

Årsrapport 2017
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Årsrapporten 2017

Årsrapporten 2017 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA er udarbejdet på DAHANCA sekretariatet af professor Jesper Grau Eriksen og IT-ansvarlige medarbejder Aleksandar Jovanovic i samarbejde med formanden for DAHANCA overlæge Jørgen Johansen samt sekretær for DAHANCA og overordnet ansvarlig for databasen professor Jens Overgaard.

Kontaktperson, DAHANCA:

Jesper Grau Eriksen
Afd. for Eksperimentel klinisk Onkologi
Aarhus Universitetshospital
Nørrebrogade 4, bygn 5, 2. sal
Mail: jesper@oncology.au.dk
Tlf. 22579559/78462620

Kontaktpersonsfunktionen for Hoved/halskræft databasen (DAHANCA) i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), Afdeling for Klinisk Koordination

Kvalitetskonsulent
Inge Bundgaard Øster
Mail: INGOEE@rkkp.dk
Tlf.: 2168 7668

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	5
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	7
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	25
Oversigt over indikatorer	28
Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2017	29
Regionale kommentarer	30

Ordliste

Cancer-specifik overlevelse	Overlevelse korrigeret for død af alle andre årsager end aktuelle kræftsygdom
Cavum oris	Mundhule
DAHANCA	Den danske hoved-hals cancer gruppe
DATHYRCA	Skjoldbruskkirtelgruppen – en undergruppe af DAHANCA
Larynx	Strube
Pallierende behandling	Lindrende behandling
Pharynx	Svælg
Recidiv-fri overlevelse	Patienter i live uden tilbagefald af aktuelle kræftsygdom
Sino-nasal	Næse og bihuler
Thyroidea	Skjoldbruskkirtel
Total overlevelse	Overlevelse som følge af død af alle årsager (observeret overlevelse)

Konklusioner og anbefalinger

Hermed foreligger den syvende årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP. Gennem de seneste år har DAHANCA gjort sig erfaringer med kvalitetsindikatorerne og på den baggrund justeret dem forrige år i samarbejde med RKKP til de 18 kvalitetsindikatorer i denne rapport.

Den overordnede konklusion på 2017-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået. Igen i år kan det også konkluderes, at DAHANCA's registrering er mere komplet end Cancerregisterets. Krydsregistreringen med med Cancerregisteret er en vigtig brik i validering af kvalitetsdatabasens indhold.

For 2017 bemærkes, at forløbstiderne er blevet længere, og der fortsat er forskelle mellem centre/regioner. Dette afspejler de generelle forløbstider som opgjort af Regionerne, hvor især 2. kvartal 2017 var belastet med lange forløbstider på de fleste kræftsygdomme. Der kan være flere årsager til dette. Sundhedsplatformen er nævnt som en af dem. DAHANCA har fortsat fokus på at forløbstiderne bliver så korte som muligt. Siden 2014 har DAHANCA indhentet pakkeforløbsdata via RKKP. De tidligere år har det været vanskeligt at få leveret de officielle pakke-forløbstal. I 2014 fik vi data svarende til 52% af kohorten og i 2015 svarende til 50% af patientgruppen. Til 2016-årsrapporten fik vi sammen med RKKP hævet dækningsgraden til 84%, hvilket er acceptabelt for at kunne konkludere på tallene. Tallene for 2017 er genereret med en ny algoritme udviklet af DAHANCA's IT-ansvarlige medarbejder og har identificeret 81% af 2017-kohortens forløbstider, hvilket skønnes tilfredsstillende sammenlignet med tidligere tiders håndtering af data.

I 2018 overgik vi fra UICC7 til UICC8 tumor-klassifikationen, der generelt nedgraderer de p16-positive kræfttyper til et lavere stadie. Derfor er tallene for tumorstadier ikke umiddelbart sammenlignelige med de tidligere år. Dækningsgraden af parameteren er dog fortsat tæt på 100%.

Selvom data overordnet ligger meget tæt på (eller bedre end) kvalitetsmålene, vil DAHANCA fortsat arbejde med kvalitetsforbedring af egne data, samt sikre redskaber der gør det nemmere for den enkelte afdeling at indtaste de nødvendige data.

Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

Alle resultater angivet i procent er rundet op/ned til et helt tal, da usikkerhederne på data ikke retfærdiggør brug af decimaler.

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål	Indikatorresultat 2017
HHC1	Der eksisterer nationale klinisk databaser (DAHANCA 2000, DATHYRCA).	Struktur	100 %	100 %
HHC2	Der eksisterer kliniske retningslinjer (clinical practice guidelines) for alle patientkategorier med cancer i hovedhalsregionen.	Struktur	100 %	100 %
HHC3	Andel af patienter med cancer cavi oris, cancer oro-pharyngis, cancer hypopharyngis, cancer nasopharyngis, cancer laryngis og cancer glandulae salivarii med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DAHANCA 2000 databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnoser registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %	109% (2016 kohorten)
HHC4	Andel patienter med cancer thyroideae med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DATHYRCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnose registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %	113% (2016 kohorten)
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	98 %
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %	100%
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %	99 %
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %	Kirurgi 82 % Stråleterapi 63 %
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %	99 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0 %
HHC11	Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	53 %
	Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Resultat	>90 % *	94 %
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år.	Proces	100 %	86% (2015-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Resultat	>75 % *	86 %

HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	53 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	96 %
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	86%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2015-kohorten) 92 %
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	53 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	95 %
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	86%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2015-kohorten) 87 %
HHC17	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat		22% / 12% / 10%
HHC18	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	93 %

*De aktuariske kvalitetsmål i HHC11-16 har principielt set ingen minimumsgrænse

Uddybning af de enkelte indikatorresultater

Indikator HHC1 – Der eksisterer national klinisk database.

Fra DAHANCA's start i 1976 er kliniske studier blevet registreret i centrale forskningsdatabaser. De nationale databaser for hoved-halskræft startede fremadrettet registrering allerede i 1992, dækkende kræft i strube, svælg og mundhule. For strubekræfts vedkommende er der sidenhen sket en national bagudrettet registrering, dækkende perioden 1971 og frem til 1991.

