

**Årsrapport 2023**  
**for den kliniske kvalitetsdatabase**  
**DAHANCA**



## Årsrapporten 2023

Årsrapporten 2023 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 Kristine Bjørndal samt formand for Styregruppen og overordnet ansvarlig for databasen professor Jens Overgaard.

### **Kontaktperson, DAHANCA:**

Jesper Grau Eriksen  
Eksperimentel klinisk Onkologi  
Aarhus Universitetshospital  
C108  
Palle Juul-Jensens Boulevard 99  
DK-8200 Aarhus N  
Mail: jesper@oncology.au.dk  
Tlf. 2257 9559

**Kontaktpersonsfunktionen for  
Hoved-halskræftdatabasen  
(DAHANCA) i Regionernes  
Kliniske Kvalitetsudviklings  
Program (RKKP), RKKP's  
Videncenter – Afdeling 2,  
Cancer og Cancerscreening  
Kvalitetskonsulent  
Mette Høyrup  
Mail: methey@rkkp.dk  
Tlf.: 2424 2948**

## Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	7
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	9
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	34
Oversigt over indikatorer	36
Styregruppens medlemmer 2023	38
Regionale kommentarer	39

## 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 13. årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP.

***Den overordnede konklusion på 2023-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt set er tilfredsstillende, og de fleste af kvalitetsmålene er nået. Der er dog fortsat plads til forbedring på specifikke områder.***

***Overordnet set har DAHANCA databasen en stor grad af komplethed, og data valideres løbende, hvor bl.a. fejlindtastninger rettes. Dette er muligt, fordi databasen overvåges af og håndholdes af klinikere på de onkologiske centre.***

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- Vi beriger nu DAHANCA's database med data fra bl.a. LPR3, Cancerregisteret og Patobank. Der opleves et godt samarbejde med RKKP's medarbejdere. Der gøres også en stor indsats fra rigtig mange klinikere rundt om i landet for at få tidstro data rapporteret i databaserne.  
***Tak til alle for den store indsats.***
- Der ses fortsat nogle variationer i antallet af patienter med skjoldbruskkirtelkræft. Det kan skyldes naturlig variation, men kan også være baseret på manglende kodning eller forskelle i indtastningspraksis. Dette har Styregruppen tidligere påvist eksempler på. Således er der i 2023 sket en markant efterregistrering efter fristen for årsrapporten. Kompletheden af data for skjoldbruskkirtelkræft er fortsat relativt lav hvilket der forventes større fokus på.
- Mediane forløbstider er fortsat indenfor de angivne tidsintervaller i Sundhedsstyrelsens Pakkeforløb for hoved-hals kræft (2020), men har været svagt stigende over de sidste par år. I år er der glædeligt et fald på den samlede mediane værdi fra 27 (95% CI: 26,5-27,5) til 25 dage (95% CI: 24,7-26,3). Denne ændring bæres alene af kortere forløbstider på primær kirurgi, mens forløbstiderne på stråleterapi synes uændrede. Vi ved, at dette følges nøje på alle sygehuse. Man skal dog være opmærksom på, at i nærværende rapport ses der på det

samlede forløb fra henvisning til start på behandling, og der korrigeres ikke for forløb, der sættes på pause, f.eks. ved udredning af anden sygdom eller patientønske. Dermed har vi en lidt strammere betragtning på forløbstiderne, end den der anlægges i Regionerne. Grunden til dette er, at kræft også vokser, selvom der er en god grund til at holde pause i udredningsforløbet.

- Endelig spiller behovet for tandudtrækning stadig en rolle for, at forløbstiderne overskrides, da heling af kæben typisk varer 10-12 dage. Selvom den tid kan bruges på planlægning af behandling og forberedelse af patienten, så er det en væsentlig kilde til forlængelse af tiden til behandling, med en reel forlængelse på 1-6 dage. Det gav anledning til spørgsmål fra en enkelt Region i forhold til 2021-rapporten og igen 2022 rapporten. Det er vigtigt at holde sig for øje, at selvom vi arbejder med forløbstider fra Sundhedsdatastyrelsen, så er udsving i tallene følsomme for manglende kompletthed af forløbstiderne og manglende fuld dækning af datasættet (82%) samt tolkning af de enkelte forløb.
- Andelen af patienter med opfølgning efter 1, 3 og 5 år er en ny parameter fra 2020. Da det har vist sig ikke at være meningsfyldt at opgøre for det aktuelle år (patienterne registreres fra januar – december), har vi valgt at tidsforskyde, således at vi rapporterer et år bagud i forhold til det år, som rapporten omhandler – alene for at få et fuldt år at rapportere på. Graden af dokumenteret opfølgning er for lav i forhold til styregruppens forventning, og det vil der være fokus på i det kommende år.

## Fokusområder

- Vi vil – også efter opfordring fra DMCG-samling foråret 2024 - give vores kvalitetsparametre et serviceeftersyn
- Der vil være fortsat fokus på at holde forløbstiderne nede. Dette er et konstant fokuspunkt, såvel lokalt som i DAHANCA.

Der er fortsat udsving i registreringen af data for skjoldbruskkirtelkræft. I det kommende år vil vi fokusere på bedre registrering og opfyldelse af tilhørende kvalitetsindikatorer.

- Der er fortsat fokus på at øge brugervenligheden af databasen med bedre definition og forklaring til de enkelte parametre, så misforståelser om, hvad der skal indtastes, minimeres.

Der vil fortsat være opmærksomhed på registrering, fortolkning og brug af de tre nye indikatorer fra 2020.

- Vi har som mål at gøre data lettere tilgængelige for RKKP og Regionerne. Der er til denne årsrapport leveret to enkelte datasæt men vi kan allerede nu se at der er behov at justere på dette for at øge brugervenligheden.

## 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 2023
HHC1	Der eksisterer nationale kliniske 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 %	97% (2022 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 %	101% (2022 kohorten)
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	>99%
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 %	93%
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 %	67% (strålebeh.) og 83% (kirurgi)
HHC9	Andel patienter med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %	93%
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,1%
HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	93 %
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 % (2021-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	85 %

<b>HHC13</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100 %
	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 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2021-kohorten) 89 %
<b>HHC15</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	100 %
	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 %	100%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2021-kohorten) 87 %
<b>HHC17</b>	Andel patienter i DAHANCA med registreret opfølgning 1, 3 og 5 år efter afsluttet primær behandling i forhold til alle patienter i given kohorte	Resultat	>90%	30% / 27% / NA
<b>HHC18</b>	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	**	41% / 48%
<b>HHC19</b>	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	**	16% / 6%
<b>HHC20</b>	Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv	Resultat	>90%	68%
<b>HHC21</b>	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	91 %

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

\*\* Der er som udgangspunkt ingen nedre eller øvre standarder for denne parameter



## 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-halskræft startede fremadrettet registrering allerede i 1992, dækkende kræft i strube, svælg og mundhule. For strubekræfts vedkommende er der desuden 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, bihuler samt spytkirtler registeret 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 patientkategorier med cancer i hoved-halsregionen.

DAHANCA har løbende udarbejdet og formidlet nationale kliniske retningslinjer for behandling af kræft i hoved-halsområdet. Retningslinjerne bliver udarbejdet på baggrund af resultater fra DAHANCA's database samt den nyeste nationale og internationale evidensbaserede viden, og retningslinjerne har opnået national konsensus. ***I 2023 er der ikke publiceret nye nationale RKKP-retningslinjer***, men der er flere revisioner under udarbejdelse, og der forventes enkelte nye retningslinjer i 2024.

