

Forord

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) udsender hermed årsrapport vedrørende 2006.

Rapporten er diskuteret på DLCG's styregruppemøde torsdag d. 24. maj 2007 og DLCG's kommentarer fremgår af rapportens side 3. Rapportens hovedkonklusioner og data præsenteres på DLCG's årsmøde den 13. juni 2007.

Beretningsdelen fra DLCG på siderne 3 - 7 består af beretninger fra Styregruppen og arbejdsgrupperne vedr. udredning, kirurgi, 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 Kompetencecenter Region Syd for landsdækkende kliniske kvalitetsdatabaser.

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). Yderligere eksemplarer kan rekvireres på dlcr@ouh.regionsyddanmark.dk

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres med angivelse af DLCR årsrapport 2006 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	3
Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe - beretning	4
Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe - beretning	5
Screeningsgruppen under DLCCG – beretning	6
Dansk Kirurgisk Lunge Cancergruppe – beretning	6
Dansk Lunge Cancer Register – beretning	7
Årsrapport Dansk Lunge Cancer Register - 2006.	8
Aktuelle rapport	8
Metode	8
Statistik	9
Generelle resultater	11
Patientmaterialet	11
Udredende afdelinger	16
Forord	16
Patientmaterialet	17
Overlevelse	18
Ventetider	21
Udredningsmetoder	22
Lungefunktion	24
Rygning	25
Klinisk TNM (cTNM)	26
Kirurgiske afdelinger	32
Forord	32
Patientmaterialet	33
Ventetider	34
Operativ aktivitet	36
Operationstyper	37
Stadier	39
Overlevelse og mortalitet	41
Komplikationer	43
Onkologiske afdelinger	45
Forord	45
Patientmaterialet.	45
Ventetider	47
Bilag	51
Bilag A – Tilsluttede afdelinger.	51
Bilag B – Kirurgiske standarder	52
Bilag C – Organisationsoversigt DLCCG	54
Bilag D – Budget DLCCG	64
Bilagsmappe	66
Bilag 1 – Overlevelse	67
Bilag 2 - Undersøgelser i %	85
Bilag 3 – Stadier	86
Bilag 4 – Udredningsmetoder.	87
Bilag 5 – Total overlevelse kirurgi	90
Bilag 6 – 30 dages mortalitet	95
Bilag 7 – Overlevelse operationstyper i %	97
Bilag 8 – Operationstyper i %	100
Bilag 9 – Postoperative stadier	101
Bilag 10 – Operationskarakteristika.	102
Bilag 11 – Onkologiske behandlingsmodaliteter	104

Dansk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Man skal lære af fortiden! Udsagnet for et par år siden om at 5-års overlevelsen for lungekræft efter bedste skøn var steget fra ca. 5 til ca. 10 % synes aktuelt desværre ikke korrekt. De første 2 årgange af indrapporterede patienter til Dansk Lunge Cancer Register har nu en observations-periode på mere end 5 år. Femårs overlevelsen for denne gruppe patienter er desværre kun ca. 7 % - større end 5 men klart mindre end 10.

Estimatet på 10 % var baseret på stigningen i 1 og 2 års overlevelsen – en indikator som ud fra den foreliggende erfaring betød, at 5-års overlevelsen dermed også ville stige.

At forudsigelsen ikke holdt i denne sammen-hæng har 2 umiddelbare forklaringer: 1) Stigningen i den korte overlevelse skyldtes primært ikke at flere blev opereret – men at flere patienter fik tilbudt livsforlængende (men ikke-helbredende) onkologisk behandling samt 2) At de centrale NIP-indikatorer – dvs. tid til behandling og andelen som tilbydes operation - ikke er blevet forbedret i perioden 2003-2006-og dermed næppe har forbedret overlevelsen op til det fjerde år.

Som det konkluderes i forordet til den nationale NIP-rapport er projektet desværre ikke lykkedes.

Det er stadig målet at kunne tilbyde operation til 25 % af alle patienter - dvs. ca. 900 patienter årligt. Antallet af operationer er i 2006 i alt 600 – og hvis fx 250 flere kunne tilbydes operation ville 5-års overlevelsen stige til ca. 10 %. En stigende andel af patienter (ca. 65 %) er desværre på diagnosetidspunktet i en nær uheldelig sygdomssituation. Det skyldes til dels, at sygdommen hos mange patienter først giver symptomer, når den er meget udbredt, samt at den praktiserende læge har meget vanskeligt ved at få fastslået mistanken hos en del patienter – specielt de som har en normal røntgenundersøgelse. Men generelt er tiden fra patientens henvendelse til sin læge og dennes henvisning til nærmere udredning på sygehus ikke det væsentligste tidsproblem. Dette starter, når patienten påbegynder udredningen og til behandling kan påbegyndes. NIP-tærskelværdien herfor er 6 uger - men nogle steder er det kun ca. 20 % som behandles inden for denne tidsramme. For hele landet er der dog sket en stigning fra 30 til 33 % - dvs. 10 % relativt - men der er stadig uendelig langt til målet på 85 %!

Man kan så spørge om det virkelig betyder noget afgørende om der går 6, 7, 8 eller flere uger inden behandlingen påbegyndes – sygdommen har jo været flere år om at udvikle sig. JA det gør det – det har vi

kunne iagttage hos mange patienter som i løbet af tidsrummet fra henvisning og indtil behandling påbegyndes går fra at være i en helbredelig til at være i en uheldelig sygdomssituation.

DMCG.dk har netop udarbejdet et notat med anbefalinger som skal sikre et accelereret udrednings- og behandlings-forløb for alle kræftpatienter. I notatet redegøres der for sammenhæng mellem tid og prognose. Baseret på videnskabelige undersøgelser – og herunder en netop offentliggjort dansk – anføres det at:

”Hos ca. 25 % af patienterne havde svulsterne fordoblet deres størrelse i løbet af 35 dage, og 50 % var fordoblet i løbet af 100 dage. Da væksten og dermed svulstvolumen er direkte relateret til mulighederne for helbredelse betyder det, at ventetid på behandling vil forringe resultatet.

Samt ” at med det bedste (konservative) estimat vi kan gøre i dag, vil vi alene hos patienter med denne kræftform forvente, at med de nuværende ventetider vil vi miste ca. 70-80 patienter per år. Det er tankevækkende og dybt frustrerende, at dette tal er betydeligt højere end hvad vi har vundet ved at optimere og forbedre behandlingen i de seneste år. Tilsvarende forhold må - indtil andet er bevist - også forventes at gøre sig gældende for de fleste andre kræftformer.”

Dette er opgjort for patienter med hoved-halskræft, en sygdom som i høj grad udvikler sig som lungekræft. Der er ca. 1100 patienter med denne kræftform årlig – når ca. 3800 årligt får lungekræft kræver det ikke den store regnekraft at skønne over tabet af patienter som kan henføres til de lange ventetider.

Der er gennem de sidste 5 år skrevet et hav af nationale og amtslige/regionale NIP-auditrapporter – hvor de lokale kvalitetsresultater analyseres og forslag til forbedringer beskrives. Der er også sket en række forbedringer – men nationalt set er resultaterne – nu på 5. år helt utilfredsstillende.

Den regionale politiske smertegrænse synes dog nu at være nået og en række initiativer er iværksat. Produktionen er bestemt øget ganske betydeligt – flere patienter udredes på mistanke om sygdom – alle tilbydes dokumenteret behandling etc. – men kvaliteten i hele patientforløbet er ikke forbedret. Det er selvfølgelig ikke muligt at nå tærskelværdien for tid til behandling på 85 % på kort tid – men det som er kritisabelt er, at der ikke er sket væsentlige fremskridt.

Dansk Lunge Cancer Gruppe har måttet erkende at NIP-standarderne ikke længere er aktive – det er aftalt at disse ikke længere offentliggøres som faglige standarder – men i stedet benævnes tærskelværdier – samt at det alene er bekendtgørelsen fra 2001 om ventetider for kræftpatienter som er gældende. Her er der kort fortalt en garanti på 2 uger til indkaldelse til undersøgelse og 2 uger til operation mens der kan gå 4 uger til påbegyndelse af kemoterapi/strålebehandling. Om der så er gået 1, 2, 3, 4 eller flere måneder med udredning falder udenfor garantien. Formålet med NIP-lungecancer projektet var at beskrive, hvorledes patienter kunne behandles inden for 6 uger efter henvisning – som forløber for arbejdet med Den Danske Kvalitetsmodel.

Afrapporteringen herom gennem de sidste 5 år har et så betydeligt omfang, at hvis den læses i en lige linie, vil konklusionen først optræde i en anden tidszone. Undervejs beskrives det, at de væsentligste baggrunde for resultaterne er en organisering – ledelse og holdning som med garanti ikke kan forbedre kvaliteten afgørende!

Men nu er det åbenbart og heldigvis alvor. Et vigtigt skridt herimod er, at afdelinger, ledelser samt de politisk og administrative ansvarlige lever op til kravet om løbende rapportering af data til Dansk Lunge Cancer Register. DLCR er nu en officielt godkendt database hvilket indebærer, at der ikke skal

indhentes samtykke fra patienterne – samt at der skal udgives kvartalsvise rapporter som kan anvendes til dokumentation af aktiviteter, kvalitetsnormer etc. Vi har i alle de nationale NIP-rapporter anbefalet dette – men må fortsat konstatere, at de fleste registreringer finder sted med næsten et års forsinkelse, og at der årligt er et efterslæb på ca. 15 %.

Det må selvfølgelig forventes, at de ansvarlige lever op til juraen og intentionerne omkring de godkendte databaser – således at der nu løbende kan offentliggøres tidstro resultater for kvalitetsudviklingen i behandlingen af en af de kræftsygdomme som udvikler sig mest hurtigt – og følgelig deraf har den største dødelighed.

Såvel borgere som patienter må forvente, at de kvalitetsresultater som offentliggøres beskriver det som tilbydes dagens patient – og ikke hvorledes kvaliteten var for et eller to år siden.

Torben Palshof
Formand DLCCG

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe - beretning

I 2006 har det primært været det lungemedicinske forum (LF) indenfor DDLCG, som har mødtes til diskussioner om status for aktiviteten indenfor udredningen af lungecancer i Danmark.

I 2006 har indberetningen foregået ud fra et nyt indberetningsskema til DLCR. Det nye skema er væsentligt beskåret i forhold til det tidligere og rummer nu ikke meget mere end hvad, der er nødvendigt for indberetningen til NIP. Hensigten med det reviderede skema var at facilitere en høj indberetningsgrad og en nær 'real-time' indberetning. Den løbende indberetning skal gøre det muligt at holde lokale audits med mulighed for intervention indenfor samme år og med mulighed for også at se effekten af en intervention før året udløb. Det har til møderne i LF været det generelle indtryk, at det nye skema har bidraget til begge dele, og at der er opnået enighed om ud fra hvilke kriterier, der skal indberettes. Det har dog desværre p.g.a. en gennemgribende omstrukturering af DLCR's register i løbet af 2006 ikke været muligt for de enkelte afdelinger selv at udtrække de påtænkte løbende rapporter for udredningsaktiviteten i DLCR register. Men det

centrale NIP register har udsendt løbende rapporter til brug for lokale audits. I 2007 vil det nye rapportmodul fra DLCR være i funktion.

Ved møderne i LF har vi også udvekslet erfaringer med nye undersøgelsesmetoder, hvor f.eks. Endoskopisk Ultralydsundersøgelse med finnålsaspiration (EBUS + EUS) nu er taget i brug af hovedparten af Danmarks lungecancerudredende enheder.

Ved møderne har det været et gennemgående tema, at der overalt i landet opleves at være 'flaskehalse' i udredningen. Det største problem for et hurtigere udredningsforløb varierer fra sygehus til sygehus. Vi har i den forbindelse haft diskussioner om udredningsstrategier - specielt den differentierede trinvis udredning versus udredning som 'pakkeløsning'.

Pakkeløsninger i udredningen er fortsat et højaktuelt emne, som er prioriteret højt i de politiske systemer. De hermed foreliggende tal for ventetider under lungecancerudredning i Danmark 2006 viser, trods en lille forbedring for landsgennemsnittet, da også

fortsat et betydeligt forbedringspotentiale - med markant variation mellem regioner og hospitaler. Der er i de lungecancerudredende enheder enighed om, at forudsætningerne for etablering af pakkeløsninger er, at der hver eneste uge er den fornødne kapacitet til rådighed, hele vejen igennem udredningsforløbet på tværs af specialer. Er der underkapacitet for en given undersøgelsesmodalitet i kortere eller længere perioder, konverteres det til ventetid. Dette gør en indførelse af 'pakkeløsninger' for udredning af lungecancer til en tværfaglig team opgave for sygehuset som helhed.

PET-skanning og kombineret PET/CT er metoder som vinder udbredelse i disse år, men metodernes

placering i udredningen af lungecancerpatienter er endnu ikke endeligt fastlagt.

Michael Hansen

Overlæge
Lungemedicinsk afd.
Sønderborg Sygehus
Formand lungemedicinsk forum

Torben Riis Rasmussen

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

Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe - beretning

Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG) er en selvstændig gruppe under DLCG. Består af repræsentanter for alle afdelinger, som tilbyder ikke-kirurgisk behandling til lungecancer patienter, det vil sige enten medicinsk kræftbehandling eller stråleterapi.

Den medicinske kræftbehandling er inde i en betydelig udvikling efter i en periode efter fremgang at have været stagneret. Det virkede vanskeligt at optimere behandlingsresultaterne under anvendelse af de tilgængelige cytostatika. Der er nu i de senere år fremkommet en lang række små molekyler, som targeterer specifikke, intracellulære targets, og disse targeterede behandlinger har vist meget lovende resultater. Længst fremme er angiogenesehæmmere, som i foreløbig én randomiseret undersøgelse har vist sig at øge virkningen af kemoterapi ved inoperabel, ikke-småcellet lungekræft. En lang række randomiserede undersøgelser med andre stoffer er undervejs.

Patienter med ikke-småcellet lungecancer, som har et tidligt stadie og er radikalt opereret har trods dette en høj recidivrate og en alvorlig prognose, trods tilsyneladende radikal operation. Der har i mange år været fokus på adjuverende kemoterapi for at behandle ikke-detekterede mikro-metastaser. Der er nu adskillige randomiserede undersøgelser, som viser værdien af dette koncept, og ligeledes har metaanalyser vist, at der er en øgning af 5-års overlevelsen på over 5% ved anvendelse af adjuverende kemoterapi. Ved de mest aktive, adjuverende kemoterapiregimer er overlevelseseffekten endnu højere. Dette er således nu standard til radikalt opererede patienter med ikke-

småcellet lungecancer og indebærer et betydeligt fremskridt.

Neoadjuverende kemoterapi inden operation med henblik på at mindske tumorbyrden og øge muligheden for radikal operation samt give en meget tidlig behandling af mikro-metastaser er også et lovende behandlingskoncept, men er endnu eksperimentelt. Randomiserede undersøgelser er indledt og kan muligvis forbedre prognosen yderligere. Disse udviklingsprojekter foretages i Danmark i tæt samarbejde med både lungemedicinske og thoraxkirurgiske afdelinger. Med henblik på at optimere DOLG's muligheder for at være en betydende faktor i den internationale udvikling af bedre behandlinger er der indledt en løbende registrering og synliggørelse af, hvilke standardbehandlinger og hvilke forskningsprotokoller, der er aktive på alle i DOLG involverede afdelinger i Danmark. Dette vil øge muligheden for at dels samarbejde omkring forskningsprojekter med henblik på at bedre behandlingerne og dels øge den enkelte patients muligheder for eventuelt blive viderehenvist til afdelingen med en for denne patient ønskede behandling, eventuelt indgåelse i forskningsprojekt.

Disse nye behandlingstiltag har potentiale til at yderligere forbedre overlevelsen for patienter med lungecancer, og dette vil blive registreret i Dansk Lunge Cancer Register.

Jens Benn Sørensen
overlæge, dr.med.
Formand Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe.

Screeningsgruppen under DLCG – beretning

Det danske forsøg med screening for lungekræft blev påbegyndt 1. oktober 2004 efter bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet. I alt 4104 deltagere er optaget i forsøget og rekruttering er afsluttet i marts 2006. Alle deltagere har gennemført 1. screeningsrunde (prevalensscreening) og 2. screeningsrunde er påbegyndt og forventes afsluttet foråret 2007. 3. screeningsrunde er påbegyndt i november-december 2006. Deltagelsen i forsøget er fortsat høj, og det forventes afsluttet med udgangen af 2009.

Ved prevalens screeningen er der påvist 17 tilfælde af lungecancer, svarende til en detektionsrate på 0,83 %. 11 af disse (11/17 = 65 %) blev tilbudt operation, som kunne gennemføres som VATS (kikkertoperation) i 8 tilfælde (72 %). Der har været 7,8 % falsk positive CT undersøgelser. Ved scanningerne er der desuden bl.a. påvist 2 tilfælde af operationskrævende abdominale aortaaneurismer, 1 tilfælde af nyrecancer, 2 tilfælde af malignt lymfom og 1 tilfælde af brystkræft. To deltagere fik foretaget VATS fjernelse af 1) en større benign tumor i mediastinum og 2) et 4 cm stort benignt hamartom i lungen. En deltager fik foretaget VATS pga. pleurale forandringer som viste sig at være tuberkulose.

Forsøget gennemføres i samarbejde med det næsten identiske hollandsk-belgiske forsøg, NELSON, og hvor der planlægges en pooling af resultaterne. Tilsammen vil forsøgene inddrage 20.000 personer, og forventes således at give et væsentligt bidrag til afklaring af om screening med CT scanning kan reducere mortaliteten af lungecancer. Derudover vil forsøget afklare en lang række væsentlige spørgsmål i forbindelse med gennemførelse af et CT screeningsprogram for lungecancer, bla. betydningen af falsk positive prøvesvar. I forbindelse med forsøget er der etableret et udviklingssamarbejde med Datalogisk Institut ved Københavns Universitet, mhp computerbaseret billedanalyse af CT scanninger og udviklingen af COPD (KOL) hos deltagere i forsøget.

Screeningsgruppen har afholdt 4 møder, samt en tværfaglig forskningskonference den 22. marts 2006 med titlen: ”Det danske projekt med screening for lungecancer. Status efter første års screening.”

Jesper Holst Pedersen
Overlæge
Formand for screeningsgruppen

Dansk Kirurgisk Lunge Cancergruppe – beretning

Gruppen har holdt to møder siden sidste rapport. Som tidligere har der været afholdt møde i forbindelse med årsrapporten, hvor resultaterne er grundigt gennemgået og kommentarerne til årsresultatet er drøftet. Ligeledes er der som tidligere afholdt en intern audit over de patienter, der er døde inden for de første 30 dage mhp optimering af det kirurgiske behandlingsforløb.

Den kirurgiske gruppe har endvidere taget initiativ til at danne et Klassisk Forum mhp at samle samtlige klassiske thoraxkirurger en gang om året til udveksling af erfaringer og for at initiere nogle fælles forskningsprojekter, opstille fælles behandlingsplaner for de forskellige ikke-maligne sygdomsgrupper, der ikke indgår i DLCG referenceprogram. Første møde blev afholdt i januar med deltagelse fra alle afdelinger. Tanken er at dette årsmøde afholdes hvert år i januar.

Aktuelt afventes beslutningerne om den fremtidige specialeplanlægning. To af medlemmerne i kirurgigruppen deltager i disse drøftelser som repræsentanter for

Dansk Thoraxkirurgisk Selskab. Det bliver interessant at se om dette indebærer en yderligere centralisering af den klassiske kirurgi. Tidligere er den kirurgiske mesotheliombehandling efter aftale internt mellem de klassiske thoraxkirurger placeret på Rigshospitalet. Andre områder hvor det kunne komme på tale at centralisere behandlingen kunne være operationstyper, hvor der udføres mindre end 5-10 operationer årligt i hele landet. Yderligere har gruppen som tidligere været aktive i den pågående revision af referenceprogrammet.

Hans K. Pilegaard
overlæge
Formand for DKLCG

Dansk Lunge Cancer Register – beretning

2006 var året hvor DLCR gik i luften med version 4, der bl.a. ved repeterede indberetninger fra de onkologiske afdelinger, understøtter en forløbsbaseret registrering af lungecancer i Danmark. 2006 var også året, hvor Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til styrkelse af infrastrukturen for den kliniske kræftforskning omsider var moden til fordeling. To hovedgrupper meldte sig, hver med gode argumenter for at modtage midler: RIK (Regional Infrastruktur for Kræftforskning) delt på tre svarende til de tre kompetencecentre i Øst, Syd og Nord og De Multidisciplinære Cancer Grupper (DMCG) med Dansk Lunge Cancer Gruppe som medlem. Flere modeller for allokering af opgaver og tildeling af midler kom i spil, og Ministeriet så sig nødsaget til at afvise ansøgningerne i første runde, da det viste sig, at for løse retningslinier, havde resulteret i store forskelle mellem, hvad der var søgt om midler til fra landsdel til landsdel. Retningslinierne blev strammet op, og der blev lagt grundlæggende linier for deling af puljen mellem DMCG og RIK, inden man omsider nåede frem til en fordelingsnøgle. Planen indebærer bl.a. en styrkelse af de kliniske forskningsenheder og etablering af en national biobank baseret på et netværk af landets patologi-afdelinger. Dansk Lungecancer Register modtog i 2006 500.000 kr. fra Sygehusejernes fælles databasepulje og til driften i 2007/8 har DLCR af ministeriets puljemidler modtaget tilsagn om 1000.000 kr. Midlerne anvendes – jf. DLCR's budget (Bilag D) - til ledelses- og sekretariatsfunktionerne, drift, programdrift og -udvikling samt statistisk

bearbejdning, forskning og udvikling i Kompetencecenter Syd. Her har professor Anders Green arbejdet videre med den forløbsbaserede model, og det er evident, at den yder en langt bedre forståelse af de udfordringer, der møder sygehusvæsnet i forbindelse med behandling af patienter med lungecancer. Samtidig øger den imidlertid behovet for tidstro registrering, hvilket især er en udfordring for de onkologiske afdelinger, der pålægges mere arbejde og bedre logistik. Her kunne de kliniske forskningsenheder formentlig komme mere ind i billedet. De er blevet styrket af midler fra RIK-puljen, dvs. de har fået flere resurser til bl.a. forskningsorienteret registrering af behandlingsdata. De kliniske forskningsenheder er desværre ikke, modsat DMCG, nationalt organiserede, og det ligger derfor ikke helt lige for, at få etableret en kontakt med henblik på til fælles bedste at bedre den kliniske registrering i de nationale, kliniske databaser. RIK midlerne er ganske vist tiltænkt opbygning af regional infrastruktur for klinisk kræftforskning, men DLCR er jo også regional, se blot på indholdet af denne årsrapport, og med forløbsmodellen og forankringen i Kompetencecenter Syd er der lagt grund til både regional og national dansk lungecancerforskning.

Kell Østerlind
Overlæge, dr.med.
formand for DLCR

Erik Jakobsen
Overlæge
Leder af DLCR

Årsrapport Dansk Lunge Cancer Register - 2006.

Aktuelle rapport

Den foreliggende rapport er Dansk Lunge Cancer Registers 7. årsrapport og vedrører året 2006 samt perioden 2000 - 2006. Indrapporteringerne vedrører alle patienter med diagnosen lungecancer og en 1. henvisningsdato i perioden 1.1.2000 til 31.12.2006.

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

Metode

Data er indsamlet fra de 46 tilsluttede afdelinger. Det drejer sig om 5 thoraxkirurgiske, 29 medicinske/øre-næse-hals og 12 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, 2004, 2005 og 2006. Den onkologiske indrapportering er dog først for alvor opstartet i slutningen af 2003, og 2004 - 2006 er de første år, hvor der er indrapporteret i større omfang fra de onkologiske afdelinger. DLCR har løbende kontakt med de deltagende afdelinger bl.a. m.h.p. at monitorere i hvor høj grad afdelingerne indrapporterer deres patienter.

De udredende afdelingers registrering af henvisningsdato er som udgangspunkt grundlaget for at indplacere patienterne på de enkelte år. 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.

Fra CPR-registeret er der indhentet oplysninger om de indberettedes navn, adresse på diagnosetidspunktet (kommunekode) og status (død/levende). Disse oplysninger er anvendt til at placere patienterne i regioner og til beregning af overlevelser. Sidste samkøring med CPR-registeret er foretaget d. 27. marts 2007, 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 regioner bliver disse udsving endnu tydeligere. De seneste offentliggjorte tal fra Cancerregisteret for de regionale 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 2001!

Denne årsrapport er den første, hvor oplysninger om patologidata var planlagt til primært stammer fra Patobanken. Man har herfra været meget positive og samarbejdsvillige over for DLCR. Patologioplysningerne i Patobanken blev landsdækkende i løbet af 2003, og vi har i denne årsrapport valgt at prioritere oplysningerne fra Patobanken som primære patologikilde, dvs. at findes der på en patient oplysninger om primær lungecancer i Patobanken, er disse oplysninger søgt anvendt, og kun i de tilfælde, hvor dette ikke er tilfældet, har vi anvendt "egne" patologioplysninger i DLCR. Imidlertid har analyse af data med denne baggrund vist at resultaterne afviger i så høj grad fra tidligere registreringer i DLCR og fra den kliniske virkelighed. Man har derfor i år valgt at undlade oplysninger om patologi i årsrapporten og i stedet udgive en rapport herom i efteråret 2007.

I Patobanken findes oftest flere records på sammen patientforløb som en afspejling af, at der typisk tages flere prøver på samme patient. Disse prøver er oftest entydige, således at der kan dannes en overordnet patologidiagnose, men i en del af tilfældene er prøvesvarende i indbyrdes logisk modstrid med hinanden. Det kan f.eks. dreje sig om patienter med både adenocarcinom og planocellulært karcinom eller om både småcellet og ikke-småcellet karcinom. I den

datamæssige behandling af disse patienter er vi indtil videre nødsaget til at behandle disse patienter som blandingstyper, og nærværende årsrapport ville have forholdsvis mange af disse patienter.

Udviklingsarbejdet det kommende år vil se nærmere på denne gruppe af patienter. Ligeledes vil vi nærmere vurdere den gruppe patienter, vi har i DLCR fra efter 2004 uden data fra Patobanken, og den gruppe patienter vi ikke har i DLCR, men som findes med primær lungecancer i Patobanken.

Når man sammenligner data fra de udredende regioner er det vigtigt at huske, at de enkelte regioner er meget forskellige både hvad angår diagnostisk strategi, opbygning og ressourcer og at indberetningerne kan være behæftet med (mindre) fejlkilder. Nærmere om disse fejlkilder i de tidligere årsrapporter.

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). Hvis man sammenligner opgørelserne i denne rapport med data i NIP-rapporten kan der være små uoverensstemmelser betinget af lidt forskellige opgørelser algoritmer for inklusionskriterier. Disse forskelle er dog helt marginale.

Statistik

DLCR samarbejder med Det Regionale Kompetencecenter for Kliniske Kvalitetsdatabaser i Region Syd. Centeret nu er tilført personaleresurse og kompetencer på de epidemiologiske og statistiske område, hvilket i de kommende års rapporter vil komme endnu tydeligere frem.

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 viser 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.
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. Inden for det onkologiske område er der fortsat plads til forbedringer. 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 rapporter.
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 at 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 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 overlevelsesser

Her viser vi overlevelseshæfter (1, 2 og 5 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 stadietfordeling. Den forventende rate f beregnes som

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

med n_i antal af personer i stratum i i den pågældende afdeling og r_i den overlevelseshæfter i stratum i i hele populationen (per år eller samlet). Strata er 5 års aldersklasser, køn og stadiet (8 klasser), hvilket giver max $13 * 2 * 8 = 208$ klasser.

Overlevelseshæfter 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 regioner med hensyn til overlevelseshæfter

Her viser vi først en graf med Kaplan Meier kurver stratificeret med hensyn til afdeling/region. Derefter

Definitioner

Diagnosetidspunktet: Beregnes ud fra datoen, som de udredende afdelinger har anført, for hvornår de har modtaget henvisningen på patienten.

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 udredning: Datoen fra modtagelse af henvisningen fra egen læge i udredende afdeling til datoen patienten informeres om resultatet af udredningen / henvises til behandling/ afsluttes.

viser vi en tabel med alder, køn og stadium standardiserede hæfter (1, 2, og 5 år) sammen med 95 % konfidensintervaller, med afdelinger/regionerne i alfabetisk rækkefølge. De standardiserede hæfter er beregnet som

$$s = \frac{\sum_i N_i r_i}{\sum_i N_i}$$

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

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

Werner Vach
Professor
Forskningsenheden for Statistik
Syddansk Universitet

Erik Jakobsen
Overlæge,
Leder DLDR

Varighed af kirurgisk ventetid: Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til operationsdato.

Varighed af onkologisk ventetid: Datoen fra modtagelse af henvisning fra udredende afdeling til start af behandling.

Indberettede patienter: Patienter indberettet fra deltagende afdelinger.

Aldersstandardiserede hæfter: Se i statistik metode afsnit.

Generelle resultater

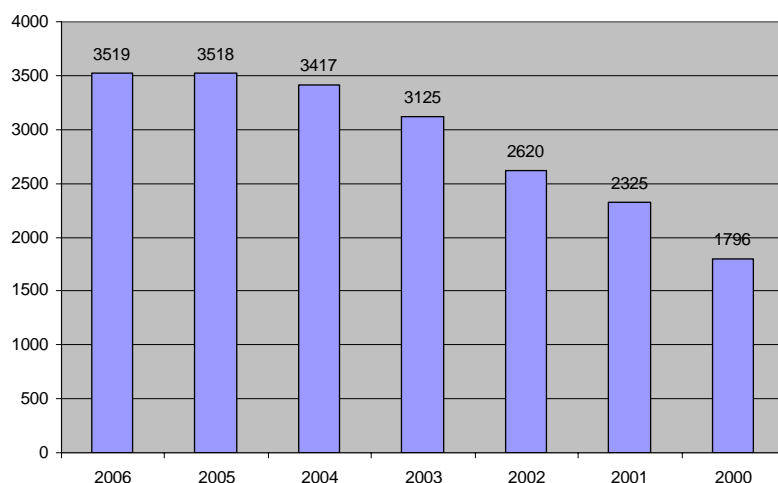
Patientmaterialet

Incidens, overlevelse, alder og kønsfordelingen.

Der er i 2006 i alt optaget 3519 patienter i registeret fra de deltagende afdelinger. I rapporten angives pga. de anførte problemer med Sundhedsstyrelsens

Cancerregister ikke data vedrørende cancerregisterpatienter. Der er optaget 1881 mænd (53,4 %) og 1638 kvinder (46,6 %). I perioden 2000 - 2006 er der fra de deltagende afdelinger indberettet kliniske data på 20.320 patienter i registeret. De optagne patienter i perioden 1. januar 2000 til 31. december 2006 fordeler sig således:

Fig. 1:



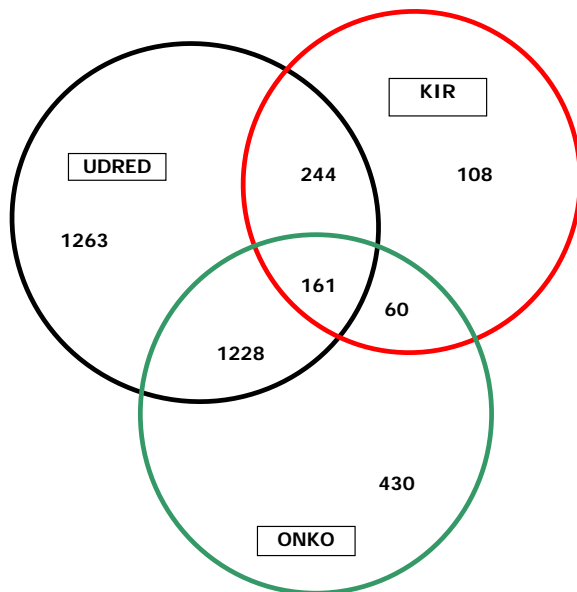
En ekstern validering af kompletheden af patientregistreringen i Dansk Lungecancerregister forudsætter samkørsel med Cancerregistret i Sundhedsstyrelsen. På tidspunktet for udarbejdelsen af nærværende rapport er Cancerregistreret imidlertid ikke opdateret med relevante data for år 2006, hvorfor denne form for kompleksanalyse ikke har kunnet foretages.

I lighed med sidste årsrapport foretages der en alternativ vurdering af kompletheden af patientregistreringen under udnyttelse af det forhold, at patientpopulationen i DLCC indberettes af tre forskellige instanser (udredende afdelinger; kirurgisk behandlende afdelinger, og onkologisk behandlende afdelinger) *uafhængigt af hinanden*. Beregningsprincipperne følger den såkaldte *capture-recapture* metode, anvendt på tre af hinanden uafhængige indberetningskilder.

Fig. 2 viser alle de 3519 indberettede tilfælde af primær lungecancer (i henhold til den overordnede klassifikation) med diagnose i kalenderåret 2006, fordelt på indberetningskilder og deres indbyrdes overlap. Der er således 161 patienter, som er indberettet fra alle tre kilder; 108 patienter er indberettet fra en kirurgisk behandlende afdeling uden at være indberettet fra hverken en udredende eller onkologisk behandlende afdeling. 430 patienter er udelukkende indberettet via en onkologisk behandlende afdeling.

Disse tal reflekterer dels manglende indberetning, dels forventede forhold. Således må det forventes, at et vist (om end formentligt beskedent) antal patienter henvises direkte til kirurgisk og/eller onkologisk behandling fra anden afdeling end en udredende afdeling. Hertil kommer, at ikke alle udredte patienter nødvendigvis bliver behandlet.

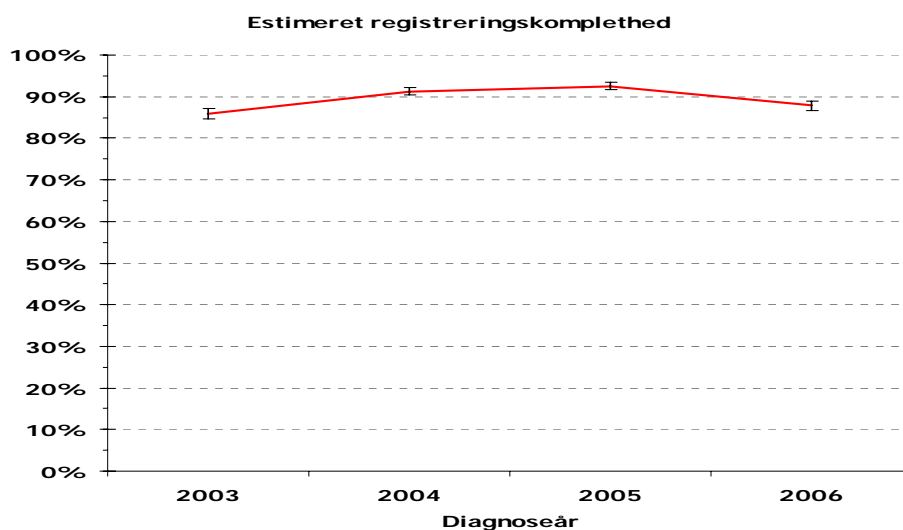
Fig. 2:



Udnyttes den information, der er tilgængelig i Figur 2, til en analyse efter capture-recapture-metoden, fremkommer for hvert diagnoseår en række skøn over dels den overordnede kompletthedsgrad, dels det antal tilfælde der burde have været indberettet.

