

Årsrapport 2014
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Årsrapporten 2014

Årsrapporten 2014 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA er udarbejdet på DAHANCA sekretariatet af overlæge 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
Onkologisk afdeling R
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29
Mail: Jesper@oncology.dk
Tlf. 22579559/30631751

Kontaktpersonsfunktionen for Hoved/hals kræft databasen (DAHANCA) i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), Kompetence-center for Klinisk Kvalitet & Sundheds- informatik Vest:

Kvalitetskonsulent, cand.scient.san.
Esra Öztoprak,
Mail: esraoezt@rm.dk

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	6
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	7
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	23
Oversigt over indikatorer	25
Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2014	26
Regionale kommentarer	27

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 fjerde årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP. Gennem de sidste tre år har vi gjort os nogle erfaringer med kvalitetsindikatorerne og på den baggrund justeret dem i samarbejde med RKKP til de 18 kvalitetsindikatorer i denne rapport.

Således er indikatoren "Andel patienter, der gennemfører behandling i henhold til gældende kliniske retningslinjer" udgået, da det ikke nødvendigvis er negativt at behandlingen justeres i forhold til retningslinjerne – f.eks. hos patienter med svær comorbiditet eller høj alder. I stedet er introduceret en ny kirurgisk kvalitetsparameter (HHC-10) "30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter".

DAHANCA har i de sidste tre år rapporteret egne data for forløbstider i kræftpakkeforløbet. De har været anderledes sammensat end de fra Regionerne rapporterede og har samtidig ikke været registreret ens på de enkelte centre. Dette har givet anledning til misforståelser og efter aftale med RKKP vil vi fra og med denne årsrapport rapportere data trukket fra SSI og rapportere forløbstider på de primært behandlede patienter (Indikator HHC8). Dermed adskiller indikatoren sig fra de forløbstider der udmeldes fra Regionen, da de også indeholder tider for udredning af recidiv-patienter. Grundet udfordringer med udtræk af data, rapporteres i år primært den såkaldte "kongeindikator" dvs. tiden fra første "Henvisning til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3). Fremover vil vi også rapportere delementerne "Udredningstid" (AFB02B til AFB02C) og tid til start på initial behandling efter udredning (AFB02C til AFB02F1-3). Det er ikke muligt at sammenligne data fra i år med HHC8 fra de tidligere rapporter, da de ikke er baseret på de samme målepunkter. Endelig, har vi med de modtagne data kun oplysninger nok til at kunne udregne "Kongeindikatoren" på 52 % af 2014-kohorten, hvilket giver en del usikkerheder ved de rapporterede tal. I de foregående årsrapporter, hvor vi brugte vores egen tidsregistrering, havde vi et mere komplet talmateriale (2013: 99 % og 2012: 89 %).

De kvalitetsparametre, der angiver udfaldet på behandling efter 1 og 5, år er justeret til efter 1 og 3 år (HHC11-16), da de fleste tilbagefald af hoved-hals kræft sker inden for de første 1-2 år. På grund af den korte observationstid fra årets afslutning til årsrapporten skal foreligge, angives alle respons- og overlevelses-værdier som aktuariske og med angivelse af antallet af patienter, der

indgår i analysen på et givet tidspunkt for at give læseren indtryk af, hvilket datagrundlag der ligger til grund for resultatet. Af samme årsag er rapporteringen af HHC-17 gjort mere detaljeret og med angivelse af antallet af patienter, der indgår i analysen. HHC-18 (kendt dødsårsag) angives nu i tabelform for at gøre data mere overskuelige.

For overskuelighedens skyld er sammenligning af nøgleparametre, med tidligere år, sidst i rapporten sløjft og i stedet angivet under de enkelte parametre.

Overordnet set har kompletheden af de rapporterede data været større end tidligere, og det skyldes en stor indsats fra de rapporterende afdelinger, hvilket der takkes for. En af årsagerne hertil har været et valideringsmodul i online-databasen, som har gjort det nemmere at opdatere manglende oplysninger. Planen er at udbygge dette system yderligere i 2015-6 således at opdatering af kvalitetsindikatorerne forenkles mest muligt.

Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

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

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål	Indikatorresultat 2014
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 (DC06.9), cancer oropharyngis (DC09.9, DC10.9), cancer hypopharyngis (DC13.9), cancer nasopharyngis (DC11.9), cancer laryngis (DC32.9) og cancer glandulae salivarii (DC07.9, DC08) med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DAHANCA 2000 databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnoser registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %	Tal foreligger endnu ikke for 2014
HHC4	Andel patienter med cancer thyroideae (DC73.9) med cytologisk/histologisk verificeret carcinom registreret i DATHYRCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnose registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %	Tal foreligger endnu ikke for 2014
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	93 %
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 SSI-data.	Proces	≥ 90 %	Kirurgi 76 % Stråleterapi 68 %
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %	97 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,1 %
HHC11	Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Resultat	>90 % *	94 %
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	Data endnu ikke tilgængelige
	Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Resultat	>75 % *	
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	96 %

HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	Data endnu ikke tilgængelige
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	94 %
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	Data endnu ikke tilgængelige
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	
HHC17	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat		20 % / 2 % / 0
HHC18	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	92 %

*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 registeret i centrale forskningsdatabaser. De nationale databaser for hoved-hals kræft 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.

