

Forord.

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) udsender hermed årsrapport vedrørende 2003. Årsrapporten er en nyskabelse på flere måder. For det første er der tale om den første fælles årsrapport, således at rapporten både indeholder DLCGs Styregruppes årsberetning og DLCRs årsrapport. Dernæst er der for første gang tale om en fælles rapport for de udredende og de kirurgiske afdelinger med fuld offentlighedsret af alle resultater.

Rapporten er diskuteret på DLCGs styregruppemøde onsdag den 26. maj og Styregruppens kommentarer fremgår af rapportens side 13. Rapportens hovedkonklusioner og data præsenteres på DLCGs årsmøde den 16. juni.

Beretningsdelen fra DLCG består af beretninger fra Styregruppen og fra de 3 arbejdsgrupper (udredning, kirurgi og onkologi). På årsmødet vil DLCGs arbejdsgrupper afgive beretninger.

DLCRs del af rapporten er som i tidligere år udarbejdet i samarbejde med DLCRs programleverandør CSC Scandihealth A/S, vores leverandør af rapportmodul Langtved Data A/S samt det regionale center for kliniske kvalitetsdatabaser i region syd.

Rapporten udsendes til deltagende afdelinger, afdelingsledelser, sygehusledelser og andre samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet. Rapporten kan desuden findes på DLCGs hjemmeside www.lungecancer.dk

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres med angivelse af DLCR 2003 som kilde.

Spørgsmål og kommentarer vedrørende rapporten kan rettes til en af nedenstående.

Udgivet af:

Dansk Lunge Cancer Gruppe
v/ Overlæge, dr.med.
Formand for DLCG
Torben Palshof
Onkologisk Afdeling

Dansk Lunge Cancer Register
v/ Overlæge, Leder af DLCR
Erik Jakobsen
Thoraxkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital

Indhold.

Forord.	1
Indhold.	2
Dansk Lunge Cancer Gruppe - beregning	5
Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe.	7
Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe.	9
Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe.	10
Dansk Lunge Cancer Register – beretning.	12
Kommentar til DLCR's årsrapport fra DLCCG's styregurppe	13
Årsrapport Dansk Lunge Cancer Register - 2003.	15
Aktuelle rapport	16
Metode.	16
Statistik.	18
Generelle resultater.	23
Patientmaterialet.	23
Overlevelse.	30
Udredende afdelinger.	31
Forord.	31
Patientmaterialet.	33
Overlevelse.	34
Ventetider.	36
Risikofaktorer og rygning.	37
Udredningsmetoder.	39
Lungefunktion.	42
Tobaksforbrug.	43
Stadier.	44
Patologi.	47
Kirurgiske afdelinger.	49
Forord.	49
Patientmaterialet.	51
Ventetider.	55
Operativ aktivitet.	57
Operationstyper.	60
Patologi.	64
Overlevelse og mortalitet.	68
Komplikationer.	71
Onkologiske afdelinger.	72
Patientmaterialet.	72

Referencer.	73
Bilag.	74
Bilag A – Tilsluttede afdelinger.	74
Bilag B – Kirurgiske standarder.	76
Bilagsmappe	78
Bilag 1 Overlevelse	78
Bispebjerg	78
Gentofte	79
Roskilde	80
Næstved	81
OUH	82
Vejle	84
Holstebro	85
Århus	86
Skive	88
Ålborg	89
Hjørring	90
BILAG 2 – delays, ventetider og henvisning.	91
Tabel 1 – henvisning fra:	91
Tabel 2 – udredning:	91
Tabel 3 – henvisning til:	92
Tabel 4 – ventetider 1:	92
Tabel 5 – ventetider 2:	93
Tabel 6 – ventetider 3:	93
Tabel 7 – ventetider 4:	94
BILAG 3 – udredningsmetoder i %:	95
BILAG 4 – stadier:	96
BILAG 5 – total overlevelse kirurgi:	98
Rigshospitalet	98
Gentofte	99
Odense	100
Vejle	101
Skejby	102
Ålborg	104
BILAG 6 – overlevelse operationstyper:	105
Tabel 1 – 1 års overlevelser:	105
Tabel 2 – 2 års overlevelser:	106
Tabel 3 – 3 års overlevelser:	107

BILAG 7 – 30 dages mortalitet:	108
Tabel 1 – 30 dages mortalitet operationstyper:	112
BILAG 8 – operationstyper:	113
BILAG 9 - patologityper:	114
BILAG 10 - postoperative stadier:	115
Tabel 1 – postoperative stadier i %:	115

Dansk Lunge Cancer Gruppe - beretning

Dansk Lunge Cancer Gruppe har nu nået konfirmationsalderen og som traditionen byder skal der medgives nogle velmenende råd og alvorsord på den videre færd. Med hensyn til DLCGs aktiviteter gennem 2003 og frem til nu henvises til Nyhedsbrev fra marts 2004, som kan hentes på hjemmesiden www.lungecancer.dk.

Det er om noget vigtigt, at de kulturværdier og det interne miljø, som gruppen har opbygget, videreføres i næste udviklingsfase, således at organisationen kan indfri de 2 vigtigste målsætninger, nemlig

- *forbedring af overlevelsen – og*
- *udjævning af geografiske kvalitetsforskelle*

Dette kan alene opfyldes gennem faglig enighed og solidaritet indenfor gruppen.

En selvstændig udvikling vil ofte medføre, at der i puberteten kan opstå konfliktsituationer i forhold til omgivelserne. Dette vil også ske for DLCG, men det må ikke betvivles, at vi i disse situationer har de overordnede mål som sigte. Det kan ikke skjules, at der såvel internt som i forhold til eksterne samarbejdspartnere aktuelt er debat om det formålstjenlige i at registrere kvalitetsparametre, som vi år for år kan se ikke opfylder den målsatte kvalitet. Dette har dog på intet tidspunkt overskygget de glædelige fremskridt, som mange vil mene er de vigtigste – nemlig at overlevelsen forbedres og koordinaterne for nogle kvalitetsforskelle er kortlagt.

Ud fra en overordnet betragtning opfatter DLCG imidlertid målet for alle sine aktiviteter og specielt deltagelsen i NIP-projektet som en del af et samlet kvalitets- og forskningsprojekt, som *skal* lykkes. Vi er således af den overbevisning, at målet er at sikre og forbedre alle de væsentligste kvalitetsparametre i hele patientforløbet - for patienten kan de gennem forløbet alle synes lige vigtige! Tiden nærmer sig derfor til at der "i systemet" gives håndslag på, at når noget er besluttet, så skal det også gennemføres, og at det menes alvorligt.

DLCG bidrager gerne til løsning af denne opgave jf. "Et tilbageblik mod fremtiden – maj 2010", som kan downloades fra hjemmesiden.

Udviklingen i de kommende år vil være domineret af omstilling fra at registrere og dokumentere kvalitetsdata samt sikre deres implementering til at iværksætte forskningsprojekter, som skaber muligheder for forbedringer i det samlede patientforløb. Her sigtes ikke alene på det primære mål om overlevelse og levetidsforlængelse, men også på at sikre patienten den bedste lindring, trøst og omsorg, samt de bedste muligheder for rehabilitering af patienten og familien. Der vil derfor som overskrift for de

fleste af gruppens aktiviteter fremover stå forskning, og herunder den måske ikke særligt bevidste forsknings-disciplin - implementering af faglige standarder og rekommandationer. DLCCG arbejder i øjeblikket med at beskrive, hvorledes Referenceprogram-met fra 1998 og 2001 er blevet implementeret i såvel primær- som sekundærsektoren og kan dokumentere, at det er sket med en meget høj grad af succes.

DLCCG arbejder aktuelt på, at standarder og udviklingsopgaver klart defineres i den forestående revision af Den Nationale Kræftplan, og uddybes i den iværksatte revision af Referenceprogrammet, der forventes at udkomme i løbet af året.

DLCCG har indledt et tæt samarbejde med andre kliniske cancergrupper for at vi i fællesskab kan forberede os til at imødekomme de forudsætninger og mål, som tildeling af midler til klinisk forskning fordrer (jf. KOF-rapport).

Det er på baggrund af den samlede professionelle adfærd, at forskningsprojekter, som fx beskriver ændringer vedrørende behandlingseffekt eller indenfor det diagnostiske område, viser de reelle forskelle, dvs. at standarderne får en ny og sand værdi, og denne nye værdi bliver da et nyt mål for nye forskningsprojekter at forbedre.

Som ved andre former for udvikling indenfor kræftbehandling må det forventes, at fremskridtene hver for sig er små, men når de er mange, gør det hurtigt en reel forskel.

Udviklingen indenfor især den molekylærbiologiske forskning gør det imidlertid ikke urealistisk, at der med ny og meget målrettet medicin for afgrænsede patientgrupper kan skabes kvantespring i deres prognose. Et sejt træk gennem resten af dette årti skal gøre det muligt at forbedre 5-års overlevelsen til 15%, som i dag kan opnås de bedste steder i verden.

I forbindelse med det forestående Styregruppemøde nedsættes der en længe tiltrængt arbejdsgruppe omfattende de diagnostiske specialer, som i lighed med de øvrige skal sikre kvalitet og udvikling indenfor området samt løbende justere de forskningsdata, som skal indgå i Dansk Lunge Cancer Register. På mødet forventes der at blive besluttet en mindre vedtægtsændring, som indebærer, at formandskabet ændres til et forretningsudvalg bestående af formand, 2 næstformand og lederen af Registeret.

Foreløbig tak til alle samarbejdspartnere med løfte om snarest at genoptage kommunikationen med kollegerne i praksis, og med håbet om at møde mange til DLCCGs årsmøde den 16. juni.

Med venlig hilsen
Torben Palshof
Formand for DLCCG

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe.

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCCG) er dannet som en ny selvstændig undergruppe under Dansk Lunge Cancer Gruppe.

Gruppen blev dannet ved et møde den 9. marts 2004 hvor DLCCG havde inviteret repræsentanter fra alle landets lungemedicinske afdelinger, som enten direkte eller indirekte er involveret i udredningen af lungecancer-patienter.

Det blev ved mødet besluttet at DDLCCG skal sammensættes af en repræsentant (læge der er ansvarlig for udredningen af lungeinfiltrater) fra hvert af amterne og H.S

Medlemmer:

Århus Universitetshospital, Århus sygehus: overlæge Torben Riis Rasmussen

Holbæk Sygehus: overlæge Ida E. Steffensen

KAS Roskilde: overlæge Kirsten Brandholt Rasmussen

Bornholm Centralsygehus: overlæge Ditte Hygum Nielsen

Ålborg Sygehus: overlæge Henrik Harving

Odense Universitetshospital: overlæge Niels-Chr. G. Hansen

Sygehus Viborg, Skive Sygehus: overlæge Eric Kindt

Frederikssund sygehus: overlæge Michael Hansen(formand)

Sønderborg Sygehus: overlæge Hans Ryegaard Rasmussen

Amager Hospital: overlæge Henriette Enevoldsen

Holstebro Centralsygehus: overlæge Jost Wessels

Vejle Sygehus: sygeplejerske Hanne Reese Andersen

Esbjerg Centralsygehus: overlæge, Søren Kristensen

Bispebjerg hospital: overlæge Klaus Richter Larsen

KAS Gentofte: overlæge Paul Clementsen

Centralsygehuset i Næstved: overlæge Asbjørn Høegholm

Indførelsen af Det Nationale Indikatorprojekt har medført at alle amter nu rapporterer til Dansk Lunge Cancer Register. Dette har givet den nedsatte gruppe den bredde som er nødvendig for at kunne arbejde konstruktivt med de opsatte formål:

- Gruppen fungerer som faglig baggrundsgruppe for Dansk Lunge Cancer Register, og rådgiver i den egenskab registeret om alle forhold vedrørende de diagnostiske afdelingers registrering og rapportering.
- Formålet med gruppen er, at definere minimumskrav, og sikre ensartethed og kvalitet i forbindelse med diagnostik af lungecancer i Danmark i overensstemmelse med bedste faglige standard.

- Gruppen initierer, gennemfører og publicerer nationale forsknings- og kvalitetsudviklingsprojekter med det formål at bedre og udvikle dansk diagnostik af lungecancer.

Gruppen er, som det fremgår, først nedsat efter rapporteringen for 2003 er afsluttet, og vil i forbindelse med tolkning af resultaterne bruge disse i en fremadrettet udviklingsproces af blandt andet rapporteringsskemaer og patientforløb.

Michael Hansen
formand for DDLCG

Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe.

Gruppen består af en repræsentant fra hver afdeling, der opererer lungecancerpatienter, en repræsentant fra DLCR samt en sekretær.

Medlemmer:

Ålborg Sygehus: overlæge Poul Erik Haahr

Viborg Sygehus: overlæge Søren Bille

Århus Universitetshospital, Skejby Sygehus: overlæge Hans K. Pilegaard (formand)

Vejle Sygehus: overlæge Asser Østergaard

Odense Universitetshospital: overlæge Lars Ladegaard

Amtssygehuset i Gentofte: overlæge Henrik Jessen Hansen

Rigshospitalet: overlæge Jesper Ravn

DLCR: overlæge Erik Jakobsen

Sekretær: Charlotte Rasmussen

Gruppen har indtil videre afholdt 2 møder siden årsmødet i 2003, seneste møde var 17.5 2004, hvor man diskuterede resultaterne til årsrapporten 2004.

Gruppen har med stor tilfredshed konstateret, at den første offentliggørelse af data fra et helt behandlingsområde (kirurgisk behandling af lungecancer) blev positivt modtaget, uden at afspore debatten om de væsentlige elementer i data, og ser nu frem til at samtlige data fra lungecancer området gøres tilgængelige for offentligheden.

Debatten i gruppen har ved møderne været centreret om databasen, indhold og udformning. Således er der indført flere nye data elementer mhp fremtidig risikostratificering, og strukturen er ændret således at forløbene bedre kan registreres. Gruppen har endvidere kunnet konstatere at komplikationsregistreringen har været alt for forskellig og ueksakt, hvorfor komplikationerne nu er blevet defineret mhp ensartet registrering fra de enkelte afdelinger.

Nye tiltag vil blive vurdering af den meget forskellige resektionsrate de enkelte afdelinger imellem og nøje gennemgang af de patienter, der indgår i 30 dages mortaliteten.

Her udover vil gruppen i den kommende tid deltage i arbejdet med at revidere referenceprogrammet.

Hans K. Pilegaard
formand DKLCG

Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe.

Den opmærksomme læser af Årsrapport 2003 vil bemærke, at der kun er registreret onkologisk behandling på en mindre andel af de patienter, som fik konstateret lungecancer i 2003. Det er ikke udtryk for, at den onkologiske behandling er sporadisk – tværtimod.

Siden Dansk Lunge Cancer Gruppens Referenceprogram 2001 for undersøgelse og behandling af lungecancer samt den Nationale Kræftplan så dagens lys med få ugers mellemrum i foråret 2001, har udviklingen bevæget sig i et tempo, der bedst betegnes som hæsblæsende. Det er beklageligt, at vi ikke kan dokumentere denne udvikling med tørre tal fra DLCR, men kræfterne har måttet koncentreres på at tilrettelægge behandlinger, og at behandle det store antal lungecancer patienter, for hvem behandlingen tidligere begrænsede sig til palliation hos egen læge. Hertil kommer, at onkologiske behandlingsforløb ikke er afgrænsede på samme distinkte måde, som det diagnostiske forløb på den lungemedicinske afdeling henholdsvis det operative forløb hos thoraxkirurgerne.

Når 5 års overlevelsesraten er 7 % betyder det, at det går galt for 93% af patienterne, og for flertallet betyder det en ulige kamp mod canceren og dens metastaser. Kemo- og stråleterapi yder først og fremmest lindring og forlænget overlevelse, mens kun få inoperable patienter opnår langtidsoverlevelse som resultat af onkologisk behandling.

Og hvor i forløbet er det da relevant at registrere? Denne problemstilling er nu søgt løst ved at DLCR per 1.10.2003 blev gjort forløbsorienteret. Fremover vil vi derfor ikke blot kunne redegøre for, hvornår et primært behandlingsforløb blev indledt på onkologisk afdeling, og hvori behandlingen bestod, men også hvordan det videre gik for patienten. Tal af denne type er ikke bare interessante, men de er hårdt tiltrængte for sundhedsøkonomer og sygehusejere, som har behov for at kunne beskrive, hvad det er der sker og for at kunne lægge planer og budgetter for fremtiden. Ny onkologisk behandling er ikke billig, men den åbner helt nye muligheder, så både læger og patienter presser på, for at få de nye principper indført og afprøvet. Her ligger kimen til den kollisionskurs, man i den senere tid har kunnet spore i lægernes relation til Kræftstyre-gruppen og det politiske establishment.

Kommende rapporter fra DLCR vil være et vigtigt redskab til dokumentering af aktiviteter og resultater fra onkologien, nødvendige, når forskellige behandlingsstrategier skal vurderes og vejes mod hinanden. Det følger heraf, at fremtidens onkologiske DLCR rapporter må forholde sig analytisk til andre successmål end overlevelsesraterne.

Måtte tallene fra DLCR inspirere folkesundhedsforskere, palliations specialister samt det primære sundhedsvæsen for her er store og hurtigt voksende resurser i spil, og det er ikke uvæsentligt, hvordan de anvendes.

Kell Østerlind
formand for DOLCG

Dansk Lunge Cancer Register – beretning.

DLCR har nu et solidt fodfæste i flertallet af de registrerende afdelinger inden for lungemedicin, thoraxkirurgi og onkologi – med god støtte fra otologer, patologer og billeddiagnostikken. Det er evident, at netop det forløbsorienterede, tværfaglige perspektiv er en styrke bag DLCR's konstruktion som 'total' database. Denne ambition stiller naturligvis store krav både til det tekniske og til det organisatoriske. Hvad angår førstnævnte er DLCR i 2003 blevet styrket ved per 1.10.03 at være blevet ført over i et nyt databaseværktøj, med langt flere faciliteter og større fleksibilitet i relation til os som brugere, end vi havde med det 'gamle' system. Overførslen har dog ikke været helt uproblematisk, hvilket bl.a. afspejler sig i en beskeden forsinkelse af årsrapporten, lige som der vil kunne dukke fejl op, som må tilskrives bl.a. brist i algoritmerne, idet der udover en rent fysisk overførsel samtidig er foretaget en tiltrængt justering af flere variabler og dermed behov for opdatering af kodningerne. Alt i alt er problemerne dog små, og de nødvendiggør ikke væsentlige forbehold, hvad de publicerede tal angår.

Hvad angår det organisatoriske, forsøger sekretariatet i Odense efter bedste evne, at holde de rapporterende afdelinger til ilden, og at besvare ethvert spørgsmål, der måtte opstå, uden tøven.

I takt med databasens voksende omfang, og ikke mindst arbejdet med årsrapporter, og med at forsyne det Nationale Indikator Projekt (NIP) med data, må det dog erkendes, at der er et stigende behov for både IT-assistance såvel som videnskabelige medarbejdere. I et lidt større perspektiv er den organisatoriske opgave lagt i hænderne på Dansk Lunge Cancer Gruppe med dens halvårlige styregruppemøder. Det er klart, at der er basis for en væsentlig synergieffekt mellem tilstedeværelsen af data (læs viden) i DLCR og DLCG's muligheder for tværfagligt at gå ud at påvirke og udvikle diagnostik, behandling og forskning til gavn for patienter med lungecancer.

I anledning af, at vi her møder med DLCR's fjerde årsrapport, vil vi benytte lejligheden til at gøre opmærksom på, at endnu kun få har fået øje på disse muligheder. Så derfor: God fornøjelse med rapporten, tyg på tallene, lad dig undre og inspirere for her bør være grundlag for megen forskning og analyse.

Kell Østerlind
Formand for DLCR

Kommentar til DLCR's årsrapport fra DLCG's styregruppe

Rapporten fra DLCR er kommenteret i såvel forordet som fra de 3 kliniske arbejdsgrupper: Diagnostik, kirurgi og onkologi.

Det er hensigten at der indenfor en kort årrække også offentliggøres årsrapporter med data/forskningsresultater for projekter indenfor palliation – rehabilitering – sygepleje - billeddiagnostik – screening og samarbejdet mellem primær- og sekundærsektoren. Det er hensigten, at disse projekter såvel nationale som afdelingstilknyttede registreres i DLCR, således at data for det samlede patientforløb findes i ét rum. Dette vil give mulighed for samkøring af data og dermed give de bedste muligheder for at bekræfte og afdække nye sammenhænge. Forudsætningen for en korrekt behandling af forskningsdata fordrer, at disse for det enkelte projekt eller område er registreret såvel komplet som korrekt. Der er igennem de sidste 4 år fra de registrerende afdelinger oparbejdet en rutineret registreringspraksis, som har sikret en datakomplethed på mere end 85% indenfor diagnostik og kirurgi, og for 2004 forhåbentlig ligeledes indenfor det onkologiske område. Der er nu akkumuleret en stor datamængde i DLCR og alene med den onkologiske registrering for 2004 og de forestående forskningsprojekter vil datamængden blive øget ganske betydeligt. Vi er bevidste om, at vi mangler en undersøgelse af datas korrekthed, og et sådant projekt er højt prioriteret.

Styregruppen skal understrege at Registret rummer en række svagheder:

- 1): Datavaliditeten kan ikke beskrives fyldestgørende. Selv om komplet-eden nu er > 85% og dermed tilfredsstillende mangler der fortsat en undersøgelse af datakorrektheden for at beskrive den samlede validitet.
- 2): En række af de registrerede værdier fremtræder oplagt ukorrekte – ligesom en række parametre kan være fortolket forskellig – hvorfor det registrerede resultat ikke giver et entydigt billede.
- 3): Resultater som angiver en udvikling over tid (fx overlevelse) bør ikke overfortolkes idet datamængden udtyndes over tid – dvs. at for få patienter er observeret tilstrækkeligt længe til at give en sikker værdi af fx 3-års overlevelsen.

Styregruppen arbejder løbende med at kvalificere Registret først og fremmest ved at sikre entydighed dvs. at der ikke er usikkerhed hos den registrerende om hvad der spørges om. Resultatet af enkelte spørgsmål (fx to typer af delay) hvor dette ikke kan sikres er udgået af Årsrapport 2003. For at sikre en korrekt håndtering, kvalitetssikring og tolkning af data er det endvidere særdeles vigtigt at få etableret et formelt samarbejde med fagpersoner indenfor statistik og epidemiologi, og mest naturligt i relation til Kompetencecenter Syd. Det er Styregruppens holdning, at et sådan samarbejde bør realiseres i løbet af 2004.

DLCRs forretningsudvalg vil nu forberede overgangen af Registeret til et egentligt forskningsregister, og det forventes, at ressourcerne til denne omstilling og den videre drift kan blive tildelt af de midler, som KOF-rapporten anbefaler tildeles de kliniske databaser. Det budget, som såvel DLCCG som DLCR indtil nu har fået tildelt, har alene sikret driften, hvorfor der er et betydeligt behov for sikring og udvikling af Registeret.

Som det bl.a. fremgår af arbejdsgruppernes kommentarer, er der med de kritiske øjne set på problemerne vedrørende udredningstiden og specielt den samlede tid fra henvisning til behandling. De enkelte amter forventes gennem analyser af deres NIP-resultater at foretage de nødvendige foranstaltninger, som sikrer de vedtagne kvalitetsparametre.

Kirurgigruppen har som det fremgår erkendt, at 30 dages mortaliteten for 2003 er for høj og har på kollegial måde overfor hinanden redegjort for samtlige mortalitetsforløb. Gruppen vil løbende overvåge 30 dages mortaliteten og ændre den kliniske adfærd i henhold til de risikoparametre, som blev identificeret ved analysen af dødsfald i år 2003.

Som det ligeledes fremgår af de kirurgiske data har det været vanskeligt at overholde standarder for 30 dages mortaliteten indenfor de forskellige operationstyper. Kirurgigruppen vil nu på ny gennemgå de internationale resultater, som ligger til grund for disse standarder og omformulere en række af disse. Dette betyder i sig selv ikke at kvalitetsniveauet nedsættes, men at en standardværdi på fx 95-98 ikke længere defineres som 98, men som 95. Dette vil fremover samtidig indikere, at man *skal* ligge over denne nedre grænse, og målet er selvfølgelig den øverste.

DLCCG/DLCR ser frem til næste år at kunne præsentere data vedrørende patienter med malignt mesotheliom (lungehindekræft). Forslag til referenceprogram for diagnostik og behandling af denne patientgruppe er netop færdiggjort af en arbejdsgruppe. Der er ligeledes mellem de kirurgiske og onkologiske afdelinger udarbejdet forslag til, hvorledes opgaverne nationalt fordeles, specielt behovet for at den kirurgiske opgave kun finder sted på ét center.

Det er Styregruppens håb og forventning, at det meget store materiale, som databasen nu rummer, vil give inspiration til forskningsprojekter, som nærmere beskriver sammenhænge i patientforløbene, men også med dette som udgangspunkt formulerer forskningsprojekter indenfor alle områder af lungecancer.

På Styregruppens vegne
Med venlig hilsen
Torben Palshof

Årsrapport Dansk Lunge Cancer Register - 2003.

Sundhedsstyrelsens Cancerregister har i det forløbne år gennemgået en markant opdatering, og har inden for de seneste måneder været i stand til at offentliggøre aktuelle tal for incidensen af bl.a. lungecancer. I deres publikationer fra 2004 (1) anføres incidensen for perioden 2000-2002, og det fremgår heraf, at der fortsat ses en stigning i incidensen fra ca. 3500 nye tilfælde i 1999 til mere end 3700 i 2002. Stigningen ses specielt hos kvinder, mens tallene er stagneret hos mænd. I en analyse foretaget af Den Nordiske Cancer Union og offentliggjort i 2002 (2) fremgår det, at incidensen forventes at stige yderligere i perioden 2003 – 2022. Således forventes antallet i 2007 at være ca. 3800 nye tilfælde per år, og i 2022 forventes 4700 nye tilfælde per år. Den største del af stigningen kan tilskrives den øgede incidens hos kvinder, som forventes at blive endnu tydeligere de kommende år. Allerede nu er lungecancer den kræftsygdom der er skyld i de fleste dødsfald hos såvel mænd som kvinder (3). De epidemiologiske forhold er desuden diskuteret i Referenceprogrammet for behandling af lungecancer, udarbejdet af DLCG (4).

Dansk Lunge Cancer Gruppe blev etableret i 1992, idet man allerede da var bekymret for, at prognosen for lungecancer gradvist var blevet yderligere forringet i Danmark sammenlignet med andre lande. Styregruppen i den Danske Lunge Cancer Gruppe består af repræsentanter fra de involverede lægelige specialer udpeget af de pågældendes videnskabelige selskaber, sygeplejefaglige sammenslutninger, andre faggrupper og Kræftens Bekæmpelse.

Styregruppen anbefalede i 1994, at der blev udarbejdet fælles retningslinier for visitation og diagnostik samt for kirurgisk og onkologisk behandlingsindikation og behandlingsstrategi. Med henblik på, at registrere de faglige aktiviteter for fremtidige patientforløb blev det anbefalet, at der etableres en central klinisk database. Det blev besluttet, at der som grundlag for dataregistreringen skulle udarbejdes et referenceprogram for specialernes aktiviteter. Dette Referenceprogram for "Undersøgelse og Behandling af Lungecancer" udkom 1. gang i efteråret 1998 og 2. udgave udkom i foråret 2001. Programmet kan rekvireres hos Dansk Lunge Cancer Gruppe eller hos Dansk Lunge Cancer Register eller på Dansk Lunge Cancer Gruppens hjemmeside: www.lungecancer.dk. Referenceprogrammet er basis for den kliniske database, og fastlægger mål for kvaliteten af diagnostik og behandling af lungecancer i Danmark.

I sommeren 1998 etableredes Dansk Lunge Cancer Register, der med sekretariat på Odense Universitetshospital, varetager driften af den centrale kliniske database. Registeret begyndte at optage patienter per 1. januar

2000. Omkring Dansk Lunge Cancer Registers formål henvises til årsrapport 2000, der også kan læses/hentes på registerets hjemmeside.

Dansk Lunge Cancer Register er med virkning fra 1. januar 2002 overgået til finansiering via amtsrådsforeningen. Registerets drift og videre udvikling varetages således fremover fra puljen til nationale kliniske databaser, og registeret er nu tilknyttet Det Regionale Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser i Region Syd på Odense Universitetshospital.

Aktuelle rapport

Den foreliggende rapport er Dansk Lunge Cancer Registers 4. årsrapport og vedrører året 2003. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen lungecancer og en 1. henvisningsdato i perioden 1.1.2003 til 31.12.2003.

Rapporten indeholder alle generelle resultater fra registeret d.v.s. lands- og amtsresultater. Desuden er der opgjort resultater for hver af de tilsluttede udedende og kirurgiske afdelinger.

Metode.

Data er indsamlet fra de 59 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 42 medicinske/øre-næse-hals, 2 parenkymkirurgiske og 10 onkologiske afdelinger. En liste over de tilmeldte 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. Stort set alle afdelinger har således kunne indrapportere data vedr. 2001, 2002 og 2003. DLCC har løbende kontakt med de deltagende afdelinger bl.a. mhp. at monitorere i hvor høj grad afdelingerne indrapporterer deres patienter. I rapporten skelnes mellem optagne og indberettede 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 år 2003 eller før. 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. Samtlige patienter, der i

Cancerregisteret per 1. marts 2004 var registreret med diagnosen C34, i perioden 1. januar 2000 til og med 2003, er herefter tilføjet DLCR.

Endeligt er der fra CPR-registeret hentet oplysninger om de indberettes navn, adresse på diagnosetidspunktet (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. 14. april 2004, hvorfor den minimale observationstid er 105 dage.

Lungecancerpopulationen består, som anført i indledningen, af omkring 3600 nye tilfælde per år. Denne incidens er set over en årrække svagt stigende, men kan dog variere 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 betydeligt fra år til år. De seneste offentliggjorte tal for de amtslige incidenser er fra 2002. Indberetningerne i DLCR vil aldrig komme til at omfatte mere end 80 – 90 % af den totale incidens, 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 bekendt er behæftet med en tidsmæssig forsinkelse, som dog i det forløbne år er blevet betragteligt mindre. Når der i årsrapporten er anført incidenser og specielt amtslige incidenser, er det derfor vigtigt at have disse forhold in mente. I rapporten er det ved hjælp af samkørsel med Sundhedsdatabanken forsøgt at estimere "sygehusincidensen", hvilket vil sige alle nye tilfælde diagnosticeret i 2003 og indberettet til Sundhedsdatabanken fra sygehusafdelingerne via de patientadministrative systemer. Denne "sygehusincidens" er efterfølgende anvendt til dels at estimere den totale incidens og dels beregne DLCR's datakomplethed.

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 (mindre) fejlkilder.

Lavt antal undersøgelser (dvs. < 20 % af en given type): At antallet af en bestemt type undersøgelse i rapporten fx angives som 0, kan enten betyde, at patienterne rent faktisk ikke får undersøgelsen udført, *eller* at patienten afsluttes og får undersøgelsen udført på en anden afdeling.

Højt antal undersøgelser (dvs. > 80 % af en given type): Et højt antal af en bestemt undersøgelse afspejler ikke nødvendigvis reelt høj effektivitet, men at man vælger at prioritere hurtig udredning højere end at vælge de mindst

invasive undersøgelser først. Et relativt højt antal undersøgelser kan også skyldes, at det pågældende amts udredende afdeling deltager i et projekt. Lungecancersygdommen deltager i Det Nationale Indikatorprojekt, hvor afdelingerne vil blive bedømt vha. en række indikatorer og prognostiske faktorer, der alle indgår i det datasæt som afdelingerne med virkning fra 1. februar 2002 har registreret i. Nærmere omkring disse indikatorer og deres evidens kan læses i dokumentalistrapporten vedrørende lungecancer på NIP-projektets hjemmeside (www.NIP.dk), eller på DLCR's hjemmeside (www.lungecancer.dk). Resultater fra Det Nationale Indikatorprojekt vedrørende lungecancer kan læses på (www.sundhed.dk).

Statistik.

Årsrapporten 2003 er sammenlignet med tidligere årsrapporter tilføjet en del statistiske overvejelser og beregninger. Dette er starten på en proces, hvor vi i DLCR håber løbende over de kommende år i takt med at datagrundlaget bedres at kunne kvalificere beskrivelsen af de kliniske afdelingers indberetninger til registeret. DLCR har indledt et samarbejde med Det Regionale Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser i Region Syd, som vi forventer skal udbygges yderligere. Som det er anført i DLCCG's kommentar til årsrapporten forventer vi, at kunne indgå en aftale med Kompetencecenteret om et mere formaliseret samarbejde på det statistiske og epidemiologiske område, således at det arbejde der nu er igangsat kan udbygges yderligere.

Dataopsamling i kliniske kvalitetsdatabaser giver sammenlignet med egentlige forskningsprojekter anledning til en række metodologiske problemstillinger, som selvfølgelig er genkendelige fra forskningsprocessen, men som tydeliggøres i den kliniske kvalitetsdatabase. Det drejer sig i en stor landsdækkende database som DLCR med mange tilsluttede afdelinger og afdelingstyper primært om følgende forhold:

1. Entydighed i dataforståelsen. Det er en vanskelig og vedvarende opgave at sikre, at alle de flere hundrede registratorer opfatter det samme med et givet felt i databasen og har mulighed for at registre den ønskede oplysning entydigt. Problemet kan mindskes ved løbende faglig diskussion af indrapporteringen og referenceprogram, men erfaringen viser, at visse typer oplysninger ikke egner sig til dataopsamling i en database som DLCR, og man må her henvise til egentlige forskningsprojekter for at indhente de ønskede oplysninger. En revision af dataindberetningen med dette for øje pågår i DLCR løbende.
2. Datakompletheden. Det er ligeledes en stor opgave for et register som DLCR, at vedligeholde et tilstrækkelig høj datakomplethed. Inden for

udredningen har registeret nu opnået en tilfredsstillende høj datakomplethed i lighed med inden for det kirurgiske område. Indenfor det onkologiske område forventer vi først i årsrapporten for 2004, at have nået dette mål. Selvom registeret nu på flere områder generelt har opnået tilfredsstillende høj datakomplethed dækker dette dog forsat over store regionale udsving, og det er overordentligt vigtigt ved vurderingen af data, at have dette in mente. Den statistiske beskrivelse af denne problemstilling og betydningen for fortolkningen er endnu uudviklet og kun i ringe omfang medinddraget i aktuelle rapport.

3. Datakorrektheden. DLCR har i gennem længere tid ønsket at kunne iværksætte et datavalideringsprojekt, der kunne beskrive datakorrektheden. Dette har der desværre endnu ikke været ressourcer til. Vi ved dog fra andre kliniske databaser et problemet med datakorrektheden formentligt i sammenligning med de 2 førstnævnte problemer er ganske lille, men en beskrivelse der kan medtages i de statistiske vurderinger er dog fortsat ønskelig.

Samlet set gør disse overvejelser, at en række oplysninger i årsrapporten skal vurderes med forsigtighed.

Dette gælder specielt sammenligninger på overlevelser, hvor der findes oplysninger om 3 og 4 års overlevelser. Disse oplysninger er endnu forbundet med stor usikkerhed. Ligeledes spiller lokale forhold ofte ind på opgørelserne og det er vigtigt ved vurderingen at sikre sig, hvorvidt dette ikke tilfældet.

Generelle statistiske overvejelser og metoder:

a) Vurdering af enkelte afdelinger med hensyn til overlevelsesrater

Her viser vi overlevelsesrater (1, 2 eller 3 år) sammen med 95 % konfidensinterval for hvert kalenderår og samlet over alle år. For at tillade en vurdering af en afdeling i forhold til hele Danmark viser vi yderligere den tilsvarende rate i hele populationen og den forventende rate, som tager hensyn til alders-, køns- og stadie fordeling. Den forventende rate f beregnes som

$$f = \frac{\sum(n_i * r_i)}{(\sum n_i)}$$

med n_i antal af personer i stratum i i den pågældende afdeling og r_i det overlevelsesrate i stratum i i hele populationen (per år eller samlet). Strata er 5 års aldersklasser, køn og stadie (8 klasser), hvilket giver max $13 * 2 * 8 = 208$ klasser. Overlevelsesrater er altid baseret på Kaplan Meier kurver. 95 % konfidensinterval er udregnet som $r \pm 1.96 * SE$ og standard fejl er baseret på Greenwoods formel. I beregning af standard fejl $SE(s)$ til s ignorerer vi stratificering og anvender direkte Greenwoods formel. Det er en konservativ metode og derved undgås, at r_i kan være tæt til 0 eller 1, så at

standard fejl i de enkelte strata bliver underestimeret. 95 % konfidensintervaller er baseret på $s \pm 1.96 SE(s)$.

b) Sammenligning af afdelinger eller amter med hensyn til overlevelsesrater

Her viser vi først en graf med Kaplan Meier kurver stratificeret med hensyn til afdeling/amt. Derefter viser vi en tabel med alder, køn og stadium standardiserede rater (1, 2 og 3 år) sammen med 95 % konfidensintervaller, med afdelinger/amterne i alfabetisk rækkefølge. De standardiserede rater er beregnet som

$$s = (\sum_i N_i r_i) / (\sum_i N_i)$$

med N_i antal af personer i stratum i i hele populationen og r_i overlevelsesrate i stratum i i den pågældende afdeling.

I beregning af standard fejl $SE(s)$ til s ignorerer vi stratificering og anvender direkte Greenwoods formel. Det er en konservativ metode og vi undgår problemet, at r_i kan være tæt til 0 eller 1, så at standard fejl i de enkelte strata bliver underestimeret. 95 % konfidensintervaller er baseret på $s \pm 1.96 SE(s)$. Yderligere viser vi en graf med de standardiserede 2 år overlevelsesrater og 95 % konfidensintervaller, hvor afdelinger/amter er sorteret efter de standardiserede rater.

c) Sammenligning af afdelinger eller amter med hensyn til mediane ventetider

Der kan ikke benyttes en Normalfordeling på grund af en udpræget højreskævhed og en ensidet fordeling. (Ventetider mindre end 0 findes ikke). Ventetider og delays afbildes som observerede data, d.v.s. fraktiler og medianer, for at undgå teoretiske vanskeligheder med fordelingstypen og håndtering af outliers. I statistikken er der brugt 0,25 fraktil, Median og 0,75 fraktil.

d) Sammenligning mellem Rygere – Eks-rygere og Aldrig-rygere.