Den del af den nationale kliniske database, som aktivt indsamler patientdata, dækker alle danske patienter behandlet for kræft i mund, svælg og strube siden 2000 og kræft i skjoldbruskkirtlen siden 1996. Siden 2008 er kræft i næse og bihuler samt spytkirtler registreret i den nationale kliniske database, og i 2012 er tilføjet den sidste undergruppe af hoved-hals kræft (ukendt primær-tumor med metastase på halsen). De nationale kliniske databaser drives af DAHANCA, og alle kliniske afdelinger, der behandler hoved-halskræft, indrapporterer data til den nationale kliniske database, der administreres og vedligeholdes af DAHANCA's sekretariat.

Indikator HHC2 – Der eksisterer kliniske retningslinjer for alle patient-kategorier med cancer i hoved-hals regionen.

DAHANCA har løbende udarbejdet og formidlet nationale kliniske retningslinjer for behandling af kræft i hoved-hals. Retningslinjerne bliver udarbejdet på baggrund af resultater fra DAHANCA's egen database samt nyeste nationale og internationale evidensbaserede viden, og retningslinjerne har opnået national konsensus.

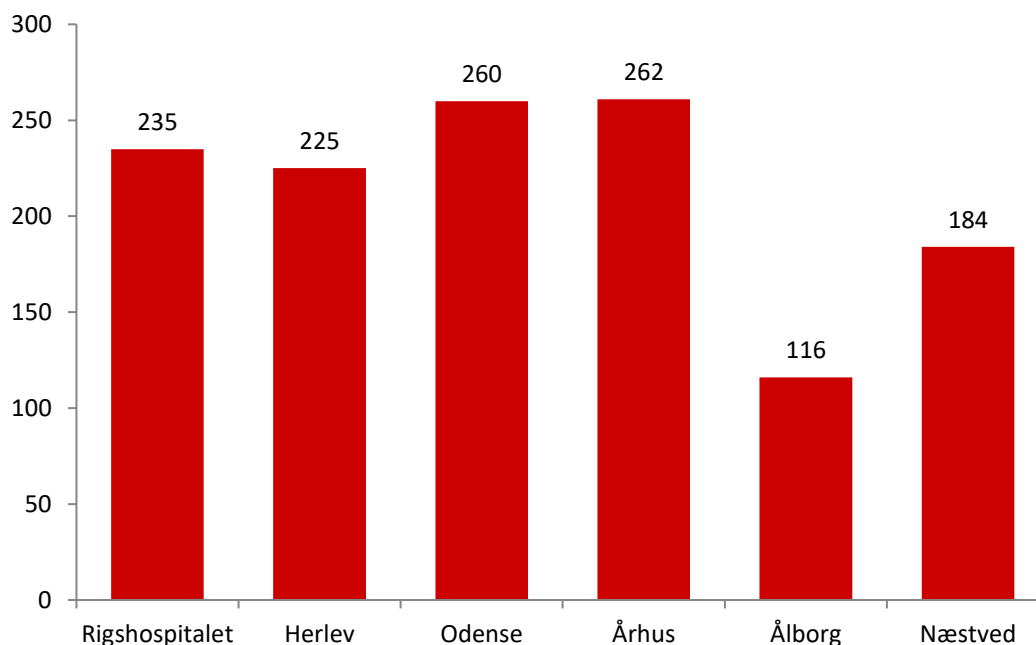
Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på www.DAHANCA.oncology.dk.

Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

DAHANCA har for 2017 registreret 1.282 patienter; hvilket er 50 patienter færre i forhold til 2016.

Det er endnu ikke muligt for 2017 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret. For 2016 var DAHANCA-kohorten på 1.300 patienter (fraset ukendt primærtumor). Ved krydstjek med Cancerregisteret var der manglende overensstemmelse med 147 patienter. Således var der 113 patienter, der var registreret i DAHANCA, som ikke var registreret i Cancerregisteret. Omvendt var der 34 patienter i Cancerregisteret, der ikke var registreret i DAHANCA. Dette giver en andel på **109 % registreret i DAHANCA i forhold til Cancerregisteret for 2016-kohorten**. DAHANCA patienterne er fulgt op for korrekthed, mens dette ikke nødvendigvis er gjort for data fra Cancerregisteret.

I figur HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2017-kohorten mellem de enkelte centre.



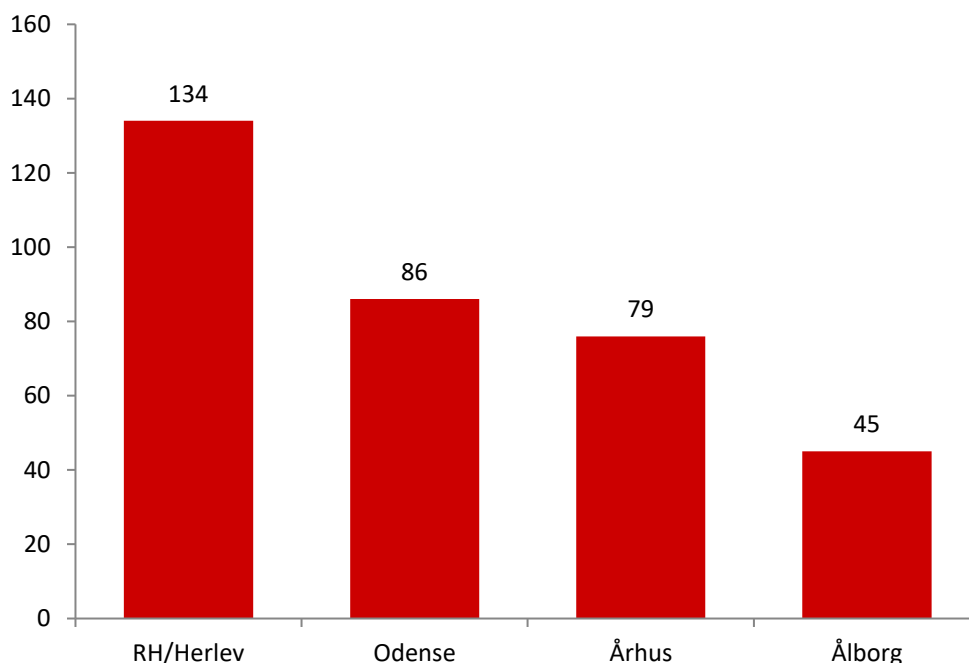
Figur HHC3-1

Indikator HHC4 – Andel patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen sammenlignet med Cancerregisteret.

