

**Årsrapport 2020**  
**for den kliniske kvalitetsdatabase**  
**DAHANCA**



## Årsrapporten 2020

Årsrapporten 2020 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  
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	32
Oversigt over indikatorer	34
Bestyrelse og Styregruppens medlemmer 2020	35
Regionale kommentarer	36

## 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 tiende 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 2020-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt er tilfredsstillende og de fleste af kvalitetsmålene er nået.***

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- Vi har for 2020 for første gang modtaget LPR3-data hvilket gør, at vi kan afrapportere forløbstider relateret til 2020-kohorten. Tallene i årsrapporten adskiller sig således fra de af Sundhedsdatastyrelsen rapporterede forløbstider, idet myndighederne også rapporterer på recidiver, der ikke nødvendigvis er diagnosticeret i 2020. Dækningsgraden af LPR3 data til at generere en "kongeindikator" var 66%, men med supplement af data for 'start af behandling' fra kvalitetsdatabasen, kunne en dækningsgrad på 85% opnås for 2020, og 65% for 2019 til sammenligning. Dette kan gøres, 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. Overordnet set er forløbstiderne øget med en median på 3 dage i forhold til 2019 – lidt længere for strålebehandling (5 dage) end for kirurgi (2 dage). Tallene skal tolkes med forsigtighed, da dækningsgraden for 2019 var lav. Det kan således ikke konkluderes, om forlængede forløbstider er en følge af COVID-19 epidemien, eller en følge af den lave dækningsgrad af data for 2019. Det vil være en parameter, der holdes nøje øje med i det kommende år. Indikatormålet (se HHC8) er ikke nået.
- COVID-19 har på mange måder påvirket vores liv i 2020. Der hersker frygt for, at pandemien også har påvirket diagnose og behandling af patienter med hoved-halskræft. Sammenlignes nøgletal fra 2020 med 2019-data kan det konstateres, at der har været et fald i antal patienter i 2020 i forhold til 2019 på 123 patienter eller 7%.

I 2018 og 2019 var der dog forholdsvis mange nyregistrerede patienter. I 2013 blev ukendt primær tumor med lymfeknude på halsen medtaget som den sidste af halsens klassiske kræftsygdomme. Ser man tilbage på perioden 2013-2020, med år 2013 som indeks 100, så var der ekstraordinært mange patienter i 2018 og 2019, men ellers har der ikke været de store udsving, og 2020 lå på indeks 99 (se også Tabel HHC 6-2).

Dette er i tråd med, at over de sidste par år er der ingen forskel i stadiefordelingen, ingen forskel på antal patienter der ses på MDT og ingen forskel, på hvor mange patienter der starter den på MDT foreslåede behandling. Forløbstiderne er dog forlænget i 2020 sammenlignet med 2019, som til gengæld var et år med dårlig dækning af kongeindikatoren i LPR3 data. Det er derfor usikkert, om dette kan tolkes som en direkte konsekvens af COVID-19 pandemien. Endelig ved vi også at der fortsat finder efterregistrering af skjoldbruskkraft sted. Samlet set har COVID-19 formentlig ikke har påvirket diagnostik og behandling af patienter med hoved-hals kræft i væsentlig grad.

- I erkendelse af at hoved-halskræft er en meget heterogen gruppe af kræftsygdomme, besluttede styregruppen i 2020 at man fremover i højere grad skulle rapportere kræft i skjoldbruskkirtlen separat, da kræft i skjoldbruskkirtlen adskiller sig markant fra de andre klassiske planocellulære hoved-halscancerer. Overlevelsesparametrene er derfor i denne årsrapport at finde i en samlet form, men også adskilt i de "klassiske" hoved-halscancerer og skjoldbruskkirtelkræft. Dette vil vi formentlig udbygge i de kommende rapporter.

## **Fokusområder**

- Selvom andelen af patienter der overholder pakkeforløbstiderne ikke har ændret sig markant fra tidligere år, har vi i 2020 set en median ændring på 3 dage. Der vil være ekstra fokus på den parameter i det kommende år.
- 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 registrere de nødvendige data. Som eksempel herpå

bliver klassifikationen af tumorstadiet i 2021 automatiseret for at imødegå udfordringerne med den komplekse UICC8 tumor-klassifikation og dermed mindske risikoen for fejlindregistrering. Algoritmerne er netop under sidste validering.

- DAHANCA-databasen er i 2020 blevet omlagt til to-trins login og generelt øget sikkerhed – både for at være fuldt GDPR kompliant, men også for at sikre data på bedst mulige måde. Der er lagt store kræfter i den omlægning og der refterer kun minimal optimering af systemerne i 2021.
- DAHANCA søgte i september 2019 Sundhedsdatastyrelsen om re-certificering af kvalitetsdatabasen. I oktober 2020, modtog vi re-certificeringen af databasen samt tilladelse til at inkorporere tre yderligere kvalitetsparametre for at dække patientforløbet bedre. Her tænkes på akutte bivirkninger under stråleterapi, sene bivirkninger og behandling ved tilbagefald af kræftsygdom, inkl. de pallierende forløb. Vi modtog re-certificeringen så sent at vi ikke kan rapportere disse parametre i nærværende rapport, men de vil være at finde i 2021-rapporten.
- 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 om protokollert behandling. Sammen med andre DMCG'er har DCCC derfor ansøgt Sundhedsdatastyrelsen om at registrere 1) Om patienten er egnet til et aktuelt klinisk forsøg og 2) om patienten har sagt ja til deltagelse i et klinisk forsøg, og vi vil også kunne rapportere på, hvilket forsøg der er tale om. Dette vil give viden om mønstre for accept af protokollert behandling, som kan bruges aktivt i fremtiden. Vi forventer tilladelse til dette snarligt således, at vi også kan rapportere 2021 data på denne parameter.

