

**Årsrapport 2016**  
**for den kliniske kvalitetsdatabase**  
**DAHANCA**



## Årsrapporten 2016

Årsrapporten 2016 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), Afdeling for Klinisk Koordination**

Kvalitetskonsulent, cand.scient.san.  
Esra Öztoprak,  
Mail: ESROEZ@rkkp.dk  
Tlf: 21686988

## Indholdsfortegnelse

|  |    |
|--|----|
| Konklusioner og anbefalinger                                   | 4  |
| Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater             | 5  |
| Uddybning af de enkelte indikatorresultater                    | 7  |
| Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet | 25 |
| Oversigt over indikatorer                                      | 28 |
| Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2016                     | 29 |
| Regionale kommentarer  | 30 |

## Ordliste

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

## Konklusioner og anbefalinger

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

Den overordnede konklusion på 2016-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået.

Ligesom i 2014 og 2015 indhentes pakkeforløbsdata via RKKP. De tidligere år har det været vanskeligt at få leveret de officielle pakke-forløbstal. I 2014 fik vi data svarende til 52% af kohorten og i 2015 svarende til 50% af patientgruppen. Til 2016-årsrapporten har vi ved fælles indsats hævet dækningsgraden til 84% hvilket er acceptabelt for at kunne konkludere på tallene. RKKP har leveret data på start på pakkeforløbene og DAHANCA har leveret første behandlingsdag for hhv. kirurgi og strålebehandling. Vi ved fra de tidligere år at der er en næsten 100% overensstemmelse mellem behandlingsdatoer i DAHANCA-databasen og tilsvarende leveret fra RKKP.

I 2016 er DAHANCA oprettet på [www.rkkp-dokumentation.dk](http://www.rkkp-dokumentation.dk). Fremover kan forskere der ansøger om kvalitetsdata fra DAHANCA/DATHYRCA, finde alle nødvendige oplysninger om de tilgængelige kvalitetsdata på denne hjemmeside.

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 er 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 2016                                 |
|---------------|--|----------|--------------|--|
| 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 %       | Tal for 2016 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 %       | Tal for 2016 er ikke tilgængelige fra Cancerregisteret |
| 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 86 %<br>Stråleterapi 64 %                      |
| 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 %        | 66%<br>(2014-kohorten)                                 |
|               | Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år  | Resultat | >75 % *      | 86 %   |

|              |   |          |          |                         |
|--------------|---|----------|----------|-------------------------|
| <b>HHC13</b> | 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 % *  | 95 %                    |
| <b>HHC14</b> | Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.   | Proces   | 100 %    | 66%                     |
|              | Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år  | Resultat | >75 % *  | (2014-kohorten)<br>90 % |
| <b>HHC15</b> | 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 %                    |
| <b>HHC16</b> | Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.  | Proces   | 100 %    | 66%                     |
|              | Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år   | Resultat | >75 % *  | (2014-kohorten)<br>85 % |
| <b>HHC17</b> | Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling. | Resultat |          | 21 % / <1 % / 0         |
| <b>HHC18</b> | 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 registreret 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 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.**

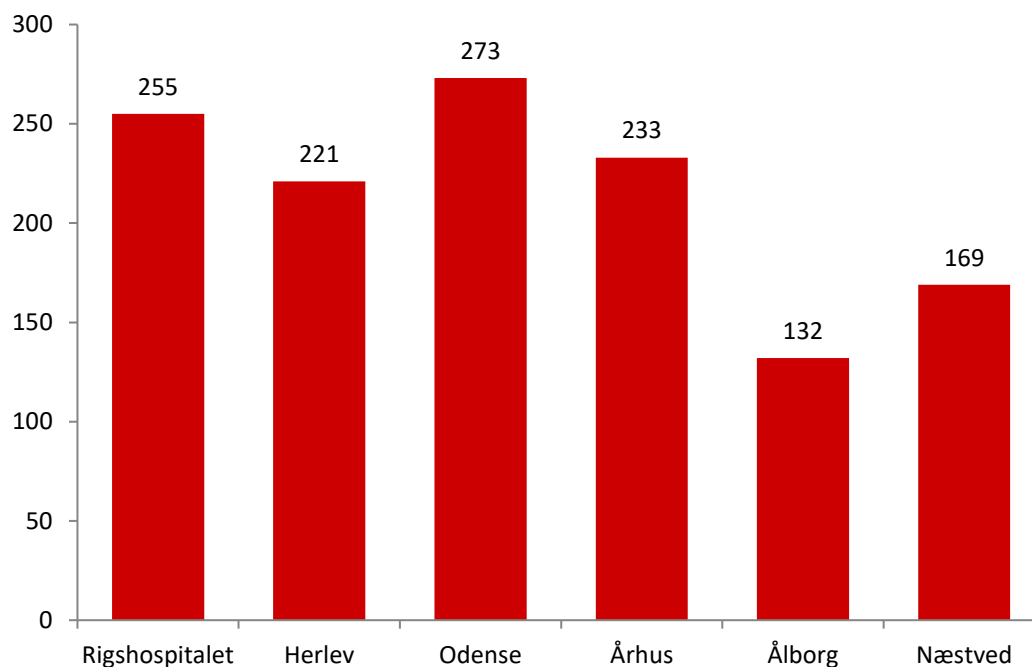
DAHANCA har løbende udarbejdet og formidlet nationale kliniske retningslinjer for behandling af kræft i hoved-hals. Retningslinjerne bliver udarbejdet på baggrund af nyeste nationale og internationale evidensbaserede viden og de har opnået national konsensus. Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på [www.DAHANCA.dk](http://www.DAHANCA.dk).