DATHYRCA har for 2017 registreret 344 patienter; hvilket er 11 patienter flere i forhold til 2016.

Det er endnu ikke muligt for 2017 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret. For 2016 var DATHYRCA-kohorten på 333 patienter. Ved krydstjek med Cancerregisteret var der manglende overensstemmelse med 61 patienter. Således var der 39 patienter der var registreret i DATHYRCA som ikke var registreret i Cancerregisteret. Omvendt var der 22 patienter i Cancerregisteret der ikke var registreret i DATHYRCA. Dette giver en andel på **113 % registreret i DATHYRCA i forhold til Cancerregisteret for 2016-kohorten.** DATHYRCA patienterne er fulgt op for korrekthed mens dette ikke nødvendigvis er gjort for data fra Cancerregisteret.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2017-kohorten mellem de enkelte centre.



Figur HHC4-1

Indikator HHC5 – Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.

Behandling af kræft i hoved-hals-regionen er multidisciplinært baseret, og størstedelen af de danske hoved-halscancerpatienter har i de sidste mange år været drøftet på multidisciplinære konferencer (MDT-konferencer) eller i tilsvarende fora med patient og pårørendes deltagelse. Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at forløb med fyldestgørende nationale retningslinjer ikke nødvendigvis skal gennem MDT-konference, idet dette i nogle tilfælde blot vil være af forsinkende karakter og et unødvendigt forbrug af ressourcer. Et eksempel herpå er kræft i skjoldbruskkirtlen (som ikke er inkluderet i tabellen) eller små tungeccancere. Sidstnævnte udgør en væsentlig del af de i tabellen knap 2 % af patienterne, der ikke er drøftet på MDT.

Multidisciplinær team konference (MDT)	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Ja	235 (100%)	208 (92.4%)	257 (98.8%)	259 (98.9%)	116 (100%)	184 (100%)	1259 (98.2%)
Nej	0 (0%)	17 (7.6%)	3 (1.2%)	3 (1.1%)	0 (0%)	0 (0%)	23 (1.8%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	235 (100%)	225 (100%)	260 (100%)	262 (100%)	116 (100%)	184 (100%)	1282 (100%)

Tabel HHC5-1

98 % af patienterne blev i 2017 drøftet på MDT. Dette er uændret på landsbasis i forhold til 2016. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. Over de sidste 3 år har der været en støt stigende andel af patienter der har været diskuteret på MDT. Ligesom i 2016 var 100% af patienterne registreret på indikatoren.

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2017	1258 (98%)	23 (2%)	0
2016	1251 (98%)	32 (2%)	0
2015	1171 (97 %)	35 (3 %)	# (<1 %)
2014	1181 (93 %)	73 (6 %)	18 (1 %)
2013	1204 (92 %)	74 (6 %)	36 (3 %)

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering.

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Glottisk larynx	21 (8,9%)	23 (10,2%)	30 (11,5%)	24 (9,2%)	15 (12,9%)	22 (12%)	135 (10,5%)
Non-glottisk larynx	13 (5,5%)	11 (4,9%)	17 (6,5%)	16 (6,1%)	3 (2,6%)	14 (7,6%)	74 (5,8%)
Rhinopharynx	13 (5,5%)	3 (1,3%)	5 (1,9%)	10 (3,8%)	0	# (0,5%)	32 (2,5%)
Oropharynx	69 (29,4%)	89 (39,6%)	99 (38,1%)	90 (34,1%)	48 (41,4%)	72 (39,1%)	467 (36,4%)
Hypopharynx	21 (8,9%)	13 (5,8%)	11 (4,2%)	14 (5,4%)	5 (4,3%)	20 (10,9%)	84 (6,5%)
Cavum oris	60 (25,5%)	53 (23,6%)	58 (22,3%)	54 (20,3%)	30 (25,9%)	35 (19%)	289 (22,6%)
Sino-nasal	24 (10,2%)	13 (5,8%)	17 (6,5%)	18 (6,9%)	5 (4,3%)	0	77 (6%)
Spytkirtler	10 (4,3%)	16 (7,1%)	16 (6,2%)	26 (10%)	6 (5,2%)	15 (8,2%)	89 (6,9%)
Ukendt primærtumor	4 (1,7%)	4 (1,8%)	7 (2,7%)	10 (4,2%)	4 (3,4%)	5 (2,7%)	35 (2,7%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	235 (100%)	225 (100%)	260 (100%)	262 (100%)	116 (100%)	184 (100%)	1282 (100%)
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DATHYRCA	134 (39,3%)	0	86 (25,2%)	79 (22,3%)	45 (13,2%)	0	344 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DAHANCA+DATHYRCA	369 (22,7%)	225 (13,9%)	346 (21,3%)	338 (20,8%)	161 (9,9%)	184 (11,3%)	1626 (100%)

Tabel HHC6-1

I alt er 1.626 patienter registreret i 2017-kohorten, hvilket er 39 færre i forhold til 2016-kohorten. Som det ses af Tabel HHC6-1, så er der fuld registrering af tumor lokalisering på alle patienter i såvel DAHANCA som DATHYRCA. Patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen der opereres på Rigshospitalet modtager onkologisk behandling og opfølgning på Herlev Onkologisk Afdeling.

Indikator HHC7 - Andel patienter registreret med kendt TNM-klassifikation.