## 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 2020
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 tumorlokalisering.	Proces	100 %	100%
HHC7	Andel patienter registreret i DAHANCA 2000/ DATHYRCA med kendt TNM-klassifikation.	Proces	100 %	97%
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 %	72% (strålebeh.) og 85% (kirurgi)
HHC9	Andel patienter, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.	Proces	≥ 90 %	98%
HHC10	30 dages mortalitet blandt primært kirurgisk behandlede patienter	Resultat	<3 %	0,3%
HHC11	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	90 %
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100% (2018-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	74 %

<b>HHC13</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 1 år.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	96 %
<b>HHC14</b>	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2018-kohorten) 88 %
<b>HHC15</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	100 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	90 %
<b>HHC16</b>	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	100%
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	(2018-kohorten) 87 %
<b>HHC17</b>	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat		19% / 1%
<b>HHC18</b>	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	92 %

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



## Uddybning af de enkelte indikatorresultater

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

Fra DAHANCA's start i 1976 er kliniske studier blevet 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 2020 er der publiceret nye nationale retningslinjer for strålebehandling, behandling med cisplatin og retningslinjer for funktionelle undersøgelser ved dysfagi samt behandling og forebyggelse af osteoradionekrose – alle i RKKP-skabelonen.***

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

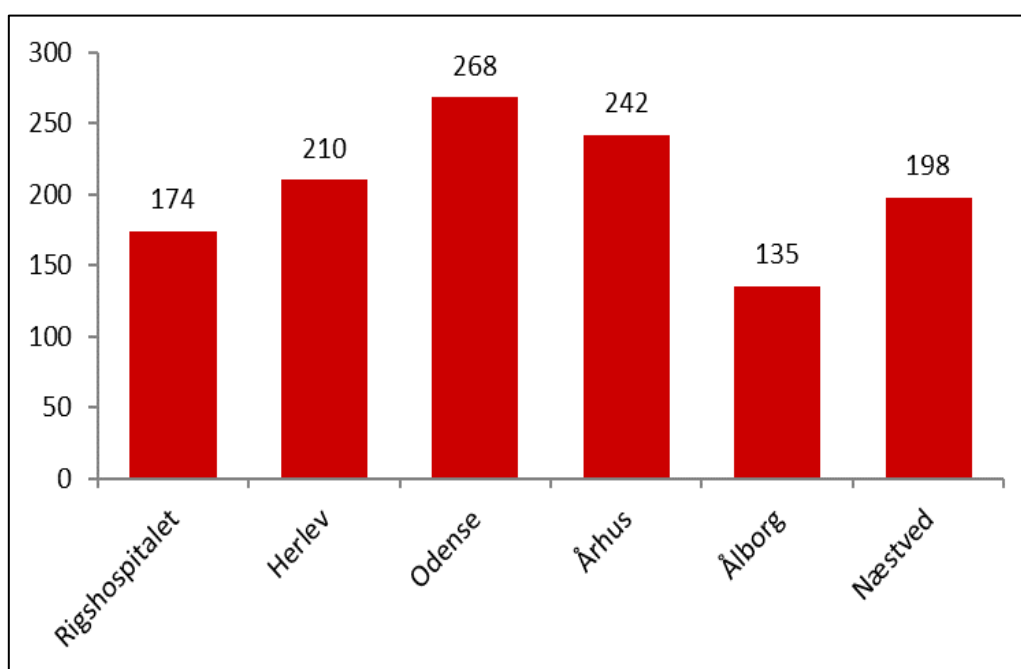
## Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

**DAHANCA har for 2020 registreret 1.227 patienter;** hvilket er 71 patienter færre i forhold til 2019.

Data for 2020-kohorten er ikke tilgængelige i Cancerregisteret. Derfor plejer DAHANCA at rapportere på data fra året før. I år har det ikke været muligt at få data for 2019.

En direkte sammenligning mellem Cancerregisteret og DAHANCA for 2018 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-halskræft. 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.

I figur HH3-1 ses fordelingen af patienterne i 2020-kohorten mellem de enkelte centre.



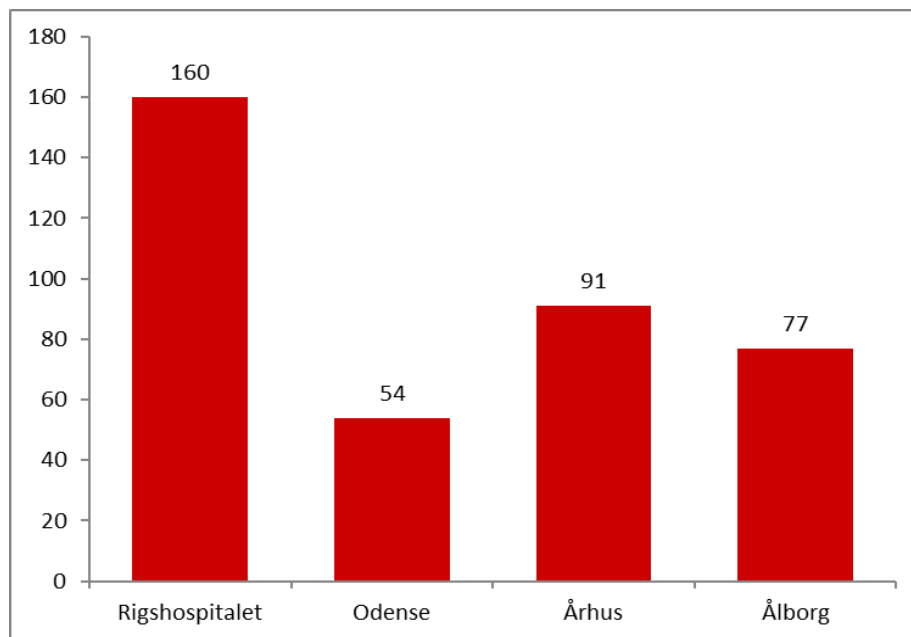
Figur HHC3-1

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

**DATHYRCA har for 2020 registreret 382 patienter;** hvilket er 49 patienter færre i forhold til 2019.

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.

I figur HHC4-1 ses fordelingen af patienterne i 2020-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) eller små tungeccancere. Sidstnævnte udgør en væsentlig del af de knap 2% af patienterne, der ikke er drøftet på MDT i 2020.

Multidisciplinær team konference (MDT)	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Ja	171 (98,3%)	196 (93,3%)	267 (99,6%)	241 (99,6%)	135 (100%)	195 (98,5%)	1205 (98,2%)
Nej	█	14 (6,7%)	█	█	0	█	22 (1,8%)
Mangler information	0	0	0	0	0	0	0

Tabel HHC5-1

**Mere end 98% af alle patienter blev i 2020 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 første gang fik alle patienter indikatoren registreret i 2020.**

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2020	1205 (98,2%)	20 (1,8%)	0
2019	1274 (97,9%)	21 (1,6%)	6 (0,5%)
2018	1296 (98,3%)	20 (1,5%)	█
2017	1274 (98%)	24 (1,8%)	█
2016	1281 (96,1 %)	37 (2,8 %)	15 (1,1 %)

I 2020 blev 91% af patienterne registreret som behandlet i henhold til retningslinjerne. En hyppig angivet årsag til ikke at følge retningslinjerne var patientønske, dårlig almentilstand eller synkronne cancere, 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.

