

Indholdsfortegnelse.

Indholdsfortegnelse.....	2
Forord.....	3
Overordnede kommentarer til årsrapporten.....	4
Aktuelle rapport.....	6
Metode.....	6
Definitioner.....	7
Indledning.....	8
Operativ aktivitet.....	11
Ventetider og delays.....	13
Overlevelse.....	15
Operationstyper.....	19
Patologityper.....	23
Stadier.....	24
Komplikationer.....	27
Bilag A.....	28

Forord

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) fremsender hermed afdelingsrapport for de kirurgiske afdelinger vedrørende 2002. Rapporten udsendes som supplement til den generelle årsrapport for 2002 – udsendt i juni 2003.

Rapporten bygger på data fra de første 3 års indberetninger med hovedvægt på data vedrørende 2002, men med sammenligninger til årene 2000 og 2001. Rapporten er diskuteret på Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe's (DKLCG) møde d. 8. september og på Dansk Lunge Cancer Gruppens (DLCR) forretningsudvalgsmøde d. 10. september 2003. Gruppernes kommentarer til årsrapportens indhold fremgår af de følgende sider.

Rapporten fremsendes til afdelingens kontaktperson, afdelingsledelser og sygehusledelser. Desuden fremlægges rapporten på Dansk Lunge Cancer Gruppens (DLCG) hjemmeside på adressen www.lungetcancer.dk.

Spørgsmål og kommentarer vedrørende rapporten kan rettes til DLCR's sekretariat på nedenstående adresse.

For Dansk Lunge Cancer Register
 Erik Jakobsen
 Projektleder
 September 2003

Udgivet af: Dansk Lunge Cancer Register
 Thoraxkirurgisk Afdeling T
 Odense Universitetshospital
 5000 Odense C
 Telefon: 65 41 15 65
 E-Mail: dlcr@ouh.fyns-amt.dk

Overordnede kommentarer til årsrapporten.

DKLCG og DLCR's forretningsudvalg har følgende kommentarer til rapportens indhold:

Generelt bærer opgørelserne i rapporten fortsat præg af, at der endnu er tale om få data og kort observationstid. Det planlagte valideringsprojekt i DLCR er endnu ikke gennemført, hvorfor datakvaliteten ikke kan beskrives præcist. Det er dog glædeligt, at registeret på det kirurgiske område nu rummer næsten komplette datasæt fra alle afdelinger. Et kvalificeret skøn på datakompletheden viser efter kontakt til alle registerets kontaktpersoner, at data i 2002 dækker mere end 95 % af de opererede patienter.

Ser man på de enkelte tabeller og opgørelser i rapporten er det fortsat vigtigt at pointere, at regionale forskelle kan være betinget i mange forhold som f.eks. registreringspraksis, patientsammensætning og tradition, hvorfor vurdering af tallene kræver kendskab til de lokale forhold. Desuden mangler fortsat statistiske vurderinger og belysninger af data. Således var det relevant ved opgørelser over overlevelser at aldersstandardisere tallene, ligesom der flere steder er basis for at gennemføre sammenlignende statistik. Der er ikke i registeret aktuelt ressourcer til at belyse data kvalificeret på denne måde, og registeret håber derfor, at Det Regionale Center for Kliniske Kvalitetsdatabaser i Region Syd som planlagt, i den næste rapport kan være registeret behjælpelig med epidemiologisk og statistisk kompetence.

De enkelte opgørelser i rapporten skal tilføjes følgende kommentarer:

Seneste samkøring med Cancerregisteret i foråret 2003 har tilføjet patienter til årene 2000 og 2001, mens 2002 udelukkende stammer fra de indberettende afdelinger. Dette kan medføre forskelle mellem aktuelle rapport og tidligere rapporter.

Andelen af de opererede patienter i DLCR, der også har data vedrørende diagnose og stadie fra de udredende afdelinger er fortsat for lave, nemlig kun knapt 60 %, hvilket umuliggør risikostratificering og sammenligninger på baggrund af materialets præoperative karakteristika.

I Referenceprogrammet for Undersøgelse og Behandling af Lungekræft i Danmark – 2001 anføres et mål for antal resektioner af NSCLC på 30 %. Det fremgår af tabel 8, at der er stor regional spredning i opfyldelsen af dette måltal. Denne forskel skal formentlig primært tilskrives de anførte problemer med metoden og de regionale forskelle i registreringen, men derudover kan de være betinget i faktiske regionale forskelle, som i så fald overvejende vil være betinget af forskelle i det patientmateriale (stadiefordeling), som henvises til udredning og behandling på de enkelte centre. I det omfang patienterne henvises fra primærsektoren med relativt lave stadier af sygdommen (stadie I og II), vil det give sig udslag i højere resektionsrate. Det er dog ikke jvn.f. ovenstående, på baggrund af aktuelle materiale muligt at udtale sig sikkert om eventuelle regionale forskelle.

Den samlede resektionsrate anført i tabel 9 viser, over de forløbne 3 år, en stigende tendens. Når der igen tages forbehold for opgørelsens metode og usikkerhed, vil den her observerede resektionsrate med stor sandsynlighed medføre en øgning i den samlede populations 5 års overlevelse, som nu må antages at være mellem 8 og 10 %.

Lunsecancerbehandlingen er omfattet af behandlingsgarantien for livstruende sygdomme og principielt har patienterne krav på at blive tilbudt behandling indenfor 2 uger efter henvisning. Det er således kritisabelt, at kun én af landets afdelinger lever op til dette krav, som det fremgår af tabel 10. Enkelte afdelinger har endog særdeles ringe målopfyldelse.

I tabel 16 er anført 30 dages mortaliteten, som er et centralt kvalitetsmål i kirurgisk aktivitet. Der ses forholdsvis stor variation over årene for de enkelte operationstyper. På nationalt plan er der over de 3 opgjorte år et fald i mortaliteten fra 6,1 til 4,4 %, hvilket er bemærkelsesværdigt.

I Referenceprogrammet for behandling af Lungekræft i Danmark 2001 anføres følgende standarder for de 3 operationstyper: Resektioner: 2 – 3 %, Lobektomier <2 %, Pneumonektomier: 2 - 4 %. Der er ikke anført standarder for Eksplorative operationer. Sammenlignes de enkelte afdelingers samlede resultater over de 3 år med disse standarder ses overordnet, at resultaterne falder inden for standarden. Dog falder enkelte resultater udenfor, men hvorvidt dette er signifikant er der ikke taget stilling til i rapporten, hvorfor man ikke aktuelt kan udtale sig herom.

På landsplan fordeler operationstyperne sig jvn.f. tabel 17 meget ensartet over årene, men som det fremgår af tabel 18 dækker dette over meget store regionale forskelle og variationer fra år til år. Dette kan være betinget af samme forhold som anført i kommentaren på side 10, men lokale forskelle i behandlingsstrategi kan ikke udelukkes. Kirurgigruppen i DLCG vil i den kommende tid arbejde videre med belysning af eventuelle forskelle.

I Referenceprogrammet for behandling af Lungekræft i Danmark 2001 anføres følgende minimumsstandarder for de 4 operationstyper: Resektioner: < 10 %, Lobektomier > 50 %, Pneumonektomier: < 25 % og Eksplorationer: < 15 %. Den anbefalede standardoperation er fortsat lobektomi, og som det fremgår, er der fortsat stor spredning mellem de enkelte afdelinger. Hvorvidt denne spredning skyldes forskelle i patientmateriale er det aktuelt ikke muligt præcist at afgøre, men lokale traditioner og standarder for bedømmelse af patienternes præoperative tilstand er uden tvivl betydende. Rapporten indeholder ikke på nuværende tidspunkt data der understøtter, at forskelle i operativ tilgang til patienterne medfører forskelle i afdelingernes resultater hvad overlevelse angår.

I afsnittet om operationstyper fremgår ligeledes at den mere avancerede kirurgi (sleeve og carina resektioner) i 2002 primært blev udført på en afdeling, selvom der også her er tale om små tal. Udviklingen går aktuelt i retning af et øgende antal af disse operationer, og aktuelle opgørelser viser at flere andre af landets afdelinger nu også udfører denne aktivitet.

Kirurgigruppen er af den opfattelse at større torakoskopiske lungeresektioner (lobektomi og pneumonektomi) fortsat er en eksperimentel behandling og bør foregå i protokolleret regi.

