

Dansk Lunge Cancer Register

Indikatorrapport til

National årsrapport 2018

1. januar 2018 – 31. december 2018



Forord

Dansk Lunge Cancer Gruppe (DLCG) og Dansk Lunge Cancer Register (DLCR) udsender hermed årsrapport vedrørende diagnoseåret 2018. Rapporten er udarbejdet i tæt samarbejde med Afdeling for Cancer og Cancerscreening, Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram.

Rapportens indikator del (kap. 1-6) er gennemgået og kommenteret ved National Audit d. 5/9 2019. Rapportens øvrige kapitler er efterfølgende diskuteret på møder i DLCG's undergrupper. Rapporten er i lighed med de seneste år baseret på data fra centrale datakilder (Landspatientregisteret (LPR), CPR registeret og Patobank), afdelingernes supplerende indberetninger og den af DLCR udviklede algoritme: Den Nationale Kliniske Kræftdatabase (DNKK).

Som det fremgår andet sted i årsrapporten er vores "fødekilde" til nye data i 2020 blevet afbrudt pga. problemer med det nye LPR3, og det er i skrivende stund uklart, hvornår næste årsrapport om lungekræftbehandlingen i Danmark udkommer.

Rapporten vil kunne findes på DLCG's hjemmeside www.lungecancer.dk og på www.sundhed.dk. Der vil blive sendt informationsbrev med link til rapporten til deltagende afdelinger, afdelingsledelser, sygehusledelser og andre samarbejdspartnere i sundhedsvæsenet.

Tekst, tabeller og figurer i rapporten må refereres med angivelse af DLCR årsrapport 2018 som kilde.

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

Udgivet af og offentliggjort d. 28/10 2019.

Dansk Lunge Cancer Gruppe v/
Torben Riis Rasmussen, klinisk lektor, overlæge, Ph.d.
Formand for DLCG
Lungemedicinsk Afdeling
Aarhus Universitetshospital

Dansk Lunge Cancer Register v/
Erik Jakobsen, klinisk lektor, overlæge, MPM
Leder af DLCR
Lunge- og Karkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital

Charlotte Rasmussen, sekretær DLCR
Lunge- og Karkirurgisk Afdeling T
Odense Universitetshospital

Kontaktperson - Afdeling for Cancer og Cancerscreening, RKKP
Chefkonsulent Monika Madsen
Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram (RKKP)
Mail: monims@rkkp.dk

Indholdsfortegnelse

| | |
|---|-----|
| Forord..... | 2 |
| Indholdsfortegnelse..... | 3 |
| 1. Konklusioner og anbefalinger..... | 4 |
| 2. Indikatorer for DLCR..... | 5 |
| Tabel 2.1. Indikatoroversigt for DLCR..... | 7 |
| Tabel 2.2. Oversigt over indikatorresultater, DLCR 2009-2018..... | 8 |
| 3. Resultater for indikatorer..... | 9 |
| 3.1 Indikatorområde I: Overlevelse efter diagnosedato..... | 9 |
| 3.2 Indikatorområde II: Overlevelse efter operation hhv. resektion..... | 16 |
| 3.3 Indikatorområde III: Stadietklassifikation..... | 27 |
| 3.5 Indikatorområde V: Kurativ intenderet behandling..... | 35 |
| 4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet..... | 42 |
| 5. Datagrundlag..... | 44 |
| 6. Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator..... | 49 |
| 7.1 Udredning..... | 60 |
| 7.1.1 Udredningsforløb..... | 62 |
| 7.1.2 Udredningsmetoder..... | 65 |
| 7.1.3 Lungefunktion..... | 71 |
| 7.1.4 Rygning..... | 72 |
| 7.1.5 Klinisk TNM (cTNM)..... | 73 |
| 7.1.6 ECOG Performancestatus..... | 76 |
| 7.1.7 Patologi..... | 77 |
| 7.1.8 Udredningstid..... | 80 |
| 7.2 Kirurgi..... | 84 |
| 7.2.1 Kirurgiforløb..... | 85 |
| 7.2.2 Indlæggelse..... | 86 |
| 7.2.3 Operativ aktivitet..... | 87 |
| 7.2.4 Stadier..... | 90 |
| 7.2.5 Komplikationer og risikofaktorer..... | 93 |
| 7.2.6 Patologi..... | 95 |
| 7.3 Onkologi..... | 97 |
| 7.3.1 Onkologiske forløb..... | 98 |
| 7.3.2 Behandlingsaktivitet..... | 98 |
| 7.3.3 Patologi..... | 100 |
| 8.0 Overlevelse og mortalitet..... | 101 |
| 8.1 Overlevelse og Mortalitet – Udredning..... | 101 |
| 8.1.2 Patologi..... | 104 |
| 8.2 Overlevelse og Mortalitet – Kirurgi..... | 105 |
| 8.2.2 Patologi..... | 113 |
| 8.3 Overlevelse og Mortalitet – Onkologi..... | 115 |
| 8.3.2 Patologi..... | 119 |
| 9.0 Organisation..... | 122 |
| 9.1 Dansk Lunge Cancer Grupper – beretning..... | 122 |
| 9.2 Dansk Lunge Cancer Register – beretning..... | 122 |
| 9.3 Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe – beretning..... | 123 |
| 9.4 Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe – beretning..... | 123 |
| 9.5 Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe – beretning..... | 124 |
| 9.6 Patologigruppe – beretning..... | 125 |
| 9.7 Screeningsgruppe – beretning..... | 125 |
| 9.8 Forskning..... | 126 |
| 9.9 Styregruppens medlemmer..... | 127 |
| 9.11 Tidligere tilsluttede afdelinger..... | 130 |
| 10. Regionale kommentarer..... | 131 |

1. Konklusioner og anbefalinger

Efter beslutningen ved sidste års nationale audit på data fra Dansk Lunge Cancer Register om at overlade det til andre, officielle instanser at monitorere, rapportere og – forhåbentligt – gøre noget for at eliminere de for lange forløbstider, er det blevet lettere at konkludere på resultaterne vedrørende diagnose og behandling af lungekræft i Danmark.

For samtlige mål for overlevelse efter diagnose af lungekræft ser vi en fortsat positiv trend mod stadig bedre overlevelse, både på kort sigt (1- og 2-års overlevelse) og på lang sigt (5-års overlevelse, alias helbredelse). Vi kan nu i runde tal sige, at halvdelen af alle vore patienter lever mindst 1 år efter diagnose, 1/3 mindst 2 år og lige knap 1/6 i mindst 5 år. For de operativt behandlede patienter er de tilsvarende tal nu, at mindst 9 af 10 lever 1 år efter operation, 8 af 10 i mindst 2 år og 6 af 10 er i live 5 år efter operationen og kan efter den almindelige konvention betragtes som helbredt. Risikoen for fatale komplikationer i forbindelse med en operativ behandling for lungekræft er også stabilt lav på ca. 1 ud af 100 operationer.

Én af baggrundene for de gode resultater efter operativ behandling er selvfølgelig en grundig udredning, som fører frem til en korrekt stadiевurdering, således at den efterfølgende behandling baseres på et korrekt og realistisk grundlag. Her præsterer de udredende afdelinger stabilt godt med mindst 90 % overensstemmelse mellem den kliniske stadiевurdering og den efterfølgende patologiske stadiевurdering. Det er ligeledes glædeligt at konstatere, at mere end hver fjerde patient kan tilbydes operation, og at mere end hver tredje af alle patienter tilbydes intenderet kurativ behandling.

Men når alt dette positive er sagt, så har vi **måske** et problem i forhold til en forskellig behandlingsintensitet og overlevelse for patienter fra forskellige regioner. Men datagrundlaget for de justerede analyser i DLCR Årsrapport 2018, som skulle give os et mere detaljeret vurderingsgrundlag i forhold til eventuelle forskelle mellem regioner, er desværre fejlbehæftet på grund af en høj andel af manglende registrerede stadier, særligt i Region Hovedstaden og Region Sjælland i 2016, 2017 og 2018. På grund af det fejlbehæftede datagrundlag kan der ikke udsiges noget konklusivt om regionale forskelle i overlevelse efter en lungekræftdiagnose i Danmark. Det anbefales, at Gentofte, Bispebjerg og Roskilde efterregistrerer de manglende stadier, og at der derefter udarbejdes en ny justeret overlevelsesanalyse, som inkluderer hele populationen af patienter med lungekræft og ikke kun patienter med kendt klinisk stadiе.

Hvis vi har forskelle mellem regioner i behandlingsresultater i den størrelsesorden, som de rå data antyder, da har vi et problem, som vi må forholde os til og løse. Det er på denne baggrund, at vi ønsker en mere detaljeret og korrekt analyse af forskellene mellem regioner efter en behørig justering for kendte prognostika. Hvad denne analyse dog ikke vil fange og korrigere for er eventuelle forskelle mellem regionernes befolkningers indkomst og uddannelsesniveaу, som også vides at være af betydning for prognosen ved lungekræft.

2. Indikatorer for DLCR

Revision af programmering for DLCR:

Forud for DLCR Årsrapport 2017 blev den tilgrundliggende programmering gennemgået og revideret på flere områder i samarbejde med DLCR sekretariatet. De væsentligste ændringer er beskrevet i DLCR Årsrapport 2017, men definitionerne gentages herunder til orientering:

Diagnosedato:

Diagnosedato = startdato for udredning. Dvs. kun patienter med en udredningsformular i DLCR tildeles en diagnosedato og indgår dermed i DLCR patientpopulationen for opgørelse af indikatorer.

Kirurgiske/onkologiske forløb - tid mellem henvisning og start på behandling:

Ingen forløb slettes pga. lang tid mellem henvisning og start på behandling.

Kurativt intenderet behandling (onkologi-formular):

Information om behandlingsintention tages fra feltet (variablen) ”Behandlingstype” fra DLCR.

Generelt vedrørende Indikatorsættet for DLCR:

En oversigt over det aktuelt gældende indikatorsæt for DLCR er vist i Tabel 2.1.

Indikatorområde I, IV (Tidligere Indikatorområde V) og V (Tidligere Indikatorområde VI): Opgøres stratificeret efter patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

Indikatorområde II: Opgøres stratificeret for henholdsvis behandlende afdeling og patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

Indikatorområde III: Bestyrelsen for DLCR besluttede med offentliggørelsen af DLCR Årsrapport 2017 at ophøre med at monitorere *Samlet varighed til start på behandling*. Således afrapporteres Indikatorområde III ikke længere fra og med DLCR Årsrapport 2018. Bestyrelsens begrundelse for ophør med at monitorere ventetid til onkologisk behandling er følgende:

- Opfyldelsen af den vedtagne standard for indikatorerne er overvejende bestemt af ressourcefordelinger, hvilket skønnes udenfor direkte klinisk indflydelse.
- Den anvendte tidsgrænse på 42 dage for alle behandlingsmodaliteter er anderledes end de aktuelt gældende, som differentierer i ventetid mellem forskellige behandlingsmodaliteter.
- Sundhedsstyrelsen monitorerer ventetid som en del af opfølgningen af kræftpakkeforløbsprogrammerne, og således findes det irrelevant at foretage opgørelse af ventetid i DLCR.

BEMÆRK: Som en konsekvens af at Indikatorområde III er ophørt og ekskluderet fra DLCR's indikatorsæt fra og med DLCR Årsrapport 2018 ændres nummereringen af de efterfølgende Indikatorområder som følger:

- Indikatorområde III (Tidligere Indikatorområde IV)
- Indikatorområde IV (Tidligere Indikatorområde V)
- Indikatorområde V (Tidligere Indikatorområde VI)

Indikatorområde III (Tidligere Indikatorområde IV): Opgøres stratificeret for udredende sygehus. Der inkluderes kun udrednings- og behandlingsaktiviteter, som ud fra specifikke kriterier vurderes at tilhøre den initiale del af lungecancerforløbet.

Opdatering af TNM klassifikation

UICC's (Union for International Cancer Control) TNM-klassifikation, Version 8, er implementeret i DLCR ultimo 2018 med skæringsdato 1. januar 2018 (*). For patienter med diagnosedato før 1. januar 2018, som tidligere har været registreret med et TNM svarende til Version 7 af klassifikationen, vil disse patienter efter opdateringen få genberegnet deres TNM klassifikation i henhold til Version 8. Således er alle patienter i DLCR efter overgang til TNM Version 8 registreret med et TNM svarende til den 8. version af UICC's TNM klassifikation.

Overgangen fra Version 7 til Version 8 af UICC's TNM klassifikation betyder, at fordelingen af patienter med hensyn til stadie med stor sandsynlighed vil være forskellig fra DLCR Årsrapport 2017 til DLCR Årsrapport 2018, jf. ændringer i T og M klassifikationen og muligheden for en mere detaljeret registrering af TNM i seneste 8. version. Desuden vil opgørelsen af Indikator IV *Stadieklassifikation* ikke kunne sammenlignes mellem de to årsrapporter pga. anvendelse af hhv. Version 7 og Version 8 af TNM klassifikationen.

* Lim W, Ridge CA, Nicholson AG, Mirsadraee S. *The 8th lung cancer TNM classification and clinical staging system: review of the changes and clinical implications.* Quant Imaging Med Surg 2018;8(7):709-718.

Bemærk følgende definitioner i forhold til specifikation og opgørelse af indikatorer:

- 1) Operation = eksplorative indgreb og resektion under et.
- 2) Resektion = resektion alene.
- 3) NSCLC: Non Small Cell Lung Cancer. SCLC: Small Cell Lung Cancer
- 4) Beregning af 95 % konfidensinterval (95 % CI) i opgørelsen af indikatorer (andele) foretages ved Clopper-Pearson metoden. Denne metode er baseret på binomialfordelingen, og konfidensintervallerne er i nogle tilfælde asymmetriske, hvilket skyldes at konfidensintervallet kun kan ligge i et begrænset interval fra 0-100 %. Således vil andele (for indikatorer) der ligger tæt på 0 % eller 100 % få komprimeret hhv. den nedre eller øvre konfidensgrænse.

Tabel 2.1. Indikatoroversigt for DLCR

| Indikatorområde | Nr. | Indikator ID - KKA* | Indikator - beskrivelse | Format | Type | Standard |
|--|------|---------------------|---|--------|----------|----------|
| I. OVERLEVELSE EFTER DIAGNOSE DATO | Ia | DLCR_01_001 | Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato | Andel | Resultat | 42 % |
| | Ib | DLCR_02_002 | Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato | Andel | Resultat | 25 % |
| | Ic | DLCR_03_001 | Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato | Andel | Resultat | 12 % |
| II. OVERLEVELSE, EFTER OPERATION hhv. RESEKTION | Ila1 | DLCR_04_002 | Andel af patienter, som overlever 30 dage fra først registrerede operation | Andel | Resultat | 97 % |
| | Ila2 | DLCR_23_002 | Andel af patienter, som overlever 90 dage fra først registrerede operation | Andel | Resultat | 95% |
| | Iib | DLCR_05_002 | Andel af patienter, som overlever 1 år fra først registrerede resektion | Andel | Resultat | 85 % |
| | Iic | DLCR_06_002 | Andel af patienter, som overlever 2 år fra først registrerede resektion | Andel | Resultat | 75 % |
| | Iid | DLCR_07_002 | Andel af patienter, som overlever 5 år fra først registrerede resektion | Andel | Resultat | 40 % |
| III. STADIEKLASSIFIKATION | III | DLCR_18_002 | Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM | Andel | Proces | 90 % |
| IV. RESEKTIONS RATE | IV | DLCR_19_002 | Andel patienter med ikke småcellet lungecancer (NSCLC), hvor der er foretaget resektion | Andel | Resultat | 20 % |
| V. KURATIV INTENDERET BEHANDLING | Va | DLCR_21_003 | Andel af alle patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling | Andel | Resultat | 30 % |
| | Vb | DLCR_22_003 | Andel af patienter med NSCLC, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling | Andel | Resultat | 40 % |

* Indikator ID: ID nummeret for den pågældende indikator i Ledelses- og Informationssystemerne (LIS); KKA: Kliniske Kvalitetsdatabasers Afrapporteringsmodel, som anvendes til afrapportering af indikatorresultater ind i LIS. Der er separate unikke ID'er for indikatorer, som afrapporteres på bopælsregion.

Tabel 2.2. Oversigt over indikatorresultater, DLCR 2009-2018.

Tabel 2.2. viser estimatet på nationalt niveau for opgørelsen af den enkelte indikator. Der opgøres efter patientens bopælsregion ved diagnose og årstal angiver diagnoseår eller operations år for de pågældende indikatorer.

| Indikator | Standard | Indikatoropfyldelse | | | | | | | | | |
|---|----------|---------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
| Indikator Ia: Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato | 42 % | . | 51,4 | 50,5 | 47,3 | 46,2 | 43,8 | 43,6 | 41,6 | 38,4 | 36,9 |
| Indikator Ib: Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato | 25 % | . | . | 35,5 | 32,0 | 29,9 | 29,1 | 27,2 | 25,9 | 23,3 | 22,2 |
| Indikator Ic: Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato | 12 % | . | . | . | . | . | 15,9 | 14,9 | 14,5 | 12,6 | 12,0 |
| Indikator IIa1: Andel af patienter, som overlever 30 dage fra først registrerede operation | 97 % | 98,6 | 98,8 | 99,1 | 98,0 | 98,2 | 98,6 | 98,5 | 98,6 | 97,8 | 97,5 |
| Indikator IIa2: Andel af patienter, som overlever 90 dage fra først registrerede operation | 95 % | 97,2 | 97,6 | 97,9 | 96,3 | 96,4 | 96,4 | 96,8 | 96,4 | 95,1 | 94,3 |
| Indikator IIb: Andel af patienter, som overlever 1 år fra først registrerede resektion | 85 % | . | 91,2 | 91,9 | 88,2 | 90,2 | 89,9 | 89,5 | 87,8 | 85,3 | 84,7 |
| Indikator IIc: Andel af patienter, som overlever 2 år fra først registrerede resektion | 75 % | . | . | 83,4 | 77,7 | 79,4 | 82,0 | 75,5 | 76,2 | 74,3 | 72,3 |
| Indikator IId: Andel af patienter, som overlever 5 år fra først registrerede resektion | 40 % | . | . | . | . | . | 61,4 | 53,2 | 57,8 | 53,5 | 52,0 |
| Indikator III: Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM | 90 % | 91,3 | 93,3 | 90,8 | 91,6 | 93,0 | 91,4 | 92,4 | 91,9 | 89,7 | 86,0 |
| Indikator IV: Andel patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion | 20 % | 28,0 | 25,8 | 25,8 | 24,3 | 23,6 | 22,1 | 22,4 | 22,2 | 21,0 | 20,6 |
| Indikator Va: Andel af alle patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling | 30 % | 35,5 | 34,2 | 36,0 | 35,6 | 35,4 | 33,1 | 31,1 | 28,1 | 26,5 | 22,6 |
| Indikator Vb: Andel af patienter med NSCLC, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling | 40 % | 40,3 | 39,0 | 39,8 | 40,3 | 39,4 | 36,8 | 35,8 | 32,0 | 30,6 | 26,4 |

3. Resultater for indikatorer

3.1 Indikatorområde I: Overlevelse efter diagnosedato

Indikatorerne monitorerer overlevelse ved primær lungecancer 1 år, 2 år og 5 år efter diagnosedato. Indikatorerne monitorerer om overlevelsen er tilfredsstillende svarende til international evidens på området, samt om overlevelsen ændres over tid.

Nævnerpopulationen for indikatorerne udgøres af alle patienter med en diagnosedato i et givent kalenderår, uanset behandling.

De vedtagne standardværdier er $\geq 42\%$ for etårs overlevelse, $\geq 25\%$ for toårs overlevelse og $\geq 12\%$ for femårsoverlevelse efter diagnosedato.

Indikatorerne stratificeres for patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

Vedr. justerede analyser for overlevelse efter diagnosedato (se Kapitel 6):

Der udarbejdes justerede analyser for både NSCLC og SCLC.

Prognostiske faktorer / justeringsfaktorer:

- Alder ved diagnose
- Køn
- Komorbiditet (Charlson Index (CCI))
- Årstal for diagnose
- Patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet

Der henvises til Kapitel 6 ”Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator” for detaljerede resultater af de multivariable statistiske analyser for hver indikator.

Operationalisering af justeringsvariable fremgår af Kapitel 6, sammen med en redegørelse for, hvordan de forskellige justeringsvariable er inkluderet i den statistiske model.

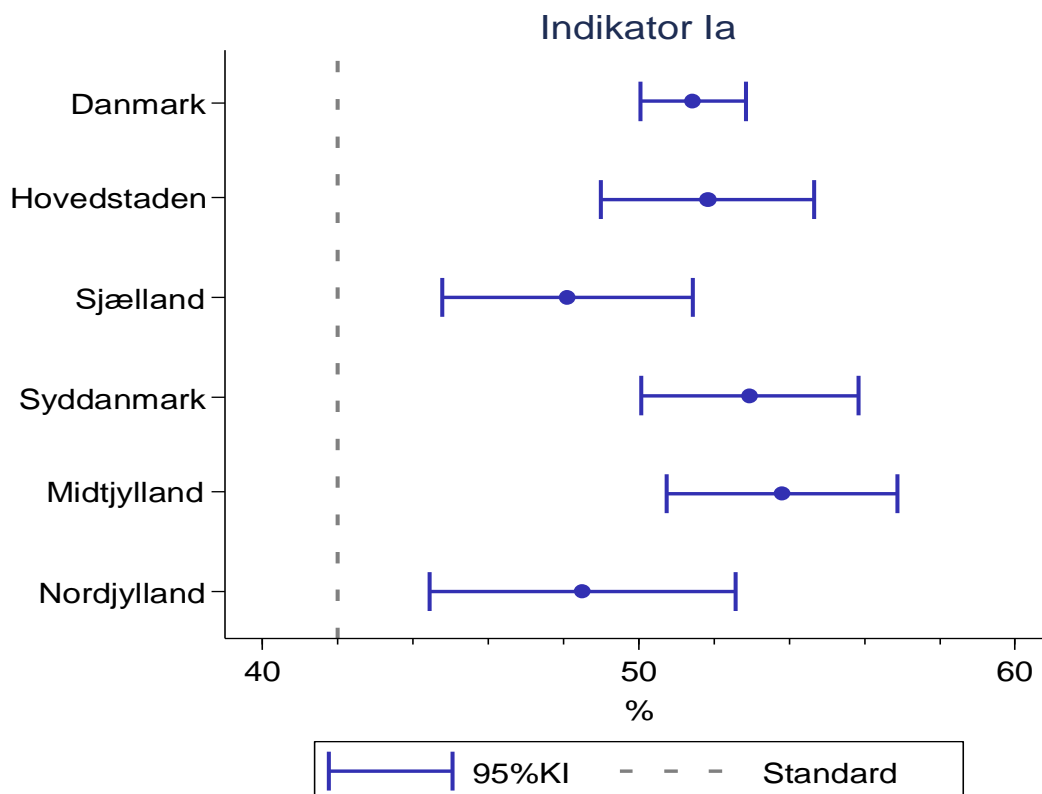
Indikator Ia: Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato
 (Standardværdi $\geq 42\%$)

Tabel 3.1.1: Resultater for Indikator Ia for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

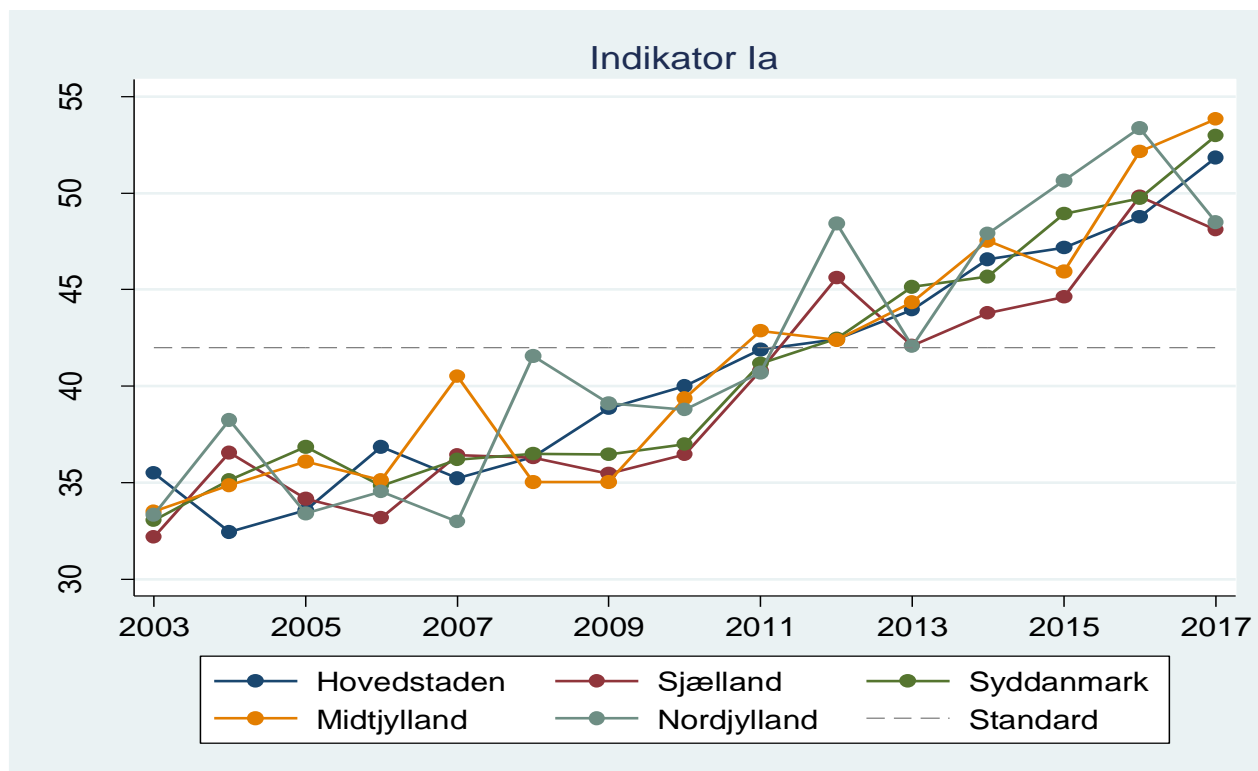
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|-------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
| Danmark | ja | 2548 / 4953 | 0 (0) | 51.4 (50.0-52.8) | 50.5 | 47.3 | 46.2 | 43.8 |
| Hovedstaden | ja | 638 / 1231 | 0 (0) | 51.8 (49.0-54.7) | 48.8 | 47.2 | 46.6 | 44.0 |
| Sjælland | ja | 430 / 894 | 0 (0) | 48.1 (44.8-51.4) | 49.8 | 44.6 | 43.8 | 42.1 |
| Syddanmark | ja | 626 / 1182 | 0 (0) | 53.0 (50.1-55.8) | 49.7 | 48.9 | 45.7 | 45.1 |
| Midtjylland | ja | 563 / 1046 | 0 (0) | 53.8 (50.7-56.9) | 52.1 | 45.9 | 47.5 | 44.3 |
| Nordjylland | ja | 291 / 600 | 0 (0) | 48.5 (44.4-52.6) | 53.4 | 50.7 | 47.9 | 42.1 |

Bemærk: De anførte årstal i tabel og grafer angiver årstal for diagnosedato. Der er en diskrepans mellem nævnerpopulationen og grunddata i Tabel 5.1 som skyldes manglende bopæl og udvandring inden for et år efter diagnosedato.

Figur 3.1.1: Resultater for Indikator Ia for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2017.



Figur 3.1.2: Trend for Indikator Ia efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2017.



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opgørelse i 2018 overlever 51,4% af patienterne 1 år efter diagnosedato, og standarden på $\geq 42\%$ er dermed opfyldt. Etårs overlevelsen efter diagnose har været stigende siden diagnoseår 2009, og siden 2013 har standarden været opfyldt på landsplan. Standarden er opfyldt for alle regioner i 2018, og etårs overlevelsen efter diagnose har været stigende for alle regioner siden diagnoseår 2013, på nær for Region Nordjylland og Region Sjælland, som oplever et mindre fald i overlevelsen fra 2017 til 2018. Region Nordjylland har oplevet en betydelig stigning i etårs overlevelsen siden 2013. Region Sjælland ligger generelt lavest for etårs overlevelse efter diagnose. Etårs overlevelsen varierer i 2018 fra 48,1% i Region Sjælland til 53,8% i Region Midtjylland. Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid analyse, og datakompletheden for ujusteret opgørelse i 2018 er på 100%.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2015-2017):

Datakompletheden for den statistiske analyse uden justering for stadie er på 92% for NSCLC og 90% for SCLC og bortfaldet skyldes manglende stadie. Den regionale sammenligning af overlevelse efter diagnose er kompromitteret af manglende data for stadie, jf. Kapitel 6 "Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator". Derfor skal de refererede resultater fortolkes med forbehold: Patienter med NSCLC i Region Hovedstaden og Region Sjælland har en signifikant højere etårs mortalitet sammenlignet med Region Midtjylland, og ellers ses ingen regionale forskelle for patienter med NSCLC. Patienter med SCLC i Region Nordjylland har en signifikant højere etårs mortalitet sammenlignet med Region Midtjylland. Der ses ingen øvrige regionale forskelle i etårs overlevelse efter diagnose for patienter med SCLC.

Faglig klinisk kommentering

Det er glædeligt at se, at trenden mod forbedret 1-års overlevelse forsætter for 3 af 5 regioner. For 2 regioner er der indtryk af et fald i 1-års overlevelse. Dette ligger dog indenfor den statistiske usikkerhed – en usikkerhed der øges pga manglende stadieindberetninger.

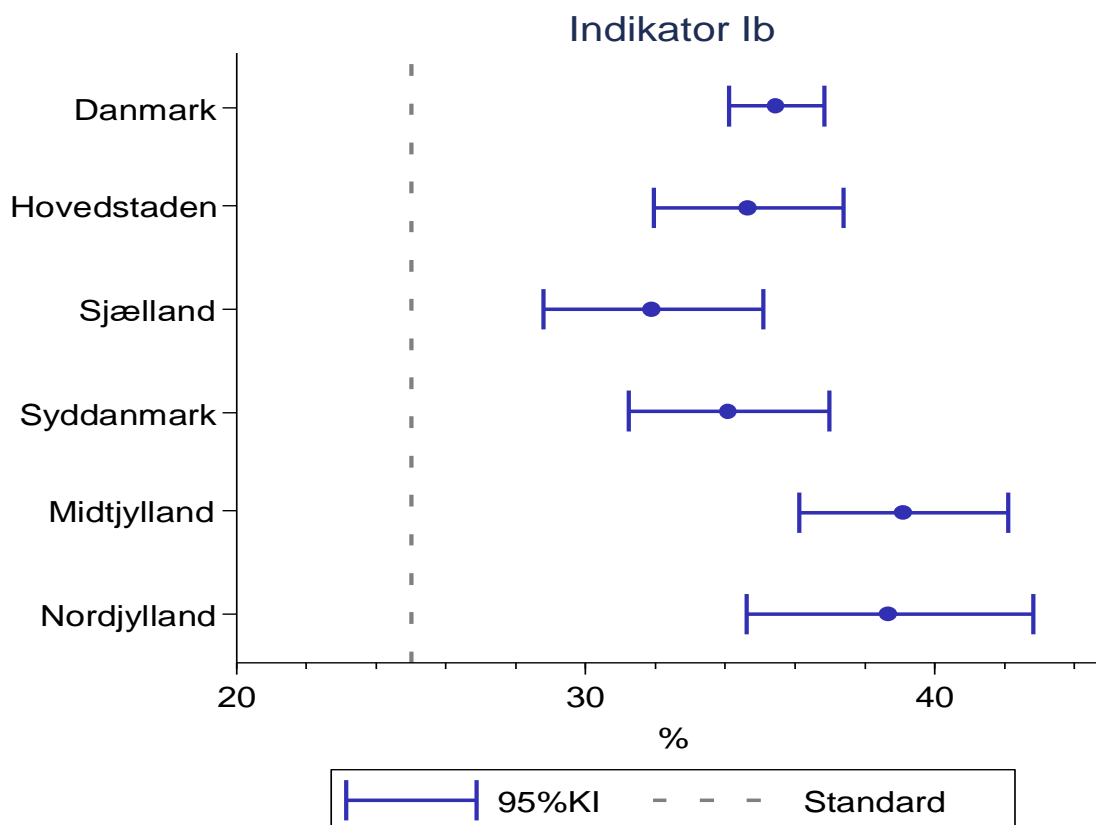
Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

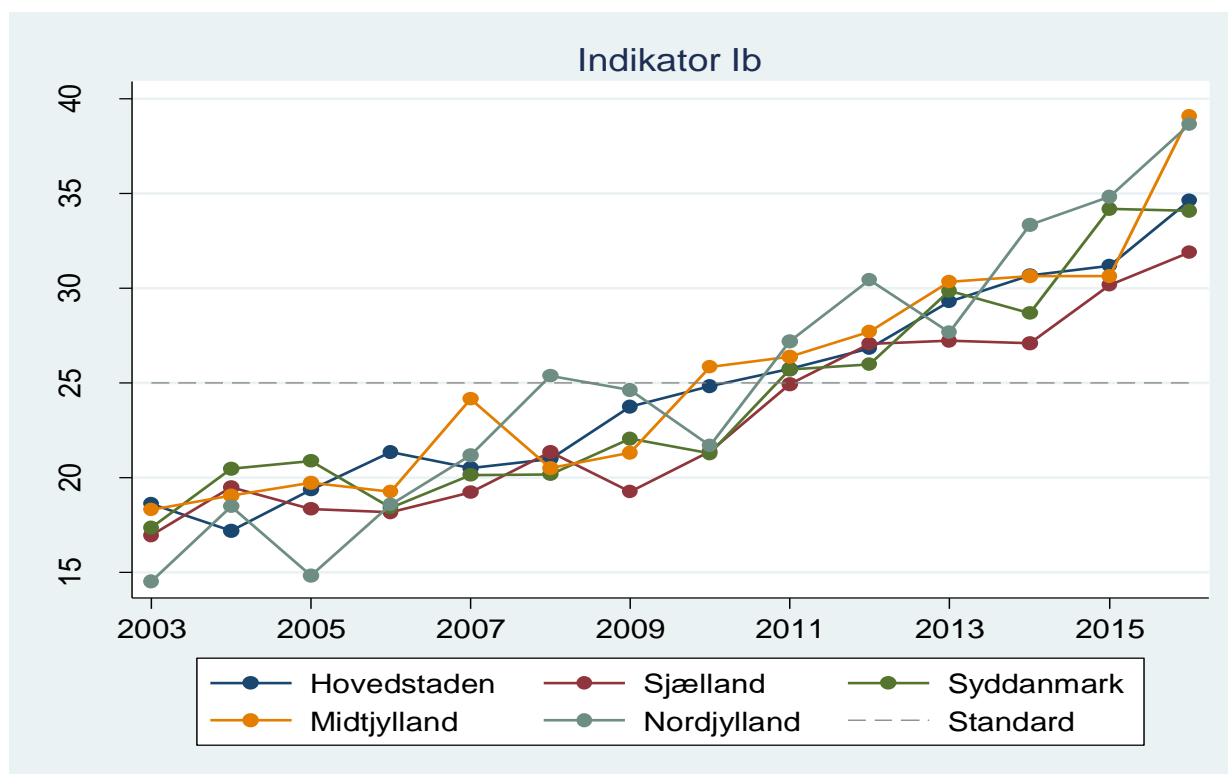
Indikator Ib: Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato(Standardværdi ≥ 25 %)**Tabel 3.1.2:** Resultater for indikator Ib for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|-------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 |
| Danmark | ja | 1694 / 4778 | 0 (0) | 35.5 (34.1-36.8) | 32.0 | 29.9 | 29.1 | 27.2 |
| Hovedstaden | ja | 419 / 1210 | 0 (0) | 34.6 (31.9-37.4) | 31.2 | 30.7 | 29.3 | 26.8 |
| Sjælland | ja | 279 / 875 | 0 (0) | 31.9 (28.8-35.1) | 30.2 | 27.1 | 27.2 | 27.0 |
| Syddanmark | ja | 368 / 1080 | 0 (0) | 34.1 (31.2-37.0) | 34.2 | 28.7 | 29.9 | 26.0 |
| Midtjylland | ja | 410 / 1049 | 0 (0) | 39.1 (36.1-42.1) | 30.6 | 30.6 | 30.3 | 27.7 |
| Nordjylland | ja | 218 / 564 | 0 (0) | 38.7 (34.6-42.8) | 34.8 | 33.3 | 27.7 | 30.4 |

Bemærk: De anførte årstal i tabel og grafer angiver årstal for diagnosedato. Der er en diskrepans mellem nævnerpopulationen og grunddata i Tabel 5.1 som skyldes manglende bopæl og udvandring inden for to år efter diagnosedato.

Figur 3.1.3: Resultater for Indikator Ib for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2016.

Figur 3.1.4: Trend for indikator Ib efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2016.



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan for opgørelse i 2018 overlever 35,5% af patienterne 2 år fra diagnosedato, og standarden på $\geq 25\%$ er dermed opfyldt. På landsplan har toårs overlevelsen været stigende siden diagnoseår 2009, og siden 2011 har standarden været opfyldt.

På regionsniveau i 2018 er standarden opfyldt for alle regioner, og det har den været siden diagnoseår 2012. Toårs overlevelsen varierer i 2018 fra 31,9% i Region Sjælland til 39,1% i Region Midtjylland. Toårs overlevelsen efter diagnose har været støt stigende, med enkelte udsving, for alle regioner over perioden 2009-2016, hvor særligt Region Nordjylland siden 2013 har oplevet en betydelig stigning. Region Sjælland ligger også for toårs overlevelsen generelt lavest.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid analyse, og datakompletheden i 2018 for ujusteret opgørelse er på 100%.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2014-2016):

Datakompletheden for den statistiske analyse uden justering for stadie er på 93% for NSCLC og 91% for SCLC, og bortfaldet skyldes manglende stadie. Den regionale sammenligning af overlevelse efter diagnose er kompromitteret af manglende data for stadie, jf. Kapitel 6 "Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator". Derfor skal de refererede resultater fortolkes med forbehold.

Resultater for NSCLC er kvalitativt de samme som ved etårs overlevelsen: Patienter med NSCLC i Region Hovedstaden og Region Sjælland har en signifikant højere toårs mortalitet sammenlignet med Region Midtjylland, og ellers ses ingen regionale forskelle i overlevelse efter diagnose for patienter med NSCLC. For patienter med SCLC i Region Sjælland ses der borderline signifikant højere toårs mortalitet sammenlignet med Region Midtjylland. Ellers ses ingen øvrige regionale forskelle i toårs overlevelsen efter diagnose.

Faglig klinisk kommentering

Som for 1-års overlevelsen er der fortsat forbedring i 2-års overlevelsen.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

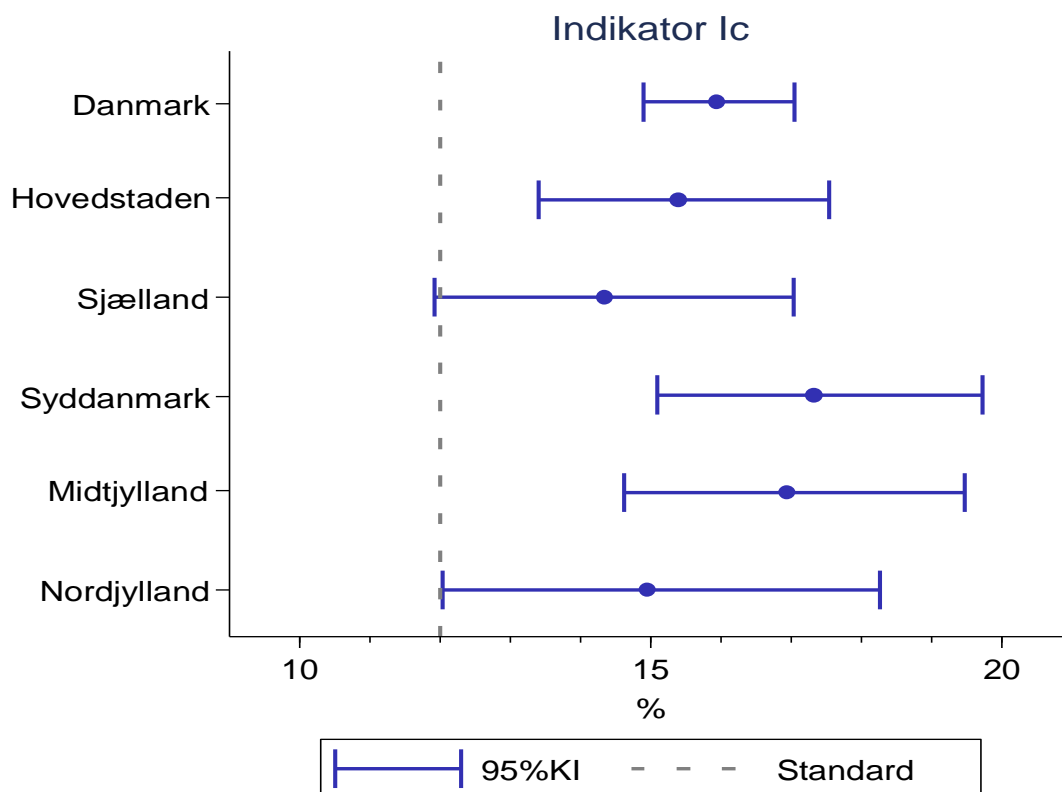
Indikator Ic: Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato
(Standardværdi $\geq 12\%$)

Tabel 3.1.3: Resultater for indikator Ic for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

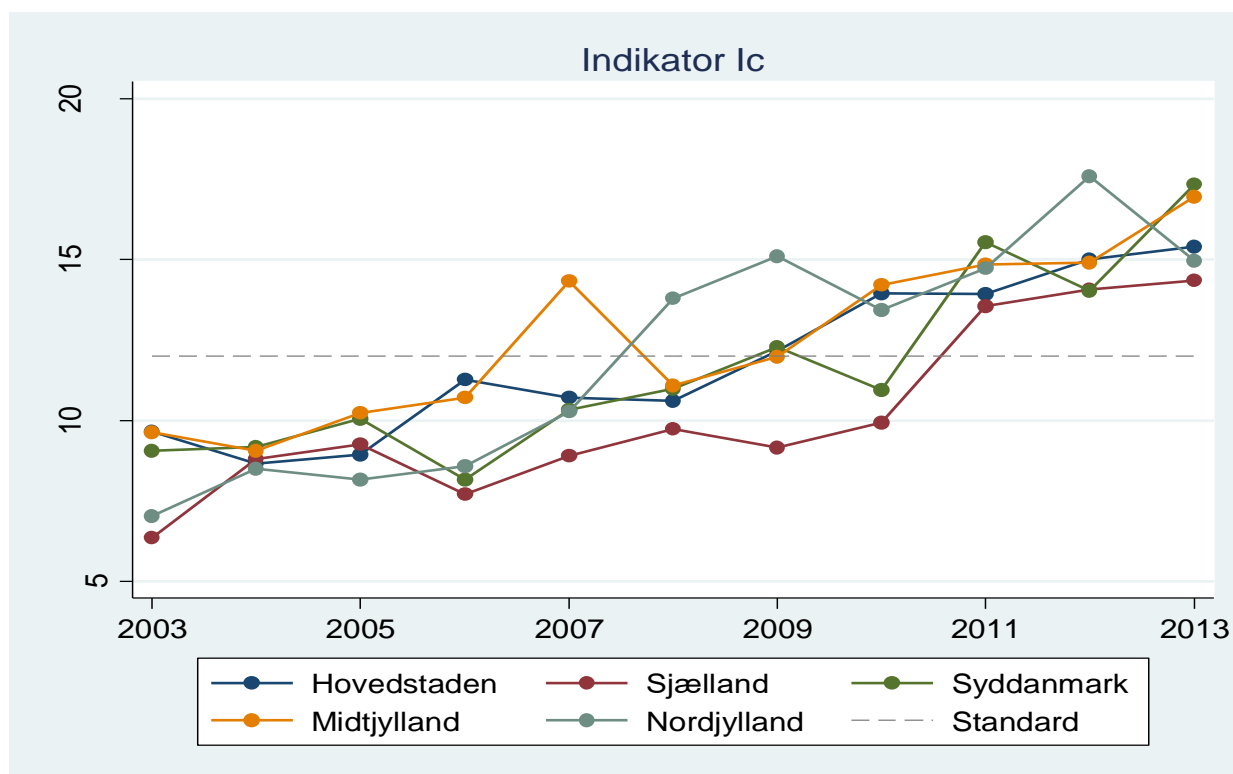
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Tidligere år | | | | |
|-------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|------|------|------|
| | | | | Aktuelle år 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
| Danmark | ja | 724 / 4540 | 0 (0) | 15.9 (14.9-17.0) | 14.9 | 14.5 | 12.6 | 12.0 |
| Hovedstaden | ja | 187 / 1215 | 0 (0) | 15.4 (13.4-17.5) | 15.0 | 13.9 | 14.0 | 12.2 |
| Sjælland | ja | 109 / 760 | 0 (0) | 14.3 (11.9-17.0) | 14.1 | 13.6 | 9.9 | 9.2 |
| Syddanmark | ja | 185 / 1068 | 0 (0) | 17.3 (15.1-19.7) | 14.0 | 15.5 | 10.9 | 12.3 |
| Midtjylland | ja | 163 / 962 | 0 (0) | 16.9 (14.6-19.5) | 14.9 | 14.8 | 14.2 | 12.0 |
| Nordjylland | ja | 80 / 535 | 0 (0) | 15.0 (12.0-18.3) | 17.6 | 14.7 | 13.4 | 15.1 |

Bemærk: De anførte årstal i tabel og grafer angiver årstal for diagnosedato. Der er en diskrepans mellem nævnerpopulationen og grunddata i Tabel 5.1 som skyldes manglende bopæl og udvandring inden for fem år efter diagnosedato.

Figur 3.1.5: Resultater for indikator Ic for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2013.



Figur 3.1.6: Trend for indikator Ic efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2013.



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opførelse i 2018 overlever 15,9% af patienterne 5 år fra diagnosedato, og standarden på $\geq 12\%$ er dermed opfyldt. På landsplan har femårs overlevelsen været stigende siden diagnoseår 2009, og siden diagnoseår 2010 har standarden været opfyldt.

På regionsniveau i 2018 (diagnoseår 2013) er standarden opfyldt for alle regioner. Femårs overlevelsen konvergerer frem mod diagnoseår 2013, og varierer for opførelse i 2018 fra 14,3% i Region Sjælland til 17,3% i Region Syddanmark. Femårs overlevelsen har været stigende, med enkelte udsving, for alle regioner over perioden 2008-2013, hvor standarden er opfyldt for alle regioner i diagnoseårene 2011-2013. Region Sjælland ligger for femårs overlevelse efter diagnose generelt lavest over opførelsesperioden.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid analyse, og datakompletheden i 2018 for ujusteret opførelse er på 100%.

Justerede analyser baseret på de på de seneste tre diagnoseår (2011-2013):

Datakompletheden for den statistiske analyse uden justering for stadie er på 92% for NSCLC og 89% for SCLC, og bortfaldet skyldes manglende stadie.

Som for Indikator Ia og Ib er den regionale sammenligning af overlevelse efter diagnose kompromitteret af manglende data for stadie, og resultaterne skal derfor fortolkes med forbehold.

Resultaterne for NSCLC er kvalitativt de samme som for etårs- og toårs overlevelse: For patienter i Region Hovedstaden og Region Sjælland ses signifikant højere femårs mortalitet sammenlignet med Region Midtjylland, men forskellene er små og sandsynligvis statistisk signifikante pga. den store studiepopulation. For patienter med SCLC ses der ingen regionale forskelle i femårs overlevelsen efter diagnose.

Faglig klinisk kommentering

For 5-års overlevelsen ses i lighed med 1- og 2-års overlevelsen en fortsættelse af den tidligere trend mod stigende overlevelse.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

3.2 Indikatorområde II: Overlevelse efter operation hhv. resektion

Indikatorerne monitorerer overlevelse efter patientens første operation hhv. resektion ved primær lungecancer. Der monitoreres på fem forskellige milepæle: 30 dage (overlevelse efter operation), 90 dage (overlevelse efter operation), 1 år (overlevelse efter resektion), 2 år (overlevelse efter resektion) og 5 år (overlevelse efter resektion) foretaget som led i den initiale behandling i lungecancerforløbet. Resultaterne opgøres for alle patienter med en dato for operation/resektion i et givent kalenderår, uafhængigt af diagnosetidspunkt.

Indikatorsettets berettigelse ligger i at monitorere om overlevelsen for patienter med primær lungecancer efter kirurgisk indsats dels er tilfredsstillende efter gældende evidens, dels ændres over tid. Særligt 30-dages overlevelsen formodes at reflektere kvaliteten af den operative intervention, mens de øvrige indikatorer afspejler dels langtidseffekten af operativ indsats tidligt i patientforløbet, og dels effekten af øvrige terapeutiske tiltag, først og fremmest onkologiske.

Nævnerpopulationen for indikatorerne udgøres af alle patienter med deres første operation hhv. resektion i et givent kalenderår.

De vedtagne standardværdier er $\geq 97\%$ for 30 dages overlevelse og $\geq 95\%$ for 90 dages overlevelse efter første operation. For etårs-, toårs- og femårs overlevelse efter første resektion er de vedtagne standardværdier henholdsvis $\geq 85\%$, $\geq 75\%$ og $\geq 40\%$.

Indikatorerne stratificeres for hhv. behandlende afdeling og patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

Vedr. justerede analyser for overlevelse efter operation hhv. resektion (se Kapitel 6):

Prognostiske faktorer / justeringsfaktorer:

- Alder (ved første registrerede operation hhv. resektion)
- Køn
- Komorbiditet (Charlson Index (CCI))
- Operationstype
- Årstal for diagnose
- Behandlende afdeling

Der henvises til Kapitel 6 "Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator" for detaljerede resultater af de multivariable statistiske analyser for hver indikator.

Operationalisering af justeringsvariable fremgår af Kapitel 6, sammen med en redegørelse for, hvordan de forskellige justeringsvariable er inkluderet i den statistiske model.

Indikator IIa1: Overlevelse 30 dage efter første operation

(Standardværdi $\geq 97\%$)

Tabel 3.2.1: Resultater for Indikator IIa1, for hele landet og efter behandlende afdeling

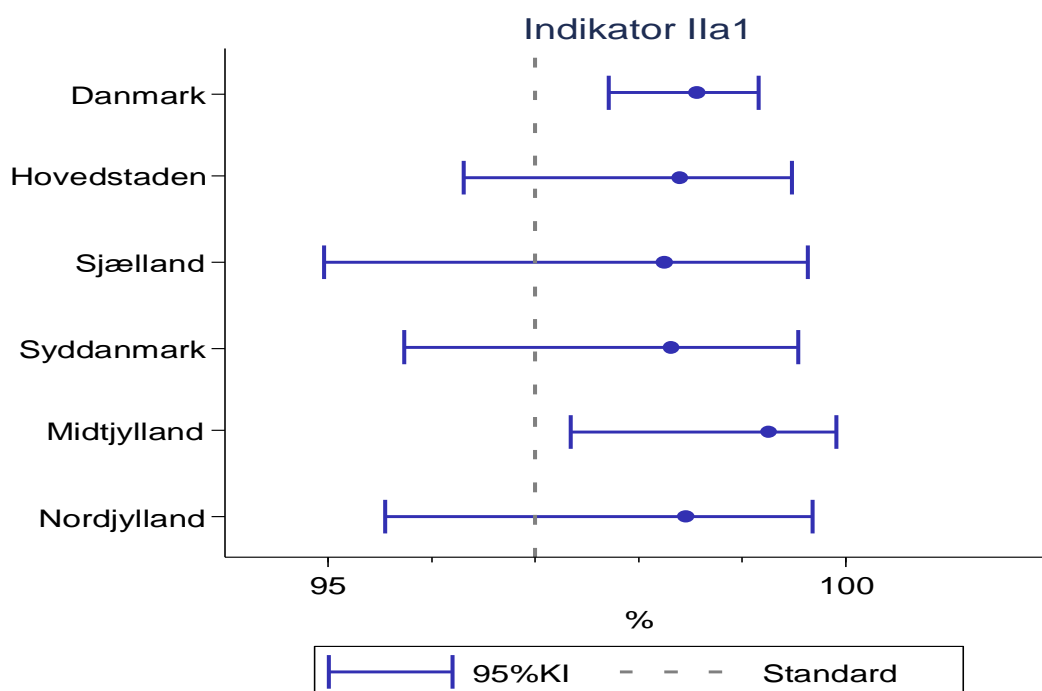
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
| Danmark | ja | 1175 / 1192 | 11 (1) | 98.6 (97.7-99.2) | 98.8 | 99.0 | 98.0 | 98.2 |
| Rigshospitalet | ja | 361 / 367 | 11 (3) | 98.4 (96.5-99.4) | 98.3 | 99.0 | 99.3 | 97.3 |
| Odense | ja | 361 / 367 | 0 (0) | 98.4 (96.5-99.4) | 98.9 | 99.1 | 97.2 | 98.9 |
| Aarhus | ja | 263 / 265 | 0 (0) | 99.2 (97.3-99.9) | 99.6 | 99.1 | 98.4 | 98.5 |
| Aalborg | ja | 190 / 193 | 0 (0) | 98.4 (95.5-99.7) | 98.4 | 98.8 | 96.6 | 98.5 |

Tabel 3.2.2: Resultater for indikator IIa1, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

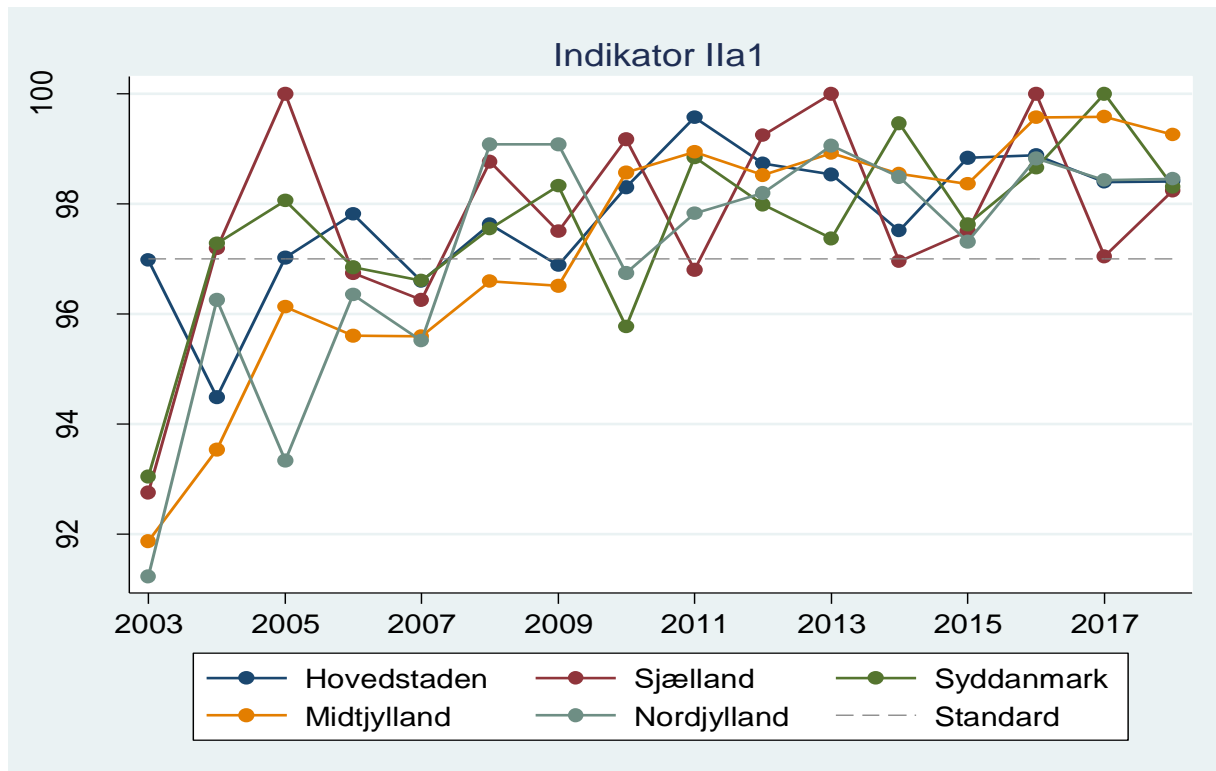
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|-------------|--------------|---------------|------------------|------------------|-------|--------------|------|------|
| | | | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
| Danmark | ja | 1167 / 1184 | 0 (0) | 98.6 (97.7-99.2) | 98.8 | 99.1 | 98.0 | 98.2 |
| Hovedstaden | ja | 308 / 313 | 0 (0) | 98.4 (96.3-99.5) | 98.4 | 98.9 | 98.8 | 97.5 |
| Sjælland | ja | 168 / 171 | 0 (0) | 98.2 (95.0-99.6) | 97.0 | 100.0 | 97.5 | 96.9 |
| Syddanmark | ja | 233 / 237 | 0 (0) | 98.3 (95.7-99.5) | 100.0 | 98.6 | 97.6 | 99.5 |
| Midtjylland | ja | 267 / 269 | 0 (0) | 99.3 (97.3-99.9) | 99.6 | 99.6 | 98.4 | 98.5 |
| Nordjylland | ja | 191 / 194 | 0 (0) | 98.5 (95.5-99.7) | 98.4 | 98.8 | 97.3 | 98.5 |

Bemærk: 1) De anførte årstal i tabeller og grafer angiver årstal for operation, 2) Nævnerpopulationen i de to opgørelser stemmer ikke overens pga. manglende data for bopælsregion ved diagnose for enkelte patienter, 3) Antallet af uoplyste på sygehusniveau skyldes manglende diagnosedato i DLCR. Patienter med manglende diagnosedato får ikke tildelt en bopælsregion, og ekskluderes derfor helt fra opgørelsen af indikatoren efter bopælsregion.

