

Årsrapport 2015
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Årsrapporten 2015

Årsrapporten 2015 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA er udarbejdet på DAHANCA sekretariatet af overlæge Jesper Grau Eriksen og IT-ansvarlige medarbejder Aleksandar Jovanovic i samarbejde med formanden for DAHANCA overlæge Jørgen Johansen samt sekretær for DAHANCA og overordnet ansvarlig for databasen professor Jens Overgaard.

Kontaktperson, DAHANCA:

Jesper Grau Eriksen
Onkologisk afdeling R
Odense Universitetshospital
Sdr. Boulevard 29
Mail: Jesper@oncology.dk
Tlf. 22579559/30631751

Kontaktpersonsfunktionen for Hoved/halskræft databasen (DAHANCA) i Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklings Program (RKKP), Kompetencecenter for Klinisk Kvalitet & Sundheds- informatik Vest:

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

Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	5
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	6
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	23
Oversigt over indikatorer	25
Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2015	26
Regionale kommentarer	27

Ordliste

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

Konklusioner og anbefalinger

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

I dette års rapport er Næstved tilføjet som nyt center for strålebehandling af hoved-hals cancer. Indtaget af patienter begyndte 1. juni 2015 og dette års tal vil derfor ikke repræsentere hele årgangen.

Den overordnede konklusion på 2015-rapporten er at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået. Der er dog et enkelt område der kunne forbedres:

Ligesom i 2014 indhentes pakkeforløbsdata nu via RKKP, og de rapporterede data i årsrapporten 2015 gælder kun de nydiagnosticerede patienter. Tallene inkluderer således ikke recidiver diagnosticeret i pågældende år. Da de officielle pakkeforløbstal også omhandler recidiver kan forløbstallene i årsrapporten ikke direkte sammenlignes med tallene fra Sundhedsdatastyrelsen men kun udgøre et supplement til hvordan pakkeforløbene afvikles.

Fra 2011 til 2013 rapporterede DAHANCA egne forløbstal (fra første besøg på center til start på behandling) og vi kunne rapportere på 90 % (2011), 90 % (2012) og 99 % (2013) af patientkohorten. Da tallene ikke var helt sammenlignelige med de officielle forløbstal, var der et pres på DAHANCA til at bruge de officielle forløbsdata. Det har vi nu gjort i 2014 og i denne rapport for 2015. Vi har konstateret at de officielle forløbstal kun kunne leveres for hhv. 52 % (2014) og 50 % (2015) af patientgruppen hvilket er særdeles utilfredsstillende og ikke giver et retvisende billede af forløbstiderne. Det er derfor DAHANCA's opfattelse at data i kvalitetsindikator HHC-8 ikke er brugbare.

DAHANCA vil internt fortsat arbejde med kvalitetsforbedring af egne data samt sikre redskaber der gør det nemmere for den enkelte afdeling at indtaste de nødvendige data. Der ses et stort behov

for at der også sker en kvalitetsforbedring af de data der stilles til rådighed fra eksterne kilder som Cancerregisteret og LPR.

Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater

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

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål	Indikatorresultat 2015
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 %	122 % (2014- kohorten. Tal for 2015 er ikke tilgængelige fra Cancerregisteret)
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 %	102 % (2014- kohorten. Se ovenfor)
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	97 %
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %	100 %
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %	>99 %
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %	Kirurgi 92 % Stråleterapi 87 %
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %	98 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,1 %
HHC11	Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Resultat	>90 % *	92 %
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år.	Proces	100 %	83 % (2013-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Resultat	>75 % *	

HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	96 %
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	89 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2013-kohorten)
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	94 %
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	83 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2013-kohorten)
HHC17	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat		15 % / <1 % / 0
HHC18	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	92 %

