

15.sept. 2004

Det Nationale Indikatorprojekt

Lungecancer

Kvalitetsmål, indikatorer og prognostiske faktorer

November 2003

Indikatorgruppen for lungecancer

Enkelte rettelser vedr. standardfastsættelse foretaget 16. juni 2004

Enkelte rettelser vedr. indikatorgruppens sammensætning foretaget 15. sept. 2004

Indholdsfortegnelse

Indholdsfortegnelse	2
Forord	3
Indikatorgruppen for lungecancer	4
Indikatorskema: Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer vedr. lungecancer	5
Evidensvurdering for kvalitetsmål, indikatorer og prognostiske faktorer.....	7
Evidensgradering	8
Diagnose- og inklusionskriterier.....	9
Evidens vedrørende de enkelte indikatorområder.....	9
Datadefinitioner	13
Litteraturliste.....	22
Bilag	30

Forord

Indikatorgruppen vedr. lungecancer afholdt i december 2000 og januar 2001 sine indledende møder. Indikatorgruppen er tværfagligt sammensat og med bred geografisk deltagelse. Gruppens sammensætning ses på side 5. Diskussionen på de afholdte møder mandede ud i udpegning af 10 præliminære indikatorområder for lungecancer. Dokumentalisten har efterfølgende undersøgt evidensgrundlaget for disse 10 præliminære indikatorområder, og i maj 2001 har indikatorgruppen endeligt udpeget 6 indikatorområder. I løbet af 2002 er indikatorerne testet i testamterne, og på basis af erfaringerne herfra har indikatorgruppen på møde i november 2002 endelig har fastlagt følgende 7 indikatorer og tilhørende prognostiske faktorer og datadefinitioner.

Det drejer sig om følgende indikatorområder:

1. Overlevelse
2. Ventetider
3. Stadietklassificering
4. Behandlingsrate
5. Resektionsrate
6. Opfølgende samtale
7. Sidste 3 måneder.

Gruppen har udvalgt indikatorer under hensyn til faglig evidens, samt om det er praktisk muligt at gennemføre dataindsamling. Hver enkelt indikator har været nærmere diskuteret i gruppen, og resultatet er således et udtryk for konsensus i gruppen. Det samlede indicatorsæt (standarder og indikatorer med tilhørende prognostiske faktorer) er anført på s. 6-7. I disse skemaer er de valgte standarder, tilhørende tidsrammer, evidens, datakilder og prognostiske faktorer anført.

Denne rapport beskriver nærmere evidensgrundlaget for de 7 udvalgte indikatorområder. Desuden beskrives evidensgrundlaget for de valgte tilhørende prognostiske faktorer.

Resultatindikatorområdet "Overlevelse" er af gruppen tillagt overordnet betydning. Dette er betinget af lungecancer-sygdommens meget høje mortalitet. De anførte standarder er fastsat på basis af store udenlandske kohortestudier tilpasset den danske virkelighed.

Procesindikatorområdet "Ventetid" er valgt, da gruppen mener, at denne faktor er væsentlig for at kunne vurdere sundhedsvæsenets prioritering af indsatsen overfor lungecancer-sygdommen. Standarden for området er fastsat ud fra et fagligt skøn, da der kun findes få mindre undersøgelser, der kan understøtte betydningen af standarden. Det samme gør sig gældende for området "Opfølgende samtale" og "Sidste 3 måneder", som gruppen ligeledes har fundet det vigtigt at fokusere på, da en meget stor del af sundhedsvæsenets indsats overfor lungecancerpatienter er af palliativ karakter. Dataindsamlingen vedrørende lungecancer til Det Nationale Indikatorprojekt vil være knyttet til Dansk Lungecancer Register (DLCR).

Indikatorgruppen planlægger at mødes igen, når de første testdata foreligger mhp. at optimere de valgte standarder, indikatorer og prognostiske faktorer. Herudover er det hensigten løbende at videreudvikle og revidere standarder, indikatorer og prognostiske faktorer hvert 2. år.

På formandskabets vegne

Erik Jakobsen	Lone Ammentorp
overlæge	oversygeplejerske

Indikatorgruppen for lungecancer

Formandskab:

Overlæge Erik Jakobsen, Odense Universitetshospital.
Oversygeplejerske Lone Ammentorp, Amtssygehuset i Herlev.

Øvrige indikatorgruppemedlemmer:

Overlæge Jesper Bohsen Ravn, Rigshospitalet.
Professor, dr.med. Asger Dirksen, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, KAS Herlev.
Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Århus Kommunehospital.
Læge Kurt Andersen.
Projektsygeplejerske Inge Jørgensen, Skejby Sygehus.
Sygeplejerske Aase Jørgensen, Århus Kommunehospital.
Sygeplejerske Helle Gamborg, Skt. Lukas Hjemmehospice.
Chefkonsulent, Psykolog Anne Vinkel, Kræftens Bekæmpelse.
Cand. scient MPH Fysioterapeut Lene Løchte, KAS Gentofte.

Dokumentalist:

Overlæge Erik Jakobsen, Odense Universitetshospital.

Klinisk epidemiolog:

Centerchef, overlæge, dr.med. Torben Jørgensen, Forskningscenter for forebyggelse og sundhed
KAS Glostrup.
Epidemiolog MPH Helle Hilding-Nørkjær, Forskningscenter for forebyggelse og sundhed KAS
Glostrup.

Det Koordinerende Sekretariat:

Projektleder, professor, Ph.d. Jan Mainz, Det Nationale Indikatorprojekt.
Sundhedsfaglig proceskonsulent, sygeplejerske cand scient san. Bodil Bjørnshave

Indikatorskema: Standarder, indikatorer og prognostiske faktorer vedr. lungecancer

No.	Indikatorområde	Indikator	Type	Standard	Tidsramme
1a	OVERLEVELSE	Andel af patienter, der er i live 30-dage efter kirurgi (NSCLC)	Resultat	Overall. 95 % overlevelse Lobektomi: 97 % overlevelse Pneumonektomi: 93 % overlevelse Resektion: 98 % overlevelse Eksplorativ torakotomi: > 94% overlevelse	30 dage eft op.dato.
1b		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1, 2, 5 år (NSCLC)	Resultat	1 år: 30% overlevelse 2 år: 15 % overlevelse 5 år: 10% overlevelse	1,2,5 år eft henvisnings
1c		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium I - NSCLC)(cTNM)	Resultat	1 år: 70% overlevelse 2 år: 65% overlevelse 5 år: 60% overlevelse	1,2,5 år eft henvisnings
1d		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium 1a - NSCLC)(pTNM)	Resultat	1 år: 90% overlevelse 2 år: 80% overlevelse 5 år: 75% overlevelse	1,2,5 år eft henvisnings
1e		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium Ib - NSCLC) (pTNM)	Resultat	1 år: 80% overlevelse 2 år: 65% overlevelse 5 år: 60% overlevelse	1,2,5 år eft henvisnings
1f		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium II - NSCLC) (pTNM)	Resultat	1 år: 75% overlevelse 2 år: 60% overlevelse 5 år: 45% overlevelse	1,2,5 år eft henvisnings
1g		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium IIa - NSCLC) (pTNM)	Resultat	1 år: 85% overlevelse 2 år: 70% overlevelse 5 år: 50% overlevelse	1,2,5 år eft visningsdat
1h		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium IIb - NSCLC) (pTNM)	Resultat	1 år: 70% overlevelse 2 år: 50% overlevelse 5 år: 40% overlevelse	1,2,5 år eft visningsdat
1i		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium IIIa -NSCLC) (pTNM)	Resultat	1 år: 55% overlevelse 2 år: 30% overlevelse 5 år: 20% overlevelse	1,2,5 år eft visningsdat
1j		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium IIIb - NSCLC)(cTNM)	Resultat	1 år: 35% overlevelse 2 år: 15% overlevelse 5 år: 5% overlevelse	1,2,5 år eft visningsdat
1k		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (Stadium IV) - NSCLC)(cTNM)	Resultat	1 år: 20% overlevelse 2 år: 5% overlevelse 5 år: 1% overlevelse	1,2,5 år eft visningsdat
1l		Andel af udredte patienter, der er i live efter 1,2,5 år (SCLC - begrænset)	Resultat	Median: 14% overlevelse 1 år: 70% overlevelse 2 år: 25% overlevelse 5 år: 15% overlevelse	1,2,5 år eft behandlings
1m		Andel af udredte patienter, der er tilbudt behandling, der er i live efter 1,2,5 år (SCLC - udvidet)	Resultat	Median: 9% overlevelse 1 år: 40% overlevelse 2 år: 10% overlevelse 5 år: 2% overlevelse	1,2,5 år eft behandlings

