

Årsrapport 2021
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Årsrapporten 2021

Årsrapporten 2021 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA er udarbejdet på DAHANCA sekretariatet af professor Jesper Grau Eriksen og IT-ansvarlige medarbejder Aleksandar Jovanovic i samarbejde med formanden for DAHANCA overlæge Jørgen Johansen samt 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. 22579559/40339648

**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 2021	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 11. årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP. Gennem de seneste år har DAHANCA gjort sig erfaringer med kvalitetsindikatorerne i samarbejde med RKKP, hvilket har resulteret i de 21 kvalitetsindikatorer i denne rapport, hvoraf 3 rapporteres for første gang.

Den overordnede konklusion på 2021-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået.

DAHANCA databasen har en stor grad af kompletthed og data valideres løbende hvor bl.a. fejlindtastninger rettes. Dette er kun muligt fordi databasen håndholdes af klinikere.

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- Vi beriger nu DAHANCA 's database med data fra bl.a. LPR3, Cancerregisteret og Patobank. Samarbejdet med RKKP fungerer meget tilfredsstillende, og bl.a. er problemerne omkring tilgængelighed af relevante data fra LPR3 løst.
- Vi har i år modtaget data fra Cancerregisteret for 2019 og 2020 og kan konstatere, at DAHANCA og DATHYRCA fortsat har en dækningsgrad, der overstiger Cancerregisteret (hhv. 106% og 107%). Der er dog også enkelte patienter, der ikke figurerer i DAHANCA/DATHYRCA, men i Cancerregisteret, og der forestår nu et arbejde i at identificere, om der er tale om reel hoved-hals kræft eller ej. Det kan således konstateres, at databasen er et godt udgangspunkt for troværdige nationale data.
- COVID-19 har på mange måder påvirket vores arbejde i 2020 og 2021. Der hersker frygt for, at pandemien også har påvirket diagnose og behandling af patienter med hoved-halskræft. Sammenlignes nøgletal fra 2013 og frem til 2021, kan det konstateres, at der var et lille fald i antal patienter i 2020 og en tilsvarende stigning i 2021. Ændringerne er dog minimale og kan lige så godt forklares med naturlig variation.

Vi har også set et efterslæb på registreringer af patienter med skjoldbruskkirtelkræft, som meget vel kan være med til at forklare variationerne. 2020-kohorten er således blevet opdateret med 74 patienter med skjoldbruskkirtelkræft efter deadline for årsrapporten 2020, en ændring på knap 20%. Årsagen skal delvist findes i u hensigtsmæssig kodning.

- Forløbstiderne var forlænget i 2020 sammenlignet med 2019, som til gengæld var et år med dårlig dækning af kongeindikatoren (tid fra henvisning på mistanke om kræft til start på behandling) i LPR3 data. Det er derfor usikkert, om dette kan tolkes som en direkte konsekvens af COVID-19 pandemien. I 2021 er der dog stadig noget lange forløbstider, og de overholdes kun for 71% af de strålebehandlede patienter og 80% af de kirurgisk behandlede patienter. Man skal dog være opmærksom på, at vi kigger på de samlede forløb fra henvisning til start på behandling og korrigerer ikke for forløb, der sættes på pause, f.eks. ved udredning af anden sygdom. 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. De let stigende forløbstider kan hænge sammen med et generelt pres på sundhedsvæsenet. DAHANCA medlemmerne beretter om vakancer, aflyste kirurgiske lejer og udmatning efter COVID. Der er dog centre, hvor man i 2021 minutiøst har gennemgået hele det diagnostiske forløb med det formål at trimme forløbene. Det vil forhåbentlig afspejle sig i tallene de kommende år.

Endelig spiller behovet for tandudtrækning stadig en væsentlig rolle for at forløbstiderne overskrides, da heling af kæben typisk varer 10-12 dage. Selvom den tid bruges på planlægning af behandling og forberedelse af patienten, så er det fortsat en væsentlig kilde til forlængelse af tiden til behandling, med en reel forlængelse på mindst 3 dage.

- Endelig rapporterer vi i år for første gang 3 nye indikatorer, nemlig bivirkninger under strålebehandling, follow-up efter behandling og behandling af recidiv. DAHANCA er således nu oppe på 21 kvalitetsindikatorer for databasen. Udvidelsen har fundet sted for bedre at kunne dække fokusområder i hele kræftforløbet.

Parameteren for opfølgning er langt under det forventede med kun en 1/3 af mulige patienter med registrerede opfølgninger i DAHANCA. Det er vigtigt at understrege 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.

Fokusområder

- Der vil være fortsat fokus på at holde forløbstiderne nede. Enkelte hospitaler har sat optimeringsinitiativer i søen, og vi mangler at se effekten af disse før de evt. bredes ud.
- Vi vil have fokus på at øge kompletheden af data samt forbedre den tidstro registrering. En arbejdsgruppe vil se på, hvordan vi registrerer, og om det bør gøres anderledes. Rapporteringen af de nye parametre viser, der er en væsentlig underrapportering, som der er behov for at få rettet op på.
- Vi vil se på muligheder for yderligere automatisering – f.eks. automatisk overførsel af data fra stråleapparater samt automatisk klassifikation af sygdomsstadie ud fra indtastet TNM.
- Der vil være fokus på at øge brugervenligheden af databasen med bedre definition og forklaring til de enkelte parametre, så misforståelser i, hvad der skal indtastes, minimeres.
- Der vil være opmærksomhed på registrering, fortolkning og brug af de tre nye indikatorer.

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 2021
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 %	106% (2020 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 %	107% (2020 kohorten)
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	98%
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %	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 %	71% (strålebeh.) og 80% (kirurgi)
HHC9	Andel patienter med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %	97%
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 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	92 %
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 % (2019-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	83 %

HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	95 %
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 % (2019-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	88 %
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	98 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	95 %
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	100% (2019-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	89 %
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	Resultat	>90%	34%
HHC18	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	**	33-38%
HHC19	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	**	15% / 1%
HHC20	Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv	Resultat	>90%	55%
HHC21	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	94 %

*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 2021 er der publiceret nye nationale retningslinjer for behandling med hypoxisk strålesensitizer Nimorazol samt odontologisk fokussanering begge i RKKP-skabelonen.***

Alle retningslinjer er offentligt tilgængelige på www.DAHANCA.dk.