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

Uddybning af de enkelte indikatorresultater

Indikator HHC1 – Der eksisterer national klinisk database

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

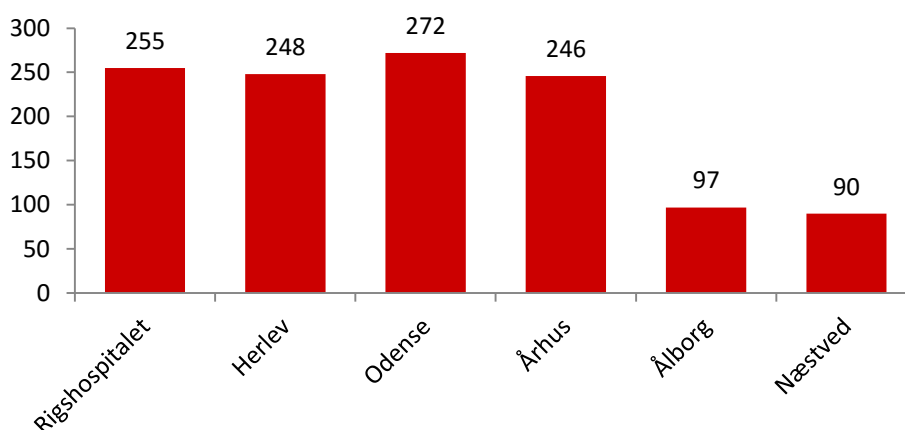
Den del af den nationale kliniske database, som aktivt indsamler patientdata, dækker alle danske patienter behandlet for kræft i mund, svælg og strube siden 2000 og kræft i skjoldbruskkirtlen siden 1996. Siden 2008 er kræft i næse og bihuler samt spytkirtler registeret i den nationale kliniske database og i 2012 er tilføjet den sidste undergruppe af hoved-hals kræft (ukendt primærtumor med metastase på halsen). De nationale kliniske databaser drives af DAHANCA, og alle kliniske afdelinger, der behandler hoved-halskræft, indrapporterer data til 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 nyeste nationale og internationale evidensbaserede viden og de har opnået national konsensus. I 2015 blev nye reviderede retningslinjer for diagnostik, behandling og opfølgning af mundhulekræft og skjoldbruskkirtelkræft tiltrådt på nationalt plan og efterfølgende aktiveret. Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på www.DAHANCA.oncology.dk.

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

DAHANCA har for 2015 registreret 1208 patienter; hvilket er 53 patienter færre i forhold til 2014. Det er endnu ikke muligt for 2015 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret. For 2014, DAHANCA-kohorten var på 1202 patienter (fraset ukendt primærtumor). Ved krydstjek med Cancer-registeret var der overensstemmelse med 945 patienter. Således var der 257 patienter der var registreret i DAHANCA som ikke var registreret i Cancerregisteret. Omvendt var der 43 patienter i Cancerregisteret der ikke var registreret i DAHANCA. Dette giver en andel på **122% registreret i DAHANCA i forhold til Cancerregisteret for 2014-kohorten**. DAHANCA patienterne er fulgt op for korrekthed mens dette ikke nødvendigvis er gjort for data fra Cancerregisteret. I figur HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2015-kohorten mellem de enkelte centre.

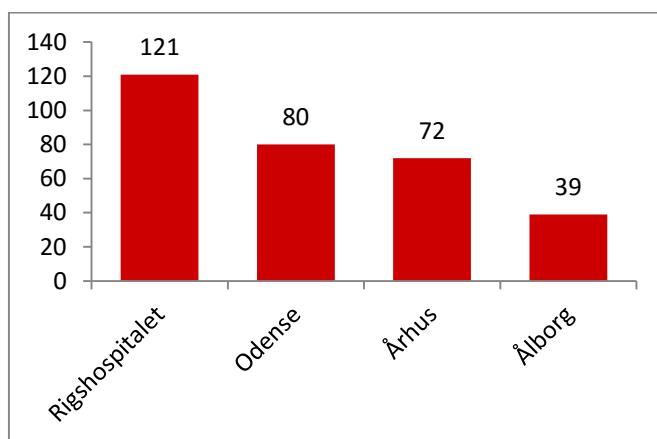


Figur HHC3-1

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

DATHYRCA har for 2015 registreret 312 patienter; hvilket er 15 patienter mindre i forhold til 2014. Det er endnu ikke muligt for 2015 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret. For 2014, DATHYRCA-kohorten var på 327 patienter. Ved krydstjek med Cancerregisteret var der overensstemmelse med 299 patienter. Således var der 28 patienter der var registreret i DATHYRCA som ikke var registreret i Cancerregisteret. Omvendt var der 22 patienter i Cancerregisteret der ikke var registreret i DATHYRCA. **Dette giver en andel på 102% registreret i DATHYRCA i forhold til Cancerregisteret for 2014-kohorten.** DATHYRCA patienterne er fulgt op for korrekthed mens dette ikke nødvendigvis er gjort for data fra Cancerregisteret.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2015-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-hals cancer patienter har i de sidste mange år været drøftet på multidisciplinære konferencer (MDT-konferencer) eller i tilsvarende fora med patient og pårørendes deltagelse. Sundheds-styrelsen 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 tungecancere. Sidstnævnte udgør en væsentlig del af de i tabellen angivne 3 % af patienterne, der ikke er drøftet på MDT.

Center	Ptt. Drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
Rigshospitalet	254 (>99 %)	1 (<1 %)	0
Herlev	232 (94 %)	16 (6 %)	0
Odense	256 (94 %)	16 (6 %)	0
Århus	244 (>99 %)	0	2 (<1 %)
Ålborg	97 (100 %)	0	0
Næstved	88 (98 %)	2 (2 %)	0
I alt	1171 (97 %)	35 (3 %)	2 (<1 %)

Tabel HHC5-1

97 % af patienterne blev i 2015 drøftet på MDT. Dette er en fremgang på 4 % på landsbasis i forhold til 2014. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. Over de sidste 3 år har der været en støt stigende andel af patienter der har været diskuteret på MDT. For 2015 er der kun 2 patienter med manglende registrering af indikatoren.

