

Årsrapport 2022
for den kliniske kvalitetsdatabase
DAHANCA



Årsrapporten 2022

Årsrapporten 2022 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 2022	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
SUH	Sjællands Universitetshospital
Thyroidea	Skjoldbruskkirtel
Total overlevelse	Overlevelse som følge af død af alle årsager (observeret overlevelse)

Konklusioner og anbefalinger

Hermed foreligger den 12. årsrapport fra den kliniske kvalitetsdatabase DAHANCA til Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram, RKKP.

Den overordnede konklusion på 2022-rapporten er, at de rapporterede kvalitetsindikatorer generelt set er tilfredsstillende, og de fleste af kvalitetsmålene er nået. Der er dog fortsat plads til forbedring på specifikke områder.

Overordnet set har DAHANCA databasen en stor grad af komplethed, og data valideres løbende, hvor bl.a. fejlindtastninger rettes. Dette er muligt, fordi databasen overvåges af og håndholdes af klinikere på de onkologiske centre.

Enkelte punkter er værd at bemærke:

- Vi beriger nu DAHANCA's database med data fra bl.a. LPR3, Cancerregisteret og Patobank. Der opleves et godt samarbejde med RKKP's medarbejdere. Der gøres også en stor indsats fra rigtig mange klinikere rundt om i landet for at få tidstro data rapporteret i databaserne.
Tak til alle for den store indsats.
- Der ses fortsat nogle variationer i antallet af patienter med skjoldbruskkirtelkræft. Det kan skyldes naturlig variation, men kan også være baseret på manglende kodning eller forskelle i indtastningspraksis. Dette har Styregruppen tidligere påvist eksempler på. I år er der set et fald på 36% i antallet af nye tilfælde på en enkelt afdeling. Der pågår en afdækning af årsagerne til dette.
- Mediane forløbstider er fortsat indenfor de angivne tidsintervaller i Sundhedsstyrelsens Pakkeforløb for hoved-hals kræft (2020), men har været svagt stigende over de sidste par år. Vi ved, at dette følges nøje på alle sygehuse. Man skal dog være opmærksom på, at i nærværende rapport ses der på det samlede forløb fra henvisning til start på behandling, og der korrigeres 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 øget pres på sundhedsvæsenet.

- 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 en væsentlig kilde til forlængelse af tiden til behandling, med en reel forlængelse på 1-6 dage. Det gav anledning til spørgsmål fra en enkelt Region i forhold til 2021-rapporten, og derfor er der i år sat konfidensintervaller på de mediane forløbstider. Selvom der er forskelle mellem de enkelte centre, så er der ikke tale om signifikante forskelle.
- Andelen af patienter med opfølgning efter 1, 3 og 5 år er en ny parameter fra 2020. Da det har vist sig ikke at være meningsfyldt at opgøre for det aktuelle år 2022 (patienterne registreres fra januar – december), har vi i år valgt at tidsforskyde, således at vi rapporterer et år bagud i forhold til det år, som rapporten omhandler – alene for at få et fuldt år at rapportere på. Graden af dokumenteret opfølgning er lav i forhold til styregruppens forventning, og det vil der være fokus på i det kommende år.
- Vi har set en stigning i antallet af dokumenterede recidivbehandlinger fra 55% til 72%. Dette skyldes formentlig blot et større fokus på indrapportering.

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 til alle centre.
- Vi vil have fokus på at øge kompletheden af data samt forbedre den tidstro registrering. En arbejdsgruppe ser aktuelt på, hvordan vi registrerer, og om det bør gøres anderledes. Rapporteringen af databasens 3 nye parametre viser, at der er en væsentlig underrapportering, som der er behov for at få rettet op på.
- Der er fortsat udsving i registreringen af data for skjoldbruskkirtelkræft. I det kommende år vil vi fokusere på bedre registrering og opfyldelse af tilhørende kvalitetsindikatorer.
- Der vil være fokus på at øge brugervenligheden af databasen med bedre definition og forklaring til de enkelte parametre, så misforståelser om, hvad der skal indtastes, minimeres. Der er nedsat et udvalg til dette, som kommer med dets første forslag efter sommerferien.
- Der vil fortsat 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 2022
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 %	99%
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 %	69% (strålebeh.) og 73% (kirurgi)
HHC9	Andel patienter med registreret behandling.	Proces	≥ 90 %	>99%
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 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år	Resultat	>90 % *	92 %
HHC12	Andel patienter med registrering af overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 % (2020-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 % *	96 %
HHC14	Andel patienter med registrering af cancer-specifik overlevelse efter 3 år.	Proces	100 %	100 % (2020-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år	Resultat	>75 % *	93 %
HHC15	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 1 år fordelt efter topografi og stadie.	Proces	100 %	99 %
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 1 år	Resultat	> 90 % *	94 %
HHC16	Andel patienter med registrering af cancer-kontrol efter 3 år.	Proces	100 %	100% (2020-kohorten)
	Aktuarisk sandsynlighed for cancer-kontrol efter 3 år	Resultat	>75 % *	87 %
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%	51% / NA / NA
HHC18	Andel patienter med registreret grad 3-4 bivirkning i forhold til antal ptt i strålebehandling	Resultat	**	37-43%
HHC19	Andelen af strålebehandlede med registrering af brug af ernæringssonde to og 12 måneder efter afsluttet strålebehandling.	Resultat	**	17% / 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%	72%
HHC21	Andelen af døde patienter med registrering af kendt dødsårsag.	Resultat	100 %	91 %

*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 2022 er der publiceret nye nationale retningslinjer om behandling og forebyggelse af osteoradionekrose og nye nationale retningslinjer for behandling af skjoldbruskkirtelkræft, begge i RKKP-skabelonen.***

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

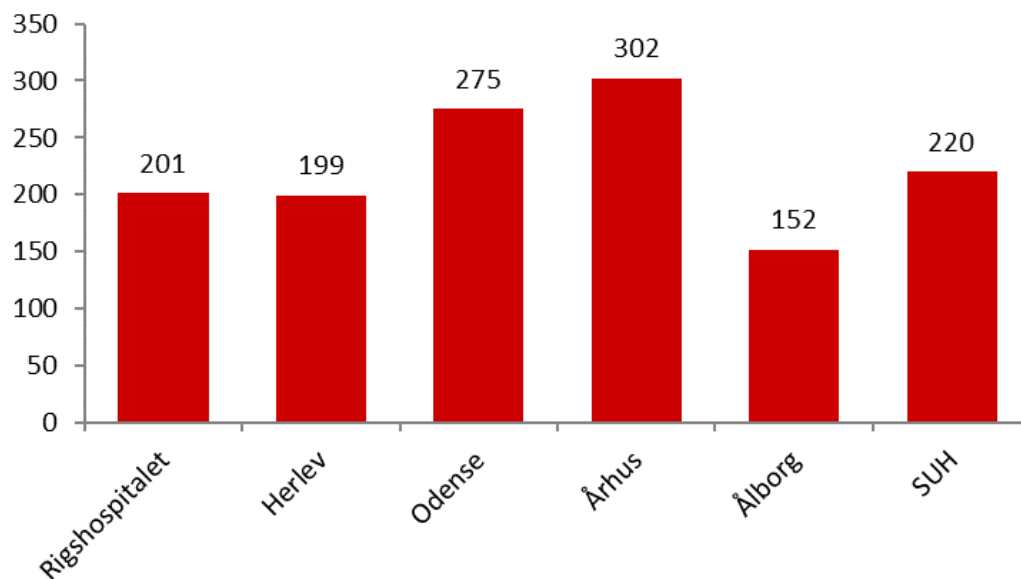
Indikator HHC3 – Andel patienter med kræft i hoved-halsregionen sammenlignet med Cancerregisteret.