Overordnet kan deltagelse i kliniske projekter vurderes på størstedelen af 2020-kohorten. I alt 497 patienter svarende til 31% af alle patienter med hoved-halskræft er registreret med tilbudt indgang i et klinisk studie. Heraf valgte 420 patienter at indgå. 43% af patienterne, der modtog strålebehandling, blev tilbudt indgang i et studie, mens det samme gjorde sig gældende for 4% af patienterne der primært blev behandlet med kirurgi.

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

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stemmelæber	11 (6%)	15 (7%)	24 (9%)	34 (14%)	12 (9%)	19 (10%)	115 (9%)
Strube (-stemmelæber)	10 (6%)	8 (4%)	19 (7%)	20 (8%)	7 (5%)	11 (6%)	75 (6%)
Næsesvælg	10 (6%)	█	█	█	4 (3%)	█	22 (2%)
Mundsvælg	59 (34%)	92 (43%)	102 (38%)	81 (33%)	44 (33%)	77 (39%)	455 (37%)
Nedre svælg	8 (5%)	13 (6%)	16 (6%)	16 (7%)	11 (8%)	17 (9%)	81 (7%)
Mundhule	44 (25%)	46 (22%)	57 (21%)	58 (24%)	38 (28%)	50 (25%)	293 (24%)
Næse-bihuler	15 (9%)	12 (6%)	26 (11%)	13 (5%)	8 (6%)	0	74 (6%)
Spytkirtler	13 (7%)	17 (8%)	13 (5%)	13 (5%)	7 (5%)	16 (8%)	79 (6%)
Ukendt primærtumor	4 (2%)	5 (2%)	9 (3%)	4 (2%)	4 (3%)	7 (4%)	33 (3%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
<b>Total</b>	<b>174 (100%)</b>	<b>210 (100%)</b>	<b>268 (100%)</b>	<b>242 (100%)</b>	<b>135 (100%)</b>	<b>198 (100%)</b>	<b>1227 (100%)</b>
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Skjoldbruskkirtel	160 (42%)	0	54 (14%)	91 (24%)	77 (20%)	0	382 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
<b>DAHANCA+DATHYRCA</b>	<b>334 (21%)</b>	<b>210 (13%)</b>	<b>322 (20%)</b>	<b>333 (21%)</b>	<b>212 (13%)</b>	<b>198 (12%)</b>	<b>1.609 (100%)</b>

Tabel HHC6-1

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

**I alt er 1.609 patienter registreret i 2020-kohorten, hvilket er 123 (7%) færre i forhold til 2019-kohorten.** Der kan være flere årsager til dette. Normalt sker der en vis efterregistrering på ekstra 10-20 patienter i løbet af det efterfølgende år, men COVID-19 kan også spille en rolle.

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 (Tabel HHC 6-2). Det skal specielt bemærkes, at der for årene 2018-9 er registreret et ekstra stort antal patienter med skjoldbruskkirtelkræft.

År	DAHANCA	DATHYRCA	IALT	Index
2013	1344	276	1620	100
2014	1295	337	1632	101
2015	1266	329	1595	98
2016	1333	339	1672	103
2017	1300	362	1662	102
2018	1318	405	1723	106
2019	1301	431	1732	107
2020	1227	382	1609	99

*Tabel HHC 6-2*

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

T position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
T <sub>is</sub> (carcinoma in situ)	0	0	0	0	0	■	■
T <sub>0</sub> (ukendt primær)	4 (1%)	5 (2%)	9 (3%)	4 (1%)	4 (2%)	7 (4%)	33 (2%)
T <sub>1</sub>	119 (36%)	59 (28%)	115 (36%)	99 (30%)	62 (29%)	58 (29%)	512 (32%)
T <sub>2</sub>	83 (25%)	56 (27%)	95 (30%)	113 (34%)	85 (40%)	66 (33%)	498 (31%)
T <sub>3</sub>	57 (17%)	33 (16%)	60 (19%)	51 (15%)	40 (19%)	22 (11%)	263 (16%)
T <sub>4</sub>	50 (15%)	56 (27%)	40 (12%)	41 (12%)	21 (10%)	45 (23%)	253 (16%)
TX (kan ikke vurderes)	■	■	■	■	0	0	5 (<1%)
Manglende information	19 (6%)	0	■	24 (7%)	0	0	45 (3%)
<b>Total</b>	<b>334 (21%)</b>	<b>210 (13%)</b>	<b>322 (20%)</b>	<b>333 (21%)</b>	<b>212 (13%)</b>	<b>198 (12%)</b>	<b>1.609 (100%)</b>

Manglende information om T-site var primært for skjoldbruskkirtelkræft (44 af 45 patienter; 98%).

N position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
N <sub>0</sub>	178 (53%)	88 (42%)	153 (48%)	172 (52%)	114 (54%)	81 (41%)	786 (49%)
N <sub>1</sub>	81 (26%)	54 (26%)	98 (30%)	71 (21%)	35 (16%)	46 (23%)	385 (24%)
N <sub>2</sub>	41 (12%)	47 (22%)	58 (18%)	57 (17%)	48 (23%)	49 (25%)	300 (19%)
N <sub>3</sub>	12 (4%)	20 (10%)	8 (2%)	8 (2%)	15 (7%)	22 (11%)	85 (5%)
NX (kan ikke vurderes)	■	■	■	■	0	0	6 (<1%)
Manglende information	19 (6%)	0	4 (1%)	24 (7%)	0	0	47 (3%)
<b>Total</b>	<b>334 (21%)</b>	<b>210 (13%)</b>	<b>322 (20%)</b>	<b>333 (21%)</b>	<b>212 (13%)</b>	<b>198 (12%)</b>	<b>1.609 (100%)</b>

Manglende information om N-site var primært for skjoldbruskkirtelkræft (44 af 47 patienter; 94%).

M position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
M <sub>0</sub>	323 (97%)	204 (97%)	310 (93%)	326 (98%)	205 (97%)	190 (96%)	1558 (97%)
M <sub>1</sub>	11 (3%)	6 (3%)	11 (7%)	7 (2%)	7 (3%)	8 (4%)	40 (3%)
Manglende information	0	0	■	0	0	0	1 (<1%)
<b>Total</b>	<b>334 (21%)</b>	<b>210 (13%)</b>	<b>322 (20%)</b>	<b>333 (21%)</b>	<b>212 (13%)</b>	<b>198 (12%)</b>	<b>1.609 (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 stadietildelingen (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 2020 er der en komplethed i data på knap 97%.** Dette er lavere end 2019 hvor der var en komplethed på 99% (som har ligget stabilt siden 2013).