T-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Tis (carcinoma in situ)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	# (1.2%)	0 (0%)	# (0.1%)
T0 (Ukendt primær)	6 (1.6%)	4 (1.8%)	8 (2.3%)	13 (3.8%)	9 (5.6%)	5 (2.7%)	45 (2.8%)
T1	140 (37.9%)	80 (35.6%)	137 (39.6%)	101 (29.6%)	42 (26.1%)	57 (31%)	557 (34.3%)
T2	83 (22.5%)	66 (29.3%)	119 (34.4%)	111 (32.6%)	60 (37.3%)	44 (23.9%)	483 (29.7%)
T3	68 (18.4%)	33 (14.7%)	36 (10.4%)	48 (14.1%)	20 (12.4%)	34 (18.5%)	239 (14.7%)
T4	72 (19.5%)	38 (16.9%)	46 (13.3%)	67 (19.6%)	27 (16.8%)	43 (23.4%)	293 (18%)
TX (primærtumor kan ikke vurderes)	0 (0%)	4 (1.8%)	0 (0%)	# (0.3%)	# (0.6%)	# (0.5%)	7 (0.4%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	369 (100%)	225 (100%)	346 (100%)	341 (100%)	161 (100%)	184 (100%)	1626 (100%)

N-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
N0	208 (56.4%)	109 (48.4%)	194 (56.1%)	186 (54.5%)	81 (50.3%)	92 (50%)	870 (53.5%)
N1	84 (22.8%)	54 (24%)	82 (23.7%)	68 (19.9%)	22 (13.7%)	47 (25.5%)	357 (22%)
N2	60 (16.3%)	56 (24.9%)	68 (19.7%)	79 (23.2%)	52 (32.3%)	34 (18.5%)	349 (21.5%)
N3	6 (1.6%)	3 (1.3%)	# (0.6%)	4 (1.2%)	4 (2.5%)	# (1.1%)	21 (1.3%)
NX	4 (1.1%)	# (0.4%)	0 (0%)	3 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (0.5%)
Mangler information	7 (1.9%)	# (0.9%)	0 (0%)	# (0.3%)	# (1.2%)	9 (4.9%)	21 (1.3%)
Total	369 (100%)	225 (100%)	346 (100%)	341 (100%)	161 (100%)	184 (100%)	1626 (100%)

M-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
M0	357 (96.7%)	218 (96.9%)	338 (97.7%)	331 (97.1%)	153 (95%)	181 (98.4%)	1578 (97%)
M1	12 (3.3%)	7 (3.1%)	8 (2.3%)	10 (2.9%)	8 (5%)	3 (1.6%)	48 (3%)
MX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	369 (100%)	225 (100%)	346 (100%)	341 (100%)	161 (100%)	184 (100%)	1626 (100%)

Tabel HHC7-1

Registreringsgraden af, hvor stor og hvor udbredt kræften er hos den enkelte patient, vurderes ved TNM-systemet: T (kræftens udgangspunkt), N (spredning til lymfeknuder), M (spredning til andre organer), og er en vigtig faktor når patientens chancer for mulig helbredelse skal vurderes. De tre faktorer samles i stadier, og stadiet (Union for International Cancer Control, UICC 2017), som ses i tabel HHC7-2, er derfor den mest følsomme parameter for kompletheden af data om udbredelse af kræften, idet stadiet ikke kan vurderes, hvis bare en af de tre parametre T, N, eller M

mangler. **For 2017 er der en kompletthed i data på over 99%.** Dette er uændret fra tidligere år (2016: 99% 2015: 99%; 2014: 99% og 2013: 99%).

Stadie	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Stadium 0	# (0.5%)	0 (0%)	# (0.6%)	# (0.6%)	7 (4.3%)	# (0.5%)	14 (0.9%)
Stadium I	114 (30.9%)	79 (35.1%)	133 (38.4%)	95 (27.9%)	37 (23%)	46 (25%)	504 (31%)
Stadium II	50 (13.6%)	43 (19.1%)	67 (19.4%)	76 (22.3%)	42 (26.1%)	30 (16.3%)	308 (18.9%)
Stadium III	84 (22.8%)	25 (11.1%)	53 (15.3%)	58 (17%)	19 (11.8%)	43 (23.4%)	282 (17.3%)
Stadium IV	119 (32.2%)	71 (31.6%)	90 (26%)	106 (31.1%)	56 (34.8%)	64 (34.8%)	506 (31.1%)
Ingen bestemmelse	0 (0%)	7 (3.1%)	# (0.3%)	# (0.3%)	0 (0%)	0 (0%)	9 (0.6%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0.9%)	0 (0%)	0 (0%)	3 (0.2%)
Total	369 (100%)	225 (100%)	346 (100%)	341 (100%)	161 (100%)	184 (100%)	1626 (100%)

Tabel HHC7-2

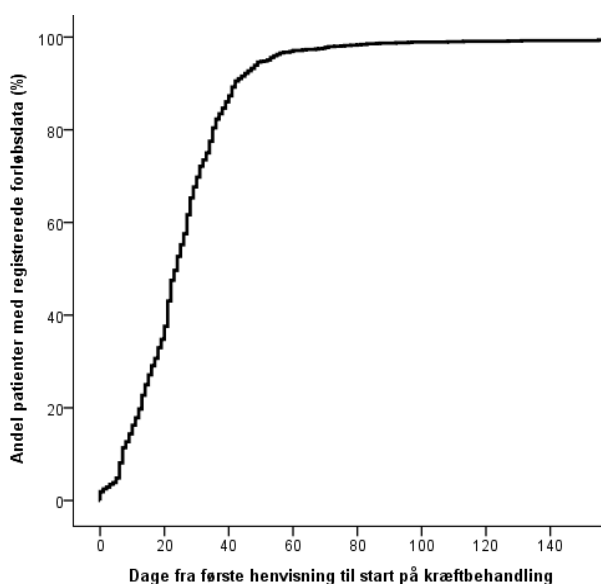
Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

Grundet usikkerheder ved tolkning af DAHANCA's forløbsdata har vi siden årsrapporten 2014 rapporteret data trukket via RKKP. Vi rapporterer udelukkende forløbstider på de primært behandlede patienter, hvorfor indikator HHC8 forløbstider adskiller sig fra de pakketider der udmeldes fra Regionen (som også indeholder tider for udredning af recidiv-patienter).