Komplethedsgraden er også sammenfattet i Figur 3, ligeledes med 95 % -sikkerhedsintervaller. Det observerede ”dyk” i datakompletheden for 2006 er formentlig betinget af endnu ikke registrerede onkologiske forløb.

Fig. 3:



Patienternes mediane alder i 2006 er 69 år (range 32 - 98, 95 % percentil: 51 og 84). Mændenes mediane alder er 69 år (range 34 - 93, 95 % percentil: 52 og 84) og kvindernes 68 år (range 32 - 98, 95 % percentil: 49 og 84).

Overlevelsen for optagne patienter med primær lungecancer i perioden 2000-2006 er vist i figur 4a.

I opgørelsen er medtaget alle patienter, med diagnosen c34.x (n=20320). I fig. 4b er overlevelsen for den del af DLCR populationen, der har cytologisk eller histologisk verificeret lungecancer, vist til sammenligning (n=17358)

Fig. 4a:

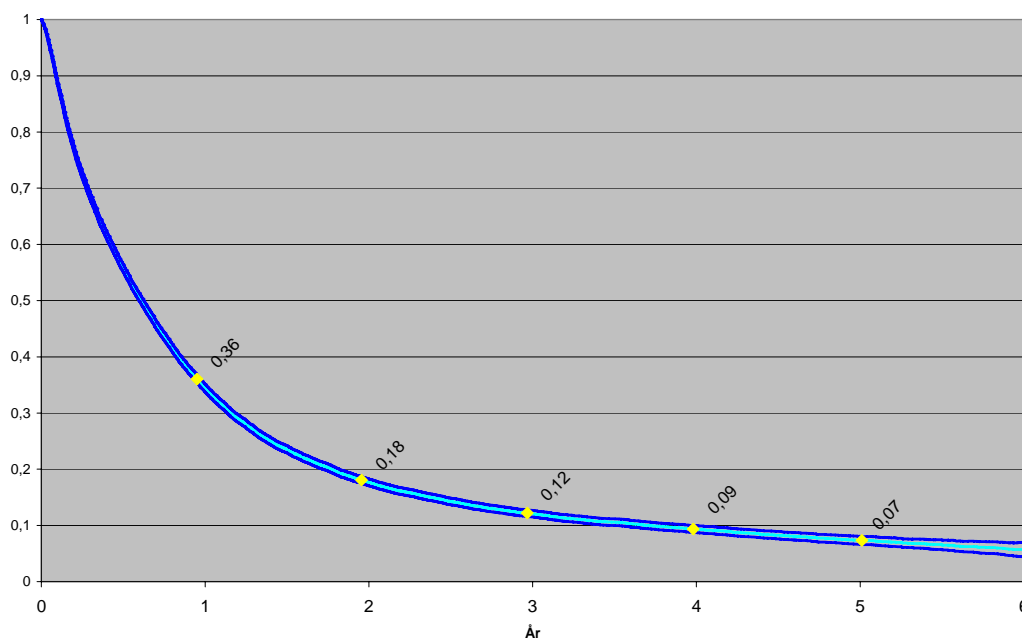
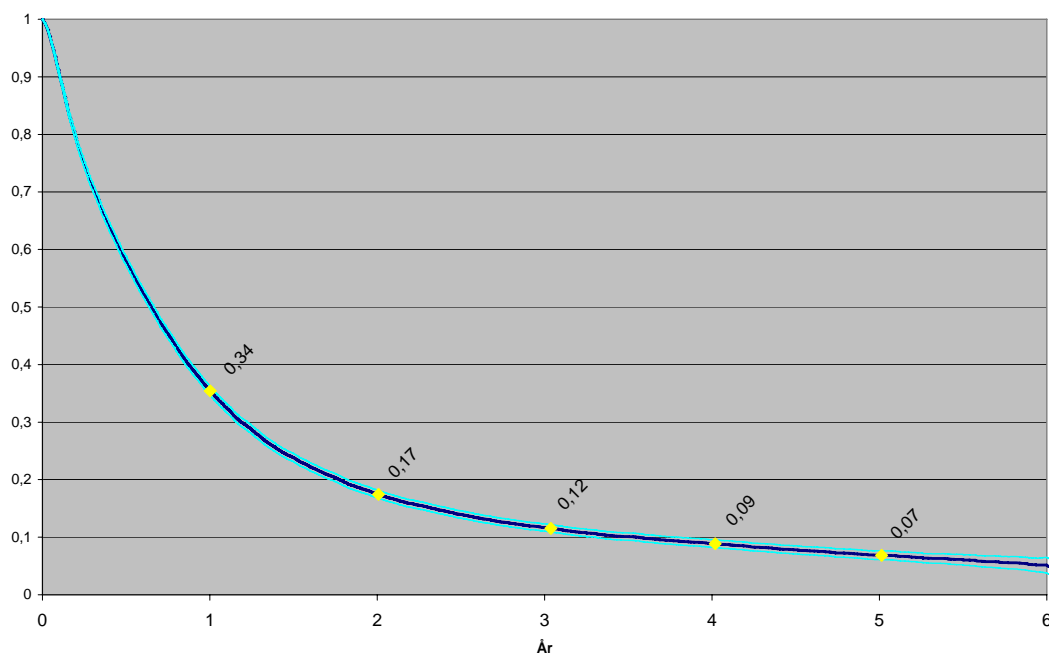


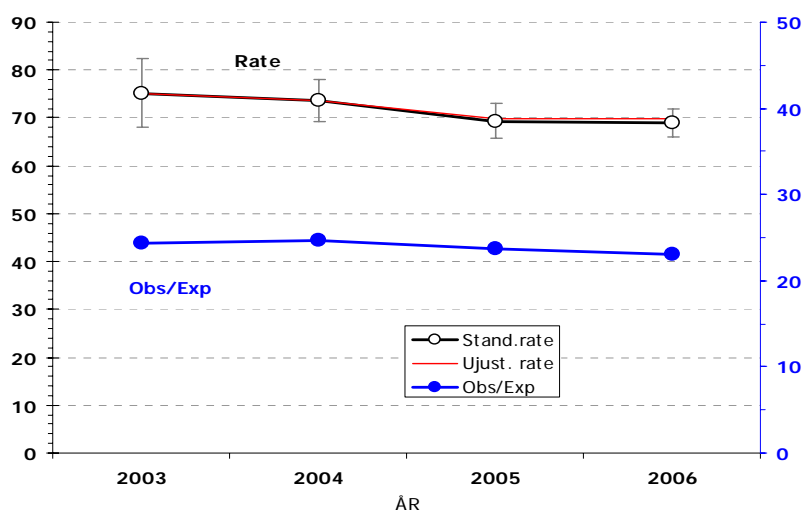
Fig. 4b:



De beregnede mortalitetsrater for hele populationen med primær lungecancer kan opstilles i følgende figur 5. Kurverne viser dels registerpopulationens mortalitetsrate per 100 leveår og tilsvarende standardiseret i forhold til baggrundsbefolkningen. Desuden vises antal døde i forhold til det generelle antal døde i DK, idet der er taget hensyn til alder og køn (Obs/Exp). Ved vurderingen af kurverne er det vigtigt at tage i betragtning, at populationerne i de enkelte år ikke er helt sammenlignelige. Således var datakompletheden i 2000 og 2001 ikke tilfredsstillende, hvilket gør, at der sandsynligvis

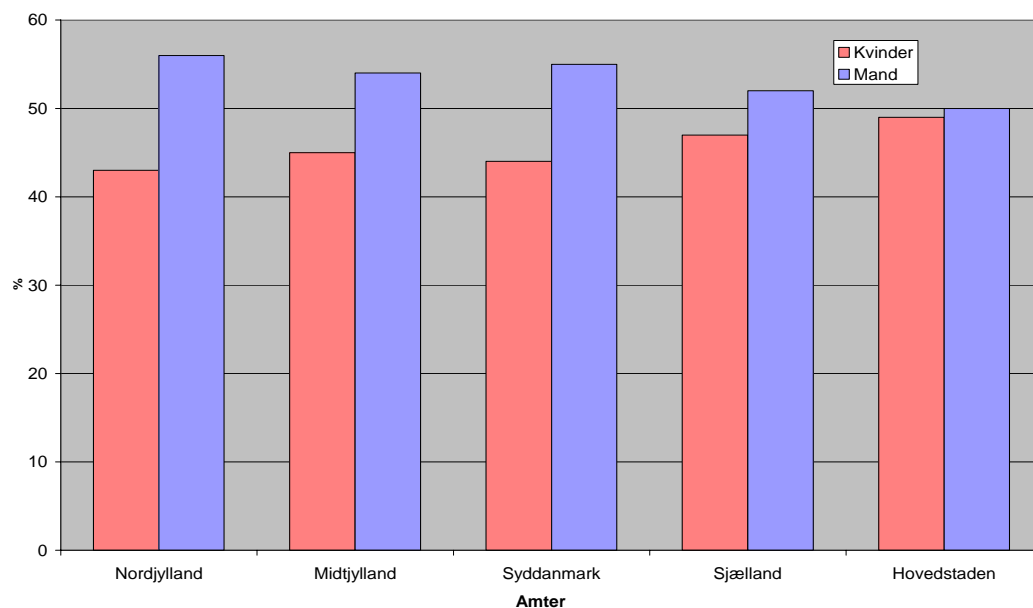
mangler en del patienter med forholdsvis højt stadie og dårlig prognose. Modsat var kirurgipopulationen i de år næsten komplet, hvorfor denne populations relativt gode prognose trækker i den anden retning. Fraset år 2006 er mortalitetsraten faldende, men er fremdeles på et overordentligt alvorligt niveau. En mortalitetsrate på 70 pr. 100 patientår svarer til, at den gennemsnitlige levetid efter diagnose er ca. 1,4-1,5 år. Den relative dødelighed (udtrykt ved observeret antal døde i forhold til forventet antal døde) viser en svagt faldende tendens.

Fig. 5.:



På regionsbasis fordeler patienterne sig i 2006 på køn sig procentuelt således:

Fig. 6:



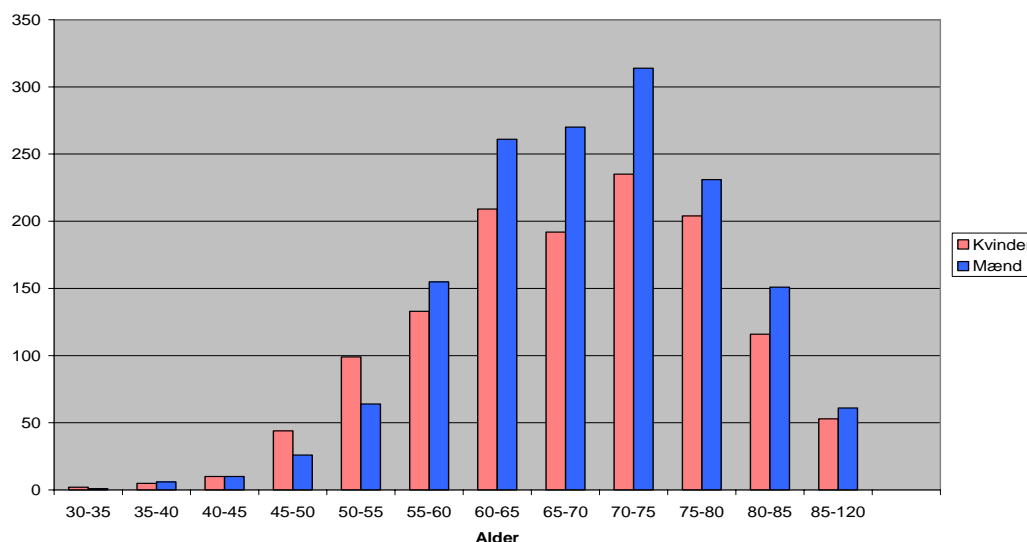
Kønsfordelingen har i perioden 2000 - 2006 udviklet sig procentuelt således:

Tabel 1:

	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Kvinder	46	46	45	45	44	43	42
Mænd	54	54	55	55	56	57	58

Som det fremgår ses en stigende andel af kvinder. De i 2006 indberettede patienter fordeler sig efter køn og alder på følgende måde:

Fig. 7:



De indberettende medicinske, øre-næse-hals og lungemedicinske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 98 patienter, median 109 (range 2 - 329). I alt er der indberettet 2861 patientforløb fra disse afdelinger. De kirurgiske og thoraxkirurgiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 131 patienter, median 127 (range 70 - 176). I alt er der indberettet 658 patienter fra disse afdelinger. De onkologiske afdelinger har gennemsnitlig indberettet 172 patienter, median 186 (range 19 - 346). I alt er der indberettet 2067 patienter fra disse afdelinger.

Ovennævnte tal er opgjort per 15. marts 2007. 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, 2004, 2005 og 2006 været således:

Tabel 2:

	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Udredning	2861	2700	2696	2471	2033	1947	1361
Kirurgi	658	648	634	623	623	443	503
Onkologi	2067	2194	2258	1392	882	498	86
Indberetninger i alt	5586	5542	5588	4486	3538	2888	1950
Antal patienter	3519	3314	3363	3035	2554	2277	1671

Udredende afdelinger

Forord

Udredningen af lungecancer 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. Dette har også stor betydning for de patienter, som ikke har lungekræft. Vi søger til stadighed gennem udvikling og implementering af nye metoder i den daglige diagnostik at optimere opfyldelsen af ovenstående målsætning.

Det forventes at indførelsen af nye diagnostiske metoder såsom endoskopiske ultralydsundersøgelser (EBUS og EUS) 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 hele landet er der i alt 29 lungemedicinske afdelinger som har indberettet til DLCR.

Datakompletheden for indberetningen er beregnet til 88 % og må betegnes som god og stabil sammenlignet med sidste år.

Vi kan konstatere, at der generelt er klare forbedringer af resultaterne, men at der fortsat er steder, hvor standarderne ikke opfyldes helt.

Der er som tidligere forskelligheder i udredningsmønstret og anvendte undersøgelsesmetoder mellem de forskellige indberettende afdelinger. Men alle de udredende afdelinger har et struktureret udredningsforløb, som individuelt tilpasses og optimeres efter de lokale forhold.

Resultaterne vedrørende stadietildelingen viser som i de tidligere år desværre et stort antal patienter, som er inoperable på diagnosetidspunktet, og der er således fortsat behov for en øget fokus på sygdommen hos risikogrupperne. Her vil resultaterne af det igangværende screeningsprojekt måske vise sig værdifuldt.

Vedr. overlevelsestallene i tabel 5 skal det bemærkes at talmaterialet er af begrænset størrelse, og der kan være grund til at overveje, om der er en vis selektionsbias. Men samlet set er der en tendens mod en forbedret langtidsoverlevelse for danske lungecancerpatienter, og dette må tages som en positiv effekt af blandt andet den øgede indsats inden for diagnostikken.

Data viser, at der er et potentiale for forbedringer af den præoperative stadietildeling. Her vil en forventet fremtidig øget anvendelse af PET/CT i udredningen af patienterne formentlig vise sig værdifuld.

Den vedblivende høje andel af primært inoperable patienter, og den fortsatte stigning i de yngre aldersgrupper, med en tydelig overvægt af kvinder, opfordrer til øget fokus på sygdommen med øget profylaktisk indsats.

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

Michael Hansen
Overlæge
Lungemedicinsk afd.
Sønderborg Sygehus
Formand for Lungemedicinsk Forum

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

Patientmaterialet

Udredningen af de indberettede lungecancerpatienter foregik i 2006 på 29 lungemedicinske, medicinske og øre-næse-hals afdelinger. Afdelingerne har indberettet følgende antal patientforløb med

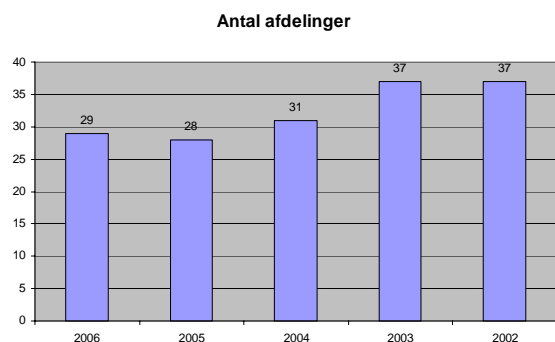
lungecancer (C34). Patienterne i tabel 3 er allokeret efter udredende afdeling uafhængig af bopælskommune. Et cpr-nummer tælles kun med én gang.

Tabel 3:

Afdeling	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Bispebjerg	236	215	233	219	212	286	249
Hvidovre	29	20	32	36	27	27	24
Amager	4	-	-	9	15	-	-
Frederiksberg	10	10	13	16	13	15	17
Gentofte	329	304	288	340	324	361	103
Hillerød, afd. B	4	11	51	10	3	-	-
Hillerød, afd. F	-	-	-	10	6	-	-
Helsingør	-	-	23	22	2	-	-
Frederikssund	133	77	67	50	-	-	-
Roskilde	89	94	105	96	99	108	57
Holbæk	213	180	129	87	15	38	3
Slagelse	2	-	-	-	4	18	22
Næstved	137	114	116	99	90	44	6
Nykøbing F	41	75	67	25	-	-	-
Bornholm	29	30	14	36	6	6	4
Odense	179	202	199	221	181	177	160
Odense, ØNH	-	-	-	-	-	2	1
Middelfart	11	32	53	41	13	27	34
Svendborg	109	83	61	61	7	3	-
Svendborg, ØNH	-	-	-	-	-	17	36
Sønderborg	125	57	34	46	34	45	38
Haderslev	20	48	42	27	30	12	1
Tønder	-	12	24	29	30	14	21
Åbenrå	-	11	9	7	6	1	-
Esbjerg, ØNH	125	138	132	117	117	100	27
Fredericia	41	-	-	-	-	-	-
Vejle	183	209	196	163	187	68	51
Holstebro	131	125	135	123	120	104	102
Tarm	-	-	-	-	1	-	-
Ringkøbing	-	-	1	1	6	-	-
Herning	-	-	2	8	1	-	4
Silkeborg	63	57	68	52	6	6	45
Århus	142	180	146	157	100	149	34
Århus, ØNH	-	-	-	-	-	-	3
Randers	124	121	92	97	67	52	96
Odder	-	-	-	5	30	26	23
Grenå	-	-	-	1	19	32	-
Viborg	116	122	118	123	5	-	-
Skive	-	-	-	2	73	81	100
Ålborg	186	153	168	66	60	48	58
Hjørring	42	60	63	63	90	63	2
Farsø	-	-	-	10	2	-	-
Frederikshavn	8	14	16	2	9	18	18
DK	2861	2754	2697	2474	2033	1948	1361

Antal indberettende udredende afdelinger i perioden 2002 – 2006:

Fig. 8:



Antal indberettede i DLCR fra de enkelte regioner. Her allokeres patienterne efter bopælskommune. Et cpr-nummer tælles kun med én gang:

Tabel 4:

Region	Antal indberettede udredninger til DLCR	Antal indberettede totalt til DLCR	Indbyggere	Antal registrerede i DLCR / 100.000 indbyggere i regionen	Antal indberettede operationer (resektioner) til DLCR	DLCR "resektionsrate"
Udland	-	17	-	-	7	-
Nordjylland	283	383	576.972	66	80	21
Midtjylland	595	698	1.227.428	57	154	22
Syddanmark	722	826	1.189.817	69	111	13
Sjælland	482	619	816.118	76	89	14
Hovedstaden	770	958	1.636.749	59	153	16
Uoplyste	9	18	-	-	6	-
DK	2861	3519	5.447.084	65	600	17

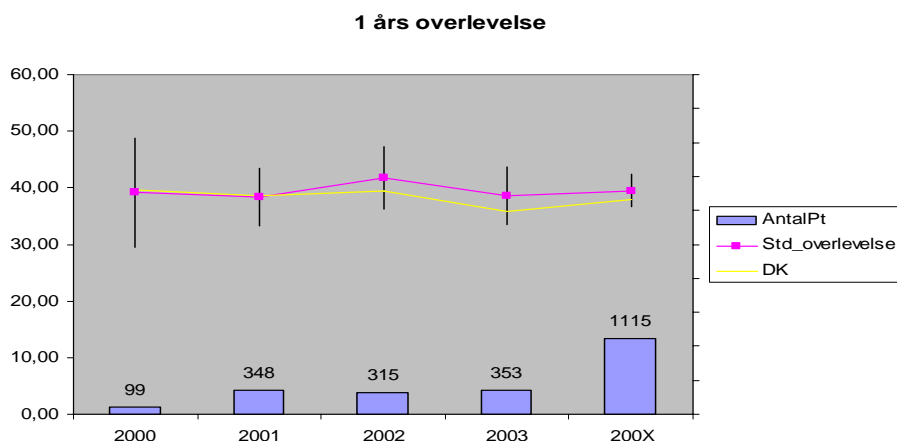
Overlevelse

I bilagsmappen findes som bilag 1 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne med 1, 2 og 5 års overlevelser, vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 og 2000-2006 (200x)) den standardiserede overlevelses rate anført med +/- 95 % konfidensinterval. Raten er standardiseret for alders-, køns- og stadieforskelle mellem afdelingerne. I graferne er desuden anført DK observeret overlevelse og DK-standarden 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-standarden og antal indberettede patienter:

Fig. 9:



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 – 2006 med henholdsvis 1, 2 og 5 års observationsperiode, kan følgende tabel opstilles med antal medregnede patienter. Der er tale om ”rå” overlevelsesrater i modsætning til graferne i bilagsmappen, der viser raterne standardiseret for køn, alder og stadie. I parenteser er anført øvre og

nedre konfidensinterval. Afdelinger med samlet mere end 100 patienter med mere end 1, 2 og 5 års observation er medtaget. I det hele taget skal tabellen analyseres og tolkes på baggrund af viden om de enkelte afdelingers datagrundlag (forskel i patientmaterialet) og datakomplethed (kun medtaget afdelinger der har indberettet over 100 patienter per periode):

Tabel 5a:

Afdeling	1 års observation		2 års observation		5 års observation	
	Antal	1 års overlevelse	Antal	2 års overlevelse	Antal	5 års overlevelse
Bispebjerg	1420	45 (42-47)	1205	26 (23-28)	535	13 (10-16)
Hvidovre	164	13 (8-18)	146	5 (1-8)	-	-
Gentofte	1720	40(34-42)	1416	21 (19-23)	464	14 (11-17)
Frederikssund	194	28 (31-44)	117	15 (9-22)	-	-
Roskilde	559	42 (38-46)	465	27 (23-31)	165	20 (14-26)
Holbæk	452	37 (33-42)	272	18 (14-23)	-	-
Næstved ny	242	36 (30-42)	128	19 (12-26)	-	-
Nykøbing F	146	32 (25-46)	-	-	-	-
Næstved gml	227	35 (25-35)	227	19 (14-24)	-	-
Odense	1140	34 (31-37)	938	18 (16-21)	337	8 (5-11)
Middelfart	158	37 (30-45)	126	23 (16-30)	-	-
Svendborg	214	30 (24-36)	131	18 (12-25)	-	-
Sønderborg	251	37 (31-43)	194	23 (18-29)	-	-
Haderslev	160	43 (35-51)	112	24 (16-32)	-	-
Tønder	130	43 (35-52)	118	27 (19-35)	-	-
Esbjerg	631	35 (32-39)	493	17 (14-20)	127	6 (2-10)
Vejle	874	42 (39-45)	665	24 (21-27)	119	22 (14-29)
Holstebro	709	37 (34-41)	584	22 (19-26)	206	14 (9-19)
Silkeborg	234	34 (28-40)	177	19 (13-24)	-	-
Århus	765	42 (38-45)	585	25 (21-28)	182	14 (9-19)
Randers	525	34 (30-38)	404	16 (13-20)	148	7 (3-11)
Skive ny	368	43 (38-48)	246	19 (14-24)	-	-

Skive gml.	256	35 (29-41)	256	21 (16-26)	181	11 (7-16)
Ålborg	551	40 (36-44)	398	18 (14-22)	105	13 (7-20)
Hjørring	341	30 (25-35)	281	15 (11-20)	-	-
DK	13 255	38 (37-39)	10506	21 (20-21)	3307	12 (11-13)

Tilsvarende data vist på regioner:

Tabel 5b:

Region	1 års observation		2 års observation		5 års observation	
	Antal	1 års overlevelse	Antal	2 års overlevelse	Antal	5 års overlevelse
Nordjylland	1210	36 (33-38)	940	17 (15-19)	275	10 (6-13)
Midtjylland	3101	38 (36-39)	2467	21 (19-22)	848	11 (9-13)
Syddanmark	3420	37 (35-38)	2701	20 (19-22)	797	10 (8-12)
Sjælland	1719	39 (36-41)	1249	22 (19-24)	307	14 (10-18)
Hovedstaden	3798	39 (38-41)	3144	21 (20-23)	1078	13 (11-15)

Vist grafisk er de samlede overlevelser for de anførte afdelinger således (afdelinger medtaget ved mere end 100 patienter observeret):

Fig. 10a:

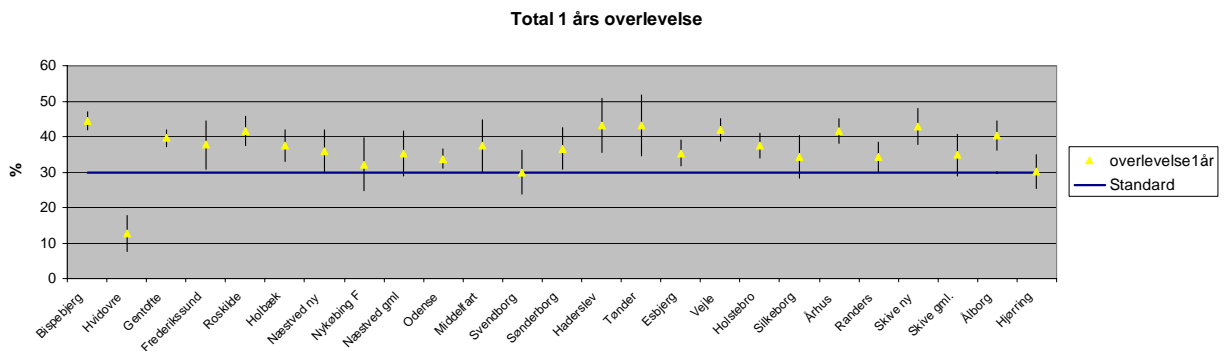


Fig. 10b:

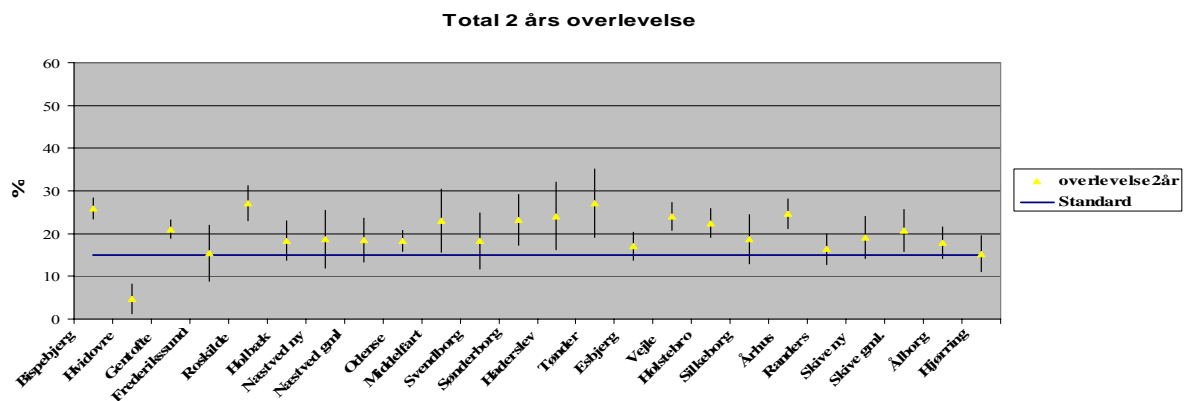
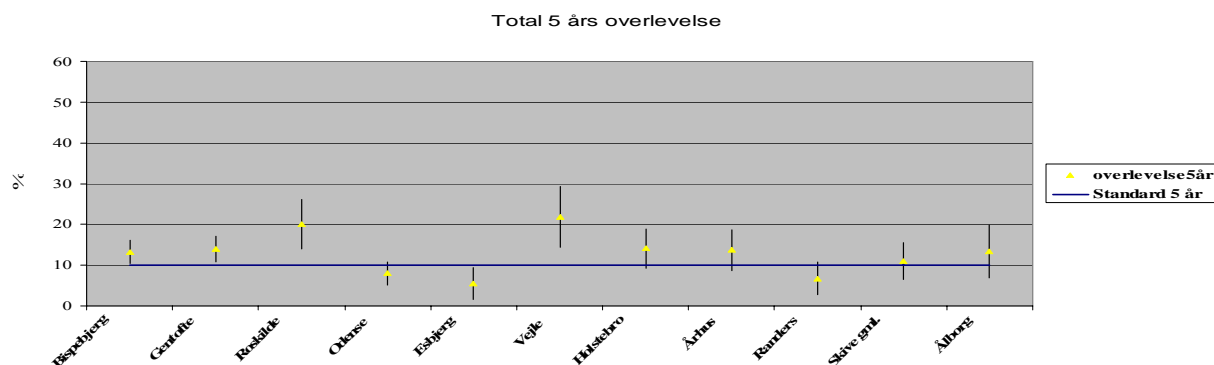


Fig. 10C



Ventetider

I årsrapporten fra Det Nationale Indikatorprojekt offentliggøres følgende udredningstider på udredning af lungecancer dvs. tid fra den henvisende afdeling

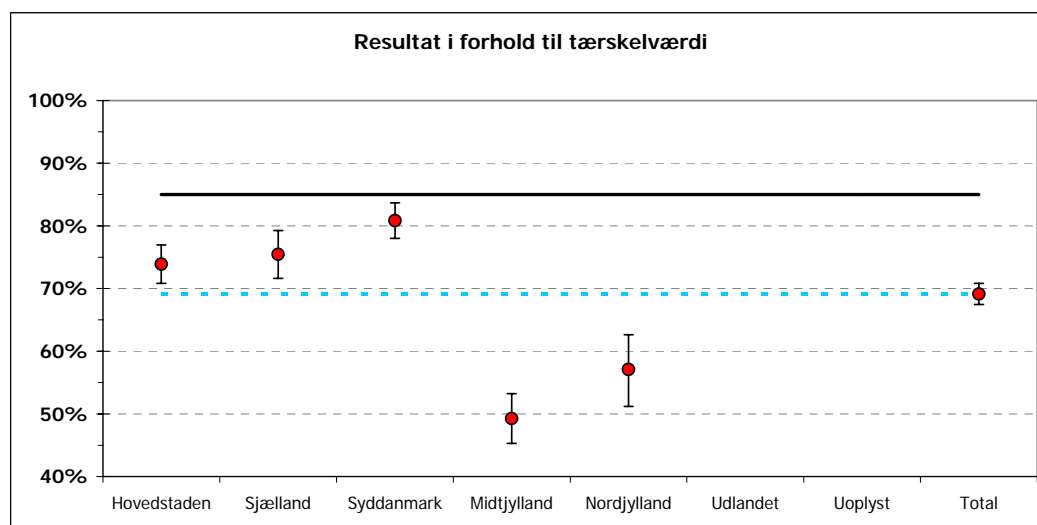
modtager henvisningen til udredningen er afsluttet dels for de enkelte regioner.

Tabel 6:

INDIKATOR IIIa: Andel af patienter udredt inden for garanteret udredningstid: 28 dage								Proportioner, tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2006								Komplethed			
Patient bopæl	Nævner	Tæller	Proportion	CL (lav)	CL (høj)	Antal med manglende data	%	2005	2004	2003	Alle år
Hovedstaden	782	578	73,9%	70,8%	77,0%	0	100,0%	65,3%	62,8%	64,2%	66,7%
Sjælland	497	375	75,5%	71,6%	79,3%	0	100,0%	67,2%	72,0%	69,9%	71,3%
Syddanmark	741	599	80,8%	78,0%	83,7%	0	100,0%	76,0%	76,9%	75,1%	77,3%
Midtjylland	605	298	49,3%	45,3%	53,2%	0	100,0%	52,7%	60,1%	52,7%	53,7%
Nordjylland	289	165	57,1%	51,2%	62,6%	0	100,0%	60,8%	54,8%	54,0%	56,9%
Udlandet	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	2914	2015	69,1%	67,5%	70,8%	0	100,0%	65,2%	66,3%	64,4%	66,3%

Grafisk fremstillet fordeler ventetiderne sig på regioner sig således:

Fig. 11:



Udredningsmetoder

Patienterne udredes med en lang række metoder. I tabel 7 ses de anvendte udredningsmetoder (%) i de enkelte regioner. Ved vurdering af tabellen bør man være opmærksom på forskelle i udredningsmønstre. Bronkoskopi og mediastinoskopi vedrører alle typer sådanne. Biopsier er nærmere beskrevet i tabel 8.

I bilagsmappens bilag 2 findes de enkelte afdelingers undersøgelsesmetoder anført. Kolonnen mediastinoskopi er inklusiv antal udført og registrerede på kirurgiske afdelinger jvn.f. bilag 10 tabel 9.