Stadie UICC8	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	Næstved	Total
Stadie 0	0	0	0	0	0	█	█
Stadie I	107 (32%)	63 (30%)	130 (40%)	100 (30%)	60 (28%)	56 (28%)	516 (32%)
Stadie II	60 (18%)	38 (18%)	42 (13%)	85 (25%)	62 (29%)	40 (20%)	327 (20%)
Stadie III	72 (22%)	31 (15%)	61 (19%)	42 (13%)	33 (16%)	35 (18%)	274 (17%)
Stadie IV	74 (22%)	76 (36%)	84 (26%)	82 (25%)	57 (27%)	66 (33%)	439 (27%)
Kan ikke vurderes	█	█	█	0	0	0	4 (<1%)
Manglende information	20 (6%)	0	4 (1%)	24 (7%)	0	0	48 (3%)
<b>Total</b>	<b>334 (21%)</b>	<b>210 (13%)</b>	<b>322 (20%)</b>	<b>333 (21%)</b>	<b>212 (13%)</b>	<b>198 (12%)</b>	<b>1.609 (100%)</b>

Tabel HHC7-2

Stadie UICC8	2018	2019	2020
Stadie I	33%	33%	32%
Stadie II	18%	19%	19%
Stadie III	15%	14%	15%
Stadie IV	34%	34%	34%

Tabel HHC7-3

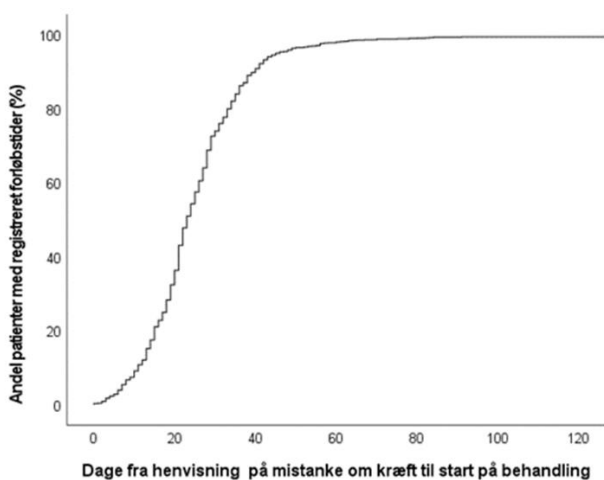
Tabel HHC7-3 viser i forsimplet form en sammenligning mellem stadietfordelingen i 2018, 2019 og 2020. Der er umiddelbart ingen forskel mellem de tre kohorter.

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

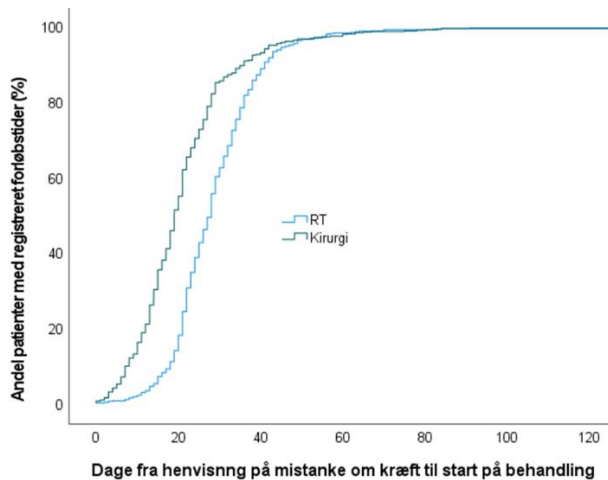
Vi har siden årsrapporten 2014 rapporteret på data trukket via RKKP. Vi rapporterer udelukkende forløbstider på de primært behandlede patienter, hvorfor indikator HHC8 forløbstider adskiller sig fra de pakketider, der udmeldes fra Regionerne, som også indeholder tider for udredning af recidivpatienter.

Den overordnede indikator for pakkeforløbet ("Kongeindikatoren") går fra "Henvielse til pakkeforløb start" (AFB02A) til "Start på initial behandling" (AFB02F1-3a). Forløbstiden bør være mindre end 32 dage, hvis strålebehandling er den primære behandlingsmodalitet (dog 38 dage hvis der er tale om partikelterapi) og 28 dage, hvis kirurgi er den primære behandlingsmodalitet. Alle forløbstider er registreret som kalenderdage (hverdage, weekender og helligdage).

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.370 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

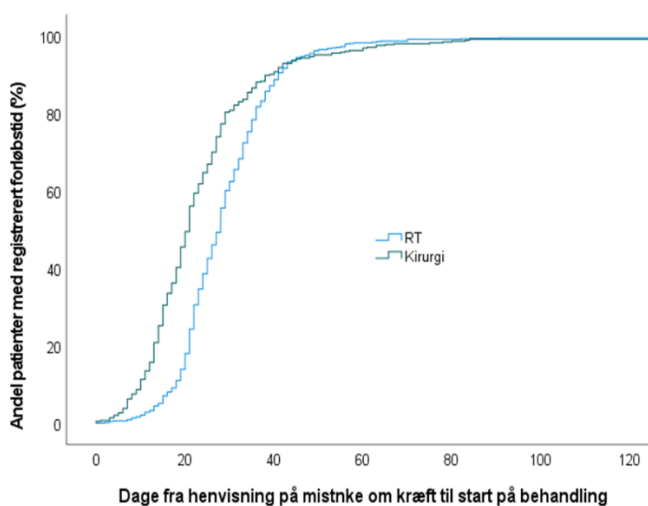


Figur HHC8-2

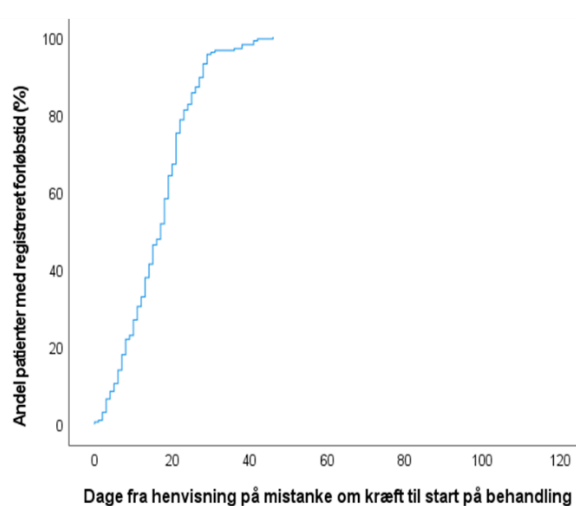
Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til 85% af patienterne for 2020-kohorten, hvilket er mere end i 2019 (65%). **Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for nydiagnosticerede patienter var 23 dage (95% CI: 22,3-23,7 dage) i 2020 (Figur HHC8-1) mod 20 dage (95% CI: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