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2015	1171 (97 %)	35 (3 %)	2 (<1 %)
2014	1181 (93 %)	73 (6 %)	18 (1 %)
2013	1204 (92 %)	74 (6 %)	36 (3 %)
2012	1022 (86 %)	87 (7 %)	81 (7 %)

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Totalt
Strube	52	38	49	40	21	20	220
Svælg	111	114	113	116	37	33	524
Mundhule	56	53	65	51	27	30	282
Næse-bihuler	20	15	12	11	3	0	61
Spytkirtler	10	20	23	15	6	7	81
Ukendt primær	6	8	10	13	3	0	40
Mangler info	0	0	0	0	0	0	0
Totalt	255	248	272	246	97	90	1208

DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Totalt
Skjoldbruskkirtel	121	-	80	72	39	-	312
Mangler info	0	-	0	0	0	-	0

DAHANCA + DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Totalt
Total	376	248	352	318	136	90	1520

Tabel HHC6-1

I alt er 1520 patienter registreret i 2015-kohorten, hvilket er 68 færre i forhold til 2014-kohorten. Som det ses af Tabel HHC6-1, er alle patienter i såvel DAHANCA- som DATHYRCA- databasen registreret med en diagnose. Patienter med kræft i skjoldbruskkirtlen der opereres på Rigshospitalet modtager onkologisk behandling og opfølgning på Herlev Onkologiske Afdeling.

Indikator HHC7 - Andel patienter registreret med kendt TNM-klassifikation

T-position, TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
CIS ¹	1	0	0	1	1	0	3
Ukendt primær	7	9	7	15	5	0	43
T1	118	73	119	101	35	38	484
T2	122	89	117	96	55	28	507
T3	72	40	61	43	23	13	252
T4	52	34	41	53	16	11	207
TX ²	1	3	7	5	1	0	17
Mangler info	3	0	0	4	0	0	7 (<1 %)
Total	376	248	352	318	136	90	1520

¹Carcinoma in situ, ²Kan ikke vurderes

N-position, TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
N0	212	130	189	168	76	41	816
N1	71	35	56	41	13	11	227
N2	77	74	99	100	42	36	428
N3	13	7	4	2	5	2	33
NX ¹	3	2	4	2	0	0	11
Mangler info	0	0	0	5	0	0	5 (<1 %)
Total	376	248	352	318	136	90	1520

¹Kan ikke vurderes

M-position, TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
M0	366	239	343	308	133	87	1476
M1	10	9	9	8	3	3	42
Mangler info	0	0	0	2	0	0	2 (<1 %)
Total	376	248	352	318	136	90	1520

Tabel HHC7-1

Registreringsgraden af, hvor stor og hvor udbredt kræften er hos den enkelte patient, vurderes ved TNM-systemet: T (kræftens udgangspunkt), N (spredning til lymfeknuder), M (spredning til andre organer), og er en vigtig faktor når patientens chancer for mulig helbredelse skal vurderes. De tre faktorer samles i stadier, og stadiet (Union for International Cancer Control, UICC 2010), som ses i tabel HHC7-2, er derfor den mest følsomme parameter for kompletheden af data om udbredelse af kræften, idet stadiet ikke kan vurderes, hvis bare en af de tre parametre T, N, eller M mangler. **For 2015 er der en komplethed i data på >99 %.** Dette er uændret fra tidligere år (2014: 99 %; 2013: 99 %; 2012: 100 % og 2011: 100 %).

Stadie	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Stadie 0	2	0	0	0	1	0	3
Stadie I	97	45	92	67	24	26	351
Stadie II	97	48	84	83	48	13	373
Stadie III	66	44	59	32	12	9	222
Stadie IV	111	107	116	127	51	42	554
Kan ikke bestemmes	0	4	1	2	0	0	7
Mangler info	3	0	0	7	0	0	10 (<1%)
Total	376	248	352	318	136	90	1520

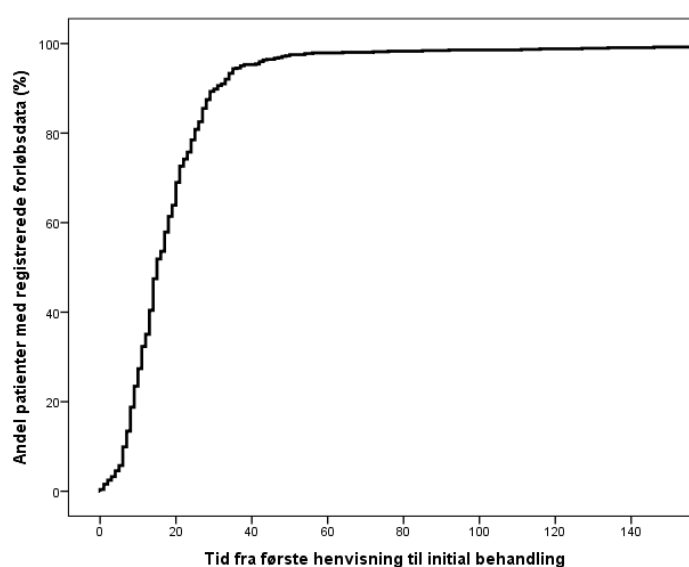
Tabel HHC7-2

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

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

Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvi­sing 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).

