

1.0 Forord

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) udsender hermed årsrapport vedrørende 2008.

Rapporten er behandlet af DLCG's styregruppe og DLCR's forretningsudvalg. DLCG's kommentarer fremgår af rapportens side 3. Rapportens hovedkonklusioner og data præsenteres på DLCG's årsmøde onsdag d. 17. juni 2009.

Beretningsdelen fra DLCG på siderne 3 – 8 består af beretninger fra Styregruppen og arbejdsgrupperne vedr. udredning, kirurgi, onkologi, screening og DLCR.

Rapportens øvrige del er årsrapport fra DLCR samt kommentarer hertil, og er udarbejdet i samarbejde med 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). Yderligere eksemplarer kan rekvireres på dlcr@ouh.regionsyddanmark.dk.

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres med angivelse af DLCR årsrapport 2008 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, MPM
Leder af DLCR
Erik Jakobsen
Thoraxkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital

2.0 Indholdsfortegnelse

1.0 Forord	1
2.0 Indholdsfortegnelse	2
3.0 Beretninger	3
3.1 Dansk Lunge Cancer Gruppe – beretning.....	3
3.2 Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe - beretning	5
3.3 Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe - beretning.....	5
3.4 Screeningsgruppen under DLCG – beretning	6
3.5 Dansk Kirurgisk Lunge Cancergruppe – beretning	6
3.6 Dansk Lunge Cancer Register – beretning	7
4.0 Årsrapport DLCR	9
4.1. Indledning	9
4.2. Kompetencecentrets kommentarer.....	9
4.3. Datagrundlag.....	11
4.4. Statistisk-epidemiologisk metode	15
4.5. Epidemiologisk oversigt	16
5.0 Indikatorer i DLCR	23
5.1 Forløbsindikatorer.....	27
5.2 Indikatorer for udredning	35
5.3 Indikatorer for kirurgi	41
5.4 Indikatorer for onkologi.....	45
6.0 Udredende afdelinger	49
6.1 Indledning	49
6.2 Udredningsforløb.....	50
6.3 Udredningsmetoder.....	52
6.4 Lungefunktion.....	61
6.5 Rygning	62
6.6 Klinisk TNM (cTNM)	64
6.7 ECOG Performancestatus	69
6.8 Patologi	71
7.0 Kirurgiske afdelinger	75
7.1 Indledning	75
7.2 Kirurgiforløb.....	76
7.3 Udredning kirurgi	77
7.4 Ventetider	78
7.5 Operativ aktivitet	79
7.6 Stadier.....	85
7.7 Overlevelse og mortalitet.....	87
7.8 Komplikationer	96
7.9 Patologi	97
8.0 Onkologiske afdelinger.....	102
8.1 Indledning	102
8.2 Onkologiske forløb.	103
8.3 Udredning onkologi.	105
8.4 Ventetider	105
8.5 Behandlingsaktivitet	106
8.6 Overlevelse og mortalitet.....	109
8.7 Patologi	114
9.0 Bilag	119
9.1 Bilag A – Tilsluttede afdelinger.....	119
9.2 Bilag B – Tabel og Figur fortegnelse.....	120
9.3 Bilag B – Organisationsoversigt DLCG	123

3.0 Beretninger

3.1 Dansk Lunge Cancer Gruppe – beretning

”Det er mit mål, at Danmark bliver blandt de bedste i verden til at behandle patienter med livstruende sygdomme så som kræft og hjertesygdomme.

Jeg ønsker derfor, at sygehusene år efter år forbedrer overlevelseshæfterne for alle de store kræft- og hjerte diagnoser. Derfor skal sundhedsministeriet løbende kunne følge med i de erfarede ventetider, antallet af operationer og hvordan det går med implementeringen af kræft- og hjertepakker m.v.”
(indlæg af Jakob Axel Nielsen, sundheds- og forebyggelsesminister, i Fyns Amts Avis den 2. maj 2009).

Vi er enige og klar!

Tid som kvalitet – kvalitet i tiden!

Kvalitetsarbejdet i Dansk Lunge Cancer Gruppe og Dansk Lunge Cancer Register er for de centrale kvalitetsindikatorer forankret i det Nationale Indikatorprojekt – men registrering af en lang række kliniske parametre i DLCC rummer også kvalitetsaspekter. Det er således her muligt at monitorere og dokumentere, hvorledes udredning og behandling finder sted i forhold til de kliniske retningslinjer og dermed til det procesforløb, som er beskrevet i pakken.

Pakkeforløbet for lungecancer blev aktiveret 1. april 2008 – og er en bredt forankret garant for et optimalt fagligt forløb i alle faser af sygdommen – uden ikke-fagligt begrundet ventetid. Kvartalsrapporter fra NIP-lungecancer viste hurtigt og med stor tydelighed, at en markant forbedring af forløbstiderne indtrådte allerede i efteråret 2007 kort efter de politiske udmeldinger fra såvel regeringen som fra Danske Regioner.

Ledelse i kvalitet – kvalitet i ledelsen!

Det er vigtigt, at den flotte forbedring af forløbstiderne fortsætter og den første 2009-kvartalsrapport fra NIP viste, at dette gælder for udredning og kirurgi – mens den samlede tid til onkologisk behandling desværre ikke forbedres væsentligt – og stadig er langt fra målet. Dette vil forhåbentlig styrke det ledelsesmæssige fokus på opgaven, specielt i forbindelse med at der nu udleveres informationsmateriale til patienterne bl.a. om det tidsforløb, som de kan forvente at blive undersøgt og behandlet i forhold til.

Selv om en række store afdelinger og centre i Region Syddanmark udreder og behandler mere end 90 % af patienterne inden for tidsgrænserne – og viser at det kan lade sig gøre – må det erkendes, at indførelsen af de øvrige pakker vil medføre et yderligere pres på de faglige og teknologiske ressourcer.

Det bør derfor løbende klart meldes ud, hvor i processen vi er, således at patienternes forventninger kan afstemmes med den virkelighed, de møder, og den som personalet arbejder i. Løftet om forandring er på vej til at blive indfriet – men det vil tage tid!

Det er dog håbet, at de generelle forbedringer i forløbstiderne kan stimulere engagementet hos fagpersonerne – ligesom det må kunne fornemmes, at der er en stigende grad af patienttilfredshed.

Der skal selvfølgelig løbende holdes fokus på forløbstider – men også med hvilken kvalitet processer heri finder sted. Det er således fra DMCG.dk foreslået, at der udvikles incitamentsredskaber, som anerkender resultater af den faglige kvalitet – og den vigtigste blandt disse er standarderne for overlevelse.

Forskning i kvalitet – kvalitet i forskning!

Resultatet af den *Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 - 07* viste, at der synes at være reelle forskelle i sandsynligheden for overlevelse mellem de enkelte regioner. Der er nu igangsat processer, hvori de faglige miljøer justerer og optimerer faglige holdninger og indsatser således, at sandsynligheden for helbredelse, opnåelse af levetidsforlængelse samt livskvaliteten i disse faser er så optimal og nationalt ensartet som muligt.

At der nu synes at være behov for korrektion af nogle faglige kerneydelser, er dybest set meningen med NIP-projektet – vi havde ikke erkendt det uden – og de kommende analyser vil vise, at vi kunne håndtere en sådan situation og leve op til kvalitetskravene.

Analyse af virkeligheden – den virkelige analyse!

Der er for nylig frigivet en række analyser, som bl.a. beskriver udviklingen i forløbstiderne i relation til indførelsen af pakkeforløbet. Datamaterialet er baseret på udtræk fra de centrale registre og registreringsresultater fra primærsektoren. Gennem flere samkøringsprojekter mellem disse kilder og data fra Dansk Lunge Cancer Register vides det, at man kun ser under halvdelen af forløbene i de centrale registre – og vel at mærke de ”lige forløb” – dvs. de som må antages at have de korteste forløbstider. DLCC stiller gerne sine data til rådighed for fremtidige analyser således, at en beskrivelse af den meget store indsats fra alle parter er så tæt på virkeligheden som muligt.

Komorbiditet som beslutningsparameter – overlevelse som parameter af komorbiditet!

En umiddelbar forklaring på de regionale forskelle, som beskrives i den *Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 – 07* er, at patientens komorbiditet i højere grad

inddrages i beslutning om fx operation i Østdanmark. En analyse af denne mulige sammenhæng forventes at foreligge fra Kompetencecenter Syd i løbet af de kommende måneder.

En arbejdsgruppe under Sundhedsstyrelsen har udarbejdet et notat vedrørende komorbiditet. Det anbefales, at såvel den henvisende læge som de udredende og behandlende afdelinger konkret vurderer patientens aktuelle komorbiditet efter et internationalt og valideret index. Disse anbefalinger er desværre efter notatets gang gennem Kræftstyregruppen og Task Force "udvandet" til, at det kunne være hensigtsmæssigt etc. etc. Det vil fra FU blive henstillet, at DLCR anbefaler alle de involverede kliniske afdelinger, som har ansvar for de kliniske beslutningsprocesser, at dette gøres obligatorisk. Der bør derfor snarest udarbejdes faglige retningslinjer herfor. Disse skal bl.a. sikre en entydig vurdering af komorbiditeten, og beskrive hvorledes denne skal indgå i den faglige beslutningsproces vedrørende konkrete undersøgelsesprocedurer og i tilbuddet om kirurgisk og/eller onkologisk behandling.

DLCG's arbejdsgrupper – arbejdsgruppernes DLCG!

Sammenhængskraften i DLCG er afhængig af, at der et optimalt samspil mellem det organisatoriske og det faglige miljø. Sidstnævnte er primært relateret til de kliniske arbejdsgrupper – hvori alle involverede afdelinger er repræsenteret ved ledelsesudpegede fagpersoner. DLCG/DLCR vil sikre, at det faglige og flerfaglige arbejde styrkes og stimuleres ved at sikre, at de bedst mulige organisatoriske rammer og redskaber – fx registerdata/analyser – stilles til rådighed for arbejdet.

DLCG's forskningsaktivitet – igen - igen!

DLCR's meget store kliniske dataråmateriale står til rådighed for forskningsprojekter som i retrospektive og/eller prospektive analyser beskriver og afdækker emner af klinisk/kliniskeksperimentel betydning. Det vil her bl.a. være oplagt, at DLCG/DLCR stimulerer og udvikler kompetencer som muliggør analyser som baseres på metoder indenfor registerforskningsdisciplinen – fx betydningen af komorbiditet. Der er ligeledes nu mulighed for indsamling af biologisk materiale til Cancer-biobanken – og opnå innovativ viden gennem kobling af molekylærbiologiske og kliniske data.

Lindringens kvalitetsparametre – nu med substans!

Det er forventningen, at der snarest formuleres et kvalitetsikringsprojekt med palliative indikatorer, som realiseres gennem en forankring primært i det sygeplejefaglige miljø.

Omsorg for kvaliteten – forsorg af miljøerne!

Det afklares snart, om der kan skabes en bæredygtig og langsigtet økonomisk sikring af de infrastrukturenheder, som har det faglige fælles ansvar for kliniske retningslinjer, dataregistrering, forskningsprojekter etc. – eller om vi med en mindre basisbevilling fx til drift af de kliniske data-baser skal registrere ind i en verden, hvor dialogen foregår i et 0 eller 1-tals sprog med mikroprocessorer!

Torben Palshof
Overlæge, dr.med.
Formand DLCG

3.2 Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe - beretning

2008-opdatering af det diagnostiske afsnit i det nationale "Referenceprogram for Lungecancer" udkommer i løbet af 2009 som pdf-fil på Dansk LungeCancer Gruppe's hjemmeside sammen med referenceprogrammets øvrige afsnit. Hensigten er at fremtidige opdateringer af enkelte afsnit derved kan gennemføres hurtigere end processen har været med den aktuelle opdatering.

DDLCCG's funktion i 2008 har primært været indenfor Lungemedicinsk Forum (LF) i DDLCCG, som har mødtes ca. én gang i kvartalet. Møderne har været et værdifuldt forum for viden- og erfaringsdeling på tværs af regioner i forhold til det praktiske arbejde med implementeringen af Sundhedsstyrelsens nye nationale retningslinier for lungecancer-udredning. Gruppen har været enig om, at de nye regler om "akut" opstart af udredning har medført en positiv ledelses- og bevillingsmæssig opmærksomhed overfor udtrykte behov i relation til lungecancer-udredning. Dette førte meget hurtigt til en væsentligt reduceret udredningstid - hvilket også har kunnet aflæses i de løbende kvartalsrapporter fra NIP-

Lungecancer. Hele processen har generelt været oplevet meget positiv og tilfredsstillende.

Møderne har ligeledes været værdifulde for deling af erfaringer med brug af EBUS-bronkoskopi i udredning af lungecancer, og det er indtrykket, at EBUS-TBNA over hele landet nu er ved at blive etableret som et rutinemæssigt alternativ til den klassiske mediastinoskopi.

En tidlig udgave af den netop offentliggjorte mortalitetsanalyse for danske lungecancer-patienter i Dansk Lunge Cancer Register har været præsenteret og diskuteret ved det seneste møde i DDLCCG-LF (forår 2009). Processen med opstilling af handlingsforslag i konsekvens af analysens resultater går nu i gang på regionalt plan, og det vil uden tvivl blive et af emnerne ved kommende møder.

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

3.3 Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe - beretning

Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe (DOLCG) består af repræsentanter for alle afdelinger, som tilbyder ikke-kirurgisk behandling til lunge cancer patienter, det vil sige medicinsk kræftbehandling eller stråleterapi.

Den medicinske kræftbehandling er inde i en betydelig udvikling efter, at der i de senere år er fremkommet en længere række små molekyler, som virker på specifikke cellulære targets. Visse af disse targeterede behandlinger har vist lovende resultater, både hvad angår hæmning af visse intracellulære pathways ved enzym hæmning og ved hæmning af receptorer på cellemembranen. Desuden er der kommet fornyet interesse for histopatologisk subtypning af ikke-småcellet lungekræft som har vist sig at have betydning for behandlingsvalget. DOLCG har vedvarende arbejdet for, at også danske patienter kan få del i disse behandlingsmæssige fremskridt, og har herunder både deltaget i kliniske behandlings undersøgelser samt arbejdet på det organisatoriske og politiske plan med at få mulighed for at tilbyde sådanne behandlingsfremskridt.

Et andet stort område er udviklingen af prædiktive og prognostiske markører, som kan bidrage til at vælge den rette behandling for den enkelte patient baseret

på undersøgelse for specifikke biologiske markører i biopsimateriale eller blod. En sådan differentiering af behandlingsvalg falder godt i tråd med den store udvikling der aktuelt sker indenfor tumormarkør området. Der fremkommer mange analyser indenfor dette felt, bedst kendt er ERCC1 som markør ved adjuverende kemoterapi efter operation, men prospektive undersøgelser er stadig fåtallige.

Udviklingen indenfor stråleterapien omfatter bl.a. stereotaktisk stråleterapi, åndedrætstilpasset stråleterapi og intensitets moduleret stråleterapi (IMRT). DOLCG har revideret sine stråleterapi guidelines og implementerer konkomitant stråleterapi til visse patienter med ikke-småcellet lungekræft.

Selvom der er stadige fremskridt i behandlingen er der dog langt igen og der er stadig mange uafklarede spørgsmål. Vi vil i DOLCG fremdeles lægge vægt på at bidrage med svar på nogle af disse problemstillinger.

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

3.4 Screeningsgruppen under DLCCG – beretning

Det danske projekt med screening for lungecancer, også kaldet Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST) omfatter 4104 deltagere hvor halvdelen (2052) bliver CT-scannet en gang årligt (CT gruppen). Den anden halvdel (kontrolgruppen) bliver ikke CT-scannet, men alle bliver fulgt med lungefunktions-undersøgelser og spørgeskema undersøgelser omkring rygevaner og livskvalitet. Den praktiske gennemførelse sker på Gentofte Hospital, som har huset projektet fra dets start. Deltagelsen i projektet er fortsat høj både i kontrol- og CT gruppen. Sygeplejekonflikten i 2008 medførte at udførelsen af CT-scanninger i projektet blev stoppet i konfliktperioden, hvorfor projektet først forventes afsluttet i marts 2010. Screeningsgruppen har afholdt 4 møder i årets løb. Der er udarbejdet 1 Bacheloropgave og 1 OSVAL opgave om

projektet i 2008, og der er indsendt 2 manuskripter som begge er antaget og publiceret i 2008/09:

- 1) Effect of CT screening on smoking Habits at 1-year follow-up in the Danish Lung Cancer Screening Trial (DLCST). Ashraf H, Tønnesen P, Pedersen JH, Dirksen A, Thorsen H, Døssing M. Thorax 2009;64;388-392. og
- 2) The Danish Randomized Lung Cancer Screening trial – Overall Design and Result of the Prevalence Round. Pedersen JH, Ashraf H, Dirksen A, Bach K, Hansen H, Toennesen P, Thorsen H, Brodersen J, Skov BG, Døssing M, Mortensen J, Richter K, Clemmetsen P, Seersholm N. J Thoracic Oncology 2009, 4, 608-614

Jesper Holst Pedersen
Overlæge, dr.med.
Formand for screeningsgruppen og principal investigator

3.5 Dansk Kirurgisk Lunge Cancergruppe – beretning

Dansk Lunge Cancer Register har nu eksisteret i 9 år med fuldstændige kirurgiske dataindtastninger siden 2003, hvorfor det er dybt beklageligt at indrapporteringen fra 2008 ikke er komplet. Det skyldes sammenlægningen af de to afdelinger i Region Hovedstaden. Der er dog arbejde i gang, således at data vil blive efterindtastet. De vil således siden indgå i opdaterede tabeller fra 2008 i næste årsrapport, men selvfølgelig ikke være med i diskussioner og konklusioner i denne årsrapport omhandlende år 2008.

Det er med stor glæde, at det første videnskabelige arbejde udelukkende bestående af dataudtræk fra registeret netop er blevet publiceret. Det blev præsenteret på møde i European Society of Thoracic Surgeons i juni 2008 i Bologna og siden publiceret i The European Journal of Cardio-Thoracic Surgery 2009; 35(2):348-52 og viser signifikante forbedringer på adskillige områder.

Gruppen har i 2008 holdt to interne møder samt et møde i regi af Klassisk Forum, hvor alle afdelinger var repræsenterede.

De interne møder har som tidligere været et i forbindelse med årsrapporten tildannelse og så et efterfølgende i efteråret, hvor gennemgang af

patienter, der er døde indenfor de første 30 dage efter kirurgi har været et vigtigt punkt; men også andre områder er diskuteret.

Mødet i forbindelse med årsrapportens offentliggørelse er bestået i en grundig gennemgang af data med kommentarer til de enkelte resultater og diskussion af de undertiden store regionale forskelle der viser sig i data.

Årsmødet i Klassisk Forum blev afholdt i Århus med deltagelse og bidrag fra samtlige afdelinger.

Registeret leverer jo som bekendt også data til NIP, hvor data har vist fremgang i kvalitet indenfor flere kirurgiske felter. Der er også for første gang lavet en mortalitetsanalyse, der umiddelbart viser betydelige forskelle mellem Vest- og Øst Danmark. Analysen indeholder kun de rå mortalitetsdata uden at analysere komorbiditet, hvorfor en rapport om disse faktorer og eventuel regionale forskelle afventes med spænding.

Overlæge Hans K. Pilegaard
Formand for DKLCG

3.6 Dansk Lunge Cancer Register – beretning

April for fire år siden så Kræftplan II dagens lys. Her blev visionerne for indsatsen mod kræft formuleret klart og tydeligt. F.eks. står der i planen, at personer med symptomer på kræft hurtigt skal have den rigtige diagnose. Tal i denne årsrapport viser, at bestræbelser på at opfylde dette mål, hvad diagnostik og behandling af lungecancer angår, straks blev intensiveret, hvorfor aktivering af den efterfølgende kræftforløbspakke i november 2007 ikke har affødt et markant knæk af kurven.

Kræftplanen formulerer også de helt indlysende mål, at kræftpatienter skal tilbydes helbredende behandling om muligt og at behandlingen generelt skal tilbydes i et veltilrettelagt, samlet forløb uden unødige ventetider. Årsrapporten kan afsløre, at der her fortsat er rum for betydelige forbedringer. Det er ikke op til registerledelsen, at gå ind i en analyse af disse forhold, men begge styrker vor oplevelse af DLCRs nødvendighed og succes. Vi gør os klart, at DLCR ikke er til for tallenes skyld, skønt der ligger en spændende udfordring i at få en forløbsbaseret registrering af ydelsesforløb til at lykkes, nej DLCR er et nødvendigt redskab for såvel klinikere som ledelse, hvis Kræftplanens intention om veltilrettelagte forløb på højt, internationalt kvalitetsniveau skal lykkes. DLCR er afhængig af andre datakilder end egne indberetninger – specielt Cancerregistret og Patobanken. Vi har alle en fælles interesse i en komplet og fejlfri udveksling over indbyrdes grænseflader, og for alle tre gælder, at validitet, entydighed og komplethed er alfa og omega. Derfor deltager DLCR da også med stor glæde i den validering af det elektroniske cancerregister, som Sundhedsstyrelsen har iværksat i samarbejde med Kræftens Bekæmpelses Afdeling for Cancerepidemiologi og med andre store kliniske databaser som DBCG og DCCG. Grænseflader mellem databaser hviler – når man ser bort fra tekniske hindringer - på algoritmer. Trods mange timers arbejde med algoritmerne er det endnu ikke muligt helt fejlfrit og entydigt at overføre informationer fra Patobank til DLCR, men begge parter nærer fortsat en optimistisk tro på, at det vil lykkes.

MIS-kræft er kommet til som et nyt bekendtskab. MISsen er fortsat killing og formår endnu ikke helt at kradse de ønskede data ind overalt. DLCR står klar med assistance i form af know how og en praktisk håndsrækning med indsamling af data på missens målepunkter, gerne i form af et fremtidigt gensidigt parløb, hvor DLCR har fokus på fagligt indhold og kvalitet, mens MIS især ser på fremdrift i de mange onkologiske forløb, sundhedsvæsenet varetager.

Som beskrevet i sidste årsrapport er DLCR nu færdigtransformeret til en egentlig forløbsbaseret database, og DLCR's sekretariat har derfor i efteråret og vinteren 2008/9 udarbejdet nye manualer for inddatering i DLCR. Disse manualer de efterfølgende præsenteret og diskuteret på besøg rundt i landet. På møderne mellem alle de indberettende afdelinger og DLCR er der udvekslet informationer og erfaringer og møderne har været præget af god vilje til dialog og udvikling.

Dialogen resulterer nu i konkrete ændringer i DLCR's indberetningsformularer. Tidspunktet for dette er dog på nuværende tidspunkt uafklaret, da DLCR pga. nedskæringer i bevillingerne ikke alene kan finansiere ændringerne, men er afhængig af ansøgning til Danske Regioner.

DLCR's økonomi er som i stort set alle de foregående år en kilde til uklarhed og uro. Det konstante forsøg på at sikre indeværende og næste års bevillinger tager endog megen tid og fokus fra registrets hovedopgaver. Aktuelt arbejder registeret med et budget for 2009 på 2/3 af sidste års med hvad dette betyder af nedskæringer i aktivitet og muligheder ect.. Vilkår og økonomi for 2010 er fortsat helt uafklaret. I efteråret 2008 valgte DLCR's mangeårige sekretær Charlotte Rasmussen at søge nye udfordringer. DLCR's økonomi og overlevelse i 2009 var fortsat i efteråret 2008 helt uafklaret, hvorfor usikkerheden omkring den videre ansættelse desværre betød, at Charlotte følte sig nødsaget til at finde mere sikker ansættelse. DLCR vil også på dette sted takke Charlotte for en fantastisk indsats siden DLCR's start.

Desværre betød den økonomiske usikkerhed også, at det ikke var muligt at ansætte en ny sekretær før per 1. april 2009. Brugere af DLCR har på mange måder kunnet mærke de 5 måneder uden sekretær i form af meget lange sagsbehandlingstider, og der er fortsat en større bunke ubesvarede henvendelser om udtræk, analyser ect.. Dette beklager vi i DLCR naturligvis, men heldigvis er der nu ansat en ny sekretær – Tina Haugaard Tournebize, og vi håber nu inden sommerferien at få bugt med ”bunkerne”.

I efteråret blev DLCR's hjemmeside flyttet til en ny leverandør og fik nyt udseende og indhold, og vi forventer i løbet af året at have opdateret og fornyet alt indholdet. Se på www.lungecancer.dk. Her findes bl.a. de nye forslag til referenceprogram, den nye TNM klassifikation og meget mere.

Arbejdet med Det Nationale Indikatorprojekt og her specielt Den Supplerende Mortalitäts analyse, hvis resultater er beskrevet bl.a. i indledningen, har hovedsageligt været udført af personalet i Kompetence Center Syd med baggrund i DLCR's datamateriale. Den gennemførte udvidelse af personale og kompetencer i centeret betyder, at DLCR nu for alvor begynder at høste frugterne af at være tilknyttet et center med højt specialiserede kompetencer indenfor epidemiologi og statistik, og vi ser frem til de kommende års fortsatte samarbejde og den videre udvikling.

Forhåbentligt vil udviklingen for de nationale kliniske databaser betyde, at vi fremover kan fokusere endnu mere på kvalitetsudvikling af vores kliniske kerneydelser, på registerforskningen og på egentlige kliniske forskningsprotokoller og mindre på monitorering af ventetider og aktivitet. De centrale nationale registres begyndende opkvalificering gør forhåbentligt, at disse opgaver i en nær fremtid med tilstrækkelig stor datakomplethed og validitet vil kunne varetages centralt. Indtil dette er tilfældet deltager DLCR gerne i monitoreringen af disse områder også.

Kell Østerlind
Overlæge, dr.med.
formand for DLCR

Erik Jakobsen
Overlæge MPM
Leder af DLCR

4.0 Årsrapport DLCR

4.1. Indledning

Hermed foreligger årsrapport 2008 fra Det Nationale Indikatorprojekt vedrørende sygdomsområdet lungecancer. Rapporten dækker perioden:

1. januar – 31. december 2008.

Rapporten dækker data registreret i Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) indberettet fra udredende, kirurgiske og onkologiske afdelinger til databasen senest 9. februar 2009. Resultaterne i rapporten sammenholdes med resultaterne fra årene 2003, 2004, 2005, 2006 og 2007. Der vil kunne forekomme uoverensstemmelser med tidligere årsrapporter af følgende årsager:

- Nærværende rapport er baseret på alle opdateringer foretaget efter sidste års skæringsdato
- Der er igennem årene foretaget ændringer af indikatorsettet
- DLCR er fra 1. april 2007 overgået fra at være *kontakt* baseret til at være *forløbs* baseret, hvilket kan have medført tab og ændringer ved overførslen af data fra det gamle til det nye produktionssystem; disse fejl skønnes dog begrænsede i omfang
- Der er anvendt en ny algoritme, udviklet af DLCR og Patobanken, for at sammenfatte data fra Patobanken; derved kan den patologiske klassifikation for det enkelte sygdomsforløb have ændret sig
- Der er foretaget revisioner i TNM-klassifikationer samt algoritmen for indplacering af stadie på basis af TNM-klassifikation

Overordnet registreres alle patientforløb med *nydiagnosticeret / nybehandlet* primær lungecancer. Den endelige cancer- og patologidiagnose baseres som anført på samkørsel med Patobanken i det omfang, data er tilgængelige i Patobanken. For forløb med diagnose tidligere end dækket af Patobanken er anvendt de tidligere indberettede patologiklassifikationer fra de registrerende enheder. Der er ved sammenholdningen af diagnoser fra de forskellige kilder anvendt følgende prioritering i fastlæggelse af den endelige (overordnede) diagnose:

Patobankdiagnose > operationsdiagnose > udredningsdiagnose > onkologisk registreret diagnose.

Diagnosedatoen sættes til den først registrerede henvisningsdato, der er indberettet fra de deltagende afdelinger.

Dataudtræk fra Det Centrale Personregister er anvendt til dels at bestemme patienternes bopælskommune på diagnosetidspunktet (operationelt defineret som

tidspunktet for oprettelse i DLCR) og dels til at bestemme en evt. dødsdato. På grund af regionalreformen pr. 1. januar 2007 er alle gamle kommunekoder omklassificeret i henhold til de nye kommunekoder.

Mesotheliomer er IKKE inkluderet i de analyser, KCS har foretaget. For diagnoseårene 2000-2008 (incl.) er der i alt 116 forløb ud af 28254 forløb (0,4%), som har kodning for mesotheliom.

Tabel 4.3.5. viser den andel af patienterne der er registreret i DLCR uden at have en defineret primær lungecancerdiagnose registreret i sundhedsstyrelsens Patobank. Som det er anført, er andelen stigende – fra 28,2 % i 2004 til 31,4 % i 2008, svarende til at i alt 1238 patienter ikke kan genfindes i Patobanken med primær lungecancer.

Klinisk har det altid været kendt at en vis andel af patienterne får stillet diagnosen som en klinisk diagnose og uden cytologi eller histologi. Klinisk vælger man grundet patientens tilstand at afstå fra definitiv diagnostik, hvorfor der aldrig opnås ”bevis” for diagnosen. Denne andel har dog altid været anslået til maksimalt at udgøre 10 – 15 % af populationen.

Konklusionen aktuelt er derfor, at den af Patobanken og DLCR anvendte algoritme til at udhente patienterne fra Patobanken tilsyneladende ikke genfinder alle de registrerede tilfælde af lungecancer i Patobanken. DLCR og Patobanken vil derfor i nærmeste fremtid iværksætte et udredningsarbejde mhp. at revidere den anvendte algoritme, således at der kan rettes op på denne fejl. Test af patologidiagnoserne på de faktisk fundne patienter viser, at patologidiagnoserne her er korrekte, men tilsyneladende findes alle patienterne altså ikke.

4.2. Kompetencecentrets kommentarer

I henhold til basiskravene for de nationale kliniske kvalitetsdatabaser skal kompetencecenteret fremlægge følgende bemærkninger.

Indikatorsettet i DLCR er sammenfaldende med det, som bruges i Det Nationale Indikator Projekt for lungecancer.

Indikatorsettet er analyseret ved kompetencecenteret af klinisk epidemiolog i samarbejde med biostatistikere.

Rapporten indeholder vurderinger af kompletthed og kvalitet af det datamateriale, som ligger til grund for rapportens analyser. Sammenfattende vurderes komplettheden af patientregistreringen i DLCR at være nået op på mere end 90 %. Registreringskompletheden kan imidlertid først kvantificeres på en valid måde, når det nye Cancerregister er blevet endeligt valideret og der er etableret procedurer for rutinemæssig sammenkobling med DLCR. Hvad angår datakompletheden for de registrerede patienter er der for hver indikator foretaget konkret beregning. Det fremgår, at

datakompletheden gennemgående er skønnet til at være på et højt niveau, men at specielt indikatorer, der i værdisætningen forudsætter oplysninger fra flere forskellige kilder, er belastet med noget nedsat datakomplethed.

Det bemærkes, at indberetningen af data til DLCR er karakteriseret ved en betydelighed træghed. Rapportens resultater for år 2008 – og til en vis grad også for år 2007 - må anses for ufuldstændige, indtil den fornødne efterregistrering har fundet sted. Der er dog holdepunkter for, at latenstiden i indberetningerne stadigt afkortes, specielt for udredningsdata.

Rapporten indeholder afsnit, der på fyldestgørende måde redegør for datakilder og de anvendte statistiske metoder.

Indikatorresultaterne er offentliggjort regionsvist såvel som efter specificeret udredende og behandlende enhed (sygehus-niveau). De enkelte indikatorers resultater foreligger kommenteret. Det er kompetencecenterets vurdering, at der foreligger statistisk-epidemiologisk dækning for de anførte kommentarer.

Rapportens resultater indgår i Det Nationale Indikator Projekt for lungecancer og er derved genstand for audit på nationalt såvel som regionalt niveau hvad angår implikationer for kvalitetsforbedring på området.

Odense d. 18. maj 2008

Anders Green

Professor, overlæge, dr.med.

4.3. Datagrundlag

Oversigt over data

Datagrundlaget for nærværende rapport udgøres af data, indberettet til DLCR senest 9. februar 2009, for forløb med diagnosedato fra og med 1. januar 2000 til og med 31. december 2008. Tabel 4.3.1 giver en oversigt over de i alt 28.138 lungecancerforløb, der indgår i rapporten, fordelt efter behandlingsforhold. Forløbene repræsenterer 28.050 patienter, idet 86 patienter indgår med 2 forløb, og 1 patient indgår med 3 forløb i perioden.

Forløb for patienter med bopæl registreret i Grønland/udlandet er ekskluderet.

4.3.1. Tabel. Oversigt over lungecancerforløb, registreret ved DLCR og som ligger til grund for nærværende rapport.

I årsrapporterne for 2005 og 2006 har det været muligt at benytte sandsynlighedsstatistiske metoder til at estimere kompletheden af patientregistreringen, idet de udredende og behandlende afdelinger har indberettet patientdata uafhængigt af hinanden. Det er således blevet sandsynliggjort, at registreringskompletheden ved DLCR er over 90%. Med overgangen til en forløbsbaseret datamodel er uafhængigheden mellem de indberettende enheder ophævet, hvorfor der ikke længere kan beregnes komplethed ved hjælp af indirekte metoder. Antal af lungecancerforløb, der diagnosticeres om året, er stigende (Tabel 4.3.1) og giver således ikke grund til at formode en reduktion i komplethedsgraden for patientregistrering. En fyldestgørende vurdering af patientregistreringens komplethed i DLCR må imidlertid afvente samkøring med Cancerregistret som beskrevet ovenfor.

Diagnoseår	+ operation		- operation		Total
	+ onkologisk behl.	- onkologisk behl.	+ onkologisk behl.	- onkologisk behl.	
2000	19	530	14	1207	1770
2001	47	434	58	1769	2308
2002	126	536	298	1644	2604
2003	223	427	1050	1384	3084
2004	248	363	1704	1070	3385
2005	323	362	1778	1054	3517
2006	232	410	1736	1241	3619
2007	226	451	1998	1239	3914
2008	115	423	1663	1736	3937
Total	1559	3936	10299	12344	28138

Komplethed af patientregistrering

En ekstern validering af kompletheden af patientregistreringen i Dansk Lunge Cancer Register forudsætter samkørsel med Cancerregistret i Sundhedsstyrelsen. På tidspunktet for udarbejdelsen pågår i regi af Kræftens Bekæmpelse et gensidigt valideringsprojekt mellem Cancerregistret og DLCR, og det forventes at der senere i år 2009 er etableret faste rutiner for regelmæssig samkøring af registrene og fremtidig validering.

Komplethed af variable

Kompletheden af de registrerede data for det enkelte lungecancerforløb er af stor betydning for de beregnede indikatorværdiers validitet.

4.3.2. Tabel. Oversigt over datakomplethed i forhold til de afrapporterede indikatorer hvad angår beretningsår 2008.

Indikator	Antal relevante forløb	Antal forløb inkluderet hvad angår			
		ujusteret indikatorberegning	%	statistisk analyse	%
Ia	3914	3911	99.9%	3393	86.7%
Ib	3619	3619	100.0%	2942	81.3%
Ic	3084	3082	99.9%	2438	79.1%
IIa	611	610	99.8%	554	90.7%
IIb	703	703	100.0%	585	83.2%
IIc	636	636	100.0%	482	75.8%
IId	645	645	100.0%	453	70.2%
IIIa	3604	3602	99.9%	3602	99.9%
IIIb1	611	611	100.0%	611	100.0%
IIIb2_behl	611	553	90.5%	553	90.5%
IIIb2_udred	611	553	90.5%	553	90.5%
IIIONKO1	1880	1859	98.9%	1859	98.9%
IIIONKO2_behl	1880	1624	86.4%	1624	86.4%
IIIONKO2_udred	1880	1624	86.4%	1624	86.4%
IIIC1	990	974	98.4%	974	98.4%
IIIC2_behl	990	841	84.9%	841	84.9%
IIIC2_udred	990	841	84.9%	841	84.9%
IIId1	491	486	99.0%	486	99.0%
IIId2_behl	491	419	85.3%	419	85.3%
IIId2_udred	491	419	85.3%	419	85.3%
IIISTR+KEMO1	399	399	100.0%	399	100.0%
IIISTR+KEMO2_behl	399	364	91.2%	364	91.2%
IIISTR+KEMO2_udred	399	364	91.2%	364	91.2%
IV	611	551	90.2%	551	90.2%
V	3914	3914	100.0%	3914	100.0%

(1) Ved andelen af patientforløb, som for en given indikator har tilstrækkelig information til at kunne indgå i værdisættelsen af *den ujusterede indikator*; manglende data vil typisk dreje sig om henvisningsdatoer til f.eks. behandlende afdeling, men vil for indikatorerne angående samlet varighed fra henvisning til behandling (ONKO2, IIIb2, IIIC2, IIId2 og IIISTR+KEMO2) også inkludere forløb med manglende indberetning fra udredende afdelinger

(2) Ved andelen af patientforløb, som for en given indikator har tilstrækkelig information til at kunne indgå i *den statistiske analyse* for at vurdere heterogenitet, udvikling over tid samt de prognostiske faktorerers betydning; manglende data vil, ud over de under (1) anførte forhold, kunne tilskrives manglende oplysning om patologidiagnose og/eller stadietinddeling.

Indikatorerne IIIb2, ONKO2, IIIC2, IIId2 og IIISTR+KEMO2 (samlet behandlingstid) og indikator V (resektionsrate) afspejler kvaliteten af indsatsen på tværs af udredende og behandlende afdelinger Til beregning af disse indikatorer kræves data fra alle involverede afdelinger.

Oversigten i tabel 4.3.2 dokumenterer et gennemgående højt niveau for datakompletheden. Imidlertid er datakompletheden noget kompromitteret for de indikatorer, der forudsætter indberetning fra både udredende og behandlende afdeling.

Som en ny facilitet indeholder DLCR fremadrettet oplysninger fra behandlende afdelinger om, hvor udredning har fundet sted; tilsvarende indberetter udredende afdelinger til hvilke behandlende afdelinger patienten måtte være henvist. Svarende til skæringstidspunktet for indeværende rapport mangler der indberetninger som vist i tabel 4.3.3.

4.3.3. Tabel . Manglende indberetninger, hvor patient og afdeling er identificeret. Opgjort pr. 26. januar 2009.

	<2007	2007	2008	Total
Udredning mangler	119	358	218	695
Kirurgiske behandlingsdata mangler	0	6	125	131
Onkologiske behandlingsdata mangler	2	8	619	629
Total	121	372	962	1455

En del af de manglende indberetninger for år 2008 vil utvivlsomt blive registreret senere (se efterfølgende afsnit), men antallet af dokumenterede manglende indberetninger for år 2007 udgør et problem og illustrerer på supplerende måde kompleksitetsvurderingen.

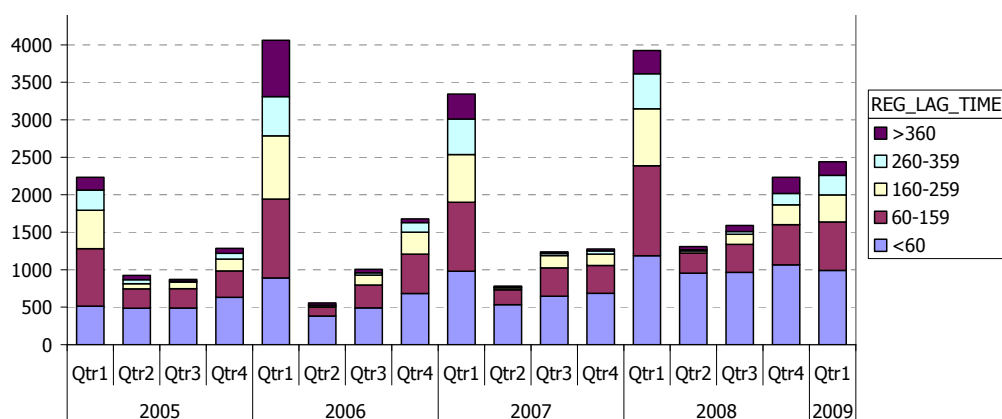
Latenstid for dataindberetning

Der sættes i stigende grad fokus på løbende afrapportering af indikatorværdier og andre aggregerede analyser fra de kliniske kvalitetsdatabaser.

Det er derfor afgørende, at data indberettes uden unødigt ventetid i forhold til, hvornår den indberetningsrelevante begivenhed rent faktisk har fundet sted. I DLCR er det muligt løbende at monitorere latenstiden i dataindberetning ved at sammenholde intervallet mellem, hvornår den relevante begivenhed har fundet sted og dato for registrering i DLCR. Dette er illustreret kvartalsvist i Figur 4.3.4 (alle begivenheder, dvs. udredning og behandling betragtet under eet). Af analysetekniske grunde kan der kun vises data for indberetninger fra år 2005 og fremefter. Der er en udtalt tendens til ophobning af indberetninger i første kvartal af hvert år, svarende til deadline for indberetning til årsrapporten. Generelt er andelen af tidstro indberetninger (her defineret som indberetninger, der finder sted mindre end 60 dage efter stedfunden begivenhed) lille; en ikke ubetydelig del af indberetningerne finder sted med mere end et års latenstid. Overordnet set er billedet det samme for udredninger, operationer og onkologiske behandlinger (data ikke vist). Figuren viser dog også tydeligt, at der fra og med år 2008 er påbegyndt en udvikling med indberetningerne mere jævnt fordelt over kvartalerne, og med en stigende relativ andel af tidstro indberetninger.

Specielt for onkologiske behandlinger kan der være naturlige forklaringer til en vis latenstid. Onkologisk behandling gives ofte i serier og kan strække sig over måneder. Såfremt onkologiske data først indberettes ved behandlingens afslutning, vil dette hyppigst kunne ske mange måneder efter starten på behandlingen, som ellers er af primær betydning i indikatorssammenhæng.

4.3.4. Figur. Latenstid for indberetning af data i DLCR: Varighed (i dage) fra begivenhed indtil indberetning af begivenhed, opgjort i forhold til indberetningstidspunktet. Alle typer af begivenheder kombineret



Som led i en forestående opdatering af DLCR indgår at slette indregistreringen af slutdato for onkologisk behandling, hvorfor også disse behandlinger kan indberettes hurtigere. Både udredning og kirurgisk behandling gennemføres over en væsentligt kortere tidshorizont og burde principielt kunne indberettes meget hurtigt efter stedfunden begivenhed.

Herudover arbejdes løbende på at skabe mere tidstro registrering i DLCR, bl.a. via information om manglende indberetninger via listefunktionerne i DLCR-brugerfladen, samt via kvartalsrapporterne.

Patologidata i DLCR-populationen

Kendskab til patologien ved primær lungecancer er, sammenholdt med korrekt vurdering af sygdomsstadie, vigtig af hensyn til at kunne give det mest hensigtsmæssige behandlingstilbud.

Indtil Patobanken i 2004 blev etableret som central datakilde for informationer indberettet fra al patologi-udredning, blev oplysning om cancerpatologi indberettet til DLCR via de registrerende enheder. I de seneste produktionsversioner af DLCR har Patobanken været den eneste kilde til information om

cancerpatologi for DLCR.

Tabel 4.3.5 sammenfatter status for information om cancerpatologi for lungecancerforløbene i DLCR efter diagnoseår, henholdsvis operationsstatus. Andelen af forløb med uoplyst cancerpatologi er beskedent sv.t. 10% for år 2003, men for alle efterfølgende år af størrelsesordenen 70%. Der er dog for forløb i 2008 uden operation et ikke uvæsentligt fald i andelen af patologi-belyste tilfælde. Dette skal efter alt at dømme tilskrives en fejl i den underliggende algoritme til udtræk af de relevante data; fejlen søges opklaret og rettet primo 2009.

For opererede patienter er andelen af forløb med uoplyst cancerpatologi særdeles lille sv.t. størrelsesordenen 1-3% for årene efter 2003.

4.3.5. Tabel. Oversigt over lungecancerforløbene hvad angår foreliggende data om patologi, klassificeret i forhold til operationsstatus

Diagnoseår	+ OPERATION			- OPERATION			Ialt		
	+ Patobank data	- Patobank data	% med Patobank data	+ Patobank data	- Patobank data	% med Patobank data	+ Patobank data	- Patobank data	% med Patobank data
2000	15	534	2.7	18	1203	1.5	33	1737	1.9
2001	27	454	5.6	24	1803	1.3	51	2257	2.2
2002	52	610	7.9	32	1910	1.6	84	2520	3.2
2003	135	515	20.8	163	2271	6.7	298	2786	9.7
2004	597	14	97.7	1832	942	66.0	2429	956	71.8
2005	669	16	97.7	1863	969	65.8	2532	985	72.0
2006	622	20	96.9	2006	971	67.4	2628	991	72.6
2007	661	16	97.6	2190	1047	67.7	2851	1063	72.8
2008	527	10	98.1	2172	1228	63.9	2699	1238	68.6
Total	3305	2189	60.2	10300	12344	45.5	13605	14533	48.4

4.4. Statistisk-epidemiologisk metode

Punktestimater og deres sikkerhedsintervaller

Alle indikatorer, der er omfattet af nærværende rapport, er proportioner af natur. For hver indikator angives antallet af patientforløb, som indgår i værdisættelsen af indikatoren (indikatorens nævner), samt antallet af patientforløb, der opfylder kravet om tilfredsstillende indsats i relation til den pågældende indikator (indikatorens tæller).

Kolonnen "Proportion" repræsenterer værdisættelsen af indikatoren, dvs. tæller divideret med nævner som beskrevet ovenfor. Denne proportion er *ujusteret* i forhold til prognostiske faktorer og justeringsfaktorer. Der angives endvidere grænserne for 95% sikkerhedsintervallet ("CL(lav)", henholdsvis "CL(høj)"). Sikkerhedsintervallerne er beregnet under antagelse af binomialfordeling; der foretages ikke beregning af sikkerhedsintervaller for proportioner med værdi 0 eller 1. Sikkerhedsintervallet udtrykker den præcision, som punktestimatet statistisk er bestemt med og vil alt andet lige være bredt for lavt antal patientforløb og smalt for højt antal patientforløb.

For kategorier med et tal, der er 10 eller mindre i nævneren, foretages der ingen beregning af punktestimat og sikkerhedsinterval; i stedet er der anført markering med "*".

Til sammenligning er der angivet tilsvarende proportioner (i %) for tidligere år, samt for årene samlet.

Hver indikator er angivet på regionsniveau (efter patientens bopæl på diagnosetidspunktet) såvel som på nationalt niveau. For alle indikatorer på nær den totale overlevelse (indikatorerne Ia og Ib) er der endvidere foretaget stratifikation efter det sygehus, hvor udredning og/eller behandling har fundet sted. Herved kan hver region, henholdsvis sygehus opnå overblik over, hvor specielt deres indikatorværdi er placeret i forhold til dels den nationale indikatorværdi, dels den af indikatorgruppen fastlagte tærskelværdi.

Statistiske metoder: Basale ideer

De avancerede statistiske metoder, som anvendes i denne rapport, fokuserer primært på vurdering af eventuel geografisk heterogenitet på regions-, henholdsvis sygehusniveau. Et vigtigt spørgsmål, som der skal tages stilling til, er om der findes en "ægte" strukturel variabilitet i den enkelte indikator, eller om der simpelthen er tale om tilfældig variation som forklaring på geografiske forskelle.

Dette fører til hierarkiske modeller, hvor der tillades strukturel variabilitet imellem geografiske områder. Hvis den eksisterer, kan denne variabilitet skyldes ikke

observerbare kovariater, som man ikke har taget højde for.

Den grundlæggende idé bag en hierarkisk model er at opdele variationen, som observeres blandt de område-specifikke estimater, i en tilfældig variation *inden for* hvert enkelt område og systematisk variation *imellem* områderne. Det sidste er beskrevet af en normal fordeling med en standarddeviation, τ , som beskriver variationen af områdernes sande niveau, dvs. det niveau, som ville være observeret i en situation med et meget stort antal områder. Denne standarddeviation, τ , kan estimeres ud fra foreliggende data; jo højere værdi aft, jo større er den systematiske variation. En værdi af τ tæt på 0 indikerer, at der ingen variation er områderne imellem.

Der findes forskellige typer af hierarkiske modeller, afhængig af datatypen og forskellige estimationsteknikker. I denne rapport andrager indikatorerne Ia, Ib, IIa, IIb og IIc ventetid til død; der anvendes en frailty model til analyse af heterogenitet i overlevelsestider. De øvrige indikatorer behandles som proportioner og analyseres med en såkaldt logistisk tilfældig effekt model til analyse af binære data.

Da disse modeller har en tendens til at modellere det specifikke niveau for hvert område på en bestemt skala, så som log-odds eller log-hazard, er en direkte fortolkning af τ ofte kompliceret. Derfor vil τ sædvanligvis blive oversat til odds-ratio eller hazard-ratio, som svarer til en konstrastering af værdien for 95-percentilen ("højeste" område") med værdien for 5-percentilen ("laveste" område). Derudover vil blive rapporteret p-værdier svarende til en test af $\tau=0$, dvs. nul-hypotesen svarende til ingen forskel imellem områderne.

