' 'M8070X' 'M8140X' 'M8***3' 'M9***3'), AIS ('M81402' 'M8384X' 'M8483X'), Andet/Normal (øvrige koder).

Tablet 8c. Fordeling af resektionsrande på konus

		2025		2024		2023	
		Antal	%	Antal	%	Antal	%
Danmark	Resektionsrande ikke frie	628	20,6	780	20,5	994	24,1
	Resektionsrande frie	1.916	63,0	2.411	63,4	2.434	58,9
	Resektionsrande kan ikke vurderes	498	16,4	609	16,0	705	17,1

			2025		2024		2023	
			Antal	%	Antal	%	Antal	%
Hovedstaden	Resektionsrande ikke frie		246	24,6	278	22,8	419	27,9
	Resektionsrande frie		550	55,0	673	55,2	748	49,8
	Resektionsrande kan ikke vurderes		204	20,4	269	22,0	334	22,3
Sjælland	Resektionsrande ikke frie		68	18,7	89	21,7	100	23,4
	Resektionsrande frie		189	51,9	199	48,4	222	51,9
	Resektionsrande kan ikke vurderes		107	29,4	123	29,9	106	24,8
Syddanmark	Resektionsrande ikke frie		143	19,0	149	19,3	171	23,9
	Resektionsrande frie		533	70,9	554	71,9	471	65,8
	Resektionsrande kan ikke vurderes		76	10,1	68	8,8	74	10,3
Midtjylland	Resektionsrande ikke frie		143	20,7	209	20,1	232	21,3
	Resektionsrande frie		494	71,6	753	72,3	754	69,4
	Resektionsrande kan ikke vurderes		53	7,7	79	7,6	101	9,3
Nordjylland	Resektionsrande ikke frie		28	11,9	55	15,4	72	18,0
	Resektionsrande frie		150	63,6	232	65,0	239	59,6
	Resektionsrande kan ikke vurderes		58	24,6	70	19,6	90	22,4

Metode: Resektionsrande ikke frie: M09401, M09406, M09411, M09414 eller M09417. Resektionsrande frie: M09400, M09405, M09410, M09413 eller M09416. Resektionsrande kan ikke vurderes: M09402, M09407, M09415 eller M09418.

(Hvis der ikke er sat kode på for resektionsrand med nævnte koder, indgår patienten ikke i opgørelsen).

Auditering af cervix cancer tilfælde

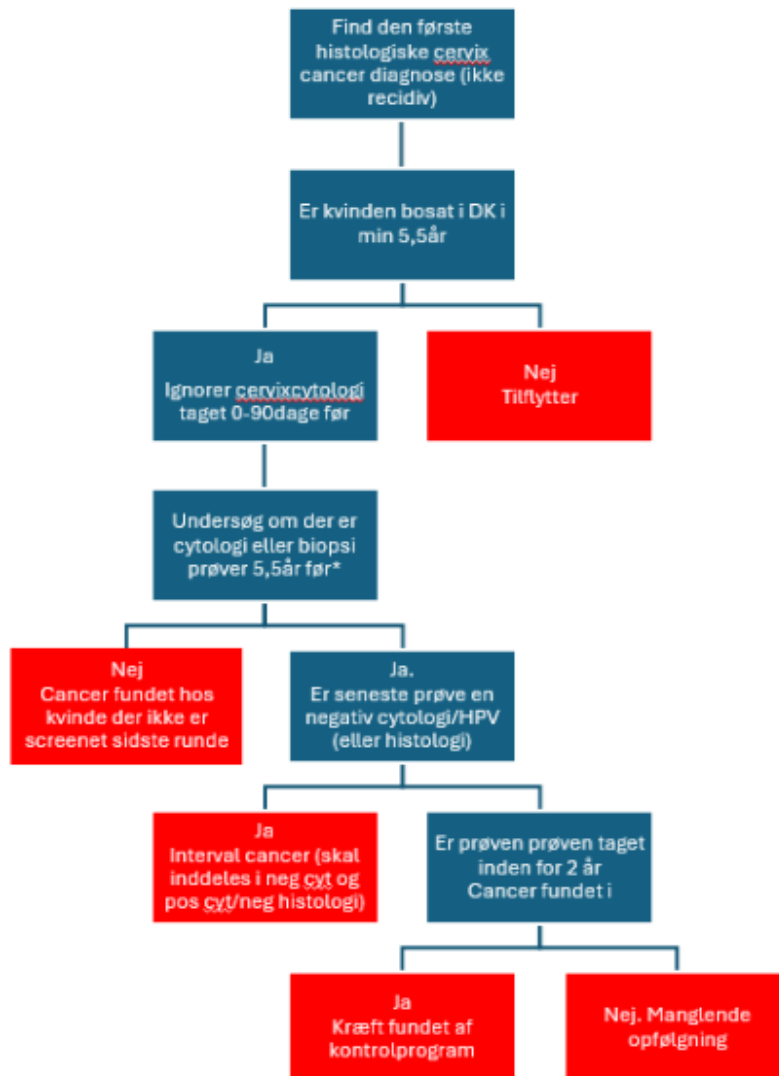
Følgende opgørelser er et oplæg til nyt indikatorområde vedrørende audit af livmoderhalskræft tilfælde. Det overordnede formål med audit af tilfælde af ny-diagnosticeret livmoderhalskræft er at beskrive screeningsforløbet før kræftdiagnose. Audit foregår ud fra registrering, der gerne skal danne grundlag for en diskussion og evaluering af kvalitetsforhold. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at der foreligger en fælles national skabelon for audit. En national ensartet opgørelse, giver mulighed for at få overblik over mønstre, som ikke tidligere har været erkendt internt i de enkelte regioner. Det ses af tabellen på landsplan at i 47,8 % af kræfttilfældene er fundet hos kvinder, som ikke i den forudgående 5,5 års periode har været screenet. Dette fund hænger godt sammen med tidligere dansk undersøgelse som viste, at 45% af kvinder med cervix cancer ikke har været screenet indenfor de sidste 2 runder (Dugué et al*). Det ses endvidere at interval cancer udgør i alt ca. 30 %, cancer fundet som led i screening udgør 16,7 %, mens cancer fundet efter manglende opfølgning efter screening udgør 1,1 %. På næste side ses flowdiagram over, hvordan de enkelte kategorier i skemaet er defineret.

