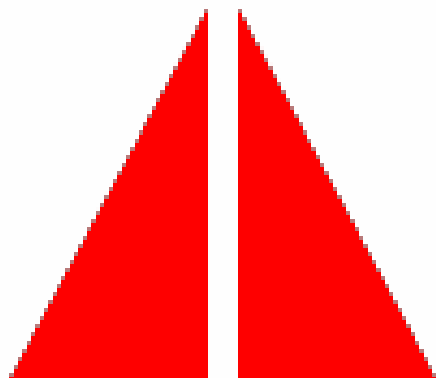




Årsrapport 2004



Dansk Lunge Cancer Gruppe

og

Dansk Lunge Cancer Register



Forord.

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) udsender hermed årsrapport vedrørende 2004.

Rapporten er diskuteret på DLCG's styregruppemøde fredag d. 27. maj 2005 og Styregruppens kommentarer fremgår af rapportens side 16. Rapportens hovedkonklusioner og data præsenteres på DLCG's årsmøde den 15. juni 2005.

Beretningsdelen fra DLCG på siderne 14-15 består af beretninger fra Styregruppen og arbejdsgrupperne vedr. udredning, kirurgi, onkologi og screening og DLCR.

Rapportens øvrige del er årsrapport fra DLCR samt kommentarer hertil, og er som i tidligere år udarbejdet i samarbejde med DLCR's 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 DLCG's hjemmeside www.lungecancer.dk (pdf-fil).

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres med angivelse af DLCR årsrapport 2004 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
Århus Universitetshospital

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 – beretning	4
Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe.	7
Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe.	9
Screeningsgruppen under DLCCG – beretning.	12
Dansk Lunge Cancer Register – beretning.	14
Kommentar til DLCCG's årsrapport fra DLCCG's styregruppe	16
Årsrapport Dansk Lunge Cancer Register - 2004.	19
Aktuelle rapport	20
Metode.	21
Statistik.	22
Generelle resultater.	27
Patientmaterialet.	27
Patientmaterialet.	33
Overlevelse.	35
Risikofaktorer og rygning.	39
Udredningsmetoder.	41
Lungefunktion.	45
Tobaksforbrug.	46
Stadier.	47
Patologi.	50
Kirurgiske afdelinger.	53
Forord.	53
Patientmaterialet.	55
Ventetider.	58
Operativ aktivitet.	61
Operationstyper.	63
Patologi.	65
Overlevelse og mortalitet.	69
Komplikationer.	72
Onkologiske afdelinger.	73
Forord.	73
Patientmaterialet.	74
Ventetider	77
Behandlings aktivitet.	78
Referencer.	81
Bilag.	82
Bilag A – Tilsluttede afdelinger.	82
Bilag B – Kirurgiske standarder.	84
Bilag C – Organisationsoversigt DLCCG.	86

Bilagsmappe	96
Indholdsfortegnelse:	96
BILAG 1 - overlevelse	97
BILAG 2 – delays, ventetider og henvisning.	113
Tabel 2 – udredning:	114
Tabel 3 – henvisning til:	115
Tabel 4 – ventetider 1:	116
Tabel 5 – ventetider 2:	117
Tabel 6 – ventetider 3:	118
Tabel 7 – ventetider 4:	119
BILAG 3 – udredningsmetoder i %:	120
BILAG 4 – stadier:	121
BILAG 5 - patientforløb – afdelinger:	122
BILAG 6 – total overlevelse kirurgi:	132
BILAG 7 – 30 dages mortalitet.	139
BILAG 8 – Resektionsrate	141
BILAG 9 – overlevelse operationstyper:	143
BILAG 10 – operationstyper:	148
BILAG 11 - patologyper:	149
BILAG 12 - postoperative stadier:	150
BILAG 13 - operationskarakteristika:	151
BILAG 14 – kirurgiske ventetider:	155
BILAG 15 – operationstyper, stadier og overlevelse:	157
BILAG 16 – kirurgiforløb og onkologi.	160
BILAG 17 – onkologiske behandlingsmodaliteter:	161

Dansk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Ved et internationalt møde i juni 2004 blev der fremlagt resultater som klart viste at sand-synligheden for at opnå helbredelse efter operation kunne forbedres fra ca. 50 % til 70 %, såfremt der efter operationen blev givet kemoterapi. Der blev derfor fra DLCCG i september indsendt forslag til Kræftstyregruppen om at etablere dette behandlingstilbud til danske patienter. Ansøgningen blev derfra videresendt til udtalelse i Lægemiddelstyrelsen og på ny behandlet ved Kræftstyregruppens møde i december 2004. I referatet herfra, som blev offentliggjort i januar 2005, blev det af Kræftstyregruppen anbefalet at iværksætte denne nye behandling.

DLCCG opfordrede allerede i november 2004 de involverede afdelinger til, at patienter efter operation blev henvist til Second opinion udvalget med henblik på vurdering af, om udvalget på det foreliggende grundlag kunne anbefale patienter henvist til behandling i udlandet. En række patienter er efterfølgende blevet henvist til behandling på klinikker i udlandet, og i flere lande har denne behandling således hurtigt kunnet tilbydes patienterne.

Når Kræftstyregruppens anbefaling foreligger, skal de bevilgende instanser (dvs. amter og H:S) efter indstilling fra de onkologiske afdelinger tage stilling til om der skal bevilges ressourcer til en ny anbefalet behandling. Dette forløb kræver selvfølgelig en vis forberedelsestid, men faktum er at behandlingen nu ca. 5 måneder efter Kræftstyregruppens anbefaling og 9 måneder efter ansøgningen blev indsendt endnu ikke tilbydes alle danske patienter.

De fagligt ansvarlige har ad alle de formelle veje forsøgt at fremskynde processen, men har gennem de sidste måneder alene kunne afvente afslutningen på en meget langvarig beslutningsproces. De formentlig komplekse og forskellige årsager til dette langstrakte sagsforløb skal ikke analyseres nærmere her – men DLCCG må konstatere at det langtfra har været acceptabelt ud fra enhver synsvinkel.

Behandlinger med en så betydelig forbedring af overlevelsen skal tilbydes nye patienter efter et betydeligt kortere forberedelses- og beslutningsforløb. Med ovenstående som eksempel bør det derfor, som DLCCG tidligere har foreslået, på ny overvejes at etablere beslutningsveje som fremover sikrer at nye og især meget effektive behandlinger hurtigere kan tilbydes danske patienter.

Det er DLCCG en stor glæde og et årelangt ønske at kunne byde velkommen til og række hånden frem mod den patientorganisation for lungecancer (www.lungekraeft.dk), som blev dannet i maj 2005. Vi håber at denne også kan fremme denne patientgruppes interesser og prioritering i de rum hvor patienter/ pårørende og borgere mødes med de som har ansvaret – forklaringerne – løsningsmulighederne og de faglige og økonomiske ressourcer.

Det forløbne år har også for alle de kliniske kræftgrupper været et forventningsår! Kort inden sommerferien 2004 udsendte det såkaldte KOF udvalg (Kræft og Forskning) deres forslag til en styrkelse af den kliniske kræftforskning. Hovedelementer heri var: 1) at infrastrukturen for den kliniske forskning udbygges og styrkes – og at ansvaret for opgaven varetages regionært af de 3 eksisterende forskningsfora – 2) at de kliniske kræftgrupper (for de enkelte kræftsygdomme) får ansvaret for at: Gennemføre videnskabelige protokoller – Koordinere forskningsindsatsen – Etablere internationale kontakter, biobanker og kliniske databaser samt at: Overvåge fagfeltet - Bidrage til vidensspredning og endelig at Udarbejde rekommandationer. Opgaver som i stor udstrækning allerede nu løses af DLCCG og en række andre kliniske kræftgrupper. Den samlede indsats foreslås i rapporten overvåget og koordineret af et (murstensløst) råd for klinisk kræftforskning.

Da der allerede for 2004 forelå en delbevilling til realisering af rapportens anbefalinger, tog DLCCG i samarbejde med andre grupper initiativ til at få fremskyndet denne meget tiltrængte styrkelse af forskningsindsatsen – også i primær sektoren. Efter rapportens høringsfase blev det besluttet at rekommandationerne blev indarbejdet i det pågående arbejde med Kræftplan II. Dette har selv sagt skabt et tomrum, hvor indsatsen er blevet påvirket af at infrastrukturen er blevet svækket, idet det mangeårige tilskud hertil fra Kræftens Bekæmpelse bortfaldt efter 2004, ligesom Amtsrådsforeningens driftstilskud til de kliniske databaser blev nedtrappet i 2005. Sidstnævnte problemstilling forsøges aktuelt løst gennem ansøgning om midlertidige bevillinger til en række databaser gennem en aftale som blev indgået mellem de kliniske kræftgrupper – Sundhedsstyrelsen og Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

De kliniske kræftgrupper har omkring ovenstående initiativer etableret et godt samarbejde, som nu planlægges udbygget, således at de videnskabelige og økonomiske ressourcer får den størst mulige synergi, ligesom det overvejes at gruppen løbende genererer oversigter over hvilke nye behandlingstilbud, som indenfor hele kræftområdet er nært forestående.

Den nye Kræftplans rekommandationer vedrørende den kliniske kræftforskning er i skrivende stund ikke kendt – men såvel DLCCG som de øvrige grupper håber meget, at disse vil ligge meget tæt på KOF udvalgets anbefalinger. Det haster nu med at få sikret og udbygget infrastrukturen – at etablere nye forskningsdatabaser samt at sikre kvaliteten af de eksisterende – at de kliniske kræftgrupper får de nødvendige driftsbudgetter ligesom der snarest etableres de biobanker, som er nødvendige for en forskningsindsats på internationalt niveau.

Ovenstående redegørelser er i tråd med den åbenhed som DLCCG forsøger at formidle. Gruppen var den første som i 2003 offentliggjorde kvalitetsresultater fra de kirurgiske afdelinger – og såvel i år som sidste år vil kvalitetsdata fra NIP og DLCCG blive offentlig tilgængelige. Som det fremgår af de efterfølgende kommentarer fra DLCCG's Styregruppe til Årsrapporten, er der desværre fort-

sat betydelige problemer med at leve op til de vedtagne standarder for kvalitetsindikatorerne. Der er ligeledes igen store kvalitetsforskelle mellem afdelinger/centre og Amter/H:S – og formålet med NIP-projektet er bl.a. at sikre en ensartet kvalitet på landsplan. Danske patienter bør ikke være henvist til internetadgang for at finde ud af hvor kvaliteten er i orden!

De faglige udfordringer for den største gruppe af patienter med lungekræft ligger fortsat indenfor det palliative fagfelt samt at få etableret konkrete og individuelt baserede rehabiliteringstilbud for en stor gruppe patienter. Disse indsatsområder er fortsat højt prioriteret af DLCG og vil i 2005 blive suppleret med forslag om at etablere en særlig uddannelse for sygeplejersker, som arbejder med denne patientgruppe (vil blive beskrevet i den nye udgave af Reference-programmet), ligesom der i NIP-gruppen vil blive forsøgt udarbejdet nye indikatorer indenfor det palliative forløb. Disse faglige mål vil også blive forsøgt suppleret med patientperspektiv-indikatorer, således at beskrivelsen af kvaliteten i denne sygdomsfase omfatter en helhed.

Det er håbet med denne beretning, at åbenhed kan skabe tryghed samt at uhensigtsmæssigheder i "systemet" korrigeres – og at vi vedblivende vedkender os et fælles ansvar for at sikre kvaliteten for alle patienter med lungecancer.

Torben Palshof

Formand for DLCG

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe.

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe er en undergruppe under Dansk Lunge Cancer Gruppe, som blev nedsat af Dansk Lunge Cancer Gruppens styregruppe i 2004 med det formål at styrke den stadige opdatering og koordinering af lunge cancer diagnostikken.

Det daglige diagnostiske arbejde koordineres af den lokale lungemedicinske (eller otologiske) enhed, men foregår i et samarbejde med en lang række andre specialer. Det gnidningsløse samarbejde mellem de deltagende specialer er afgørende for en optimal afvikling af den enkelte patients diagnostiske og stadiemæssige udredning. Det er derfor vigtigt, at der er konsensus om udredningsprocedurer, der involverer flere specialer, og i nogle tilfælde rækker over amtsgrænser.

DDLCCG blev nedsat efter et kommissorium fra DLCCG's styregruppe, som definerede en sammensætning af gruppen med repræsentanter fra alle de specialer, som i det daglige samarbejder om lunge cancer udredning, og med de primære medlemmer udpeget af de respektive specialeselskaber

Medlemmer af DDLCCG fremgår af bilag C side 90.

DDLCCG har efter sin dannelse medio 2004 primært arbejdet med opdateringen af diagnostik delen i det nationale referenceprogram for lungecancer og har indleveret sit bidrag til et opdateret referenceprogram.

Der blev endvidere i DDLCCG dannet et landsdækkende lungemedicinsk forum, sammensat af en repræsentant (læge der er ansvarlig for udredningen af lungeinfiltrater) fra hvert af amterne og H.S

Medlemmer af det Lungemedicinske Forum i DDLCCG fremgår af bilag C side 91.

Efter indførelsen af det Nationale Indikator Projekt, er alle amter begyndt at rapportere til Dansk Lungecancer Register.

I DDLCCG's Lungemedicinske Forum har vi diskuteret resultaterne fra årsrapporten 2003. For nogle amter var resultaterne ikke tilfredsstillende, både på grund af problemer med registreringen, for lav indberetningsprocent og ikke mindst på grund af, at der i det daværende registreringsskema var mulighed for individuel fortolkning af de forskellige spørgsmål.

Alle i gruppen var enige om, at der var behov for en revision af indberetningsskemaet. Gruppen har derfor i 2004 arbejdet med at udfærdige og tilpasse et nyt skema til indberetning af lungecancer til DLCCR. Målet var at få revideret det tidligere indberetningsskema skema, så selve

registrerings processen blev forenklet og samtidig at få en mere præcis og entydig registrering.

De nuværende NIP indikatorer har været diskuteret i gruppen og er accepteret, men målet om den korte udredningstid stiller store krav til samarbejdet mellem de udredningsansvarlige afdelinger og de diagnostiske enheder for at undgå unødige ventetider. Gruppen arbejder videre med udvikling/tilføjelse af nye kvalitetsindikatorer.

Indberetningen til det nye skema er først startet april 2005, men selve den tværamtslige diskussionen i gruppen må formodes at have haft en positiv indflydelse på registreringen i 2004, med blandt andet en forbedret registrerings procent.

Torben Riis Rasmussen
Overlæge
Formand DDLCG

Michael Hansen
Overlæge
Formand lungemedicinsk forum

Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe.

Gruppen, der er en selvstændig undergruppe under DLCCG, består af en repræsentant fra hver afdeling, der opererer lungecancerpatienter, en repræsentant fra DLCCG samt en sekretær.

Medlemmer af DKLCG fremgår af bilag C side 90.

Gruppen har i løbet af 2004 ændret sammensætning pga. ophør af den thoraxkirurgiske aktivitet på 2 afdelinger. I 2005 har en enkelt afdeling skiftet ud i repræsentationen.

Primo maj ophørte den thoraxkirurgiske aktivitet på Viborg Sygehus, hvorfor overlæge Søren Bille trådte ud af gruppen på dette tidspunkt. November 2004 ophørte den thoraxkirurgiske aktivitet på Vejle Sygehus og overlæge Asser Østergaard udtrådte. Gruppen består således i dag kun af repræsentanter fra de 5 universitets centre, DLCCG samt sekretæren.

Yderligere er overlæge Vitas Nekrasas i 2005 blevet Ålborgs repræsentant i gruppen. Der er afholdt 3 møder siden årsmødet i 2004.

De nu offentliggjorte resultater fra denne årsrapport har været grundigt diskuteret og yderligere har gruppen i detaljer gennemgået, de patientforløb fra 2003, hvor patienten ikke overlevede 30 dage mhp. om det var muligt ud fra denne analyse at definere nogle risikofaktorer. Specielt i pneumonektomi-gruppen synes alkohol og alder at have været betydende risikofaktorer, hvilket de enkelte afdelinger har forsøgt at tage hensyn til ved visitationen af patienter i 2004.

Selvom komplikationerne blev defineret mhp. ensartet registrering fra de enkelte afdelinger i løbet af 2003 må man alligevel konstatere, at denne registrering ikke lever op til forventningerne og der må indenfor dette felt gøres fornyet anstrengelse for at opnå en valid dataregistrering.

Herudover deltager gruppen i den kommende revision af referenceprogrammet og formanden for DKLCG har deltaget i revisionen af kræftplanen.

Hans K. Pilegaard
Formand

Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG).

Denne rapport vil ikke afspejle det fulde omfang af den onkologiske behandling af patienter med lungecancer i dagens Danmark. Væsentligste årsag til inkomplet registrering er de ofte mange, korte forløb der præger de sidste måneder af patientens liv, hvor der gives forskellige former for palliativ behandling rettet mod dels primær tumor dels metastaser i specielt knogler og centralnervesystem. DLCL er endnu ikke fuldt ud forløbsorienteret, og selv om det var, ville der være betydelige logistiske og kapacitetsmæssige problemer for afdelingerne at få klaret en tidstro indkodning – journalerne er på stadig vandring fra ambulatorium til stråleterapi til sengeafsnit til billeddiagnostisk afd. osv. Derfor er det ikke mindst for den onkologiske registrering et stort skridt frem, at der nu er indledt samarbejde med Sundhedsstyrelsen om ekstraktion af behandlingsdata fra Landspatientregistret (LPR).

Under 20 % af nydiagnosticerede patienter med lungecancer bliver opereret, og til resten begrænser behandlingen sig til onkologisk behandling – med kurativt eller med palliativt sigte – henholdsvis palliativ behandling og pleje i hjemmet eller på medicinsk afdeling på patientens lokalsygehus. En mindre gruppe med begrænset udbredning af canceren tilbydes kemo + stråleterapi med kurativt sigte, men at gruppen ikke er stor fremgår af denne rapport. Det er en af DOLGs målsætninger, at forbedre udvælgelsen af patienter, som måtte være egnet til denne ret intensive og komplekse behandling og ved en inspektorordning at overvåge, at den faglige kvalitet af stråleterapien er ensartet og lever op til internationale standarder.

Når det gælder et tilbud om kemoterapi til inoperable patienter, findes der nu nationalt et ensartet tilbud på et internationalt niveau. Det er vigtigt at differentiere svarende til patienternes alder, generelle helbredstilstand og tumors følsomhed. I de fleste tilfælde er behandlingen kun palliativ (og marginalt livsforlængende), et forhold der, som en naturlig følge af den store åbenhed og fortrolighed, der nu præger læge-patient relationen, accepteres af fleste patienter og deres pårørende. Afkortning af 1.

liniebehandling til fire serier i tilfælde, hvor effekten udebliver eller er beskeden, har gjort tilbud om 2. linie kemoterapi med docetaxel (eller pemetrexid) relevant for op mod 40 % af patienter i kemoterapi, så trods tidligt svigt er der nu flere muligheder for terapi end før.

I maj 2004 præsenteredes ved det årlige møde i American Association of Clinical Oncology (ASCO) data fra et randomiseret forsøg, som viste, at en simpel tabletbehandling med stoffet erlotinib (Tarceva®) forlænger overlevelsen blandt patienter i progression efter 1. og 2. linie kemoterapi. Kontrolgruppen fik placebo behandling. Behandlingen virker bedst på tumorer med abnormiteter i den genetiske kodning af en særlig vækstfaktor receptor (EGFR), og indtil behandlingen er tiltrådt af Kræftstyregruppen, kan den alene gives i samråd med Second Opinion Panelet.

En anden af DOLGs mærkesager er introduktion af adjuverende kemoterapi til patienter med ikke-småcellet lungecancer, der er opereret for stadium Ib-IIIa sygdom. Det drejer sig om ca. 475 patienter om året. Det er planen at tilbyde disse patienter fire serier kemoterapi med cisplatin + vinorelbine, idet dette regime i et canadisk lodtrækningsforsøg hævede 5 års overlevelsesraten fra 54 % til 69 %. Kræftstyregruppen har på et møde d. 15.12.04 tiltrådt, at denne behandling indføres i Danmark, og de onkologiske afdelinger arbejder nu på at finde plads og personale til denne plus andre vigtige, nye behandlinger. Dertil kommer, at den finansielle resurse endnu ikke er stillet til rådighed. Den onkologiske behandlingsformåen er, som det fremgår af ovenstående, ikke slået fuldt igennem endnu, men om fem, seks år vil det kunne ses på overlevelsesraterne og på et stigende antal taknemmelige og livsduelige medlemmer af den netop i maj 2005 etablerede lungecancer patientforening.

Kell Østerlind
formand for DOLG i 2004

Screeningsgruppen under DLCG – beretning.

Screeningsgruppen har den 1. oktober 2004 påbegyndt Det danske forsøg med screening for lungekræft ved Amtssygehuset i Gentofte efter en bevilling fra Indenrigs- og sundhedsministeriet i juni 2004 på 17,3 mio. kr. for perioden 2004-2009.

Forsøget er godkendt af den Videnskabsetiske Komite i Københavns Amt og af Datatilsynet og beskrevet nærmere i protokol der kan hentes på projektets hjemmeside: www.lungescreening.dk

Projektets formål er:

- A. I et europæisk samarbejde at bidrage til en afklaring af om screening for lungecancer med lav-dosis CT scanning kan reducere dødeligheden af lungekræft,
- B. at vurdere psykosociale konsekvenser af at deltage i lungecancer screening og især konsekvenserne af at få et falsk positivt svar,
- C. at afklare om rygevaner og rygeafvænning påvirkes af at deltage i CT screening for lungecancer, og
- D. at få praktiske erfaringer med den nye metode og vurdere sundhedsøkonomiske konsekvenser af screening for lungecancer med CT.

Den overordnede forsøgsplan er

- En randomiseret, parallel-gruppe sammenligning af *enten* årlig lav-dosis CT scanning *eller* ingen screening bestemt ved lodtrækning. Undersøgelsen omfatter 4.000 rygere og tidligere rygere og vil vare 5 år, dvs. en initial (prævalens) screening efterfulgt af 4 årlige (incidens) screeninger.
- I en prospektiv, longitudinal spørgeskema undersøgelse, bliver alle deltagere udspurgt om livskvalitets parametre og personer med et falsk positivt CT scanningssvar bliver udspurgt om konsekvenser heraf. Besvarelser fra personer, der får et falsk positivt CT scanningssvar, bliver sammenlignet med deres egne "baseline" besvarelser og besvarelserne fra personer, der har fået et negativt CT scanningssvar.
- Alle deltagere bliver udspurgt om rygevaner og motivation for rygestop, information om rygestop og måling af lungefunktionen gang årligt for at vurdere effekten af at deltage i screening på rygeafvænning.
- Sundhedsøkonomiske konsekvenser af screening for lungecancer vil blive belyst ved en registrering af omkostninger og gevinster (fx sygedage, hospitalsindlæggelser, besøg hos praktiserende læger osv.) (Detaljeret plan herfor udformes senere)

- En undersøgelse af værdien af PET scanning ved screening for lungecancer, dvs. især mindre lungeinfiltrater < 10 mm.

Deltagere i forsøget er rygere og tidligere rygere i alderen 50-65 år, der skønnes at kunne tåle en evt. operation. Deltagerne skal have røget, hvad der svarer til mindst 20 pakkeår (PÅ) og tidligere rygere skal have røget indtil deres 50 år. Deltagere rekrutteres ved annoncering i aviser og dagblade. Interessen for at deltage i forsøget har været ganske stor siden starten den 1. oktober 2004 og pr. medio maj 2005 er der randomiseret 1850 deltagere. Rekruttering ventes afsluttet oktober 2005. Forsøget afsluttes i efteråret 2009.

Jesper Holst Pedersen
Overlæge, dr.med.
Projektansvarlig

Thoraxkirurgisk afdeling R
Amtssygehuset i Gentofte

Dansk Lunge Cancer Register – beretning.

DLCR's ambition om at dække hele lungekræftpatientens forløb fra diagnose til afsluttet sygehusbehandling nåede i 2004 endnu en milepæl, idet de onkologiske afdelinger nu også for alvor indrapporterer til registeret. DLCR dækker med andre ord nu hele den primære diagnostik og behandling, om end registreringen endnu ikke er helt komplet. Næste skridt på vejen er at inddrage genindlæggelser, recidivbehandlinger etc. således at alle indlæggelser på afdelinger tilknyttet DLCR registreres. Dette mål forventer vi at nå, når vi til efteråret påbegynder et planlagt samarbejde med Sundhedsstyrelsen og Cancerregisteret om udtræk af data fra Landspatientregisteret (LPR) og Cancerregisteret. Planen er, at disse to centrale, nationale registre skal "fodre" DLCR med basale oplysninger om nye tilfælde af lungecancer udredt og behandlet i Danmark, hvorefter de tilknyttede afdelinger blot behøver supplere med mere specifikke kliniske oplysninger. Registersamkøringerne vil føre til større datakomplethed med inddragelse af oplysninger fra afdelinger, der ikke er tilknyttet DLCR. Komplette forløb for så godt som enhver lungecancer patient i Danmark vil udgøre et enestående datamateriale for klinisk, epidemiologisk forskning.

Det Nationale Indikator Projekt (NIP) forsynes stadig med data fra DLCR og projektet udgiver samtidig med denne rapport deres 2. årsrapport. DLCR anser samarbejdet med NIP for en væsentlig og betydende faktor i bestræbelserne på at påvirke såvel det faglige miljø, dvs. læger involveret i diagnostik og behandling af lungecancer, som sygehusejerne, til gavn for omhu og kvalitet i behandlingen. Danske lungekræftpatienter fortjener samme chancer for langtidsoverlevelse, som patienter i USA og Tyskland, og også den lindrende behandling bør tåle sammenligning med de bedste, internationale standarder. NIP-samarbejdet har bragt DLCR i tæt kontakt med klinisk epidemiologi og dermed kompetencer, som DLCR selv har savnet. Samarbejdet med Forskningscenter for Forebyggelse og Sundhed i Glostrup, som er en del af Kompetencecenter Øst, har været med til at kvalificere analyserne af data i DLCR, hvorved NIP's og DLCR's egne årsrapporter på glimrende vis har suppleret hinanden.

Denne nyttige synergi mellem klinisk epidemiologi og DLCR vil fortsætte, selv om Amtsrådsforeningen, med gruppen af amtssundhedsdirektører som vejledende organ, som led i en samlet plan for kliniske databaser har besluttet, at såvel DLCR som NIP analyserne fremover skal samles i Kompetencecenter Syd. Kompetencecenteret er i 2004 styrket med ansættelse af professor, overlæge Anders Green ved Institut for Folkesundhedsforskning, Syd Dansk Universitet. DLCR ønsker Anders Green velkommen. Vi glæder os til kommende tiders fælles forskningsindsats til gavn for danske lungecancer patienter.

DLCR's økonomiske forhold er desværre, som det også gælder for andre kliniske databaser, præget af manglende afklaring og alt for få midler. Amtsrådsforeningen har ikke set sig i stand til at bevilge de nødvendige midler til bare den basale drift af registret, ved seneste bevillingsrunde blev dækningsbidraget således nedskåret fra 800.000 kr. til 500.000 kr.. Dette beløb dækker kun knapt halvdelen af registerets budget og kun takket være en aldrig svigtende opmærksomhed og kæmpe praktisk håndsækning fra Odense Universitetshospital (OUH), kan DLCR fortsætte sin aktivitet. Hjælpen fra OUH er hermed en solid redningsplanke, der holder os oven vande i en kaotisk tid præget af amternes opløsning, regionsdannelserne, National Kræftplan II, der forhåbentligt snart skal implementeres, samt en plan for uddeling af offentlige forskningsmidler, baseret på KOF-udvalgets arbejde. I skrivende stund har de nationale kliniske kræftgrupper en ansøgning om midler for 2005 til behandling i Sundhedsministeriet, og det forventes, at Kræftplan II vil udstikke fornuftige retningslinier for driften af De Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) og deres registre, herunder også finansieringen.

Kell Østerlind
Overlæge, dr.med.
Klinikchef
Formand DLCR

Erik Jakobsen
Overlæge
Leder DLCR

Kommentar til DLCR´s årsrapport fra DLCG´s styregruppe

Så skete det – nogle år før forudsagt – ikke noget glædeligt – og desværre uafvendeligt. Hyppigheden af kvinder med lungecancer var i 2004 højere end hos mænd – i Vejle amt samt i København - baseret på indberetningerne til Dansk Lunge Cancer Register (DLCR). Som det fremgår af forordet fra DLCR, er der desværre betydelige og alvorlige problemer med cancerregistreringen, og en opdatering heraf kan derfor ændre ovenstående forhold.

I Cancerregisterets prognoser forventes det at hyppigheden hos kvinder vil overstige den hos mænd i ca. år 2010 – en følge af at kvinder får de samme livsstilssygdomme som mænd – og ikke fordi tobak, som det tidligere har været antaget, hos kvinder rummer større risici.

Som tidligere udmeldt har DLCG prioriteret arbejdet i det Nationale Indikatorprojekt højt, og de data, som netop er udsendt til amter og H:S til analyse og kommentarer i de lokale audit grupper, er alle høstet fra DLCR. I den nationale rapport beskrives de resultater som er opnået på landsplan, ligesom de lokale auditgrupper anmodes om særlig analyse af de væsentligste geografiske forskelle i kvalitetsparametrene for patientforløbene.

Årsrapporten fra DLCR rummer betydeligt flere data end NIP-rapporten, og disse kan tjene til at identificere de mulige baggrunde for resultaterne af NIP-indikatorerne i de enkelte afdelinger/amter/H:S.

På denne plads findes det derfor hensigtsmæssigt at de overordnede kommentarer vedrørende de centrale kvalitetsparametre er sammenfaldende mellem DLCG og NIP, hvorfor "Forordet" til den nationale NIP-rapport indsættes nedenstående:

"I rapporten beskrives og kommenteres de nationale resultater for de faglige indikatorer som er valgt for lungecancer.

Det må desværre konstateres, at en række af resultaterne for 2004 er endnu mere problematiske og ikke tilfredsstillende sammenlignet med resultaterne fra 2003 – selvom der på enkelte områder er forbedringer.

At disse forhold fremstår med større sikkerhed skyldes det meget positive, at datakompletheden er blevet betydeligt forbedret – hvilket kan tages som udtryk for, at der er stor interesse for projektet – samt at mange gør sig umage for at sikre en såvel komplet som en korrekt registrering som mulig. Når datamaterialet således bliver mere solidt, er det også muligt at drage mere sikre konklusioner

De positive tendenser omfatter: at 30-dages dødeligheden efter operation nu nationalt er bragt ned på det niveau som er det højest acceptable – at de kirurgiske afdelinger igen har gennemført en komplet registrering – at 1-års overlevelsen er bedre end standarden – at de onkologiske afdelinger nu

indberetter data i et omfang som gør tolkning mulig – at de udredende afdelinger fortsætter stigningen i indberetninger og nærmer sig 3000 – at den problematiske indikator 3 i år giver meningsfulde, spændende og flotte resultater, og endelig at det på ny bekræftes at standarderne – som nogle betegner som for ambitiøse – alle kan opfyldes i enkelte amter og afdelinger.

Men der er desværre fortsat et urimeligt stort rum for forbedringer for nogle af "kerneindikatorerne": Tidsrummet fra henvisning til behandling overholdes kun for hver tredje patient, som enten skal opereres eller have kemoterapi. På trods af at udredningstiden generelt holdes indenfor 4 uger for 7 af 10 patienter og at 8 af 10 opereres indenfor 2 uger – så tabes denne kvalitet i overgangene mellem afdelinger. Selv om datagrundlaget ved disse koblinger mellem data fra de forskellige fagområder er svagere, må det på ny i år erkendes, at det er utilfredsstillende at iværksættelse af behandling af patienter – specielt med denne sygdom – for langt de fleste overskrider de tidsgrænser, som patienterne med rette må forvente bliver overholdt.

Det er ikke fordi de fagligt og administrativt ansvarlige indenfor alle faggrupper ikke ved hvor de største forhindringer er - og ej heller hvilke løsningsmuligheder der er nødvendige og mulige.

En række afdelinger følger - enten med stikprøver eller ved en løbende registrering - udviklingen af de enkelte indikatorer, så årsagen til at der på en række vigtige områder ikke er forskel mellem 2003 og 2004 skyldes ikke, at resultaterne for 2003 først blev tilgængelige i efteråret 2004 – hvilket selvsagt ikke gav mulighed for at påvirke det samlede resultat for 2004 væsentligt. Når man har udmeldt at det er vigtigt at overholde standarderne, kan fortsat manglende forbedringer udløse frustration hos de professionelle og måske en kraftig reaktion fra brugerne.

Hvis overlevelsen for patienter med lungekræft skal forbedres markant, skal flere kunne tilbydes helbredende operation. Det er på ny for 2004 såvel uforklarligt som ganske utilfredsstillende at målet om tilbud om operation på landsplan kun gives til 2 af de 3 som skulle kunne opereres – og at der stadig er geografiske forskelle som svinger mellem at det er halvdelen af de som burde der opereres og til at flere end målet foreskriver opereres. Indikatoren må anses for den vigtigste af alle, og de patientforløb som danner grundlag for resultaterne i 2004 kan ikke gøres om – det drejer sig om tilbud/fortabelse af mulighed for helbredelse for de ca. 800 patienter, som man skønner kan tilbydes operation. Kommende analyser af den samlede overlevelse for patienter i de forskellige geografier vil kunne beskrive i hvor stor udstrækning der er sammenhæng mellem operationsaktiviteten og overlevelsen.

Det faglige – administrative og politiske system har en fælles og særlig forpligtigelse til at sikre kvalitet – rettigheder etc. overfor alle – men med særlige hensyn til de svageste patientgrupper. Patienter med lungecancer

tilhører en sådan – og da vi aktuelt er de som primært har indsigt i kvalitetsproblemerne, må disse beskrives og løses indenfor systemet.

Så hvad skal vi gøre? Vi bør nu sikre at de værdifulde informationer om patientforløbene, som er indsamlet i Dansk Lunge Cancer Register/NIP, udnyttes til at forbedre og sikre kvaliteten. Forudsætningen herfor er at der stilles krav om at registrering af oplysninger indberettes løbende, således at kvaliteten for de enkelte patientforløb overvåges tæt, og at effekten af justeringer af arbejdsgange etc. hurtigt kan aflæses. Dette vil kunne beskrive og sikre kvaliteten samt dokumentere forbedringer baseret på aftaler, hvor gensidige konsekvenser for de ansvarlige beskrives, hvis det ikke lykkes eller evnes at opnå de forbedringer, som trinvis skal resultere i at kvalitetsnormen indfries. Som det fremgår af kommentarerne i rapporten anbefales det endvidere at specielt de sammensatte indikatorer - dvs. de som omfatter forløb mellem center og henvisende amter - drøftes i regionære fora, hvor det ligeledes er muligt at udveksle generelle erfaringer om dette kvalitetsarbejde.

Den nationale auditgruppe vil i analysen af resultaterne fra 2005 på ny se på disse samlet – men også sammenligne de to halvår – og vor næste rapport i maj 2006 vil forhåbentlig for alle blot være en gammel - men god nyhed!

Vi skal opfordre alle til at forsætte dette betydende arbejde, som ganske givet på en række vigtige områder allerede har medført markante forbedringer samt givet sikker viden om hvorledes kvalitetsforbedringer kan opnås. Projektet har den særlige forpligtigelse, at det er bølgebryder for kvalitetsarbejdet for patienter med andre kræftsygdomme - så det må og skal lykkes!"

På Styregruppens vegne

Torben Palshof

Formand for DLCCG

Årsrapport Dansk Lunge Cancer Register - 2004.

Dansk Lunge Cancer Register er som andre nationale kliniske kvalitetsdatabaser afhængige af troværdige og tidstro populations- og incidensopgørelser fra de centrale nationale registre, hvilket vil sige Landspatientregisteret (LPR), Cancerregisteret (CR), Landsregisteret for Patologi (LRP) og CPR-registeret. Oplysninger fra disse registre er helt nødvendige for løbende at kunne evaluere kvalitetsudviklingen inden for en databases sygdomsområde. Dette gælder både i vurderingen af konkrete indikatorer, men også i.f.m. datakvalitets- og komplethedsvurderinger. I sidste årsrapport kunne vi melde om en væsentlig hurtigere opdatering af Cancerregisteret og der var i forbindelse med den planlagte overgang til elektronisk registrering håb om, at Cancerregisteret kunne blive løbende og hurtigere opdateret. Ligeledes gav arbejdet med det forløbsbaserede LPR også håb om højere kvalitet i de centrale nationale registre. Desværre har udviklingen på begge områder skuffet. Det elektroniske Cancerregister, der var planlagt til at være klar til brug fra 1. januar 2005 fungerer endnu ikke, og det er endnu uklart, hvornår dette bliver tilfældet. Registreringen i det "gamle cancerregister" ophørte 31. december 2003, hvorfor der aktuelt intet nationalt cancerregister findes efter den dato. DLCR har derfor heller ikke som tidligere kunnet indhente data fra CR til årsrapporten, hvorfor denne rapport udelukkende vedrører "egne" data. Da det ikke vides, hvornår det elektroniske CR meldes klart, og da det specielt ikke vides, hvordan datakvaliteten af dette nye elektroniske register vil være, er DLCR indgået i et samarbejde med Kræftens Bekæmpelse (KB), andre nationale cancerdatabaser og Sundhedsstyrelsen om et datakvalitetssikringsprojekt, der skal iværksættes, når det nye CR er klar forhåbentlig i efteråret 2005 (1, 2).

Tidligere undersøgelser udført af KB har vist, at lungecancersygdommen er karakteriseret ved en forholdsvis dårlig datakvalitet i LPR pga. mange fejlregistreringer betinget af fejltolkninger af metastaser til lungerne og fejlregistreringer af benigne læsioner i lungerne. Dette betyder, at det er overordentligt vanskeligt at etablere en algoritme, der automatisk kan sortere disse fejlregistreringer i LPR fra, hvorfor en planlagt datahøst i LPR til CR med stor sandsynlighed vil overestimere incidensen af lungecancer i Danmark. Dette vil igen kunne give et fejlagtigt billede af prognose og behandlingskvalitet. Aktuelle rapport anvender som midlertidig erstatning for data fra CR data fra LPR til vurdering af datakomplethed og incidens.

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 strategi. Med henblik på, at registrere de faglige aktiviteter for fremtidige patientforløb blev det anbefalet, at der etableredes 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. Næste udgave forventes at udkomme i efteråret 2005. 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 DLCR, og fastlægger mål for kvaliteten af diagnostik og behandling af lungecancer i Danmark (3).

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 5. årsrapport og vedrører året 2004 samt perioden 2000 - 2004. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen lungecancer og en 1. henvisningsdato i perioden 1.1.2000 til 31.12.2004.

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

Metode.

Data er indsamlet fra de 48 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 31 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, 2003 og 2004. Den onkologiske indrapportering er dog først for alvor opstartet i slutningen af 2003 og 2004 er det første år, hvor der er indrapporteret i større omfang fra de onkologiske afdelinger. DLCR 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 2004 eller før. Dette kan enten være anamnestiske, diagnostiske, kirurgiske eller onkologiske oplysninger. Hvis der foreligger flere henvisningsdatoer f.eks. fra såvel medicinske som kirurgiske og onkologiske 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.

Endeligt er der fra CPR-registeret hentet oplysninger om de indberettedes 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. 4. april 2005, hvorfor den minimale observationstid er 94 dage.

Lungecancerpopulationen består af omkring 3500 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. De seneste offentliggjorte tal fra Cancerregisteret for de amtslige incidenser er fra 2003. 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 afdelinger ikke tilknyttet DLCR (neurokirurgiske, mindre medicinske, almen kirurgiske afdelinger ect.), primærsektoren og Dødsårsagsregisteret, hvorfor de kliniske afdelinger tilsluttet DLCR ikke nødvendigvis 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, og aktuelt helt er gået i stå. Seneste endeligt verificerede Cancerregisterdata inklusiv oplysninger fra Dødsårsagsregisteret stammer fra år 2000!

I rapporten er det ved hjælp af samkørsel med LPR forsøgt at estimere incidensen, hvilket vil sige alle nye tilfælde diagnosticeret i 2004 og indberettet til LPR 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.

I årsrapporten for 2004 er arbejdet med at tilføje statistiske overvejelser og beregninger forsat. I takt med at datagrundlaget bedres vil data kvalificere beskrivelsen af de kliniske afdelingers indberetninger til registeret yderligere. DLCR samarbejder med Det Regionale Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser i Region Syd, hvilket vi forventer udbygges yderligere i de kommende år. Centeret nu er tilført personaleressourcer og kompetencer på de epidemiologiske og statistiske område, hvilket i de kommende års rapporter vil komme endnu tydeligere frem.

Sundhedsstyrelsen udgav i 2004 rapporten "Rapportering fra kliniske kvalitetsdatabaser", der indeholder en lang række anbefalinger til, hvordan

de kliniske databaser skal tilbagemelde vha. rapportskabeloner der ensarter databasernes tilbagemeldinger. Aktuelle rapport starter arbejdet med at tilrette DLCR's årsrapport til disse anbefalinger. Fra efteråret 2005 starter DLCR den løbende offentliggørelse af resultater på udvalgte indikatorer på internettet.

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 en 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 er der siden sidste årsrapport sket store fremskridt om end datakompletheden endnu ikke er fuldt tilfredsstillende. Selvom registeret nu på flere områder generelt har opnået tilfredsstillende høj datakomplethed dækker dette dog fortsat 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, 4 og 5 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 er tilfældet.

Generelle statistiske overvejelser og metoder:

a) Vurdering af enkelte afdelinger med hensyn til overlevelseshaster
Her viser vi overlevelseshaster (1, 2, 3 eller 4 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

$$f = \sum(n_i * r_i) / (\sum n_i)$$

med n_i antal af personer i stratum i i den pågældende afdeling og r_i det overlevelseshaster 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. Overlevelseshaster 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 overlevelseshaster

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, 3 og 4 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 overlevelseshaster 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 $s \pm 1,96 \text{ SE}(s)$. Yderlige viser vi en graf med de standardiserede 2 år overlevelsesrater og 95 % konfidensintervaller, hvor afdelinger/amter er sorteret efter de standardiserede rater.

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.

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.

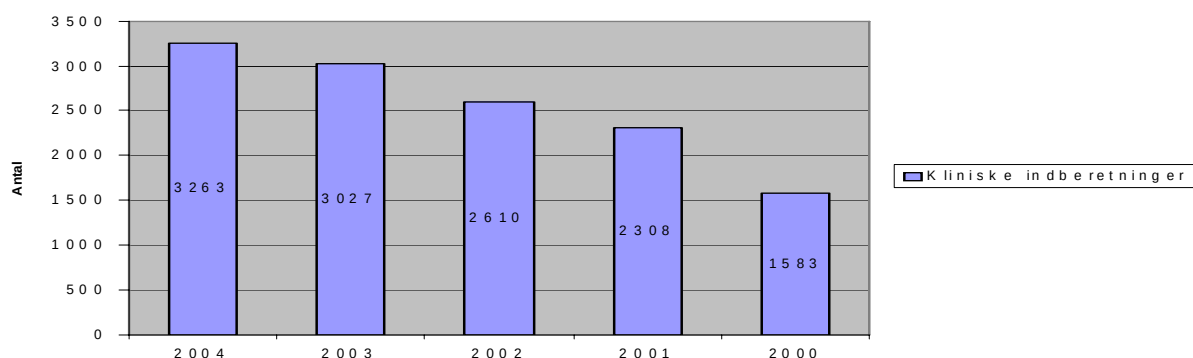
Generelle resultater.

Patientmaterialet.

Incidens, overlevelse, alder og kønsfordelingen.

Der er i 2004 i alt optaget 3263 patienter i registeret fra de deltagende afdelinger. I rapporten angives pga. de anførte problemer med Sundhedsstyrelsens cancerregister ikke data vedrørende cancerregisterpatienter. Der er optaget 1784 mænd (55 %) og 1479 kvinder (45 %). I perioden 2000 - 2004 er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 12 791 patienter i registeret. De optagne patienter i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2004 fordeler sig således:

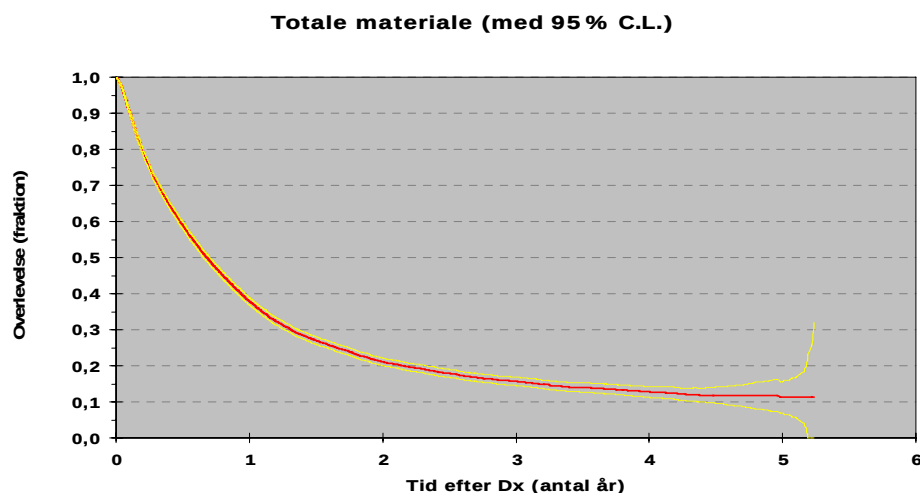
Fig. 1:



Patienternes mediane alder i 2004 er 69 år (range 18 - 100, 95 % percentil: 49 og 83). Mændenes mediane alder er 69 år (range 26 - 100, 95 % percentil: 51 og 83) og kvindernes 67 år (range 18 - 95, 95 % percentil: 48 og 82).

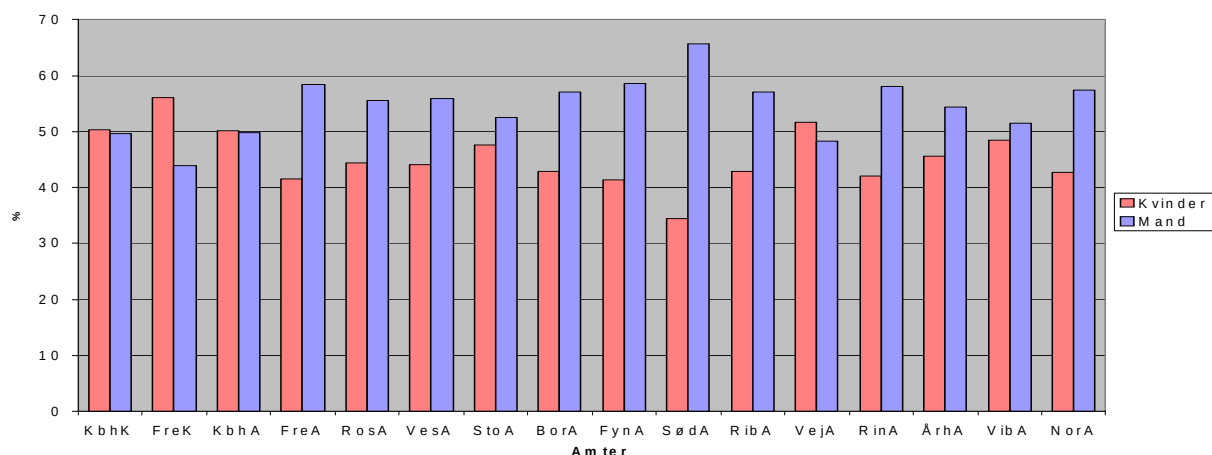
Overlevelsen for optagne patienter med primær lungecancer i perioden 2000-2004:

Fig. 2:



På amtsbasis fordeler patienterne sig i 2004 på køn sig procentuelt således:

Fig. 3:



Kønsfordelingen har i perioden 2000 - 2004 udviklet sig procentuelt således:

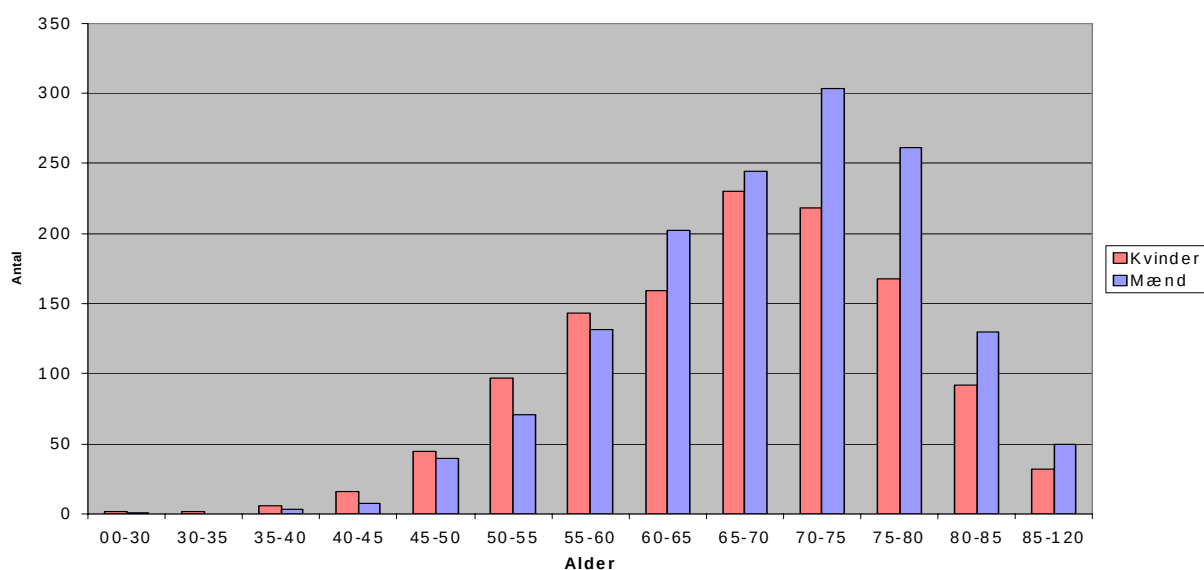
Tabel 1:

	2004	2003	2002	2001	2000
Kvinder	46	44	44	44	42
Mænd	54	56	56	56	58

Som det fremgår ses en stigende andel af kvinder.

De i 2004 indberettede patienter fordeler sig efter køn og alder på følgende måde:

Fig. 4:



Udviklingen i alderssammensætning i databasen i perioden 2000 - 2004 kan

også beskrives vha. følgende tabel over antal mænd og kvinder i de enkelte år:

Tabel 2a - kvinder:

År	00-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-120
2004	0,1	0,1	0,5	1,3	3,7	8,0	11,8	13,1	19,0	18,1	13,8	7,6	2,6
2003	0,1	0,0	0,4	1,7	4,5	6,6	11,1	13,9	17,5	19,0	15,2	7,5	1,9
2002	0,0	0,0	0,3	1,2	3,2	7,8	15,7	12,7	15,3	20,8	12,3	7,8	2,3
2001	0,2	0,1	0,3	1,6	3,4	5,9	12,0	12,4	19,1	17,8	15,6	8,2	2,8
2000	0,0	0,6	0,8	1,7	5,3	6,9	10,2	12,9	19,8	15,8	15,1	7,5	2,6

Tabel 2b – mænd:

År	00-30	30-35	35-40	40-45	45-50	50-55	55-60	60-65	65-70	70-75	75-80	80-85	85-120
2004	0,0	0,0	0,2	0,5	2,7	4,9	9,0	14,0	16,8	21,0	18,0	9,0	3,4
2003	0,1	0,2	0,2	1,5	2,0	6,4	10,4	14,7	17,9	18,5	16,2	8,6	2,8
2002	0,0	0,1	0,4	0,9	2,8	5,6	11,7	12,6	17,0	21,0	15,6	8,8	3,0
2001	0,1	0,4	0,7	1,9	3,2	7,0	8,3	12,8	18,8	19,8	15,6	8,3	2,4
2000	0,1	0,1	0,1	0,9	1,3	6,1	12,8	12,9	19,3	20,9	16,7	6,0	2,2

De indberettende medicinske, øre-næse-hals og lungemedicinske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 85 patienter, median 63 (range 1 - 284). I alt er der indberettet 2654 patienter fra disse afdelinger. De kirurgiske og thoraxkirurgiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 92 patienter, median 115 (range 6 - 173). I alt er der indberettet 645 patienter fra disse afdelinger. De onkologiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 175 patienter, median 170 (range 11 - 436). I alt er der indberettet 1758 patienter fra disse afdelinger. Ovennævnte tal er opgjort per 4. april 2005. 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, 2003 og 2004 været således:

Tabel 3:

	2004	2003	2002	2001	2000
Udredning	2653	2472	2026	1940	1064
Kirurgi	645	666	674	490	456
Onkologi	1758	1173	185	18	0
Indberetninger i alt	5056	4311	2885	2348	1520
Antal patienter	3263	3027	2610	2308	1583

Som erstatning for CR-data har DLCR indhentet incidensdata fra Landspatientregisteret (LPR). I følgende tabel er anført antal registrerede i LPR med aktionsdiagnosen C34x i 2004. Til vurdering af LPR udtrækkets validitet er til sammenligning anført de seneste offentliggjorte data fra cancerregisteret fra 2002. Desuden er anført registrerede i DLCR fra alle

afdelinger i 2004 totalt og nye tilfælde i DLCR. Dette kan tages som udtryk for DLCR's datakomplethed. LPR registreringerne vedrørende lungecancer er dog som anført på side 19 behæftet med stor usikkerhed, hvorfor dette komplethedsestimat skal ses med forsigtighed. Datakompletheden for de enkelte afdelingstyper vurderes i de respektive afsnit.

