

Kroniske Myeloide sygdomme

National årsrapport 2016

1. januar 2016 – 31. december 2016



Rapporten udgår fra

Statistisk bearbejdning af data og epidemiologisk kommentering af resultater er udarbejdet af Afdeling for Klinisk Epidemiologi og Biostatistik i RKKP i samarbejde med styregruppen for Databasen for Myeloproliferative sygdomme.

Databasens kliniske epidemiolog er Cand.scient., Ph.d., Else Helene Ibfelt, og
Statistiker er Marianne Steding-Jessen, Afdeling for klinisk epidemiologi og biostatistik, RKKP.
Databasens kontaktperson er Cand.scient, Anne Julie Tybjerg, Afdeling for klinisk koordination, RKKP.

Årsrapporten kan downloades fra: www.myeloid.dk og fra: www.sundhed.dk.



Indhold

Rapporten udgår fra	2
Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabeller over samlede indikatorresultater	5
Indikatorresultater	6
Indikator 1a. Dækningsgrad	6
Indikator 1b. Datakomplethed	8
Indikator 3. Mortalitet inden for 180 dage	10
Indikator 6. 1-års overlevelse	12
Indikator 7. 3-års overlevelse	13
Indikator 8. 5-års overlevelse	15
Indikator 10. Udført cytogenetik/molekylær biologi	17
Indikator 11. Patienter inkluderet i klinisk behandlingsprotokol	19
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	21
Datagrundlag og metode	23
Datagrundlag	23
Statistiske metoder	24
Databasens styregruppe	25
Appendiks 1. Deskriptive tabeller	26
Appendiks 2. Vejledning i fortolkning af resultater	29



Konklusioner og anbefalinger

Det er glædeligt at notere, at databasens dækningsgrad generelt er stigende og gennemsnitlig opfylder målet om mindst 90 % for alle år. Der har dog sammenlignet med 2015 været udfordringer i Hovedstadsområdet, hvor indførelse af et nyt elektronisk patientsystem har medført problemer med registrering. Forventningen er, at det vil blive rettet op i det kommende år. Der er enkelte mangler, som er kommenteret under de enkelte tabeller.

Korttidsmortaliteten efter diagnose indenfor 180 dage er sammenlignelig mellem alle afdelinger og år og er forventelig ganske lav (30 dages mortaliteten er udgået pga. manglende relevans). Det skal anføres, at de kroniske myeloproliferative neoplasier omfatter flere forskellige ondartede sygdomme, men er kendetegnet ved netop at være kroniske, hvorfor korttidsmortalitet ikke er den væsentlige kliniske udfordring i patientgruppen. Vedrørende 1-års overlevelse er resultatet for aktuelle periode (2014-2015) samlet uændret 92%, dvs. med omkring 8 % dødelighed (af alle årsager) frem til et år efter diagnosedato, meget ensartet fordelt på afdelingerne. Det er sandsynligt, at det afspejler demografien (ældre patienter) snarere end et sygdomskaraktistikum. Den afklaring ville dog kræve, at dødeligheden blev sammenlignet med en aldersmatchet sammenlignelig kontrolgruppe uden myeloproliferativ sygdom. De samme betragtninger gælder 3-års overlevelsen. Der er som forventeligt forskelle i prognosen mellem de enkelte underdiagnoser. Dette er også i overensstemmelse med internationale resultater.

Det er fortsat ønskeligt at en større del af patienterne får tilbud om behandling i forsøgsprotokol. Inklusion af patienter i protokol er et vigtigt bidrag til bedre sygdomsforståelse og behandling, men inklusionsandelen afhænger i høj grad af tilbuddet af protokoller. Der er relativt få protokoltilbud til behandling af kroniske myeloproliferative patienter sammenlignet med andre diagnostiske undergrupper, og de er oftere investigatorinitierede og dermed ikke eller kun i beskeden grad eksternt finansierede. Gennemførelse er derfor afhængig af eksisterende personale og faciliteter på afdelingerne.

Andelen af udførte cytogenetiske og molekylærbiologiske undersøgelser antager i aktuelle periode og i forhold til tidligere fortsat over 90 % på landsplan og er ensartet på afdelingsniveau. Det er et udtryk for anvendelse af tidssvarende udredning af kronisk myeloproliferativ sygdom nationalt.

Dette er DSKMS' femte årsrapport og indeholder data fra 7 år fra 2010 til aktuelle år. Resultater for mortalitet og opgørelse af materialets data giver foreløbig ikke anledning til ændring i kliniske anbefalinger. Det er fortsat et mål, at andelen af registreringer og datakompletheden skal overstige 90 % hvert år på alle rapporterende afdelinger. DSKMS er opmærksom på behovet for at validere de indtastede data, såvel som på at optimere og facilitere indberetningsprocessen.



Oversigtstabeller over samlede indikatorresultater

Oversigten viser indikatoropfyldelsen på landsplan for databasens indikatorer i seneste opgørelsesperiode (2016) med konfidensintervaller (95% CI) for værdien. Resultaterne for tre foregående år er ligeledes vist.

Indikator			Indikatoropfyldelse		Tidligere år	
	Std.%	Uopl. %	2016 (aktuelle år) Andel % (95% CI)	2015 Andel %	2014 Andel %	2013 Andel %
Indikator 1a: Dækningsgrad	90	-	96 (94-97)	97	97	98
Indikator 1b: Datakomplethed*	80	0	87 (84-89)	99	99	100
Indikator 3: 180-dages mortalitet	-	0	1,9 (0,9-3,4)	2,4	2,4	2,5
Indikator 4 og 5: (ikke relevant)	-	-	-	-	-	-
Indikator 6: 1-års overlevelse**	-	0	95,3 (93.8-96.4)	94,7	93,1	-
Indikator 7: 3-års overlevelse**	-	0	84,3 (82.4-86.1)	81,9	-	-
Indikator 8: 5-års overlevelse**	-		73,1 (70.9-75.3)			
Indikator 8 og 9: (ikke relevant)	-	-	-	-	-	-
Indikator 10: Udført cytogenetik/ molekylær biologi	-	11	98 (97-99)	97	97	97
Indikator 11: Patienter i protokol*	-	4	9,3 (7-13)	21	17	-
Indikator 12: (Ikke relevant)	-	-	-	-	-	-

*Indikatoropfyldelsen går på patienter med diagnose i år 2014, 2013 og 2012

** Opgjort på summerede perioder, se under den enkelte indikatortabel i rapporten.



Indikatorresultater

Indikator 1a. Dækningsgrad

Andelen af registrerede tilfælde af kroniske myeloide sygdomme i databasen ud af alle registreringer i Landspatientregisteret (LPR) og i databasen.

1a MPDS: dækningsgrad								
	Std. 90% opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.1.-31.12.2016 Andel 95% CI	2015 Andel	Tidligere år 2014 Andel	2013 Andel	
Danmark	ja	584 / 609	0 (0)	96 (94-97)	97	97	98	
Hovedstaden	ja	164 / 177	0 (0)	93 (88-96)	96	96	99	
Sjælland	ja	103 / 107	0 (0)	96 (91-99)	100	99	98	
Syddanmark	ja	134 / 137	0 (0)	98 (94-100)	96	95	98	
Midtjylland	ja	106 / 107	0 (0)	99 (95-100)	99	98	97	
Nordjylland	ja	77 / 81	0 (0)	95 (88-99)	95	94	92	
Hovedstaden	ja	164 / 177	0 (0)	93 (88-96)	96	96	99	
Herlev	ja	80 / 84	0 (0)	95 (88-99)	96	94	99	
Rigshospitalet	ja	84 / 93	0 (0)	90 (82-95)	96	100	99	
Sjælland	ja	103 / 107	0 (0)	96 (91-99)	100	99	98	
Roskilde	ja	103 / 107	0 (0)	96 (91-99)	100	99	98	
Syddanmark	ja	134 / 137	0 (0)	98 (94-100)	96	95	98	
Esbjerg	ja	30 / 30	0 (0)	100 (88-100)	100	100	95	
Odense	ja	69 / 70	0 (0)	99 (92-100)	98	99	99	
Vejle	ja	35 / 37	0 (0)	95 (82-99)	89	88	100	
Midtjylland	ja	106 / 107	0 (0)	99 (95-100)	99	98	97	
Holstebro	ja	28 / 28	0 (0)	100 (88-100)	100	100	96	
Århus	ja	78 / 79	0 (0)	99 (93-100)	99	98	97	
Nordjylland	ja	77 / 81	0 (0)	95 (88-99)	95	94	92	
Ålborg	ja	77 / 81	0 (0)	95 (88-99)	95	94	92	

Beregningsdefinition: Tæller: patienter registreret i databasen med diagnosen. Nævner: alle registreret med diagnosen i databasen samt i LPR.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 1a