*Dugué PA, Lynge E, Bjerregaard B, Rebolj M. Non-participation in screening: the case of cervical cancer in Denmark. *Prev Med.* 2012 Mar-Apr;54(3-4):266-9. doi: 10.1016/j.yjmed.2012.01.012. Epub 2012 Jan 24. PMID: 22300964.

Audit over cancertilfælde 2023 - 2025

		Tilflytter		Cancer hos kvinde der ikke er screenet		Intervalcancer (negativ cytologi)		Intervalcancer (negativ hpv)		Intervalcancer (positiv cytologi/negativ histologi)		Cancer fundet i screeningsprogram		Cancer efter manglende opfølgning		Total
		Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	Antal	%	
Danmark	Total	43	4,42	465	47,84	196	20,16	29	2,98	65	6,69	163	16,77	11	1,13	972
	Under 29 år	#	12,50	#	12,50	8	50,00	.	.	#	6,25	3	18,75	.	.	16
	29 - 70 år	39	4,99	317	40,54	185	23,66	20	2,56	60	7,67	150	19,18	11	1,41	782
	Over 70 år	#	1,15	146	83,91	3	1,72	9	5,17	4	2,30	10	5,75	.	.	174
Hovedstaden	Total	19	6,31	150	49,83	48	15,95	10	3,32	28	9,30	44	14,62	#	0,66	301
Sjælland	Total	#	1,60	75	60,00	18	14,40	4	3,20	6	4,80	17	13,60	3	2,40	125
Syddanmark	Total	13	5,56	101	43,16	64	27,35	8	3,42	16	6,84	27	11,54	5	2,14	234
Midtjylland	Total	9	3,80	102	43,04	51	21,52	6	2,53	13	5,49	56	23,63	.	.	237
Nordjylland	Total	.	.	37	49,33	15	20,00	#	1,33	#	2,67	19	25,33	#	1,33	75

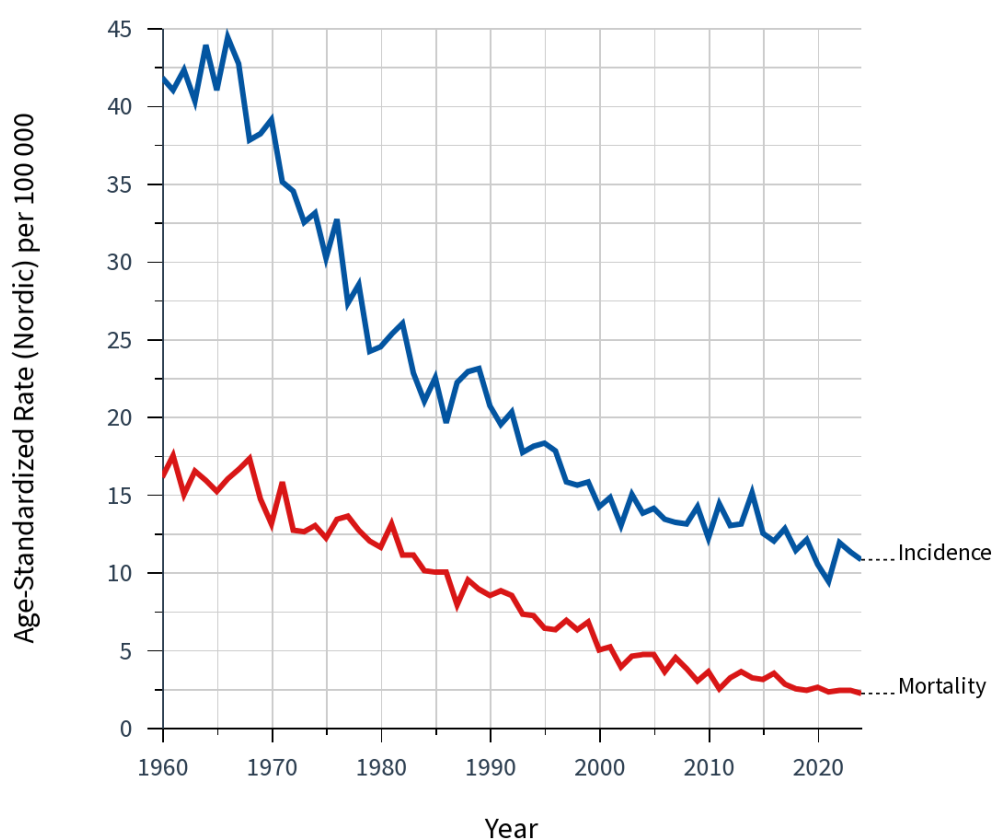
Flowdiagram audit



5. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Som det fremgår af Figur 1 har indførelsen af screening for livmoderhalskræft i Danmark fra midten af 1960'erne medført et kraftigt fald i såvel nye årlige tilfælde som i dødelighed. Siden 2000 har nedgangen dog været beskeden, men de seneste par år ser det ud til at der igen er en synlig nedadgående trend i incidensen. Ifølge Nordcan var incidensen i senest opdaterede år 2021 9,4 pr 100.000 og dødeligheden var 2,3 pr 100.000.

Figur 1. Aldersstandardiseret incidens og mortalitet af livmoderhalskræft i Danmark ¹.



Formålet med screening for livmoderhalskræft er at nedsætte forekomsten og dødeligheden af livmoderhalskræft ved at opspore og behandle sygdommens forstadier, inden de udvikler sig til kræft.

Danmark har i varierende omfang haft screening siden 1960'erne, men først i 1986 udarbejdede Sundhedsstyrelsen nationale anbefalinger vedrørende livmoderhalskræft, hvor alle kvinder i aldersgruppen 23-59 år på landsplan skulle inviteres til en screeningsundersøgelse hvert tredje år. Dette var først implementeret endeligt i hele landet i 2006, og i september 2007 udsendte Sundhedsstyrelsen nye anbefalinger vedrørende forebyggende undersøgelser mod livmoderhalskræft, der var en gennemgribende revision af Sundhedsstyrelsens tidligere anbefalinger fra 1986.