2	Ventetid	a. Andel af patienter, der udredes, hvor ventetiden overholdes b. Andel af patienter, der behandles, hvor ventetiden overholdes	Proces	a. Alle patienter udredes inden 4 uger b. Alle patienter behandles inden 14 dg. efter udredning	Ved udskriv
3	Stadieklassifikation	Andel af patienter, hvor der er overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	Proces	70% overensstemmelse mellem cTNM og pTNM (max 2 uger imellem) 90% af udredte er cTNM klassificeret	Ved udskriv
4	Behandling	Andel af patienter, der er behandlet	Proces	Mindst 70% af patienterne tilbydes behandling	
5	Resektion	Andel af patienter, der er reseceret	Proces	25% af alle reseceres (30 % af patienter med NSCLC reseceres)	Ved udskriv
6a	Opfølgende samtale	a. Andel af patienter, der afsluttes uden behandlingstilbud, der tilbydes en opfølgende samtale	Proces	a. Alle patienter, der afsluttes uden et behandlingstilbud, tilbydes en opfølgende samtale	Ved afslutn forløb
6b		b. Andel af patienter uden behandlingstilbud, der tager imod opfølgende samtale		b. 75% af patienter uden behandlingstilbud, tager imod en opfølgende samtale	Ved afslutn forløb
7	Indlæggelsestid 3 måneder før død	Andel af patienter, hvor indlæggelsestiden er < 24 dage	Proces	80% af patienter bør være indlagt < 24 dage	Ved død

Evidensvurdering for kvalitetsmål, indikatorer og prognostiske faktorer

Litteratursøgningen

Evidensgrundlaget for de valgte indikatorer vedrørende lungecancer er primært tilvejebragt ved en systematisk søgning i internationale databaser, herunder The Cochrane Library, Medline og Cinahl. Endvidere er der hentet inspiration fra lærebøger og rapporter. Endelig har indikatorgruppemedlemmerne i visse tilfælde kunnet supplere med yderligere materiale.

Litteratursøgningen er tilrettelagt i samarbejde med Centerchef, overlæge, dr.med. Torben Jørgensen og klinisk epidemiolog Allan Linneberg, begge fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed, Amtssygehuset i Glostrup. Desuden er litteratursøgningen gennemgået i samarbejde med forskningsbibliotekarerne Kirsten Keller og Johan Wallin, Odense Universitetsbibliotek.

Litteratursøgningerne er foretaget såvel som fritekstsøgning og som MeSH-søgning, idet der primært er søgt på "lung" og "cancer" samt på "lung neoplasm" som overordnet søgning. Herefter er søgningerne suppleret med de enkelte indikatorers indhold, f.eks. "survival". De herefter fundne referencer er sorteret, således at der som overordnet strategi er valgt efter følgende retningslinier:

- Kliniske undersøgelser med mere end 200 konsekutivt inkluderede patienter. Dette er gældende for alle case-control studier, mens der er medtaget mindre randomiserede studier. Antallet 200 er fremkommet efter en epidemiologisk vurdering af sygdommens hyppighed og den deraf afledte statistiske styrke af studierne.
- Undersøgelserne skal indeholde data fra mere end 90 % af de inkluderede patienter.
- Litteraturen må max. være 20 år gammel.

Efter de her nævnte kriterier, vurderet ud fra referencernes abstrakt, er der udvalgt et antal referencer pr. indikatorområde. Disse referencer er rekvireret og gennemlæst, og efter en yderligere sortering er de evt. inkluderet i litteraturlisten. Et eksempel på en søgning er anført i bilag A.

Evidensgradering

Den indsamlede litteratur er kritisk gennemgået mht. metodologiske styrker og svagheder, og klassificeret jvf. nedenstående klassifikationssystem:

Publikationstype	Evidens	Styrke
Metaanalyse, Systematisk oversigt	Ia	A
Randomiseret kontrolleret studie	Ib	A
Kontrolleret ikke randomiseret studie	IIa	B
Kohorteundersøgelse	IIb	B
Diagnostisk test (Direkte diagnostisk test)	IIb	B
Case-control undersøgelse	III	C
Diagnostisk test (indirekte nosografisk metode)	III	C
Beslutningsanalyse	III	C
Deskriptiv undersøgelse	III	C
Mindre serier	IV	D
Oversigtsartikel	IV	D
Ekspertvurdering	IV	D
Ledende artikel	IV	D

Skemaet er justeret efter Eccles M et al. North of England evidente based guidelines projekt. BMJ 1998 samt Matzen P. Evidensbaseret medicin. Medicinsk kompendium bind 1, 1999.

Evidensgraderingen for resultatindikatorer er relateret til de prognostiske faktorer, der påvirker resultatet. Evidensgraderingen for procesindikatorer er relateret til, om den givne proces påvirker et givet resultat. Standarder er fastlagt på baggrund af kliniske (patientbaserede) prospektive undersøgelser, og indikatorgruppens vurdering.

Diagnose- og inklusionskriterier

Definition af lungecancer:

Lungecancerdiagnosen C34.x: Neoplasma Malignum Pulmonis.

Inklusionskriterier:

Alle danske patienter med lungecancerdiagnosen C34.x, hvorpå der foreligger en indberetning fra en klinisk afdeling tilknyttet DLCR, inkluderes. De tilknyttede afdelinger er alle danske afdelinger, der udreder eller behandler patienter med lungecancer.

Evidens vedrørende de enkelte indikatorområder

Overlevelse

Overlevelsen kan umiddelbart deles op i 3 hovedafsnit, for det første den operationsrelaterede mortalitet, dvs. 30 dages mortaliteten efter kirurgi, dernæst overlevelsestal vedr. ikke-småcellet lungecancer (NSCLC), og endelig småcellet lungecancer (SCLC). For de 2 sidstnævntes vedkommende er området opdelt i underafsnit med relation til den internationale stadieklassifikation for NSCLC og SCLC.

Vedrørende 30 dages mortalitet efter kirurgi er denne faktor et internationalt anerkendt standardmål for hospitalsrelateret mortalitet. Der foreligger talrige nyere kohorte undersøgelser, der dels beskriver 30 dages mortaliteten i større patientserier, og dels undersøger de prognostiske faktorer, der er relateret til 30 dages mortaliteten. De i indikatorskemaet s.6 anførte standarder for 30 dages mortaliteten må anses for at være udtryk for god international standard. Omkring de prognostiske faktorer er der evidensstyrke B for, at pneumonektomi som operationstype er forbundet med forhøjet mortalitet, ligesom der er evidensstyrke B for, at konkurrerende lidelser som hjertesygdom og kronisk obstruktiv lungelidelse (KOL) er forbundet med forhøjet mortalitet.

Vedrørende mortaliteten for ikke-småcellet lungecancer (NSCLC) er sygdommens stadie helt afgørende for prognosen. Opgørelserne vedrørende de udvalgte indikatorer baserer sig på det internationalt anvendte klassifikationssystem fra 1997. Traditionelt opdeler man TNM-stadiet i cTNM stadiet, som er det kliniske stadie, der er baseret på det samlede resultat af de diagnostiske procedure, og i pTNM stadiet, der baseres på resultatet af de histopatologiske undersøgelser af operationsmaterialet. Udover stadiet er prognosen afhængig af en række faktorer så som alder, køn, histologi og hjerte-lunge sygdom.