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

**DAHANCA har for 2016 registreret 1.283 patienter;** hvilket er 75 patienter mere i forhold til 2015.

Det er endnu ikke muligt for 2016 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret.

I figur HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2016-kohorten mellem de enkelte centre.



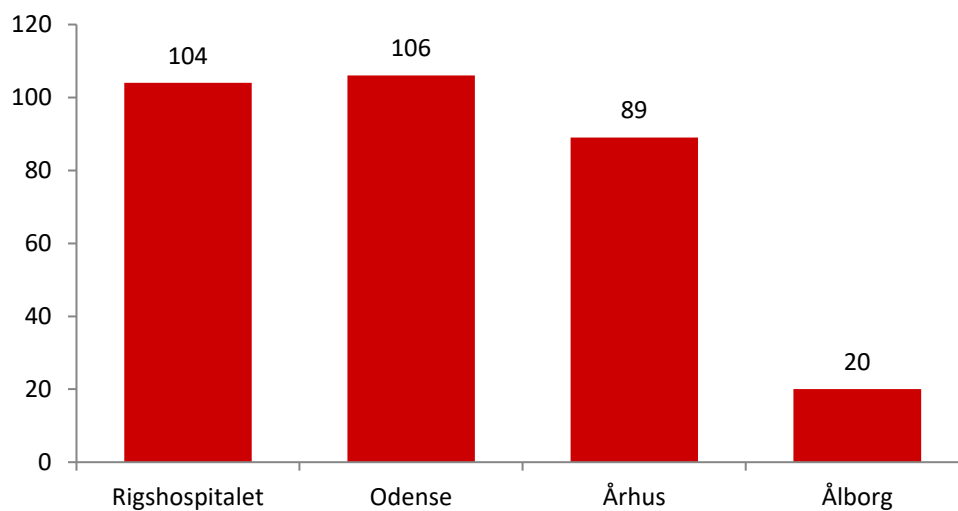
*Figur HHC3-1*



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

**DATHYRCA har for 2016 registreret 319 patienter**; hvilket er 7 patienter flere i forhold til 2015. Det er endnu ikke muligt for 2016 at krydsregistrere med data fra Cancerregisteret.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2016-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. Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at forløb med fyldestgørende nationale retningslinjer ikke nødvendigvis skal gennem MDT-konference, idet dette i nogle tilfælde blot vil være af forsinkende karakter og et unødvendigt forbrug af ressourcer. Et eksempel herpå er kræft i skjoldbruskkirtlen (som ikke er inkluderet i tabellen) eller små tungeccancere. Sidstnævnte udgør en væsentlig del af de i tabellen angivne 2 % af patienterne, der ikke er drøftet på MDT.

| Multidisciplinær team konference (MDT) | Rigshospitalet    | Herlev            | Odense            | Århus             | Ålborg            | Næstved           | Total              |
|--|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Ja                                     | 254 (99.6%)       | 203 (91.9%)       | 266 (97.4%)       | 231 (99.1%)       | 131 (99.2%)       | 166 (98.2%)       | 1251 (97.5%)       |
| Nej                                    | 1 (0.4%)          | 18 (8.1%)         | 7 (2.6%)          | 2 (0.9%)          | 1 (0.8%)          | 3 (1.8%)          | 32 (2.5%)          |
| Mangler information                    | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)             |
| <b>Total</b>                           | <b>255 (100%)</b> | <b>221 (100%)</b> | <b>273 (100%)</b> | <b>233 (100%)</b> | <b>132 (100%)</b> | <b>169 (100%)</b> | <b>1283 (100%)</b> |

Tabel HHC5-1

**98 % af patienterne blev i 2016 drøftet på MDT.** Dette er en fremgang på 1 % på landsbasis i forhold til 2015. 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 2016 var der for første gang 100% registrering på indikatoren.

|             | Ptt. drøftet på MDT | Ptt. Ikke drøftet på MDT | Ukendt   |
|-------------|---------------------|--------------------------|----------|
| <b>2016</b> | 1251 (98%)          | 32 (2%)                  | 0        |
| <b>2015</b> | 1171 (97 %)         | 35 (3 %)                 | 2 (<1 %) |
| <b>2014</b> | 1181 (93 %)         | 73 (6 %)                 | 18 (1 %) |
| <b>2013</b> | 1204 (92 %)         | 74 (6 %)                 | 36 (3 %) |
| <b>2012</b> | 1022 (86 %)         | 87 (7 %)                 | 81 (7 %) |

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

| DAHANCA             | Rigshospitalet    | Herlev            | Odense            | Århus             | Ålborg            | Næstved           | Total              |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| LARYNX              | 40 (15.7%)        | 36 (16.3%)        | 55 (20.1%)        | 34 (14.6%)        | 17 (12.9%)        | 45 (26.6%)        | 227 (17.7%)        |
| PHARYNX             | 113 (44.3%)       | 114 (51.6%)       | 119 (43.6%)       | 106 (45.5%)       | 60 (45.5%)        | 72 (42.6%)        | 584 (45.5%)        |
| CAVUM ORIS          | 58 (22.7%)        | 39 (17.6%)        | 57 (20.9%)        | 46 (19.7%)        | 25 (18.9%)        | 40 (23.7%)        | 265 (20.7%)        |
| SINO-NASAL          | 21 (8.2%)         | 10 (4.5%)         | 17 (6.2%)         | 17 (7.3%)         | 7 (5.3%)          | 0 (0%)            | 72 (5.6%)          |
| SPYTKIRTLE          | 22 (8.6%)         | 18 (8.1%)         | 17 (6.2%)         | 13 (5.6%)         | 12 (9.1%)         | 9 (5.3%)          | 91 (7.1%)          |
| UKENDT PRIMÆRTUMOR  | 1 (0.4%)          | 3 (1.4%)          | 8 (2.9%)          | 11 (4.7%)         | 5 (3.8%)          | 3 (1.8%)          | 31 (2.4%)          |
| Mangler information | 0 (0%)            | 1 (0.5%)          | 0 (0%)            | 6 (2.6%)          | 6 (4.5%)          | 0 (0%)            | 13 (1%)            |
| <b>Total</b>        | <b>255 (100%)</b> | <b>221 (100%)</b> | <b>273 (100%)</b> | <b>233 (100%)</b> | <b>132 (100%)</b> | <b>169 (100%)</b> | <b>1283 (100%)</b> |