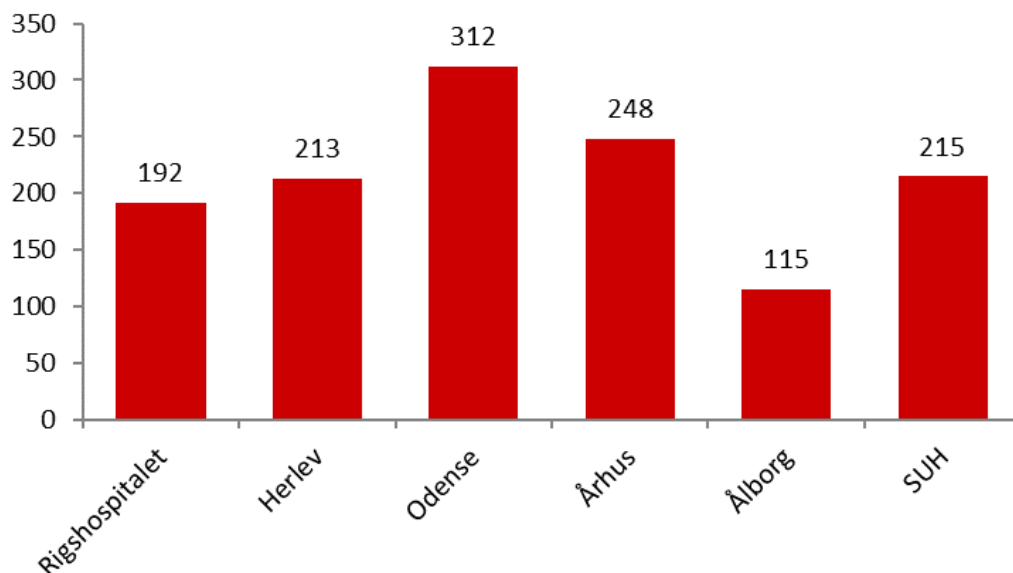
Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på [www.DAHANCA.dk](http://www.DAHANCA.dk).

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

**DAHANCA har for 2023 registreret 1.295 patienter;** hvilket er 61 færre patienter i forhold til 2022.

Data for 2022-kohorten er nu tilgængelig i Cancerregisteret. En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DAHANCA for år 2022 viser **51 (4%) patienter som er i DAHANCA, men ikke i Cancerregisteret.** Der er omvendt **92 personer (7%) i Cancerregisteret som ikke er i DAHANCA.** Dette tal kan repræsentere patienter der vitterligt ikke er registreret i DAHANCA, men også patienter som har været så dårlige ved diagnosen, at de aldrig er færdigudredt, eller med større sandsynlighed, tumor på halsen forårsaget af andre kræftsygdomme end hoved-halscancer.

I figur HHC3-1 ses fordelingen af patienterne i 2023-kohorten mellem de enkelte centre.



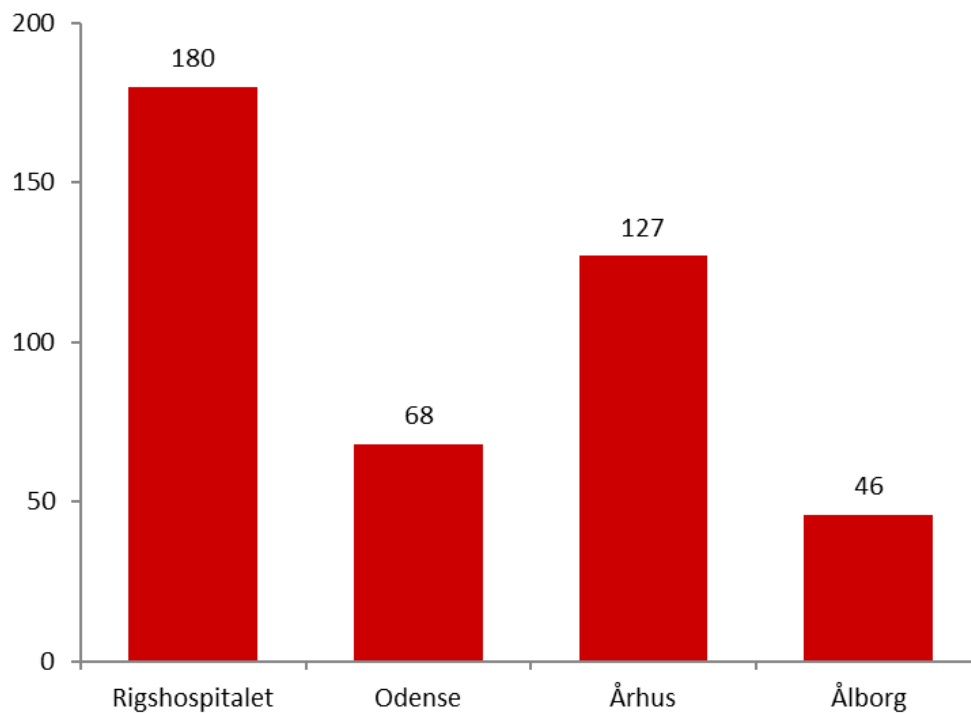
Figur HHC3-1

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

*DATHYRCA har for 2023 registreret 421 patienter*; hvilket er 35 patienter færre i forhold til 2022.

En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DATHYRCA for 2022 viser 47 personer (10%) som er registreret behandlet i DATHYRCA men ikke figurerer i Cancerregisteret og 44 personer (9,3%) i Cancerregisteret men ikke i DATHYRCA.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2023-kohorten mellem de enkelte centre.



*Figur HHC4-1*

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

Behandling af kræft i hoved-halsregionen 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 derfor ikke er inkluderet i tabellen).

Multidisciplinær team konference (MDT)	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Ja	191 (99,5%)	210 (98,6%)	312 (100%)	248 (100%)	115 (99,3%)	215 (98,6%)	1291 (99,7%)
Nej	1 (0,5%)	3 (1,4%)	0	0	0	0	4 (0,3%)
Mangler information	0	0	0	0	0	0	0

Tabel HHC5-1

**99,7% af alle patienter blev i 2023 drøftet på MDT.** Dette er overordnet set stabilt på landsbasis de sidste 5 år. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. I starten af perioden var der en støt stigende andel af patienter, der var diskuteret på MDT, men siden 2017 har registreringen været stabil. **For fjerde år i træk er der ingen patienter med ukendt MDT-status**

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2023	1291 (99,7%)	4 (0,3%)	0
2022	1333 (98,8%)	16 (1,2%)	0
2021	1337 (99,4%)	8 (0,6%)	0
2020	1208 (98,2%)	20 (1,8%)	0
2019	1276 (97,9%)	21 (1,6%)	6 (0,5%)

I 2023 blev 91% af patienterne registreret som behandlet i henhold til retningslinjerne. En hyppig angivet årsag til ikke at følge retningslinjerne var primært patientønsker men også dårlig almentilstand eller synkron cancer, krævede en mere individuel tilgang.

Sammen med RKKP og Kræftens Bekæmpelse er der initieret et projekt, der skal vurdere, om patienter tilbydes indgang i kliniske studier og hvor mange der indgår. Antallet af kliniske studier er skævt fordelt på de enkelte undertyper af hoved-hals kræft, hvilket også afspejles i de tal som kan trækkes i den initiale fase af projektet.