Heterogeniteten imellem områder skyldes ikke nødvendigvis forskelle i behandlingsindsats og resultater, men kan simpelthen forklares ved forskelle i sammensætningen af populationer imellem områder. Der kan tages højde for dette ved at tilføje individspecifikke covariater til den hierarkiske model. I dette tilfælde beskriver heterogenitetsparameteren τ (og kontrasten mellem 95% højeste og 5% laveste område) den variation imellem områderne, som ikke kan forklares ud fra forskelle i populationerne mht. til de covariater, som er inkluderet i modellen.

I de logistiske modeller beskrives variationen mellem områder ved hjælp af variansen σ^2 . Den giver samme fortolkning af den systematiske variation som τ

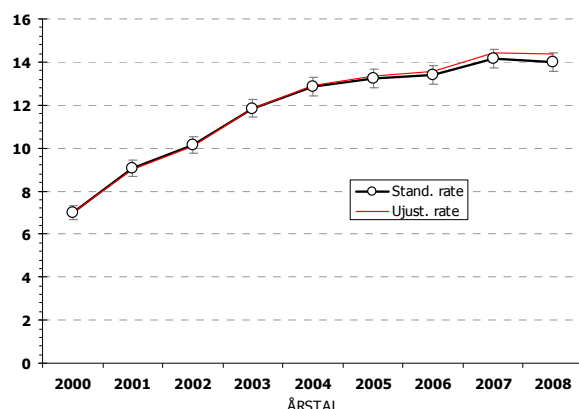
Ud over heterogenitet imellem områder (regioner, henholdsvis sygehuse) indgår kalendertid som selvstændig studiefaktor for herved at muliggøre vurdering af indikatorudvikling over tid, når der er taget højde for de øvrige analyserede kilder til variation.

4.5. Epidemiologisk oversigt

Incidens i DLCR-populationen

Diagnosticeringsdatoen for lungecancerforløbene registreret i DLCR kan danne grundlag for estimering af incidensraten for primær lungecancer i Danmark (Figur 4.5.1). Incidensen repræsenterer i denne sammenhæng tilgangsraten til registerpopulationen i DLCR. Figuren dækker perioden fra og med år 2000.

4.5.1. Figur. Incidensrate (pr. 10 000 personår i risiko i aldersklassen 40+ år) for registrering med diagnosen primær lungecancer i DLCR, hele Danmark. Opgjort pr. 9. februar 2009. Der vises ujusteret rate såvel som rate (med 95%-sikkerhedsinterval) standardiseret til risikoårenes sammensætning (40+ år) for år 2003



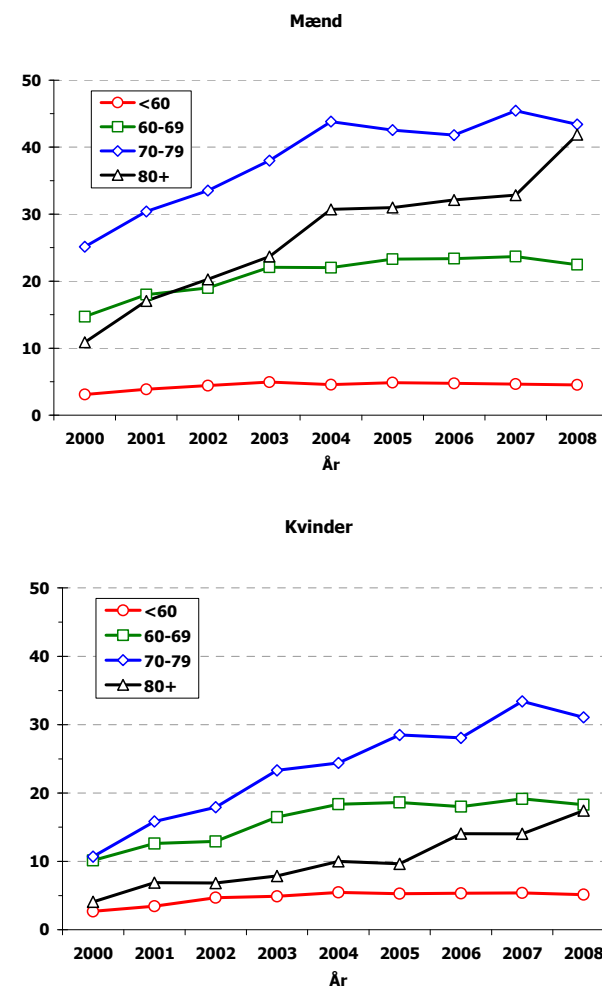
Incidensraten viser stigende tendens, specielt op til år 2004, hvorefter stigningen kun er svag. Der er reelt ingen forskel på den ujusterede og den aldersstandardiserede incidensrate. Stigningen afspejler formentligt stigende registreringskomplethed specielt for den første del af registreringsperioden. En dyberegående vurdering af udviklingen i incidensen af primær lungecancer i Danmark forudsætter en sammenligning med incidensestimaterne fra Cancerregisteret; et sådant projekt gennemføres aktuelt og forventes afleveret i løbet af år 2008.

De alders- og kønsspecifikke incidensrater fremgår af Figur 4.5.2, og de incidente tilfældes fordeling i absolutte tal efter diagnoseår og køn ses i Figur 4.5.3.

4.5.2. Figur. Incidensrater efter køn og aldersgrupper

Den svage stigning i incidensraten siden år 2004 skyldes overvejende en stigende tendens i incidensraten for hos de ældre (Figur 4.5.2). Det bemærkes endvidere, at incidensraten for aldersklassen <60 år er ret stabil for mænd såvel som for kvinder, og at kvinders incidensrate i denne aldersklasse overstiger

Aldersspecifikke INCIDENS RATER pr.10000

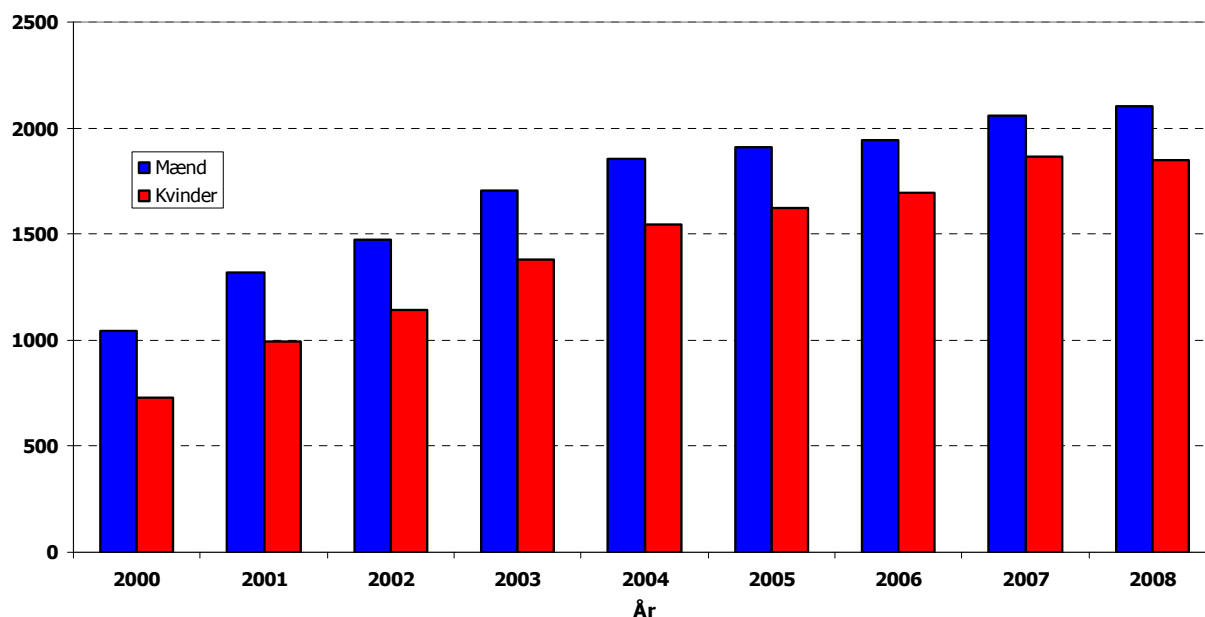


mændenes rate.

Siden år 2004 ses en kun svagt stigende tilgang, mest udtalt for kvinder.

4.5.3. Figur. Incidente tilfælde, kønsopdelt

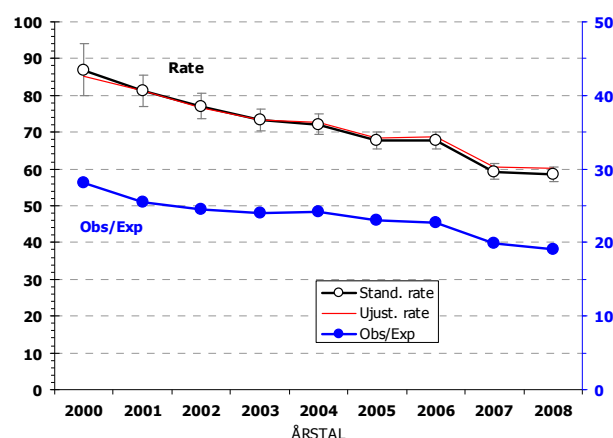
Antal



Dødelighed i DLCR-populationen

Når der for den enkelte patient holdes regnskab med tilgang (sv.t. diagnose) og afgang (sv.t. dødsdato eller evt. emigrationsdato), kan der redegøres for antal patientår i risiko for død inden for de enkelte kalenderår dækket af registreringen. Eksempelvis vil et forløb med diagnosedato 1. februar 2006 afsluttende med død d. 28. februar 2006 bidrage med $28/365 = 0,0767$ patientår i risiko for død i kalenderåret 2006, mens et forløb med diagnose 30. november 2005 og overlevelse pr. 15. marts 2007 vil bidrage med 1 patientår i risiko for død i kalenderåret 2006. Registreret antal døde i et kalenderår, divideret med summen af de enkelte forløbs patientår i risiko for død i pågældende kalenderår, repræsenterer den ”dynamiske” mortalitetsrate, altså antal registrerede dødsfald divideret med den underliggende persontid i risiko for død inden for rammerne af det enkelte kalenderår. Ud fra antallet af patientår kan der endvidere estimeres det antal dødsfald, der ville forventes blandt patienterne i pågældende kalenderår, såfremt patientpopulationens dødelighed (køns- og aldersjusteret) fulgte den generelle baggrundsbevolknings dødelighed. Mortalitetsraten for primær lungecancer og dens udvikling over tid er, sammen med ratio for Observeret/Forventet antal døde, vist i Figur 4.5.4.

4.5.4. Figur. Mortalitetsrater (pr. 100 patientår i risiko) for primær lungecancer i DLCR, hele Danmark. Opgjort pr. 9. februar 2009. Der vises ujusteret rate såvel som rate (med 95%-sikkerhedsinterval) standardiseret til patientårenes sammensætning for år 2003. Obs/Exp-kurven viser ratioen observeret/forventet antal døde



Mortalitetsraten er ret markant faldende, men er fremdeles på et overordentligt højt niveau. En mortalitetsrate på f.eks. 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 også en faldende tendens.

Lungecancerforløb: Patientens perspektiv

Forløbet med primær lungecancer kan betragtes som en sammenhængende serie af begivenheder fra diagnose over behandling til død. Forløbskonceptet er blevet implementeret i den nye datamodel for DLCR i år 2007. Ved at følge en kohorte af patienter fra diagnose og fremefter i tid opnås således fundamentet for at kunne anlægge prognostiske vurderinger, altså et billede af fremtidsudsigterne for en patient.

Figur 4.5.5 sammenfatter alle foreliggende data inden for rammerne af et samlet lungecancerforløb for kohorten af patienter med diagnose i år 2007, som i registrerings- og datakomplethed på opgørelsestidspunktet for nærværende rapport må anses for mest komplet i DLCR. Behandlinger og dødsfald kan således være indtruffet i 2007 eller senere.

I den valgte model kan man inddele et lungecancerforløb i tre faser (tilstande):

- Patienten er diagnosticeret, men der er ikke givet specifik behandling. For en del af disse patienter er kirurgisk eller onkologisk specialistbehandling ikke fundet indiceret, eller der foreligger ikke registrering af behandling som patienten ellers er henvist til
- Patienten har modtaget intenderet kurativ behandling, men ikke palliativ behandling
- Patienten har modtaget palliativ behandling, med eller uden forudgående intenderet kurativ behandling

Overgangene mellem de forskellige stadier forudsættes irreversible, og død kan indtræffe fra ethvert af stadierne. Emigrationer udelades af betragtning, da forholdet næppe har nogen betydning efter diagnosticering af primær lungecancer.

Det fremgår, at for de 3.914 registrerede lungecancerforløb med diagnose i 2007 foreligger der formaliserede udredningsdata for knapt 87%. Resten repræsenterer enten manglende indberetning af udredningsdata eller tilfælde, hvor diagnosen er stillet i forbindelse med udredning gennemført på anden afdeling end lungemedicinsk.

Af de i alt 3.914 diagnosticerede tilfælde mangler der yderligere oplysninger om 7 forløb (heraf 2 hvor patienten er død); de manglende oplysninger skyldes formentligt manglende dataelementer.

For 794 forløb (heraf med 735 dødsfald) foreligger der ikke behandlingsindikation, og der er ikke registreret

efterfølgende behandlinger; det bemærkes, at 59 patienter er registreret som værende i live primo 2009.

For 438 forløb er der registreret henvisning til operation og/eller onkologisk behandling, uden at der foreligger indberettede behandlingsdata. For 317 forløb er der registreret dødsfald i ventetiden. Det må formodes, at der mangler indberetning af behandlingsdata for stort set alle disse forløb. Tabel 4 kan ikke bruges som sammenligningsgrundlag, idet den gensidige 'meldepligt' for udredende henholdsvis behandlende afdeling først trådte i kraft i løbet af 2008.

Der er registreret intenderet kurativ behandling for 1.038 forløb, hvoraf 642 patienter (ca. 62%) er i live på opgørelsestidspunktet, mens resten enten er døde (ca. 25%) eller videregået til palliativ behandling (ca. 13%).

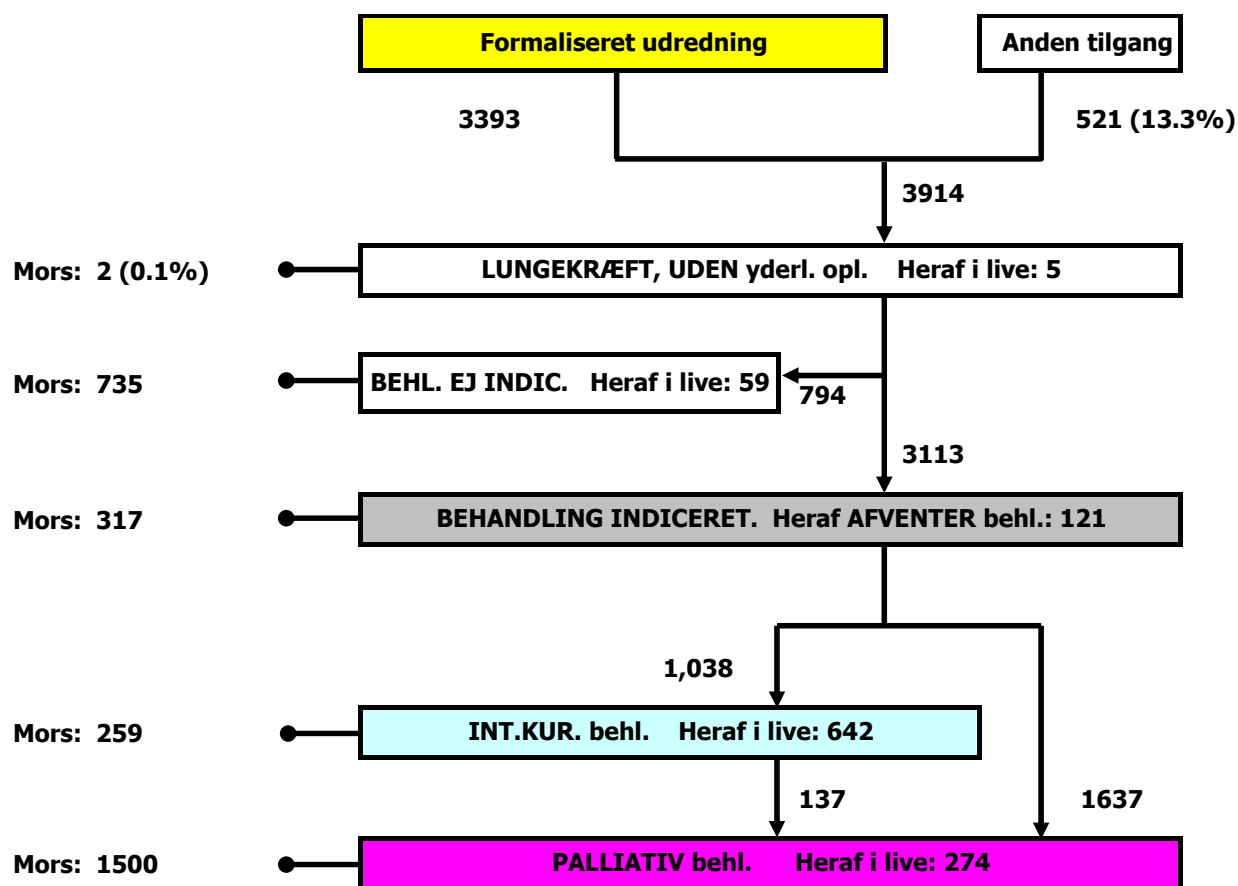
Der er 1.637 forløb, hvor der ikke er registreret intenderet kurativ behandling, men kun palliativ behandling. Hertil kommer 137 forløb, som repræsenterer progression fra intenderet kurativ behandling til palliativ behandling. Af de ialt 1.774 patienter, som har modtaget palliativ behandling, er 274 registreret i live på opgørelsestidspunktet, mens resten (ca. 85%) er døde.

Sammenfattende er 1.101 (ca. 28%) patienter med diagnosticeret primær lungecancer i 2007 fremdeles i live på opgørelsestidspunktet, som svarer til mellem godt 25 og godt 13 måneder efter diagnosedatoen.

Det skal understreges, at Figur 4.5.5 giver et øjeblikksbillede af patientkohorten på opgørelsestidspunktet, og at billedet vil ændre sig i takt med, at der indløber opfølgninger om dødsdata samt eventuelle efterregistreringer af behandlinger.

På indeværende tidspunkt vil det på grund af latenstid i dataindberetningen være stærkt misvisende at fremlægge tilsvarende sammenfatninger for patienterne med diagnose i 2008.

4.5.5. Figur. Lungecancerforløb for patienter med diagnose i året 2007. Opgørelsesdato: 9. februar 2009



Kumulativt antal døde: 2813 (71.9%)

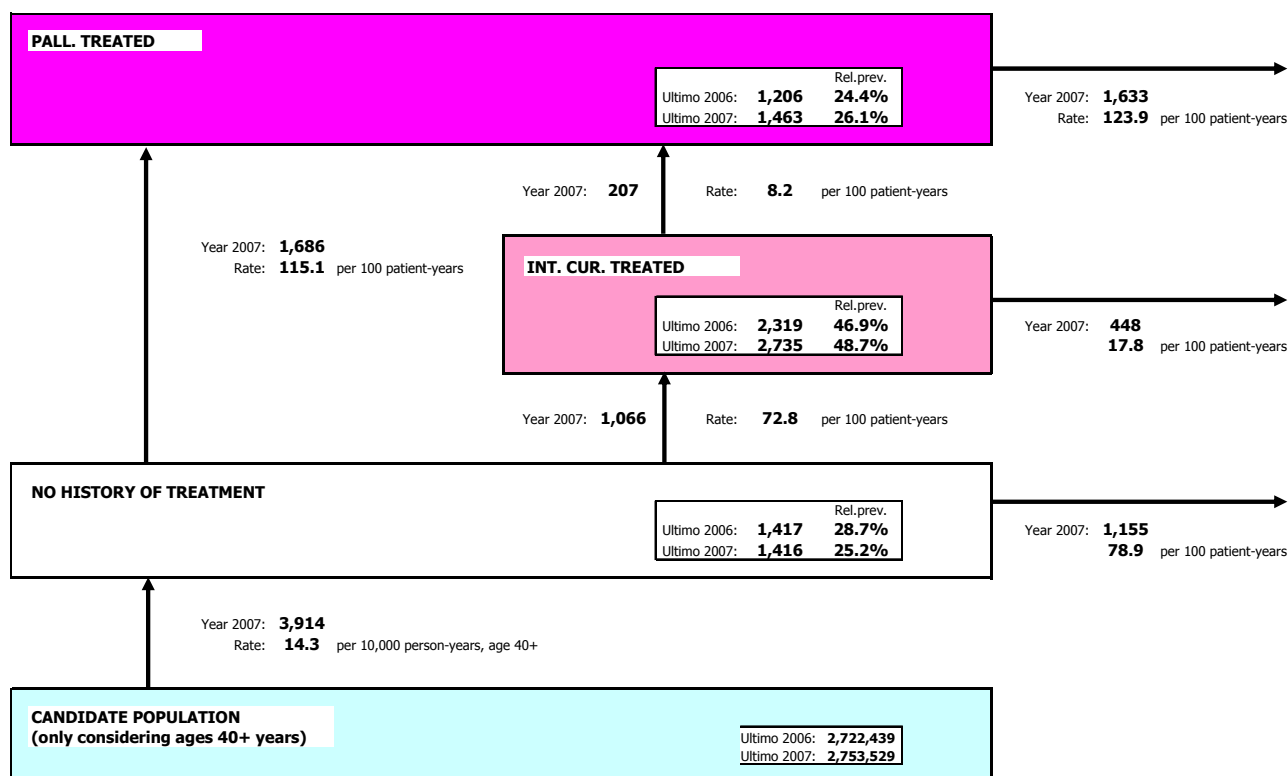
Lungecancerforløb: Samfundets perspektiv

I modsætning til kohorte-betragtningen anlagt i Figur 4.5.5 kan der anlægges en betragtning over, hvorledes diagnosticering, behandling og død ved primær lungecancer finder sted i den ”dynamiske” befolkning. Dette er gjort i Figur 4.5.6 inden for rammerne af en ’boks-model’, som sammenfatter alle data med reference til registrerede begivenheder indtruffet i 2007. Figuren sammenfatter således data for forløb, diagnosticeret i 2007 eller tidligere og er derfor ikke direkte sammenlignelige med data i Figur 4.5.5.

Antal registrerede overgange mellem de forskellige tilstande er divideret med den underliggende patienttid gennemlevet i år 2007 i de respektive tilstande. Herved fremkommer overgangsraterne (progressionsraterne). Tilsvarende anvendes registreret antal dødsfald (uanset diagnosedato og årsagsforhold) i år 2007 til beregning af årets dødsrate fra hver tilstand.

Figur 4.5.6 sammenfatter således alle nøgletal vedrørende diagnosticering, behandling, progression og død ved primær lungecancer i den danske befolkning for et givet kalenderår, her 2007. Ved at fremstille nøgletallene i boks-modellen år efter år, kan der opnås en overordnet monitorering af indsatser, progressioner og dødelighed ved primær lungecancer (se nedenfor, Figur 4.5.7 og Figur 4.5.8).

4.5.6. Figur. Sammenfatning af nøgletal for primær lungecancer i Danmark i år 2007. Overgangs- og dødsrater er ujusterede. Opgjort pr. 9. februar 2009



Forklaring: 'Pall. treated': Palliativ behandling registreret uanset evt. forudgående intenderet kurativ behandling; 'No history of treatment': Ingen behandling registreret; 'Int.Cur.treated': Intenderet kurativ, men ikke palliativ behandling registreret

Det fremgår af Figur 4.5.6, at der i år 2007 er tilgået 3.914 nye tilfælde (jvf. Figur 4.5.5) til tilstanden 'Ingen registreret behandling'. Prævalensen af denne tilstand har været konstant igennem 2007 (fra en prævalens på 1.417 ved begyndelsen af år 2007 til 1416 ved årets slutning). Den samlede afgang fra denne tilstand er 1.155 dødsfald, 1.686 progressioner direkte til palliativ behandling samt 1.066 progressioner til intenderet kurativ behandling.

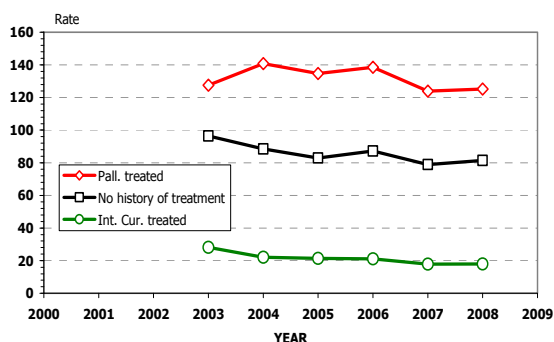
Tilstanden 'Intenderet kurativ behandling' er øget noget i løbet af år 2007, med en tilgang på 1.066 over for afgang på 448 dødsfald samt 207 progressioner til tilstanden 'Palliativ behandling'.

Tilstanden 'Palliativ behandling' er ligeledes øget i løbet af år 2007, med en tilgang på 1.686 direkte fra 'Ingen registreret behandling' og en progression på 207 forløb fra 'Intenderet kurativ behandling' over for 1.633 dødsfald.

Det skal understreges, at data i Figur 4.5.6 på fortolkes med forbehold, idet fremstillingen er følsom for manglende indberetninger.

Som anført ovenfor giver fremstillingen af nøgletallene i Figur 4.5.6 mulighed for at tilvejebringe en overordnet monitorering af indsatser, progressioner og dødelighed ved primær lungecancer i Danmark som funktion af tiden. Dette er illustreret i Figur 4.5.7 hvad angår dødsrater specificeret for hver af de tre angivne tilstande.

4.5.7. Figur. Tendenser over tid i mortalitetsrater (angivet som antal tilfælde pr. 100 patientår) fra de i Figur 4.5.6 anførte tilstande. Mortalitetsrater er ujusterede. Opgjort pr. 9. februar 2009



Forklaring: 'Pall. treated': Palliativ behandling registreret uanset evt. forudgående intenderet kurativ behandling; 'No history of treatment': Ingen behandling registreret; 'Int.Cur.treated': Intenderet kurativ, men ikke palliativ behandling registreret

Som forventet ligger dødsraten for tilstanden 'Palliativ behandling' særdeles højt og er stort set konstant over årrækken.

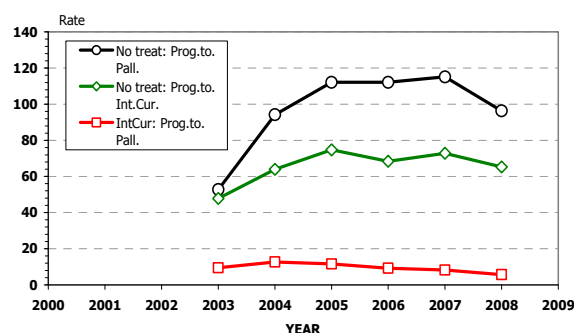
Dødsraten for tilstanden 'Intenderet kurativ behandling' er svagt faldende, hvilket må tages som en positiv og ønskelig udvikling.

For tilstanden 'Ingen registreret behandling' ligger dødsraten intermediært i forhold til de to øvrige tilstande, med en faldende tendens. Patienterne i denne tilstand repræsenterer en blandingsgruppe bestående af patienter, der afventer behandling (eller for hvem registrering af behandling endnu ikke har fundet sted), samt patienter for hvem der ikke er fundet behandlingsindikation eller som har fravalgt tilbudt behandling. For fremtidig indberetning af tidstro data vil den nye forløbsbaserede datamodel kunne give en mere detaljeret monitorering og vil blandt andet kunne belyse eventuelle dødsfald indtruffet, inden indiceret behandling er iværksat, jf Figur 4.5.5.

Figur 4.5.8 fremstiller på tilsvarende måde udviklingen over tid i progressionsraterne fra de relevante tilstande angivet i Figur 4.5.6. Ud fra en kvalitetsmæssig betragtning er det ønskeligt, såfremt progressionsraten fra 'Ingen registreret behandling' til 'Intenderet kurativ behandling' viser en stigende tendens. Tilsvarende er det ønskeligt, såfremt progressionsrater til 'Palliativ behandling' fra 'Ingen registreret behandling', henholdsvis fra 'Intenderet kurativ behandling' viser en faldende tendens.

Figur 4.5.8 viser et noget broget og uklart billede. Forholdene skal formentligt i høj grad tilskrives stadig forbedret registrerings- og datakomplethed indtil år 2005, kombineret med manglende registrering af behandlingsdata, specielt for årene 2007 og 2008.

4.5.8. Figur Tendenser over tid i progressionsrater (angivet som antal tilfælde pr. 100 patientår) mellem de i Figur 4.5.6 anførte tilstande. Opgjort pr. 9. februar 2009



Forklaring: 'No treat: Prog.to.Pall.': Overgang fra ingen behandling direkte til palliativ behandling; 'No treat: Prog.to.Int.Cur.': Overgang fra ingen behandling til intenderet kurativ behandling; 'IntCur: Prog.to.Pall.': Overgang fra intenderet kurativ behandling til palliativ behandling

Afsluttende epidemiologiske betragtninger

Udarbejdelsen af nærværende årsrapport har givet anledning til en række "frie" kommentarer fra et epidemiologisk synspunkt:

- Årsrapporten for 2008 er den anden, der tager udgangspunkt i den nye forløbsbaserede datamodel. Den nye datamodel giver mulighed for inden for et forløb at koble fra en udredende afdeling til en identificeret behandlende afdeling, som der er rettet henvendelse til; tilsvarende kan en behandlende afdeling pege tilbage på en udredende afdeling, der endnu ikke måtte have indberettet udredningsdata, subsidiært selv indberettet erstatningsudredningsdata. Der er nu klare tegn på en mere jævn og derved tidstro dataindberetning som konsekvens af omlægningen, om end data selv for året 2007 fremdeles må anses for inkomplette.

- Den nye forløbsbaserede datamodel har medført, at det ikke længere er muligt at udnytte DLCRs egne data til estimering af patientregistreringens kompletthed i DLCR. Situationen stiller således krav og forventning om, at Cancerregisteret påny vil blive leveringsdygtigt i opdaterede, valide incidensestimerer for primær lungecancer i Danmark, således at disse oplysninger kan udnyttes som uafhængig kilde til vurdering af registreringskomplettheden i DLCR.
- I lighed med sidste år udnyttes i år systematisk information fra Patobank, og DLCR har i samarbejde med Patobanken i løbet af 2007 og begyndelsen af 2008 udviklet en ny algoritme til at sammenfatte den foreliggende relevante information i Patobanken for en given patient. I forhold til nogle af de problemer, der i sidste årsrapport kunne beskrives omkring sammenfatningen af data fra Patobanken, synes situationen forbedret. Det er dog konstateret i forbindelse med udarbejdelsen af nærværende rapport, at den algoritme der udtrækker relevante data fra Patobanken til DLCR fremdeles må være fejlbehæftede. Der er igangsat et afklaringsarbejde med henblik på afhjælpning af problemet.

5.0 Indikatorer i DLCR

DLCR og Det Nationale Indikatorprojekt (NIP) arbejder med det samme datasæt og ”deler” derfor også indikatorer, således at de indikatorer der afrapporteres i NIP også er gældende for DLCR, hvorfor de også præsenteres i nærværende rapport. For mere detaljeret præsentation henvises til NIP-rapporten, der offentliggøres på www.sundhed.dk i maj måned 2009.

Patientforløbene allokeres til en periode for afrapportering i forhold til den aktuelle indikator som specificeret i Tabel 5.0.1 nedenfor. Vedrører indikatoren operativ aktivitet (indikatorerne IIa, IIb, IIc, IID, IIb1, IIb2 og IV) allokeres forløbene efter *først registrerede operationsdato*. For de øvrige behandlingsrelaterede indikatorer allokeres forløbene efter *diagnosedato* (indikatorerne Ia, Ib, Ic og V) eller *først registrerede behandlingsdato*, afhængigt af relevansen for pågældende indikator (indikatorerne IIc1, IIc2, IIId1 og IIId2). For indikatoren vedrørende udredningstid (IIa) allokeres forløbene efter først registrerede dato for udredningens afslutning.

Det søges på basis af et afgrænset antal indikatorer at belyse følgende:

- Opfylder udredning og behandling de fastlagte tærskelværdier?
- Er der klinisk betydningsfuld variation i udredning og behandling over tid og mellem forskellige regioner, henholdsvis sygehuse i Danmark?

Indikatoroversigt

I forbindelse med omlægningen af DLCR til forløbsbaseret er der foretaget en forenkling af revision af indikatorsættet som vist i tabel 5.0.1

Hvad angår indikatorerne for varighed til start på onkologisk behandling er der – efter ønske fra klinisk side - foretaget en ny måde at adskille kemoterapi over for stråleterapi (IIc1 og IIc2 for kemoterapi, henholdsvis IIId1 og IIId2 for stråleterapi). For en række lungecancerforløb er det registreret, at der er påbegyndt kemoterapi og stråleterapi på samme dato. Der er derfor foretaget en yderligere opdeling af indikatorerne for varighed til påbegyndelse af onkologisk behandling. Indikatorer med betegnelsen IIIONKO angår onkologisk behandling uanset behandlingstype; indikatorer med betegnelsen IIc og IIId er nu forbeholdt forløb med isoleret kemoterapi, henholdsvis isoleret stråleterapi som første behandling; indikatorer med betegnelsen IIISTR+KEMO betegner forløb med kombineret stråle- og kemoterapi

registreret som første behandling. For alle indikatorer berørende samlede varigheder fra udredningens påbegyndelse til behandlingsopstart (indikatorerne IIb2, IIIONKO2, IIc2, IIId2 og IIISTR+KEMO2) er der foretaget en supplerende fremstilling, således at disse indikatorer nu angives fra behandlende afdeling såvel som fra udredende afdelings perspektiv.

Værdisættelse af indikator V (resektionsrate) forudsætter principielt, at uafhængige registreringer af nye tilfælde af primær lungecancer er tilgængelige. Valide nationale incidensopgørelser over antallet af nye tilfælde med lungecancer findes fortsat ikke, da Sundhedsstyrelsens nye elektroniske Cancerregister endnu ikke er helt klart. Data fra Landspatient-registeret (LPR) vedrørende lungecancer har vist sig ikke at kunne erstatte de validerede incidensopgørelser fra Cancerregisteret. Efter omlægningen af DLCR fra at være kontaktbaseret til at være forløbsbaseret, er indikator V forsøgsvis atter medtaget fra og med år 2007. Indtil Cancerregisteret bliver leveringsdygtigt i opdaterede incidensdata, benytter indikatoren som reference det samlede antal lungecancerforløb, som er registreret i DLCR for et givet kalenderår. Indikatorområde VI (palliative indikatorer) er under fortsat udvikling og vil ikke blive medtaget i indeværende års rapport.

Med undtagelse af indikatorer vedrørende overlevelse generelt (Indikatorområde I) og indikator V vedrørende resektionsrate er der ikke taget hensyn til registreret bopæl. Dette hænger sammen med, at den indregistrerede bopæl ikke nødvendigvis er gældende for en given indberettet aktivitet. Fejlen anses for minimal vedrørende indikatorområde I og indikator V, men kan have betydning for patienter bosat i regioner med samarbejde vedr. udredning og behandling i andre regioner. Fuldstændig belysning af disse forhold forudsætter, at der til hver indberettet aktivitet tilknyttes patientens bopæl svarende til tidspunktet for aktiviteten.

Indikatorområde VI (palliative indikatorer) er fremdeles under fornyet udvikling og afrapporteres ikke i denne rapport.

5.0.1 Tabel Indikatorskema: Indikatore, tærskelværdier og relevante variable vedr. primær lungecancer

I kolonnen ”Tidsreference” er med *kursiv* markeret den dato, der definerer inklusion i perioden for afrapportering

Indikatorområde	Indikator-nummer	Indikator	Type	Tærskel-værdi	Tidsreference	Prognostiske faktorer	Justerings - faktorer
I. OVERLEVELSE, GENEREL	Ia	Andel patienter i live efter 1 år	Resultat	30%	Fra <i>diagnosedato</i>	Stadie Patologi (*) Region Årstal	Alder Køn
	Ib	Andel patienter i live efter 2 år	Resultat	15%	Fra <i>diagnosedato</i>		
	Ic	Andel patienter i live efter 5 år	Resultat	10%	Fra <i>diagnosedato</i>		
II. OVERLEVELSE EFTER OPERATION	IIa	Andel patienter i live efter 30 dage	Resultat	95%	Fra <i>operationsdato</i>	Stadie Operationstype Region Sygehus Årstal	Alder Køn
	IIb	Andel patienter i live efter 1 år	Resultat	60%	Fra <i>operationsdato</i>		
	IIc	Andel patienter i live efter 2 år	Resultat	55%	Fra <i>operationsdato</i>		
	IId	Andel patienter i live efter 5 år	Resultat	40%	Fra <i>operationsdato</i>		
III. UDREDNINGS- OG BEHANDLINGSTID	IIIa	Andel patienter hvor det diagnostiske pakkeforløb er afsluttet senest 28 dage efter påbegyndelsen	Proces	85%	Dato for udredning slut - <i>dato for henvisning til udredning</i>	Region Sygehus Årstal	Alder Køn
	IIIb1	Andel patienter opereret senest 14 dage efter accept af det videre forløb (dvs. henvisning til operation)	Proces	85%	<i>Dato for 1. operation</i> - dato for henvisning til kirurgi		
	IIIb2_behl	Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85%	<i>Dato for 1. operation</i> – dato for henvisning til udredning		
	IIIb2_udred	Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85%	<i>Dato for 1. operation</i> – dato for henvisning til udredning		
	IIIONKO1	Andel patienter påbegyndt onkologisk terapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb (dvs. henvisning til behandling)	Proces	85%	<i>Dato for 1. onkologiske terapi</i> - dato for henvisning til behandling		
	IIIONKO2_behl	Andel patienter påbegyndt onkologisk terapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85%	<i>Dato for 1. onkologiske terapi</i> - dato for henvisning til udredning		
	IIIONKO2_udred	Andel patienter påbegyndt onkologisk terapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85%	<i>Dato for 1. onkologiske terapi</i> - dato for henvisning til udredning		

	IIIc1	Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb (dvs. henvisning til kemoterapi)	Proces	85%	Dato for 1. kemoterapi - dato for henvisning til kemoterapi		
	IIIc2_behl	Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85%	Dato for 1. kemoterapi - dato for henvisning til udredning		
	IIIc2_udred	Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85%	Dato for 1. kemoterapi - dato for henvisning til udredning		
	IIId1	Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb (dvs. henvisning til stråleterapi)	Proces	85%	Dato for 1. stråleterapi - dato for henvisning til stråleterapi		
	IIId2_behl	Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85%	Dato for 1. stråleterapi - dato for henvisning til udredning		
	IIId2_udred	Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85%	Dato for 1. stråleterapi - dato for henvisning til udredning		
	IIISTR+KEMO1	Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb (dvs. henvisning til behandling)	Proces	85%	Dato for 1. behandling - dato for henvisning til behandling		
	IIISTR+KEMO2_behl	Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>behandlende</i> sygehus	Proces	85%	Dato for 1. behandling - dato for henvisning til udredning		
	IIISTR+KEMO2_udred	Andel patienter påbegyndt stråle- og kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb - efter <i>udredende</i> sygehus	Proces	85%	Dato for 1. behandling - dato for henvisning til udredning		
IV. STADIE-KLASSIFIKATION	IV	Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM	Proces	85%	Operationsdato	Region Udredende sygehus Årstal	Alder Køn
V. RESEKTIONS-RATE	V	Andel patienter, der er reseceret	Proces	25%	Diagnosedato	Region Årstal	Alder Køn
VI. PALLIATION	VI	Under udvikling	Proces				

For hvert lungecancerforløb registreret i DLCR forefindes data for variable, der er relevante at tage i betragtning i forbindelse med analyse og vurdering af den enkelte indikator.

Primære faktorer er de variable, som vil være af umiddelbar relevans i vurderingen af variation. I den foreliggende sammenhæng drejer det sig om *kalendertid* (tidspunkt for diagnose, henholdsvis tidspunkt for udredning/operation/onkologisk behandling afhængigt af den enkelte indikator) og *geografi*. Variablen geografi vurderes dels ved patientbopæl på diagnosetidspunktet (regionsniveau), dels - afhængigt af relevans for den enkelte indikator – på sygehusniveau.

Prognostiske faktorer repræsenterer variable, for hvilke det er klinisk relevant at kunne kvantificere en eventuel indvirkning på den enkelte indikators værdi, når indikatorværdien, stratificeret efter de primære faktorer, skal fortolkes. Hvad angår indikatorerne for patientoverlevelse er patologisk diagnose (SCLC versus NSCLC) og sygdomsstadie vigtige prognostiske faktorer. Specielt for overlevelse efter operation indgår operationstype som prognostisk faktor. *På grund af problemer med den algoritme, der udtrækker relevante data fra Patobanken (se side 9), er patologi (SCLC versus NSCLC) ikke medtaget som prognostisk faktor i nærværende rapports analyser. Dette forhold antages at have kun særdeles begrænset indflydelse hvad angår vurdering af indikatorværdiernes variation over geografi og kalendertid.*

Alder og køn udgør *justeringsfaktorer*, som ikke i sig selv er af interesse i relation til den enkelte indikator, men som der nødvendigvis må tages højde for ved sammenligning af indikatorværdi mellem regioner og afdelinger, samt over kalendertid.

Som anført rapporteres indikatorerne stratificeret for kalendertid, henholdsvis region/sygehus, men i øvrigt ujusteret hvad angår de øvrige prognostiske faktorer og justeringsfaktorerne. I den statistiske analyse af hver indikator indgår ud over selve indikatoren alle andre faktorer i en samlet model som beskrevet i afsnittet ”Statistiske metoder: Basale ideer”.

Vedr. statistiske metoder henvises til gennemgangen side 15.

5.1 Forløbsindikatorer

5.1.1 Tabel Andel af patienter i live efter 1 år

INDIKATOR Ia: Andel af patienter i live efter 1 år

ÅR: 2007

TÆRSKELVÆRDI: 30%

LANDSGENNEMSNIT: 39.5% (38.0% - 41.1%)

Patientgrundlag:

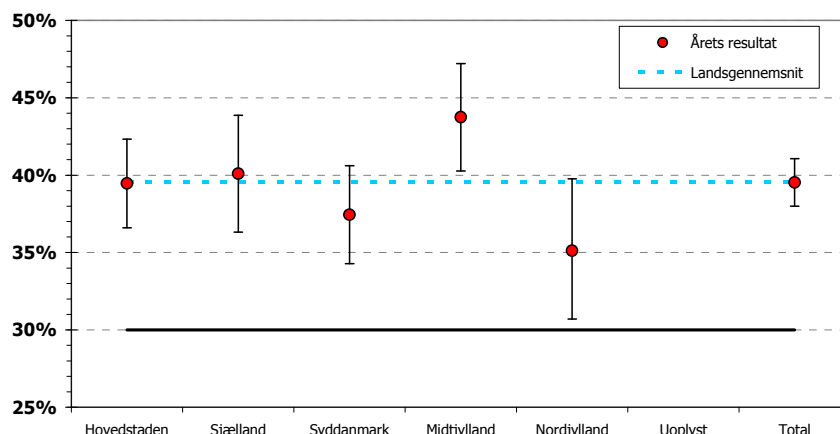
Alle

Tidsreference:

Efter diagnosedato

INDIKATOR Ia: Andel af patienter i live efter 1 år						Komplethed		Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 30% ÅR: 2007								Proportioner			
Patient bopæl	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2006	2005	2003-04	Alle år
Hovedstaden	1115	440	39.5%	36.6%	42.3%	2	99.8%	39.5%	36.9%	38.2%	38.5%
Sjælland	636	255	40.1%	36.3%	43.9%	0	100.0%	35.7%	37.4%	38.2%	37.9%
Syddanmark	916	343	37.4%	34.3%	40.6%	1	99.9%	36.0%	38.4%	35.1%	36.5%
Midtjylland	807	353	43.7%	40.3%	47.2%	0	100.0%	37.4%	37.8%	36.0%	38.4%
Nordjylland	430	151	35.1%	30.7%	39.8%	0	100.0%	35.4%	34.6%	38.3%	36.3%
Uoplyst	7	4	*	*	*	0	*	*	*	*	66.7%
Total	3911	1546	39.5%	38.0%	41.1%	3	99.9%	37.2%	37.3%	37.0%	37.7%

År 2007: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er stort set komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator. Datakompletheden er reduceret til et niveau sv.t. ca. 80 % for den statistiske analyse; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysning om stadie. Indikatorværdien ligger over tærskelværdien og er statistisk signifikant stigende med tiden. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne. Stadie er en vigtig prognostisk faktor med effekter som forventet: Jo højere udredningsstadie, jo dårligere prognose. Kvinder har statistisk signifikant bedre prognose end mænd, og høj alder er forbundet med dårligst prognose.

Kommentar og anbefalinger:

Med hensyn til den statistiske heterogenitet mellem regionerne henvises der til den Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 – 07 og kommentarerne hertil. Se www.sundhed.dk. Den forestående opdatering af dokumentalistrapporten skal specielt revurdere tærskelværdierne for indikator Ia og Ib - dvs. 1 og 2-års overlevelsen.

5.1.2 Tabel Andel af patienter i live efter 2 år

INDIKATOR Ib: Andel af patienter i live efter 2 år

ÅR: 2006

TÆRSKELVÆRDI: 15%

LANDSGENNEMSNIT: 20.6% (19.3% - 21.9%)

Patientgrundlag:

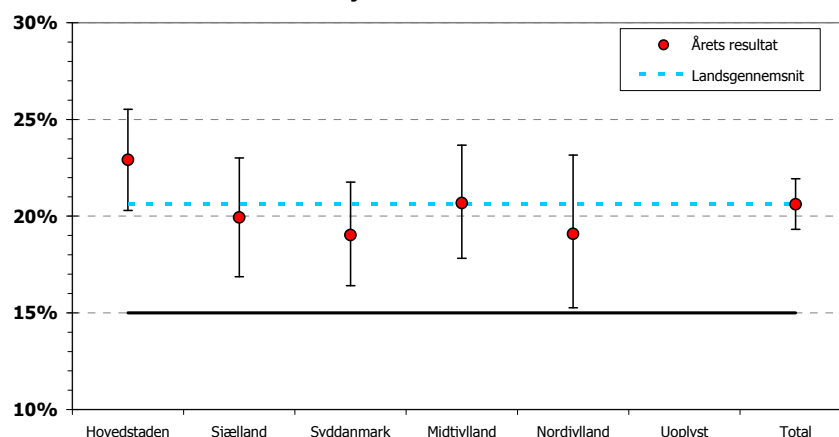
Alle

Tidsreference:

Efter diagnosedato

INDIKATOR Ib: Andel af patienter i live efter 2 år						Komplethed		Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 15% ÅR: 2006								Proportioner			
Patient bopæl	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2005	2004	2003	Alle år
Hovedstaden	995	228	22.9%	20.3%	25.5%	0	100.0%	22.2%	19.2%	21.3%	21.4%
Sjælland	652	130	19.9%	16.9%	23.0%	0	100.0%	19.9%	21.8%	21.3%	20.6%
Syddanmark	841	160	19.0%	16.4%	21.8%	0	100.0%	21.6%	20.6%	18.3%	19.9%
Midtjylland	735	152	20.7%	17.8%	23.7%	0	100.0%	20.9%	20.3%	20.7%	20.6%
Nordjylland	393	75	19.1%	15.3%	23.2%	0	100.0%	15.7%	20.8%	15.8%	17.9%
Uoplyst	3	1	*	*	*	0	*	*	*	*	*
Total	3619	746	20.6%	19.3%	21.9%	0	100.0%	20.7%	20.4%	19.8%	20.4%

År 2006: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er stort set komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator. Datakompletheden er reduceret til et niveau sv.t. ca. 80 % for den statistiske analyse; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysning om stadie. Indikatorværdien ligger over tærskelværdien og er statistisk signifikant stigende med tiden, selv om stigningen er begrænset. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne. Stadie er en vigtig prognostisk faktor med effekter som forventet: Jo højere udredningsstadie, jo dårligere prognose. Kvinder har statistisk signifikant bedre prognose end mænd, og høj alder er forbundet med dårligst prognose.

Kommentar og anbefalinger:

Med hensyn til den statistiske heterogenitet mellem regionerne henvises der til den Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 – 07 og kommentarerne hertil. Se www.sundhed.dk. Den forestående opdatering af dokumentalist-rapporten skal specielt revurdere tærskelværdierne for indikator Ia og Ib - dvs. 1 og 2-års overlevelsen.

