

**Årsrapport 2019**  
**for den kliniske kvalitetsdatabase**

**DAHANCA**



## Årsrapporten 2019

Årsrapporten 2019 for den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA er udarbejdet på DAHANCA sekretariatet af professor Jesper Grau Eriksen og IT-ansvarlige medarbejder Aleksandar Jovanovic i samarbejde med formanden for DAHANCA overlæge Jørgen Johansen samt sekretær for DAHANCA og overordnet ansvarlig for databasen professor Jens Overgaard.

### **Kontaktperson, DAHANCA:**

Jesper Grau Eriksen  
Eksperimentel klinisk Onkologi  
Aarhus Universitetshospital  
Indgang C, Niveau 1, C108  
Palle Juul-Jensens Boulevard 99  
DK-8200 Aarhus N  
Mail: [jesper@oncology.au.dk](mailto: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](mailto:methey@rkkp.dk)  
Tlf.: 2424 2948**

## Indholdsfortegnelse

Konklusioner og anbefalinger	4
Oversigtstabel over de samlede indikatorresultater	6
Uddybning af de enkelte indikatorresultater	8
Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet	23
Oversigt over indikatorer	25
Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2018	26
Regionale kommentarer	27

## Ordliste

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

## Konklusioner og anbefalinger

Hermed foreligger den ottende årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP. Gennem de seneste år har DAHANCA gjort sig erfaringer med kvalitetsindikatorerne i samarbejde med RKKP, hvilket har resulteret i de 18 kvalitetsindikatorer i denne rapport.

***Den overordnede konklusion på 2019-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået.***

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- I år har øget samarbejde med RKKP sikret de nødvendige data for at kunne sammenligne DAHANCA's registreringer med Cancerregisteret. Såvel DAHANCA som DATHYRCA har fortsat en tilfredsstillende dækningsgrad med flere patienter registreret i DAHANCA end i Cancerregisteret. Omvendt er der også få patienter registreret i Cancerregisteret, som ikke er at finde i DAHANCA. I de følgende måneder vil disse patienter blive genstand for en evaluering mhp. om de hører til i DAHANCA eller ej. DATHYRCA dækker kun 96% af patienterne i Cancerregisteret. Her vil vi ligeledes foretage en evaluering mhp. at opkvalificere DATHYRCA.
- For 2019 har det ikke været muligt at afrapportere forløbstiderne pga. indkøringsvanskeligheder med LPR3. Problemerne skulle være løst, og vi forventer igen at kunne rapportere forløbstider i 2020-rapporten.
- I 2018 overgik vi til den nye TNM-klassifikation (UICC8 – kvalitetsindikator HHC7). Den er langt mere kompleks end den tidligere version (UICC7) og ændrer stadieinddelingen for en del tumorer. Derfor er tallene for tumorstadier ikke umiddelbart sammenlignelige med de tidligere år. Dækningsgraden af parameteren er dog fortsat tæt på 100%.

## Fokusområder

- Selvom data overordnet ligger meget tæt på (eller bedre end) kvalitetsmålene, vil DAHANCA fortsat arbejde med kvalitetsforbedring af egne data, samt sikre redskaber der gør det nemmere for den enkelte afdeling at indtaste de nødvendige data. Som eksempel herpå, bliver stadieberegningen automatiseret for at imødegå udfordringerne med den komplekse UICC8 tumor-klassifikation og dermed mindske risikoen for fejlindtastning. Algoritmerne er netop under sidste validering.
- DAHANCA søgte i 2019 Sundhedsdatastyrelsen om re-certificering af kvalitetsdatabasen. Den høje registreringsgrad af grundparametrene i kvalitetsdatabasen skyldes ganske givet, at man fra alle steder er opmærksom på at de offentliggøres hvert år. Derfor planlægger DAHANCA umiddelbart ikke at fjerne parametre, men i stedet gøre enkelte af dem mere operationelle, ligesom der tænkes indført tre yderligere kvalitetsparametre for at dække patientforløbet bedre. Her tænkes især på senfølger og behandling ved recidiv af kræftsygdommen, med det formål at kvalitetssikre hele kræftforløbet bedre. I skrivende stund (maj 2020) er sagsbehandlingen endnu ikke tilendebragt.
- I 2018 blev DCCC-RT oprettet i samarbejde mellem DAHANCA, DMCG.dk, Danske Regioner (via DCCC) og Kræftens Bekæmpelse. En af centrets målsætninger er at gøre moderne kræftbehandling og muligheden for at deltage i kliniske forsøg tilgængelige for alle patienter. Vi arbejder i fællesskab på at kunne registrere om patienterne er tilbudt deltagelse i kliniske forsøg og hvor mange der takker ja til tilbuddet.

## 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 2019
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 %	109% (2018 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 %	96% (2018 kohorten)
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %	98 %
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt tumorlokalisatoin.	Proces	100 %	100%
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %	99 %
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %	Data ikke tilgængelige
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %	99 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,2 %
HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	37 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	89 %
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	79% (2017-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	75 %

<b>HHC13</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	37 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	96 %
<b>HHC14</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	79%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2017-kohorten) 91 %
<b>HHC15</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	37 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	96 %
<b>HHC16</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	79%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2017-kohorten) 88 %
<b>HHC17</b>	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat		13% / 7%
<b>HHC18</b>	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	93 %

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

## Uddybning af de enkelte indikatorresultater

### Indikator HHC1 – Der eksisterer national klinisk database.

Fra DAHANCA's start i 1976 er kliniske studier blevet registeret i centrale forskningsdatabaser. De nationale databaser for hoved-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 patient-kategorier med cancer i hoved-hals regionen.