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

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stemmelæber	10 (5%)	17 (8%)	37 (12%)	23 (9%)	15 (13%)	22 (10%)	124 (10%)
Strube (-stemmelæber)	9 (5%)	14 (7%)	14 (5%)	14 (6%)	8 (7%)	13 (6%)	72 (6%)
Næsesvælg	6 (3%)	7 (3%)	4 (1%)	4 (2%)	4 (3%)	0	25 (2%)
Mundsvælg	85 (44%)	88 (41%)	110 (35%)	83 (33%)	30 (26%)	87 (40%)	483 (37%)
Nedre svælg	13 (7%)	19 (9%)	25 (8%)	11 (4%)	9 (8%)	13 (6%)	90 (7%)
Mundhule	35 (18%)	30 (14%)	70 (22%)	76 (31%)	29 (25%)	62 (29%)	302 (23%)
Næse-bihuler	15 (8%)	20 (9%)	14 (4%)	12 (5%)	1 (1%)	0	62 (5%)
Spytkirtler	11 (6%)	16 (8%)	25 (8%)	18 (7%)	16 (14%)	18 (8%)	104 (8%)
Ukendt primærtumor	8 (4%)	2 (1%)	13 (4%)	7 (3%)	3 (3%)	0	33 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>192 (100%)</b>	<b>213 (100%)</b>	<b>312 (100%)</b>	<b>248 (100%)</b>	<b>115 (100%)</b>	<b>215 (100%)</b>	<b>1295 (100%)</b>
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Skjoldbruskkirtel	180 (43%)	0	68 (16%)	127 (30%)	46 (11%)	0	421 (100%)
<b>TOTAL</b>	<b>Rigshospitalet</b>	<b>Herlev</b>	<b>Odense</b>	<b>Aarhus</b>	<b>Aalborg</b>	<b>Næstved</b>	<b>Total</b>
<b>DAHANCA+DATHYRCA</b>	<b>372 (22%)</b>	<b>213 (12%)</b>	<b>380 (22%)</b>	<b>375 (22%)</b>	<b>161 (9%)</b>	<b>215 (13%)</b>	<b>1716 (100%)</b>

Tabel HHC6-1

Som det ses af Tabel HHC6-1, så er der fuld registrering af tumorlokalisering på alle patienter. Patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen, der opereres på Rigshospitalet, modtager onkologisk behandling og opfølgning på Herlev onkologisk afdeling.

**I alt er 1.716 patienter registreret i 2023-kohorten, hvilket er 96 (5%) færre i forhold til 2022-kohorten.** Forskellen er dog så lille at det kan rummes indenfor usikkerhederne.

2013 var det første år, hvor vi fuldt ud registrerede alle undertyper af hovedhalscancer. Sættes året 2013 til indeks 100, ser man at der er tale om naturligt udsving (Tabel HHC 6-2).

Det skal specielt bemærkes, at der over årene er registreret et stigende antal patienter med skjoldbruskkirtelkræft – formentlig pga. bedre diagnostik med øget frekvens af tilfældige fund (incidenthalomer).

År	DAHANCA	DATHYRCA	IALT	Index
2013	1342	276	1618	100
2014	1293	337	1630	101
2015	1265	329	1594	99
2016	1333	339	1672	103
2017	1300	362	1662	103
2018	1325	404	1729	107
2019	1308	451	1759	109
2020	1237	441	1678	104
2021	1364	399	1763	109
2022	1356	470	1826	113
2023	1295	421	1716	106

*Tabel HHC 6-2*

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

T position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
T0 (ukendt primær)	9 (2%)	2 (1%)	21 (6%)	13 (3%)	6 (4%)	0	51 (3%)
T1	101 (27%)	64 (30%)	123 (32%)	77 (21%)	35 (22%)	69 (32%)	469 (27%)
T2	120 (32%)	65 (31%)	137 (36%)	102 (27%)	58 (36%)	46 (21%)	528 (31%)
T3	36 (10%)	29 (14%)	47 (12%)	49 (13%)	26 (16%)	40 (19%)	227 (13%)
T4	57 (15%)	50 (23%)	47 (12%)	62 (17%)	33 (20%)	60 (28%)	309 (18%)
TX (kan ikke vurderes)	0	3 (1%)	4 (1%)	0	0	0	7 (<1%)
Manglende information	49 (13%)	0	1 (<1%)	72 (19%)	3 (2%)	0	*125 (7%)
<b>Total</b>	<b>372 (22%)</b>	<b>213 (12%)</b>	<b>380 (22%)</b>	<b>375 (22%)</b>	<b>161 (9%)</b>	<b>215 (13%)</b>	<b>1716 (100%)</b>

\*Manglende information om T-site var primært for skjoldbruskirtelkræft (123 patienter).

N position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
N0	175 (47%)	107 (50%)	185 (49%)	166 (44%)	82 (51%)	80 (37%)	795 (46%)
N1	99 (27%)	64 (30%)	102 (29%)	56 (15%)	18 (11%)	60 (28%)	399 (29%)
N2	36 (10%)	27 (13%)	80 (21%)	59 (16%)	43 (27%)	54 (25%)	299 (17%)
N3	10 (3%)	13 (6%)	11 (3%)	22 (6%)	13 (8%)	21 (10%)	90 (5%)
NX (kan ikke vurderes)	3 (1%)	2 (1%)	2 (1%)	0	2 (1%)	0	9 (1%)
Manglende information	49 (13%)	0	0	72 (19%)	3 (2%)	0	*124 (7%)
<b>Total</b>	<b>372 (22%)</b>	<b>213 (12%)</b>	<b>380 (22%)</b>	<b>375 (22%)</b>	<b>161 (9%)</b>	<b>215 (13%)</b>	<b>1716 (100%)</b>

\*Manglende information om N-site var alene for skjoldbruskirtelkræft (124 patienter).

M position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
M0	312 (84%)	207 (97%)	355 (93%)	291 (78%)	150 (93%)	205 (95%)	1520 (89%)
M1	11 (3%)	6 (3%)	25 (7%)	12 (3%)	8 (5%)	10 (5%)	72 (4%)
Manglende information	49 (13%)	0	0	72 (19%)	3 (2%)	0	*124 (7%)
<b>Total</b>	<b>372 (22%)</b>	<b>213 (12%)</b>	<b>380 (22%)</b>	<b>375 (22%)</b>	<b>161 (9%)</b>	<b>215 (13%)</b>	<b>1716 (100%)</b>

\*Manglende information om m-site var alene for skjoldbruskirtelkræft (124 patienter).

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, UICC8, 2017), som ses i tabel HHC7-2, er derfor som udgangspunkt 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. Der er dog i enkelte situationer, hvor stadiet er registreret uden delparametrene T og N, hvilket forklarer diskrepansen i tabel HHC7-1 og HHC7-2 (vedrørende manglende information).

**For 2023 er der en samlet komplethed i data på 93%. For DAHANCA alene er der 100% komplethed, mens kompletheden er 70% for DATHYRCA.**

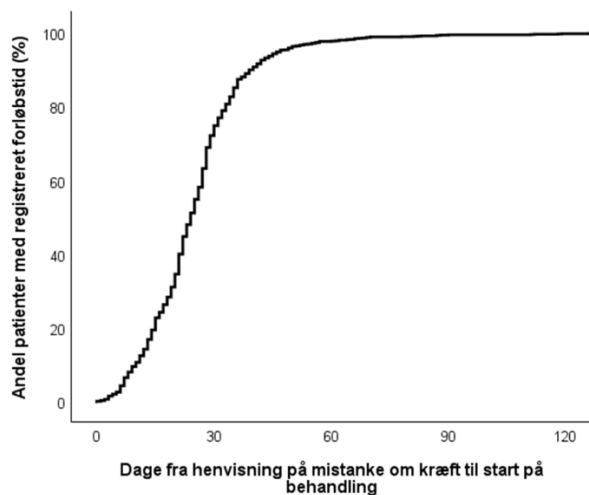
Stadie UICC8	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stadie 0	0	0	0	0	0	0	0
Stadie I	112 (30%)	75 (35%)	142 (37%)	92 (25%)	40 (25%)	78 (36%)	539 (31%)
Stadie II	78 (21%)	41 (19%)	75 (20%)	70 (19%)	39 (24%)	33 (15%)	336 (20%)
Stadie III	61 (16%)	35 (16%)	52 (14%)	38 (10%)	24 (15%)	27 (13%)	237 (14%)
Stadie IV	72 (19%)	60 (28%)	111 (29%)	103 (27%)	55 (34%)	77 (36%)	478 (28%)
Kan ikke vurderes	0	2 (1%)	0	0	0	0	2 (<1%)
Manglende information	49 (13%)	0	0	72 (19%)	3 (2%)	0	124 (7%)
<b>Total</b>	<b>372 (22%)</b>	<b>213 (12%)</b>	<b>380 (22%)</b>	<b>375 (22%)</b>	<b>161 (9%)</b>	<b>215 (13%)</b>	<b>1716 (100%)</b>