5.1.3 Tabel Andel af patienter i live efter 5 år

INDIKATOR Ic: Andel af patienter i live efter 5 år

ÅR: 2003

TÆRSKELVÆRDI: 10%

LANDSGENNEMSNIT: 9.7% (8.6% - 10.7%)

Patientgrundlag:

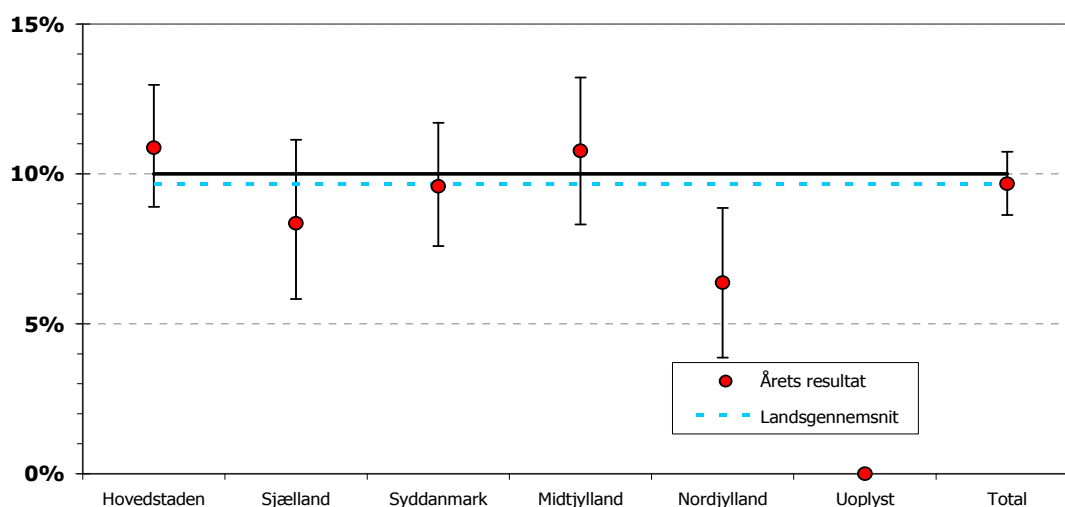
Alle

Tidsreference:

Efter diagnosedato

INDIKATOR Ic: Andel af patienter i live efter 5 år						Komplethed	
TÆRSKELVÆRDI: 10% ÅR: 2003							
Patient bopæl	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)
Hovedstaden	910	99	10.9%	8.9%	13.0%	2	99.8%
Sjælland	395	33	8.4%	5.8%	11.1%	0	100.0%
Syddanmark	803	77	9.6%	7.6%	11.7%	0	100.0%
Midtjylland	613	66	10.8%	8.3%	13.2%	0	100.0%
Nordjylland	361	23	6.4%	3.9%	8.9%	0	100.0%
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*
Total	3082	298	9.7%	8.6%	10.7%	2	99.9%

År 2003: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er stort set komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator. Datakompletheden er reduceret til et niveau sv.t. ca. 80 % for den statistiske analyse; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysning om stadie. Indikatorværdien er tæt på tærskelværdien; der er ikke tilstrækkeligt med observationer til vurdering af tendenser over kalendertid. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne. Stadie er en vigtig prognostisk faktor med effekter som forventet: Jo højere udredningsstadie, jo dårligere prognose. Kvinder har statistisk signifikant bedre prognose end mænd, og høj alder er forbundet med dårligst prognose. .

Kommentar og anbefalinger:

Med hensyn til den statistiske heterogenitet mellem regionerne henvises der til den Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 – 07 og kommentarerne hertil. Se www.sundhed.dk. Som det fremgår, er det for første gang muligt at gennemføre analyse af 5-års overlevelsen. Det nationale resultat på 9,7 % er meget tæt på tærskelværdien og indikerer en klar forbedring af langtidsoverlevelsen. Der er dog et betydeligt forbedringspotentiale, idet de bedste udenlandske resultater kan fremvise en 5-års overlevelse på ca. 15 %.

5.1.4 Tabel Samlet ventetid på behandling – kirurgi

INDIKATOR IIIb2_udred: Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende sygehus

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 85%

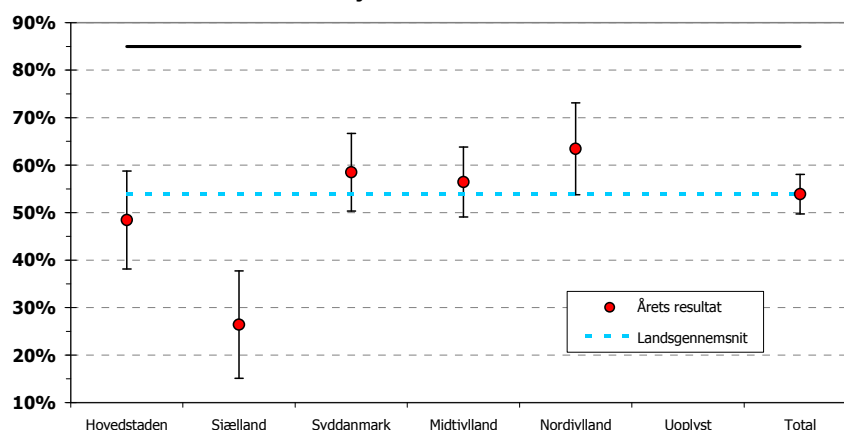
LANDSGENNEMSNIT: 53.9% (49.7% - 58.0%)

Patientgrundlag: Opererede patienter

Tidsreference: Efter dato for først registrerede operation

INDIKATOR IIIb2_udred: Andel patienter opereret senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende sygehus								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed					
Region efter udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	97	47	48.5%	38.1%	58.8%	0	100.0%	31.7%	28.8%	20.3%	27.7%
Sjælland	53	14	26.4%	15.1%	37.7%	1	98.1%	19.4%	25.8%	21.2%	22.5%
Syddanmark	147	86	58.5%	50.3%	66.7%	1	99.3%	56.3%	60.5%	48.2%	53.4%
Midtjylland	163	92	56.4%	49.1%	63.8%	0	100.0%	23.2%	15.9%	18.5%	25.9%
Nordjylland	93	59	63.4%	53.8%	73.1%	1	98.9%	33.3%	44.4%	32.4%	47.1%
Uoplyst	0	0	*	*	*	55	0.0%	*	*	*	*
Total	553	298	53.9%	49.7%	58.0%	58	90.5%	33.8%	33.4%	28.0%	34.7%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datakompletheden er stigende fra ca. 70 % i 2003 til ca. 90 % i 2008 for værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende udredningsdata for forløb med operation. For perioden 2003-2007 varierer indikatorværdien mellem 29 % og 34 %, altså langt under tærskelværdien. Fra dette niveau er der en statistisk signifikant stigning til ca. 54 % i 2008. Der er ingen prognostisk effekt af køn, hvorimod stigende alder er forbundet med ringere sandsynlighed for varighed under den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse. Mønsteret er det samme uanset om

indikatoren vurderes fra behandlende eller udredende sygehus.

Kommentar og anbefalinger:

Resultatet på ca. 54 % indikerer – sammenholdt med resultatet af IIIb1 - at udredningsforløbet i mange tilfælde overskrider tidsgrænsen på 28 dage. En delvis forklaring herpå er, at det erfaringsmæssigt tager ca. 1 uge længere at udrede de potentielt operable patienter.

Det må fortsat sikres, at der ikke tabes tid i overgangen mellem den udredende og opererende afdeling.

Resultatet repræsenterer dog en forbedring på ca. 60 % sammenlignet med perioden 2003-2007.

5.1.5 Tabel Samlet ventetid på behandling – onkologi

INDIKATOR IIIONKO2_udred: Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende afdeling

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 85%

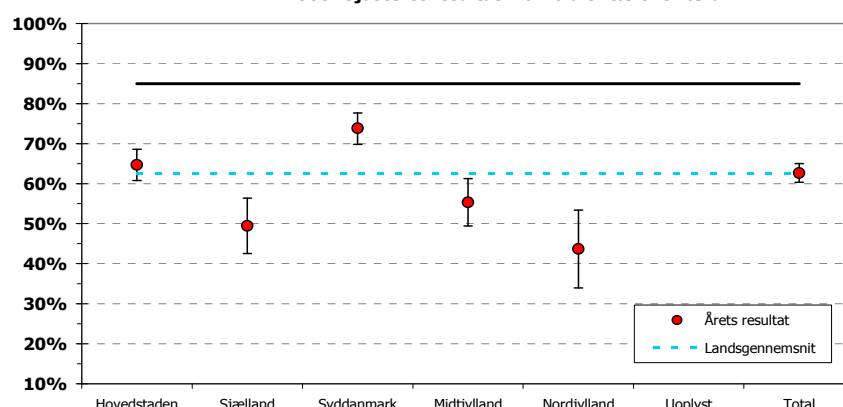
LANDSGENNEMSNIT: 62.7% (60.3% - 65.0%)

Patientgrundlag: Patienter med onkologisk behandling som først registrerede behandling

Tidsreference: Efter dato for først registrerede onkologiske behandling

INDIKATOR IIIONKO2_udred: Andel patienter påbegyndt onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende afdeling								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Region efter udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	592	383	64.7%	60.8%	68.6%	0	100.0%	46.5%	41.7%	32.8%	45.3%
Sjælland	188	93	49.5%	42.6%	56.4%	0	100.0%	44.2%	44.3%	43.0%	44.7%
Syddanmark	470	347	73.8%	69.8%	77.7%	1	99.8%	65.2%	54.8%	55.9%	60.9%
Midtjylland	271	150	55.4%	49.4%	61.3%	0	100.0%	41.4%	28.6%	29.4%	37.1%
Nordjylland	103	45	43.7%	34.0%	53.4%	0	100.0%	43.8%	37.8%	30.2%	36.2%
Uoplyst	0	0	*	*	*	255	0.0%	*	*	*	*
Total	1624	1018	62.7%	60.3%	65.0%	256	86.4%	50.5%	43.5%	41.3%	48.0%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datakompletheden er stigende fra ca. 69 % i 2003 til ca. 86 % i 2008 for værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende udredningsdata for forløb med onkologisk behandling. Der er en statistisk signifikant udtalt stigende tendens i indikatorværdien, men i 2008 er indikatorniveauet på knapt 63 % fremdeles et godt stykke under tærskelværdien. Der er ingen prognostisk effekt af køn, hvorimod stigende alder er forbundet med ringere sandsynlighed for varighed under den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse. Mønsteret er det samme uanset om indikatoren vurderes fra behandlende eller udredende sygehus.

Kommentar og anbefalinger:

Ca. 62 % af patienterne påbegynder onkologisk behandling senest 42 dage efter påbegyndelse af

udredningsforløbet med en interregional variation på 49,4 % til 72,4 %. Denne andel er ligeledes steget signifikant siden 2004 (38,7 %). Andelen af patienter der påbegynder behandling på de behandlende afdelinger varierer mellem 43,3 % til 88,3 %. Mere end 85 % af patienterne fra to store udredende afdelinger i Region Syddanmark påbegynder behandling inden 42 dage – de øvrige varierer fra 28,6 % til 80,9 % (ONKO2_udred). Variationen på denne sammensatte indikator belyses i det efterfølgende.

En mulig forklaring på det samlede resultat er, at udredningstiden for den relativt store gruppe af patienter, som på henvisningstidspunktet har oplagt dissemineret sygdom, er betydeligt kortere end f.eks. patienter, som skal vurderes med henblik på operation. Det forekommer realistisk at landsgennemsnittet kan øges.

5.1.6 Tabel Samlet ventetid på behandling – onkologi – kemoterapi

INDIKATOR IIIc2_udred: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende afdeling

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 85%

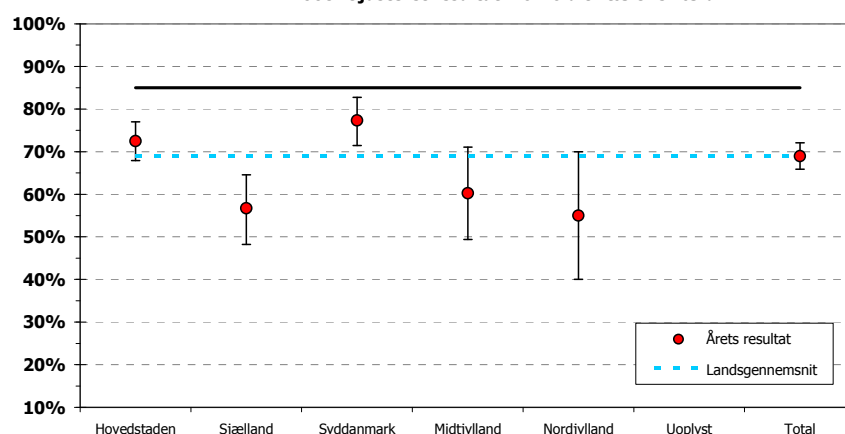
LANDSGENNEMSIT: 69.0% (65.9% - 72.1%)

Patientgrundlag: Patienter med isoleret kemoterapi som først registrerede behandling

Tidsreference: Efter dato for først registrerede kemoterapi

INDIKATOR IIIc2_udred: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende afdeling								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Region efter udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	374	271	72.5%	67.9%	77.0%	0	100.0%	53.8%	48.8%	38.7%	54.9%
Sjælland	141	80	56.7%	48.2%	64.5%	0	100.0%	55.6%	52.8%	53.1%	54.2%
Syddanmark	203	157	77.3%	71.4%	82.8%	0	100.0%	67.6%	56.5%	56.9%	63.2%
Midtjylland	83	50	60.2%	49.4%	71.1%	0	100.0%	40.5%	46.9%	38.3%	44.8%
Nordjylland	40	22	55.0%	40.0%	70.0%	0	100.0%	50.9%	51.4%	36.0%	44.9%
Uoplyst	0	0	*	*	*	149	0.0%	*	*	*	*
Total	841	580	69.0%	65.9%	72.1%	149	84.9%	56.5%	52.1%	47.4%	55.3%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datakompletheden er stigende fra ca. 70 % i 2003 til ca. 85 % i 2008 for værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende udredningsdata for forløb med onkologisk behandling. Der er en statistisk signifikant udtalt stigende tendens i indikatorværdien, men i 2008 er indikatorniveauet på 69 % fremdeles et godt stykke under tærskelværdien. Kvinder har en højere sandsynlighed for varighed inden for den fastsatte grænse, og stigende alder er forbundet med ringere sandsynlighed for varighed inden for den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse.

Mønsteret er det samme uanset om indikatoren vurderes fra behandlende eller udredende sygehus.

Kommentar og anbefalinger:

I alt 69 % af de henviste patienter påbegynder behandling med kemoterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af udredningsforløbet. Den inter-regionale variation omfatter intervallet fra ca. 60 % til ca. 75 %. Denne andel er øget signifikant fra ca. 44 % siden 2004. Andelen, som opfylder tærskelværdien på 85 %, varierer for de behandlende afdelinger mellem 46,7 % til 88,3 % og i relation til de udredende afdelinger fra 27,3 % til 94,3 %. Det er også i denne sammenhæng to store udredende afdelinger i Region Syd som med en andel på over 90 % indikerer, at det kan lade sig gøre!

5.1.7 Tabel Samlet ventetid på behandling – onkologi - stråleterapi

INDIKATOR IIIId2_udred: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende afdeling

ÅR: 2008

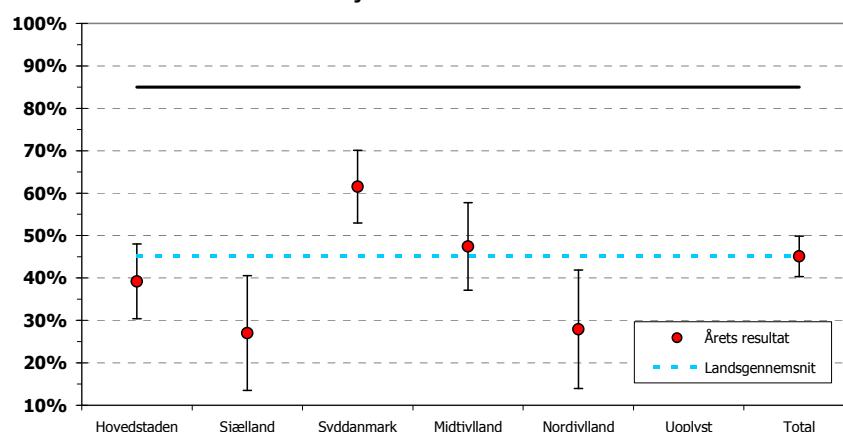
TÆRSKELVÆRDI: 85%

LANDSGENNEMSNIT: 45.1% (40.3% - 49.9%)

Patientgrundlag: Patienter med isoleret stråleterapi som først registrerede behandling
Tidsreference: Efter dato for først registrerede stråleterapi

INDIKATOR IIIId2_udred: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb, efter udredende afdeling								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Region efter udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	125	49	39.2%	30.4%	48.0%	0	100.0%	28.1%	29.4%	21.8%	27.4%
Sjælland	37	10	27.0%	13.5%	40.5%	0	100.0%	14.3%	11.9%	13.8%	15.8%
Syddanmark	117	72	61.5%	53.0%	70.1%	1	99.2%	50.7%	48.2%	49.1%	51.0%
Midtjylland	97	46	47.4%	37.1%	57.7%	0	100.0%	35.7%	20.2%	24.0%	30.0%
Nordjylland	43	12	27.9%	14.0%	41.9%	0	100.0%	33.8%	24.1%	23.7%	26.2%
Uoplyst	0	0	*	*	*	71	0.0%	*	*	*	*
Total	419	189	45.1%	40.3%	49.9%	72	85.3%	35.5%	29.6%	31.5%	34.1%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datakompletheden er stigende fra ca. 65 % i 2003 til ca. 85 % i 2008 for værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse; datamanglen skyldes først og fremmest manglende udredningsdata for forløb med onkologisk behandling. Der er en statistisk signifikant udtalt stigende tendens i indikatorværdien, som først og fremmest skyldes at indikatorværdien stiger fra niveau 35 % for perioden 2003-07 til ca. 45 % i 2008; niveauer for 2008 er dog langt under tærskelværdien. Køn har ingen prognostisk betydning, men stigende alder er forbundet med ringere sandsynlighed for varighed inden for den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse. Mønsteret er det samme uanset om

indikatoren vurderes fra behandlende eller udredende sygehus.

Kommentar og anbefalinger:

Lidt under halvdelen (45,1 %) af patienterne påbegynder stråleterapi senest 42 dage efter påbegyndelse af det diagnostiske forløb. Denne andel er steget signifikant siden 2004 (31,1 %) - der forekommer at være meget langt til tærskelværdien på 85 %! En nærmere analyse af de betydende forskelle fra 29,3 % til ca. 61 % mellem regioner og fra 29,3 % til 65,1 % mellem centre bør indgå i audit. Variationen mellem andelen af patienter, som påbegynder behandling i relation til den udredende afdeling, varierer fra 25,6 % til 82,1 %. Disse meget betydende forskelle bør belyses i auditprocessen.

5.1.8 Tabel Resektionsrate

INDIKATOR V: Andel af patienter, der er reseceret

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 25%

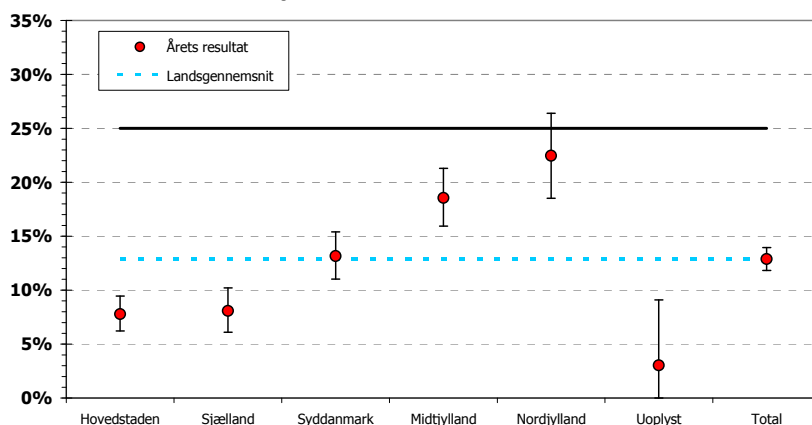
LANDSGENNEMSNIT: 12.9% (11.8% - 13.9%)

Patientgrundlag: Alle med diagnose i 2007 eller senere

Tidsreference: Efter diagnosedato

INDIKATOR V: Andel af patienter, der er reseceret						Komplethed				Tidligere år	
TÆRSKELVÆRDI: 25% ÅR: 2008										Proportioner	
Patient bopæl	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	%	CL(lav)	CL(høj)	2007	Alle år
Hovedstaden	1078	84	7.8%	6.2%	9.5%	0	100.0%	11.2%	15.1%	13.2%	10.5%
Sjælland	656	53	8.1%	6.1%	10.2%	0	100.0%	10.1%	15.3%	12.6%	10.3%
Syddanmark	935	123	13.2%	11.0%	15.4%	0	100.0%	11.9%	16.4%	14.1%	13.6%
Midtjylland	803	149	18.6%	15.9%	21.3%	0	100.0%	20.9%	26.8%	23.8%	21.2%
Nordjylland	432	97	22.5%	18.5%	26.4%	0	100.0%	14.9%	22.3%	18.6%	20.5%
Uoplyst	33	1	3.0%	0.0%	9.1%	0	100.0%	*	*	*	2.5%
Total	3937	507	12.9%	11.8%	13.9%	0	100.0%	14.9%	17.2%	16.0%	14.5%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er begrænset til registrering af operationer med intenderet kurativt sigte (eksplorative indgreb ekskluderet) for diagnoseår 2007 og fremefter. Det vides, at materialet er inkomplet hvad angår registreringer for året 2008. Dette, sammenholdt med den begrænsede materialestørrelse generelt, gør at der ikke er basis for formel statistisk analyse.

Kommentar og anbefalinger:

Grundet en række forhold vedrørende datamaterialet er den nærmere statistisk analyse ikke mulig. Resektionsraten i det foreliggende materiale er 12,9 % med en variation på ca. 8 % - 22,5 %.

De mulige årsager til de betydelige forskelle i andelen af resektioner samt de mulige implikationer heraf, er anført i kommentarerne til den Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 - 07. Se www.sundhed.dk.

5.2 Indikatorer for udredning

Følgende resultater fremgår af NIP-rapporten, idet tabel 5.2.1 viser resultaterne på regionsniveau og 5.2.2 på afdelingsniveau:

5.2.1 Tabel Ventetider på udredning - regionalt

INDIKATOR IIIa: Andel patienter med afsluttet diagnostisk pakkeforløb senest 28 dage efter påbegyndelsen

ÅR: 2008

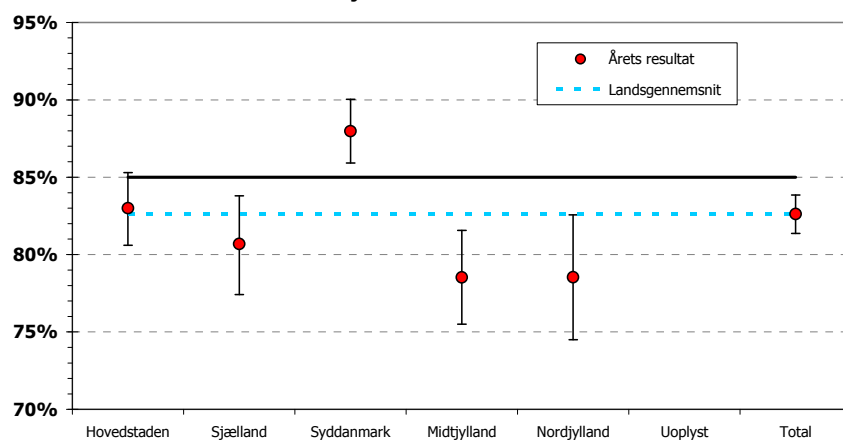
TÆRSKELVÆRDI: 85%

LANDSGENNEMSNIT: 82.6% (81.4% - 83.8%)

Patientgrundlag: Udredte patienter
Tidsreference: Efter dato for henvisning til udredning

INDIKATOR IIIa: Andel patienter med afsluttet diagnostisk pakkeforløb senest 28 dage efter påbegyndelsen								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Region efter udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	959	796	83.0%	80.6%	85.3%	2	99.8%	72.7%	72.9%	63.8%	70.8%
Sjælland	580	468	80.7%	77.4%	83.8%	0	100.0%	75.2%	74.0%	69.5%	73.7%
Syddanmark	973	856	88.0%	85.9%	90.0%	0	100.0%	87.0%	81.5%	77.0%	81.7%
Midtjylland	694	545	78.5%	75.5%	81.6%	0	100.0%	55.8%	44.5%	51.8%	56.3%
Nordjylland	396	311	78.5%	74.5%	82.6%	0	100.0%	59.1%	57.1%	56.6%	62.7%
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	3602	2976	82.6%	81.4%	83.8%	2	99.9%	72.4%	68.4%	65.2%	70.6%

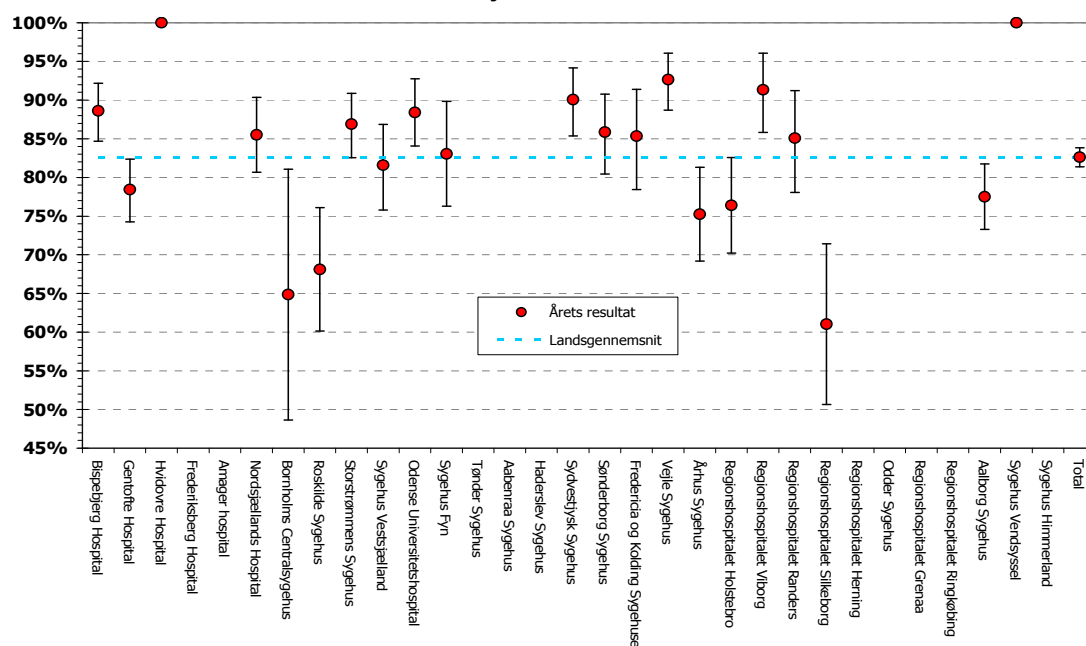
År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



5.2.2 Tabel Ventetider på udredning – afdelinger

INDIKATOR IIIa: Andel patienter med afsluttet diagnostisk pakkeforløb senest 28 dage efter påbegyndelsen								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Bispebjerg Hospital	281	249	88.6%	84.7%	92.2%	1	99.6%	88.3%	78.5%	70.9%	78.9%
Gentofte Hospital	408	320	78.4%	74.3%	82.4%	0	100.0%	65.6%	71.3%	53.5%	63.5%
Hvidovre Hospital	25	25	100.0%	100.0%	100.0%	0	100.0%	100.0%	96.6%	98.8%	98.8%
Frederiksberg Hospital	0	0	*	*	*	*	*	*	*	89.7%	91.8%
Amager hospital	1	1	*	*	*	0	*	77.3%	*	*	79.5%
Nordsjællands Hospital	207	177	85.5%	80.7%	90.3%	1	99.5%	64.1%	59.9%	63.5%	68.2%
Bornholms Centralsygehus	37	24	64.9%	48.6%	81.1%	0	100.0%	54.5%	74.2%	77.8%	70.3%
Roskilde Sygehus	138	94	68.1%	60.1%	76.1%	0	100.0%	64.0%	67.4%	67.2%	66.8%
Storstrømmens Sygehus	252	219	86.9%	82.5%	90.9%	0	100.0%	86.7%	75.0%	73.6%	79.1%
Sygehus Vestsjælland	190	155	81.6%	75.8%	86.8%	0	100.0%	70.1%	75.8%	66.1%	71.9%
Odense Universitetshospital	207	183	88.4%	84.1%	92.8%	0	100.0%	85.3%	79.4%	70.8%	77.0%
Sygehus Fyn	118	98	83.1%	76.3%	89.8%	0	100.0%	81.3%	77.5%	69.6%	76.6%
Tønder Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	53.8%	53.8%
Aabenraa Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	56.7%	58.1%
Haderslev Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	69.6%	70.6%	70.4%
Sydvestjysk Sygehus	171	154	90.1%	85.4%	94.2%	0	100.0%	89.5%	87.5%	88.2%	88.7%
Sønderborg Sygehus	184	158	85.9%	80.4%	90.8%	0	100.0%	85.4%	88.3%	72.2%	83.2%
Fredericia og Kolding Sygehuse	116	99	85.3%	78.4%	91.4%	0	100.0%	89.9%	54.3%	*	80.2%
Vejle Sygehus	177	164	92.7%	88.7%	96.0%	0	100.0%	90.7%	85.6%	86.4%	88.0%
Århus Sygehus	198	149	75.3%	69.2%	81.3%	0	100.0%	41.4%	29.3%	41.1%	45.9%
Regionshospitalet Holstebro	178	136	76.4%	70.2%	82.6%	0	100.0%	57.9%	48.9%	50.4%	56.9%
Regionshospitalet Viborg	127	116	91.3%	85.8%	96.1%	0	100.0%	76.0%	63.3%	53.8%	65.6%
Regionshospitalet Randers	114	97	85.1%	78.1%	91.2%	0	100.0%	55.3%	40.0%	71.8%	65.1%
Regionshospitalet Silkeborg	77	47	61.0%	50.6%	71.4%	0	100.0%	57.6%	46.2%	42.7%	49.3%
Regionshospitalet Herning	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	69.2%
Odder Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Regionshospitalet Grenaa	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Regionshospitalet Ringkøbing	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Aalborg Sygehus	378	293	77.5%	73.3%	81.7%	0	100.0%	56.6%	55.6%	48.4%	60.1%
Sygehus Vendsyssel	18	18	100.0%	100.0%	100.0%	0	100.0%	80.0%	63.0%	71.1%	72.2%
Sygehus Himmerland	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	3602	2976	82.6%	81.4%	83.8%	2	99.9%	72.4%	68.4%	65.2%	70.6%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er stort set komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse. Der er en statistisk signifikant udtalt stigende tendens i indikatorværdien fra knapt 65 % i 2003 til knapt 83 % i 2008. Alder har ingen prognostisk effekt, hvorimod kvinder har større sandsynlighed for at blive udredt inden for den fastsatte varighed i forhold til mænd. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse.

Kommentar og anbefalinger:

Et meget flot resultat.

Som det er illustreret af de tidligere udsendte ukommenterede kvartalsrapporter begyndes forbedringen allerede under udarbejdelsen af pakkeforløbet i efteråret 2007. I den sidste kvartalsrapport synes stigningen at aftage – muligvis som funktion af at alle pakkeforløb nu er i implementeringsfasen.

Forskellene (fra 61 % til ca. 93 %) mellem regioner og hospitaler bør indgå i audit således, at der sikres en ensartet målopfyldelse.

5.2.3 Tabel cTNM / pTNM overensstemmelse

INDIKATOR IV: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 85%

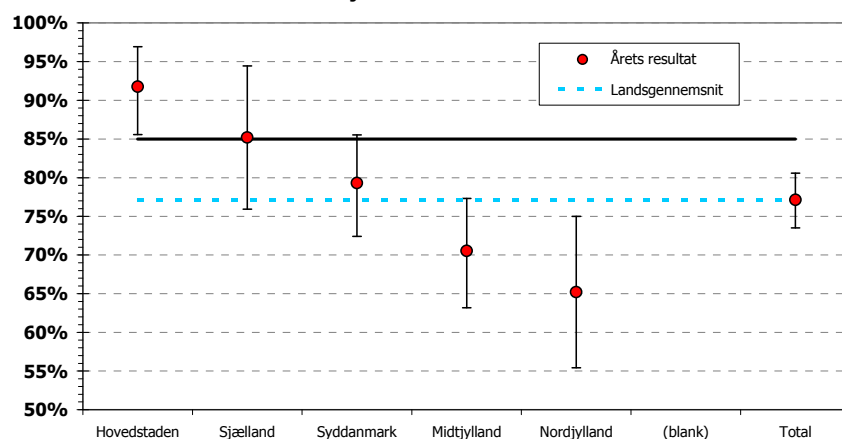
LANDSGENNEMSNIT: 77.1% (73.5% - 80.6%)

Patientgrundlag: Patienter med registreret operation OG udredning

Tidsreference: Efter dato for først registrerede operation

INDIKATOR IV: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM						Komplethed		Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008								Proportioner			
Region efter udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	97	89	91.8%	85.6%	96.9%	0	100.0%	85.2%	82.5%	81.7%	83.9%
Sjælland	54	46	85.2%	75.9%	94.4%	0	100.0%	82.5%	77.9%	72.5%	77.1%
Syddanmark	145	115	79.3%	72.4%	85.5%	3	98.0%	84.0%	73.9%	81.2%	80.3%
Midtjylland	163	115	70.6%	63.2%	77.3%	0	100.0%	72.0%	67.2%	79.2%	74.3%
Nordjylland	92	60	65.2%	55.4%	75.0%	2	97.9%	66.7%	63.9%	71.1%	67.1%
(blank)	0	0	*	*	*	55	0.0%	*	*	*	*
Total	551	425	77.1%	73.5%	80.6%	60	90.2%	79.4%	74.1%	79.1%	78.0%

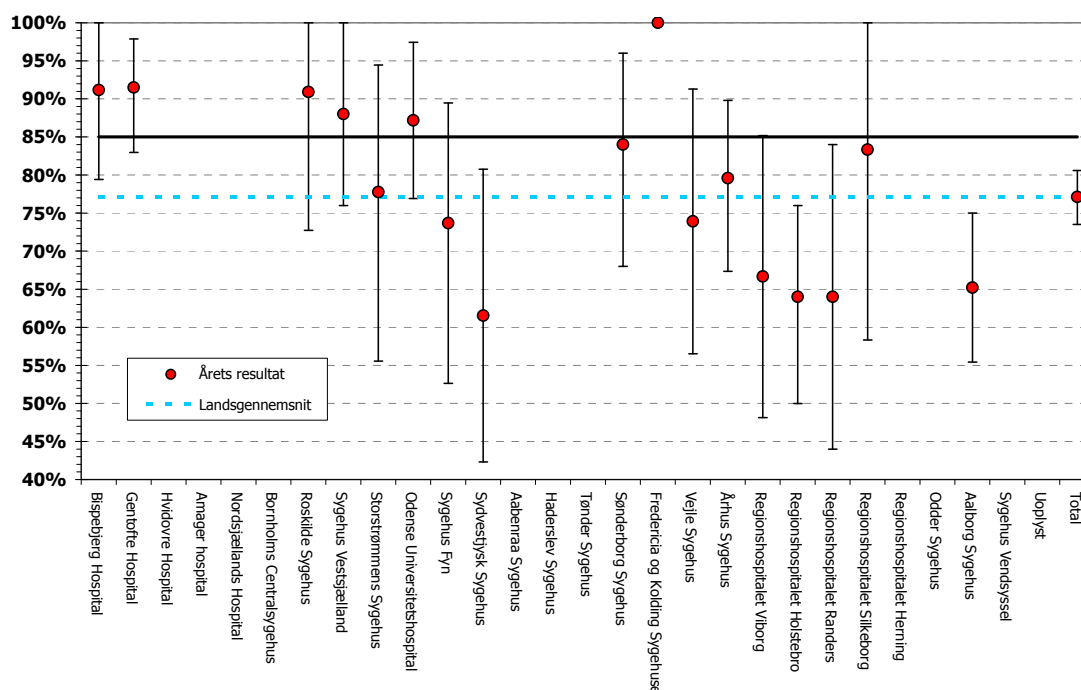
År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



5.2.4 Tabel cTNM / pTNM overensstemmelse – afdelinger

INDIKATOR IV: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM						Komplethed		Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008								Proportioner			
Udredende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Bispebjerg Hospital	34	31	91.2%	79.4%	100.0%	0	100.0%	92.0%	83.7%	82.8%	85.6%
Gentofte Hospital	47	43	91.5%	83.0%	97.9%	0	100.0%	79.7%	81.8%	82.6%	83.1%
Hvidovre Hospital	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Amager hospital	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Nordsjællands Hospital	10	9	*	*	*	0	*	89.5%	76.5%	74.4%	80.0%
Bornholms Centralsygehus	6	6	*	*	*	0	*	*	*	89.5%	90.0%
Roskilde Sygehus	11	10	90.9%	72.7%	100.0%	0	100.0%	94.4%	94.1%	79.3%	85.6%
Sygehus Vestsjælland	25	22	88.0%	76.0%	100.0%	0	100.0%	78.6%	71.4%	73.2%	76.3%
Storstrømmens Sygehus	18	14	77.8%	55.6%	94.4%	0	100.0%	76.5%	73.9%	64.2%	70.3%
Odense Universitetshospital	39	34	87.2%	76.9%	97.4%	0	100.0%	88.9%	80.0%	88.2%	86.9%
Sygehus Fyn	19	14	73.7%	52.6%	89.5%	3	86.4%	*	*	77.4%	75.8%
Sydvestjysk Sygehus	26	16	61.5%	42.3%	80.8%	0	100.0%	75.0%	66.7%	78.9%	73.4%
Aabenraa Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Haderslev Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	75.9%	75.0%
Tønder Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	84.6%	84.6%
Sønderborg Sygehus	25	21	84.0%	68.0%	96.0%	0	100.0%	67.9%	66.7%	60.0%	69.8%
Fredericia og Kolding Sygehuse	13	13	100.0%	100.0%	100.0%	0	100.0%	*	*	*	96.7%
Vejle Sygehus	23	17	73.9%	56.5%	91.3%	0	100.0%	92.3%	77.8%	81.9%	82.6%
Århus Sygehus	49	39	79.6%	67.3%	89.8%	0	100.0%	75.4%	72.2%	77.8%	76.8%
Regionshospitalet Viborg	27	18	66.7%	48.1%	85.2%	0	100.0%	76.5%	52.0%	86.4%	76.0%
Regionshospitalet Holstebro	50	32	64.0%	50.0%	76.0%	0	100.0%	73.9%	72.2%	76.8%	72.7%
Regionshospitalet Randers	25	16	64.0%	44.0%	84.0%	0	100.0%	70.6%	69.0%	80.8%	73.9%
Regionshospitalet Silkeborg	12	10	83.3%	58.3%	100.0%	0	100.0%	42.9%	63.6%	70.7%	66.7%
Regionshospitalet Herning	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Odder Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Aalborg Sygehus	92	60	65.2%	55.4%	75.0%	2	97.9%	66.7%	65.5%	66.7%	65.8%
Sygehus Vendsyssel	0	0	*	*	*	*	*	*	*	80.0%	75.0%
Uoplyst	0	0	*	*	*	55	0.0%	*	*	*	*
Total	551	425	77.1%	73.5%	80.6%	60	90.2%	79.4%	74.1%	79.1%	78.0%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datakompletheden er væsentligt kompromitteret, specielt i begyndelsen af observationsperioden, men stigende til over 90 % i år 2008 for værdisættelse af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse. Deficit skyldes overvejende manglende data vedr. stadieklassifikation i udredningsfasen. Indikatorniveau er under tærskelværdien og udviser ingen statistisk signifikant ændring over de senere år. Der er statistisk evidens for udtalt heterogenitet hvad angår regioner såvel som sygehuse.

Kommentar og anbefalinger:

Andelen af patienter med overensstemmelse mellem

cTNM og pTNM er 77,1 % og uændret sammenlignet med resultaterne fra perioden 2004-2007. Der er signifikant variation mellem såvel regioner (65,2 % til 91,8 %) som mellem de udredende afdelinger (61,5 % til 100 %). Det skal her erindres, at datamaterialet fra 2008 mangler registrering af ca. 90 opererede patienter fra afdelingen i Gentofte.

De mulige årsager til de betydende forskelle i andelen af misklassifikation og de mulige implikationer heraf, er anført i kommentarerne til den Supplerende Mortalitätsanalyse 2003 - 07. Se www.sundhed.dk.

5.3 Indikatorer for kirurgi

5.3.1 Tabel Ventetider på kirurgi – regioner

INDIKATOR IIIb1: Andel patienter opereret senest 14 dage efter accept af det videre forløb

ÅR: 2008

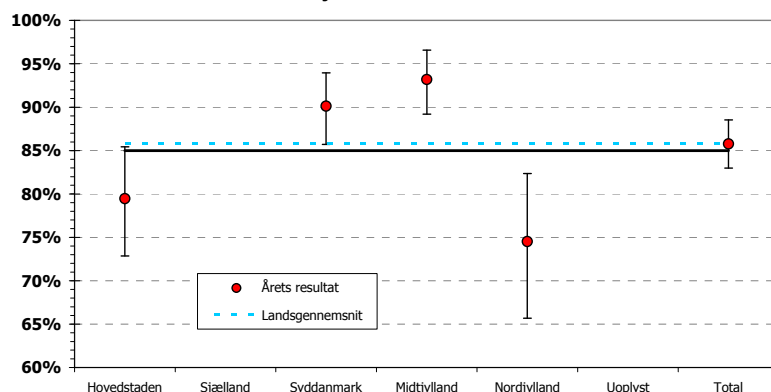
TÆRSKELVÆRDI: 85%

LANDSGENNEMSNIT: 85,8% (83,0% - 88,5%)

Patientgrundlag: Opererede patienter
Tidsreference: Efter dato for først registrerede operation

INDIKATOR IIIb1: Andel patienter opereret senest 14 dage efter accept af det videre forløb								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008								Proportioner			
Region efter behandlende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	151	120	79,5%	72,8%	85,4%	0	100,0%	69,7%	58,0%	62,4%	64,9%
Sjælland	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Syddanmark	182	164	90,1%	85,7%	94,0%	0	100,0%	86,2%	86,9%	62,8%	74,9%
Midtjylland	176	164	93,2%	89,2%	96,6%	0	100,0%	89,8%	92,5%	91,0%	91,4%
Nordjylland	102	76	74,5%	65,7%	82,4%	0	100,0%	89,7%	88,4%	89,0%	85,5%
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	611	524	85,8%	83,0%	88,5%	0	100,0%	82,2%	78,0%	72,1%	77,0%

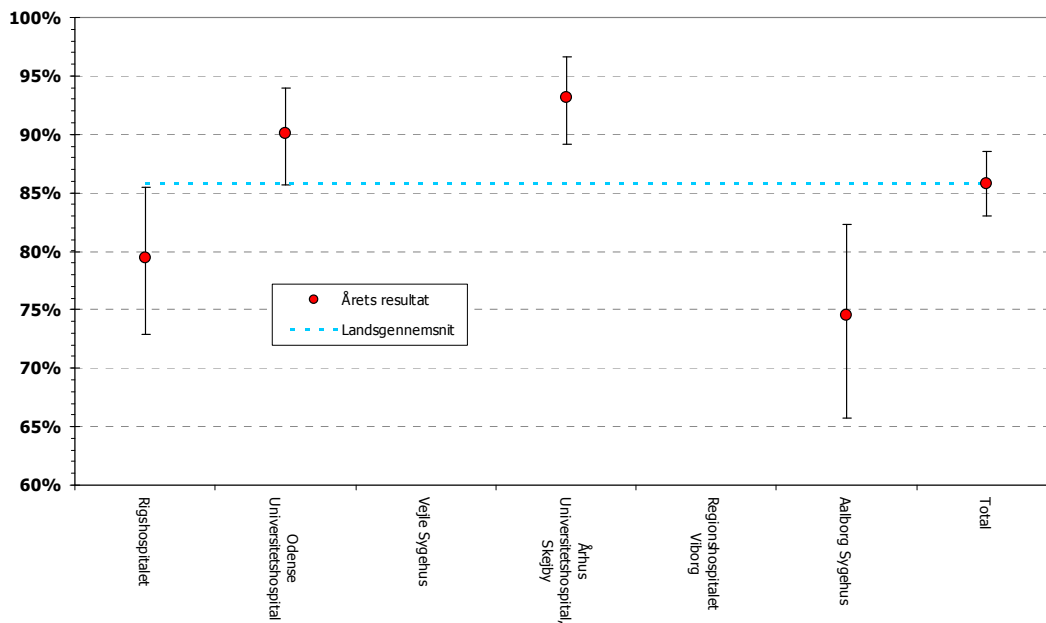
År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



5.3.2 Tabel Ventetider på kirurgi – afdelinger

INDIKATOR IIIb1: Andel patienter opereret senest 14 dage efter accept af det videre forløb								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008								Proportioner			
Behandlende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Rigshospitalet	151	120	79,5%	72,8%	85,4%	0	100,0%	69,7%	58,0%	62,4%	64,9%
Odense Universitetshospital	182	164	90,1%	85,7%	94,0%	0	100,0%	86,2%	86,9%	60,6%	74,5%
Vejle Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	82,8%	82,8%
Århus Universitetshospital, Skejby	176	164	93,2%	89,2%	96,6%	0	100,0%	89,8%	92,5%	91,3%	91,5%
Regionshospitalet Viborg	0	0	*	*	*	*	*	*	*	86,7%	86,7%
Aalborg Sygehus	102	76	74,5%	65,7%	82,4%	0	100,0%	89,7%	88,4%	89,0%	85,5%
Total	611	524	85,8%	83,0%	88,5%	0	100,0%	82,2%	78,0%	72,1%	77,0%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse. Der er en statistisk signifikant udtalt stigende tendens i indikatorværdien fra knapt 67 % i 2003 til knapt 86 % i 2008; i rapportåret ligger indikatorværdien således over tærskelværdien. Hverken alder eller køn har nogen prognostisk effekt.

Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse.

Kommentar og anbefalinger:

Målopfyldelsen er steget fra ca. 67 % i 2003 til 85,8 % i 2008 (dvs. over tærskelværdien) – et imponerende resultat – som dog kan blive påvirket efter indberetning af de manglende patienter fra Gentofte.

5.3.3 Tabel 30-dages overlevelse efter kirurgi

INDIKATOR IIa: Andel af kirurgiske patienter i live efter 30 dage

ÅR: 2008

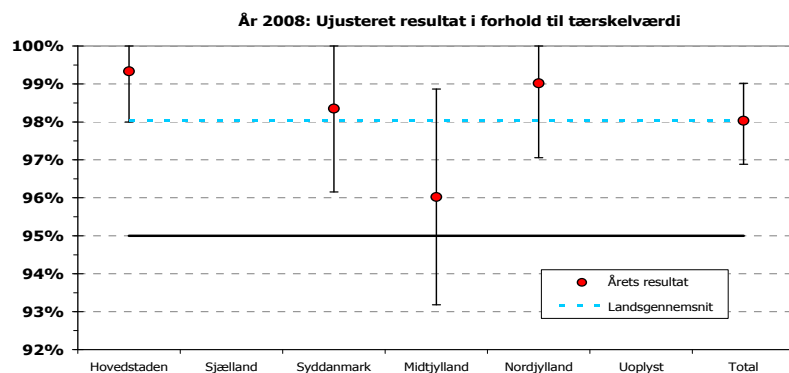
TÆRSKELVÆRDI: 95%

LANDSGENNEMSNIT: 98.0% (96.9% - 99.0%)

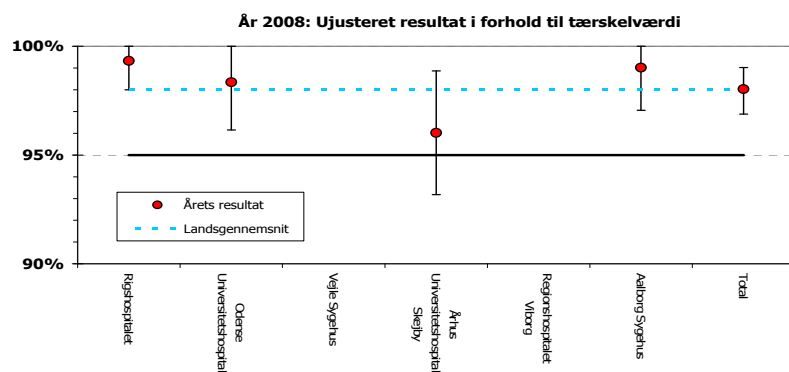
Patientgrundlag: Opererede patienter

Tidsreference: Efter dato for først registrerede operation

INDIKATOR IIa: Andel af kirurgiske patienter i live efter 30 dage						Komplethed		Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 95% ÅR: 2008								Proportioner			
Region efter behandlende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	150	149	99.3%	98.0%	100.0%	1	99.3%	97.4%	98.3%	96.2%	97.1%
Sjælland	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Syddanmark	182	179	98.4%	96.2%	100.0%	0	100.0%	95.2%	96.6%	96.5%	96.6%
Midtjylland	176	169	96.0%	93.2%	98.9%	0	100.0%	95.6%	95.7%	94.3%	95.1%
Nordjylland	102	101	99.0%	97.1%	100.0%	0	100.0%	96.2%	95.7%	93.6%	95.7%
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	610	598	98.0%	96.9%	99.0%	1	99.8%	96.2%	96.9%	95.6%	96.3%



INDIKATOR IIa: Andel af kirurgiske patienter i live efter 30 dage						Komplethed		Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 95% ÅR: 2008								Proportioner			
Behandlende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Rigshospitalet	150	149	99.3%	98.0%	100.0%	1	99.3%	97.4%	98.3%	96.2%	97.1%
Odense Universitetshospital	182	179	98.4%	96.2%	100.0%	0	100.0%	95.2%	96.6%	96.3%	96.5%
Vejle Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	98.3%	98.3%
Århus Universitetshospital, Skejby	176	169	96.0%	93.2%	98.9%	0	100.0%	95.6%	95.7%	94.4%	95.1%
Regionshospitalet Viborg	0	0	*	*	*	*	*	*	*	93.3%	93.3%
Aalborg Sygehus	102	101	99.0%	97.1%	100.0%	0	100.0%	96.2%	95.7%	93.6%	95.7%
Total	610	598	98.0%	96.9%	99.0%	1	99.8%	96.2%	96.9%	95.6%	96.3%



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er stort set komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator. Datakompletheden er stigende fra ca. 70 % i 2003 til ca. 90 % i 2008 for den statistiske analyse; bortfaldet skyldes først og fremmest manglende oplysning om stadie. Indikatorværdien ligger over tærskelværdien og er statistisk signifikant stigende med tiden. Der er ingen statistisk evidens for heterogenitet mellem regionerne; tilsvarende er der ikke statistisk evidens for heterogenitet mellem sygehuse. Der er heller ikke statistisk evidens for prognostisk betydning af

udredningsstadie. Kvinder har statistisk signifikant bedre prognose end mænd, og høj alder er forbundet med dårligst prognose.