Figur 3.2.1: Resultater for indikator IIa1 for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2018.



Figur 3.2.2: Trend for indikator Ila1 efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2018



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opførelse i 2018 overlever 98,6% af patienterne 30 dage efter operationsdato, og standarden på $\geq 97\%$ er dermed opfyldt. Nationalt har 30 dages overlevelsen efter operation været høj og næsten status quo siden 2014, og i hele perioden 2014-2018 har standarden været opfyldt.

I 2018 er standarden opfyldt for alle afdelinger og alle regioner, og det har den været siden 2014, på nær for Region Sjælland. På regionsniveau i 2018 varierer 30 dages overlevelsen efter operation kun meget lidt fra 98,2% i Region Sjælland til 99,3% i Region Midtjylland. Der ses en svagt stigende trend i 30 dages overlevelsen på regionsniveau siden 2009.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid opførelse, og datakompletheden i 2018 for ujusteret opførelse på regionsniveau er 100%. Der er 11 uoplyste forløb ved Rigshospitalet, som skyldes manglende diagnosedato i DLCR.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2016-2018):

På grund af det lave antal events (dødsfald) gennemføres ikke justerede analyser.

Faglig klinisk kommentering

30-dages mortaliteten ligger stabilt lav og uden tegn på forskel mellem regioner eller kirurgiske centre.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

Indikator IIa2: Overlevelse 90 dage efter første operation

(Standardværdi $\geq 95\%$)

Tablet 3.2.3: Resultater for Indikator IIa2, for hele landet og efter behandlende afdeling

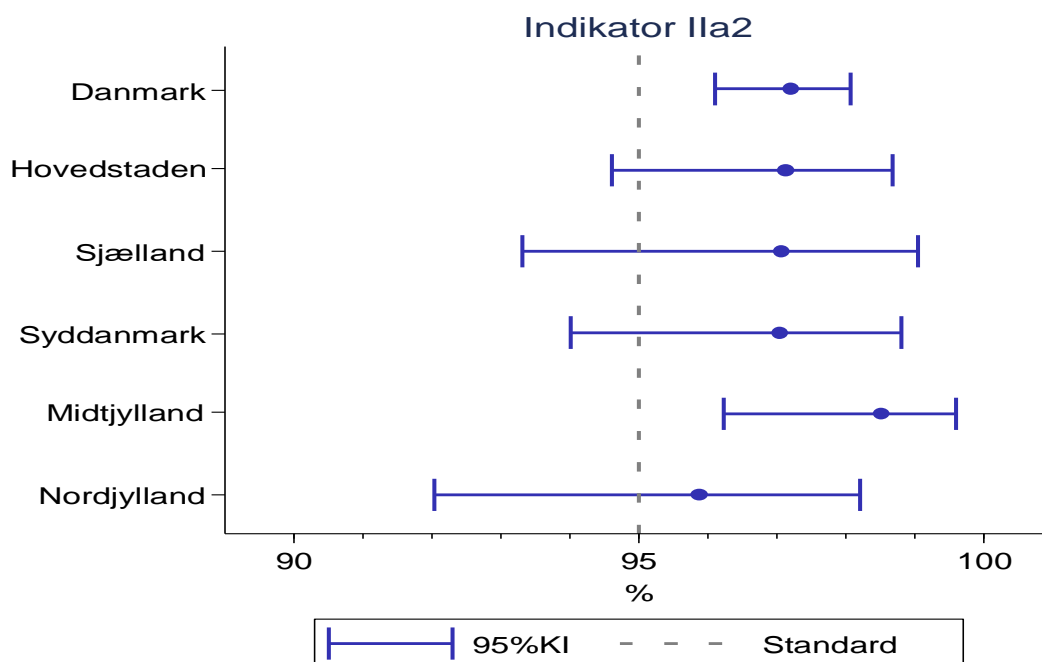
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år 2018 | 2017 | Tidligere år 2016 | 2015 | 2014 |
|----------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|-------------------|------|------|
| Danmark | ja | 1159 / 1192 | 11 (1) | 97.2 (96.1-98.1) | 97.6 | 97.8 | 96.3 | 96.4 |
| Rigshospitalet | ja | 355 / 367 | 11 (3) | 96.7 (94.4-98.3) | 97.3 | 97.8 | 97.0 | 95.9 |
| Odense | ja | 358 / 367 | 0 (0) | 97.5 (95.4-98.9) | 98.1 | 97.6 | 95.4 | 96.3 |
| Aarhus | ja | 261 / 265 | 0 (0) | 98.5 (96.2-99.6) | 98.7 | 98.3 | 97.8 | 96.6 |
| Aalborg | ja | 185 / 193 | 0 (0) | 95.9 (92.0-98.2) | 95.8 | 97.6 | 95.2 | 97.7 |

Tablet 3.2.4: Resultater for indikator IIa2, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

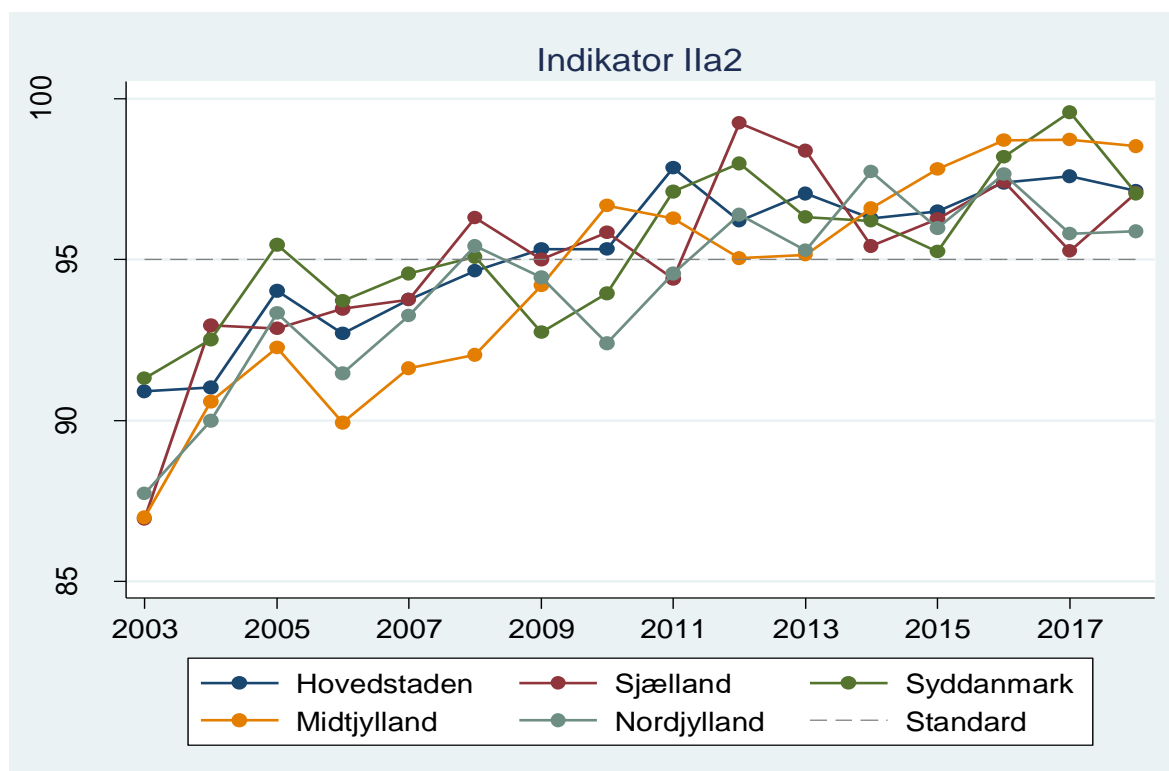
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år 2018 | 2017 | Tidligere år 2016 | 2015 | 2014 |
|-------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|-------------------|------|------|
| Danmark | ja | 1151 / 1184 | 0 (0) | 97.2 (96.1-98.1) | 97.6 | 97.9 | 96.3 | 96.4 |
| Hovedstaden | ja | 304 / 313 | 0 (0) | 97.1 (94.6-98.7) | 97.6 | 97.4 | 96.5 | 96.3 |
| Sjælland | ja | 166 / 171 | 0 (0) | 97.1 (93.3-99.0) | 95.3 | 97.4 | 96.3 | 95.4 |
| Syddanmark | ja | 230 / 237 | 0 (0) | 97.0 (94.0-98.8) | 99.6 | 98.2 | 95.2 | 96.2 |
| Midtjylland | ja | 265 / 269 | 0 (0) | 98.5 (96.2-99.6) | 98.7 | 98.7 | 97.8 | 96.6 |
| Nordjylland | ja | 186 / 194 | 0 (0) | 95.9 (92.0-98.2) | 95.8 | 97.6 | 96.0 | 97.7 |

Bemærk: 1) De anførte årstal i tabeller og grafer angiver årstal for operation, 2) Nævnerpopulationen i de to opgørelser stemmer ikke overens pga. manglende data for bopælsregion ved diagnose for enkelte patienter, 3) Antallet af uoplyste på sygehusniveau skyldes manglende diagnosedato i DLCR. Patienter med manglende diagnosedato får ikke tildelt en bopælsregion, og ekskluderes derfor helt fra opgørelsen af indikatoren efter bopælsregion.

Figur 3.2.3: Resultater for indikator IIa2 for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2018.



Figur 3.2.4: Trenden for indikator Ila2 efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2018



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opførelse i 2018 overlever 97,2% af patienterne 90 dage efter operationsdato, og standarden på $\geq 95\%$ er dermed opfyldt. På landsplan har 90 dages overlevelsen efter operation været næsten status quo eller svagt stigende siden 2014, og i hele perioden 2014-2018 har standarden været opfyldt. I 2018 er standarden opfyldt for alle afdelinger og alle regioner, og det har den været siden 2014. På regionsniveau i 2018 varierer 90 dages overlevelsen efter operation fra 95,9% i Region Nordjylland til 98,5% i Region Midtjylland. Der ses en stigende trend i 90 dages overlevelsen efter operation siden 2009. Særligt Region Midtjylland oplever stigning fra 2013 og frem.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid opførelse, og datakompletheden i 2018 for ujusteret opførelse på regionsniveau er 100%. Der er 11 uoplyste forløb ved Rigshospitalet, som skyldes manglende diagnosedato i DLCR.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2016-2018):

Datakompletheden for den statistiske analyse uden justering for stadie er på 95%, og bortfaldet skyldes manglende stadie.

Som for Indikator Ia, Ib og Ic er sammenligningen af 90-dages overlevelse efter operation mellem behandlende afdelinger kompromitteret af manglende data for stadie, og resultaterne skal derfor fortolkes med forbehold.

Patienter fra Aalborg Universitetshospital har en signifikant øget 90-dages mortalitet efter operation sammenlignet med Aarhus Universitetshospital, men den statistiske usikkerhed på estimatet er stor. Ellers ses ingen signifikante forskelle i 90-dages overlevelse efter operation mellem de opererende afdelinger.

Faglig klinisk kommentering

90-dages overlevelsen efter kirurgisk behandling ligger også stabilt høj og uden tegn på forskel mellem regioner eller centre. Den høje og stadigt bedre 90-dages overlevelse anses bl.a. at være pga bedre selektion af patienter til operativ behandling.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

Indikator IIb: Overlevelse 1 år efter første resektion
(Standardværdi $\geq 85\%$)

Tabel 3.2.5: Resultater for indikator IIb, for hele landet og efter behandlende afdeling

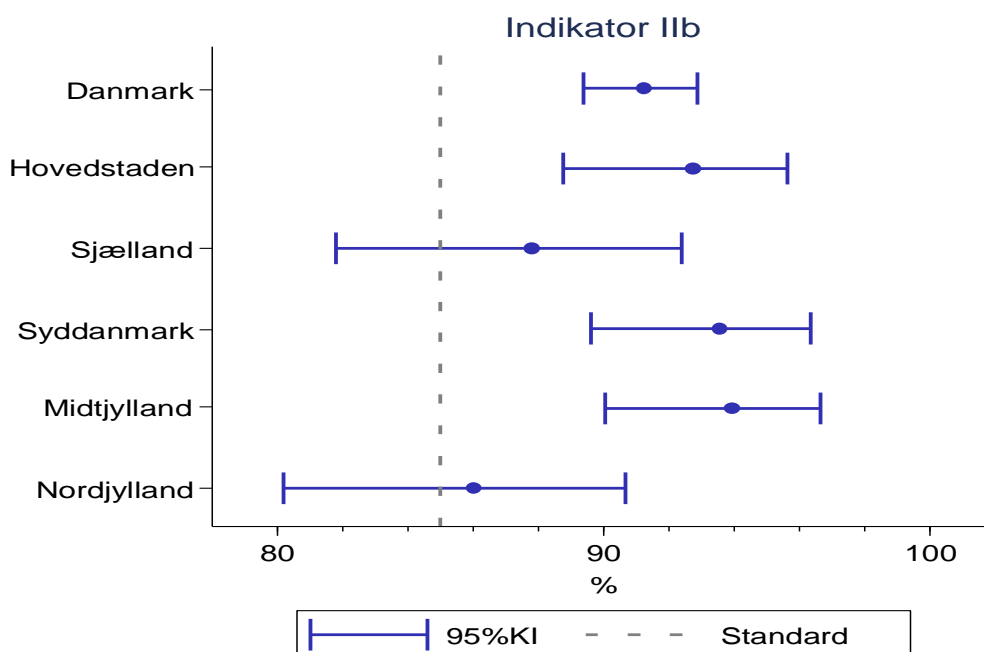
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
| Danmark | ja | 978 / 1071 | 4 (0) | 91.3 (89.5-92.9) | 91.8 | 88.3 | 90.3 | 89.9 |
| Rigshospitalet | ja | 275 / 298 | 4 (1) | 92.3 (88.6-95.0) | 91.0 | 88.8 | 89.3 | 92.1 |
| Odense | ja | 329 / 359 | 0 (0) | 91.6 (88.3-94.3) | 92.8 | 86.6 | 89.4 | 89.1 |
| Aarhus | ja | 213 / 227 | 0 (0) | 93.8 (89.9-96.6) | 93.4 | 89.3 | 93.5 | 89.2 |
| Aalborg | ja | 161 / 187 | 0 (0) | 86.1 (80.3-90.7) | 89.3 | 89.6 | 89.1 | 88.5 |

Tabel 3.2.6: Resultater for indikator IIb, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

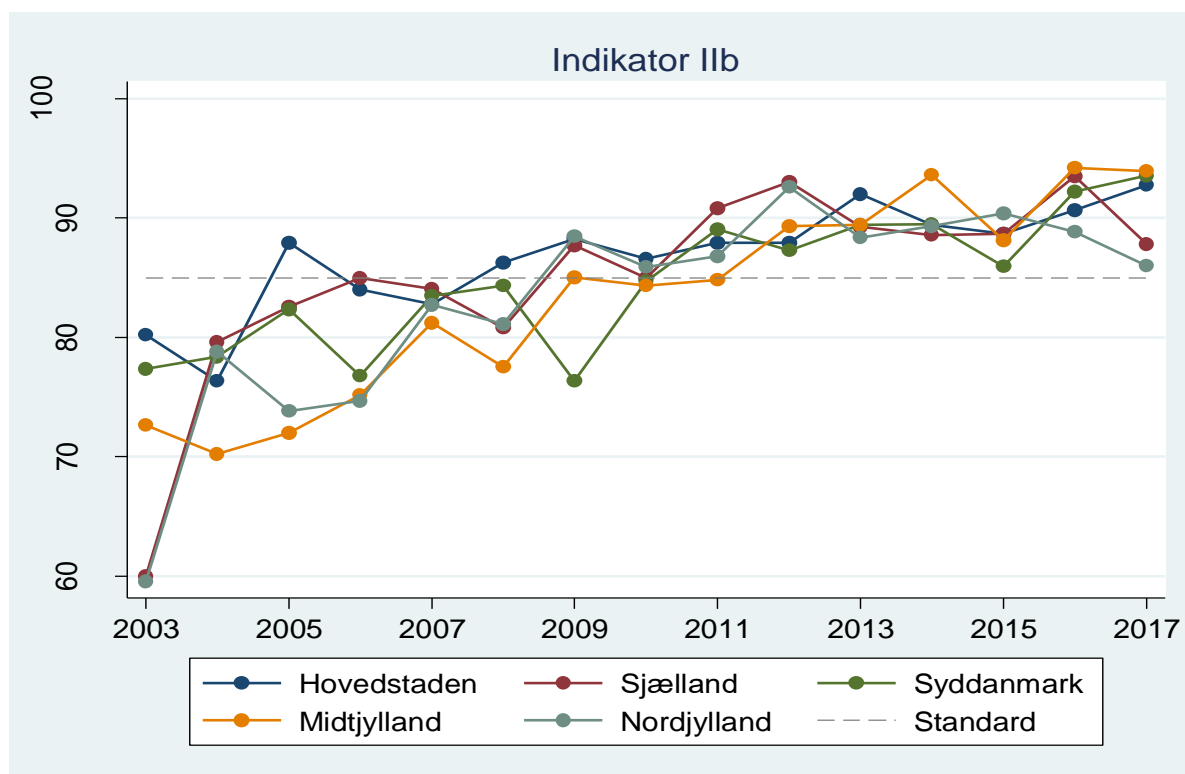
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 |
| Danmark | ja | 969 / 1062 | 0 (0) | 91.2 (89.4-92.9) | 91.9 | 88.2 | 90.2 | 89.9 |
| Hovedstaden | ja | 230 / 248 | 0 (0) | 92.7 (88.8-95.6) | 90.6 | 88.7 | 89.4 | 92.0 |
| Sjælland | ja | 144 / 164 | 0 (0) | 87.8 (81.8-92.4) | 93.5 | 88.7 | 88.5 | 89.3 |
| Syddanmark | ja | 218 / 233 | 0 (0) | 93.6 (89.6-96.4) | 92.2 | 85.9 | 89.5 | 89.4 |
| Midtjylland | ja | 217 / 231 | 0 (0) | 93.9 (90.0-96.6) | 94.2 | 88.1 | 93.6 | 89.4 |
| Nordjylland | ja | 160 / 186 | 0 (0) | 86.0 (80.2-90.7) | 88.8 | 90.4 | 89.3 | 88.3 |

Bemærk: 1) De anførte årstal i tabeller og grafer angiver årstal for resektion, 2) Nævnerpopulationen i de to opgørelser stemmer ikke overens pga. manglende data for bopælsregion ved diagnose for enkelte patienter, 3) Antallet af uoplyste på sygehusniveau skyldes manglende diagnosedato i DLCR. Patienter med manglende diagnosedato får ikke tildelt en bopælsregion, og ekskluderes derfor helt fra opgørelsen af indikatoren efter bopælsregion.

Figur 3.2.5: Resultater for Indikator IIb, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2017.



Figur 3.2.6: Trend for indikator I Ib, efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2017.



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opførelse i 2018 overlever 91,3% af patienterne 1 år efter resektionsdato, og standarden på $\geq 85\%$ er dermed opfyldt. Nationalt har etårs overlevelsen været svagt stigende fra resektionsår 2013 til 2017, med et mindre fald i 2015. I hele perioden 2013-2017 har standarden været opfyldt.

For resektionsår 2017 er standarden opfyldt for alle afdelinger og alle regioner. Etårs overlevelsen efter resektion varierer fra 86,0% i Region Nordjylland til 93,9% i Region Midtjylland.

Der er en stigende trend i etårs overlevelsen siden resektionsår 2010 for Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Syddanmark. For Region Sjælland og Region Nordjylland er denne trend mindre tydelig.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid opførelse, og datakompletheden for resektionsår 2017 for ujusteret opførelse på regionsniveau er 100%. Der er 4 uoplyste forløb ved Rigshospitalet, som skyldes manglende diagnosedato i DLCR.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2015-2017):

Datakompletheden for den statistiske analyse uden justering for stadie er på 90%, og bortfaldet skyldes manglende stadie.

Sammenligningen af overlevelse efter resektion mellem de behandlende afdelinger er kompromitteret af manglende data for stadie, og resultaterne skal derfor fortolkes med forbehold.

Patienter fra Aalborg Universitetshospital har en signifikant øget etårs mortalitet efter resektion sammenlignet med Aarhus Universitetshospital, men også i denne analyse er den statistiske usikkerhed på estimatet stor. Ellers ses ingen signifikante forskelle i etårs overlevelse efter resektion mellem de opererende afdelinger.

Faglig klinisk kommentering

Niveauet for 1-års overlevelse efter kirurgisk behandling af lungekræft har samlet set i det væsentlige været uændret siden 2012. Gennem årene har det været skiftende hvilke regioner, der har haft de bedste resultater.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

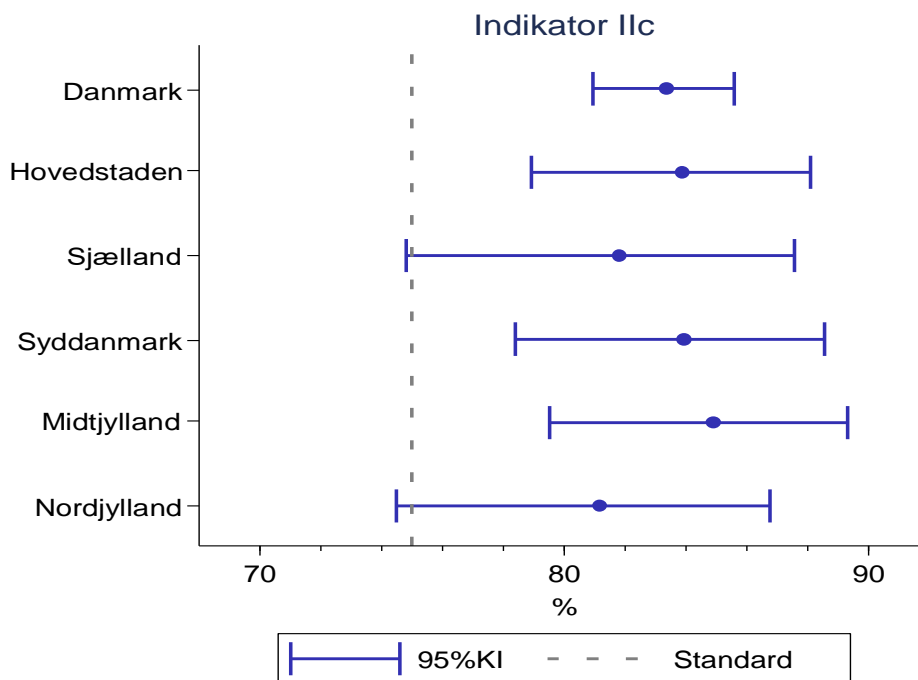
Indikator IIc: Overlevelse 2 år efter første resektion(Standardværdi $\geq 75\%$)**Tabel 3.2.7:** Resultater for indikator IIc for hele landet og efter behandlende afdelinger

| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 |
| Danmark | ja | 866 / 1039 | 7 (1) | 83.3 (80.9-85.6) | 77.8 | 79.4 | 82.0 | 75.4 |
| Rigshospitalet | ja | 257 / 310 | 7 (2) | 82.9 (78.2-86.9) | 79.5 | 81.7 | 83.0 | 76.2 |
| Odense | ja | 279 / 332 | 0 (0) | 84.0 (79.6-87.8) | 76.3 | 74.3 | 82.5 | 73.3 |
| Aarhus | ja | 192 / 228 | 0 (0) | 84.2 (78.8-88.7) | 76.4 | 81.6 | 80.7 | 78.0 |
| Aalborg | ja | 138 / 169 | 0 (0) | 81.7 (75.0-87.2) | 79.2 | 81.4 | 80.8 | 74.1 |

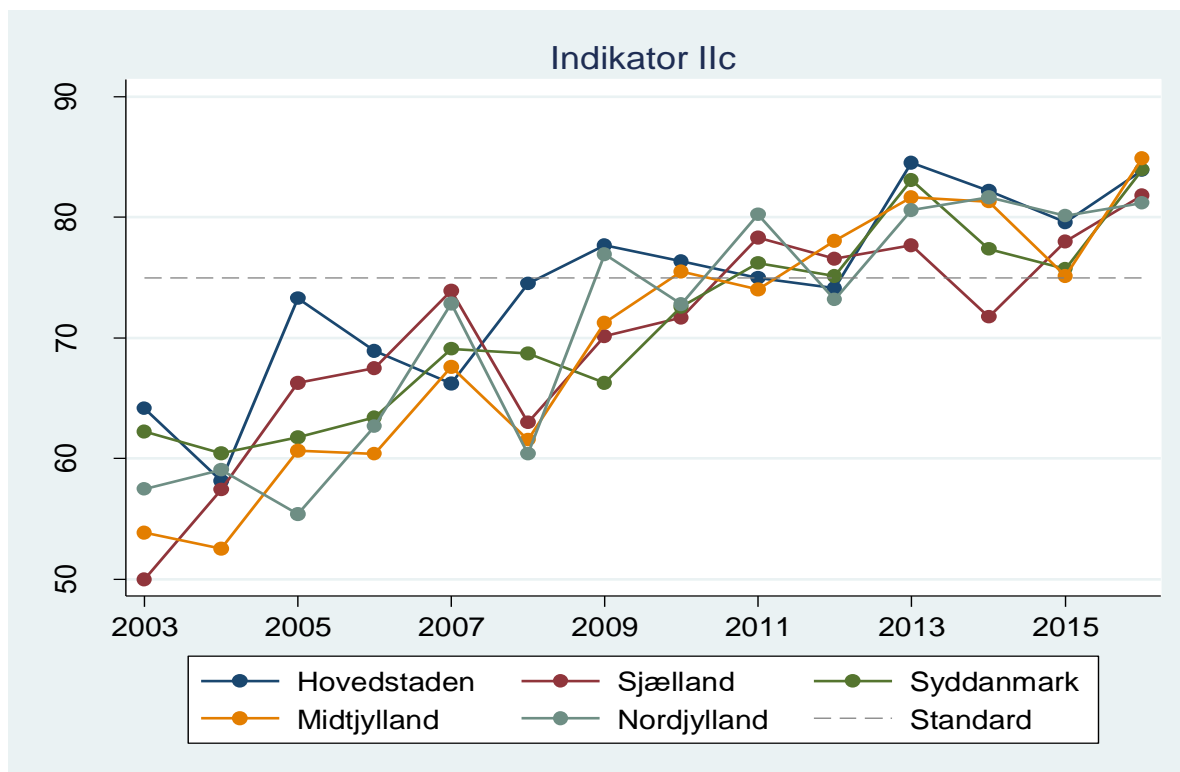
Tabel 3.2.8: Resultater for indikator IIc, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 |
| Danmark | ja | 862 / 1034 | 0 (0) | 83.4 (81.0-85.6) | 77.7 | 79.4 | 82.0 | 75.5 |
| Hovedstaden | ja | 224 / 267 | 0 (0) | 83.9 (78.9-88.1) | 79.6 | 82.2 | 84.5 | 74.1 |
| Sjælland | ja | 126 / 154 | 0 (0) | 81.8 (74.8-87.6) | 78.0 | 71.8 | 77.7 | 76.6 |
| Syddanmark | ja | 183 / 218 | 0 (0) | 83.9 (78.4-88.6) | 75.7 | 77.3 | 83.1 | 75.1 |
| Midtjylland | ja | 191 / 225 | 0 (0) | 84.9 (79.5-89.3) | 75.1 | 81.3 | 81.7 | 78.1 |
| Nordjylland | ja | 138 / 170 | 0 (0) | 81.2 (74.5-86.8) | 80.1 | 81.7 | 80.6 | 73.1 |

Bemærk: 1) De anførte årstal i tabeller og grafer angiver årstal for resektion, 2) Nævnerpopulationen i de to opgørelser stemmer ikke overens pga. manglende data for bopælsregion ved diagnose for enkelte patienter, 3) Antallet af uoplyste på sygehusniveau skyldes manglende diagnosedato i DLCR. Patienter med manglende diagnosedato får ikke tildelt en bopælsregion, og ekskluderes derfor helt fra opgørelsen af indikatoren efter bopælsregion.

Figur 3.2.7: Resultater for Indikator IIc, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2016.

Figur 3.2.8: Trend for indikator IIc efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2016



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opførelse i 2018 overlever 83,3% af patienterne 2 år efter resektionsdato, og standarden på $\geq 75\%$ er dermed opfyldt. Nationalt har toårs overlevelsen været varierende over resektionsårene 2012-2016, med et svagt fald frem mod 2015, efterfulgt af en stigning fra 2015 til 2016. I hele perioden 2012-2016 har standarden været opfyldt på nationalt niveau.

For resektionsår 2016 er standarden opfyldt for alle afdelinger og alle regioner. Toårs overlevelsen efter resektion varierer fra 81,2% i Region Nordjylland til 84,9% i Region Midtjylland. Der ses en stigende trend i toårs overlevelsen efter resektion i perioden 2008-2013 for alle regioner. Fra resektionsår 2013-2015 er der stagnation eller fald i den toårige overlevelse efter resektion, hvorefter der ses en markant stigning fra resektionsår 2015 til 2016 for alle regioner.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid opførelse, og datakompletheden for resektionsår 2016 for ujusteret opførelse på regionsniveau er 100%. Der er 7 uoplyste forløb ved Rigshospitalet, som skyldes manglende diagnosedato i DLCR.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2014-2016):

Datakompletheden for den statistiske analyse uden justering for stadie er på 90%, og bortfaldet skyldes manglende stadie.

Sammenligningen af overlevelse efter resektion mellem de behandlende afdelinger er kompromitteret af manglende data for stadie, og resultaterne skal derfor fortolkes med forbehold.

Der ses ingen statistisk signifikante forskelle i toårs overlevelse efter resektion mellem de opererende afdelinger.

Faglig klinisk kommentering

For 2-års overlevelsen kan man håbe på, at det seneste års forbedring er starten på en fornyet trend mod bedre overlevelse, da forbedringen ses for alle regioners resultater. Herudover er der en glædelig konvergens af resultaterne for de 5 regioner.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

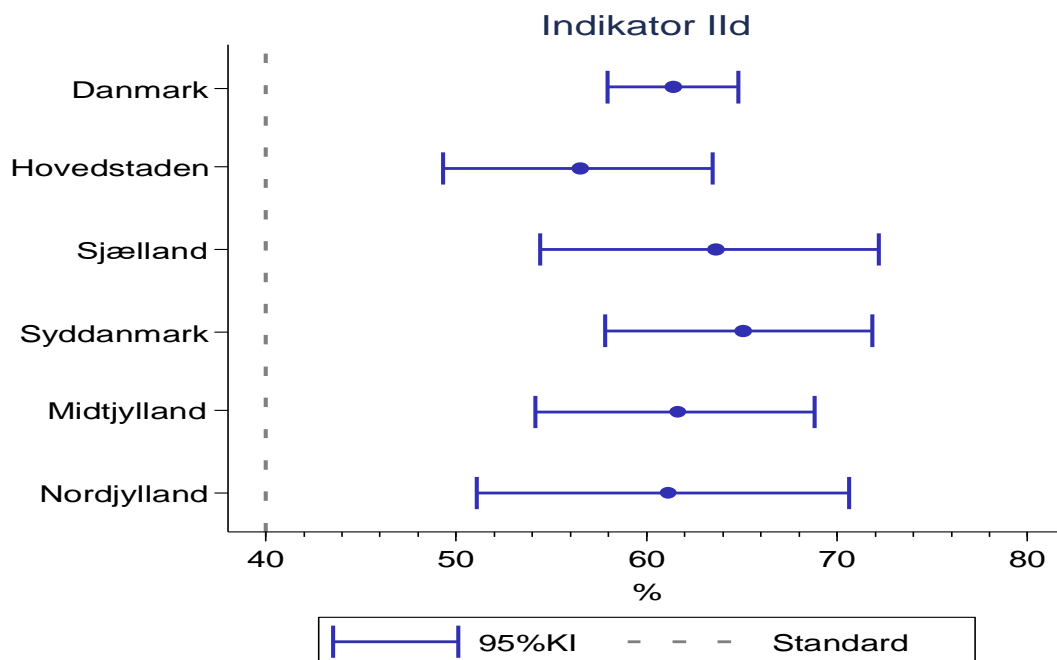
Indikator IId: Overlevelse 5 år efter første resektion(Standardværdi $\geq 40\%$)**Tabel 3.2.9:** Resultater for indikator IId, for hele landet og efter behandlende afdeling

| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
| Danmark | ja | 489 / 795 | 4 (1) | 61.5 (58.0-64.9) | 53.1 | 57.7 | 53.7 | 51.8 |
| Rigshospitalet | ja | 141 / 241 | 4 (2) | 58.5 (52.0-64.8) | 54.4 | 57.2 | 51.9 | 54.3 |
| Odense | ja | 175 / 274 | 0 (0) | 63.9 (57.9-69.6) | 50.7 | 56.3 | 55.1 | 47.7 |
| Aarhus | ja | 109 / 176 | 0 (0) | 61.9 (54.3-69.1) | 52.5 | 55.7 | 55.1 | 47.2 |
| Aalborg | ja | 64 / 104 | 0 (0) | 61.5 (51.5-70.9) | 56.5 | 65.9 | 54.3 | 62.0 |

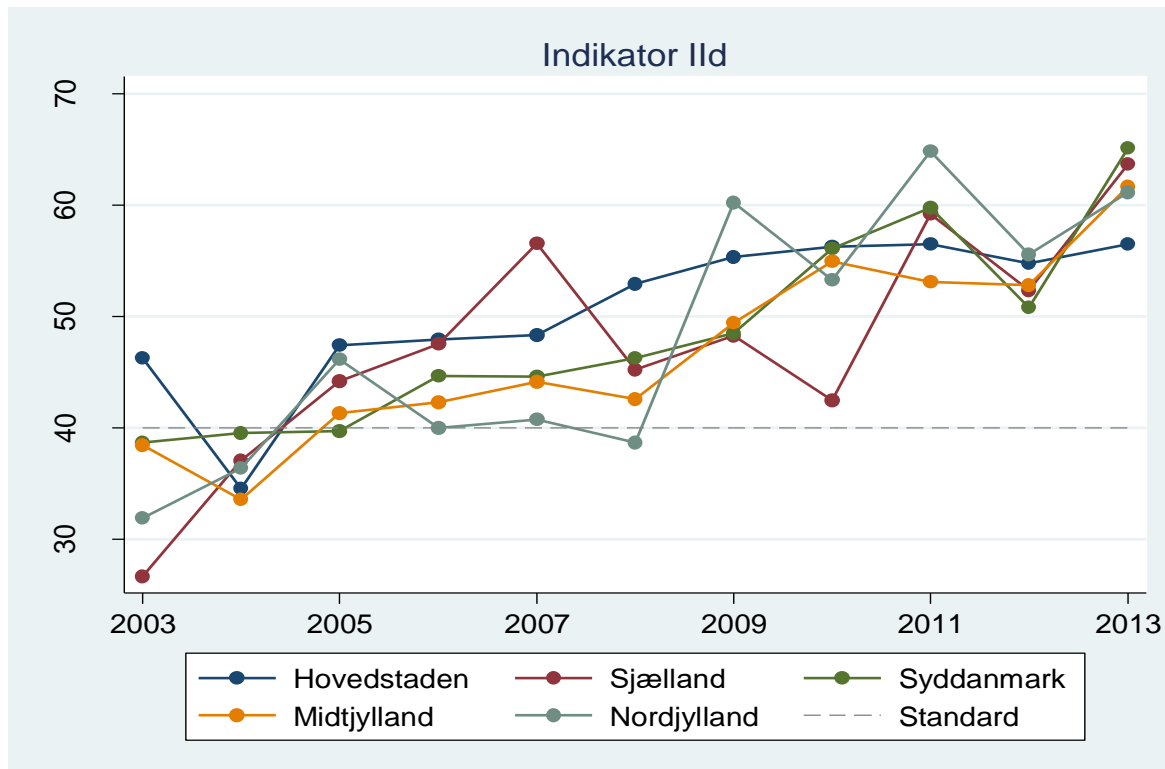
Tabel 3.2.10: Resultater for indikator IId, for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose

| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|-------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 |
| Danmark | ja | 487 / 793 | 0 (0) | 61.4 (57.9-64.8) | 53.2 | 57.8 | 53.5 | 52.0 |
| Hovedstaden | ja | 113 / 200 | 0 (0) | 56.5 (49.3-63.5) | 54.7 | 56.5 | 56.3 | 55.3 |
| Sjælland | ja | 77 / 121 | 0 (0) | 63.6 (54.4-72.2) | 52.3 | 59.2 | 42.5 | 48.2 |
| Syddanmark | ja | 123 / 189 | 0 (0) | 65.1 (57.8-71.9) | 50.8 | 59.8 | 56.1 | 48.5 |
| Midtjylland | ja | 111 / 180 | 0 (0) | 61.7 (54.1-68.8) | 52.8 | 53.1 | 54.9 | 49.4 |
| Nordjylland | ja | 63 / 103 | 0 (0) | 61.2 (51.1-70.6) | 55.6 | 64.8 | 53.3 | 60.2 |

Bemærk: 1) De anførte årstal i tabeller og grafer angiver årstal for resektion, 2) Nævnerpopulationen i de to opgørelser stemmer ikke overens pga. manglende data for bopælsregion ved diagnose for enkelte patienter, 3) Antallet af uoplyste på sygehusniveau skyldes manglende diagnosedato i DLCR. Patienter med manglende diagnosedato får ikke tildelt en bopælsregion, og ekskluderes derfor helt fra opgørelsen af indikatoren efter bopælsregion.

Figur 3.2.9: Resultater for indikator IId for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2013.

Figur 3.2.10: Trend for indikator IId, efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2013



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan ved opførelse i 2018 overlever 61,5% af patienterne 5 år efter resektionsdato, og standarden på $\geq 40\%$ er dermed opfyldt. Nationalt har femårs overlevelsen efter resektion været stigende over resektionsperioden 2008-2011, hvor der for resektioner i 2012 sker et fald i den femårige overlevelse, efterfulgt af en betydelig stigning i femårs overlevelsen for resektionsår 2013. I hele perioden 2009-2013 har standarden været opfyldt. For resektionsår 2013 er standarden opfyldt for alle afdelinger og alle regioner. Femårs overlevelsen efter resektion varierer fra 56,5% i Region Hovedstaden til 65,1% i Region Syddanmark. Der ses stigende trend, men nogen variation i den femårige overlevelse efter resektion i perioden 2006-2013 for alle regioner. For alle regioner på nær Region Hovedstaden ses betydelig stigning i den femårige overlevelse fra resektionsår 2012 til 2013.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid opførelse, og datakompletheden for resektionsår 2013 for ujusteret opførelse på regionsniveau er 100%. Der er 4 uoplyste forløb ved Rigshospitalet, som skyldes manglende diagnosedato i DLCR.

Justerede analyser baseret på de seneste tre diagnoseår (2011-2013):

Datakompletheden for den statistiske analyse med justering for stadie er på 89%, og bortfaldet skyldes manglende stadie. Sammenligningen af overlevelse efter resektion mellem behandlende afdelinger er kompromitteret af manglende data for stadie, og resultaterne skal derfor fortolkes med forbehold. Der ses ingen statistisk signifikante forskelle i femårs overlevelse efter resektion mellem de opererende afdelinger.

Faglig klinisk kommentering

5-års overlevelse efter kirurgisk behandling udviser en langsomt og noget fluktuerende trend mod bedre overlevelse. Men set over den samlede periode fra 2003 til 2013 er der næsten tale om en fordobling i 5-års overlevelse efter operation for lungekræft!

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

3.3 Indikatorområde III: Stadieklassifikation

Indikatoren monitorerer i hvilken udstrækning, der er overensstemmelse mellem den stadieklassificering, der er foretaget for den enkelte patient i forbindelse med OPERATIV indsats, versus stadieklassificeringen ved den forudgående UDREDNING.

Indikatorens berettigelse ligger i, at korrekt stadieklassifikation ved UDREDNING er afgørende for beslutning om efterfølgende behandling. Der tilstræbes maksimal overensstemmelse med en standardværdi på $\geq 90\%$ (defineret algoritmisk af DLCG).

I opgørelsen af indikatoren inkluderes patientforløb efter dato for operation, og der inkluderes kun patientforløb, hvor der er registrering for både udredning og kirurgisk indsats, herunder cTNM og pTNM. Nævnerpopulationen udgøres af alle patienter med deres første operation inden for opgørelsesperioden.

Indikatoren opgøres stratificeret for udredende sygehus.

Opdateret TNM klassifikation: UICC's (Union for International Cancer Control) TNM-klassifikation, Version 8 er implementeret i DLCR ultimo 2018 med skæringsdato 1. januar 2018. For patienter med diagnosedato før 1. januar 2018, som tidligere har været registreret med et TNM svarende til Version 7 af klassifikationen, vil disse patienter efter opdateringen få genberegnet deres TNM klassifikation i henhold til Version 8. Således er alle patienter i DLCR efter overgang til TNM Version 8 registreret med et TNM svarende til den 8. version af klassifikationen.

Overgangen fra Version 7 til Version 8 af UICC's TNM klassifikation betyder, at fordelingen af patienter med hensyn til stadiet med stor sandsynlighed vil være forskellig fra DLCR Årsrapport 2017 til DLCR Årsrapport 2018, jf. muligheden for en mere detaljeret registrering af TNM i seneste 8. version. Desuden vil opgørelsen af Indikator III (tidligere Indikatorområde IV) *Stadieklassifikation* ikke kunne sammenlignes mellem de to årsrapporter pga. anvendelse af hhv. Version 7 og Version 8 af TNM klassifikationen.

Vedr. justerede analyser for stadieklassifikation (se Kapitel 6):

Prognostiske faktorer / justeringsfaktorer:

- Alder ved første registrerede operation
- Køn
- Komorbiditet (Charlson Index (CCI))
- Årstal for diagnose
- Region for udredende sygehus

Der henvises til Kapitel 6 "Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator" for detaljerede resultater af de multivariable statistiske analyser for hver indikator.

Operationalisering af justeringsvariable fremgår af Kapitel 6, sammen med en redegørelse for hvordan de forskellige justeringsvariable er inkluderet i den statistiske model.

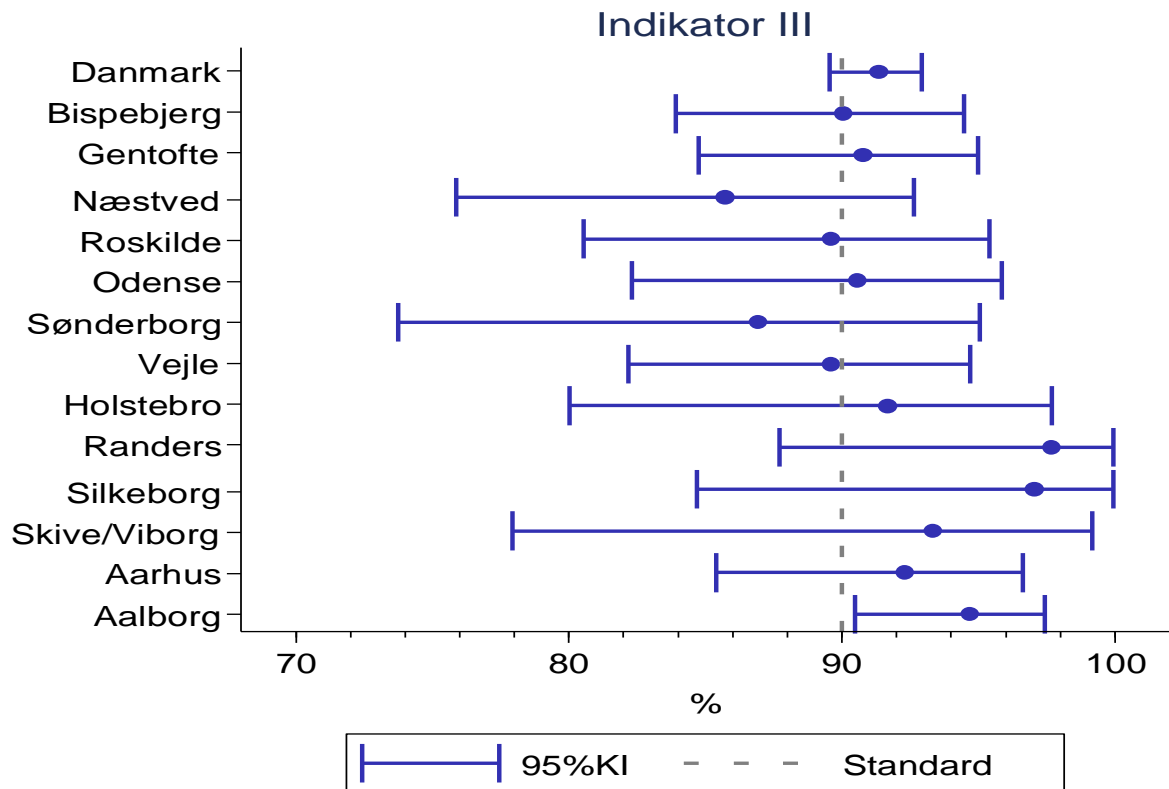
Indikator III: Antal patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM
(Standardværdi ≥ 90 %)

Tablet 3.3.1: Resultater for indikator III for hele landet og efter udredende sygehus, 2014-2018

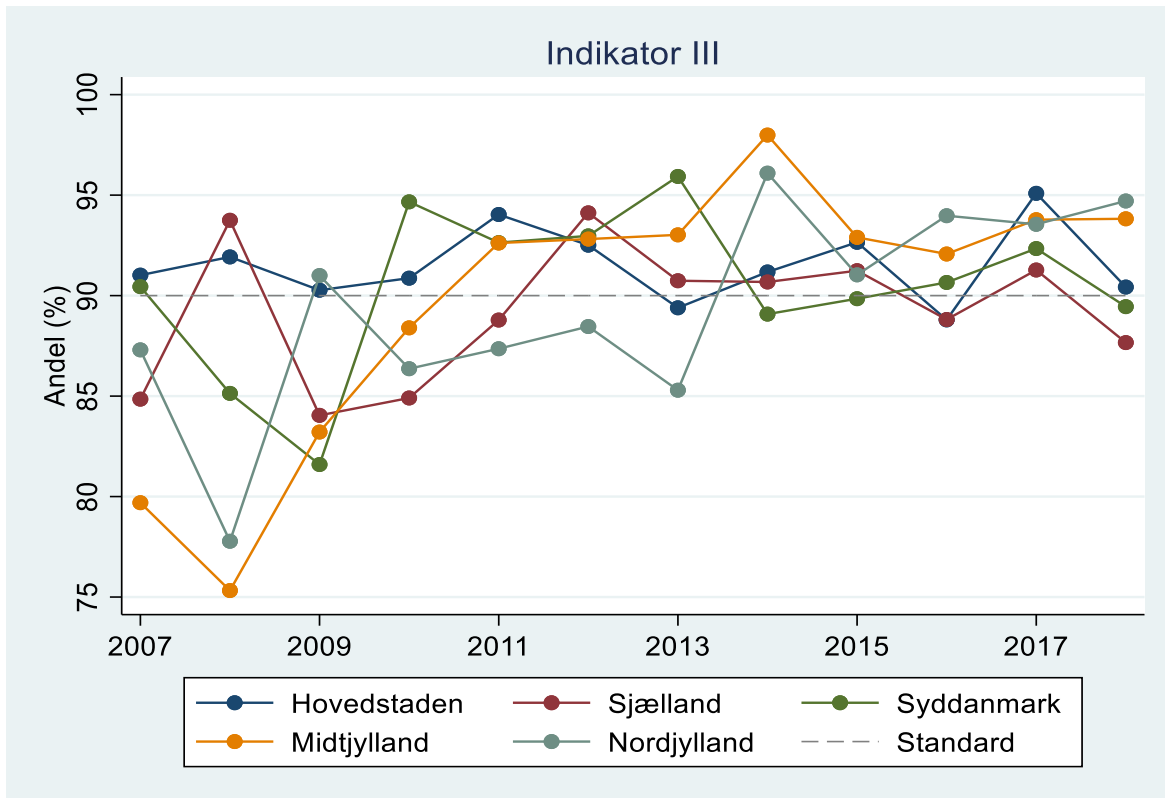
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|--------------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|-------|
| | | | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
| Danmark | ja | 1024 / 1121 | 0 (0) | 91.3 (89.5-92.9) | 93.3 | 90.8 | 91.6 | 93.0 |
| Hovedstaden | ja | 255 / 282 | 0 (0) | 90.4 (86.4-93.6) | 95.1 | 88.8 | 92.7 | 91.2 |
| Sjælland | nej | 135 / 154 | 0 (0) | 87.7 (81.4-92.4) | 91.3 | 88.8 | 91.2 | 90.7 |
| Syddanmark | nej | 212 / 237 | 0 (0) | 89.5 (84.8-93.1) | 92.3 | 90.7 | 89.8 | 89.1 |
| Midtjylland | ja | 243 / 259 | 0 (0) | 93.8 (90.2-96.4) | 93.8 | 92.1 | 92.9 | 98.0 |
| Nordjylland | ja | 179 / 189 | 0 (0) | 94.7 (90.5-97.4) | 93.5 | 94.0 | 91.0 | 96.1 |
| Hovedstaden | ja | 255 / 282 | 0 (0) | 90.4 (86.4-93.6) | 95.1 | 88.8 | 92.7 | 91.2 |
| Bispebjerg | ja | 127 / 141 | 0 (0) | 90.1 (83.9-94.5) | 91.4 | 86.8 | 93.6 | 95.0 |
| Gentofte | ja | 128 / 141 | 0 (0) | 90.8 (84.7-95.0) | 99.1 | 90.5 | 91.9 | 87.4 |
| Sjælland | nej | 135 / 154 | 0 (0) | 87.7 (81.4-92.4) | 91.3 | 88.8 | 91.2 | 90.7 |
| Næstved | nej | 66 / 77 | 0 (0) | 85.7 (75.9-92.6) | 92.9 | 84.1 | 89.2 | 88.3 |
| Roskilde | nej | 69 / 77 | 0 (0) | 89.6 (80.6-95.4) | 89.9 | 92.5 | 93.1 | 93.1 |
| Syddanmark | nej | 212 / 237 | 0 (0) | 89.5 (84.8-93.1) | 92.3 | 90.7 | 89.8 | 89.1 |
| Odense | ja | 77 / 85 | 0 (0) | 90.6 (82.3-95.8) | 91.6 | 92.3 | 91.1 | 94.0 |
| Sønderborg | nej | 40 / 46 | 0 (0) | 87.0 (73.7-95.1) | 93.8 | 92.3 | 96.2 | 96.6 |
| Vejle | nej | 95 / 106 | 0 (0) | 89.6 (82.2-94.7) | 92.5 | 88.7 | 87.0 | 84.2 |
| Midtjylland | ja | 243 / 259 | 0 (0) | 93.8 (90.2-96.4) | 93.8 | 92.1 | 92.9 | 98.0 |
| Holstebro | ja | 44 / 48 | 0 (0) | 91.7 (80.0-97.7) | 94.2 | 85.7 | 97.5 | 94.3 |
| Randers | ja | 42 / 43 | 0 (0) | 97.7 (87.7-99.9) | 89.7 | 93.9 | 93.1 | 100.0 |
| Silkeborg | ja | 33 / 34 | 0 (0) | 97.1 (84.7-99.9) | 97.4 | 88.5 | 88.2 | 100.0 |
| Skive/Viborg | ja | 28 / 30 | 0 (0) | 93.3 (77.9-99.2) | 90.9 | 100.0 | 87.0 | 100.0 |
| Aarhus | ja | 96 / 104 | 0 (0) | 92.3 (85.4-96.6) | 94.6 | 95.2 | 93.3 | 98.7 |
| Nordjylland | ja | 179 / 189 | 0 (0) | 94.7 (90.5-97.4) | 93.5 | 94.0 | 91.0 | 96.1 |
| Aalborg | ja | 179 / 189 | 0 (0) | 94.7 (90.5-97.4) | 93.5 | 94.0 | 91.0 | 96.1 |

Bemærk: Der er en diskrepans mellem nævnerpopulationen i Indikator III og nævnerpopulationen i Indikator IIa1 (30-dages overlevelse efter operation). Dette skyldes manglende cTNM (n=50) og/eller pTNM (n=26) for en række patienter i 2018.