*Tabel HHC7-2*

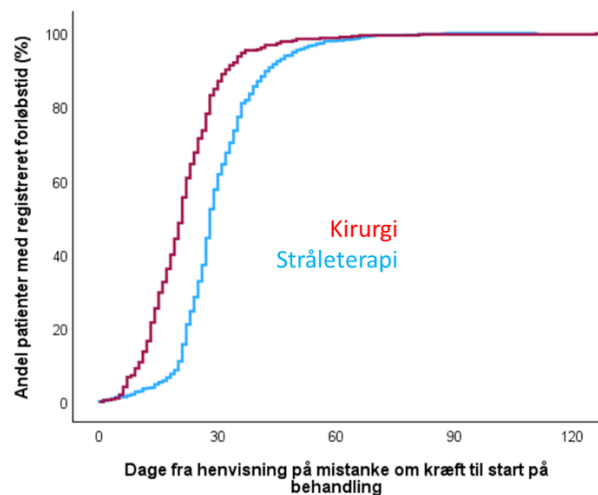
## Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

Vi har siden årsrapporten 2014 rapporteret på 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 Regionerne, som også indeholder tider for udredning af recidivpatienter. Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvielse til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3a). Forløbstiden bør være mindre end 32 dage, hvis strålebehandling er den primære behandlingsmodalitet (dog 38 dage hvis der er tale om partikelterapi) og 28 dage, hvis kirurgi er den primære behandlingsmodalitet. Alle forløbstider er registreret som kalenderdage (hverdage, weekender og helligdage). Der er fortsat så få patienter der behandles med partikelterapi, at der ikke tages højde for dette i beregningerne. Det vil blive implementeret i de kommende år når partikelterapi forventeligt bliver mere udbredt.

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.402 patienter med AFB02A og AFB02F1-3a data. Data kommer fra LPR3 og er suppleret med datoer for behandlingsstart fra DAHANCA, hvor disse ikke kunne udtrækkes fra LPR3. Denne fremgangsmåde skønnes relevant, da tidligere data fra LPR2 viser en næsten 100% overensstemmelse mellem dato for start på behandling i LPR2 og DAHANCA (der hvor der er data i begge registre). Dette ser også ud til at være gældende for LPR3 data.



Figur HHC8-1



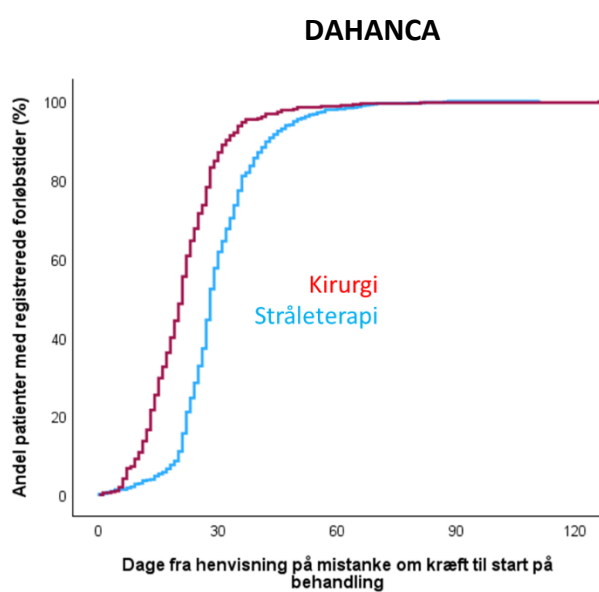
Figur HHC8-2

Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til 81% af patienterne for 2023-kohorten, hvilket er en markant forbedring i forhold til sidste år (65%). **Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for nydiagnosticerede patienter var i 2023 25 dage (95% CI: 24,7-26,3) (Figur HHC8-1)** mod 27 dage (95% CI: 26,5-27,5) i 2022 og 26 dage (95% CI: 25,4-26,6) i 2021. Når forløbstiderne sammenlignes, må man have in mente, at dækningsgraden for indrapporteringer varierer fra år til år og derfor bør resultaterne tolkes med forsigtighed.

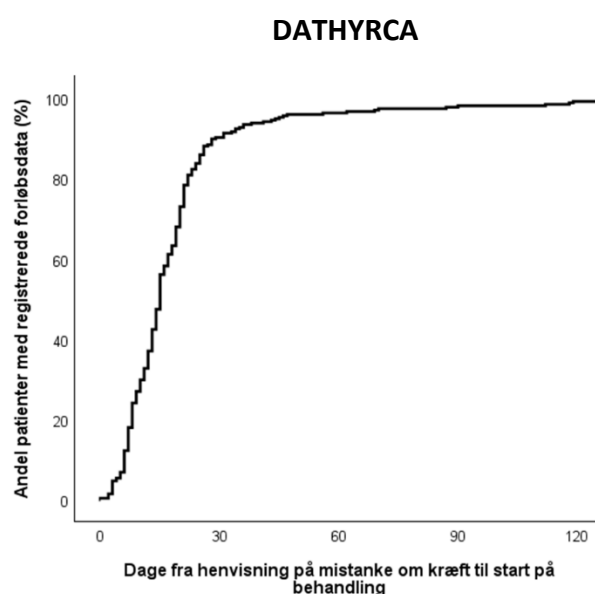
**Median forløbstid for stråleterapi i 2023 er 30 dage (95% CI: 29,3-30,9) (Figur HHC8-2),** mod 28 dage (95% CI: 27,4-28,6) i 2022 og 27 dage (95% CI: 26,3-27,7) i 2021.

**Mediane forløbstid for kirurgi er i 2023 21 dage (95% CI: 19,5-22,1) (Figur HHC8-2),** mod 23 dage (95% CI: 21,4-24,6) i 2022 og 22 dage (95% CI: 20,7-23,3) i 2021.

**67% af patienterne overholdt kongeindikatoren i 2022 for stråleterapi og 83% for kirurgi. Flertallet af overskridelser er af 1-3 dages varighed.** Ofte er forløbene anderledes for skjoldbruskkirtelkræft – jævnfør at de ikke nødvendigvis skal på MDT. Tallene for 2023 ser således ud, hvis hoved-halskræft og skjoldbruskkirtelkræft analyseres separat:



Figur HHC8-3



Figur HHC8-4

**Median forløbstid for klassisk hoved-halskræft er uændret 30 dage (95% CI: 29,3-30,9) for stråleterapi, og 22 dage (95% CI: 20,5-23,5) for kirurgi (figur HHC8-3).**

**Median forløbstid for primær kirurgi for skjoldbruskkirtelkræft var 19 dage (95% CI: 16,5-21,5) i 2022 (Figur HHC8-4).** Der er så få tilfælde af primær strålebehandling for skjoldbruskkirtel-kræft, at dette ikke rapporteres.