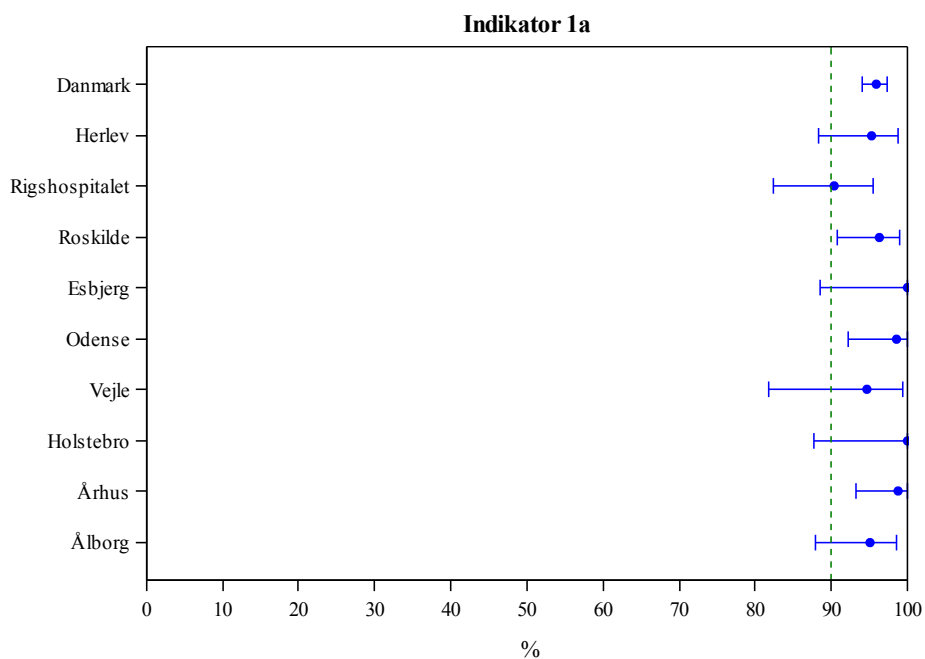
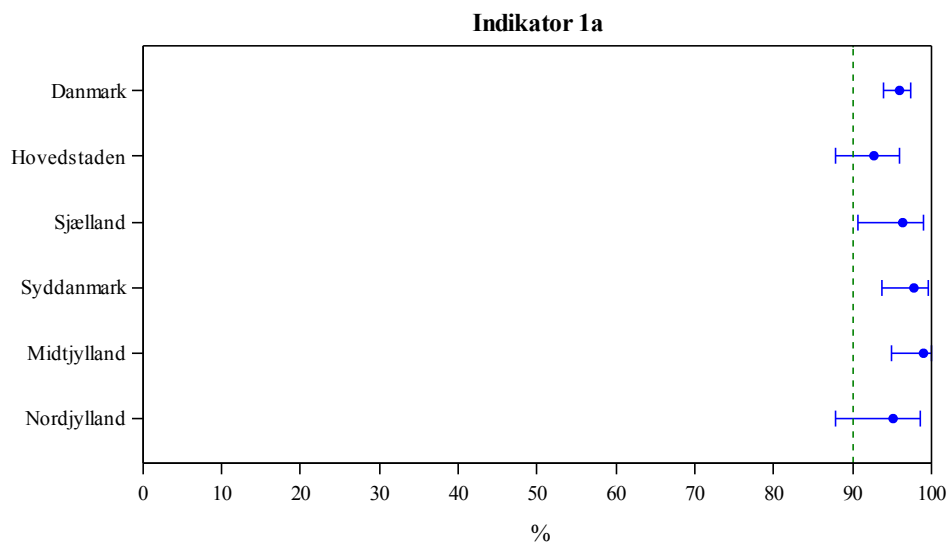
584 patienter blev registreret i databasen i aktuelle år (2016). Dækningsgraden på landsniveau er 96 % og ligger således over standarden på 90 % for kliniske kvalitetsdatabaser. Samtlige regioner og afdelinger opfylder standarden i aktuelle år og i de foregående tre år ligger de ligeledes højt.

Styregruppens faglige kommentarer til indikator 1a

Meget tilfredsstillende, ingen yderligere kommentarer.



Kontrolldiagrammer for regioner og afdelinger, indikator 1a



Indikator 1b. Datakomplethed

Datakomplethed opgjort ved andelen af patienter med indleveret opfølgningsskema ud af alle patienter, som er registreret i databasen det pågældende år. Indikatoren opgøres for 2014, 2013, 2012 og 2011 og ikke senere år, da opfølgningsskemaet først skal være indleveret to år efter tidspunkt for diagnose.

1b MPDS: datakomplethed	Std. 80% opfyldt	Tæller/nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		2013 Andel	Tidligere år	
				1.1.-31.12.2014 Andel	95% CI		2012 Andel	2011 Andel
Danmark	ja	498 / 574	0 (0)	87	(84-89)	99	99	100
Hovedstaden	nej	126 / 182	0 (0)	69	(62-76)	99	98	99
Sjælland	ja	101 / 101	0 (0)	100	(96-100)	100	100	100
Syddanmark	ja	101 / 121	0 (0)	83	(76-90)	98	98	100
Midtjylland	ja	123 / 123	0 (0)	100	(97-100)	99	100	100
Nordjylland	ja	47 / 47	0 (0)	100	(92-100)	98	100	100
Hovedstaden	nej	126 / 182	0 (0)	69	(62-76)	99	98	99
Herlev	nej	56 / 104	0 (0)	54	(44-64)	98	100	100
Rigshospitalet	ja	70 / 78	0 (0)	90	(81-95)	100	95	98
Sjælland	ja	101 / 101	0 (0)	100	(96-100)	100	100	100
Næstved								100
Roskilde	ja	101 / 101	0 (0)	100	(96-100)	100	100	100
Syddanmark	ja	101 / 121	0 (0)	83	(76-90)	98	98	100
Esbjerg	ja	16 / 16	0 (0)	100	(79-100)	100	100	100
Odense	nej	49 / 69	0 (0)	71	(59-81)	98	97	100
Vejle	ja	36 / 36	0 (0)	100	(90-100)	100	100	100
Midtjylland	ja	123 / 123	0 (0)	100	(97-100)	99	100	100
Holstebro	ja	34 / 34	0 (0)	100	(90-100)	100	100	100
Viborg							100	100
Århus	ja	89 / 89	0 (0)	100	(96-100)	99	100	100
Nordjylland	ja	47 / 47	0 (0)	100	(92-100)	98	100	100
Ålborg	ja	47 / 47	0 (0)	100	(92-100)	98	100	100

Beregningsdefinitioner: Tæller : patienter med indleveret opfølgningsskema. Nævner: patienter registreret i databasen.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 1b

Datakompletheden opgjort ved indlevering af 2-års opfølgningsskema er på landsplan 87 % i aktuelle år og standarden på 80 % for kliniske kvalitetsdatabaser er opfyldt. Én region og to afdelinger ligger imidlertid under standarden i aktuelle år. I de foregående år ligger alle regioner og afdelinger højt.