Figur 3.3.1: Resultater for indikator III for hele landet og efter udredende sygehus, 2018



Figur 3.3.2: Trend for indikator III efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2007-2018



Klinisk epidemiologiske kommentarer

Bemærk at Indikator III i 2018 er opgjort i henhold til Version 8 af UICC's TNM klassifikation.

På landsplan i 2018 er standarden på ≥ 90 % opfyldt med en andel på 91,3%. Nationalt har andelen af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM været næsten status quo siden 2014, men standarden har været opfyldt over hele perioden.

På regionsniveau i 2018 opfylder Region Hovedstaden, Region Midtjylland og Region Nordjylland den vedtagne standard, mens Region Sjælland og Region Syddanmark ikke opfylder standarden med estimater lige under 90%. Andelen af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM varierer fra 87,7% i Region Sjælland til 94,7% i Region Nordjylland. Der ses nogen variation i andelen over tid for alle regioner.

På sygehusniveau i 2018 opfylder alle centre på nær Næstved, Roskilde, Sønderborg og Vejle standarden. Andelen af patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM varierer mellem centre fra 85,7% i Næstved til 97,7% i Randers. Der er nogen variation for alle sygehuse over tid siden 2014.

Datagrundlaget er tilstrækkeligt til valid opgørelse, men noget lavt ved enkelte centre: Sønderborg, Randers, Silkeborg og Skive/Viborg, og derfor må estimater for disse sygehuse fortolkes med et vist forbehold. Datakompletheden er på 100% for ujusteret opgørelse i 2018.

Justerede analyser baseret på de seneste tre opgørelsesår (2016-2018):

Datakompletheden er 100% for den statistiske analyse, jf. at der kun inkluderes patienter med kendt cTNM og pTNM, men på grund af manglen på information om klinisk stadie er datagrundlaget derfor reduceret ift. det forventede.

For patienter i Region Sjælland er der signifikant reduceret sandsynlighed for overensstemmelse mellem cTNM og pTNM sammenlignet med Region Midtjylland. Ellers ses ingen signifikante forskelle mellem regioner i opfyldelsen af indikatoren, dvs. sandsynligheden for overensstemmelse mellem cTNM og pTNM.

Faglig klinisk kommentering

Med et stabilt landsgennemsnit på 91,3 % overensstemmelse mellem cTNM og pTNM og med ligeledes stabil og begrænset spredning mellem regioner og udredende hospitaler er resultatet absolut tilfredsstillende.

Anbefalinger til Indikator

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

3.4 Indikatorområde IV: Resektionsrate (NSCLC)

Indikatoren monitorerer i hvilken udstrækning, der er foretaget resektion (dvs. alle operationstyper på nær eksplorativt indgreb) for patienter med ikke småcellet lungekræft (NSCLC).

Indikatorens berettigelse ligger i, at resektion for primær lungecancer er forbundet med bedre prognose. Højt kvalitetsniveau i behandlingen af primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet at det er muligt at tilbyde kirurgisk behandling. Der er vedtaget en standardværdi på $\geq 20\%$, dvs. at andelen af patienter med NSCLC, som modtager resektion skal være på mindst 20%.

I opgørelsen af indikatoren inkluderes patienter efter diagnoseår og der inkluderes kun forløb med klinisk patologikonklusion svarende til ikke småcellet lungekræft (NSCLC).

Indikatoren stratificeres for patientens bopælsregion ved diagnose.

Vedr. justerede analyser for resektionsrate (se Kapitel 6):

Prognostiske faktorer / justeringsfaktorer:

- Alder ved diagnose
- Køn
- Komorbiditet (Charlson Index (CCI))
- Årstal for diagnose
- Region for patientbopæl på diagnosetidspunktet

Der henvises til Kapitel 6 ”Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator” for detaljerede resultater af de multivariable statistiske analyser for hver indikator.

Operationalisering af justeringsvariable fremgår af Kapitel 6, sammen med en redegørelse for hvordan de forskellige justeringsvariable er inkluderet i den statistiske model.

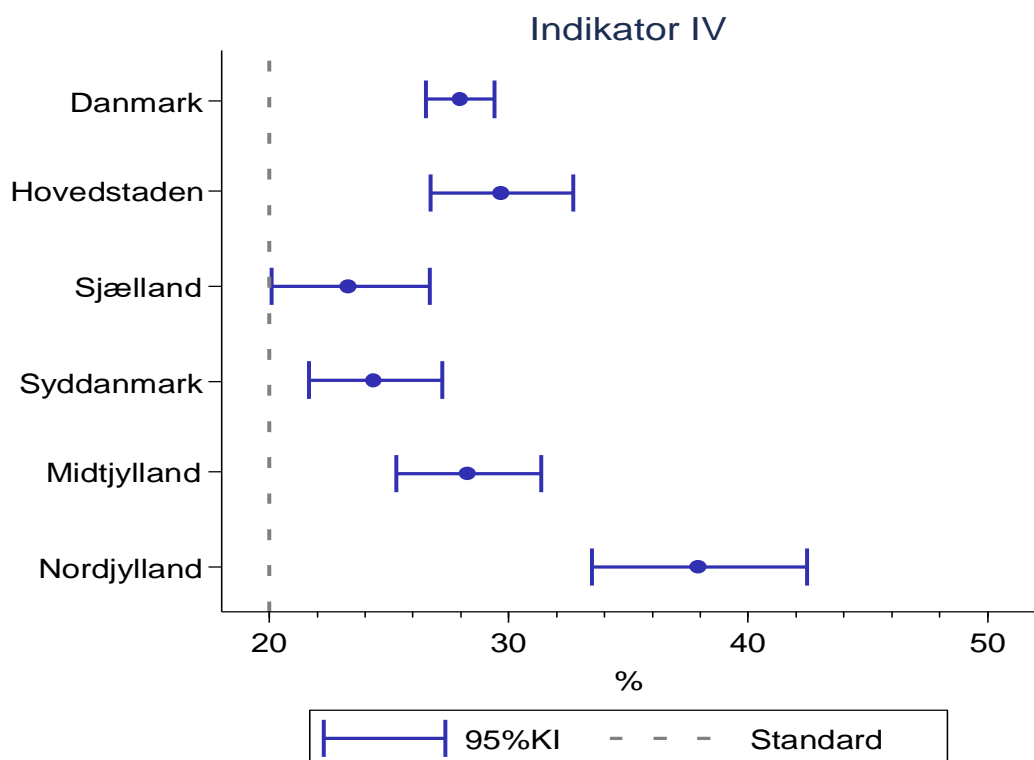
Indikator IV: Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer (NSCLC), hvor der er foretaget resektion

(Standardværdi ≥ 20 %)

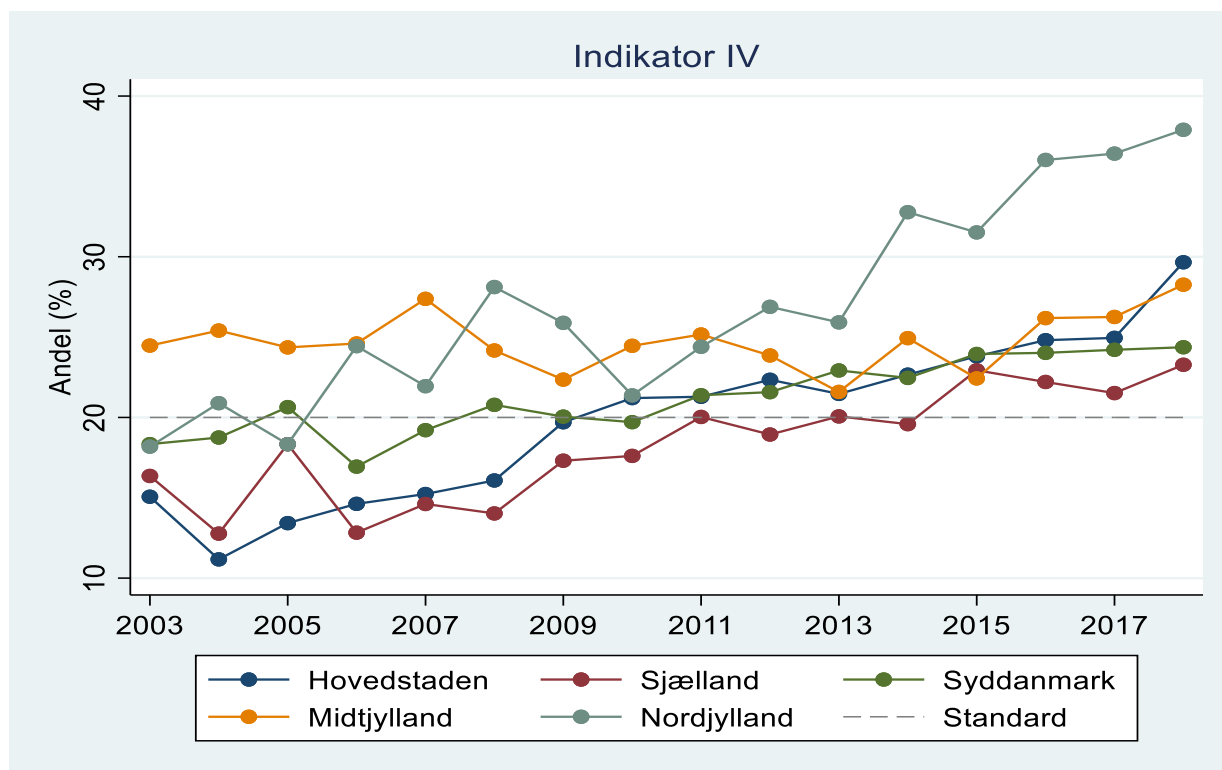
Tabel 3.4.1: Resultater for Indikator IV for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2014-2018

| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|-------------|--------------|---------------|------------------|------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
| Danmark | ja | 1085 / 3880 | 0 (0) | 28.0 (26.6-29.4) | 25.8 | 25.8 | 24.3 | 23.6 |
| Hovedstaden | ja | 277 / 934 | 0 (0) | 29.7 (26.7-32.7) | 25.0 | 24.8 | 23.8 | 22.7 |
| Sjælland | ja | 152 / 653 | 0 (0) | 23.3 (20.1-26.7) | 21.5 | 22.2 | 22.9 | 19.6 |
| Syddanmark | ja | 232 / 952 | 0 (0) | 24.4 (21.7-27.2) | 24.2 | 24.0 | 23.9 | 22.5 |
| Midtjylland | ja | 247 / 874 | 0 (0) | 28.3 (25.3-31.4) | 26.3 | 26.2 | 22.4 | 24.9 |
| Nordjylland | ja | 177 / 467 | 0 (0) | 37.9 (33.5-42.5) | 36.4 | 36.0 | 31.5 | 32.8 |

Figur 3.4.1: Resultater for indikator IV for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2018



Figur 3.4.2: Trenden for indikator IV efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2003-2018



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan i 2018 er standarden på ≥ 20 % opfyldt med en andel på 28%. Andelen af patienter med ikke småcellet lungecancer, hvor der er foretaget resektion (resektionsraten) har været svagt stigende på landsplan siden 2013.

På regionsniveau i 2018 opfylder alle regioner standarden, og resektionsraten varierer mellem regioner fra 23,3% i Region Sjælland til 37,9% i Region Nordjylland. Der ses variation i resektionsraten over tid for alle regioner med stigende tendens, særligt for Region Nordjylland i perioden 2010 og frem til 2018, hvor resektionsraten siden 2013 har ligget væsentligt højere end for de øvrige regioner. I perioden 2015-2018 ligger resektionsraten for alle regioner over den vedtagne standard på ≥ 20 %.

Datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid opgørelse, og datakompletheden er 100% for ujusteret opgørelse i 2018.

Justerede analyser baseret på de seneste tre opgørelsesår (2016-2018):

Datakompletheden er 92%, for den statistiske analyse uden justering for stadie, og manglende data skyldes manglende stadie.

Den regionale sammenligning skal fortolkes med forbehold pga. manglende data for stadie. Patienter i Region Nordjylland har signifikant øget sandsynlighed for resektion sammenlignet med Region Midtjylland, og ellers ses ingen signifikante regionale forskelle i resektionsrate for NSCLC patienter.

Faglig klinisk kommentering

Med et landsresultat på 28% er målsætningen klart opfyldt, og er det også for den region, som udviser den laveste resektionsrate. Men der er et bemærkelsesværdig spring på næsten 15 %-point fra laveste til højeste, og det ses, at der ikke er tale om en tilfældig fluktuation, da RN år efter år siden 2012 har haft tiltagende højere resektionsrater end de øvrige regioner. Det vil være af stor værdi at få klarlagt baggrunden for den betydelige forskel mellem RN og øvrige regioner.

Anbefalinger til Indikatorer

Der er ved Nationalt Audit ikke fundet at være grundlag for at justere i gældende indikator.

3.5 Indikatorområde V: Kurativ intenderet behandling

Indikatorerne monitorerer i hvilken udstrækning, der er foretaget kirurgisk eller onkologisk kurativ intenderet behandling. Definition af kurativ intenderet behandling: Der skal enten være foretaget resektion (dvs. alle operationstyper på nær eksplorativt indgreb) eller givet onkologisk kurativ intenderet behandling dvs. enten ≥ 3 stereotaktiske strålebehandlinger eller ≥ 20 strålebehandlinger i et kontinuerligt forløb.

Indikatorernes berettigelse ligger i, at der er tæt relation mellem den givne behandling og prognosen. Højt kvalitetsniveau i behandlingen af primær lungecancer er derfor kendetegnet ved, at patienterne diagnosticeres så tidligt i sygdomsforløbet, at det er muligt at tilbyde kurativ intenderet behandling.

Indikator Va inkluderer alle patienter med en lungekræftdiagnose. Der er vedtaget en standardværdi på $\geq 30\%$, dvs. at andelen af patienter, der tilbydes kurativ intenderet behandling skal være på mindst 30%.

Indikator Vb inkluderer subpopulationen af patienter med ikke småcellet lungekræft (NSCLC), hvor standardværdien er vedtaget til $\geq 40\%$, dvs. at andelen af patienter med NSCLC, der modtager kurativ intenderet behandling skal være på mindst 40%.

I opgørelsen af indikatorerne inkluderes patienter efter diagnoseår. Indikatorerne opgøres kun for årene 2013 og frem på grund af reviderede algoritmer i DLQR, dvs. efter overgang til DNKK model per 1. januar 2013.

Indikatorerne stratificeres for patientens bopælsregion ved diagnose.

Vedr. justerede analyser for kurativ intenderet behandling (se Kapitel 6):

Prognostiske faktorer / justeringsfaktorer:

- Alder ved diagnose
- Køn
- Komorbiditet (Charlson Index (CCI))
- Årstal for diagnose
- Region for patientbopæl på diagnosetidspunktet

Der henvises til Kapitel 6 ”Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator” for detaljerede resultater af de multivariable statistiske analyser for hver indikator.

Operationalisering af justeringsvariable fremgår af Kapitel 6, sammen med en redegørelse for hvordan de forskellige justeringsvariable er inkluderet i den statistiske model.

Indikator Va: Andel af patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling

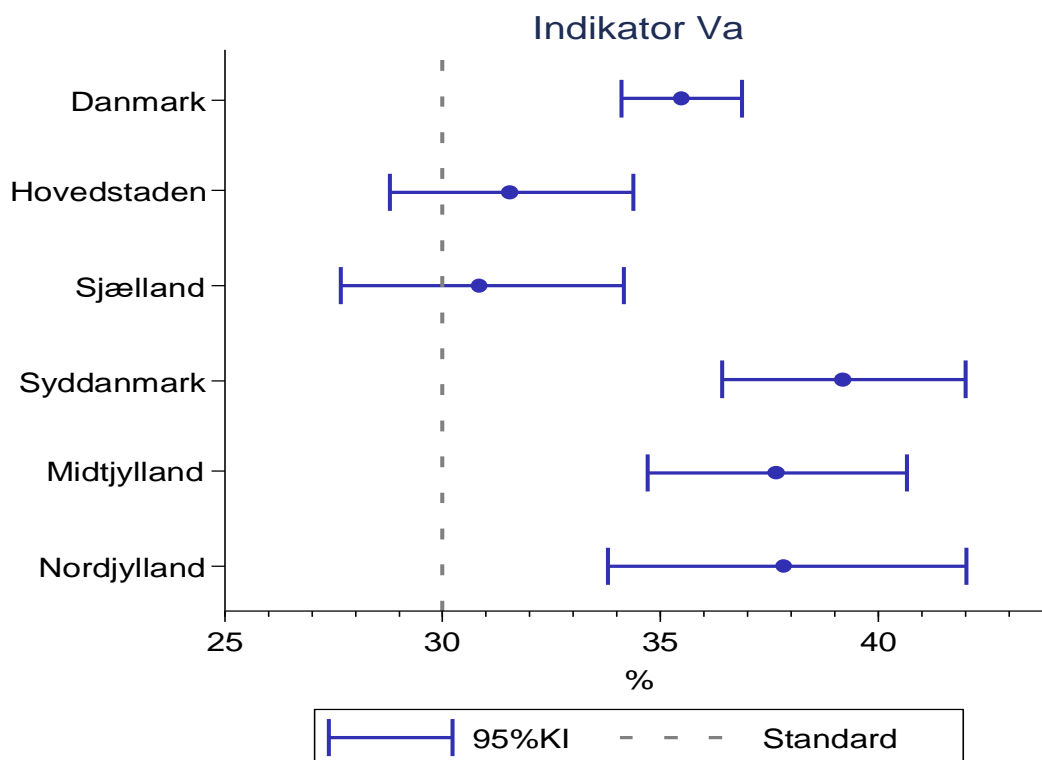
(Standardværdi ≥ 30 %)

Tabel 3.5.1: Resultater for Indikator Va for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2014-2018

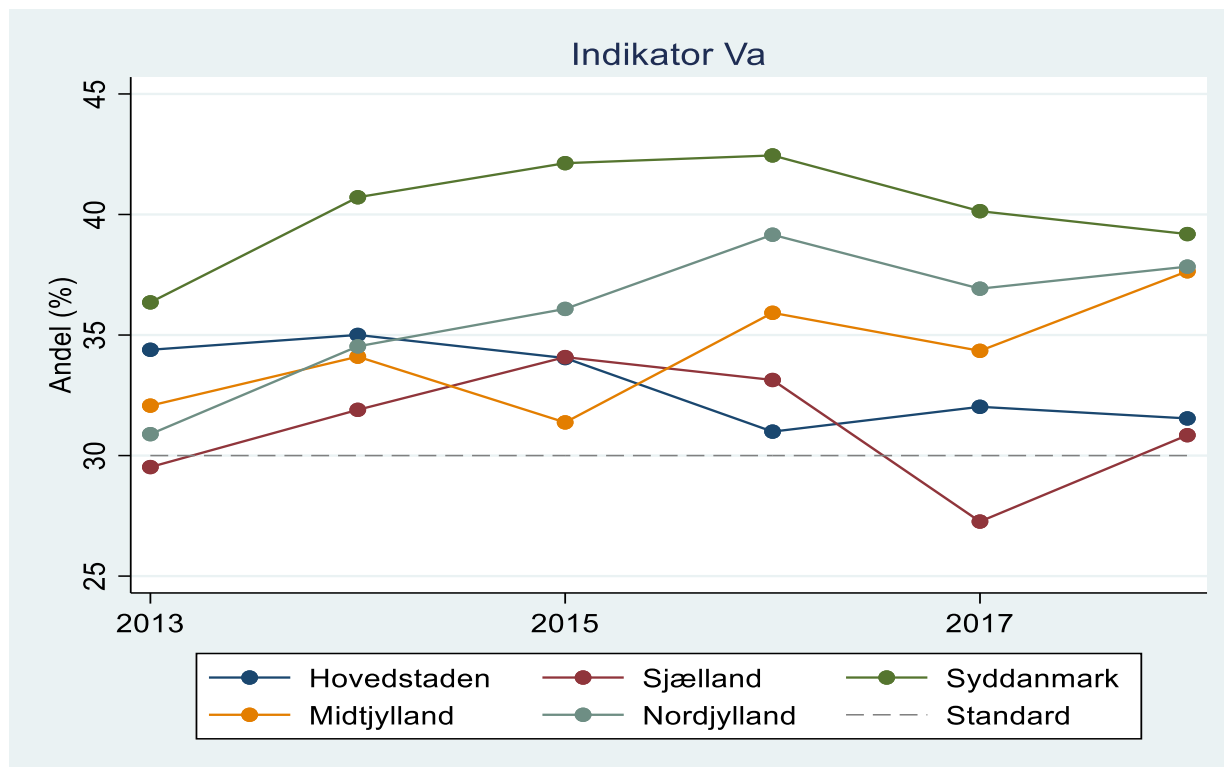
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
| Danmark | ja | 1670 / 4707 | 68 (1) | 35.5 (34.1-36.9) | 34.2 | 36.0 | 35.6 | 35.4 |
| Hovedstaden | ja | 346 / 1097 | 18 (2) | 31.5 (28.8-34.4) | 32.0 | 31.0 | 34.0 | 35.0 |
| Sjælland | ja | 248 / 804 | 14 (2) | 30.8 (27.7-34.2) | 27.3 | 33.1 | 34.1 | 31.9 |
| Syddanmark | ja | 473 / 1207 | 15 (1) | 39.2 (36.4-42.0) | 40.1 | 42.5 | 42.1 | 40.7 |
| Midtjylland | ja | 393 / 1044 | 16 (2) | 37.6 (34.7-40.7) | 34.3 | 35.9 | 31.4 | 34.1 |
| Nordjylland | ja | 210 / 555 | 5 (1) | 37.8 (33.8-42.0) | 36.9 | 39.2 | 36.1 | 34.5 |

Bemærk: Antallet af uoplyste skyldes negativ observationstid (n=3) og for lang udredningstid fra dato for henvisning til dato for start på behandling (>90 dage) (n=65).

Figur 3.5.1: Resultater for indikator Va for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2018



Figur 3.5.2: Trend for indikator Va efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2013-2018



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan i 2018 er standarden på $\geq 30\%$ opfyldt med en andel på 35,5%. Nationalt har andelen af patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling været næsten status quo over perioden 2013-2018.

På regionsniveau i 2018 opfylder alle regioner den vedtagne standard på $\geq 30\%$. Andelen af patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling varierer i 2018 fra 30,8% i Region Sjælland til 39,2% i Region Syddanmark. I Region Syddanmark er andelen af patienter, der får kurativ intenderet behandling betydeligt højere end den vedtagne standard og højere end andelen i de øvrige regioner over hele perioden 2013-2018. I perioden 2016-2018 er andelen i Region Hovedstaden og Region Sjælland påfaldende lav i forhold til Region Nordjylland, Midtjylland og Syddanmark, som konvergerer til højere niveau frem mod 2018. Den lave andel i Region Hovedstaden og Region Sjælland kan skyldes ringe registreringskomplethed for den onkologiske behandling, enten som mangel på indberetninger i LPR eller som et resultat af Sundhedsplatformens lag i præsentation af data, sidstnævnte i perioden 2016-2018.

Datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid opgørelse, og datakompletheden for ujusteret opgørelse i 2018 er på 99% med 68 uoplyste forløb fordelt ved alle regioner.

Justerede analyser baseret på de seneste tre opgørelsesår (2016-2018):

Datakompletheden er 91%, for den statistiske analyse uden justering for stadie, og bortfaldet skyldes manglende information om stadie.

Den regionale sammenligning skal fortolkes med forbehold pga. manglende data for stadie. Patienter i Region Syddanmark har en signifikant øget sandsynlighed for kurativ intenderet behandling, mens patienter i Region Hovedstaden og Region Sjælland har en signifikant reduceret sandsynlighed for kurativ intenderet behandling, sammenlignet med Region Midtjylland. Der ses ingen signifikant forskel mellem Region Nordjylland og Region Midtjylland.

Resultaterne for Region Hovedstaden og Region Sjælland bør fortolkes med væsentligt forbehold, jf. bemærkning ovenfor vedrørende sandsynligheden for lav registreringskomplethed enten som følge af mangel på indberetninger eller Sundhedsplatformens lag i præsentation af data.

Faglig klinisk kommentering

Det er glædeligt at se, at den opsatte målsætning er nået såvel på nationalt plan som for hver enkelt region. Der er dog umiddelbart en betænkelig stor forskel mellem regioner, men det kan som anført skyldes en registreringsdeficit, bl.a. pga Sundhedsplatformen, i regionerne med de laveste værdier.

Anbefalinger til Indikatorer

Ingen ændring, standardværdi bibeholdes.

Indikator Vb: Andel af patienter med ikke småcellet lungecancer (NSCLC), hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling

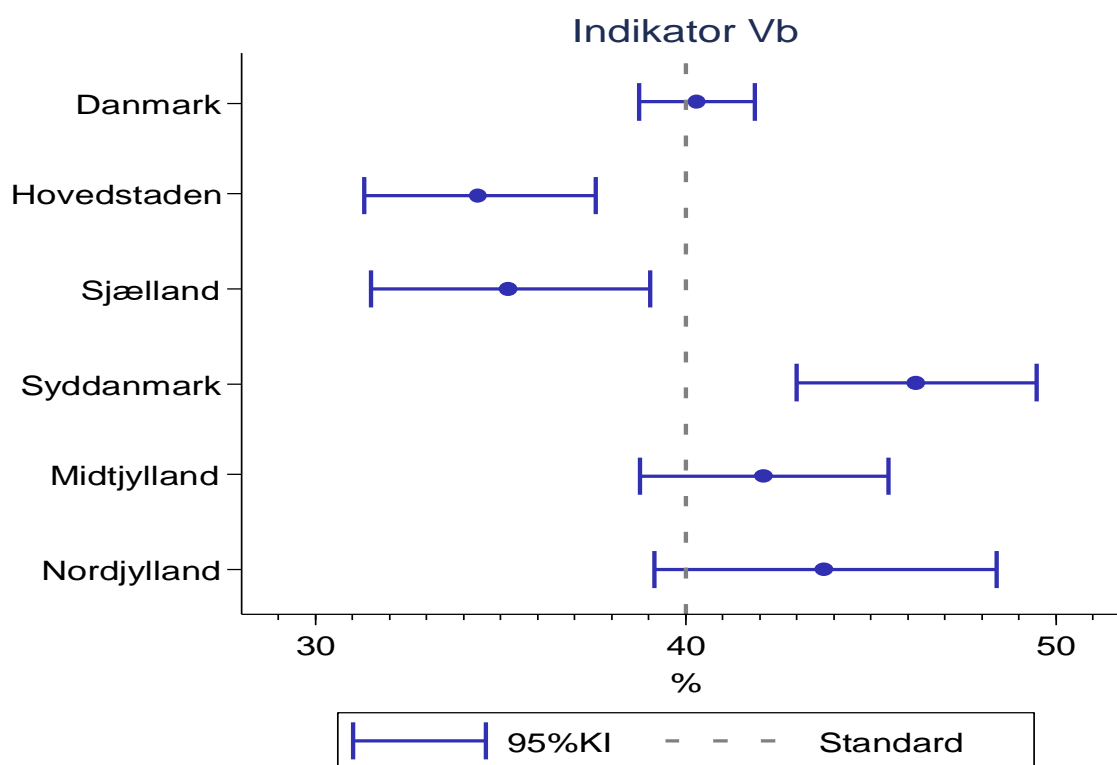
(Standardværdi $\geq 40\%$)

Tabel 3.5.2: Resultater for Indikator Vb for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2013-2018

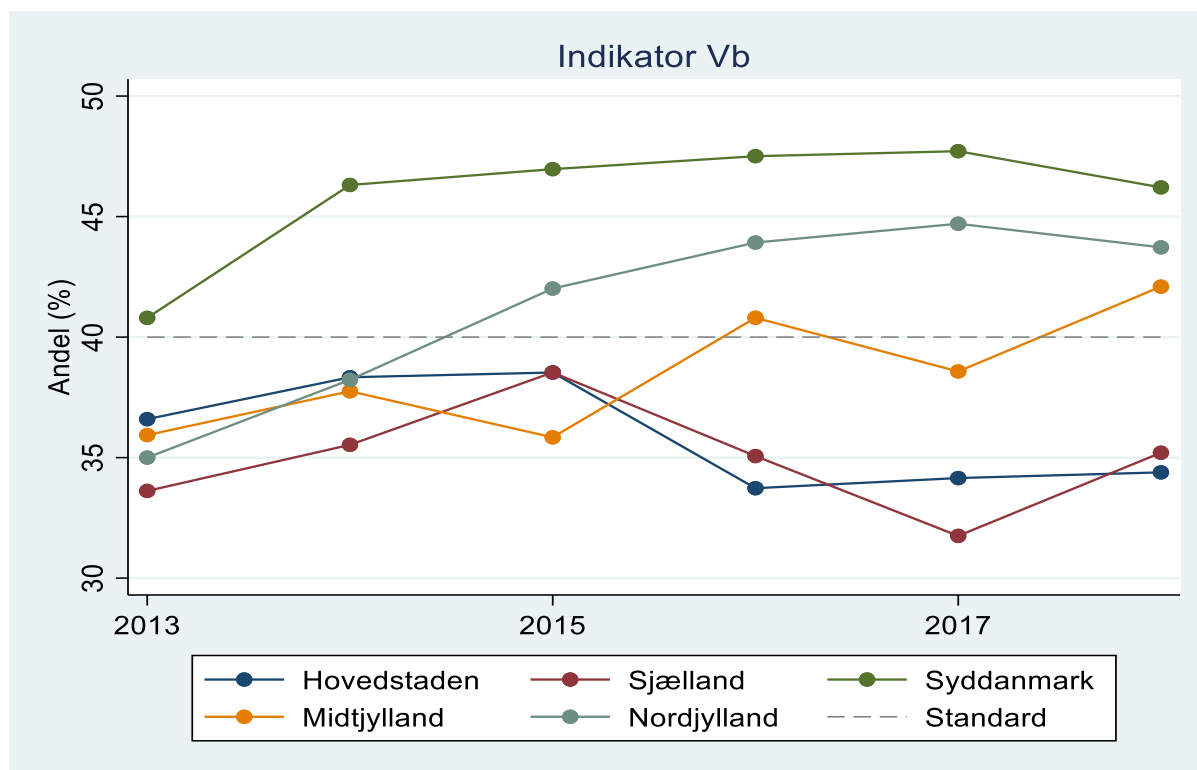
| Enhed | Std. opfyldt | Tæller/nævner | Uoplyst Antal(%) | Aktuelle år | | Tidligere år | | |
|----------------|--------------|---------------|------------------|-------------------------|------|--------------|------|------|
| | | | | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 |
| Danmark | ja | 1538 / 3817 | 63 (2) | 40.3 (38.7-41.9) | 39.0 | 39.8 | 40.3 | 39.4 |
| Hovedstaden | nej | 315 / 916 | 18 (2) | 34.4 (31.3-37.6) | 34.2 | 33.7 | 38.5 | 38.3 |
| Sjælland | nej | 226 / 642 | 11 (2) | 35.2 (31.5-39.0) | 31.8 | 35.1 | 38.5 | 35.5 |
| Syddanmark | ja | 433 / 937 | 15 (2) | 46.2 (43.0-49.5) | 47.7 | 47.5 | 47.0 | 46.3 |
| Midtjylland | ja | 362 / 860 | 14 (2) | 42.1 (38.8-45.5) | 38.6 | 40.8 | 35.8 | 37.8 |
| Nordjylland | ja | 202 / 462 | 5 (1) | 43.7 (39.1-48.4) | 44.7 | 43.9 | 42.0 | 38.2 |

Bemærk: Antallet af uoplyste skyldes negativ observationstid (n=3) og for lang udredningstid fra dato for henvisning til dato for start på behandling (>90 dage) (n=60).

Figur 3.5.3: Resultater for indikator Vb for hele landet og efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2018



Figur 3.5.4: Trend for indikator Vb efter patientens bopælsregion ved diagnose, 2013-2018



Klinisk epidemiologiske kommentarer

På landsplan i 2018 er standarden på $\geq 40\%$ netop opfyldt med en andel på 40,3%. Nationalt har andelen af NSCLC patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling været næsten status quo omkring 40% over perioden 2013 til 2018.

På regionsniveau i 2018 opfylder Region Syddanmark, Region Midtjylland og Region Nordjylland den vedtagne standard på $\geq 40\%$, mens Region Hovedstaden og Region Sjælland ikke opfylder standarden med en andel på hhv. 34,4% og 35,2%. Andelen af NSCLC patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling varierer i 2018 fra 34,4% i Region Hovedstaden til 46,2% i Region Syddanmark.

Region Syddanmark, Region Nordjylland og Region Midtjylland konvergerer mod højere andel patienter med kurativ intenderet behandling over standarden frem mod 2018, hvor Region Syddanmark ligger højt og betydeligt over standarden siden 2013. Region Hovedstaden og Region Sjælland opfylder ikke standarden på noget tidspunkt fra 2013-2018, og ligger påfaldende lavere end den vedtagne standard og de øvrige regioner i perioden 2016-2018. Som ved Indikator Va bør der også her afklares om den lave andel i Region Hovedstaden og Region Sjælland fra 2016 og frem skyldes ringe registreringskomplethed for den onkologiske behandling, enten som mangel på indberetninger i LPR eller som et resultat af Sundhedsplatformens lag i præsentation af data, sidstnævnte i perioden 2016-2018.

Datagrundlaget på regionsniveau er tilstrækkeligt til valid opgørelse, og datakompletheden i 2018 for ujusteret opgørelse er på 98% med 63 uoplyste forløb fordelt ved alle regioner.

Justerede analyser baseret på de seneste tre opgørelsesår (2016-2018):

Datakompletheden er 92%, for den statistiske analyse uden justering for stadie, og manglen på data skyldes mangel på stadie.

Den regionale sammenligning skal fortolkes med forbehold pga. manglende data for stadie. Patienter med NSCLC i Region Syddanmark og Region Nordjylland har en signifikant øget sandsynlighed for kurativ intenderet behandling, mens patienter i Region Hovedstaden og Region Sjælland har en signifikant reduceret sandsynlighed for kurativ intenderet behandling, sammenlignet med Region Midtjylland.

Resultaterne for Region Hovedstaden og Region Sjælland bør fortolkes med væsentligt forbehold, jf. sandsynlighed for lav registreringskomplethed enten som følge af mangel på indberetninger eller Sundhedsplatformens lag i præsentation af data.

Faglig klinisk kommentering

Det er tilfredsstillende at den opsatte standard er opfyldt på landsplan og for de regioner, som ikke bruger Sundhedsplatformen (SP). Det betænkeligt store spring i målopfyldelse fra de 3 regioner uden SP til de 2 med SP kan som anført skyldes registreringsdeficit. Men hvis det ikke er forklaringen på forskellen, da er der en bekymrende forskel i behandling mellem regionerne. Det er derfor vigtigt at få afklaret, om forskellene imellem regionerne i andel patienter, som modtager kurativt intenderet behandlingstilbud, er reelle eller fiktive!

Anbefalinger til Indikatorer

Der er ikke ved National Audit fundet at være grundlag for at ændre indikatoren.

4. Beskrivelse af sygdomsområdet og måling af behandlingskvalitet

Dansk Lunge Cancer Register inkluderede den første patient i januar 2000. Siden har de danske afdelinger, der beskæftiger sig med udredning og behandling af lungekræft, indrapporteret mere end 80.000 patientforløb, og i dag omfatter registeret mere end 95 % af alle nye tilfælde af lungekræft.

Forhistorien er dystert. I begyndelsen af 1990'erne kunne danske læger og andet sundhedspersonale, der beskæftiger sig med lungekræft konstatere, at resultaterne af behandlingen af lungekræft i Danmark var markant dårligere end i de lande, vi normalt sammenligner os med bl.a. Norge, Sverige, Finland og Tyskland. Af danske lungekræftpatienter var der kun 5 ud af hundrede, der overlevede mere end 5 år, efter at de havde fået stillet diagnosen. Ydermere var prognoserne deprimerende. De fortalte, at antallet af lungekræftpatienter ville stige væsentlig. I begyndelsen af 1990'erne var der 3300-3400 nye tilfælde af lungecancer om året, og man forventede, at dette tal ville stige til 4400 i år 2010. I dag ny-diagnosticeres hvert år, som det fremgår af årsrapporten, omkring 4900 nye tilfælde af lungekræft. Formentligt vil kun omkring 1/5 af de patienter, der fik diagnosen i 2018, kunne forventes at være i live efter 5 år, hvilket stadig - på trods af markante prognoseforbedringer - gør lungekræft til den kræftsygdom som flest danskere dør af.

Bare for 30 år siden var 80 pct. af alle lungekræfttilfælde mænd, og prognoserne viste, at om få år ville flere kvinder end mænd få lungekræft. Dette er nu tilfældet, idet 51 % af nye lungekræfttilfælde i 2018 var hos kvinder.

Med baggrund i de alvorlige prognoser etablerede man i 1992 Dansk Lunge Cancer Gruppe, som var og stadig er en tværfaglig og tværsektoriel gruppe bestående af repræsentanter udpeget af alle videnskabelige selskaber, faglige grupper m.v., der beskæftiger sig med alle former for diagnostik og behandling af lungekræft.

Referenceprogram og register

Gruppen påtog sig i første omgang at beskrive status for lungekræftbehandlingen. Denne opgørelse viste, at næsten hundrede afdelinger beskæftigede sig med sygdommen, og at de anvendte meget forskelligartede metoder i dette arbejde. Metoder der ikke altid levede op til internationalt gældende standard. Derfor gik man i midten af 1990'erne i gang med at udfærdige Referenceprogrammet for Udredning og Behandling af Lungekræft i Danmark. Målet var at identificere og beskrive, hvordan man bedst muligt behandler lungekræft, således at behandlingen i Danmark lever op til internationale standarder. Siden er dette Referenceprogram revideret flere gange - senest i 2018/19 - hvor alle DLCCG's referenceprogrammer er blevet opdateret og overført til RKKP's nye skabelon for referenceprogrammer – se www.lungecancer.dk. Sideløbende besluttede Dansk Lunge Cancer Gruppe, at der var behov for at udvikle et register (Dansk Lunge Cancer Register (DLCCR)), der kunne registrere aktivitet omkring lungecancerpatienter og sikre at udredning og behandling af lungekræft lever op til retningslinjerne samt sikre kontinuerlig kvalitetsforbedring.

Diagnostik og behandling af lungekræft er i DLCCG's levetid blevet stadig mere komplekst og er gået fra karakteriseret af "one size fits all" til i stort omfang at være individuel og tilpasset den enkelte patient. Udredningen og behandlingen skal stadig leve op til referenceprogrammernes standarder, men skal nu også tilpasses nationale pakkeforløbskrav til forløbstider m.v.. Tidligere var der i praksis 2 typer lungekræft, nemlig småcellet og ikke-småcellet, men i dag karakteriserer patologerne patienterne langt mere detaljeret, da oplysninger om celletype, mutationsstatus m.v. har stor betydning for valg af behandling. Dette stiller igen langt større krav til kvaliteten af de udredende procedurer, hvor præcis stadiebeskrivelse og sufficente vævsprøver er afgørende. Når udredningen er afsluttet indenfor den af pakkeforløbet afsatte tid, skal den nytilkomne MDT konference (den Multidisciplinære Team konference) beslutte hvilket behandlingstilbud patienten kan gives, og også her er udvalget af såvel medicinsk onkologiske, strålebehandlinger som kirurgiske behandlingstilbud ændret markant.

Registerdata via Internet

DLCR var færdigudviklet og klar til premiere den 1. januar 2000. Registeret var resultatet af et tæt samarbejde mellem DLCR, Odense Universitetshospital og det daværende Kommunedata. I forhold til mange andre registre anvendte DLCR fra starten internetteknologi, og var den første landsdækkende kliniske database, hvor brugerne indberettede data direkte via en internetbrowser. Databasen er siden løbende blev udviklet og opgraderet teknologisk og indholdsmæssigt. Således er databasen nu forløbsorienteret samt koblet op på flere centrale databaser som Landspatient Registeret, Patobanken, CPR-registreret. Registeret blev bygget op omkring en central database, som aktuelt er placeret hos DXC Technology, der på Topica platformen drifter og varetager udviklingen i samarbejde med DLCR. Data sendes over Sundhedsdatanet, der er koblet op til landets regioner. I starten var mere end 50 afdelinger tilsluttet registeret. Siden er dette tal stærkt reduceret som følge af centraliseringerne i sundhedsvæsenet, og i dag er kun 28 afdelinger tilsluttet databasen. Disse afdelinger dækker samtlige afdelinger, der beskæftiger sig med udredning eller behandling af sygdommen. Siden 2011 har DLCR været tilknyttet Regionernes Kliniske Kvalitetsprogram (RKKP).

Den Nationale Kliniske Kvalitetsdatabase – DLCR-DNKK

1. januar 2013 begyndte DLCR at anvende algoritmen bag Den Nationale Kliniske Kræftdatabase (DNKK). DNKK er udviklet af DLCR i samarbejde med Danske Regioner, Sundhedsstyrelsen og RKKP.

Den Nationale Kliniske Kræftdatabase, DNKK, er en platform for nationale kliniske kræftdatabaser. Platformen skal i den første fase bruges til at definere kvaliteten af diagnostik og behandling i et kræftforløb, herunder fælles målepunkter undervejs i forløbet. DNKK tager udgangspunkt i alle tilgængelige informationer om udredning og behandling i tilgængelige centrale sundhedsregistre, herunder Landspatientregisteret (LPR) og Patobanken, samt det Centrale Personregister (CPR) med henblik på samkøring med data indsamlet direkte til databasen – resulterende i mindskning af registreringsopgaven i afdelingerne og gensidig validering af registre. DNKK henter sine data i de centrale patientregistre, men disse registre indeholder ikke al information i DLCR. Derfor anvender DLCR et inddateringsystem (TOPICA), hvor data fra DNKK indsættes automatisk og suppleres efter behov.

For nærmere beskrivelse af DNKK henvises til tidligere årsrapporter.

5. Datagrundlag

Oversigt over data

Patientpopulation

Patientpopulationen for DLCR identificeres på baggrund af data som er registreret i Landspatientregisteret (LPR). DLCR inkluderer alle patienter med en WHO ICD10 diagnosekode for lungekræft (DC34) eller kræft i luftrøret (DC33) fra 2003 og frem. Ultimo 2018 er patienter med lungehindekræft (mesotheliom, DC45) også inkluderet i populationen for DLCR (fra og med 2003), men denne patientpopulation indlæses endnu ikke til klinisk validering i inddateringsplatformen DLCR-TOPICA.

Data i DLCR

Datagrundlaget for DLCR Årsrapport 2018 er valideret og/eller indberettet til DLCR senest 5. april 2019, for forløb med diagnosedato i perioden 2003 til og med 2018.

Indikatorsættet for DLCR er etableret med henblik på monitorering af kvaliteten af den initiale del af lungecancerforløbet. Der foretages derfor en allokering af de enkelte dataelementer i et forløb med hensyn til om de ud fra tidsmæssige kriterier kan anses for at falde i den initiale del af forløbet eller senere.

Diagnosedatoen for et lungecancerforløb i DLCR fastsættes som forløbsstartsdatoen jf. Kap. 4, og er efter overgang til DNKK model pr. 1. januar 2013 identisk med dato for start på udredning. Oprettelse af forløb i DLCR er afhængig af, at de nødvendige data hertil er modtaget i udtræk fra LPR. LPR er afhængig af, at patientadministrative systemer indberetter afdelingernes aktiviteter, og de patientadministrative systemer er igen afhængig af at afdelingerne så tidstro som muligt færdigregistrerer patientforløbene. Der er således i systemet flere muligheder for forsinkelser. DLCR modtager via RKKP opdaterede udtræk fra de centrale registre én gang månedligt. De ovenfor beskrevne muligheder for forsinkelse påvirker antallet af registrerede nye patienter i DLCR, særligt de sidste måneder af året. Tilsvarende vil registreringen af aktiviteter blive påvirket.

Tabel 5.1 giver en oversigt over de i alt 71.116 lungecancerforløb, der indgår i indikatorrapporten, fordelt efter status for første behandling samt diagnoseår. DLCR indeholder data fra år 2000 og frem, men det blev besluttet ifm. overgangen til DNKK model ikke længere at vise data fra før 2003. Dette har to primære årsager: For det første er datakompletheden i DLCR før 2003 forholdsvis ringe og data i LPR giver ikke mulighed for med tilstrækkelig høj kvalitet at supplere med data fra LPR. Dernæst startede DLCR samarbejdet med *Det Nationale Indikator Projekt* i 2003, hvorfor dataindholdet siden har været sammenligneligt over årene modsat tidligere. Vedrørende oplysninger for diagnoseårene 2000 – 2002 henvises til relevante årsrapporter på www.lungecancer.dk. For godt 24% af alle forløb i 2018 foreligger der hverken kirurgiske eller onkologiske indberetninger. Disse forløb er derfor udelukkende belyst via udredningsdata. Totalt set mangler 27% af patientforløbene behandlingsdata. Der er i 2015 via DNKK indhentet alle behandlingsoplysninger fra LPR for forløb før 2013, som tidligere har manglet. Således at der nu er komplet LPR registrering fra 2003 og frem.

OBS: Det skal bemærkes, at patientforløbene i Tabel 5.1 er fordelt efter diagnosedato og ikke behandlingsdato, hvorfor sammenligning med andre tabeller i rapporten skal ske med dette in mente.

Tabel 5.1: Oversigt over lungecancerforløb i DLCR efter typen af første behandling (behandlingsmodalitet)

| Diagnoseår | Ingen behandling | Operation | Kemoterapi | Stråleterapi | I alt |
|--------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|-----------------------|
| 2003 | 1387 (37.6%) | 566 (15.3%) | 1025 (27.8%) | 710 (19.3%) | 3688 (100.0%) |
| 2004 | 1318 (35.4%) | 554 (14.9%) | 1117 (30.0%) | 732 (19.7%) | 3721 (100.0%) |
| 2005 | 1338 (34.1%) | 609 (15.5%) | 1293 (32.9%) | 686 (17.5%) | 3926 (100.0%) |
| 2006 | 1389 (34.4%) | 598 (14.8%) | 1378 (34.1%) | 673 (16.7%) | 4038 (100.0%) |
| 2007 | 1371 (31.9%) | 669 (15.6%) | 1508 (35.1%) | 750 (17.4%) | 4298 (100.0%) |
| 2008 | 1335 (30.2%) | 712 (16.1%) | 1610 (36.4%) | 762 (17.2%) | 4419 (100.0%) |
| 2009 | 1242 (27.9%) | 732 (16.4%) | 1698 (38.2%) | 778 (17.5%) | 4450 (100.0%) |
| 2010 | 1286 (27.6%) | 777 (16.7%) | 1693 (36.4%) | 901 (19.3%) | 4657 (100.0%) |
| 2011 | 1177 (25.4%) | 816 (17.6%) | 1706 (36.8%) | 942 (20.3%) | 4641 (100.0%) |
| 2012 | 1125 (24.0%) | 835 (17.8%) | 1809 (38.6%) | 922 (19.7%) | 4691 (100.0%) |
| 2013 | 979 (21.5%) | 800 (17.6%) | 1876 (41.2%) | 894 (19.7%) | 4549 (100.0%) |
| 2014 | 980 (20.7%) | 880 (18.6%) | 1918 (40.5%) | 959 (20.2%) | 4737 (100.0%) |
| 2015 | 1003 (21.3%) | 903 (19.2%) | 1846 (39.2%) | 963 (20.4%) | 4715 (100.0%) |
| 2016 | 949 (19.8%) | 1018 (21.2%) | 1816 (37.9%) | 1011 (21.1%) | 4794 (100.0%) |
| 2017 | 1165 (23.4%) | 1039 (20.9%) | 1765 (35.5%) | 1003 (20.2%) | 4972 (100.0%) |
| 2018 | 1146 (23.8%) | 1111 (23.0%) | 1561 (32.4%) | 1002 (20.8%) | 4820 (100.0%) |
| Total | 19190 (27.0%) | 12619 (17.7%) | 25619 (36.0%) | 13688 (19.2%) | 71116 (100.0%) |

Supplerende data fra Det Centrale Personregister

Data for dødsdato, vitalstatus og bopælsregion ved diagnose indhentes fra Det Centrale Personregister (CPR) ved Sundhedsdatastyrelsen.

Supplerende data fra Patologiregisteret

Patologidata indhentes fra Patologiregisteret ved Sundhedsdatastyrelsen. Algoritmen for at opnå en patologisk konklusion af relevans for primær lungecancer er udviklet og valideret ved Center for Klinisk Epidemiologi, OUH, i samarbejde med DLCR. Algoritmen anvendes på alle tilgængelige data i Patologiregisteret for patienterne registreret i DLCR. Tabel 5.2 sammenfatter de tilgængelige patologikonklusioner for lungecancerforløb i DLCR efter operationsstatus.

Tabel 5.2: Oversigt over tilgængelige patologikonklusioner for lungecancerforløb i DLCR efter operationsstatus

| Diagnoseår | +Operation | | | -Operation | | | Alle | | |
|--------------|----------------------|-------------------|--------------|----------------------|--------------------|--------------|----------------------|--------------------|--------------|
| | +Patologi | -Patologi | I alt | +Patologi | -Patologi | I alt | +Patologi | -Patologi | I alt |
| 2003 | 576 (95.2%) | 29 (4.8%) | 605 | 2699 (87.5%) | 384 (12.5%) | 3083 | 3275 (88.8%) | 413 (11.2%) | 3688 |
| 2004 | 548 (94.8%) | 30 (5.2%) | 578 | 2761 (87.8%) | 382 (12.2%) | 3143 | 3309 (88.9%) | 412 (11.1%) | 3721 |
| 2005 | 622 (96.3%) | 24 (3.7%) | 646 | 2962 (90.3%) | 318 (9.7%) | 3280 | 3584 (91.3%) | 342 (8.7%) | 3926 |
| 2006 | 611 (96.7%) | 21 (3.3%) | 632 | 3065 (90.0%) | 341 (10.0%) | 3406 | 3676 (91.0%) | 362 (9.0%) | 4038 |
| 2007 | 688 (96.8%) | 23 (3.2%) | 711 | 3172 (88.4%) | 415 (11.6%) | 3587 | 3860 (89.8%) | 438 (10.2%) | 4298 |
| 2008 | 716 (96.9%) | 23 (3.1%) | 739 | 3262 (88.6%) | 418 (11.4%) | 3680 | 3978 (90.0%) | 441 (10.0%) | 4419 |
| 2009 | 745 (96.9%) | 24 (3.1%) | 769 | 3291 (89.4%) | 390 (10.6%) | 3681 | 4036 (90.7%) | 414 (9.3%) | 4450 |
| 2010 | 796 (98.2%) | 15 (1.8%) | 811 | 3478 (90.4%) | 368 (9.6%) | 3846 | 4274 (91.8%) | 383 (8.2%) | 4657 |
| 2011 | 845 (98.3%) | 15 (1.7%) | 860 | 3429 (90.7%) | 352 (9.3%) | 3781 | 4274 (92.1%) | 367 (7.9%) | 4641 |
| 2012 | 853 (98.7%) | 11 (1.3%) | 864 | 3505 (91.6%) | 322 (8.4%) | 3827 | 4358 (92.9%) | 333 (7.1%) | 4691 |
| 2013 | 834 (99.8%) | 2 (0.2%) | 836 | 3507 (94.5%) | 206 (5.5%) | 3713 | 4341 (95.4%) | 208 (4.6%) | 4549 |
| 2014 | 928 (99.7%) | 3 (0.3%) | 931 | 3582 (94.1%) | 224 (5.9%) | 3806 | 4510 (95.2%) | 227 (4.8%) | 4737 |
| 2015 | 943 (99.8%) | 2 (0.2%) | 945 | 3517 (93.3%) | 253 (6.7%) | 3770 | 4460 (94.6%) | 255 (5.4%) | 4715 |
| 2016 | 1058 (99.5%) | 5 (0.5%) | 1063 | 3523 (94.4%) | 208 (5.6%) | 3731 | 4581 (95.6%) | 213 (4.4%) | 4794 |
| 2017 | 1070 (99.7%) | 3 (0.3%) | 1073 | 3619 (92.8%) | 280 (7.2%) | 3899 | 4689 (94.3%) | 283 (5.7%) | 4972 |
| 2018 | 1122 (98.9%) | 13 (1.1%) | 1135 | 3414 (92.6%) | 271 (7.4%) | 3685 | 4536 (94.1%) | 284 (5.9%) | 4820 |
| Total | 12955 (98.2%) | 243 (1.8%) | 13198 | 52786 (91.1%) | 5132 (8.9%) | 57918 | 65741 (92.4%) | 5375 (7.6%) | 71116 |

For forløb til og med diagnoseår 2006 er patologidata næsten udelukkende indhentet via manuelle indberetninger og fra og med 2007 via Patologiregisteret. Tilgængeligheden af data er inddelt efter patienternes operationsstatus for specifikt at teste forventningen om kompletthed af registrering af patologidata for opererede patienter. Kolonnen '+ patologi' omfatter også inkonklusive patologikonklusioner.