¹ NORDCAN, Association of the Nordic Cancer Registries. Available from: [Nordcan 2.0 \(iarc.fr\)](https://nordcan.org/), Downloadet 12/04/2024.

Anbefalingerne fra 2007 medførte bl.a. etablering af en national styregruppe, der i regi af Danske Regioner skulle gennemføre en landsdækkende kvalitetsmonitorering af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft. Samtidigt etableredes fem regionale styregrupper som bindeled mellem den nationale styregruppe og de regionale aktører i screeningsprogrammet, som er de lokale administratorer, screeningsafdelinger og lægerne i praksissektoren. Anbefalingerne er senest opdateret i 2018.

Til at varetage kvalitetsmonitoreringen nedsatte regionerne i 2008 en national styregruppe for Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening (DKLS). Styregruppen har siden udarbejdet kliniske indikatorområder og indikatorer til måling og udvikling af kvaliteten af det samlede screeningsprogram. Denne systematiske kvalitetsmåling begyndte i januar 2009, og DKLS har siden årligt (nu under Sundhedsvæsenets Kvalitetsinstitut) udsendt en årsrapport, hvor kvalitetsindikatorerne opgøres på landsplan, regionsniveau og afdelingsniveau.

DKLS' kvalitetsindikatorer omfatter aktuelt emnerne kapacitet, deltagelse, dækningsgrad, svartider, HPV-test kvalitet, opfølgingsområdet, nye tilfælde af livmoderhalskræft og keglesnit. Alle data vedrørende de nuværende kvalitetsindikatorer opsamles direkte via nationale registre (Patologiregisteret, CPR-registeret, Cancerregisteret og Det Danske Vaccinationsregister), hvilket betyder at opgørelser af kvaliteten på området ikke har ført til en øget registreringsbyrde.

En af de væsentligste opgaver for den nationale styregruppe for DKLS er at udvikle og vedligeholde og udvikle på de kliniske kvalitetsindikatorer og medvirke til at sikre, at screeningsprogrammet gennemføres efter ensartede principper og med en høj kvalitet. Den nationale styregruppe skal derfor understøtte forbedring af kvaliteten og herunder de regioner og screeningsafdelinger, der har afvigende indikatorresultater, i at undersøge, hvordan dette kan forbedres. Målgruppen for DKLS Årsrapporten er regionale politikere, administratorer og sundhedsfagligt personale, der er ansvarlige for tilrettelæggelse og gennemførelse af screeningsprogrammet for livmoderhalskræft i det danske sundhedsvæsen – herunder de praktiserende læger, som varetager prøvetagning og opfølgning af abnorme prøvesvar, samt de screeningsafdelinger, hvor celleprøverne undersøges.

Årsrapporter på området skal medvirke til, at alle involverede parter år for år kan følge udviklingen vedrørende screening for livmoderhalskræft i den enkelte screeningsafdeling, region og på landsplan, samt dokumentere, om der over tid fortsat sker en forbedring af screeningens kvalitet og effekt i Danmark, hvor indikatorsættet er den fælles reference med hensyn til, hvordan Sundhedsstyrelsens anbefalinger og kliniske retningslinjer for behandling efterleves og opfyldes i praksis.

En væsentlig ændring i Sundhedsstyrelsens nyeste retningslinjer² er en anbefaling om en differentieret, kontrolleret implementering af HPV-baseret screening, som var koordineret af den nationale styregruppe for livmoderhalskræftscreening (NSLS). Styregruppen for DKLS har i den forbindelse udvidet indikatorsættet med henblik på kvalitetssikring af anvendelse af HPV-tests.

² Screening for livmoderhalskræft - anbefalinger. Sundhedsstyrelsen, maj 2018

6. Datagrundlag og metode

Årsrapporten er helt overvejende baseret på data fra Landsregisteret for Patologi (LRP). Det anvendte dataudtræk er opdateret medio februar 2026 og indeholder afgrænsede relevante data fra LRP. Databasen er pr ultimo 2024 suppleret med data fra Det Danske Vaccinationsregister vedrørende HPV-vaccinationer.

LRP er en landsdækkende databank, der via patologidatabanken (Patobank) modtager data fra alle landets patologi-afdelinger og privatpraktiserende speciallæger i patologi, herunder data vedrørende celleprøver fra livmoderhalsen. Oplysningerne fra Patobank opdateres dagligt ved overførsel af data fra både patologi-afdelingernes og de privatpraktiserende patologers patologisystemer, hvilket betyder at alle celleprøver fra livmoderhalsen løbende registreres i Patobanken. Det giver en registreringsprocent tæt på 100 i Patobanken, og det vil sige en dækningsgrad i DKLS-databasen på næsten 100 %. Der kan undtagelsesvist være manglende registreringer på grund af fejl i indberetningerne.

Validiteten af data sikres ved, at alle indberetninger til Patobanken vedrørende patientdata undersøges for systematiske fejl. Desuden kontrolleres det, at alle prøver er kodet med mindst én T-kode for topografi og én M-kode for morfologi. Indberetninger med fejl eller mangler returneres til afsender med henblik på fornyet indberetning.

Det diagnostiske udsagn kvalitetssikres ved, at alle prøvesvar godkendes af en patolog eller en cytobioanalytiker, før svaret afgives til den prøvetagende læge og samtidig automatisk registreres i Patobanken.

Der har vist sig nogle forskelle i kodepraksis for kodning af HPV-test efter prøver, der viser ASCUS, hos kvinder > 30 år samt for kodning af audit ved nye tilfælde af livmoderhalskræft. Styregruppen vil arbejde med at forbedre data på disse områder.

Det antages, at de data, der er anvendt i denne rapport, overordnet set er både dækkende og valide i forhold til at kunne opgøre kvalitetsindikatorerne for screeningsprogrammet for livmoderhalskræft.

Indikatorernes afrapporteringsniveau er forskellige og fremgår for hver indikator af Appendiks II.