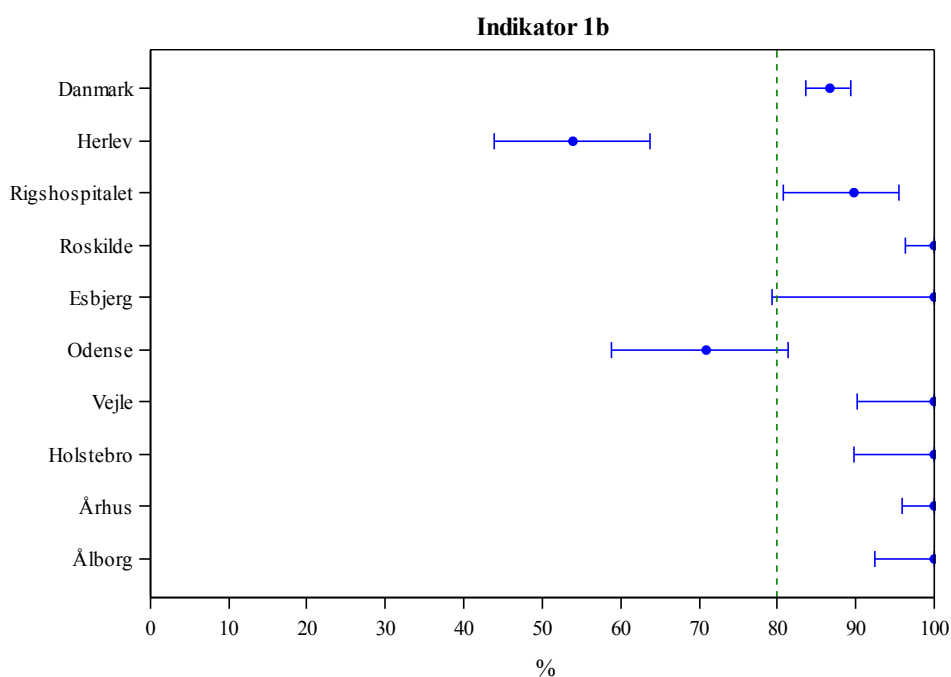
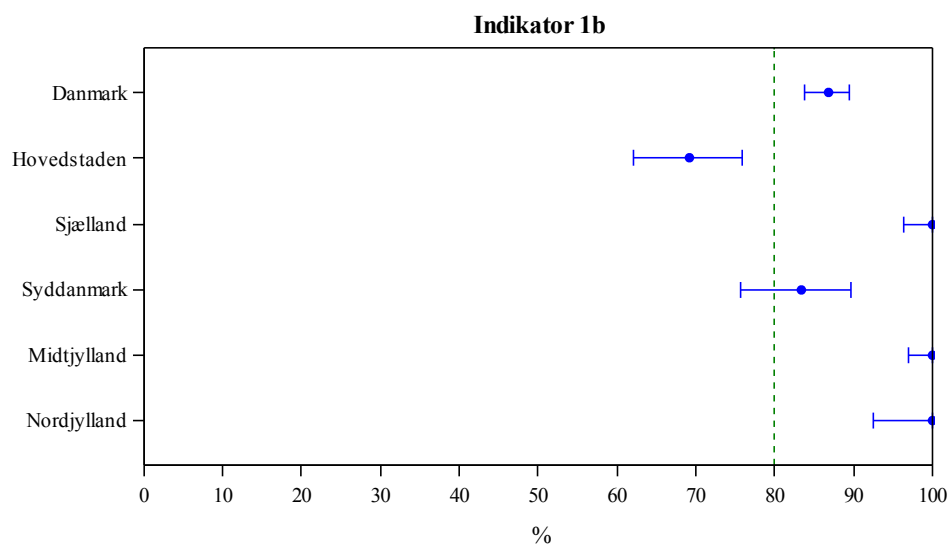
Det skal bemærkes at Åbenrå afrapporteres under Odenses, og Odense har indberettet samtlige skemaer for egne patienter, der indgår i aktuelle år.

Styregruppens faglige kommentarer til indikator 1b

Der er generelt en meget høj datakomplethed, men hovedstaden har problemer, muligvis pga. sundhedsplatformen (nyt journalsystem). Der har været problemer med at registrere og hente information ind gennem dette nye system. Odenses indberetning er kommenteret ovenfor.



Kontrolldiagrammer for regioner og afdelinger, indikator 1b



Indikator 3. Mortalitet inden for 180 dage

Andel patienter, der dør indenfor 180 dage efter diagnosedato.

3 MPDS: mortalitet 180 dage	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		2015 Andel	Tidligere år	
				1.1.-31.12.2016 Andel	95% CI		2014 Andel	2013 Andel
Danmark		11 / 584	0 (0)	1,9	(0,9-3,4)	2,4	2,4	2,5
Hovedstaden		# / #	0 (0)	#		2,0	2,2	1,8
Sjælland		3 / 103	0 (0)	2,9	(0,6-8,3)	1,9	4,0	4,0
Syddanmark		# / #	0 (0)	#		4,7	1,7	2,4
Midtjylland		3 / 106	0 (0)	2,8	(0,6-8,1)	1,6	3,3	1,9
Nordjylland		# / #	0 (0)	#		0,0	0,0	3,4
Hovedstaden		# / #	0 (0)	#		2,0	2,2	1,8
Herlev		# / #	0 (0)	#		1,8	1,9	1,0
Rigshospitalet		# / #	0 (0)	#		2,2	2,6	2,8
Sjælland		3 / 103	0 (0)	2,9	(0,6-8,3)	1,9	4,0	4,0
Roskilde		3 / 103	0 (0)	2,9	(0,6-8,3)	1,9	4,0	4,0
Syddanmark		# / #	0 (0)	#		4,7	1,7	2,4
Esbjerg		0 / 30	0 (0)	0,0	(0-12)	0,0	0,0	4,8
Odense		# / #	0 (0)	#		6,1	1,5	2,4
Vejle		0 / 35	0 (0)	0,0	(0-10)	2,9	2,8	0,0
Midtjylland		3 / 106	0 (0)	2,8	(0,6-8,1)	1,6	3,3	1,9
Holstebro		# / #	0 (0)	#		0,0	2,9	0,0
Århus		# / #	0 (0)	#		2,3	3,4	2,6
Nordjylland		# / #	0 (0)	#		0,0	0,0	3,4
Ålborg		# / #	0 (0)	#		0,0	0,0	3,4

Beregningsdefinitioner: Tæller: registreret død inden for 180 dage efter dato for diagnostisk prøvetagning. Nævner: alle med registret vital status. Uoplyst: oplysning om vital status mangler (n=1).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 3

Andelen af patienter, der døde inden for 180 dage var på landsniveau 1,9 % i 2016, uden signifikante forskelle mellem afdelinger eller regioner. Andelen er uændret i forhold til de foregående år.

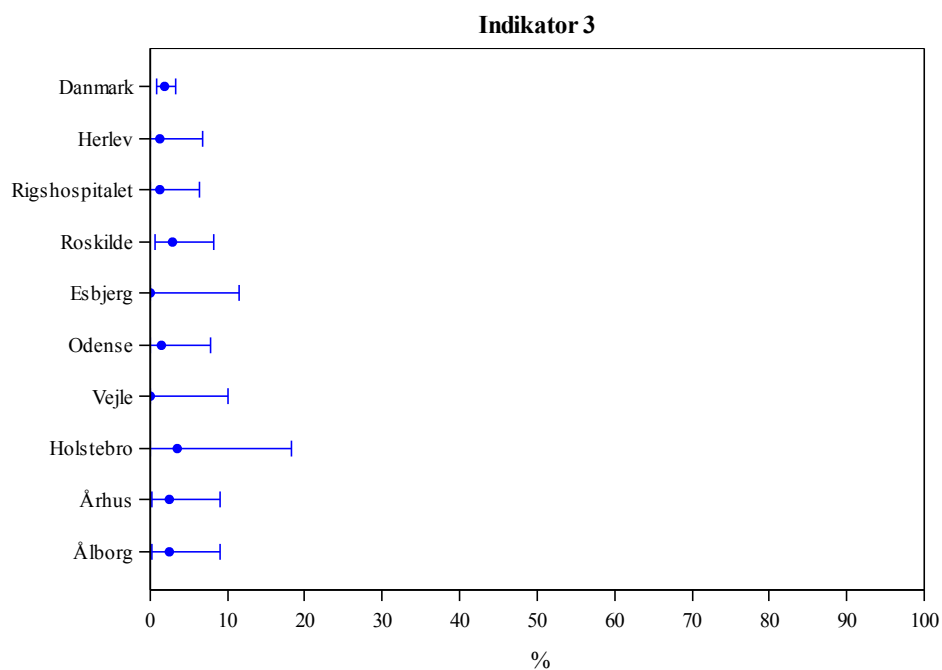
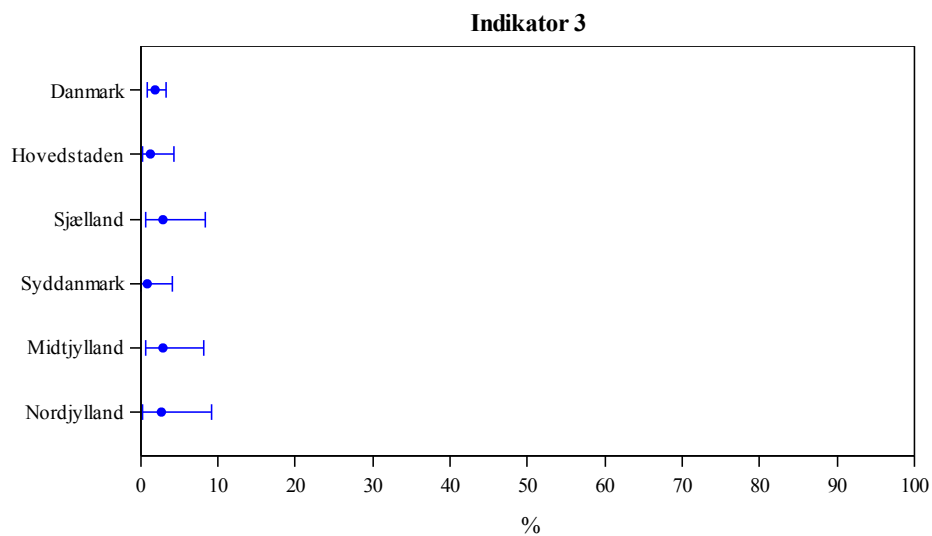
Bemærk at indikator 2, mortalitet indenfor 30 dage er udgået pga. af det meget lave patientantal, som indgik i tæller for indikatoren. Det var ikke meningsfyldt at se på forskelle imellem regioner og afdelinger på et sådant grundlag.