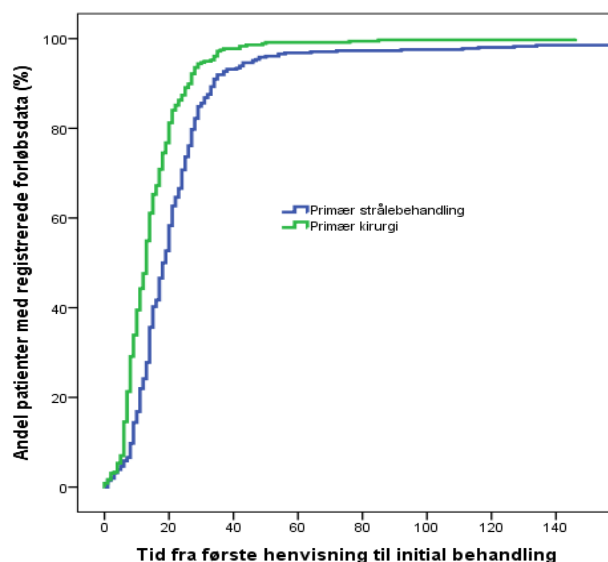
Figur HHC8-1 viser resultater for 767 patienter hvor vi har modtaget AFB02A og AFB02F1-3 data. Dette svarer til 50 % af patienterne i 2015-kohorten. Median antal dage fra udredning til start på behandling er 15 dage.



Figur HHC8-1

I figur HHC8-2 er forløbstiderne delt op på patienter behandlet med primær kirurgi og primær stråleterapi. **For patienter behandlet med primær kirurgi er 92 % behandlet inden for pakketiden på 28 dage og for de patienter behandlet med primær stråleterapi er 87 % behandlet inden for pakketiden på 32 dage** ("Kongeindikatoren").

Median forløbstid er 18 dage for stråleterapi og 13 for kirurgi.



Figur HHC8-2

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

	Rigshospitalet	Herlev*	Næstved*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	14 dg			11 dg	13 dg	14 dg
Forløbstid stråleterapi	21 dg	18 dg	11 dg	19 dg	21 dg	31 dg
- med tandsanering	27 dg	24 dg	16 dg	18 dg	21 dg	31 dg
- uden tandsanering	18 dg	14 dg	11 dg	20 dg	23 dg	28 dg

*Herlev og Næstved-patienter opereres på Rigshospitalet

Tabel HHC8-1

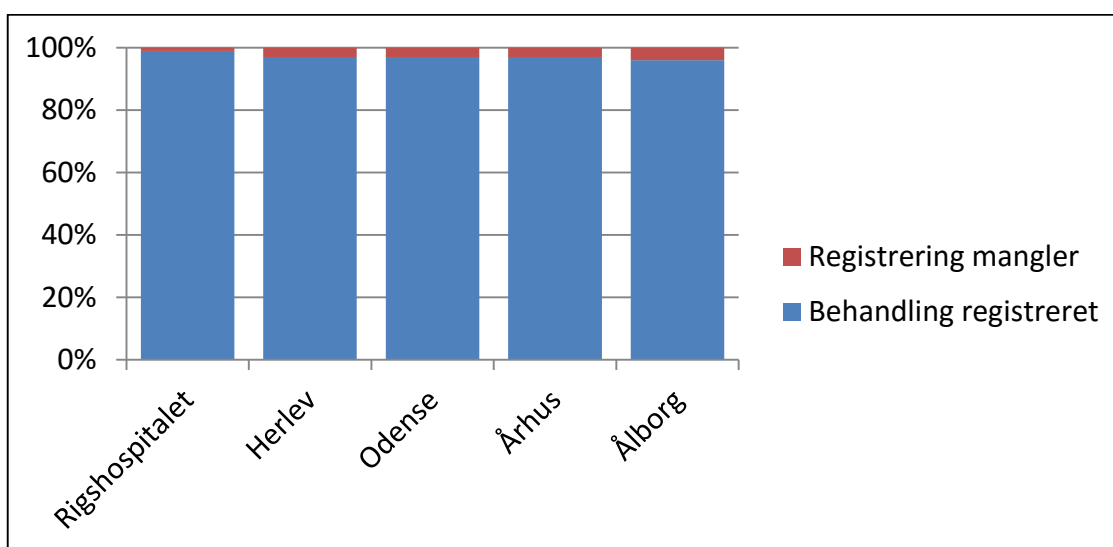
	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland
Forløbstid kirurgi	16 dg	8 dg	11 dg	13 dg	13 dg
Forløbstid stråleterapi	21 dg	14 dg	19 dg	21 dg	31 dg
- Med tandsanering	27 dg	15 dg	18 dg	21 dg	31 dg
- Uden tandsanering	18 dg	11 dg	20 dg	23 dg	28 dg