| DATHYRCA | Rigshospitalet | Herlev | Odense      | Århus      | Ålborg    | Total      |
|----------|----------------|--------|-------------|------------|-----------|------------|
| DATHYRCA | 104 (32.6%)    | 0 (0%) | 106 (33.2%) | 89 (27.9%) | 20 (6.3%) | 319 (100%) |

Tabel HHC6-1

**I alt er 1.602 patienter registreret i 2016-kohorten**, hvilket er 82 flere i forhold til 2015-kohorten. Som det ses af Tabel HHC6-1, mangler 13 patienter i DAHANCA og ingen patienter i DATHYRCA stadig en tumorlokalisering, svarende til mindre end 1% af 2016-kohorten. 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%)            | 1 (0.3%)          | 0 (0%)            | 1 (0.7%)          | 0 (0%)            | 2 (0.1%)           |
| T0 (Ukendt primær)                 | 4 (1.1%)          | 3 (1.4%)          | 11 (2.9%)         | 15 (4.7%)         | 8 (5.3%)          | 4 (2.4%)          | 45 (2.8%)          |
| T1                                 | 137 (38.2%)       | 68 (30.8%)        | 143 (37.7%)       | 74 (23%)          | 32 (21.1%)        | 48 (28.4%)        | 502 (31.3%)        |
| T2                                 | 86 (24%)          | 78 (35.3%)        | 122 (32.2%)       | 99 (30.7%)        | 50 (32.9%)        | 49 (29%)          | 484 (30.2%)        |
| T3                                 | 67 (18.7%)        | 31 (14%)          | 41 (10.8%)        | 47 (14.6%)        | 39 (25.7%)        | 29 (17.2%)        | 254 (15.9%)        |
| T4                                 | 63 (17.5%)        | 35 (15.8%)        | 52 (13.7%)        | 75 (23.3%)        | 19 (12.5%)        | 38 (22.5%)        | 282 (17.6%)        |
| TX (primærtumor kan ikke vurderes) | 2 (0.6%)          | 6 (2.7%)          | 9 (2.4%)          | 1 (0.3%)          | 0 (0%)            | 1 (0.6%)          | 19 (1.2%)          |
| Mangler information                | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 11 (3.4%)         | 3 (2%)            | 0 (0%)            | 14 (0.9%)          |
| <b>Total</b>                       | <b>359 (100%)</b> | <b>221 (100%)</b> | <b>379 (100%)</b> | <b>322 (100%)</b> | <b>152 (100%)</b> | <b>169 (100%)</b> | <b>1602 (100%)</b> |

| N-position TNM      | Rigshospitalet    | Herlev            | Odense            | Århus             | Ålborg            | Næstved           | Total              |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| N0                  | 198 (55.2%)       | 103 (46.6%)       | 214 (56.5%)       | 161 (50%)         | 63 (41.4%)        | 87 (51.5%)        | 826 (51.6%)        |
| N1                  | 71 (19.8%)        | 19 (8.6%)         | 45 (11.9%)        | 39 (12.1%)        | 12 (7.9%)         | 18 (10.7%)        | 204 (12.7%)        |
| N2                  | 83 (23.1%)        | 92 (41.6%)        | 115 (30.3%)       | 99 (30.7%)        | 65 (42.8%)        | 58 (34.3%)        | 512 (32%)          |
| N3                  | 6 (1.7%)          | 4 (1.8%)          | 4 (1.1%)          | 2 (0.6%)          | 8 (5.3%)          | 5 (3%)            | 29 (1.8%)          |
| NX                  | 1 (0.3%)          | 3 (1.4%)          | 1 (0.3%)          | 11 (3.4%)         | 0 (0%)            | 1 (0.6%)          | 17 (1.1%)          |
| Mangler information | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 10 (3.1%)         | 4 (2.6%)          | 0 (0%)            | 14 (0.9%)          |
| <b>Total</b>        | <b>359 (100%)</b> | <b>221 (100%)</b> | <b>379 (100%)</b> | <b>322 (100%)</b> | <b>152 (100%)</b> | <b>169 (100%)</b> | <b>1602 (100%)</b> |

| M-position TNM      | Rigshospitalet    | Herlev            | Odense            | Århus             | Ålborg            | Næstved           | Total              |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| M0                  | 340 (94.7%)       | 219 (99.1%)       | 363 (95.8%)       | 307 (95.3%)       | 142 (93.4%)       | 165 (97.6%)       | 1536 (95.9%)       |
| M1                  | 19 (5.3%)         | 2 (0.9%)          | 16 (4.2%)         | 14 (4.3%)         | 8 (5.3%)          | 4 (2.4%)          | 63 (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%)            | 1 (0.3%)          | 2 (1.3%)          | 0 (0%)            | 3 (0.2%)           |
| <b>Total</b>        | <b>359 (100%)</b> | <b>221 (100%)</b> | <b>379 (100%)</b> | <b>322 (100%)</b> | <b>152 (100%)</b> | <b>169 (100%)</b> | <b>1602 (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 stadieinddelingen (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 2016 er der en komplethed i data på knap 99%.** Dette er uændret fra tidligere år (2014: 99%; 2013: 99% og 2012: 100%).