Tabel 7a:

Region	Antal	Ekspektorat	Bronkoskopi	Mediastinoskopi	CT Thorax	UL abdomen
Nordjylland	283	3%	60%	31%	96%	5%
Midtjylland	595	1%	61%	34%	98%	14%
Syddanmark	722	0%	63%	23%	96%	4%
Sjælland	482	3%	72%	8%	89%	5%
Hovedstaden	770	0%	78%	10%	96%	4%
DK	2861	1%	68%	20%	95%	6%

Region	Antal	Andre biopsier	Pleuracentese	Scintigrafi	EUS	EBUS	PET
Nordjylland	283	23%	11%	1%	0%	1%	4%
Midtjylland	595	40%	9%	6%	1%	2%	2%
Syddanmark	722	28%	7%	2%	0%	1%	6%
Sjælland	482	20%	9%	4%	7%	3%	5%
Hovedstaden	770	32%	5%	2%	6%	4%	13%
DK	2861	30%	8%	3%	3%	2%	7%

I DLCR registreres hvilken konkret undersøgelse, der giver anledning til diagnosen hos den enkelte patient. Oplysningerne registreres i et tekstfelt og kondenseres disse oplysninger, kan der opstilles følgende tabeller

opdelt på regioner. Tilsvarende tal fordelt på afdelinger findes i bilag 4:

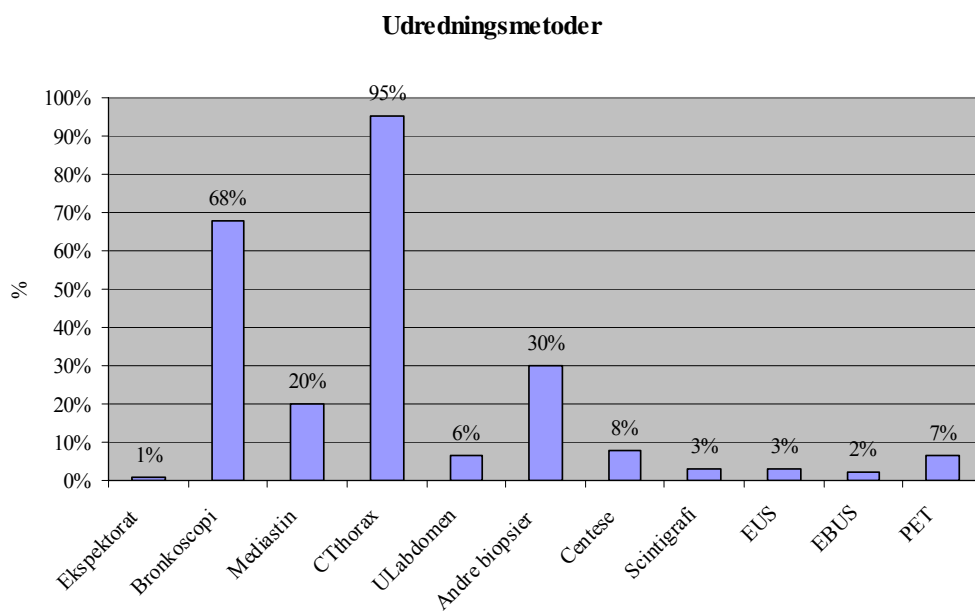
Tabel 7b:

Diagnosen fundet ved	Region, hvor diagnose blev stillet					Hele landet	
	Hovedstaden	Sjælland	Nordjylland	Midtjylland	Syddanmark	Andel	Antal
01 - Bronkoskopi	47,4%	43,8%	32,6%	23,4%	31,0%	36,2%	1036
02 - Bronkomediastinoskopi	2,1%	0,6%	17,8%	6,8%	6,8%	5,4%	154
03 - Transthoracale biopsier	25,8%	12,7%	13,6%	33,0%	23,6%	23,4%	670

04 - Expectorat	-	-	1,3%	0,3%	-	0,2%	5
05 - Pleuravæske	1,8%	2,7%	5,5%	2,8%	3,5%	2,9%	84
06 - EUS	-	-	-	0,5%	0,1%	0,1%	4
07 - Thoracoskopi	0,3%	-	0,4%	0,7%	0,3%	0,3%	9
08 - Thoracotomi	1,8%	0,6%	3,8%	0,7%	1,8%	1,5%	44
09 - Andre biopsier	8,8%	7,1%	10,2%	9,9%	7,7%	8,5%	244
10 - Autopsi	0,1%	0,4%	0,4%	-	0,1%	0,2%	5
11 - Billeddiagnostik/klinik	7,9%	3,9%	2,5%	2,1%	9,3%	6,0%	172
12 - Felt fejlagtigt udfyldt	0,8%	0,4%	1,3%	1,6%	1,8%	1,2%	34
13 - Felt ikke udfyldt	3,2%	27,8%	10,6%	18,2%	14,0%	14,0%	400
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	2861
Antal anmeldte	774	482	236	576	793	2861	-

For hele landet kan procedurernes fordeling vises grafisk således:

Fig. 12:



De transtorakale og andre biopsier fra tabel 7 og figur 12 fordeler sig således:

Tabel 8:

REGION	Antal	Pleurabiopsi	TTNABUL	TTNABCT	TTNABRTG	Andre biopsier
Nordjylland	283	0%	8%	13%	4%	23%
Midtjylland	595	1%	6%	17%	17%	40%
Syddanmark	722	0%	3%	24%	11%	28%
Sjælland	482	3%	6%	6%	12%	20%
Hovedstaden	770	0%	1%	7%	25%	32%
DK	2852	1%	4%	14%	13%	30%

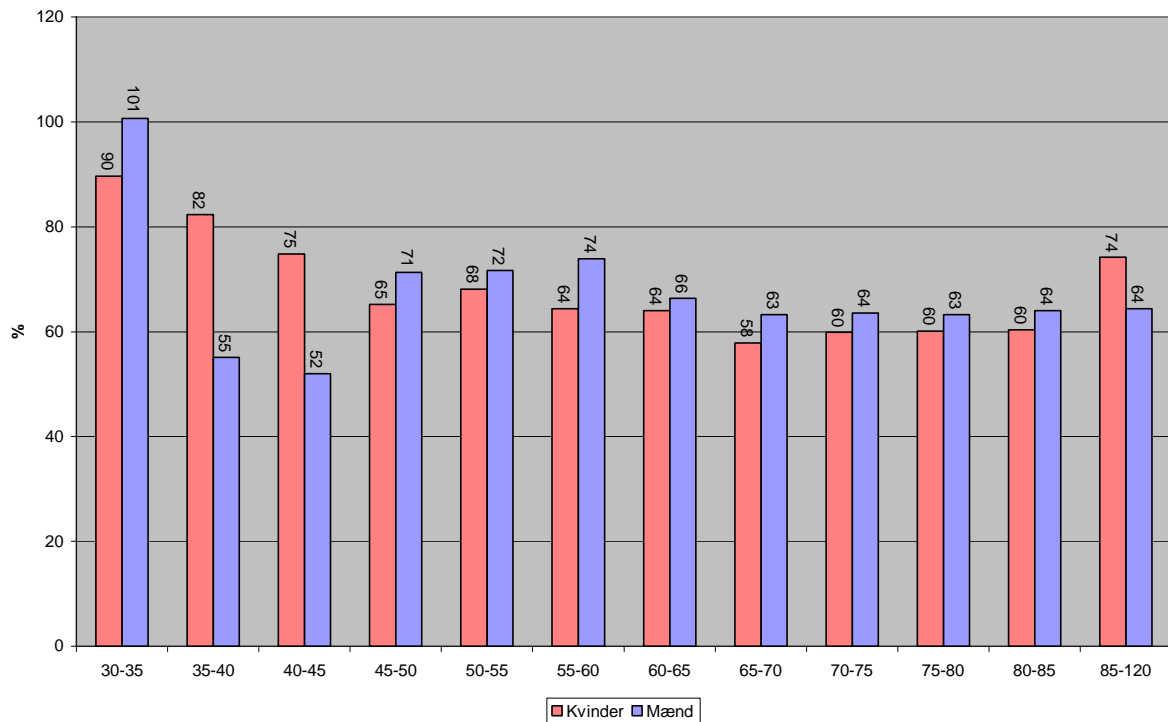
Lungefunktion

Den mediane FEV1 målt i 2006 er 1,7 l (range 0,2 – 8,0), mens den mediane FEV1 i % af forventede, er 65 %. Den gennemsnitlige FEV1 er 1,8 l 13 % af de udredte har en FEV1 på under 40 % af forventede, 30

% mellem 40 % og 60 % af forventet og 57 % over 60 % af forventet

FEV1 køn og alder for populationen 2000-2006 (n= 12824):

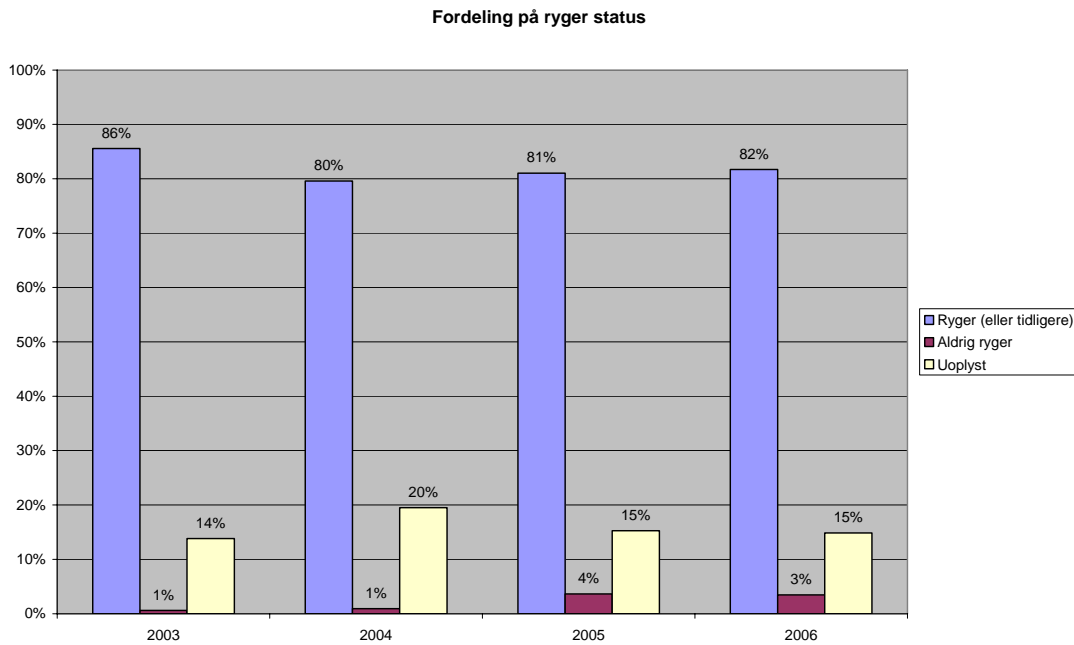
Fig. 13:



Rygning

Blandt de indberettede i perioden 2003, 2004, 2005 og 2006 fordelte patienterne, hvad rygeanamnese angår, således:

Fig. 14:



Tobaksforbrug

De udredende afdelinger angiver tobaksforbruget (pakkeår) for deres indberettede patienter i 2006

således (med. = mediant forbrug; Gns. = gennemsnitligt forbrug):

Tabel 9:

Afdeling	Med. Rygere	Gns. Rygere
Bispebjerg	45	45
Hvidovre	40	42
Amager	40	48
Frederiksberg	33	37
Gentofte	44	43
Hillerød, afd. B	30	42
Frederikssund	40	42
Roskilde	40	39
Holbæk	40	38
Næstved	40	44
Nykøbing F	40	41
Bornholm	50	47
OUH	40	41

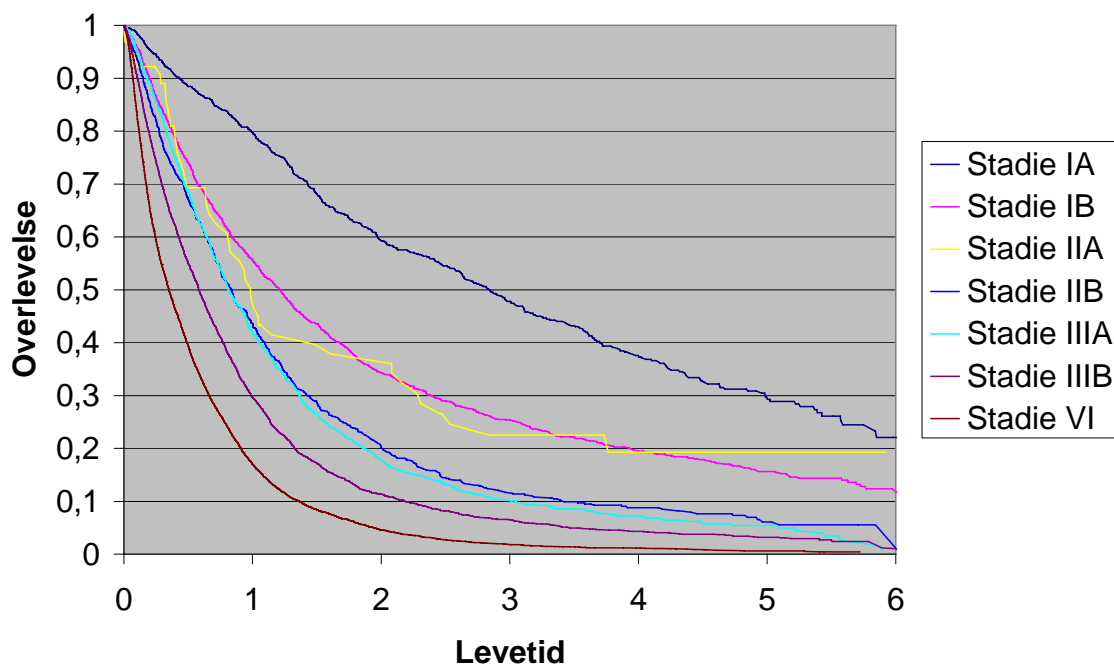
Middelfart	29	33
Svendborg	47	46
Sønderborg	40	38
Haderslev	50	49
Esbjerg	40	40
Fredericia	38	38
Vejle	40	41
Holstebro	40	40
Silkeborg	40	44
Århus	40	40
Randers	40	45
Viborg	40	39
Ålborg	40	44
Hjørring	31	39

Klinisk TNM (cTNM)

På i alt 2998 patienter indberettet til registeret i 2006 findes registreret et validt klinisk sygdomsstadium (cTNM). Ser man på 2000-2006 populationen, hvor der

foreligger validt stadiangivelse på i alt 15.654 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

Fig. 15:



Stadiefordelingen i absolutte tal:

Tabel 10:

ÅR	ANTAL	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	INGEN REGISTRERING
2000	1361	13	143	277	10	96	115	293	386	28
2001	1948	19	148	292	10	140	192	430	671	46
2002	2033	21	135	273	11	146	191	404	761	91
2003	2474	12	173	309	10	152	197	501	1037	83
2004	2697	17	179	365	10	149	224	514	1217	22
2005	2754	46	204	348	12	165	233	577	1156	13
2006	2861	45	178	335	8	159	195	651	1272	18

Og i procent:

Tabel 11:

ÅR	ANTAL	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	INGEN REGISTRERING
2000	1361	1%	11%	20%	1%	7%	8%	22%	28%	2%
2001	1948	1%	8%	15%	1%	7%	10%	22%	34%	2%
2002	2033	1%	7%	13%	1%	7%	9%	20%	37%	4%
2003	2474	0%	7%	12%	0%	6%	8%	20%	42%	3%
2004	2697	1%	7%	14%	0%	6%	8%	19%	45%	1%
2005	2754	2%	7%	13%	0%	6%	8%	21%	42%	0%
2006	2861	2%	6%	12%	0%	6%	7%	23%	44%	1%

Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i 2006, 2005, 2004, 2003, 2002, 2001 og 2000 fremgår af følgende:

Tabel 12:

	Observeret Iårs overlevelse					
	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Stadium 0	28	71	58	67	89	77
Stadium Ia	82	80	83	84	82	83
Stadium Ib	64	60	58	59	60	57
Stadium IIa	58	30	50	82	50	40
Stadium IIb	53	45	49	48	50	36
Stadium IIIa	45	48	45	46	48	38
Stadium IIIb	36	34	33	37	33	29
Stadium IV	20	21	20	22	20	17

	Observeret 2 års overlevelse				
	2004	2003	2002	2001	2000
Stadium 0	53	42	67	74	77
Stadium Ia	64	66	64	64	69
Stadium Ib	37	39	41	40	39
Stadium IIa	10	40	73	40	40
Stadium IIb	23	25	23	31	19
Stadium IIIa	22	21	24	24	15
Stadium IIIb	16	14	16	16	12
Stadium IV	8	5	7	5	6

	Observeret 5 års overlevelse	
	2001	2000
Stadium 0	58	69
Stadium Ia	39	42
Stadium Ib	23	24
Stadium IIa	10	10
Stadium IIb	12	7
Stadium IIIa	10	5
Stadium IIIb	7	6
Stadium IV	2	1

Den samlede cTNM klassifikation efter alle undersøgelser udført på de udredende afdelinger fordeler i % i 2006 på landsplan sig således:

Fig. 16a:

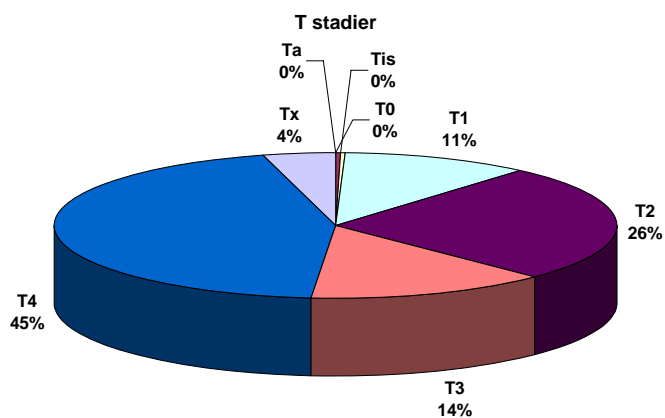


Fig. 16b:

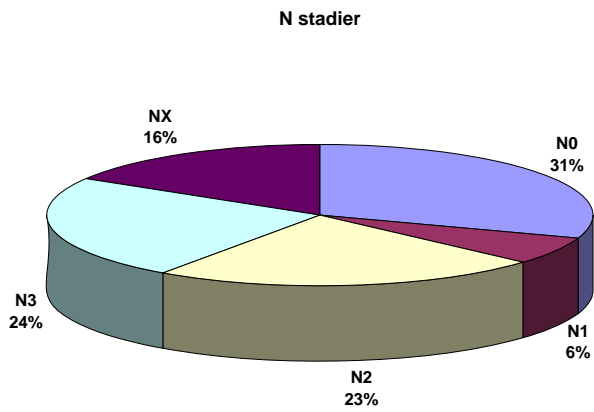
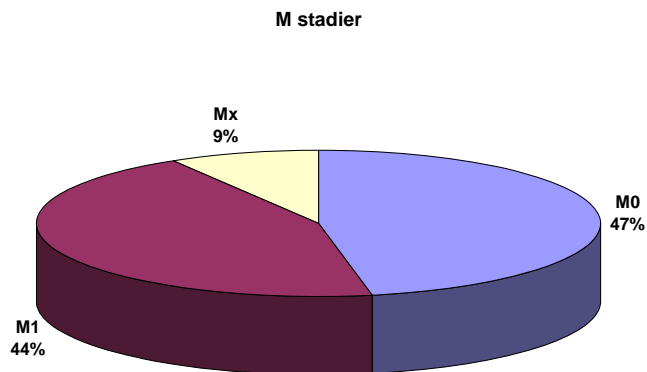


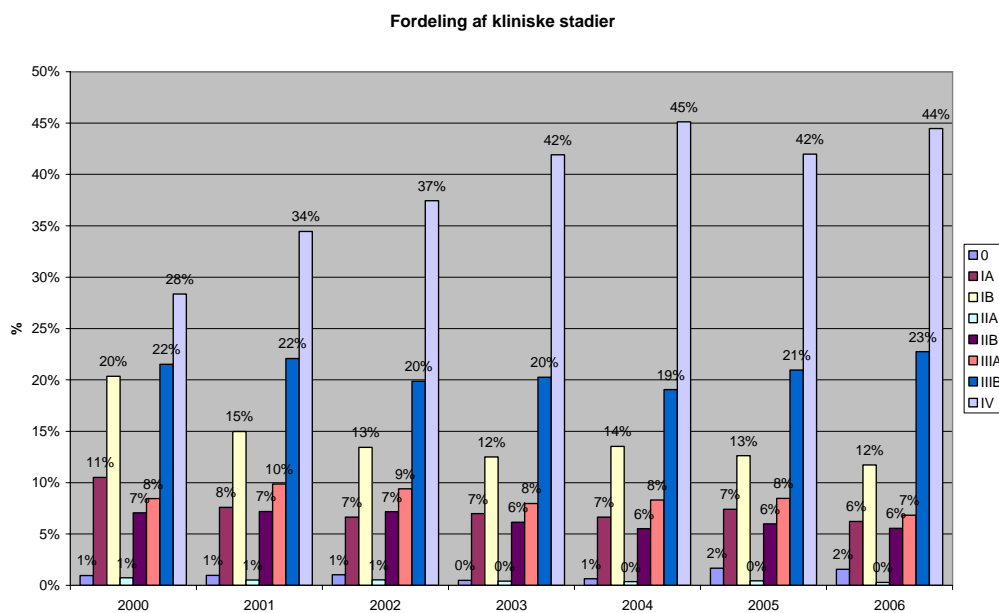
Fig. 16c:



Den kliniske stadietildeling i 2006 (n=2861), 2005 (n=2757), 2004 (n=2697), 2003 (n=2474), 2002

(n=2033), 2001 (n=1948) og 2000 (n=1361) på landsplan fordeler sig i % således:

Fig. 17:



cTNM fordelt på regioner 2006

Tabel 13:

Region	Stadie 0	Stadie 1	Stadie II	Stadie III	Stadie IV
Uoplyst	0	33	11	11	44
Hovedstaden	2	15	3	27	52
Midtjylland	1	23	6	27	43
Nordjylland	3	21	5	33	38
Sjælland	1	14	6	32	47
Syddanmark	1	18	8	32	40
DK	2	18	6	30	45

I bilagsmappens bilag 3 findes stadiefordelingen i 2006 for de enkelte afdelinger.

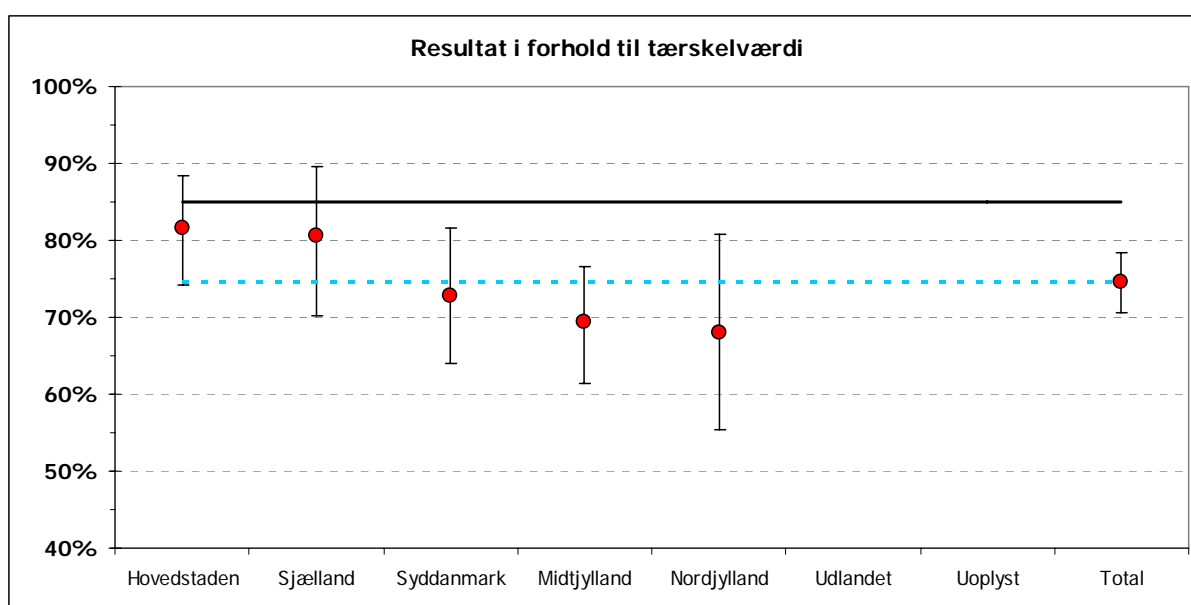
I årsrapporten vedrørende 2006 fra Det Nationale Indikatorprojekt opgøres overensstemmelsen mellem cTNM og pTNM, idet uoverensstemmelse er defineret

til nærmere præciseret betydende uoverensstemmelse (der henvises til NIP rapporten). Følgende resultater fremgår af rapporten, idet tabel 14a viser resultaterne på regionsniveau og 14b på afdelingsniveau:

Tabel. 14a:

INDIKATOR IV: Andel af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM								Proportioner, tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2006						Komplethed					
Patient bopæl	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	%	2005	2004	2003	Alle år
Hovedstaden	120	98	81,7%	74,2%	88,3%	52	69,8%	79,6%	76,3%	80,0%	79,3%
Sjælland	67	54	80,6%	70,1%	89,6%	32	67,7%	76,7%	61,0%	58,3%	71,7%
Syddanmark	103	75	72,8%	64,1%	81,6%	22	82,4%	80,7%	72,5%	47,4%	74,4%
Midtjylland	137	95	69,3%	61,3%	76,6%	23	85,6%	75,0%	76,6%	63,9%	72,9%
Nordjylland	47	32	68,1%	55,3%	80,9%	38	55,3%	71,8%	68,4%	*	69,8%
Udlandet	0	0	*	*	*	9	*	*	*	*	*
Uoplyst	0	0	*	*	*	4	*	*	*	*	*
Total	474	354	74,7%	70,7%	78,5%	180	72,5%	77,6%	73,0%	69,2%	74,6%

Fig. 18:



Tabel 14b:

INDIKATOR IV: Andel af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM											
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2006						Komplethed		Proportioner, tidligere år			
Udredende Sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL (lav)	CL (høj)	Antal med manglende data	%	2005	2004	2003	Alle år
Kbh. Amts Sygehus i Gentofte	55	44	80,0%	69,1%	89,1%	1	98,2%	77,6%	72,5%	87,5%	79,0%
Hvidovre Hospital	1	1	*	*	*	0	*	*	*	*	*
Bispebjerg Hospital	42	35	83,3%	71,4%	92,9%	0	100,0%	88,0%	77,1%	69,0%	80,5%
Bornholm Sygehus	10	9	*	*	*	0	*	*	*	*	87,5%
Hillerød Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Helsingør Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	58,3%
Frederikssund Sygehus	17	13	76,5%	52,9%	94,1%	0	100,0%	*	92,9%	*	81,1%
Amtssygehuset i Roskilde	15	14	93,3%	80,0%	100,0%	0	100,0%	81,3%	68,4%	76,9%	79,4%
Centralsygehuset i Holbæk	25	19	76,0%	60,0%	92,0%	0	100,0%	72,2%	62,5%	*	70,0%
Centralsygehuset i Næstved	18	14	77,8%	55,6%	94,4%	0	100,0%	100,0%	50,0%	*	72,0%
Centralsygehuset i Nykøbing F	5	4	*	*	*	0	*	*	*	*	58,3%
Odense Universitetshospital	35	28	80,0%	65,7%	91,4%	0	100,0%	84,9%	81,3%	*	82,5%
Sygehus Fyn Sv	7	4	*	*	*	0	*	64,7%	*	*	67,7%
Aabenraa Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Tønder Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Haderslev Sygehus	3	2	*	*	*	0	*	64,3%	*	*	67,9%
Sønderborg Sygehus	18	12	66,7%	44,4%	88,9%	0	100,0%	*	*	*	58,3%
Esbjerg Centralsygehus	17	11	64,7%	41,2%	88,2%	0	100,0%	91,3%	65,2%	*	71,6%
Vejle Sygehus	27	22	81,5%	66,7%	96,3%	0	100,0%	88,9%	68,8%	*	77,8%
Fredericia Sygehus	6	5	*	*	*	0	*	*	*	*	*
Århus Kommunehospital	35	25	71,4%	57,1%	85,7%	2	94,6%	62,5%	82,8%	71,4%	70,6%
Randers Centralsygehus	30	22	73,3%	56,7%	86,7%	1	96,8%	80,0%	79,3%	*	76,1%
Silkeborg Centralsygehus	11	7	63,6%	36,4%	90,9%	0	100,0%	*	64,7%	*	65,0%
Odder Centralsygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Holstebro Centralsygehus	36	26	72,2%	58,3%	86,1%	0	100,0%	80,0%	73,2%	*	73,6%
Herning Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Sygehus Viborg	25	14	56,0%	36,0%	76,0%	0	100,0%	78,6%	86,2%	*	75,0%
Skive Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Aalborg Sygehus	29	19	65,5%	48,3%	82,8%	0	100,0%	70,0%	59,1%	*	65,3%
Hjørring-Brønderslev Sygehus	7	4	*	*	*	0	*	*	*	*	65,2%
Frederikshavn-Skagen Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Amager hospital	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Uoplyst	0	0	*	*	*	176	0,0%	*	*	*	*
Total	474	354	74,7%	70,7%	78,5%	180	72,5%	77,6%	73,0%	69,2%	74,6%

Kirurgiske afdelinger

Forord

Patientmaterialet: Det ser nu ud til at antallet af opererede er stabiliseret omkring 650 patienter svarende til at antallet af indrapporterede på omkring 3500 patienter. Trods der ikke er sket ændringer i optageområde har Odense oplevet en nedgang i antal opererede på ca. 15%.

Den eksplorative rate er fastholdt på 9%, dvs. målet på <10% igen er nået.

Derimod ses der en markant stigning i resektioner selv om patientmaterialet ikke synes at have ændret sig. Denne ændring skyldes to afdelinger og kirurgigruppen har besluttet at disse resultater nærmere skal evalueres ved næste møde i kirurgigruppen. Lobektomiraten er fastholdt og der har været et lille fald i antallet af pneumonektomier.

Ventetid: Som det ses af tabel 19 er der stadig problemer med at overholde ventetiden på landsbasis selv om resultatet er bedre end i 2005.

Registeret er i år gået over til at få patologityperne fra patologiregisteret, hvilket har bevirket en hel anden sammensætning af typerne en tidligere set. Der er således ikke sammenlignelighed mellem de tidligere år og dette problem vil blive nærmere gransket i en intern audit.

En af NIP indikatorerne er sammenligningen mellem cTNM og pTNM klassifikationerne på patienterne. Her fremgår det af tabel 27a og 27b, at der er store forskelle

de enkelte regioner i mellem. Dette vil også blive vurderet i en intern audit.

Mht. den operative mortalitet viser tabel 30 at resultaterne lever op til de aftalte mål, og at man på landsbasis er betydeligt under kravet om maksimalt 5% døde inden for de første 30 dage.

Til trods for disse resultater vil de døde patienter atter blive gennemgået af kirurgigruppen.

Det fremgår også af fig. 27 i relation til tabel 30, at ca. 1/3 af de patienter, der dør inden 30 dage, gør det efter de er udskrevet fra den thoraxkirurgiske afdeling, også denne problemstilling vil blive undersøgt i en intern audit.

Antallet af komplikationer ligger som man kan forvente og giver ikke ophav til yderligere overvejelser.

Selv om det er aftalt, at der i alle tilfælde skal tages mindst 3 glandler ud ved hver operation fra nærmere definerede stationer er dette mål endnu ikke helt opnået, men vil atter blive indskærpet de opererende afdelinger, således man opnår den bedst mulige stadietildeling i relation til glandelspredning. Det kommende referenceprogram vil sætte endnu mere fokus på denne problematik.

Hans K. Pilegaard
Overlæge
Formand for DKLCG

Patientmaterialet

Afdelingerne har indberettet i alt 658 patienter med en operationsdato i 2006 til Dansk Lunge Cancer Register. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år. Afdelingernes aktivitet varierer en del

fra år til år. Dette er delvist betinget af ændrede optageområder, men også naturlige udsving i antal henviste patienter. Mellem årene 2005 og 2006 er der ikke sket ændringer i optageområderne:

Tabel 15:

Afdeling:	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	I alt
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	120	109	104	106	126	104	144	813
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	127	136	130	118	97	35	53	696
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	176	214	148	145	136	79	72	967
Organkirurgisk afdeling - Vejle	-	-	29	28	26	35	39	157
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	165	159	177	131	146	108	148	1034
Organkirurgisk afdeling - Viborg	-	-	6	27	22	-	-	55
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	70	55	63	54	61	76	66	425
I alt	658	673	657	609	614	437	519	4167

Der er i alt fra de opererende afdelinger i 2006 således indberettet 658 patienter i registeret med operationsdato i året. Heraf er 44 % kvinder og 56 %

mænd. På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2006 således:

Tabel 16:

Afdeling:	Kvinder	Mænd
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	39	61
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	45	55
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	45	55
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	49	51
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	48	52

De enkelte afdelinger har indberettet patienter fordelt på regioner og efter køn således, hvor kolonnen I ALT% viser, hvor stor en andel regionen bidrager med

ud af afdelingens samlede antal indberettede og fordelt på kvinder og mænd.:

Tabel 17:

Afdeling:	Bopæls region	I ALT %	Kvinder %	Mænd %
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	Uoplyst	3	25%	75%
	Sjælland	25	40%	60%
	Hovedstaden	64	42%	58%
	Udland	8	33%	67%
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	Uoplyst	2	50%	50%
	Sjælland	23	52%	48%
	Hovedstaden	75	44%	56%
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	Uoplyst	6	40%	60%
	Syddanmark	71	33%	67%
	Sjælland	23	60%	40%
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	Midtjylland	91	50%	50%
	Nordjylland	9	21%	79%
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	Nordjylland	100	46%	54%

Patienternes alder fordeler sig således:

Tabel 18:

Afdeling:	Mediane alder	Nedre 95 %	Øvre 95 %	Min	Max
Thoraxkirurgisk afdeling - Rigshospitalet	65	43	77	33	84
Thoraxkirurgisk afdeling - Gentofte	64	52	79	22	84
Thoraxkirurgisk afdeling - Odense	66	51	78	32	85
Thoraxkirurgisk afdeling - Skejby	66	48	77	39	83
Thoraxkirurgisk afdeling - Ålborg	67	51	76	43	82

Ventetider

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

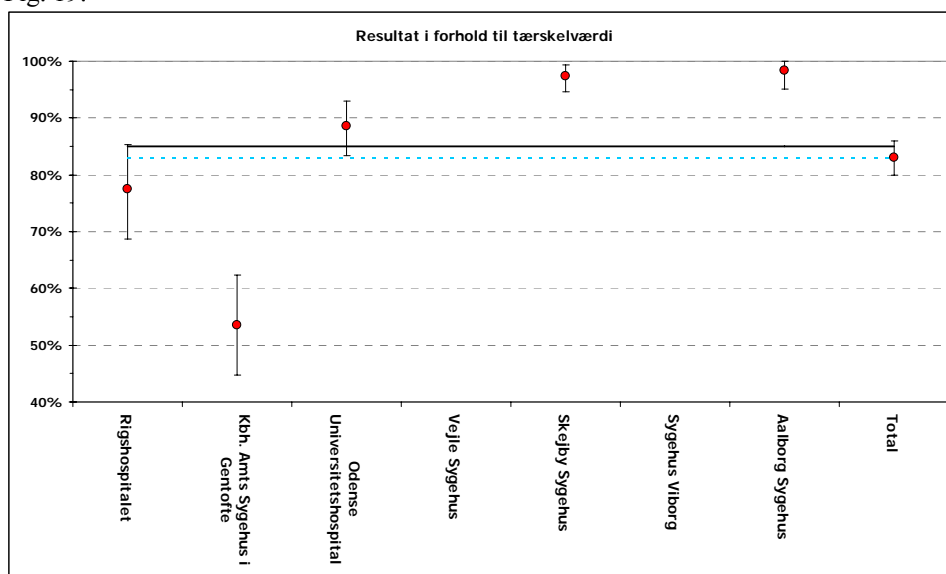
Tabel 19:

INDIKATOR IIIb1: Andel af patienter opereret inden for garanteret ventetid fra henvisning til kirurgi: 14 dage												
TÆRSKELVÆRDI: 85%						ÅR: 2006		Komplethed		Proportioner, tidligere år		
Behandelende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL (lav)	CL (høj)	Antal med manglende data	%	2005	2004	2003	Alle år	
Rigshospitalet	102	79	77,5%	68,6%	85,3%	0	100,0%	76,5%	74,2%	68,1%	73,9%	
Kbh. Amts Sygehus i Gentofte	114	61	53,5%	44,7%	62,3%	0	100,0%	68,4%	63,6%	54,6%	60,2%	
Odense Universitetshospital	157	139	88,5%	83,4%	93,0%	0	100,0%	66,5%	74,6%	51,7%	70,3%	
Vejle Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	86,2%	81,5%	83,9%	
Skejby Sygehus	149	145	97,3%	94,6%	99,3%	0	100,0%	99,3%	96,8%	93,9%	96,9%	
Sygehus Viborg	0	0	*	*	*	*	*	*	*	83,3%	86,7%	
Ålborg Sygehus	61	60	98,4%	95,1%	100,0%	0	100,0%	100,0%	96,3%	83,3%	94,9%	
Total	583	484	83,0%	79,9%	85,9%	0	100,0%	79,1%	81,3%	69,4%	78,3%	

På området ventetid er der defineret en national standard jvn.f. bilag B, idet minimum 85 % 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. Det skal anføres at de medregnede antal i figuren er afdelingerne totalt opererede minus patienter, der har modtaget neoadjuverende behandling eller har frasagt sig ventetidsgarantien:

Fig. 19:



Patienterne er indlagt i følgende perioder gennemsnitligt og mediant:

Tabel 20:

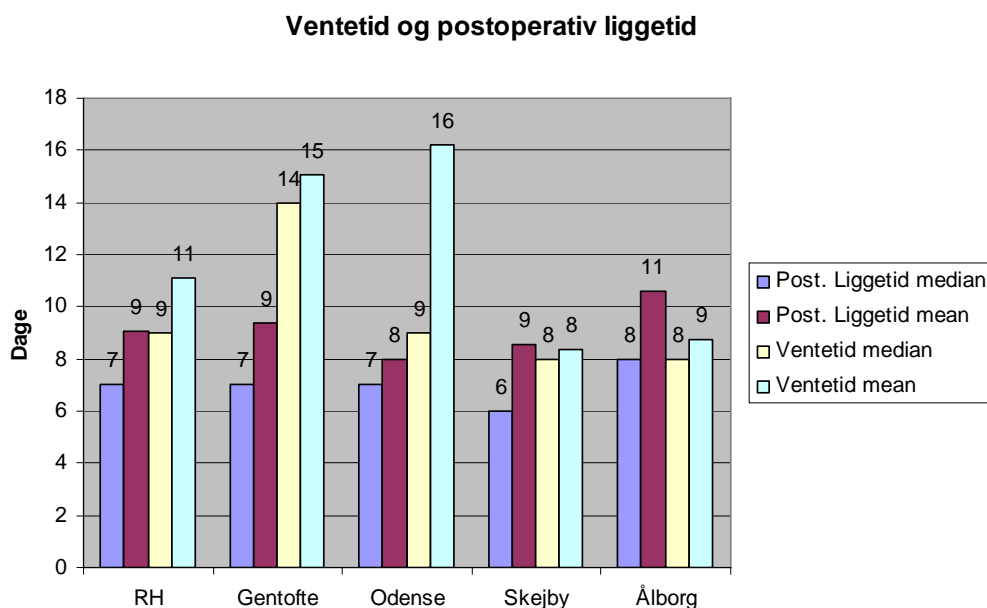
Afdeling	Postoperativ liggetid median	Postoperativ liggetid mean
Rigshospitalet thoraxkirurgi	7	9
Gentofte thoraxkirurgi	7	9
Odense thoraxkirurgi	7	8
Skejby thoraxkirurgi	6	9
Aalborg thoraxkirurgi	8	11
DK	7	9

Ventetid er tid fra henvisning modtaget til operationsdato og postoperativ liggetid er tid fra operationsdato til udskrivelse. Populationerne der medregnes i de forskellige beregninger er forskellige, idet liggetid medregner alle, ventetid medregner alle eksklusiv patienter der har modtaget neoadjuverende terapi og patienter der har forlænget ventetid (eget

valg, eller af anden årsag). Henvisning modtaget regnes fra dato for angivet afsluttet kirurgisk udredningsforløb og hvis en sådan ikke findes fra dato for henvisning modtaget.