DAHANCA har for 2022 registreret 1.349 patienter; hvilket er 15 flere patienter i forhold til 2021.

Data for 2021/2022-kohorten er ikke tilgængelige i Cancerregisteret. Derfor plejer angives 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 HHC3-1 ses fordelingen af patienterne i 2022-kohorten mellem de enkelte centre.



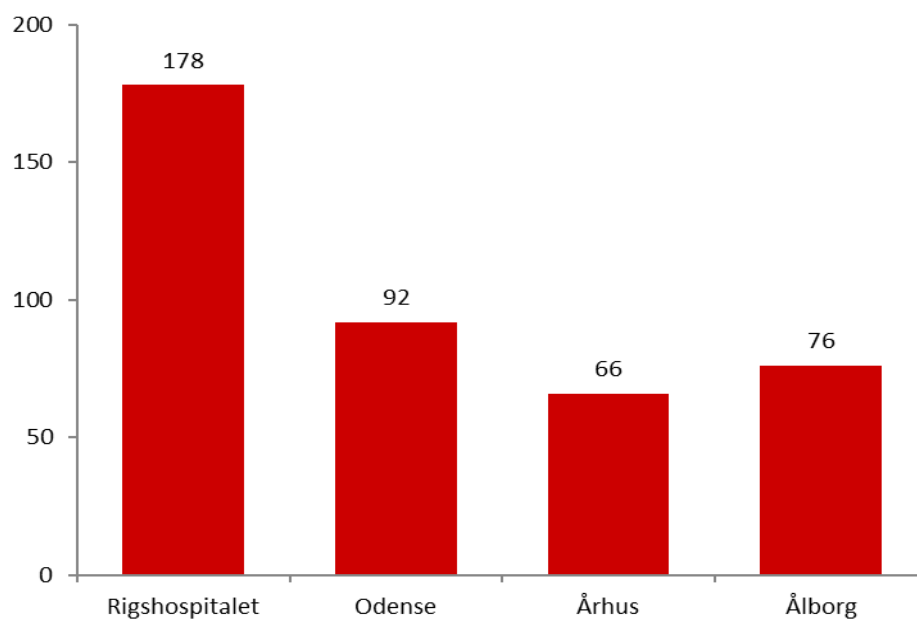
Figur HHC3-1

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

DATHYRCA har for 2022 registreret 412 patienter; hvilket er 5 patienter flere i forhold til 2021.

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 2022-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	SUH	Total
Ja	200 (99,5%)	196 (98,5%)	270 (98,2%)	299 (99%)	151 (99,3%)	217 (98,6%)	1333 (98,8%)
Nej	█ (0,5%)	█ (0,5%)	5 (1,8%)	█ (1%)	█ (0,7%)	█ (1,4%)	16 (1,2%)
Mangler information	0	0	0	0	0	0	0

Tabel HHC5-1

Knap 99% af alle patienter blev i 2022 drøftet på MDT. Dette er overordnet set stabilt på landsbasis de sidste 5 år. Den kliniske kvalitetsparameter blev indført i 2011, og de første data var tilgængelige fra 2012. I starten af perioden var der en støt stigende andel af patienter, der var diskuteret på MDT, men siden 2017 har registreringen været stabil. **For tredje år i træk er der ingen patienter med ukendt MDT-status**

	Ptt. drøftet på MDT	Ptt. Ikke drøftet på MDT	Ukendt
2022	1333 (98,8%)	16 (1,2%)	0
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%)	█ (0,2 %)

I 2022 blev 93% af patienterne registreret som behandlet i henhold til retningslinjerne. En hyppig angivet årsag til ikke at følge retningslinjerne var patientønske, dårlig almentilstand eller synkronne cancers, 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 457 patienter svarende til 34% af alle patienter med hoved-halskræft er registreret med tilbudt indgang i et klinisk studie i 2022. Heraf valgte 314 patienter at indgå i et eller flere kliniske DAHANCA studier, svarende til 69% af de patienter der blev tilbudt et klinisk studie.

Indikator HHC6 - Andel patienter registreret med kendt tumorlokalisering.

DAHANCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
Stemmelæber	18 (9%)	13 (7%)	41 (15%)	35 (12%)	26 (17%)	21 (10%)	154 (11%)
Strube (-stemmelæber)	7 (3%)	7 (4%)	9 (3%)	17 (6%)	5 (3%)	23 (10%)	68 (5%)
Næsesvælg	14 (7%)	4 (2%)	█ (1%)	█ (1%)	4 (3%)	█ (1%)	29 (2%)
Mundsvælg	69 (34%)	89 (45%)	82 (30%)	106 (35%)	52 (34%)	82 (37%)	480 (36%)
Nedre svælg	13 (7%)	19 (9%)	27 (10%)	22 (7%)	9 (6%)	20 (10%)	110 (8%)
Mundhule	39 (19%)	35 (17%)	60 (22%)	75 (25%)	32 (21%)	55 (25%)	296 (22%)
Næse-bihuler	19 (9%)	12 (6%)	17 (6%)	15 (5%)	9 (6%)	0	72 (5%)
Spytkirtler	19 (9%)	18 (9%)	23 (8%)	20 (7%)	13 (9%)	14 (6%)	107 (8%)
Ukendt primærtumor	█ (2%)	█ (1%)	14 (5%)	9 (3%)	█ (1%)	█ (1%)	33 (2%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	201 (100%)	199 (100%)	275 (100%)	302 (100%)	152 (100%)	220 (100%)	1349 (100%)
DATHYRCA	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
Skjoldbruskkirtel	178 (43%)	0	92 (22%)	66 (17%)	76 (18%)	0	412 (100%)
TOTAL	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
DAHANCA+DATHYRCA	379 (22%)	199 (11%)	367 (21%)	368 (21%)	228 (13%)	220 (12%)	1761 (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 1.761 patienter registreret i 2022-kohorten, hvilket er 20 (1%) flere i forhold til 2021-kohorten. Forskellen er dog så lille at det ikke betragtes som en stigning, men kan rummes indenfor usikkerhederne.

2013 var det første år, hvor vi fuldt ud registrerede alle undertyper af hovedhalscancer. Sættes året 2013 til indeks 100, ser man at der er tale om naturligt udsving (Tabel HHC 6-2).

Det skal specielt bemærkes, at der over årene er registreret et stigende antal patienter med skjoldbruskkirtelkræft – formentlig pga. bedre diagnostik med øget frekvens af tilfældige fund (incidenthalomer).