Celleprøver hentet fra Landsregisteret for patologi, stammer fra kvinder, som (1) indbydes og deltager i screeningsprogrammet, (2) får taget celleprøver uden for screeningsprogrammets invitationsprocedure (de opportunistiske) og (3) får taget en celleprøve som kontrol efter behandling for forstadier til livmoderhalskræft.

Indikatorer er så vidt muligt udvalgt på baggrund af Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018 vedrørende "Screening for livmoderhalskræft", Sundhedsstyrelsens rapport fra 2005 om "Væskebaseret teknik og udstrykningsteknik anvendt til screening for livmoderhalskræft i Danmark – en medicinsk teknologivurdering" samt tidligere opgørelser fra Patologidatabanken af deltagerprocent og dækningsgraden vedr. screening for livmoderhalskræft. Der har sidenhen været ønske om at opfølgingsforløbet også fik plads i indikatorsættet, ligesom data vedrørende HPV-vaccinationer er blevet tilføjet.

6.1 HPV vaccinationsprogram og Det Danske vaccinationsregister

Introduktion af HPV vaccinationer i Danmark

Fødselsår	Program: Introduktionsår og aldersgruppe	Vaccinationssted
<1985	Intet officielt program	Kvinder vaccineret på eget initiativ eller i forbindelse med keglesnit ved gynækolog
1985-1992	2012-2013, catch-up program for kvinder i alderen 19-26 år	Praktiserende Læger, og Danske Lægers Vaccinationsservice (i fx Matas eller Fitness center)
1993-1995	Oktober 2008-, alder 13-15 år	Praktiserende læger
≥1996	Januar 2009, alder 12 år, og fra Januar 2014 op til alder 18 år	Praktiserende læger
1993-1997	Januar 2014-December 2015 gentilbud om vaccination	Praktiserende læger

Data om vaccinationer

Det Danske Vaccinationsregister	Data er baseret på de to nedenstående datakilder: Sygesikringsregisteret og Lægemiddelregisteret. Endvidere er det muligt at selv at registrere modtagelse af vaccination (f.eks. hvis vaccineret i udlandet).
Sygesikringsregisteret	Indeholder afregningskoder for praktiserende læger og Danske Lægers Vaccinationsservice
Lægemiddelstatistikregisteret	Indeholder data om vaccine købt af patienter selv på recept (ATC-koder)

Typer af HPV-vacciner

	2-valent	4-valent	9-valent
HPV-type: Oncogenic	16, 18	16, 18	16, 18, 31, 33, 45, 52 and 58
HPV-type: Non-oncogenic	-	6, 11	6, 11
Produktnavn	Cervarix	Gardasil, and Silgard with limited use in Denmark	Gardasil 9
Manufacturer	GlaxoSmithKline	Merck	Merck
Markedsført i EU	September 2007	September 2006	June 2015, men i Danmark i Marts 2017
Anbefalet alder og vaccinationsinterval	Alder 9+ år 1-2 doser med 5-13 måneders interval	Alder 9+ år 1-2 doser med 5-13 måneders interval	Alder 9+ år 1-2 doser med 5-13 måneders interval
Anvendt i det danske program	Februar 2016 - November 2017	Oktober 2008 - Februar 2016	November 2017

7. Styregruppens medlemmer

- Cheflæge Reza Serizawa, Region Hovedstaden (formand for styregruppen)
- Overlæge Marianne Waldstrøm, Region Midtjylland
- Professor, ledende overlæge Berit Andersen, Region Midtjylland
- Overlæge Rouzbeh Salmani, Region Sjælland
- Overlæge Kirsten Jochumsen, Region Syddanmark
- Speciallæge i almen medicin Kirubakaran Balasubramaniam, Dansk Selskab for Almen Medicin, Praksis.
- Overlæge Jeppe Bennekou Schroll, Region Hovedstaden
- Bioanalytiker Rikke Holst Andersen, Region Midtjylland
- Afdelingslæge, Pia Colding, Aalborg Universitetshospital
- Overlæge Sanne Christiansen, Region Syddanmark
- Ledelsesrepræsentant, Peder Fabricius, Region Sjælland
- Patientrepræsentant, Maja Ulrikka Bruun Laustsen
- Kontaktperson og konsulent Mette Høyrup, Enhed C i SundK, og SundK repræsentant for dataansvarlig myndighed, Region Midtjylland
- Biostatistiker Petra Hall Viborg, Enhed C, SundK.
- Senior epidemiolog, PhD. Else Helene Ibfelt, Enhed C, SundK.

Herudover bidrager professor Elsebeth Lynge, Københavns Universitet som ekstern ekspert.

Appendiks I. Ordliste og forkortelser

Adenokarcinom – Kræft udgået fra cylinderepitel

Adenocarcinoma in situ – Forstadie til adenokarcinom

Aldersstandardiseret incidensrate – En sammenvejning af aldersspecifikke incidensrater med brug af en valgt standardbefolkning

ASCUS / ASCH / AGC / AIS – se forkortelseslisten

Atypi / atypiske celler – Anvendes om celleforandringer, hvor det ikke kan afgøres, om der er tale om godartede, reaktive forandringer, forstadier til kræft eller kræft

Atypi NOS – Atypiske celler, som ikke kan diagnosticeres som enten af pladeepitel eller cylinderepiteltype

Audit – En opfølgning på et registeret emne, fx gennemgang af et patientforløb, der danner grundlag for en diskussion og evaluering mhp. en kvalitetsforbedring

Autolyse – Nedbrydning af celler ved deres egne enzymer

Automatiseret screening – Præscreening vha. computer

Bethesda – International klassifikation og nomenklatur af celleprøver fra livmoderhalsen (USA)

Biopsi – Vævsprøve

Carcinoma in situ / CIS – Den sværeste grad af forstadier, der kan videreudvikle sig til kræft

Cervix / Cervix uteri – (cervix er latin for hals) Livmoderhalsen: den nederste del af livmoderen

Cervixcytologisk undersøgelse – En undersøgelse af celler fra livmoderhalsen

CIN-klassifikation – Klassifikation af forstadier til livmoderhalskræft

Cylinderepitel – Cylinderformede celler, der beklæder slimhindeoverflade

Cytobioanalytiker – Bioanalytiker med kompetence i cellediagnostik

Cytologi – Læren om cellerne. Benyttes i patologien som betegnelse for diagnostik baseret på mikroskopisk undersøgelse af celleprøver