Grafisk kan patientforløbene fremstilles således:

Fig. 20:



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

Tabel 21:

Afdeling	Andel overflyttede %
Rigshospitalet thoraxkirurgi	0
Gentofte thoraxkirurgi	2
Odense thoraxkirurgi	4
Skejby thoraxkirurgi	40
Aalborg thoraxkirurgi	31

Operativ aktivitet

Afdelingerne har i perioden 2000 – 2006 indberettet følgende antal operationer (eksplorative, resektioner,

lobektomier og pneumonektomier - torakotomier og torakoskopier), ligeledes opdateret per 15. marts 2006.

Tabel 22:

Afdeling	Antal 2006	Antal 2005	Antal 2004	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	120	109	104	106	126	104	144
Gentofte thoraxkirurgi	127	136	130	118	97	35	53
Odense thoraxkirurgi	176	214	148	145	136	79	69
Vejle organkirurgisk	0	0	29	28	26	35	39
Skejby thoraxkirurgi	165	159	177	131	146	108	148
Viborg Organkirurgisk	0	0	6	27	22	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	70	55	63	54	61	76	66
I alt	658	673	657	609	614	437	519

I tabel 23 er anført de enkelte afdelingers antal resektioner i 2000 - 2006, d.v.s. antal operationer minus de eksplorative indgreb

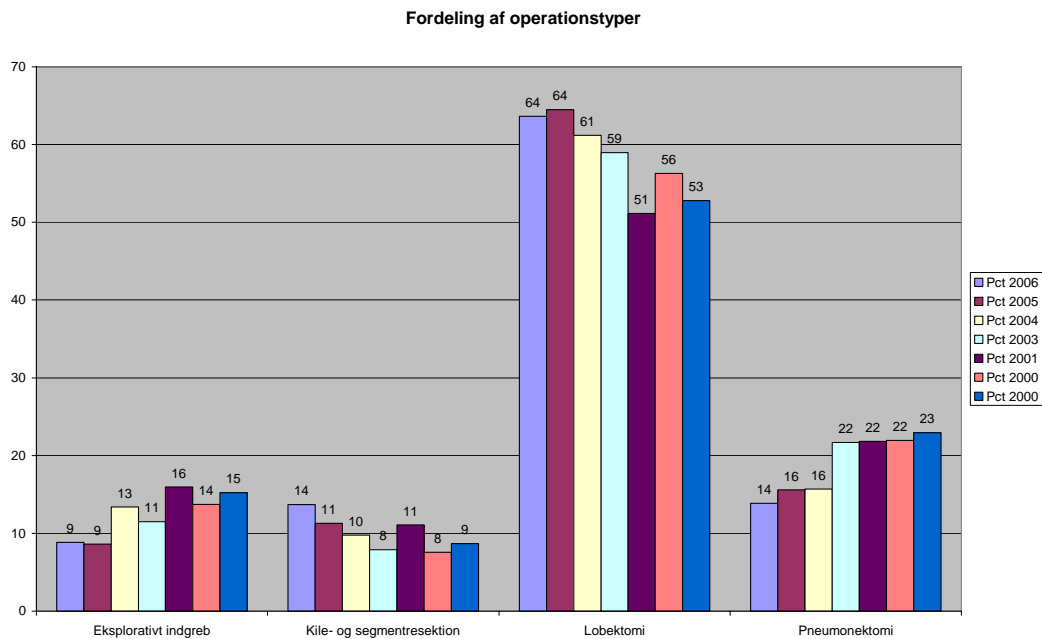
Tabel 23:

Afdeling	Antal 2006	Antal 2005	Antal 2004	Antal 2003	Antal 2002	Antal 2001	Antal 2000
Rigshospitalet thoraxkirurgi	106	99	83	85	104	84	117
Gentofte thoraxkirurgi	114	121	103	104	76	30	42
Odense thoraxkirurgi	158	191	133	130	114	64	59
Vejle organkirurgisk	0	0	26	27	21	31	35
Skejby thoraxkirurgi	155	155	165	123	133	102	131
Viborg Organkirurgisk	0	0	6	25	17	0	0
Aalborg thoraxkirurgi	67	47	53	45	50	65	53
I alt	600	613	569	539	515	376	437

Operationstyper

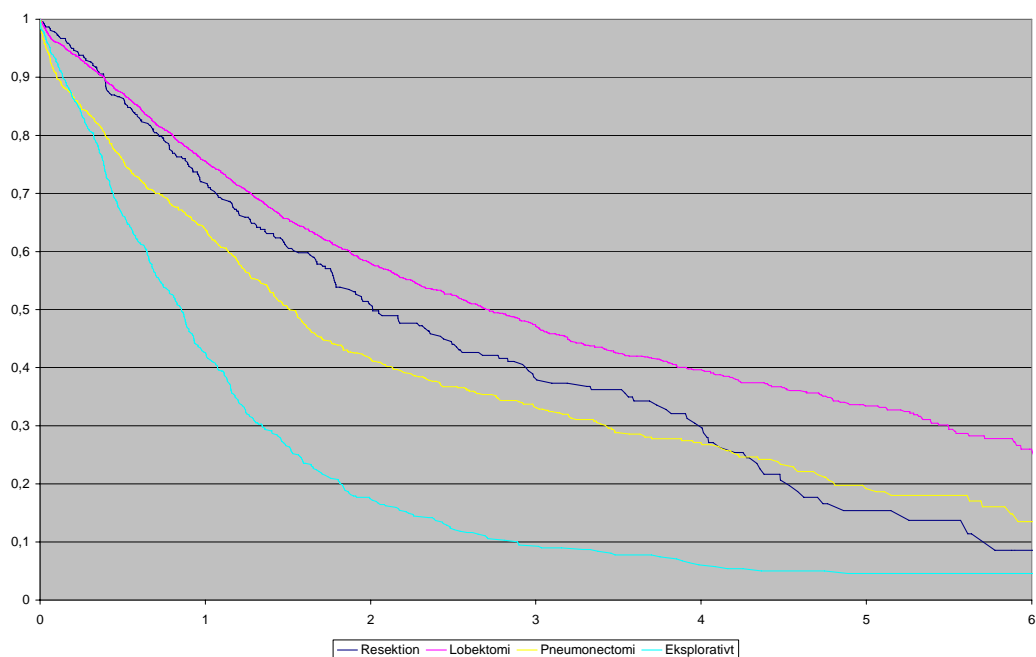
De enkelte operationstyper fordeler sig på landsplan således med 2006, 2005, 2004, 2003, 2002, 2001 og 2000 til sammenligning:

Fig. 21:



Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2000-2006 (n=4167):

Fig. 22:



Opstillet i tabel ser fordelingen af operationstyper således ud:

Tabel 24:

År	Eksplorative %	Resektion %	Lobektomi %	Pneumonektomi %
2000	15	9	53	23
2001	14	8	56	22
2002	16	11	51	22
2003	11	8	59	22
2004	13	10	61	16
2005	9	11	64	16
2006	9	14	64	14

Den nationale standard for lobektomier er 60 %. I bilagsmappens bilag 8 findes operationstyperne for de enkelte år for de enkelte afdelinger beskrevet mere detaljeret.

Fordelingen af risikofaktorer i 2006 på de enkelte operationstyper fremgår af følgende tabel. Første

kolonne vise antal opererede. Næste kolonne hvor mange af disse der havde en eller flere risikofaktorer, hvorefter de 3 næste kolonner viser, hvor mange der havde én af de anførte risikofaktorer:

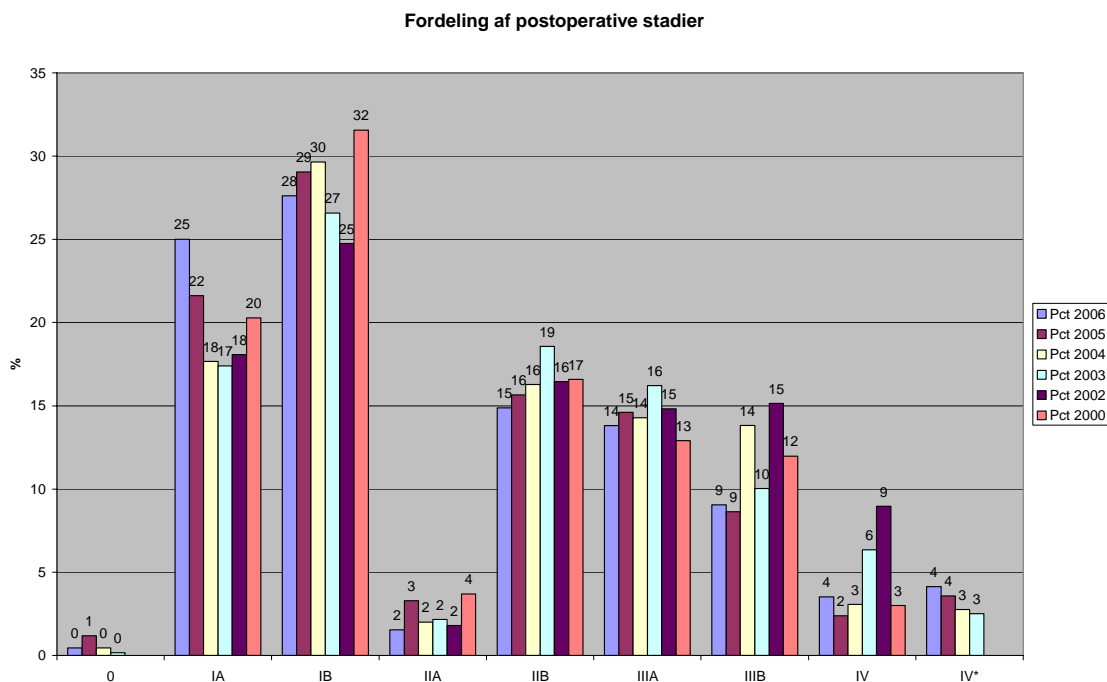
Tabel 25:

	Total n	RISK Pct.	KOL Pct.	MBCORD. pct.	ANDRE pct.	INGEN pct.
Eksplorative	58	31	14	9	12	69
Resektioner	90	56	30	22	19	44
Lobektomier	418	37	14	15	14	63
Pneumonektomi	91	40	18	19	15	60
Samlet	658	39	17	16	15	61

Stadier

Den procentvise fordeling af de postoperative stadier (pTNM) var i 2006 med 2005, 2004, 2003, 2002, 2001 og 2000 til sammenligning således:

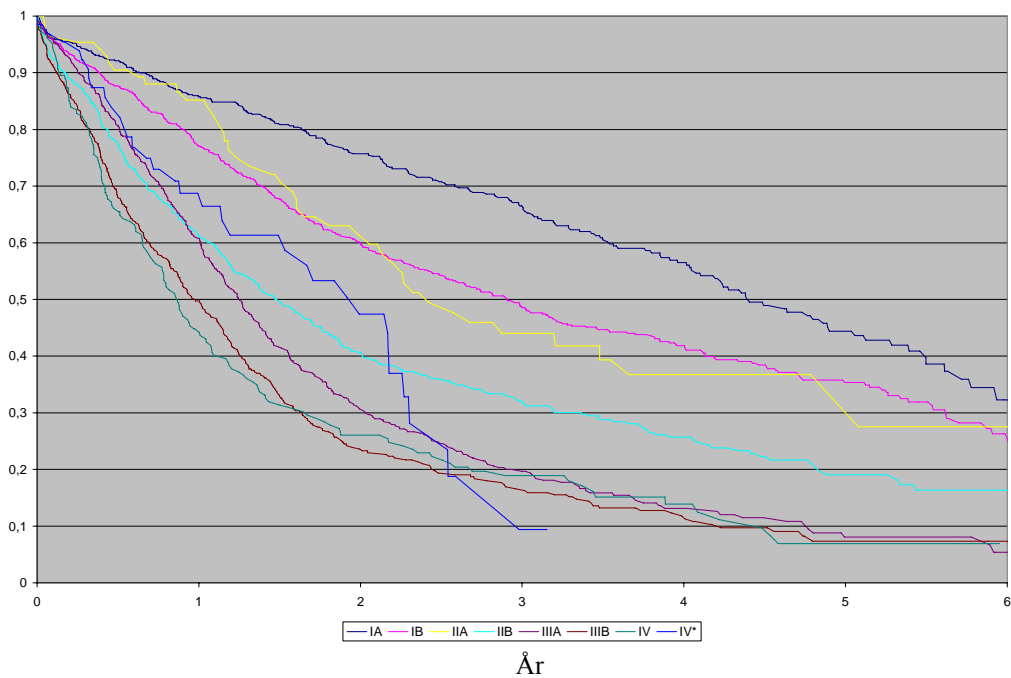
Fig. 23:



I bilagsmappens bilag 9 findes den postoperative stadiefordeling for de enkelte afdelinger for de enkelte år.

Fig. 24:

Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2000-2006 (n = 4157):



Hvorved følgende overlevelsersrater kan opstilles:

Tabel 26:

	Observeret 1 års overlevelse (%)						Observeret 2 års overlevelse (%)				
	2005 (n=xxx)	2004 (n=494)	2003 (n=441)	2002 (n=626)	2001 (n=614)	2000 (n=632)	2004 (n=494)	2003 (n=441)	2002 (n=626)	2001 (n=614)	2000 (n=xxx)
IA	89	89	88	88	85	86	79	82	77	77	82
IB	85	78	83	82	77	73	64	74	68	61	56
IIA	91	69	85	91	94	90	62	69	73	69	60
IIB	64	71	59	59	64	71	47	44	49	42	46
IIIA	70	62	66	66	57	66	30	37	34	37	37
IIIB	59	54	52	54	50	43	29	22	28	35	24
IV*	79	83	73	-	-	-	50	67	-	-	-
IV	31	55	58	49	38	37	35	37	27	15	23

	Observeret 5 års overlevelse (%)	
	2000 (n=494)	2001 (n=441)
IA	48	61
IB	39	42
IIA	50	40
IIB	24	25
IIIA	11	14
IIIB	15	12
IV*	-	-
IV	-	17

På de udredende afdelinger foretages stadiinddeling – cTNM på baggrund af hvilken beslutning om operation foretages. Ses udelukkende på N-stadiet vil man typisk beslutte at tilbyde patienter i stadiet N0-N1 operation uden forudgående behandling, hvorimod patienter i stadiet N2 oftest tilbydes neoadjuverende kemoterapi, mens patienter i stadiet N3 tilbydes palliativ

kemoterapi/strålebehandling. Det er derfor en kvalitetsparameter at antallet af ”fejlvurderede” cN-stadier er så lille som muligt. Dette kan bedømmes vha. den peroperative N-stadieinddeling – pN. Følgende tabeller viser resultaterne vedrørende dette fordelt på afdelinger og regioner:

Tabel 27a:

Afdeling	Antal	pN	cN	cN/pN skift	Pct.
Gentofte	127	126	127	10	7,9 %
Odense Universitetshospital	176	176	176	25	14,2 %
Rigshospitalet	120	120	120	7	5,8 %
Skejby Sygehus	165	164	159	36	22,6 %
Aalborg Sygehus	70	70	70	10	14,3 %

Tabel 27b:

Region	Antal	pN	cN	cN/pN skift	Pct.
Region Hovedstaden	172	171	172	14	8,1 %
Region Midtjylland	161	160	156	32	20,5 %
Region Nordjylland	86	86	85	14	16,5 %
Region Sjælland	99	99	99	9	9,1 %
Region Syddanmark	125	125	125	18	14,4 %
Udlandet	9	9	9	0	0,0 %

Overlevelse og mortalitet

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

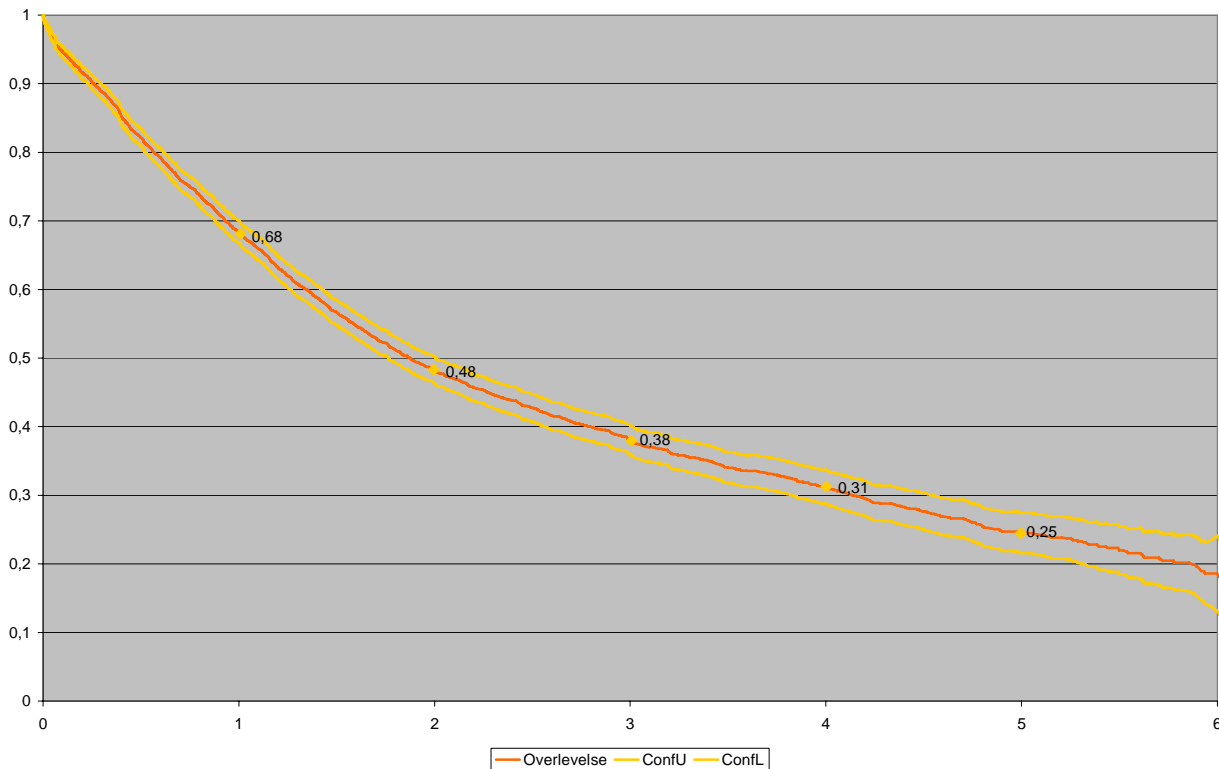
Tabel 28:

	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse	5 års overlevelse
2000	70	50	43	38	34
2001	73	55	46	38	33
2002	72	56	48	44	
2003	73	57	49		
2004	74	55			
2005	77				
Total	73	55	47	40	33

De enkelte afdelingers overlevelseshastigheder for alle patienter indberettet fra afdelingene i perioden 2000 – 2006 med henholdsvis 1, 2 og 5 års observationsperiode kan ses i bilagsmappens bilag 5, hvor der i 3

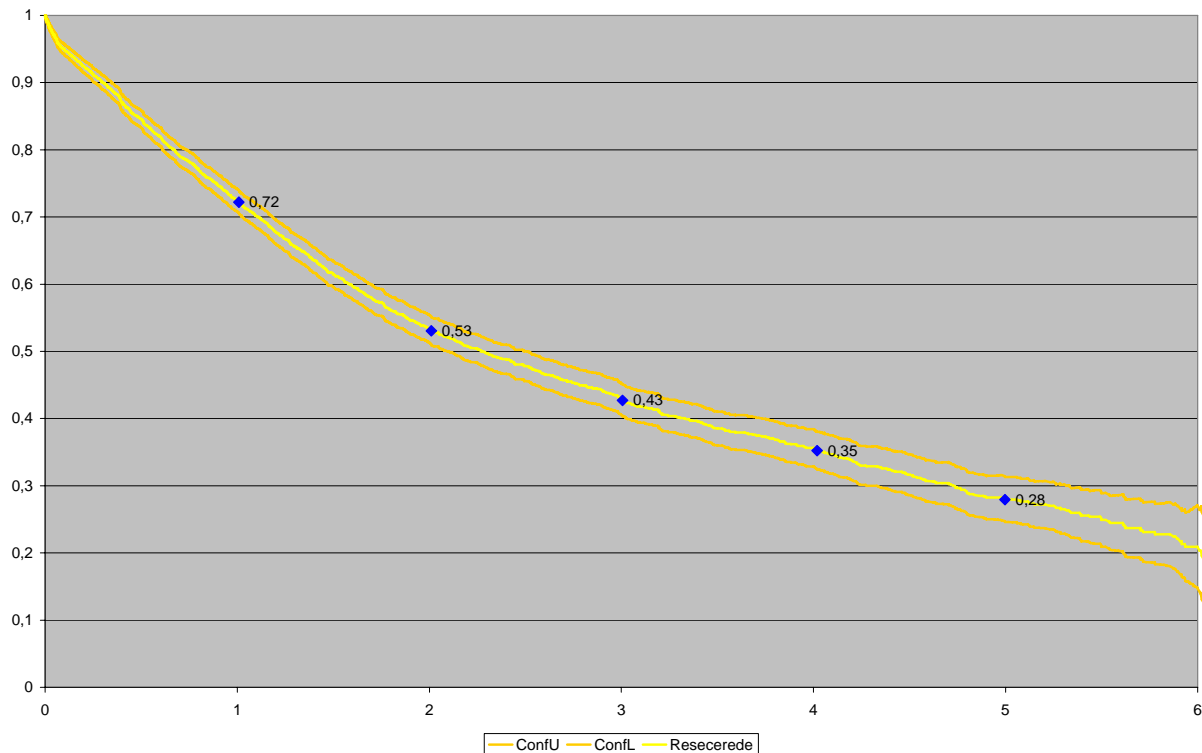
figurer vises sammenlignende overlevelser inkl. konfidensintervaller
På landsplan kan følgende Kaplan Meier kurver opgjort per 27/3 2007 for patienterne opereret i perioden 2000-2006 (n= 4700) vises:

Fig. 25:



Ser man i stedet på kun de resecerede patienter dvs. alle opererede undtagen de eksplorative, fås følgende kurve:

Fig. 26:



De ”rå” – ikke standardiserede overlevelsesrater for hele landspopulationen i % kan opstilles i følgende tabel:

Tabel 29:

	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse	5 års overlevelse	6 års overlevelse
2000: Eksplorativt indgreb	46	25	19	14	11	11
Kile- og segmentresektion	60	42	29	27	20	13
Lobektomi	78	62	53	48	45	41
Pneumonektomi	66	41	32	26	23	19
2001: Eksplorativt indgreb	33	15	12	10	8	
Kile- og segmentresektion	82	67	48	42	30	
Lobektomi	76	61	50	44	38	
Pneumonektomi	73	54	45	39	28	
2002: Eksplorativt indgreb	42	16	8	5		
Kile- og segmentresektion	78	60	53	44		
Lobektomi	78	62	55	50		
Pneumonektomi	68	50	44	38		
2003: Eksplorativt indgreb	51	24	10			
Kile- og segmentresektion	79	65	54			
Lobektomi	78	65	57			
Pneumonektomi	62	44	35			
2004: Eksplorativt indgreb	51	22				

Kile- og segmentresektion	78	59					
Lobektomi	78	61					
Pneumonektomi	64	41					
2005: Eksplorativt indgreb	50						
Kile- og segmentresektion	78						
Lobektomi	82						
Pneumonektomi	69						

I bilagsmappens bilag 7 findes overlevelseshæfterne 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 35 med 2006, 2005, 2004, 2003, 2002, 2001 og 2000 anført til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK i 2006 var 3,2 %:

Tabel 30:

	2006 30 dages mortalitet	2005 30 dages mortalitet	2004 30 dages mortalitet	2003 30 dages mortalitet	2002 30 dages mortalitet	2001 30 dages mortalitet	2000 30 dages mortalitet	2000- 2006 30 dages mortalitet
Torakoskopiske	1,4%	1,6%	6,7%	0,0%	3,6%	11,1%	0,0%	2,5%
Eksplorative	5,4%	1,9%	8,3%	6,5%	9,9%	5,1%	2,5%	6,0%
Resektioner	1,5%	0,0%	1,8%	2,4%	0,0%	3,1%	5,0%	1,7%
Lobektomier	3,3%	3,1%	2,9%	3,7%	3,0%	4,5%	3,7%	3,4%
Pneumonektomier	6,6%	6,7%	9,7%	14,1%	6,8%	2,1%	10,1%	8,3%
Alle	3,5%	3,1%	4,7%	6,0%	4,6%	4,1%	5,0%	4,4%

I bilagsmappen findes som bilag 6 sammenligningsdiagrammer for hver enkelt afdeling. I diagrammerne ses 30 dages mortalitet, der vises for hvert observeret år (2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006 og 2000-2006) den observerede (eller estimerede) mortalitet sammenlignet med den forventede rate forstået som den gennemsnitlige værdi

for de øvrige opererende afdelinger og denne værdis konfidensinterval.

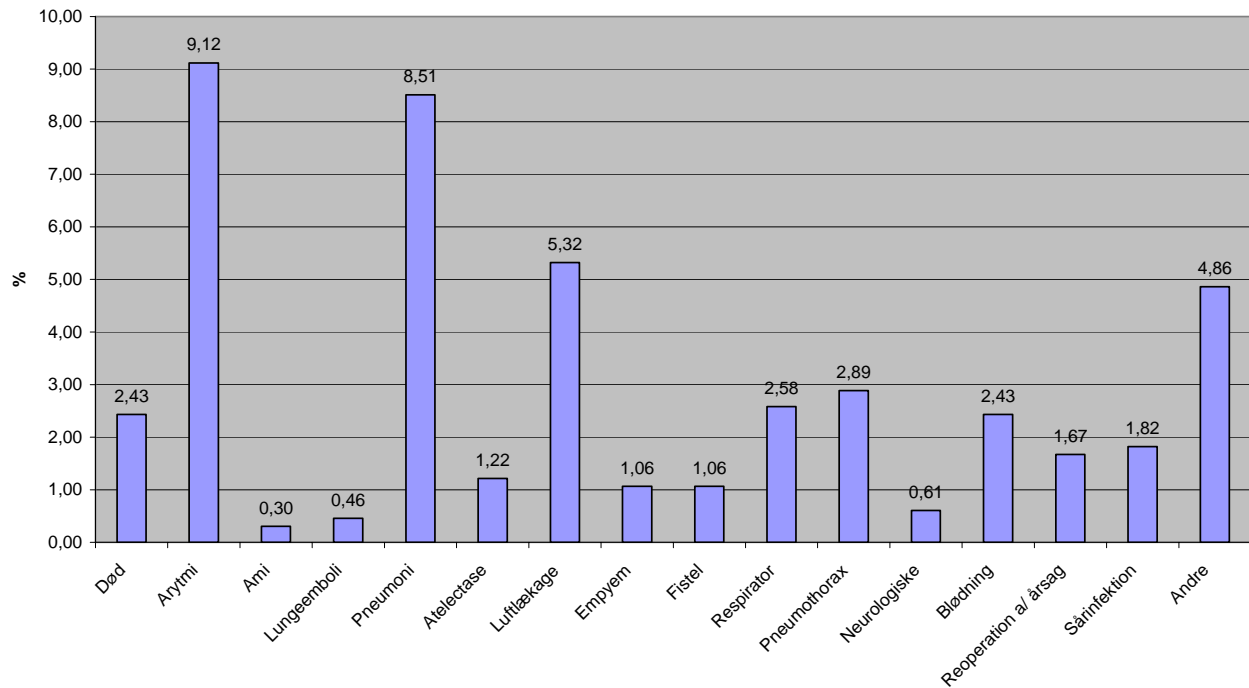
I bilagsmappens bilag 7 tabel 6 findes ligeledes de enkelte afdelingers resultater for 30-dages mortalitet for de enkelte operationstyper i 2006 og med perioden 2000-2006 til sammenligning.

Komplikationer

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2006 angives på den følgende kurve, idet død angiver død under indlæggelse:

Fig. 27:

Procentdel af patient med komplikation



Fordeles komplikationerne på de enkelte operationer får følgende fordeling:

Tabel 31:

Antal komplikationer	Antal	Antal i %	Indlæggelsestid median	Indlæggelsestid gennemsnitligt
0	454	69,0 %	8	8
1	145	22,0 %	11	13
2	36	5,5 %	15	18
≥ 3	23	3,5 %	13	23
Total	658	100 %	-	-

Onkologiske afdelinger

Forord

Det ses af tabel 32 at der er færre indberetninger i 2006 end i de to foregående år. Dette forhold dækker ikke over den faktiske henvisningsrate til de onkologiske afdelinger men må søges i tekniske forhold relateret til selve indberetningen hvilket bliver nærmere eksploreret. Antallet af nydiagnosticerede tilfælde er ikke gået ned og behandlingstilbudene er stadig under gradvis øgning, også til patientgrupper som ofte tidligere ikke kunne tilbydes en relevant behandling. Et eksempel er at stadig flere patienter i høj alder over 75 år får behandlingstilbud med kemoterapi. Med den fortsatte udvikling af nye targeterede behandlinger må denne trend antages at fortsætte.

Nyhenviste patient antal er blot et aspekt til beskrivelse af den onkologiske aktivitet. En meget væsentlig tendens i disse år er at der er tilkommet flere behandlingstilbud til den enkelte patient som er henvist. Der gives således ofte både 1.-, 2.-, og 3.-linie

medicinsk kræftbehandling og samme patient har ofte også fået enten kurativt intenderet eller palliativ stråleterapi. Behandlingsforløbene bliver længere end tidligere og der er en logistisk udfordring i at beskrive disse komplicerede patientforløb på en relevant og overskuelig måde.

Targeteret behandling er inkluderet i tabel 40 men tallene er hidtil lave. Det forventes at stige markant i takt med at flere randomiserede undersøgelser har vist effekt i forskellige kliniske scenarier. Opgaven i planlægning af registreringen fremover bliver også at vurdere hvilke aspekter vi mest ønsker at belyse samt hvordan dette gøres optimalt. Datakomplethed er et uomgængeligt krav for at opnå disse mål.

Jens Benn Sørensen
Formand for DOLG

Patientmaterialet.

Afdelingerne har indberettet i alt 2067 patienter med en onkologisk henvisningsdato i 2006. Antal indberettede

fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år:

Tabel 32:

Afdeling:	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	I alt
Rigshospitalet	286	324	389	49	-	-	-	1048
Herlev	176	382	383	334	324	77	14	1366
Hillerød Sygehus	102	61	1	17	7	-	-	181
Roskilde	196	165	122	26	-	-	-	509
Centralsygehuset i Næstved	101	140	123	39	3	1	-	404
Bornholms Centralsygehus	19	-	-	-	-	-	-	19
Odense Universitetshospital	346	421	377	361	360	335	71	1911
Sønderborg Sygehus	21	22	25	24	-	87	1	180
Vejle Sygehus	264	272	252	256	160	-	-	1044
Herning Sygehus	36	26	22	20	28	-	-	104
Århus Sygehus	234	389	344	5	-	-	-	972
Aalborg Sygehus	286	320	282	271	5	-	-	1159
I alt	2067	2522	2320	1402	887	500	86	8311

En del af disse indberetninger vedrører patienter med anden diagnose end primær lungecancer f.eks. mesotheliom eller andet. Afdelingerne har indberettet i alt 2067 patienter med primær lungecancer og med en onkologisk henvisningsdato i 2006 til Dansk Lunge

Cancer Register. Heraf er 46 % kvinder og 54 % mænd.