Omkring stadier og overlevelser i tabel 29 skal blot anføres at der er tale om meget små tal og mere præcise analyser skal afvente de kommende års ”pooled” data og statistiske sammenligninger.

Det er bemærkelsesværdigt, at den fra litteraturen kendte udvikling i køns- og celletypesammensætning af lungekræft, nemlig at der er stigende antal kvinder og at øget antal adenocarcinomer, hvilket også kan aflæses i denne rapport relativt små tal. Således har udviklingen vendt på disse 2 områder i Østdanmark, mens det endnu ikke er slået fuldt igennem i Vestdanmark.

Endelig skal det pointeres, at rapportens sidste tabel 30 ikke kan bruges til sammenligninger på tværs af afdelingerne, da det har vist sig, at registreringspraksis på området komplikationer er meget forskellig, hvorfor kirurgigruppen har besluttet at opkvalificere definitionerne på dette område, således at registreringen kan blive mere ensartet.

Aktuelle rapport.

Den foreliggende rapport er Dansk Lunge Cancer Registers 3. kirurgiske afdelingsårsrapport og vedrører året 2002. Data er opsamlet for perioden 1. januar 2002 til 31. december 2002. Desuden er data vedrørende årene 2000 og 2001 opdateret, dels således at patienter registreret efter de 2 foregående årsrapporters offentliggørelse er tilføjet, og dels hvad angår personernes status (død/ikke død). Indberetningerne er alle foretaget før 11. april 2003.

I denne afdelingsrelaterede rapport kan de opererende afdelinger se, hvordan deres afdelings resultater er i forhold til landsgennemsnit og de øvrige afdelinger. Den afdelingsspecifikke rapport tilsendes de opererende afdelinger og sygehuse, samt Dansk Lunge Cancer Registers forretningsudvalg. I forhold til de foregående år laves der en samlet årsrapport til de 7 opererende afdelinger og ikke 7 adskilte som tidligere. Dette som følge af beslutning herom i Dansk Kirurgisk LungeCancer Gruppe på møde d. 24. februar 2003.

Rapportens primære formål er at være et redskab i afdelingernes kontinuerlige arbejde med at forbedre kvaliteten i patientbehandlingen og er således skrevet af fagpersoner til fagpersoner, hvorfor fortolkning af data kræver forud kendskab til patientmateriale og lokale forhold. Endelig er det vigtigt at pointere, at DLCR forsat er et ”ungt” register med kun 3 års dataopsamling, hvorfor der aktuelt kun kan drages meget få konklusioner på baggrund af data.

Metode.

Data er indsamlet fra de 55 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 33 medicinske, 7 øre-næse-hals afdelinger, 2 parenkymkirurgiske og 8 onkologiske afdelinger. En liste over tilsluttede afdelinger findes som bilag A. Registeret blev åbnet per 1. januar 2000, men i praksis begyndte afdelingerne først indrapporteringen i løbet af foråret/sommeren 2000, dog har de opererende afdelinger indberettet hovedparten af deres patienter siden starten. DLCR har løbende kontakt med de deltagende afdelinger bl.a. mhp. at monitorere i hvor høj grad afdelingerne indrapporterer deres patienter. Et estimat over afdelingernes manglende indberetninger fremgår af rapporten.

I rapporten skelnes mellem indberettede og optagne patienter. Indberettede patienter er alle patienter, hvorpå der fra en af de tilknyttede afdelinger foreligger kliniske data, og hvor den indberettende afdeling angiver en henvisningsdato beliggende i års perioden. Dette kan enten være anamnesticke, diagnostiske, kirurgiske eller onkologiske oplysninger. Hvis der foreligger flere henvisningsdatoer f.eks. fra såvel medicinske som kirurgiske afdelinger, er det den første dato, der anvendes til at indplacere patienten i årsopgørelserne. Optagne patienter er derimod alle indberettede plus alle patienter optaget fra Cancerregisteret.

Fra Cancerregisteret er hentet oplysninger om lungecancerpatienter, der ikke er indberettet fra afdelingerne. Når alle anmeldelser på en patient foreligger foretages kodningen i Cancerregisteret – typisk op til 3 år efter diagnosen primært blev stillet. Dog kodes enkelte patienter før denne dato. Samtlige patienter, der i Cancerregisteret per 1. april 2003 var registreret med diagnosen C34 i perioden 1. januar 2000 til og med 2002, er herefter tilføjet DLCR.

Endeligt er der fra CPR-registeret hentet oplysninger om de indberettedes navn, adresse på diagnostispunktet (kommunekode) og status (død/levende). Disse oplysninger er anvendt til at placere patienterne i amter og til beregning af overlevelser. Sidste samkøring med CPR-registeret er foretaget d. 15. april 2003, hvorfor den minimale observationstid er 105 dage.

Lungecancerpopulationen består af omkring 3500 nye tilfælde per år. Denne incidens er set over en årrække svagt stigende, men kan dog variere meget fra år til år. Opdeles incidensen på de enkelte

amter bliver disse udsving endnu tydeligere og ifølge Cancerregisteret kan antal nye tilfælde i et amt udmærket svinge 20 – 30 % fra år til år. De seneste offentliggjorte tal for de amtslige incidenser er som anført fra 1999. Indberetningerne i DLCR vil aldrig komme til at omfatte mere end 80 – 90 % af incidensen, da den resterende del af populationen anmeldes til Cancerregisteret fra primærsektoren og Dødsårsagsregisteret, hvorfor de kliniske afdelinger tilsluttet DLCR ikke er i kontakt med disse patienter. DLCR kan derfor ikke angive korrekte incidenser før registeret er sammenkørt med Cancerregisteret, hvor registreringen som nævnt er behæftet med en tidsmæssig forsinkelse på op til 3 år. Når der i årsrapporten er anført incidenser og specielt amtsincidenser, er det derfor vigtigt at have disse forhold in mente.

Når man sammenligner data fra de udredende amter/kommuner er det vigtigt at huske, at de enkelte amter/kommuner er meget forskellige både hvad angår diagnostisk strategi, opbygning og ressourcer og at indberetningerne kan være behæftet med fejl.

Definitioner.

Diagnosetidspunktet: Beregnes ud fra datoen, som de udredende afdelinger har anført, for hvornår de har modtaget henvisningen på patienten. I tilfælde af at data stammer fra Cancerregisteret, er der tale om den dato der er anmeldt her.

Datoer generelt: I registeret er indhentet oplysninger om en række datoer, hvor oplysningerne oftest ikke er fuldstændige, idet patienterne måske kun husker måned eller årstid. I disse tilfælde har brugerne anført skønnede datoer, f.eks. 1. januar 1999, hvis der kun er oplyst vinteren 1999, eller 15. marts, hvis patienten kun husker marts måned.

Operativt delay: Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til operationsdato eller dato for endelig svar på udredning foretaget på egen afdeling til operationsdato.

Indberettede patienter: Patienter indberettet fra deltagende afdelinger.

Optagne patienter: Totale antal patienter i registeret

Udredte patienter: Patienter der i registeret også har data fra en udredende afdeling.

Indledning.

Afdelingerne har indberettet i alt 749 patienter med en henvisningsdato i 2002 til Dansk Lunge Cancer Register. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år:

Tabel 1:

Afdeling:	2002	2001	2000	I alt
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	147	147	175	469
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	143	69	63	275
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	166	126	94	386
Organkirurgisk afdeling – Vejle	39	39	49	127
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	157	147	172	476
Organkirurgisk afdeling - Viborg	23	4	-	27
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	74	91	76	241
I alt	749	623	629	2001

Der er i alt fra de opererende afdelinger i 2002 optaget 749 patienter i registeret. Heraf er 315 (42 %) kvinder og 434 (58 %) mænd. Der er fra cancerregisteret modtaget data på 0 patienter. På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2002 således:

Tabel 2:

Afdeling:	Kvinder	Mænd
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	40	60
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	49	51
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	45	55
Organkirurgisk afdeling – Vejle	49	51
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	36	64
Organkirurgisk afdeling - Viborg	39	61
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	40	60

For disse indberettede patienter stammer den første indberetning fra medicinske afd.: 48 %, kirurgiske afd.: 48 % og onkologiske afd.: 4 %.