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	396	1741	108
2022	1349	412	1761	109

Tabel HHC 6-2

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

T position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
T _{is} (carcinoma in situ)	█ (<1%)	0	█ (<1%)	█ (<1%)	█ (1%)	0	5 (<1%)
T0 (ukendt primær)	█ (1%)	█ (1%)	14 (4%)	9 (2%)	█ (1%)	3 (1%)	33 (2%)
T1	63 (17%)	62 (31%)	130 (35%)	98 (27%)	59 (26%)	55 (25%)	467 (27%)
T2	119 (31%)	54 (27%)	98 (27%)	110 (30%)	88 (39%)	48 (22%)	517 (29%)
T3	46 (12%)	31 (16%)	45 (12%)	46 (13%)	41 (18%)	47 (21%)	256 (15%)
T4	92 (24%)	50 (25%)	41 (11%)	59 (16%)	28 (12%)	67 (31%)	337 (19%)
TX (kan ikke vurderes)	█ (<1%)	0	█ (<1%)	█ (1%)	7 (3%)	0	13 (1%)
Manglende information	54 (14%)	0	36 (10%)	42 (11%)	█ (<1%)	0	*133 (7%)
Total	379 (22%)	199 (11%)	367 (21%)	368 (21%)	228 (13%)	220 (12%)	1761 (100%)

*Manglende information om T-site var primært for skjoldbruskkirtelkræft (117 patienter).

N position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
N0	186 (49%)	82 (41%)	176 (48%)	166 (45%)	124 (54%)	91 (41%)	825 (47%)
N1	107 (28%)	63 (32%)	87 (24%)	80 (22%)	31 (14%)	45 (20%)	413 (23%)
N2	30 (8%)	40 (20%)	57 (16%)	67 (18%)	44 (18%)	55 (25%)	293 (17%)
N3	13 (3%)	14 (7%)	11 (3%)	7 (2%)	20 (9%)	29 (13%)	94 (5%)
NX (kan ikke vurderes)	█ (1%)	0	█ (<1%)	█ (<1%)	6 (3%)	0	10 (1%)
Manglende information	41 (11%)	0	35 (10%)	47 (13%)	█ (1%)	0	*126 (7%)
Total	379 (22%)	199 (11%)	367 (21%)	368 (21%)	228 (13%)	220 (12%)	1761 (100%)

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

M position; TNM	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
M0	359 (95%)	187 (94%)	346 (94%)	360 (98%)	211 (93%)	208 (95%)	1671 (95%)
M1	20 (5%)	12 (6%)	21 (6%)	8 (2%)	17 (7%)	12 (5%)	90 (5%)
Manglende information	0	0	0	0	0	0	0
Total	379 (22%)	199 (11%)	367 (21%)	368 (21%)	228 (13%)	220 (12%)	1761 (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 2022 er der en samlet komplethed i data på knap 93%. For DAHANCA alene er der >99% komplethed, mens kompletheden er 72% for DATHYRCA. Dette er lavere end tidligere år hvor der var en samlet komplethed på 97-99% (som har ligget stabilt siden 2013).

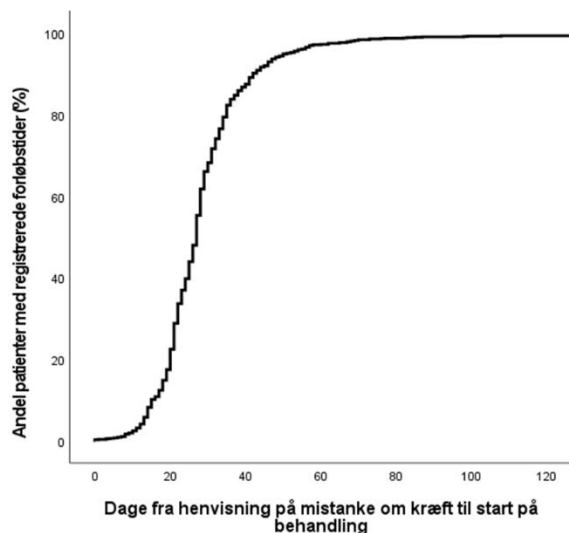
Stadie UICC8	Rigshospitalet	Herlev	Odense	Aarhus	Aalborg	SUH	Total
Stadie 0	█ (<1%)	0	0	█ (<1%)	█ (1%)	█ (<1%)	5 (<1%)
Stadie I	89 (23%)	73 (37%)	134 (37%)	106 (29%)	62 (27%)	62 (28%)	526 (30%)
Stadie II	85 (22%)	33 (17%)	62 (17%)	74 (20%)	77 (34%)	37 (17%)	368 (21%)
Stadie III	80 (21%)	30 (15%)	51 (14%)	47 (13%)	25 (11%)	33 (15%)	266 (15%)
Stadie IV	84 (22%)	62 (31%)	83 (23%)	97 (26%)	60 (26%)	87 (40%)	473 (27%)
Kan ikke vurderes	0	█ (<1%)	█ (<1%)	0	█ (<1%)	0	█ (<1%)
Manglende information	40 (11%)	0	36 (10%)	43 (12%)	█ (<1%)	0	120 (7%)
Total	379 (22%)	199 (11%)	367 (21%)	368 (21%)	228 (13%)	220 (12%)	1761 (100%)

Tabel HHC7-2

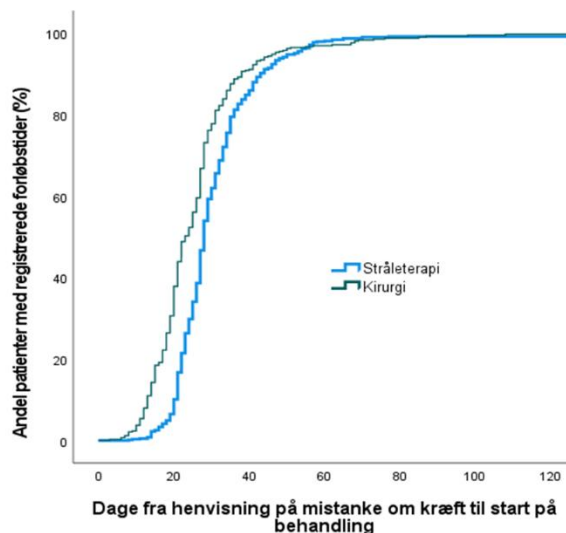
Indikator HHC8 - Andel patienter, der tilbydes primær behandling inden for den i de relevante kræftpakkeforløb angivne tidsramme, sat i relation til den behandlende afdeling, baseret på indberettede forløbsdata.

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 "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). 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 forventeligt bliver mere udbredt.

Figur HHC8-1 viser resultater for 1.143 patienter med AFB02A og AFB02F1-3a data. Data kommer fra LPR3 og er suppleret med datoer for behandlingsstart fra DAHANCA, hvor disse 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



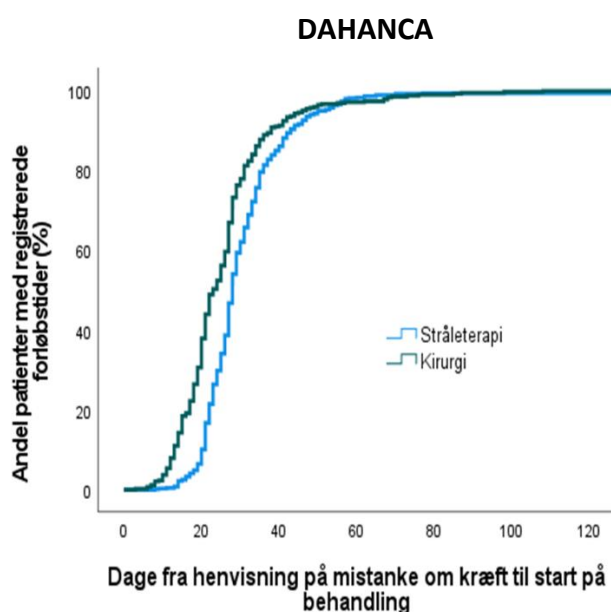
Figur HHC8-2

Der er i indikator HHC8 en dækningsgrad svarende til 65% af patienterne for 2022-kohorten, hvilket er som i 2019 (65%) men mindre end i 2020 (85%) og 2021 (73%). **Median antal dage fra start på udredning til start på behandling for nydiagnosticerede patienter var i 2022 27 dage (95% CI: 26,5-27,5) (Figur HHC8-1)** mod 26 dage (95% CI: 25,4-26,6) i 2021, 23 dage (95% CI: 22,3-23,7) i 2020 og 20 dage (95% CI: 19,5-20,5) i 2019 og Når forløbstiderne sammenlignes må man have in mente, at dækningsgraden for indrapporteringer varierer fra år til år og derfor bør resultaterne tolkes med forsigtighed.