På Kaplan Meier graferne er indikeret øvre og nedre konfidens interval for Eks-Rygere og øvre konfidensinterval for Rygere.

Det ses, at kurven for Aldrig-rygere ligger udenfor begge konfidensintervaller, hvilket tyder på, at overlevelsen for Aldrig-rygere er signifikant bedre end for de to andre kategorier. Derimod befinder Kaplan Meier kurven for Eks-rygere sig i konfidensintervallet for Rygere, så der er ingen signifikant forskel mellem disse fordelinger. Konfidensintervaller er baseret på Greenwoods formel. En endelig afklaring af dette forhold kræver nærmere testning.

e) *Fordeling mellem kvinder og mænd optaget i registeret fordelt pr. år.* Kurveforløbet visende udviklingen i fordelingen mellem kønnene over årene viser tydelig trend mod flere kvinder. Trenden over tid er testet med en logistisk regressionsmodel og viser en signifikant trend til flere kvinder med p-værdi på 0.019.

f) *Test for forskydning imod yngre kvinder og mænd*
Vedrørende aldersudviklingen over tid for de 2 køn viser kurvefordelingen ligeledes tendens til yngre patienter, mest markant for kvinder men også for mænd. Testes denne trend separat for mænd og kvinder med en Cuzicks ikke parametriske trend test (nptrend kommand i Stata) findes signifikant trend mod yngre mænd som kvinder med en p-værdi på 0,0001.

Werner Vach
Professor
Forskningsenheden for Statistik
Syddansk Universitet

Tor Foss Mortensen
Civilingeniør, HD
Langtved Data A/S

Erik Jakobsen
Overlæge
Leder DLCR

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.

Patientdelay: Datoen som patienten har anført som start for første symptom, og til patienten første gang henvender sig hos egen læge med symptomet.

Delay i primær sektoren (primærdelay): Datoen fra første besøg hos egen læge til modtagelse af henvisning fra egen læge på udredende afdeling.

Delay i sygehussektor (sekundærdelay): Datoen fra modtagelse af henvisningen fra egen læge i udredende afdeling til datoen patienten indlægges/ses ambulant i udredende afdeling.

Varighed af udredningsforløb (tidligere: diagnostisk delay): Datoen fra patienten indlægges/ses ambulant i udredende afdeling til datoen patienten henvises til behandling/ afsluttes.

Varighed af kirurgisk ventetid (tidligere: operativt delay): Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til operationsdato.

Varighed af onkologisk ventetid (tidligere: onkologisk delay): Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til start af behandling.

Indberettede patienter: Patienter indberettet fra deltagende afdelinger.

Optagne patienter: Totale antal patienter i registeret

Aldersstandardiserede rater: Se i statistik metode afsnit.

Generelle resultater.

Patientmaterialet.

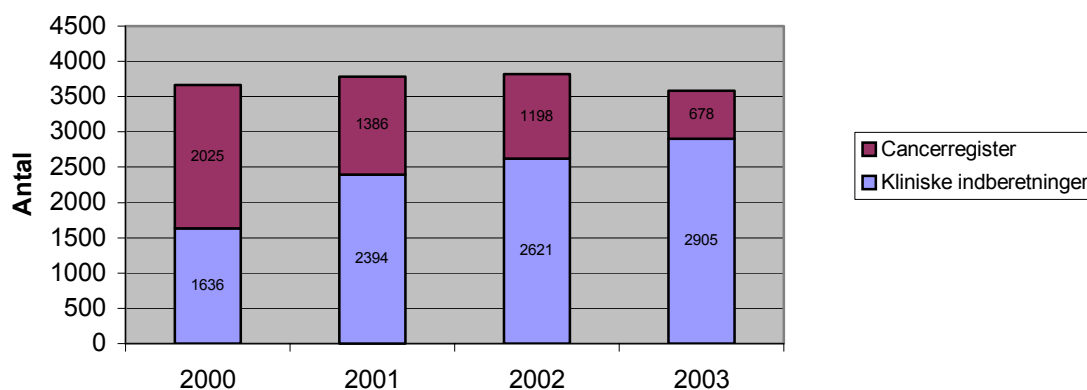
Incidens, alder og kønsfordelingen.

Der er i perioden i alt optaget 3583 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 2905 patienter. I 2003 er der tilføjet 678 patienter i registeret fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 1966 mænd (55 %) og 1617 kvinder (45 %).

I perioden 2000 – 2003 er der i alt optaget 14892 patienter i registeret. Heraf er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 9605 patienter. I perioden er der således tilføjet 5287 patienter i registeret fra Sundhedsstyrelsens Cancerregister. Der er optaget 8315 mænd (57 %) og 6577 kvinder (43 %).

De optagne patienter i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2003 fordeler sig således:

Fig. 1:



I 2003 mangler forsat indberetninger til Cancerregisteret. Fra Cancerregisteret er hentet oplysninger om lungecancerpatienter, der ikke er indberettet fra afdelingerne. Samtlige patienter, der i Cancerregisteret per 1. maj 2004 var registreret med diagnosen C34 i perioden 1. januar 2000 til og med 2003, er herefter tilføjet DLCR.

I Cancerregisterets seneste publikationer vedrørende perioden 2000 – 2002, er opgjort antal nye tilfælde af lungecancer og de deraf beregnede aldersstandardiserede rater (DK-2000) fordelt på amter og DK for årene 2000 – 2002 (1).

Tabel 1a - kvinder:

Amt	Antal nye lungecancer tilfælde i 2000	Antal per 100.000 i 2000	Antal nye lungecancer tilfælde i 2001	Antal per 100.000 i 2001	Antal nye lungecancer tilfælde i 2002	Antal per 100.000 i 2002
KbhK	163	64	140	57	164	66
FreK	33	68	34	54	28	47
KbhA	197	62	184	48	178	46
FreA	85	46	93	45	91	44
RosA	46	39	57	49	70	58
VesA	82	55	88	49	84	49
StoA	87	67	76	46	90	53
BorA	12	54	15	54	12	39
FynA	124	52	128	44	143	50
SønA	56	44	62	42	66	44
RibA	56	50	60	50	68	57
VejA	82	47	81	42	107	54
RinA	51	37	65	46	75	52
ÅrhA	205	64	195	58	185	55
VibA	56	48	73	55	64	49
NorA	118	48	162	57	152	54
DK	1453	54	1513		1577	

Tabel 1b - mænd:

Amt	Antal nye lungecancer tilfælde i 2000	Antal per 100.000 i 2000	Antal nye lungecancer tilfælde i 2001	Antal per 100.000 i 2001	Antal nye lungecancer tilfælde i 2002	Antal per 100.000 i 2002
KbhK	168	69	176	104	175	102
FreK	28	66	30	73	33	85
KbhA	243	82	201	67	202	67
FreA	143	79	120	69	133	75
RosA	80	69	77	77	60	59
VesA	116	79	119	80	102	68
StoA	120	93	126	85	117	78
BorA	14	64	16	60	20	78
FynA	178	76	183	79	199	84
SønA	90	71	103	80	105	81
RibA	86	76	86	79	95	89
VejA	130	75	131	81	137	85
RinA	92	67	80	63	84	65
ÅrhA	237	75	238	87	231	85
VibA	87	74	90	73	76	64
NorA	183	74	185	75	203	81
DK	1995	76	1961		1972	

Tilsvarende kan til sammenligning opstilles en tabel med data fra DLCR med absolutte antal indberettede fordelt på amter og DK for årene 2000 – 2003, idet tallene for 2003 "kun" viser indberettede til DLCR (÷ Cancerregister-data):

Tabel 2:

Amt	Antal nye tilfælde i 2000		Antal nye tilfælde i 2001		Antal nye tilfælde i 2002		Antal nye tilfælde i 2003	
	DLCR	CR	DLCR	CR	DLCR	CR	DLCR	CR
KbhK	336	331	311	316	235	316	252	
FreK	58	61	47	64	54	64	57	
KbhA	384	440	359	385	370	385	355	
FreA	182	228	59	213	141	213	144	
RosA	112	126	124	134	114	134	105	
VesA	171	198	100	207	70	207	139	
StoA	177	207	87	202	106	202	137	
BorA	20	26	8	31	6	31	16	
FynA	314	302	297	311	293	311	348	
SønA	133	146	133	165	137	165	135	
RibA	128	142	129	146	149	146	133	
VejA	220	212	175	212	229	212	202	
RinA	149	143	115	145	132	145	137	
ÅrhA	405	442	300	433	266	433	313	
VibA	139	143	90	163	90	163	129	
NorA	268	301	209	347	209	347	282	
DK	3196	3448	2543	3474	2601	3474	2884	

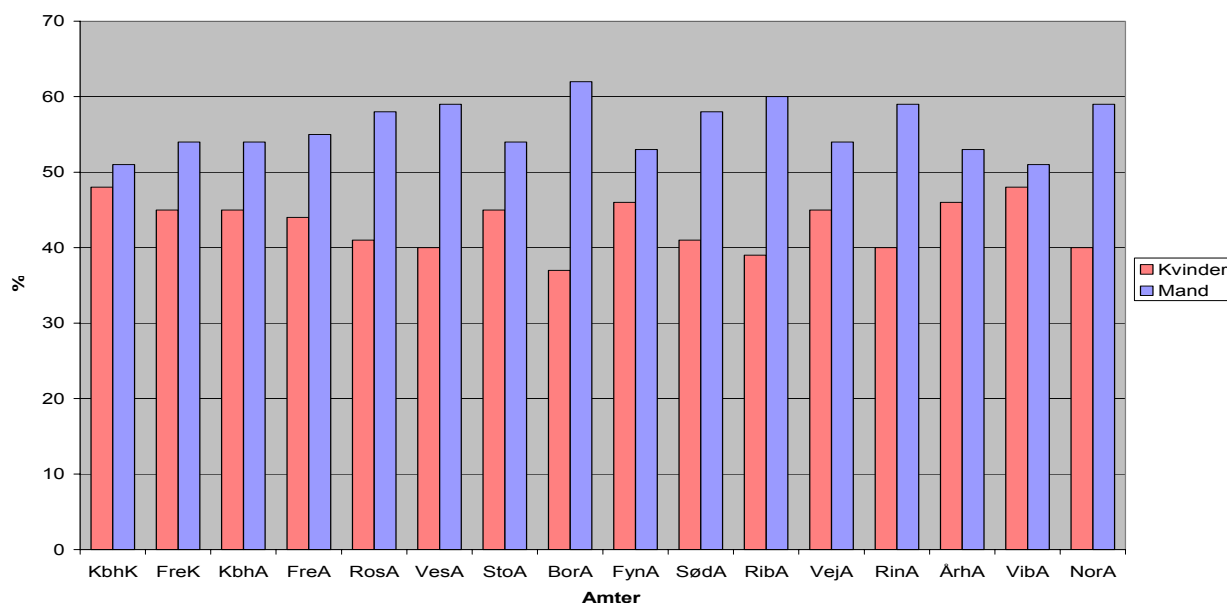
Forskelle i antal indberettede til DLCR i tabel 2 i forhold til figur 1 skyldes manglende stedkoder. Året 2000 er i DLCR sammenhæng specielt jvn.f. tidligere årsrapporter.

Som det fremgår af tabel 2 indberettes der forsat meget varierende til DLCR fra de enkelte amter. Dette er betinget af en lang række forhold, som diskuteres nærmere i det følgende. Sammenlignes det totale antal optagne i DLCR jvn.f. figur 1 med opgørelsen fra Cancerregisteret i tabel 2 findes ligeledes nogen uoverensstemmelse som vi i det kommende år vil analysere.

Patienternes mediane alder er 66 år (range 21 - 98, 95 % percentil: 47 og 81). Mændenes mediane alder er 67 år (range 27 - 98, 95 % percentil: 48 og 81) og kvindernes 66 år (range 21 - 92, 95 % percentil: 46 og 80).

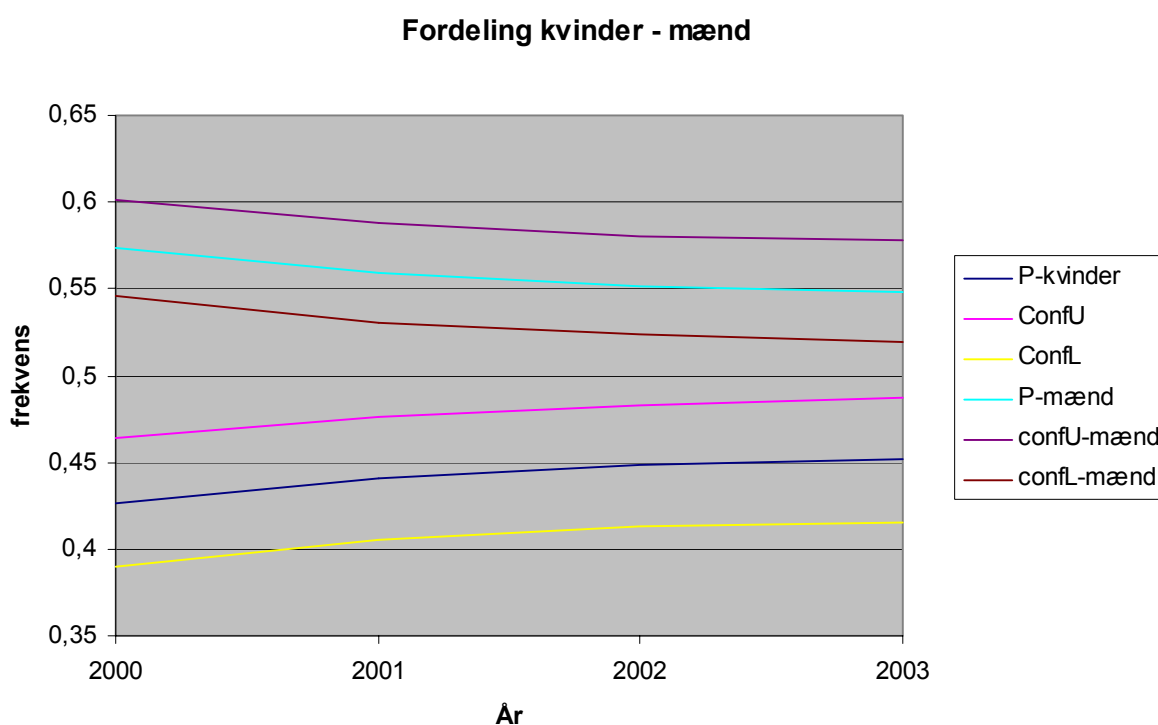
På amtsbasis fordeler de optagne patienter i 2003 på køn sig procentuelt således:

Fig. 2:



Kønsfordelingen har i perioden 2000 – 2003 udviklet sig således:

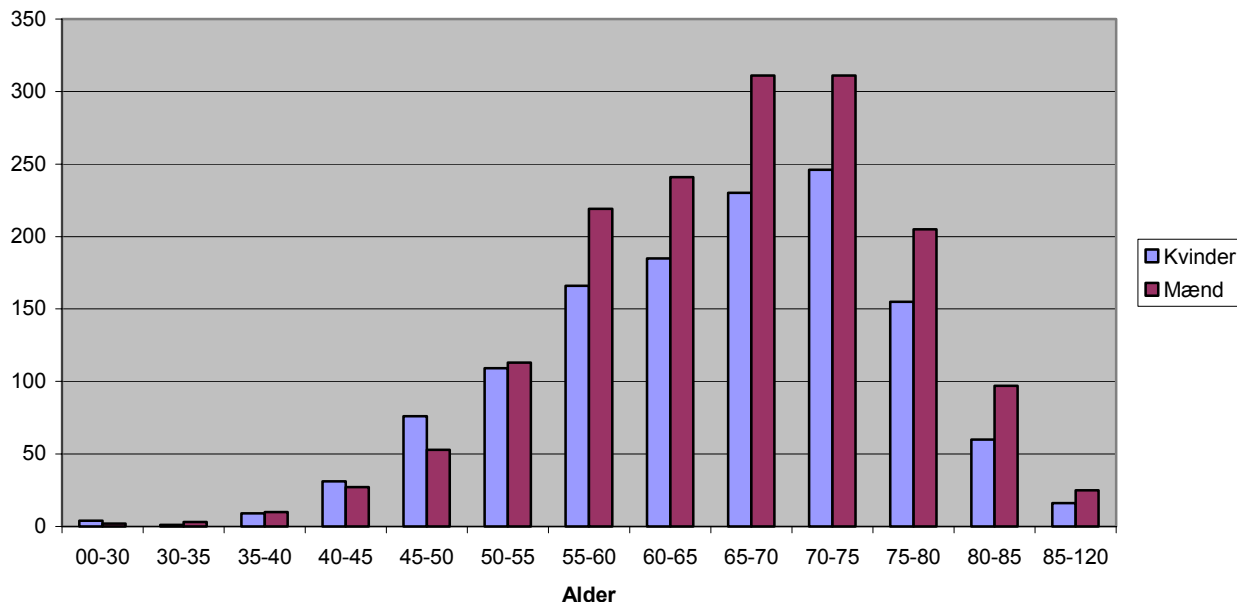
Fig. 3:



Som det fremgår ses en stigende andel af kvinder. Denne trend er statistisk signifikant (se side 21).

De i 2003 optagne patienter fordeler sig efter køn og alder på følgende måde:

Fig. 4:



Udviklingen i alderssammensætning i databasen i perioden 2000 – 2003 kan også beskrives vha. fordelingskurver for 2000 - 2003 for henholdsvis mænd og kvinder, som det fremgår af følgende grafer:

Fig. 5a:

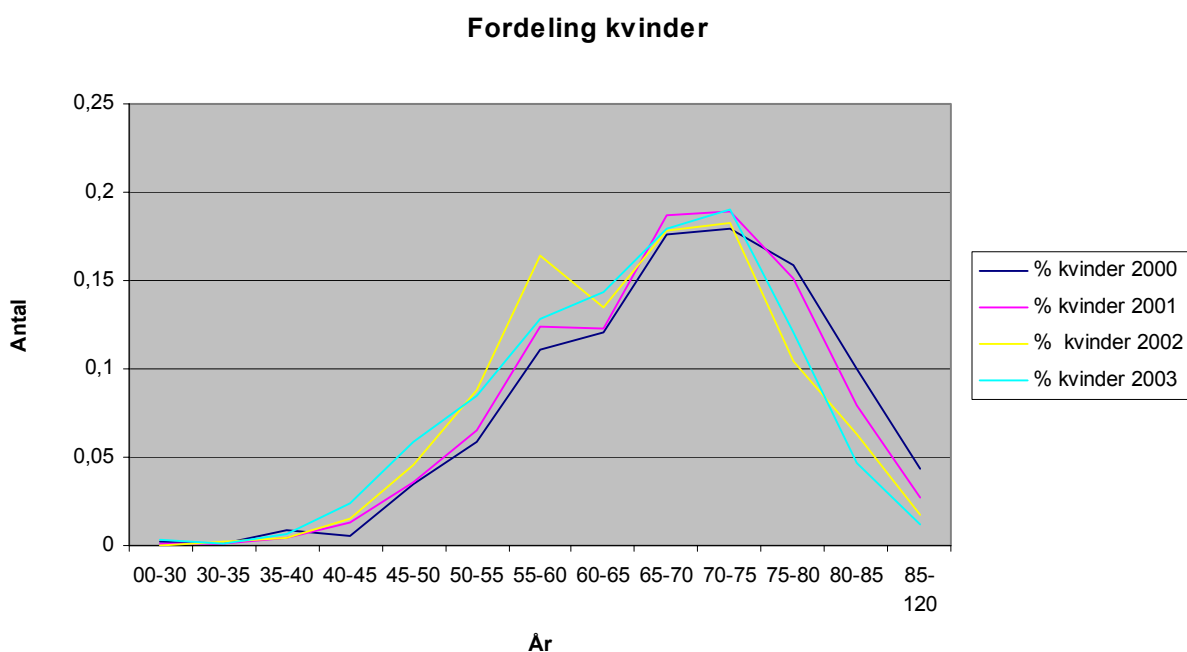
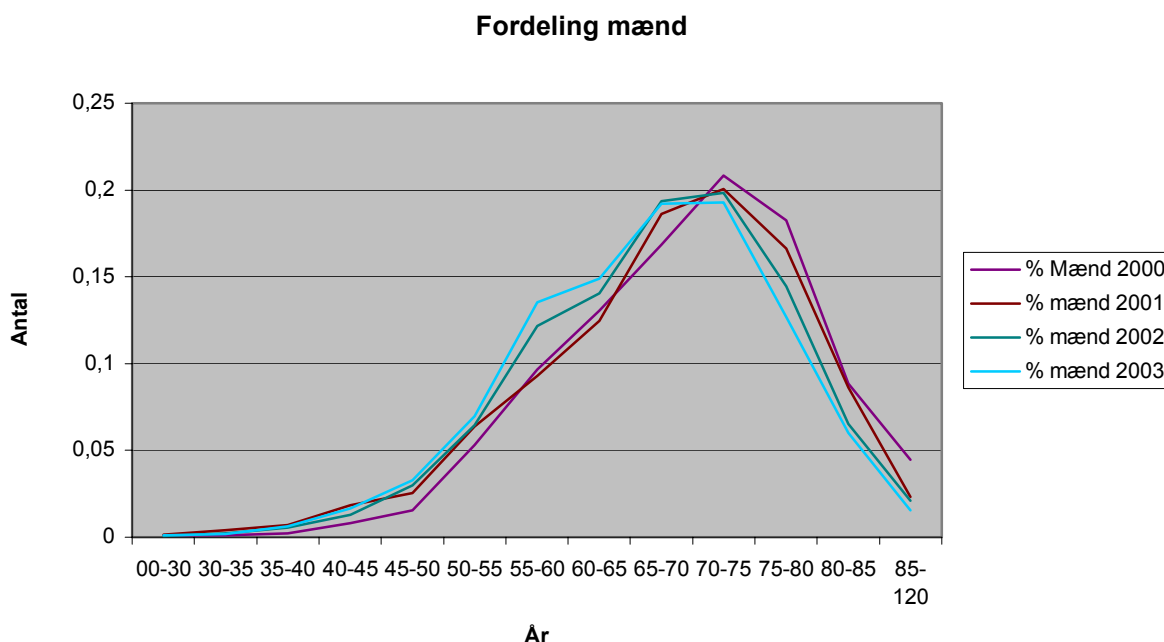


Fig. 5b:



Kurverne tyder på en ændring mod yngre kvinder og formentlig også mænd, og som det fremgår på s. 21 viser test, at der for såvel kvinder som mænd er tale om en statistisk signifikant forskydning mod yngre.

Der er i perioden fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 2906 patienter. Der er optaget 1618 mænd (56 %) og 1288 kvinder (44 %). De indberettende medicinske, øre-næse-hals og lungemedicinske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 65 patienter, median 41 (range 1 - 343). I alt er der indberettet 2399 patienter fra disse afdelinger. De kirurgiske og thoraxkirurgiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 98 patienter, median 130 (range 25 - 162). I alt er der indberettet 683 patienter fra disse afdelinger. De onkologiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 102 patienter, median 43 (range 16 - 264). I alt er der indberettet 1024 patienter fra disse afdelinger. Ovennævnte tal er opgjort per 14. april 2004.

Udviklingen i antal "rettidige" indberetninger, dvs. patienter der er indberettet før 1. april i det følgende kalenderår fra de 3 afdelingstyper har i årene 2000, 2001, 2002 og 2003 været således:

Tabel 3:

	2000	2001	2002	2003
Udredning	1383	1901	2073	2398
Kirurgi	579	463	764	685
Onkologi	308	172	700	1021
I alt	1826	2157	2612	2906

Ved en samkørsel med Landspatient Registeret (LPR) via Sundhedsdata-banken er samtlige patienter registreret i DK i 2003 med diagnosekoden C34 identificeret. Disse patienter er identificeret i forhold til om det er en udredende (medicinsk-, lungemedicinsk- eller øre-næse-halsafdeling) eller behandlende afdeling (kirurgisk eller onkologisk), der har foretaget indberetningen, samt i forhold til hvilken sygehuskommune (amt) patienter tilhørte på diagnosetidspunktet. Herefter er disse patienter undersøgt for om der er tale om nye tilfælde (incidente) eller de i forvejen er kendt i DLCR fra tidligere år (prævalente). Ved samstilling af i forvejen registrerede nye tilfælde i DLCR i 2003 og hjælp af denne metode er det muligt at udarbejde følgende liste over nye tilfælde i DK i 2003 totalt og fordelt på amter ("sygehusincidensen"). Ved hjælp af denne opgørelse er det muligt at foretage en "datakomplet-hedsanalyse", der fortæller hvor mange "relevante" tilfælde i et amt/DK der indberettes kliniske data på ud af de mulige nye tilfælde. Det er vigtigt, at gøre sig klart, at kompletheden ikke beskriver, hvor mange ud af alle tilfælde i et amt, der registreres i registeret, men hvor mange ud af de patienter, der rent faktisk gennemgår et udredningsforløb, der registreres. Patienter, der indberettes til Cancerregisteret eller LPR fra en ikke-udredende, en ikke-behandlende afdeling eller fra primær sektoren, indgår således ikke i denne komplethedsanalyse¹. Opgjort i % ser den relevante liste derfor sådan ud:

Tabel 4:

Amt	"Sygehus- incidens 2003"	Antal udredninger indberettet til DLCR	"Datakomplethed" i %
H:S	321	275	86
KbhA	399	325	81
FreA	139	93	67
RosA	117	96	82
VesA	123	96	78
StoA	141	113	80
BorA	25	9	36
FynA	347	313	90
SønA	111	105	95
RibA	131	118	90
VejA	187	160	86
RinA	142	134	94
ÅrhA	339	295	87
VibA	147	123	84
NorA	173	127	73
DK	2842	2399	84

¹ Dansk Lunge Cancer Registers hovedformål er, at beskrive forhold omkring de patienter, der udredes, og altså ikke primært forholdene for patienter, der umiddelbart findes uden for terapeutisk rækkevidde. Denne gruppe er naturligvis også interessant, men det ligger uden for registerets aktuelle formål at beskæftige sig nærmere hermed.

Overlevelse.

Patientpopulationen i DLCR består som anført af dels patienter optaget fra Cancerregisteret (CR) og dels patienter registreret af de udredende og behandlende afdelinger jvn.f. fig. 1.

Sat op i en tabel ser tallene således ud:

Tabel 6:

	2000	2001	2002	2003
Cancerregister	2025	1386	1198	678
Indberettede	1636	2394	2621	2905
I alt	3761	3780	3819	3583

Cancerregisteret havde per 1. april endnu ikke opdateret registeret med patienter fra dødsårsagsregisteret vedrørende 2001 og fremefter. Det må derfor forventes at den totale landspopulation af lungecancerpatienter tilføjes i størrelsesordenen 2,4 % ekstra patienter, når denne opdatering sker. Dette vil naturligvis få indflydelse på den totale DK-dødelighed. Ovenstående tal er ikke justeret med patienter fra dødsårsagsregisteret.

Med denne usikkerhed in mente er det dog muligt nu at opstille følgende tabel, der viser den totale observerede 1, 2 og 3 års overlevelse for dels alle optagne og dels alle indberettede (se definitioner). Ved hjælp af et Kaplan Meier plot kan de estimerede overlevelser for de enkelte populationer anføres. Disse er i tabellen anført i de **tonede felter**

Tabel 6:

	1 års overlevelse		2 års overlevelse		3 års overlevelse		4 års overlevelse	
	Op-tagne	Ind-berettede	Op-tagne	Ind-berettede	Op-tagne	Ind-berettede	Op-tagne	Ind-berettede
2000	42	45	30	29	26	23	24	20
2001	59	41	48	24	45	19		
2002	59	41	50	27				
2003	56	46						

Udredende afdelinger.

Forord.

Udredningen af lungecancer foregår på i alt 41 lungemedicinske og Øre-næse-hals afdelinger. Dette er en stigning på 8 afdelinger i forhold til 2002, hvilket kan tillægges indførelsen af Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

Af sagens natur er der regionale forskelle i udredningsmønstret af patienterne, således at der ud over brugen af røntgen af thorax og CT-scanning af thorax er stor variation i antallet af de forskellige undersøgelsesmetoder. Dertil kommer at de udførte procedurer er forskellige i de enkelte amter/afdelinger. F.eks foretages mediastinoskopi i H:S efter at patienten har afsluttet sit forløb fra den udredende afdeling, og indgår således heller ikke i ventetiden til endeligt svar. I andre amter foretages mediastinoskopi nærmest rutinemæssigt i forbindelse med bronkoskopien. Andre steder igen er mediastinoskopi i nogen grad søgt erstattet af transbronkial nåleaspiration.

Generelt lever de udredende afdelinger op til referenceprogrammet fra 2001 og ventetidsgarantien er i det store hele overholdt. Den samlede datakomplethed er god, taget i betragtning at der er stor variation i indberetningsfrekvensen - bla. er Frederiksborg Amt først påbegyndt indberetningen fra marts 2003. Et landsgennemsnit på 84 % er således tilfredsstillende, og kan forventes at blive bedre når NIP-registringen slår helt igennem i alle amter.

Som kommentar til data om patient delay, primært såvel som sekundært, skal bemærkes, at der som tidligere år er en stor variation i tallene - både år for år i det enkelte amt, men også amterne imellem. Det er et klart indtryk, at der er problemer ved selve indberetningen af disse data, hvilket medfører, at det ikke muligt at vurdere korrelation mellem patient delay og stadietildeling.

Resultaterne vedrørende stadietildelingen viser som de tidligere år en stigning i antallet af patienter med stadiet IV sygdom på diagnosetidspunktet. Der synes ikke at være nogen ændring i sygdomsmønstret, der kan forklare dette. Derimod tyder det på, at det i virkeligheden skyldes en kvalitetsforbedring i de udredende afdelinger, som således er blevet bedre til at foretage den korrekte stadietildeling - en tese som bekræftes af at antallet af postoperative patienter med stadiet IV sygdom er faldende.

Den eneste betydende risikofaktor er tobaksrygning og antallet af aldrig rygere er langsomt faldende, muligvis som udtryk for en bedre anamneseoptagelse.

Kønsfordelingen og patologidiagnoserne følger det internationale mønster med en stigning i incidensen for kvinder specielt aldersgruppen 40 til 50 år. Der er et lille fald i antallet af planocellulært karcinom og tilsvarende stigning af adenokarcinomer, antallet af småcellet karcinom er stabiliseret omkring 15 %.

Samlet synes rapporten at vise en positiv effekt at den øgede indsats inden for diagnostikken, og den giver inspiration til et fortsat arbejde med at forbedre kvaliteten af den diagnostiske indsats. Meget tyder på at øget brug af nye undersøgelsesmetoder som f.eks. transbronkial nåleaspiration, endobronkial ultralyd og PET-skanning vil kunne medvirke til en yderligere kvalitetsforbedring af udredningsforløbene.

Michael Hansen
formand for DDLCG

Patientmaterialet.

Udredningen af de indberettede lungecancer patienter foregår på 41 lungemedicinske, medicinske og øre-næse-hals afdelinger. Afdelingerne har indberettet følgende antal patienter med lungecancer (C34):

Tabel 7:

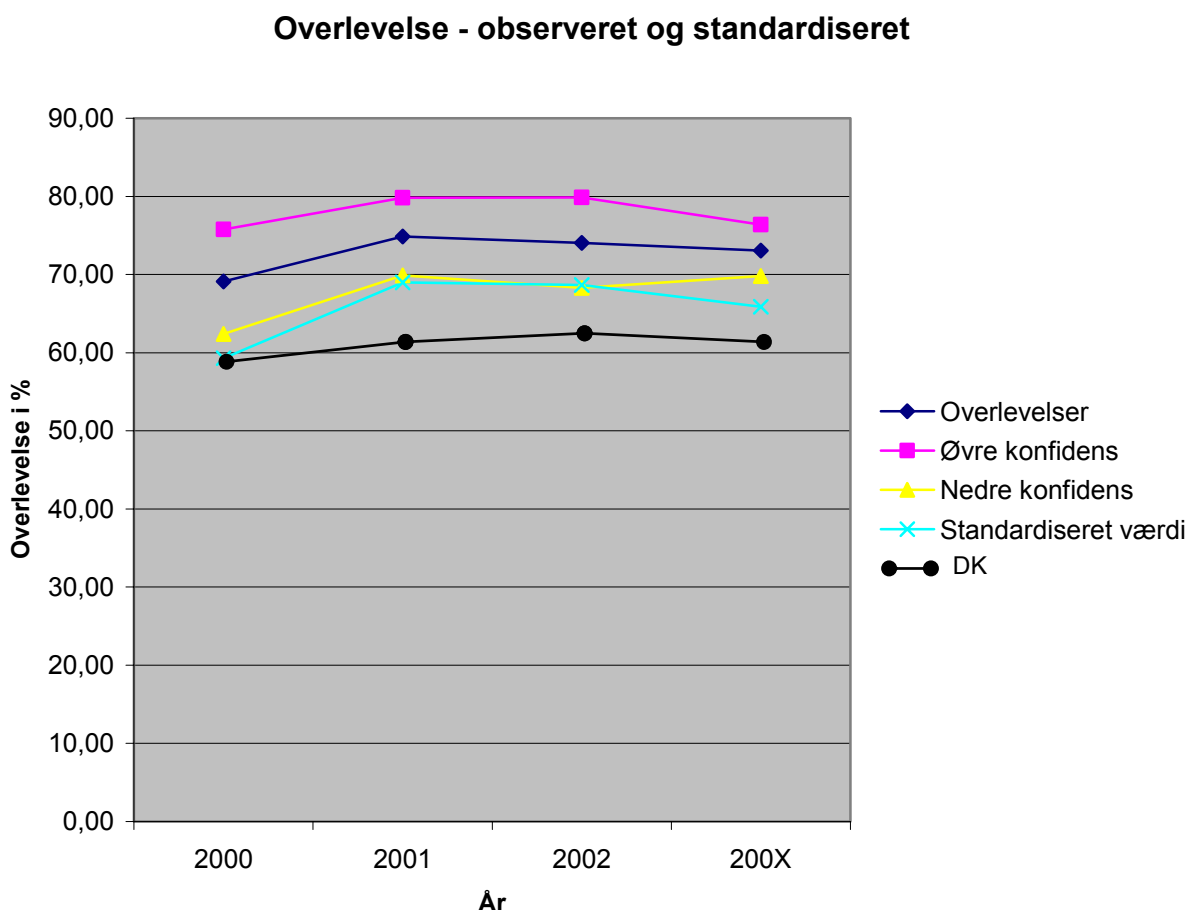
Afdeling	2000	2001	2002	2003
Bispebjerg	184	292	220	220
Hvidovre	19	27	27	32
Amager	-	1	15	9
Frederiksberg	13	16	13	15
Gentofte	105	362	321	343
Hillerød, afd. B	-	-	-	7
Hillerød, afd. F	-	-	6	10
Frederikssund	-	-	-	46
Helsingør	-	-	2	22
Roskilde	49	108	99	96
Holbæk	2	38	14	83
Slagelse, ØNH	21	18	4	-
Næstved	3	44	90	97
Nykøbing F	-	-	-	23
Bornholm	-	-	2	21
OUH	161	177	181	222
OUH, ØNH	1	2	-	-
Middelfart	35	27	30	41
Svendborg	-	2	7	55
Svendborg, ØNH	29	18	-	-
Sønderborg	33	45	33	44
Haderslev	1	12	30	26
Tønder	20	13	30	24
Åbenrå	-	1	6	7
Esbjerg, ØNH	26	100	117	113
Vejle	55	69	191	164
Holstebro	83	103	120	119
Herning	2	-	1	9
Tarm	-	-	1	-
Ringkøbing	-	-	6	1
Silkeborg	42	6	6	52
Århus	34	151	99	149
Århus, ØNH	2	-	-	-
Randers	71	53	67	91
Odder	18	26	30	5
Grenå	15	31	19	1
Skive	80	81	80	124
Ålborg	35	49	60	54
Hjørring	2	63	90	62
Farsø	-	-	2	9
Frederikshavn	14	18	9	2

Overlevelse.

I bilagsmappen findes som bilag 1 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne, der i figurerne 1, 2 og 3 viser 1, 2 og 3 års overlevelser, vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, og 2000-2003 (200x)) den observerede (eller estimerede) overlevelses rate anført med +/- 95 % konfidensinterval. Denne rate er sammenlignet med populationsraten forstået som den gennemsnitlige rate for de øvrige udredende afdelinger. Desuden er anført den forventede standardiserede rate, der tager hensyn til alders-, køns- og stadiefordeling.

Følgende figur er et eksempel på et sådant sammenligningsdiagram, hvor afdelingens resultater og konfidensintervallet, populationsraten (DK) samt den forventede standardiserede rate for afdelingen er anført:

Fig. 6:



Hvis man i stedet for at se på de enkelte afdelingers overlevelser for de enkelte år, ser på overlevelserne for alle patienter indberettet fra afdelingerne i perioden 2000 – 2003 med henholdsvis 1, 2 og 3 års observationsperiode, kan følgende tabel opstilles med antal medregnede patienter. Alle overlevelsesrater er standardiseret for alder, køn og stadie:

Tabel 8:

Afdeling	1 års observation		2 års observation		3 års observation	
	Antal	1 års overlevelse	Antal	2 års overlevelse	Antal	3 års overlevelse
Bispebjerg	762	71	540	66	260	57
Hvidovre	84	27	56	16	30	17
Amager	19	37	11	18	-	-
Frederiksberg	43	14	33	15	16	19
Gentofte	887	75	565	69	198	55
Roskilde	290	61	187	52	80	36
Holbæk	71	48	46	28	13	23
Slagelse, ØNH	43	53	42	24	25	20
Næstved	160	47	72	35	3	33
Svendborg, ØNH	44	46	44	23	38	24
OUH	584	63	393	61	206	54
OUH, Middelfart	43	49	12	25	43	49
Middelfart	60	55	60	42	44	39
Sønderborg	122	48	85	38	43	40
Haderslev	47	47	21	14	3	0
Tønder	69	46	41	41	24	38
Esbjerg	278	52	163	37	61	30
Vejle	371	69	169	52	59	48
Holstebro	339	56	228	43	112	43
Silkeborg	71	41	48	31	48	21
Århus	338	60	217	49	77	43
Randers	220	52	143	42	88	39
Odder	79	39	55	25	25	16
Grenå	66	30	53	13	22	5
Skive	235	52	189	44	109	39
Ålborg	162	48	100	35	50	40
Hjørring	168	53	91	36	24	21
Frederikshavn	41	39	31	29	21	33

Ventetider.