	Rigshospitalet	Herlev*	Næstved*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	21 dage (19,8-22,2)			12 dage (10,9-13,1)	20 dage (18,2-21,8)	13 dage (11,7-14,3)
Forløbstid stråleterapi	30 dage (27,3-32,8)	29 dage (27,4-30,6)	28 dage (27,4-28,6)	27 dage (26,0-28,0)	30 dage (27,9-32,1)	23 dage (19,8-26,2)
- med tandsanering	30 dage (27,2-28,0)	31 dage (28,1-33,9)	29 dage (27,1-30,9)	28 dage (26,4-29,6)	32 dage (28,7-35,3)	27 dage (21,3-32,7)
- uden tandsanering	30 dage (26,7-33,3)	28 dage (26,2-29,8)	28 dage (26,6-29,4)	25 dage (23,2-26,8)	30 dage (28,0-32,0)	21 dage (17,5-24,5)

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

Tabel HHC8-1 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 6 centre. I parentes er 95% konfidensintervallet. Tallene skal tages med forbehold, da antallet af patienter i nogle af grupperne er små.

**For strålebehandling ses tandsanering fortsat at forsinke behandlingsstart. Der ses udsving mellem afdelingerne, men der er generelt overlap i konfidensintervallerne. Primær kirurgi i Odense og Aalborg skiller sig signifikant positivt ud fra resten.**

## Indikator HHC9 - Andel patienter, med registreret behandling.

**1.589 patienter ud af 1.716 i DAHANCA databasen for 2023 har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention) i 2023 svarende til 97% af kohorten.** Der mangler således definitiv registrering på 127 patienter: alle med hoved-halskræft og ingen med skjoldbruskkirtelkræft.

År	Andel patienter med registreret behandling
2023	93%
2022	>99%
2021	97%
2020	>98%
2019	>99%

I alt 720 patienter modtog alene primær kirurgi, 739 alene primær strålebehandling, og 127 fik kirurgi efterfulgt af strålebehandling. I alt 3 patienter er registreret med primær kemoterapi.

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

I alt 907 patienter (52% af 2023-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling (med eller uden postoperativ strålebehandling). En patient er registreret død indenfor 30 dage efter kirurgi, svarende til en **30-dages mortalitet på 0,1% i 2023**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har alle år med tilgængelige data været meget lav.

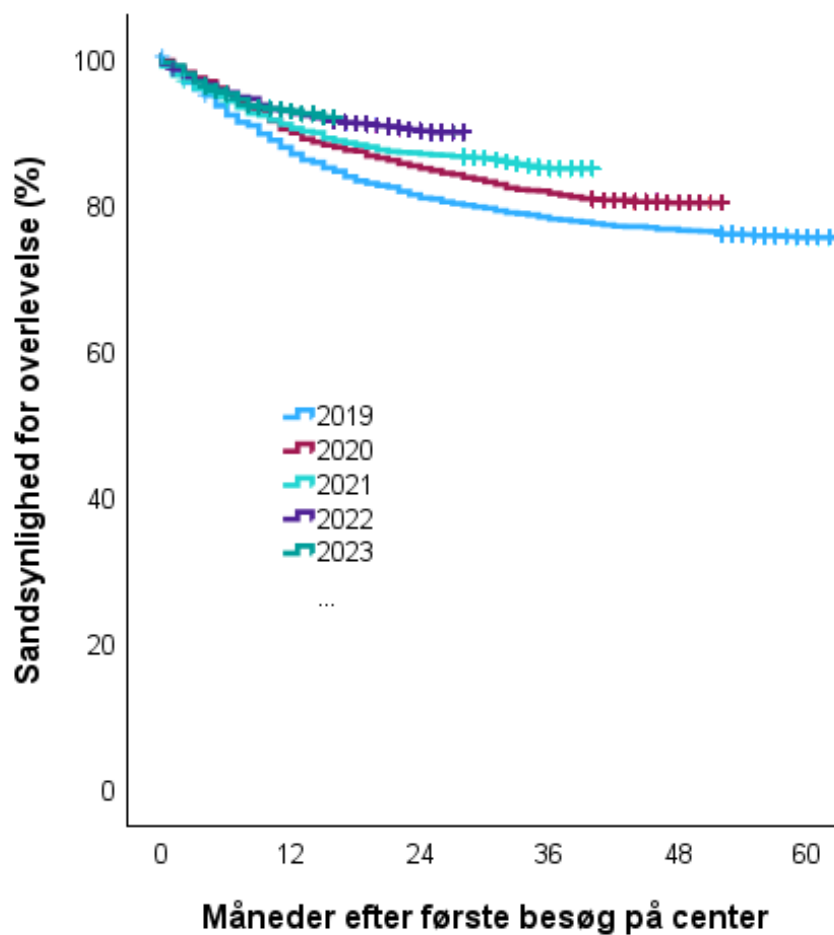
År	30-dages mortalitet
2023	1/907 = 0.1%
2022	3/953 = 0,3%
2021	1/826 = 0,1%
2020	2/773 = 0,3%
2019	5/897 = 0.6%

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

**Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.**

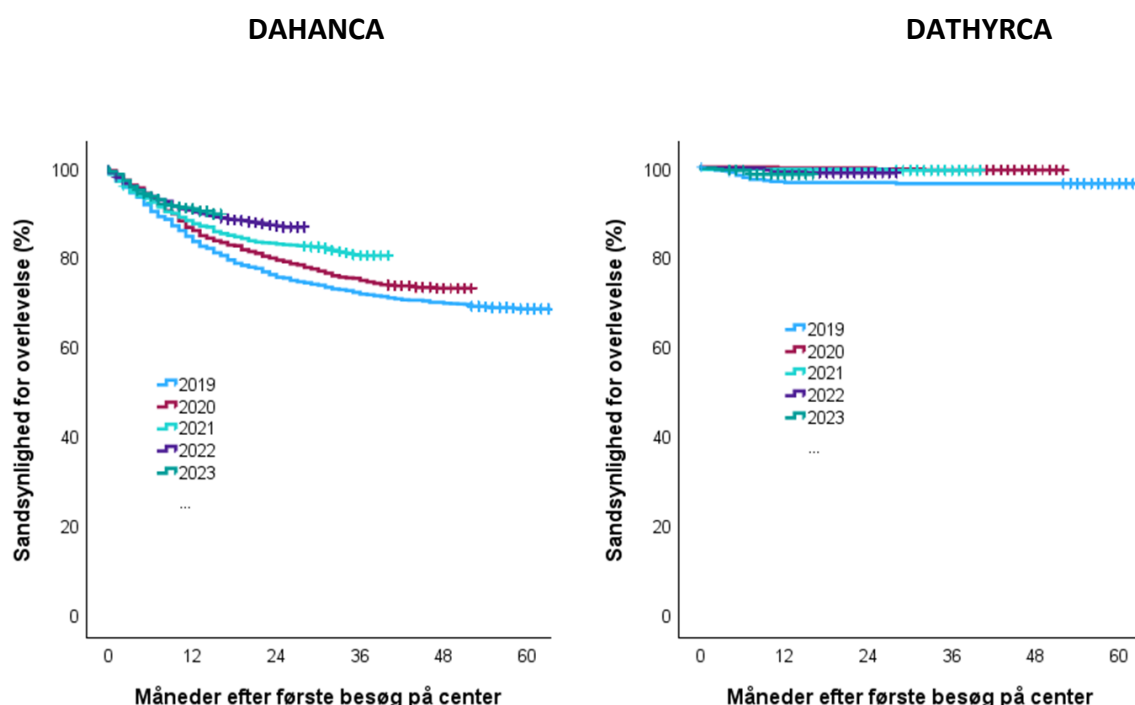
Pr. 11/5 2023 er 116 patienter i 2023-kohorten registeret som døde, svarende til knap 7%.

I figur HHC11-1 ses overlevelse (crude survival) for alle patienter registeret i 2019 til og med 2023-kohorterne. 1716 patienter indgår i analysen for 2023.