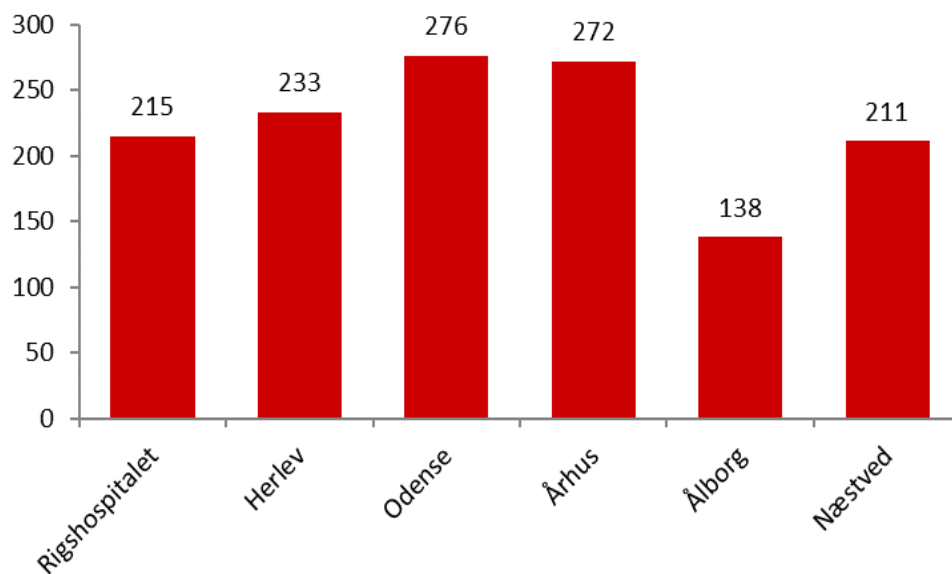
Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

DAHANCA har for 2021 registreret 1.345 patienter; hvilket er 115 flere patienter i forhold til 2020.

Data for 2021-kohorten er ikke tilgængelige i Cancerregisteret. Derfor plejer DAHANCA at rapportere på data fra året før.

En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DAHANCA for år 2020 viser **75 personer svarende til 6,1% som er i DAHANCA men ikke i Cancerregisteret.** Der er omvendt **28 personer (2,2%) 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 HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2021-kohorten mellem de enkelte centre.



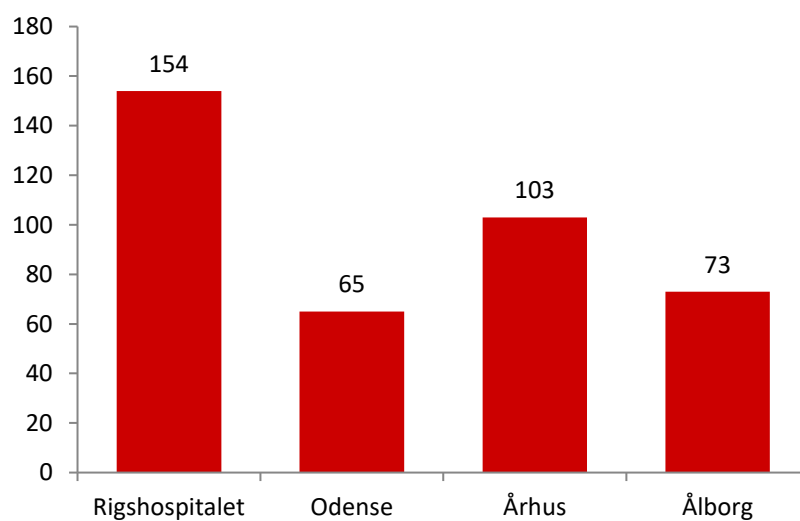
Figur HHC3-1

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

DATHYRCA har for 2021 registreret 395 patienter; hvilket er 53 patienter færre i forhold til 2020.

En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DATHYRCA for 2020 viser 28 personer (7,0%) som er registreret behandlet i DATHYRCA men ikke figurerer i Cancerregisteret og 21 personer (5,3%) i Cancerregisteret men ikke i DATHYRCA.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2021-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	209 (97,2%)	232 (99,6%)	275 (99,6%)	272 (100%)	138 (100%)	211 (100%)	1337 (99,4%)
Nej	6 (2,8%)	1 (0,4%)	1 (0,4%)	0	0	0	8 (0,6%)
Mangler information	0	0	0	0	0	0	0

Tabel HHC5-1

Mere end 99% af alle patienter blev i 2021 drøftet på MDT. Dette er overordnet set stabilt på landsbasis siden 2017. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. Over hele perioden har der været en støt stigende andel af patienter, der har været diskuteret på MDT. **For andet år i træk fik alle patienter indikatoren registreret i 2021.**

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
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%)
2018	1302 (98,3%)	20 (1,5%)	3 (0,2 %)
2017	1274 (98%)	24 (1,8%)	2 (0,2 %)

I 2021 blev 92% af patienterne registreret som behandlet i henhold til retningslinjerne. En hyppig angivet årsag til ikke at følge retningslinjerne var patientønske, dårlig almentilstand eller synkron cancer, krævende 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.

I alt 484 patienter svarende til 36% af alle patienter med hoved-halskræft er registreret med tilbudt indgang i et klinisk studie i 2021. Heraf valgte 323 patienter at indgå i et eller flere kliniske DAHANCA studier, svarende til 67% af de patienter der blev tilbudt et klinisk studie.

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering.

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stemmelæber	14 (7%)	22 (9%)	31 (11%)	32 (12%)	20 (14%)	26 (12%)	145 (11%)
Strube (-stemmelæber)	9 (4%)	13 (6%)	18 (7%)	10 (4%)	8 (6%)	11 (5%)	69 (5%)
Næsesvælg	15 (7%)	3 (1%)	4 (1%)	9 (3%)	2 (1%)	2 (<1%)	35 (3%)
Mundsvælg	68 (32%)	88 (38%)	105 (38%)	113 (42%)	55 (40%)	76 (36%)	505 (38%)
Nedre svælg	18 (8%)	14 (6%)	17 (6%)	23 (8%)	11 (8%)	25 (12%)	108 (8%)
Mundhule	45 (21%)	56 (24%)	61 (22%)	59 (22%)	21 (15%)	46 (22%)	288 (21%)
Næse-bihuler	22 (10%)	13 (6%)	17 (3%)	7 (2%)	9 (7%)	2 (1%)	70 (5%)
Spytkirtler	19 (9%)	20 (8%)	16 (5%)	13 (5%)	11 (8%)	17 (8%)	96 (7%)
Ukendt primærtumor	5 (2%)	4 (2%)	7 (3%)	6 (2%)	1 (1%)	6 (3%)	29 (2%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	215 (100%)	233 (100%)	276 (100%)	272 (100%)	138 (100%)	211 (100%)	1345 (100%)
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Skjoldbruskkirtel	154 (39%)	0	65 (16%)	103 (26%)	73 (19%)	0	395 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DAHANCA+DATHYRCA	369 (21%)	233 (13%)	341 (20%)	375 (22%)	211 (12%)	211 (12%)	1740 (100%)

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 1.740 patienter registreret i 2021-kohorten, hvilket er 62 (4%) flere i forhold til 2020-kohorten. Der kan være flere årsager til dette. Der kan være en lille stigning i forhold til 2020 hvor COVID-epidemien stadig var aktuel og som har medført at nogle patienter har gået længere med symptomer. Forskellen er dog så lille så den også kan rummes indenfor usikkerhederne.

2013 var det første år, hvor vi fuldt ud registrerede alle undertyper af hovedhalscancer. Sættes året 2013 til indeks 100, kan man formentlig tolke faldet som et naturligt udsving såvel som indflydelse af COVID pandemien (Tabel HHC 6-2).