Som anført i indledningen af dette kapitel er der også for data fra Patologiregisteret en forsinkelse, hvilket betyder at data for seneste opgørelsesår (2018) endnu ikke kan betragtes som komplette.

Tabel 5.3: Oversigt over lungecancerforløbenes status på patologidata, fordelt på NSCLC og SCLC

| Diagnoseår | NSCLC | SCLC | Ingen data | I alt |
|------------|---------------|---------------|-------------|-----------------------|
| 2003 | 2725 (73.9%) | 550 (14.9%) | 413 (11.2%) | 3688 (100.0%) |
| 2004 | 2723 (73.2%) | 586 (15.7%) | 412 (11.1%) | 3721 (100.0%) |
| 2005 | 2916 (74.3%) | 668 (17.0%) | 342 (8.7%) | 3926 (100.0%) |
| 2006 | 3015 (74.7%) | 661 (16.4%) | 362 (9.0%) | 4038 (100.0%) |
| 2007 | 3219 (74.9%) | 641 (14.9%) | 438 (10.2%) | 4298 (100.0%) |
| 2008 | 3329 (75.3%) | 649 (14.7%) | 441 (10.0%) | 4419 (100.0%) |
| 2009 | 3325 (74.7%) | 711 (16.0%) | 414 (9.3%) | 4450 (100.0%) |
| 2010 | 3572 (76.7%) | 702 (15.1%) | 383 (8.2%) | 4657 (100.0%) |
| 2011 | 3576 (77.1%) | 698 (15.0%) | 367 (7.9%) | 4641 (100.0%) |
| 2012 | 3671 (78.3%) | 687 (14.6%) | 333 (7.1%) | 4691 (100.0%) |
| 2013 | 3636 (79.9%) | 705 (15.5%) | 208 (4.6%) | 4549 (100.0%) |
| 2014 | 3809 (80.4%) | 701 (14.8%) | 227 (4.8%) | 4737 (100.0%) |
| 2015 | 3773 (80.0%) | 687 (14.6%) | 255 (5.4%) | 4715 (100.0%) |
| 2016 | 3990 (83.2%) | 591 (12.3%) | 213 (4.4%) | 4794 (100.0%) |
| 2017 | 4027 (81.0%) | 662 (13.3%) | 283 (5.7%) | 4972 (100.0%) |
| 2018 | 3915 (81.2%) | 621 (12.9%) | 284 (5.9%) | 4820 (100.0%) |
| Total | 55221 (77.6%) | 10520 (14.8%) | 5375 (7.6%) | 71116 (100.0%) |

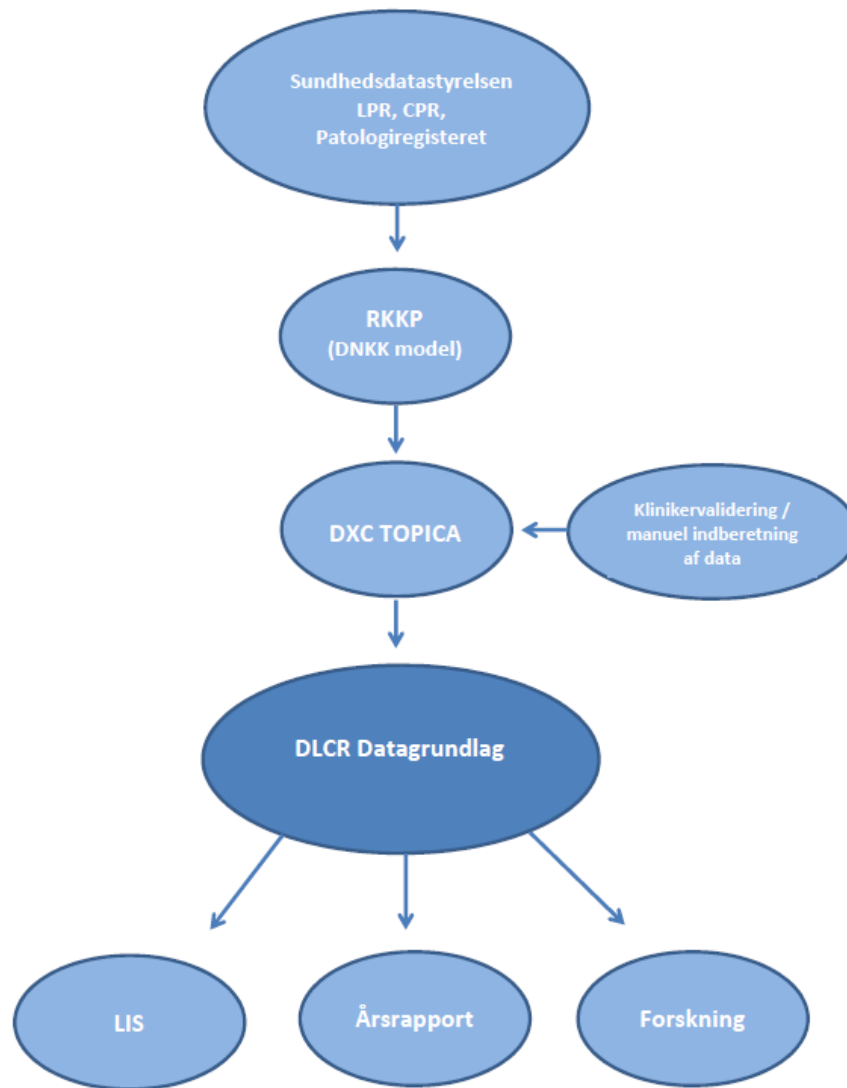
NSCLC: Non Small Cell Lung Cancer.

SCLC: Small Cell Lung Cancer

Tabel 5.3 sammenfatter status for patologikonklusion i lungecancerforløbene i DLCC efter diagnoseår. Der er totalt set 284 forløb (5,9%) uden nogen patologikonklusion. For forløb med afklaret patologi udgør Non Small Cell Lung Cancer (NSCLC) langt den største del i forhold til Small Cell Lung Cancer (SCLC).

Som tidligere nævnt er der også for data fra Patologiregisteret en vis forsinkelse ift. det seneste opgørelsesår 2018.

Figur 5.1: Oversigt over dataflowet i DLCR.



Patientforløbene i DLCR etableres på baggrund af udtræk fra de centrale sundhedsregistre ved Sundhedsdatastyrelsen: Landspatientregisteret, CPR-registret og Patologiregisteret. Udtrækkene leveres til Afdeling for Cancer og cancerscreening (Afd. 2), RKKP, og DLCR-DNKK algoritmen appliceres på data. Data for de etablerede patientforløb sendes til CSC og indlæses til klinisk validering i indtastningssystemet DLCR-TOPICA, og der indtastes herudover supplerende variable, som ikke kan indhentes via de centrale registre. Det samlede datasæt danner grundlag for årsrapport og forskningsudtræk samt levering af indikatorresultater til de fem danske regioners Ledelsesinformationssystemer.

6. Justerede statistiske analyser for hver enkelt kvalitetsindikator

Biostatistisk metode

Cox regression: Indikatorområde I og II

Logistisk regression: Indikatorområde III, IV og V.

De avancerede statistiske metoder, som anvendes i denne rapport, fokuserer primært på vurdering af eventuel geografisk heterogenitet på regions-, henholdsvis sygehusniveau. Der justeres i analyserne for kendte kovariate. Regionale forskelle kan enten skyldes ukendte kovariate, der forårsages af en ikke-registreret diversitet i patientpopulationerne, der derfor ikke er taget højde for i modellerne, eller at der er en reel heterogenitet mellem regionerne. Heterogenitet mellem regioner / sygehuse testes ved en Wald test.

Analyserne er bygget op som hierarkiske modeller forstået således, at der køres en basismodel, hvor der kun tages højde for geografi, alder og køn. Herefter adderes kovariate én ad gangen for at observere, hvorledes dette påvirker estimaterne for de geografiske tilhørsforhold (bopælsregion hhv. sygehus).

Ud over heterogenitet imellem områder (regioner hhv. sygehus) indgår kalendertid som selvstændig justeringsvariabel for derved at muliggøre vurdering af indikatorudvikling over tid, når der er taget højde for de øvrige inkluderede kovariate. Detaljerede analyser har vist, at effekten af kalendertid for de fleste indikatorer ikke kan anses for ensartet inden for den samlede observationsperiode 2003-2018, jf. overgang til DNKK model per 1. januar 2013. En ensartet effekt af kalendertid er en forudsætning for den anvendte statistiske modellering. For at reducere fejl som følge af brud på modelforudsætninger, inkluderes derfor for alle indikatorer kun patienter diagnosticeret indenfor de tre senest mulige diagnoseår i de justerede statistiske analyser.

BEMÆRK vedrørende klinisk stadie:

I relation til DLCR Årsrapport 2018 har der været iværksat et analytisk arbejde ift. afdækning af stadiefordelingen på afdelings- og regionsniveau i perioden 2011-2018, dvs. den periode, som inkluderes i de justerede analyser, afhængigt af indikator. Dette arbejde har vist en høj andel manglende data for klinisk stadie i Region Hovedstaden og Region Sjælland i 2016, 2017 og 2018. Endvidere tyder afdækningen på, at det er de høje stadier, som mangler at blive registreret. De manglende data er således skævt fordelt på region og klinisk stadie.

Datagrundlaget for de justerede analyser er på grund af ovenstående forhold fejlbehæftet, da analyserne aktuelt kun inkluderer populationen af patienter med kendt klinisk stadie. Desuden kan estimaterne i de justerede overlevelsesanalyser efter justering for stadie være fejlbehæftet fordi der mangler data for patienter med højt stadie og dermed høj mortalitet i datasættet. Dette kan udmønte sig i, at regioner med en høj andel manglende data for klinisk stadie fejlagtigt kan komme til at fremstå med en bedre overlevelse end det rent faktisk er tilfældet, når der tages højde for stadie.

De justerede analyser afrapporteres i det følgende uden justering for klinisk stadie, og kun på populationen med kendt stadie, dvs. med samme datagrundlag som i tidligere årsrapporter. Der planlægges en opfølgende analyse af regionale forskelle i overlevelse efter en lungekræft diagnose, hvor hele populationen af patienter med lungekræft inkluderes, og ikke kun patienter med kendt klinisk stadie.

Generelt vedrørende datagrundlaget for de justerede analyser:

BEMÆRK VEDR. REFERENCE REGION / CENTER: Valg af reference region eller center for de justerede analyser i DLCR Årsrapport 2018 er arbitrært pga. den nominale karakter for variabelen for region og center. I tidligere årsrapporter før 2017 har Region Hovedstaden / Rigshospitalet været holdt som referenceregion / -center, men pga. manglende data for klinisk stadie for Region Hovedstaden, særligt i 2016 og 2017, valgtes i DLCR Årsrapport 2017 i stedet Region Midtjylland / Aarhus som referenceregion / -center i de justerede analyser. I DLCR Årsrapport 2018 anvendes Region Midtjylland / Aarhus fortsat som reference.

Modeller for de justerede analyser:

Indikatorområderne I og II opgøres som absolut overlevelse (andel), mens de justerede analyser til disse to indikatorområder udføres som tid til event (dødsfald) analyse ved hjælp af Cox regression, og præsenteres som justerede Hazard Ratios (HR) med tilhørende 95% konfidensinterval (95%KI). En HR >1 indikerer højere mortalitet sammenlignet med (relativt til) referencekategorien.

Indikatorområderne III, IV og V opgøres ligeledes som absolutte andele, og i de justerede analyser anvendes her logistisk regression for et binært outcome (1=opfyldende indikator vs. 0=ikke opfyldende indikator), der præsenteres som justerede Odds Ratio (OR) med 95% konfidensinterval (95%KI). Bemærk derfor at OR >1 her indikerer højere sandsynlighed for opfyldelse af den pågældende indikator.

Alle justerede analyser udføres på populationen af patienter med kendt klinisk stadie. Ved hver tabel for hver justeret analyse er der angivet N for bruttopopulation (antal patienter diagnosticeret i de angivne årstal) og N for nettopopulation i parentes (antal patienter med kendt klinisk stadie som er inkluderet i analysen).

Definitioner og kodning af variable, som er inkluderet i de justerede analyser:

Alder:

Alder er en numerisk variabel og dikotomiseres i en 0/1 variabel:

Alder er lig med 0 = ≤ 69 år

Alder er lig med 1 = > 69 år

Køn:

Køn er lig med 1 = Mand

Køn er lig med 2 = Kvinde

Stadie (klinisk stadie som fastslået ved udredning):

Stadie = 0 hvis C_Stadie er 0, IA eller IB

Stadie = 1 hvis C_Stadie er IIA eller IIB

Stadie = 2 hvis C_Stadie er IIIA

Stadie = 3 hvis C_Stadie er IIIB eller IIIC

Stadie = 4 hvis C_Stadie er IVA eller IVB

Bemærk: Stadie inkluderes aktuelt ikke som justeringsfaktor (kovariat) i de justerede analyser pga. en høj andel manglende data for denne variabel i Region Hovedstaden og Region Sjælland i 2016, 2017 og 2018.

Komorbiditet (Charlson Comorbiditets Index, CCI):

Til beregning af et mål for komorbiditet anvendes en modificeret Charlson score (CCI). Beregningen er baseret på et LPR-udtræk, inklusive alle hoved- og bidiagnoser (diagnosetype A og B) og modifikationstype (diagmod) forskellig fra 1 og 2, 10 år forud for diagnosedato, og eksklusiv lungecancer diagnoser (DC33 samt DC34) samt øvrige cancerdiagnoser 150 dage forud for diagnosedato for lungecancer. Endvidere fraregnes milde leversygdomme og ukomplicerede diabetesforløb, hvis patienten har diagnoser, der udløser positivt bidrag til Charlson beregningen for hhv. alvorlige leversygdomme hhv. komplicerede diabetesforløb (*).

Komorbiditet er en numerisk variabel, som kategoriseres i tre kategorier:

CCI er lig med 0 = CCI er lig med 0

CCI er lig med 1 = CCI er lig med 1

CCI er lig med 2 = CCI ≥ 2

CCI inkluderes i de justerede analyser som en numerisk variabel.

(*): Charlson ME, Pompei P, Ales KL, MacKenzie CR. *A new method of classifying prognostic comorbidity in longitudinal studies: Development and validation.* Journal of Chronic Diseases 1987;40(5):373-383.

Resektion (udelades fra de justerede analyser for Indikator Ia-c: *Overlevelse efter diagnosedato*):

Resektion er lig med 0 = Ikke gennemført resektion

Resektion er lig med 1 = Gennemført resektion

Operationstype:

Operationstype er lig med 1, når kirurgi type er lige med "Eksplorativt"

Operationstype er lig med 2, når kirurgi type er lige med "Kile"

Operationstype er lig med 3, når kirurgi type er lige med "Segment"

Operationstype er lig med 4, når kirurgi type er lige med "Lobektomi"

Operationstype er lig med 5, når kirurgi type er lige med "Pneumonektomi"

Operationstype inkluderes i de justerede analyser som en numerisk variabel.

Årstal for diagnosedato:

Der inkluderes patienter med diagnosedato i forskellige årstal i analyserne afhængigt af hvilken justeret analyse, der er tale om. Fx omfatter den justerede analyse til Indikator Ic (5 års overlevelse efter diagnosedato) de patienter, som er diagnosticeret i perioden 2011, 2012 og 2013.

Årstal inkluderes i de justerede analyser som en numerisk variabel.

Region:

Region er lig med 0 = Region Hovedstaden

Region er lig med 1 = Region Sjælland

Region er lig med 2 = Region Syddanmark

Region er lig med 3 = Region Midtjylland

Region er lig med 4 = Region Nordjylland

Region inkluderes i de justerede analyser som en kategorisk variabel med Region Midtjylland som reference.

Sygehus:

Sygehus er lig med 0 = Rigshospitalet

Sygehus er lig med 1 = Odense Universitetshospital

Sygehus er lig med 2 = Aarhus Universitetshospital

Sygehus er lig med 3 = Aalborg Universitetshospital

Sygehus inkluderes i de justerede analyser som en kategorisk variabel med Aarhus Universitetshospital som reference.

Begrebsdefinitioner og forkortelser i relation til de justerede analyser:

N= Antal af patienter de seneste tre opgørelsesår.

() = Antal patienter, der indgår i analysen.

HR: Hazard Ratio som kan fortolkes som relativ risiko for død efter justering for de inkluderede prognostiske faktorer.

Eksempel: En estimeret HR = 0,80 for kvinder versus mænd kan fortolkes således, at i den anvendte statistiske justeringsmodel er mortalitetsraten for kvinder estimeret til 0,80 (80%) af den estimerede mortalitetsrate for mænd - altså en relativt bedre overlevelse for kvinder.

OR: Odds Ratio, der tilnærmer sig en fortolkning som relativ risiko (under forudsætning af sjældent outcome) efter justering for de inkluderede prognostiske faktorer.

SE: Standard Error

KI(95%): Sikkerhedsinterval (95% niveau)

Indikator Ia: Andel af patienter, som overlever 1 år fra diagnosedato

Patienter med diagnosedato i år 2015, 2016, 2017 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

NSCLC

N=11,756 (10,840)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.27 | 0.000 | 1.20,1.34 |
| Sex | 0.79 | 0.000 | 0.75,0.83 |
| Comorbiditet | 1.06 | 0.000 | 1.03,1.10 |
| År | 0.94 | 0.000 | 0.91,0.97 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.10 | 0.017 | 1.02,1.19 |
| Sjælland vs Midtjylland | 1.14 | 0.002 | 1.05,1.25 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 0.96 | 0.354 | 0.89,1.04 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 0.96 | 0.421 | 0.87,1.06 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

SCLC

N= 1,936 (1,743)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.46 | 0.000 | 1.30,1.63 |
| Sex | 0.80 | 0.000 | 0.72,0.90 |
| Comorbiditet | 1.15 | 0.000 | 1.08,1.23 |
| År | 0.95 | 0.172 | 0.89,1.02 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.04 | 0.692 | 0.87,1.23 |
| Sjælland vs Midtjylland | 1.14 | 0.132 | 0.96,1.36 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 1.06 | 0.512 | 0.89,1.25 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.34 | 0.004 | 1.10,1.63 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

Indikator Ib: Andel af patienter, som overlever 2 år fra diagnosedato

Patienter med diagnosedato i år 2014, 2015 og 2016 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

NSCLC

N= 11,536 (10,707)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.25 | 0.000 | 1.20,1.32 |
| Sex | 0.78 | 0.000 | 0.75,0.82 |
| Comorbiditet | 1.04 | 0.004 | 1.01,1.07 |
| År | 0.93 | 0.000 | 0.91,0.96 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.07 | 0.034 | 1.01,1.15 |
| Sjælland vs Midtjylland | 1.13 | 0.001 | 1.05,1.22 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 1.00 | 0.923 | 0.94,1.08 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 0.93 | 0.108 | 0.86,1.02 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

SCLC

N= 1,977 (1,800)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.37 | 0.000 | 1.24,1.51 |
| Sex | 0.85 | 0.001 | 0.77,0.94 |
| Comorbiditet | 1.15 | 0.000 | 1.09,1.22 |
| År | 0.98 | 0.448 | 0.92,1.04 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.07 | 0.359 | 0.93,1.24 |
| Sjælland vs Midtjylland | 1.16 | 0.054 | 1.00,1.35 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 1.02 | 0.741 | 0.89,1.18 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.17 | 0.070 | 0.99,1.39 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

Indikator Ic: Andel af patienter, som overlever 5 år fra diagnosedato

Patienter med diagnosedato i år 2011, 2012 og 2013 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på patientens bopælsregion på diagnosetidspunktet.

NSCLC

N= 10,863 (10,041)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.27 | 0.000 | 1.22,1.33 |
| Sex | 0.79 | 0.000 | 0.76,0.82 |
| Comorbiditet | 1.05 | 0.000 | 1.03,1.08 |
| År | 0.96 | 0.005 | 0.94,0.99 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.06 | 0.045 | 1.00,1.13 |
| Sjælland vs Midtjylland | 1.08 | 0.025 | 1.01,1.15 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 1.00 | 0.982 | 0.94,1.07 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.02 | 0.568 | 0.95,1.10 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

SCLC

N= 2,083 (1,863)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.51 | 0.000 | 1.38,1.66 |
| Sex | 0.90 | 0.017 | 0.82,0.98 |
| Comorbiditet | 1.09 | 0.002 | 1.03,1.15 |
| År | 0.98 | 0.442 | 0.93,1.03 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.05 | 0.513 | 0.91,1.20 |
| Sjælland vs Midtjylland | 1.10 | 0.189 | 0.95,1.27 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 0.96 | 0.557 | 0.84,1.10 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.00 | 0.983 | 0.85,1.17 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

Indikator IIa1: Overlevelse 30 dage efter operation

Kan ikke estimeres.

Indikator IIa2: Overlevelse 90 dage efter operation

Patienter med diagnosedato i år 2016, 2017 og 2018 er inkluderet i analysen. Variablen for sygehus er baseret på behandlende sygehus ved operationsdato.

N=3,127 (2,979)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 2.10 | 0.004 | 1.27,3.46 |
| Køn (Kvinde vs. Mand) | 0.54 | 0.012 | 0.34,0.87 |
| Komorbidity | 1.24 | 0.117 | 0.95,1.62 |
| Operationstype | 0.94 | 0.683 | 0.68,1.28 |
| År | 1.03 | 0.812 | 0.78,1.37 |
| Rigshospitalet vs Aarhus | 1.77 | 0.124 | 0.86,3.65 |
| Odense vs Aarhus | 1.47 | 0.305 | 0.71,3.05 |
| Aalborg vs Aarhus | 2.21 | 0.038 | 1.05,4.67 |

Test for heterogenitet mellem sygehuse (Wald test): $p=0,34$

Indikator IIb: Overlevelse 1 år efter resektion

Patienter med diagnosedato i år 2015, 2016 og 2017 er inkluderet i analysen. Variablen for sygehus er baseret på behandlende sygehus ved resektionsdato.

N=3,028 (2,721)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.41 | 0.008 | 1.09,1.83 |
| Køn (Kvinde vs. Mand) | 0.58 | 0.000 | 0.45,0.76 |
| Komorbidity | 1.21 | 0.011 | 1.04,1.40 |
| Operationstype | 1.07 | 0.509 | 0.88,1.29 |
| År | 0.85 | 0.044 | 0.73,1.00 |
| Rigshospitalet vs Aarhus | 1.17 | 0.408 | 0.80,1.71 |
| Odense vs Aarhus | 1.12 | 0.550 | 0.77,1.62 |
| Aalborg vs Aarhus | 1.52 | 0.040 | 1.02,2.27 |

Test for heterogenitet mellem sygehuse (Wald test): $p<0,001$

Indikator IIc: Overlevelse 2 år efter resektion

Patienter med diagnosedato i år 2014, 2015 og 2016 er inkluderet i analysen. Variablen for sygehus er baseret på behandlende sygehus ved resektionsdato.

N=2,884 (2,590)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.27 | 0.009 | 1.06,1.53 |
| Køn (Kvinde vs. Mand) | 0.66 | 0.000 | 0.56,0.80 |
| Komorbidity | 1.06 | 0.240 | 0.96,1.18 |
| Operationstype | 0.83 | 0.002 | 0.74,0.93 |
| År | 0.86 | 0.007 | 0.77,0.96 |
| Rigshospitalet vs Aarhus | 1.01 | 0.940 | 0.79,1.29 |
| Odense vs Aarhus | 1.11 | 0.393 | 0.87,1.41 |
| Aalborg vs Aarhus | 0.95 | 0.754 | 0.71,1.28 |

Test for heterogenitet mellem sygehuse (Wald test): $p < 0,001$

Indikator IIId: Overlevelse 5 år efter resektion

Patienter med diagnosedato i år 2011, 2012 og 2013 er inkluderet i analysen. Variablen for sygehus er baseret på behandlende sygehus ved resektionsdato.

N= 2,457 (2,196)

| Variabel | HR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs. Alder <= 69 | 1.40 | 0.000 | 1.22,1.59 |
| Køn (Kvinde vs. Mand) | 0.61 | 0.000 | 0.53,0.69 |
| Komorbidity | 1.25 | 0.000 | 1.16,1.35 |
| Operationstype | 0.89 | 0.010 | 0.82,0.97 |
| År | 0.90 | 0.013 | 0.83,0.98 |
| Rigshospitalet vs Aarhus | 1.00 | 0.974 | 0.83,1.19 |
| Odense vs Aarhus | 1.08 | 0.431 | 0.90,1.29 |
| Aalborg vs Aarhus | 1.00 | 0.971 | 0.80,1.27 |

Test for heterogenitet mellem sygehuse (Wald test): $p < 0,001$

Indikator III. Andel patienter med overensstemmelse mellem cTNM og pTNM

Patienter med diagnosedato i år 2016, 2017 og 2018 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på region for udredende sygehus.

N= 2,935 (2,935)

| Variabel | OR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs Alder <= 69 | 1.13 | 0.389 | 0.86,1.48 |
| Køn (Kvinde vs Mand) | 1.12 | 0.401 | 0.86,1.47 |
| Komorbidity | 1.08 | 0.318 | 0.93,1.27 |
| År | 1.08 | 0.362 | 0.92,1.27 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 0.73 | 0.124 | 0.48,1.09 |
| Sjælland vs Midtjylland | 0.56 | 0.009 | 0.36,0.86 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 0.69 | 0.080 | 0.46,1.04 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.10 | 0.689 | 0.68,1.78 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

Indikator IV. Andel af patienter med NSCLC, hvor der er foretaget resektion

Patienter med diagnosedato i år 2016, 2017 og 2018 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på region for patientens bopæl på diagnosetidspunktet.

N= 11,872 (10,960)

| Variabel | OR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs Alder <= 69 | 0.71 | 0.000 | 0.65,0.78 |
| Køn (Kvinde vs Mand) | 1.19 | 0.000 | 1.09,1.29 |
| Komorbidity | 1.04 | 0.108 | 0.99,1.09 |
| År | 1.04 | 0.184 | 0.98,1.09 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 1.01 | 0.891 | 0.89,1.14 |
| Sjælland vs Midtjylland | 0.76 | 0.000 | 0.66,0.87 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 0.84 | 0.005 | 0.74,0.95 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.58 | 0.000 | 1.37,1.82 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

Indikator Va. Andel af patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling

Patienter med diagnosedato i år 2016, 2017 og 2018 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på region for patientens bopæl på diagnosetidspunktet.

N= 14,173 (12,886)

| Variabel | OR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs Alder <= 69 | 0.68 | 0.000 | 0.63,0.73 |
| Køn (Kvinde vs Mand) | 1.08 | 0.044 | 1.00,1.16 |
| Komorbidity | 1.07 | 0.002 | 1.03,1.12 |
| År | 0.96 | 0.082 | 0.92,1.01 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 0.85 | 0.003 | 0.76,0.95 |
| Sjælland vs Midtjylland | 0.75 | 0.000 | 0.67,0.84 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 1.17 | 0.003 | 1.06,1.30 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.07 | 0.269 | 0.95,1.22 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

Indikator Vb. Andel af NSCLC patienter, hvor der er foretaget kurativ intenderet behandling

Patienter med diagnosedato i år 2016, 2017 og 2018 er inkluderet i analysen.
Variablen for region er baseret på region for patientens bopæl på diagnosetidspunktet.

N= 11,572 (10,672)

| Variabel | OR | P-værdi | KI (95%) |
|----------------------------|------|---------|-----------|
| Alder > 69 vs Alder <= 69 | 0.73 | 0.000 | 0.67,0.79 |
| Køn (Kvinde vs Mand) | 1.12 | 0.004 | 1.04,1.21 |
| Komorbidity | 1.12 | 0.000 | 1.07,1.17 |
| År | 0.98 | 0.469 | 0.94,1.03 |
| Hovedstaden vs Midtjylland | 0.79 | 0.000 | 0.70,0.89 |
| Sjælland vs Midtjylland | 0.73 | 0.000 | 0.64,0.83 |
| Syddanmark vs Midtjylland | 1.26 | 0.000 | 1.13,1.41 |
| Nordjylland vs Midtjylland | 1.16 | 0.032 | 1.01,1.33 |

Test for heterogenitet mellem regioner (Wald test): $p < 0,001$

7.1 Udredning

DLCR Årsrapport 2018 er som tidligere baseret på automatiseret dataudtræk fra Landspatientregisteret (LPR) med løbende verifikation af inddata fra indberettende klinikere. Men vi måtte atter i år ved gennemgang af de indsamlede data, hentet fra LPR2 til DLCR, desværre konstatere, at registreringerne af udredningsmetoder anvendt i de forskellige udredende afdelinger fortsat ikke er fuldt pålidelige – og kan derfor reelt ikke anvendes til den kontrol af, om de kliniske retningslinier efterleves, som var det oprindelige og egentlige formål med registreringerne. Den manglende pålidelighed kan dels være et resultat af forskellig registreringspraksis og dels for nogle undersøgelser en træghed i indrapportering til LPR, således at registreringerne ikke findes i LPR på tidspunktet for dataudtræk til Årsrapporten.

Patientpopulationen med registreret data i DLCR er for diagnoseåret 2018 opgjort til 4775 patienter, hvilket svarer til antallet diagnosticeret i 2016, men er et fald ift 2017. Dette fald i registrerede patientforløb samler sig specielt på et mindre antal afdelinger, og skyldes sandsynligvis i højere grad manglende indrapportering af patientforløb end et reelt fald i antal patienter.

Aldersfordelingen for patienter diagnosticeret med lungecancer i 2018 reflekterer den generelle aldersudvikling i Danmark med en medianalder på 72 år for mænd og 71 år for kvinder mod hhv 69 og 68 år i 2003. Kønsfordelingen udviste i 2018 en overvægt af kvinder med en andel på 51,1 %. Dette ligger dog ikke signifikant forskelligt fra en antagelse om ligelig fordeling mellem mænd og kvinder. Men den påviste patologitype for mænd og kvinder var ganske forskellig. Således fandtes blandt kvinder adenokarcinom hos 53,9 % mens kun 13,5 % havde planocellulært karcinom. Blandt mænd havde kun 41,0 % adenokarcinom, mens 26,2 % havde planocellulært karcinom. For begge køn var andelen med småcellet karcinom omkring 13 % (12,3 % - 13,4 %).

Af alle patienter var 2292, sv.t. 48 %, testet for EGFR-mutation, hvoraf 194 (8,5 % af de testede, 4,1 % af hele populationen) fandtes med EGFR-mutationer. Blandt patienter med adenokarcinom var test for EGFR-mutation registreret hos 1928 af 2272 patienter (84,9 %) med fund af EGFR-mutation hos 180, sv.t. 9,3 % af undersøgte. Man kan i øvrigt bemærke, at blandt 941 patienter med planocellulært karcinom var 42 patienter faktisk blevet testet for EGFR-mutation, hvoraf 1 var EGFR+.

Test for ALK-translokation blev udført hos totalt 1626 patienter (34 %), mens testfrekvensen blandt patienter med adenokarcinom var 1336 ud af 2272 (58,8 %). I begge tilfælde færre end for 2017. 30 patienter af de 1626 ALK-testede (1,8 %) var ALK+. Blandt patienter med adenokarcinom var prævalensen af ALK+ $24/1336 = 1,8 \%$.

Nærværende rapport er den første fra DLCR med registrering af PD-L1 status. PD-L1 ekspressionen var undersøgt hos 3189 patienter, sv.t. 66,8 % af alle 4775 patientforløb, heraf de 25,7 % havde en PD-L1 ekspression på mindst 50 %. Blandt de 2272 patienter med adenocarcinom var 1953 (86 %) undersøgt, hvoraf 39,1 % havde en PD-L1 ekspression på 50 % eller mere, mens for 941 patienter med planocellulært karcinom var 816 (86,7 %) undersøgt og heraf havde 35 % en PD-L1 ekspression på mindst 50 %.

De kliniske stadier (cTNM) for de udredte patienter fordelte sig for 2018 med 29,0 % i operabelt stadium (cStadie I og II). Over årene fra 2003 synes det overvejende cStadie IA, som er tiltaget i frekvens – jf. Tabel 7.1.5.2. Men andelen af operable patienter (cStadie I-II) er meget uens mellem de enkelte udredende afdelinger, fra kun 23,1 % for Næstved til 35,5% og 41,3% for hhv. Århus og Silkeborg. Der er en tilsvarende uens andel patienter vurderet i inkurabelt cStadie IV – fra 40,4 % for Silkeborg til mellem 50 og 60 % for flertallet af afdelinger – jf. Tabel 7.1.5.3. For 2018 er det registreret, at af 1195 opererede patienter på landsplan var 64,8 % i pStadie I-II. I modsætning hertil var landsgennemsnittet for årene 2014-2017 var med 79-80 % i pStadie I-II. Årsagen kan måske ligge i en registreringsforskel pga overgangen fra 7. til 8. TNM-udgave.

Det må give anledning til eftertanke, at andelen af udredte patienter med uoplyst cStadie varierer fra blot 2 % for Aalborg til 17,6 og 16,3 % for hhv. Roskilde og Gentofte. Den uens andel patienter med uoplyst stadium kan medføre problemer ved sammenligning af stadiekorrigeret overlevelse for patienter udredt i forskellige regioner og afdelinger, som beskrevet i Indikatorrapporten!

Registreringen af udredningstiden er ikke længere en del af indikatorrapporten, men denne tidsregistrering er efter ønske fra de udredende afdelinger medtaget i udredningsafsnittet af årsrapporten (Tabellerne 7.1.8.1-5). Der ses her specielt for patienter, som fik kirurgi som første behandling, en meget betydelig variation mellem udredende afdelinger mht. andelen af patienter, som var færdigudredt indenfor højst 30 dage – fra 30,8 % for Randers til 69,6 % for Vejle. For patienter, som fik kemobehandling som første behandling, var der et mere ensartet billede på tværs af afdelinger med andele udredt indenfor højst 30 dage mellem 65,9 % (Silkeborg) til 93 og 92,8 % (Vejle og Odense). De forskellige afdelinger med problemer med at leve op til målsætningen om udredning indenfor 30 dage, har typisk hver deres særlige 'flaskehals', hvor kapacitetsproblemer er limiterende for nedbringelse af udredningstiderne. Men i og med at nogle afdelinger kan opfylde (eller næsten opfylde) målsætningen kan man ikke argumentere, at det ikke er praktisk muligt at nå målsætningen, hvis de fornødne ressourcer tilvejebringes og 'flaskehalsene' elimineres. Dog kan noget af forskellen mellem afdelinger tilskrives forskelle m.h.t. registrering af overgang fra udredning til behandling.

Torben Riis Rasmussen

Formand for Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe - DDLCCG

7.1.1 Udredningsforløb

Udredningen af de indberettede lungecancerpatienter foregik i 2018 på 13 lungemedicinske og medicinske afdelinger, sv. t. året før. Afdelingerne har indberettet 4775 patientforløb med lungecancer (C34* og C33*). Patienterne i tabel 7.1.1.1 er allokeret efter udredende afdeling uafhængig af bopælskommune. Et forløb tælles kun med én gang.

7.1.1.1 Tabel Udredningspopulation – afdelinger 2003 – 2018

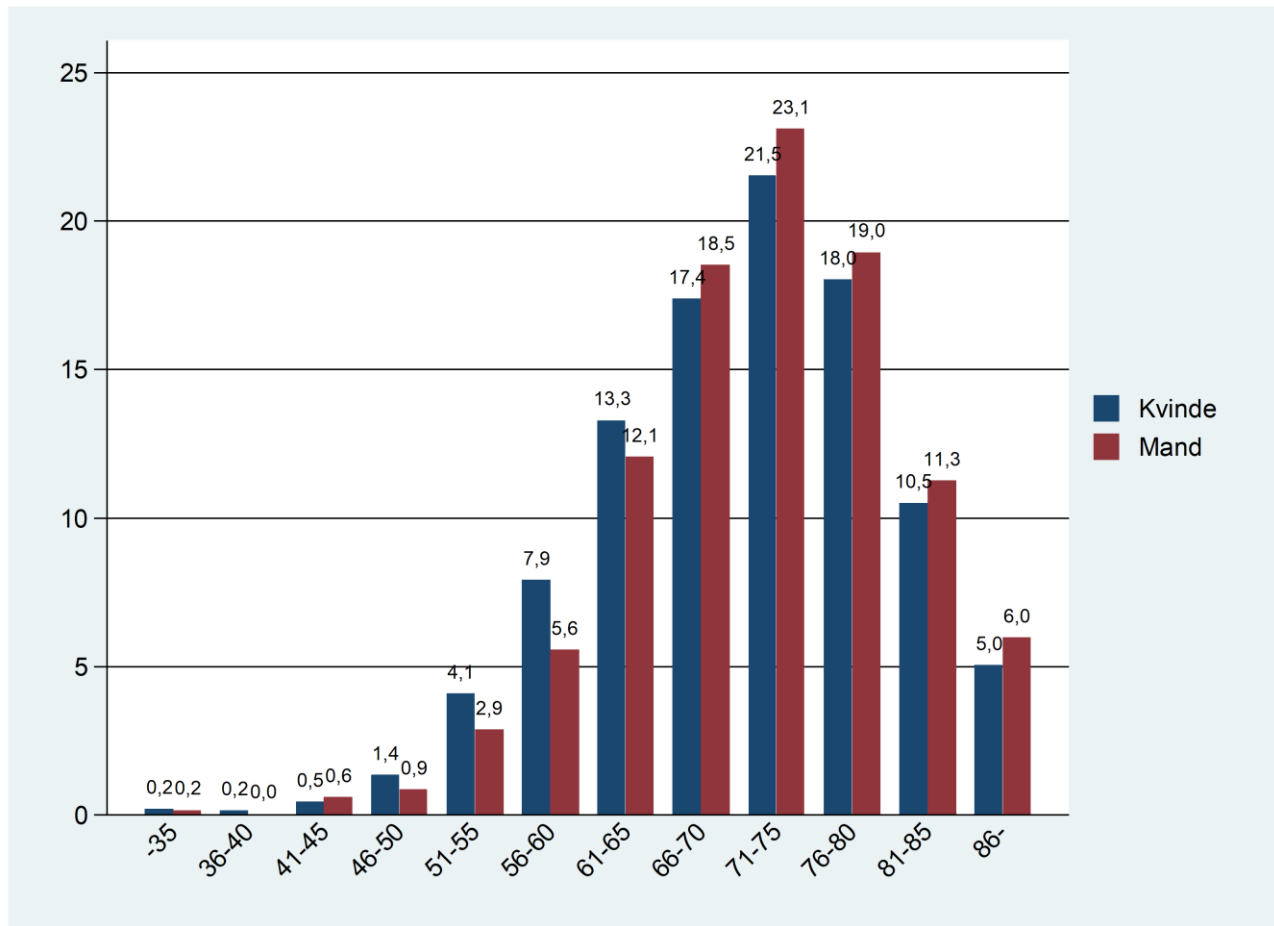
| Afdeling | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Bispebjerg | 580 | 651 | 616 | 606 | 675 | 538 |
| Gentofte | 535 | 583 | 593 | 642 | 609 | 651 |
| Næstved | 415 | 411 | 442 | 418 | 422 | 321 |
| Roskilde | 404 | 481 | 431 | 407 | 461 | 396 |
| Odense | 491 | 460 | 442 | 458 | 399 | 386 |
| Sønderborg | 243 | 231 | 205 | 185 | 172 | 197 |
| Vejle | 508 | 513 | 451 | 467 | 468 | 479 |
| Aarhus | 411 | 374 | 397 | 353 | 371 | 262 |
| Holstebro | 218 | 236 | 238 | 246 | 231 | 200 |
| Randers | 167 | 196 | 181 | 173 | 184 | 161 |
| Silkeborg | 104 | 116 | 88 | 87 | 90 | 78 |
| Skive/Viborg | 137 | 107 | 131 | 125 | 113 | 139 |
| Aalborg | 562 | 596 | 564 | 537 | 527 | 445 |
| Danmark | 4775 | 4955 | 4779 | 4704 | 4722 | 4253 |

*Gennemsnitopgørelse pr. år i perioden

7.1.1.2 Tabel Udredningspopulation – nationalt og regionalt 2003 – 2018

| Region | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Hovedstaden | 1115 | 1232 | 1210 | 1250 | 1282 | 1182 |
| Sjælland | 818 | 895 | 875 | 825 | 886 | 724 |
| Syddanmark | 1222 | 1182 | 1080 | 1080 | 1018 | 986 |
| Midtjylland | 1060 | 1046 | 1050 | 1012 | 1010 | 896 |
| Nordjylland | 560 | 600 | 564 | 537 | 526 | 465 |
| Danmark | 4775 | 4955 | 4779 | 4704 | 4722 | 4253 |

7.1.1.3 Figur Alder- og kønsfordeling 2018 (%)



7.1.1.3a Tabel Aldersfordeling 2018 median

| År | Total | Kvinde | Mand |
|-------------|-----------|-----------|-----------|
| 2003 | 68 | 68 | 69 |
| 2004 | 69 | 68 | 69 |
| 2005 | 68 | 68 | 69 |
| 2006 | 68 | 68 | 69 |
| 2007 | 69 | 69 | 69 |
| 2008 | 69 | 69 | 69 |
| 2009 | 69 | 68 | 70 |
| 2010 | 69 | 69 | 70 |
| 2011 | 69 | 69 | 70 |
| 2012 | 70 | 69 | 70 |
| 2013 | 70 | 69 | 70 |
| 2014 | 70 | 70 | 70 |
| 2015 | 71 | 70 | 71 |
| 2016 | 70 | 70 | 71 |
| 2017 | 71 | 71 | 71 |
| 2018 | 71 | 71 | 72 |

7.1.1.4 Tabel Kønsfordeling over tid i absolutte tal og i %

| År | Total | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------|-----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|----------------|-----------------|
| Mænd | 36535 51,7 % | 2337 48,9 % | 2479 50,0 % | 2386 49,9 % | 2353 50,0 % | 2440 51,7 % | 24540 52,5 % |
| Kvinder | 34181 48,3 % | 2438 51,1 % | 2476 50,0 % | 2393 50,1 % | 2351 50,0 % | 2282 48,3 % | 22241 47,5 % |

7.1.1.4a Tabel Kønsfordeling over tid i absolutte tal og i % fordelt på regioner

Region Hovedstaden

| År | Total | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Mænd | 9492 49,7 % | 536 48,1 % | 608 49,4 % | 576 47,6 % | 577 46,2 % | 614 47,9 % | 6581 50,6 % |
| Kvinder | 9599 50,3 % | 579 51,9 % | 624 50,6 % | 634 52,4 % | 673 53,8 % | 668 52,1 % | 6421 49,4 % |

Region Sjælland

| År | Total | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Mænd | 6428 52,4 % | 407 49,8 % | 452 50,5 % | 416 47,5 % | 395 47,9 % | 486 54,9 % | 4272 53,7 % |
| Kvinder | 5832 47,6 % | 411 50,2 % | 443 49,5 % | 459 52,5 % | 430 52,1 % | 400 45,1 % | 3689 46,3 % |

Region Syddanmark

| År | Total | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Mænd | 8685 52,9 % | 614 50,2 % | 595 50,3 % | 578 53,5 % | 572 53,0 % | 530 52,1 % | 5796 53,4 % |
| Kvinder | 7744 47,1 % | 608 49,8 % | 587 49,7 % | 502 46,5 % | 508 47,0 % | 488 47,9 % | 5051 46,6 % |

Region Midtjylland

| År | Total | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Mænd | 7847 52,2 % | 511 48,2 % | 537 51,3 % | 524 49,9 % | 532 52,6 % | 547 54,2 % | 5196 52,7 % |
| Kvinder | 7185 47,8 % | 549 51,8 % | 509 48,7 % | 526 50,1 % | 480 47,4 % | 463 45,8 % | 4658 47,3 % |

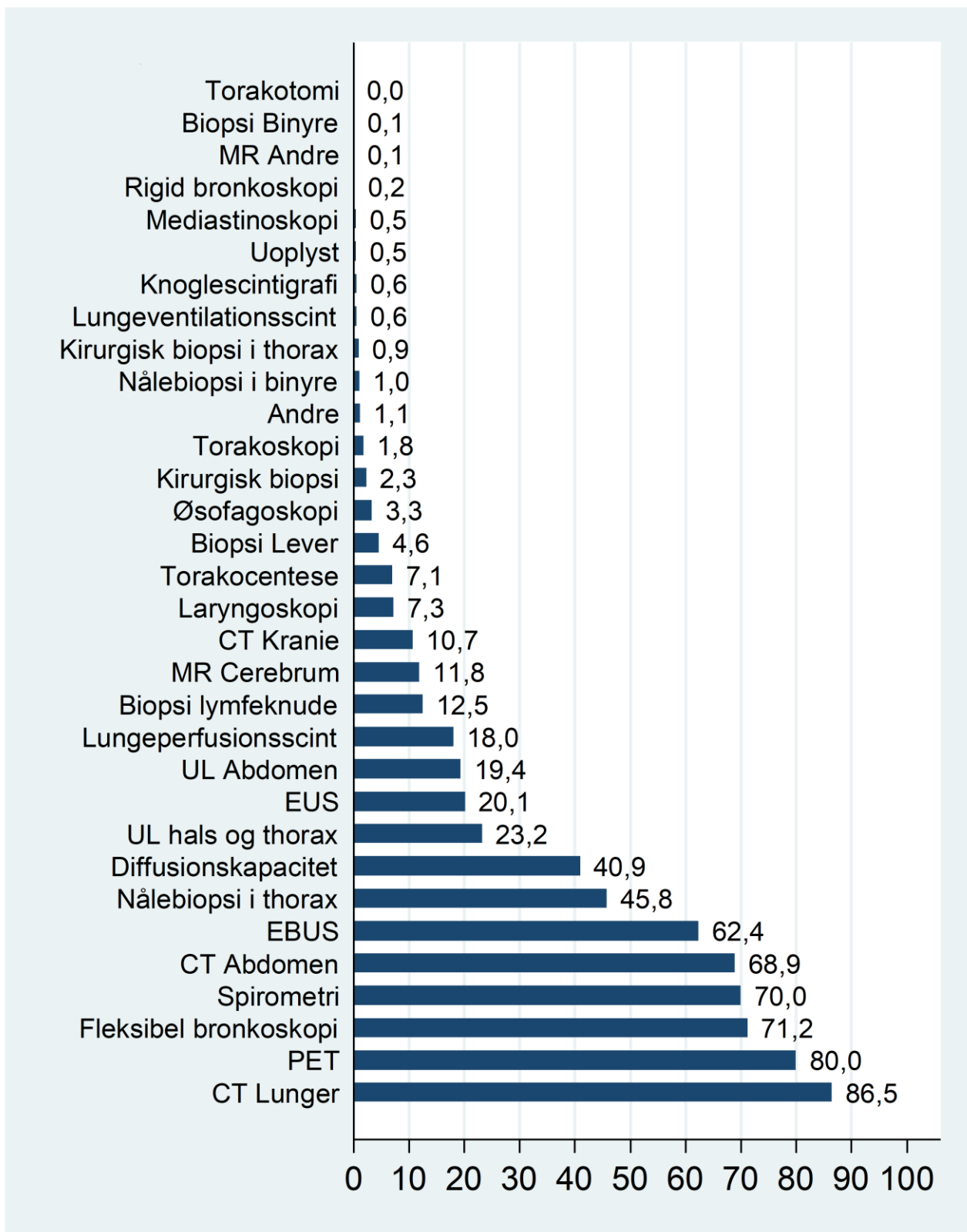
Region Nordjylland

| År | Total | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------|----------------|---------------|---------------|---------------|---------------|---------------|----------------|
| Mænd | 4083 51,7 % | 269 48,0 % | 287 47,8 % | 292 51,8 % | 277 51,6 % | 263 50,0 % | 2695 52,7 % |
| Kvinder | 3821 48,3 % | 291 52,0 % | 313 52,2 % | 272 48,2 % | 260 48,4 % | 263 50,0 % | 2422 47,3 % |

7.1.2 Udredningsmetoder

Patienterne udredes med en lang række metoder. I Tabel 7.1.2.2 Udredningsmetoder - regioner DK, 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 7.1.2.1 for DK.