Tabel 4:

Amt	Nye tilfælde i LPR i 2004	Nye tilfælde i CR i 2003	Nye tilfælde i LPR fra afdelinger i DLCR i 2004	Nye tilfælde i DLCR i 2004
H:S	472	394	418	348
KbhA	427	405	376	313
FreA	230	232	191	185
RosA	124	138	100	126
VesA	132	192	126	193
StoA	205	196	186	204
BorA	12	45	12	21
FynA	478	362	436	341
SønA	120	149	96	160
RibA	140	156	117	149
VejA	230	200	190	234
RinA	137	149	129	162
ÅrhA	354	396	310	333
VibA	140	150	120	130
NorA	334	336	288	333
DK	3535	3500	3095	3263

Som det fremgår giver en sammenligning med basis i 2003 tal fra Cancerregisteret anledning til en række forskelle mellem antal tilfælde i LPR og i DLCR, som kun kan forklares ved stor usikkerhed om tallene i LPR. Der henvises her til de indledende kommentarer på s. 19, men som det fremgår skal oplysningerne fra LPR analyseres med stor forsigtighed, idet validiteten af tallene er forholdsvis lille (mange benigne tilfælde og metastatisk sygdom er kodet som primær lungecancer). Når dette erkendte valideringsproblem fordeles på amterne optræder der som her ind i mellem store udsving i incidensen. Indtil et valideret nyt elektronisk cancerregister foreligger, er disse LPR opgørelser dog de bedste foreliggende estimater over lungecancerincidensen.

Udredende afdelinger.

Forord.

Udredningen af lunge cancer er en daglig udfordring for at opfylde en målsætning om så hurtigt og så tidligt som muligt og samtidig så præcist og skånsomt som muligt for den enkelte patient at nå til en diagnostisk og terapeutisk afklaring. Vi søger til stadighed gennem udvikling og implementering af nye metoder i den daglige diagnostik at optimere opfyldelsen ovenstående målsætning.

Vi må med DLCR Årsrapport 2004 konstatere at "Rom ikke blev bygget på én dag". Der er tydeligvis mange steder i landet fortsatte problemer med at opfylde lægefagligt og politisk accepterede målsætninger for udredningstider.

Vi kan endnu ikke med talmateriale fra DLCR dokumentere en tidligere diagnostik af lunge cancer i DK, således som det har været og fortsat er intenderet. Men vi kan glæde os over spirende tegn på en forbedret overlevelse for danske lunge cancer patienter.

Der er grund til at tro på, at indførelsen af nye diagnostiske metoder såsom Endobronchial ultralydsundersøgelse (EBUS) og PET/CT og fortsat raffinering af allerede velkendte metoder som f.eks. CT på én gang både kan øge den diagnostiske sensitivitet og specificiteten og gøre udredningen hurtigere og mere skånsom.

Fra de 14 amter og H:S er der i alt 31 lungemedicinske afdelinger som har indberettet til DLCC Dette er 10 afdelinger mindre end i 2003. Reduktionen af antallet af indberettende afdelinger skyldes overvejende centraliseringen i forbindelse med den udbredte omlægning i sygehusvæsenet.

Generelt lever de udredende afdelinger op til referenceprogrammet fra 2001 og ventetidsgarantien er i det store hele overholdt og varigheden af udredningsforløb er klart forbedret i forhold til de tidligere år.

Datakompletheden er god. Der er sammenlignet med tidligere år en klar forbedring med et landsgennemsnit på 97 % mod sidste års på 84 %.

På ventetidsområdet er der fortsat amter og afdelinger som bør arbejde på at få nedsat ventetiderne.

De tal der omhandler de forskellige udredningsprocedure og metoder skal tages med forbehold, da nogle amter/afdelinger kun har indberettet NIP (National indikator projekt) relevante data.

Der er som tidligere forskelligheder i udredningsmønstret af patienterne i de forskellige afdelinger og ud over røntgen af thorax og CT thorax er der stor variation i brugen af de forskellige undersøgelsesmetoder. Det kan dog bemærkes at sensitiviteten for undersøgelserne lever op til de internationale standarder med 80 % positive transtorakale biopsier. I nogle amter

foretages mediastinoskopi nærmest rutinemæssigt i forbindelse med bronkoskopian. Andre amter er begyndt at foretage Transbronkial nåleaspiration og Esofagus ultralyd. Her ses tilsyneladende et fald i mediastinoskopierne.

Resultaterne vedrørende stadieinddelingen viser som de tidligere år en stigning i antallet af patienter med stadie IV sygdom på diagnosetidspunktet. Da der samtidig er færre patienter som postoperativt rubriceres i stadie IV er det et tegn på en kvalitetsforbedring i de udredende afdelinger, som er blevet bedre til at foretage den korrekte stadieinddeling. Den høje % af primært inoperable patienter og den fortsatte stigning i de yngre aldersgrupper, med en tydelig overvægt af kvinder, berettiger et øget fokus på sygdommen, med en øget profylaktisk indsats.

Patologidiagnoserne følger mønsteret med, at de planocellulære karcinomer er mest fremtrædende hos mænd, hvor det er adeno karcinomerne som er den hyppigste type hos kvinderne. Antallet af småcellet karcinom er stabiliseret omkring 15 %

Rapporten viser at der har været en positiv effekt at den øgede indsats inden for diagnostikken. Der er fortsat områder, hvor der kan arbejdes med at forbedre kvaliteten af den diagnostiske indsats. Meget tyder på at øget brug af nye undersøgelsesmetoder som f.eks. Trans Bronkial Nåle Aspiration, endobronkial ultralyd, Esofagus ultralyd og PET- scanning vil kunne medvirke til en yderligere forbedring af udredningsforløbene.

Det er dog fortsat påfaldende mange patienter som diagnosticeres i de sene stadier og her er et fokusområde som bør prioriteres.

Det skal som altid bemærkes at den eneste betydelige risikofaktor er tobaksrygning.

Michael Hansen
Overlæge
Lungemedicinsk afd.
Hillerød
Formand lungemedicinsk forum

Torben Riis Rasmussen
Overlæge, ph.d.,
Lungemedicinsk afd.,
Århus Sygehus,
Formand for DDLCG

Patientmaterialet.

Udredningen af de indberettede lungecancer patienter foregik i 2004 på 31 lungemedicinske, medicinske og øre-næse-hals afdelinger. Afdelingerne har indberettet følgende antal patienter med lungecancer (C34):

Tabel 5:

Afdeling	2004	2003	2002	2001	2000
Bispebjerg	234	220	220	279	164
Hvidovre	32	36	27	27	18
Amager	-	7	15	-	-
Frederiksberg	13	16	13	16	13
Gentofte	284	346	314	350	100
Hillerød, afd. B	49	9	3	-	-
Hillerød, afd. F	-	10	7	-	-
Frederikssund	66	49	-	-	-
Helsingør	22	29	2	-	-
Roskilde	99	96	99	110	47
Holbæk	130	88	18	39	2
Slagelse, ØNH	-	-	4	18	24
Næstved	122	49	91	45	-
Nykøbing F	59	24	-	-	-
Bornholm	14	35	6	6	4
Odense	200	219	177	178	149
Odense, ØNH	-	-	-	2	1
Middelfart	51	41	30	25	33
Svendborg	58	60	7	2	-
Svendborg, ØNH	-	-	-	19	10
Sønderborg	35	43	35	45	29
Haderslev	41	27	31	12	1
Tønder	23	28	30	14	20
Åbenrå	8	7	6	1	-
Esbjerg, ØNH	130	115	117	105	47
Vejle	195	164	181	68	79
Holstebro	140	122	122	102	2
Herning	2	8	1	-	-
Tarm	-	-	1	-	-
Ringkøbing	1	1	6	-	-
Silkeborg	68	52	6	6	41
Århus	133	158	100	152	34
Århus, ØNH	-	-	-	-	2
Randers	90	97	67	52	60
Odder	-	5	30	26	17
Grenå	-	1	20	32	16
Viborg	116	122	5	-	-
Skive	-	2	78	81	81
Ålborg	162	67	60	48	29
Hjørring	63	64	90	63	2
Farsø	-	10	2	-	-
Frederikshavn	14	3	9	18	13
DK	2653	2472	2026	1940	1064

I LPR findes i 2004 registreret 2747 nye patienter med C34x i 2004 registreret fra en af de til DLCR tilknyttede udredende afdelinger. Sammenholdes antal registreret i LPR og DLCR kan følgende tabel over datakompletheden for de udredende afdelinger laves:

Tabel 6:

Amt	Antal indberettet til DLCR	Antal indberettet til LPR af afdelinger i DLCR	"Datakomplethed" i %
KbhK	281	278	101
KbhA	270	297	91
FreA	146	219	67
RosA	98	103	95
VesA	140	127	110
StoA	172	177	97
BorA	13	12	108
FynA	306	287	107
SønA	112	107	105
RibA	129	128	101
VejA	196	219	89
RinA	142	132	108
ÅrhA	291	289	101
VibA	120	135	89
NorA	241	237	102
DK	2653	2747	97

De her anførte datakompletheder stemmer fint overens med afdelingernes selvrapporterede til DLCR, hvor sekretariatet efter deadline for dataindrapportering vedrørende 2004 har forespurgt samtlige udredende afdelinger om datakompletheden.

Ved sammenligning mellem de her anførte kompletheder og data i tabel 4 ses i nogle amter en ikke ubetydelig forskel i komplethederne. Dette kan skyldes flere forhold, herunder overrapportering til LPR jvn.f. s. 19, men også lungecancer udredningens organisation i de enkelte amter. Generelt kan det dog konstateres at datakompletheden for de udredende afdelinger tilknyttet DLCR er god.

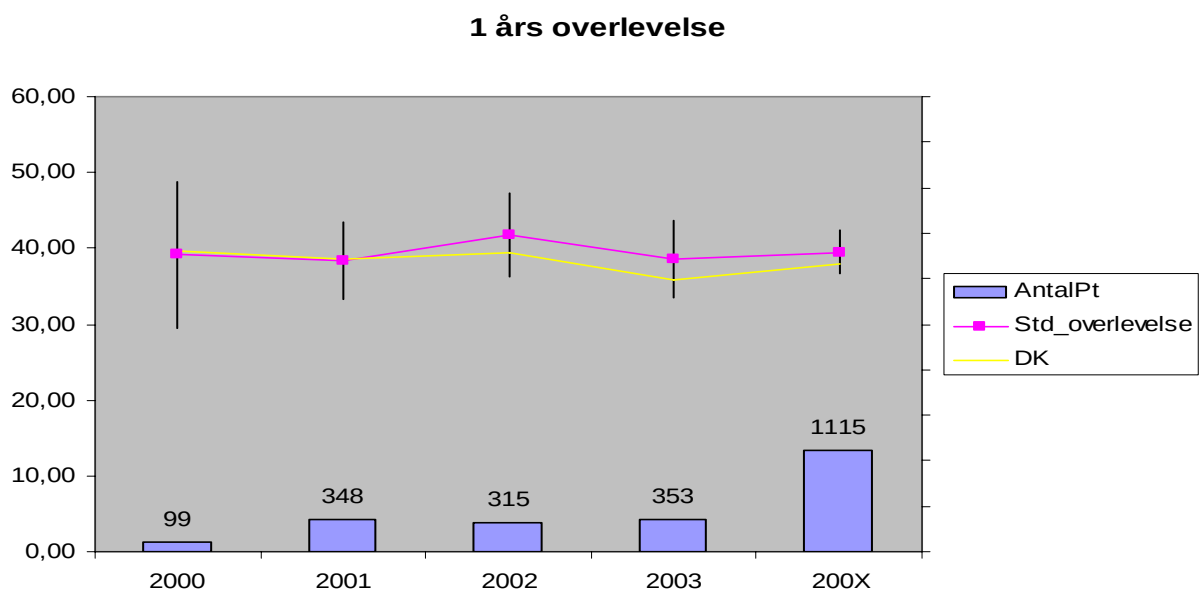
De enkelte afdelingers patientforløb hvad angår henvisning til kirurgi og onkologi, operationstyper og onkologiske behandlingsforløb er nærmere beskrevet i bilag 5.

Overlevelse.

I bilagsmappen findes som bilag 1 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne med 1, 2 og 3 års overlevelser, vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, 2003 og 2000-2003 (200x)) den standardiserede overlevelses rate anført med $\pm$ 95 % konfidensinterval. Raten er standardiseret for alders-, køns- og stadieforskelle mellem afdelingerne. I graferne er desuden anført DK observeret overlevelse og DK-standardens i det omfang en sådan er defineret enten i DLCR eller i Det Nationale Indikatorprojekt (NIP).

Følgende figur er et eksempel på et sådant sammenligningsdiagram, hvor afdelingens standardiserede resultater og konfidensintervaller er anført sammen med DK-standardens og antal indberettede patienter:

Fig. 5:



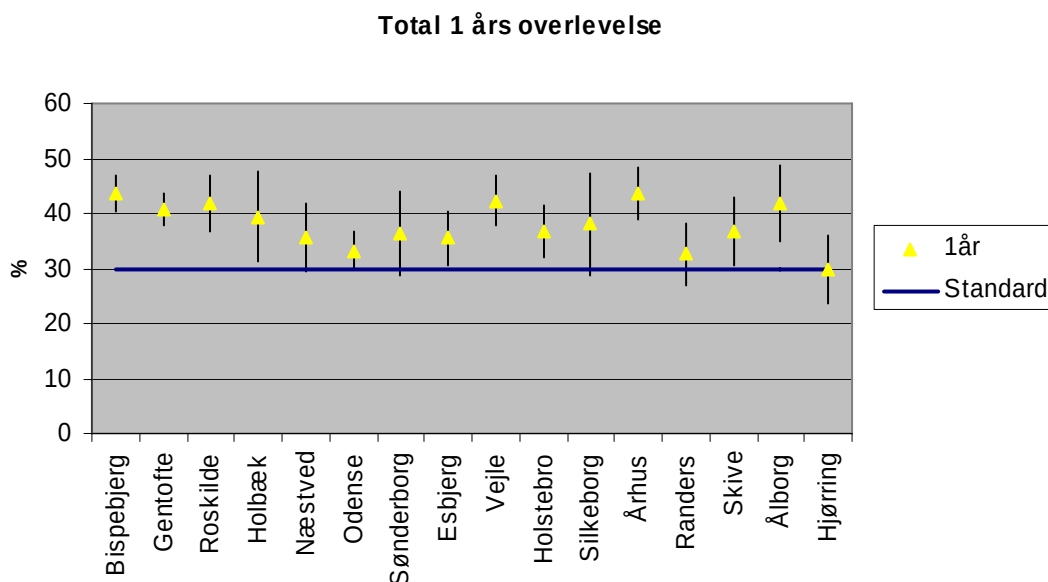
Hvis man i stedet for at se på de enkelte afdelingers overlevelser for de enkelte år, ser på overlevelserne for alle patienter indberettet fra afdelingerne i perioden 2000 – 2004 med henholdsvis 1, 2, 3 og 4 års observationsperiode, kan følgende tabel opstilles med antal medregnede patienter. Alle overlevelsesrater er standardiseret for alder, køn og stadie. I parenteser er anført øvre og nedre confidensinterval. Afdelinger med samlet mere end 100 patienter med mere end 1 års observation er medtaget:

Tabel 7:

Afdeling	1 års observation		2 års observation		3 års observation		4 års observation	
	Antal	1 års overlevelse	Antal	2 års overlevelse	Antal	3 års overlevelse	Antal	4 års overlevelse
Bispebjerg	888	43 (40-47)	666	27 (24-31)	442	20 (16-24)	164	21 (15-27)
Gentofte	1119	41 (38-44)	765	22 (19-25)	449	20 (16-24)	100	20 (12-28)
Roskilde	350	42 (37-47)	254	29 (24-35)	155	22 (15-28)	47	15 (5-25)
Holbæk	142	39 (31-47)	55	25 (14-37)	40	20 (8-32)	2	0 (-)
Næstved ¹	219	36 (29-42)	133	19 (12-25)	44	11 (2-21)	-	-
Odense	720	33 (30-37)	501	20 (16-23)	324	14 (10-18)	148	11 (6-16)
Sønderborg	151	36 (29-44)	107	26 (18-35)	73	15 (7-23)	28	25 (9-41)
Esbjerg	355	36 (40-31)	241	16 (12-21)	124	10 (4-15)	25	8 (0-19)
Vejle	459	42 (38-47)	296	28 (23-33)	115	28 (20-36)	48	25 (13-37)
Holstebro	417	37 (32-41)	295	23 (18-27)	176	19 (13-25)	74	15 (7-23)
Silkeborg	105	38 (47-29)	53	21 (10-32)	47	9 (1-16)	41	10 (1-19)
Århus	442	44 (39-48)	283	25 (20-31)	183	20 (14-26)	35	20 (7-33)
Randers	276	33 (27-38)	180	18 (12-23)	112	13 (7-20)	60	10 (2-18)
Skive ²	235	37(30-43)	233	22 (17-28)	161	17 (11-23)	80	14 (6-21)
Ålborg	201	42 (35-49)	135	19 (13-26)	76	17 (9-26)	29	21 (6-35)
Hjørring	218	30 (24-36)	155	14 (9-20)	65	8 (1-14)	2	0 (-)

Vist grafisk er de samlede overlevelser for de anførte afdelinger således:

Fig. 6a:



¹ Indberetningerne fra Næstved vedrører perioden 2000 – 2002(3). Data fra Storstrømmens S. /Næstved vedrørende perioden 2003 – 2004 offentliggøres i kommende rapporter.

² Indberetningerne fra Skive vedrører perioden 2000 – 2002. Data fra Viborg/Skive vedrørende perioden 2003 – 2004 offentliggøres i kommende rapporter.

Fig. 6b:

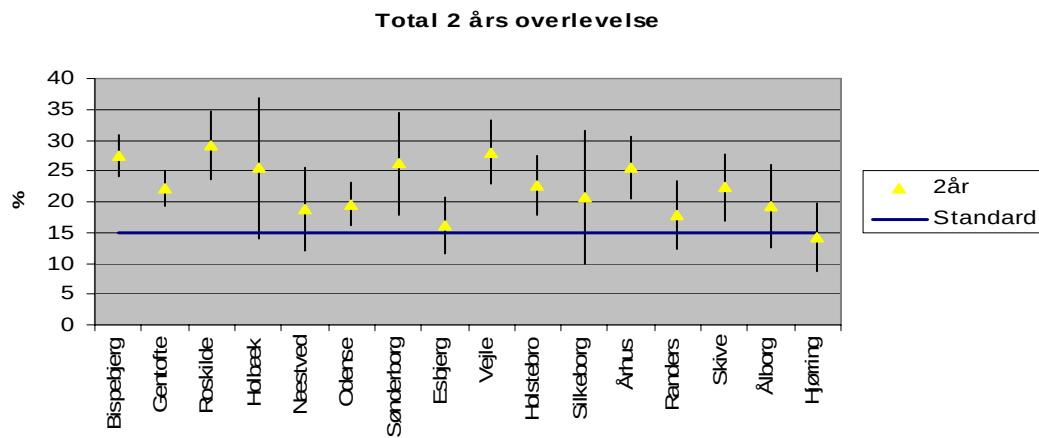


Fig. 6c:

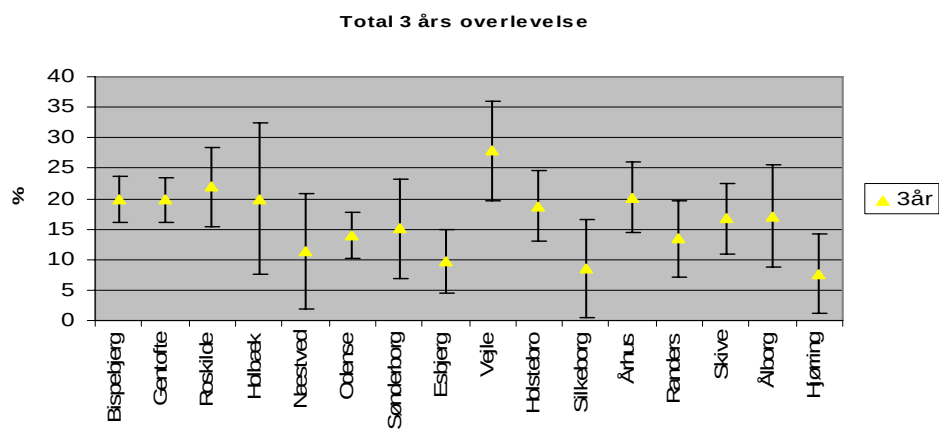
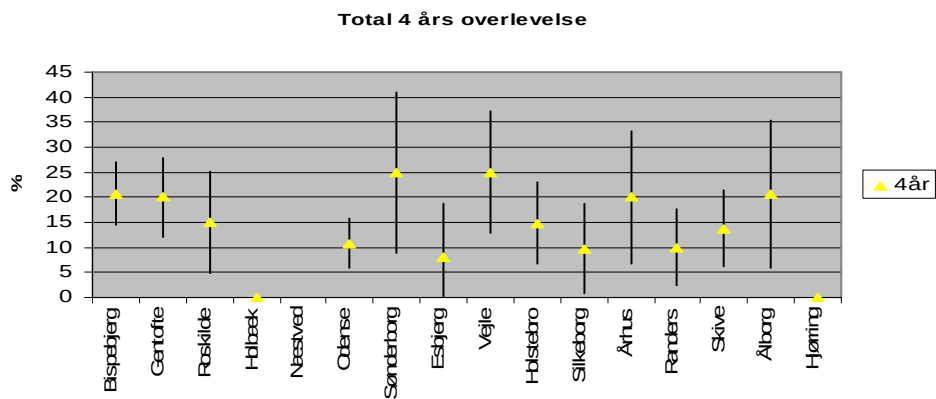


Fig. 6d:



Ventetider.

Delay i sygehus sektor (Sekundær delay dvs. tid fra henvisningen er modtaget til patienten ses første gang ambulant eller ved indlæggelse) fordeler sig på antal dage (mediant) fordelt på bopælsamter således.

Tabel 8:

Amt	Sekundær delay					
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004
H:S	14	12	12	9	9	11
KbhA	10	10	9	8	9	9
FreA	18	13	13	2	-	16
RosA	7	8	9	8	8	8
VesA	10	9	9	13	15	11
StoA	9	8	7	10	4	8
BorA	8	9	9	7	5	9
FynA	7	8	7	6	7	7
SønA	10	11	10	9	13	10
RibA	13	14	15	12	20	14
VejA	7	10	11	17	18	10
RinA	12	11	12	11	13	12
ÅrhA	12	11	7	9	20	11
VibA	13	12	21	24	31	16
NorA	10	11	8	9	21	10
DK	9	10	9	8	11	9

I bilagsmappen findes som bilag 2 tabel, der for de enkelte udredende afdelinger viser værdier for sekundær delay for perioden 2000 - 2004.

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

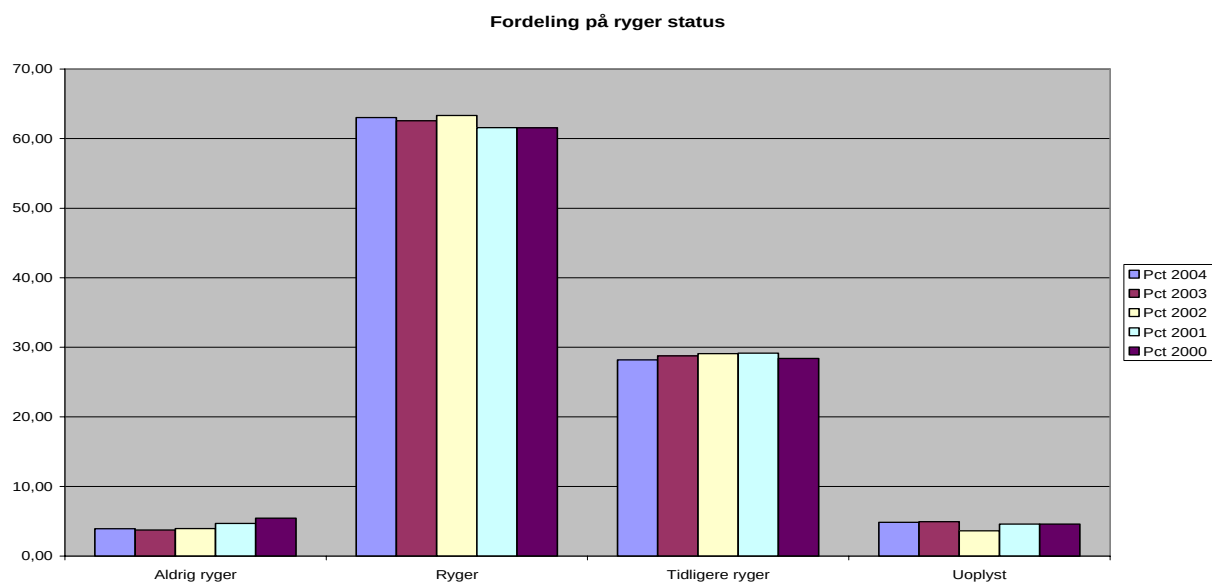
Endelig findes i bilaget desuden anført afdelingens ventetider dvs. tid fra modtaget henvisning til 1. ambulante besøg eller indlæggelse og til endelig svar på udredningen. Ventetider er anført for årene 2000 - 2004.

Risikofaktorer og rygning.

Rygning:

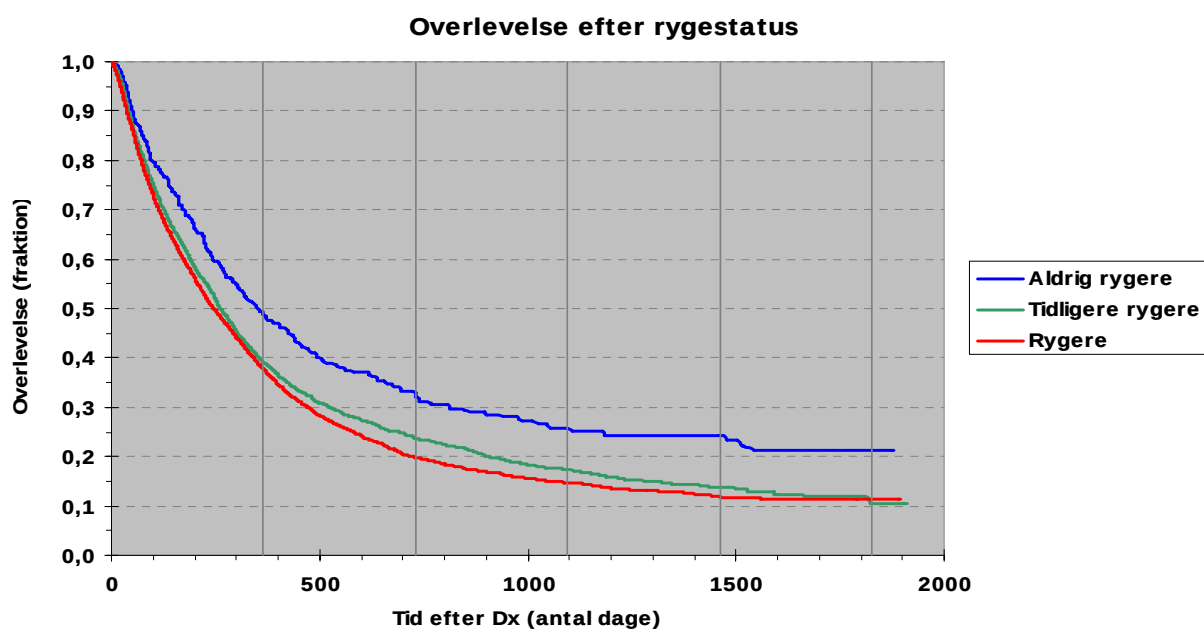
Blandt de indberettede i perioden 2000, 2001, 2002, 2003 og 2004 fordelte patienterne, hvad rygeanamnese angår, således (n=10 041):

Fig. 7:



Rygning og overlevelse for alle indberettede patienter 2000 – 2004:

Fig. 8:

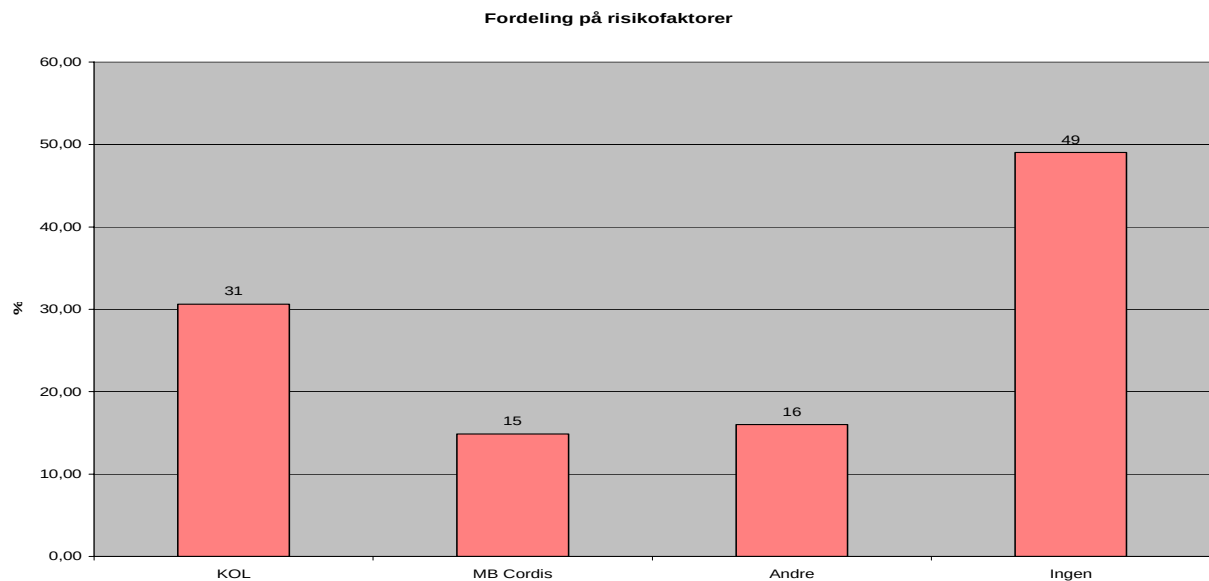


Der findes signifikant forskel på overlevelsen mellem rygere/tidligere rygere og ikke rygere

Risikofaktorer:

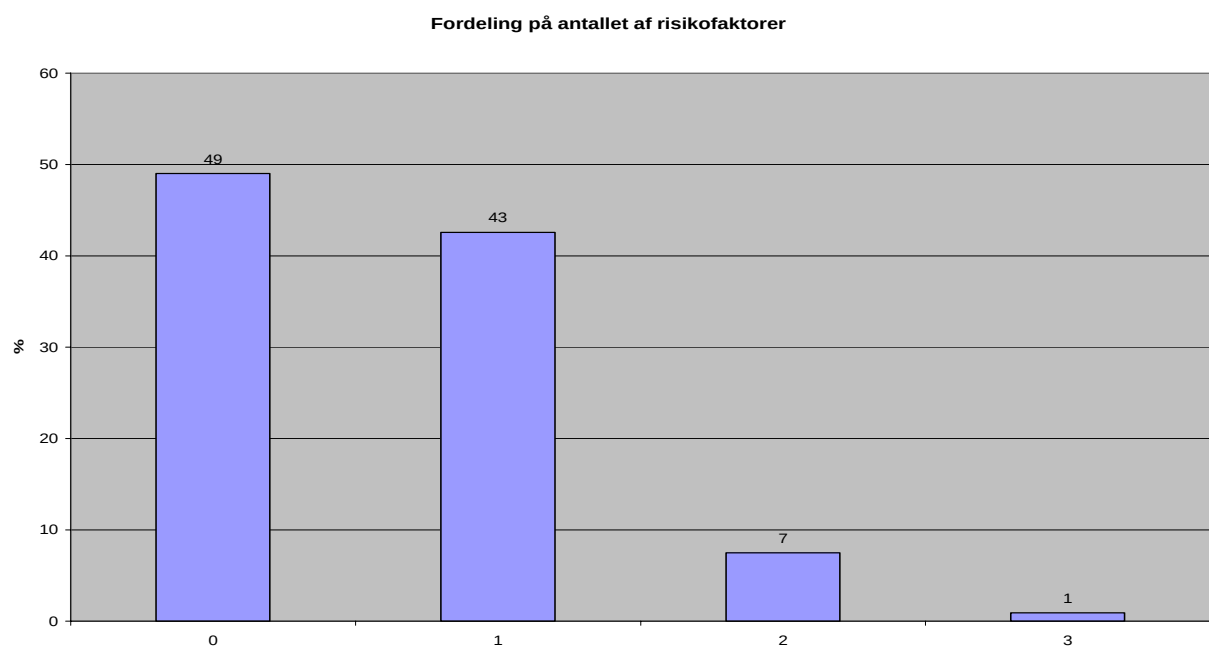
Fordelingen af risikofaktorer hos de indberettede i perioden 2000 – 2004 (n = 11 213):

Fig. 9:



Antal risikofaktorer:

Fig. 10:



Udredningsmetoder.

Patienterne udredes med en lang række metoder. I tabel 9 på side 42 ses de anvendte udredningsmetoder (%) i de enkelte amter. Ved vurdering af tabellen bør man være opmærksom på forskelle i udredningsmønstre. 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. Desuden har en enkelt afdeling kun indberettet NIP-data til DLCR, hvorfor denne afdelings data vedrørende udredningsmetoder for 2004 ikke er fuldstændige og amtets resultater på dette område er derfor ikke medregnet i følgende tabel (Københavns amt).

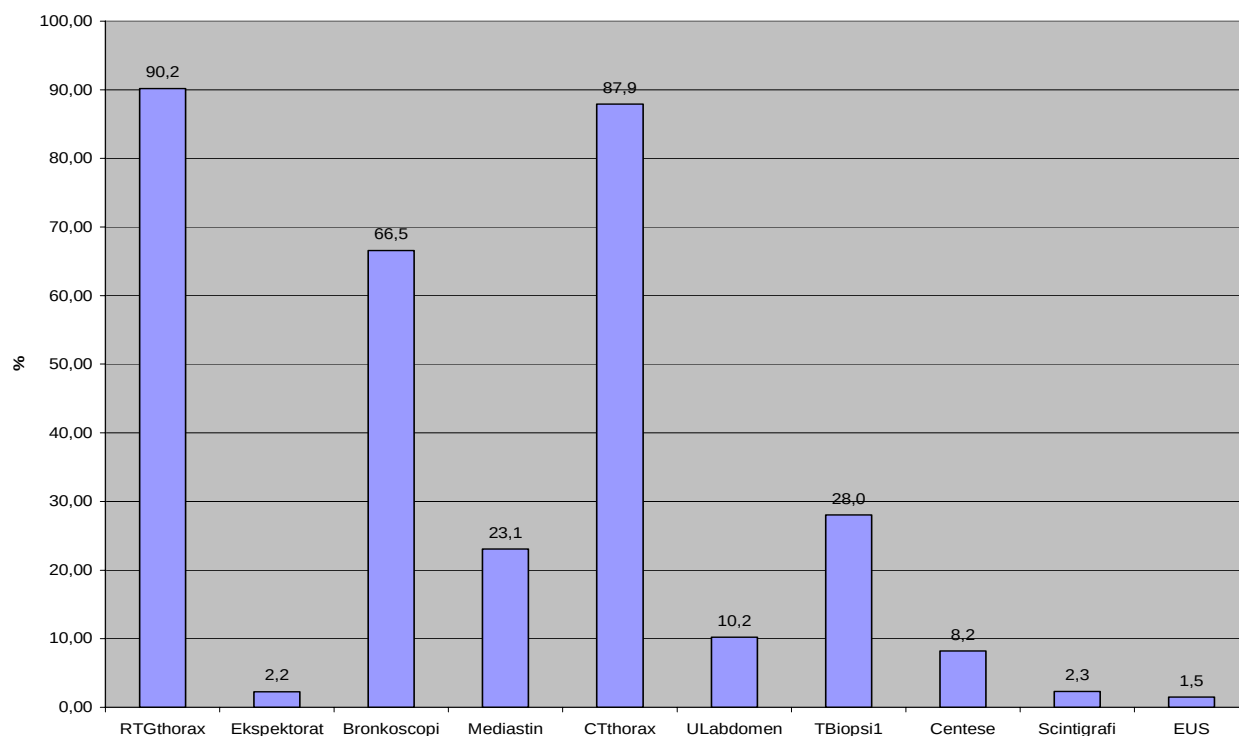
I bilagsmappens bilag 3 findes de enkelte afdelingers udredningsmetoder anført. Kolonnen er mediastinoskopi er inklusiv antal udført og registrerede på kirurgiske afdelinger jvn.f. bilag 12 tabel 10a.

Tabel 9:

Amt	Antal	RTG thorax	Ekspektorat	Bronkoskopi	Mediastinoskopi	CT thorax	UL abdomen	TTNAB	Centese	Scintigrafi	EUS
DK	2620	90	2	67	28	88	10	28	8	2	1
Uopl	4	100	25	50	75	75	25	25	25	0	0
KbhK	227	97	1	81	19	89	7	30	4	1	0
FreK	54	100	0	83	17	89	2	22	6	2	0
FreA	98	94	0	58	20	93	2	41	10	0	1
RosA	102	97	2	77	13	95	10	20	6	1	0
VesA	140	97	1	71	12	91	6	19	5	3	1
StoA	172	97	0	88	20	88	6	28	11	0	8
BorA	13	100	0	23	31	100	15	0	0		0
FynA	306	99	1	86	20	94	5	23	6	3	0
SødA	112	98	6	52	44	97	6	32	6	0	1
RibA	130	87	0	64	52	98	17	17	8	5	1
VejA	195	85	0	50	33	99	13	42	6	2	0
RinA	143	94	3	73	44	91	15	53	15	9	2
ÅrhA	292	96	2	64	40	95	22	39	14	3	0
VibA	120	98	6	71	46	94	11	41	3	6	1
NorA	241	96	10	58	34	94	9	20	11	0	1

For hele landet kan procedurernes fordeling vises grafisk således:

Fig. 11:



Undersøgelsernes resultat (1. undersøgelse) i % af antal udførte undersøgelser i DK:

Tabel 10a:

Undersøgelse	Antal	Ingen malignitets-suspekte celler - %	Malignitets-suspekte celler - %	Maligne Celler	Atypi %	Hæmorrhagisk %	Inkonklusivt %	Ikke udført %
Ekspektorat	59	42	19	27			12	
Bronkoskopi	1746	32	5	57	1		3	2
TTbiopsi	736	10	4	80			5	
Torakocentese	215	29	3	57	2	1	7	

Mediastinoskopier udført i 2004 havde følgende resultat.

Tabel 10b:

	Antal	NO	N2	N3	Inkonklusivt	Ikke udført
Udredende	605	402	139	43	14	7
Kirurgiske	125					
DK	729					

Sammenholdes resultatet af Rtg. af thorax med henholdsvis CT-scanningens T-stadie, bronkoskopieresultatet og cTNM stadiet fås følgende tabel, idet resultaterne for 2004 og hele perioden 2000-2004 vises:

Tabel 11:

			CT scanning			Bronkoskopi			Stadie						
År	Infiltrat	Antal	antal	T stadie > 1		Antal	Malignitet		Konklusion	0	I	II	III	IV	-
				n	%		n	%							
2004	Ja	2205	2089	1990	95	1637	935	57	2200	1	22	6	28	43	1
	Nej	209	188	159	85	129	81	63	209	1	13	5	33	45	1
	Uoplyst	56	47	42	89	32	17	53	56	0	20	5	39	36	0
2000 - 4	Ja	12876	11856	11190	94	10520	3989	38	12816	1	23	8	31	36	3
	Nej	669	593	493	83	450	213	47	667	1	13	5	34	41	5
	Uoplyst	235	200	176	88	151	70	46	233	0	12	5	37	40	6

Tilsvarende kan resultaterne fra de udførte mediastinoskopier, hvor der findes N2/3-sygdom sammenholdes med, hvor mange af de udførte CT-scanninger på de samme patienter, hvor N-stadiet er bedømt mindre end N2/3 dvs. i 2004 har 182 ved mediastinoskopi fået påvist N2/3 sygdom. Af disse 182 patienter har 179 også fået lavet CT-scanning og hos disse har scanningen ikke givet mistanke om N2/3 sygdom på trods af den positive mediastinoskopi. Ligeledes for 2004 samt hele perioden 2000-2004:

Tabel 12:

År	Mediastinoskopi		CT scanning		
	Resultat	Antal	antal	N stadie ≤ 1	
				n	%
2004	N ≥ 2	182	179	66	36
2000 - 4	N ≥ 2	766	757	295	39

Hos patienter, hvor TTNAB har givet malignitetsdiagnosen anføres i den følgende tabel det antal gange pt. har fået udført TTNAB:

Tabel 13:

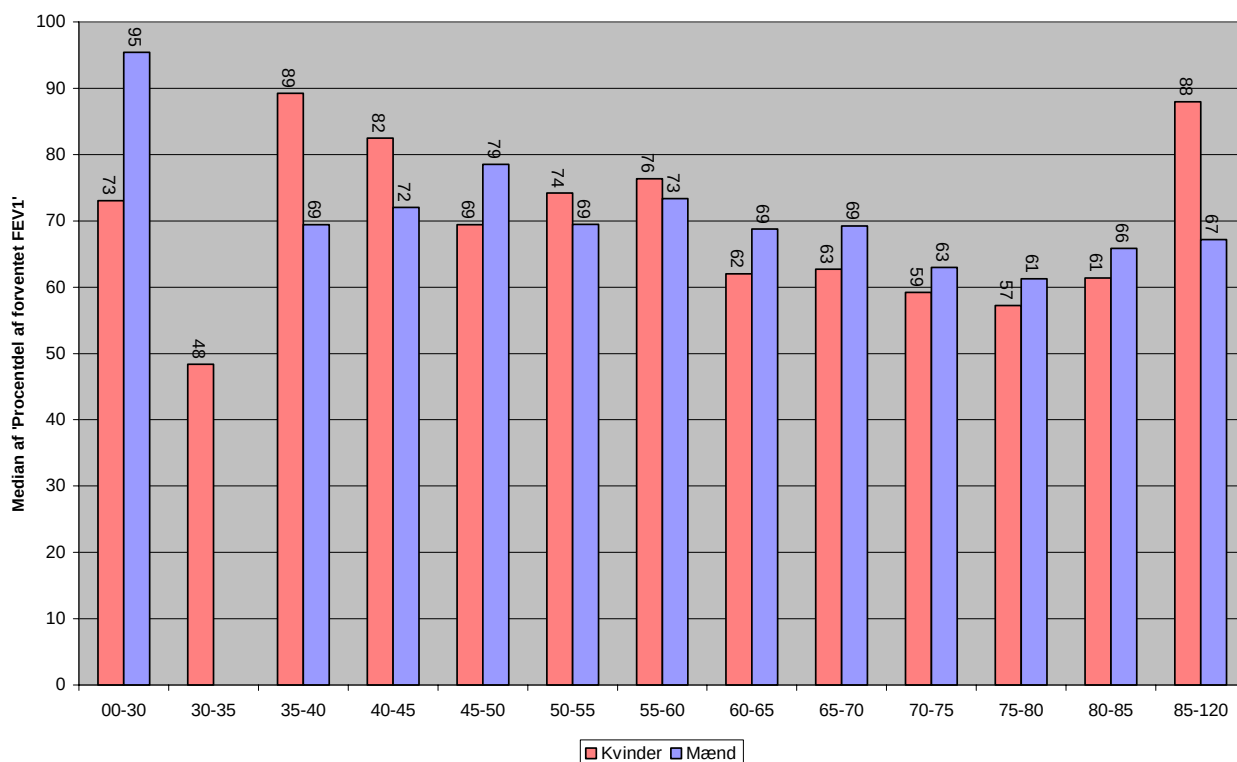
År	Resultat	Antal	Antal TTNAB		
			1.	2.	3.
2004	Malignt	644	592 (92 %)	43 (7 %)	9 (1 %)
2000 - 4	Malignt	2418	2202 (91 %)	194 (8 %)	22 (1 %)

Lungefunktion.

Den mediane FEV1 målt i 2004 er 1,70 l/sek. (range 0,2 – 7,2), mens den mediane FEV1 i % af forventede, er 66,2 %. Den gennemsnitlige FEV1 er 1,8 l/sek. 14 % af de udredte har en FEV1 på under 40 % af forventede, 26 % mellem 40 % og 60 % af forventet og 60 % over 60 % af forventet.

FEV1 køn og alder.

Fig. 12:



Tobaksforbrug.

De udredende afdelinger angiver tobaksforbruget (pakkeår) for deres indberettede patienter i 2004 således (med. = mediant forbrug; Gns. = gennemsnitligt forbrug):

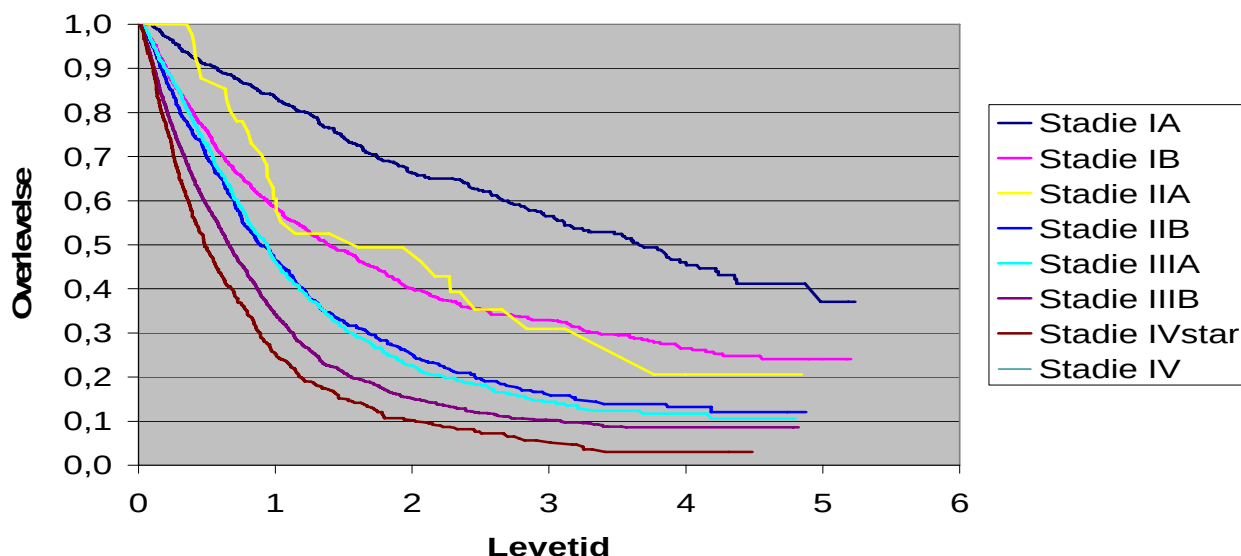
Tabel 14:

Afdeling	Med. Rygere	Gns. Rygere	Med. Tidl. Rygere	Gns. Tidl. Rygere
Bispebjerg	48	45	40	38
Hvidovre	55	57	45	45
Amager	-	-	-	-
Frederiksberg	30	39	45	41
Gentofte	40	42	35	36
Hillerød	40	40	40	45
Hillerød	-	-	-	-
Frederikssund	40	40	30	45
Helsingør	40	36	40	35
Roskilde	40	42	40	37
Holbæk	40	44	39	38
Næstved	40	45	30	40
Nyk. Falster	38	40	40	43
Bornholm	40	43	2	2
Odense	45	46	32	37
Middelfart	37	39	30	31
Svendborg	40	41	30	29
Sønderborg	35	33	30	33
Haderslev	40	43	40	37
Tønder	30	31	25	27
Åbenrå	20	20	33	39
Esbjerg	40	39	30	32
Vejle	40	40	36	35
Holstebro	40	43	27	32
Herning	40	41	-	-
Silkeborg	35	40	30	37
Århus	40	40	35	36
Randers	40	40	32	32
Viborg / Skive	40	36	30	32
Ålborg	40	39	35	35
Hjørring	40	40	40	36
Frederikshavn	50	55	28	29
Ringkøbing	1	1	-	-

Stadier.

På i alt 2652 patienter indberettet til registeret i 2004 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 2000-2004 populationen, hvor der foreligger valid stadiangivelse på i alt 10 516 patienter, ser overlevelseskurven således ud

Fig. 13:



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i 2003, 2002, 2001 og 2000 fremgår af følgende:

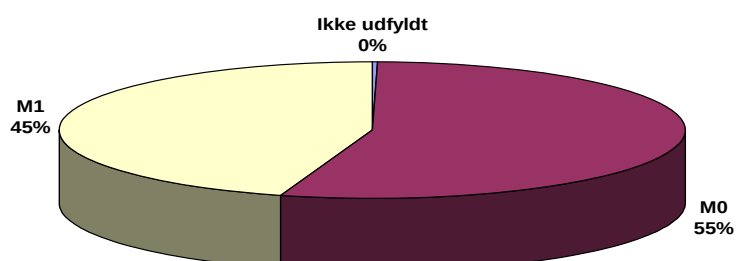
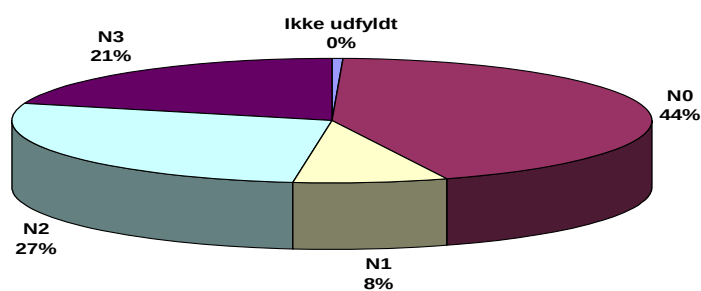
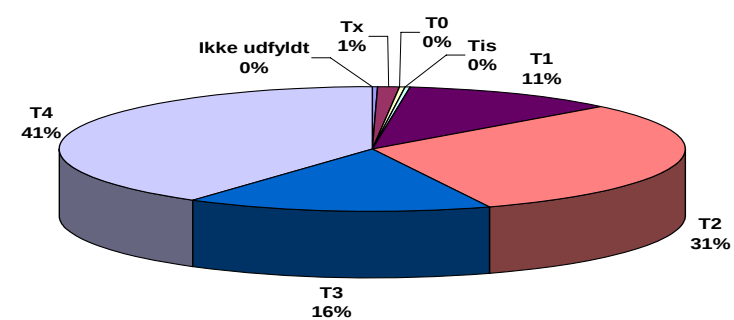
Tabel 15:

	Observeret 1 års overlevelse				Observeret 2 års overlevelse			Observeret 3 års overlevelse		Observeret 4 års overlevelse
	2003 n=2368	2002 n=1902	2001 n=1855	2000 n=1083	2002 n=1902	2001 n=1855	2000 n=1083	2001 n=1855	2000 n=1083	2000 n=1083
Stadium Ia	82	83	82	83	64	63	68	52	59	46
Stadium Ib	57	58	58	57	40	40	40	32	33	27
Stadium IIA	50	81	40	37	72	40	37	10	25	12
Stadium IIB	48	47	48	36	22	29	18	16	14	11
Stadium IIIa	45	45	48	37	23	24	13	15	7	7
Stadium IIIB	33	37	32	30	15	15	13	10	11	8
Stadium IV	18	19	18	19	5	4	6	2	2	2
Stadium IV*	25	33	22	17	19	7	6	6	2	2

Klinisk TNM (cTNM).