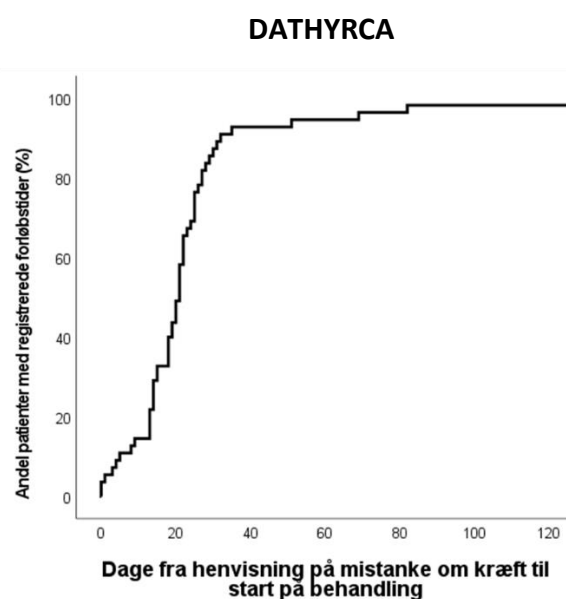
Median forløbstid for stråleterapi i 2022 er 28 dage (95% CI: 27,4-28,6) (Figur HHC8-2), mod 27 dage (95% CI: 26,3-27,7) i 2021 og 28 dage (95% CI: 27,1-28,8) i 2020.

Mediane forløbstid for kirurgi er i 2022 23 dage (95% CI: 21,4-24,6) mod 22 dage (95% CI: 20,7-23,3) i 2021 og 19 dage (95% CI: 18,3-19,7) i 2020.

69% af patienterne overholdt kongeindikatoren i 2022 for stråleterapi og 73% for kirurgi. Flertallet af overskridelser er af 1-3 dages varighed. Ofte er forløbene anderledes for skjoldbruskkirtelkræft – jævnfør at de ikke nødvendigvis skal på MDT. Tallene for 2022 ser således ud, hvis hoved-halskræft og skjoldbruskkirtelkræft analyseres separat:



Figur HHC8-3



Figur HHC8-4

Median forløbstid for klassisk hoved-halskræft er uændret 28 dage (95% CI: 27,4-28,6) for stråleterapi, og 23 dage (95% CI: 21,4-24,6 dage) for kirurgi for kirurgi (figur HHC8-3).

Median forløbstid for primær kirurgi for skjoldbruskkirtelkræft var 19 dage (95% CI: 19,2-21,8) i 2022 (Figur HHC8-4). Der er så få tilfælde af primær strålebehandling for skjoldbruskkirtel-kræft, at dette ikke rapporteres.

	Rigshospitalet	Herlev*	SUH*	Odense	Aarhus	Aalborg
Forløbstid kirurgi		25 dage (23,7-26,3)		18 dage (15,2-20,8)	25 dage (22,2-27,8)	27 dage (25,0-29,0)
Forløbstid stråleterapi	28 dage (26,8-29,2)	27 dage (25,6-28,4)	27 dage (25,9-28,1)	27 dage (26,0-28,0)	29 dage (27,2-30,8)	32 dage (25,2-38,8)
- med tandsanering	27 dage (26,0-28,0)	27 dage (25,2-28,8)	27 dage (23,4-30,6)	28 dage (25,6-30,4)	32 dage (29,1-34,9)	36 dage (25,7-46,3)
- uden tandsanering	28 dage (26,6-29,4)	27 dage (25,4-28,6)	27 dage (25,6-28,4)	27 dage (26,0-28,0)	28 dage (26,7-29,3)	30 dage (27,1-32,9)

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

Tabel HHC8-1 viser median forløbstid for kirurgi og stråleterapi på de 6 centre. I parentes er 95% konfidensintervallet. Tallene skal tages med forbehold, da antallet af patienter i nogle af grupperne er små.

For strålebehandling ses tandsanering fortsat at forsinke behandlingsstart men ikke meget – formentlig fordi tiden mens gummerne heler, udnyttes optimalt til planlægning af strålebehandling. Der ses udsving mellem afdelingerne, men der er overlap i konfidensintervallerne. Kun primær kirurgi i Odense skiller sig signifikant ud fra resten.

Indikator HHC9 - Andel patienter, med registreret behandling.

1.669 patienter ud af 1.761 i DAHANCA databasen for 2022 har fået registreret behandling (såvel kurativ som palliativ intention eller ingen behandling) i 2022 svarende til >99% af kohorten. Der mangler således definitiv registrering på ■ patienter svarende til 0,1% af 2022-kohorten: alle med hoved-halskræft og ingen med skjoldbruskkirtelkræft.

År	Andel patienter med registreret behandling
2022	>99%
2021	97%
2020	>98%
2019	>99%
2018	>99%

I alt 811 patienter modtog alene primær kirurgi, 710 alene primær strålebehandling og 142 fik kirurgi efterfulgt af strålebehandling. I alt 6 patienter er registreret med primær kemoterapi.

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

I alt 953 patienter (54% af 2022-patient populationen) er registreret med kirurgi som den primære behandling (med eller uden postoperativ strålebehandling). ■ patienter er registreret død indenfor 30 dage efter kirurgi, svarende til en **30-dages mortalitet på 0,3% i 2022**. Denne kvalitetsindikator blev indført i 2014, og 30-dages mortaliteten har alle år med tilgængelige data været meget lav.