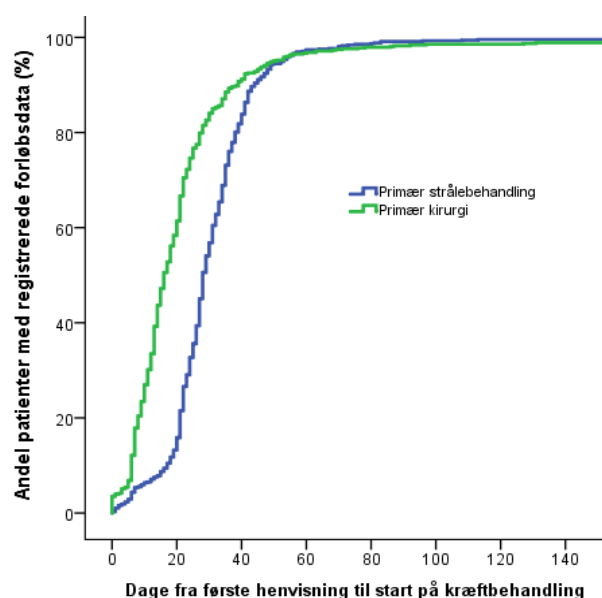
Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvielse til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3). Forløbstiden bør være mindre end 32 dage, hvis strålebehandling er den primære behandlingsmodalitet og 28 dage, hvis kirurgi er den primære behandlingsmodalitet. Alle forløbstider er registreret som kalenderdage (hverdage, weekender og helligdage).

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.317 patienter med AFB02A og AFB02F1-3 data.

Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til **81%** af patienterne for 2017-kohorten, hvilket er næsten det samme som i 2016 (84%) men en markant forbedring i forhold til de sidste par år hvor dækningsgraden har været omkring 50%. Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for ny-diagnosticerede patienter var 24 dage i såvel 2017 som 2016.



Figur HHC8-1



Figur HHC8-2

I figur HHC8-2 er forløbstiderne delt op på patienter behandlet med primær kirurgi og primær stråleterapi. **For patienter behandlet med primær kirurgi er 82% behandlet inden for pakketiden på 28 dage og for de patienter behandlet med primær stråleterapi er 63% behandlet inden for pakketiden på 32 dage** ("Kongeindikatoren"). Dette er for begge parametre et lille fald sammenlignet med 2016: 86% for kirurgi og 64% for strålebehandling.

Median forløbstid er 28 dage for stråleterapi og 16 dage for kirurgi, hvilket er det samme som i 2016.

Tabel HHC8-1 og HHC8-2 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 6 centre og efter region. Som det ses, forsinkes tandsanering fortsat starten af stråleterapi, medmindre det tænkes ind helt først i forløbet.

	Rigshospitalet	Herlev*	Næstved*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	22 dg			12 dg	20 dg	11 dg
Forløbstid stråleterapi	30 dg	31 dg	36 dg	24 dg	32 dg	21 dg
- med tandsanering	32 dg	36 dg	35 dg	25 dg	35 dg	27 dg
- uden tandsanering	28 dg	30 dg	30 dg	24 dg	30 dg	19 dg

Tabel HHC8-1 *Herlev og Næstved-patienter opereres på Rigshospitalet

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Forløbstid kirurgi	21 dg	26 dg	12 dg	18 dg	11 dg
Forløbstid stråleterapi	31 dg	33 dg	24 dg	32 dg	21 dg
- Med tandsanering	34 dg	35 dg	25 dg	35 dg	27 dg
- Uden tandsanering	30 dg	31 dg	24 dg	30 dg	19 dg

Tabel HHC8-2

Indikator HHC9 - Andel patienter, der påbegynder behandling.

1.620 patienter ud af 1.626 i DAHANCA databasen har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling tilbudt) i 2017 svarende til mere end 99 % af kohorten. Der mangler således definitiv registrering på 6 patienter svarende til 0,2 % af 2017-kohorten. Dette er generelt forbedret over de sidste 5 år.

År	Andel patienter med registreret behandling
2017	>99%
2016	98%
2015	98 %
2014	97 %
2013	96 %

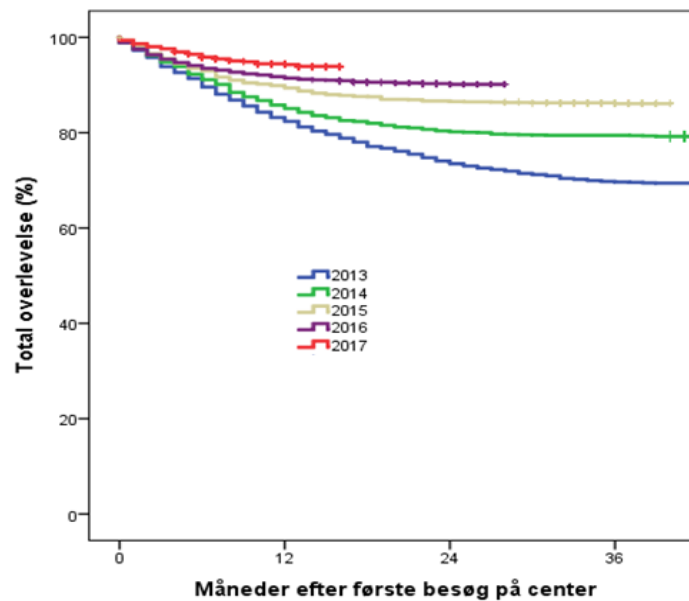
Indikator HHC10 - 30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter.

I alt 627 patienter (39 % af 2017-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling. Ingen patienter er registreret død indenfor 30 dage efter kirurgi, hvilket svarer til en **30 dages mortalitet på 0 % i 2017**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30 dages mortaliteten har været i det leje i alle fire år med tilgængelige data.

