

**Årsrapport 2018**  
for den kliniske kvalitetsdatabase

**DAHANCA**



## Årsrapporten 2018

Årsrapporten 2018 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  
Eksperimentel klinisk Onkologi  
Aarhus Universitetshospital  
Indgang C, Niveau 1, C108  
Palle Juul-Jensens Boulevard 99  
DK-8200 Aarhus N  
Mail: jesper@oncology.au.dk  
Tlf. 22579559/40339648

### **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	6
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	8
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	25
Oversigt over indikatorer	27
Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2018	28
Regionale kommentarer	29

## Ordliste

Cancer-specifik overlevelse	Overlevelse korrigeret for død af alle andre årsager end aktuelle kræftsygdom
Cavum oris	Mundhule
Crude survival	Total overlevelse
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 ottende årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP. Gennem de seneste år har DAHANCA gjort sig erfaringer med kvalitetsindikatorerne i samarbejde med RKKP, hvilket har resulteret i de 18 kvalitetsindikatorer i denne rapport. For at beskytte patienterne er alle tal omhandlende 3 eller færre patienter sløret.

***Den overordnede konklusion på 2018-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået.***

Enkelte punkter er dog værd at bemærke:

- I år har det ikke været muligt at krydsvalidere antallet af kræftpatienter med data fra Cancerregisteret da tallene ikke har været tilgængelige for kvalitetsdatabasen. Så snart sammenligningen muliggøres vil beregningen blive foretaget og bragt i næste års rapport. Sammenligningen med Cancerregisteret er en vigtig brik i valideringen af kvalitetsdatabasens indhold.
- For 2018 bemærkes, at forløbstiderne er blevet lidt kortere sammenlignet med 2017, men der er fortsat forskelle mellem centre/Regioner. Sundhedsplatformen er nævnt som en af årsagerne, men andre forhold på sygehusene spiller givetvis også ind. DAHANCA har fortsat fokus på at forløbstiderne bliver så korte som muligt.
- Siden 2014 har DAHANCA beregnet forløbstider baseret på de officielle pakkeforløbsdata leveret via RKKP. Tolkning af data er problematiske da tallene ikke er dækkende og forløbene leveres i en svært overskuelig form. I perioden 2014-2018 er dækningsgraden dog hævet ganske betragteligt fra omkring 50% i 2014 til 84% for 2018-kohorten.
- Det skal også bemærkes at der er betydelige forskelle på den mediane forløbstid til primær kirurgi. En gennemgang af stikprøver fra 2018-kohorten har vist, at det skyldes forskelle i registreringspraksis fra Region til Region.

- I 2018 overgik vi til den nye TNM-klassifikation (UICC8 – kvalitetsindikator HHC7). Den er langt mere kompleks end den tidligere version (UICC7) og ændrer stadie inddelingen for en del tumorer. Derfor er tallene for tumorstadier ikke umiddelbart sammenlignelige med de tidligere år. Dækningsgraden af parameteren er dog fortsat tæt på 100%.

## Fokusområder

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. Som eksempel herpå, bliver stadieberegningen fra 2019 automatiseret for at imødegå udfordringerne med den komplekse UICC8 tumor-klassifikation og dermed mindske risikoen for fejlindtastning.

RKKP har med deres nye visionspapir åbnet muligheden for at gøre antallet af kvalitetsparametre mere dynamisk: For eksempel at tage nye parametre ind på områder, hvor der er brug for ekstra fokus og samtidig fjerne andre hvor succesmålet er nået. DAHANCA vil i 2019 søge om re-certificering af kvalitetsdatabasen. Den høje registreringsgrad af grundparametrene i kvalitetsdatabasen skyldes ganske givet, at man fra alle steder er opmærksom på at de offentliggøres hvert år. Derfor planlægger DAHANCA umiddelbart ikke at fjerne parametre, men i stedet gøre enkelte af dem mere operationelle, ligesom der tænkes indført 3-5 yderligere kvalitetsparametre for at dække patientforløbet bedre. Her tænkes især på senfølger og behandling ved recidiv af kræftsygdommen, med det formål at kvalitetssikre hele kræftforløbet bedre.

I 2018 blev DCCC-RT oprettet i samarbejde mellem DAHANCA, Danske Regioner (via DCCC) og Kræftens Bekæmpelse. En af centrets målsætninger er at gøre moderne kræftbehandling og muligheden for at deltage i kliniske forsøg tilgængelige for alle patienter. Derfor vil dette blive en ny og vigtig kvalitetsparameter fra 2019.