Sekundær delay fordeler sig på antal dage (mediant) fordelt på bopælsamter således (vedrørende definition se s. 22) med 25 % og 75 % kvartiler anført i parentes. I denne rapport offentliggøres ikke patient delay og primær delay, da det har vist sig, at disse opgørelser er forbundet med overordentlig stor usikkerhed pga. meget varierende registreringspraksis og mulighed for at få korrekte oplysninger.

Tabel 9:

	Sekundær delay				
Amt	2000	2001	2002	2003	2000-2003
KbhK	Tabellen indeholdte fejl i data, hvorfor der henvises til bilag 2				
FreK					
KbhA					
FreA					
RosA					
VesA					
StoA					
BorA					
FynA					
SønA					
RibA					
VejA					
RinA					
ÅrhA					
VibA					
NorA					
DK					

I bilagsmappen findes som bilag 2 tabel, der for de enkelte udredende afdelinger viser værdier for sekundær delay for perioden 2000 - 2003.

Afdelingernes patientmateriale er i samme bilag beskrevet med henvisningsmønster (primær/sekundær sektor), udredningsmønster (ambulant/indlæggelse) og mønster for videre henvisning (kirurgi/onkologi/ingen behandling)

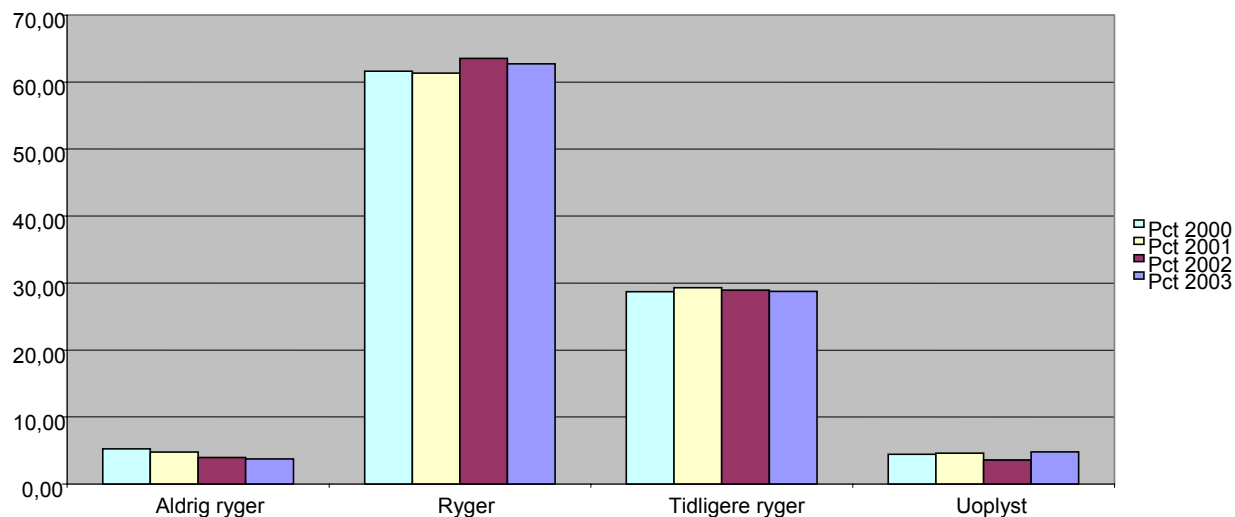
Endelig findes i bilaget desuden anført afdelingens ventetider dvs. tid fra modtaget henvisning til 1. ambulante besøg eller indlæggelse og til endelig svar på udredningen. Ventetider er anført for årene 2000 - 2003.

Risikofaktorer og rygning.

Rygning:

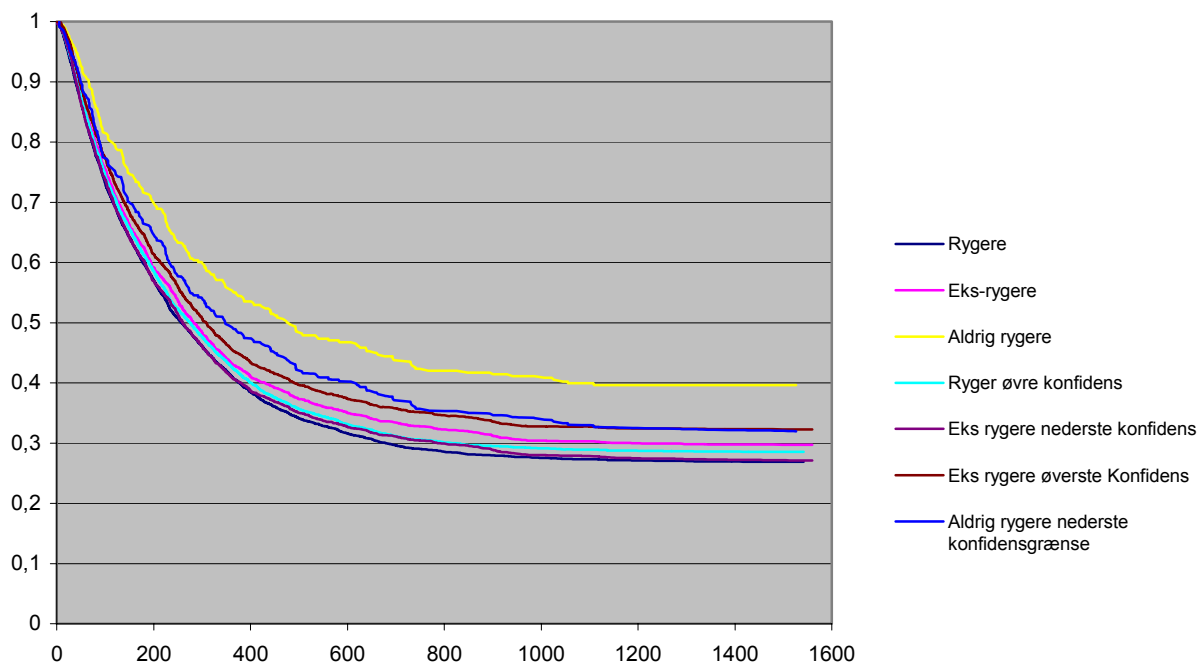
Blandt de indberettede i perioden 2000, 2001, 2002 og 2003 fordelte patienterne, hvad rygeanamnese angår, således (n=7787):

Fig. 7:



Rygning og overlevelse for alle indberettede patienter 2000 – 2003:

Fig.8:

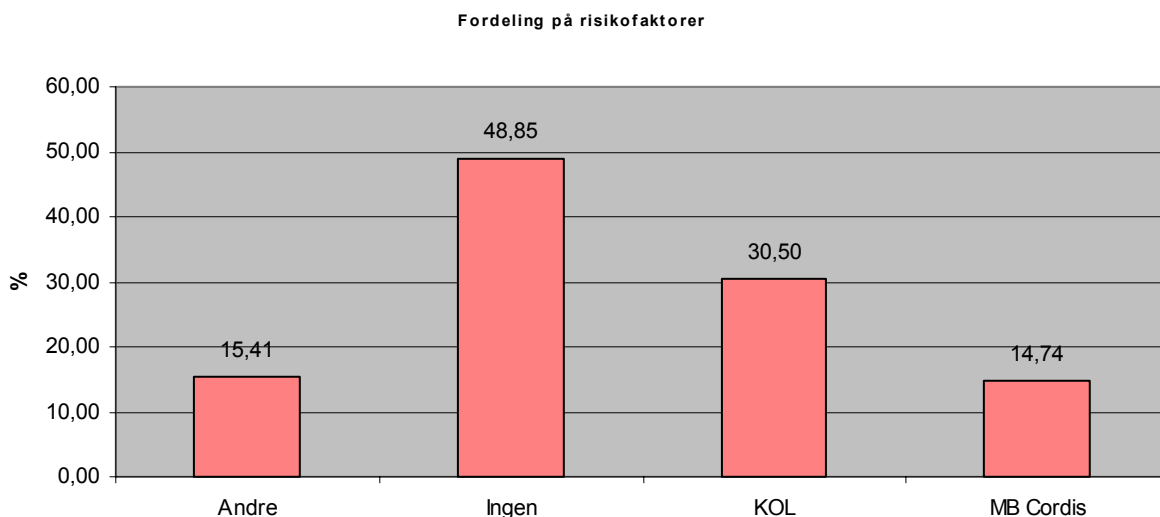


Der findes signifikant forskel på overlevelsen mellem rygere/tidligere rygere og ikke rygere. Der findes ikke signifikant forskel på overlevelsen mellem rygere og tidligere rygere.(se side 20)

Risikofaktorer:

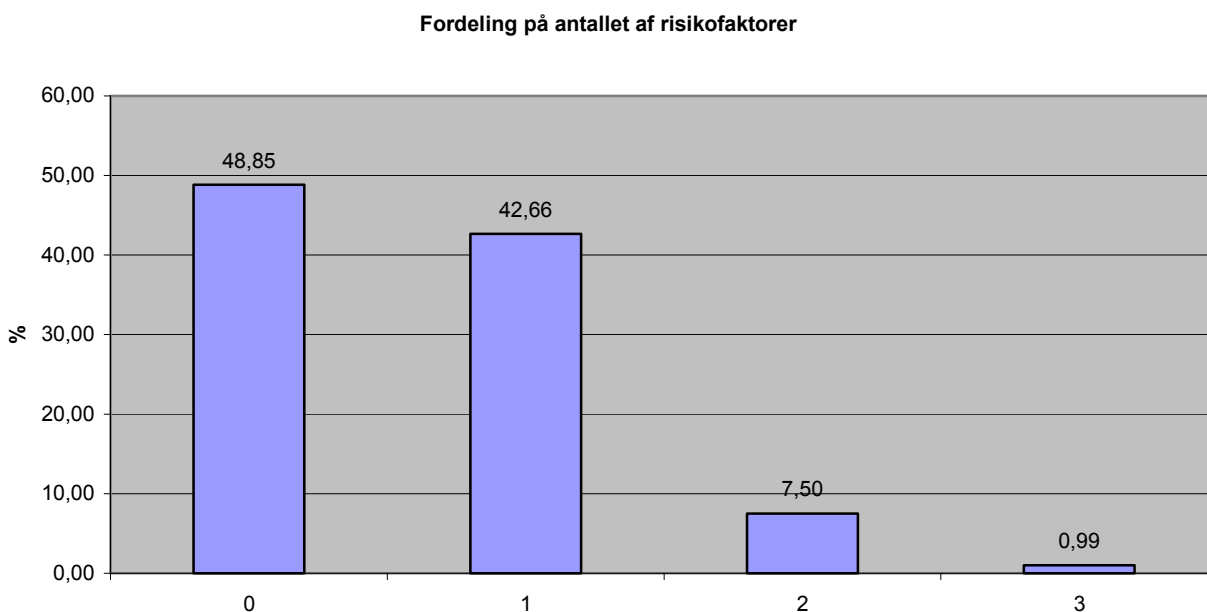
Fordelingen af risikofaktorer hos de indberettede i perioden 2000 – 2003 (n = 7726):

Fig. 9:



Antal risikofaktorer:

Fig. 10:



Udredningsmetoder.

Patienterne udredes med en lang række metoder. I tabel 13 ses de anvendte udredningsmetoder i de enkelte amter. Ved vurdering af tabellen bør man være opmærksom på forskelle i udredningsmønster. Således foretages f.eks. alle mediastinoskopier i H:S området på thoraxkirurgisk afdeling, og indberettes ikke af den udredende afdeling, hvorved de ikke fremgår af tabellen

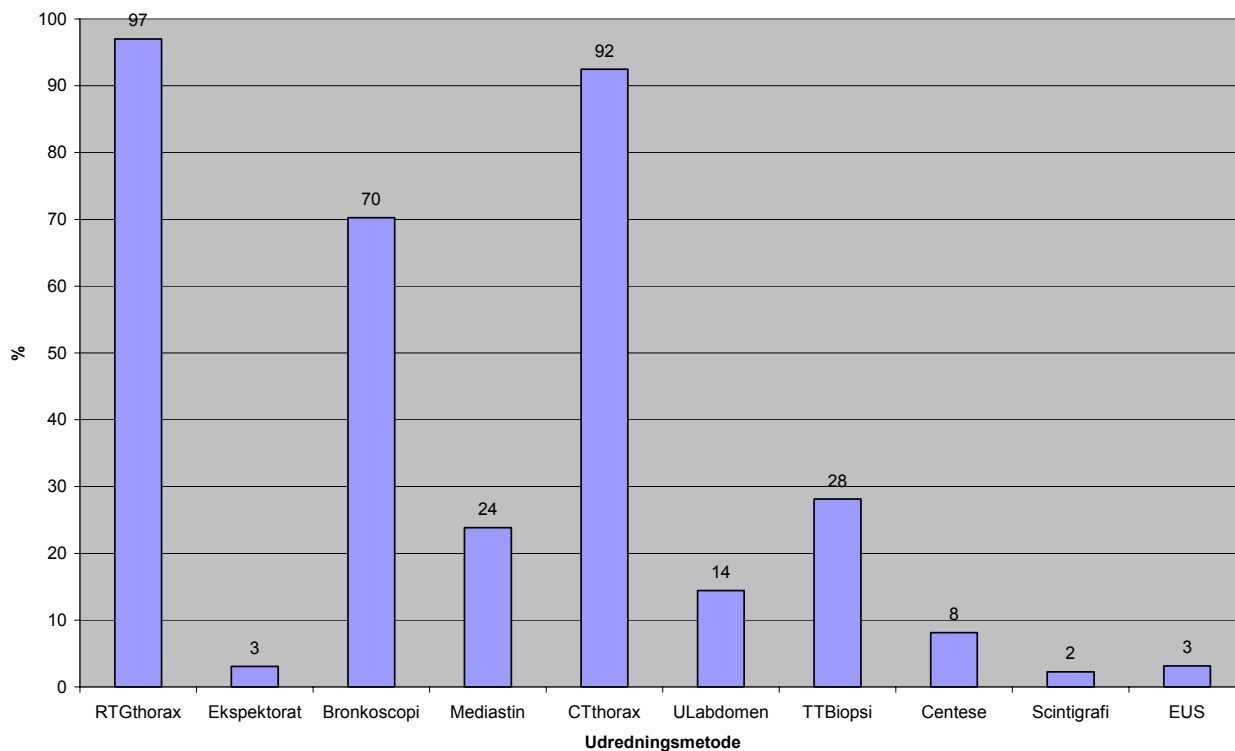
I bilagsmappens bilag 3 findes de enkelte afdelingers udredningsmetoder anført.

Tabel 10:

Amt	Antal	RTG thorax	Ekspektorat	Bronkoskopi	Mediastinoskopi	CT thorax	UL abdomen	TT Biopsi	Centese	Scintigrafi	EUS
Uopl	17	16 (94%)	2 (12%)	11 (65%)	0 (0%)	17 (100%)	1 (6%)	3 (18%)	3 (18%)	0 (0%)	0 (0%)
KbhK	222	221 (100%)	1 (0%)	188 (85%)	2 (1%)	200 (90%)	22 (10%)	41 (18%)	11 (5%)	6 (3%)	1 (0%)
FreK	55	53 (96%)	0 (0%)	42 (76%)	0 (0%)	48 (87%)	1 (2%)	14 (24%)	2 (4%)	0 (0%)	0 (0%)
KbhA	326	326 (100%)	2 (1%)	274 (84%)	64 (20%)	288 (88%)	73 (22%)	83 (25%)	28 (9%)	3 (1%)	32 (10%)
FreA	85	83 (98%)	0 (0%)	59 (69%)	17 (20%)	70 (82%)	6 (7%)	28 (33%)	5 (6%)	0 (0%)	1 (1%)
Rosa	103	101 (98%)	5 (5%)	82 (80%)	7 (7%)	103 (100%)	18 (17%)	19 (18%)	8 (8%)	0 (0%)	0 (0%)
VesA	96	95 (99%)	1 (1%)	58 (60%)	8 (8%)	77 (80%)	10 (10%)	18 (19%)	12 (13%)	1 (1%)	0 (0%)
StoA	113	113 (100%)	1 (1%)	92 (81%)	18 (16%)	98 (87%)	9 (8%)	38 (34%)	11 (10%)	1 (1%)	19 (17%)
BorA	9	9 (100%)	0 (0%)	4 (44%)	0 (0%)	9 (100%)	1 (11%)	0 (0%)	2 (22%)	0 (0%)	0 (0%)
FynA	313	307 (98%)	1 (0%)	270 (86%)	62 (20%)	298 (95%)	24 (8%)	59 (19%)	22 (7%)	7 (2%)	8 (3%)
SønA	106	98 (92%)	9 (8%)	45 (42%)	29 (27%)	99 (93%)	16 (15%)	43 (41%)	7 (7%)	1 (1%)	0 (0%)
RibA	120	92 (77%)	1 (1%)	62 (52%)	47 (39%)	114 (95%)	11 (9%)	17 (14%)	4 (3%)	2 (2%)	0 (0%)
VejA	160	151 (94%)	0 (0%)	80 (50%)	47 (29%)	159 (99%)	19 (12%)	57 (36%)	16 (10%)	3 (2%)	3 (2%)
RinA	135	134 (99%)	6 (4%)	82 (61%)	44 (33%)	128 (95%)	21 (16%)	56 (41%)	16 (12%)	16 (12%)	0 (0%)
ÅrhA	296	292 (99%)	4 (1%)	196 (66%)	140 (47%)	284 (96%)	88 (30%)	129 (44%)	30 (10%)	14 (5%)	7 (2%)
VibA	124	122 (98%)	7 (6%)	76 (61%)	46 (37%)	116 (94%)	17 (14%)	46 (37%)	7 (6%)	0 (0%)	1 (1%)
NorA	129	124 (96%)	34 (26%)	71 (55%)	43 (33%)	120 (93%)	11 (9%)	26 (20%)	12 (9%)	0 (0%)	4 (3%)
DK	2409	2337 (97%)	74 (3%)	1692 (70%)	574 (24%)	2228 (92%)	348 (14%)	677 (28%)	196 (8%)	54 (2%)	76 (3%)

For hele landet kan procedurernes fordeling vises grafisk således:

Fig. 11:



Undersøgelsernes resultat i % af antal udførte undersøgelser i DK:

Tabel 11:

Undersøgelse	Antal	Ingen malignitets-suspekte celler - %	Malignitets-suspekte celler - %	Maligne Celler	Atypi %	Hæmorrhagisk %	Inkonklusivt %	Ikke udført %
Ekspektorat	74	35	22	26	1	-	16	-
Bronkoskopi	1692	29	5	56	2	-	7	1
TTbiopsi	677	9	3	82	1	-	6	-
Toracocentese	196	25	7	56	2	2	10	-

Mediastinoskopier udført i 2003 havde i de enkelte amter følgende resultat. Totalt antal 677 (range 2 – 140):

Tabel 12:

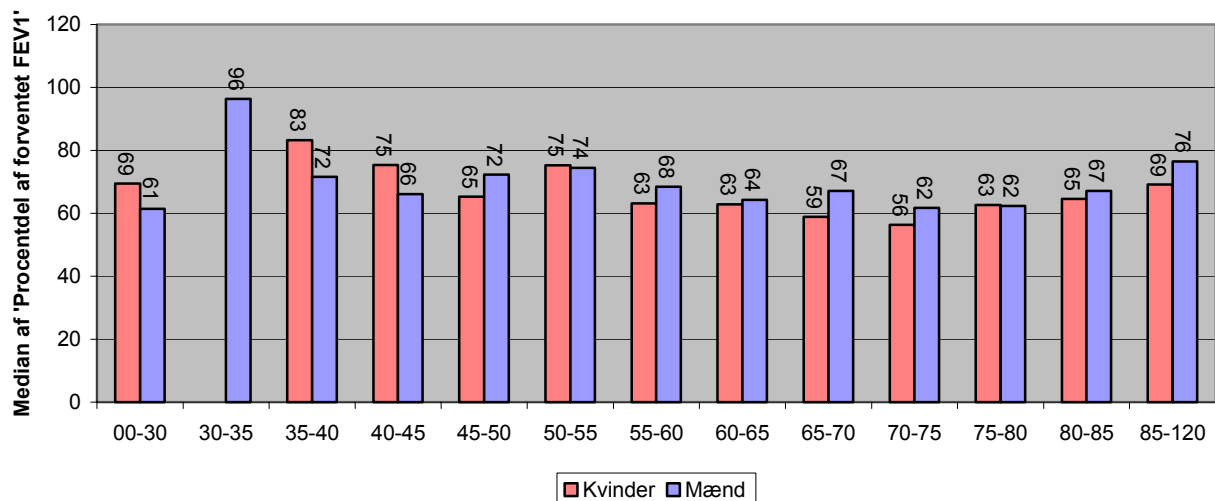
AMTNR	Antal	NO	N2	N3	Inkonklusivt	Ikke udført
KbhK	2	50	50	-	-	-
KbhA	64	75	14	3	8	-
FreA	17	65	12	18	6	-
RosA	7	71	59		-	-
VesA	8	25	38	13	25	-
StoA	18	78	11	11	-	-
FynA	62	58	29	10	3	-
SønA	29	14	14	24	10	3
RibA	19	60	15	19	4	2
VejA	47	77	11	11	-	2
RinA	44	73	23	5	-	-
ÅrhA	140	75	16	6	2	1
VibA	46	57	28	13	-	2
NorA	43	53	30	14	2	-
DK	677	67	20	10	3	1

Lungefunktion.

Den mediane FEV1 målt i 2003 er 1,72 l/sek. (range 0,3 – 6,6), mens den mediane FEV1 i % af forventede er 65 %. Den gennemsnitlige FEV1 er 1,82 l/sek. 13 % af de udredte har en FEV1 på under 40 % af forventede, 29 % mellem 40 % og 60 % af forventet og 58 % over 60 % af forventet.

FEV1 køn og alder.

Fig. 12:



Tobaksforbrug.

De udredende afdelinger angiver tobaksforbruget (pakkeår) for deres indberettede patienter i 2003 således (med. = mediant forbrug; Gns. = gennemsnitligt forbrug):

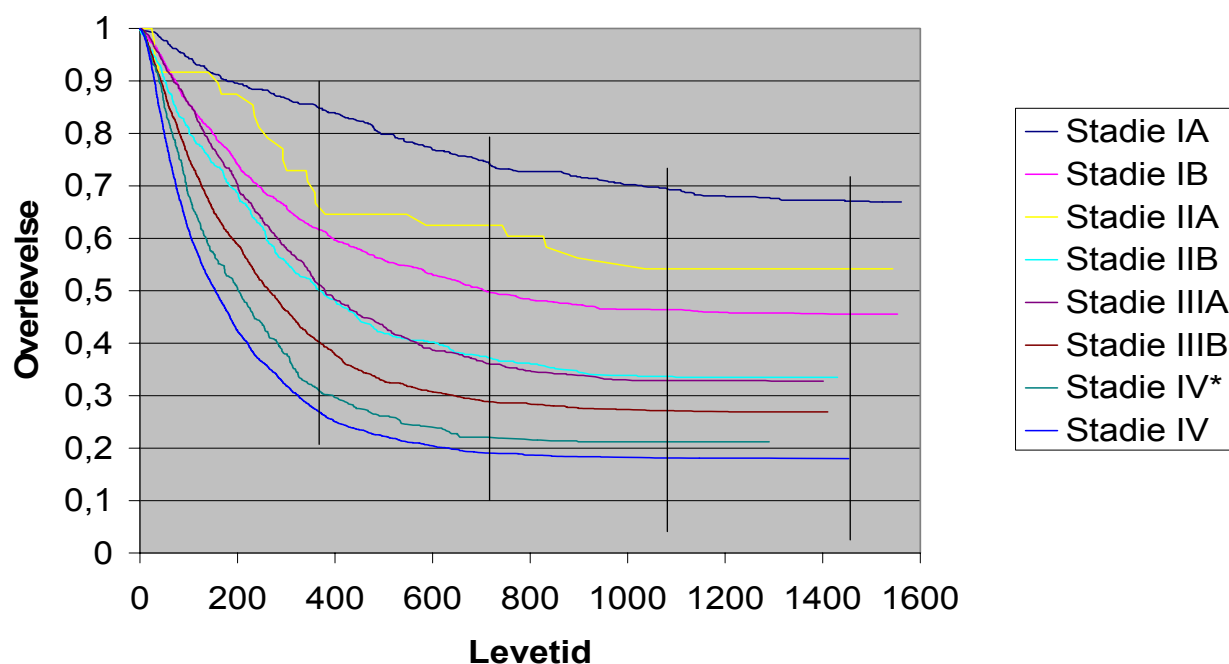
Tabel 13:

Afdeling	Med. Rygere	Gns. Rygere	Med. Tidl. Rygere	Gns. Tidl. Rygere
Bispebjerg	45	45	40	41
Hvidovre	50	51	40	40
Amager	25	30	20	20
Frederiksberg	29	38	40	42
Gentofte	45	45	40	36
Hillerød	30	32	30	40
Hillerød	40	33	28	28
Frederikssund	45	45	25	26
Helsingør	40	50	30	29
Roskilde	40	38	30	29
Holbæk	40	39	50	44
Næstved	40	40	40	37
Nyk. Falster	40	39	30	39
Bornholm	51	59	30	35
Odense	40	42	30	32
Middelfart	32	35	25	27
Svendborg	35	35	40	38
Sønderborg	30	31	30	32
Haderslev	30	37	40	45
Tønder	20	36	30	26
Åbenrå	20	23	20	20
Esbjerg	40	44	35	38
Vejle	36	41	34	39
Holstebro	35	37	25	33
Herning	30	32	10	18
Silkeborg	30	42	45	49
Århus	35	36	34	34
Randers	40	40	25	41
Odder	55	60	20	20
Viborg	30	37	30	27
Skive	35	43	-	-
Ålborg	31	36	30	34
Hjørring	38	39	40	43
Frederikshavn	50	50	-	-

Stadier.

På i alt 2322 patienter indberettet til registeret i 2003 findes registreret et validt klinisk sygdomsstadium (cTNM). Stadiet IV* er i DLCR defineret som patienter med metastase til anden lap på samme side, og summen af stadium IV* og IV giver således det "gamle" stadium IV. Ser man på 2000-2003 populationen, hvor der foreligger valid stadiangivelse på i alt 7547 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

Fig. 13:



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i 2000, 2001, 2002 fremgår af følgende:

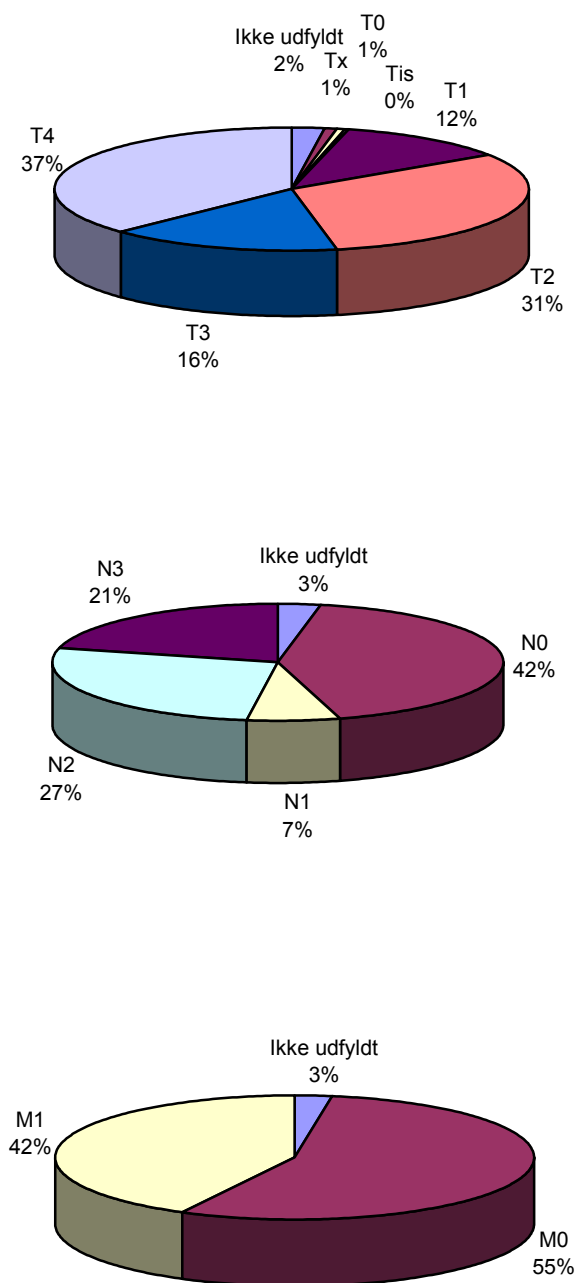
Tabel 14:

	Observeret 1 års overlevelse			Observeret 2 års overlevelse		Observeret 3 års overlevelse
	2000	2001	2002	2000	2001	2000
Stadium Ia	87	83	85	74	69	68
Stadium Ib	74	67	66	64	57	60
Stadium IIa	40	50	82	40	40	30
Stadium IIb	49	61	58	36	49	32
Stadium IIIa	49	60	58	36	47	30
Stadium IIIb	57	65	64	45	59	46
Stadium IV	47	58	62	42	57	40
Stadium IV*	34	35	43	32	25	28

Klinisk TNM (cTNM).

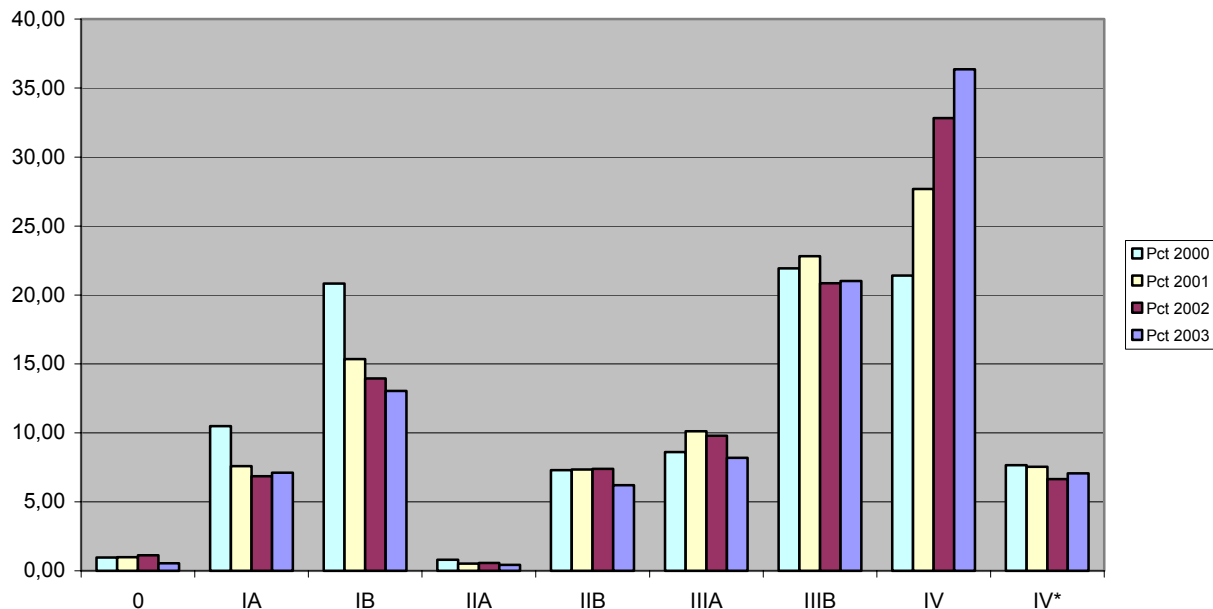
Den samlede cTNM klassifikation efter alle undersøgelser udført på de udredende afdelinger fordeler i % i 2003 på landsplan sig således:

Fig. 14:



Den kliniske stadietfordeling i 2003, 2002, 2001 og 2000 på landsplan fordeler sig i % således:

Fig. 15:



cTNM fordelt på amter 2003

Tabel 15:

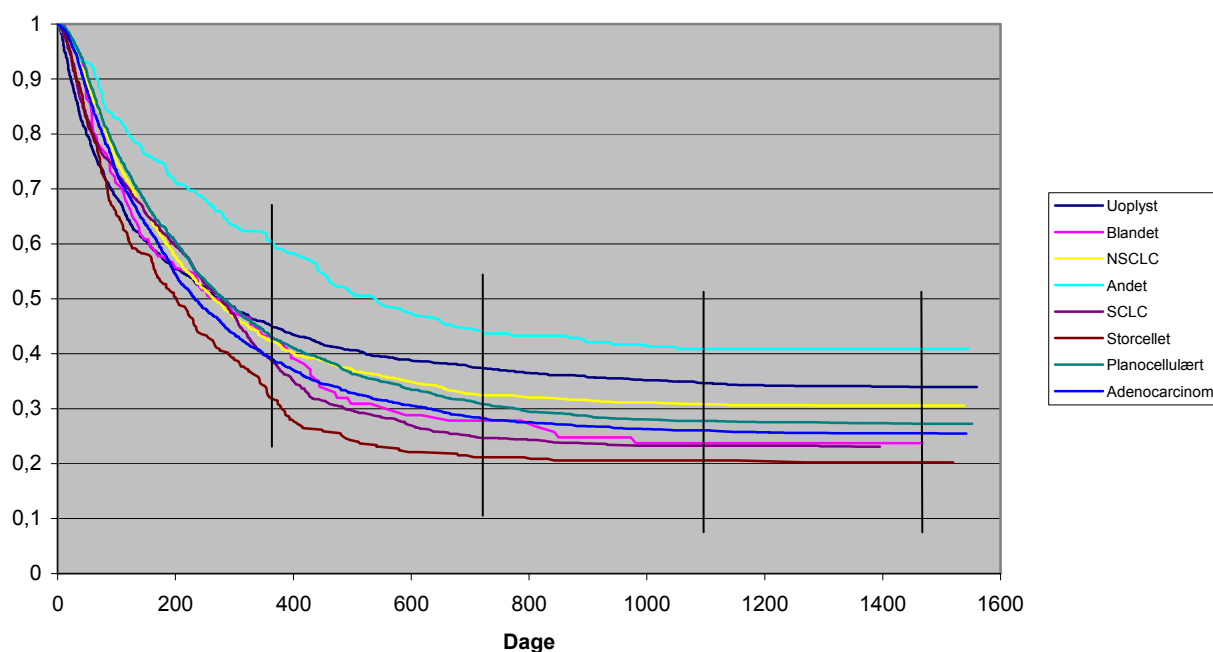
Amt	Stadie 0	Stadie Ia	Stadie Ib	Stadie IIa	Stadie IIb	Stadie IIIa	Stadie IIIb	Stadie IV*	Stadie IV
KbhK	3 %	7 %	9 %	0 %	5 %	9 %	20 %	6 %	41 %
FreK	0 %	13 %	13 %	0 %	7 %	0 %	7 %	20 %	40 %
KbhA	0 %	5 %	11 %	0 %	3 %	4 %	25 %	7 %	46 %
FreA	0 %	0 %	18 %	1 %	6 %	13 %	19 %	4 %	38 %
RosA	0 %	6 %	11 %	0 %	5 %	3 %	29 %	4 %	41 %
VesA	0 %	5 %	10 %	1 %	10 %	11 %	21 %	2 %	40 %
StoA	0 %	5 %	11 %	1 %	3 %	14 %	24 %	5 %	37 %
BorA	5 %	0 %	5 %	0 %	15 %	20 %	10 %	5 %	40 %
FynA	0 %	7 %	16 %	0 %	8 %	12 %	22 %	7 %	28 %
SønA	3 %	6 %	16 %	1 %	14 %	2 %	13 %	11 %	34 %
RibA	0 %	10 %	12 %	1 %	10 %	10 %	14 %	13 %	28 %
VejA	0 %	7 %	10 %	1 %	5 %	3 %	30 %	7 %	38 %
RinA	0 %	7 %	19 %	1 %	7 %	8 %	23 %	8 %	28 %
ÅrhA	0 %	13 %	16 %	0 %	6 %	8 %	17 %	11 %	29 %
VibA	1 %	9 %	15 %	0 %	3 %	9 %	22 %	4 %	36 %
NorA	0 %	7 %	10 %	2 %	9 %	14 %	11 %	3 %	46 %
DK	1 %	7 %	13 %	0 %	6 %	8 %	21 %	7 %	36 %

I bilagsmappens bilag 4 findes stadietfordelingen i 2003 for de enkelte afdelinger og overlevelsesrater for afdelingernes indberettede i perioden 2000 – 2003.

Patologi.