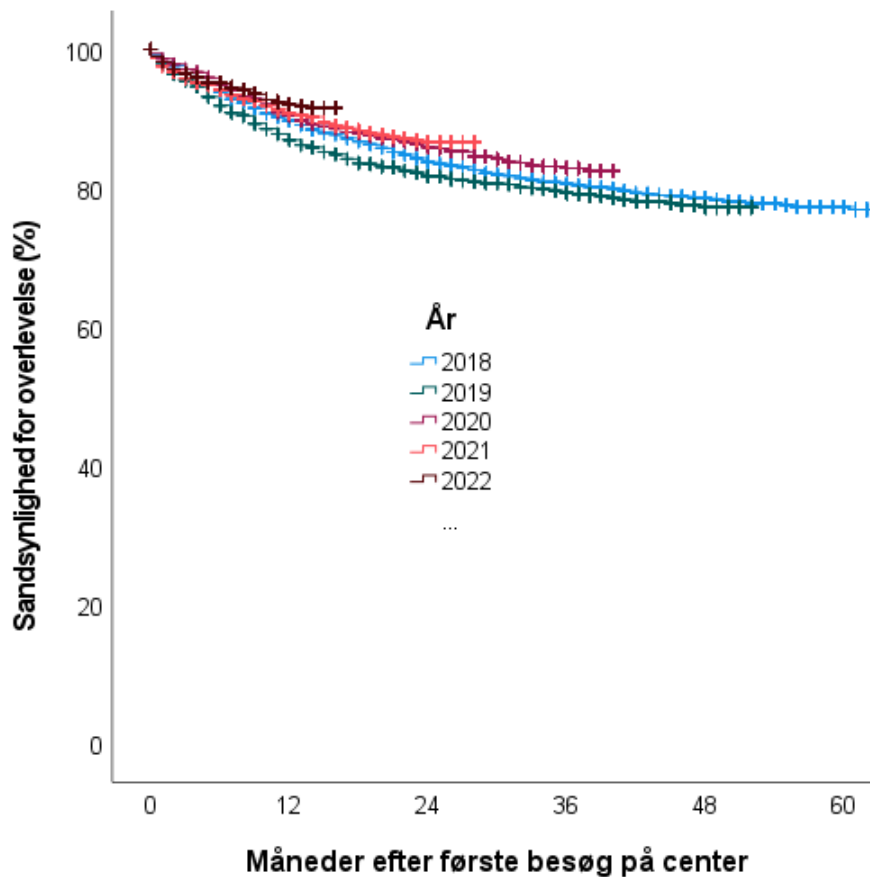
År	30-dages mortalitet
2022	■/953 = 0,3%
2021	■/826 = 0,1%
2020	■/773 = 0,3%
2019	5/897 = 0,6%
2018	4/878 = 0,5%

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

Aktuarisk sandsynlighed for overlevelse efter 1 år.

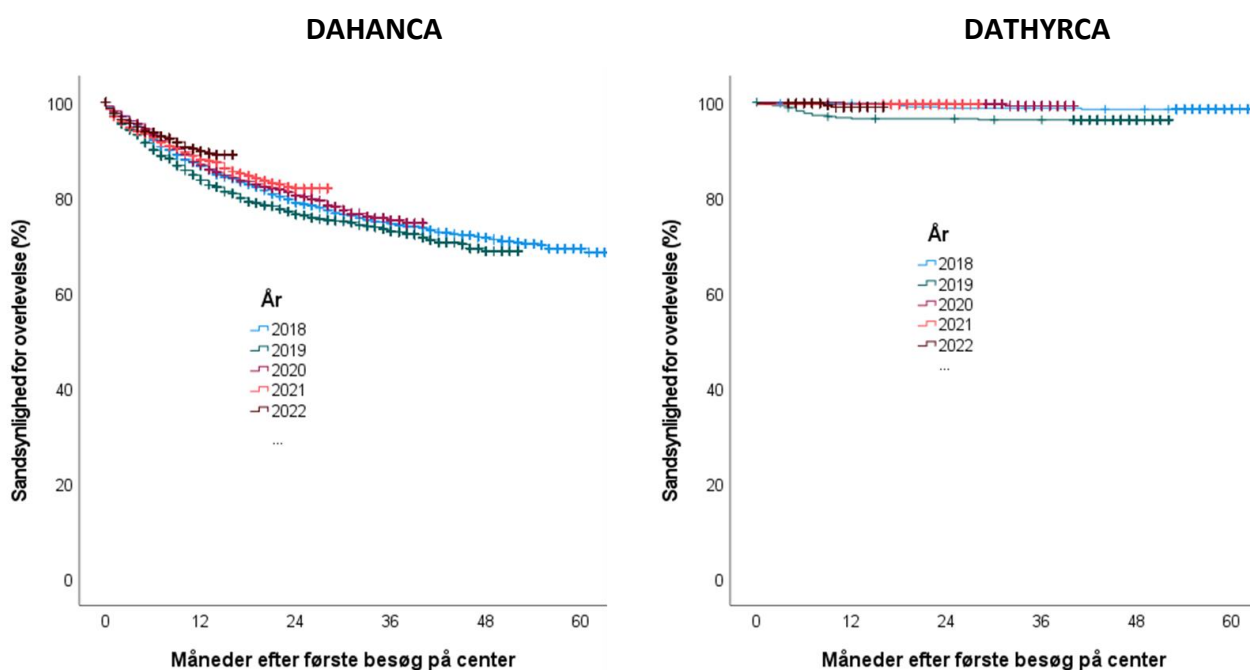
Pr. 1/5 2023 er 113 patienter i 2022-kohorten registeret som døde, svarende til knap 7%.

I figur HHC11-1 ses overlevelse (crude survival) for alle patienter registeret i 2018 til og med 2022-kohorterne. 1761 patienter indgår i analysen for 2022.



2022 event/at risk	19/1734	110/512				
2021 event/at risk	24/1742	150/1465	205/408			
2020 event/at risk	11/1673	151/1444	220/1211	252/329		
2019 event/at risk	19/1714	208/1427	297/1227	334/1039	252/259	
2018 event/at risk	14/1711	166/1480	261/1288	312/1141	342/988	353/260

Den aktuariske 1-års totale overlevelse for 2022-kohorten er 92% [$\pm 0,7\%$], hvilket er på niveau med 2021 og 2018-2020 (88-91%). At tallet er lidt højere for 2022, 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-halscancerer og skjoldbruskkirtelkræft. Dette som en konsekvens af at diagnostik, behandling og sygdomsbaggrunden for skjoldbruskkirtelkræft er markant forskellig fra andre hoved-halscancerer.



Den aktuariske 1-års totale overlevelse for DAHANCA 2022-kohorten er 90% [$\pm 1,0\%$] og $>99\%$ [$\pm 0,6\%$] for DATHYRCA 2022-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 2022 er den aktuariske 1-års totale overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 98% [$\pm 1,1\%$] og 86% [$\pm 1,5\%$] for de udbredte stadier.**

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

I live	Skjoldbrusk N=295	Strube N=219	Svælg N=618	Mundhule N=288	Næse/ bihuler N=72	Spytkirtler N=107	Ukendt primærtumor N=33
Alle patienter	99% [±0,4%]	94% [±1,9%]	90% [±1,4%]	86% [±2,7%]	94% [±2,8%]	95% [±2,3%]	82% [±8,2%]
Stadie I-II	100% (N=182)	96% [±2,2%] (N=155)	98% [±1,3%] (N=321)	94% [±2,9%] (N=141)	96% [±3,5%] (N=28)	100% (N=60)	-
Stadie III-IV	96% [±2,2%] (N=113)	90% [±3,8%] (N=64)	83% [±2,4%] (N=297)	78% [±4,3%] (N=147)	93% [±3,9%] (N=44)	89% [±4,6%] (N=47)	82% [±8,2%] (N=33)