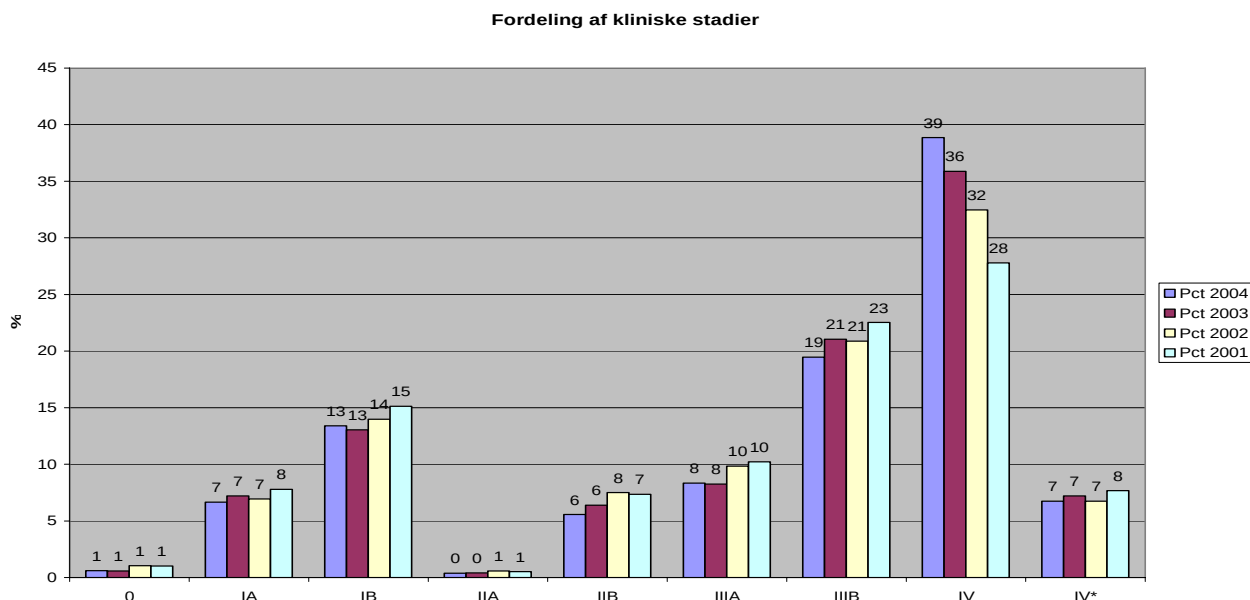
Den samlede cTNM klassifikation efter alle undersøgelser udført på de udredende afdelinger fordeler i % i 2004 på landsplan sig således:

Fig. 14:



Den kliniske stadielinddeling i 2004 (n=2639), 2003 (n=2368), 2002 (n=1902) og 2001 (n=1855) på landsplan fordeler sig i % således, idet år 2000 (n=1083) er udeladt pga. lav datakomplethed:

Fig. 15:



cTNM fordelt på amter 2004

Tabel 16:

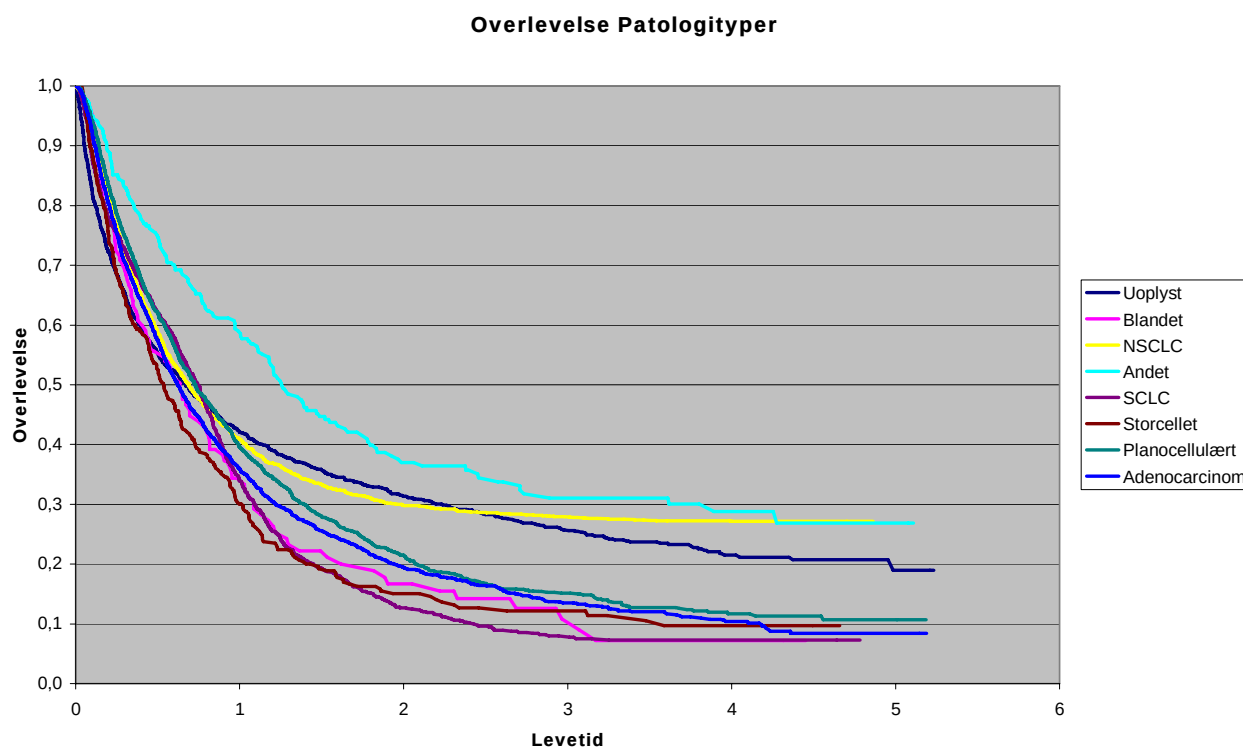
Amt	Stadie 0	Stadie Ia	Stadie Ib	Stadie Ila	Stadie Iib	Stadie IIIa	Stadie IIib	Stadie IV*	Stadie IV
KbhK	0,9	9,3	9,3	0,0	1,3	8,9	17,8	7,1	45,3
FreK	1,9	9,3	14,8	0,0	1,9	11,1	16,7	3,7	40,7
KbhA	0,0	4,1	7,0	0,0	4,1	4,8	24,4	4,4	51,1
FreA	0,0	0,7	10,4	0,0	10,4	6,9	21,5	4,2	45,8
RosA	0,0	2,0	10,2	0,0	5,1	12,2	18,4	7,1	44,9
VesA	0,0	7,9	13,7	0,7	6,5	9,4	12,9	3,6	45,3
StoA	0,0	5,8	15,2	0,0	2,9	7,6	21,1	4,7	42,7
BorA	0,0	0,0	15,4	7,7	23,1	0,0	7,7	23,1	23,1
FynA	1,3	6,2	12,5	0,3	8,2	6,6	18,4	9,5	37,0
SønA	2,7	8,1	14,4	0,9	10,8	9,9	14,4	10,8	27,9
RibA	0,8	7,0	18,8	3,9	5,5	14,8	15,6	10,9	22,7
VejA	0,0	8,7	12,8	0,5	3,6	5,1	18,5	7,2	43,6
RinA	0,0	11,6	23,9	0,0	4,3	6,5	21,7	8,0	23,9
ÅrhA	1,0	9,1	15,7	0,0	4,9	7,7	22,7	7,7	31,1
VibA	0,8	7,5	15,0	0,0	4,2	12,5	19,2	6,7	34,2
NorA	0,4	3,8	14,7	0,0	8,0	11,3	19,3	3,8	38,7
DK	0,6	6,7	13,4	0,4	5,6	8,3	19,5	6,7	38,8

I bilagsmappens bilag 4 findes stadielordelingen i 2004 for de enkelte afdelinger.

Patologi.

På i alt 2642 patienter indberettet til registeret i 2004 findes registreret en celletype. Ser man på 2000-2004 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 10 075 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

Fig. 16:



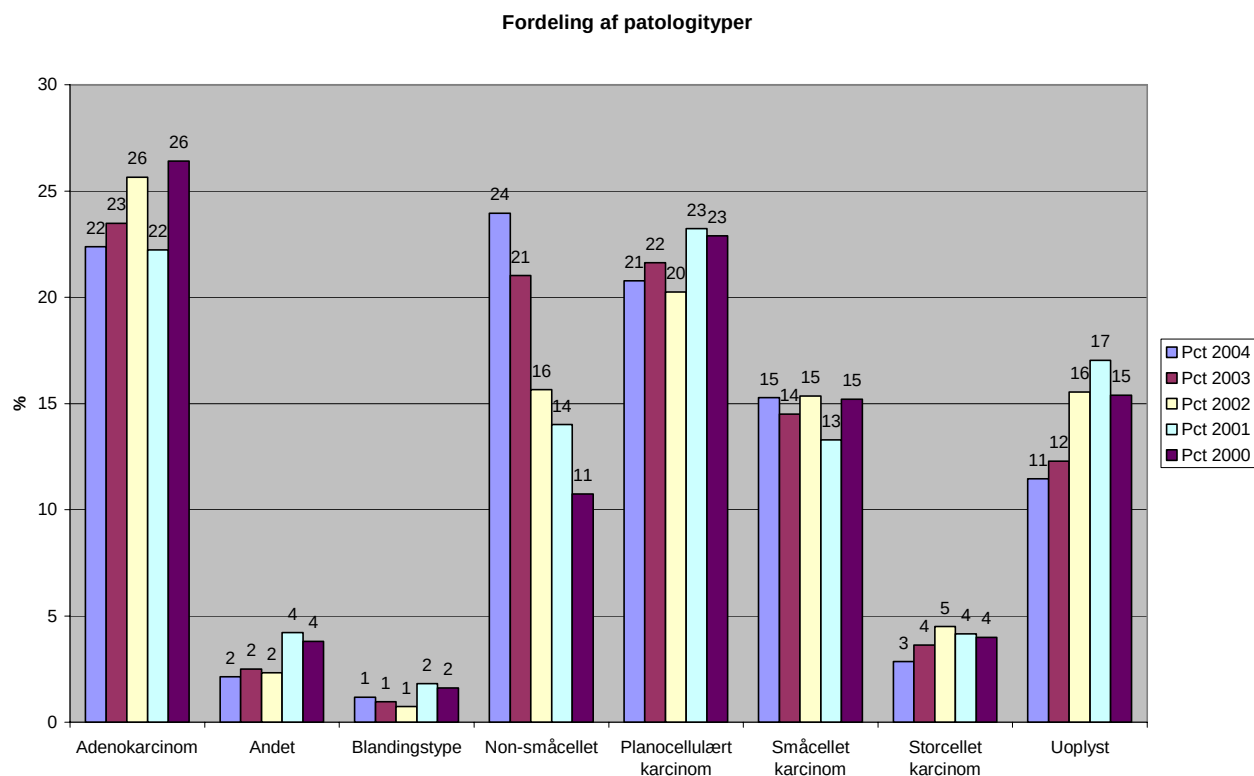
Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i 2000, 2001, 2002 og 2003 fremgår af følgende:

Tabel 17:

	Observeret 1 års overlevelse				Observeret 2 års overlevelse			Observeret 3 års overlevelse		Observeret 4 års overlevelse
	2003 n=2463	2002 n=2011	2001 n=1916	2000 n=1051	2002 n=2011	2001 n=1916	2000 n=1051	2001 n=1916	2000 n=1051	2000 n=1051
Planocel.	39	41	40	34	23	20	19	14	15	12
Adenocar.	34	38	34	35	19	19	20	11	16	12
Storcellet	31	30	32	19	17	16	7	13	7	4
Småcellet	34	33	32	35	12	12	17	8	6	6
NSCLC	34	42	38	43	23	20	25	16	19	13
Blandet	29	40	48	23	33	17	17	8	11	11
Andet	54	46	59	75	27	33	55	30	42	40
Uoplyst	34	43	43	55	30	33	46	27	40	34

Den kliniske/præoperative patologidiagnoser fordeler sig i perioden 2000-2004 i % på landsplan således:

Fig. 17:



Patologytyperne fordeler sig i % totalt og på køn i populationen 2000 – 2004 således:

Tabel 18a – total:

	Plano	Adeno.	Storcellet	Småcellet	NSCLC	Blandet	Andet	Uoplyst
2000	23	22	4	13	11	1	4	15
2001	23	26	4	15	14	2	4	17
2002	20	26	5	15	16	2	2	16
2003	22	23	4	14	21	1	2	12
2004	21	22	3	15	24	1	2	11

Tabel 18b - kvinder:

	Plano	Adeno.	Storcellet	Småcellet	NSCLC	Blandet	Andet	Uoplyst
2000	17	28	3	16	12	0	4	16
2001	15	27	4	12	13	1	4	20
2002	13	29	5	17	15	0	2	15
2003	14	28	4	14	20	1	2	12
2004	14	26	2	17	25	1	1	11

Tabel 18c – mænd:

	Plano	Adeno.	Storcellet	Småcellet	NSCLC	Blandet	Andet	Uoplyst
2000	26	25	4	14	9	2	3	14
2001	29	18	4	14	14	1	3	14
2002	25	22	3	13	15	0	2	15
2003	27	19	2	14	21	0	2	11
2004	26	18	3	13	22	1	2	11

Kirurgiske afdelinger.

Forord.

Patientmaterialet: Opgørelsen følger nu kalenderåret for at undgå forskellige tal og dermed forvirring ved læsning af de kirurgiske resultater, dvs. at samtlige de patienter, der indgår i denne årsrapport, er opereret i kalenderåret.

Tabellerne vil i næste rapport kun indeholde data fra 5 centre, da både Viborg og Vejle i løbet af 2004 er ophørt med den thoraxkirurgiske aktivitet, således at patienter fra Viborg amt opereres på Skejby og patienter fra Vejle amt opereres i Odense.

Tabel 24 viser, at der er sket et betydeligt fald i ventetiden, således at 3 afdelinger i 2004 har opfyldt standarden for ventetid. Målet må være at man i 2005 i hvert fald opnår NIP-standard ($>85\%$) for denne parameter i alle afdelinger.

Tabel 29 viser, at resektionsraten for 2004 er uændret fra 2003, dvs. at man stadig er lagt fra det samlede mål på 25% på landsbasis. Der er dog som i tidligere år regionale forskelle, som det fremgår af kurverne i bilag 8. I tabel 27a ses, at der igennem de sidste 3 år har været en uændret kirurgisk aktivitet til trods for et øget antal udredninger.

Af tabel 30 fremgår det, at der har været et næsten konstant antal af lungecancere siden registeret startede i år 2000, og det ses også af denne tabel, at Vestsjællands Amt fra at henvise patienter til Rigshospitalet nu henviser til Odense Universitetshospital.

Figur 20 viser fordelingen af de enkelte operationstyper. Afdelingerne har i 2004 opnået at samtlige standarder er opnået, bortset fra raten for eksplorative indgreb, der stadig er lidt over de målsatte 10% .

Antallet af patienter i registeret er nu så stort, at overlevelsesdata kan genereres med betydelig sikkerhed, og i tabel 34 kan de observerede overlevelsestal ses, og de lever alle op til international standard. De enkelte afdelingers overlevelser fremgår af kurverne i Bilag 6, og er ikke signifikant forskellige.

Mht. til 5-årsoverlevelsen for de enkelte stadier kan registeret endnu ikke generere sikre tal; men skønsmæssigt synes overlevelsen for stadium IA, at komme til at ligge på 70% , hvilket var et af de opstillede mål.

Tabel 37 viser mortaliteten for de enkelte operationstyper samt den samlede mortalitet på landsbasis. Her er standarden atter opfyldt for den samlede

mortalitet; men som i år 2003 er mortaliteten for pneumonektomier stadig for høj i forhold til de aftalte mål, til trods for det øgede fokus på denne operationstype. Dette vil atter blive diskuteret og analyseret i kirurgigruppen.

Selv om tallene for komplikationer efter yderligere redefineringer i år 2003 syntes at være mere valide, må man konstatere at komplikationsregistreringen i denne årsrapport stadig ikke er eksakt nok, hvilket vil medføre, at der sker en opprioritering af denne registrering.

De postoperative stadier fremgår af bilag 12, tabel 1. Der er ikke den store forskel i procentvis andel af stadium I tumorer blandt centrene; men der synes trods det, at man i flere udredningsprogrammer har indført supplerende undersøgelser mhp at begrænse antallet af patienter med højt stadie, stadig at være en for stor andel af patienter i stadium IIIB, IV og IV* (12-25 %), hvilket jo også hyppigt vil medføre flere eksplorative indgreb.

I sidste årsrapport fremgik det, at flere afdelinger havde indført bronko-plastiske procedurer, hvilket er vigtigt for at opnå en så høj resektionsrate som muligt; men også for at formindske tabet af aktivt lungevæv. Målet bør ifølge internationale vurderinger være at 6-7 % af lobektomierne udføres på denne måde.

I tabel 6 bilag 13 vises antallet af thoraxvægsresektioner i forbindelse med lungeresektioner. Det fremgår her, at der er forskelle i aktivitet på dette område, og at de afdelinger der har flere patienter i højt stadie kun foretager få resektioner, dette vil blive diskuteret i kirurgigruppen.

Umiddelbart antyder tabel 8 bilag 13 en stor uensartethed i anvendelsen af neoadjuverende kemoterapi. Forskellene skyldes dog snarere, at kun nogle af afdelingerne deltager i det skandinaviske multicenterprojekt for N2-syge.

I kirurgigruppen har man tidligere besluttet, at der skulle udtages glandler fra 3 stationer ved operationen uafhængigt af, at patienten præoperativt var mediastinoskoperet. Af tabel 9, bilag 13 fremgår det, at dette kriterium aktuelt kun opfyldes ved ca. 60 % af operationerne.

Hans K. Pilegaard
Formand for DKLCG

Patientmaterialet.

Afdelingerne har indberettet i alt 645 patienter med en operationsdato i 2004 til Dansk Lunge Cancer Register. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år. I forhold til tidligere år er opgørelsesmetoden for de kirurgiske afdelinger ændret, idet patienterne nu allokeres til de enkelte år efter operationsdato og ikke som tidligere efter henvisningsdato:

Tabel 19:

Afdeling:	2004	2003	2002	2001	2000	I alt
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	104	134	150	118	116	622
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	126	130	109	54	55	474
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	145	160	146	97	64	612
Organkirurgisk afdeling - Vejle	28	27	33	36	35	160
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	173	128	146	109	132	688
Organkirurgisk afdeling - Viborg	6	26	25	-	-	57
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	63	56	68	78	54	319
I alt	645	661	677	492	456	2932

Der er i alt fra de opererende afdelinger i 2004 således indberettet 645 patienter i registeret med operationsdato i året. Heraf er 43 % kvinder og 57 % mænd. På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2004 således:

Tabel 20:

Afdeling:	Kvinder	Mænd
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	47	53
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	48	52
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	39	61
Organkirurgisk afdeling - Vejle	61	39
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	36	64
Organkirurgisk afdeling - Viborg	83	17
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	49	51

Siden 2004 har de kirurgiske afdelinger selv indberettet prognostiske diagnostiske variabler (cTNM, FEV1, KOL, Mb. Cordis ect.), hvorfor standardisering med baggrund i disse ikke længere er afhængig af indberetning fra de udredende afdelinger.

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	45	46	54
	FreK.	12	59	41
	StoA	22	46	54
	BorA	6	34	66
	FreA	3	34	66
	FynA	2	50	50
	900 ³	7	29	71
	? ⁴	2	50	50
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	KbhA	48	47	53
	FreA	34	42	58
	RosA	18	60	40
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	VesA	18	16	84
	FynA	33	54	46
	SødA	24	26	74
	RibA	20	43	57
	VejA	5	58	42
Organkirurgisk afdeling - Vejle	VejA	100	61	40
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	VejA	2	34	66
	RinA	27	37	63
	ÅrhA	51	36	64
	VibA	16	30	70
	SødA	2	50	50
	RibA	2	75	25
Organkirurgisk afdeling - Viborg	VibA	100	84	16
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	NorA	100	50	50

Patienternes alder fordeler sig således:

Tabel 22:

Afdeling:	Mediane alder	Nedre 95 %	Øvre 95 %	Min	Max
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	66	49	79	36	85
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	67	51	77	37	84
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	66	49	78	38	83
Organkirurgisk afdeling - Vejle	64	49	78	41	81
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	65	49	78	36	83
Organkirurgisk afdeling - Viborg	63	60	79	60	79
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	66	45	79	18	82

³ 900 = Grønland og Færøerne

⁴ ? = ukendt bopælskommune/amt

De enkelte afdelinger havde i 2004 følgende optageområder, med angivelse af befolkningstal i 2004:

Tabel 23:

Afdeling	Amt	Befolkning
Rigshospitalet thoraxkirurgi	H:S	593 385
	Storstrøms Amt	261 884
	Bornholm	44 057
	I alt	899 326
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	653 472
	Viborg Amt	234 659
	I alt	1 162 961
Aalborg thoraxkirurgi	Nordjyllands Amt	495 669
	I alt	495 669
I alt	Hele landet	5 397 640

Det skal anføres, at afdelingernes optageområder er ændret en del over de 5 år, ligesom der kan være patienter, der opereres på en anden afdeling udenfor deres egentlige optageområde. I 2004 er den operative lungecanceraktivitet på de organkirurgiske afdelinger i Viborg (primo 2004) og Vejle (ultimo 2004) ophørt.

I bilagsmappens bilag 16 ses afdelingernes antal operationer de enkelte år og samlet, samt hvor mange af disse opererede patienter der har modtaget onkologisk behandling samt hvilken type behandling.

Ventetider.

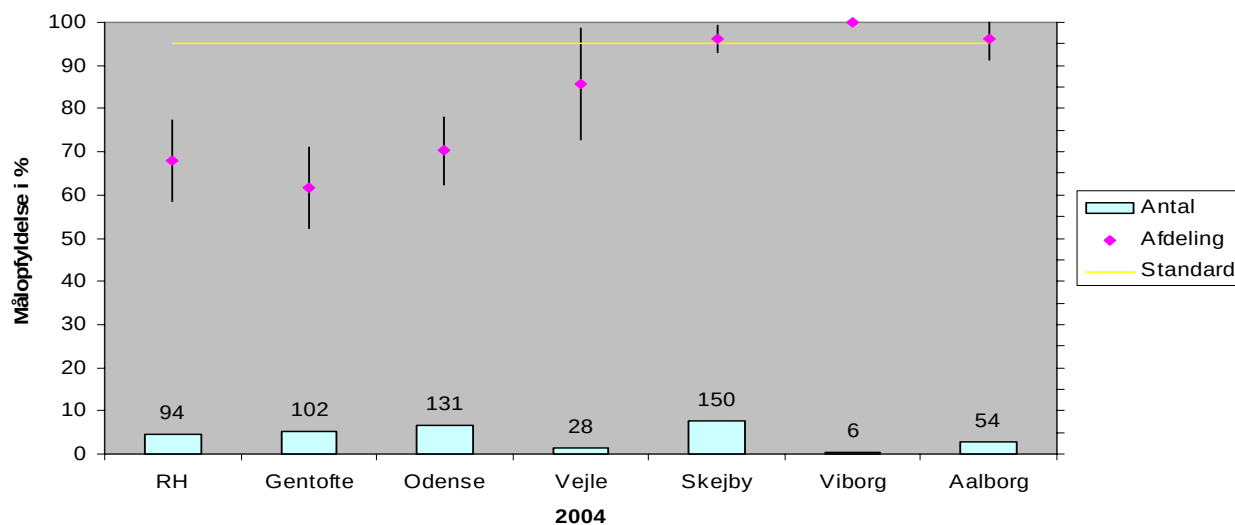
Afdelingerne har indberettet følgende delays (mediane tid fra modtaget henvisning til operation):

Tabel 24:

Afdeling	Delay 2004	% < 14 dage	% > 14 dage	Delay 2003	Delay 2002	Delay 2001
Rigshospitalet thoraxkirurgi	12	68	32	13	14	14
Gentofte thoraxkirurgi	13	62	38	14	19	15
Odense thoraxkirurgi	11	70	30	14	15	14
Vejle organkirurgisk	11	86	14	13	10	22
Skejby thoraxkirurgi	8	96	4	9	7	8
Viborg organkirurgisk	6	100	0	11	14	15
Aalborg thoraxkirurgi	7	96	4	13	13	14

På området ventetid er der defineret en national standard jvn.f. bilag B, idet minimum 95 % af patienterne skal opereres inden for 14 dage efter modtaget henvisning. Resultaterne for de enkelte afdelinger med anførte sikkerhedsgrænser og det nationale resultat og standarden til sammenligning er anført i følgende figur:

Fig. 18:



I bilagsmappens bilag 14 er for de enkelte afdelinger vist udviklingen over tid med sikkerhedsgrænser og med DK og standard til sammenligning.

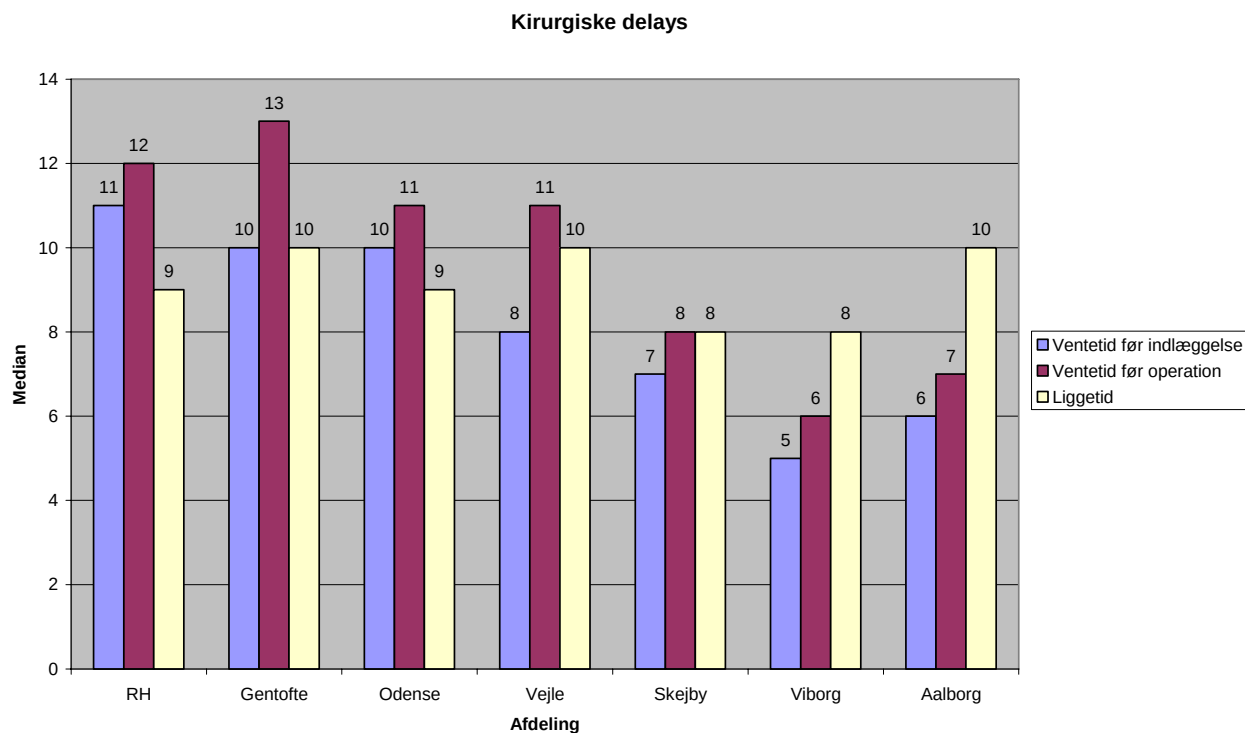
Patienterne er indlagt i følgende perioder – gennemsnitligt og mediant:

Tabel 25:

Afdeling	Indlæggelse Antal dage mediant	Indlæggelse Antal dage mean	Postoperativ Liggetid mean
Rigshospitalet thoraxkirurgi	9	11	7
Gentofte thoraxkirurgi	10	14	8
Odense thoraxkirurgi	9	12	7
Vejle organkirurgisk	10	11	7
Skejby thoraxkirurgi	8	10	7
Viborg organkirurgisk	8	9	6
Aalborg thoraxkirurgi	10	12	7

Grafisk kan patientforløbene fremstilles således:

Fig. 19:



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	0
Gentofte thoraxkirurgi	5
Odense thoraxkirurgi	14
Vejle organkirurgisk	4
Skejby thoraxkirurgi	54
Viborg organkirurgisk	33
Aalborg thoraxkirurgi	14

Operativ aktivitet.

Afdelingerne har i perioden 2000 – 2004 indberettet følgende antal operationer (eksplorative, resektioner, lobektomier og pneumonektomier - torakotomier og torakoskopier), ligeledes opdateret per 4. april 2005.

Tabel 27a:

Afdeling	Antal 2004	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	104	135	151	120	117
Gentofte thoraxkirurgi	128	140	111	55	57
Odense thoraxkirurgi	146	162	147	98	65
Vejle organkirurgisk	29	28	33	36	35
Skejby thoraxkirurgi	175	129	150	110	133
Viborg organkirurgisk	6	26	25	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	63	56	68	79	54
I alt	651	676	685	499	461

På nogle patienter er der udført/registreret mere end én operation, hvorfor man får følgende tabel ved at tælle cpr-numre i stedet for antal operationer:

Tabel 27b:

Afdeling	Antal 2004	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	104	134	150	118	116
Gentofte thoraxkirurgi	126	130	109	54	55
Odense thoraxkirurgi	145	160	146	97	64
Vejle organkirurgisk	28	27	33	36	35
Skejby thoraxkirurgi	173	128	146	109	132
Viborg organkirurgisk	6	26	25		
Aalborg thoraxkirurgi	63	56	68	78	54
I alt	645	661	677	492	456

I tabel 28 er anført de enkelte afdelingers antal resektioner i 2000 - 2004, d.v.s. antal operationer minus de eksplorative indgreb. Desuden er der enten fratrasket patienter, der ikke tilhører afdelingens normale optageområde, eller tillagt patienter pga. de er opereret i andet amt. Patienter fra Viborg er tilført Skejby.

Tabel 28:

Afdeling	Antal 2004	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	71	109	103	70	60
Gentofte thoraxkirurgi	108	123	95	63	65
Odense thoraxkirurgi	133	147	138	88	87
Vejle organkirurgisk	35	33	34	39	35
Skejby thoraxkirurgi	149	143	144	97	104
Aalborg thoraxkirurgi	53	48	60	69	46
I alt	549	603	574	426	397

Følgende tabel 29 over resektionsraten i DK i perioden 2000 – 2004 kan opstilles. Tallene angiver de i DLCR registrerede operationer per 1. april 2005 (ekskl. Grønland og Færøerne). Det skal bemærkes at antal resektioner i 2000 og til dels 2001 er behæftet med usikkerhed pga. lavere datakomplethed, hvorfor den "sande" resektionsrate underestimeres. Desuden er der i denne opgørelse forudsat at lungecancerincidensen i perioden er uændret (3500/år):

Tabel 29:

	2004	2003	2002	2001	2000
Antal operationer	639	661	677	492	456
Antal eksplorative	90	71	108	75	60
Antal resektioner	549	590	569	417	396
"Resektionsrate" DK	16	17	16	12	11

Som det fremgår af bilag B findes der på dette område nationale standarder for resektionsraten – indikator 2.

De enkelte afdelingers resultater på denne indikator anføres i bilagsmappen bilag 8, hvor resektionsraten for de enkelte år er anført med 95 % sikkerhedsgrænser, sammenlignet med landsresultatet og standarden. P.g.a. den tidligere omtalte usikkerhed vedrørende LPR data for lungecancer, vælges "kun" at offentliggøre data med beregning på baggrund af oplysninger fra Cancerregisteret jvn.f. publikationer vedrørende årene 2000 – 2003, hvor det dog også skal bemærkes, at for årene 2001 – 2003 er disse tal inklusiv estimerede bidrag fra Dødsårsagsregisteret, hvorfor de stadig er behæftede med en mindre usikkerhed.

Ud fra cancerregisterets opgørelser kan følgende tabel over det faktiske antal nye tilfælde i de enkelte kirurgiske afdelingers optageområder opstilles, idet Skejby og Viborg er lagt sammen i hele perioden. Større ændringer mellem årene skyldes at amter har flyttet patienter fra en afdeling til en anden. Denne opgørelse ligger til grund for figurerne i bilag 8:

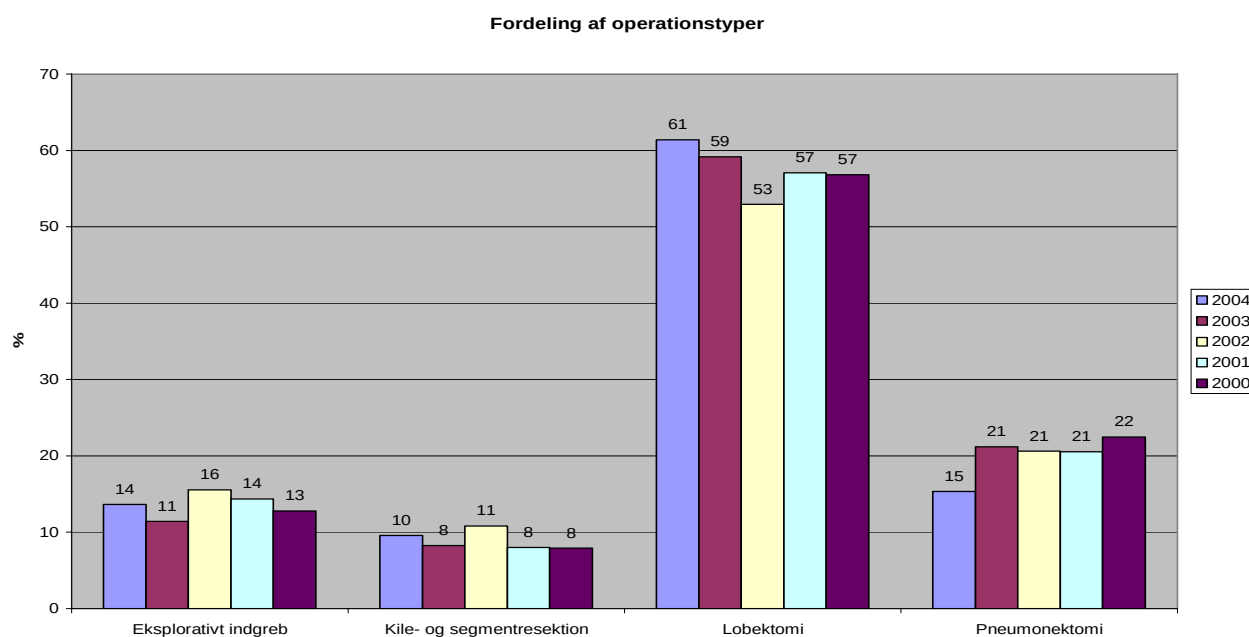
Tabel 30:

	2003	2002	2001	2000
RH	635	825	820	823
Gentofte	775	734	732	794
Odense	859	676	622	590
Vejle	200	244	212	212
Skejby	695	715	741	728
Aalborg	336	355	347	301
DK	3.500	3.549	3.474	3.448

Operationstyper.

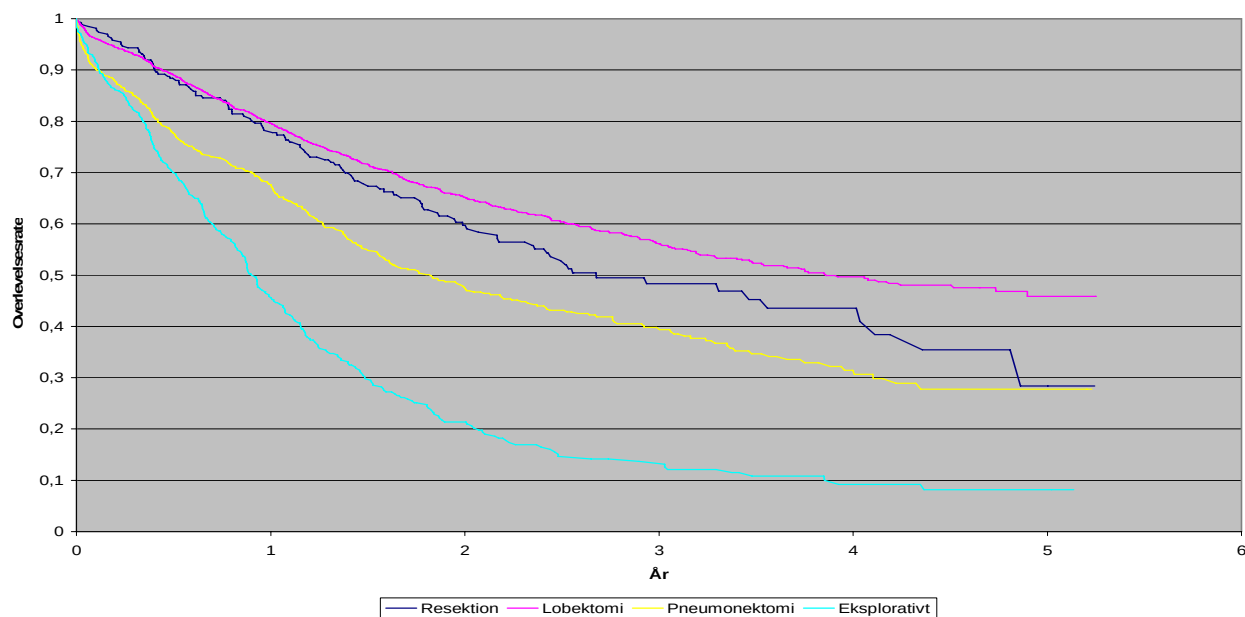
De enkelte operationstyper fordeler sig på landsplan således med 2003, 2002, 2001 og 2000 til sammenligning:

Figur 20:



Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2000-2004 (n=2926):

Figur 21:



I bilag 15 s. 157 er de enkelte operationstyper anført med stadier og overlevelse i de enkelte år.

Opstillet i tabel ser fordelingen af operationstyper således ud:

Tabel 31:

År	Eksplorative %	Resektion %	Lobektomi %	Pneumonektomi %
2000	13	8	57	22
2001	14	8	57	20
2002	16	11	53	21
2003	11	8	59	21
2004	14	10	61	15

Den nationale standard for lobektomier er 60 %. Se i.ø. s. 84.

I bilagsmappens bilag 12 findes operationstyperne for de enkelte år for de enkelte afdelinger beskrevet mere detaljeret.

Fordelingen af risikofaktorer og FEV1 i 2004 på de enkelte operationstyper fremgår af følgende 2 tabeller:

Tabel 32:

	Total n	RISK n	RISK Pct.	KOL n	KOL Pct.	MBCORD. n	MBCORD. pct.	ANDRE n	ANDRE pct.	INGEN n	INGEN pct.
Eksplorative	88	29	33	15	17	12	14	8	9	59	67
Resektioner	62	39	63	25	40	10	16	14	23	23	37
Lobektomier	396	147	37	66	17	49	12	58	15	249	63
Pneumonek.	99	28	28	19	19	3	3	11	11	71	72
Samlet	645	243	38	125	19	74	11	91	14	402	62

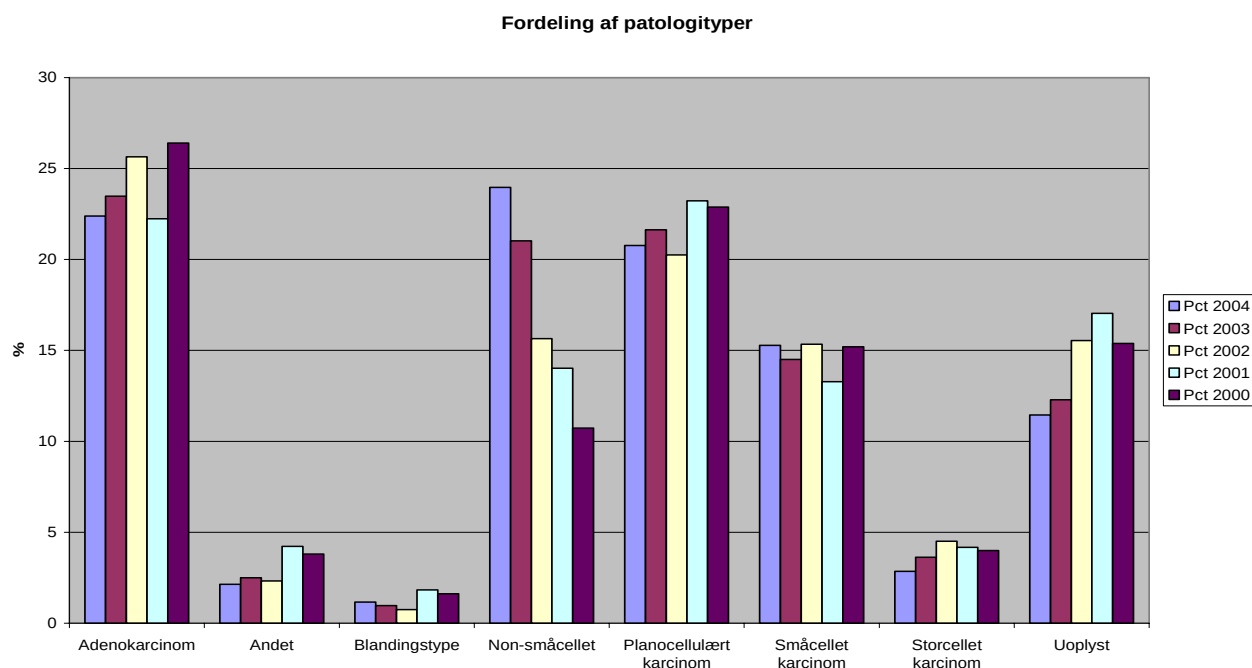
Tabel 33:

	Total	FEV1 - median
Eksplorative	88	1,75
Resektioner	62	1,55
Lobektomier	396	2,05
Pneumonektomier	99	2,20
Samlet	645	1,99

Patologi.

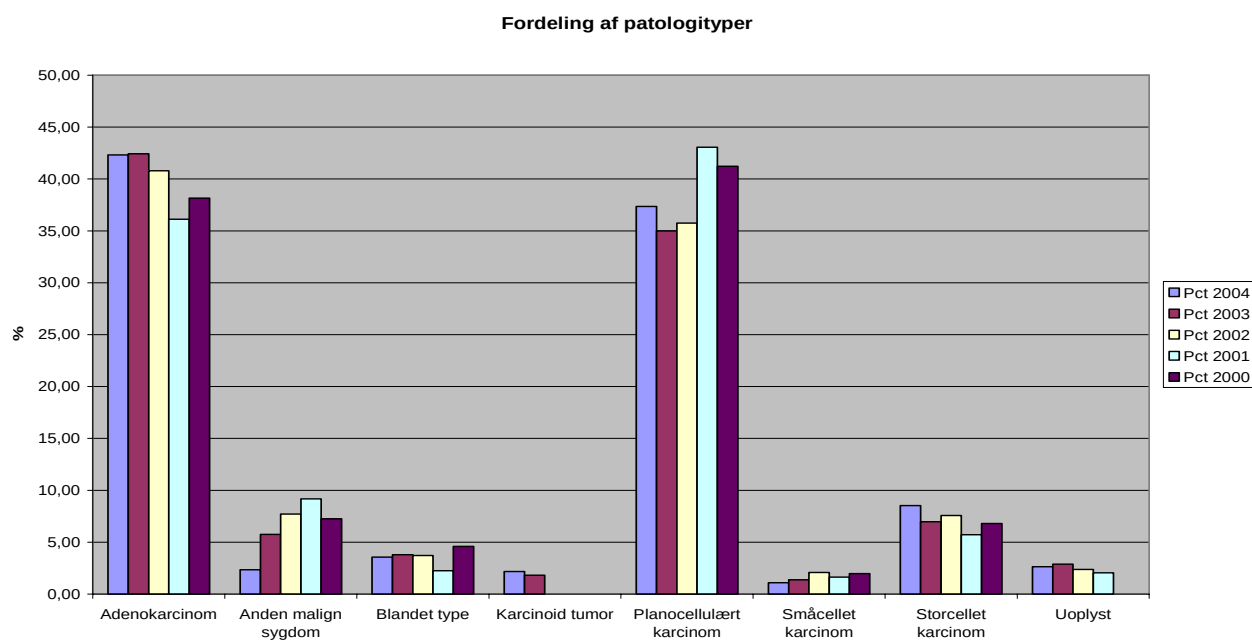
Efter udredningens afslutning fordelte patologyperne i lungecancerpopulationen i perioden 2000 - 2004 på landsplan sig således:

Fig. 22:



Efter kirurgien fordelte patologyperne sig således (delmængde af ovenstående):

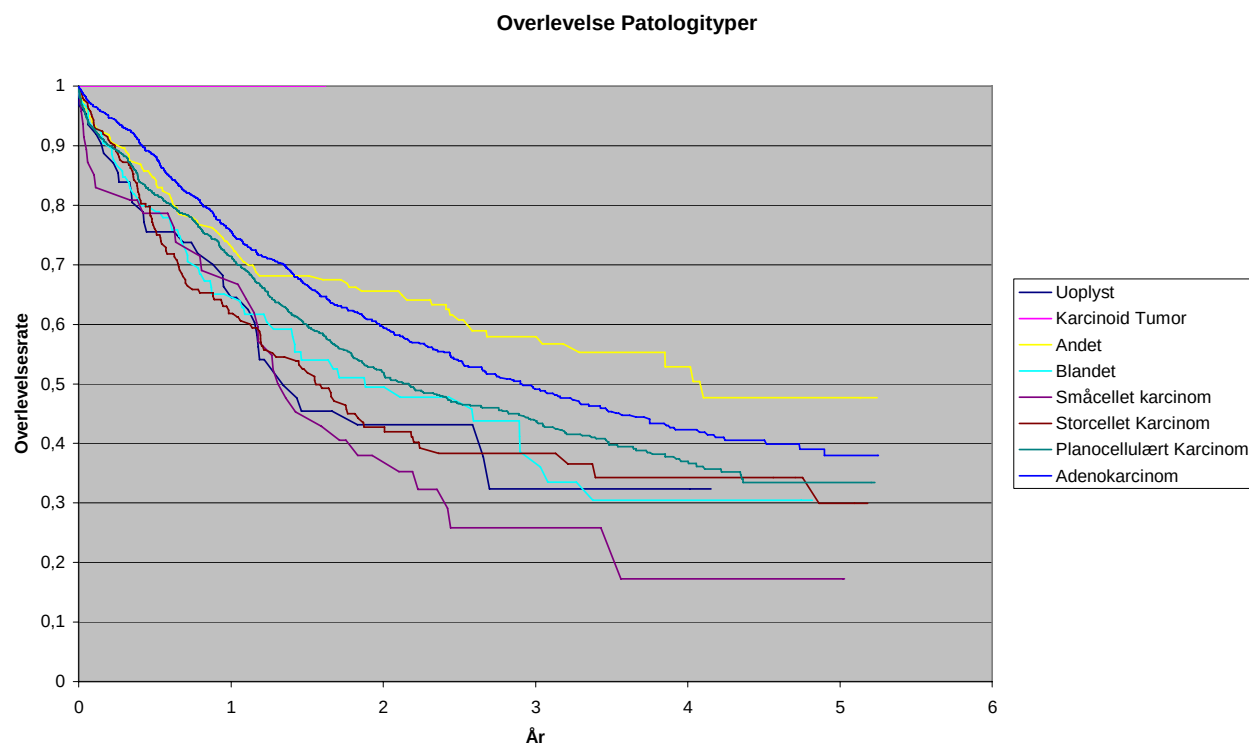
Fig. 23:



I bilagsmappens bilag 11 ses den tilsvarende fordeling på de enkelte afdelinger.

Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2000-2004 (n=2928):

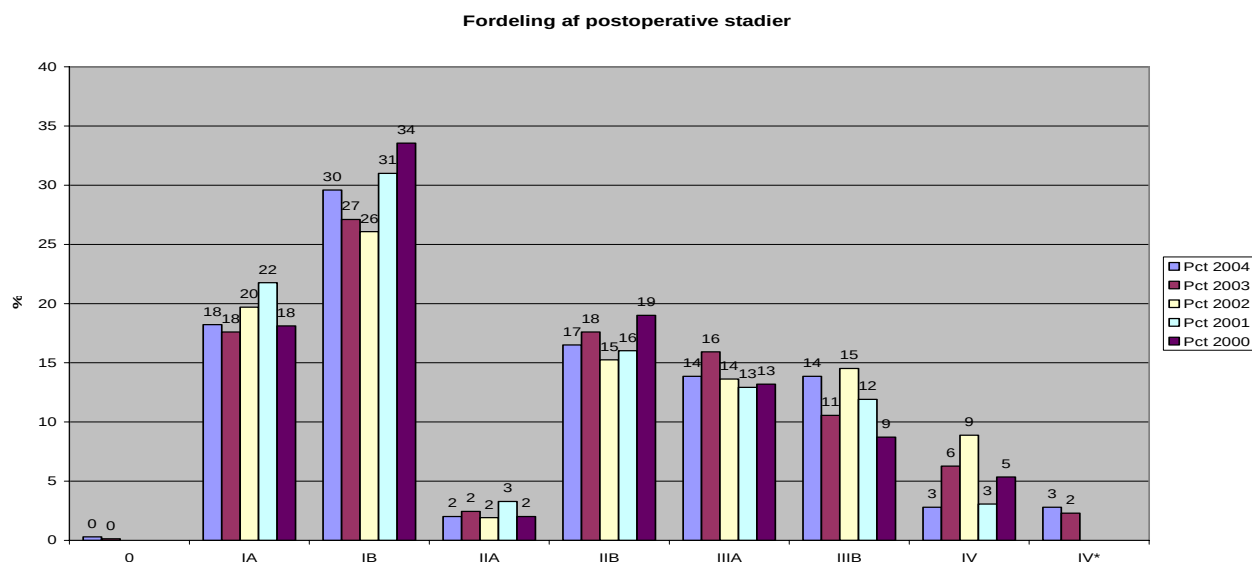
Fig. 24:



Stadier.

Den procentvise fordeling af de postoperative stadier (pTNM) var i 2004 med 2003, 2002, 2001 og 2000 til sammenligning således:

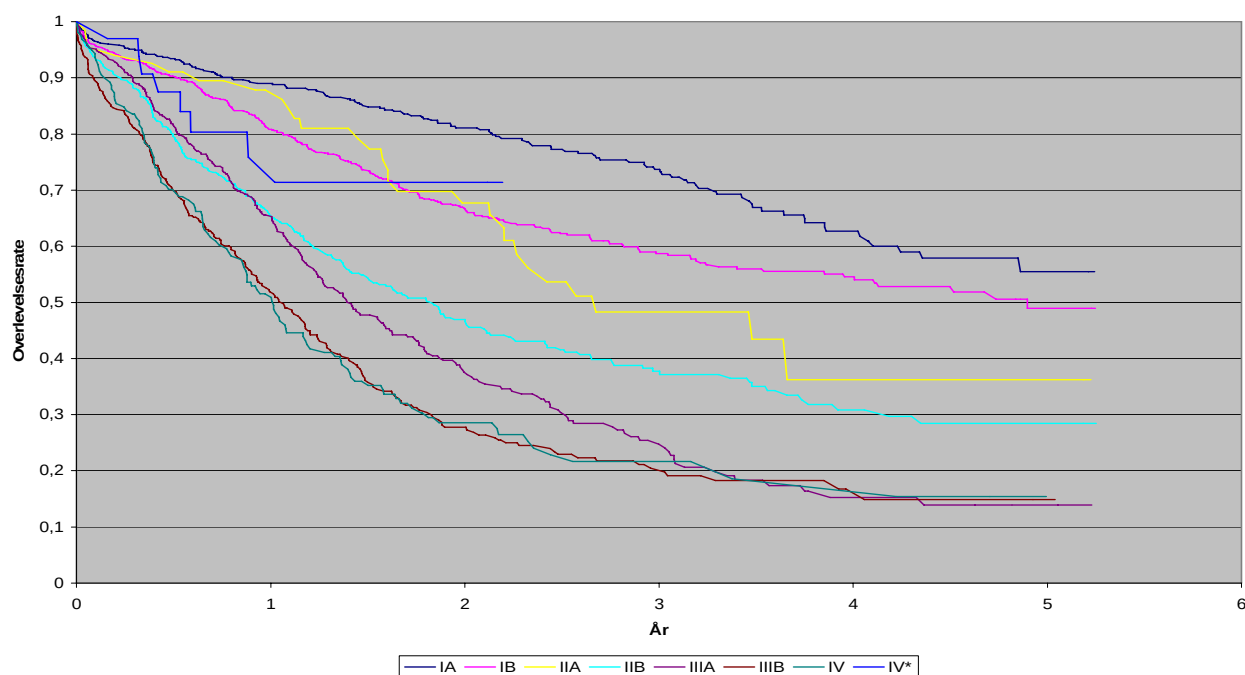
Fig. 25:



I bilagsmappens bilag 12 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 2000-2004:

Fig. 26:



Hvorved følgende overlevelsestal kan opstilles:

Tabel 34:

	Observeret 1 års overlevelse				Observeret 2 års overlevelse			Observeret 3 års overlevelse		Observeret 4 års overlevelse
	2000 (n=447)	2001 (n=487)	2002 (n=675)	2003 (n=652)	2000 (n=447)	2001 (n=487)	2002 (n=675)	2000 (n=447)	2001 (n=487)	2000 (n=447)
IA	94	87	86	89	90	78	75	82	67	72
IB	83	79	82	83	64	63	69	56	54	52
IIA	100	94	92	81	66	68	76	55	56	44
IIB	81	64	59	58	51	42	49	36	33	29
IIIA	81	57	64	64	47	39	32	32	23	20
IIIB	58	47	53	49	31	34	26	21	27	18
IV*	-	-	-	73	-	-	-	-	-	-
IV	46	40	48	62	29	13	25	29	0	25

Se i.ø. standarder s. 84.

Overlevelse og mortalitet.