## 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 2018
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 %	99%
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 88 % Stråleterapi 66 %
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %	99 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,5 %
HHC11	Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år.	Proces	100 %	38 %
	Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Resultat	>90 % *	93 %
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år.	Proces	100 %	59% (2016-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Resultat	>75 % *	83 %

<b>HHC13</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	38 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	95 %
<b>HHC14</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	59%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2016-kohorten) 90 %
<b>HHC15</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	38 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	95 %
<b>HHC16</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	59%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2016-kohorten) 87 %
<b>HHC17</b>	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat		27% / 14%
<b>HHC18</b>	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	95 %

\*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. ***I 2018 er der publiceret nye nationale retningslinjer for behandling af spytkirtelkræft, kræft i næse-bihule systemet og nye nationale stråleretningslinjer.*** Sidstnævnte findes også i en engelsk udgave.

Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på [www.DAHANCA.dk](http://www.DAHANCA.dk).

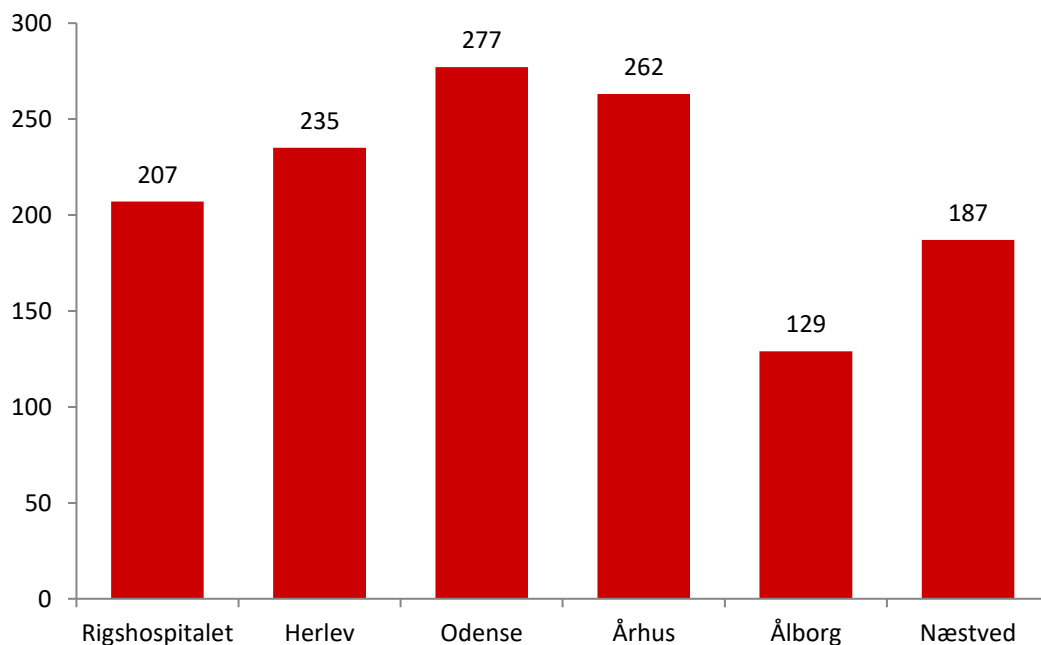


## Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

**DAHANCA har for 2018 registreret 1.298 patienter;** hvilket er 2 patienter mere i forhold til 2017.

Data for 2018-kohorten ikke tilgængelige i Cancerregisteret før tidligst året efter. Derfor plejer DAHANCA at rapportere på data fra året før. I år har data for 2017-kohorten i Cancerregisteret dog ikke været tilgængelige for DAHANCA og en sammenligning derfor ikke mulig. Sammenligningen med 2016 tallene blev angivet i sidste års rapport fra kvalitetsdatabasen, hvor DAHANCA havde en større dækningsgrad end Cancerregisteret (109%).

I figur HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2018-kohorten mellem de enkelte centre.