Det skal specielt bemærkes, at der for årene 2018-20 er registreret et ekstra stort antal patienter med skjoldbruskkirtelkræft.

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	1303	441	1744	108
2020	1230	456	1686	104
2021	1345	395	1740	108

Tabel HHC 6-2

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

T position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
T _{is} (carcinoma in situ)	0	1 (<1%)	0	1 (<1%)	0	0	2 (<1%)
T0 (ukendt primær)	7 (2%)	4 (2%)	8 (3%)	16 (4%)	6 (3%)	6 (3%)	47 (3%)
T1	102 (28%)	76 (33%)	117 (34%)	79 (21%)	51 (24%)	57 (27%)	482 (28%)
T2	108 (29%)	60 (26%)	86 (25%)	105 (28%)	82 (39%)	62 (29%)	503 (29%)
T3	50 (14%)	34 (15%)	47 (14%)	62 (17%)	40 (19%)	21 (10%)	254 (15%)
T4	73 (20%)	57 (24%)	45 (13%)	53 (14%)	32 (15%)	65 (31%)	325 (18%)
TX (kan ikke vurderes)	3 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)	0	0	6 (<1%)
Manglende information	26 (7%)	0	37 (11%)	58 (15%)	0	0	121 (7%)
Total	369 (21%)	233 (13%)	341 (20%)	375 (22%)	211 (12%)	211 (12%)	1740 (100%)

Manglende information om T-site var alene for skjoldbruskkirtelkræft (121 patienter).

N position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
N0	169 (46%)	120 (52%)	138 (40%)	139 (37%)	121 (57%)	93 (44%)	780 (45%)
N1	102 (28%)	60 (26%)	74 (22%)	97 (26%)	42 (20%)	43 (20%)	418 (24%)
N2	47 (13%)	36 (15%)	82 (24%)	76 (20%)	36 (17%)	41 (19%)	318 (18%)
N3	20 (5%)	16 (7%)	9 (3%)	11 (3%)	11 (5%)	33 (16%)	100 (6%)
NX (kan ikke vurderes)	3 (<1%)	1 (<1%)	0	1 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)	7 (<1%)
Manglende information	28 (8%)	0	38 (11%)	51 (14%)	0	0	117 (7%)
Total	369 (21%)	233 (13%)	341 (20%)	375 (22%)	211 (12%)	211 (12%)	1740 (100%)

Manglende information om N-site var alene for skjoldbruskkirtelkræft (117 patienter).

M position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
M0	346 (94%)	226 (97%)	330 (97%)	361 (94%)	201 (95%)	201 (95%)	1665 (96%)
M1	23 (6%)	7 (3%)	11 (3%)	14 (4%)	10 (5%)	10 (5%)	75 (4%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	369 (21%)	233 (13%)	341 (20%)	375 (22%)	211 (12%)	211 (12%)	1740 (100%)

Tabel HHC7-1

Registreringsgraden af, hvor stor og hvor udbredt kræften er hos den enkelte patient, vurderes ved TNM-systemet: T (kræftens udgangspunkt), N (spredning til lymfeknuder), M (spredning til andre organer), og er en vigtig faktor når patientens chancer for mulig helbredelse skal vurderes. De tre faktorer samles i stadier, og stadiet (Union for International Cancer Control, 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 2021 er der en samlet komplethed i data på knap 93%. For DAHANCA alene er der 100% komplethed, mens kompletheden er 70% for DATHYRCA.** Dette er lavere end i 2020 og 2019 hvor der var en samlet komplethed på hhv. 97% og 99% (som har ligget stabilt siden 2013).

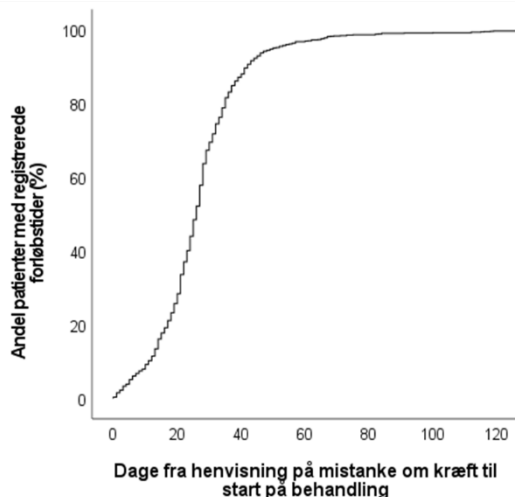
Stadie UICC8	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stadie 0	0	2 (<1%)	1 (<1%)	1 (<1%)	0	1 (<1%)	5 (<1%)
Stadie I	91 (25%)	85 (36%)	112 (33%)	98 (26%)	63 (30%)	67 (32%)	516 (30%)
Stadie II	86 (23%)	36 (15%)	50 (15%)	73 (19%)	66 (31%)	34 (16%)	345 (20%)
Stadie III	74 (20%)	43 (19%)	44 (13%)	48 (13%)	30 (14%)	29 (14%)	268 (15%)
Stadie IV	88 (24%)	66 (28%)	97 (28%)	104 (28%)	51 (24%)	80 (38%)	486 (28%)
Kan ikke vurderes	0	1 (<1%)	0	1 (<1%)	0	0	2 (<1%)
Manglende information	30 (8%)	0	37 (11%)	50 (13%)	1 (<1%)	0	118 (7%)
Total	369 (21%)	233 (13%)	341 (20%)	375 (22%)	211 (12%)	211 (12%)	1740 (100%)

Tabel HHC7-2

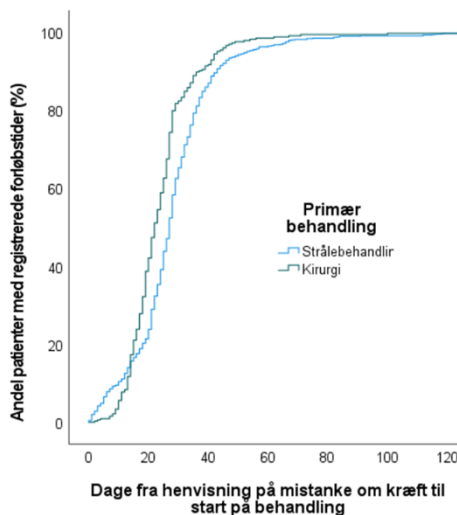
Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

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 "Henvisning 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 bliver mere udbredt.