Baseret på cTNM stadiet og de nævnte faktorer tilbydes patienterne enten kirurgisk behandling, kombinationsbehandling mellem kirurgi og onkologisk behandling eller onkologisk behandling alene. Store dele af patienterne tilbydes i dag ikke behandling. Stadierne I-IIIa tilbydes i dag kirurgi evt. suppleret med onkologisk behandling, mens stadierne IIIb-IV udelukkende tilbydes onkologisk behandling. De i indikatorskemaet s.5, no. 1b -1i anførte standarder baserer sig således på den samlede overlevelse for de anførte stadier, og er standarder for resultatet af den samlede kirurgisk og onkologisk behandling. Standarderne anført i indikatorskemaet s.5, no. 1j - 1k baserer sig på onkologisk behandling, mens de anførte standarder vedrørende småcellet lungecancer anført i indikatorskemaet s.5, no. 1l - 1m, ligeledes baseres på udelukkende onkologisk behandling.

De anførte standarder bygger på store, nye kohorteundersøgelser jvf. litteraturlisten. De i indikatorskemaet anførte prognostiske faktorer stammer ligeledes fra disse kohorteundersøgelser, og forbundet med evidensstyrke B.

Referencer: 1, 2, 4-7, 10, 13-15, 20-22, 24, 25, 27-34, 37-40, 42-44, 46, 48-50, 52, 54, 55, 61- 63, 67-71.

Ventetider

Lungecancer er omfattet af Regeringens ventetidsgaranti for visse kræftsygdomme, således at der for den enkelte patient max. må gå 4 uger fra henvisningen modtages i den udredende afdeling, til patienten modtager endeligt svar på de diagnostiske undersøgelser. Desuden må der max. gå 14 dage fra den behandlende afdeling modtager henvisning til behandling opstartes, dog 4 uger ved strålebehandling. Sammenlagt således max. 6 (8) uger fra henvisningen modtages til behandlingen opstartes.

Hvorvidt ventetidens længde har betydning for sygdommens stadie og overlevelse, er der nogen uenighed om i litteraturen. Det overvejende synspunkt er, at ventetider på måneder i primærsektoren, hvad enten der er tale om "patients delay" eller "doctors delay", kan have en betydning, mens nogle få ugers forlænget ventetid i hospitalssektoren næppe har betydning for sygdommens stadie og overlevelsen. Derimod kan det sidstnævnte "sekundær delay" naturligvis være en belastning for den enkelte patient.

Af de anførte referencer fremgår det bl.a., at ventetiden for strålebehandlingen er afgørende for overlevelsen, og at der kan være sammenhæng mellem stadie, overlevelse og ventetid. Endelig at resektionsraten mere end fordobles ved kortere ventetid. Der er således god evidens for sammenhængen mellem ventetid og behandlingsresultat (evidensstyrke B).

Det har ikke været muligt at identificere prognostiske faktorer i litteraturen vedrørende ventetider. Indikatorgruppen har som standard valgt, at afdelingernes ventetid skal leve op til den udmeldte ventetidsgaranti for lungecancer.

Referencer: 3, 11, 12, 17-19, 26, 35, 36, 53, 55.

Stadieklassificering

Som anført i indledningen, gennemgår hovedparten af lungecancerpatienterne et udredningsforløb, der ender op med, at de klassificeres i henhold til TNM-systemet og får således et cTNM-stadie. Da dette cTNM-stadie er helt essentielt for valg af behandlingsstrategi, er det afgørende, at alle patienter, der klinisk kan tilbydes kurativ eller palliativ behandling, får et så korrekt cTNM-stadie som muligt, således at den korrekte behandlingsstrategi kan vælges. Derudover er det vigtigt, at stadiet faktisk er korrekt, idet en forkert stadieangivelse kan medføre fejlbehandling.

Et mål for hvor korrekt cTNM stadiet er, er pTNM stadiet, der jo er det patoanatomiske TNM-stadie bedømt på operationspræparatet. Der foreligger flere større udenlandske kohorteundersøgelser, der sammenligner cTNM og pTNM stadiet, ligesom der foreligger enkelte undersøgelser, der viser noget om, hvor stor en andel af populationer, der cTNM-klassificeres. Der er god evidens (evidensstyrke B) for, hvor stor overensstemmelse der bør være mellem cTNM og pTNM stadiet. Standarden fastsættes til, at der hos 60 % af patienterne skal være overensstemmelse mellem cTNM

og pTNM. Ligeledes findes der fra populationsundersøgelser nogen evidens for, at overlevelsen er størst i de populationer, hvor flest cTNM klassificeres (evidensstyrke C). Standarden for stadielklassificering fastsættes derfor til, at 90 % af lungecancer-patienter skal være cTNM klassificeret.

Det har ikke været muligt at identificere prognostiske faktorer i litteraturen vedrørende stadielklassificering.

Referencer: 1, 5, 6, 8, 9, 23, 47, 48, 49.

Behandlingsrate.

Den andel af alle patienter med diagnosticeret lungecancer, der modtager behandling, hvad enten denne behandling er kurativ eller palliativ intenderet, afspejler sundhedsvæsenets holdning til aktiv behandling af lungecancer-patienter. Der er i dag evidensstyrke B for, at en aktiv behandlingsstrategi for alle patientgrupper er afgørende for såvel overlevelsesresultater, som patienternes quality of life, og for at en tidligere udbredt holdning om, at man ikke ønskede at påføre patienterne ubehag og risici ved en udsigtsløs behandling, ikke længere kan anses for at være acceptabel.

De prognostiske faktorer vedrørende behandling omhandler histologi og alder.

Behandlingsraten afspejler dette, og udtaler sig om, hvor stor en andel af alle lungecancerpatienter, der tilbydes en eller anden form for behandling. Der findes her meget få studier, der populationsbaseret undersøger dette, og den valgte standard på 70 % på dette område vil mere være et udtryk for, hvad der aktuelt i dag fagligt anses for et ønskeligt og realistisk mål (evidensstyrke C).

Resektionsrate.

Derimod findes der flere undersøgelser, der beskriver resektionsraten, der angiver den procentvise andel af alle patienter, der har fået foretaget kirurgisk resektion uafhængig af mikroskopisk radikalitet. Standarden for resektionsraten er herudfra fastsat til 25 % for hele populationen og 30 % for den del af populationen, hvor resektion er et relevant behandlingstilbud, nemlig hos patienter med NSCLC. Flere undersøgelser, såvel kohorteundersøgelser som populationsundersøgelser, viser meget god sammenhæng mellem høj resektionsrate og høj overlevelse (evidensstyrke B).

Referencer for behandlings- og resektionsrater: 6, 9, 20, 36, 41, 51, 56, 57, 64, 65.

Opfølgende samtale

Nylige danske opgørelser fra Kræftens Bekæmpelse (personlig meddelelse, Kræftens Bekæmpelse) har vist, at omkring halvdelen af alle danske lungecancer-patienter sidste i 1990'erne modtog en eller anden form for behandling, hvad enten denne behandling er tiltænkt kurativ eller palliativ. Der er således en meget stor del af lungecancerpatienter, der efter udredningsforløbet ikke tilbydes behandling. Der findes meget lidt viden i dag om, hvordan det går disse patienter. Patienterne bliver ofte i forbindelse med afslutningen af udredningsforløbet oplyst om, at de ikke kan tilbydes yderligere behandling, og afsluttes derefter for så i løbet af en oftest kortere periode at vende tilbage til sundhedsvæsenet mhp. palliativ behandling. Det er en almindelig opfattelse, at disse patienter i dag ikke tilbydes tilstrækkelig opfølgning og information efter den primære information om, at de ikke kan tilbydes behandling. Information om, at man har en uhelbredelig og dødeligt forløbende

sygdom, skal erfaringsmæssigt meddeles patienterne gentagne gange, således at patienterne har mulighed for at forholde sig til en lang række spørgsmål, som en sådan meddelelse naturligt vil medføre (evidensstyrke D). Derfor vil den andel af patienterne, der tilbydes en opfølgende samtale i ambulant regi, være et udtryk for kvaliteten af det informationsarbejde, som sundhedsvæsenet i dag tilbyder. Der foreligger i litteraturen ikke oplysninger, der direkte måler på denne indikator, hvorfor standarden skønnes til at 100 % af lungecancer-patienter, der afsluttes uden et behandlingstilbud, tilbydes en opfølgende samtale.