Andel af de indberettet fra kirurgisk afdeling som også er registreret i DLCR med diagnostiske data og stadieinddeling fra en udredende afdeling fremgår af følgende tabel

Tabel 3:

Afdeling:	” % ”
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	54
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	51
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	54
Organkirurgisk afdeling – Vejle	76
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	68
Organkirurgisk afdeling - Viborg	62
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	38

De enkelte afdelinger har indberettet patienter fordelt på amter og efter køn således, hvor kolonnen IALTPCT viser, hvor stor en andel amtet bidrager med ud af afdelingens samlede antal indberettede og fordelt på kvinder og mænd.:

Tabel 4:

Afdeling:	Amt	I ALT %	Kvinder %	Mænd %
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	KbhK	41	40	60
	FreK.	10	50	50
	KbhA	1	100	0
	FreA	8	36	64
	RosA	1	0	100
	StoA	23	35	65
	BorA	3	40	60
	VestA	3	0	100
	Andre	12	50	50
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	KbhK	3	75	25
	KbhA	48	55	45
	FreA	32	37	63
	RosA	17	45	55
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	VesA	33	55	45
	FynA	39	49	51
	SødA	17	27	73
	RibA	22	45	55
Organkirurgisk afdeling – Vejle	VejA	100	45	55
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	VejA	7	50	50
	RinA	23	45	55
	ÅrhA	70	33	67
Organkirurgisk afdeling - Viborg	VibA	100	40	60
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	NorA	100	40	60

Patienternes alder fordeler sig således:

Tabel 5:

Afdeling:	Mediane alder	Min	Max	Kvinder	Mænd
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	65	43	83	65	66
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	63	24	82	62	64
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	65	33	84	65	65
Organkirurgisk afdeling – Vejle	65	45	82	65	66
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	68	34	83	63	69
Organkirurgisk afdeling - Viborg	67	47	77	61	70
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	67	51	81	66	67

På landsplan er de udredte patienters mediane alder 67 år spændvidden 24 – 95.

På landsplan er de udredte kvinders mediane alder 66 år spændvidden 33 – 95.

På landsplan er de udredte mænds mediane alder 67 år spændvidden 24 – 92.

De enkelte afdelinger havde i 2002 følgende optageområder, med angivelse af befolkningstal ved årsskiftet 2002/2003:

Tabel 6:

Afdeling	Amt	Befolkning
Rigshospitalet thoraxkirurgi	København	501 285
	Frederiksberg	91 435
	Storstrøms Amt	261 188
	Bornholm	43 956
	Færøerne	47 821
	Grønland	56 542
	I alt	1 002 227
Gentofte thoraxkirurgi	Københavns Amt	618 016
	Frederiksborg Amt	372 276
	Roskilde Amt	236 151
	I alt	1 226 443
Odense thoraxkirurgi	Vestsjællands Amt	300 729
	Fyns Amt	473 471
	Sønderjyllands Amt	253 013
	Ribe Amt	224 257
	I alt	1 251 470
Vejle organkirurgisk	Vejle Amt	353 284
	I alt	352 284
Skejby thoraxkirurgi	Ringkøbing Amt	275 044
	Århus Amt	649 177
	I alt	924 221
Viborg organkirurgisk	Viborg Amt	234 496
	I alt	234 496
Aalborg thoraxkirurgi	Nordjyllands Amt	495 625
	I alt	495 625
I alt	Hele landet	5.487.870

Det skal anføres, at afdelingernes optageområder er ændret en del over de 3 år, ligesom der kan være patienter, der opereres på en anden afdeling udenfor deres egentlige optageområde.

Operativ aktivitet.

Afdelingerne indberetter ud fra lidt forskellige principper, idet nogle afdelinger kun indberetter opererede patienter, mens andre indberetter alle indlagte til operation og pallierende behandling. Derfor udtrykker operationstallene bedre den operative aktivitet. Her anført som alle operationer (eksplorative, resektioner, lobektomier og pneumonektomier - torakotomier og torakoskopier), ligeledes opdateret per 11. april 2003.

Tabel 7:

Afdeling	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	147	147	175
Gentofte thoraxkirurgi	140	66	61
Odense thoraxkirurgi	164	112	82
Vejle organkirurgisk	38	39	49
Skejby thoraxkirurgi	157	147	172
Viborg organkirurgisk	23	4	-
Aalborg thoraxkirurgi	70	88	71
I alt	739	603	610

I tallene for 2000 og 2001 mangler et antal operationer, som mangler at blive indrapporteret – nærmere herom ved tabel 9. Tallene for 2002 er jvn.f. afdelingernes kontaktpersoner stort set dækkende. I tabel 8 er anført de enkelte afdelingers antal resektioner, d.v.s antal operationer minus de eksplorative indgreb. I tabellens kolonne 2 er anført antal resektioner, fratrasket patienter der ikke tilhører afdelingens normale optageområde eller er tillagt patienter pga. de er opereret i andet amt; ”Antal B – 2002”. I kolonne 3 er angivet ”måltal” for antal resektioner i den angivne population med følgende forudsætninger: 3500 nye tilfælde per år, heraf 560 patienter med SCLC ~ 16 %, og 2940 patienter med NSCLC ~ 84 %. Ud af de sidste er det målet at foretage 30 % resektioner svarende til ca. 1000/år. Desuden er det antaget at lungecancer incidensen er ligeligt fordelt over landet. Den sidste antagelse underestimerer incidensen i hovedstadsområdet og overestimerer i den øvrige del af landet. Endelig er anført afdelingens resektionsrate under disse forudsætninger i %, samt i procent ”målopfyldelse” i 2002.

Tabel 8:

Afdeling	Antal A - 2002	Antal B - 2002	“Måltal”	“Resektionsrate” %	“Målopfyldelse” %
Rigshospitalet thoraxkir.	128	126	180	21	70
Gentofte thoraxkirurgi	114	110	224	15	49
Odense thoraxkirurgi	138	138	228	18	61
Vejle organkirurgisk	33	43	64	23	67
Skejby thoraxkirurgi	142	132	168	24	79
Viborg organkirurgisk	18	18	42	13	43
Aalborg thoraxkirurgi	60	60	90	20	67

Derved kan følgende tabel 9 over resektionsraten i DK i perioden 2000 – 2002 opstilles. Tallene angiver de i DLCR registrerede operationer per 11. april 2003 og tallene i parentes er korrigerede, i.h.t. DLCR's kontaktpersoner i afdelingerne, som har estimeret hvor mange operationer, de det pågældende år ikke har indberettet til DLCR, hvorefter ”resektionsraterne” er beregnet på baggrund af disse estimerede operationstal:

Tabel 9:

	2002	2001	2000
Antal operationer	739 (750)	603 (660)	610 (640)
Antal eksplorative	106 (110)	85 (90)	109 (110)
Antal resektioner	633 (640)	518 (570)	501 (530)
”Resektionsrate” DK	21,8 %	19,4 %	18,0 %

Kommentar:

Data i tabel 8 og 9 skal fortolkes med stor forsigtighed, idet de som anført bygger på meget usikre estimater og antagelser. Specielt vides at lokale incidenser varierer meget fra år til år, hvorfor oplysningerne om resektionsrater lokalt først er præcise, når de korrekte incidenser det pågældende år kendes fra Cancerregisteret. I næste års rapport vedrørende 2003 data forventes incidenser for perioden frem til og med 2002 at være offentliggjort fra Cancerregisteret, hvorefter ovenstående vil blive korrigeret.

Ventetider og delays.

Afdelingerne har indberettet følgende delays (mediane tid fra modtaget henvisning til operation):

Tabel 10:

Afdeling	Delay 2002	% < 14 dage	% > 14 dage	Delay 2001
Rigshospitalet thoraxkirurgi	13	59	41	15
Gentofte thoraxkirurgi	21	28	72	22
Odense thoraxkirurgi	15	45	55	14
Vejle organkirurgisk	10	67	33	24
Skejby thoraxkirurgi	7	97	3	10
Viborg organkirurgisk	15	74	26	-
Aalborg thoraxkirurgi	13	71	29	20

Kommentar:

Forskelle i ventetider i ovenstående tabel kan bl.a. henføres til forskelle i registreringspraksis i 2002, idet enkelte afdelinger har medregnet evt. tid der er gået til færdigudredning af patienterne i egen afdeling.