Indikator HHC11 - Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.

Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år.

Pr. 24/4 2018 er 87 patienter i 2017-kohorten registeret som døde, svarende til 5% af patienterne. I figur HHC11-1 ses crude survival (den totale overlevelse) for alle patienter registeret i 2013 til og med 2017-kohorterne. For 2017 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til crude survival 53%.



2017 event/at risk	10/1613	84/477		
2016 event/at risk	18/1641	142/1517	160/439	
2015 event/at risk	11/1571	168/1413	213/1368	218/404
2014 event/at risk	16/1604	242/1378	321/1299	333/1287
2013 event/at risk	18/1593	284/1327	427/1184	489/1122

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2017-kohorten er 94 %, hvilket er det samme som for 2014 og 2015 og højere end 83 % for 2013-kohorten. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie. I tabel HHC11-1 er sandsynligheden for at være i live efter den primære behandling sat i relation til kræftens udgangspunkt, men ikke justeret for histologisk type eller behandlingsform.

For 2017 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 99% [±0,4%] og 89 % [±1,2%] for de udbredte stadier.

Tal i parentes er total antal patienter i gruppen, mens tal i kantede parenteser angiver 95% konfidensintervallet

I live	Skjoldbrusk-kirtel N=344	Strube N=209	Svælg N=583	Mundhule N=289	Næse/ bihuler N=77	Spytkirtler N=89	Ukendt primærtumor N=35
Alle patienter	99% [±0,4%]	95% [±1,5%]	92% [±1,2 %]	92% [±1,8%]	89% [±4,7%]	98% [±1,5%]	95% [±3,5%]
Tidlige stadier	100% (N=221)	99% [±1,0%] (N=141)	98% [±1,0%] (N=238)	98% [±1,4%] (N=138)	100% (N=34)	100% (N=55)	-
Udbredte stadier	98% [±1,2%] (N=121)	90% [±3,7%] (N=68)	89% [±1,8%] (N=344)	86% [±3,1%] (N=151)	80% [±7,7%] (N=43)	94% [±3,8%] (N=34)	95% [±3,5%] (N=35)

Tabel HHC11-1

Indikator HHC12 - Andel patienter med registrering af crude survival efter 3 år.

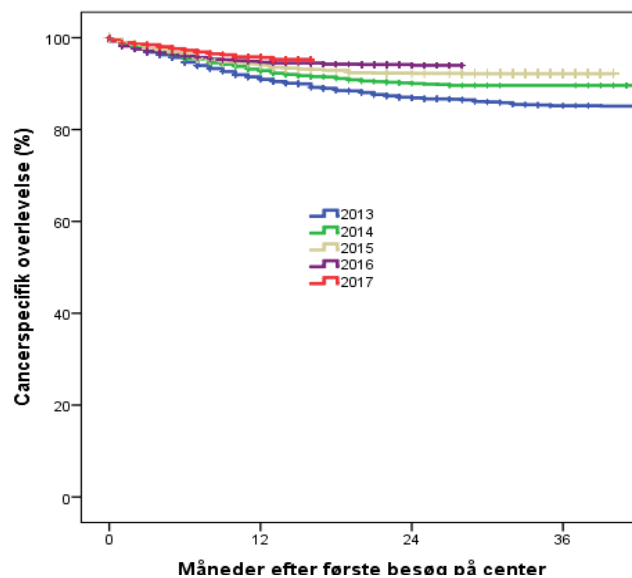
Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2017-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2015 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til crude survival 86%. Den **aktuariske sandsynlighed for crude survival efter 3 år var for 2015-kohorten 86 % [±0,9%]**; for 2014-kohorten 80 % [±1%] og for 2013-kohorten 70 % [±1,1%].

Indikator HHC13 - Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år.

Pr. 24/4 2018 er 64 patienter i 2017-kohorten registeret som døde af kræftsygdommen, svarende til knap 4% af patienterne. I figur HHC13-1 ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registeret i 2013 til og med 2017-kohorterne.



2017 event/at risk	9/1624	61/477		
2016 event/at risk	12/1641	88/1517	96/439	
2015 event/at risk	6/1570	92/1413	119/1368	120/404
2014 event/at risk	10/1604	112/1378	153/1299	159/1287
2013 event/at risk	11/1593	140/1327	197/1184	220/1122

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2017-kohorten er 96%, hvilket umiddelbart er det samme som for 2016 (95%), mens den var 94 % i 2015, 93 % i 2014 og 91% i 2013-kohorten. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie.

I tabel HHC13-1 er sandsynligheden for ikke at være død af cancer efter den primære behandling sat i relation til kræftens udgangspunkt, men ikke justeret for histologisk type eller behandlingsform.

For den samlede 2017-kohorte er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse 99 % [$\pm 0,3\%$] for tidlige stadier og 92 % [$1,1\%$] for udbredte stadier.

Tal i parentes er totale antal patienter i gruppen, mens tal i kantede parenteser angiver 95% konfidensintervallet

Ikke død af cancer	Skjoldbrusk-kirtel N=344	Strube N=209	Svælg N=583	Mundhule N=289	Næse/ bihuler N=77	Spytkirtler N=89	Ukendt primærtumor N=35
Alle patienter	99% [$\pm 0,4\%$]	97% [$\pm 1,2\%$]	94% [$\pm 1,0\%$]	94% [$\pm 1,6\%$]	91% [$\pm 4,4\%$]	98% [$\pm 1,5\%$]	95% [$\pm 3,5\%$]
Tidlige stadier	100% (N=221)	100% (N=141)	98% [$\pm 0,9\%$] (N=238)	99% [$\pm 0,9\%$] (N=138)	100% (N=34)	100% (N=55)	-
Udbredte stadier	98% [$\pm 1,2\%$] (N=121)	91% [$\pm 3,5\%$] (N=68)	91% [$\pm 1,6\%$] (N=344)	89% [$\pm 2,9\%$] (N=151)	84% [$\pm 7,5\%$] (N=43)	94% [$\pm 3,8\%$] (N=34)	95% [$\pm 3,5\%$] (N=35)

Tabel HHC13-1

Indikator HHC14 - Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.