**Median forløbstid er 28 dage (95% CI: 27,1-28,8 dage) for stråleterapi og 19 dage (95% CI: 18,3-19,7 dage) for kirurgi (Figur HHC8-2), mod hhv. 23 dage og 17 dage i 2019. 72% af patienterne overholdt derfor kongeindikatoren i 2020 for stråleterapi og 85% for kirurgi.**

Ofte er forløbene anderledes for skjoldbruskkirtelkræft – jævnfør at de ikke nødvendigvis skal på MDT. Tallene for 2020 ser således ud, hvis skjoldbruskkirtelkræft analyseres separat:



Figur HHC8-3



Figur HHC8-4

Median forløbstid for klassisk hoved-halskræft er uændret 28 dage (95% CI: 27,1-28,8 dage) for stråleterapi og nu 21 dage (95% CI: 20,1-21,9 dage) for kirurgi (figur HHC8-3). **Median forløbstid for primær kirurgi for skjoldbruskkirtelkræft var 17 dage (95% CI: 15,4-18,6 dage) i 2020 (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	21 dg			15 dg	23 dg	22 dg
Forløbstid stråleterapi	28 dg	30 dg	27 dg	24 dg	29 dg	25 dg
- med tandsanering	30 dg	35 dg	29 dg	28 dg	37 dg	30 dg
- uden tandsanering	27 dg	28 dg	26 dg	23 dg	28 dg	22 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, der påbegynder den på MDT planlagte behandling.**

**1.581 patienter ud af 1.609 i DAHANCA databasen for 2020 har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling) i 2020 svarende til mere end 98% af kohorten.** Der mangler således definitiv registrering på 28 patienter svarende til 1,7% af 2020-kohorten: tre med hoved-halscancer og 25 med skjoldbruskkirtelkræft.

År	Andel patienter med registreret behandling
2020	>98%
2019	>99%
2018	>99%
2017	>98%
2016	>98%

I alt 773 patienter modtog primær kirurgi, 764 primær strålebehandling (og 155 postoperativ strålebehandling efter primær kirurgi) og 8 patienter primær kemoterapi, mens 36 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 773 patienter (48 % af 2020-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 0,3 % i 2020**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har alle år med tilgængelige data været lav.

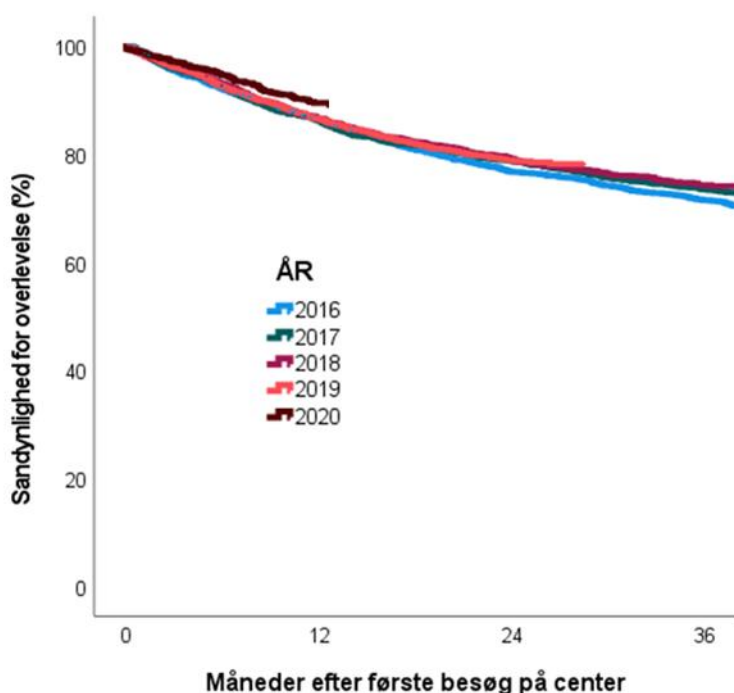
År	30-dages mortalitet
2020	■/773 = 0,3%
2019	5/897 = 0.6%
2018	4/878 = 0,5%
2017	■/627 = 0,3%
2016	7/720 = 1%

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

### Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.

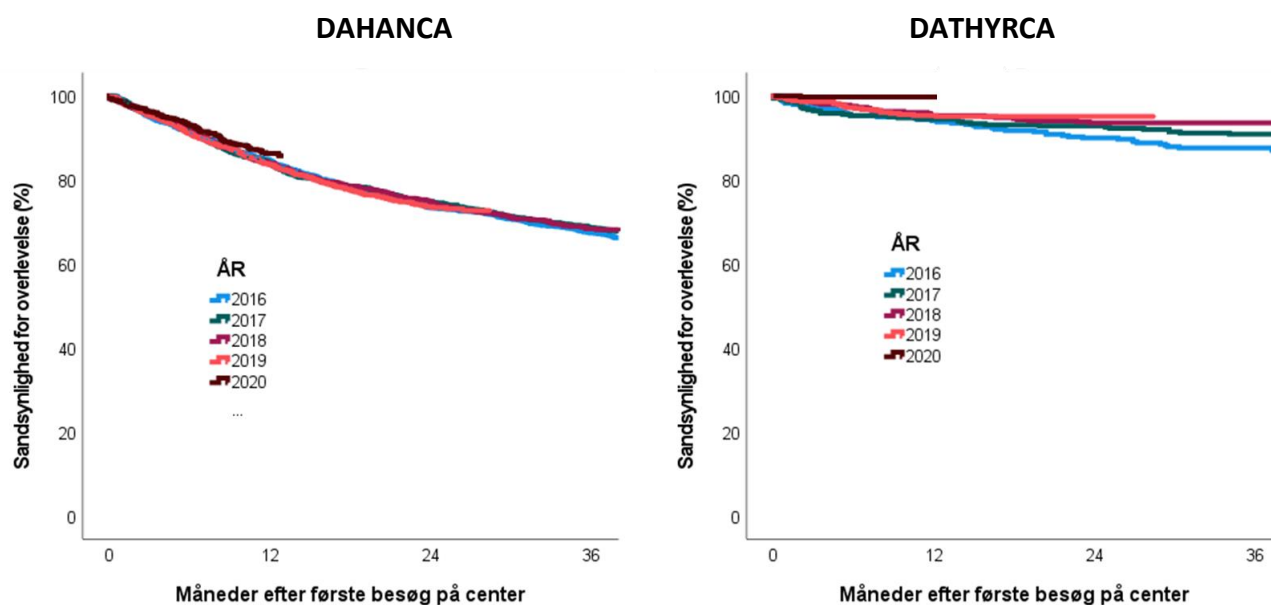
Pr. 17/4 2021 er 141 patienter i 2020-kohorten registeret som døde, svarende til knap 9%.