En vurdering af det ovenfor anførte må nødvendigvis indeholde en oplysning om, hvor stor en andel af de patienter, der får tilbudt en opfølgende samtale, der rent faktisk tager imod dette tilbud. Der foreligger i litteraturen ligeledes ikke oplysninger, der kan støtte fastlæggelse af standarder på denne indikator, og man må her også forholde sig til den fagligt alment accepterede standard på at 75 % af patienter uden behandlingstilbud forventes at tage imod en opfølgende samtale.

Der har for indikatorområdet ikke kunnet identificeres prognostiske faktorer.

Sidste 3 måneder

Det er en generel antagelse, at lungecancer-patienter i terminalfasen, som hovedregel har et ønske om at tilbringe længst mulig tid i eget hjem. Man ønsker således oftest, at de symptomer, som sygdommen medfører, er så velbehandlet, og at man har et socialt netværk, der tilsammen gør, at hospitalsindlæggelser i de sidste måneder af ens liv kan minimeres mest muligt. Den palliative indsats koncentrerer sig da også primært om at etablere palliative tværfaglige teams, der kan sikre, at dette sker for så mange patienter som muligt.

Man kan således sige, at god kvalitet af den palliative indsats vil give sig til udtryk i få indlæggelsesdage i patienternes sidste del af livet. Antallet af indlæggelser vil derimod ikke nødvendigvis være udtryk for god kvalitet, idet flere korte indlæggelser ofte kan være bedre end få lange indlæggelser. En standard, der således udtrykker et max. antal indlæggelsesdage på 24 dage i patienternes sidste levetid, vil formentlig være et udtryk for, hvorvidt sundhedsvæsenet lever op til god palliativ indsats.

Der foreligger i litteraturen enkelte undersøgelser, der omhandler dette (evidensstyrke D), og det har kun været muligt at identificere alder og køn som prognostiske faktorer.

Referencer: 45, 58-60, 68.

Datadefinitioner

Det er aftalen, at de ovenfor nævnte indikatorer skal registreres ved hjælp af Dansk Lunge Cancer Register, som er en national klinisk database, oprettet 1. januar 2000. Databasen modtager i dag oplysninger fra 59 kliniske afdelinger, såvel udredende som behandlende. Hovedparten af de oplysninger, der er nødvendig for fastlæggelse af indikatorerne registreres i dag i forvejen i Dansk Lunge Cancer Register, og det er således kun nødvendigt at tilføje enkelte elementer til Dansk Lunge Cancer Register for, at registeret indeholder et fuldstændigt datasæt set i relation til det Nationale Indikatorprojekt. Bilag C består af de indberetningsskemaer DLCR har vedtaget at anvende pr. 1. august 2003. En medarbejder fra Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed og dokumentalisten har i samarbejde udarbejdet en kravspecifikation (datadefinitionsmanual) for tilføjelser i Dansk Lunge Cancer Register.

I det følgende redegøres for de datadefinitioner, der via registreringen i Dansk Lunge Cancer Register registreres i Det Nationale Indikator Projekt. Herunder redegøres for hvordan de enkelte dataelementer tilvejebringes og beregnes. Når datasættet er endelig godkendt efter resultataudit i efteråret 2003, vil data én gang per kvartal blive overført til Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed fra Dansk Lunge Cancer Register. Statistiske beregninger og epidemiologiske vurderinger af data foregår herefter derfra, ligesom rapportering af data og resultater til de enkelte deltagende afdelinger/amter:

Overordnet registreres fra de 3 typer deltagende afdelinger (udredende, kirurgiske og onkologiske) alle patienter med nydiagnosticeret / -behandlet lungecancer (diagnosen C34.x.). Der kan i DLCR foreligge 1, 2 eller 3 typer registrering per patient. Diagnosedatoen sættes til den først registrerede henvisningsdato og patienterne allokeres til en periode i forhold til denne diagnosedato. 4 gange årligt samkøres data i DLCR med CPR-registeret, hvor oplysninger om bopæl på diagnosetidspunktet (kommunekode, der anvendes til beregning af sygehuskommune jvn.f. publikationen Sygehusklassifikation og kommunekoder. Sundhedsstyrelsen. Munksgaard 2003) samt vitalstatistiske oplysninger opsamles (evt. dødstidspunkt).

De enkelte indikatorer kan herefter beskrives og defineres således, idet feltnavne (anført med KAPITÆLER) refererer til navnet i datawarehouse genereret af DLCR til NIP:

- 1: Overlevelse:
 - a: 30-dages mortalitet. Beregnet overlevelse efter kirurgi. Beregnes for alle patienter, der i perioden har fået udført et kirurgisk indgreb dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO. Antal udførte operationer, fordelt på hele landet og de enkelte opererende afdelinger (SKS-kode: 420227, 600821, 702626, 800127, 130134, 150119, 760105), samt på operationstype (4 torakotomi operationstyper: TORACOTOMI TYPE = LOBEKTOMI, RESEKTION, PNEUMONEKTOMI OG EKSPLOKATIV) identificeres og for hver enkel patient registreres operationsdato og hvorvidt patienter har en dødsdato (DØDSDATO) anført. Hvis levetiden efter operation er mindre eller lig 30 dage registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i

forhold til populationen fordelt på lokalisation og operationstype, anføres.

Prognostiske faktorer for indikatoren er operationstype (OPERATIONSTYPE = PNEUMONEKTOMI), MB. CORDIS = JA, KOL = JA og lungefunktion (FEV1). Hjertesygdom, KOL og lungefunktion registreres i udredningsdelen og findes således kun hos de patienter, hvor der både er registreret et udredningsforløb og et kirurgiforløb. I de tilfælde, hvor der findes data i fra den medicinske udredning, men oplysninger om KOL og/eller MB. CORDIS mangler registreres dette = NEJ. Lungefunktionen kan enten relateres til oplysningen om KOL eller til FEV1 i forhold til den beregnede forventede (algoritme for beregning af FEV1 i % af forventet fremgår af bilag b). Ved sammenligning mellem afdelingerne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

- b. Overlevelse. Totaloverlevelse NSCLC 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en udredende afdeling dvs. har en dato anført i feltet HENVISNINGSDATO MEDICIN, samt alle patienter der ikke har en dato anført i feltet HENVISNINGSDATO MEDICIN, men en dato i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (HENVISNINGSDATO MEDICIN) og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres.
- Stadium (beregnet stadium ud fra værdier anført i cT, cN og cM. Algoritme anført i bilag b), alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.
- c. Overlevelse stadium I. Totaloverlevelse for stadium I efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres.

Stadium Ia og Ib (beregnet stadium ud fra værdier anført i cT, cN og cM. Algoritme anført i bilag b), alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

- d. Overlevelse stadium Ia. Totaloverlevelse for stadium Ia efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres. Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.
- e. Overlevelse stadium Ib. Totaloverlevelse for stadium Ib efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres. Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.
- f. Overlevelse stadium II. Totaloverlevelse for stadium II efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter,

anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres.

Stadium IIa og IIb (beregnet stadium ud fra værdier anført i cT, cN og cM. Algoritme anført i bilag b), alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

- g. Overlevelse stadium IIa. Totaloverlevelse for stadium IIa efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres. Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.
- h. Overlevelse stadium IIb. Totaloverlevelse for stadium IIb efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres. Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

- i. Overlevelse stadium IIIa. Totaloverlevelse for stadium IIIa efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en kirurgisk afdeling dvs. har en dato anført i feltet KIRURGISK HENVISNINGSDATO og har et stadium anført i kolonnen pTNM. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (KIRURGISK HENVISNINGSDATO og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres. Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.
- j. Overlevelse stadium IIIb. Totaloverlevelse for stadium IIIb efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en udredende afdeling dvs. har en dato anført i feltet HENVISNINGSDATO MEDICIN og har det beregnede stadium IIIb. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (HENVISNINGSDATO MEDICIN) og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres. Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.
- k. Overlevelse stadium IV. Totaloverlevelse for stadium IV efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, eksklusiv patienter der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en udredende afdeling dvs. har en dato anført i feltet HENVISNINGSDATO MEDICIN og har det beregnede stadium IV. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (HENVISNINGSDATO MEDICIN) og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation

(hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres.