På i alt 2388 patienter indberettet til registeret i 2003 findes registreret en celletype. Ser man på 2000-2003 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 7722 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

Fig. 16:



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i 2000, 2001, 2002 fremgår af følgende:

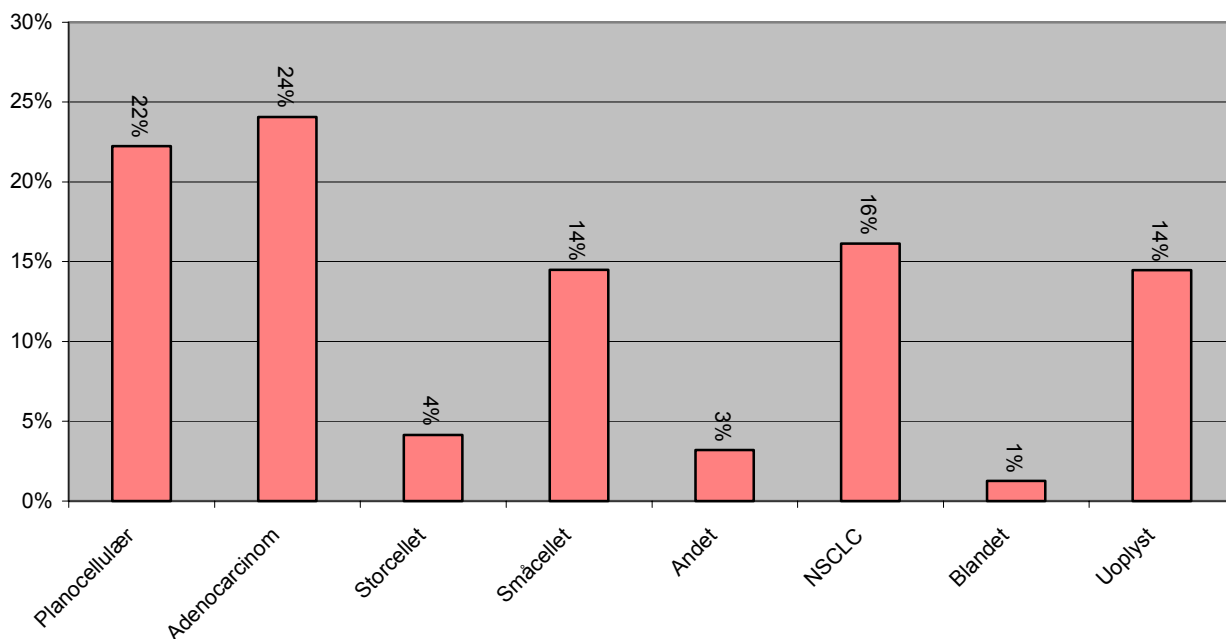
Tabel 16:

	Observeret 1 års overlevelse			Observeret 2 års overlevelse		Observeret 3 års overlevelse
	2000	2001	2002	2000	2001	2000
Planocellulære	62	67	66	57	60	56
Adenocarcinomer	62	62	69	55	60	52
Storcellet	30	46	43	19	31	19
Småcellet	50	53	53	37	45	36
NSCLC	58	66	68	48	60	44
Blandet	50	47	40	35	19	30
Andet	74	60	50	53	40	43
Uoplyst	66	64	62	58	61	54

Den kliniske/præoperative patologidiagnoser fordeler sig i perioden 2000-2003 i % på landsplan således:

Fig. 17:

Fordeling på patologityper



Patologityperne fordeler sig i % på køn i populationen 2000 – 2003 således :

Tabel 17a - kvinder:

	Plano	Adeno	Storcellet	Småcellet	NSCLC	Blandet	Andet	Uoplyst
2000	19	28	4	16	13	1	4	15
2001	15	27	4	12	14	2	5	21
2002	13	29	5	17	16	1	2	15
2003	15	29	4	15	21	1	3	12

Tabel 17b - mænd:

	Plano	Adeno	Storcellet	Småcellet	NSCLC	Blandet	Andet	Uoplyst
2000	29	24	4	13	9	2	4	14
2001	30	18	4	14	14	2	4	14
2002	26	23	4	14	15	1	2	15
2003	27	20	3	14	22	1	2	12

Kirurgiske afdelinger.

Forord.

Patientmaterialet: Tallene i rapporten er opgjort som i tidligere år, hvilket ved nøje gennemgang kan frembringe en del forvirring. Således kan der for den samme afdeling ses 5 forskellige tal for aktiviteten. Dette vil blive diskuteret nærmere i kirurgigruppen.

Som det fremgår af tabel 18a er der i 2003 optaget flere patienter i registeret end i 2002. En del af disse patienter har ikke lungecancer, hvilket gør at antal opererede i 2003 ligger på samme niveau som i 2002. Da incidensen af lungecancer samtidigt er steget betyder det en lille reduktion i resektionsraten (tabel 31). Fokuseres på hele patientforløb (udredning/behandling) i 2003 ses aktuelt et fald i aktiviteten på de kirurgiske afdelinger på ca. 12 % (tabel 18c); men fra tidligere år vides, at denne aktivitet ud fra opgørelsesmetoden stiger når tallene fra 2004 fremkommer.

Som det fremgår af tabel 20 er der stadig mange patienter der mangler præoperative data, selv om der i 2003 har været en generel stigning i indberetningen fra de udredende afdelinger. Fra kirurgisk side har man forsøgt at korrigere for dette ved at inddatere nogle af de præoperative data i kirurgidelen.

Af tabel 21 fremgår det hvilke amter de enkelte opererende afdelinger betjener. Vejle og Viborgs få patienter på Skejby skyldes det skandinaviske multicenter projekt vedrørende N2 og T3 patienter.

Ventetidsgarantien opfyldes stadig ikke tilfredsstillende (tabel 24). Målet er her 95 % idet der altid vil være problemer omkring højtider med at opretholde en tilstrækkelig operativ kapacitet.

Ud fra tabel 41 ses ensartet 1 års overlevelse og ligeså 2 års. Pga. enkelte afdelinger har et lille antal observerede patienter i 3 år, er det endnu for tidligt at udtale sig generelt om 3 års overlevelsen; men samlet set kan konstateres en stigning i både 1- og 2 års overlevelse på landsbasis.

Vedrørende den operative aktivitet har den numerisk været næsten uændret fra 2002. Det er dog glædeligt at se, at den eksplorative rate er faldet betydeligt og nu ligger inden for målet på 10 %. Derudover er lobektomi-indgrebet ved at nærme sig de 60 % som der stiles mod. Det er endvidere positivt, at flere afdelinger har indført bronkoplastiske procedurer (tabel 34).

Inden for den patologiske fordeling fortsætter adenokarcinomerne stigningen (figur 20), hvilket er forventet, dog uden der er en forklaring på dette; men det er en trend der også er set i resten af Europa.

Sammensætningen i stadier (figur 23) er stort set uændret i den tid registeret har fungeret. Med den øgede undersøgelsesaktivitet må antallet af patienter med lave stadier forventes at stige.

I tabel 44 ses 30 dages mortaliteten. Denne viser en relativ stigning fra 2002, således at den samlede mortalitet er steget til 6,4 %, hvilket er over målet på 5 %. Dette skyldes hovedsagelig, at der har været en betydelig stigning i mortaliteten ved pneumonektomi. Det har medført, at kirurgigruppen har gennemgået samtlige operative dødsfald. Dette har ikke givet fuldstændig sikre risikofaktorer; men det synes som om at der præoperativt skal fokuseres mere på den kardiale status og alkoholforbrug specielt i relation til pneumonektomi.

I fig. 25 vises overlevelsen for samtlige patienter i perioden 2000-2003 i et Kaplan Meier plot. Der er foreløbigt ikke en 5 års overlevelse; men ud fra kurven må det skønnes at målet på >40 % vil blive opfyldt.

Komplikationsregistreringen (tabel 45) synes nu at fungere og give et landsdækkende billede af de problemer, der er i forbindelse med den operative behandling af lungecancer patienter, efter at de enkelte komplikationer er diskuteret igennem i den kirurgiske gruppe og er blevet eksakt defineret.

Hans K. Pilegaard
formand for DKLCG

Patientmaterialet.

Afdelingerne har indberettet i alt 736 patienter med en kirurgisk henvisningsdato i 2003 til Dansk Lunge Cancer Register. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år:

Tabel 18a:

Afdeling:	2000	2001	2002	2003	I alt
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	165	133	150	134	582
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	53	56	120	132	361
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	86	111	152	163	512
Organkirurgisk afdeling - Vejle	46	35	42	36	159
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	156	116	159	164	595
Organkirurgisk afdeling - Viborg	0	3	23	27	53
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	71	82	72	80	305
I alt	577	536	718	736	2567

En del af disse indberetninger vedrører patienter med anden diagnose end primær lungecancer f.eks. mesotheliom, metastase eller benign sygdom. Afdelingerne har indberettet i alt 683 patienter med primær lungecancer og med en kirurgisk henvisningsdato i 2003 til Dansk Lunge Cancer Register. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år:

Tabel 18b:

Afdeling:	2000	2001	2002	2003	I alt
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	165	133	150	134	582
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	52	56	120	130	358
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	81	111	152	162	506
Organkirurgisk afdeling - Vejle	46	35	35	26	142
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	156	115	146	132	549
Organkirurgisk afdeling - Viborg		3	23	25	51
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	71	82	71	74	298
I alt	571	535	697	683	2486

Tabel 18b viser således alle optagne med en kirurgisk henvisningsdato i 2003. Det generelle princip i DLCR er imidlertid, at man ser på alle patientforløb, der er startet i det aktuelle år, dvs. hvor den første henvisningsdato i patientforløbet tilhører året (udredning, kirurgi eller onkologi). Opgjort på denne måde ser tabellen lidt anderledes ud, idet nogle patienter flytter mellem de enkelte år. Forskellen i totalen mellem de 2 tabeller kan henføres til patienter tilhørende 1999 og 2004:

Tabel 18c:

Afdeling:	2000	2001	2002	2003	I alt
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	173	135	151	121	580
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	61	55	133	101	350
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	91	110	156	160	517
Organkirurgisk afdeling - Vejle	48	33	38	28	147
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	167	119	146	123	555
Organkirurgisk afdeling - Viborg	0	5	24	24	53
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	75	85	66	71	297
I alt	615	542	714	628	2499

Der er i alt fra de opererende afdelinger i 2003 således indberettet 628 patienter i registeret med et forløb startet i året. Heraf er 43 % kvinder og 57 % mænd. På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2002 således:

Tabel 19:

Afdeling:	Kvinder	Mænd
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	45	55
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	41	59
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	42	58
Organkirurgisk afdeling - Vejle	50	50
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	45	55
Organkirurgisk afdeling - Viborg	66	34
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	30	70

Andel af de indberettede fra kirurgisk afdeling som også er registreret i DLCR med diagnostiske data og stadietinddeling fra en udredende afdeling fremgår af følgende tabel (%):

Tabel 20:

Afdeling:	2003	2002
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	56	54
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	61	51
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	66	54
Organkirurgisk afdeling - Vejle	71	76
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	82	68
Organkirurgisk afdeling - Viborg	79	62
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	20	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 21:

Afdeling:	Bopæls amt	I ALT %	Kvinder %	Mænd %
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	KbhK	55	47	52
	FreK.	10	27	72
	StoA	23	46	53
	BorA	11	41	58
	Andre	2	50	50
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	KbhA	50	45	54
	FreA	31	40	60
	RosA	19	27	72
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	VesA	26	31	68
	FynA	41	53	46
	SødA	19	36	63
	RibA	15	39	60
Organkirurgisk afdeling - Vejle	VejA	100	50	50
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	VejA	3	66	33
	RinA	20	33	66
	ÅrhA	73	47	52
	VibA	4	60	40
Organkirurgisk afdeling - Viborg	VibA	100	66	34
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	NorA	100	30	70

Patienternes alder fordeler sig således:

Tabel 22:

Afdeling:	Mediane alder	Nedre 95%	Øvre 95%	Min	Max
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	63	42	78	38	83
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	61	44	75	21	77
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	64	47	76	27	83
Organkirurgisk afdeling - Vejle	66	49	79	27	79
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	64	49	75	27	82
Organkirurgisk afdeling - Viborg	66	50	75	34	77
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	66	49	77	45	78

De enkelte afdelinger havde i 2003 følgende optageområder, med angivelse af befolkningstal ved årsskiftet 2003/2004:

Tabel 23:

Afdeling	Amt	Befolkning
Rigshospitalet thoraxkirurgi	København	501 664
	Frederiksberg	91 721
	Storstrøms Amt	261 884
	Bornholm	43 673
	I alt	898 942
Gentofte thoraxkirurgi	Københavns Amt	618 407
	Frederiksborg Amt	373 688
	Roskilde Amt	237 089
	I alt	1 229 184
Odense thoraxkirurgi	Vestsjællands Amt	302 479
	Fyns Amt	475 082
	Sønderjyllands Amt	252 936
	Ribe Amt	224 595
	I alt	1 255 092
Vejle organkirurgisk	Vejle Amt	355 691
	I alt	355 691
Skejby thoraxkirurgi	Ringkøbing Amt	274 830
	Århus Amt	653 471
	I alt	928 302
Viborg organkirurgisk	Viborg Amt	234 659
	I alt	234 659
Aalborg thoraxkirurgi	Nordjyllands Amt	495 669
	I alt	495 669
I alt	Hele landet	5 397 539

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.

Ventetider.

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

Tabel 24:

Afdeling	Delay 2003	% < 14 dage	% > 14 dage	Delay 2002	Delay 2001
Rigshospitalet thoraxkirurgi	13	71	29	14	14
Gentofte thoraxkirurgi	14	58	42	20	15
Odense thoraxkirurgi	14	55	45	15	13
Vejle organkirurgisk	13	85	15	8	24
Skejby thoraxkirurgi	9	93	7	8	8
Viborg organkirurgisk	8	92	8	14	15
Aalborg thoraxkirurgi	13	82	18	13	15

Patienterne er indlagt i følgende perioder – gennemsnitligt og mediant:

Tabel 25:

Afdeling	Indlæggelse Antal dage mediant	Indlæggelse Antal dage mean
Rigshospitalet thoraxkirurgi	10	12
Gentofte thoraxkirurgi	10	15
Odense thoraxkirurgi	10	11
Vejle organkirurgisk	10	12
Skejby thoraxkirurgi	8	10
Viborg organkirurgisk	10	12
Aalborg thoraxkirurgi	10	12

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 26 fremgår, hvor mange % af de opererede afdelingerne overflytter til anden afdeling (ikke onkologisk):

Tabel 26:

Afdeling	Andel overflyttede %
Rigshospitalet thoraxkirurgi	6
Gentofte thoraxkirurgi	2
Odense thoraxkirurgi	14
Vejle organkirurgisk	0
Skejby thoraxkirurgi	41
Viborg organkirurgisk	19
Aalborg thoraxkirurgi	13

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:

Tabel 27:

Afdeling	Postoperativ indlæggelse Antal dage mediant	Postoperativ indlæggelse Antal dage mean
Rigshospitalet thoraxkirurgi	8	10
Gentofte thoraxkirurgi	8	29
Odense thoraxkirurgi	8	10
Vejle organkirurgisk	7	9
Skejby thoraxkirurgi	6	8
Viborg organkirurgisk	9	12
Aalborg thoraxkirurgi	8	11

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 14. april 2004.

Tabel 28:

Afdeling	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	133	149	132	151
Gentofte thoraxkirurgi	124	115	52	52
Odense thoraxkirurgi	159	150	97	75
Vejle organkirurgisk	26	34	35	46
Skejby thoraxkirurgi	127	148	116	156
Viborg organkirurgisk	25	23	3	0
Aalborg thoraxkirurgi	63	67	80	67
I alt	659	686	515	547

I tabel 29/30 er i kolonnen Antal A anført de enkelte afdelingers antal resektioner i 2002/2003, d.v.s antal operationer minus de eksplorative indgreb. I tabellens kolonne 2 er anført antal resektioner, fratrukket patienter der ikke tilhører afdelingens normale optageområde eller er tillagt patienter pga. de er opereret i andet amt; "Antal B - 2003".

I kolonne 3 er angivet "måltal" for antal resektioner i den angivne population. Dette måltal er beregnet ud fra den beregnede incidens i afdelingens optageområde jvn.f. tabel 1 byggende på data fra Cancerregisteret med et forventet tillæg på 2,4 % fra Dødsårsagsregisteret og med forudsætningen at 15 % af patienterne har SCLC.

Ud af de resterende 85 % er det målet at foretage 30 % resektioner. Endelig er anført afdelingens resektionsrate under disse forudsætninger i %, samt i procent "målopfyldelse" i 2002.

Tabel 29:

Afdeling	Antal A 2002	Antal B 2002	"Måltal"	"Resektionsrate" %	"Målopfyldelse" %
Rigshospitalet thoraxkir.	121	108	167	19,4	64,7
Gentofte thoraxkirurgi	91	97	192	15,2	50,6
Odense thoraxkirurgi	137	144	225	19,2	64,0
Vejle organkirurgisk	29	37	64	17,4	58,1
Skejby thoraxkirurgi	135	125	150	22,0	83,3
Viborg organkirurgisk	18	20	37	16,4	54,7
Aalborg thoraxkirurgi	57	57	93	18,5	61,5

Hvis det antages at incidensen af lungecancer er uændret i de enkelte amter fra 2002 til 2003 betyder dette at følgende tilsvarende tabel for 2003 kan opstilles:

Tabel 30:

Afdeling	Antal A 2003	Antal B 2003	"Måltal"	"Resektionsrate" %	"Målopfyldelse" %
Rigshospitalet thoraxkir.	108	108	167	19,4	64,7
Gentofte thoraxkirurgi	109	109	192	17,1	56,9
Odense thoraxkirurgi	143	143	225	19,1	63,5
Vejle organkirurgisk	26	29	64	13,7	45,5
Skejby thoraxkirurgi	122	112	150	22,4	74,7
Viborg organkirurgisk	23	28	37	23,0	76,6
Aalborg thoraxkirurgi	52	52	93	16,8	56,1

Derved kan følgende tabel 31 over resektionsraten i DK i perioden 2000 – 2003 opstilles. Tallene angiver de i DLCCR registrerede operationer per 14. april 2004.

Tallene for 2001 og 2000 er beregnet ud fra totale tal for 2001 og 2000 på jvn.f. oplysninger fra Cancerregisteret. Det skal bemærkes at antal resektioner

i disse år er behæftet med usikkerhed pga. lavere datakomplethed, hvorfor den "sande" resektionsrate underestimeres.:

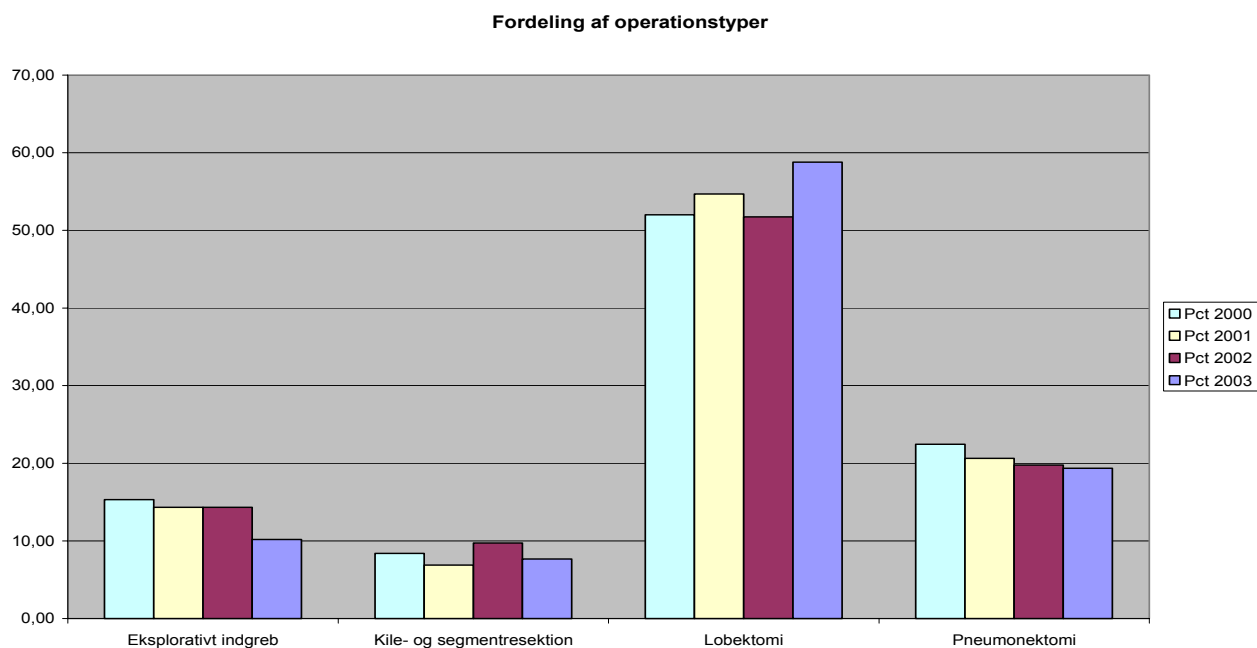
Tabel 31:

	2003	2002	2001	2000
Antal operationer	659	686	515	547
Antal eksplorative	76	108	75	74
Antal resektioner	583	604	448	506
"Resektionsrate" DK	18,9	19,0	14,9	16,4

Operationstyper.

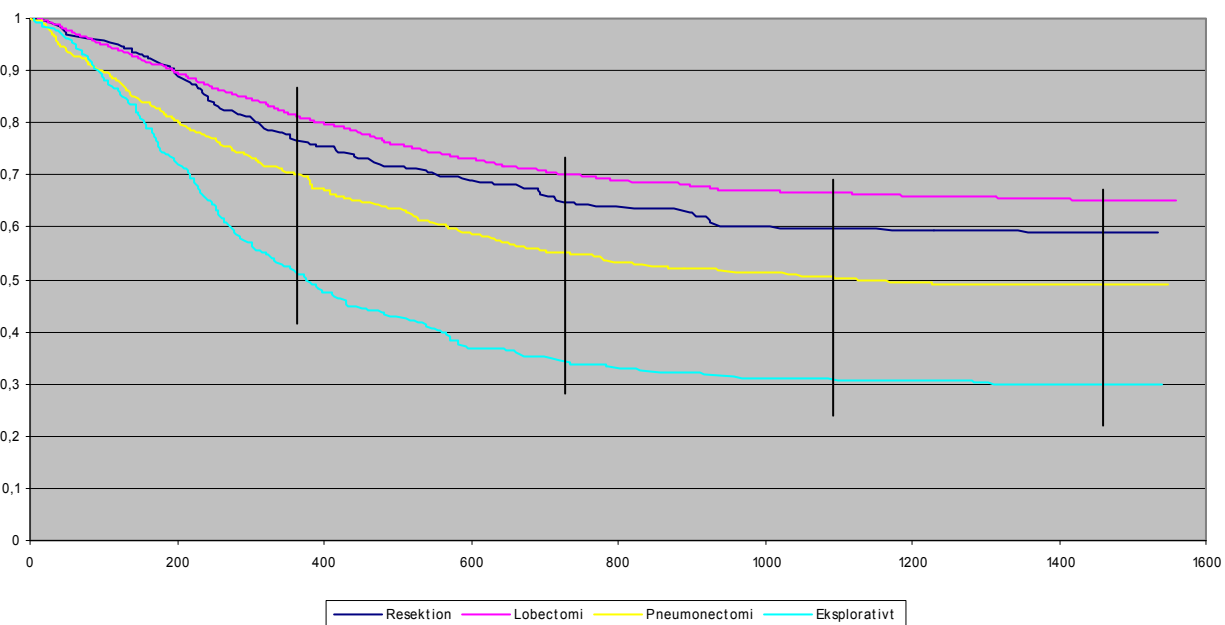
De enkelte operationstyper fordeler sig på landsplan således med 2002, 2001 og 2000 til sammenligning:

Figur 18:



Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2000-2003 (n=2405):

Figur 19:



Opstillet i tabel ser fordelingen af operationstyper således ud:

Tabel 32:

År	Eksplorativ %	Resektion %	Lobektomi %	Pneumonektomi %
2000	15	8	52	22
2001	14	7	55	21
2002	14	10	52	20
2003	10	8	58	20

I bilagsmappens bilag 8 findes operationstyperne for de enkelte år for de enkelte afdelinger. 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 33 – 39 refererer til antal udførte operationer i 2003:

Tabel 33:

Afdeling	Anteriore	Postero-lateral	Sternotomi	Andre	Muskel-besparende
Rigshospitalet thoraxkirurgi	11	81	-	8	92
Gentofte thoraxkirurgi	-	91	-	9	88
Odense thoraxkirurgi	1	99	-	-	100
Vejle organkirurgisk	-	100	-	-	100
Skejby thoraxkirurgi	96	3	1	-	-
Viborg organkirurgisk	65	37	-	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	62	32	-	5	-

Lobektomierne fordeler sig efter type som (i %):

Tabel 34:

Afdeling	Lobektomi	Bilobektomi	Sleeve resektion	+ resektion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	85	8	3	5
Gentofte thoraxkirurgi	97	3	-	-
Odense thoraxkirurgi	81	7	6	7
Vejle organkirurgisk	100	-	-	-
Skejby thoraxkirurgi	80	7	4	9
Viborg organkirurgisk	75	20	-	5
Aalborg thoraxkirurgi	82	16	3	-

Der udføres følgende torakoskopiske operationer (totale antal og operationstyper i %):

Tabel 35:

Afdeling	Antal	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet thoraxkirurgi	7	86	-	14	-
Gentofte thoraxkirurgi	14	14	42	29	14
Odense thoraxkirurgi	1	-	100	-	-
Vejle organkirurgisk	1	100	-	-	-
Skejby thoraxkirurgi	1	-	100	-	-
Viborg organkirurgisk	-	-	-	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	-	-	-	-	-

Pneumonektomierne fordeler sig efter type som (%):

Tabel 36:

Afdeling	Standard	Udvidet	carina resektion	completion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	82	18	-	-
Gentofte thoraxkirurgi	96	-	4	-
Odense thoraxkirurgi	83	11	-	6
Vejle organkirurgisk	88	13	-	-
Skejby thoraxkirurgi	78	13	4	4
Viborg organkirurgisk	75	25	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	25	63	13	-

og følgende lokalisationer:

Tabel 37:

Afdeling	HØ	VE
Rigshospitalet thoraxkirurgi	54	46
Gentofte thoraxkirurgi	28	72
Odense thoraxkirurgi	39	61
Vejle organkirurgisk	25	75
Skejby thoraxkirurgi	35	65
Viborg organkirurgisk	40	60
Aalborg thoraxkirurgi	38	63

Afdelingerne angiver at have foretaget følgende antal thoraxvægsresektioner:

Tabel 38:

Afdeling	Thoraxvægsresektion (n=23)
Rigshospitalet thoraxkirurgi	5
Gentofte thoraxkirurgi	5
Odense thoraxkirurgi	3
Vejle organkirurgisk	1
Skejby thoraxkirurgi	4
Viborg organkirurgisk	1
Aalborg thoraxkirurgi	4

Antal makro- og mikroradikale resektioner i %:

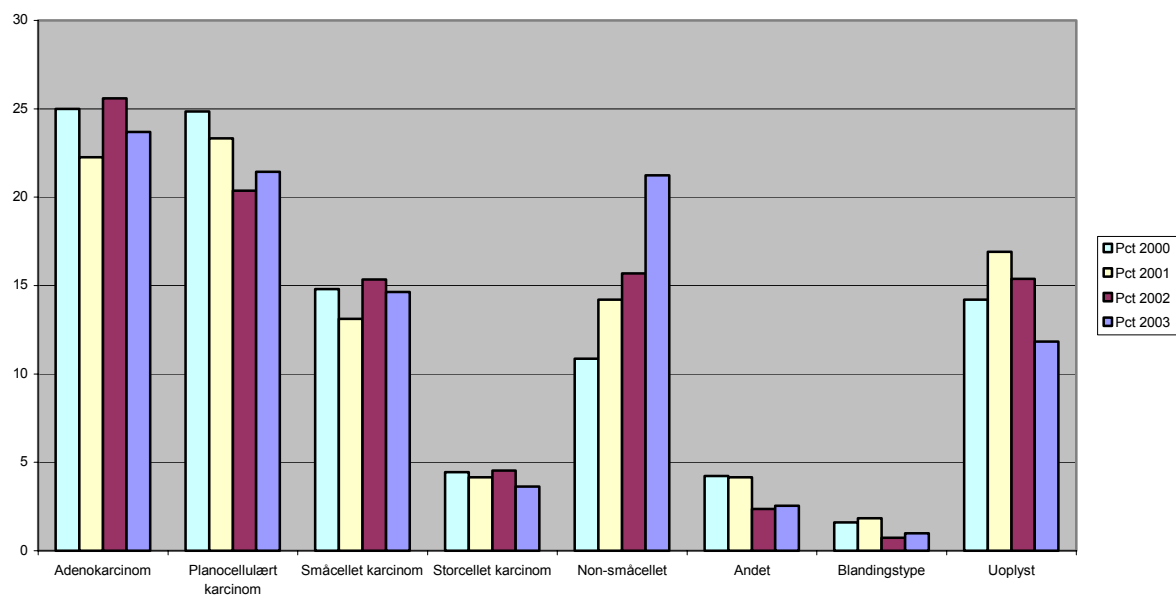
Tabel 39:

Afdeling	Makroradikale	Mikroradikale
Rigshospitalet thoraxkirurgi	95	92
Gentofte thoraxkirurgi	100	95
Odense thoraxkirurgi	93	84
Vejle organkirurgisk	92	96
Skejby thoraxkirurgi	93	84
Viborg organkirurgisk	88	84
Aalborg thoraxkirurgi	93	92

Patologi.

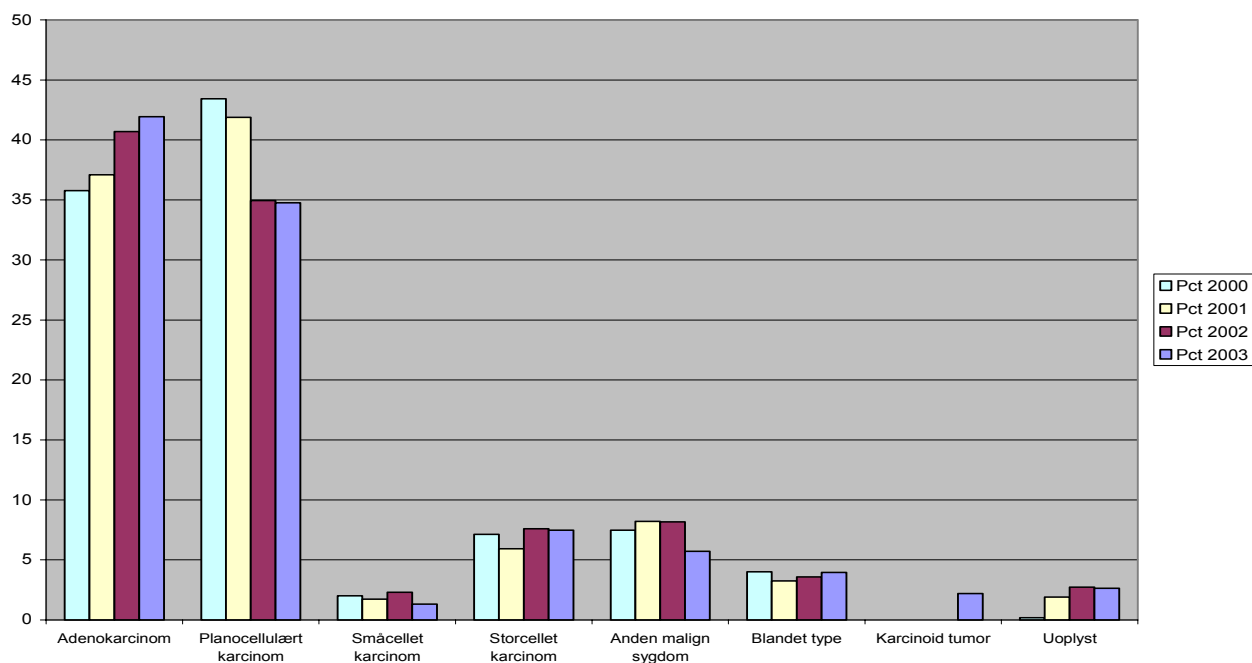
Efter udredningens afslutning fordelte patologityperne i lungecancerpopulationen i perioden 2000 - 2003 på landsplan sig således:

Fig. 20:



Efter kirurgien fordelte patologityperne sig således:

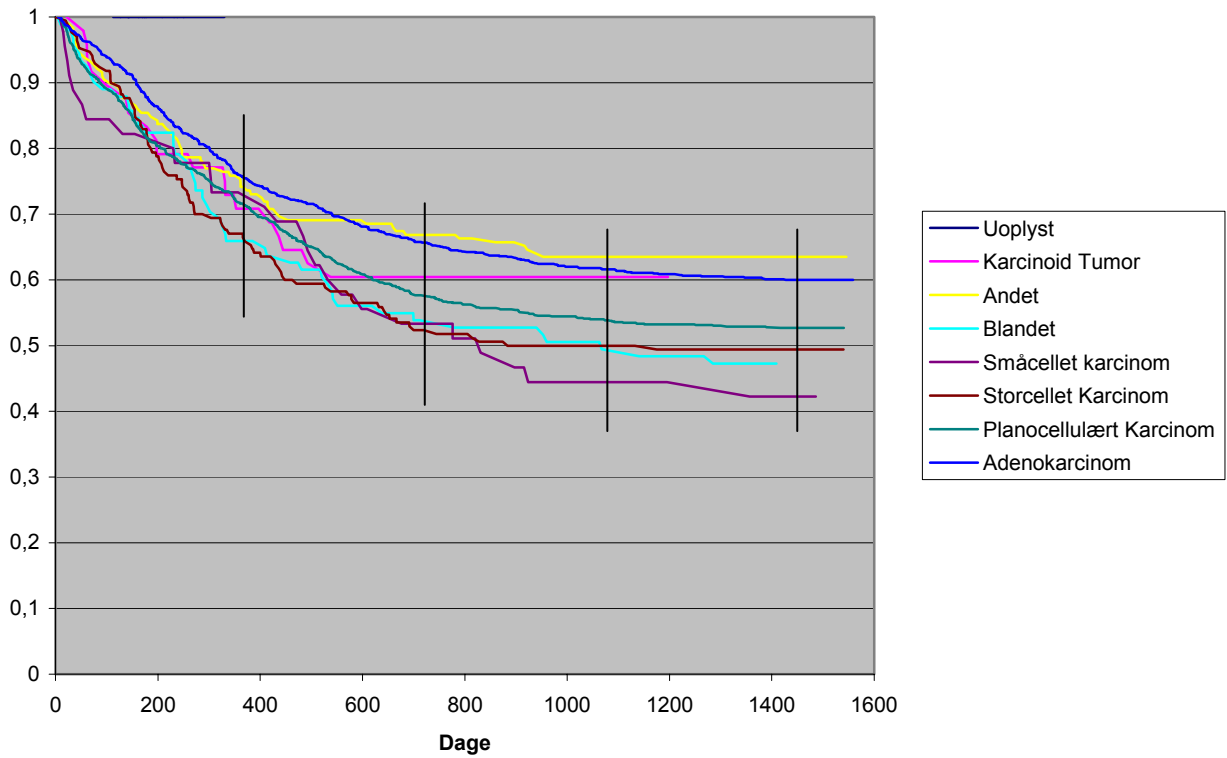
Fig. 21:



I bilagsmappens bilag 9 ses den tilsvarende fordeling på de enkelte afdelinger.

Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2000-2003 (n=2405):

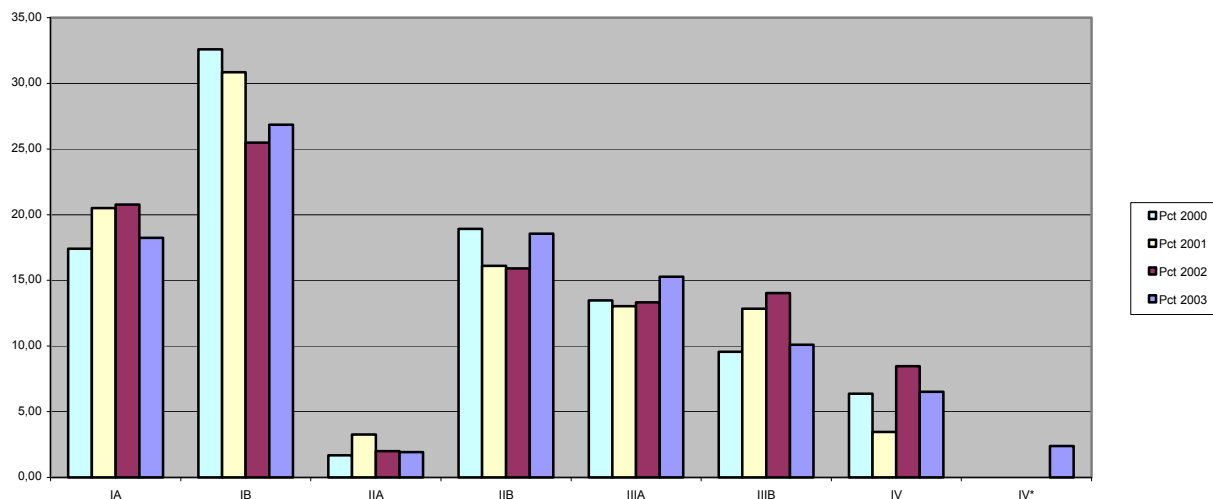
Fig. 22:



Stadier.