Deltagerprocent (for screeningsprogram mod livmoderhalskræft) – Andelen af inviterede kvinder, som bliver undersøgt

Deoxyribonucleinsyre (DNA) – Række af nucleotider, som findes i cellekernen. DNA-molekylerne udgør arvemassen (genomet) med alle dens gener (arveanlæg)

Dysplasi – Forstadier til kræft, der kan inddeles i let, moderat og svær dysplasi

Dækningsgrad – Den andel kvinder i en population, der i en given periode har fået taget en celleprøve

Edifact – Officiel standard for elektronisk forsendelse / udveksling af bl.a. sundhedsdata

Endocervikale celler – Cylinderepitelceller fra livmoderhalsens kanal

Ektocervix – Overfladen uden på livmoderhalsen

Endocervix – Overfladen i livmoderhalskanalen

Falsk negativ celleprøve – Når der ikke påvises abnorme celler, og kvinden alligevel har forstadier eller kræft

Falsk positiv celleprøve – Når der påvises celleforandringer tolket som forstadier eller kræft, som efterfølgende undersøgelse ikke kan bekræfte

Fiksering – Metode til at bevare celle- eller vævsstrukturer

Fikseringsvæske – Væske til bevaring af celler eller væv

Guidet screening / guidet mikroskopi – Computerassisteret mikroskopi, hvor bioanalytikeren automatisk præsenteres for synsfelter/punkter, som er markeret af computeren

Histologi – Mikroskopisk anatomi: læren om vævenes mikroskopiske opbygning

Human papillomavirus (HPV) – Virus, der kan medføre forstadier til livmoderhalskræft og livmoderhalskræft

Hysterektomi / total hysterektomi – Fjernelse af hele livmoderen

Incidens / incidente tilfælde – Antal nye tilfælde af en sygdom, som opstår i løbet af en given periode (oftest et år) i en afgrænset befolkning

Indikator / kvalitetsindikator – Målbart variabel, der anvendes til at overvåge og evaluere kvaliteten

Inflammation – Betændelse

Karcinom – Kræft udgået fra epitel

Keglesnit eller konisering – Fjernelse af et kegleformet stykke væv fra livmoderhalsen

Koilocytose – Pladeepitel med halo omkring kernen. Kan ses ved infektion med HPV

Kolposkopi – Kikkertundersøgelse af skeden og den synlige del af livmoderhalsen

Mikroskopi – undersøgelse af celler eller væv i mikroskop

Negativ diagnose – Prøver besvaret som normale

Negativ prædiktiv værdi – Ofte forkortet NPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en negativ test er rask

Neoplasi – Nydannelse af celler, der kan være såvel godartet som ondartet

Onkogen – Gen, hvis produkt kan transformere celler til cancerceller

Onkogen HPV – En type human papillomavirus, der kan medføre udvikling af livmoderhalskræft

Opportunistisk screening – Celleprøver taget uden for det organiserede screeningsprogram

Patologidatabanken / Patobanken – Landsdækkende databank, der indeholder alle patologidata inkl. diagnoser

Persisterende – Kronisk, vedvarende

Pladeepitel – Epitel, hvor cellerne ud mod overfladen har form af tynde plader parallelle med overfladen

Planocellulært karcinom – Kræft, der udgår fra flerlaget pladeepitel

Population – Befolkning, bestand. Betegner i statistikken den gruppe af enkeltindivider, som et studie siger noget om

Positiv diagnose – Prøver besvaret som abnorme

Positiv prædiktiv værdi – Ofte forkortet PPV. Angiver sandsynligheden for, at en person med en positiv test er syg

Prospektiv – Fremadskuende

Prævalens – Den brøkdelen af en befolkning, der på et givet tidspunkt har lidelsen.

Retrospektiv – Bagudskuende

Screening for kræft – En undersøgelse af en gruppe personer uden symptomer med det formål at finde forstadier eller sygdom på et tidligt stadium

Screeningspopulation – Den målgruppe i befolkningen der tilbydes en given screening

Screeningsprøve fra livmoderhalsen – Celleprøve fra livmoderhalsen undersøgt som følge af en invitation eller et rykkerbrev. Defineres som en celleprøve modtaget inden for 12 måneder efter udsendelse af invitationsbrevet

Sensitivitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet positiv, givet man er syg. Angiver testens evne til at finde de syge / klassificere

Specifitet – Angiver sandsynligheden for at blive testet negativ, forudsat man er rask. Angiver testens evne til at klassificere raske som raske

Standardiseret incidensrate / incidensrate – Antal nye tilfælde af en sygdom i relation til risikotiden (summen af tid, hvor personerne var i risiko for at få sygdommen første gang). Ved standardisering tages der højde for forskelle i f.eks. alderssammensætningen.

Transformationszonen – Overgangszonen mellem flerlaget pladeepitel og enlaget cylinderepitel

Triage – sortering og prioritering af patienter i sundhedssektoren

Udstrygningsteknik (UST) – Celleprøve fra livmoderhalsen primært udstrøget på objektglas

Vagina – Latin for skeden

Væskebaseret teknik (VBT) – Celleprøve fra livmoderhalsen, der primært er fikseret i væskebeholder og efterfølgende maskinel fremstilling af celleprøve på objektglas