Styregruppens faglige kommentarer til indikator 3

Forventeligt er korttidsmortaliteten ganske lav, og i øvrigt sammenlignelig regioner og afdelinger imellem. Se i øvrigt kommentar i indledningen.



Kontrolldiagrammer for regioner og afdelinger, indikator 3



Indikator 6. 1-års overlevelse

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år		Tidligere år	
				2014 - 2015	95 % CL	2012 - 2013	2010 - 2011
				Andel		Andel	Andel
Danmark	60	1170	0.0	94.9	(93.4-96.0)	94.3	93.3
Region Hovedstaden	22	383	0.0	94.3	(91.4-96.2)	93.9	94.2
Region Sjælland	11	204	0.0	94.6	(90.5-97.0)	94.9	90.9
Region Syddanmark	14	249	0.0	94.4	(90.7-96.6)	93.6	92.3
Region Midtjylland	12	245	0.0	95.1	(91.5-97.2)	94.8	93.8
Region Nordjylland	#	#	0.0	#		95.1	96.4
Region Hovedstaden	22	383	0.0	94.3	(91.4-96.2)	93.9	94.2
Rigshospitalet	11	170	0.0	93.5	(88.6-96.4)	91.3	92.3
Herlev	11	213	0.0	94.8	(90.9-97.1)	95.7	95.5
Region Sjælland	11	204	0.0	94.6	(90.5-97.0)	94.9	90.9
Roskilde	11	204	0.0	94.6	(90.5-97.0)	94.9	94.0
Næstved	.	.	-	.	-	.	84.0
Region Syddanmark	14	249	0.0	94.4	(90.7-96.6)	93.6	92.3
Odense	11	151	0.0	92.7	(87.2-95.9)	92.0	90.4
Esbjerg	#	#	0.0	#		93.5	92.7
Vejle	#	#	0.0	#		97.6	96.4
Region Midtjylland	12	245	0.0	95.1	(91.5-97.2)	94.8	93.8
Århus	10	178	0.0	94.4	(89.8-96.9)	93.9	94.8
Holstebro	#	#	0.0	97.0	(88.6-99.2)	96.4	91.5
Viborg	.	.	-	.	-	100.0	92.3
Region Nordjylland	#	#	0.0	#		95.1	96.4
Ålborg	#	#	0.0	#		95.1	96.4

Beregningsdefinition: Andel overlevede patienter indenfor 1 år efter diagnosedato (død af alle årsager). 'Døde' angiver antal døde inden for 1 år og 'total' de inkluderede patienter i aktuelle periode. Bemærk alle patienter skal have 1 års fuld follow-up for at indgå i opgørelsen.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 6

1-års overlevelsen for aktuelle periode er 94,9 % for hele landet, uden forskelle mellem afdelinger eller regioner. Der er tendens til stigning i 1-års overlevelsen henover opgørelsesperioderne siden 2010/11.

Styregruppens faglige kommentarer til indikator 6

Resultatet er som forventet og i øvrigt sammenligneligt regioner og afdelinger imellem.



Indikator 7. 3-års overlevelse

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2012 - 2013		Tidligere år 2010 - 2011
				Andel	95 % CL	Andel
Danmark	320	2245	0.0	84.4	(82.8-86.0)	82.5
Region Hovedstaden	91	712	0.0	85.9	(82.9-88.4)	83.6
Region Sjælland	65	396	0.0	81.9	(77.5-85.6)	79.9
Region Syddanmark	78	486	0.0	82.8	(78.9-86.0)	81.8
Region Midtjylland	57	446	0.0	85.8	(81.9-88.9)	83.6
Region Nordjylland	29	205	0.0	85.3	(79.4-89.7)	83.5
Region Hovedstaden	91	712	0.0	85.9	(82.9-88.4)	83.6
Rigshospitalet	40	299	0.0	85.4	(80.6-89.2)	81.9
Herlev	51	413	0.0	86.3	(82.3-89.5)	84.7
Region Sjælland	65	396	0.0	81.9	(77.5-85.6)	79.9
Roskilde	65	396	0.0	81.9	(77.5-85.6)	81.9
Næstved	.	.	-	.	-	70.4
Region Syddanmark	78	486	0.0	82.8	(78.9-86.0)	81.8
Odense	48	294	0.0	82.2	(77.0-86.3)	81.8
Esbjerg	14	74	0.0	80.5	(69.3-88.0)	79.2
Vejle	16	118	0.0	85.6	(77.5-91.0)	83.5
Region Midtjylland	57	446	0.0	85.8	(81.9-88.9)	83.6
Århus	41	320	0.0	85.9	(81.3-89.5)	84.8
Holstebro	13	116	0.0	87.3	(78.9-92.5)	84.6
Viborg	3	10	0.0	70.0	(32.9-89.2)	61.5
Region Nordjylland	29	205	0.0	85.3	(79.4-89.7)	83.5
Ålborg	29	205	0.0	85.3	(79.4-89.7)	83.5

Beregningsdefinition: Andel overlevede patienter indenfor 3 år efter diagnosedato (død af alle årsager). 'Døde' angiver antal døde inden for 3 år og 'total' de inkluderede patienter i aktuelle periode. Bemærk alle patienter skal have 3 års fuld follow-up for at indgå i opgørelsen.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 7

3-års overlevelsen for aktuelle periode er 84,4 % for hele landet. Der ses ikke forskelle på afdelings- eller regionsniveau, og der er tendens til stigning i overlevelsen i forhold til tidligere år (2010-11). I Viborgs tal for aktuelle år indgår kun patienter fra 2012, da afdelingen herefter ikke ser patienter.



Styregruppens faglige kommentarer til indikator 7

Resultat på landsplan er som forventet og sammenligneligt regioner og afdelinger imellem. Den lave andel for en enkelt afdeling, kan der ikke lægges større betydning i grundet lavt patient antal, jf. også konfidensintervallets bredde. Betragtes resultatet for de øvrige afdelinger, er resultatet ensartet.



Indikator 8. 5-års overlevelse

Gruppe	Døde	Total	uoplyst pct	Aktuelle år 2010 - 2011	
				Andel	95 % CL
Danmark	673	3176	0.0	73.5	(71.6-75.3)
Region Hovedstaden	184	983	0.0	76.4	(73.0-79.5)
Region Sjælland	142	568	0.0	68.6	(63.7-73.0)
Region Syddanmark	160	702	0.0	71.8	(67.6-75.6)
Region Midtjylland	133	637	0.0	73.3	(68.9-77.2)
Region Nordjylland	54	286	0.0	77.5	(71.3-82.5)
Region Hovedstaden	184	983	0.0	76.4	(73.0-79.5)
Rigshospitalet	78	409	0.0	76.2	(70.7-80.8)
Herlev	106	574	0.0	76.7	(72.2-80.5)
Region Sjælland	142	568	0.0	68.6	(63.7-73.0)
Roskilde	110	487	0.0	69.9	(64.2-74.8)
Næstved	32	81	0.0	60.5	(49.0-70.2)
Region Syddanmark	160	702	0.0	71.8	(67.6-75.6)
Odense	96	423	0.0	71.9	(66.4-76.7)
Esbjerg	25	104	0.0	73.3	(62.8-81.3)
Vejle	39	175	0.0	70.4	(60.8-78.1)
Region Midtjylland	133	637	0.0	73.3	(68.9-77.2)
Århus	90	447	0.0	74.3	(69.0-78.8)
Holstebro	30	164	0.0	75.8	(66.5-82.9)
Viborg	13	26	0.0	50.0	(29.9-67.2)
Region Nordjylland	54	286	0.0	77.5	(71.3-82.5)
Ålborg	54	286	0.0	77.5	(71.3-82.5)

Beregningsdefinition: Andel overlevede patienter indenfor 5 år efter diagnosedato (død af alle årsager). 'Døde' angiver antal døde inden for 5 år og 'total' de inkluderede patienter i aktuelle periode. Bemærk alle patienter skal have 5 års fuld follow-up tid for at indgå i opgørelsen.

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 8

5-års overlevelsen for aktuelle periode er 73,5 % for hele landet. Der er generelt ikke forskelle mellem regioner eller afdelinger. Næstved og Viborg ligger dog lavt i 5-års overlevelse, men der har ikke været behandlet patienter på de to afdelinger siden hhv. 2011 og 2012.