Tabel HHC8-2

I 2014, behandles 76 % inden for pakketiden med kirurgi mod 92 % i 2015-kohorten. For strålebehandling behandlede 68 % inden for pakkeforløbstiden i 2014-kohorten mod 87 % i 2015.

Indikator HHC9 - Andel patienter, der påbegynder behandling

1.482 patienter ud af 1.520 i DAHANCA databasen har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling tilbudt) i 2015 svarende til knap 98 %. Der mangler således definitiv registrering på patienter svarende til ca. 2 % af 2015-kohorten.



Tabel HHC9-1

Dette er på højde med rapporterede data fra tidligere år.

År	Andel patienter med registreret behandling
2015	98 %
2014	97 %
2013	96 %
2012	90 %
2011	96 %

Indikator HHC10 - 30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter

I alt 785 patienter (52 % af 2015-patient populationen) er registreret med kirurgi som en del af den primære behandling. En patient er registreret død indenfor 30 dage (17 dage efter operation), hvilket giver en **30 dages mortalitet på 0,1 % i 2015**.

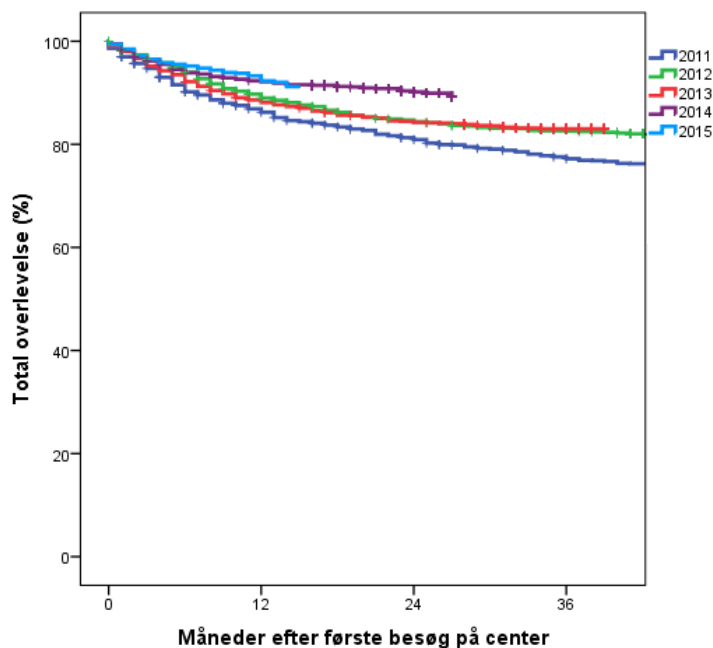
Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014 og 30 dages mortaliteten er den samme for de to år.

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. 18/5 2016 er 97 patienter i 2015-kohorten registreret som døde, svarende til 6% af patienterne.

I figur HHC11-1 ses crude survival (den totale overlevelse) for alle patienter registreret i 2011 til og med 2015-kohorterne.



2015 event/at risk	10/1520	94/351		
2014 event/at risk	9/1597	126/1470	148/369	
2013 event/at risk	15/1574	189/1395	250/1329	266/264
2012 event/at risk	9/1423	157/1253	221/1180	312/1034
2011 event/at risk	19/1369	190/1175	262/1092	282/1054

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2015-kohorten er 92 %, hvilket er det samme som 2014 og højere end 88 % for 2013, 89 % for 2012 og 86 % for 2011-kohorten. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadiet. I tabel HHC11-1 er sandsynligheden for at være i live efter den primære behandling sat i relation til kræftens udgangspunkt, men ikke justeret for histologisk type eller behandlingsform. **For 2015 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 97% [±0,8%] og 89 % [±01,3%] 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=312	Strube N=220	Svælg N=524	Mundhule N=282	Næse/ bihuler N=61	Spytkirtler N=81	Ukendt primærtumor N=40
Alle patienter	99 % [±0,5%]	95 % [±1,5%]	89 % [±1,5 %]	87 % [±2,9%]	97 % [±2,2%]	96 % [±3,8%]	93 % [±4%]
Tidlige stadier	100 % (N=185)	98 % [±1,1%] (N=151)	93 % [±3%] (N=82)	94 % [±2,8%] (N=154)	100 % (N=28)	100 % (N=47)	-
Udbredte stadier	99 % [±0,8%] (N=127)	87 % [±4,1%] (N=69)	88 % [±1,8%] (N=442)	79 % [±5,4%] (N=128)	94 % [±4%] (N=33)	93 % [±6,9%] (N=34)	93 % [±4%] (N=40)