Patienterne er indlagt i følgende perioder – gennemsnitligt og mediant:

Tabel 11a:

Afdeling	Indlæggelse Antal dage mean	Indlæggelse Antal dage mediant
Rigshospitalet thoraxkirurgi	11	10
Gentofte thoraxkirurgi	11	9
Odense thoraxkirurgi	11	10
Vejle organkirurgisk	9	9
Skejby thoraxkirurgi	10	7
Viborg organkirurgisk	10	8
Aalborg thoraxkirurgi	14	11

Kommentar:

Indlæggelsestiden beregnes fra indlæggelsesdato til udskrivelsesdato.

Der er på afdelingerne forskellige holdninger til og traditioner for i hvor høj grad patienterne postoperativt overflyttes til en anden afdeling typisk den henvisende. Af følgende tabel 11b fremgår, hvor mange % af de opererede afdelingerne overflytter til anden afdeling:

Tabel 11b:

Afdeling	Andel overflyttede %
Rigshospitalet thoraxkirurgi	6
Gentofte thoraxkirurgi	7
Odense thoraxkirurgi	10
Vejle organkirurgisk	2
Skejby thoraxkirurgi	51
Viborg organkirurgisk	44
Aalborg thoraxkirurgi	20

En mere oplysende indikator - end den totale liggetid - for kvaliteten af afdelingernes aktivitet operativt og postoperativt må antages at være den postoperative liggetid dvs. den tid, der går fra operationsdato til udskrivelsesdato. En opgørelse herover fremgår gennemsnitligt og mediant af følgende tabel, idet forholdene anført i tabel 11b naturligvis også skal tages i betragtning her:

Tabel 11c:

Afdeling	Postoperativ indlæggelse Antal dage mean	Postoperativ indlæggelse Antal dage mediant
Rigshospitalet thoraxkirurgi	9	7
Gentofte thoraxkirurgi	8	7
Odense thoraxkirurgi	8	7
Vejle organkirurgisk	7	7
Skejby thoraxkirurgi	8	6
Viborg organkirurgisk	8	7
Aalborg thoraxkirurgi	12	9

Overlevelse.

Den totale overlevelse for patienter indberettet i 2000 og 2001 fremgår af følgende tabel, hvor populationens størrelse er angivet i parentes:

Tabel 12:

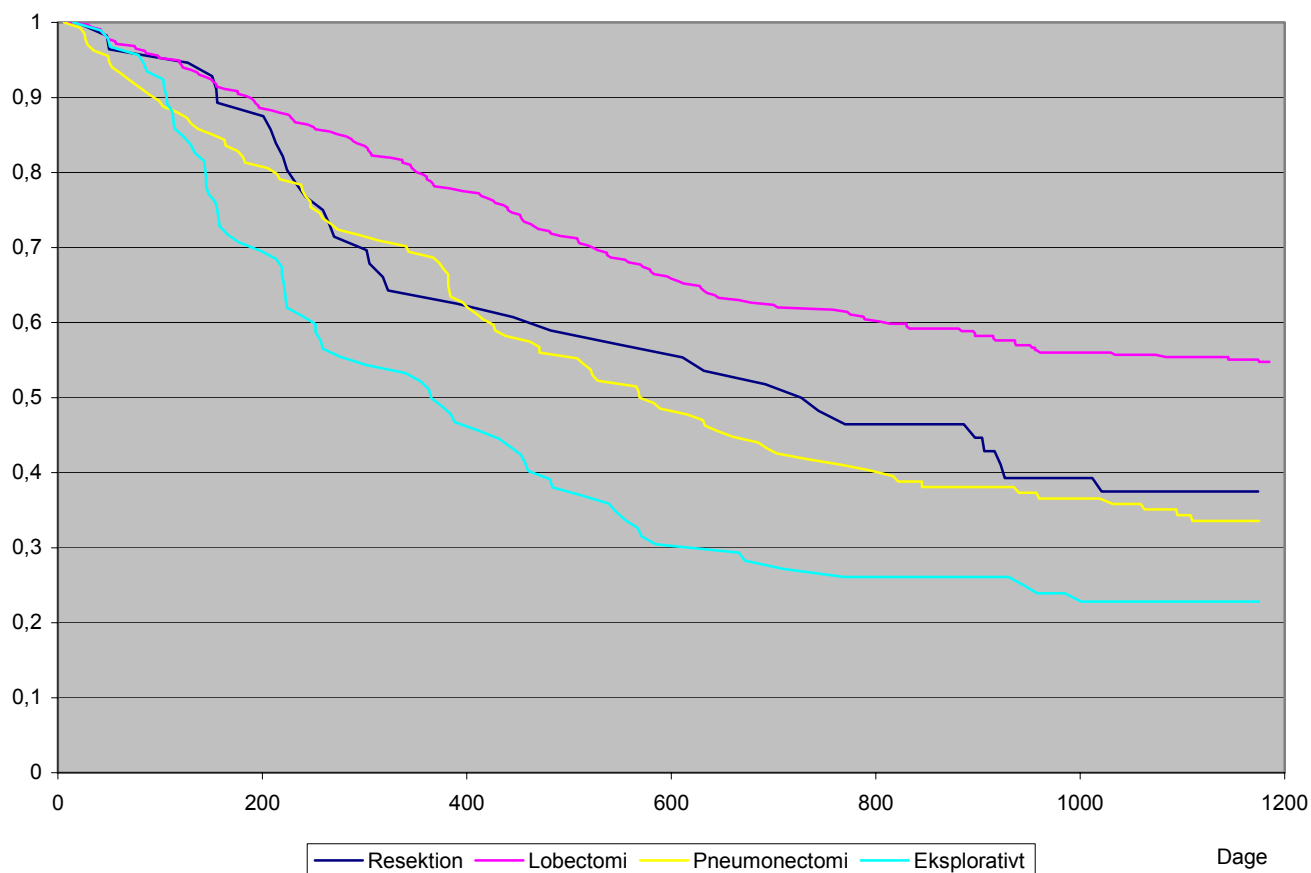
Afdeling	Observeret 1 års overlevelse 2000 populationen	Observeret 2 års overlevelse 2000 populationen	Observeret 1 års overlevelse 2001 populationen
Rigshospitalet	62 (243)	43 (243)	74 (155)
Gentofte	60 (111)	48 (111)	75 (34)
Odense	69 (110)	50 (110)	68 (128)
Vejle	73 (53)	58 (53)	66 (42)
Skejby	77 (178)	55 (178)	73 (142)
Aalborg	55 (91)	38 (91)	68 (91)

Kommentar:

Afdelingen i Viborg indberettede i 2000 og 2001 ikke i DLCR.

På landsplan kan følgende Kaplan Meier kurver opgjort per 15/4 2003 for patienterne opereret i 2000 (n= 591) vises:

Fig. 1:



Hvorved følgende overlevelsesserater for hele landspopulationen og for de enkelte afdelinger i % kan opstilles i følgende tabeller med populationsstørrelse angivet i parentes:

Tabel 13:

	Observeret 1 års overlevelse 2000 population (n=598)	Observeret 1 års overlevelse 2001 population (n=581)	Observeret 2 års overlevelse 2000 population (n=598)
Resektion	63 (56)	84 (42)	50 (56)
Lobektomi	79 (316)	79 (331)	62 (316)
Pneumonektomi	69(134)	75 (22)	42 (134)
Eksplorative	51 (92)	46 (14)	27 (92)

Tabel 14:

Afdeling	Operationstype	Observeret 1 års overlevelse 2000 population	Observeret 1 års overlevelse 2001 population	Observeret 2 års overlevelse 2000 population
Rigshospitalet	Resektion	62 (15)	70 (9)	45 (15)
	Lobektomi	75 (84)	80 (73)	59 (84)
	Pneumonektomi	70 (40)	81 (38)	38 (40)
	Eksplorative	60 (35)	56 (24)	43 (35)
Gentofte	Resektion	33 (3)	100 (6)	33 (3)
	Lobektomi	94 (27)	96 (28)	81 (27)
	Pneumonektomi	52 (12)	83 (12)	33 (12)
	Eksplorative	46 (11)	50 (10)	36(11)
Odense	Resektion	69 (17)	92 (13)	59 (17)
	Lobektomi	82 (34)	78 (57)	56 (34)
	Pneumonektomi	69 (19)	81 (20)	53 (19)
	Eksplorative	64 (12)	32 (22)	30 (12)
Vejle	Resektion	80 (8)	100 (2)	75 (8)
	Lobektomi	80 (21)	69 (16)	76 (21)
	Pneumonektomi	80 (16)	81 (15)	45 (16)
	Eksplorative	50 (4)	60 (5)	50 (4)
Skejby	Resektion	100 (4)	100 (1)	100 (4)
	Lobektomi	83 (111)	77 (110)	68 (111)
	Pneumonektomi	71 (35)	67 (20)	40 (35)
	Eksplorative	55 (20)	40 (9)	15 (20)
Ålborg	Resektion	60 (9)	91 (11)	36 (9)
	Lobektomi	64 (39)	76 (45)	41 (39)
	Pneumonektomi	70 (12)	59 (19)	66 (12)
	Eksplorative	20 (10)	65 (11)	10 (10)

Kommentar:

Tallene i tabel 13 og 14 bygger på forholdsvis små populationer, specielt opgjort på de enkelte afdelinger, hvorfor man på baggrund af disse tal ikke kan udtale sig om forskelle afdelinger i

mellem. I næste årsrapport vil der for afdelingerne medtages ”pooled” data af patienter med minimale observationstider til statistisk sammenligning.

Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) for de enkelte operationstyper er anført i tabellen med 2001 og 2000 anført til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK var 4,4 %:

Tabel 15:

	2002 30 dages mortalitet (n=738)	2001 30 dages mortalitet (n=603)	2000 30 dages mortalitet (n=610)	2000-2002 30 dages mortalitet (n=1951)
Eksplorative	10	4	8	8,4
Resektioner	0	0	3	2,1
Lobektomier	3	3	4	3,9
Pneumonektomier	7	2	12	6,9
I alt	4,4	4,7	6,1	5,0

Af figur 16 fremgår de enkelte afdelingers 30 dages mortalitet i 2002 i alt og fordelt på de enkelte operationstyper. Afdelingernes total 30 dages mortalitet for alle indberettede i perioden 2000 – 2003 er anført i sidste kolonne med antal patienter beregningerne er udført på anført i parentes:

Tabel 16:

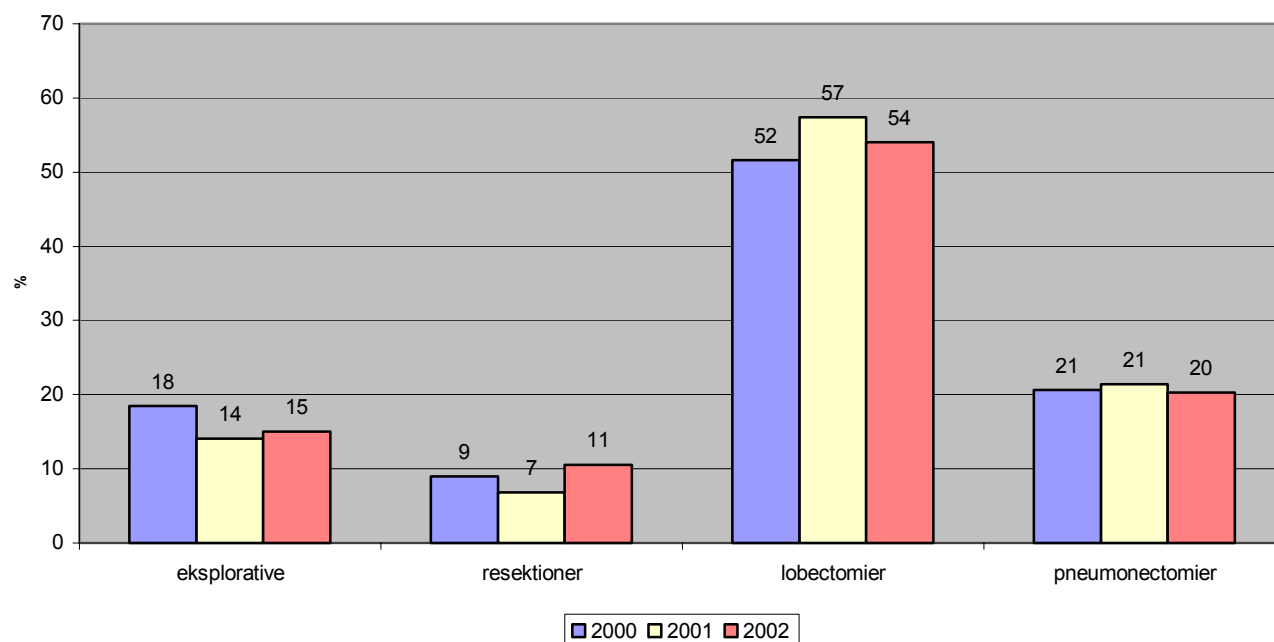
Afdeling	Operationstype	30 dages mortalitet 2002 no.	30 dages mortalitet 2002 %	30 dages mortalitet 2000 – 2002 %
Rigshospitalet	Resektion	0	0 (16)	8,6 (35)
	Lobektomi	4	5,4 (74)	6,7 (209)
	Pneumonektomi	2	6,5 (31)	7,5 (93)
	Eksplorative	3	17,7 (17)	7,8 (64)
	Torakoskopi	0	0 (0)	0 (5)
	I alt	9	6,5 (138)	7,1 (406)
Gentofte	Resektion	0	0 (7)	0 (10)
	Lobektomi	1	1,8 (56)	1,9 (106)
	Pneumonektomi	0	0 (18)	2,5 (40)
	Eksplorative	2	10 (20)	7,7 (39)
	Torakoskopi	1	5(22)	5 (37)
	I alt	4	3,3 (123)	3,4 (232)
Odense	Resektion	0	0 (26)	0 (50)
	Lobektomi	2	2,9 (70)	3,5 (144)
	Pneumonektomi	0	0 (27)	4,8 (62)
	Eksplorative	1	4,4(23)	9,6 (52)
	Torakoskopi	0	0 (1)	0 (1)
	I alt	3	2,0 (147)	4,2 (309)

Vejle	Resektion	0	0 (6)	0 (13)
	Lobektomi	0	0 (19)	0 (51)
	Pneumonektomi	0	0 (8)	6,1 (33)
	Eksplorative	0	0 (6)	15,4 (13)
	Torakoskopi	0	0 (0)	0 (1)
	I alt	0	0 (39)	3,6 (111)
Skejby	Resektion	0	0 (10)	0 (15)
	Lobektomi	2	1,9 (107)	3,2 (301)
	Pneumonektomi	4	13,8 (29)	7,7 (65)
	Eksplorative	2	18,2 (11)	9,7 (31)
	Torakoskopi	0	0 (7)	0 (7)
	I alt	8	4,9 (164)	4,3 (419)
Viborg	Resektion	0	0 (1)	-
	Lobektomi	0	0 (7)	-
	Pneumonektomi	1	9,1 (11)	-
	Eksplorative	0	0 (6)	-
	I alt	1	4,0 (25)	-
Ålborg	Resektion	0	0 (4)	0 (20)
	Lobektomi	1	2,8 (36)	4,7 (107)
	Pneumonektomi	3	17,6 (17)	10,9 (46)
	Eksplorative	2	20 (10)	7,7 (26)
	Torakoskopi	0	0 (2)	0 (7)
	I alt	6	8,7 (69)	5,8 (206)

Operationstyper.

De enkelte operationstyper fordeler sig på landsplan således med 2001 og 2000 til sammenligning:

Fig. 2:



Opstillet i tabel ser dette således ud med range (mindste og maksimale % for de enkelte afdelinger) angivet:

Tabel 17:

År	Eksplorativ %	Resektion %	Lobektomi %	Pneumonektomi %
2000	18 (9-20)	9 (3-20)	52 (39-63)	21 (22-28)
2001	14 (4-22)	7 (1-14)	51 (43-84)	21 (11-40)
2002	15 (8-22)	11 (4-19)	54 (30-66)	20 (15-43)

De enkelte afdelingers operationstyper i 2002 fordeler sig i % således:

Tabel 18:

Afdeling	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet thoraxkirurgi	13	12	54	21
Gentofte thoraxkirurgi	18	7	58	18
Odense thoraxkirurgi	16	18	46	20
Vejle organkirurgisk	13	13	56	24
Skejby thoraxkirurgi	7	8	67	17
Viborg organkirurgisk	22	4	30	43
Aalborg thoraxkirurgi	14	7	52	26

Kommentar:

På landsplan fordeler operationstyperne sig meget ensartet over årene, men som det fremgår af tabel 17 og 18 dækker dette over meget store regionale forskelle og variationer fra år til år. Dette kan være betinget af samme forhold som anført i kommentaren på side 10, men lokale forskelle i behandlingsstrategi kan ikke udelukkes.