2023 event/at risk	14/1702	113/456				
2022 event/at risk	18/1794	141/1670	176/469			
2021 event/at risk	24/1750	175/1597	237/1535	262/424		
2020 event/at risk	9/1679	177/1511	259/1429	317/1371	336/363	
2019 event/at risk	20/1723	233/1508	338/1403	386/1353	415/1326	429/370

**Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2023-kohorten er 93% [ $\pm 0,7\%$ ],** hvilket er på niveau med 2019-2022 (88-92%). At tallet er lidt højere for 2023, afspejler formentlig time-bias i rapportering af dødsdatoer. Styregruppen bag databasen besluttede i 2020 at man fremover også vil rapportere overlevelse delt på de "klassiske" hoved-halscancer og skjoldbruskkirtelkræft. Dette som en konsekvens af at diagnostik, behandling og sygdomsbaggrunden for skjoldbruskkirtelkræft er markant forskellig fra andre hoved-halscancer.



Den aktuariske 1-års totale overlevelse for DAHANCA 2023-kohorten er 91% [ $\pm 0,9\%$ ] og 98% [ $\pm 0,7\%$ ] for DATHYRCA 2023-kohorten.

For 2023 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier (st. I-II) 99% [ $\pm 0,4\%$ ] og 96% [ $\pm 1,1\%$ ] for de udbredte stadier (st. III-IV).

**Indikator HHC12 - Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.  
Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år.**

Denne parameter vil blive fulgt op på 2023-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2021 kohorten har alle patienter registrering af opfølgning til beregning af total overlevelse (crude survival). Den **aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år var for 2021-kohorten 85% [ $\pm 10,9\%$ ]**.

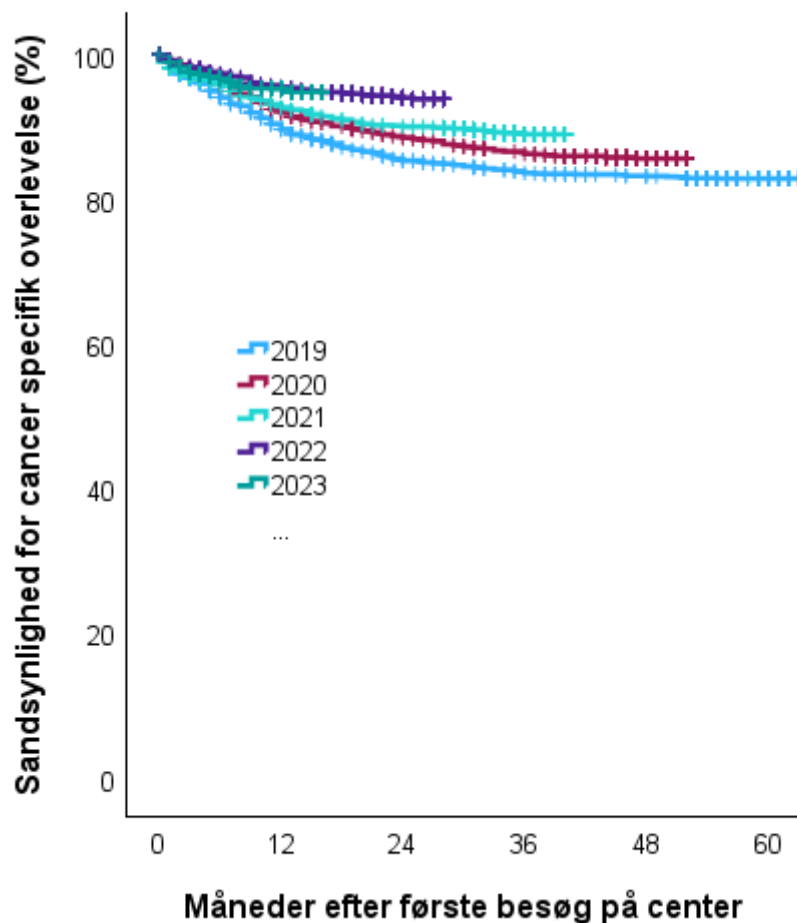
***For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2020-kohorten 80% [ $\pm 1,1\%$ ] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2020 er den 99% [ $\pm 0,4\%$ ].***



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

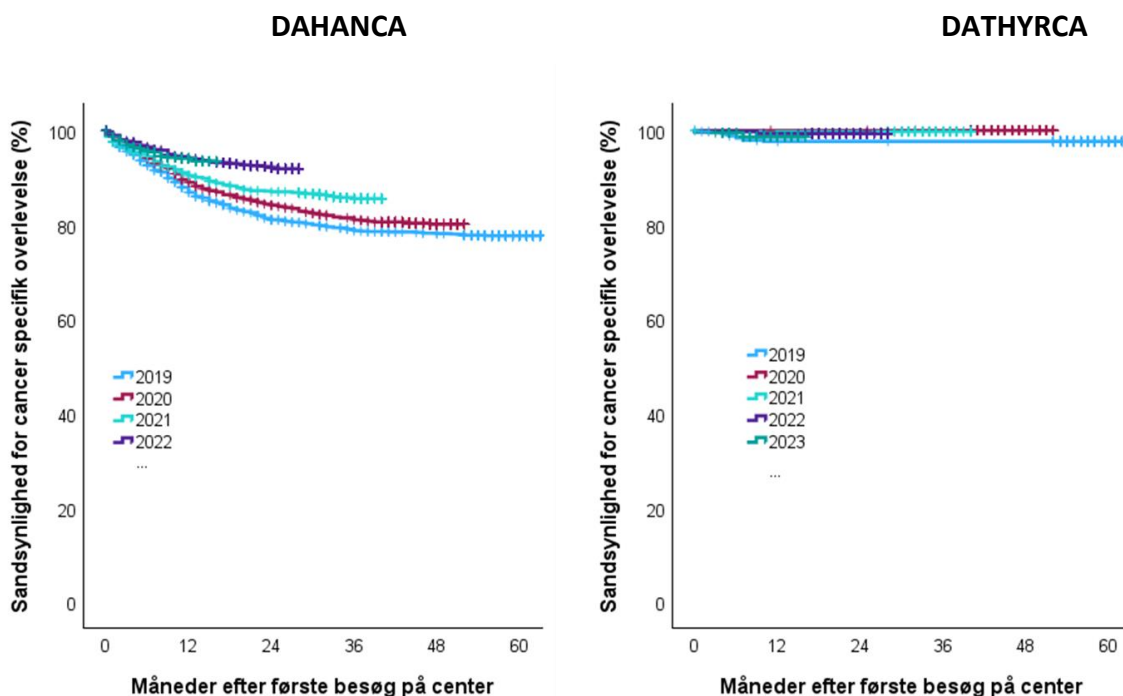
### Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år.

Pr. 11/5 2023 er 75 patienter i 2023-kohorten registreret som døde af kræftsygdommen, svarende til knap 4% af patienterne. I figuren nedenfor ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registreret i 2019 til og med 2023-kohorterne.