Tabel HHC11-1

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

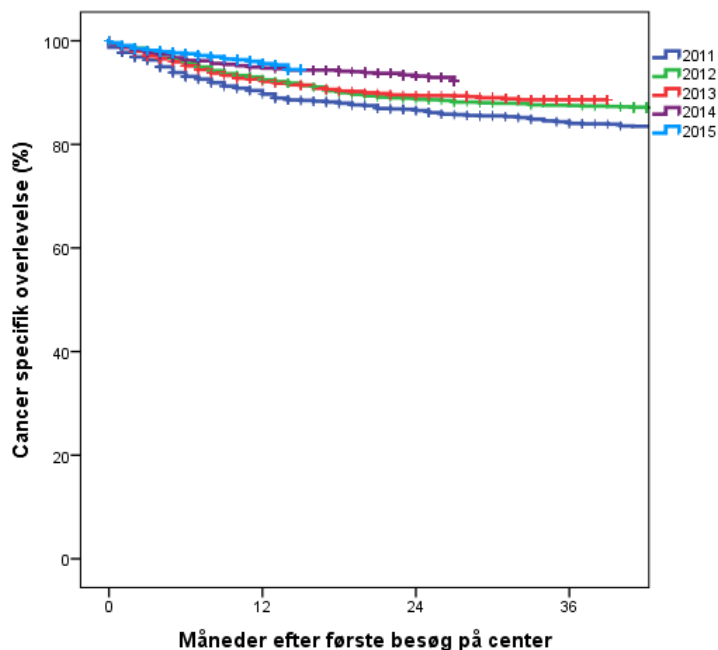
Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 3 år

Denne parameter vil blive fulgt op på 2015-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2013 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til crude survival 71 % Den **aktuariske sandsynlighed for crude survival efter 3 år var for 2013-kohorten 83 % [±1%]**; for 2012-kohorten 83 % [±1%] og for 2011-kohorten 77 % [±1,1%].

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

Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år

Pr. 18/5 2016 er 55 patienter i 2015-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 2011, 2012, 2013, 2014 og 2015-kohorterne.



2015 event/at risk	6/1512	52/460		
2014 event/at risk	8/1598	83/1470	99/461	
2013 event/at risk	10/1574	122/1396	163/1331	173/842
2012 event/at risk	7/1423	105/1258	156/1181	172/1151
2011 event/at risk	17/1369	139/1176	180/1095	211/1036

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2015-kohorten er 96 %, hvilket umiddelbart er det samme som for 2014 mens den var 93 % i 2013, 94 % i 2012 og 92 % for 2011-kohorten. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie.

I tabel HHC13-1 er sandsynligheden for ikke at være død af cancer efter den primære behandling sat i relation til kræftens udgangspunkt, men ikke justeret for histologisk type eller behandlingsform. **For den samlede 2015-kohorte er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse 99 % [$\pm 0,4\%$] for tidlige stadier og 93 % [$\pm 1,1\%$] for udbredte stadier.**

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

Ikke død af cancer	Skjoldbrusk-kirtel N=312	Strube N=220	Svælg N=524	Mundhule N=282	Næse/ bihuler N=61	Spytkirtler N=81	Ukendt primærtumor N=40
Alle patienter	99 % [$\pm 0,4\%$]	98 % [$\pm 0,9\%$]	92 % [$\pm 1,3\%$]	93 % [$\pm 2,3\%$]	98 % [$\pm 1,6\%$]	100 %	95 % [$\pm 3,4\%$]
Tidlige stadier	100 % (N=185)	100 % (N=151)	95 % [$\pm 2,5\%$] (N=82)	100 % (N=154)	100 % (N=28)	100 % (N=47)	-
Udbredte stadier	99 % [$\pm 0,8\%$] (N=127)	94 % [$\pm 2,9\%$] (N=69)	92 % [$\pm 1,5\%$] (N=442)	84 % [$\pm 5\%$] (N=128)	97 % [$\pm 3\%$] (N=33)	100 % (N=34)	95 % [$\pm 3,4\%$] (N=40)