Styregruppens faglige kommentarer til indikator 8
Ingen yderligere kommentarer



Indikator 10. Udført cytogenetik/molekylær biologi

Andelen af patienter som får udført cytogenetisk/ molekylærbiologisk undersøgelse

10 MPDS: Udført gendiagnostisk sp	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år		2015 Andel	Tidligere år	
				1.1.-31.12.2016 Andel	95% CI		2014 Andel	2013 Andel
Danmark		512 / 521	63 (11)	98	(97-99)	97	97	97
Hovedstaden		143 / 147	17 (10)	97	(93-99)	95	97	99
Sjælland		84 / 87	16 (16)	97	(90-99)	97	98	99
Syddanmark		130 / 130	4 (3)	100	(97-100)	100	99	97
Midtjylland		89 / 89	17 (16)	100	(96-100)	98	94	93
Nordjylland		66 / 68	9 (12)	97	(90-100)	79	97	94
Hovedstaden		143 / 147	17 (10)	97	(93-99)	95	97	99
Herlev		74 / 76	4 (5)	97	(91-100)	100	99	99
Rigshospitalet		69 / 71	13 (15)	97	(90-100)	50	95	98
Sjælland		84 / 87	16 (16)	97	(90-99)	97	98	99
Roskilde		84 / 87	16 (16)	97	(90-99)	97	98	99
Syddanmark		130 / 130	4 (3)	100	(97-100)	100	99	97
Esbjerg		30 / 30	0 (0)	100	(88-100)	100	100	100
Odense		66 / 66	3 (4)	100	(95-100)	100	98	96
Vejle		34 / 34	1 (3)	100	(90-100)	100	100	100
Midtjylland		89 / 89	17 (16)	100	(96-100)	98	94	93
Holstebro		24 / 24	4 (14)	100	(86-100)	96	89	84
Århus		65 / 65	13 (17)	100	(94-100)	100	96	97
Nordjylland		66 / 68	9 (12)	97	(90-100)	79	97	94
Ålborg		66 / 68	9 (12)	97	(90-100)	79	97	94

Beregningsdefinition: Tæller: foretaget undersøgelse. Nævner: alle registreret med *ja* eller *nej* til foretaget undersøgelse.
Uoplyst: uvist om undersøgelse er foretaget eller data er missing (n=63).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 10

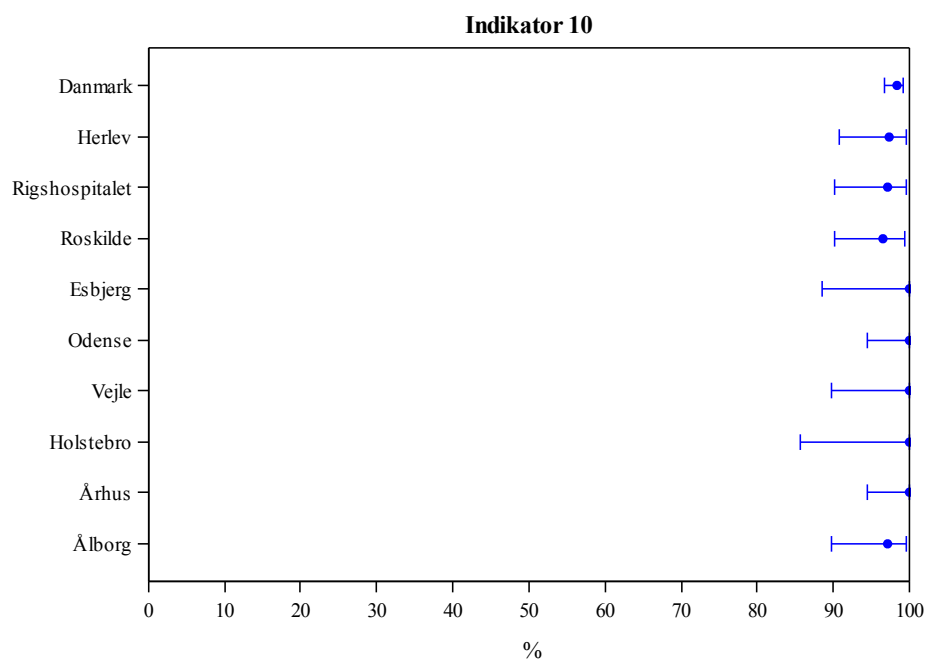
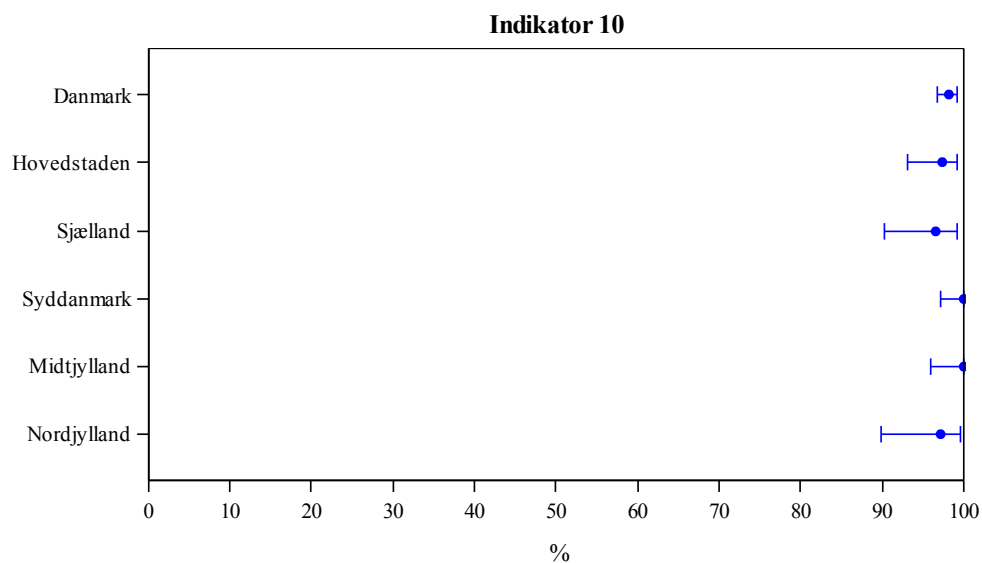
Andelen af patienter, der fik cytogenetisk/ molekylærbiologisk undersøgelse var på landsniveau 98 % i aktuelle år. Alle regioner og afdelinger ligger højt i aktuelle år. Der er 11 % uoplyste for denne indikator. Der er databrud med ny registreringsmåde pr 2016.

Styregruppens faglige kommentarer til indikator 10

De sygdomsspecifikke cytogenetiske/molekylærbiologiske undersøgelser bemærkes på landsplan udført for mindst 95 % af patienterne set henover alle år, hvilket er tilfredsstillende. For i år bemærkes at alle afdelinger opfylder målet.



Kontrolldiagrammer for regioner og afdelinger, indikator 10



Indikator 11. Patienter inkluderet i klinisk behandlingsprotokol

Andel patienter, som er inkluderet i klinisk behandlingsprotokol. Indikatoren opgøres for 2014, 2013 og 2012 og ikke senere år, da opfølgningsskemaet først skal være indleveret to år efter tidspunkt for diagnose.

11 MPDS: Patienter inkluderet i protokol							
	Std. opfyldt	Tæller/ nævner	Uoplyst (pct.)	Aktuelle år 1.1.-31.12.2014 Andel 95% CI		Tidligere år 2013 2012 Andel Andel	
Danmark		39 / 418	14 (3)	9,3	(7-13)	21,3	17,5
Hovedstaden		5 / 106	6 (5)	4,7	(2-11)	10,5	14,5
Sjælland		11 / 87	0 (0)	12,6	(6-22)	45,5	27,3
Syddanmark		12 / 84	6 (7)	14,3	(8-24)	24,8	17,4
Midtjylland		8 / 99	1 (1)	8,1	(4-15)	9,2	16,2
Nordjylland		3 / 42	1 (2)	7,1	(2-19)	18,4	12,5
Hovedstaden		5 / 106	6 (5)	4,7	(2-11)	10,5	14,5
Herlev		# / #	6 (12)	#		9,6	16,1
Rigshospitalet		3 / 61	0 (0)	4,9	(1-14)	11,7	11,1
Sjælland		11 / 87	0 (0)	12,6	(6-22)	45,5	27,3
Næstved		0 / 0	0 (0)				
Roskilde		11 / 87	0 (0)	12,6	(6-22)	45,5	27,3
Syddanmark		12 / 84	6 (7)	14,3	(8-24)	24,8	17,4
Esbjerg		0 / 14	0 (0)	0,0	(0-23)	15,0	0,0
Odense		12 / 43	0 (0)	27,9	(15-44)	32,4	32,7
Vejle		0 / 27	6 (18)	0,0	(0-13)	0,0	0,0
Midtjylland		8 / 99	1 (1)	8,1	(4-15)	9,2	16,2
Holstebro		4 / 30	0 (0)	13,3	(4-31)	23,8	29,4
Viborg		0 / 0	0 (0)				0,0
Århus		4 / 69	1 (1)	5,8	(2-14)	3,6	14,9
Nordjylland		3 / 42	1 (2)	7,1	(2-19)	18,4	12,5
Ålborg		3 / 42	1 (2)	7,1	(2-19)	18,4	12,5

Beregningsdefinition: Tæller: patienter indgået i behandlingsprotokol. Nævner: patienter som indgår og ikke indgår i protokol på opfølgningsskemaet. Eksklusioner: patienter, som ikke er tiltænkt at skulle i behandling (n=66) og patienter, hvor opfølgningsskema ikke er indleveret (n=76). Uoplyst: uvist om patienten indgik i protokol (n=14).