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 2019 er der publiceret nye nationale retningslinjer for strålebehandling og retningslinjer for brug af nimorazol – begge i RKKP-skabelonen.*** En opdateret retningslinje for behandling med cisplatin under strålebehandling samt håndtering af svære synkeproblemer (dysfagi) er på vej og foreligger ved årsrapportens udgivelse.

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

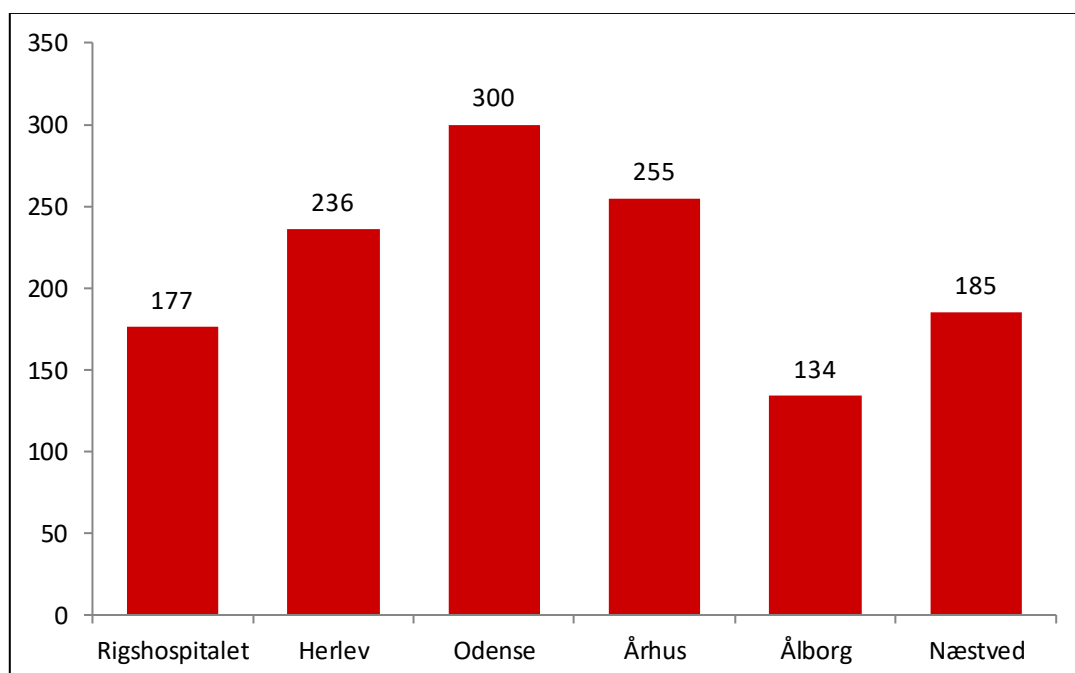


### Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

**DAHANCA har for 2019 registreret 1.287 patienter;** hvilket er 28 patienter færre i forhold til 2018.

Data for 2019-kohorten er ikke tilgængelige i Cancerregisteret før tidligst året efter. Derfor plejer DAHANCA at rapportere på data fra året før. En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DAHANCA afslører en dækningsgrad i DAHANCA's favør på 109%, som alle også er registreret i kvalitetsdatabasen som havende modtaget kræftbehandling. Omvendt er der registreret 90 patienter i Cancerregisteret for 2018 som havende hoved-hals kræft. 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 – f.eks. lymfomer, sarkomer eller lungekræft. Denne difference vil være genstand for en nærmere kvalitetssikring i indeværende år.

I figur HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2019-kohorten mellem de enkelte centre.