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.275 patienter med AFB02A og AFB02F1-3a data. Data kommer fra LPR3 og er suppleret med datoer for behandlingsstart fra DAHANCA, hvor de 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

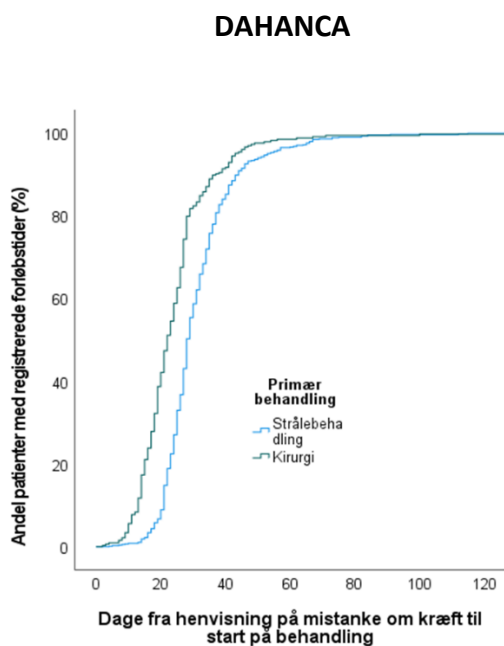


Figur HHC8-2

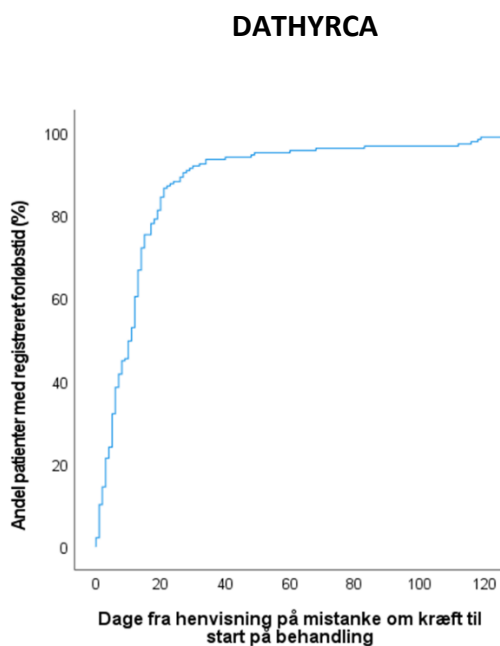
Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til 73% af patienterne for 2021-kohorten, hvilket er mere end i 2019 (65%) men mindre end i 2020 (85%). **Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for nydiagnosticerede patienter var 26 dage (95% CI: 25,4-26,6 dage) i 2021 (Figur HHC8-1)** mod 20 dage (95% CI: 19,5-20,5 dage) i 2019 og 23 dage (95% CI: 22,3-23,7 dage) i 2020. Når forløbstiderne sammenlignes må man have in mente, at dækningsgraden varierer fra år til år og derfor bør resultaterne tolkes med forsigtighed.

Median forløbstid i 2021 er 27 dage (95% CI: 26,3-27,7 dage) for stråleterapi og 22 dage (95% CI: 20,7-23,3 dage) for kirurgi (Figur HHC8-2), mod hhv. 28 dage (95% CI: 27,1-28,8 dage) for stråleterapi og 19 dage (95% CI: 18,3-19,7 dage) for kirurgi i 2020. **71% af patienterne overholdt derfor kongeindikatoren i 2021 for stråleterapi og 80% for kirurgi. Flertallet af overskridelser af 1-3 dages varighed.**

Ofte er forløbene anderledes for skjoldbruskkirtelkræft – jævnfør at de ikke nødvendigvis skal på MDT. Tallene for 2021 ser således ud, hvis hoved-halskræft og skjoldbruskkirtelkræft analyseres separat:



Figur HHC8-3



Figur HHC8-4

Median forløbstid for klassisk hoved-halskræft er uændret 27 dage (95% CI: 26,3-27,7 dage) for stråleterapi, men nu 20 dage (95% CI: 20,7-23,3 dage) for kirurgi for kirurgi (figur HHC8-3).

Median forløbstid for primær kirurgi for skjoldbruskkirtelkræft var 11 dage (95% CI:9,2-12,8 dage) i 2021 (Figur HHC8-4). Der er så få tilfælde af primær strålebehandling for skjoldbruskkirtelkræft, at dette ikke rapporteres.

	Rigshospitalet	Herlev*	Næstved*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi	23 dg			17 dg	24 dg	20 dg
Forløbstid stråleterapi	29 dg	22 dg	30 dg	26 dg	30 dg	22 dg
- med tandsanering	31 dg	34 dg	31 dg	27 dg	32 dg	35 dg
- uden tandsanering	28 dg	20 dg	28 dg	25 dg	29 dg	19 dg

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

Tabel HHC8-1 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 6 centre. **For strålebehandling ses tandsanering fortsat at forsinke behandlingsstart markant på grund af den nødvendige tid til heling efter tandudtrækning.**

Indikator HHC9 - Andel patienter, med registreret behandling.

1.684 patienter ud af 1.740 i DAHANCA databasen for 2021 har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling) i 2021 svarende til 97% af kohorten. Der mangler således definitiv registrering på 56 patienter svarende til 3% af 2021-kohorten: alle med hoved-halskræft og ingen med skjoldbruskkirtelkræft.

År	Andel patienter med registreret behandling
2021	97%
2020	>98%
2019	>99%
2018	>99%
2017	>98%

I alt 693 patienter modtog alene primær kirurgi, 855 alene primær strålebehandling og 133 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 826 patienter (47% af 2021-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 2021**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har alle år med tilgængelige data været meget lav.

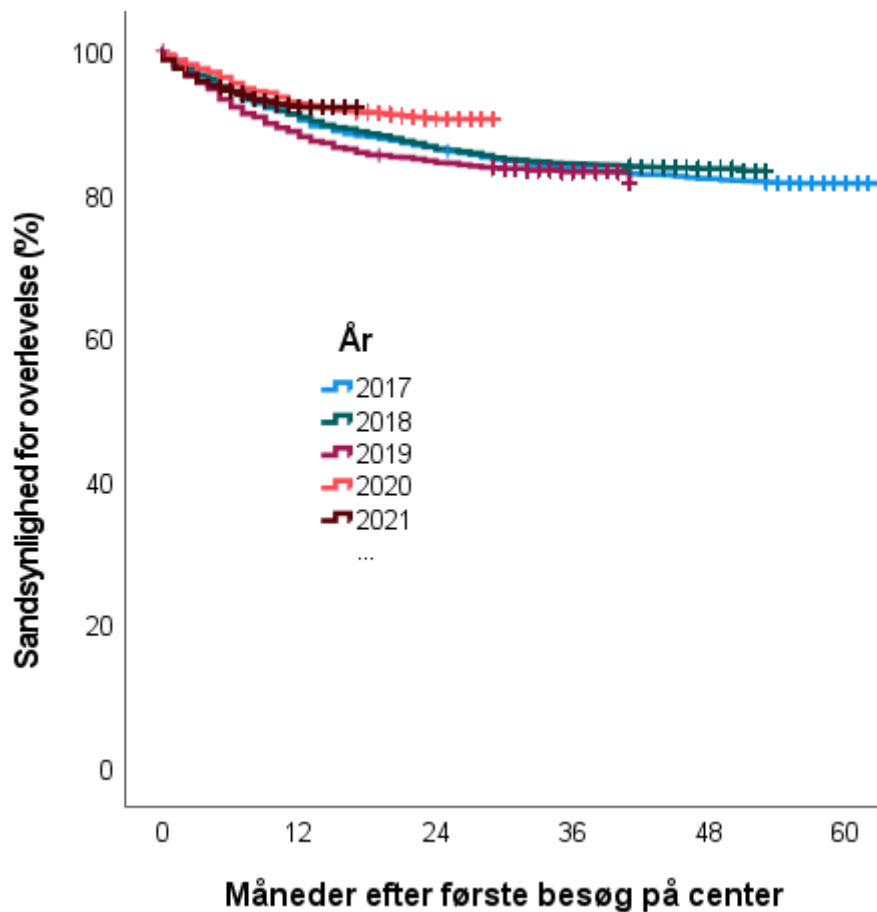
År	30-dages mortalitet
2021	1/826 = 0,1%
2020	2/773 = 0,3%
2019	5/897 = 0,6%
2018	4/878 = 0,5%
2017	2/627 = 0,3%

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

Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.