Kommentar og anbefalinger:

Meget flot resultat.

Der skal imidlertid tages forbehold ift. dette resultat, idet der mangler indberetning af ca. 90 patienter opereret i Gentofte. Afdelingen fusionerede i 2008 med afdelingen på Rigshospitalet, og 2008-data præsenteres derfor som alene hidrørende fra denne afdeling.

5.4 Indikatorer for onkologi

5.4.1 Tabel Ventetider på onkologi kemoterapi – regioner

INDIKATOR IIIc1: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 85%

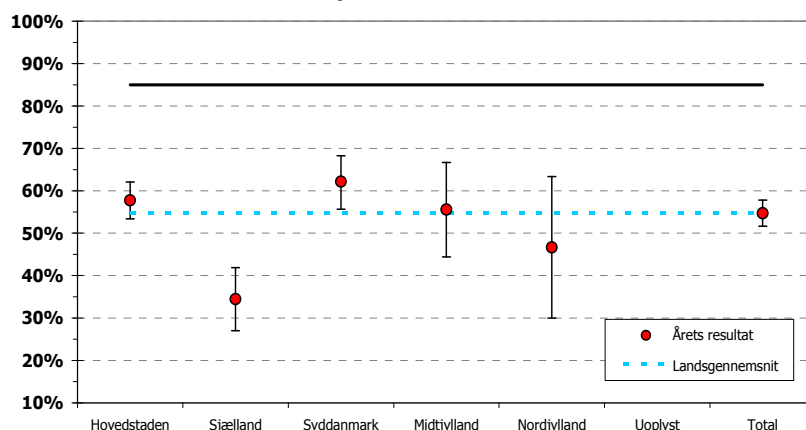
LANDSGENNEMSNIT: 54.7% (51.6% - 57.8%)

Patientgrundlag: Patienter med isoleret kemoterapi som først registrerede behandling

Tidsreference: Efter dato for først registrerede kemoterapi behandling

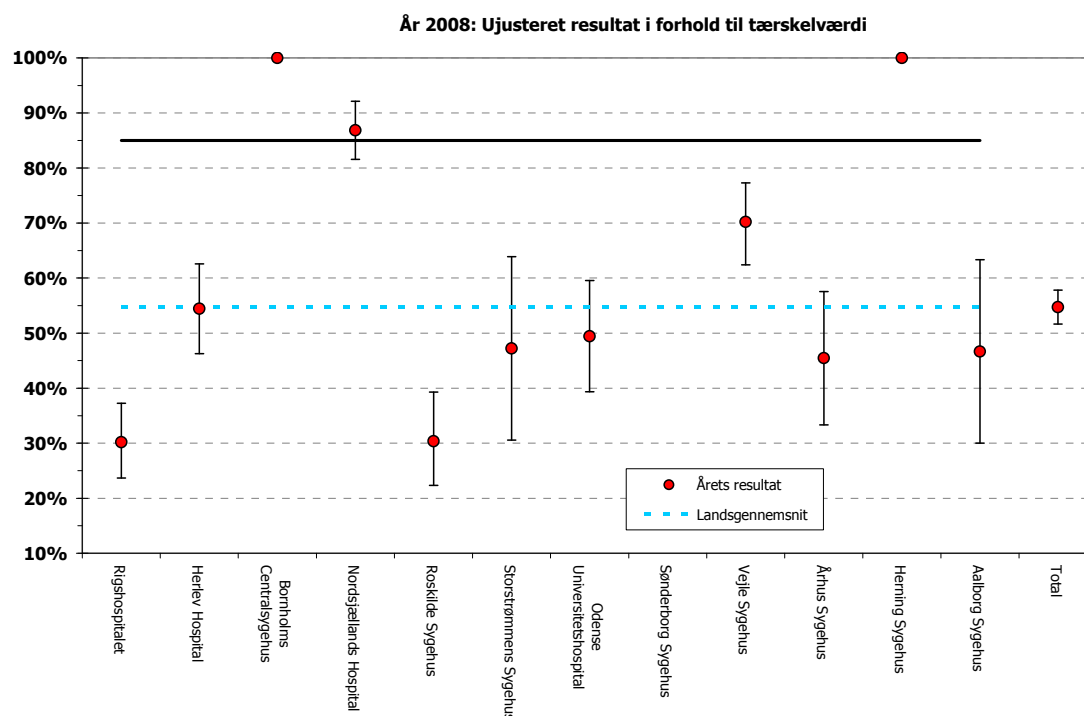
INDIKATOR IIIc1: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Region efter behandlende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	485	280	57.7%	53.4%	62.1%	3	99.4%	48.3%	57.1%	37.3%	48.9%
Sjælland	148	51	34.5%	27.0%	41.9%	6	96.1%	45.6%	46.0%	51.7%	46.2%
Syddanmark	230	143	62.2%	55.7%	68.3%	6	97.5%	52.2%	46.1%	39.2%	47.9%
Midtjylland	81	45	55.6%	44.4%	66.7%	1	98.8%	46.2%	50.0%	38.0%	45.0%
Nordjylland	30	14	46.7%	30.0%	63.3%	0	100.0%	56.8%	53.3%	36.8%	45.7%
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	974	533	54.7%	51.6%	57.8%	16	98.4%	49.2%	50.1%	40.9%	47.5%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



5.4.2 Tabel Ventetider på onkologi kemoterapi – afdelinger

INDIKATOR IIIc1: Andel patienter påbegyndt kemoterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Behandlernde sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Rigshospitalet	169	51	30.2%	23.7%	37.3%	1	99.4%	22.0%	31.0%	33.6%	29.8%
Herlev Hospital	147	80	54.4%	46.3%	62.6%	0	100.0%	47.5%	52.8%	29.9%	43.0%
Bornholms Centralsygehus	17	17	100.0%	100.0%	100.0%	0	100.0%	84.6%	92.9%	*	93.3%
Nordsjællands Hospital	152	132	86.8%	81.6%	92.1%	2	98.7%	69.9%	70.2%	78.6%	76.9%
Roskilde Sygehus	112	34	30.4%	22.3%	39.3%	4	96.6%	38.1%	40.8%	53.3%	42.4%
Storstrøms Sygehus	36	17	47.2%	30.6%	63.9%	2	94.7%	54.5%	52.6%	50.0%	51.4%
Odense Universitetshospital	89	44	49.4%	39.3%	59.6%	2	97.8%	45.9%	32.7%	28.6%	37.1%
Sønderborg Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	74.4%	81.4%
Vejle Sygehus	141	99	70.2%	62.4%	77.3%	4	97.2%	55.9%	57.3%	43.4%	54.9%
Århus Sygehus	66	30	45.5%	33.3%	57.6%	1	98.5%	35.5%	30.8%	29.0%	33.7%
Herning Sygehus	15	15	100.0%	100.0%	100.0%	0	100.0%	87.5%	88.5%	81.3%	87.6%
Aalborg Sygehus	30	14	46.7%	30.0%	63.3%	0	100.0%	56.8%	53.3%	36.8%	45.7%
Total	974	533	54.7%	51.6%	57.8%	16	98.4%	49.2%	50.1%	40.9%	47.5%



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er rimeligt komplet hvad angår værdisættelsen af den justerede indikator såvel som for den statistiske analyse; specielt de seneste to rapporteringsår udviser høj datakomplethed. Der er statistisk signifikant udtalt stigende tendens over tid i indikatorværdien, men niveauet i 2008 (knap 55 %) er fremdeles langt under tærskelværdien. Kvinder har en højere sandsynlighed for varighed inden for den fastsatte grænse, hvorimod alder ikke har nogen prognostisk effekt. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse, men den statistiske model er inkonsistent

for de første par år af observationsperioden (2003-2004) i forhold til de efterfølgende år.

Kommentar og anbefalinger:

Målopfyldelsen for andelen af patienter som påbegynder senest 14 dage efter accept af det videre forløb er steget signifikant fra ca. 35,8 % i 2004 til 54,7 % i 2008 med en interregional variation på ca. 34 % til ca. 62 %. Andelen varierer fra ca. 30 % til 100 % mellem de behandlerende afdelinger. Givet at der i perioden er tilbudt behandling til et betydeligt stigende antal patienter må landsresultatet på nu 54,7 % anses for positivt.

5.4.3 Tabel Ventetider på onkologi stråle – regioner

INDIKATOR IIId1: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb

ÅR: 2008

TÆRSKELVÆRDI: 85%

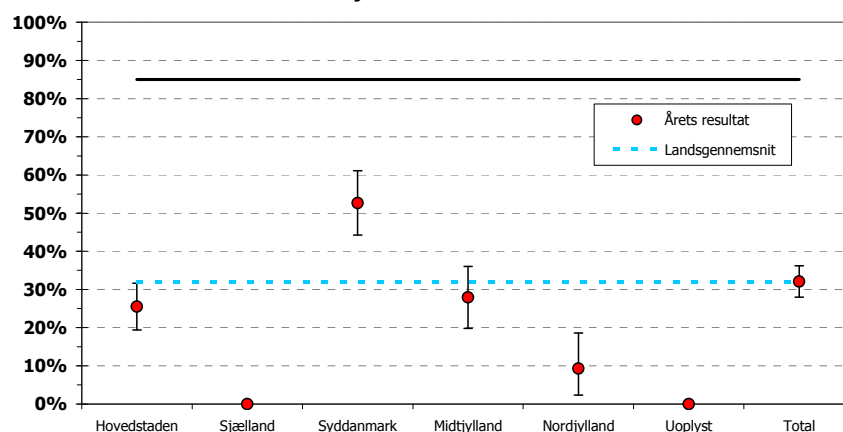
LANDSGENNEMSNI: 32.1% (28.0% - 36.2%)

Patientgrundlag: Patienter med isoleret stråleterapi som først registrerede behandling

Tidsreference: Efter dato for først registrerede stråleterapi behandling

INDIKATOR IIId1: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Region efter behandlende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Hovedstaden	196	50	25.5%	19.4%	31.6%	1	99.5%	19.0%	22.1%	26.8%	24.4%
Sjælland	5	2	*	*	*	0	*	*	*	*	*
Syddanmark	131	69	52.7%	44.3%	61.1%	4	97.0%	36.6%	42.0%	38.8%	40.8%
Midtjylland	111	31	27.9%	19.8%	36.0%	0	100.0%	39.3%	27.4%	35.5%	33.1%
Nordjylland	43	4	9.3%	2.3%	18.6%	0	100.0%	18.4%	13.7%	15.9%	15.5%
Uoplyst	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Total	486	156	32.1%	28.0%	36.2%	5	99.0%	27.9%	27.3%	29.9%	29.4%

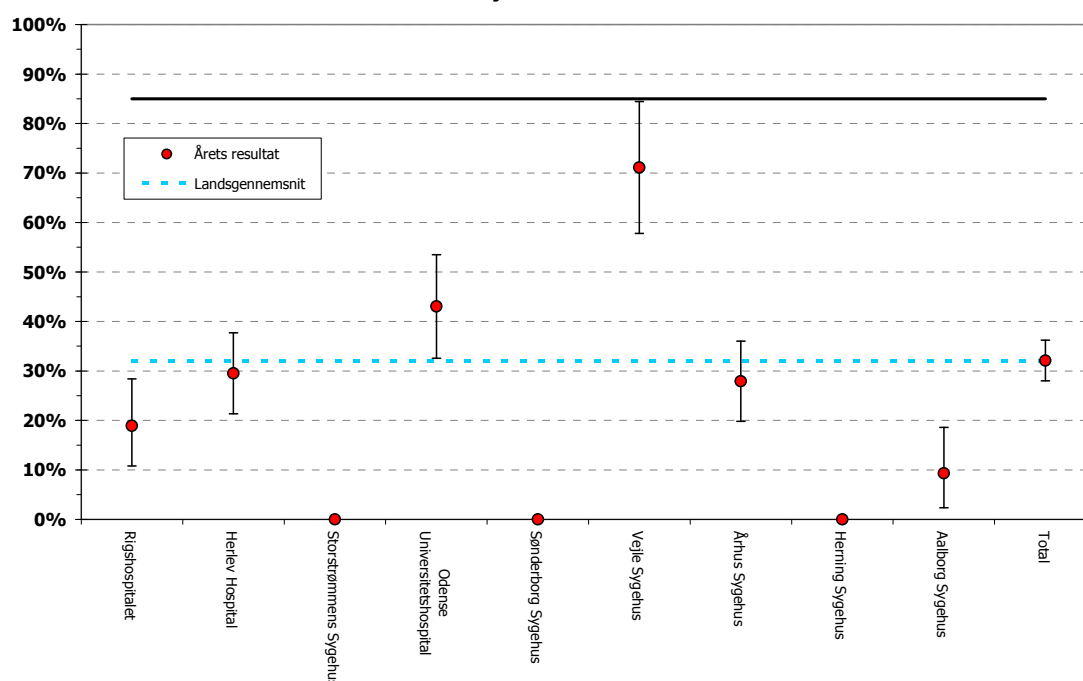
År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



5.4.4 Tabel Ventetider på onkologi stråle – afdelinger

INDIKATOR IIIId1: Andel patienter påbegyndt stråleterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb								Tidligere år			
TÆRSKELVÆRDI: 85% ÅR: 2008						Komplethed		Proportioner			
Behandelende sygehus	Nævner	Tæller	Proportion	CL(lav)	CL(høj)	Antal med manglende data	Komplethed (%)	2007	2006	2003-05	Alle år
Rigshospitalet	74	14	18.9%	10.8%	28.4%	1	98.7%	12.6%	15.7%	17.8%	16.5%
Herlev Hospital	122	36	29.5%	21.3%	37.7%	0	100.0%	25.8%	27.0%	32.2%	30.0%
Storstrømmens Sygehus	5	2	*	*	*	0	*	*	*	*	*
Odense Universitetshospital	86	37	43.0%	32.6%	53.5%	0	100.0%	26.4%	30.5%	32.1%	32.4%
Sønderborg Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Vejle Sygehus	45	32	71.1%	57.8%	84.4%	4	91.8%	60.9%	66.0%	48.2%	55.0%
Århus Sygehus	111	31	27.9%	19.8%	36.0%	0	100.0%	39.3%	27.4%	35.2%	33.0%
Herning Sygehus	0	0	*	*	*	*	*	*	*	*	*
Aalborg Sygehus	43	4	9.3%	2.3%	18.6%	0	100.0%	18.4%	13.7%	15.9%	15.5%
Total	486	156	32.1%	28.0%	36.2%	5	99.0%	27.9%	27.3%	29.9%	29.4%

År 2008: Ujusteret resultat i forhold til tærskelværdi



Klinisk-epidemiologisk kommentar:

Datasættet er rimeligt komplet hvad angår værdisættelsen af den ujusterede indikator såvel som for den statistiske analyse; specielt det seneste rapporteringsår udviser høj datakomplethed. Indikatorniveauet ligger langt under tærskelværdien og uden statistisk signifikante tendenser over tid. Køn har ingen prognostisk effekt, men stigende alder er forbundet med øget sandsynlighed for varighed længere end den fastsatte grænse. Der er statistisk evidens for heterogenitet mellem regioner såvel som mellem sygehuse.

Auditgruppens kommentar:

Ca. en tredjedel (32,1 %) af patienterne påbegynder stråleterapi senest 14 dage efter accept af det videre forløb. Denne andel er steget noget, men ikke signifikant siden 2004 (28,6 %) – og der forekommer at være meget langt til tærskelværdien på 85 % på 5 af de 6 centre. En nærmere analyse af de betydende forskelle fra 9,3 % til ca. 53 % mellem regioner og fra 9,3 % til 71,1 % mellem centre bør indgå i audit.

6.0 Udredende afdelinger

6.1 Indledning

I forhold til de NIP-relaterede kvalitetsmål for vores aktivitet i 2008 må man glæde sig over den brede fremgang, som kan konstateres mht. andelen af patienter udredt indenfor 4 uger/28 dage – specielt hvis det ses over en 2-årig periode fra 2006 – 2008, hvor andelen på landsplan er steget fra 68 % i 2006 til 83 % i 2008. Tallene på landsplan dækker dog over en stor spændvidde, og for en del afdelinger er der dog fortsat rum for forbedring.

Der synes desværre for mange samarbejdende udredende/behandlende afdelinger at være et problem omkring 'overdragelsen' fra udredningsfase til behandling, da de kombinerede forløbsmål dækkende hele perioden fra henvisning til udredning til behandlingsstart ikke udviser samme grad af mål-opfyldelse som de singulære tidsmålsparametre. Det er en problemstilling, som der nu landet over undersøges med arbejdsgangsanalyser mhp. forbedret og hurtigere overgange fra udredende til behandlende afdelinger.

Der markerer sig for 2008 en usædvanlig markant regionsvis øst-vest gradient mht. resektionsraten målt internt i den i DLCR registrerede patientpopulation. En tilsvarende gradient ses mht. cTNM/pTNM overensstemmelse. Der ses dog indenfor regionerne betydelige forskelle mellem udredende afdelinger. Den lave resektionsrate for Hovedstadsregionen for 2008 vides at være fejlbehæftet, da der vides at mangle kirurgiske indberetninger for ca. 80 patienter

opereret på Gentofte Hospital. Der ses da heller ikke en tilsvarende spændvidde mht. hvor stor en andel patienter der regionsvist i henhold til cTNM burde være operable (Stadie 0-IIb) (jf. tabel 6.6.3). Den selektive manglende indberetning af et antal opererede patienter fra hovedstadsområdet vil naturligvis også kunne resultere i forskydninger i den endelige grad af cTNM/pTNM overensstemmelse for Hovedstadsregionen for 2008.

Med hensyn til anvendte udredningsmetoder er der markante forskelle regioner og afdelinger imellem. Således synes den konventionelle mediastinoskopi næsten helt udfaset i Region Sjælland (kun anvendt til 1,3 % af udredte patienter), mens den er hyppigt anvendt i Vest- og Norddanmark. Komplementært hertil er EUS og EBUS så hyppigere anvendt i Østdanmark. Samlet set er EBUS dog ved at blive en veletableret udredningsprocedure anvendt i 13,5 % af alle udredningsforløb. PET/CT anvendes markant hyppigere i Hovedstadsregionen (i 53 % af udredningerne), men dette for en stor del betinget af en eksessiv høj anvendelsesgrad (86,9 %) for udredninger på Bispebjerg. Men samlet set synes PET nu på bemærkelsesværdi vis kort tid at være blevet en veletableret delundersøgelse i udredning af lungecancer i DK, og en anvendelsesgrad på 32,1 % af alle udredninger synes passende i forhold til rekommanderet brug hos potentielt kurable patienter.

Torben Riis Rasmussen
Overlæge, Ph.D
Lungemedicinsk Forum,
Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe

6.2 Udredningsforløb

Udredningen af de indberettede lungecancerpatienter foregik i 2008 på 24 lungemedicinske, medicinske og øre-næse-hals afdelinger. Afdelingerne har indberettet følgende antal patientforløb med lungecancer

(C34). Patienterne i tabel 6.2.1 er allokeret efter udredende afdeling uafhængig af bopælskommune.

Et forløb tælles kun med én gang. I årsrapporten er alle patienter med primær lungecancer medregnet.

6.2.1 Tabel Udredningspopulation – afdelinger 2000 – 2008

Afdeling	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Bispebjerg: Lungemedicinsk Afd.	282	291	237	215	235	219	218	289	253
Hvidovre: Lungemedicinsk Afd.	25	22	29	18	32	36	27	27	24
Amager: Intern medicinsk klinik	1	22	6	1	0	9	15	0	0
Frederiksberg: Intern medicinsk klinik	0	0	10	10	13	16	13	15	17
Gentofte: Lungemedicinsk Afd.	408	407	349	317	291	352	344	372	104
Hillerød: Lungemedicinsk Afd.	208	206	142	95	144	96	12	1	0
Kalundborg: Lungemedicinsk Afd.	0	2	0	0	0	0	0	0	0
Roskilde: Medicinsk Afd.	138	139	92	96	105	96	99	109	57
Holbæk: Lungemedicinsk Afd.	189	182	220	184	133	88	16	38	3
Slagelse: Lungemedicinsk Afd.	1	3	1	0	0	0	0	0	0
Slagelse: Medicinsk Afd.	0	0	2	0	0	0	0	0	0
Slagelse: Øre-, Næse- og Halskirurgisk Afd.	0	0	0	0	0	0	4	19	22
Næstved: Medicinsk Afd.	251	212	145	118	116	104	90	44	6
Nykøbing F: Medicinsk Afd.	1	6	55	78	67	25	0	0	0
Bornholm: Medicinsk Afd.	37	33	31	30	15	36	6	6	4
Odense: Lungemedicinsk Afd.	207	225	183	206	199	222	181	178	160
Odense: Øre-, Næse- og Halsafd.	0	0	0	0	0	0	0	2	1
Middelfart: Medicinsk Afd.	0	0	11	36	54	42	30	27	35
Svendborg: Medicinsk Afd.	118	123	111	85	60	63	7	2	0
Svendborg: Øre-, Næse- og Halsafd.	0	0	0	0	0	0	0	18	36
Sønderborg: Medicinsk Afd.	184	151	128	56	34	43	35	45	39
Haderslev: Medicinsk Afd.	0	0	23	51	42	27	30	13	1
Aabenraa: Medicinsk Afd.	0	1	0	14	9	7	6	1	0
Tønder: Medicinsk Afd.	0	0	0	11	25	29	31	14	21
Esbjerg: Øre-, Næse- og Halsafd.	171	153	128	145	137	120	117	105	28
Fredericia: Medicinsk Afd.	116	69	46	0	1	0	0	1	0
Vejle: Lungemedicinsk Afd.	177	193	188	210	195	164	188	69	51
Holstebro: Medicinsk Afd.	178	171	137	132	136	123	120	104	102
Tarm: Medicinsk Afd.	0	0	0	0	0	0	1	0	0
Ringkøbing: Medicinsk Afd.	0	0	0	0	2	1	6	0	0
Herning: Medicinsk Afd.	0	4	0	0	2	8	1	0	4
Silkeborg: Medicinsk Afd.	77	59	65	58	68	52	6	6	45
Århus: Lungemedicinsk Afd.	198	203	157	179	149	158	100	149	37
Randers: Medicinsk Afd.	114	123	125	122	92	97	67	52	96
Odder: Medicinsk Afd.	0	0	0	0	0	5	30	26	23
Grenaa: Medicinsk Afd.	0	0	0	0	0	1	19	33	22
Skive: Medicinsk Afd.	127	129	120	123	118	125	78	81	100
Aalborg: Lungemedicinsk Afd.	378	251	198	173	167	68	60	49	57
Hjørring: Lungemedicinsk Afd.	18	30	54	74	79	67	99	81	20
Himmerland: Medicinsk Afd.	0	0	0	0	0	9	2	0	0
DK	3.604	3.410	2.993	2.837	2.720	2.508	2.058	1.976	1.368

6.2.2 Tabel Udredningspopulation – nationalt og regionalt 2000 – 2008

REGION	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Hovedstaden	945	964	797	674	729	754	633	700	398
Sjælland	594	556	521	485	423	317	213	217	93
Syddanmark	892	836	746	742	680	671	571	455	354
Midtjylland	763	732	628	647	598	574	453	440	412
Nordjylland	405	318	299	289	290	192	188	164	112
Uoplyst	5	4	2	0	0	0	0	1	0
DK	3604	3410	2993	2837	2720	2508	2058	1977	1369

6.2.3 Tabel Antal udredninger i forhold til totale antal indberettede i DLCR

Region	Primære udredninger	Sekundære udredninger	Antal forløb totalt	Andel Primære udredninger (% af total)	Andel udredninger totalt (% af total)
Hovedstaden	945	17	1.078	87,7	89,2
Sjælland	594	0	656	90,5	90,5
Syddanmark	892	23	935	95,4	97,9
Midtjylland	763	4	803	95,0	95,5
Nordjylland	405	1	432	93,8	94,0
Uoplyst	5	0	33	15,2	15,2
DK	3.604	45	3.937	91,5	92,7

6.3 Udredningsmetoder

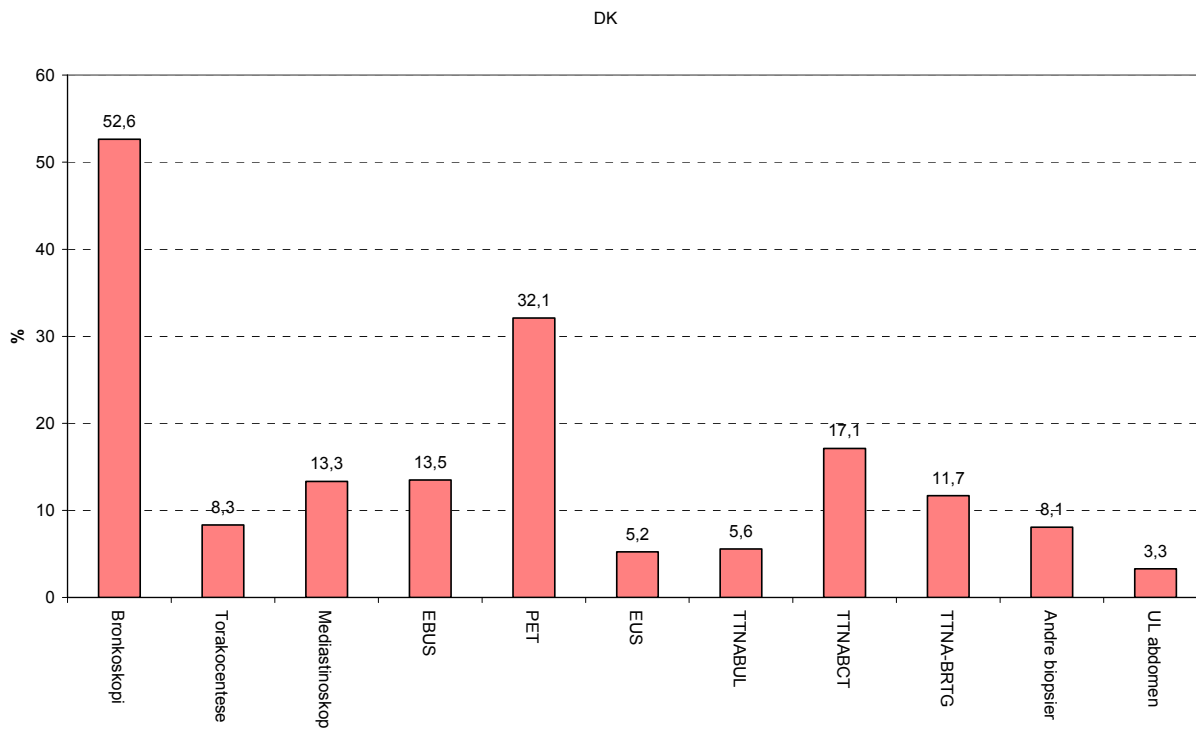
Patienterne udredtes med en lang række metoder. I 6.3.1 Tabel Udredningsmetoder - regioner ses de anvendte udredningsmetoder (%) i de enkelte regioner. Ved vurdering af tabellen bør man være opmærksom på forskelle i udredningsmønstre. Tilsvarende vist grafisk ses i Figur 6.3.2. Fordelingen

vist på afdelinger er anført i 6.3.3 Tabel Udredningsmetoder – afdelinger. Bronkoskopi og mediastinoskopi vedrører alle typer sådanne. Biopsier er nærmere beskrevet i Tabel 6.3.6. Kolonnen mediastinoskopi er eksklusiv antal udført og registrerede på kirurgiske afdelinger jvn.f. kirurgiafsnittet. 6.3.1 Tabel Udredningsmetoder – regioner (Pt's bopæl)

6.3.1 Tabel. Udredningsmetoder DK

Afdeling	Antal udredte	Udredningsmetode:										
		Bronkoskopi	Torakocentese	Mediastino- skopi	EBUS	PET	EUS	TTNABUL	TTNABCT	TTNABRTG	Andre biopsier	UL abdomen
Hovedstaden	945	69,9	6,3	6,6	17,0	53,0	15,7	1,2	9,5	21,2	7,4	1,1
Midtjylland	763	33,8	8,4	22,1	6,4	30,5	1,8	5,5	23,5	14,7	10,2	8,5
Nordjylland	405	35,6	11,1	31,9	16,0	26,9	0,7	10,4	11,1	9,4	8,9	2,0
Sjælland	594	72,2	7,9	1,3	22,7	18,2	2,9	14,0	10,6	10,1	5,4	1,9
Syddanmark	892	45,2	9,2	12,4	8,5	22,9	0,8	2,6	26,9	1,1	8,4	2,8
Uoplyst	5	40,0	40,0	20,0	0,0	40,0	0,0	0,0	0,0	40,0	0,0	0,0
DK	3604	52,6	8,3	13,3	13,5	32,1	5,2	5,6	17,1	11,7	8,1	3,3

6.3.2 Fig. Udredningsmetoder DK



6.3.3 Tabel Udredningsmetoder – afdelinger

Afdeling	Antal udredte	Bronkoskopi	Torakocentese	Mediastino- skopi	EBUS	PET	EUS	TTNABUL	TTNABCT	TTNABRTG	Andre biopsier	UL abdomen
Bispebjerg	282	81,9	2,8	7,1	13,8	86,9	0,0	2,5	10,6	24,1	4,3	0,0
Hvidovre	25	52,0	28,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0
Amager	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gentofte	408	73,8	7,6	8,3	27,0	58,3	37,5	0,5	4,2	23,3	6,1	2,2
Hillerød	208	55,8	5,8	4,3	3,4	7,7	1,0	1,4	17,3	20,2	11,1	0,5
Roskilde	138	76,8	6,5	2,2	10,9	26,1	0,7	15,2	8,7	5,1	7,2	2,2
Holbæk	189	40,2	6,3	0,5	11,1	6,9	2,1	2,1	16,4	1,1	5,8	1,6
Slagelse	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Næstved	251	95,2	10,8	0,8	37,8	20,3	2,4	22,7	7,6	18,3	4,4	2,0
Nykøbing F	1	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Bornholm	37	21,6	2,7	0,0	27,0	27,0	0,0	0,0	21,6	0,0	13,5	0,0
Odense	207	52,2	12,1	4,3	15,5	43,0	2,9	0,0	29,5	0,0	14,5	5,3
Svendborg	118	78,8	12,7	0,8	5,1	26,3	0,0	1,7	23,7	0,0	11,0	2,5
Sønderborg	184	33,7	9,8	9,2	7,6	22,3	0,0	2,2	35,3	2,2	7,1	2,2
Esbjerg	171	11,7	4,1	45,6	4,1	0,6	0,0	9,9	10,5	0,6	5,8	2,9
Fredericia	116	78,4	8,6	1,7	13,8	12,1	0,9	0,0	23,3	3,4	5,2	1,7
Vejle	177	32,2	5,1	5,1	0,6	30,5	0,0	0,0	43,5	1,1	4,0	0,6
Holstebro	178	52,8	7,9	30,3	8,4	29,2	3,9	5,6	41,0	3,4	9,0	9,0
Silkeborg	77	44,2	9,1	19,5	1,3	39,0	0,0	2,6	0,0	48,1	13,0	16,9
Århus	198	18,2	10,6	23,2	12,1	41,9	1,5	5,1	1,5	27,3	12,1	11,1
Randers	114	27,2	9,6	26,3	0,9	21,1	0,9	15,8	11,4	13,2	7,9	10,5
Skive	127	32,3	7,1	17,3	6,3	14,2	1,6	1,6	44,9	0,0	12,6	0,8
Aalborg	378	35,4	10,6	33,9	16,9	29,4	0,8	10,8	10,8	10,3	9,0	1,6
Hjørring	18	22,2	33,3	0,0	0,0	0,0	0,0	5,6	5,6	0,0	5,6	11,1
DK	3.604	52,6	8,3	13,3	13,5	32,1	5,2	5,6	17,1	11,7	8,1	3,3

I DLCR registreres hvilken konkret undersøgelse, der giver anledning til diagnosen hos den enkelte patient.

I 2008 fordelte dette sig således:

6.3.4 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – regioner

Diagnosen fundet ved:	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Relativ andel	Antal
0. Uoplyst	1,8	13,8	5,7	8,9	2,0	6,2	222
1. CT-Skanning af thorax og øvre abdomen	4,8	5,9	10,4	11,1	1,8	7,4	265
2. CT-Skanning af abdomen	0,3	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	5
3. Special CT-skanning af binyrer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
4. CT-Skanning af cerebrum	0,0	0,3	0,0	0,0	0,0	0,1	2
5. CT-Skanning af thorax, øvre abd. + PET	1,9	0,2	0,2	0,4	0,3	0,7	25
6. MR-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
7. UL-skanning af øvre abdomen	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1
8. PET-skanning	1,0	1,0	0,6	0,1	0,5	0,7	25
10. Biopsi fra perifer lymfeglandel	2,3	0,9	1,2	1,9	1,0	1,6	56
11. Pleuracentese = torakocentese	2,5	3,3	4,0	2,7	4,3	3,3	118
12. Pleurabiopsi	0,6	0,3	1,0	0,4	1,8	0,8	28
13. Ekspektorat us. for tumorceller	0,0	0,0	0,0	0,1	0,0	0,0	1
14. TTNAB UL-vejledt	0,7	11,2	2,0	4,0	4,8	3,8	138
15. TTNAB CT-vejledt	7,9	6,4	23,7	17,1	9,8	13,9	502
16. TTNAB i gennemlysning	17,2	7,4	0,3	13,3	3,3	8,8	316
17. Expl. torakotomi	1,6	0,9	1,1	0,6	12,9	2,4	86
22. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i l.a.	20,5	14,5	12,4	8,5	7,3	13,6	490
23. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i l.a.	14,5	20,0	7,5	6,1	8,8	11,2	405
24. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i u.a.)	0,4	0,2	2,5	0,7	0,5	1,0	36
25. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i u.a.	0,5	0,3	4,0	0,4	0,5	1,4	51
26. Bronkoskopi m. stift skop + biopsi	0,1	0,0	0,4	0,3	0,0	0,2	7
27. Torakoskopi i l.a.	0,4	0,3	0,1	0,3	0,5	0,3	11
28. Torakoskopi i u.a.	0,7	0,0	2,5	2,2	2,5	1,6	56
29. Bronkomediastinoskopi	0,2	0,0	6,6	5,2	13,9	4,4	157
30. Mediastinoskopi	1,0	0,2	0,6	0,9	0,5	0,7	25
31. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi l.a.	4,4	6,0	0,4	3,5	8,6	3,9	139
32. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi u.a.	1,7	1,7	3,1	0,7	3,8	2,1	76
33. Endoskopisk ultralyd via esophagus m. finnålsbiopsi	6,5	0,5	0,3	0,7	0,8	2,1	76
34. UL-vejledt binyrebiopsi	0,1	0,0	0,4	0,9	0,3	0,3	12
35. UL-vejledt leverbiopsi	2,8	1,9	4,3	4,5	4,0	3,5	127
36. Andre biopsier	1,0	2,1	3,3	3,5	4,0	2,6	94
37. Andre undersøgelser	2,6	0,7	1,1	0,9	1,5	1,4	52
Antal anmeldte	960	580	973	694	396		3.604

Tilsvarende tal fordelt på afdelinger:

6.3.5 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – afdelinger

Diagnose fundet ved:	Hovedstaden						Hovedstaden total	
	Amager	Bispebjerg	Bornholm	Gentofte	Hillerød	Hvidovre	Relativ andel	Antal
0. Uoplyst	0,0	0,0	0,0	2,7	1,9	4,0	1,7	16
1. CT-Skanning af thorax og øvre abdomen	0,0	0,0	16,2	7,4	3,4	12,0	4,8	46
2. CT-Skanning af abdomen	0,0	0,0	0,0	0,2	0,5	4,0	0,3	3
3. Special CT-skanning af binyrer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
4. CT-Skanning af cerebrum	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
5. CT-Skanning af thorax, øvre abd. + PET	0,0	1,4	2,7	3,2	0,0	0,0	1,9	18
6. MR-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
7. UL-Skanning af øvre abdomen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
8. PET-skanning	0,0	0,0	0,0	2,2	0,5	0,0	1,0	10
10. Biopsi fra perifer lymfeglandel	0,0	1,8	5,4	1,0	3,4	16,0	2,3	22
11. Pleuracentese = torakocentese	0,0	1,8	0,0	2,2	2,4	20,0	2,5	24
12. Pleurabiopsi	0,0	0,0	0,0	0,2	2,4	0,0	0,6	6
13. Ekspektorat us. for tumorceller	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
14. TTNAB UL-vejledt	0,0	1,8	0,0	0,0	1,0	0,0	0,7	7
15. TTNAB CT-vejledt	0,0	8,5	21,6	3,2	14,9	0,0	7,9	76
16. TTNAB i gennemlysning	0,0	23,1	0,0	16,2	16,3	0,0	17,2	165
17. Ekspl. torakotomi	0,0	3,2	13,5	0,2	0,0	0,0	1,6	15
22. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i l.a.	100,0	21,7	0,0	14,5	32,2	36,0	20,5	197
23. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i l.a.	0,0	14,9	0,0	17,4	12,0	4,0	14,5	139
24. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i u.a.	0,0	0,4	0,0	0,5	0,5	0,0	0,4	4
25. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i u.a.	0,0	0,0	10,8	0,0	0,5	0,0	0,5	5
26. Bronkoskopi m. stift skop + biopsi	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	1
27. Torakoskopi i l.a.	0,0	0,4	0,0	0,7	0,0	0,0	0,4	4
28. Torakoskopi i u.a.	0,0	2,1	2,7	0,0	0,0	0,0	0,7	7
29. Bronkomediastinoskopi	0,0	0,4	0,0	0,2	0,0	0,0	0,2	2
30. Mediastinoskopi	0,0	1,1	0,0	0,7	1,9	0,0	1,0	10
31. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi l.a.	0,0	10,3	0,0	3,2	0,0	0,0	4,4	42
32. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi u.a.	0,0	0,4	13,5	2,2	0,5	0,0	1,7	16
33. Endoskopisk ultralyd via esophagus m. finnålsbiopsi	0,0	0,0	2,7	15,0	0,0	0,0	6,5	62
34. UL-vejledt binyrebiopsi	0,0	0,0	0,0	0,2	0,0	0,0	0,1	1
35. UL-vejledt leverbiopsi	0,0	2,8	8,1	2,2	3,4	0,0	2,8	27
36. Andre biopsier	0,0	0,4	2,7	1,2	1,0	4,0	1,0	10
37. Andre undersøgelser	0,0	3,6	0,0	2,9	1,4	0,0	2,6	25
Antal Anmeldte	1	281	37	408	208	25		960

	Sjælland					Sjælland Total	
Diagnose fundet ved:	Holbæk	Nykøbing F	Næstved	Roskilde	Slagelse	Relativ andel	Antal
0. Uoplyst	41,8	0,0	0,0	0,7	0,0	13,8	80
1. CT-Skanning af thorax og øvre abdomen	11,6	100,0	2,0	4,3	0,0	5,9	31
2. CT-Skanning af abdomen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
3. Special CT-skanning af binyrer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
4. CT-Skanning af cerebrum	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	1
5. CT-Skanning af thorax, øvre abd. + PET	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2	0
6. MR-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
7. UL-Skanning af øvre abdomen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
8. PET-skanning	1,1	0,0	0,0	2,9	0,0	1,0	3
10. Biopsi fra perifer lymfeglandel	1,6	0,0	0,0	1,4	0,0	0,9	9
11. Pleuracentese = torakocentese	4,8	0,0	2,4	2,9	0,0	3,3	15
12. Pleurabiopsi	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,3	1
13. Ekspektorat us. for tumorceller	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
14. TTNAB UL-vejledt	1,6	0,0	16,7	14,5	0,0	11,2	44
15. TTNAB CT-vejledt	5,8	0,0	5,2	9,4	0,0	6,4	23
16. TTNAB i gennemlysning	0,5	0,0	15,1	2,9	0,0	7,4	46
17. Ekspl. torakotomi	0,5	0,0	0,0	2,9	0,0	0,9	6
22. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i l.a.	19,0	0,0	17,1	2,9	100,0	14,5	53
23. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i l.a.	1,1	0,0	21,5	43,5	0,0	20,0	125
24. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i u.a.	0,0	0,0	0,4	0,0	0,0	0,2	1
25. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i u.a.	0,5	0,0	0,0	0,7	0,0	0,3	9
26. Bronkoskopi m. stift skop + biopsi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
27. Torakoskopi i l.a.	1,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3	2
28. Torakoskopi i u.a.	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
29. Bronkomediastinoskopi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
30. Mediastinoskopi	0,0	0,0	0,0	0,7	0,0	0,2	0
31. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi l.a.	1,1	0,0	13,1	0,0	0,0	6,0	8
32. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi u.a.	1,6	0,0	1,2	2,9	0,0	1,7	1
33. Endoskopisk ultralyd via øsophagus m. finnålsbiopsi	1,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	5
34. UL-vejledt binyrebiopsi	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	3
35. UL-vejledt leverbiopsi	1,1	0,0	1,2	4,3	0,0	1,9	10
36. Andre biopsier	2,1	0,0	2,4	1,4	0,0	2,1	8
37. Andre undersøgelser	0,0	0,0	0,8	1,4	0,0	0,7	2
Antal Anmeldte	189	1	251	138	1		580

Diagnose fundet ved:	Syddanmark						Syddanmark Total	
	Esbjerg	Fredericia	Odense	Svendborg	Sønderborg	Vejle	Relativ andel	Antal
0. Uoplyst	0,6	17,2	0,0	2,5	16,8	0,0	5,7	55
1. CT-Skanning af thorax og øvre abdomen	28,7	0,9	3,4	0,8	8,7	15,3	10,4	101
2. CT-Skanning af abdomen	0,0	0,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,2	2
3. Special CT-skanning af binyrer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
4. CT-Skanning af cerebrum	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
5. CT-Skanning af thorax, øvre abd. + PET	0,6	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,2	2
6. MR-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
7. UL-Skanning af øvre abdomen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
8. PET-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	2,8	0,6	6
10. Biopsi fra perifer lymfeglandel	1,8	1,7	0,0	1,7	1,6	1,1	1,2	12
11. Pleuracentese = torakocentese	1,2	3,4	4,8	5,1	4,9	4,5	4,0	39
12. Pleurabiopsi	0,6	0,0	1,9	3,4	0,5	0,0	1,0	10
13. Ekspektorat us. for tumorceller	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
14. TTNAB UL-vejledt	7,0	0,9	0,0	0,8	2,7	0,0	2,0	19
15. TTNAB CT-vejledt	8,2	20,7	25,6	17,8	27,2	39,0	23,7	231
16. TTNAB i gennemlysning	0,0	0,9	0,0	0,0	1,1	0,0	0,3	3
17. Expl. torakotomi	0,6	0,9	1,0	2,5	2,2	0,0	1,1	11
22. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i l.a.	0,0	32,8	17,4	28,8	7,1	0,0	12,4	121
23. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i l.a.	1,2	5,2	17,4	9,3	9,8	0,0	7,5	73
24. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i u.a.	0,6	0,9	0,5	2,5	1,1	9,0	2,5	24
25. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i u.a.	4,1	0,9	0,5	2,5	0,5	14,7	4,0	39
26. Bronkoskopi m. stift skop + biopsi	2,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4	4
27. Torakoskopi i l.a.	0,0	0,0	0,0	0,8	0,0	0,0	0,1	1
28. Torakoskopi i u.a.	0,0	1,7	8,7	3,4	0,0	0,0	2,5	24
29. Bronkomediastinoskopi	28,7	0,9	0,0	0,0	4,9	2,8	6,6	64
30. Mediastinoskopi	0,0	0,0	0,5	0,8	0,5	1,7	0,6	6
31. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi l.a.	0,0	0,0	0,0	1,7	1,1	0,0	0,4	4
32. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi u.a.	2,9	7,8	4,3	4,2	1,1	0,0	3,1	30
33. Endoskopisk ultralyd via øsophagus m. finnålsbiopsi	0,0	0,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,3	3
34. UL-vejledt binyrebiopsi	1,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6	0,4	4
35. UL-vejledt leverbiopsi	7,6	2,6	1,9	2,5	4,3	6,2	4,3	42
36. Andre biopsier	1,2	0,0	7,7	5,1	2,2	2,3	3,3	32
37. Andre undersøgelser	0,6	0,9	1,4	3,4	1,1	0,0	1,1	11
Antal Anmeldte	171	116	207	118	184	177		973

Diagnose fundet ved:	Midtjylland Total					Midtjylland Total	
	Holstebro	Randers	Silkeborg	Skive	Århus	Relativ andel	Antal
0. Uoplyst	2,8	27,2	0,0	7,9	8,1	8,9	62
1. CT-Skanning af thorax og øvre abdomen	2,2	2,6	63,6	11,8	3,0	11,1	60
2. CT-Skanning af abdomen	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1
3. Special CT-skanning af binyrer	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
4. CT-Skanning af cerebrum	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
5. CT-Skanning af thorax, øvre abd. + PET	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5	0,4	0
6. MR-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0
7. UL-Skanning af øvre abdomen	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,1	0
8. PET-skanning	0,0	0,0	0,0	0,0	0,5	0,1	2
10. Biopsi fra perifer lymfeglandel	2,2	2,6	2,6	0,8	1,5	1,9	9
11. Pleuracentese = torakocentese	3,4	1,8	2,6	4,7	1,5	2,7	20
12. Pleurabiopsi	0,6	0,0	1,3	0,8	0,0	0,4	0
13. Ekspektorat us. for tumorceller	0,0	0,0	1,3	0,0	0,0	0,1	1
14. TTNAB UL-vejledt	3,4	10,5	0,0	1,6	4,0	4,0	36
15. TTNAB CT-vejledt	34,3	5,3	1,3	39,4	0,5	17,1	104
16. TTNAB i gennemlysning	0,6	9,6	18,2	0,8	32,8	13,3	90
17. Expl. torakotomi	1,1	0,0	0,0	0,0	1,0	0,6	2
22. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i l.a.	15,2	14,0	2,6	6,3	3,0	8,5	59
23. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i l.a.	12,9	0,9	0,0	7,1	4,5	6,1	25
24. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i u.a.	0,0	0,0	1,3	0,0	2,0	0,7	10
25. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i u.a.	0,6	0,9	0,0	0,0	0,5	0,4	2
26. Bronkoskopi m. stift skop + biopsi	0,0	1,8	0,0	0,0	0,0	0,3	0
27. Torakoskopi i l.a.	0,6	0,0	0,0	0,8	0,0	0,3	2
28. Torakoskopi i u.a.	0,6	0,9	1,3	0,0	6,1	2,2	11
29. Bronkomediastinoskopi	2,8	9,6	1,3	4,7	6,6	5,2	44
30. Mediastinoskopi	2,2	0,0	0,0	0,8	0,5	0,9	3
31. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi l.a.	2,2	0,0	0,0	2,4	8,6	3,5	2
32. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi u.a.	2,8	0,0	0,0	0,0	0,0	0,7	2
33. Endoskopisk ultralyd via øsophagus m. finnålsbiopsi	1,1	0,0	0,0	1,6	0,5	0,7	6
34. UL-vejledt binyrebiopsi	1,7	1,8	0,0	0,0	0,5	0,9	1
35. UL-vejledt leverbiopsi	2,8	8,8	1,3	2,4	6,1	4,5	19
36. Andre biopsier	3,4	1,8	0,0	4,7	5,1	3,5	32
37. Andre undersøgelser	0,6	0,0	0,0	1,6	1,5	0,9	7
Antal Anmeldte	178	114	77	127	198		694