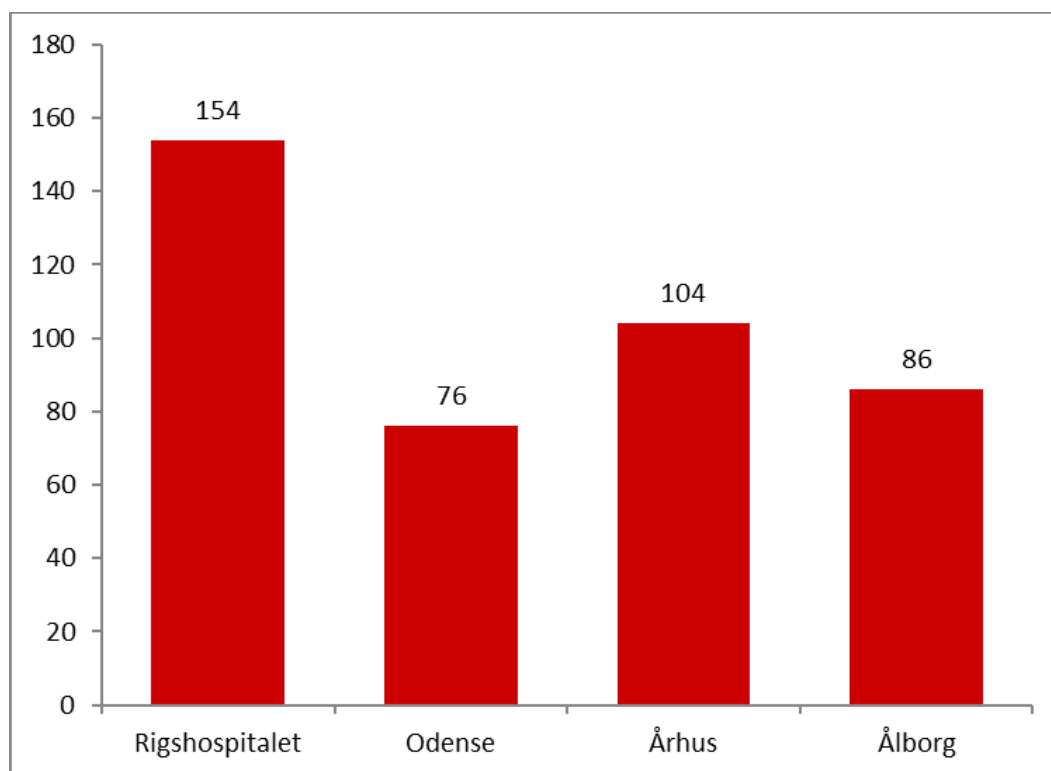
Figur HHC3-1

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

**DATHYRCA har for 2019 registreret 420 patienter**; hvilket er 18 patienter flere i forhold til 2018.

Data for 2019-kohorten er endnu ikke tilgængelig i Cancerregisteret. Derfor plejer DATHYRCA at rapportere på kohorten fra året før. En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DATHYRCA afslører en dækningsgrad på 96% i forhold til Cancerregisteret. Denne difference vil være genstand for en nærmere kvalitetssikring i indeværende år.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2019-kohorten mellem de enkelte centre.



*Figur HHC4-1*

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

Behandling af kræft i hoved-hals-regionen er multidisciplinært baseret, og størstedelen af de danske hoved-halscancerpatienter har i de sidste mange år været drøftet på multidisciplinære konferencer (MDT-konferencer) eller i tilsvarende fora med patient og pårørendes deltagelse. Sundhedsstyrelsen har tilkendegivet, at forløb med fyldestgørende nationale retningslinjer ikke nødvendigvis skal gennem MDT-konference, idet dette i nogle tilfælde blot vil være af forsinkende karakter og et unødvendigt forbrug af ressourcer. Et eksempel herpå er kræft i skjoldbruskkirtlen (som ikke er inkluderet i tabellen) eller små tungeccancere. Sidstnævnte udgør en væsentlig del af de knap 2% af patienterne, der ikke er drøftet på MDT i 2019, hvilket især gælder for Herlev, der serviceres af den kirurgiske afdeling på Rigshospitalet

Multidisciplinær team konference (MDT)	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Ja	176 (99.4%)	219 (92.8%)	299 (99.7%)	255 (100%)	134 (100%)	183 (98.9%)	1266 (98.4%)
Nej	█ █	16 (6.8%)	█ █	0 (0%)	0 (0%)	█ █	20 (1.6%)
Mangler information	0 (0%)	█ █	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	█ █
<b>Total</b>	<b>177 (100%)</b>	<b>236 (100%)</b>	<b>300 (100%)</b>	<b>255 (100%)</b>	<b>134 (100%)</b>	<b>185 (100%)</b>	<b>1287 (100%)</b>

Tabel HHC5-1

**Mere end 98% af alle patienter blev i 2019 drøftet på MDT.** Dette er overordnet set stabilt på landsbasis siden 2015. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. Over hele perioden har der været en støt stigende andel af patienter, der har været diskuteret på MDT. En enkelt patient fik ikke indikatoren registreret i 2019.

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
<b>2019</b>	1266 (98%)	20 (2%)	█
<b>2018</b>	1277 (98%)	20 (2%)	█
<b>2017</b>	1271 (98%)	21 (2%)	█
<b>2016</b>	1280 (96%)	37 (3%)	15 (1%)
<b>2015</b>	1203 (95%)	49 (4%)	12 (1%)

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

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Glottisk larynx	18 (10%)	28 (12%)	32 (11%)	35 (14%)	21 (16%)	16 (9%)	150 (12%)
Non-glottisk larynx	10 (6%)	12 (5%)	18 (6%)	12 (5%)	8 (6%)	15 (8%)	75 (6%)
Rhinopharynx	9 (5%)	7 (3%)	█	5 (2%)	6 (4%)	█	32 (2%)
Oropharynx	49 (28%)	78 (33%)	109 (36%)	72 (28%)	50 (37%)	76 (41%)	434 (34%)
Hypopharynx	16 (9%)	15 (6%)	24 (8%)	27 (11%)	10 (7%)	14 (8%)	106 (8%)
Cavum oris	42 (24%)	56 (24%)	57 (19%)	70 (27%)	25 (19%)	41 (22%)	291 (23%)
Sino-nasal	15 (8%)	12 (5%)	22 (7%)	16 (6%)	5 (4%)	0	70 (5%)
Spytkirtler	16 (9%)	19 (8%)	20 (7%)	12 (5%)	8 (6%)	16 (9%)	91 (7%)
Ukendt primærtumor	█	9 (4%)	15 (5%)	6 (2%)	█	5 (2%)	38 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>177 (100%)</b>	<b>236 (100%)</b>	<b>300 (100%)</b>	<b>255 (100%)</b>	<b>134 (100%)</b>	<b>185 (100%)</b>	<b>1287 (100%)</b>
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DATHYRCA	154 (37%)	0	76 (18%)	104 (25%)	86 (20%)	0	420 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
DAHANCA+DATHYRCA	331 (19%)	236 (14%)	376 (22%)	359 (21%)	220 (13%)	185 (11%)	1.707 (100%)

Tabel HHC6-1

**I alt er 1.707 patienter registreret i 2019-kohorten**, hvilket er 11 færre i forhold til 2018-kohorten. 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.