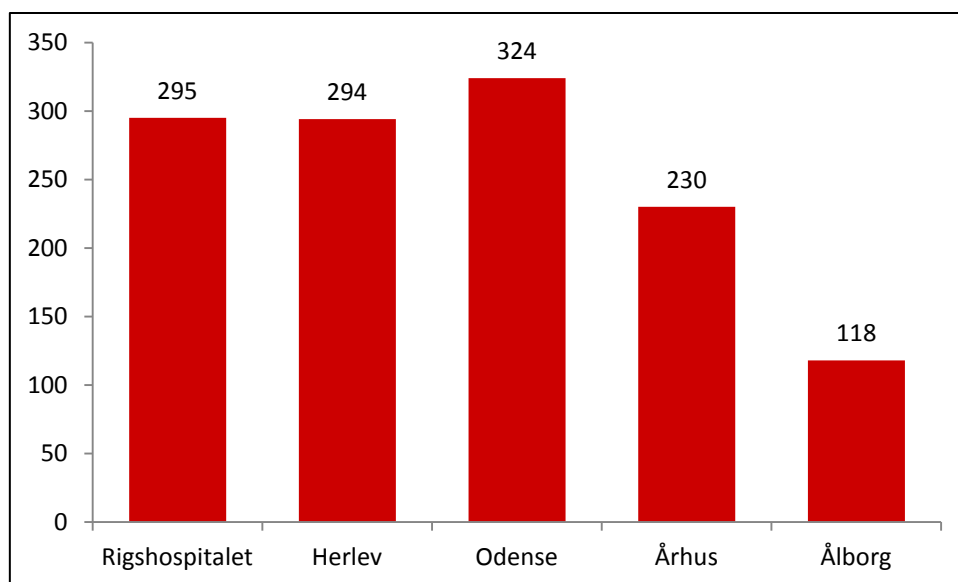
Den del af den nationale kliniske database, som aktivt indsamler patientdata, dækker alle danske patienter behandlet for kræft i mund, svælg og strube siden 2000 og kræft i skjoldbruskkirtlen siden 1996. Siden 2008 er kræft i næse og bihuler samt spytkirtler registeret i den nationale kliniske database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

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

DAHANCA har løbende udarbejdet og formidlet nationale kliniske retningslinjer for behandling af kræft i hoved-hals. Retningslinjerne bliver udarbejdet på baggrund af nyeste nationale og internationale evidensbaserede viden og de har opnået national konsensus. I 2014 trådte nye reviderede retningslinjer for strålebehandling i kraft, ligesom nye nationale retningslinjer vedrørende karcinom-metastase på halsen fra ukendt primærtumor blev aktiveret. Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på www.DAHANCA.oncology.dk.

Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-hals regionen sammenlignet med Cancerregisteret

DAHANCA har for 2014 registreret 1261 patienter; hvilket er 47 patienter færre i forhold til 2013.

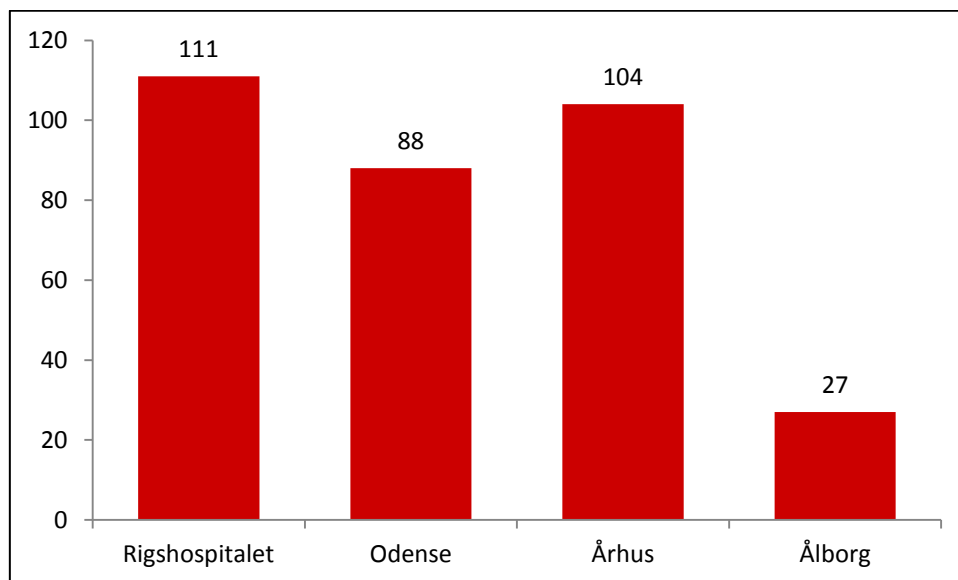


Figur HHC3-1

Det er endnu ikke muligt for 2014 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret. Dette vil ske så snart oplysninger for 2014 fra Cancerregisteret er tilgængelige.