| Stadie              | Rigshospitalet    | Herlev            | Odense            | Århus             | Ålborg            | Næstved           | Total              |
|---------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|-------------------|--------------------|
| Stadium 0           | 5 (1.4%)          | 1 (0.5%)          | 7 (1.8%)          | 1 (0.3%)          | 3 (2%)            | 1 (0.6%)          | 18 (1.1%)          |
| Stadium I           | 94 (26.2%)        | 43 (19.5%)        | 106 (28%)         | 56 (17.4%)        | 20 (13.2%)        | 32 (18.9%)        | 351 (21.9%)        |
| Stadium II          | 51 (14.2%)        | 36 (16.3%)        | 62 (16.4%)        | 50 (15.5%)        | 29 (19.1%)        | 26 (15.4%)        | 254 (15.9%)        |
| Stadium III         | 73 (20.3%)        | 26 (11.8%)        | 49 (12.9%)        | 44 (13.7%)        | 16 (10.5%)        | 24 (14.2%)        | 232 (14.5%)        |
| Stadium IV          | 136 (37.9%)       | 106 (48%)         | 151 (39.8%)       | 154 (47.8%)       | 77 (50.7%)        | 85 (50.3%)        | 709 (44.3%)        |
| Ingen bestemmelse   | 0 (0%)            | 9 (4.1%)          | 4 (1.1%)          | 2 (0.6%)          | 0 (0%)            | 1 (0.6%)          | 16 (1%)            |
| Mangler information | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 0 (0%)            | 15 (4.7%)         | 7 (4.6%)          | 0 (0%)            | 22 (1.4%)          |
| <b>Total</b>        | <b>359 (100%)</b> | <b>221 (100%)</b> | <b>379 (100%)</b> | <b>322 (100%)</b> | <b>152 (100%)</b> | <b>169 (100%)</b> | <b>1602 (100%)</b> |

Tabel HHC7-2

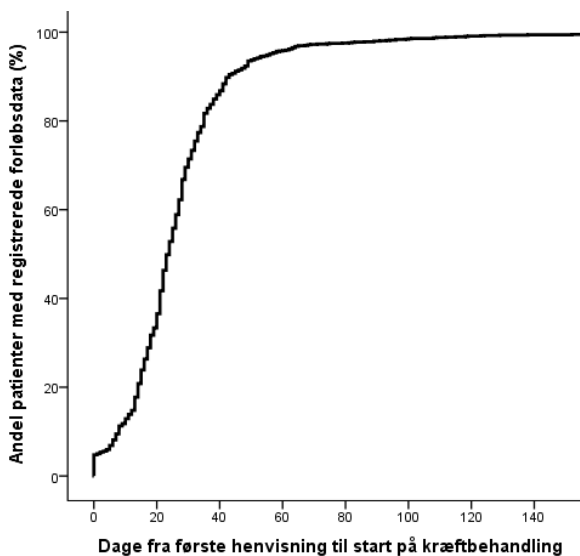
### Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

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

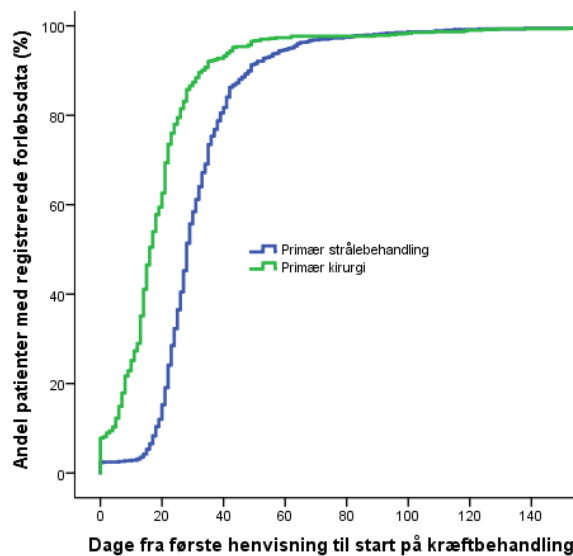
Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvielse til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3). Forløbstiden bør være mindre end 32 dage hvis strålebehandling er den primære behandlingsmodalitet og 28 dage, hvis kirurgi er den primære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

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.340 patienter med AFB02A data, mens AFB=2F1-3 data var mere mangelfulde. Derfor er der brugt data for første behandlingsdag fra DAHANCA databasen for start på behandling (kirurgi eller strålebehandling). Vi ved fra tidligere år, at der er tæt på 100% overensstemmelse for data for første behandlingsdag.

Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til 84% af patienterne for 2016-kohorten, hvilket er en markant forbedring i forhold til de sidste par år hvor dækningsgraden har været omkring 50%. Det er derfor ikke fagligt muligt at sammenligne pakkeforløbstallene med de tidligere år. Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for ny-diagnostiserede patienter var i 2016, 24 dage.