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

T-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Tis (carcinoma in situ)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
T0 (Ukendt primær)	0 (0%)	9 (3.8%)	19 (5.1%)	7 (1.9%)	0 (0%)	5 (2.7%)	45 (2.6%)
T1	120 (36.3%)	77 (32.6%)	127 (33.8%)	129 (35.9%)	59 (26.8%)	47 (25.4%)	559 (32.7%)
T2	90 (27.2%)	68 (28.8%)	130 (34.6%)	107 (29.8%)	87 (39.5%)	53 (28.6%)	535 (31.3%)
T3	59 (17.8%)	35 (14.8%)	49 (13%)	58 (16.2%)	38 (17.3%)	32 (17.3%)	271 (15.9%)
T4	57 (17.2%)	44 (18.6%)	48 (12.8%)	42 (11.7%)	30 (13.6%)	47 (25.4%)	268 (15.7%)
TX (primærtumor kan ikke vurderes)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	12 (0.7%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	14 (3.9%)	0 (0%)	0 (0%)	15 (0.9%)
<b>Total</b>	<b>331 (100%)</b>	<b>236 (100%)</b>	<b>376 (100%)</b>	<b>359 (100%)</b>	<b>220 (100%)</b>	<b>185 (100%)</b>	<b>1707 (100%)</b>

N-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
N0	207 (62.5%)	120 (50.8%)	187 (49.7%)	209 (58.2%)	132 (60%)	74 (40%)	929 (54.4%)
N1	81 (24.5%)	48 (20.3%)	97 (25.8%)	68 (18.9%)	27 (12.3%)	51 (27.6%)	372 (21.8%)
N2	31 (9.4%)	47 (19.9%)	73 (19.4%)	64 (17.8%)	46 (20.9%)	34 (18.4%)	295 (17.3%)
N3	4 (1.2%)	0 (0%)	5 (1.3%)	0 (0%)	4 (1.8%)	5 (2.7%)	23 (1.3%)
NX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	6 (0.4%)
Mangler information	7 (2.1%)	16 (6.8%)	13 (3.5%)	15 (4.2%)	10 (4.5%)	21 (11.4%)	82 (4.8%)
<b>Total</b>	<b>331 (100%)</b>	<b>236 (100%)</b>	<b>376 (100%)</b>	<b>359 (100%)</b>	<b>220 (100%)</b>	<b>185 (100%)</b>	<b>1707 (100%)</b>

M-position TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
M0	325 (98.2%)	233 (98.7%)	361 (96%)	352 (98.1%)	208 (94.5%)	178 (96.2%)	1657 (97.1%)
M1	6 (1.8%)	0 (0%)	15 (4%)	7 (1.9%)	12 (5.5%)	7 (3.8%)	49 (2.9%)
MX	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
Mangler information	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)	0 (0%)
<b>Total</b>	<b>331 (100%)</b>	<b>236 (100%)</b>	<b>376 (100%)</b>	<b>359 (100%)</b>	<b>220 (100%)</b>	<b>185 (100%)</b>	<b>1707 (100%)</b>

Tabel HHC7-1

Registreringsgraden af, hvor stor og hvor udbredt kræften er hos den enkelte patient, vurderes ved TNM-systemet: T (kræftens udgangspunkt), N (spredning til lymfeknuder), M (spredning til andre organer), og er en vigtig faktor når patientens chancer for mulig helbredelse skal vurderes. De tre faktorer samles i stadier, og stadietinddelingen (Union for International Cancer Control, UICC8, 2017), som ses i tabel HHC7-2, er derfor den mest følsomme parameter for kompletheden af data om udbredelse af kræften, idet stadiet ikke kan vurderes, hvis bare en af de tre parametre T, N, eller M mangler. **For 2019 er der en komplethed i data på knap 99%.** Dette har ligget stabilt siden 2013.

Stadie	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Århus	Ålborg	Næstved	Total
Stadium 0	0 (0%)		5 (1.3%)			0 (0%)	12 (0.7%)
Stadium I	110 (33.2%)	74 (31.4%)	130 (34.6%)	126 (35.1%)	59 (26.8%)	51 (27.6%)	550 (32.2%)
Stadium II	67 (20.2%)	43 (18.2%)	70 (18.6%)	80 (22.3%)	72 (32.7%)	40 (21.6%)	372 (21.8%)
Stadium III	71 (21.5%)	36 (15.3%)	53 (14.1%)	52 (14.5%)	32 (14.5%)	28 (15.1%)	272 (15.9%)
Stadium IV	79 (23.9%)	78 (33.1%)	115 (30.6%)	84 (23.4%)	51 (23.2%)	66 (35.7%)	473 (27.7%)
Ingen bestemmelse				0 (0%)		0 (0%)	11 (0.6%)
Mangler information			0 (0%)	14 (3.9%)		0 (0%)	17 (1%)
<b>Total</b>	<b>331 (100%)</b>	<b>236 (100%)</b>	<b>376 (100%)</b>	<b>359 (100%)</b>	<b>220 (100%)</b>	<b>185 (100%)</b>	<b>1707 (100%)</b>

Tabel HHC7-2

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

Vi har siden årsrapporten 2014 rapporteret på data trukket via RKKP. Vi rapporterer udelukkende forløbstider på de primært behandlede patienter, hvorfor indikator HHC8 forløbstider adskiller sig fra de pakketider der udmeldes fra Regionerne, som også indeholder tider for udredning af recidivpatienter.

Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvielse til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3). 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).

**Grundet overgangen til LPR3 har det ikke været muligt at trække data til årsrapporten 2019. LPR3 er dog ved at blive implementeret i de kliniske kvalitetsdatabaser og det forventes at data kan trækkes igen til årsrapporten 2020.**

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

**1.701 patienter ud af 1.707 i DAHANCA databasen har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling tilbudt) i 2019 svarende til mere end 99 % af kohorten.** Der mangler således definitiv registrering på 6 patienter svarende til 0,4 % af 2019-kohorten. Dette er helt stabilt over de sidste 5 år.

År	Andel patienter med registreret behandling
2019	>99%
2018	>99%
2017	>99%
2016	98%
2015	98 %

I alt 895 patienter modtog primær kirurgi, 623 primær strålebehandling (og 222 fik postoperativ strålebehandling efter primær kirurgi) og 10 patienter primær kemoterapi eller kirurgi mens 57 patienter ingen behandling modtog (enten pga. for dårlig almentilstand eller pga. patientens ønske).

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

I alt 897 patienter (53 % af 2019-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling. ■■■ patienter er registreret døde indenfor 30 dage efter kirurgi, hvilket svarer til en **30-dages mortalitet på 0,2 % i 2019.** Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har i alle år med tilgængelige data været 0-0,5%

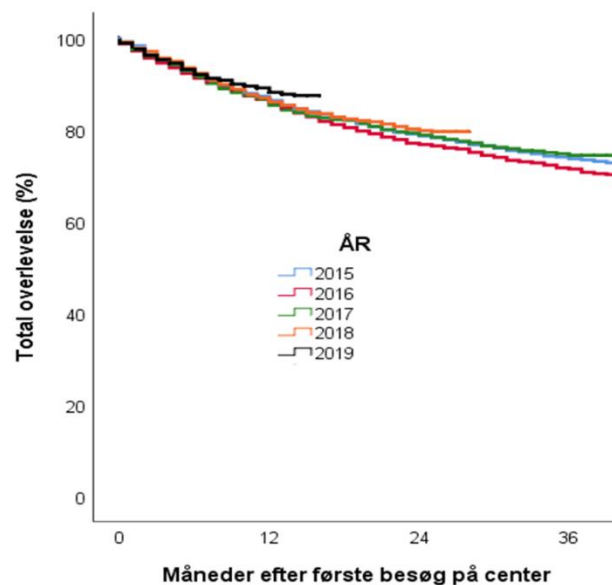
Mortaliteten i 2019 falder inden for den naturlige variation og er vel inden for kvalitetsmålet på maksimalt 3%.

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

### Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.

Pr. 24/4 2020 er 175 patienter i 2019-kohorten registreret som døde, svarende til 10% af patienterne. Dette er flere end rapporteret i 2018 rapporten (6%), men i år har vi inkluderet opdaterede data fra de centrale registre, hvilket kan forklare udsvinget.

I figur HHC11-1 ses overlevelse (crude survival) for alle patienter registreret i 2015 til og med 2019-kohorterne. Der er registreret follow-up på 635 af 2019-kohorten ud af 1.707 patienter, der pr 24/4 havde 1 års follow-up: 37% dækning.



<b>2019 event/at risk</b>	20/1687	172/436		
<b>2018 event/at risk</b>	16/1703	240/1478	327/368	
<b>2017 event/at risk</b>	16/1644	244/1408	351/1300	411/356
<b>2016 event/at risk</b>	22/1648	243/1414	387/1267	475/1178
<b>2015 event/at risk</b>	13/1580	218/1372	341/1243	419/1161

**Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2019-kohorten er 89 %**, hvilket er indenfor samme niveau som for 2015-8 kohorten (89-93%). Tallet er lidt lavere for 2019, og det afspejler formentlig de opdaterede dødsdatoer, som vi havde tilgængelig for 2019, men kan også skyldes 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 2019 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 97% [ $\pm 0,6\%$ ] og 84 % [ $\pm 1,3\%$ ] for de udbredte stadier.**

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

I live	Skjoldbrusk-kirtel N=420	Strube N=225	Svælg N=572	Mundhule N=291	Næse/ bihuler N=70	Spytkirtler N=91	Ukendt primærtumor N=38
Alle patienter	96% [ $\pm 1,1\%$ ]	88% [ $\pm 2,4\%$ ]	86% [ $\pm 1,6\%$ ]	84% [ $\pm 2,3\%$ ]	84% [ $\pm 4,7\%$ ]	96% [ $\pm 2,5\%$ ]	92% [ $\pm 4,9\%$ ]
Stadie I-II	99% [ $\pm 0,7\%$ ] (N=265)	97% [ $\pm 1,7\%$ ] (N=146)	99% [ $\pm 0,7\%$ ] (N=282)	95% [ $\pm 1,9\%$ ] (N=138)	93% [ $\pm 4,9\%$ ] (N=37)	100% (N=61)	-
Stadie III-IV	89% [ $\pm 2,9\%$ ] (N=142)	72% [ $\pm 5,4\%$ ] (N=79)	75% [ $\pm 2,8\%$ ] (N=290)	73% [ $\pm 3,9\%$ ] (N=153)	75% [ $\pm 7,7\%$ ] (N=33)	84% [ $\pm 8,9\%$ ] (N=30)	92% [ $\pm 4,9\%$ ] (N=38)