På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2006 således:

Tabel 33:

Afdeling:	Kvinder	Mænd
Rigshospitalet	52	48
Herlev	46	54
Hillerød Sygehus	46	54
Roskilde	51	49
Centralsygehuset i Næstved	48	52
Odense Universitetshospital	45	55
Sønderborg Sygehus	52	48
Vejle Sygehus	44	56
Herning Sygehus	42	58
Århus Sygehus	46	54
Ålborg Sygehus	42	58

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

Tabel 34:

Afdeling:	Region	I ALT %	Kvinder %	Mænd %
Rigshospitalet	Sjælland	18	55	45
	Hovedstaden	78	54	46
	Udland	4	9	91
Herlev	Sjælland	9	53	47
	Hovedstaden	91	46	54
Hillerød	Hovedstaden	100	46	54
Roskilde	Sjælland	98	51	49
	Hovedstaden	2	33	67
Næstved	Sjælland	100	48	52
OUH	Syddanmark	87	45	55
	Sjælland	13	41	59
Sønderborg	Syddanmark	100	52	48
Vejle	Midtjylland	25	40	60
	Syddanmark	75	45	55
Herning	Midtjylland	100	42	58
Århus	Nordjylland	3	25	75
	Midtjylland	97	46	54
Ålborg	Nordjylland	93	42	58
	Midtjylland	7	40	60

Patienternes alder fordeler sig således:

Tabel 35:

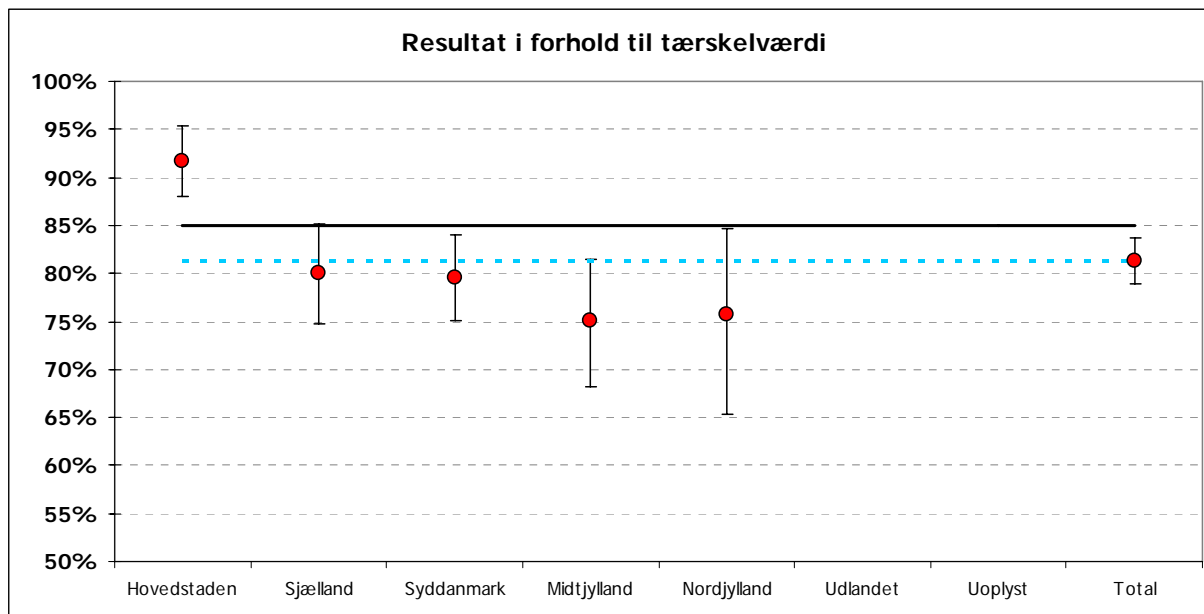
Afdeling:	Mediane alder	Nedre 95 %	Øvre 95 %	Min	Max
Rigshospitalet	65	48	83	26	90
Herlev	70	50	84	41	88
Hillerød Sygehus	65	48	80	40	85
Roskilde	66	49	78	34	85
Centralsygehuset i Næstved	67	49	81	43	85
Odense Universitetshospital	67	49	82	32	89
Sønderborg Sygehus	65	51	79	47	81
Vejle Sygehus	67	49	82	32	89
Herning Sygehus	68	51	82	48	84
Århus Sygehus	67	51	82	42	91
Aalborg Sygehus	68	51	82	38	87

Ventetider

Afdelingerne har i 2006 indberettet følgende "ventetider" på nyhenviste patienter. Grafen viser %-

del der opfylder målsætningen om behandling med kemoterapi inden for 4 uger; 1001 pt.:

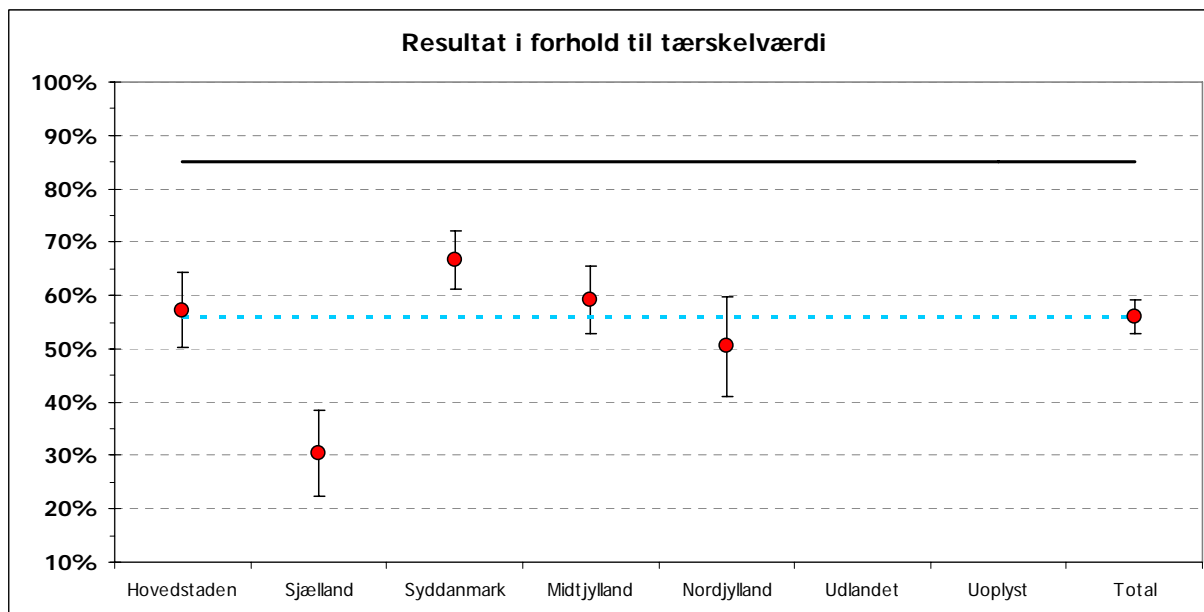
Fig. 28:



Figuren viser afdelingernes målopfyldelse 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; 948 pt.:

Fig. 29:



Behandlingsaktivitet

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

Tabel 36:

Afdeling	Antal henviste	Antal ikke behandlede
Rigshospitalet	286	44
Herlev	176	48
Hillerød Sygehus	102	1
Roskilde	106	54
Centralsygehuset i Næstved	101	17
Bornholms Centralsygehus	19	9
Odense Universitetshospital	346	59
Sønderborg Sygehus	21	3
Vejle Sygehus	264	28
Herning Sygehus	36	12
Århus Sygehus	234	47
Aalborg Sygehus	286	87
I alt	1977	409

Afdelingerne har i 2006 indberettet behandlingsmodaliteter som det fremgår af bilag 11. Den intenderet kurative terapi gives således:

Tabel 37a

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	34	62	0	53	0
Herlev	3	67	0	67	0
Hillerød Sygehus	2	100	0	0	0
Roskilde	25	100	0	0	0
Centralsygehuset i Næstved	2	100	0	50	0
Bornholms Centralsygehus	2	100	0	0	0
Odense Universitetshospital	33	82	0	85	0
Sønderborg Sygehus	2	100	0	100	0
Vejle Sygehus	23	65	0	91	0
Herning Sygehus	1	100	0	0	0
Århus Sygehus	16	44	0	94	0
Aalborg Sygehus	5	80	0	80	0

Den palliative terapi gives således:

Tabel 37b:

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	78	21	0	87	0
Herlev	125	36	2	80	0
Hillerød Sygehus	85	100	0	0	0
Roskilde	94	100	0	0	0
Centralsygehuset i Næstved	39	97	0	8	0
Bornholms Centralsygehus	14	29	0	7	71
Odense Universitetshospital	222	58	10	61	0
Sønderborg Sygehus	16	88	0	44	0
Vejle Sygehus	148	72	0	53	0
Herning Sygehus	18	94	6	0	0
Århus Sygehus	164	41	0	81	0
Aalborg Sygehus	129	43	0	69	0

Nogle patienter får mere end én type terapi. Hos patienter der modtager palliativ intenderet stråleterapi gives denne på følgende indikationer i %:

Tabel 37c:

Afdeling	Primær tumor	Knogle	Hjerne- metastaser	Medullært tværsnit	V. cava sup. syndrom	Anden
Rigshospitalet	10	11	23	7	6	20
Herlev	20	0	16	6	1	40
Centralsygehuset i Næstved	2	0	2	2	2	2
Bornholms Centralsygehus	0	0	5	0	0	0
Odense Universitetshospital	24	8	16	1	2	1
Sønderborg Sygehus	5	0	20	10	0	0
Vejle Sygehus	20	8	14	0	1	0
Århus Sygehus	45	14	17	2	0	4
Aalborg Sygehus	42	4	14	1	0	5

Den neoadjuverende terapi gives således:

Tabel 37d:

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	1	0	0	100	0
Hillerød Sygehus	1	100	0	0	0
Odense Universitetshospital	6	100	0	17	0
Vejle Sygehus	14	100	0	0	0
Aalborg Sygehus	2	0	0	100	0

Den adjuverende terapi gives således:

Tabel 37e:

Afdeling	Antal	KEMO Pct	TARGETERET Pct	STRÅLETHERAPI Pct	ANDEN Pct
Rigshospitalet	7	100	0	0	0
Hillerød Sygehus	6	100	0	0	0
Roskilde	9	100	0	0	0
Centralsygehuset i Næstved	4	100	0	0	0
Bornholms Centralsygehus	4	100	0	0	0
Odense Universitetshospital	35	80	0	23	0
Vejle Sygehus	19	95	0	11	0
Århus Sygehus	7	100	0	0	0
Aalborg Sygehus	13	100	0	0	0

Bilag

Bilag A – Tilsluttede afdelinger.

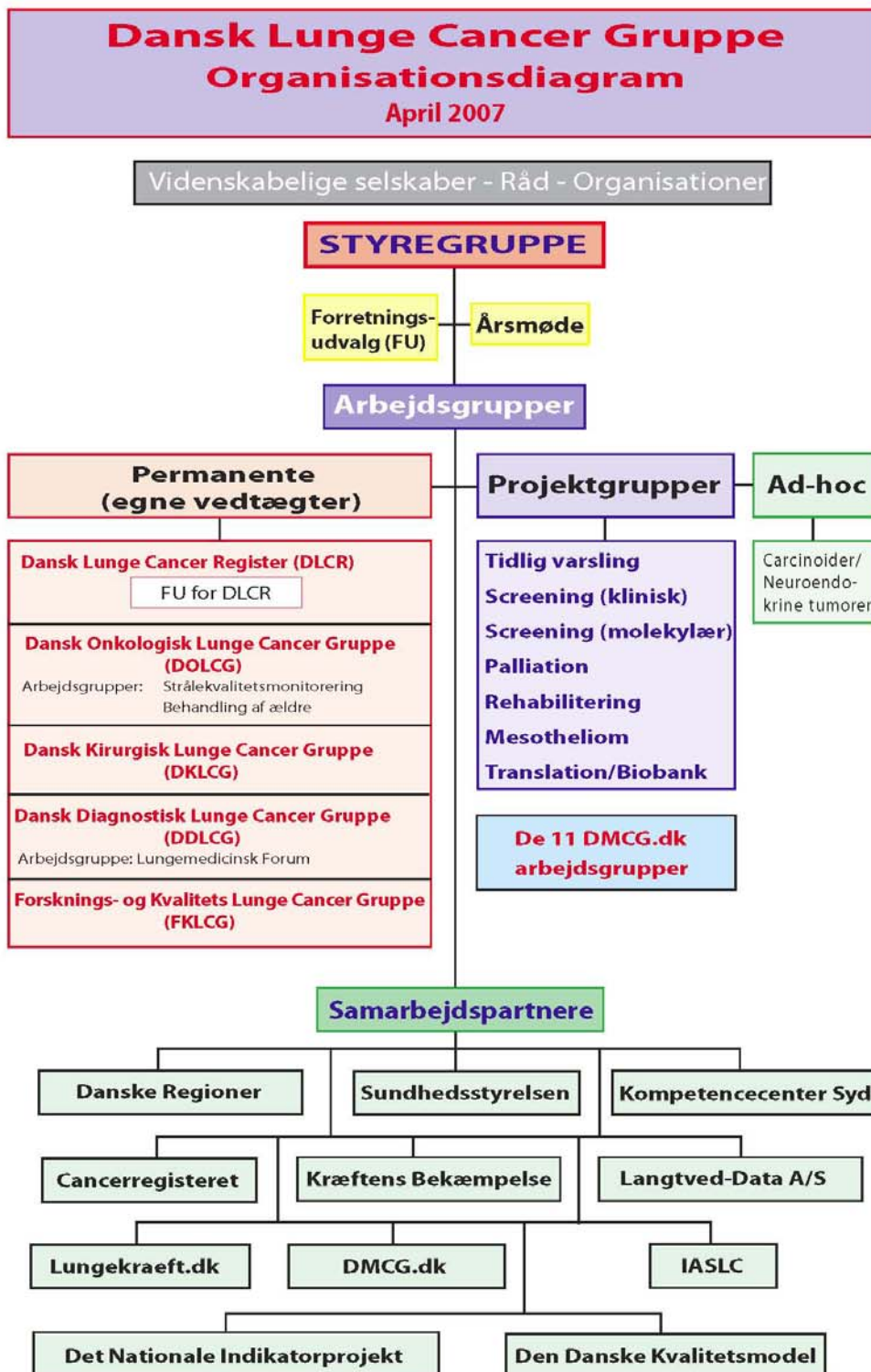
1. Lungemedicinsk afd., Y, KAS Gentofte
2. Lungemedicinsk afd., Y, Ålborg Sygehus
3. Lungemedicinsk afd., Århus Kommunehospital
4. Medicinsk afd., Amager Hospital
5. Medicinsk afd., Bispebjerg Hospital
6. Medicinsk afd., Bornholm Centralsygehus
7. Medicinsk afd., Fredericia Sygehus
8. Medicinsk afd., Frederiksberg Sygehus
9. Medicinsk afd., Frederikshavn-Skagen Sygehus
10. Medicinsk afd., Frederikssund Sygehus
11. Medicinsk afd., Haderslev Sygehus
12. Medicinsk afd., Hillerød Sygehus
13. Medicinsk afd., Hjørring Sygehus
14. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Holbæk
15. Medicinsk afd., Holstebro Centralsygehus
16. Medicinsk afd., Hvidovre Hospital
17. Medicinsk afd., Middelfart Sygehus
18. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Nykøbing Falster
19. Medicinsk afd., Centralsygehuset i Næstved
20. Medicinsk afd., Odense Universitetshospital
21. Medicinsk afd., Randers Centralsygehus
22. Medicinsk afd., Roskilde
23. Medicinsk afd., Silkeborg Centralsygehus
24. Medicinsk afd., Skive Sygehus
25. Medicinsk afd., Slagelse Sygehus
26. Medicinsk afd., Svendborg Sygehus
27. Medicinsk afd., Sønderborg Sygehus
28. Medicinsk afd., Vejle Sygehus
29. Øre-næse-hals afd., Esbjerg Centralsygehus
30. Thoraxkirurgisk afd., Gentofte
31. Thoraxkirurgisk afd., Odense Universitetshospital
32. Thoraxkirurgisk afd., Rigshospitalet
33. Thoraxkirurgisk afd., Skejby Sygehus
34. Thoraxkirurgisk afd., Ålborg Sygehus
35. Onkologisk afd., Bornholm Centralsygehus
36. Onkologisk afd., Herlev Sygehus
37. Onkologisk amb., Herning Sygehus
38. Onkologisk afd., Hillerød Sygehus
39. Onkologisk afd., Næstved Sygehus
40. Onkologisk afd., Odense Universitetshospital
41. Onkologisk afd., Rigshospitalet
42. Onkologisk afd., Roskilde
43. Onkologisk afd., Sønderborg Sygehus
44. Onkologisk afd., Vejle Sygehus
45. Onkologisk afd., Ålborg Sygehus
46. 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 \leq 10 dage	> 70 %	Overflytning til anden afdeling	
4b.		Andel af opererede patienter, hvis postoperative indlæggelsestid er \leq 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

April 2007

STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Overlæge, dr.med. Torben Palshof ^{1 & 2)}, (formand), Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus NBG
Sygeplejerske Birgitte Espersen ¹⁾, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus NBG
Prof., 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. Finn Rasmussen ¹⁾, Radiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik ^{1 & 2)}, Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, ph.d. Ida Steffensen ¹⁾, Lungemedicinsk Afdeling, KAS Gentofte
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 NBG
Overlæge, dr.med. Hans Skovgaard Poulsen ³⁾, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen ^{1 & 2)}, Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus NBG
Overlæge Hans Pilegaard ¹⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, Skejby Sygehus
Overlæge Jesper Ravn ¹⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Birgit Gulddammer 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 Klinik, Rigshospitalet

1): Udpeget af de videnskabelige selskaber

2) Styregruppens forretningsudvalg

3): Formænd for arbejdsgrupper

4): Udpeget af DLCCG

5): DLCCG's projektleder

Styregruppens forretningsudvalg:

Torben Palshof

Erik Jakobsen

Mark Krasnik

Torben Riis Rasmussen

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Maj 2007

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR)

Forretningsudvalg:

Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

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

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

Professor Anders Green, KCS, Syddansk Universitet

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

Informatikkonsulent Niels Pedersen, KCS, Odense Universitetshospital

Kvalitetsmedarbejder Jørgen Østergaard, Regionsrepræsentant.

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

April 2007

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe (DOLG)

Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Overlæge Marianne Ryberg, (**sekretær**), Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Ledende overlæge, ph.d. Bente Sørensen, Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus

Overlæge Britta Bjerregaard Jensen, (**kasserer**), Onkologisk Afdeling, Sønderborg Sygehus

Overlæge, dr.med. Kristian Aabo, Onkologisk Afdeling, Viborg Sygehus

Overlæge, Kim Wedervang, Onkologisk Afdeling, Næstved Sygehus

Overlæge, Lars Drivsholm, Onkologisk Afdeling, Næstved Sygehus

Overlæge Hanna Frank, Onkologisk Afdeling, Aalborg Sygehus

Overlæge, ph.d. Olfred Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Overlæge Peter Sørensen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital

Overlæge, dr. med., direktør, Peter Buhl Jensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Overlæge, ph.d. Seppo W Langer, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Overlæge, ph.d. Ulrik Lassen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Afdelingslæge, ph.d. Morten Sørensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Overlæge, dr. med., Helle Rappot, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

Overlæge, Nina Kjeldsen, Onkologisk Afdeling, Roskilde

Overlæge, dr. med., Ellen Friche, Onkologisk Afdeling, Roskilde

Overlæge, ph.d. Peter Meldgaard, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus

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

Overlæge, ph.d. Anders Mellempgaard, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev

Klinikchef, Niels Hollænder, Onkologisk Afdeling, Hillerød

Overlæge, Henrik Nielsen, Onkologisk Afdeling, Hillerød

Overlæge Kund Aage Møller, Onkologisk Afdeling, Herning Centralsygehus

Arbejdsgruppe for strålekvalitet:

Overlæge, ph.d. Olfred Hansen, (**formand**), Onkologi Afdeling, Odense Universitetshospital

Overlæge 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

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

April 2007

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., Ida Steffensen, Lungemedicinsk Afdeling, KAS Gentofte
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

April 2007

Arbejdsgruppernes medlemmer

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

Overlæge Michael Hansen (formand), Frederikssund Sygehus
Overlæge Torben Riis Rasmussen, Århus Sygehus
Overlæge Ida E. Steffensen, KAS Gentofte
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

April 2007

Arbejdsgruppernes medlemmer

Tidlig varsling

Overlæge Mark Krasnik, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, KAS Gentofte
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 Gulddammer Skov, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

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 Nucleare medicin, Rigshospitalet
Overlæge Lars Nielsen, Radiologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med., Birgit Gulddammer 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 Klinik, Rigshospitalet

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

April 2007

Arbejdsgruppernes medlemmer

Screening - molekylæbiologisk

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

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 Klinik, Rigshospitalet

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

Rehabilitering

Prof., ph.d., mag. scient. Helle Ploug Hansen, (**formand**), 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

April 2007

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 Klinik, Rigshospitalet

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

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

April 2007

Arbejdsgruppernes medlemmer

Forskning- og Kvalitet

Sammensættes på Styregruppens møde den 24. maj 2007.

Bilag D – Budget DLCR

DLCR's ansøgte budget for perioden 2007 – 2009:

		År		
		2007	2008	2009
DLCR				
Personale	Projektleder (VIP)	360.000	360.000	360.000
	Sekretær (TAP)	250.000	250.000	250.000
	I alt	610.000	610.000	610.000
Kompetencecenter	IT-udvikling og drift (VIP)	35.000	35.000	35.000
	Statistisk – epidemiologi (VIP)	50.000	50.000	50.000
	Datamanager (VIP)	300.000	300.000	300.000
	Administrativ informatik (VIP)	15.000	15.000	15.000
	I alt	400.000	400.000	400.000
Drift	Møder	60.000	60.000	60.000
	Kontor	70.000	70.000	70.000
	Rapporter	50.000	50.000	50.000
	Hard- og software	20.000	20.000	20.000
	I alt	200.000	200.000	200.000
Programdrift	Drift	135.000	135.000	135.000
	Vedligehold	60.000	60.000	60.000
	Samkørsel	50.000	50.000	50.000
	I alt	245.000	245.000	245.000
Udvikling	Udvikling	175.000	175.000	175.000
	I alt	175.000	175.000	175.000
Budget totalt		1.630.000	1.630.000	1.630.000

Kommentarer til budgettets enkelte poster:

- **Ad. projektleder:** DLCR's daglige leder har siden starten i 2000 været en ½ tids ansat overlæge, hvis resterende ansættelse har været ved registerets thoraxkirurgiske værtsafdeling. Projektlederen varetager i samarbejde med sekretariatet og kompetencecenteret den daglige drift herunder kontakt til afdelinger og faglige baggrundsgrupper og udarbejder årsrapporter og analyser til bl.a. Det Nationale Indikator Projekt. Desuden varetager projektlederen i samarbejde med kompetencecenteret og IT-leverandører udviklingen af databasen. Budgettet vil medføre en betydelig styrkelse af kompetencecenterets indsats i databasen, herunder vil tilførsel af en databasemanager frigøre projektlederen til i højere grad at kunne varetage forsknings- og udviklingsopgaver.
- **Ad. Sekretær:** DLCR's daglige drift varetages af sekretæren for registeret. Opgaverne vedrører servicering af brugerafdelinger samt DLCR's forretningsudvalg og baggrundsgrupper. Desuden deltager sekretæren i udarbejdelse af rapporter og det administrative udviklingsarbejde. DLCR har siden starten haft en tilknyttet en sådan register-sekretær og opgaverne har gennem årene kunne løses inde for den aktuelle normering på 30 timer per uge.
- **Ad. Kompetencecenter:** I 2004 blev DLCR tilknyttet Kompetencecenter Syd, og har siden købt ydelser derfra.
- **Ad. Drift:** Punkterne under denne overskrift afspejler det faktiske forbrug i DLCR gennem de sidste 6 år til afholdelse af møder, rejseudgifter, kontordrift, udgivelse af rapporter, indkøb af licenser og hardware jvn.f. DLCR's regnskaber.
- **Ad. Programdrift:** DLCR's program TOPICA driftes og vedligeholdes af CSC Scandihealth A/S i samarbejde med Langtved Data A/S. Udgifterne omfatter fastprisaftaler med leverandøren. DLCR samkører sine data med

oplysninger i bl.a. CPR-registeret og Patobanken, der begge opkræver gebyr for disse ydelser. Disse udgifter forventes at stige de kommende år, hvor også samkørsel med Cancerregisteret forventes genoptaget.

- **Ad. Udvikling:** DLCR har - for at kunne leve op til brugernes krav og den teknologiske udvikling – gennem flere år haft relativt store årlige udviklingsomkostninger. Aktuelt arbejdes der på at rekonstruere DLCR's platform til en forløbsbaseret database og på lidt længere sigt skal DLCR kunne modtage og behandle data fra EPJ-systemerne. Dette arbejde færdiggøres i 1. halvår af 2007. Det vurderes at DLCR aktuelt er en særdeles brugervenlig database som hurtigt responderer på krav fra brugergrupperne – således at indrapporteringen styrkes på såvel kompletthed – som på korrekthedsfladen.

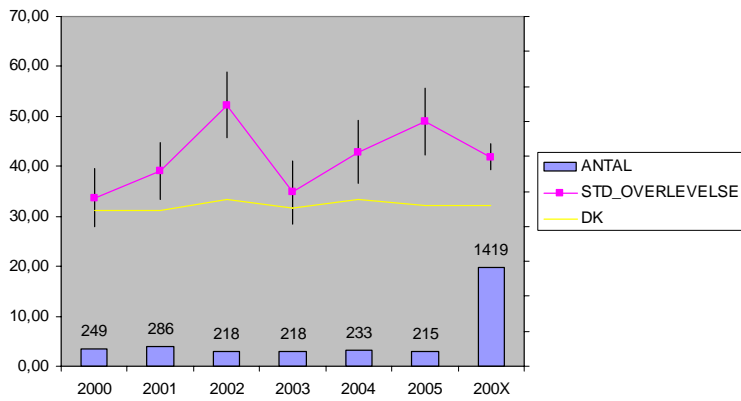
Bilagsmappe

Bilag 1 – Overlevelse.....	67
Bilag 2 - Undersøgelser i %.....	85
Bilag 3 – Stadier	86
Bilag 4 – Udredningsmetoder.....	87
Bilag 5 – Total overlevelse kirurgi	90
Bilag 6 – 30 dages mortalitet	95
Bilag 7 – Overlevelse operationstyper i %	97
Bilag 8 – Operationstyper i %.....	100
Bilag 9 – Postoperative stadier	101
Bilag 10 – Operationskarakteristika.	102
Bilag 11 – Onkologiske behandlingsmodaliteter	104