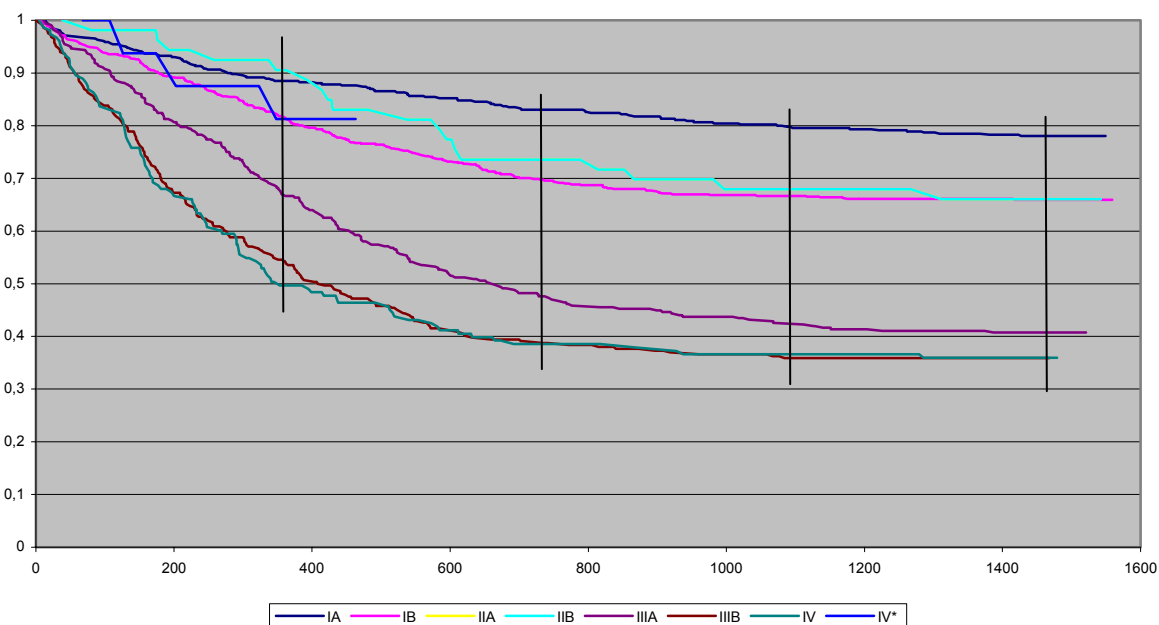
Den procentvise fordeling af de postoperative stadier (pTNM) var i 2003 med 2002, 2001 og 2000 til sammenligning således:

Fig. 23:



I bilagsmappens bilag 10 findes den postoperative stadiefordeling for de enkelte afdelinger for de enkelte år.
Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2000-2003:

Fig. 24:



Hvorved følgende overlevelsestal kan opstilles:

Tabel 40:

	Observeret 1 års overlevelse			Observeret 2 års overlevelse		Observeret 3 års overlevelse
	2000 population (n=547)	2001 population (n=515)	2002 population (n=686)	2000 population (n=547)	2001 population (n=515)	2000 population (n=547)
IA	89	87	87	86	78	81
IB	75	82	86	56	67	49
IIA	92	94	94	60	71	56
IIB	92	95	94	60	71	50
IIIA	63	66	71	38	39	25
IIIB	48	55	60	24	38	19
IV	40	52	54	24	30	24

I bilagsmappens bilag 10 findes overlevelsen for den postoperative stadiefordeling for de enkelte afdelinger for de enkelte år.

Overlevelse og mortalitet.

Den samlede observerede overlevelseshastighed for lungecancerpatienter behandlet kirurgisk i DK for de enkelte indrapporterede år fremgår af følgende tabel:

Tabel 41:

	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse
2000	75	64	58
2001	77	67	
2002	78		
Total	77	66	58

I bilagsmappen findes som bilag 5 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne, der i figurerne 1, 2 og 3 viser 1, 2 og 3 års overlevelseshastigheder, vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, 2003 og 2000-2003) den observerede (eller estimerede) rate sammenlignet med den forventede rate. Desuden er anført konfidensinterval omkring den observerede rate, samt den standardiserede rate justeret for alder, køn og stadie.

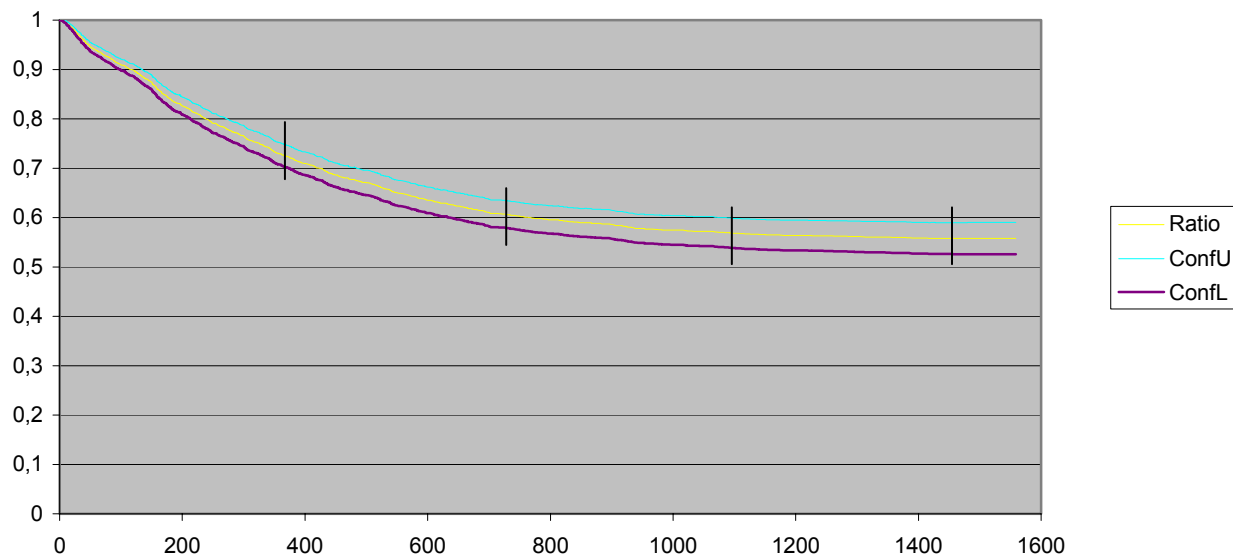
Hvis man i stedet for at se på de enkelte afdelingers overlevelseshastigheder for de enkelte år ser på overlevelseshastighederne for alle patienter indberettet fra afdelingerne i perioden 2000 – 2003 med henholdsvis 1, 2 og 3 års observationsperiode kan følgende tabel opstilles med antal medregnede patienter og deres ustandardiserede overlevelse inkl. konfidensintervaller anført:

Tabel 42:

Afdeling	1 års observation		2 års observation		3 års observation	
	Antal	1 års overlevelse	Antal	2 års overlevelse	Antal	3 års overlevelse
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	468	67 (63-71)	333	50 (45-55)	185	39 (32-46)
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	267	78 (73-83)	138	59 (51-67)	67	45 (33-57)
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	378	75 (70-79)	211	51 (45-58)	95	42 (32-52)
Organkirurgisk afdeling - Vejle	127	73 (65-81)	91	59 (49-69)	59	48 (35-61)
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	472	73 (69-77)	313	54 (49-60)	194	47 (40-54)
Organkirurgisk afdeling - Viborg	36	56 (40-72)	11	46 (16-75)	-	-
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	230	66 (60-72)	172	48 (41-55)	98	33 (24-42)

På landsplan kan følgende Kaplan Meier kurver opgjort per 14/4 2004 for patienterne opereret i perioden 2000-2003 (n= 2405) vises:

Fig. 25:



Hvorved følgende overlevelsesrater for hele landspopulationen i % kan opstilles i følgende tabel:

Tabel 43:

	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse
2000: Resektion	63	52	37	33
Lobektomi	79	62	55	50
Pneumonektomi	68	42	32	28
Eksplorative	49	26	22	19
2001: Resektion	86	65	59	
Lobektomi	80	64	56	
Pneumonektomi	78	60	51	
Eksplorative	42	23	15	
2002: Resektion	80	68		
Lobektomi	82	70		
Pneumonektomi	71	58		
Eksplorative	49	30		
2003: Resektion	82			
Lobektomi	84			
Pneumonektomi	65			
Eksplorative	69			
2000-2003: Resektion	77			
Lobektomi	81			
Pneumonektomi	70			
Eksplorative	51			

I bilagsmappens bilag 6 findes overlevelsesraterne for de enkelte afdelinger for de enkelte operationstyper dels for de enkelte år og dels kumuleret.

Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) for de enkelte operationstyper er anført i tabellen med 2002, 2001 og 2000 anført til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK i 2003 var 6,4 %:

Tabel 44:

	2003 30 dages mortalitet	2002 30 dages mortalitet	2001 30 dages mortalitet	2000 30 dages mortalitet	2000-2003 30 dages mortalitet
Eksplorative	4,5	10,1	8,2	4,9	7,3
Resektioner	4,0	0,0	2,6	3,7	2,2
Lobektomier	3,3	3,1	4,9	3,9	3,8
Pneumonek- tomier	16,9	6,5	1,9	11,8	9,5
I alt	6,4	4,7	4,2	5,3	5,3

Tabellen vedrører kun operationer udført ved torakotomi. De torakoskopisk udførte indgreb er således ikke medregnet.

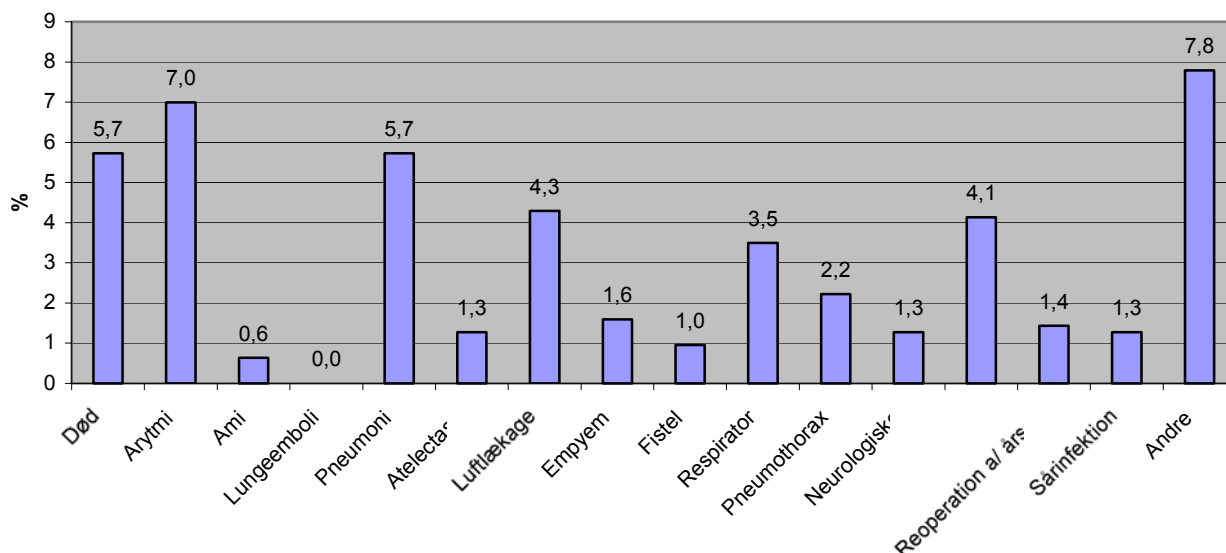
I bilagsmappen findes som bilag 7 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne ses 30 dages mortalitet, der vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, 2003 og 2000-2003) den observerede (eller estimerede) mortalitet sammenlignet med den forventede rate forstået som den gennemsnitlige værdi for de øvrige opererende afdelinger og denne værdis konfidensinterval.

I bilagsmappen findes ligeledes de enkelte afdelingers resultater for 30-dages mortalitet for de enkelte operationstyper og år.

Komplikationer.

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2003 angives på den følgende kurve, idet død angiver død under indlæggelse:

Fig. 26:



For de enkelte kirurgiske afdelinger angives komplikationsfrekvenserne i % for den samlede opererede population indberettet i perioden 2003 således:

Tabel 45:

	Rigshospitalet (n=134)	Gentofte (n=130)	Odense (n=162)	Vejle (n=26)	Skejby (n=127)	Viborg (n=25)	Ålborg (n=74)
Død	4,9	4,0	6,3	0,0	7,0	4,2	8,5
Arytmi	4,1	1,0	5,6	3,67	13,6	0,0	15,5
AMI	0,0	0,0	0,0	0,0	3,2	0,0	0,0
Lungeemboli	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Pneumoni	5,79	0,0	2,5	7,1	16,8	0,0	4,2
Atelektase	0,8	0,0	0,0	0,0	2,4	12,5	2,8
Luftlækage	8,9	1,0	6,9	0,0	1,6	4,2	2,8
Empyem	0,8	2,0	2,5	0,0	1,6	0,0	1,4
Fistel	0,0	1,0	0,6	0,0	3,2	0,0	0,0
Respirator	3,3	2,0	2,5	0,0	6,4	4,2	5,6
Pneumothorax	1,6	2,0	1,98	3,6	4,0	0,0	2,8
Neurologiske	0,8	0,0	1,9	0,0	1,6	4,2	1,4
Blødning	1,6	2,0	5,0	7,1	5,6	4,2	5,6
Reop. anden årsag	0,8	0,0	3,1	0,0	0,8	4,2	1,4
Sårinfektion	2,4	0,0	1,2	3,6	1,6	0,0	0,0
Andre	13,0	1,0	8,1	3,6	12,0	4,2	4,2

Onkologiske afdelinger.

Vedrørende den onkologiske registrering og rapportering henvises til indlæg fra Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe (se side 10).

Patientmaterialet.

I 2003 var i alt 10 onkologiske afdelinger tilmeldt registeret. Antal indberetninger fra disse fremgår af følgende:

Tabel 46:

Afdeling	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet	52	0	0	0
Herlev	179	345	72	19
Hillerød	16	7	0	0
Roskilde	24	0	0	0
Næstved	33	0	0	0
Odense	200	351	361	280
Sønderborg	21	0	0	0
Vejle	264	177	120	101
Herning	16	20	0	0
Ålborg	219	5	0	0
I alt	1024	905	553	400

Referencer.

- 1: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2004:2 og 2004:3.
- 2: Møller B. et.al: Prediction of cancer incidence in the Nordic countries up to the year 2020. European Journal of Cancer Prevention. Vol. 11, Suppl. 1. Juni 2002
- 3: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2004:1. Dødsårsagsregisteret 2000.
- 4: Referenceprogram 2001, Lungecancer, undersøgelser og behandling. Dansk Lunge Cancer Gruppe.

Bilag.

Bilag A – Tilsluttede afdelinger.

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., Bornholm Centralsygehus
7. Medicinsk afd., Farsø Sygehus
8. Medicinsk afd., Frederiksberg Sygehus
9. Medicinsk afd., Frederikshavn-Skagen Sygehus
10. Medicinsk afd., Frederikssund Sygehus
11. Medicinsk afd., Haderslev Sygehus
12. Medicinsk afd., Herning Centralsygehus
13. Medicinsk afd. B, Hillerød Sygehus
14. Medicinsk afd., F, Hillerød Sygehus
15. Medicinsk afd., Hjørring Sygehus
16. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Holbæk
17. Medicinsk afd., Holstebro Centralsygehus
18. Medicinsk afd., Hvidovre Hospital
19. Medicinsk afd., Lemvig Sygehus
20. Medicinsk afd., Middelfart Sygehus
21. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Nykøbing Falster
22. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Næstved
23. Medicinsk afd., Odense Universitetshospital
24. Medicinsk afd., Randers Centralsygehus
25. Medicinsk afd., Ringkøbing Sygehus
26. Medicinsk afd., Roskilde Amtssygehus
27. Medicinsk afd., Silkeborg Centralsygehus
28. Medicinsk afd., Skive Sygehus
29. Medicinsk afd., Sygehuset Øresund
30. Medicinsk afd., Svendborg Sygehus
31. Medicinsk afd., Sønderborg Sygehus
32. Medicinsk afd., Tønder Sygehus
33. Medicinsk afd., Vejle Sygehus
34. Medicinsk afd., Åbenrå Sygehus
35. Øre-næse-hals afd., Esbjerg Centralsygehus
36. Øre-næse-hals afd., Centralsygehuset i Næstved
37. Øre-næse-hals afd., Odense Universitetshospital
38. Øre-næse-hals afd., Sønderborg Sygehus
39. Øre-næse-hals afd., Århus Kommunehospital
40. Thoraxkirurgisk afd., KAS Gentofte
41. Thoraxkirurgisk afd., Odense Universitetshospital
42. Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet
43. Thoraxkirurgisk afd., Skejby Sygehus
44. Thoraxkirurgisk afd., Ålborg Sygehus
45. Organkirurgisk afd., Vejle Sygehus
46. Organkirurgisk afd., Viborg Sygehus
47. Onkologisk afd. Esbjerg Sygehus
48. Onkologisk afd., Herlev Sygehus
49. Onkologisk amb., Herning Sygehus

50. Onkologisk afd., Hillerød Sygehus
51. Onkologisk afd., Næstved Sygehus
52. Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
53. Onkologisk afd., Rigshospitalet
54. Onkologisk afd., Roskilde Amtssygehus
55. Onkologisk afd., Sønderborg Sygehus
56. Onkologisk afd., Vejle Sygehus
57. Onkologisk afd., Viborg Sygehus
58. Onkologisk afd., Ålborg Sygehus
59. Onkologisk afd., Århus Kommunehospital

Bilag B – Kirurgiske standarder.

No.	Område	Indikator	Standard	Prognostiske faktorer	Kommentar
1a.	Overlevelse	Andel af alle opererede patienter, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 70 % 2 år: > 50 % 5 år: > 40 %	Stadium, alder, køn, histologi, Mb. Cordis, KOL	Kirurgigruppens kommentarer
1b.		Andel af alle resecerede patienter, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 77 % 2 år: > 55 % 5 år: > 40 %	Stadium, alder, køn, histologi, Mb. Cordis, KOL	
1c.		Andel af alle patienter, der er i live 30 dage efter kirurgi	> 95 %	Operationstype, hjertesygdom, KOL/FEV1	
1d.		Andel af opererede, der er i live 30 dage efter eksplorativ kirurgi	> 94 %	Hjertesygdom, KOL/FEV1	
1e.		Andel af opererede, der er i live 30 dage efter resektion	> 98 %	Hjertesygdom, KOL/FEV1	
1f.		Andel af opererede, der er i live 30 dage efter lobektomi	> 97 %	Hjertesygdom, KOL/FEV1	
1g.		Andel af opererede, der er i live 30 dage efter pneumonektomi	> 93 %	Hjertesygdom, KOL/FEV1	
1h.		Andel af alle resecerede stadium pIA, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 90 % 2 år: > 80 % 5 år: > 70 %	Alder, køn, histologi	
1i.		Andel af alle resecerede stadium pIB, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 80 % 2 år: > 65 % 5 år: > 55 %	Alder, køn, histologi	
1j.		Andel af alle resecerede stadium pIIA, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 80 % 2 år: > 70 % 5 år: > 45 %	Alder, køn, histologi	
1k.		Andel af alle resecerede stadium pIIB, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 70 % 2 år: > 50 % 5 år: > 35 %	Alder, køn, histologi	
1l.		Andel af alle resecerede stadium pIIIA, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 55 % 2 år: > 30 % 5 år: > 20 %	Alder, køn, histologi	
1m.		Andel af alle resecerede stadium pIIIB, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 40 % 2 år: > 15 % 5 år: > 5 %	Alder, køn, histologi	

1n.		Andel af alle resecerede stadium pIV, der er i live efter 1, 2 og 5 år	1 år: > 30 % 2 år: > 10 % 5 år: > 3 %	Alder, køn, histologi	
2.	Resektionsrate	Andel af alle lungecancerpatienter med NSCLC, der reseceres.	> 25 %	Histologi, alder	
3.	Ventetid	Andel af patienter, der opereres inden for 14 dage efter modtagelse af henvisning.	> 95 %		
4a.	Indlæggelsestid	Andel af opererede patienter, hvis totale indlæggelsestid er ≤ 10 dage	> 70 %	Overflytning til anden afdeling	
4b.		Andel af opererede patienter, hvis postoperative indlæggelsestid er ≤ 7 dage	> 50 %	Overflytning til anden afdeling	
5a.	Operationstyper	Andel af eksplorative indgreb	< 10 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEVI	
5b.		Andel af resektioner	< 10 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEVI	
5c.		Andel af lobektomier	> 60 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEVI	
5d.		Andel af pneumonektomier	< 25 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEVI	
5e.		Andel makroradikale resektioner	> 95 %	Operationstype	
5f.		Andel mikroradikale resektioner	> 90 %	Operationstype	
6a.	Komplikationer	Andel af opererede patienter med luftlækage > 7 dage.	< 5 %		Resektioner og lobektomier
6b.		Andel af opererede der reopereres pga. blødning.	< 3 %		
6c.		Andel af opererede der reopereres Pga. sårinfektion.	< 1 %		
6d.		Bronkopleural fistel	< 5 %		

Bilagsmappe

Bilag 1 Overlevelse

Bispebjerg

Fig. 1:

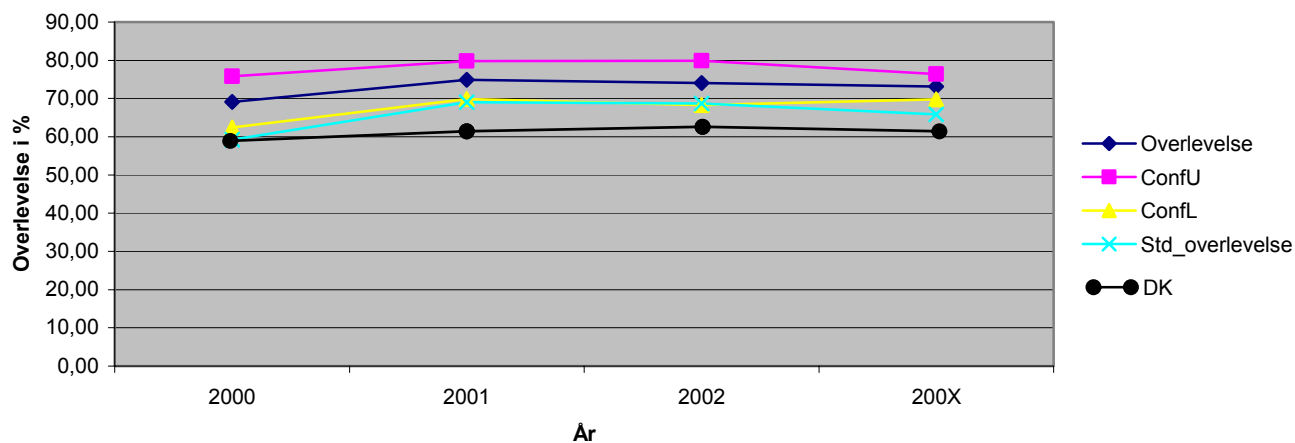


Fig. 2:

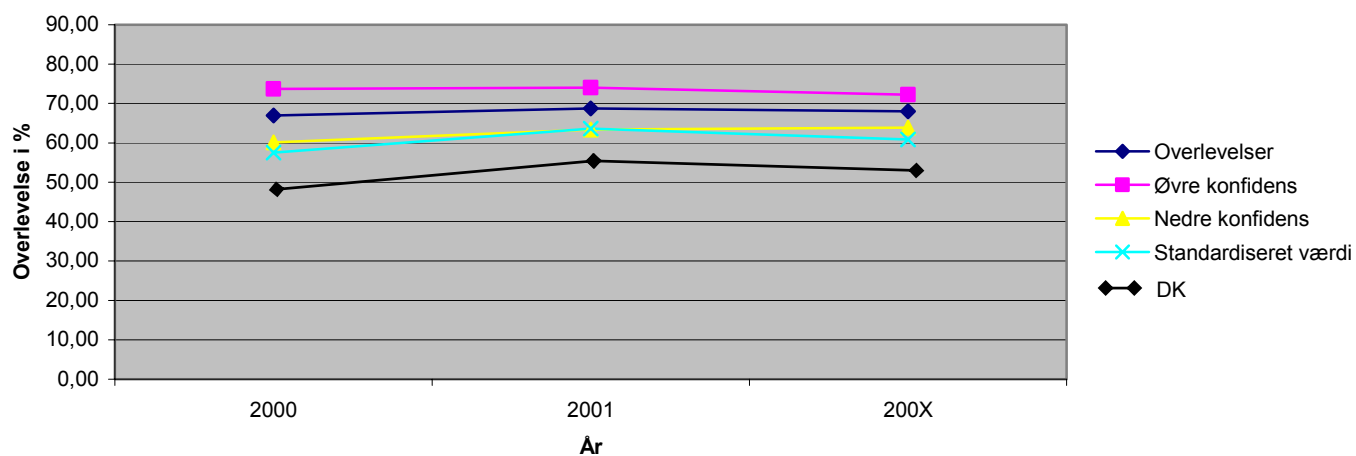
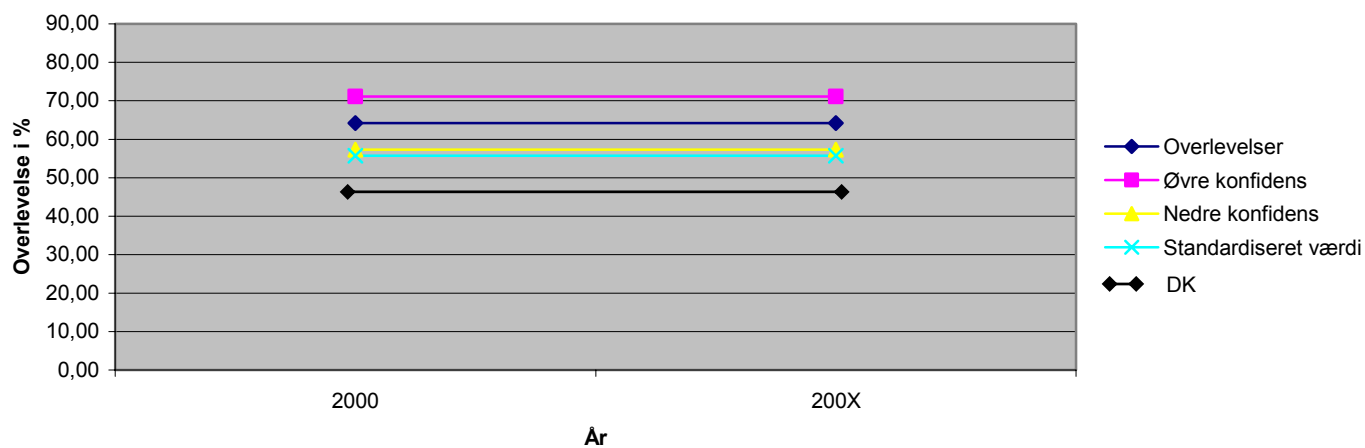


Fig. 3:



Gentofte

Fig. 1

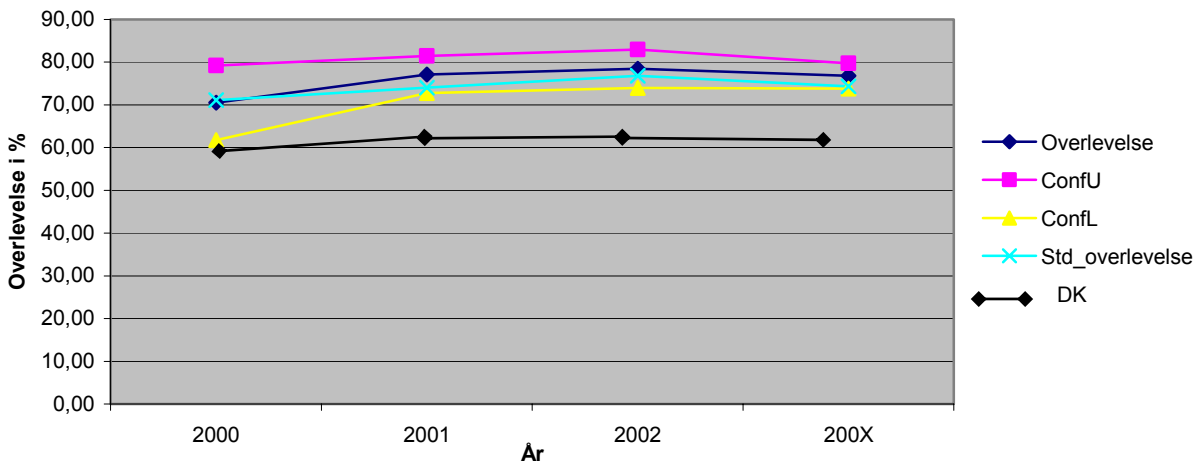


Fig. 2

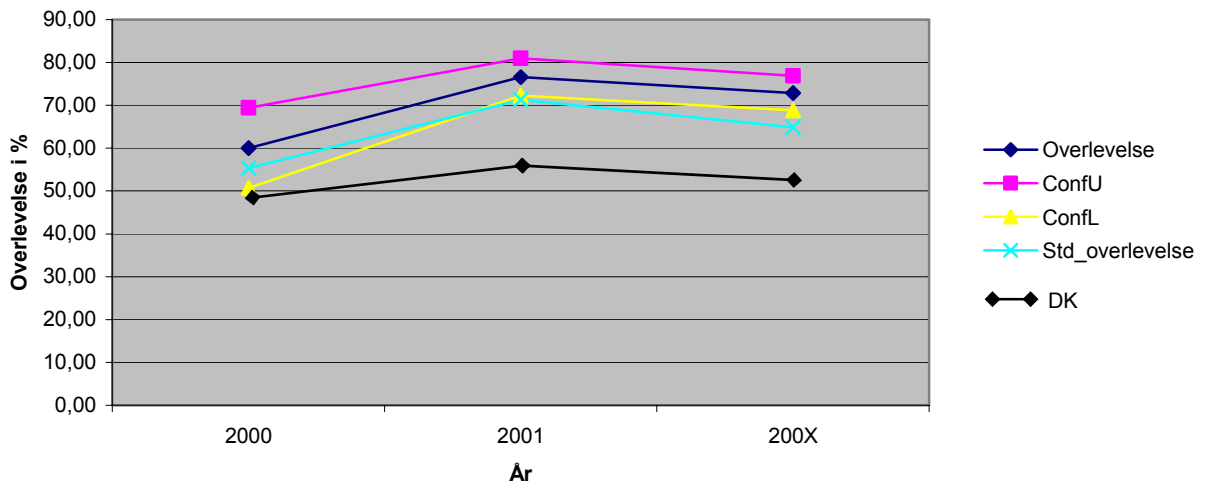
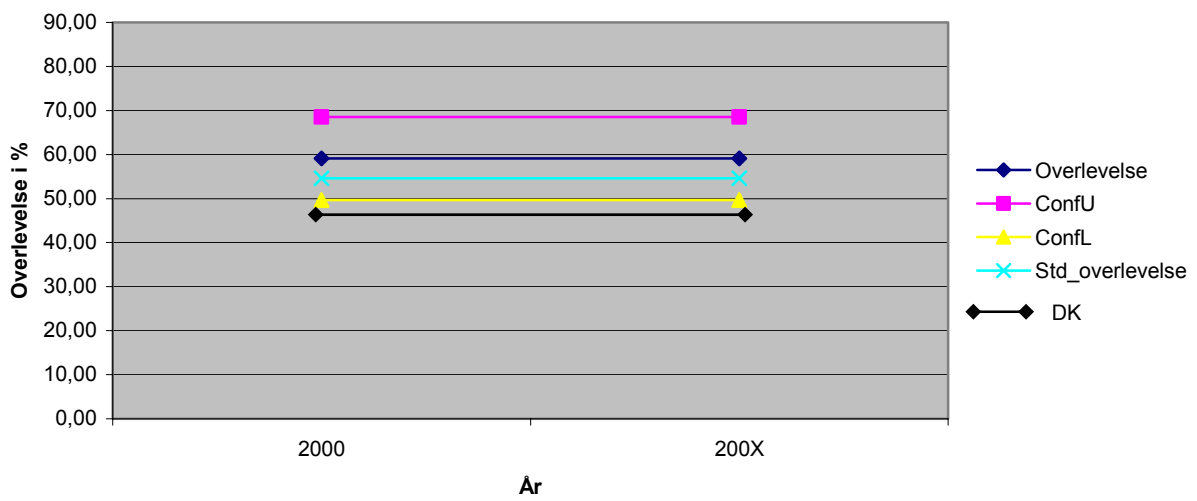


Fig. 3



Roskilde

Fig. 1

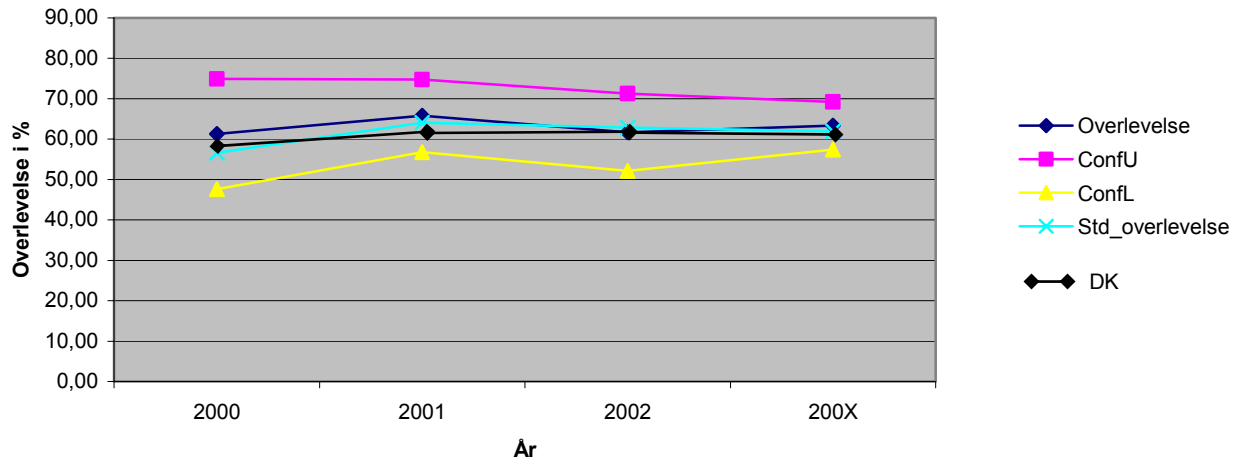
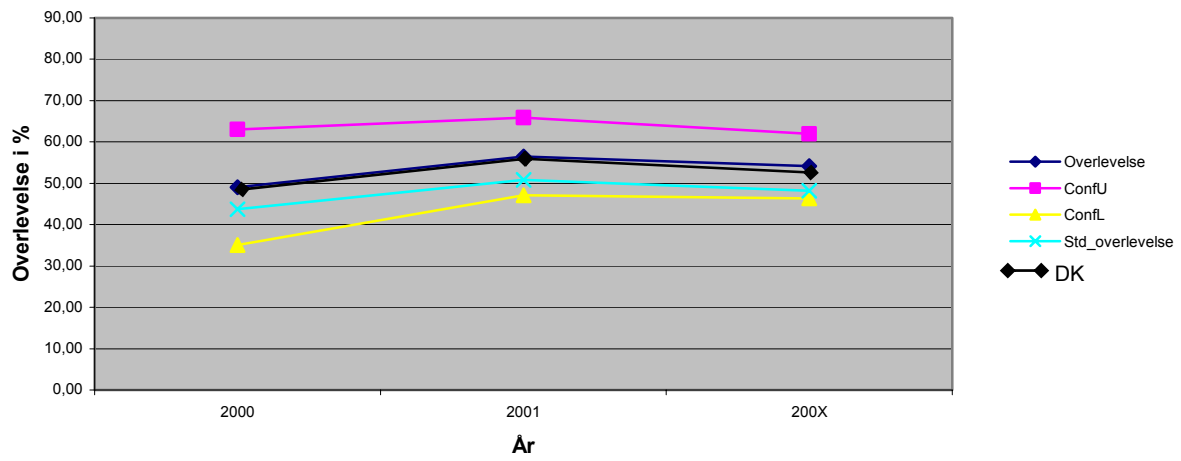
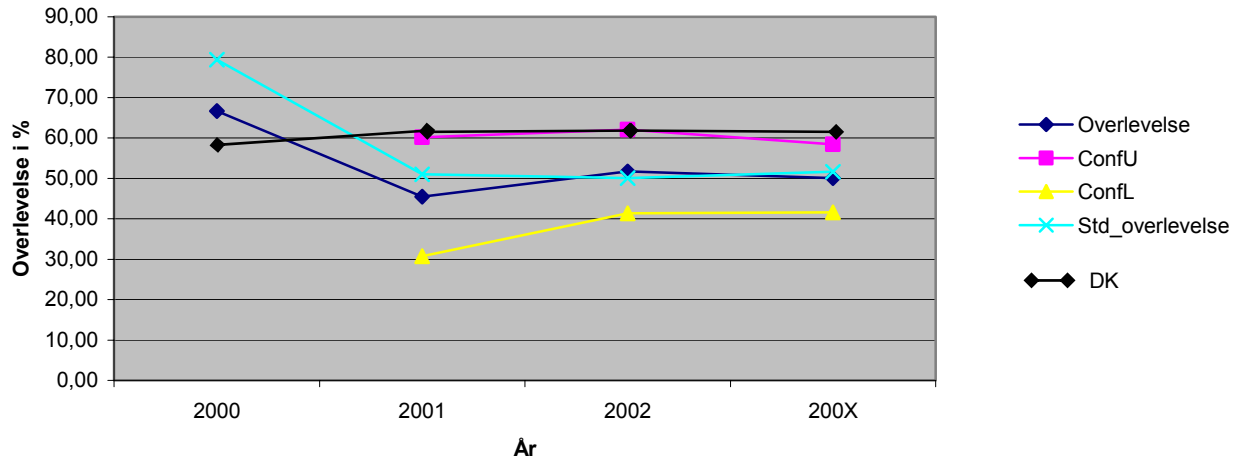