Tabel HHC11-1

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

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

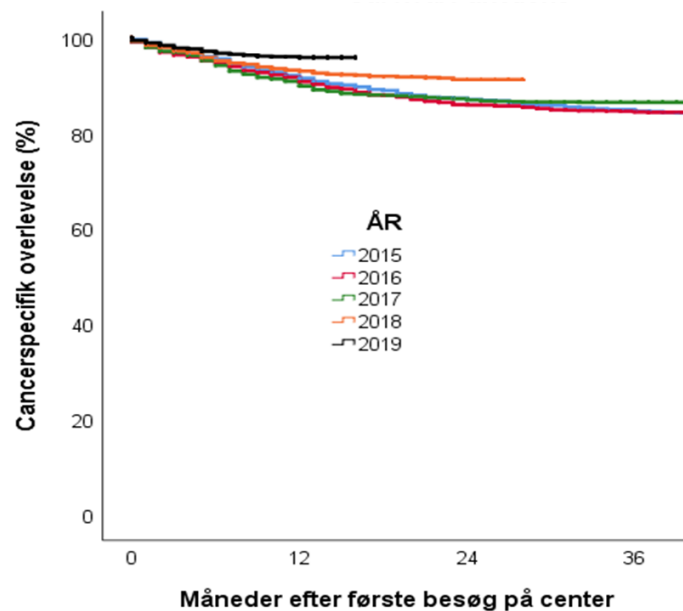
Denne parameter vil blive fulgt op på 2019-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2017 kohorten har 79% af patienterne registreret opfølgning til beregning af total overlevelse (crude survival). Den **aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år var for 2017-kohorten 75 % [ $\pm 1,1\%$ ].**

For 2015-2016 kohorten lå aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år mellem 72% og 74%.

## 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. 24/4 2020 er 119 patienter i 2019-kohorten registreret som døde af kræftsygdommen, svarende til knap 7% af patienterne. I figur HHC13-1 ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registreret i 2015 til og med 2019-kohorterne.



<b>2019 event/at risk</b>	10/1684	63/436		
<b>2018 event/at risk</b>	12/1703	118/1478	141/368	
<b>2017 event/at risk</b>	13/1644	165/1408	210/1300	217/356
<b>2016 event/at risk</b>	15/1648	150/1414	225/1267	246/1178
<b>2015 event/at risk</b>	7/1580	131/1372	198/1243	232/1163

**Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2019-kohorten er 96%**, hvilket umiddelbart er i samme niveau som i perioden 2015-17 (91-93%). Siden 2013 har den generelt været svagt stigende år for år. Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af dødsdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie.

**For 2019 er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 100% og 91 % [ $\pm 1,1\%$ ] for de udbredte stadier.**

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

I live uden kræft	Skjoldbrusk-kirtel N=420	Strube N=225	Svælg N=572	Mundhule N=291	Næse/ bihuler N=70	Spytkirtler N=91	Ukendt primærtumor N=38
Alle patienter	99% [ $\pm 0,2\%$ ]	95% [ $\pm 1,7\%$ ]	93% [ $\pm 1,2\%$ ]	94% [ $\pm 1,4\%$ ]	95% [ $\pm 2,6\%$ ]	97% [ $\pm 1,9\%$ ]	94% [ $\pm 4,0\%$ ]
Stadie I-II	100% (N=265)	100% (N=146)	100% (N=282)	100% (N=138)	100% (N=37)	100% (N=61)	-
Stadie III-IV	99% [ $\pm 0,7\%$ ] (N=142)	86% [ $\pm 4,6\%$ ] (N=79)	88% [ $\pm 2,1\%$ ] (N=290)	89% [ $\pm 2,7\%$ ] (N=153)	90% [ $\pm 5,6\%$ ] (N=33)	90% [ $\pm 6,9\%$ ] (N=30)	94% [ $\pm 4,0\%$ ] (N=38)

Tabel HHC13-1

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

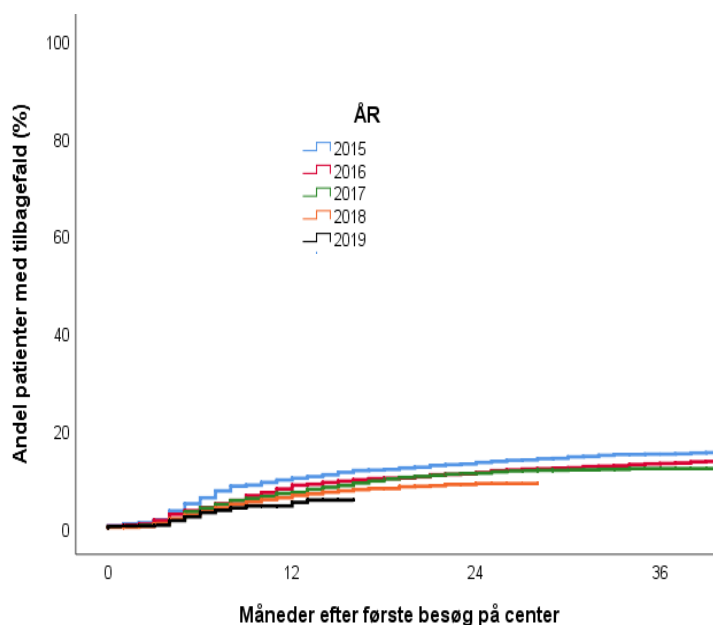
**Aktuarisk sandsynlighed for cancer specifik overlevelse efter 3 år.**