Tabel HHC13-1

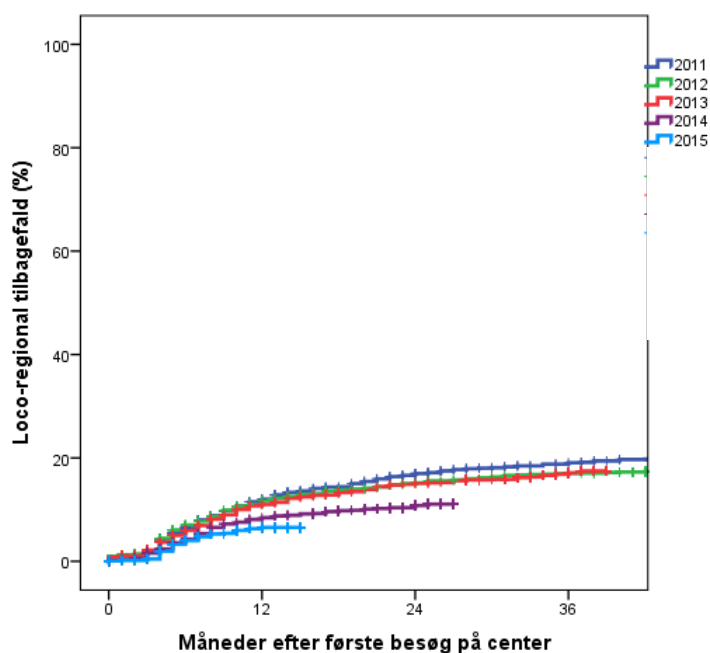
Indikator HHC14 - Andel patienter med registrering af cancer specifik overlevelse efter 3 år Aktuarisk sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år

Denne parameter vil blive fulgt op på 2015-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2013 kohorten er andel af patienter med registreret opfølgning til cancer-specific overlevelse 71 % **Den aktuariske sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år var for 2013-kohorten 89 % [$\pm 0,8\%$]**; for 2012-kohorten 88 % [$\pm 0,9\%$] og for 2011-kohorten 84 % [$\pm 1\%$].

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. 18/5 2016 er 78 patienter i 2015-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 5 % af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden loco-regionalt for tilbagefald for alle patienter registeret i 2011, 2012, 2013, 2014 og 2015-kohorterne.



2015 event/at risk	1/1520	77/421		
2014 event/at risk	3/1602	128/1354	154/413	
2013 event/at risk	12/1577	164/1276	222/1183	240/309
2012 event/at risk	14/1418	160/1142	203/1058	226/1022
2011 event/at risk	12/1354	152/1065	211/971	235/915

Den aktuariske 1-års loco-regionale kontrol for 2015-kohorten er 94 %, hvilket umiddelbart er højere end 92 % for 2014-kohorten, 89 % for 2013, 89 % for 2012 og 88 % for 2011-kohorten.

Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af recidivdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og 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 2015 kohorte er den aktuariske 1-års loco-regionale kontrol med canceren 97 % [$\pm 0,9\%$] for de tidlige stadier og 91 % [$\pm 1,2\%$] 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=312	Strube N=220	Svælg N=524	Mundhule N=282	Næse/ bihuler N=61	Spytkirtler N=81	Ukendt primærtumor N=40
Alle patienter	99 % [$\pm 0,5\%$]	96 % [$\pm 1,5\%$]	92 % [$\pm 1,5\%$]	88 % [$\pm 2,5\%$]	88 % [$\pm 7,5\%$]	96 % [$\pm 2,2\%$]	95 % [$\pm 3,3\%$]
Tidlige stadier	99 % [$\pm 0,6\%$] (N=185)	98 % [$\pm 1,2\%$] (N=151)	97 % [$\pm 2,5\%$] (N=87)	94 % [$\pm 2,4\%$] (N=154)	77 % [$\pm 14,7\%$] (N=28)	100 % (N=47)	-
Udbredte stadier	99 % [$\pm 0,9\%$] (N=127)	92 % [$\pm 3,9\%$] (N=69)	91 % [$\pm 1,7\%$] (N=451)	80 % [$\pm 4,7\%$] (N=128)	97 % [$\pm 3,1\%$] (N=33)	91 % [$\pm 5\%$] (N=34)	95 % [$\pm 3,3\%$] (N=40)