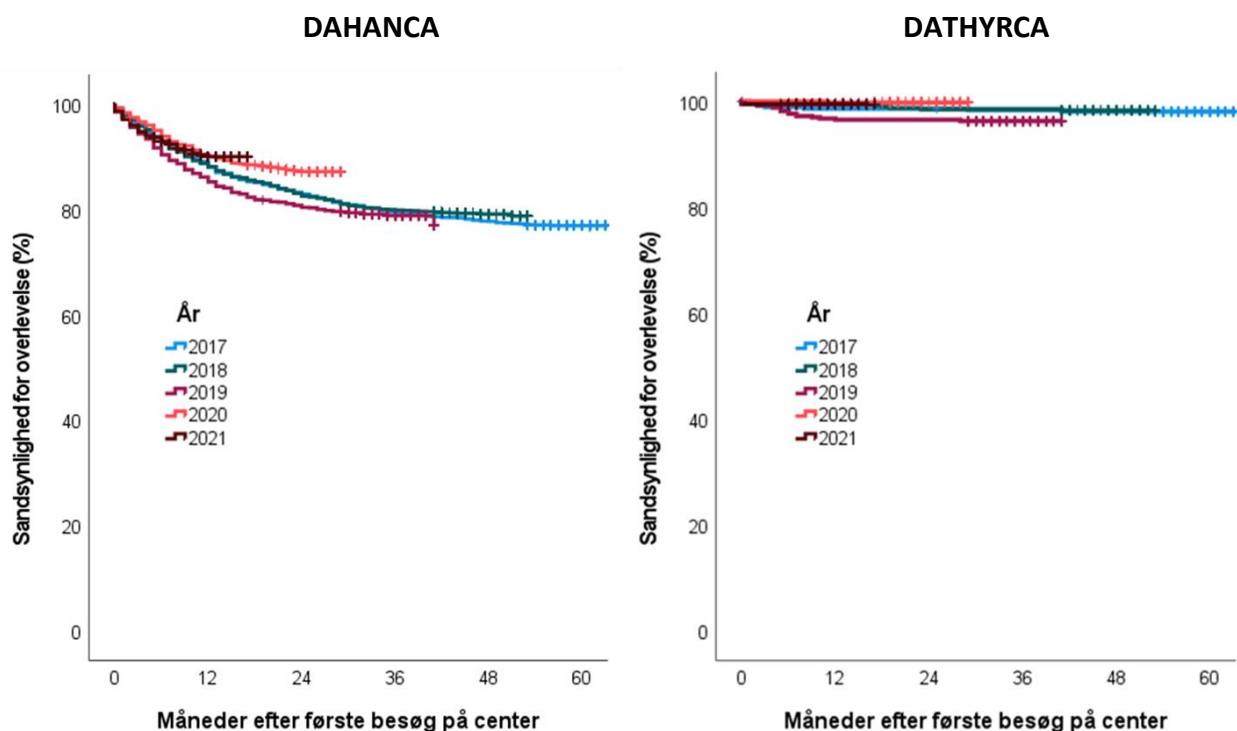
Pr. 7/6 2022 er 125 patienter i 2021-kohorten registeret som døde, svarende til knap 7%.

I figur HHC11-1 ses overlevelse (crude survival) for alle patienter registeret i 2017 til og med 2021-kohorterne. 1728 patienter indgår i analysen for 2021.



2021 event/at risk	22/1706	123/735			
2020 event/at risk	9/1669	120/1557	153/653		
2019 event/at risk	18/1717	195/1539	266/1467	288/765	
2018 event/at risk	13/1716	152/1577	231/1498	272/1457	283 /631
2017 event/at risk	0/1661	147/1515	223/1439	273/1388	296/1365 307/618

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2021-kohorten er 92% [$\pm 0,7\%$], hvilket er på niveau med 2020 og 2017-2019 (88-91%). At tallet er lidt højere for 2021, 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 2021-kohorten er 90% og >99% for DATHYRCA 2021-kohorten.

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 2021 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 98% [$\pm 0,2\%$] og 83% [$\pm 0,6\%$] 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=395	Strube N=214	Svælg N=648	Mundhule N=288	Næse/ bihuler N=70	Spytkirtler N=96	Ukendt primærtumor N=29
Alle patienter	99% [$\pm 0,4\%$]	93% [$\pm 1,9\%$]	89% [$\pm 1,3\%$]	90% [$\pm 1,8\%$]	91% [$\pm 3,4\%$]	94% [$\pm 3,1\%$]	93% [$\pm 4,7\%$]
Stadie I-II	100% (N=159)	97% [$\pm 1,8\%$] (N=133)	97% [$\pm 1,0\%$] (N=324)	98% [$\pm 1,3\%$] (N=124)	100% (N=25)	100% (N=54)	-
Stadie III-IV	92% [$\pm 1,3\%$] (N=110)	87% [$\pm 3,9\%$] (N=81)	81% [$\pm 2,3\%$] (N=324)	84% [$\pm 3,0\%$] (N=162)	86% [$\pm 5,2\%$] (N=44)	86% [$\pm 7,0\%$] (N=40)	93% [$\pm 4,7\%$] (N=29)