Diagnose fundet ved:	Nordjylland		Nordjylland Total	
	Hjørring	Aalborg	Relativ andel	Antal
0. Uoplyst	22,2	1,1	2,0	8
1. CT-Skanning af thorax og øvre abdomen	16,7	1,1	1,8	7
2. CT-Skanning af abdomen	0,0	0,0	0,0	0
3. Special CT-skanning af binyrer	0,0	0,0	0,0	0
4. CT-Skanning af cerebrum	0,0	0,0	0,0	0
5. CT-Skanning af thorax, øvre abd. + PET	0,0	0,3	0,3	1
6. MR-skanning	0,0	0,0	0,0	0
7. UL-Skanning af øvre abdomen	0,0	0,0	0,0	0
8. PET-skanning	0,0	0,5	0,5	2
10. Biopsi fra perifer lymfeglandel	0,0	1,1	1,0	4
11. Pleuracentese = torakocentese	22,2	3,4	4,3	17
12. Pleurabiopsi	0,0	1,9	1,8	7
13. Ekspektorat us. for tumorceller	0,0	0,0	0,0	0
14. TTNAB UL-vejledt	5,6	4,8	4,8	19
15. TTNAB CT-vejledt	5,6	10,1	9,8	39
16. TTNAB i gennemlysning	0,0	3,4	3,3	13
17. Expl. torakotomi	0,0	13,5	12,9	51
22. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i l.a.	11,1	7,1	7,3	29
23. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i l.a.	0,0	9,3	8,8	35
24. Flex. bronkoskopi u. TBNAB i u.a.	0,0	0,5	0,5	2
25. Flex. bronkoskopi m. TBNAB i u.a.	0,0	0,5	0,5	2
26. Bronkoskopi m. stift skop + biopsi	0,0	0,0	0,0	0
27. Torakoskopi i l.a.	0,0	0,5	0,5	2
28. Torakoskopi i u.a.	0,0	2,6	2,5	10
29. Bronkomediastinoskopi	0,0	14,6	13,9	55
30. Mediastinoskopi	0,0	0,5	0,5	2
31. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi l.a.	0,0	9,0	8,6	34
32. Endobronkial ultralyd m. finnålsbiopsi u.a.	0,0	4,0	3,8	15
33. Endoskopisk ultralyd via øsophagus m. finnålsbiopsi	0,0	0,8	0,8	3
34. UL-vejledt binyrebiopsi	0,0	0,3	0,3	1
35. UL-vejledt leverbiopsi	5,6	4,0	4,0	16
36. Andre biopsier	11,1	3,7	4,0	16
37. Andre undersøgelser	0,0	1,6	1,5	6
Antal Anmeldte	18	378		396

De transtorakale og andre biopsier fra 6.3.1 Tabel
Udredningsmetoder – regioner
fordeler sig således:

6.3.6 Tabel Biopsier (totalt og i % af antal udredte):

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Uoplyst	Total
Antal udredte	945	594	892	763	405	5	3604
pleurabiopsi	10	3	11	3	6	0	33
ttnabul	11	83	23	42	42	0	201
ttnabct	90	63	240	179	45	0	617
ttnabrtg	200	60	10	112	38	2	422
andrebiopsier	60	29	64	75	30	0	258
Binyre	1	1	4	16	2	0	24
EBUS	157	133	75	48	65	0	478
EUS	91	8	7	11	2	0	119
Leverbiopsier	36	18	47	64	23	0	188

	Hovedstaden	Sjælland	Syddanmark	Midtjylland	Nordjylland	Uoplyst	Total
Antal udredte	945	594	892	763	405	5	3604
Pleurabiopsi	1,1	0,5	1,2	0,4	1,5	0,0	0,9
Ttnabul	1,2	14,0	2,6	5,5	10,4	0,0	5,6
Ttnabct	9,5	10,6	26,9	23,5	11,1	0,0	17,1
Ttnabrtg	21,2	10,1	1,1	14,7	9,4	40,0	11,7
Andrebiopsier	6,3	4,9	7,2	9,8	7,4	0,0	7,2
Binyre	0,1	0,2	0,4	2,1	0,5	0,0	0,7
EBUS	16,6	22,4	8,4	6,3	16,0	0,0	13,3
EU's	9,6	1,3	0,8	1,4	0,5	0,0	3,3
Leverbiopsier	3,8	3,0	5,3	8,4	5,7	0,0	5,2

6.4 Lungefunktion

De udredende afdelinger angiver at have foretaget følgende typer af udredning af patienternes lungefunktion:

6.4.1 Tabel Lungefunktionsundersøgelser (% af antal udredte i afdelingen):

Afdeling	Antal udredte	Diffusion	Regional LFU	VO2max
Bispebjerg	282	39,7	23,8	0,0
Hvidovre	25	0,0	0,0	0,0
Amager	1	0,0	0,0	0,0
Gentofte	408	0,0	4,9	0,0
Hillerød	208	0,0	1,9	0,0
Roskilde	138	2,9	0,7	0,0
Holbæk	189	1,6	1,1	0,0
Slagelse	1	0,0	0,0	0,0
Næstved	251	3,2	4,4	0,0
Nykøbing F	1	0,0	0,0	0,0
Bornholm	37	0,0	2,7	0,0
Odense	207	0,0	2,4	0,0
Svendborg	118	0,0	0,0	0,0
Sønderborg	184	1,1	0,0	0,5
Esbjerg	171	0,0	0,0	0,0
Fredericia	116	0,9	0,9	0,0
Vejle	177	1,1	0,0	0,0
Holstebro	178	0,6	8,4	0,6
Silkeborg	77	0,0	1,3	0,0
Århus	198	4,0	4,0	0,0
Randers	114	0,9	1,8	0,0
Skive	127	5,5	3,9	0,0
Aalborg	378	0,5	3,2	0,0
Hjørring	18	0,0	0,0	0,0
DK	3.604	4,2	4,3	0,1

6.4.2 Tabel Lungefunktion hos henviste til kirurgi og onkologi

Bopælsregion		Antal udredninger med udfyldt FEV1	Median (FEV1)					Total	
			Totalt	Kirurgisk behl.	Onkologisk behl.	Ej relevant	Uoplyst	Min	Max
Hovedstaden	945	850	1,6	2,1	1,6	1,1	-	0,3	7,5
Sjælland	594	416	1,7	2,3	1,6	1,1	-	0,4	4,7
Syddanmark	892	705	1,7	2,0	1,7	1,1	-	0,3	5,9
Midtjylland	763	632	1,7	2,0	1,7	1,4	-	0,3	4,3
Nordjylland	405	329	1,6	2,0	1,6	1,3	-	0,1	4,0
Uoplyst	5	4	2,2	0,0	2,2	-	0,0	1,1	2,3
DK	3.604	2.936	1,7	2,1	1,6	1,2	1,5	0,1	7,5

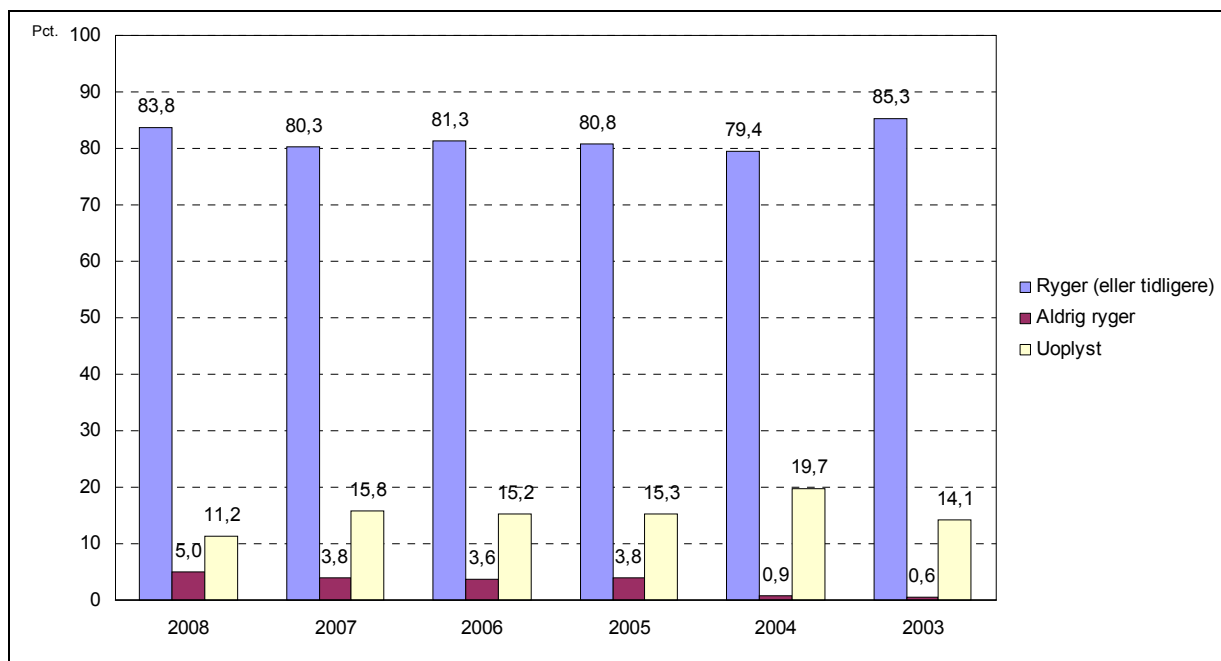
6.4.3 Tabel Lungefunktion hos henviste til kirurgi og onkologi i % af forventet

Bopælsregion	Antal udredninger i alt	Antal udredninger med udfyldt FEV1 i % af forventet	Median (FEV1 i % af forventet)					Total	
			Totalt	Kirurgisk behl.	Onkologisk behl.	Ej henvist til beh.	Uoplyst	Min	Max
Hovedstaden	945	807	65	76	63	52	-	18	381
Sjælland	594	374	70	87	66	52	-	17	133
Syddanmark	892	687	66	76	65	59	-	12	328
Midtjylland	763	617	69	78	67	59	-	11	146
Nordjylland	405	316	63	79	60	54	-	3	129
Uoplyst	5	4	85	0	67	-	0	39	117
DK	3.604	2.805	66	78	64	56	90	3	381

6.5 Rygning

Blandt de indberettede fordelte patienterne, hvad rygeanamnese angår, således:

6.5.1 Fig. Rygestatus



Tobaksforbrug

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

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

6.5.2 Tabel Tobaksforbrug

	Antal udredte, som har besvaret spørgsmål vedrørende rygning, 2008				
Afdeling	N	mean	median	min	max
Bispebjerg	242	41,52	40	0	150
Hvidovre	25	42,88	42	3	65
Amager	0	.	.	.	.
Gentofte	382	38,13	40	0	120
Hillerød	191	38,67	39	0	120
Roskilde	128	41,40	40	0	120
Holbæk	153	42,40	40	0	130
Slagelse	1				
Næstved	92	38,45	40	0	100
Nykøbing F	0	.	.	.	.
Bornholm	34	49,21	51	0	81
Odense	186	39,58	40	0	150
Svendborg	116	33,36	35	0	99
Sønderborg	117	36,43	40	0	80
Esbjerg	134	40,93	40	0	150
Fredericia	89	42,40	40	0	100
Vejle	177	39,01	35	0	150
Holstebro	150	36,15	37,5	0	100
Silkeborg	77	41,74	35	0	111
Århus	166	36,75	40	0	100
Randers	100	42,43	40	0	150
Skive	104	34,88	35	0	70
Aalborg	314	35,76	35	0	130
Hjørring	12	38,33	40	0	90
Total	2.990	38,84	40	0	150

6.6 Klinisk TNM (cTNM)

På i alt 3547 patienter indberettet til registeret i 2008 findes registreret et validt klinisk sygdomsstadie (cTNM).

6.6.1 Tabel cTNM stadie fordeling i absolutte tal

År	DK	0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	0 - IIb	IIIa	IIIb-IV	Uoplyst
2000	1.369	13	143	278	11	98	119	299	393	543	119	692	15
2001	1.977	19	148	296	10	140	198	438	684	613	198	1122	44
2002	2.058	21	136	280	11	151	199	421	775	599	199	1196	64
2003	2.508	14	177	311	10	158	198	513	1.047	670	198	1560	80
2004	2.720	15	180	366	10	153	233	518	1.221	724	233	1739	24
2005	2.837	19	207	349	13	173	239	605	1.188	761	239	1793	44
2006	2.993	14	179	354	13	166	216	680	1.327	726	216	2007	44
2007	3.410	15	249	351	27	171	269	752	1.531	813	269	2283	45
2008	3.604	19	247	360	32	176	286	713	1.714	834	286	2427	57
I alt	23.476	149	1.666	2.945	137	1.386	1.957	4.939	9.880	6283	1.957	14819	417

Og i procent:

6.6.2 Tabel cTNM stadie fordeling i %

År	DK	0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	0 - IIb	IIIa	IIIb-IV	Uoplyst
2000	1.369	0,9	10,4	20,3	0,8	7,2	8,7	21,8	28,7	39,6	8,7	50,5	1,1
2001	1.977	1,0	7,5	15,0	0,5	7,1	10,0	22,2	34,6	31,1	10	56,8	2,2
2002	2.058	1,0	6,6	13,6	0,5	7,3	9,7	20,5	37,7	29	9,7	58,2	3,1
2003	2.508	0,6	7,1	12,4	0,4	6,3	7,9	20,5	41,7	26,8	7,9	62,2	3,2
2004	2.720	0,6	6,6	13,5	0,4	5,6	8,6	19,0	44,9	26,7	8,6	63,9	0,9
2005	2.837	0,7	7,3	12,3	0,5	6,1	8,4	21,3	41,9	26,9	8,4	63,2	1,6
2006	2.993	0,5	6,0	11,8	0,4	5,5	7,2	22,7	44,3	24,2	7,2	67	1,5
2007	3.410	0,4	7,3	10,3	0,8	5,0	7,9	22,1	44,9	23,8	7,9	67	1,3
2008	3.604	0,5	6,9	10,0	0,9	4,9	7,9	19,8	47,6	23,2	7,9	67,4	1,6
I alt	23.476	0,6	7,1	12,5	0,6	5,9	8,3	21,0	42,1	26,7	8,3	63,1	1,8

cTNM fordelt på regioner 2008:

6.6.3 Tabel cTNM Stadiefordeling – regioner i %

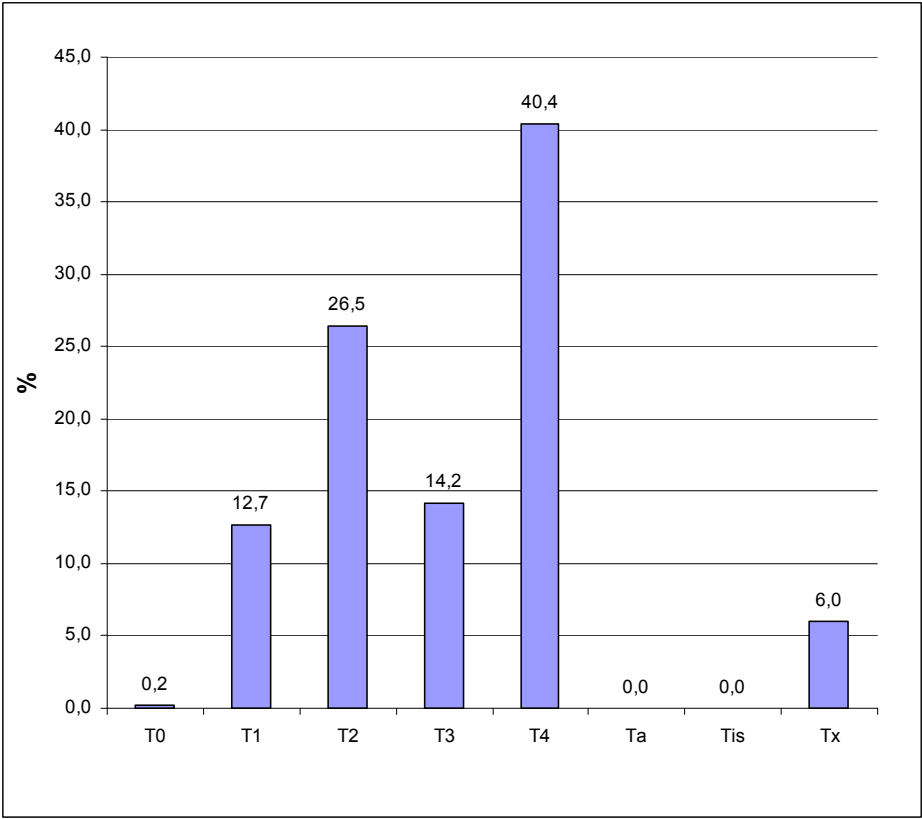
Region	I alt	0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	0 - IIb	IIIa	IIIb-IV	Uoplyst
Hovedstaden	945	0,4	5,8	6,9	0,5	5,1	5,4	20,6	52,6	18,7	5,4	73,2	2,6
Sjælland	594	0,2	5,2	6,1	0,8	4	8,4	21,5	53,4	16,3	8,4	74,9	0,3
Syddanmark	892	0,4	7,3	11,1	0,8	4,3	9,6	20,3	45	23,9	9,6	65,3	1,2
Midtjylland	763	0,9	7,9	13,6	1,2	4,2	6,9	18,6	45,9	27,8	6,9	64,5	0,8
Nordjylland	405	0,7	8,9	13,8	1,5	8,1	11,1	16,3	36,3	33	11,1	52,6	3,2
Uoplyst	5	0	0	0	0	20	20	20	40	20	20	60	0
DK	3.604	0,5	6,9	10	0,9	4,9	7,9	19,8	47,6	23,2	7,9	67,4	1,6

6.6.4 Tabel cTNM Stadiefordeling – afdelinger i %

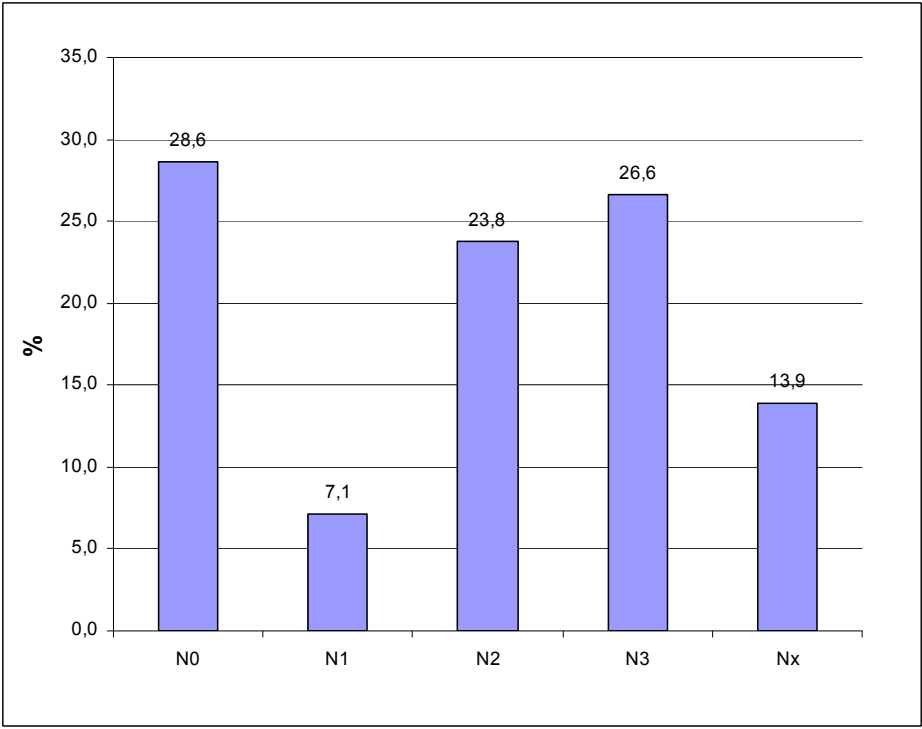
Afdeling	I alt	0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	0 - IIb	IIIa	IIIb-IV	Uoplyst
Bispebjerg	282	0	4,3	9,2	0,7	6,4	6,4	14,5	57,8	20,6	6,4	72,3	0,7
Hvidovre	25	0	0	4	0	8	20	24	40	12	20	64	4
Amager	1	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
Gentofte	408	1	8,8	6,4	0,5	5,6	3,9	22,3	47,8	22,3	3,9	70,1	3,7
Hillerød	208	0	2,9	6,3	0	1,4	5,8	23,1	56,7	10,6	5,8	79,8	3,8
Roskilde	138	0	3,6	5,1	2,2	3,6	8,7	29,7	46,4	14,5	8,7	76,1	0,7
Holbæk	189	0,5	5,3	7,4	0,5	4,8	12,2	19,6	49,7	18,5	12,2	69,3	0
Slagelse	1	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
Næstved	251	0	5,2	5,2	0,4	3,6	5,6	19,1	61	14,4	5,6	80,1	0
Nykøbing F	1	0	0	0	0	100	0	0	0	100	0	0	0
Bornholm	37	0	8,1	5,4	2,7	2,7	0	29,7	51,4	18,9	0	81,1	0
Odense	207	0,5	10,6	12,1	1	1,4	5,8	15,9	52,7	25,6	5,8	68,6	0
Svendborg	118	1,7	2,5	13,6	0,8	6,8	19,5	22	28,8	25,4	19,5	50,8	4,2
Sønderborg	184	0	8,7	8,7	0,5	2,2	6	28,3	45,1	20,1	6	73,4	0,5
Esbjerg	171	0	7	12,3	1,2	8,8	14,6	8,8	46,8	29,3	14,6	55,6	0,6
Fredericia	116	0,9	6	11,2	0	5,2	7,8	28,4	37,1	23,3	7,8	65,5	3,4
Vejle	177	0	7,3	7,3	0,6	4	5,1	20,3	55,4	19,2	5,1	75,7	0
Holstebro	178	1,1	7,3	16,3	1,7	5,6	8,4	12,4	45,5	32	8,4	57,9	1,7
Silkeborg	77	0	7,8	14,3	0	6,5	9,1	18,2	44,2	28,6	9,1	62,4	0
Århus	198	0,5	7,6	11,6	2	5,6	10,6	15,2	46	27,3	10,6	61,2	1
Randers	114	2,6	6,1	21,9	0	0	1,8	30,7	36,8	30,6	1,8	67,5	0
Skive	127	0,8	9,4	10,2	0,8	0,8	6,3	25,2	45,7	22	6,3	70,9	0,8
Aalborg	378	0,8	9,5	14	1,9	8,7	11,6	16,1	33,9	34,9	11,6	50	3,4
Hjørring	18	0	0	0	0	0	0	5,6	94,4	0	0	100	0
DK	3.604	0,5	6,9	10	0,9	4,9	7,9	19,8	47,6	23,2	7,9	67,4	1,6

Den samlede c T, N og M klassifikation efter alle undersøgelser udført på de udredende afdelinger fordeler i % i 2008 på landsplan sig således:

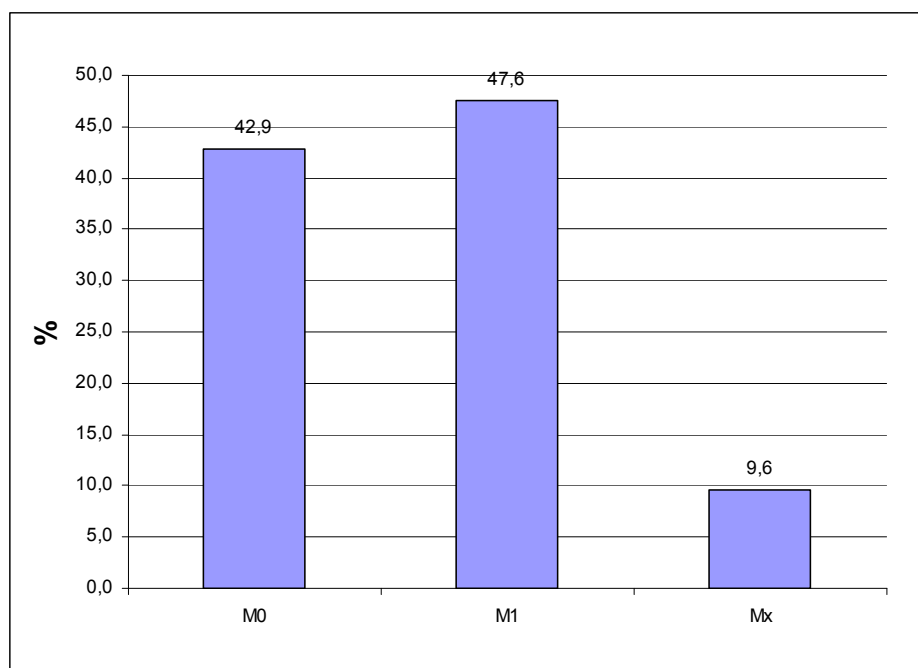
6.6.5 Fig. T fordeling



6.6.6 Fig. N fordeling

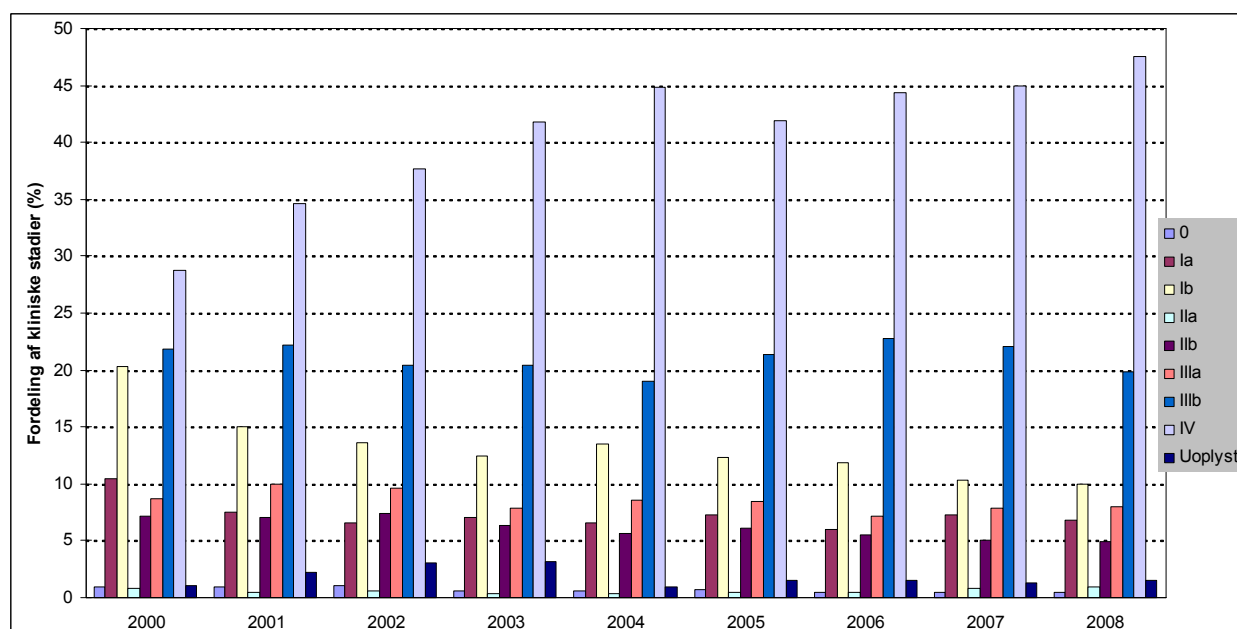


6.6.7 Fig. M fordeling



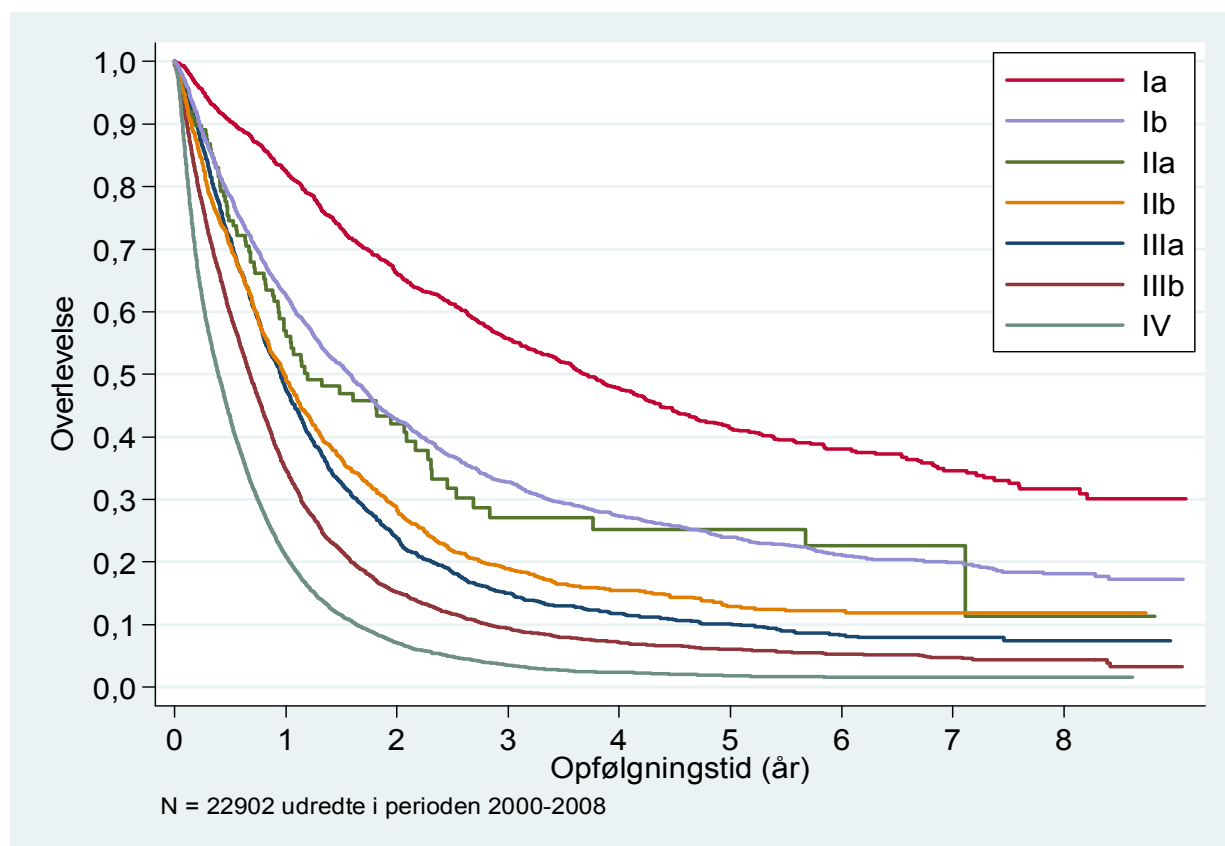
Den kliniske stadieinddeling på landsplan fordeler sig i % således:

6.6.8 Fig. Udvikling cTNM 2000 - 2008



Ser man på 2000-2008 populationen, hvor der foreligger valid stadieangivelse på i alt 22902 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

6.6.9 Fig. Overlevelse – cTNM



Overlevelsesseraterne i % for populationerne indberettet i 2007, 2006, 2005, 2004, 2003, 2002, 2001 og 2000 fremgår af følgende:

6.6.10 Tabel cTNM overlevelse

Observeret 1 års overlevelse i % af antal udredte								
Sygdomsstadier	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
0	40,0	78,6	57,9	73,3	57,1	66,7	89,5	76,9
Ia	82,3	84,4	81,6	80,6	82,5	84,6	82,4	82,5
Ib	72,9	64,7	63,3	59,6	56,9	58,9	58,8	57,2
IIa	59,3	61,5	53,8	30,0	50,0	81,8	50,0	45,5
IIb	55,0	51,2	50,9	45,8	47,5	47,7	50,0	35,7
IIIa	49,8	53,7	45,2	48,5	44,9	47,2	47,0	39,5
IIIb	36,7	31,6	36,5	34,4	32,9	38,0	33,8	29,1
IV	21,9	21,6	19,7	20,8	20,2	22,2	20,0	17,3
Ikke klassificerbar	15,6	22,7	15,9	45,8	41,3	45,3	45,5	40,0
Total	39,0	37,2	37,6	36,9	36,4	40,3	39,8	39,1

	Observeret 2 års overlevelse i % af antal udredte						
Sygdomsstadier	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
0	35,7	47,4	53,3	42,9	66,7	73,7	76,9
Ia	67,6	64,7	63,9	66,7	64,0	63,5	68,5
Ib	44,9	43,6	36,9	38,3	40,7	39,5	38,5
IIa	30,8	30,8	10,0	40,0	72,7	40,0	45,5
IIb	31,3	30,1	24,2	23,4	23,2	30,7	18,4
IIIa	24,1	25,9	23,2	20,2	24,6	23,7	16,8
IIIb	13,5	13,7	15,8	14,0	16,6	16,7	12,7
IV	7,9	6,6	7,8	5,5	7,7	5,7	5,6
Ikke klassificerbar	11,4	13,6	29,2	21,3	32,8	31,8	26,7
Total	19,9	20,5	19,6	18,8	22,3	22,5	23,5

	Observeret 5 års overlevelse i % af antal udredte			
Sygdomsstadier	2003	2002	2001	2000
0	14,3	47,6	57,9	69,2
Ia	43,5	39,7	38,5	42,0
Ib	23,2	22,1	22,0	23,7
IIa	20,0	63,6	10,0	9,1
IIb	9,5	11,3	11,4	7,1
IIIa	7,1	13,6	10,1	6,7
IIIb	5,7	6,7	7,1	6,7
IV	1,2	2,5	1,8	1,3
Ikke klassificerbar	5,0	15,6	15,9	20,0
Total	9,1	11,4	11,1	13,1

6.7 ECOG Performancestatus

De udredende afdelinger registrerer patienterne ECOG Performance-status, og denne fordeler sig fordelt i % på regioner som det fremgår af følgende tabel, hvor:

0: Fuldt aktiv, ingen indskrænkninger

1: Begrænset i fysisk krævende aktiviteter, men oppegående.

2: Oppegående og kan klare sig selv. Oppe og aktiv >50 % af dagtiden

3: I stand til at udføre den nødvendige selvpleje, hvile i seng eller stol >50 % af dagtiden

4: Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare

5: Død

6: Ikke oplyst

6.7.1 Tabel ECOG Performansstatus – regioner

Performancestatus i % af totalt antal udredte								
Region	I alt	0	1	2	3	4	5	6
Hovedstaden	945	29,3	28,1	23,7	10,1	3,8	0,8	4,1
Sjælland	594	25,8	41,2	14,3	9,4	5,7	1,0	2,5
Syddanmark	892	23,3	30,5	20,9	13,0	5,7	2,5	4,1
Midtjylland	763	38,3	36,4	10,2	7,6	4,8	1,2	1,4
Nordjylland	405	34,3	33,3	11,1	7,4	5,2	3,5	5,2
Uoplyst	5	60,0	0,0	20,0	0,0	0,0	20,0	0,0
DK	3.604	29,7	33,2	17,2	9,9	5,0	1,7	3,4

og fordelt i % på afdelinger som det fremgår af følgende tabel:

6.7.2 Tabel ECOG Performancestatus – afdelinger

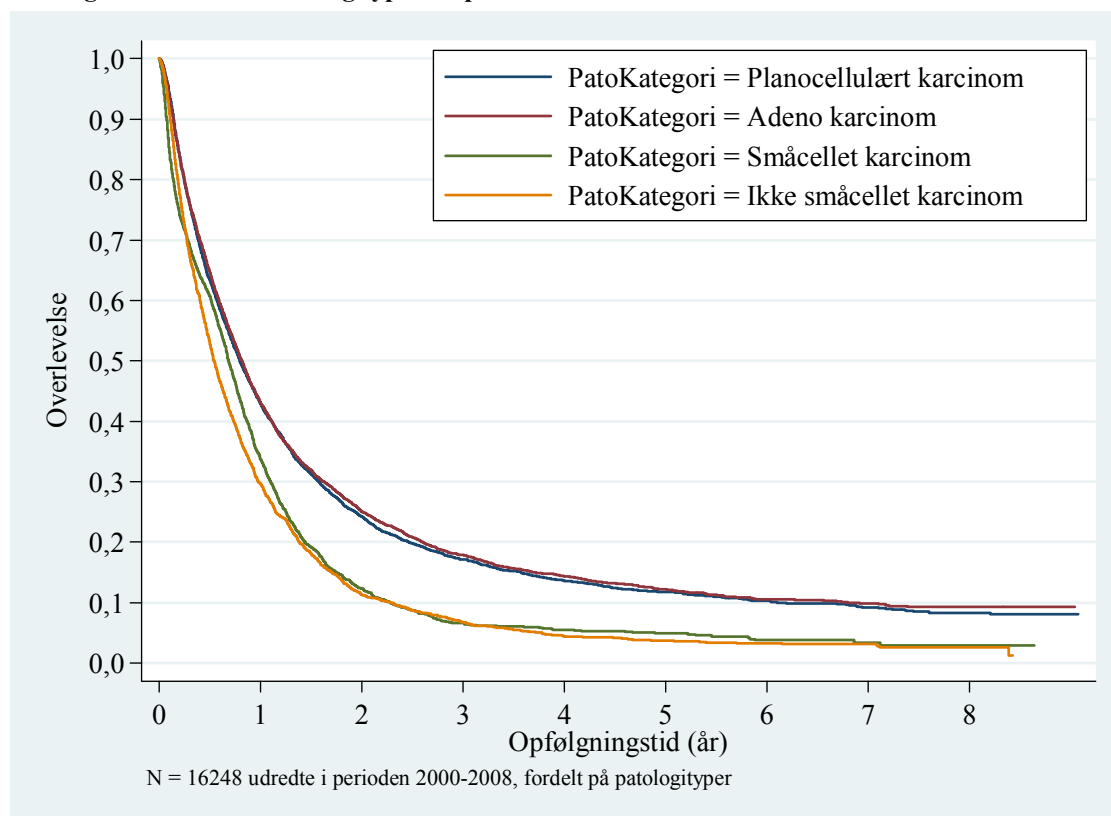
	Performancestatus i % af totalt antal udredte							
Afdeling	I alt	0	1	2	3	4	5	6
Bispebjerg	282	13,8	25,2	45,0	12,4	3,2	0,0	0,4
Hvidovre	25	0,0	4,0	48,0	32,0	16,0	0,0	0,0
Amager	1	0,0	0,0	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Gentofte	408	42,6	28,9	11,8	7,6	3,7	1,2	4,2
Hillerød	208	26,9	34,1	15,9	7,2	3,8	1,4	10,6
Roskilde	138	29,7	39,1	13,8	13,8	2,9	0,0	0,7
Holbæk	189	31,2	24,9	12,7	10,6	12,2	1,6	6,9
Slagelse	1	100,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Næstved	251	17,5	54,6	17,1	6,8	2,8	1,2	0,0
Nykøbing F	1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0	0,0
Bornholm	37	43,2	32,4	8,1	16,2	0,0	0,0	0,0
Odense	207	32,9	27,1	18,4	9,7	4,8	6,3	1,0
Svendborg	118	18,6	35,6	21,2	10,2	3,4	3,4	7,6
Sønderborg	184	16,3	28,3	32,1	13,6	6,5	1,1	2,2
Esbjerg	171	18,1	33,9	17,5	15,8	11,1	0,6	2,9
Fredericia	116	23,3	28,4	18,1	10,3	3,4	1,7	14,7
Vejle	177	28,8	32,8	17,5	19,2	1,7	0,0	0,0
Holstebro	178	34,3	39,3	10,1	8,4	5,6	1,7	0,6
Silkeborg	77	53,2	23,4	3,9	13,0	5,2	0,0	1,3
Århus	198	42,9	36,9	8,1	4,5	3,5	1,5	2,5
Randers	114	47,4	34,2	9,6	3,5	4,4	0,9	0,0
Skive	127	26,0	43,3	10,2	5,5	10,2	1,6	3,1
Aalborg	378	36,2	33,3	11,1	7,7	4,2	2,4	5,0
Hjørring	18	11,1	27,8	11,1	0,0	11,1	27,8	11,1
DK	3.604	29,7	33,2	17,2	9,9	5,0	1,7	3,4

6.8 Patologi

Der henvises til kommentaren i beretningen fra DLCR og det indledende metodeafsnit. Ser man på 2000-2008 populationen, hvor der foreligger

celletype på i alt 16.248 patienter, ser overlevelseskurven således ud:
Vedr. manglende patologidiagnoser henvises til bemærkninger s. 9.

6.8.1 Figur Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:



6.8.2 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:

Patologityper	Observeret 1 års overlevelse i % af antal udrede								Total
	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	
Planocellulært karcinom	43,3	43,0	43,1	40,9	41,2	43,5	44,1	43,4	42,7
Adeno karcinom	46,8	45,7	44,8	42,4	41,0	43,3	40,4	33,5	42,9
Storcellet karcinom	41,2	32,7	29,3	32,2	36,8	40,4	35,6	23,4	34,9
Småcellet karcinom	39,1	36,6	33,5	33,3	27,8	24,9	27,3	33,7	33,2
Adenosquamøst karcinom	43,8	23,5	45,5	50,0	100,0	-	100,0	100,0	42,6
Specifik anden malign tumor	50,0	50,0	50,0	42,9	42,4	55,2	54,0	58,8	52,1
Uspecifik malign tumor	29,8	27,8	30,3	26,2	55,0	100,0	87,5	83,3	31,2
Sarkomatoidt carcinom	70,0	28,6	50,0	16,7	0,0	-	100,0	-	42,5
Spytkirtel tumor	100,0	66,7	60,0	66,7	-	-	-	-	69,2
Karcinoid tumor	75,0	66,7	90,5	78,9	100,0	-	-	100,0	81,0
Ikke småcellet karcinom	29,9	27,0	32,5	27,8	22,9	33,3	32,3	30,4	29,0
Bronkioalveolært karcinom	70,0	40,0	56,3	56,5	75,0	-	-	100,0	58,8
Combined small cell carcinoma	48,6	30,0	47,6	26,9	39,3	56,5	47,1	43,5	42,9
Blandingstumor	71,6	71,7	76,3	75,0	100,0	100,0	-	-	73,7
Uoplyst	26,2	21,3	17,6	29,5	24,1	34,1	38,8	47,9	27,5
Total	39,0	37,2	37,6	36,9	36,4	40,3	39,8	39,1	38,1

	Observeret 2 års overlevelse i % af antal udredte							
Patologityper	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Planocellulært karcinom	24,7	23,8	22,4	22,1	25,9	24,4	24,7	23,9
Adeno karcinom	27,7	26,6	24,0	20,7	22,8	24,3	21,2	24,0
Storcellet karcinom	16,4	19,2	18,9	19,3	22,8	17,8	12,5	18,5
Småcellet karcinom	14,3	11,1	13,3	11,4	9,5	8,0	8,8	11,4
Adenosquamøst karcinom	11,8	45,5	50,0	100,0	-	100,0	100,0	36,8
Specifik anden malign tumor	33,3	25,0	32,1	23,7	37,3	33,0	36,8	32,7
Uspecifik malign tumor	11,0	13,2	10,5	35,0	72,7	87,5	83,3	15,1
Sarkomatoidt karcinom	7,1	37,5	16,7	0,0	-	100,0	-	20,0
Spytkirtel tumor	66,7	60,0	33,3	-	-	-	-	54,5
Karcinoid tumor	55,6	81,0	73,7	100,0	-	-	100,0	75,0
Ikke småcellet karcinom	7,9	11,9	10,1	7,9	14,1	12,2	15,7	10,7
Bronkioalveolært karcinom	26,7	56,3	47,8	50,0	-	-	100,0	46,7
Combined small cell carcinoma	15,0	23,8	15,4	28,6	34,8	26,5	30,4	25,1
Blandingstumor	55,0	55,9	58,3	66,7	50,0	-	-	56,4
Uoplyst	10,2	10,3	16,8	14,9	22,5	28,3	41,1	18,1
Total	19,9	20,5	19,6	18,8	22,3	22,5	23,5	20,7

	Observeret 5 års overlevelse i % af antal udredte				
Patologityper	2003	2002	2001	2000	Total
Planocellulært karcinom	10,9	13,2	12,5	11,4	11,9
Adenokarcinom	10,0	11,1	10,5	12,6	10,8
Storcellet karcinom	7,0	9,6	10,0	9,4	8,9
Småcellet karcinom	5,1	5,3	2,1	4,4	4,2
Adenosquamøst karcinom	0,0	-	50,0	100,0	50,0
Specifik anden malign tumor	13,6	25,4	28,0	20,6	22,8
Uspecifik malign tumor	7,5	18,2	12,5	50,0	13,8
Sarkomatoidt karcinom	0,0	-	0,0	-	0,0
Karcinoid tumor	100,0	-	-	100,0	100,0
Ikke småcellet karcinom	3,1	5,1	3,9	3,9	3,9
Bronkioalveolært karcinom	25,0	-	-	0,0	16,7
Combined small cell carcinoma	17,9	17,4	8,8	13,0	13,9
Blandingstumor	33,3	50,0	-	-	40,0
Uoplyst	8,3	14,9	16,1	29,4	16,2
Total	9,1	11,4	11,1	13,1	10,9

Patologityperne fordeler sig i % og på køn i populationen 2000-2008 således:

6.8.3 Tabel Patologityper per år - totalt:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal udredte:	3.604	3.410	2.993	2.837	2.720	2.508	2.058	1.977	1.369	23.476
Patologityper i % af antal udredte:										
Planocellulært karcinom	17,5	19,8	22,2	20,1	21,2	23,4	21,8	24,7	27,5	21,4
Adeno karcinom	23,1	22,6	26,1	27,4	26,4	36,0	36,0	27,9	27,9	27,5
Storcellet karcinom	2,7	4,0	3,7	3,5	3,3	4,5	5,5	4,6	4,7	3,9
Småcellet karcinom	9,2	10,6	11,0	11,5	11,9	7,0	8,2	9,5	13,2	10,1
Adenosquamøst karcinom	0,2	0,5	0,6	0,4	0,2	0,0	0,0	0,1	0,1	0,3
Specifik anden malign tumor	0,2	0,1	0,2	0,3	1,0	2,4	3,3	5,1	5,0	1,5
Uspecifik malign tumor	5,5	6,3	7,0	8,2	9,1	1,6	0,5	0,4	0,4	5,0
Sarkomatoidt karcinom	0,3	0,3	0,5	0,3	0,2	0,0	0,0	0,1	0,0	0,2
Spytkirtel tumor	0,1	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	0,9	0,5	0,6	0,7	0,7	0,4	0,0	0,0	0,1	0,5
Ikke småcellet karcinom	8,0	6,9	9,3	10,4	14,2	14,1	11,4	11,6	7,5	10,2
Bronkioalveolært karcinom	0,2	0,6	0,5	0,6	0,8	0,2	0,0	0,0	0,1	0,4
Combined small cell carcinoma	0,6	1,0	0,7	0,7	1,0	1,1	1,1	1,7	1,7	1,0
Blandingstumor	3,1	3,0	2,0	2,1	1,8	0,1	0,1	0,0	0,0	1,6
Uoplyst	28,5	23,9	15,7	13,6	8,1	9,1	12,1	14,5	11,9	16,4
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6.8.4 Tabel Patologityper per år - kvinder:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal udredte:	1.669	1.633	1.372	1.261	1.234	1.112	900	858	562	10.601
Patologityper i % af antal udredte:										
Planocellulært karcinom	13,3	14,8	15,6	14,8	15,4	15,4	13,8	16,4	20,6	15,1
Adenokarcinom	27,3	27,3	29,4	32,4	32,3	42,4	42,2	33,3	31,0	32,3
Storcellet karcinom	2,2	4,0	3,8	3,5	2,4	4,9	6,2	4,7	4,4	3,8
Småcellet karcinom	10,2	11,0	11,2	11,9	12,9	6,7	9,4	9,1	14,2	10,7
Adenosquamøst karcinom	0,1	0,3	0,2	0,3	0,3	0,1	0,0	0,0	0,0	0,2
Specifik anden malign tumor	0,3	0,0	0,2	0,1	0,9	2,4	3,6	5,1	5,2	1,4
Uspecifik malign tumor	5,5	6,1	7,3	8,1	9,0	1,4	0,6	0,6	0,2	5,0
Sarkomatoidt karcinom	0,2	0,4	0,7	0,3	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,3
Spytkirtel tumor	0,0	0,0	0,2	0,2	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	1,0	0,6	0,7	0,8	1,0	0,6	0,0	0,0	0,2	0,6
Ikke småcellet karcinom	7,1	7,2	9,8	11,3	13,9	14,7	11,3	11,3	9,6	10,4
Bronkioalveolært karcinom	0,4	0,7	0,4	0,8	0,8	0,3	0,0	0,0	0,2	0,5
Combined small cell carcinoma	0,4	1,1	0,7	0,6	1,1	1,3	1,1	1,9	1,4	1,0
Blandingstumor	3,1	2,9	2,4	2,4	1,9	0,1	0,2	0,0	0,0	1,8
Uoplyst	29,0	23,6	17,6	12,5	7,9	9,6	11,6	17,5	13,0	17,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

6.8.5 Tabel Patologityper per år - mænd:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal udredte:	1.935	1.777	1.621	1.576	1.486	1.396	1.158	1.119	807	12.875
Patologityper i % af antal udredte:										
Planocellulært karcinom	21,0	24,4	27,8	24,4	26,0	29,9	28,0	31,0	32,2	26,5
Adeno karcinom	19,4	18,4	23,3	23,4	21,5	30,9	31,2	23,8	25,8	23,6
Storcellet karcinom	3,2	4,0	3,6	3,5	4,1	4,3	5,0	4,5	4,8	4,0
Småcellet karcinom	8,3	10,2	10,8	11,1	11,1	7,2	7,3	9,7	12,5	9,7
Adenosquamøst karcinom	0,3	0,6	0,9	0,4	0,1	0,0	0,0	0,2	0,1	0,3
Specifik anden malign tumor	0,2	0,1	0,2	0,4	1,1	2,3	3,0	5,0	4,8	1,5
Uspecifik malign tumor	5,4	6,5	6,7	8,4	9,2	1,7	0,5	0,3	0,6	4,9
Sarkomatoidt karcinom	0,4	0,2	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Spytkirtel tumor	0,1	0,1	0,0	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	0,8	0,4	0,6	0,7	0,5	0,1	0,0	0,0	0,0	0,4
Ikke småcellet karcinom	8,7	6,5	8,9	9,6	14,3	13,7	11,4	11,8	5,9	10,1
Bronkioalveolært karcinom	0,1	0,5	0,6	0,4	0,9	0,1	0,0	0,0	0,1	0,3
Combined small cell carcinoma	0,8	1,0	0,7	0,8	0,9	1,0	1,1	1,6	1,9	1,0
Blandingstumor	3,2	3,1	1,7	1,8	1,7	0,1	0,0	0,0	0,0	1,6
Uoplyst	28,1	24,1	14,1	14,6	8,2	8,7	12,5	12,2	11,2	15,9
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.0 Kirurgiske afdelinger

7.1 Indledning

Indberetninger: Som omtalt i beretningen skyldes nedgangen i den kirurgiske aktivitet sandsynligvis den manglende inddatering af Gentoftepatienter. Det er anslået, at der mangler ca. 80 patienter. Aktiviteten i 2008 må således forventes at være på niveau med aktiviteten i 2007. Ålborgs aktivitet er steget med ca. 30 % og vurderes at skyldes en centralisering af udredning og præliminær vurdering af CT-skanninger af thoraxkirurger.