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

DATHYRCA har for 2014 registreret 327 patienter; hvilket er 67 patienter flere i forhold til 2013.



Figur HHC4-1

Det er endnu ikke muligt for 2014 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret. Dette vil ske så snart oplysninger for 2014 fra Cancerregisteret er tilgængelige.

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-hals cancer patienter 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 angivne 6 % af patienterne, der ikke er drøftet på MDT.

Center	Ptt. Drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
Rigshospitalet	277 (94 %)	4 (1 %)	14 (5 %)
Herlev	268 (91 %)	26 (9 %)	0
Odense	284 (88 %)	40 (12 %)	0
Århus	230 (100 %)	0	0
Ålborg	116 (98 %)	1	1
I alt	1174 (93 %)	71 (6 %)	15 (1 %)

Tabel HHC5-1

93 % af patienterne blev i 2014 drøftet på MDT. Dette er en fremgang på 1 % på landsbasis i forhold til 2013. 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.

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2012	1000 (86 %)	87 (7 %)	81 (7 %)
2013	1197 (92 %)	74 (6 %)	37 (3 %)

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Total
LARYNX	58 (19.7%)	58 (19.7%)	69 (21.3%)	46 (20%)	27 (22.9%)	258 (20.5%)
PHARYNX	140 (47.5%)	132 (44.9%)	120 (37%)	91 (39.6%)	54 (45.8%)	537 (42.6%)
CAVUM ORIS	68 (23.1%)	64 (21.8%)	81 (25%)	48 (20.9%)	25 (21.2%)	286 (22.7%)
SINO-NASAL	10 (3.4%)	15 (5.1%)	12 (3.7%)	9 (3.9%)	1 (0.8%)	47 (3.7%)
SPYTKIRTLER	9 (3.1%)	14 (4.8%)	28 (8.6%)	18 (7.8%)	5 (4.2%)	74 (5.9%)
UKENDT PRIMÆRTUMOR	10 (3.4%)	11 (3.7%)	14 (4.3%)	18 (7.8%)	6 (5.1%)	59 (4.7%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Total	295 (100%)	294 (100%)	324 (100%)	230 (100%)	118 (100%)	1261 (100%)

DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Total
DATHYRCA	111 (33.9%)	0 (0%)	88 (26.9%)	104 (31.8%)	24 (7.3%)	327 (100%)

Tabel HHC6-1

I alt er 1588 patienter registreret i 2014-kohorten.

Som det ses af Tabel HHC6-1, er alle patienter i såvel DAHANCA- som DATHYRCA- databasen registreret med en diagnose. Patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen der opereres på Rigshospitalet modtager onkologisk behandling og opfølgning på Herlev Onkologiske Afdeling.

Indikator HHC7 - Andel patienter registreret med kendt TNM-klassifikation

T-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Total
Tis (carcinoma in situ)	0 (0%)	0 (0%)	1 (0.2%)	1 (0.3%)	0 (0%)	2 (0.1%)
T0 (Ukendt primær)	11 (2.7%)	11 (3.7%)	9 (2.2%)	20 (6%)	10 (7%)	61 (3.8%)
T1	111 (27.3%)	105 (35.7%)	144 (35%)	108 (32.3%)	35 (24.6%)	503 (31.7%)
T2	132 (32.5%)	93 (31.6%)	133 (32.3%)	110 (32.9%)	54 (38%)	522 (32.9%)
T3	82 (20.2%)	33 (11.2%)	50 (12.1%)	48 (14.4%)	25 (17.6%)	238 (15%)
T4	58 (14.3%)	50 (17%)	64 (15.5%)	37 (11.1%)	17 (12%)	226 (14.2%)
TX (primærtumor kan ikke vurderes)	0 (0%)	2 (0.7%)	11 (2.7%)	10 (3%)	1 (0.7%)	24 (1.5%)
Mangler information	12 (3%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0.8%)
Total	406 (100%)	294 (100%)	412 (100%)	334 (100%)	142 (100%)	1588 (100%)

N-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Total
N0	202 (49.8%)	156 (53.1%)	226 (54.9%)	188 (56.3%)	66 (46.5%)	838 (52.8%)
N1	73 (18%)	29 (9.9%)	63 (15.3%)	41 (12.3%)	15 (10.6%)	221 (13.9%)
N2	107 (26.4%)	100 (34%)	115 (27.9%)	87 (26%)	55 (38.7%)	464 (29.2%)
N3	7 (1.7%)	9 (3.1%)	4 (1%)	4 (1.2%)	6 (4.2%)	30 (1.9%)
NX	4 (1%)	0 (0%)	4 (1%)	14 (4.2%)	0 (0%)	22 (1.4%)
Mangler information	13 (3.2%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	13 (0.8%)
Total	406 (100%)	294 (100%)	412 (100%)	334 (100%)	142 (100%)	1588 (100%)

M-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Total
M0	398 (98%)	290 (98.6%)	392 (95.1%)	327 (97.9%)	135 (95.1%)	1542 (97.1%)
M1	8 (2%)	4 (1.4%)	20 (4.9%)	7 (2.1%)	7 (4.9%)	46 (2.9%)
MX	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%)
Total	406 (100%)	294 (100%)	412 (100%)	334 (100%)	142 (100%)	1588 (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 2010), 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 2014 er der en komplethed i data på 99 %.