I figur HHC11-1 ses overlevelse (crude survival) for alle patienter registeret i 2016 til og med 2020-kohorterne. Der er registreret fuldt follow-up på alle 1.609 patienter.



2020 event/at risk	8/1609	138/512		
2019 event/at risk	4/1723	233/1494	345/487	
2018 event/at risk	6/1715	231/1489	358/1361	427/466
2017 event/at risk	1/1657	228/1424	351/1301	438/1213
2016 event/at risk	1/1672	226/1433	386/1271	474/1181

**Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2020-kohorten er 90%**, hvilket er højere end 2016-9 kohorten (86-87%). At tallet er lidt højere for 2020, 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 2020-kohorten er 85% og 100% for DATHYRCA 2020-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 2020 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 97% [ $\pm 0,6\%$ ] og 81% [ $\pm 1,7\%$ ] 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=382	Strube N=190	Svælg N=558	Mundhule N=293	Næse/ bihuler N=74	Spytkirtler N=79	Ukendt primærtumor N=33
Alle patienter	100%	86% [ $\pm 2,9\%$ ]	82% [ $\pm 1,6\%$ ]	82% [ $\pm 2,6\%$ ]	86% [ $\pm 4,2\%$ ]	90% [ $\pm 3,6\%$ ]	92% [ $\pm 4,6\%$ ]
Stadie I-II	100% (N=268)	93% [ $\pm 2,5\%$ ] (N=115)	98% [ $\pm 0,9\%$ ] (N=287)	94% [ $\pm 2,4\%$ ] (N=130)	97% [ $\pm 3,3\%$ ] (N=37)	93% [ $\pm 3,7\%$ ] (N=45)	-
Stadie III-IV	100% (N=114)	75% [ $\pm 5,0\%$ ] (N=75)	79% [ $\pm 2,9\%$ ] (N=271)	73% [ $\pm 4,1\%$ ] (N=163)	75% [ $\pm 7,4\%$ ] (N=37)	87% [ $\pm 6,0\%$ ] (N=34)	92% [ $\pm 4,6\%$ ] (N=33)

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 2020-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2018 kohorten har alle patienter registrering af opfølgning til beregning af total overlevelse (crude survival). Den **aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år var for 2017-kohorten 74% [ $\pm 1,1\%$ ]**.

For 2016-2019 kohorten lå aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år mellem 72% og 74%.

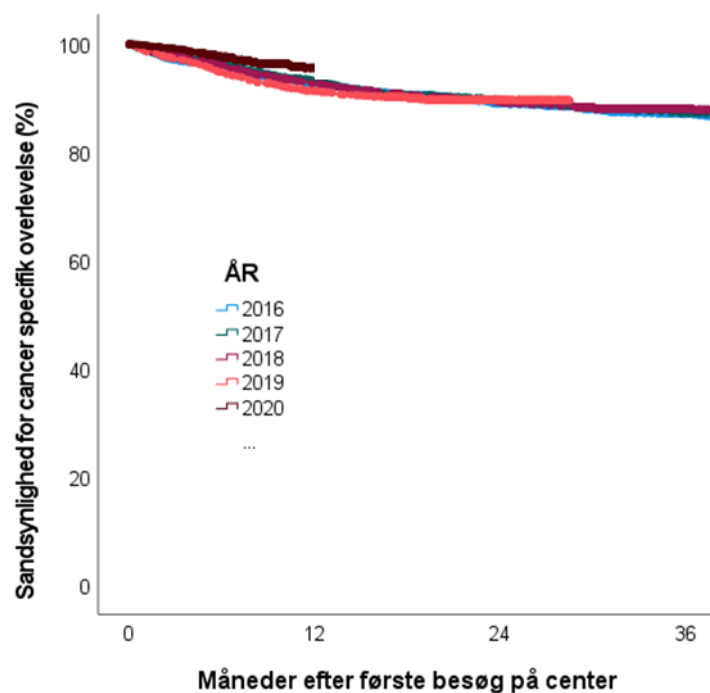
***For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2018-kohorten 68% [ $\pm 1,3\%$ ] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2018 er den 94% [ $\pm 1,2\%$ ].***



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

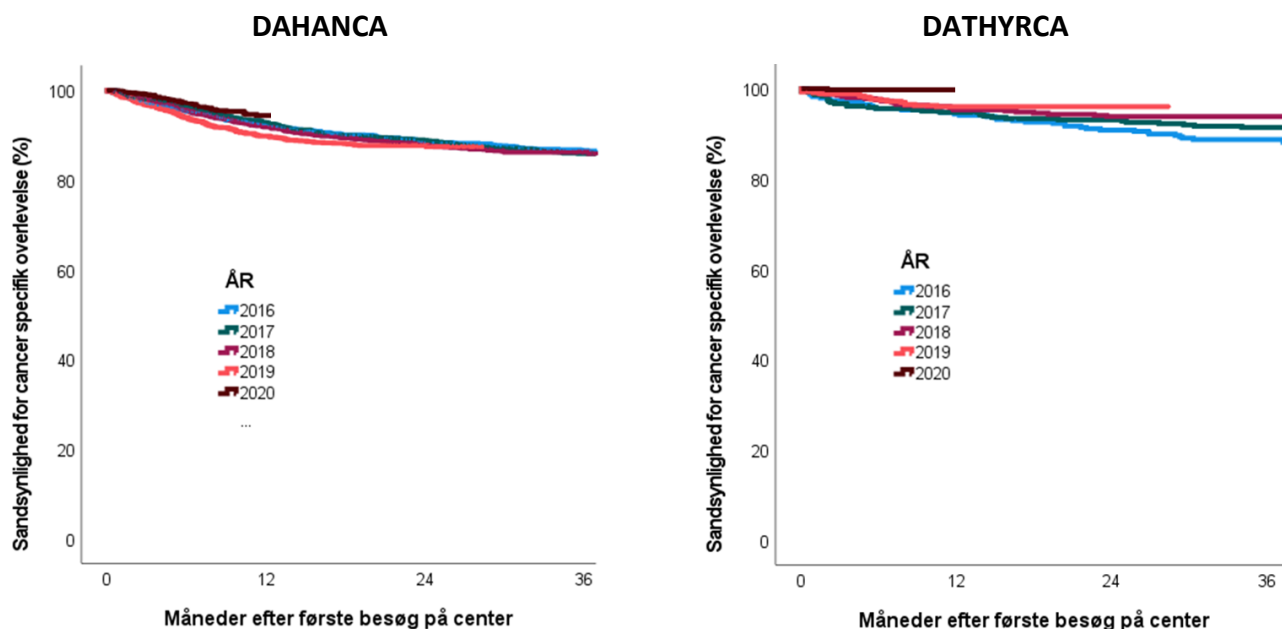
**Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år.**

Pr. 17/4 2021 er 105 patienter i 2020-kohorten registeret som døde af kræftsygdommen, svarende til knap 7% af patienterne. I figuren nedenfor ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registeret i 2016 til og med 2020-kohorterne.