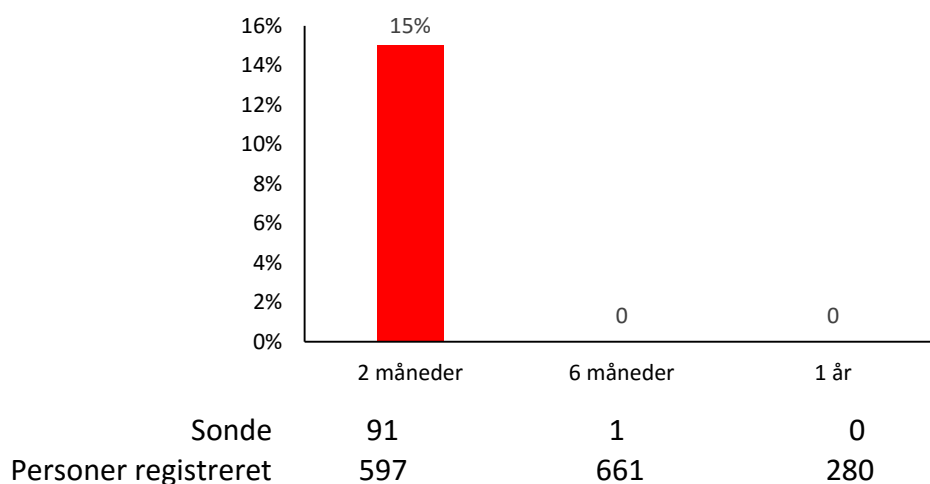
Tabel HHC15-1

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 2015-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2013 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til loco-regional kontrol er 71 % **Aktuariske sandsynlighed for loco-regional cancer kontrol efter 3 år var for 2013-kohorten 83 % [$\pm 1\%$]; for 2012-kohorten 83 % [$\pm 1\%$] og for 2011-kohorten 81 % [$\pm 1,1\%$].**

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



Tabel HHC17-1

I alt 886 patienter er registreret som havende modtaget strålebehandling i 2015-kohorten. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 15 % af patienterne stadig en sonde, men behovet aftager hurtigt derefter.** Et år efter havde ingen i 2015-kohorten en sonde, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset på opgørelsestidspunktet.

I 2014 havde 20 % en ernæringssonde og i 2013 havde 22 % en sonde to måneder efter strålebehandling. 2011-12 var det 25 %

Et år efter afsluttet behandling havde ingen en sonde i 2014-kohorten, 2 % en sonde i 2012 og 2013. I 2011-kohorten var det 1 %

20-25 % af patienterne med sondebehov efter stråleterapi er ikke i sig selv problematisk, da det er en del af den understøttende behandling, men behovet skal aftage efter endt behandling, hvilket tallene for 2011-5 antyder.

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

Blandt 97 døde **i 2015-kohorten er dødsårsagen kendt i 92 % af tilfældene.** Dette er på samme niveau som tidligere år (2011-4: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	55 (57 %)
Anden cancer i hoved-halsområdet	2 (2 %)
Anden cancer i luftvejene	1 (1 %)
Anden cancer i øvrigt	4 (4 %)
Anden sygdom	17 (18 %)
Ulykke/selv mord	3 (3 %)
Komplikation til behandling	7 (7 %)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	8 (8 %)

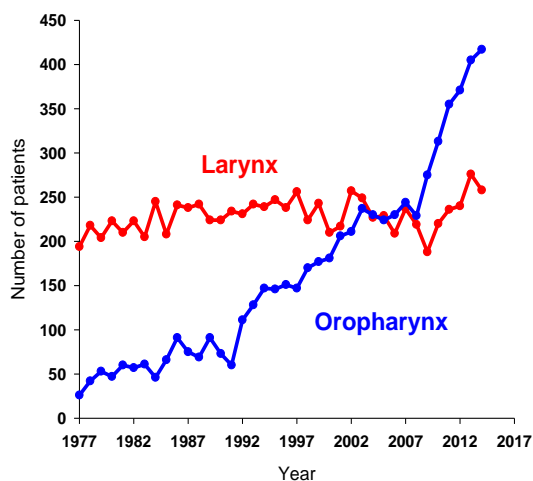
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkturler (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 er tale om ca. 1.500 nydiagnosticerede tilfælde om året.

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



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

Incidensen er svagt stigende med ca. 1.500 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 14.000. Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 20 % til 95 %. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft er omkring 60 % og er, ud over udfaldet af behandlingen af den aktuelle kræftsygdom, afhængig af patienternes ko-morbiditet, der bl.a. er influeret af et ofte langvarigt tobaks- og alkoholforbrug. Det er således karakteristisk, at patienter med en lille kræftknode på stemmebåndet har en mindre risiko for at dø af denne kræftsygdom end for at dø af en lungekræft, da denne kræftform optræder med høj hyppighed i samme patientgruppe på grund af den fælles tobaksætiologi.

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

Behandlingen gives således efter samme principper overalt i landet og med udgangspunkt i DAHANCA's landsdækkende retningslinjer. Oplysning om behandlingsprincipper, de forskellige protokoller mv. kan findes på DAHANCA's hjemmeside www.dahanca.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.

Oversigt over alle indikatorer

Indikator nr.	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål
HHC1	Der eksisterer nationale klinisk databaser (DAHANCA 2000, DATHYRCA).	Struktur	100 %
HHC2	Der eksisterer kliniske retningslinjer (clinical practice guidelines) for alle patientkategorier med cancer i hovedhalsregionen.	Struktur	100 %
HHC3	Andel af patienter med cancer cavi oris, 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.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Resultat	>90 % *
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Resultat	>75 % *
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *
HHC17	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	
HHC18	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %

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

Bestyrelsen og styregruppens medlemmer 2015

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

Regionale kommentarer