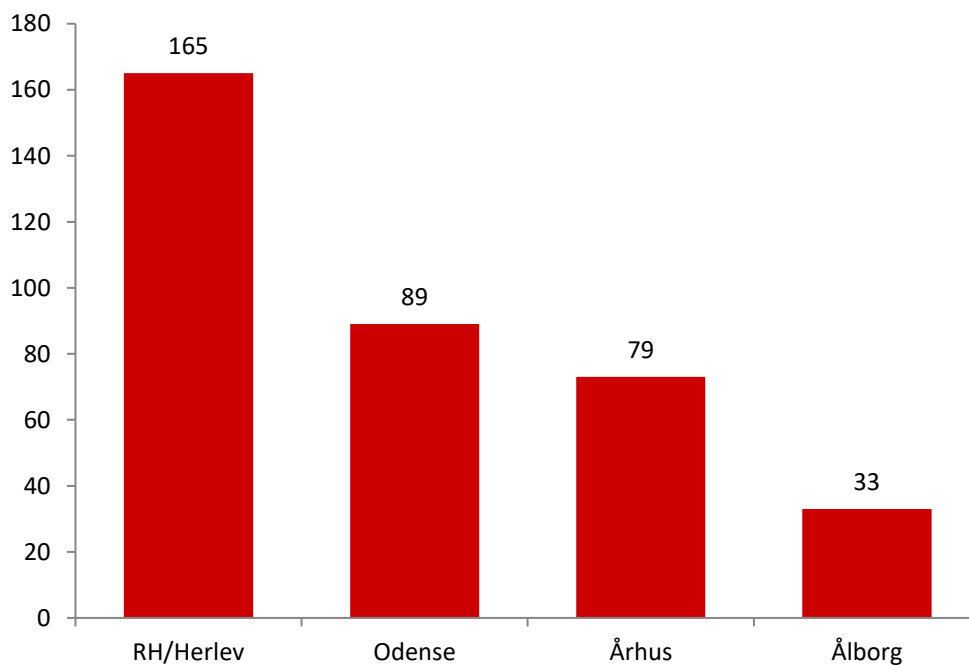
Figur HHC3-1

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

**DATHYRCA har for 2018 registreret 360 patienter;** hvilket er 2 patienter flere i forhold til 2017.

Data for 2018-kohorten er endnu ikke tilgængelig i Cancerregisteret. Derfor plejer DATHYRCA at rapportere på kohorten fra året før. I år har data for 2017-kohorten i Cancerregisteret dog ikke været tilgængelige for kvalitetsdatabasen og en sammenligning derfor ikke mulig. Sammenligningen med 2016 tallene blev angivet i sidste års rapport fra kvalitetsdatabasen. Sammenligningen med 2016 tallene blev angivet i sidste års rapport fra kvalitetsdatabasen, hvor DATHYRCA havde en større dækningsgrad end Cancerregisteret (113%).

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2018-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 1,5% af patienterne, der ikke er drøftet på MDT i 2018.

Multidisciplinær team konference (MDT)	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Ja	204 (98.6%)	220 (93.6%)	277 (100%)	262 (99.6%)	128 (99.2%)	186 (99.5%)	1277 (98.4%)
Nej	████████	14 (6%)	0 (0%)	████████	████████	████████	20 (1.5%)
Mangler information	0 (0%)	████████	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	████████
<b>Total</b>	<b>207 (100%)</b>	<b>235 (100%)</b>	<b>277 (100%)</b>	<b>263 (100%)</b>	<b>129 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>	<b>1298 (100%)</b>

Tabel HHC5-1

**98 % af alle patienter blev i 2018 drøftet på MDT.** Dette er overordnet set stabilt på landsbasis siden 2015. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. Over hele perioden har der været en støt stigende andel af patienter der har været diskuteret på MDT. En enkelt patient fik ikke indikatoren registreret i 2018.

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
<b>2018</b>	1277 (98%)	20 (2%)	████████
<b>2017</b>	1271 (98%)	21 (2%)	████████
<b>2016</b>	1280 (96%)	37 (3%)	15 (1%)
<b>2015</b>	1203 (95%)	49 (4%)	12 (1%)
<b>2014</b>	1192 (92%)	76 (6%)	26 (2%)

## Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering.

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Glottisk larynx	16 (7,8%)	22 (9,4%)	28 (10,1%)	42 (16%)	17 (13,2%)	19 (10,2%)	144 (11%)
Non-glottisk larynx	9 (4,3%)	12 (5,1%)	19 (6,9%)	10 (3,8%)	█	9 (4,8%)	60 (5%)
Rhinopharynx	11 (5,3%)	5 (2,1%)	7 (2,5%)	8 (3%)	4 (3,1%)	█	36 (3%)
Oropharynx	65 (31,4%)	86 (36,2%)	95 (34,3%)	79 (30%)	38 (29,5%)	81 (43,3%)	444 (34%)
Hypopharynx	24 (11,6%)	16 (6,8%)	19 (6,9%)	22 (8,4%)	10 (7,7%)	22 (11,8%)	113 (9%)
Cavum oris	49 (23,7%)	65 (27,7%)	61 (22%)	61 (23,2%)	35 (27,1%)	38 (20,3%)	309 (24%)
Sino-nasal	11 (5,3%)	6 (2,6%)	22 (7,9%)	20 (7,6%)	8 (6,2%)	█	68 (5%)
Spytkirtler	16 (7,8%)	14 (6%)	15 (5,4%)	12 (4,6%)	12 (9,3%)	9 (4,8%)	78 (6%)
Ukendt primærtumor	6 (2,3%)	9 (3,8%)	11 (4%)	9 (3,4%)	4 (3,1%)	7 (3,7%)	46 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>207 (100%)</b>	<b>235 (100%)</b>	<b>277 (100%)</b>	<b>263 (100%)</b>	<b>129 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>	<b>1298 (100%)</b>
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DATYRCA	165 (45,8%)	0	89 (24,7%)	73 (20,3%)	33 (9,2%)	0	360 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DAHANCA+DATHYRCA	372 (22,4%)	235 (14,2%)	366 (22,1%)	366 (20,1%)	162 (9,8%)	187 (11,3%)	1658 (100%)