<b>2020 event/at risk</b>	8/1601	56/512		
<b>2019 event/at risk</b>	9/1723	146/1494	170/487	
<b>2018 event/at risk</b>	8/1715	122/1489	175/1361	192/466
<b>2017 event/at risk</b>	5/1657	108/1424	159/1301	196/1213
<b>2016 event/at risk</b>	1/1672	115/1433	174/1271	201/1182

**Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2020-kohorten er 96%**, hvilket umiddelbart er lidt højere end i perioden 2016-19 (92-93%). 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 andre parametre. Deles 2020-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 2020-kohorten er 94% og 100% for DATHYRCA 2020-kohorten.**

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

I live uden kræft	Skjoldbrusk-kirtel N=382	Strube N=190	Svælg N=558	Mundhule N=293	Næse/ bihuler N=74	Spytkirtler N=79	Ukendt primærtumor N=33
Alle patienter	100%	96% [ $\pm 1,9\%$ ]	96% [ $\pm 0,9\%$ ]	91% [ $\pm 2\%$ ]	91% [ $\pm 3,6\%$ ]	98% [ $\pm 1,3\%$ ]	94% [ $\pm 3,9\%$ ]
Stadie I-II	100% (N=268)	98% [ $\pm 1,8\%$ ] (N=115)	99% [ $\pm 0,4\%$ ] (N=287)	100% (N=130)	97% [ $\pm 3,3\%$ ] (N=37)	100% (N=45)	-
Stadie III-IV	100% (N=114)	91% [ $\pm 4,5\%$ ] (N=75)	92% [ $\pm 1,8\%$ ] (N=271)	83% [ $\pm 3,5\%$ ] (N=163)	85% [ $\pm 6,4\%$ ] (N=37)	97% [ $\pm 2,9\%$ ] (N=34)	94% [ $\pm 3,9\%$ ] (N=33)

Tabel HHC13-1

**For 2020 er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 100% og 91% [ $\pm 1,3\%$ ] 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.**

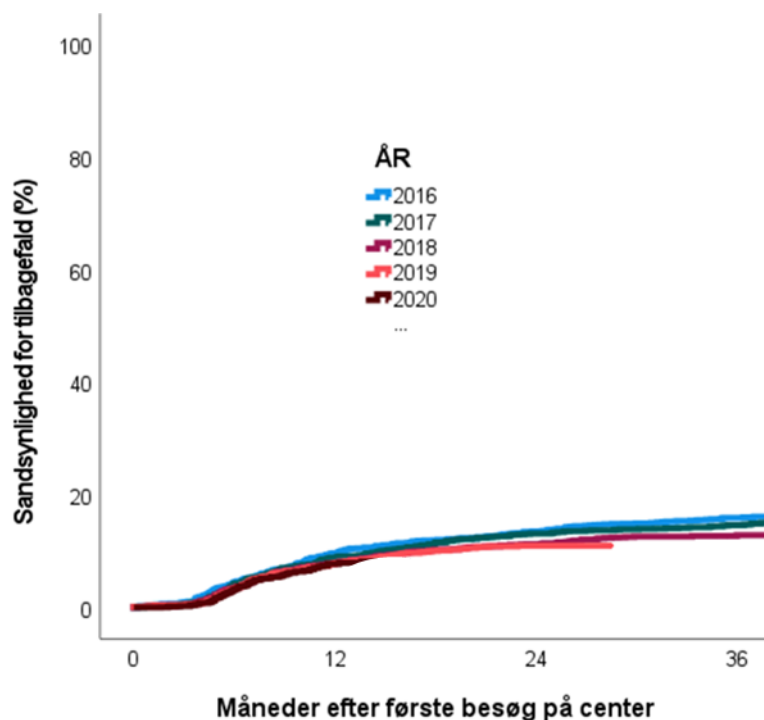
Denne parameter vil blive fulgt op på 2020-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2018 kohorten er alle patienter tilgængelige med registreret opfølgning til cancer-specifik overlevelse. ***Den aktuariske sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år var for 2018-kohorten 88% [ $\pm 0,8\%$ ];*** hvilket er på linje med 2016 og 2017: 87% [ $\pm 0,9\%$ ].

***For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2018-kohorten 86% [ $\pm 1\%$ ] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2018 er den 94% [ $\pm 1,2\%$ ].***

**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.**

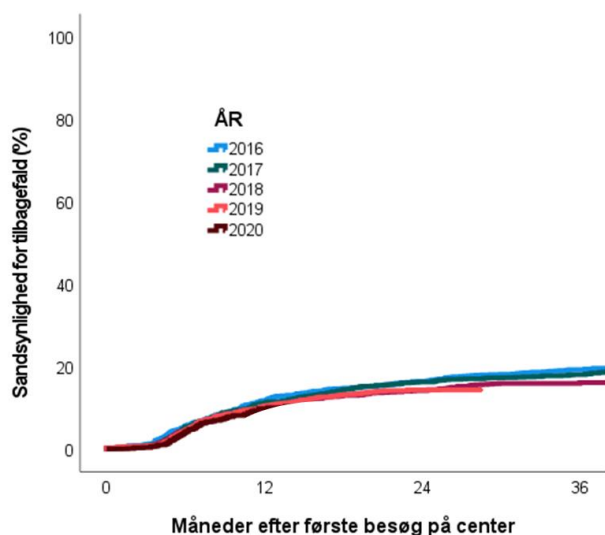
Pr. 17/4 2021 er 100 patienter i 2020-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 6% af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 2016 og frem til 2020-kohorten.