Alder (CPR), køn (CPR) og histologi (HISTOLOGITYPE) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

1. Overlevelse småcellet karcinom – begrænset stadie. Totaloverlevelse for begrænset stadium efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en udredende afdeling dvs. har en dato anført i feltet HENVISNINGSDATO MEDICIN og i SLCL STADIE har anført BEGRÆNSET. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (HENVISNINGSDATO MEDICIN) og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres.

Alder (CPR), køn (CPR), performance (PERFORMANCE = 0,1,2,3,4) og LDH (LDH = NORMAL / FORHØJET) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

- m. Overlevelse småcellet karcinom – udvidet stadie. Totaloverlevelse for udvidet stadium efter 1, 2 og 5 år. Beregnes for alle patienter, der i HISTOLOGITYPE = SMÅCELLET CARCINOM, der i perioden er registreret fra en udredende afdeling dvs. har en dato anført i feltet HENVISNINGSDATO MEDICIN og i SLCL STADIE har anført BEGRÆNSET. Antal indberettede patienter, fordelt på hele landet og de enkelte amter, anføres, samt hvorvidt patienterne er døde. Forskellen mellem henvisningsdato (HENVISNINGSDATO MEDICIN) og evt. dødsdato (DØDSDATO) registreres. Hvis levetiden efter henvisningsdatoen er mindre eller lig henholdsvis 1, 2 eller 5 år registreres dette og antal i %, der opfylder dette krav i forhold til populationen fordelt på lokalisation (hele landet og amt), anføres. Herefter kan de tilsvarende overlevelser anføres.

Alder (CPR), køn (CPR), performance (PERFORMANCE = 0,1,2,3,4) og LDH (LDH = NORMAL / FORHØJET) er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

2. Ventetid.

- a. Udredningstiden:
“ENDELIGT SVAR TIL PATIENTEN” fratrukket “HENVISNINGSDATO MEDICIN” <= 4 uger.

Der skal kun indgå patienter hvor der ikke er "ja" til "Øget ventetid".

- b. Kirurgisk behandlings ventetid:
"OPERATIONS DATO" fratrukket "HENVISNINGSDATO TIL KIRURGI" \leq 2 uger.
- c. Onkologisk behandlings ventetid:
"TILBUDT START ONKOLOGI" fratrukket "HENVISNINGSDATO ONKOLOGI" \leq 2 uger.
- d. Samlet udrednings og behandlingstid:
Kirurgisk behandling:
"OPERATIONS DATO" fratrukket "HENVISNINGSDATO MEDICIN" \leq 6 uger.
Onkologisk behandling:
Ikke strålebehandling: "TILBUDT START ONKOLOGI" fratrukket "HENVISNINGSDATO MEDICIN" \leq 6 uger.
Strålebehandling: "TILBUDT START ONKOLOGI" fratrukket "HENVISNINGSDATO MEDICIN" \leq 8 uger.

Indikator = andel af patienter hvor ventetiden overholdes.

3. Stadietklassifikation:

- a. Andel af patienter med overensstemmelse imellem cTNM og pTNM. Her indgår kun patienter med en valid "HENVISNINGSDATO TIL KIRURGI" og en valid "HENVISNINGSDATO MEDICIN". Overensstemmelse defineres som værende til stede hvis cTNM og pTNM er ens på følgende niveau: I, II, IIIA, IIIB og IV jvn.f. bilag b.
- b. Andel af alle nydiagnosticerede patienter i DK og i et amt, der udredes og klassificeres i.h.t. cTNM. Incidensen i DK og de enkelte amter i perioden hentes enten via cancerregisterdata eller via de patientadministrative systemer (LPR). Der henvises til dokument vedrørende dette fra NIP sekretariatet. Beregnes ud fra alle med en valid "HENVISNINGSDATO MEDICIN" og de anførte incidenser.

4. Behandlingsrate.

Andel af patienter henviste til udredning dvs. med en valid dato for "HENVISNINGSDATO MEDICIN", der er henvist til kirurgisk eller onkologisk behandling. "JA" til "HENVIST TIL KIRURGI" eller "HENVIST TIL ONKOLOGI".

5. Resektionsrate.

Antal opererede patienter i forhold til henholdsvis den incidente population af lungecancer jvn.f. bemærkning under indikator 3b og den estimerede incidente population af NSCLC (85 % af alle med LC) fordelt på DK og amter. Patienten er reseceret, såfremt der er indberettet en valid "OPERATIONS DATO" og såfremt "OPERATIONSTYPE" ikke er "EKSPLORATIV". Anføres i % per DK og amt.

"HISTOLOGITYPE" og "ALDER" beregnet fra CPR er prognostiske faktorer for indikatoren. Ved sammenligning mellem amterne skal data justeres i forhold til forekomsten af disse prognostiske faktorer.

6. Opfølgende samtale.

a. Udredning:

Andel af patienter med udredningsforløb (dvs. en valid "HENVISNINGSDATO MEDICIN"), der ikke henvises til kirurgisk eller onkologisk behandling ("NEJ" til "HENVIST TIL KIRURGI" og "NEJ" til "HENVIST TIL ONKOLOGI"), der tilbydes opfølgende samtale ("AFSLUTTENDE SAMTALE MED" = "JA").

Desuden udregnes andelen af patienter tilbudt opfølgende samtale, der tager imod tilbuddet ("AFSLUTTENDE SAMTALE MED" = "JA" og "ACCEPT SAMTALE MED" = "JA") anført i %.

b. Kirurgi:

Andel af patienter henvist til kirurgisk behandling (valid "HENVISNINGSDATO KIRURGI"), som tilbydes (henholdsvis tager imod) opfølgende samtale, dvs. "JA" i "OPFØLGENDE SAMTALE KIR" (henholdsvis "JA" i "ACCEPT SAMTALE KIR").

Følgende patienter skal tilbydes samtale:

Opererede patienter (valid "OPERATIONSdato"), som ikke er mikroradikalt ("NEJ" i "TUMOR FJERNET MIKRORADIKALT") og makroradikalt ("NEJ" i "TUMOR FJERNET MAKORADIKALT") opererede, og som ikke er henvist til onkologisk behandling (ingen valid dato i "HENVISNINGSDATO ONKOLOGI"). Samt ikke opererede patienter (dvs. ingen dato i "OPERATIONSdato"), som ikke er henvist til onkologisk behandling (ingen valid dato i "HENVISNINGSDATO ONKOLOGI").

c. Onkologi:

Andel af patienter henvist til onkologisk behandling (valid "HENVISNINGSDATO ONKOLOGI"), som ikke tilbydes behandling (dvs. "NEJ" i "BEHANDLING ONKOLOGI"), som tilbydes opfølgende samtale (henholdsvis tager imod tilbud).

7. Indlæggelsestid 3 måneder før død.

Oplysningen om og beregning af antal dages indlæggelse de sidste 3 måneder op til død er indhentet af DLCR's systemleverandør CSC Scandihealth A/S (Sundhedsdatabanken).

Indikatoren defineres som andel af afdøde patienter, der var indlagt maksimalt 24 dage i løbet af patientens sidste 3 måneders levetid. Anføres i "XLCINDLAEGGELSESTID3MDR"

Niveau for præsentation af indikatorer:

1) Følgende indikatorer specificeres på afdeling og DK:

30-dages overlevelse efter kirurgi, udredningstiden, kirurgisk behandlings ventetid, opfølgende samtale onkologi.

2) Følgende indikatorer specificeres på amt og DK:

Overlevelse, onkologisk behandlings ventetid, samlet behandlings ventetid, stadieklassifikation, behandlingsraten, resektionsraten, opfølgende samtale medicin, opfølgende samtale kirurgi, indlæggelse sidste 3 måneder.