Klinisk epidemiologiske kommentarer til indikator 11

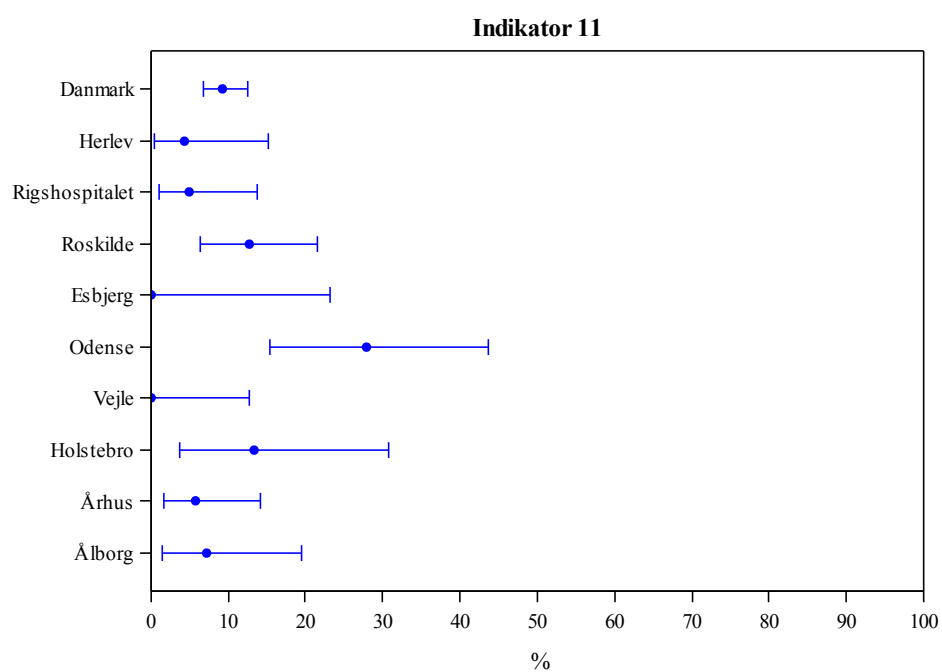
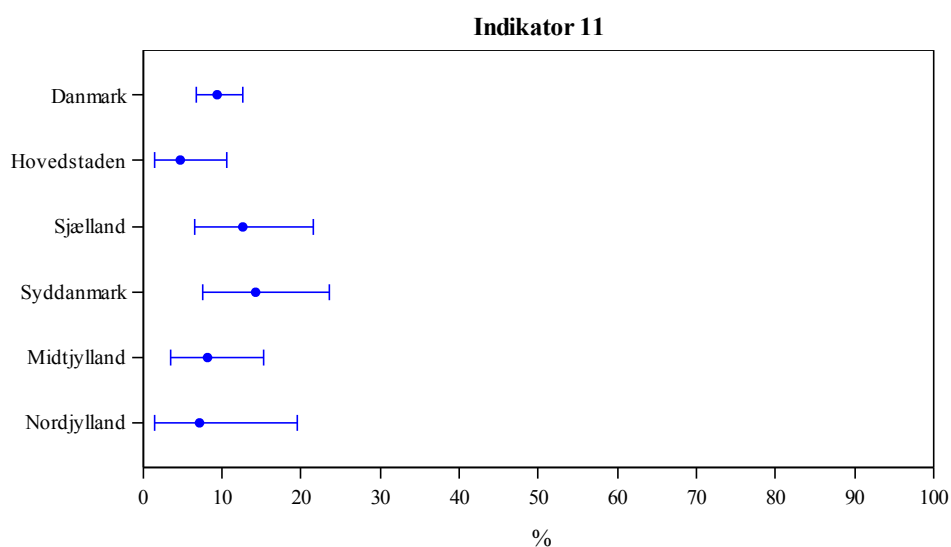
Andelen af patienter, som indgik i behandlingsprotokol var på landsniveau 9,3 % i aktuelle år, hvilket er en lille nedgang sammenlignet med tidligere år.

Styregruppens faglige kommentarer til indikator 11

Adgang til inklusion i kliniske protokoller har i en årrække været få for de kroniske myeloide sygdomme. Der er fortsat ønskelig med flere protokolltilbud se indledningen.



Kontrolldiagrammer for regioner og afdelinger, indikator 11



Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

De kroniske myeloide sygdomme er sjældne, klonale hæmatologiske cancerformer, som ubehandlet har en meget høj morbiditet og mortalitet. Sygdommene diagnosticeres i alle aldre, men generelt i aldersgrupper fra 55 år og behandles på alle hæmatologiske afdelinger.

Sygdomsgruppen omfatter diagnoserne Essentiel trombocytose (ET), Polycytæmia vera (PV), Primær myelofibrose (PMF) og Kronisk myeloid leukæmi (CML). Sidstnævnte er cytogenetisk og molekylærbiologisk karakteriseret ved Philadelphia-kromosomet og fusionsproteinet BCR/ABL, mens den typiske molekylærbiologiske signatur ved de klassiske Philadelphia-negative tilstande - JAK2V617F-mutationen - findes hos ca. 50 % af patienterne med ET, 95-98 % af patienterne med PV og ca. 50 % af patienterne med PMF. Beskrivelse af mutationer i CALR-genet bidrager til en endnu dybere biologisk forståelse af især JAK2V617F-mutations negative ET og PMF.

Komplikationerne til de Philadelphia-negative sygdomme er bl.a. blodpropper og blødninger samt sent i forløbet udvikling af myelofibrose, knoglemarvssvigt og ændring i sygdoms karakter til akut myeloid leukæmi. Fra databasens etablering har diagnosen kronisk myelomonocytær leukæmi (CMML) været inkluderet, om end diagnosen biologisk har relation til myelodysplastisk syndrom, varetaget i Akut Leukæmi Gruppen. Den er fra i år afrapporteringsmæssigt flyttet til MDS gruppen under Akut leukæmigruppen (ALG) og er således ikke længere en del af nærværende rapport.

Mange patienter er tyngt af symptomer på øget celledeling med træthed, vægttab, nattesved og let temperaturstigning, især udtalt hos myelofibrose-patienter med stor sygdomsbyrde i form af betydelig forstørret milt og ofte udtalt forhøjede celledetal i blodet. Komplikationer til sygdommene (blodpropper og blødninger), psykisk belastning, bivirkninger til medicinsk behandling og komorbiditet (som følge af komplikationer til sygdommen eller sygdomme, som optræder hyppigere hos den ældre befolkningsdel) bidrager også væsentligt til symptombyrden.

Gennem mange år har princippet i behandling af disse sygdomme været baseret på konventionel palliativ/supportiv behandling, som bl.a. har omfattet cytoreduktion, symptomlindrende behandling og blodtransfusioner. Kurativ behandling har hidtil kun været mulig ved hjælp af knoglemarvstransplantation (CML, rapporteret i mindre serier for PV, ET, og PMF), men kun indiceret ved alvorlig sygdomsforværring, og hvis forudsætningerne for transplantation har været til stede. Behandling med bl.a. vækstfaktorer og immunmodulation har for særlige undergrupper af patienter med PMF medført en betydelig reduktion i behovet for blodtransfusioner og dermed bedre livskvalitet.

Siden årtusindeskiftet har nye behandlingstilbud med "targeted therapy", hvor sygdomsspecifikke mekanismer hæmmes effektivt, bidraget til markant at ændre forløb, livskvalitet og prognosen for patienter med kronisk myeloproliferativ sygdom. Overlevelsen for CML er således forbedret betydeligt baseret på "signal transduction inhibition" (STI, tyrosin kinase inhibition), der hæmmer fusionsproteinet BCR/ABL, og knoglemarvstransplantation udføres nu sjældent på denne indikation. Flere forskellige lægemidler med specifik virkning ved CML er nu tilgængelige, hvilket er et udtryk for en fortsat udvikling. De seneste år er tyrosinkinaseinhibitorer mod JAK2-mutationen (især relevant for PMF og PV) blevet introduceret. De kommende år vil vise, hvilken værdi kombinationsbehandling mellem f.eks. alfa-interferon og kinase-inhibitorer kan få ved alle omtalte diagnoser. Forventeligt vil



flere nye lægemidler til behandling af kronisk myeloid sygdom komme til som følge af en bedre biologisk forståelse af sygdommene.

Det må indtil videre antages, at det vil dreje sig om vedvarende medicinsk behandling for flertallet af patienterne. Derfor er det en sygdomsgruppe, hvor både prævalensen af behandlede patienter vil stige, og hvor levetiden for den enkelte patient vil blive længere. Udfordringen vil derfor ikke kun blive et spørgsmål om levetid, det vil i meget høj grad blive et spørgsmål om livskvalitet.