7.1.2.1 Figur Udredningsmetoder DK



7.1.2.2 Tabel Udredningsmetoder i % – regioner DK

| | Total % | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
|---------------------------|----------------|--------------------|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Andre | 1,1 | 0,2 | 0,0 | 2,3 | 2,1 | 0,2 |
| Biopsi Binyre | 0,1 | 0,0 | 0,5 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Biopsi Lever | 4,6 | 1,5 | 5,7 | 3,8 | 6,6 | 6,8 |
| Biopsi lymfeknude | 12,5 | 3,3 | 27,3 | 21,8 | 5,2 | 3,2 |
| CT Abdomen | 68,9 | 37,4 | 78,5 | 80,4 | 76,6 | 77,9 |
| CT Kranie | 10,7 | 13,4 | 9,4 | 10,8 | 10,1 | 8,4 |
| CT Lunger | 86,5 | 73,8 | 90,0 | 87,6 | 91,7 | 94,1 |
| Diffusionskapacitet | 40,9 | 20,5 | 57,2 | 41,1 | 46,3 | 46,8 |
| EBUS | 62,4 | 56,1 | 73,1 | 62,7 | 58,0 | 67,1 |
| EUS | 20,1 | 9,0 | 30,2 | 22,1 | 8,5 | 45,5 |
| Fleksibel bronkoskopi | 71,2 | 77,9 | 76,0 | 68,1 | 61,3 | 76,1 |
| Kirurgisk biopsi | 2,3 | 1,5 | 3,1 | 3,4 | 1,9 | 0,9 |
| Kirurgisk biopsi i thorax | 0,9 | 0,5 | 1,2 | 0,2 | 0,1 | 3,9 |
| Knoglescintigrafi | 0,6 | 0,0 | 1,6 | 0,3 | 0,8 | 0,5 |
| Laryngoskopi | 7,3 | 4,7 | 5,4 | 9,2 | 8,8 | 8,0 |
| Lungeperfusionsscint | 18,0 | 2,2 | 6,8 | 23,0 | 27,6 | 36,8 |
| Lungeventilationsscint | 0,6 | 0,7 | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 0,9 |
| MR Andre | 0,1 | 0,0 | 0,0 | 0,1 | 0,2 | 0,2 |
| MR Cerebrum | 11,8 | 10,3 | 9,3 | 10,2 | 17,2 | 11,4 |
| Mediastinoskopi | 0,5 | 0,3 | 0,4 | 0,1 | 0,1 | 2,9 |
| Nålebiopsi i binyre | 1,0 | 1,5 | 0,4 | 0,0 | 2,7 | 0,0 |
| Nålebiopsi i thorax | 45,8 | 46,0 | 35,7 | 30,4 | 69,2 | 49,1 |
| PET | 80,0 | 81,8 | 58,7 | 90,3 | 83,8 | 77,9 |
| Rigid bronkoskopi | 0,2 | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,6 | 0,2 |
| Spirometri | 70,0 | 88,7 | 59,8 | 80,6 | 81,2 | 3,0 |
| Torakocentese | 7,1 | 8,2 | 9,7 | 8,3 | 2,5 | 7,9 |
| Torakoskopi | 1,8 | 2,1 | 0,5 | 3,2 | 1,3 | 1,1 |
| Torakotomi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| UL Abdomen | 19,4 | 6,5 | 10,1 | 8,5 | 42,3 | 38,8 |
| UL hals og thorax | 23,2 | 14,6 | 33,0 | 24,5 | 26,4 | 17,5 |
| Øsofagoskopi | 3,3 | 0,2 | 16,0 | 1,5 | 0,3 | 0,9 |
| Uoplyst | 0,5 | 1,0 | 0,7 | 0,0 | 0,7 | 0,4 |
| Antal Udredte | 4775 | 1115 | 818 | 1222 | 1060 | 560 |

7.1.2.3 Tabel Udredningsmetoder typer i % – regioner DK

| Region | Antal Udredte | Billed diagnostik | Skopi | Nåle biopsi | Fysiologi | Kirurgisk biopsi | Andre biopsier |
|-------------|---------------|-------------------|-------|-------------|-----------|------------------|----------------|
| Hovedstaden | 1115 | 97,6 | 83,4 | 57,0 | 88,9 | 4,1 | 0,2 |
| Sjælland | 818 | 98,0 | 81,7 | 75,2 | 68,3 | 5,0 | 0,0 |
| Syddanmark | 1222 | 99,5 | 75,5 | 54,0 | 82,5 | 6,8 | 2,3 |
| Midtjylland | 1060 | 98,9 | 67,6 | 83,3 | 84,3 | 3,3 | 2,1 |
| Nordjylland | 560 | 99,5 | 78,9 | 62,1 | 57,1 | 8,6 | 0,2 |

7.1.2.4 Tabel Udredningsmetoder typer i % – afdelinger DK

| Afdeling | Antal udredte | Billed diagnostik | Skopi | Naale biopsi | Fysiologi | Kirurgisk biopsi | Andre biopsier |
|--------------|---------------|-------------------|-------|--------------|-----------|------------------|----------------|
| Bispebjerg | 580 | 97,4 | 84,8 | 62,4 | 91,6 | 5,3 | 0,3 |
| Gentofte | 535 | 97,8 | 81,7 | 50,8 | 86,2 | 2,8 | 0,0 |
| Næstved | 415 | 98,1 | 83,1 | 74,7 | 83,6 | 5,3 | 0,0 |
| Roskilde | 404 | 98,0 | 80,4 | 75,7 | 52,7 | 4,7 | 0,0 |
| Odense | 491 | 99,0 | 76,0 | 36,3 | 81,1 | 9,6 | 1,8 |
| Sønderborg | 243 | 100,0 | 74,1 | 47,3 | 74,1 | 5,3 | 0,4 |
| Vejle | 508 | 99,8 | 76,0 | 75,6 | 88,2 | 4,5 | 3,5 |
| Aarhus | 411 | 99,3 | 74,7 | 87,3 | 84,4 | 4,6 | 5,4 |
| Holstebro | 218 | 99,1 | 66,5 | 84,9 | 84,4 | 1,4 | 0,0 |
| Randers | 167 | 97,6 | 58,1 | 76,0 | 82,6 | 3,0 | 0,0 |
| Silkeborg | 104 | 100,0 | 71,2 | 84,6 | 91,3 | 2,9 | 0,0 |
| Skive/Viborg | 137 | 97,8 | 54,0 | 76,6 | 79,6 | 3,6 | 0,0 |
| Aalborg | 562 | 99,5 | 79,0 | 62,3 | 57,1 | 8,5 | 0,2 |

7.1.2.5 Tabel Udredningsmetoder anvendt ved opererede patienter– afdelinger i %

| | Total % | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
|---------------------------|-------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Andre | 0,9 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 3,1 | 0,0 |
| Biopsi Binyre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Biopsi Lever | 0,5 | 0,0 | 1,3 | 0,0 | 1,2 | 0,5 |
| Biopsi lymfeknude | 12,0 | 2,5 | 27,7 | 30,0 | 3,9 | 1,1 |
| CT Abdomen | 59,0 | 25,6 | 69,8 | 78,5 | 68,0 | 63,6 |
| CT Kranie | 4,0 | 5,6 | 3,8 | 3,4 | 2,3 | 4,9 |
| CT Lunger | 88,6 | 77,2 | 93,7 | 91,6 | 92,2 | 92,9 |
| Diffusionskapacitet | 69,6 | 37,2 | 81,1 | 85,2 | 79,7 | 75,5 |
| EBUS | 74,1 | 60,4 | 83,6 | 76,8 | 76,2 | 81,0 |
| EUS | 27,6 | 4,2 | 29,6 | 38,0 | 14,1 | 67,4 |
| Fleksibel bronkoskopi | 86,9 | 90,2 | 84,9 | 84,4 | 78,5 | 98,4 |
| Kirurgisk biopsi | 0,7 | 0,0 | 0,6 | 1,3 | 1,6 | 0,0 |
| Kirurgisk biopsi i thorax | 1,6 | 0,7 | 1,3 | 0,8 | 0,4 | 6,0 |
| Knoglescintigrafi | 0,7 | 0,0 | 1,9 | 0,0 | 1,2 | 1,1 |
| Laryngoskopi | 8,0 | 3,5 | 6,3 | 10,5 | 11,3 | 8,7 |
| Lungeperfusionsscint | 39,2 | 2,5 | 15,7 | 59,1 | 67,6 | 51,1 |
| Lungeventilationsscint | 0,4 | 0,4 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 1,1 |
| MR Andre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| MR Cerebrum | 4,7 | 4,2 | 4,4 | 3,8 | 4,7 | 7,1 |
| Mediastinoskopi | 0,9 | 1,1 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 2,7 |
| Nålebiopsi i binyre | 0,6 | 1,4 | 0,6 | 0,0 | 0,8 | 0,0 |
| Nålebiopsi i thorax | 73,7 | 77,2 | 62,9 | 56,5 | 90,2 | 76,6 |
| PET | 91,9 | 88,8 | 79,2 | 98,3 | 93,4 | 97,3 |
| Rigid bronkoskopi | 0,2 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,0 |
| Spirometri | 74,7 | 94,0 | 66,7 | 94,1 | 91,8 | 2,7 |
| Torakocentese | 1,4 | 1,1 | 3,1 | 0,0 | 0,0 | 4,3 |
| Torakoskopi | 5,9 | 5,3 | 0,6 | 13,9 | 5,1 | 2,2 |
| Torakotomi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| UL Abdomen | 13,2 | 2,8 | 5,0 | 5,9 | 28,1 | 25,0 |
| UL hals og thorax | 15,8 | 5,6 | 28,9 | 17,7 | 20,3 | 11,4 |
| Øsofagoskopi | 2,9 | 0,0 | 17,6 | 1,7 | 0,4 | 0,0 |
| Uoplyst | 0,9 | 2,5 | 1,3 | 0,0 | 0,4 | 0,0 |
| Antal Udredte | 1121 | 285 | 159 | 237 | 256 | 184 |

7.1.2.6 Tabel Udredningsmetode anvendt ved kurativ behandling – afdeling i %)

| | Total % | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
|---------------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|-------------|
| Andre | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 4,3 | 0,0 |
| Biopsi Binyre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Biopsi Lever | 0,8 | 0,7 | 2,0 | 0,3 | 1,0 | 0,0 |
| Biopsi lymfeknude | 16,8 | 2,6 | 24,3 | 30,4 | 4,3 | 3,0 |
| CT Abdomen | 68,6 | 30,5 | 71,6 | 81,6 | 72,7 | 70,1 |
| CT Kranie | 6,0 | 6,0 | 6,8 | 5,7 | 5,7 | 6,0 |
| CT Lunger | 87,3 | 74,8 | 88,5 | 89,2 | 90,9 | 92,5 |
| Diffusionskapacitet | 62,1 | 31,1 | 72,3 | 66,3 | 69,9 | 64,2 |
| EBUS | 82,8 | 74,2 | 87,2 | 81,9 | 82,8 | 97,0 |
| EUS | 27,2 | 5,3 | 30,4 | 36,7 | 10,0 | 76,1 |
| Fleksibel bronkoskopi | 92,0 | 95,4 | 91,9 | 93,4 | 85,2 | 98,5 |
| Kirurgisk biopsi | 0,8 | 0,7 | 0,0 | 1,2 | 1,0 | 0,0 |
| Kirurgisk biopsi i thorax | 0,8 | 0,0 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 6,0 |
| Knoglescintigrafi | 0,8 | 0,0 | 2,0 | 0,3 | 1,4 | 0,0 |
| Laryngoskopi | 8,0 | 6,6 | 5,4 | 9,6 | 8,6 | 7,5 |
| Lungeperfusionsscint | 32,5 | 3,3 | 14,2 | 40,7 | 45,5 | 58,2 |
| Lungeventilationsscint | 1,0 | 0,7 | 0,7 | 0,6 | 1,4 | 3,0 |
| MR Andre | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| MR Cerebrum | 11,6 | 8,6 | 5,4 | 9,3 | 22,5 | 9,0 |
| Mediastinoskopi | 0,8 | 1,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 7,5 |
| Nålebiopsi i binyre | 1,0 | 2,0 | 0,0 | 0,0 | 2,9 | 0,0 |
| Nålebiopsi i thorax | 58,2 | 53,0 | 50,0 | 43,7 | 90,4 | 59,7 |
| PET | 93,3 | 94,7 | 77,7 | 97,6 | 95,2 | 97,0 |
| Rigid bronkoskopi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Spirometri | 81,0 | 96,7 | 63,5 | 91,0 | 90,9 | 4,5 |
| Torakocentese | 1,5 | 1,3 | 3,4 | 1,5 | 1,0 | 0,0 |
| Torakoskopi | 1,9 | 1,3 | 0,7 | 3,0 | 1,4 | 1,5 |
| Torakotomi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| UL Abdomen | 10,7 | 2,0 | 6,1 | 3,3 | 29,2 | 19,4 |
| UL hals og thorax | 17,1 | 7,3 | 22,3 | 19,6 | 19,1 | 9,0 |
| Øsofagoskopi | 3,0 | 0,0 | 12,8 | 2,4 | 0,0 | 0,0 |
| Uoplyst | 0,1 | 0,0 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Antal Udredte | 907 | 151 | 148 | 332 | 209 | 67 |

I DLCR registreres, hvilken konkret undersøgelse der giver anledning til diagnosen hos den enkelte patient. I 2018 fordelte dette sig således (primært registrerede):

7.1.2.7 Tabel Diagnostisk udredningsmetode – bopælsregioner

| | Total | Hovedstaden | Sjælland | Syddanmark | Midtjylland | Nordjylland |
|---------------------------|--------------|--------------------|-----------------|-------------------|--------------------|--------------------|
| Andre | 40 | 0,2 | 0,0 | 2,3 | 0,8 | 0,2 |
| Biopsi Lever | 121 | 0,5 | 1,8 | 2,7 | 4,0 | 4,5 |
| Biopsi lymfeknude | 119 | 1,2 | 7,8 | 2,0 | 1,2 | 0,9 |
| CT Abdomen | 46 | 0,0 | 2,0 | 0,3 | 2,5 | 0,0 |
| CT Kranie | # | # | # | # | # | # |
| CT Lunger | 242 | 1,1 | 6,7 | 6,9 | 6,2 | 4,5 |
| Diffusionskapacitet | # | # | # | # | # | # |
| EBUS | 810 | 15,9 | 7,6 | 20,3 | 19,1 | 21,6 |
| EUS | 81 | 3,1 | 1,1 | 0,6 | 1,3 | 2,9 |
| Fleksibel bronkoskopi | 791 | 16,1 | 24,2 | 23,8 | 5,6 | 11,3 |
| Kirurgisk biopsi | 37 | 0,1 | 0,9 | 2,0 | 0,2 | 0,5 |
| Kirurgisk biopsi i thorax | 21 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 0,0 | 2,5 |
| Knoglescintigrafi | # | # | # | # | # | # |
| Laryngoskopi | 12 | 0,0 | 0,2 | 0,5 | 0,4 | 0,0 |
| MR Cerebrum | 4 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,0 |
| Mediastinoskopi | # | # | # | # | # | # |
| Nålebiopsi i binyre | # | # | # | # | # | # |
| Nålebiopsi i thorax | 1378 | 23,3 | 17,1 | 24,2 | 47,5 | 31,8 |
| PET | 88 | 1,1 | 0,5 | 3,2 | 2,2 | 1,8 |
| Rigid bronkoskopi | # | # | # | # | # | # |
| Torakocentese | 103 | 1,7 | 0,5 | 3,7 | 1,1 | 4,1 |
| Torakoskopi | 65 | 1,2 | 0,2 | 2,6 | 1,2 | 0,9 |
| UL Abdomen | 15 | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,8 | 0,5 |
| Uoplyst | 725 | 33,5 | 24,2 | 3,8 | 4,2 | 11,1 |
| Total | 4775 | 1115 | 818 | 1222 | 1060 | 560 |

7.1.3 Lungefunktion

7.1.3.1 Tabel Lungefunktion FEV1 i % af forventet hos henviste til kirurgi

| Bopælsregion | Antal udredte | Antal med udfyldt FEV1 | Median af kirurgisk beh. | Median af alle pt. |
|----------------|---------------|------------------------|--------------------------|--------------------|
| Hovedstaden | 285 | 186 | 80,7 | 68,6 |
| Sjælland | 159 | 103 | 88,7 | 71,3 |
| Syddanmark | 237 | 231 | 84,3 | 74,7 |
| Midtjylland | 256 | 244 | 83,9 | 74,0 |
| Nordjylland | 184 | 177 | 77,7 | 69,2 |
| Danmark | 1121 | 941 | 82,8 | 72,0 |

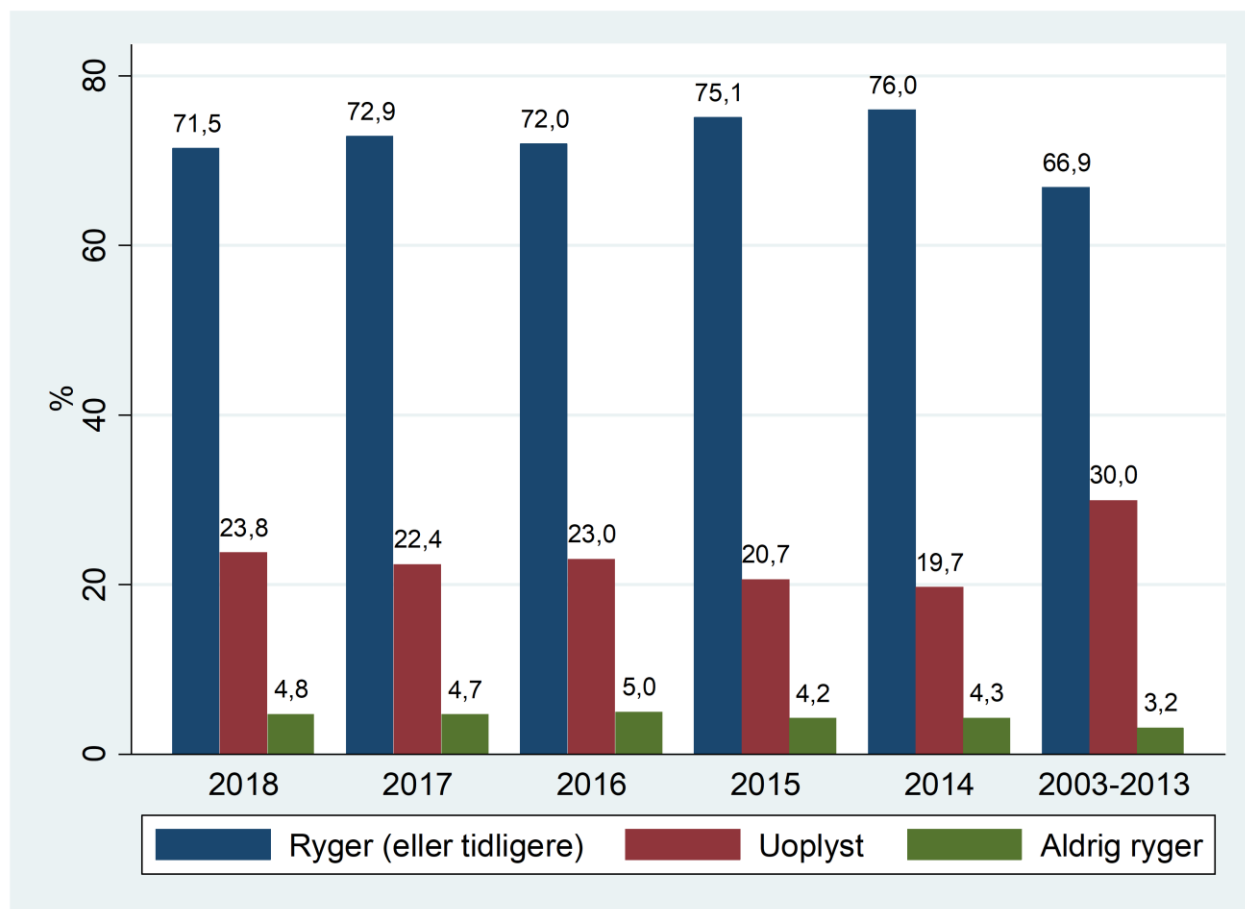
7.1.3.2 Tabel Lungefunktion FEV1 i % af forventet hos henviste til onkologisk behandling

| Bopælsregion | Antal udredte | Antal med udfyldt Fev1 | Median af onkologisk beh. | Median af alle pt. |
|----------------|---------------|------------------------|---------------------------|--------------------|
| Hovedstaden | 619 | 440 | 68,6 | 68,6 |
| Sjælland | 475 | 317 | 69,2 | 71,3 |
| Syddanmark | 792 | 717 | 73,1 | 74,7 |
| Midtjylland | 653 | 584 | 73,3 | 74,0 |
| Nordjylland | 266 | 242 | 66,6 | 69,2 |
| Danmark | 2805 | 2300 | 71,3 | 72,0 |

7.1.4 Rygning

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

7.1.4.1 Figur Rygestatus i % - Perioden 2003-13 viser gennemsnit for 5 år



Tobaksforbrug

De udredende afdelinger angiver tobaksforbruget (pakkeår) for deres indberettede patienter i 2018 således:

7.1.4.2 Tabel Tobaksforbrug (pakkeår) blandt patienter der besvarede spørgsmål vedr. rygning

| Afdeling | Antal uoplyst | Antal indberettet | Ryger | Aldrig ryger | Gennemsnit | Median | Min | Max |
|----------------|---------------|-------------------|-------------|--------------|-------------|-----------|----------|------------|
| Bispebjerg | 61 | 519 | 505 | 14 | 41,7 | 41 | 0 | 135 |
| Gentofte | 327 | 208 | 172 | 36 | 35,6 | 35 | 0 | 125 |
| Næstved | 86 | 329 | 300 | 29 | 41,1 | 40 | 0 | 140 |
| Roskilde | 242 | 162 | 157 | 5 | 39,5 | 40 | 0 | 100 |
| Odense | 63 | 428 | 399 | 29 | 40,1 | 40 | 0 | 140 |
| Sønderborg | 56 | 187 | 177 | 10 | 42,1 | 40 | 0 | 120 |
| Vejle | 49 | 459 | 427 | 32 | 39,3 | 40 | 0 | 180 |
| Aarhus | 22 | 389 | 371 | 18 | 38,7 | 40 | 0 | 180 |
| Holstebro | 58 | 160 | 158 | 2 | 41,7 | 40 | 0 | 100 |
| Randers | 33 | 134 | 126 | 8 | 41,7 | 40 | 0 | 150 |
| Silkeborg | 22 | 82 | 79 | 3 | 33,9 | 30 | 0 | 100 |
| Skive/Viborg | 31 | 106 | 97 | 9 | 36,6 | 35 | 0 | 100 |
| Aalborg | 86 | 476 | 444 | 32 | 36,4 | 35 | 0 | 178 |
| Danmark | 1136 | 3639 | 3412 | 227 | 39,4 | 40 | 0 | 180 |

7.1.5 Klinisk TNM (cTNM)

På i alt 4775 patientforløb indberettet til registeret i 2018 findes registreret et validt klinisk sygdomsstadium (cTNM). Patienterne fordeles på de enkelte stadier og undergrupper af stadier iht. følgende fordeling, idet T, N og M defineres jvn.f. nyeste beskrivelse herom¹:

| T | N | M | Understadie |
|------------------------------|-----------|-------|-------------|
| 0/x | 0/x | 0/x | Intet |
| is | 0 | 0 | 0 |
| 1mic/1a | 0 | 0 | IA1 |
| 1b | 0 | 0 | IA2 |
| 1c | 0 | 0 | IA3 |
| 2a | 0 | 0 | IB |
| 2b | 0 | 0 | IIA |
| 3 | 0 | 0 | IIB |
| 0/is/1mic/a/1b/1c/2a/2b | 1 | 0 | IIB |
| 3 | 1 | 0 | IIIA |
| 4 | 0/1 | 0 | IIIA |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b | 2 | 0 | IIIA |
| 3 | 2 | 0 | IIIB |
| 4 | 2 | 0 | IIIB |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b | 3 | 0 | IIIB |
| 3/4 | 3 | 0 | IIIC |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b/3/4 | 0/1/2/3/x | 1a/1b | IVA |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b/3/4 | 0/1/2/3/x | 1c | IVB |

Patienter der ikke tildeles et stadie efter denne algoritme er "ugyldige", og medregnes ikke i opgørelser, der kræver stadioplysninger

¹ Goldstraw P, Crowley J, Chansky K et al: The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for the Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Seventh) Edition of the TNM Classification of Malignant Tumours. Journal of Thoracic Oncology 2007;2(8):706-714

7.1.5.1 Tabel cTNM stadie fordeling i absolutte tal

| År | I alt (stadier) | IA | IB | IIA | IIB | IIIA | IIIB | IIIC | IVA | IVB | Uoplyst | IA-IIB | IIIA | IIIB-IVB |
|-------------------|-----------------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|-------------|--------------|-------------|--------------|
| 2018 | 4775 | 696 | 287 | 97 | 306 | 397 | 311 | 163 | 495 | 1680 | 343 | 1386 | 397 | 2649 |
| 2017 | 4955 | 646 | 350 | 79 | 292 | 368 | 332 | 184 | 462 | 1741 | 501 | 1367 | 368 | 2719 |
| 2016 | 4779 | 592 | 316 | 98 | 296 | 377 | 336 | 162 | 452 | 1690 | 460 | 1302 | 377 | 2640 |
| 2015 | 4704 | 576 | 309 | 76 | 264 | 381 | 345 | 171 | 486 | 1741 | 355 | 1225 | 381 | 2743 |
| 2014 | 4722 | 560 | 270 | 86 | 270 | 360 | 342 | 161 | 500 | 1785 | 388 | 1186 | 360 | 2788 |
| 2003-2013 | 46781 | 3475 | 3327 | 458 | 2243 | 4043 | 3362 | 1847 | 2754 | 18379 | 6893 | 9503 | 4043 | 26342 |
| I alt (År) | 70716 | 6545 | 4859 | 894 | 3671 | 5926 | 5028 | 2688 | 5149 | 27016 | 8940 | 15969 | 5926 | 39881 |

7.1.5.2 Tabel cTNM stadie fordeling i %

| År | I alt (stadier) | IA | IB | IIA | IIB | IIIA | IIIB | IIIC | IVA | IVB | Uoplyst | IA-IIB | IIIA | IIIB-IVB |
|-------------------|-----------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|-------------|------------|-------------|
| 2018 | 4775 | 14,6 | 6,0 | 2,0 | 6,4 | 8,3 | 6,5 | 3,4 | 10,4 | 35,2 | 7,2 | 29,0 | 8,3 | 55,5 |
| 2017 | 4955 | 13,0 | 7,1 | 1,6 | 5,9 | 7,4 | 6,7 | 3,7 | 9,3 | 35,1 | 10,1 | 27,6 | 7,4 | 54,9 |
| 2016 | 4779 | 12,4 | 6,6 | 2,1 | 6,2 | 7,9 | 7,0 | 3,4 | 9,5 | 35,4 | 9,6 | 27,2 | 7,9 | 55,2 |
| 2015 | 4704 | 12,2 | 6,6 | 1,6 | 5,6 | 8,1 | 7,3 | 3,6 | 10,3 | 37,0 | 7,5 | 26,0 | 8,1 | 58,3 |
| 2014 | 4722 | 11,9 | 5,7 | 1,8 | 5,7 | 7,6 | 7,2 | 3,4 | 10,6 | 37,8 | 8,2 | 25,1 | 7,6 | 59,0 |
| 2003-2013 | 46781 | 7,4 | 7,1 | 1,0 | 4,8 | 8,6 | 7,2 | 3,9 | 5,9 | 39,3 | 14,7 | 20,3 | 8,6 | 56,3 |
| I alt (År) | 70716 | 9,3 | 6,9 | 1,3 | 5,2 | 8,4 | 7,1 | 3,8 | 7,3 | 38,2 | 12,6 | 22,6 | 8,4 | 56,4 |

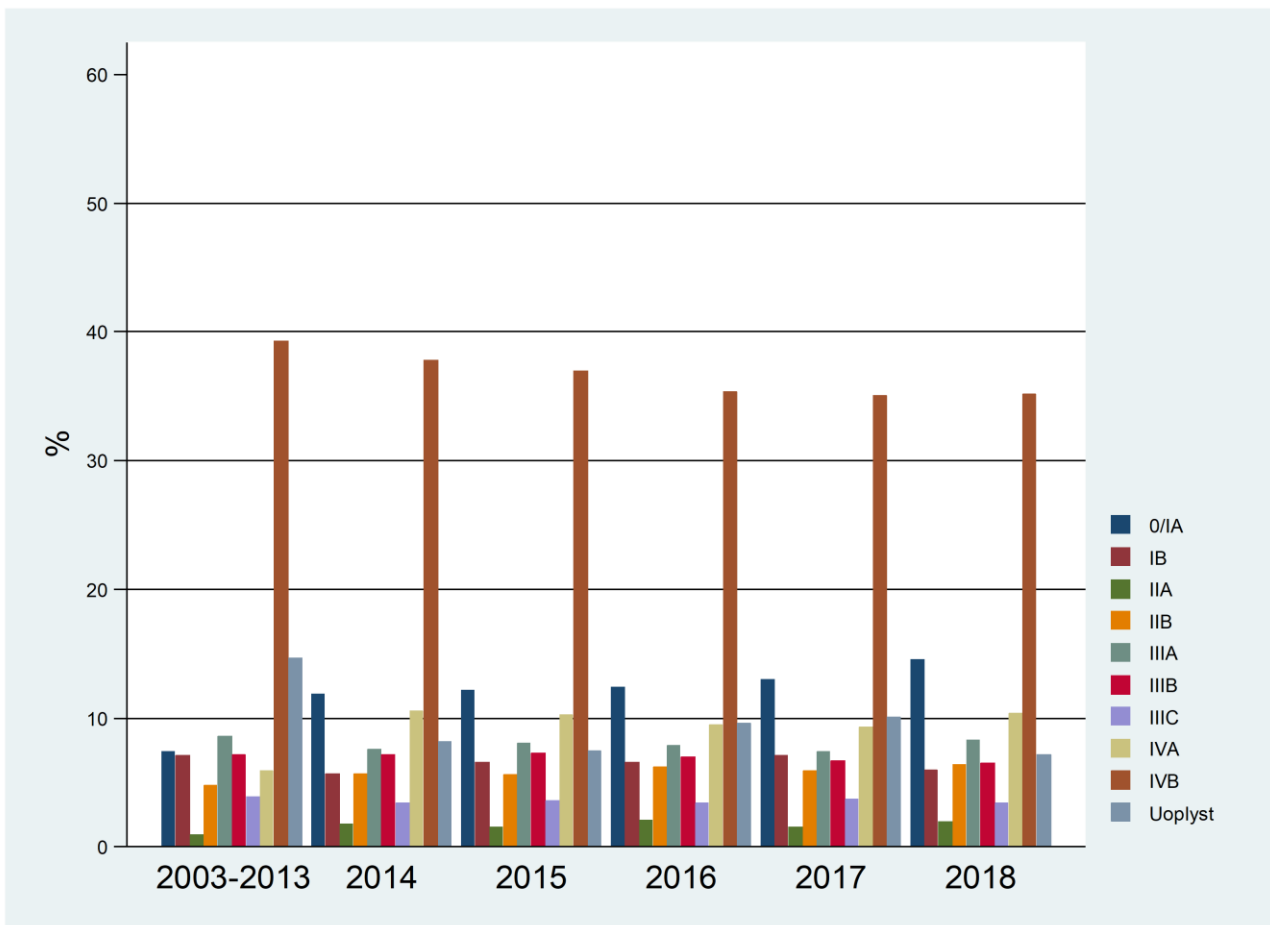
7.1.5.3 Tabel cTNM Stadiefordeling 2018 – afdelinger i %

| År | I alt (stadier) | IA | IB | IIA | IIB | IIIA | IIIB | IIIC | IVA | IVB | Uoplyst | IA-IIB | IIIA | IIIB-IVB |
|----------------|-----------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|-------------|------------|-------------|------------|-------------|
| Bispebjerg | 580 | 13,1 | 6,9 | 1,6 | 5,3 | 7,1 | 8,3 | 4,7 | 10,0 | 36,2 | 6,9 | 26,9 | 7,1 | 59,1 |
| Gentofte | 535 | 11,4 | 4,1 | 2,2 | 6,0 | 5,6 | 3,9 | 2,6 | 15,7 | 32,1 | 16,3 | 23,7 | 5,6 | 54,4 |
| Næstved | 415 | 6,7 | 6,5 | 3,4 | 6,5 | 9,2 | 6,7 | 4,1 | 11,8 | 37,6 | 7,5 | 23,1 | 9,2 | 60,2 |
| Roskilde | 404 | 10,4 | 5,9 | 1,7 | 5,9 | 8,4 | 5,4 | 2,5 | 10,6 | 31,4 | 17,6 | 24,0 | 8,4 | 50,0 |
| Odense | 491 | 12,0 | 4,5 | 2,0 | 6,3 | 9,0 | 6,9 | 2,4 | 13,2 | 39,9 | 3,7 | 24,8 | 9,0 | 62,5 |
| Sønderborg | 243 | 17,7 | 2,1 | 2,5 | 6,6 | 7,0 | 9,1 | 2,5 | 7,4 | 40,7 | 4,5 | 28,8 | 7,0 | 59,7 |
| Vejle | 508 | 16,1 | 7,7 | 2,4 | 8,1 | 8,7 | 4,7 | 4,1 | 6,9 | 36,4 | 4,9 | 34,3 | 8,7 | 52,2 |
| Aarhus | 411 | 19,7 | 5,6 | 2,4 | 7,8 | 9,2 | 7,5 | 2,2 | 8,5 | 34,1 | 2,9 | 35,5 | 9,2 | 52,3 |
| Holstebro | 218 | 21,6 | 3,2 | 1,4 | 5,5 | 6,4 | 8,3 | 5,0 | 6,0 | 36,2 | 6,4 | 31,7 | 6,4 | 55,5 |
| Randers | 167 | 18,0 | 3,6 | 0,6 | 6,6 | 10,8 | 4,2 | 3,6 | 10,2 | 35,3 | 7,2 | 28,7 | 10,8 | 53,3 |
| Silkeborg | 104 | 29,8 | 8,7 | 0,0 | 2,9 | 14,4 | 6,7 | 3,8 | 4,8 | 25,0 | 3,8 | 41,3 | 14,4 | 40,4 |
| Skive/Viborg | 137 | 19,0 | 3,6 | 1,5 | 5,8 | 8,0 | 5,1 | 4,4 | 14,6 | 32,8 | 5,1 | 29,9 | 8,0 | 56,9 |
| Aalborg | 562 | 16,0 | 10,3 | 2,0 | 6,8 | 9,4 | 7,5 | 3,6 | 9,4 | 33,1 | 2,0 | 35,1 | 9,4 | 53,6 |
| Danmark | 4775 | 14,6 | 6,0 | 2,0 | 6,4 | 8,3 | 6,5 | 3,4 | 10,4 | 35,2 | 7,2 | 29,0 | 8,3 | 55,5 |

Den samlede c T, N og M klassifikation efter alle undersøgelser udført på de udredende afdelinger fordeler i % i 2018 på landsplan sig således:

Den kliniske stadielinddeling på landsplan fordeler sig i % således:

7.1.5.4 Figur Udvikling cTNM stadiel 2003 – 2018



7.1.6 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 nødvendigste selvpleje, hvile i seng eller stol >50 % af dagtiden

4: Behov for døgndækkende pleje, kan intet klare

5: Død

6: Ikke oplyst

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

7.1.6.1 Tabel ECOG Performancestatus – afdelinger

| Afdeling | Antal udredte | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | Ikke udfyldt |
|----------------|---------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Bispebjerg | 580 | 36,6 | 29,1 | 18,3 | 5,0 | 2,1 | 0,0 | 1,4 | 7,6 |
| Gentofte | 535 | 24,5 | 9,0 | 4,9 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 60,9 |
| Næstved | 415 | 56,4 | 14,0 | 4,1 | 1,9 | 0,5 | 7,0 | 15,4 | 0,7 |
| Roskilde | 404 | 19,6 | 16,6 | 10,6 | 4,7 | 1,0 | 0,5 | 3,0 | 44,1 |
| Odense | 491 | 28,3 | 25,3 | 17,1 | 13,0 | 4,7 | 2,6 | 3,3 | 5,7 |
| Sønderborg | 243 | 42,0 | 23,9 | 12,3 | 9,9 | 9,1 | 0,8 | 0,4 | 1,6 |
| Vejle | 508 | 36,2 | 28,5 | 18,5 | 7,5 | 3,5 | 0,2 | 4,9 | 0,6 |
| Aarhus | 411 | 29,7 | 34,8 | 20,9 | 8,5 | 2,2 | 0,5 | 2,4 | 1,0 |
| Holstebro | 218 | 33,0 | 30,3 | 14,7 | 7,8 | 1,8 | 2,8 | 7,3 | 2,3 |
| Randers | 167 | 41,9 | 30,5 | 10,2 | 6,6 | 1,2 | 0,6 | 1,8 | 7,2 |
| Silkeborg | 104 | 70,2 | 13,5 | 3,8 | 6,7 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 3,8 |
| Skive/Viborg | 137 | 27,0 | 32,1 | 15,3 | 15,3 | 1,5 | 0,0 | 0,0 | 8,8 |
| Aalborg | 562 | 30,6 | 32,7 | 15,3 | 11,0 | 5,9 | 0,9 | 3,0 | 0,5 |
| Danmark | 4775 | 34,1 | 24,5 | 13,5 | 7,1 | 2,7 | 1,3 | 3,6 | 13,1 |

7.1.7 Patologi

Patologityperne fordeler sig i % og på køn i populationen 2003-2018 således:

7.1.7.1 Tabel Patologityper per år – i %

| Patologitype | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Småcellet karcinom | 12,9 | 13,3 | 12,4 | 14,6 | 14,8 | 15,3 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,7 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,8 | 0,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 6,4 | 9,0 | 9,9 | 11,0 | 12,8 | 14,6 |
| Planocellulært karcinom | 19,7 | 19,4 | 18,4 | 18,9 | 17,7 | 16,6 |
| Adenokarcinom | 47,6 | 44,1 | 45,7 | 39,9 | 39,9 | 28,7 |
| Storcellet karcinom | 0,1 | 0,2 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 1,6 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,4 | 0,5 | 0,4 |
| Neuroendokrin tumor | 0,7 | 1,0 | 0,7 | 0,9 | 0,9 | 0,7 |
| Karcinoid tumor | 1,6 | 1,4 | 1,7 | 1,4 | 1,1 | 0,5 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 2,6 | 3,3 | 3,9 | 3,9 | 3,9 | 9,3 |
| Blandingstumor | 1,6 | 1,8 | 1,7 | 2,5 | 2,4 | 2,8 |
| Ingen patologi | 5,9 | 5,7 | 4,4 | 5,4 | 4,8 | 8,8 |
| Antal udredte | 4.775 | 4.955 | 4.779 | 4.704 | 4.722 | 46.781 |

7.1.7.2 Tabel Patologityper per år – kvinder

| Patologitype | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Småcellet karcinom | 13,4 | 13,4 | 12,7 | 15,0 | 15,5 | 15,7 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,6 | 0,9 | 0,8 | 0,7 | 0,8 | 0,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 5,5 | 8,2 | 9,1 | 10,3 | 13,0 | 14,6 |
| Planocellulært karcinom | 13,5 | 14,9 | 13,5 | 13,5 | 12,0 | 11,8 |
| Adenokarcinom | 53,9 | 49,0 | 51,4 | 44,8 | 45,0 | 33,1 |
| Storcellet karcinom | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,3 | 0,2 | 1,5 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,3 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,3 |
| Neuroendokrin tumor | 0,5 | 0,9 | 0,9 | 0,9 | 1,2 | 0,8 |
| Karcinoid tumor | 2,2 | 2,0 | 2,5 | 2,2 | 1,7 | 0,8 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 2,3 | 2,8 | 3,0 | 3,6 | 3,7 | 9,1 |
| Blandingstumor | 1,9 | 1,8 | 1,7 | 2,6 | 2,1 | 2,9 |
| Ingen patologi | 5,9 | 5,8 | 4,2 | 6,0 | 4,6 | 8,8 |
| Antal udredte | 2.438 | 2.476 | 2.393 | 2.351 | 2.282 | 22.241 |

7.1.7.3 Tabel Patologityper per år – mænd:

| Patologitype | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|--------------|--------------|---------------|
| Småcellet karcinom | 12,3 | 13,2 | 12,0 | 14,2 | 14,2 | 15,0 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,8 | 0,7 | 0,9 | 0,8 | 0,9 | 0,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 7,4 | 9,7 | 10,8 | 11,8 | 12,5 | 14,7 |
| Planocellulært karcinom | 26,2 | 23,9 | 23,3 | 24,2 | 23,1 | 20,9 |
| Adenokarcinom | 41,0 | 39,1 | 40,1 | 35,1 | 35,0 | 24,8 |
| Storcellet karcinom | 0,1 | 0,3 | 0,0 | 0,3 | 0,3 | 1,6 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,3 | 0,3 | 0,3 | 0,6 | 0,8 | 0,4 |
| Neuroendokrin tumor | 0,8 | 1,1 | 0,5 | 0,9 | 0,7 | 0,7 |
| Karcinoid tumor | 1,0 | 0,7 | 0,9 | 0,7 | 0,7 | 0,3 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 2,9 | 3,8 | 4,9 | 4,1 | 4,1 | 9,4 |
| Blandingstumor | 1,3 | 1,8 | 1,7 | 2,4 | 2,7 | 2,8 |
| Ingen patologi | 5,8 | 5,5 | 4,7 | 4,8 | 5,0 | 8,7 |
| Antal udredte | 2.337 | 2.479 | 2.386 | 2.353 | 2.440 | 24.540 |

Tabel 7.1.7.4 Oversigt over Patologi, EGFR og ALK

Indeholder forløb fra 2018, hvor patologidiagnosen er inkluderende eller ikke registreret i Patobank. Ekskluderende patologidiagnoser er ikke med. Gruppen ”ingen patologi” indeholder såvel lungekræftpatienter helt uden data i Patobank og patienter med data men med anden konklusion end primær lungecancer.

| Patologityper | Patokode | Forløb | Egfr + | Egfr - | Egfr ikke reg | Alk + | Alk - | Alk ikke reg | Pd1 værdi <1% | Pd1 værdi >=1% og <50% | Pd1 værdi >=50% | Pd1 værdi ukendt |
|---------------------------------------|----------|-------------|------------|-------------|---------------|-----------|-------------|--------------|---------------|------------------------|-----------------|------------------|
| | (ingen) | 280 | 0 | 0 | 280 | 0 | 0 | 280 | 0 | 0 | 0 | 280 |
| Småcellet karcinom | 1 | 615 | 0 | 5 | 610 | 0 | 5 | 610 | 11 | # | # | 602 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 2 | 34 | 0 | 8 | 26 | 0 | 5 | 29 | 10 | 0 | # | 22 |
| Ikke småcellet karcinom | 3 | 307 | 8 | 188 | 111 | 4 | 161 | 142 | 88 | 54 | 116 | 49 |
| Planocellulært karcinom | 4 | 941 | # | 41 | 899 | 0 | 38 | 903 | 263 | 267 | 286 | 125 |
| Adenokarcinom | 5 | 2272 | 180 | 1748 | 344 | 24 | 1312 | 936 | 705 | 485 | 763 | 319 |
| Storcellet karcinom | 6 | # | 0 | # | # | 0 | # | # | # | 0 | 0 | # |
| Adenoskvamøst karcinom | 7 | 14 | 0 | 11 | # | 0 | 6 | 8 | 7 | # | # | # |
| Neuroendokrin tumor | 8 | 32 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 32 | 0 | 0 | 0 | 32 |
| Karcinoid tumor | 9 | 76 | 0 | # | 73 | 0 | # | 74 | # | 0 | # | 72 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 10 | 124 | # | 57 | 65 | 0 | 36 | 88 | 32 | 9 | 30 | 53 |
| Blandingstumor | 11 | 77 | # | 36 | 38 | # | 30 | 45 | 15 | 8 | 26 | 28 |
| Total | | 4775 | 194 | 2098 | 2483 | 30 | 1596 | 3149 | 1135 | 827 | 1227 | 1586 |

Og i %

| Patologityper | Patokode | Forløb | Egfr + | Egfr - | Egfr ikke reg | Alk + | Alk - | Alk ikke reg | Pd1 værdi <1% | Pd1 værdi >=1% og <50% | Pd1 værdi >=50% | Pd1 værdi ukendt |
|---------------------------------------|----------|--------------|------------|-------------|------------------|------------|-------------|--------------------|---------------------|------------------------------------|-----------------------|------------------------|
| | (ingen) | 5,9 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Småcellet karcinom | 1 | 12,9 | 0,0 | 0,8 | 99,2 | 0,0 | 0,8 | 99,2 | 1,8 | 0,2 | 0,2 | 97,9 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 2 | 0,7 | 0,0 | 23,5 | 76,5 | 0,0 | 14,7 | 85,3 | 29,4 | 0,0 | 5,9 | 64,7 |
| Ikke småcellet karcinom | 3 | 6,4 | 2,6 | 61,2 | 36,2 | 1,3 | 52,4 | 46,3 | 28,7 | 17,6 | 37,8 | 16,0 |
| Planocellulært karcinom | 4 | 19,7 | 0,1 | 4,4 | 95,5 | 0,0 | 4,0 | 96,0 | 27,9 | 28,4 | 30,4 | 13,3 |
| Adenokarcinom | 5 | 47,6 | 7,9 | 76,9 | 15,1 | 1,1 | 57,7 | 41,2 | 31,0 | 21,3 | 33,6 | 14,0 |
| Storcellet karcinom | 6 | 0,1 | 0,0 | 33,3 | 66,7 | 0,0 | 33,3 | 66,7 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 66,7 |
| Adenoskvamøst karcinom | 7 | 0,3 | 0,0 | 78,6 | 21,4 | 0,0 | 42,9 | 57,1 | 50,0 | 21,4 | 14,3 | 14,3 |
| Neuroendokrin tumor | 8 | 0,7 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 100,0 |
| Karcinoid tumor | 9 | 1,6 | 0,0 | 3,9 | 96,1 | 0,0 | 2,6 | 97,4 | 3,9 | 0,0 | 1,3 | 94,7 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 10 | 2,6 | 1,6 | 46,0 | 52,4 | 0,0 | 29,0 | 71,0 | 25,8 | 7,3 | 24,2 | 42,7 |
| Blandingstumor | 11 | 1,6 | 3,9 | 46,8 | 49,4 | 2,6 | 39,0 | 58,4 | 19,5 | 10,4 | 33,8 | 36,4 |
| Total | | 100,0 | 4,1 | 43,9 | 52,0 | 0,6 | 33,4 | 65,9 | 23,8 | 17,3 | 25,7 | 33,2 |

7.1.8 Udredningstid

Tabel 7.1.8.1 Udredningstid pr. afdeling - alle behandlinger

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|-------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Bispebjerg | 431 | 20 | 337 | 78,2 | 94 | 21,8 |
| Gentofte | 401 | 27 | 245 | 61,1 | 156 | 38,9 |
| Næstved | 296 | 21 | 230 | 77,7 | 66 | 22,3 |
| Roskilde | 297 | 25 | 199 | 67,0 | 98 | 33,0 |
| Odense | 354 | 18,5 | 294 | 83,1 | 60 | 16,9 |
| Sønderborg | 181 | 23 | 133 | 73,5 | 48 | 26,5 |
| Vejle | 431 | 18 | 353 | 81,9 | 78 | 18,1 |
| Aarhus | 338 | 24 | 226 | 66,9 | 112 | 33,1 |
| Holstebro | 179 | 29 | 96 | 53,6 | 83 | 46,4 |
| Randers | 130 | 28 | 77 | 59,2 | 53 | 40,8 |
| Silkeborg | 93 | 28 | 51 | 54,8 | 42 | 45,2 |
| Skive/Viborg | 93 | 29 | 50 | 53,8 | 43 | 46,2 |
| Aalborg | 417 | 23 | 323 | 77,5 | 94 | 22,5 |
| Danmark | 3641 | 22 | 2614 | 71,8 | 1027 | 28,2 |

Tabel 7.1.8.1a Udredningstid pr. afdeling - alle behandlinger

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|-------------|------------------------|-------------|-----------------------|
| Hovedstaden | 832 | 23 | 581 | 69,8 | 251 | 30,2 |
| Sjælland | 591 | 22 | 428 | 72,4 | 163 | 27,6 |
| Syddanmark | 948 | 19 | 765 | 80,7 | 183 | 19,3 |
| Midtjylland | 854 | 26 | 518 | 60,7 | 336 | 39,3 |
| Nordjylland | 416 | 23 | 322 | 77,4 | 94 | 22,6 |
| Danmark | 3641 | 22 | 2614 | 71,8 | 1027 | 28,2 |

Tabel 7.1.8.2 Udredningstid pr. afdeling - kirurgi første behandling

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Bispebjerg | 140 | 24,5 | 90 | 64,3 | 50 | 35,7 |
| Gentofte | 137 | 34 | 56 | 40,9 | 81 | 59,1 |
| Næstved | 75 | 26 | 50 | 66,7 | 25 | 33,3 |
| Roskilde | 80 | 29 | 44 | 55,0 | 36 | 45,0 |
| Odense | 86 | 24 | 57 | 66,3 | 29 | 33,7 |
| Sønderborg | 44 | 28 | 27 | 61,4 | 17 | 38,6 |
| Vejle | 105 | 22 | 73 | 69,5 | 32 | 30,5 |
| Aarhus | 104 | 28,5 | 54 | 51,9 | 50 | 48,1 |
| Holstebro | 46 | 33 | 19 | 41,3 | 27 | 58,7 |
| Randers | 39 | 37 | 12 | 30,8 | 27 | 69,2 |
| Silkeborg | 28 | 31 | 12 | 42,9 | 16 | 57,1 |
| Skive/Viborg | 30 | 32 | 12 | 40,0 | 18 | 60,0 |
| Aalborg | 183 | 26 | 136 | 74,3 | 47 | 25,7 |
| Danmark | 1097 | 28 | 642 | 58,5 | 455 | 41,5 |

Tabel 7.1.8.2a Udredningstid pr. afdeling - kirurgi første behandling

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Hovedstaden | 277 | 29 | 146 | 52,7 | 131 | 47,3 |
| Sjælland | 155 | 27 | 94 | 60,6 | 61 | 39,4 |
| Syddanmark | 229 | 25 | 152 | 66,4 | 77 | 33,6 |
| Midtjylland | 254 | 32 | 115 | 45,3 | 139 | 54,7 |
| Nordjylland | 182 | 26 | 135 | 74,2 | 47 | 25,8 |
| Danmark | 1097 | 28 | 642 | 58,5 | 455 | 41,5 |

Tabel 7.1.8.3 Udredningstid pr. afdeling - strålebehandling første behandling

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Bispebjerg | 120 | 18,5 | 98 | 81,7 | 22 | 18,3 |
| Gentofte | 102 | 25,5 | 70 | 68,6 | 32 | 31,4 |
| Næstved | 78 | 19 | 61 | 78,2 | 17 | 21,8 |
| Roskilde | 72 | 27 | 42 | 58,3 | 30 | 41,7 |
| Odense | 143 | 18 | 121 | 84,6 | 22 | 15,4 |
| Sønderborg | 58 | 25 | 41 | 70,7 | 17 | 29,3 |
| Vejle | 127 | 21 | 95 | 74,8 | 32 | 25,2 |
| Aarhus | 105 | 24 | 74 | 70,5 | 31 | 29,5 |
| Holstebro | 45 | 35 | 17 | 37,8 | 28 | 62,2 |
| Randers | 34 | 27 | 24 | 70,6 | 10 | 29,4 |
| Silkeborg | 24 | 29 | 12 | 50,0 | 12 | 50,0 |
| Skive/Viborg | 21 | 31 | 9 | 42,9 | 12 | 57,1 |
| Aalborg | 67 | 25 | 47 | 70,1 | 20 | 29,9 |
| Danmark | 996 | 22 | 711 | 71,4 | 285 | 28,6 |

Tabel 7.1.8.3a Udredningstid pr. afdeling - strålebehandling første behandling

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Hovedstaden | 222 | 21 | 167 | 75,2 | 55 | 24,8 |
| Sjælland | 149 | 22 | 103 | 69,1 | 46 | 30,9 |
| Syddanmark | 325 | 21 | 254 | 78,2 | 71 | 21,8 |
| Midtjylland | 233 | 27 | 140 | 60,1 | 93 | 39,9 |
| Nordjylland | 67 | 25 | 47 | 70,1 | 20 | 29,9 |
| Danmark | 996 | 22 | 711 | 71,4 | 285 | 28,6 |

Tabel 7.1.8.4 Udredningstid pr. afdeling -1. medicinske onkologiske behandling

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Bispebjerg | 171 | 18 | 149 | 87,1 | 22 | 12,9 |
| Gentofte | 162 | 23 | 119 | 73,5 | 43 | 26,5 |
| Næstved | 143 | 18 | 119 | 83,2 | 24 | 16,8 |
| Roskilde | 145 | 21 | 113 | 77,9 | 32 | 22,1 |
| Odense | 125 | 15 | 116 | 92,8 | 9 | 7,2 |
| Sønderborg | 79 | 21 | 65 | 82,3 | 14 | 17,7 |
| Vejle | 199 | 15 | 185 | 93,0 | 14 | 7,0 |
| Aarhus | 129 | 21 | 98 | 76,0 | 31 | 24,0 |
| Holstebro | 88 | 24 | 60 | 68,2 | 28 | 31,8 |
| Randers | 57 | 22 | 41 | 71,9 | 16 | 28,1 |
| Silkeborg | 41 | 24 | 27 | 65,9 | 14 | 34,1 |
| Skive/Viborg | 42 | 27 | 29 | 69,0 | 13 | 31,0 |
| Aalborg | 167 | 20 | 140 | 83,8 | 27 | 16,2 |
| Danmark | 1548 | 20 | 1261 | 81,5 | 287 | 18,5 |

Tabel 7.1.8.4a Udredningstid pr. afdeling -1. medicinske onkologiske behandling

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|-------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Hovedstaden | 333 | 21 | 268 | 80,5 | 65 | 19,5 |
| Sjælland | 287 | 21 | 231 | 80,5 | 56 | 19,5 |
| Syddanmark | 394 | 16 | 359 | 91,1 | 35 | 8,9 |
| Midtjylland | 367 | 22 | 263 | 71,7 | 104 | 28,3 |
| Nordjylland | 167 | 20 | 140 | 83,8 | 27 | 16,2 |
| Danmark | 1548 | 20 | 1261 | 81,5 | 287 | 18,5 |

Tabel 7.1.8.5 Udredningstid pr. afdeling - ingen behandling givet

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|------------|------------------------|------------|-----------------------|
| Bispebjerg | 149 | 18 | 109 | 73,2 | 40 | 26,8 |
| Gentofte | 134 | 26 | 77 | 57,5 | 57 | 42,5 |
| Næstved | 119 | 19 | 96 | 80,7 | 23 | 19,3 |
| Roskilde | 107 | 22 | 72 | 67,3 | 35 | 32,7 |
| Odense | 137 | 13 | 120 | 87,6 | 17 | 12,4 |
| Sønderborg | 62 | 12 | 53 | 85,5 | 9 | 14,5 |
| Vejle | 77 | 11 | 68 | 88,3 | 9 | 11,7 |
| Aarhus | 73 | 21 | 58 | 79,5 | 15 | 20,5 |
| Holstebro | 39 | 26 | 21 | 53,8 | 18 | 46,2 |
| Randers | 37 | 20 | 29 | 78,4 | 8 | 21,6 |
| Silkeborg | 11 | 24 | 7 | 63,6 | 4 | 36,4 |
| Skive/Viborg | 44 | 20,5 | 30 | 68,2 | 14 | 31,8 |
| Aalborg | 145 | 21 | 112 | 77,2 | 33 | 22,8 |
| Danmark | 1134 | 19 | 852 | 75,1 | 282 | 24,9 |

Tabel 7.1.8.5a Udredningstid pr. afdeling - ingen behandling givet

| Afdelinger | Antal udredninger | Udredningstid median | <= 30 dage | <= 30 dage i % af alle | > 30 dage | > 30 dage i % af alle |
|----------------|-------------------|----------------------|------------|---------------------------|------------|--------------------------|
| Hovedstaden | 283 | 22 | 187 | 66,1 | 96 | 33,9 |
| Sjælland | 227 | 21 | 168 | 74,0 | 59 | 26,0 |
| Syddanmark | 274 | 12 | 239 | 87,2 | 35 | 12,8 |
| Midtjylland | 206 | 21 | 147 | 71,4 | 59 | 28,6 |
| Nordjylland | 144 | 20,5 | 111 | 77,1 | 33 | 22,9 |
| Danmark | 1134 | 19 | 852 | 75,1 | 282 | 24,9 |

Tabel 7.1.8.6 ”Set og foretager ikke yderligere registrering”

Opgørelsen viser i hvor mange tilfælde de enkelte afdelinger har valgt at angive ”set og foretager ikke yderligere registrering”. Det drejer sig om patienter hvor DNKK-algoritmen har allokere patienten til en udredende afdeling med baggrund i patientens kommune-kode, men hvor patienten ikke har været set på den pågældende afdeling

| Afdeling | Set og foretager ikke yderligere |
|----------------|----------------------------------|
| Bispebjerg | 44 |
| Gentofte | # |
| Sønderborg | # |
| Aarhus | 22 |
| Holstebro | 13 |
| Randers | 13 |
| Silkeborg | 4 |
| Skive/Viborg | 4 |
| Aalborg | 4 |
| Danmark | 106 |

7.2 Kirurgi

Antallet af diagnosticerede patienter med lungecancer synes at have nået et plateau, og det er derfor opmuntrende at det for femte år i træk er lykkedes at øge resektionsraten. I 2018 med 2,2 % til nationalt 28 %. Stigningen er fortsat mest markant i region Nordjylland, men også i region Hovedstaden er der sket en pæn stigning på 4,7 %. Forklaringen er nok multifaktoriel, og som tidligere diagnosticeres der flest og et stigende antal patienter i de lave operative stadier i region Nordjylland. Det springer imidlertid også i øjnene at den gennemsnitlige FEV1 på de opererede patienter er lavest i de 2 regioner, som et udtryk for at mere marginale patienter tilbydes operation, eksempelvis med segmentresektioner, som også udføres i størst antal i disse 2 regioner. Andre årsager kan være den enstrengede tilgang til CT-scanning og udredning i region Nordjylland og den nationalt generelt forbedrede kvalitet af MDT- konferencerne, hvor det tilstræbes at alle patienter diagnosticeret med lungecancer drøftes.

Den operative risiko er fortsat regionalt ensartet lav med en 30 dages mortalitet på 1,4 % og en 90-dages mortalitet på 2,8 %. Således fuld på højde med internationale data og bedre end lande som vi normalt sammenligner os med.

5 års overlevelsen efter operation har gennem årene været svingende fra år til år, men viser samlet over årene en stigende tendens som i år har nået 61,4 %.

Andelen af patienter der opereres med kikkert-teknik (VATS) er fortsat stigende og er nu 72 % nationalt, men fortsat med regionale forskelle med RH i toppen med 88 %.

Den dominerende operationstype er uændret lobektomi 83 % og pneumonektomi er uændret glædelig lav på 3 %. Antallet af lungevævs-sparende operationer som segment resektioner og sleeve resektioner er beskedent stigende, men fortsat for lavt, og vil uændret være genstand for kirurgi-gruppens fokus over de næste år i forbindelse med arbejdet med at fordoble den samlede 5 års overlevelse frem mod år 2030.

Antallet af patienter der har fået multimodal-behandling er fortsat lav. Nationalt er antallet af patienter der har modtaget adjuverende onkologisk behandling ca. 27 % og neoadjuverende kemo- stråleterapi 4,8 %. Sidstnævnte med store regionale forskelle fra 1,1 % (region Midtjylland) til 7,4 % (region Hovedstaden). Fokus må fastholdes de næste år og specielt må man forvente at nye behandlingsmuligheder med immunterapi kan øge antallet af patienter der får multimodalbehandling.

Sundhedsplatformen i Region Hovedstaden og Region Sjælland har invalideret datakompletheden i DLCR, men det er glædeligt at et stort og manuelt arbejde fra de involverede afdelinger delvis har rettet op på manglerne. Der refterer dog fortsat en opgave for de øst-danske regioner med at få udtræk fra SP til at matche variable i DLCR, som eksempelvis komplikationer.

Jesper Ravn

Formand for Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe - DKLCG

7.2.1 Kirurgiforløb

Afdelingerne har indberettet i alt 1192 patienter med en første operationsdato i 2018 til Dansk Lunge Cancer Register. Der henvises desuden til forordet og indledningen vedrørende forskellene i datagrundlaget for indikatorrapporten i kapitlerne 1 – 6 og datagrundlaget for kapitel 7 og 8.