Figur HHC8-1



Figur HHC8-2

I figur HHC8-2 på næste side er forløbstiderne delt op på patienter behandlet med primær kirurgi og primær stråleterapi. **For patienter behandlet med primær kirurgi er 86% behandlet inden for pakketiden på 28 dage og for de patienter behandlet med primær stråleterapi er 64% behandlet inden for pakketiden på 32 dage** ("Kongeindikatoren").

**Median forløbstid er 28 dage for stråleterapi og 16 dage for kirurgi.**

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

|                         | Rigshospitalet | Herlev* | Næstved* | Odense | Aarhus | Aalborg |
|-------------------------|----------------|---------|----------|--------|--------|---------|
| Forløbstid kirurgi      | 21 dg          |         |          | 14 dg  | 20 dg  | 12 dg   |
| Forløbstid stråleterapi | 29 dg          | 30 dg   | 34 dg    | 26 dg  | 28 dg  | 26 dg   |
| - med tandsanering      | 29 dg          | 36 dg   | 36 dg    | 26 dg  | 29 dg  | 29 dg   |
| - uden tandsanering     | 29 dg          | 27 dg   | 29 dg    | 25 dg  | 27 dg  | 23 dg   |

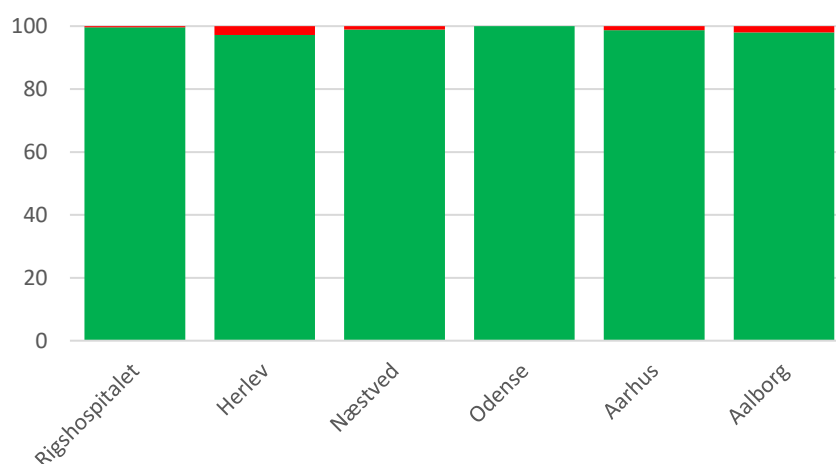
Tabel HHC8-1 \*Herlev og Næstved-patienter opereres på Rigshospitalet

|                         | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
|-------------------------|-------------|----------|------------|-------------|-------------|
| Forløbstid kirurgi      | 20 dg       | 18 dg    | 14 dg      | 20 dg       | 12 dg       |
| Forløbstid stråleterapi | 29 dg       | 35 dg    | 26 dg      | 28 dg       | 26 dg       |
| - Med tandsanering      | 32 dg       | 36 dg    | 26 dg      | 29 dg       | 29 dg       |
| - Uden tandsanering     | 28 dg       | 30 dg    | 25 dg      | 27 dg       | 23 dg       |

Tabel HHC8-2

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

**1.575 patienter ud af 1.602 i DAHANCA databasen har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling tilbudt) i 2016 svarende til mere end 98 % af kohorten.** Der mangler således definitiv registrering på patienter svarende til knap 2 % af 2016-kohorten.



Tabel HHC9-1: Grøn indikerer registrerede behandlingsdata; rød manglende data

Dette er på niveau med de seneste års registreringer.

| År   | Andel patienter med registreret behandling |
|------|--|
| 2016 | 98%  |
| 2015 | 98 %                                       |
| 2014 | 97 %                                       |
| 2013 | 96 %                                       |
| 2012 | 90 %                                       |

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

I alt 720 patienter (45 % af 2016-patient populationen) er registreret med kirurgi som en del af den primære behandling. En patient er registreret død indenfor 30 dage, hvilket giver en **30 dages mortalitet på 0,1 % i 2016**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014 og 30 dages mortaliteten har været den samme alle tre år med tilgængelige data.

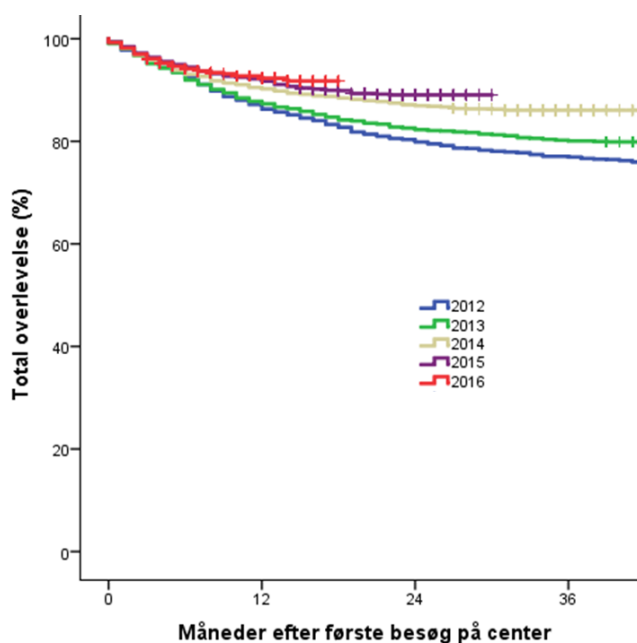


## Indikator HHC11 - Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.

### Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år.

Pr. 10/5 2017 er 96 patienter i 2016-kohorten registeret som døde, svarende til 6% af patienterne.