Tabel HHC6-1

I alt er 1.658 patienter registreret i 2018-kohorten, hvilket er 4 flere i forhold til 2017-kohorten. Som det ses af Tabel HHC6-1, så er der fuld registrering af tumor lokalisering på alle patienter. 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%)	
T0 (Ukendt primær)	5 (1.3%)	9 (3.8%)	12 (3.3%)	11 (3.3%)	6 (3.7%)	6 (3.2%)	49 (3%)
T1	142 (38.2%)	78 (33.2%)	125 (34.2%)	116 (34.5%)	47 (29%)	42 (22.5%)	550 (33.2%)
T2	90 (24.2%)	67 (28.5%)	108 (29.5%)	107 (31.8%)	55 (34%)	52 (27.8%)	479 (28.9%)
T3	68 (18.3%)	26 (11.1%)	59 (16.1%)	53 (15.8%)	26 (16%)	37 (19.8%)	269 (16.2%)
T4	53 (14.2%)	52 (22.1%)	55 (15%)	44 (13.1%)	27 (16.7%)	48 (25.7%)	279 (16.8%)
TX (primærtumor kan ikke vurderes)			5 (1.4%)		0 (0%)		11 (0.7%)
Mangler information	13 (3.5%)				0 (0%)		19 (1.1%)
<b>Total</b>	<b>372 (100%)</b>	<b>235 (100%)</b>	<b>366 (100%)</b>	<b>336 (100%)</b>	<b>162 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>	<b>1658 (100%)</b>

N-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
N0	188 (50.5%)	119 (50.6%)	205 (56%)	206 (61.3%)	85 (52.5%)	69 (36.9%)	872 (52.6%)
N1	97 (26.1%)	51 (21.7%)	90 (24.6%)	62 (18.5%)	20 (12.3%)	46 (24.6%)	366 (22.1%)
N2	50 (13.4%)	51 (21.7%)	63 (17.2%)	58 (17.3%)	36 (22.2%)	37 (19.8%)	295 (17.8%)
N3	11 (3%)			5 (1.5%)	11 (6.8%)		35 (2.1%)
NX		0 (0%)		4 (1.2%)	0 (0%)	0 (0%)	8 (0.5%)
Mangler information	24 (6.5%)	12 (5.1%)			10 (6.2%)	32 (17.1%)	82 (4.9%)
<b>Total</b>	<b>372 (100%)</b>	<b>235 (100%)</b>	<b>366 (100%)</b>	<b>336 (100%)</b>	<b>162 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>	<b>1658 (100%)</b>

M-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
M0	358 (96.2%)	231 (98.3%)	343 (93.7%)	327 (97.3%)	156 (96.3%)	177 (94.7%)	1592 (96%)
M1	14 (3.8%)		23 (6.3%)	9 (2.7%)	6 (3.7%)	9 (4.8%)	64 (3.9%)
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%)		
<b>Total</b>	<b>372 (100%)</b>	<b>235 (100%)</b>	<b>366 (100%)</b>	<b>336 (100%)</b>	<b>162 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>	<b>1658 (100%)</b>

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 stadietinddelingen (Union for International Cancer Control, UICC8,

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 2018 er der en komplethed i data på knap 99%.** Dette har ligget stabilt siden 2013.