Stadie	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Total
Stadium 0	1 (0.2%)	1 (0.3%)	0 (0%)	4 (1.2%)	4 (2.8%)	10 (0.6%)
Stadium I	79 (19.5%)	69 (23.5%)	108 (26.2%)	80 (24%)	21 (14.8%)	357 (22.5%)
Stadium II	74 (18.2%)	49 (16.7%)	65 (15.8%)	70 (21%)	24 (16.9%)	282 (17.8%)
Stadium III	83 (20.4%)	26 (8.8%)	69 (16.7%)	65 (19.5%)	21 (14.8%)	264 (16.6%)
Stadium IV	155 (38.2%)	142 (48.3%)	162 (39.3%)	109 (32.6%)	69 (48.6%)	637 (40.1%)
Ingen bestemmelse	0 (0%)	7 (2.4%)	7 (1.7%)	2 (0.6%)	0 (0%)	16 (1%)
Mangler information	14 (3.4%)	0 (0%)	1 (0.2%)	4 (1.2%)	3 (2.1%)	22 (1.4%)
Total	406 (100%)	294 (100%)	412 (100%)	334 (100%)	142 (100%)	1588 (100%)

Tabel HHC7-2

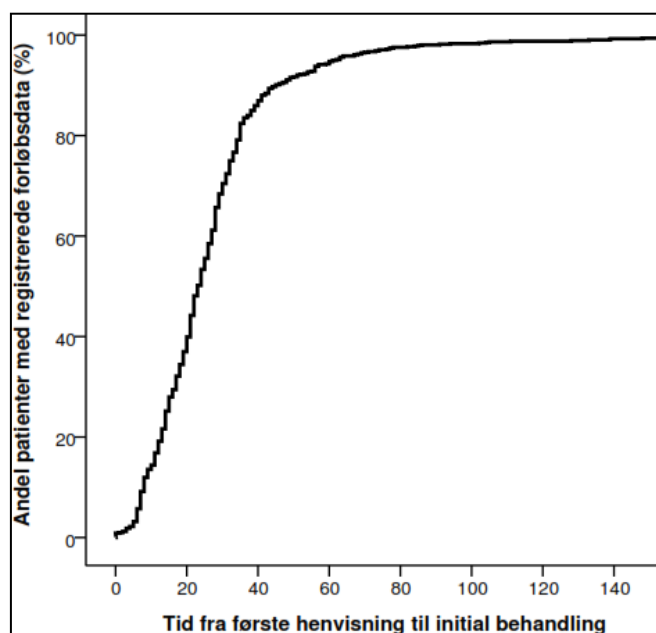
Dette er uændret fra tidligere år (2013: 99 %; 2012: 100 % og 2011: 100 %).

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

Grundet usikkerheder ved tolkning af DAHANCA's forløbsdata vil vi fra og med denne årsrapport rapportere data trukket fra SSI. 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 "Henvi sning 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 819 patienter hvor vi har modtaget AFB02A og AFB02F1-3 data. Dette svarer til 52 % af patienterne i 2014-kohorten.

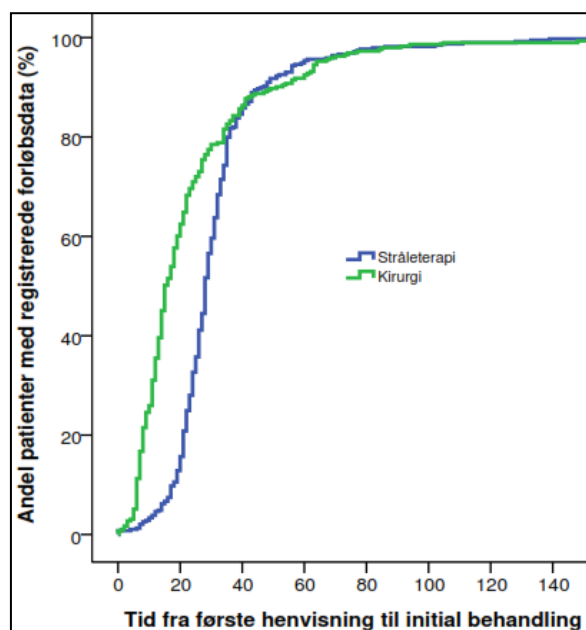


Figur HHC8-1

I figur HHC8-2 er forløbstiderne delt op på patienter behandlet med primær kirurgi og primær stråleterapi. For patienter behandlet med primær kirurgi er 76 % behandlet inden for pakketiden

på 28 dage og for de patienter behandlet med primær stråleterapi er 68 % behandlet indenfor pakketiden på 32 dage ("Kongeindikatoren").