Med henblik på at skabe større fokus på ovenstående udfordringer og som platform for vidensspredning vedrørende de nyeste landvindinger og planlagte nationale og internationale behandlingsprotokoller indenfor de respektive sygdomskategorier, blev Den Danske Studiegruppe for Kroniske Myeloide Sygdomme (DSKMS) stiftet marts 2005 på årsmødet for Dansk Hæmatologisk Selskab (DHS). Vigtige indsatsområder for DSKMS har desuden været udarbejdelse og løbende revision af retningslinjer for diagnostik, monitorering og behandling. Herudover har brobygning til specialets nationale samarbejdspartnere (inkl. patologer/molekylærbiologer), til internationale studiegrupper, centre og forskningsmiljøer samt til patientforeninger, det politisk-administrative system og medicinal-industrien med henblik på deltagelse i randomiserede multicenterstudier været en meget vigtig funktion.

Rapporten fra databasen for kroniske myeloproliferative sygdomme indeholder indikatorer, som er fælles for de fire hæmatologiske databaserapporter. De 12 udvalgte fællesindikatorer er dog ikke relevante for alle sygdomsområder, og således indgår i denne rapport indikator 1a, 1b, 3, 6-7 og 10-11. Indikatorerne dækker faser af udredning og behandling samt langtidsopfølgning: diagnostisk undersøgelse, inklusion i behandlingsprotokol, korttidsmortalitet samt overlevelse inden for 1 og 3 år. Korttidsmortaliteten indenfor 30 dage er i år udeladt, da den ikke bidrager med information hos denne patientkategori, som generelt har en høj overlevelse. Dækningsgrad for databasen og komplethed af data er medtaget som indikatorer i alle hæmatologiske årsrapporter.

DSKMS har i 2015 opdateret registrerings- og opfølgningsskemaer og indført et 5 års opfølgningsskema. Der er blevet udarbejdet en grundig brugervejledning til indberetning i databasen, både i form af en samlet beskrivelse og i form af elektronisk information knyttet til indberetningen i de enkelte rubrikker i skemaerne i databasen. Yderligere informationer om databaseindberetningsskemaer og vejledning mv. fremgår af hjemmesiden: www.hematology.dk.

Alle hæmatologiske afdelinger i Danmark rapporterer til DSKMS database, og forventeligt vil det kun være få patienter på landsplan, som ikke følges på en hæmatologisk specialafdeling. Databasen har nu et omfang, der berettiger til at anvende data til videnskabelig undersøgelse, men DSKMS er opmærksom på behovet for at validere de indrapporterede journaloplysninger, inden der drages brede konklusioner.



Datagrundlag og metode

Datagrundlag

Dansk Database for Kroniske Myeloproliferative Neoplasier har hidtil været en del af Den Hæmatologiske Fællesdatabase, hvori de hæmatologiske afdelinger i Danmark indtaster data. Den hæmatologiske fællesdatabase er imidlertid blevet opdelt i seks databaser, som i 2017 blev godkendt som selvstændige landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser af Sundhedsdatastyrelsen. Databasen for myeloproliferative sygdomme er forankret i DSKMS og har været landsdækkende siden 2010. Det faglige ansvar for databasens drift og vedligeholdelse ligger hos DSKMS. Databasen for myeloproliferative sygdomme er ligesom de andre hæmatologiske databaser placeret i Region Hovedstaden og tilknyttet RKKPs Afdeling for klinisk epidemiologi og biostatistik i København. Driften finansieres af Danske Regioners Fællespulje for Kliniske Databaser.

Alle hæmatologiske afdelinger i Danmark indtaster patienter med myeloproliferative sygdomme, som har eller har haft en fysisk kontakt til afdelingen. Når diagnosen er stillet, indtastes registreringsskema af den afdeling, som iværksætter behandlingen, eller tager beslutning om, at der ikke skal behandles. Informationer om behandlingen og om patientens respons på behandlingen registreres på opfølgningsskema. I tilfælde af død, eller hvis patienten afsluttes fra afdelingen registreres dette i opfølgningsskema.

Indførelsen af obligatoriske indtastningsfelter i databasen betyder en øget datavaliditet. Der er imidlertid forskellige procedurer med hensyn til indberetning, idet indrapportering foretages af både kontaktlæger, datamanagere, studenter og KFE. DSKMS er meget opmærksom på vigtigheden af validering. Selvom der ikke er forskelle i fordelinger, resultater eller komplethed i betydende grad, arbejder DSKMS internt kritisk med at vurdere kvaliteten af data, optimere dataindberetningen og med at gennemgå nytteværdien af de enkelte variable i databasen. De anvendte registreringsskemaer er derfor blevet revideret i 2015, og omfatter herefter også et fem-års opfølgningsskema.

Principperne for databasen er beskrevet i en artikel til særnummer af det internationale tidsskrift, *Clinical Epidemiology*, som udkom i 2016. Databasen dokumenteres sammen med de øvrige kliniske databaser, der modtager støtte fra RKKP, her: www.rkkp-dokumentation.dk, hvor også artiklen kan tilgås.

Data til nærværende rapport er udtrukket den 17. juli 2017.

Patientpopulation

Populationen, som indgår i årsrapportens indikatorer, er defineret ud fra patienter, der er registreret i Databasen for Myeloproliferative sygdomme med en diagnosedato i perioden 1. januar 2013 til 31. december 2016. For indikatorer, der vedrører overlevelse, anvendes data tilbage til databasens start i 2010 for at kunne følge patienter i op til 5 år efter diagnosetidspunkt.

Til beregning af dækningsgrad for databasen (indikator 1a) er der indhentet data fra Landspatientregisteret (LPR). Følgende diagnosekoder er inkluderet fra LPR: DC921, DC922, DC927, DC945, DC951, DC952, DC957, DC959, DD459, DD471, DD473 og DD474A. Den først fundne kontakt i LPR på én af de relevante diagnosekoder angiver LPR diagnoseåret. Patienter, som ved fejlliste-gennemgang på de enkelte afdelinger er vurderet ikke at have en hæmatologisk cancerdiagnose, er



ekskluderet fra opgørelsen af dækningsgrad. Ligeledes er udenlandske patienter og patienter bosat i udlandet ekskluderet. Patienter, som findes i LPR, men ikke kan genfindes i databasen henføres i opgørelsen til den hæmatologiske afdeling, som sidst har set patienten ifølge LPR.

Statistiske metoder

Indikatorerne er opgjort på afdelingsniveau i henhold til »Basiskrav for kliniske kvalitetsdatabaser« publiceret af Danske Regioner. Tabeller og diagrammer følger RKKP's skabelon for årsrapporter, der er obligatorisk at anvende efter juni 2016. Indikatorerne præsenteres i tabeller og kontroldiagrammer med lands-, regions- og afdelingsresultater, samt for indikatorer med standard fastsat også funnel diagrammer.

Indikatorværdierne er andele med 95 % konfidensintervaller baseret på den eksakte binomialfordeling. 1-, 3- og 5-års overlevelsen er opgjort efter Kaplan-Meier metoden. Appendiks indeholder deskriptive tabeller samt overlevelsesdiagrammer for undertyper af kroniske myeloide sygdomme.



Databasens styregruppe

Dorthe Rønnov Jessen, Sygehus Lillebælt - Vejle Sygehus -formand DSKMS
Christen Lykkegaard Andersen, Herlev Hospital – sekretær DSKMS
Andrea Dimitrijevic, Odense Universitetshospital - bestyrelsesmedlem
Morten Saaby, Holstebro Sygehus– bestyrelsesmedlem
Jendrich Mourek, Rigshospitalet - bestyrelsesmedlem
Lene Udby, Sjællands Universitetshospital - bestyrelsesmedlem
Marie Fredslund Breinholt, Herlev Hospital – bestyrelsesmedlem (patolog)
Niels Pallisgaard, Sjællands Universitetshospital– bestyrelsesmedlem (molekylærbiolog)
Gitte Madsen, Ålborg Sygehus

Suppleanter

Marie Bak, Sjællands Universitetshospital
Mette Borg Clausen, Herlev Hospital

Kontaktperson

Christen Lykkegaard Andersen, læge PhD
christenla@gmail.com, tlf. 26 12 28 40.