Litteraturliste

1. Adebonojo, S. A., Bowser, A. N., Moritz, D. M., and Corcoran, P. C.
Impact of revised stage classification of lung cancer on survival: a military experience.
Chest 115[6], 1507-1513. 1999.
2. Anderson, H., Hopwood, P., Stephens, R. J., Thatcher, N., Cottier, B., Nicholson, M.,
Milroy, R., Maughan, T. S., Falk, S. J., Bond, M. G., Burt, P. A., Connolly, C. K., McIlmurray, M.
B., and Carmichael, J.
Gemcitabine plus best supportive care (BSC) vs BSC in inoperable non-small cell lung cancer--a
randomized trial with quality of life as the primary outcome. UK NSCLC Gemcitabine Group. Non-
Small Cell Lung Cancer. Br.J.Cancer 83[4], 447-453. 2000.
3. Billing, J. S. and Wells, F. C.
Delays in the diagnosis and surgical treatment of lung cancer.
Thorax 51[9], 903-906. 1996.
4. Bonomi, P., Kim, K., Fairclough, D., Cella, D., Kugler, J., Rowinsky, E., Jiroutek, M., and
Johnson, D.
Comparison of survival and quality of life in advanced non-small-cell lung cancer patients treated
with two dose levels of paclitaxel combined with cisplatin versus etoposide with cisplatin: results of
an Eastern Cooperative Oncology Group trial.
J.Clin.Oncol. 18[3], 623-631. 2000.
5. Bouchardy, C., Fioretta, G., de Perrot, M., Obradovic, M., and Spiliopoulos, A.
Determinants of long term survival after surgery for cancer of the lung: A population-based study.
Cancer 86[11], 2229-2237. 1-12-1999.
6. Breathnach, O. S., Freidlin, B., Conley, B., Green, M. R., Johnson, D. H., Gandara, D. R.,
O'Connell, M., Shepherd, F. A., and Johnson, B. E.
Twenty-two years of phase iii trials for patients with advanced non-small-cell lung cancer: sobering
results.
J.Clin.Oncol. 19[6], 1734-1742. 15-3-2001.
7. Buccheri, G. and Ferrigno, D.
Prognostic value of stage grouping and TNM descriptors in lung cancer.
Chest 117[5], 1247-1255. 2000.
8. Bulzebruck, H., Bopp, R., Drings, P., Bauer, E., Krysa, S., Probst, G., van Kaick, G., Muller, K.
M., and Vogt-Moykopf, I.
New aspects in the staging of lung cancer. Prospective validation of the International Union Against
Cancer TNM classification.
Cancer 70[5], 1102-1110. 1-9-1992.

9. Bulzebruck, H., Krysa, S., Bauer, E., Probst, G., Drings, P., and Vogt-Moykopf, I.
Validation of the TNM classification (4th edn) for lung cancer: first results of a prospective study of 1086 patients with surgical treatment.
Eur.J.Cardiothorac.Surg. 5[7], 356-362. 1991.
10. Bunn, P. A., Jr., Vokes, E. E., Langer, C. J., and Schiller, J. H.
An update on North American randomized studies in non-small cell lung cancer.
Semin.Oncol. 25[4 Suppl 9], 2-10. 1998.
11. Chen, M., Jiang, G. L., Fu, X. L., Wang, L. J., Qian, H., Chen, G. Y., Zhao, S., and Liu, T. F.
The impact of overall treatment time on outcomes in radiation therapy for non-small cell lung cancer.
Lung Cancer 28[1], 11-19. 2000.
12. Christensen, E. D., Harvald, T., Jendresen, M., Aggestrup, S., and Petterson, G.
The impact of delayed diagnosis of lung cancer on the stage at the time of operation.
Eur.J.Cardiothorac.Surg. 12[6], 880-884. 1997.
13. Chute, J. P., Venzon, D. J., Hankins, L., Okunieff, P., Frame, J. N., Ihde, D. C., and Johnson, B. E.
Outcome of patients with small-cell lung cancer during 20 years of clinical research at the US National Cancer Institute.
Mayo Clin.Proc. 72[10], 901-912. 1997.
14. Cullen, M. H., Billingham, L. J., Woodroffe, C. M., Chetiyawardana, A. D., Gower, N. H., Joshi, R., Ferry, D. R., Rudd, R. M., Spiro, S. G., Cook, J. E., Trask, C., Bessell, E., Connolly, C. K., Tobias, J., and Souhami, R. L.
Mitomycin, ifosfamide, and cisplatin in unresectable non-small-cell lung cancer: effects on survival and quality of life.
J.Clin.Oncol. 17[10], 3188-3194. 1999.
15. D'Amico, T. A., Aloia, T. A., Moore, M. B., Herndon, J. E., Brooks, K. R., Lau, C. L., and Harpole-DH, Jr.
Molecular biologic substaging of stage I lung cancer according to gender and histology.
Ann.Thorac.Surg. 69[3], 882-886. 2000.
16. Damhuis, R. A. and Schutte, P. R.
Resection rates and postoperative mortality in 7,899 patients with lung cancer.
Eur.Respir.J. 9[1], 7-10. 1996.
17. Deegan, P. C., Heath, L., Brunskill, J., Kinnear, W. J., Morgan, S. A., and Johnston, I. D.
Reducing waiting times in lung cancer.
J.R.Coll.Physicians Lond 32[4], 339-343. 1998.
18. Diagnosis and first-line treatment of patients with lung cancer in Italian general hospitals. G.I.V.I.O. (Interdisciplinary Group for Cancer Evaluation).
Tumori 75[2], 163-167. 30-4-1989.

19. Dische, S., Gibson, D., Parmar, M., and Saunders, M. I.
Time course from first symptom to treatment in patients with non-small cell lung cancer referred for radiotherapy: a report by the CHART Steering Committee.
Thorax 51[12], 1262-1265. 1996.
20. Engeland, A., Bjorge, T., Haldorsen, T., and Tretli, S.
Prognosis of patients with lung cancer diagnosed in Norway, 1954-93.
Cancer Causes Control 9[1], 57-65. 1998.
21. Ferguson, M. K. and Karrison, T.
Does pneumonectomy for lung cancer adversely influence long-term survival?
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 119[3], 440-448. 2000.
22. Giaccone, G., Dalesio, O., McVie, G. J., Kirkpatrick, A., Postmus, P. E., Burghouts, J. T., Bakker, W., Koolen, M. G., Vendrik, C. P., and Roozendaal, K. J.
Maintenance chemotherapy in small-cell lung cancer: long-term results of a randomized trial.
European Organization for Research and Treatment of Cancer Lung Cancer Cooperative Group.
J.Clin.Oncol. 11[7], 1230-1240. 1993.
23. Ginsberg, R. J.
Continuing controversies in staging NSCLC: an analysis of the revised 1997 staging system.
Oncology (Huntingt) 12[1 Suppl 2], 51-54. 1998.
24. Hansen, J. and Olsen, J. H.
Survival of Danish cancer patients 1943-1987. Respiratory system.
APMIS Suppl 33, 77-98. 1993.
25. Harpole-DH, Jr, Herndon, J. E., Young-WG, Jr, Wolfe, W. G., and Sabiston-DC, Jr.
Stage I nonsmall cell lung cancer. A multivariate analysis of treatment methods and patterns of recurrence.
Cancer 76[5], 787-796. 1-9-1995.
26. Hillerdal, G.
[Recommendations by the Swedish lung cancer group. Shorter waiting time is a quality requirement in the management of lung cancer].
Lakartidningen 96[43], 4691. 27-10-1999.
27. Ichinose, Y., Yano, T., Asoh, H., Yokoyama, H., Yoshino, I., and Katsuda, Y.
Prognostic factors obtained by a pathologic examination in completely resected non-small-cell lung cancer. An analysis in each pathologic stage.
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 110[3], 601-605. 1995.
28. Inoue, K., Sato, M., Fujimura, S., Sakurada, A., Takahashi, S., Usuda, K., Kondo, T., Tanita, T., Handa, M., Saito, Y., and Sagawa, M.
Prognostic assessment of 1310 patients with non-small-cell lung cancer who underwent complete resection from 1980 to 1993.
Thorac.Cardiovasc.Surg. 116[3], 407-411. 1998.