Denne parameter vil blive fulgt op på 2019-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2017 kohorten er andel af patienter med registreret opfølgning til cancer-specifik overlevelse 79% **Den aktuariske sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år var for 2017-kohorten 91% [ $\pm 0,7\%$ ];** for 2016-kohorten 92 % [ $\pm 0,7\%$ ] og det samme for 2015-kohorten.

**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. 24/4 2020 er 68 patienter i 2019-kohorten registreret med tilbagefald, svarende til 4 % af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for loko-regionalt tilbagefald for alle patienter registreret i 2015 og frem til 2019-kohorterne.



2019 event/at risk	68/1681	68/408		
2018 event/at risk	103/1703	103/1399	134/349	
2017 event/at risk	109/1640	109/1313	164/1199	175/333
2016 event/at risk	132/1642	132/1309	168/1169	192/1080
2015 event/at risk	150/1575	150/1256	194/1133	216/1063

**Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2019-kohorten er 96 %, 94% i 2018, 93 % i 2016 og 2017 og 90 % for 2015 kohorten.**

Dette kan afspejle en reel forbedring i overlevelsen, men kan også være influeret af forsinket registrering af recidivdatoer, sammensætningen af patientpopulationen, tumortype og tumorstadie.

I tabel HHC15-1 er sandsynligheden for ikke at have tilbagefald efter den primære behandling sat i relation til kræftens udgangspunkt, men ikke justeret for histologisk type eller behandlingsform.

**For den samlede 2019 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 98 % [ $\pm 0,5\%$ ] 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 N=420	Strube N=225	Svælg N=572	Mundhule N=291	Næse/ bihuler N=70	Spytkirtler N=91	Ukendt primærtumor N=38
Alle patienter	100%	97% [ $\pm 1,3\%$ ]	95% [ $\pm 1,0\%$ ]	91% [ $\pm 1,8\%$ ]	90% [ $\pm 4,0\%$ ]	93% [ $\pm 2,8\%$ ]	96% [ $\pm 4,3\%$ ]
Stadie I-II	100% (N=265)	99% [ $\pm 0,8\%$ ] (N=146)	97% [ $\pm 1,2\%$ ] (N=282)	97% [ $\pm 1,5\%$ ] (N=138)	92% [ $\pm 4,3\%$ ] (N=37)	97% [ $\pm 2,4\%$ ] (N=61)	-
Stadie III-IV	100% (N=142)	93% [ $\pm 3,6\%$ ] (N=79)	94% [ $\pm 1,6\%$ ] (N=290)	85% [ $\pm 3,3\%$ ] (N=153)	87% [ $\pm 6,9\%$ ] (N=33)	84% [ $\pm 7,6\%$ ] (N=30)	96% [ $\pm 4,3\%$ ] (N=38)

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 2019-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2017 kohorten er andelen af patienter med registreret opfølgning til loko-regional kontrol 79%

**Aktuariske sandsynlighed for cancer kontrol efter 3 år var for 2017-kohorten 88 % [ $\pm 0,9\%$ ]; for 2016-kohorten 87 % [ $\pm 0,9\%$ ] og for 2015-kohorten 85 % [ $\pm 0,9\%$ ].**

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

I alt 780 patienter er registreret som havende modtaget kurativt anlagt strålebehandling i 2019-kohorten (primært eller postoperativt). Ved afslutningen af strålebehandlingen var der data på 601 patienter, hvor 28% var registreret med en sonde. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 17% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftager derefter.** Et år efter havde 7% i 2019-kohorten en sonde, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up var begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

10-20 % 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 2015 til 2019 kunne antyde.

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

Blandt 175 døde i 2019-kohorten er dødsårsagen kendt i 93 % af tilfældene. Dette er på linje med tidligere år (2015-9: 89-95 %). Der er samlet set flere døde, men skyldes formentlig at opdateringen på dødsårsager er nyere end den vi har anvendt de tidligere år.

Dødsårsag	Antal ( % )
Primær cancer	119 (68%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	4 (2%)
Anden cancer i øvrigt	6 (3%)
Anden sygdom	31 (18%)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	█
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	12 (7%)

## 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:

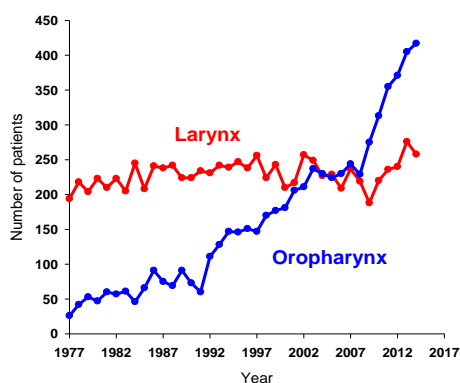
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytktidler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

Undtaget er tumorer i centralnervesystemet, øjenhule, maligne lymfomer og hudkræft i ansigtsregioner (herunder kræft i læben). Der optræder et varierende antal patienter inden for hver sygdomsgruppe, fra ca. 50 til mere end 500 tilfælde årligt. Der har over tid været tale om ca. 1.700 nydiagnosticerede tilfælde om året. Dette tal er stigende, overvejende betinget af et større antal små cancertilfælde udgående fra skjoldbruskkirtlen.