Indgrebene udføres med forskellige teknikker og med forskellige kirurgiske adgange. Torakotomi typerne fordeler sig i % således på landsplan og på de enkelte afdelinger jvn.f. følgende tabel, hvor procenterne i tabel 19 – 25 refererer til antal udførte operationer i 2002:

Tabel 19:

Afdeling	Anteriore	Postero-lateral Klassisk	Postero-lateral Muskel sparende	Sternotomi	Andet
Rigshospitalet thoraxkirurgi	1	99	0	0	0
Gentofte thoraxkirurgi	2	3	77	0	18
Odense thoraxkirurgi	0	99	0	0	1
Vejle organkirurgisk	3	97	0	0	0
Skejby thoraxkirurgi	96	0	0	0	4
Viborg organkirurgisk	30	70	0	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	39	28	23	0	10

Lobektomierne udføres i % med følgende karakteristika:

Tabel 20:

Afdeling	Lobektomi	Bilobektomi	Sleeve resektion	+ resektion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	81	18	1	0
Gentofte thoraxkirurgi	89	10	0	1
Odense thoraxkirurgi	93	6	0	1
Vejle organkirurgisk	94	6	0	0
Skejby thoraxkirurgi	79	10	6	5
Viborg organkirurgisk	78	0	0	22
Aalborg thoraxkirurgi	83	12	0	5

Der udføres følgende torakoskopiske operationer:

Tabel 21:

Afdeling	Antal	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet thoraxkirurgi	-	-	-	-	-
Gentofte thoraxkirurgi	20	5	4	11	-
Odense thoraxkirurgi	1	-	1	-	-
Vejle organkirurgisk	-	-	-	-	-
Skejby thoraxkirurgi	7	3	4	-	-
Viborg organkirurgisk	-	-	-	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	2	-	1	1	-

Kommentar:

VATS resektionerne udføres på centrene med noget forskellig teknik.

Pneumonektomierne udføres med følgende karakteristika angivet i %:

Tabel 22:

Afdeling	Standard	Udvidet	carina resektion	completion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	100	0	0	0
Gentofte thoraxkirurgi	100	0	0	0
Odense thoraxkirurgi	100	0	0	0
Vejle organkirurgisk	100	0	0	0
Skejby thoraxkirurgi	72	14	4	10
Viborg organkirurgisk	91	9	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	29	71	0	0

og følgende lokalisationer:

Tabel 23:

Afdeling	HØ	VE
Rigshospitalet thoraxkirurgi	40	60
Gentofte thoraxkirurgi	55	45
Odense thoraxkirurgi	37	63
Vejle organkirurgisk	0	100
Skejby thoraxkirurgi	24	76
Viborg organkirurgisk	55	45
Aalborg thoraxkirurgi	47	53
DK	38	62

Afdelingerne angiver at have foretaget følgende antal thoraxvægsresektioner:

Tabel 24:

Afdeling	Thoraxvægsresektion (n=20)
Rigshospitalet thoraxkirurgi	2
Gentofte thoraxkirurgi	4
Odense thoraxkirurgi	2
Vejle organkirurgisk	1
Skejby thoraxkirurgi	10
Viborg organkirurgisk	1
Aalborg thoraxkirurgi	0

Antal makro- og mikroradikale resektioner i %:

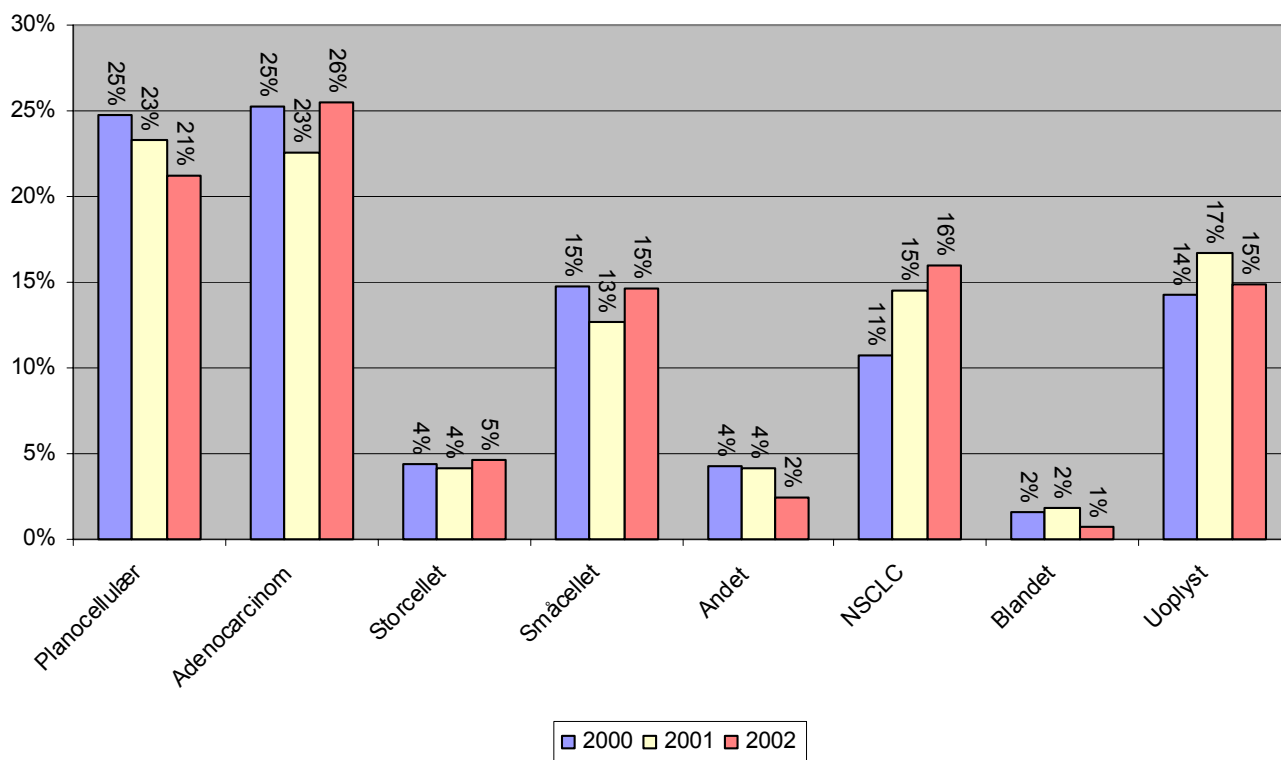
Tabel 25:

Afdeling	Makroradikale	Mikroradikale
Rigshospitalet thoraxkirurgi	98	96
Gentofte thoraxkirurgi	94	93
Odense thoraxkirurgi	92	89
Vejle organkirurgisk	90	90
Skejby thoraxkirurgi	94	94
Viborg organkirurgisk	94	92
Aalborg thoraxkirurgi	98	88

Patologityper.