29. Janssen-Heijnen, M. L., Schipper, R. M., Klinkhamer, P. J., Crommelin, M. A., and Coebergh, J. W.
Improvement and plateau in survival of small-cell lung cancer since 1975: a population-based study.
Ann.Oncol. 9[5], 543-547. 1998.
30. Janssen-Heijnen, M. L., Gatta, G., Forman, D., Capocaccia, R., and Coebergh, J. W.
Variation in survival of patients with lung cancer in Europe, 1985-1989. EURO CARE Working Group.
Eur.J.Cancer 34[14 Spec No], 2191-2196. 1998.
31. Jassem, J., Skokowski, J., Dziadziuszko, R., Jassem, E., Szymanowska, A., Rzyman, W., and Roszkiewicz, A.
Results of surgical treatment of non-small cell lung cancer: validation of the new postoperative pathologic TNM classification.
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 119[6], 1141-1146. 2000.
32. Jefferson, M. F., Pendleton, N., Faragher, E. B., Dixon, G. R., Myskow, M. W., and Horan, M. A.
'Tumour volume' as a predictor of survival after resection of non-small-cell lung cancer (NSCLC) [see comments].
Br.J.Cancer 74[3], 456-459. 1996.
33. Kawahara, M., Fukuoka, M., Saijo, N., Nishiwaki, Y., Ikegami, H., Tamura, T., Shimoyama, M., Suemasu, K., and Furuse, K.
Prognostic factors and prognostic staging system for small cell lung cancer.
Jpn.J.Clin.Oncol. 27[3], 158-165. 1997.
34. Kohman, L. J., Meyer, J. A., Ikins, P. M., and Oates, R. P.
Random versus predictable risks of mortality after thoracotomy for lung cancer.
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 91[4], 551-554. 1986.
35. Koukourakis, M., Hlouverakis, G., Kosma, L., Skarlatos, J., Damilakis, J., Giatromanolaki, A., and Yannakakis, D.
The impact of overall treatment time on the results of radiotherapy for nonsmall cell lung carcinoma. *Int.J.Radiat.Oncol.Biol.Phys.* 34[2], 315-322. 15-1-1996.
36. Laroche, C., Wells, F., Coulden, R., Stewart, S., Goddard, M., Lowry, E., Price, A., and Gilligan, D.
Improving surgical resection rate in lung cancer.
Thorax 53[6], 445-449. 1998.
37. Lassen, U., Osterlind, K., Hansen, M., Dombernowsky, P., Bergman, B., and Hansen, H. H.
Long-term survival in small-cell lung cancer: posttreatment characteristics in patients surviving 5 to 18+ years--an analysis of 1,714 consecutive patients.
J.Clin.Oncol. 13[5], 1215-1220. 1995.

38. Lassen, U., Kristjansen, P. E., Osterlind, K., Bergman, B., Sigsgaard, T. C., Hirsch, F. R., Hansen, M., Dombernowsky, P., and Hansen, H. H.
Superiority of cisplatin or carboplatin in combination with teniposide and vincristine in the induction chemotherapy of small-cell lung cancer. A randomized trial with 5 years follow up.
Ann.Oncol. 7[4], 365-371. 1996.
39. Levi, F., Lucchini, F., Negri, E., Boyle, P., and La Vecchia, C.
Cancer mortality in Europe, 1990-1994, and an overview of trends from 1955 to 1994.
Eur.J.Cancer 35[10], 1477-1516. 1999.
40. Licker, M., de Perrot, M., Hohn, L., Tschopp, J. M., Robert, J., Frey, J. G., Schweizer, A., and Spiliopoulos, A.
Perioperative mortality and major cardio-pulmonary complications after lung surgery for non-small cell carcinoma.
Eur.J.CardiThorac.Surg. 15[3], 314-319. 1999.
41. Malmberg, R., Bergman, B., Branehog, I., Larsson, S., Olling, S., and Wernstedt, L.
Lung cancer in West Sweden 1976-1985. A study of trends and survival with special reference to surgical treatment.
Acta Oncol. 35[2], 185-192. 1996.
42. Martini N.
Surgical treatment of non-small cell lung cancer by stage.
Semin Surg Oncol 1990 6, 248-254. 2001.
43. Martini N and et al.
Survival after resection in stade II non small-cell-lung cancer.
Ann Thorac surg 1992 54, 460. 2001.
44. Martins, S. J. and Pereira, J. R.
Clinical factors and prognosis in non-small cell lung cancer.
Am.J.Clin.Oncol. 22[5], 453-457. 1999.
45. McWhinney, I. R., Bass, M. J., and Orr, V.
Factors associated with location of death (home or hospital) of patients referred to a palliative care team.
CMAJ. 152[3], 361-367. 1-2-1995.
46. Montazeri, A., Milroy, R., Hole, D., McEwen, J., and Gillis, C. R.
Quality of life in lung cancer patients. As an important prognostic factor.
Lung Cancer 31[2-3], 233-240. 2001.
47. Mountain, C. F. and Dresler, C. M.
Regional lymph node classification for lung cancer staging.
Chest 111[6], 1718-1723. 1997.

48. Mountain, C. F.
Revisions in the International System for Staging Lung Cancer.
Chest 111[6], 1710-1717. 1997.
49. Mountain, C. F.
The international system for staging lung cancer.
Semin.Surg.Oncol. 18[2], 106-115. 2000.
50. Paesmans, M., Sculier, J. P., Lecomte, J., Thiriaux, J., Libert, P., Sergysels, R., Bureau, G., Dabouis, G., Van Cutsem, O., Mommen, P., Ninane, V., and Klastersky, J.
Prognostic factors for patients with small cell lung carcinoma: analysis of a series of 763 patients included in 4 consecutive prospective trials with a minimum follow-up of 5 years.
Cancer 89[3], 523-533. 1-8-2000.
51. Page, A., Nakhle, G., Mercier, C., Verdant, A., Page, P., Dontigny, L., Allard, S., Gauthier, J. J., and Cossette, R.
Surgical treatment of bronchogenic carcinoma: the importance of staging in evaluating late survival.
Can.J.Surg. 30[2], 96-99. 1987.
52. Patel, R. L., Townsend, E. R., and Fountain, S. W.
Elective pneumonectomy: factors associated with morbidity and operative mortality.
Ann.Thorac.Surg. 54[1], 84-88. 1992.
53. Porta, M., Gallen, M., Malats, N., and Planas, J.
Influence of "diagnostic delay" upon cancer survival: an analysis of five tumour sites.
J.Epidemiol.Community Health 45[3], 225-230. 1991.
54. Rens MTM van, Rivière AB de la, and et al.
Prognostic assessment of 2.361 patients who underwent pulmonary resection for non-small cell lung cancer, stage I, II and IIIA82.
Chest 2000 117, 374-379. 2001.
55. Ringbaek, T., Borgeskov, S., Lange, P., and Viskum, K.
Diagnostic and therapeutic process and prognosis in suspected lung cancer.
Scand.Cardiovasc.J. 33[6], 337-343. 1999.
56. Ringbaek, T. J., Borgeskov, S., Lange, P., and Viskum, K.
Diagnostic procedure in patients with suspected lung cancer. Results of combined evaluation by thoracic surgery and pulmonary medicine specialists.
Ugeskr.Laeger 160[2], 166-169. 5-1-1998.
57. Ringbaek, T. J., Borgeskov, S., Lange, P., and Viskum, K.
[Therapeutic and prognostic course in patients with suspected lung cancer. Results of combined thoracic surgery-pulmonary medicine evaluation].
Ugeskr.Laeger 160[2], 170-175. 5-1-1998.