Tabel HHC11-1

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

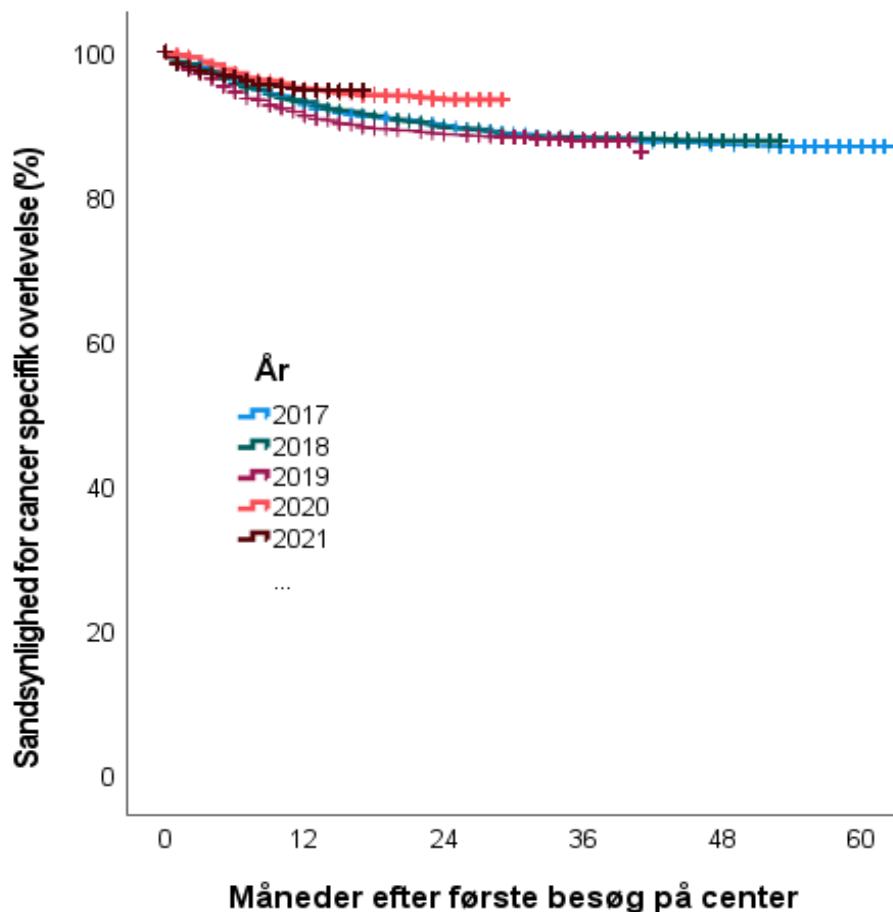
Denne parameter vil blive fulgt op på 2021-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2019 kohorten har alle patienter registrering af opfølgning til beregning af total overlevelse (crude survival). Den **aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år var for 2019-kohorten 83% [$\pm 0,9\%$]**.

For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2019-kohorten 79% [$\pm 1,1\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2018 er den 96% [$\pm 0,9\%$].

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

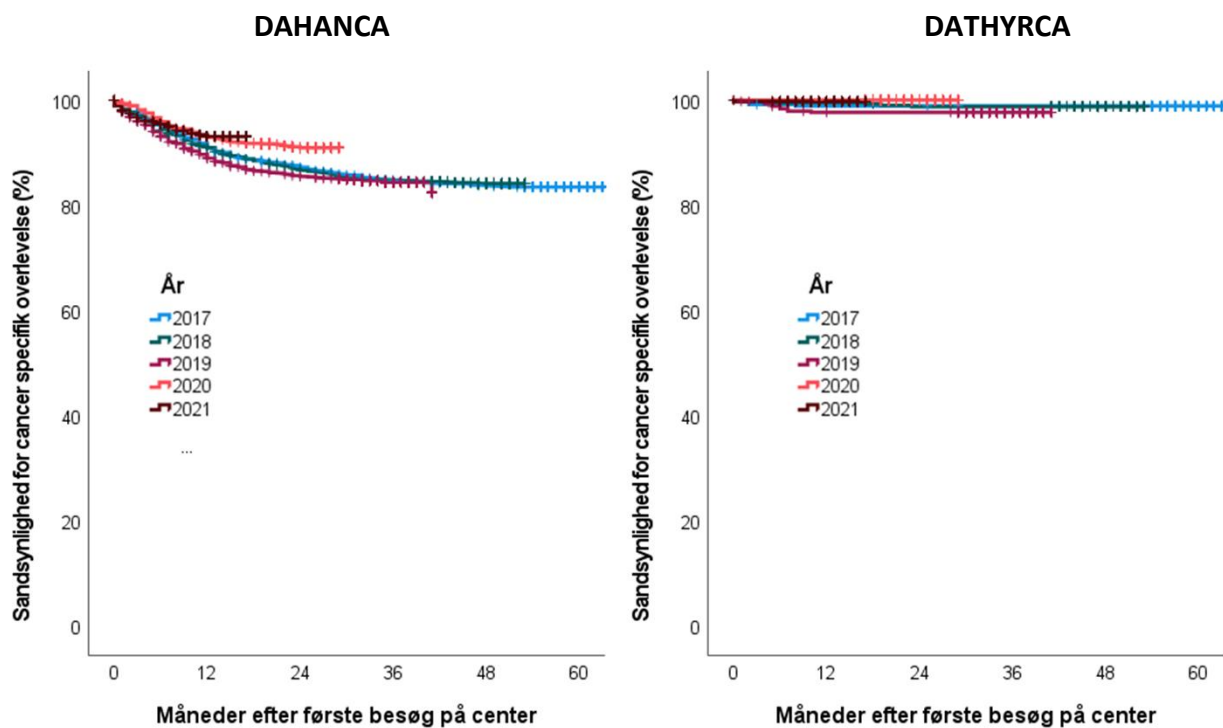
Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år.

Pr. 7/6 2022 er 83 patienter i 2021-kohorten registeret som døde af kræftsygdommen, svarende til knap 5% af patienterne. I figuren nedenfor ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registeret i 2017 til og med 2021-kohorterne.



2021 event/at risk	15/1706	81/735				
2020 event/at risk	3/1669	83/1557	104/653			
2019 event/at risk	1/1734	142/1539	192/1467	205/626		
2018 event/at risk	1/1716	116/1577	231/1498	201/1457	208/631	
2017 event/at risk	0/1661	109/1515	123/1439	196/1388	208/1365	212/618

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2021-kohorten er 95% [$\pm 0,3\%$], hvilket umiddelbart er på linje med perioden 2016-20 (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 2021-kohorten op i de "klassiske" hoved-halscancere og skjoldbruskkirtelkræft ses den cancer-specifikke overlevelse for de sidste 5 år således ud:



Den aktuariske 1-års cancerspecifikke overlevelse for DAHANCA 2021-kohorten er 93% [$\pm 0,4\%$] og >99% [$\pm 0,1\%$] for DATHYRCA 2021-kohorten.

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

I live	Skjoldbrusk-kirtel N=395	Strube N=214	Svælg N=648	Mundhule N=288	Næse/ bihuler N=70	Spytkirtler N=96	Ukendt primærtumor N=29
Alle patienter	99% [±0,3%]	96% [±1,6%]	92% [±1,1 %]	92% [±1,7%]	94% [±2,9%]	97% [±2,4%]	96% [±4,3%]
Stadie I-II	100% (N=159)	98% [±1,5%] (N=133)	99% [±0,7%] (N=324)	99% [±1,0%] (N=124)	100% (N=25)	100% (N=54)	-
Stadie III-IV	99% [0,9%] (N=110)	93% [±3,3%] (N=81)	86% [±2,1%] (N=324)	84% [±3,0%] (N=162)	90% [±4,6%] (N=44)	92% [±5,8%] (N=40)	96% [±4,3%] (N=29)

Tabel HHC13-1

For 2021 er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier >99% [±0,1%] og 90% [±1,2%] 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.