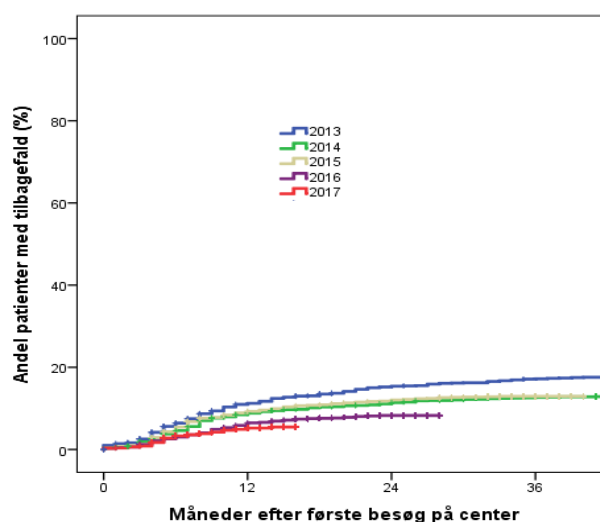
Aktuarisk sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2016-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2014 kohorten er andel af patienter med registreret opfølgning til cancer-specific overlevelse 66% **Den aktuariske sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år var for 2015-kohorten 92% [$\pm 0,7\%$]; for 2014-kohorten 90 % [$\pm 0,8\%$] og for 2013-kohorten 85 % [$\pm 0,9\%$].**

Indikator HHC15 - Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år.

Pr. 24/4 2018 er 73 patienter i 2017-kohorten registreret med tilbagefald, svarende til 4 % af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden loco-regionalt for tilbagefald for alle patienter registreret i 2012 og frem til 2016-kohorterne.



2017 event/at risk	5/1630	72/477		
2016 event/at risk	5/1654	107/1537	132/435	
2015 event/at risk	5/1576	146/1413	189/1365	202/406
2014 event/at risk	6/1614	142/1451	183/1399	203/1375
2013 event/at risk	16/1592	179/1405	245/1329	273/1299

Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2017-kohorten er 95 %, 94 % i 2016, 91% i 2015 og 2014 og 89 % for 2013-kohorten.

Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af recidivdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie.

I tabel HHC15-1 er sandsynligheden for ikke at have tilbagefald efter den primære behandling sat i relation til kræftens udgangspunkt, men ikke justeret for histologisk type eller behandlingsform.

For den samlede 2017 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 97 % [$\pm 0,7\%$] for de tidlige stadier og 94 % [$\pm 1,0\%$] for de udbredte stadier.

Tal i parentes er totale antal patienter i gruppen, mens tal i kantede parenteser angiver 95% konfidensintervallet

Ingen tilbagefald	Skjoldbrusk-kirtel N=344	Strube N=209	Svælg N=583g	Mundhule N=289	Næse/ bihuler N=77	Spytkirtler N=89	Ukendt primærtumor N=35
Alle patienter	99% [$\pm 0,3\%$]	96% [$\pm 1,6\%$]	96% [$\pm 1,0\%$]	92% [$\pm 1,7\%$]	88% [$\pm 4,0\%$]	98% [$\pm 1,9\%$]	91% [$\pm 5,2\%$]
Tidlige stadier	99% [$\pm 0,5\%$] (N=221)	96% [$\pm 1,9\%$] (N=141)	98% [$\pm 1,3\%$] (N=238)	95% [$\pm 2,0\%$] (N=138)	89% [6,6%] (N=34)	100% (N=55)	-
Udbredte stadier	100% (N=121)	94% [$\pm 2,9\%$] (N=68)	94% [$\pm 1,4\%$] (N=344)	89% [$\pm 2,7\%$] (N=151)	88% [$\pm 5,0\%$] (N=43)	96% [$\pm 4,1\%$] (N=34)	91% [$\pm 5,2\%$] (N=35)

Tabel HHC15-1

Indikator HHC16 - Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år.

Denne parameter vil blive fulgt op på 2017-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2015 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til loco-regional kontrol er 86 % **Aktuariske sandsynlighed for cancer kontrol efter 3 år var for 2015-kohorten 87 % [$\pm 0,9\%$]; for 2014-kohorten 87 % [$\pm 0,8\%$] og for 2013-kohorten 83 % [$\pm 0,9\%$].**

Indikator HHC17 - Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling

I alt 939 patienter er registreret som havende modtaget strålebehandling i 2017-kohorten (primært eller postoperativt). Ved afslutningen af strålebehandlingen var der data på 451 patienter, hvor 32% var registreret med en sonde. ***To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 22% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftager derefter.*** Et år efter havde 10% i 2017-kohorten en sonde, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

I 2016 havde 21% en ernæringssonde. I 2015 15%, i 2014 20% og i 2013 havde 22% en sonde to måneder efter strålebehandling.

Et år efter afsluttet behandling havde ingen en sonde i 2014, 2015 og 2016-kohorten, 2% havde en sonde i 2013.

20-25 % af patienterne med sondebehov efter stråleterapi er ikke i sig selv problematisk, da det er en del af den understøttende behandling, men behovet skal aftage efter endt behandling, hvilket tallene for 2013 til 2017 kunne antyde.

Indikator HHC18 - Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.