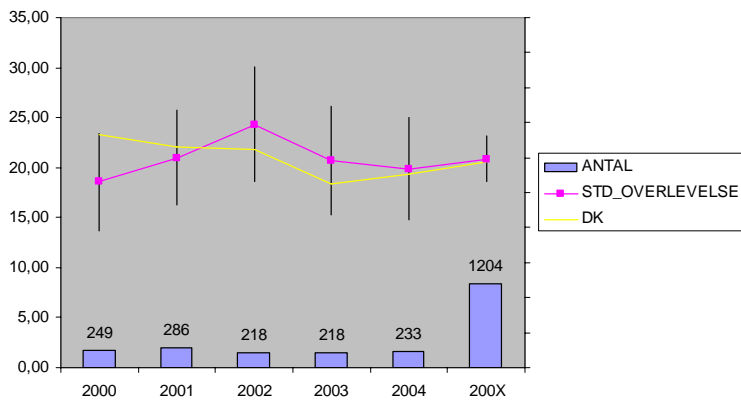
Bilag 1 – Overlevelse

Bispebjerg

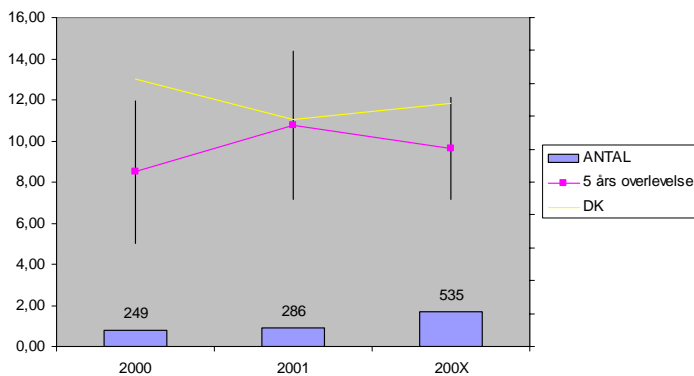
1 års overlevelse



2 års overlevelse

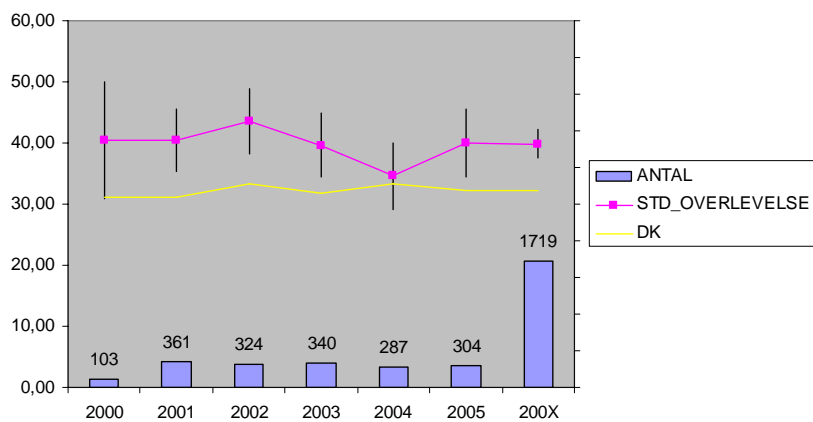


5 års overlevelse

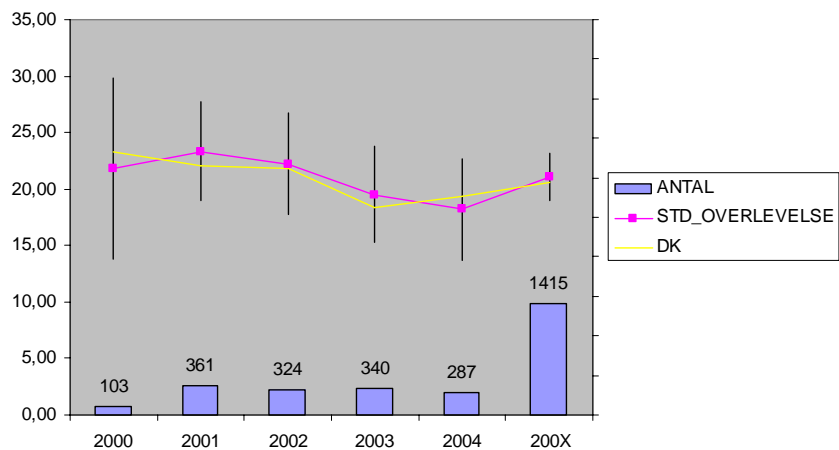


Gentofte

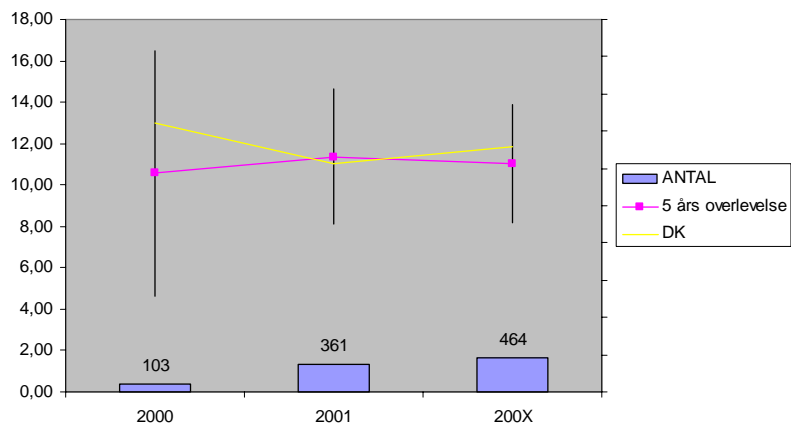
1 års overlevelse



2 års overlevelse

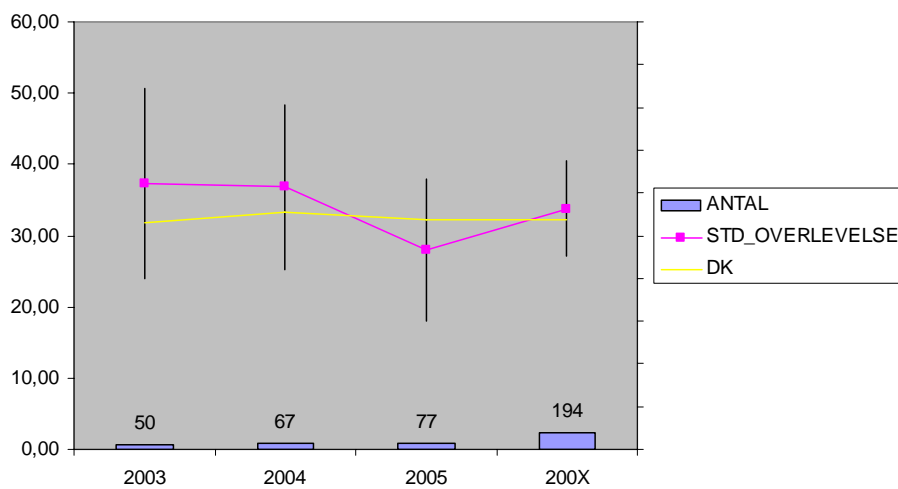


5 års overlevelse

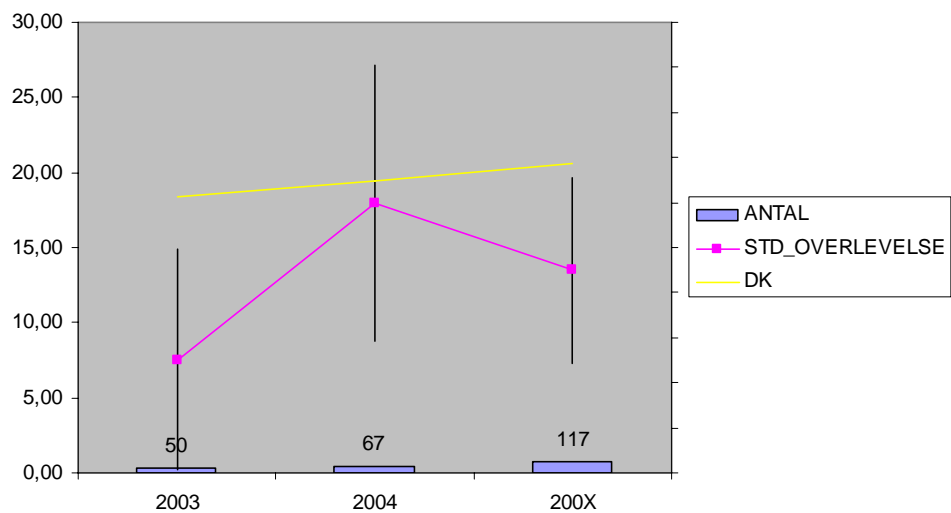


Frederikssund

1 års overlevelse

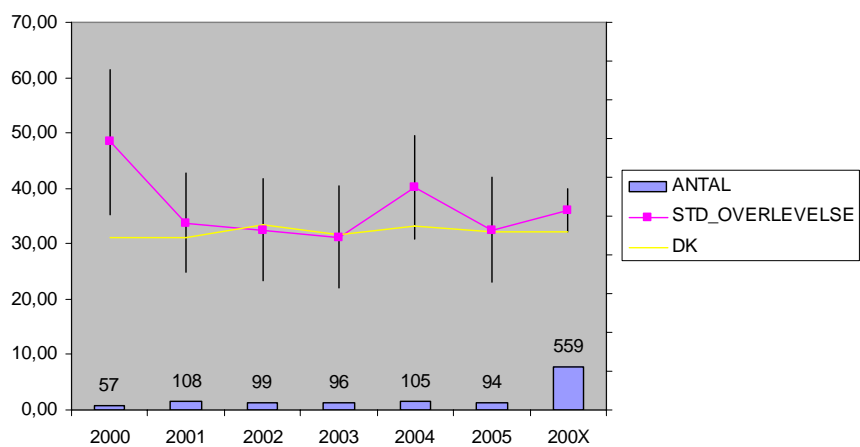


2 års overlevelse

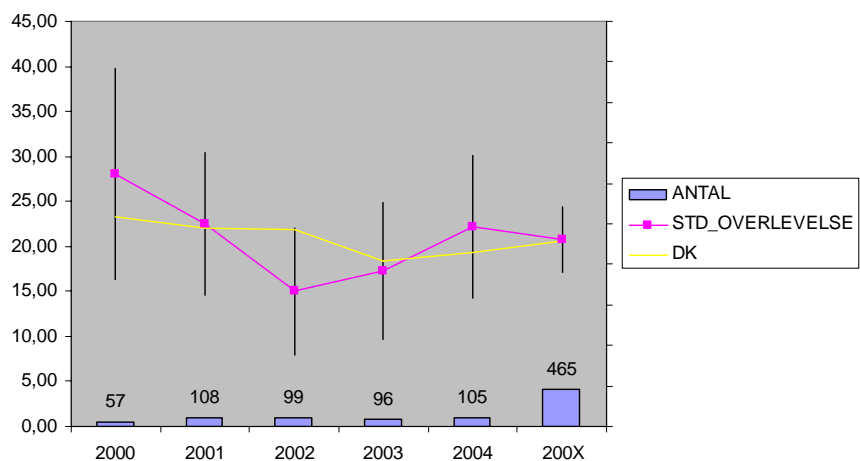


Roskilde

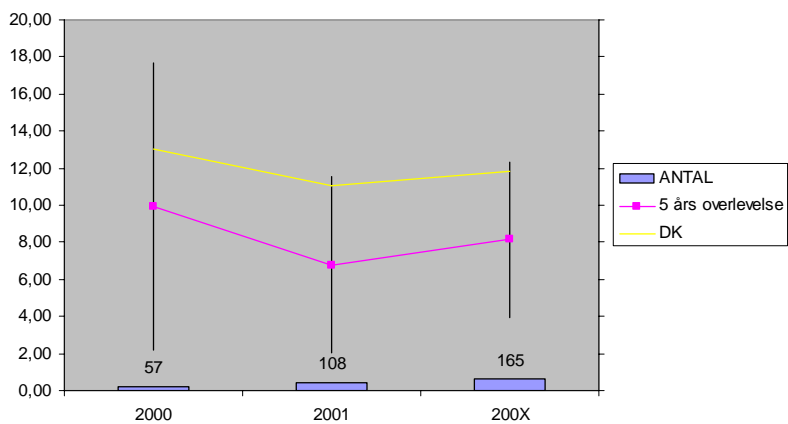
1 års overlevelse



2 års overlevelse

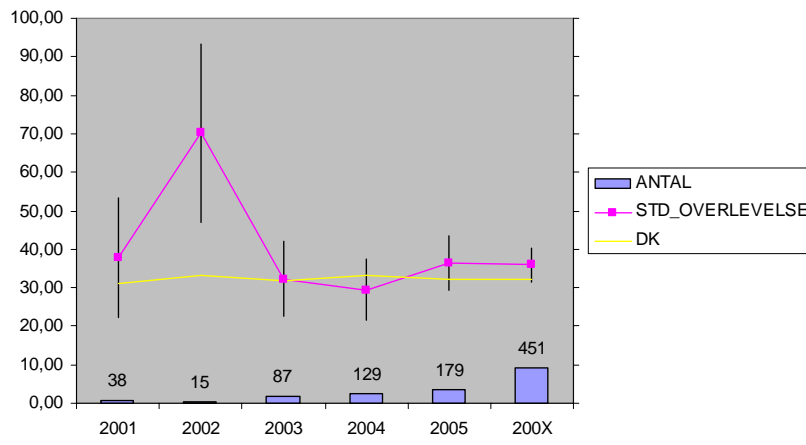


5 års overlevelse

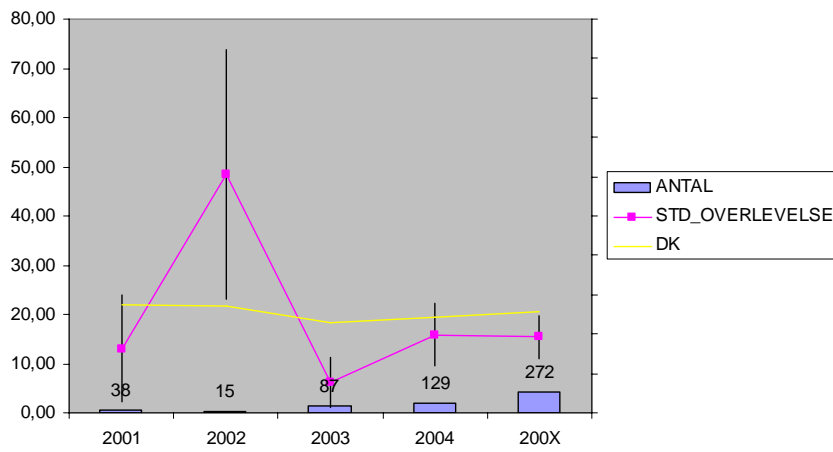


Holbæk

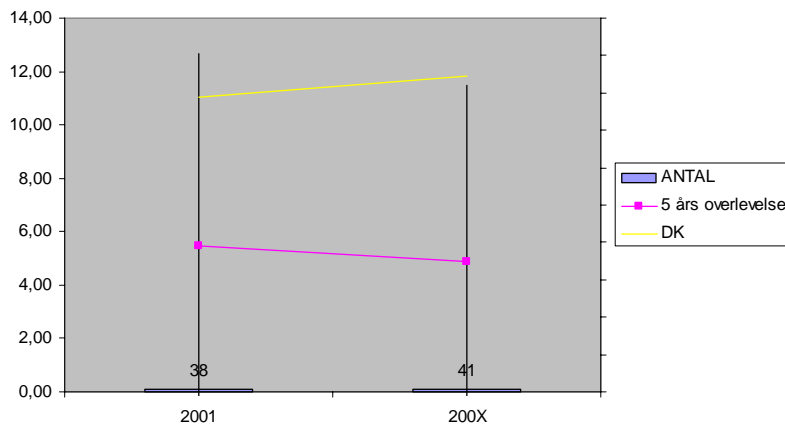
1 års overlevelse



2 års overlevelse

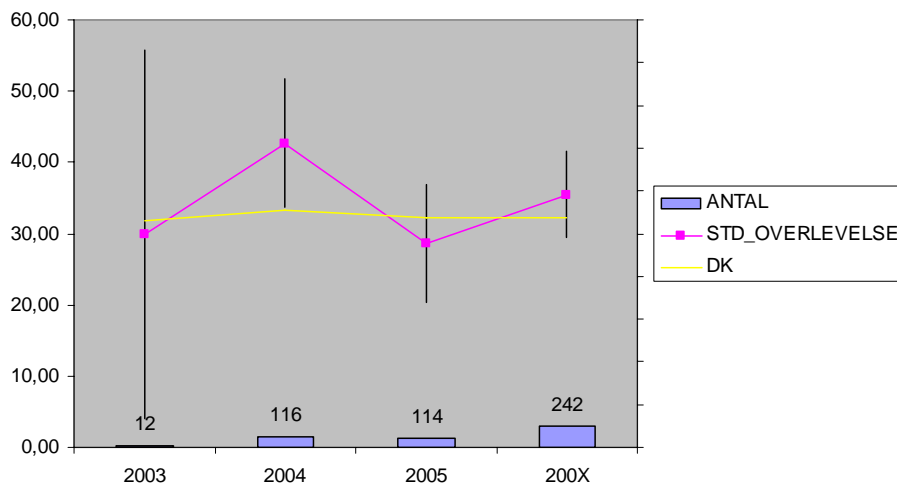


5 års overlevelse

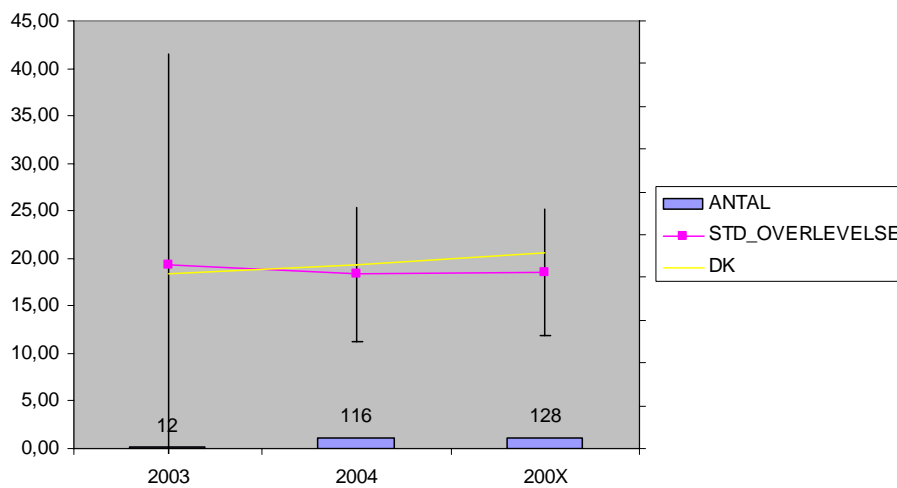


Næstved

1 års overlevelse

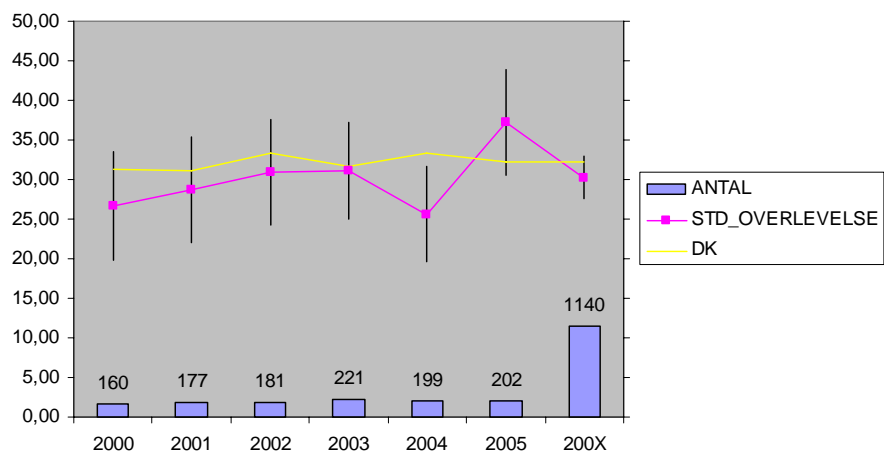


2 års overlevelse

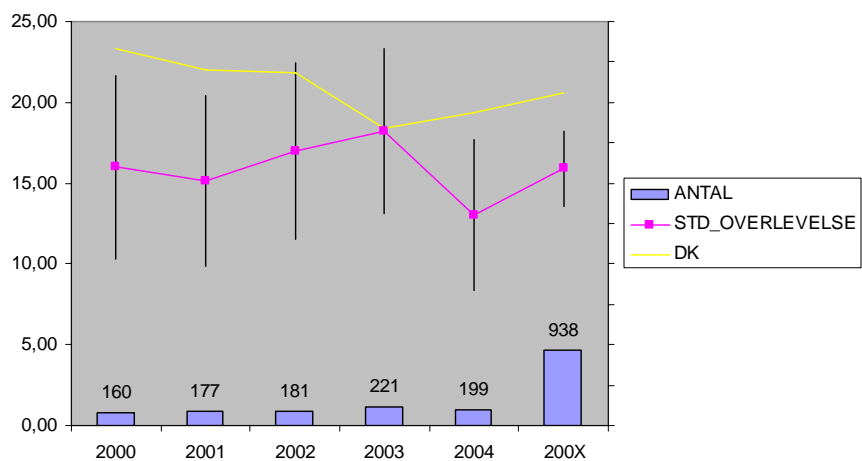


Odense

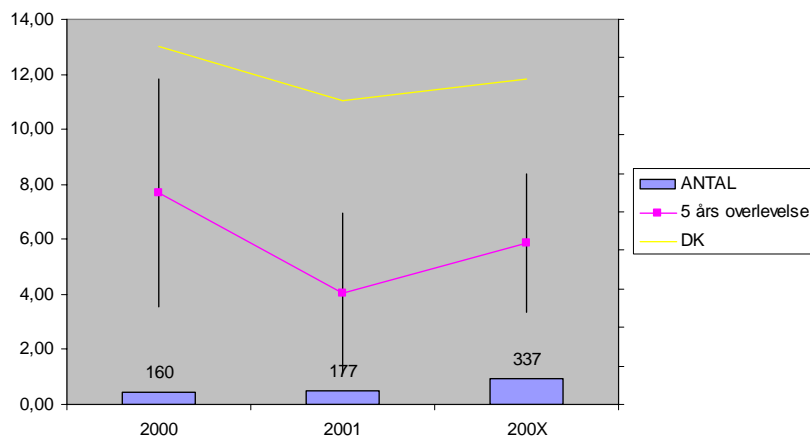
1 års overlevelse



2 års overlevelse

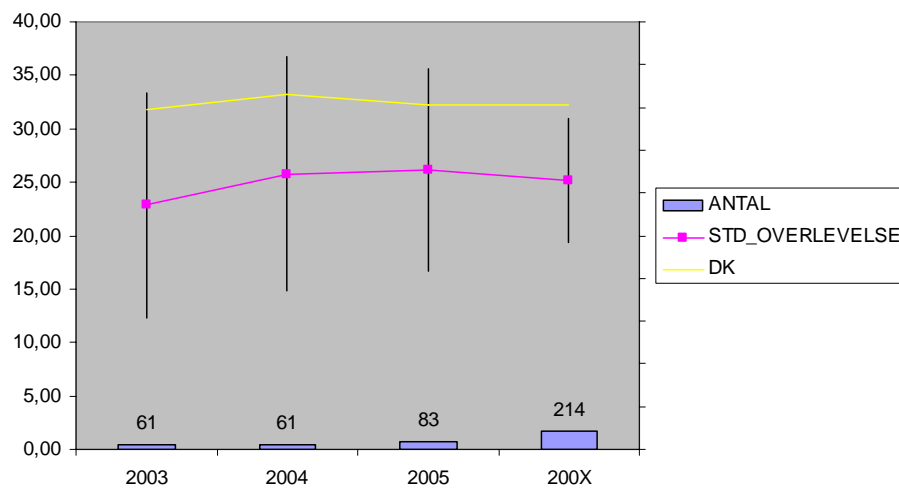


5 års overlevelse

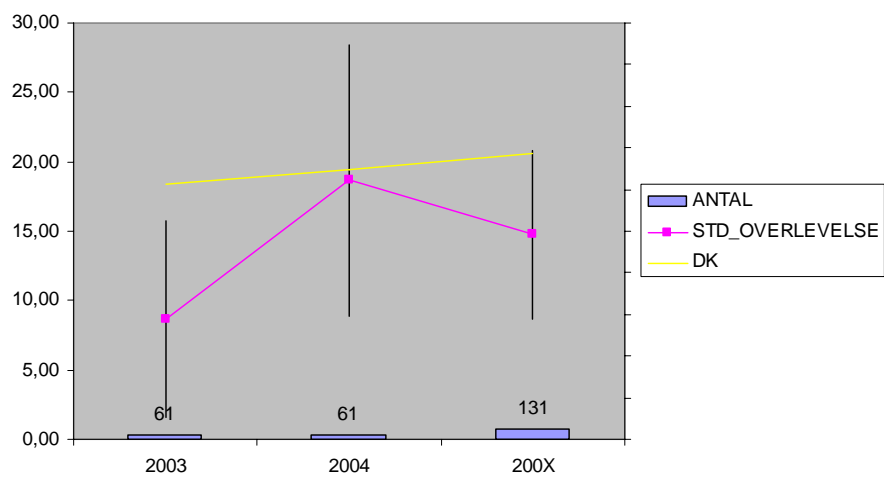


Svendborg

1 års overlevelse

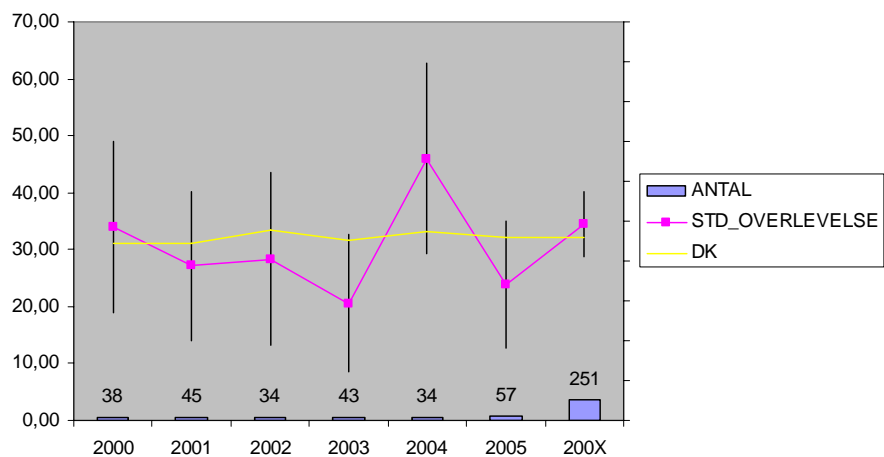


2 års overlevelse

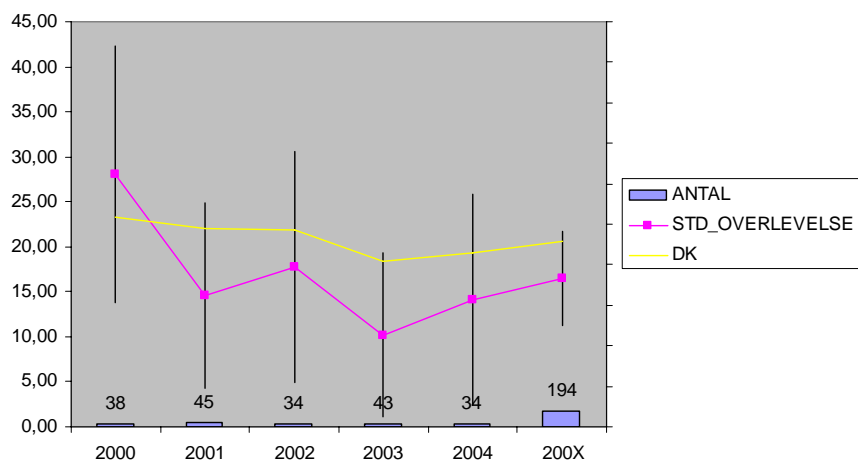


Sønderborg

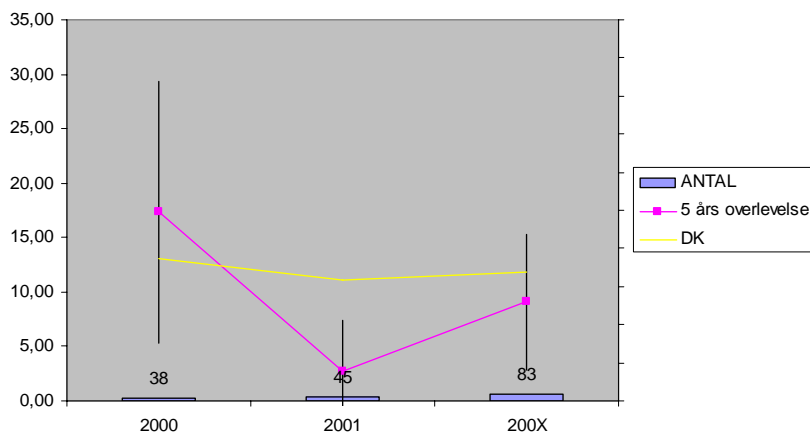
1 års overlevelse



2 års overlevelse

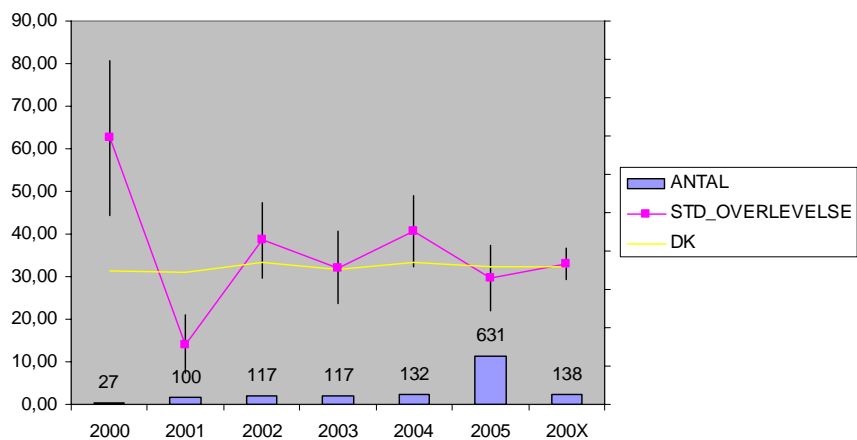


5 års overlevelse

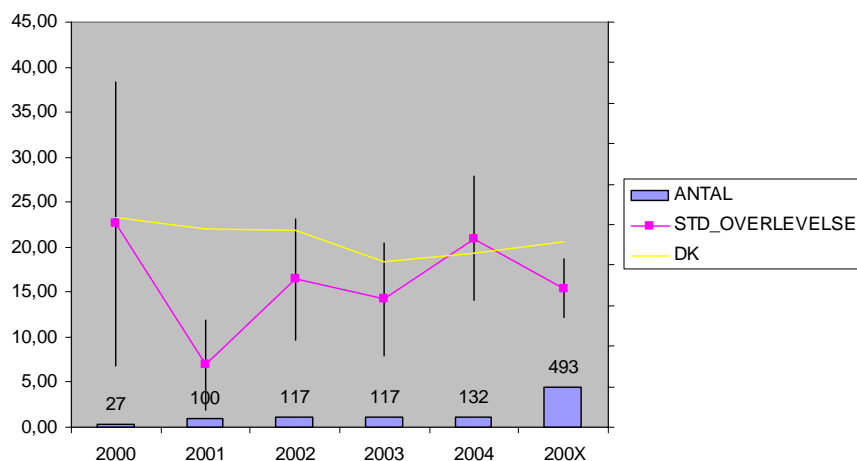


Esbjerg, ØNH

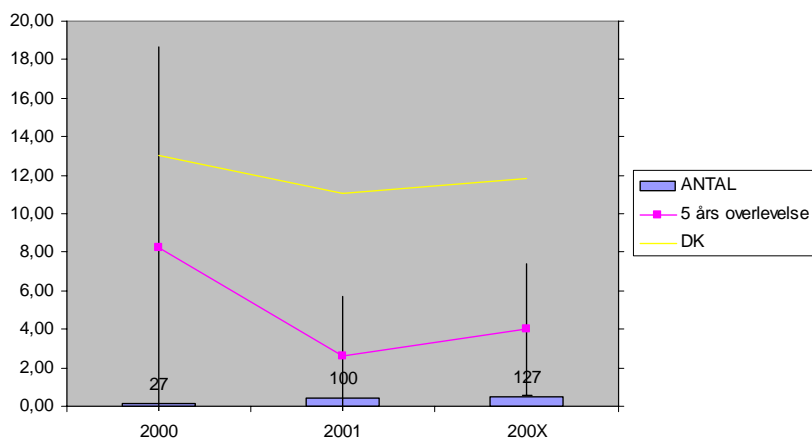
1 års overlevelse



2 års overlevelse

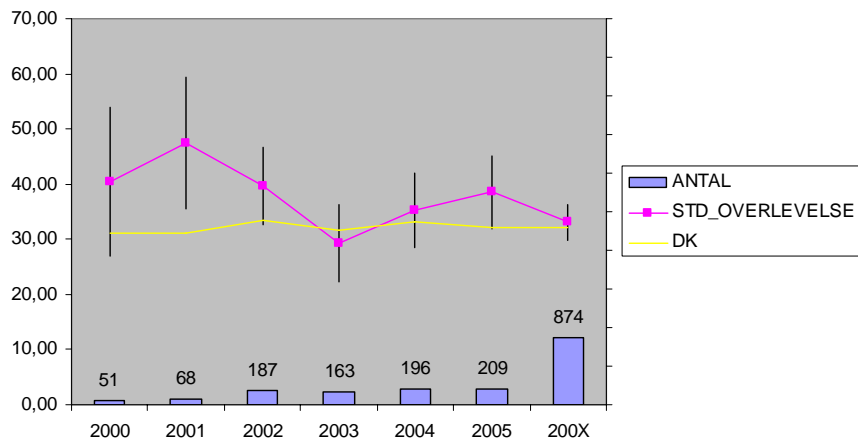


5 års overlevelse

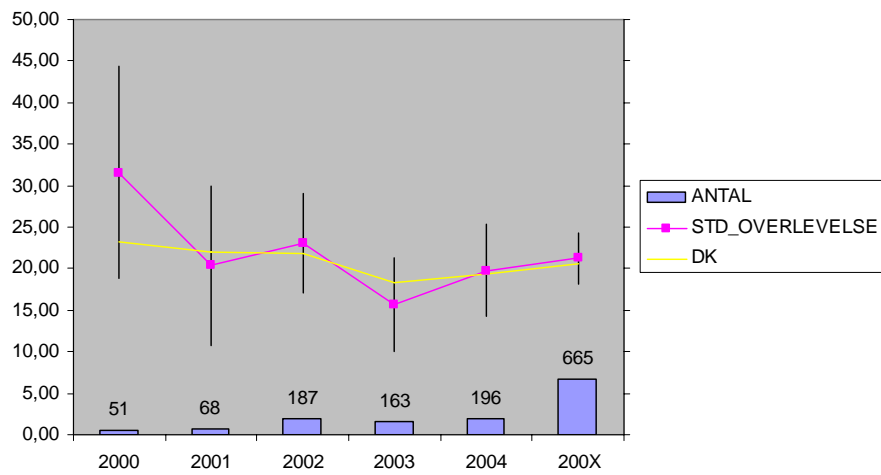


Vejle

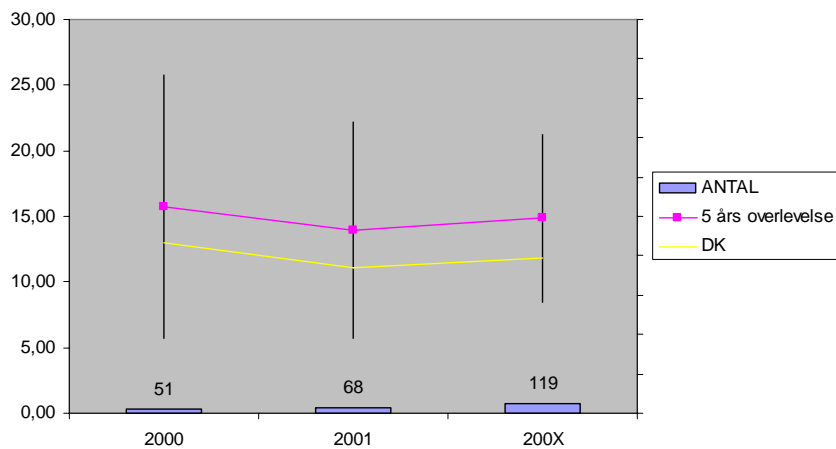
1 års overlevelse



2 års overlevelse

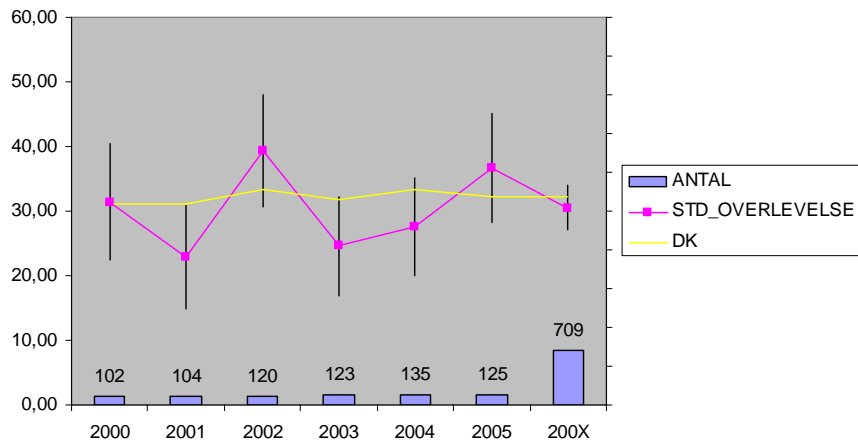


5 års overlevelse

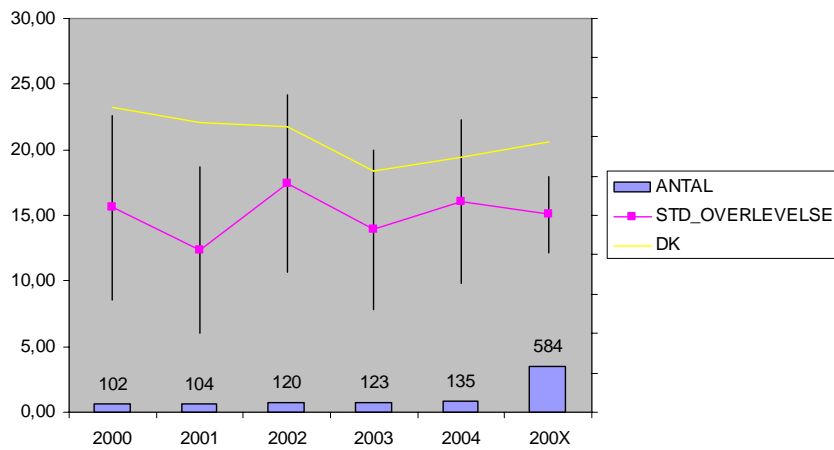


Holstebro

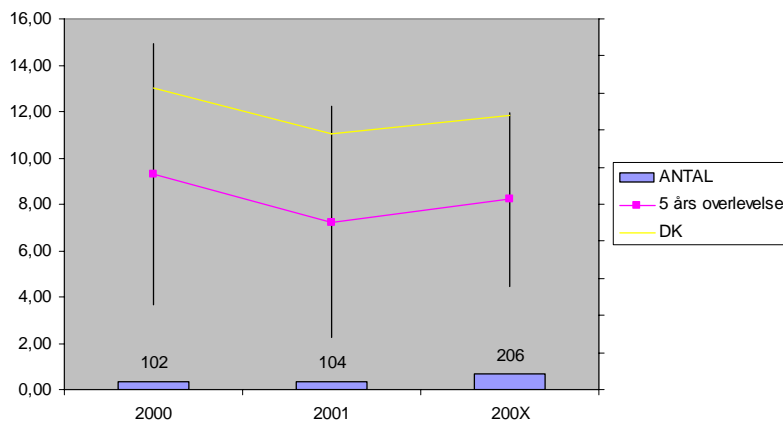
1 års overlevelse



2 års overlevelse

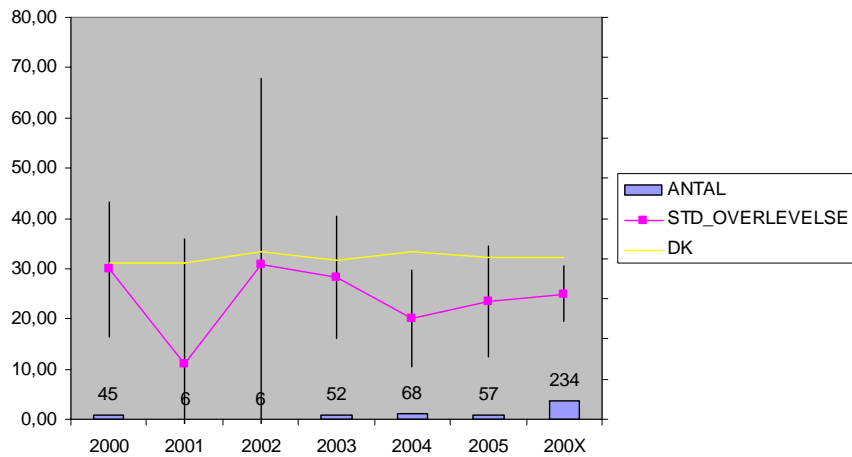


5 års overlevelse

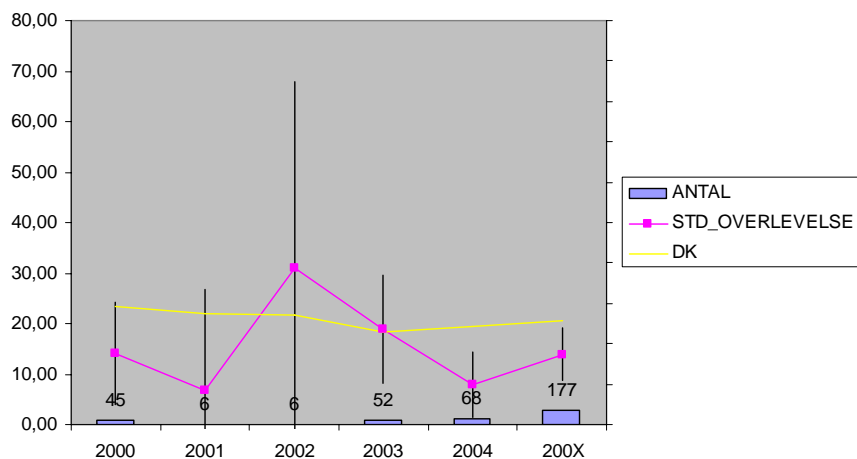


Silkeborg

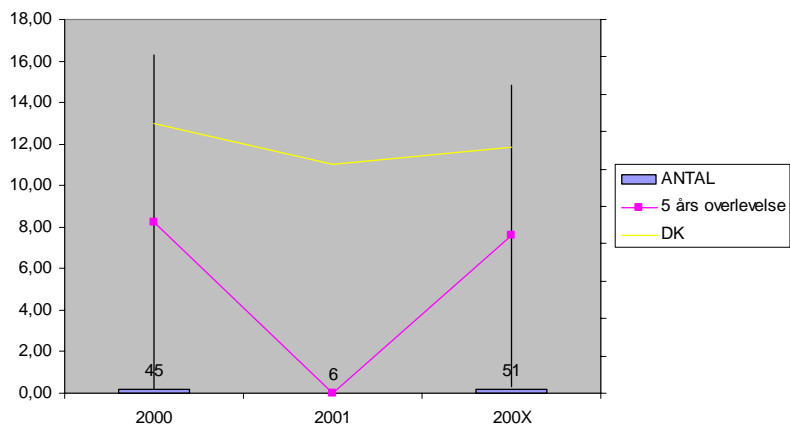
1 års overlevelse



2 års overlevelse

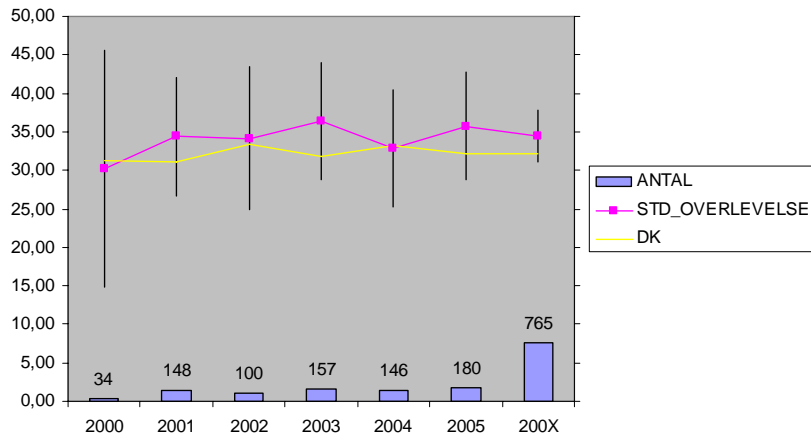


5 års overlevelse

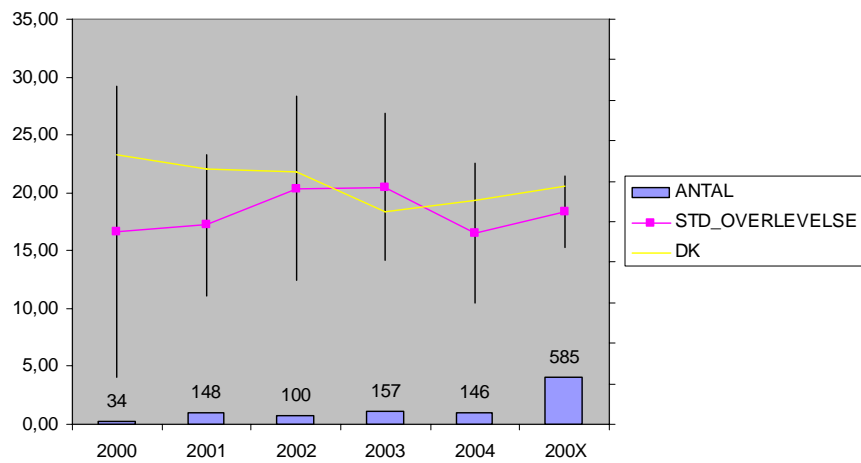


Århus

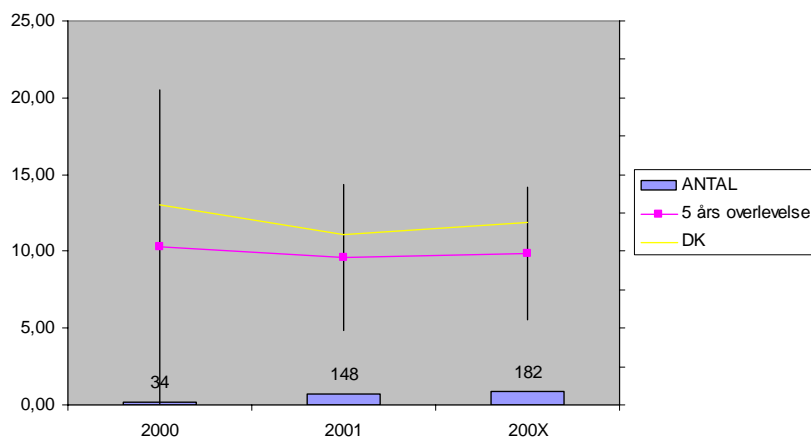
1 års overlevelse



2 års overlevelse

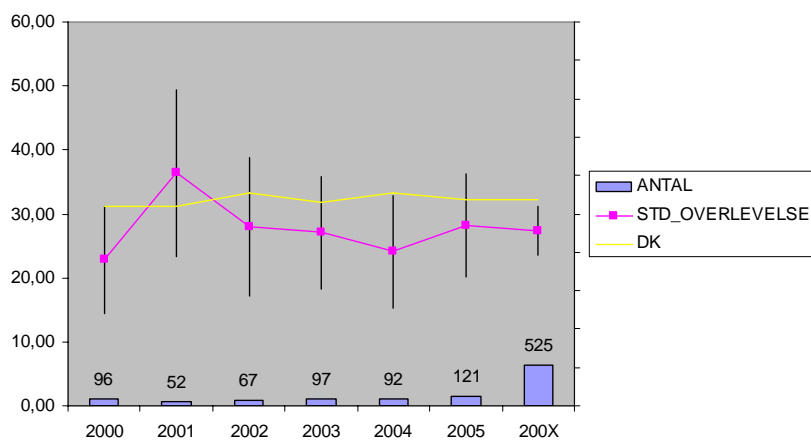


5 års overlevelse

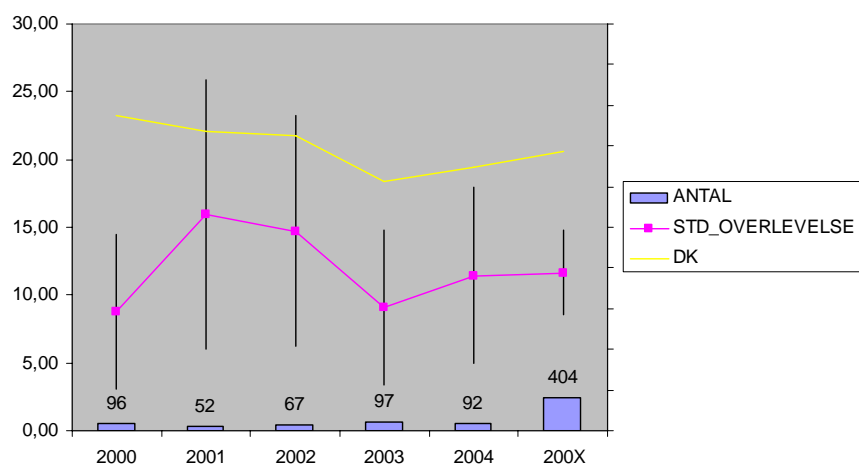


Randers

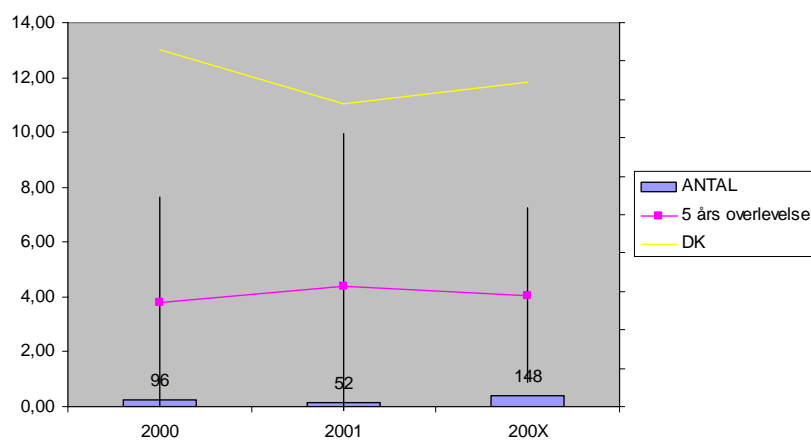
1 års overlevelse



2 års overlevelse

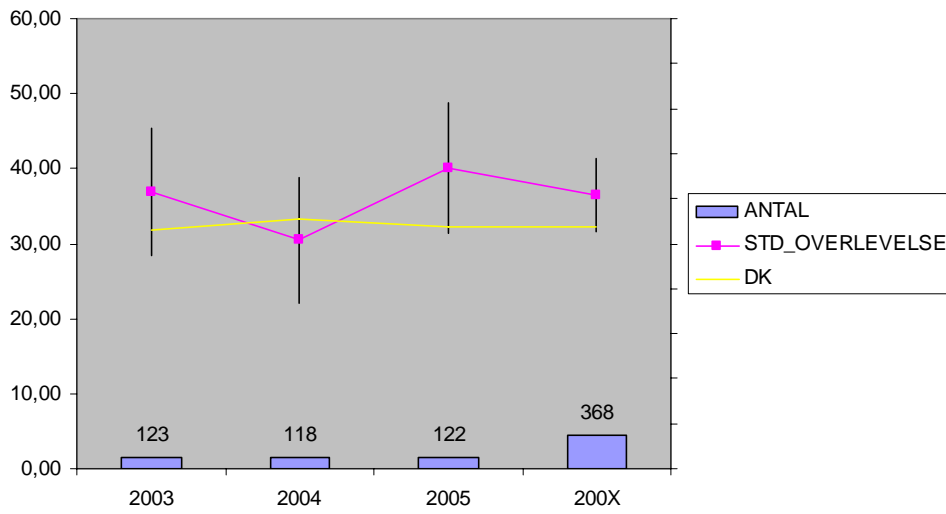


5 års overlevelse

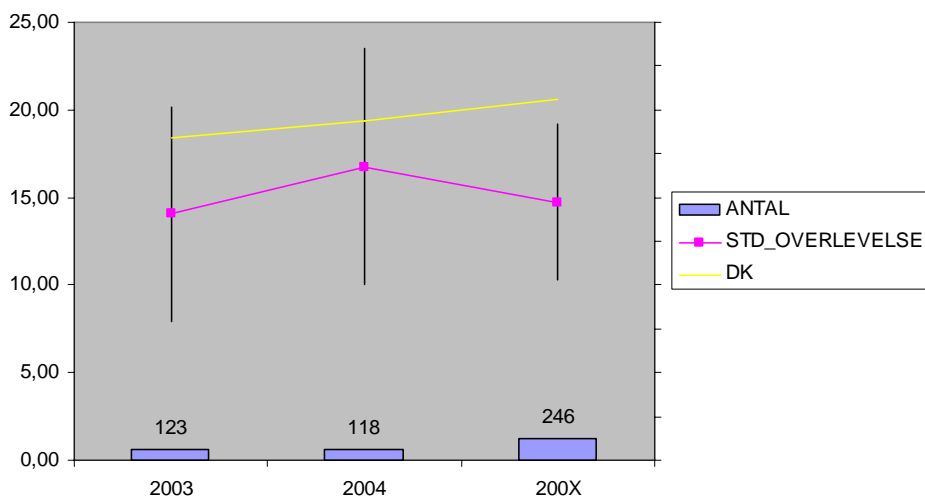


Viborg

1 års overlevelse

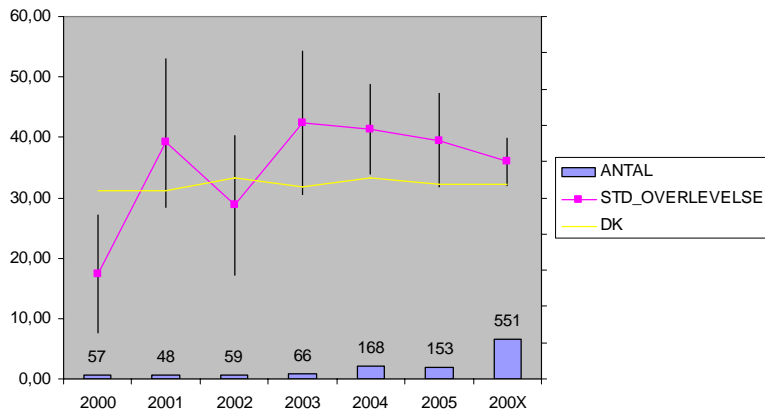


2 års overlevelse

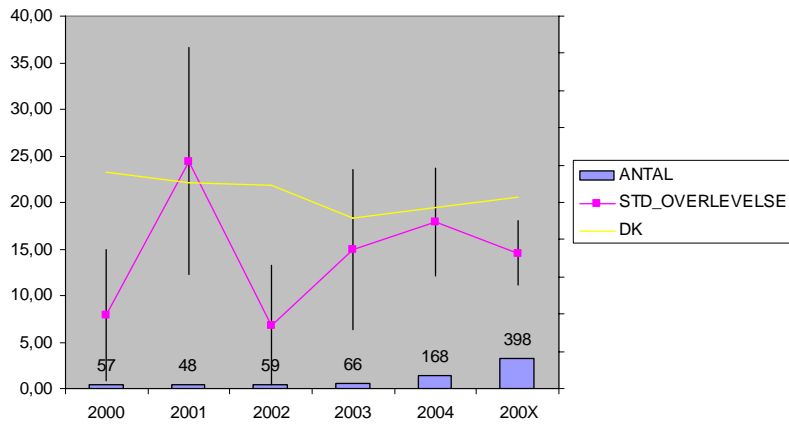


Ålborg

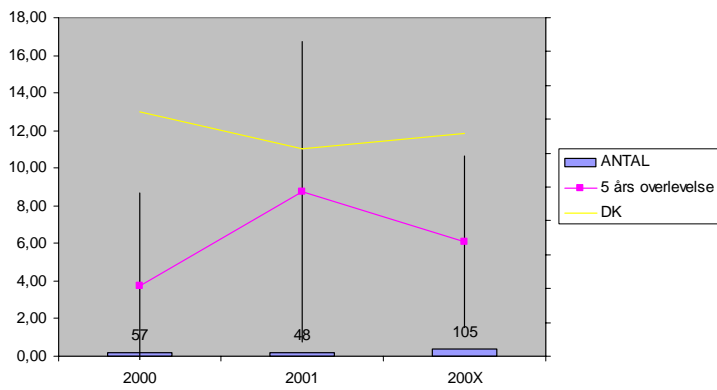
1 års overlevelse



2 års overlevelse

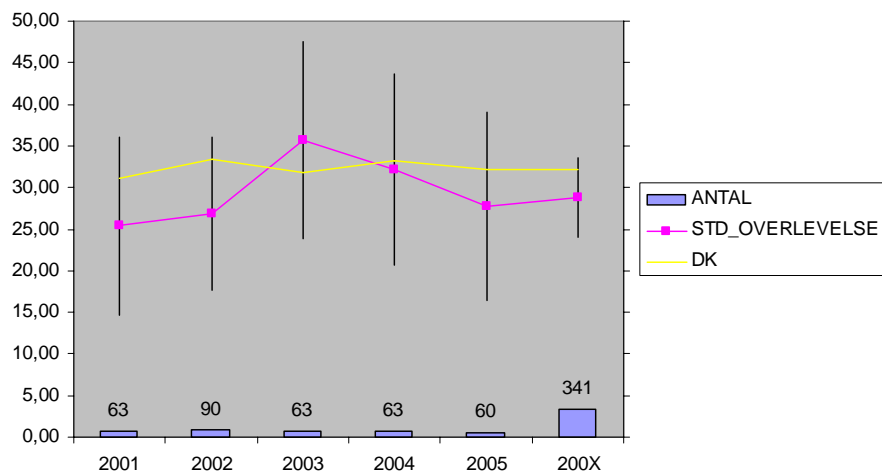


5 års overlevelse

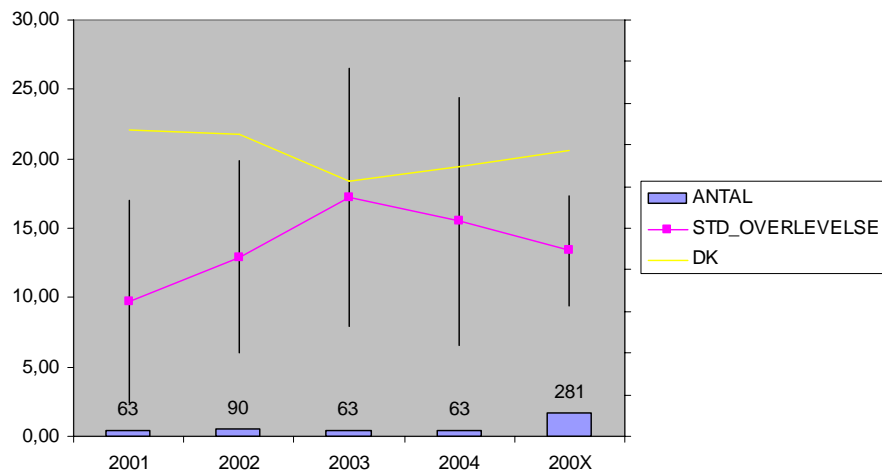


Hjørring

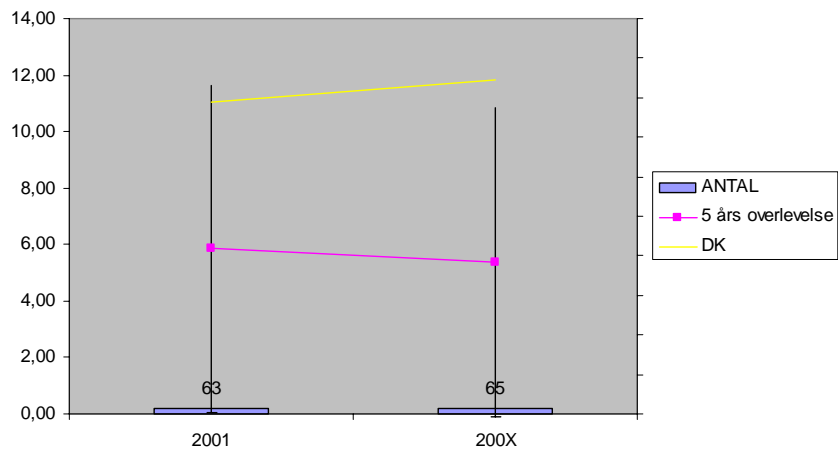
1 års overlevelse



2 års overlevelse



5 års overlevelse



Bilag 2 - Undersøgelser i %

Afdeling	Bronko- skopi	Torako- centese	Mediastino- skopi	EBUS	PET	Pleura biopsi	TTNAB UL	TTNAB CT	TTNAB RTG	Andre biopsier
Bispebjerg	94%	2%	6%	1%	33%	0%	3%	9%	27%	37%
Hvidovre	48%	21%	0%	0%	3%	0%	0%	0%	0%	0%
Amager	75%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Frederiksberg	30%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Gentofte	78%	8%	2%	6%	4%	0%	1%	4%	26%	30%
Hillerød, afd. B	75%	0%	25%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
Frederikssund	64%	4%	2%	0%	6%	2%	1%	4%	35%	38%
Roskilde	80%	8%	0%	2%	0%	1%	3%	3%	3%	11%
Holbæk	55%	13%	5%	5%	9%	5%	8%	8%	8%	15%
Slagelse	50%	0%	0%	0%	0%	0%	50%	0%	0%	50%
Næstved	89%	5%	1%	1%	2%	1%	4%	1%	28%	34%
Nykøbing F	80%	7%	2%	2%	0%	0%	0%	15%	0%	15%
Bornholm	76%	0%	34%	21%	3%	0%	3%	41%	0%	45%
OUH	66%	13%	10%	0%	10%	0%	1%	25%	1%	27%
Middelfart	100%	0%	9%	18%	0%	0%	0%	18%	0%	18%
Svendborg	91%	7%	0%	0%	11%	0%	2%	13%	1%	16%
Sønderborg	46%	3%	21%	0%	0%	1%	0%	35%	1%	37%
Haderslev	60%	5%	25%	0%	0%	0%	0%	5%	0%	5%
Esbjerg	64%	2%	41%	2%	2%	1%	14%	9%	0%	23%
Fredericia	90%	10%	5%	12%	12%	0%	0%	10%	0%	10%
Vejle	40%	5%	18%	0%	4%	0%	1%	47%	1%	48%
Holstebro	72%	8%	27%	5%	2%	0%	1%	31%	2%	33%
Silkeborg	63%	8%	29%	2%	0%	0%	3%	2%	30%	33%
Århus	61%	10%	32%	1%	4%	1%	6%	1%	44%	51%
Randers	51%	12%	40%	0%	0%	1%	20%	2%	19%	40%
Skive	63%	11%	35%	2%	0%	1%	2%	31%	1%	34%
Ålborg	66%	10%	30%	2%	6%	1%	11%	8%	3%	20%
Hjørring	33%	12%	21%	0%	0%	0%	0%	21%	2%	24%
Frederikshavn	50%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%

Bilag 3 – Stadier

Stadiefordeling (cTNM) i % af 2006 populationen:

AFDELING	0	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	INGEN REGISTRERING
Bispebjerg	0%	7%	12%	0%	2%	10%	19%	51%	0%
Hvidovre	0%	0%	3%	0%	7%	3%	0%	86%	0%
Amager	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%	100%	0%
Frederiksberg	20%	0%	0%	0%	0%	0%	30%	50%	30%
Gentofte	2%	9%	8%	0%	3%	5%	22%	50%	0%
Hillerød, afd. B	25%	0%	0%	0%	0%	0%	25%	50%	0%
Frederikssund	1%	4%	6%	2%	5%	5%	23%	56%	0%
Roskilde	0%	1%	2%	1%	3%	11%	33%	48%	0%
Holbæk	2%	2%	13%	0%	5%	7%	28%	43%	0%
Slagelse	0%	0%	0%	0%	50%	0%	50%	0%	0%
Næstved	1%	5%	9%	0%	7%	3%	20%	54%	1%
Nykøbing F	0%	7%	12%	0%	5%	2%	22%	51%	0%
Bornholm	7%	17%	10%	0%	0%	7%	24%	34%	0%
OUH	0%	9%	12%	0%	7%	8%	25%	39%	1%
Middelfart	0%	0%	0%	0%	0%	18%	18%	64%	18%
Svendborg	0%	1%	16%	0%	7%	9%	32%	35%	0%
Sønderborg	0%	5%	15%	0%	8%	5%	30%	38%	0%
Haderslev	35%	0%	15%	0%	5%	20%	10%	15%	0%
Esbjerg	1%	6%	18%	2%	10%	9%	10%	43%	0%
Fredericia	2%	0%	2%	0%	12%	22%	20%	41%	7%