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

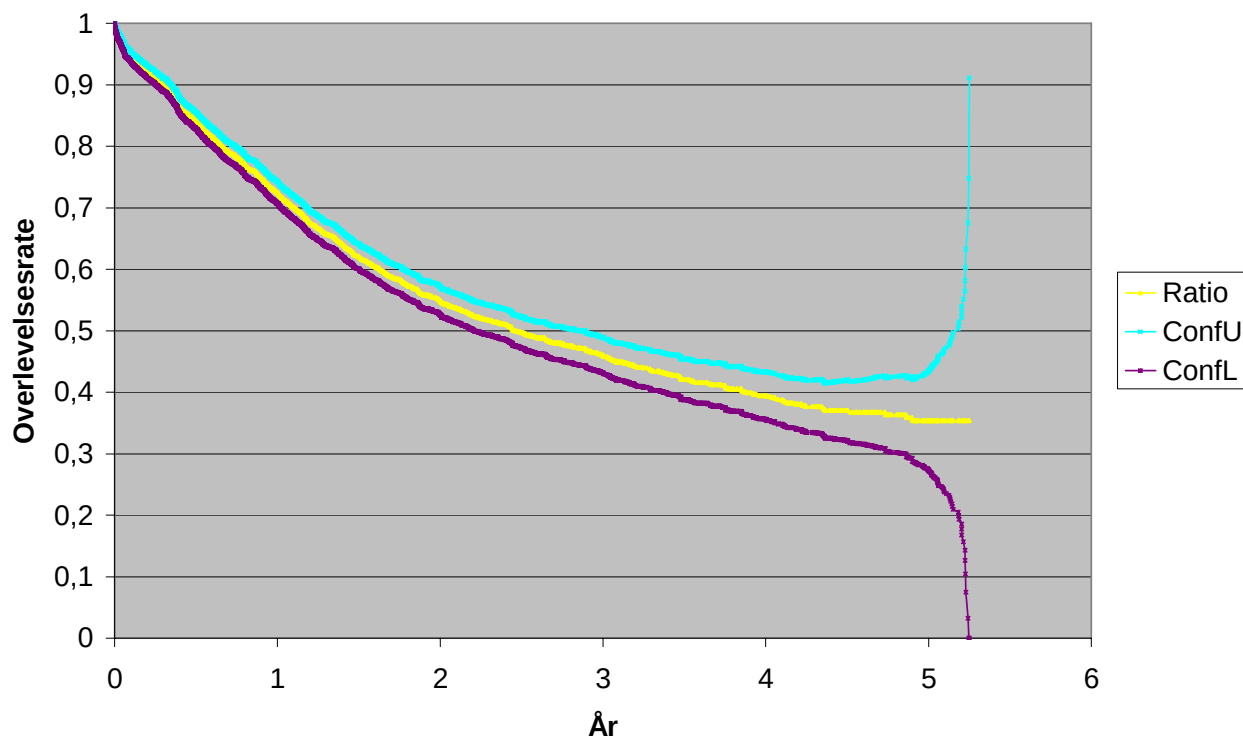
Tabel 35:

	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse
2000	80	59	49	42
2001	71	55	45	
2002	70	52		
2003	72			
Total	73	55	47	42

De enkelte afdelingers overlevelseshastigheder for alle patienter indberettet fra afdelingerne i perioden 2000 – 2004 med henholdsvis 1, 2 og 3 års observationsperiode kan ses i bilagsmappens bilag 6, hvor der i 3 figurer vises sammenlignende overlevelser inkl. konfidensintervaller anført:

På landsplan kan følgende Kaplan Meier kurver opgjort per 1/4 2005 for patienterne opereret i perioden 2000-2004 (n= 2931) vises:

Fig. 27:



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

Tabel 36:

	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse	5 års overlevelse
2000: Resektion	84	60	42	39	
Lobektomi	86	68	59	53	
Pneumonektomi	86	49	39	30	
Eksplorative	60	32	24	17	
2001: Resektion	86	67	51		
Lobektomi	76	63	51		
Pneumonektomi	74	54	45		
Eksplorative	34	19	13		
2002: Resektion	72	58			
Lobektomi	77	63			
Pneumonektomi	67	49			
Eksplorative	40	15			
2003: Resektion	78				
Lobektomi	78				
Pneumonektomi	59				
Eksplorative	52				

I bilagsmappens bilag 9 findes overlevelsesraterne for de enkelte afdelinger for de enkelte operationstyper for de enkelte år.

Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) for de enkelte operationstyper er anført i tabel 37 med 2003, 2002, 2001 og 2000 anført til sammenligning.

Den samlede 30-dages mortalitet i DK i 2004 var 4,5 %:

Tabel 37:

	2004 30 dages mortalitet	2003 30 dages mortalitet	2002 30 dages mortalitet	2001 30 dages mortalitet	2000 30 dages mortalitet	2000- 2004 30 dages mortalitet
Eksplorative	7,2	5,9	10,2	7,2	5,1	7,4
Resektioner	1,8	2,1	0,0	2,7	3,0	1,7
Lobektomier	2,9	3,6	3,1	4,7	3,9	3,6
Pneumonek- tomier	9,0	15,4	6,6	2,0	11,8	9,2
Torakoskopiske	6,7	0,0	3,2	5,9	0,0	3,5
I alt	4,5	5,9	4,5	4,4	5,6	5,0

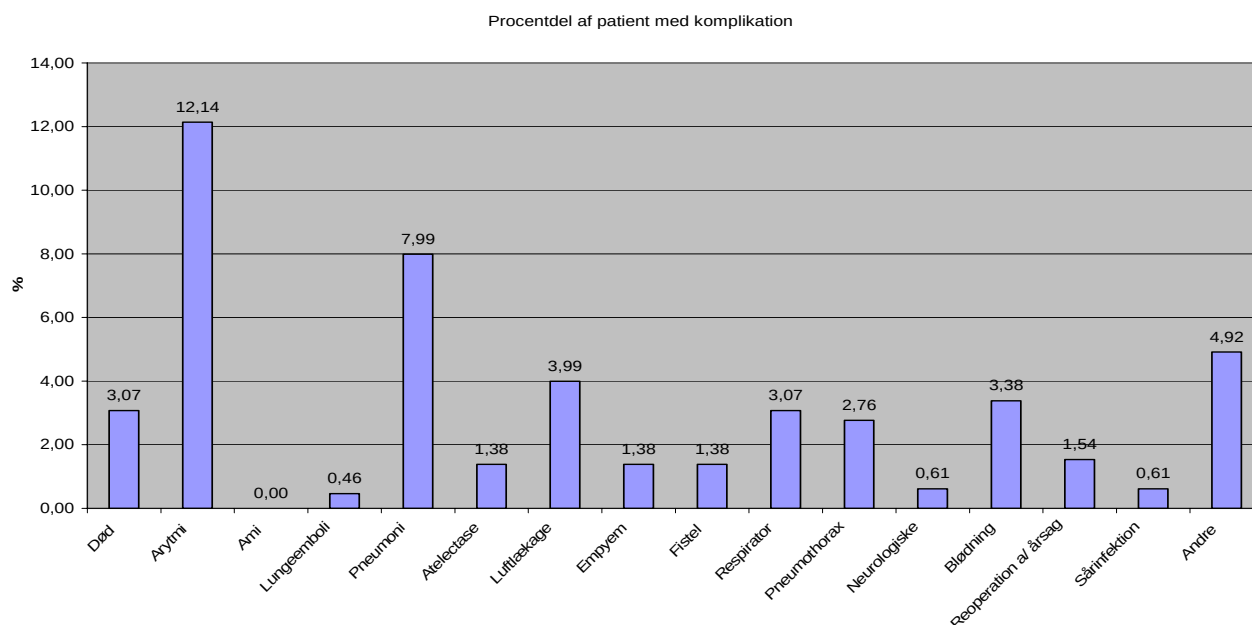
I bilagsmappen findes som bilag 7 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne ses 30 dages mortalitet, der vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, 2003, 2004 og 2000-2004) den observerede (eller estimerede) mortalitet sammenlignet med den forventede rate forstået som den gennemsnitlige værdi for de øvrige opererende afdelinger og denne værdis konfidensinterval.

I bilagsmappens bilag 9 tabel 5 findes ligeledes de enkelte afdelingers resultater for 30-dages mortalitet for de enkelte operationstyper i 2004 og med perioden 2000-2004 til sammenligning.

Komplikationer.

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2004 angives på den følgende kurve, idet død angiver død under indlæggelse (se i øvrigt s. 53):

Fig. 28:



For de enkelte kirurgiske afdelinger angives komplikationsfrekvenserne i % for den samlede opererede population indberettet i perioden 2004 således:

Tabel 38:

	Rigshospitalet	Gentofte	Odense	Vejle	Skejby	Ålborg
Død	0,0	3,1	1,4	0,0	6,3	4,8
Arytmi	5,8	1,6	2,8	7,1	29,7	20,6
AMI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lungeemboli	0,0	0,8	0,0	0,0	1,1	0,0
Pneumoni	1,9	0,0	4,8	0,0	22,3	6,3
Atelektase	0,0	0,0	2,1	3,6	1,7	3,2
Luftlækage	4,8	2,3	5,5	3,6	4,6	1,6
Empyem	0,0	4,7	1,4	0,0	0,6	0,0
Fistel	1,9	0,0	0,7	0,0	2,9	1,6
Respirator	0,0	2,3	2,8	3,6	5,1	4,8
Pneumothorax	1,0	0,0	1,4	0,0	7,4	3,2
Neurologiske	1,0	0,0	2,1	0,0	0,0	0,0
Blødning	1,9	6,3	2,8	3,6	2,3	4,8
Reop. anden årsag	0,0	0,0	3,4	0,0	2,3	1,6
Sårinfektion	1,0	0,0	0,7	0,0	1,1	0,0
Andre	4,8	0,8	2,8	3,6	10,3	3,2

Onkologiske afdelinger.

Forord.

Det onkologiske behandlingstilbud til patienter med ikke småcellet lungecancer har ændret sig markant siden DLCR blev planlagt for godt 5 år siden. Dengang var det interessant at registrere om patienten blev CT-scannet før behandlingen blev indledt, og om patienten fik kemoterapi. Siden nuanceredes registreringen til også at angive om behandlingen var palliativ eller kurativt intenderet, og om den blev givet før eller efter kirurgi. Som det fremgår af tal fra registreringerne i 2004 er registreringen endnu ikke fuldstændig, og der er tydeligvis ikke enighed om, i hvilke situationer intentionen er kurativ hhv. palliativ. Tvivlen rammer naturligvis især den store gruppe af patienter med lokal avanceret sygdom: Stadium IIIb, hvor den lægelige vurdering af potentiel kurabilitet kan variere. I analogi til den påtænkte inspektorordning til kvalitetssikring af stråleterapien som sådan, behøves derfor en audit, så vi kan få afspejlet spændvidden af kurabilitetsvurderingerne og få udkrystalliseret præmisser med henblik på etablering af en fælles vejledning – et referenceprogram.

Et andet forhold, der kræver afklaring, er en udvidelse af forløbsregistreringen. Med tilkomst af stadigt flere behandlingsmuligheder inkl. palliative laserkirurgiske indgreb, stentning, stereotaktisk strålebehandling m.v. bliver forløbene ofte meget komplekse og dermed vanskelige at registrere, og registrerede data bliver vanskelige at fortolke. Indsamling af data får en helt ny dimension ved krydskørsel med Landspatient- og Cancerregister, men det skal jo have et formål. Er det alsidigheden i behandlingsmulighederne eller lungecancerens forunderlige aggressivitet, vi ønsker at redegøre for? Er det resursetrækket eller variationen i samme fra landsdel til landsdel, vi har i kikkerten? For onkologen vil data på 45 patienter i et fase II forsøg som regel være mere betydningsfulde end data på 450 kringlede, palliative forløb, så vi kommer ikke uden om at diskutere, hvor langt vi vil med onkologisk registrering i DLCR. Lige nu glæder vi os over at være kommet godt i gang, til næste år følger en nærmere perspektivering.

Kell Østerlind

Patientmaterialet.

Afdelingerne har indberettet i alt 1758 patienter med en onkologisk henvisningsdato i 2004. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år:

Tabel 39:

Afdeling:	2004	2003	2002	2001	2000	I alt
Rigshospitalet	436	51	-	-	-	486
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	72	149	37	12	-	270
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	121	25	-	-	-	146
Centralsygehuset i Næstved	91	32	-	-	-	123
Odense Universitetshospital	290	361	104	5	-	760
Sønderborg Sygehus	23	22	-	-	-	45
Vejle Sygehus	257	258	21	-	-	538
Herning Sygehus	11	16	11	-	-	37
Århus Sygehus	219	3	-	-	-	222
Hillerød Sygehus	-	15	7	-	-	22
Aalborg Sygehus	238	238	5	-	-	481
I alt	1758	1170	185	17	0	3130

En del af disse indberetninger vedrører patienter med anden diagnose end primær lungecancer f.eks. mesotheliom eller andet. Afdelingerne har indberettet i alt 1716 patienter med primær lungecancer og med en onkologisk henvisningsdato i 2004 til Dansk Lunge Cancer Register. Heraf er 45 % kvinder og 55 % mænd.

På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2002 således:

Tabel 40:

Afdeling:	Kvinder	Mænd
Rigshospitalet	47	53
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	47	53
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	51	49
Centralsygehuset i Næstved	42	58
Odense Universitetshospital	41	59
Sønderborg Sygehus	39	61
Vejle Sygehus	55	45
Herning Sygehus	55	45
Århus Sygehus	47	53
Ålborg Sygehus	47	53

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 41:

Afdeling:	Bopæls amt	I ALT %	Kvinder %	Mænd %
Rigshospitalet	KbhK	45,6	47,2	52,8
	FreK	9,9	58,1	41,9
	KbhA	3,4	53,3	46,7
	FreA	3,2	28,6	71,4
	RosA	0,7	33,3	66,7
	VesA	12,6	50,9	49,1
	StoA	11,9	44,2	55,8
	BorA	4,6	40,0	60,0
	FynA	0,5	-	100
	SønA	0,2	-	100
	VejA	0,2	100	-
	ÅrhA	0,2	-	100
	NorA	1,6	14,3	85,7
	900	0,2	100	-
Herlev	KbhA	51,4	51,4	48,6
	FreA	38,9	46,4	53,6
	RosA	9,7	28,6	71,4
Roskilde	KbhK	0,8	100	
	RosA	73,3	46,6	53,4
	VesA	25,0	63,3	36,7
	StoA	0,8	-	100
Næstved	Uopl	1,1	-	100
	FreK	1,1	-	100
	KbhA	1,1	100	-
	FreA	1,1	-	100
	VesA	7,8	57,1	42,9
	StoA	86,7	42,3	57,7
OUH	ÅrhA	1,1	-	100
	StoA	6,2	33,3	66,7
	FynA	68,9	44,2	0,5
	SønA	23,2	32,8	1,5
	RibA	1,7	40,0	20,0
Sønderborg	SødA	100	39,1	60,9
Vejle	Uopl.	4,8	-	100
	FynA	2,4	100	-
	SønA	2,4	100	-
	RibA	12,9	16,7	83,3
	VejA	47,6	61,3	38,7
Herning Århus	RinA	2,4	100	-
	RinA	100	54,5	45,5
	KbhK	0,5	100	-
	SødA	0,5	-	100
	VejA	0,9	100	-
	RinA	20,1	38,6	61,4

	ÅrhA	59,4	45,4	54,6
	VibA	17,8	56,4	43,6
	NorA	0,9	100	-
Ålborg	Uopl.	0,4	-	100
	FreA	0,4	-	100
	VesA	0,4	100	-
	RinA	0,4	-	100
	ÅrhA	2,5	33,3	66,7
	VibA	4,6	63,6	36,4
	NorA	91,2	41,0	59,0

Patienternes alder fordeler sig således:

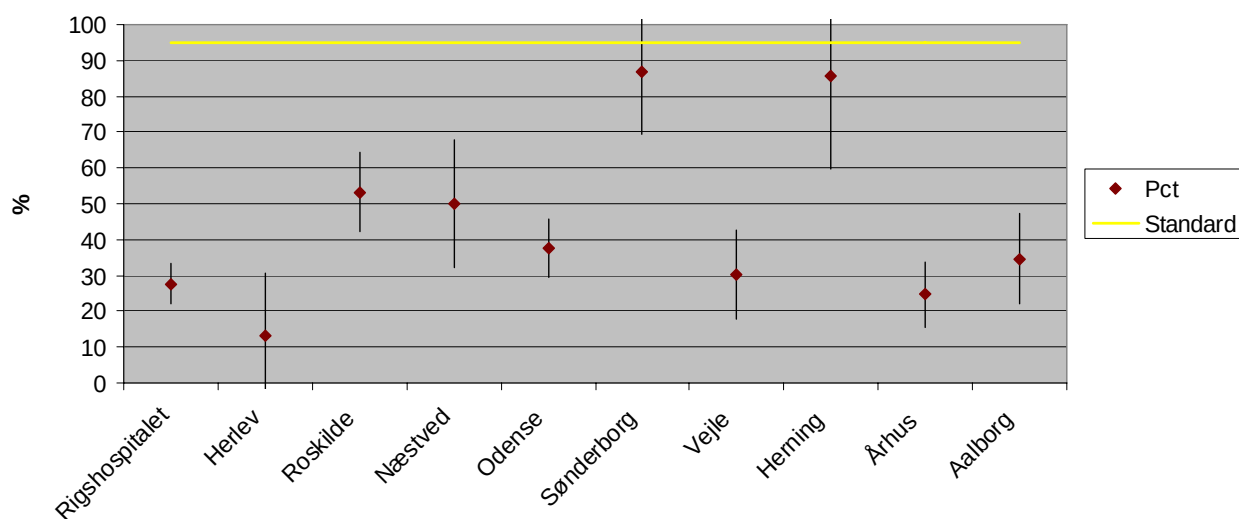
Tabel 42:

Afdeling:	Mediane alder	Nedre 95 %	Øvre 95 %	Min	Max
Rigshospitalet	68	47	81	30	87
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	67	48	82	37	92
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	67	53	78	44	84
Centralsygehuset i Næstved	67	48	80	36	84
Odense Universitetshospital	69	50	81	43	89
Sønderborg Sygehus	64	50	77	49	78
Vejle Sygehus	67	46	86	43	100
Herning Sygehus	70	58	77	58	77
Århus Sygehus	67	48	80	33	86
Aalborg Sygehus	69	49	83	37	88

Ventetider

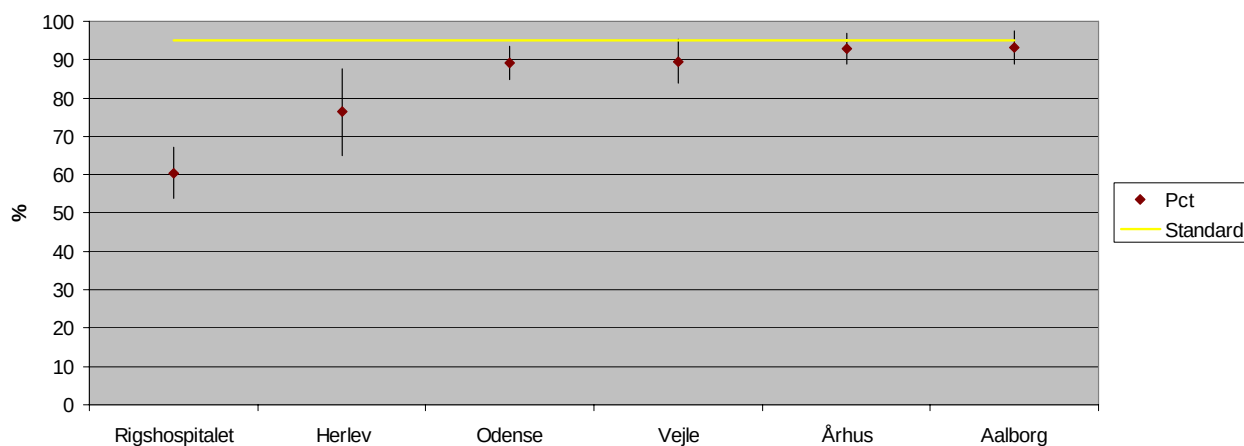
Afdelingerne har i 2004 indberettet følgende ventetider på nyhenviste patienter:

Fig. 29:



Figuren viser afdelingernes median ventetid fra modtaget henvisning til opstart af medicinsk onkologisk behandling med anførte sikkerhedsgrænser og med DK og standard til sammenligning. Tilsvarende for strålebehandlinger anføres i følgende figur:

Fig. 30:



Behandlings aktivitet.

Nogle af de henviste til de onkologiske afdelinger modtager ikke behandling. Antal og årsager fremgår af følgende tabel:

Tabel 43:

Afdeling	Antal henviste	Antal ikke behandlede	Ingen specifik onkologisk behandling								
			Frem-skreden sygdom	Anden sygdom	Anden årsag	Lunge-funktion	Mors	Henvist anden afdeling	Hjerte sygdom	Afslag	Uop-lyst
Rigshospitalet	436	56	18	-	2	-	14	3	-	17	2
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	72	11	6	-	-	-	3	-	-	2	-
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	121	36	16	-	3	-	2	2	-	13	-
Centralsygehuset i Næstved	91	13	5	1	1	-	1	1	-	3	1
Odense Universitetshospital	290	41	22	2	3	-	4	1	1	8	-
Sønderborg Sygehus	23	5	2	-	-	-	2	-	-	1	-
Vejle Sygehus	257	41	6	2	4	1	15	4	1	8	-
Herning Sygehus	11	2	-	-	-	-	1	-	-	-	1
Århus Sygehus	219	21	7	-	6	-	5	1	-	2	-
Aalborg Sygehus	238	47	10	1	8	-	13	7	-	7	-
I alt	1758	273	92	6	27	1	60	19	2	61	4

Afdelingerne har i 2004 indberettet behandlingsmodaliteter som det fremgår af bilag 17.

Den intenderet kurative terapi gives således:

Tabel 44a

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	155	75	0	31	0
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	14	93	0	7	0
Centralsygehuset i Næstved	4	25	0	100	0
Odense Universitetshospital	40	78	0	80	0
Sønderborg Sygehus	4	75	0	75	0
Vejle Sygehus	6	33	0	100	0
Århus Sygehus	16	63	6	75	6
Aalborg Sygehus	1	0	0	100	0

Den palliative terapi gives således:

Tabel 44b:

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	155	25	0	78	0
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	71	27	0	76	0
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	70	93	0	6	1
Centralsygehuset i Næstved	37	68	3	35	3
Odense Universitetshospital	208	50	2	75	0
Sønderborg Sygehus	16	75	0	44	0
Vejle Sygehus	133	31	0	73	0
Herning Sygehus	9	78	11	22	0
Århus Sygehus	193	38	0	79	0
Aalborg Sygehus	168	33	0	81	0

Nogle patienter får mere end én type terapi.

Hos patienter der modtager palliativ intenderet stråleterapi gives denne på følgende indikationer i %:

Tabel 44c:

Afdeling	Primær tumor	Knogle	Hjernemetastaser	Medullært tværsnit	V. cava sup. syndrom	Anden
Rigshospitalet	2	3	16	1	3	8
Kbh. Amts Sygehus i Herlev	8	11	18	32	1	11
Odense Universitetshospital	42	8	16	2	1	1
Vejle Sygehus	35	11	19	1	2	3
Århus Sygehus	39	10	18	3	0	5
Aalborg Sygehus	38	6	12	2	2	24

Den neoadjuverende terapi gives således:

Tabel 44d:

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	80	94	0	14	0
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	1	100	0	0	0
Centralsygehuset i Næstved	1	100	0	100	0
Odense Universitetshospital	1	100	0	0	0
Vejle Sygehus	12	92	0	50	0
Århus Sygehus	1	100	0	0	0
Aalborg Sygehus	1	100	0	0	0

Den adjuverende terapi gives således:

Tabel 44e:

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	11	73	0	36	0
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde	2	100	0	0	0
Centralsygehuset i Næstved	1	0	0	100	0
Odense Universitetshospital	17	18	0	94	0
Vejle Sygehus	1	0	0	100	0
Århus Sygehus	1	100	0	100	0
Aalborg Sygehus	1	100	0	0	0

Referencer.

- 1: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2005:9.
- 2: Nye tal fra Sundhedsstyrelsen, 2004:1. Dødsårsagsregisteret 2000.
- 3: Referenceprogram 2001, Lungecancer, undersøgelser og behandling. Dansk Lunge Cancer Gruppe.

Bilag.

Bilag A – Tilsluttede afdelinger.

Tilsluttede afdelinger til DLCR pr. 21.09.04

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., Hjørring Sygehus
15. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Holbæk
16. Medicinsk afd., Holstebro Centralsygehus
17. Medicinsk afd., Hvidovre Hospital
18. Medicinsk afd., Kalundborg Sygehus
19. Medicinsk afd., Middelfart Sygehus
20. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Nykøbing Falster
21. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Næstved
22. Medicinsk afd., Odense Universitetshospital
23. Medicinsk afd., Randers Centralsygehus
24. Medicinsk afd., Ringkøbing Sygehus
25. Medicinsk afd., Roskilde Amtssygehus
26. Medicinsk afd., Silkeborg Centralsygehus
27. Medicinsk afd., Skive Sygehus
28. Medicinsk afd., Slagelse 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. Thoraxkirurgisk afd., KAS Gentofte
37. Thoraxkirurgisk afd., Odense Universitetshospital
38. Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet
39. Thoraxkirurgisk afd., Skejby Sygehus
40. Thoraxkirurgisk afd., Ålborg Sygehus
41. Organkirurgisk afd., Vejle Sygehus
42. Onkologisk afd. Esbjerg Sygehus
43. Onkologisk afd., Herlev Sygehus
44. Onkologisk amb., Herning Sygehus
45. Onkologisk afd., Hillerød Sygehus
46. Onkologisk afd., Næstved Sygehus
47. Onkologisk afd., Odense Universitetshospital

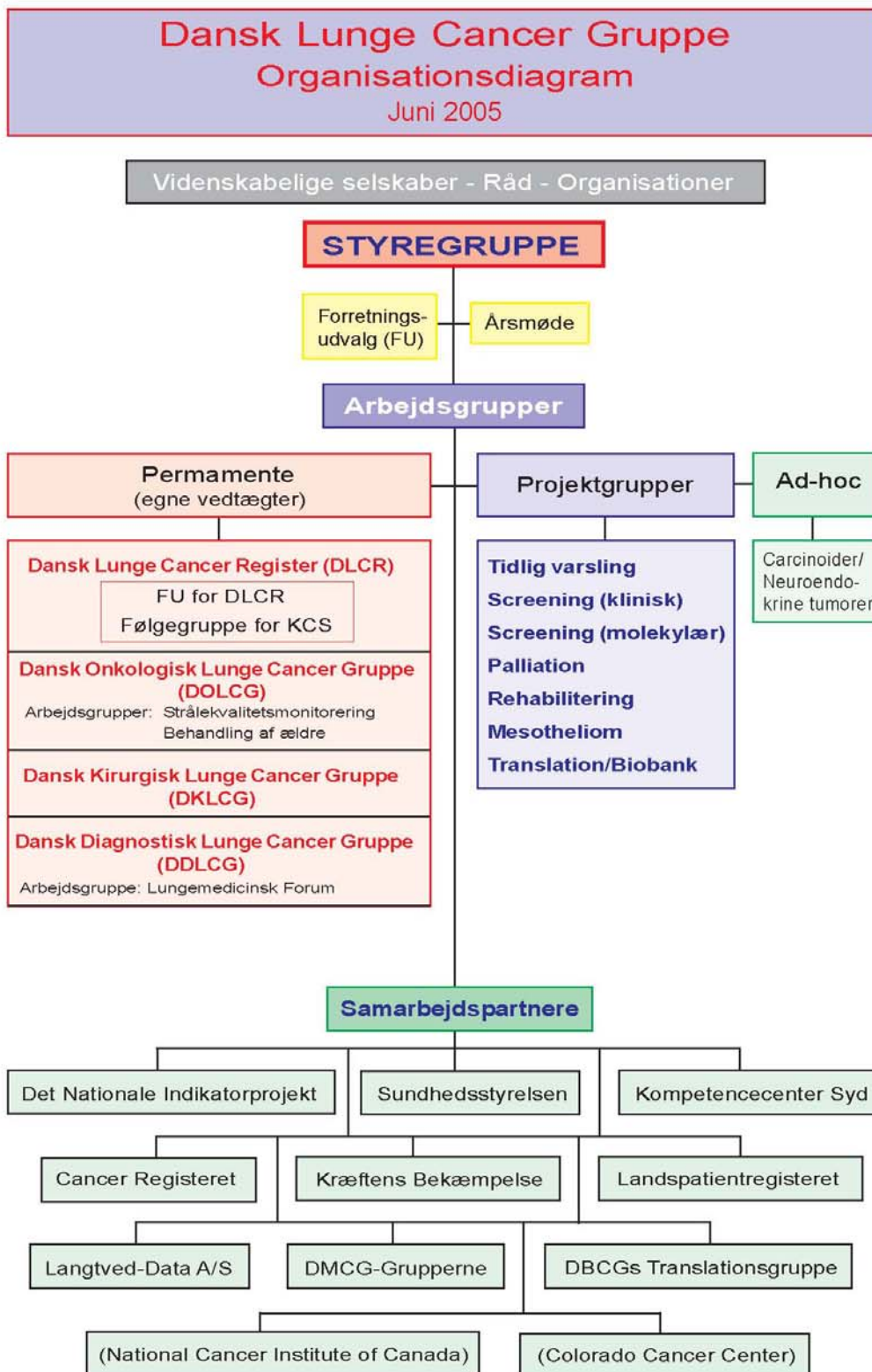
- 48. Onkologisk afd., Rigshospitalet
- 49. Onkologisk afd., Roskilde Amtssygehus
- 50. Onkologisk afd., Sønderborg Sygehus
- 51. Onkologisk afd., Vejle Sygehus
- 52. Onkologisk afd., Viborg Sygehus
- 53. Onkologisk afd., Ålborg Sygehus
- 54. Onkologisk afd., Århus Kommunehospital

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/FEV1	
5b.		Andel af resektioner	< 10 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEV1	
5c.		Andel af lobektomier	> 60 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEV1	
5d.		Andel af pneumonektomier	< 25 %	Alder, Mb. Cordis, KOL/FEV1	
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 %		Lobektomier og pneumonektomier

Bilag C – Organisationsoversigt DLCCG.



Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt Juni 2005

STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Overlæge, dr.med. Torben Palshof ^{1&2)}, (**formand**), Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Kurt Andersen ⁴⁾, København
Sygeplejerske Birgitte Espersen ¹⁾, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Lektor, ph.d., mag. scient. Helle Ploug Hansen ³⁾, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
Overlæge, ph.d. Olfred Hansen ³⁾, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mogens Hüttel ¹⁾, Anæstesiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Erik Jakobsen ^{2&5)}, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge, dr. med., direktør, Peter Buhl Jensen ¹⁾, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Professor, dr. med. Fred R Hirsch ⁴⁾, University of Colorado Cancer Center, USA
Overlæge, dr.med. Jens Karstoft ¹⁾, Radiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik ^{1&2)}, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, ph.d. Klaus Richter Larsen ¹⁾, Lungemedicinsk Afdeling, H:S Bispebjerg Hospital
Praktiserende læge, klinisk lektor, Roar Maagaard ¹⁾, Skødstrup
Overlæge, dr. med. Jann Mortensen ¹⁾, Klinik for Klinisk fysiologi og Nucleær medicin, Rigshospitalet
Forskningschef, dr.med. Jørgen Olsen ¹⁾, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse
Overlæge, dr.med. Jesper Holst Pedersen ³⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Ulrik Pedersen ¹⁾, Øre-næse-hals Afdelingen, Århus Sygehus
Overlæge, dr.med. Hans Skovgaard Poulsen ³⁾, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen ^{1&2)}, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge Hans Pilegaard ¹⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, Skejby Sygehus
Overlæge Jesper Ravn ¹⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Birgit Guldhammer Skov ¹⁾, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen ³⁾, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, MSc Tove Vejlgård ³⁾, Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind ¹⁾, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

1): Udpeget af de videnskabelige selskaber

2) Styregruppens forretningsudvalg

3): Formænd for arbejdsgrupper

4): Udpeget af DLGG

5): DLGG's projektleder

Styregruppens forretningsudvalg:

Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, Erik Jakobsen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR)

Forretningsudvalg:

Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, (**formand**), Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Overlæge, Erik Jakobsen, (projektleder), Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Kurt Andersen, DLCCG, København

Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte

Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, dr.med. Ulrik Pedersen, Øre-næse-hals Afdelingen, Århus Sygehus

Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, dr.med. Birgit Guldhammer Skov, Patologi Afdeling, KAS Gentofte

Følgegruppe for Kompetencer Syd samarbejdet:

Overlæge, Erik Jakobsen, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte

Forskningschef, dr.med. Jørgen Olsen, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse

Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Neuroendokrine tumorer

Overlæge, dr.med. Birgit Guldhammer Skov, (**formand**), Patologisk Institut, KAS Gentofte
Læge, videnskabelig assistent, Halla Skulladottir, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning,
Overlæge, dr.med. Lone Astrup, Medicinsk Afdeling V, Århus Sygehus
Overlæge Hans Pilegaard, Thoraxkirurgisk Afdeling T, Skejby Sygehus
Overlæge, dr.med. Jesper Holst Pedersen, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev
Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, ph.d. Ulrik Baandrup, Patologisk Institut, Århus Sygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe (DKLCG)

Overlæge Hans Pilegaard, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, Skejby Sygehus

Overlæge Jesper Ravn, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet

Overlæge Hans Henrik Jessen, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte

Overlæge Lars Ladegaard, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Overlæge Erik Jakobsen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Overlæge Poul Erik Haahr, Thoraxkirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCG)

Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, (**formand**), Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, ph.d. Ulrik Baandrup, Patologisk Institut, Århus Sygehus

Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte

Overlæge, ph.d. Klaus Richter Larsen, Lungemedicinsk Afdeling, H:S Bispebjerg Hospital

Overlæge, dr. med. Jann Mortensen, Klinik for Klinisk fysiologi og Nucleare medicin, Rigshospitalet

Overlæge, dr. med. Finn Rasmussen, Radiologisk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge John Wildt, Otologisk Afdeling, Randers Centralsygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Lungemedicinsk Forum Arbejdsgruppe under Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCG)

Overlæge Michael Hansen (**formand**), Frederikssund Sygehus

Overlæge Torben Riis Rasmussen, Århus Sygehus

Overlæge Ida E. Steffensen, Holbæk Sygehus

Overlæge Kirsten Brandholt Rasmussen, RAS Roskilde

Overlæge Ditte Hygum Nielsen, Bornholm Centralsygehus

Overlæge Henrik Harving, Ålborg Sygehus

Overlæge Niels-Chr. G. Hansen, Odense Universitetshospital

Overlæge Eric Kindt, Skive Sygehus, Sygehus Viborg

Overlæge Hans Ryegaard Rasmussen, Sønderborg Sygehus

Overlæge Henriette Enevoldsen, Amager Hospital

Overlæge Jost Wessels, Holstebro Sygehus

Overlæge Søren Kristensen, Esbjerg Centralsygehus

Overlæge Klaus Richter Larsen, Bispebjerg Hospital

Overlæge Paul Clementsen, KAS Gentofte

Overlæge Asbjørn Høeg Holm, Næstved Centralsygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Tidlig varsling

Overlæge Mark Krasnik, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Kurt Andersen, DLCCG, København
Overlæge, ph.d. Olfred Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, dr.med. Finn Rasmussen, Radiologi Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge Jesper Ravn, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Birgit Guldhammer Skov, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Screening - klinisk

Overlæge, dr.med. Jesper Holst Pedersen, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge Karen Bach, Radiologisk Afdeling, KAS Gentofte
Læge John Brodersen, Almen Medicin, Panum Institutet
Professor, overlæge, dr.med. Asger Dirksen, Lungemedicinsk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge dr.med. Martin Iversen, Lungemedicinsk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr. med. Jann Mortensen, Klinik for Klinisk fysiologi og Nucleær medicin, Rigshospitalet
Overlæge Lars Nielsen, Radiologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Birgit Guldhammer Skov, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge Poul Stentoft, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Philip Tønnesen, Lungemedicinsk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Screening - molekylæbiologisk

Forskningschef, dr.med. Jørgen Olsen, (**formand**), Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse

Kurt Andersen, DLG, København

Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte

Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Palliation

Overlæge, MSc Tove Vejlgård, (**formand**), Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus

Afsnitsleder, sygeplejerske Ane Bonderup, Palliative Team, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Specialeansvarlig sygeplejerske Trine Ebdrup, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Specialeansvarlig sygeplejerske Birgitte Espersen, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus

Fysioterapeut Annemarie Salomonsen, Palliative Team, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Praktiserende læge Hanne Skou, Risskov

Fysioterapeut Anne Vase, Fysioterapi Afdeling, Århus Sygehus **OBS - tilhør?**

Rehabilitering

Lektor, ph.d., mag. scient. Helle Ploug Hansen, (**formand**), Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet

Professor, praktiserende læge, dr.med. Frede Olesen, Forskningsenheden for Almen Medicin, Århus Universitet

Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Mesotheliom

Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Karen Damgaard, Radiologisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge Henrik Harving, Lungemedicinsk Afdeling, Aalborg Sygehus
Overlæge, ph.d. Jørgen Johansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Hans Pilegaard, Thoraxkirurgisk Afdeling, Skejby Sygehus
Overlæge Jesper Ravn, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr. med. Birgit Guldhammer Skov, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Translationsforskning / Biobank

Overlæge, dr.med. Hans Skovgaard Poulsen, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Professor, dr. med. Fred R Hirsch, University of Colorado Cancer Center, USA
Overlæge, Erik Jakobsen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, ph.d. Peter Meldgaard, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Forskningschef, dr.med. Jørgen Olsen, Institut for Epidemiologisk Kræftforskning, Kræftens Bekæmpelse
Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus
Professor, Overlæge, dr. med. Torben Ørntoft, Klinisk Biokemisk Afdeling, Skejby Sygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2005

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG)

Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge Carsten Rytter, (sekretær), Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus
Overlæge Britta Bjerregaard Jensen, (kasserer), Onkologisk Afdeling, Sønderborg Sygehus
Overlæge, dr.med. Kristian Aabo, Onkologisk Afdeling, Viborg Sygehus
Overlæge Flemming Bach, Onkologisk Afdeling, Næstved Sygehus
Overlæge Hanna Frank, Onkologisk Afdeling, Aalborg Sygehus
Overlæge, ph.d. Olfred Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge, dr. med., direktør, Peter Buhl Jensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Afdelingslæge, ph.d. Seppo W Langer, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Konst. overlæge, ph.d. Ulrik Lassen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, ph.d. Peter Meldgaard, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, ph.d. Anders Mellemgaard, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev
Overlæge Kund Aage Møller, Onkologisk Afdeling, Herning Centralsygehus
Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
1. reservelæge Mariann Ryberg, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev
1. reservelæge Hanne Sindrup, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
1. reservelæge, ph.d. Morten Sørensen, Onkologisk Afdeling, Amtssygehuset i Roskilde
Overlæge Peter Sørensen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Arbejdsgruppe for strålekvalitet:

Overlæge, ph.d. Olfred Hansen, (**formand**), Onkologi Afdeling, Odense Universitetshospital
1. reservelæge Marianne Ryberg, (sekretær), Onkologisk Afdeling, KAS Herlev
Overlæge Hanna Frank, Onkologisk Afdeling, Aalborg Sygehus
Overlæge, ph.d. Morten Høyer, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, ph.d. Jørgen Johansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Carsten Rytter, Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus

Bilagsmappe

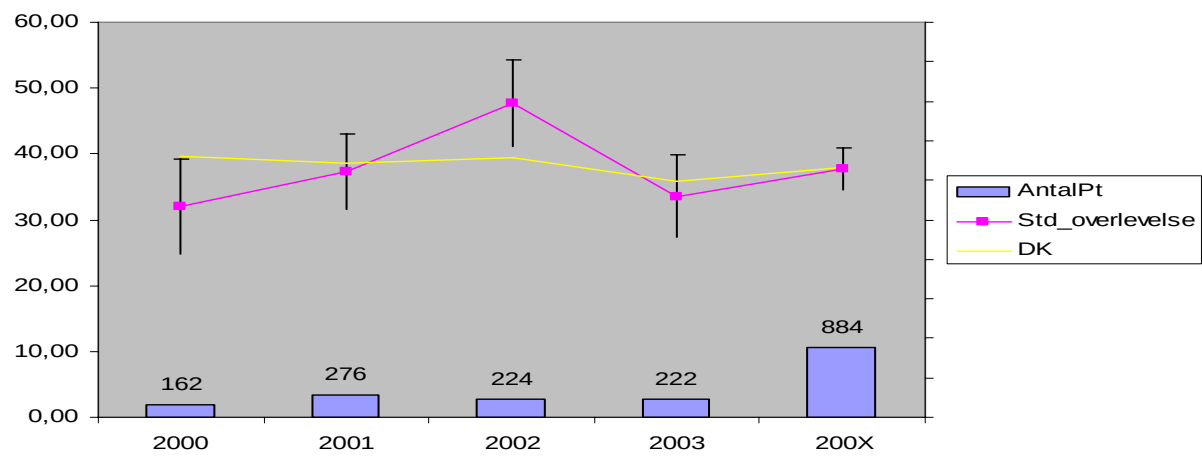
Indholdsfortegnelse:

BILAG 1 - overlevelse.....	97
BILAG 2 – delays, ventetider og henvisning.....	113
BILAG 3 – udredningsmetoder i %:	120
BILAG 4 – stadier:	121
BILAG 5 - patientforløb – afdelinger:	122
BILAG 6 – total overlevelse kirurgi:	132
BILAG 7 – 30 dages mortalitet.....	139
BILAG 8 – Resektionsrate	141
BILAG 9 – overlevelse operationstyper:	143
BILAG 10 – operationstyper:	148
BILAG 11 - patologyper:	149
BILAG 12 - postoperative stadier:	150
BILAG 13 - operationskarakteristika:	151
BILAG 14 – kirurgiske ventetider:	155
BILAG 15 – operationstyper, stadier og overlevelse:	157
BILAG 16 – kirurgiforløb og onkologi.	160
BILAG 17 – onkologiske behandlingsmodaliteter:	161