Tabel HHC11-1

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

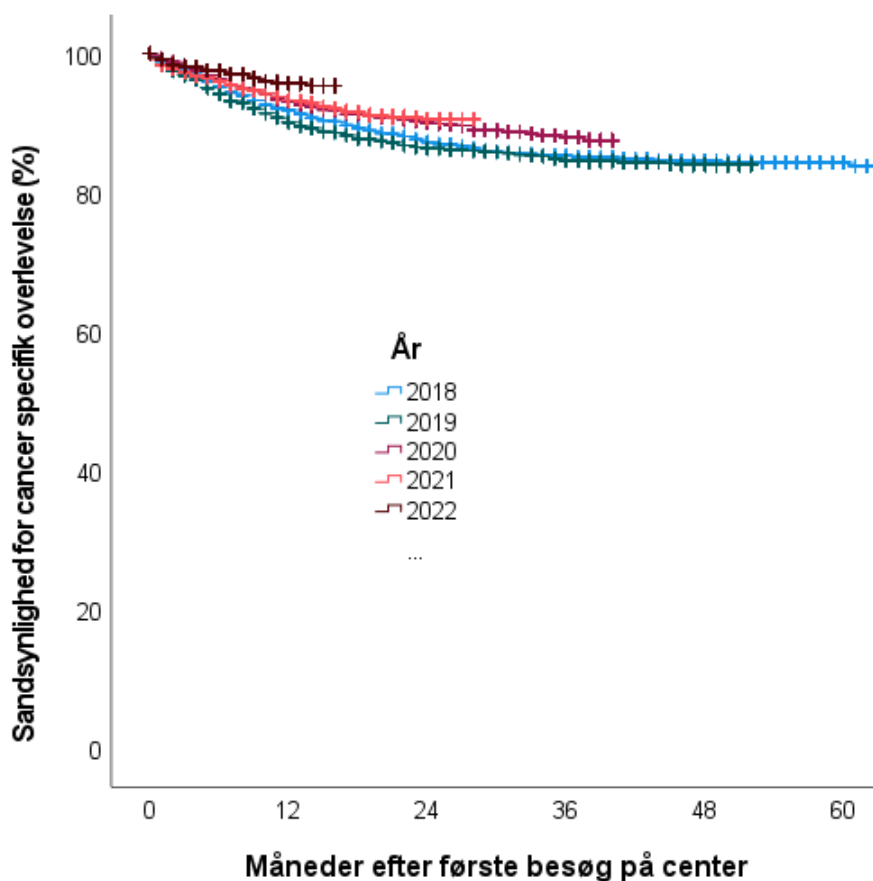
Denne parameter vil blive fulgt op på 2022-kohorten, når den relevante tidsperiode er gået. For 2020 kohorten har alle patienter registrering af opfølgning til beregning af total overlevelse (crude survival). Den **aktuariske sandsynlighed for overlevelse efter 3 år var for 2020-kohorten 83% [±1,0%]**.

For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2020-kohorten 75% [±1,5%] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2020 er den 99% [±0,5%].

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

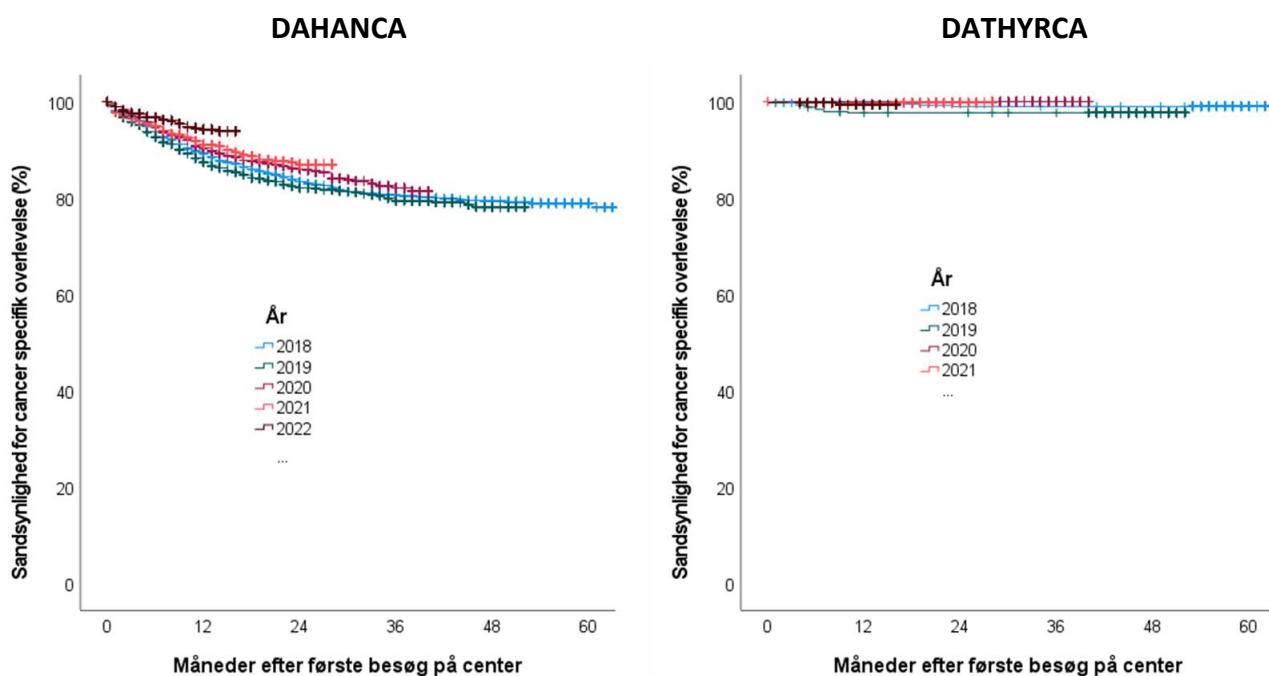
Aktuarisk sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 1 år.

Pr. 1/5 2023 er 60 patienter i 2022-kohorten registeret som døde af kræftsygdommen, svarende til knap 3% af patienterne. I figuren nedenfor ses cancer-specifik overlevelse for alle patienter registeret i 2018 til og med 2022-kohorterne.



2022 event/at risk	11/1734	59/512				
2021 event/at risk	17/1742	107/1465	145/408			
2020 event/at risk	5/1673	109/1444	156/1211	174/329		
2019 event/at risk	14/1714	156/1427	220/1227	241/1039	248/259	
2018 event/at risk	11/1711	133/1480	203/1288	235/1141	245/988	247/260

Den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for 2022-kohorten er 96% [$\pm 0,6\%$], hvilket umiddelbart er på linje med perioden 2018-21 (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 2022-kohorten op i de "klassiske" hoved-halscancere og skjoldbrusk-kirtelkræft ses den cancer-specifikke overlevelse for de sidste 5 år således ud:



Den aktuariske 1-års cancerspecifikke overlevelse for DAHANCA 2022-kohorten er 95% [$\pm 0,8\%$] og >99% [$\pm 0,4\%$] for DATHYRCA 2022-kohorten.

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

I live	Skjoldbrusk N=295	Strube N=219	Svælg N=618	Mundhule N=288	Næse/ bihuler N=72	Spytkirtler N=107	Ukendt primærtumor N=33
Alle patienter	99% [$\pm 0,4\%$]	98% [$\pm 1,0\%$]	96% [$\pm 1,0\%$]	90% [$\pm 2,4\%$]	96% [$\pm 2,4\%$]	98% [$\pm 1,4\%$]	87% [$\pm 7,1\%$]
Stadie I-II	100% (N=182)	99% [$\pm 0,7\%$] (N=155)	100% (N=321)	96% [$\pm 2,6\%$] (N=141)	100% (N=28)	100% (N=60)	-
Stadie III-IV	98% [$\pm 1,6\%$] (N=113)	94% [$\pm 3,1\%$] (N=64)	91% [$\pm 1,9\%$] (N=297)	83% [$\pm 4,0\%$] (N=147)	93% [$\pm 3,9\%$] (N=44)	96% [$\pm 3,0\%$] (N=47)	87% [$\pm 7,1\%$] (N=33)

Tabel HHC13-1

For 2022 er den aktuariske 1-års cancer-specifikke overlevelse for alle cancertyper i de tidlige stadier 99% [$\pm 0,6\%$] og 90% [$\pm 1,4\%$] 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.