Forkortelser

AGC	Atypical Glandular Cells (atypiske cylinderepitelceller)
AIS	Adenocarcinoma in Situ (adenokarcinom in situ)
ASCH	Atypical Squamous Cells cannot exclude HSIL (atypiske pladeepitelceller, muligt HSIL)
ASCUS	Atypical Squamous Cells of Undetermined Significance (atypiske pladeepitelceller af ukendt betydning)
CI	Confidence interval
CIN	Cervical Intraepithelial Neoplasia
CIS	Carcinoma in situ
DGCG	Dansk Gynækologisk Cancer Gruppe
DGCD	Dansk Gynækologisk Cancer Database
DKLS	Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening
DPAS	Dansk Patologiselskab
DSPAC	Dansk Selskab for Patologisk Anatomi og Cytologi
DNA	Desoxyribonucleinsyre
Edifact	Officiel standard for elektronisk forsendelse / udveksling af bl.a. sundhedsdata
FDA	Food and Drug Administration (USA)
HPV	Human papillomavirus
HSIL	High-grade Squamous Intraepithelial Lesion (svær grad af pladeepitelforandring)
KCN	Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser (Nord)
LSIL	Low-grade Squamous Intraepithelial Lesion (let grad af pladeepitelforandring)
NOS	Not otherwise specified
SNOMED	Systematiseret Nomenclature of Medicine f. eks. T-kode for topografi, M-kode for morfologi og Æ-kode for ætiologi og opfølgning
UST	Udstrygningsteknik
VBT	Væskebaseret teknik
WHO	World Health Organization

Appendiks II. Indikatoroversigt og metode

På de følgende sider ses oversigt for hvert indikatorområde og de enkelte indikatorer, som opgøres af Dansk Kvalitetsdatabase for Livmoderhalskræftscreening, inklusiv uddybende beskrivelse og metodeforklaring for hver indikator.

Indikatorområde: Kapacitet				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 1. Samlet antal celleprøver på landsplan	<p>Beskrivelse: Antallet af celleprøver pr. patologiafdeling bør opgøres årligt, da Sundhedsstyrelsens kvalitetskrav til de undersøgende patologiafdelinger er minimum 25.000 celleprøver årligt – jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger fra 2018.</p> <p>Metode: Data dækker et årligt tidsinterval, og proceduredatoen anvendes til at fastlægge tidsvinduet. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år), men dækker alle prøver.</p> <p>Celleprøver (opgøres som antal): T8X2** eller T8X3** (celleprøver fra vagina/livmoderhalsen) og MATTYP 23 (Cervikal-/vaginalcytologisk materiale) eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321</p>		Landsregister for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikatorområde: Deltagelse og dækningsgrad				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 2. Andelen af kvinder, der får taget celleprøve fra livmoderhalsen inden for 365 dage efter invitation til screening ud af alle kvinder, der inviteres	<p>Beskrivelse: Indikatoren måler deltagelse indenfor 1 år. Der ønskes en monitorering af den omkostningstunge invitationsprocedure ved at se på deltagelsen indenfor et år af invitation og påmindelse. Hidtidige erfaringer i Danmark har vist effekt af 2. påmindelse og dermed positiv effekt på screeningsprogrammets deltagerprocent.</p> <p>Metode: <u>Nævner:</u> kvinder, der er inviteret til screening i den foregående 1-års periode således at der sikres follow-up tid (3 mdr. fra invitation til 1. påmindelse + 3 mdr. fra 1. påmindelse til 2. påmindelse og derefter 6 mdr.) for alle inviterede kvinder. Der ekskluderes kvinder registreret med hysterektomi før eller op til et år</p>	≥75 %	Patologi-databanken Indkaldemodul Landsregister for Patologi	National Regionalt Kommunalt

<p>til screening (deltagelse i programmet)</p>	<p>efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110).</p> <p><u>Tæller:</u> kvinder der efter invitations- eller påmindelsesdato er registeret med en prøve T8X2** eller T8X3** og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver T8X010</p>		<p>Landspatientregisteret</p>	
	<p>Indikatorbeskrivelse</p>	<p>Udviklingsmål</p>	<p>Datakilder</p>	<p>Rapporteringsniveau</p>
<p>Indikator 3. Andelen af undersøgte kvinder ud af alle kvinder i alderen 23-64 år (dækningsgrad af programmet)</p>	<p>Beskrivelse: Kvinder i aldersintervallet fra 23 til 49 år anbefales screening for livmoderhalskræft hvert tredje år, og kvinder i alderen 50-64 år anbefales screening hvert femte år. Da der først sendes invitationsbreve ud henholdsvis 3 eller 5 år efter seneste celleprøve, kan der forventes at gå længere tid end 3 eller 5 år, inden kvinden bliver inviteret til næste screeningsrunde. Denne ventetid er her sat til et halvt år. Dækningsgraden beregnes for en given dato. For kvinder i alderen 27-52 år i slutningen af perioden) opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 3,5 år. For kvinder i alderen 53-64 år i slutningen af perioden opgøres den andel, der har fået taget mindst én celleprøve inden for de foregående 5,5 år.</p> <p>Dækningsgraden beregnes for alle kvinder, uanset om de har fået foretaget celleprøven på baggrund af en programinvitation eller ej (opportunistisk). Indikatoren afspejler ikke deltagelsen i screeningsprogrammet i et specifikt år, men i den anførte tidsperiode. Dækningsgraden er den vigtigste parameter at forbedre med henblik på at øge screeningsprogrammets effektivitet.</p> <p>Metode. Nævner: Udtræk fra CPR, der inkluderer alle kvinder, der bor i et givent geografisk område i de relevante aldersgrupper på udtrækstidspunktet. Der ekskluderes kvinder registreret med hysterektomi før eller op til et år efter invitationsdatoen og intet prøvesvar (hysterektomi i landspatientregisteret ved procedurekoder fra 1996: KLCC*, KLCD*, KLCE*, KMCA33 og fra 1977-1995: 6100, 6102, 6101, 6110).</p> <p><u>Tæller:</u> Kvinder med minimum én celleprøve fra livmoderhalsen T8X2** eller T8X3** eller selvopsamlede prøve T8X010 og MATTYP 23) inden for de seneste 42 hhv. 66 måneder. (prøven medtælles i den aldersgruppe som kvinden befinder sig i i opgørelsesperioden, og ikke i den aldersgruppe kvinden tilhørte på prøvetagningstidspunktet).</p>	<p>≥85 %</p>	<p>Danmarks Statistik Landregister for Patologi CPR registret Landspatientregisteret</p>	<p>Nationalt Regionalt Kommunalt</p>