Mediane forløbstid er 28 dage for stråleterapi og 15 for kirurgi.



Figur HHC8-2

Tabel HHC8-1 og HHC8-2 viser mediane forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 5 centre og efter region. Som det ses, forsinker tandsanering fortsat starten af stråleterapi, medmindre det tænkes ind helt først i forløbet.

	Rigshospitalet	Herlev*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	23 dg		13 dg	16 dg	17 dg
Forløbstid stråleterapi	30 dg	28 dg	26 dg	29 dg	33 dg
- med tandsanering	35 dg	31 dg	26 dg	34 dg	33 dg
- uden tandsanering	26 dg	28 dg	26 dg	29 dg	33 dg

*Herlev-patienter opereres på Rigshospitalet

Tabel HHC8-1

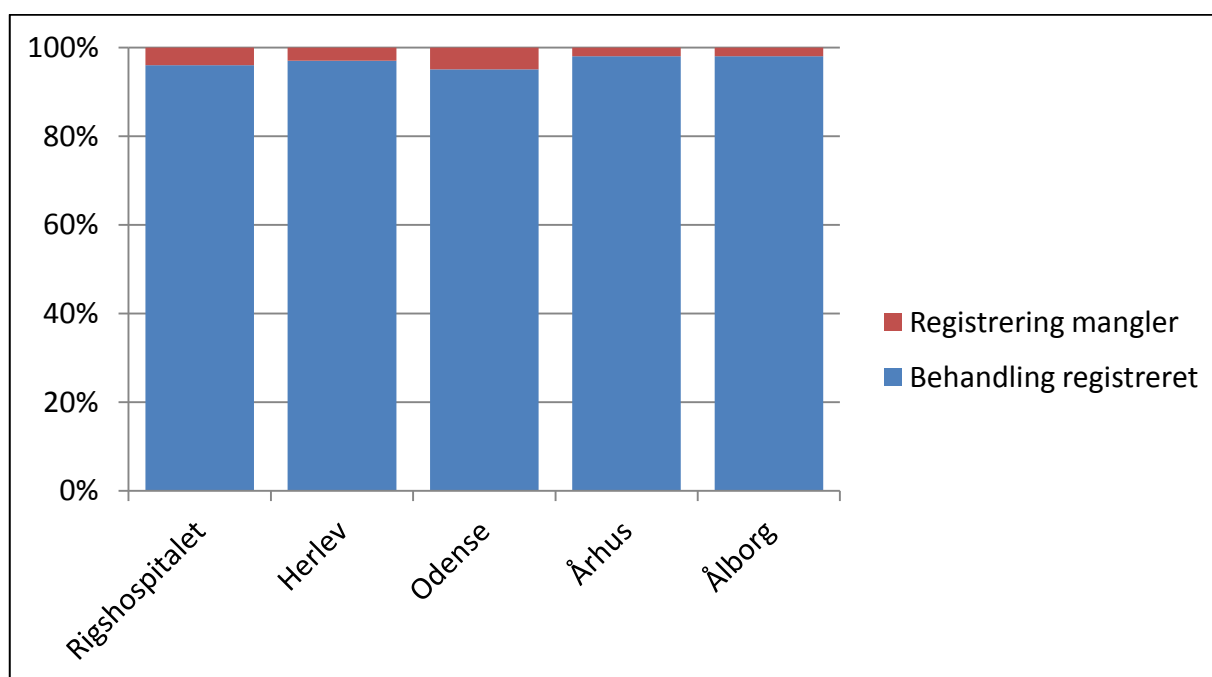
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Forløbstid kirurgi	24 dg	25 dg	12 dg	19 dg	15 dg
Forløbstid stråleterapi	28 dg	31 dg	26 dg	29 dg	33 dg
- Med tandsanering	28 dg	33 dg	26 dg	34 dg	33 dg
- Uden tandsanering	25 dg	29 dg	26 dg	29 dg	33 dg

Tabel HHC8-2

Da indikatoren er redefineret, kan der ikke sammenlignes med tidligere år.

Indikator HHC9 - Andel patienter, der påbegynder behandling

1.544 patienter ud af 1.588 i DAHANCA databasen har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling tilbudt) i 2014 svarende til 97 %. Atten patienter har ikke fået tilbudt behandling svarende til 1 %. Der mangler således definitiv registrering på patienter svarende til ca. 3 % af 2014-kohorten.



Tabel HHC9-1

Dette er på højde med rapporterede data fra tidligere år (2013: 96 %, 2012: 90 % og 2011: 96 %).