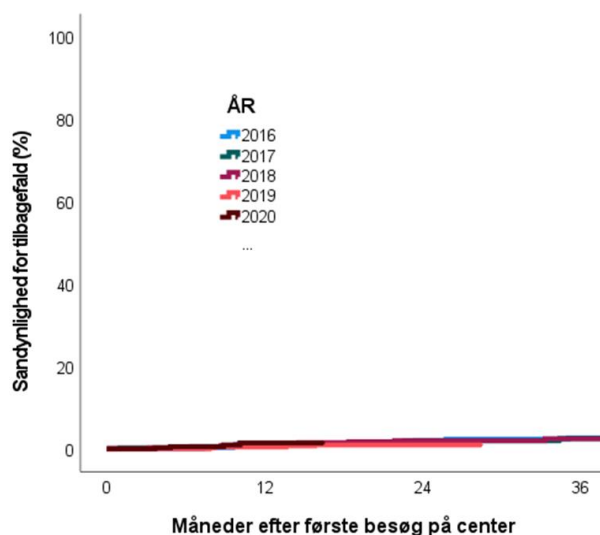
2020 event/at risk	0/1609	98/536		
2019 event/at risk	1/1731	137/1595	185/734	
2018 event/at risk	1/1722	136/1587	194/1529	219/545
2017 event/at risk	1/1661	147/1515	218/1444	243/1419
2016 event/at risk	1/1672	161/1511	226/1446	266/1406

**Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2020-kohorten er 92%**, ligesom i 2019, 90% i 2018, 91% i 2017 og 90% for 2016 kohorten. Således ret stabil de sidste 5 år. Deles 2020-kohorten op i de "klassiske" hoved-halscancere og skjoldbruskkirtelkræft ses sandsynligheden for tilbagefald for de sidste 5 år således ud:

### DAHANCA



### DATHYRCA



Den aktuariske 1-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2020-kohorten er 90% og 99% 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 2020 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 97% [ $\pm 0,7\%$ ] for de tidlige stadier og 87% [ $\pm 1,5\%$ ] 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	99% [ $\pm 0,7\%$ ]	88% [ $\pm 3\%$ ]	92% [ $\pm 1,4\%$ ]	90% [ $\pm 2\%$ ]	85% [ $\pm 5,4\%$ ]	92% [ $\pm 3,2\%$ ]	97% [ $\pm 2,7\%$ ]
Stadie I-II	100% (N=265)	95% [ $\pm 2,5\%$ ] (N=146)	95% [ $\pm 1,5\%$ ] (N=282)	98% [ $\pm 1,4\%$ ] (N=138)	91% [ $\pm 4,9\%$ ] (N=37)	97% [ $\pm 2,6\%$ ] (N=61)	-
Stadie III-IV	96% [ $\pm 2,4\%$ ] (N=142)	77% [ $\pm 6,2\%$ ] (N=79)	88% [ $\pm 2,1\%$ ] (N=290)	83% [ $\pm 3,3\%$ ] (N=153)	81% [ $\pm 7,9\%$ ] (N=33)	85% [ $\pm 6,2\%$ ] (N=30)	97% [ $\pm 2,7\%$ ] (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 2020-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået.

**Aktuariske sandsynlighed for ikke at få tilbagefald efter 3 år var for 2018-kohorten 87% [ $\pm 0,8\%$ ]; for 2017-kohorten 85% [ $\pm 0,9\%$ ] og for 2016-kohorten 84% [ $\pm 0,9\%$ ].**

**For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2018-kohorten 84% [ $\pm 1\%$ ] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2018 er den 98% [ $\pm 0,8\%$ ].**

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

I alt 919 patienter er registreret som havende modtaget kurativt anlagt strålebehandling i 2020-kohorten (primært eller postoperativt). Ved afslutningen af strålebehandlingen var der data på 517 patienter, hvor 25% var registreret med en sonde. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 19% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftog derefter. Et år efter havde 1% i 2020-kohorten en sonde,** men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up er 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 2016 til 2020 antyder.

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

Blandt 141 døde i **2020-kohorten er dødsårsagen kendt i 92 % af tilfældene**. Dette er på linje med tidligere år (2016-9: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal ( % )
Primær cancer	105 (74%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	6 (4%)
Anden cancer i øvrigt	5 (4%)
Anden sygdom	11 (8%)
Ulykke/selv mord	1 (1%)
Komplikation til behandling	1 (1%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	11 (8%)

## Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

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

- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- 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. 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.

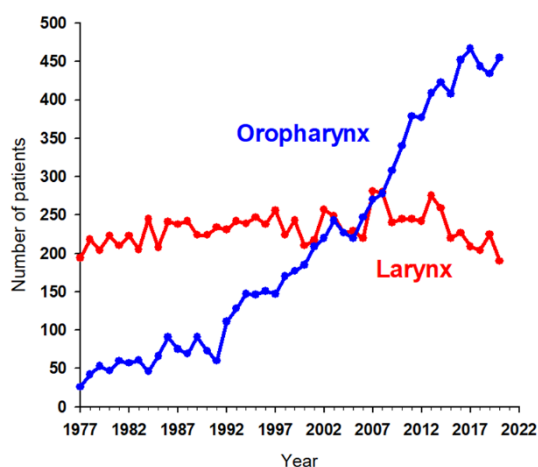
Udredning og behandling af hoved-halskræft i Danmark har gennem de seneste 40 år været organiseret på nationalt plan i den danske hoved-halskræftgruppe Danish Head and Neck Cancer Group (DAHANCA) og dens undergruppe DATHYRCA. Gruppen har sikret en kontinuerlig udvikling af diagnostik og behandling baseret 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](http://www.dahanca.dk)) med tilhørende kvalitetssikring gennem en national klinisk kvalitetsdatabase.

Behandlingen gives således efter samme principper overalt i landet og med udgangspunkt i DAHANCA's landsdækkende retningslinjer. Oplysning om behandlingsprincipper, de forskellige



protokoller mv. kan findes på DAHANCA's hjemmeside [www.dahanca.oncology.dk](http://www.dahanca.oncology.dk). Dette udgør grundstammen i, at data for hoved-halskræft kan sammenlignes år for år. Sammenligning på tværs af landet er dog problematisk på grund af tilfældig variation i patientklientel og de topografiske og stadiemæssige udsving inden for syv undergrupperinger af hoved-halskræft på seks forskellige onkologiske centre.

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



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

Incidensen af hoved-hals kræft er ca. 1.600 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 14.000 (NORDCAN 2018). Overlevelsen for de forskellige kræftformer er meget varierende fra 20 % til 95 %. Den samlede 5-års overlevelse for hoved-halskræft er knap 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 (2018) viser en 3-års overlevelse for patienter med hoved-halskræft i Danmark på 74%, 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 tidsramme, 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 2020

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
Århus/ Onkologi	Overlæge Hanne Primdahl (lokal databaseansvarlig)
Århus/ Øre-næse-hals kirurgi	Overlæge Thomas Kjærsgaard
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)
DCPT	Professor Cai Grau (lokal databaseansvarlig)
Patientrepræsentant	Susanne Alders Hvass

## **Regionale kommentarer**

Der er ved fristens udløb ikke modtaget kritiske kommentarer på rapportens indhold; kun forslag til rettelse af slåfejl mv. Tak til Regionerne for gennemlæsning og tilbagemelding.