Indikatorområde: Svartid				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 4. Andelen af celleprøver hvor undersøgelsesresultatet afsendes ≤10 hverdage efter modtagelsesdagen	<p>Beskrivelse: Antal hverdage, der går fra celleprøven modtages på patologiafdelingen til undersøgelsesvaret afsendes til prøvetager. Svartiden bør ikke overskride 10 hverdage jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger.</p> <p>Metode: <u>Nævner:</u></p> <p><u>Indikator 4:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, i aldersintervallet 23-64</p> <p><u>Indikator 4a1:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, aldersintervallet 23-59. Kontrolprøver er ekskluderet. Cytologiscreening gælder kvinder i aldersintervallet 23-29 år, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (undtagen Vejle som sorterer på kommuner) de kvinder, der har en lige fødselsdato. v_folkeund = 2 eller 6.</p> <p><u>Indikator 4a2:</u> T8X2** eller T8X3* og mattype 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X321, aldersintervallet 30-64. Kontrolprøver er ekskluderet. HPV-screenet er kvinder i aldersintervallet 60-64, og i intervallet 30-59 år er det for alle regioner (undtagen Vejle som sorterer på kommuner) de kvinder, der har en ulige fødselsdato. v_folkeund = 1, 7, 8 eller 9.</p> <p><u>Tæller:</u> Svartid ligger ≤10 hverdage fra modtagedatoen på patologiafdelingen (Svartid opgøres ved tid fra modtagedato til svar dato. Modtagedatoen defineres som dag 0 og første arbejdsdag = 1. hverdag efter modtagedatoen (Helligdage fraregnet).</p>	≥95 %	Landsregister for Patologi	Nationalt Regionalt Patologiafdeling
Indikator 4b. Svartid på biopsiprøver	Median antal dage (25% og 75% percentil) fra modtagedato af materiale på patologiafdeling til svar dato til kvinden for biopsier (T83110) . Alle dage medtælles (der er ikke taget højde for weekend).	-	Landsregister for Patologi	Nationalt Regionalt

Indikatorområde: HPV-test				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
<p>Indikator 5a. Andelen af positive HPV prøver blandt kvinder i alderen 60-64 år</p>	<p>Beskrivelse: Det antal HPV-test der er positive blandt alle HPV-test foretaget i denne aldersgruppe hos kvinder, der har modtaget en invitation.</p> <p>HPV-test anvendes som primær screeningsmetode til kvinder i alderen 60-64 år jf. Sundhedsstyrelsens anbefalinger. Hvis HPV ikke påvises, ophører screening.</p> <p>Metode: <u>Nævner:</u></p> <p><u>Indikator 5a:</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 : T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 for kvinder i alderen 60-64 år, der er inviteret til HPV screening i aldersgruppen (v_folkeund =8) .</p> <p><u>Indikator 5a1:</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 . Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32 for kvinder i alderen 30-59 år, der er inviteret til HPV screening i aldersgruppen (v_folkeund =1) .</p> <p><u>Indikator 5a2:</u> selvopsamlede HPV-prøver: T8X010.</p> <p><u>Tæller:</u> Positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' Æ3340A Æ3340B Æ3340C 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')</p>	-	<p>Landsregister for Patologi</p> <p>Patologidatabankens Indkal-demodul</p>	<p>Nationalt</p> <p>Regionalt</p> <p>Patologiafdeling</p>
<p>Indikator 5b. Andelen af 30-59 årige kvinder, hvor celleprøven viser ASCUS, som har fået foretaget supplerende HPV-test, hvor HPV-testen er positiv</p>	<p>Beskrivelse: HPV positiv test blandt kvinder, som har fået påvist ASCUS på cytologisk screeningsprøve.</p> <p>Metode: <u>Nævner.</u> SNOMED-koderne T8X2** eller T8X3** med samtidig HPV-test og MATTYP 23 eller selvopsamlede prøver: T8X010. Endocytobrush prøver ekskluderes: T8X320 og T8X32. Der er ekskluderet prøver fra kontrol forløb. Der ekskluderes prøver hvor der op til 2 år tidligere er konstateret en cervix histologisk forandring, og prøver hvor der op til 1½ år tidligere er taget en cervix cytologisk prøve. Der foreligger ASCUS diagnose (M67014, M69700, M69711, M72125, M73005, M73225), og supplerende HPV test er foretaget (P33520,</p>	-	<p>Landsregister for Patologi</p>	<p>Nationalt</p> <p>Regionalt</p> <p>Patologiafdeling</p>

	P33750, P33760, P33B30, P33B35, P33B36, FY5005, FY5006, FY5009, FY5010). Alder afgrænset til 30-59 år og folkeund = 2 eller 6 (cytologi screenet). Uegnet HPV test ekskluderes: M09003 og M0901H <u>Tæller</u> positive svar på HPV-test (en af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A', 'Æ3340B' og 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468')			
Indikatorområde: Opfølgning				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 6a: Andelen af celleprøver med svære celleforandringer, som ikke er fulgt op inden for 180 dage ud af alle celleprøver med svære celleforandringer.	<p>Beskrivelse: Kvinder med svære celleforandringer (karcinom, HSIL, AIS, ASCH og AGC) skal jf. retningslinjerne følges op inden for 180 dage. Såfremt kvinder med svære celleforandringer ikke bliver fulgt op, vil nogle kvinder udvikle livmoderhalskræft, som ellers kunne være undgået.</p> <p>Metode: Dataudtrækket dækker det mest nutidige 1-årige tidsinterval, der giver tilstrækkelig opfølgningstid (450 dage for alle prøver dvs. inkl. for uegnede og abnorme prøver). Henvisning til gynækolog defineres som en ny cervix cytologisk undersøgelse. Denne indikator afspejler kvaliteten af opfølgningsproceduren for alle celleprøver med svære celle forandringer, og er derfor ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). Desuden må kvinden ikke være død eller flyttet ud af landet inden for opfølgningsperioderne.</p> <p><u>Nævner:</u> SNOMED-koder T8X2** eller T8X3** og M-kode for svære forandringer: M80011, M80015, M67017, M69702, M69703, M69760, M80015, , M81402, M67010, M67020, M69712, M8__3, , M9__3, M740_9, M74C_9 og M74B_9. M8010X, M8070X, M8140X. Alle celleprøver skal have svære celleforandringer koblet med koder for anbefalet opfølgning: ÆAA00A, ÆAA00B, ÆAA00E, ÆAA001, ÆAA02, ÆAA003, ÆAA004, ÆAA005, ÆAA006, ÆAA007, ÆAA008, ÆAA009, ÆAA010, ÆAA015, ÆAA018, ÆAA021, ÆAA0X1, ÆAA0X7, ÆAA0Y1, ÆAA0Y2, ÆAA0Y3, ÆAA0Y4, eller ÆAAX15, Æ00135, ÆAA0X4, ÆAA0Y0, ÆAAX16</p> <p><u>Tæller:</u> Der foreligger ikke en opfølgende prøve inden for 180 dage efter den første celleprøve blev besvaret af patologiafdelingen.</p>	≤ 2%	Landsregister for Patologi	Nationalt Regionalt
Indikator 6b. Andel CIN2+ diagnoser blandt kolposkoperede	<p>Beskrivelse: Andelen af alvorlige celleforandringer ved kolposkopi og biopsi opgøres og resultaterne sammenlignes mhp. at sikre ensartet behandling og undgå overbehandling</p> <p>Metode</p>			