Indikator HHC10 - 30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter

I alt 775 patienter (49 % af 2014-patient populationen) er registreret med kirurgi som en del af den primære behandling. En patient er registreret død indenfor 30 dage (24 dage efter operation), hvilket giver en 30 dages mortalitet på 0,1 %

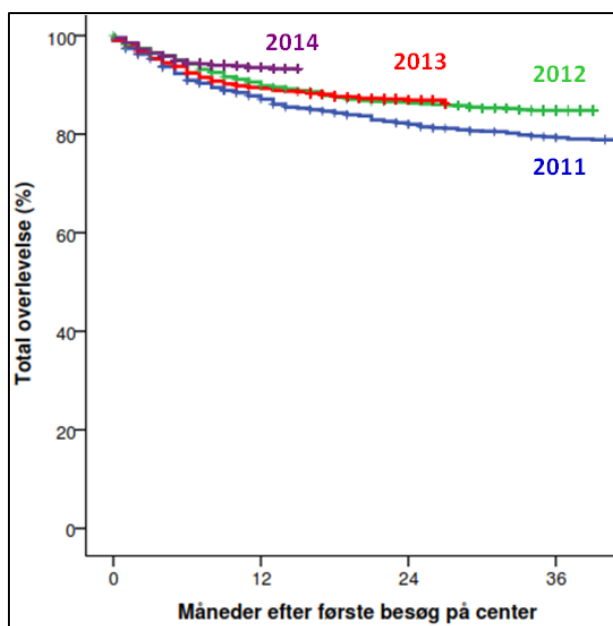
Dette er en ny kvalitetsparameter for 2014, men sammenligning med tidligere år giver en 30 dages mortalitet efter kirurgi i samme størrelsesorden.

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. 1/5 2015 er 95 patienter i 2014-kohorten registreret som døde, svarende til 6 % af patienterne.

I figur HHC11-1 ses crude survival (den totale overlevelse) for alle patienter registreret i 2011, 2012, 2013 og 2014-kohorterne.



2014 event/at risk	8/1580	95/380		
2013 event/at risk	14/1568	169/1405	200/285	
2012 event/at risk	10/1441	147/1282	197/1223	214/296
2011 event/at risk	14/1367	177/1182	246/1101	282/1054

Den aktuariske 1-års totale overlevelse er for 2014-kohorten er 94 %, hvilket umiddelbart er højere end 90 % for 2013, 91 % for 2012 og 88 % for 2011-kohorten. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadiet.

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.

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

I live	Skjoldbrusk-kirtel N=327	Strube N=258	Svælg N=538	Mundhule N=286	Næse/ bihuler N=47	Spytkirtler N=74	Ukendt primærtumor N=59
Alle patienter	99 % [±0,6%]	96 % [±1,3%]	90 % [±1,4 %]	91 % [±1,8%]	89 % [±5,5%]	95 % [±2,5%]	89 % [±9%]
Tidlige stadier	100 % (N=217)	98 % [±1,2%] (N=170)	97 % [±1,8%] (N=87)	96 % [±1,6%] (N=159)	100 % (N=16)	100 % (N=43)	-
Udbredte stadier	97 % [±1,7%] (N=110)	92 % [±3%] (N=88)	89 % [±1,6%] (N=451)	85 % [±3,5%] (N=127)	85 % [±7%] (N=31)	88 % [±5,7%] (N=31)	89 % [±9%] (N=59)

Tabel HHC11-1

Indikator HHC12 - Andel patienter med registrering af crude survival efter 3 år fordelt efter topografi og stadiet.

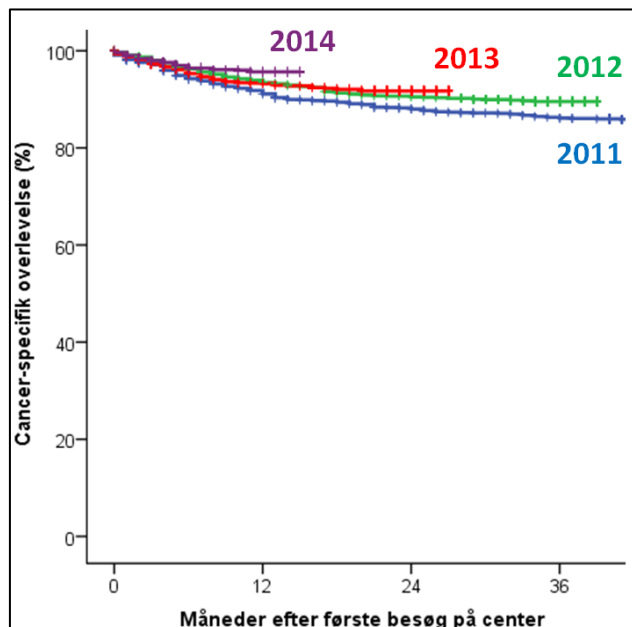
Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 3 år

Denne parameter vil blive fulgt op på 2014-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2012-kohorten er den aktuariske sandsynlighed for total overlevelse (crude survival) efter 3 år 85 % [±1,0 %] og for 2011-kohorten er den 80 % [±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. 1/5 2015 er 60 patienter i 2014-kohorten registreret som døde af kræftsygdommen, svarende til 4 % af patienterne. I figur HHC13-1 ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registreret i 2011, 2012, 2013 og 2014-kohorterne.



2014 event/at risk	6/1580	60/380		
2013 event/at risk	14/1567	105/1405	125/285	
2012 event/at risk	10/1441	93/1282	133/1223	143/296
2011 event/at risk	14/1367	119/1182	159/1101	182/1054

Den aktuariske 1-års totale cancer-specifikke overlevelse for 2014-kohorten er 96 %, hvilket umiddelbart er højere end 93 % for 2013, 94 % for 2012 og 92 % for 2011-kohorten.