Liggetider: Det ses, at liggetiden er næsten ens centrene imellem, dog har Ålborg en betydelig længere indlæggelsestid, hvilket formodentlig skyldes, at der har været et par patienter med meget lang indlæggelsestid.

Fordeling af operationer: Det fremgår af tabel 7.5.3 at tendensen med flere og flere lobektomier, færre pneumonektomier samt faldende eksplorativ rate stadig fastholdes, hvilket er et udtryk for fælles retningslinier samt også afspejler de interne diskussioner, der finder sted i DKLCG.

Risikofaktorer: Tabel 7.5.6 viser fordelingen af risikofaktorer i relation til det udførte indgreb og dokumenterer at indgrebene afpasses efter patientens komorbiditet. Samtidig viser den regionale fordeling af risikofaktorer, at der formodentlig er en uens registreringspraksis, hvorfor dette vil blive nærmere vurderet ved en intern audit.

Torakotomitype: Det fremgår af tabel 7.5.7 at alle afdelinger nu udfører VATS-resektioner på lungecancer patienter.

Stadier: Af figur 7.6.1 ses, at der siden 2004 har været en øget andel af Stadium Ia cancer fra 18 til 28 %. Dette er meget glædeligt og viser sig også i overlevelseshastighederne, hvor både 1- og 2-årsoverlevelseshastighederne fortsat stiger.

Mht. betydende cN/pN skift viser tabel 7.6.3, at det hovedsageligt er et problem i det jyske. Der vil i de videre diskussioner i DKLCG blive fokuseret på dette mhp at nedsætte denne problemstilling.

Postoperativ mortalitet viser stadig et fald og er i 2008 nede på 2 %, hvilket må anses for meget tilfredsstillende, da det dækker over et landsresultat.

Komplikationer: Disse fremgår af figur 7.8.1 og efterfølgende tabel; men må stadig anses for ikke at være ensartet registreret pga. de store regionale forskelle, der er registreret.

Patologityper: Som forventet stiger hyppigheden af adenokarcinomer, hvilket fremgår af figur 7.9.3.

Denne stigning skyldes som forventet den store hyppighed der ses af denne celletype hos kvinder. Samtidig ses at hyppigheden af planocellulære karcinomer er reduceret med mere end 20 % i registerets levetid.

Hans K. Pilegaard
Overlæge
Formand for DKLCG

7.2 Kirurgiforløb

Afdelingerne har indberettet i alt 640 patienter med en operationsdato i 2008 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. Som anført i kap. 5 blev de thoraxkirurgiske afdelinger i Gentofte og Rigshospitalet fusioneret i 2008, hvorfor de opgøres samlet. Det skønnes at der mangler ca. 80 indberetninger fra Gentofte i 2008.

7.2.1 Tabel Indberetninger

Afdeling	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	164	244	231	244	226	260	239	157	184
Odense	191	193	177	216	149	159	142	94	64
Vejle	0	0	0	0	29	30	32	36	37
Skejby	180	208	167	159	177	131	145	109	139
Viborg	0	0	0	0	6	25	23	0	0
Aalborg	105	79	70	59	62	53	63	72	55
Total	640	724	645	678	649	658	644	468	479

Af de indberettede 640 patienter er 48 % kvinder og 52 % mænd. På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2008 således:

7.2.2 Tabel Kønsfordeling

Afdeling	Kvinder (%)	Mænd (%)	Antal operationer
Rigshospitalet	46,3	53,7	164
Odense	50,3	49,7	191
Skejby	49,4	50,6	180
Aalborg	43,8	56,2	105
Total	48,0	52,0	640

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:

7.2.3 Tabel Afdelinger, regionsfordeling og køn

Afdeling	Bopæls-region	I alt (%)	Kvinder (%)	Mænd (%)
Rigshospitalet	Hovedstaden	73,8	45,5	54,5
	Sjælland	25,6	47,6	52,4
	Uoplyst	0,6	100,0	0,0
		100,0	46,3	53,7
Odense	Sjælland	16,2	51,6	48,4
	Syddanmark	79,1	49,7	50,3
	Midtjylland	4,7	55,6	44,4
		100,0	50,3	49,7
Skejby	Hovedstaden	0,6	100,0	0,0
	Syddanmark	4,4	62,5	37,5
	Midtjylland	93,3	49,4	50,6
	Nordjylland	1,7	0,0	100,0
		100,0	49,4	50,6
Aalborg	Midtjylland	1,0	100,0	0,0
	Nordjylland	99,0	43,3	56,7
		100,0	43,8	56,2

Patienternes alder fordeler sig således:

7.2.4 Tabel Alder og afdelinger

Afdeling	Antal operationer	Alder ved operation				
		Median	Nedre kvartil	Øvre kvartil	Min.	Maks.
Rigshospitalet	164	66	60	73	32	85
Odense	191	65	60	73	35	89
Skejby	180	68	60	74	29	87
Aalborg	105	69	60	74	34	84
Total	640	66	60	73	29	89

7.3 Udredning kirurgi

På patienter der henvises til kirurgisk behandling fra en afdeling, der ikke indberetter udredningsdata til DLCR, hvilket kunne være andre kirurgiske afdelinger eller almen medicinske afdelinger, skal den kirurgiske afdeling som en erstatning for den regulære indberetning af udredningsdata indberette en erstatningsudredning. Dette er en følge af DLCR's

nye forløbsregistrering, hvor indberetning af udredningsdata er starttidspunktet for alle forløb.

De kirurgiske afdelinger indberettede i 2008 erstatningsudredninger. Nærmere om disse udredninger i de kommende årsrapporter.

7.4 Ventetider

De af afdelingerne indberettede ventetider er nærmere beskrevet i kapitel 5. Patienterne er indlagt i følgende perioder gennemsnitligt og mediant:

7.4.1 Tabel Liggetider

Afdeling	Antal operationer	Liggetid efter operation (antal dage)			
		Median	Middelværdi	Min.	Maks.
Rigshospitalet	164	6	7.8	0.0	40
Odense	191	6	7.1	2.0	43
Skejby	180	5	7.1	1.0	46
Aalborg	104	8	10.8	1.0	105
Total	639	6	7.9	0.0	105

Postoperativ liggetid er tid fra operationsdato til udskrivelse. Populationerne der medregnes i de forskellige beregninger er forskellige, idet liggetid medregner alle, ventetiderne opgjort i kap. 5 medregner alle eksklusiv patienter der har modtaget neoadjuverende terapi og patienter der har forlænget ventetid (eget valg, eller af anden årsag).

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 7.4.3 fremgår, hvor mange % af de opererede afdelingerne overflytter til anden afdeling (ikke onkologisk). Tabel 7.4.2 indeholder maksimale ventetider, der må anses for at være fejlregistrerede:

7.4.2 Tabel ventetider

Afdeling	Antal operationer	Median	Ventetid (antal dage)		
			Middelværdi	Min.	Maks.
Rigshospitalet	147	14	23.2	3.0	747
Odense	167	9	11.8	3.0	54
Skejby	162	9	9.6	1.0	74
Aalborg	93	10	11.2	0.0	39
Total	569	10	14.0	0.0	747

7.4.3 Tabel overflytninger

Afdeling	Antal operationer i alt	Andel overflyttede (%)
Rigshospitalet	164	1,2
Odense	191	6,3
Skejby	180	32,2
Aalborg	105	12,4
I alt	640	13,3

7.5 Operativ aktivitet

Afdelingerne har i perioden 2000 – 2008 indberettet følgende antal operationer (eksplorative, resektioner,

lobektomier og pneumonektomier - torakotomier og torakoskopier).

7.5.1 Tabel Antal operationer

Afdeling	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	164	244	231	244	226	260	239	157	184
Odense	191	193	177	216	149	159	142	94	64
Vejle	0	0	0	0	29	30	32	36	37
Skejby	180	208	167	159	177	131	145	109	139
Viborg	0	0	0	0	6	25	23	0	0
Aalborg	105	79	70	59	62	53	63	72	55
Total	640	724	645	678	649	658	644	468	479

Antal resektioner i 2000 - 2008, d.v.s. antal operationer minus de eksplorative indgreb

7.5.2 Tabel Antal resektioner

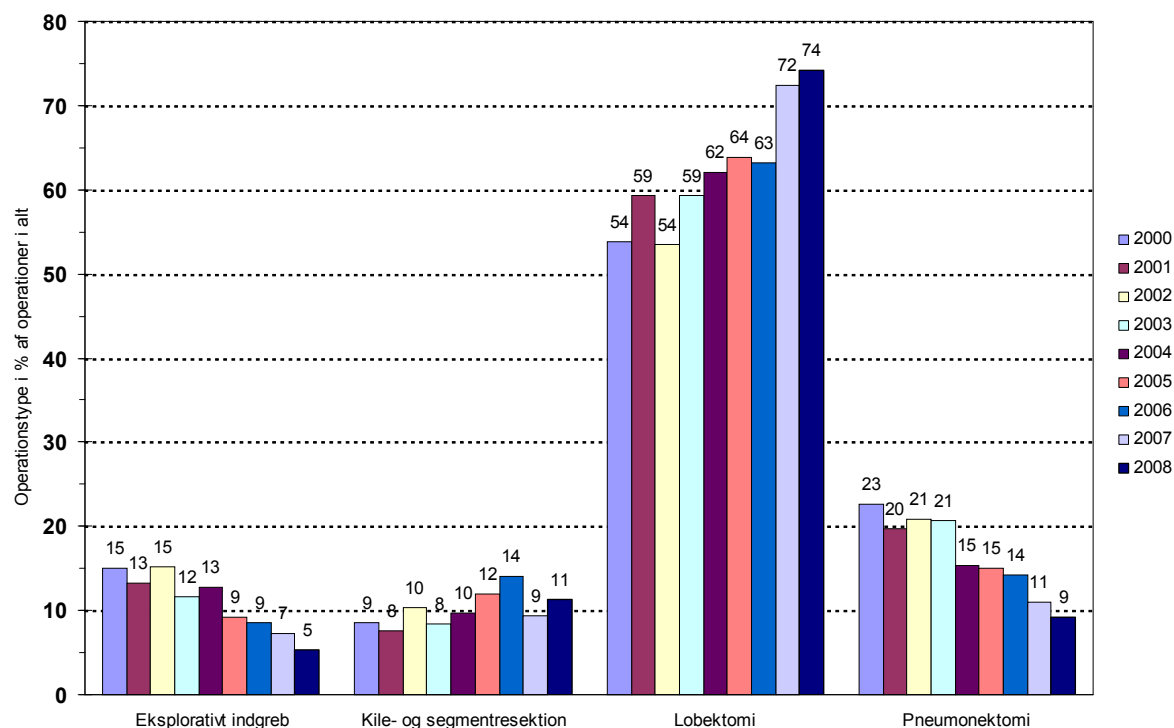
Afdeling	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	152	224	206	217	182	221	195	128	150
Odense	178	181	159	193	134	142	121	76	53
Vejle	0	0	0	0	26	29	28	32	34
Skejby	171	192	155	154	165	122	132	103	122
Viborg	0	0	0	0	6	23	17	0	0
Aalborg	104	74	67	52	53	44	53	64	48
Total	605	671	587	616	566	581	546	403	407

De enkelte operationstyper fordeler sig således:

7.5.3 Tabel Operationer fordeling i %

		Operationstype i % af antal operationer i alt			
År	Total	Eksplorativt indgreb	Kile- og segmentresektion	Lobektomi	Pneumonektomi
2000	479	15,0	8,6	53,9	22,5
2001	465	13,3	7,5	59,4	19,8
2002	644	15,2	10,4	53,6	20,8
2003	657	11,6	8,4	59,4	20,7
2004	649	12,8	9,7	62,1	15,4
2005	678	9,1	11,9	63,9	15,0
2006	642	8,6	14,0	63,2	14,2
2007	723	7,2	9,4	72,5	10,9
2008	639	5,3	11,3	74,2	9,2
Total	5.576	10,7	10,3	62,9	16,2

7.5.4 Fig. Operationer fordeling grafisk



Den nationale standard for lobektomier er 60 %.
Følgende tabel viser tilsvarende fordelt på eksisterende afdelinger

7.5.5 Tabel Operationstyper – afdelinger

Afdeling	År	I alt	Operationstype i % af antal operationer i alt			
			Eksplorativt indgreb	Kile- og segmentresektion	Lobektomi	Pneumonektomi
Rigshospitalet	2000	184	18,5	7,6	51,6	22,3
	2001	155	17,4	5,2	57,4	20,0
	2002	239	18,4	10,0	52,7	18,8
	2003	260	15,0	8,5	54,6	21,9
	2004	226	19,5	7,5	56,2	16,8
	2005	244	11,1	12,3	61,5	15,2
	2006	231	10,8	10,8	63,6	14,7
	2007	244	8,2	7,8	72,5	11,5
	2008	163	6,7	11,7	71,2	10,4
Odense	2000	64	17,2	18,8	39,1	25,0
	2001	94	19,1	14,9	47,9	18,1
	2002	142	14,8	19,0	47,9	18,3
	2003	159	10,7	10,7	54,7	23,9
	2004	149	10,1	18,8	60,4	10,7
	2005	216	10,6	17,6	52,8	19,0
	2006	177	10,2	22,0	55,4	12,4
	2007	193	6,2	14,5	67,4	11,9
	2008	191	6,8	11,0	72,8	9,4
Skejby	2000	139	12,2	1,4	64,7	21,6
	2001	109	5,5	0,9	81,7	11,9
	2002	145	9,0	6,9	65,5	18,6
	2003	130	6,2	3,1	75,4	15,4
	2004	177	6,8	5,6	71,8	15,8
	2005	159	3,1	4,4	82,4	10,1
	2006	164	5,5	6,7	72,0	15,9
	2007	207	7,2	5,3	77,8	9,7
	2008	180	5,0	9,4	77,2	8,3
Aalborg	2000	55	12,7	10,9	60,0	16,4
	2001	71	9,9	14,1	52,1	23,9
	2002	63	15,9	4,8	52,4	27,0
	2003	53	17,0	9,4	58,5	15,1
	2004	62	14,5	9,7	56,5	19,4
	2005	59	11,9	10,2	64,4	13,6
	2006	70	4,3	21,4	61,4	12,9
	2007	79	6,3	12,7	70,9	10,1
	2008	105	1,0	14,3	76,2	8,6

Fordelingen af risikofaktorer i 2008 på de enkelte operationstyper fremgår af følgende tabel. Første kolonne viser 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:

7.5.6 Tabel Risikofaktorer

		Risikofaktor i % af antal operationer				
Operationstype	Antal operationer	RISK	KOL	MBCORD.	ANDRE	INGEN
Eksplorativt indgreb	34	32,4	14,7	14,7	5,9	67,6
Kile- og segmentresektion	72	54,2	23,6	25,0	29,2	45,8
Lobektomi	474	39,5	16,7	15,6	16,7	60,5
Pneumonektomi	59	27,1	11,9	11,9	6,8	72,9
I alt	639	39,6	16,9	16,3	16,6	60,4

og regionalt

Region			Risikofaktor i % af antal operationer				
	Operationstype	Antal operationer	RISK	KOL	MBCORD.	ANDRE	INGEN
Hovedstaden	Eksplorativt indgreb	7	28,6	14,3	14,3	0,0	71,4
	Kile- og segmentresektion	15	53,3	13,3	20,0	20,0	46,7
	Lobektomi	89	30,3	16,9	7,9	7,9	69,7
	Pneumonektomi	10	30,0	20,0	10,0	0,0	70,0
	Total	121	33,1	16,5	9,9	8,3	66,9
Sjælland	Eksplorativt indgreb	4	75,0	75,0	25,0	0,0	25,0
	Kile- og segmentresektion	6	66,7	50,0	33,3	16,7	33,3
	Lobektomi	52	32,7	19,2	15,4	9,6	67,3
	Pneumonektomi	11	18,2	0,0	9,1	9,1	81,8
	Total	73	35,6	21,9	16,4	9,6	64,4
Syddanmark	Eksplorativt indgreb	13	23,1	7,7	15,4	0,0	76,9
	Kile- og segmentresektion	21	33,3	9,5	19,0	4,8	66,7
	Lobektomi	111	29,7	9,9	11,7	14,4	70,3
	Pneumonektomi	14	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Total	159	27,0	8,8	11,9	10,7	73,0
Midtjylland	Eksplorativt indgreb	7	28,6	0,0	14,3	14,3	71,4
	Kile- og segmentresektion	15	53,3	26,7	13,3	33,3	46,7
	Lobektomi	141	36,9	7,1	19,1	15,6	63,1
	Pneumonektomi	15	33,3	20,0	13,3	6,7	66,7
	Total	178	37,6	9,6	18,0	16,3	62,4
Nordjylland	Eksplorativt indgreb	2	0,0	0,0	0,0	0,0	100,0
	Kile- og segmentresektion	15	80,0	40,0	46,7	73,3	20,0
	Lobektomi	81	71,6	40,7	23,5	35,8	28,4
	Pneumonektomi	9	66,7	22,2	33,3	22,2	33,3
	Total	107	71,0	38,3	27,1	39,3	29,0

Adgang og type for torakotomi operationer:

7.5.7 Tabel Torakotomitype

	Antal operationer, fordelt på torakotomitype					
Afdeling	Anterior	Posterolateral	Sternotomi	Andre	VATS	Total
Rigshospitalet	34	62	0	5	62	163
Odense	17	96	0	1	77	191
Skejby	149	5	4	0	22	180
Aalborg	56	23	2	7	17	105
Total	256	186	6	13	178	639

Lobektomierne fordeler sig efter type

7.5.8 Tabel Lobektomitype

		Lobektomitype i pct. af antal lobektomioperationer				
Afdeling	Total	Lobektomi	Bilobektomi	Lobektomi m/sleeve resektion	Lobektomi m/wedge resektion	Lobektomi og resektion
Rigshospitalet	116	96,6	1,7	0,9	0,9	0,0
Odense	139	96,4	2,9	0,0	0,0	0,7
Skejby	139	79,1	5,0	2,2	6,5	7,2
Aalborg	80	86,3	2,5	8,8	2,5	0,0
Total	474	89,7	3,2	2,3	2,5	2,3

7.5.9 Tabel Torakoskopiske operationer PLUS totale antal og operationstyper i PROCENT

		Torakoskopityper i % af antal torakoskopioperationer			
Afdeling	Total	Eksplorativt indgreb	Kile- og segmentresektion	Lobektomi	Pneumonektomi
Rigshospitalet	62	1,6	21,0	77,4	0,0
Odense	77	1,3	15,6	83,1	0,0
Skejby	22	4,5	36,4	59,1	0,0
Aalborg	17	0,0	35,3	64,7	0,0
Total	178	1,7	21,9	76,4	0,0

Pneumonektomierne fordeler sig efter type som følgende i absolutte tal

7.5.10 Tabel Pneumonektomier – typer

		Pneumonektomityper i % af antal pneumonektomioperationer			
Afdeling	Total	Standard	Udvidet	Carina resektion	Completion
Rigshospitalet	17	76,5	17,6	0,0	5,9
Odense	18	88,9	5,6	5,6	0,0
Skejby	15	93,3	6,7	0,0	0,0
Aalborg	9	66,7	22,2	11,1	0,0
Total	59	83,1	11,9	3,4	1,7

Og følgende lokalisationer

7.5.11 Tabel Pneumonektomier - lokalisation

Pneumonektomier - lokalisation			
Afdeling	Højre	Venstre	Total
Rigshospitalet	8	9	17
Odense	9	9	18
Skejby	5	10	15
Aalborg	2	7	9
Total	24	35	59

Afdelingerne angiver at have foretaget følgende antal thoraxvægsresektioner

7.5.12 Tabel Thoraxvægsresektion

Afdeling	Antal operationer	Thoraxvægresektion	
		Antal	%
Rigshospitalet	163	1	0,6
Odense	191	3	1,6
Skejby	180	5	2,8
Aalborg	105	1	1,0
Total	639	10	1,6

7.5.13 Tabel Neoadjuverende

Neoadjuverende behandling			
Afdeling	Antal operationer	Antal	%
Rigshospitalet	163	11	7,2
Odense	191	14	7,9
Skejby	180	10	5,9
Aalborg	105	1	1,0
Total	639	36	6,0

Peroperativt udtages lymfeknuder (glandelsampling). side.
Det anbefales, at der udtages fra 3 stationer på hver

7.5.14 Tabel Lymfeknuder

Afdeling	Antal operationer	Peroperativ glandelsampling			
		Median	Middelværdi	Min.	Maks.
Rigshospitalet	163	4	3.77	0	9
Odense	191	3	2.81	0	6
Skejby	180	4	3.97	0	7
Aalborg	105	5	4.68	0	9
Total	639	4	3.69	0	9

Afdelingerne registrerer et antal præoperative diagnostiske indgreb, således

7.5.15 Tabel Præoperative indgreb

Afdeling	Antal operationer med diagnostiske indgreb								
	Antal operationer	Media- stinoskopi	Bronko- skopi	Torako- centese	Torakal – biopsi	Torako- skopi	EBUS	EUL	Andre
Rigshospitalet	163	50	59	0	49	11	17	1	3
Odense	191	3	16	0	1	4	40	1	2
Skejby	180	0	0	0	0	7	4	0	1
Aalborg	105	2	2	0	0	0	0	0	0
Total	639	55	77	0	50	22	61	2	6

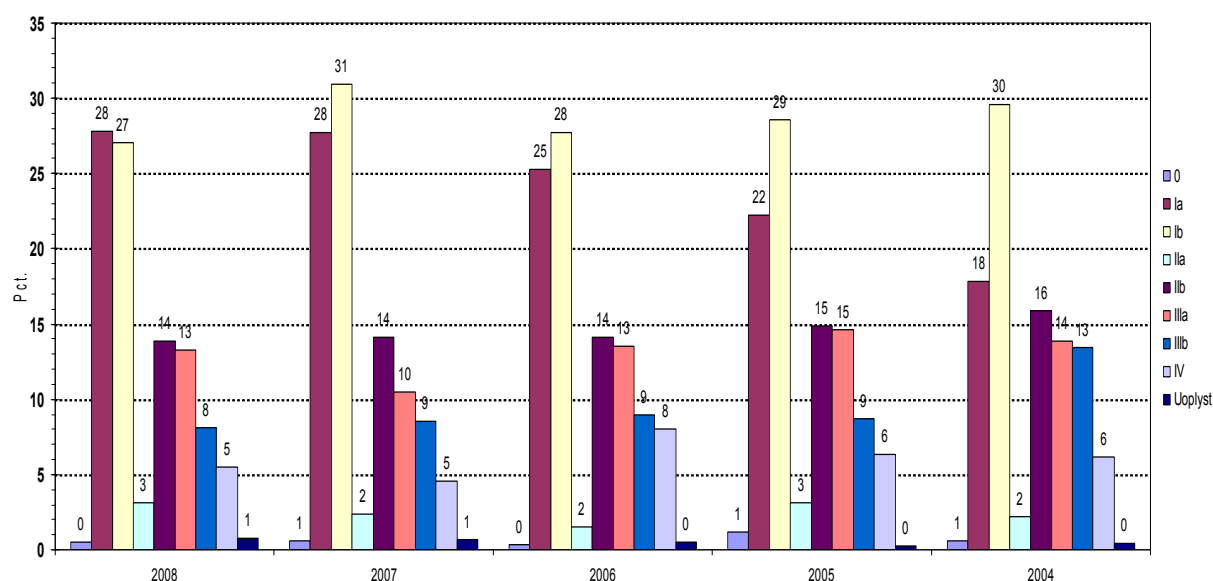
7.5.16 Tabel Præoperative estimeret FEV1 i % af forventet

Bopælsregion	Antal udredninger i alt	Antal udredninger med udfyldt FEV1 i % af forventet	Median (FEV1 i % af forventet)						Total	
			Totalt	Eksplorativt indgreb	Kile- og segment-resektion	Lobek-tomi	Pneumonek-tomi	Uoplyst	Min	Max
Hovedstaden	84	74	75,8	60,2	58,8	77,9	74,7	88,4	44	191
Sjælland	48	44	87,5	69,8	35,8	89,5	97,1	0,0	36	120
Syddanmark	129	121	77,6	56,9	80,7	77,6	84,7	0,0	27	152
Midtjylland	153	146	77,4	77,5	54,7	79,9	69,9	0,0	21	142
Nordjylland	95	91	77,4	82,4	76,1	77,6	67,3	0,0	36	116
DK	509	476	78,2	70,4	71,1	79,5	74,7	88,4	21	191

7.6 Stadier

Den procentvisse fordeling af pTNM var:

7.6.1 Fig. pTNM fordeling



7.6.2 Tabel pTNM fordeling – afdelinger

Afdeling	År	Antal operationer	Postoperative stadier i % af antal operationer i alt										
			0	Ia	Ib	IIa	IIb	IIIa	IIIb	IV	Uoplyst	IA/IIIA	IIIB/IV
Rigshospitalet	2008	164	0,6	26,8	33,5	4,3	13,4	7,3	9,1	4,9	0,0	85,4	14,0
	2007	244	0,8	21,7	36,5	2,0	16,0	8,6	10,7	3,7	0,0	84,8	14,3
	2006	231	0,4	23,8	35,9	1,3	9,5	11,3	13,4	4,3	0,0	81,8	17,7
	2005	244	0,0	18,9	27,5	2,9	17,2	13,9	11,9	7,8	0,0	80,3	19,7
	2004	226	0,4	15,9	32,3	1,8	13,3	12,4	16,4	7,5	0,0	75,7	23,9
	Total	1.109	0,5	21,1	33,1	2,3	14,0	10,9	12,4	5,7	0,0	81,4	18,1
Odense	2008	191	1,0	27,7	32,5	3,1	13,6	11,0	6,8	4,2	0,0	88,0	11,0
	2007	193	0,5	34,7	34,7	2,1	11,4	6,7	7,8	2,1	0,0	89,6	9,8
	2006	177	0,6	24,9	25,4	1,1	18,1	12,4	9,6	7,9	0,0	81,9	17,5
	2005	216	1,9	21,8	31,5	2,8	15,3	12,0	10,2	4,6	0,0	83,3	14,8
	2004	149	1,3	16,1	26,2	1,3	18,1	15,4	15,4	6,0	0,0	77,2	21,5
	Total	926	1,1	25,4	30,3	2,2	15,1	11,3	9,7	4,9	0,0	84,3	14,6
Skejby	2008	180	0,0	31,1	16,1	2,2	13,9	16,7	8,3	8,9	2,8	82,2	17,8
	2007	208	0,5	28,8	25,0	2,4	12,0	16,3	6,7	5,8	2,4	85,6	13,9
	2006	167	0,0	24,6	22,8	1,8	14,4	17,4	4,8	12,6	1,8	81,4	18,0
	2005	159	1,9	26,4	27,0	3,8	10,7	20,8	3,1	5,0	1,3	88,7	8,2
	2004	177	0,6	19,8	29,9	3,4	15,3	15,8	7,3	6,2	1,7	85,3	13,6
	Total	891	0,6	26,3	24,1	2,7	13,2	17,3	6,2	7,6	2,0	84,6	14,4
Aalborg	2008	105	0,0	23,8	25,7	2,9	15,2	21,0	8,6	2,9	0,0	88,6	11,4
	2007	79	0,0	26,6	20,3	3,8	20,3	10,1	8,9	10,1	0,0	81,0	19,0
	2006	70	0,0	32,9	18,6	2,9	18,6	14,3	2,9	10,0	0,0	87,1	12,9
	2005	59	1,7	27,1	27,1	3,4	15,3	10,2	5,1	10,2	0,0	83,1	15,3
	2004	62	0,0	25,8	21,0	1,6	16,1	16,1	16,1	3,2	0,0	80,6	19,4
	Total	375	0,3	26,9	22,7	2,9	17,1	14,9	8,3	6,9	0,0	84,5	15,2
Total		3.301	0,6	24,4	28,7	2,5	14,5	13,2	9,5	6,1	0,5	83,5	15,8

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

7.6.3 Tabel cN/pN skift – afdelinger

Afdeling	Antal	Heraf:		cN/pN skift	
		Valid pN	Valid cN	Antal	Pct.
Rigshospitalet	164	164	137	7	4,3
Odense	191	190	164	14	7,3
Skejby	180	174	167	33	18,3
Aalborg	105	105	91	18	17,1
I alt	640	633	559	72	11,3

7.6.4 Tabel cN/pN skift – regioner

Region	Antal	Heraf:		cN/pN skift	
		Valid pN	Valid cN	Antal	Pct.
Hovedstaden	122	122	106	4	3,3
Sjælland	73	73	59	4	5,5
Syddanmark	159	158	135	13	8,2
Midtjylland	178	172	167	33	18,5
Nordjylland	107	107	92	18	16,8
Total	639	632	559	72	11,3

7.7 Overlevelse og mortalitet

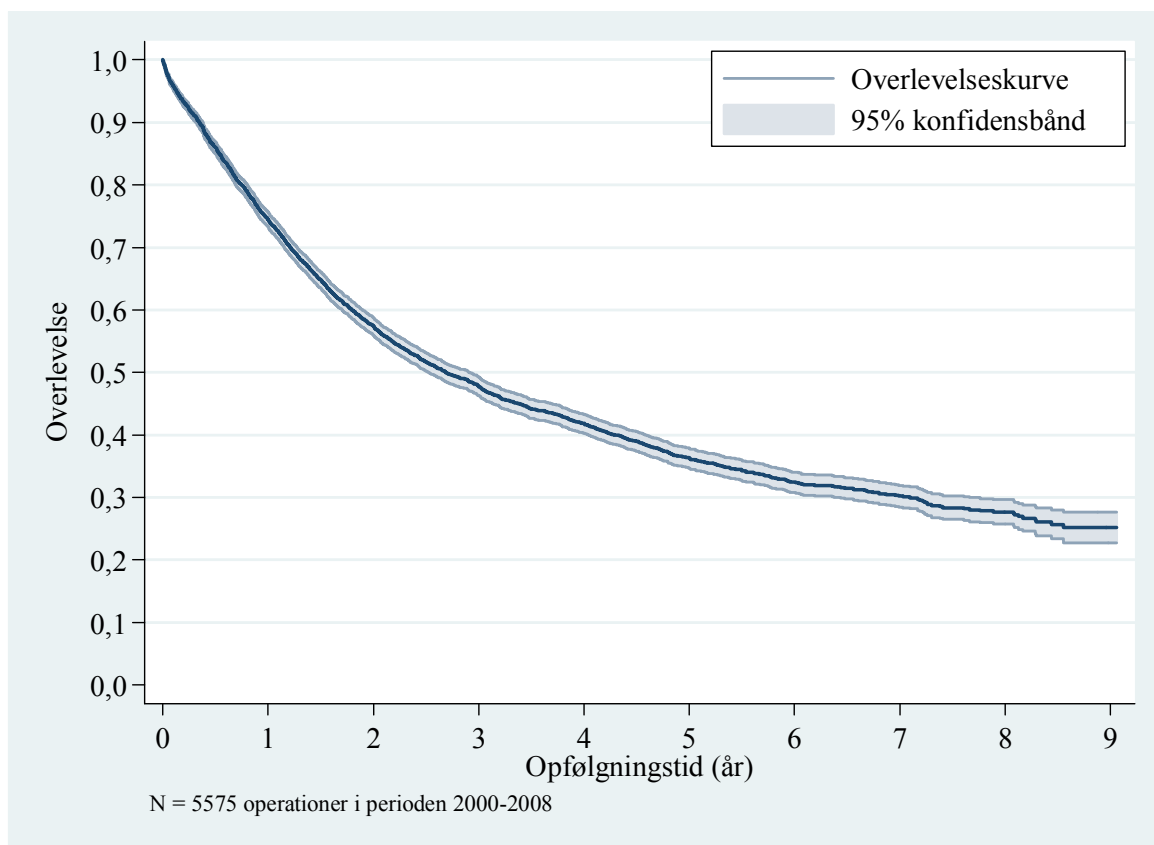
Den samlede observerede overlevelseshastighed for lungecancerpatienter behandlet kirurgisk i DK for de enkelte indrapporterede år fremgår af følgende tabel:

7.7.1 Tabel Overlevelse 1, 2, 3, 4 og 5 år fordelt på indberettede per år

Overlevelse i % af antal operationer						
År	Antal operationer	1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse	5 års overlevelse
2000	479	68,5	50,3	40,9	35,1	31,5
2001	468	70,3	54,3	44,2	38,2	31,6
2002	644	70,2	52,2	44,9	39,4	34,6
2003	658	71,9	56,1	47,0	40,0	-
2004	649	72,9	52,9	43,5	-	-
2005	678	76,5	59,9	-	-	-
2006	645	77,4	62,0	-	-	-
2007	724	80,2	-	-	-	-
Total	4.945	73,9	55,7	45,4	38,4	33,1

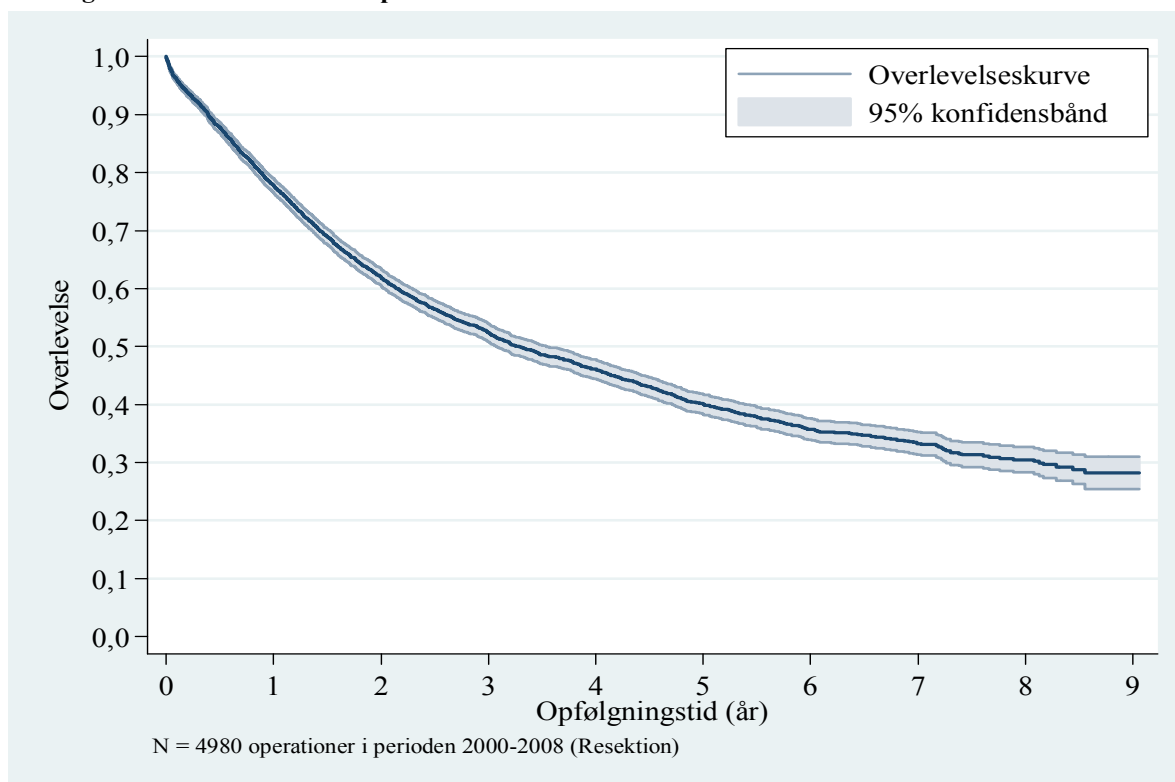
På landsplan kan følgende Kaplan Meier kurver opgjort per 17/3 2008 for patienterne opereret i perioden 2000-2008 (n= 5575) vises:

7.7.2 Fig. Overlevelse totalt – Kaplan Meier



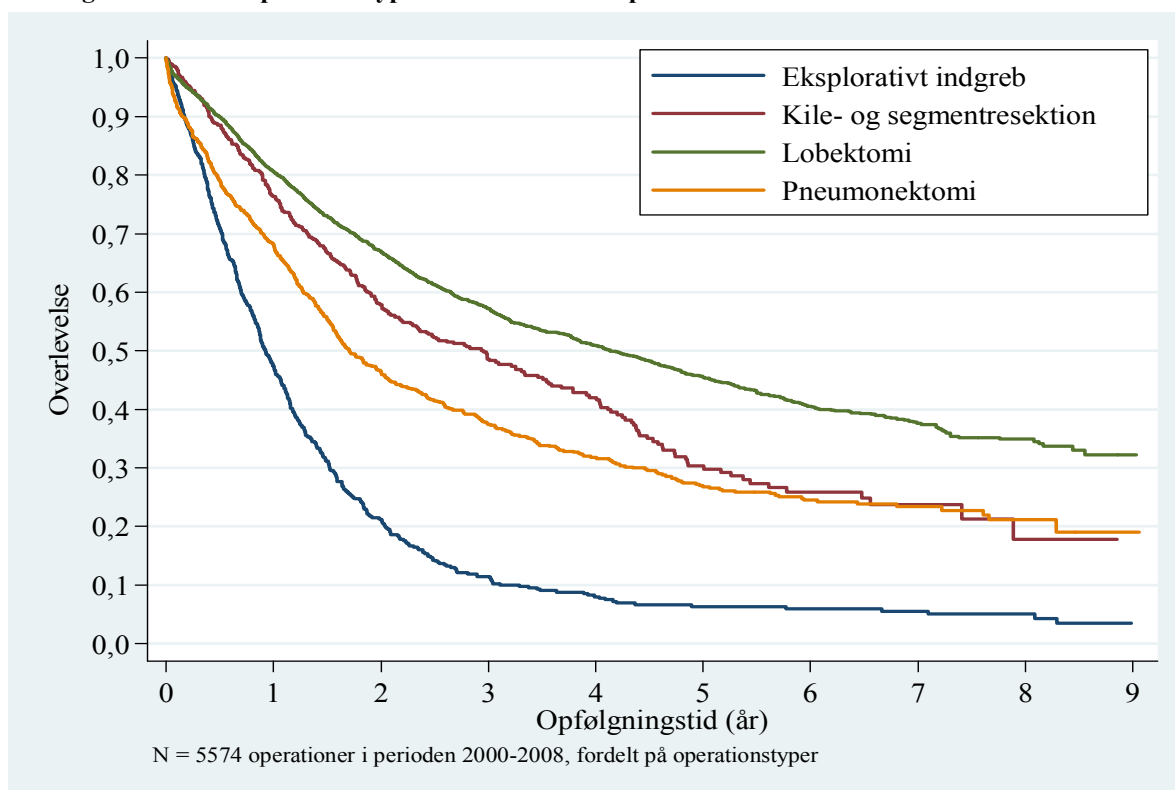
Ser man i stedet på kun de resecerede patienter dvs. alle opererede undtagen de eksplorative, fås følgende kurve:

7.7.3 Fig. Overlevelse resecerede patienter



Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2000-2008 (n=5574):

7.7.4 Fig. Overlevelse operationstyper 2000 – 2008 – Kaplan Meier



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

7.7.5 Tabel Operationstyper kohorter

År	Operationstype	Antal	Overlevelse i % af antal operationer				
			1 års overlevelse	2 års overlevelse	3 års overlevelse	4 års overlevelse	5 års overlevelse
2000	Eksplorativt indgreb	72	44,4	25,0	18,1	12,5	9,7
	Kile- og segmentresektion	41	56,1	41,5	29,3	26,8	19,5
	Lobektomi	258	77,9	62,8	53,5	47,3	44,2
	Pneumonektomi	108	66,7	40,7	30,6	24,1	20,4
	Total	479	68,5	50,3	40,9	35,1	31,5
2001	Eksplorativt indgreb	62	35,5	17,7	12,9	12,9	11,3
	Kile- og segmentresektion	35	82,9	62,9	48,6	42,9	31,4
	Lobektomi	276	76,4	62,7	51,4	44,6	38,4
	Pneumonektomi	92	70,7	51,1	42,4	34,8	25,0
	Total	465	70,3	54,4	44,3	38,3	31,6
2002	Eksplorativt indgreb	98	43,9	17,3	8,2	5,1	3,1
	Kile- og segmentresektion	67	73,1	55,2	47,8	38,8	26,9
	Lobektomi	345	78,8	63,5	56,2	51,0	47,2
	Pneumonektomi	134	65,7	47,0	41,0	35,1	29,1
	Total	644	70,2	52,2	44,9	39,4	34,6
2003	Eksplorativt indgreb	76	48,7	22,4	9,2	3,9	2,6
	Kile- og segmentresektion	55	81,8	65,5	52,7	45,5	34,5
	Lobektomi	390	78,5	65,6	57,7	49,7	41,8
	Pneumonektomi	136	61,8	43,4	34,6	29,4	27,9
	Total	657	71,8	56,0	46,9	39,9	33,8
2004	Eksplorativt indgreb	83	51,8	20,5	12,0	9,6	-
	Kile- og segmentresektion	63	77,8	60,3	49,2	38,1	-
	Lobektomi	403	77,9	61,0	50,6	45,7	-
	Pneumonektomi	100	67,0	42,0	37,0	32,0	-
	Total	649	72,9	52,9	43,5	38,2	-
2005	Eksplorativt indgreb	62	54,8	24,2	9,7	-	-
	Kile- og segmentresektion	81	76,5	58,0	53,1	-	-
	Lobektomi	433	81,5	68,6	58,9	-	-
	Pneumonektomi	102	68,6	46,1	35,3	-	-
	Total	678	76,5	59,9	50,1	-	-
2006	Eksplorativt indgreb	55	47,3	20,0	-	-	-
	Kile- og segmentresektion	90	82,2	62,2	-	-	-
	Lobektomi	406	82,8	71,9	-	-	-
	Pneumonektomi	91	67,0	42,9	-	-	-
	Total	642	77,4	62,0	-	-	-
2007	Eksplorativt indgreb	52	53,8	-	-	-	-
	Kile- og segmentresektion	68	79,4	-	-	-	-
	Lobektomi	524	84,0	-	-	-	-
	Pneumonektomi	79	73,4	-	-	-	-
	Total	723	80,2	-	-	-	-

Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) for de enkelte operationstyper er anført i tabel 7.7.6 med 2008, 2007, 2006, 2005, 2004, 2003, 2002,

2001 og 2000 anført til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK i 2008 var 2,0 %:

7.7.6 Tabel Postoperativ mortalitet

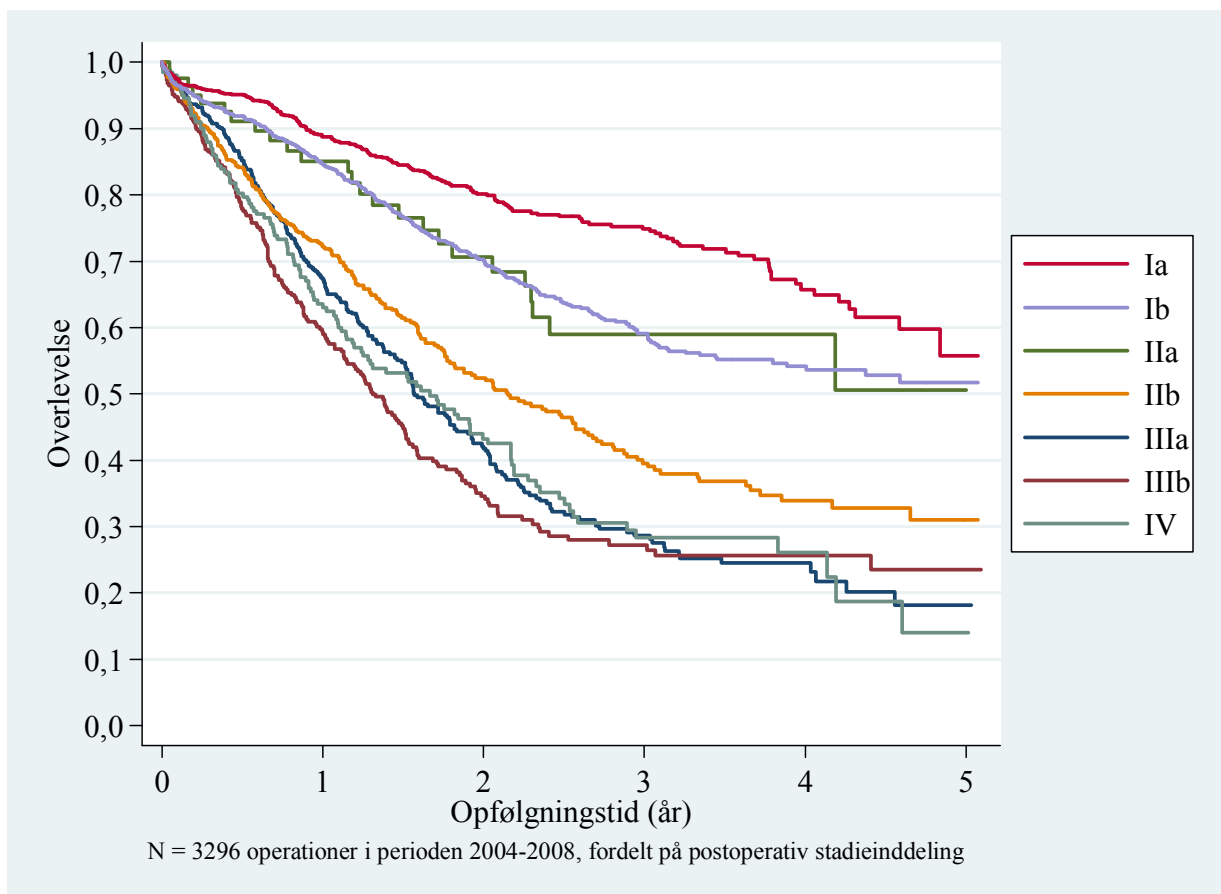
	30 dages mortalitet (%)									
Operationstype	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2008
Eksplorativt indgreb	0,0	7,7	3,6	3,2	8,4	5,3	9,2	4,8	4,2	5,7
Kile- og segmentresektion	0,0	2,9	2,2	0,0	1,6	1,8	0,0	2,9	4,9	1,6
Lobektomi	1,9	2,7	2,5	3,0	3,0	3,3	3,2	5,1	3,5	3,0
Pneumonektomi	6,8	7,6	6,6	6,9	8,0	14,0	6,7	2,2	8,3	7,8
Total	2,0	3,6	3,1	3,2	4,3	5,6	4,5	4,3	4,8	3,9