Fig. 2



Næstved

Fig. 1



OUH

Fig. 1

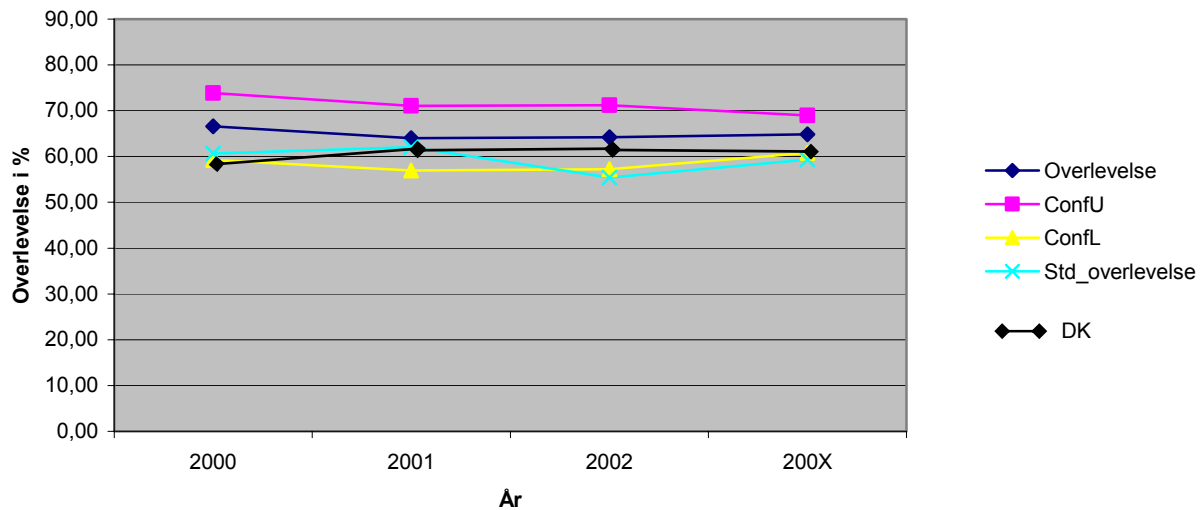


Fig. 2

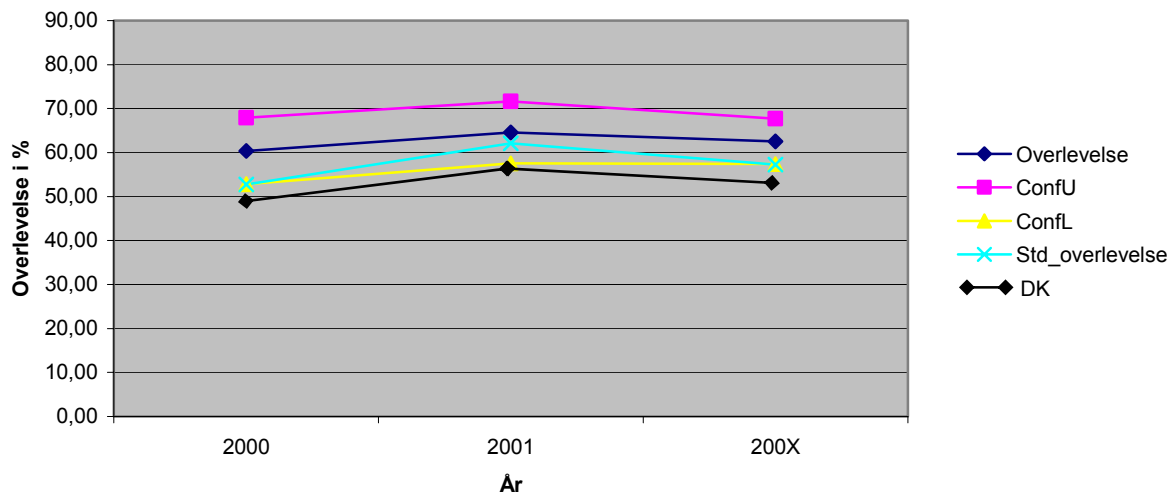
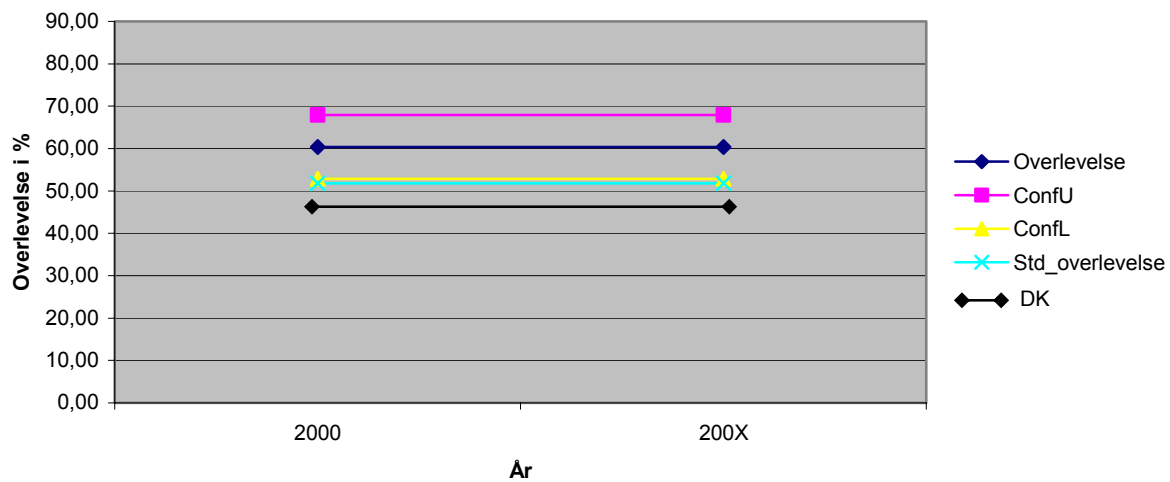


Fig. 3



Esbjerg

Fig. 1

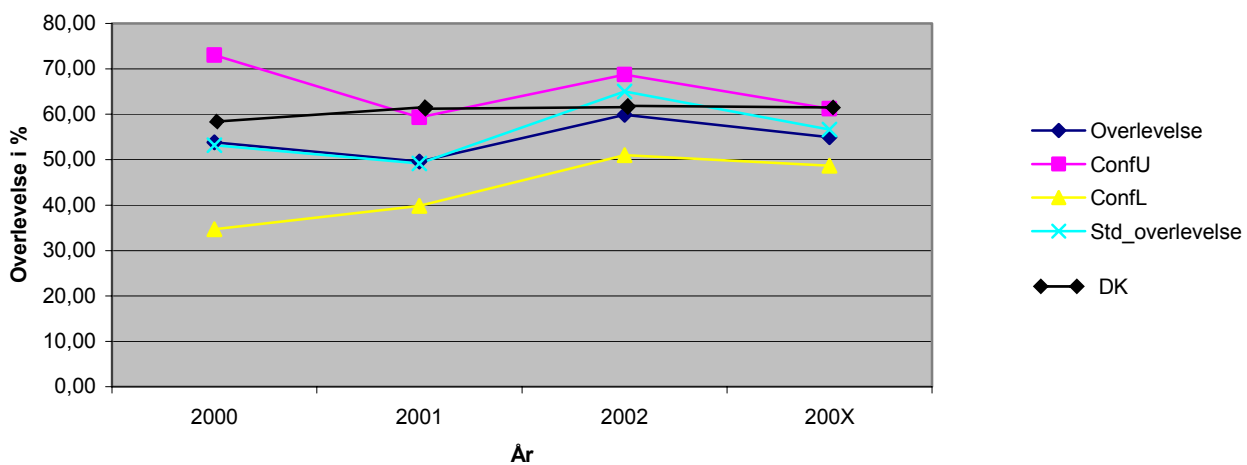
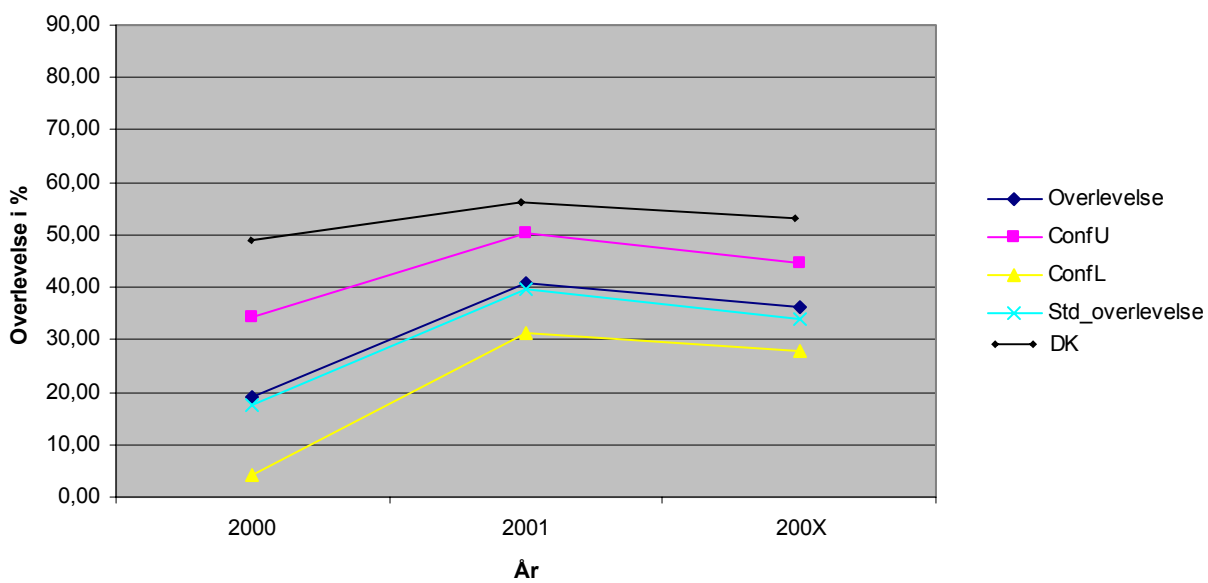


Fig. 2



Vejle

Fig. 1

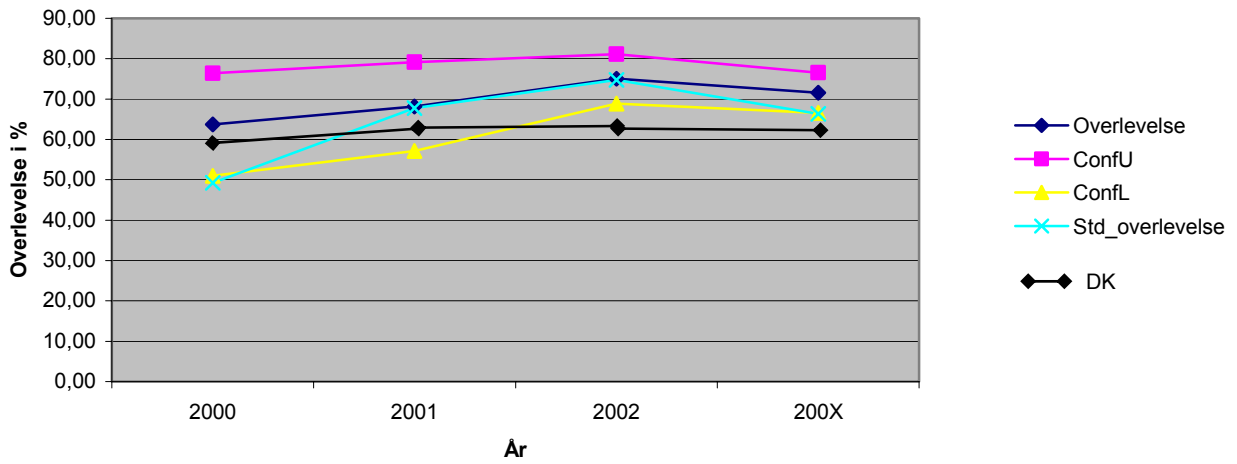
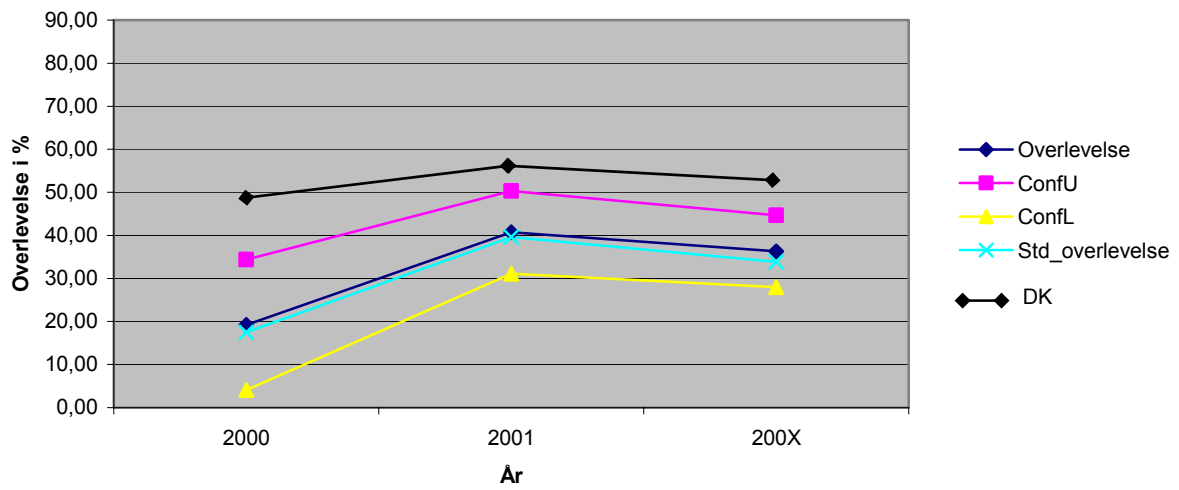


Fig. 2



Holstebro

Fig. 1

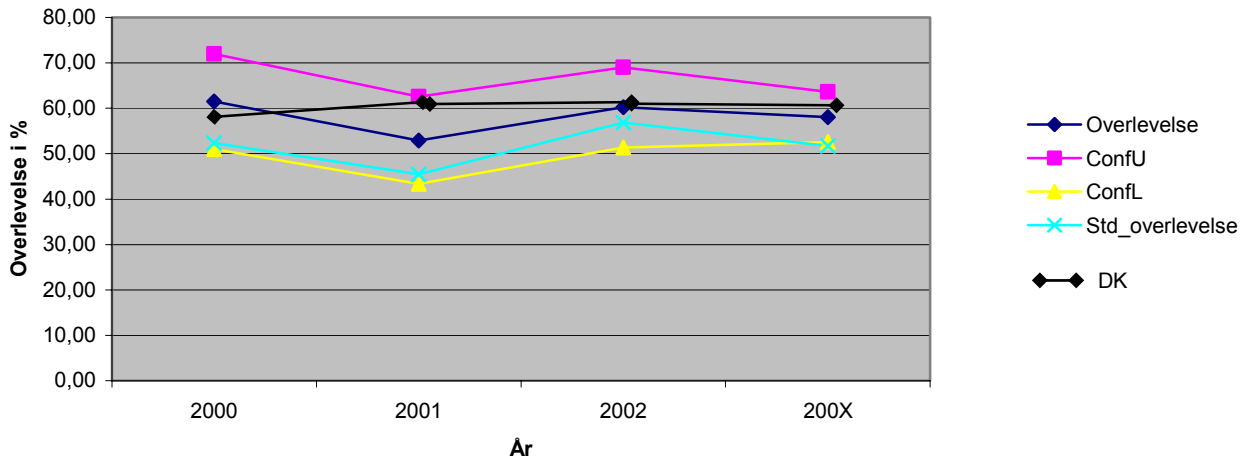
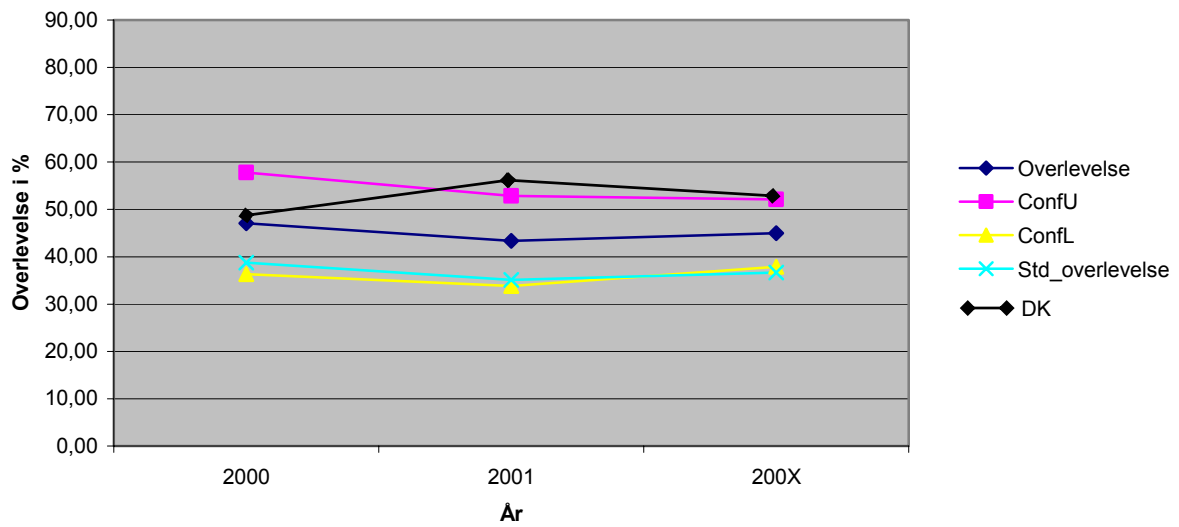


Fig. 2



Århus

Fig. 1

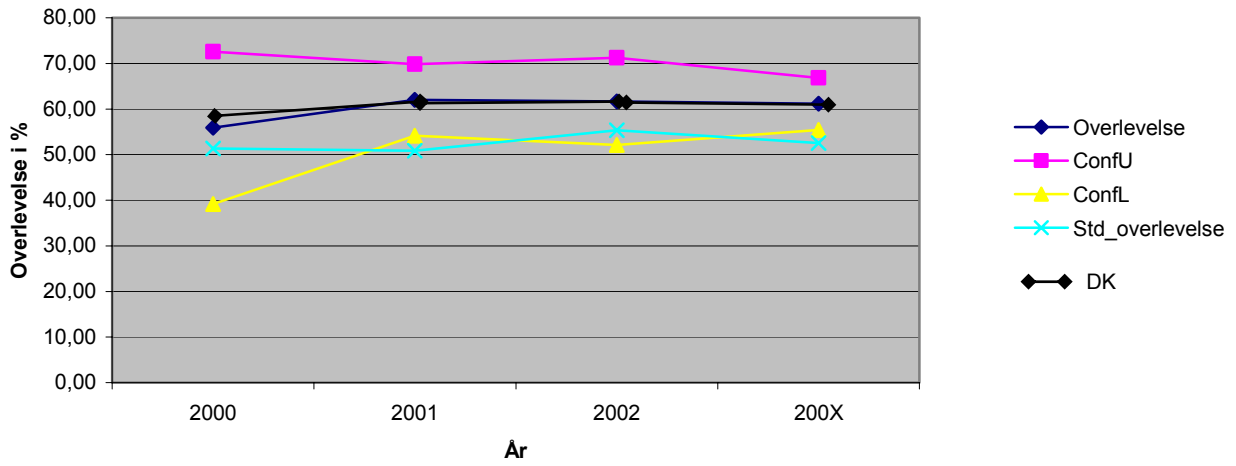
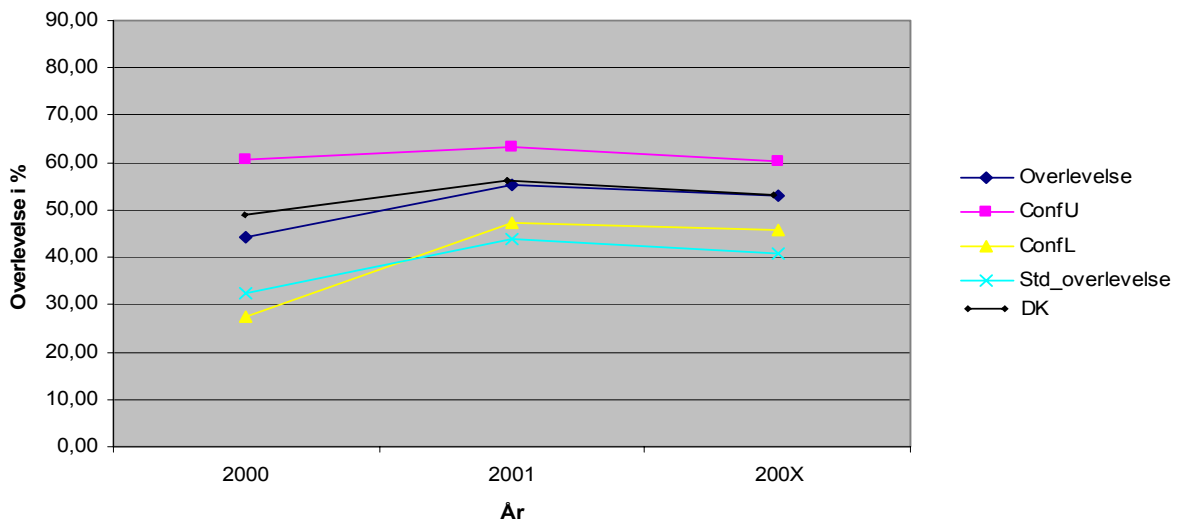


Fig. 2



Randers

Fig. 1

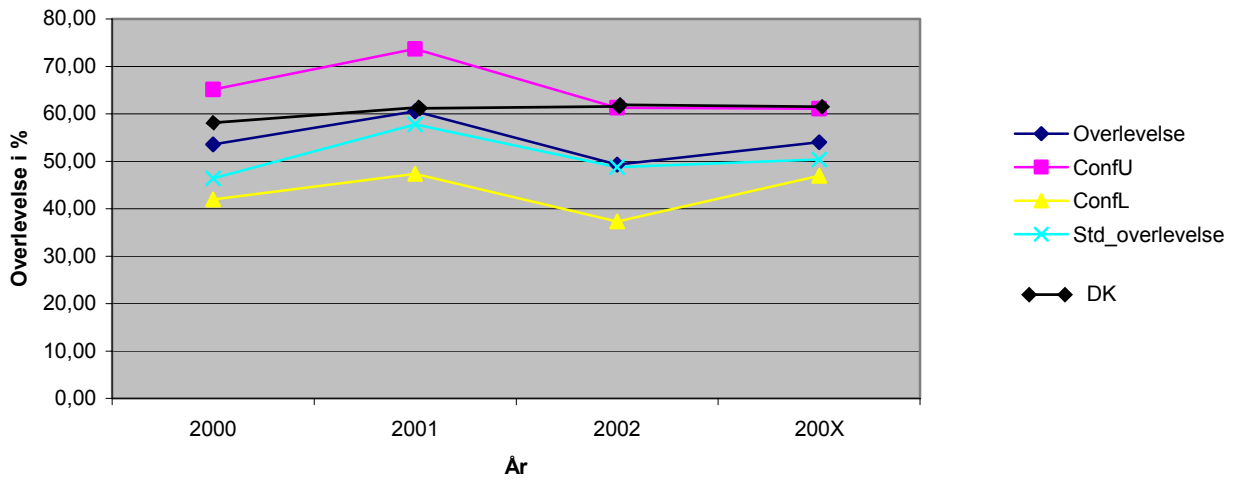
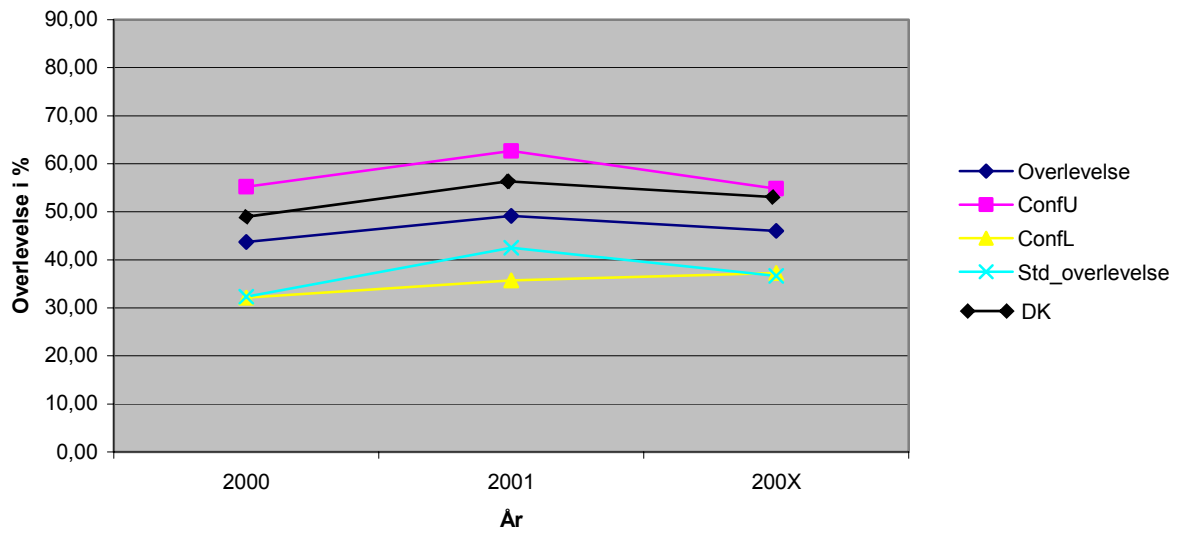


Fig. 2



Skive

Pt. indberettet efter sammenlægning med Viborg, er ikke medtaget
Fig. 1

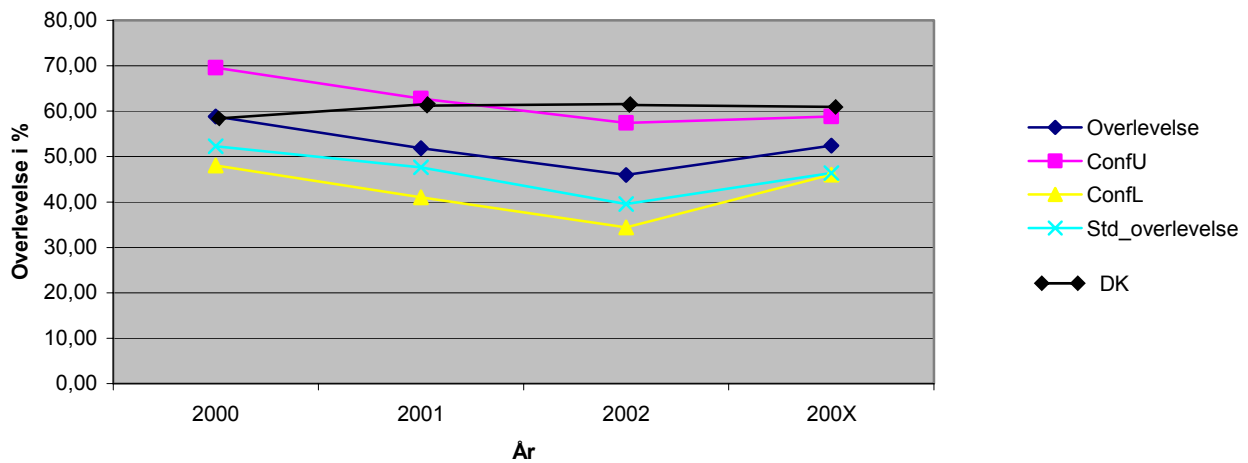
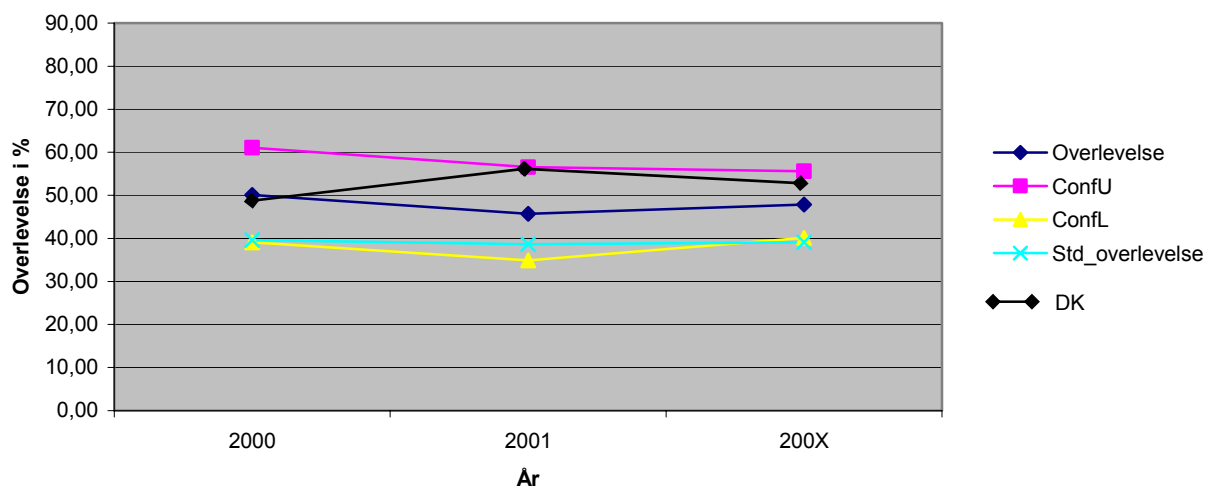
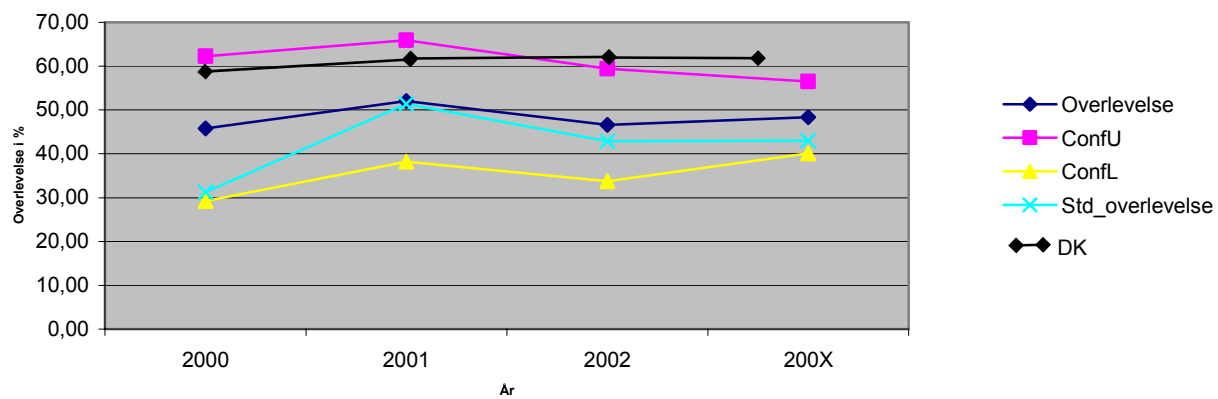


Fig. 2



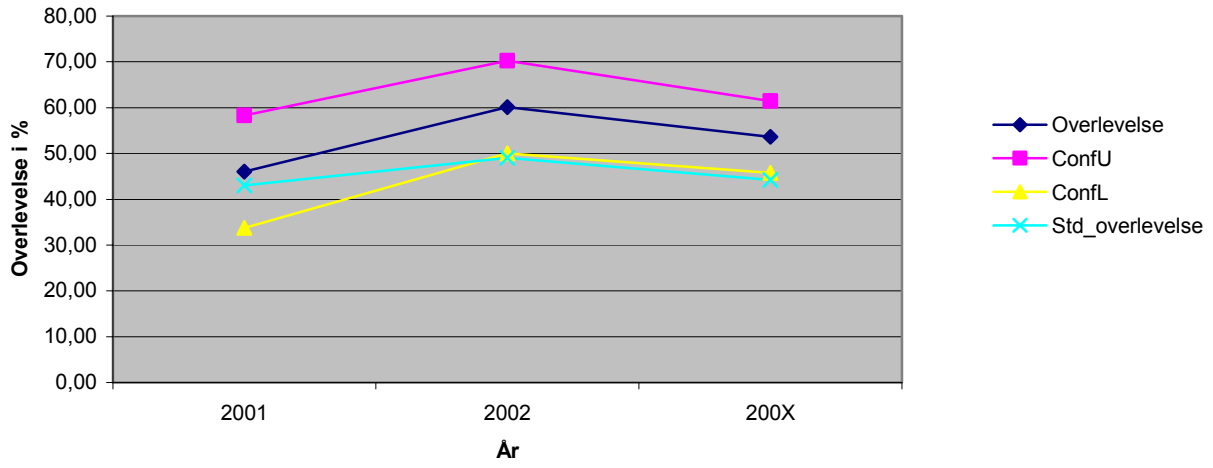
Ålborg

Fig. 1



Hjørring

Fig. 1



BILAG 2 – delays, ventetider og henvisning.