I figur HHC11-1 ses crude survival (den totale overlevelse) for alle patienter registeret i 2012 til og med 2016-kohorterne.



|                    |         |          |          |          |
|--------------------|---------|----------|----------|----------|
| 2016 event/at risk | 12/1583 | 104/308  |          |          |
| 2015 event/at risk | 10/1561 | 130/1441 | 166/269  |          |
| 2014 event/at risk | 10/1599 | 158/1451 | 211/1398 | 223/283  |
| 2013 event/at risk | 15/1576 | 202/1389 | 282/1309 | 317/1274 |
| 2012 event/at risk | 10/1425 | 197/1238 | 289/1146 | 331/1104 |

**Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2016-kohorten er 92 %**, hvilket er det samme som for 2014 og 2015 og højere end 83 % for 2013 og 86 % for 2012-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 2016 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 98% [±0,6%] og 88 % [±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<br>N=319 | Strube<br>N=227         | Svælg<br>N=584          | Mundhule<br>N=265       | Næse/<br>bihuler<br>N=72 | Spytkirtler<br>N=91    | Ukendt<br>primærtumor<br>N=31 |
|------------------|-----------------------------|-------------------------|-------------------------|-------------------------|--------------------------|------------------------|-------------------------------|
| Alle patienter   | 98 % [±0,7%]                | 95 % [±1,5%]            | 91 % [±1,5 %]           | 90 % [±2,1%]            | 82 % [±5,8%]             | 94 % [±2,7%]           | 94 % [±4,2%]                  |
| Tidlige stadier  | 99 % [±0,5%]<br>(N=202)     | 97 % [±1,8%]<br>(N=146) | 95 % [±2,4%]<br>(N=84)  | 98 % [±1,4%]<br>(N=117) | 100 %<br>(N=31)          | 98 % [±1,8%]<br>(N=55) | -                             |
| Udbredte stadier | 96 % [±1,8%]<br>(N=113)     | 89 % [±3,6%]<br>(N=81)  | 89 % [±1,7%]<br>(N=500) | 83 % [±3,5%]<br>(N=147) | 67 % [±9,7%]<br>(N=41)   | 87 % [±6,4%]<br>(N=36) | 94 % [±4,2%]<br>(N=31)        |

Tabel HHC11-1

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

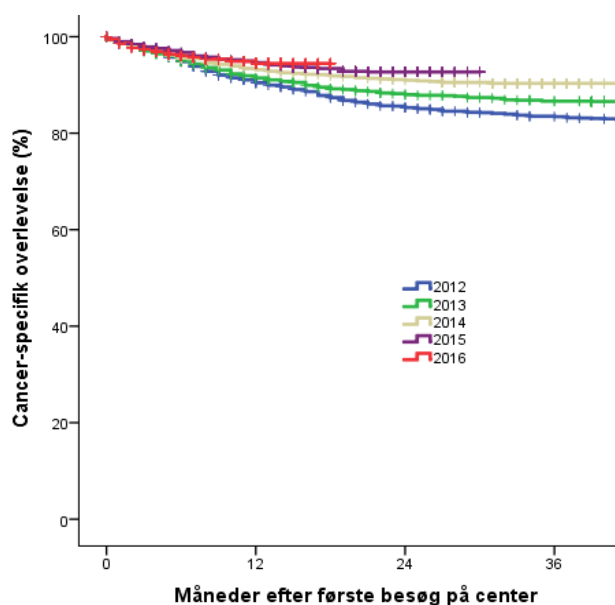
### **Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 3 år.**

Denne parameter vil blive fulgt op på 2016-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2014 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til crude survival 66%. Den **aktuariske sandsynlighed for crude survival efter 3 år var for 2014-kohorten 86 % [±0,9%]**; for 2013-kohorten 80 % [±1%] og for 2012-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. 10/5 2017 er 64 patienter i 2016-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 2012 til og med 2016-kohorterne.



|                    |         |          |          |          |
|--------------------|---------|----------|----------|----------|
| 2016 event/at risk | 9/1583  | 72/308   |          |          |
| 2015 event/at risk | 6/1561  | 83/1441  | 108/269  |          |
| 2014 event/at risk | 8/1600  | 108/1452 | 142/1399 | 151/283  |
| 2013 event/at risk | 10/1576 | 133/1390 | 185/1309 | 205/1274 |
| 2012 event/at risk | 8/1425  | 134/1243 | 204/1146 | 229/1104 |

**Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2015-kohorten er 95%**, hvilket umiddelbart er det samme som for 2015 og mens den var 93 % i 2014, 91 % i 2013 og 2012-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 2016-kohorte er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse 99 % [ $\pm 0,4\%$ ] for tidlige stadier og 91 % [ $1,1\%$ ] 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<br>N=319     | Strube<br>N=227              | Svælg<br>N=584                  | Mundhule<br>N=265               | Næse/<br>bihuler<br>N=72       | Spytkirtler<br>N=91            | Ukendt primærtumor<br>N=31   |
|--------------------|---------------------------------|------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Alle patienter     | 99 % [ $\pm 0,5\%$ ]            | 97 % [ $\pm 1,1\%$ ]         | 92 % [ $\pm 1,4\%$ ]            | 93 % [ $\pm 1,9\%$ ]            | 87 % [ $\pm 5,1\%$ ]           | 96 % [ $\pm 2,3\%$ ]           | 97 % [ $\pm 3\%$ ]           |
| Tidlige stadier    | 99 % [ $\pm 0,5\%$ ]<br>(N=202) | 100 %<br>(N=146)             | 96 % [ $\pm 2,1\%$ ]<br>(N=84)  | 98 % [ $\pm 1,4\%$ ]<br>(N=117) | 100 %<br>(N=31)                | 100 %<br>(N=55)                | -                            |
| Udbredte stadier   | 97 % [ $\pm 1,5\%$ ]<br>(N=113) | 92 % [ $\pm 3\%$ ]<br>(N=81) | 91 % [ $\pm 1,6\%$ ]<br>(N=500) | 88 % [ $\pm 3,2\%$ ]<br>(N=147) | 76 % [ $\pm 9,2\%$ ]<br>(N=41) | 89 % [ $\pm 5,8\%$ ]<br>(N=36) | 97 % [ $\pm 3\%$ ]<br>(N=31) |