		30 dages mortalitet (%)									
Afdeling	Operationstype	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	2000-2008
Rigshospitalet	Eksplorativt indgreb	0,0	0,0	0,0	7,4	9,1	2,6	11,4	3,7	2,9	5,2
	Kile- og segmentresektion	0,0	10,5	4,0	0,0	0,0	0,0	0,0	12,5	14,3	3,4
	Lobektomi	0,9	1,7	0,7	2,0	2,4	0,7	4,8	5,6	3,2	2,2
	Pneumonektomi	5,9	3,6	5,9	8,1	10,5	10,5	4,4	3,2	7,3	7,0
Rigshospitalet	Total	1,2	2,5	1,7	3,3	4,9	3,1	5,4	5,2	4,9	3,5
Odense	Eksplorativt indgreb	0,0	8,3	0,0	0,0	6,7	11,8	0,0	5,6	9,1	4,1
	Kile- og segmentresektion	0,0	0,0	2,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,4
	Lobektomi	1,4	3,8	4,1	0,9	3,3	5,7	2,9	2,2	8,0	3,1
	Pneumonektomi	5,6	13,0	4,5	4,9	0,0	13,2	0,0	5,9	12,5	6,9
Odense	Total	1,6	4,7	3,4	1,4	2,7	7,5	1,4	3,2	7,8	3,4
Vejle	Eksplorativt indgreb	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	25,0	33,3	13,3
	Kile- og segmentresektion	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
	Lobektomi	-	-	-	-	5,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,3
	Pneumonektomi	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	0,0	8,3	2,1
Vejle	Total	-	-	-	-	3,4	0,0	0,0	2,8	5,4	2,4
Skejby	Eksplorativt indgreb	0,0	13,3	11,1	0,0	8,3	0,0	15,4	0,0	0,0	6,4
	Kile- og segmentresektion	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	1,4
	Lobektomi	4,3	2,5	3,4	3,8	3,9	5,1	2,1	6,7	2,2	3,7
	Pneumonektomi	6,7	10,0	7,7	12,5	10,7	20,0	11,1	0,0	6,7	9,7
Skejby	Total	3,9	3,9	4,3	4,4	5,6	6,9	4,8	5,5	2,9	4,6
Viborg	Eksplorativt indgreb	-	-	-	-	-	0,0	0,0	-	-	0,0
	Kile- og segmentresektion	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
	Lobektomi	-	-	-	-	0,0	0,0	0,0	-	-	0,0
	Pneumonektomi	-	-	-	-	0,0	50,0	9,1	-	-	18,8
Viborg	Total	-	-	-	-	0,0	8,0	4,3	-	-	5,6
Aalborg	Eksplorativt indgreb	0,0	20,0	33,3	0,0	11,1	11,1	20,0	0,0	0,0	10,3
	Kile- og segmentresektion	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	20,0	0,0	0,0	0,0	1,3
	Lobektomi	0,0	3,6	2,3	10,5	0,0	6,5	3,0	5,4	6,1	3,6
	Pneumonektomi	11,1	0,0	11,1	0,0	8,3	25,0	17,6	0,0	11,1	9,3
Aalborg	Total	1,0	3,8	4,3	6,8	3,2	11,3	9,5	2,8	5,5	4,9

Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2003-2008 (n

=3296):

7.7.7 Fig. Overlevelse pTNM – Kaplan Meier



Hvorved følgende overlevelsesrater kan opstilles:

7.7.8 Tabel pTNM overlevelser – totalt

	1 års overlevelse i % af antal operationer				
Postoperativ stadietildeling	2007	2006	2005	2004	Total
0	100,0	100,0	87,5	100,0	94,4
Ia	89,1	89,6	88,1	88,8	88,9
Ib	86,2	85,5	84,5	78,6	83,8
IIa	82,4	90,0	90,5	71,4	83,9
IIb	78,4	69,2	62,4	70,9	70,3
IIIa	67,1	59,8	71,7	62,2	65,3
IIIb	58,1	69,0	61,0	56,3	60,5
IV	72,7	63,5	55,8	65,0	63,7
Uoplyst	0,0	33,3	100,0	33,3	30,8
Total	80,2	77,4	76,5	72,9	76,9

	2 års overlevelse i % af antal operationer			
Postoperativ stadietinddeling	2006	2005	2004	Total
0	50,0	62,5	66,7	64,3
Ia	81,5	79,3	80,5	80,9
Ib	69,1	64,6	66,8	68,8
IIa	66,7	64,3	65,7	71,1
IIb	44,6	46,6	45,6	46,4
IIIa	47,5	28,9	38,6	39,1
IIIb	32,2	27,6	29,5	33,3
IV	39,5	42,5	41,0	41,5
Uoplyst	100,0	0,0	40,0	25,0
Total	59,9	52,9	56,4	58,3

7.7.9 Tabel Overlevelse 1, 2, 3, 4 og 5 år – afdelinger

1 års overlevelse

		1 års overlevelse i % af antal operationer							
Afdeling	Operationstype	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	Eksplorativt indgreb	75,0	60,0	66,7	63,6	61,5	45,5	29,6	47,1
	Kile- og segmentresektion	73,7	88,0	83,3	82,4	86,4	66,7	87,5	35,7
	Lobektomi	83,6	89,8	84,0	82,7	81,0	79,4	83,1	80,0
	Pneumonektomi	82,1	76,5	62,2	65,8	70,2	66,7	58,1	63,4
Odense	Eksplorativt indgreb	50,0	44,4	47,8	40,0	35,3	57,1	33,3	54,5
	Kile- og segmentresektion	85,7	82,1	81,6	75,0	82,4	81,5	78,6	66,7
	Lobektomi	87,7	80,6	86,0	76,7	78,2	80,9	80,0	80,0
	Pneumonektomi	52,2	68,2	78,0	75,0	60,5	80,8	88,2	68,8
Skejby	Eksplorativt indgreb	26,7	11,1	20,0	25,0	25,0	38,5	33,3	47,1
	Kile- og segmentresektion	63,6	81,8	57,1	80,0	75,0	80,0	100,0	100,0
	Lobektomi	82,6	76,3	77,9	72,4	75,5	74,7	71,9	82,2
	Pneumonektomi	80,0	57,7	50,0	64,3	45,0	59,3	76,9	66,7
Aalborg	Eksplorativt indgreb	60,0	66,7	57,1	55,6	44,4	30,0	57,1	28,6
	Kile- og segmentresektion	90,0	73,3	33,3	83,3	60,0	0,0	80,0	50,0
	Lobektomi	80,4	81,4	71,1	82,9	74,2	81,8	70,3	60,6
	Pneumonektomi	87,5	55,6	87,5	75,0	37,5	52,9	58,8	77,8

2 års overlevelse

		2 års overlevelse i % af antal operationer						
Afdeling	Operationstype	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	Eksplorativt indgreb	28,0	25,9	29,5	28,2	20,5	14,8	35,3
	Kile- og segmentresektion	60,0	53,3	70,6	77,3	41,7	37,5	21,4
	Lobektomi	81,0	70,7	66,1	67,6	61,1	74,2	64,2
	Pneumonektomi	50,0	48,6	44,7	52,6	46,7	45,2	36,6
Odense	Eksplorativt indgreb	22,2	21,7	20,0	17,6	14,3	11,1	27,3
	Kile- og segmentresektion	64,1	65,8	53,6	58,8	70,4	71,4	58,3
	Lobektomi	70,4	70,2	58,9	67,8	64,7	62,2	60,0
	Pneumonektomi	36,4	51,2	62,5	42,1	61,5	64,7	50,0
Skejby	Eksplorativt indgreb	0,0	20,0	0,0	25,0	7,7	0,0	11,8
	Kile- og segmentresektion	63,6	57,1	60,0	25,0	60,0	100,0	50,0
	Lobektomi	62,7	67,2	54,3	64,3	63,2	55,1	68,9
	Pneumonektomi	42,3	25,0	28,6	20,0	37,0	46,2	36,7
Aalborg	Eksplorativt indgreb	0,0	28,6	11,1	0,0	20,0	42,9	14,3
	Kile- og segmentresektion	60,0	33,3	66,7	40,0	0,0	60,0	33,3
	Lobektomi	69,8	60,5	65,7	61,3	63,6	59,5	39,4
	Pneumonektomi	33,3	50,0	50,0	37,5	41,2	41,2	66,7

3 års overlevelse

		3 års overlevelse i % af antal operationer					
Afdeling	Operationstype	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	Eksplorativt indgreb	7,4	15,9	10,3	9,1	11,1	26,5
	Kile- og segmentresektion	46,7	52,9	72,7	41,7	25,0	14,3
	Lobektomi	62,0	55,1	57,7	54,0	59,6	53,7
	Pneumonektomi	35,1	42,1	43,9	40,0	38,7	24,4
Odense	Eksplorativt indgreb	8,7	13,3	5,9	14,3	11,1	18,2
	Kile- og segmentresektion	60,5	42,9	47,1	55,6	57,1	50,0
	Lobektomi	62,3	47,8	64,4	55,9	48,9	56,0
	Pneumonektomi	41,5	62,5	31,6	53,8	52,9	37,5
Skejby	Eksplorativt indgreb	0,0	0,0	25,0	7,7	0,0	11,8
	Kile- og segmentresektion	57,1	50,0	25,0	50,0	100,0	50,0
	Lobektomi	53,4	44,1	58,2	56,8	44,9	58,9
	Pneumonektomi	18,8	21,4	20,0	33,3	23,1	30,0
Aalborg	Eksplorativt indgreb	28,6	11,1	0,0	0,0	14,3	0,0
	Kile- og segmentresektion	33,3	66,7	20,0	0,0	50,0	16,7
	Lobektomi	55,3	54,3	41,9	60,6	51,4	33,3
	Pneumonektomi	37,5	41,7	25,0	35,3	41,2	55,6

4 års overlevelse

		4 års overlevelse i % af antal operationer				
Afdeling	Operationstype	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	Eksplorativt indgreb	11,4	2,6	6,8	11,1	14,7
	Kile- og segmentresektion	41,2	59,1	33,3	12,5	7,1
	Lobektomi	51,2	47,9	49,2	50,6	50,5
	Pneumonektomi	34,2	36,8	35,6	35,5	17,1
Odense	Eksplorativt indgreb	13,3	5,9	9,5	11,1	18,2
	Kile- og segmentresektion	39,3	41,2	44,4	57,1	50,0
	Lobektomi	43,3	59,8	51,5	40,0	52,0
	Pneumonektomi	62,5	23,7	42,3	29,4	31,3
Skejby	Eksplorativt indgreb	0,0	12,5	0,0	0,0	11,8
	Kile- og segmentresektion	30,0	25,0	40,0	100,0	50,0
	Lobektomi	40,2	50,0	50,5	39,3	51,1
	Pneumonektomi	17,9	20,0	29,6	23,1	23,3
Aalborg	Eksplorativt indgreb	11,1	0,0	0,0	14,3	0,0
	Kile- og segmentresektion	33,3	20,0	0,0	40,0	16,7
	Lobektomi	45,7	35,5	54,5	48,6	24,2
	Pneumonektomi	33,3	25,0	29,4	29,4	44,4

5 års overlevelse

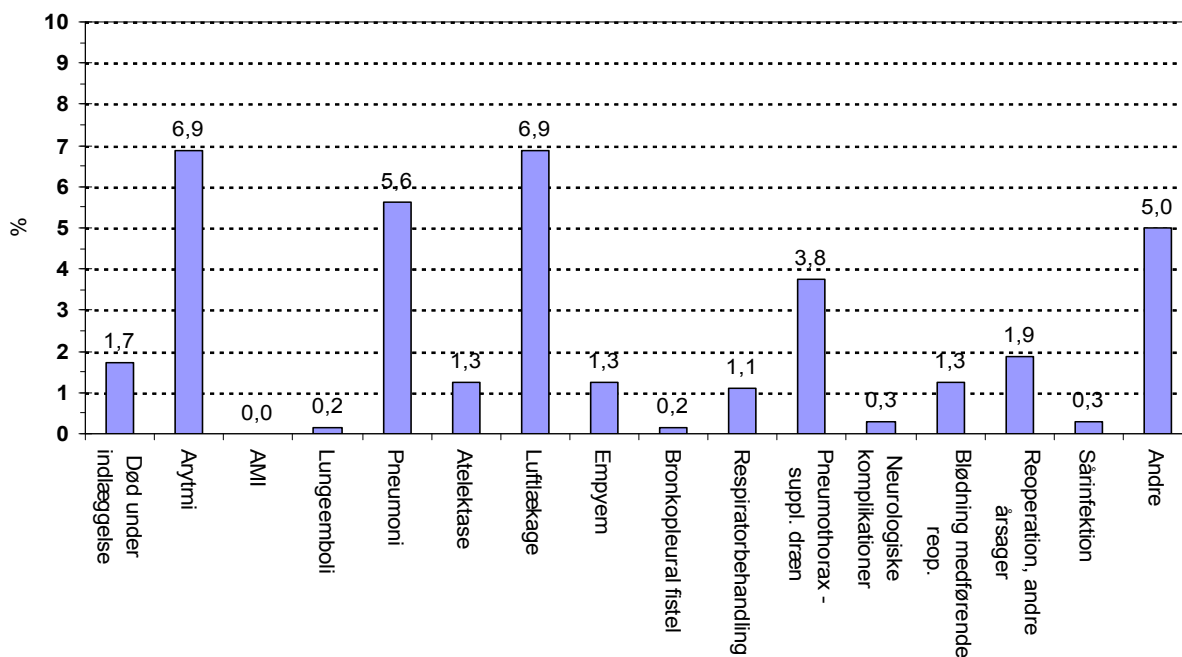
		5 års overlevelse i % af antal operationer			
Afdeling	Operationstype	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	Eksplorativt indgreb	0,0	4,5	7,4	11,8
	Kile- og segmentresektion	50,0	12,5	12,5	7,1
	Lobektomi	43,7	45,2	42,7	46,3
	Pneumonektomi	33,3	26,7	16,1	14,6
Odense	Eksplorativt indgreb	5,9	4,8	11,1	9,1
	Kile- og segmentresektion	23,5	40,7	35,7	41,7
	Lobektomi	43,7	48,5	35,6	52,0
	Pneumonektomi	23,7	34,6	29,4	25,0
Skejby	Eksplorativt indgreb	12,5	0,0	0,0	11,8
	Kile- og segmentresektion	0,0	20,0	100,0	0,0
	Lobektomi	45,9	47,4	36,0	47,8
	Pneumonektomi	20,0	29,6	15,4	20,0
Aalborg	Eksplorativt indgreb	0,0	0,0	14,3	0,0
	Kile- og segmentresektion	20,0	0,0	30,0	16,7
	Lobektomi	25,8	45,5	37,8	21,2
	Pneumonektomi	25,0	29,4	23,5	33,3

7.8 Komplikationer

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2008 angives på den følgende

kurve, idet død angiver død under indlæggelse på den opererende afdeling:

7.8.1 Fig. Komplikationer



	Rigshospitalet	Odense	Skejby	Aalborg	Total
Antal operationer, 2008	164	191	180	105	640
Komplikationer (i % af antal operationer)					
Død under indlæggelse	0,0	1,0	3,9	1,9	1,7
Arytmi	1,2	5,8	11,1	10,5	6,9
AMI	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Lungeemboli	0,0	0,0	0,6	0,0	0,2
Pneumoni	4,9	3,7	7,2	7,6	5,6
Atelektase	0,6	1,0	0,6	3,8	1,3
Luftlækage	2,4	6,8	8,9	10,5	6,9
Empyem	0,6	0,0	2,2	2,9	1,3
Bronkopleural fistel	0,0	0,5	0,0	0,0	0,2
Respiratorbehandling	0,0	0,5	1,7	2,9	1,1
Pneumothorax - suppl. dræn	1,8	4,2	5,6	2,9	3,8
Neurologiske komplikationer	0,0	0,0	0,6	1,0	0,3
Blødning medførende reop.	1,8	1,6	1,1	0,0	1,3
Reoperation, andre årsager	1,8	1,6	1,7	2,9	1,9
Sårinfektion	0,0	0,0	0,6	1,0	0,3
Andre	4,3	4,2	7,2	3,8	5,0

Antal komplikationer og indlæggelsestid:

7.8.2 Tabel Komplikationer antal

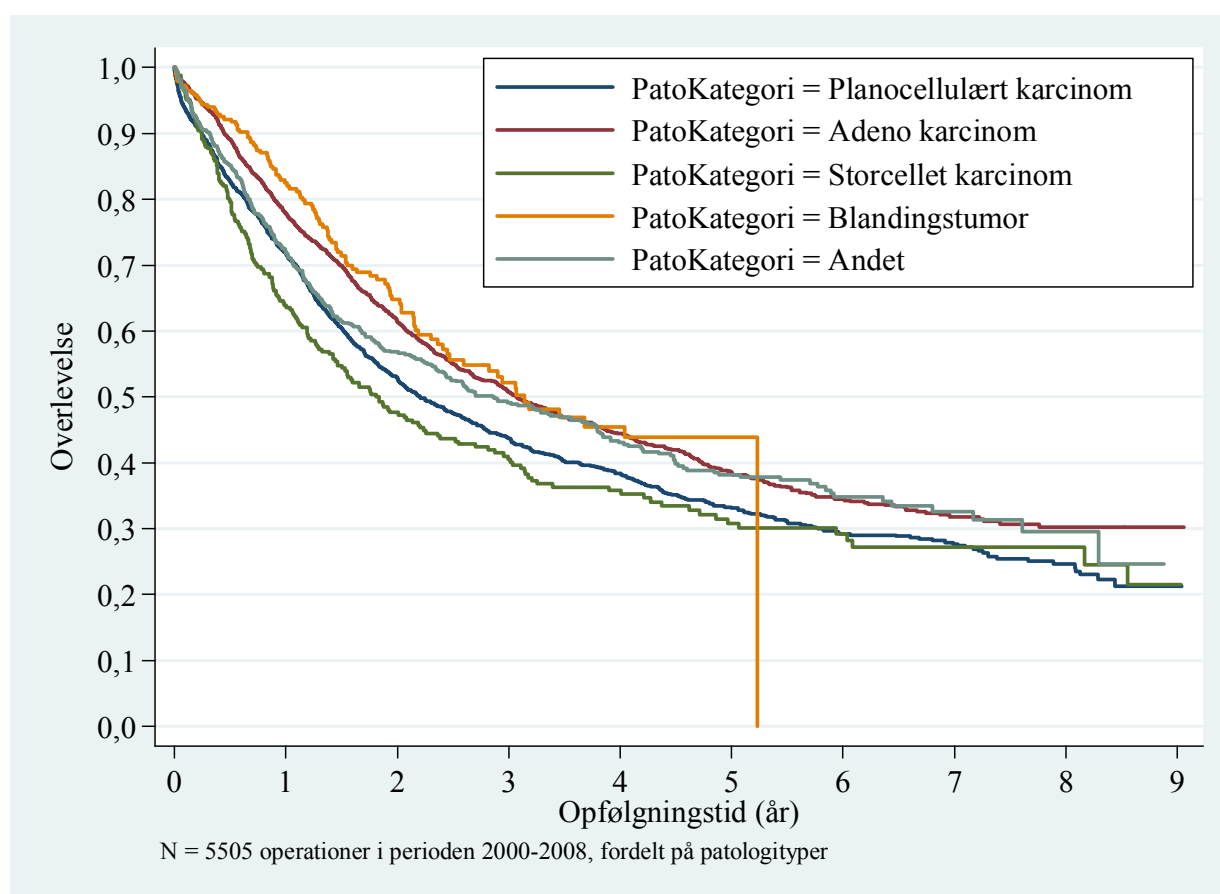
Antal komplikationer	Operationer		Indlæggelsestid	
	Antal	Antal (%)	Median	Mean
0	500	78,2	7.0	9.2
1	103	16,1	12.0	15.3
2	27	4,2	19.0	21.4
3 eller mere	9	1,4	16.0	18.8
Total	639	100.0	8.0	10.8

7.9 Patologi

Der henvises til kommentaren i beretningen fra DLCR og det indledende metodeafsnit. Ser man på 2000-2008 populationen, hvor der foreligger

celletype på i alt 5.505 patienter, ser overlevelseskurven således ud

7.9.1 Tabel Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i perioden 2000 - 2007 fremgår af følgende fordelt på observationsperiode:

7.9.2 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:

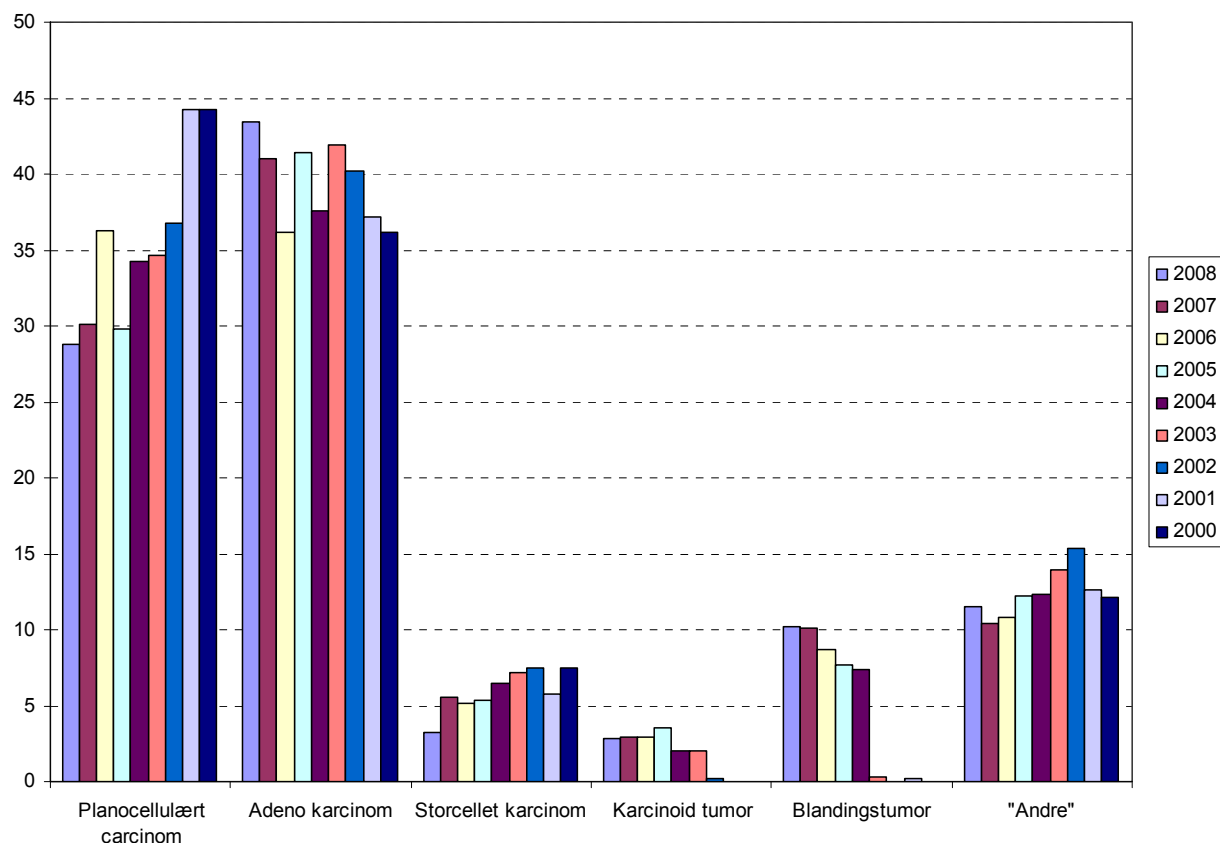
	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal operationer, totalt	724	645	678	649	658	644	468	479	4.945
Patologityper, 1 års overlevelse i %:									
Planocellulært karcinom	77,1	71,4	74,8	71,6	64,5	73,0	69,6	67,9	71,2
Adenokarcinom	82,8	84,1	80,8	77,9	77,9	68,7	71,3	72,3	77,5
Storcellet karcinom	75,0	66,7	55,6	59,5	61,7	58,3	59,3	66,7	62,8
Småcellet karcinom	75,0	80,0	16,7	42,9	80,0	78,6	57,1	54,5	62,5
Adenosquamøst karcinom	60,0	33,3	100,0	60,0	100,0	100,0	100,0	-	63,6
Specifik anden malign tumor	0,0	75,0	60,0	60,0	70,0	70,4	77,8	53,8	68,6
Uspecifik malign tumor	50,0	60,0	57,1	53,3	75,0	88,9	100,0	50,0	64,3
Sarcomatoidt karcinom	85,7	66,7	66,7	60,0	0,0	-	-	-	68,2
Spytkirtel tumor	100,0	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-	100,0
Karcinoid tumor	95,2	89,5	95,8	100,0	100,0	100,0	-	-	95,6
Ikke småcellet karcinom	81,8	75,0	61,9	55,0	82,4	75,0	100,0	75,0	71,2
Bronkioalveolært karcinom	100,0	75,0	90,0	80,0	100,0	-	100,0	100,0	86,0
Combined small cell carcinoma	50,0	75,0	66,7	66,7	60,0	63,0	69,2	59,1	62,1
Blandingstumor	80,8	83,9	78,8	77,1	100,0	-	100,0	-	80,6
Uoplyst	89,5	100,0	100,0	83,3	88,9	77,8	66,7	80,0	86,8
Total	80,2	77,4	76,5	72,9	71,9	70,2	70,3	68,5	73,9

	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal operationer, totalt	645	678	649	658	644	468	479	4.221
Patologityper, 2 års overlevelse i %:								
Planocellulært karcinom	55,6	55,9	48,2	49,1	51,9	52,7	44,8	51,2
Adenokarcinom	68,2	64,8	57,8	58,7	51,7	58,0	59,0	59,8
Storcellet karcinom	57,6	38,9	52,4	51,1	45,8	25,9	44,4	46,1
Småcellet karcinom	20,0	0,0	14,3	40,0	35,7	42,9	45,5	31,7
Adenosquamøst karcinom	33,3	100,0	40,0	100,0	100,0	100,0	-	60,9
Specifik anden malign tumor	25,0	20,0	60,0	65,0	66,7	66,7	30,8	57,4
Uspecifik malign tumor	20,0	42,9	26,7	50,0	77,8	100,0	50,0	44,4
Sarcomatoidt karcinom	33,3	66,7	40,0	0,0	-	-	-	40,0
Spytkirtel tumor	100,0	100,0	100,0	-	-	-	-	100,0
Karcinoid tumor	89,5	95,8	100,0	100,0	100,0	-	-	95,7
Ikke småcellet karcinom	68,8	33,3	20,0	70,6	50,0	66,7	75,0	48,4
Bronkioalveolært karcinom	58,3	90,0	70,0	100,0	-	100,0	100,0	74,3
Combined small cell carcinoma	50,0	44,4	66,7	56,0	44,4	53,8	45,5	50,0
Blandingstumor	71,4	57,7	56,3	50,0	-	100,0	-	62,3
Uoplyst	71,4	100,0	83,3	88,9	77,8	50,0	80,0	79,6
Total	62,0	59,9	52,9	56,1	52,2	54,3	50,3	55,7

	2003	2002	2001	2000	Total
Antal operationer, totalt	658	644	468	479	2.249
Patologityper, 5 års overlevelse i %:					
Planocellulært karcinom	32,5	33,8	30,4	27,4	31,1
Adenokarcinom	33,7	35,1	31,0	37,6	34,4
Storcellet karcinom	25,5	33,3	18,5	30,6	27,8
Småcellet karcinom	30,0	21,4	14,3	27,3	23,8
Adenosquamøst karcinom	0,0	100,0	0,0	-	33,3
Specifik anden malign tumor	40,0	44,4	55,6	23,1	43,7
Uspecifik malign tumor	12,5	11,1	0,0	50,0	15,0
Sarcomatoidt karcinom	0,0	-	-	-	0,0
Spytkirtel tumor	-	-	-	-	-
Karcinoid tumor	100,0	100,0	-	-	100,0
Ikke småcellet karcinom	29,4	33,3	0,0	50,0	30,6
Bronkioalveolært karcinom	0,0	-	0,0	0,0	0,0
Combined small cell carcinoma	44,0	25,9	46,2	22,7	33,3
Blandingstumor	0,0	-	100,0	-	33,3
Uoplyst	22,2	77,8	50,0	60,0	51,7
Total	33,7	34,6	31,6	31,5	33,1

Patologityperne fordeler sig i % i populationen 2000 – 2008 således:

7.9.3 Figur Patologityper per år - totalt:



7.9.4 Tabel Patologityper per år - totalt:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal operationer, totalt	640	724	645	678	649	658	644	468	479	5.585
Patologityper i % af antal operationer:										
Planocellulært carcinom	28,8	30,1	36,3	29,8	34,2	34,7	36,8	44,2	44,3	34,8
Adenokarcinom	43,4	41,0	36,1	41,4	37,6	41,9	40,2	37,2	36,1	39,7
Storcellet karcinom	3,3	5,5	5,1	5,3	6,5	7,1	7,5	5,8	7,5	5,9
Småcellet carcinom	1,6	0,6	0,8	0,9	1,1	1,5	2,2	1,5	2,3	1,3
Adenosquamøst karcinom	1,1	1,4	1,4	0,9	0,8	0,2	0,2	0,2	0,0	0,7
Specifik anden malign tumor	0,8	0,1	0,6	0,7	0,8	3,0	4,2	5,8	2,7	1,9
Uspecifik malign tumor	0,2	0,3	0,8	2,1	2,3	1,2	1,4	0,2	0,4	1,0
Sarkomatoidt carcinom	0,3	1,0	0,9	0,4	0,8	0,2	0,0	0,0	0,0	0,4
Spytkirtel tumor	0,0	0,4	0,3	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	2,8	2,9	2,9	3,5	2,0	2,0	0,2	0,0	0,0	2,0
Ikke småcellet karcinom	3,8	1,5	2,5	3,1	3,1	2,6	1,9	0,6	0,8	2,3
Bronkioalveolært karcinom	0,5	1,1	1,9	1,5	1,5	0,2	0,0	0,2	0,2	0,8
Combined small cell carcinoma	1,9	1,4	0,6	1,3	0,9	3,8	4,2	2,8	4,6	2,3
Blandingstumor	10,2	10,1	8,7	7,7	7,4	0,3	0,0	0,2	0,0	5,3
Uoplyst	1,6	2,6	1,1	1,0	0,9	1,4	1,4	1,3	1,0	1,4
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fordelt på kvinder og mænd:

7.9.5 Tabel Patologityper per år - kvinder:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal operationer, totalt	307	333	280	315	282	281	266	190	190	2.444
Patologityper i % af antal operationer:										
Planocellulært karcinom	20,5	21,6	22,1	21,3	19,5	22,4	21,8	30,0	35,3	23,1
Adenokarcinom	51,1	49,2	46,4	48,9	48,2	53,4	54,9	50,5	44,7	49,8
Storcellet karcinom	2,9	4,2	6,1	5,4	6,7	5,7	7,9	5,8	6,3	5,6
Småcellet karcinom	2,3	0,9	0,4	0,3	0,7	1,4	1,9	1,6	3,7	1,4
Adenosquamøst karcinom	0,7	0,9	0,7	0,6	1,1	0,4	0,0	0,0	0,0	0,5
Specifik anden malign tumor	1,6	0,3	0,4	0,3	0,7	2,5	5,6	7,9	1,1	2,0
Uspecifik malign tumor	0,0	0,3	1,1	2,5	2,5	1,4	1,1	0,0	0,0	1,1
Sarkomatoidt karcinom	0,7	0,6	1,1	1,0	1,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,6
Spytkirtel tumor	0,0	0,3	0,7	0,6	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Karcinoid tumor	3,3	4,8	4,3	4,4	2,8	2,8	0,4	0,0	0,0	2,8
Ikke småcellet karcinom	1,6	1,2	2,9	1,9	2,8	2,5	1,9	0,5	1,1	1,9
Bronkioalveolært karcinom	1,0	1,8	2,5	1,9	1,4	0,4	0,0	0,0	0,5	1,1
Combined small cell carcinoma	1,6	1,2	0,7	1,0	1,1	5,3	3,0	2,1	5,8	2,3
Blandingstumor	11,4	10,5	8,9	9,5	8,9	0,4	0,0	0,0	0,0	6,2
Uoplyst	1,3	2,1	1,8	0,3	1,8	1,4	1,5	1,6	1,6	1,5
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.9.6 Tabel Patologityper per år - mænd:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal operationer, totalt	333	391	365	363	367	377	378	278	289	3.141
Patologityper i % af antal operationer:										
Planocellulært karcinom	36,3	37,3	47,1	37,2	45,5	43,8	47,4	54,0	50,2	43,9
Adenokarcinom	36,3	34,0	28,2	35,0	29,4	33,4	29,9	28,1	30,4	31,7
Storcellet karcinom	3,6	6,6	4,4	5,2	6,3	8,2	7,1	5,8	8,3	6,2
Småcellet karcinom	0,9	0,3	1,1	1,4	1,4	1,6	2,4	1,4	1,4	1,3
Adenosquamøst karcinom	1,5	1,8	1,9	1,1	0,5	0,0	0,3	0,4	0,0	0,9
Specifik anden malign tumor	0,0	0,0	0,8	1,1	0,8	3,4	3,2	4,3	3,8	1,8
Uspecifik malign tumor	0,3	0,3	0,5	1,7	2,2	1,1	1,6	0,4	0,7	1,0
Sarkomatoidt karcinom	0,0	1,3	0,8	0,0	0,3	0,3	0,0	0,0	0,0	0,3
Spytkirtel tumor	0,0	0,5	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	2,4	1,3	1,9	2,8	1,4	1,3	0,0	0,0	0,0	1,3
Ikke småcellet karcinom	5,7	1,8	2,2	4,1	3,3	2,7	1,9	0,7	0,7	2,6
Bronkioalveolært karcinom	0,0	0,5	1,4	1,1	1,6	0,0	0,0	0,4	0,0	0,6
Combined small cell carcinoma	2,1	1,5	0,5	1,7	0,8	2,7	5,0	3,2	3,8	2,3
Blandingstumor	9,0	9,7	8,5	6,1	6,3	0,3	0,0	0,4	0,0	4,6
Uoplyst	1,8	3,1	0,5	1,7	0,3	1,3	1,3	1,1	0,7	1,3
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

7.9.7 Tabel Operationstyper og Patologityper:

		Operationstype i % af antal operationer			
	Antal operationer	Eksplorativt indgreb	Kile- og segmentresektion	Lobektomi	Pneumonektomi
Planocellulært karcinom	184	9,2	7,1	68,5	15,2
Adenokarcinom	277	2,9	12,3	78,7	6,1
Storcellet karcinom	21	0,0	14,3	81,0	4,8
Småcellet karcinom	10	10,0	20,0	50,0	20,0
Adenosquamøst karcinom	7	0,0	14,3	71,4	14,3
Specifik anden malign tumor	5	0,0	0,0	80,0	20,0
Uspecifik malign tumor	1	100,0	0,0	0,0	0,0
Sarkomatoidt karcinom	2	0,0	50,0	50,0	0,0
Karcinoid tumor	18	0,0	27,8	66,7	5,6
Ikke småcellet karcinom	24	16,7	12,5	66,7	4,2
Bronkioalveolært karcinom	3	0,0	0,0	100,0	0,0
Combined small cell carcinoma	12	8,3	0,0	83,3	8,3
Blandingstumor	65	1,5	12,3	80,0	6,2
Uoplyst	10	10,0	20,0	50,0	20,0
I alt	639	5,3	11,3	74,2	9,2

8.0 Onkologiske afdelinger

8.1 Indledning

Afdelingerne har indberettet i alt 2.457 patienter med en onkologisk henvisningsdato i 2008. I lighed med tidligere år bemærkes, at indberetningerne pga. de lange patientforløb har et delay, og at det endelige antal først kan konstateres efter 1-2 år.

Der er som tidligere årsberetninger meget store udsving i overlevelsen for patienterne både mellem regioner og mellem de enkelte hospitaler indenfor de respektive regioner. Dette kan dække over mange forskellige forhold som er under nærmere evaluering. F.eks. kan forskelle i, hvor nøjagtige stadie-inddelinger er have spillet ind, bl.a. qua brug/ikke-brug af PET eller PET/CT-scanning, forskelle i ventetider før behandling kan startes forårsaget af forskelle i tilførte ressourcer, forskelle i hvilke stadier og hvilke performancestatus kategorier der tilbydes, hvilken behandling, f.eks. om man anvender adjuverende kemoterapi til stadie IB eller ej, omfang og kriterier for anvendelse af 2., 3., og 4. linje

medicinsk kræftbehandling, og om behandling tilbydes performance status 2 patienter eller ej.

Desuden kan der være forskelle i, hvor god mulighed der har været for på det enkelte hospital at opnå godkendelse til at tage nye behandlinger i brug, det vil typisk sige anvendelse af nye midler i den medicinske kræftbehandling, som har vist positive resultater i multinationale randomiserede undersøgelser, men som det ofte kan være særdeles vanskeligt at komme i gang med at tilbyde patienter på rutinemæssig basis. Formentlig er årsagerne multifaktorielle, og der arbejdes på nærmere analyse. På længere sigt ønskes en harmonisering af de nævnte forhold til gavn for patienterne.

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

8.2 Onkologiske forløb.

Afdelingerne har indberettet i alt 2.457 patienter med en onkologisk henvisningsdato i 2008. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de

foregående år. I lighed med tidligere år bemærkes, at indberetningerne pga. de lange patientforløb har en forsinkelse, og at det endelige antal først kan konstateres efter 1 – 2 år:

8.2.1 Tabel Antal forløb – afdelinger

Afdeling	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000
Rigshospitalet	349	376	316	319	383	49	0	0	0
Herlev	402	375	327	413	393	344	330	80	17
Hillerød	180	152	111	61	2	17	7	0	0
Bornholm	28	18	19	1	0	0	0	0	0
Roskilde	142	157	196	165	124	26	0	0	0
Næstved	83	118	135	149	122	39	4	1	0
Odense	416	444	420	427	387	364	364	335	231
Sønderborg	0	21	21	22	25	24	0	0	0
Vejle	310	271	280	279	264	262	167	98	72
Herning	20	17	38	26	22	20	28	0	0
Århus	371	440	403	436	354	6	0	0	0
Aalborg	156	324	311	319	283	272	7	2	0
Total	2.457	2.713	2.577	2.617	2.359	1.423	907	516	320

På de enkelte afdelinger fordeler patienterne sig på køn i % i 2007 således:

8.2.2 Tabel Kønsfordeling

Afdeling	Antal henvisninger	Køn i % af antal henvisninger	
		Kvinde	Mand
Rigshospitalet	349	48,4	51,6
Herlev	402	49,5	50,5
Hillerød	180	51,7	48,3
Bornholm	28	46,4	53,6
Roskilde	142	47,2	52,8
Næstved	83	38,6	61,4
Odense	416	46,6	53,4
Vejle	310	45,2	54,8
Herning	20	60,0	40,0
Århus	371	47,4	52,6
Aalborg	156	44,2	55,8
Total	2.457	47,4	52,6

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.:

8.2.3 Tabel Afdelinger, regionsfordeling og køn

Afdeling	Bopæls-region	I alt (%)	Kvinder (%)	Mænd (%)
Rigshospitalet	Hovedstaden	73,9	52,1	47,9
	Sjælland	14,1	42,9	57,1
	Syddanmark	0,9	33,3	66,7
	Midtjylland	0,6	50,0	50,0
	Nordjylland	4,3	13,3	86,7
	Uoplyst	6,3	40,9	59,1
	Total	100,0	48,3	51,7
Herlev	Hovedstaden	92,3	48,2	51,8
	Sjælland	7,0	64,3	35,7
	Midtjylland	0,7	66,7	33,3
	Total	100,0	49,5	50,5
Hillerød	Hovedstaden	97,8	51,1	48,9
	Sjælland	1,1	100,0	0,0
	Midtjylland	0,6	0,0	100,0
	Uoplyst	0,6	100,0	0,0
	Total	100,0	51,7	48,3
Bornholm	Hovedstaden	100,0	46,4	53,6
	Total	100,0	46,4	53,6
Roskilde	Sjælland	100,0	47,2	52,8
	Total	100,0	47,2	52,8
Næstved	Sjælland	96,4	40,0	60,0
	Uoplyst	3,6	0,0	100,0
	Total	100,0	38,6	61,4
Odense	Hovedstaden	0,2	100,0	0,0
	Sjælland	7,0	41,4	58,6
	Syddanmark	91,3	47,4	52,6
	Midtjylland	0,2	0,0	100,0
	Uoplyst	1,2	20,0	80,0
	Total	100,0	46,6	53,4
Vejle	Syddanmark	79,0	44,1	55,9
	Midtjylland	20,6	50,0	50,0
	Uoplyst	0,3	0,0	100,0
	Total	100,0	45,2	54,8
Herning	Midtjylland	85,0	58,8	41,2
	Uoplyst	15,0	66,7	33,3
	Total	100,0	60,0	40,0
Århus	Hovedstaden	0,3	100,0	0,0
	Midtjylland	95,4	47,5	52,5
	Nordjylland	2,2	50,0	50,0
	Uoplyst	2,2	37,5	62,5
	Total	100,0	47,4	52,6
Aalborg	Midtjylland	0,6	0,0	100,0
	Nordjylland	99,4	44,5	55,5
	Total	100,0	44,2	55,8
Total		-	47,4	52,6

Patienternes alder fordeler sig således:

8.2.4 Tabel Aldersfordeling

Afdeling	Antal henvisninger	Henvisningsalder					
		Mean	Median	p5	p95	Min	Maks.
Rigshospitalet	349	67	67	50	83	32	96
Herlev Hospital	20	64	65	52	75	51	76
Nordsjælands Hospital	180	66	66	48	79	42	86
Bornholms Centralsygehus	28	68	68	55	83	50	86
Roskilde Sygehus	142	66	65	50	79	30	87
Storstrøms Sygehus	83	70	70	55	85	49	88
Odense Universitetshospital	416	68	68	50	83	41	90
Vejle Sygehus	310	66	66	50	83	40	91
Herning Sygehus	402	68	68	50	83	39	89
Århus Sygehus	371	69	69	53	83	34	90
Aalborg Sygehus	156	68	69	51	85	46	89
Total	2457	67	68	50	83	30	96

8.3 Udredning onkologi.

På patienter der henvises til onkologisk behandling fra en afdeling, der ikke indberetter udredningsdata til DLCR, hvilket kunne være kirurgiske afdelinger eller almen medicinske afdelinger, skal den onkologiske afdeling som en erstatning for den

regulære indberetning af udredningsdata indberette en erstatningsudredning. Dette er en følge af DLCR's nye forløbsregistrering, hvor indberetning af udredningsdata er starttidspunktet for alle forløb. De onkologiske afdelinger indberettede i 2008 erstatningsudredninger. Nærmere om disse udredninger i de kommende årsrapporter.

8.4 Ventetider

Afdelingerne har i 2008 indberettet "ventetider" på nyhenviste patienter. Nærmere herom i kapitel 5.

8.5 Behandlingsaktivitet

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

8.5.1 Tabel Behandlingsrate

Afdeling	Antal henvisninger	Antal ikke behandlede
Rigshospitalet	349	43
Herlev	402	67
Hillerød	180	23
Roskilde	142	30
Næstved	83	26
Bornholm	28	7
Odense	416	50
Vejle	310	34
Herning	20	1
Århus	371	49
Aalborg	154	55
Total	2.455	385

Afdelingerne har i 2008 indberettet behandlingsmodaliteter, som det fremgår af det følgende. Den intenderede kurative terapi gives således:

8.5.2 Tabel Behandlingsmodaliteter – kurativ intenderet terapi

Afdeling	Antal	Behandlingstype i % af antal			
		KEMO	TARGETERET	STRÅLETHERAPI	ANDEN
Rigshospitalet	200	89,0	0,0	28,0	0,0
Herlev Hospital	34	73,5	0,0	91,2	8,8
Nordsjællands Hospital	28	28,6	0,0	71,4	28,6
Bornholms Centralsygehus	3	33,3	0,0	66,7	0,0
Roskilde Sygehus	22	54,5	0,0	54,5	0,0
Storstrømmens Sygehus	8	0,0	0,0	100,0	0,0
Odense Universitetshospital	47	63,8	4,3	95,7	0,0
Vejle Sygehus	42	88,1	0,0	73,8	0,0
Herning Sygehus	12	66,7	0,0	50,0	0,0
Århus Sygehus	35	71,4	0,0	88,6	2,9
Aalborg Sygehus	7	57,1	0,0	100,0	14,3
Total	438	74,9	0,5	56,8	3,0

Den palliative terapi gives således:

8.5.3 Tabel Behandlingsmodaliteter – palliativ intenderet terapi

Behandlingstype i % af antal					
Afdeling	Antal	KEMO	TARGETERET	STRÅLETERAPI	ANDEN
Rigshospitalet	116	46,6	0,0	60,3	0,0
Herlev Hospital	305	58,7	4,6	49,2	2,6
Nordsjællands Hospital	617	71,8	10,7	20,9	0,0
Bornholms Centralsygehus	28	71,4	0,0	32,1	0,0
Roskilde Sygehus	197	67,0	1,0	32,0	0,0
Storstrømmens Sygehus	51	78,4	3,9	27,5	0,0
Odense Universitetshospital	272	52,9	21,0	60,3	0,0
Vejle Sygehus	539	59,6	10,4	50,6	0,0
Herning Sygehus	22	63,6	0,0	36,4	0,0
Århus Sygehus	291	49,8	0,3	74,2	8,6
Aalborg Sygehus	168	39,3	19,6	59,5	0,0
Total	2.606	59,8	8,9	45,9	1,3

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

8.5.4 Tabel Behandlingsmodaliteter – pallierende stråleterapi – indikation

		Indikationer i % af antal behandlinger med palliativ intenderet stråleterapi					
Afdeling	Antal	Primær tumor	Knogle	Hjerne- metastaser	Medullært tværsnit	V. cava sup. syndrom	Anden
Rigshospitalet	70	25,7	15,7	41,4	2,9	8,6	4,3
Herlev Hospital	150	41,3	2,7	18,7	8,7	2,7	26,0
Nordsjællands Hospital	129	27,9	3,1	36,4	6,2	0,0	23,3
Bornholms Centralsygehus	9	22,2	44,4	33,3	0,0	0,0	0,0
Roskilde Sygehus	63	22,2	12,7	34,9	12,7	3,2	11,1
Storstrømmens Sygehus	14	0,0	14,3	35,7	21,4	0,0	7,1
Odense Universitetshospital	164	55,5	12,8	36,6	3,7	1,8	4,3
Vejle Sygehus	273	30,0	22,7	45,8	4,0	3,7	1,5
Herning Sygehus	8	25,0	0,0	75,0	0,0	0,0	25,0
Århus Sygehus	216	57,9	20,8	18,1	0,5	2,3	10,2
Aalborg Sygehus	100	44,0	16,0	28,0	6,0	1,0	8,0
Total	1.196	39,8	14,8	32,8	4,8	2,6	10,3

Den neoadjuverende terapi gives således:

8.5.5 Tabel Behandlingsmodaliteter – neoadjuverende terapi

Behandlingstype i % af antal					
Afdeling	Antal	KEMO	TARGETERET	STRÅLETERAPI	ANDEN
Rigshospitalet	1	100,0	0,0	0,0	0,0
Odense Universitetshospital	3	100,0	0,0	33,3	0,0
Vejle Sygehus	4	100,0	0,0	50,0	0,0
Aalborg Sygehus	6	100,0	0,0	66,7	16,7
Århus Sygehus	1	100,0	0,0	100,0	0,0
Total	15	100,0	0,0	53,3	6,7

Den adjuverende terapi gives således:

8.5.6 Tabel Behandlingsmodaliteter – adjuverende terapi

Behandlingstype i % af antal					
Afdeling	Antal	KEMO	TARGETERET	STRÅLETERAPI	ANDEN
Rigshospitalet	22	95,5	0,0	18,2	0,0
Herlev Hospital	22	100,0	4,5	0,0	0,0
Nordsjællands Hospital	9	100,0	0,0	0,0	0,0
Roskilde Sygehus	7	100,0	0,0	0,0	0,0
Storstrømmens Sygehus	1	100,0	0,0	0,0	0,0
Odense Universitetshospital	29	86,2	0,0	27,6	0,0
Vejle Sygehus	10	90,0	0,0	10,0	0,0
Århus Sygehus	9	77,8	0,0	44,4	0,0
Aalborg Sygehus	10	100,0	0,0	20,0	0,0
Total	119	93,3	0,8	16,0	0,0

8.6 Overlevelse og mortalitet

Den kurativt intenderede terapi resultater i følgende overlevelsedata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

8.6.1 Tabel Overlevelse – kurativ intenderet terapi

Medianoverlevelse for samtlige indberettede, der har modtaget kurativt intenderet behandling:

Overlevelse, antal mdr.		
Afdeling	Antal	Median
Rigshospitalet	758	9.2
Herlev Hospital	205	15.6
Nordsjællands Hospital	89	14.6
Bornholms Centralsygehus	8	9.7
Roskilde Sygehus	215	15.1
Storstrømmens Sygehus	82	13.6
Odense Universitetshospital	329	16.5
Vejle Sygehus	341	18.0
Herning Sygehus	38	15.3
Århus Sygehus	240	13.9
Aalborg Sygehus	99	13.8
Sønderborg Sygehus	53	17.8
Total	2457	13.6

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling							
Afdeling	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	Total
Rigshospitalet	63,4	32,0	44,9	52,4	0,0	-	-	48,9
Herlev	89,7	83,3	86,4	86,7	74,1	88,9	100,0	85,2
Hillerød	66,7	75,0	0,0	-	100,0	100,0	-	71,4
Bornholm	0,0	100,0	-	-	-	-	-	66,7
Roskilde	46,2	68,0	42,9	66,7	50,0	-	-	56,2
Næstved	60,0	83,3	83,3	75,0	0,0	100,0	100,0	75,0
Odense	77,6	74,5	57,8	69,2	76,6	44,4	100,0	70,7
Sønderborg	50,0	100,0	62,5	100,0	50,0	-	-	65,4
Vejle	84,8	76,7	67,4	88,9	85,0	100,0	-	78,8
Herning	60,0	100,0	100,0	-	100,0	50,0	-	-
Århus	51,1	82,1	68,2	80,5	100,0			69,2
Aalborg	45,5	50,0	45,5	66,7	66,7	100,0	-	54,2
Total	67,5	62,8	56,2	65,7	68,2	72,0	100,0	63,8

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling						
Afdeling	2006	2005	2004	2003	2002	2001	Total
Rigshospitalet	13,3	22,8	23,0	0,0	-	-	18,8
Herlev	44,4	50,0	53,3	37,0	55,6	60,0	37,0
Hillerød	25,0	0,0	-	50,0	0,0	-	35,7
Bornholm	50,0	-	-	-	-	-	33,3
Roskilde	44,0	23,8	25,0	0,0	-	-	28,8
Næstved	33,3	66,7	0,0	0,0	0,0	100,0	29,2
Odense	40,4	37,8	41,0	42,6	11,1	100,0	33,3
Sønderborg	100,0	37,5	100,0	0,0	-	-	34,6
Vejle	33,3	39,5	66,7	50,0	100,0	-	38,4
Herning	100,0	0,0	-	33,3	0,0	-	28,6
Århus	35,7	20,5	31,7	0,0	-	-	20,8
Aalborg	20,0	18,2	16,7	11,1	100,0	-	16,7
Total	31,6	29,3	32,5	32,6	36,0	71,4	26,8

Den palliativt intenderede terapi resultater i følgende overlevelsesdata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

8.6.2 Tabel Overlevelse – palliativ intenderet terapi

Medianoverlevelse for samtlige behandlede.