Det 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.

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

Ikke død af cancer	Skjoldbrusk-kirtel N=327	Strube N=258	Svælg N=538	Mundhule N=286	Næse/ bihuler N=47	Spytkirtler N=74	Ukendt primærtumor N=59
Alle patienter	99 % [±0,5%]	98 % [±0,9%]	93 % [±1,2 %]	94 % [±1,6%]	89 % [±5,5%]	97 % [±1,9%]	94 % [±6%]
Tidlige stadier	100 % (N=217)	99 % [±0,6%] (N=170)	98 % [±1,5%] (N=87)	99 % [±1,0%] (N=159)	100 % (N=16)	100 % (N=43)	-
Udbredte stadier	98 % [±1,5%] (N=110)	95 % [±2,3%] (N=88)	92 % [±1,4%] (N=451)	88 % [±3,4%] (N=127)	85 % [±7%] (N=31)	94 % [±4,4%] (N=31)	94 % [±6%] (N=59)

Tabel HHC13-1

Indikator HHC14 - Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år fordelt efter topografi og stadie (givet der er relevant observationstid).

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år

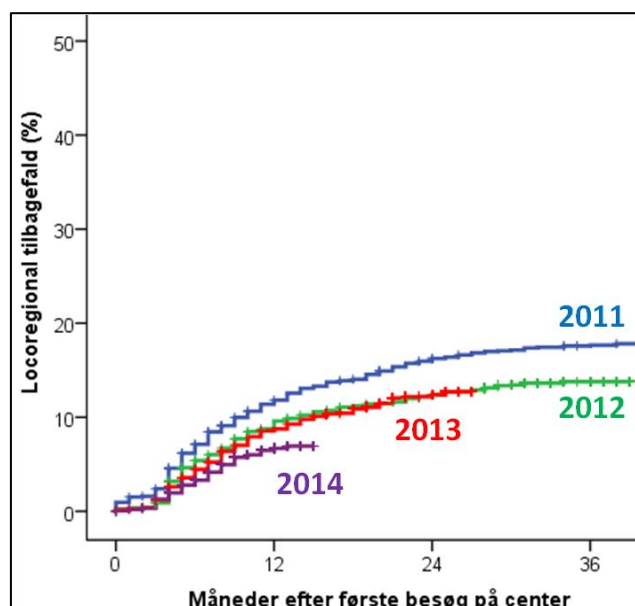
Denne parameter vil blive fulgt op på 2014-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået.

For 2012-kohorten er den aktuariske sandsynlighed for total cancer-specifik overlevelse efter 3 år 90 % [±0,8 %] og for 2011-kohorten er den 86 % [±1,0 %].

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. 1/5 2015 er 82 patienter i 2014-kohorten registreret med tilbagefald, svarende til 5 % af patienterne. I figur HHC15-1 ses locoregional kontrol for alle patienter registreret i 2011, 2012, 2013 og 2014-kohorterne.



2014 event/at risk	1/1585	82/376		
2013 event/at risk	3/1577	137/1418	181/281	
2012 event/at risk	3/1448	138/1290	177/1236	195/299
2011 event/at risk	13/1366	162/1197	222/1129	241/1106

Den aktuariske 1-års locoregionale kontrol for 2014-kohorten er 94 %, hvilket umiddelbart er højere end 91 % for 2013, 91 % for 2012 og 89 % for 2011-kohorten.

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

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.

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

Ingen tilbagefald	Skjoldbrusk-kirtel N=327	Strube N=258	Svælg N=538	Mundhule N=286	Næse/ bihuler N=47	Spytkirtler N=74	Ukendt primærtum or N=59
Alle patienter	99 % [±0,5%]	95 % [±1,6%]	92 % [±1,3 %]	88 % [±2,4%]	85 % [±6,2%]	96 % [±2,7%]	92 % [±8%]
Tidlige stadier	100 % (N=217)	98 % [±1,5%] (N=170)	92 % [±3,8%] (N=87)	91 % [±2,9%] (N=159)	92 % [±7,4%] (N=16)	100 % (N=43)	-
Udbredte stadier	99 % [±1,0%] (N=110)	90 % [±3,5%] (N=88)	93 % [±1,4%] (N=451)	83 % [±4,0%] (N=127)	83 % [±7,4%] (N=31)	91 % [±6,2%] (N=31)	92 % [±8%] (N=59)