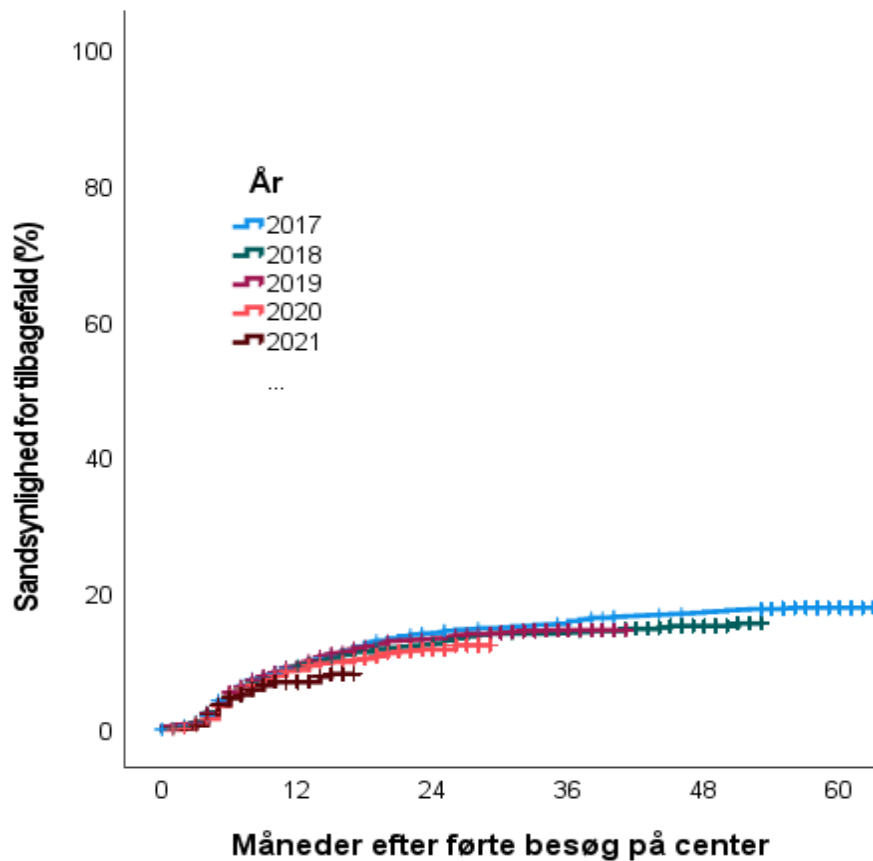
Denne parameter vil blive fulgt op på 2021-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2019 kohorten er alle patienter tilgængelige med registreret opfølgning til cancer-specifik overlevelse. **Den aktuariske sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år var for 2019-kohorten 88% [±0,3%].**; hvilket er på linje med 2016-2018: 87%

For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2018-kohorten 84% [±1%] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2018 er den 98% [±0,7%].

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.

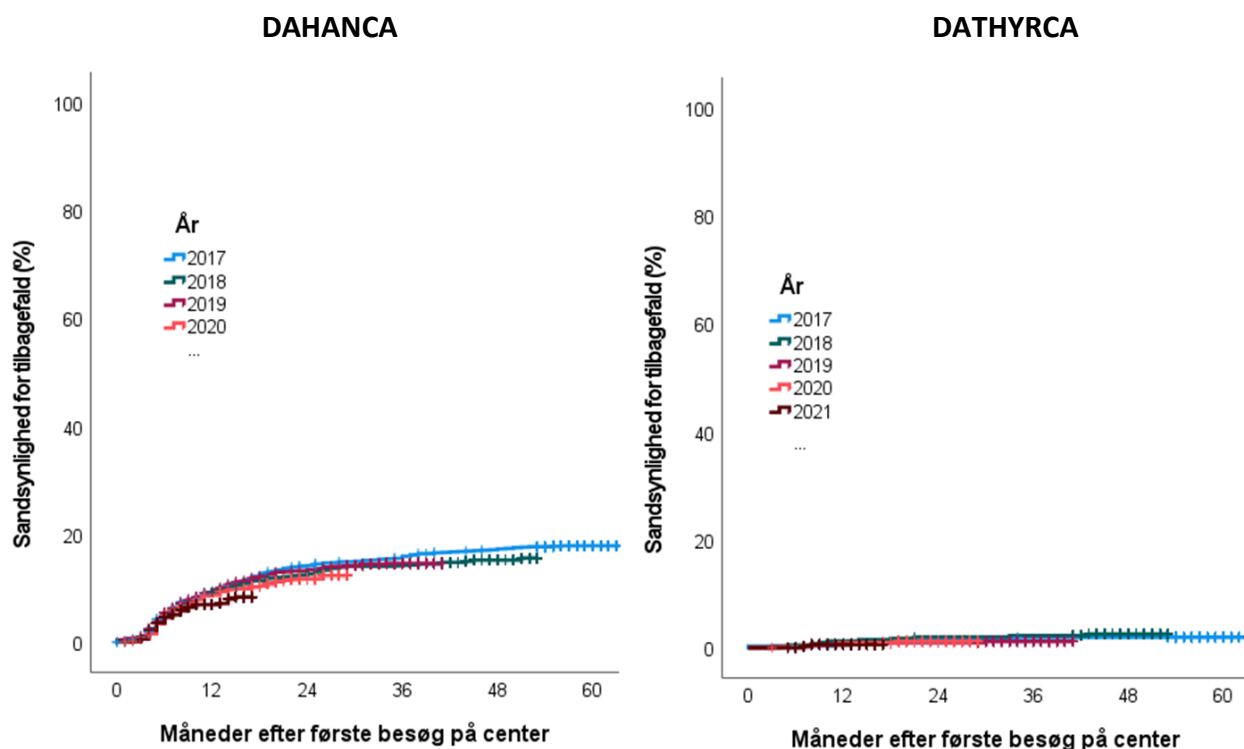
Pr. 7/6 2022 er 89 patienter i 2021-kohorten registreret med tilbagefald, svarende til 7% af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registreret i 2017 og frem til 2021-kohorten.



2021 event/at risk	1/1727	87/739				
2020 event/at risk	0/1677	108/1542	143/644			
2019 event/at risk	5/1734	120/1589	174/1525	191/664		
2018 event/at risk	1/1728	120/1590	171/1529	194/1502	207/642	
2017 event/at risk	4/1661	119/1512	186/1439	205/1414	225/1388	234/634

Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2021-kohorten er 95% [$\pm 0,6$], hvilket er i overensstemmelse med perioden 2016-2020 (90-92%). Således ret stabil de sidste 5 år.

Deles 2021-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 2021-kohorten er 93% [$\pm 0,7$] og 99% [$\pm 0,4$] for DATHYRCA 2020-kohorten.