Appendiks 1. Deskriptive tabeller

Patienter pr år	2016	2015	2014	2013
Danmark	584	596	574	557
Hovedstaden	164	201	182	168
Sjælland	103	103	101	100
Syddanmark	134	128	121	127
Midtjylland	106	122	123	103
Nordjylland	77	42	47	59
Hovedstaden	164	201	182	168
Herlev	80	109	104	97
Rigshospitalet	84	92	78	71
Sjælland	103	103	101	100
Næstved	0	0	0	0
Roskilde	103	103	101	100
Syddanmark	134	128	121	127
Esbjerg	30	12	16	21
Odense	69	82	69	85
Vejle	35	34	36	21
Midtjylland	106	122	123	103
Holstebro	28	33	34	26
Viborg	0	0	0	0
Århus	78	89	89	77
Nordjylland	77	42	47	59
Ålborg	77	42	47	59

Diagnosefordeling	2016	2015	2014	2013	2012
Kronisk Myeloid Leukæmi (BCR-ABL1 positiv)	63	63	56	58	55
Polycytæmi Vera	171	176	201	157	141
Primær Myelofibrose	69	79	64	95	83
Essentiel Thrombocytose	189	195	169	174	164
Uklassificerbar Myeloproliferativ sygdom	92	83	84	73	76

Diagnose- og kønsfordeling i 2016	Mænd	Kvinder			
Kronisk Myeloid Leukæmi (BCR-ABL1 positiv)	37	26	.	.	.
Polycytæmi Vera	81	90	.	.	..
Primær Myelofibrose	35	34	.	.	..
Essentiel Thrombocytose	75	114	.	.	..
Uklassificerbar Myeloproliferativ sygdom	45	47	.	.	..

Diagnose- og aldersfordeling i 2016	Min	1. kvartil	Median	3. kvartil	Max
Uklassificerbar Myeloproliferativ sygdom	40,4	61,2	70,6	79,5	95,7
Essentiel Thrombocytose	32,2	56,2	67,9	74,3	93,4
Primær Myelofibrose	29,9	67,0	72,0	77,3	87,6
Polycytæmi Vera	31,5	62,0	71,3	79,5	93,9
Kronisk Myeloid Leukæmi (BCR-ABL1 positiv)	22,2	43,6	60,9	71,3	87,2

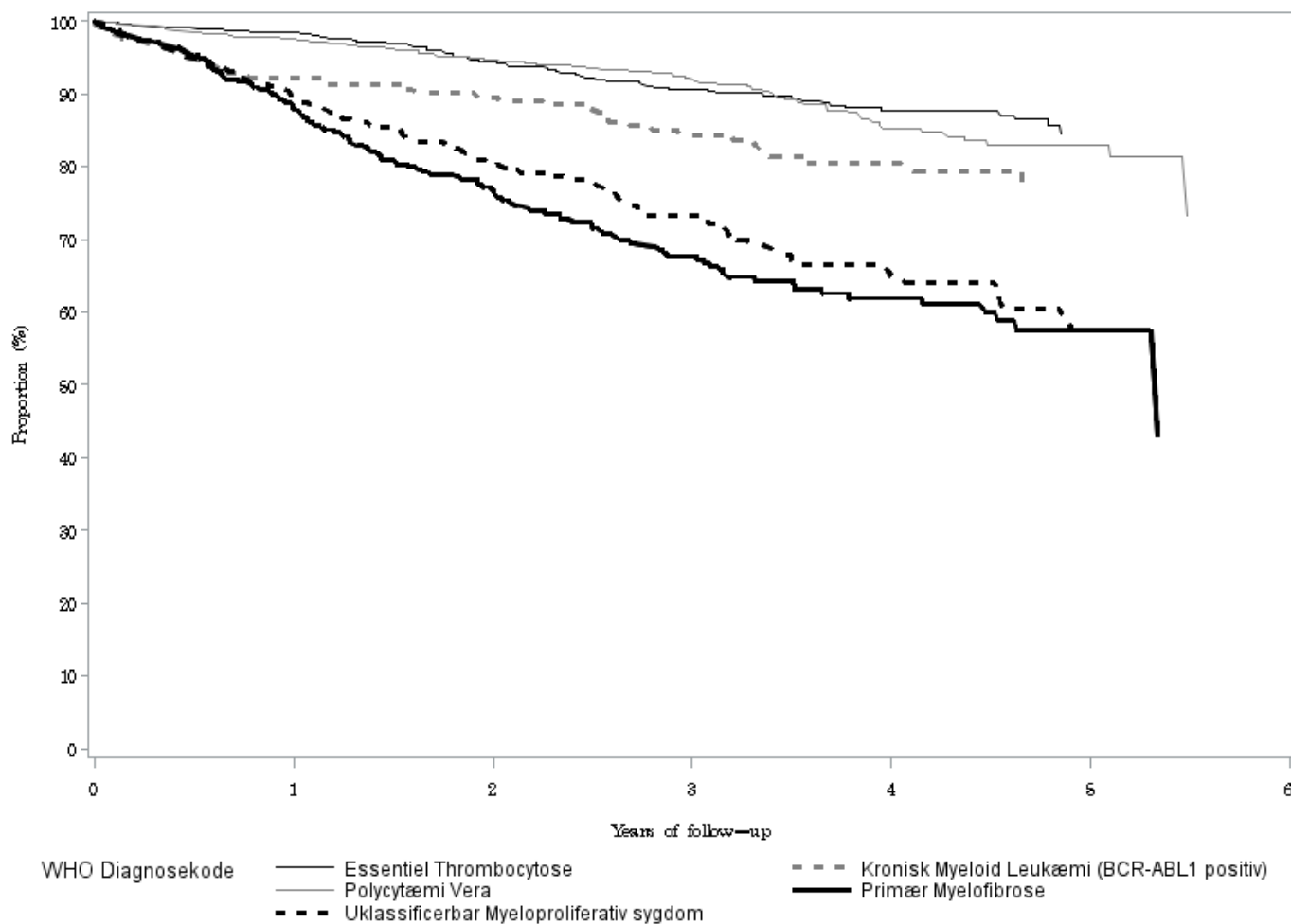


Aldersfordeling pr diagnoseår, n (%)	2016	2015	2014	2013
<40	11 (3)	29 (5)	34 (6)	28 (5)
40-60	72 (21)	123 (21)	121 (21)	149 (27)
60-80	204 (61)	328 (56)	318 (55)	274 (50)
80+	49 (15)	110 (19)	101 (18)	101 (18)

Aldersfordeling pr region for patienter i 2014-2016, n (%)	0-39	40-59	60-79	80+	Hele landet
Danmark	89 (5)	375 (21)	986 (56)	304 (17)	1754
Hovedstaden	38 (7)	112 (20)	305 (56)	92 (17)	547
Sjælland	8 (3)	61 (20)	187 (61)	51 (17)	307
Syddanmark	11 (3)	83 (22)	207 (54)	82 (21)	383
Midtjylland	22 (6)	89 (25)	195 (56)	45 (13)	351
Nordjylland	10 (6)	30 (18)	92 (55)	34 (20)	166



Overlevelse for undertyper af kronisk myeloid sygdom



Kurverne viser andelen af overlevede fordelt på diagnosegruppe på et givent tidspunkt i opfølgningsperioden frem til 5 år efter diagnosedato for patienter diagnosticeret mellem 2012 og 2016. Død af alle årsager er medtaget.

Appendiks 2. Vejledning i fortolkning af resultater

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

Indikatortabeller

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

Nedenfor beskrives **indhold af tabellerne**:

- **Standard:** Angiver den af styregruppen fastsatte standard for, hvor stor en andel (%) af det samlede antal patientforløb, der som minimum/højst må forventes at leve op til kravet relateret til den pågældende indikator. Et "<" foran procentværdien angiver, at indikatorværdien højst må antage denne for at standard er opfyldt.
- **Standard opfyldt, Ja/Nej:** Angiver, om standarden er opfyldt for afdelingen/regionen/landet. "Ja" indikerer, at afdelings-, regions-/landsgennemsnittet opfylder standarden. "Nej" betyder, at standarden ikke er opfyldt.
- **Tæller/nævner:** Angiver det samlede antal patienter, der indgår i tæller og nævner i beregningen af den pågældende indikatorværdi. For alle indikatorer gælder det, at patienterne ikke indgår i beregningen af indikatoren, såfremt der for den relevante variabel i registreringsskemaet er angivet "uoplyst" eller at data mangler. Ligeledes ekskluderes patienter, hvor den pågældende aktivitet er bedømt "ikke relevant". Der vil derfor være forskel i antallet af patientforløb, som indgår i beregningen af de enkelte indikatorer.
- **Uoplyst:** Angiver antallet af indberetninger med manglende oplysninger til beregning af indikatoren. Andelen af det potentielle datagrundlag angives i procent i en parentes.
- **Andel patientforløb som opfylder kravet, % (95 % CI):** Angiver den procentvise andel af det samlede antal patientforløb, der lever op til kravet i relation til den pågældende indikator. For at få et indtryk af den statistiske usikkerhed ved bestemmelse af indikatorværdien er der anført et 95% konfidensinterval (95% CI), som angiver, at den "sande" indikatorværdi med 95% sandsynlighed befinder sig indenfor det opstillede interval. Konfidensintervallets bredde afspejler med hvilken præcision, indikatorværdien er bestemt. Periodeangivelsen refererer til opgørelsesperiode.

Kontrolprogrammer (regioner/enheder)

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