Stadie	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Stadium 0	0 (0%)	0 (0%)	6 (1.6%)	4 (1.2%)	██████	0 (0%)	13 (0.8%)
Stadium I	117 (31.5%)	77 (32.8%)	134 (36.6%)	119 (35.4%)	43 (26.5%)	47 (25.1%)	537 (32.4%)
Stadium II	57 (15.3%)	47 (20%)	64 (17.5%)	74 (22%)	42 (25.9%)	29 (15.5%)	313 (18.9%)
Stadium III	89 (23.9%)	40 (17%)	62 (16.9%)	49 (14.6%)	25 (15.4%)	37 (19.8%)	302 (18.2%)
Stadium IV	95 (25.5%)	68 (28.9%)	98 (26.8%)	87 (25.9%)	49 (30.2%)	73 (39%)	470 (28.3%)
Ingen bestemmelse	0 (0%)	██████	██████	██████	0 (0%)	0 (0%)	4 (0.2%)
Mangler information	14 (3.8%)	██████	██████	██████	0 (0%)	██████	19 (1.1%)
<b>Total</b>	<b>372 (100%)</b>	<b>235 (100%)</b>	<b>366 (100%)</b>	<b>336 (100%)</b>	<b>162 (100%)</b>	<b>187 (100%)</b>	<b>1658 (100%)</b>

Tabel HHC7-2

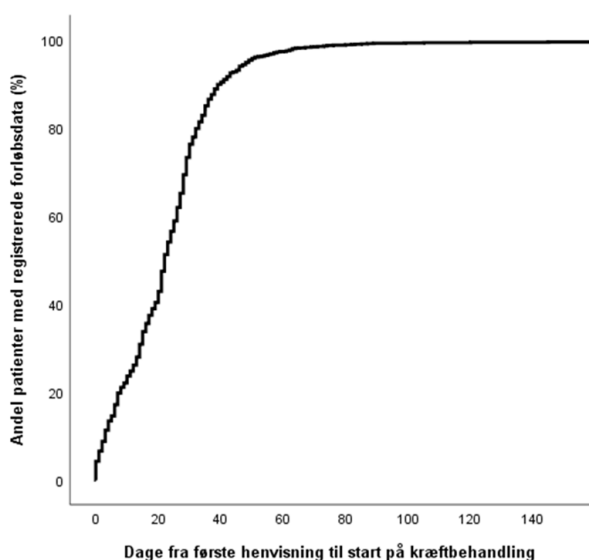
### Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

Vi har 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.

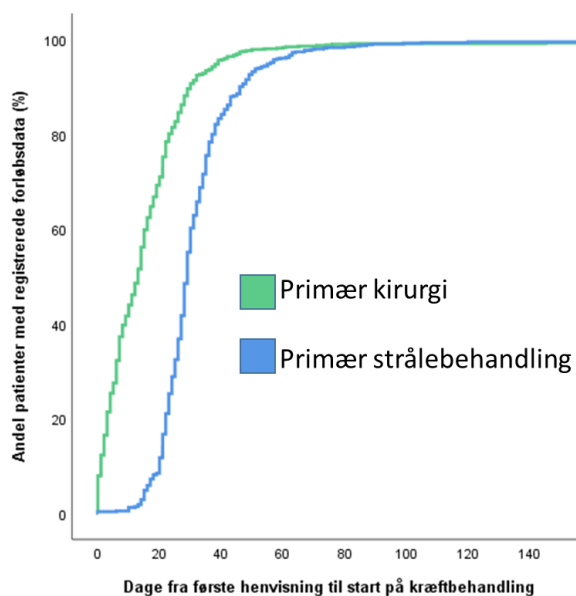
Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvielse til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3). Forløbstiden bør være mindre end 32 dage, hvis strålebehandling er den primære behandlingsmodalitet og 28 dage, hvis kirurgi er den primære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

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.401 patienter med AFB02A og AFB02F1-3 data.

Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til **84%** af patienterne for 2018-kohorten, hvilket er næsten det samme som i 2016-7 (81-84%) 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 22 dage i 2018 mod 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 88% behandlet inden for pakketiden på 28 dage og for patienter behandlet med primær stråleterapi er 66% behandlet inden for pakketiden på 32 dage** ("Kongeindikatoren"). Dette er for begge parametre en lille forbedring sammenlignet med 2017 og 2016: 82-86% for kirurgi og 63-64% for strålebehandling.

**Median forløbstid er 29 dage for stråleterapi og 13 dage for kirurgi**, hvilket er det samme som i 2017 og 2016 for stråleterapi men med en reduktion på 3 dage for primær kirurgi.

Tabel HHC8-1 og HHC8-2 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 6 centre og efter region. Generelt er tiderne til primær kirurgi konstante i Østdanmark, men faldende i Vestdanmark.

For strålebehandling er tiderne på mange afdelinger faldet median 1-3 dage siden 2017, mens tandsanering fortsat forsinker behandlingsstart markant på grund af den nødvendige tid til heling efter tandudtrækning. Sundhedsstyrelsens arbejdsgruppe for revision af pakkeforløb for hovedhalskræft påtænker at ændre dette fremover, således at forløbstiderne korrigeres for den forlængede ophelingstid.