Vejle	1%	6%	7%	0%	9%	3%	23%	51%	1%
Holstebro	0%	8%	17%	0%	5%	7%	20%	43%	0%
Silkeborg	2%	8%	17%	0%	6%	6%	17%	43%	0%
Århus	1%	8%	17%	0%	11%	4%	23%	37%	0%
Randers	1%	8%	19%	0%	4%	8%	16%	44%	1%
Skive	2%	9%	14%	1%	2%	11%	18%	43%	0%
Ålborg	4%	5%	14%	1%	5%	6%	32%	33%	1%
Hjørring	0%	7%	5%	0%	5%	2%	24%	57%	0%
Frederikshavn	0%	13%	25%	0%	0%	0%	13%	50%	0%

Bilag 4 – Udredningsmetoder.

Fordeling på diagnostisk metode og rapporterende afdeling i Region Hovedstaden, 2006										
Diagnosen fundet ved	Rapporterende afdeling								Hele regionen	Antal i alt i regionen
	Amager hospital	Bispebjerg Hospital	Bornholms Centralsygehus	Frederiksberg Hospital	Fredrikssund Sygehus	Hillerød Sygehus	Hvidovre Hospital	Kbh. Amts Sygehus i Gentofte		
01 - Bronkoskopi	75,0%	47,0%	37,9%	30,0%	49,6%	25,0%	37,9%	48,9%	47,4%	367
02 - Bronkomediastinoskopi	-	3,8%	3,4%	-	1,5%	25,0%	-	0,9%	2,1%	16
03 - Transthoracale biopsier	-	32,6%	44,8%	10,0%	34,6%	-	-	19,1%	25,8%	200
04 - Expectorat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05 - Pleuravæske	-	1,3%	-	-	0,8%	-	3,4%	2,7%	1,8%	14
06 - EUS	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
07 - Thoracoskopi	-	0,4%	-	-	0,8%	-	-	-	0,3%	2
08 - Thoracotomi	-	5,5%	3,4%	-	-	-	-	-	1,8%	14
09 - Andre biopsier	-	5,5%	6,9%	30,0%	9,0%	-	24,1%	9,4%	8,8%	68
10 - Autopsi	-	-	-	-	0,8%	-	-	-	0,1%	1
11 - Billeddiagnostik/klinik	25,0%	1,7%	3,4%	-	0,8%	50,0%	24,1%	13,7%	7,9%	61
12 - Felt fejlagtigt udfyldt	-	-	-	-	-	-	10,3%	0,9%	0,8%	6
13 - Felt ikke udfyldt	-	2,1%	-	30,0%	2,3%	-	-	4,3%	3,2%	25
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	774
Antal i alt fra afdeling	4	236	29	10	133	4	29	329	774	-

Fordeling på diagnostisk metode og rapporterende afdeling i Region Sjælland, 2006							
Diagnosen fundet ved	Rapporterende afdeling					Hele regionen	Antal i alt i regionen
	Holbæk sygehus	Nykøbing F sygehus	Næstved sygehus	RAS Roskilde	Slagelse sygehus		
01 - Bronkoskopi	23,5%	70,7%	51,8%	68,5%	-	43,8%	211
02 - Bronkomediastinoskopi	0,5%	-	1,5%	-	-	0,6%	3
03 - Transthoracale biopsier	3,8%	12,2%	29,2%	9,0%	-	12,7%	61
04 - Expectorat	-	-	-	-	-	-	-
05 - Pleuravæske	2,8%	2,4%	2,2%	3,4%	-	2,7%	13
06 - EUS	-	-	-	-	-	-	-
07 - Thoracoskopi	-	-	-	-	-	-	-
08 - Thoracotomi	0,9%	-	-	1,1%	-	0,6%	3
09 - Andre biopsier	7,0%	4,9%	8,0%	6,7%	-	7,1%	34
10 - Autopsi	0,5%	-	0,7%	-	-	0,4%	2
11 - Billeddiagnostik/klinik	4,2%	-	5,1%	3,4%	-	3,9%	19
12 - Felt fejlagtigt udfyldt	-	-	0,7%	1,1%	-	0,4%	2
13 - Felt ikke udfyldt	56,8%	9,8%	0,7%	6,7%	100,0%	27,8%	134
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	482
Antal i alt fra afdeling	213	41	137	89	2	482	-

Fordeling på diagnostisk metode og rapporterende afdeling i Region Nordjylland, 2006					
Diagnosen fundet ved	Rapporterende afdeling			Hele regionen	Antal i alt i regionen
	Frederikshavn-Skagen	Sygehus Vendsyssel	Aalborg Sygehus		
01 - Bronkoskopi	62,5%	7,1%	37,1%	32,6%	77
02 - Bronkomediastinoskopi	-	7,1%	21,0%	17,8%	42
03 - Transthoracale biopsier	-	16,7%	13,4%	13,6%	32
04 - Expectorat	-	7,1%	-	1,3%	3
05 - Pleuravæske	-	2,4%	6,5%	5,5%	13
06 - EUS	-	-	-	-	-
07 - Thoracoskopi	-	-	0,5%	0,4%	1
08 - Thoracotomi	-	9,5%	2,7%	3,8%	9
09 - Andre biopsier	-	16,7%	9,1%	10,2%	24
10 - Autopsi	-	-	0,5%	0,4%	1
11 - Billeddiagnostik/klinik	-	11,9%	0,5%	2,5%	6
12 - Felt fejlagtigt udfyldt	-	-	1,6%	1,3%	3
13 - Felt ikke udfyldt	37,5%	21,4%	7,0%	10,6%	25
	100%	100%	100%	100%	236
Antal i alt fra afdeling	8	42	186	236	-

Fordeling på diagnostisk metode og rapporterende afdeling i Region Midtjylland, 2006							
Diagnosen fundet ved	Rapporterende afdeling					Hele regionen	Antal i alt i regionen
	Holstebro Sygehus	Randers Sygehus	Silkeborg Sygehus	Sygehus Viborg	Århus Sygehus		
01 - Bronkoskopi	24,4%	12,1%	31,7%	34,5%	19,7%	23,4%	135
02 - Bronkomediastinoskopi	2,3%	12,9%	6,3%	6,9%	5,6%	6,8%	39
03 - Transthoracale biopsier	22,9%	29,0%	38,1%	34,5%	42,3%	33,0%	190
04 - Expectorat	-	-	-	0,9%	0,7%	0,3%	2
05 - Pleuravæske	1,5%	0,8%	3,2%	6,0%	2,8%	2,8%	16
06 - EUS	2,3%	-	-	-	-	0,5%	3
07 - Thoracoskopi	-	-	-	0,9%	2,1%	0,7%	4
08 - Thoracotomi	1,5%	0,8%	-	-	0,7%	0,7%	4
09 - Andre biopsier	10,7%	12,9%	11,1%	11,2%	4,9%	9,9%	57
10 - Autopsi	-	-	-	-	-	-	-
11 - Billeddiagnostik/klinik	3,8%	2,4%	1,6%	1,7%	0,7%	2,1%	12
12 - Felt fejlagtigt udfyldt	-	-	4,8%	0,9%	3,5%	1,6%	9
13 - Felt ikke udfyldt	30,5%	29,0%	3,2%	2,6%	16,9%	18,2%	105
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	576
Antal i alt fra afdeling	131	124	63	116	142	576	-

Fordeling på diagnostisk metode og rapporterende afdeling i Region Syddanmark, 2006										
Diagnosen fundet ved	Rapporterende afdeling								Hele regionen	Antal i alt i regionen
	Esbjerg	Fredericia Sygehus	Haderslev	OOUH, Middelfart	OOUH, Odense	SHF, Svendborg	Sønderborg	Vejle Sygehus		
01 - Bronkoskopi	10,4%	-	25,0%	72,7%	50,3%	64,2%	18,4%	20,2%	31,0%	246
02 - Bronkmediastinoskopi	16,8%	-	10,0%	9,1%	1,1%	1,8%	7,2%	9,3%	6,8%	54
03 - Transthoracale biopsier	12,0%	-	5,0%	18,2%	22,3%	20,2%	20,0%	44,8%	23,6%	187
04 - Expectorat	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
05 - Pleuravæske	0,8%	-	-	-	7,3%	3,7%	2,4%	3,8%	3,5%	28
06 - EUS	-	-	-	-	0,6%	-	-	-	0,1%	1
07 - Thoracoskopi	-	-	-	-	0,6%	-	-	0,5%	0,3%	2
08 - Thoracotomi	1,6%	-	-	-	4,5%	1,8%	0,8%	0,5%	1,8%	14
09 - Andre biopsier	6,4%	2,4%	5,0%	-	8,9%	3,7%	11,2%	9,3%	7,7%	61
10 - Autopsi	-	-	-	-	-	0,9%	-	-	0,1%	1
11 - Billeddiagnostik/klinik	-	-	-	-	4,5%	3,7%	32,8%	11,5%	9,3%	74
12 - Felt fejlagtigt udfyldt	4,0%	-	-	-	-	-	7,2%	-	1,8%	14
13 - Felt ikke udfyldt	48,0%	97,6%	55,0%	-	-	-	-	-	14,0%	111
	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	793
Antal i alt fra afdeling	125	41	20	11	179	109	125	183	793	-

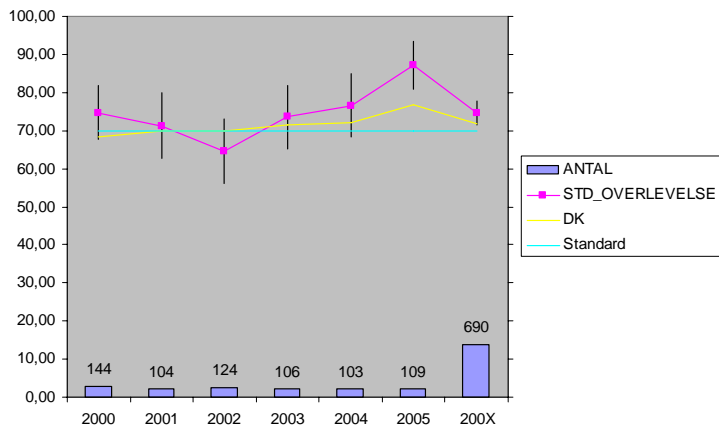
Tabellerne i bilag 4 er udarbejdet af overlæge Niels-Chr. Hansen, Lungemedicinsk afdeling OOUH.