58. Rose, J. H., O'Toole, E. E., Dawson, N. V., Thomas, C., Connors, A. F., Wenger, N. S., Phillips, R. S., Hamel, M. B., Cohen, H. J., and Lynn, J.
Age differences in care practices and outcomes for hospitalized patients with cancer.
J.Am.Geriatr.Soc. 48[5 Suppl], S25-S32. 2000.
59. Rose, J. H., O'Toole, E. E., Dawson, N. V., Thomas, C., Connors, A. F., Wenger, N., Phillips, R. S., Hamel, M. B., Reding, D. T., Cohen, H. J., and Lynn, J.
Generalists and oncologists show similar care practices and outcomes for hospitalized late-stage cancer patients. SUPPORT Investigators. Study to Understand Prognoses and Preferences for Outcomes and Risks for Treatment.
Med.Care 38[11], 1103-1118. 2000.
60. Sessa, C., Roggero, E., Pampallona, S., Regazzoni, S., Ghielmini, M., Lang, M., Marx, B., Neuenschwander, H., Pagani, O., Vasilievic, V., and Cavalli, F.
The last 3 months of life of cancer patients: medical aspects and role of home-care services in southern Switzerland [see comments].
Support.Care Cancer 4[3], 180-185. 1996.
61. Shah, R., Sabanathan, S., Richardson, J., Mearns, A. J., and Goulden, C.
Results of surgical treatment of stage I and II lung cancer.
J.Cardiovasc.Surg.Torino 37[2], 169-172. 1996.
62. Shepherd, F. A.
The role of chemotherapy in the treatment of small cell lung cancer.
Chest Surg.Clin.N.Am. 7[1], 113-133. 1997.
63. Suzuki, K., Nagai, K., Yoshida, J., Nishimura, M., Takahashi, K., Yokose, T., and Nishiwaki, Y.
Conventional clinicopathologic prognostic factors in surgically resected nonsmall cell lung carcinoma. A comparison of prognostic factors for each pathologic TNM stage based on multivariate analyses.
Cancer 86[10], 1976-1984. 15-11-1999.
- 64 Valente, M., Pastorino, U., Piva, L., Guzzon, A., and Ravasi, G.
Post-thoracotomy diagnostic and staging conversion rates of clinically staged I lung cancer.
Tumori 67[3], 239-243. 1981.
65. Van Den Bosch, J. M., Gelissen, H. J., and Wagenaar, S. S.
Exploratory thoracotomy in bronchial carcinoma.
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 85[5], 733-737. 1983.
66. Van Rens, M. T., de la Riviere, A. B., Elbers, H. R., and van Den Bosch, J. M.
Prognostic assessment of 2,361 patients who underwent pulmonary resection for non-small cell lung cancer, stage I, II, and IIIA.
Chest 117[2], 374-379. 2000.

67. Vansteenkiste, J., De Leyn, P., Deneffe, G., Menten, J., Lerut, T., and Demedts, M.
Present status of induction treatment in stage IIIA-N2 non-small cell lung cancer: a review. The Leuven Lung Cancer Group.
Eur.J.Cardiothorac.Surg. 13[1], 1-12. 1998.
- 68 Wada, H., Tanaka, F., Yanagihara, K., Ariyasu, T., Fukuse, T., Yokomise, H., Inui, K., Mizuno, H., Ike, O., and Hitomi, S.
Time trends and survival after operations for primary lung cancer from 1976 through 1990.
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 112[2], 349-355. 1996.
- 69 Wada, H., Nakamura, T., Nakamoto, K., Maeda, M., and Watanabe, Y.
Thirty-day operative mortality for thoracotomy in lung cancer.
J.Thorac.Cardiovasc.Surg. 115[1], 70-73. 1998.
- 70 Wertzel, H., Siebert, H., Lange, W., Swoboda, L., Graf, E., and Hasse, J.
Results after surgery in stage-I bronchogenic carcinoma.
Thorac.Cardiovasc.Surg. 46[6], 365-369. 1998.
- 71 Østerlind, K.
Prognosis in patients with small cell lung cancer.
Dan Med Bull 1989; 36(1):15-24.
- 72 Matzen, P.
Evidensbaseret medicin. Lorenzen RB, Bendixen G, Ebbe N. Medicinsk Kompendium bind 1. Nyt Nordisk Forlag 1999:12-23.
- 73 Eccles, M., Freemantle, N., Mason, J.
North of England evidence based guidelines projekt: methods of developing guidelines for efficient drug use in primary care. BMJ 1998;316:1232-5.

Bilag

Bilag A: Eksempel litteratursøgning.

Søgning i Medline om patienttilfredshed og Quality-of-Life

No	Records	Request
1	58585	explode "lung-Neoplasms"/ all subheadings
2	230540	"lung"
3	356469	"cancer"
4	64113	#1 or "lung cancer " or (lung near cancer)
5	11013	"Patient-Satisfaction" / all subheadings
6	16415	explode "Consumer-Satisfaction" / all subheadings
7	12747	"Palliative-Care"/ all subheadings
8	22996	explode "Quality-of-Life" / all subheadings
9	1204	#6 and (#7 or #8 or #9 or 10)
10	23829	LA = "DANISH"
11	5	#11 and (LA = "DANISH")
12	5956881	LA = "ENGLISH"
13	924	#11 and (LA = "ENGLISH")
14	16059	LA = "NORWEGIAN"
15	2	#11 and "LA = "NORWEGIAN"
16	18040	LA = "SWEDISH"
17	4	#11 and (LA = "SWEDISH")
18	935	#13 or #15 or #17 or #19

Herefter undersøges no. 10 i.h.t. søgekriterier.

Bilag B.

FEV1 i % af forventet:

Til beregning anvendes FEV1, HØJDE (H), ALDER (A) og KØN og følgende algoritme:

FEV1 i % af forventet = Mænd: $FEV1 = 4.30 * H - 0.029 * A - 2.49$

Kvinder: $FEV1 = 3.95 * H - 0.025 * A - 2.60$

Variablen "lungefunktion" kategoriseres som følger:

1 (FEV1 \geq 60 % af forventet FEV1)

2 (FEV1 < 60 % af forventet FEV1)

3 (FEV1 < 40 % af forventet FEV1)

4 (uoplyst værdi, dvs. FEV1 eller højden ikke målt eller indberettet)

Stadieberegning:

Til beregning af stadiet anvendes cT, cN og cM og følgende algoritme:

Følgende patienter får værdien manglende

 Patienter med manglende værdi for cM

 Patienter med værdien cM=M0 men hvor værdien af cN eller cT er manglende.

Stadium I: Stadium Ia + Ib

Stadium Ia: T1N0M0

Stadium Ib: T2N0M0

Stadium II: Stadium IIa + IIb

Stadium IIa: T1N1M0

Stadium IIb: T2N1M0

T3N0M0

Stadium IIIa: T1-3N2M0

T3N1M0

Stadium IIIb: T1-3N3M0

T4N0-3M0

Stadium IV: T1-4N0-3M0

De forskellige niveauer i cTNM følger dem, der er anvendt ved definitionen af pTNM, se skemaet fra kirurgisk afdeling. Ved at anvende denne inddeling er der kombinationer som ikke betragtes.

Det er patienter hvor cT antager værdierne T0, Tis eller Tx. Ved definitionen af cTNM er følgende inddelinger anvendt når cT antager værdien T0, Tis eller Tx

En patient med cM=M1 får cTNM = IV uanset værdien af variablene cT og cN.

En patient med cM=M0 og cN=N0 får cTNM = 0. Bemærk, at det er et ekstra niveau i forhold til variabelen pTNM

En patient med cM=M0 og cN er N1, N2 eller N3 tilhører samme niveau som hvis cT=T1

Inddelingen er illustreret i følgende figur

cm = M0								
	cT							
cN	.	T0	T1	T2	T3	T4	Tis	Tx
.
N0	.	0	I A	I B	II Bb	III Bb	0	0
N1	.	II A	II A	II Ba	III Ab		II A	II A
N2	.	III Aa	III Aa				III Aa	III Aa
N3	.	III Ba	III Ba				III Ba	III Ba

cm = M1								
	cT							
cN	.	T0	T1	T2	T3	T4	Tis	Tx
.
N0	.	IV						
N1	.							
N2	.							
N3	.							

Oversigt for hvordan cTNM er defineret ud fra cT, cN og cM.

I analyserne anvendes følgende kategorisering af cTNM: 1 (stadie I), 2 (stadie II), 3 (stadie III), 4 (stadie IV), 5 (uoplyst).