	Rigshospitalet	Herlev*	Næstved*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	22 dg			6 dg	14 dg	6 dg
Forløbstid stråleterapi	30 dg	29 dg	30 dg	26 dg	30 dg	26 dg
- med tandsanering	31 dg	35 dg	35 dg	28 dg	32 dg	27 dg
- uden tandsanering	29 dg	28 dg	29 dg	23 dg	29 dg	23 dg

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

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Forløbstid kirurgi	17 dg	23 dg	6 dg	13 dg	7 dg
Forløbstid stråleterapi	29 dg	30 dg	26 dg	30 dg	26 dg
- med tandsanering	32 dg	35 dg	28 dg	32 dg	27 dg
- uden tandsanering	29 dg	29 dg	23 dg	29 dg	23 dg

Tabel HHC8-2



## Indikator HHC9 - Andel patienter, der påbegynder behandling.

**1.651 patienter ud af 1.658 i DAHANCA databasen har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling tilbudt) i 2018 svarende til mere end 99 % af kohorten.** Der mangler således definitiv registrering på 7 patienter svarende til 0,4 % af 2018-kohorten. Dette er generelt forbedret over de sidste 5 år.

År	Andel patienter med registreret behandling
2018	>99%
2017	>99%
2016	98%
2015	98 %
2014	97 %

I alt 878 patienter modtog primær kirurgi, 723 primær strålebehandling og 8 patienter primær kemoterapi mens 42 patienter ingen behandling modtog (enten pga. for dårlig almentilstand eller pga. patientens ønske).

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

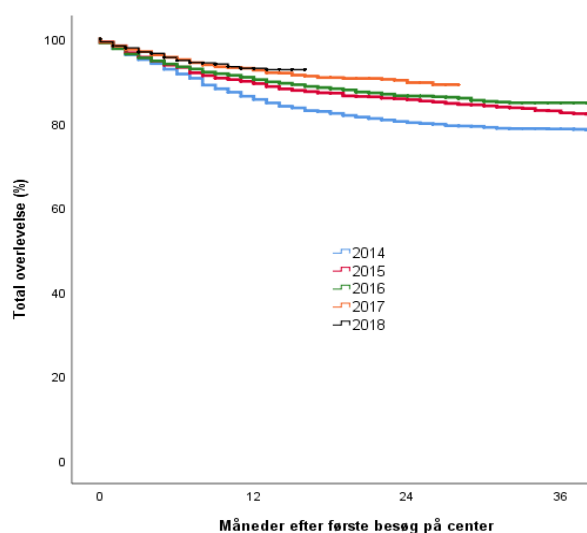
I alt 878 patienter (53 % af 2018-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling. Fire patienter er registreret døde indenfor 30 dage efter kirurgi, hvilket svarer til en **30 dages mortalitet på 0,5 % i 2018.** Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30 dages mortaliteten har i alle år med tilgængelige data været 0-0,1%

Udsvinget i 2018 falder inden for den naturlige variation og er vel inden for kvalitetsmålet på 3%

## 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. 20/5 2019 er 99 patienter i 2018-kohorten registeret som døde, svarende til 6% af patienterne. I figur HHC11-1 ses crude survival (den totale overlevelse) for alle patienter registeret i 2014 til og med 2018-kohorterne. Der er registreret follow up på 631 ud af 1658 patienter (svarende til lidt over 1/3 af 2018 kohorten) der pr 20/5 havde 1 års follow-up: 38% dækning.



<b>2018 event/at risk</b>	12/1682	99/285		
<b>2017 event/at risk</b>	13/1651	120/1344	149/257	
<b>2016 event/at risk</b>	16/1651	158/1385	214/1073	227/298
<b>2015 event/at risk</b>	12/1576	164/1289	217/1098	253/824
<b>2014 event/at risk</b>	15/1614	231/1337	314/1126	334/974

**Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2018-kohorten er 93 %**, hvilket er det samme niveau som for 2015-7 kohorten (89-93%) men højere end 86 % for 2014-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 2018 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 98% [±0,6%] 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=360	Strube N=204	Svælg N=592	Mundhule N=309	Næse/ bihuler N=68	Spytkirtler N=78	Ukendt primærtumor N=46
Alle patienter	99% [±0,3%]	96% [±1,3%]	90% [±1,5 %]	88% [±2,4%]	89% [±4,5%]	97% [±2%]	89% [±8,8%]
Tidlige stadier	99% [±0,3%] (N=112)	100% (N=136)	98% [±0,9%] (N=272)	96% [±2,5%] (N=154)	97% [±3,1%] (N=34)	100% (N=52)	-
Udbredte stadier	100% (N=247)	88% [±3,9%] (N=68)	83% [±2,6%] (N=320)	81% [±3,9%] (N=155)	82% [±7,7%] (N=34)	92% [±5,3%] (N=26)	89% [±8,8%] (N=46)