7.2.1.1 Tabel Operationer

| Afdeling | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Rigshospitalet | 365 | 300 | 313 | 302 | 293 | 241 |
| Odense | 365 | 361 | 333 | 325 | 267 | 210 |
| Aarhus | 267 | 230 | 232 | 182 | 205 | 174 |
| Aalborg | 195 | 192 | 169 | 147 | 131 | 84 |
| Danmark | 1192 | 1083 | 1047 | 956 | 896 | 710 |

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:

7.2.1.3 Tabel Afdelinger, regionsfordeling og køn

| Afdeling | Region | Kvinder | Mænd | I alt (%) |
|----------------|--------------|------------|------------|--------------|
| Rigshospitalet | Hovedstaden | 167 | 146 | 85,8 |
| | Sjælland | 23 | 29 | 14,2 |
| | Syddanmark | 0 | 0 | 0,0 |
| | Midtjylland | 0 | 0 | 0,0 |
| | Nordjylland | 0 | 0 | 0,0 |
| | I alt | 190 | 175 | 100,0 |
| Odense | Hovedstaden | 0 | # | # |
| | Sjælland | 61 | 59 | 32,9 |
| | Syddanmark | 128 | 109 | 64,9 |
| | Midtjylland | 5 | # | 1,9 |
| | Nordjylland | 0 | 0 | 0,0 |
| | I alt | 194 | 171 | 100,0 |
| Aarhus | Hovedstaden | 0 | 0 | 0,0 |
| | Sjælland | 0 | 0 | 0,0 |
| | Syddanmark | # | 0 | # |
| | Midtjylland | 142 | 122 | 98,9 |
| | Nordjylland | # | # | # |
| | I alt | 144 | 123 | 100,0 |
| Aalborg | Hovedstaden | 0 | 0 | 0,0 |
| | Sjælland | 0 | 0 | 0,0 |
| | Syddanmark | 0 | 0 | 0,0 |
| | Midtjylland | # | # | # |
| | Nordjylland | 108 | 85 | 99,0 |
| | I alt | 109 | 86 | 100,0 |
| Danmark | I alt | 637 | 555 | 100,0 |

7.2.2 Indlæggelse

Patienterne er indlagt i følgende perioder gennemsnitligt og mediant:

7.2.2.1 Tabel Liggetider

| Afdeling | Antal operationer | Median | Middelværdi | Maks. |
|----------------|-------------------|----------|-------------|-----------|
| Rigshospitalet | 365 | 3 | 6,0 | 82 |
| Odense | 365 | 4 | 5,1 | 29 |
| Aarhus | 267 | 4 | 5,4 | 53 |
| Aalborg | 195 | 4 | 6,7 | 56 |
| Danmark | 1192 | 4 | 5,7 | 82 |

Postoperativ liggetid er tid fra operationsdato til udskrivelse.

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

7.2.2.2 Tabel overflytninger

| Afdeling | Antal operationer | Overflyttet (%) |
|----------------|-------------------|-----------------|
| Rigshospitalet | 365 | 2,5 |
| Odense | 365 | 5,5 |
| Aarhus | 267 | 7,1 |
| Aalborg | 195 | 3,6 |
| Danmark | 1192 | 4,6 |

7.2.3 Operativ aktivitet

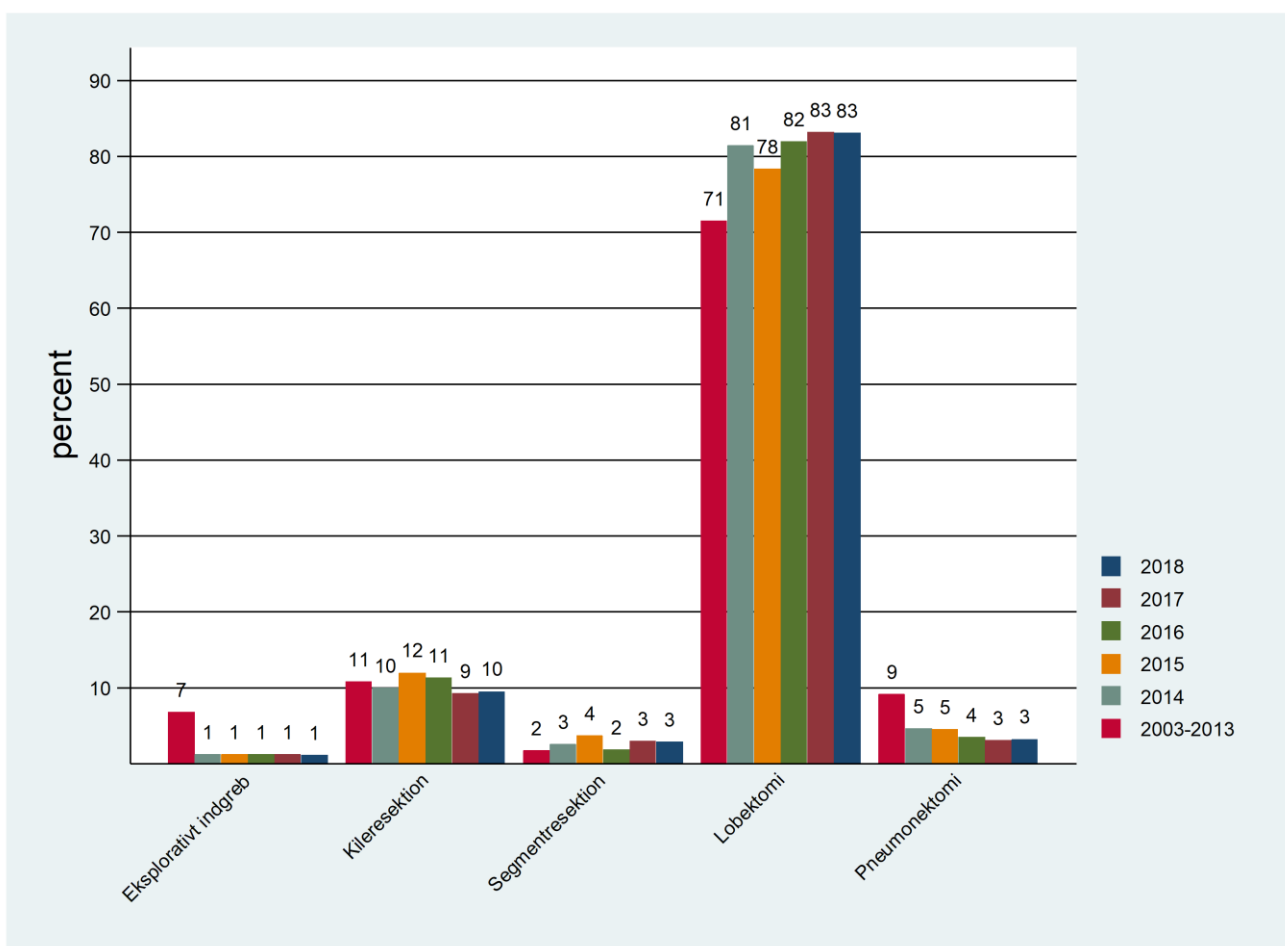
Antal resektioner i 2003 - 2018, d.v.s. antal operationer minus de eksplorative indgreb:

7.2.3.1 Tabel Antal resektioner

| Afdeling | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|
| Rigshospitalet | 364 | 297 | 310 | 302 | 288 | 219 |
| Odense | 359 | 359 | 330 | 320 | 264 | 198 |
| Aarhus | 264 | 225 | 226 | 177 | 202 | 166 |
| Aalborg | 191 | 188 | 168 | 145 | 131 | 80 |
| Danmark | 1178 | 1069 | 1034 | 944 | 885 | 662 |

De enkelte operationstyper fordeler sig således:

7.2.3.2 Figur Operationer fordeling grafisk



Følgende tabel viser tilsvarende fordelt på eksisterende afdelinger (bemærk kommentar i kirurgikapitlets indledning vedrørende definition af operationstyper):

7.2.3.3 Tabel Operationstyper – afdelinger i %

| Afdeling | År | I alt | Eksplorativt | Kile | Segment | Lobektomi | Pneumonektomi |
|----------------|------------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|---------------|
| Rigshospitalet | 2018 | 365 | 0,3 | 7,9 | 2,2 | 88,2 | 1,4 |
| | 2017 | 300 | 1,0 | 8,3 | 2,7 | 86,3 | 1,7 |
| | 2016 | 313 | 1,0 | 10,5 | 1,6 | 84,3 | 2,6 |
| | 2015 | 302 | 0,0 | 11,3 | 3,3 | 84,1 | 1,3 |
| | 2014 | 293 | 1,7 | 7,8 | 2,0 | 87,0 | 1,4 |
| | 2003-2013 | 2653 | 9,1 | 9,5 | 0,9 | 72,3 | 8,2 |
| Odense | 2018 | 365 | 1,6 | 9,0 | 1,1 | 82,7 | 5,5 |
| | 2017 | 361 | 0,6 | 10,0 | 0,6 | 85,0 | 3,9 |
| | 2016 | 333 | 0,9 | 12,6 | 0,6 | 80,8 | 5,1 |
| | 2015 | 325 | 1,5 | 14,8 | 1,5 | 75,7 | 6,5 |
| | 2014 | 267 | 1,1 | 12,4 | 0,7 | 76,4 | 9,4 |
| | 2003-2013 | 2314 | 6,1 | 13,2 | 4,1 | 66,3 | 10,3 |
| Aarhus | 2018 | 267 | 1,1 | 13,9 | 1,5 | 81,6 | 1,9 |
| | 2017 | 230 | 2,2 | 13,0 | 2,2 | 80,4 | 2,2 |
| | 2016 | 232 | 2,6 | 13,8 | 0,9 | 80,2 | 2,6 |
| | 2015 | 182 | 2,7 | 14,3 | 1,1 | 79,1 | 2,7 |
| | 2014 | 205 | 1,5 | 13,7 | 0,5 | 81,0 | 3,4 |
| | 2003-2013 | 1916 | 5,0 | 9,7 | 0,1 | 76,8 | 8,5 |
| Aalborg | 2018 | 195 | 2,1 | 7,7 | 9,7 | 75,9 | 4,6 |
| | 2017 | 192 | 2,1 | 5,2 | 9,4 | 78,1 | 5,2 |
| | 2016 | 169 | 0,6 | 7,1 | 6,5 | 82,2 | 3,6 |
| | 2015 | 147 | 1,4 | 4,8 | 12,9 | 71,4 | 9,5 |
| | 2014 | 131 | 0,0 | 4,6 | 10,7 | 80,2 | 4,6 |
| | 2003-2013 | 927 | 5,6 | 11,0 | 1,6 | 71,1 | 10,7 |
| Danmark | 2018 | 1192 | 1,2 | 9,6 | 2,9 | 83,1 | 3,3 |
| | 2017 | 1083 | 1,3 | 9,3 | 3,0 | 83,2 | 3,1 |
| | 2016 | 1047 | 1,2 | 11,4 | 1,9 | 81,9 | 3,5 |
| | 2015 | 956 | 1,3 | 12,0 | 3,8 | 78,3 | 4,6 |
| | 2014 | 896 | 1,2 | 10,0 | 2,6 | 81,5 | 4,7 |
| | 2003-2013 | 7810 | 6,8 | 10,8 | 1,7 | 71,5 | 9,2 |

7.2.3.4 Tabel Adgang og type for torakotomioperationer:

| Afdeling | Anterior | Postero-lat | VATS | VATS (%) | Total |
|----------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 4 | 33 | 320 | 87,7 | 365 |
| Odense | 0 | 126 | 240 | 65,8 | 365 |
| Aarhus | 88 | 0 | 180 | 67,4 | 267 |
| Aalborg | 73 | 4 | 118 | 60,5 | 195 |
| Danmark | 165 | 163 | 858 | 72,0 | 1192 |

7.2.3.5 Tabel Operationstype – åben / VATS i %

| Afdeling | Antal | Eksplorativt | | Kile | | | Segment | | | Lobektomi | | | Pneumonektomi | | |
|----------------|-------------|--------------|-------------|------------|-------------|-------------|-----------|-------------|-------------|------------|-------------|-------------|---------------|-------------|------------|
| | | I alt | Åben | I alt | Åben | VATS | I alt | Åben | VATS | I alt | Åben | VATS | I alt | Åben | VATS |
| Rigshospitalet | 365 | 1 | 100,0 | 29 | 3,4 | 96,6 | 8 | 0,0 | 100,0 | 322 | 12,4 | 87,6 | 5 | 60,0 | 40,0 |
| Odense | 365 | 6 | 100,0 | 33 | 12,1 | 87,9 | 4 | 0,0 | 100,0 | 302 | 31,8 | 68,2 | 20 | 95,0 | 5,0 |
| Aarhus | 267 | # | # | 37 | 21,6 | 78,4 | 4 | 0,0 | 100,0 | 218 | 32,6 | 67,4 | 5 | 100,0 | 0,0 |
| Aalborg | 195 | 4 | 75,0 | 15 | 46,7 | 53,3 | 19 | 31,6 | 68,4 | 148 | 35,1 | 64,9 | 9 | 100,0 | 0,0 |
| Danmark | 1192 | 14 | 92,9 | 114 | 17,5 | 82,5 | 35 | 17,1 | 82,9 | 990 | 26,2 | 73,8 | 39 | 92,3 | 7,7 |

7.2.3.6 Tabel Lobektomitype

| Afdeling | Antal | Lobektomi | Bilobektomi | Lobektomi-sleeve | Lobektomi-resektion |
|----------------|------------|-------------|-------------|------------------|---------------------|
| Rigshospitalet | 315 | 87,6 | 2,2 | 4,8 | 5,4 |
| Odense | 302 | 91,4 | 4,3 | 1,3 | 3,0 |
| Aarhus | 215 | 92,1 | 3,7 | 0,9 | 3,3 |
| Aalborg | 148 | 85,8 | 4,7 | 2,7 | 6,8 |
| Danmark | 980 | 89,5 | 3,6 | 2,6 | 4,4 |

7.2.3.7 Tabel Torakoskopiske operationer totalt og i %

| Afdeling | Antal | Kile | Segment | Lobektomi | Pneumonektomi |
|----------------|------------|-------------|------------|-------------|---------------|
| Rigshospitalet | 320 | 8,8 | 2,5 | 88,1 | 0,6 |
| Odense | 240 | 12,1 | 1,7 | 85,8 | 0,4 |
| Aarhus | 180 | 16,1 | 2,2 | 81,7 | 0,0 |
| Aalborg | 117 | 6,8 | 11,1 | 82,1 | 0,0 |
| Danmark | 857 | 11,0 | 3,4 | 85,3 | 0,4 |

Og at følgende antal operationer har fået neoadjuverende behandling:

7.2.3.10 Tabel Neoadjuverende

| Afdeling | Antal | Neoadjuverende | Neoadjuverende (%) |
|----------------|-------------|----------------|--------------------|
| Rigshospitalet | 365 | 27 | 7,4 |
| Odense | 365 | 22 | 6,0 |
| Aarhus | 267 | # | # |
| Aalborg | 195 | 5 | 2,6 |
| Danmark | 1192 | 57 | 4,8 |

Peroperativt udtages lymfeknuder (glandelsampling). Det anbefales, at der udtages fra 3 stationer på hver side. Afdelingerne registrerer samplingen lidt forskelligt. F.eks. analyseres station 11 i Odense altid som en del af præparatet og indgår ikke i opgørelserne herunder.

7.2.3.11 Tabel Lymfeknuder

| Afdeling | Antal | Median | Mean | Min. | Maks. |
|----------------|-------------|----------|------------|----------|----------|
| Rigshospitalet | 365 | 5 | 4,3 | 0 | 8 |
| Odense | 365 | 4 | 3,3 | 0 | 7 |
| Aarhus | 267 | 4 | 3,5 | 0 | 6 |
| Aalborg | 195 | 5 | 4,5 | 0 | 7 |
| Danmark | 1192 | 4 | 3,9 | 0 | 8 |

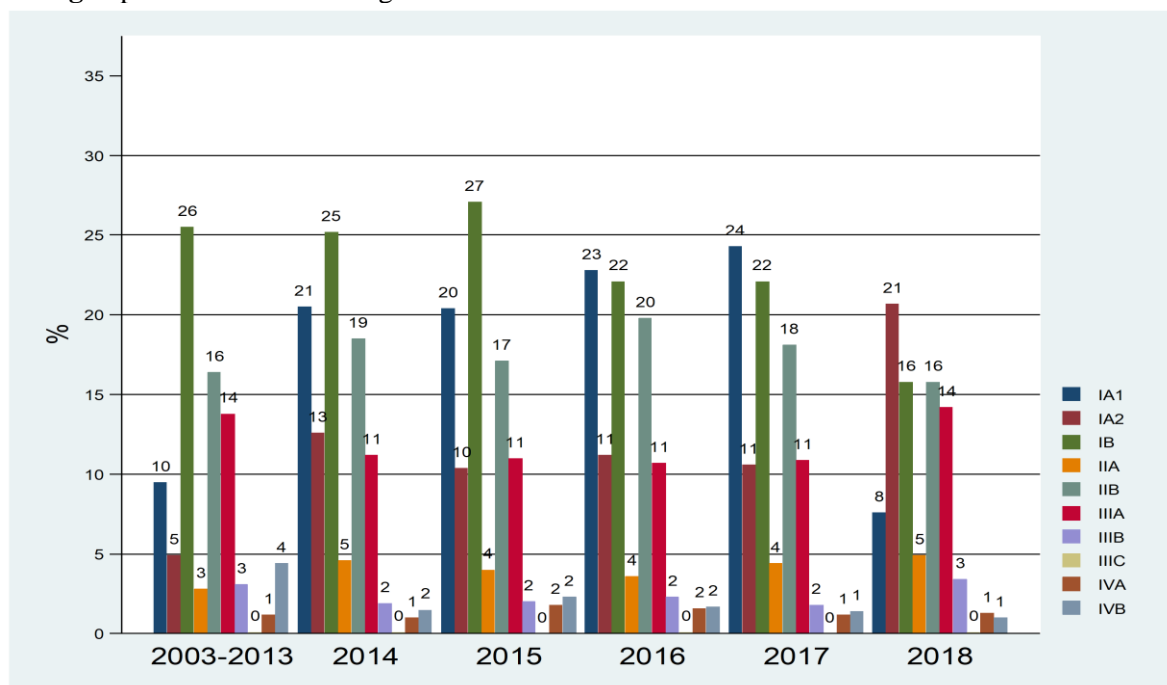
7.2.4 Stadier

Patienterne fordeles på de enkelte stadier og undergrupper af stadier iht. følgende fordeling, idet T, N og M defineres jvn.f. nyeste beskrivelse herom²:

| T | N | M | Understadie | Stadie |
|------------------------------|-----------|-------|-------------|--------|
| 0/x | 0/x | 0/x | Intet | Intet |
| is | 0 | 0 | 0 | 0 |
| 1mic/1a | 0 | 0 | IA1 | IA |
| 1b | 0 | 0 | IA2 | IA |
| 1c | 0 | 0 | IA3 | IA |
| 2a | 0 | 0 | IB | IB |
| 2b | 0 | 0 | IIA | IIA |
| 3 | 0 | 0 | IIB | IIB |
| 0/is/1mic/a/1b/1c/2a/2b | 1 | 0 | IIB | IIB |
| 3 | 1 | 0 | IIIA | IIIA |
| 4 | 0/1 | 0 | IIIA | IIIA |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b | 2 | 0 | IIIA | IIIA |
| 3 | 2 | 0 | IIIB | IIIB |
| 4 | 2 | 0 | IIIB | IIIB |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b | 3 | 0 | IIIB | IIIB |
| 3/4 | 3 | 0 | IIIC | IIIC |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b/3/4 | 0/1/2/3/x | 1a/1b | IVA | IVA |
| 0/is/1mic/1a/1b/1c/2a/2b/3/4 | 0/1/2/3/x | 1c | IVB | IVB |

Den procentvise fordeling af pTNM stadier var:

7.2.4.1 Figur pTNM-stadie fordeling



² Goldstraw P, Crowley J, Chansky K et al: The IASLC Lung Cancer Staging Project: Proposals for the Revision of the TNM Stage Groupings in the Forthcoming (Seventh) Edition of the TNM Classification of Malignant Tumours. Journal of Thoracic Oncology 2007;2(8):706-714

7.2.4.2 Tabel pTNM fordeling – afdelinger

| Afdeling | År | | Antal | IA1 | IA2 | IB | IIA | IIB | IIIA | IIIB | IIIC | IVA | IVB | Uoplyst | IA1/IIIA | IIIB/IVB |
|----------------|------------------|------------|-------------|------------|------------|-------------|------------|-------------|-------------|------------|------------|------------|------------|------------|-------------|------------|
| Rigshospitalet | 2018 | 10,1 | 365 | 9,0 | 21,6 | 15,9 | 4,7 | 13,4 | 15,1 | 2,2 | 0,3 | 0,5 | 1,6 | 5,5 | 79,7 | 4,7 |
| | 2017 | 0,7 | 300 | 17,3 | 10,0 | 30,7 | 2,3 | 13,3 | 11,3 | 1,0 | 0,0 | 0,7 | 2,3 | 10,3 | 85,0 | 4,0 |
| | 2016 | 0,0 | 313 | 21,4 | 10,2 | 17,3 | 3,5 | 16,6 | 13,1 | 3,5 | 0,0 | 1,9 | 3,2 | 9,3 | 82,1 | 8,6 |
| | 2015 | 0,0 | 302 | 18,2 | 6,6 | 38,4 | 2,0 | 17,9 | 10,6 | 1,0 | 0,0 | 2,3 | 2,6 | 0,3 | 93,7 | 6,0 |
| | 2014 | 0,0 | 293 | 20,8 | 7,5 | 32,8 | 4,4 | 15,4 | 11,9 | 1,4 | 0,3 | 1,7 | 1,7 | 2,0 | 92,8 | 5,1 |
| | 2003-2013 | 6,5 | 2653 | 9,3 | 3,8 | 31,5 | 2,5 | 15,4 | 14,7 | 2,7 | 0,1 | 1,4 | 4,7 | 7,5 | 77,1 | 8,8 |
| Odense | 2018 | 12,9 | 365 | 5,5 | 15,9 | 15,9 | 4,7 | 20,0 | 18,1 | 4,7 | 0,0 | 0,8 | 1,1 | 0,5 | 80,0 | 6,6 |
| | 2017 | 0,6 | 361 | 23,5 | 13,6 | 14,7 | 5,3 | 25,2 | 11,6 | 3,3 | 0,0 | 1,9 | 0,0 | 0,3 | 93,9 | 5,3 |
| | 2016 | 0,0 | 333 | 23,4 | 10,8 | 21,3 | 3,6 | 24,0 | 10,5 | 1,8 | 0,0 | 1,5 | 0,6 | 2,4 | 93,7 | 3,9 |
| | 2015 | 0,0 | 325 | 18,8 | 13,5 | 19,4 | 4,6 | 18,2 | 11,1 | 2,2 | 0,0 | 2,2 | 2,5 | 7,7 | 85,5 | 6,8 |
| | 2014 | 0,0 | 267 | 17,6 | 12,7 | 21,3 | 3,4 | 19,5 | 14,6 | 4,5 | 0,0 | 0,0 | 1,9 | 4,5 | 89,1 | 6,4 |
| | 2003-2013 | 9,7 | 2314 | 9,3 | 6,1 | 24,3 | 3,5 | 16,3 | 13,0 | 2,2 | 0,1 | 0,6 | 3,2 | 11,7 | 72,6 | 6,1 |
| Aarhus | 2018 | 15,7 | 267 | 7,9 | 22,8 | 14,2 | 6,7 | 15,4 | 10,1 | 4,1 | 0,0 | 1,9 | 0,4 | 0,7 | 77,2 | 6,4 |
| | 2017 | 4,3 | 230 | 27,0 | 7,8 | 23,5 | 6,1 | 14,8 | 9,1 | 1,3 | 0,0 | 1,3 | 3,0 | 1,7 | 88,3 | 5,7 |
| | 2016 | 0,0 | 232 | 25,9 | 15,5 | 23,3 | 2,6 | 17,2 | 8,6 | 1,7 | 0,4 | 1,7 | 1,7 | 1,3 | 93,1 | 5,6 |
| | 2015 | 1,6 | 182 | 24,2 | 10,4 | 26,4 | 3,8 | 17,0 | 6,0 | 3,8 | 0,0 | 1,6 | 1,6 | 3,3 | 87,9 | 7,1 |
| | 2014 | 0,0 | 205 | 20,5 | 18,5 | 22,0 | 4,9 | 23,4 | 6,3 | 0,5 | 0,0 | 1,0 | 1,0 | 2,0 | 95,6 | 2,4 |
| | 2003-2013 | 11,1 | 1916 | 9,3 | 4,6 | 21,5 | 2,7 | 16,4 | 13,7 | 4,1 | 0,0 | 1,4 | 5,4 | 9,9 | 68,2 | 10,9 |
| Aalborg | 2018 | 14,4 | 195 | 8,7 | 25,1 | 17,4 | 3,1 | 12,8 | 10,8 | 2,1 | 0,0 | 2,6 | 0,5 | 2,6 | 77,9 | 5,1 |
| | 2017 | 0,5 | 192 | 33,3 | 9,4 | 20,8 | 4,2 | 16,1 | 10,9 | 1,0 | 0,0 | 0,5 | 0,5 | 2,6 | 94,8 | 2,1 |
| | 2016 | 0,6 | 169 | 20,1 | 7,7 | 30,8 | 5,3 | 20,7 | 9,5 | 1,8 | 0,0 | 1,2 | 1,2 | 1,2 | 94,1 | 4,1 |
| | 2015 | 0,0 | 147 | 23,8 | 10,9 | 21,8 | 6,8 | 12,9 | 17,7 | 1,4 | 0,0 | 0,0 | 2,0 | 2,7 | 93,9 | 3,4 |
| | 2014 | 1,5 | 131 | 26,0 | 14,5 | 21,4 | 6,9 | 16,0 | 9,9 | 0,0 | 0,0 | 1,5 | 0,8 | 1,5 | 94,7 | 2,3 |
| | 2003-2013 | 11,0 | 927 | 11,2 | 5,6 | 19,1 | 2,0 | 19,6 | 13,9 | 4,4 | 0,1 | 1,4 | 4,7 | 6,8 | 71,5 | 10,7 |
| Danmark | 2018 | 12,9 | 1192 | 7,6 | 20,7 | 15,8 | 4,9 | 15,8 | 14,2 | 3,4 | 0,1 | 1,3 | 1,0 | 2,4 | 78,9 | 5,7 |
| | 2017 | 1,4 | 1083 | 24,3 | 10,6 | 22,1 | 4,4 | 18,1 | 10,9 | 1,8 | 0,0 | 1,2 | 1,4 | 3,8 | 90,4 | 4,4 |
| | 2016 | 0,1 | 1047 | 22,8 | 11,2 | 22,1 | 3,6 | 19,8 | 10,7 | 2,3 | 0,1 | 1,6 | 1,7 | 4,0 | 90,2 | 5,7 |
| | 2015 | 0,3 | 956 | 20,4 | 10,4 | 27,1 | 4,0 | 17,1 | 11,0 | 2,0 | 0,0 | 1,8 | 2,3 | 3,8 | 89,9 | 6,1 |
| | 2014 | 0,2 | 896 | 20,5 | 12,6 | 25,2 | 4,6 | 18,5 | 11,2 | 1,9 | 0,1 | 1,0 | 1,5 | 2,7 | 92,6 | 4,5 |
| | 2003-2013 | 9,1 | 7810 | 9,5 | 4,9 | 25,5 | 2,8 | 16,4 | 13,8 | 3,1 | 0,1 | 1,2 | 4,4 | 9,3 | 72,9 | 8,7 |

På de udredende afdelinger foretages stadietinddeling – cTNM på baggrund af hvilken beslutning om operation foretages. Ses udelukkende på N-stadiet vil man typisk beslutte at tilbyde patienter i stadiet N0-N1 operation uden forudgående behandling, hvorimod patienter i stadiet N2 tilbydes onkologisk behandling evt. efterfulgt af kirurgi, mens patienter i stadiet N3 tilbydes onkologisk behandling. Det er derfor en kvalitetsparameter, at antallet af ”fejlvurderede” cN-stadier er så lille som muligt. Dette kan bedømmes vha. den peroperative N-stadieinddeling – pN. Følgende tabeller viser resultaterne vedrørende dette fordelt på afdelinger og regioner:

7.2.4.3 Tabel cN/pN skift – afdelinger

| Afdeling | Antal | Valide pN | Valide cN | cN/pN skift | cN/pN skift(%) |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Rigshospitalet | 365 | 342 | 324 | 23 | 6,3 |
| Odense | 365 | 362 | 354 | 31 | 8,5 |
| Aarhus | 267 | 264 | 263 | 14 | 5,2 |
| Aalborg | 195 | 189 | 193 | 7 | 3,6 |
| Danmark | 1192 | 1157 | 1134 | 75 | 6,3 |

7.2.4.4 Tabel cN/pN skift – regioner

| Afdeling | Antal | Valide pN | Valide cN | cN/pN skift | cN/pN skift(%) |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|----------------|
| Hovedstaden | 314 | 295 | 281 | 22 | 7,0 |
| Sjælland | 172 | 167 | 158 | 13 | 7,6 |
| Syddanmark | 238 | 236 | 234 | 19 | 8,0 |
| Midtjylland | 273 | 270 | 268 | 14 | 5,1 |
| Nordjylland | 195 | 189 | 193 | 7 | 3,6 |
| Danmark | 1192 | 1157 | 1134 | 75 | 6,3 |

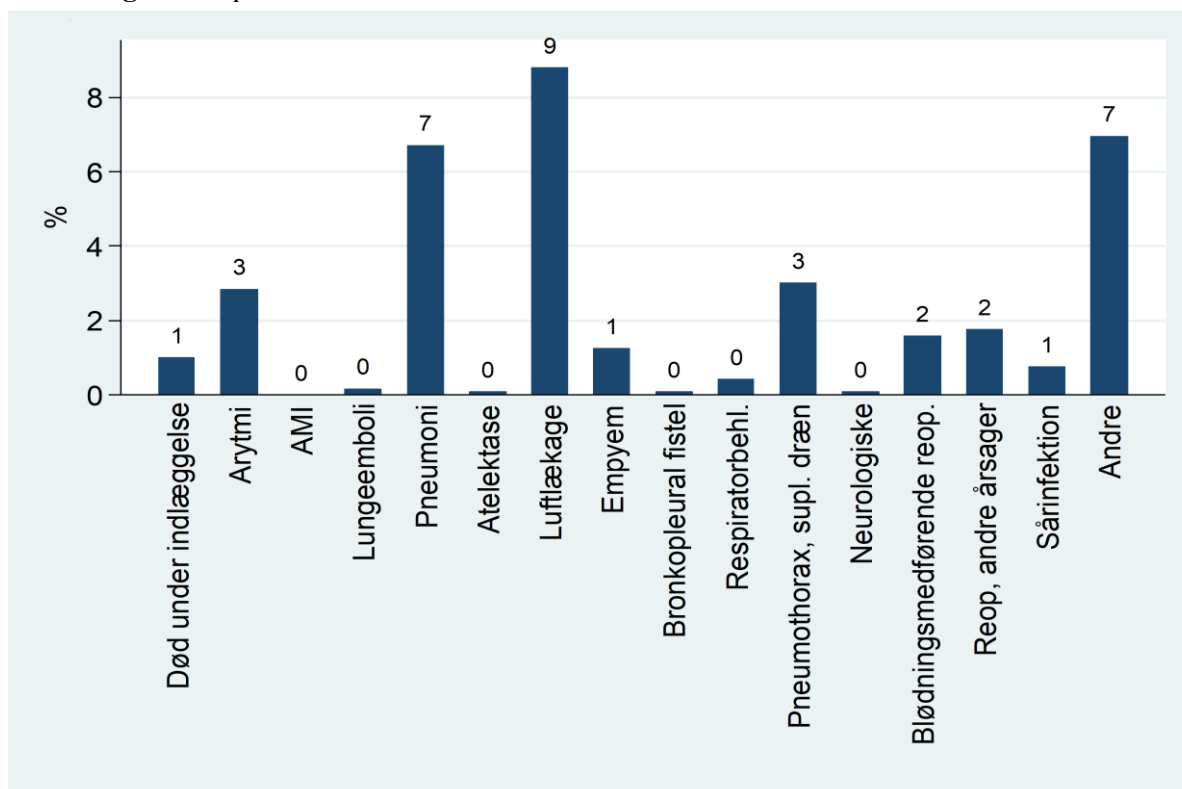
7.2.5 Komplikationer og risikofaktorer

Komplikationsfrekvensen på de udførte operationer i DK i 2018 angives i den følgende tabel og graf, idet død angiver død under indlæggelse på den opererende afdeling. Hver patient kan have registreret mere end 1 komplikation.

7.2.5.1 Tabel Komplikationer DK

| Antal operationer i 2018 | 1192 |
|----------------------------|------|
| Komplikationer (%) | 35,6 |
| Død under indlæggelse | 1,0 |
| Arytmi | 2,9 |
| AMI | 0,0 |
| Lungeemboli | 0,2 |
| Pneumoni | 6,7 |
| Atelektase | 0,1 |
| Luftlækage | 8,8 |
| Empyem | 1,3 |
| Bronkopleural fistel | 0,1 |
| Respirator behandling | 0,4 |
| Pneumothorax - suppl. dræn | 3,0 |
| Neurologisk komplikation | 0,1 |
| Blødning medf. reoperation | 1,6 |
| Reoperation af anden årsag | 1,8 |
| Sår infektion | 0,8 |
| Andre komplikationer | 7,0 |

7.2.5.2 Figur Komplikationer



7.2.5.3 Tabel Komplikationer afdelinger

| | Rigshospitalet | Odense | Aarhus | Aalborg | I alt |
|----------------------------|-----------------------|---------------|---------------|----------------|--------------|
| Død under indlæggelse | 0,8 | 1,1 | 0,7 | 1,5 | 1,0 |
| Arytmi | 5,5 | 1,4 | 1,9 | 2,1 | 2,9 |
| AMI | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| Lungeemboli | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,5 | 0,2 |
| Pneumoni | 13,4 | 2,7 | 3,4 | 6,2 | 6,7 |
| Atelektase | 0,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,1 |
| Luftlækage | 11,2 | 6,8 | 6,4 | 11,3 | 8,8 |
| Empyem | 2,2 | 0,3 | 1,9 | 0,5 | 1,3 |
| Bronkopleural fistel | 0,0 | 0,0 | 0,4 | 0,0 | 0,1 |
| Respirator behandling | 0,8 | 0,0 | 0,0 | 1,0 | 0,4 |
| Pneumothorax - suppl. dræn | 4,7 | 1,6 | 2,2 | 3,6 | 3,0 |
| Neurologisk komplikation | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,5 | 0,1 |
| Blødning medf. reoperation | 0,8 | 1,4 | 2,6 | 2,1 | 1,6 |
| Reoperation af anden årsag | 1,1 | 1,9 | 2,2 | 2,1 | 1,8 |
| Sår infektion | 0,8 | 0,0 | 1,9 | 0,5 | 0,8 |
| Andre komplikationer | 11,0 | 6,0 | 4,1 | 5,1 | 7,0 |
| Antal | 365 | 365 | 267 | 195 | 1.192 |

Antal komplikationerne og indlæggelsestid:

7.2.5.4 Tabel Komplikationer antal

| Antal komplikationer | Antal | Procent af operationer | Median indlæggelsestid | Gennemsnits indlæggelsestid |
|-----------------------------|--------------|-------------------------------|-------------------------------|------------------------------------|
| 0 | 901 | 75,6 | 3,0 | 3,9 |
| 1 | 209 | 17,5 | 8,0 | 8,7 |
| 2 | 45 | 3,8 | 11,0 | 13,5 |
| 3 eller flere | 37 | 3,1 | 19,0 | 22,3 |
| Total | 1192 | 100,0 | 4,0 | 5,7 |

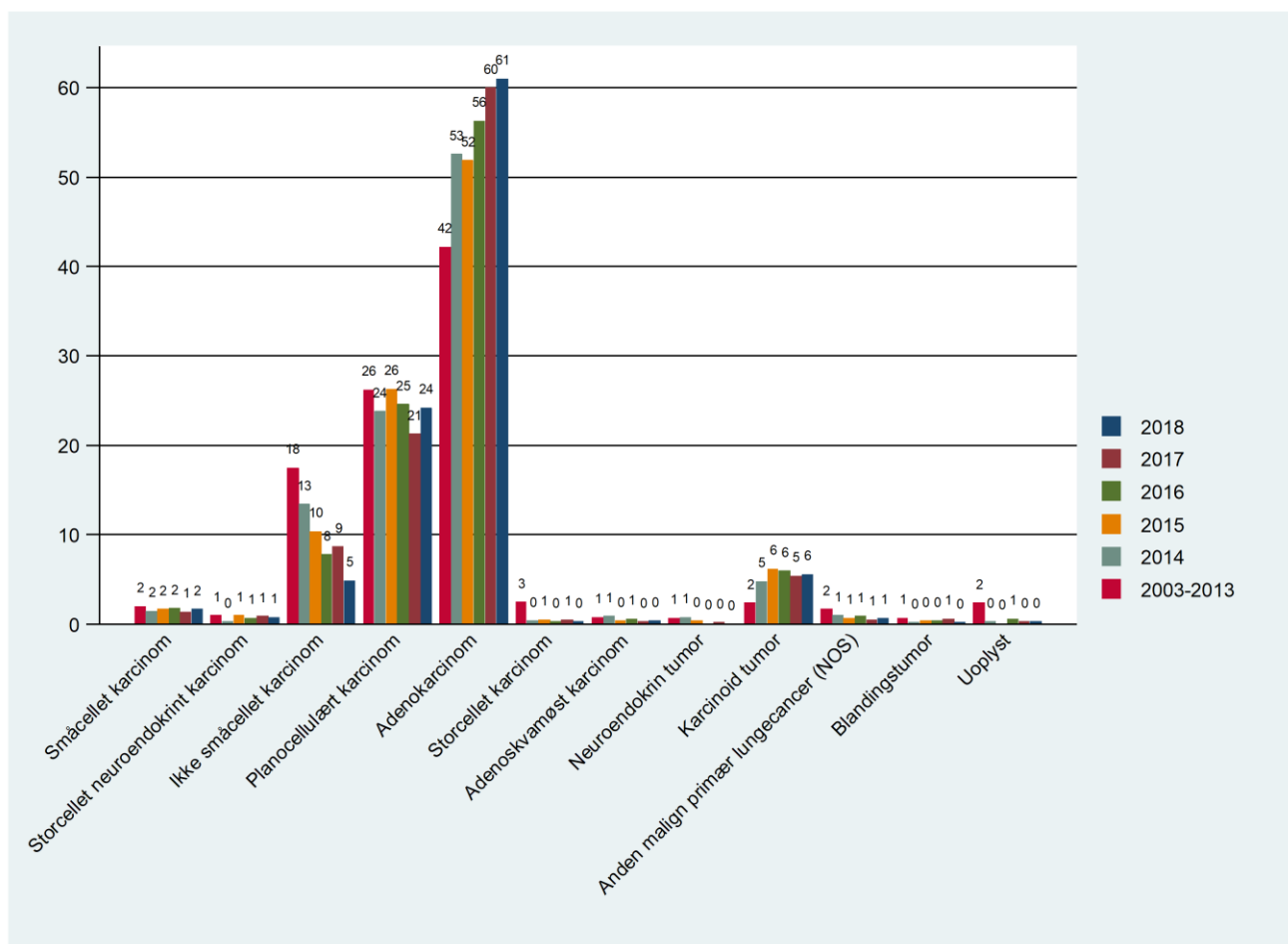
7.2.6 Patologi

Patologityperne fordeler sig i % i populationen 2003 – 2017 således:

7.2.6.1 Tabel Patologityper per år

| Patologityper per år | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|---------------------------------------|--------------|--------------|--------------|------------|------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 1,7 | 1,4 | 1,8 | 1,7 | 1,5 | 2,0 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,8 | 0,9 | 0,7 | 1,0 | 0,3 | 1,0 |
| Ikke småcellet karcinom | 4,9 | 8,7 | 7,8 | 10,4 | 13,4 | 17,5 |
| Planocellulært karcinom | 24,2 | 21,3 | 24,6 | 26,3 | 23,8 | 26,2 |
| Adenokarcinom | 61,0 | 60,0 | 56,3 | 51,9 | 52,6 | 42,2 |
| Storcellet karcinom | 0,3 | 0,5 | 0,3 | 0,5 | 0,4 | 2,5 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,4 | 0,3 | 0,6 | 0,4 | 0,9 | 0,8 |
| Neuroendokrin tumor | 0,0 | 0,2 | 0,1 | 0,4 | 0,8 | 0,7 |
| Karcinoid tumor | 5,6 | 5,4 | 6,0 | 6,2 | 4,8 | 2,4 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 0,7 | 0,5 | 0,9 | 0,7 | 1,0 | 1,7 |
| Blandingstumor | 0,2 | 0,6 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 0,7 |
| Uoplyst | 0,3 | 0,3 | 0,6 | 0,1 | 0,3 | 2,4 |
| I alt | 1.192 | 1.083 | 1.047 | 956 | 896 | 7.810 |

7.2.6.2 Figur Patologityper per år – totalt



7.2.6.3 Tabel Patologityper per år – kvinder

| Patologityper per år | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 1,9 | 0,9 | 1,4 | 2,3 | 2,0 | 1,8 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,9 | 0,9 | 0,2 | 0,8 | 0,0 | 0,9 |
| Ikke småcellet karcinom | 4,1 | 8,4 | 5,5 | 9,5 | 11,8 | 17,0 |
| Planocellulært karcinom | 16,3 | 15,7 | 17,3 | 18,5 | 11,3 | 17,5 |
| Adenokarcinom | 67,7 | 63,9 | 63,9 | 58,1 | 65,6 | 50,2 |
| Storcellet karcinom | 0,2 | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 2,5 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,6 | 0,0 | 0,4 | 0,4 | 0,4 | 0,6 |
| Neuroendokrin tumor | 0,0 | 0,2 | 0,0 | 0,6 | 0,4 | 0,7 |
| Karcinoid tumor | 7,5 | 8,0 | 9,3 | 8,4 | 6,7 | 3,7 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 0,6 | 0,5 | 0,7 | 0,6 | 0,9 | 1,6 |
| Blandingstumor | 0,2 | 0,9 | 0,4 | 0,6 | 0,2 | 0,8 |
| Uoplyst | 0,0 | 0,4 | 0,7 | 0,0 | 0,2 | 2,7 |
| I alt | 637 | 560 | 562 | 525 | 451 | 3.791 |

7.2.6.4 Tabel Patologityper per år – mænd:

| Patologityper per år | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|---------------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 1,4 | 1,9 | 2,3 | 0,9 | 0,9 | 2,1 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,7 | 1,0 | 1,2 | 1,4 | 0,7 | 1,1 |
| Ikke småcellet karcinom | 5,9 | 9,0 | 10,5 | 11,4 | 15,1 | 18,0 |
| Planocellulært karcinom | 33,2 | 27,3 | 33,2 | 35,7 | 36,4 | 34,4 |
| Adenokarcinom | 53,3 | 55,8 | 47,4 | 44,3 | 39,3 | 34,6 |
| Storcellet karcinom | 0,4 | 0,8 | 0,2 | 0,7 | 0,4 | 2,5 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,2 | 0,6 | 0,8 | 0,5 | 1,3 | 1,1 |
| Neuroendokrin tumor | 0,0 | 0,2 | 0,2 | 0,2 | 1,1 | 0,6 |
| Karcinoid tumor | 3,4 | 2,5 | 2,3 | 3,5 | 2,9 | 1,2 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 0,7 | 0,4 | 1,0 | 0,9 | 1,1 | 1,7 |
| Blandingstumor | 0,2 | 0,4 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 0,7 |
| Uoplyst | 0,5 | 0,2 | 0,4 | 0,2 | 0,4 | 2,1 |
| I alt | 555 | 523 | 485 | 431 | 445 | 4.019 |

7.2.6.5 Tabel Operationstyper i % og Patologityper

| Patologitype | Antal | Eksplorativt | Kile | Segment | Lobektomi | Pneumonektomi |
|---------------------------------------|--------------|--------------|------------|------------|-------------|---------------|
| Småcellet karcinom | 20 | 0,0 | 35,0 | 10,0 | 55,0 | 0,0 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 10 | 0,0 | 30,0 | 10,0 | 60,0 | 0,0 |
| Ikke småcellet karcinom | 59 | 3,4 | 3,4 | 3,4 | 84,7 | 5,1 |
| Planocellulært karcinom | 288 | 1,4 | 6,9 | 2,1 | 81,9 | 7,6 |
| Adenokarcinom | 727 | 1,0 | 9,2 | 3,2 | 85,3 | 1,4 |
| Storcellet karcinom | # | # | # | # | # | # |
| Adenoskvamøst karcinom | 5 | 0,0 | 20,0 | 0,0 | 80,0 | 0,0 |
| Karcinoid tumor | 67 | 1,5 | 16,4 | 1,5 | 74,6 | 6,0 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 8 | 0,0 | 12,5 | 0,0 | 87,5 | 0,0 |
| Blandingstumor | # | # | # | # | # | # |
| Uoplyst | # | # | # | # | # | # |
| I alt | 1.192 | 1,2 | 9,6 | 2,9 | 83,1 | 3,3 |

7.3 Onkologi

Værdien af de onkologiske behandlingsdata i Årsrapporten er som i tidligere år usikker pga. mangelfuld indberetning. Totalt set mangler 24 % af patientforløbene behandlingsdata for 2018. Hvor mange der reelt set ikke har modtaget behandling er uvist, da det kan skyldes manglende registrering af en første behandlingsmodalitet.

Datakompletheden og detaljeringsgraden på de onkologiske data er fortsat ikke anvendelige til at monitorere behandlingseffekt. Behandlingsdata er forsøgt opdelt i forhold til behandlingsintention, men der er fortsat behov for en større nuancering af både den medicinske behandling og strålebehandlingen. Den medicinske onkologiske behandling er opgivet som kemoterapi, men dækker også over immunterapi og targeteret behandling.

I 2018 er 36 % lungekræftpatienter registreret med et kurativt behandlingstilbud. Af NSCLC populationen er 40 % registreret med et kurativt tilbud. Strålebehandling og/eller operation udgør de kurative behandlingstilbud til lungekræftpatienterne. Immunterapi gives ved metastatisk sygdom som pallierende behandling med sigte på symptom lindring og levetidsforlængelse, men for en mindre gruppe opnås langtidsoverlevelse, og det er først nu vi begynder at have follow-up på vores først behandlede patienter med immunterapi, og vover at tale om potentiel helbredelse, når man nærmer sig flere års stabil sygdom uden behandling. Formentlig har indførelsen af immunterapien været med til at rykke på overlevelsen blandt NSCLC patienter og afspejles nok i første omgang i bedret 1- og 2- års overlevelse.

Af 4820 patienter registreret i DLCR med diagnosedato i 2018 er første registrerede behandlingsmodalitet hos 23 % resektion, 32 % har modtaget medicinsk onkologisk behandling og 21 % strålebehandling medens 24 % ikke er registreret med en behandling i 2018.

Karin Holmskov

Formand for Dansk Onkologisk Lungecancer Gruppe - DOLG

www.DOLG.dk

7.3.1 Onkologiske forløb

Afdelingerne har indberettet i alt 3110 patienter med en 1. onkologisk behandlingsdato i 2018. Antal indberettede fra de enkelte afdelinger fremgår af følgende, hvoraf også fremgår indberetninger fra de foregående år.

7.3.1.1 Tabel Antal forløb – afdelinger

| Afdeling | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|----------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 321 | 376 | 356 | 396 | 484 | 350 |
| Herlev | 339 | 328 | 380 | 347 | 348 | 343 |
| Hillerød | 113 | 106 | 102 | 109 | 133 | 92 |
| Roskilde | 112 | 190 | 219 | 187 | 215 | 141 |
| Næstved | 300 | 250 | 295 | 301 | 278 | 188 |
| Bornholm | 12 | 17 | 22 | 25 | 26 | 14 |
| Odense | 508 | 493 | 497 | 444 | 498 | 403 |
| Sønderborg | 70 | 80 | 57 | 68 | 28 | 20 |
| Vejle | 317 | 339 | 283 | 291 | 291 | 265 |
| Herning | 144 | 122 | 132 | 120 | 100 | 41 |
| Aarhus | 591 | 597 | 591 | 581 | 594 | 468 |
| Aalborg | 283 | 309 | 329 | 310 | 293 | 272 |
| Danmark | 3110 | 3207 | 3263 | 3179 | 3288 | 2598 |

7.3.2 Behandlingsaktivitet

Afdelingerne har i 2018 indberettet behandlingsmodaliteter, som det fremgår af det følgende. Terapien regnes for kurativ, når der er registreret mere end 20 strålebehandlinger eller mere end 2 stereotaktiske strålebehandlinger. Dermed fordeler den gennemførte kurative terapi sig således:

7.3.2.1 Tabel Behandlingstype i % af samlet antal behandlinger – kurativ intenderet stråleterapi gennemført

| Afdeling | Antal Behandlinger | Ikke Stereotaktisk Strålebeh % | Stereotaktisk Strålebeh % |
|----------------|--------------------|--------------------------------|---------------------------|
| Rigshospitalet | 71 | 47,9 | 52,1 |
| Herlev | 53 | 100,0 | 0,0 |
| Hillerød | # | # | # |
| Roskilde | 16 | 87,5 | 12,5 |
| Næstved | 39 | 100,0 | 0,0 |
| Bornholm | 5 | 100,0 | 0,0 |
| Odense | 253 | 29,2 | 70,8 |
| Vejle | 70 | 91,4 | 8,6 |
| Herning | # | # | # |
| Aarhus | 213 | 48,4 | 51,6 |
| Aalborg | 27 | 100,0 | 0,0 |
| Danmark | 753 | 55,6 | 44,4 |

Den palliative terapi gives således:

7.3.2.2 Tabel Behandlingstype i % af samlet antal behandlinger – palliativ intenderet terapi

| Afdeling | Antal Behandlinger | Strålebeh % | Medicinsk onkologisk beh % |
|----------------|--------------------|-------------|----------------------------|
| Rigshospitalet | 214 | 46,7 | 53,3 |
| Herlev | 236 | 61,0 | 39,0 |
| Hillerød | 88 | 0,0 | 100,0 |
| Roskilde | 74 | 0,0 | 100,0 |
| Næstved | 232 | 28,0 | 72,0 |
| Bornholm | 5 | 0,0 | 100,0 |
| Odense | 224 | 56,3 | 43,8 |
| Sønderborg | 57 | 0,0 | 100,0 |
| Vejle | 196 | 28,1 | 71,9 |
| Herning | 135 | 0,0 | 100,0 |
| Aarhus | 318 | 46,2 | 53,8 |
| Aalborg | 228 | 28,9 | 71,1 |
| Danmark | 2007 | 35,0 | 65,0 |

Palliativ intenderet stråleterapi gives denne på følgende
Den adjuverende terapi efter kirurgi gives således:

7.3.2.5 Tabel Behandlingstype i % af samlet antal behandlinger – adjuverende terapi

| Afdeling | Antal Behandlinger | Strålebeh % | Medicinsk onkologisk beh % |
|----------------|--------------------|-------------|----------------------------|
| Rigshospitalet | 35 | 31,4 | 68,6 |
| Herlev | 50 | 28,0 | 72,0 |
| Hillerød | 21 | 0,0 | 100,0 |
| Roskilde | 22 | 0,0 | 100,0 |
| Næstved | 23 | 8,7 | 91,3 |
| Bornholm | 2 | 0,0 | 100,0 |
| Odense | 31 | 16,1 | 83,9 |
| Sønderborg | 12 | 0,0 | 100,0 |
| Vejle | 33 | 3,0 | 97,0 |
| Herning | 6 | 0,0 | 100,0 |
| Aarhus | 60 | 21,7 | 78,3 |
| Aalborg | 24 | 0,0 | 100,0 |
| Danmark | 319 | 14,4 | 85,6 |

7.3.3 Patologi

7.3.3.1 Tabel Patologityper per år total

| Patologityper | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 17,2 | 16,6 | 15,0 | 17,5 | 17,5 | 19,0 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,8 | 1,0 | 0,9 | 0,9 | 1,1 | 0,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 8,0 | 8,9 | 12,1 | 12,7 | 13,9 | 16,7 |
| Planocellulært karcinom | 20,9 | 20,8 | 18,3 | 19,6 | 17,6 | 17,2 |
| Adenokarcinom | 47,5 | 45,9 | 46,4 | 41,2 | 41,1 | 30,6 |
| Storcellet karcinom | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,4 | 1,7 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,2 | 0,3 | 0,2 | 0,3 | 0,6 | 0,4 |
| Neuroendokrin tumor | 0,3 | 1,1 | 0,6 | 0,8 | 0,8 | 0,6 |
| Karcinoid tumor | 0,3 | 0,1 | 0,4 | 0,2 | 0,2 | 0,1 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 2,4 | 2,8 | 3,9 | 3,0 | 3,4 | 8,8 |
| Blandingstumor | 1,7 | 1,8 | 1,6 | 2,6 | 2,7 | 2,8 |
| Ingen patologi | 0,7 | 0,7 | 0,7 | 0,8 | 0,7 | 1,4 |
| I alt | 3110 | 3207 | 3263 | 3179 | 3288 | 28576 |

7.3.3.2 Tabel Patologityper per år – kvinder:

| Patologityper | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 18,1 | 17,0 | 16,2 | 18,5 | 17,7 | 19,6 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,8 | 1,2 | 0,8 | 1,1 | 1,0 | 0,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 6,4 | 8,6 | 10,9 | 12,5 | 14,9 | 16,6 |
| Planocellulært karcinom | 15,3 | 15,1 | 13,2 | 13,5 | 12,0 | 12,2 |
| Adenokarcinom | 54,2 | 51,8 | 52,6 | 46,4 | 45,9 | 35,3 |
| Storcellet karcinom | 0,0 | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,3 | 1,6 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,1 | 0,2 | 0,2 | 0,1 | 0,3 | 0,3 |
| Neuroendokrin tumor | 0,3 | 1,0 | 0,6 | 0,6 | 1,1 | 0,7 |
| Karcinoid tumor | 0,4 | 0,1 | 0,5 | 0,3 | 0,3 | 0,2 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 1,7 | 2,3 | 2,9 | 2,6 | 3,4 | 8,7 |
| Blandingstumor | 2,0 | 1,9 | 1,6 | 3,1 | 2,2 | 2,8 |
| Ingen patologi | 0,6 | 0,7 | 0,4 | 1,0 | 0,9 | 1,3 |
| I alt | 1569 | 1621 | 1564 | 1602 | 1606 | 13657 |

7.3.3.3 Tabel Patologityper per år - mænd:

| Patologityper | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 16,2 | 16,2 | 13,9 | 16,5 | 17,4 | 18,5 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 0,8 | 0,8 | 0,9 | 0,6 | 1,2 | 0,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 9,7 | 9,3 | 13,2 | 12,9 | 12,9 | 16,8 |
| Planocellulært karcinom | 26,6 | 26,7 | 23,1 | 25,8 | 22,9 | 21,7 |
| Adenokarcinom | 40,6 | 39,8 | 40,7 | 35,9 | 36,6 | 26,2 |
| Storcellet karcinom | 0,1 | 0,1 | 0,1 | 0,3 | 0,4 | 1,8 |
| Adenoskvamøst karcinom | 0,3 | 0,4 | 0,2 | 0,6 | 0,8 | 0,5 |
| Neuroendokrin tumor | 0,3 | 1,1 | 0,5 | 1,0 | 0,5 | 0,6 |
| Karcinoid tumor | 0,1 | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 0,2 | 0,1 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 3,0 | 3,3 | 4,7 | 3,4 | 3,4 | 9,0 |
| Blandingstumor | 1,3 | 1,8 | 1,5 | 2,2 | 3,1 | 2,8 |
| Ingen patologi | 0,8 | 0,6 | 0,9 | 0,7 | 0,5 | 1,4 |
| I alt | 1541 | 1586 | 1699 | 1577 | 1682 | 14919 |

8.0 Overlevelse og mortalitet

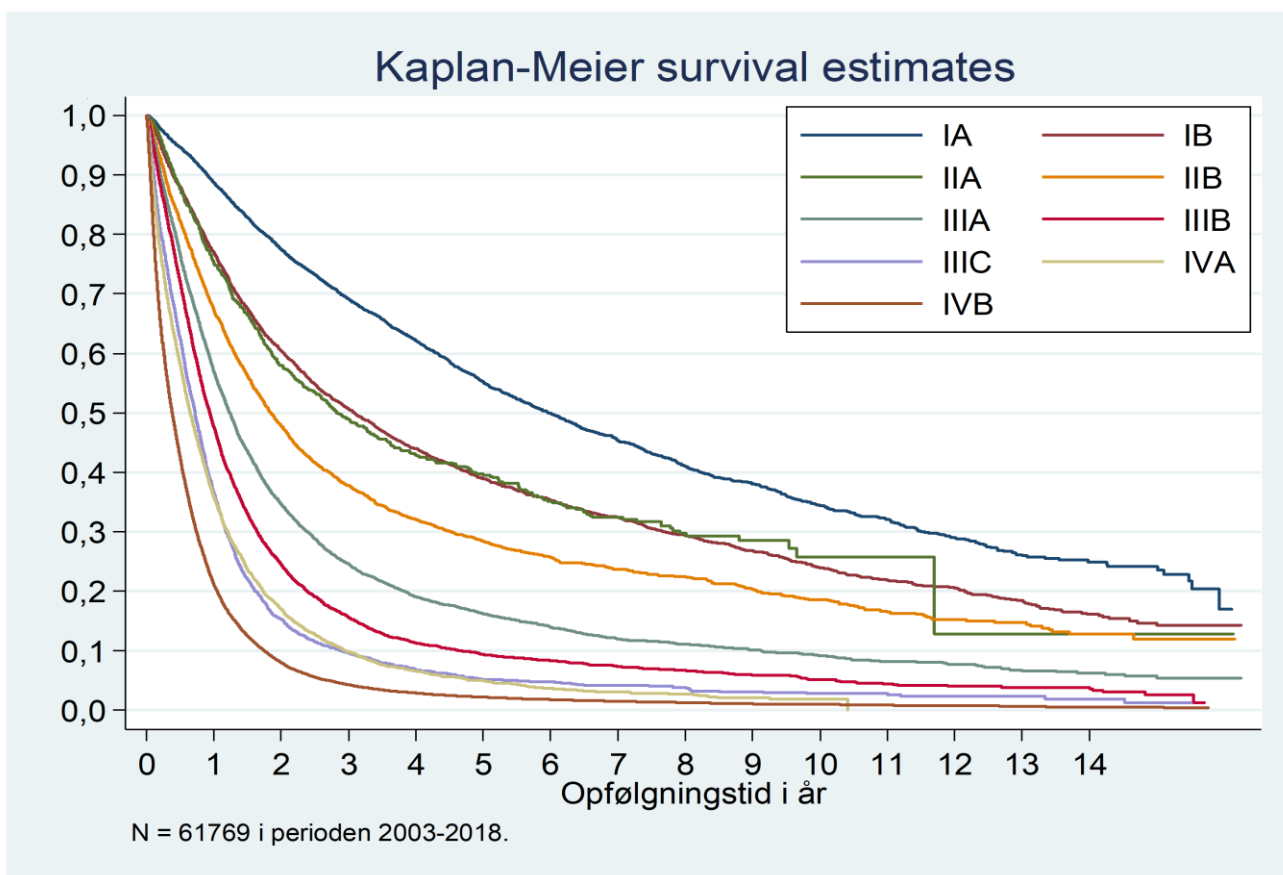
DLCG bestyrelsen besluttede på møde i november 2014 at ændre årsrapporten således at alle tabeller og grafer, der vedrører overlevelse, blev samlet i et kapitel med titlen ”Overlevelse og mortalitet”, der således nu samler alle tabeller og figurer vedr. dette fra kapitlerne om udredning, kirurgi og onkologi.