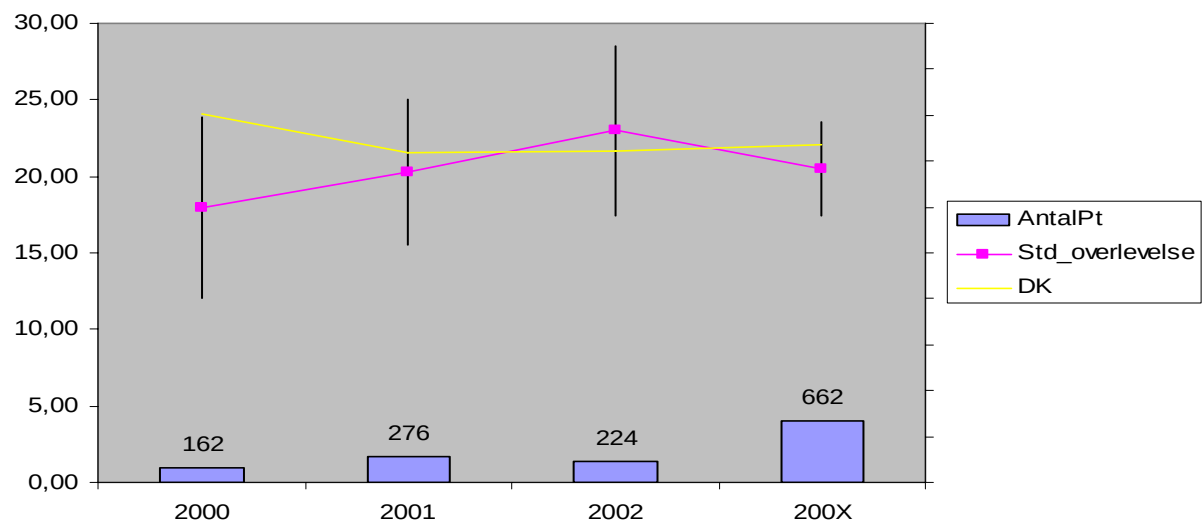
BILAG 1 - overlevelse

Bispebjerg

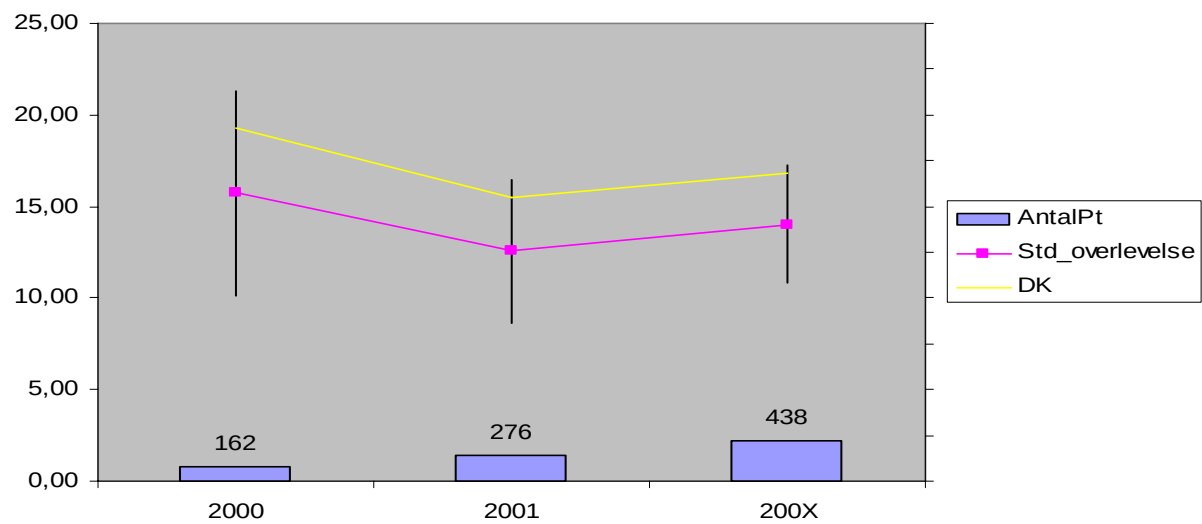
1 års overlevelse



2 års overlevelse

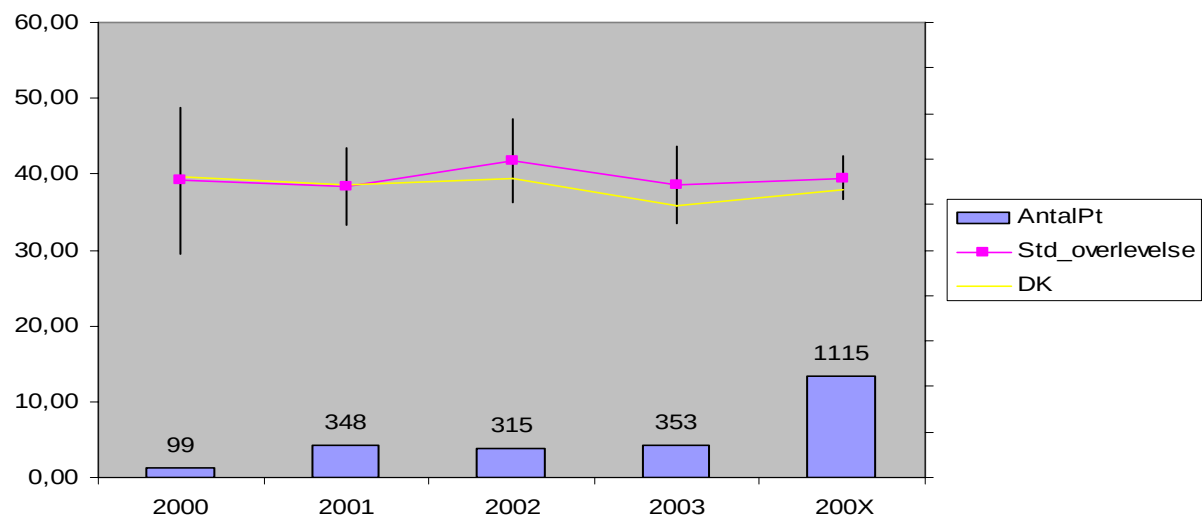


3 års overlevelse

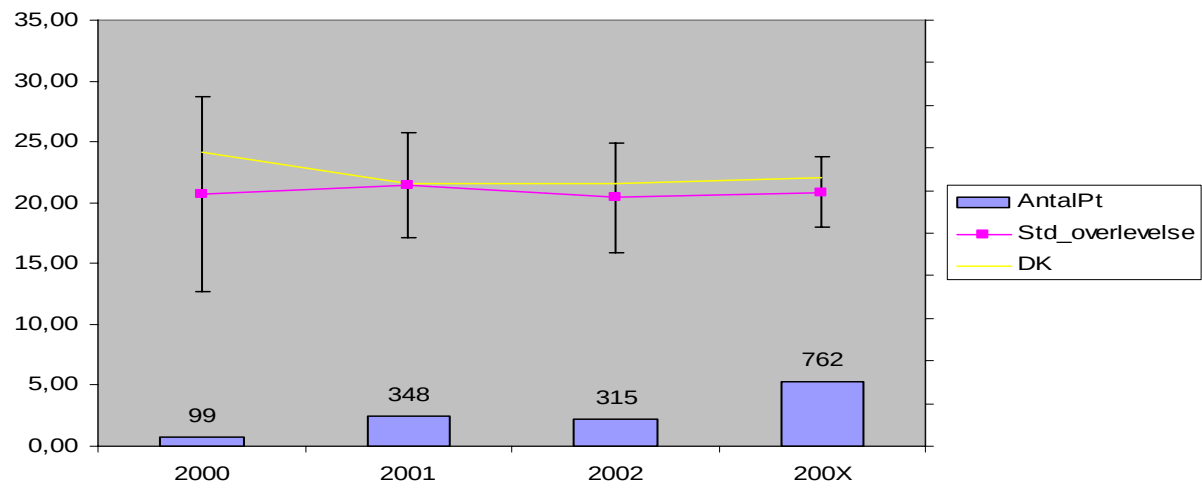


Gentofte

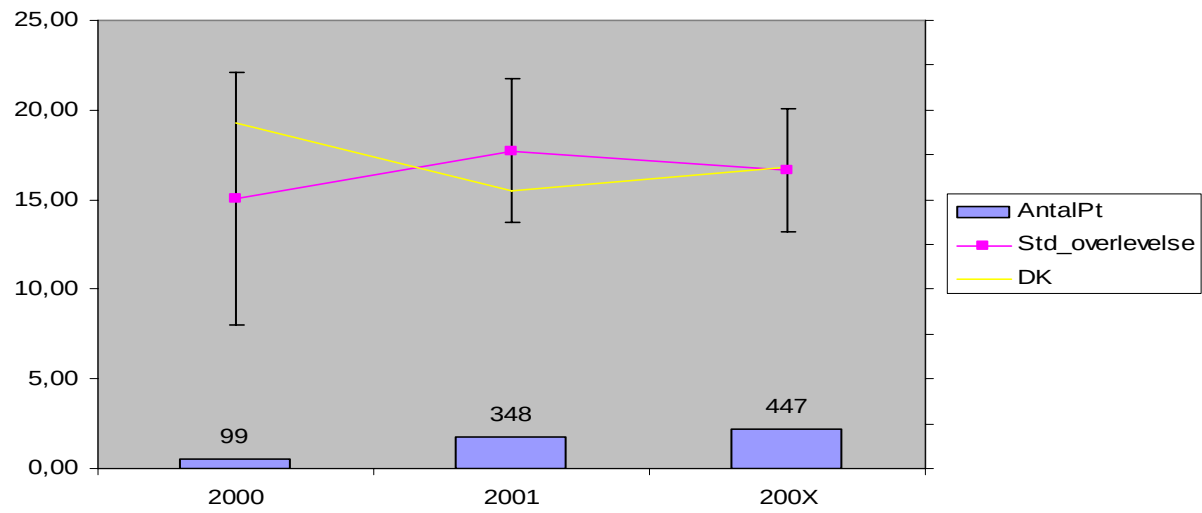
1 års overlevelse



2 års overlevelse

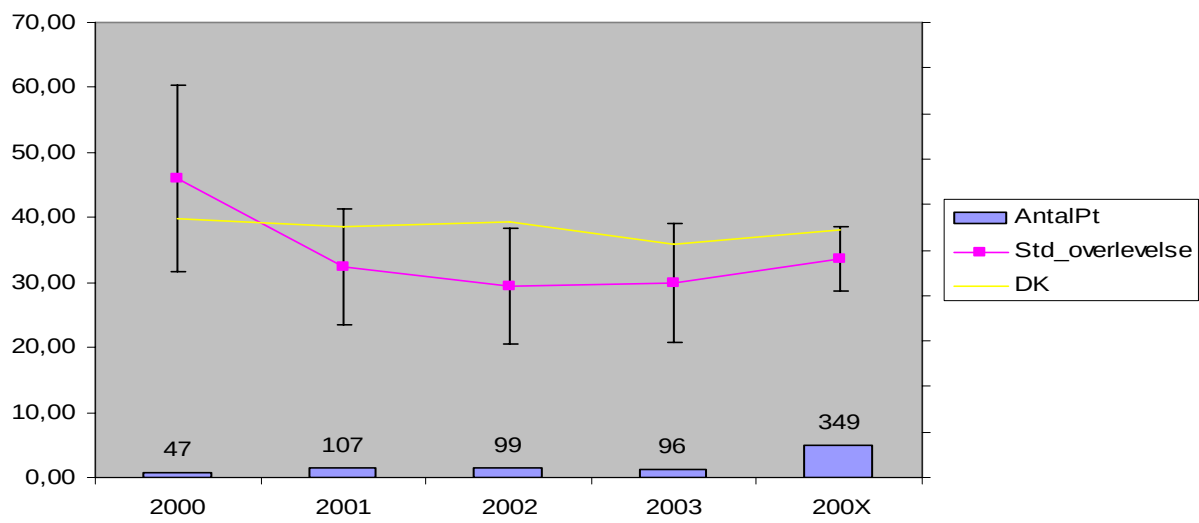


3 års overlevelse

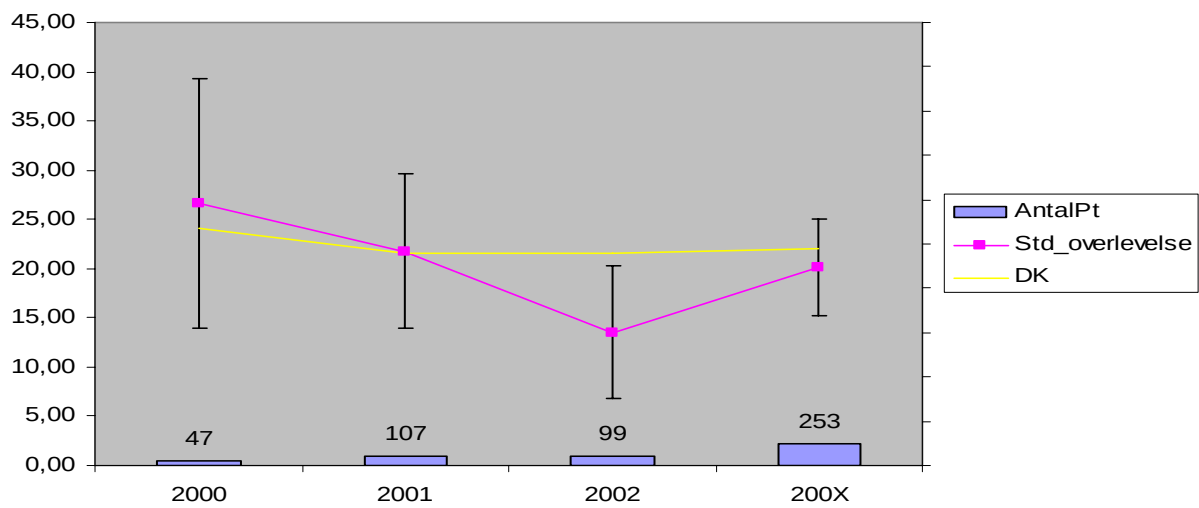


Roskilde

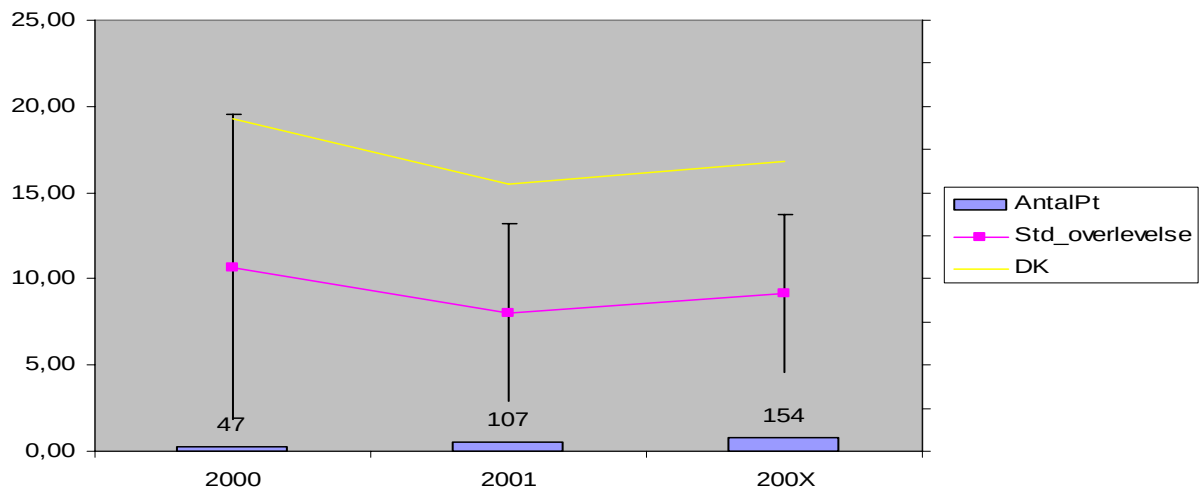
1 års overlevelse



2 års overlevelse

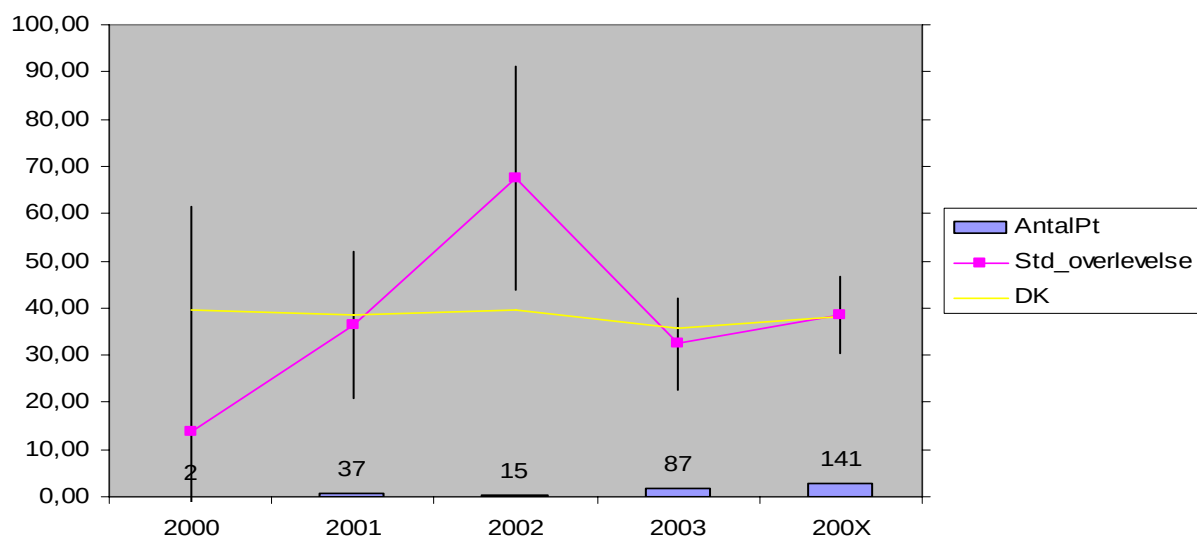


3 års overlevelse

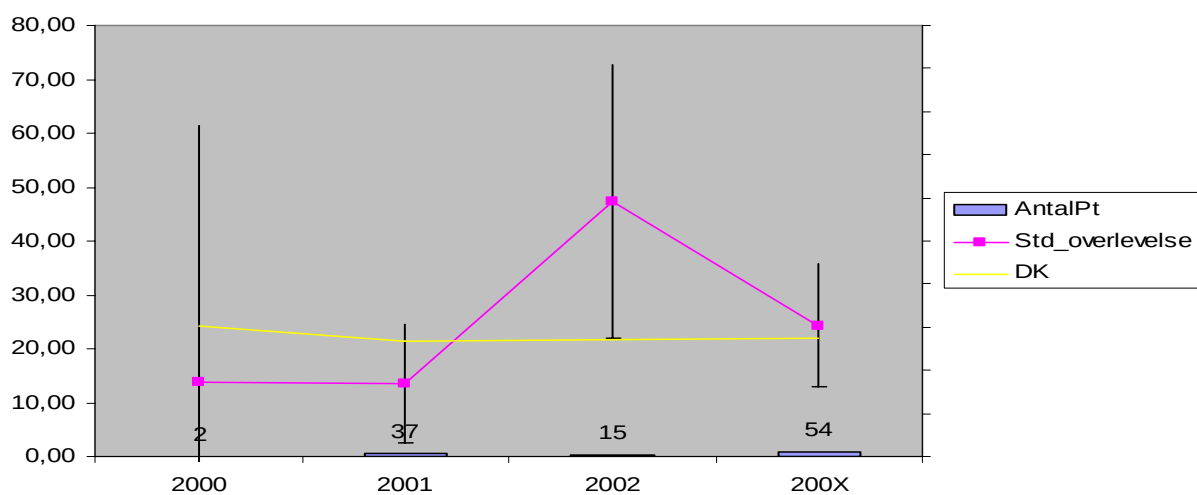


Holbæk

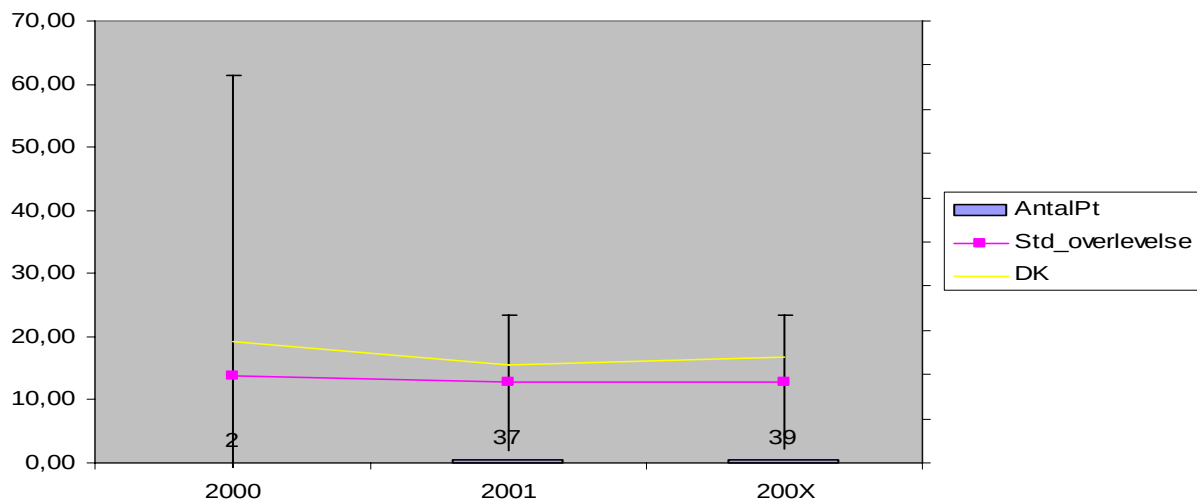
1 års overlevelse



2 års overlevelse

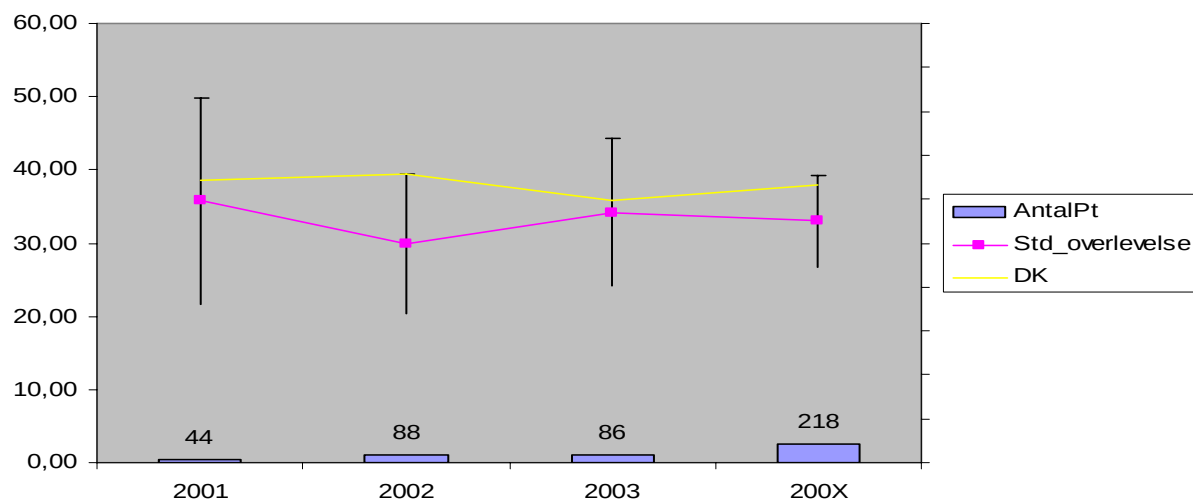


3 års overlevelse

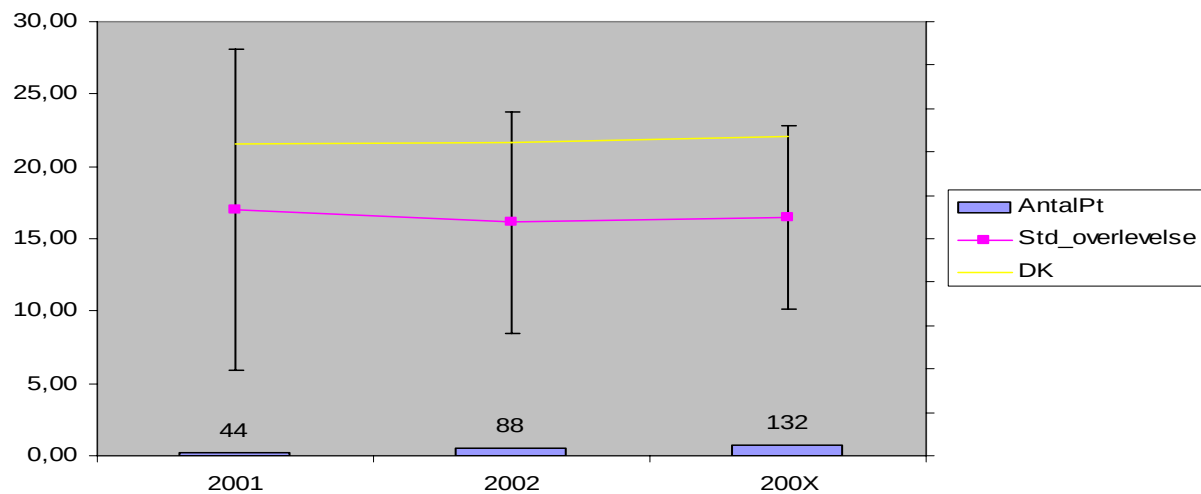


Næstved

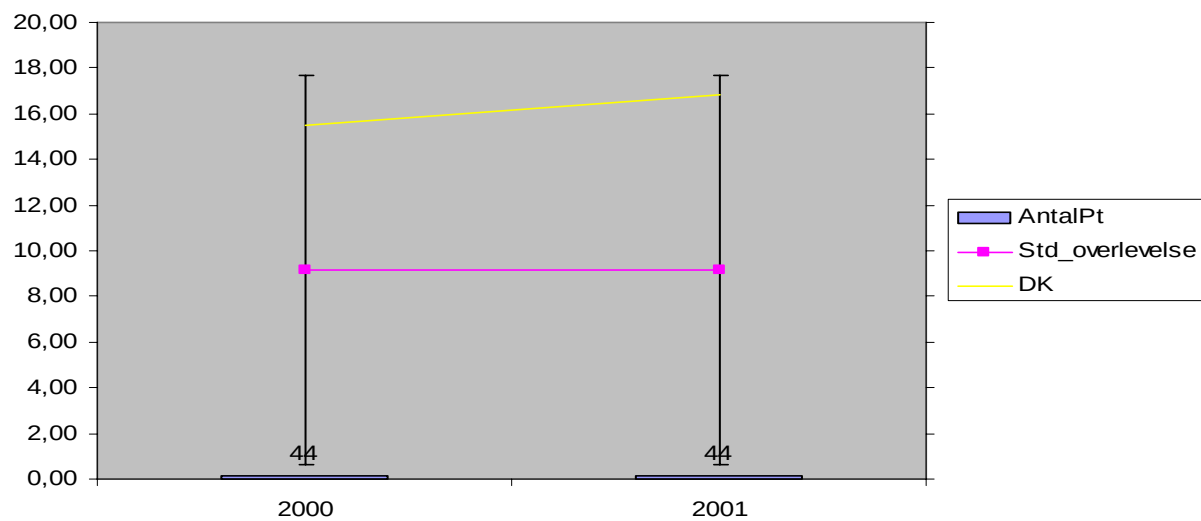
1 års overlevelse



2 års overlevelse

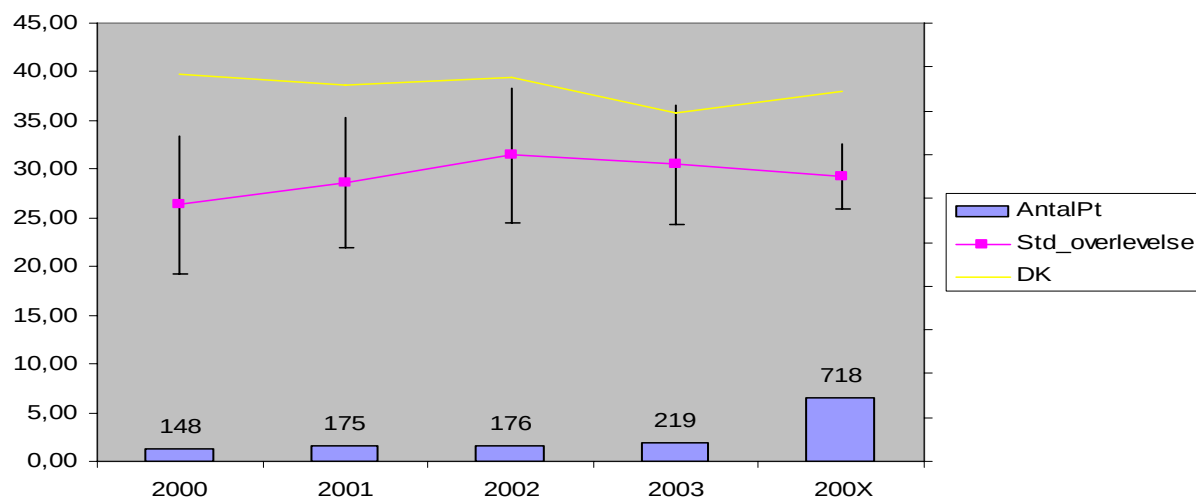


3 års overlevelse

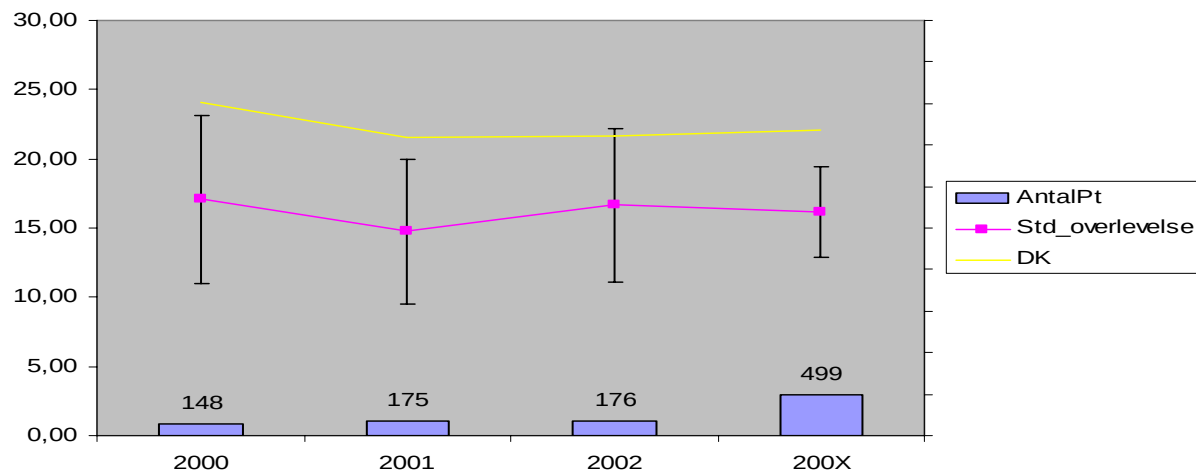


Odense

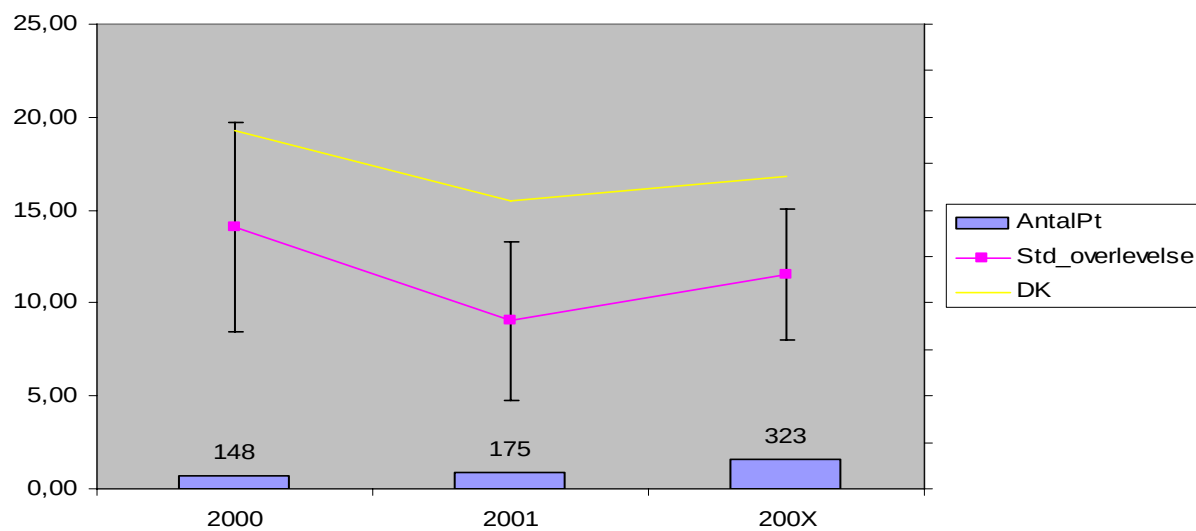
1 års overlevelse



2 års overlevelse

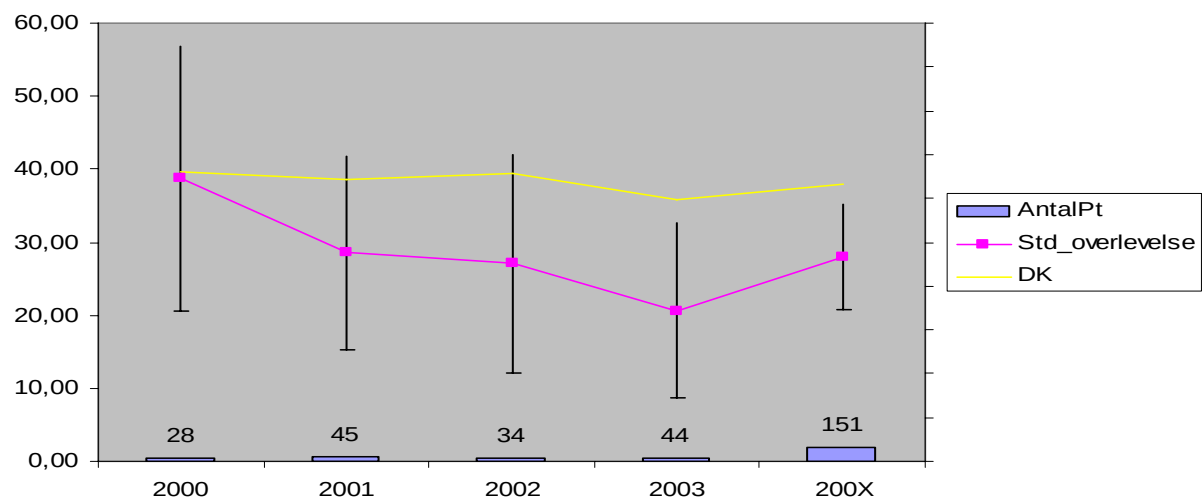


3 års overlevelse

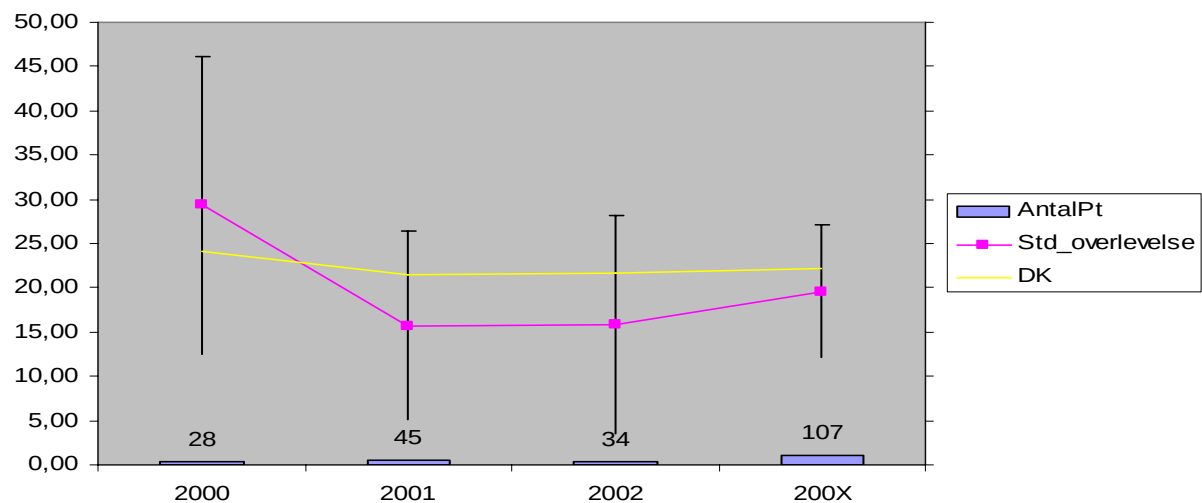


Sønderborg

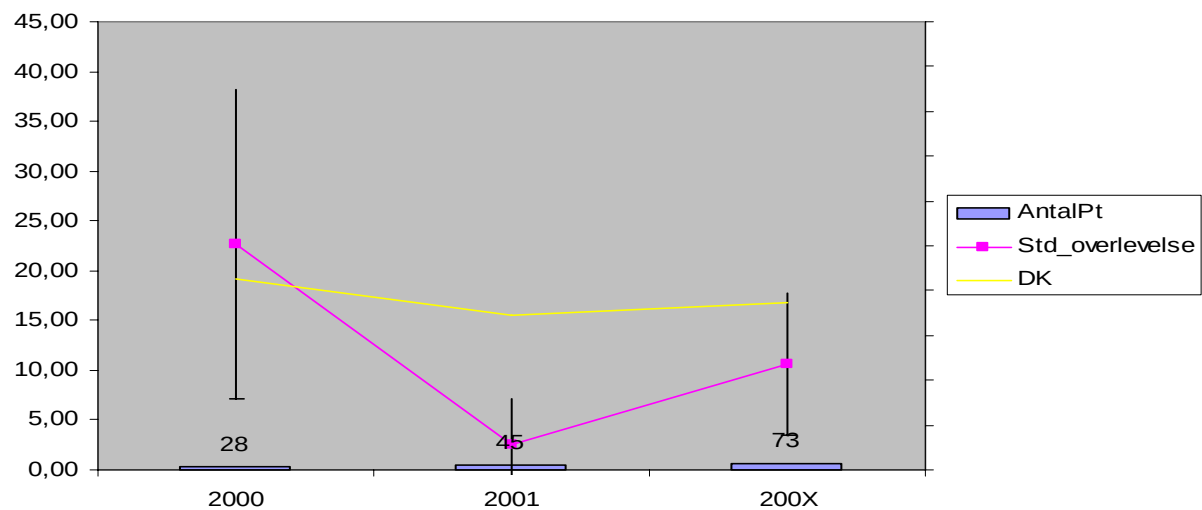
1 års overlevelse



2 års overlevelse

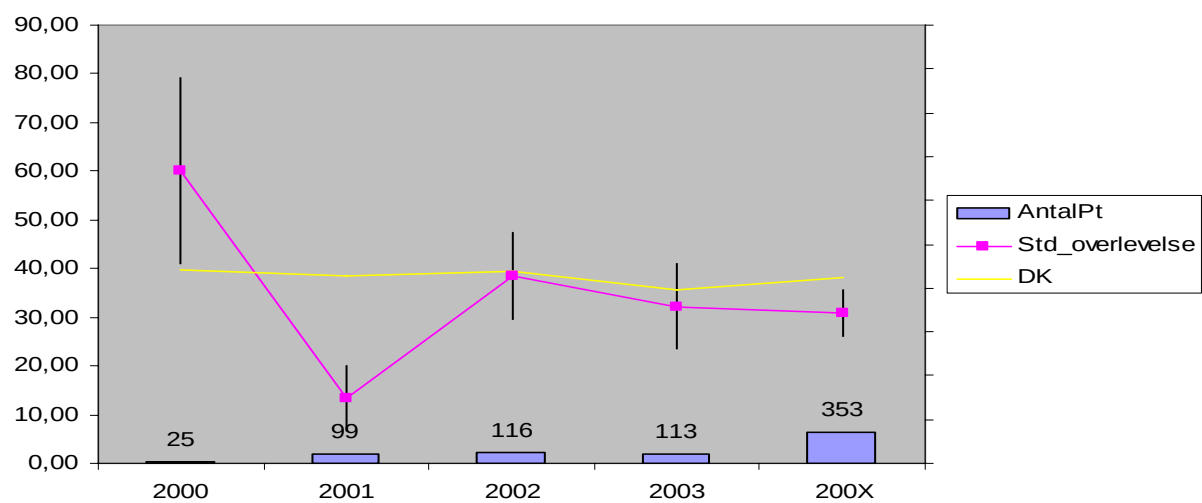


3 års overlevelse

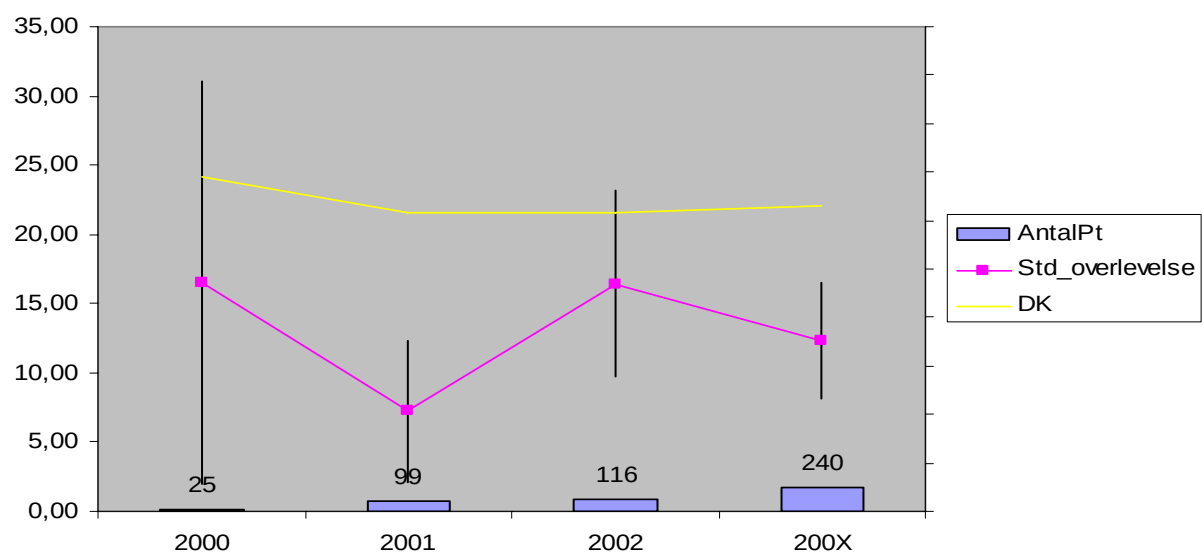


Esbjerg

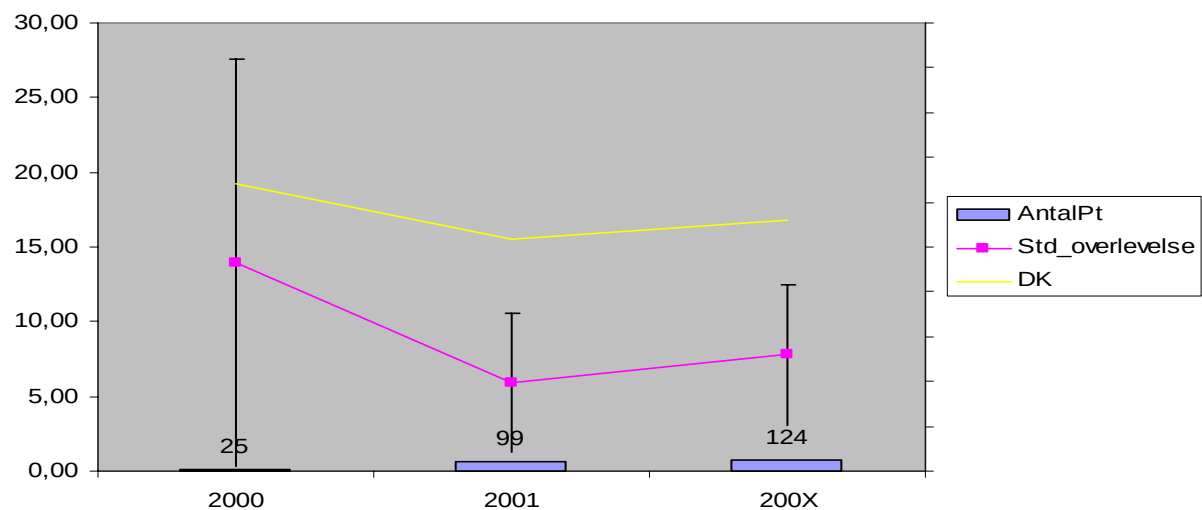
1 års overlevelse



2 års overlevelse

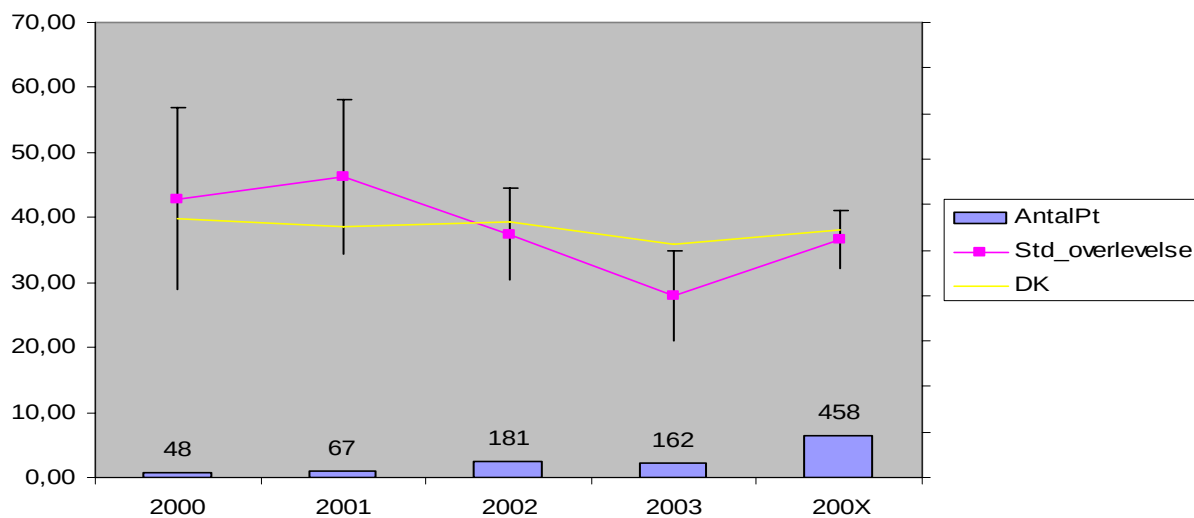


3 års overlevelse

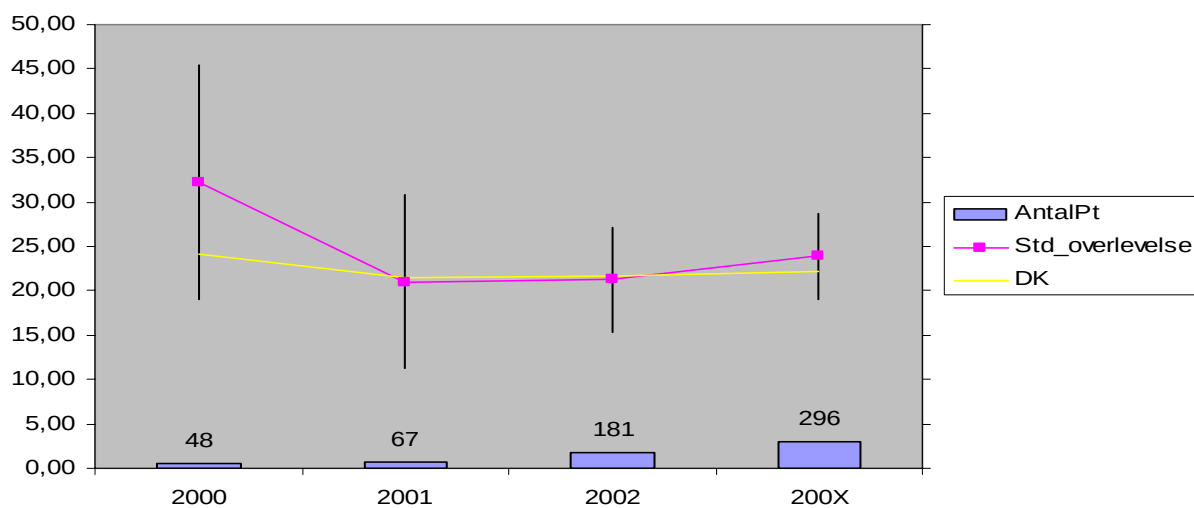


Vejle

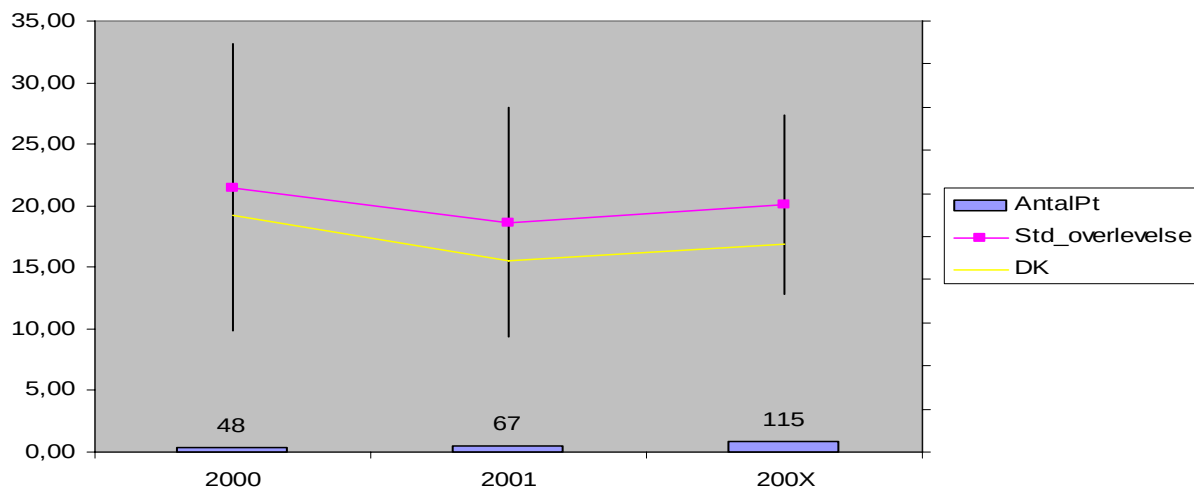
1 års overlevelse



2 års overlevelse

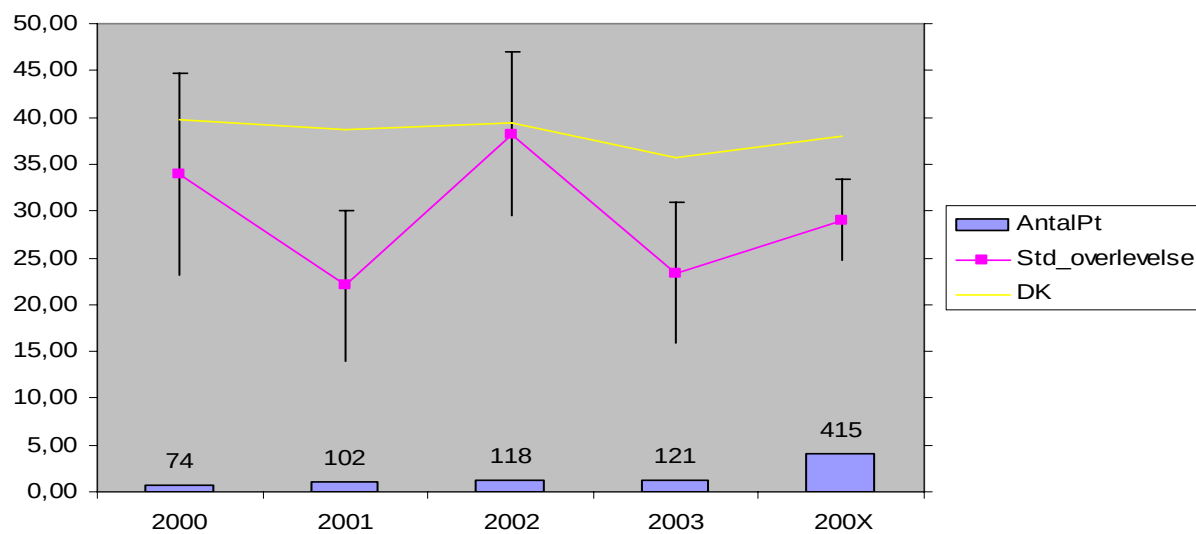


3 års overlevelse

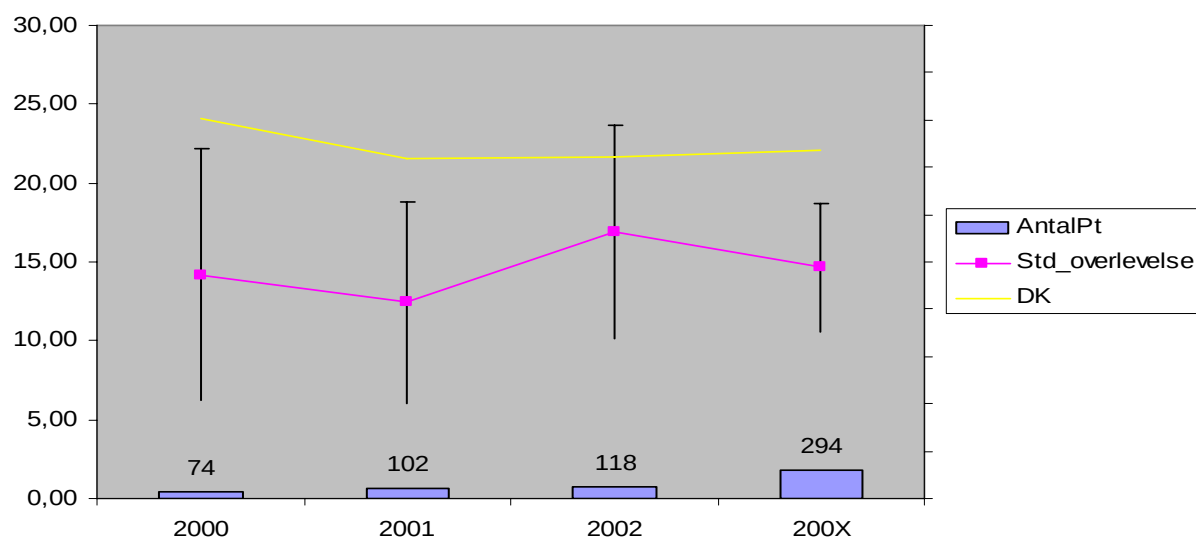


Holstebro

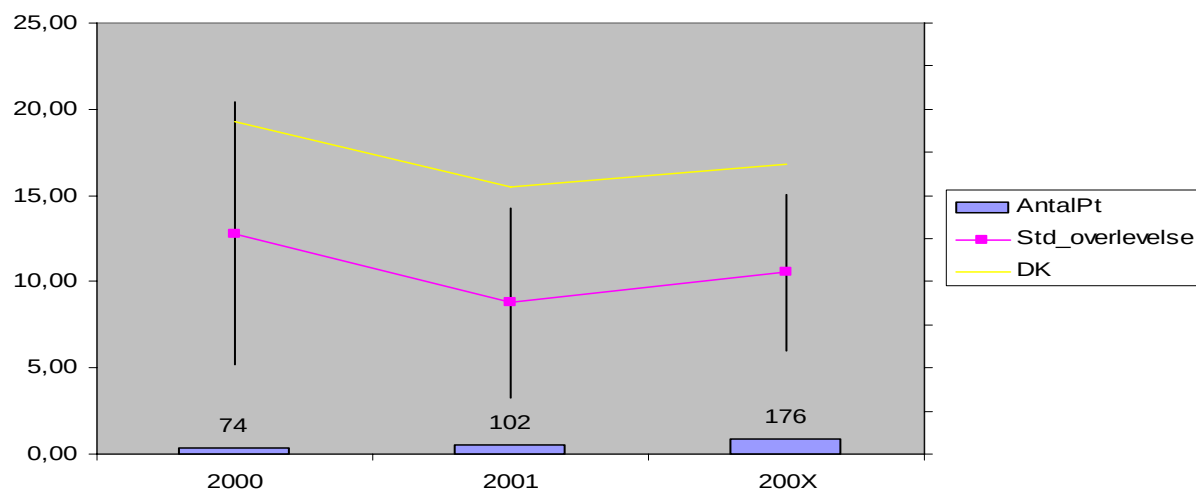
1 års overlevelse



2 års overlevelse

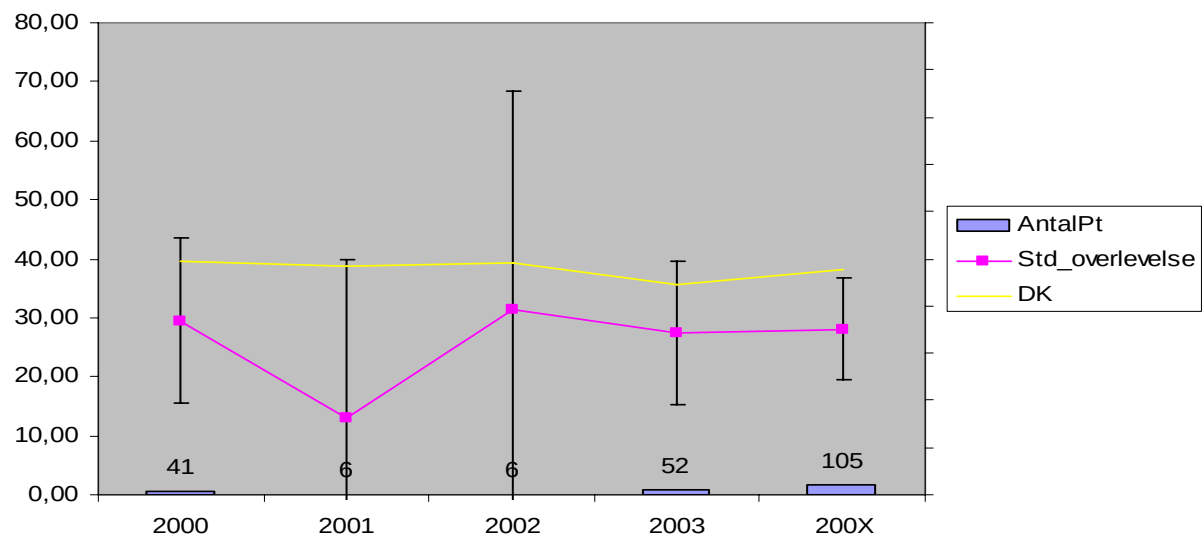


3 års overlevelse

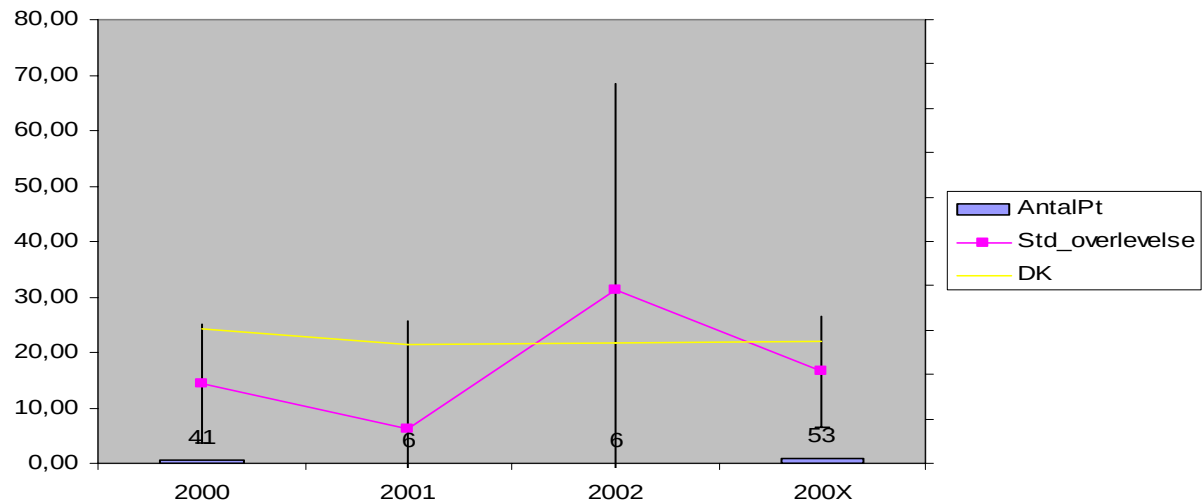


Silkeborg

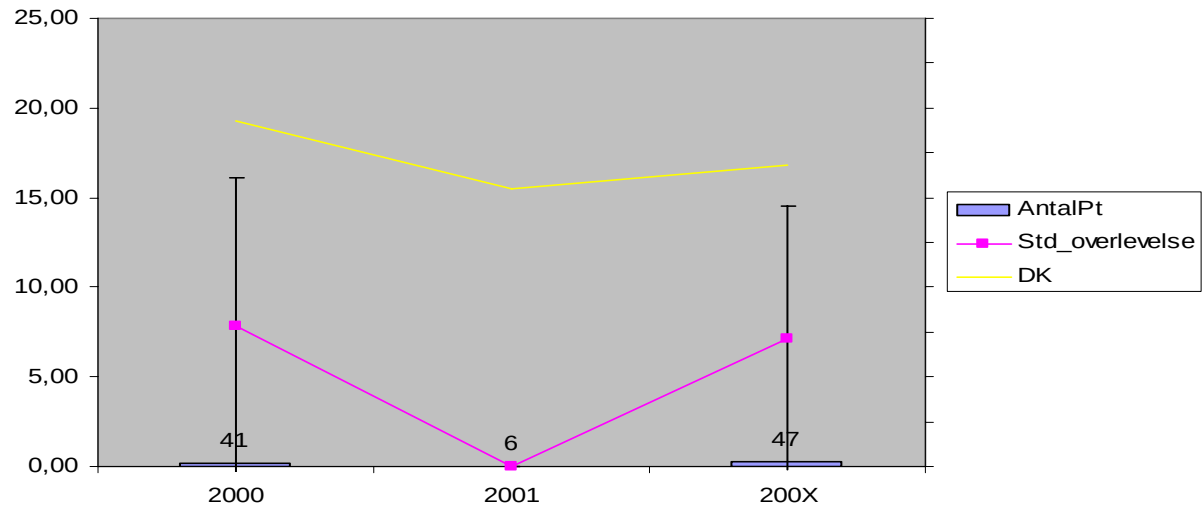
1 års overlevelse



2 års overlevelse

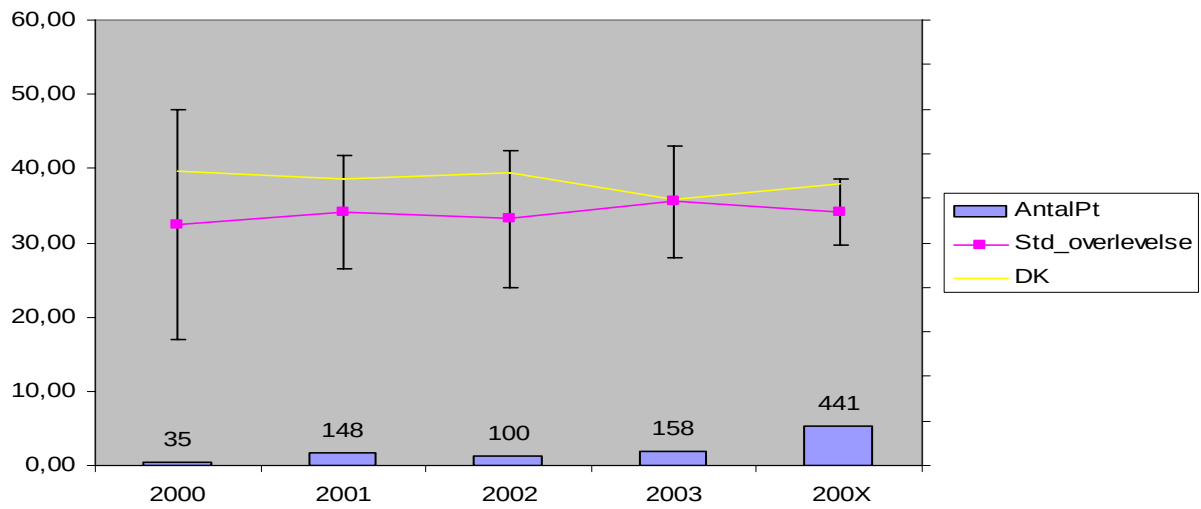


3 års overlevelse

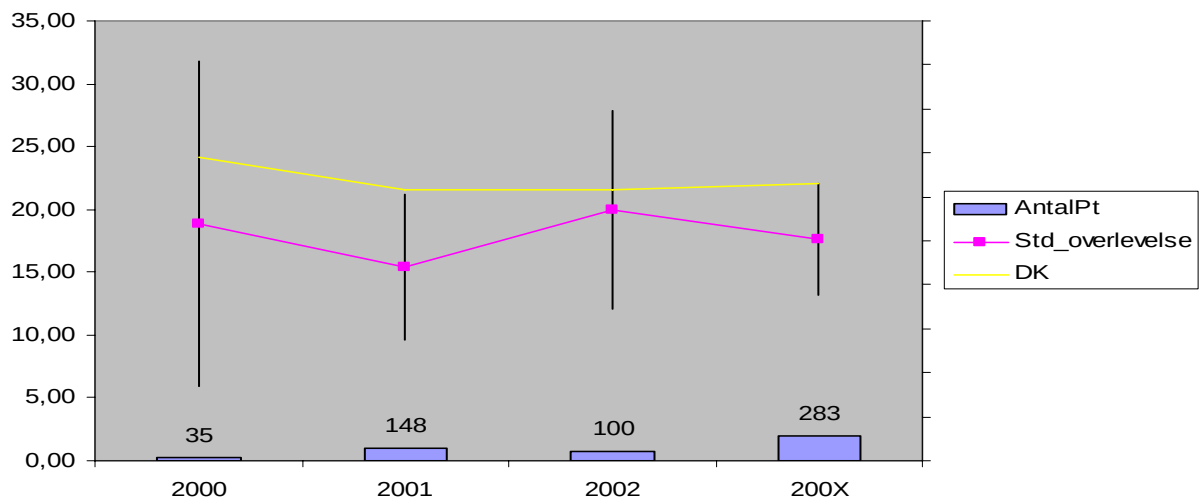


Århus

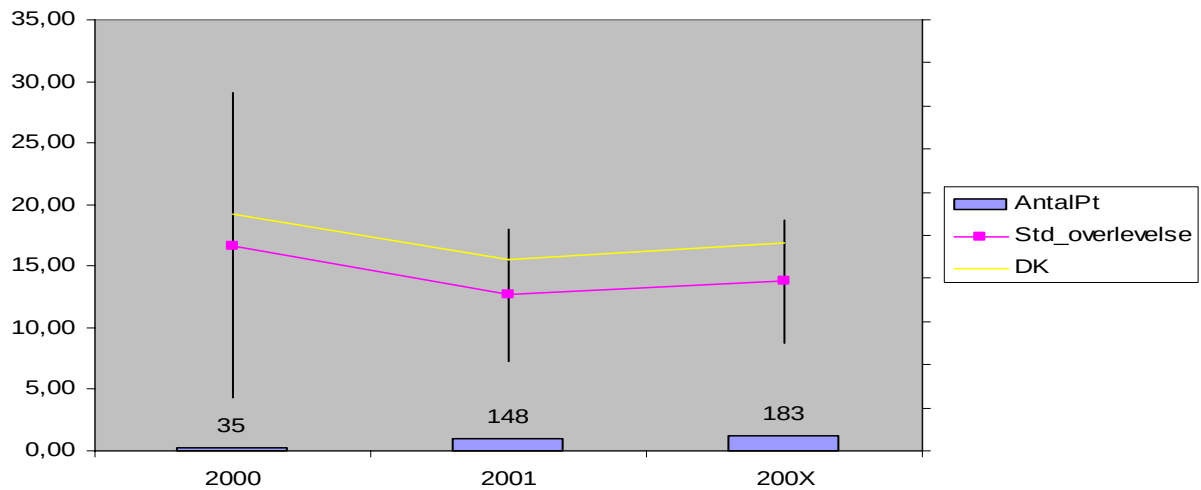
1 års overlevelse



2 års overlevelse

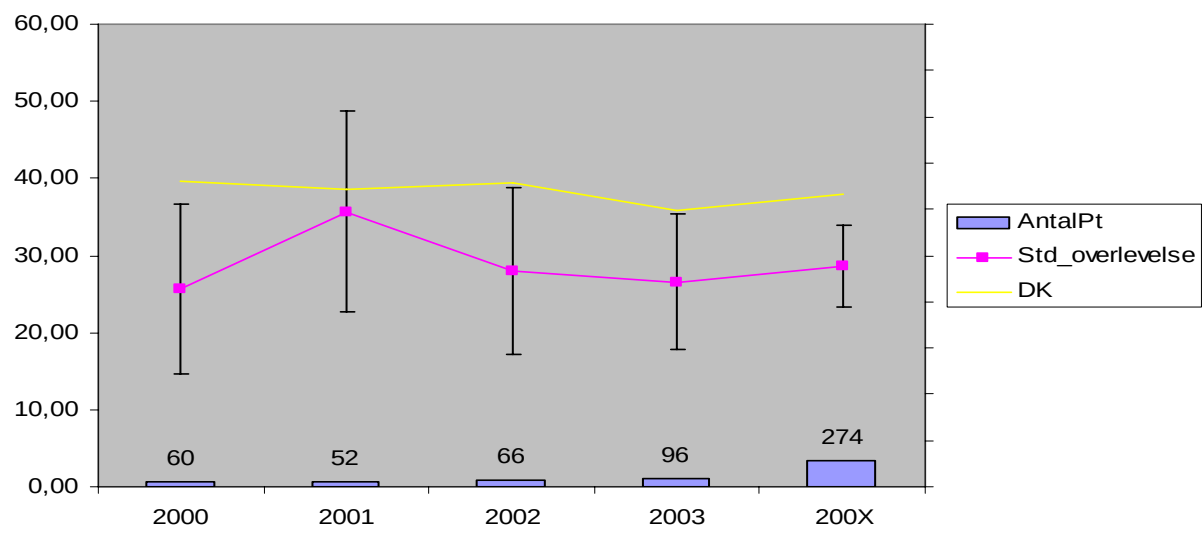


3 års overlevelse

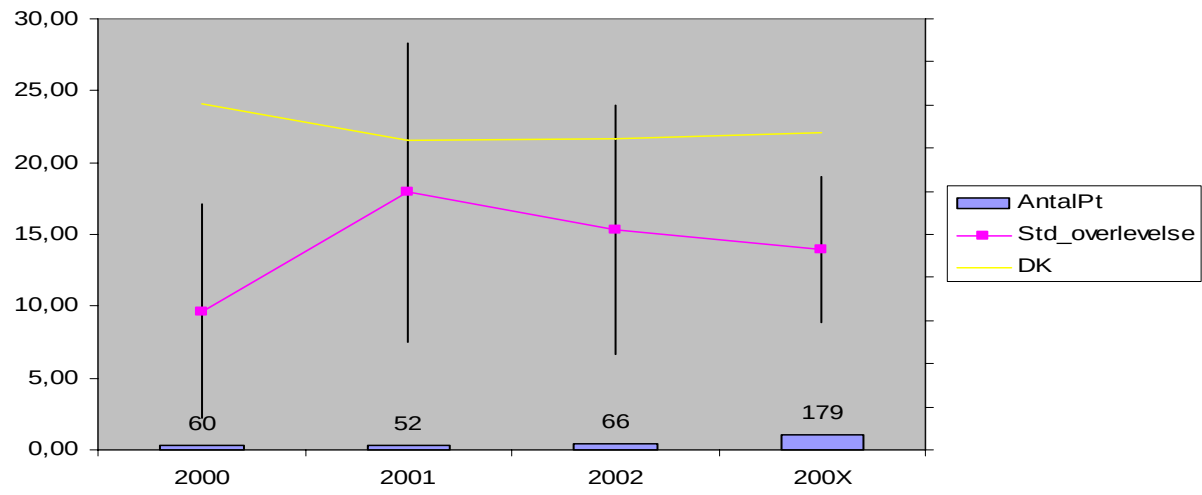


Randers

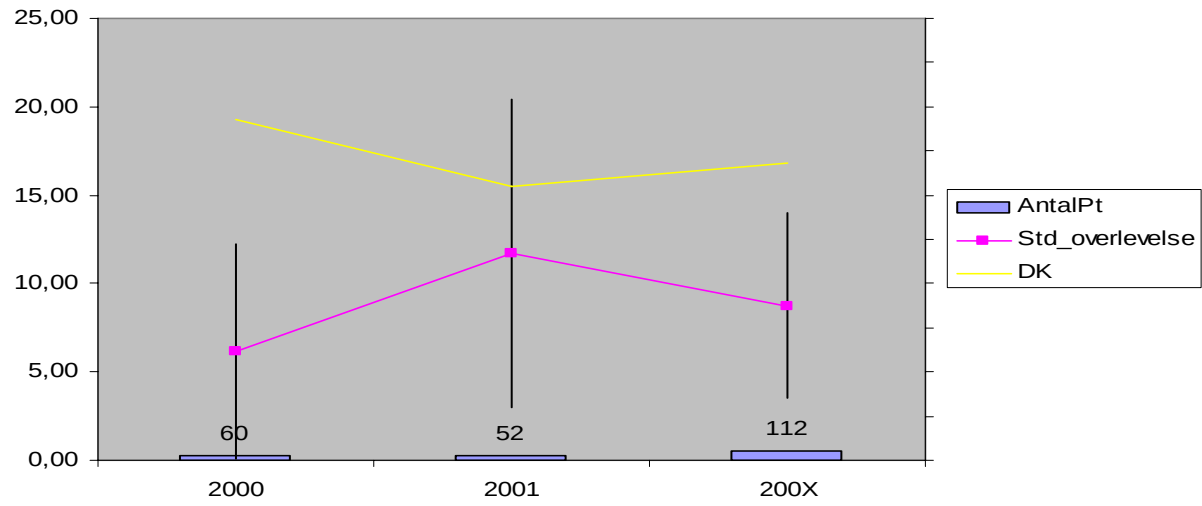
1 års overlevelse



2 års overlevelse

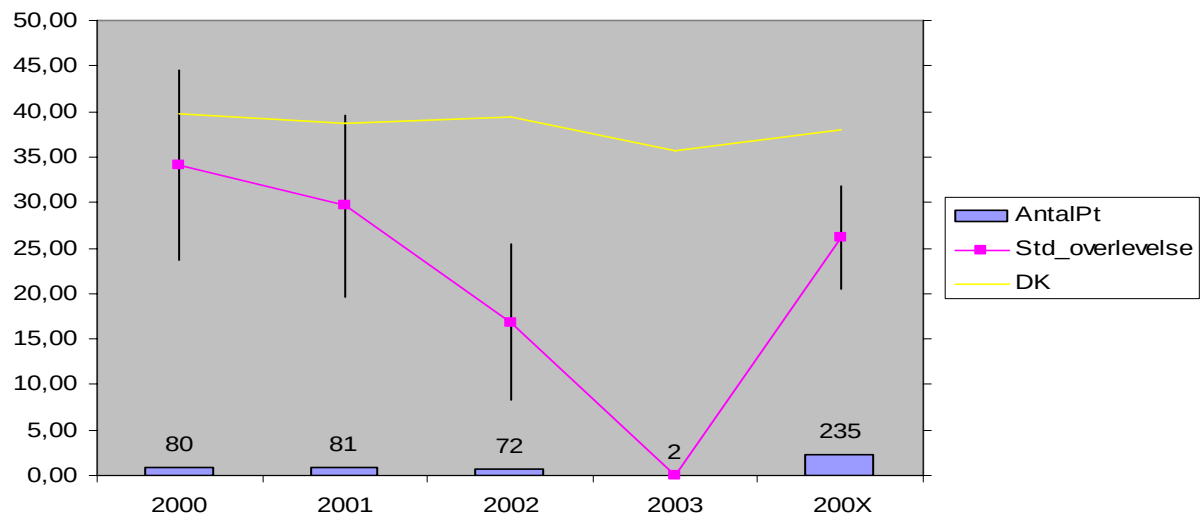


3 års overlevelse

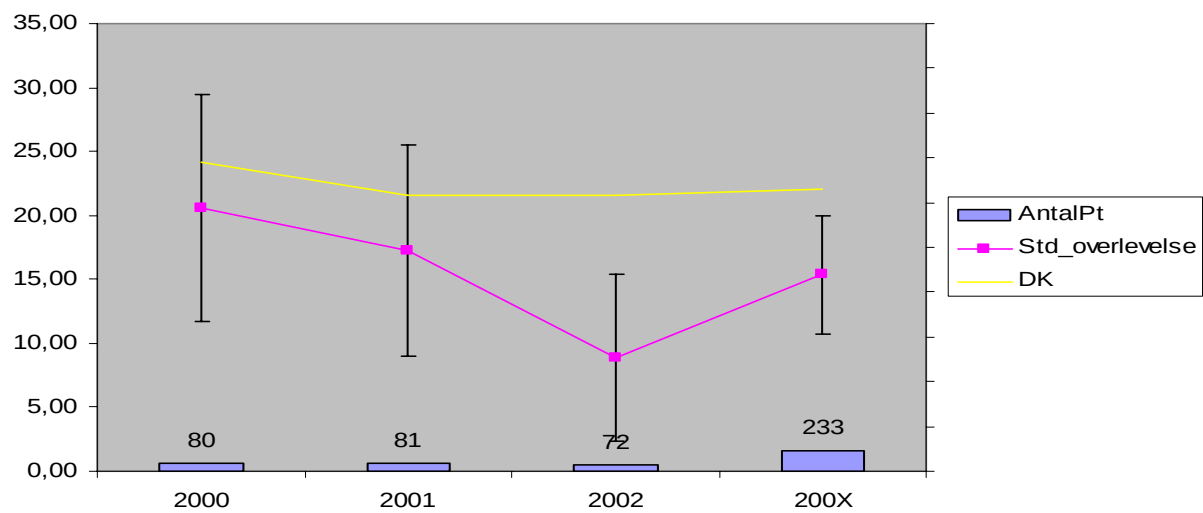


Skive

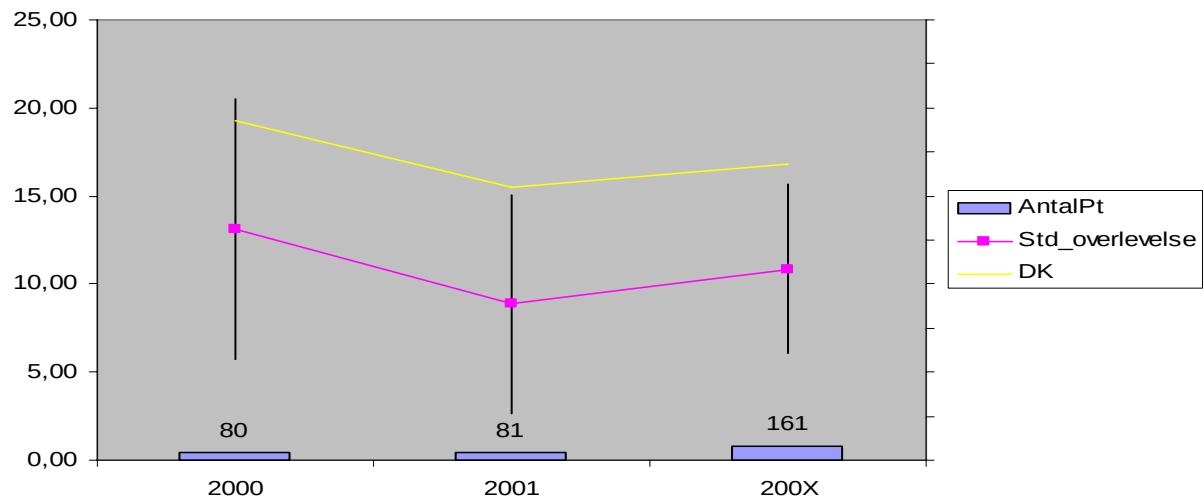
1 års overlevelse



2 års overlevelse

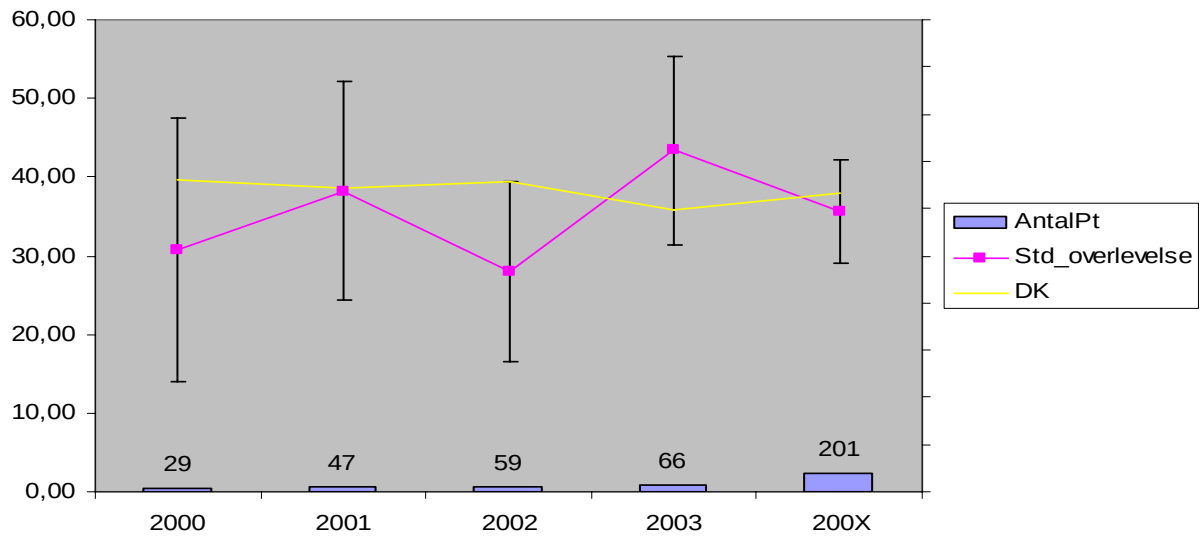


3 års overlevelse

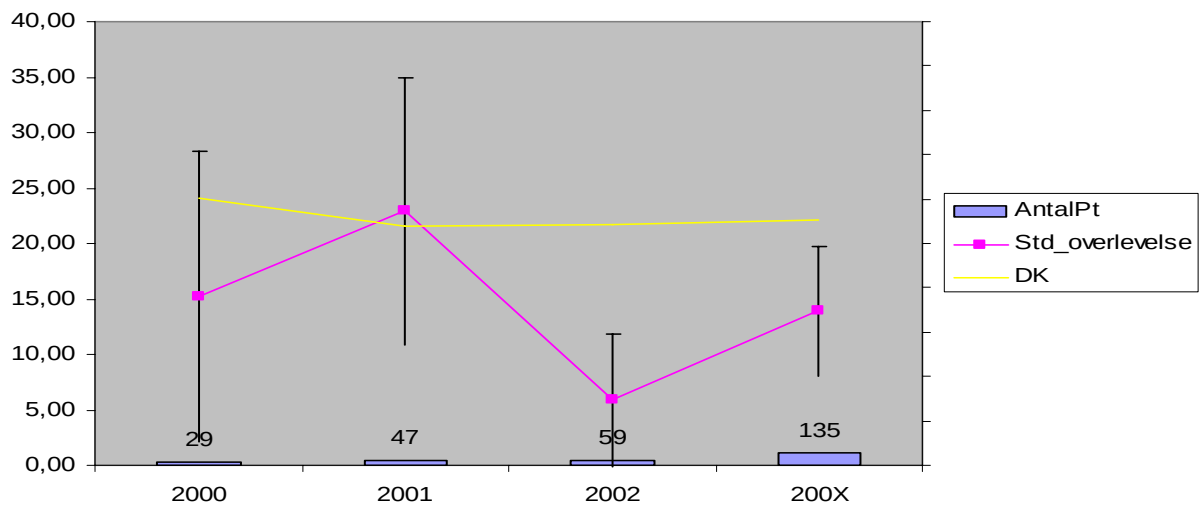


Ålborg

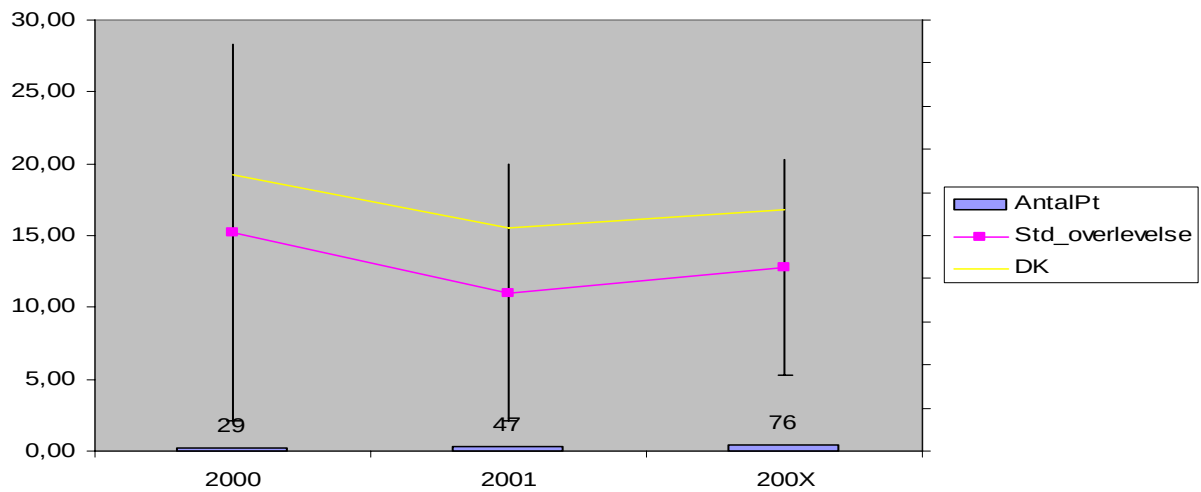
1 års overlevelse



2 års overlevelse

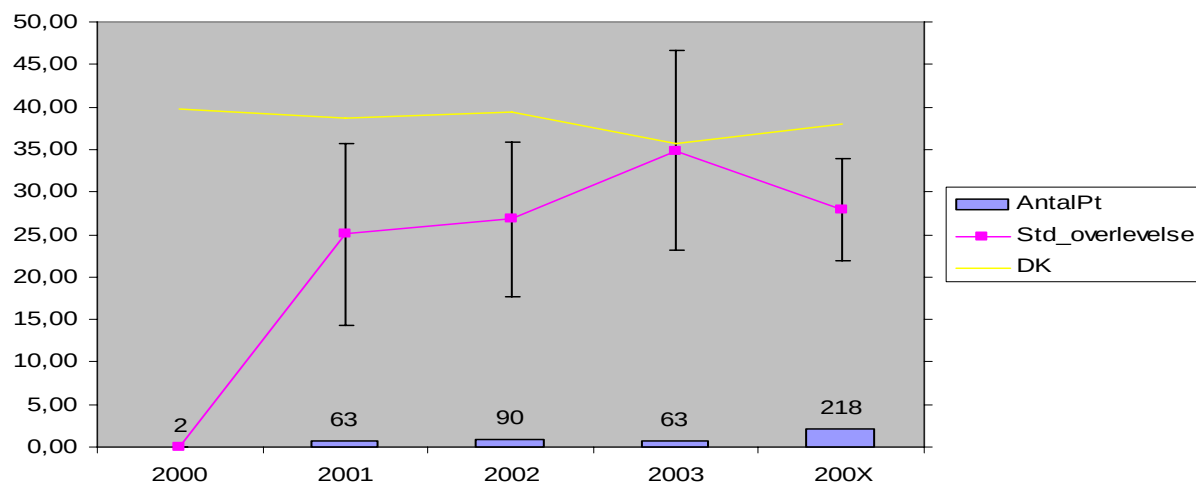


3 års overlevelse

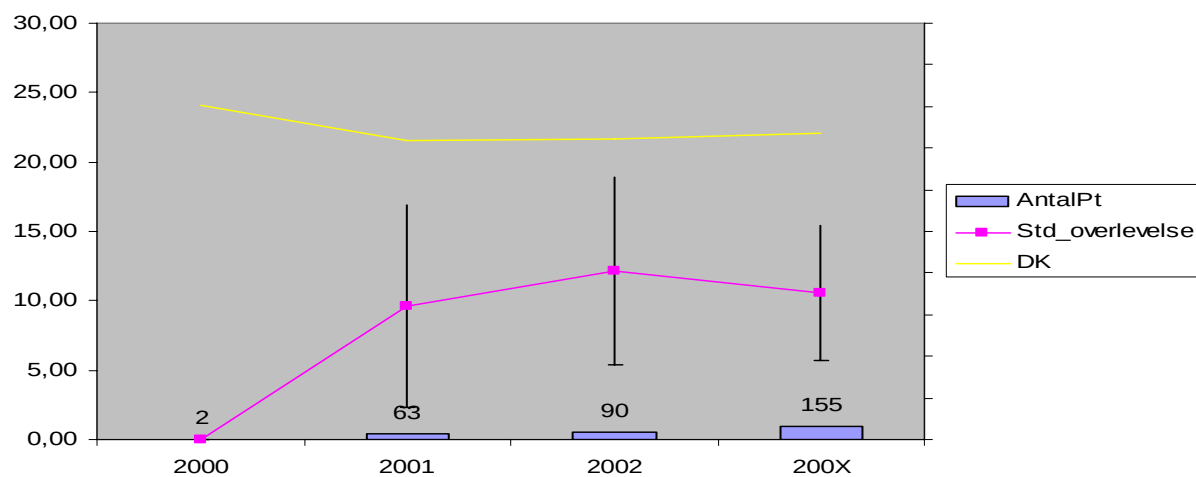


Hjørring

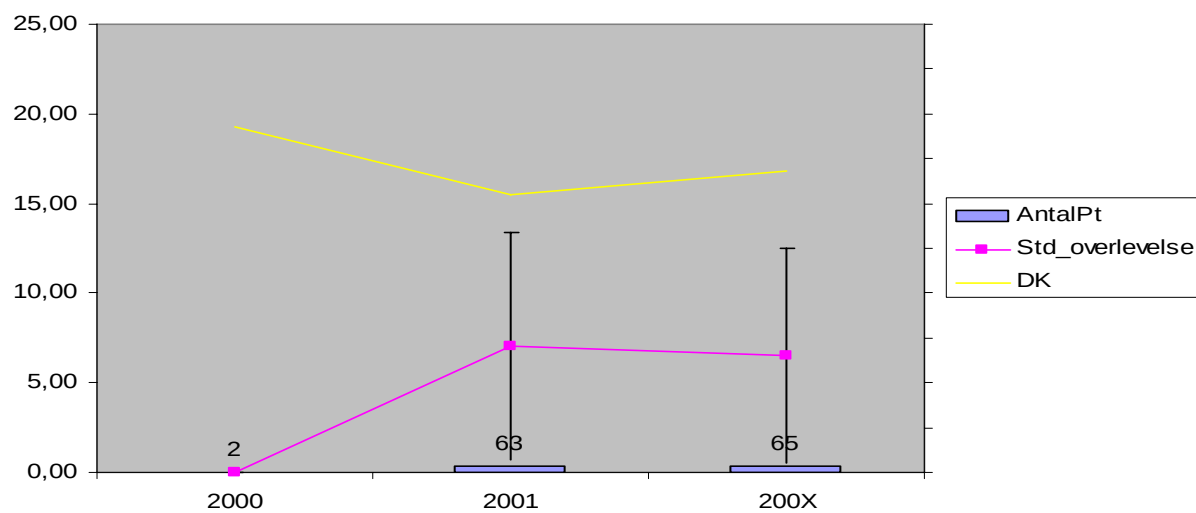
1 års overlevelse



2 års overlevelse



3 års overlevelse



BILAG 2 – delays, ventetider og henvisning.

Tabel 1 – henvisning fra:

	Primær sektor i %						Sekundær sektor i %					
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-04	2004	2003	2002	2001	2000	2000-04
Bispebjerg	57	62	58	60	60	61	43	38	42	40	35	39
Hvidovre	3	0	7	30	58	17	97	100	93	70	42	83
Gentofte	12	17	18	11	18	15	80	83	82	89	82	84
Frederikssund	29	54	-	-	-	40	71	46	-	-	-	60
Helsingør	83	42	50	-	-	61	17	58	50	-	-	39
Roskilde	59	58	66	57	79	62	41	42	34	43	21	38
Holbæk	41	49	87	66	67	50	59	51	13	34	33	50
Næstved	-	57	69	59	50	62	-	43	31	41	50	38
Storstrøm. Næstved	60	47	-	-	-	58	40	53	-	-	-	42
Bornholm	64	83	67	83	100	79	36	17	33	17	0	21
Odense	37	43	41	46	53	44	63	57	59	54	47	56
Middelfart	87	80	77	100	-	83	13	20	23	0	-	17
Svendborg	57	51	57	50	-	54	43	49	43	50	-	46
Sønderborg	15	40	59	38	45	39	85	60	41	62	55	61
Haderslev	51	63	80	58	0	62	38	49	37	20	42	100
Tønder	39	54	43	71	62	52	61	46	57	29	38	48
Esbjerg ØNH	11	16	13	23	15	15	89	84	87	77	85	85
Vejle	55	51	57	75	69	58	45	49	43	25	31	42
Holstebro	65	64	65	78	84	71	35	36	35	22	16	29
Silkeborg	78	79	88	67	82	79	22	21	13	33	18	21
Århus	54	65	62	51	74	59	46	35	38	49	26	41
Randers	68	66	60	68	81	69	32	34	40	32	19	31
Skive	-	50	60	67	75	68	-	50	40	33	25	32
Viborg/skive	56	60	80	-	-	59	44	40	20	-	-	41
Ålborg	24	12	18	37	47	28	76	88	72	63	53	72
Hjørring	54	30	31	43	0	38	46	70	69	57	100	100
Nykøbing F	-	62	-	-	-	62	-	38	-	-	-	38
Storstrøm. Nyk. F	71	25	-	-	-	70	29	75	-	-	-	31
Frederiksberg	69	76	85	-	-	77	31	24	15	-	-	23
Frederikshavn	76	100	89	67	61	71	14	0	11	33	39	26
Hillerød	47	50	67	2001	-	48	53	-	33	-	-	52

Tabel 2 – udredning:

	Ambulant i %						Indlæggelse i %					
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-04	2004	2003	2002	2001	2001	2000-04
Bispebjerg	97	98	97	95	96	96	10	8	20	31	31	21
Hvidovre	3	6	22	15	17	12	97	4	78	85	85	88
Gentofte	85	87	89	86	94	87	14	14	11	35	35	19
Frederikssund	4	14	-	-	-	8	81	84	-	-	-	84
Helsingør	52	50	-	-	-	51	48	54	50	-	-	51
Roskilde	69	65	71	81	79	72	36	41	32	20	20	32
Holbæk	75	73	71	89	100	76	28	41	27	16	16	30
Næstved	-	60	54	32	33	52	-	43	60	75	75	56
Storstrøm. Næstved	56	47	-	-	-	55	45	53	-	-	-	46
Bornholm	43	44	100	83	100	56	57	64	17	33	33	53
Odense	68	67	86	66	58	69	31	31	41	49	49	41
Middelfart	76	73	90	100	-	79	30	32	10	0	0	25
Svendborg	79	85	71	100	-	82	24	23	29	0	0	23
Sønderborg	38	35	41	56	58	46	97	100	94	98	98	94
Haderslev	61	67	70	75	100	67	49	44	23	25	25	38
Tønder	83	61	70	29	10	54	17	39	27	86	86	48
Esbjerg ØNH	2	0	0	3	0	1	99	98	99	97	97	99
Vejle	92	92	91	99	98	93	8	9	12	3	3	8
Holstebro	75	79	75	73	78	76	91	91	90	86	86	91
Silkeborg	3	6	0	0	2	3	99	94	100	100	100	98
Århus	80	77	86	79	94	81	32	28	24	60	60	36
Randers	57	53	54	51	43	51	42	47	40	51	51	47
Skive	-	50	19	16	1	11	-	50	81	86	86	89
Viborg/Skive	59	54	60	-	-	57	60	70	60	-	-	65
Ålborg	78	83	74	80	93	80	48	55	64	71	71	58
Hjørring	51	60	74	76	50	66	71	75	43	24	24	52
Nykøbing F	-	86	-	-	-	86	-	33	-	-	-	33
Storstrøm. Nyk. F	58	25	-	-	-	69	45	75	-	-	-	47
Frederikshavn	7	0	33	61	22	31	93	100	56	33	33	64
Hillerød	57	20	100	-	-	53	43	80	0	-	-	47
Frederiksberg	0	6	0	-	-	2	69	65	62	-	-	65

Tabel 3 – henvisning til:

	Ikke henviste i %						Kirurgi I %						Onkologi i %					
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004
Bispebjerg	7	9	13	27	31	18	34	44	45	36	39	39	60	47	42	38	32	43
Hvidovre	47	47	52	44	58	49	9	3	15	7	13	9	50	50	37	48	29	44
Gentofte	17	25	32	31	33	27	14	17	21	24	28	20	69	59	47	45	40	53
Frederikssund	24	36	-	-	-	29	18	10	-	-	-	14	59	54	-	-	-	57
Helsingør	9	17	50	-	-	14	35	17	50	-	-	27	57	67	0	-	-	59
Roskilde	13	18	27	44	32	26	25	22	24	28	39	27	65	64	53	31	32	50
Holbæk	27	26	13	16	100	25	35	31	60	45	-	36	39	44	27	50	0	41
Næstved	-	20	31	41	67	30	-	14	26	20	33	20	-	69	46	39	17	52
Storst. Næstv	15	13	-	-	-	14	14	20	-	-	-	14	72	67	-	-	-	71
Bornholm	7	6	0	0	0	5	71	56	83	100	100	68	21	42	17	0	0	29
OUH	16	15	12	16	17	15	13	17	18	20	18	17	77	68	71	67	65	70
Middelfart	11	5	7	0	-	8	17	17	23	50	-	19	72	78	73	50	-	74
Svendborg	17	33	57	50	-	27	17	21	0	50	-	19	66	46	43	0	-	54
Sønderborg	6	12	24	24	21	18	29	28	15	20	42	27	65	65	62	58	39	58
Haderslev	10	26	13	17	0	15	46	37	37	33	100	41	54	41	50	50	0	49
Tønder	17	21	27	43	29	26	30	18	33	14	52	30	52	61	43	43	33	47