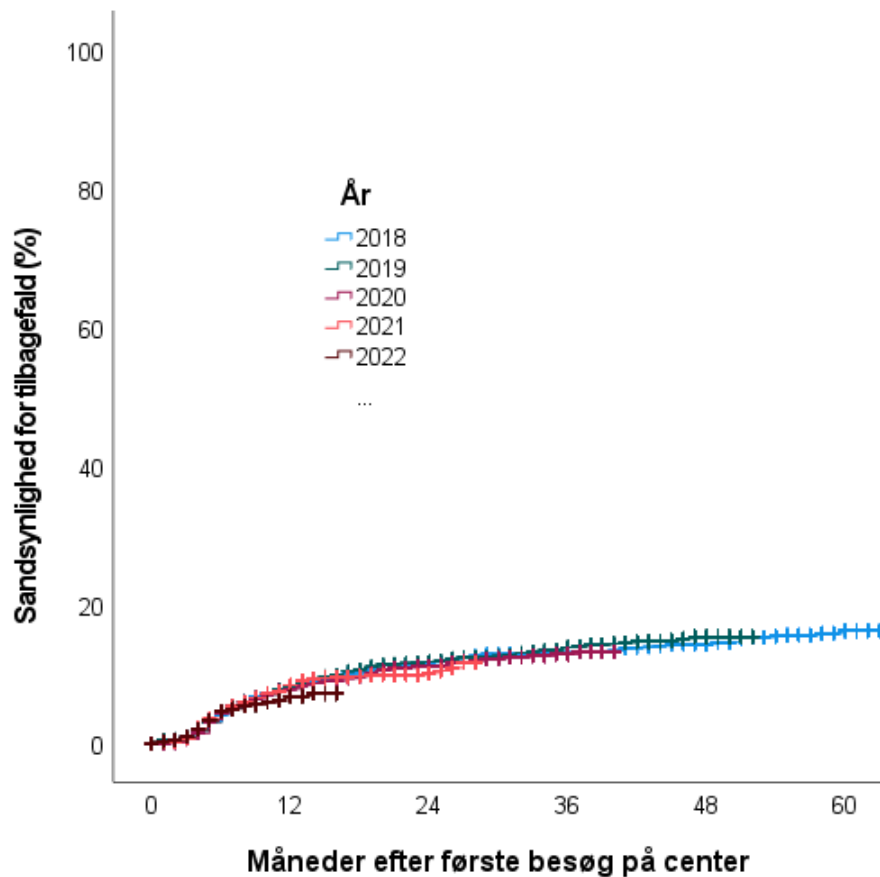
Denne parameter vil blive fulgt op på 2022-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået. For 2019 kohorten er alle patienter tilgængelige med registreret opfølgning til cancer-specifik overlevelse. **Den aktuariske sandsynlighed for cancer-specifik overlevelse efter 3 år var for 2020-kohorten 93% [$\pm 0,6\%$].;** hvilket er lidt bedre end tidligere år.

For de klassiske hoved-halscancere er den aktuariske 3-års totale overlevelse for DAHANCA 2020-kohorten 91% [$\pm 1\%$] og for skjoldbruskkirtelkræft, DATHYRCA 2020 er den 100%.

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.

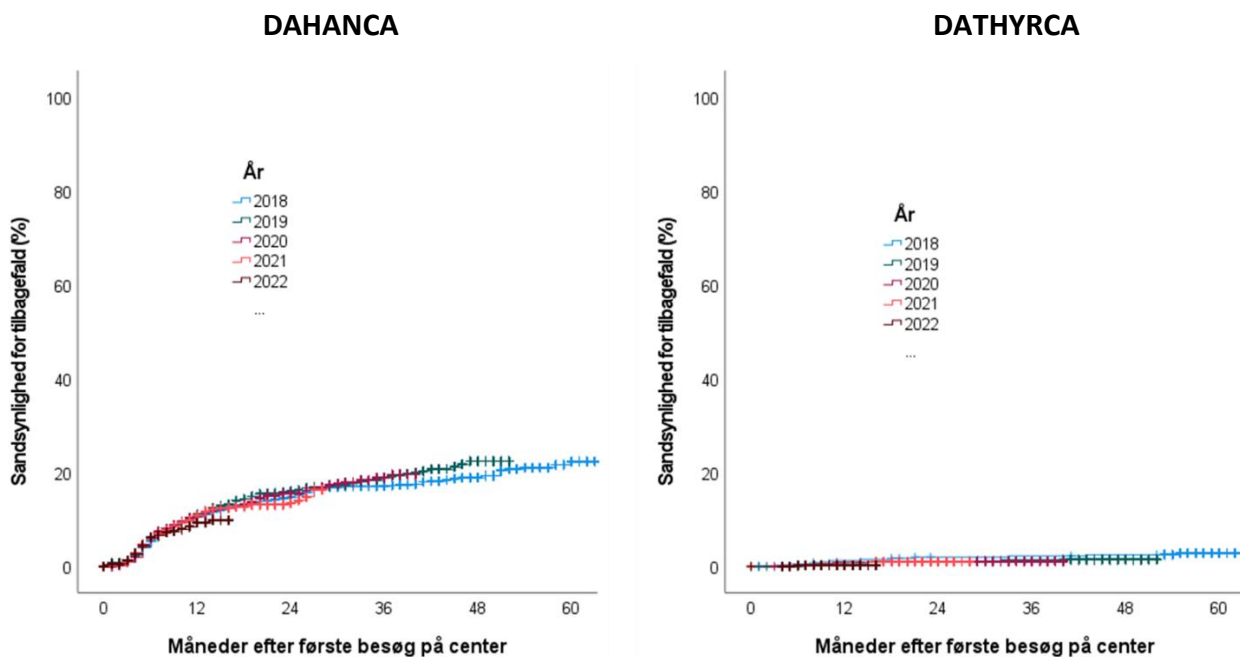
Pr. 1/5 2023 er 105 patienter i 2022-kohorten registeret med tilbagefald, svarende til 6% af patienterne. I figur HHC15-1 ses sandsynligheden for tilbagefald for alle patienter registeret i 201 og frem til 2022-kohorten.



2022 event/at risk	6/1728	88/468				
2021 event/at risk	3/1740	123/1380	156/369			
2020 event/at risk	0/1673	121/1357	169/1134	183/289		
2019 event/at risk	6/1709	123/1346	178/1154	201/984	214/239	
2018 event/at risk	2/1708	124/1389	175/1204	199/1076	213/937	226/244

Den aktuariske 1-års cancer-kontrol for 2022-kohorten er 94% [$\pm 0,7$], hvilket er i overensstemmelse med perioden 2017-2021 (92-95%). Således ret stabil de sidste 5 år.