Tabel HHC15-1

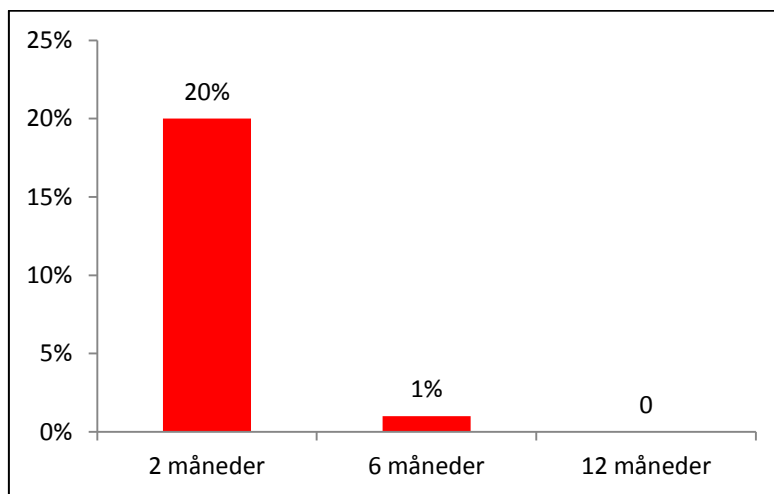
Indikator HHC16 - Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år

Denne parameter vil blive fulgt op på 2014-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået.

For 2012-kohorten er den aktuariske sandsynlighed for locoregional cancer kontrol efter 3 år 86 % [$\pm 0,9$ %] og for 2011-kohorten er den 82 % [$\pm 1,0$ %].

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



Sonde	133	4	0
Personer	673	336	57

Tablel HHC17-1

To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 20 % af 2014-kohorten en sonde, men behovet aftager hurtigt derefter. Et år efter havde ingen i 2014-kohorten en sonde, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset på opfølgningstidspunktet.

I 2013 havde 22 % en sonde to måneder efter strålebehandling og i 2011-12 var det 25 %

Et år efter afsluttet behandling havde 2 % en sonde i 2012 og 2013. I 2011 var det 1 %

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 2011-4 antyder.

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

Blandt 95 døde i 2014-kohorten er dødsårsagen kendt i 92 % af tilfældene. Dette er på samme niveau som tidligere år (2011-3: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	60 (63 %)
Anden cancer i hoved-halsområdet	1 (1 %)
Anden cancer i luftvejene	2 (2 %)
Anden cancer i øvrigt	3 (3 %)
Anden sygdom	13 (14 %)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	8 (8 %)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	8 (8 %)

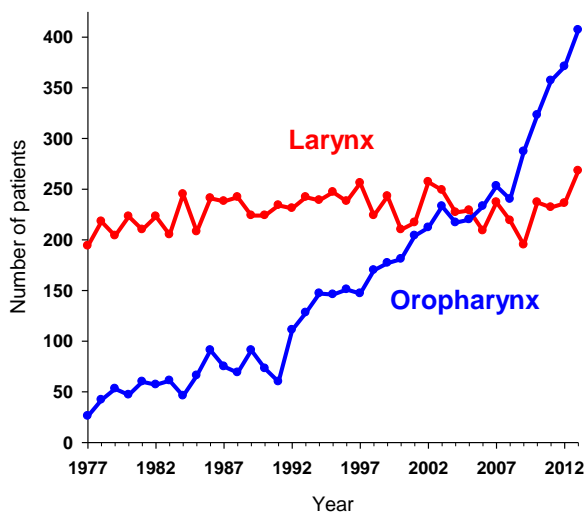
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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.01-C.06)
- Spytktuler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.11)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.80)

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 400 tilfælde årligt. Der er tale om ca. 1.500 nydiagnosticerede tilfælde om året.

De fleste er pladeepitelkarcinomer 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. 1.500 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 er omkring 60 % og er, udover udfaldet af behandlingen af den aktuelle kræftsygdom, afhængig af patienternes ko-morbiditet, 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 en lungekræft, da denne kræftform optræder med høj hyppighed i samme patientgruppe på grund af den fælles tobaksætiologi.

Udredning og behandling af hoved-halskræft i Danmark har gennem de seneste 30 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.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 fem forskellige onkologisk centre.

Oversigt over alle indikatorer

Indikator nr.	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 (DC06.9), cancer oropharyngis (DC09.9, DC10.9), cancer hypopharyngis (DC13.9), cancer nasopharyngis (DC11.9), cancer laryngis (DC32.9) og cancer glandulae salivarii (DC07.9, DC08) 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 (DC73.9) 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 SSI-data.	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.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Resultat	>90 % *
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Resultat	>75 % *
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	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 2014

Formand	Overlæge Jørgen Johansen
Sekretariatsleder	Professor Jens Overgaard (dataregisteransvarlig)
Sekretariatsmedarbejder	Overlæge Jesper Grau Eriksen
Ålborg/Onkologi	Overlæge Lisbeth Juhler Andersen (databaseansvarlig)
Ålborg/Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Henrik Jacobsen
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl (databaseansvarlig)
Århus/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Karin Lambertsen
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen (databaseansvarlig)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Christian Godballe (databaseansvarlig, DATHYRCA)
Herlev/ Onkologi	Overlæge Elo Andersen (databaseansvarlig)
RH/ Onkologi	Overlæge Claus Andrup Kristensen (databaseansvarlig)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Irene Wessel

Regionale kommentarer

Der var ved fristens udløb ikke modtaget kommentarer fra Regionerne.