Esbjerg ØNH	29	28	26	49	15	31	18	20	27	15	27	21	69	56	45	37	58	49
Vejle	14	20	30	17	25	21	17	17	16	29	47	20	70	68	54	54	27	60
Holstebro	23	34	21	22	23	25	31	25	28	34	39	31	46	45	53	48	41	47
Silkeborg	24	10	13	50	47	26	19	38	13	17	24	26	57	52	75	33	29	49
Århus	11	16	10	32	32	19	20	29	31	28	26	27	69	54	60	40	41	54
Randers	13	22	25	26	24	22	22	20	21	30	26	23	64	58	54	43	50	55
Skive	-	0	21	27	39	30	-	0	21	23	24	23	-	50	59	19	38	48
Viborg/Skive	23	27	60	-	-	26	19	19	40	-	-	20	58	54	0	-	-	55
Ålborg	8	6	15	14	39	14	22	8	11	22	33	20	71	86	74	67	28	67
Hjørring	25	25	30	22	0	26	8	17	17	24	50	17	67	57	53	56	50	58
Nykøbing F	-	14	-	-	-	14	-	24	-	-	-	24	-	67	-	-	-	67
Storst. Nyk. F	20	50	-	-	-	21	23	25	-	-	-	23	59	25	-	-	-	57
Frederiksberg	62	82	62	-	-	70	8	6	0	-	-	5	31	12	38	-	-	26
Frederikshavn	71	100	78	50	44	59	7	0	11	11	11	10	21	0	11	39	44	31
Hillerød	35	30	33	-	-	34	8	20	67	-	-	13	53	40	0	-	-	48

Tabel 4 – ventetider 1:

						Henviſning til ambulant / indlæggelse i dage mediant 2000-2004
	2004	2003	2002	2001	2000	
Bispebjerg	6	5	5	3	4	4
Hvidovre	0	2	1	0	14	1
Gentofte	10	10	9	8	8	9
Frederikssund	6	11	-	-	-	7
Helsingør	8	7	19	-	-	8
Roskilde	6	6	7	7	7	7
Holbæk	9	8	10	13	12	9
Næstved	-	8	4	7	4	6
Storst. Næstved	6	4	-	-	-	6
Bornholm	8	7	9	7	14	7
Odense	6	7	6	5	6	6
Middelfart	3	2	9	9	-	3
Svendborg	6	7	1	5	-	6
Sønderborg	3	4	7	5	4	5
Haderslev	5	5	4	6	22	5
Tønder	7	8	6	2	3	7
Vejle	7	10	11	17	18	10
Holstebro	11	11	11	11	12	11
Århus	9	7	6	5	7	7
Randers	5	6	7	8	8	7
Skive	-	7	7	9	0	8
Viborg/Skive	11	9	20	-	-	10
Ålborg	11	14	11	13	21	13
Hjørring	2	4	4	5	6	4
Nykøbing F	-	7	-	-	-	7
Storst. Nykøbing F	8	15	-	-	-	8
Hillerød	14	16	14	-	-	14

Tabel 5 – ventetider 2:

						Henvisning til endelig svar i dage mediant
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004
Bispebjerg	20	17	21	21	23	20
Hvidovre	7	11	11	11	10	9
Gentofte	30	28	26	22	29	26
Frederikssund	18	17	-	-	-	18
Helsingør	26	27	80	-	-	28
Roskilde	20	22	24	24	32	23
Holbæk	23	21	22	34	104	23
Næstved	-	18	20	17	-	19
Storst. Næstved	20	43	-	-	-	20
Bornholm	8	15	31	15	26	15
Odense	15	19	15	14	19	16
Middelfart	21	27	20	48	-	22
Svendborg	20	23	144	23	-	22
Sønderborg	21	19	18	19	12	19
Haderslev	21	20	23	27	35	22
Tønder	32	22	34	22	37	31
Esbjerg ØNH	13	13	14	11	18	13
Vejle	16	19	21	35	36	20
Holstebro	29	26	28	24	34	28
Silkeborg	22	37	55	34	28	31
Århus	29	35	28	28	34	31
Randers	20	20	17	22	26	21
Skive	-	42	26	28	31	28
Viborg/Skive	27	28	60	-	-	28
Ålborg	30	34	30	30	35	31
Hjørring	21	26	28	29	40	26
Nykøbing F	-	19	-	-	-	19
Storst. Nykøbing F	17	14	-	-	-	17
Frederiksberg	11	7	14	-	-	10
Frederikshavn	11	141	16	20	21	19
Hillerød	32	21	34	-	-	31

Tabel 6 – ventetider 3:

						Henvisning til endelig svar i dage i gennemsnit (mean)
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004
Bispebjerg	25	19	23	23	21	22
Hvidovre	7	13	12	15	6	11
Gentofte	33	35	29	24	31	30
Frederikssund	25	17	-	-	-	22
Helsingør	37	51	80	-	-	45
Roskilde	23	25	29	27	43	28
Holbæk	26	37	87	45	104	36
Næstved	-	27	24	28	-	26
Storst. Næstved	26	50	-	-	-	29
Bornholm	12	17	88	20	25	23
Odense	20	21	19	18	26	21
Middelfart	32	32	24	48	-	30
Svendborg	27	30	129	23	-	34
Sønderborg	25	31	21	20	20	24
Haderslev	27	23	33	16	35	27
Tønder	36	19	49	42	43	38
Esbjerg ØNH	15	13	16	17	53	17
Vejle	18	20	27	46	57	26
Holstebro	36	36	39	27	46	37
Silkeborg	31	43	49	33	35	36
Århus	33	46	42	32	51	39
Randers	28	24	20	25	23	24
Skive	-	42	25	31	37	31
Viborg/Skive	32	31	60	-	-	32
Ålborg	36	50	37	40	44	40
Hjørring	23	35	31	25	40	29
Nykøbing F	-	20	-	-	-	20
Storst. Nykøbing F	23	91	-	-	-	27
Frederiksberg	11	11	43	-	-	21
Hillerød	49	24	49	-	-	45
Frederikshavn	19	141	18	19	31	26

Tabel 7 – ventetider 4:

	Udredning < 4 uger i %					
	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2004
Bispebjerg	81	83	85	88	78	83
Hvidovre	100	97	96	89	94	96
Gentofte	53	53	57	70	54	58
Frederikssund	85	86	-	-	-	85
Helsingør	65	54	50	-	-	59
Roskilde	83	77	66	72	46	72
Holbæk	78	69	80	49	50	71
Næstved	-	25	30	25	-	27
Storst. Næstved	72	40	-	-	-	68
Bornholm	93	81	50	83	50	79
Odense	83	83	86	83	83	84
Middelfart	70	54	70	0	-	64
Svendborg	69	64	14	100	-	64
Sønderborg	71	77	79	89	86	80
Haderslev	78	81	70	75	0	76
Tønder	48	71	47	71	30	53
Esbjerg ØNH	89	93	85	88	73	88
Vejle	92	90	74	38	33	77
Holstebro	54	66	56	79	45	60
Silkeborg	57	42	25	40	61	52
Århus	57	43	59	59	48	53
Randers	81	86	84	72	71	80
Skive	-	0	70	60	54	61
Ålborg	55	45	56	52	35	51
Hjørring	76	63	61	59	50	64
Nykøbing F	-	86	-	-	-	86
Storst. Nyk. F	83	75	-	-	-	83
Hillerød	51	30	67	-	-	48
Frederiksberg	100	88	77	-	-	88
Frederikshavn	86	50	79	78	69	79

BILAG 3 – udredningsmetoder i %:

Tabel 1:

	Rtg. thorax	Ekspek- torat	Bronko- skopi	Media- stinoskopi	CT Thorax	UL Abdomen	TT Biopsi	Cen- tese	Scinti- grafi	EUS
Bispebjerg	99,1	0,0	90,1	5,2	94,0	3,9	34,3	2,6	0,9	0,0
Hvidovre	100,0	3,1	37,5	0,0	81,3	28,1	3,1	18,8	3,1	0,0
Frederikssund	98,5	0,0	52,2	10,4	95,5	1,5	52,2	10,4	0,0	0,0
Helsingør	90,9	0,0	86,4	40,9	95,5	4,5	18,2	4,5	0,0	0,0
Roskilde	98,1	1,9	77,9	10,6	96,2	9,6	18,3	6,7	1,0	0,0
Holbæk	99,2	1,6	70,5	4,7	92,2	5,4	20,2	5,4	3,1	0,0
Næstved	99,2	0,0	92,6	12,3	86,9	6,6	36,9	9,8	0,0	10,7
Bornholm	100,0	0,0	21,4	0,0	100,0	14,3	0,0	0,0		0,0
Odense	98,0	1,2	84,3	16,9	94,5	4,7	21,7	6,3	3,1	0,4
Middelfart	100,0	0,0	86,5	9,6	92,3	3,8	19,2	13,5	0,0	0,0
Svendborg	100,0	0,0	96,6	5,2	93,1	5,2	27,6	5,2	1,7	0,0
Sønderborg	100,0	0,0	62,96	48,6	100,0	8,6	40,0	8,67	0,0	0,0
Haderslev	97,6	7,3	51,2	46,3	97,6	4,9	26,8	7,3	0,0	2,4
Tønder	100,0	13,0	39,1	39,1	95,7	4,3	26,1	0,0	0,0	0,0
Esbjerg ØNH	87,6	0,0	65,1	52,7	97,7	17,1	14,7	8,5	4,7	0,0
Vejle	84,8	0,0	49,2	32,5	99,0	13,2	42,1	5,6	2,0	0,5
Holstebro	94,3	3,5	72,3	43,3	90,8	14,2	53,2	14,2	9,2	2,1
Silkeborg	98,5	5,9	67,6	35,3	98,5	23,5	32,4	14,7	5,9	0,0
Århus	94,8	1,5	63,7	36,3	94,1	23,7	42,2	14,1	3,0	0,0
Randers	94,4	0,0	62,2	48,9	95,6	17,8	40,0	13,3	0,0	0,0
Skive	99,1	6,0	71,6	44,0	94,8	10,3	41,4	2,6	6,0	0,9
Ålborg	95,7	2,5	69,8	34,6	96,9	6,2	22,2	9,9	0,6	0,6
Hjørring	96,8	31,7	28,6	20,6	95,2	7,9	19,0	11,1	0,0	3,2
Nykøbing F	98,3	0,0	89,4	9,4	88,3	7,8	28,3	10,6	0,0	7,8
Frederikshavn	100,0	0,0	43,8	6,3	62,5	37,5	0,0	18,8	0,0	0,0
Frederiksberg	100,0	0,0	64,3	0,0	64,3	0,0	7,1	0,0	0,0	100,0

BILAG 4 – stadier:

Stadiefordeling (cTNM) i % af 2004 populationen:

Tabel 1:

Afdeling	St. 0	St. Ia	St. Ib	St. IIa	St. IIb	St. IIIa	St. IIIb	St. IV*	St. IV
Bispebjerg	1	11	9	0	0	12	17	6	44
Hvidovre	0	0	6	0	3	6	13	9	63
Frederiksberg	0	0	38	0	8	0	31	15	8
Gentofte	0	4	7	0	4	5	25	4	51
Hillerød	0	0	10	0	14	2	20	0	55
Frederikssund	0	2	5	0	5	6	28	8	48
Helsingør	0	0	32	0	23	14	14	5	14
Roskilde	0	2	10	0	5	12	17	7	46
Holbæk	0	8	15	1	8	8	13	4	44
Næstved	0	8	11	0	2	9	28	3	38
Nykøbing F	0	2	21	0	5	9	3	7	53
Bornholm	0	0	14	7	21	0	7	29	21
Odense	0	6	12	0	7	5	18	12	38
Middelfart	0	2	8	0	6	8	30	8	40
Svendborg	5	9	18	2	12	9	11	4	32
Sønderborg	0	9	14	0	11	6	20	9	31
Haderslev	3	0	20	3	15	13	13	15	20
Tønder	9	26	9	0	4	13	4	0	35
Åbenrå	0	0	13	0	13	13	13	13	38
Esbjerg	1	8	19	4	6	14	17	10	22
Vejle	0	9	12	1	4	6	18	7	44
Holstebro	0	12	25	0	4	7	21	8	24
Herning	0	0	0	0	50	0	0	0	50
Ringkøbing	0	0	0	0	0	0	100	0	0
Silkeborg	0	12	13	0	6	9	27	6	27
Århus	2	2	14	0	5	8	19	10	39
Randers	0	16	20	0	3	7	26	6	22
Skive	1	8	16	0	3	12	20	7	34
Ålborg	1	4	18	0	7	12	22	4	31
Hjørring	0	2	7	0	11	8	16	2	54
Frederikshavn	0	7	7	0	7	14	0	7	57

BILAG 5 - patientforløb – afdelinger:

OBS: Bilaget skal læses på tværs af 2 sider!