Blandt 96 døde i **2017-kohorten er dødsårsagen kendt i 93 % af tilfældene**. Dette er på samme niveau som tidligere år (2012-6: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	64 (74%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	# (1%)
Anden cancer i øvrigt	4 (4%)
Anden sygdom	6 (7%)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	6 (7%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	6 (7%)

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Hoved-halskræft i Danmark drejer sig traditionelt om flere sygdomsgrupper og dækker over adskillige histologiske undertyper og lokalisationer fra følgende organer:

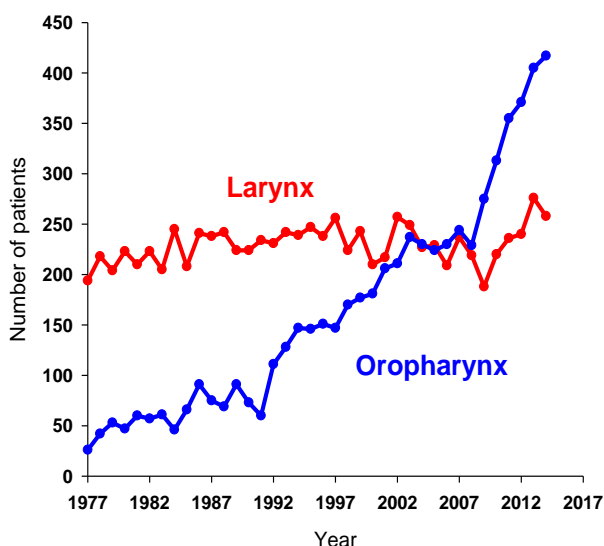
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

Undtaget er tumorer i centralnervesystemet, øjenhule, maligne lymfomer og hudkræft i ansigtsregioner (herunder kræft i læben). Der optræder et varierende antal patienter inden for hver sygdomsgruppe, fra ca. 50 til mere end 500 tilfælde årligt. Der har over tid været tale om ca. 1.500 ny-diagnosticerede tilfælde om året.

Udredning og behandling af hoved-halskræft i Danmark har gennem de seneste 40 år været organiseret på nationalt plan i den danske hoved-halskræftgruppe Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA) og dens undergruppe DATHYRCA. Gruppen har sikret en kontinuerlig udvikling af diagnostik og behandling baseret på resultater fra store randomiserede kliniske studier; en detaljeret klinisk forskningsdatabase, som for store kræftgruppers vedkommende kan føres tilbage til 1971; et multidisciplinært nationalt samarbejde forankret i afdelinger med højt specialiseret funktion og de respektive specialer med udvikling af evidensbaserede retningslinjer (www.dahanca.dk/guidelines) med tilhørende kvalitetssikring gennem en national klinisk kvalitetsdatabase.

Behandlingen gives således efter samme principper overalt i landet og med udgangspunkt i DAHANCA's landsdækkende retningslinjer. Oplysning om behandlingsprincipper, de forskellige protokoller mv. kan findes på DAHANCA's hjemmeside www.dahanca.oncology.dk. Dette udgør grundstammen i at data for hoved-hals kræft kan sammenlignes år for år. Sammenligning på tværs af landet er dog problematisk på grund af tilfældig variation i patientklientel og de topografiske og stadiemæssige udsving inden for syv undergrupperinger af hoved-halskræft på seks forskellige onkologisk centre.

De fleste tilfælde af hoved-halskræft er pladeepitelcarinomer, og en væsentlig ætiologi er tobaks- og alkoholmisbrug, hvortil kommer et stigende antal virusrelaterede tilfælde især i mundsvælget med Human Papilloma Virus (HPV) samt for næsesvælgets vedkommende, Epstein-Barr Virus (EBV). På grund af det hastigt stigende antal HPV-inducerede tilfælde udgør kræft i mundsvælget den hyppigste type, men samtidig er det en gruppe med overordentlig god prognose.



Stigningen i antallet af kræft i mundsvælget (oropharynx) er steget markant over de sidste 40 år – primært på baggrund af HPV.

Incidensen er svagt stigende med ca. 1.600 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 14.000. Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 20 % til 95 %. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft angives omkring 70% og er, ud over udfaldet af behandlingen af den aktuelle kræftsygdom, afhængig af patienternes komorbiditet, der bl.a. er influeret af et ofte langvarigt tobaks- og alkoholforbrug. Det er således karakteristisk, at patienter med en lille kræftknode på

stemmebåndet har en mindre risiko for at dø af denne kræftsygdom end for at dø af lungekræft, da denne kræftform optræder med høj hyppighed i samme patientgruppe på grund af den fælles tobaksætiologi.

Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål
HHC1	Der eksisterer nationale klinisk databaser (DAHANCA 2000, DATHYRCA).	Struktur	100 %
HHC2	Der eksisterer kliniske retningslinjer (clinical practice guidelines) for alle patientkategorier med cancer i hovedhalsregionen.	Struktur	100 %
HHC3	Andel af patienter med cancer cavi oris, cancer oro-pharyngis, cancer hypopharyngis, cancer nasopharyngis, cancer laryngis og cancer glandulae salivarii med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DAHANCA 2000 databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnoser registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %
HHC4	Andel patienter med cancer thyroideae med cytologisk/histologisk verificeret carcinom registreret i DATHYRCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnose registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tids-ramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %
HHC11	Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie. Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Proces	100 %
		Resultat	>90 % *
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år. Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Proces	100 %
		Resultat	>75 % *
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Proces	100 %
		Resultat	>90 % *
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Proces	100 %
		Resultat	>75 % *
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Proces	100 %
		Resultat	> 90 % *
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Proces	100 %
		Resultat	>75 % *
HHC17	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	
HHC18	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %

*De aktuariske kvalitetsmål i HHC11-16 har principielt set ingen minimumsgrænse

Bestyrelsen og styregruppens medlemmer 2017

Formand, DAHANCA	Overlæge Jørgen Johansen
Formand databasen/Sekretariatsleder	Professor Jens Overgaard (databaseansvarlig)
Sekretariatsmedarbejder	Professor Jesper Grau Eriksen
Ålborg/ Onkologi	Overlæge Maria Andersen (lokal databaseansvarlig)
Ålborg/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Henrik Jacobsen
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl (lokal databaseansvarlig)
Århus/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Thomas Kjærgaard
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen (lokal databaseansvarlig)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Professor Christian Godballe (databaseansvarlig, DATHYRCA)
Herlev/ Onkologi	Overlæge Elo Andersen (lokal databaseansvarlig)
RH/ Onkologi	Overlæge Claus A. Kristensen (lokal databaseansvarlig)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Irene Wessel
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig)

Regionale kommentarer

Der er ikke modtaget kommentarer fra Regionerne på 2017 rapporten.