	<p><u>Nævner:</u> M-koder ved cervix biopsi (og samtidig kolposkopi): T83110.</p> <p><u>Tæller:</u> CIN2, CIN3, AIS og karcinom: CIN2 ('M74BK9' 'M74B09'), CIN3 ('M807A2' 'M80102' 'M8052X' 'M80702' 'M80762' 'M80772'), Karcinom ('M80011' 'M80015' 'M8010X' 'M8070X' 'M8140X' 'M8***3' 'M9***3'), AIS ('M81402' 'M8384X' 'M8483X')</p>			
--	--	--	--	--

Indikatorområde: Tilfælde af livmoderhalskræft				
	Indikatorbeskrivelse	Udviklingsmål	Datakilder	Rapporteringsniveau
Indikator 7a. Antal ny-diagnosticerede tilfælde pr. år	<p>Beskrivelse: Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte antallet af nye tilfælde af livmoderhalskræft. Opgørelse af forekomsten af livmoderhalskræft kræver løbende registrering af alle nye tilfælde af livmoderhalskræft.</p> <p>Metode: Det årlige antal nye tilfælde hentes fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539</p>	<350	Cancer registeret Og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt
Indikator 7b. Incidensraten af livmoderhalskræft over de seneste 5 år	<p>Beskrivelse: Incidensraten anvendes til sammenligning på tværs af regioner og udvikling over tid. Screeningsprogrammets ultimative formål er at nedsætte incidensen af livmoderhalskræft</p> <p>Metode: Baseres på data fra Cancer registeret. Populationen er ikke begrænset til screeningspopulationen (23-64 år). ICD10 diagnosekode C539.</p> <p>Aldersstandardiserede incidensrater opgjort for hver region baseret på de seneste 5 år. Den danske kvindelige befolkning i 2005 bruges som standardbefolkning. Incidensraten er opgjort pr. 100.000 kvinder.</p>	<13,9 pr. 100.000 kvinder	Cancer registeret og Dansk Gynækologisk Cancer-database (DGCD)	Nationalt Regionalt

Indikatorområde: Keglesnit				
<p>Indikator 8.</p> <p>Andel CIN2+ diagnoser ved keglesnit</p>	<p>Beskrivelse: Andelen af alvorlige celleforandringer ved keglesnit følges og resultaterne sammenlignes mhp. at sikre ensartet behandling og undgå overbehandling med evt. bivirkninger til følge.</p> <p>Metode: <u>Nævner.</u> Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus). Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Revision af samme materiale er ekskluderet (p30750).</p> <p><u>Tæller.</u> CIN2, CIN3, AIS og karcinom: CIN2 ('M74BK9' 'M74B09'), CIN3 ('M807A2' 'M80102' 'M8052X' 'M80702' 'M80762' 'M80772'), Karcinom ('M80011' 'M80015' 'M8010X' 'M8070X' 'M8140X' 'M8***3' 'M9***3'), AIS ('M81402' 'M8384X' 'M8483X')</p>	-	Landsregisteret for Patologi	Nationalt, Regionalt
<p>Indikator 8a</p> <p>Andelen HPV positive ved første prøve efter keglesnit (for CIN2+)</p>	<p><u>Nævner.</u> Konus-operation T-83701 (konus) og T83702 (topkonus) og diagnosen er CIN2+. Hvis både konus og topkonus er registreret medtælles det kun som ét indgreb. Revision af samme materiale er ekskluderet (p30750)</p> <p><u>Tæller.</u> Positive svar på HPV-test, der ligger efter dato for konus (men indenfor 1 år). En af følgende SNOMED: 'FY5006' 'FY5009' 'FY5010' 'Æ33400' 'Æ3340A' 'Æ3340B' 'Æ3340C' 'Æ3340Y' 'Æ3340Z' 'Æ33416' 'Æ33418' 'Æ33431' 'Æ33433' 'Æ33435' 'Æ33439' 'Æ33445' 'Æ33451' 'Æ33452' 'Æ33456' 'Æ33458' 'Æ33459' 'Æ33466' 'Æ33468'</p>			

8. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden

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

Region Sjælland

Regionen har meldt tilbage, at der Ingen kommentarer er til rapporten

Region Syddanmark

Regionen har meldt tilbage, at der Ingen kommentarer er til rapporten

Region Midtjylland

”_”

Region Nordjylland

Indikator 4: Region Nordjylland bemærker, at der i slutningen af 2025 var tekniske problemer, som betød, at der i tre uger ikke kunne gennemføres HPV test og analyser heraf. Dertil har der været en periode med personalemangel og vikarer, der hurtigt er fratrådt igen. Region Nordjylland har fokus på svartider og forventer normalisering i løbet af 2026.

Indikator 8: Region Nordjylland vil undersøge keglesnit for, om indikationen ift. svær dysplasi er som den skal være. Der vil blive foretaget Intern audit på, om indikationen for indgrebene følger de aktuelle nationale guidelines, primært med fokus på de yngste grupper. Der vil blive holdt et opfølgende møde mellem private aktører og Aalborg Universitetshospital, med case gennemgange.