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 kræftgrupper vedkommende kan føres tilbage til 1971; et multidisciplinært nationalt samarbejde forankret i afdelinger med højt specialiseret funktion og de respektive specialer med udvikling af evidensbaserede retningslinjer ([www.dahanca.dk/guidelines](http://www.dahanca.dk/guidelines)) med tilhørende kvalitetssikring gennem en national klinisk kvalitetsdatabase.

Behandlingen gives således efter samme principper overalt i landet og med udgangspunkt i DAHANCA's landsdækkende retningslinjer. Oplysning om behandlingsprincipper, de forskellige protokoller mv. kan findes på DAHANCA's hjemmeside [www.dahanca.oncology.dk](http://www.dahanca.oncology.dk). Dette udgør grundstammen i, at data for hoved-hals kræft kan sammenlignes år for år. Sammenligning på tværs af landet er dog problematisk på grund af tilfældig variation i patientklientel og de topografiske og stadiemæssige udsving inden for syv undergrupperinger af hoved-halskræft på seks forskellige 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.

Incidensen af hoved-hals kræft er nu ca. 1.700 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 14.000 (NORDCAN 2016). Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 20 % til 95 %. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft angives omkring 70% og er, ud over udfaldet af behandlingen af den aktuelle kræftsygdom, afhængig af patienternes komorbiditet, der bl.a. er influeret af et ofte langvarigt tobaks- og alkoholforbrug. Det er således karakteristisk, at patienter med en lille kræftknode på stemmebåndet har en mindre risiko for at dø af denne kræftsygdom end for at dø af lungekræft, da denne kræftform optræder med høj hyppighed i samme patientgruppe på grund af den fælles tobaksætiologi. Opdaterede tal fra DAHANCA (2017) viser en 3-års overlevelse for patienter med hoved-halskræft i Danmark på 75%, mens den cancer-specifikke overlevelse er 88%.



## Oversigt over alle indikatorer

Indikator	Beskrivelse	Type	Kvalitetsmål
HHC1	Der eksisterer nationale klinisk databaser (DAHANCA 2000, DATHYRCA).	Struktur	100 %
HHC2	Der eksisterer kliniske retningslinjer (clinical practice guidelines) for alle patientkategorier med cancer i hovedhalsregionen.	Struktur	100 %
HHC3	Andel af patienter med cancer cavi oris, cancer oro-pharyngis, cancer hypopharyngis, cancer nasopharyngis, cancer laryngis og cancer glandulae salivarii med cytologisk/ histologisk verificeret carcinom registreret i DAHANCA 2000 databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnoser registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %
HHC4	Andel patienter med cancer thyroideae med cytologisk/histologisk verificeret carcinom registreret i DATHYRCA databasen, i forhold til antal patienter med samme diagnose registreret i Cancerregistret.	Proces	≥ 95 %
HHC5	Andel patienter, der er drøftet ved MDT-konference.	Proces	≥ 90 %
HHC6	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt tumorlokalisering.	Proces	100 %
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %
HHC8	Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tids-ramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.	Proces	≥ 90 %
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %
HHC11	Andel patienter med registrering af crude survival efter 1 år fordelt efter topografi og stadie. Aktuarisk sandsynlighed for crude survival efter 1 år	Proces	100 %
		Resultat	>90 % *
HHC12	Andel patienter med registrering af Crude survival efter 3 år. Aktuarisk sandsynlighed for Crude survival efter 3 år	Proces	100 %
		Resultat	>75 % *
HHC13	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år fordelt efter topografi og stadie. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Proces	100 %
		Resultat	>90 % *
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Proces	100 %
		Resultat	>75 % *
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Proces	100 %
		Resultat	> 90 % *
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år. Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Proces	100 %
		Resultat	>75 % *
HHC17	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to, seks og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	
HHC18	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %

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

## Bestyrelsen og styregruppens medlemmer 2019

Formand, DAHANCA	Overlæge Jørgen Johansen
Formand databasen/Sekretariat	Professor Jens Overgaard (databaseansvarlig)
Sekretariat	Professor Jesper Grau Eriksen
Ålborg/ Onkologi	Overlæge Maria Andersen (lokal databaseansvarlig)
Ålborg/ Øre-næse-hals kirurgi	Afdelingslæge Nina Lyhne (Har i perioden afløst overlæge Henrik Jacobsen)
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl (lokal databaseansvarlig)
Århus/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Thomas Kjærgaard
Odense/ Onkologi	Overlæge Jørgen Johansen (lokal databaseansvarlig)
Odense/ Øre-næse-hals kirurgi	Professor Christian Godballe (databaseansvarlig, DATHYRCA)
Herlev/ Onkologi	Overlæge Elo Andersen (lokal databaseansvarlig)
RH/ Onkologi	Overlæge Claus A. Kristensen (lokal databaseansvarlig)
RH/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Birgitte Charabi
Næstved/ Onkologi	Overlæge Mohammad Farhadi (lokal databaseansvarlig)

## Regionale kommentarer