2023 event/at risk	13/1702	73/456				
2022 event/at risk	10/1794	81/1670	101/469			
2021 event/at risk	18/1750	129/1597	174/1535	187/424		
2020 event/at risk	7/1678	134/1511	191/1429	227/1371	235/363	
2019 event/at risk	15/1723	178/1508	250/1403	278/1353	285/1326	290/370

**Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2023-kohorten er 95% [ $\pm 0,6\%$ ], hvilket umiddelbart er på linje med perioden 2019-22 (92-96%). 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 andre parametre. Deles 2023-kohorten op i de "klassiske" hoved-halscancer og skjoldbrusk-kirtelkræft ses den cancer-specifikke overlevelse for de sidste 5 år således ud:**



**Den aktuariske 1-års cancerspecifikke overlevelse for DAHANCA 2023-kohorten er 94% [ $\pm 0,7\%$ ] og >99% [ $\pm 0,6\%$ ] for DATHYRCA 2022-kohorten.**

**For 2022 er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 99% [ $\pm 0,3\%$ ] og 88% [ $\pm 1,4\%$ ] for de udbredte stadier.**

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

**Aktuarisk sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år.**

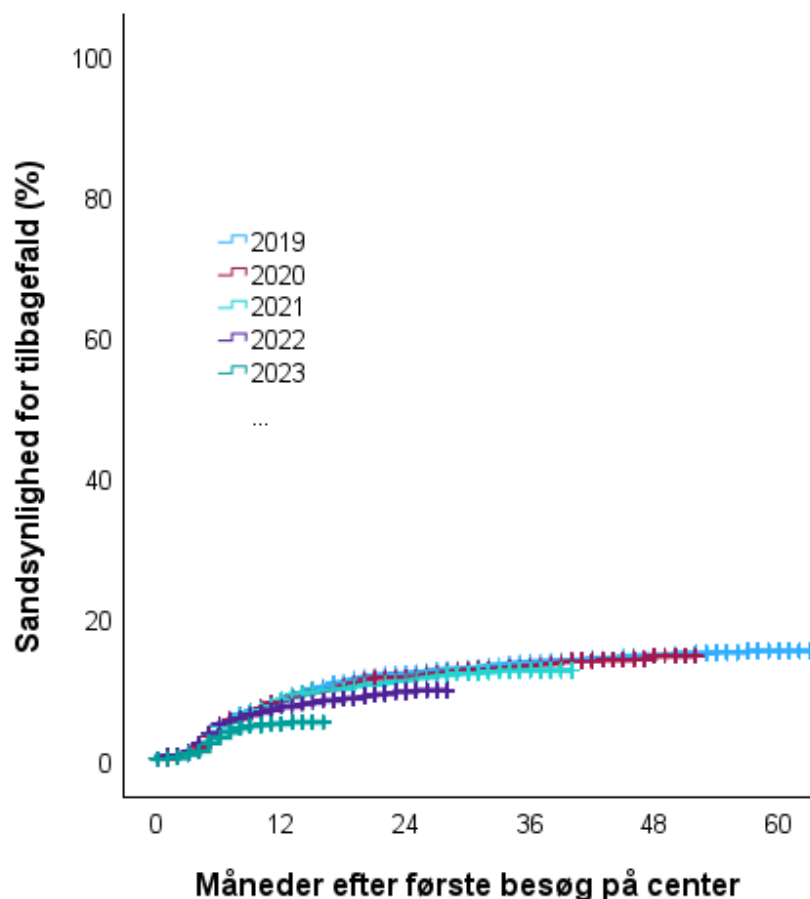
Denne parameter vil blive fulgt op på 2023-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2021 kohorten er alle patienter tilgængelige med registreret opfølgning til cancer-specifik overlevelse. *Den aktuariske sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år var for 2021-kohorten 89% [ $\pm 0,8\%$ ].*

*For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2021-kohorten 86% [ $\pm 1\%$ ] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2021 er den 100%.*

## 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.

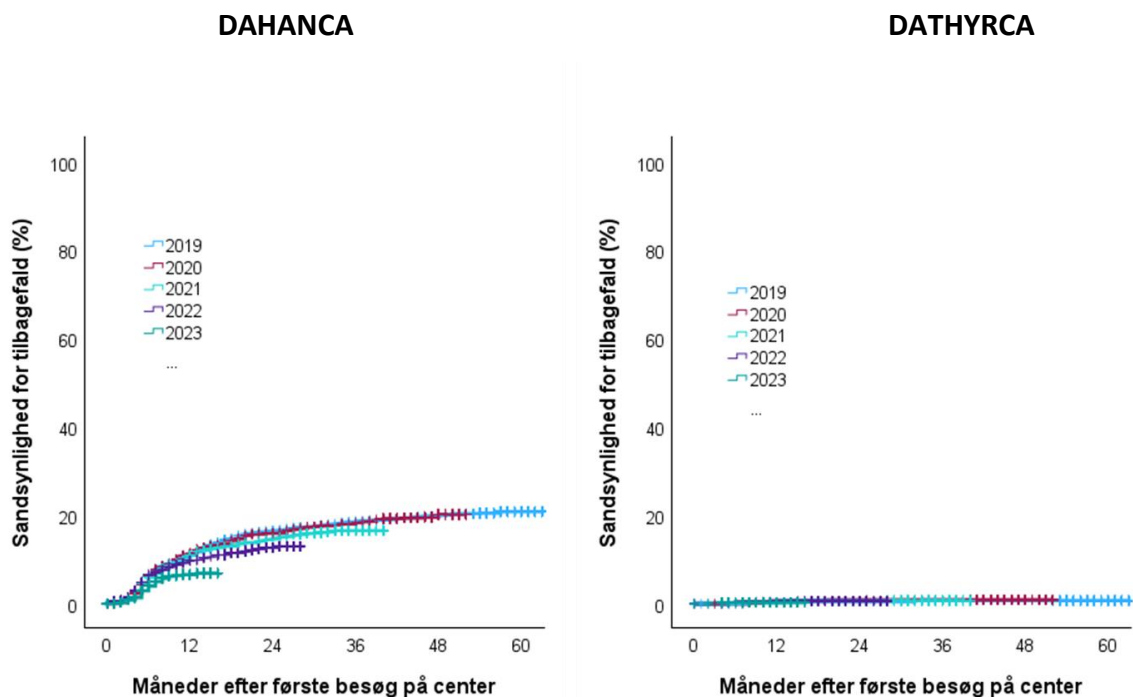
Pr. 11/5 2023 er 81 patienter i 2023-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 5% af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 2019 og frem til 2023-kohorten.



2023 event/at risk	4/1711	67/407				
2022 event/at risk	5/1787	128/1547	156/425			
2021 event/at risk	3/1747	140/1462	184/1389	203/378		
2020 event/at risk	0/1677	133/1399	183/1296	207/1240	220/322	
2019 event/at risk	4/1711	133/1402	193/1290	216/1237	229/1203	236/327

**Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2022-kohorten er 95% [ $\pm 0,6$ ], hvilket er i overensstemmelse med perioden 2019-2022 (92-95%). Således ret stabil de sidste 5 år.**

Deles 2023-kohorten op i de "klassiske" hoved-halscancere og skjoldbruskkirtelkræft ses sandsynligheden for tilbagefald for de sidste 5 år således ud:



**Den aktuariske 1-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2023-kohorten er 93% [ $\pm 0,8$ ] og 99% [ $\pm 0,2$ ] for DATHYRCA 2023-kohorten.**

**For den samlede 2023 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 98% [ $\pm 0,5\%$ ] for de tidlige stadier og 90% [ $\pm 1,5\%$ ] for de udbredte stadier.**

## **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 2023-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået.

***Aktuariske sandsynlighed for ikke at få tilbagefald efter 3 år var for 2021-kohorten 87% [ $\pm 0,8\%$ ];***

Tallet har været ret stabilt for perioden 2019-2022 (84-89%).

***For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2020-kohorten 84% [ $\pm 1,1\%$ ] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2021 er den 99% [ $\pm 0,4\%$ ].***

## **Indikator HHC17 – Andel patienter i DAHANCA med registreret opfølgning 1, 3 og 5 år efter afsluttet primær behandling i forhold til alle patienter i given kohorte**

Med re-certificering af kvalitetsdatabasen i 2020 blev denne parameter indført, og med tiden bliver det muligt at udfolde indikatoren for opfølgning i 1, 3 og 5 år efter kræft.