Afdeling	År	Antal nye forløb	Antal henviste totalt	Antal ikke henviste %	Antal henviste %	Kirurgi henviste		Onkologi henviste	
						n	%	n	%
Bispebjerg	2004	231	215	7	93	77	36	138	64
	2003	219	199	9	91	98	49	101	51
	2002	220	190	14	86	98	52	94	49
	2001	276	202	27	73	101	50	104	51
	2000	164	104	37	63	61	59	45	43
	2000-2004	1110	910	18	82	435	48	482	53
Amager	2004	32	17	47	53	3	18	16	94
	2003	36	19	47	53	1	5	18	95
	2002	27	13	52	48	4	31	10	77
	2001	27	15	44	56	2	13	13	87
	2000	18	9	50	50	2	22	7	78
	2000-2004	140	73	48	52	12	16	64	88
Gentofte	2004	281	238	15	85	39	16	199	84
	2003	345	257	26	74	55	21	202	79
	2002	313	213	32	68	64	30	149	70
	2001	349	238	32	68	77	32	161	68
	2000	100	66	34	66	27	41	40	61
	2000-2004	1388	1012	27	73	262	26	751	74
Frederikssund	2004	66	50	24	76	10	20	40	80
	2003	49	31	37	63	4	13	27	87
	2002	0	0	0	0	0	0	0	0
	2001	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000-2004	115	81	30	70	14	17	67	83
Roskilde	2004	99	87	12	88	23	26	67	77
	2003	96	79	18	82	21	27	61	77
	2002	99	71	28	72	24	34	52	73
	2001	108	61	44	56	30	49	34	56
	2000	47	34	28	72	18	53	17	50
	2000-2004	449	332	26	74	116	35	231	70

Operat.	Operationstyper %				Onkologiske behandlinger personer	Onkologi %			
n	Ekspl.	Resek.	Lobek.	Pneumo.	n	Neoadj.	Adj.	Kurativ	Palliativ
39	18	13	62	8	103	18	2	47	37
51	20	6	49	25	17	6	12	29	59
59	19	12	51	19	3	0	0	0	100
47	17	4	62	17	1	0	0	0	100
30	10	3	57	30	0	0	0	0	0
226	17	8	55	19	124	16	3	43	42
1	100	0	0	0	8	0	0	0	100
0	0	0	0	0	3	0	0	67	33
1	0	0	100	0	1	0	0	0	100
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
2	100	0	0	0	0	0	0	0	0
4	75	0	25	0	12	0	0	17	83
25	16	4	64	16	26	4	0	19	77
42	19	0	71	10	46	0	2	13	85
47	17	4	53	26	21	0	0	14	86
33	18	9	52	21	4	0	0	0	100
13	8	0	85	8	0	0	0	0	0
160	17	4	62	18	97	1	1	14	84
9	33	0	44	22	4	0	0	0	100
3	0	0	67	33	10	0	0	10	90
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	25	0	50	25	14	0	0	7	93
14	29	0	57	14	36	3	0	11	86
19	11	11	58	21	19	0	0	5	95
17	24	0	41	35	3	0	0	0	100
8	13	0	50	38	1	0	0	100	0
8	25	0	38	38	0	0	0	0	0
66	20	3	50	27	59	2	0	10	88

Afdeling	År	Antal nye forløb	Antal henviste totalt	Antal ikke henviste %	Antal henviste %	Kirurgi henviste		Onkologi henviste	
						n	%	n	%
Holbæk	2004	129	94	27	73	45	48	50	53
	2003	87	64	26	74	27	42	38	59
	2002	15	13	13	87	9	69	4	31
	2001	38	32	16	84	17	53	19	59
	2000	2	0	100	0	0	0	0	0
	2000-2004	271	203	25	75	98	48	111	55
Næstved	2004	122	104	15	85	15	14	89	86
	2003	13	11	15	85	2	18	9	82
	2002	0	0	0	0	0	0	0	0
	2001	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000-2004	135	115	15	85	17	15	98	85
Næstved	2004	0	0	0	0	0	0	0	0
	2003	86	69	20	80	12	17	59	86
	2002	90	62	31	69	23	37	41	66
	2001	44	26	41	59	9	35	17	65
	2000	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000-2004	220	157	29	71	44	28	117	75
OUH	2004	200	167	17	84	25	15	155	93
	2003	219	186	15	85	38	20	150	81
	2002	177	156	12	88	33	21	124	79
	2001	176	148	16	84	35	24	118	80
	2000	148	121	18	82	27	22	94	78
	2000-2004	920	778	15	85	158	20	641	82
Middelfart	2004	51	45	12	88	9	20	36	80
	2003	41	39	5	95	7	18	32	82
	2002	30	28	7	93	7	25	22	79
	2001	2	2	0	100	1	50	1	50
	2000	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000-2004	124	114	8	92	24	21	91	80

Operat.	Operationstyper %				Onkologiske behandlinger personer	Onkologi %			
n	Ekspl.	Resek.	Lobek.	Pneumo.	n	Neoadj.	Adj.	Kurativ	Palliativ
18	11	22	50	17	30	37	0	23	40
17	18	0	41	41	9	0	0	22	78
6	50	17	0	33	1	0	0	0	100
12	42	8	42	8	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
53	25	11	40	25	40	28	0	23	50
9	22	0	78	0	33	3	0	21	79
2	0	0	100	0	2	0	0	0	100
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
11	18	0	82	0	35	3	0	20	80
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
8	50	13	13	25	20	0	0	20	80
14	21	7	57	14	1	0	0	0	100
4	0	0	100	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
26	27	8	50	15	21	0	0	19	81
16	6	44	44	6	85	1	5	20	80
36	6	11	64	19	111	2	3	19	81
30	13	30	37	20	32	6	0	9	91
24	25	13	54	8	2	0	0	50	100
22	23	5	36	36	0	0	0	0	0
128	14	19	48	19	230	2	3	18	82
9	0	33	44	22	20	0	0	35	80
6	0	0	100	0	27	0	0	22	85
3	0	0	67	33	5	0	0	40	80
1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
19	0	16	68	16	52	0	0	29	83

Afdeling	År	Antal nye forløb	Antal henviste totalt	Antal ikke henviste %	Antal henviste %	Kirurgi henviste		Onkologi henviste	
						n	%	n	%
Svendborg	2004	58	48	17	83	10	21	38	79
	2003	60	40	33	67	13	33	28	70
	2002	7	3	57	43	0	0	3	100
	2001	2	1	50	50	1	100	0	0
	2000	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000-2004	127	92	28	72	24	26	69	75
Sønderborg	2004	35	33	6	94	10	30	23	70
	2003	43	38	12	88	12	32	28	74
	2002	34	26	24	76	5	19	21	81
	2001	45	34	24	76	9	26	26	76
	2000	28	24	14	86	13	54	12	50
	2000-2004	185	155	16	84	49	32	110	71
Haderslev	2004	41	37	10	90	19	51	22	59
	2003	27	20	26	74	10	50	11	55
	2002	30	26	13	87	11	42	15	58
	2001	12	10	17	83	4	40	6	60
	2000	1	1	0	100	1	100	0	0
	2000-2004	111	94	15	85	45	48	54	57
Tønder	2004	23	19	17	83	7	37	12	63
	2003	28	22	21	79	5	23	17	77
	2002	30	22	27	73	10	45	13	59
	2001	14	8	43	57	2	25	6	75
	2000	20	15	25	75	11	73	7	47
	2000-2004	115	86	25	75	35	41	55	64
Esbjerg	2004	128	91	29	71	24	26	67	74
	2003	114	82	28	72	24	29	62	76
	2002	117	85	27	73	32	38	53	62
	2001	99	51	48	52	15	29	37	73
	2000	25	21	16	84	6	29	15	71
	2000-2004	483	330	32	68	101	31	234	71

Operat.	Operationstyper %				Onkologiske behandlinger personer	Onkologi %			
	Eksp.	Resek.	Lobek.	Pneumo.		Neoadj.	Adj.	Kurativ	Palliativ
n					n				
6	0	0	83	17	20	0	0	20	85
7	0	14	57	29	22	0	0	5	95
0	0	0	0	0	2	0	0	50	50
1	0	0	0	100	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
14	0	7	64	29	44	0	0	14	89
6	17	0	67	17	14	0	7	7	93
10	0	20	60	20	18	6	0	17	78
4	0	50	25	25	6	0	0	17	83
2	0	0	50	50	1	0	0	0	100
7	14	29	43	14	0	0	0	0	0
29	7	21	52	21	39	3	3	13	85
11	9	18	55	18	10	0	0	10	100
5	20	0	60	20	10	0	0	20	80
7	14	0	57	29	5	0	0	20	100
1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
25	12	8	60	20	25	0	0	16	92
6	17	17	67	0	3	0	0	33	100
4	25	0	50	25	12	0	8	17	75
9	22	22	33	22	2	0	0	50	50
2	0	50	0	50	0	0	0	0	0
9	11	11	44	33	0	0	0	0	0
30	17	17	43	23	17	0	6	24	76
16	13	6	69	13	26	8	0	0	92
15	7	7	47	40	42	0	0	7	93
21	19	10	52	19	13	0	0	8	100
11	36	0	36	27	0	0	0	0	0
5	20	0	60	20	0	0	0	0	0
68	18	6	53	24	81	2	0	5	94

Afdeling	År	Antal nye forløb	Antal henviste totalt	Antal ikke henviste %	Antal henviste %	Kirurgi henviste		Onkologi henviste	
						n	%	n	%
Vejle	2004	195	168	14	86	34	20	136	81
	2003	162	132	19	81	24	18	110	83
	2002	181	124	31	69	28	23	97	78
	2001	67	55	18	82	19	35	36	65
	2000	47	34	28	72	20	59	14	41
	2000-2004	652	513	21	79	125	24	393	77
Holstebro	2004	139	106	24	76	42	40	65	61
	2003	122	80	34	66	31	39	54	68
	2002	119	94	21	79	34	36	63	67
	2001	102	81	21	79	35	43	50	62
	2000	74	61	18	82	29	48	35	57
	2000-2004	556	422	24	76	171	41	267	63
Silkeborg	2004	68	52	24	76	13	25	39	75
	2003	52	47	10	90	20	43	27	57
	2002	6	5	17	83	1	20	4	80
	2001	6	3	50	50	1	33	2	67
	2000	41	24	41	59	11	46	13	54
	2000-2004	173	131	24	76	46	35	85	65
Århus	2004	133	118	11	89	27	23	91	77
	2003	158	131	17	83	46	35	85	65
	2002	100	90	10	90	31	34	60	67
	2001	148	99	33	67	39	39	60	61
	2000	34	23	32	68	10	43	13	57
	2000-2004	573	461	20	80	153	33	309	67
Randers	2004	90	78	13	87	20	26	58	74
	2003	97	75	23	77	19	25	56	75
	2002	67	50	25	75	14	28	36	72
	2001	52	38	27	73	15	39	23	61
	2000	60	45	25	75	17	38	28	62
	2000-2004	366	286	22	78	85	30	201	70

Operat.	Operationstyper %				Onkologiske behandlinger personer	Onkologi %			
n	Ekspl.	Resek.	Lobek.	Pneumo.	n	Neoadj.	Adj.	Kurativ	Palliativ
28	0	7	75	18	64	11	0	6	88
20	15	10	40	35	82	2	1	11	88
26	8	15	50	27	32	0	0	9	91
17	12	6	59	24	1	0	0	0	100
13	8	8	54	31	0	0	0	0	0
104	8	10	57	26	179	5	1	9	88
38	8	3	74	16	24	0	0	8	92
27	4	4	59	33	10	0	0	20	80
29	7	10	62	21	10	10	0	30	70
25	4	4	80	12	0	0	0	0	0
22	14	0	73	14	0	0	0	0	0
141	7	4	70	19	44	2	0	16	84
11	0	0	73	27	14	0	0	7	93
18	11	6	78	6	0	0	0	0	0
1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
1	0	0	100	0	0	0	0	0	0
11	18	9	55	18	0	0	0	0	0
42	10	5	71	14	14	0	0	7	93
20	10	0	85	5	40	0	0	3	98
42	2	0	83	14	12	0	0	8	92
29	10	3	83	3	0	0	0	0	0
31	0	3	81	16	0	0	0	0	0
9	0	0	89	11	0	0	0	0	0
131	5	2	83	11	52	0	0	4	96
20	10	0	85	5	19	0	0	16	84
17	6	0	88	6	4	25	0	0	75
14	7	7	57	29	1	0	0	0	100
11	9	0	73	18	0	0	0	0	0
17	6	0	76	18	0	0	0	0	0
79	8	1	77	14	24	4	0	13	83

Afdeling	År	Antal nye forløb	Antal henviste totalt	Antal ikke henviste %	Antal henviste %	Kirurgi henviste		Onkologi henviste	
						n	%	n	%
Skive	2004	116	90	22	78	22	24	68	76
	2003	122	89	27	73	24	27	65	73
	2002	5	2	60	40	2	100	0	0
	2001	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000	0	0	0	0	0	0	0	0
	2000-2004	243	181	26	74	48	27	133	73
Skive	2004	0	0	0	0	0	0	0	0
	2003	2	1	50	50	0	0	1	100
	2002	72	57	21	79	14	25	43	75
	2001	81	59	27	73	19	32	40	68
	2000	80	52	35	65	21	40	32	62
	2000-2004	235	169	28	72	54	32	116	69
Ålborg	2004	162	148	9	91	35	24	115	78
	2003	66	62	6	94	5	8	57	92
	2002	60	51	15	85	7	14	44	86
	2001	47	40	15	85	10	25	32	80
	2000	29	16	45	55	11	69	5	31
	2000-2004	364	317	13	87	68	21	253	80
Hjørring	2004	63	47	25	75	5	11	42	89
	2003	63	47	25	75	11	23	36	77
	2002	90	63	30	70	15	24	48	76
	2001	63	49	22	78	15	31	35	71
	2000	2	2	0	100	1	50	1	50
	2000-2004	281	208	26	74	47	23	162	78

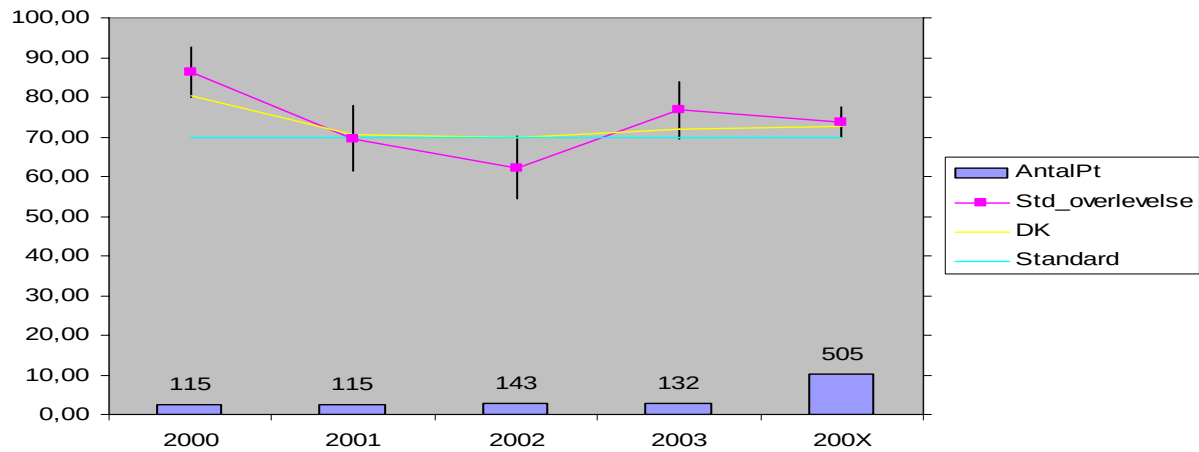
Operat.	Operationstyper %				Onkologiske behandlinger personer	Onkologi %			
n	Ekspl.	Resek.	Lobek.	Pneumo.	n	Neoadj.	Adj.	Kurativ	Palliativ
20	0	0	85	15	32	0	0	6	94
20	5	0	85	10	10	0	0	0	100
2	0	0	50	50	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
42	2	0	83	14	42	0	0	5	95
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
12	25	0	25	50	2	0	0	0	100
4	25	0	0	75	0	0	0	0	0
2	0	0	100	0	0	0	0	0	0
18	22	0	28	50	2	0	0	0	100
19	21	5	58	16	54	4	0	4	94
4	0	0	50	50	46	2	0	4	96
7	29	0	43	29	4	0	0	25	75
8	13	13	63	13	1	0	0	0	100
7	0	14	43	43	0	0	0	0	0
45	16	7	53	24	105	3	0	5	94
5	0	0	60	40	19	0	0	0	100
8	13	0	75	13	27	0	0	4	96
13	8	0	62	31	2	0	0	0	100
13	0	15	54	31	0	0	0	0	0
0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
39	5	5	62	28	48	0	0	2	98

BILAG 6 – total overlevelse kirurgi:

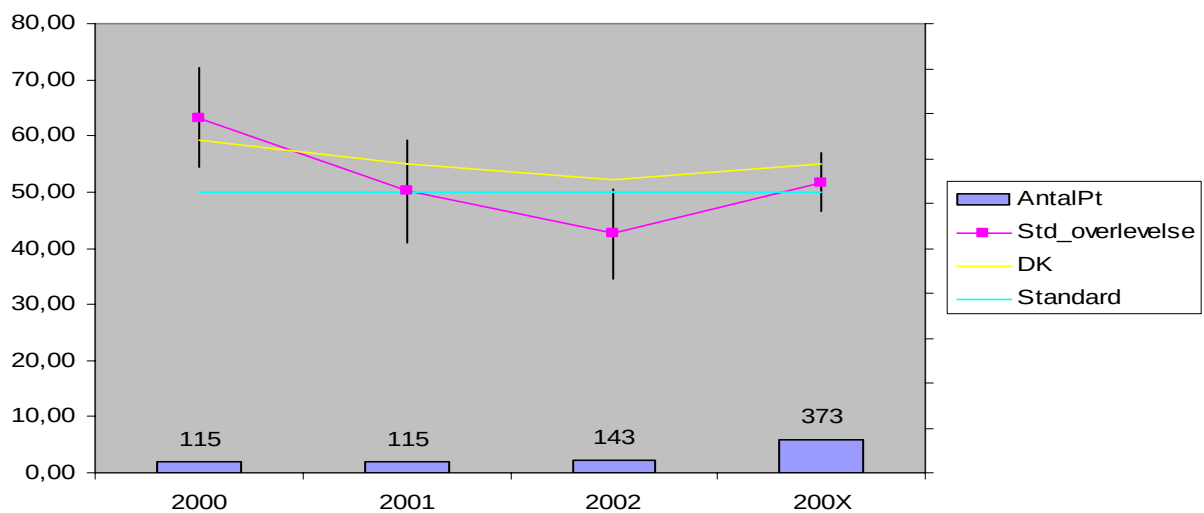
(OBS: 200x=2000-2004)

Rigshospitalet

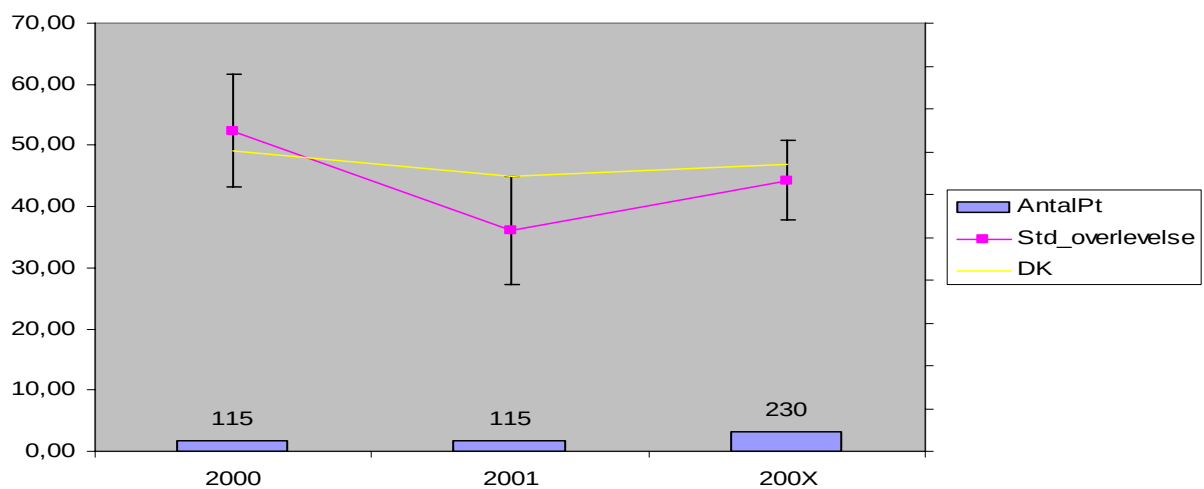
1 års overlevelse



2 års overlevelse

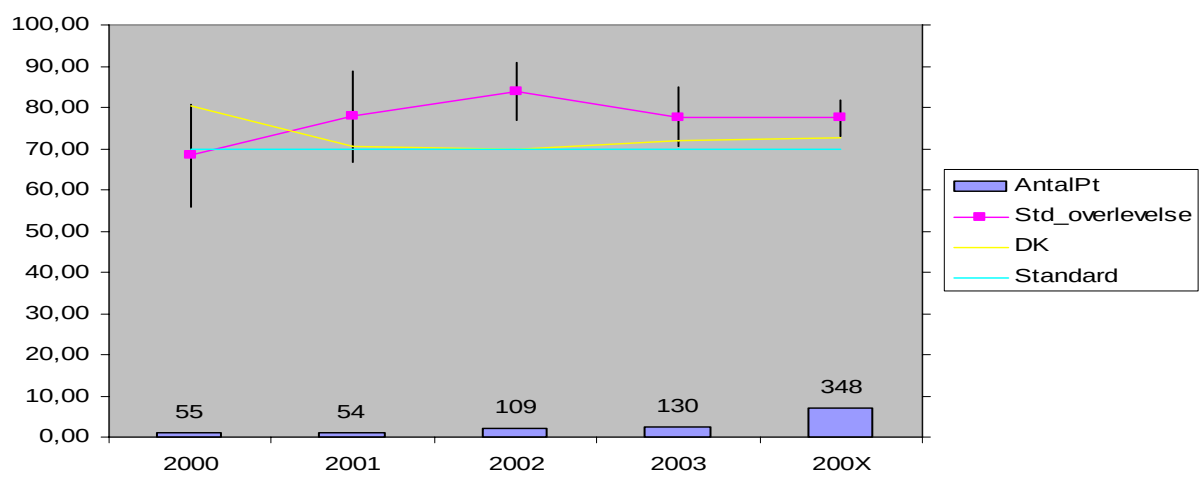


3 års overlevelse

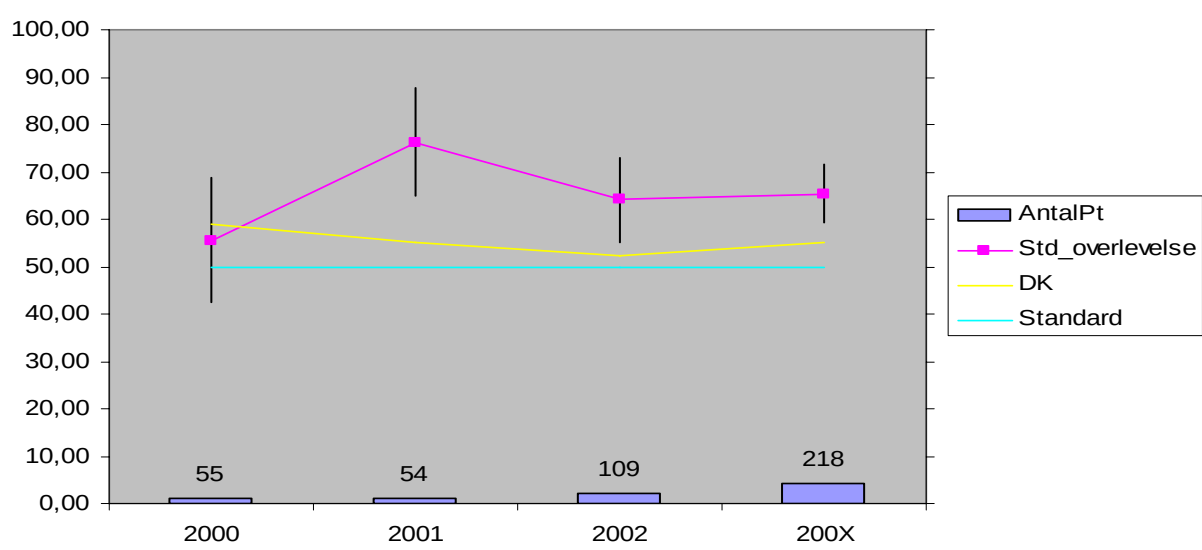


Gentofte

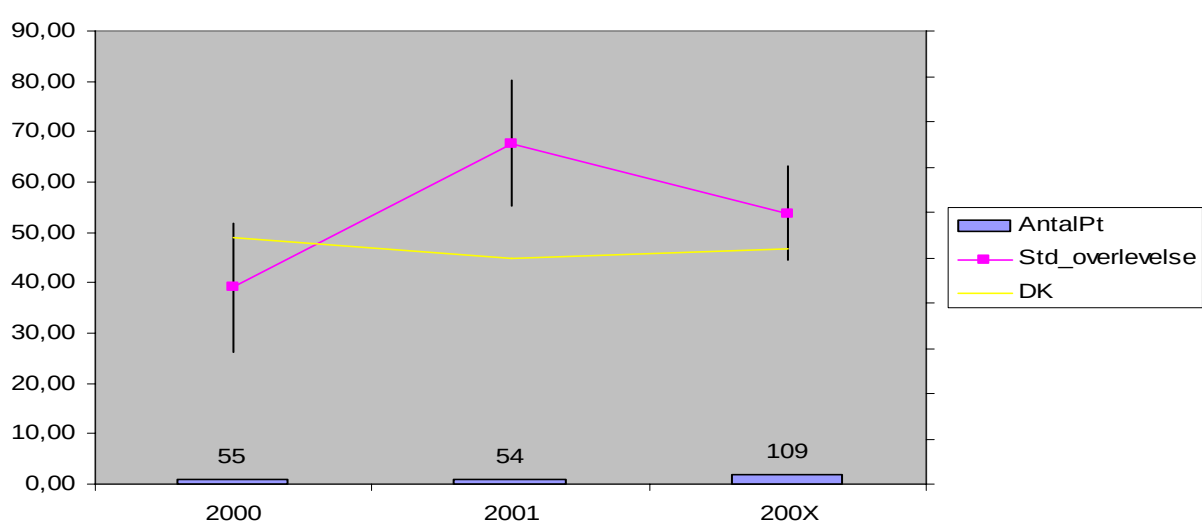
1 års overlevelse



2 års overlevelse

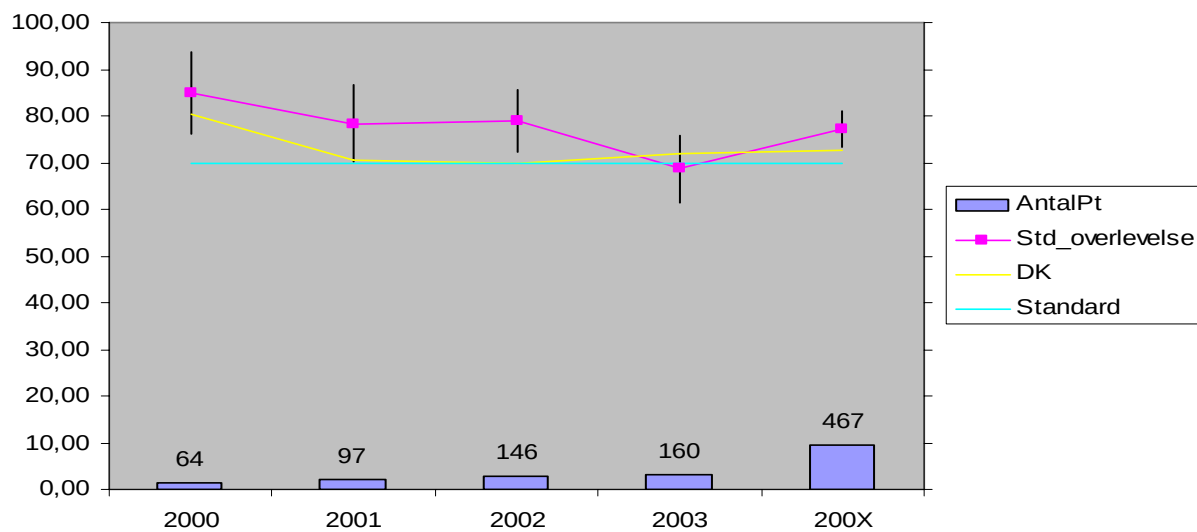


3 års overlevelse

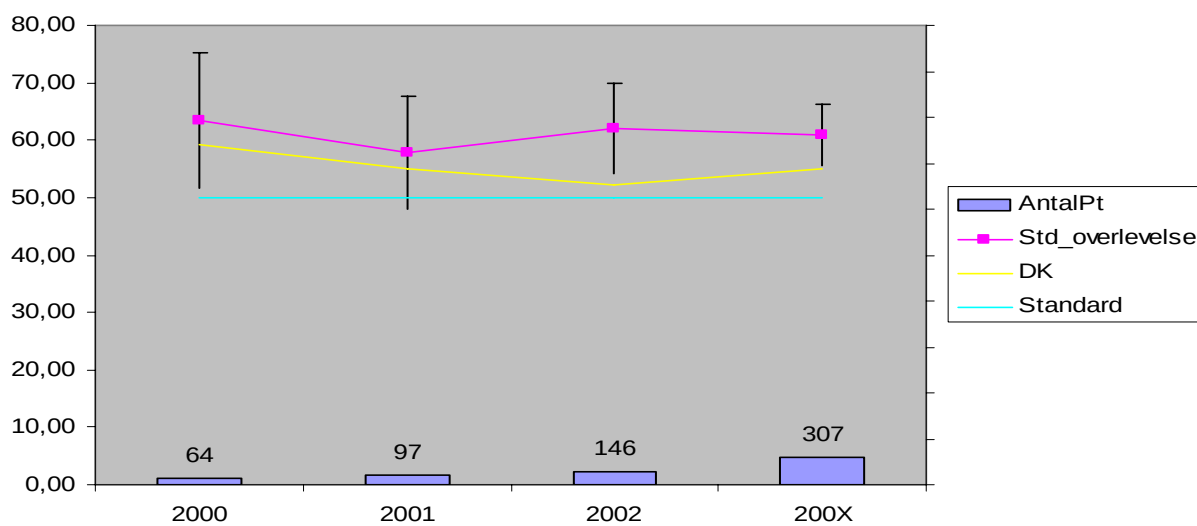


Odense

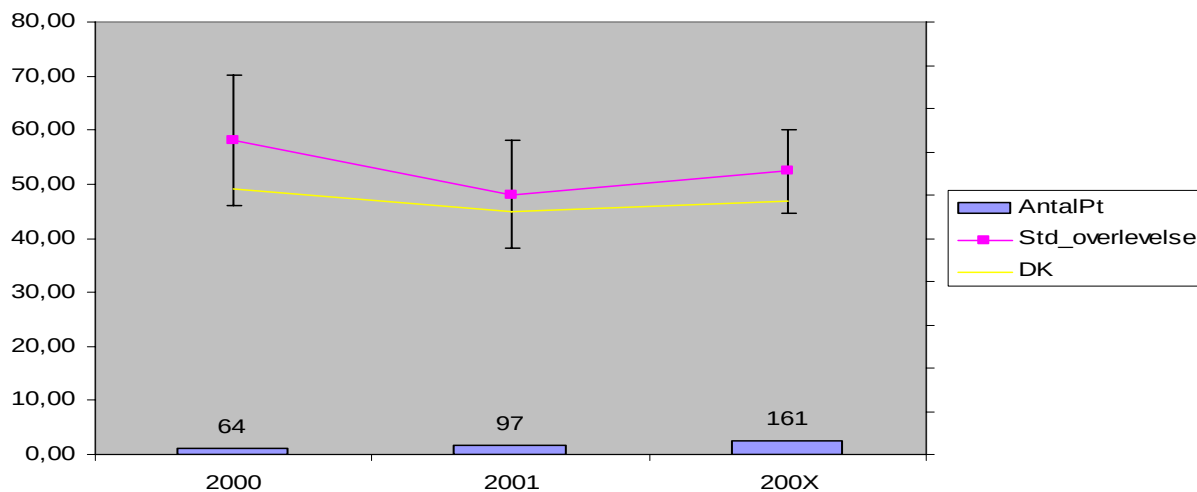
1 års overlevelse



2 års overlevelse

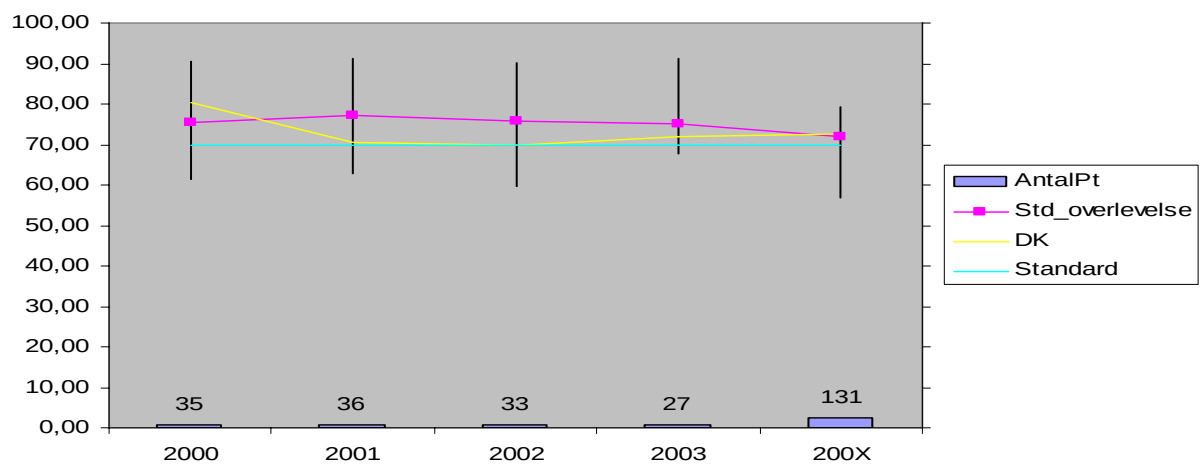


3 års overlevelse

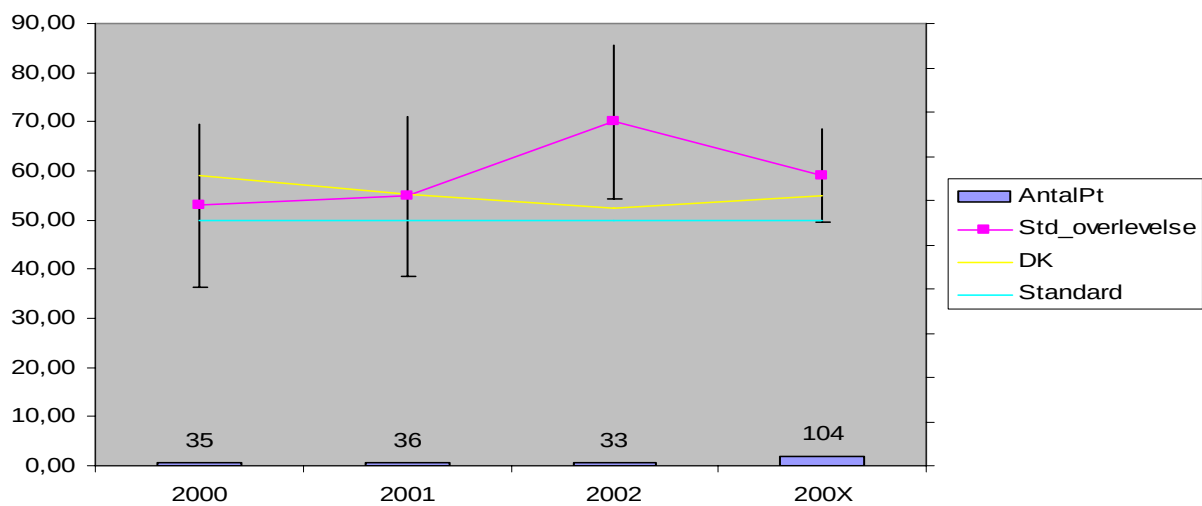


Vejle

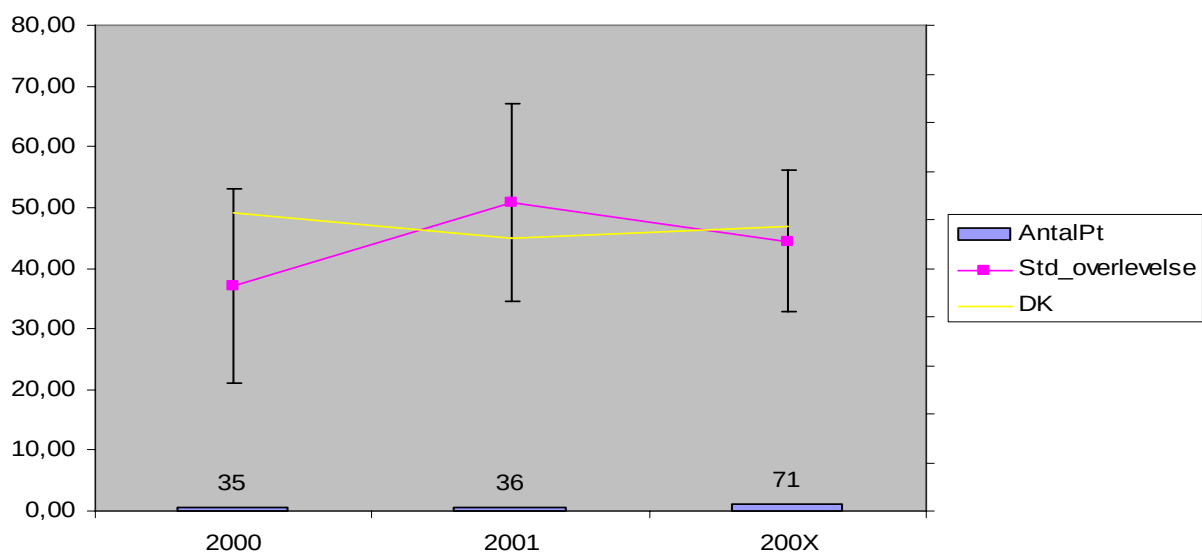
1 års overlevelse



2 års overlevelse

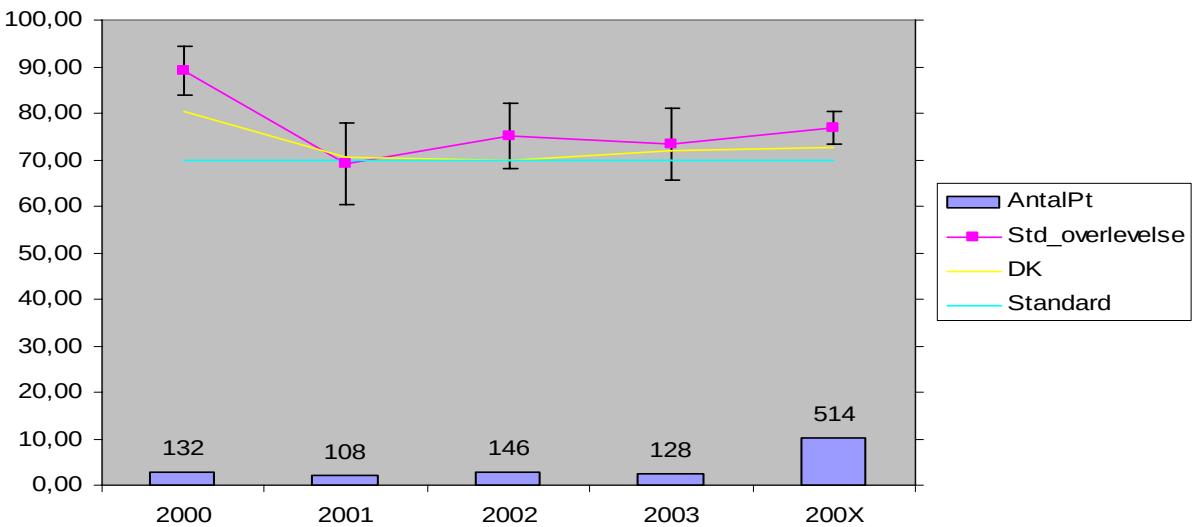


3 års overlevelse

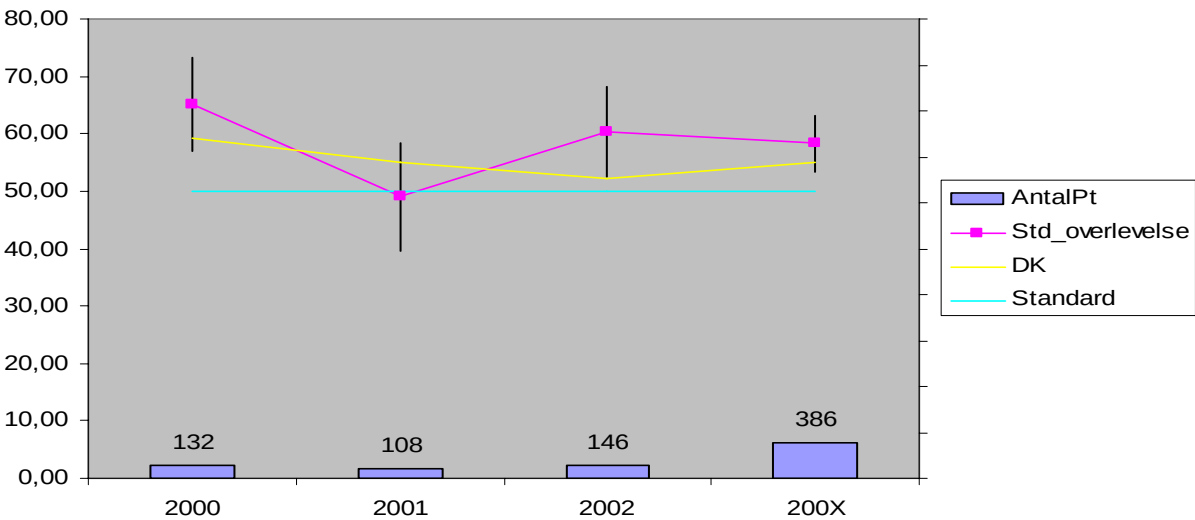


Skejby

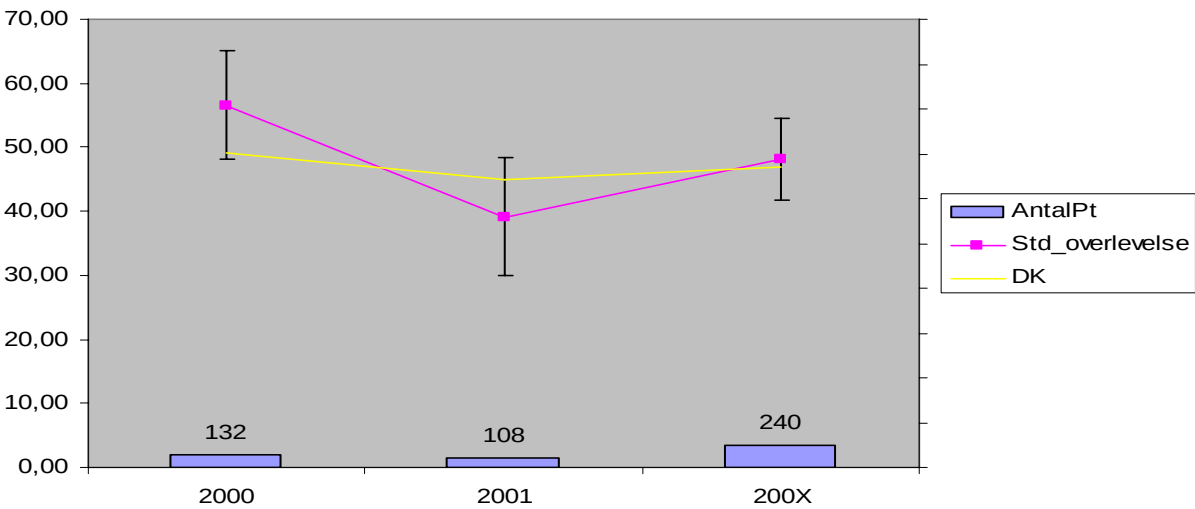
1 års overlevelse



2 års overlevelse

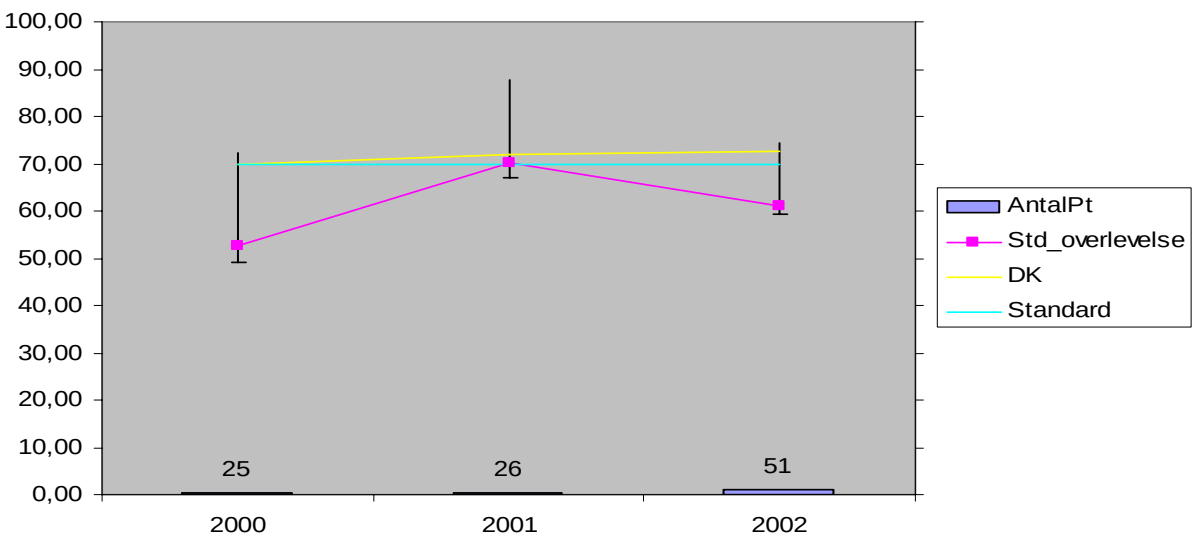


3 års overlevelse

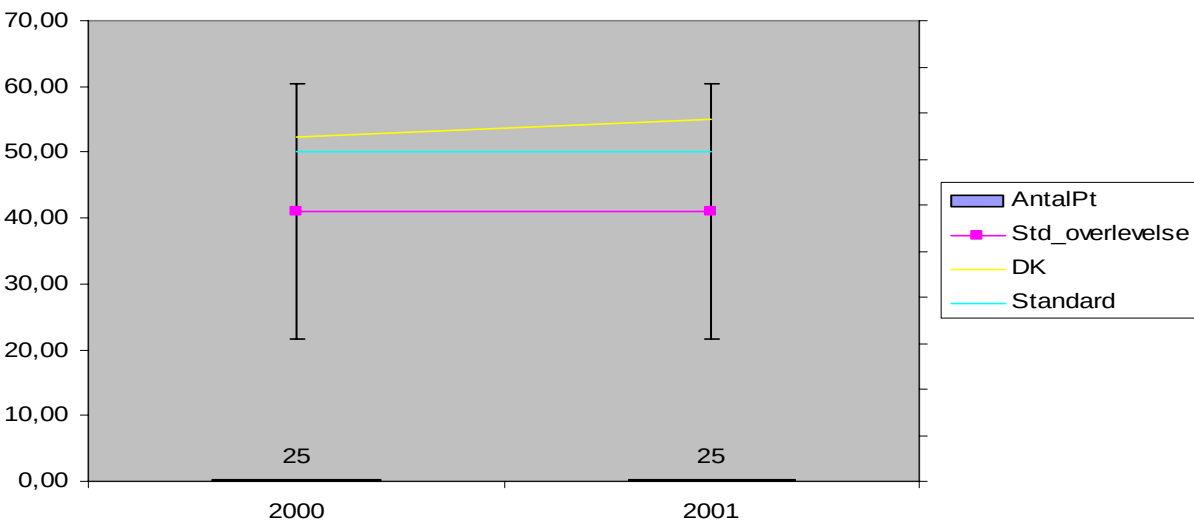


Viborg

1 års overlevelse

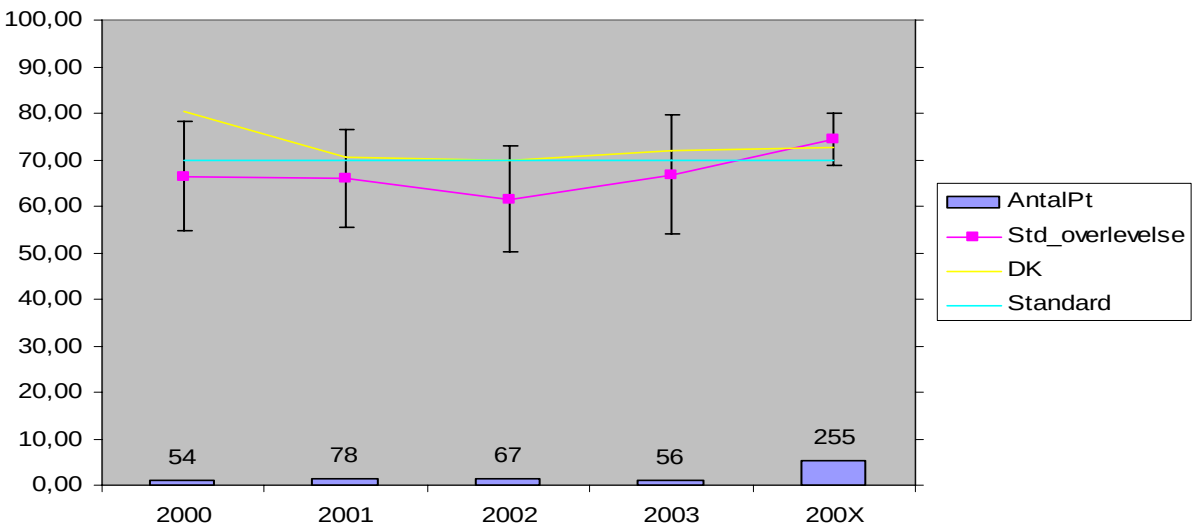


2 års overlevelse

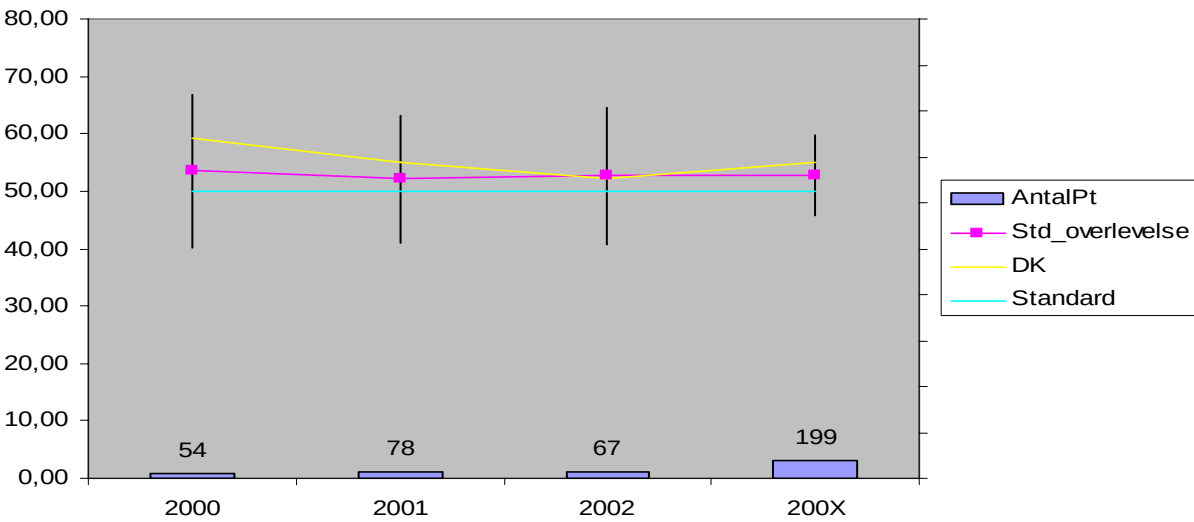


Ålborg

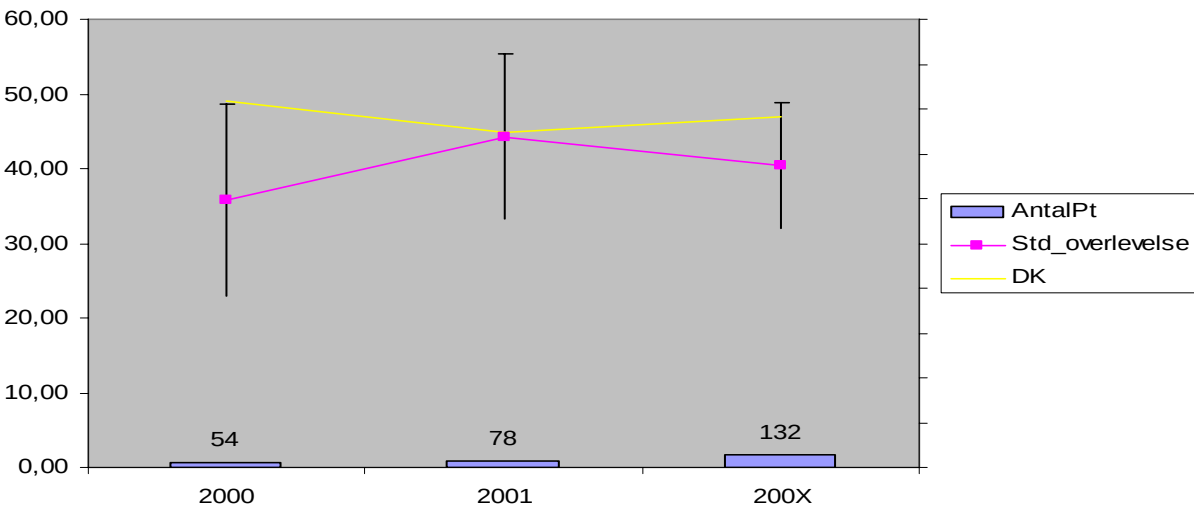
1 års overlevelse



2 års overlevelse



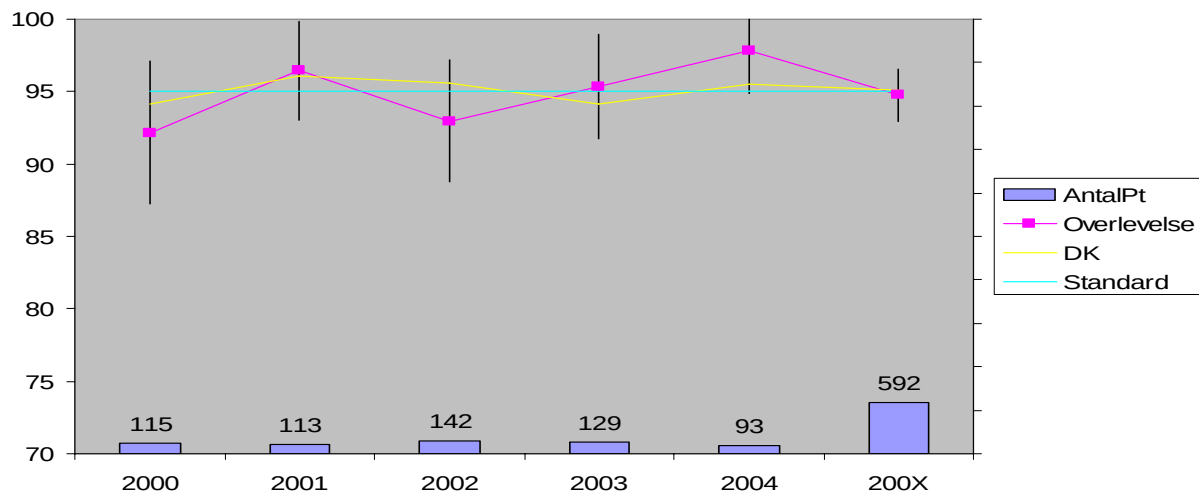
3 års overlevelse



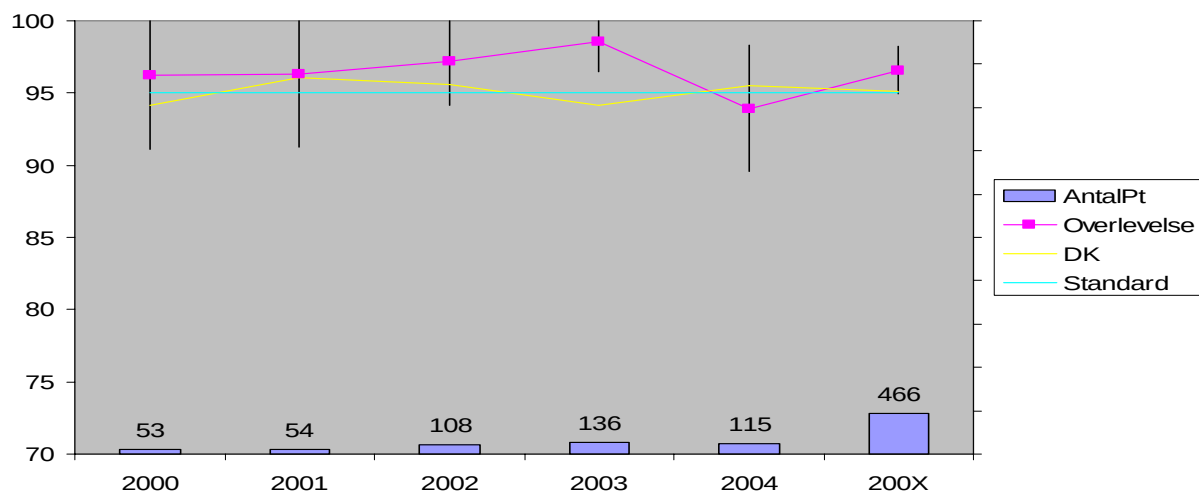
BILAG 7 – 30 dages mortalitet.