8.1 Overlevelse og Mortalitet - Udredning

8.1.1 Klinisk TNM (cTNM)

Ser man på 2003-2017 populationen, hvor der foreligger stadielangivelse (n=61769), ser overlevelseskurven således ud:

8.1.1.1 Figur Overlevelse – cTNM



Overlevelsesserterne i % for populationerne indberettet i 2003-2017 fremgår af følgende:

8.1.1.2 Tabel cTNM overlevelse

Observeret 1-års overlevelse i % af antal udredte:

| Sygdomsstadier | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IA | 90,7 | 91,7 | 88,5 | 87,9 | 91,1 | 88,1 |
| IB | 84,9 | 88,3 | 83,5 | 87,4 | 81,6 | 77,0 |
| IIA | 75,9 | 79,6 | 75,0 | 77,9 | 74,6 | 72,1 |
| IIB | 79,1 | 77,4 | 76,5 | 74,8 | 73,8 | 63,8 |
| IIIA | 65,8 | 68,2 | 63,8 | 66,7 | 60,3 | 55,4 |
| IIIB | 61,6 | 57,7 | 57,4 | 52,6 | 52,5 | 43,0 |
| IIIC | 49,5 | 44,4 | 40,9 | 39,8 | 34,3 | 34,0 |
| IVA | 46,2 | 42,7 | 40,3 | 40,0 | 37,0 | 28,5 |
| IVB | 25,8 | 23,6 | 21,2 | 21,0 | 20,3 | 19,6 |
| Uoplyst | 34,9 | 36,4 | 33,8 | 32,5 | 33,6 | 29,7 |
| I alt (stadier) | 51,4 | 50,5 | 47,3 | 46,2 | 43,8 | 38,5 |

Observeret 2-års overlevelse i % af antal udredte:

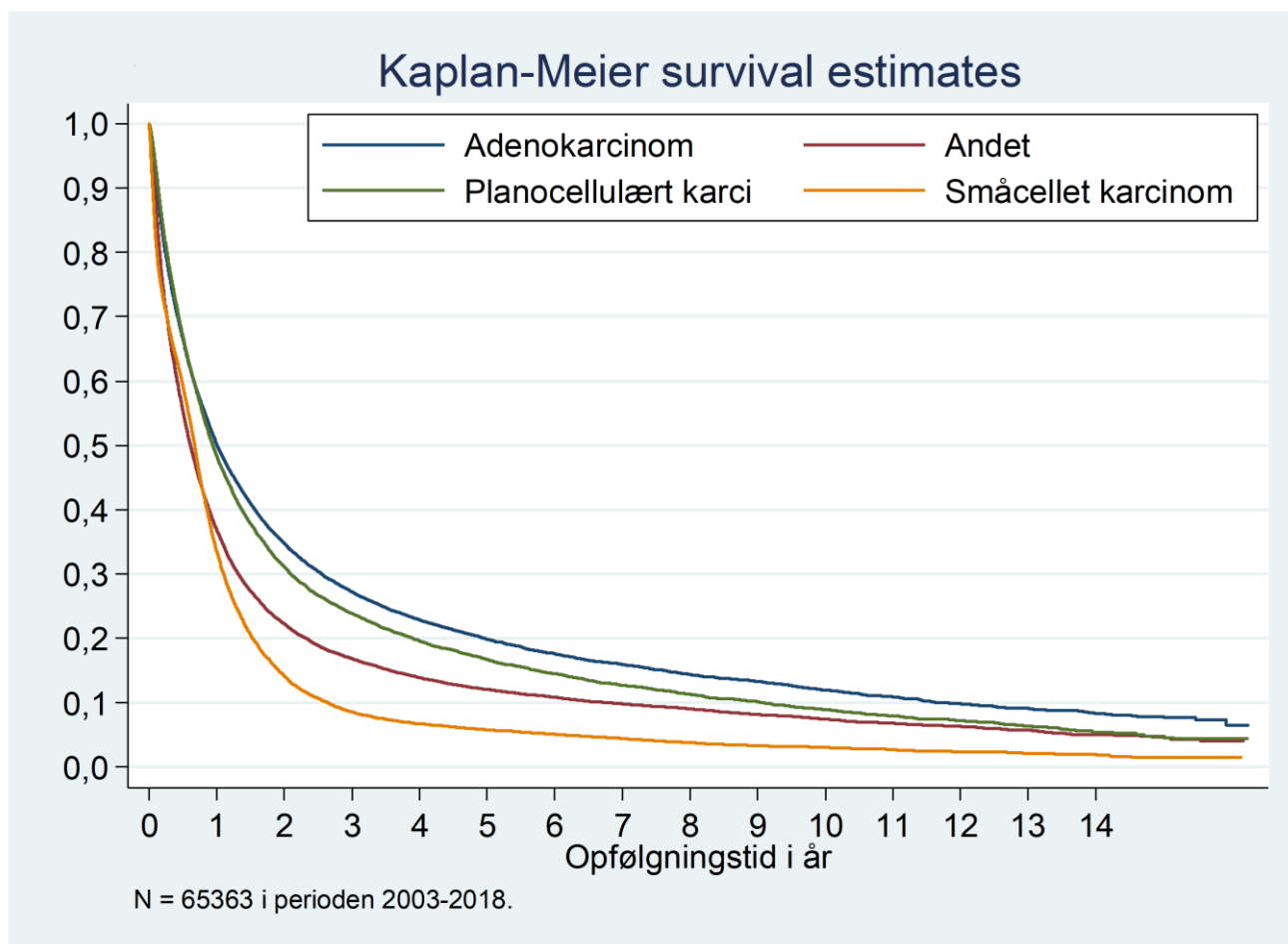
| Sygdomsstadier | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IA | 83,8 | 78,6 | 76,9 | 84,7 | 76,6 | 74,5 |
| IB | 75,6 | 68,6 | 72,2 | 69,0 | 67,2 | 58,0 |
| IIA | 62,2 | 55,3 | 57,0 | 61,2 | 66,3 | 51,9 |
| IIB | 57,4 | 57,6 | 54,8 | 54,8 | 50,8 | 42,5 |
| IIIA | 47,2 | 45,4 | 43,9 | 40,9 | 35,0 | 30,7 |
| IIIB | 34,8 | 34,8 | 29,2 | 29,1 | 26,2 | 18,8 |
| IIIC | 22,2 | 21,6 | 15,5 | 16,0 | 12,7 | 11,5 |
| IVA | 23,7 | 22,0 | 17,0 | 15,1 | 15,8 | 11,3 |
| IVB | 10,2 | 8,0 | 8,0 | 7,5 | 7,7 | 6,9 |
| Uoplyst | 25,5 | 20,0 | 19,6 | 23,9 | 18,1 | 15,8 |
| I alt (stadier) | 35,5 | 32,0 | 29,9 | 29,1 | 27,2 | 21,9 |

Observeret 5-års overlevelse i % af antal udredte:

| Sygdomsstadier | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| IA | 60,3 | 54,4 | 56,1 | 52,2 | 53,5 | 49,0 |
| IB | 46,3 | 44,8 | 51,5 | 42,7 | 43,0 | 28,6 |
| IIA | 31,3 | 44,2 | 36,5 | 39,8 | 36,8 | 38,9 |
| IIB | 31,0 | 29,7 | 29,4 | 26,4 | 26,8 | 19,2 |
| IIIA | 19,7 | 15,3 | 16,9 | 13,9 | 18,5 | 10,6 |
| IIIB | 11,9 | 10,5 | 9,0 | 7,2 | 6,3 | 5,5 |
| IIIC | 6,1 | 3,2 | 5,0 | 3,4 | 5,2 | 3,2 |
| IVA | 4,2 | 5,0 | 3,7 | 3,2 | 2,9 | 2,4 |
| IVB | 2,0 | 1,9 | 1,7 | 1,8 | 1,8 | 2,0 |
| Uoplyst | 11,6 | 8,6 | 8,1 | 8,1 | 6,4 | 7,0 |
| I alt (stadier) | 15,9 | 14,9 | 14,5 | 12,6 | 12,0 | 9,8 |

Ser man på 2003-2018 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 65363 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

8.1.1.3 Figur Overlevelse Patologityper Kaplan Meier:



8.1.2 Patologi

8.1.2.1 Tabel Overlevelse Patologityper. Observeret 1-års overlevelse i % af antal udredte:

| Patologityper | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------|
| Småcellet karcinom | 37,2 | 37,9 | 34,7 | 37,7 | 32,0 | 32,2 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 46,3 | 60,0 | 40,5 | 33,3 | 48,8 | 47,3 |
| Ikke småcellet karcinom | 48,3 | 49,1 | 48,5 | 48,6 | 43,3 | 40,8 |
| Planocellulært karcinom | 57,3 | 53,1 | 52,2 | 52,9 | 50,8 | 44,9 |
| Adenokarcinom | 59,3 | 57,0 | 55,0 | 50,8 | 49,0 | 45,3 |
| Storcellet karcinom | 50,0 | 100,0 | 46,2 | 41,7 | 38,9 | 36,3 |
| Adenoskvamøst karcinom | 55,6 | 69,2 | 38,9 | 52,0 | 40,0 | 49,2 |
| Neuroendokrin tumor | 28,6 | 38,2 | 36,4 | 45,5 | 33,3 | 29,6 |
| Karcinoid tumor | 98,5 | 92,5 | 100,0 | 90,7 | 96,4 | 90,0 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 25,2 | 28,2 | 18,7 | 25,5 | 28,0 | 22,7 |
| Blandingstumor | 38,2 | 27,5 | 26,9 | 25,2 | 23,1 | 22,6 |
| Ingen patologi | 21,4 | 21,2 | 24,0 | 22,1 | 22,4 | 27,9 |
| Antal | 4953 | 4778 | 4702 | 4722 | 4541 | |

Observeret 2-års overlevelse i % af antal udredte:

| Patologityper | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 17,8 | 16,0 | 16,1 | 15,6 | 15,8 | 12,5 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 32,5 | 21,6 | 20,5 | 32,6 | 38,5 | 30,8 |
| Ikke småcellet karcinom | 30,9 | 31,1 | 30,3 | 28,2 | 28,3 | 23,1 |
| Planocellulært karcinom | 38,2 | 36,6 | 35,3 | 32,7 | 33,0 | 26,8 |
| Adenokarcinom | 42,3 | 39,7 | 35,5 | 35,2 | 32,3 | 28,9 |
| Storcellet karcinom | 100,0 | 38,5 | 33,3 | 22,2 | 18,2 | 23,4 |
| Adenoskvamøst karcinom | 69,2 | 33,3 | 36,0 | 25,0 | 35,3 | 30,7 |
| Neuroendokrin tumor | 14,7 | 9,1 | 22,7 | 11,1 | 23,3 | 24,8 |
| Karcinoid tumor | 87,5 | 95,5 | 88,9 | 92,9 | 81,3 | 85,8 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 17,6 | 11,5 | 13,0 | 16,9 | 14,9 | 11,2 |
| Blandingstumor | 22,5 | 15,1 | 11,3 | 11,0 | 10,8 | 9,1 |
| Ingen patologi | 15,1 | 14,6 | 14,6 | 14,6 | 14,5 | 16,4 |
| Antal | 4778 | 4701 | 4720 | 4541 | 4676 | 30230 |

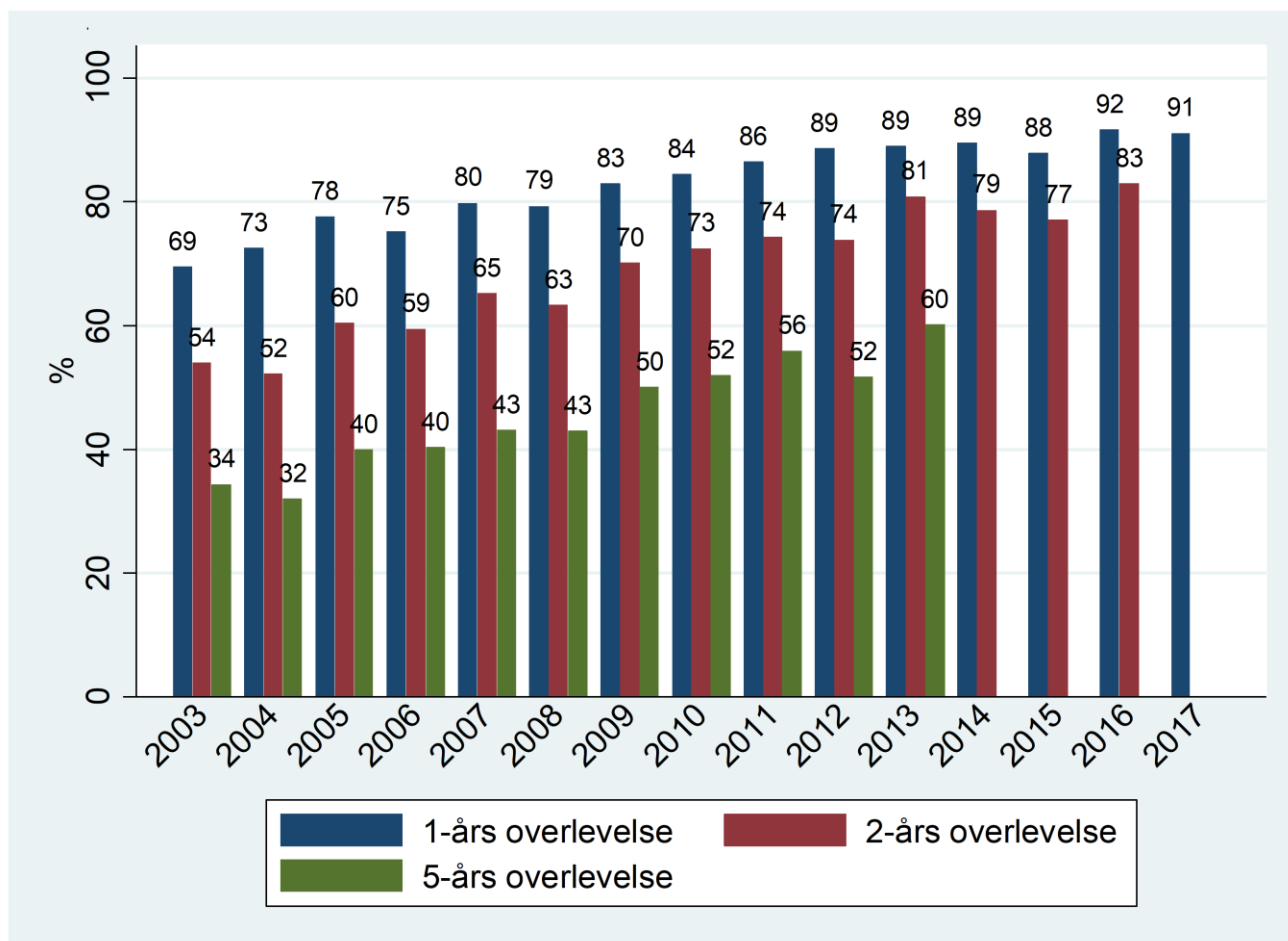
Observeret 5-års overlevelse i % af antal udredte:

| Patologityper | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 6,8 | 6,9 | 5,6 | 6,6 | 5,1 | 4,2 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 18,6 | 20,5 | 17,9 | 22,2 | 10,7 | 9,3 |
| Ikke småcellet karcinom | 14,1 | 14,6 | 15,3 | 14,1 | 10,7 | 9,9 |
| Planocellulært karcinom | 17,3 | 16,9 | 16,3 | 14,2 | 15,6 | 12,6 |
| Adenokarcinom | 20,3 | 18,6 | 18,9 | 16,6 | 15,9 | 14,2 |
| Storcellet karcinom | 11,1 | 9,1 | 18,2 | 11,1 | 22,0 | 12,2 |
| Adenoskvamøst karcinom | 5,0 | 17,6 | 10,3 | 14,3 | 23,5 | 16,0 |
| Neuroendokrin tumor | 8,3 | 20,0 | 6,9 | 10,8 | 12,1 | 21,2 |
| Karcinoid tumor | 80,4 | 77,1 | 82,0 | 75,7 | 90,0 | 54,8 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 8,2 | 7,0 | 7,8 | 3,6 | 5,3 | 4,2 |
| Blandingstumor | 4,4 | 5,4 | 2,5 | 5,6 | 4,3 | 4,5 |
| Ingen patologi | 5,4 | 6,6 | 7,9 | 6,1 | 10,7 | 9,5 |
| Antal | 4540 | 4676 | 4626 | 4635 | 4429 | 23853 |

8.2 Overlevelse og Mortalitet - Kirurgi

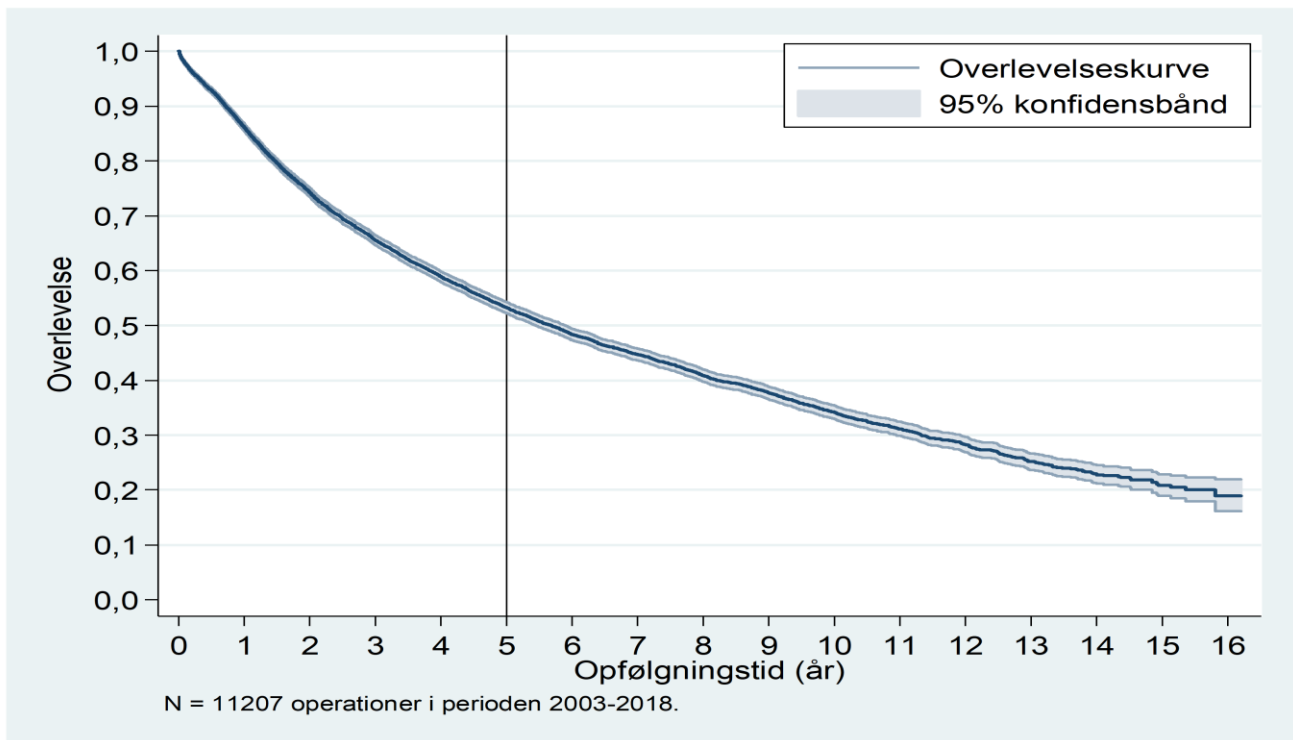
Den samlede observerede overlevelseshastighed for de enkelte år, fordelt på 1, 2 og 5 års overlevelse fremgår af følgende figur:

8.2.1.1 Figur Overlevelse 1, 2 og 5 år fordelt på indberettede per år



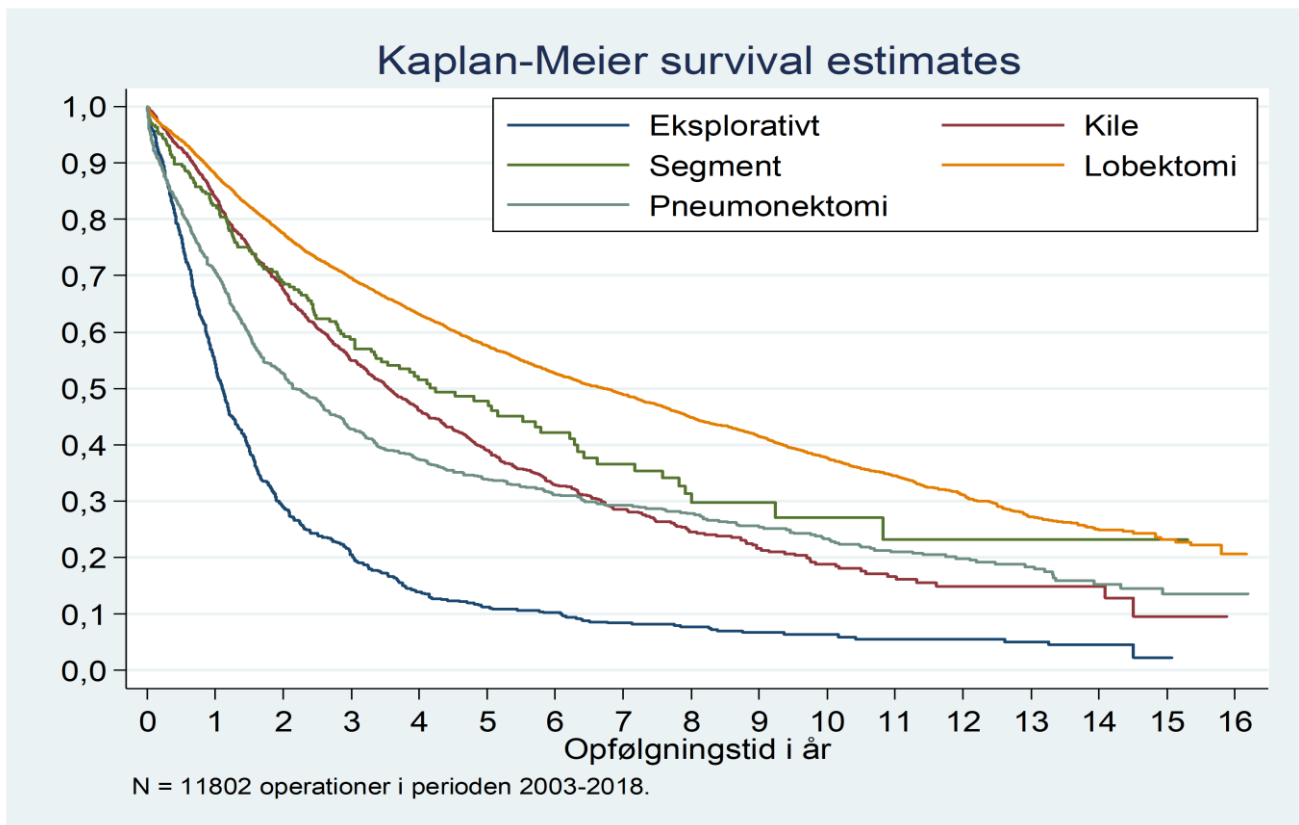
Kaplan Meier kurve for alle resecerede patienter, dvs. alle opererede undtagen de eksplorative:

8.2.1.2 Figur Overlevelse opererede patienter med resektion (eksplorerede patienter ekskluderet)



Kaplan Meier kurve for patienterne opereret i 2003-2017 fordelt efter operationstyper (n=11802):

8.2.1.3 Figur Overlevelse operationstyper 2003 – 2017 – Kaplan Meier



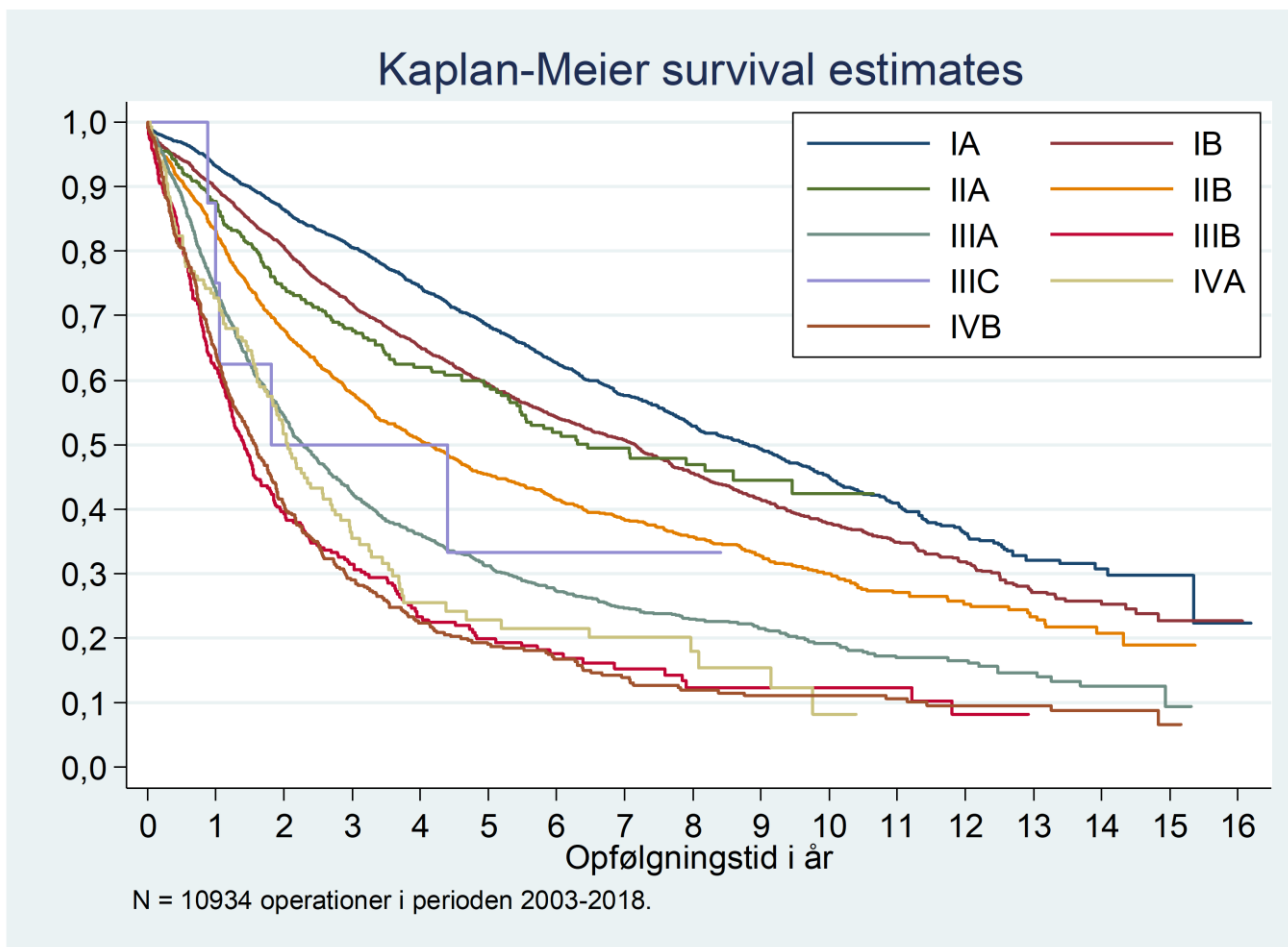
Den postoperative mortalitet (30 dages mortaliteten) i 2018 for de enkelte operationstyper er anført i tabel 8.2.1.4 med foregående år til sammenligning. Den samlede 30-dages mortalitet i DK i 2018 var 1,6%:

8.2.1.4 Tabel 30 dages postoperativ mortalitet DK og fordelt på afdelinger

| Afdeling | Type | 2018 | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2003-2013 |
|-----------------|---------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Rigshospitalet | Total | 1,6 | 1,7 | 1,0 | 0,7 | 3,1 | 2,3 |
| | Eksplorativt | 100,0 | 0,0 | 0,0 | NA | 0,0 | 6,5 |
| | Kile | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,6 |
| | Segment | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Lobektomi | 1,6 | 2,0 | 0,8 | 0,8 | 3,1 | 1,5 |
| | Pneumonektomi | 0,0 | 0,0 | 14,3 | 0,0 | 25,0 | 5,6 |
| Odense | Total | 1,7 | 1,1 | 0,9 | 2,8 | 1,1 | 2,7 |
| | Eksplorativt | 0,0 | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,8 |
| | Kile | 2,8 | 2,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,5 |
| | Segment | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 20,0 | 0,0 | 6,0 |
| | Lobektomi | 1,4 | 0,3 | 0,4 | 2,1 | 1,5 | 2,2 |
| | Pneumonektomi | 5,3 | 8,3 | 11,8 | 15,0 | 0,0 | 6,5 |
| Aarhus | Total | 0,8 | 0,4 | 0,4 | 1,6 | 1,5 | 3,3 |
| | Eksplorativt | 33,3 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 4,1 |
| | Kile | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 2,1 |
| | Segment | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Lobektomi | 0,5 | 0,5 | 0,5 | 1,5 | 1,8 | 2,6 |
| | Pneumonektomi | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 25,0 | 0,0 | 10,8 |
| Aalborg | Total | 1,6 | 1,6 | 1,2 | 3,4 | 1,5 | 3,1 |
| | Eksplorativt | 25,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | - | 13,5 |
| | Kile | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 0,9 |
| | Segment | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 10,0 | 0,0 | 0,0 |
| | Lobektomi | 1,4 | 1,4 | 0,7 | 2,9 | 1,9 | 2,1 |
| | Pneumonektomi | 0,0 | 11,1 | 20,0 | 0,0 | 0,0 | 7,4 |
| Danmark | Total | 1,4 | 1,2 | 0,9 | 2,0 | 1,9 | 2,7 |
| | Eksplorativt | 20,0 | 6,7 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 5,7 |
| | Kile | 0,8 | 1,0 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 1,6 |
| | Segment | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 7,7 | 0,0 | 3,9 |
| | Lobektomi | 1,2 | 1,0 | 0,6 | 1,6 | 2,2 | 2,0 |
| | Pneumonektomi | 2,7 | 6,7 | 11,4 | 10,0 | 2,7 | 7,3 |

Kaplan Meier kurver for de enkelte postoperative stadier (pTNM) på patienter opereret i 2003-2018:

8.2.1.5 Figur: Overlevelse pTNM – Kaplan Meier



Hvorved følgende overlevelsesrater kan opstilles:

8.2.1.6 Tabel pTNM stadie overlevelser – totalt

1 års overlevelse i % af antal operationer

| Postoperativt stadie | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IA1 | 95,4 | 94,2 | 89,7 | 95,1 | 96,6 | 92,3 |
| IA2 | 96,5 | 98,3 | 96,0 | 97,3 | 96,2 | 93,0 |
| IA3 | 93,8 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 89,6 |
| IB | 92,9 | 96,1 | 93,0 | 92,1 | 92,8 | 87,1 |
| IIA | 93,8 | 100,0 | 84,2 | 92,7 | 85,7 | 83,4 |
| IIB | 90,8 | 87,9 | 83,4 | 85,8 | 89,8 | 79,3 |
| IIIA | 80,5 | 80,2 | 78,1 | 77,0 | 82,6 | 70,3 |
| IIIB | 63,2 | 87,5 | 84,2 | 77,8 | 71,4 | 54,1 |
| IIIC | NA | 100,0 | NA | 100,0 | NA | 66,7 |
| IVA | 84,6 | 94,1 | 76,5 | 55,6 | 70,0 | 67,9 |
| IVB | 71,4 | 75,0 | 72,7 | 61,5 | 60,0 | 62,9 |
| Uoplyst | 87,5 | 82,5 | 86,5 | 92,0 | 61,8 | 73,6 |
| Total | 91,1 | 91,6 | 87,9 | 89,5 | 89,0 | 80,6 |

2 års overlevelse i % af antal operationer

| ativt stadie | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|--------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IA1 | 90,0 | 82,6 | 90,2 | 90,5 | 87,2 | 85,4 |
| IA2 | 93,2 | 91,0 | 87,6 | 92,4 | 84,8 | 83,3 |
| IA3 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 75,0 | 79,9 |
| IB | 89,6 | 85,3 | 84,6 | 86,9 | 78,9 | 75,9 |
| IIA | 92,1 | 68,4 | 73,2 | 78,6 | 67,5 | 67,4 |
| IIB | 75,8 | 70,6 | 70,4 | 75,5 | 68,7 | 61,5 |
| IIIA | 65,8 | 62,9 | 61,0 | 72,8 | 62,4 | 46,9 |
| IIIB | 66,7 | 52,6 | 66,7 | 61,9 | 53,3 | 27,3 |
| IIIC | 100,0 | NA | 100,0 | NA | NA | 33,3 |
| IVA | 64,7 | 58,8 | 55,6 | 30,0 | 50,0 | 44,4 |
| IVB | 65,0 | 36,4 | 30,8 | 53,3 | 41,2 | 37,8 |
| Uoplyst | 72,5 | 75,7 | 72,0 | 58,8 | 57,1 | 56,0 |
| Total | 82,9 | 77,1 | 78,7 | 80,8 | 73,9 | 64,6 |

5 års overlevelse i % af antal operationer

| Postoperativt stadie | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|----------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| IA1 | 70,7 | 65,4 | 65,9 | 72,0 | 68,7 | 66,7 |
| IA2 | 77,2 | 68,5 | 68,9 | 69,4 | 74,6 | 57,1 |
| IA3 | 100,0 | 75,0 | 71,4 | 100,0 | 60,0 | 59,9 |
| IB | 66,1 | 57,9 | 68,8 | 58,7 | 62,4 | 48,9 |
| IIA | 54,8 | 50,0 | 56,4 | 55,0 | 59,1 | 33,3 |
| IIB | 55,1 | 40,1 | 50,0 | 49,0 | 43,7 | 35,1 |
| IIIA | 46,7 | 33,3 | 41,2 | 35,0 | 31,8 | 21,2 |
| IIIB | 42,9 | 33,3 | 27,3 | 8,3 | 19,4 | 8,6 |
| IIIC | NA | NA | 0,0 | 100,0 | 0,0 | 0,0 |
| IVA | 0,0 | 33,3 | 22,2 | 17,6 | 21,7 | 7,1 |
| IVB | 40,0 | 23,5 | 8,7 | 11,1 | 14,3 | 17,9 |
| Uoplyst | 38,2 | 39,3 | 34,4 | 40,0 | 35,2 | 34,1 |
| Total | 60,2 | 51,7 | 55,9 | 51,9 | 50,1 | 39,1 |

8.2.1.7 Tabel Overlevelse 1, 2, og 5 år – afdelinger

1 års overlevelse i % af antal operationer

| Afdeling | Type | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|----------------|---------------|-------|-------|-------|-------|-------|------------|
| Rigshospitalet | Total | 91,9 | 91,0 | 88,8 | 88,8 | 90,6 | 83,1 |
| | Eksplorativt | 66,7 | 100,0 | NA | 80,0 | 33,3 | 60,3 |
| | Kile | 92,0 | 88,9 | 80,6 | 87,5 | 94,4 | 86,2 |
| | Segment | 88,9 | 100,0 | 83,3 | 85,7 | 85,7 | 90,0 |
| | Lobektomi | 92,6 | 92,0 | 90,1 | 89,4 | 91,9 | 87,0 |
| | Pneumonektomi | 75,0 | 57,1 | 100,0 | 75,0 | 100,0 | 73,3 |
| Odense | Total | 91,3 | 92,5 | 86,2 | 88,8 | 88,4 | 80,4 |
| | Eksplorativt | 66,7 | 66,7 | 83,3 | 33,3 | 50,0 | 48,9 |
| | Kile | 86,5 | 84,1 | 84,9 | 97,3 | 82,5 | 78,0 |
| | Segment | 100,0 | 100,0 | 40,0 | 100,0 | 50,0 | 74,4 |
| | Lobektomi | 92,7 | 94,8 | 90,0 | 88,6 | 92,0 | 86,4 |
| | Pneumonektomi | 75,0 | 82,4 | 55,0 | 83,3 | 76,9 | 69,6 |
| Aarhus | Total | 93,9 | 93,1 | 88,5 | 92,1 | 88,4 | 76,9 |
| | Eksplorativt | 100,0 | 66,7 | 66,7 | 0,0 | 75,0 | 34,4 |
| | Kile | 96,9 | 97,1 | 90,9 | 77,4 | 81,8 | 77,5 |
| | Segment | 60,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | NA | 0,0 |
| | Lobektomi | 94,0 | 94,0 | 89,8 | 96,3 | 91,0 | 81,7 |
| | Pneumonektomi | 100,0 | 66,7 | 50,0 | 100,0 | 71,4 | 60,3 |
| Aalborg | Total | 85,8 | 88,8 | 89,1 | 88,5 | 87,7 | 81,4 |
| | Eksplorativt | 75,0 | 0,0 | 66,7 | NA | 66,7 | 55,1 |
| | Kile | 63,6 | 100,0 | 100,0 | 83,3 | 87,5 | 84,2 |
| | Segment | 88,9 | 90,9 | 90,0 | 92,9 | 100,0 | 85,7 |
| | Lobektomi | 89,2 | 88,4 | 91,3 | 87,7 | 87,2 | 84,8 |
| | Pneumonektomi | 55,6 | 80,0 | 69,2 | 100,0 | 88,9 | 69,4 |
| Danmark | Total | 91,1 | 91,6 | 87,9 | 89,5 | 89,0 | 80,6 |
| | Eksplorativt | 80,0 | 69,2 | 73,3 | 45,5 | 57,1 | 52,3 |
| | Kile | 88,6 | 90,6 | 86,0 | 87,8 | 84,8 | 81,1 |
| | Segment | 85,7 | 94,7 | 82,1 | 91,7 | 88,2 | 76,6 |
| | Lobektomi | 92,4 | 92,7 | 90,2 | 90,5 | 91,1 | 85,2 |
| | Pneumonektomi | 73,3 | 74,3 | 62,5 | 86,5 | 82,4 | 68,6 |

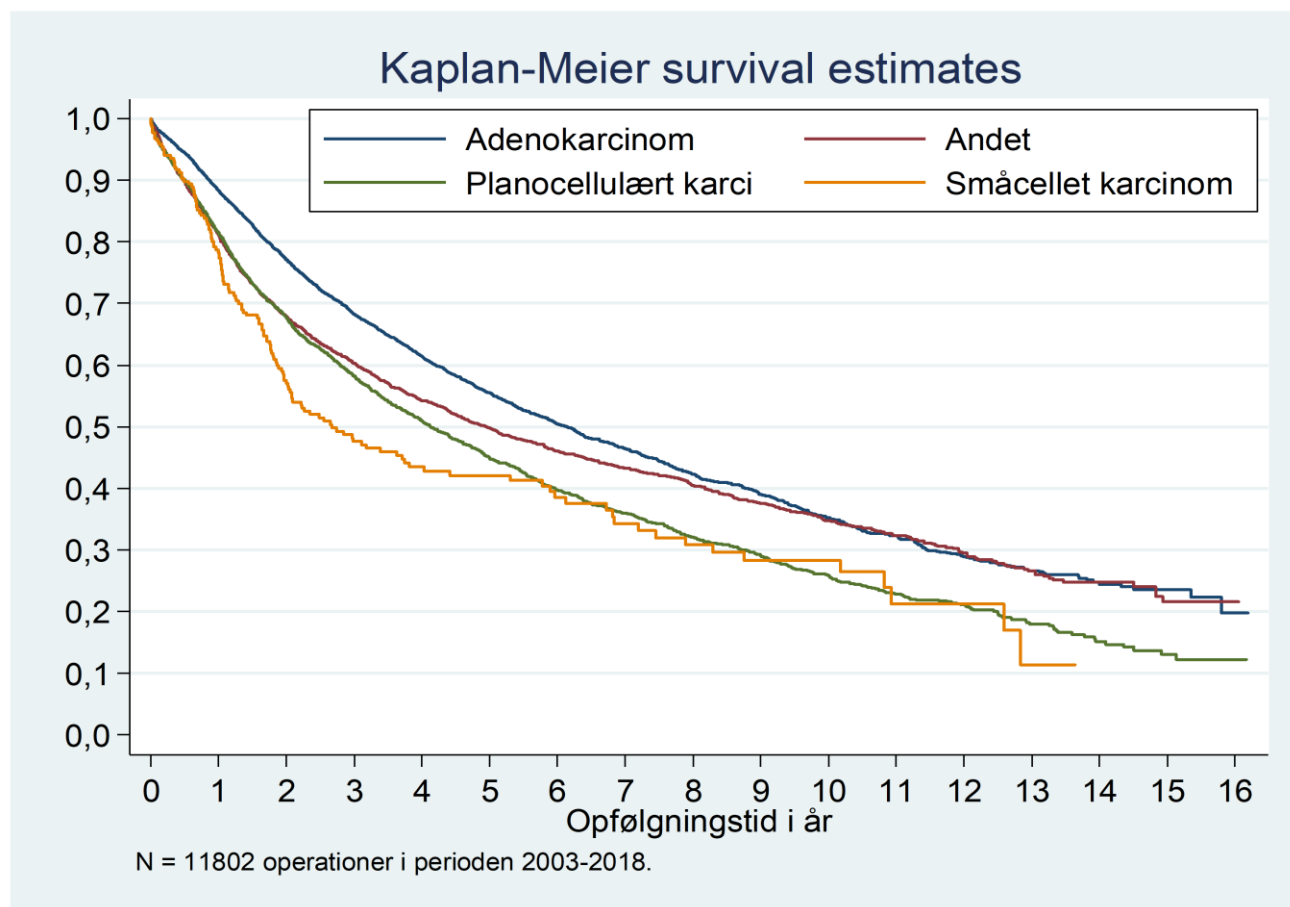
2 års overlevelse i % af antal operationer

| Afdeling | Type | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|----------------|---------------|-------|-------|-------|------|-------|------------|
| Rigshospitalet | Total | 82,4 | 79,2 | 81,0 | 81,2 | 74,9 | 67,0 |
| | Eksplorativt | 33,3 | NA | 60,0 | 16,7 | 0,0 | 33,3 |
| | Kile | 75,0 | 58,3 | 70,8 | 94,4 | 75,0 | 65,1 |
| | Segment | 100,0 | 83,3 | 71,4 | 42,9 | 100,0 | 72,2 |
| | Lobektomi | 84,4 | 81,7 | 82,7 | 83,3 | 77,3 | 74,8 |
| | Pneumonektomi | 57,1 | 100,0 | 75,0 | 80,0 | 50,0 | 52,0 |
| Odense | Total | 83,5 | 75,1 | 73,9 | 81,6 | 71,6 | 63,9 |
| | Eksplorativt | 33,3 | 33,3 | 33,3 | 25,0 | 33,3 | 22,0 |
| | Kile | 70,5 | 71,7 | 67,6 | 73,7 | 71,0 | 60,4 |
| | Segment | 50,0 | 20,0 | 100,0 | 50,0 | 50,0 | 58,8 |
| | Lobektomi | 87,3 | 80,9 | 75,2 | 86,6 | 74,4 | 72,8 |
| | Pneumonektomi | 70,6 | 40,0 | 75,0 | 61,5 | 60,0 | 49,3 |
| Aarhus | Total | 84,1 | 75,8 | 80,3 | 79,6 | 76,1 | 61,4 |
| | Eksplorativt | 66,7 | 66,7 | 0,0 | 50,0 | 20,0 | 16,5 |
| | Kile | 88,2 | 72,7 | 58,1 | 72,7 | 63,0 | 54,2 |
| | Segment | 50,0 | 100,0 | 100,0 | NA | NA | 0,0 |
| | Lobektomi | 85,3 | 78,1 | 85,3 | 82,6 | 81,3 | 68,6 |
| | Pneumonektomi | 50,0 | 25,0 | 100,0 | 71,4 | 50,0 | 36,6 |
| Aalborg | Total | 81,1 | 78,9 | 80,8 | 80,2 | 73,0 | 65,6 |
| | Eksplorativt | 0,0 | 66,7 | NA | 66,7 | 33,3 | 21,7 |
| | Kile | 64,3 | 85,7 | 83,3 | 87,5 | 72,2 | 67,5 |
| | Segment | 90,9 | 70,0 | 85,7 | 75,0 | NA | 71,4 |
| | Lobektomi | 82,6 | 81,7 | 79,2 | 79,5 | 75,6 | 71,1 |
| | Pneumonektomi | 80,0 | 69,2 | 100,0 | 88,9 | 62,5 | 53,2 |
| Danmark | Total | 82,9 | 77,1 | 78,7 | 80,8 | 73,9 | 64,6 |
| | Eksplorativt | 46,2 | 53,3 | 36,4 | 38,1 | 24,0 | 26,5 |
| | Kile | 75,8 | 69,0 | 66,3 | 78,1 | 70,8 | 61,3 |
| | Segment | 84,2 | 69,2 | 83,3 | 58,8 | 75,0 | 60,7 |
| | Lobektomi | 85,2 | 80,8 | 80,7 | 83,7 | 77,0 | 72,1 |
| | Pneumonektomi | 65,7 | 52,5 | 81,1 | 73,5 | 55,9 | 47,7 |

5 års overlevelse i % af antal operationer

| Afdeling | Type | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|----------------|---------------|------|-------|-------|------|------|------------|
| Rigshospitalet | Total | 57,1 | 53,5 | 55,8 | 49,7 | 51,7 | 41,2 |
| | Eksplorativt | 16,7 | 0,0 | 16,7 | 15,0 | 11,8 | 13,3 |
| | Kile | 38,9 | 43,2 | 28,9 | 37,8 | 28,6 | 36,9 |
| | Segment | 28,6 | 100,0 | 66,7 | 66,7 | NA | 41,7 |
| | Lobektomi | 60,8 | 57,1 | 61,9 | 54,6 | 59,0 | 51,1 |
| | Pneumonektomi | 60,0 | 30,0 | 55,6 | 40,0 | 37,5 | 30,6 |
| Odense | Total | 63,2 | 48,9 | 54,9 | 53,1 | 47,1 | 39,6 |
| | Eksplorativt | 25,0 | 8,3 | 20,0 | 12,5 | 33,3 | 6,2 |
| | Kile | 52,6 | 41,9 | 39,2 | 38,5 | 30,8 | 36,5 |
| | Segment | 0,0 | 50,0 | 43,8 | 50,0 | 14,3 | 35,6 |
| | Lobektomi | 68,2 | 52,9 | 64,5 | 64,4 | 56,1 | 47,6 |
| | Pneumonektomi | 53,8 | 30,0 | 27,3 | 40,0 | 33,3 | 29,4 |
| Aarhus | Total | 60,2 | 51,1 | 52,2 | 54,0 | 45,8 | 37,5 |
| | Eksplorativt | 12,5 | 20,0 | 10,0 | 16,7 | 0,0 | 4,7 |
| | Kile | 45,5 | 40,7 | 38,5 | 41,4 | 17,6 | 17,1 |
| | Segment | NA | NA | NA | NA | NA | 0,0 |
| | Lobektomi | 65,3 | 55,3 | 59,5 | 59,0 | 53,3 | 44,6 |
| | Pneumonektomi | 57,1 | 16,7 | 44,4 | 16,7 | 11,1 | 22,3 |
| Aalborg | Total | 59,4 | 55,0 | 65,9 | 53,8 | 59,0 | 36,2 |
| | Eksplorativt | 0,0 | 0,0 | NA | NA | 0,0 | 7,1 |
| | Kile | 50,0 | 55,6 | 78,6 | 30,0 | 70,0 | 24,5 |
| | Segment | 62,5 | NA | 100,0 | NA | NA | 16,7 |
| | Lobektomi | 61,5 | 57,3 | 62,7 | 58,9 | 61,9 | 44,2 |
| | Pneumonektomi | 66,7 | 50,0 | 66,7 | 37,5 | 42,9 | 30,2 |
| Danmark | Total | 60,2 | 51,7 | 55,9 | 51,9 | 50,1 | 39,1 |
| | Eksplorativt | 14,3 | 8,0 | 15,6 | 14,7 | 15,8 | 9,5 |
| | Kile | 48,6 | 44,2 | 40,3 | 38,2 | 31,9 | 30,7 |
| | Segment | 41,2 | 75,0 | 50,0 | 53,3 | 14,3 | 33,8 |
| | Lobektomi | 64,2 | 55,4 | 62,3 | 57,9 | 57,3 | 47,3 |
| | Pneumonektomi | 58,8 | 32,4 | 47,4 | 36,4 | 32,1 | 28,1 |

8.2.1.8 Figur Overlevelse Patologityper Kaplan Meier



Overlevelsesserterne i % for populationerne indberettet i perioden 2003 - 2018 fremgår af følgende fordelt på observationsperiode:

8.2.2 Patologi

8.2.2.1 Tabel Overlevelse 1, 2 og 5 år Patologityper - observeret

1 års overlevelse i % af operationer

| Patologityper | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Antal operationer | 1.076 | 1.046 | 957 | 895 | 809 | 7.019 |
| Småcellet karcinom | 86,7 | 84,2 | 93,8 | 92,3 | 85,7 | 72,7 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 90,0 | 100,0 | 60,0 | 33,3 | 88,9 | 77,1 |
| Ikke småcellet karcinom | 83,0 | 89,2 | 87,8 | 86,0 | 78,4 | 77,0 |
| Planocellulært karcinom | 89,9 | 88,0 | 82,9 | 87,8 | 86,0 | 77,5 |
| Adenokarcinom | 92,4 | 93,4 | 89,9 | 90,6 | 91,6 | 85,1 |
| Storcellet karcinom | 80,0 | 66,7 | 100,0 | 75,0 | 80,0 | 67,5 |
| Adenoskvamøst karcinom | 66,7 | 100,0 | 75,0 | 87,5 | 100,0 | 76,7 |
| Neuroendokrin tumor | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 87,5 |
| Karcinoid tumor | 100,0 | 96,8 | 98,3 | 97,7 | 100,0 | 97,3 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 40,0 | 77,8 | 57,1 | 88,9 | 85,7 | 67,7 |
| Blandingstumor | 100,0 | 75,0 | 75,0 | 100,0 | NA | 73,7 |
| Uoplyst | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 83,5 |
| I alt | 91,1 | 91,6 | 87,9 | 89,5 | 89,0 | 80,6 |

2 års overlevelse i % af operationer

| Patologityper | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Antal operationer | 1.046 | 957 | 895 | 809 | 880 | 6.139 |
| Småcellet karcinom | 68,4 | 87,5 | 76,9 | 78,6 | 33,3 | 46,5 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 100,0 | 50,0 | 33,3 | 77,8 | 77,8 | 57,4 |
| Ikke småcellet karcinom | 74,7 | 73,5 | 73,6 | 65,9 | 71,6 | 58,3 |
| Planocellulært karcinom | 77,1 | 72,6 | 74,6 | 73,4 | 70,1 | 61,4 |
| Adenokarcinom | 85,4 | 79,3 | 80,8 | 86,7 | 76,3 | 70,1 |
| Storcellet karcinom | 66,7 | 100,0 | 75,0 | 60,0 | 100,0 | 54,0 |
| Adenoskvamøst karcinom | 100,0 | 50,0 | 75,0 | 60,0 | 55,6 | 58,8 |
| Neuroendokrin tumor | 100,0 | 50,0 | 85,7 | 66,7 | 100,0 | 82,6 |
| Karcinoid tumor | 96,8 | 95,0 | 93,0 | 95,1 | 90,0 | 98,1 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 77,8 | 28,6 | 66,7 | 85,7 | 80,0 | 50,9 |
| Blandingstumor | 50,0 | 50,0 | 100,0 | NA | 25,0 | 50,9 |
| Uoplyst | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 100,0 | 85,7 | 72,0 |
| I alt | 82,9 | 77,1 | 78,7 | 80,8 | 73,9 | 64,6 |

5 års overlevelse i % af operationer

| Patologityper | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Antal operationer | 809 | 880 | 810 | 822 | 771 | 3.736 |
| Småcellet karcinom | 71,4 | 33,3 | 26,7 | 22,2 | 35,3 | 29,9 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 55,6 | 44,4 | 50,0 | 50,0 | 10,0 | 22,6 |
| Ikke småcellet karcinom | 48,9 | 50,4 | 51,2 | 50,9 | 41,4 | 35,4 |
| Planocellulært karcinom | 51,2 | 43,3 | 47,6 | 46,4 | 47,2 | 36,5 |
| Adenokarcinom | 63,7 | 55,5 | 59,2 | 53,7 | 53,0 | 43,1 |
| Storcellet karcinom | 40,0 | 25,0 | 100,0 | 50,0 | 47,6 | 31,5 |
| Adenoskvamøst karcinom | 40,0 | 22,2 | 33,3 | 40,0 | 44,4 | 32,1 |
| Neuroendokrin tumor | 66,7 | 50,0 | 50,0 | 33,3 | 57,1 | 70,6 |
| Karcinoid tumor | 90,2 | 80,0 | 92,1 | 86,2 | 94,4 | 86,4 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 85,7 | 60,0 | 57,1 | 40,0 | 75,0 | 25,9 |
| Blandingstumor | NA | 25,0 | 33,3 | 66,7 | 60,0 | 20,5 |
| Uoplyst | 66,7 | 57,1 | 82,4 | 72,2 | 68,2 | 55,1 |
| I alt | 60,2 | 51,7 | 55,9 | 51,9 | 50,1 | 39,1 |

8.3 Overlevelse og Mortalitet – Onkologi

Den kurativt intenderede gennemførte terapi (efter strålebehandling og stereotaktisk strålebehandling) resulterer i følgende overlevelsesdata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

8.3.1.1 Tabel Overlevelse – kurativ intenderet terapi

1, 2 og 5 års overlevelse for perioden 2003 – 2017 med angivelse af totalt antal behandlede i perioden:

1 års overlevelse i % af kurativt behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 1276 | 71,0 | 82,4 | 62,9 | 73,4 | 78,9 | 67,4 | 68,7 |
| Herlev | 728 | 77,5 | 77,3 | 76,3 | 76,6 | 73,6 | 73,9 | 79,6 |
| Hillerød | 75 | 77,3 | 83,3 | 100,0 | 83,3 | 75,0 | 57,1 | 78,3 |
| Roskilde | 329 | 75,4 | 90,5 | 85,7 | 74,4 | 72,5 | 81,5 | 69,0 |
| Næstved | 301 | 77,1 | 77,4 | 80,9 | 79,6 | 84,4 | 67,9 | 74,6 |
| Bornholm | 31 | 77,4 | 75,0 | 100,0 | 60,0 | 83,3 | 100,0 | 66,7 |
| Odense | 1740 | 79,4 | 86,7 | 77,7 | 79,1 | 77,2 | 75,9 | 79,0 |
| Sønderborg | 41 | 85,4 | 100,0 | 100,0 | 80,0 | 85,7 | 57,1 | 100,0 |
| Vejle | 692 | 78,6 | 77,8 | 70,3 | 77,7 | 75,6 | 85,5 | 80,1 |
| Herning | 47 | 87,2 | 100,0 | 83,3 | 100,0 | 100,0 | 75,0 | 86,4 |
| Aarhus | 1462 | 83,0 | 89,7 | 88,7 | 83,4 | 80,9 | 83,1 | 79,3 |
| Aalborg | 536 | 77,2 | 85,7 | 89,1 | 69,2 | 68,0 | 79,4 | 77,0 |
| Danmark | 7258 | 78,0 | 84,8 | 78,8 | 77,8 | 77,5 | 76,6 | 76,6 |

2 års overlevelse i % af kurativt behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 1224 | 47,6 | 42,2 | 51,8 | 59,5 | 45,1 | 45,9 | 44,3 |
| Herlev | 687 | 51,2 | 48,7 | 54,7 | 46,0 | 46,4 | 53,6 | 53,1 |
| Hillerød | 72 | 45,8 | 50,0 | 66,7 | 25,0 | 42,9 | 40,0 | 47,7 |
| Roskilde | 318 | 48,1 | 60,0 | 46,2 | 45,1 | 59,3 | 46,9 | 41,1 |
| Næstved | 272 | 50,7 | 48,9 | 55,1 | 46,9 | 46,4 | 45,7 | 54,3 |
| Bornholm | 27 | 51,9 | 0,0 | 60,0 | 50,0 | 33,3 | NA | 66,7 |
| Odense | 1538 | 54,0 | 56,0 | 59,2 | 55,3 | 57,1 | 51,2 | 49,9 |
| Sønderborg | 43 | 67,4 | 100,0 | 70,0 | 71,4 | 42,9 | 75,0 | 69,2 |
| Vejle | 641 | 50,7 | 47,3 | 50,5 | 45,6 | 59,0 | 53,7 | 49,8 |
| Herning | 45 | 46,7 | 50,0 | 25,0 | 50,0 | 37,5 | 33,3 | 55,0 |
| Aarhus | 1329 | 57,9 | 69,5 | 65,1 | 57,2 | 63,9 | 52,7 | 50,2 |
| Aalborg | 507 | 47,7 | 63,0 | 47,7 | 42,0 | 58,8 | 58,7 | 40,5 |
| Danmark | 6703 | 52,1 | 56,1 | 56,3 | 53,0 | 54,6 | 50,9 | 48,4 |

5 års overlevelse i % af kurativt behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 848 | 18,2 | 19,4 | 18,2 | 16,0 | 19,2 | 15,7 | 18,5 |
| Herlev | 498 | 23,9 | 24,6 | 28,6 | 24,4 | 26,6 | 17,8 | 21,4 |
| Hillerød | 57 | 22,8 | 14,3 | 20,0 | 8,3 | 50,0 | 0,0 | 29,6 |
| Roskilde | 201 | 17,4 | 31,5 | 15,6 | 12,5 | 15,6 | 5,6 | 10,2 |
| Næstved | 157 | 24,2 | 28,6 | 17,1 | 24,2 | 33,3 | 11,1 | 26,5 |
| Bornholm | 15 | 33,3 | 16,7 | NA | 25,0 | 0,0 | 100,0 | 66,7 |
| Odense | 982 | 25,1 | 31,4 | 25,1 | 29,7 | 23,8 | 21,3 | 21,2 |
| Sønderborg | 26 | 30,8 | 0,0 | 25,0 | 66,7 | 50,0 | 66,7 | 28,6 |
| Vejle | 448 | 22,3 | 24,1 | 20,9 | 32,1 | 14,6 | 27,8 | 19,4 |
| Herning | 34 | 23,5 | 25,0 | 33,3 | NA | 66,7 | 16,7 | 14,3 |
| Aarhus | 883 | 22,9 | 30,7 | 19,6 | 24,3 | 20,0 | 23,8 | 20,0 |
| Aalborg | 373 | 20,4 | 36,8 | 23,9 | 24,1 | 15,0 | 14,6 | 12,0 |
| Danmark | 4522 | 22,2 | 27,4 | 21,9 | 24,0 | 21,3 | 19,7 | 19,6 |

Den palliativt intenderede terapi (Medicinsk onkologisk beh., og/eller stråleterapi) resulterer i følgende overlevelsesdata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

8.3.1.2 Tabel 1, 2 og 5 års overlevelse – palliativ intenderet terapi (intention anført af afdelingerne)

1 års overlevelse i % af palliativt behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 2842 | 28,9 | 29,2 | 33,3 | 36,7 | 31,9 | 30,0 | 26,7 |
| Herlev | 3172 | 34,3 | 45,0 | 39,5 | 31,0 | 35,3 | 28,2 | 33,5 |
| Hillerød | 1183 | 44,0 | 57,6 | 57,0 | 41,9 | 43,0 | 37,2 | 42,1 |
| Roskilde | 1531 | 39,8 | 54,5 | 49,4 | 35,9 | 35,3 | 35,6 | 37,6 |
| Næstved | 2259 | 35,5 | 36,8 | 32,4 | 29,0 | 29,4 | 42,3 | 36,9 |
| Bornholm | 180 | 33,3 | 10,0 | 62,5 | 37,5 | 38,9 | 57,1 | 26,4 |
| Odense | 3148 | 30,6 | 39,8 | 32,4 | 34,0 | 31,2 | 26,8 | 29,6 |
| Sønderborg | 328 | 36,6 | 48,5 | 28,6 | 25,0 | 57,1 | 18,8 | 36,3 |
| Vejle | 2422 | 30,1 | 40,7 | 28,1 | 30,3 | 26,0 | 31,2 | 29,2 |
| Herning | 770 | 33,4 | 40,5 | 36,8 | 33,6 | 33,7 | 21,8 | 32,9 |
| Aarhus | 4179 | 28,4 | 41,8 | 33,6 | 32,2 | 29,8 | 29,4 | 24,9 |
| Aalborg | 2603 | 31,6 | 35,0 | 41,4 | 35,9 | 35,1 | 29,1 | 28,9 |
| Danmark | 24617 | 32,4 | 40,6 | 37,0 | 33,2 | 32,6 | 30,8 | 30,7 |

2 års overlevelse i % af palliativt behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 2826 | 12,2 | 15,5 | 13,6 | 17,1 | 12,1 | 12,5 | 10,8 |
| Herlev | 3271 | 13,5 | 17,7 | 10,7 | 13,4 | 9,8 | 14,3 | 13,7 |
| Hillerød | 1145 | 18,3 | 35,4 | 18,3 | 15,0 | 15,4 | 14,0 | 17,8 |
| Roskilde | 1517 | 14,3 | 19,1 | 13,7 | 10,8 | 16,3 | 9,4 | 14,5 |
| Næstved | 2209 | 13,9 | 12,3 | 14,3 | 11,2 | 19,7 | 15,0 | 13,5 |
| Bornholm | 171 | 19,3 | 50,0 | 18,8 | 33,3 | 42,9 | 5,3 | 10,2 |
| Odense | 3189 | 10,8 | 12,7 | 16,2 | 10,4 | 9,9 | 9,8 | 10,4 |
| Sønderborg | 280 | 13,9 | 11,9 | 16,7 | 28,6 | 0,0 | 14,8 | 12,7 |
| Vejle | 2393 | 10,0 | 12,3 | 10,3 | 9,4 | 11,1 | 10,3 | 9,5 |
| Herning | 680 | 10,1 | 12,8 | 11,8 | 12,0 | 6,9 | 6,8 | 9,7 |
| Aarhus | 4140 | 10,2 | 18,0 | 16,1 | 11,9 | 10,1 | 13,0 | 7,7 |
| Aalborg | 2576 | 11,5 | 18,9 | 13,1 | 14,9 | 12,7 | 14,1 | 8,8 |
| Danmark | 24397 | 12,1 | 16,8 | 13,9 | 13,0 | 12,1 | 12,2 | 11,1 |

5 års overlevelse i % af palliativt behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|----------------|------------------|-------------------|------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| Rigshospitalet | 2678 | 2,8 | 2,2 | 3,7 | 4,1 | 1,3 | 2,4 | 2,8 |
| Herlev | 3133 | 4,2 | 1,6 | 2,3 | 2,2 | 3,0 | 4,0 | 5,5 |
| Hillerød | 891 | 5,2 | 6,4 | 5,4 | 2,5 | 6,7 | 3,6 | 5,5 |
| Roskilde | 1253 | 4,1 | 3,8 | 4,7 | 1,6 | 3,7 | 3,2 | 4,7 |
| Næstved | 1760 | 3,5 | 6,3 | 3,0 | 3,1 | 1,3 | 2,0 | 3,7 |
| Bornholm | 121 | 3,3 | 21,4 | 0,0 | 0,0 | 0,0 | 9,1 | 0,0 |
| Odense | 3010 | 2,2 | 2,1 | 3,1 | 1,8 | 2,3 | 2,2 | 2,2 |
| Sønderborg | 197 | 6,6 | 0,0 | 11,1 | 4,3 | 0,0 | 6,3 | 9,0 |
| Vejle | 2235 | 2,0 | 3,4 | 3,4 | 2,1 | 0,9 | 0,0 | 1,9 |
| Herning | 402 | 1,5 | 3,0 | 0,0 | 0,0 | 2,9 | 6,7 | 0,8 |
| Aarhus | 3638 | 1,9 | 2,1 | 3,6 | 1,7 | 0,8 | 2,3 | 1,7 |
| Aalborg | 2303 | 2,2 | 3,8 | 3,9 | 2,4 | 1,2 | 3,7 | 1,4 |
| Danmark | 21621 | 2,9 | 3,2 | 3,4 | 2,3 | 1,9 | 2,7 | 3,0 |

Den adjuverende terapi (efter kirurgi) resulterer i følgende overlevelsedata for de enkelte afdelinger og samlet i DK:

8.3.1.4 Tabel 1, 2 og 5 års overlevelse

1 års overlevelse i % af behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 336 | 88,7 | 94,9 | 86,2 | 90,0 | 82,8 | 91,3 | 88,2 |
| Herlev | 242 | 89,3 | 89,7 | 90,6 | 85,2 | 86,2 | 96,9 | 88,2 |
| Hillerød | 106 | 92,5 | 100,0 | 95,2 | 88,9 | 88,9 | 100,0 | 90,0 |
| Roskilde | 177 | 90,4 | 87,1 | 94,7 | 87,0 | 87,0 | 90,9 | 92,9 |
| Næstved | 227 | 92,5 | 90,9 | 96,0 | 90,3 | 96,4 | 100,0 | 90,9 |
| Bornholm | 27 | 88,9 | 100,0 | 100,0 | 75,0 | 100,0 | 0,0 | 91,7 |
| Odense | 378 | 85,7 | 93,5 | 94,4 | 80,0 | 100,0 | 96,2 | 82,2 |
| Sønderborg | 37 | 97,3 | 92,3 | 100,0 | 100,0 | NA | NA | 100,0 |
| Vejle | 283 | 86,9 | 94,3 | 96,3 | 88,0 | 86,7 | 82,1 | 84,1 |
| Herning | 32 | 90,6 | 100,0 | 87,5 | 80,0 | 100,0 | 100,0 | 85,7 |
| Aarhus | 645 | 86,0 | 90,0 | 89,5 | 93,0 | 89,1 | 86,1 | 83,5 |
| Aalborg | 377 | 90,7 | 94,3 | 100,0 | 90,0 | 91,2 | 100,0 | 88,2 |
| Danmark | 2867 | 88,5 | 92,2 | 93,4 | 88,7 | 89,5 | 92,1 | 86,1 |

2 års overlevelse i % af behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 319 | 71,5 | 75,9 | 74,2 | 79,3 | 78,3 | 79,4 | 66,5 |
| Herlev | 214 | 75,2 | 84,4 | 74,1 | 72,4 | 84,4 | 58,3 | 74,3 |
| Hillerød | 100 | 76,0 | 76,2 | 55,6 | 77,8 | 66,7 | 92,3 | 77,8 |
| Roskilde | 149 | 72,5 | 84,2 | 75,0 | 73,9 | 72,7 | 70,0 | 67,3 |
| Næstved | 217 | 68,7 | 68,0 | 71,0 | 67,9 | 41,7 | 78,6 | 68,8 |
| Bornholm | 25 | 68,0 | 60,0 | 75,0 | 100,0 | 0,0 | 66,7 | 70,0 |
| Odense | 414 | 60,4 | 80,6 | 60,0 | 76,9 | 73,1 | 67,5 | 54,6 |
| Sønderborg | 24 | 95,8 | 100,0 | 90,0 | NA | NA | NA | 100,0 |
| Vejle | 268 | 65,3 | 77,8 | 72,0 | 73,3 | 71,4 | 69,6 | 57,8 |
| Herning | 28 | 64,3 | 62,5 | 20,0 | 100,0 | 75,0 | 50,0 | 80,0 |
| Aarhus | 641 | 63,3 | 77,2 | 64,9 | 76,1 | 65,8 | 63,0 | 59,4 |
| Aalborg | 360 | 70,8 | 96,6 | 72,5 | 72,7 | 77,8 | 62,5 | 67,5 |
| Danmark | 2759 | 67,6 | 80,1 | 69,3 | 74,9 | 71,7 | 69,0 | 62,5 |

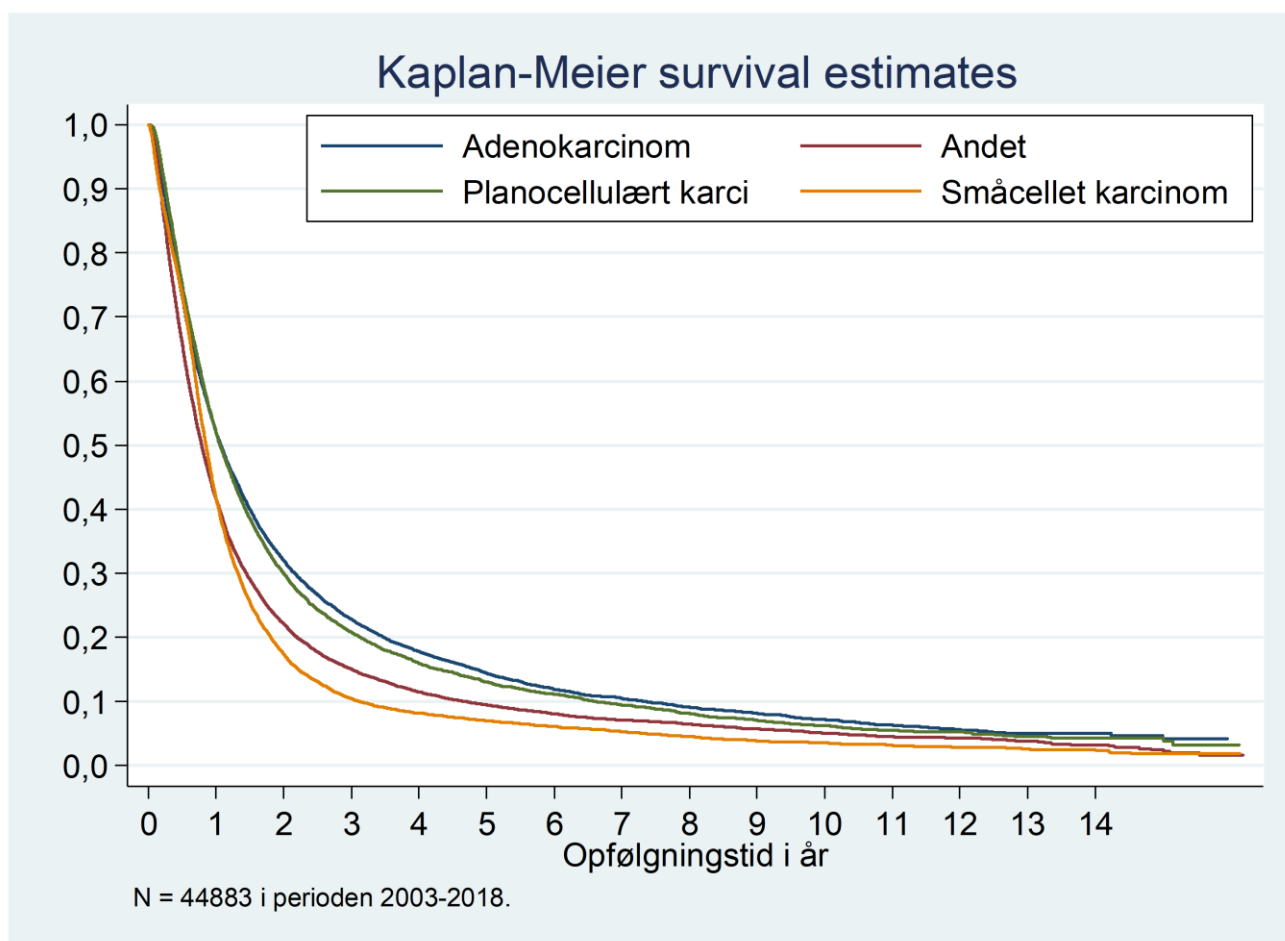
5 års overlevelse i % af behandlede

| Afdeling | Antal behandlede | Total overlevelse | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008* |
|----------------|------------------|-------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|
| Rigshospitalet | 273 | 42,1 | 44,0 | 47,1 | 34,2 | 46,7 | 62,1 | 36,8 |
| Herlev | 126 | 43,7 | 50,0 | 33,3 | 42,3 | 52,2 | 42,1 | 0,0 |
| Hillerød | 52 | 61,5 | 58,3 | 61,5 | 78,6 | 40,0 | 66,7 | NA |
| Roskilde | 86 | 36,0 | 54,5 | 25,0 | 50,0 | 45,0 | 23,1 | 25,0 |
| Næstved | 140 | 40,0 | 33,3 | 46,4 | 50,0 | 17,6 | 47,6 | 37,5 |
| Bornholm | 14 | 50,0 | 0,0 | 66,7 | 50,0 | NA | 0,0 | 57,1 |
| Odense | 394 | 28,4 | 42,9 | 42,9 | 31,1 | 18,2 | 25,7 | 25,1 |
| Sønderborg | 1 | 100,0 | NA | NA | 100,0 | NA | NA | NA |
| Vejle | 197 | 33,0 | 50,0 | 39,1 | 34,5 | 22,2 | 34,6 | 26,0 |
| Herning | 13 | 38,5 | 50,0 | 0,0 | 33,3 | 50,0 | 100,0 | 0,0 |
| Aarhus | 562 | 31,0 | 33,3 | 30,4 | 30,9 | 38,2 | 38,8 | 27,6 |
| Aalborg | 293 | 41,3 | 44,4 | 42,5 | 52,9 | 48,0 | 47,1 | 35,2 |
| Danmark | 2151 | 36,0 | 44,3 | 39,6 | 40,5 | 36,9 | 41,0 | 29,8 |

8.3.2 Patologi

Ser man på 2003-2008 populationen, hvor der foreligger celletype på i alt 44883 patienter, ser overlevelseskurven således ud:

8.3.2.1 Figur Overlevelse Onkologisk behandlede - Patologityper Kaplan Meier



Overlevelsesseraterne i % for onkologisk behandlede indberettet i perioden 2003 - 2017 fremgår af følgende fordeling på observationsperiode:

8.3.2.2 Tabel Overlevelse Patologityper – observeret, 1, 2 og 5 års overlevelse i %:

1 års overlevelse i % af behandlede

| Patologityper | 2017 | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2003-2012 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 46,1 | 44,7 | 41,8 | 45,0 | 39,4 | 40,6 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 48,4 | 65,5 | 50,0 | 45,9 | 60,7 | 51,1 |
| Ikke småcellet karcinom | 57,7 | 54,6 | 54,9 | 50,2 | 47,7 | 43,7 |
| Planocellulært karcinom | 61,1 | 56,3 | 54,7 | 53,2 | 54,5 | 47,2 |
| Adenokarcinom | 61,5 | 56,9 | 55,4 | 52,7 | 49,8 | 46,2 |
| Storcellet karcinom | 100,0 | 50,0 | 42,9 | 58,3 | 25,0 | 38,2 |
| Adenoskvamøst karcinom | 70,0 | 57,1 | 36,4 | 47,4 | 42,1 | 50,0 |
| Neuroendokrin tumor | 38,2 | 55,6 | 48,0 | 32,0 | 45,8 | 29,9 |
| Karcinoid tumor | 100,0 | 91,7 | 100,0 | 62,5 | 62,5 | 44,4 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 34,8 | 34,9 | 24,2 | 36,0 | 38,0 | 31,0 |
| Blandingstumor | 44,8 | 39,2 | 34,5 | 34,1 | 24,2 | 29,8 |
| Uoplyst | 57,1 | 42,9 | 37,0 | 54,2 | 42,9 | 34,6 |
| Antal | 3204 | 3257 | 3172 | 3278 | 3154 | 19003 |

2 års overlevelse i % af behandlede

| Patologityper | 2016 | 2015 | 2014 | 2013 | 2012 | 2003-2011 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|--------------|
| Småcellet karcinom | 20,6 | 19,0 | 19,3 | 19,1 | 19,6 | 15,3 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 27,6 | 25,0 | 27,0 | 42,9 | 42,4 | 27,5 |
| Ikke småcellet karcinom | 31,1 | 33,7 | 30,0 | 27,9 | 30,0 | 22,0 |
| Planocellulært karcinom | 38,5 | 34,8 | 31,0 | 32,9 | 29,5 | 24,4 |
| Adenokarcinom | 37,2 | 36,1 | 34,3 | 30,5 | 28,7 | 25,0 |
| Storcellet karcinom | 50,0 | 28,6 | 50,0 | 0,0 | 30,0 | 22,4 |
| Adenoskvamøst karcinom | 57,1 | 27,3 | 31,6 | 21,1 | 30,0 | 29,1 |
| Neuroendokrin tumor | 27,8 | 12,0 | 4,0 | 16,7 | 11,8 | 19,1 |
| Karcinoid tumor | 83,3 | 100,0 | 62,5 | 50,0 | 33,3 | 22,2 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 19,0 | 17,9 | 17,1 | 24,0 | 22,8 | 14,3 |
| Blandingstumor | 31,4 | 16,7 | 17,0 | 9,7 | 12,9 | 11,2 |
| Uoplyst | 31,8 | 25,9 | 33,3 | 39,3 | 20,0 | 13,4 |
| Antal | 3258 | 3173 | 3277 | 3158 | 3073 | 18239 |

5 års overlevelse i % af behandlede

| Patologityper | 2013 | 2012 | 2011 | 2010 | 2009 | 2003-2008 |
|---------------------------------------|-------------|-------------|-------------|-------------|-------------|------------------|
| Småcellet karcinom | 8,7 | 7,8 | 7,4 | 8,3 | 5,6 | 5,0 |
| Storcellet neuroendokrint karcinom | 28,6 | 21,2 | 13,8 | 21,1 | 4,2 | 6,8 |
| Ikke småcellet karcinom | 12,1 | 12,2 | 10,6 | 11,6 | 9,8 | 7,1 |
| Planocellulært karcinom | 14,5 | 11,5 | 12,9 | 7,8 | 10,6 | 8,5 |
| Adenokarcinom | 14,1 | 13,1 | 12,0 | 8,7 | 10,5 | 8,9 |
| Storcellet karcinom | 0,0 | 10,0 | 15,4 | 15,8 | 11,4 | 9,6 |
| Adenoskvamøst karcinom | 5,3 | 30,0 | 7,7 | 9,1 | 12,5 | 13,6 |
| Neuroendokrin tumor | 12,5 | 5,9 | 10,5 | 5,6 | 11,8 | 6,7 |
| Karcinoid tumor | 25,0 | 33,3 | 0,0 | 16,7 | 0,0 | 7,7 |
| Anden malign primær lungecancer (NOS) | 10,9 | 9,6 | 9,7 | 4,2 | 6,1 | 4,5 |
| Blandingstumor | 6,5 | 2,9 | 2,7 | 5,4 | 4,2 | 4,8 |
| Uoplyst | 13,8 | 4,0 | 8,1 | 4,2 | 12,5 | 4,6 |
| Antal | 3164 | 3079 | 3029 | 2875 | 2854 | 13561 |

9.0 Organisation

9.1 Dansk Lunge Cancer Gruppens – beretning

I 2018 blev et PhD-studie i samarbejde mellem DLCCG og Kræftens Bekæmpelse (KB) med den overordnede titel af ”The study of premature death among Danish cancer patients.” (kort titel ”Tidlig Død projekt”) succesfuldt afsluttet. Formålet med studiet var at identificere patientkarakteristika eller forhold ved patientens forløb eller behandling, som 1) kunne være årsag til tidligere-end-forventet-død, og 2) som kunne ændres for fremtidige patienter, med det sigte at forbedre prognosen for danske patienter med lungekræft. Der blev indsamlet af journalmateriale fra hele landet på en gruppe lavstadiet patienter, som var død indenfor det første år (cases), og for hver case-patient tillige 2 matchede kontroller. Registerdata blev valideret gennem journaloplysninger. Studiet resulterede i en række publikationer og satte fokus flere patientkarakteristika, som i analyserne fandtes at disponere til for tidlig død. Der blev derimod ikke påvist mangler i udrednings- eller behandlingsforløb udover et hidtil lidt mangelfuldt fokus på de i studiet påviste patientkarakteristika associeret med for tidlig død.

DLCCG fik fra Kræftens Bekæmpelse tilbud om i løbet af 2018 at genindsende ansøgning på Kræftens Bekæmpelses bevilling på 10 mill. kr. til et Nationalt Forskningscenter for Lungekræft - med den klausul at en professor skulle være leder af centret og stå som hovedansøgeren. I løbet blev gjort flere forsøg på at engagere én eller flere af de kliniske professorer i det brede DLCCG-miljø – men forgæves, hvilket vi måtte tilbagelægge til Kræftens Bekæmpelse i slutningen af 2018. *Der kom så efterfølgende en anden udvikling på sagen – men det hører til årsberetningen for 2019.*

DLCCG var i 2018 stærkt engageret i den generelle konvertering og opdatering af kliniske retningslinjer, som blev gennemført og fortsat pågår for alle kræftgrupper under paraplyorganisationen DMCG. DLCCG var frontløber i den første bølge i dette arbejde. Men som for mange andre kræftgrupper er det svært at finde den fornødne tid ved siden af det daglige kliniske arbejde til at gennemføre og fremover at vedligeholde og opdatere de kliniske retningslinjer.

I lighed med tidligere år har DLCCG igen i 2018 leveret kliniske data til en række publikationer – jf. liste.

*Torben Riis Rasmussen
Formand for Dansk Lunge Cancer Gruppe*

9.2 Dansk Lunge Cancer Register – beretning

Årsrapport nr. 20 fra Dansk Lunge Cancer Register udsendes i lighed med sidste år i såvel en papirversion som en digital version, men begge versioner er ”slanket” væsentligt i forhold til tidligere. I samarbejde med RKKP og DLCCG’s undergrupper har vi undersøgt om det fortsat gav mening at udarbejde alle tabeller og grafer. Resultatet var altså en betydelig mindre rapport, hvorfor de 2 versioner i år er ens.

Trykning og forsendelse af årsrapporten er en bekostelig affære, der ikke kan finansieres af vores bevilling fra RKKP, men DLCCG’s bestyrelse er fortsat af den opfattelse at en trykt version af årsrapporten sikrer størst mulig anvendelse af rapportens resultater på sygehusene. Derfor har vi valgt igen i år at lade årsrapportens tilblivelse finansieret af annoncer. Omfanget af annoncer er øget, da den tidligere ”hovedsponsor” ikke længere ønskede denne rolle, hvorfor flere forskellige firmaer i dag medfinansierer og annoncerer i årsrapporten.

Tilsvarende er afvikling af vores årsmøde ikke fuldt finansieret af vores bevillinger, hvorfor dette møde medfinansieres af sponsorer fra medicinalindustrien, der vil have stande på årsmødet.

DLCR er tilknyttet RKKP og afdelingen for cancer og cancerscreening, som ledes af Lasse Nørgård. Vores kontaktpersoner i RKKP er chefkonsulent Monika Madsen, epidemiolog Henriette Engberg, klinisk biostatistiker Marianne Karaks og databasemanager Azmir Salihovic. Det er lykket dette team i samarbejde med vores tidligere databasemanager og statistiker Inge Pedersen at komme i mål med omlægningen af DLCR's analyseplatform fra STATA til SAS og samtidigt sikre, at de løbende opgaver med vedligeholdelse og videreudvikling af DLCR er blevet varetaget, således at den tidligere omfattende opgaveliste nu har et meget mere fornuftigt omfang, og at ventetiderne på opgaveløsningen er minimeret. Dette betyder bl.a. at en ny Mesotheliomdatabase vil blive præsenteret i efteråret 2019.

Alt sammen således ændringer til det bedre. Dog ser fremtiden for DLCR lige aktuelt truende ud, og dette skyldes den fejlslagen udrulning og implementering af LPR3. Sundhedsdatastyrelsen (SDS) implementerede i marts 2019 et nyt og måske bedre LPR3 til afløsning af den forældede LPR2, som hidtil har leveret data til flere nationale kliniske databaser, herunder DLCR, men af ukendte årsager havde SDS ikke samtidigt forberedt og prøvekørt en datamodel for, hvordan data kommer ud fra det nye LPR3. I skrivende stund ved hverken SDS eller RKKP ikke hvornår et validt datasæt kan eksporteres fra SDS til RKKP. Når RKKP modtager et sådan datasæt, kan databasemanagerne i RKKP begynde at omkode fra LPR2 til LPR3, og når dette arbejde er afsluttet og godkendt, kan vi igen modtage i de kliniske databaser, og først på det tidspunkt kan vi bede afdelingerne validere og supplere data. Alle disse forhold gør, at vi ikke ved, hvornår data til årsrapport vedrørende 2019 er klar, endsige hvornår en sådan rapport kan publiceres. Lige aktuelt tyder alt på, at dette først vil blive i 2021 og i så fald sammen med rapporten for 2020.

Data i DLCR anvendes som tidligere til forskellige forskningsprojekter således som det fremgår af årsrapporten. Nyere data fra 2019 og frem er naturligvis påvirket af ovenstående problemer med LPR3 og vil først være tilgængelige, når vi igen kan modtage data fra LPR. Udleveringen af data fra registeret er i dag helt strømlinet og følger i alle tilfælde en bestemt skabelon, som alle ansøgere skal rette sig efter. Der henvises til www.lungetcancer.dk for nærmere instruks. Man skal forvente op til ½ års leveringstid fra ansøgningstidspunkt til udlevering af data.

Erik Jakobsen

*Leder Dansk Lunge Cancer Registers forretningsudvalg
Hjerte-, lunge- og karkirurgisk afdeling T, Odense Universitetshospital*

9.3 Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Lungemedicinsk Forum under Dansk Diagnostisk Lunge Cancer Gruppe (DDLCG) har i 2018 holdt ét møde, oktober 2018, med det primære formål i samarbejde med Erik Jakobsen fra DLCR at klargøre afsnit om udredning i Dansk Lunge Cancer Registers Årsrapport 2017.

Herudover har andre medlemmer af DDLCG i løbet af 2018 medvirket i format-konverteringen af DLCCG's udredningsretninglinje efter DMCG's nye fælles skabelon. Retningslinjen i det nye DMCG-format ligger nu på DLCCG's hjemmeside.

Torben Riis Rasmussen

*Overlæge, PhD, Lungesygdomme, AUH
Formand for Dansk Diagnostisk LungeCancer Gruppe*

9.4 Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Som i tidligere år er der afholdt efterårsmøde med mortalitets audit, hvor repræsentanter fra landets 4 thoraxkirurgiske centre gennemgik alle de patienter der døde indenfor 30 dage og 90 dage efter operation. Med forbehold for et lavt antal patienter synes det ligesom sidste år, at høj alder og anden aktiv cancersygdom spiller en rolle i 90 dages mortaliteten.

Årsrapporten 2018 fra DLCR blev ligeledes gennemgået, og gruppen opmuntredes over de generelt forbedrede resultater. Særlig resektionraten var genstand for opmærksomhed, og det blev aftalt at region Nordjylland i samarbejde med region Midtjylland til næste klassisk forum møde i januar 2020 vil lave oplæg der kan belyse og fremme resektionsraten nationalt.

Det årlige nationale lungekirurgiske forum blev afholdt i Odense januar 2019, hvor der bl.a var fokus på den marginale patient med indlæg om segmentresektioner og stereotaksi, pneumothoraxbehandling og nye nationale studier (empyem).

DKLCCG ser frem til i samarbejde med DOLG at være med til at definere gruppen af patienter med lungecancer der kan/skal indgå i multimodalbehandling nu hvor behandling med immunterapi vinder frem.

DKLC-Gruppe består af overlæge Lars Møller Ålborg, overlæge Anette Højsgaard Skejby, overlæge Lars Ladegard Odense, overlæge, leder af DLCR Erik Jakobsen og overlæge Jesper Ravn RH.

Jesper Ravn

*Overlæge, thoraxkirurgisk afdeling, Rigshospitalet
Formand for Dansk Kirurgisk Lunge Cancer Gruppe*

9.5 Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe – beretning

Arbejdet i Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe, DOLG, har i 2018 været præget af travlhed på de onkologiske afdelinger, og det påvirkede i nogen grad muligheden for at samles til vores 4 årlige DOLG møder. Det er dog afgørende at vi mødes regelmæssigt på tværs af landet og sikrer national konsensus om behandlingsstrategien i DK, gennemgår nye behandlings data og diskuterer behandlingsalgoritmen for lungecancer, der jo primært er styret af evidens, men samtidig er styret af hvilke præparater, der godkendes af Medicinrådet (MR) til brug som standard behandling i DK og her spiller også økonomien en rolle. Med skærpelsen af habilitetskravene og tilsvarende problemer med at nedsætte et fagudvalg i MR lå der en større arbejdsopgave og ventede, da fagudvalget endelig blev nedsat og kunne starte sit arbejde. Flere præparater og nye indikationer ventede på sagsbehandling.

2018 var også året, hvor DOLG's behandlingsrekommandationer skulle konverteres til det format for kliniske retningslinjer, som anvendes i Danske Multidisciplinære Cancer Grupper, DMCG. Der har været afsat midler til at et DOLG medlem kunne frikøbes til denne proces, men generelt kan onkologerne ikke frikøbes til disse arbejdsopgaver, da de ikke kan undværes i de kliniske afdelinger pga arbejdspresset og manglende speciallæger. De kliniske retningslinjer er således lagt ind i den ønskede skabelon med mindre ændringer i det faglige indhold, men med angivelse af litteraturlister. Næste trin i opdateringen skulle tilsvarende finde sted ultimo 2019, men giver samme udfordring, da ingen af DOLG medlemmerne har mulighed for frikøb til denne opgave.

Der sker fortsat en rivende udvikling i den medicinske kræftbehandling med flere stoffer og stofkombinationer. Immunterapien er implementeret som en vigtig del af standard behandlingen ved metastatisk lungekræft, men der sker indikationsudvidelser og afprøves lægemidler både til neoadjuverende, konkommitant og adjuverende behandling. Man begynder at se de første langtidsoverleverede på immunterapien i klinikken, og det vil utvivlsomt afspejle sig i en bedre overlevelse, om end de onkologiske data i Årsrapporten ikke direkte giver os mulighed for at aflæse immunterapiens rolle.

DOLG arbejder fortsat på at få optimeret de onkologiske databaser herunder DLCR. Der er et problem med datakvaliteten og anvendeligheden af de onkologiske data. Afdelingerne har et stort medansvar i at sikre datakvaliteten ved korrekt kodning af behandlingsdata.

Karin Holmskov Hansen

*Overlæge, Onkologisk Afdeling R, Odense Universitetshospital
Formand for Dansk Onkologisk Lunge Cancer Gruppe*

9.6 Patologigruppe – beretning

Arbejdet med omskrivning i ny skabelon og opdatering af retningslinjer for patologi i regi af RKKP og DMCG blev påbegyndt. Den forsinkede udgivelse afspejler det begrænsede antal lungepatologer, som må prioritere diagnostikken som del af pakkeforløbet for lungecancer.

Karen Ege Olsen

*Overlæge, Afd. for Klinisk Patologi, Odense Universitetshospital
Patologigruppen*

9.7 Screeningsgruppe – beretning

Systematisk CT-screening af personer med høj risiko for lungekræft reducerer lungekræft dødeligheden signifikant. Flere uafhængige høj kvalitets studier i USA og Europa har i løbet af de sidste 2 årtier skabt et solidt evidensgrundlag for effekten. Lungekræftscreening er allerede rullet ud i USA, Kina, Sydkorea og Japan, medens de europæiske lande har hidtil afventet resultaterne fra det største europæiske studie, det Holland-Belgiske NELSON, der sammenligner CT screening med ingen screening. Til IASLC World Conference on Lung Cancer i september 2018, blev disse resultater endelig offentliggjort og viste en mere overbevisende effekt af CT-screening end tidligere og en mulig endnu større effekt hos kvinder. De endelige resultater er ikke publiceret endnu, men indsendt til tidsskrift og forventes udgivet inden for et par måneder. I mellemtiden har mindre studier, det tyske LUSI og det italienske MILD publiceret mortalitetsanalyser som reproducerer screeningseffekten.

Alle internationale faglige selskaber, der har med lungekræft udredning og behandling at gøre, anbefaler implementering af lungekræftscreening for risikopersoner.

Efter offentliggørelsen af NELSON blev Screeningsgruppen under Dansk Lunge Cancer Gruppe revitaliseret med det formål at nedsætte et kommissorium til implementering af lungekræftscreening nationalt i Danmark. Referater fra møder, beskrivelse af kommissoriet samt oversigt over medlemmer kan ses på hjemmesiden lungecancer.dk.

Der er nedsat en skriver-gruppe, som har til opgave at udforme en omfattende ansøgning til Sundhedsstyrelsens Rådgivende Udvalg for Nationale Screeningsprogrammer. Det er et stort arbejde, som kræver tid og ressourcer. Indsendelse er afhængig af NELSON publikationen og næste deadline er 1.2.2020. Med lidt forsigtig optimisme ser det realistisk ud.

Zaigham Saghir

*afdelingslæge, ph.d og klinisk lektor, Lungemedicinsk afdeling, Herlev-Gentofte
Formand for screeningsgruppen*

9.8 Forskning

DLCR har i det forløbne år udleveret data eller givet tilladelse til udlevering af data til følgende forskningsprojekter:

- 1: Prædiktorer for uopdaget mediastinal spredning for patienter opereret for ikke småcelles lungecancer v/Jens Eckardt, Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling T, Odense Universitetshospital
- 2: Prognostiske markører for lungekræft v/Anne Winther Larsen, Aarhus Universitetshospital
- 3: Comparing surgical lung cancer care for non-small cell lung cancer in Denmark and the Netherlands v/Erik Jakobsen, Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling T, Odense Universitetshospital
- 4: Travel burden and treatment for lung cancer v/Ali Akkawi, Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afdeling T, Odense Universitetshospital

DLCR har leveret data til eller bidraget til følgende artikler publiceret i 2018

- 1: Møller H. et al: Geographical variations in the use of cancer treatments are associated with survival of lung cancer patients. *Thorax* 2018 Jun;73(6):530-537
- 2: Christensen NL., Rasmussen TR, et al: Early death in Danish stage I lung cancer patients. A population based case study. *Acta Oncol* 2018 Nov;57(11):1561-1566
- 3: Rich A L, Baldwin D R, et al: Achieving Thoracic Oncology data collection in Europe: a precursor study in 35 Countries. *BMC Cancer* (2018) 18:1144.
- 4: Rich A L, Baldwin D R et al: ERS Statement on harmonised standards for lung cancer registration and lung cancer services in Europe. *Eur Respir J.* 2018 Dec 20;52(6)

9.9 Styregruppens medlemmer

| Titel | Navn | Afdeling | Hospital |
|--|-------------------------------------|---|--|
| Overlæge, klinisk lektor, ph.d, Formand for DLCCG | Torben Riis Rasmussen (1a, 2, 3, 4) | Lungemedicinsk afd. | Århus Universitetshospital |
| Professor, overlæge, dr.med. | Anders Green (2, 4) | Odense Patient data Exploratory Network (OPEN) | Klinisk Institut, Syddansk Universitet |
| Overlæge | Asbjørn Høegholm (4) | Medicinsk afd. | Næstved Sygehus |
| Overlæge, dr.med. | Birgit Guldhammer Skov (4) | Patologisk afd. | Bispebjerg Hospital |
| Overlæge, klinisk lektor, MPM | Erik Jakobsen (2, 5) | Hjerte-, Lunge- og Karkirurgisk afd. | Odense Universitetshospital |
| Chefkonsulent | Monika Madsen (2, 8) | Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram | Frederiksberg Hospital |
| Overlæge, dr.med. | Finn Rasmussen (1d) | Radiologisk afd. | Århus Sygehus |
| Overlæge | Henrik Schmidt (1e) | Anæstesiologisk afd. V | Odense Universitetshospital |
| Overlæge | Karin Holmskov Hansen (1b, 2, 3) | Onkologisk afd. R | Odense Universitetshospital |
| Overlæge | Jon A. Lykkegaard Andersen (1b, 2) | Onkologisk afd. | Herlev Hospital |
| Overlæge | Lars Møller (1c) | Hjerte-, Lungekirurgisk afd. | Aalborg Sygehus |
| Formand for Patientforeningen | Lisbeth Søbæk Hansen (4) | | Patientforeningen Lungekræft |
| Overlæge, dr.med. | Jann Mortensen (1f) | Klinisk fysiologisk og Nuklearmed.afd. | Rigshospitalet |
| Overlæge, dr.med. | Jesper Holst Pedersen (3) | Thoraxkirurgisk afd. R-2152 | Rigshospitalet |
| Overlæge | Jesper Ravn (1c,2,3) | Hjertecentret, afsnit 2152 | Rigshospitalet |
| Post.Doc., Ph.D., Cand.Scient.San. Forskningsfysioterapeut | Morten Quist (1j) | Krop & Kræft, Afsnit 9701 | Rigshospitalet |
| Overlæge, dr.med. | Karen Ege Olsen (1i, 2, 3) | Afdeling for Klinisk Patologi | Odense Universitetshospital |
| Overlæge | Niels-Christian G. Hansen (4) | | |
| Overlæge, PhD, MHM | Peter Schousboe (1g) | ØNH afdelingen | Vejle Sygehus |
| Overlæge | Poul Erik Haahr (4) | Hjerte- lungekirurgisk afd. | Aalborg Sygehus |

| | | | |
|---------------------------------------|------------------------------|--|--------------------------------|
| Epidemiolog | Henriette Engberg (2, 8) | Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram | Odense Universitetshospital |
| Datamanager | Inge Petersen (2, 8) | Regionernes Kliniske Kvalitetsudviklingsprogram | Odense Universitetshospital |
| Praktiserende læge, klinisk lektor | Roar Maagaard (1h) | | Skødstrup Lægepraksis |
| Overlæge | Nille Behrendt (1i) | Patologisk afdeling | Roskilde Sygehus |
| Konst. afd.chef | Linda Aagaard Thomsen (6) | Dokumentation & Kvalitet | Kræftens Bekæmpelse |
| Professor | Ole Hilberg (1a, 4) | Medicinsk afdeling | Sygehus Lillebælt, Vejle |

1. Udpeget af videnskabelige selskaber
 - a. Dansk Lungemedicinsk Selskab (DLS)
 - b. Dansk Selskab for Klinisk Onkologi (DSKO)
 - c. Dansk Thoraxkirurgisk selskab (DTS)
 - d. Dansk Radiologisk selskab (DRS)
 - e. Dansk Selskab for Anæstesiologi og Intensiv Medicin (DASAIM)
 - f. Dansk selskab for Klinisk Fysiologi og Nuklearmedicin (DSKFNM)
 - g. Dansk selskab for Otorhinolaryngologi, Hovedl- og Halskirurgi (DSOHH)
 - h. Dansk Selskab for Almen Medicin (DSAM)
 - i. Dansk Patologisk Selskab (DPAS)
 - i. Danske Fysioterapeuter
2. Bestyrelsens Forretningsudvalg
3. Formand for arbejdsgruppe
4. Udpeget af DLCCG
5. DLCCG's daglige leder
6. Kræftens Bekæmpelse
7. Udpeget af Danske regioner
8. Repræsentant for Regionernes kliniske udviklingsprogram

9.10 Tilsluttede afdelinger

| Hospital | Afdeling |
|----------------|--------------------------|
| Bispebjerg | Lungemedicinsk afdeling |
| Bornholm | Medicinsk afdeling |
| Gentofte | Lungemedicinsk afdeling |
| Herlev | Onkologisk afdeling |
| Herning | Onkologisk afdeling |
| Hillerød | Onkologisk afdeling |
| Holstebro | Medicinsk afdeling |
| Næstved | Lungemedicinsk afdeling |
| Næstved | Onkologisk afdeling |
| Odense | Lungemedicinsk afdeling |
| Odense | Onkologisk afdeling |
| Odense | Thoraxkirurgisk afdeling |
| Randers | Medicinsk afdeling |
| Rigshospitalet | Onkologisk klinik |
| Rigshospitalet | Thoraxkirurgisk klinik |
| Roskilde | Medicinsk afdeling |
| Roskilde | Onkologisk afdeling |
| Silkeborg | Medicinsk afdeling |
| Skejby | Thoraxkirurgisk afdeling |
| Skive/Viborg | Medicinsk afdeling |
| Sønderborg | Medicinsk afdeling |
| Vejle | Lungemedicinsk afdeling |
| Vejle | Onkologisk afdeling |
| Aalborg | Lungekirurgisk afdeling |
| Aalborg | Lungemedicinsk afdeling |
| Aalborg | Onkologisk afdeling |
| Aarhus | Lungemedicinsk afdeling |
| Aarhus | Onkologisk afdeling |

9.11 Tidligere tilsluttede afdelinger

| Hospital | Afdeling |
|----------------------|----------------------------|
| Amager | Medicinsk afdeling |
| Esbjerg | Onkologisk afdeling |
| Esbjerg | Øre, næse, hals afdelingen |
| Farsø | Medicinsk afdeling |
| Frederiksberg | Medicinsk afdeling |
| Frederikshavn-Skagen | Medicinsk afdeling |
| Frederikssund | Medicinsk afdeling |
| Gentofte | Thoraxkirurgisk afdeling |
| Grenaa | Medicinsk afdeling |
| Haderslev | Medicinsk afdeling |
| Helsingør | Medicinsk afdeling |
| Herning | Medicinsk afdeling |
| Hillerød | Øre, næse, hals afdelingen |
| Hjørring | Medicinsk afdeling |
| Holbæk | Medicinsk afdeling |
| Holstebro | Øre, næse, hals afdelingen |
| Horsens | Medicinsk afdeling |
| Hvidovre | Medicinsk afdeling |
| Kalundborg | Medicinsk afdeling |
| Lemvig | Medicinsk afdeling |
| Middelfart | Medicinsk afdeling |
| Nykøbing Falster | Medicinsk afdeling |
| Næstved | Øre, næse, hals afdelingen |
| Odder | Medicinsk afdeling |
| Odense | Øre, næse, hals afdelingen |
| Ringkøbing Sygehus | Medicinsk afdeling |
| Slagelse | Medicinsk afdeling |
| Slagelse | Øre, næse, hals afdelingen |
| Svendborg | Medicinsk afdeling |
| Svendborg | Øre, næse, hals afdelingen |
| Sønderborg | Onkologisk afdeling |
| Sønderborg | Øre, næse, hals afdelingen |
| Tarm | Medicinsk afdeling |
| Tønder | Medicinsk afdeling |
| Varde | Medicinsk afdeling |
| Vejle | Organkirurgisk afdeling |
| Vejle | Øre, næse, hals afdelingen |
| Viborg | Onkologisk afdeling |
| Viborg | Organkirurgisk afdeling |
| Øresund | Medicinsk afdeling |
| Aabenraa | Medicinsk afdeling |
| Århus | Øre, næse, hals afdelingen |

10. Regionale kommentarer

Region Hovedstaden:

Region Hovedstaden anerkender at der er manglende data for en del patienter i indikator 3 om overensstemmelse mellem klinisk og patologisk TNM-stadieinddeling. De relevante, indberettende afdelinger vil arbejde med en efterregistrering.

Bo Hempel Sparsø

Overlæge

Region Hovedstaden

Center for Sundhed

Enhed for Kvalitet i Sundhedsvæsenet - KIS