Bilag 5 – Total overlevelse kirurgi

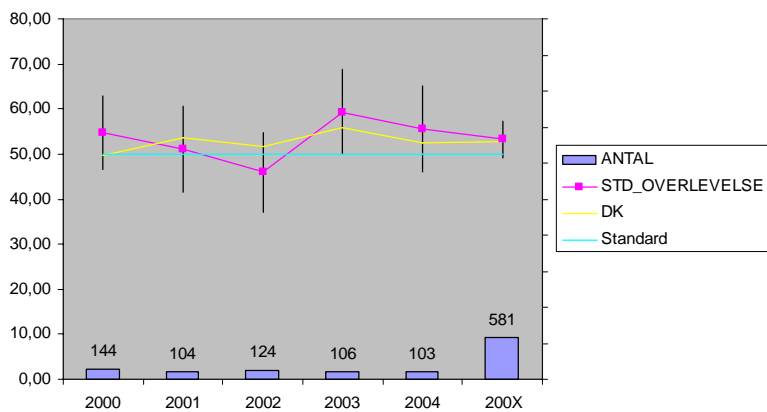
(OBS 200x = 2000-2005)

Rigshospitalet

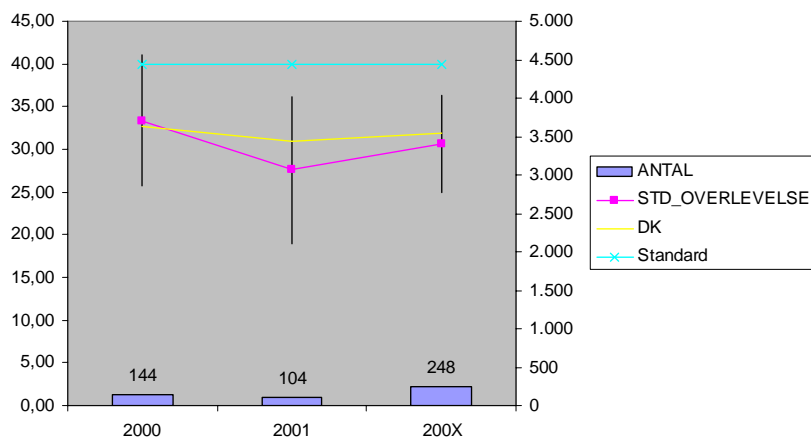
1 års overlevelse



2 års overlevelse

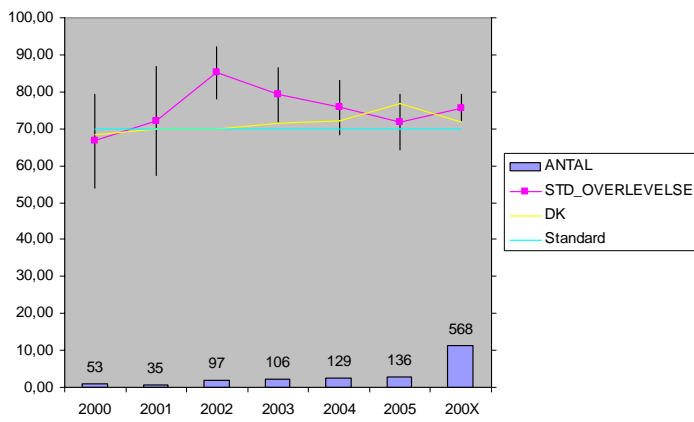


5 års overlevelse

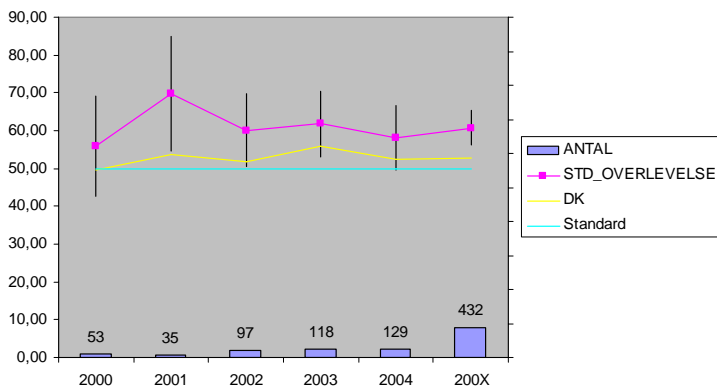


Gentofte

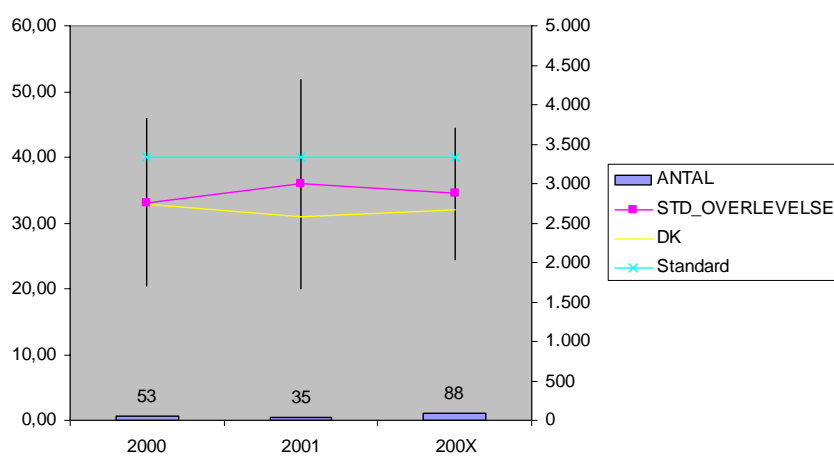
1 års overlevelse



2 års overlevelse

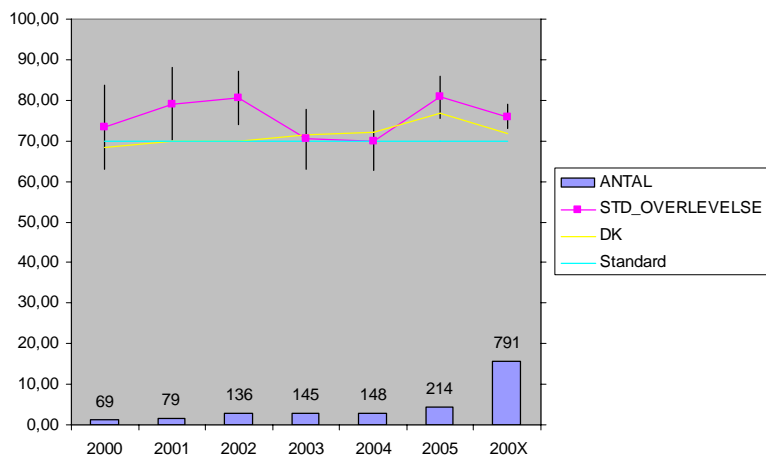


5 års overlevelse

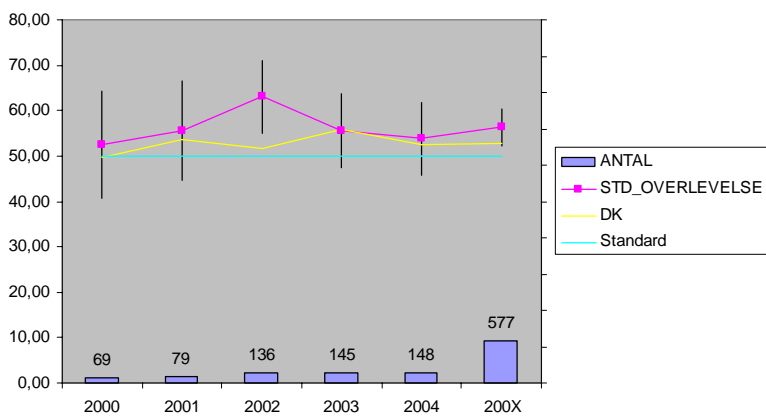


Odense

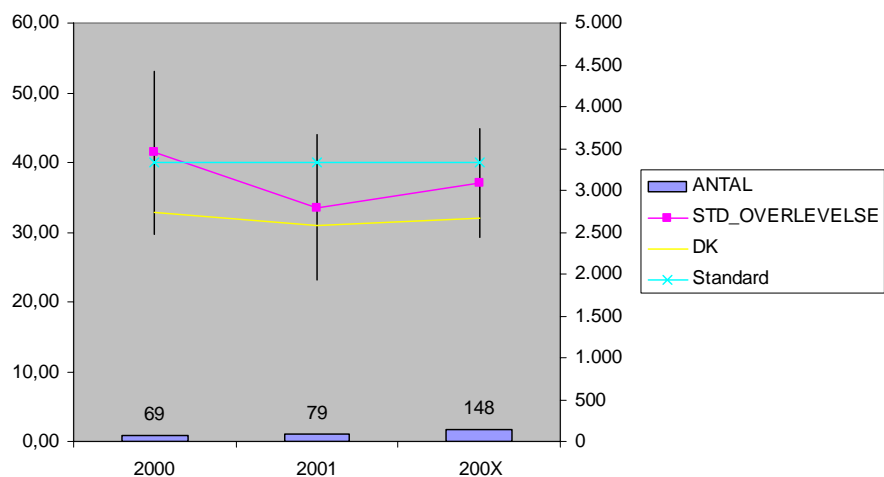
1 års overlevelse



2 års overlevelse

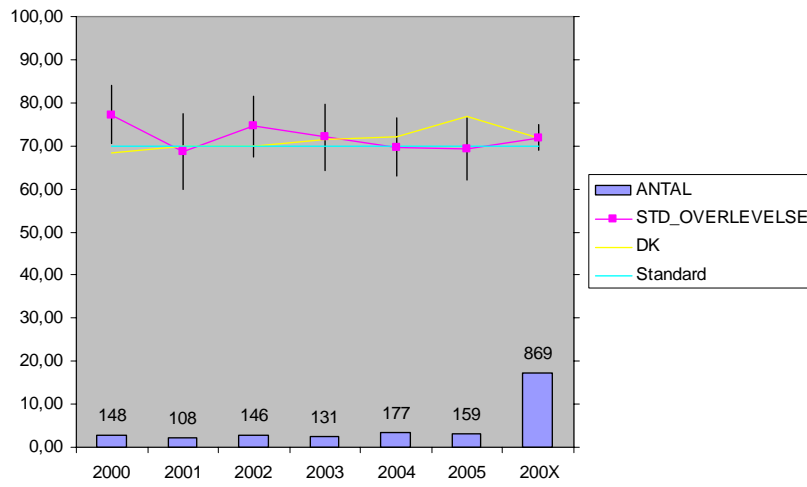


5 års overlevelse

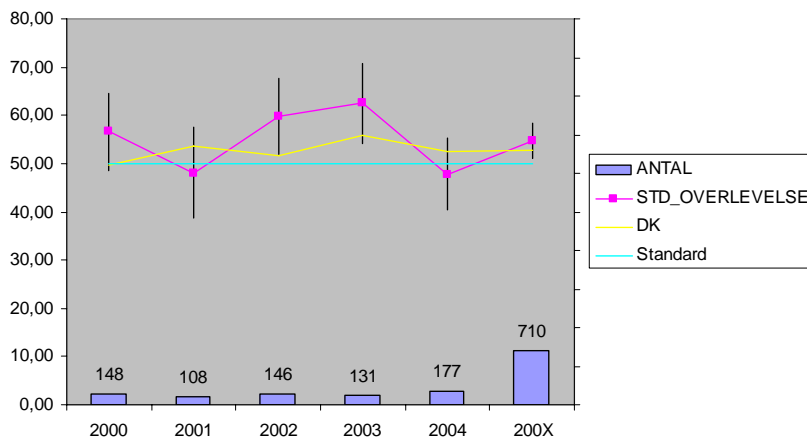


Skejby

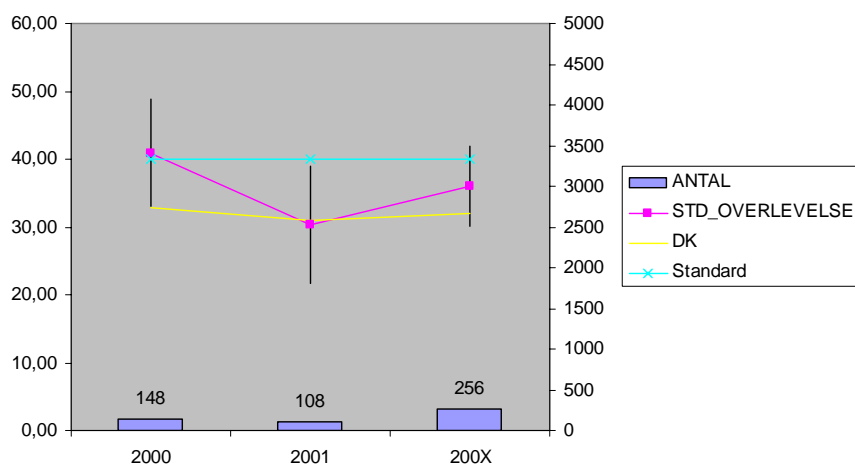
1 års overlevelse



2 års overlevelse

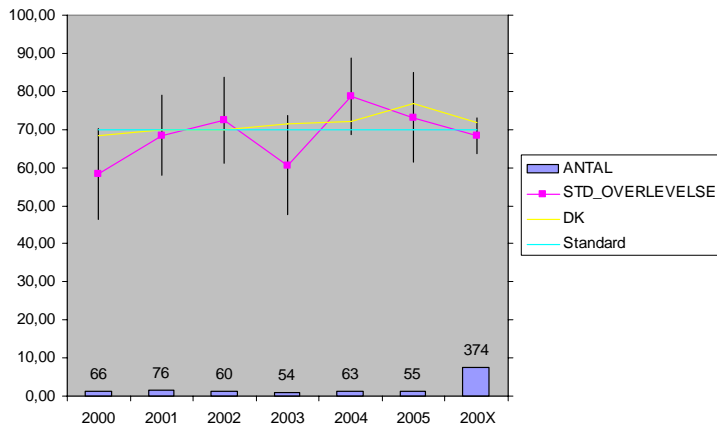


5 års overlevelse

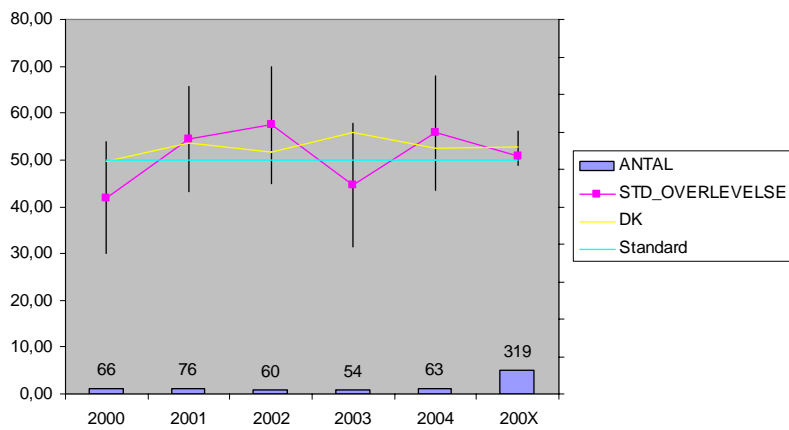


Ålborg

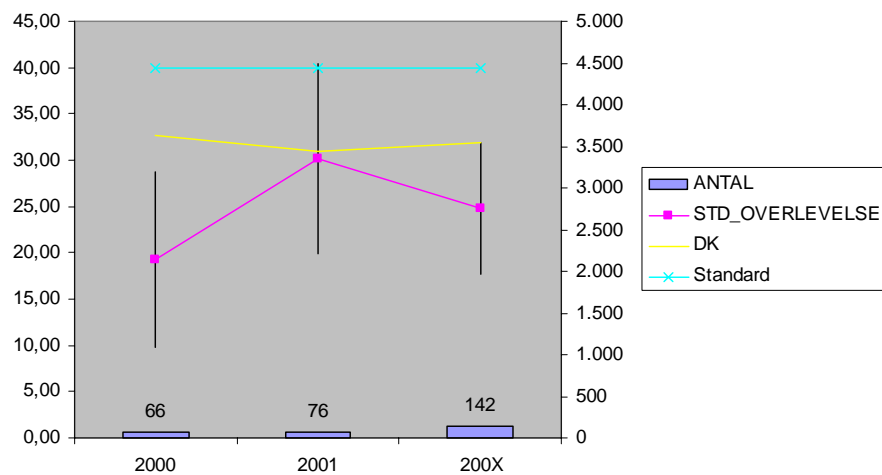
1 års overlevelse



2 års overlevelse



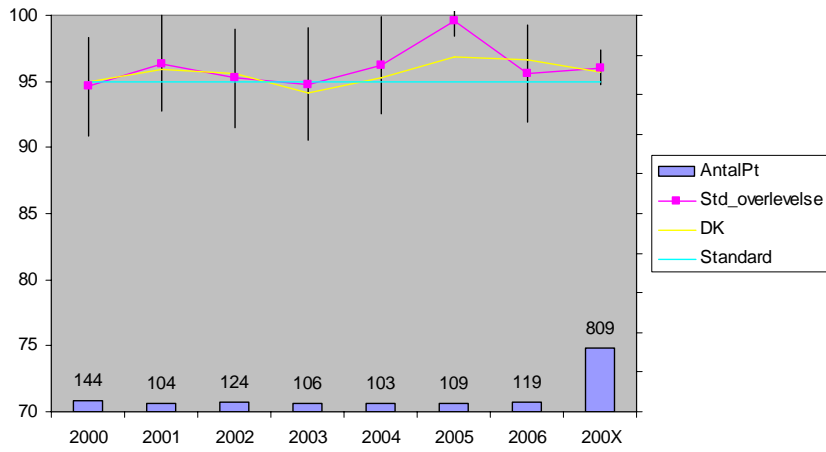
5 års overlevelse



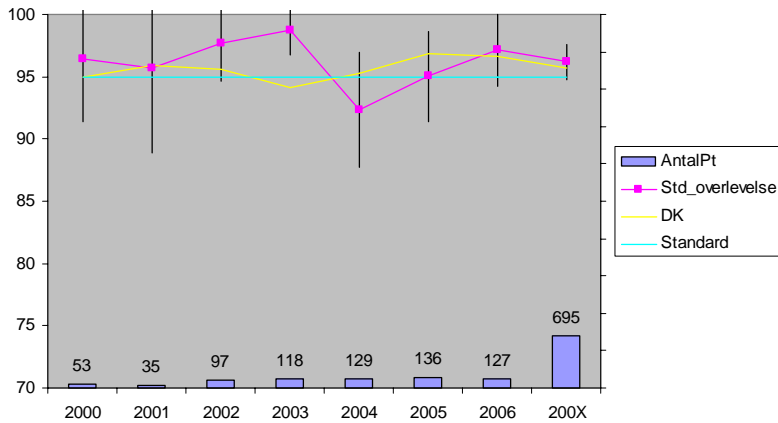
Bilag 6 – 30 dages mortalitet

OBS: 200x = 2000-2006)

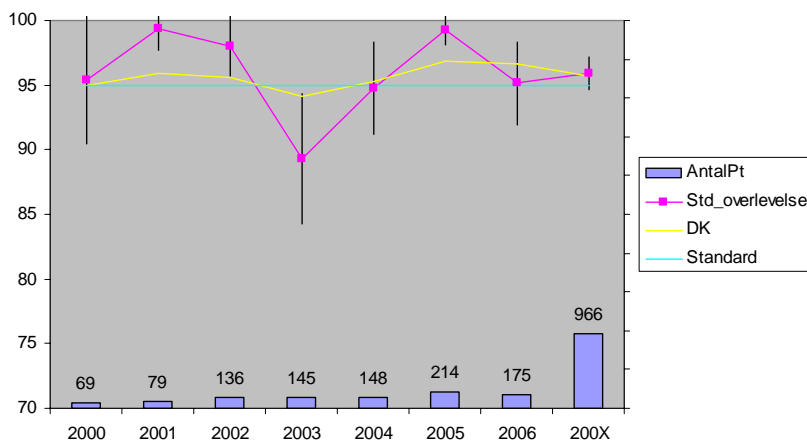
30 dages overlevelse - RH



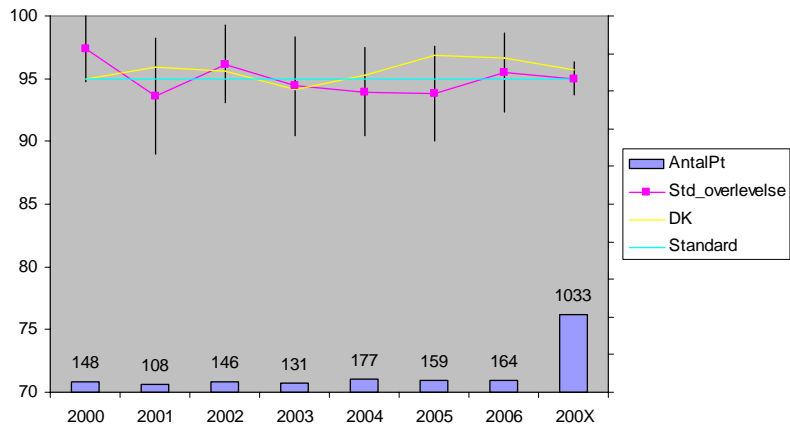
30 dages overlevelse - Gentofte



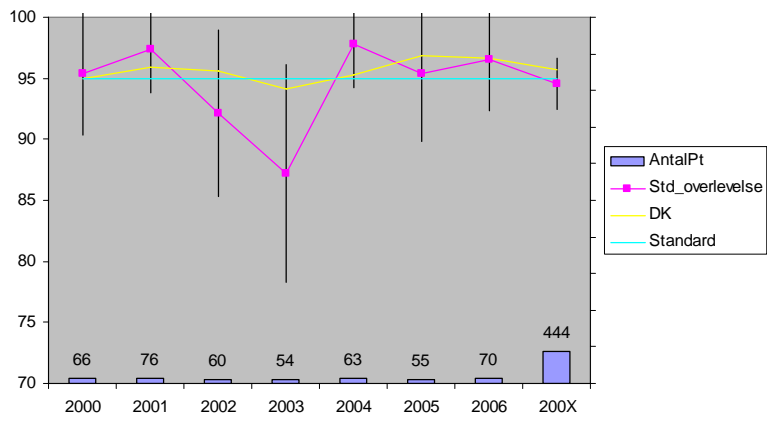
30 dages overlevelse - OUH



30 dages overlevelse - Skejby



30 dages overlevelse - Ålborg



Bilag 7 – Overlevelse operationstyper i %

Tabel 1 – 1 års overlevelse

Afdeling	Operationstype	2005 population	2004 population	2003 population	2002 population	2001 population	2000 population
RH	Eksplorative	60	57	67	32	30	56
	Resektion	100	73	75	69	80	57
	Lobektomi	86	86	79	70	81	71
	Pneumonektomi	71	57	56	65	69	67
Gentofte	Eksplorative	53	63	64	52	0	27
	Resektion	73	100	100	90	-	0
	Lobektomi	85	80	81	86	84	93
	Pneumonektomi	59	63	80	87	55	50
Odense	Eksplorative	48	40	40	55	33	60
	Resektion	87	75	81	84	77	60
	Lobektomi	86	76	79	79	83	83
	Pneumonektomi	77	75	68	81	88	65
Skejby	Eksplorative	25	25	25	38	33	47
	Resektion	57	82	75	83	100	100
	Lobektomi	78	72	76	74	73	83
	Pneumonektomi	50	61	43	62	77	67
Ålborg	Eksplorative	30	50	30	44	60	50
	Resektion	63	83	40	60	83	0
	Lobektomi	64	73	90	72	83	73
	Pneumonektomi	73	62	56	38	75	87

Tabel 2 – 2 års overlevelse

Afdeling	Operationstype	2004 population	2003 population	2002 population	2001 population	2000 population
RH	Eksplorative	38	38	9	10	37
	Resektion	55	58	46	40	29
	Lobektomi	67	73	53	67	54
	Pneumonektomi	36	44	45	58	39
Gentofte	Eksplorative	26	21	24	0	27
	Resektion	100	100	60	-	0
	Lobektomi	66	65	62	79	79
	Pneumonektomi	49	60	69	45	30
Odense	Eksplorative	20	20	18	7	30
	Resektion	54	69	72	69	50
	Lobektomi	60	67	63	63	62
	Pneumonektomi	62	47	63	63	50
Skejby	Eksplorative	0	25	8	0	12
	Resektion	55	25	58	100	67
	Lobektomi	55	64	62	56	68
	Pneumonektomi	29	19	38	46	36
Ålborg	Eksplorative	10	40	20	0	10
	Resektion	50	67	40	40	67
	Lobektomi	44	62	72	56	66
	Pneumonektomi	64	44	44	38	50

Tabel 3 – 3 års overlevelse

Afdeling	Operationstype	2003 population	2002 population	2001 population	2000 population
RH	Eksplorative	10	5	10	30
	Resektion	50	46	0	21
	Lobektomi	67	43	52	50
	Pneumonektomi	40	42	54	30
Gentofte	Eksplorative	14	10	0	18
	Resektion	100	60	-	0
	Lobektomi	50	58	68	61
	Pneumonektomi	50	56	27	10
Odense	Eksplorative	7	18	7	20
	Resektion	63	56	54	40
	Lobektomi	64	55	49	59
	Pneumonektomi	32	56	50	40
Skejby	Eksplorative	25	8	0	12
	Resektion	25	50	100	67
	Lobektomi	58	56	44	58
	Pneumonektomi	19	35	23	30
Ålborg	Eksplorative	0	20	0	0
	Resektion	25	58	40	20
	Lobektomi	39	54	69	41
	Pneumonektomi	55	44	37	25

Tabel 4 – 4 års overlevelse

Afdeling	Operationstype	2002 population	2001 population	2000 population
RH	Eksplorative	5	10	19
	Resektion	38	0	14
	Lobektomi	38	46	47
	Pneumonektomi	42	50	21
Gentofte	Eksplorative	5	0	9
	Resektion	60	-	0
	Lobektomi	54	47	57
	Pneumonektomi	44	27	10
Odense	Eksplorative	14	7	20
	Resektion	44	54	40
	Lobektomi	50	46	55
	Pneumonektomi	44	31	35
Skejby	Eksplorative	0	0	12
	Resektion	33	100	67
	Lobektomi	51	39	52
	Pneumonektomi	31	23	24
Ålborg	Eksplorative	0	10	0
	Resektion	25	42	40
	Lobektomi	31	51	62
	Pneumonektomi	45	31	31

Tabel 5 – 5 års overlevelse

Afdeling	Operationstype	2001 population	2000 population
RH	Eksplorative	5	15
	Resektion	0	14
	Lobektomi	40	43
	Pneumonektomi	27	18
Gentofte	Eksplorative	0	9
	Resektion	-	0
	Lobektomi	37	54
	Pneumonektomi	18	10
Odense	Eksplorative	7	10
	Resektion	31	30
	Lobektomi	40	55
	Pneumonektomi	31	30
Skejby	Eksplorative	10	12
	Resektion	100	33
	Lobektomi	35	48
	Pneumonektomi	15	21
Ålborg	Eksplorative	0	10
	Resektion	25	33
	Lobektomi	28	41
	Pneumonektomi	36	25

Tabel 6 – 30 dages mortalitet

Afdeling	Operationstype	Antal døde inden for 30 dage	Antal 2006	Mortalitet 2006	Antal totalt 2000-2006	Mortalitet 2000-2006
RH	Torakoskopi	0	3	0,0	13	0,0
	Eksplorative	1	14	7,1	128	4,7
	Resektion	0	10	0,0	77	3,9
	Lobektomi	1	69	1,4	425	3,1
	Pneumonektomi	1	24	4,2	170	7,1
Gentofte	Torakoskopi	1	58	1,7	168	3,6
	Eksplorative	0	11	0,0	90	7,8
	Resektion	0	4	0,0	25	0,0
	Lobektomi	0	40	0,0	289	1,7
	Pneumonektomi	1	14	7,1	124	8,9
Odense	Torakoskopi	0	6	0,0	12	0,0
	Eksplorative	0	18	0,0	117	4,3
	Resektion	1	34	2,9	158	0,6
	Lobektomi	4	96	4,2	505	3,4
	Pneumonektomi	1	22	4,5	175	5,7
Skejby	Torakoskopi	0	4	0,0	21	0,0
	Eksplorative	1	10	10,0	67	6,0
	Resektion	0	7	0,0	33	3,0
	Lobektomi	6	121	5,0	751	4,1
	Pneumonektomi	2	23	8,7	162	10,5
Ålborg	Torakoskopi	0	3	0,0	19	0,0
	Eksplorative	1	3	33,3	58	8,6
	Resektion	0	14	0,0	47	2,1
	Lobektomi	1	42	2,4	242	4,5
	Pneumonektomi	1	8	12,5	79	11,4

Bilag 8 – Operationstyper i %

Afdeling	År	Eksplorative	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet	2006	12	9	59	20
	2005	9	12	63	16
	2004	20	11	56	13
	2003	20	11	45	24
	2002	17	10	48	25
	2001	19	5	50	26
	2000	19	9	48	23
	Gentofte	2006	10	2	67
2005		11	11	62	16
2004		21	5	54	21
2003		12	5	58	25
2002		22	10	52	16
2001		14	0	54	31
2000		19	4	59	18
Odense		2006	10	22	56
	2005	11	17	53	19
	2004	10	19	60	11
	2003	10	11	55	23
	2002	16	18	46	20
	2001	19	16	44	20
	2000	14	14	42	29
	Skejby	2006	6	6	74
2005		3	4	82	11
2004		7	6	71	16
2003		6	3	75	16
2002		9	8	65	18
2001		6	1	81	12
2000		11	2	64	22
Ålborg		2006	7	21	60
	2005	15	13	58	15
	2004	16	10	56	19
	2003	17	9	59	15
	2002	18	8	46	28
	2001	4	14	50	21
	2000	17	8	57	19

Bilag 9 – Postoperative stadier

Afdeling	År	IA	IB	IIA	IIB	IIIA	IIIB	IV	IV*		IA/IIIA	IIIB/V
RH	2006	20	28	1	13	13	9	3	3		86	14
	2005	17	28	3	18	13	12	1	8		79	21
	2004	14	29	-	13	18	13	7	5		75	24
	2003	17	19	2	18	9	16	9	8		65	34
	2002	17	28	2	14	13	17	9	-		75	25
	2001	14	37	2	22	12	13	1	-		86	14
	2000	11	38	2	18	18	12	2	-		86	14
	I alt	16	31	2	17	14	13	5	3		79	21
	Gentofte	2006	25	32	2	10	10	17	2	2		79
2005		19	26	4	18	15	11	3	4		82	18
2004		15	35	2	14	9	21	2	2		75	25
2003		14	27	3	20	19	12	4	1		83	17
2002		20	24	-	12	10	28	6	-		66	34
2001		17	26	-	14	11	31	-	-		69	31
2000		17	21	2	21	8	19	13	-		68	32
I alt		18	28	2	15	12	18	4	2		76	23
Odense		2006	24	26	1	18	13	10	2	5		82
	2005	22	32	3	15	12	10	2	2		84	14
	2004	16	26	1	18	16	15	3	3		78	21
	2003	16	29	1	24	14	11	3	2		83	17
	2002	18	24	1	20	15	15	8	-		76	24
	2001	18	28	6	19	15	10	3	-		87	13
	2000	6	42	-	19	20	9	4	-		87	13
	I alt	18	29	2	19	14	12	4	2		82	17
	Skejby	2006	25	23	2	15	18	5	6	6		83
2005		26	28	4	11	21	3	1	3		90	8
2004		20	30	4	16	16	8	2	2		87	13
2003		20	34	2	11	17	2	12	2		84	16
2002		19	23	4	16	19	3	16	-		82	18
2001		28	31	5	13	15	6	3	-		92	8
2000		19	30	3	18	16	7	7	-		86	14
I alt		22	28	3	15	18	5	7	2		86	14
Ålborg		2006	34	19	3	19	13	3	6	4		87
	2005	24	29	4	16	11	5	7	2		84	15
	2004	25	21	2	16	16	16	3	2		79	21
	2003	20	19	4	13	28	13	4	-		83	17
	2002	21	16	2	21	16	21	2	-		77	23
	2001	21	20	5	17	16	12	9	-		79	21
	2000	18	32	3	17	12	11	6	-		83	17
	I alt	24	22	3	17	16	11	5	1		82	18

Kodetype "0" er ikke anført, hvorfor rest i forhold til 100 % kan være betinget heraf.

Bilag 10 – Operationskarakteristika.

Adgang og type for torakotomi operationer dvs. ekskl. torakoskopiske:

Tabel 1

Afdeling	Anteriore	Posterolateral	Sternotomi
Rigshospitalet	34	81	-
Gentofte	10	57	-
Odense	2	168	-
Skejby	160	-	2
Ålborg	28	36	-

Lobektomierne fordeler sig efter type

Tabel 2

Afdeling	Lobektomi	Bilobektomi	Sleeve resektion	+ resektion
Rigshospitalet	64	3	1	3
Gentofte	79	5	1	0
Odense	85	7	4	2
Skejby	91	7	9	14
Ålborg	32	4	5	2

Torakoskopiske operationer PLUS totale antal og operationstyper i PROCENT

Tabel 3

Afdeling	Antal	Eksplorationer	Resektioner	Lobektomier	Pneumonektomier
Rigshospitalet	3	-	0,8	1,7	-
Gentofte	58	1,6	8,7	35,4	-
Odense	6	-	2,3	1,1	-
Skejby	3	-	1,8	-	-
Ålborg	3	-	2,9	1,4	-

Pneumonektomierne fordeler sig efter type som følgende i absolutte tal

Tabel 4

Afdeling	Standard	Udvidet	Carina resektion	completion
Rigshospitalet	20	4	0	0
Gentofte	13	1	0	0
Odense	22	0	0	0
Skejby	20	2	0	1
Ålborg	4	4	0	0

Og følgende lokalisationer

Tabel 5

Afdeling	Højre	Venstre
Rigshospitalet	13	11
Gentofte	5	9
Odense	10	12
Skejby	10	13
Ålborg	1	7

Afdelingerne angiver at have foretaget følgende antal thoraxvægsresektioner

Tabel 6

Afdeling	Thoraxvægsresektion
Rigshospitalet	1
Gentofte	4
Odense	2
Skejby	9
Ålborg	4

Neoadjuverende behandling er registreret således

Tabel 7

Afdeling	Neoadjuverende behandling	Pct af behandlede
Rigshospitalet	6	5,0
Gentofte	5	3,9
Odense	10	5,7
Skejby	8	4,9
Ålborg	0	0

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

Tabel 8

Afdeling	Median	Gennemsnit
Rigshospitalet	5	4,5
Gentofte	4	3,4
Odense	3	2,7
Skejby	4	4,3
Ålborg	4	4,5

Afdelingerne registrerer et antal præoperative diagnostiske indgreb, således

Tabel 9

Afdeling	Antal	Med.Skopi	Br.skopi	Centese	TTNAB	Torakoskopi	EBUS	EUL	Andre
DK	229	195	127	0	39	9	32	8	27
Rigshospitalet	106	100	88	0	36	3	0	1	21
Gentofte	61	55	0	0	0	1	10	7	1
Odense	55	38	37	0	2	3	22	0	1
Skejby	7	2	2	0	1	2	0	0	4
Ålborg	-	-	-	-	-	-	-	-	-

Bilag 11 – Onkologiske behandlingsmodaliteter

Afdeling	Antal	Type						
		Kemoterapi	Targeteret	Stråler	Anden	Stråleterapi		
						Antal	Antal fraktioner (median)	Dosis i GY (mediant)
Rigshospitalet								
Neoadj.	1	0	0	1	0	1	4	5
Adjuv.	7	7	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	34	21	0	18	0	18	7	5
Palliativ	78	16	0	68	0	68	5	5
Herlev								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	-	-	-	-	-	-	-	-
Int. Kurativ	3	2	0	2	0	2	5	2
Palliativ	125	45	2	100	0	100	5	25
Roskilde								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	9	9	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	25	25	0	0	0	-	-	-
Palliativ	94	94	0	0	0	-	-	-
Centralsygehuset i Næstved								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	4	4	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	2	2	0	1	0	1	4	7
Palliativ	39	38	0	3	0	3	4	20
Odense Universitetshospital								
Neoadj.	6	6	0	1	0	1	30	60
Adjuv.	35	28	0	8	0	8	10	30
Int. Kurativ	33	27	0	28	0	28	33	66
Palliativ	222	129	22	136	0	136	5	20
Sønderborg Sygehus								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	-	-	-	-	-	-	-	-
Int. Kurativ	2	2	0	2	0	2	24	43
Palliativ	16	14	0	7	0	7	10	30

Vejle Sygehus								
Neoadj.	14	4	0	2	0	-	-	-
Adjuv.	19	18	0	2	0	2	30	60
Int. Kurativ	23	15	0	21	0	21	30	60
Palliativ	148	106	0	79	0	79	4	20
Herning Sygehus								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	-	-	-	-	-	-	-	-
Int. Kurativ	1	1	0	0	0	-	-	-
Palliativ	18	17	1	0	0	-	-	-
Århus Sygehus								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	7	7	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	16	7	0	133	0	133	4	20
Palliativ	164	67	0	133	0	133	4	20
Ålborg Sygehus								
Neoadj.	2	0	0	2	0	133	4	20
Adjuv.	13	130	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	5	4	0	4	0	4	30	45
Palliativ	129	55	0	89	9	89	4	20
Hillerød Sygehus								
Neoadj.	1	1	0	0	0	-	-	-
Adjuv.	6	6	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	2	2	0	0	0	-	-	-
Palliativ	85	85	0	0	0	-	-	-
Bornholm Centralsygehus								
Neoadj.	-	-	-	-	-	-	-	-
Adjuv.	4	4	0	0	0	-	-	-
Int. Kurativ	2	2	0	0	0	-	-	-
Palliativ	14	4	0	1	0	1	5	20