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 2021 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 97% [$\pm 0,6\%$] for de tidlige stadier og 91% [$\pm 1,1\%$] 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 N=395	Strube N=214	Svælg N=648	Mundhule N=288	Næse/ bihuler N=70	Spytkirtler N=96	Ukendt primærtumor N=29
Alle patienter	99% [$\pm 0,4\%$]	96% [$\pm 1,4\%$]	94% [$\pm 1,0\%$]	88% [$\pm 2,0\%$]	94% [$\pm 4,1\%$]	98% [$\pm 1,5\%$]	96% [$\pm 3,4\%$]
Stadie I-II	100% (N=159)	97% [$\pm 1,7\%$] (N=133)	97% [$\pm 1,1\%$] (N=324)	95% [$\pm 1,0\%$] (N=124)	100% (N=25)	100% (N=54)	-
Stadie III-IV	99% [$\pm 1,0\%$] (N=110)	95% [$\pm 2,4\%$] (N=81)	91% [$\pm 1,7\%$] (N=324)	84% [$\pm 2,1\%$] (N=162)	91% [$\pm 4,9\%$] (N=44)	96% [$\pm 3,4\%$] (N=40)	96% [$\pm 3,4\%$] (N=29)

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 2021-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået.

Aktuariske sandsynlighed for ikke at få tilbagefald efter 3 år var for 2019-kohorten 89% [$\pm 0,8\%$];

Tallet har været ret stabilt for perioden 2017-2021 (84-89%).

For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2018-kohorten 86% [$\pm 1,0\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2018 er den 99% [$\pm 0,5\%$].

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 31/5 som vi kan gøre rede for i indeværende år. Ligeledes er der også taget højde for de patienter der dør inden de kan få en etårs opfølgning. Dertil kommer at det er sjældent man får opfølgning på dagen og derfor er en etårs opfølgning defineret som findende sted mellem den 9 og 15 måned efter behandling. Med disse forbehold er der 291 potentielle 1 års opfølgninger på patienter behandlet i 2021 og heraf har de 100 fået registreret en opfølgning. **34% af relevante 2021 kohorte er registreret med en opfølgning i DAHANCA.**

Da vi fik lov til at indføre parameteren i 2020 er denne også vist i tabellen og her er det lidt mere simpelt idet alle patienter principielt har haft mulighed for en etårs opfølgning da skæringsdatoen for dataindsamling var 31/5 2022. Korrigeres der for dødsfald før mulig 1 års kontrol (9-15. måned efter endt stråleterapi eller kirurgi) så er kohorten for 2020 på 1096 patienter. **For 2020 kohorten er det således 29% der er registreret med en opfølgning i DAHANCA.**

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
2021	100/291 (34%)	NA	NA
2020	315/1096 (29%)	NA	NA

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

I 2021-kohorten er 843 patienter registreret med kurativt intenderet strålebehandling – enten primært eller postoperativt. 606 patienter har fået registreret graden af synkebesvær omkring afslutningen af strålebehandlingen. 232 har fået registreret moderat til svært synkebesvær svarende til at **38% af patienterne i 2021-kohorten der modtog strålebehandling har oplevet moderat til svært synkebesvær under strålebehandling.**

Tilsvarende har 201 af patienterne oplevet moderat til svære slimhindeforandringer svarende til at **33% af patienterne i 2021-kohorten der modtog strålebehandling har oplevet moderat til svær slimhindepåvirkning under strålebehandling.**

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 to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling

I alt 843 patienter er registreret som havende modtaget kurativt anlagt strålebehandling i 2021-kohorten (primært eller postoperativt). Ved 2 måneder efter afslutningen af strålebehandlingen var 25% af patienterne registreret med en sonde. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 15% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftog derefter. Et år efter havde 1% i 2021-kohorten en sonde,** men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up er begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

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 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 89 patienter behandlet for recidiv i 2021-kohorten er de 13 behandlet med stråleterapi, heraf de 7 med kurative doser. 9 er registreret med pallierende systemisk behandling enten kemoterapi eller immunterapi mens at 27 har modtaget kirurgi mod tilbagefaldet. Typisk fjernelse af tilbagefald i lymfeknuderne.

I 2021-kohorten kan der redegøres for den første behandling for tilbagefald hos 55% af patienterne.

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

Blandt 125 døde i 2021-kohorten er dødsårsagen kendt i 94 % af tilfældene. Dette er på linje med tidligere år (2016-20: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	83 (66%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	1 (<1%)
Anden cancer i luftvejene	3 (2%)
Anden cancer i øvrigt	3 (2%)
Anden sygdom	23 (19%)
Ulykke/selv mord	1 (<1%)
Komplikation til behandling	4 (3%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	7 (6%)

Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

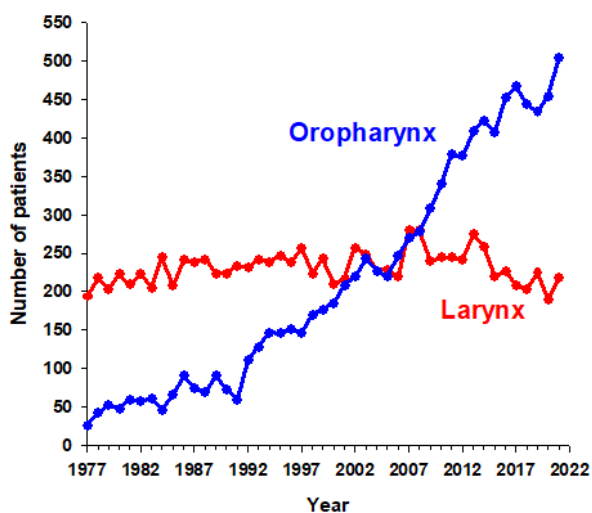
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

Undtaget er tumorer i centralnervesystemet, øjenhule, maligne lymfomer og hudkræft i ansigtsregioner (herunder kræft i læben). Der optræder et varierende antal patienter inden for hver sygdomsgruppe, fra ca. 30 til mere end 500 tilfælde årligt. Der har over tid været tale om ca. 1.600 nydiagnosticerede tilfælde om året. Dette tal er over tid 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) 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. 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 ca. 1.700 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 17.000 (NORDCAN 2019) 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 (2019) viser en 3-års overlevelse for patienter med hoved-halskræft i Danmark på 83%, mens den cancer-specifikke overlevelse er 88%.

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 % *

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	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%
HHC18	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	
HHC19	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	
HHC20	Andel patienter med tilbagefald behandlet med: Kirurgi, strålebehandling, kemoterapi, immunterapi, anden biologisk behandling eller ingen behandling i forhold til alle med recidiv	Resultat	>90%
HHC21	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 2021

Formand for Styregruppen	Professor Jens Overgaard (Overordnet databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Sekretariat	Professor Jesper Grau Eriksen
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen (Formand for DAHANCA, DAHANCA's bestyrelse samt lokal databaseansvarlig)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Professor Christian Godballe (databaseansvarlig for DATHYRCA og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Ålborg/ Onkologi	Overlæge Maria Andersen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Ålborg/ Øre-næse-hals kirurgi	Afdelingslæge Nina Lyhne (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 Kjærsgaard (medlem af DAHANCA's Bestyrelse)
Herlev/ Onkologi	Overlæge Elo Andersen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Onkologi	Overlæge Claus A. Kristensen (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Birgitte Charabi (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
DCPT	Professor Cai Grau (lokal databaseansvarlig og medlem af DAHANCA's bestyrelse)
Patientrepræsentant	Susanne Alders Hvass

Regionale kommentarer

Ved fristens udløb var der ikke modtaget Regionale kommentarer til selve rapportens resultater.