		Overlevelse, antal måneder					
Afdeling	Antal	Mean	p5	p25	Median	p75	p95
Rigshospitalet	808	8.1	0.9	2.4	5.3	10.6	24.9
Herlev Hospital	2.221	10.2	1.0	3.2	7.1	12.8	30.9
Nordsjællands Hospital	1.558	8.7	1.0	3.5	6.4	11.2	24.7
Bornholms Centralsygehus	68	6.8	0.6	2.6	6.2	9.1	12.8
Roskilde Sygehus	978	8.9	1.3	3.3	6.4	11.8	26.3
Storstrøms Sygehus	789	8.8	0.8	2.7	6.5	12.5	23.5
Odense Universitetshospital	1.881	9.5	1.0	3.1	6.6	12.1	28.4
Vejle Sygehus	2.887	9.3	0.9	3.0	6.7	12.4	27.4
Herning Sygehus	179	9.5	1.1	4.1	8.4	11.5	22.9
Århus Sygehus	1.968	7.6	0.8	2.7	5.6	10.3	21.6
Aalborg Sygehus	2.163	10.0	1.1	3.3	7.3	13.4	30.8
Sønderborg Sygehus	90	9.1	0.7	2.5	7.3	10.7	25.0
Hele landet	15.590	9.2	0.9	3.0	6.5	12.0	26.6

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling							
Afdeling	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	Total
Rigshospitalet	25,5	12,1	15,0	19,4	0,0	-	-	-
Herlev	31,7	27,5	29,6	29,1	36,9	66,0	81,8	100,0
Hillerød	41,0	29,9	36,0	100,0	35,7	33,3	-	-
Bornholm	9,1	0,0	100,0	-	-	-	-	-
Roskilde	32,7	26,6	22,5	36,1	18,8	-	-	-
Næstved	20,7	23,7	27,3	31,3	20,0	100,0	-	-
Odense	32,3	27,8	30,0	21,9	24,3	14,5	50,0	-
Sønderborg	8,3	12,5	23,1	37,5	0,0	-	-	-
Vejle	27,6	28,5	32,3	28,2	22,2	60,0	-	-
Herning	20,0	36,4	30,0	20,0	12,5	20,0	-	-
Århus	18,6	24,0	20,8	19,8	50,0	-	-	-
Aalborg	21,5	26,6	23,9	35,5	27,7	66,7	100,0	-
Total	27,1	25,6	26,4	26,6	26,6	36,9	77,8	100,0

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling							
Afdeling	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Rigshospitalet	4,0	2,5	6,0	0,0	-	-	-	4,1
Herlev	10,7	11,6	10,8	12,4	24,5	63,6	75,0	13,2
Hillerød	11,3	18,0	50,0	21,4	0,0	-	-	14,2
Bornholm	0,0	100,0	-	-	-	-	-	6,7
Roskilde	7,4	10,0	14,8	6,3	-	-	-	10,0
Næstved	2,6	3,4	4,7	12,0	50,0	-	-	4,7
Odense	9,2	10,0	6,6	7,8	2,4	25,0	-	8,0
Sønderborg	0,0	0,0	25,0	0,0	-	-	-	7,1
Vejle	7,5	11,8	10,6	8,0	20,0	-	-	9,5
Herning	9,1	0,0	6,7	12,5	0,0	-	-	6,7
Århus	9,4	6,0	5,8	0,0	-	-	-	7,0
Aalborg	7,1	5,7	10,9	5,9	16,7	100,0	-	7,7
Total	8,2	8,6	8,8	8,5	11,3	59,3	75,0	8,9

Den neoadjuverende terapi resultater i følgende overlevelsesdata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

8.6.3 Tabel Overlevelse – neoadjuverende terapi

Medianoverlevelse for samtlige behandlede.

		Overlevelse, antal måneder					
Afdeling	Antal	Mean	p5	p25	Median	p75	p95
Rigshospitalet	84	18.7	4.2	8.9	14.6	24.4	56.8
Nordsjællands Hospital	4	24.5	18.0	18.0	24.5	31.0	31.0
Roskilde Sygehus	4	8.1	2.2	2.2	8.1	14.0	14.0
Storstrøms Sygehus	1	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8	9.8
Odense Universitetshospital	39	22.7	6.3	12.2	18.2	29.9	60.0
Vejle Sygehus	107	21.9	6.1	10.6	17.7	31.3	58.7
Herning Sygehus	2	11.2	11.2	11.2	11.2	11.2	11.2
Århus Sygehus	8	9.3	2.5	5.0	7.4	13.3	20.9
Aalborg Sygehus	42	20.2	7.3	11.4	16.8	21.5	46.8
Hele landet	291	20.2	4.9	9.3	16.5	27.3	56.8

Den neoadjuverende terapi resultater i følgende overlevelsedata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling						
Afdeling	2007	2006	2005	2004	2003	2002	Total
Rigshospitalet	83,3	-	0,0	52,9	-	-	54,5
Hillerød	100,0	100,0	-	-	-	-	100,0
Roskilde	-	-	-	100,0	-	-	100,0
Næstved	0,0	-	-	-	-	-	0,0
Odense	85,7	100,0	80,0	100,0	50,0	100,0	84,0
Vejle	66,7	71,4	66,7	75,0	40,0	-	67,4
Herning	-	-	-	-	-	0,0	0,0
Århus	50,0	-	0,0	0,0	-	-	33,3
Aalborg	64,3	50,0	66,7	100,0	-	-	63,6
Total	69,4	73,9	63,2	58,0	44,4	66,7	62,4

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling					
Afdeling	2006	2005	2004	2003	2002	Total
Rigshospitalet	-	0,0	24,3	-	-	23,9
Hillerød	100,0	-	-	-	-	100,0
Roskilde	-	-	0,0	-	-	0,0
Odense	75,0	60,0	33,3	50,0	50,0	55,6
Vejle	42,9	66,7	58,3	40,0	-	52,5
Herning	-	-	-	-	0,0	0,0
Århus	-	0,0	0,0	-	-	0,0
Aalborg	0,0	66,7	100,0	-	-	37,5
Total	43,5	57,9	29,5	44,4	33,3	36,6

8.6.4 Tabel Overlevelse – adjuverende terapi

Medianoverlevelse for samtlige behandlede.

		Overlevelse, antal dage					
Afdeling	Antal	Mean	p5	p25	Median	p75	p95
Rigshospitalet	89	17.9	3.4	9.8	14.6	20.9	43.7
Herlev Hospital	111	24.7	3.6	11.0	23.5	38.7	45.7
Nordsjællands Hospital	25	18.1	4.6	9.7	18.4	23.3	36.4
Bornholms Centralsygehus	6	18.7	1.2	7.8	21.5	26.5	33.7
Roskilde Sygehus	46	22.4	5.3	13.2	21.8	30.1	42.6
Storstrømens Sygehus	15	19.0	6.5	10.5	16.6	23.4	40.3
Odense Universitetshospital	183	22.0	3.8	10.2	17.7	31.6	45.3
Vejle Sygehus	97	23.4	2.2	11.9	20.1	36.5	57.5
Herning Sygehus	4	24.2	22.5	22.5	24.2	26.0	26.0
Århus Sygehus	71	20.7	3.4	10.0	17.8	32.4	41.6
Aalborg Sygehus	86	23.3	5.1	15.1	19.8	27.9	45.0
Sønderborg Sygehus	5	19.6	18.2	18.2	20.1	20.1	21.2
Hele landet	738	21.9	3.7	10.9	18.6	31.6	45.0

1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

	1 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling							
Afdeling	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	Total
Rigshospitalet	82,4	83,3	83,3	70,0	0,0	-	-	78,0
Herlev	85,7	92,9	96,2	50,0	66,7	100,0	-	88,5
Hillerød	100,0	100,0	-	-	-	-	-	100,0
Bornholm	33,3	100,0	-	-	-	-	-	66,7
Roskilde	100,0	100,0	62,5	100,0	100,0	-	-	88,5
Næstved	0,0	33,3	100,0	100,0	-	-	-	66,7
Odense	80,0	90,9	87,0	61,9	47,1	100,0	-	78,3
Sønderborg	100,0	-	-	-	100,0	-	-	100,0
Vejle	100,0	90,9	70,0	100,0	75,0	-	-	87,0
Herning	-	-	100,0	-	-	-	-	100,0
Århus	52,9	80,0	87,5	100,0	-	-	-	76,2
Aalborg	100,0	94,4	81,8	100,0	-	-	100,0	93,9
Total	82,4	89,3	85,7	71,4	54,8	100,0	100,0	82,8

2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling

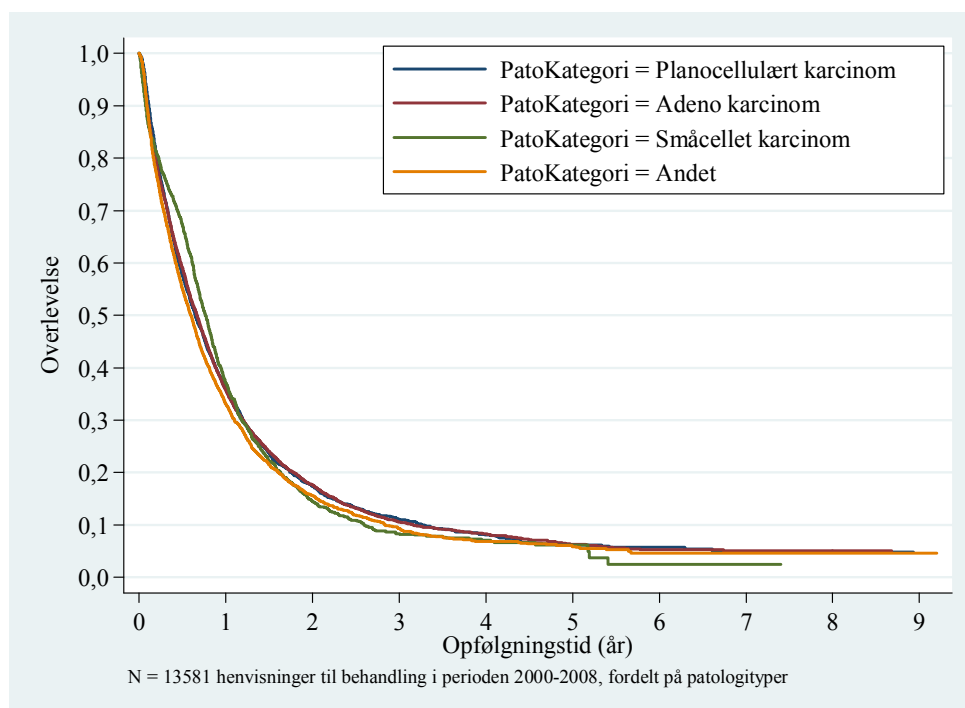
Afdeling	2 års overlevelse i % af antal henvisninger til behandling						Total
	2006	2005	2004	2003	2002	2001	
Rigshospitalet	58,3	50,0	20,0	0,0	-	-	42,9
Herlev	78,6	88,5	50,0	50,0	100,0	-	80,0
Hillerød	83,3	-	-	-	-	-	83,3
Bornholm	66,7	-	-	-	-	-	66,7
Roskilde	77,8	50,0	50,0	0,0	-	-	60,0
Næstved	33,3	33,3	0,0	-	-	-	25,0
Odense	63,6	60,9	19,0	35,3	0,0	-	50,0
Sønderborg	-	-	-	0,0	-	-	0,0
Vejle	68,2	50,0	100,0	50,0	-	-	62,2
Herning	-	100,0	-	-	-	-	100,0
Århus	25,0	62,5	100,0	-	-	-	47,8
Aalborg	72,2	63,6	100,0	-	-	100,0	71,9
Total	62,1	63,3	31,0	35,5	66,7	100,0	56,9

8.7 Patologi

Der henvises til kommentaren i beretningen fra DLCR og det indledende metodeafsnit. Ser man på 2000-2008 populationen, hvor der foreligger

celletype på i alt 13.584 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

8.7.1 Fig. Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:



Overlevelsesraterne i % for populationerne indberettet i perioden 2000 - 2007 fremgår af følgende fordelt på observationsperiode:

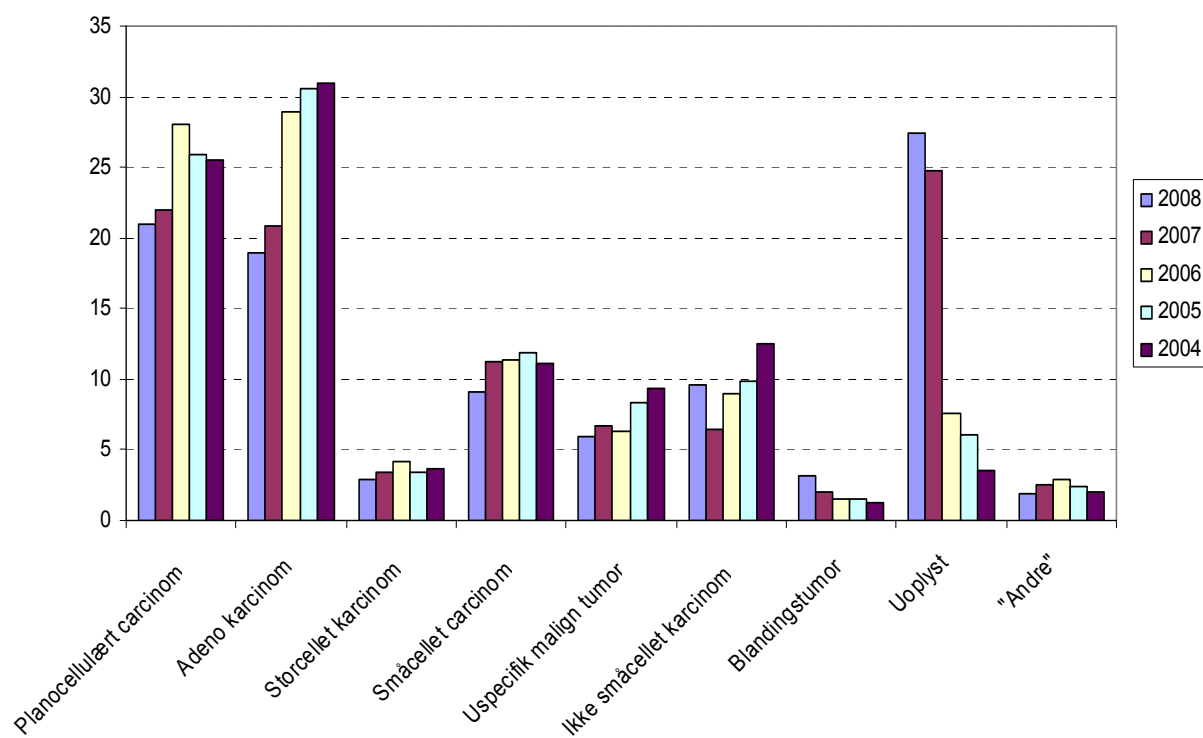
8.7.2 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:

	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal henvisninger til behandling, totalt	2.713	2.577	2.617	2.359	1.423	907	516	320	13.432
Patologityper, 1 års overlevelse i % af henvisninger:									
Planocellulært karcinom	37,5	36,2	36,9	30,4	31,5	40,7	31,7	38,5	35,1
Adenokarcinom	40,6	37,3	34,7	33,2	29,8	33,8	38,5	31,0	34,9
Storcellet karcinom	25,5	22,2	37,5	26,2	38,7	26,3	25,0	25,0	29,1
Småcellet karcinom	36,5	38,6	34,2	35,6	71,4	45,5	50,0	39,5	36,8
Adenosquamøst karcinom	53,8	0,0	37,5	57,1	-	-	100,0	-	36,6
Specifik anden malign tumor	100,0	25,0	60,0	33,3	50,0	33,3	50,0	33,3	42,6
Uspecifik malign tumor	33,0	27,9	25,9	27,9	40,0	100,0	-	100,0	29,2
Sarkomatoidt karcinom	55,6	36,4	25,0	0,0	-	-	100,0	-	39,3
Spytkirtel tumor	100,0	0,0	50,0	50,0	-	-	-	-	54,5
Karcinoid tumor	33,3	33,3	55,6	0,0	-	-	-	100,0	42,3
Ikke småcellet karcinom	25,5	29,2	28,9	28,8	28,4	23,6	22,2	57,1	28,1
Bronkioalveolært karcinom	72,7	42,9	46,7	46,7	0,0	-	-	-	50,0
Combined small cell carcinoma	26,7	36,8	47,8	34,8	55,6	66,7	50,0	-	42,9
Blandingstumor	60,9	70,0	67,5	46,2	-	-	-	-	62,7
Uoplyst	29,4	30,8	27,4	32,5	15,1	19,1	19,7	21,6	26,0
Total	35,5	35,1	34,4	31,8	30,5	31,3	31,2	31,3	33,5

	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal henvisninger til behandling, totalt	2.577	2.617	2.359	1.423	907	516	320	10.719
Patologityper, 2 års overlevelse i % af henvisninger:								
Planocellulært karcinom	18,0	18,2	11,9	11,7	16,8	13,5	26,2	15,7
Adenokarcinom	19,8	18,0	14,0	11,2	14,4	19,5	16,1	16,0
Storcellet karcinom	10,2	20,8	13,1	18,7	18,4	15,0	25,0	15,8
Småcellet carcinom	14,6	11,5	14,4	35,7	18,2	25,0	13,2	13,8
Adenosquamøst karcinom	0,0	37,5	42,9	-	-	100,0	-	25,0
Specifik anden malign tumor	25,0	0,0	22,2	25,0	11,1	25,0	0,0	17,0
Uspecifik malign tumor	12,8	11,2	10,2	30,0	75,0	-	100,0	12,2
Sarkomatoidt carcinom	27,3	0,0	0,0	-	-	100,0	-	21,1
Spytkirtel tumor	0,0	50,0	0,0	-	-	-	-	33,3
Karcinoid tumor	16,7	44,4	0,0	-	-	-	100,0	35,3
Ikke småcellet karcinom	8,4	8,6	9,6	8,6	11,1	14,8	28,6	9,4
Bronkioalveolært karcinom	21,4	46,7	26,7	0,0	-	-	-	31,1
Combined small cell carcinoma	5,3	26,1	13,0	33,3	33,3	25,0	-	20,6
Blandingstumor	46,0	37,5	15,4	-	-	-	-	36,2
Uoplyst	10,6	15,8	20,8	7,5	10,8	4,9	6,3	10,6
Total	16,4	16,4	13,1	12,1	14,3	14,3	15,0	14,8

	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal henvisninger til behandling, totalt	2.617	2.359	1.423	907	516	320	8.142
Patologityper, 3 års overlevelse i % af henvisninger:							
Planocellulært carcinom	12,5	6,3	7,9	9,0	8,7	16,9	9,4
Adenokarcinom	12,0	7,4	5,4	8,8	9,8	11,5	8,7
Storcellet karcinom	15,6	8,3	5,3	13,2	15,0	25,0	11,0
Småcellet carcinom	5,9	8,6	35,7	9,1	25,0	2,6	7,6
Adenosquamøst karcinom	37,5	0,0	-	-	100,0	-	25,0
Specifik anden malign tumor	0,0	22,2	12,5	0,0	25,0	0,0	10,2
Uspecifik malign tumor	6,3	4,2	20,0	25,0	-	100,0	6,0
Sarkomatoidt carcinom	0,0	0,0	-	-	100,0	-	12,5
Spytkirtel tumor	33,3	0,0	-	-	-	-	25,0
Karcinoid tumor	44,4	0,0	-	-	-	100,0	45,5
Ikke småcellet karcinom	4,9	5,6	3,7	6,9	3,7	14,3	5,3
Bronkioalveolært karcinom	20,0	13,3	0,0	-	-	-	16,1
Combined small cell carcinoma	17,4	13,0	16,7	16,7	0,0	-	14,1
Blandingstumor	27,5	7,7	-	-	-	-	19,7
Uoplyst	10,3	16,9	2,8	6,9	2,8	4,5	6,9
Total	10,7	7,2	6,3	8,5	7,9	9,7	8,5

8.7.3 Fig. Patologityper per år - totalt:



8.7.4 Tabel. Patologityper per år - totalt:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal henvisninger til behandling, totalt	1.293	1.447	1.377	1.399	1.275	779	510	303	193	8.576
Patologityper i % af henvisninger:										
Planocellulært carcinom	21,0	22,0	28,1	25,9	25,6	30,3	23,7	25,7	26,4	25,1
Adeno karcinom	18,9	20,9	29,0	30,6	31,0	47,1	37,5	35,3	19,7	28,8
Storcellet karcinom	2,9	3,5	4,2	3,4	3,7	4,7	4,7	4,0	1,6	3,7
Småcellet carcinom	9,1	11,2	11,3	11,9	11,1	0,5	1,2	0,7	10,4	9,0
Adenosquamøst karcinom	0,1	0,6	0,8	0,4	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Specifik anden malign tumor	0,1	0,0	0,2	0,3	0,5	0,8	1,2	0,7	2,1	0,4
Uspecifik malign tumor	6,0	6,7	6,3	8,4	9,3	0,6	0,2	0,0	0,5	5,9
Sarcomatoidt carcinom	0,4	0,3	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Spytkirtel tumor	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	0,1	0,3	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Ikke småcellet karcinom	9,6	6,5	9,0	9,9	12,5	6,7	7,5	4,6	1,6	8,7
Bronkioalveolært karcinom	0,3	0,3	0,7	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Combined small cell carcinoma	0,8	0,8	0,7	0,9	0,5	1,7	0,6	0,7	0,0	0,8
Blandingstumor	3,2	2,0	1,5	1,6	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Uoplyst	27,4	24,7	7,6	6,0	3,5	7,6	23,5	28,1	37,8	15,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Fordelt på kvinder og mænd:

8.7.5 Tabel Patologityper per år - kvinder:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal henvisninger til behandling, totalt	1.164	1.266	1.200	1.218	1.084	644	397	213	127	7.313
Patologityper i % af henvisninger:										
Planocellulært carcinom	13,6	14,7	14,5	14,9	15,5	16,6	11,6	12,2	11,0	14,5
Adeno karcinom	29,6	27,1	37,8	41,1	39,5	60,9	51,6	46,0	38,6	38,5
Storcellet karcinom	1,7	3,8	4,2	3,9	3,4	5,9	3,5	3,8	0,8	3,6
Småcellet carcinom	11,6	11,7	12,7	12,8	12,5	1,6	1,3	0,9	14,2	10,4
Adenosquamøst karcinom	0,1	0,3	0,1	0,2	0,4	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Specifik anden malign tumor	0,2	0,1	0,1	0,1	0,2	1,6	0,8	0,9	1,6	0,3
Uspecifik malign tumor	5,3	6,7	7,1	7,2	8,9	0,8	0,8	0,0	0,0	5,8
Sarcomatoidt carcinom	0,3	0,3	0,5	0,2	0,2	0,0	0,0	0,5	0,0	0,2
Spytkirtel tumor	0,1	0,0	0,1	0,3	0,2	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	0,4	0,3	0,3	0,4	0,1	0,0	0,0	0,0	0,8	0,3
Ikke småcellet karcinom	7,2	8,1	10,5	10,5	13,2	4,5	8,6	6,1	3,1	9,1
Bronkioalveolært karcinom	0,5	0,5	0,4	0,9	0,6	0,2	0,0	0,0	0,0	0,5
Combined small cell carcinoma	0,5	0,3	0,8	0,9	1,5	0,8	0,8	2,8	0,0	0,8
Blandingstumor	2,6	3,2	2,4	1,5	0,9	0,0	0,0	0,0	0,0	1,7
Uoplyst	26,4	23,0	8,6	5,1	3,0	7,3	21,2	26,8	29,9	14,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

8.7.6 Tabel Patologityper per år - mænd:

	2008	2007	2006	2005	2004	2003	2002	2001	2000	Total
Antal henvisninger til behandling, totalt	1.293	1.447	1.377	1.399	1.275	779	510	303	193	8.576
Patologityper i % af henvisninger:										
Planocellulært karcinom	21,0	22,0	28,1	25,9	25,6	30,3	23,7	25,7	26,4	25,1
Adeno karcinom	18,9	20,9	29,0	30,6	31,0	47,1	37,5	35,3	19,7	28,8
Storcellet karcinom	2,9	3,5	4,2	3,4	3,7	4,7	4,7	4,0	1,6	3,7
Småcellet karcinom	9,1	11,2	11,3	11,9	11,1	0,5	1,2	0,7	10,4	9,0
Adenosquamøst karcinom	0,1	0,6	0,8	0,4	0,2	0,0	0,0	0,3	0,0	0,3
Specifik anden malign tumor	0,1	0,0	0,2	0,3	0,5	0,8	1,2	0,7	2,1	0,4
Uspecifik malign tumor	6,0	6,7	6,3	8,4	9,3	0,6	0,2	0,0	0,5	5,9
Sarcomatoidt karcinom	0,4	0,3	0,4	0,1	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Spytkirtel tumor	0,2	0,1	0,0	0,1	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,1
Karcinoid tumor	0,1	0,3	0,2	0,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,2
Ikke småcellet karcinom	9,6	6,5	9,0	9,9	12,5	6,7	7,5	4,6	1,6	8,7
Bronkioalveolært karcinom	0,3	0,3	0,7	0,3	0,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,3
Combined small cell carcinoma	0,8	0,8	0,7	0,9	0,5	1,7	0,6	0,7	0,0	0,8
Blandingstumor	3,2	2,0	1,5	1,6	1,3	0,0	0,0	0,0	0,0	1,5
Uoplyst	27,4	24,7	7,6	6,0	3,5	7,6	23,5	28,1	37,8	15,0
Totalt	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

9.0 Bilag

9.1 Bilag A – Tilsluttede afdelinger.

Amager, Intern medicinsk klinik
Bispebjerg, Lungemedicinsk Afd.
Bornholm, Medicinsk Afd.
Esbjerg, Øre- næse- og hals Afd.
Fredericia, Medicinsk Afd.
Gentofte, Lungemedicinsk Afd.
Gentofte, Thoraxkirurgisk. Afd.
Herlev, Onkologisk Afd.
Herning, Medicinsk Afd.
Herning, Onkologisk Afd.
Hillerød, Lungemedicinsk Afd.
Hillerød, Onkologisk Afd.
Hjørring, Lungemedicinsk Afd.
Holbæk, Lungemedicinsk Afd.
Holstebro, Medicinsk Afd.
Hvidovre, Lungemedicinsk Afd.
Kalundborg, Lungemedicinsk Afd.,
Nykøbing F, Medicinsk Afd.
Næstved, Onkologisk Afd.
Næstved, Medicinsk Afd.
Odense, Lungemedicinsk Afd.
Odense, Onkologisk Afd.
Odense, Thoraxkirurgisk Afd.
Randers, Medicinsk Afd.
Rigshospitalet, Onkologisk klinik
Rigshospitalet, Thoraxkirurgisk klinik
Roskilde, Medicinsk Afd.
Silkeborg, Medicinsk Afd.
Skejby, Thoraxkirurgisk Afd.
Skive, Medicinsk Afd.
Slagelse, Lungemedicinsk Afd.
Svendborg, Medicinsk Afd.
Sønderborg, Medicinsk Afd.
Vejle, Lungemedicinsk Afd.
Vejle, Onkologisk Afd.
Aabenraa, Medicinsk Afd.
Aalborg, Lungekirurgisk Afd.
Aalborg, Lungemedicinsk Afd.
Aalborg, Onkologisk Afd.
Århus, Lungemedicinsk Afd.
Århus, Onkologisk Afd.

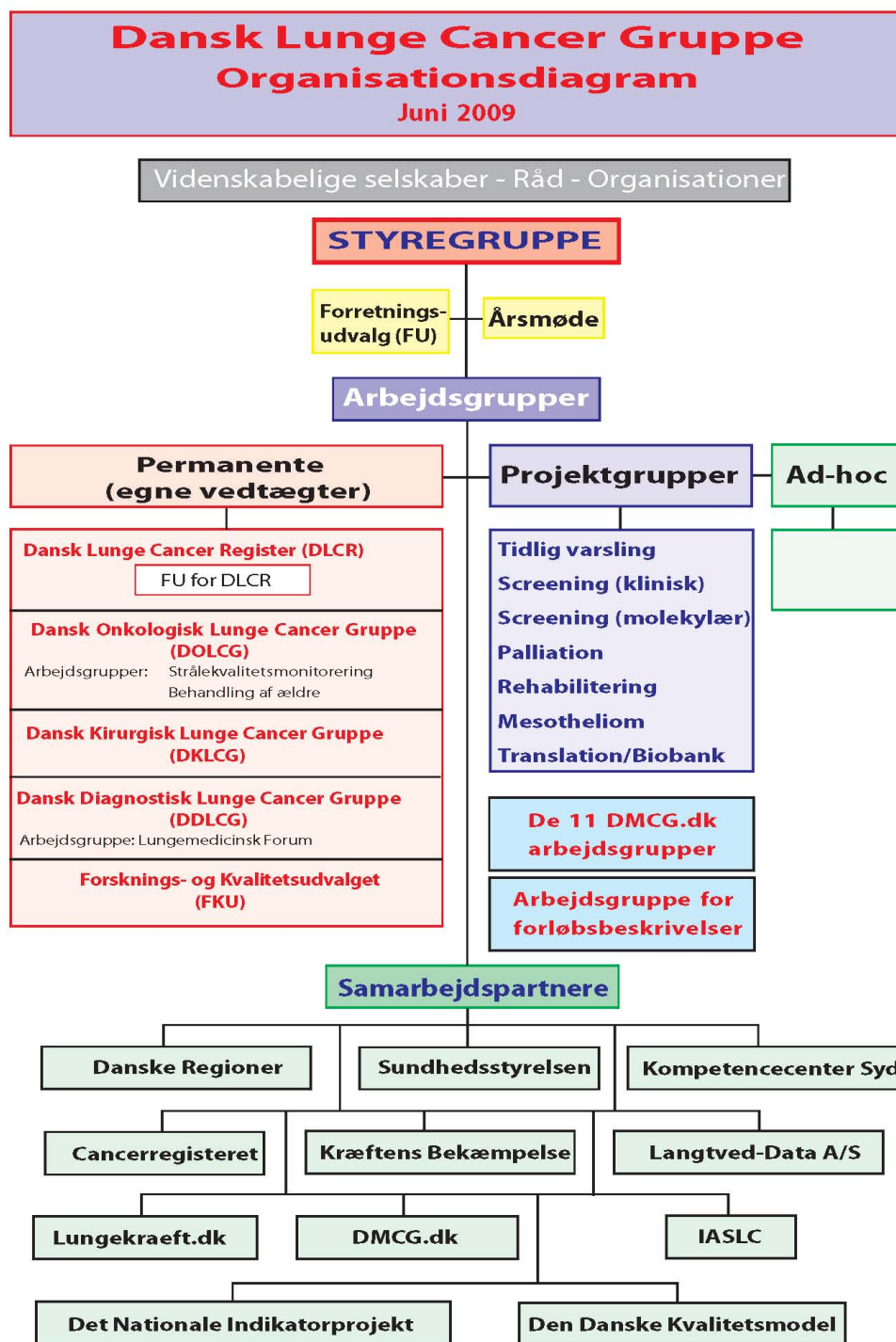
9.2 Bilag B – Tabel og Figur fortegnelse

4.3.1. Tabel. Oversigt over lungecancerforløb	11
4.3.2. Tabel. Oversigt over datakomplethed.....	12
4.3.3. Tabel . Manglende indberetninger.....	13
4.3.4. Figur. Latenstid for indberetning.....	13
4.3.5. Tabel. Oversigt over lungecancerforløbene.....	14
4.5.1. Figur. Incidensrate (pr. 10 000 personår.....	16
4.5.2. Figur. Incidensrater efter køn og aldersgrupper	16
4.5.3. Figur. Incidente tilfælde, kønsopdelt.....	17
4.5.4. Figur. Mortalitetsrater	17
4.5.5. Figur. Lungecancerforløb for patienter med diagnose i året 2007.....	19
4.5.6. Figur. Sammenfatning af nøgletal for primær lungecancer i Danmark i år 2005.....	20
4.5.7. Figur. Tendenser over tid i mortalitetsrater	21
4.5.8. Figur Tendenser over tid i progressionsrater	21
5.0.1 Tabel Indikatorskema:	24
5.1.1 Tabel Andel af patienter i live efter 1år.....	27
5.1.2 Tabel Andel af patienter i live efter 2 år.....	28
5.1.3 Tabel Andel af patienter i live efter 5 år.....	29
5.1.4 Tabel Samlet ventetid på behandling – kirurgi.....	30
5.1.5 Tabel Samlet ventetid på behandling – onkologi	31
5.1.6 Tabel Samlet ventetid på behandling – onkologi – kemoterapi.....	32
5.1.7 Tabel Samlet ventetid på behandling – onkologi - stråleterapi.....	33
5.1.8 Tabel Resektionsrate	34
5.2.1 Tabel Ventetider på udredning - regionalt.....	35
5.2.2 Tabel Ventetider på udredning – afdelinger	36
5.2.3 Tabel cTNM / pTNM overensstemmelse	38
5.2.4 Tabel cTNM / pTNM overensstemmelse – afdelinger	39
5.3.1 Tabel Ventetider på kirurgi – regioner	41
5.3.2 Tabel Ventetider på kirurgi – afdelinger	41
5.3.3 Tabel 30-dages overlevelse efter kirurgi	43
5.4.1 Tabel Ventetider på onkologi kemoterapi – regioner	45
5.4.2 Tabel Ventetider på onkologi kemoterapi – afdelinger	46
5.4.3 Tabel Ventetider på onkologi stråle – regioner	47
5.4.4 Tabel Ventetider på onkologi stråle – afdelinger	48
6.2.1 Tabel Udredningspopulation – afdelinger 2000 – 2008	50
6.2.2 Tabel Udredningspopulation – nationalt og regionalt 2000 – 2008	51
6.2.3 Tabel Antal udredninger i forhold til totale antal indberettede i DLCR.....	51
6.3.1 Tabel. Udredningsmetoder DK	52
6.3.2 Fig. Udredningsmetoder DK	52
6.3.3 Tabel Udredningsmetoder – afdelinger	53
6.3.4 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – regioner	54
6.3.5 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – afdelinger	55
6.3.6 Tabel Biopsier (totalt og i % af antal udredte):	60
6.4.1 Tabel Lungefunktionsundersøgelser (% af antal udredte i afdelingen):	61
6.4.2 Tabel Lungefunktion hos henviste til kirurgi og onkologi	61
6.4.3 Tabel Lungefunktion hos henviste til kirurgi og onkologi i % af forventet	62
6.5.1 Fig. Rygestatus.....	62
6.5.2 Tabel Tobaksforbrug	63
6.6.1 Tabel cTNM stadie fordeling i absolutte tal	64
6.6.2 Tabel cTNM stadie fordeling i %.....	64
6.6.3 Tabel cTNM Stadiefordeling – regioner i %	65
6.6.4 Tabel cTNM Stadiefordeling – afdelinger i %	65
6.6.5 Fig. T fordeling	66
6.6.6 Fig. N fordeling	66
6.6.7 Fig. M fordeling	67

6.6.8 Fig. Udvikling cTNM 2000 - 2008.....	67
6.6.9 Fig. Overlevelse – cTNM.....	68
6.6.10 Tabel cTNM overlevelse	68
6.7.1 Tabel ECOG Performansstatus – regioner	69
6.7.2 Tabel ECOG Performancestatus – afdelinger.....	70
6.8.1 Figur Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:.....	71
6.8.2 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:	71
6.8.3 Tabel Patologityper per år - totalt:.....	73
6.8.4 Tabel Patologityper per år - kvinder:.....	73
6.8.5 Tabel Patologityper per år - mænd:	74
7.2.1 Tabel Indberetninger	76
7.2.2 Tabel Kønsfordeling.....	76
7.2.3 Tabel Afdelinger, regionsfordeling og køn	77
7.2.4 Tabel Alder og afdelinger.....	77
7.4.1 Tabel Liggetider	78
7.4.2 Tabel ventetider.....	78
7.4.3 Tabel overflytninger	78
7.5.1 Tabel Antal operationer.....	79
7.5.2 Tabel Antal resektioner	79
7.5.3 Tabel Operationer fordeling i %.....	79
7.5.4 Fig. Operationer fordeling grafisk.....	80
7.5.5 Tabel Operationstyper – afdelinger	81
7.5.6 Tabel Risikofaktorer.....	82
7.5.7 Tabel Torakotomitype	83
7.5.8 Tabel Lobektomitype	83
7.5.9 Tabel Torakoskopiske operationer PLUS totale antal og operationstyper i PROCENT	83
7.5.10 Tabel Pneumonektomier – typer	83
7.5.11 Tabel Pneumonektomier - lokalisation.....	84
7.5.12 Tabel Thoraxvægsresektion.....	84
7.5.13 Tabel Neoadjuverende.....	84
7.5.14 Tabel Lymfeknuder	84
7.5.15 Tabel Præoperative indgreb.....	85
7.5.16 Tabel Præoperative estimeret FEV1 i % af forventet.....	85
7.6.1 Fig. pTNM fordeling	85
7.6.2 Tabel pTNM fordeling – afdelinger	86
7.6.3 Tabel cN/pN skift – afdelinger	86
7.6.4 Tabel cN/pN skift – regioner.....	87
7.7.1 Tabel Overlevelse 1, 2, 3, 4 og 5 år fordelt på indberettede per år.....	87
7.7.2 Fig. Overlevelse totalt – Kaplan Meier	88
7.7.3 Fig. Overlevelse resecerede patienter.....	89
7.7.4 Fig. Overlevelse operationstyper 2000 – 2008 – Kaplan Meier	89
7.7.5 Tabel Operationstyper kohorter.....	90
7.7.6 Tabel Postoperativ mortalitet	91
7.7.7 Fig. Overlevelse pTNM – Kaplan Meier.....	92
7.7.8 Tabel pTNM overlevelser – totalt	92
7.7.9 Tabel Overlevelse 1, 2, 3, 4 og 5 år – afdelinge	93
7.8.1 Fig. Komplikationer	96
7.8.2 Tabel Komplikationer antal.....	97
7.9.1 Tabel Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:	97
7.9.2 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:	98
7.9.3 Figur Patologityper per år - totalt:	99
7.9.4 Tabel Patologityper per år - totalt:.....	100
7.9.5 Tabel Patologityper per år - kvinder:.....	100
7.9.6 Tabel Patologityper per år - mænd:	101
7.9.7 Tabel Operationstyper og Patologityper:.....	101
8.2.1 Tabel Antal forløb – afdelinger	103
8.2.2 Tabel Kønsfordeling.....	103
8.2.3 Tabel Afdelinger, regionsfordeling og køn	104

8.2.4 Tabel Aldersfordeling.....	105
8.5.1 Tabel Behandlingsrate.....	106
8.5.2 Tabel Behandlingsmodaliteter – kurativ intenderet terapi.....	106
8.5.3 Tabel Behandlingsmodaliteter – palliativ intenderet terapi.....	107
8.5.4 Tabel Behandlingsmodaliteter – pallierende stråleterapi – indikation.....	107
8.5.5 Tabel Behandlingsmodaliteter – neoadjuverende terapi.....	108
8.5.6 Tabel Behandlingsmodaliteter – adjuverende terapi	108
8.6.1 Tabel Overlevelse – kurativ intenderet terapi.....	109
8.6.2 Tabel Overlevelse – palliativ intenderet terapi.....	110
8.6.3 Tabel Overlevelse – neoadjuverende terapi.....	112
8.6.4 Tabel Overlevelse – adjuverende terapi	113
8.7.1 Fig. Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:	114
8.7.2 Tabel Overlevelse Patologityper - observeret:	115
8.7.3 Fig. Patologityper per år - totalt:	116
8.7.4 Tabel. Patologityper per år - totalt:.....	117
8.7.5 Tabel Patologityper per år - kvinder:.....	117
8.7.6 Tabel Patologityper per år - mænd:	118

9.3 Bilag B – Organisationsoversigt DLCCG



Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt Juni 2009

STYREGRUPPENS MEDLEMMER

Overlæge, dr.med. Torben Palshof ^{1 & 2)}, (**formand**), Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus NBG
Sygeplejerske, cand cur. Birgitte Espersen ¹⁾, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus NBG
Professor, overlæge, dr.med. Anders Green ⁶⁾, KCS, Syddansk Universitet
Prof., ph.d., mag. scient. Helle Ploug Hansen ³⁾, Institut for Idræt og Biomekanik, Syddansk Universitet
Overlæge Niels-Chr. G. Hansen ¹⁾, Lungemedicinsk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mogens Hüttel ¹⁾, Anæstesiologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge, MPM Erik Jakobsen ^{2 & 5)}, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Afdelingslæge, ph.d. Ole Dan Jørgensen ³⁾, Thoraxkir. Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik ^{1 & 2)}, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Praktiserende læge, klinisk lektor, Roar Maagaard ¹⁾, Skødstrup
Overlæge, dr. med. Jann Mortensen ¹⁾, Klinik for Klinisk fysiologi og Nuclear medicin, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Jesper Holst Pedersen ³⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
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, dr.med. Finn Rasmussen ¹⁾, Radiologisk Afdeling, Århus Universitetshospital
Overlæge Jesper Ravn ¹⁾, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med. Birgit Guldhammer Skov ¹⁾, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen ³⁾, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, MSc Tove Vejlgård ³⁾, Onkologisk Afdeling, Vejle Sygehus
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind ¹⁾, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

1): Udpeget af de videnskabelige selskaber

2) Styregruppens forretningsudvalg

3): Formænd for arbejdsgrupper

4): Udpeget af DLCCG

5): DLCCG's projektleder

6): Repræsenterer Kompetencecenter Syd

Styregruppens forretningsudvalg:

Torben Palshof - Erik Jakobsen - Mark Krasnik & Torben Riis Rasmussen

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2009

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Lunge Cancer Register (DLCR)

Forretningsudvalg:

Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, MPM, Erik Jakobsen, (projektleder), Thoraxkirurgisk Afd., Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
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, overlæge, dr.med. Anders Green, KCS, Syddansk Universitet
Jørgen Østergaard, Sundhedsområdet Kvalitetsafdelingen, Region Syddanmark.

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2009

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCG)

Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, (**formand**), Lungemedicinsk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, ph.d. Henrik Hager, Patologisk Institut, Århus Sygehus
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, Gentofte Hospital
Overlæge, dr. med. Jann Mortensen, Klinik for Klinisk fysiologi og Nuclear medicin, Rigshospitalet
Overlæge, dr. med. Finn Rasmussen, Radiologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge John Wildt, Otologisk Afdeling, Regionshospitalet i Randers

Lungemedicinsk Forum

Arbejdsgruppe under

Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCG)

Overlæge Torben Riis Rasmussen (**formand**), Århus Sygehus
Overlæge Niels Maltbæk, RAS Roskilde
Overlæge Henrik Kirstein Jensen, Ålborg Sygehus
Overlæge Niels-Chr. G. Hansen, Odense Universitetshospital
Overlæge Eric Kindt, Skive Sygehus, Sygehus Viborg
Overlæge Michael Hansen, Sønderborg Sygehus
Overlæge Jost Wessels, Holstebro Sygehus
Overlæge Klaus Richter Larsen, Bispebjerg Hospital
Overlæge Valentina Minddal, Gentofte Hospital

Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe (DKLCG)

Overlæge Hans Pilegaard, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, Skejby Sygehus
Overlæge Jesper Ravn, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge Henrik Jessen Hansen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge Lars Ladegaard, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Erik Jakobsen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Poul Erik Haahr, Thoraxkirurgisk Afdeling, Aalborg Sygehus

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt Juni 2009

Arbejdsgruppernes medlemmer

Dansk Onkologisk Luncancer Gruppe (DOLG)

Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, (**formand**), Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, Bente Holm, (**sekretær**), Onkologisk Afdeling, KAS Herlev
Ledende overlæge, ph.d. Bente Sørensen, Onkologisk Afdeling, Vejle 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 Karin Holmskov Hansen, Onkologisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge, ph.d. Seppo W Langer, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Afdelingslæge, ph.d. Morten Sørensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge, dr. med., Ellen Friche, Onkologisk Afdeling, Roskilde
Overlæge, ph.d. Peter Meldgaard, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Afdelingslæge Marianne Knop, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, ph.d. Anders Mellemgaard, Onkologisk Afdeling, KAS Herlev
Overlæge, Henrik Anker Nielsen, Onkologisk Afdeling, Hillerød

Dansk Lunge Cancer Gruppe Organisationsoversigt

Juni 2009

Arbejdsgruppernes medlemmer

Screening - klinisk

Overlæge, dr.med. Jesper Holst Pedersen, (**formand**), Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
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, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med., Martin Iversen, Lungemedicinsk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr. med. Jann Mortensen, Klinik for Klinisk fysiologi og Nuclear medicin, Rigshospitalet
Overlæge Lars Nielsen, Radiologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med., Birgit Guldhammer Skov, Patologisk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge Poul Stentoft, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, dr.med., Philip Tønnesen, Lungemedicinsk Afdeling, KAS Gentofte
Overlæge, dr.med., Kell Østerlind, Onkologisk 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 MPM, Erik Jakobsen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
Overlæge, ph.d. Peter Meldgaard, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, dr.med. Torben Palshof, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus
Overlæge, ph.d. Torben Riis Rasmussen, Lungemedicinsk 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

Juni 2009

Arbejdsgruppernes medlemmer

Forskning- og Kvalitet

Afdelingslæge, ph.d. Ole Dan Jørgensen (**formand**), Thoraxkir. Afd., Odense Universitetshospital
Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, , Onkologisk Klinik, Rigshospitalet
Overlæge MPM, Erik Jakobsen, Thoraxkirurgisk Afdeling, Odense Universitetshospital
Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet
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, dr.med. Anders Green, KCS, Syddansk Universitet

No. 1 Kliniske retningslinier og forskning:

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

No. 2 Kliniske databaser:

Overlæge MPM Erik Jakobsen, Dansk Lunge Cancer Register, OUH

No. 3 Biobanker og Laboratorieforskning:

Overlæge, dr.med. Hans Skovgaard Poulsen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

No. 4 Overvågning og Tidlig varsling:

Overlæge Mark Krasnik, Thoraxkirurgisk Afdeling, Rigshospitalet

No. 5 Vidensopsamling- og spredning:

Overlæge, dr.med. Kell Østerlind, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

No. 6 Videnskabelige kliniske protokoller:

Overlæge, dr.med. Jens Benn Sørensen, Onkologisk Klinik, Rigshospitalet

No. 7 Internationale kontakter og samarbejde:

skal udpeges

No. 8 Kvalitetsprojekter:

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

No. 9 Forskning inden for metode, statistik, IT mm:

professor, overlæge dr.med. Anders Green

No. 10 Uddannelsesopgaver:

Sygeplejerske Birgitte Espersen, Onkologisk Afdeling, Århus Sygehus NBG

No. 11 Intersektoriel forskning og implementering:

Praktiserende læge, klinisk lektor, Roar Maagaard