Kohorten defineres ud fra det første besøg på en centerafdeling og det vanskeliggør rapportering for det år rapporten omhandler. Nogle patienter starter opfølgning efter kirurgi, mens andre først starter opfølgning efter endt strålebehandling. Således er det kun patienter behandlet med stråleterapi indtil 11/5 som vi principielt kan gøre rede for i indeværende år. ***Vi har derfor valgt at afrapportere denne parameter et år bagud, således at der i denne rapport rapporteres for 2020-2022 kohorten.*** Der er taget højde for de patienter, der dør inden de kan få en etårs opfølgning. Dertil kommer at det er sjældent, at man får opfølgning på dagen, og derfor er en etårs opfølgning defineret som findende sted mellem den 9. og 15. måned efter endt behandling. Med disse forbehold er der 1357 potentielle 1-års opfølgninger på patienter behandlet i 2022 og heraf har de 410 fået registreret en opfølgning – dvs. ***30% af relevante 2022 kohorte er registreret med en opfølgning i DAHANCA. Dette er stabilt i forhold til 2020 og 2021 kohorten.***

Det er væsentligt at bemærke, at det ikke er det samme som at patienterne ikke følges klinisk til håndtering af bivirkninger og for opsporing af recidiver (det kan vi se da recidiverne faktisk registreres). Der er formentlig alene tale om en dårlig registreringspraksis, hvilket der vil være fokus på fremadrettet.

År	Opfølgning 1 år efter behandling	Opfølgning 3 år efter behandling	Opfølgning 5 år efter behandling
2022	410/1357 (30%)	NA	NA
2021	382/1365 (28%)	NA	NA
2020	387/1237 (31%)	331/1237 (27%)	NA

### Indikator HHC18 - Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling

I 2023-kohorten er 866 patienter registreret som havende modtaget strålebehandling – enten primært eller postoperativt. 523 patienter har fået registreret graden af synkebesvær omkring afslutningen af strålebehandlingen. 215 har fået registreret moderat til svært synkebesvær svarende til at **41% af patienterne i 2023-kohorten har oplevet moderat til svært synkebesvær under strålebehandling**. Dette er på samme niveau som 2021 og 2022 (43%).

Tilsvarende har 274 (af 566 patienter med parameteren registreret) oplevet moderat til svære slimhindeforandringer svarende til at **48% af patienterne med data registreret i 2023 har oplevet moderat til svært slimhindepåvirkning under strålebehandling**. I 2022 var tilsvarende tal 37%, men parameteren er meget følsom overfor udsving i registreringsgraden. Generelt aftager disse gener i sværhedsgrad og er typisk minimeret hos flertallet 2-3 måneder efter endt stråleterapi.

## **Indikator HHC19 - Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde 2 og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling**

I alt 866 patienter fik strålebehandling i 2023-kohorten (primært eller postoperativt). I alt 188 patienter ud af 662 har fået registreret brug af sonde eller ej i de sidste uger af strålebehandlingen svarende til 28%. *To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 20/122 svarende til 16% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftog derefter. Et år efter havde 6% i 2023-kohorten en sonde*, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up er begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

En fjerdedel 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 også antyder.

## **Indikator HHC20 - Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv**

Blandt de 81 patienter, der er registreret med recidiv i 2023-kohorten, er de 17 behandlet med stråleterapi, heraf de 5 med kurative doser. I alt 13 er registreret med pallierende systemisk behandling enten kemoterapi eller immunterapi, mens at 25 har modtaget kirurgi for tilbagefaldet. Typisk fjernelse af tilbagefald i lymfeknuderne.

*I 2023-kohorten kan der redegøres for den første behandling for tilbagefald hos 68% af patienterne*, mod 72% i 2022 og 55% i 2021.



## Indikator HHC21 - Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.

Blandt 116 døde i **2023-kohorten er dødsårsagen kendt i 91 % af tilfældene**. Dette er på linje med tidligere år (2019-22: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal ( % )
Primær cancer	75 (65%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	4 (3%)
Anden cancer i øvrigt	7 (6%)
Anden sygdom	15 (13%)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	5 (4%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	10 (9%)

## 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:

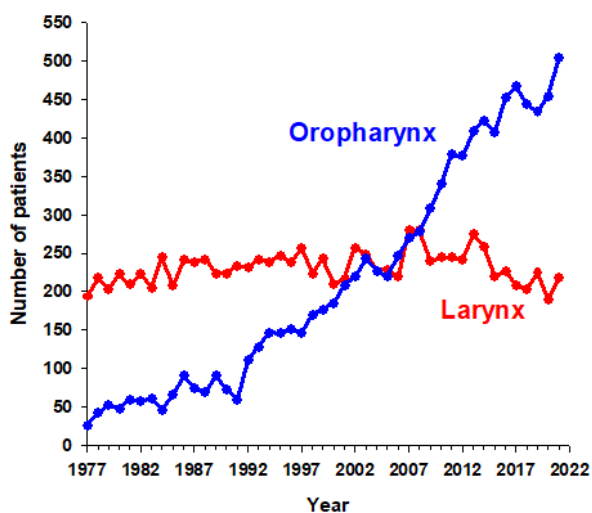
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

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. 30 til mere end 500 tilfælde årligt. Der har over tid været tale om ca. 1.600 nydiagnosticerede tilfælde om året. Dette tal er svagt stigende, overvejende betinget af et større antal små cancertilfælde udgående fra skjoldbruskkirtlen samt cancer i mundsvælget (oropharynx) på grund af HPV.

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](http://www.dahanca.dk)) 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-halskræft 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 onkologiske centre.

De fleste tilfælde af hoved-halskræft 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 stigende antal HPV-inducerede tilfælde udgør kræft i mundsvælget den hyppigste undertype, men samtidig er det en gruppe med en generelt god prognose.



Stigningen i antallet af kræft i mundsvælget (oropharynx) er steget markant over de sidste 40 år – primært på baggrund af HPV. Ca. 75% af mundsvælgs-karcinomerne er i dag HPV/p16 positive.

Incidensen af hoved-hals kræft er knap 1.800 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 17.000 (NORDCAN 2020) og dermed stigende. Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 30% til 95%. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft nærmer sig knap 80% 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 (2020) viser en 3-års overlevelse for patienter med hoved-halskræft i Danmark på 83%, mens den cancer-specifikke overlevelse er 93%.

## Oversigt over alle indikatorer

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål
HHC1	Der eksisterer nationale kliniske 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, med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %
HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *

<b>HHC14</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *
<b>HHC15</b>	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 % *
<b>HHC16</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *
<b>HHC17</b>	Andel patienter i DAHANCA med registreret opfølgning 1, 3 og 5 år efter afsluttet primær behandling i forhold til alle patienter i given kohorte	Resultat	>90%
<b>HHC18</b>	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	
<b>HHC19</b>	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	
<b>HHC20</b>	Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv	Resultat	>90%
<b>HHC21</b>	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %

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

## Medlemmer af DAHANCA databasens styregruppe 2023

Formand for Styregruppen	Professor Jens Overgaard (Overordnet databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Sekretariat	Professor Jesper Grau Eriksen
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Kristine Bjørndal (Formand for DAHANCA, DAHANCA's bestyrelse ) Jes Sloth Mathisen (Formand for DATHYRCA)
Ålborg/ Onkologi	Overlæge Maria Andersen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Ålborg/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Sten Schytte (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Århus/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Thomas Kjærgaard (medlem af DAHANCA's Bestyrelse)
Herlev/ Onkologi	Overlæge Christian Maare (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Herlev/ Øre-næse-hals kirurgi	Anders Christensen (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Onkologi	Overlæge Jeppe Friborg (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Christina Caroline Plaschke (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse) Jacob Høygaard Rasmussen (repræsentant fra DSHHO)
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Køge/ Øre-næse-hals kirurgi	Bahareh Philipsen (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
DCPT	Professor Cai Grau (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Patientrepræsentant	Susanne Alders Hvass Jørn B. Hede

## **Regionale kommentarer**

Der har ikke være regionale kommentarer til 2023-rapporten