Tabel HHC13-1

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

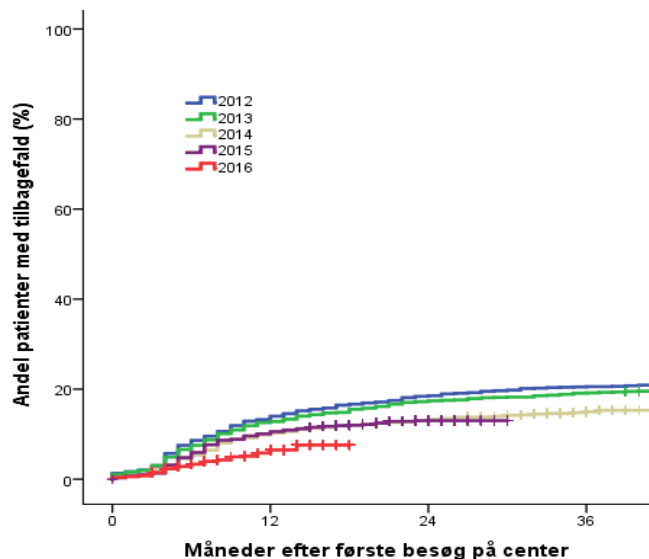
**Aktuarisk sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år.**

Denne parameter vil blive fulgt op på 2016-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2014 kohorten er andel af patienter med registreret opfølgning til cancer-specific overlevelse 66% **Den aktuariske sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år var for 2014-kohorten 90% [ $\pm 0,7\%$ ]; for 2013-kohorten 87 % [ $\pm 0,9\%$ ] og for 2012-kohorten 83 % [ $\pm 1\%$ ].**

## 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. 10/5 2016 er 75 patienter i 2016-kohorten registreret med tilbagefald, svarende til 5 % af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden loco-regionalt for tilbagefald for alle patienter registreret i 2012 og frem til 2016-kohorterne.



|                    |         |          |          |          |
|--------------------|---------|----------|----------|----------|
| 2016 event/at risk | 6/1589  | 73/302   |          |          |
| 2015 event/at risk | 5/1564  | 166/1403 | 196/253  |          |
| 2014 event/at risk | 7/1602  | 165/1444 | 214/1395 | 233/284  |
| 2013 event/at risk | 17/1574 | 204/1387 | 277/1314 | 305/1286 |
| 2012 event/at risk | 19/1416 | 201/1234 | 266/1169 | 295/1140 |

**Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2016-kohorten er 94 %**, mod 89% i 2015, 90% i 2014, 87 % for 2013 og 86 % for 2012-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 2016 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 95 % [ $\pm 1,2\%$ ] for de tidlige stadier og 92 % [ $\pm 1,1\%$ ] 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<br>N=319     | Strube<br>N=227                 | Svælg<br>N=584                  | Mundhule<br>N=265               | Næse/<br>bihuler<br>N=72       | Spytkirtler<br>N=91            | Ukendt primærtumor<br>N=31   |
|-------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|--------------------------------|------------------------------|
| Alle patienter    | 99 % [ $\pm 0,7\%$ ]            | 94 % [ $\pm 2\%$ ]              | 93 % [ $\pm 1,4\%$ ]            | 88 % [ $\pm 2,9\%$ ]            | 87 % [ $\pm 5,2\%$ ]           | 98 % [ $\pm 1,8\%$ ]           | 97 % [ $\pm 3\%$ ]           |
| Tidlige stadier   | 99 % [ $\pm 0,5\%$ ]<br>(N=202) | 95 % [ $\pm 2,5\%$ ]<br>(N=146) | 95 % [ $\pm 3,4\%$ ]<br>(N=84)  | 92 % [ $\pm 3,9\%$ ]<br>(N=117) | 86 % [ $\pm 8,5\%$ ]<br>(N=31) | 100 %<br>(N=55)                | -                            |
| Udbredte stadier  | 97 % [ $\pm 2,2\%$ ]<br>(N=113) | 92 % [ $\pm 3,6\%$ ]<br>(N=81)  | 93 % [ $\pm 1,3\%$ ]<br>(N=500) | 85 % [ $\pm 4,2\%$ ]<br>(N=147) | 90 % [ $\pm 4,8\%$ ]<br>(N=41) | 92 % [ $\pm 4,8\%$ ]<br>(N=36) | 97 % [ $\pm 3\%$ ]<br>(N=31) |