*Tabel HHC11-1*

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

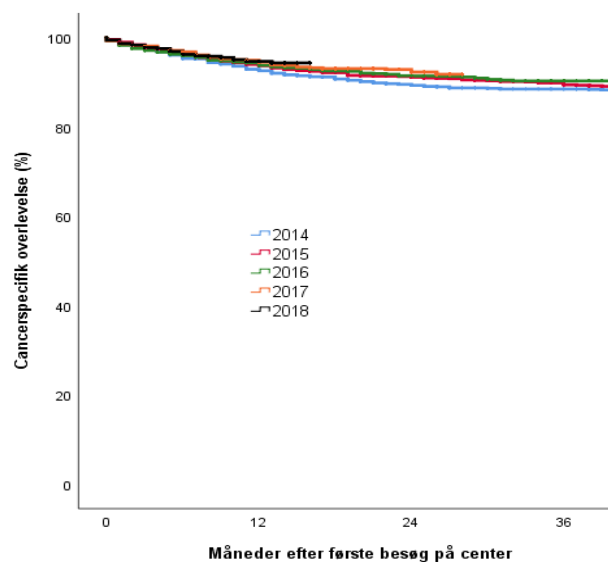
### **Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 3 år.**

Denne parameter vil blive fulgt op på 2018-kohorten når den relevante tidsperiode er gået. For 2016 kohorten har 86% af patienterne registreret opfølgning til beregning af crude survival. Den **aktuariske sandsynlighed for crude survival efter 3 år var for 2016-kohorten 85 % [±1%]**; for 2015-kohorten 83 % [±1%] og for 2014-kohorten 79 % [±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. 20/5 2019 er 72 patienter i 2018-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 2014 til og med 2018-kohorterne.



2018 event/at risk	9/1682	72/285		
2017 event/at risk	11/1651	87/1344	109/257	
2016 event/at risk	10/1651	99/1385	132/1073	140/198
2015 event/at risk	6/1576	94/1289	128/1089	146/824
2014 event/at risk	10/1614	115/1337	160/1126	170/974

**Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2018-kohorten er 95%**, hvilket umiddelbart er i samme niveau som 2017 (96%). Siden 2013 har den generelt været svagt stigende år for år. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie.

**For 2018 er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 99% [ $\pm 0,5\%$ ] og 91% [ $\pm 1,1\%$ ] for de udbredte stadier.**

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

I live uden kræft	Skjoldbrusk-kirtel N=360	Strube N=204	Svælg N=592	Mundhule N=309	Næse/ bihuler N=68	Spytkirtler N=78	Ukendt primærtumor N=46
Alle patienter	99% [±0,3%]	98% [±1,1%]	91% [±1,4 %]	90% [±2,3%]	92% [±4,2%]	100%	95% [±2,5%]
Tidlige stadier	99% [±0,4%] (N=112)	100% (N=136)	99% [±0,7%] (N=272)	97% [±2,3%] (N=154)	100% (N=34)	100% (N=52)	-
Udbredte stadier	100% (N=247)	93% [±3,1%] (N=68)	85% [±2,5%] (N=320)	84% [±3,9%] (N=155)	85% [±7,5%] (N=34)	100% (N=26)	95% [±2,5%] (N=46)

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.

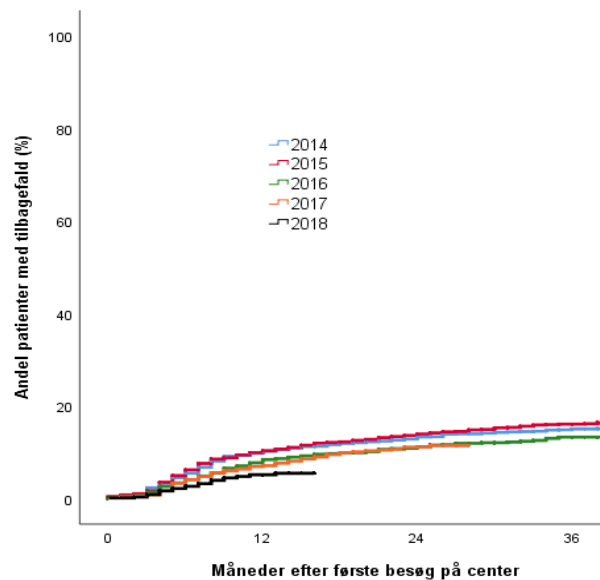
Denne parameter vil blive fulgt op på 2018-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2016 kohorten er andel af patienter med registreret opfølgning til cancer-specific overlevelse 59%

**Den aktuariske sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år var for 2016-kohorten 90% [±0,9%];** for 2015-kohorten 90 % [±0,8%] og for 2014-kohorten 89 % [±0,8%].