Tabel 1 – henvisning fra:

	Primær sektor i %					Sekundær sektor i %				
	2000	2001	2002	2003	2000-2003	2000	2001	2002	2003	2000-2003
Bispebjerg	65	60	58	62	61	35	40	42	38	39
Hvidovre	-	30	7	0	22	-	70	93	100	78
Gentofte	18	11	18	17	16	82	89	82	83	84
Frederikssund	-	-	-	59	59	-	-	-	41	41
Helsingør	-	-	-	41	41	-	-	-	59	59
Roskilde	79	57	66	58	63	21	43	34	42	37
Holbæk	-	66	86	49	58	-	34	14	51	42
Næstved	-	59	69	56	61	-	41	31	44	39
Bornholm	-	-	-	100	100	-	-	-	0	0
OUH	53	46	41	43	46	47	54	59	57	54
Middelfart	-	-	77	80	79	-	-	23	20	21
Svendborg	-	-	-	51	51	-	-	-	49	49
Sønderborg	45	38	61	40	45	55	62	39	60	55
Haderslev	-	-	80	65	70	-	-	20	35	30
Tønder	62	77	43	58	57	38	23	57	42	43
Esbjerg ØNH	15	23	13	16	17	81	77	87	84	83
Vejle	69	75	57	52	59	31	25	43	48	41
Holstebro	84	78	65	64	72	16	22	35	36	28
Silkeborg	-	-	-	79	79	-	-	-	21	21
Århus	74	51	63	64	60	36	37	49	26	40
Randers	81	68	60	66	70	19	32	40	34	30
Skive	-	-	-	60	60	-	-	-	40	40
Ålborg	47	37	28	9	30	53	63	72	91	70
Hjørring	-	43	31	31	34	-	57	69	69	66
Nykøbing F	-	-	-	61	61	-	-	-	39	39

Tabel 2 – udredning:

	Ambulant i %					Indlæggelse i %				
	2000	2001	2002	2003	2000-2003	2000	2001	2002	2003	2000-2003
Bispebjerg	96	95	97	98	96	35	31	20	8	24
Hvidovre	-	30	7	0	22	-	70	93	100	78
Gentofte	94	86	89	87	88	22	35	11	14	20
Frederikssund	-	-	-	13	13	-	-	-	85	85
Helsingør	-	-	-	50	50	-	-	-	55	55
Roskilde	79	81	71	65	73	30	20	32	41	31
Holbæk	-	89	71	70	76	-	16	29	43	33
Næstved	-	32	54	59	52	-	75	60	43	56
Bornholm	-	-	-	43	43	-	-	-	67	67
OUH	58	66	86	67	70	59	49	41	31	44
Middelfart	-	-	90	73	81	-	-	10	32	22
Svendborg	-	-	-	84	83	-	-	-	25	25
Sønderborg	58	56	39	35	47	79	98	94	100	93
Haderslev	-	-	70	65	70	-	-	23	46	32
Tønder	10	31	70	54	45	100	85	27	46	58
Esbjerg ØNH	0	3	0	0	1	98	96	97	99	98
Vejle	98	99	91	92	93	6	3	12	9	9
Holstebro	78	73	75	78	76	47	86	90	91	91
Silkeborg	-	-	-	6	4	-	-	-	94	97
Århus	94	80	86	77	81	12	60	24	28	37
Randers	43	51	54	53	50	55	51	40	47	49
Skive	-	-	-	54	54	-	-	-	70	70
Ålborg	93	80	73	87	83	77	71	63	50	65
Hjørring	-	76	74	60	71	-	24	43	76	47
Nykøbing F	-	-	-	78	78	-	-	-	39	39

Tabel 3 – henvisning til:

	Ikke henviste i %					Kirurgi %					Onkologi i %				
	2000	2001	2002	2003	2000-2003	2000	2001	2002	2003	2000-2003	2000	2001	2002	2003	2000-2003
Bispebjerg	31	27	13	8	21	39	36	45	44	41	32	38	42	47	39
Hvidovre	-	48	52	50	51	-	7	15	3	9	-	48	37	47	41
Gentofte	33	31	62	25	30	28	24	21	17	21	40	45	47	59	49
Frederikssund	-	-	-	37	37	-	-	-	9	9	-	-	-	54	54
Helsingør	-	-	-	18	17	-	-	-	18	22	-	-	-	64	61
Roskilde	32	44	28	18	31	39	28	24	22	27	32	31	53	64	46
Holbæk	-	16	14	27	24	-	45	64	29	36	-	50	21	46	43
Næstved	-	41	31	18	28	-	20	26	14	20	-	39	46	70	54
Bornholm	-	-	-	10	9	-	-	-	48	48	-	-	-	43	43
OUH	17	16	12	15	15	18	20	18	17	18	65	67	71	68	68
Middelfart	-	-	7	5	5	-	-	23	17	21	-	-	73	78	75
Svendborg	-	-	-	33	36	-	-	-	22	20	-	-	-	47	45
Sønderborg	21	24	24	12	20	42	20	15	28	26	39	58	61	65	56
Haderslev	-	-	13	27	19	-	-	37	38	38	-	-	50	38	45
Tønder	29	46	27	25	30	52	15	33	17	31	33	38	43	58	44
Esbjerg ØNH	19	49	27	29	33	27	15	27	19	21	54	37	45	55	47
Vejle	25	17	30	20	24	47	29	16	14	20	27	54	54	67	56
Holstebro	23	22	21	34	25	39	34	28	25	31	41	48	53	45	47
Silkeborg	-	-	-	22	28	-	-	-	37	29	-	-	-	52	43
Århus	32	32	9	17	22	26	28	31	30	29	41	40	61	53	49
Randers	24	26	25	22	24	26	30	21	20	24	50	43	54	58	52
Skive	-	-	-	27	28	-	-	-	19	20	-	-	-	54	52
Ålborg	39	14	13	4	18	33	22	12	4	18	28	67	75	93	69
Hjørring	-	78	70	74	74	-	24	17	18	19	-	56	53	56	55
Nykøbing F	-	-	-	83	83	-	-	-	26	26	-	-	-	61	61

Tabel 4 – ventetider 1:

	Henvisning til ambulant / indlæggelse i dage mediant				
	2000	2001	2002	2003	2000-2003
Bispebjerg	4	3	5	5	4
Hvidovre	-	0	1	2	1
Gentofte	8	8	9	10	9
Frederikssund	-	-	-	9	9
Helsingør	-	-	-	7	7
Roskilde	7	7	7	6	7
Holbæk	-	13	9	8	10
Næstved	-	7	4	7	5
Bornholm	-	-	-	8	7
OUH	6	5	6	7	6
Middelfart	-	-	9	2	5
Svendborg	-	-	-	6	6
Sønderborg	4	5	7	4	5
Haderslev	-	-	4	5	5
Tønder	3	2	6	8	6
Vejle	18	17	11	10	11
Holstebro	12	11	11	11	11
Silkeborg	-	-	-	6	7
Århus	7	5	6	7	6
Randers	8	8	7	6	7
Skive	-	-	-	9	10
Ålborg	21	13	12	13	15
Hjørring	-	5	4	3	4
Nykøbing F	-	-	-	7	7

Tabel 5 – ventetider 2:

	Henvisning til endelig svar i dage mediant				
	2000	2001	2002	2003	2000- 2003
Bispebjerg	20	17	21	21	19
Hvidovre	-	11	11	11	11
Gentofte	29	22	25	27	25
Frederikssund	-	-	-	15	15
Helsingør	-	-	-	23	23
Roskilde	32	23	22	18	23
Holbæk	-	34	22	20	23
Næstved	-	17	20	20	19
Bornholm	-	-	-	15	15
OUH	19	14	15	19	16
Middelfart	-	-	17	15	17
Svendborg	-	-	-	21	23
Sønderborg	12	19	18	18	18
Haderslev	-	-	23	20	23
Tønder	37	20	33	21	30
Esbjerg ØNH	17	11	14	13	13
Vejle	35	34	21	19	22
Holstebro	34	24	28	25	27
Silkeborg	-	-	-	34	32
Århus	34	27	28	34	30
Randers	26	22	17	18	21
Skive	-	-	-	28	28
Ålborg	35	30	29	29	31
Hjørring	-	29	28	21	27
Nykøbing F	-	-	-	17	17

Tabel 6 – ventetider 3:

	Henvisning til endelig svar i dage i gennemsnit (mean)				
	2000	2001	2002	2003	2000- 2003
Bispebjerg	25	18	23	22	22
Hvidovre	-	15	10	13	12
Gentofte	31	24	28	35	28
Frederikssund	-	-	-	16	16
Helsingør	-	-	-	40	43
Roskilde	43	25	24	22	27
Holbæk	-	45	89	29	41
Næstved	-	28	22	31	27
Bornholm	-	-	-	16	32
OUH	26	18	19	21	21
Middelfart	-	-	21	28	25
Svendborg	-	-	-	26	33
20	20	20	15	28	21
Haderslev	-	-	34	23	26
Tønder	43	23	34	11	29
Esbjerg ØNH	52	18	15	11	17
Vejle	43	39	26	20	27
Holstebro	46	27	38	31	35
Silkeborg	-	-	-	35	35
Århus	51	30	38	38	36
Randers	23	25	20	20	22
Skive	-	-	-	28	29
Ålborg	44	40	37	40	39
Hjørring	-	25	29	29	28
Nykøbing F	-	-	-	18	18

Tabel 7 – ventetider 4:

	Udredning < 4 uger i %				
	2000	2001	2002	2003	2000-2003
Bispebjerg	51	80	75	71	68
Hvidovre	-	86	100	93	73
Gentofte	26	66	56	61	54
Frederikssund	-	-	-	85	64
Helsingør	-	-	-	55	40
Roskilde	21	59	65	75	53
Holbæk	-	23	59	68	40
Næstved	-	59	67	59	54
Bornholm	-	-	-	81	74
OUH	60	79	81	73	73
Middelfart	-	-	72	66	66
Svendborg	-	-	-	68	52
Sønderborg	39	76	83	79	66
Haderslev	-	-	57	65	48
Tønder	23	64	34	59	41
Esbjerg ØNH	26	75	83	86	71
Vejle	19	24	70	79	60
Holstebro	20	60	44	57	44
Silkeborg	-	-	-	37	35
Århus	14	49	47	32	36
Randers	34	60	81	85	62
Skive	-	-	-	49	48
Ålborg	5	30	47	48	28
Hjørring	-	48	49	59	51
Nykøbing F	-	-	-	87	87

BILAG 3 – udredningsmetoder i %:

Tabel 1:

	Rtg. thorax	Ekspektorat	Bronkoskopi	Media- stinoskopi	CT Thorax	UL Abdomen	TT Biopsi	Cen- tese	Scinti- grafi	EUS
Bispebjerg	99	0	94	0	95	4	25	2	2	0
Hvidovre	100	0	44	6	75	31	6	13	3	0
Gentofte	100	1	84	20	89	22	27	9	1	10
Frederikssund	96	0	61	13	76	0	28	7	0	0
Helsingør	100	0	90	30	95	10	35	5	0	0
Roskilde	98	5	77	7	98	17	19	8	0	0
Holbæk	99	1	58	8	78	10	13	11	1	0
Næstved	100	0	89	15	86	9	38	12	1	20
Bornholm	95	5	55	0	100	5	9	14	0	0
OUH	97	0	83	23	95	9	17	8	3	3
Middelfart	100	0	93	5	100	2	32	2	0	2
Svendborg	98	2	91	15	87	7	20	7	0	0
Sønderborg	92	2	44	30	96	16	40	8	0	0
Haderslev	92	0	42	15	100	8	42	4	0	0
Tønder	96	35	31	27	81	15	27	8	4	0
Esbjerg ØNH	75	1	51	41	96	10	11	2	2	0
Vejle	95	0	49	30	100	11	37	11	2	2
Holstebro	99	4	66	35	94	16	43	8	13	0
Silkeborg	100	4	83	58	98	30	42	7	0	2
Århus	99	1	72	51	95	30	46	9	5	4
Randers	97	0	48	37	96	30	40	13	7	0
Skive	98	7	61	37	94	14	36	6	0	1
Ålborg	93	4	82	53	93	8	13	8	0	2
Hjørring	98	48	38	22	97	5	29	8	0	5
Nykøbing F	100	4	57	9	91	0	30	4	0	0

BILAG 4 – stadier:

Stadiefordeling i % af 2003 populationen:

Tabel 1:

	Stadium I	Stadium II	Stadium III	Stadium IV
Bispebjerg	17	5	32	42
Hvidovre	3	6	13	78
Gentofte	16	3	28	58
Frederikssund	12	5	47	37
Helsingør	43	14	10	33
Roskilde	17	5	33	45
Holbæk	15	11	32	42
Næstved	13	3	39	44
Bornholm	5	14	29	48
OUH	22	6	36	36
Middelfart	27	7	39	27
Svendborg	25	22	16	37
Sønderborg	22	10	20	48
Haderslev	26	30	9	35
Tønder	14	10	10	67
Esbjerg ØNH	23	11	25	41
Vejle	17	6	33	44
Holstebro	28	7	29	36
Silkeborg	37	6	25	33
Århus	27	6	27	38
Randers	24	3	22	50
Skive	25	3	30	41
Ålborg	13	13	39	35
Hjørring	19	9	14	59
Nykøbing F	27	5	36	32

Overlevelse stadier

for alle patienter indrapporteret fra afdelingerne (for antal se tabel 8 i årsrapporten) i perioden 2000 – 2003:

Tabel 2:

Afdeling	1 års observation		2 års observation		3 års observation	
	1 års overlevelse		2 års overlevelse		3 års overlevelse	
	n	%	n	%	n	%
Bispebjerg	696	73,08	477	68,03	184	64,21
Gentofte	788	76,78	466	72,87	105	59,10
Roskilde	256	63,33	157	54,18	-	-
Næstved	136	50,04	-	-	-	-
Odense	519	64,87	338	62,56	161	60,38
Sønderborg	111	48,68	-	-	-	-
Esbjerg	244	54,97	127	36,31	-	-
Vejle	315	71,54	124	54,11	-	-
Holstebro	305	58,08	187	44,99	-	-
Århus	280	61,13	181	53,10	-	-
Randers	191	53,98	124	46,03	-	-
Skive	233	52,42	161	47,88	-	-
Ålborg	143	48,31	-	-	-	-
Hjørring	155	53,62	-	-	-	-

Overlevelserne er opgjort hvis det samlede antal observationer > 100 patienter.

BILAG 5 – total overlevelse kirurgi:

Rigshospitalet

Fig. 1:

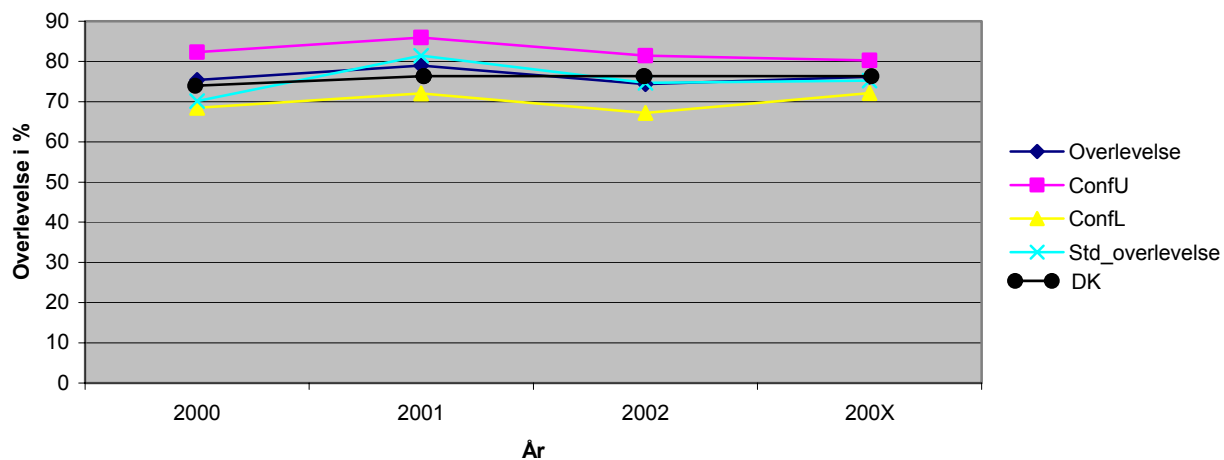


Fig. 2:

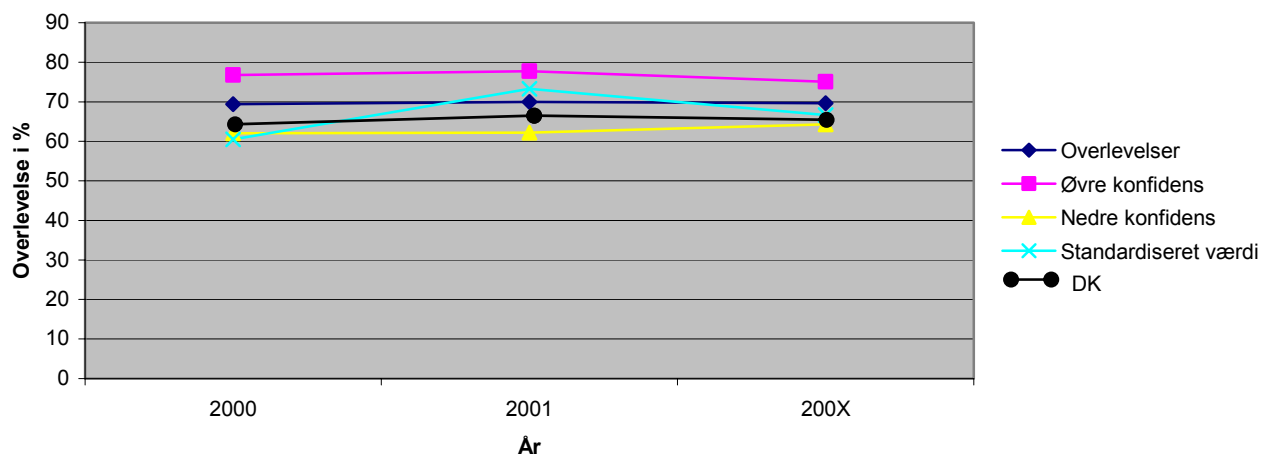
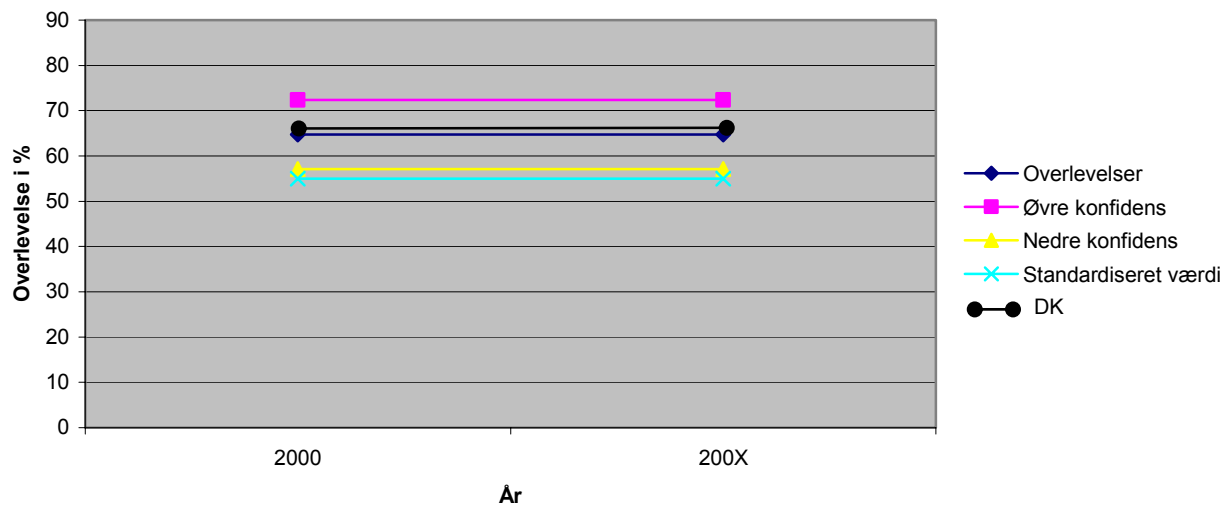


Fig. 3:



Gentofte

Fig. 1:

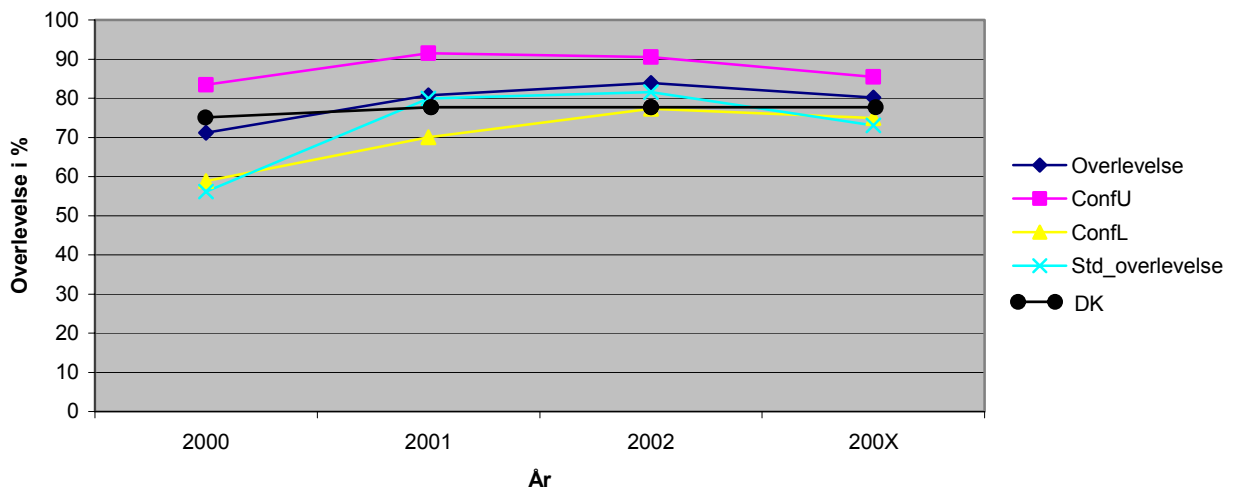


Fig. 2:

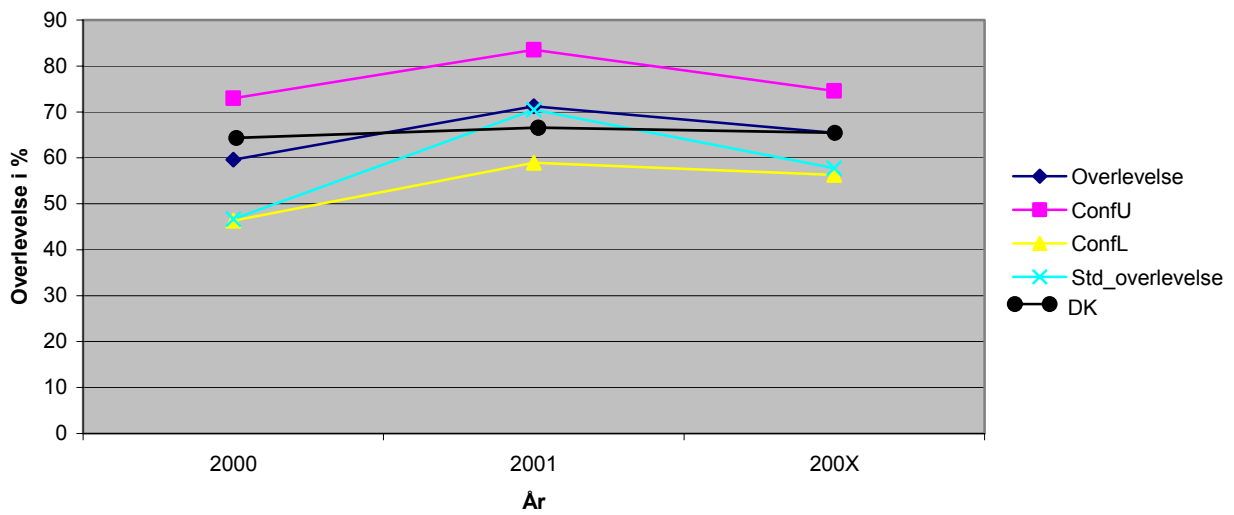
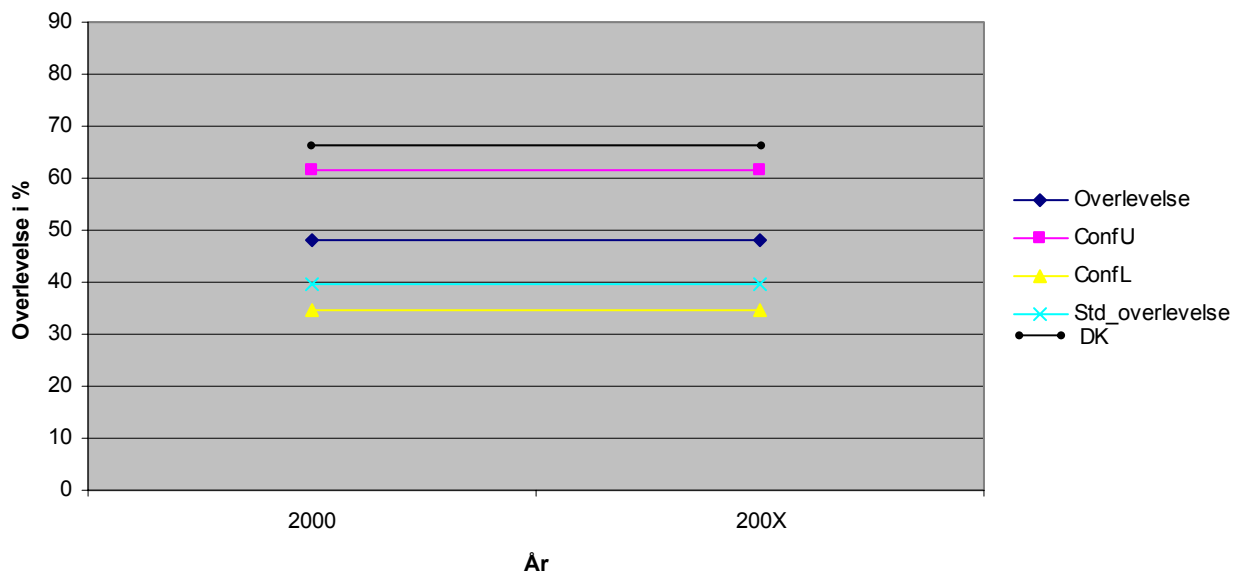


Fig. 3:



Odense

Fig. 1:

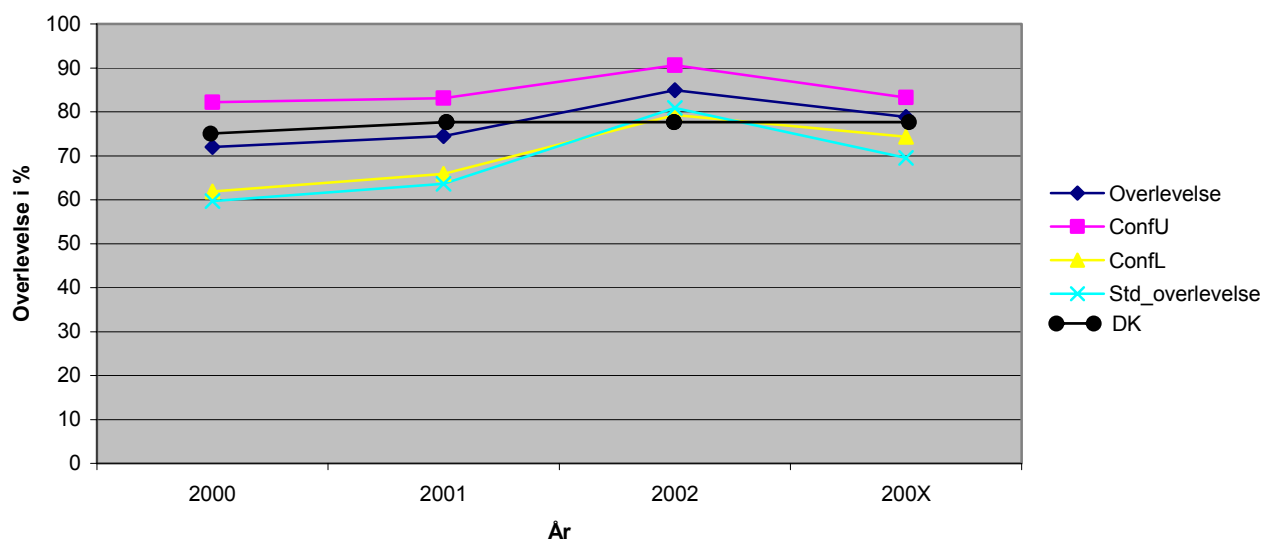


Fig. 2:

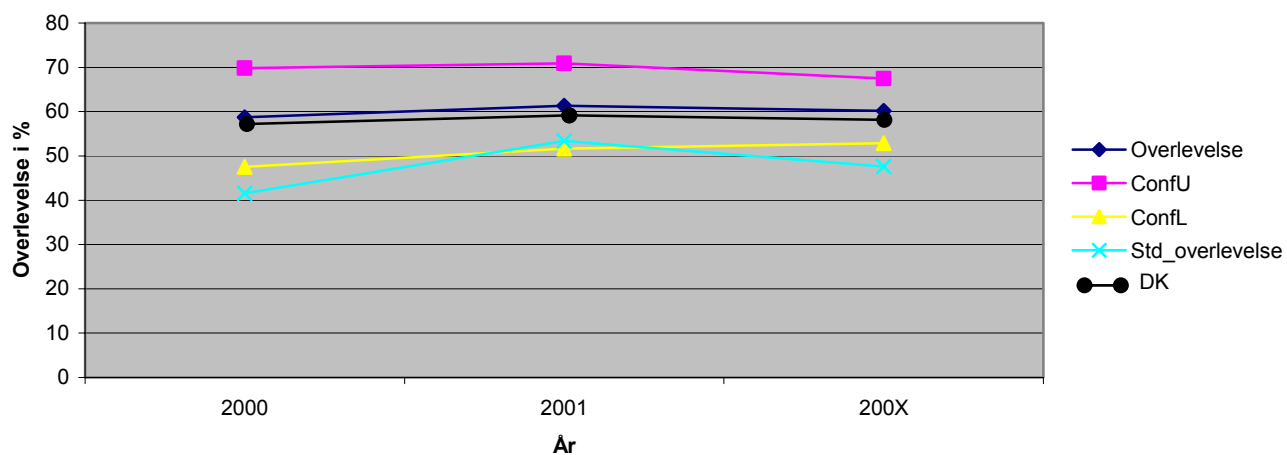
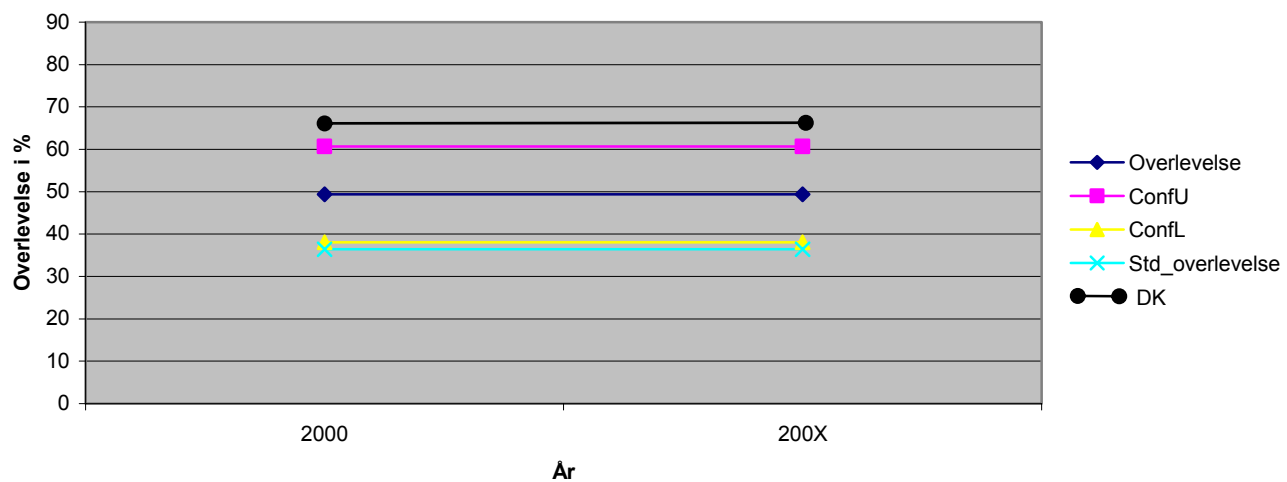


Fig. 3:



Vejle

Fig. 1:

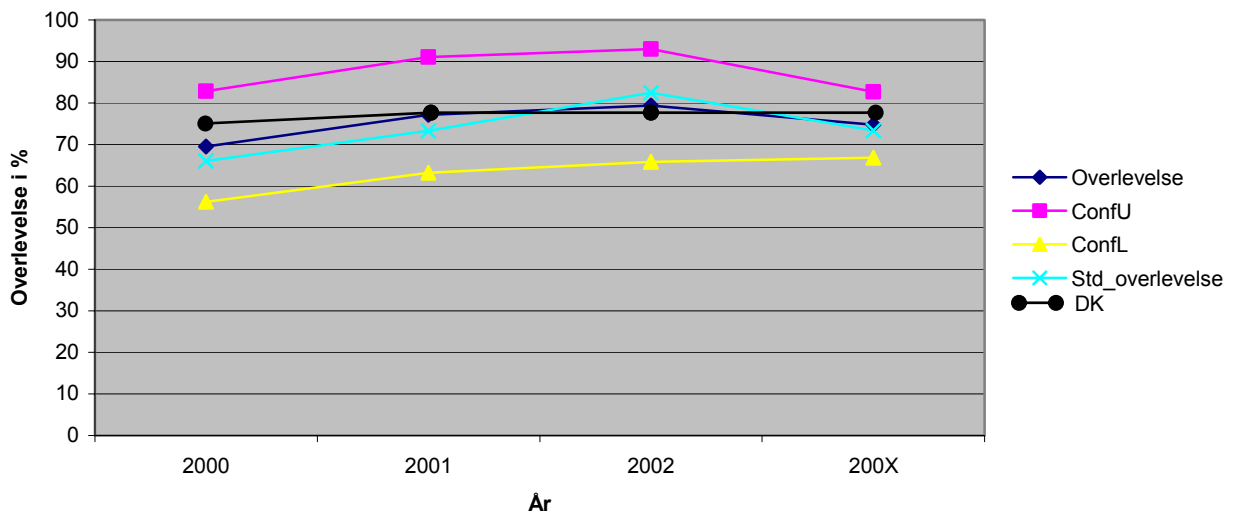


Fig. 2:

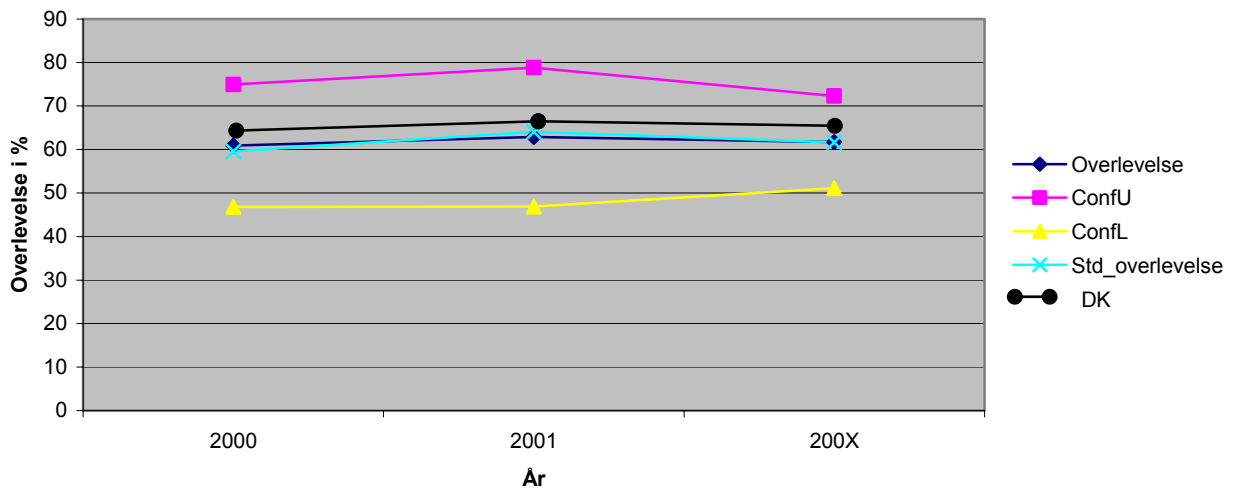
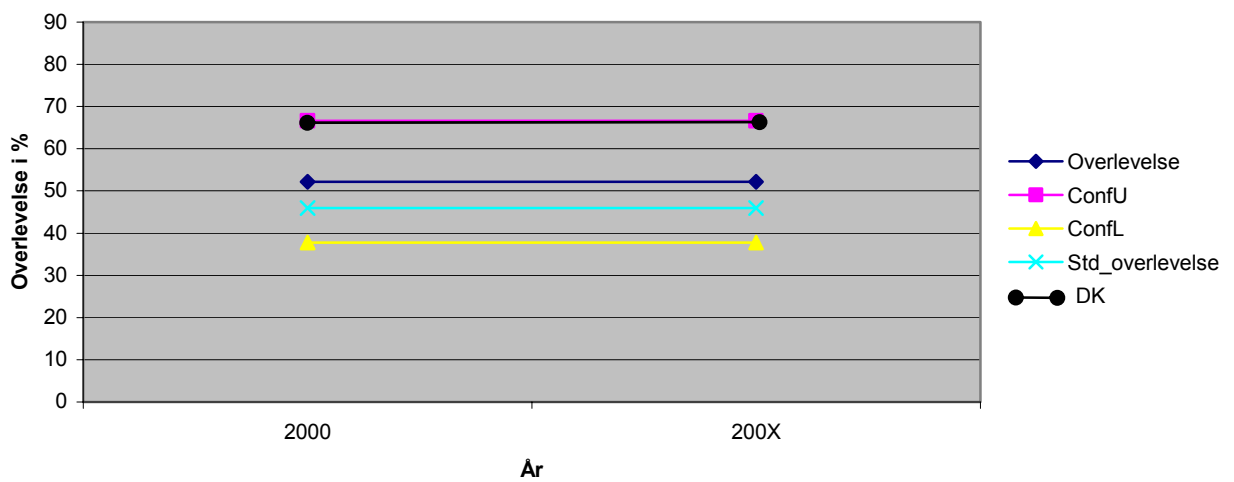


Fig. 3:



Skejby

Fig. 1:

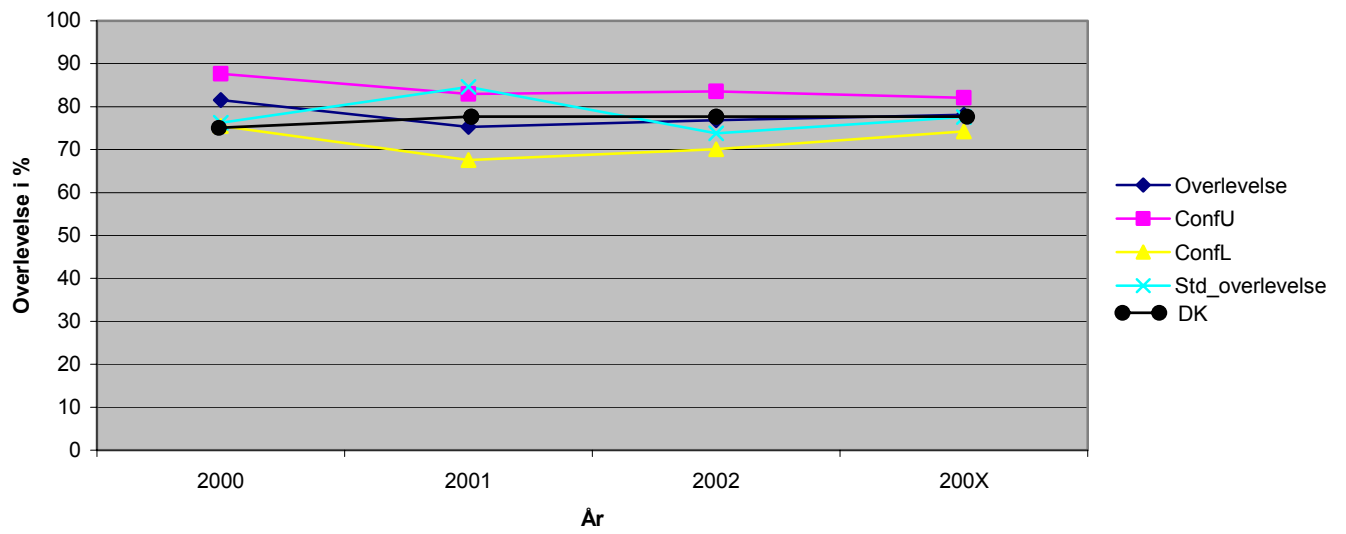


Fig. 2:

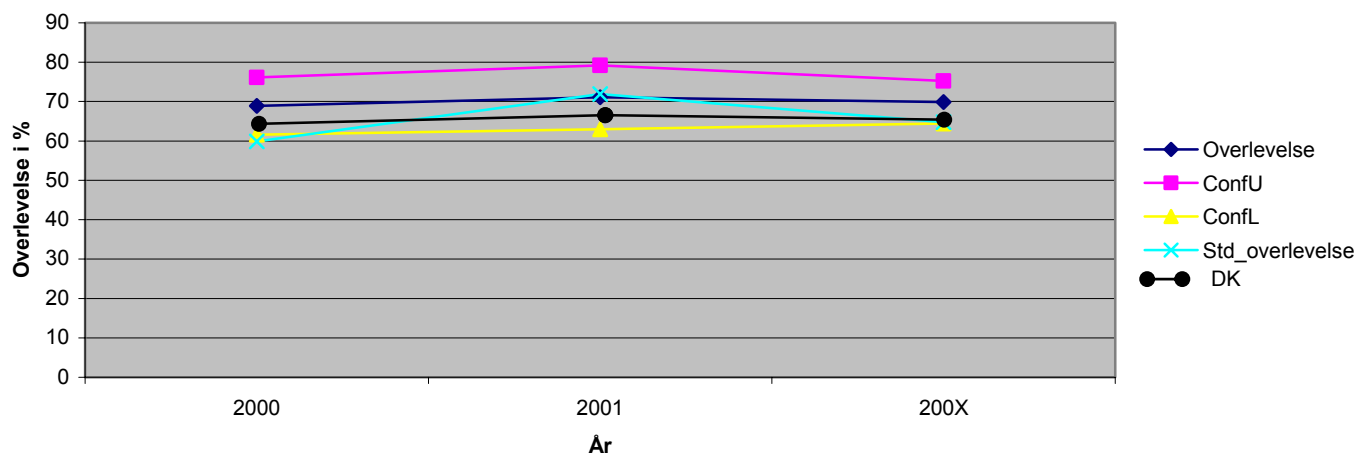
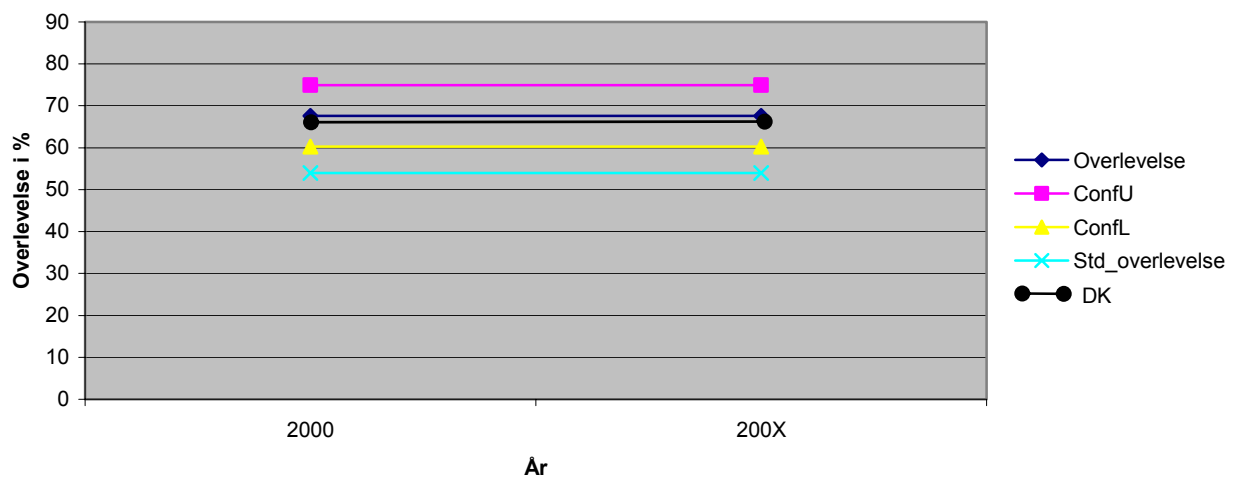