Efter udredningens afslutning fordeler patologityperne i lungecancerpopulationen i 2002 (n=2073) på landsplan sig således:

Fig. 3:



Postoperativt ser fordelingen således ud på de enkelte afdelinger:

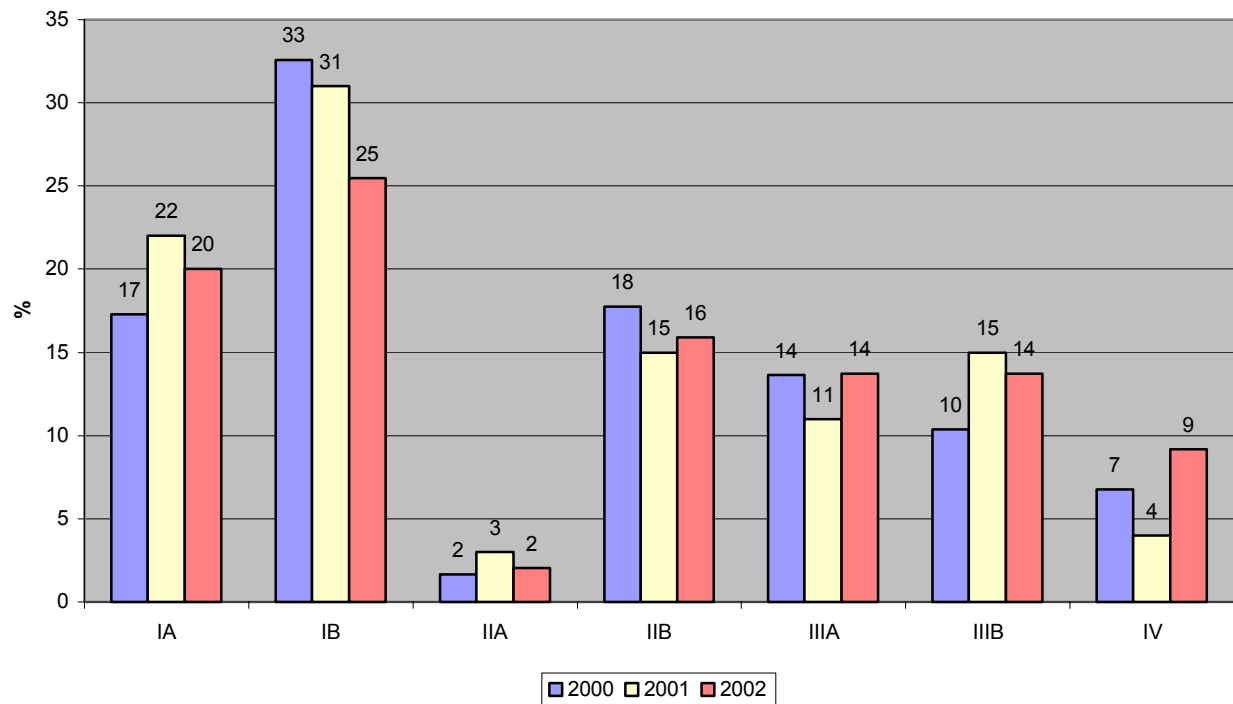
Tabel 26:

Afdeling	Planocellulære carcinomer	Adeno-carcinomer	Storcellede carcinomer	Småcellede carcinomer	Blandet type	Andet	Uoplyst
Rigshospitalet thoraxkirurgi	34	50	7	1	1	5	1
Gentofte thoraxkirurgi	21	41	13	2	5	8	11
Odense thoraxkirurgi	36	42	7	7	1	6	1
Vejle organkirurgisk	22	29	7	0	7	17	0
Skejby thoraxkirurgi	43	33	3	1	4	8	1
Viborg organkirurgisk	30	30	17	0	9	13	0
Aalborg thoraxkirurgi	41	33	6	1	6	10	1

Stadier.

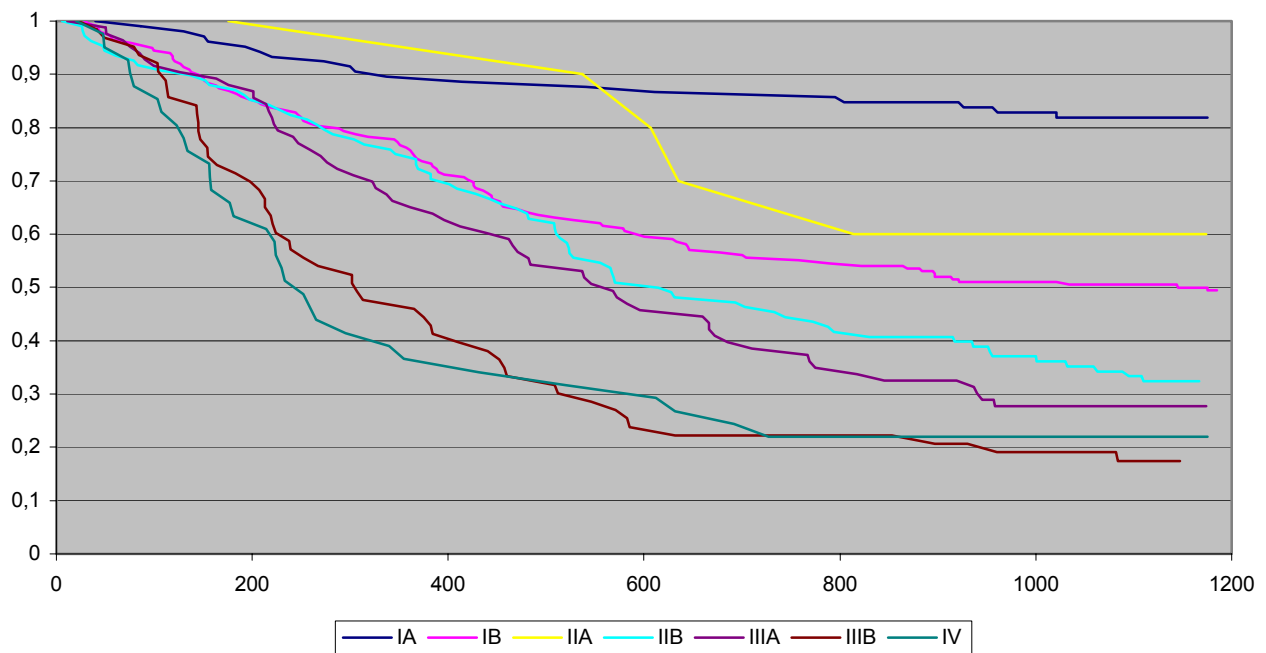
Den procentvise fordeling af de postoperative stadier var i 2002 med 2001 og 2000 til sammenligning således:

Fig. 4:



Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2000 (n=591):

Fig. 5:



Hvorved følgende overlevelsestal kan opstilles (* = små tal):

Tabel 27:

	Observeret 1 års overlevelse 2000 population (n=610)	Observeret 1 års overlevelse 2001 population (n=603)	Observeret 2 års overlevelse 2000 population (n=610)
IA	89	89	85
IB	75	81	55
IIA	92*	95*	65*
IIB	74	64	45
IIIA	65	64	37
IIIB	46	54	23
IV	36	48	22

De enkelte stadier fordeler sig i 2002 i % på afdelingerne således:

Tabel 28a:

Afdeling	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV
Rigshospitalet thoraxkirurgi	24	27	2	14	12	15	5
Gentofte thoraxkirurgi	21	25	0	13	10	22	8
Odense thoraxkirurgi	16	26	2	19	14	14	8
Vejle organkirurgisk	26	33	0	15	8	8	10
Skejby thoraxkirurgi	19	22	5	16	18	3	17
Viborg organkirurgisk	13	43	0	9	13	22	0
Aalborg thoraxkirurgi	20	19	1	20	16	18	5

og tilsvarende stadier for alle registrerede i perioden 2000 – 2002 i %:

Tabel 28b:

Afdeling	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV
Rigshospitalet thoraxkirurgi	18	34	2	16	14	13	3
Gentofte thoraxkirurgi	20	24	0	15	8	23	10
Odense thoraxkirurgi	15	29	2	18	16	14	7
Vejle organkirurgisk	28	37	1	17	3	9	5
Skejby thoraxkirurgi	22	27	4	16	16	4	10
Viborg organkirurgisk	12	46	0	8	12	23	0
Aalborg thoraxkirurgi	20	22	3	18	15	15	7

og tilsvarende overlevelser, hvor 1 og 2 års overlevelserne for de enkelte stadier for de enkelte afdelinger er anført. Hvis et stadie har 10 eller derunder patienter, er overlevelsen anført med *:

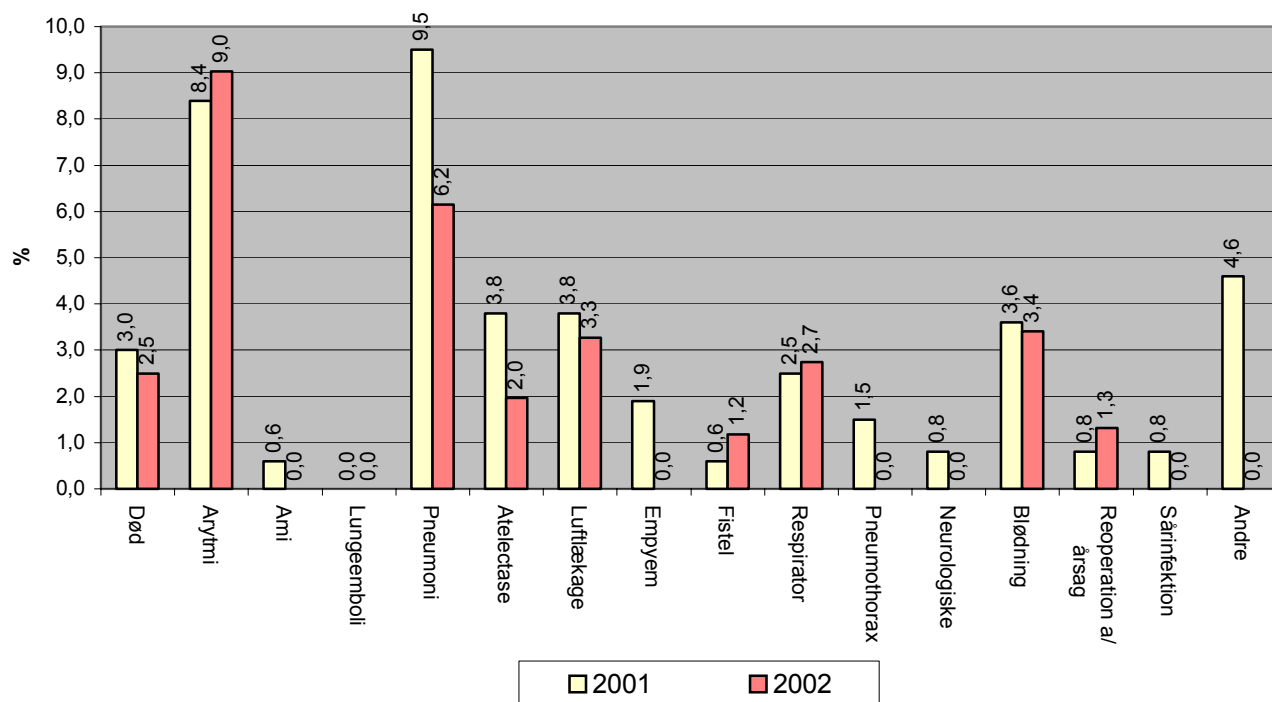
Tabel 29:

Afdeling	Stadie	Observeret 1 års overlevelse 2000 populationen	Observeret 1 års overlevelse 2001 populationen	Observeret 2 års overlevelse 2000 populationen
Rigshospitalet	IA	100	96	100
	IB	72	82	50
	IIA	100*	100*	100*
	IIB	72	65	44
	IIIA	71	68	43
	IIIB	53	52	32
	IV	33*	100*	33*
Gentofte	IA	92*	94	89*
	IB	92	100	87
	IIA	-	-	-
	IIB	88	100*	69
	IIIA	33*	80*	33*
	IIIB	55	69	36
	IV	44*	83*	44*
Odense	IA	100	88	100
	IB	78	82	54
	IIA	-	100*	-
	IIB	87	77	47
	IIIA	50	62	50
	IIIB	45	38	20
	IV	33*	45*	17*
Vejle	IA	85	89	81
	IB	81	84	69
	IIA	100*	-	100*
	IIB	69	50*	32
	IIIA	100*	-	100*
	IIIB	60*	60*	39*
	IV	100*	-	100*
Skejby	IA	97	92	95
	IB	80	76	59
	IIA	100*	100*	60*
	IIB	72	62	48
	IIIA	79	66	36
	IIIB	52	(80)	33
	IV	61	57	31
Ålborg	IA	67	90	67
	IB	65	81	48
	IIA	100*	100*	100*
	IIB	70	59	42
	IIIA	60*	64	34*
	IIIB	39*	64	13*
	IV	16*	16*	13*

Komplikationer.

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2001 og 2002 angives på den følgende kurve, idet død angiver død under indlæggelse:

Fig. 6:



For de enkelte kirurgiske afdelinger angives komplikationsfrekvenserne i % for den samlede population indberettet i perioden 2002 således (se forordet):

Tabel 30:

	Rigshospitalet (n = 147)	Gentofte (n = 143)	Odense (n = 166)	Vejle (n = 39)	Skejby (n = 157)	Viborg (n = 23)	Ålborg (n = 74)
Død	3	1	1	0	4	4	7
Arytmi	12	0	4	0	20	9	16
AMI	0	0	0	0	1	0	1
Lungeemboli	0	1	0	0	0	0	0
Pneumoni	4	0	0	0	24	4	4
Atelektase	0	0	2	0	4	9	4
Luftlækage	8	1	1	0	4	0	5
Empyem	0	2	0	0	5	0	0
Fistel	2	1	0	0	2	0	1
Respirator	2	0	1	0	6	13	5
Pneumothorax	0	0	1	0	6	4	3
Neurologiske	0	0	0	0	1	0	1
Blødning	1	3	1	0	4	9	7
Reop. anden årsag	1	0	2	0	1	0	3
Sårinfektion	0	1	1	0	0	0	1
Andre	10	1	2	0	9	0	4

Bilag A

Tilsluttede afdelinger til DLCR pr. 21.02.03

1. Lungemedicinsk afd., Y, KAS Gentofte
2. Lungemedicinsk afd., Y, Ålborg Sygehus
3. Lungemedicinsk afd., Århus Kommunehospital
4. Medicinsk afd., Amager Hospital
5. Medicinsk afd., Bispebjerg Hospital
6. Medicinsk afd., Farsø Sygehus
7. Medicinsk afd., Frederiksberg Sygehus
8. Medicinsk afd., Frederikshavn-Skagen Sygehus
9. Medicinsk afd., Grenå Centralsygehus
10. Medicinsk afd., Haderslev Sygehus
11. Medicinsk afd., Herning Centralsygehus
12. Medicinsk afd., Hjørring Sygehus
13. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Holbæk
14. Medicinsk afd., Holstebro Centralsygehus
15. Medicinsk afd., Horsens Sygehus
16. Medicinsk afd., Hvidovre Hospital
17. Medicinsk afd., Lemvig Sygehus
18. Medicinsk afd., Middelfart Sygehus
19. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Nykøbing Falster
20. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Næstved
21. Medicinsk afd., Odder Centralsygehus
22. Medicinsk afd., Odense Universitetshospital
23. Medicinsk afd., Randers Centralsygehus
24. Medicinsk afd., Ringkøbing Sygehus
25. Medicinsk afd., Roskilde Amtssygehus
26. Medicinsk afd., Silkeborg Centralsygehus
27. Medicinsk afd., Skive Sygehus
28. Medicinsk afd., Svendborg Sygehus
29. Medicinsk afd., Sønderborg Sygehus
30. Medicinsk afd., Tarm Sygehus
31. Medicinsk afd., Tønder Sygehus
32. Medicinsk afd., Vejle Sygehus
33. Medicinsk afd., Åbenrå Sygehus
34. Øre-næse-hals afd., Esbjerg Centralsygehus
35. Øre-næse-hals afd., Centralsygehuset i Næstved
36. Øre-næse-hals afd., Odense Universitetshospital
37. Øre-næse-hals afd., Svendborg Sygehus
38. Øre-næse-hals afd., Sønderborg Sygehus
39. Øre-næse-hals afd., Vejle Sygehus
40. Øre-næse-hals afd., Århus Kommunehospital
41. Thoraxkirurgisk afd., KAS Gentofte
42. Thoraxkirurgisk afd., Odense Universitetshospital
43. Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet
44. Thoraxkirurgisk afd., Skejby Sygehus
45. Thoraxkirurgisk afd., Ålborg Sygehus
46. Organkirurgisk afd., Vejle Sygehus
47. Organkirurgisk afd., Viborg Sygehus
48. Onkologisk afd., Herlev Sygehus
49. Onkologisk amb., Herning Sygehus
50. Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
51. Onkologisk afd., Rigshospitalet
52. Onkologisk afd., Sønderborg Sygehus
53. Onkologisk afd., Vejle sygehus
54. Onkologisk afd., Ålborg Sygehus
55. Onkologisk afd., Århus Kommunehospital