**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. 20/5 2019 er 65 patienter i 2018-kohorten registreret med tilbagefald, svarende til 4 % af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden loco-regionalt for tilbagefald for alle patienter registreret i 2014 og frem til 2018-kohorterne.



2018 event/at risk	5/1656	64/299		
2017 event/at risk	5/1663	113/1346	156/269	
2016 event/at risk	4/1664	135/1405	174/1111	190/207
2015 event/at risk	6/1584	157/1274	206/1088	231/854
2014 event/at risk	7/1624	160/1335	204/1162	226/1014

**Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2018-kohorten er 95 %**, 93 % i 2017, 92% i 2016 og 90 % for 2014-2015 kohorten.

Det 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 2018 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 97 % [ $\pm 0,8\%$ ] for de tidlige stadier og 93 % [ $\pm 1,0\%$ ] 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=360	Strube N=204	Svælg N=592	Mundhule N=309	Næse/ bihuler N=68	Spytkirtler N=78	Ukendt primærtumor N=46
Alle patienter	99% [ $\pm 0,4\%$ ]	94% [ $\pm 2,1\%$ ]	93% [ $\pm 1,4\%$ ]	90% [ $\pm 2,3\%$ ]	97% [ $\pm 2,1\%$ ]	99% [ $\pm 1,3\%$ ]	95% [ $\pm 2,5\%$ ]
Tidlige stadier	99% [ $\pm 0,3\%$ ] (N=112)	97% [ $\pm 1,5\%$ ] (N=136)	95% [ $\pm 2,1\%$ ] (N=272)	92% [ $\pm 1,8\%$ ] (N=154)	100% (N=34)	100% (N=52)	-
Udbredte stadier	100% (N=247)	87% [ $\pm 5,7\%$ ] (N=68)	92% [ $\pm 1,7\%$ ] (N=320)	90% [ $\pm 2,3\%$ ] (N=155)	94% [4,2%] (N=34)	96% [3,8%] (N=26)	95% [ $\pm 2,5\%$ ] (N=46)

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 2018-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2016 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til loco-regional kontrol er 59 % **Aktuariske sandsynlighed for cancer kontrol efter 3 år var for 2016-kohorten 87 % [ $\pm 1,0\%$ ]; for 2015-kohorten 84 % [ $\pm 1,0\%$ ] og for 2014-kohorten 85 % [ $\pm 0,9\%$ ].**

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

I alt 913 patienter er registreret som havende modtaget strålebehandling i 2018-kohorten (primært eller postoperativt). Ved afslutningen af strålebehandlingen var der data på 666 patienter, hvor 32% var registreret med en sonde. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 27% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftager derefter.** Et år efter havde 14% i 2018-kohorten en sonde, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

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 2014 til 2018 kunne antyde.

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

Blandt 99 døde i 2018-kohorten er dødsårsagen kendt i 95 % af tilfældene. Dette er på samme niveau som tidligere år (2012-7: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal ( % )
Primær cancer	72 (72%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	█
Anden cancer i øvrigt	█
Anden sygdom	14 (14%)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	█
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	6 (6%)



## 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:

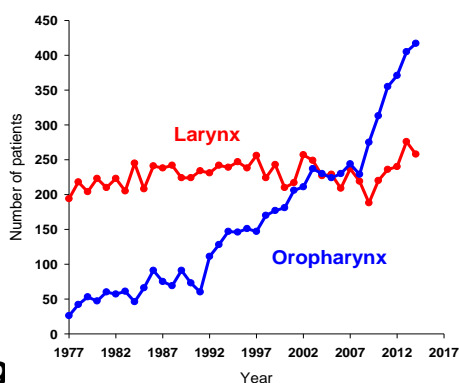
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

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](http://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](http://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 pladeepitelcarcinomer, 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.

19

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. Opdaterede tal fra DAHANCA viser en 3-års overlevelse for hoved-halskræft i Danmark på 86%.

## 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 2018

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 Kjærsgaard
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 Birgitte Charabi (har i perioden afløst overlæge Irene Wessel)
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig)

## Regionale kommentarer