Fig. 3:



Viborg

Fig. 1:

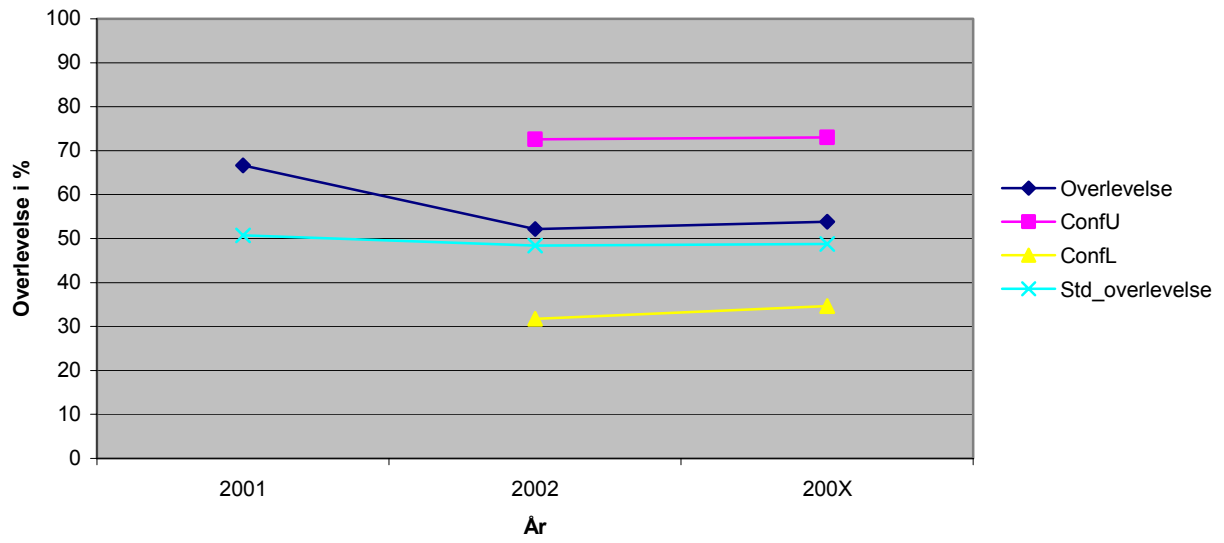
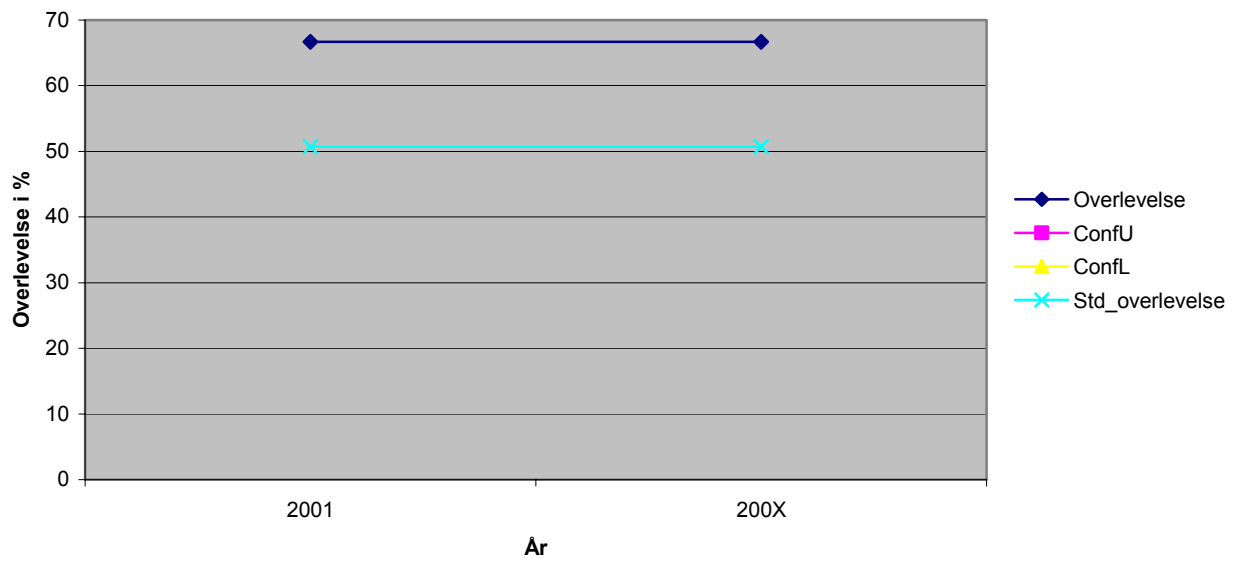


Fig. 2:



Ålborg

Fig. 1:

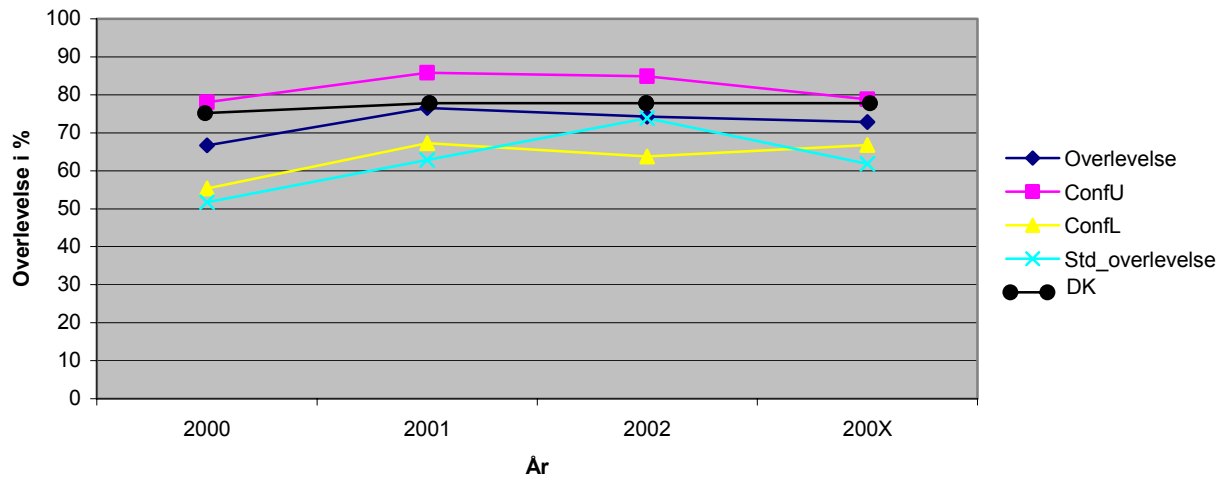


Fig. 2:

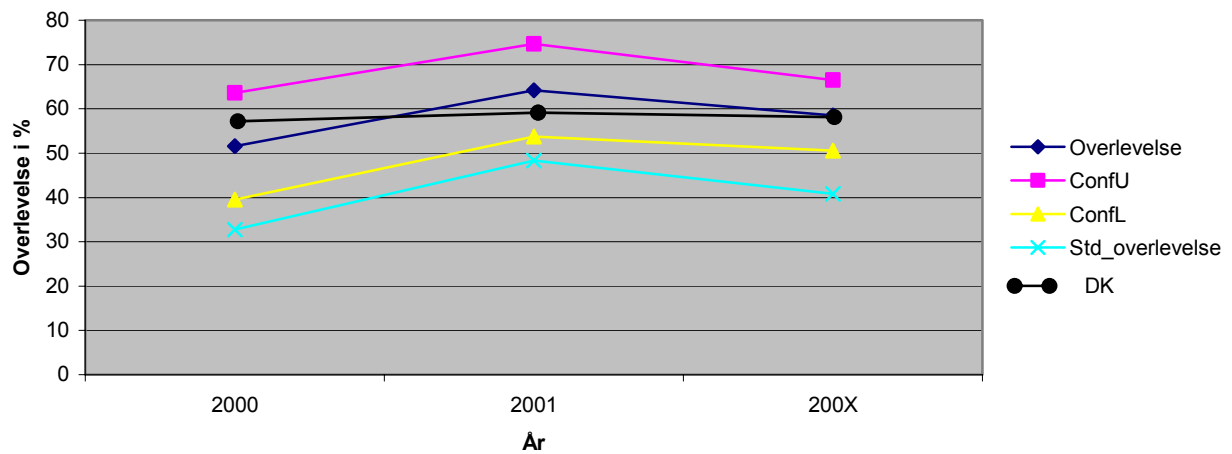
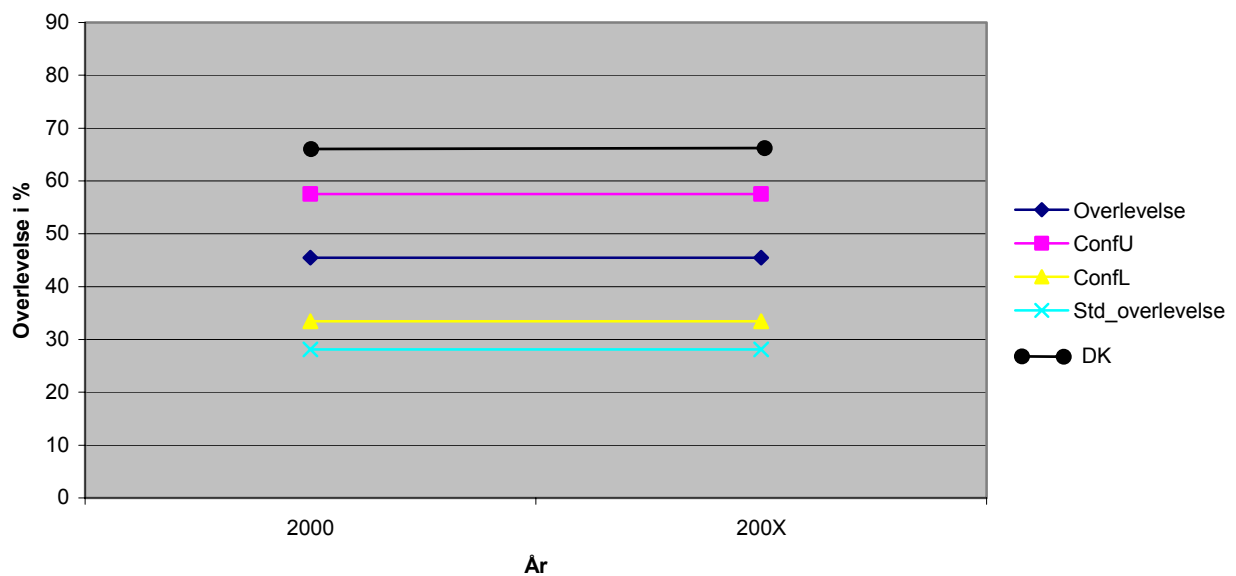


Fig. 3:



BILAG 6 – overlevelse operationstyper:

Tabel 1 – 1 års overlevelser:

Afdeling	Operationstype	Observeret 1 års overlevelse 2000 population	Observeret 1 års overlevelse 2001 population	Observeret 1 års overlevelse 2002 population
Rigshospitalet	Resektion	58	70	60
	Lobektomi	75	81	75
	Pneumonektomi	69	84	69
	Eksplorative	60	57	60
Gentofte	Resektion	-	100	-
	Lobektomi	93	100	90
	Pneumonektomi	50	81	50
	Eksplorative	45	50	46
Odense	Resektion	73	90	72
	Lobektomi	84	85	82
	Pneumonektomi	68	94	68
	Eksplorative	62	35	60
Vejle	Resektion	80	100	80
	Lobektomi	80	69	80
	Pneumonektomi	81	100	82
	Eksplorative	50	60	50
Skejby	Resektion	100	100	100
	Lobektomi	83	77	83
	Pneumonektomi	70	67	70
	Eksplorative	55	29	55
Ålborg	Resektion	60	93	60
	Lobektomi	64	76	65
	Pneumonektomi	68	62	69
	Eksplorative	22	64	25
Viborg	Resektion	-	-	-
	Lobektomi	-	100	-
	Pneumonektomi	-	100	-
	Eksplorative	-	-	-

Tabel 2 – 2 års overlevelser:

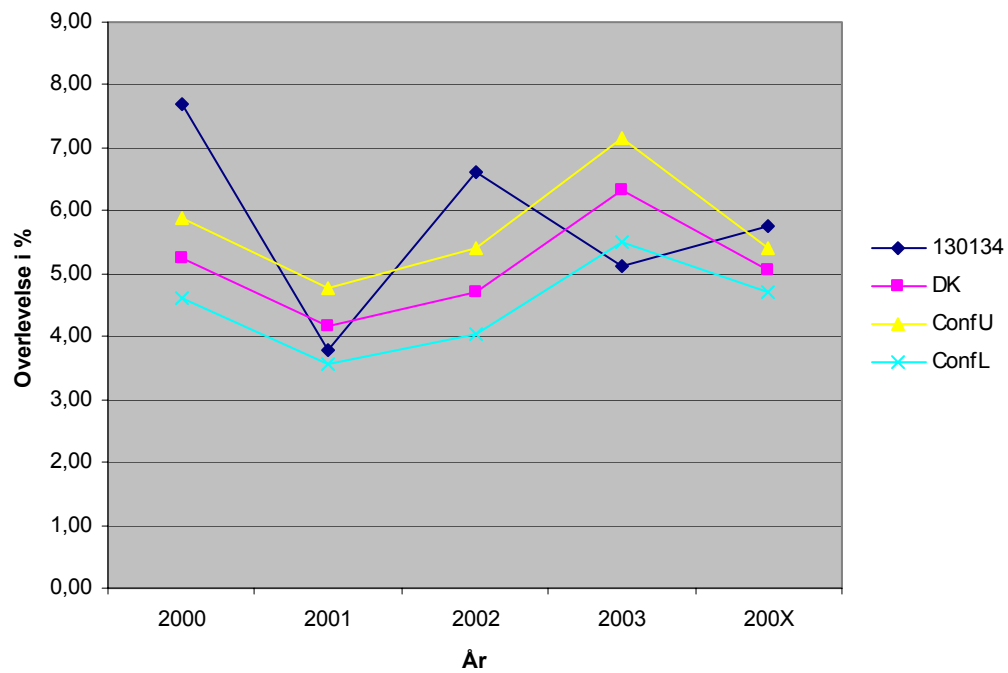
Afdeling	Operationstype	Observeret 2 års overlevelse 2000 population	Observeret 2 års overlevelse 2001 population
Rigshospitalet	Resektion	45	30
	Lobektomi	59	66
	Pneumonektomi	37	73
	Eksplorative	41	19
Gentofte	Resektion	-	83
	Lobektomi	79	91
	Pneumonektomi	27	64
	Eksplorative	28	38
Odense	Resektion	30	82
	Lobektomi	63	67
	Pneumonektomi	57	65
	Eksplorative	53	13
Vejle	Resektion	35	100
	Lobektomi	65	50
	Pneumonektomi	71	80
	Eksplorative	45	60
Skejby	Resektion	100	100
	Lobektomi	69	61
	Pneumonektomi	42	33
	Eksplorative	15	29
Ålborg	Resektion	35	90
	Lobektomi	41	64
	Pneumonektomi	57	50
	Eksplorative	10	45

Tabel 3 – 3 års overlevelser:

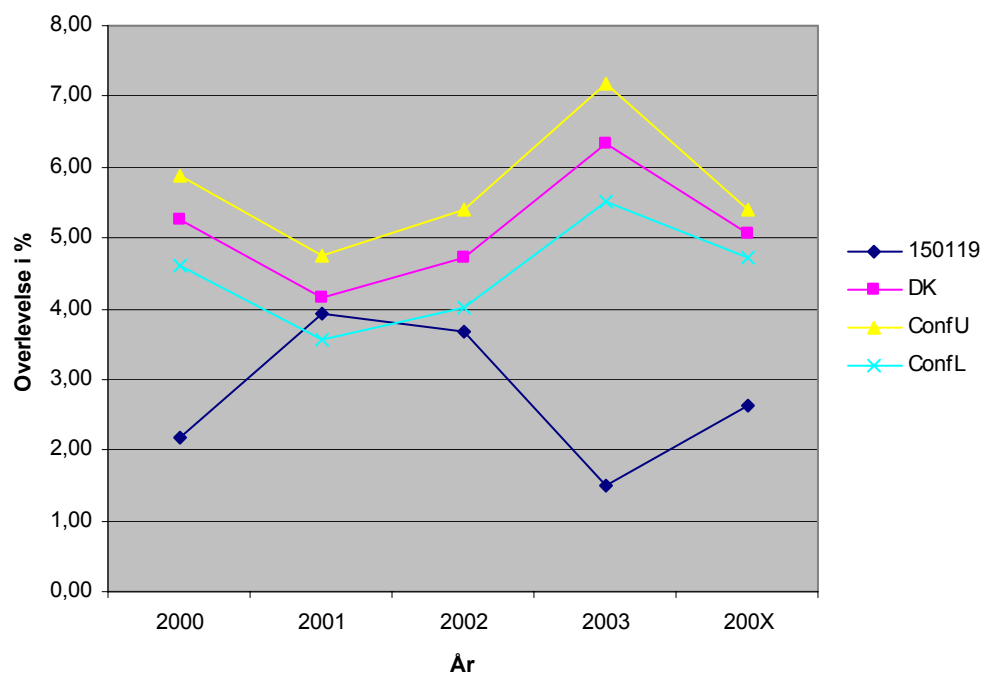
Afdeling	Operationstype	Observeret 3 års overlevelse 2000 population
Rigshospitalet	Resektion	36
	Lobektomi	52
	Pneumonektomi	31
	Eksplorative	37
Gentofte	Resektion	-
	Lobektomi	70
	Pneumonektomi	17
	Eksplorative	27
Odense	Resektion	63
	Lobektomi	55
	Pneumonektomi	42
	Eksplorative	27
Vejle	Resektion	38
	Lobektomi	70
	Pneumonektomi	44
	Eksplorative	50
Skejby	Resektion	100
	Lobektomi	60
	Pneumonektomi	36
	Eksplorative	15
Ålborg	Resektion	22
	Lobektomi	38
	Pneumonektomi	55
	Eksplorative	-

BILAG 7 – 30 dages mortalitet:

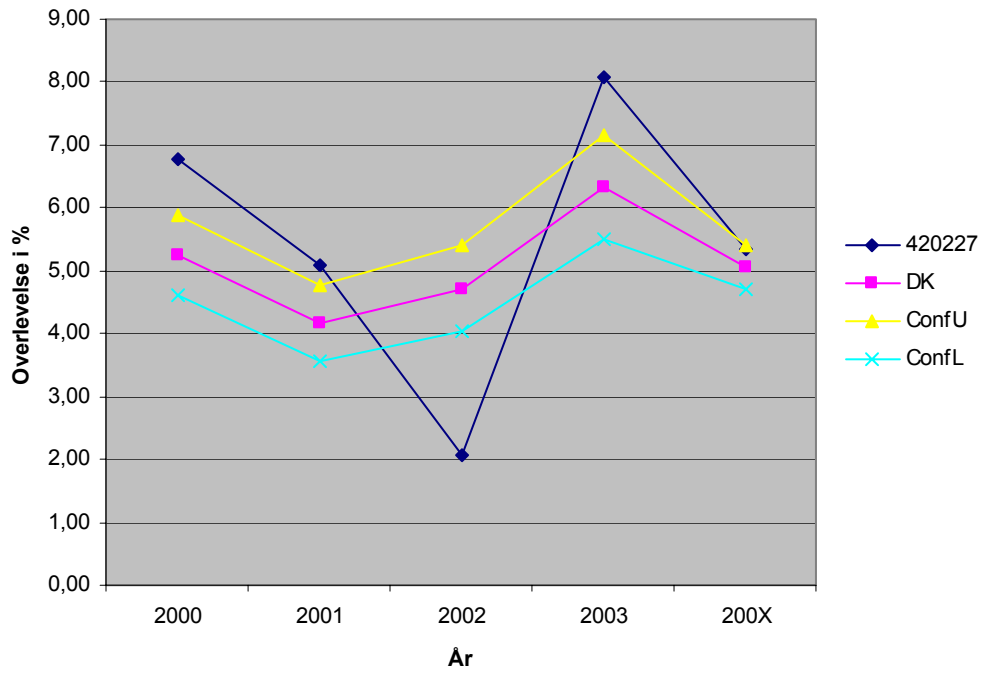
Rigshospitalet



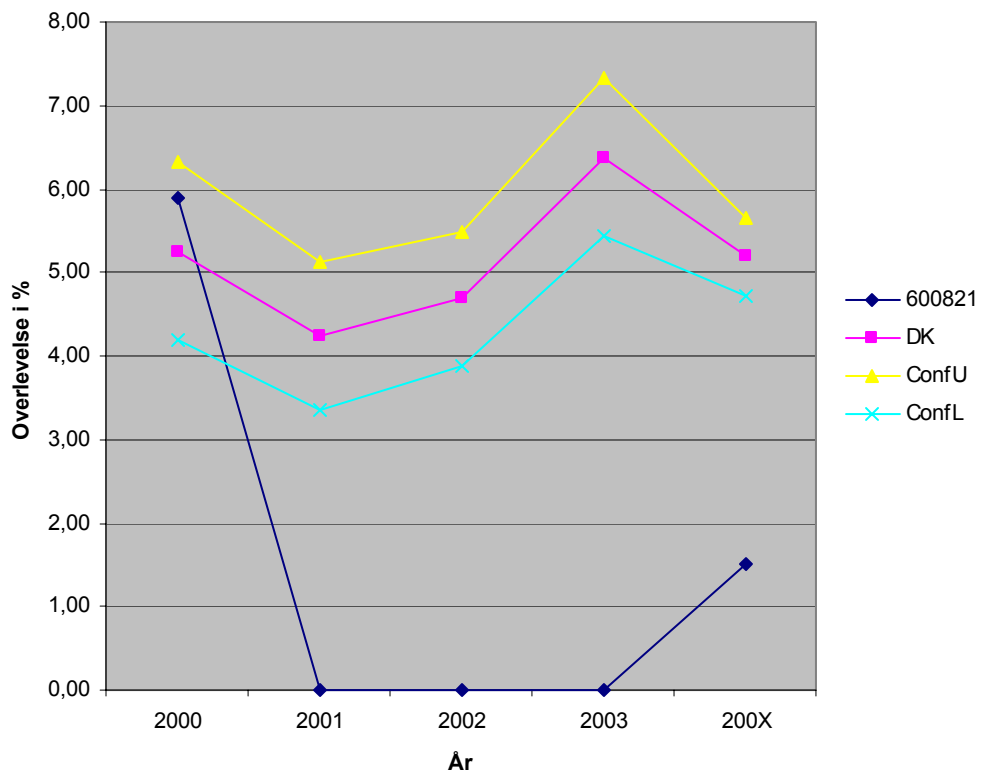
Gentofte



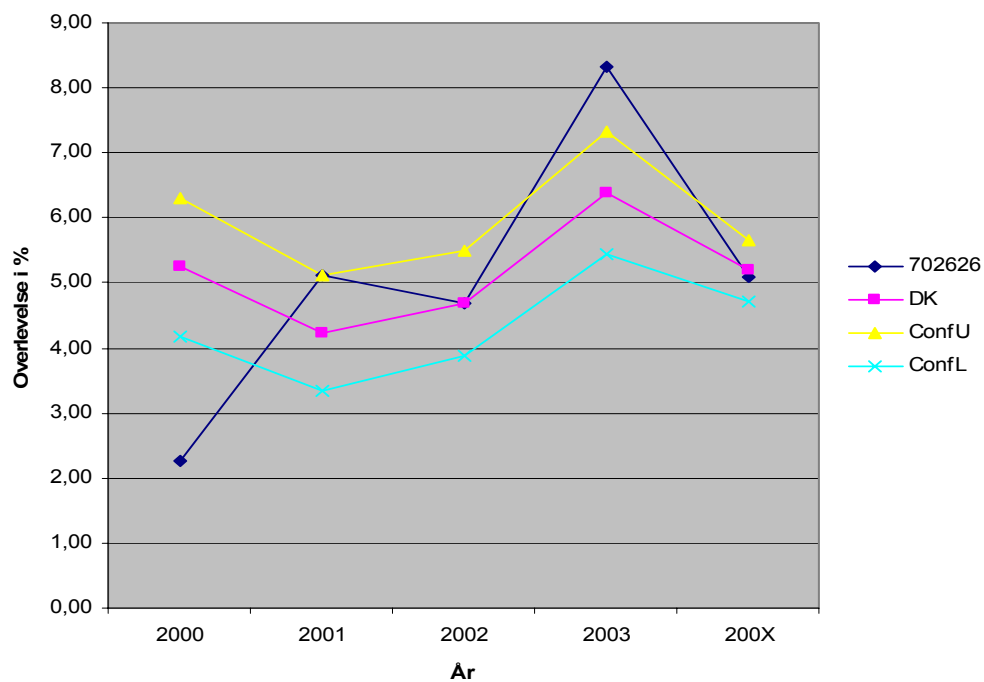
Odense



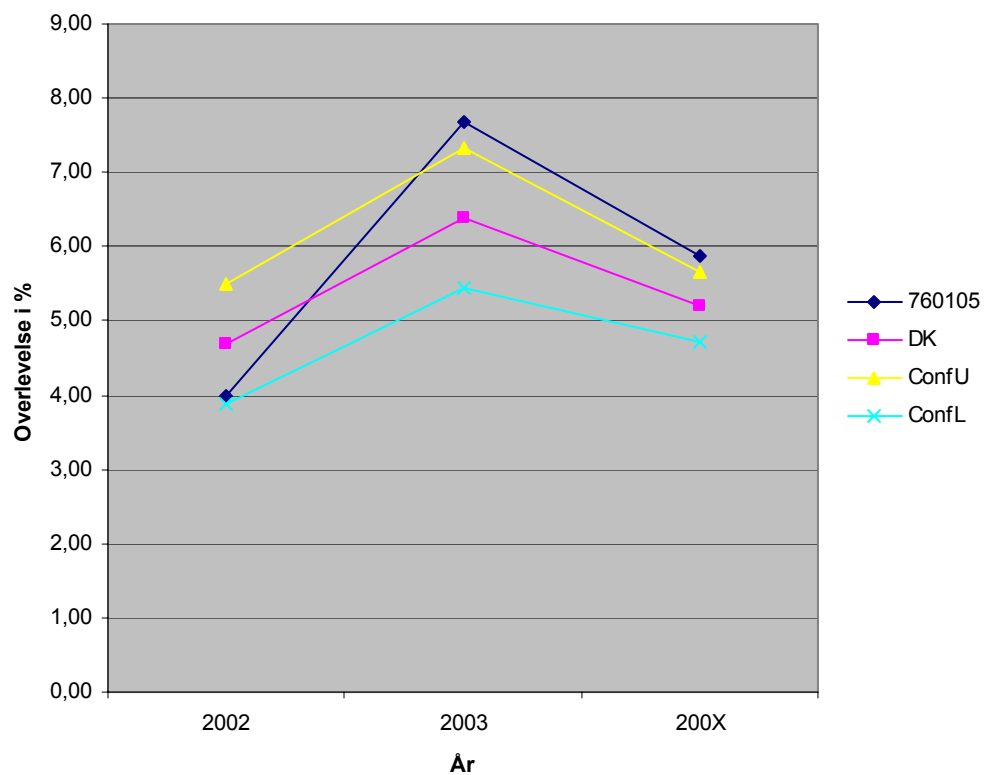
Vejle



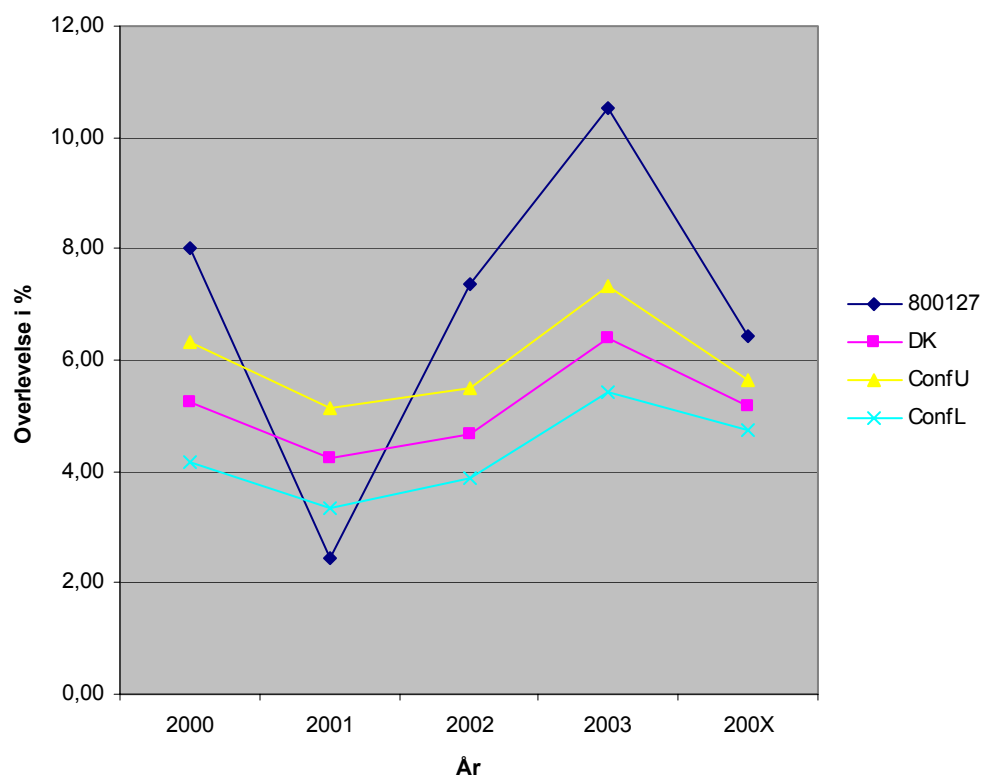
Skejby



Viborg



Ålborg



Tabel 1 – 30 dages mortalitet operationstyper:

Afdeling	Operationstype	30 dages mortalitet 2003 no.	30 dages mortalitet 2003 %	30 dages mortalitet 2000 – 2003 %
Rigshospitalet	Torakoskopi	6	0,0	0,0
	Eksplorative	18	5,6	5,7
	Resektion	15	0,0	4,2
	Lobektomi	67	1,5	5,2
	Pneumonektomi	29	17,2	9,9
	I alt	135	5,2	6,1
Gentofte	Torakoskopi	17	0,0	3,8
	Eksplorative	14	0,0	5,9
	Resektion	2	0,0	0,0
	Lobektomi	75	0,0	1,2
	Pneumonektomi	26	7,7	4,7
	I alt	131	1,5	2,9
Odense	Torakoskopi	1	0,0	0,0
	Eksplorative	17	11,9	10,1
	Resektion	18	0,0	0,0
	Lobektomi	87	5,8	4,3
	Pneumonektomi	38	15,8	9,0
	I alt	161	8,1	5,5
Vejle	Torakoskopi	-	-	0,0
	Eksplorative	-	-	16,7
	Resektion	6	0,0	0,0
	Lobektomi	13	0,0	0,0
	Pneumonektomi	9	0,0	4,8
	I alt	28	0	3,0
Skejby	Torakoskopi	1	0,0	0,0
	Eksplorative	7	0,0	8,1
	Resektion	4	0,0	0,0
	Lobektomi	95	6,0	4,2
	Pneumonektomi	20	20,0	11,8
	I alt	127	8,0	5,5
Viborg	Torakoskopi	-	-	-
	Eksplorative	2	0	0,0
	Resektion	-	-	0,0
	Lobektomi	19	0	0,0
	Pneumonektomi	5	40	18,8
	I alt	26	7,7	5,9
Ålborg	Torakoskopi	-	-	0,0
	Eksplorative	9	0,0	5,7
	Resektion	6	33,3	7,7
	Lobektomi	34	5,9	5,0
	Pneumonektomi	8	25,0	6,9
	I alt	57	10,5	6,9

BILAG 8 – operationstyper:

Tabel 1:

Afdeling	År	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet thoraxkirurgi	2003	18	10	50	21
	2002	19	11	50	20
	2001	19	7	48	26
	2000	19	8	50	23
	I alt	19	9	50	22
Gentofte thoraxkirurgi	2003	12	7	58	23
	2002	21	6	56	17
	2001	13	10	54	21
	2000	19	6	52	23
	I alt	16	7	56	21
Odense thoraxkirurgi	2003	10	12	55	23
	2002	15	19	47	19
	2001	22	13	48	16
	2000	16	20	39	25
	I alt	15	16	49	21
Vejle organkirurgisk	2003	0	19	50	31
	2002	15	9	53	24
	2001	14	3	43	40
	2000	9	17	46	28
	I alt	10	12	48	30
Skejby thoraxkirurgi	2003	5	3	74	17
	2002	9	8	66	18
	2001	4	1	84	11
	2000	12	3	63	22
	I alt	8	4	71	17
Viborg organkirurgisk	2003	8	0	72	20
	2002	22	4	30	43
	2001	33	0	33	33
	2000	-	-	-	-
	I alt	16	2	51	31
Aalborg thoraxkirurgi	2003	17	10	60	13
	2002	15	7	52	25
	2001	14	14	48	24
	2000	15	12	55	16
	I alt	15	11	53	20

BILAG 9 - patologityper:

Tabel 1:

Afdeling	År	Planocellulære karcinomer	Adeno- karcinomer	Storcellede karcinomer	Småcellet	Blandet type	Andet	Uoplyst
Rigshospitalet thoraxkirurgi	2003	30	46	7	2	3	7	1
	2002	34	50	7	1	1	5	1
	2001	48	32	8	1	0	7	5
	2000	45	27	11	2	0	5	0
Gentofte thoraxkirurgi	2003	21	35	19	1	7	2	10
	2002	22	41	13	2	4	7	11
	2001	27	44	10	0	6	10	4
	2000	21	46	8	0	25	0	0
Odense thoraxkirurgi	2003	33	51	4	1	1	6	1
	2002	36	42	7	7	1	6	1
	2001	47	36	2	3	1	10	0
	2000	47	40	3	4	0	7	0
Vejle organkirurgisk	2003	43	23	0	0	6	3	0
	2002	22	29	7	0	7	17	0
	2001	43	29	17	0	3	9	0
	2000	26	50	13	0	0	11	0
Skejby thoraxkirurgi	2003	38	35	1	1	1	4	1
	2002	43	33	3	1	4	8	1
	2001	40	42	3	0	6	7	2
	2000	48	33	3	2	4	9	1
Viborg organkirurgisk	2003	22	41	4	4	11	11	0
	2002	30	30	17	0	9	13	0
	2001	0	0	33	0	67	0	0
	2000	-	-	-	-	-	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	2003	45	23	4	3	6	9	1
	2002	40	35	6	1	6	9	1
	2001	39	41	4	5	1	10	0
	2000	43	34	6	1	3	12	0

BILAG 10 - postoperative stadier:

Tabel 1 – postoperative stadier i %:

Afdeling	År	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV
Rigshospitalet thoraxkirurgi	2003	16	22	3	17	11	14	4
	2002	23	26	2	12	12	17	7
	2001	17	38	2	18	11	12	2
	2000	13	37	1	17	17	12	2
Gentofte thoraxkirurgi	2003	15	27	3	19	17	12	4
	2002	22	26	0	13	10	23	5
	2001	23	25	0	8	8	31	6
	2000	15	23	0	27	6	15	13
Odense thoraxkirurgi	2003	18	29	1	22	14	12	3
	2002	17	26	1	20	13	14	8
	2001	17	26	6	19	17	13	3
	2000	11	39	0	17	19	9	5
Vejle organkirurgisk	2003	23	23	0	27	19	4	4
	2002	21	35	0	21	6	6	12
	2001	26	49	0	11	0	14	0
	2000	33	30	2	22	2	7	4
Skejby thoraxkirurgi	2003	20	34	2	13	18	2	8
	2002	20	21	5	16	18	3	16
	2001	26	32	4	15	16	3	3
	2000	21	30	3	17	14	8	8
Viborg organkirurgisk	2003	16	28	4	24	16	12	0
	2002	13	43	0	9	13	22	0
	2001	0	67	0	0	0	33	0
	2000	-	-	-	-	-	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	2003	21	21	3	17	24	11	3
	2002	22	19	1	19	16	19	1
	2001	20	19	5	19	16	15	6
	2000	18	32	3	18	12	8	9