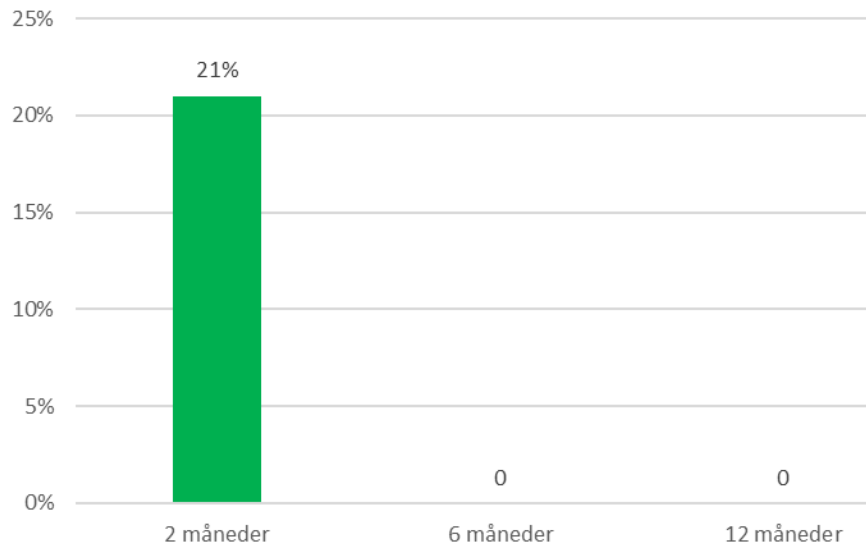
Tabel HHC15-1

### 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 2014 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til loco-regional kontrol er 66 % **Aktuariske sandsynlighed for cancer kontrol efter 3 år var for 2014-kohorten 85 % [ $\pm 0,9\%$ ]; for 2013-kohorten 81 % [ $\pm 1\%$ ] og for 2012-kohorten 79 % [ $\pm 1,1\%$ ].**

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



Tabel HHC17-1

I alt 655 patienter er registreret som havende modtaget strålebehandling (primært eller postoperativt) i 2016-kohorten. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 141 eller 21 % af patienterne stadig en sonde, men behovet aftager hurtigt derefter.** Et år efter havde ingen i 2016-kohorten en sonde, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset på opgørelsestidspunktet.

I 2015 havde 15% en ernæringssonde, i 2014 20% og i 2013 havde 22% en sonde to måneder efter strålebehandling. I 2012 var det 25%

Et år efter afsluttet behandling havde ingen en sonde i 2014 og 2015-kohorten, 2% havde en sonde i 2012 og 2013.

20-25 % af patienterne med sondebehov efter stråleterapi er ikke i sig selv problematisk, da det er en del af den understøttende behandling, men behovet skal aftage efter endt behandling, hvilket tallene for 2012 og 2015 antyder.

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

Blandt 96 døde *i 2016-kohorten er dødsårsagen kendt i 92 % af tilfældene*. Dette er på samme niveau som tidligere år (2012-5: 89-95 %).

| Dødsårsag  | Antal ( % ) |
|--|-------------|
| Primær cancer  | 64 (67%)    |
| Anden cancer i hoved-halsområdet                         | 0           |
| Anden cancer i luftvejene                                | 5 (5%)      |
| Anden cancer i øvrigt                                    | 0           |
| Anden sygdom   | 15 (16%)    |
| Ulykke/selv mord   | 0           |
| Komplikation til behandling                              | 4 (4%)      |
| 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:

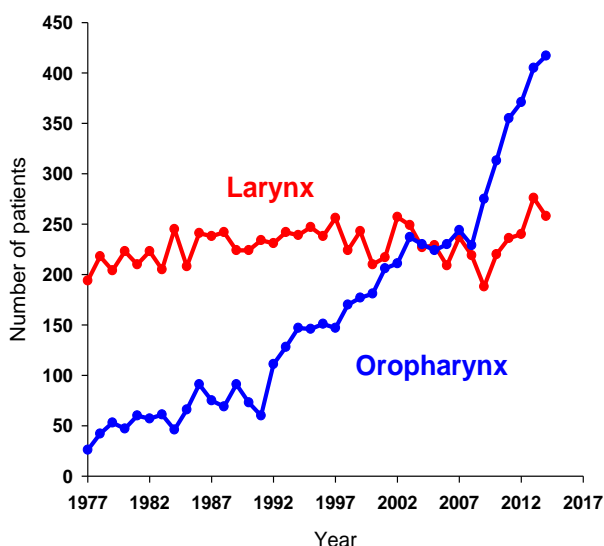
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

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 er 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.dk](http://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.

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 angives 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.

## 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.<br>Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år  | Proces   | 100 %        |
|           |  | Resultat | >90 % *      |
| HHC12     | Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år.<br>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.<br>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<br>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.<br>Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år  | Proces   | 100 %        |
|           |  | Resultat | > 90 % *     |
| HHC16     | Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.<br>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 2016

|                                    |   |
|------------------------------------|---|
| Formand, DAHANCA                   | Overlæge Jørgen Johansen                                      |
| Formand databsen/Sekretariatsleder | Professor Jens Overgaard (databaseansvarlig)                  |
| Sekretariatsmedarbejder            | Overlæge 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 Kjærgard                                      |
| Odense/ Onkologi                   | Overlæge Jørgen Johansen (lokal databaseansvarlig)            |
| Odense/ Øre-næse-hals kirurgi      | Professor Christian Godballe (databaseansvarlig,<br>DATHYRCA) |
| Herlev/ Onkologi                   | Overlæge Elo Andersen (lokal databaseansvarlig)               |
| RH/ Onkologi                       | Overlæge Claus A. Kristensen (lokal databaseansvarlig)        |
| RH/ Øre-næse-hals kirurgi          | Overlæge Irene Wessel   |
| Næstved/ Onkologi                  | Overlæge Zahra Taheri-Kadkhoda (lokal databaseansvarlig)      |

## Regionale kommentarer