OBS: 200x= 2000-2004

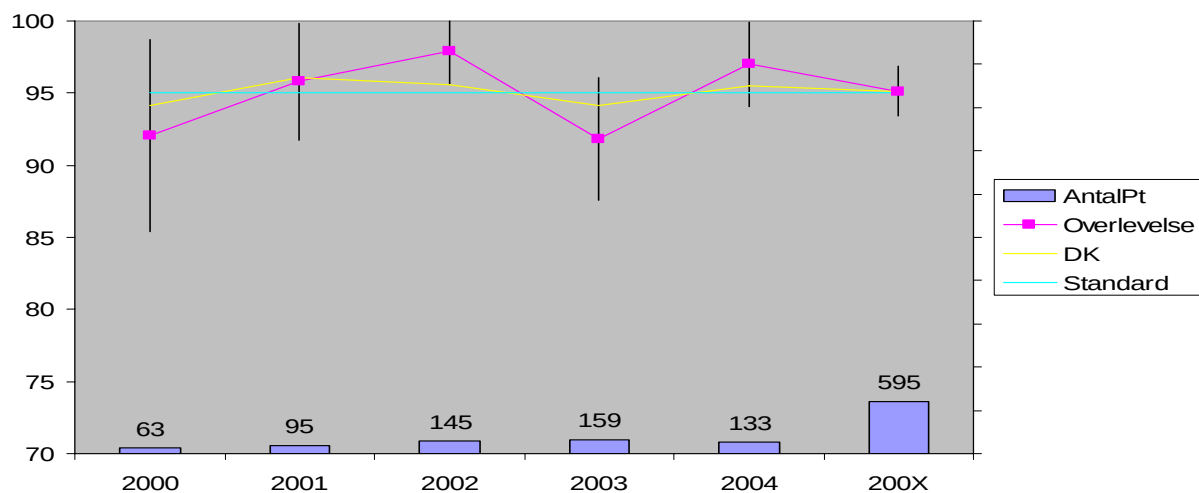
30 dages overlevelse - RH



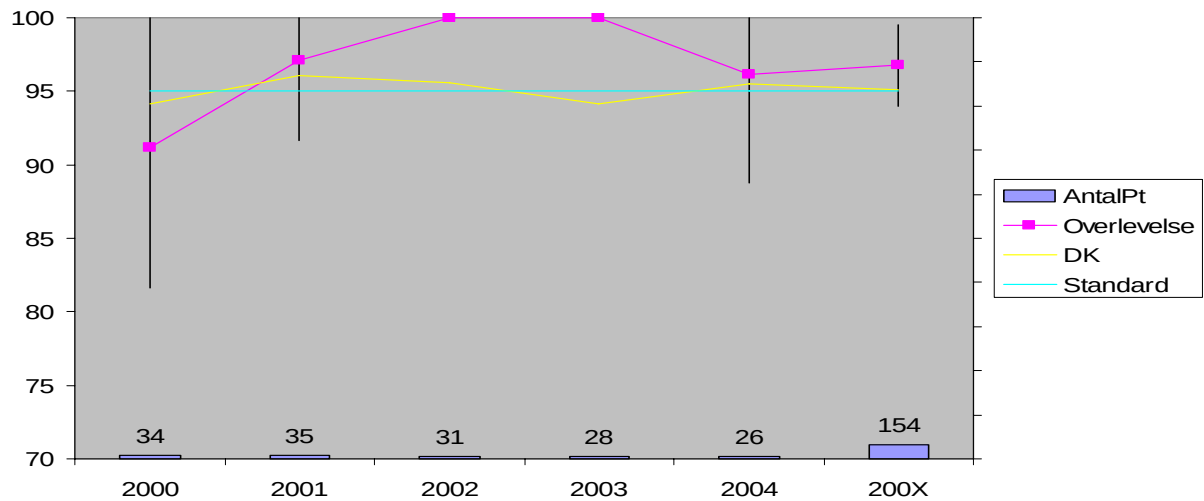
30 dages overlevelse - Gentofte



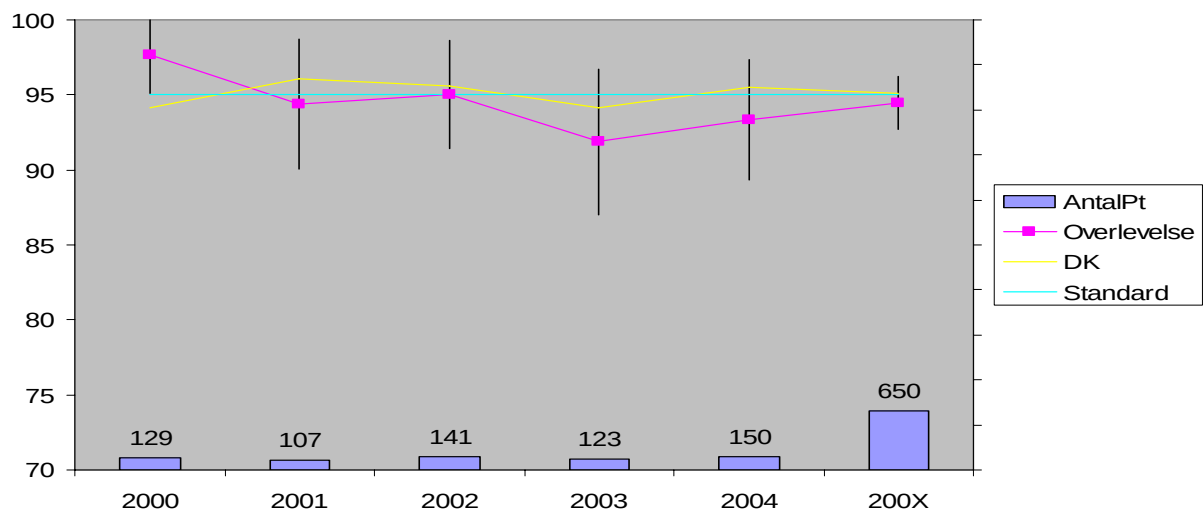
30 dages overlevelse - OUH



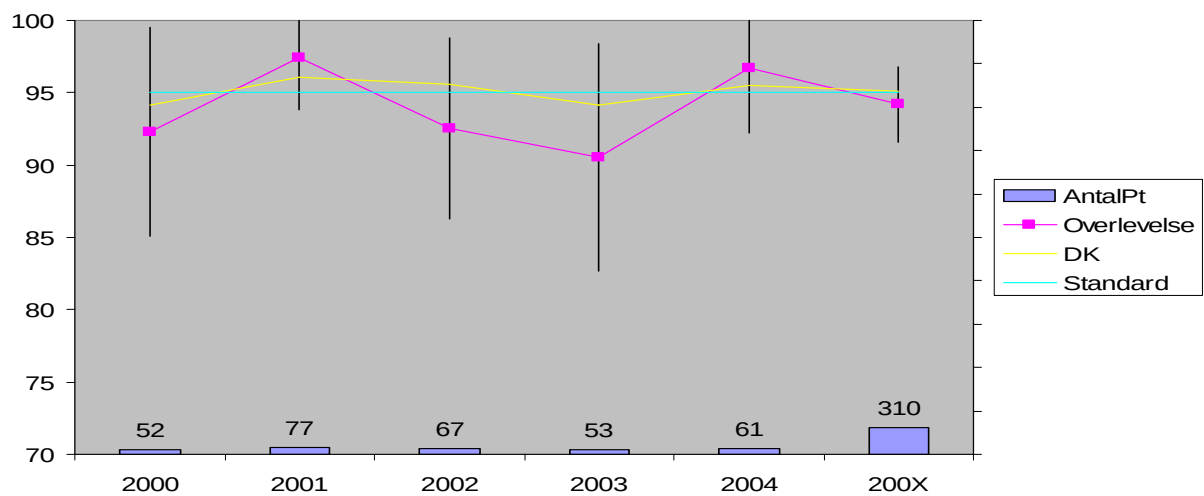
30 dages overlevelse - Vejle



30 dages overlevelse - Skejby

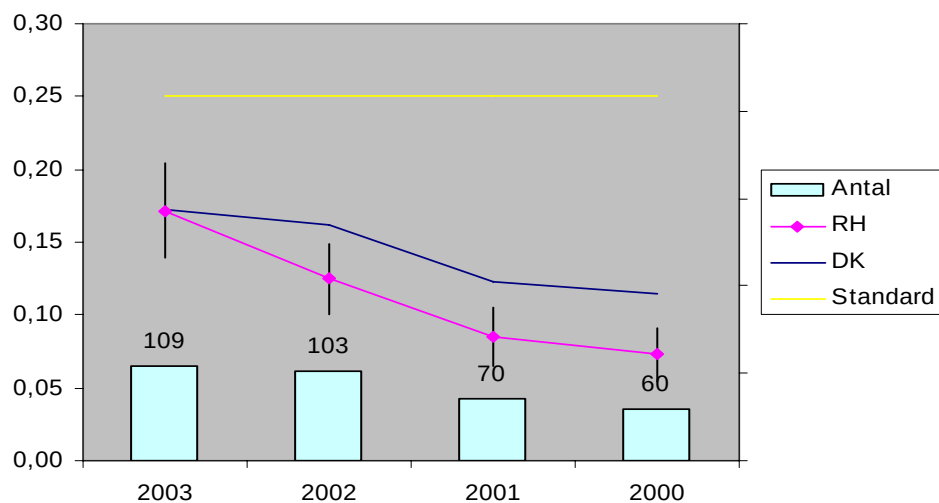


30 dages overlevelse - Aalborg

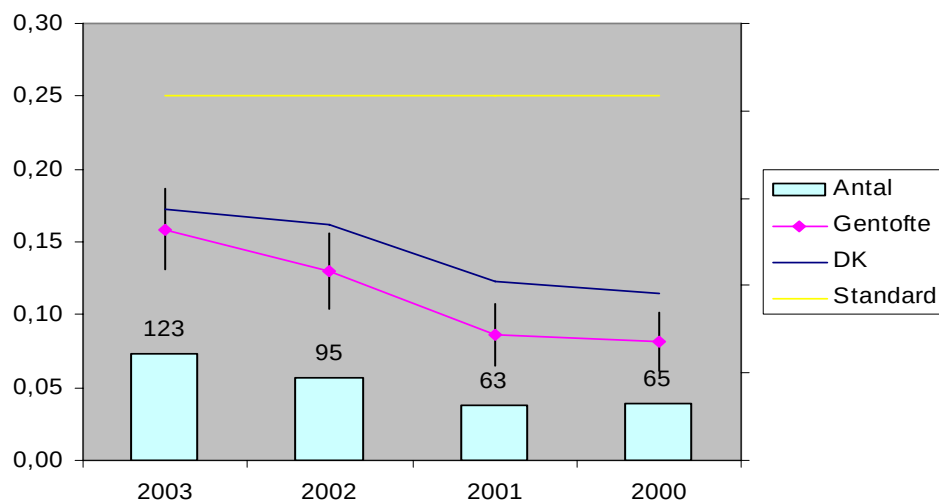


BILAG 8 – Resektionsrate

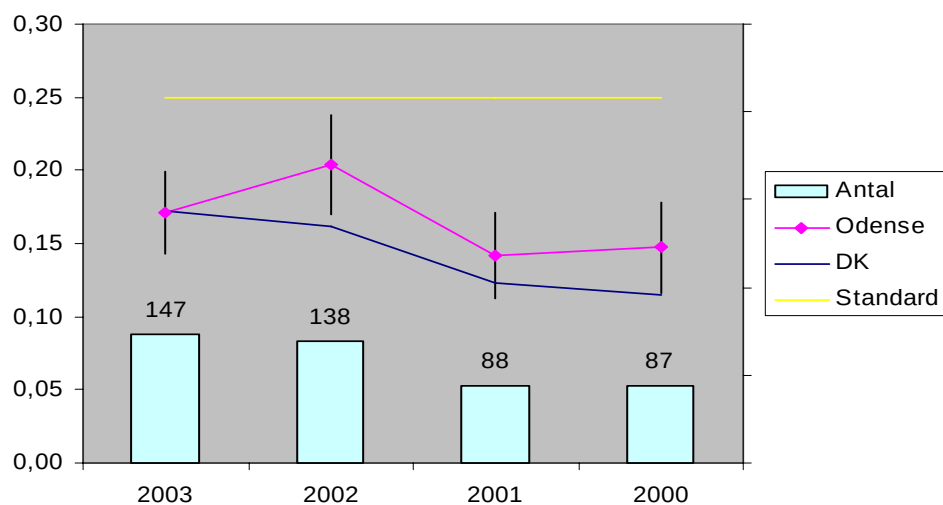
Thoraxkirurgisk afdeling Rigshospitalet



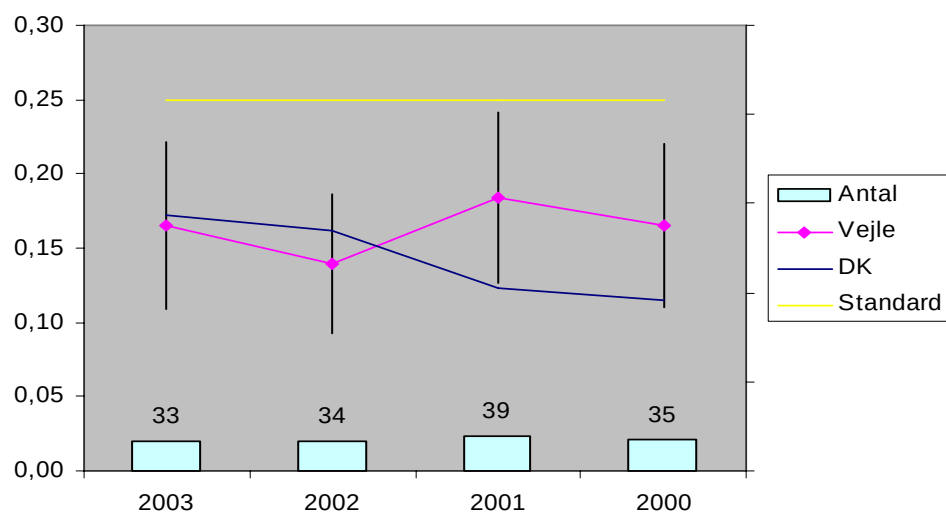
Thoraxkirurgisk afdeling Gentofte



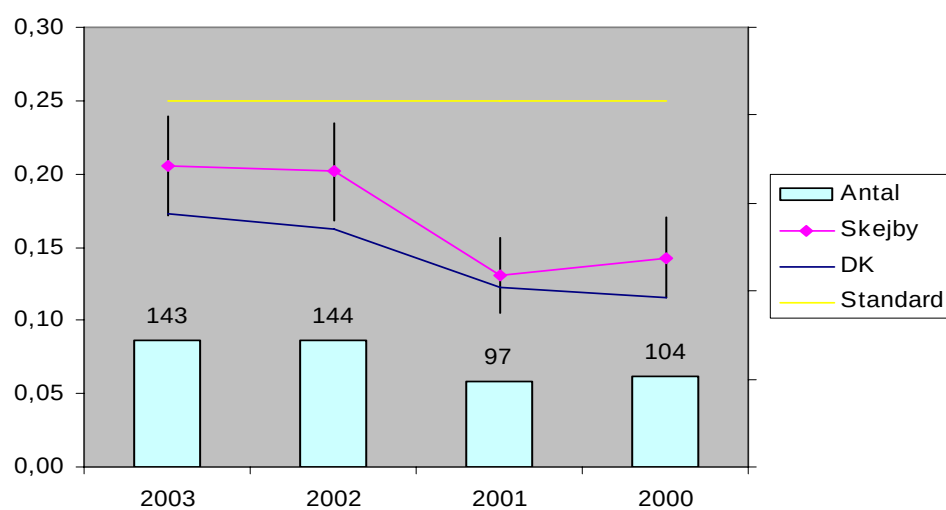
Thoraxkirurgisk afdeling Odense



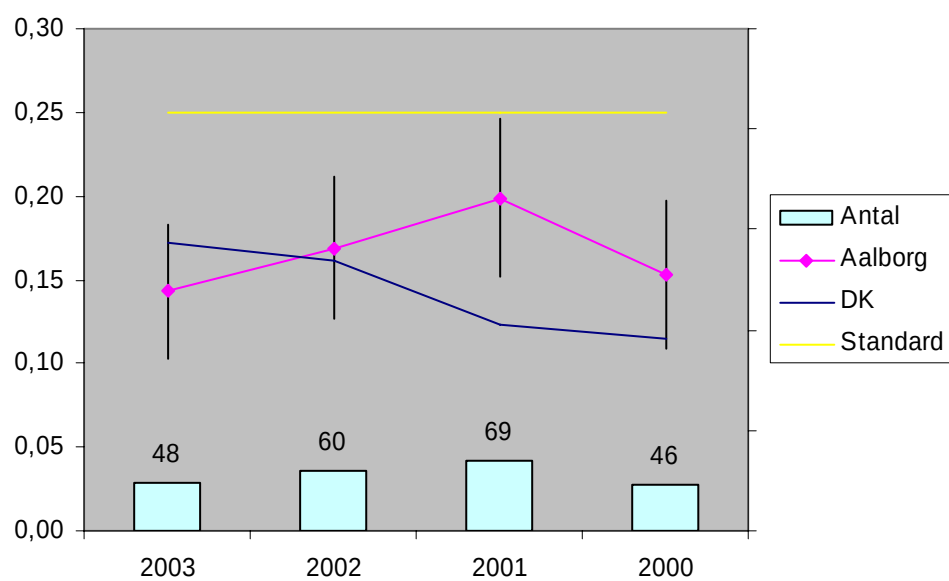
Organkirurgisk afdeling Vejle



Thoraxkirurgisk afdeling Skejby



Thoraxkirurgisk afdeling Ålborg



BILAG 9 – overlevelse operationstyper:

Tabel 1 – 1 års overlevelser:

Afdeling	Operationstype	2003 population	2002 population	2001 population	2000 population
RH	Eksplorative	76	30	23	77
	Resektion	79	62	85	88
	Lobektomi	81	72	81	84
	Pneumonektomi	57	65	70	78
	Torakoskopiske	42	-	33	0
Gentofte	Eksplorative	73	55	25	33
	Resektion	100	85	100	0
	Lobektomi	80	86	91	92
	Pneumonektomi	76	74	50	50
	Skopi ekspl.	0	40	100	-
	Skopi resek.	100	75	100	0
	Skopi lob.	75	90	71	100
	Skopi pneu.	100	100	-	-
Odense	Eksplorative	35	54	34	66
	Resektion	82	84	79	88
	Lobektomi	77	79	79	89
	Pneumonektomi	61	81	88	72
	Torakoskopiske	100	0	-	-
Vejle	Eksplorative		40	50	50
	Resektion	80	100	100	100
	Lobektomi	69	83	68	93
	Pneumonektomi	88	75	92	66
	Torakoskopiske	-	-	-	-
Skejby	Eksplorative	14	30	42	66
	Resektion	66	71	100	100
	Lobektomi	75	73	71	86
	Pneumonektomi	45	61	78	91
	Torakoskopiske	100	80	-	-
Aalborg	Eksplorative	44	30	50	40
	Resektion	60	25	90	80
	Lobektomi	73	82	70	77
	Pneumonektomi	37	56	66	81
	Torakoskopiske	44	100	0	100

Tabel 2 – 2 års overlevelser:

Afdeling	Operationstype	2002 population	2001 population	2000 population
Rigshospitalet	Eksplorative	7	5	49
	Resektion	43	28	44
	Lobektomi	59	70	66
	Pneumonektomi	46	59	49
	Torakoskopiske	-	33	0
Gentofte	Eksplorative	27	25	24
	Resektion	71	100	0
	Lobektomi	62	87	72
	Pneumonektomi	62	41	30
	Skopi ekspl.	20	-	-
	Skopi resek.	25	100	0
	Skopi lob.	90	100	100
	Skopi pneu.	50	-	-
Odense	Eksplorative	18	15	33
	Resektion	73	73	77
	Lobektomi	64	62	64
	Pneumonektomi	62	64	55
	Torakoskopiske	0	-	-
Vejle	Eksplorative	20	50	50
	Resektion	50	100	80
	Lobektomi	77	49	87
	Pneumonektomi	75	69	33
	Torakoskopiske	-	-	-
Skejby	Eksplorative	0	14	16
	Resektion	57	100	66
	Lobektomi	63	55	72
	Pneumonektomi	38	42	52
	Torakoskopiske	40	-	-
Aalborg	Eksplorative	20	40	20
	Resektion	25	72	60
	Lobektomi	68	60	51
	Pneumonektomi	43	46	72
	Torakoskopiske	50	0	100

Tabel 3 – 3 års overlevelser:

Afdeling	Operationstype	2001 population	2000 population
Rigshospitalet	Eksplorative	5	38
	Resektion	0	33
	Lobektomi	53	59
	Pneumonektomi	55	39
	Torakoskopiske	33	0
Gentofte	Eksplorative	12	16
	Resektion	100	0
	Lobektomi	74	61
	Pneumonektomi	25	10
	Skopi ekspl.	-	-
	Skopi resek.	100	0
	Skopi lob.	71	33
Odense	Skopi pneu.	-	-
	Eksplorative	22	22
	Resektion	66	66
	Lobektomi	60	60
	Pneumonektomi	44	44
Vejle	Torakoskopiske	-	-
	Eksplorative	50	50
	Resektion	50	40
	Lobektomi	49	74
	Pneumonektomi	61	24
Skejby	Torakoskopiske	-	-
	Eksplorative	14	16
	Resektion	100	66
	Lobektomi	43	61
	Pneumonektomi	21	43
Aalborg	Torakoskopiske	-	-
	Eksplorative	20	0
	Resektion	63	20
	Lobektomi	52	45
	Pneumonektomi	46	63
	Torakoskopiske	0	100

Tabel 4 – 4 års overlevelser:

Afdeling	Operationstype	2000 population
Rigshospitalet	Eksplorative	22
	Resektion	22
	Lobektomi	56
	Pneumonektomi	24
	Torakoskopiske	0
Gentofte	Eksplorative	8
	Resektion	0
	Lobektomi	57
	Pneumonektomi	10
	Skopi ekspl.	-
	Skopi resek.	0
	Skopi lob.	33
Odense	Skopi pneu.	-
	Eksplorative	22
	Resektion	66
	Lobektomi	57
	Pneumonektomi	38
Vejle	Torakoskopiske	-
	Eksplorative	50
	Resektion	40
	Lobektomi	62
	Pneumonektomi	24
Skejby	Torakoskopiske	-
	Eksplorative	16
	Resektion	66
	Lobektomi	53
	Pneumonektomi	34
Aalborg	Torakoskopiske	-
	Eksplorative	0
	Resektion	20
	Lobektomi	35
	Pneumonektomi	45
	Torakoskopiske	100

Tabel 5 – 30 dages mortalitet operationstyper:

Afdeling	Operationstype	LevetidMin30 2004	Antal 2004	Mortalitet 2004	Antal totalt	Mortalitet 2000-2004
Rigshospitalet	Torakoskopi	-	-	-	13	0,0
	Eksplorative	1	21	4,8	104	5,8
	Resektion	0	11	0,0	58	3,5
	Lobektomi	0	58	0,0	323	4,0
	Pneumonektomi	1	14	7,1	129	10,1
Gentofte	Torakoskopi	2	28	7,1	82	4,9
	Eksplorative	2	22	9,1	76	6,6
	Resektion	0	2	0,0	14	0,0
	Lobektomi	2	49	4,1	223	1,8
	Pneumonektomi	3	27	11,1	92	6,5
Odense	Torakoskopi	-	-	-	2	0,0
	Eksplorative	1	15	6,7	83	8,4
	Resektion	0	28	0,0	96	0,0
	Lobektomi	3	89	3,4	322	4,0
	Pneumonektomi	0	14	0,0	115	7,8
Vejle	Torakoskopi	-	-	-	1	0,0
	Eksplorative	0	3	0,0	14	14,3
	Resektion	0	2	0,0	17	0,0
	Lobektomi	1	19	5,3	82	1,2
	Pneumonektomi	0	4	0,0	46	4,4
Skejby	Torakoskopi	0	2	0,0	10	0,0
	Eksplorative	1	12	8,3	48	8,3
	Resektion	1	7	14,3	22	4,6
	Lobektomi	5	126	4,0	506	4,2
	Pneumonektomi	4	28	14,3	111	10,8
Viborg	Eksplorative	-	-	-	8	0,0
	Resektion	-	-	-	1	0,0
	Lobektomi	0	5	0,0	31	0,0
	Pneumonektomi	0	1	0,0	17	17,7
Aalborg	Torakoskopi	-	-	-	7	0,0
	Eksplorative	1	10	10,0	44	9,1
	Resektion	0	6	0,0	31	3,2
	Lobektomi	0	35	0,0	173	4,1
	Pneumonektomi	1	12	8,3	64	12,5

BILAG 10 – operationstyper:

Tabel 1:

Operationstyper inkl. torakoskopiske operationer i %.

Afdeling	År	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet	2004	20	11	56	13
	2003	18	11	50	21
	2002	17	11	51	21
	2001	17	6	53	24
	2000	16	9	52	24
	I alt	18	10	52	21
Gentofte	2004	21	6	52	21
	2003	13	6	58	24
	2002	21	10	51	17
	2001	15	4	57	22
	2000	22	5	53	18
	I alt	18	6	54	21
Odense	2004	10	19	61	10
	2003	11	11	54	24
	2002	16	18	48	18
	2001	21	15	46	18
	2000	14	14	44	28
	I alt	14	16	52	19
Vejle	2004	11	7	68	14
	2003	0	19	48	33
	2002	15	6	55	24
	2001	11	6	44	36
	2000	6	14	46	34
	I alt	9	10	52	29
Skejby	2004	7	5	72	16
	2003	5	3	76	16
	2002	9	8	66	18
	2001	7	1	79	13
	2000	9	2	71	17
	I alt	8	4	72	16
Aalborg	2004	16	10	56	19
	2003	16	9	61	14
	2002	16	7	53	25
	2001	13	16	49	21
	2000	9	11	57	20
	I alt	14	11	55	20

BILAG 11 - patologityper:

Tabel 1:

Afdeling	År	Planocel.	Adenocar.	Storcellet	Småcellet	Carcinoid	Blandet	Andet	Uoplyst
Rigshospitalet	2004	36	50	7	-	2	6	2	1
	2003	31	46	7	2	3	2	7	1
	2002	35	50	7	1	-	1	5	1
	2001	54	26	7	-	-	-	9	4
	2000	50	30	12	3	-	1	4	-
	I alt	40	41	8	1	1	1	6	2
Gentofte	2004	29	36	15	-	2	10	1	7
	2003	23	37	17	1	3	6	2	11
	2002	21	40	15	2	-	4	8	9
	2001	30	46	6	-	-	6	9	4
	2000	20	47	7	2	-	24	-	-
	I alt	25	40	14	1	1	9	4	7
Odense	2004	40	42	6	1	4	3	3	1
	2003	34	48	5	1	3	1	6	1
	2002	37	44	5	5	-	1	6	1
	2001	45	36	2	4	-	1	11	-
	2000	45	44	3	3	-	-	5	-
	I alt	39	43	5	3	2	1	6	1
Vejle	2004	25	71	4	-	-	-	-	-
	2003	52	30	-	-	-	11	7	-
	2002	30	36	9	-	-	6	18	-
	2001	36	30	19	-	-	3	8	-
	2000	29	46	11	-	-	-	14	-
	I alt	34	43	9	-	-	4	10	-
Skejby	2004	42	40	10	2	1	1	2	1
	2003	46	44	2	1	-	2	5	1
	2002	47	35	3	1	-	5	8	1
	2001	40	41	4	-	-	6	6	3
	2000	46	36	3	2	-	4	8	-
	I alt	44	39	5	1	0	3	6	1
Aalborg	2004	44	40	-	3	3	2	6	2
	2003	46	30	5	2	-	7	9	-
	2002	40	35	6	1	-	7	9	1
	2001	40	39	5	5	-	-	10	-
	2000	35	39	6	-	-	4	17	-
	I alt	41	37	4	1	1	4	10	1

BILAG 12 - postoperative stadier:

Tabel 1 – postoperative stadier i %:

Afdeling	År	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	IV*		IA – IIIA	IIIB – V*
Rigshospitalet	2004	15	29	-	13	18	13	7	5		75	25
	2003	17	22	3	16	10	14	10	7		69	31
	2002	21	29	2	13	12	16	7	-		77	23
	2001	19	37	2	19	11	10	1	-		89	11
	2000	16	38	2	19	17	9	-	-		91	9
	I alt	18	30	2	16	13	13	5	2		80	20
Gentofte	2004	16	33	2	14	9	21	2	2		75	25
	2003	14	29	4	18	17	13	5	1		81	19
	2002	21	24	-	12	10	28	8	-		64	36
	2001	12	15	-	8	4	14	1	-		85	15
	2000	15	22	2	22	7	20	13	-		67	33
	I alt	17	28	2	15	11	21	5	1		73	27
Odense	2004	17	28	1	19	14	14	3	3		80	20
	2003	18	28	1	23	14	13	3	2		82	18
	2002	16	26	2	18	14	14	8	-		78	22
	2001	19	26	5	19	18	11	2	-		87	13
	2000	9	44	-	19	16	9	3	-		88	12
	I alt	16	29	2	20	15	13	4	1		82	18
Vejle	2004	14	39	-	29	4	14	-	-		86	14
	2003	26	19	-	30	19	4	4	-		92	8
	2002	21	36	-	18	6	6	12	-		82	18
	2001	25	53	-	8	-	14	-	-		86	14
	2000	31	29	-	26	3	6	6	-		88	12
	I alt	24	36	-	21	6	9	4	-		87	13
Skejby	2004	21	31	4	16	16	8	2	2		88	12
	2003	20	34	2	11	18	2	12	2		84	16
	2002	19	23	4	16	18	3	16	-		81	19
	2001	27	31	5	13	16	6	4	-		90	10
	2000	23	30	3	16	15	5	8	-		87	13
	I alt	22	29	4	15	17	5	8	1		86	14
Aalborg	2004	25	21	2	16	16	16	3	2		79	21
	2003	20	21	4	13	27	13	4	-		83	17
	2002	24	19	1	19	16	19	1	-		80	20
	2001	21	19	5	17	17	12	9	-		79	21
	2000	17	36	4	21	11	6	6	-		82	12
	I alt	21	23	3	17	17	13	5	0		82	18

BILAG 13 - operationskarakteristika:

Adgang og type (n=):

Tabel 1:

Afdeling	Anteriore	Postero-lateral	Sternotomi	Andre	Muskel-besparende
Rigshospitalet thoraxkirurgi	20	68	-	-	88
Gentofte thoraxkirurgi	9	91	-	-	100
Odense thoraxkirurgi	-	145	-	-	0
Vejle organkirurgisk	-	28	-	-	28
Skejby thoraxkirurgi	166	1	-	-	172
Aalborg thoraxkirurgi	36	19	-	-	55

Lobektomierne fordeler sig efter type (n=):

Tabel 2:

Afdeling	Lobektomi	Bilobektomi	Sleeve resektion	+ resektion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	51	3	1	3
Gentofte thoraxkirurgi	59	7	0	0
Odense thoraxkirurgi	72	9	1	6
Vejle organkirurgisk	18	1	0	0
Skejby thoraxkirurgi	86	16	13	10
Aalborg thoraxkirurgi	35	0	0	0

Torakoskopiske operationer (totale antal og operationstyper i %):

Tabel 3:

Afdeling	Antal	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet thoraxkirurgi	-	-	-	-	-
Gentofte thoraxkirurgi	28	5	5	18	-
Odense thoraxkirurgi	-	-	-	-	-
Vejle organkirurgisk	-	-	-	-	-
Skejby thoraxkirurgi	2	-	2	-	-
Aalborg thoraxkirurgi	-	-	-	-	-

Pneumonektomierne fordeler sig efter type som følgende i absolutte tal:

Tabel 4:

Afdeling	Standard	Udvidet	carina resektion	completion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	14	0	0	0
Gentofte thoraxkirurgi	26	0	0	0
Odense thoraxkirurgi	13	0	0	1
Vejle organkirurgisk	3	1	0	0
Skejby thoraxkirurgi	23	4	1	0
Viborg organkirurgisk	1	0	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	5	7	0	0

og følgende lokalisationer:

Tabel 5:

Afdeling	HØ	VE
Rigshospitalet thoraxkirurgi	9	5
Gentofte thoraxkirurgi	16	10
Odense thoraxkirurgi	7	7
Vejle organkirurgisk	2	2
Skejby thoraxkirurgi	13	15
Viborg organkirurgisk	1	0
Aalborg thoraxkirurgi	5	7

Afdelingerne angiver at have foretaget følgende antal thoraxvægsresektioner:

Tabel 6:

Afdeling	Thoraxvægsresektion
Rigshospitalet thoraxkirurgi	1
Gentofte thoraxkirurgi	4
Odense thoraxkirurgi	4
Vejle organkirurgisk	3
Skejby thoraxkirurgi	7
Viborg organkirurgisk	1
Aalborg thoraxkirurgi	1

Afdelingerne angiver følgende radikalitet efter operationerne (6 operationer i Viborg er ikke medregnet, eksplorative indgreb ikke medregnet):

Tabel 7:

Afdeling	Antal	Makrorad. Antal	Makrorad. %	Mikrorad. Antal	Mikrorad. %
Rigshospitalet	104	80	96	77	93
Gentofte	126	97	93	97	93
Odense	145	122	94	109	84
Vejle	28	24	96	23	92
Skejby	173	153	95	143	89
Aalborg	63	50	94	48	91
DK	639	526	95	497	89

Neoadjuverende behandling er registreret således:

Tabel 8:

Afdeling	Neoadjuverende behandling	Pct. af behandlede
Rigshospitalet thoraxkirurgi	5	4,8
Gentofte thoraxkirurgi	13	10,2
Odense thoraxkirurgi	6	4,1
Vejle organkirurgisk	0	0,0
Skejby thoraxkirurgi	13	7,4
Aalborg thoraxkirurgi	1	1,6
I alt	38	5,9

Peroperativt udtages lymfeknuder (glandelsampling). Det anbefales at der udtages fra 3 stationer på hver side. Afdelingerne har registreret følgende:

Tabel 9:

Afdeling	Median	Gennemsnit	Nej	Ja	Inkonklusiv	Uoplyst
Rigshospitalet thoraxkirurgi	5	4,6	90	9	0	1
Gentofte thoraxkirurgi	2	2,6	88	12	0	0
Odense thoraxkirurgi	2	2,5	85	15	0	0
Vejle organkirurgisk	2	1,9	86	14	0	0
Skejby thoraxkirurgi	4	3,5	83	17	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	4	4,4	88	12	0	0

Afdelingerne registrerer et antal præoperative diagnostiske indgreb, således:

Tabel 10a:

Afdeling	Antal	MED.SKOP I	BR.SKOP I	CENTESE	TTNAB	TORASKOP I	EBUS	EUL	ANDRE
DK	164	125	121	0	37	7	11	14	20
RH	88	77	79	0	29	3	1	6	11
Gentofte	16	6	0	0	0	2	9	7	1
Odense	36	26	25	0	5	2	1	0	2
Vejle	2	0	0	0	0	0	0	1	1
Skejby	8	5	5	0	2	0	0	0	3
Aalborg	14	11	12	0	1	0	0	0	2

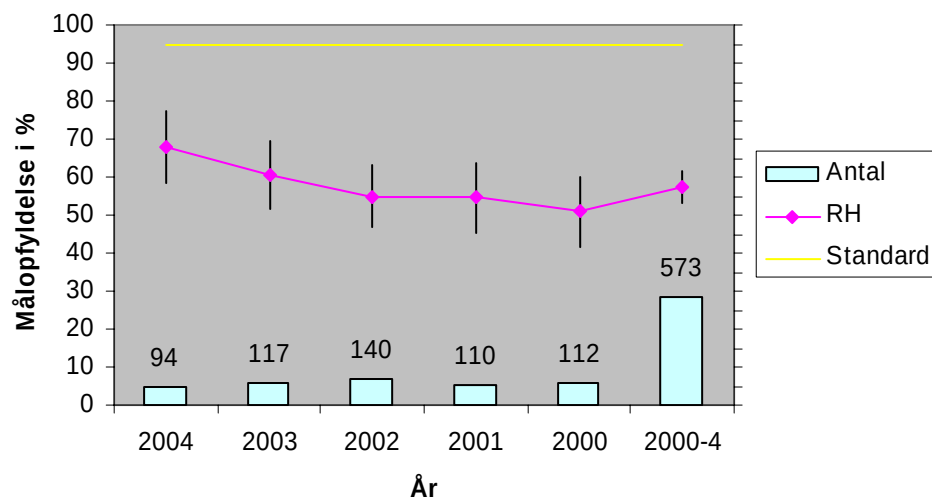
Samme informationer fordelt på amter:

Tabel 10b:

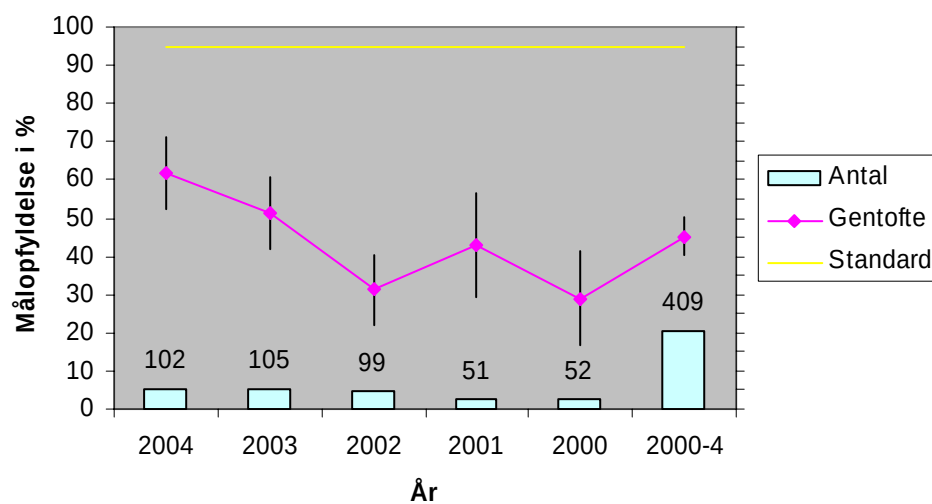
AMT	Antal	MED.SKOP I	BR.SKOP I	CENTESE	TTNAB	TORASKOP I	EBUS	EUL	ANDRE
DK	164	125	121	0	37	7	11	14	20
Uopl	2	2	2	0	2	0	0	0	0
KbhK	37	33	31	0	13	2	0	1	7
FreK	9	7	8	0	1	0	0	0	1
KbhA	7	4	2	0	0	0	3	1	0
FreA	10	4	2	0	0	2	2	3	1
RosA	4	2	0	0	0	0	4	3	0
VesA	14	10	10	0	2	2	0	0	0
StoA	20	19	20	0	9	0	0	5	1
BorA	5	4	5	0	3	0	0	0	1
FynA	20	16	14	0	2	0	1	0	2
SødA	2	2	2	0	0	0	0	0	0
RibA	3	1	2	0	1	0	0	0	0
VejA	3	0	1	0	0	0	1	1	1
RinA	2	1	1	0	1	0	0	0	1
ÅrhA	3	1	1	0	0	0	0	0	2
VibA	3	3	3	0	1	0	0	0	0
NorA	14	11	12	0	1	0	0	0	2

BILAG 14 – kirurgiske ventetider:

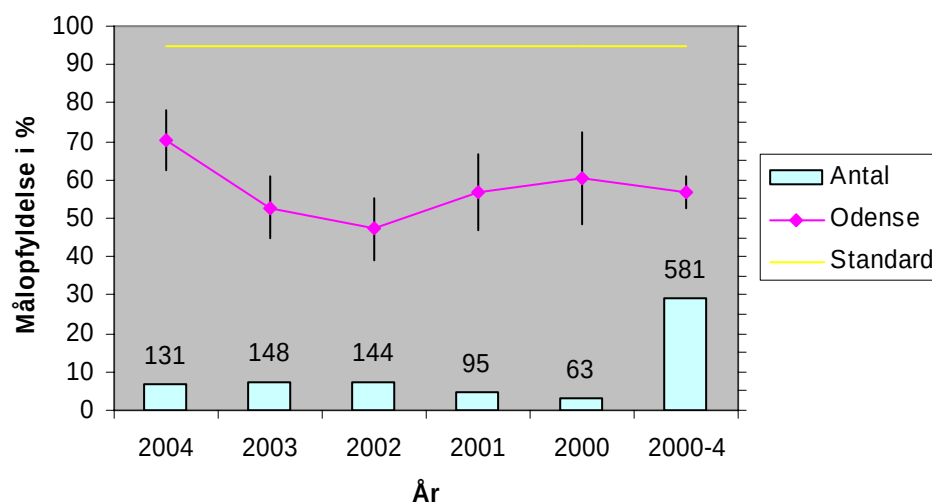
Thoraxkirurgisk afdeling Rigshospitalet



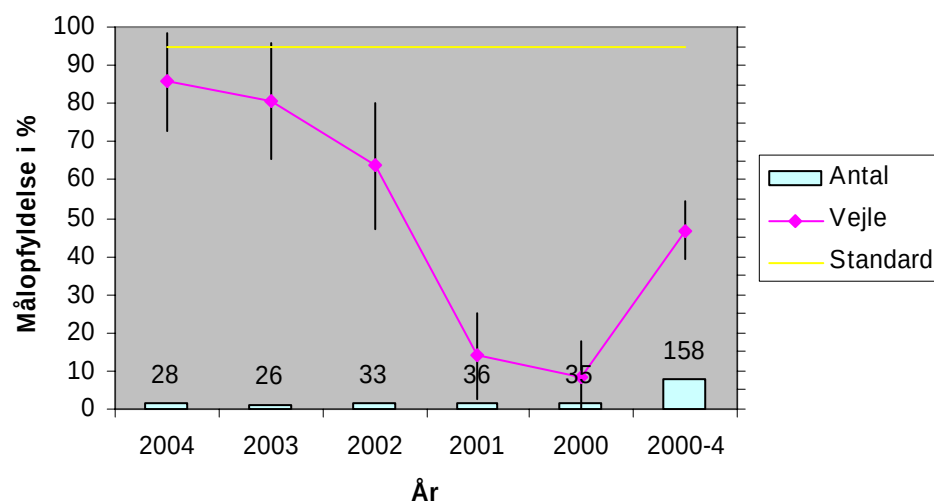
Thoraxkirurgisk afdeling Gentofte



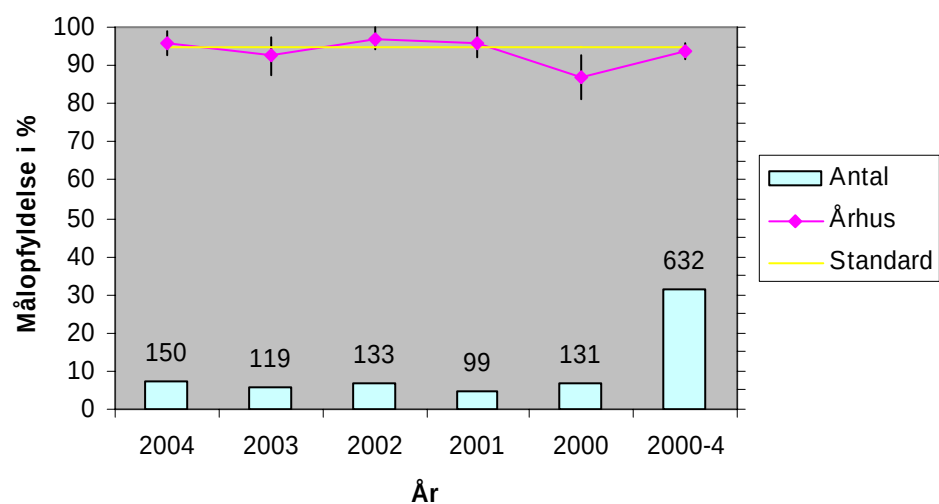
Thoraxkirurgisk afdeling Odense



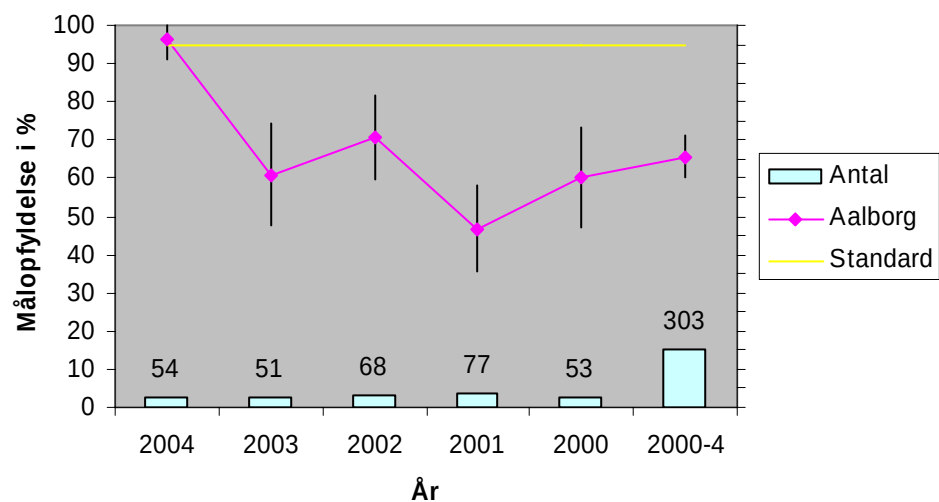
Organkirurgisk afdeling Vejle



Thoraxkirurgisk afdeling Skejby



Thoraxkirurgisk afdeling Ålborg



BILAG 15 – operationstyper, stadier og overlevelse:

	2004				2003			
	Stadie	Antal	%	Overlevelse i %	Stadie	Antal	%	Overlevelse i %
Eksplorative	0	0	0	-	0	0	0	-
	IA	0	0	-	IA	1	1	100
	IB	8	9	88	IB	4	5	25
	IIA	0	0	-	IIA	0	0	-
	IIB	9	10	44	IIB	6	8	50
	IIIA	5	6	80	IIIA	7	9	0
	IIIB	51	58	51	IIIB	43	57	16
	IV*	1	1	0	IV*	3	4	67
	IV	12	14	67	IV	12	16	33
	-	2	2	0	-	0	0	-
Resektioner	0	1	2	100	0	0	0	-
	IA	23	37	96	IA	21	40	90
	IB	12	19	83	IB	6	11	33
	IIA	0	0	-	IIA	0	0	-
	IIB	7	11	86	IIB	4	8	50
	IIIA	6	10	83	IIIA	3	6	33
	IIIB	7	11	71	IIIB	5	9	40
	IV*	3	5	33	IV*	7	13	71
	IV	2	3	0	IV	7	13	57
	-	1	2	100	-	0	0	-
Lobektomier	0	1	0	100	0	1	0	100
	IA	88	22	93	IA	88	22	84
	IB	141	36	84	IB	138	35	78
	IIA	11	3	91	IIA	14	4	57
	IIB	63	16	79	IIB	68	17	46
	IIIA	54	14	69	IIIA	55	14	55
	IIIB	20	5	80	IIIB	7	2	57
	IV*	14	4	100	IV*	5	1	60
	IV	4	1	50	IV	11	3	55
	-	0	0	0	-	6	2	50
Pneumonektomier	0	0	0	-	0	0	0	-
	IA	6	6	83	IA	5	4	60
	IB	29	29	72	IB	29	21	66
	IIA	2	2	0	IIA	2	1	100
	IIB	27	27	70	IIB	37	27	46
	IIIA	24	24	63	IIIA	39	28	33
	IIIB	11	11	73	IIIB	14	10	21
	IV*	0	0	-	IV*	0	0	-
	IV	0	0	-	IV	11	8	27
	-	0	0	0	-	2	1	50

	2002				2001			
	Stadie	Antal	%	Overlevelse i %	Stadie	Antal	%	Overlevelse i %
Eksplorative	0	0	0	-	0	0	0	-
	IA	4	4	25	IA	3	4	-
	IB	1	1	0	IB	5	7	20
	IIA	0	0	-	IIA	0	0	-
	IIB	6	6	0	IIB	10	14	10
	IIIA	8	8	0	IIIA	8	11	0
	IIIB	63	60	8	IIIB	36	51	14
	IV*	0	0	-	IV*	0	0	-
	IV	23	22	13	IV	7	10	0
	-	0	0	-	-	1	1	0
Resektioner	0	0	0	-	0	0	0	-
	IA	24	33	71	IA	19	49	58
	IB	15	21	67	IB	5	13	40
	IIA	0	0	-	IIA	0	0	-
	IIB	6	8	33	IIB	3	8	33
	IIIA	7	10	14	IIIA	3	8	33
	IIIB	5	7	60	IIIB	5	13	40
	IV*	0	0	-	IV*	0	0	-
	IV	16	22	38	IV	4	10	0
	-	0	0	-	-	0	0	-
Lobektomier	0	0	0	-	0	0	0	-
	IA	99	28	75	IA	77	28	57
	IB	120	34	68	IB	109	39	52
	IIA	11	3	55	IIA	11	4	45
	IIB	58	16	48	IIB	40	14	33
	IIIA	40	11	43	IIIA	31	11	16
	IIIB	15	4	27	IIIB	8	3	25
	IV*	0	0	-	IV*	0	0	-
	IV	14	4	14	IV	1	0	-
	-	0	0	-	-	1	0	100
Pneumonektomier	0	0	0	-	0	0	0	-
	IA	6	4	67	IA	6	6	50
	IB	40	29	65	IB	31	31	48
	IIA	2	1	0	IIA	5	5	60
	IIB	33	24	55	IIB	25	25	32
	IIIA	37	27	16	IIIA	21	21	19
	IIIB	15	11	53	IIIB	9	9	44
	IV*	0	0	-	IV*	0	0	-
	IV	6	4	17	IV	3	3	0
	-	0	0	-	-	0	0	-

	2000			
	Stadie	Antal	%	Overlevelse i %
Eksplorative	0	0	0	-
	IA	2	3	100
	IB	8	14	25
	IIA	1	2	0
	IIB	4	7	25
	IIIA	12	21	0
	IIIB	20	34	10
	IV*	0	0	-
	IV	10	17	20
	-	1	2	0
Resektioner	0	0	0	-
	IA	13	36	54
	IB	8	22	25
	IIA	0	0	-
	IIB	2	6	0
	IIIA	1	3	0
	IIIB	3	8	33
	IV*	0	0	-
	IV	4	11	0
	-	5	14	20
Lobektomier	0	0	0	-
	IA	62	24	71
	IB	108	42	54
	IIA	8	3	50
	IIB	43	17	35
	IIIA	19	7	26
	IIIB	10	4	30
	IV*	0	0	-
	IV	6	2	33
	-	2	1	50
Pneumonektomier	0	0	0	-
	IA	3	3	67
	IB	26	25	42
	IIA	0	0	-
	IIB	36	35	22
	IIIA	27	26	22
	IIIB	5	5	0
	IV*	0	0	-
	IV	4	4	25
	-	1	1	0

BILAG 16 – kirurgiforløb og onkologi.

Afdeling	År	Antal operationer	Onkologiske behandlinger antal personer	Onkologi %			
			n	Neoadjuverende	Adjuverende	Kurativ	Palliativ
RH	2004	104	31	29	10	45	23
	2003	134	16	6	6	44	44
	2002	150	8	13	13	38	50
	2001	118	4	25	0	25	50
	2000	116	1	100	0	0	0
	2000-2004	622	60	22	8	42	33
Gentofte	2004	126	14	0	14	43	43
	2003	130	20	0	10	25	65
	2002	109	11	0	9	0	91
	2001	54	1	100	100	0	0
	2000	55	0	0	0	0	0
	2000-2004	474	46	2	13	24	63
Odense	2004	145	27	7	26	22	48
	2003	160	51	10	35	8	55
	2002	146	13	8	8	15	77
	2001	97	12	0	0	8	92
	2000	64	0	0	0	0	0
	2000-2004	612	103	8	25	13	60
Vejle	2004	28	3	0	33	0	67
	2003	27	9	0	0	33	67
	2002	33	5	0	20	0	80
	2001	36	0	0	0	0	0
	2000	35	1	0	0	0	100
	2000-2004	159	18	0	11	17	72
Skejby	2004	173	18	17	11	22	56
	2003	128	6	0	0	17	83
	2002	146	9	0	0	22	78
	2001	109	2	0	0	0	100
	2000	132	2	0	0	0	100
	2000-2004	688	37	8	5	19	70
Aalborg	2004	63	12	0	8	0	92
	2003	56	16	0	0	0	100
	2002	68	12	0	0	0	100
	2001	78	2	0	0	0	100
	2000	54	2	0	0	0	100
	2000-2004	319	44	0	2	0	98

BILAG 17 – onkologiske behandlingsmodaliteter:

			Type					
Afdeling		Antal	Kemoterapi	Targeteret	Anden	Stråleterapi		
						Antal	Antal fraktioner (median)	Dosis i GY (mediant)
Rigshospitalet								
	Neoadj.	80	75	0	0	11	4	4
	Adjuv.	11	8	0	0	4	4	2
	Int. kurativ	153	117	0	0	46	10	3
	Palliativ	157	39	0	0	123	1	4
Kbh. Amts Sygehus i Herlev								
	Neoadj.	0	-	-	-	-	-	-
	Adjuv.	0	-	-	-	-	-	-
	Int. kurativ	0	-	-	-	-	-	-
	Palliativ	71	19	0	0	54	5	25
Roskilde Amts Sygehus, Roskilde								
	Neoadj.	1	1	0	0	0	0	0
	Adjuv.	2	2	0	0	0	0	0
	Int. kurativ	12	12	0	0	0	0	0
	Palliativ	70	65	0	1	4	-	-
Centralsygehuset i Næstved								
	Neoadj.	1	1	0	0	0	-	-
	Adjuv.	1	0	0	0	1	-	-
	Int. kurativ	4	1	0	0	4	-	-
	Palliativ	37	25	1	1	13	-	-
Odense Universitetshospital								
	Neoadj.	1	1	0	0	0	0	0
	Adjuv.	17	3	0	0	16	10	30
	Int. kurativ	40	31	0	0	32	30	60
	Palliativ	207	104	4	0	154	6	27
Sønderborg Sygehus								
	Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-
	Adjuv.	-	-	-	-	-	-	-
	Int. kurativ	4	3	0	0	3	-	-
	Palliativ	18	14	0	0	7	-	-
Vejle Sygehus								
	Neoadj.	12	11	0	0	6	30	60
	Adjuv.	1	0	0	0	1	30	60
	Int. kurativ	6	2	0	0	6	30	60
	Palliativ	134	41	0	0	98	4	20
Herning Sygehus								
	Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-
	Adjuv.	-	-	-	-	-	-	-
	Int. kurativ	-	-	-	-	-	-	-
	Palliativ	9	7	1	0	2	-	-
Århus Sygehus								
	Neoadj.	1	1	0	0	0	0	0
	Adjuv.	1	1	0	0	0	0	0
	Int. kurativ	16	10	1	1	12	30	60
	Palliativ	191	74	0	0	150	4	20

Aalborg Sygehus								
	Neoadj.	1	1	0	0	0	0	0
	Adjuv.	1	1	0	0	0	0	0
	Int. kurativ	1	0	0	0	1	30	60
	Palliativ	168	55	0	0	136	4	20