Deles 2022-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 2022-kohorten er 92% [$\pm 0,9$] og 99% [$\pm 0,3$] for DATHYRCA 2022-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 2022 kohorte er den aktuariske 1-års kontrol med canceren 97% [$\pm 0,7\%$] for de tidlige stadier og 89% [$\pm 1,4\%$] for de udbredte stadier.

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

Ingen tilbagefald	Skjoldbrusk N=295	Strube N=219	Svælg N=618	Mundhule N=288	Næse/ bihuler N=72	Spytkirtler N=107	Ukendt primærtumor N=33
Alle patienter	99% [$\pm 0,3\%$]	98% [$\pm 1,0\%$]	92% [$\pm 1,4\%$]	85% [$\pm 2,4\%$]	87% [$\pm 4,8\%$]	97% [$\pm 3,1\%$]	91% [$\pm 6,0\%$]
Stadie I-II	100% (N=182)	99% [$\pm 1,0\%$] (N=155)	97% [$\pm 1,5\%$] (N=321)	93% [$\pm 2,6\%$] (N=141)	91% [$\pm 5,8\%$] (N=28)	94% [$\pm 6,1\%$] (N=60)	-
Stadie III-IV	99% [$\pm 1,0\%$] (N=113)	96% [$\pm 2,7\%$] (N=64)	86% [$\pm 2,3\%$] (N=297)	78% [$\pm 4,1\%$] (N=147)	85% [$\pm 6,8\%$] (N=44)	100% (N=47)	91% [$\pm 6,0\%$] (N=33)

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 2022-kohorten efter den relevante tidsperiode er gået.

Aktuariske sandsynlighed for ikke at få tilbagefald efter 3 år var for 2020-kohorten 87% [$\pm 0,9\%$];

Tallet har været ret stabilt for perioden 2018-2021 (84-89%).

For de klassiske hoved-halscancerer er den aktuariske 3-års sandsynlighed for ikke at få tilbagefald for DAHANCA 2020-kohorten 81% [$\pm 1,4\%$] og for skjoldbruskirtelkræft, DATHYRCA 2020 er den 99% [$\pm 0,4\%$].

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 1/5 som vi principielt kan gøre rede for i indeværende år. **Vi har derfor valgt at afrapportere denne parameter et år bagud, således at der i denne rapport rapporteres for 2021 - kohorten.** Der er 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 endt behandling. Med disse forbehold er der 1326 potentielle etårs opfølgninger på patienter behandlet i 2021 og heraf har de 672 fået registreret en opfølgning – dvs. **51% af relevante 2021 kohorte er registreret med en opfølgning i DAHANCA. Dette er stabilt i forhold til 2020 kohorten.**

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	672/1326 (51%)	NA	NA
2020	656/1265 (52%)	NA	NA

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

I 2022-kohorten er 852 patienter registreret med kurativt intenderet strålebehandling – enten primært eller postoperativt. 683 patienter har fået registreret graden af synkebesvær omkring afslutningen af strålebehandlingen. 296 har fået registreret moderat til svært synkebesvær svarende til at **43% af patienterne i 2022-kohorten med data registreret og som modtog strålebehandling har oplevet moderat til svært synkebesvær under strålebehandling**. Dette er på samme niveau som 2021 (første år med registrering af parameteren).

Tilsvarende har 219 (af 595 patienter med parameteren registreret) oplevet moderat til svære slimhindeforandringer svarende til at **37% af patienterne med data registreret i 2022-kohorten og som 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 852 patienter er registreret som havende modtaget kurativt anlagt strålebehandling i 2022-kohorten (primært eller postoperativt). Ved 2 måneder efter afslutningen af strålebehandlingen var 24% af patienterne registreret med en sonde. **To måneder efter afsluttet stråleterapi havde 17% af patienterne med registrering stadig en sonde, men behovet aftog derefter. Et år efter havde 1% i 2022-kohorten en sonde**, men antallet af patienter der har 11-13 måneders follow-up er begrænset på opgørelsestidspunktet, hvilket vanskeliggør vurderingen af data.

En fjerdedel 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 105 patienter, der er registreret med recidiv i 2022-kohorten er de 19 behandlet med stråleterapi, heraf de 9 med kurative doser. 36 er registreret med pallierende systemisk behandling enten kemoterapi eller immunterapi mens at 21 har modtaget kirurgi for tilbagefaldet. Typisk fjernelse af tilbagefald i lymfeknuderne.

I 2022-kohorten kan der redegøres for den første behandling for tilbagefald hos 72% af patienterne, hvilket er en fremgang fra 2021, hvor der kunne redegøres for behandling hos 55% af kohorten.

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

Blandt 113 døde *i 2022-kohorten er dødsårsagen kendt i 91 % af tilfældene*. Dette er på linje med tidligere år (2018-21: 89-95 %).

Dødsårsag	Antal (%)
Primær cancer	60 (53%)
Anden cancer i hoved-halsområdet	0
Anden cancer i luftvejene	4 (3,5%)
Anden cancer i øvrigt	4 (3,5%)
Anden sygdom	32 (28%)
Ulykke/selv mord	0
Komplikation til behandling	1 (3%)
Ukendt dødsårsag / tabt for follow-up / død ej undersøgt	10 (9%)

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:

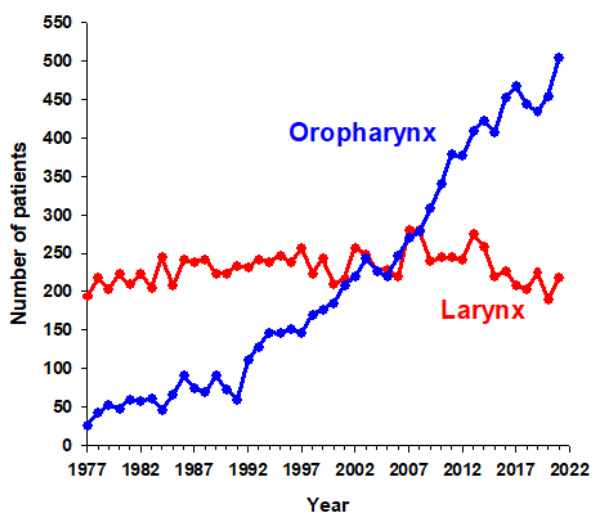
- Mundhule (ICD-10: C.02-C.06)
- Spytkirtler (ICD-10: C.07-C.08)
- Svælg (ICD-10: C.09-C.13+C.01.9, C.02.4 og C.05.1-2)
- Strube (ICD-10: C.32)
- Næse-bihuler (ICD-10: C.30-C.31)
- Skjoldbruskkirtel (ICD-10: C.73)
- Halsens lymfeknuder (metastaser) (ICD-10: C.77)

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 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 mundsvælgskarcinomerne er i dag HPV/p16 positive.

Incidensen af hoved-hals kræft er knap 1.800 nye tilfælde om året, mens prævalensen (antal borgere med aktuel eller tidligere hoved-halskræft) i Danmark er ca. 17.000 (NORDCAN 2020) 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 (2020) viser en 3-års overlevelse for patienter med hoved-halskræft i Danmark på 83%, mens den cancer-specifikke overlevelse er 93%.

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 2022

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	Overlæge Sten Schytte (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 Christina Caroline Plaschke (medlem af DAHANCA's bestyrelse)
SUH/ 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

Næstved er denne gang ændret til Sjællands Universitetshospital (SUH) efter ønske fra Regionen.